

V O L . 2 2 N o . 2

平成11年 6 月20日発行

I S S N 0285—9262

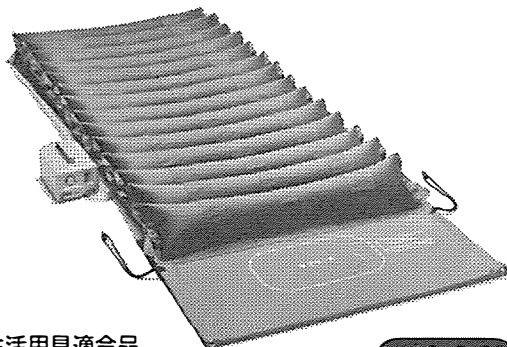
日 本 看 護 研 究 学 会 雑 誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.22 NO.2

日 本 看 護 研 究 学 会

お任せ下さい。
床ずれ予防の体位変換

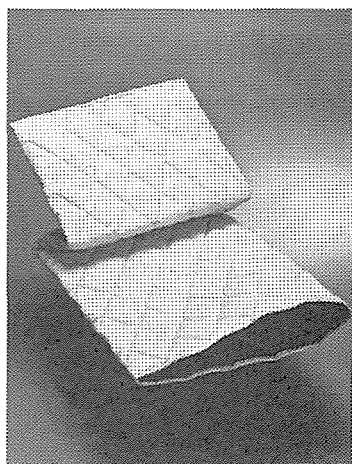


厚生省日常生活用具適合品

RBIエアーマット

いたわり
タイゾー

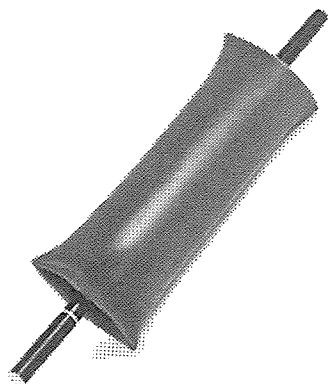
患者の体位交換や
移動が容易にできる



患者さんの腰を
らくに持ち上げる

帝国臓器の
介護用品

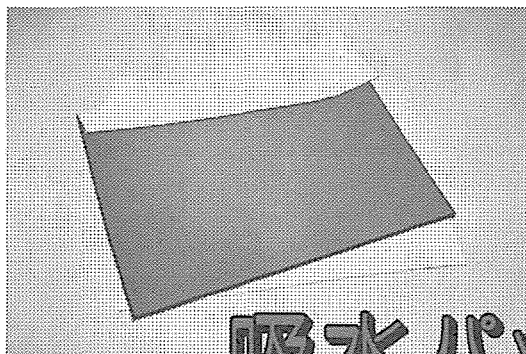
**スライド
ヘルプ**



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
——失禁シートとして。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、浜松市に於いて、平成11年7月30日（金）、31日（土）、8月1日（日）の三日間にわたって開催いたしますのでお知らせします。（第4回公告）

平成11年6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gres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ー自立・変革・連携」

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

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

☆ 研究メンバーを募る会

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。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。

第25回日本看護研究学会学術集会プログラム

第1日目 7月30日（金） 15:00～19:00

招聘講演

テーマ：「次代の看護教育のあり方ー米国の医療・看護環境の変化をふまえて」

講演者：University of Michigan School of Nursing Dr. Ada Sue Hinshaw

司 会：聖隷クリストファー看護大学 田島 桂子

教育講演

テーマ：「医療保険の改革とこれからの医療ー診断群別包括支払方式の考え方とクリティカル・パスウェイ」

講演者：日本福祉大学経済学部 川淵 孝一

司 会：静岡県立大学看護学部 矢野 正子

第2日目 7月31日(土) 9:00~18:30

総会 9:00~10:00

会長講演 10:00~11:00

テーマ:「次代の看護を拓く看護職者の教育」

講演者:聖隷クリストファー看護大学 田島 桂子

司会:弘前大学教育学部 大串 靖子

一般演題発表

シンポジウム1 午後

テーマ:「看護教育の改革 - 自国の特色を生かした教育課程の構築と国際交流」

講演者: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

特別発言者:千葉大学 名誉教授 吉武香代子

座長:三重県立看護大学 前原 澄子

新潟大学医療技術短期大学部 尾崎フサ子

懇親会 18:30~20:30

第3日目 8月1日(日) 9:00~17:30

一般演題発表 午前

研究メンバーを募る会

外国講演者との交流

特別講演 午後

テーマ:「一経済学者がみた日本の医療 - 中央医療協議会委員での経験から」

講演者:京都大学 名誉教授 伊東 光晴

司会:愛知県立看護大学 波多野梗子

シンポジウム2 午後

テーマ:「医療・看護の変革に向けて問われるもの」

講演者: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

特別発言者:聖隷クリストファー看護大学 Phyllis R. Easterling

座長:千葉大学看護学部 草刈 淳子

名古屋大学医学部保健学科 中木 高夫

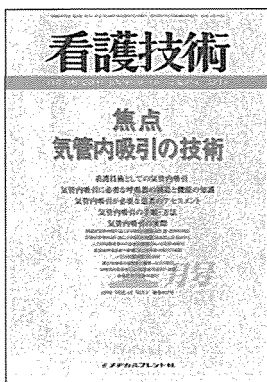
メチカルフレンド社の雑誌は、臨床・教育で高い評価を得ています。

●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。

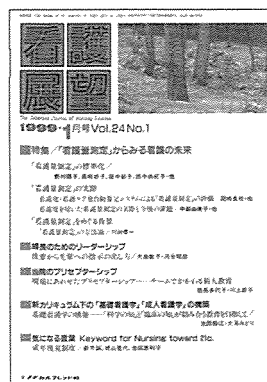


●看護の臨床と管理・教育を
むすぶ看護総合誌

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、臨床実習や看護婦国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■を取り入れて分析する〈シリーズ／ナースングプロセス〉等情報が満載です。



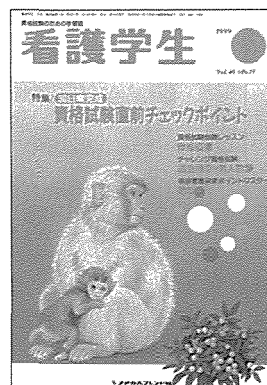
●准看護学生のための学習誌

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
メチカルフレンド社

〒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/

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”

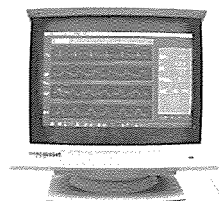


指導：臨床心臓病学教育研究会
東京工業大学

会長 高階 経和
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!!

心音・心尖拍動・呼吸音・心電図



(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) の心音図を見することもできます。
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ド制御により、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 －

血液製剤によるHIV感染者の看護	5
------------------------	---

熊本大学医療技術短期大学部 前 田 ひとみ
熊本大学医学部附属病院 木 村 真知子

移動技術に関する生理的・心理的負荷量の検討	15
-----------------------------	----

信州大学医療技術短期大学部看護学科 楊 箸 隆 哉
小林 千 世
信州大学医学部附属病院 篠 原 千 津
信州大学医療技術短期大学部理学療法学科 木 村 貞 治
大 平 雅 美
藤 原 孝 之

Nursing Interventionとしての神経性症状を示す 子どもへの看護的遊戯療法English Approachについて	25
--	----

滋賀県立大学看護短期大学部 大 脇 万起子

－ 総 説 －

主観的統制感と健康	35
-----------------	----

東京都立保健科学大学看護学科 塚 本 尚 子

第24回日本看護研究学会講演記事（2）

特別講演

豊かなる縄文文化 — 三内丸山遺跡	47
-------------------------	----

青森県教育庁文化課三内丸山遺跡対策室 岡 田 康 博

教育講演

看護研究 — 今とむかし	53
--------------------	----

千葉大学名誉教授 吉 武 香代子

家族看護学の基本的視座 — 一単位としての家族を看護すること —	61
--	----

家族看護研究所 渡 辺 裕 子

CONTENTS

..... Original Paper

Nursing for the Persons with HIV infection by the Blood Transfusion	5
Kumamoto University College of Medical Science : Hitomi Maeda Machiko Kimura	
Physiological and Psychological Assessment of Transfer Techniques — Differences of Nurses' Load between the Two Transfer Methods	15
Department of Nursing, School of Allied Medical Sciences, Shinshu University : Ryuya Yanagihashi Chise Kobayashi Shinshu University Hospital : Chizu Shinohara Department of Physical Therapy, School of Allied Medical Sciences, Shinshu University: Teiji Kimura Masayoshi Ohira Takayuki Fujiwara	
Effect of "English Approach" as a Psychotherapeutic Nursing Intervention	25
College of Nursing, The University of Shiga Prefecture: Makiko Ohwaki	
Perceived Control and Health	35
Tokyo Metropolitan University of Health Sciences, School of Nursing: Tsukamoto Naoko	

血液製剤による HIV 感染者の看護

Nursing for the Persons with HIV infection
by the Blood Transfusion

前 田 ひとみ¹⁾

Hitomi Maeda

木 村 真知子²⁾

Machiko Kimura

キーワード：HIV 感染者，血友病患者，看護

The Persons with HIV Infection, Hemophiliacs, nursing

I. 緒 言

抗ウイルス薬の進歩に加え、日和見感染症に対する治療法が発達したことから、HIV に感染してもエイズ発症までの期間が延長し、発症しても長期に生存することが可能となり、治癒も可能となるかも知れないとさえ言われるようになった¹⁾。そのために、慢性疾患患者と同様に HIV 感染者にとってもエイズ発症や合併症を来たさないように、生活を調整したり確実に服薬することが重要である²⁾。エイズ患者に専門的に関わっている看護婦の活動内容を分析した結果、服薬指導、日常生活指導、病状説明、病状への対応、医療費に関する相談、サポート形成、他部門の紹介、不安への対応等が抽出され、活動内容としては患者や家族の相談や指導の役割が高く、特にプロテアーゼ阻害剤を含む 3 剤併用が開始されてから服薬指導が多くなったことが報告されている³⁾。

治療法の発達と共に我が国においては平成10年4月よりエイズ患者の障害認定が実施されたことから、エイズ患者を取り巻く環境は大きく変化してきている。このような変化に伴い HIV 感染者並びにエイズ患者の身体的、心理的、社会的、経済的問題は複雑化してきており、看護婦が関与すべき範囲や役割はますます増大している。そこで、今回は HIV 感染者の看護について検討するために、血液製剤によって HIV に感染した血友病患者の面接を通して得られた HIV 感染者の思いや生活状況を分析した。

II. 方 法

平成8年12月から平成9年6月までの間、A病院に通院していた血液製剤によって HIV に感染した血友病患者で、研究の目的を説明し、同意を得られた14名に対し、半構成的面接を行った。インタビューの回数は12名が1回であり、一人当たりのインタビュー時間は1時間半から2時間であった。調査期間中に服薬開始となった1名に対しては服薬開始前後の計2回、総時間数約2時間半、また服薬内容に変更があった患者1名には変更前後にそれぞれ2回の計4回、総時間数約4時間のインタビューを行った。

インタビューで確認する内容として設定した質問は、①感染告知の時期、②感染告知後の気持ちの変化、③CD4 値等を含んだ身体状況の変化、④服薬の内容と服薬管理状況並びに問題点、⑤日常生活の管理状況、⑥サポートの有無、⑦困っていることやわからないこと、⑧看護婦への要望や期待することである。これらの質問項目を前もって定められた質問順序ではなく、患者との会話の流れに沿って確認しながらノートに記録した。インタビューで得られた患者の言葉を研究者2名で KJ 法の技法を用いて分類し、分析した。分類にあたっては信頼性を高めるために一定期間において3回検討した。尚、2回目と3回目の分類結果は一致した。

1) 熊本大学医療技術短期大学部 Kumamoto University College of Medical Science

2) 熊本大学医学部附属病院 Kumamoto University Hospital

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の背景

対象者は14名であり、血友病患者を対象としたため性別は全て男性であった。背景については表1に示す通り、年齢構成は20歳代5名、30歳代5名、40歳代3名、50歳代1名であり、病期による分類は無症候性キャリア10名、エイズ関連症行群2名、エイズ期2名であった。

表1. 対象者の背景

		20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	合計
病 期	無症候性キャリア	4	3	3	0	10
	エイズ関連症候群	1	1	0	0	2
	エイズ期	0	1	0	1	2
		3	4	2	0	9
職 業	あ り	3	4	2	0	9
	な し	2	1	1	1	5
家族形態	一人暮らし	3	1	0	1	5
	定住家族	2	2	0	0	4
	生殖家族	0	2	3	0	5
妻または恋人	あ り	1	4	3	0	8
	な し	4	1	0	1	6
合 計		5	5	3	1	14

対象者の職業は、学生を2名を含めた有職者が9名であり、30歳代ではエイズ期の1人以外は有職者であった。家族形態は一人暮らしが5名、親と同居（定住家族）が4名、妻並びに子供との同居（生殖家族）が5名であった。20歳代は一人暮らしが5名中3名であり、40歳代は3名とも妻と子供と暮らしていた。妻または恋人については8名がいると答えており、その全員が妻や恋人に感染を告げていた。20歳代で妻または恋人がいると答えた人は5名中1名しかいなかった。親、兄弟、妻、恋人と弁護士以外に感染を知っている人としては対象者全員がHIVに感染している人をあげており、非感染者の友人に告げている人は2名しかいなかった。

2. 血友病を基礎疾患に持つHIV感染者の思いや生活状況

インタビューの結果、162の言葉が抽出され、それらをKJ法により分類した結果、表2に示すような『医療者について』『病気について』『抗ウイルス薬について』『生活面について』『情緒的サポートについて』『困っていること』『看護婦への希望』の7項目に分類できた。それぞれに分類された言葉数は『医療者について』が24（14.8%）、『病気について』が31（19.1%）、『抗ウイルス薬について』が22（13.6%）、『生活面について』が33（20.4%）、『情緒的サポートについて』が24（14.8%）、『困っていること』が14（8.6%）、『看護婦への希望』が14（8.6%）であった。それぞれに分類された言葉は表3、表4、表5に示した。

表2. HIV感染に関する思いの分類

分 類	N	%
医療者について	24	14.8
病気について	31	19.1
抗ウイルス薬について	22	13.6
生活面について	33	20.4
情緒的サポートについて	24	14.8
困っていること	14	8.6
看護婦への希望	14	8.6
合 計	162	100

『医療者について』が33（20.4%）、『情緒的サポートについて』が24（14.8%）、『困っていること』が14（8.6%）、『看護婦への希望』が14（8.6%）であった。それぞれに分類された言葉は表3、表4、表5に示した。

『医療者について』は、血液製剤使用施設の公表後、通院を断わられた人がいたり、複数の医療機関を受診した人から、「前の病院では肺炎をおこしても聴診器を当ててもらったことが一度もなかった。ここを初めて受診した日に聴診器をあててもらった時うれしくて涙がでた。」「前の病院では点滴は自分でしてくださいと言われ、自分で点滴の針を挿していました。」という言葉が聞かれた。その一方、「前の病院では外来の後、いつも婦長さんが2時間くらい話を聞いてくれた。」という言葉が聞かれ、「医療者には2つのタイプがある。どうせ死ぬ患者だとあきらめている人達と一緒に戦ってこうという人達がいる。」と述べた人もいた。

『病気について』は、「今は症状がないので感染しているという実感がありません。しかし、診察のときCD4値が下がったと聞くと、急に不安になってしまいます。」という言葉や「最近、肝機能が悪くなったり、体の調子がよくない。親より先に死ぬのかなとかいろんなことを考えて眠れない。」等と全員から病気の進行や将来への不安についての言葉が聞かれた。これらの言葉から、検査結果や症状の出現により、病気の自覚と将来への不安や死の恐怖が高まることが示された。

『抗ウイルス薬について』は、「エイズに対する薬が色々出て、昨年まで助からなかった患者でも助かるようになったという話を聞き、新しい薬にとっても期待をしている。」という言葉が聞かれた一方、「血液製剤の利点ばかりが強調され、その結果としてHIVに感染した。良い薬が出ているというけど、大丈夫です

血液製剤によるHIV感染者の看護

表3.『医療者について』、『病気について』、『抗ウイルス薬について』に分類された言葉

分類	感 染 者 の 言 葉
医療者について	「前の病院では肺炎をおこしても聴診器を当ててもらったことが一度もなかった。ここを初めて受診した日に、聴診器をあててもらった時うれしくて涙がでた。」 「前の病院では点滴は自分でしてくださいと言われ、自分で点滴の針を挿していました。」 「医療者には2つのタイプがある。どうせ死ぬ患者だとあきらめている人達と一緒に戦ってこうという人達がいる。」 「新聞で血液製剤使用施設の公表があってから、K病院にかかっているならうちにこないでくれといわれた。」 「医療職であるため、いろいろな医療施設に知り合いがいる。医療関係の友だちに感染が知れるのではないかといつもびくびくしている。」 「感染がわかった時誰にも言えなかったが、外来の看護婦さんが親身になって話を聞いてくれたお陰で救われた。」 「前の病院では外来の後、いつも婦長さんが2時間くらい話を聞いてくれた。その婦長さんが移動になったら、点滴も自分でしなくてはならなくなった。上の人の考え方で病院は変わるんだと思いました。」 「つきあっている人がいるので、一度検査を受けてもらいたいけど、保健所では痛くもない腹をさぐられそうだね。」
病気について	「血液製剤が処方される前は内出血による激痛に対して1晩でも2晩でも我慢するしかなかったが血液製剤によってその激痛から解放された日常生活が送れるようになった。何かが悪くなれば、何かが悪くなる。血友病が落ち着いたと思ったらエイズだ。この病院を選択したことで良い治療が受けられ、自分はとてもしついていると思う。でも、これで運を全て使い果たしているのではないと思う。何か悪いことがおこらなければいいけど。」 「症状のない時は感染しているという実感がありません。患者の手記を幾つか買ってはみたけど、読むと死を考えてしまう。だから殆ど読んできません。」 「今は症状がないので感染してしているという実感がありません。しかし、診察のときCD4値が下がったと聞くと、急に不安になってしまいます。」 「症状を数えると気が滅入るので、出た症状を数えないようにしている。」 「最近、肝機能が悪くなったり、体の調子がよくない。親より先に死ぬのかなとかいろいろなことを考えて眠れない。」 「できるだけ入院はしたくない。入院すれば歩いて退院できないような気がする。」
抗ウイルス薬について	「エイズに対する薬が色々出て、昨時まで助からなかった患者でも助かるようになったという話を聞き、新しい薬にとっても期待をしている。勿論、先生の言われたようにきちんと薬を飲んでますよ。」 「血液製剤の利点はかかりが強調され、その結果としてHIVに感染した。良い薬が出ているというけど、大丈夫ですよ。また後になって、取り返しのつかないことにならない心配だ。」 「1週間のうちきちんと飲めるのは4～5日。症状がないのでつい忘れてしまう。」 「仕事（営業）の関係で規則的に薬を飲めない。」 「食事の1時間前に薬を飲まないといけない。前はうまく飲んでいなかったが、通勤前に家で飲んで、会社についてから朝食を取るように工夫したらきちんと飲めるようになった。婦人も同様に薬を飲んでから会社を出ている。」 「勤めに行っていくのを忘れて飲めないことがあるので、仏壇に置くようにした。今は大体飲めています。」 「今は仕事をしていないので薬は飲めている。調子が良くなったらかかしよと思うが、自分一人てできる仕事でないと薬を飲むのは難しいでしょうね。」 「ddlを水にとかして飲んでるけど、歯磨き粉を飲んでるようでまずい。それに職場では他の人に見られたくないのでトイレで飲んでいる。タイミングをはかるのが難しく飲めないことがある。」 「吐気が強くてどうしても飲めない。薬をかえてもらうことになりました。」 「水を1日2リットル位飲めといわれます。暑い日はいいけどなかなか飲めない。頑張っているつもりだけど石ができました。」 「吐気等の副作用が強いと言われるけど、自分には副作用がないため、問題なく飲めます。」 「以前にくらべると、CD4が徐々に低くなってきている。そろそろ服薬を開始しなければならないのかな。副作用が強いと聞き、時間を守らなければならないと言われるけど仕事をしているので守れるかな。でも自分のことだから頑張らなくてね。」

表4.『生活について』、『情緒的サポートについて』に分類された言葉

分類	感 染 者 の 言 葉
生活について	「今まで家に遊びに来ていた人が来なくなりました。家へ招待しても言葉ではうかがいますというが誰も来てくれない。エイズが移ると思っているんだろうな。そうとしか考えられない。」 「本を見ると血液で汚れた衣服は焼き捨てなさいと書いてあった。僕はそんなことしてたらお金がいくらあっても足りませんよ。本当に焼き捨てなくてはならないんですか。」 「人に感染させはしないかといつも気になっている。(感染していない人と)一緒に食事なんてなかなかできませんよ。」 「下痢等によって計画通りに行動できないことが増えてきた。人とあってもトイレに行かなくてはならないし、バス等に行っても思っても計画通りに行かないので、スケジュールはたてていないことにした。またトイレに行くと思われない友だちとはあまり会わなくなった。」 「イライラしないようにしている。入院の繰り返しで達成できるかどうかかわからないので、目標は決めないことにした。」 「仕事から食事が不規則になりがち、あるものを食べる。栄養のバランスを考えなければならないことはわかっているけど、一人暮らしだから難しい。」 「現在は問題はないが、一人暮らしから将来動けなくなった時のことを考えると、元気なうちに食事の確保等についての体制を整えておかねばならないと思う。」 「規則正しい生活をしようと思っはいるが、自覚症状がないので、仕事が忙しいとついつい無理をしてしまう。」 「試験期間にはついつい無理をして、後期試験のときは風邪をひいて熱を出してしまってずっと寝ていました。一人暮らしなので食事でもできずに困りました。何か対策をたてなければならないと思いました。」
情緒的サポートについて	「親は年を取っているんで、親には感染のことは話していない。言っても心配するだけでどうしようもないから。仲の良い従兄弟には話します。」 「一番副作用が強いかも知れませんが、妻が一番の薬だと思います。」 「結婚して幸せには思っているが、彼女から“そんなことは考えていない。今のままで良い。”と言われ、ホッとしている。僕の気持ちを一番わかってくれると思う。」 「感染がわかって彼女に話したら別れることになった。感染を知ったことと失恋の2重の苦しみだった。でも2年くらい前に再会し、それからまたつきあっている。全てを知っているんで、彼女といると気を使わなくて良い。とてもリラックスしてられる。」 「薬局で薬をもらう時、同じ病気かなと思っはいる。思い切って声をかけたらやはりそうだった。その後、話してみても、悩みは一緒だということがわかった。よく理解してもらえのていろいろと相談したりしている。今度、一緒に旅行に行きます。」 「感染がわかった時誰にも言えなかったが、外来の看護婦さんが支えになってくれた。母が他の病気で病院にかかっていたけれど、これほど親身になって話を聞いてくれる看護婦さんはいなかった。他の病気の方がかえってサポートがないんじゃないかと思う。」 「前の病院では外来の後、いつも婦長さんが話を聞いて下さいました。草花について教えてくださいましたお陰で、新たに自然と親しむ喜びを知りました。」 「前の病院のカウンセラーの先生に彼女と二人でお世話になっています。色々なことを考えると二人だけではどうしようもなくなるときがあります。」

表5.『困っていること』、『看護婦への希望』に分類された言葉

分類	感 染 者 の 言 葉
困っていること	「症状がないうちは感染の実感が無い。本を読んでも専門すぎて理解しにくいので、どこまでどのように気をつけなければならないかがわかりにくい。」 「同じ鍋をついても感染しないと言うけど本当ですね。血液製剤と同じで後で間違いだったと言われたらと思うと感染していない人と同じ皿や鍋から料理を取るような食事はできない。」 「風邪等の軽い病気の時は近くの開業医等を受診したいけれども、感染者だとわかったときのことを考えると気楽に他の医療機関を受診できない。」 「地元の病院ではどこにも通っていないので、もし、緊急に出血した時にどうしたら良いか不安である。」 「出張が多いので、出張先で膝の痛みが出てきた時に困ることがある。」 「職場には話していないので転勤の可能性がある。もし、転勤になったらと思うと病院を探さなければならないので心配だ。」 「職場には内緒にしているが、いずれは言わなければならないでしょうね。職場に話せば今の仕事ができなくなるでしょうね。」
看護婦への希望	「症状がないうちはエイズという疾患や他人への感染予防が実際の生活行動と結び付けにくいので、具体的に教えてほしい。」 「外来では時間的制約があるし、患者は誰でも医者には良い患者であると思われたい。だから医者に聞きたいことがあってもなかなか聞けない。是非、看護婦さんに橋渡しをしてほしい。」 「医者には話せないこともある。悩みごとだけでなく嬉しかったことなど、看護婦さんは患者が何でも話せる立場にいてほしい。」 「この看護婦さんは採血する時に手袋をしないことがある。気をつけてはいると思うが、もし感染したらと思うと心配なので、手袋をしてくれた方が安心。」 「忙しく働いている看護婦さんを見ると話したくても声をかけられない。話をゆっくりと聞いてもらえるような場所や時間があると良いと思う。」

よね。また後になって、取り返しのつかないことにならないか心配だ。」と血液製剤によってHIVに感染したという経験から薬の安全性に対し不安を示した人が3名いた。

抗ウイルス薬を服薬している人が14名中10名であったが、全員が指示通りに服薬するのは難しいと答えていた。その理由としては、嘔気などの副作用や薬自体の飲み難さについて訴えた人が8名であり、それらに加えて「症状がないのでつい忘れちゃう。」ことや就業時間をあげていた。一度も逃すこと無く確実に服薬ができていると答えた人は2名しかおらず、1名は無職者で抗ウイルス薬による副作用が軽いエイズ期の人であり、もう1名は副作用がなく「通勤前に家で薬を飲んで、会社についてから朝食を取るように工夫したらきちんと飲めるようになった。帰日も同様に薬を飲んでから会社を出ている。」と通勤時間によって服薬時間を調整することができた人であった。しかし、「仕事の関係で定期的に薬を飲めない。」「職場では他の人に見られたくないのでトイレで飲んでいる。タイミングをはかるのが難しくて飲めないことがある。」と職場での服薬の難しさを述べた人もいた。

『生活面について』は、「下痢等によって計画通りに行動できないことが増えてきた。人と会っていてもトイレに行かなくてはならないし、バス等に行こうと思っても計画通りに行かないので、スケジュールはたてないことにした。」「イライラしないようにしている。入退院の繰り返しで達成できるかどうかかわからないので、目標は決めないことにした。」という言葉や「今まで家に遊びに来ていた人が来なくなってしまっ

た。」「(下痢で)またトイレに行くと思われるのは嫌なので、感染を知らない友だちとはあまり会わなくなった。」という言葉が聞かれ、症状に伴い人生観や生活の価値観、交友関係が変化していることが示された。

また、「栄養のバランスを考えなければならないことはわかっているけど、一人暮らしだから難しい。」「規則正しい生活をしようと思っはいるが、自覚症状がないので、仕事が忙しいとつい無理をしてしまう。」とバランスのよい食事や規則正しい生活の必要性は全員がわかっていたが、実際には一人暮らしや仕事等のために実践することは難しいことが示された。更に一人暮らしの対象者からは「後期試験のときは風邪をひいて熱を出してしまわずと寝ていました。一人暮らしなので食事でもできずに困りました。何か対策をたてなければならぬと思いました。」「現在は問題はないが、一人暮らしだから将来動けなくなった時のことを考えると、元気なうちに食事の確保等についての体制を整えておかなければならないと思う。」と健康状態が悪化した時の生活に対する不安の言葉が聞かれた。

『情緒的サポートについて』は、感染を知っている妻や恋人、親戚、友人、医師、看護婦がサポート源としてあげられた。しかし、「色々なことを考えると彼女と二人だけではどうしようもなくなるときがあります。」と恋人と一緒に臨床心理士のカウンセリングを受けている人もいた。また、「薬局で薬をもらう時、同じ病気かなと思って。思い切って声をかけたらやはりそうだった。その後、話してみて、悩みは一緒だということがわかった。よく理解してもらえるので

いろいろと相談したりしている。」と感染者同士が情緒的なサポート源となっていることも示された。

『困っていること』としては、「症状がないうちは感染の実感がない。本を読んでも専門的すぎて理解しにくいので、どこまでどのように気をつけなければならぬかがわかりにくい。」という言葉や「同じ鍋をつついて感染しないと言うけど本当ですよね。血液製剤と同じで後で間違いだったと言われたらと思うと感染していない人と同じ皿や鍋から料理を取るような食事はできない。」と他人への感染についての不安の言葉も聞かれた。

また、「風邪等の軽い病気の時は近くの開業医等を受診したいけれども、感染者だとわかったときのことを考えると気楽に他の医療機関を受診できない。」という言葉が聞かれ、遠方から通院していたり、出張のある感染者からも緊急時等に他の医療機関を受診することに不安を抱いている言葉が聞かれた。

有職者の内、学校や職場へ感染について告げている人は一人もおらず、学生を除く7名の有職者の内6名がいつかは職場へ告げなければならない時が来ると思っ

てはいたが、皆「職場に話せば今の仕事はできなくなるでしょうね。」と述べていた。

『看護婦への希望』としては、今のままで良いと答えた人が8名であった。「症状がないうちはエイズという疾患や他人への感染予防が実際の生活行動と結び付けにくいので、具体的に教えてほしい。」と疾患や感染予防について実際の生活行動と結びつけた具体的な指導を望む言葉や、「ここの看護婦さんは採血する時に手袋をしないことがある。気をつけてはいると思うが、もし感染したらと思うと心配なので、手袋をしてくれた方が安心。」というような看護婦の感染対策に関する言葉も聞かれた。

また、「外来では時間的制約があるし、患者は誰でも医者には良い患者であると思われたい。だから、医者に聞きたいことがあってもなかなか聞けない。是非、看護婦さんに橋渡しをしてほしい。」という言葉が聞かれた。しかしその一方、「忙しく働いている看護婦さんを見ると話したくても声をかけられない。話をゆっくりと聞いてもらえるような場所や時間があると良いと思う。」と現実には看護婦とも十分に話せない状況にあることも示された。

IV. 考 察

今回のインタビューを通して得られた感染者の言葉から、通院を断われたり、点滴を感染者自身が行っている状況が示され、医療の場において患者の権利が必ずしも守られていないことがわかった。HIV 感染症を持った患者が、様々な医療機関を訪れる機会が今後ますます増加することが予測されるために研修派遣が多くなっていることが報告されている⁴⁾。HIV 感染者に対する医療者の偏見は日本だけに限られたことではない^{5) 6)}。感染者に対する医療者の態度は単に知識を与えるだけでは変化しないことが多くの研究^{7)~9)}によって指摘されている。現在、我が国でも幾つかの施設が HIV 患者に関わる看護婦の研修を行っており、そのプログラム内容は講義や見学形式だけでなく、看護実践も組み込まれるようになった^{10) 11)}。しかし、これらのプログラムもまだ試行錯誤の段階であることから、知識を与えるだけでなく医療者の態度を肯定的に変容させる有効な教育プログラムが早急に開発される必要がある。また、HIV 感染症の専門病院が他の医療施設や社会的資源とのネットワークを形成し教育していくことが、緊急時に対する対応の整備や医療者の偏見をなくす為にも重要であると考えられる。

