VOL.22　　No.4
平成11年9月20日発行
ISSN　0285—9262

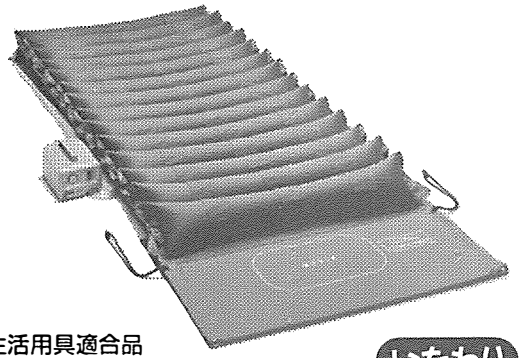
日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.22　NO.4

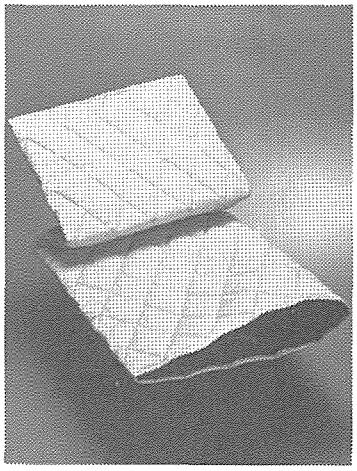
日本看護研究学会

お任せ下さい。
床ずれ予防の体位変換



厚生省日常生活用具適合品
RBエアーマット いたわり テイジー

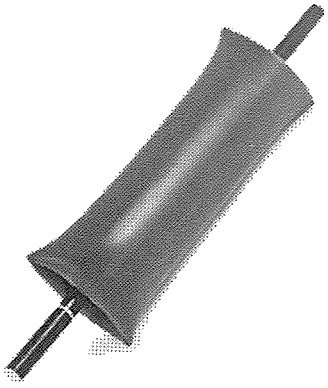
患者の体位交換や
移動が容易にできる



スライド
ヘルプ

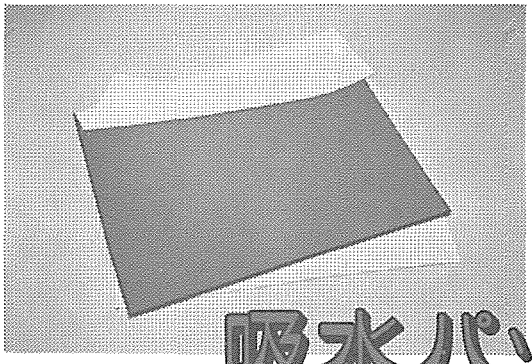
帝国臓器の
介護用品

患者さんの腰を
らくに持ち上げる



厚生省日常生活用具適合品
リフパッド

素早い吸水・吸湿と保水と防水と
——失禁シーツとして。清拭時などにも——



吸水パッド

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

会　　告　(1)

第25回日本看護研究学会総会の決議により，会則の一部が下記の通り追加されました。

記

会則　　第 4 章　役　　員

第12条（役員の選出）

1）変更なし

2）変更なし

3）追加項目

上記2）で選出した理事の他に，理事長は理事会の承認を得て，会員の中から2名以内を指名して理事を委嘱することができる。

平成11年7月31日

日本看護研究学会

理事長　草　刈　淳　子

会　　告　(2)

第25回日本看護研究学会総会に於いて，第27回（平成13年度）学術集会会長は金沢大学 泉　キヨ子氏に決定致しました。

平成11年7月31日

日本看護研究学会

理事長　草　刈　淳　子

会　　告 (3)

第26回日本看護研究学会学術集会を下記の要領により，千葉市に於いて，平成12年7月27日（木），28日（金）にわたって開催いたしますのでお知らせします。

平成11年9月20日

第26回日本看護研究学会学術集会
会長　草　刈　淳　子
（千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター）

期　　日　平成12年7月27日（木），28日（金）
場　　所　幕張メッセ　日本コンベンションセンター
〒261-7114　千葉市美浜区中瀬2－1
TEL 043－296－0001

学術集会　事 務 局

演題申込み関係：

〒260-8672　千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター内
第26回日本看護研究学会学術集会事務局
TEL＆FAX：043－226－2471・2472

参加申込み関係・その他：

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

会　　告 (4)

日本看護研究学会奨学会下記規定に基づいて，平成12年度奨学研究の募集を行います。応募される方は規定，及び次頁要項に従って申請して下さい。（第１回公告）

平成11年９月20日

日本看護研究学会
理事長　　草　刈　淳　子

日本看護研究学会奨学会規程

第１条（名　称）

本会を日本看護研究学会奨学会（研究奨学会と略す）とする。

第２条（目　的）

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

第３条（資　金）

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

会計年度は，４月１日より翌年３月31日迄とする。

第４条（対　象）

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

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

３）原則として，本人の単独研究であること。

４）推薦の手続きや様式は別に定める。

５）奨学金は対象研究課題の１年間の研究費用に充当するものとして贈る。

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

第5条（義　務）

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

第6条（罰　金）

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

第7条（委員会）

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

2）委員会に委員長を置き，本会を総括する。

3）委員会は次の事項を掌務する。

① 基金の財産管理及び日本看護研究学会理事長への会計報告

② 奨学金授与者の選考，決定及び理事長への報告

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

④ 奨学金授与者の選考及び授与者の義務履行については，別に定める。

第8条

委員会より報告を受けた事項は，日本看護研究学会理事長が総会に報告する。

第9条

奨学金を授与する者の募集規程は，委員会において別に定め，会員に公告する。

第10条

本規程は昭和54年9月24日より発効する。

付　則

1）昭和59年7月22日　一部改正（会計年度の期日変更）実施する。

2）平成6年7月29日　一部改正（会則全面改正に伴い）実施する。

3）平成8年7月27日　一部改正実施する。

日本看護研究学会奨学会
平成12年度奨学研究募集要項

1．応募方法

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

2）申請用紙は返信用切手80円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。

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

2．応募資格

1）日本看護研究学会会員として3年以上の研究活動を継続している者。

2）日本看護研究学会学術集会において1回以上の発表をしている者。

3）原則として本人の単独研究であること。

3．応募期間

平成11年11月1日から平成12年1月20日の間に必着のこと。

4．選考方法

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

5．奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

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

6．奨学金の交付

選考された者には1年間20万円以内の奨学金を交付する。

7．応募書類は返却しない。

8．奨学会委員会の事務は，下記で取り扱う。

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

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

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

新カリキュラム対応、看護技術学習ガイドシリーズ最新刊!

精神看護技術

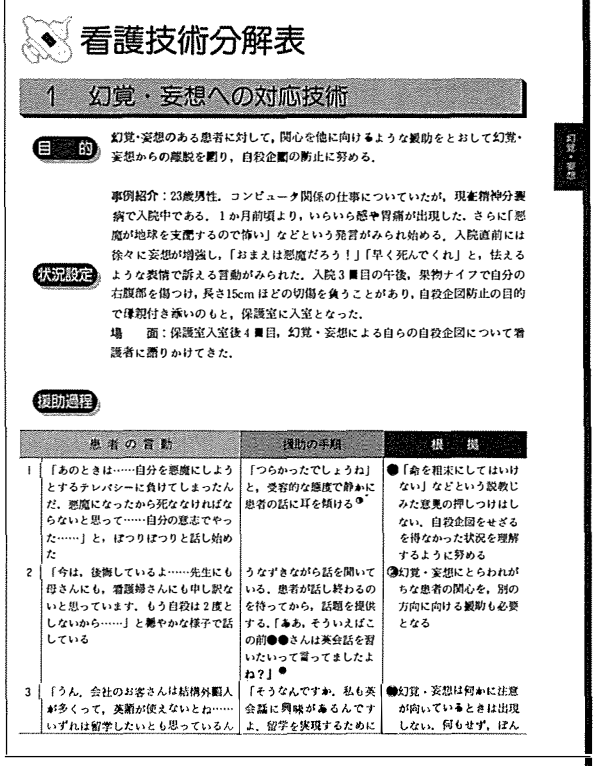
―その手順と根拠―

監修／岡崎美智子（島根医科大学医学部看護学科）
編集／山本　勝則（秋田大学医療技術短期大学部）藤井　博英（青森県立保健大学看護学科）

“精神看護学”実習の指針となるよう、患者－看護者関係の成立を基盤に、日常臨床場面から地域精神障害者への援助技術まで精神看護独自の技術を詳しく解説。精神看護技術の具体的展開を、事例に基づいた援助の手順と根拠で徹底して記述している。“精神看護学”実習の学びをより大きくする必携ガイダンス。

B5判　450頁　定価4,095円(本体3,900円)
ISBN4-8392-0697-X

内容見本（縮小45%）



看護技術分解表

1　幻覚・妄想への対応技術

目的　幻覚・妄想のある患者に対して，関心を他に向けるような援助をとおして幻覚・妄想からの離脱を図り，自殺企図の防止に努める．

状況設定　事例紹介：23歳男性．コンピュータ関係の仕事についていたが，現在精神分裂病で入院中である．1か月前頃より，いらいら感や胃痛が出現した．さらに「悪魔が地球を支配するので怖い」などという発言がみられ始める．入院直前には徐々に妄想が増強し，「おまえは悪魔だろう！」「早く死んでくれ」と，怯えるような表情で訴える言動がみられた．入院3週目の午後，果物ナイフで自分の右腹部を傷つけ，長さ15cmほどの切傷を負うことがあり，自殺企図防止の目的で肇親付き添いのもと，保護室に入室となった．
場　面：保護室入室後4週目，幻覚・妄想による自らの自殺企図について看護者に語りかけてきた．

援助過程

	患者の言動	援助の手順	根拠
1	「あのときは……自分を悪魔にしようとするテレパシーに負けてしまったんだ．悪魔になったから死ななければならないと思って……自分の意志でやった……」と，ぽつりぽつりと話し始めた	「つらかったでしょうね」と，受容的な態度で静かに患者の話に耳を傾ける❶*	●「命を粗末にしてはいけない」などという説教じみた意見の押しつけはしない．自殺企図をせざるを得なかった状況を理解するように努める
2	「今は，後悔しているよ……先生にも母さんにも，看護婦さんにも申し訳ないと思っています．もう自殺は2度としないから……」と穏やかな様子で話している	うなずきながら話を聞いている．患者が話し終わるのを待ってから，話題を提供する．「ああ，そういえばこの前●●さんは英会話を習いたいって言ってましたよね？」●	❷幻覚・妄想にとらわれがちな患者の関心を，別の方向に向ける援助も必要となる
3	「うん．会社のお客さんは結構外国人が多くって，英語が使えないとね……いずれは留学したいとも思っているん	「そうなんですか．私も英会話に興味があるんですよ．留学を実現するために	●幻覚・妄想は何かに注意が向いているときは出現しない．何もせず，ぼん

目　次

序　章　精神看護の考え方
第Ⅰ章　看護過程に共通する技術
1．観察　2．記録
第Ⅱ章　関係の成立・進展と援助のための技術
1．信頼関係の大切さ　2．コミュニケーションの技術　3．インフォームドコンセント　4．患者-看護者関係の段階　5．相談援助技術と振り返りの方法　6．看護介入とその基盤　7．対処能力を高めるための援助技術
第Ⅲ章　日常生活援助技術
1．活動と休息　2．食事と栄養　3．排泄　4．清潔　5．身だしなみ　6．私物と金銭の取扱い　7．身の回りの整理・整頓
第Ⅳ章　精神科入院時の生活環境と制限に関する援助
1．入院時の援助と入院環境の整備　2．安全と事故防止　3．行動の制限と援助
第Ⅴ章　症状マネジメント技術
1．興奮　2．抑うつ　3．躁　4．幻覚・妄想　5．せん妄　6．不安　7．強迫　8．操作　9．無為・自閉　10．拒絶　11．水中毒　12．常同症　13．昏迷　14．多弁多動　15．摂食障害　16．依存　17．痴呆　18．不眠
第Ⅵ章　治療の効果を高めるための援助技術
1．薬物療法　2．作業療法　3．レクリエーション療法　4．芸術療法　5．心理療法的アプローチ-TA(交流分析)を用いて
第Ⅶ章　精神障害者の社会復帰と地域で生活するための援助技術
1．外出・外泊時の援助　2．生活技能訓練(SST)　3．退院に向けての援助　4．就労・就学の援助　5．社会資源の活用のための援助　6．外来看護　7．訪問看護　8．病院付設デイケア

株式会社 メディカルフレンド社
〒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/

▼南江堂発行【看護関連新刊および好評発売書籍のご案内】

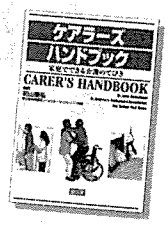
ケアラーズハンドブック

家庭でできる介護のてびき

監訳● 初山泰弘　国立身体障害者リハビリテーションセンター総長

■A5判・192頁［オールカラー］／定価（本体2,300円＋税）

最新刊



▼医師，ナース，薬剤師などの医療関係者必携書

'99年版 今日の治療薬 解説と便覧

編著● 水島　裕／宮本昭正　■B6判／1,156頁　定価（本体4,400円＋税）

CD-ROM 今日の治療薬 '99年版【NEW】
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　■A5判・1,064頁　定価（本体6,500円＋税）

▼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）

nkd 南江堂

〒113-8410　東京都文京区本郷三丁目42-6
（営業）☎03-3811-7239 FAX03-3811-7230

目　　次

－原　著－

背部における交感神経皮膚反応 …… 9
— 体位変換が及ぼす影響 —
大阪大学医学部保健学科　草野　恵美子
依藤　史郎
早川　和生

パーキンソン病患者の主観的QOL評価 …… 17
香川医科大学医学部看護学科健康科学　竹内　博明
香川医科大学医学部附属病院看護部　三野　満子
國方　弘子
藤本　さとし
香川医科大学医学部看護学科老人看護学　伊東　久恵

看護学臨地実習における学生の行動型と成長発達過程 …… 27
広島大学医学部保健学科　真壁　五月
野島　良子

内容分析方法を用いた実習レポート評価に関する基礎的研究 …… 49
茨城県立医療大学保健医療学部看護学科　坂江　千寿子
安川　揚子
宮腰　由紀子
富田　美加
野々村　典子

第24回日本看護研究学会講演記事（3）

教育講演

“絵を見ること，絵を読むこと”　— わたしたちの感性を磨くために …… 65
美術家・弘前大学名誉教授　村上　善男

CONTENTS

…… Original Paper ……

Sympathetic skin response (SSR)
— The Influence of the Postural Change in Sympathetic Skin Response (SSR) on the Back — …… 9

School of Allied Health Sciences, Faculty of Medicine, Osaka University: Emiko Kusano
Shiro Yorifuji
Kazuo Hayakawa

Evaluation of the Subjective Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease …… 17

Health Sciences, School of Nursing, Kagawa Medical University: Hiroaki Takeuchi
Nursing Division, School Hospital, Kagawa Medical University: Michiko Mino
Hiroko Kunikata
Satoshi Fujimoto
Gerontology Nursing, School of Nursing, Kagawa Medical University: Hisae Ito

Behavior Patterns and Developmental Process of Nursing Students in Clinical Learning …… 27

Institute of Health Sciences Hiroshima University Faculty of Medicine: Satsuki Makabe
Yoshiko Nojima

A Content Analysis of the Effectiveness of Clinical Practice Studies by using the Word Frequency Method …… 49

Department of Nursing, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences: Chizuko Sakae
Yoko Yasukawa
Yukiko Miyakoshi
Mika Tomita
Noriko Nonomura

－原　著－

背部における交感神経皮膚反応
Sympathetic skin response (SSR)
－ 体位変換が及ぼす影響 －

The Influence of the Postural Change in Sympathetic Skin Response (SSR) on the Back

草野恵美子　Emiko Kusano
依藤史郎　Shiro Yorifuji
早川和生　Kazuo Hayakawa

キーワード：体位変換，交感神経皮膚反応，自律神経
postural change, sympathetic skin response, autonomic nerve

Ⅰ．はじめに

体位変換は，基本的かつ重要な看護技術である。体位変換には，仰臥位，座位，立位などといった様々な体位の変換が含まれるが，臨床で日常的に行われている体位変換は仰臥位から側臥位あるいはその逆への変換が圧倒的に多い[1]。仰臥位から側臥位になると，左右の身体機能は大きく変化するといわれている[2]。例えば，体温は側臥位の非圧迫側では上昇し，圧迫側では低下することや，発汗は非圧迫側で増加，圧迫側で減少すること，血圧は非圧迫側で上昇，圧迫側で下降を示すことが定性的には報告されている[2]。これらはすべて自律神経系の支配を受けている。自律神経系は，循環，呼吸，消化，代謝，分泌，排泄などの生命維持にあずかる機能を制御する神経である[3]。体位変換が自律神経系にどのような影響を与えるのかということについて定量的に検討することは，体位変換による種々の身体生理機能の変化についての理解とともに，体位変換という看護技術の実践に役立つと考えられる。

自律神経系は，交感神経系と副交感神経系から成り立っているが，そのうち，交感神経機能の評価法として，侵襲が少なく，比較的簡単に記録できる交感神経皮膚反応（Sympathetic skin response，以下SSRと略す）に着目した。このSSRは従来，手掌や足底など四肢から記録されている[4)5)6)]が，体位変換の影響をみるためには，体幹背部での交感神経機能の変化を分析する必要がある。しかし，従来背部におけるSSRの記録は報告されていない。そこで本研究では背部においてもSSRを記録することができるか検討し，体位変換により，交感神経機能にどのような生理的変化が起こるかについて定量的に明らかにすることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

健常者18名（男性3名，女性15名，年齢21～46歳，平均23.3歳）について検索した。

交感神経機能の評価法として，交感神経皮膚反応（SSR）を用いた。

汗腺は交感神経刺激により汗を出す。末梢神経に電気刺激などを加えると交感神経が興奮し発汗

大阪大学医学部保健学科　School of Allied Health Sciences, Faculty of Medicine, Osaka University

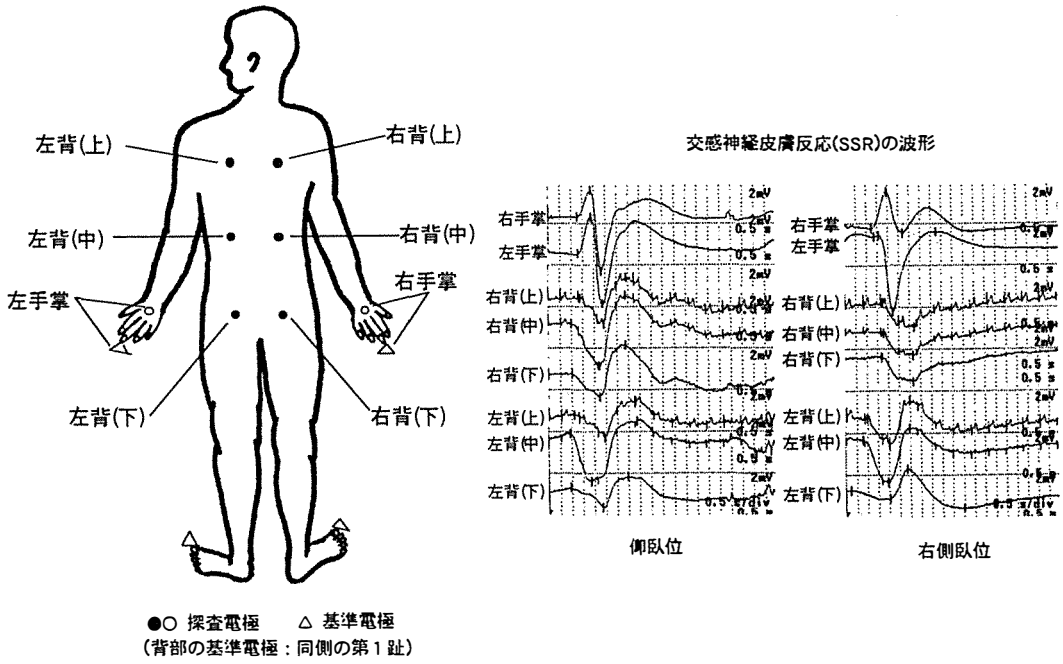


図1　導出電極貼付部位と得られたSSRの波形の一例

により生じた電位変化を記録したものがSSRである。電位そのものは，実際の発汗に際してのイオンの移動によるものと推定されている[4]。交感神経機能の評価法としては，1968年に開発された微小神経電図法（microneurography）[7]によって，交感神経節後線維から直接活動電位を記録できるようになった[8]が，この方法は手技に熟練を要し，時間的に制約され，侵襲的である[6]。一方，SSRは筋電計や脳波計で簡単に記録でき，侵襲が少ない。

記録は25～28℃の暖かい静かな部屋で行い，被験者には眠らないように指示した。

導出は，円盤型表面皿電極を用い，貼付部の皮膚抵抗を十分落とした後，導出電極である探査電極，基準電極を図1のように貼付した（図1）。図1において黒丸，白丸は探査電極であり，手掌については，この図では裏側となるため，白丸としている。探査電極と基準電極間の電位差を記録するが，基準電極の貼付部位には発汗のない爪を選び，手掌に対しては同側の第3指の爪，背部のそれぞれの部位に対しては，同側の第1趾の爪とした。

刺激には電気刺激を用い，刺激強度15mA，持続時間0.2msの矩形波電気刺激を右側正中神経手関節部に加えた。刺激をする際には，被験者が意識しないように，合図を出さずに刺激した。刺激と刺激の間隔は3分以上あけた。

記録は，Neuropack ΣMEB-5508（NIHON KODEN）を使用し，記録時間を10秒，周波数帯域を0.5～1000Hzとした。

刺激をしてから電位変化が起こり始めるまでの時間を立ち上がり潜時といい，その電位変化の大きさを振幅という。その振幅と立ち上がり潜時を計測した。振幅はpeak-to-peakを計測した。

被験者の体位は，仰臥位，左右側臥位で検索し，側臥位については，さらにTh5, 6中心（上），Th10中心（中），L1, 2中心（下）の3カ所の部位に中腋窩腺レベルで障害物により，局所的圧迫

を追加した。以後，例えば「右側臥位（上)」は，右側臥位の際にさらにTh5, 6中心に局所的圧迫を追加したことを示すこととする。

Ⅲ. 研究結果

背部に貼付した電極からもSSRを導出することができ，背部においてもSSRを記録できることを確認することができた。実際に得られたSSRの波形の一例を図1に示す（図1)。

また，左右側臥位でのそれぞれの振幅が，仰臥位での振幅と比べてどのように変化するか検討した。図1の波形をみると，右側臥位では，左手掌と左背のそれぞれの振幅は仰臥位に比べてあまり変化はないが，右手掌と右背のそれぞれの振幅は減少している（図1)。このことをまとめてみたが，その際，手掌，背（上)，背（中)，背（下）の導出部位での，それぞれ右側の振幅に対する左側の振幅の割合で比較した。

表1は，その平均値と標準誤差を示したものである（表1)。

図2～5は，その平均値をグラフにしたものである（図2～5)。

図2では，右側臥位での左手掌の振幅／右手掌の振幅という振幅比が，ほぼ左右差のない仰臥位の場合に比べて有意に増加しており，右手掌の振幅が小さくなっていることがわかる。また，左側臥位でのそれは仰臥位の場合に比べて有意に減少しており，左手掌の振幅も小さくなっていることがわかる。図3～5についても有意差のみられない場合もあるが，全体的には同様の結果であった。

以上より，圧迫されている側（右側臥位なら右側）の振幅が，仰臥位時の振幅に比べて小さくなっていることが明らかとなった。表2にその平均減少率を示す（表2)。右側臥位では，手掌では減

表1　振幅比（mean±SE）　(n=18)

	左手掌/右手掌	左背(上)/右背(上)	左背(中)/右背(中)	左背(下)/右背(下)
仰臥位	1.1±0.45	1.1±0.13	1.2±0.16	1.2±0.23
右側臥位(なし)	2.4±0.32*	2.4±0.43*	2.1±0.46#	1.9±0.30#
右側臥位(上)	2.8±0.61*	3.3±0.73*	2.8±0.51*	2.6±0.43*
右側臥位(中)	3.0±0.53*	3.5±1.0#	3.9±1.4#	2.6±0.56#
右側臥位(下)	3.4±0.73*	2.3±0.37*	2.3±0.43#	2.5±0.45#
左側臥位(なし)	0.43±0.076*	0.99±0.22	0.84±0.099#	0.84±0.095
左側臥位(上)	0.32±0.053*	0.90±0.14	0.82±0.12*	0.64±0.064#
左側臥位(中)	0.38±0.064*	1.1±0.31	0.99±0.22	0.67±0.10#
左側臥位(下)	0.45±0.14*	0.85±0.32	0.66±0.10*	0.48±0.064*

*p<0.01，#p<0.05（仰臥位に対して）

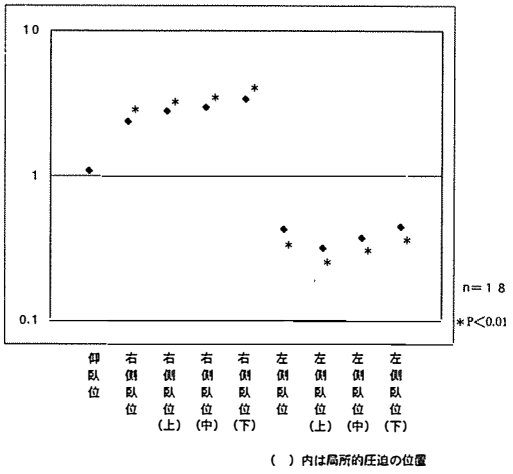


図2　振幅比［左手掌／右手掌の平均値］

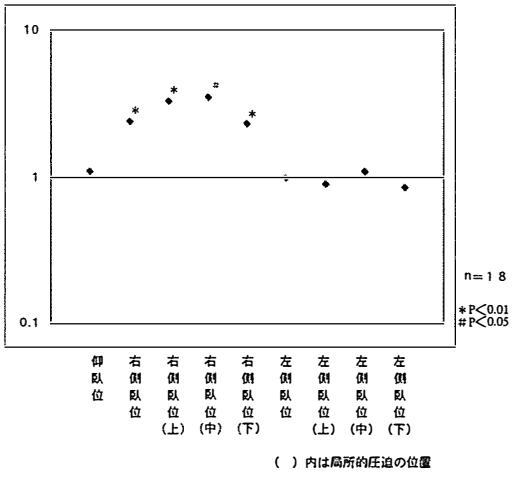


図3　振幅比［左背(上)／右背(上)の平均値］

少率にばらつきがみられたが，背部では約50～70%であった。左側臥位では，ほぼ65%前後であるが，局所的圧迫を行わない場合の背部では約30～40%であった。

表3は，左右手掌の導出部位でのそれぞれの体位における立ち上がり潜時の平均値と標準誤差を示したものであり（表3），図6はその平均値をグラフにしたものである（図6）。

図6では，仰臥位での左右の立ち上がり潜時はほぼ同じであるが，右側臥位では右手掌の立ち上

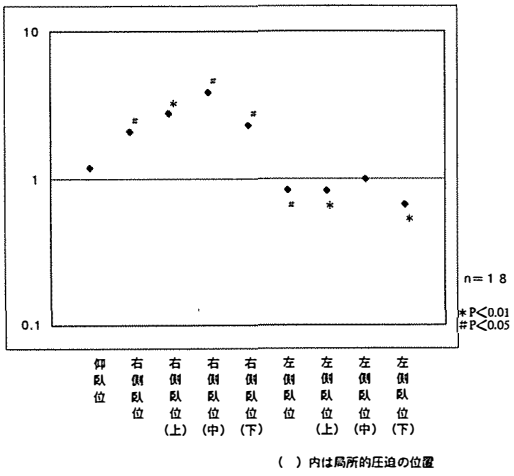


図4　振幅比［左背(中)／右背(中)の平均値］

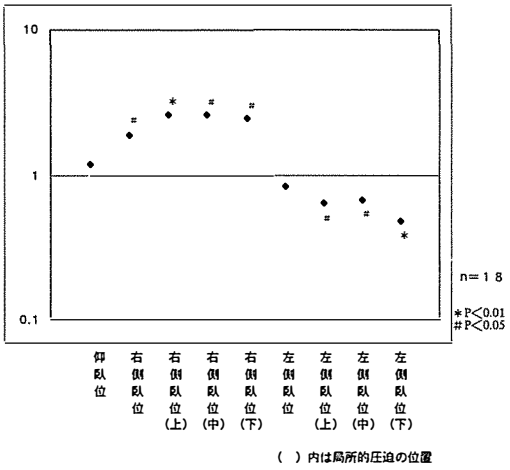


図5　振幅比［左背(下)／右背(下)の平均値］

表2　圧迫側の振幅の平均減少率（%）

(n=18)

	右手掌	右背(上)	右背(中)	右背(下)
右側臥位（なし）	20.6	59.6	60.3	60.2
右側臥位（上）	41.8	50.5	53.4	52.8
右側臥位（中）	53.1	56.0	58.6	57.7
右側臥位（下）	37.0	70.6	71.6	65.9
	左手掌	左背(上)	左背(中)	左背(下)
左側臥位（なし）	60.7	42.7	43.1	33.9
左側臥位（上）	65.1	63.6	63.4	62.7
左側臥位（中）	67.8	68.2	66.7	68.6
左側臥位（下）	60.9	63.6	64.2	67.0

表3　立ち上がり潜時（mean±SE）

(n=18)

	右手掌	右手掌
仰臥位	1363±58.24	1392±61.20
右側臥位（なし）	1516±63.95*	1369±36.71
右側臥位（上）	1527±71.77#	1400±47.84
右側臥位（中）	1718±71.27*	1415±45.70
右側臥位（下）	1564±62.97#	1424±42.21
左側臥位（なし）	1364±50.96	1500±73.50
左側臥位（上）	1456±32.68	1623±45.09*
左側臥位（中）	1448±49.12	1651±64.28*
左側臥位（下）	1429±50.53	1601±60.56*

(msec)

*p<0.01，#p<0.05（仰臥位に対して）

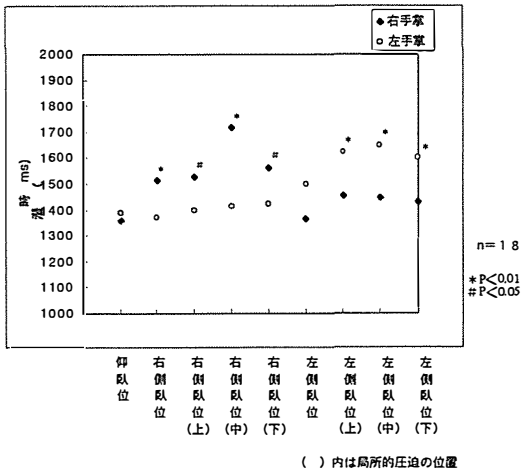


図6　立ち上がり潜時の平均値の変化（手掌）

がり潜時が仰臥位の場合の立ち上がり潜時に比べて有意に遅くなっている。その際，左手掌の立ち上がり潜時は仰臥位の場合の立ち上がり潜時と比べあまり変化がない。左側臥位ではそれが逆転し，左手掌の立ち上がり潜時が仰臥位の場合の立ち上がり潜時に比べてほぼ有意に遅くなっている。右手掌の立ち上がり潜時はあまり変化がない。

以上より，圧迫されている側の立ち上がり潜時が，仰臥位時の立ち上がり潜時に比べて遅くなっていることが明らかとなった。表4にその平均遅延率を示す（表4）。右側臥位では，局所的圧迫がTh10中心（中）に加えられている場合を除き，遅延率は約12%前後であった。左側臥位では局所的圧迫を行わない場合を除くと約16%前後の遅れであった。

背部の立ち上がり潜時については，得られたSSRの波形に心電図がのっているため正確な立ち上がり潜時が計測し難く，検討していない。

表4　圧迫側の立ち上がり潜時の平均遅延率（%）

(n=18)

	右手掌
右側臥位（なし）	11.2
右側臥位（上）	12.0
右側臥位（中）	26.0
右側臥位（下）	14.7
	左手掌
左側臥位（なし）	7.76
左側臥位（上）	16.6
左側臥位（中）	18.6
左側臥位（下）	15.0

Ⅳ．考　　察

はじめに述べたように，SSRを手掌，足底など四肢から導出することは従来より行われている[4)5)6)]が，背部での記録は報告されていない。今回の結果から背部においてもSSRが得られることがわかった。

得られたSSRの振幅は圧迫されている側で仰臥位の時の振幅に比べて小さくなり，また，圧迫されている側の立ち上がり潜時は仰臥位の時の立ち上がり潜時に比べて遅くなった。交感神経機能を反映するSSRの振幅と立ち上がり潜時が圧迫側で仰臥位時に比べて抑制されたということから，交感神経機能は圧迫されている側で抑制されると考えられる。

右側臥位で，局所的圧迫をTh5,6中心（上）に追加した際においても，右側臥位で局所的圧迫を加えない時と比べて，右背（上）から導出されるSSRの振幅がさらに小さくなることはなかった。他の場合も同様であり，圧迫による振幅の減少は側臥位で片側の側面が圧迫されていることによることが大きく，そこにさらに局所的圧迫を加えても，振幅には余分な影響は加わらないということが考えられる。

背部に左右対称に電極を置き，側臥位時のGalvanic Skin Resistance（GSR）を記録したところ，非圧迫側のGSRが減少し，圧迫側では増加することから，発汗は側臥位の圧迫側では抑制され，非圧迫側では刺激されるという報告がある[9)]。また，以前から側臥位の時にみられる半側発汗の現象がいわれている[2)]。半側発汗とは，側臥位の際，下位になった側では発汗が減り，上位になった側では発汗が多くみられるという現象である[2)]。しかし，我々の結果では，側臥位の時に仰臥位時に比べて，非圧迫側の振幅は有意に増加せず，立ち上がり潜時も非圧迫側には有意な変化はみられず，側臥位時の非圧迫側の交感神経機能は促進されなかった。このように今回の結果では，非圧迫側の交感神経機能の促進はみられなかったものの，圧迫側の抑制はみられ，先程述べたような現象をSSRという手段を用いて，定量的にとらえることができたといえる。

SSRは求心性電気刺激によるpoly-synapticな体性－交感神経反射であるが，その中枢神経系における反射経路は複雑である。動物実験の結果では，SSRの興奮性の中枢が，皮膚感覚運動野，

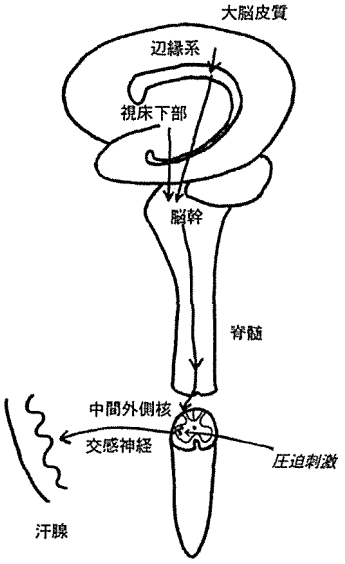


図7　皮膚圧迫が発汗機能に及ぼす影響

灰白隆起，延髄，脊髄中間外側核にあるといわれている[4]。よって，SSR では末梢に加わった電気刺激が中枢まで伝達され，先程述べた興奮性の中枢のどこかで反射し，交感神経が刺激されて汗腺に働くという経路をとっていると考えられる。電気刺激による入力は，体位が変化することによって影響は受けない。よって体位による振幅や立ち上がり潜時の変化に対して，求心性経路は関係がなく，中枢内および遠心性経路のどこかで圧迫が作用していると推定される。

SSR の興奮性の中枢といわれている[4]ものの中で，皮膚感覚運動野や灰白隆起，延髄は体位変化による直接の影響は受けないと考えられる。迫された皮膚からのインパルスが左右差を示しながら影響を与えると考えられる部位は，脊髄の中間外側核である。図7[10]に示したように，今回認められた圧迫による交感神経機能の低下は，圧迫が中間外側核の中の脊髄発汗神経核に作用したことによると推定する（図7）。

今回の検討により，背部において SSR が記録可能であること，また，側臥位時における圧迫側の SSR でみた交感神経機能が仰臥位時に比べ低下することを定量的に明らかにした。今回は健常者を対象とし生理的変化をとらえたが，今後，この方法を利用し，褥瘡のできやすい人やできにくい人と交感神経機能との関連について分析することも可能ではないかと考える。

V．結　　論

1．背部において SSR が記録できるかということ，また体位変換が交感神経機能に及ぼす影響について，健常者を対象に SSR を用いて検討した。
2．背部において SSR を記録することができた。
3．側臥位時に，圧迫されている側の振幅が仰臥位時に比べ減少し，さらに立ち上がり潜時も仰臥位時に比べ遅延した。
4．側臥位の際には，圧迫された側の SSR でみた交感神経機能が仰臥位時に比べ抑制されることを定量的に明らかにした。

要　　約

背部において交感神経皮膚反応 Sympathetic skin response (SSR) が記録できるか検証し，体位変換が交感神経機能に及ぼす影響について検討することを目的として，SSR を記録した。健常者18名を対象とし，手掌と背部に左右対称に電極を貼付して右側正中神経を手関節部で電気刺激し SSR を導出した。体位は仰臥位，左右側臥位でそれぞれ測定し，側臥位についてはさらに局所的圧迫を追加した。その結果，背部においても SSR が記録でき，側臥位時に圧迫

側の振幅が仰臥位時に比べて小さくなり圧迫側の立ち上がり潜時が仰臥位時に比べて遅くなった。以上より，背部においてSSRが記録できることを初めて示し，側臥位では圧迫されている側の交感神経機能が仰臥位時に比べて低下することをSSRにて定量的に明らかにした。

Abstract

We studied sympathetic skin response (SSR) on the back for investigating the influence of the postural change upon sympathetic nerve.

Subjects were 18 healthy volunteers. We applied several electrodes to the palm and back of the subjects and recorded SSR in a supine position and a lateral position by the stimulation of the right median nerve at the wrist. The localized pressure was added on the lower side in a lateral position.

We could recorded SSR in the back. The ratio of the amplitude (the amplitude of the left side／the right side) increased in a right lateral position and decreased in a left lateral position compared to a supine position. The amplitude of the lower side in a lateral position became smaller than in a supine position. The mean percentage of the decreased amplitude were about 50～70%. The latency of the lower side in a lateral position was slower than in a supine position. The mean percentage of the delay was about 12～16%.

We revealed for the first time that SSR could be recorded in the back quantitatively, and showed that the activity of sympathetic nerve was reduced in the lower side of a lateral position compared to a supine position.

VI. 文　　献

1）渡邊順子：「体位変換」「移動」のケアの視点，看技，44(8)，pp 9～15，1998.

2）阿部正和：看護生理学，第2版，177～185，メヂカルフレンド社，東京，1985.

3）大地陸男：生理学テキスト，第2版，67，文光堂，東京，1995.

4）横田隆徳他：Sympathetic skin response (SSR)，神経内科，36(1)，pp11～19，1992.

5）G. R. Arunodaya, et al.：Sympathetic skin response：a decade later. J. Neurol. Sci., 129, pp81～89, 1995.

6）渡引康公：Sympathetic skin response (SSR) の臨床応用に関する研究　第1報　ヒトSSRの基礎的性質，臨床神経，27(4)，pp442～448，1987.

7）K.-E. HAGBARTH, et al.：Pulse and Respiratory Grouping of Sympathetic Impulses in Human Muscle Nerves. Acta physiol. scand., 74, pp96～108, 1968.

8）K.-E. HAGBARTH, et al.：General Characteristics of Symppathetic Activity in Human Skin Nerves. Acta physiol. scand., 84, pp164～176, 1972.

9）J. S. Vaidya, et al.：Influence of lateral posture on sweating：Does posture alter the sympathetic outflow to the sweat glands？ Indian. J. Physiol. Pharmacol., 38(4), pp319～322, 1994.

10）真野行生他：Sympathetic skin responseと自律神経系－発汗との関連について－，臨床脳波，30(2)，pp71～75，1988.

（平成11年1月11日受付）

－原　著－

パーキンソン病患者の主観的QOL評価

Evaluation of the Subjective Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease

竹内博明[1)]　三野満子[2)]　國方弘子[2)]
Hiroaki Takeuchi　Michiko Mino　Hiroko Kunikata
藤本さとし[2)]　伊東久恵[3)]
Satoshi Fujimoto　Hisae Ito

キーワード：パーキンソン病，QOL，社会資源サービス
Parkinson's disease, QOL, social resource services

I．はじめに

難病，その言葉のなかには人類の歴史にとって，いかんともし難い，どうしようもない業病といった響きがある。難病は，患者さんのみならず，家族やコメディカルのスタッフあるいは医師にとっても等しく難病であり，難病にいかに対処していくかは医療界に課せられた大きな責務であると考えられる。しかも，高齢社会の到来とともにパーキンソン病をはじめとする神経難病は益々増加の一途をたどっている[1)]という現実がある。

一方，"生命の質"あるいは"生活の質"と訳されるQuality of Life（QOL）思想が医学の分野に導入されて久しい。健康な人が日々の生活に生きがいを感じ，幸せな瞬間を十分に享受し，生活の喜びを実感できることは当然の目標である。それは病める人にとってもまったく同じことであり，残された人生の日々を満ち足りた気分で過ごせるか否かは極めて重要な問題である。

医学におけるQOL評価は癌治療の分野で化学療法の評価に端を発している[2)3)]が，その後，QOLを尊重するという考え方は，大きな広がりを見せ慢性疾患などあらゆる領域に適用されるようになった。そして，その概念や定義は幾多の変遷を経ているが，しかし，未だ一定の見解はなく，研究者がそれぞれ独自の考えのもとにQOLの概念を用いているのが現状である。

パーキンソン病は神経難病の一つであり，とくに中高年に頻度が高い。しかも生命の予後はかなり良好であり，通常は天寿を全うできる。歩行障害，動作緩慢，手足の振戦が主たる症候であり，ADLが障害されるのが特徴である。程度の差はあれ，病気と同時に障害を合わせ持つという特異な状況にある。病気は医療が中心的な担い手であり，障害は福祉の果たす役割が大きい。このような環境下におかれたパーキンソン病患者のQOLの評価，とくに患者側からみた心理的，社会的活動に由来する満足感，生きがい，幸福感などを総合的に評価することはケアや看護を行う上で極めて重要であると考えられる。しかもどのような要因がQOLにもっとも影響を与えているか，どの

1）香川医科大学医学部看護学科健康科学　Health Sciences, School of Nursing, Kagawa Medical University
2）香川医科大学医学部附属病院看護部　Nursing Division, School Hospital, Kagawa Medical University
3）香川医科大学医学部看護学科老人看護学　Gerontology Nursing, School of Nursing, Kagawa Medical University

ような視点に立てばQOLを向上させることができるかを解析し，その結果を知り，その意義について考察することは医療従事者にとって大きな一つの目標を得ることになる。私どもはこのような観点からパーキンソン病における主観的QOLの評価を試みた。

Ⅱ．対象と方法

パーキンソン病友の会「あゆみの会」の会員を中心に，香川医大附属病院に通院しているパーキンソン患者76名を対象に質問紙形式による主観的QOLの評価を行った。質問票は患者ないし家族に直接，手渡し，回収は直接ないし郵送にて行った。主観的QOLの評価は厚生省特定疾患難病の疫学調査研究班においてとくに神経難病患者のために開発された主観的QOL評価尺度[4)5)]を用いた。この評価尺度では，対象が神経難病患者であることから，疾病や障害の「受容」や生活に対する「満足」，「志気」の三つのカテゴリーがQOLの主観的側面を反映する指標であると考えられた。評価尺度は「受容」4項目，「満足」6項目そして「志気」17項目，計27項目の質問から成り，最大スコアは54点である（表1）。

パーキンソン病については発症年齢，罹病期間，Hoehn and Yahrの重症度分類[6)]を指標とした（表2）。また日常生活動作は食事，整容動作，入浴，トイレ動作，階段の昇降，着脱衣，排便調節について評価し，Barthel Indexスコアで表した。

社会資源サービスの利用に関する調査では，身体障害者手帳，ホームヘルパーの派遣，車椅子など日常生活用具の給付・貸与，住宅の改造，入浴サービス，給食サービス，リハビリに通う，患者会または集いに参加している，各種手当て（見舞金，通院費，介護手当），訪問看護，訪問リハビリ，ショートステイ（短期入所），ナイトケア（夜間預かり），デイサービス（施設での日帰りサービス），在宅介護支援センターの15項目について，

表1　神経難病患者用QOL評価尺度

#1	行きたい所ややりたいことは困難があっても実行しますか
#2	自分の存在が何かの役に立っていると思いますか
#3	普段身の回りのことはなるべく自分でするようにしていますか
4	あなたはたくさんの異なる症状に苦しんでいると思いますか
#5	病気があっても自分なりの生活ができていると思いますか
6	自分が病気であることを人に知られたくないと思いますか
7	さびしいと感じることがありますか
8	最近になって小さなことを気にするようになったと思いますか
9	心配だったり気になったりしてねむれないこともありますか
10	前よりも腹を立てる回数が多くなったと思いますか
11	あなたは心配事がたくさんありますか
12	悲しいことがたくさんあると感じますか
13	夜中に具合が悪くなったらどうしようと思うことがありますか
#14	家族や親戚や友人との行き来に満足していますか
#15	家族や親戚にとって自分の存在が必要だと思いますか
#16	友人や知人との関係はうまくいっていますか
#17	仲の良い友人がいますか
18	人があなたの病気をどのように思っているか気になりますか
19	周囲の人に対して腹を立てることが多いですか
20	自分の姿を人に見られたくないと思いますか
21	鏡を見るのが嫌だと思うことがありますか
#22	今の生活に張り合いを感じていますか
23	生きていても仕方がないと思うことがありますか
#24	趣味や楽しみをもって生活していますか
#25	これから先何か楽しいことが起こると思いますか
#26	あなたは最近何かに感動しましたか
27	病気に対する偏見を感じますか

各項目の回答は，「はい」（0点），「どちらともいえない」（1点）および「いいえ」とし，27項目の合計をQOL得点とする。ただし「#」の質問項目については，はい「2点」，「どちらともいえない」を「1点」，「いいえ」を0点とする。

表2　Hoehn and Yahrの重症度分類

StageⅠ：	症状は一側性で機能的障害はないか，あっても軽度
StageⅡ：	両側性の障害はあるが姿勢保持の障害はない。日常生活，職業は多少の障害はあるが行いうる。
StageⅢ：	立ち直り反射に障害がみられ，活動は制限されるが，自力での生活が可能。
StageⅣ：	重篤な機能障害を有し，自力のみの生活は困難となるが，支えられずに歩くことはどうにか可能。
StageⅤ：	立つことは不可能になり，介護なしにはベッド，車椅子の生活を余儀なくされる。

その認識と利用度に関する質問を行った。利用度に関しては社会資源サービスの各項目について，“利用している”を2点，“知っているが利用していない”を1点，“知らない”を0点とスコア化した。そして1個人あたりたのスコアの合計をその個人における社会資源サービス利用度スコアとして表現し，社会資源サービスの認識と利用度の指標とした。

最後に，年齢，発症年齢，罹病期間，Barthel Indexスコア，Hoehn and Yahr重症度，社会資源サービス利用度スコアの6項目のうち，主観的QOLに強い影響力を及ぼしている因子の検討を，重回帰分析（ステップワイズ回帰）を用いて統計的に検定した。

Ⅲ．結　　果

1．患者プロフィール

調査票の回収数は70人，回収率は92.1%であり，内3名は記載不備による無効回答で，有効回答数は67名，有効回答率は95.7%であった。

平均年齢は67.2±7.0歳（±標準偏差）（範囲49～83歳）。男女比は男性22名，女性45名と女性の方が多い。平均罹病期間は7.5±4.2年（±標準偏差）。平均発症年齢は59.7±7.7歳（±標準偏差）。Hoehn and Yahrの重症度分類のstage（Ⅰ，Ⅱ，Ⅲ，Ⅳ，Ⅴ）の平均は2.3±0.8－Ⅰ(stage)（±標準偏差）であった。またBarthel Indexスコアは91.5±17.2（±標準偏差）（本スケールにおける最大値は100）と日常生活動作は比較的良好に保たれていた。

2．社会資源サービス

1）社会資源サービスの認識と利用度

社会資源サービスについての認識およびどの程度それを利用しているかを調査した。その結果は図1に示した。社会資源サービスの各項目毎に，“知らないと答えた割合”，“知っていると答えた割合”，“利用していると答えた割合”をそれぞれパーセント表示した。“利用していると答えた割合”が最も高かったのは「患者会に参加」の56.7%であり，次いで，「身体障害者手帳」，「住宅の改造」，「各種手当て」，「デイサービス」の順であった。逆に「介護支援センター」，「ナイトケア」，「訪問リハビリ」，「給食サービス」については知っている人は少なく，利用している人もほとんどいなかった。

2）社会資源サービスと罹病期間

社会資源サービスの認識と利用度と罹病期間と

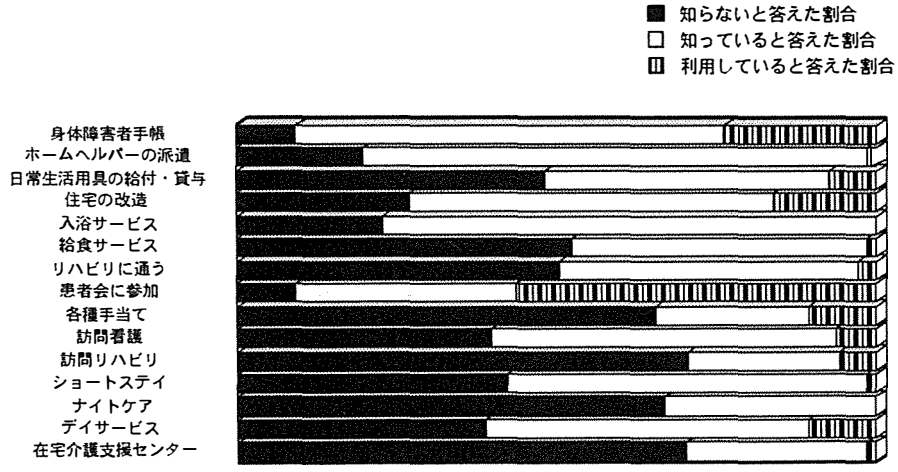


図　1

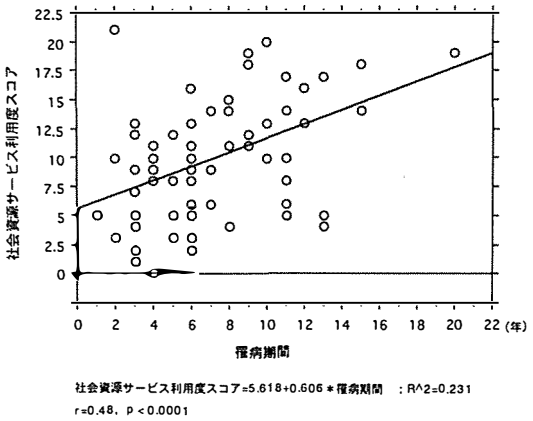


図　2

の関連について検討した。社会資源サービスの認識と利用度の指標として「方法」の項で示した社会資源サービス利用度スコアを用いた。図2に示すように直線■帰分析の結果，罹病期間が長くなるに従って社会資源サービス利用度スコアも有意に高値を示した（p<0.0001）。

3）社会資源サービスと日常生活動作の障害

次に日常生活動作の障害度と社会資源サービスの利用度の関連について検討した。日常生活動作の障害度の指標としては，Barthel Index スコア（B.I.score）を用いた。患者群を日常生活動作に全く支障を認めないBarthel Index スコアが100の群（ADL正常群，n=36）とわずかでも障害を認める100未満の群（ADL異常群，n=31）の2群に分類した。そして，それぞれの群において社会資源サービス利用度スコアを検討し比較した。その結果は図3に示すようにADL異常群の社会資源サービス利用度スコアの平均値（±標準偏差）は11.7±5.4であり，ADL正常群の8.8±4.8に比し，スチューデント法によるt検定の結果，有意に高値を示した（p<0.05）。

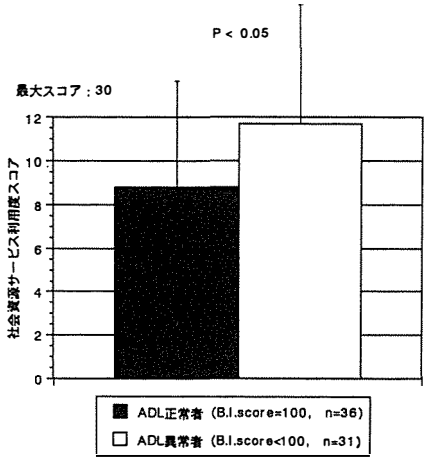


図　3

3．主観的QOLの評価

神経難病患者のために開発された新しい評価尺度を用い，パーキンソン患者の主観的QOLを検討した。QOLスコアの平均値（±標準偏差）は31.7±10.3（最大スコア=54）であった。

1）主観的QOLとHoehn and Yahrの重症度分類

主観的QOLがパーキンソン病の重症度によってどのように変化するかを検討し，その結果を図4に示した。各群の主観的QOLの平均値（±標準偏差）はⅠ群（n=13）38.1±9.6，Ⅱ群（n=28）32.6±10.3，Ⅲ群（n=20）28.1±10.1，Ⅳ群（n=6）25.8±5.5であった。分散分析の結果，p値は0.0194であり，重症度の多群間に有意差が認められた。次にどの群とどの群に差があるかをFisher's PLSD法により求めた。Ⅰ群とⅢ群（p=0.0057），Ⅰ群とⅣ群（p=0.0138）間に有意差が認められた。すなわち軽症の患者に比し，重症に

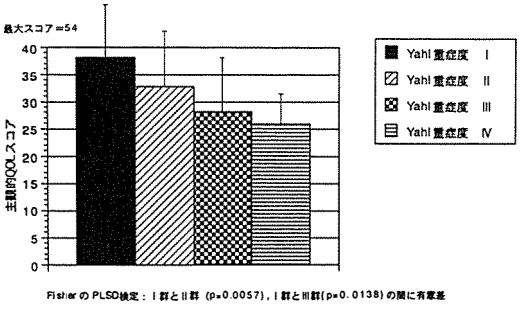


図　4

なるに従って主観的QOLは明らかに低下した。

2）主観的QOLとBarthel Indexスコア

次に主観的QOLと日常生活動作の障害度との関連性を明らかにするために，主観的QOLとBarthel Indexスコアとの関連を検討した。患者群を既に述べた方法によりADL正常群（n＝36）とADL異常群（n＝31）の2群に分けて検討した。図5に示したようにADL正常群の主観的QOLスコアの平均値（±標準偏差）は34.6±11.5であり，ADL異常群の28.4±7.7に比し，スチューデント法によるt検定により有意に高値を示した。ADLに障害を認める患者群で主観的QOLは有意に低値を示したことになる。

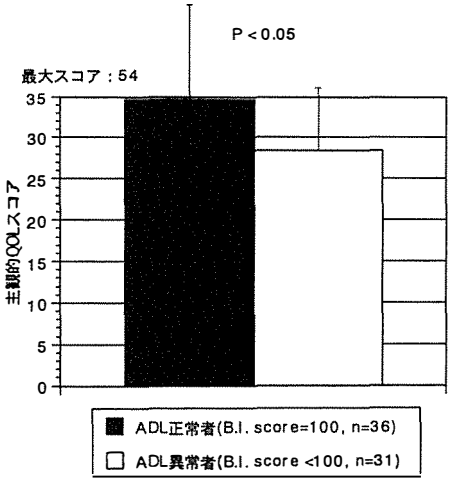


図 5

4．重回帰分析による検定

現在の年齢，発症年齢，罹病期間，Barthel Indexスコア，Hoehn and Yahr重症度，社会資源サービス利用度スコアの6項目の主観的QOLに及ぼす影響力を統計的に検定し，どの因子が最も強い影響力を及ぼしているかを明らかにした。重回帰分析の方法はステップワイズモデルを用いた。表3に最終ステップの結果を示した。この表より主観的QOLは，39.004－5.808（Hoehn and Yahr重症度）＋0.59（社会資源利用度スコア）の予測式で示され，自由度修正済み決定係数は0.190であり，危険率はp＝0.0004であった。

パーキンソン病患者の主観的QOLは，これらの要因である程度説明出来る可能性を示している。目的変数に強い影響を及ぼしている説明変数は，

表 3

ステップワイズ回帰分析概要
QOLスコア　対　6　独立変数

採用F値	4.000
除外F値	3.996
ステップ数	2
採用した変動の数	2
強制した変動の数	0
ステップワイズの手法	増加法

分散分析表
QOLスコア　対　6　独立変数
ステップ：2

	自由度	平方和	平均平方	F値	P値
回帰分析	2	1513.742	756.871	8.741	0.0004
残　渣	64	5541.423	86.585		
合　計	66	7055.165			

回帰分析概要
QOLスコア　対　6　独立変数
ステップ：2

例数	67
欠側値数	0
相関係数（R）	0.463
R 2乗	0.215
自由度調整R 2乗	0.19
RMS残渣	9.305

採用した変数
QOLスコア　対　6　独立変数
ステップ：2

	回帰係数	標準偏差	標準回帰係数	除外F値
切　片	39.004	3.356	39.004	135.081
サービス	0.59	0.24	0.299	6.064
Hoehn-Yahr	－5.808	1.42	－0.497	16.738

標準回帰係数の大きいHoehn and Yahr重症度と社会資源サービス利用度スコアであった。

Ⅳ. 考　　察

昭和47年，厚生省は当時全国に多発したスモン対策を契機に難病対策要綱[9]を策定した。難病を原因が不明で治療法が未確立でしばしば後遺症があり，さらに慢性の経過をとり，経済的な問題，介護と精神的な負担が大きい疾患と規定し，原因究明と治療法の開発を目的として調査研究班を発足させた。現在44疾患が難病指定されており，なかでも神経疾患と膠原病のしめる比重が高い。神経疾患のなかではとくにパーキンソン病の頻度が高く，有病率は10万人当たり100から150人[1]といわれている。しかも人口の高齢化とともに患者数が今後益々増加していくものと思われる。

パーキンソン病は中脳の黒質の神経細胞が変性脱落していく疾患で，その結果，運動機能の調節を司っている大脳基底核のとくに線条体において神経伝達物質のドパミンが枯渇し，正常な運動機能が障害されてくる。中核となる症状は安静時の手足の振戦，筋強剛，歩行障害（姿勢反射障害）や動作が緩慢になる無動などがある。発症は緩徐で比較的長期間自立した生活を送ることができる。病気がある程度進行するとボタンをはめたり，箸を使ったりする細かい巧緻運動の障害を伴ってくる。そのため日常生活動作が徐々に障害され，外出時はもとより家庭内においても家族の援助，介助を必要とする時期がくる。このような状況においても，生命の予後は良好で通常天命を全うできる。

このようにパーキンソン病のみならず，一般に神経難病は四肢・躰幹の運動機能が障害されることが多く，歩行障害のある患者，介護を要する在宅患者は定期的に通院するのが困難になってくる。従って地域の家庭医との連携が必然的であり，保健婦，訪問看護婦あるいはホームヘルパーの果たす役割が極めて大きな意味を持ってくる。パーキンソン病は壮年期に発病することが多く，介護できる能力のあるのは配偶者のみという，極めて介護力の乏しい家庭でのケア，しかも病気は常に進行性である種の医療不信の中でのケアを強いられるなど難病ケアは多くの問題を含んでいる。そのような流れのなかで厚生省の公衆衛生審議会成人難病対策部会難病対策専門委員会は難病対策の見直しを行い，その最終報告で新たに第5の柱として「QOLの向上を目指した福祉政策の推進」[10]を加えた。その中身はホームヘルプサービス事業の創設，ショートステイ事業の創設，日常生活用具給付事業の創設などである。

このような時代の背景をもとに私どもは難病患者，とくにパーキンソン病を取り上げ，パーキンソン病患者が現在提供されている社会資源サービスをどの程度理解し，利用しているかを調査した。また同時にパーキンソン病患者の生活満足感，心理的幸福感，あるいは社会的良好感からなる主観的QOLを評価することを試みた。そしてこのような主観的QOLにどのような個人的背景要因，疾病関連要因がもっとも影響をもたらすかを検討した。主観的QOLの評価には厚生省特定疾患難病の疫学調査研究班予後・QOL分科会において神経難病患者用に開発された評価尺度を用いた。これは満足度，病気の受容，志気といった構成要素からなっており，概念規定，item-poolの作成，予備調査，回答の分布の検討と相関分析による項目の削減，信頼性および妥当性の確認等の手続きを経て作られたものである[4][5]。

各種社会資源サービスの理解と利用度では，“利用していると答えた割合”が最も高かったのは「患者会に参加」であったが，今回の調査の対象がパーキンソン病友の会の会員が中心であったことから当然の結果と考えられた。次いで，「身体障害者手帳」，「住宅の改造」，「各種手当て」など経済的に実質的な利益を得る項目が上位を占め