抗 HIV 薬の服薬は HIV 感染治療の要であり、我が国でも新しい抗 HIV 薬が認可され、現在は抗 HIV 薬の多剤併用が勧められている。しかし、抗 HIV 薬は強い嘔気などの副作用があり、それに対処するための薬剤の日和見感染の予防薬が加わることから、AIDS 患者の1日の服薬量はかなりのものになる。更に抗 HIV 薬の服薬時間は複雑であるために服薬コンプライアンスを得られにくいことが問題となっている^{12) 13)}。今回の対象者も、指示された通りの確実な服薬ができていない人は2名しかおらず、その背景から服薬コンプライアンスには副作用の程度が最も大きく関係しているのではないかと考えられた。その他の要因としては、症状の有無、服薬時間、薬自体の飲みにくさがあげられた。また、薬によっては水に溶かして服用したり、副作用を少なくする為に一日に1.5ℓ以上の飲水をしなければならない等、人目につかないように服薬するのが困難な薬もある。これらのことから、職業に従事しながら服薬を継続するためには、副作用が少なく生活スタイルを考慮した薬の選択の必要性が示唆されると同時に副作用が少なく服薬しやすい薬の

開発が最も重要であると考えられる。更に、今回の対象者は血液製剤によって HIV に感染した血友病患者であったために、血液製剤の経験から薬の安全性に対し不安を示す人もおり、それが服薬コンプライアンスに影響を及ぼしていることも推測できた。不規則な抗 HIV 薬の服用は耐性を作り易くなる¹⁴⁾ことから、服薬に関する感染者の問題は早急に把握して、対処しなければならない。抗 HIV 薬の副作用や複雑な服薬時間へ対処するために、看護婦は先ず薬の作用や副作用について詳細に理解することが必要であり、その上で把握した感染者の生活スタイルや薬に対する思い等を考慮しながら感染者と共に服薬計画を立てることが重要であると考えられる。そのためには感染者自らが薬を選択できるように医者と話し合いができる場を設定することも看護婦の役割として必要であると思われる。また、耐性を作らないために副作用等で服薬ができない状況が生じた時にはすぐに対応できる体制を整えておくことも必要となる。

今回のインタビューの結果、全員が病気や死、将来への不安を感じており、それらは症状や検査結果により左右されることが示された。そして、情緒的サポート源としては感染を知っている妻や恋人、親戚、友人、医師、看護婦があげられていたが、妻や恋人のいる人は全員が妻や恋人を情緒的サポート源としてあげていた。HIV 感染者に対する他の調査でも友人や恋人が支えとなっている人が多いことが報告されている¹⁵⁾。妻や恋人のいない人は親など感染を知っている人をあげていたが、今回は HIV に感染していない友人に感染を告げている人は2名しかいなかった。その原因としては、友人に感染を告げた一人が「今まで家に遊びに来ていた人が来なくなってしまった。家へ招待しても言葉ではうかがいますというが誰も来てくれない。エイズが移ると思っているんだろうな。そうとしか考えられない。」と述べていたように、HIV 感染者に対する偏見や差別が考えられる。また、HIV 感染者は感染者自身が自分自身を「汚いもの」、「恐ろしいもの」とみなすことから自尊心が低く、自分でサポートを遠ざけるようなこともあると言われる¹⁶⁾。実際に今回のインタビューでも、他人への感染について必要以上に心配していた人がいた。また、感染がわかったり、症状が伴って交友範囲が狭くなっている結果も示された。このような人間関係の変化の中で、HIV 感染者

同士の交流が心の支えとなっていると述べた人もいた。同じ問題を持つものが集まることは社会的な孤立化を防ぎ、情報交換を容易にし、新しい行動様式の修得にも役立つだけでなく、お互いの励ましや疾病の治療や毎日の生活の自信を与えることになる¹⁷⁾と言われる。HIV 感染者のソーシャル・サポートは細胞性免疫機能を高めるような影響を示すことが報告されている¹⁸⁾¹⁹⁾ことから、看護婦は感染者自身のスティグマや自尊感情と共に看護者自身の感情に注意を払いながら、家族や周囲の人のサポート・システムを形成していくことが重要である。また、今回の結果からも示されているように、サポートが形成されていない場合には医療者が重要な支援者となる²⁾ことも必要であり、そのような中で感染者同士が接触できるような機会を設けてサポートすることによって、感染者間の支持的関係の形成を援助できることが示唆された。

HIV 感染者には日和見感染の予防と免疫能の維持が重要である。それには感染者のセルフケア能力を高めることが必要である²⁾。しかし、今回の結果から、症状がないうちは HIV 感染者にエイズという疾患についての実感がなかったり、本等を読んでも理解できていない人が多いことが推測できる。HIV 感染者にとって免疫能を落とさないような食生活等の日常生活の管理が重要であり、このことについては対象者全員が理解していた。しかし、一人暮らしの対象者全てに食事に関する問題のあることがうかがわれ、それは健康状態の悪化に伴いますます増悪することが予測できる結果であった。更に、症状等の悪化によって交流関係も狭くなっていることが示されたことから、発症前から食事や身の周りの世話をしてくれるようなサポート・ネットワークを確立しておくことが必要であると思われる。現在、わが国においてもエイズに関したボランティア団体が数多く存在している。今回の結果から、ボランティア等の社会的資源について看護婦も情報を得ておき、必要に応じてすぐに活用できるような体制を確立しておくことが重要であると考えられる。また、他の慢性疾患患者と同じように感染者自身と感染者を支える家族や友人が病気を正しく理解し、自己管理を続けていけるように教育・指導することも必要である。そのためには、感染者や感染者を支える人が、ただ単に病態や感染予防を知識として理解するだけでなく、合併症の予防法や異常を早期に発見するための技法を

習得できるように指導することが必要である。そして、それらを日常生活の■で習慣化させるために、看護婦が感染者と頻回に接触して、評価していくことも重要であると思われる。しかし今回のインタビューから、時間的制約や場所の問題から、外来では感染者が看護婦と気軽に話せない状況にあることもわかった。その一方、患者の立場としては医者には聞きたいことがあってもなかなか聞けない状況にあることから、感染者と医者との橋渡しとしての役割を看護婦に望んでいた。HIV感染者の障害者認定も実施されたことから、社会資源を活用するためにコ・メディカルや他の機関との連絡や調整がますます必要となってきた。このことから最も患者の身近にいる看護婦が感染者のプライバシーを守って話を聞ける場と時間を確保するための体制作りを考えなければならないことが示された。そして、様々なHIV感染者の問題に対処していくためには専門的にHIV感染者に関わる看護婦を養成することも必要であると思われる。

V. 結 語

HIV感染症の治療の進歩に伴い、HIV感染者のセルフケア能力を高め、免疫能の維持、向上を■るために看護婦の果たす役割はますます重要となり複雑化し

ている。治療や社会の変化に対応していくためには専門的な知識が必要となってくる。今回の結果から、緊急時等に対する感染者の不安や多様化するニーズに対応するために、看護婦は感染者や家族を含んだ施設内での調整だけでなく、医療施設間のネットワークを確立するよう働きかけていくことが重要となってくることが示された。それには、先ず看護婦が感染者と充分に接することができるような時間や場所の確保と治療薬等に熟知して専門的にHIV感染者に関わる看護婦の養成が望まれる。今回の結果を踏まえ、今後は、HIV感染者に対する教育プログラムや看護婦に対する教育プログラムについて考えていきたいと思う。

謝 辞

本研究に■くご協力頂きました感染者の皆様と熊本大学エイズ学研究センター松下修三教授並びに熊本大学医学部附属病院内科外来看護婦の永野一子様に感謝いたします。

付 記

本研究は、第23回日本看護研究学会で発表したものを原著としてまとめた。

(平成10年8月31日受付)

要 約

HIV感染者の看護について検討するために、血液製剤によってHIVに感染した血友病患者の面接から得られたHIV感染者の現状や思いを分析した。その結果、以下のことが示された。

- ① HIV感染に伴う症状や他人へのHIV感染の不安によってHIV感染者の人間関係、人生観、生活の価値観が変化していた。
- ② 血液製剤によってHIVに感染したことに対する思いが抗HIV薬や治療への期待や不安に影響を及ぼしていた。
- ③ 症状がない時は健康管理できない人が多く、服薬コンプライアンスには症状の有無、服薬時間、薬自体の飲みみくさ、副作用の有無、職業が関係していた。
- ④ 情緒的サポート源としては、両親、妻、恋人、友人、患者、医師、看護婦があげられ、看護婦には医者との橋渡し役を期待していた。
- ⑤ 緊急時等に備え、他の医療機関との連携を望んでいた。

以上のことから、感染者のセルフケア能力を高めたり服薬コンプライアンスを促すために、看護婦はHIV感染者を含めたサポート・ネットワークや医療者、施設間、地域を含めたネットワークを確立することが重要である。そのためには、HIV/AIDS患者に専門的に関わるのできる看護婦の養成が必要であると思われる。

Abstract

The purpose of this study was to investigate nursing for the persons with human immunodeficiency virus (HIV) infection. Fourteen hemophiliacs who were infected with HIV by the blood transfusion were interviewed about their troubles and wishes against nurses. The results are follow ;

- ① The persons with HIV infection are full of anxiety about the transmission, and changed their friendship, view of life, and sense of living according as the HIV infection and the condition.
- ② The facts that the blood transfusion cause the effectiveness and HIV infection to them, affected the expectation and the distrust of HIV therapy and the medical care.
- ③ When they do not have any symptom, they can not manage self-care. Their taking medicine are dependent on their condition, time of medicine, side effects, and occupation.
- ④ They get the support from parents, wife, friends, doctors, nurses. They wish that nurses mediate between them and doctor.
- ⑤ They wish the establishment of the hospital networks.

In order to increase the ability of self-care managemet and the medication compliance in HIV-positive individuals, the coordinating role (ex. the HIV-positive persons, the doctors, the comedical stuffs, family, friends etc.) of nurses is necessary. It is suggested that the establishment of the hospital and the community networks and the support networks is also a very important role of nurse. Therefore, it is necessary to educate specialized nurses in AIDS nursing.

VI. 文 献

- 1) Cohen j.: Shooting for the moon with druge, Science, 273, p.302, 1996
- 2) 折津礼子: 変わる HIV/AIDS の常識, 看護学雑誌, 61(7), pp.674-677, 1997
- 3) 石原美和: エイズ患者・家族への対応 コーディネーター・ナースの立場から, 生活教育, 42(3), pp. 16-20, 1998
- 4) 松本住子他: HIV 感染者, AIDS 患者看護研修受け入れの実際と研修効果について, 第11回日本エイズ学会総会抄録集, p. 141, 1997
- 5) Leasure R. et al.: baccalaureate nursing students' attitudes toward persons living with AIDS, J. Nurs. Educ., 35(5), pp. 234-236, 1996
- 6) Peate I.: A question of prejudice. Stigma, homosexuality and HIV/AIDS., Prof. Nur., 10(6), pp. 380-383, 1995
- 7) Akinsanya J. A.: Who will care? A survey of knowledge and attitudes of hospital nurses to people with HIV/AIDS., J. Adv. Nurs., 17, pp. 400-401, 1992
- 8) Melby V. et al.: Acquired immunodeficiency syndrome: knowledge and attitudes of nurses in Northern Ireland. J. Adv. Nurs., 17, pp. 1068-1077, 1992
- 9) Bennett J. A.: Nurses attitudes about acquired immunodeficiency syndrome care: What research tells us. J. Prof. Nurs., 11(6), pp. 339-350, 1995
- 10) 上山万智子他: HIV 看護の院外研修生の研修前後の意識の変化-研修プログラムの検討-, 第11回日本エイズ学会総会抄録集, p. 140, 1997
- 11) 前田ひとみ他: HIV/エイズ医療における専門的看護婦の教育プログラムの検討, 看護教育, 36(11), PP. 970-975, 1998
- 12) 古澤美和他: 服薬コンプライアンス不良の患者のケアコーディネートを振り返って, 看護技術, 44(6),

- pp. 76-79, 1998
- 13) 梅津晶子他：HIV 感染者／AIDS 患者の療養スタイルに関する調査 (3) 服薬行動，第11回日本エイズ学会総会抄録集，p. 181, 1997
- 14) 満屋裕明：HIV 感染症治療の新展開，臨床と微生物，25(3)，pp. 267-274, 1998
- 15) 五島真理為他：HIV 感染者，家族のケアサポートニーズに関する調査，第10回日本エイズ学会総会抄録集，p. 192, 1996
- 16) 林素子：生命を脅かす疾患 (HIV 感染症／AIDS)，現代のエスプリ，363，pp. 76-85, 1997
- 17) 中山栄純他：看護と患者会の関わりについて－セルフ・ヘルプを支えるための支援－，臨床看護，24(5)，pp. 694-701, 1998
- 18) Theorell T. et al.：Social support and the development immune function in human immunodeficiency virus infection. Psychosom Med., 57, pp. 32-36, 1995
- 19) O'Brien M. E. et al.：Physical and psychosocial nursing care for patients with HIV infection., Adv. Clinical Nurs. Res., 28(2)，pp. 303-316, 1993

(平成10年8月31日受付)

移動技術に関する生理的・心理的負荷量の検討

— 2つの移動方法における看護者の負荷量の違い —

Physiological and Psychological Assessment of Transfer Techniques
— Differences of Nurses' Load between the Two Transfer Methods —

楊 箸 隆 哉* 小 林 千 世* 篠 原 千 津**
Ryuya Yanagihashi Chise Kobayashi Chizu Shinohara

木 村 貞 治*** 大 平 雅 美*** 藤 原 孝 之***
Teiji Kimura Masayoshi Ohira Takayuki Fujiwara

キーワード：移動技術，筋電図，主観評価，
Transfer Techniques, EMG, Visual Analog Scale

I. 緒 言

患者の移動や体位変換に関わる技術は、看護者にとって最も基本的であり、かつ日常的に用いられる技術の1つである。また、いくつかの疫学的調査では、看護における労働環境は極めて過酷であるため、看護者の腰痛発生率は比較的高いことが報告されている^{1), 2), 3)}。従って効率よく移動を行う技術を開発することは、患者にとって苦痛が少ないばかりでなく、看護業務を軽減し、看護者の腰痛を予防する意味においても極めて重要である。このようなことから、ボディメカニクスの観点を踏まえた安全な移動方法や、移動・体位変換に関する注意点が従来より報告されてきた。しかし、これらの報告は力学的見地から効率の良い移動の技術を論理的に推論したり^{4), 5), 6), 7), 8)}、アンケート調査により考察するもの^{9), 10)}が多く、技術の違いによる看護者の負担や効率の差を生理学的あるいは心理学的指標を用いて実験的に検証した報告は少ない^{11), 12), 13)}のが現状である。

そこで我々は、比較的好く行われるベッド上での

「引き上げ」動作（ベッドの足方に位置する患者をベッドの頭側方向に移動させる動作）を2種類の異なる方法で行い、看護者側の負担の違いを生理学的指標と心理学的指標を用いて比較・検討した。

II. 対象および方法

1. 対 象

健康な女子大学生を対象に実験を行った。模擬看護者となる被験者（以下、看護者とする）は13名で、その年齢は20～21歳（平均20.5±0.5歳）、体重は45.0～65.2kg（平均52.1±5.0kg）、身長は152.5～165.0cm（平均159.1±4.5cm）だった。また、別に模擬患者を1名設定し（以下、患者とする）、看護者は、常にこの同じ患者を移動するものとした。患者の体重および身長は、それぞれ52.0kg、159.0cmだった。

看護者は、全員踵高3.0cmのナースシューズ（富士ナースシューズ社製）を使用し、Tシャツと運動ズボンを着用した。

* 信州大学医療技術短期大学部看護学科 Department of Nursing, School of Allied Medical Sciences, Shinshu University.

** 信州大学医学部附属病院 Shinshu University Hospital

*** 信州大学医療技術短期大学部理学療法学科 Department of Physical Therapy, School of Allied Medical Sciences, Shinshu University

2. 方法

1) 指標

評価のための生理学的指標として、筋電図、心拍数を測定した。また、被験者の主観的評価も併せて行った。

2) 筋電図の測定

筋電図の測定部位は、左上腕二頭筋、左右腰背部傍脊柱筋群（以下傍脊柱筋とする）とし、それぞれ筋腹中央部上の皮膚から表面筋電図を双極誘導した。電極間距離は4 cmとした。電極張り付けに先立って電極用クリーム（スキンプュア、YZ-0019、日本光電）を用いて皮膚を良く擦り、その後アルコール綿で拭き取って皮膚抵抗を落とした。皮膚抵抗はAC抵抗計（No. 6110001、三栄メディカルサポート）で毎回確認し、そのインピーダンスが20～500Hzの範囲で5 K Ω 未満となるよう処置した。また、移動動作をできる限り妨げないようにするため、テレメータ筋電計（MULTI TELEMETER 511、NEC 三栄）を用いて無線で測定した。

3) 心拍数の測定

心拍メモリー装置（1850A、竹井機器工業）を用いて胸部誘導方式で心電図を導出し、そのR波から心拍数を測定した。（+）電極を左第5肋間全腋窩線上に、（-）電極を胸骨最上部に置き、接地電極を（+）電極と対称の位置に置いた。

4) 記録

筋電図および心電図はDigital Audio Tape（DAT）Recorder（RD-130TE、TEAC）を用いてDATに記録するとともに、1000msecのsampling rateで逐次A/D変換してパーソナルコンピュータ（PC-9801NS/A、NEC）に取り込み、ハード・ディスクに保存した。

5) 主観評価

被験者の主観的疲労感を測定するため、長さ10cmのVisual Analog Scale（VAS）を用いて全身の全体的な疲労感と、左上腕および腰背部の局所的な疲労感を数値化した。「疲労感が全くない」状態を左端（0）、「最大の疲労」を右端（10）としてスケールを作成し、各方法による動作終了直後、そのスケール上の現在の疲労感に該当する箇所に、部位別に直接記入してもらった。

6) 実験条件および実験手順

臨床において、ベッドの足元方向にずれた患者を頭側に移動する場合を想定して、看護者がベッド右側に立ち、足元の方から右斜め頭側へ引き上げる移動動作を行った。移動動作の方法は後述するA法およびB法に従い、看護者1人につきそれぞれ1方法ずつ合計2方法行った。両法とも1回が頭側に20cm、右側（看護者から見て手前）に29cmの移動になるようにし、1回の動作開始から次の動作開始までが20秒間隔になるようにして、合計10回の同じ移動動作を連続して行った（図1）。移動後は患者が自らの位置に戻ることとした。移動方向が一目でわかるように、ベッド上にテープを貼り、看護者は、患者の腸骨稜上に付けたマークがそのテープ上を移動するように配慮した（図2）。各方法の施行前には最低10分間椅子坐位による安静時間を設け、疲労回復を図った（図1）。また、安静時心拍数と回復時心拍数を測定するため、移動開始前と10回の移動終了後にそれぞれ3分間椅子坐位による安静時間を設けた（図1）。順序による疲労等の影響を少なくするため、7名はA法による10回の移動を先に行い残りの6名はB法による10回の移動を先に行って2種類の順序を無作為に被検者に割り当てた。

なお、ベッドはマットレス上端までの床高を65.0cmに調節して用いた。室温は $28.5 \pm 1.5^{\circ}\text{C}$ 、湿度は $55.0 \pm 5.0\%$ だった。

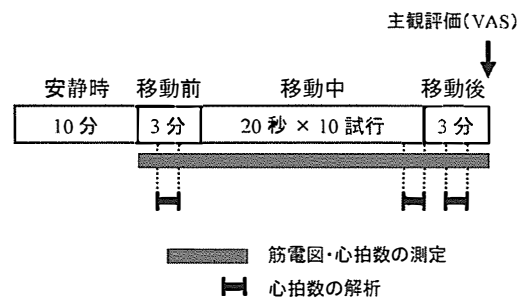


図1 実験手順を示す図
A、B法ともにこの手順で行った。

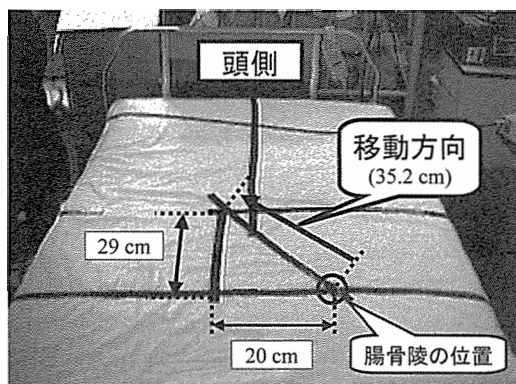


図2 本研究に用いたベッドの写真

移動方向が看護者にわかるようにするため、写真のようにベッド上に赤い色のビニルテープを貼った。

<A法> (図3 A)

A法は氏家のテキスト「基礎看護技術Ⅰ」¹⁴⁾を参考にし、以下のような方法で移動した。

- ①看護者の左上腕を、肘関節で後頭部を支えるように、患者の頭部の下から左の腋窩にまわし、右上腕は大腿中央部の下に深く入れる。患者は胸の上で腕を組ませる。
- ②ベッドの側方に両膝をつけ、左足のつま先を移動方向に向ける。
- ③患者を看護者側に引き寄せながらベッドで斜め右側方向に移動させる。

<B法> (図3 B)

B法は紙屋らの作成したビデオ「新しい離床の技術 基本技術編Ⅰ」¹⁵⁾を参考にした。

- ①患者の左腸骨稜から右肩へ延びる対角線の延長上に看護者の左膝を置く。看護者の左手は患者の左肩甲骨を支えながら左腋窩に指をかける。
- ②胸の上で患者の腕を組ませる。看護者の右手は患者の左肘を体幹に押さえつけながらもつ。
- ③移動時の摩擦を少なくするため、患者の上半身を看護者の左膝の上に持ち上げる。
- ④看護者の両腕を自分の体軸方向に沿って頭側に一気に引き寄せるようにして患者の体全体を移動する。

7) 解析方法

筋電図および心電図の解析は多用途生体情報解析処理システム (BIMUTAS Ver. 2.1E, キッセイ・コムテック) を用いて行った。

今回筋電図の解析を行った移動動作は、A法では



図3 本研究におけるA、B2方法による移動の構え。

前述した移動方法のうち③に対応する1回の動作、またB法では同じく前述した移動方法の③および④に対応する1回の動作である。その定量解析方法は以下の通りである。まず、各動作の開始から終了までの筋電図を切り出した。切り出した筋電図は10-500Hzのバンドパスフィルターに通し、さらに基線算出を行った。その後、この切り出した筋電図の開始から終了までの時間を全被験者において測定し、その最も短い時間間隔に相当するサンプリングポイント数 (結果的に777pointsであった) で、切り出した全ての筋電図をサンプリングし直し、正規化した。これは各動作の時間的ずれを補正するための作業である。次に、これらの正規化した筋電図の振幅積分値を求め、さらにその10回分の合計を被験者ごと、および方法ごとに算出した。

心拍数は心電図のR波を1分間数えることで算出した。動作開始前および動作終了後の心拍数は3分間のうち1分目から2分目の1分間を数え、動作中の心拍数は動作終了直前の1分間を数えてそれぞれの基準心拍数とした (図1)。次に、動作中の心拍数から動作開始前の心拍数を減じ、心拍数の増加量を算出した。さらに、求めた心拍数増加量を動作開始前の心拍数で除して百分率を求め、心拍数増加率とした。

主観評価は、0点からスケール上のチェックまでの距離をそれぞれ定規を用いて0.1cm単位で測定し、主観的疲労感のスコアとした。

8) 統計処理

統計処理は既成の統計処理ソフトウェア (スタットフレックス Ver. 2, ビューフレックス社) を用いてノンパラメトリック法で行い、データの中央値

(Median) と第1四分位数 (Q1) および第3四分位数 (Q3) で表現した。また、A 法・B 法間の有意差検定には Wilcoxon の方法を用いた。

Ⅲ. 研究結果

1. 移動中の筋電図

移動開始とともに、左右上腕二頭筋、左右傍脊柱筋の表面筋電図は1～3 mV 程度の振れを示し、移動の終了により減弱した (図4)。図5は各試行におけるそれぞれの筋電図積分値の推移を示したものである。左上腕二頭筋では全体的にB法がA法に比較して低値である傾向を認め、試行3, 6, 8, 9, 10においては有意差を認めた。右上腕二頭筋と左傍脊柱筋では全試行においてB法がA法に比較して著しく低値であり、統計的にも極めて有意な差を示した。右傍脊柱筋はB法がA法に比較してやや高値である傾向を認めたが有意差はなかった。

さらに図6に示すように、移動開始から終了までの筋電図の面積積分値を10回合計すると、左右上腕二頭筋と左傍脊柱筋では、B法がA法に比較して有意に低値であった (それぞれ $P < 0.05$, $P < 0.001$, $P < 0.0001$)。右傍脊柱筋ではB法がA法に比較してやや高値である傾向を認めたが有意差はみられなかった。

2. 心拍数の変化

移動動作前における心拍数の中央値は、A法が83 beats/min, B法が80beats/minであり、A, B間に有意な差は認められなかった。また、両方法とも移動中には心拍数が有意に増加した (A法: 108beats/min, B法: 103beats/min) が、増加の程度はA法の方がB法よりも著しかった。

移動動作中最後の1分間における心拍数の移動前に対する増加率を比較してみると、その中央値は、A法では35.9%, B法では26.2%であり、B法の増加量はA法より有意に低値を示した (図7左)。

移動動作1分後の心拍数の中央値はそれぞれA法が83beats/min, B法が79beats/minであり、A, B間に有意差は認められなかった。

3. 主観評価

A法, B法における体全体の疲労感を示すVASのスコアは、それぞれ中央値が6.6, 4.5であった。A法, B法間では有意差が認められた (図7右)。

一方左上腕におけるスコアの中央値は、A法, B法の順にそれぞれ5.8, 5.3であり、A法, B法間の有意差は認められなかった (図8左)。

さらに、右上腕二頭筋と傍脊柱筋におけるスコアの中央値は、それぞれA法, B法の順に6.7, 4.8と7.2, 2.9であり、どちらの部位においてもA法よりB法

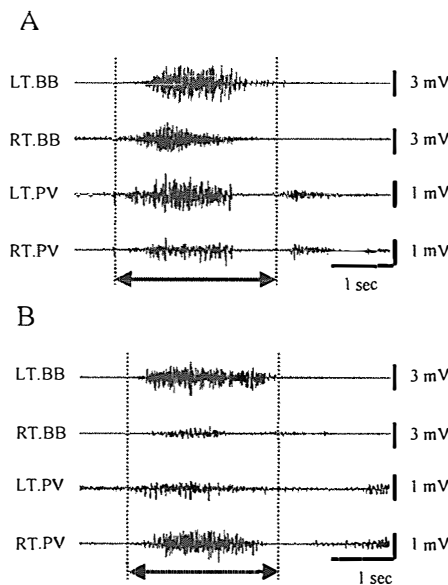


図4 移動中の筋電図の例。
両矢印は移動の開始から終了までを示す。
この期間を積分した。
LT, BB: 左上腕二頭筋
RT, BB: 右上腕二頭筋
LT, PV: 左傍脊柱筋
RT, PV: 右傍脊柱筋

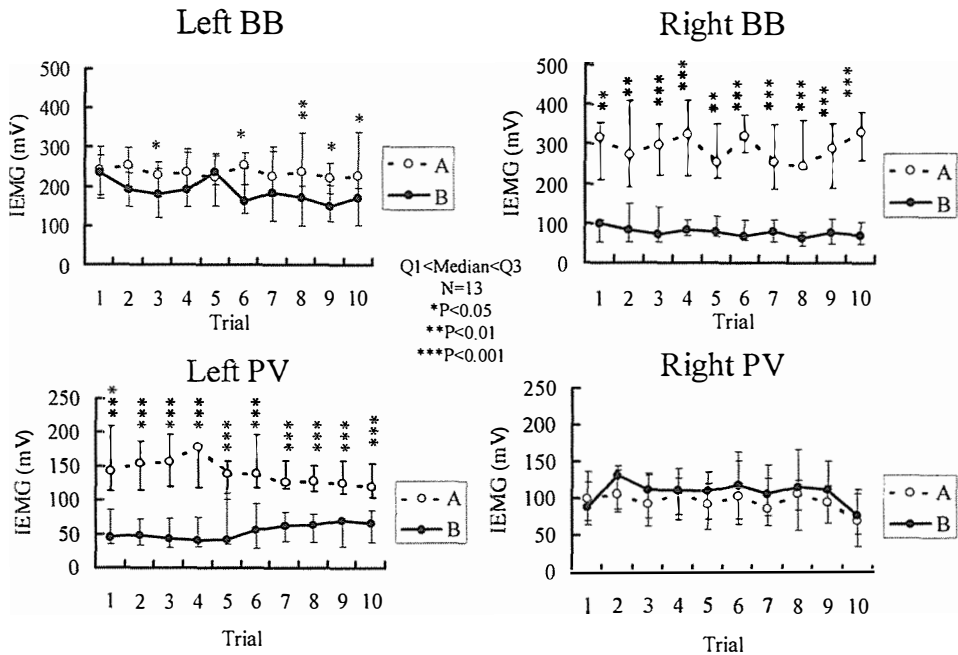


図5 各部位における筋電図積分値の試行による推移
横軸 (Trial) は各試行を、縦軸 (IEMG) は筋電図積分値をそれぞれ示す。
各点は中央値を示し、縦棒は第1, 第3四分位を示す。

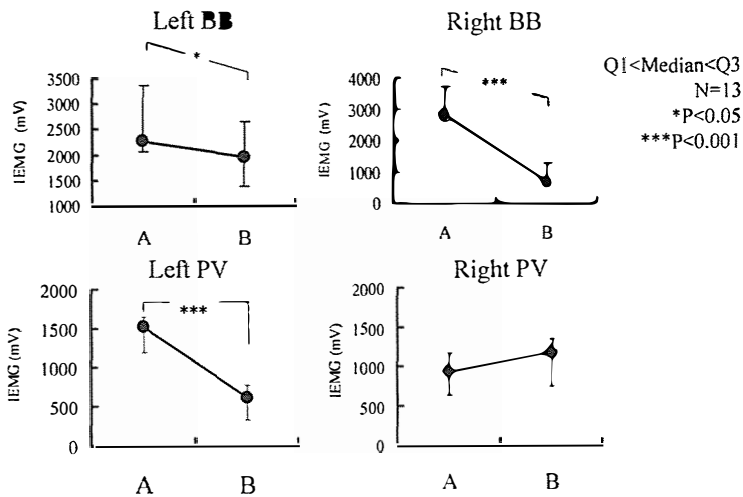


図6 各部位における筋電図積分値の10回加算値
記号は図5に準ずる。

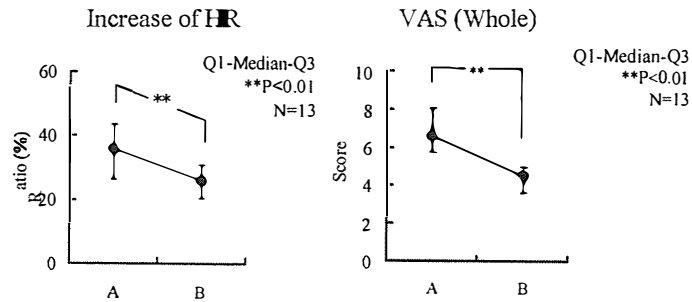


図7 左：A、Bにおける移動中の心拍数増加率
右：全身の全体的疲労感を示すVAS値

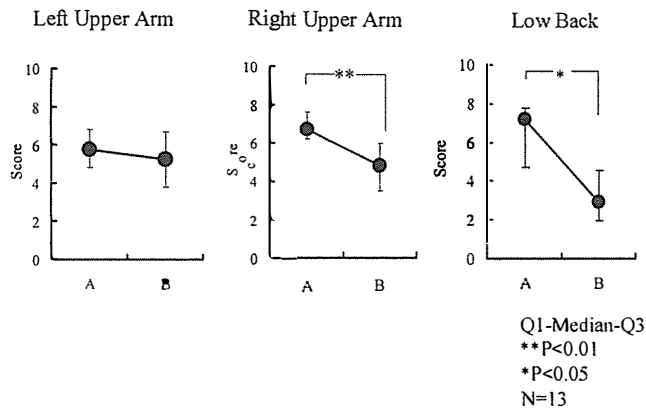


図8 各部位における疲労感を示すVAS値
Left Upper Arm：左上腕
Right Upper Arm：右上腕
Low Back：腰背部

の方が有意に低いスコアを示した（図8中・右）。

IV. 考 察

1. 筋電図

筋電図の積分値における今回の実験結果をA法、B法で比較してみると、上腕二頭筋では左・右ともにA法よりもB法の方が有意に低値を示した。筋電図の積分値は一般に筋収縮によって出力される力の指標とされている。このことから、A法よりもB法の方が筋収縮によって出力される力が小さいといえる。

では、なぜこのような違いが生じたのであろうか。

その原因としては少なくとも次の2つの可能性が考えられる。すなわち、1つは、B法では上半身を持ち上げるため、患者背部にかかる摩擦が小さくなり、移動にかかる力を節約することができる可能性である。もう1つはA法よりもB法の方が患者と看護者の体が密着しやすいので、安定性が高く、看護者にとっては安定を得るために余分な力をかけなくて済む可能性である。実際には、A法においても移動に際しては患者を持ち上げて摩擦を小さくするようにしながら移動を行っている。しかしながらA法の場合、腰部を屈曲しながらの動作になるので看護者は極めて不安定であり、結果的には患者をベッドに接触させたり離れた

りを繰り返しながら移動している場合が多いと考えられる。事実、A法においては移動開始から終了までの筋放電が1つにまとまっておらず、2から3つの放電群に分散している例がしばしば認められた。この場合、患者がベッドに接触すれば摩擦が大きくなり、またベッドから離してバランスを保つために余分な筋力を使うというように先述した両方の原因で余分な筋力を使っているのではないかと考えられる。

また、姿勢により使う筋群が異なることから筋放電の違いが生じている可能性もある。しかし、本実験における動作の場合、B法では看護者に対してまっすぐ手前に引くので主動筋として上腕二頭筋が最もよく使われる可能性が高い。これに対し、A法では手前に引く動作に横に移動する動作が加わるため、上腕二頭筋だけでなく大胸筋や三角筋などもよく使われている可能性が高いと考えられ、このことからA法では力はいくつかの筋群によって分散されていると考えて良い。しかしながら、今回の実験結果は、力が分散されているはずのA法の方が上腕二頭筋の放電量は大きかったのであるから、このことによる違いは考えにくい。

次に傍脊柱筋については、本実験の結果、右側の積分値はA法、B法間で有意差が認められなかったが、左側の積分値はA法よりもB法の方が有意に低下していた。このことから、B法はA法に比べて左傍脊柱筋の力を節約できることが示唆された。今回のA法における動作では、看護者は自分の右側から左側へ患者を移動させるため、左傍脊柱筋群に余計に力がかかることが推定される。それに対してB法では看護者が自分に対して真っ直ぐ後ろに患者を引くので左右均等に力が加わり、左側にだけ無理な力が加わることはないであろう。このようなことにより、左傍脊柱筋の力はA法B法間で差が生じたものと思われる。

2. 心拍数

今回の実験結果では、移動動作開始前の安静時心拍数には有意な差が認められなかった。このことから、安静時の状態はA法、B法ともに、少なくとも心拍数の観点からは同様であったと考えて良いと思われる。今回の実験方法は同一看護者で続けてA法、B法の移動動作を行っている。このような方法の場合、一般的に後から行う動作は前の動作の影響を受けて疲労しているため、順序条件による実験結果への影響は免れ

ない。そこで、A法、B法における開始前の安静状態をできる限り同条件にするため、今回の実験ではA法、B法の順序を無作為化し、かつ動作間に少なくとも10分間の安静時間を設けた。安静時心拍数に両方法間の有意差が認められなかったことは、今回の実験において2つの方法が同条件で行われたことを保証するものであると考えられる。

さらに、移動動作中、心拍数は両方法とも上昇したが、その上昇程度は両方法間に違いが見られた。すなわち、増加の程度はA法の方がB法よりも著しく、その増加率に有意差が認められた。このことから、移動動作に伴う身体運動量は、B法よりもA法の方が大きかったことが示唆される。

一般的に運動量や作業量の生理学的評価や運動負荷試験には酸素摂取量の測定や今回のような心拍数の測定などが用いられている^{16), 17)}。心拍数は一般的に110から170の範囲で運動強度と極めて良い直線関係が認められるといわれており¹⁸⁾、スポーツ医学関係で簡易的に心拍数を用いて運動負荷を評価することも多い。しかしながら心拍数が110より値の低いレベルでは、厳密には情緒的興奮や精神的緊張が相対的に強く影響するのでやや直線性が乱れることが知られている¹⁹⁾。今回の実験では、移動動作中の心拍数は中央値で103から108とそれよりやや低いレベルであった。このことから、今回の場合精神的影響を完全に無視することはできないが、A法もB法も共に同様な精神的影響があると考えれば、両方法の比較において考察する限りこのような影響はある程度除外できると考えられる。今回のような移動動作など、応用動作の解析に関しては、臨床での応用を考えるとできる限り簡易に測定できることが望ましいので、このような観点からすると心拍数による作業負荷の評価は有効な方法の1つであろう。

3. 筋電図と主観評価

今回の実験では、左右の上腕二頭筋を比べた場合、右側は主観評価でA法とB法による差が認められたが、左側は有意差が認められなかった。また、左右上腕二頭筋の筋電図における試行10回の合計積分値においても、右側の有意水準は、 $P < 0.001$ であるのに対し、左側の有意水準は、 $P < 0.05$ であり、右側の方が著しい差を示した。このように、主観評価と筋電図の放電量とは良好な対応関係を示したことから、放電量

は移動技術の効率を推定する1つの指標として有効であることが示唆された。しかし、体全体の筋肉は数多くあり、その全ての放電量を測定することは困難である。従って、研究過程においては別な筋群に対する測定も必要であろうし、また、動作によって測定する筋群を使い分けてゆかねばならないなど、問題点も存在することが明らかになった。

4. A法とB法の差について

以上述べてきたことから、「患者を引き上げる」という同じ目的で行う、A、B、2方法の移動動作を比較した場合、一般的にはA法よりB法の方が看護者の負担が少なく、効率の良い方法であることが明らかになった。しかし、これだけですぐ、A法よりB法の方が優れていると結論するわけにはいかない。なぜなら、患者側の負担や快適感、さらには臨床応用上の幅広さなども考慮しなければならないからである。例えばB法の場合、方法上の特色から、脊椎に損傷のある患者には使用できないと考えられ、適用できる患者が限定される可能性がある。このようなことから、それぞれの方法の欠点や禁忌事項についても十分検討するとともに、ケースに応じて使い分けていく必要があると考えられる。

V. 結 論

筋電図の積分値と心拍数という2つの生理学的指標とVASの測定による心理学的指標を用いて、A法、B法による移動動作の違いを検討した結果、次の3点が明らかになった。

1. 左右上腕二頭筋および左傍脊柱筋の筋電図積分値は、いずれもA法よりB法の方が有意に低値を示した。
2. 移動動作中最後の1分間における心拍数の増加率も、筋電図と同様に、A法よりB法の方が有意に低値を示した。
3. 体全体の疲労感、および右上腕と傍脊柱筋におけるVASのスコアも、上の2つの生理学的指標と同様に、A法よりB法の方が有意に低いスコアを示した。

以上のことから、全体としてA法に比較してB法の方が看護者にとって負担が少なく、楽な動作であることが明らかになった。

謝 辞

本研究は、文部省科学研究費助成金(No. 09672386)の助成を受けて行った。実験の遂行に、また模擬看護者、模擬患者として協力してくれた信州大学医療技術短期大学部の学生諸君に感謝する。

Abstract

We investigated the physiological and psychological changes during transfer in order to compare the differences of nurses' load in two transfer techniques. Subjects were 13 normal healthy students aged between 20 to 21 years. One healthy student acted as a simulation patient. Two transfer techniques (named "A" and "B") were compared. "A" is a traditional technique according to a textbook, "Fundamentals of Nursing Technique"; and "B" is a relatively new technique according to "Kamiya's method". Ten trials of transfer were performed in both techniques. Integrations of electromyographs (IEMG) of the left and right muscles of the Biceps Brachii (BB) and the left and right muscles of the Paravertebrals (PV), and heart rate (HR) were measured as physiological parameters. The visual analog scale (VAS) about fatigue of whole body, both the upper arms and the low back were also measured as the psychological parameters.

Results were as follows.

1. IEMGs of all trial in technique B were significantly less than that in technique A except for the right PV. Summation values of ten trials of IEMGs in technique B were also significantly less than that in technique A except for at right PV.

2. Increase ratio of HR by transfer in technique B was significantly less than that in technique A.

3. VAS scores of fatigue of the whole body, the right upper arm, and the low back in technique B were significantly smaller than that in technique A.

These results suggests that technique B method is less on the nurses' load compared with technique A.

参考文献

- 1) 金田和容他：看護従事者における腰痛調査日本腰痛会誌 1(1)：17-20, 1995.
- 2) 北正光他：看護業務従事者における腰痛の疫学的検討 日本腰痛会誌 1(1)：13-16, 1995.
- 3) 藤村 隆：老人ホームにおける介護作業の問題点と腰痛対策 労働の科学 50(9)：13-16, 1995.
- 4) 大津 廣子他：体位変換の授業 看護教育37(4)：302-309, 1996.
- 5) 村本淳子：ボディメカニクスの視点からみた体位変換の技術 月刊ナースング16(8)：66-70, 1996.
- 6) 金澤トシ子：ボディメカニクスの視点からみた移動の技術 月刊ナースング16(8)：72-76, 1996.
- 7) 春日美香子：看護技術を科学する Nursing Today11(5)：34-37, 1996.
- 8) 菱沼典子他：看護技術を科学する Nursing Today11(6)：34-37, 1996.
- 9) 渡辺和子他：移動技術の効率性に関する研究神戸大学医療技術短期大学部紀要3：69-73, 1987.
- 10) 新田麗子他：看護における移動技術の介助者の影響に関する研究神戸大学医療技術短期大学部紀要3：53-59, 1987.
- 11) 宮腰由紀子：看護技術についての動作分析日本看護研究学会雑誌41, 2)：38-41, 1986.
- 12) 宮腰由紀子他：看護動作の筋電図学的解析日本看護研究学会雑誌40：5-19, 1987.
- 13) 細野喜美子他：ベッド上患者の移動技術の筋電図学的考察 神戸大学医療技術短期大学部紀要3：75-81, 1987.
- 14) 氏家幸子：基礎看護技術Ⅰ(第4版)第1章看護行為に共通する技術 医学書院 pp. 46-47, 1996.
- 15) 紙屋克子監修, 老人保健事業推進検討委員会制作ビデオおよびテキスト：日常生活行動獲得のためのケア技術「新しい離床の技術基本技術編Ⅰ」1997.
- 16) 山田一郎：運動負荷に対する生理的反応と運動負荷試験 Corony 6(1)：12-18, 1989.
- 17) McArdle, W. D., et al., Exercise Physiology 3rd ed., pp. 168-225, LEA Febiger, London, 1991.
- 18) 池上晴夫：運動処方 理論と実 際, pp.176-177, 朝倉書店 東京 1990.

(平成10年11月7日 受付)

辛い床ずれ・病臭の解消に!

特許 エアー噴出型

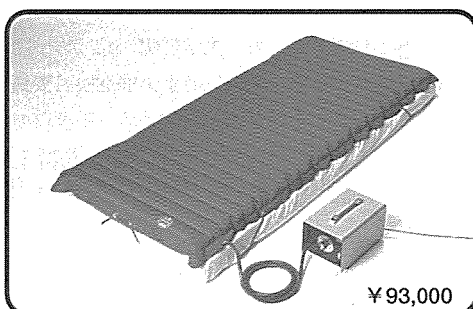
サンケンマット®

大臣賞 受賞品

床ずれ 治療に パイオニア
噴気型の

特許：エアー噴出型

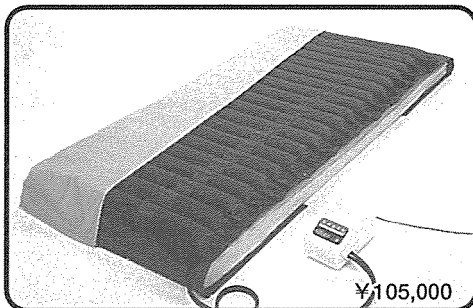
サンケンマット ギャチタイプ



¥93,000

特許：エアー噴出・波動型（エアーセルタイプ）

ハッピーウェーブ 電子機能が自動調節

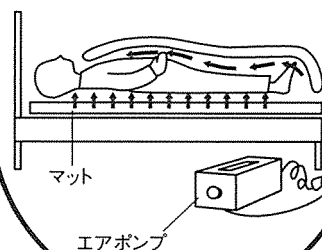


¥105,000

（製品についてのお問い合わせは、お気軽にお電話下さい。）

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。



厚生省日常生活用具適格品エアーパッド

サンケン

三和化研工業株式会社

本社 〒581-0039 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

—原 著—

Nursing Intervention としての神経性症状を示す 子どもへの看護的遊戯療法 English Approach について

Effect of “English Approach”
as a Psychotherapeutic Nursing Intervention

大 脇 万起子
Makiko Ohwaki

キーワード：遊戯療法・英語・小児看護における看護介入
Play Therapy・English・Pediatric
Nursing Intervention

I. はじめに

遊びは子どもの成長発達には不可欠なものである^{1)~7)}。しかし、病児は疾患のため、様々な規制を余儀なくされ、心理的な抑圧から解放されるような遊びを得ることはなかなか難しい。また、慢性疾患を抱える子どもは、長期間にわたる心身両面の苦痛から、神経性症状を示す可能性が高く、医学的アプローチだけでなく、心理学（心理療法）的なアプローチが必要になることも多い。これら神経性症状を示す子どもは、心理的な癒しを得ることで身体の回復と成長発達を得られる機会が与えられると考えられる。小児看護において、子どもの QOL（quality of life）を援助することは大切な役割であり、それを踏まえての遊びを保障することは重要な課題である。さらに加えては、その遊びが治療的な効果を持つことが望ましい^{1)~4), 8)~10)}。

これらのことから、自己表現と心理的解放をもたらす看護介入法として、神経性症状を示す子どものための遊戯療法の開発を考え、今回、筆者は看護者による治療的遊戯療法の一つの試みとして、英語による遊びを考案した。

多くの学童期の子どもにとって、英語は通常のコミュニケーション手段としては用いない言語であり、用いることができて一般的な十分なコミュニケーションを図ることは難しい。即ち、英語でのコミュニケーションは相手も内容も範囲も限定される。さらに英語

は学童期では多くの場合、健常児にも病児にも未知のものである。それゆえ、未知の言語である英語を知り、使用するあるいは使用できるという優越感からか、普段、闘病のために健常児に多少なりともコンプレックスを持っている病児の多くが、強い興味を持つようである。

この英語を用いた遊びの具体的な内容は、初歩的な英会話や英単語を用いた書字および発声による言葉遊びであり、子どもの状況に合わせ、個別もしくは集団で行う。この英語を用いた遊びを English Approach（以下 EA）と名付け、看護的遊戯療法の一手法として実践開発を行って来た^{11)~13)}。

本研究では、小児看護における看護介入の一手法として、EA の有用性を心理検査の結果を通して検討した。

II. 対象児ならびに方法

1. 対象児：病虚弱の看護学校を併設する A, B, 2 病院に入院及び外来通院している小学生、A 病院 20 名、B 病院 7 名、計 27 名。尚、対象児の性別、学年、疾患名および EA 参加回数は表 1 に示した。
2. 実施時期：A 病院では平成 5 年 7 月～平成 7 年 3 月、B 病院では平成 6 年 4 月～平成 7 年 3 月に実施したが、対象児毎の参加時期は入退院の時期が異なり一定ではない。
3. 実施時間：子ども長期外泊期間を除く、毎週 1 回、

表1 対象児の性別・学年・疾患名および
EA 参加回数

No.	性別	学年	疾患名	EA参加回数
1	女児	1	肥満	21
2	女児	1	アトピー・喘息	27
3	女児	1	喘息	15
4	女児	2	喘息	41
5	女児	2	喘息	14
6	男児	2	不登校・肥満	20
7	女児	3	アトピー・喘息・不登校	28
8	女児	3	肥満	23
9	女児	3	喘息	26
10	女児	3	喘息	7
11	女児	3	喘息	29
12	男児	3	アトピー・喘息	44
13	男児	3	喘息	30
14	女児	4	喘息	24
15	男児	4	喘息	28
16	女児	5	喘息	10
17	女児	5	喘息	24
18	女児	5	肥満	34
19	男児	5	肥満	10
20	男児	5	若年性関節リウマチ	28
21	男児	5	喘息	25
22	女児	6	喘息	18
23	女児	6	肥満・不登校	17
24	女児	6	肥満・不登校	38
25	女児	6	不登校	8
26	女児	6	肥満	26
27	男児	6	肥満	11

1 時間。

4. 心理査定法：Y-G 性格検査、P-F スタディ、バウムテスト、風景構成法の4つの検査を、各対象児のEA参加開始時および参加終了児に実施した。

Ⅲ. 結 果

1. Y-G 性格検査について

Y-G 性格検査は一定の状況に対する個人の反応傾向や興味特性をとらえることができるため¹⁵⁾、患児の性格の類型、安定性、積極性について分析した。

表2はその結果を示したものである。

EA 実施後の類型（5尺度）では、平均型（A型）へ変化したのは6名（22%）、不安定積極型（B型）へ変化したのは4名（15%）、安定消極型（C型）へ変化したのは2名（7%）、安定積極型（D型）へ変

化したのは0名（0%）、不安定消極型（E型）へ変化したのは8名（30%）、変化がなかったのは7名（26%）であった。

しかし、情緒不安定性、社会的不適応、活動性および外向性の各因子（12尺度）では、全ての子どもに変化が認められた。

表2 Y-G 性格検査における変化

実施後の類型変化方向	人数（%）
平均型（A型）	6名（22%）
不安定積極型（B型）	4名（15%）
安定消極型（C型）	2名（7%）
安定積極型（D型）	0名（0%）
不安定消極型（E型）	8名（30%）
変化なし	7名（26%）

2. P-F スタディについて

P-F スタディは一定の状況に対する個人の反応の示す攻撃の方向や反応の様式の組合せによって、人格を分析することができるため¹⁵⁾、今回は主として攻撃性（アグレッション）の型（障害優位型、自我防衛型、要求固執型）および方向（自責的、無責的、他責的）¹⁶⁾について分析した。

表3はその結果を示したものである。

アグレッションの型では、障害優位型（O-D）の数値が増加したのは12名（57%）、減少したのは7名（33%）、変化がなかったのは2名（10%）であった。

自我防衛型（E-D）の数値が増加したのは9名（43%）、減少したのは12名（57%）で、変化がなかった子どもはいなかった。

要求固執型（N-P）の数値が増加したのは10名（48%）、減少したのは10名（48%）、変化がなかったのは1名（5%）であった。

アグレッションの方向では、他責的（E-A）の数値が増加したのは13名（62%）、減少したのは6名（29%）、変化がなかったのは2名（10%）であった。

自責的（I-A）の数値が増加したのは6名（29%）、減少したのは10名（48%）、変化がなかったのは5名（24%）であった。

無責的（M-A）の数値が増加したのは8名（38%）、減少したのは9名（43%）、変化がなかったのは4名（19%）であった。

結果として、P-F スタディにおいて変化のないものはいなかった。アグレッションの型あるいは方向の

表3 P-Fスタディにおける変化

アグレッションの型 アグレッションの方向		障害優位型 (O-D)			自我防衛型 (E-D)			要求■執型 (N-P)			3 型の 数値合計
		増 加	減 少	変化なし	増 加	減 少	変化なし	増 加	減 少	変化なし	
他責的 E-A	増 加	6 名			11 名			8 名			13 名 (62%)
	減 少		10 名			9 名			11 名		6 名 (29%)
	変化なし			5 名			1 名			2 名	2 名 (10%)
自責的 I-A	増 加	5 名			7 名			5 名			6 名 (29%)
	減 少		4 名			10 名			4 名		10 名 (48%)
	変化なし			12 名			4 名			12 名	5 名 (24%)
無責的 M-A	増 加	8 名			7 名			7 名			8 名 (38%)
	減 少		4 名			10 名			6 名		9 名 (43%)
	変化なし			9 名			4 名			8 名	4 名 (19%)
3 方向の 数値合計		12 名 (57%)	7 名 (33%)	2 名 (10%)	9 名 (43%)	12 名 (57%)	0 名 (0%)	10 名 (48%)	10 名 (48%)	1 名 (5%)	

いずれかにおいて変化を生じており、P-Fスタディでも全ての対象児に心理的变化を認めた。

3. バウムテストについて

バウムテストは意識下にある人格を分析することができるため¹⁷⁾、患児の深層心理検査として用いた。バウムテストでは、樹型、先端処理、印象、筆圧・勢い、強迫的傾向、木の大きさ、実の数、切傷・影、付加物について分析した。

なお、分析精度を高めるため、3名の描画法の専門家に協力を求め、検討を行った。

表4はその結果を示したものである。

樹型では、基本型から冠型に変化したのは7名(30%)、冠型から基本型に変化したのは1名(4%)、変化がなかったのは15名(65%)であった。

先端処理では、閉じたものから開いたものに変化したのは3名(13%)、開いたものから閉じたものに変化したのは3名(13%)、変化がなかったのは17名(74%)であった。

印象では、硬いものから柔らかいものに変化したのは5名(22%)、柔らかいものから硬いものに変化したのは3名(13%)、変化がなかったのは15名(65%)

であった。

筆圧・勢いが増強したのは9名(39%)、強すぎたものが柔らかくなったのは3名(13%)、変化がなかったのは11名(48%)であった。

細部にこだわった描写(強迫的傾向)が増加したのは8名(35%)、減少したのは6名(26%)、変化がなかったのは9名(39%)であった。

木の大きさが増加したのは11名(48%)、大き過ぎてアンバランスであった木が小さくまとまったのは6名(26%)、変化がなかったのは6名(26%)であった。

実の数が増加したのは9名(39%)、多すぎたものがバランスよく少なくなったものは8名(35%)、変化がなかったのは6名(26%)であった。

切傷・影が増加したのは8名(35%)、減少したのは5名(22%)、変化がなかったのは10名(43%)であった。

付加物で情緒の安定を示すものが増加したのは8名(35%)で、その内容(複数)は、絵の解説4名(17%)、木の装飾物2名(9%)、草花4名(17%)、動物4名(17%)、人物4名(17%)、ブランコ2名(9%)

表4 バウムテストの変化

変 化 の 指 標		人数 (%)	変 化 の 指 標		人数 (%)
樹 型	基本型→冠 型	7 名 (30%)	実 の 数	増加した	9 名 (39%)
	冠 型→基本型	1 名 (4%)		少なくなった	8 名 (35%)
	変化なし	15 名 (65%)		変化なし	6 名 (26%)
先端処理	閉じている→開いている	3 名 (13%)	切傷・影	増加した	8 名 (35%)
	開いている→閉じている	3 名 (13%)		減少した	5 名 (22%)
	変化なし	17 名 (74%)		変化なし	10 名 (43%)
印 象	硬い→柔らかい	5 名 (22%)	付 加 物	増加した	8 名 (35%)
	柔らかい→硬い	3 名 (13%)		絵の解説	4 名 (17%)
	変化なし	15 名 (65%)		木の装飾	2 名 (9%)
筆圧・勢い	強まった	9 名 (39%)		草花	4 名 (17%)
	軟らいた	3 名 (13%)		動物	4 名 (17%)
	変化なし	11 名 (48%)		人物	4 名 (17%)
強迫的傾向	増加	8 名 (35%)		ブランコ	2 名 (9%)
	減少	6 名 (26%)		太陽	2 名 (9%)
	変化なし	9 名 (39%)		虹	1 名 (4%)
木の大きさ	大きくなる	11 名 (48%)		雲	1 名 (4%)
	小さくなった	6 名 (26%)		減少した	
	変化なし	6 名 (26%)		汚物	1 名 (4%)
				変化なし	14 名 (61%)

%), 太陽 2 名 (9%), 虹 1 名 (4%), 雲 1 名 (4%) で, 減少したものは汚物 1 名 (4%), 変化がなかったのは 14 名 (61%) であった。

EA 実施前後のバウムテスト結果の一例を対象児 7 について■1 に示した。EA 実施前は寂しく硬い印象の絵を描いていたが, EA 実施後は 2 本の木と, 空にニコニコ顔の太陽, 大地に一面の草と, 全体として柔らかい印象の絵を描き, 「今日はあきばれです。」という絵の解説も入っていた。すなわち, この対象児では, 印象, 強迫的傾向, 木の大きさ, 切傷・影, 付加物といった分析因子に変化がみられた。

4. 風景構成法について

風景構成法は, バウムテスト同様, 意識下にある人格を分析することができるため¹⁷⁾, 患児の深層心理検査として用いた。風景構成法では, 色彩, 境界, 空白, 黒の使用, 赤の使用, 明彩度, 人物の大きさ, 動植物の大きさ, 風景全体の大きさ, 構成度, 強迫的傾向について分析した。

なお, バウムテスト同様, 分析精度を高めるため, 3 名の描画法の専門家に協力を求め, 検討を行った。

表 5 はその結果を示したものである。

色彩が抑鬱からの開放による感情の高ぶりのために生じたと思われる適切・現実的なものから不適切・非

現実的なものに変化したのは 1 名 (5%), 情緒的な安定を得たと思われる不適切・非現実的なものから適切・現実的なものに変化したのは 3 名 (16%), 変化がなかったのは 15 名 (79%) であった。

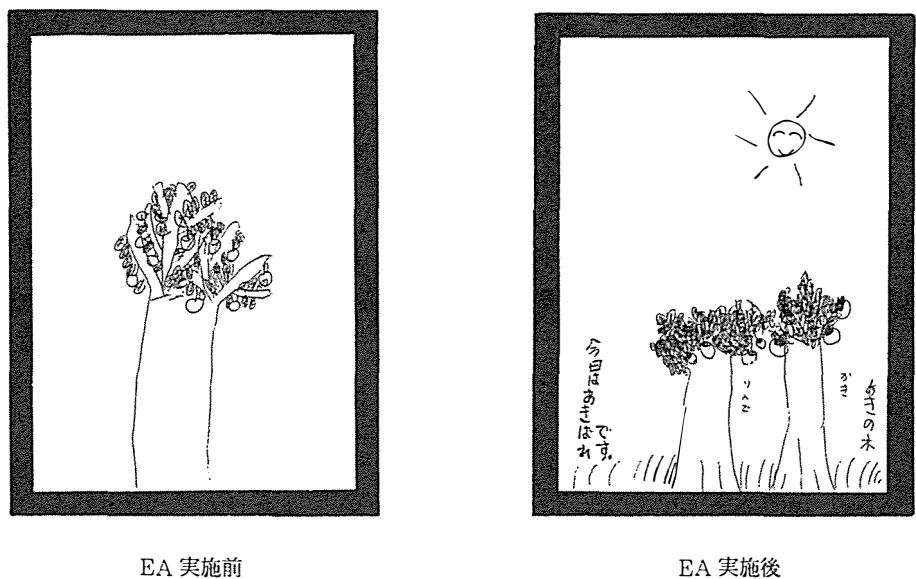
境界が分化したのから未分化なものに変化したのは 1 名 (5%), 未分化なものから分化したものに変化したのは 3 名 (16%), 変化がなかったのは 15 名 (79%) であった。

空白が減少したのは 4 名 (21%), 増加したのは 4 名 (21%), 変化がなかったのは 11 名 (58%) であった。

黒の使用では, 抑鬱感情が開放され使用率が減少したのは 6 名 (32%), 潜存していた抑鬱的感情が表出され使用率が増加したのは 3 名 (16%), 変化がなかったのは 10 名 (53%) であった。

赤の使用では, 情緒的な興奮が沈静して使用率が減少したのは 5 名 (26%), 抑圧されていた感情が噴出して使用率が増加したのは 2 名 (11%), 変化がなかったのは 12 名 (63%) であった。

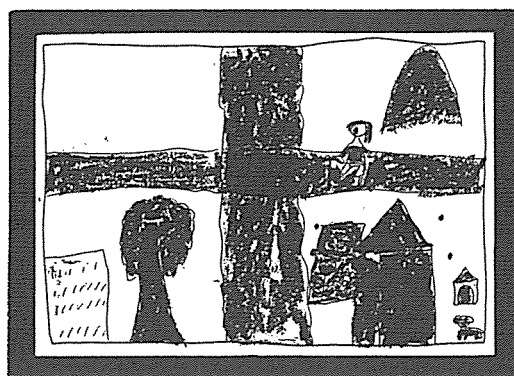
明彩度では, 情緒的な興奮が沈静して減少したのは 2 名 (11%), 抑圧されていた感情が噴出して増加したのは 12 名 (63%), 変化がなかったのは 5 名 (26%) であった。



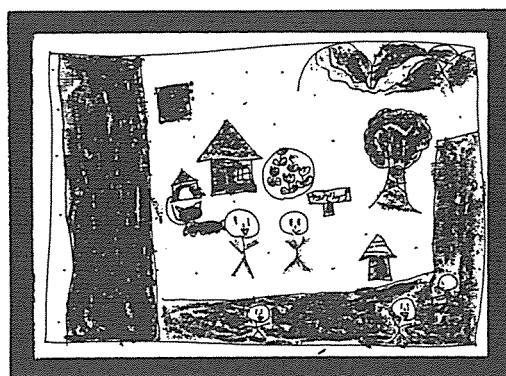
■1 バウムテスト結果の一例（対象児7）
絵は25%縮小

表5 風景構成法における変化

変 化 の 指 標		人数（％）	変 化 の 指 標		人数（％）
色 彩	適切・現実的 →不適切・非現実的	1名（5％）	明 彩 度	減少した	2名（11％）
	不適切・非現実的 →適切・現実的	3名（16％）		増加した	12名（63％）
境 界	分化→未分化	1名（5％）		変化なし	5名（26％）
	未分化→分化	3名（16％）	人 物 の 大 き さ	縮小した	5名（26％）
空 白	変化なし	15名（79％）		拡大した	12名（63％）
	減少した	4名（21％）		変化なし	2名（11％）
黒の使用	増加した	4名（21％）	動植物の 大 き さ	縮小した	4名（21％）
	変化なし	11名（58％）		拡大した	15名（79％）
赤の使用	減少した	6名（32％）		変化なし	0名（0％）
	増加した	3名（16％）	風景全体 の大きさ	縮小した	1名（5％）
	変化なし	10名（53％）		拡大した	3名（16％）
	減少した	5名（26％）	構 成 度	変化なし	15名（79％）
	増加した	2名（11％）		減少した	6名（32％）
	変化なし	12名（63％）		増加した	12名（63％）
				変化なし	1名（5％）
強 迫 的 傾 向	減少した	0名（0％）		減少した	0名（0％）
	増加した	7名（37％）		増加した	7名（37％）
	変化なし	12名（63％）		変化なし	12名（63％）



EA 実施前



EA 実施後

図2 風景構成法結果の一例(対象児9)