た。逆に比較的新しく設定された「介護支援センター」,「ナイトケア」,「訪問リハビリ」,「給食サービス」については知っている人は少なく，利用している人もほとんどいなかった。これらのサービスについても今後はもっと積極的に啓蒙していく必要があると考えられた。そしてこれらの社会資源サービスの利用度は日常生活動作に障害がある群で，ない群に比べて有意に高い値を示した。

今回はとりあえず社会資源サービスの各項目について，“利用している”を2点，“知っているが利用していない”を1点，“知らない”を0点とスコア化し，一応機能していると考えられるが，このスコア化の信頼性と妥当性の検討については今後の課題であると考えている。

主観的QOLとHoehn and Yahrの重症度分類との関連をみるとⅢ群，Ⅳ群でⅠ群に比し有意にQOLスコアは低値を示した。また，日常生活動作との関連でも，障害がある群ではない群に比し，有意に低値を示した。de Boerら[13]は質問票によりパーキンソン病患者のQOLの評価を行い，“mobile”および“independent”患者群は“slightly dependent”患者群に比し，より高いQOLスコアを示し，“slightly dependent”患者群は援助とケアを必要とする“dependent”患者群に比し，より高い値を示したと述べている。このようにパーキンソン病患者のQOLは運動機能障害の程度に比例して低くなることが示唆された。

また，de Boerら[13]はパーキンソン病患者のQOLがCES-D depression scaleと逆相関したと報告している。うつ的気分は主観的幸福感とは対極にある感情であり，いわば当然の結果であると考えられる。加えて，Kuhn[14]はパーキンソン患者の運動機能が抑うつ状態によって影響を受けることを明らかにした。わたしどもも主観的QOLと，Self-rating Depression Scale（SDS）との関連も検討しているが，両スケールに共通する質問項目が含まれているため，相関するのは当然であり，今回は触れなかった。

最後に年齢，発症年齢，罹病期間，Barthel Indexスコア，Hoehn and Yahr重症度，社会資源サービス利用度スコアの6項目のX変数のうち，どのX変数がYである主観的QOLに影響しているかを知るために，変数間の関係をステップワイズ回帰によって検定した。そして，予測式は主観的QOL＝39.004 － 5.808（Hoehn and Yahr重症度）＋0.59（社会資源利用度スコア）で示された。危険率は$p=0.0004$で，この予測式は判断の材料として十分利用できるものであると考えられた。自由度修正済み決定係数は0.190であった。

これまで述べてきた主観的QOLと個々の因子との検討である程度予想できたように，重回帰分析によってHoehn and Yahr重症度と社会資源サービス利用度スコアが主観的QOLに強い影響力があることが示された。

運動機能障害がパーキンソン病患者QOLを悪化させる最大要因であり，従ってこれらの因子を改善させることがパーキンソン患者のQOLを向上させることになる。新しい抗パーキンソン病薬の開発に伴ってパーキンソン病の治療も飛躍的な進歩を遂げているが，しかしなお原因不明で疾患の進行を止めることも，根治的な治療も不可能である。

このような状況のなかで看護あるいは介護の立場から患者のケアに直接かかわるコメディカルの果たす役割は極めて大きなものがあるといわねばならない。藤井ら[15]はパーキンソン病患者のQOLを調査し，主観的満足感と最も関連する因子として，「生活上の注意点について理解している」と答えた場合であると述べている。対象となった被検者は，生活についての情報源を友の会から得ており，看護職からの情報は少なかったと報告し，専門的知識を有する看護職の関与や生活指導は患者のQOLを高めるのに重要であると述べて

いる。またMontgomeryら[16]は，パーキンソン病患者をhealth promotion program群とコントロール群に分類しQOLを検討している。health promotion programとは専門家が個々の患者の年齢，重症度，合併症，運動レベルを考慮した運動指導，食事指導，服薬方法などについての情報を患者に定期的に報告するシステムである。その結果，health promotion program群は開始前と比較して症状，活動時間，病気に伴う問題の管理において有意に改善を認めた。

患者にとって生活上の注意や病気についての知識など，あるいは社会資源サービス等に関する情報を得ることは単に知識を得たということだけでなく，それらを実践することにより，運動機能の改善のみならずうつ的気分の軽減なども期待できることはいうまでもない。例えばパーキンソン病体操や散歩を実行することにより，運動機能の改善が図られるのは当然であるし，精神的にもリラックスした気分になりうる。友の会に参加したり，小旅行あるいはイベントなどにも積極的に出かけるようになれば，生活にも張りができ，生きがいのある充実した人生を送ることが期待できる。Clarkeら[17]は，QOL上の有意な問題として住居，旅行，休日，趣味などをあげている。看護職や保健婦などの患者への積極的な心理的支援ー働きかけが，患者のQOLを向上させていく上で極めて重要な意義があることをあらためて認識する必要があると思われた。

V．む す び

パーキンソン病患者を対象に神経難病患者用に開発された評価尺度を用いて，主観的QOLを検討し，どのような個人的背景要因，疾病関連要因がもっとも影響をもたらすかを明らかにした。同時に社会資源サービスをどの程度理解し，利用しているかを調査した。各種社会資源サービスの理解と利用度では，“利用していると答えた割合”が最も高かったのは「患者会に参加」であった。次いで，「身体障害者手帳」，「住宅の改造」，「各種手当て」など経済的に実質的な利益を得る項目が上位を占めた。主観的QOLとHoehn and Yahrの重症度分類との関連をみるとⅢ群，Ⅳ群でⅠ群に比し有意にQOLスコアは低値を示した。また，日常生活動作との関連でも，障害がある群ではない群に比し，有意に低値を示した。現在の年齢，発症年齢，罹病期間，Barthel Indexスコア，Hoehn and Yahr重症度，SDSスコア，社会資源サービス利用度スコアの6項目の主観的QOLに及ぼす影響力を重回帰分析によって検定したところ，Hoehn and Yahr重症度と社会資源サービス利用度スコアが主観的QOLに強い影響力があることが判明した。

要　　約

パーキンソン病患者を対象に神経難病患者用に開発された評価尺度を用いて，主観的QOLを検討し，どのような個人的背景要因，疾病関連要因がもっとも影響をもたらすかを明らかにした。同時に社会資源サービスをどの程度理解し，利用しているかを調査した。各種社会資源サービスの理解と利用度では，“利用していると答えた割合”が最も高かったのは「患者会に参加」であった。次いで，「身体障害者手帳」，「住宅の改造」，「各種手当て」など経済的に実質的な利益を得る項目が上位を占めた。主観的QOLとHoehn and Yahrの重症度分類との関連をみるとⅢ群，Ⅳ群でⅠ群に比し有意にQOLスコアは低値を示した。また，日常生活動作との関連でも，障害がある群ではない群に比し，有意に低値を示した。現在の年齢，発症年齢，

罹病期間，Barthel Indexスコア，Hoehn and Yahr重症度，社会資源サービス利用度スコアの6項目の主観的QOLに及ぼす影響力を重■帰分析によって検定したところ，Hoehn and Yahr重症度と社会資源サービス利用度スコアが主観的QOLに強い影響力があることが判明した。

Abstract

Evaluation of the subjective quality of life in patients with Parkinson's disease

Hiroaki Takeuchi, MD, PhD, Michiko Mino, RN, Hiroko Kunikata, RN Satoshi Fujimoto, RN, Hisae Ito, RN

Subjective quality of life (QOL) is increasingly recognized as an important outcome variable of medical care, particularly for chronic neurological diseases such as Parkinson's disease (PD). Subjective well-being was evaluated in 67 PD outpatients (age: 67.2±7.0 S.D., range 49-83 years) using a 27 item QOL rating scale, newly developed by the Ministry of Health and Welfare of Japan. A activities of daily life (ADL) was also assessed by the Barthel Index (B.I.). Patient's utilization of the social resource services consisting of 15 items such as "day care" and "home help" was scored as 0, 1, or 2 points according to degree of utilizaion. The following results were obtained. The mean QOL score was 31.7±10.3 S.D. (54)*, and the mean B. I. score was 91.5±17.3 S.D. (100)* (B. I. 100, n=36, less than 100, n=31).

The number of patients receiving a utilization score of 2 points was comparatively high for several items such as "patients' organization" (56.7%), "official note of disabilities" and "house adaptation". Social resource services utilizaion scores for disabled patients (11.7±5.4 S.D.) were significantly higher than those for non-disabled patients (8.8±4.8 S.D., $p<.05$). These scores also showed a high correlation with disease duration ($r=.48$, $p<.0001$).

QOL scores for non-disabled patients (34.6±11.5 S.D.) were significantly higher than those for disabled patients (28.4±7.7 S.D., $p<.05$). QOL scores significantly decreased with increased in the Hoehn & Yahr Staging Scale ($p<.05$).

The overall scores, current age, onset age, disease duration, Barthel Index, social resource services utilization score, Hoehn & Yahr Staging Scale, and QOL score were statistically analyzed. Forward stepwise regression analysis revealed that the multiple regression function: (QOL scores) = 39.004 − 5.808 (Hoehn & Yahr Staging Scale) + 0.59 (social resource services utilization score) was useful for estimating the QOL score in PD (F-to-Enter 4.000, Adjusted R Squared.19, $p=.0004$). The results of this study indicate that physical impairment and social resource services are important impact factors affecting the subjective QOL outcomes in PD.

* Maximal score possible on this scale.

VI. 文　献

1）中島健二他：パーキンソン病の基礎と臨床疫学，治療，76(4)，pp.1107－1112，1994.

2）Karnofsky, DA. et al. : The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer, (Evaluation of Chemotherapeutic Agents Macleod CM ed), 191－205, Columbia University Press, New York, 1949.

3）Priestman, TJ. et al. : Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer, Lancet, 1 : pp.899－901, 1976.

4）星野明子他：神経難病患者のquality of life評価尺度の開発，日本公衛誌，42(12)，pp.1069－1082，1995.

5）箕輪眞澄：難病患者QOL評価の動向，(Quality of Life医療新次元の創造　萬代隆，日野原重明編著)，148－157，メディカルレビュー社，東京，1996.

6）Hoehn, MM. et al. : Parkinsonism-onset, progression and mortality-Neurology, 17, pp.427－442, 1967.

7）福田一彦他：日本版SDS使用手引，1－15，三京房，京都，1983.

8）厚生省医療保険局疾病対策課：難病対策提要平成8年版，1－8，厚健出版，東京，1996.

10）厚生省医療保険局疾病対策課：難病対策提要平成8年版，37－41，厚健出版，東京，1996.

11）Cummings, JL. : Depression and Parkinson's disease : a review, Am J Psychiatry, 149, pp.443－454, 1992.

12）Mayberg, HS. et al. : Depression in Parkinson's disease : a biochemical and organic viewpoint, (Behavioral Neurology of Movement Disorders, Advances in Neurology, Vol.65 Weiner WJ and Lang AE ed), 49－60, Raven Press, Ltd., New York, 1995.

13）de Boer, AG. et al. : Quality of life in patients with Parkinson's disease : development of a questionnaire, J Neurol Neurosurg Psychiatry, 61, pp.70－74, 1996.

14）Kuhn, W. et al.: The motor performance test series in Parkinson's disease is influenced by depression, J Neural Transm, 103 (3), pp.349－354, 1996.

15）藤井千枝子他：難病患者のQuality of Lifeの向上についての一考察　パーキンソン病患者の主観的満足感を通して，看護研究，30(4)，pp.273－283，1997.

16）Montgomery, Jr EB. et al. : Am J Med, 97(5), pp.429－435, 1994.

17）Clarke, CE. et al.: Quality of life and care in Parkinson's disease, BJCP, 49(6), pp.288－293, 1995.

（平成11年2月8日受付）

－原　著－

看護学臨地実習における学生の行動型と成長発達過程

Behavior Patterns and Developmental Process of Nursing Students in Clinical Learning

真壁五月　　野島良子
Satsuki Makabe　　Yoshiko Nojima

キーワード：臨地実習，行動型，成長発達
clinical learning, behavior patterns
growth and development

Ⅰ．はじめに

看護学教育における臨地実習は，学生が看護の働きをクライエントに実際に接して学ぶ総合的な学習活動である。臨地実習において，学生は看護の対象となった人々に対して，その人々が生活している環境において既習の知識や技術を適用しつつ看護することによって，看護活動の本質と機能，ならびに社会的価値を検証する様々な学習活動を総合的に行う[1]。学生は経験を通して新たな知識を獲得したり，技術を修練させるにとどまらず，実際的な問題に繰り返しぶつかる中で，試行錯誤し洞察力を働かせて問題解決に至る道筋を学習していくのである。

学習とは先行経験に基づいて，その人の行動型に生じた比較的永続的な変化，あるいはそうした行動型の変化を可能にするような内的過程[2)~5)]のことである。そして発達とは心身の構造や機能が連続的に変化していく過程のことであり，心的機能の分化と統合，身体と運動機能，知的機能，ならびに社会的行動の発達という諸側面をもっている[6)~8)]。したがって，学生が臨地実習において様々な経験を通して看護者として成長発達する過程は，学生の行動の変化として現れると考えられる。

実習中の学生の行動について，国内においては質問紙を用いてみた研究が少数ある[9)10)]これらの研究は，学生は全実習日程終了後には看護者として望ましい行動特性や性格特性を獲得していると結論づけている。行動型の変化からみえる実習中の学生の全体的特徴については，Windsor[11)]が学生との面接から，学生が，不安を感じて非常に神経質となり，臨地実習を技術だけを適用するところと認識し，自分に自信がなく，教師に大いに頼っている第1段階，自分を打ち破り看護者の役割を認識しようと一生懸命努力する第2段階，自分たちの役割を発展させたり，より自主的になることに興味をもって努力するに連れて臨床看護婦との親密度が深まり，逆に教師からは離れていく第3段階を同定している。学生の行動評価という観点からは，Bondy[12)]が，教員間の討議を基に臨地実習における学生の発達段階を，1)一人ではできないレベル，2)境界域レベル，3)助けてもらうと，自分でできるレベル，4)監督や指導のもとに，自分でできるレベル，5)手助けなしに，自分でで

広島大学医学部保健学科　Institute of Health Sciences Hiroshima University Faculty of Medicine

きるレベル，と同定し，看護ケアの実践評価5段階基準を開発している。Tower ら[13] と Hawly ら[14] はこの Bondy Scale を基により詳しい尺度を考案し，その有用性を報告している。Dunn[15] も，学生に頻繁に接しているエキスパート看護婦らから四次にわたって採取した情報を基に，学生の成長と発達を評価するための行動評価表の作成を試みている。しかし国内外を問わず，臨地実習中の学生が実際にとる行動を直接観察することによってその発現順序を体系的に明らかにした研究報告はまったく見あたらなかった。

臨地実習を学生にとって効果的な学習とするためには，学生個々の成長発達に合わせた指導が必要である[16)~19)]が，そのためには臨地実習の全過程を通して学生の成長発達度を評価する視点が必要である。けれども，看護教育の中でそのような評価の視点は明確にされていないのが現状である。

本研究では，臨地実習中の学生の成長発達度を適切に評価する道具を開発するための基礎的データを得る目的で，学生が臨地実習において実際にとる行動を逸話記録法によって採取し，これらの中から KJ 法を用いて特徴ある行動型を同定したのち，Fehring の診断内容妥当性モデル[20] (以下，DCV モデル) を用いてそれらの妥当性を検証した。

尚，本研究では臨地実習，行動，行動型，経験を各々次のように操作定義した。

臨地実習：学生自身が看護の対象となった人々に対して，既に学習した，あるいは学習しつつある知識・技能を用いてケアをしながら，それらの人々が生活する生きた環境において看護実践の本質・機能・方法を学ぶ学習活動の総体。

行動：学生が自分自身の内面の感情・意思・思考等の精神活動や，外部環境からの刺激に能動的に働きかけて起こす，外部に現れた観察可能な活動。

行動型：学生に共通的にみられる固定的で固有な行動。

経験：学生が臨地実習において実際的な事柄に何度かぶつかる中で，看護についての新たな知識や技能が生じてくること。

Ⅱ．研究方法

1．行動型の同定

1995年2月から同年11月までの間に，国立H総合大学の2年次から3年次の看護学臨地実習中の女子学生23名から，著者らの一人が逸話記録法によって学生の行動を215場面採取し，3名のパネラーが KJ 法を用いて個別に整理した上で，合議によって特徴ある行動型を同定し，類似の意味をもつ行動型別に分類してこれらに命名した。

2．行動型の検証

23名の学生から同定した行動型が，看護学生一般に共通してみられる行動型であることを確認するために，行動型出現頻度測定尺度と発現時期測定尺度を構成し，国公立看護系大学の看護教官467名を対象者として，郵送法による質問紙調査を行った (1997年7月)。

1）尺度構成

(1) 行動型出現頻度測定尺度：逸話記録法と KJ 法を用いて同定した行動型に対して，「非常にしばしばみられる」から「まったくみられない」までの5段階評定尺度を構成した。

(2) 行動型発現時期測定尺度：逸話記録法と KJ 法を用いて同定した行動型に対して，「実習前期」「実習中期」「実習後期」の3段階に「いつもみられる」を加えて評定尺度を構成した。また，発現時期に対する■答者の認識を一致させるために，基礎実習を開始する週からすべての実習日程を終了するまでの全実習期間を27週とし，基礎実習開始から第9週目までを「実習前期」，第10週目から第18週目までを「実習中期」，第19週目から第27週目までを「実習後期」と定義し，説明文

に加えた。

(3) 予備テスト：両尺度の易回答性をみるために，実習指導経験のある看護教員12名を対象に予備テストを行った。

2）分析方法

(1) 行動型の出現頻度の解析：DCV モデルによる加重評価法を用いて各行動型の評定値について平均評量値を求めた。また，統計パッケージ SPSS を用いて，主成分分析を行うとともに，各行動型間相互の順位相関係数（Spearman），ならびに類似度をみるためにユークリッド距離を求めた。

(2) 行動型発現時期の解析：各行動型の最も頻繁に発現する実習時期の選択率に差があるかどうかをみるためにχ^2検定を行った。

Ⅲ．結　　果

1．行動型の同定

採取された学生の行動は総数215場面（基礎看護学実習；27，成人看護学実習；42，精神看護学実習；146）である。これら215場面の中からさらに特徴ある行動型を54群抽出し，類似の意味をもつ行動型別に整理すると26行動型に分かれた。

表1　回答者の平均臨床経験年数及び平均教育経験年数

年　齢	回答者数 人	経験年数（カ月）							
		臨床経験				教育経験			
		mean	min	max	SD	mean	min	max	SD
20歳代	21	47.9	24.0	75.0	8.3	18.2	3.0	52.0	9.0
30歳代	59	70.4	12.0	156.0	24.1	52.3	3.0	160.0	29.7
40歳代	33	83.8	12.0	216.0	55.3	133.8	4.0	246.0	64.0
50歳代	12	131.3	36.0	360.0	72.6	224.1	60.0	360.0	82.4
60歳代	5	171.4	74.0	312.0	78.9	267.6	120.0	360.0	70.1
全　体	130	80.0	12.0	360.0	41.5	93.4	3.0	360.0	72.2

表2　実習時期別指導経験者数

年　齢	回答者数 人	実習時期別指導経験者数 人（%）		
		初期	中期	後期
20歳代	21	12 (57.1)	12 (57.1)	14 (66.7)
30歳代	59	43 (72.9)	44 (74.6)	47 (79.7)
40歳代	33	30 (90.9)	26 (78.8)	27 (81.8)
50歳代	12	8 (66.7)	12 (100)	12 (100)
60歳代	5	3 (60.0)	3 (60.0)	3 (60.0)
合　計	130	96 (73.9)	97 (74.6)	103 (79.2)

2．行動型の検証

質問紙の回収数は212（回収率；45.5%），有効回答数は130（有効回答率；27.8%）である。

1）回答者の属性

年齢別内訳：20歳代;21名(16.2%)，30歳代;59名(45.4%)，40歳代;33名(25.4%)，50歳代;12名(9.2%)，60歳代;5名(3.8%)であり，30歳代と40歳代の回答者が全体の70%を占めている。

平均臨床経験年数：80.0±41.5，範囲;12.0～360.0(カ月)（表1）。

平均教育経験年数：93.4±72.2，範囲;3.0～360.0(カ月)である（表1）。

実習時期別指導経験者数：表2に示す通りである。

2）行動型の出現頻度

各々の行動型の出現頻度に対する評定値の平均秤量値についてみると，26行動型のうち20行動型が0.51以上を示し，残りの6行動型は0.51未満であった（表3）。

3）行動型の発現時期

各々の行動型が最も頻繁に認められる実習時期の選択率に差があるかどうかについてχ^2検定を行ったところ，すべての行動型について，1％の有意水準で実習時期の選択率に差が認められた（表4）。

出現頻度の平均秤量値が0.51以上を示した20行動型のうち，(1)実習初期に最も頻繁に認められるのは次の12行動型である；「何が清潔で何が不潔か，何が正常で何が正常でないかなど基本的なことの区別がつかない」「ベッドサイドで何をすればよいか判断できない」「ベッドサイドへ行くことを躊躇する」「教師にしばしば助けを求めてくる」「自分の日常生活での経験を，患者の行動や患者へのケアへ結びつけられない」「目の前のこ

表3　26行動型の出現頻度

n＝130

行動型	平均秤量値±標準偏差
1．患者や教師に対して笑顔を見せる	0.79±0.14
2．患者のケアを始めようとするときに緊張する	0.78±0.14
3．患者に対するケアが1つ成功すると，次の行動がより迅速に自然になる	0.72±0.15
4．患者の言動に一喜一憂する	0.71±0.15
5．きっかけや手がかりを与えられると，何をすればよいか自分で判断できる	0.69±0.15
6．目の前のことだけに集中する	0.68±0.15
7．教師にしばしば助けを求めてくる	0.66±0.17
8．患者を中心とした判断ができる	0.64±0.16
9．自分自身の行動が看護ケアとして成り立っていても，指摘されるまで気づかない	0.63±0.16
10．患者の状態に関して適切な予測ができない	0.61±0.15
11．自分の日常生活での経験を，患者の行動や患者へのケアへ結びつけられない	0.60±0.17
12．社会人としてのマナーを守れる	0.58±0.14
13．独立してひとりずつ行動する	0.57±0.16
14．患者を客観的に観ることができる	0.56±0.12
15．ベッドサイドで何をすればよいか判断できない	0.56±0.15
16．何が清潔で何が不潔か，何が正常で何が正常でないかなど基本的なことの区別がつかない	0.55±0.16
17．教師に注意されると意気消沈する	0.55±0.17
18．ベッドサイドへ行くことを躊躇する	0.54±0.15
19．自分自身の行動や考え方の特徴に自分で気づく	0.51±0.16
20．患者のケアの最中に技術を失敗する	0.51±0.13
21．患者に対して自分が行ったこと・わかったことを教師に誇らしく報告する	0.49±0.15
22．教師やナースの手助けなしに行動する	0.42±0.17
23．手を巧みに使える	0.42±0.14
24．患者自身よりも病院の環境に目が向く	0.42±0.17
25．同時に2つ以上の仕事をこなすことができる	0.32±0.12
26．患者が目の前にいないかのように振る舞う／患者の存在を忘れる	0.28±0.14

表4　26 行 動 型 の 発 現 時 期

行　動　型 （　）内は省略表示	回答数 人	選択された実習時期　人（%） 初 期	中 期	後 期	いつも	χ^2値 有意水準
16. 何が清潔で何が不潔か，何が正常で何が正常でないかなど基本的なことの区別がつかない（清潔不潔）	n＝128	103 (80.5)	10 (7.8)	3 (2.3)	12 (9.4)	211.437 ρ<0.01＊＊
15. ベッドサイドで何をすればよいか判断できない（ベッド何）	n＝129	97 (75.2)	19 (14.7)	2 (1.6)	11 (8.5)	177.821 ρ<0.01＊＊
18. ベッドサイドへ行くことを躊躇する（躊躇する）	n＝127	94 (74.0)	14 (11.0)	4 (3.1)	15 (11.8)	165.062 ρ<0.01＊＊
6. 目の前のことだけに集中する（集中）	n＝130	90 (69.2)	12 (9.2)	2 (1.5)	26 (20.0)	144.584 ρ<0.01＊＊
26. 患者が目の前にいないかのように振る舞う／患者の存在を忘れる（患者忘れ）	n＝116	79 (68.1)	19 (16.4)	10 (8.6)	8 (6.9)	117.310 ρ<0.01＊＊
20. 患者のケアの最中に技術を失敗する（技術失敗）	n＝129	85 (65.9)	27 (20.9)	2 (1.6)	15 (11.6)	124.736 ρ<0.01＊＊
10. 患者の状態に関して適切な予測ができない（予測不可）	n＝129	83 (64.3)	19 (14.7)	5 (3.9)	22 (17.1)	111.589 ρ<0.01＊＊
24. 患者自身よりも病院の環境に目が向く（環境）	n＝120	75 (62.5)	19 (15.8)	13 (10.8)	13 (10.8)	90.800 ρ<0.01＊＊
11. 自分の日常生活での経験を，患者の行動や患者へのケアへ結びつけられない（日常生活）	n＝130	73 (56.2)	22 (16.9)	4 (3.1)	31 (23.8)	78.923 ρ<0.01＊＊
9. 自分自身の行動が看護ケアとして成り立っていても，指摘されるまで気づかない（ケア指摘）	n＝127	69 (54.3)	34 (26.8)	4 (3.1)	20 (15.7)	116.326 ρ<0.01＊＊
7. 教師にしばしば助けを求めてくる（助け求め）	n＝130	69 (53.1)	20 (15.4)	3 (2.3)	38 (29.2)	73.507 ρ<0.01＊＊
2. 患者のケアを始めようとするときに緊張する（ケア緊張）	n＝129	68 (52.7)	9 (7.0)	2 (1.6)	50 (38.8)	94.534 ρ<0.01＊＊
17. 教師に注意されると意気消沈する（意気消沈）	n＝126	56 (44.4)	17 (13.5)	6 (4.8)	47 (37.3)	54.000 ρ<0.01＊＊
4. 患者の言動に一喜一憂する（一喜一憂）	n＝130	50 (38.5)	18 (13.8)	3 (2.3)	59 (45.4)	64.276 ρ<0.01＊＊
21. 患者に対して自分が行ったこと・わかったことを教師に誇らしく報告する（教師報告）	n＝124	45 (36.3)	29 (23.4)	16 (12.9)	34 (27.4)	14.000 ρ<0.01＊＊
5. きっかけや手がかりを与えられると，何をすればよいか自分で判断できる（きっかけ）	n＝130	13 (10.0)	50 (38.5)	47 (36.2)	20 (15.4)	32.400 ρ<0.01＊＊
3. 患者に対するケアが1つ成功すると，次の行動がより迅速に自然になる（成功迅速）	n＝130	10 (7.7)	47 (36.2)	43 (33.1)	30 (23.1)	25.630 ρ<0.01＊＊
25. 同時に2つ以上の仕事をこなすことができる（同時2つ）	n＝126	4 (3.2)	13 (10.3)	103 (81.7)	6 (4.8)	217.809 ρ<0.01＊＊
23. 手を巧みに使える（手が巧み）	n＝125	7 (5.6)	13 (10.4)	97 (77.6)	8 (6.4)	185.112 ρ<0.01＊＊
22. 教師やナースの手助けなしに行動する（助けなし）	n＝129	3 (2.3)	25 (19.4)	95 (73.6)	6 (4.7)	171.620 ρ<0.01＊＊
14. 患者を客観的に観ることができる（客観的）	n＝130	3 (2.3)	26 (20.0)	91 (70.0)	10 (7.7)	148.953 ρ<0.01＊＊
13. 独立してひとりずつ行動する（独立行動）	n＝125	7 (5.6)	22 (17.6)	84 (67.2)	12 (9.6)	122.456 ρ<0.01＊＊
8. 患者を中心とした判断ができる（患者中心）	n＝130	7 (5.4)	21 (16.2)	85 (65.4)	17 (13.1)	116.276 ρ<0.01＊＊
19. 自分自身の行動や考え方の特徴に自分で気づく（特徴発見）	n＝129	6 (4.7)	36 (27.9)	78 (60.5)	9 (7.0)	103.465 ρ<0.01＊＊
12. 社会人としてのマナーを守れる（社会人）	n＝127	22 (17.3)	16 (12.6)	57 (44.9)	32 (25.2)	30.889 ρ<0.01＊＊
1. 患者や教師に対して笑顔を見せる（笑顔）	n＝127	16 (12.6)	14 (11.0)	21 (16.5)	76 (59.8)	83.047 ρ<0.01＊＊

とだけに集中する」「教師に注意されると意気消沈する」「患者のケアを始めようとするときに緊張する」「患者のケアの最中に技術を失敗する」「患者の状態に関して適切な予測ができない」「患者の言動に一喜一憂する」「自分自身の行動が看護ケアとして成り立っていても，指摘されるまで気づかない」。(2)実習中期から後期にかけて頻繁に認められるのは次の2行動型である；「きっかけや手がかりを与えられると，何をすればよいか自分で判断できる」「患者に対するケアが1つ成功すると，次の行動がより迅速に自然になる」。(3)実習後期に最も頻繁に認められるのは次の5行動型である；「独立してひとりずつ行動する」「自分自身の行動や考え方の特徴に自分で気づく」「患者を客観的に観ることができる」「患者を中心とした判断ができる」「社会人としてのマナーを守れる」。(4)実習時期にかかわりなくいつもみられる，とされた行動型は「患者や教師に対して笑顔を見せる」である。これらの結果は，23名の学生に認められた行動型の発現時期とほぼ一致している。

出現頻度の秤量値が0.51未満であった6行動型のうち，(1)実習初期に頻繁に認められるのは次の3行動型である：「患者が目の前にいないかのように振る舞う／患者の存在を忘れる」「患者自身よりも病院の環境に目が向く」「患者に対して自分が行ったこと・わかったことを教師に誇らしく報告する」。(2)実習後期に頻繁に認められるのは次の3行動型である：「教師やナースの手助けなしに行動する」「同時に2つ以上の仕事をこなすことができる」「手を巧みに使える」。実習中期，あるいは，いつもみられる，とされた行動型はなかった。

4）行動型の構成因子

主成分分析の結果，累積寄与率43.78％で4主成分が抽出された（表5）。

因子負荷量0.40以上でみると，第1主成分には，「何が清潔で何が不潔か，何が正常で何が正常でないかなど基本的なことの区別がつかない」「ベッドサイドで何をすればよいか判断できない」「自分の日常生活での経験を，患者の行動や患者へのケアへ結びつけられない」「患者の状態に関して適切な予測ができない」「目の前のことだけに集中する」「ベッドサイドへ行くことを躊躇する」「患者のケアの最中に技術を失敗する」「患者が目の前にいないかのように振る舞う／患者の存在を忘れる」「手を巧みに使える」「きっかけや手がかりを与えられると，何をすればよいか自分で判断できる」「自分自身の行動が看護ケアとして成り立っていても，指摘されるまで気づかない」「同時に2つ以上の仕事をこなすことができる」「教師にしばしば助けを求めてくる」「患者を中心とした判断ができる」「教師に注意されると意気消沈する」「患者を客観的に観ることができる」の16行動型が含まれている。これらは看護ケアの正確性や安全性に関わっていると思われ，第1主成分を「看護ケアの正確性・安全性」と命名した。

第2主成分には，「患者の言動に一喜一憂する」「患者に対するケアが1つ成功すると，次の行動がより迅速に自然になる」「患者を中心とした判断ができる」「教師にしばしば助けを求めてくる」「患者や教師に対して笑顔を見せる」「患者のケアを始めようとするときに緊張する」「社会人としてのマナーを守れる」の7行動型が含まれている。これらは学生が患者から影響を受けていることを示していると思われ，「患者の影響性」と命名した。

第3主成分には，「独立してひとりずつ行動する」「患者に対して自分が行ったこと・わかったことを教師に誇らしく報告する」「きっかけや手がかりを与えられると，何をすればよいか自分で判断できる」「患者や教師に対して笑顔を見せる」の4行動型が含まれている。これらは学生が教師から影響を受けていることを表していると思われ，

表5　26 行 動 型 の 主 成 分

行　動　型	成　　分			
	第1主成分	第2主成分	第3主成分	第4主成分
16. 清潔不潔	.648	−.003	.169	.319
15. ベッド何	.632	.257	.020	.246
11. 日常生活	.558	.097	−.151	.008
10. 予測不可	.545	.321	−.124	.125
6. 集　中	.567	.227	−.018	.211
18. 躊躇する	.504	.048	.274	−.004
20. 技術失敗	.519	.230	−.231	.150
26. 患者忘れ	.467	−.182	.306	.326
23. 手が巧み	−.462	.351	−.078	−.078
5. きっかけ	−.461	.332	.449	.123
9. ケア指摘	.444	.209	−.001	−.007
25. 同時2つ	−.443	.291	.016	.094
7. 助け求め	.441	.553	−.151	−.286
8. 患者中心	−.439	.555	−.028	−.016
17. 意気消沈	.425	.373	.351	−.227
14. 客観的	−.416	.351	.150	.150
4. 一喜一憂	.219	.638	.067	−.168
3. 成功迅速	−.182	.571	.325	.243
1. 笑　顔	−.256	.551	−.429	−.128
2. ケア緊張	.381	.543	−.045	−.139
12. 社会人	−.395	.471	.052	.005
13. 独立 行動	−.343	.108	−.474	.527
21. 教師報告	−.144	.186	.457	−.225
22. 助けなし	−.311	.001	.191	.605
24. 環　境	.252	.078	.271	.349
19. 特徴発見	−.390	.283	.204	.285
固　有　値	4.949	3.242	1.632	1.560
寄 与 率（%）	19.033	12.469	6.277	6.002
累積寄与率（%）	19.033	31.502	37.779	43.780
命　　名	看護ケアの正確性・安全 性	患者の影響 性	教師の影響 性	学生の自立 性

「教師の影響性」と命名した。

第4主成分には，「教師やナースの手助けなしに行動する」「独立してひとりずつ行動する」の2行動型が含まれている。これらは学生の自立性に関連していると考えられ，「学生の自立性」と命名した。

5）行動型間相互の関係

26行動型間相互の関係を，Spearmanの順位相関係数（表6）と，ユークリッド距離（単位：d）でみると次のような結果が得られた（表7）。

(1)順位相関係数；①平均秤量値0.51以上で，実習初期に最も頻繁である，あるいはいつもみられるが実習初期に最も頻繁に認められる以下の12行動型間の多くに有意な正の相関が認められた（r＝0.176～0.422；p〈0.01またはp〈0.05）：「何が清潔で何が不潔か，何が正常で何が正常でないかなど基本的なことの区別がつかない」「ベッドサイドで何をすればよいか判断できない」「ベッドサイドへ行くことを躊躇する」「教師にしばしば助けを求めてくる」「自分の日常生活での経験を，患者の行動や患者へのケアへ結びつけられない」「目の前のことだけに集中する」「教師に注意されると意気消沈する」「患者のケアを始めようとするときに緊張する」「患者のケアの最中に技術を失敗する」「患者の状態に関して適切な予測ができない」「患者の言動に一喜一憂する」「自分自身の行動が看護ケアとして成り立っていても，指摘されるまで気づかない」。②平均秤量値0.51以上で，実習中期から実習後期に最も頻繁に認められる以下の7行動型間の多くに有意な正の相関が認められた（r＝0.181～0.469；p〈0.01またはp〈0.05）：「きっかけや手がかりを与えられると，何をすればよいか自分で判断できる」「患者に対するケアが1つ成功すると，次の行動がより迅速に自然になる」「独立してひとりずつ行動する」「自分自身の行動や考え方の特徴に自分で気づく」「患者を客観的に観ることができる」「患者を中心とした判断ができる」「社会人としてのマナーを守れる」。③実習初期に最も頻繁に認められる12行動型と，実習中期から実習後期に最も頻繁に認められる7行動型間では，その多くに有意な負の相関が認められた（r＝−0.176～−0.303；p〈0.01またはp〈0.05）。

(2)ユークリッド距離；①平均秤量値0.51以上で，実習初期に最も頻繁である，あるいはいつもみられるが実習初期に最も頻繁に認められる以下の12行動型間相互では，d＝2.291～3.775であった：「何が清潔で何が不潔か，何が正常で何が正常でないかなど基本的なことの区別がつかない」「ベッドサイドで何をすればよいか判断できない」「ベッドサイドへ行くことを躊躇する」「教師にしばしば助けを求めてくる」「自分の日常生活での経験を，患者の行動や患者へのケアへ結びつけられない」「目の前のことだけに集中する」「教師に注意されると意気消沈する」「患者のケアを始めようとするときに緊張する」「患者のケアの最中に技術を失敗する」「患者の状態に関して適切な予測ができない」「患者の言動に一喜一憂する」「自分自身の行動が看護ケアとして成り立っていても，指摘されるまで気づかない」。②平均秤量値0.51以上で，実習中期から実習後期に最も頻繁に認められる以下の7行動型間相互では，d＝2.046～3.588であった：「きっかけや手がかりを与えられると，何をすればよいか自分で判断できる」「患者に対するケアが1つ成功すると，次の行動がより迅速に自然になる」「独立してひとりずつ行動する」「自分自身の行動や考え方の特徴に自分で気づく」「患者を客観的に観ることができる」「患者を中心とした判断ができる」「社会人としてのマナーを守れる」。③実習初期に最も頻繁に認められる12行動型と，実習中期から実習後期に最も頻繁に認められる7行動型間では，d＝2.512～4.243であった。

表6　26行動型間相互のSpearmanの順位相関係数

（単位：r）

	16. 清潔不潔	15. ベッド何	18. 躊躇する	6. 集中	26. 患者忘れ	20. 技術失敗	10. 予測不可	24. 環境	11. 日常生活	9. ケア指摘	7. 助け求め	2. ケア緊張	17. 意気消沈
16. 清潔不潔	1.000	.335**	.274**	.422**	.308**	.290**	.263**	194*	.402**	.302**	.196*	.325**	.121
15. ベッド何	.335**	1.000	.388**	.348**	.303**	.359**	.355**	.166	.359**	313**	.336**	.299**	.229**
18. 躊躇する	.274**	.388**	1.000	.137	.227*	.164	.140	.049	.162	.192*	256**	.303**	125
6. 集中	.422**	.348**	.137	1.000	.158	.227**	279**	120	.318**	.331**	.301**	.270**	.307**
26. 患者忘れ	.308**	.303**	.227*	.158	1.000	.166	.067	306**	.117	.060	.030	.023	.144
20. 技術失敗	.290**	.359**	.164	227**	.166	1.000	.296**	.156	.142	153	274**	267**	.263**
10. 予測不可	.263**	.355**	.140	.279**	.067	.296**	1.000	.202*	.254**	.254**	.352**	.286**	.158
24. 環境	194*	.166	.049	120	.306**	.156	.202*	1.000	-.014	.063	.093	.050	.018
11. 日常生活	.402**	.359**	162	.318**	.117	.142	.254**	-.014	1.000	.218*	232**	.208*	.172
9. ケア指摘	.302**	.313**	.192*	.331**	.060	.153	.254**	.063	.218*	1.000	234**	201*	.202*
7. 助け求め	.196*	.336**	.256**	.301**	.030	.274**	.352**	.093	.232**	.234**	1.000	.374**	.318**
2. ケア緊張	.325**	.299**	.303**	.270**	.023	.267**	.286**	.050	.208*	.201*	.374**	1.000	.273**
17. 意気消沈	.121	229**	125	.307**	.144	.263**	.158	.018	172	.202*	318**	273**	1.000
4. 一喜一憂	.034	.145	.024	.328**	-.152	.176*	.331**	.035	144	229**	.375**	.329**	-.376**
21. 教師報告	-.148	-.006	-.063	-.051	.042	-.120	-.075	.101	-.144	-.029	085	089	.110
5. きっかけ	-.284**	-.216*	-.098	-.070	-.214*	-.215*	-.154	-.059	-.255**	-.128	-.062	.049	.064
3. 成功迅速	-.082	.007	-.029	.114	-.098	-.048	.119	-.064	.031	.038	.170	.142	.231**
25. 同時2つ	-.359**	-.040	-.218*	-.163	-.177*	-.124	-.174*	-.072	-.200*	-.047	-.071	-.110	.030
23. 手が巧み	-.268**	-.168	-.170	-.093	-.144	-.119	-.237**	-.056	-.235**	-.180*	-.078	.083	.041
22. 助けなし	-.052	-.117	.129	.003	-.106	-.085	-.128	.048	-.173	-.056	-.314**	-.159	-.148
14. 客観的	-149	-.148	-.167	.000	-.249**	-.121	-.137	-.089	-.111	-.042	-.022	.113	-.019
13. 独立行動	-.112	-.016	-.303**	-.135	-221*	.051	-.056	-.110	-.124	-.197*	-.151	-.200*	-.241**
8. 患者中心	-.132	-.115	-.191*	-.206*	-.264**	-.096	-.029	-.049	-.199*	134	.083	.065	-.028
19. 特徴発見	-.181*	-.001	-.064	-.136	-107	-.139	-.106	-.039	-.079	-.063	-.120	.044	-.136
12. 社会人	-.139	-.080	-.176*	-.086	-.232**	-.004	-.059	.052	-.129	-.052	.083	.055	-.071
1. 笑顔	-.016	-.079	-.147	.027	-.242**	-.077	-.011	-.094	-.130	.133	.297**	.203*	-.039

	4. 一喜一憂	21. 教師報告	5. きっかけ	3. 成功迅速	25. 同時2つ	23. 手が巧み	22. 助けなし	14. 客観的	13. 独立行動	8. 患者中心	19. 特徴発見	12. 社会人	1. 笑顔
16. 清潔不潔	.034	-.148	-.284**	-.082	-.359**	-.268**	-.052	-.149	-.112	-.132	-181*	-.139	-.016
15. ベッド何	.145	-.006	-.216*	.007	-.040	-.168	-.117	-.148	-.016	-.115	-.001	-.080	-.079
18. 躊躇する	.024	-.063	-.098	.029	-.218*	-.170	-.129	-.167	-.303**	-.191*	-.064	-.176*	-.147
6. 集中	.328**	-.051	-.070	.114	-.163	-.093	.003	.000	-.135	-.206*	-.136	-.086	.027
26. 患者忘れ	-.152	.042	-.214*	-.098	-.177*	-.144	-.106	-.249**	-.221*	-.264**	-.107	-.232**	-.242**
20. 技術失敗	176*	-.120	-.215*	-.048	-.124	-.119	-.085	-.121	.051	-.096	-.139	-.004	.077
10. 予測不可	.331**	-.075	-.154	.119	-.174*	-.237**	-.128	-.137	-.056	-.029	-.106	-.059	011
24. 環境	.035	.101	-.059	-.064	-.072	-.056	.048	-.089	-.110	-.049	-.039	.052	-.094
11. 日常生活	.144	-.144	-.255**	.031	-.200*	-.235**	-.173	-111	-.124	-.199*	-.079	-.129	-.130
9. ケア指摘	.229**	-.029	-.128	038	-.047	-.180*	.056	-.042	-.197*	134	-.063	-.052	133
7. 助け求め	.375**	.085	-.062	.170	-.071	-.078	-.314**	-.022	-.151	.083	-.120	.083	.297**
2. ケア緊張	.329**	.089	.049	.142	-.110	.083	-.159	.113	-.200*	.065	.044	.055	.203*
17. 意気消沈	.376**	110	.064	.231**	.030	.041	-148	-.019	-.241**	-.028	-.136	-.071	-.039
4. 一喜一憂	1.000	.094	.157	.335**	.014	.146	-.066	-.015	-.118	.226**	.100	.072	.209*
21. 教師報告	.094	1.000	.121	.049	.047	.092	-.030	.152	-.065	.179*	.190*	.176*	.000
5. きっかけ	.157	.121	1.000	.469**	.248**	180*	.269**	.190*	.128	.242**	.287**	.220*	168
3. 成功迅速	.335**	.049	.469**	1.000	.236**	254**	.146	.172	.129	.368**	.297**	.192*	.238**
25. 同時2つ	.014	.047	.248**	.236**	1.000	.251**	.203*	.210*	.137	.221*	.255**	209*	.180*
23. 手が巧み	.146	.092	.180*	254**	251**	1.000	.027	.326**	.208*	.242**	.189*	302**	.260**
22. 助けなし	-.066	-.030	.269**	.146	.203*	.027	1.000	.114	.266**	.183*	.149	.111	005
14. 客観的	-.015	.152	.190*	172	.210*	.326**	.114	1.000	317**	.342**	.218*	.373**	.304**
13. 独立行動	-.118	-.065	.128	129	.137	208*	266**	.317**	1.000	.181*	.208*	.253**	.157
8. 患者中心	.226**	179*	.242**	.368**	221*	242**	.183*	.342**	181*	1.000	.219*	.405**	.477**
19. 特徴発見	.100	.190*	.287**	.297**	255**	189*	.149	218*	.208*	.219*	1.000	241**	.076
12. 社会人	.072	.176*	.220*	.192*	.209*	.302**	111	.373**	.253**	.405**	.241**	1.000	.323**
1. 笑顔	.209*	.000	.168	.238**	.180*	.260**	.005	.304**	.157	.477**	.076	.323**	1.000

表7　26行動型間相互のユークリッド距離

（単位：d）

	16. 清潔不潔	15. ベッド何	18. 躊躇する	6. 集中	26. 患者忘れ	20. 技術失敗	10. 予測不可	24. 環境	11. 日常生活	9. ケア指摘	7. 助け求め	2. ケア緊張	17. 意気消沈
16. 清潔不潔		2.487	2.562	2.646	3.791	2.500	2.586	3.102	2.462	2.646	3.072	3.518	2.817
15. ベッド何	2.487		2.291	2.658	3.849	2.332	2.264	3.031	2.449	2.512	2.669	3.419	2.550
18. 躊躇する	2.562	2.291		3.132	3.783	2.537	2.693	3.092	2.850	2.727	2.979	3.614	2.693
6. 集中	2.646	2.658	3.132		5.050	3.062	2.462	3.953	2.512	2.318	2.537	2.669	2.861
26. 患者忘れ	3.791	3.849	3.783	5.050		3.657	4.493	3.021	4.465	4.704	5.190	6.124	3.945
20. 技術失敗	2.500	2.332	2.537	3.062	3.657		2.562	2.850	2.926	2.872	2.947	3.775	2.634
10. 予測不可	2.586	2.264	2.693	2.462	4.493	2.562		3.288	2.449	2.358	2.449	2.990	2.669
24. 環境	3.102	3.031	3.092	3.953	3.021	2.850	3.288		3.614	3.691	3.961	4.835	3.269
11. 日常生活	2.462	2.449	2.850	2.512	4.465	2.926	2.449	3.614		2.537	2.693	3.211	2.850
9. ケア指摘	2.646	2.512	2.727	2.318	4.704	2.872	2.358	3.691	2.537		2.610	2.915	2.681
7. 助け求め	3.072	2.669	2.979	2.537	5.190	2.947	2.449	3.961	2.693	2.610		2.610	2.850
2. ケア緊張	3.518	3.419	3.614	2.669	6.124	3.775	2.990	4.835	3.211	2.915	2.610		3.544
17. 意気消沈	2.817	2.550	2.693	2.861	3.945	2.634	2.669	3.269	2.850	2.681	2.850	3.544	
4. 一喜一憂	3.491	3.122	3.482	2.437	5.662	3.419	2.525	4.308	2.958	2.634	2.372	2.437	3.041
21. 教師報告	3.482	3.269	3.192	3.791	3.841	3.260	3.473	3.062	3.579	3.464	3.614	4.345	3.010
5. きっかけ	3.717	3.536	3.446	3.052	5.540	3.750	3.202	4.206	3.500	3.031	3.182	2.969	3.335
3. 成功迅速	3.775	3.473	3.614	2.872	5.755	3.889	2.990	4.541	3.307	3.062	2.926	2.784	3.419
25. 同時2つ	4.123	3.783	3.717	4.899	2.979	3.588	4.235	3.041	4.337	4.359	4.710	5.172	3.733
23. 手が巧み	3.464	3.288	3.192	3.969	3.373	3.021	3.509	2.872	3.683	3.674	3.913	4.650	3.052
22. 助けなし	3.391	3.491	3.326	4.047	3.354	3.221	3.614	2.894	3.800	3.606	4.366	5.000	3.544
14. 客観的	2.947	2.872	2.915	2.990	4.235	2.839	2.806	3.231	2.872	2.795	3.062	3.437	2.806
13. 独立行動	3.142	2.926	3.363	3.335	4.514	2.958	2.969	3.536	3.231	3.279	3.382	3.905	3.473
8. 患者中心	3.391	3.250	3.345	3.182	5.099	3.335	2.905	3.841	3.288	2.646	2.861	3.122	3.211
19. 特徴発見	3.553	3.231	3.250	3.742	4.213	3.335	3.437	3.317	3.455	3.428	3.767	4.243	3.491
12. 社会人	3.122	2.883	2.990	3.000	4.514	2.850	2.750	3.279	2.969	2.806	2.795	3.354	2.926
1. 笑顔	3.992	3.937	4.198	3.052	6.457	4.131	3.410	5.117	3.708	3.152	2.850	2.437	4.016

	4. 一喜一憂	21. 教師報告	5. きっかけ	3. 成功迅速	25. 同時2つ	23. 手が巧み	22. 助けなし	14. 客観的	13. 独立行動	8. 患者中心	19. 特徴発見	12. 社会人	1. 笑顔
16. 清潔不潔	3.491	3.482	3.717	3.775	4.123	3.464	3.391	2.947	3.142	3.391	3.553	3.122	3.992
15. ベッド何	3.122	3.269	3.536	3.473	3.783	3.288	3.491	2.872	2.926	3.250	3.231	2.883	3.937
18. 躊躇する	3.482	3.192	3.446	3.614	3.717	3.192	3.326	2.915	3.363	3.345	3.250	2.990	4.198
6. 集中	2.437	3.791	3.052	2.872	4.899	3.969	4.047	2.990	3.335	3.182	3.742	3.000	3.052
26. 患者忘れ	5.662	3.841	5.540	5.755	2.979	3.373	3.354	4.235	4.514	5.099	4.213	4.514	6.457
20. 技術失敗	3.419	3.260	3.750	3.889	3.588	3.021	3.221	2.839	2.958	3.335	3.335	2.850	4.131
10. 予測不可	2.525	3.473	3.202	2.990	4.235	3.509	3.614	2.806	2.969	2.905	3.437	2.750	3.410
24. 環境	4.308	3.062	4.206	4.541	3.041	2.872	2.894	3.231	3.536	3.841	3.317	3.279	5.117
11. 日常生活	2.958	3.579	3.500	3.307	4.337	3.683	3.800	2.872	3.231	3.288	3.455	2.969	3.708
9. ケア指摘	2.634	3.464	3.031	3.062	4.359	3.674	3.606	2.795	3.279	2.646	3.428	2.806	3.152
7. 助け求め	2.372	3.614	3.182	2.926	4.710	3.913	4.366	3.062	3.382	2.861	3.767	2.795	2.850
2. ケア緊張	2.437	4.345	2.969	2.784	5.712	4.650	5.000	3.437	3.905	3.122	4.243	3.354	2.437
17. 意気消沈	3.041	3.010	3.335	3.419	3.733	3.052	3.544	2.806	3.473	3.211	3.491	2.926	4.016
4. 一喜一憂		3.881	2.739	2.512	5.081	4.054	4.423	3.202	3.473	2.634	3.683	2.926	2.622
21. 教師報告	3.881		3.649	4.062	3.317	2.850	3.122	2.817	3.464	3.260	3.000	2.872	4.576
5. きっかけ	2.739	3.649		2.165	4.670	3.800	3.865	2.828	3.152	2.512	3.288	2.634	2.828
3. 成功迅速	2.512	4.062	2.165		5.099	4.138	4.373	3.132	3.317	2.550	3.588	2.979	2.634
25. 同時2つ	5.081	3.317	4.670	5.099		2.372	2.716	3.345	3.758	4.198	3.298	3.623	5.695
23. 手が巧み	4.054	2.850	3.800	4.138	2.372		2.693	2.462	2.894	3.279	2.828	2.716	4.630
22. 助けなし	4.423	3.122	3.865	4.373	2.716	2.693		2.883	3.102	3.482	3.021	3.162	4.981
14. 客観的	3.202	2.817	2.828	3.132	3.345	2.462	2.883		2.305	2.358	2.562	2.046	3.373
13. 独立行動	3.473	3.464	3.152	3.317	3.758	2.894	3.102	2.305		2.850	2.937	2.449	3.631
8. 患者中心	2.634	3.260	2.512	2.550	4.198	3.279	3.482	2.358	2.850		3.021	2.151	2.658
19. 特徴発見	3.683	3.000	3.288	3.588	3.298	2.828	3.021	2.562	2.937	3.021		2.693	4.220
12. 社会人	2.926	2.872	2.634	2.979	3.623	2.716	3.162	2.046	2.449	2.151	2.693		3.152
1. 笑顔	2.622	4.576	2.828	2.634	5.695	4.630	4.981	3.373	3.631	2.658	4.220	3.152	

Ⅳ．考　　察

1．学生一般に共通してみられる行動型

行動型の出現頻度についてみると，評定値の平均秤量値が0.51以上0.80未満の行動型が20項目，0.51未満の行動型が6項目であった。DCV モデルの加重評価基準に従って平均秤量値が0.51未満の行動型を除外すると，23名の学生から同定した26行動型のうち，臨地実習中に非常に頻繁に認められるとされた行動型は皆無であったが，20項目が頻繁に認められる行動型であるとみなされ，これらが臨地実習中の学生一般に共通してみられる行動型であると言える。

平均秤量値が0.51に満たなかった6行動型についてみると，「患者に対して自分の行ったこと・わかったことを教師に誇らしく報告する」は平均秤量値が0.49であり，実習中の学生に全く認められない行動型というわけではない。他の5行動型について，それらが最も頻繁に認められる時期をみると，2行動型では実習初期に，3行動型では実習後期に回答が集中し，頻繁に認められるとされた20行動型と統計的に有意な正，または負の相関関係が認められる。今回の調査では行動型の重要度については訊ねなかったが，出現頻度の少ないこれら5行動型もその意味に重要な示唆を含んでいると思われる。

2．行動型の発現時期とその意味

臨地実習中の学生に頻繁に認められると同意を得た20行動型の発現時期を実習時期別にみると，実習初期に最も頻繁に認められるとされた行動型は実習後期になるほどその回答数が減少し，他方，実習後期に最も頻繁に認められるとされた行動型は実習初期とする回答が非常に少なく，実習中期，実習後期へと回答数が増加している。行動型間の相関係数をみると，実習初期に最も頻繁に認められるとされた12行動型間相互の多くに統計的に有意な正の相関が認められ，実習中期から後期に頻繁に認められるとされた7行動型間相互の多くにも同様の関係が認められる。逆に，実習初期に最も頻繁に認められるとされた12行動型と，実習中期から後期にかけて頻繁に認められるとされた7行動型間の多くに，有意な負の相関が認められる。これは，学生の行動型は実習時期によって特定化しており，実習初期に頻繁に認められる行動型が少なくなっていくに連れて，それらに入れ替わって実習後期に頻繁に認められる行動型が発現してくることを示していると思われる。以下に，学生一般に共通してみられることが確認された20行動型について，発現時期とその意味を，発現時期別に考察する。

1）実習初期

(1)「何が清潔で何が不潔か，何が正常で何が正常でないかなど基本的なことの区別がつかない」：実習初期に頻繁に認められるとする回答が80.5％を占め，後期，とする回答は2.3％に過ぎない。また，「目の前のことだけに集中する」「自分の日常生活での経験を，患者の行動や患者へのケアへ結びつけられない」と正の相関が認められるが，これは講義や演習で学習した知識や基本原則を想起して現実の実習場面に適用したり応用する能力は，それ以前の実習経験から周囲を客観的に見回す余裕が生まれてこない限り，力動的に働き始めないことを示していると思われる。

(2)「ベッドサイドで何をすればよいか判断できない」：実習初期に最も頻繁にみられるとする回答が75.2％であり，後期とする回答は僅か1.6％である。「ベッドサイドへ行くことを躊躇する」「患者の状態に関して適切な予測ができない」と正の相関が認められる。初期の学生はひとりの看護者としてではなく，学生として患者に接しており，看護ケアの目的がわからず，患者を看護の対象者として捉えることが未だできていないが，実習後期になると，学生はそれまでの実習の中で，病棟看護婦や教師が行うケアやその効果を実際に

見たり，自分が行ったケアについて評価を受けたりして，看護者としての自覚が芽生えてくるために，この行動型が少なくなってくると考えられる。

(3)「ベッドサイドへ行くことを躊躇する」：実習初期に頻繁にみられるとする回答が74.0%に達し，後期との回答は3.1%に過ぎず，「ベッドサイドで何をすればよいか判断できない」「患者のケアを始めようとするときに緊張する」と正の相関が認められる。実習初期の学生は，患者との相互作用を通して看護する喜び，やりがい，自己の特性を発見してはいるが，自己の特性に対する評価はネガティブなものが多い[21]。そして，自分の未熟な部分を強く意識して自分に自信がなく，緊張し，病室での自分の居場所やベッドサイドへ行く目的がわからず，看護者という立場で患者に接することが難しいためにこの行動型が頻繁にみられると考えられる。

(4)「教師にしばしば助けを求めてくる」：53.1%が実習初期と回答し，中期，後期と漸減しているが＜いつも＞とする回答が29.2%ある。「患者のケアを始めようとするときに緊張する」「患者の状態に関して適切な予測ができない」「ベッドサイドで何をすればよいか判断できない」などの行動型と正の相関が認められる。Beck[22]は，学生は最初の実習では不安でいっぱいであり，患者と二人きりにされただけでも教師に見捨てられたと感じ，リアリティ・ショックを受け，自分は無能であり，職業選択を誤ったと感じると述べている。この行動型が実習初期に頻繁に認められるのは，教師に訊ねたり確認することで学生は安心を得ようとするためであると思われる。しかし実習後期になると経験や記憶の中に蓄積された情報や知識に基づいて自分で意志決定して行動できるようになり，自分で判断できないことについてのみ教師に助けを求めるので，そうした場合の行動が＜いつもみられる＞に反映されていると思われる。

(5)「自分の日常生活での経験を，患者の行動や患者へのケアへ結びつけられない」：実習初期とする回答が56.2%と最も高く，後期に向かって漸減しているが＜いつも＞とする回答が23.8%あり，「ベッドサイドで何をすればよいか判断できない」「目の前のことだけに集中する」と正の相関が認められる。新たに行われる学習に，それ以前の学習が影響を与えることは，転移と呼ばれる問題であるが，転移が起きるためには，学習者が，先行学習課題に含まれていた要素と眼前の学習課題との間に共通性があることに気づく必要がある。学生は老人と接触する機会が少なく，老人を若者とは違う存在として捉える傾向がある[23]が，老人に対する意識，態度は老人と話したり接したりする経験をもつことによって肯定的，共感的になることが報告されている[24),25]。これらは先行学習と新たな学習との間に起こった正の転移の例とみることができる。本行動が＜いつも＞認められるのは，核家族化の家族関係の中で育った学生は，人間の生活についての先行学習が希薄であるため，新たな学習課題として患者に会っても，転移がすぐには起き難いことを示していると思われる。

(6)「目の前のことだけに集中する」：69.2%が実習初期と回答し，20.0%が＜いつも＞と回答している。後期とした回答は僅か1.5%に過ぎない。「何が清潔で何が不潔か，何が正常で何が正常でないかなど基本的なことの区別がつかない」「ベッドサイドで何をすればよいか判断できない」「自分の日常生活での経験を，患者の行動や患者へのケアへ結びつけられない」などの行動型と正の相関が認められる。この行動型が実習初期に優勢にみられるのは，実習初期の学生にとっては実習で体験することの多くが初めて出合うことであり，自信のないことと相まって失敗を懸念し，複数の事柄に注意を向ける余裕がないためであろうと思われる。実習後期にこの行動型が少なくなるのは，学生がそれまでの経験から余裕と自信をもって患者に接し始め，1つのことをいろいろな角度から

みることの重要性に気づき始めるためであると思われる。しかし，初めて経験すること，過去において失敗したことについては特に注意深くなるために＜いつもみられる＞との回答が20％あったと考えられる。小村ら[26]の報告によって実習初期の学生の患者への質問と対応の実態をみると，学生が患者に対して行う質問の７割が「はい」「いいえ」で答える閉鎖型質問になっており，対応の５割が患者の言葉に自分の判断を加えた解釈的対応になっているが，これは学生が患者と会話をすることにのみ集中し，会話内容やアセスメントへ目が向けられていない状態を表していると思われ，実習初期における「目の前のことだけに集中する」という行動型の一例と言えよう。また，＜いつも＞とする回答が20.0％に上るのは，実習時期を問わず初めて経験することや過去に失敗した学習内容については，学生が特に用心深くなることを示していると言えよう。