絵は20%縮小

人物の大きさでは、過剰な自己主張がなくなり縮小したのは5名(26%),自己受容が出来るようになり人物の大きさが拡大したのは12名(63%),変化がなかったのは2名(11%)であった。

動植物の大きさでは、生命的エネルギーの調整ができて縮小したのは4名(21%),生命的エネルギーが高まり拡大したのは15名(79%),変化がなかった子どもはなかった。

風景全体の大きさが縮小したのは1名(5%),拡大したのは3名(16%),変化がなかったのは15名(79%)であった。

構成度が減少したのは6名(32%),増加したのは12名(63%),変化がなかったのは1名(5%)であった。

強迫的傾向が減少した子どもはなく,増加したのは7名(37%),変化がなかったのは12名(63%)であった。

EA実施前後の風景構成法結果の一例を対象児9について図2に示した。EA実施前は真っ黒な道を一人歩いている小さな女の子、窓のない真っ黒な屋根の焦茶の家、右下方隅の枠内に子犬を描いていたが、EA実施後は人物は大きく、人数も増え表情も楽しそうになっている。犬も大きく逞しくなり、家も暖色になり、窓も描かれている。

IV. 考 察

小児看護の領域では、遊びは治療そのものではなく、何らかの治療をスムーズに進めるための補助や発達を促進する手段として用いられてきた¹⁸⁾⁻²⁴⁾。一方、精神医学や臨床心理学の領域では、遊びは治療手段として用いられてきた^{1)-4), 8)-10)}。しかし最近では、看護領域においても後者のように遊びを用いることが考えられてきている²⁵⁾。

今回の報告は実践的にその可能性を試みたものである。以下、それぞれの検査結果をもとに、その可能性を考察する。

1. Y-G性格検査について

Y-G性格検査の対象児全体の結果をみると、顕著な傾向は、自己を抑制して過剰適応していたと考えられる対象児、すなわちいつも大人が期待する対処行動を取る「よい子」(A型)タイプ、いつも自己を抑制した対処行動を取る「おとなしく、引っ込み思案」(C型・E型)タイプ、自己を仮性肥大させて過剰適応していつも自己を奮い立たせた対処行動を取る「活発、行動的」(B型・D型)タイプ、全てのタイプの対象児が変化を来していた。

これらの変化は、既に報告¹¹⁾⁻¹³⁾しているような日常生活での行動変容を生じさせた要因になったものと考えられる。具体的には、自分の意志表示が明確になった、表情が明るくなった、物事に対する考え方が肯定的になった、不必要な緊張が見られなくなった、自信

を持って行動するようになった、姿勢が良くなった、行動が落ち着いたなどである。しかし、一方で、悪戯など一見問題と思われる行動や反抗期のような行動も見られた。

多くの神経症タイプの子どもの場合、治癒過程において、現在ある自己の再構築のため、一度、現在ある自己を壊す作業が必要と言われる^{26)~27)}。この作業により、今まで「よい子」だった子どもや「おとなしく、引っ込み思案」だった子どもが、治癒過程において、行動化（アクティングアウト）と呼ばれる強い自己表現を始めたりする。また、過剰適応して「活発、行動的」だった子どもの場合は逆に非常に消極的になったり、退行現象を示したりすることもある。そうした反動形成とも言える変化の後、本当の意味での適応行動の取れる人格が形成されると言われている。今回のY-G性格検査の結果はこのような状況を表しているものと考えられた。

2. P-Fスタディについて

全体的な傾向として、アグレッションの型では障害優位型（O-）の数値の増加が認められた。また、アグレッションの方向では、他責的（E-A）の数値の増加と自責的（I-A）の数値の増加が認められた。この結果は、先のY-G性格検査の結果と同様、自己の再構築の過程にあることより、こうした変化が起こっているものと考えられた。

3. バウムテストについて

バウムテストでは、全体的な傾向として、木の大きさや実の数に変化があった。この検査におけるこれらの変化は自己の存在意識や自己効力感に変化があったことを意味すると考えられる^{17), 28)}。

結果で取り挙げた対象児7の場合では、EA実施前で孤立したような木が1本描かれていたのが、同じような形態の木ではあるが寄り添うように2本立ち、楽しさ、気分の良さを伝えるような付加物が沢山増えている。内的葛藤から解放されて自己変容を遂げ、情緒的な回復を示しているものと考えられる。

4. 風景構成法について

風景構成法では、全体的な傾向として、明彩度、構成度の増加、人の大きさ、動植物の大きさなどの変化があった。この検査において、明彩度の上昇は抑鬱状態からの精神的な解放を、構成度の緻密化は事象に対する認識・統合力の向上を、動植物の大きさの拡大は

自己の内的エネルギーおよび生命力の増大を、そして人の大きさの変化は人に対することに自信を持ち、肯定的に人を捕らえるようになったことを示していると考えられる^{17)~29)}。

結果で取り上げた対象児9はその典型的な事例ではないかと考える。

これら検査結果を総合して、抑鬱的な対象児では、EAに参加して、自由と情緒的な安心感または自己表出のための初期段階の援助を受けることにより、精神的抑圧から開放され、表出出来た自分を肯定的に受容できるようになると考えられた。

また、自己表出することに過剰なエネルギーを費やしていた対象児では、そうした行動に対するセラピストの無反応な対応や、過剰なエネルギーを費やさなくても自分が受容、承認されることを体験し、対象児がそうした自己表現方法をとる必要がないことを学び、検査上では反対に、消極的な状況に陥ったものと考えられた。但し、適切な自己表出が出来るようになるまでに患児が要する時間はその発達段階、過剰適応の程度によって異なると考えられた。

すなわち、対象児の症状が軽症であれば、臨床および検査上での改善は比較的一致した形で認められるが、重症であるほど、部分的な変化しか認められないようであった。

5. 看護的遊戯療法の意義

冒頭でも述べたように、遊びは子どもの成長発達には不可欠なものである。しかし、病児は疾患のため、様々な規制を余儀なくされ、心理的な抑圧から解放されるような遊びを得ることはなかなか難しい。

V. ヘンダーソンは『看護論』³⁰⁾の中で、看護ケアの構成要素のもとになる患者の14の基本的ニーズを明示し、その中で、「10. 情動、要求、恐怖、意見などを表現して他人とコミュニケーションをもつ。」(p. 25), 「13. 遊ぶ、あるいは種々のレクリエーションに加わる。」(p. 25), 「14. 正常な発達および健康へと通ずる学習をし、発見をし、あるいは好奇心を満足させる。また利用できる保健施設を活用する。」(p. 25)を挙げている。また、『看護の基礎となるもの』³¹⁾の中で、上記の13. について、「病気はたいいていの場合、変化や気分転換、慰安、リクリエーション等の機会をその犠牲としてうばいさる。ある場合にはそれは必要なことかもしれない。が、多くは、患者がリクリエー

ションのできるような状況を、まわりの健康人が提供してあげないために、そのようなことになるのである。」(pp. 65-66) と述べている。

遊戯療法に英語を取り入れた理由は、多くの学童期の子どもにとって、英語は興味ある未知のものであると同時に、コミュニケーション手段として十分使いこなせない言語であり、その伝達には、相手も内容も範囲も限られるものである。そのことが却って、常に健常児にコンプレックスを持ち、かつ自我が未熟であると推察される患児にとって受け入れ易いものであり、EA に参加した対象児の中には、英語を自分のストレス・コーピングの方法として取り入れ、自分の健康管理方法を確立させた対象児もあった。すなわち、片言なりとも、英語を操っているという優越感が患児を高揚させ、その結果、セラピストの様々な問いかけやアプローチを受容し易い状況を作り出すと考えられた。事実、EA の実施期間が心理療法としては比較的短期間であるにもかかわらず、対象児に変化が認められたことは、EA が神経性症状を示す子どもの精神・心理的な要因の改善に一石を投じているものと考えられた。しかし同時に、この程度のアプローチで対象児の多くが改善傾向を見せたことから、却って対象児の多くが神経性症状を示してはいるものの、症状としては軽症であり、心身症、神経症までには至っていないということも推察された。

これらのことを踏まえると、遊戯療法として EA を使用し、対象児の精神的・心理的傾向に改善が認められない子どもがあるとすれば、この方法そのものが対象児にとって、適切でないか、もしくは更に個別的で濃厚な治療を必要としているかのいずれかと推察される。特に後者の場合においては、早期に児童精神科医や心理臨床家へ繋いで行く必要があり、そのような意味から、今回のような遊戯的アプローチはマスキリーニング的な効果も期待出来ると考えられた。

このような効果を B. Neuman のシステム・モデル³²⁾を用いて考えると、EA は Primary Prevention (一次予防: ストレッサーに遭遇する可能性を小さくする, フレキシブルな防衛線を強化する), Secondary Prevention (二次予防: 徴候の早期発見, 症状の早期治療), Tertiary Prevention (三次予防: 再適応, 将来の発生を予防するための再教育, 安定性の修復) の内、Primary Prevention 及び Secondary Prevention の一都が行えているのではないかと考えてい

る。

患児は精神的・心理的症状を示しても、自己治癒力を促すアプローチを行うだけで症状を改善することが多いと考えられることから、EA のようなアプローチは、親しみ易い看護者から提供される方が専門家によるアプローチよりも緊張感が少なく、患児にとって受け入れ易いと考えられる。また、対象児が大きな精神的問題を抱えている場合でも、こうしたアプローチを通して看護者が仲介者となって専門家との連携を持ち、速やかで適切な対応を促すことが可能になれば、疾病予防及び早期治療にも繋がるものとする。すなわち、Nursing Intervention としての看護的療法のあり方と新たな役割がそこにあると考える。

V. ま と め

小児看護における看護介入の一手法として EA を神経性症状を示す患児へ実施した。その結果、Y-G 性格検査、P-F スタディ、バウムテスト、風景構成法などの心理検査に変化が見られ、症状の緩和が認められた。

昨今、子どもの精神的・心理的な問題は一般健常児においても深刻化しており、精神・心理に関する専門家の介入が社会的に必要となっている。

教育家、心理臨床家、医師らとともに、小児看護を専門とする看護者も、他の専門家との連携を図ると同時に、最も患児に近く、時間も多く共有するという立場からしても、独自の介入方法が模索されるべき時期に来ており、看護者が、小児保健活動として精神的・心理的介入を行うことは、社会的必要性とも一致すると考える。そのような意味からも、今回の EA 実施は意義あることであり、看護的遊戯療法に新しい小児看護の可能性が考えられた。

付 記

最後に、この論文の作成にあたり、ご指導下さった寄本 明先生(滋賀県立大学国際教育センター)、友久久雄先生(京都教育大学大学院障害児教育)、藤田 きみゑ先生(滋賀県立大学看護短期大学部)に、深謝致します。

なお、本研究は第22回日本看護研究学会学術集会上において奨学会研究として助成を受け、発表したものを原著としてまとめた。

抄 録

慢性疾患を抱える子どもは、長期間にわたる心身両面の苦痛から、神経性症状を示す可能性が高く、医学的アプローチだけでなく、心理療法的なアプローチが必要になることも多い。今回、自己表現と心理的解放をもたらす看護介入法として、神経性症状を示す子どものための遊戯療法の開発が必要と考え、英語を用いた遊びを English Approach と名づけ、看護的遊戯療法の一手法として実践開発した。この遊戯療法を病虚弱の看護学校を併設する2つの病院に入院及び外来通院している小学生27名に対して実施し、その前後に、心理検査（バウムテスト、P-F スタディ、風景構成法、Y-G 性格検査）を行ったところ、遊戯療法終了後の各々の心理検査結果に改善を認めた。この結果より、英語を用いた遊戯療法が長期間に渡って慢性疾患を抱えて神経性症状を示している子ども達に対して効果のあることが示された。

Abstract

Psychological treatment, in addition to medical treatment, is often necessary for children with chronic diseases because they are likely to show neurotic symptoms owing to their long term physical and mental suffering. It has been found that children having neurotic symptoms need professional intervention for improved mental health and self-expression. The author has developed a play therapy using the "English Approach" as a nurses' intervention for the children. The subjects of this study are 27 primary school children who are either inpatients or outpatients of two hospitals which have their own schools for sick children. The tests conducted were the Yatabe-Guilford Personality inventory, the Picture-Frustration Study, the Baum Test, and the Landscape Montage Technique. Each test was conducted two times, once before and once following the intervention. The results confirmed that the children's mental and psychological conditions improved. Children can receive this type of approach easily, especially from their closer nurses. The present study shows that, in addition to standard medical duties, nurses can be of use in mental illness prevention, early detection and treatment, by applying this approach in close cooperation with medical and psychological experts.

VI. 文 献

- 1) Jennings, S.: PLAYTHERAPY WITH CHILDREN A PRACTITIONER'S GUIDE, BLACKWELL SCIENTIFIC PUBLICATIONS, Oxford, 1993.
- 2) Wilson, K. et al.: PLAY THERAPY A Non-directive Approach for Children and Adolescents, Bailliere Tindall, London, 1992.
- 3) 上田弘之他: 子どもと遊び, 福村出版, 東京, 1980.
- 4) Hartley, R.E. et al.: Understanding Children Play, 1952, 上田礼子訳, 子どもの発達と遊び, 岩崎学術出版社, 東京, 1978.
- 5) Weller, B.F.: Helping Sick Children Play, Bailliere Tindall, London, 1980, 大阪府立看護短期大学発達研究グループ訳, 病める子どもの遊びと看護, 医学書院, 東京, 1988.
- 6) 河合政雄: 岩波新書113 子どもの自然, 岩波書店, 東京, 1990.
- 7) 田中祐二: 11 子どもは本当に遊んでいるか—対

- 人関係の発達, 有斐閣選書 児童心理学を学ぶ〈新書〉(高野清純他編), pp. 191-219, 有斐閣, 東京, 1986.
- 8) 中田洋二郎: 小児心身症の心理療法 遊戯療法, 小児内科, VOL. 23, pp. 70-73, 1991.
- 9) 吉田弘道他: セレクション臨床心理学=1 遊戯療法 2つのアプローチ, サイエンス社, 東京, 1997.
- 10) Axlein, V. M.: PLAY THERAPY, Houghton Mifflin, co., Boston, 1947, 小林治夫訳, 遊戯療法, 岩崎学術出版社, 東京, 1972.
- 11) 大脇万起子他: 神経性症状を示す子どもへの English Approach について—Nursing Interventionとしての試み—, 日本看護研究学会 近畿・北陸・中国・四国地方会 第8回学術集会プログラム及び抄録, p. 24, 1994.
- 12) 大脇万起子他: 神経性症状を示す子どもへの English Approach について(第2報)—Nursing Interventionとしての試み—, 日本看護研究学会雑誌, 17, 臨時増刊, p. 176, 1994.
- 13) 大脇万起子他: 神経性症状を示す子どもへの English Approach について(第3報)—Nursing Interventionとしての試み—, 日本看護研究学会雑誌, 18, 臨時増刊, p. 124, 1995.
- 14) 氏家 寛他共編: 心理臨床大事典, pp. 505-509, 培風館, 東京, 1992.
- 15) 上野一郎監: 心理アセスメントハンドブック, pp. 192-207, 西村書店, 新潟, 1996.
- 16) 日本版ローゼンツァイク P-Fスタディー解説—基本手引—(1987年), 三京房, 京都, 1987.
- 17) 氏家 寛他共編: 前出4), pp. 548-563.
- 18) 堀田法子: 入院中の小児の社会性の発達と遊びに関する研究と看護の動向, 臨床看護研究の進歩, Vol. 7, pp. 22-30, 1995.
- 19) 山中久美子他: 遊戯性(Playfulness)からみた喘息の子どもの看護, 大阪府立看護大学紀要, 3: 1, 37-48, 1997.
- 20) 木内妙子他: 小児看護とプレイセラピー プレイセラピーとその活動, 小児看護, Vol. 21, pp. 252-257, 1998.
- 21) 木内妙子他: 小児看護とプレイセラピー スウェーデンにおけるプレイセラピーの実際, 小児看護, Vol. 21, pp. 382-387, 1998.
- 22) 大西文子他: 小児看護とプレイセラピー 日本の小児看護プレイセラピー, 小児看護, Vol. 21, pp. 496-503, 1998.
- 23) 西窪蘭子他: 体動を抑制された幼児のストレスを軽減する遊びの一考察, 小児看護, Vol. 21, pp. 1660-1665, 1998.
- 24) 祖父江育子他: 看護者が小児の遊びにかかわることの意味, 小児看護, Vol. 21, pp. 1020-1024, 1998.
- 25) Snyder, M.: Independent Nursing Intervention, Second Edition, Delmer Publishers, Inc., New York, 1990, 尾崎フサ子他監訳, 看護独自の介入 [広がるサイエンスと技術], メディカ出版, 東京, 1996.
- 26) 小林 司編: カウンセリング事典, pp. 69-70, 新曜社, 東京, 1993.
- 27) 氏家 寛他共編: 前出4), pp. 216-218.
- 28) Koch, C.: THE TREE TEST (Der Baumtest), Verlag Hans Huber, Bern, 1952, 林勝造他訳: バウム・テスト—樹木画による人格診断法—, 日本文化科学社, 東京, 1970.
- 29) 皆藤 章: 風景構成法 その基礎と実践, 誠信書房, 東京, 1994.
- 30) Henderson, V.: THE NATURE OF NURSING, The Macmillan Company, New York, 1966, 湯植ます他訳, 看護論, 日本看護協会出版部, 東京, 1970.
- 31) Henderson, V.: BASIC PRINCIPLES OF NURSING CARE, International Council of Nurses, Geneva, 1970, 湯植ます他訳, 看護の基本となるもの, 改訂版, 日本看護協会出版部, 1992.
- 32) Neuman, B.: The Neuman Systems Model, Third Edition, Appleton & Lange, Stamford, Connecticut, 1995.

(平成11年1月9日 受付)

主観的統制感と健康

Perceived Control and Health

塚 本 尚 子

Tsukamoto Naoko

キーワード：学習性無気力，自己効力感，統制の所在

Learned Helplessness Self-Efficacy Locus of Control

緒 言

近年看護領域において，多くの行動科学的な概念が導入されるようになってきた。特に自己効力感（self-efficacy）や統制の所在（locus of control）といった認知的な諸概念は，患者行動の理解において注目されている^{1)~5)}。こうした認知的概念が医療全般において注目されるようになった背景には，疾病構造の変化に伴う生活習慣病の増加がある。平成8年の疾患別死亡者数統計⁶⁾についてみると生活習慣病は上位3位を独占しており（癌27万2千人，脳卒中14万人，心臓病14万人），生活習慣病の予防や改善への取り組みの重要性と緊急性を示している。

生活習慣病の発症は，食事習慣や運動，対人関係，ストレス対処方法，喫煙や飲酒といった日常のライフスタイルと密接に関連しており，これまでの病因論的な介入では，治療効果をあげることが困難になった。これにくらべ行動科学的な視点は，患者を行動の主体として捉え，行動のメカニズムから変容に向けての視点を提供している。こうした視点は，患者のセルフケアを支援するという看護の方向性に一致しており，今後看護領域の中でさらにこの研究が発展することが予測される。

主観的統制感と健康

「自己効力感」(self-efficacy)^{7) 8)}や「統制の所在」(locus of control)^{9) 10)}といった概念は広くは

主観的統制感という概念でくることができる。心理学の中では1970年代後半から1980年代にかけて盛んに検討が行われた。主観的統制感に関連する用語は多様であり，この他にもマスタリーあるいはマステリー（mastery）¹¹⁾，学習性無気力あるいは学習性無力感（learned helplessness）¹²⁾，統制可能性（controllability）^{13) 14)}，予測可能性（predictability）¹⁵⁾，有能感またはコンピテンス（competence）¹⁶⁾など多数存在する。広い意味では，いずれも主観的統制感と解釈することが可能である。これらどの研究も，健康な生活に主観的統制感が重要であることを示唆している。ただし，これらは研究ごとに独自の視点から，異なる疾病への影響を説明したものであるため，現時点での安易な一般化は慎むべきであろう。しかしこのように，さまざま背景をもつ研究から，類似した結論が導かれていることは，今後この概念が統合されれば，広い範囲の疾病や健康行動を共通に説明できる有力な概念に発展していく可能性を示していると言えるだろう。

本稿では代表的な主観的統制感の研究として，学習性無気力，自己効力感，統制の所在をとりあげ，概念の基本的枠組みと健康領域で行われてきた研究を整理する。

(1) 学習性無気力

Seligman¹²⁾の学習性無気力についての研究は，主観的統制感を取り扱った初期の研究であり，統制感の

欠如という方向からアプローチを行った。何をやっても効果が上がらないという体験は、その後の生活にやる気のなさや、自信のなさを引き起こし、無気力状態をもたらす。この無気力は、大学生のスチューデントアパシー、ピーターパンシンドローム、不登校や出社拒否など、現代社会の病理現象に深くかかわる重要な病態であると考えられる¹⁷⁾。

Seligman¹²⁾は、ある種の無気力は学習によってつくられる現象であると考え、学習理論の枠組みを用いて、動物に人為的に無気力を作り出すことを試みた。この結果、どのようにしても電気ショックを避けることのできない解決不可能な課題をはじめに与えられたイヌは、次に回避可能な電気ショック課題を課されても、うまく回避行動を学習することはできなかった。そのみならず、これらのイヌは実験装置の中をあまりにも走り回り、やがて床の上にうずくまるなどの異常行動が観察された。こうした現象を学習性無気力と呼び、行為と結果の随伴性の欠如が無気力を引き起こすと結論づけられた。

学習性無気力には、共通するいくつかの特徴がみられる。

● 動機づけの低下：反応の始発性が低下する。人間では、消極的、受動的傾向が現れる。

② 認知的連合の欠如：一度非随伴性を経験することによって、その後実際には随伴性であってもそれを認識することができずに期待水準を低下させ、忍耐力を低減させ、「どうせダメだ」という気持ちに追い込んでしまう。

③ 情緒的障害：はじめに不安や恐怖を喚起された後、情緒の安定を欠いて、不穏に動き回るが、次第に疲れて虚脱状態になる。

いったん学習性無気力が生じてしまうと、状況を越えてすべての状況で無気力を呈するという般化が観察される。またこの現象はイヌ以外の動物においても同様に生じ、種によらない普遍的な現象だと考えられる¹⁸⁾のレビュー参照。学習性無気力の病態は、人間のうつ病、特に反応性うつ病と類似していることから、人間でもこのモデルを再現する試みが数多くなされた^{19)~24)}。しかし、人間では動物実験で得られたような明確な結果が得られないばかりか、解決不可能な認知的課題を経験した後にテスト成績が上昇する促進効果がみられたり^{25) 26)}など、無気力が実験操作以外の場面

には般化しない²⁷⁾など、矛盾する結果が生じてきた。

このため Abramson & Martin²⁸⁾は帰属理論に基づいて、学習性無気力理論の改訂理論を提示した。統制不可能な経験による非随伴性の認知だけを無気力、抑うつ状態の原因とするのではなく、それらを媒介する要因として原因帰属の概念を取り入れた。この改訂理論では、人が統制不可能状態の原因を内的、安定的、全般的要因に帰属することによって、普遍的な無気力や抑うつが生じるとしている。

この仮説に基づいて Seligman ら¹²⁾は、抑うつの強い大学生と弱い大学生とを対象に、原因帰属について質問紙調査を行った。予測通り、抑うつ傾向の強い学生は、弱い学生よりも望ましくない結果に対して、内的で安定的、全般的な帰属を行い、逆に望ましくない結果に対しては外的で、変動的な帰属を行っており、原因帰属が抑うつの媒介要因であるという仮説が支持された。この他にもさまざまな母集団を対象にした追試研究の結果、いずれも帰属スタイルと抑うつとの間に有意な関連性を示しており改訂理論を支持している^{29) 30)}。

わが国では、今田³¹⁾、稲垣³²⁾、波多野と稲垣³³⁾、宮本³⁴⁾、佐伯³⁵⁾などが、これらの理論について紹介をしている。

このように学習性無気力、およびその改訂理論は、無気力と抑うつという病態を主に問題としてきた。しかし近年、予防行動への無力感という視点から、アルコール依存症³⁶⁾、減量³⁷⁾、病気への対処行動³⁸⁾といった健康領域の問題に応用する試みが行われている。すでに帰属理論によって明らかにされているように、失敗の原因を安定的、内的、統制不可能な要因に帰属すると不適応的な結果を招く。しかし、安定的な要因から、不安定な要因へと帰属を変えさせることによって、人は成功の可能性を認知する。また、失敗原因を統制可能な要因に帰属すれば、同じ課題に再度積極的にチャレンジする意欲が喚起される^{39) 40)}。Hospers ら³⁸⁾は、このような原因帰属の視点から減量行動の説明を行っている。彼らによると、減量に失敗する人は、食事量と体重の間には関係がないと感じており、カロリーの低い食品を少量しかとらなくても、自分は太ってしまうと考える傾向がある。すなわち、減量失敗者はその失敗を「自己の体質」という安定的で、統制不可能な要因に帰属することによって、減量行動に無力感を抱

いているのである。この安定的、統制可能な要因への帰属を不安定的、統制可能な要因への帰属に変えれば、次回の減量に成功する可能性の認知が増すであろう。

しかし、不安定的、統制可能な要因に帰属を変えさせても、行動の変容が容易に生じない場合がある。それは「原因は自分が努力すれば変えられるところにあるが、自分にはその能力がない」と感じている場合である。この自己の行動する能力に対する認識は、健康行動の生起に重要な役割を果たしている。これが次に取り上げる自己効力感である。

(2) 自己効力感

Bandura⁴¹⁾は、社会的学習理論の枠組みで自己効力感という概念を提唱している。行動は「その行為を行えばよい結果が得られる」という予測に加えて、「自分にはその行為ができる」という予測、つまり「自信」が伴ってはじめて実行に移される。Bandura⁴¹⁾は前者の予測を結果期待 (outcome expectancies)、後者の予測を効力期待 (efficacy expectancies) とよび区別している。特に自己の効力期待についての認知を自己効力感 (self-efficacy) と呼び、人の行動選択に重要な役割を果たすとしている。人が望ましい健康行動を実行したり、悪しき生活習慣を改善したり、あるいは改善した健康行動を維持しつづけるためには、この自己効力感と結果期待の両方が必要になる。例えば「タバコの吸い過ぎは、肺癌の危険性を高める。タバコをやめればその危険性が低下する」という結果期待を持ったとする。これは「タバコをやめる」という現在の行動を変える必要性の認識を高めるであろう。ところが多くの人は、健康に悪いと自覚しながらもタバコをやめることができない。このことは、認識を高めるだけでは実際の行動の変容には至らないことを示している。そこで必要になるのが自己効力感である。結果期待に加え「私はタバコを吸わないでがまんすることができる」という自己効力感が伴ってはじめて実際に行動が生起するのである。

Maddux & Rogers⁴²⁾の実験によると、喫煙をやめる意志の強さは、喫煙による肺癌や心臓病の発生率の高さや疾患の重症度の認識よりも、自己効力感と強く関連していた。また、この効果は被験者が喫煙の中止が疾患の罹患率を下げると確信した時のみ有意であった。このことは自己効力感が健康行動の生起に関

して重要であるが、さらにその前提条件として、結果期待が必要であることを示している。

医療場面においても自己効力感が有効な概念であることを示す研究^{43)~47)}は数多く報告されている。はじめに医療者の指示の遵守行動についての研究を取り上げる。医療従事者が指示した養生方法を守るか否かは、治療効果を左右する重要な因子のひとつである。養生方法とは、例えば、高血圧患者では日常の食事のコレステロール量の制限であり、糖尿病患者では摂取カロリーの制限や食事・服薬時間の厳守、運動の継続である。しかし、実際にはこれらの指示を遵守することは非常に難しい。アメリカでは実に全患者の半数はこうした指示を守っていないと報告されている⁴⁸⁾。これではせっかくの治療や指導も十分に成果をあげることができない。生活習慣病は日常生活に根ざした問題であるだけに、養生方法の遵守を含めたセルフケア行動の確立は特に重要な問題となる。

例えばKaplanら⁴⁹⁾は、慢性閉塞性肺疾患に罹患した患者を対象にして、歩行運動プランの遵守と自己効力感の関係を調べている。患者は息苦しい状態にあるが、適度な運動の継続は治療に不可欠である。しかし、息苦しい状態で運動プランを継続していくことは大きな困難を伴う。そこで自己効力感に注目し、自己効力感を高めるための有効な介入方法を検討した。患者を行動的介入群、認知的介入群、行動的+認知的介入群の3群に分け、いずれかの介入を施行し自己効力感を測定した。行動的介入では、目標の設定、きちんとプランをこなすという契約、歩行により病状がよくなっているというフィードバックを行い、認知的介入では、歩くことについての患者の誤った信念を変化させることを行った。実験の結果、歩行運動プラン実行の自己効力感は、行動的+認知的介入群で最大になった。さらに興味深いことは、歩行の自己効力感が高まることによって、他のことに対しての自己効力感も上昇傾向が見られたことである。さらに3ヶ月後に歩行運動を継続している程度は、自己効力感が高かった患者ほど高く、両者の間に $r = .32$ の相関が報告されている。

わが国でも、近年糖尿病患者や心疾患、高血圧などの慢性疾患患者を対象として、セルフケアと自己効力感の関連性に注目した研究^{49)~50)}がいくつか行われている。

また自己効力感の研究^{51)~53)}には、痛みをテーマにしたものもいくつか報告されている。痛みの感覚が単に生理学的な刺激によってのみ生じているのではないということは、すでに多くの研究⁵⁴⁾によって明らかにされている。医学的には同じ程度の裂傷であっても、偶発的事故によって受けたけがの場合はひどく痛みを訴えるが、戦闘による名誉の負傷と認知している場合ではあまり痛みを訴えないという事実は、痛みに心理的要因が強く働いていることを示している。Neufeld & Thomas⁵⁵⁾は、手を冷水の中につけて痛みを作り出す寒冷昇圧痛を用いて自己効力感と痛みとの関連を検討している。この寒冷昇圧痛は、内臓痛によく似ているといわれている。はじめに、被験者はリラクゼーションを行うことによって痛みが低減すると教示され、結果期待が与えられる。次に、リラクゼーションの訓練を行うことによって、痛みへの対処の自己効力感が高められる。実験操作として、冷水に手をつけた被験者にリラクゼーションが成功している、あるいは失敗しているという偽のフィードバックをランダムに与える。被験者は、この実験はリラクゼーションが痛みの閾値と耐性に与える効果を検討する目的で作っていると教示されている。実験の結果、リラクゼーションの訓練を受け、さらに被験者の行ったリラクゼーションが成功しているというフィードバックを与えられた群では、有意に長い時間、冷水に手をつけて耐えることが明らかになった。実際には主観的なリラクゼーション感に差はなかった。従って、この結果は自己効力感を実際の対処課題の遂行とは独立して痛みの対処能力に影響を与えることを示唆している。

次に痛みの臨床場面での研究を取り上げる。Manning & Wright⁵⁶⁾は、出産時の痛みと自己効力感の関連を検討している。被験者となる妊婦は、妊娠初期に分娩技術の訓練を受けた後、鎮痛剤なしで分娩を終える自己効力感を評定した。この結果、分娩技術訓練は自己効力感を高めることが明らかになった。あわせて、鎮痛剤なしで分娩することの重要性の認識も評定した。研究の結果、鎮痛剤なしで分娩することの自己効力感を高く評価した者は、分娩時の鎮痛剤の使用量が少なく ($r = .47$)、鎮痛剤を要求するまでの時間は有意に長かった ($r = .42$)。また、実際の痛みに耐える行動は鎮痛剤を使わない分娩が重要であるという結果よりも、自分は鎮痛剤の使用なしに分娩を終える