⑺「教師に注意されると意気消沈する」：実習初期に頻繁にみられるとする回答が44.4％，＜いつも＞とする回答が37.3％と殆ど差がなく，「患者の言動に一喜一憂する」と正の相関が認められる。丸橋ら[27],[28]は，学生は自己評価に影響を与えた人物として教師，臨床指導者，患者を挙げ，教師が学生に大きな影響を及ぼしていると述べている。青年期には，自分に向けられる他者の目を気にしたり，劣等感に悩まされたりする[29]という心理的特徴があるが，教師や患者は青年期にある学生にとって他者であり，実習の場で唯一頼れる存在である教師に注意されることによって自信をなくし，受けた注意の内容よりも，注意されたこと自体によって精神的に傷つくために，「教師に注意されると意気消沈する」という行動型が実習時期を問わず頻繁にみられるものと思われる。しかし後期では，「叱られた」という感覚よりも，注意された内容について洞察する態度が養われ，どのように改善すればよいかを客観的に考えるようになるためにこの行動型が殆どみられなくなる(4.8％)と思われる。

⑻「患者のケアを始めようとするときに緊張する」：最も頻繁に認められるのは実習初期とする回答が52.7％と最も高く，中期（7.0％），後期（1.6％）との回答は非常に少ないが，＜いつも＞とする回答は38.8％あり，「教師にしばしば助けを求めてくる」「患者の言動に一喜一憂する」「何が清潔で何が不潔か，何が正常で何が正常でないかなど基本的なことの区別がつかない」「患者の状態に関して適切な予測ができない」との間に正の相関が認められる。学生の緊張は不安から生じており，緊張が高まるのは，注射や計画したケアを実施する時，患者や医療従事者と接する時，患者の死など急激な患者の状態の変化がみられた時であり[30]，実習中の学生のもつ不安や恐れの構造には，知識・技術の不足，指導者との関係能力，看護婦の適性の３因子があり，学生は知識・技術の不足に基づく自信のなさを自覚するほど抑鬱，不安が強く，実習に対して退避的な反応を示すが[31]，不安を原因とする緊張が最も強いのは実習初期である[9),32]。初期の学生にとっては実践しようとするケアの殆どすべてが実際には初めて患者に行うケアであるために，安全かつ正確にできるかどうか不安をもち，この行動型が頻繁に認められるが，実習後期になるに連れて，実践し成功したケアが増えていくために，緊張も緩和されてこの行動型のみられる頻度も徐々に少なくなると考えられる。竹ノ上ら[33]は母性看護学実習中の学生が不安を感じるのは，普段と違う身体的感覚，情緒反応，行動反応を知覚するためであり，ストレスの原因には，新しい実習経験，母性特有の経験，記録，個人的問題，スタッフとの関係などがあったと述べている。行うケアがすべて成功するとは限らず以前失敗したケアに再度挑戦することもあること，実習教科領域や実習場所が変わるとケアの実施対象者である患者が変わったり各々の

実習教科に特有のケアを初めて実施したりすること，実習時期が後になるほど実施するケアの難度が高くなっていくことなどが，この行動型が＜いつもみられる＞理由になっていると思われる。

(9)「患者のケアの最中に技術を失敗する」：実習初期に頻繁にみられるとする回答が65.9％と最も高く，実習後期とする回答は1.6％に過ぎない。これは，看護ケアの技術の多くが神経筋肉系統の操作を中心とする運動技術であり，これらの技術は時間をかけ，反復訓練することによってのみ習得されていくことを示していると言えるであろう。また，「ベッドサイドで何をすればよいか判断できない」「患者の状態に関して適切な予測ができない」「何が清潔で何が不潔か，何が正常で何が正常でないかなど基本的なことの区別がつかない」といずれも正の相関が認められる。臨床場面は教科書や演習とは異なり，患者の状態や物品等，その場での応用を迫られるが，実習初期の学生は，患者の状態に関して適切な予測ができないため，知識としてもってはいても実際に自分の手でそれを技術として表現することが難しいためであろうと思われる。学生は実習の進展に沿って，異なる条件のもとで技術を繰り返し用いることによって上達し，応用の幅が広がり，自信をもち，失敗する回数が減少していくと思われる。

(10)「患者の状態に関して適切な予測ができない」：実習初期に頻繁にみられるとする回答が64.3％で後期に向かって少なくなり，「ベッドサイドで何をすればよいか判断できない」「教師にしばしば助けを求めてくる」「患者のケアの最中に技術を失敗する」という行動型と正の相関が認められる。このことは，患者の状態を予測するには論理的分析と評価，推論という3つの認識能力が働く必要がある[34]が，実習初期の学生は利用できる知識や経験が少なく，事実が目の前に在ってもそれの意味やデータとしての必要性を理解できないために「患者の状態に関して適切な予測ができない」が，実習後期になると講義や学習を通して学生の認識能力はより訓練され，それまでに獲得した知識や，臨地実習で経験し記憶の中に蓄積した類似の場面との照合を通して，適切な結論を引き出すことができるようになることを示していると思われる。

(11)「患者の言動に一喜一憂する」：＜いつも＞とする回答が45.4％と最も多いが，実習初期との回答も38.5％あり，後期に向かうに連れて減少している。「患者の状態に関して適切な予測ができない」「患者のケアを始めようとするときに緊張する」と正の相関が認められる。これは，実習中の学生は患者から大きな影響を受けることが知られているが[27, 28, 35]，とりわけ実習初期には緊張や自信のなさと相まって些細なことにも影響されることを示していると思われる。長江ら[36]によれば，学生の66％が患者から拒否されたと感じたことがあり，そのように感じた時期は実習経験のほとんどない2年次と，3年次では患者を受け持って1週間以内である。3年次学生は実習教科領域や病棟の移動に伴う受け持ち患者の変更等によって，その実習の最初は緊張し，患者の言動に敏感になると思われ，そうした反応が，「患者の言動に一喜一憂する」行動として現れ，＜いつもみられる＞理由になっていると思われる。

(12)「自分自身の行動が看護ケアとして成り立っていても，指摘されるまで気づかない」：実習初期に最も頻繁に認められるとする回答が54.3％であり，後期に向かうほど低下し，「目の前のことだけに集中する」「ベッドサイドで何をすればよいか判断できない」行動型と正の相関が認められる。初期の学生は目の前のことだけで精一杯であり，その場で気づいた事柄をただこなしているだけで，そこに学生自身の看護の意味づけが未だないためであろうと思われる。実習後期になると学生はそれまでの実習の中で教師や病棟看護婦から自分が行っていることが看護ケアであると肯定的

に評価されたり，教師や看護婦の実践例を実際に見る機会を通して，看護ケアであるものと看護ケアではないものとを判別できるようになり，ケアの目的や意図，あるいは，これはケアである，という認識をもって患者に接し始めるためであろうと思われる。

2）実習中期

(1)「きっかけや手がかりを与えられると，何をすればよいか自分で判断できる」：実習中期(38.5%)，後期(36.2%)に頻繁に認められ初期には少ない(10.0%)。この行動型は，「患者に対するケアが1つ成功すると，次の行動がより迅速に自然になる」と強い正の相関が認められる。この行動型が中期以降に頻繁に認められるのは，初期の学生にとって目前にある事実や事柄は相互に関連のないひとつずつ別のものとして在り，事実と事実をつないだり，事実や手がかりからアセスメントしていくためには，より詳しい具体的な手がかりが必要であるが，実習中期以降になるとそれまでの経験が蓄積され，目前にある事実と事実，あるいは目前にある事実と過去の経験がつながりやすい状態になっているためであると考えられる。教師は学生に直接答を与えたり次の行動を指示するのではなく，学生自身が自分で考えたり答を導き出したりできるようにきっかけや手がかりを与えるという指導の大切さを示唆していると言えよう。

(2)「患者に対するケアが1つ成功すると，次の行動がより迅速に自然になる」：この行動型が最も頻繁に認められる時期は，実習中期が36.2%，後期が33.1%とほぼ等分に分かれている。実習初期には，1つの成功が次の行動へとつながっていくためには何か他の動機が必要であると考えられるが，実習中期，後期においては，「ケアに成功した」という達成感や喜びが学生に自信を与え，積極的な姿勢をもたらし，次の行動へ移る原動力ないし動機となっていると考えられる。Blainey[30]は，ケアの上達，自ら学ぼうとする姿勢，教師の支持的態度が，学生の学習阻害因子としての緊張を取り除くためのポイントであると述べており，ケアの上達や成功が学生の緊張を和らげ，次の学習へと向かわせていると言えよう。河村ら[10]も学生が後期になるほど積極的になっていくと報告している。知識や技術の不足に基づく自信のなさを自覚するほど抑鬱，不安が強く，実習に対して退避的な反応を示すが[31]，一つ一つの成功の積み重ねが学生の知識や技術の不足に原因する自信のなさを解消し，前向きな姿勢へと変えていくと思われる。学生にとって自分自身に自信をもてるか否かが実習での学習効果を左右する要因の一つであると思われ，成功感，達成感をいかに学生に感じさせるかが教師に求められている課題の一つと言えよう。

3）実習後期

(1)「独立してひとりずつ行動する」：実習後期とする回答が67.2%と高く，実習初期とする回答は5.6%に過ぎない。菅原ら[37]は，学生の実習前後の精神的健康状態と自我状態・対処行動との関連を調査し，実習を重ねることによって精神健康状態が良くなり，決断力の増加，養育的優しさ，自由性，創造的行動的態度が育っていき，ストレスをチャレンジとして受けとめ，状況に応じた対処行動を獲得していることを明らかにしているが，実習初期にこの行動型がみられるとする回答が極めて低く，後期とする回答が極めて高いのは，初期の学生は不安による緊張が強いため，教師やグループメンバーなど自分の見知った人の近くにいて不安を和らげたり，自分を守ろうとする対処行動をとるが，実習後期になると，学生はそれまでの経験から自分に自信をもち，意識の焦点を自分を守ることから患者のケアへと移し，自ら積極的に行動するようになるためであろうと思われる。

(2)「自分自身の行動や考え方の特徴に自分で気づく」：実習初期に最も頻繁に認められる，との回答は殆どなく(4.7%)，後期とする回答が60.5

%に達している。学生は実習の中で患者とのコミュニケーションに困難を感じ，失敗を重ね，悩んだ中から自己の特徴を発見していき[38),39)]，病棟看護婦や教師が患者と接する場面を見て自分の経験と比較し，看護を客観的にみつめ直す機会を得るが[40)]，この行動型が中期(27.9%)に漸増し，後期に最も頻繁に認められるのは，この時期に看護者としての自分の姿を客観的に捉え始めることを示していると言えよう。

(3)「患者を客観的に観ることができる」：実習初期に最も頻繁に認められるとする回答は2.3%に過ぎず，後期，とする回答の70.0%と著しい対照を見せ，「患者を中心とした判断ができる」と正の相関が認められる。野島[41)]は，臨地実習という学習の目的は患者との真の出会いを経験することによって達成されるが，その前提条件として，'私離れ'ができて初めて獲得されるところの患者を目撃する能力が重要であると述べている。'私離れ'とは看護婦としての自己を客体化できる状態のことであり，それができて初めて「患者はなぜそうなのだろう？」と考え，看護の出発点と到達点を学生自身にではなく患者において行動することができるようになる。実習初期には殆どみられない「患者を客観的に観ることができる」という行動型が実習後期に最も頻繁にみられるということは，患者を中心とした判断をし，看護の出発点と到達点を患者において行動する態度は，一定の学習や経験を経てはじめて身についてくるものであることを示していると言える。

(4)「患者を中心とした判断ができる」：回答者の65.4%が，実習後期と回答している。実習初期は僅か5.4%である。看護婦の役割についてHenderson[42)]は，看護婦自身が考えている意味においてではなく，看護を受ける人にとっての意味における健康と，病気からの回復，ならびにその人にとっての意味における善き死に資するようその人が行動するのを助けることであると述べている。「患者を中心とした判断ができる」ことは看護婦の役割を果たすための基本的能力の一つである。青年期には役割取得能力あるいは社会的視点取得能力の発達がみられ，他者との関係の中で自分をみつめ，自分からの視点とは異なる他者の視点をとれるようになる[43)]と言われており，この行動型が実習後期に頻繁に認められるのは，この時期に学生は他者である患者の内面や内的状態を客観的に理解し始め，社会的視点で看護婦の役割がわかりかけており，医療従事者としての自覚が芽生え始めているためであろうと思われる。

(5)「社会人としてのマナーを守れる」：実習後期に最も頻繁に認められ（44.9%)，「患者を中心とした判断ができる」「患者を客観的に観ることができる」と正の相関が認められる。実習後期になると学生の中に社会的役割を担う職業人としての自覚が生まれてきていることを示していると思われる。＜いつも＞とする回答も25.2%あるが，これは学生が青年として社会的な礼儀正しさを身につけていることを示していると思われる。

4）いつも

(1)「患者や教師に対して笑顔を見せる」：この行動型は，時期においても＜いつも＞という回答が最も多く(59.8%)，「患者を中心とした判断ができる」「社会人としてのマナーを守れる」「患者を客観的に観ることができる」「教師にしばしば助けを求めてくる」との間に正の相関が認められることから，学生がみせる笑顔には，日常的な人間の普通の反応としての笑顔と，看護とは何かについてわかりかけてきた，看護者としての自分への自信を含んだ笑顔，ならびに何かにつまずいたときに教師やナースに助けられてホッとする笑顔の3種類の意味が含まれているのではないかと考えられる。

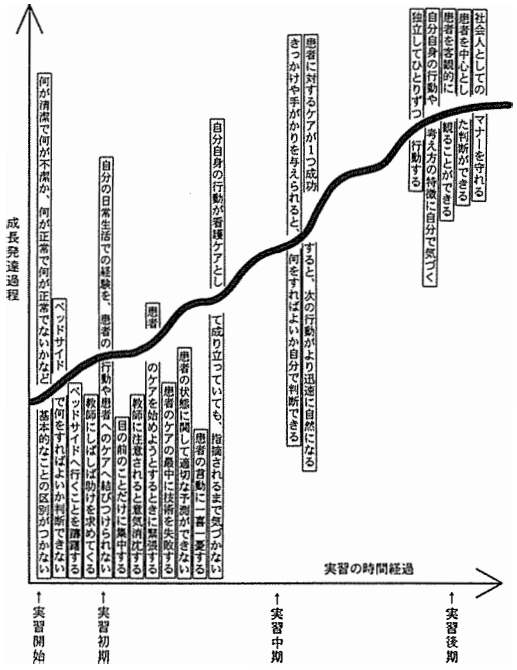
3．行動型の構成因子

実習中の学生の行動型には，「看護ケアの正確

性・安全性」「患者の影響性」「教師の影響性」「学生の自立性」等の因子が関与していると思われる。行動型の発現時期を合わせてみると，第1主成分「看護ケアの正確性・安全性」に関与する16行動型は主に実習初期に現れる行動型であり，第2主成分「患者の影響性」に関与する7行動型も主に実習初期に現れる行動型である。また，第3主成分「教師の影響性」に関与する4行動型の出現時期は実習後期であり，第4主成分「学生の自立性」に関与する2行動型はその発現時期が実習後期と関連している。こうした行動型の発現時期と行動型の構成因子の関連から学生の成長発達過程をみると，実習後期に向かって「患者の影響性」「教師の影響性」が徐々に低くなり，逆に「看護ケアの正確性・安全性」「学生の自立性」が高まっており，学生が職業人として自立し始めていることを意味していると考えられる。しかし，看護ケアの実践を表す「教師やナースの手助けなしに行動する」「手を巧みに使える」「同時に2つ以上の仕事をこなすことができる」の3行動型は，平均秤量値は低く，学生一般に認められる行動型とは言えないが，それらが最も頻繁に認められる時期は実習後期であるとされている。このことは，Hawly ら[14]が，学生の実践能力は学年が上がるにつれて向上するが，手助けなしに自分でできるレベルまでは達しないことを明らかにしている通り，学生の看護実践能力は実習が進むに連れて向上してはいくが，未だすべてのケアを確実に巧みに実践できるところまでは到達しないことを示していると考えられる。

4．行動型の変化と成長発達

以上の結果を，臨地実習の時間経過と学生の成長発達過程の関係を示すモデルに構成した（図1）。実習の進行に伴って学生の行動型には一定の変化が現れ，学生は徐々に成長し発達していくが，それは直線的な上昇曲線ではなく，上昇と後退とが



■1　臨地実習中の学生の行動型と成長発達過程

交互に繰り返される緩やかな上昇曲線として描かれる。学生は，患者との関係の不調，受け持ち患者の交替，実習場所や実習教科の変化，ケア上の小さなつまずきなどをきっかけに，それ以前に到達していた地点から一時的に後退するが，その後再び成長発達の方向へと■復していく。

実習の進行とは，ただ時間の経過をいうのではなく，実習での経験の蓄積を意味し，経験を通して学生の行動は変化していくことが確認された。また，身体的成熟の完成をみる青年期の学生にとっての臨地実習は，看護という職業を選択しようとしている者が，医療チームの一員となるよう訓練される場でもあり，行動型の変化から，学生は臨地実習を通して社会化されつつあると言うことができる。経験を通して生じる行動の変化，あるいは行動の変化を可能にするような内的過程の成立を学習とみなし，学習の成立過程，身体的成熟の過程，人間の社会化の過程を発達と呼ぶならば，

%に達している。学生は実習の中で患者とのコミュニケーションに困難を感じ，失敗を重ね，悩んだ中から自己の特徴を発見していき[38),39)]，病棟看護婦や教師が患者と接する場面を見て自分の経験と比較し，看護を客観的にみつめ直す機会を得るが[40)]，この行動型が中期(27.9%)に漸増し，後期に最も頻繁に認められるのは，この時期に看護者としての自分の姿を客観的に捉え始めることを示していると言えよう。

(3)「患者を客観的に観ることができる」：実習初期に最も頻繁に認められるとする回答は2.3%に過ぎず，後期，とする回答の70.0%と著しい対照を見せ，「患者を中心とした判断ができる」と正の相関が認められる。野島[41)]は，臨地実習という学習の目的は患者との真の出会いを経験することによって達成されるが，その前提条件として，'私離れ'ができて初めて獲得されるところの患者を目撃する能力が重要であると述べている。'私離れ'とは看護婦としての自己を客体化できる状態のことであり，それができて初めて「患者はなぜそうなのだろう？」と考え，看護の出発点と到達点を学生自身にではなく患者において行動することができるようになる。実習初期には殆どみられない「患者を客観的に観ることができる」という行動型が実習後期に最も頻繁にみられるということは，患者を中心とした判断をし，看護の出発点と到達点を患者において行動する態度は，一定の学習や経験を経てはじめて身についてくるものであることを示していると言える。

(4)「患者を中心とした判断ができる」：回答者の65.4%が，実習後期と回答している。実習初期は僅か5.4%である。看護婦の役割についてHenderson[42)]は，看護婦自身が考えている意味においてではなく，看護を受ける人にとっての意味における健康と，病気からの回復，ならびにその人にとっての意味における善き死に資するようその人が行動するのを助けることであると述べている。「患者を中心とした判断ができる」ことは看護婦の役割を果たすための基本的能力の一つである。青年期には役割取得能力あるいは社会的視点取得能力の発達がみられ，他者との関係の中で自分をみつめ，自分からの視点とは異なる他者の視点をとれるようになる[43)]と言われており，この行動型が実習後期に頻繁に認められるのは，この時期に学生は他者である患者の内面や内的状態を客観的に理解し始め，社会的視点で看護婦の役割がわかりかけており，医療従事者としての自覚が芽生え始めているためであろうと思われる。

(5)「社会人としてのマナーを守れる」：実習後期に最も頻繁に認められ（44.9%)，「患者を中心とした判断ができる」「患者を客観的に観ることができる」と正の相関が認められる。実習後期になると学生の中に社会的役割を担う職業人としての自覚が生まれてきていることを示していると思われる。＜いつも＞とする回答も25.2%あるが，これは学生が青年として社会的な礼儀正しさを身につけていることを示していると思われる。

4）いつも

(1)「患者や教師に対して笑顔を見せる」：この行動型は，時期においても＜いつも＞という回答が最も多く(59.8%)，「患者を中心とした判断ができる」「社会人としてのマナーを守れる」「患者を客観的に観ることができる」「教師にしばしば助けを求めてくる」との間に正の相関が認められることから，学生がみせる笑顔には，日常的な人間の普通の反応としての笑顔と，看護とは何かについてわかりかけてきた，看護者としての自分への自信を含んだ笑顔，ならびに何かにつまずいたときに教師やナースに助けられてホッとする笑顔の3種類の意味が含まれているのではないかと考えられる。

3．行動型の構成因子

実習中の学生の行動型には，「看護ケアの正確

性・安全性」「患者の影響性」「教師の影響性」「学生の自立性」等の因子が関与していると思われる。行動型の発現時期を合わせてみると，第1主成分「看護ケアの正確性・安全性」に関与する16行動型は主に実習初期に現れる行動型であり，第2主成分「患者の影響性」に関与する7行動型も主に実習初期に現れる行動型である。また，第3主成分「教師の影響性」に関与する4行動型の出現時期は実習後期であり，第4主成分「学生の自立性」に関与する2行動型はその発現時期が実習後期と関連している。こうした行動型の発現時期と行動型の構成因子の関連から学生の成長発達過程をみると，実習後期に向かって「患者の影響性」「教師の影響性」が徐々に低くなり，逆に「看護ケアの正確性・安全性」「学生の自立性」が高まっており，学生が職業人として自立し始めていることを意味していると考えられる。しかし，看護ケアの実践を表す「教師やナースの手助けなしに行動する」「手を巧みに使える」「同時に2つ以上の仕事をこなすことができる」の3行動型は，平均秤量値は低く，学生一般に認められる行動型とは言えないが，それらが最も頻繁に認められる時期は実習後期であるとされている。このことは，Hawly ら[14]が，学生の実践能力は学年が上がるにつれて向上するが，手助けなしに自分でできるレベルまでは達しないことを明らかにしている通り，学生の看護実践能力は実習が進むに連れて向上してはいくが，未だすべてのケアを確実に巧みに実践できるところまでは到達しないことを示していると考えられる。

4．行動型の変化と成長発達

以上の結果を，臨地実習の時間経過と学生の成長発達過程の関係を示すモデルに構成した（図1）。実習の進行に伴って学生の行動型には一定の変化が現れ，学生は徐々に成長し発達していくが，それは直線的な上昇曲線ではなく，上昇と後退とが

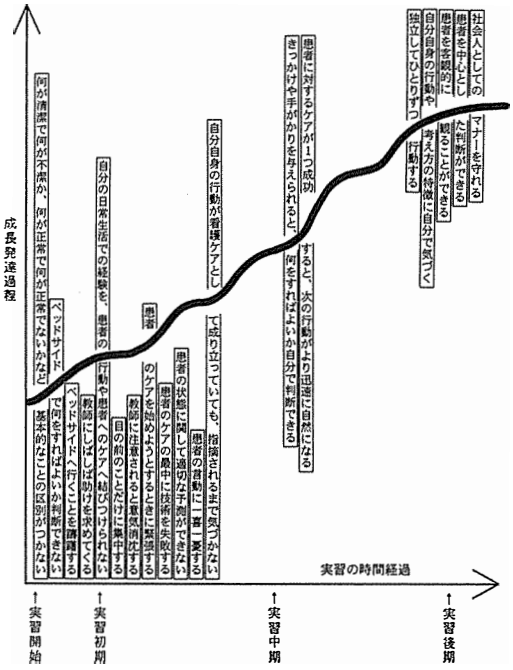


図1　臨地実習中の学生の行動型と成長発達過程

交互に繰り返される緩やかな上昇曲線として描かれる。学生は，患者との関係の不調，受け持ち患者の交替，実習場所や実習教科の変化，ケア上の小さなつまずきなどをきっかけに，それ以前に到達していた地点から一時的に後退するが，その後再び成長発達の方向へと回復していく。

実習の進行とは，ただ時間の経過をいうのではなく，実習での経験の蓄積を意味し，経験を通して学生の行動は変化していくことが確認された。また，身体的成熟の完成をみる青年期の学生にとっての臨地実習は，看護という職業を選択しようとしている者が，医療チームの一員となるよう訓練される場でもあり，行動型の変化から，学生は臨地実習を通して社会化されつつあると言うことができる。経験を通して生じる行動の変化，あるいは行動の変化を可能にするような内的過程の成立を学習とみなし，学習の成立過程，身体的成熟の過程，人間の社会化の過程を発達と呼ぶならば，

学生は臨地実習での経験を通して確実に看護者として成長発達していくと言え，その成長発達過程は行動の変化として現れると言える。

本研究の結果は，1)臨地実習中の学生には共通する行動型があり，2)それらの行動型は臨地実習の進行に沿って変化していく。また，3)学生が臨地実習の進行に沿って示していく行動型の変化は，①学生の成長発達の過程と，②看護者として社会化されていく過程，を反映していることを示していると言える。

V. む す び

本研究では，逸話記録法，KJ法，ならびにFehringのDCVモデルを用いて，看護学生が臨地実習でとる行動型を20型同定し，それらが出現する時期は臨地実習の前期，中期，後期，いつでも，と分かれ，学生が看護者として成長発達していく過程と緊密に関連していることを明らかにした。看護者が備えるべき能力には認識判断に関する能力も大きな比重を占めている。今後，臨地実習中の学生の成長発達度を適切に評価する道具を開発する上で，これらの行動型の変化と認識判断能力の発達過程との関連を明らかにする必要がある。

VI. 謝　　辞

データの分析にご協力下さいました愛媛県立医療技術短期大学の野村美千江助教授並びに，質問紙調査に快くご協力下さいました全国国公立看護系大学の看護学教師の皆様に心から感謝申し上げます。

要　　旨

臨地実習を学生にとって効果的な学習とするためには，、学生が，その時点で到達している学習段階に相応した行動をとっているかどうかを適切に評価することが重要である。本研究では，臨地実習中の学生の成長発達度を適切に評価する尺度を開発するための基礎的データを得る目的で，臨地実習中の23名の学生の行動を，逸話記録法を用いて10カ月間観察し，215場面から特徴ある行動型を54群抽出した上で，26行動型を同定した。また，Fehringの診断内容妥当性モデルを用い，国公立看護系大学の看護教官467名を対象者として質問紙調査を行い，それらの妥当性を検証した。

その結果，26行動型のうち，12行動型が実習初期に，2行動型が実習中期に，5行動型が実習後期に，1行動型が全実習期間に関連していたが，残りの6行動型はいずれの時期にも関連していないことが明らかになった。

本研究の結果から，1) 臨地実習における学生の行動型は学習段階と関連しており，2) 学生が臨地実習の進行に沿って示していく行動型の変化は，学生の成長発達の過程を反映していると言える。

Abstract

To meet the needs of student in clinical learning, evaluating behavior that is appropriate for the stage of learning which the student has reached is crucial. This study was conducted to identify students' behavior patterns in the clinical learning

process in order to obtain cues for developing reliable instruments for evaluation of student growth and development. 23 university nursing students were observed for ten months in a clinical setting using the anecdotal record. From the 215 recorded acts, 54 were identified as characteristic of learning behavior and grouped into 26 behavior patterns. To test reliability of these 26 behavior patterns, a five-point rating scale and a learningstage questionnaire were mailed to 476 nurse educators. The responses of all the nurse educators were weighted with Fehring's Diagnostic Content Validity method.

The result indicated that 12 behavior patterns were relevant to the beginning stage of learning, 2 patterns were relevant to the intermediate stage of learning, and 5 behavior patterns were relevant to the advanced stage of learning. 1 behavior pattern was identified as to be relevant to all stages of learning. 6 behavior patterns were deemed to have no relevance to any learning stage.

In view of these findings, it can be said that in clinical learning ; 1)student behavior patterns are uniquely related to the stage of the learning process, and 2)changes in student behavior patterns occurring during clinical learning are the product of growth and development through learning.

Ⅶ. 文　　献

1）杉森みど里：看護教育学，p. 202，医学書院，1990.

2）Berelson, B. et al. : HUMAN BEHAVIOR, An Inventory of Scientific Findings. p. 135, Harcourt, Brace & World, New York, 1964.

3）相良守次：心理学概論，pp. 66－76，岩波書店，1968.

4）細谷俊夫他編集：新教育学大事典 第1巻，p. 349，第一法規出版，1990.

5）安彦忠彦他編集，奥田真丈他監修：現代学校教育大事典 第1巻，p. 334，ぎょうせい，1993.

6）Berelson, B. et al. :前出2），p. 38.

7）細谷俊夫他編集：前出4）第5巻，p. 496.

8）安彦忠彦他編集，奥田真丈他監修:前出5）第5巻，pp. 460－461.

9）三浦麗子他：臨床実習の対人関係が学生に及ぼす心理的影響とその対処行動，看護，44(4)，pp. 139－152，1992.

10）河村一海他：看護臨床実習前後の行動特性と性格特性の変化，金沢大学医療技術短期大学部紀要，18，pp. 125－127，1994.

11）Windsor, A. : Nursing Students' Perceptions of Clinical Experience. Journal of Nursing Education, 26(4), pp. 150－154, 1987.

12）Bondy, K. N. : Criterion-Referenced Definitions for Rating Scales in Clinical Evaluation. Journal of Nursing Education, 22(9), pp. 376－382, 1983.

13）Tower, B. L. et al. : Behaviorally Based Clinical Evaluation. Journal of Nursing Education, 26(3), pp. 120－123, 1987.

14）Hawly, R. et al. : Standardised clinical evaluation using Bondy rating scale. The Australian Journal of Advanced Nursing, 8(3), pp. 6－10, 1991.

15）Dunn, D. M. : Assessing the development of clinical nursing skills. Nurse Education Today, 6, pp. 28－35, 1986.

16）鈴木淳子他：臨床実習中における看護学生が抱える問題とその指導について，順天堂医療短期大学紀要，2，pp. 17－27，1991.

17）今川悦子他：手術患者の看護技術にかかわる学生の不安・緊張の調査から実習指導をさぐる，

京都市立看護短期大学紀要，18，pp. 37－52，1993.

18）田中克子他：臨床実習における看護過程の指導－情報収集についての評価の分析－，滋賀県立短期大学学術雑誌，44，pp. 89－94，1993.

19）長家智子他：カリキュラム改正後の実態調査に基づく臨床看護実習の評価，九州大学医療技術短期大学部紀要，21，pp. 9－12，1994.

20）Fehring，R. J.：Validating diagnostic labels：standardized methodology.（In）M. E. Hurley. Classification of nursing diagnosis：preceedings of the sixth comference. St. Louis：Mosby，pp.183－190，1987.

21）伊東和子他：学生の体験にもとづく基礎看護実習の評価－受け持ち患者の援助を中心として－，看護教育，34(6)，pp. 451－457，1993.

22）Beck，C. T.：Nursing students' initial clinical experience：a phenomenological study. Int. J. Nurs. Stud.，30(6)，pp. 489－497，1993.

23）小山眞理子他：看護大学学生の老人および老人ケアに対する態度，看護教育，36(9)，pp. 815－819，1995.

24）佐藤蓉子他：看護学生の老人理解についての一考察－老人ホームでの実習前後の比較をして－，看護展望，13(5)，pp.73－78，1988.

25）大谷英子他：老人イメージと形成要因に関する調査研究－(1)大学生の老人イメージと生活経験の関連－，日本看護研究学会雑誌，18(4)，pp.25－38，1995.

26）小村三千代他：基礎看護実習におけるコミュニケーションの実態－コミュニケーション・テクニックの分析－，日本看護学会26回集録，看護教育，pp.9－12，1995.

27）丸橋佐和子他：調査3　学生を対象とした臨地実習における学習効果，国立大学医療技術短期大学部看護学科連絡協議会・臨地実習委員会，特集2　効果的な臨地実習を考える－実態調査からみた臨地実習とその教育上の課題－，看護教育，34(13)．pp.1077－1082，1993.

28）丸橋佐和子他：実態調査からみた臨地実習における学生による学習内容の評価と影響要因，国立大学医療技術短期大学部看護学科連絡協議会・臨地実習委員会，効果的な臨地実習を考える（第2報），看護教育，36(2)，pp.149－154，1995.

29）無藤隆他：発達心理学入門Ⅱ－青年・成人・老人，p.12，東京大学出版会，1990.

30）Blainey，C. G.：Anxiety in the Undergraduate Medical-Surgical Clinical Student. Journal of Nursing Education，19(8)，pp.33－36，1980.

31）亀田和恵他：看護科学生の臨床実習におけるおそれとストレス反応，川崎医療技術短期大学紀要，14，pp.39－44，1994.

32）塚原貴子他：看護科学生の臨床実習中における身体的情緒的訴えと自我構造の関連，川崎医療短期大学紀要，12，pp. 65－69，1992.

33）竹ノ上ケイ子他:母性看護学実習で学生が自覚するストレスの実態，日本助産学会誌，7(1)，pp.31－43，1993.

34）Brauer，D. J.：Critical Thinking and its Relationship to Nursing Diagnosis. Journal of Japan Society of Nursing Diagnosis，3(1)，pp.11－20，1998.

35）西村正子他：臨床実習による「学生の変化」に関する調査研究－影響を受けた人的環境－，看護展望，18(8)，pp.78－83，1993.

36）長江拓子他：拒否から臨床実習指導を考える－患者の拒否を学生はどう受けとめているか－，看護展望，12(10)，pp.74－78，1987.

37）菅原邦子他：看護学生の臨床実習後の精神的健康状態と自我状態・対処行動との関連，天使女子短期大学紀要，15，pp. 37－53，1994.

38) 一戸とも子他：コミュニケーション技術の向上をめざした指導とその効果，看護展望，14(8)，pp.69－76，1989.
39) 坂口京子他：基礎看護実習の構築－コミュニケーション実習の導入による実習効果－，看護教育，36(7)，pp.597－603，1995.
40) 越田佳恵：患者から拒否された学生の指導過程の検討，看護教育，37(5)，pp.384－388，1996.
41) 野島良子：臨床実習の初歩－わたしの経験的臨床実習指導論－，看護教育，16(4)，pp.209－216，1975.
42) Henderson, V.：Basic Principles of Nursing Care. International Council of Nurses, Switzerland, 1960，湯槙ます他訳，『看護の基本となるもの』，p.18，日本看護協会出版会，1995.
43) 無藤隆他：前出29)，p.18.

本研究の一部は，第22回日本看護研究学会学術集会，（広島市，1996年７月），Midwest Nursing Research Society 21st Annual Research Conference，（Minneapolis，1997年４月），第24回日本看護研究学会学術集会，（弘前市，1998年７月），で発表した。

（平成11年３月29日受付）

－原　著－

内容分析方法を用いた実習レポート評価に関する基礎的研究

A Content Analysis of the Effectiveness of Clinical Practice Studies by using the Word Frequency Method

坂江　千寿子　Chizuko Sakae
安川　揚子　Yoko Yasukawa
宮腰　由紀子　Yukiko Miyakoshi
富田　美加　Mika Tomita
野々村　典子　Noriko Nonomura

キーワード：内容分析，基礎実習，実習効果
content analysis, clinical practice studies, educational benefit

Ⅰ．はじめに

実践学であり人の生命に関わる看護学の基礎教育において，実際の看護体験を通して学習する臨地実習は重要な教育方法であるが，その教育効果の評価は難しい。教育効果を直截に示す一つである学生の実習記録や課題レポートに記述された内容の分析は，評価の一つの方法である。しかし，レポートの評価は，表現された内容の微妙なニュアンスや記述内容の背景・学生の真意などを読み取ろうとする努力が必要な極めて主観的な判断に基づくものであり，多くの労力を要する反面，評価基準の客観性を保持することが難しいという問題がある。そのためか，教育評価という視点でレポートの分析方法を提示した報告は少ない。

ところで，社会科学分野の最も重要な研究技法の一つとして記述内容そのものを分析・評価する内容分析方法が知られている。その方法は，マス・メディアの研究領域での歴史は古く，日本でも1950年代から本格的な報告[1,2]がなされている。内容分析は，言語化されたデータを用い，特定の語が組み込まれている文脈に対し，再現可能（replicable）でかつ妥当（valid）な推論を行うための調査技法[3]で，①統語論・意味論への限定（語用論の除外），②分析カテゴリーの客観化と体系化，③量化と分析者の主観からの独立を指向しているのが特徴である。近年は，言語学理論とコンピュータ技術導入による言語の数量化分析[4]が加わり，特定したテーマの記事数，掲載頁，見出し文や記事の面積，単語の出現回数などの頻度分析の他に，テーマを含むセンテンスの論調等の質的な分析[5~8]にも用いられている。しかし，看護領域におけるこの方法の活用は，現在時点では分析に多くの労力を要することから，未だ僅かしかない[9,10]。

筆者らは，この内容分析の方法を用いて，看護学科における基礎臨床実習の学生レポート評価の客観的な視点が得られるのではないかと考え，第一回生の実習で，異なる保健医療福祉施設毎の実習後に課題として提出する学生のレポートを対象に，学習方法・内容・学習到達レベルおよびそれ

茨城県立医療大学保健医療学部看護学科　Department of Nursing, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences

らと実習場所の相互関係に着目して分析した。その結果，提示した8つの実習目標に沿って学生が学習していること，その目標毎の記述数に差が生じていること，学んだ方法と実習先の特徴が学びの深さに影響することなどが明らかになった[11]。しかし，先回までは，見聞や経験などの学習行動レベルの分析[12]が中心になっていた。評価の目標は，学生が望ましく成長していく過程をとらえることであり，学生の変化をみるために，評価者は，常に「今の学生の状態」をとらえるという前提が不可欠である[13]。つまり，学生の状態をとらえるためには，実際の学生の学習内容を客観的に把握する必要がある。

そこで，本研究は，レポートを評価する際の視点を得るために，実習レポートに記載された内容の中から，学生が学習した内容を集約的に表現する漢字語を抽出し内容を凝縮・把握することを目的にした。

Ⅱ．研究方法

1．基礎臨床実習Ⅰの展開概要

基礎臨床実習Ⅰは，本格的に専門科目の学習が行われる第2学年1学期に，様々な健康レベルにある看護の対象者とそれに応じた看護実践の場の特徴を知り，看護の役割への理解を深め，看護の学習への意欲を向上させることを目的に行っている。各学生が，保健所（保健センター含む），保育所，特別養護老人ホーム（以下，老人ホームと記す），オープンシステムの総合病院（以下，開放型病院），大学付属病院（以下，大学病院）の5種類の施設へ，1週間毎に1日のみ1施設ずつ合計5週間にわたる5日間（45時間）の見学実習を実施する。概要は以下の通りである：

①実習前に，実習の目的・目標と，各施設の見学を終了した時点で到達してほしい学生の状態を提示する。学生は，各実習先から送付された事業概要や実習当日の行事予定などを参考に，実習先の状況に応じた学習目標等を実習前レポートにまとめ，実習先に提出する。

②実習当日の直接指導は，実習先の受け入れ責任者が学生1～2名に対し1名の担当者を配置して，学生各自の学習目標の達成に配慮しながら行う。実習の最後に，質疑とまとめのカンファレンスを行い1日の実習を終了する。

③各施設実習終了の翌日に，学生は学習内容と自己の学習目標に照らした意見のレポートをまとめ実習先に提出する。実習先では読後の意見を記し本科目担当者へ返送する。科目担当者は内容を確認した上で学生に返却し，全体討議を行って学生間の学習の共有化を促し，全体の実習を終了する。

2．使用する分析方法の概略

分析には，文章中に使用される単語の発生頻度とその順位には法則があるというZipfの法則に基づいて，金子が報告している日本語文書の分析方法[14),15]を援用した。具体的には，日本語文書を語彙レベルに分解して分別・収集し，漢字語の出現頻度構造を明らかにするJSORTプログラム（金子の開発による），及び特定の漢字語を指定し，それらを含む文をテキストファイルから検索し出力するBGREPプログラム[16]である。

3．分析対象

分析対象は，Ⅰ大学看護学科第2学年の学生が基礎臨床実習Ⅰにおいて提出したレポートである。学生に与えたテーマは「見学実習を通して感じたこと，学んだこと，考えたこと」で，A4版用紙1枚に自由記載された一回生48名，5施設分延べ230名分（1996年5月から6月に実施），二回生50名分延べ242名分（1997年5月から6月に実施）の延べ472名分のレポートが対象である。これらを研究資料として用いることについては，学生及び施設から了承を得た。

4．データ化の手続き

学生レポートの記述内容をデータ化する前処理として，可能な限り学生の表現に忠実に，1文に1つの意味が含まれるように抽出した。また，漢字語を用いて分析する都合上，一般的に漢字表記される語がひらがな記載されていれば，漢字に統一して入力した。

5．レポートに含まれた漢字語の分析

テキスト化したレポートから漢字語を抽出するにあたり，日本語文書を語彙レベルに分解して分別・収集し漢字語の出現頻度構造を明らかにするJSORTプログラムそしてキーワードを指定してその語を含む一つの文を検索するBGREPプログラムを用いて，出現した漢字語を頻度順に序列化し記述内容を凝縮して把握した。

Ⅲ．結　　果

学生が5施設での実習翌日に提出した1レポート当たりの文章数は，一回生総数1,641文，一人当たり平均数7.13±1.04，二回生総数1,738文，平均7.18±1.63と顕著な差はなかった。施設毎の記述数では，二回生が保健所・保育所でわずかに減少し，老人ホーム・開放型病院・大学病院では増加していたが，一人あたりの平均記述数では年度による有意差は認められなかった（$x = 8.704 < 9.488$; $p < 0.05$, $df = 4$）。

1．全記述を対象にした出現漢字語の分析

各回生のテキストからJSORTプログラムを用いて抽出された出現頻度上位20位までの漢字語の種類と出現頻度を表1に示した。全記述3,379文に出現した漢字語の延べ数30,378，漢字語の種類は4,218で，出現頻度上位3位は，「患者」出現延べ数696・漢字語延べ数中2.29%，（以下，同様に記す），「看護婦」434回・1.43%，「聞」363回・1.19%であった。以下，「話」334回・1.10%，「人」331回・1.09%，「子」287回・0.94%と続く。行動した事実ではなく，何らかの価値付けをした内容を示す「大切」270回・0.89%は11位，「良」246回・0.80%は13位，「必要」209回・0.69%は17位，「重要」82回・0.27%は54位に出現した。

一回生の全記述1,641に出現した漢字語は，延べ数11,409，種類2,331であった。出現頻度順に「患者」230回・2.02%，「看護婦」158回・1.38%，「人」148回・1.30%，以下「子」「行」で，「大切」115回・1.01%は5位，「必要」と「良」は15位77回・0.67%，「重要」43回・0.37%は36位に認めた。

二回生は全記述1,738文中の漢字語出現延べ数18,969，種類3,238で，出現頻度順に「患者」466回・2.46%，「看護婦」・「聞」276回・1.46%，以下，「話」「見」「自分」などであった。「良」169回・0.89%は8位，「大切」155回・0.82%は14位，「必要」132回・0.70%は16位であったが，「重要」39回・0.20%は75位と順位が低下した。

このように両年次の学生とも，1位「患者」，2位「看護婦」は一致し，3位「人」「子」「自分」「思」なども，順位の入替り（例えば「子」は一回生では3位，二回生では13位）があるものの，20位中17の漢字語は共通していた。20位以内で一回生のみの漢字語は「病院」「知」「感」で，二回生のみの出現漢字語は「老人」「方」「接」であった。

以上のように，文の数や出現する漢字語には回生間の顕著な差はないことが確認できた。

2．「大切」「重要」「必要」を含む文の分析

上述のとおり，実習後のレポートには，「患者」「看護婦」「老人」などの対象者，「見」「聞」などの行動の他に，学生が注目した学習内容を記載したと思われる「大切」「必要」「重要」「良」の4つの漢字語が含まれていることが明らかになった。ただし，「良」は「〜するのが良い」というより

表1　レポートに含まれていた漢字語の種類と出現頻度

出現順位	1・2回生合計	出現頻度	%	1回生	出現頻度	%	2回生	出現頻度	%
1	患者	696	2.29	患者	230	2.02	患者	466	2.46
2	看護婦	434	1.43	看護婦	158	1.38	看護婦,	276	1.46
3	聞	363	1.19	人	148	1.30	聞		
4	話	334	1.10	子	131	1.15	話	262	3.00
5	人	331	1.09	行,	115	1.01	見	194	1.02
6	子	287	0.94	大切			自分		
7	自分	286	0.94	看護,	113	0.99	人	183	0.96
8	見	285	0.94	考			良	169	0.89
9	行	275	0.91	思	108	0.95	思,	164	0.86
10	思	272	0.90	自分	92	0.81	方		
11	大切	270	0.89	見	91	0.80	行	160	0.84
12	考	262	0.86	多	89	0.78	老人	158	0.83
13	良	246	0.81	聞	87	0.76	子	156	0.82
14	看護	229	0.75	違	79	0.69	大切	155	0.82
15	方	219	0.72	必要,	77	0.67	考	149	0.79
16	多	217	0.71	良			必要	132	0.70
17	必要	209	0.69	病院	76	0.67	接	130	0.69
18	老人	203	0.67	話	72	0.63	多	128	0.67
19	接	197	0.65	知	69	0.60	看護	116	0.61
20	違	190	0.63	感	68	0.60	違	111	0.59
語延べ数／文	30,378 ／ 3,379			11,409 ／ 1,641			18,969 ／1,738		
漢字語種類	4,218			2,331			3,238		

も「～の良いケアが～」などと名詞を形容して用いられ，学生の学習内容を決定的に価値づける表現とはいえないものが多い（資料1）。一方，「大切」を含む文は，既報[17]のように，コミュニケーションの成立や人間関係など学生の学習内容として望ましいと考えられる内容を含んでいた。そこで，学生が，何らかの内容を「大切」「必要」「重要」であると表現したこれら3つの漢字語に限定して分析を進めることとした。

初めにBGREPプログラムを用いてこれら3つの漢字語を各々キーワードとして指定し，その漢字語を含む文を検索・抽出して新たにテキストを作成した。次に，そのテキストをJSORTプログラムで分析して漢字語を抽出した。

〈資料1〉

キーワード	例　　文
良	病院は居心地が良くないが，看護婦は不便を考えて何を助ければ良いか考えることがわかった（大学病院）
大　切	看護婦は人間が相手で工夫が大切，行為の目的・理由を理解する姿勢が不可欠だと学んだ」（大学病院）
必　要	大勢の専門職が働いていること，患者の入院から治療・リハビリ・社会復帰までみるためにはチーム医療が絶対に必要だと感じた（開放型病院）
重　要	1歳児の昼食と着替えを手伝い，どこまで介入するかは，今後，看護場面で常に考慮すべき点であるし，重要であると思った（保育所）

表2　大切を含む文に包まれた漢字語

出現順位	1・2回生合計	出現頻度	%	1回生	出現頻度	%	2回生	出現頻度	%
1	大切	250	9.53	大切	95	12.48	大切	155	8.33
2	患者	65	2.48	子	16	2.10	患者	54	2.90
3	話	38	1.45	患者	11	1.45	話	31	1.67
4	聞	35	1.33	見,	8	1.05	聞	27	1.45
5	看護婦	31	1.18	考,			看護婦	25	1.34
6	人	30	1.14	思,			自分,	23	1.24
7	子	29	1.11	情報,			人		
8	自分	28	1.07	聞,			老人	20	1.07
9	見	25	0.95	人,	7	0.92	看護,	19	1.02
10	看護,	24	0.92	多,			接		
11	接			話			見,	17	0.91
12	老人	23	0.88	看護婦,	6	0.79	理解		
13	理解	22	0.84	事,			感,	16	0.86
14	感, 考,	21	0.80	生,			気持,		
15	思, 良			同			良		
語延べ数／文	2,622 ／ 250			761 ／ 1,641			1,861 ／ 155		
漢字語種類	916			395			733		

表3　必要を含む文に含まれた漢字語

出現順位	1・2回生合計	出現頻度	%	1回生	出現頻度	%	2回生	出現頻度	%
1	必要	209	7.96	必要	77	10.03	必要	132	7.11
2	患者	72	2.74	患者	18	2.34	患者	54	2.91
3	看護婦	48	1.83	必要性	14	1.82	看護婦	35	1.89
4	人	29	1.11	看護婦	13	1.69	人	22	1.19
5	知識	26	0.99	思	9	1.17	知識	20	1.08
6	必要性	25	0.95	聞,	8	1.04	自分	18	0.97
7	聞	24	0.91	理解			考	17	0.92
8	考,	22	0.84	観察,	7	0.91	聞	16	0.86
9	自分			情報,			老人	15	0.81
10	理解	20	0.76	人			見,	14	0.75
11				環境, 気,	6	0.78	行,		
12	見,	19	0.72	時間, 多,			方		
13	思			大切,			感,	13	0.70
14	感, 看護,	18	0.69	知識,			看護		
15	行, 大切			判断			大切, 理解, 話	12	0.65
語延べ数／文	2,624 ／ 209			768 ／ 77			1,856 ／ 132		
漢字語種類	985			403			793		

1）大切を含む文の分析

「大切」を含む文をBGREPで検索しJSORT分析した結果を表2に示す。一，二回生の250文から抽出された漢字語の延べ数は2,622，漢字語種類は916であった。「大切」は250回出現しており，抽出された1文に「大切」が1回ずつ含まれていた。

一回生のレポートから抽出された95文には漢字語が延べ761回出現し，種類は395であった。出現頻度の上位3位は「大切」95回・12.48%，「子」16回・2.10%，「患者」11回・1.45%で，以下「見」「考」「思」「情報」「聞」であった。

二回生のレポート中に該当した155文に含まれた漢字語の延べ数は1,861，その漢字語の種類は733であった。出現頻度順に，「大切」155回・8.33%，「患者」54回・2.90%，「話」31回・1.67%で，以下「看護婦」「自分」「人」「老人」であった。

一・二回生に共通した漢字語は，「理解」「接」「自分」などがあり，一回生のみに出現した漢字語は，「言葉」「情報」「信頼関係」「連携」，二回生のみの出現語は「自分」「老人」「気持」「難」であった。

2）必要を含む文の分析

「必要」という漢字語は，全記述中に209文該当し，そのテキストから抽出された漢字語は延べ数2,624，種類985で，209文に1回ずつ「必要」が含まれていた（表3）。一回生の「必要」を含む77の文に出現した漢字語は延べ数768，漢字語の種類は403であった。出現頻度順に「必要」77回・10.03%，「患者」18回・2.34%，「必要性」14回・1.82%，以下「看護婦」「思」「聞」「理解」であった。

二回生132の文からは，延べ1,856の漢字語が抽出され，種類は793であった。出現頻度順に「必要」132回・7.11%，「患者」54回・2.92%，「看護婦」35回・1.89%，以下「人」「知識」「自分」「考」などが認められた。

一・二回生に共通している漢字語は，「知識」「援助」などで，一回生のみの出現語は，「観察」「情報」「環境」「時間」「判断」「施設」，二回生は「自分」「老人」「家族」「生活」であった。

3）重要を含む文の分析

一・二回生の全記述中に「重要」は83の文が該当し，その中に含まれた漢字語延べ数は1,140，種類は553で，「重要」は1文に1回ずつ含まれていた（表4）。

一回生のテキストから検索された44文から抽出された漢字語の延べ数は452，異なった漢字語の種類は278であった。出現頻度上位から「重要」44回・9.73%，「重要性」17回・3.76%，「患者」11回・2.43%，以下「看護」「感」「役割」であった。

二回生の文39から抽出された漢字語の延べ数は688，種類は382で，出現頻度順に「重要」39回・5.67%，「患者」21回・3.05%，「重要性」15回・2.18%，以下「老人」「考」「聞」であった。

共通している漢字語は，「知」であり，一回生のみの出現語は，「感」「役割」「子」「場」「連携」「環境」「個性」，二回生は「老人」「聞」「接」「良」「医療」であった。これら「大切」「必要」「重要」を含む記述には，看護の対象，「環境」「情報」「理解」など看護婦の責任，「信頼関係」の成立，知識の「理解」などに関する漢字語が多く，一回生の方が具体的な記述が顕著であった。

ここで，「大切」「必要」「重要」を含む文をすべて統合してJSORTで分析した結果を示す（表5）。542文の漢字語の延べ数は6,385，種類は1,581で，「大切」「必要」「重要」のキーワードを除けば，1位「患者」以下，「人」「老人」「子」，22位「家族」と看護の対象者は広く網羅されているが，提供する側は「看護婦」のみである。行動としては，「聞」「話」「考」「感」「見」「思」「理解」「知識」などがあり，また「自分」という語は8位に出現していた。

表4　重要を含む文に含まれた漢字語

出現順位	1・2回生合計	出現頻度	%	1回生	出現頻度	%	2回生	出現頻度	%
1	重要	83	7.28	重要	44	9.73	重要	39	5.67
2	患者,	32	2.81	重要性	17	3.76	患者	21	3.05
3	重要性			患者	11	2.43	重要性	15	2.18
4	看護	17	1.49	看護	9	1.99	老人	11	1.60
5	感,	13	1.14	感,	5	1.11	考,	10	1.45
6	考			役割			聞		
7	聞,	12	1.05	看護婦,	4	0.88	必要	9	1.31
8	老人			子,			感,	8	1.16
9	看護婦	11	0.96	思,			看護,		
10	思, 人,	10	0.88	場,			人,		
11	接,			大切,			接,		
12	大切,			知,			良		
13	知識,			連携			看護婦	7	1.02
14	必要,			一, 環境, 言, 個性,	3	0.66	思, 大切,	6	0.87
15	良			考, 行, 生, 保健婦, 話			知, 方		
語延べ数／文	1,140 ／ 83			452 ／ 44			688 ／ 39		
漢字語種類	553			278			382		

表5　重要・大切・必要を含む文に含まれた漢字語※

出現順位	1・2回生合計	出現頻度	%
1	患者	169	2.65
2	看護婦	90	1.41
3	聞	71	1.11
4	人	69	1.08
5	看護	59	0.92
6	話	58	0.91
7	考	56	0.88
8	自分	55	0.86
9	感,	52	0.81
10	老人		
11	見	51	0.80
12	思	50	0.78
13	理解	47	0.74
14	子,	44	0.69
15	良		
語延べ数／文	6,385 ／ 542		
漢字語種類	1,581		

※　重要・大切・必要を除く順位

3．施設毎の「大切」「重要」「必要」を含む文の分析

「大切」「必要」「重要」の3つのキーワードをそれぞれ含む文と3つを統合した文を分析してきた。ここでは，施設毎の学習内容を比較するために，3つのキーワードを含む文を合わせて分析し内容を集約する方法を用いた。表6は，施設毎に分類したテキストからBGREPプログラムを用いて「大切」「必要」「重要」を含む文を検索し，JSORTプログラムで抽出した漢字語である。総数が少ないために一・二回生を合計し，高頻度に出現している15位までの漢字を中心に総覧した。なお，それぞれの1位である「大切」，「必要」，「重要」は削除し，記述された内容そのものが見やすいように構成してある。

1）保健所

「大切」「必要」「重要」を含む85文で作成したテキストから抽出された漢字語は，延べ数974，

表6　大切・重要・必要を含む文に含まれた漢字語※

順位	保健所			保育所			老健施設			開放型病院			大学病院		
	語	頻度	%	語	頻度	%	語	頻度	%	語	頻度	%	語	頻度	%
1	保健婦	20	2.05	子	37	3.91	老人	47	3.52	患者	42	3.33	患者	121	6.55
2	人	16	1.64	子供	18	1.90	人	21	1.57	看護	17	1.35	看護婦	58	3.14
3	重要性,	13	1.33	接	14	1.48	話	17	1.27	聞	16	1.27	聞	32	1.73
4	連携			見,	10	1.06	思,	16	1.20	看護婦	14	1.11	情報	27	1.46
5	感,	11	1.13	考,			良			人,	13	1.03	看護,	23	1.25
6	思			発達,			自分,	14	1.05	知識			理解		
7	学,	10	1.03	聞,			笑顔,			医療,	11	0.87	見	21	1.14
8	生,			保育,			接			行,			考	19	1.03
9	知識,			保母,			家族,	13	0.97	自分			観察,	18	0.98
10	保健,			話			気持,			感,	10	0.79	自分		
11	医療,	9	0.92	個性,	9	0.95	方			必要性,			感, 話	15	0.81
12	健康,			理解			考,	12	0.90	訪問看護,					
13	地域			言,	8	0.84	心			理解,			援助,	13	0.70
14	一,	8	0.82	子供達,			介護,	11	0.82	良			行,		
15	見,			思,			生活			開放型病院,	8	0.63	仕事,		
16	考,			時,			看護婦	10	0.75	思,			人		
17	話			自分,			楽,	9	0.67	責任,			行動,	11	0.60
18	聴,	7	0.72	保育所,			感,			連携,			勉強		
19	病院			目			行			話			重要性,	10	0.54
20	家庭訪問, 看護婦, 協力, 業務, 相手, 多, 必要性	6	0.62	感, 合, 信頼関係, 知, 同, 難, 方	7	0.74	知, 聞	8	0.60	家族, 解, 考, 在宅, 持, 手洗, 重要性, 知, 問題	7	0.56	多, 知識, 病棟, 良		
語延べ数／文	974 ／ 85			947 ／ 91			1,336 ／ 106			1,261 ／ 105			1,846 ／ 161		
漢字語種類	457			390			551			569			628		

※　大切・重要・必要を除く順位

種類457（以下，同様に記す）であった。看護の対象者は「人」，「相手」であり，看護側は「保健婦」1位，「看護婦」20位がある。学習内容を示す漢字語としては「連携」「保健」「医療」「健康」「地域」「家庭訪問」「協力」「業務」が認められた。つまり，保健所での学習では，対象は主として「人」「保健婦」であり，「基本」や「知識が大切で，「健康」「地域」「病院」「医療」の「連携」と「協力」に注目していたことが示されている。

2）保育所

該当した91文（947,390）から抽出された漢字語の中に，対象者としては「子」「子供」「子供達」，援助側としては「保母」が挙がっていた。学習内容を示す漢字語には「発達」「保育」「個性」「信頼関係」があった。行動としては「見」「考」「聞」「感」「理解」などがあるが，特に「接」の多さが目立つ。

つまり，保育所で学生が注目した対象は，「子」「子供」「子供達」であり「保母」や「母親」よりも圧倒的に多かった。「目」をみて「話」す等，具体的な「子供」の「接」し方に注目したことがうかがわれる。

3）老人ホーム

該当した106文（1,336,551）から抽出された漢字語には，看護の対象者として「老人」「人」「家族」が出現していた。「方」という漢字語が出現した理由は，高齢の「方」や痴呆の「方」などとして使用されているためである。

学習内容を示す漢字語としては「笑顔」「気持」「心」「介護」「生活」「楽」などがあり，順位は下がるものの，施設で生活しなければならない背景にも広く目をむけ，「送迎」「足」「身体」などの記述が認められた。

4）開放型病院

該当した105文（1,261,569）から抽出された漢字語の中で，対象者は「患者」「家族」であった。学習内容を示す漢字語としては「訪問看護」「開放型病院」「責任」「連携」「在宅」「手洗」などがあった。

開放型病院の実習では一斉の説明が行われ，「開放型病院」の機能，看護婦の責任等が説明されたことを反映してか，「知識」と「理解」が上位で，「医療」の「連携」「訪問看護」と「在宅」などが挙がっていた。

5）大学病院

該当する161文（1,846,628）から抽出された漢字語中で看護の対象者を示すものは「患者」「人」のみで，「家族」の頻度は少なかった。学習内容を示す漢字語としては「情報」「観察」「援助」「仕事」「勉強」「知識」「病棟」があり，病棟で実習することによって得られた具体的な看護援助の他に，順位は下がるものの，「信頼」「的確」など，患者に「信頼」してもらえるよう「自分」自身を振り返り，患者との関係を作るために「知識」「理解」「勉強」が「必要」なことが記述されていた。

また，行動面においては「聞」，「話」，「感」，「考」は全てに含まれていたが，「接」するは保育所と老人ホームのみで認められた。さらに，同じ病院の実習にもかかわらず，開放型病院と大学病院では，出現した漢字語の種類の数に有意な差が認められた（$x^2=7.86>6.63$；$p<0.001$）。

したがって，「大切」「必要」「重要」を含む文に出現した5施設の15位までの漢字語は，レポート中に含まれていた3万語余の漢字語の一部でしかないが，各施設における対象者が列挙されており，学習内容を特徴的に示しているものであった。