ことができるという自己効力感によって、よりよく説明できることが明らかになった。

(3) 統制の所在

Rotter⁵⁷⁾による統制の所在 (locus of control) は、行動と強化の随伴性の認知をパーソナリティの側面からとらえたものである。人は自分の行動がある結果に結びついているかどうか、またその結果を統制することができるかどうかについての比較的一貫した信念傾向をもっている。すなわちこのような信念傾向は、「外向性」や「内向性」といった人のパーソナリティの側面と同様に、その人の備えている変わりにくい特徴のひとつとして捉えることができる。したがって統制の所在に関する信念傾向は、その人の行動を予測する上で重要となる。自分で物事の結果を統制することができるという信念を内的統制 (internal)、結果は他人や運・チャンスによって左右されるという信念を外的統制 (external) と呼んで区別する。例えば、ある疾患に罹患するというストレス事象で、内的統制の者は自己の行動と結果、すなわち病気の回復との間に随伴性を認知するため、病気は自分で克服することができると思う。一方、外的統制の者は運がよければ病気は回復するし、運が悪ければ回復しないと考える。この統制の所在の概念は非常に早い時期から健康領域の問題に適用されてきた。

その最も初期の研究は Seeman⁵⁸⁾ の結核病院の入院患者の統制の所在と結核の知識量、情報探索行動との関連についての研究である。白人患者の中から内的統制、外的統制の患者それぞれ約20名を選択し、疾患についての知識と疾病や検査についての医療者の説明に対する満足感についてインタビューを行った。この結果、内的統制の患者は自分の病状についてより多くの知識を持ち、さらに詳細に説明がなされることを望んでいることが示された。そして医療者からの現在の説明では少なすぎると不満を抱いていた。さらに、内的統制の患者は外的統制の患者よりも、病気の状態での生活状況をよりよくしようと試みていることも明らかになった。

また、Johnson ら⁵⁹⁾は、手術後のケアの責任と統制の所在の関連を検討している。その結果、内的統制者は手術後の合併症の予防は自分に責任があり、その努力は自分で行うことができると感じていることが明らかになった。このように、内的統制者は自己の行動

と結果の随伴性に強い信念をもつことにより、健康行動を適切に行うことが示されている。

このような内的統制者と外的統制者の違いは、両者の認知的機能の違いに由来するとする研究が数多くなされている。Seeman⁵⁸⁾の研究では、内的統制者と外的統制者の持っている情報量に違いが見られた。内的統制者は自分に関連する情報を積極的に探索し、それによって置かれた状況を適切に判断し、効果的に対処することができるということである。別の研究⁵⁹⁾では、内的統制者は外的統制者に比べ、情報の探索能力のみでなく、利用方法にも優れ、またより注意深く他者を観察することも明らかになっている。

ところで、内的統制者は外的環境ばかりでなく自分自身も統制できるという信念を持っている。例えば、男性の喫煙者の場合、禁煙して2度と喫煙しない者は、禁煙しない者よりも内的統制である⁶⁰⁾。この内的統制者が抱えている自分を統制できるという信念は、場面の異なる研究においても同様の結果が示されている。たとえばMacDonald⁶¹⁾は独身の女子学生について調査し、統制の所在と避妊実践との関連を調べている。それによると、内的統制者の62%は何らかの避妊を実施していたが、外的統制者では避妊を実施したのはわずか37%であった。

近年、「健康についての統制の所在」(health locus of control)という、健康行動に限定した統制の所在の測定が試みられるようになった。ここで用いられる尺度は従来の内的・外的という一次元的なものではなく、内的統制、重要他者 (powerful others)、運・チャンスの3つの下位尺度から構成されるものである¹⁰⁾。重要他者とは医療者の助言や援助に関連するもので、下位尺度項目には「私にとって病気にかからない最良の方法は、主治医と定期的に連絡をとることである」「私の健康上の問題に関して、医師から言われたことだけは実行するようにしている」「私が病気から回復するときは、いつも医師、看護婦、家族、友人たちがよくお世話をしてくれるからだ」などが含まれている。

この流れを汲んで、わが国でも堀毛⁶²⁾によって日本語版 Health Locus of Control 尺度の開発が試みられた。ここでは単に Wallston ら¹⁰⁾の尺度を和訳するのではなく、緻密な調査を重ね、我が国の文化背景にあわせた項目立てに注意が払われた。この結果、最

終的に完成された尺度は、Wallston ら¹⁰⁾の示した内的統制、重要他者、運・チャンスの3つの次元に、我が国特有のものとして「暖かな家族や周りの人たち」「神仏やたたりなど自分を越えた大きな存在」という2つの次元が加えられ、5因子で構成された^{63)~67)}。

「健康についての統制の所在」を用いた慢性疼痛患者に関する研究によると、運・チャンスの信念傾向の強い患者は不安や抑うつ程度が強く、痛みに対する対処も不適切である。Pastor ら⁶⁸⁾は、慢性リウマチの患者を対象に「健康についての統制の所在」と障害の関連を検討している。ここで検討する障害には下肢の機能、上肢の機能、情緒、症状、社会生活が含まれる。その結果、内的統制の患者は全般に最も適応的であった。重要他者の信念傾向の患者は症状についてのみ良好であった。運・チャンスの信念傾向の患者は、さらに運がよければ苦痛から解放されると考える「luck」と、何をしても自分の痛みはひどくなると考える「fate」に分けられた。「fate」の信念傾向の強い患者は、下肢、情緒、社会生活の障害が強かった。すべての患者で重要他者の信念が強く出現し、医療場面では医療者の存在が個人の統制感に重大な影響を及ぼしていることを示唆している。

また、Marks ら⁶⁹⁾は、癌患者を対象に「健康についての統制の所在」と適応との関連を検討している。適応の指標である抑うつ得点を従属変数として、内的統制傾向 (高群・低群) × 認知された重症度 (重症群・軽症群) の2元配置の分散分析を行った。この結果、2つの要因の間に有意な交互作用が見られている。すなわち自己の疾患を軽症と認知している群では内的統制傾向の高低にかかわらず抑うつ得点に差はないが、重症と認知している群では、内的統制傾向の低群の者に比べた高群の群で抑うつ得点が有意に低かった。重要他者および運・チャンスでは適応との有意な関連は見いだされなかった。

Lau⁷⁰⁾は健康な大学生を被験者とした研究では、「健康についての統制の所在」が安定的であることを報告している。しかし一方で、癌のような重篤な疾患に罹患した患者では、疾患の過程で統制の所在が変動する可能性のあることを指摘している。この変動は患者の経験する病状の変化と対応すると予測される。内的統制傾向の患者は、よく治療的な養生に従い、医学的な制限を守り、自己ケアにつとめる。しかし、病状

の改善が見られなかったり悪化した場合、内的統制の信念は揺らぐことが容易に想像される。このような事態が長期にわたることによって、患者の治療への取り組みの意欲は減退し、無力感を生じる。この点については、今後縦断的デザインでの研究による検討の必要性が残されている。

考 察

学習性無気力、自己効力感、統制の所在という3つの視点からの主観的統制感の研究を概観し、健康領域での研究結果を示してきた。これらの主観的統制感の研究は、さらに大きくは「自己」(self)の研究の系譜の中に位置づけることができる。認識の対象として「自己」を捉えることは、単に人が現実の自己についてどのような認識を持っているのか、あるいはそれを受容できているのかといった現状認識の問題にとどまらず、そうした認識が人の行動や適応を左右する基盤となっているために、一層その重要性を帯びている。特に実践学である看護にとって、認知的な概念はこの点において、極めて重要である。

しかし、本稿で取り上げた研究は、大部分が行動科学領域のものであり、看護領域からのものはほとんど含まれていない。これは、近年看護領域において発表されはじめた研究はいずれもここに取り上げた行動科学的な概念に依拠しているためであり、ここではあえて概念の背景を明確に示すために研究の初期に行われ、理論構築に寄与した研究のみを概観してきた。

本稿で概観してきたいずれの研究においても、主観的統制感の高さが、セルフケア行動や、治療へのコンプライアンス行動あるいは痛みの低減などと結びついており、健康回復や健康維持にとって重要であることが示唆されている。これらの概念の基本的な枠組みについて整理してみると、行為と結果の随伴性の認知が適応に関連している、という結論は共通している。すなわちいずれの研究も、自分が行った行動、あるいは行おうとしている行動と、それによって導かれる結果との関連性をどう認識するかが、その後の適応や行動に影響を与えることが示されている。このように主観的統制感の概念は、今後の看護実践への応用可能な視点を多く提供している。すでにセルフケアやコンプライアンス行動についての研究で概観してきたように、ひとつには患者指導に関して有効性を発揮することが

期待される。これまで多くの看護者は、結果のみに注目し指導効果を評価してきた。望ましい結果が得られない場合には、指導方法を次々と変えることが選択されてきた。しかし主観的統制感の概念にそって行為と結果の随伴性の認知に着目すると、その視点は自ずとプロセス全体にむけられ、患者にとってより有効な指導計画が具体化されることになるだろう。

さらに主観的統制感の概念は看護実践での応用に際して、見逃してはならないもうひとつの重要な視点をも提供している。それは時に看護者の介入によって、患者の行為と結果の随伴性の認知に重大な危機を生じさせている可能性である。例えば癌の化学療法中の患者への看護では、感染予防のためにセルフケア指導が非常に重視されている。しかし患者は着実にセルフケアを実施したとしても、著しい白血球の減少という生体の反応によって感染症を発症してしまうことがしばしばある。むしろこれは患者個人のセルフケアが欠如したことによって生じた結果ではない。しかしこうした場合には、患者に意識づけられた「セルフケアによって感染が予防できる」という随伴性の認知は完全に断ち切られてしまうことになり、患者には精神的に大きなダメージを残すことになる。このように、自己の認識のみを研究対象として取り出し、結果との随伴性を論じることのできる行動科学での研究と異なって、看護領域においては、個人の努力のみでは解決不可能な生体の反応によって生じる結果を同時に含んでいることがあることを念頭において研究に用いていかなければならない。健康障害のある患者を対象とした研究では、行動科学的な概念を研究枠組として用いる際にも、決して身体的側面からのアセスメントをおろそかにしてはならない理由はここにある。

次に、本稿で取り上げた主観的統制感の3つの概念には明らかな相違点もいくつかある。ひとつには、いつ現象を捉えるかという点である。学習性無気力では、ある現象が生じた後、あるいは体験した後の行為と結果の随伴性の認知に注目しており、一方統制の所在や自己効力感では、現象が生じる前の段階での随伴性の認知に注目している。統制の所在と自己効力感とはこの点においては、比較的類似している。しかし両者は、行為と結果の随伴性の認知を一貫した特性として捉えるか、変化可能なものとしてとらえるかにおいては違いがある。すなわち統制の所在では、随伴性の認知を

パーソナリティのひとつの側面として捉えているのに対し、自己効力感では訓練や教示などの介入によって、変化可能な要因であると捉えている。

こうした概念の特徴の違いは、導かれる結果の方向性に違いを生じさせる。例えば主観的統制感をパーソナリティの一側面として統制の所在から考えるならば、個人の統制の所在を変えることではなく、どのタイプの人にどのような看護援助を提供することが有効かという可能性を探索する研究として設計される必要がある。一方、主観的統制感を自己効力感という変容可能なものとして考えるならば、ある特定の場面におかれた対象の自己効力感を高めるには、どのような看護介入が有効かを検証する研究として設計される必要がある。このように既存の概念を用いることによって、おのずと研究の方向性が規定される。こうした違いは研究の根幹を左右する重大な問題であり、単に概念と結果との整合性がとれていさえすればよいというものではない。行動科学から作り出された概念を、そのまま看護の現象に当てはめるのでは片手落ちである。研究者の看護観や人間観に基づいて、どの概念がその研究にとって最適であるのかを熟考した上で用いることが必要である。残念ながら、現在のところ本稿でとりあげた種々の主観的統制感の研究を相互に関連づける研究はない。そこで主観的統制感を看護実践の有効な説明概念にしていくためには、これらの多様な概念間の関連性を明確にし、看護実践により有効な形での理論の統一、精緻化をはかることも、今後の重要な課題であるだろう。

ところで「自己」研究全体の流れから見ると、認識の対象としての「自己」が捉えられるようになったのは、決して早くはない。この理由について、柏木²³⁾は、問題意識そのものはカウンセリング過程の中で比較的早い時期から具体的に捉えられていたものの、自己概念、自己認識の問題自体の幅広さや多様さ、測定の難しさによって、そのこと自体の検討に終始してしまった結果、研究が立ち後れてきたことを指摘している。現在の看護の研究動向は、こうした行動科学でたどってきた経過をそのまま繰り返している感がある。現在までのところ、看護領域の中でいくつか行われている認知的概念を用いた研究は、現象の記述や説明にとどまっており、残念ながら看護介入への有効な示唆を含む研究はほとんどない。さらに先に指摘したように、

行動科学の手法をそのまま取り込んだ結果、患者の身体的なアセスメントを抜きにして行動科学的指標のみを用いているものも多く見受けられる。

今後、主観的統制感の概念を看護領域で発展させていくためには、ひとつは患者の状況を身体的側面を含めて多角的に捉え、認知的側面のみを切り離して研究を構成しないことが必要である。そして2点目には、認識そのものの把握や分析に終始するのではなく、それらが人の行動、あるいは適応にどう関連し、どのように看護介入が可能なのか、また有効であるのかということに焦点を絞った研究を積み重ねていくことが重要である。

引用文献

- 1) 岡美智代, 戸田成男: 透析患者の食事管理行動と自己効力感の関連性, 日本看護学会誌, 15(3), 172., 1995.
- 2) 浅生かおり他: 心疾患患者のセルフケア行動に対する自己効力感へのエゴグラムの活用の有効性, 第27回日本看護学会集録(成人看護学Ⅱ), 38-40, 1996.
- 3) 藤野文代他: MHCL (Multidimensional Health Locus of Control) と PIL (Purpose in Life) に関する検討, 日本看護学会誌, 11(3), 178-179, 1991.
- 4) 平田曉子: 手術前後の成人患者のコーピングプロセス—先行要件としての Health Locus of Control からの分析—, 日本看護学会誌, 15(3), 85, 1995.
- 5) 田辺恵子: 子供の Health Locus of Control と保健行動, 日本看護学会誌, 16(2), 1996.
- 6) 厚生統計協会: 国民衛生の動向・厚生指標臨時増刊号, 45(9), 406-407, 1998.
- 7) Bandura, A.: Self-efficacy mechanisms in human agency. American Psychologist, 37, 122-147, 1982.
- 8) O'Leary, A.: Self-efficacy and health. Behavioral Research and Therapy, 23, 437-451, 1985.
- 9) Rotter, J. B.: Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external reinforcement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 56-

- 67, 1975.
- 10) Wallston K. A., et al: Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. Health Education Monographs, 6, 161-170., 1978.
- 11) Pearlin, L.I., et al.: The stress process. Journal of Health and Social Behavior, 22, 337-356, 1981.
- 12) Seligman, M. E. P.: Helplessness: On Depression, development and death. San Francisco, Freeman, 1975.
- 13) Glass, D. C., & Singer, J.E.: Urban Stress, Experiments on Noise and Social Stressors. New York, Academic Press, 1972.
- 14) Sherrod, D. R.: Crowding, perceived control and behavioral aftereffects. Journal of Applied Social Psychology, 4, 171-186, 1974.
- 15) Cohen, S.: Aftereffects of stress on human performance and social behavior. Psychological Bulletin, 88, 82-108, 1980.
- 16) Libassi, M. F., & Muluccio, A.: Competence-centered social work; Prevention in action. Journal of Primary Prevention, 6, 168-180, 1986.
- 17) 水■禮治, 無気力からの脱出, 福村出版, 1985.
- 18) Garber, J., & Seligman, M.E.P., (Eds.): Learned helplessness. New York, Academic Press, 1980.
- 19) Hiroto, D. S., & Seligman, M.E.P.: Generality of learned helplessness in human. Journal of Personality and Social Psychology, 31, 311-327, 1975.
- 20) Benson, J. S., & Kennelly, K. J.,: Learned helplessness: The result of uncontrollable reinforcements or uncontrollable aversive stimuli?. Journal of Personality and Social Psychology, 34, 138-145, 1976.
- 21) Cohen, S., et al.: Locus of control and the generality of learned helplessness in humans. Journal of Personality and Social Psychology, 34, 1049-1056, 1976.
- 22) Dyck, D. C., & Breen, L. J.: Learned helplessness, immunization and importance of task in humans. Psychological Reports, 43, 315-321, 1978.
- 23) Albert, M., & Geller, E. S.: Perceived control as a medication of learned helplessness. American Journal of Psychology, 91, 389-400, 1978.
- 24) Griffith, M.: Effects of non contingent success and failure on mood and performance. Journal of Personality, 45, 442-457, 1977.
- 25) Roth, S., & Kubal, L.: Effects of non contingent reinforcement on tasks of differing importance: Facilitation and learned helplessness. Journal of Personality and Social Psychology, 32, 680-691, 1975.
- 26) Roth, S., & Bootzin, R. R.: Effects of experimentally expectancies of external control; An investigation of learned helplessness. Journal of Personality and Social Psychology, 29, 253-264., 1974.
- 27) Alloy, L. B., & Abramson, L. Y.: The Cognitive component of human helplessness and depression. In J. Garber & M. E. P. Seligman (Eds.), Human helplessness. New York, Academic Press, 1980.
- 28) Abramson, L. Y., & Martin, D. J.: Learned Helplessness in humans; Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 48-74, 1978.
- 29) Metalsky, G. I., et al: Attributional styles and life events in the classroom; Vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions. Journal of Personality and Social Psychology, 43, 612-617, 1982.
- 30) Raps, C. S., et al.: Attributional style among depressed patients. Journal of Abnormal Psychology, 91, 102-108, 1982.
- 31) 今田寛: 恐怖と不安—情動と行動Ⅱ—, 感情心理学第3巻, 誠信書房, 1975.
- 32) 稲垣佳世子: 自己学習における動機付け, 波多野

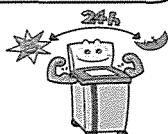
- 誼余夫編：自己学習能力を育てる，東大出版会，1980.
- 33) 波多野誼余夫，稲垣佳世子：無気力の心理学，中公新書，1981.
- 34) 宮本美沙子：やる気の心理学，創元社，1980.
- 35) 佐伯肥：教育学大全集第6巻学力と思考，第一法規，1982.
- 36) McHugh, M., et al.: Analyzing alcoholism. In I. H. Frieze, D. Bar-Tall, & J. Carrol (eds.): New approaches to social problems, 168-208, San Francisco: Josset Bass, 1979.
- 37) Hospers, H. J., et al.: Attributions for previous failures and subsequent outcomes in a weight reduction program. Health education Quarterly, 17, 409-415., 1990.
- 38) Janoff-Bulman, R.: Chracterological versus behavioral self-blame; Inquiries into depression and rape. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1798-1809, 1979.
- 39) Weiner, B.: An attributional theory of achievement motivation and emotion. Psychological Review, 92, 548-573, 1985.
- 40) Weiner, B.: An attributional theory of motivation and emotion. New York. Springer, 1986.
- 41) Bandura, A.: Self-efficacy; Toward a unifying theory of behavior change. Psychological Review, 84, 191-215, 1977.
- 42) Maddux, J. E., & Rogers, R. W.: Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. Journal of Experimental Social Psychology, 19, 469-479, 1983.
- 43) Litt, M. D.: Self-efficacy and perceived control: congitive medications of pain tolerance. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 179-160, 1988.
- 44) Holroyd, K. A., et al.: Change mechanisms in EMG biofeedback training cognitive changes underlying improvements in tension headache. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 1039-1053, 1984.
- 45) Windenfeld, S. A., O'Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine S., & Raska, K.: Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of immune system. Cited in Bandura, A.: Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. The psychologist: Bulletin of British Psychological Society, 10, 411-424, 1989.
- 46) Kaplan, R. M., et al.: Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. Health Psychology, 3, 223-242., 1984.
- 47) Alagna, S. W., & Reddy, D. M.: Predictors of proficient technique and successful lesion detection in breast self-examination. H ealth Psychology, 3, 113-127, 1984.
- 48) Epstein, L. H., & Cluss, P. A.: A Behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regiments. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 950-971, 1982.
- 49) 金外淑他：慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連，心身医学，36(6)，500-505，1996.
- 50) 大塚理加他：健康行動に対するセルフエフィカシーが初診時の糖尿病患者に及ぼす影響，第10回日本健康心理学会大会発表論文集，90，1997.
- 51) Turk, D.C., & Kerns, R. D.: Conceptual issues in the assessment of clinical pain. International Journal of Psychiatry in Medicine, 13, 57-68, 1983.
- 52) Turk, D. C., et al.: Pain and Behavioral Medicine. A cognitive Begavioral Perspective. Guildford. New York, 1983.
- 53) Meichenbaum, D.: Cognitive Behavior Modification: An Integrative Approach. Plenum Press. New York, 1977.
- 54) Melzack, R., & Wall, P. D.: The challenge of Pain. Penguin Books. London, 1988.
- 55) Neufeld, R. W. J., & Thomas P.: Effects of perceived efficacy of prophylactic controlling mechanism on self-control under painful

- stimulation. Canadian Journal of Behavioral Science, 9, 224-232., 1977.
- 56) Manning, M. M., & Wright, T. L.: Self-efficacy expectancies, outcome expectancies and the persistence of pain control in childbirth. Journal of Personality and Social Psychology, 45, 421-431, 1983.
- 57) Rotter, J. B.: Generalized expectancies for internal versus external locus of control of reinforcement. Psychological Monographs, 80, 1-28, 1966.
- 58) Seeman, M.: Alienation and social learning in a reformatory. American Journal of sociology, 69, 270-284, 1963.
- 59) Johnson, J. E., et al.: Psychosocial factors in the welfare of surgical patients. Nursing Research, 19, 18-29., 1970.
- 60) Phares, E. J.: Locus of Control; A personality determinant. Morristown, N. J. General Learning press, 1973.
- 61) Houston, B. K.: Control over stress, locus of control and response to stress. Journal of Personality and Social Psychology, 21, 249-255, 1972.
- 62) Eiser, R.: Addition as Attribution; Cognitive Presses in Giving up Smoking. In R. Eiser (eds.): Social Psychology and Behavioral Medicine, Wiley, Chichester, 1982.
- 63) MacDonald, A. P.: Internal-external locus of control and the practice of birth control. Psychological Reports, 27, 206, 1970.
- 64) 堀毛裕子: 日本語版 Health Locus of Control 尺度の作成, 健康心理学研究, 4, 1-7, 1991a.
- 65) 堀毛裕子: Health Locus of Control Scales の検討—日本語版作成の試み, 東北学院大学論文集 (一般教育), 91, 31-53, 1988.
- 66) 堀毛裕子: Health Locus of Control の検討 (Ⅲ), 日本心理学会大会発表論文集, 294, 1990a.
- 67) 堀毛裕子: Health Locus of Control Scales の検討 (Ⅳ), 東北心理学研究, 40, 89-90, 1990b.
- 68) Pastor, M. A., et al.: Patients' beliefs about their lack of pain control in primary fibromyalgia syndrome, British Journal of Rheumatology, 32, 484-489, 1993.
- 69) Marks, G., et al.: Role of health locus of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 443-450., 1986.
- 70) Lau, R. R.: Origins of health locus of control beliefs. Journal of Personality and Social Psychology, 42, 322-334., 1982.
- 71) 植木恵子: 自己制御 (self-regulation) の発達, 心理学評論, 29(1), 3-24, 1986.

(平成11年2月5日 受付)

「採尿から測定・記録までを機械がやってくれたら…」

1. 全自動・24時間



測定から尿路の洗浄まで
24時間全自動の働き者。

2. 快適環境



悪臭がなく衛生的な環境に！
サンプル尿は装置内部に格納し
プライバシーを守ります。

3. 情報提供



尿量・比重などの情報は定時
あるいは任意に即プリント！

4. 簡単操作

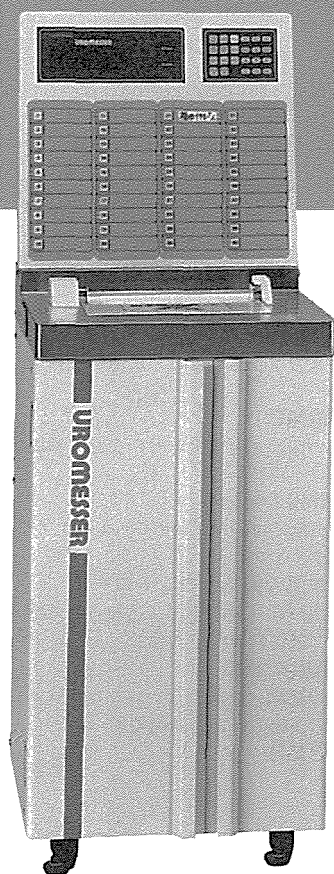


使い易い押しボタン式。
ディスプレイ表示と音声案内で
使いやすさは抜群！

5. 経済的



サンプルボトルはカートリッジ式。
洗浄して再利用が可能です。



採尿蓄量・比重測定装置 ウローメセル15人用・30人用・40人用

医療用具承認番号：11BZ0043

ナースの手間が省け、
患者さんとの接触時間が
ふえました！

※本装置を導入された婦長さんの感想

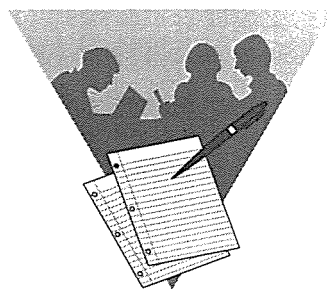


ヘルスケアのための コミュニケーション —理論に基づいたコミュニケーション技法訓練—

北海道大学名誉教授 村尾 誠 監訳
大阪大学医学部保健学科教授 江川 隆子

A5判 260頁 2,000円

- ◆コミュニケーション技法の上達は、適切な看護診断を導くために重要。
- ◆特に実践編に重きをおいて、コミュニケーション技法実習のためのプロセスを学生とコメンテーターに分けて詳しく解説している。
- ◆話側（発信者と受け手）やその場面でのコメンテーター（他の学生、教員を含む）の役割を理解しやすくし、コミュニケーション技法実習の円滑化を図った。
- ◆体験学習は個人間のコミュニケーション技法の実習だけでなく、グループ間でのコミュニケーションに関するものも加えた。
- ◆学習課題／実習は、看護学生のためだけでなくさまざまな医療専門学生や医療専門家の初心者にも十分に活用できるコミュニケーション技法訓練書。



COMMUNICATION in
HEALTH CARE

主 要 目 次

Part I 概 論

- Chap 1 序 説
- Chap 2 ヘルスケアにおけるコミュニケーション
- Chap 3 熟練したコミュニケーションを用いることによる心の安全
- Chap 4 熟練したコミュニケーション習得の促進

Part II コミュニケーション技法の ワークショップ（実技演習）

- Chap 5 コミュニケーション技法：概観
実習 伝言ゲーム／かわるがわる話す／非言語的合図—アイコンタクト／見つめること
- Chap 6 非言語的コミュニケーションの追加的要素
実習 ウォームアップ—段打の嵐／抱きしめごっこ／感情と非言語的コミュニケーション

- Chap 7 言語的コミュニケーションの追加的要素
実習 言語的情報を与えること／言語的な技術／介入の確認
- Chap 8 積極的傾聴
実習 注意深い傾聴／背中合わせの会話／傾聴しないというロールプレイ
- Chap 9 相互作用の開始
実習 名前の交換／ロールプレイヤーヘルスケア・ワーカー／クライアント
- Chap10 相互作用の維持とコントロール
実習 言葉および非言語的合図に込められた感情／なだめる／説得の練習
- Chap11 相互関係の終結
実習 終わりの標語／終結のないロールプレイ／効果的終結の言語的、非言語的要素
- Chap12 要約と結語



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

第 24 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事 (2)

平成10年7月30日(木)・31日(金)

会長 大串靖子

於 第1日目 弘前市民会館 弘前市白銀町1-6
TEL (0172) 32-3374
第2日目 弘前文化センター 弘前市白銀町19-4
TEL (0172) 33-6571

豊かな縄文文化 ― 三内丸山遺跡

青森県教育庁文化課三内丸山遺跡対策室

岡田 康博

1. はじめに

縄文人は野山を駆け巡って獲物を求め、海岸で貝を拾い、森から木の実を集め豊かな生活を送っていた。半地下式の粗末な竪穴住居に住み、ムラの人■はせいぜい20～30人程度、未開・未発達で貧しい縄文観が一般的であった。しかし最近、青森県青森市三内丸山遺跡などの発掘調査によって縄文文化の全体像が少しずつ明らかとなってきた。

三内丸山遺跡は縄文時代前期中葉から中期末葉（今から約5500年～4000年前）にかけての円筒土器文化期の巨大集落跡である。この時代にはバケツを上下に引っ張った細長い筒型の土器がたくさん作られた。これら円筒土器文化は、東北地方北部から北海道南部にかけて長い間繁栄し、その影響は遠く北陸地方や北海道西岸まで見られる。

遺跡は青森市の郊外、JR 青森駅から南西方向約3キロメートルに位置する。八甲田山系から続く緩やかな丘陵の先端、標高約20メートルの段丘上に立地している。北側を津館川が流れる。推定される範囲は約35ヘクタールと広大で、台地全体に広がる。発掘調査はまだ全体の20パーセントしか着手しておらず、現在も集落の全体像解明のため毎年継続して行われている。

2. 遺跡の発見

三内丸山遺跡は最近発見されたわけではなく、古くから知られた遺跡である。一番古い記録は、山崎立朴の「永禄日記」（館ノ越本、1623）に記載がある。世界的に著名な木造町亀ヶ岡遺跡と並んで、この地から様々な遺跡が出土したことが記されている。江戸時代後半になると有名な紀行家菅江真澄は実際にこの地を訪れ、出土した遺物を詳細に観察し、その精密なスケッチと考察を紀行文「すみかの山」（1799）に残している。このスケッチは、現在でもその遺物の年代が明確

に判別できるくらいのものである。当時メディアが発達していない時代であるから、人の噂を聞き付け足を運んだに違いない。おそらく相当量の遺物が顔を出していたことであろう。戦後も慶応大学清水潤三氏をはじめ、県や市教育委員会の手で何度も発掘調査が行われた。特に昭和51年には、遺跡の南側から、縄文時代中期（約4500年前）の墓が発見された。楕円形や小判形の墓が整然と南北を向き、しかも東西に2列に配置されていたのである。発見当時は、縄文社会を考える上での貴重な資料と注目されていたのである。縄文人はちゃんと墓地を持っていたのである。

そしてこの場所に新しい県営野球場が作られることになったのである。遺跡の南側にも既設の県営運動公園があり、市街地に近いこの場所が選ばれるのも止むを得ないことであった。平成4年から発掘調査は始まったのである。調査開始とともに大量の遺物や住居跡、大型建物跡などこれまで判らない発見が続いた。平成6年7月には直径1mのクリの巨木を使った大型掘立柱建物跡が見つかり、全国的に注目された。その年の8月青森県は遺跡の重要性を踏まえ、進めていた野球場の建設工事の中止と遺跡の永久保存を決めた。本来野球場になり姿がなくなってしまうはずの遺跡が保存されることになったのである。

現在遺跡は建物復元、遺構の展示、展示室の建設など短期整備を終え、一般公開されている。年間50万人を越える見学者があり、縄文時代を楽しんでいる。

3. 縄文人紹介

全国で出土した縄文人骨の研究から縄文人の姿が少しずつ明らかになってきている。平均身長が男性で157cm、女性はそれより10cmほど小柄で、筋肉質の体をしていた。平均寿命は約30才、女性が出産し始めるのが大体14.5才、一生の間に多くて7～8人産み、そ

のうち成人するのは4人に1人位と言われている。顔は彫りが深く、縄文美人の代表は女髻の吉永小百合さんとされている。骨折やガンの事例もある。結核はない。

また縄文人は虫歯があった。これはそれ以前に比べて食生活の変化、植物質の食料を大量に摂取し始めたことを示している。鞭虫の寄生虫卵も大量に出土し、寄生虫に悩まされていたこともわかってきた。

縄文人は我々現代人の直接の祖先であり、縄文の生活の上に現代の生活がなっているわけである。特に東北には縄文の伝統が色濃く残っているものと考えている。

4. 3つのキイ・ワード

それではこれまでの発掘調査で判明した三内丸山遺跡の特徴について述べる。次の3つの言葉、キイ・ワードで表現できると考える。「大きい」・「長い」・「多い」である。

まず「大きい」は遺跡・集落の規模を示している。推定される遺跡の広さは約35ヘクタールと広大である。調査を進めていくとただ大きいだけではなく、集落の施設が一定の場所に整然と作られていることが明らかとなった。住居は住居、お墓はお墓と、一定の場所に空間の利用が厳密に決められていたのである。いわゆる計画的な集落づくりが行なわれていた可能性がきわめて高い。また集落を構成する施設が明らかとなったことも重要な発見であった。住居だけがあるのではなく、墓、倉庫、ゴミ捨て場、祭りをする場所、ものを作る場所などによって構成されていたのである。そしてそれらは道路によって結ばれていた。

「長い」はこの集落は少なくとも約1500年間継続したことである。これほど長期間継続した集落はこれまでに報告された例はない。1500年間と言えば古墳時代から現在までの時間の長さに相当する。非常に長い期間である。その間には豊かな時代もあれば非常にきびしい時代もあったはずである。さらに日々様々な問題があったことだろう。にもかかわらずこの地に居住していた。当時の平均寿命は約30才、頻繁に世代交替を繰り返しながらも、この集落で大部分の人間は一生を終えたのである。だからこの土地に対する感情、執着、習慣、あるいは風土といったものが間違いなく形成されていた。現在までに形として残らない精神文化が築

き上げられたことを忘れてはならない。そしてそれは確実に現代に生きる我々の中に引き継がれているのである。そんな気持ちで遺跡を見ればまた違った思いが沸き上がるはずだ。

「多い」はこの遺跡は膨大な情報量を持っているということだ。例えば出土遺物。これまでに約4万箱もの遺物が3年間の調査で出土した。青森県だと年間に800箱～1000箱が平均である。40年分が一気に出土したことになる。しかも全てではない。遺跡保存が決定してからは本格的に遺物を取り上げてはいない。現地にはこの何十倍もの遺物がまだ埋蔵されているのである。たいていの遺跡は土器・石器が大部分であるが、三内丸山遺跡はそれだけではない。本来は長い間土中にあって分解し、残らないはずの情報がここでは非常に良好な状態で出土する。約5500年前の樹木とか、それらの種実、葉とかが大量に埋もれている。さらにヤマブドウ・サルナシ・ヤマグワ・キイチゴなどの小さな種実なども同様だ。肉眼では見ることのできないミクロの情報も貴重だ。花粉・寄生虫卵、はては植物の遺伝子も残っている。これらを現代科学の最先端の技術で分析・解明すると、これまで推定の域を出なかった縄文人の生活・環境・気候などが具体的にわかってくる。しかも詳細なデータを示すことが可能なのである。土器・石器などの考古遺物は遺跡のほんの一部の情報にしか過ぎないのである。我々はこれまで豊富な情報を自ら廃棄してきたことを素直に反省する必要があると思う。今年度は縄文人が自然に対してどのような働き掛けを行なったのか、それを遺伝子レベルの分析を行い、明らかにしたいと思う。

三内丸山遺跡の特徴は「大きい」・「長い」・「多い」という言葉で表現するのが現在のところ最も適切と考えられる。本来であれば「巨大性」とか「継続性」とかと表現するのが良いのかもしれないが、子供でも言える、使えるような言葉でなければならないと思い、あえて使っている。なぜなら遺跡には目を輝かした子供達がたくさん訪れるのだから。

5. 数々の発見

これまでの数々の発見の中で縄文時代のイメージを変えよう的なことを紹介してみたい。

まずはこの遺跡が話題になる大きなきっかけを作った例の直径1mのクリの巨木を使用した大型の掘立柱

建物である。これについては建物説と非建物説がある。建物説は規則正しく4.2m間隔で6本の長方形に配置され、柱が堅固に固定されていることから、大型の相当の高さのある、高床建物を想定している。非建物説は諏訪の御柱に代表されるような民俗例を根拠とし、聖なる空間、あるいはカナダ北西海岸に見られるトーテムポールをイメージしている。確かに地下に残された断片的な情報で、約4500年前の地上の構築物を推定するのだから絶対に正しいとは言えないかも知れない。しかしその断片を詳細に分析することによって具体的な仮説は持つことができるのである。柱穴が等間隔で配置され、柱は柱穴のそれぞれ外側に接するように設置され、さらに柱がお互いに若干内側に傾いていることなどからやはり上屋構造のある建物と考えるのが妥当である。しかし、高さについては議論の分かれるところである。そこで我々は柱穴の柱と接している部分の土壌が大きく変色しているのに着目し、荷重による変質ではないかと考え、専門家に分析を依頼した。その結果、1㎡当たり20tの荷重がかつてかかっていたことが判明し、もし直径1mの柱が単独で自立していたとすれば、最大で約23mの高さを想定できるとのことであった。ところが30mもの真っすぐなクリの木は現存しない。一般にクリの木は枝分かれし易く、真っすぐには伸びないとされる。当初は現存するクリの木はせいぜい7～8mだから、そのあたりが最大値と考えられていた。しかし市民の方から真っすぐなクリの木の存在が通知され、実際に調査したところ15mを超えるクリの巨木が確認され、現在のところその高さは15～20mの間位の上屋構造のある建物と推定されている。ある大学の先生が「クレーンのない時代にそのような巨大建築物が建てられるわけがない。」と発言されたが、御柱でもトーテムポールでも立てる際には人力のみで機械などは必要としないことを御存じなのであろうか。

しかしこの建物の機能・用途は現在のところ明確ではない。物見やぐら、灯台、魚の見張台、神殿などの諸説があるが、やはり集落全体の中で明らかにすべきである。しかし全圖の遺跡を見ても、数多く発見された大型掘立柱建物跡でこれほどまでに巨大なものはない。やはり何か特別な施設、「祭祀」に関係する施設とするのが妥当な考えなのかも知れない。

この大型掘立柱建物跡以外にも大型の住居や盛土な

ど、大勢の人間が共同作業によって作り出した遺構が発見されている。大型住居は長さが約32m、床面積が250㎡程の広さがある。普通の住居の50倍以上の広さがある。単純に見れば大勢の人々が生活できる広さであり、当然それだけの人々がいた証拠である。必ず大型住居はいつの時代も立っており、集落の中心から見つける傾向がある。集会所、冬期の共同住宅、共同作業所、有力者の家、若者宿などの見解があるが、決定的な証拠はない。そしてこれらの大型の建物はある一定の長さ＝約35cmを単位として作られているのである。類ものさしとか縄文尺とかと呼ばれている。縄文時代にも長さの単位があった可能性が高い。この単位は一般の住居には適用されない。大型の建物だけに用いられているのである。これはやはり共同作業によるためのものか、あるいは大型建物を建てる専門家がいたことを示唆するものである。情報を共有することにより、成し遂げられるものであると考えられ、長さの単位があることで作業はより円滑に進んだであろうことは容易に想像できる。いずれにせよ、このような大型建物を造るということは、それが可能であった人・技術・組織があったことを示唆している。そしてその建設は集落にとって一大イベントであったはずだ。大勢の人間が集まり、共同で行なわれたに違いない。その意味では御柱の祭りやトーテムポールにみられるような情景と共通するものがあるのかもしれない。

6. 豊かな食生活

三内丸山遺跡からは当時の食生活を物語る動物や魚の骨、植物の種子が大量に見ついている。動物では一般の縄文遺跡に見られるようなシカ・イノシシが少なく、ノウサギ・ムササビなどの小動物が多い。動物の骨を長年研究している国立歴史民俗博物館の西本豊弘さんは、動物食料だけではこの巨大集落を支えるのは無理だと言う。魚類も豊富であるが、動物を補うことができたか検討する必要があると言う。魚類は暖流系と寒流系が混在しており、外洋の表層を回遊する魚が多い。三内丸山遺跡の縄文人は陸奥湾内にとどまらず、津軽海峡まで出掛け、漁撈をしていたのである。マダイ、ヒラメ、ブリ、マグロ、アジ、サバ、イワシなど種類は豊富だ。動物・魚だけでは心もとないとすると、植物性食料を重視しなければならない。最近の縄文人骨の科学的な分析では、縄文人の食生活の大半

は植物質のものであったとの結果が出されている。

遺跡の低地の部分は泥炭層になっており保存状態の良い植物種子が大量に出土する。我々は土壌を全量■裏し、フルイにかけながら水洗を行い、残留物を顕微鏡で調査するというを行なった。そうすると微細な種子がたくさん発見されたのである。ヤマブドウ・サルナシ・キイチゴ・ヤマグワ・ニワトコ・クリ・クルミに混じって、その中から人間が手を加えなければ育たない栽培植物の種が見つかったのである。ヒョウタン・ゴボウ・エゴマ・マメ・アカザなどである。縄文人は栽培する技術をすでに知っていたのだ。狩猟・採集だけではなく、自ら食料を生産していたわけである。また宮崎大学の藤原宏志先生により5500年前の土壌と土器の中からイネ科イヌビエのプラント・オーバーが発見されている。さらに炭化した種子そのものも見つかっている。縄文人は集落近くに生えた野性の穀類も食料として利用していた可能性が出てきたわけである。なおヒエは日本で野性から栽培種へと変化したと言われており、実際に六ヶ所村富ノ沢遺跡からは縄文時代中期の栽培ビエが発見されている。また、静岡大学の佐藤洋一郎さんは出土したクリの実の遺伝子分析を行い、すでにクリが栽培されていたことを明らかにした。集落の周りにはクリ林が広がっていたのである。縄文人は自然に依存しながらもかなり積極的な働き掛けを行っていたのである。

それらの食材はさまざまに調理されて縄文人の腹を満たした。縄文時代の最もポピュラーな調理は、土器を使った煮込むことである。そうすることによって、アク抜きされたり、固いものが柔らかくなったり、食材の利用範囲が広がった。時には木の実と動物の肉、鳥の卵を混ぜ合わせたハンバーグやクッキーのようなものも作られていた。当然食料の保存加工や貯蔵も行われていた。

7. 遠方との交易

三内丸山遺跡からは遠く離れた地方から持ち込まれたものが出土している。新潟県糸魚川のヒスイ、岩手県久慈地方のコハク、北海道や長野県の黒曜石、秋田県のアスファルトなどである。特にヒスイは原産地以外では東北地方北部から北海道南部にかけて多く分布している。同心円的な分布をしないのである。それは日本海を直接越えて運ばれたことを示している。舟

を操り海流に乗り、一気に三内丸山に運び込まれたのである。三内丸山遺跡からは原石、未成品、完成品が出土していることから、この地で加工され、さらに周辺の集落に再分配されたと考えられる。入ってきたものがある以上、出ていったものがあるに違いない。それはもう形として残っていない、食品とか毛皮かもしれないし、土器作りの盛んであったこの集落の土器作りの情報が伝わったことも考えられるのである。事実能登半島の遺跡からは三内丸山遺跡に代表される円筒土器と良く似た土器が出土している。こちらから持っていたものではなく、こちらの情報をもとに作られた土器だ。縄文人は他の地域と交易を頻発に行っていたのだ。

8. 階層社会か

道路を挟んで2列に整然と総延長420mも続く墓地が作られていながら、そこ以外からも人骨が出土している。ひょっとすると集落の人々全員が墓地に埋葬されたとは限らないのではと考えられる。つまりなんらかの社会的位置の違いがあったのではないか。階層社会ではなかったかということである。一般に狩猟・採集社会は平等社会であると言われ、縄文社会もそうだとされてきた。しかしそれは大きな間違いである。よく縄文文化のモデルと言われるカナダ北西海岸インディアンの人々は階層社会である。狩猟・採集文化にも現実に階層社会は存在しているのである。当然争いも起こる。平等な縄文社会に戦争がなかったとの説があるが、それには弥生時代と比較してとの注釈が必要だ。あるいはせめて縄文時代にはなかったという願いが強いのかもしれない。三内丸山の社会を考えると、階層社会を念頭に置く必要がありそうだ。またこどもの墓と大人の墓の区別は縄文人の死生観が表現されていると考えられる。縄文人の心を考えると理解できる現象がたくさんあるかもしれない。土器を作った人、使った人、棄てた人の心を考えることも遺跡を理解する上では重要である。

9. まとめ

これらの調査成果を見ると、三内丸山遺跡は今から約5500年～4000年前の約1500年間継続した、円筒土器文化の定住型の拠点的大集落であると理解できよう。そしてそれを支えたのは青い海と青い森であった。豊

かな資源を有効に利用していたのである。一万年間続いた縄文文化は停滞していたのではなく、自然と人間との共生がバランス良く保たれていたからなのである。当然それを支えた縄文人の思想があり、今日再び求められているのかも知れない。

三内丸山遺跡は現在、建物復元や展示室の整備が行なわれている。そして大事なことは、「縄文時代に遊ぶ・楽しむ」ことである。誰もが楽しめ、縄文人のメッセージを受け取ることができたらと思う。しかし、その基本となるのはきちんとした学術的調査が行なわれ、

評価を受けることである。それなくして遺跡の整備・活用はあり得ない。我々の仕事は遺跡から発信される情報を、より早く、わかりやすく、しかもちょっとだけ質が高く、知的好奇心をくすぐるようなものを提供することであると強く感じた三内丸山遺跡の調査であった。常に市民の近くである遺跡でなければならないのである。

発掘調査はいろいろな課題を解決する以上に多くの謎を提供してくれる。遺跡にはそんな謎がまだまだたくさん埋まっている。

看護研究—今とむかし

千葉大学名誉教授 吉 武 香代子

看護婦学校入学以来、看護の世界で47年を過ごしました。いま、激流から離れて、少し距離をおいたところから看護の世界を見ることができるようになりました。

47年の中で、看護の移り変わりを自分の目で見てきました。この中で見たさまざまな看護と看護研究の移り変わりを、私の歴史とも重ね合わせながらお話ししたいと思います。私はすでに研究の現場から離れていますので、新しい研究の話には適しません、もはや年齢をごまかす必要もなくなりましたので、今日は安心して昔の話もさせていただきたいと思っています。

1996年に、“看護研究とともに40年”という講演をしました。私は、40年に縁があるらしく、1987年には戦後40年の看護の歩みと21世紀の展望という話をしています。ただし、この時は看護教育や看護管理の話が主であって、研究の話ではありませんでした。

看護の世界で研究という言葉が使われるようになったのはいつ頃からでしょうか。これは、看護教育の制度と密接にかかわっているように思われます。

戦争が終わって1940年代後半は、さまざまな新しい法律や制度が次々に生まれた時期でした。教育基本法、学校教育法は1947年に制定され、女学校という名で男子とは内容もレベルも異なる教育を受けていた女子が、新しい高校教育で統合され、男女共学も認められました。この新制高校の最初の卒業生が出たのが1949年です。

保健婦助産婦看護婦法は1948年に制定され、同年に看護教育の新制度が発足しました。制度上、新制高校の卒業生が看護婦学校に入学したのはこの翌年の1949年です。ただし制度の切り替えの時期には、高等女学校としての卒業も可能であったため、当時、日本全国を見ても高校卒の女子は極めて少数であり、初期の看護

婦学校入学者の大部分は高等女学校の卒業生であったと推定されます。教育制度変革の混乱の中で、少数ながら新制度の高校を卒業し、新制度の看護教育を受けた最初の卒業が誕生したのは1952年でした。

私は1950年に高校を卒業しました。私の世代の女性で男女共学の高校生活を経験している人は、全国的にも極めて少数と考えられ、看護の世界ではさらに少数派と思われます。以後、私たちは新制高校の卒業生と呼ばれ、看護の世界では新制度の卒業生と呼ばれることになります。

保健婦助産婦看護婦法制定から50年が経過しました。日本看護協会の機関誌“看護”は本年で50周年であると聞いています。新制度ということばも、最近ではさすがに死語となったようです。

日本看護協会が主催する日本看護学会の前身である日本看護研究学会（本学会とは無関係）がスタートしたのは1952年でした。奇しくも、新制度の看護教育による最初の卒業生の誕生と一致しています。

当時、私は高等看護学院と呼ばれていた看護婦学校の学生であり、当然のことながら初期の研究学会には出席していません。発表はほとんどが症例報告であり、看護よりは医学的に珍しいケースの報告が多かったと考えられます。看護の記述はほんの少しであり、考察も不十分であったとされています。

当時の看護界に看護研究という概念はまだ一般的ではなく、看護婦学校で研究を教えるという考えはなかったようです。多くの看護婦学校では、症例研究、事例研究などの名称でケーススタディの指導が行われていました。

学校によって違いがあったとは思いますが、私は学生時代に、内科、外科、産科、小児科、及び伝染病看護の各領域でケーススタディをまとめました。ただし、

この全部が学校からの課題であったのか、私が勝手にまとめたのかは、もやは記憶が曖昧です。校内での発表会もあり、外科医長が聞きに来られて、開腹手術後の患者をなぜファーラー一位にしたかと、1年生であった私に質問されたことを記憶しています。

消化不良性中毒症の乳児のケースでは、退院後の乳児の観察のために家庭訪問をしました。今でも、可愛かった赤ちゃんの顔とともに、京浜急行の線路近くの、アパートが密集した地域を訪問したことを覚えています。急性伝染病のケースでは、5歳の赤痢の幼児が通っていた保育園を訪問したこともありました。このケーススタディのレポートは、私が知らないところで表紙が付けられて、インターンの医師たちの教材になっていました。

しかし、当時の看護婦学校に調査研究や実験研究の発想はなかったと思われます。

高知女子大学家政学部には衛生看護学科が設置されたのは1952年、東京大学医学部衛生看護学科は1953年であり、卒業生はそれぞれ56年と57年に誕生しています。これらの卒業生が看護研究の表舞台に登場するのはもう少し後であり、特に東大では看護婦になる卒業生がほとんどいないと、当時の私たちは聞かされていました。

1958年から2年間、私はアメリカで学ぶ機会がありました。まだ海外渡航が自由ではなかった時代、フルブライトが旅費を保証し、アメリカではICNの交換看護婦として給料を得るという条件で、私は持出しを許可された10ドルだけを持ってニューヨークに渡りました。働きながら大学で学ぶコースの中にも、私の中にも、研究を学ぶという目的はありませんでした。

2年目の終りに近い1960年の夏、移籍していたワシントン大学で修士課程の院生の研究発表会に出席しました。生理学で博士号をとられた看護学の教授が、患者の痛みを生理学的に測定する方法の模索について話題を提起され、掌の汗を分析できないかなど、活発なディスカッションがありました。この時、ビジティング・プロフェッサーとして同大学に招かれておられたドクター・アブデラに出会い、研究に目が開かれたことを鮮明に記憶しています。後年、ドクター・アブデラはこの夏のことを覚えておられました。

私にとっての最初の研究発表は、帰国直後の

1961年でした。当時勤務していた清瀬小児病院の同僚と共同で、入院中の学童を対象とした質問紙による調査研究であり、看護協会の研究学会で発表しました。この頃になると、中央でも地方でも、看護研究発表会が行われるようになっていましたが、発表の大部分はケーススタディ、もしくは看護実践の報告であり、当時このような調査研究は極めて珍しかったようです。

私にはこの後、もう1度アメリカで学ぶ機会があり、修士課程で本格的に看護研究を学ぶことができました。アメリカでもまだ、看護学専攻の博士課程はようやく誕生したばかりの時代であり、教授陣はいずれも生理学や教育学、文化人類学などで博士号を取得した方たちでした。従って、当時としては修士課程が看護学としての事実上の最高の教育機関であり、看護研究を指導し、修士論文を課していた大学がまだ多かった時代でした。当時のクラスメイトは、ほとんどがアメリカ政府からの奨学金を受けていました。

この時代、ずいぶん多くの看護研究の論文を読みました。未熟児の背中におむつをまとめた“diaper roll”で支えをすると、体重増加が有意に大きいという論文を読んだのもこの頃でした。膨大な研究費に支えられたこの研究の価値を理解するまでに、私には少々時間が必要でした。同時に、私が知る限りどこの未熟児室でもこのような看護を行っている様子がないという事実を受け入れるまでも、私には時間が必要でした。後日、研究結果の消費者という言葉聞いて、初めてこの時の疑問が解消された気がしました。

もっとも、後日この論文が“巻きおむつ”と訳されて日本の雑誌に紹介されていた時にはがっかりしました。翻訳とはむずかしいもののだとも思いました。用語を定義することの大切さや、対象を厳しく限定することなども、この課程で学びました。もっとも、対象を厳しく限定したばかりに、私は修士論文のために12歳以上18歳未満の思春期の患者を求めて、シアトルから100キロ以上も離れた町の小児病棟まで遠征する羽目になりました。

1968年は看護研究の夜明けの年として位置付けられています。この年創刊された雑誌“看護研究”第1巻第1号には、湯模ます先生、田中恒男先生など東大衛生看護学科（のちに保健学科、現健康科学・看護学科）の教授陣のお名前が並んでいます。看護研究の黎明期

に、東大が看護研究をリードしていたことが伺われます。

現在神戸市看護大学の学長である中西氏は、文献検索に関する1973年の論文の中で、1968年をいわば看護研究の元年としておられ、“これ以上さかのぼることは意味がない” といっておられます。

1968年は、長く続いていたいわゆる旧カリキュラムから、当時は画期的といわれた新カリキュラムに移行した年でした。小児科学及び看護法が小児看護学になり、実習が週ではなく時間で数えられるようになりました。実習時間は大幅に減少し、小児看護実習でいえば、小児病棟12週、小児科外科3週から180時間にまで減少しました。受持ち患者を持って実習を行うことが、大部分の看護婦学校で一般的になったのもこの頃からです。基礎看護学の中で看護研究を教えるようになったのも、このカリキュラムからでした。

1968年、前に述べた看護協会の看護研究学会は第17回でした。まだ成人、小児などが独立していなかった時代であり、演題は158題、京都市内4分科会場に8000人が集まったとの記録が残っています。恐らく、参加者も演題も当時としては奥上空前であったと思われます。当時の学会集録は、全部あわせてぶ厚い1冊であり、発表者の顔写真が掲載されています。先日、掲載誌のコピーを整理していて若いころの写真に出会いました。

当時の研究発表もケーススタディが多いことは相変わらずでしたが、看護実践の報告とともに、看護用品の考察や工夫が多くみられるようになっていきます。未熟児の光線療法に用いられる眼帯の工夫が頻回に取り上げられるようになったのは、この少し後であったと思われる。

この学会では、後に藤田保健衛生大学の学長になられた森日出男先生（当時国立京都病院院長）による、“最近の看護研究の趨勢”と題した講演がありました。1963年から67年までの5年間の看護研究の内容を分析された中で、看護本来の研究が非常に少ないという事実を指摘されています。

当時病院管理研究所の研究員であった私は、この学会で夜勤専従に関する研究を発表していますが、この研究は“その他”に分類されていました。この類の研究が極めて少なく、分類の仕様がなかったためと思われる。

当時、研究発表の場が少なかったのか、私に欲が無かったのか、私はこの時、3つの研究を10分の中で発表しています。後に発表の数が数えられる時が来ることなど、考えもしませんでした。最近、1つの研究が3回に分けて発表されることなどを見ると、やはり時代が変わったのかと感じています。

病棟の1人夜勤がそろそろ複数に変わっていく時代でした。私は2人夜勤になることで看護婦の労働が2分の1になるのか、患者の受けるサービスが2倍になるのかということに興味を持ち、調査研究のために厚生省に研究費を申請しましたが、緊急性が無いとの理由で研究費はもらえませんでした。

もっとも同じ頃、東京都内のある有名病院の未熟児室で結核の集団感染があった時は、申請する前に研究費が付き、有名な先生たちとの共同研究者として、私は各地の未熟児施設の現地調査に出かけ、看護の部分の論文を分担してまとめました。ただし、間違いなく私が書いた論文は、私の名前では発表されませんでした。

当時の私は、研究の成果を一刻も早く活字にすることの意味も分からず、共同研究を行う時の筆頭者の意味も、また実際に論文を書いた人と筆頭者の名前が違うことの意味も理解していませんでした。当時の看護婦としては決して私だけではなかったと思っています。業績などということばも知らず、後に大学の教員になるとき、それが教えられることなど想像もしていませんでした。当時の私は、大学の教員になること自体、全く考えてもいませんでした。

1968年当時、日本全国の看護系の大学は7校になっていました。1966年に熊本大学教育学部に特別教科（看護）教員養成課程が開設され、以後年1校のペースで国立大学に同様の課程が開設されて、■大学と呼ばれるようになりました。したがって7校といっても新しいものが多く、当時すでに卒業生を出していたのは高知女子大など3校のみでした。

1960年代の前半にチームナースングがブームであったと同じように、1968年以後の看護界は、看護研究が一種のブームとなりました。1969年の看護研究学会のシンポジウムのテーマは、“看護研究のあり方”であり、当時国立小児病院の婦長であった私は、臨床指導の立場からのシンポジストとなりました。小児病院婦

長の時代に、乳児の哺乳力の客観的評価に関する研究をまとめて国立病院療養所の学会で発表しましたが、またも“その他”に分類されてしまいました。哺乳力とっているのですから、せめて小児看護に分類してほしかったという思いが残りました。

この後、看護協会主催の日本看護研究学会は発展的に解消され、数年間これと重複する形で1967年にすでに発足していた日本看護学会に一本化されて現在に至っています。本年は第29回となっている筈です。

少し時代を戻して1970年代前半、私は四大学の一つである弘前大学教育学部の看護教員養成課程に勤務していました。私としては、臨床を離れて初めての教育・研究に従事する職場でした。大学の教員が研究を業とすることも、ここに来て初めて意識したようなものでした。もっとも、教育の仕事に全力投球していた私の研究は、結局春休み、夏休みだけでした。

当時、看護の研究に機械器具を導入する発想はまだ稀薄でした。私は乳児の体温測定の研究をしていましたが、体温計はもちろん水銀体温計であり、肉眼で目盛りを読んでいました。幸いにも、当時私の視力はまだ健在でした。資料収集に訪れた乳児院には体温計の振下器がなく、肩を壊すほどの力を込めて、何十本もの体温計の水銀を手で下したことを記憶しています。脈拍も呼吸も、もちろん手を触れて肉眼で観察する時代でした。

大学には計算センターのようなところがありましたが、看護研究の資料を整理するのにコンピュータの使用が一般的になるのはもう少し後のことであり、手書きで集計表を作成していました。計算器は存在していましたが、まだ誰の掌にも乗るほど一般的ではなく、私は算盤を使ってすべての計算をしました。塾に行ったことなどないのですが、幸いにも掛け算・割り算も自由にできたので、標準偏差や相関係数の計算も算盤を使ってやりました。

ヒストグラムはもちろんのこと、相関グラフも手書きしました。私はこのような作業が好きで、高校の時、精密な単振動のグラフを書いて数学の先生に褒められたこともありました。この時に書いた直腸体温と腋窩体温との相関グラフは、今見ても見事な出来栄だと勝手に思っています。

一口でいえば、この時代は手動の時代でした。手動

の時代の終りであったといってもいいかもしれません。資料を収集するにも熟練した看護技術を用いて測定し、目感を研ぎ澄まして肉眼で観察した時代でした。

しかし、やがて手動の時代は終わります。看護研究の世界にもさまざまな機械器具が導入され、モニターが観察し、センサーが測定し、計算器を一気に飛び越してコンピュータに解析をゆだねる時代へと突入していくのです。

1971年に“第1回看護研究セミナー”と称して、アメリカの大学から看護学者2人を招き、東京女子医科大学看護短大を会場としてセミナーが行われました。このセミナーの参加者は42人、私もその1人でした。このセミナーは、看護職にあるものが当時としてはかなり高額な参加費を自ら支払って学ぶことのほりともなりました。

同時にこのセミナーは、日本における看護研究の本格的な幕開けとしての象徴的な意味を持っていたように思われます。アメリカの看護研究の知識を直接吸収できたことは、海外で学ぶことがまだ容易ではなかった当時としては大きな魅力でした。海外渡航は1964年に自由化されていましたが、看護婦の初任給が36,000円、1ドルが360円の時代でした。

このセミナーの参加者は、“看護研究は誰が行うのか”という重い命題に直面することになりました。日本の看護研究が、看護婦はみんな研究を行うべきであるという方向に進められていたのに対して、アメリカの看護学者の考え方は明快であり、“看護研究は研究者が行う。看護婦は研究の理解者として研究の場を研究者に提供し、研究結果を消費する立場に立つ”というものでした。セミナーの出席者の一部には、混乱も起こりました。

しかし、日本の看護研究はこの方向には向かいませんでした。むしろ、“看護研究の大衆化”とでもいえるべき現象が起こり、大学・短大だけでなく看護専門学校においてさえも卒業論文を書かせるという方向に、日本の看護研究は向かったといえます。後年、多くの看護婦が留学して看護研究を学ぶことになるアメリカとは、はっきりと異なる方向に進んだこととなります。

千葉大学看護学部が国立大学初の看護学部として発足したのは1975年でした。日本全国の看護系大学は、

これでようやく10校となりました。これらの大学の一部では、看護教育として要求される最低の実習時間までも切り詰めて研究を重視し、卒業研究に多大の時間を投入する大学もあったといわれています。当時の感覚では、大学卒の看護婦はまだまだ一握りのエリートであり、看護婦ではなく研究者を養成すると大学側が意気込み、学生もまたそのような錯覚を持っていたとしても無理はなかったのかも知れません。看護学の修士課程は、まだ日本には存在していなかった時代でした。

高等学校衛生看護科の教員養成を第一の目的として設立された四大学の教員による四大学協議会から発展した日本看護研究学会、すなわち本学会が誕生したのは1978年でした。弘前大学の教員として初期の四大学協議会を知るものとして、私は24回目の学術集会を迎えているこの学会の発展には感慨深いものがあります。

千葉大学看護学部には修士課程が設置されたのは、看護学部1期生が卒業した1979年であり、聖路加看護大学にも一年遅れて1980年に修士課程が開設されました。看護学の博士課程の設置が、まだ現実のものとしては取り沙汰されていなかったこの時代、学士課程でさえも研究を重視していたことを思えば、修士課程が研究一辺倒となっていたのは当時としては無理もないことであったのかもしれませんが。専門看護婦の育成と修士課程を結び付ける発想が全く無かったこの時代、臨床看護の能力を高めることよりは、入学当初から研究そして修士論文が重視されることもあったと思われる。