Ⅳ．考　　察

看護教育における実習は，流動性の高い，教育条件によって大きな制約を受けやすい学習活動であり，その評価は公平性に欠けやすく難しいことがこれまでに度々論じられている[18]。記録物に頼らず，実際の学生の行動を中心に評価していくべきであることは論をまたないが，学生が学習した記述内容をできるだけ客観的に評価するための方法もまた重要であるといえよう。しかしこれまで，看護学生の学習レポートの分析に関して研究報告されたものは少なく，その場合にも研究者の焦点の当て方が分析の枠組みを決定することが多く，分析基準に客観性が乏しいことが危惧される。つまり，画一的な評価が困難なレポート内容を客観性を高めて評価するためには，内容を正しく把握することが前提となる。そこで今回，筆者らは，記述された内容をより客観的に凝縮・把握する方法として，レポート中に出現する漢字語の頻度分析方法を選択した。

その結果，レポートに使用された漢字語の種類は，一回生の漢字語延べ数11,409，漢字語の種類2,331に対して，二回生は漢字語延べ数18,969，漢字語の種類3,238であった。後者の方が数的には増加していたが，総語数と漢字語の種類との比率でみると，一回生0.204（2,331／11,409）は，二回生0.170（3,238／18,969）よりも多様な語を用いて表現していたと考えられる。このことは，「大切」「必要」「重要」を含む文の分析で，一回生の方が「環境」「情報」など看護の具体的な漢

字語が挙がっていた事実とも一致する[19]。また，漢字語総数の上位20位以内に，一回生のみに出現しているものは「病院」「知」「感」であり，二回生は「老人」「方」「接」であったことから，前者は思考的に，後者は高齢者の接し方などの行動的な記述が多かったことが推測される。これらは，既報[20]のように，二回生が老人ホームでの介護内容と大学病院での看護技術の実践内容が増加していたことからも裏付けられる。このように記述内容に差があることは，同一学習時期に同一の説明で同一の場所で行った実習であっても，年度毎に出会う対象者そして実習先での受け入れ者の違いがある以上，蓋然性が高い。このことは，実習する学生自身の関心の向け方の違いや他の講義内容の影響などが考えられる。

逆に，「大切」「必要」「重要」が含まれていた文中に，一・二回生に共通して20位以内に含まれていた漢字語も認められた。それは，「大切」を含む文中では「理解」「接」，「必要」を含む文では「知」，そして「重要」では「知識」「援助」であった。このことは，学生が「理解」しようとしたこと，「知」ろうとしたこと，「援助」しようとしたことで何が「大切」「必要」「重要」なのか，同時にどのような「接」し方，どのような「知識」が「大切」「必要」「重要」なのかを読み取る視点をもつことが評価者に求められることを示唆している。

それらの語を含む文からは，「患者」「看護婦」「人」「子」「老人」などの対象者と「情報」「信頼関係」「気持」「知識」「環境」「個性」「生活」など学生が注目した学習内容を示す語が抽出された。それは，対象者の理解，看護の役割，今後の学習への動機づけ等，実習の目標に則した内容であり，本実習で掲げた目標に到達しつつあることを示している。このことは，ケーススタディ後のレポートを対象にカテゴリー分析を用いて対象理解や看護の概念に関する学習内容が多いとした結果[21]とも一致しており，本研究で用いた漢字語の分析手法の有効性を示すものと考えられる。

さらに，対象の理解については，「保健婦」「保母」「看護婦」など看護の提供者よりも，「子供」「老人」「患者」「人」などがより多く記述されており，学生が対象者を理解しようとした姿勢が強くうかがえた。しかし，「家族」は少ないことから，老人ホームと開放型病院以外でも「家族」を含んだ包括的な対象者の理解が進むような働きかけの必要性が示唆された。

また，本実習の初日となった保健所では，「保健婦」が1位となっており，幅広い対象者そのものへ焦点を絞ることは難しかったようである。その理由として，出現した漢字語には「連携」「地域」「医療」などが多く「知識」が「必要」と記述されていることから，学生は保健医療福祉システムの中核的な役割に注目していたことが示唆された。一方，保健所では出現していない「自分」という漢字語は，実習中に学生が「自分」の子供のころや「自分」の両親や祖父母，「自分」の病気，「自分」が行った援助行為などを基準にして学習内容を深めることが予想されるが，保健所の実習内容ではそれができにくいためと考えられる。学習した内容を自分の体験と照合し考えを深める記述の有無も教員のもつ視点の一つになる可能性がある。

次に，対象者への「接」し方は，保育所と老人ホームで多く記述されており，前者は「目」や「視点」を「合」わせ，「個性」「発達」「信頼関係」が重要であるとして，小児の「接」し方に，後者では，身体的に衰えている対象者に「笑顔」「気持」「心」など精神面でのかかわりを重視する接し方を学んでいた。それは，地域の幅広い範囲の対象者に，あるいは大学病院で健康障害のレベルが高い対象者への「接」し方を学習するまでには至らないことを示している。つまり，知識や技術が未熟な2年次の学生は，各施設毎に1日だけの

実習では，対象者に接する経験がなかなか得られにくいことを評価の際には視野に入れておく必要があろう。

ところで，出現頻度が多い漢字語は，問題領域を示すものと解釈することが可能[22]とされ，学生が注目した内容を示すものといえる。そのことに注目すると，病院の実習といえども，開放型病院と大学病院では，レポートに出現した漢字語の差が生じていた。両者ともに，今後の学習の必要性が記述されており，本実習の目的を達成するための一役を担っていることがうかがえるが，開放型病院では，院内の見学中に一斉講義形式が採用され，入院生活における「食事」の意味や院内感染の予防，プライマリーナースの「責任」などに言及された影響で，レポートに出現した漢字語は説明されて得た「知識」やその施設の理念を反映していると思われる。一方，大学病院では，表6に示されたように，3つのキーワードを含む文から抽出された漢字語の延べ数が多く，出現した漢字語の種類の数でも有意な差が認められた。特に，各病棟に分かれて見学や実践した看護行為に関するものが多く記述されていた。このことから考えられる事は，看護学科の学生が初めて行う実習方法には，一斉の説明よりも看護実践の見学や技術の一部が実施できる見学方法が有効であるということである。ただし，学生が「できなかったあるいは不十分」と記述した内容の大半は，経験するという方法によることが明らかになっており[23]，これらの不全感が強くなりすぎないような調整が課題になる。このような実習方法の違いによって，レポート上に学習内容の相違が生じることも，評価の視点として理解する必要があろう。

また，本研究では「大切」「必要」「重要」という言葉を選定したが，それらの厳密な区分や定義を明確にしていない。これら以外にも「有効」「不可欠」などの漢字語も考えられ範囲は広げられようし，単に，これらの語の出現頻度のみでレポート評価の指標にならないことは言うまでもない。本研究で得られた結果はあくまでも記述された内容の分析によるものであり，学生の表現能力の優劣に左右されるため，学習内容を全て反映しているわけではない。すなわち，この方法を用いる際に，このことも留意すべき点であると考えられる。

このように限界はあるものの，今回の分析によって抽出された漢字語からレポートを評価する際のいくつかの視点を見出す事ができ，実習，特に画一的な評価が不可能な学習形態の場合に有効かつ不可欠な方法であろうと考えられた。これまで，評価者の主観に頼らざるを得なかったレポート評価にあたり，記述されたキーワードや語尾表現に注目するこの方法は，学生が何を学んだかを客観的に読み取る視点につながると考えられ，今後，この方法の有効性を検証するためには，学生一人分のレポートを分析対象として，本研究で導き出された結果が，個々の学生のレポートを評価する視点として使用可能かどうかの検討が必要となる。

なお，本方法の利用にあたっては，電子化されたデータのみを扱うという特殊性から，莫大な量の学生レポートを電子化する作業の簡便性が求められる。それにあたっては，近年の情報化技術の発達に即応した方法，例えば，スキャナーの利用または電子 mail を利用した学生レポートの提出などによる省力化が必要と思われる。

V．結　　論

基礎臨床実習後のレポート評価の視点を得るために，記述された3,379の文に含まれる漢字語を分析し，次の結果を得た：

1．一・二回生の記述に出現した漢字語は20位中の17語が両年共に出現している等，学習内容の共通性が非常に高いことが示唆された。

2．出現した漢字語の回生毎の違いは，一回生が多様な表現を用いて思考的な内容を記述する傾向

にあり，二回生は行動的な記述内容が多く対象者として「老人」に注目している等，学年差を理解する一助となる。

3．「大切」「必要」「重要」を含む文から抽出された漢字語には，学生が注目した学習内容を示している漢字語が多い。それらは，看護の対象，看護婦の責任，信頼関係の成立，知識の理解など実習の目標に沿ったものであった。

4．「大切」「必要」「重要」を含む各施設毎の文は，施設毎の特徴やそこでしか得られない学習内容を端的に示す漢字語を含んでおり，それらの語の有無と学生は何をどのように「大切」「必要」「重要」と記述しているかが，レポートを読み取る際の視点として有効であることが示唆された。

要　　約

本研究は，基礎臨床実習後の学生レポートに表現される実習教育効果を内容分析方法により評価する際の，記述内容を客観的に把握する視点を明らかにすることを目的とした。分析対象は，基礎臨床実習後に提出された，入学年次が異なる2年間の学生レポート延472名分とし，日本語文書を語彙レベルに分解して分別・収集するJSORTプログラムにより漢字語を抽出した。その結果，出現頻度が多い上位20位中の17語が，入学年次に係らず学生に共通していた。また，BGREPプログラムにより学習内容を示す漢字語「大切」「必要」「重要」で検索した文を，JSORTプログラムで分析した結果，看護の対象，看護婦の責任，信頼関係の成立，知識の理解などに関する漢字語が多く，施設ごとの特徴的な漢字語が認められた。従って，文章の語尾表現と学生が何をどのように「大切」「必要」「重要」と記述しているかが，レポート評価の際の視点として有効であることが示唆された。

Abstract

An evaluation of effectiveness of Clinical Practice Studies was made objectively by a content analysis of 472 written reports. These reports were written in free form by 48 first year students and 50 second year students after finishing the practice at each of 5 institutions. The analysis was carried out by using the JSORT program which classifies and groups language by breaking down Japanese sentences by vocabulary level, and the BGREP program which searches for certain words and selected kanji (Chinese characters used in Japanese). Words which indicate strong expressions of learning such as '大切 (valuable)', '必要 (necessary)' and '重要 (important)' were extracted from the relevant sentences.

The results show that the 17 of the top 20 words most frequently encountered were shared between first and second year students. The differences are seen as an expression of the characteristics of each grade level. The words found relating to 'valuable', 'important' and 'necessary' are closely associated with nursing skills, responsibility of nurses, the patients to nurses relationship, understanding of basic knowledge, etc. It was also found that the high frequency words in report were characteristic of the learning content at each institution. Thus, this results suggest that evaluation of free form reports by this analytic method can be used successfully.

VI. 引用文献

1）池内　一：内容分析の方法について（上）．東京大学新聞研究所紀要，3，pp. 33～46，1953.

2）池内　一：占領期間における日本新聞の趨向．東京大学新聞研究所紀要，6，pp.83～116，1957.

3）Kraus Krippendorff：CONTENT ANALISIS, An Introduction to Its Methodology. Sage Publication, Inc, USA. 1980，三上俊治他訳，メッセージ分析の技法「内容分析」への招待．勁草書房，東京，pp. 21～26，1995.

4）小林良彰．マス・メディアの報道と政党支持に関する計量分析．法学研究，61(1)，pp. 189～232，1988.

5）S. W. Ernst. Baseball and Brickbats, A Content Analysis of Community Development. Journalism Quarterly，49, pp. 86～90，1972.

6）坂江千寿子：新聞における科学報道記事の分析研究－移植医療を中心として－．人間科学論究，5，pp. 77～92，1997.

7）坂江千寿子他：脳死と臓器移植に関する新聞記事の内容分析．日本生命倫理学会誌．1997；8(4)，pp. 68～74，1997.

8）坂江千寿子：脳死と臓器移植に関する新聞報道の内容分析－見出しを構成した言葉を中心に－，茨城県立医療大学紀要，3，pp. 7～15，1998.

9）福田友栄他：看護学教育における非構成的授業の評価に関する研究－内容分析の検討を通して－．全国看護教育研究会誌，22，pp. 82～89，1990.

10）滝下幸栄他：基礎看護実習における学習内容の分析－実習終了後レポートの内容分析から－．京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要，6，pp. 33～41，1996.

11）宮腰由紀子他：基礎臨床実習Ⅰの教育効果－実習場所と方法の相違から－．茨城県立医療大学紀要，2，pp. 97～106，1997.

12）坂江千寿子他：内容分析の手法を用いた看護学生の基礎臨床実習Ⅰの教育効果－学習方法と方法の年度差の比較－，茨城県立医療大学紀要，3，pp. 107～120，1998.

13）鈴木敦省他：看護教育評価の実際第3版7刷，pp. 93～94，医学書院，1985.

14）金子秀彬：情報化時代に対処する速読と文献情報の圧縮．人間科学論究，2，pp. 135～145，1994.

15）金子秀彬：日本語の Zipf 法則型構造．人間科学論究，3，pp. 53～64，1995.

16）金子秀彬：科学研究における問題の提起から発想までの過程．人間科学論究，1，pp. 1～6，1993.

17）宮腰由紀子他：前掲書　11）p. 105.

18）鈴木敦省他：前掲書　13）p. 230.

19）坂江千寿子他：前掲書　12）p.115.

20）坂江千寿子他：前掲書　12）p.110.

21）森　明子他：ケーススタディにおける学習経験の分析－学生の終了後レポートの内容分析による－．聖母女子短大紀要，4，pp. 47～55，1991.

22）金子秀彬：前掲書　14）p.143.

23）坂江千寿子他：前掲書　12）pp.117～118.

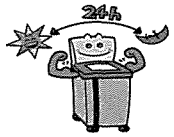
（平成11年4月12日受付）

FUKUDA DENSHI

人と医療のコミュニケーション

「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。

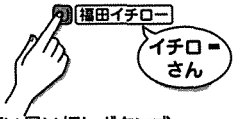
2.快適環境

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!

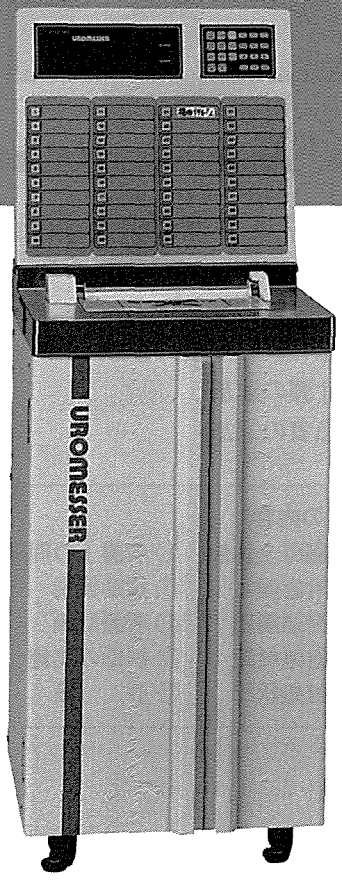
4.簡単操作



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

※本装置を導入された婦長さんの感想

ホームページ http://www.fukuda.co.jp

●医用電子機器の総合メーカー
フクダ電子株式会社®
本社 東京都文京区本郷3-39-4 (03) 3815-2121 (代) 〒113-8483

事例に学ぶ　家族看護学

―家族看護過程の展開―

東海大学健康科学部教授　鈴木和子
家族看護研究所所長　渡辺裕子　編集

B5判　200頁　2,500円

◆家族看護の実践の手ほどきとなるようにケース・スタディを中心に書き下ろした.

◆家族が抱えるあらゆる問題，あらゆる発達課題に対応して看護過程を展開した.

◆家族看護過程について，実践の場で，すぐ活用できるようにアセスメント，看護上の問題，計画，援助，評価の方法を具体的に示した.

主要目次

Chapter 1　家族看護とは
1．看護の対象としての「家族」
2．健康問題と家族
3．家族看護の考え方

Chapter 2　家族看護過程の展開
1．家族アセスメント
　家族アセスメントの方法
　家族アセスメントの構成と内容
　家族アセスメントを行う場合の留意点
2．家族看護計画
　援助仮説の抽出
　援助目標の設定
3．家族看護方法
　家族援助の焦点
　家族援助の方法
4．家族看護の評価
　評価の目的
　評価の視点
　看護過程は適切であったか
　看護計画を修正する

Chapter 3　家族看護の事例展開
1．病児をもつ家族
2．精神疾患患者の家族
3．慢性疾患(透析)患者の家族
4．高齢者介護の家族
5．終末期患者の家族

(1．～5．の内容)
① 健康問題の全体像　⑥ 看護上の問題
② 家族の対応能力　⑦ 援助仮説
③ 家族の発達課題　⑧ 看護計画
④ 過去の対処経験　⑨ 援助の実施
⑤ 家族の対処状況　⑩ 評　価

用語の解説

消費税が加算されます.
廣川書店
Hirokawa Publishing Company
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　（3）

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

◆教育講演◆

“絵を見ること，絵を読むこと”
― わたしたちの感性を磨くために

美術家・弘前大学名誉教授　村　上　善　男

村上善男と申します。何かどうも非常に場違いな話になるんじゃないかな，とちょっと心配していたんですけど，こうしてここに立ってみると，私をどういう理由で呼んで下さったのかということ，が少し解りかけたような気がします。

7月12日のことでした。私が体験した話しから，進めてみたいと思います。12日にどこに行っていたかと札幌に行っておりました。ここには，札幌からお出での先生もいらっしゃるかもしれませんけど，その先生なら多分ご存知だろうと思うんですが，札幌には，「芸術の森」というところがあります。これはあの，普通「美術館」というのは，街の真ん中にあるのがあたり前なんですけど，札幌の“芸術の森”というのは，札幌市内といってもずっと郊外でして，そこは，緑深い本当の森です。その札幌“芸術の森”の中にある屋外彫刻は，日本では最も有名な箱根の彫刻の森に比べてでも，遜色のないような素晴らしい施設です。世界中の著名な彫刻家の仕事が，そこに設置されて，私たちが三々五々見て歩くわけなんです。その一角に小さな美術館が建ってます。ここは，常設でいつも絵をそこに並べているわけではなくて，企画があった時に，展覧会をしたりするという場所であります。そこに私たちが行ったと思って下さい。

たまたまその私が行った日の前日，北海道大学で私の授業があったものですから，柳田国男論というか，「遠野物語」論というのをお話しをして，とても楽しい思いをしました。で，そのあくる日だったわけですね。私がたまたま札幌にいるからっていうことで，NHK弘前文化講座というのがありまして，鑑賞講座，つまり，絵の鑑賞の講座があるんです。その人たちのグループが35人，飛行機で札幌までやって来て，私が札幌にいるときに，一緒に研修っていうのかな，勉強会をしようと，そういう計画だったんです。そこで35人の人と私が“芸術の森”に入って行って，そこの「美術館」の中の一つの展覧会に入ったわけです。そしたらですね，その展覧会の会場は何の展覧会をやっていたかという事を話さないと話になりませんから，言いますと，ご存知かどうか，イサム・ノグチという彫刻家の展覧会があったのです。

イサム・ノグチ…。イサム・ノグチは，野口米次郎のご子息で，詩人の米次郎のですね。母親がアメリカのレオニー・ギルモア（作家）との間に生まれた子供さんなわけですね。その会場はどんな会場かというと，彫刻がもちろん並んでいるんですけど，今度の展覧会は石彫の彫刻が主だったものですから彫刻の部屋をこうずうっと辿って歩いてゆきます。

普通一般に彫刻の展覧会というのは，明るい照明があたって，非常に素敵な，何て言うか，独特の雰囲気をかもしだすものが多いんですけど，イサム・ノグチの展覧会の場合には，照明がものすごく暗かった。照明が暗いということは，何を意味するのか。スポットライト，または，ピン・ライトで彫刻を照らし出している。しかも何ヵ所からか照らし出しているもんですから，彫刻には微妙な陰影が降りている。しかし部屋全体は暗い。

それで，床は木の板でできている。フロアっていうか，要するに美術館ですからね，フロアはピカピカに磨いてありますけれども，そこに彫刻を設置してあるんだけれども，ライトが強くあたっているから，床の材質感はない。そこを私たちは辿歩いていく。

私はイサム・ノグチっていう彫刻家の仕事っていうのは，いっぱい見て来ているんです。フランスでも見たし，イタリアでも見たし，いろいろ見てきたんですけど，今度ほどイサム・ノグチの偉大さに打たれた事はありませんでした。ちょっと会場の皆様も想像してみて下さい。何でもない自然石があります。その自然石の一角を鋭利な刃物で切ったように，彫られています。そこがテカテカに磨かれている。その磨かれている所と磨かれていない所とのその境目の所が微妙に処理してある。何か日本のですね，伝統というものと，現代のアメリカの，鋭利な感覚とが結婚したような仕事というか，で本当に打たれてじっと立っていました。すると，となりの部屋から泣き声が聞こえてきた。

泣き声っていっても，これは明らかに女の人の泣き声でしたが，ジィーとその泣き声を聞いていて，「何で泣いているんだろう？」と思いました。私も解説者として行っている手前もあって，その人が誰であるのか見にいきました。そしたら私たちの旅行に参加をしようとして申し込んだＳさんという方が，お家のご都合によって参加できなくなって，高いお金がかかる往復飛行機だから，もったいないので，秋元さんっていう，知人のおばあちゃんに譲った訳ですね。「おばあちゃん」という言い方，ちょっと変ですけどね，70歳前後というように思って下さいね。秋元さんが泣いておられた。それで私は近づいて「どうなさったんですか？」と聞きました。美術館の会場ですよ。美術館で泣いてるというのは，これは彫刻を見て泣いているのか，それとも突然の腹痛で泣いているのか解りませんよね。

それで，秋元和子さんに近づいていって，何を見て泣いているのかを探ったらね，秋元さんの目の前にイサム・ノグチのお墓の写真がありました。

それでそのイサム・ノグチの墓の写真というのは，イサム・ノグチが生きているとき，生前に自分の墓はこの墓でなければならないと言っていた石で，それはどんな石かというとこういう自然石です。ちょうど一抱えぐらいある自然石です。その自然石にほんのすこしだけ手を加えているだけで，でその石がポンと置いてあって，向こう側にちょうど月が出ている。その月が逆光のような形でその墓を照らし出している。

それを秋元さんは眺めて泣きだした。簡単に言ってしまえばイサム・ノグチの彫刻というのは，人間が生きていくための喜び，物が誕生する時の形，物がこれから生まれて育っていくときのそういう形と，人間が死んでしまったあとの死の形と，生と死が同居しているような彫刻なんだなあと，思い至りました。理屈っぽく言えば，人間の生と死が内包された芸術を創っているイサム・ノグチ。まさに世界のトップランナーと思えるのです。現代彫刻のトップランナーですね。

しかし，秋元さんは，昨日の昨日まで，ただの一度も展覧会というものを見たこともなければ，美術館という所も訪ねたこともない。その人が泣けるというのは何なのか？秋元さんは長い自分の人生の中で自分自身の体験をもって生きてこられて，その生きてこられた体験と，目の前にある石と，石の彫刻と，そして最終的にイサム・ノグチの墓に採用された自然石…。その写真を見て，どうすることもできなくなって，泣き出してしまわれた。

私は秋元さんの涙から次の事を考えました。それは何かというと，彫刻のもっている，本来の色と形，それから手触り，理屈っぽくいうとテスクチェアということになるんですけど，私たちは普

通，日常的に実際に物に触らないと，物の感覚がつかめない人間たちですよね。今日，皆さんに私が一番言いたい事を先にもう言ってしまえば，私たちは「目で触る」ということの訓練になれてませんよね。

私たちは物に触って，例えばお隣に座っておられる方に触ってその方が着ておられる，洋服なら洋服のマチエールとか，テスクチェアというものに，触る事によって初めて解るけれれども，しかし長い経験で触らなくても，目でそれが解るようになってくる。これはある種の慣れであり，我々の感覚がそうさせているんだと思います。

秋元さんは生まれて初めて現代彫刻を見て，しかも現代彫刻の世界の最先端を見て，そして泣き出したということは，イサム・ノグチの彫刻のもっている大きな力と，それから秋元さんの人生とが，みごとに彫刻の上で重なったということだと思います。月の光りがさしていたということも，その彫刻を非常にドラマティックに見せていたんじゃないかなと思います。

えー私たちは毎日美術作品と暮らしているわけじゃありませんよね。私はたまたま美術家でありますので，毎日淡々と絵を描いて過ごすという時間が多いです。最近はそんな時間はとれなくなったりすることもあってあせったりもします。しかし私が皆さんに聞いてみたいと思うのですが，会場におられる皆様は，今までさっき秋元さんのような体験をもたれた方はいらっしゃるでしょうか?。どなたか他人の絵の前で何か知らないものすごいさびしさに襲われたり，ある種の感動をおぼえたり，何か背中につめたい物が走るような感覚をもった事がありますか？それでもう一つお聞きしたいのは，これは本当に聞きたいことですけど，先生方はこの3年間の間でかまいませんけど，3年間の間で美術館というものに足を運ばれたことのある方，ちょっと手を挙げてみて下さい…。

はい，さすがというべきか，まさかという気持ちも若干ないわけでもなかったんですけれども(笑い)，ずいぶん大勢の方が手を挙げて下さいました。先程控室で雑談をしているときに弘前大学の先生方の皆さんが久留米で研究会かなんかあった時に，「石橋美術館」を見てこられたというんで，思わずえらいと言ってしまいました。(笑い)

私たちは今日のような大会で集まったり，いろいろな各地を歩いたりした時に，真っ先に，お仕事はお仕事としてやりますけれども，その後どこか行くとすれば「美術館」へというのは，これは私は皆様に実行していただきたい一番の大きな課題です。たくさんの絵を見ていただいたり，「美術館」を見ていただくということは，私たちの人生にとってものすごく大事である。どういう風に大事なのかを，私はこれから皆様にお話するために，ここに現れた訳です。

日常的に暮らしていく中で，ご自宅に美術作品が一点もなくても，生活はしていけるわけです。私は，美術の中で暮らしていますから，私の家には，いっぱい絵があると思われる方もいらっしゃる，と思いますけれど，逆でありまして，私の場合には，ほとんど絵はありませんし，持っていてもそれを常時かけているということは中々ないのですね。皆様方は，いかがでしょうか？ご自宅の中にどんな形であれ，絵をかけておられますでしょうか？極端な言い方をすれば，絵がなくても食べていけるわけですよね。生活していけるわけです。

つまり芸術なんて芸術的な雰囲気が家の中になくっても，何もそのような物がなくっても，花がないと生きていけないかもわからないけれども，生きていけるわけです。しかし本当にそうだろうかと今考えているわけです。つまり絵とつきあうことができるかできないか，そのことが私たちの人生にどういう意味をもつのか。もし一枚そこに絵があれば，自分たちの人生がどうかわるのか？

あるいは，その絵によって何が私たちにもたらされるのか？さすがに花がないと生きていけないという人がいても，美術作品が一点もない生活でも私たちは暮らしていけるわけです。

もしそういう風な事を考えていった場合に，これは皆さんに直接うかがった方が早いんですけど，皆さんの応接間にでもけっこうですし，玄関でもけっこうですし，子供さんの絵でもけっこうですから，何かご自宅に絵がかけてある状態，今かけてあるという方，ちょっと手を挙げてください…。はい，ありがとうございます。思いがけぬすごい数ですね。（笑い）さきほどの美術館に行ったこと，３年間の間で行ったことのある数と今の数を合わせれば，ほとんど圧倒的にそういう経験をお持ちの方が多いようです。それでは，その絵は私たちに向かって何を呼びかけているのだろうか？私は子供の時から絵が大好きでここまでやってきたわけではありません。できるだけ早く大急ぎで自分の経験を言ってしまいたいのだけれど，私の家は決して豊かでもないし，いい暮らしでもありませんでした。はっきり言ってしまえば，何故村上は，非行少年にならなかったと言われるくらい，荒んだ家でした。もっと簡単に言ってしまえば，母が早くに死んでしまったために，父の恋愛と再婚があって，私と私の弟とおばあちゃんとおじいちゃんと４人の暮らしが強いられたわけですが，小学校の４年生ぐらいから，そういう状態だったものですから，もしあの大きな戦争がなければ，完璧に非行少年に走っていただろうと思うような環境でした。

その中にたまたま佐々木正一という教育実習生の先生が現れて，私の小さな水彩だったのですが，それを本当に，口を極めて褒めてくれました。私はもちろん，それをそのまま信じたわけではないんですけれども，何かその事によって，私は何か絵を描くことが，自分の救いになるんだということに気づいて，わき道にそれないで，今までこれたんじゃないかなと，今思えるのです。

先生方は戦後すぐの教育を受けられた先生方もいるし，昨日，今日の，昨日，今日のという言い方も変ですけど，10年，20年先の教育をうけられた方もいるので，一概に言えないと思いますが，こういう事があった事だけは記憶しておいてほしいと思います。戦争で日本が負けて，その後どうすることもできない状況の中から立ち直ってきたわけですけれど，その中で美術教育ってのはどんな風な形で進められたか。「創造美術教育」という活動が非常に盛んだった時代があるんです。それは何かって言いますと，こういう風に全[redacted]でいろいろな大会が開かれますよね，大会に全[redacted]の先生方が大挙して押しかけて行って，そして皆でお互いに励まし合う。自分の受け持っている子供たちの絵を持ちよって，皆で批評しあい，活発な討論をし，盛り上げて，子供たちが自由に個性的な育ち方をするようにっていう教育，が盛んだった時代があったんです。その時代はだいたい私の見当では，20年ぐらい続いたのではないでしょうか。

その中で私の友人で，残念な死に方をした池田満寿夫君もいましたし，私のような人間もそういう美術教育の中で，一生懸命活動しました。その時に起こった大きな過ちがあると思います。その過ちを皆さんに伝えたいわけです。

その時私はこんな風に私たちの先生から学びました。主な先生の中で一番の指導者は久保貞次郎先生でありました。この先生がリーダーであるせいではないのですけれど，美術教育の中で一番大事なことは，とにかく，他人の絵を見た時に，自分がいいと思ったらそれでいいんだ，ということです。自分が，あるひとつの絵をみるとするでしょ。そしていいと思う。自分がいいと思ったらいいんだ，そのことを大事にして生きていけばいいんだ，そういう教育をしてきた訳です。この教育のあり方は絶対間違いありません。まさにその通りです。ですからここに座っておられる皆様方，そしてこ