千葉大学看護学部の修士課程修了生が誕生したのは1981年でした。この年に日本看護科学学会が誕生しています。ここにも、教育制度と研究との関連を見る気がします。暑い夏の午後、国立公衆衛生院で学会設立宣言と第1回学術集会が行われたことをご記憶の方も多いかと思います。この学会は、当初から一定の研究業績を有することが会員資格となっており、入会の審査も厳しく、臨床看護婦には少々敷居が高いのか入会は少数であると聞いています。現在もおそらく臨床の看護職の研究発表が最も少ない学会ではないかと思われます。この学会の学術集会も、本年で18回を数えています。

この頃から、看護の1分野を専門とするものの集ま

りとしての学会、研究学会あるいは研究会が続々と誕生するようになります。全国看護教育研究会が発展的に解消して日本看護学教育学会となったのは1991年でした。日本看護歴史学会、日本看護診断学会なども誕生しています。臨床看護の1領域を専門とする看護職の集りの中には、未だにその領域の専門医にリーダーシップをとられている学会もないとはいえませんが、徐々に看護職の手による学会が増加しています。私たちも永年の同志とともに1991年、日本小児看護研究学会を発足させ、本年も第8回の学術集会を開催しました。

学会、あるいは研究学会と名乗るからには、会員に資格審査が行われるのは当然ということになり、会員の条件として過去に一定の研究業績を有することが求められることになります。学会誌に論文を掲載するには、査読を経由することが当然の条件となります。それは看護が看護学として他の学問分野と肩を並べ、学会誌の水準を高めるためには避けられない手続きであったと思われます。

しかし、このことが何時の間にかこれらの学会から臨床の第一線で活躍する看護婦を遠ざける結果となり、学会の集録には何時の間にか大学・短大などに勤務する看護職者ばかりが目立つようになってきました。やがてその結果として、看護研究の内容は質的に大きく変化していきます。

学会によってその比率に差があるとはいえ、現在の学会発表でのケーススタディの比率は著しく低下しています。現在聖隷クリストファー看護大学教授である飯田氏の分析によれば、事例研究と調査研究の1位が逆転したのは、すでに1977年と78年の間であったとのこと。一時は看護研究とはアンケートのことかといわれたほど安易に行われがちであった調査研究も、現在は validity, reliability — 妥当性・信頼性の検討も厳しく行われるようになり、かつてのような粗製濫造の研究は減少しつつあります。

しかし、研究方法を厳密にすることが要求されるに従って、厳密さに限界がある臨床看護の研究、とくに不確定要素の多い患者に看護技術を行なう中で資料を収集し、分析する研究は減少しているように思われてなりません。

臨床中で行われる看護研究は、まず対象の数を揃

えることに限界があります。さらに、対象の条件を揃えることに絶対的な限界があり、まして現_在は対象となる人の研究への同意が条件とされるようになってますます厳しさを増しています。看護技術を行使して対象の反応を観察する研究であれば、研究者本人が1人で行わない限り、技術の水準を揃えることに限界があります。何よりも、対象となる患者に無用の負担をかけることには厳しい制限があり、まして、いささかでも痛みを与えたり危険を与えたりすることは、研究者の倫理として絶対に許されないこととされています。

これらはすべて、看護における実験研究が伸び悩んでいる理由として十分であり、試験管の中に厳密な研究結果を求める研究者からは、研究のずさんさが指摘されるものともなっています。

この厳しい限界の中で、臨床看護の研究はなお将来の患者の幸せを念じ、看護の向上を目指して実施されていかなければならないのです。

私はある学会で、白_血病の小児のターミナル期の看護に関する研究発表を聞きました。この種の研究としてはよくこれだけの_数を集められたと、私には評価できる研究でしたが、若い研究者が質問に立ち、わずかこれだけの_数で何がいえるかときびしく批判しました。

若い研究者には、1年間を通して小児病棟に対象となる患児がどれだけいるのか、その中でこの倫理ギリギリとも思われる研究に協力する患児や家族がどれだけいるかなど、想像することはできなかったでしょう。まして、結果として対象となった患児の死が研究成立の条件となることへの研究者の苦悩が、どこまで理解できていたであろうと考えずにはいられませんでした。

私はかつて大学院生への演習として、鎖_肛の新生児の出生時からの看護を経験させるために、対象を探していたことがあります。近隣の産婦人科病棟などに、このような新生児が生まれたら連絡してほしいと依頼していました。この時、学生から“奇形の新生児の誕生を待つことは看護の倫理に反するのではないか”と問われたことがありました。“新生児はすでに胎内で出生直前であり、我々が待っても待たなくても奇形を持って生まれるから”と苦しい_答弁をしながらも、私は彼女の感性を嬉しく思ったことを記憶しています。

看護技術の行使を含む研究では、自分の看護技術に

自信を持たなければ研究は成立しません。

私たちが、1000グラムから1800グラムの未熟児を保育器内で沐浴させる研究を行った時、私は自分たちの技術に絶対の自信をもっていました。私と私の仲間が沐浴させることで、少なくとも未熟児を危険に陥れることはあり得ないという確信がありました。この確信なしでは、実際に1000グラムの未熟児を沐浴させたこの研究を成立させることはできなかった筈です。

患者に痛みを与える研究が許されない以上、例えば患者に針を刺した時の反応の研究などは、実際に看護の日常の中で針を刺す立場にある看護婦でなければ、事実上_{資料}収集は困難です。私はある学会で、注射針の先端を90度_回転させた状態で刺入した時の、患児の反応を観察した発表を聞いたことがありますが、これは臨床の看護婦の研究でした。研究のために針を刺したのではなく、針を刺す必要があった患者への看護技術の行使から系統的に_{資料}を収集した研究でした。浣腸の条件を変えたときの反応、吸引の条件を変えた時の効果の違いなども、これに類する研究といえるでしょう。

臨床に足場をもたない研究者の研究が次第に臨床から遠くなり、一方では研究成果が明快な形で現れる研究が求められがちであるために、不確定要素の多い患者本人はどうしても避けられることになります。看護技術を行使する研究では、研究者本人が技術の行使を望まないことや、技術水準の問題、それに受入れ側から歓迎されないこともあって、健康人や学生を対象に実験室で行う技術の研究で代替することになりがちです。

私は対象が小児なので、健康な子どもを対象に実験室でデータを収集するという考えが入り込む余地はあまりないのですが、患者を対象としない基礎研究は確かに可能であり、また必要であると思っています。しかし、そこで安全や安楽が確認された技術は、患者に試行され、その価値が確認されて初めて公認の技術になるものと考えています。

全くの余談ですが、技術を用いた実験には_{面白}い話があります。研究者自身が技術を行使してデータを収集する場合、技術が完全に身に付いて安定している場合は問題ないのですが、技術が発震途上の場合には、1例目と10例目では研究者の技術水準が変化してしまうために、正確なデータが得られないということです。

早い話、第1例の患者の反応は気分不快であったものが、上手くなった10例目では気分爽快に変わるということです。

かつて私は、臨床は研究のタネの宝庫であるといいました。研究のタネが発する微かな電波をキャッチする能力を高めることが、研究者としての第一歩であるといいました。看護の第一線を離れた今も、この考えは変わっていません。しかし、大学を卒業し、大学院を修了し、臨床の看護にもまれることなく研究者への道を急いだ一部の若い研究者たちは、この能力を身につけるチャンスを失ったまま指導者となり、研究者となってしまうのではないかと、私はひそかに恐れることがあります。

私のやや単純な感想によれば、大学卒に限らず看護教育機関の卒業生が急速に技術を習得するクリティカルピリオドは、卒業直後の数年間であると思っています。単純な感想といったのは、このことが研究によって得られた結論ではないからです。この期間に大学院で研究一筋の生活をするのが、看護職としての最良の選択であるか否か、私にはさまざまな思いがあります。

もちろん、すでにこの時期を過ぎてしまった研究者であっても、本人の努力によって挽回できないものではないことを信じています。

臨床で研究資料を収集するとき、臨床の看護婦の協力は欠かせないものです。“私には研究する権利がある”といった外国の研究者の講演も聞いたことがあり、その主張は理論上は正しいのだと思います。しかし実際には、臨床の看護婦の研究への協力は、権利や義務ではなくもっと情緒的なレベルで行われることが多いと思うのです。

私も臨床から離れて大学に籍を置くようになってからは、看護部長や看護婦長に研究の協力を求めることが多くありました。朝の5時から夜の9時まで、子どもに付き添う母親の観察のために小児病棟に張り込んだこともありました。面会の母親に面接するために、真夏の午後、タクシーもない炎天下を病院から病院へと歩いたこともありました。すべてはご協力頂ける病院あつての研究でした。私は多くの看護部長や看護婦の皆さんに、最大限のご協力を頂いたと今も感謝しています。

同時に、看護婦の皆さんは、研究者が自分たち看護婦の間であるか否かを、極めて敏感に見分けておられるように思われてなりません。私は多分、看護婦の皆さんが仲間と感じて下さる特有の匂い(臭い?)でも持っていたのだと思っています。

臨床の看護を経験することなしに研究者となった研究者たちが、果たしてこの匂いを相手に感じさせることができるだろうかと、私は若干の危惧を抱いています。看護婦と仲間であるというアイデンティティを持ち得ないことは、看護の研究者として恐ろしいことであると思っています。“私たち”というべきところが、何時の間にか“あなたたち”になったとき、看護職の仲間たちは間違いなく敏感に反応します。

日本における看護学博士第1号は、1991年に誕生しました。修士課程、博士課程の修了者を中心に、看護の質的研究に取り組む研究者も増加しつつあり、看護研究の質は明らかに高くなってきています。

看護関係の学会での研究の最新の動向をすべて把握しているわけではありませんが、研究者がテーマとして選び、研究する研究と、臨床の現場で切実に答えを求めている問題をテーマとしての研究は、次第に乖離していつているように思われてならないのです。

看護の研究の必要性が社会に認知されるに従って、かつてよりは研究費も豊富になり、高価な機械器具を自由に駆使して研究ができるようになりました。かつてよりはるかに正確なデータを収集することができるようになり、またはるかに多くのデータを速やかにコンピュータで処理することも可能になっているのです。

1989年に、私は次のような文章を書きました。

“人の心を打つ研究が少なくなったという評価はのはずれであらうか。研究とはそもそも人のこころなど打つ必要はなく、そのような期待をしてはならないのかもしれない。”何とも情緒的な表現であると自分でも思います。

1992年には、次のように書いています。

“日本の看護研究は、研究者育成の課程の整備や、これと平行しての研究者の増加、そしてその結果としての看護研究のレベル向上と引き換えに、何かが失われつつあるように思われてならない。”こんなことをつぶやいてから6年がたち、日本全国の看護系大学の数は11から63になりました。

かつてのように臨床の看護婦が気付き、臨床の看護

婦が協力してデータを収集し、幾分稚拙な方法で分析してあった研究、研究としてはさまざまな欠陥を持っていたとしても、同じ問題をかかえる看護婦が思わず身を乗り出して聞くような輝きを持った研究を、“レベルが低い”という言葉で切り捨ててしまって本当にいいのだろうか、考えずにはいられません。もちろん私なりの意見も感想もありますが、第一線を引いた身としてそれを口にすることは遠慮させていただきます。

1960年にドクター・アブデラに出会ったことは、ワシントン大学のキャンパスの素晴らしい風景とともに今も私の記憶の中に鮮明に残っています。“Better Nursing Care Through Nursing Research”というドクター・アブデラの古い著書のタイトルは、今日でも決して輝きを失ってはいないし、失わせてはならないと私は信じています。すべては患者によりよい看護を行うための研究でありたいと願っています。

保健婦助産婦看護婦法の制定から50年、看護研究の夜明けといわれた1968年から30年が経過しました。この間に看護研究は目覚ましい進歩をとげ、さらに発展を続けています。手動の時代は終り、すべてをコンピュータが解析する時代になりました。

50年に近い歳月を看護の世界で過ごし、子どもたちのために一生懸命看護を実践し、教育をしてきました。研究が必要な問題に気付く学生を育て、研究の方法とともに研究の倫理を教えてきました。私が教えた研究の方法など、すぐに古くなって間もなく使えなくなるとしても、私が熱心に教えた看護研究の倫理は、当分の間私が育てた人たちの中に生き続けるかもしれないと考えています。21世紀を目前に、育ちつつある若い力を信じて、看護の世界を去っていくことに満足しています。

看護研究が今のような隆盛を迎えていることは、無条件に喜ばしいことです。その過程で失った少しのものがあっても、賢明な若い研究者たちが研究者として成長していく中で、当事者自身が失ったもの、あるいは失いつつある大切なものに気付くことを信じます。そして、自らの努力によってそれを補い、いい方向に転換し、日本の看護の向上のために大きな力になっていくことを信じています。

ご静聴ありがとうございました。

家族看護学の基本的視座 — 一単位としての家族を看護ということ —

家族看護研究所 渡辺裕子

* 家族看護とは

本日は、皆様の学会にお招きいただきまして大変光栄に存じます。

「家族看護学に関すること」と広くテーマを頂戴し、どのようなことをお話しさせていただいたならば皆様のニーズに合った内容になるのか、いろいろと考えてみたのですが、母子から老人看護学、また看護教育や看護管理など現在携わっておられる領域にかかわらず、どんな看護の場や対象にも共通する内容が相応しいのではないかと考え、本日は家族看護学を総論的に、しかも基本的な考え方に焦点を絞ってお話させていただくことにしました。

さて、我が国において、家族看護学が看護の一領域として認知され始めたのはごく最近のことですから、家族看護という言葉を目にするのは初めてという方もおられるのではないのでしょうか。私たち看護職は、以前から患者の回復に欠かせない資源として家族を捉え、さまざまな場面で家族に対する教育や指導を重視してきました。

しかし、本日ここで話す家族看護とは、従来の家族の教育や家族指導とは本質的に異なった概念であることを最初におことわりしていきたくと思います。つまり、私は家族看護とは、患者の自立やQOLの向上に欠かせない資源としてのみ家族を捉えるのではなく、患者を含む一単位として家族をまるごと援助の対象とする看護であり、そして、そのような看護援助のあり方を体系づけるものが家族看護学であると考えています。

* なぜ一単位としての家族を対象とした看護が必要か

さて、それでは、なぜ患者を含む一単位としての家族を援助の対象とした看護が必要かを一つの事例から

考えてみたいと思います。この事例については、以前インターナショナルナースングレビューという雑誌に書いたことがあるので、あるいはご存じの方もいらっしゃるかも知れません。

それは、28歳の全介助を要する娘さんをご自宅で介護しておられる事例です。娘さんは外資系の企業に勤めるOLでしたが、自動車事故に遭い、一命はとりとめたものの、わずかに動くのは左手の薬指のみで、気管切開を施行されチューブ栄養のまま4年前に自宅に退院となりました。お母さんの献身的な介護によって大きなトラブルもなく、娘さんは、ワープロによってコミュニケーションを圖り、闘病記を自費出版するまでに回復されました。娘さんは、朝起きるとお母さんにきれいに化粧をしてもらい、ピアスをつけ、マニキュアを塗ってもらうことをとても喜びました。ここまで重い障害を負っても彼女らしく生きる姿に周囲は驚嘆し、何度かマスコミの取材を受けたこともありました。そこにはいつも穏やかに微笑む母親の姿がありました。

しかし、すべてが順調に進んでいると訪問ナースが思っていた矢先に突然母親が失踪してしまったのです。自宅での介護はすぐに困難となり、娘さんは入院となりましたが、娘さんは衝撃の余りその日からほとんど眠ることができず、胃には潰瘍ができ出血が続きました。私は、このケースを担当していた訪問看護婦から相談を受けたのですが、相談にいらした訪問ナースは、この4年間、自分なりに精一杯援助をしてきたつもりなのにこのようなことになり、自分に何が足りなかったのか、どうすればよかったのか、自分では整理がつかないと話しておられました。

そのナースと私は、母親のなかでいったい何が起こったのかを考えることから始めました。お母さんは、的確な判断で吸引や膀胱洗浄などの処置をこなし、50歳

という若さゆえにか昼夜の別なく続く介護にさほどの疲れを訴えることもなかったとのこと。お父さんが会社を経営し、経済的にも恵まれた条件にあるこの家族は、家屋の改修などにも積極的で、ナースには介護力の高い家族として映っていました。

しかし、考えてみると、母親は更年期を向かえて自身のバランスを崩しやすい時期にありました。お母さんは、娘さんが自立した後、語学力を活かした仕事を始め、順調に働き始めた矢先の娘さんの事故であり、お母さんは自分の夢を断念して介護に没頭する毎日でした。しかし、お母さんにとって50歳という年齢は、自分の夢を完全に葬り去るにはあまりにも若すぎたのではないのでしょうか。お母さんは、娘さんの介護と自分自身の人生の夢や目標との狭間で常に葛藤を感じていたのかも知れません。しかし、長女に周囲の注目が集まれば集まるほどお母さんには「献身的に介護し続ける立派な母親」という役割が無言のうちに期待される結果となりました。立派な母親というレールにのらざるを得ないプレッシャーを感じて次第にお母さんは追いつめられ、現実から身を隠す以外に自分を保ち続ける方法を失ってしまったのではないのでしょうか。

お母さんが誰かに心情を打ち明けることができれば失踪するという事態は避けられたかも知れませんが、パートナーである56歳のお父さんは、会社経営に多忙で、介護には関与せずずれ違いの生活が続いていました。いつしかこの家族には、「お父さんはあてにしない」という生活スタイルが出来上がっていました。娘さんが事故に遭う前は、夫婦で年に1回は海外旅行に出かけていましたが、介護を始めてからというもの、海外はおろか夫婦で外出することは全くななくなっていました。家族の発達課題から言えば、この家族は老年期にあり、夫婦の伴侶性を高めていくことが求められていました。しかし現実には夫婦の距離は広がるばかりだったのではないのでしょうか。お母さんは、誰にも自分の気持ちをわかってもらえない孤独を抱えていたと思われますが、父親もまた家族のなかでは孤独だったのではないかと思います。

在宅介護を開始して以来、訪問看護婦や主治医、保健婦、理学療法士、ボランティアや学生など、多くの人が入り出りするようになりましたが、お母さん・お父さんから見ればすべてが娘さんのサポーターであり、自分の悩みを話せる人が誰一人いなかったのではない

でしょうか。

さて、この事例が私たち看護者に問いかけているものは何なのでしょう。患者・療養者の自立や生活の質の向上が強調されていますが、単に患者や療養者の自立や生活の質の向上のみを追い求めても、家族全体がバランスを失った時に、それらはもろくも根底から崩れていく現実を改めて突きつけているような気がしてなりません。今さらながら患者や療養者の自立や生活の質の向上は、家族全体の安定のなかに始めて発揮されることを強く認識しておく必要があるのではないのでしょうか。これは、在宅で療養する場合のみならず、施設内における患者の場合にも同様に言えることです。我々看護者は、患者や療養者を含めたその家族全体を援助の対象に定めて看護して始めて、患者や療養者に真の自立や安定をもたらすことができるのではないのでしょうか。一方、家族を援助するためには、家族にとって最大の関心時である療養者の問題に的確に 대응していくことが不可欠です。つまり、患者さん・療養者と家族とは切っても切り離せない存在であり、切り離して考える事自体不自然であるならば、患者と家族を一つの単位として捉えて家族全体を看護の対象として考えようというのが家族看護の出発点なのです。

* 現代社会における家族と医療の変化

一事例から家族を単位とした看護の必要性について考えてきましたが、ここで我が国の家族が置かれている状況を考えてみましょう。高齢社会となり慢性疾患が増加するなど介護を要する人々の数は増える一方ですが、それを支える家族はと言うと、平均世帯人員は減少し続け家族の小規模化が進んでいます。大家族のなかで当たり前であった人の生・老・病・死を体験する機会が少なくなり、以前ならばごく当たり前であった家族の出来事にも立ち巻く姿が目立っています。また、人々の価値観も多様化し、個々の家族成員がそれぞれ自己の人生の目標を追求する家族の個人化がすすんでいます。個々の家族成員が自律した関係でつながっている現代の家族では、家族のなかに健康問題が生じた場合に、自己の人生の目標の達成と病人のケアをめぐる家族内に緊張が生じやすいと言えるでしょう。つまり、介護等のケアをめぐる家族の力は弱まっていると考えることができます。しかし一方では、医療技術の進歩に伴い、以前に較べ家族に求められるケ

アの内容は、専門化し高度化し続けています。家族の力が弱まっているのに対し、家族に求められる課題はますます大きくなるという両者のバランスにおいて、療養者を含む家族全体を看護する必要性は今後ますます増大していくのではないのでしょうか。

* 看護が捉える家族とは―家族の定義―

さて、ここで家族看護を考えるに当たって、家族をどう捉えるか、家族の定義について考えてみたいと思います。家族社会学では、「少数の近親者から成る集団」という条件を家族の定義の一要素としています¹⁾。ここで看護者が何故家族全体を看護の対象とするのかを考えてみると、患者と家族が密接に影響し合って切り離せない存在であることがそもそもの出発点でした。したがって、看護の場合、近親者であるかどうかに興味があるのではないことがわかります。例えば、内縁関係であろうと血縁からの友人であろうと、患者とその人が深い絆を共有し、お互いに家族であると認識していれば当然家族看護の対象として捉えることが必要でしょう。また逆に、たとえ夫婦や親子であっても、すでに絆が崩壊し互いに家族であると認識し合っていないのであれば、法的には家族なのだからとニーズもないところに看護者の一方的な期待を押しつけて介入するようなことは誠に慎まなければなりません。昨今では、血縁や姻戚関係にある近親者がいない独居の高齢者も増えています。しかし、その周囲には、家族同然のように支え合っている近隣の方々が存在する場合も多く、このような場合には、家族看護の視点でその療養者と周囲の人々を援助していく必要があるのではないのでしょうか。

* 家族看護の基本となる家族理論

家族を一つの単一として看護する場合には、家族という集団の理解がすべての基本となります。そこで、家族看護の基本となる家族理論についてお話ししたいと思います。

一つ目は、家族は常に成長・発達を繰り返しているという家族発達理論です。これは人の一生が、受精の瞬間から胎児期・新生児期・乳児期等を経てやがて死を迎え、各発達段階に固有の発達課題があるように、家族にも、家族の誕生から終結に至るまでにいくつかの発達段階があり、その発達段階に応じた固有の発達

課題があるという考え方です。看護者は、とかく家族のケアのみに注目し、それが十分になされていればよしとするというような傾向がありますが、例えば患者の介護に当たりながらも家族にはその時々発達課題の達成が求められているのであり、介護によって本来の家族の発達が阻害されてしまったのでは、本来家族が持っている健康問題に取り組む力を十分に発揮していただくことも困難となってしまいます。

二つ目の理論は、家族は構造と機能を有し、家族成員は円を描くようにして相互に影響し合うという家族システム理論です。人の身体も一つのシステムであり、構造と機能を有しているように、家族もまたシステムであり構造と機能を有しています。構造とは、家族構成や居住環境等の枠組みであり、機能とは、役割構造や勢力構造等の内部の働きです。そして、家族にはこの構造と機能を有するが故に、単に家族成員の力を足算した以上の力を家族は発揮するのです。

また、家族成員が円を描くように影響し合うということについてですが、例えばこんな例を思い描いてみましょう。夫の病気がすすんで介護者である妻に心身の疲労が蓄積したとしましょう。この妻の変化を子供たちは敏感にキャッチし、子供たちの心身にもさまざまな影響が及びます。そしてそのような子供たちの変化を知った夫は、自分の病気を早く治さなければと焦りストレスを感じてそれが病気の回復を阻害し、そのことでいっそう妻の疲労は深まるといったことが実際家族のなかで生じていることがあります。つまり、患者さんの問題から端を発し、妻、そして子供へと次々に影響が及び、それが元々の患者さんの問題を一層悪化させるというように、家族の内部では、一つの原因が結果を生み、その結果が同時に原因となってまた新たな結果を生むといった、原因と結果が輪のように循環するという性質があります。家族、原因と結果という直線的思考では捉えられない存在であり、だからこそ家族を単一として捉えた援助が必要になるのです。

そして三つ目の理論は、家族は集団としてストレスに対処しようとし、その対処の結果家族はその問題に適応したり不適応に至るという家族ストレス対処理論です。例えば、療養者の介護に当たっている家族であれば、これ以上やっかいな問題が生じないように擧創ができないように注意するといった対処が必要になりますし、また、具体的な行動としての対処だけではな

く、介護を重荷とだけ捉えずに積極的に取り組むべき課題だと受け止めるといった認知的な対処も必要でしょう。また、家族成員の役割分担によって家族内部の資源の有効活用をはかったり、社会資源を活用するという対処行動も重要となります。健康問題を抱える家族を前にした時、その家族がどのような対処を行い、その結果うまく適応できているのかどうかを判断することが援助の前提となります。

* 家族の健康とは何か―家族看護が目指すもの

さて、患者さん個人を対象とした看護の目的は、さまざまな看護理論で論じられています。しかし家族という集団を看護する場合の目的・目標はどのように捉えればよいのでしょうか。そのためには、「家族の健康」あるいは「家族の健全性」について明確にしておく必要があると思います。

最初に考えなければならないのは、集団としての家族の健康は、単純に構成員個々の健康だけでは規定できないということです。先ほどお話したように、家族は総和以上の存在ですから、健康問題が家族成員に生じていないということと、その家族という集団全体が健康であるかどうかは必ずしもイコールではないということです。つまり家族看護学では、健康問題に関わる家族の機能がよりよく発揮されている家族が真に健康な家族だと考えています。この家族の健康問題に関わる機能とは、子供を産み育て、病弱者を保護し、家族成員に精神的安寧をもたらすといった家族の対社会的な機能に共通する要素として存在するものであり、これを家族のセルフケア機能²⁾と呼んでいます。これは、健康問題の発生を予防したり、健康問題が大きくなるのをくい止めたり、もし仮に危機状態に陥ってもうまく危機に対処し、さらにはその健康問題に適応していこうという家族の働きです。家族看護に当たる看護者の使命は、本来家族が有しているこの家族のセルフケア機能を向上させることにあると言えます。

* 家族を対象とした看護過程

それでは、家族のセルフケア機能を高めるために、実際にどのように家族を看護するのか、家族を対象とした看護過程についてお話ししたいと思います。

<家族のアセスメント>

アセスメントは、家族ストレス対処理論を枠組みと

して次のような内容について把握する必要があります。

まず最初に、その家族が直面しているストレスの大きさ、すなわちその家族に生じている健康問題が家族にどのような影響を与えるのかを理解するために、直面している健康問題の全体像を捉えます。具体的には、患者さんの病状や日常生活能力の低下によって介護の必要度を把握すると共に、患者さんの家庭内役割の遂行能力や療養に伴う経済的負担がどの程度かを把握します。

次に、そのようなストレスに対する家族の対応能力を捉えます。この時に、家族システム理論の考え方を応用して、ストレスに対する家族全体の対応能力を、家族の構造的側面と機能的側面の両者から把握します。

さらに、今述べたような能力を実際に家族はどう活かしているのか、家族の対応状況を明らかにします。具体的には、a. 患者さんを含む家族成員のセルフケア状況等のストレスの累積を防ぐ行動や、b. 直面している健康問題に対する認識・意欲・情緒反応等の対処の前提となる条件、そして c. 状況の困難さに対する認知的努力の現状や d. 意見調整・役割分担・生活上の調整等の家族内資源の活用状況、e. 社会資源に関する情報収集や実際の活用等の家族外の社会資源の活用状況を把握します。

そして、最後に対処の結果、家族がうまく適応できているのかどうか、家族の適応状況を、患者さんを含む家族成員の心身の健康状態や日常生活の質、そして家族内の人間関係に注目して把握します。

以上の内容が家族アセスメントの大枠ですが、その他、家族のセルフケア機能を向上させるためには、その家族がストレスに対処しながらも、その時に直面している発達課題を達成していくことが必要となるため、家族の発達課題を明確にしておくことも重要です。

そして、さらに、現在の家族に注目するだけではなく、その家族の過去の危機対処経験を把握しておくことも大切です。危機対処経験は、家族を成長させる大きな出来事ですから、過去においてどのような危機対処経験を重ねてきたかは、その家族の対処能力を判断する重要な手がかりとなるのです。

<看護上の問題の明確化>

アセスメントによって得られた情報をもとに、次は看護上の問題を明確にする段階に入ります。看護上の問題の明確化は、各段階を追って経て掘り下げてい

ます。

最初に、その家族に家族を対象とした援助の必要性がどれほどあるか、量的なニーズを捉えるために、その家族の適応状態を把握します。具体的には資料にお示めした通り、一つは、患者さんを含む家族成員に患者さんの健康問題によって心身の健康障害（患者さんの場合には家族の問題によって引き起こされた病状の悪化ということになります）が生じていないか、生じる可能性はどれほどか、二つ目は、介護によって家族の発達課題の達成が阻害されていたり日常生活の質が著しく低下していないか、またその可能性はどれほどか、三つ目は、介護によって家族内の人間関係に大きな葛藤が生じていないか、またその可能性はどれほどかに注目し判断します。

次に、不適応状態が生じていたり、不適応状態が生じる可能性があるかと判断した場合には、具体的な計画立案のために、なぜそのような不適応状態やその可能性が生じているのかを家族の対応（対処）に着目して把握します。ここでは特に、具体的に家族がどのように対応又は対処しているのか、具体的な家族成員の行動に注目します。

例えば、介護者の頭痛や高血圧という健康問題が顕在化し、不適応状態を示している事の場合を考えてみましょう。資料を見ながら聞いていただきたいのですが、なぜこのような不適応状態が生じたかを考えると、家族全体としての対処では、介護の役割分担が行われておらず、すべての介護を介護者が担っていることが明らかとなったとします。そこでさらに、なぜ介護の役割分担が行われないのか、療養者を含む各家族成員個々の対処を検討してみると、療養者本人は、「介護を他の家族成員に依頼しない」という対処をとり、介護者は、「他の家族成員（夫）には介護を依頼しない」という対処をとり、他の家族成員（夫）は、「介護には手を出さない」という対処をとっていることがわかりました。すなわち、介護の役割分担が行われないという家族全体の対処は、この3者の対処の相互作用のもとに成り立っていると言えます。

そこで次に、家族の不適応状態、またはその可能性を生みだしている家族対処を是正するためのアプローチの方法を明らかにするために、個々の家族成員について対処の前提となっている条件（認識・意欲・情緒）を明らかにします。資料に示した事例では、療養者の

「介護を他の家族成員には依頼しない」という対処の前提には、「慣れている人に世話をしてもらうのが安心」、「息子には頼みにくい」、「介護は女の仕事」、「嫁はもともと丈夫な質」といった認識が作用していることがわかりました。また、介護者の、「他の家族成員（夫）には介護を依頼しない」という対処には、「まだ何とか自分で介護できる」、「自分が倒れたらその時に考えるしかない」、「夫には介護は無理」、「自分で最後まで世話をしたい」という認識・意欲が作用していることが明らかになりました。また、他の家族成員（夫）の、「介護には手を出さない」という対処には、「もう少し妻は頑張れるだろう」、「自分は何をしたらいいかわからない」、「却って不慣れな自分が手出ししない方がいい」という認識・意欲が作用していることが明らかになりました。つまり、これらの条件が変化しない限り、個々の対処ひいては家族の対処は是正されないものであり、これによって援助の焦点が明確になると言えます。

ここまで、家族の不適応状態から家族の対処へ、そして家族成員個々の対処へと、集団から個へと視点を移してきましたが、個々の対処を問題にしたままでは、家族への看護を個別の看護へと分割しただけに終わってしまいます。家族看護の基本となる家族の見方の項で示した通り、家族は家族成員が相互に影響し合う存在であり、家族成員個々の対処がどのように影響し合っているのか、あるいはその可能性を高めているのかを判断し、家族の関係性のあり方を理解して始めて集団としての家族を対象とした看護上の判断となります。資料の事例では、療養者の「介護を他の家族成員には依頼しない」という対処が介護者の「夫には介護を依頼しない」という対処を一層強め、それが他の家族成員（夫）の「介護に手を出さない」という対処を生みだしており、それがさらに、療養者の介護者にしか介護を依頼しないという対処をさらに強化するという悪循環を形成していることが明らかになりました。これによって、この悪循環を是正するという看護の方向性が明確になると同時に、そのために個々の家族成員にどのように働きかけるべきかも明らかとなるのではないのでしょうか。

＜援助仮説を立てる＞

看護はすべて仮説を検証するプロセスの繰り返しです。例えば、患者さんに声をかけるといった何気ない

看護行為であっても、どの角度からどの程度の声の大ききで声をかければ良いのか、看護者はその患者の聴力・認知機能・心理状況を総合して、「この声のかけ方が一番望ましい」と仮説を立てて実行し、その反応から次に声をかける際の判断材料を得ているわけです。個々の家族成員の身体・認識・情緒・行動が複雑に絡み合っている家族を対象とした看護では、焦点を当てる現象もそれだけ複雑であるため、仮説を明確にしておかないと、援助の焦点が次第にずれてしまう可能性が高くなってしまいます。看護上の問題を明確にしたならば、それを目的地まで辿り着くための地図に見立てて、援助仮説を立てておくことが重要です。資料の事例の仮説の一部を申し上げるとすれば、「もしも長男の妻が、すでに現状の介護では身体的に限界に近づいていることを認識することができ、長男が実施可能だと思えるような内容の介護を依頼すれば、長男の妻はまだ頑張れるという認識は変化し、介護に協力するようになるだろう」といった仮説が成立するのではないのでしょうか。

＜看護計画の立案＞

次に援助仮説に基づいて看護計画を具体的に立案します。このときに重要となるのは、その家族にとって妥当な目標・方法を検討し、それを当事者である家族と共有することです。そのためには、理想像を押しつけず妥当な目標・方法を設定することが最も重要ではないのでしょうか。専門職の立場から看護上の問題を明確にし、援助仮説を立て、アプローチの手順を描いたとしても、同様の問題をもつすべての家族に同じ目標や方法が有効であるとは限りません。家族によってさまざまな価値観があり、看護者が望ましいと判断したことと、当事者が望んでいることが微妙に食い違うことはよくあることです。また、具体的な援助方法にしても、もともとのその家族の対応能力には差があり、一度助言するだけですぐに家族自身が気付いて修正していける場合もあれば、失敗を何度も繰り返しながらその体験のなかから学び取っていくことに根気良く付き合っていくことが必要な事例もあります。援助仮説をもとに計画を立案したのに思い通りにいかないと看護者が思い悩み、時には、知らず知らずのうちに、看護者の理想の介護者や理想の家族像を押しつけている場合が多いのではないのでしょうか。こちらが望む理想像に家族を合わせようとするのではなく、その家族の

持っている家族の対応能力を再度検討し、具体的な目標や援助方法を個々の家族に合わせて明確にする必要があります。

＜援助の実施＞

さて、それでは実際にどのような援助が求められるのかを考えていきたいと思います。最初に、個々の家族成員に対する援助についてお話ししたいと思います。

一つ目は、セルフケアの促進です。これ以上家族のストレスを累積させないために、患者さんや介護者は勿論のこと、可能な限り他の家族成員も含め、セルフケアの意識づけと具体的なセルフケア行動に関する助言を行います。

二つ目は、日常生活の質の向上をはかる援助です。患者さんや療養者には、たとえ病気や障害を抱えても、その人らしく毎日の生活を少しでも楽しめるよう、療養生活における楽しみや生き甲斐につながるものを一緒に見つけ、それを支えていくことが必要です。また介護者に対しては、介護に当たりながらも自分自身の時間が確保でき、仕事や趣味とケアが両立できるように一緒にその方法を考えます。また、家族全体の生活の質の向上をはかるためにも、家族の発達課題を視野に入れ、家族旅行等の家族行事や家族の団欒の時間が確保できるようにその必要性を家族成員に意識づけ、家族の生活調整を促していきます。

三つ目は、対処意欲の促進をはかる援助です。療養者に対しても、他の家族成員に対しても、まずは現状をあるがまま認め、当事者なりの工夫や努力を言葉にして認める情緒的なサポートが次のステップに踏み出す意欲を生み出すのではないのでしょうか。そして、現在行っているケアが患者さんや療養者を支える大きな力になっていることや、療育や介護の子世代への肯定的な影響等、ケアの意味をフィードバックすることが大切です。

四つ目は病状に関する判断能力の向上をはかる援助です。患者さんや療養者、そして家族成員が病状を十分理解していないと、適切な対応が遅れ病状の悪化を招くだけでなく、病状が理解できないことによって患者・療養者も介護する家族成員も些細な変化に不安を募らせ、精神的にも不安定となってしまいます。病状の変化に応じて、それが何故生じたのか、今後の見通しなど看護者としてのインフォームドコンセントをその都度繰り返し、当事者の病状に関する判断能力を

高めることが必要です。

五つ目は、ケア技術の獲得を目指した援助です。例えば在宅ケアにおいては、食事や排泄、保清に関わるケアから、医療的な処置まで、必要な介護技術を家族が習得できるように援助することが不可欠となります。最初は一緒にいき、次には手を添える程度に留め、さらに次には家族のやり方を見守り、家族が自信をもって取り組めるようになるまで、その家族の対応能力に応じた段階的な援助を実施することが大切です。

次に、家族の関係性に働きかける援助についてお話ししたいと思います。

一つ目はコミュニケーションの促進です。

家族が、家族の力を結集してケアという課題に取り組むためには、問題を共有化し、対応方策を検討し、迷いや悩みが生じた場合には家族内部でお互いに相談し合うことが必要となります。そしてこれらは、すべて家族のコミュニケーションを通じて行われるものであり、コミュニケーションを促進する援助が重要となります。特に我が国では、言葉に表さなくても家族ならば解って欲しい、解っているはずだという気持ちが働き、明瞭なコミュニケーションが阻害されている場合が多いのが実状です。家族であってもはっきりと伝えなければ伝わらないことを意識づけ、どのような言い方、タイミング、状況であれば話し合うことができるのか、患者・療養者や家族成員と共に考えながら家族のコミュニケーションを促していきます。

二つ目は、相互理解の促進です。家族が力を合わせて健康問題に対応していくためには、患者さん・療養者・そして他の各家族成員が、今何を考え何を欲しているのか、それぞれの置かれた状況を理解し合うことが不可欠です。しかし、療養や介護を続けるうちに、いつしかお互いに相手を理解する気持ちの余裕を失って、相手に対する不満ばかりが鬱積していく場合も少なくありません。まずは、療養者を含む家族成員個々の不満や悩みを十分受け止めたうえで、その家族成員が、相手の置かれた立場に立って現状を考えられるように援助することが必要です。

三つ目は絆を強化する援助です。コミュニケーションを促し、相互理解を深めて家族成員間の関係を強化すると共に、「自分たちは家族である」という家族全体として一体感や同一性を高めることが求められます。例えば、その家族が過去にどのような体験を共有して

きたのか、家族の歴史を語ることのできる機会を提供し、自分たちがはっきりとは気付いていないその家族の強みや長所をフィードバックするといった援助が家族の絆の強化に役立ちます。

四つ目は役割分担の促進です。ケアという新たな役割が家族に加わったことによって、家族はそれまでの役割構造を再編成する必要にせまられます。看護者は、ある特定の家族成員のみに多くの役割が集まることによって過度の負担がかからないよう、家族の役割分担を促していくことが求められます。そのためには、特に介護者が今の役割分担の現状では安定した介護を継続することが困難だという限界感を認知できるように働きかける必要があるのではないのでしょうか。自分自身の健康や今の家族の生活全体のバランスに関する現実検討を促す援助が必要となるでしょう。そして、具体的な役割分担の方法を提案すると共に、役割分担によって協力し合うことが患者・療養者自身の安定と子世代への教育的配慮につながるなど、その意味についても話し合うことが大切です。

五つ目は、家族の意思決定の促進です。

どのような治療をどの程度望むのか、家族がどのような態勢でケアを続け、最期はどのように看取るのか、療養や介護を続けるに当たって家族はさまざまな意思決定を迫られます。意思決定に非常に時間を要する家族も多いのですが、家族は他の誰からでもなく自分たちで決定したからこそその実現に向けて主体的に取り組めるのであり、これは家族援助のなかでも根幹を成す重要な援助だと考えています。具体的には、まず意思決定を保証することが援助の基盤になります。家族の真の意思決定を促すためには、意思決定の内容がどのようなものであっても家族の意思として決定したことが尊重されるという前提が不可欠となります。在宅療養を続ける療養者とその家族にとって、医療者は頼みの綱であり、「見放される」不安を意識の底に持っていることが多いのではないのでしょうか。医療者の決定に添わなければならないという負担感を決して抱かせることがないように、どのような決定であってもそれが実現できるように精一杯の援助を行うことを伝え、家族の意思決定を保証することが重要だと思います。そしてそのうえで、意思決定のための情報提供を行います。家族が真に自分たちの価値観やライフスタイルに添った方針、方法を選択できるかどうかは、それぞ

れの選択肢を決定した場合の利益と不利益をどの程度適切に予測できるかにかかっています。家族の適切な予測を助けるためには、考えられる選択肢とそれぞれの方法を選択した場合の利益・不利益を公平に伝え、その家族が意思決定のために必要としている情報を的確に提供する事が重要である。偏った情報に終始し、看護者の「こうした方がいい」という判断に無意識のうちに誘導するようなことがあってはならないのではないのでしょうか。なお、昨今ではいかに在院日数を減らすかが病院の大きな課題となっており、退院に関する家族の意思決定にどう関わるか、多くの看護者の方々が大変苦勞されているのではないのでしょうか。退院させたい病院側と退院したくない患者さんや家族の間に看護者が挟まって心を痛めておられる場合が多くみられます。このようなことを防ぐ意味でも、入院後なるべく早期にその病院の機能について説明し、私たち医療者側も限界やジレンマを抱えていることを素直に伝えてむしろ限界があるからこそ次の転院や在宅の以降に関して責任をもって援助させていただく決意を伝えることが重要ではないのでしょうか。そして家族の意思決定を促す援助では、家族全体の意思決定であることの確認をすることが大切であると考えています。家族が各家族成員の力を合わせて健康問題に対応するためには、その決定に対して療養者を含めた家族内の合意が形成されていることが不可欠です。看護者は決定された方針や方法のみに注目するのではなく、それがどのようなプロセスで決定されていったのかその過程に注目し、少なくとも家族内で十分話し合ったうえでの合意ができていないのかを確認する必要があると考えます。そして、家族は一度決断を下したからといって、それを終始貫けるものではなく、さまざまな状況の変化にその都度動揺を繰り返し、時には方向性を見失ってしまうことも多いのではないのでしょうか。このような場合には、家族が今まで何を望み何を大切にしていたか、家族が常に原点に戻って考え、態勢を立て直していけるように意思決定を支える援助が必要ではないのでしょうか。

最後に家族と家族外部との関係性に働きかける援助についてお話ししたいと思います。

一つ目は社会資源の活用促進です。いかに対応能力の高い家族であっても、健康問題によって生じる様々な影響に家族のみで対応し続けるのは極めて困難です。

家族があまりの負担に倒れてしまったのでは、本来持っている家族の機能が発揮できないばかりか、次々に家族にストレスが累積し、危機的状況は一層深刻なものとなってしまいうでしょう。しかし、社会資源の活用に関しては、家に外部の者が入ることへの抵抗から、まだまだ躊躇する場合は少なくありません。たとえば在宅ケアに移行する家族では、退院前から、どのような能力の高い家族でも家族のみで介護を継続することはきわめて困難であり、上手に社会資源を活用することが在宅ケアに必須の条件であることを伝えておくことが必要ではないでしょうか。

二つ目は、主治医との仲介です。

安定した療養の継続のためには患者・療養者を含む家族のニーズをいかに主治医に伝えるかが重要な鍵を握ります。患者さんの治療上のニーズを的確に判断し、それを療養者を含む家族に提示したうえで常に家族と十分に話し合い、家族が望む治療や処置が受けられるよう主治医との仲介に努める必要があります。

三つ目は居住環境を整える援助

居住環境（入院している場合は病室環境）は、患者・療養者・家族成員のQOLの向上に重要な意味を持ちます。病室の手すりひとつで療養者のA・Lが拡大し、ケアする家族の負担が軽減するといったことも少なくありません。看護者は住環境の詳細なアセスメントを行い、家族でできる住まい方の工夫を提案すると共に、必要に応じて理学療法士・作業療法士等の専門職を導入することも重要でしょう。

* 評価

さて、看護過程の最後のプロセスである評価についてお話ししたいと思います。評価と言うと、対象の変化のみに焦点を当てがちとなりますが、次の援助に活かす評価にするためには、単に相手が変化したかどうかではなく、どのような援助がどのような変化をもたらしたのか、さらにはどのような判断が有効だったのか、その判断はどのような情報をどのように統合して行われたものかを明らかにし、看護過程全体を評価することが必要です。そのためには、看護過程、特に看護者の判断が読みとれるような記録の整備が求められるのではないのでしょうか。

具体的には、まずどこまで計画した援助を実施することができたのか、自分が行った援助を振り返ったう

えで、行った援助との関連で、家族の変化を捉えます。家族の変化を評価する視点は資料にお示した通り、最初に家族の対応状況の変化を評価し、次にその結果として家族の適応状態の変化について評価します。そして、意図した変化が生じなかった場合には、看護過程のどこに問題があったのかを検討し、再度看護計画を修正してよりよい援助につなげていきます。

* 家族看護に必要な援助姿勢

さて、家族を対象とした看護過程の概要をお話ししてきましたが、最後に家族看護に必要な援助姿勢をお話ししてまとめに代えたいと思います。まず、家族看護に必要なのは、パートナーシップの確立です。すでに申し上げてきたように、家族看護の目標は、家族のセルフケア機能を高めることであり、単に目の前の問題を解決すればよいということではありません。たとえ失敗したとしても、その体験のなかから家族が学び成長していけるように、当事者の自己決定を尊重し、家族の歩みに沿い続けることが大切です。看護者が指導力を発揮して家族を引っ張っていくのではなく、その家族と同じ歩調で家族の後ろ盾として共に歩んでいくパートナーとしてのあり方が求められるのではないのでしょうか。そして、中立であることも大切なポイントです。看護者はどうしても患者さんや療養者を中心に物を見がちであり、ややもすると「患者さんがやる気が出ないのはあの奥さんのせい」などという考えに陥りがちですが、今まで述べてきたように家族は単に一つの因果律で捉えられる存在ではなく、誰がよくて誰が悪いなどという図式は成立しません。問題は両者の関係のあり方にあるのです。常に家族の全体像を頭に描きながら中立性を保持することが大切です。そして、中立性を保持するためにも、看護者は自己の家族観・価値観からできるだけ自由でなければなりません。私たちみんな、「家族とはこういうもの」というイメージを持っています。それは一個人として当然

のことですが、家族を援助する時に自己の価値観で相手を押し置ってしまうのは、自分の価値観と異なる家族には違和感や否定的な感情を抱きがちになってしまうのではないのでしょうか。相手の家族から見れば、看護者の価値観の方こそ奇異に映るのかも知れません。家族を援助するためには、自己の価値観から離れてありのままの家族を受け止める姿勢が大切であり、それなくしては、家族との真のパートナーシップを確立することは困難になるのではないのでしょうか。

* おわりに

さて、一単位としての家族を看護することについて簡単に述べてきました。今後病棟においても在宅においても患者さんや療養者を含む一単位としての家族を対象とした看護はますます重要となってくるのではないのでしょうか。家族を対象とした看護は、取り扱う現象が複雑で困難も多いのですが、家族と■つに組んで一つの家族のパートナーとして共に歩むことのできる過程には、看護の醍醐味がちりばめられていると実感しています。多くの実践家・研究者の皆さんと現実の課題を整理しつつ、一人でも多くの方々と家族看護を探究していきたいと念じています。本日はご静聴ありがとうございました。

引用文献

- 1) 森岡清美, 望月嵩: 新しい家族社会学, 培風館, 1987
- 2) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学―理論と実践―日本看護協会出版会, 1995
- 3) 望月嵩, 本村汎編: 現代家族の危機, 有斐閣選書, 1982, 12-13
- 4) McCubbin, Patterson: Systematic Assessment of Family Stress, Resources and coping: Tools for Research, Education and Clinical Intervention, University of Minnesota, 1998



ご関係各位

平成11年5月

***** 第8回(平成11年度)研究助成案件等募集のご案内 *****

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、第8回(平成11年度)研究助成案件等の募集を下記の通り行いますのでご案内申し上げます。

敬 具
理事長 垣 東 徹

記

研究対象：保健医療福祉分野の政策あるいはこれらサービスの開発・応用・評価に資するヘルスリサーチ領域の研究

応募規定：1. 国際共同研究 【国際的観点から実施する共同研究】

1テーマ当たり 500万円以内 9件程度

2. 海外派遣助成 【海外における学会、研究会等への参加】

短期(1ヶ月程度)1人当たり 70万円以内

中期(6ヶ月程度)1人当たり 200万円以内 計14人程度

3. 研究者招聘助成 【講演会、学会等への参加】

短期(1ヶ月程度)1人当たり 100万円以内

中期(6ヶ月程度)1人当たり 250万円以内 計10人程度

応募締切：平成11年7月31日(当日消印有効)

助成決定：平成11年10月中旬

応募方法：本財団所定の申請書式によりご応募下さい。

募集要綱をご希望の方は、必要事項を記入の上、ファックス、文書又はE-mailでお願いいたします。

尚、本財団のインターネットホームページから申請書がダウンロードできます。Windows版 Word、MAC版 Word、PDFファイルの3種類です。Wordは直接入力出来るようになっています。

詳しくは、ホームページを御覧下さい。

必要事項▶ ①申請書の種類(3種類) ②発送先の住所、名称、氏名 ③電話番号

募集要綱送付依頼やお問い合わせは下記へ

財団法人 ファイザーヘルスリサーチ振興財団

〒163-0461 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル

電 話：03-3344-7552 FAX：03-3344-4712

E-mail：zaidan@pfizer.co.jp

http://www.pfizer.co.jp/phrf

「ヘルスリサーチ」とは

医学の成果を必要としている人々に
いかに有効に役立てることができるか

その調査・研究をいいます

本財団は国際的観点からのヘルスリサーチの研究を助成します

ヘルスリサーチの研究例示

欧米諸国との比較における日本の医療内容

- ・ 医療の結果の評価 (OUTCOME) に関する研究
- ・ 同一疾患の患者が日本と欧米で受ける医療の差に関する研究

1 制度・政策に関連のある研究調査

定額払い制（人頭制）における医療サービスの質の確保に関するシステム研究
薬剤使用と保健医療サービスの生産性に関する比較研究
少子・高齢社会における就労人口の確保と保健医療の経済性評価

2 医療経済学的な研究調査

産業の品質管理手法の保健医療経営への適用可能性 — 日米比較研究
医療成績からみた定額払い制の費用対効果 — 国際共同研究
技術革新の経済分析：心血管系治療薬の進歩の評価

3 保健医療サービスに関する調査研究

「エビデンス・ベースド・メディシン」へのアプローチとデータベース構築
保健医療サービスにおける患者満足度とその要因
保健医療における情報の非対称性を補完するシステム — 保険者の役割可能性

4 医療資源の開発に関する研究

がん告知における患者・家族の精神的ケアのシステム研究
被験者による治験忌避の主要な要因
医師の卒前・卒後教育システム — EUにおける医師資格の国際化の進展

5 社会科学的側面の調査研究

有権者の少子・高齢化と保健医療政策への影響
患者一部負担が患者の受診行動に及ぼす影響
受診者の病識・薬識が医療サービスの効率に与える影響 — 健康教育の比較

第6回ヘルスリサーチフォーラム 一般演題募集案内

ご関係各位

平成11年5月

謹啓 新緑の候、先生には益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃は、財団の活動に格別のご支援を賜りまして誠にありがとうございます。

さて、第6回ヘルスリサーチフォーラムを例年通り11月に開催することに致しました。

フォーラムでは、財団から研究助成を受けられた研究者の成果発表に加えて、平成8年より皆様から自由演題を公募してご発表を頂いております。

ご参加頂いた先生方からこの領域に関する研究発表の機会や交流の場はほとんどなく、大変に有意義な会なので、今後も継続してほしいというご要望がありました。

本年度も皆様から下記により自由演題による発表を公募致しますので奮ってご応募頂きますようご案内申し上げます。

本格的な少子・高齢化社会の中で国民が豊かな生活を享受するためには、保健医療分野においても解決しなければならない問題が山積しております。

本年度は、新しい時代にふさわしい保健医療はどうあるべきか 政策科学の実証研究を中心として考えることを主題として演題を募集致します。

例えば、“医療の結果に対する評価”や“同一疾患の患者が日本と欧米で受ける医療の差”等日本の医療内容を欧米諸国と比較検討し、そこから将来の日本の医療への新しい提案となるような研究発表を歓迎します。

敬 具

理事長 垣東 徹

<演題発表の申込>

発表テーマ：新しい時代の保健・医療・福祉を考える－政策科学の実証研究を中心として

研究内容：制度・政策関連 医療経済学的研究 社会科学研究 医療資源開発 保健医療サービス等

申請書入手方法：所定の申請書式を下記宛先のファックス、文書又はE-mailでお申込下さい。

応募方法：財団所定の申請書式に必要事項を記入の上、下記申込先へファックス、郵便又はE-mailでお申込下さい。

尚、採否につきましては、8月末迄にご連絡致します。

申込締切：平成11年7月31日（金）必着

発表：採用の場合は、平成11年11月6日（土） 会場：ザ・フォーラム（東京）第6回ヘルスリサーチフォーラムにおいて15分程度でご発表願います。

発表演題の機関誌等への掲載：

フォーラムで発表された研究内容は、財団の機関誌等へ掲載致します。

また、第6回ヘルスリサーチフォーラム小冊子としてまとめ、配布致します。

演題発表のための交通費：

演題が採択された場合、首都圏以外の一般演題発表者（発表者本人のみ）には、フォーラム開催都市までの交通費を財団の規定により支給します。

<申込先>

財団法人 ファイザーヘルスリサーチ振興財団

〒163-0461 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル

電話 03-3344-7552 FAX 03-3344-4712

E-mail : zaidan@pfizer.co.jp

http : //www.pfizer.co.jp/phrf

日本看護研究学会雑誌投稿規定

1. 掲載された原稿の著作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。
2. 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。
3. 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
原 著	10頁	約45枚	枚弱で刷り上がり1頁といわれている。図表は大小あるが、1つが原稿用紙1枚分以上と考える。
総 説	10頁	約45枚	
論 壇	2頁	約9枚	
事例報告	3頁	約15枚	
その他	2頁	約9枚	

4. 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）
 5. 図表は、B5判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。
 6. 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）、希望する原稿種別（朱書）、キーワード（和文・英文とも3つ以内）、著者氏名（ローマ字氏名併記）、所属機関（英文併記）を順に記入する。
 - 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。
 7. 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。
 8. 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。
 9. 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。
 10. 原稿執筆要項は、別に定める。
 11. 原稿送付先
〒260-0856 千葉県中央区亥鼻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。
 12. 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 //

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、本文原稿の最後の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 Out に関する要因分析—ストレス認知, コーピング; 及び BURN OUT の関係—看護研究, 21(2), pp.159~172, 1988
 - ; Henderson, V.: The Essence of Nursing in High Technology. Nurs. Adm. Q., 9(4), pp.1~9, Summer 1985.
 - ・単行書; 宗像恒次: 行動科学からみた健康と病気, 184, メジカルフレンド社, 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, 橋本正巳監訳, 地域保健と看護活動—理論と実践—, 医学書院サウンダース, 東京, 1984.
 7. 原著投稿に際しては、250語程度の英文抄録(Abstract)及び、その和文(400字程度)を付ける事。
 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。

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、所定の入会申込用紙に必要事項をご記入の上、事務局までお送り下さい。

その際には、入会金3,000円が必要となります。尚、平成11年度より入会申込書の様式が変更になりましたので、入会される方は、22巻1号以降の申込書をご使用下さい。

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3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(043-221-2332)で楷書でお願いいたします。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。

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

3. 郵便番号が7ケタに変わりました。振り込み用紙の郵便番号記入欄にご記入下さるようお願いいたします。事務局郵便番号は、260-0856です。

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。

いー338 岩崎加代子 にー117 西尾ゆかり

日本看護研究学会雑誌

第22巻 2号

平成11年5月20日 印刷

平成11年6月20日 発行

会員無料配布

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)

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 草 刈 淳 子 責任者

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

▼ 医師、ナース、薬剤師などの医療関係者必携書

【最新刊発売】

'99年版

今日の治療薬 解説と便覧



編著 ● 水島 裕 聖マリアンナ医科大学教授
宮本昭正 東京大学名誉教授

■ B6判 / 1,156頁 定価 (本体4,400円+税)

CD-ROM 今日の治療薬 '99年版 '99年6月発売予定 販売価格5,000円(税別)
ハイブリッド仕様 (Windows / Macintosh)



▼ 薬剤の副作用、相互作用などが一目でわかる便覧

常用医薬品の副作用 (改訂第2版)

禁忌・慎重投与・相互作用への対応

著 ● 梅田悦生 関東中央病院耳鼻咽喉科
神経耳科部長

■ A5判・1,064頁 定価 (本体6,500円+税)

▼ 一歩進んだケアをサポート—南江堂の好評発売看護関連書籍



▼ 本書一冊で看護のポイントがわかるナースのための病気の事典

疾患・症状別 今日の治療と看護

ナース・看護学生へ贈る専門医からのメッセージ

監修 ● 水島 裕

■ A5判・1,200頁 定価 (本体8,500円+税)



▼ 読み方に迷ったとき、耳から聞いてわからないとき、本書があれば疑問はすぐに解決

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)



▼ 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

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 / 210頁 定価 (本体3,000円+税)



▼ 疾患や症候のみかたや的確なアクションの解説で看護に必要な課題をもれなくカバー
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)



南江堂

〒113-8410 東京都文京区本郷三丁目42-6
(営業) ☎ 03-3811-7239 [FAX] 03-3811-7230

入会申込書記入の説明

- ・入会する場合は評議員の推薦をえて、この申込書を事務局(〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10 日本看護研究学会)宛に郵送し、入会金3,000円と年会費7,000円、合計10,000円を郵便振替 00100-6-37136 日本看護研究学会事務局宛に送金して下さい。
- ・氏名の「ふりがな」を忘れないで記入下さい。
- ・ご記入の際、すべて楷書でお願いいたします。

専門区分の記入について

- ・専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、()内に専門の研究分野を記入して下さい。

地区の指定について

- ・勤務先又は、自宅住所のいずれかを地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区にいたします。

(き り と り 線)

入 会 申 込 書

日本看護研究学会理事長 殿

平成 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として 年度より入会いたします。

ふ り が な			専 門 区 分	看護学・医学・その他(学)	
氏 名			生 年(西暦)	年生れ	
勤 務 先				地 区 割	
勤 務 先 住 所	〒			地 区 名	都 道 府 県 名
	TEL	FAX		北 海 道	北海道
自 宅 住 所	〒			東 北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島
	TEL	FAX		關 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟
推 薦 者 氏 名	印 会員番号		東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	
推 薦 者 所 属				東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
事務局記入欄	年度入会 会員番号		巻 号～ 送付	近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
				中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
				九 州	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

書類等送付先はどちらを希望されますか(勤務先・自宅)

グラウンデッド・セオリーを学ぶ方に

新刊

Basics of Qualitative Research Grounded Theory Procedures and Techniques

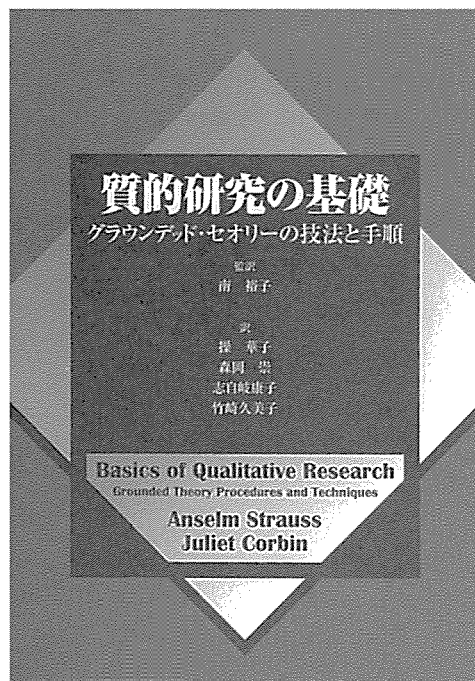
質的研究の基礎

グラウンデッド・セオリーの技法と手順

著 Anselm Strauss・Juliet Corbin

監訳 南 裕子 兵庫県立看護大学学長
訳 操 華子 カリフォルニア大学サンフランシスコ校後期博士課程
森岡 崇 慶應義塾志木高校教諭
志自岐康子 東京都立保健科学大学教授
竹崎久美子 兵庫県立看護大学講師

●A5 頁310 図7 1999
定価(本体3,600円+税) ¥400
[ISBN-260-34353-X]



社会学や看護学の研究方法の1つであるグラウンデッド・セオリーについて、そのプロセスと技法の創始者であるストラウスとコービン(サンホセ大学看護学部)がまとめた入門書。各章とも、まず冒頭に用語の定義が示され、説明は具体例をもとに、要点について効果的に配置されている。研究方法に関するテキストとして待望の書。

<目次>

基本的な考え方 はじめに／研究の着手／理論的感受性／文献の利用 コード化の手順 オープン・コード化／理論的感受性を高めるためのテクニック／軸足コード化／選択コード化／プロセス／条件マトリックス／理論的サンプリング 付随する手順 メモとダイアグラム／学位論文とモノグラフの作成、および学会発表／グラウンデッド・セオリーを用いた研究の評価規準 [解説]グラウンデッド・セオリーをめぐって

関連書

慢性疾患の病みの軌跡 コービンとストラウスによる看護モデル

編集 ビエール・ウグ
訳 黒江ゆり子・市橋恵子・實田 穂

グラウンデッド・セオリー研究の第一人者による軌跡モデルの実際。グラウンデッド・セオリーは、看護独自の研究法を導く手法として注目を浴びている。本書は、この理論をもとにした看護研究の第一人者であるコービンとストラウス自身による「慢性疾患の病みの軌跡モデル」の解説の後で循環器疾患、HIV/AIDS、精神疾患、癌、多発性硬化症、糖尿病などにかかわる分野で活躍している看護専門職が、それぞれの分野での軌跡モデルの適用について報告している。

●A5 頁176 図2 1994 定価(本体2,700円+税) ¥400
[ISBN4-260-34172-3]

グラウンデッド・セオリー 看護の質的研究のために

編集 W.Carole Chenitz・Janice M.Swanson
監訳 樋口康子・稲岡文昭

グラウンデッド・セオリーは、社会学の象徴的相互作用論をもとに生み出された質的な研究方法論である。看護研究の分野においても、看護固有の現象を特定し、それを系統的に整理して理論を生み出すのに最適な方法であるといえる。特に人間を全人としてとらえる看護学にとっては欠かせない方法であるといえる本書は、このグラウンデッド・セオリーの方法論と実際の研究例を示した、わが国初の成書。

●A5 頁294 図12 表10 1992 定価(本体5,500円+税) ¥400
[ISBN4-260-34068-9]



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 sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替 00170-9-96693