の3年間の間に美術館に行った事のある方々は，ご自身が今，私から質問を受けずとも，多分，「私はこういう絵が好きだ。どこどこ美術館の，この作品が好きだ。どこどこ美術館のこの絵が大好きだ」というお気持ちがあると思います。しかもヨーロッパまで出掛けて，絵をご覧になった人もいるはずです。それでそのご自分が好きだと思っている絵，好きだと思っている美術家のことを思うことは悪いはずがない。

しかしここで考えてみたいと思います。それは何かというと，自分が嫌いな絵はそれでは駄目だったのか？簡単に人生の中から捨て去ってしまっていいんだろうか？好きとは何か？嫌いとはなにか？実は美術作品というのは，ご自宅の中に飾ってある絵さえも，毎日毎日，違った表情を見せるのが，芸術作品なのですね。ということは何を意味するかというと，絵というのは“自分を照らし出す鏡”なんですね。たとえば，自分が嫌いだと思って全然見もしない，あるいは見向きもしないような絵も，長い人生の間でその絵の良さが解ってこないとは限らない，という事です。つまり嫌いな絵というのは，どういうことを意味するかというと，その絵が悪いのではなく，この絵が好きになれない自分がここにいるという，事実の証明なのですね。その事を実は大事に考えて行きたいわけです。それが私たちの感性というものではないでしょうか。この色は許せるけど，この色は許せない。極端な言い方をすれば，ある仲良しの友達同士が相手に電話をかけて，「今日貴方は何を着てくるの？私は赤いドレスを着ていきたいと思う。」「あぁそう，貴方が赤いドレスなら私は緑にする。」という。そういう人は居ないと思いますけど，その赤と緑が街を歩いた時の不気味さを想像してみて下さい。お互い同士，殺し合いながら歩くようなものでして，ちょっと信じがたい事になるわけです。

つまり私が何を言いたいかと申しますと，友達は赤い色のドレスが好きで，赤い色が好きなんだけれど，しかし私はどうしても赤い色が好きになれない。しかし他人の着ている赤なら許せる，というところまでいかないといけないということであります。そのあたりが美術を考えていく上で難しいところであります。くどいですけど，もう一度繰り返させていただきます。

戦後の美術教育で一番まずかったこと，それは「いいと思ったらいいんだ。」「貴方がいいと思ったらいいのよ。」という教育が蔓延していて，貴方が嫌いだったという絵の運命について，一度もかえり見ようとしなかったこと。私はそのことが大きな過ちだったように思うのです。

今，私は皆さんに，あらためて問いかけてみようと思います。私たちは一生の間で何人の好きな美術作品をもつことができるでしょうか？また私たちは心の中で何人の好きな美術家を持ち，あの世まで自分と一緒に想いの中で持っていけるでしょうか？と。これはよく考えてみると，難しいのですがとても大事な問題であるように思います。

私が中学生のときでしたけれども，一枚の絵で大変ショックをうけたことがあります。会場におられる皆様方の中には，今私が申し上げる画家の名前を聞いて，ご存知の方はなかなかおられないかと思います。一応，念のため聞いておきたいと思います。「松本竣介」をご存知でしょうか？お手をお挙げ下さい。

すごいですねー。さすがに。あっ弘前大学の福嶋松郎先生が手を挙げて下さっておられる。あとの皆さんはシーンとされて…（笑い）。さっきの元気はどこにいったんでしょうか？（笑い）青山で生まれたのですが，育ったのは花巻，盛岡でした。そして盛岡の中学校時代に耳が聞こえなくなるという状況になってしまいます。竣介の「竣」というのは立つという字を書いて書いた「竣」ですけど，以前は佐藤俊介でしたけれども，結婚を機に俊介の「俊」という字を「竣」という字に変

えました。それで松本竣介というんです。

ちなみに皆さんがこれからいろいろな出会いの中で「好きな画家は誰ですか？」と誰かに聞かれた時に，「松本竣介」と言えたら凄いんじゃないかなと思うんです。なぜならば，松本竣介というのはそんなに有名ではないのですが，これほど優れた画家は居ないというふうに言われている画家だからです。（笑い）

それでこの松本竣介ですが，先程も言いましたように，中学校の時，小学校の時からもうトラブルがあったんですけれど，中学の時には，体調も良くなくって，耳が聞こえなくなってしまった。いろいろな絵を描きましたけれども，ブルーを主体とした風景画を，数多く発表して亡くなっていくわけです。30歳の半ばで，いわば夭折の画家として知られています。

この竣介が描いた絵でちょっと気になる絵があります。何でもない風景画なんですけれどその風景は必ず俯瞰の風景なんです。街の風景ですね。そしてその街の中には，人々の生活している姿が，生き生きと描き出されています。もう一度繰り返しますけれど俯瞰で見た雰囲気であります。そして手前に人物がいて，中景の人物がダブるように，重なるように描いています。それで人物は透けて見えてその人物の後ろにある建物も透けて見えるような表現になっているんです。透視図のような感じですね。そして深いんです。ずうっと奥まで風景は続いています。よく見るとその建物のすぐ前に人が歩いたりしている。小さな姿なども本当に蟻が歩いているような小さな描写もあります。

この松本竣介の絵には，必ずといっていいくらい時計台が描かれています。それから何かしら白い塔が描かれています。白い塔が浮かんでいるのです。ヨーロッパの風景じゃないですよ。私がこれを中学生の時に感動し，今こういう年齢になるまでずっと感動し続けています。竣介を追いかけて私が書いた先程紹介していただいた『松本竣介とその友人達』（新潮社）という本は，私が松本竣介を辿った跡が書物になったという形のものでありますけれども，松本竣介を辿っているうちに，彼の絵には白い塔，教会みたいな塔，何か怪しげな塔がいっぱい出てくる。それでそれが何だろうかと思って色々考えました。そしたらあることに気付いたのです。

時計台というのは，もしかしたら松本竣介が学んだ盛岡中学校の時計台なのではないか，ということです。絵を「観る」ということは，絵を「読む」ことでもあります。ああ，この絵はいいなあ，いい絵だなあ，色が好きだなあという風に絵を見ることです。しかし，その見た絵の中に何か自分に訴えかけている何かがあれば，そこで絵を考えたり，絵を読むことというのは，その絵に入っていくためにはどうしても必要な事ですよね。

何故竣介はこんな時計台を描かなくてはならないんだろう？どの絵にも風景という風景に何故こんな風に時計台を，繰り返し描かなくてはならないのだろう？と思ったら，松本竣介の少年時代に通った，盛岡中学校の事を思いうかべないっていう手はないと思います。竣介がその頃中学校に通っていた所，盛岡中学校の建物はどうなっていたかと調べてみたら，真っ白いペンキを塗り立てたばかりの校舎が，できあがった年から2年目の事でした。つまり竣介は生涯の記憶として，自分の大切な風景として盛岡中学校というものが体の中に入っていて，それから東京へ出ても美術の活動をする中で，繰り返し繰り返し，その風景が蘇ってきたのではないのでしょうか？

そしてその時計台は音を発てているものです。時計ですから。それから街の騒音も，全部音となって立ちのぼっていたに違いない。竣介は耳が聞こえないけれど，音のある風景を描いていたことが，読めてくるわけです。そうすると竣介の絵を見て，いい，悪いと言っていた鼻先で，竣介の絵は素敵だと思ったことよりも，竣介の絵の中に一歩も二

歩も入っていって，耳の聞こえない竣介が街の騒音，かつて聞いたことのある街の騒音を描いているんだ。盛岡中学も重ねているんだ。現実にはそういう風景はないのだけれども，竣介の幻の都市風景なんだ。ということが少しづつ読めてくるわけです。

読めるということはとても良いことだと思うのです。皆様方にお願いしたいことは，絵は見るものであるのはもちろんですけれども，絵を読むということは実に非常に大切なことなのではないか，つまり絵の中で展開されている物語りを私たちは見ていかなければならないのではないかと思うんです。そうする事によってその絵の中に一歩も二歩も入っていくということは，取りも直さず人間観察になるだろうと思います。

私は非常に幸せなことに，幼稚園の園長というのをやらさせていただきました。幸せだと今言いましたけれど，教授会選挙の結果幼稚園の園長になったということを聞かされた時，静岡県に出張中の私は，本当にこんな嫌なことが，何で自分の人生にふりかかってきたのか？（笑い）毎日幼稚園に行って，自分の仕事もする，などとてもできるものじゃない，やだやだと思っていました。ところが実際に幼稚園に行ってみて，一日一日幼稚園で過ごしている間に，一枚ずつ薄皮が剥げていくように，これは大変な有意義な仕事だなあという事が解ってきました。そして私は逆に園長先生という仕事を3年間，与えられたことに，感謝するようになりました。そうなるための3年間でした。その中で一番私にとってうれしかったことは幼稚園の日々の生活ではありません。幼稚園の日々も楽しかったし，皆様方にお話ししたい事もいっぱいあります。山ほどあります。私の作詞・作曲した運動会の歌も聞かせたいです。（笑い）ここで歌ってみたいくらいです。（笑い）しかしそんな事よりも，私が一番大事だと思ったのは，養護学校に私が出入りできることだったのです。養護学校という学校のことを全く知らずに大学の教官を続けていました。そして養護学校で私は水野学部長先生と一緒だったのですが，お呼ばれで行って，挨拶をし，そういう席に顔を出さなければならない立場になりました。

学芸会に行ったときのことです。養護の子供達が演じている演技を見て，その演技が中々上手くいかない。教わった通り演技をやっているのだけれど，上手くいかなくて途中で，忘れたりする。それを幕の後ろから手を出して先生方が合図する。その手もまるみえである。こちらでは，泣いたり，笑ったり，お父さんやお母さんが家の子はあんなに長いセリフをしゃべれるのかと感激したり，もう，とにかく会場全体がドラマで涙が止まらない。私は何とか涙をこらえて我慢している。ふっととなりの水野先生の方を見たら水野先生も泣いておられたので，こりゃ大丈夫だと思って私も泣いたんです。（笑い）

そしてこの場所で，私自身教師だったり，美術家として，今までやってきて「あぁ駄目だったなぁ。何も解っちゃいなかったなあ」と思えてきました。簡単に言えば，心が洗われたわけです。その洗われたということはどんな風なことかと言うと，アメリカの小児科のお医者様のことをちょっと話したいと思います。

カナーという自閉症の研究で有名なお医者様なんですね。いまその事について私が書いたメモをみますが，ちょっと怪しいところもありますが，そのカナー先生の意図をできるだけ正確に伝えたいと思います。

障害のある人々，自閉の子供がいますね。自閉症の子供達がいる。でもそれは遠い宇宙からやって来た子供だ，なんて考えたらとんでもない大きな間違い，であるわけです。私たちと同じ起源をもち，同じ起源でうまれてきたその不思議さ…。

しかし一見他からやってきた子供のように見える。全く無関係のように行動しているように映るその子供達。自閉の子供達。しかしその自閉の子供達が秘めている能力，その能力は全く今私達に見えていない。たとえば，馬と自由に語ることができ，魚と自由に語ることができ，水の中に入らずとも，水の中の風景が自由に見ることができる。非常に特別な才能をもった子供達なのです。そういう事をカナーさんはおっしゃっている。まさにその事なんじゃないかなと私は思い当たる事があります。

つまり，私が幼稚園の園長をしていた時に学び得たことは，今までの私たちのもっている常識。いわば美術的な常識ですね。絵を見るっていう事とか，絵を考えるっていう事の常識ではない，もう一つの深い世界があるっていう事を知りました。それでその事をもし私たちが日常生活の中で，私たち自身が力を持って子供を見抜いたり，患者を見抜いたり，いろいろな事をするためにはどうすればいいのかと言うと，これはやっぱり私たち自身の一人一人の感性を磨くしか，方法はないんじゃないかと思います。

こんな事を話している中で，どうしてもお話しておきたい事があります。

今，私の背中の後ろには，宮沢賢治がびったりひっついていまして，この賢治から離れられない状況になっています。それは私が若い頃，中学の教師をしたときの事ですが，その働いていた中学のPTA会長が富手一という人でして，また副会長は平来作という人でした。私たちがいろいろな学校行事をしたりしているときに，いちいち文句をつけてくる人たちがこの二人でした。それもPTA会長と副会長ですから，たまったものじゃない。この人たちの必ずでてくる言葉は「賢治先生ならそんなことはしなかった。」と言う言葉です。「賢治先生ならって。そりぁ何なんだ！」と当時私は本当に思いました。なるほど「風の又三郎」の物語りは知っていましたけれども，しかし「賢治」という内実身についていなかったんですね。日常生活をしているうちに，その後にですね，いろいろな教員の仕事をしたりして，今まで来るに至って，今，“賢治生誕100年”であれだけの大勢の人間が岩手県の盛岡に集まってきたり，花巻に集まってきたりする。人をひきつけてやまない賢治。その賢治を背中にしょって人生を生きて来られた平さんと富手さんはすごい。これは私もここに座っておられる皆様方も含めて，いったい何をしょって人生をいきておられますか？今その何かを背負って生きている，何か好きな絵がある，嫌いな絵もある，いろいろな物を背負って生きている。そして目の前には，患者さんがいたり，或いは生徒さんがいたりしている。全人生をかけて一生懸命やっている。しかしよく考えてみますと，話は平凡なところに戻っていくような気がします。

時間も押し迫ってきましたが，私が今日皆さんに伝えたいと思っている，研究者の事を少し喋らせてください。

それは，皆さんもご存知の事と思いますが，ルドルフ・シュタイナーの事です。今は青森県に限らず全国的にシュタイナーを研究している先生がたくさんいらっしゃる事と思います。このシュタイナーが，ご自分の授業で，黒板に絵を描いたそうです。図形化でいろいろな事を教えていたわけです。シュタイナーの黒板絵があまりにも素晴らしかったので，ある一人の教え子さんが，黒板に描いた絵を全部自分のスケッチブックに色鉛筆で写しとった。ところが間に合わない。シュタイナーは描いてすぐ消すからですね。そこで教え子達は仲間と相談して，シュタイナーが描いてすぐ消せないように，黒いラシャ紙のような紙を予め黒板に貼っておいた。そこでシュタイナーが描く。消そうとするとすぐその黒板の前に走って，ラシャ紙を剥がす。そういった作業が続いた。シュタイ

ナーの残した黒板絵は全部で何枚あると思いますか？1000枚残っているそうです。これをドイツではちゃんと管理している。それを世界の美術館とか，研究者たちに貸し出している。

その黒板絵と言われる物をみたとき，教育というのはすごい事をやるのだなと思いました。どうでしょう。板書という言葉がありますね，板書というのは，白いチョークで書きます。しかし私たちは無意識のうちに赤いチョークも使います。そうすると子供達はそれをみたとき，赤いチョークと白いチョークの差ですから，赤いチョークで書かれたことは，白いチョークで書かれた事よりも，重要だと考えるでしょう。そこに緑を使ったらどうなるか？すると緑は赤よりはやや大事ではないかもしれないけど，白よりは大事だぜ。じゃあ黄色は何なのか？赤と青と緑と黄色，或いは白。その色のチョークを使い分けて暗黙のメッセージを子供達に送ろうとしていると考える先生は全■で何人いるでしょう？白いチョーク，しかも最近は最悪な事にツルツル滑るマジックインクで書くような黒板。いやホワイトボードとかって呼ばれていますが，私は大嫌いなんです。黒板のチョークが飛び散って落ちるというドラマが，もう見えてこない。子供達に大学の教師が夢中になって，時間がたつのも忘れて，黒板に書いてあげて，そしてチョークがパーッと飛び散って，この辺もいっぱいチョークだらけになって最後に胸を張って教室を出ていく老教授，なんていません。（笑い）まあ，それはどうでもいい事です。（笑い）けれども，私が今考えて，日本の教育の問題でもそうですし，いろんなもので足りないものは何かと言えば，私は多分こんな事なのではないかと思う事があります。

人生全体というのは，植物に似ていると言うんです。皆さんどうですか？これは私か言ったことではなくて，シュタイナーさんがある場所でおっしゃっている事です。人生は植物に似ている。そうですね。水をやれば育つし，肥料をやればその度にすくすく育っていくでしょう。人生全体は植物に似ている。植物は目にみえぬままの状態を含んでいる。植物自身で言えば例えばナス。我々は若干のナスの知識がありますから，ナスが植えられている状態を見て，あの紫っぽい葉っぱが出ているので，ああこれはナスが植えられているなって解ります。他も知識があるので，これはさやえんどうだぞ。これはトマトだぞ。とか解ります。トマトの下にジャガイモがついて出てくる変なものを考え出して，喜んでいる学者さんもいますけれど，（笑い）その植物が何が出てくるか解らない未知の状態で，新緑の葉をつけた植物を目の前にしている人はしばらくすれば，葉をつけた枝から花が咲き出て何の植物か解ります。その植物は現在まで潜在的にそのような花や実を含んでいた。つまり花や実を準備している。私たちの目に見えないところで，花もつぼみも何もない状態の時から花や実を準備している訳です。現在の目に見えるものからだけ，植物を研究しようとする時，いったい人はこのような花や果実の姿を言い当てることができるだろうか？植物というものの本質を知る者のみ，未来を見分けることができる。私たちが患者さんなら患者さんと，生徒さんなら生徒さんと，その前に座って向かい合わせになった時に，その人の言葉や，顔色とか，服装とかいろいろな事からこの人はどこか患いに違いない。と言い当てる。

会場の皆様方ならプロですから，患者さんを前にして，どこか悪いなって一瞬で解る。なぜ解るかというと，それは顔色とか，雰■気とか，目の移し方とか，目もとをちょっと下げるとか，色々な様相で推量できる。この推量できる力の根源は何かというと，実は何っていうことはない，絵を読む力とよく似ているのですね。

つまり「看護という仕事は，アートに物凄い近い場所に位置している」のです。そのアートに物

凄く近い場所に位置している看護の先生が各地方を訪ねた時に，「美術館」に行かない手はない。（笑い）「美術館」に行って多くの絵を見て，自分自身の感性を磨いて，そして人と向き合う時，今まで見えなかった事が色々見えてくるのではないでしょうか。

私は看護の事はよく解りません。私を今回呼んで下さった，大串先生たちは，美術家の話もたまにはいいのではないか，という事だったろうと思いますが，皆さんは今日，ちょっと珍しい話もあったことだろうと思います。一番最初に出てきたおばあちゃんの秋元さんの話。今日の話ではこの秋元和子さんが随分活躍してくれました。（笑い）このおばあちゃんが感動して打ち震えて，涙を流し，「もう一生忘れないわ」とおっしゃっていた事をもう一度引き出すとすれば，私たちは無駄な人生を送りたくないですよね。ですから今日，ここに座っておられる皆さんに最後の最後にもう一度申し上げたいのは，私たちの感性を磨くのには，私たち自身がそれなりの努力をし，動かなければいけないという事です。

幼稚園の園長時代によくおかあさんが，「子供の感性を磨くのにはどうしたらよいですか？」と良く聞いてきます。その度に「あんたの感性ですよ。問題は。」と何遍言いたかったことでしょうか。しかし園長職の手前そんな風には言えなかった。（笑い）母親自身の感性が怪しいのにどうして子供の感性が育ちますか？と本当に言いたい日々でした。しかし本当に今でもそう思っています。

これで私の話を終らせていただきます。質問の時間を10分間残すように，との司会の先生の御指示でしたので，これで終りたいと思います。どうもありがとうございました。（拍手）

辛らーい床ずれ・病臭の解消に！

特許　エアー噴出型

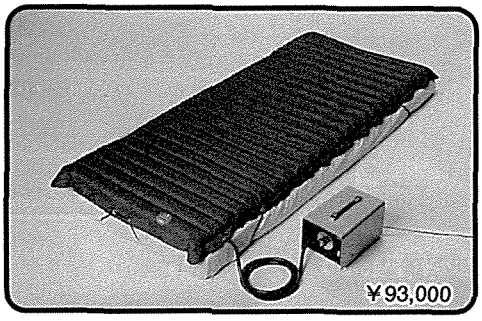
サンケンマット®

大臣賞　受賞品

床ずれ治療に噴気型のパイオニア

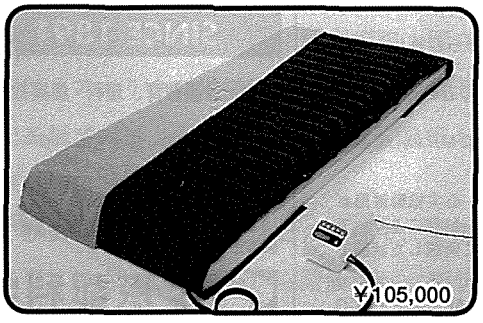
特許：エアー噴出型

サンケンマット　ギャヂタイプ



特許：エアー噴出・波動型（エアーセルタイプ）

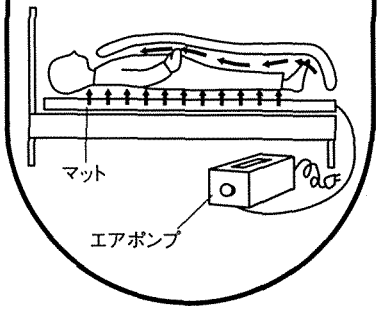
ハッピーウェイブ　電子機能が自動調節



（製品についてのお問い合せは、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

サンワカケン

三和化研工業株式会社

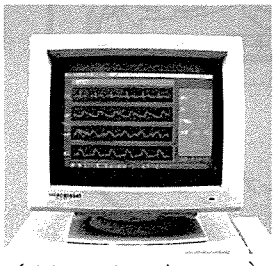
本社　〒581-0039　大阪府八尾市太田新町2丁目41番地　TEL.0729(49)7123㈹　FAX.0729(49)0007

M64 生体シミュレーター（心臓病用）A. V. P.トレーニングシステム

“イチロー”

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

頸静脈波・動脈拍動・心音・心尖拍動・呼吸音・心電図がライブに再現!!



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

MODEL 40　総合カタログ、パンフレット進呈

〈特　　長〉

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

SINCE 1891

医学・看護教育、理科・産業教育用

（標本・模型・シミュレーター・実験機器・X線ファントム）

製造販売

株式会社 京都科学

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

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

日本看護研究学会会報
第 51 号
（平成11年9月20日発行）
日本看護研究学会事務局

目　次

第26回日本看護研究学会学術集会の開催を前にして …… 1
第25回日本看護研究学会学術集会を終えて …… 2
第25回日本看護研究学会学術集会印象記 …… 4
第25回日本看護研究学会学術集会印象記 …… 5
第25回日本看護研究学会学術集会会務報告 …… 7

第26回日本看護研究学会学術集会の開催を前にして

千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター
草　刈　淳　子

この度，四半世紀目に当たる歴史的な第25回学術集会が盛会裡に終わり，本学会理事長として何より嬉しく思いますと共に，来年度の第26回日本看護研究学会学術集会をお引き受けし，責任の重さを実感しております。

第26回学術集会は西暦2000年という，今世紀最後の年に開かれることから，次代を担う看護職の具体的な歩みを進めるべき重要な年と考えます。特に，看護管理の立場からみるとき，日本においては昭和25年9月に国立病院・国立療養所に「総婦長制度」が導入されてからちょうど50年，アメリカで看護管理の大学院修士課程が14大学に設置された年から50年と、共に半世紀を経て，過去を振り返り，未来を見据えて現在の看護管理のあり方を考える上で，一層，意義深い年であるといえます。

長い歴史的経緯と関連職種との関係で，実現に時間を要するとはいえ，国民の保健と医療が1日も早く，古いしがらみから開放され，新世紀における看護職に相応しい立場を獲得し，看護の力を最もよい形で社会のニードにつなげていくことが切望されます。看護職の位置づけと役割・責任については現在検討されているとはいえ，今のところ保助看法では50年以上前の規定のままであり，医療の実践現場では，法と実際にあるべき姿との乖離が看過できない事態となっています。この世紀の変わり目を1つの節目として，会員の知恵と意識を結集して実現に向かわなければなりません。

こうした考えから，第26回のメインテーマは，「新たな世界を切り拓く看護職 －Three Ways

to Growth（成長のための３つの方策）」とすることに最終決定致しました。看護職がなすべきことはすでに十分承知している，との見解がきかれます。なぜできないのか，なすべきことを現実のものとするためには，それが実現できる仕組みの構築が必要です。

「成長のための３つの方策」とは，①組織の再編，②新たな役割認知，③責任ある実践とそれを支えるための法的位置づけ（権限付与）です。幸い，現実に看護の力が発揮され，評価の困難な看護から，「みえる（評価の対象となり得る）看護」になってきたとの報告が聞かれます。看護が経済学の視点から，正当に評価されるための検討もしたいと考えています。

招聘講演，特別講演，教育講演と鼎談，シンポジウム，一般演題（口演・示説）など例年同様に予定している他，介護保険がスタートするこれからの日本を拓く看護職の方々の新しい領域での実践報告や，招聘講演者を囲んで意見交換ができる場を設け，実際のアクションプランにつなげられるよう，計画しております。

会場となる千葉市幕張メッセは，千葉県木更津市と神奈川県川崎市を結ぶ東京湾横断道や「海ほたる」が設置されるなど，羽田・東京からのアクセスがよいところです。

日頃の研鑽の成果や臨床現場での看護実践を有効とするための方法や実体験などを持ち寄り，振るってご参加下さい。特に，看護管理に関心のある方々には多数ご参加下さいますよう，関東地方の会員一同，心からお待ちしております。

第25回日本看護研究学会学術集会を終えて

聖隷クリストファー看護大学　田　島　桂　子

最初に，第25回日本看護研究学会学術集会が計画にしたがって滞りなく終了いたしましたことを会員の皆様にご報告いたします。同時に，会期の７月30日から８月１日までの３日間，熱心にご参加いただきました方々，協賛を快く引き受けてくださいました各社の皆様に厚くお礼を申し上げます。

第25回学術集会は，本学会の四半世紀継続を祝うとともに，21世紀までに１年有余の期間をもつ1999年に，21世紀を迎えるための課題の整理と，それを克服するための方策を，各々の胸のうちに広げていただける集会となることを願って企画いたしました。具体的には，これからの医療・看護の進む方向，看護教育のあり方，および世界の境界線が狭められる時代を迎えるための心の準備などを意図しておりました。

医療・看護については，2000年から導入される介護保険制度，医療費の増大に伴う医療保険料の見直しなどによる影響への対応などがあります。そこでは，単に諸外国で実施されている方法の模倣的導入ではなく，国情・医療・看護の現場を十分に分析し，その上に立った方法を

検討する必要性が問題にされました。

看護教育については，「できる」という可能性に向けた教育ではなく，「実施する」看護者育成の必要性が論じられました。また，一方では，看護教育が世界的に大学教育・大学院教育へと変化している現状は看護職者あるいは看護の必要性から出てきているものなのか，社会の体制の中で生まれてきているものなのかという，本質を問う議論が行われました。

外国との関係については，米国，韓国の2ケ国を加えた3ケ国間で行った今回の論議でしたが，いずれも医療・看護・看護教育について，同様の課題を持ちつつ歩んでいることが確認されたように思います。先んじて経験しているか，後発で同様の経験をしているかの違いであるに過ぎないようです。通信メディアの発達が世界を一つにしている現在，お互いがどのように他国を活用するかによって，多様な可能性が身近に存在していることが感じ取れたのではないでしょうか。今回，外国講演者との連絡は，依頼と承諾に関わる文書以外は殆どE-mailで行いましたが，これまでの往復に10日を要した苦労を知っているものにとっては，同日に応答できるその便利さは神の恵みであるかのように思いました。

具体的な内容については，今後発刊される学会誌の収録をお読みいただければ，行間からも多くの示唆を得ることができるものと思います。

今回の学術集会では，会期を2日半にいたしました。それは事前にお知らせいたしましたように，プログラムの重なりを避けるためでした。なかには長いとお感じになる方もいらっしゃるかと案じておりましたが，いずれも中身の豊かなセッションで，途中での観光を断念しましたと言ってくださる方もあり安堵いたしました。

今年（1999年）は，静岡県で3つ，浜松市で2つの学会をお受けしているにもかかわらず，暑い時期に浜松市での本学会に多くの皆様にお出掛けいただき，準備いたしました東海地方会世話人，聖隷クリストファー看護大学会員有志，その他の東海地方会会員一同ともにうれしく思っております。

なお，最後になりましたが，外国からの講演者から，すばらしい学会への参加と多くの方々との意見交換ができたことに感謝して，大きな花籠が届けられましたことを申し添えておきます。

第25回日本看護研究学会学術集会印象記

名古屋大学医学部保健学科　浅　野　みどり

第25回という四半世紀を迎えた今年の学術集会は，アクトシティー浜松の大ホールとコングレスセンターで，7月30日午後から8月1日まで，金・土・日の3日間にわたって開催されました。昨年の青森の涼しさとはうってかわって暑いさなかではありましたが，素晴らしい会場のなかで快適にプログラムが進められました。

初日から，ミシガン大学看護学部長 Ada Sue Hinshaw 先生の「次代の看護教育のあり方－米国の医療・看護環境の変化をふまえて－」と題したたいへん興味深い招聘講演がありました。医療・看護の状況変化や発展に伴って看護教育にも変革がおこって来たこと（例えば，学部や大学院教育カリキュラムにおいて，地域看護や回復期・在宅ケアが強調され，Health Promotion／Risk reduction の重要性の増大してきたことなど）がよく理解できました。また，続いて行われた日本福祉大学経済学部川渕孝一先生の教育講演「医療保険の改革とこれからの医療」は，先生の話術もさることながら，時代のニーズにもマッチし，また個人的にも最近 HMO に興味をもったこともあり，楽しく拝聴できました。

第25回学術集会のメインテーマは，「次代を拓く看護の力－自立・変革・連携」でしたが，2日目には，聖隷クリストファー看護大学田島桂子会長が「次代の看護を拓く看護職者の教育」というテーマで会長講演をなさいました。まさに1999年という世紀末，また，良い意味でも悪い意味でも「看護教育の大学化のラッシュ」ともいわれる今だからこそ，学会員ひとりひとりが熟慮していかなければならないことを痛感しました。

また，今回の学術集会では，シンポジウム1「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」，シンポジウム2「医療・看護の変革に向けて問われるもの」の2つのシンポジウムが開催されました。シンポジストのどなたかが「“教育”と“変革”という言葉が多い」とおっしゃられていましたが，「教育に実質的な何らかの変革が必要だ」という学会員の意識の反映であろうと感じられました。シンポジウム2では，「一般の人が分かっている“看護と介護”の違いを看護教員が一番分かっていない。」という厳しいご指摘もありましたが，看護を実践する臨床現場と看護教育現場の乖離については，どちらにも「それが望ましい」と認識している看護者はいないと信じ，より改善していけるよう，今後も臨床現場を重視し努力していきたいと感じました。

一般演題の発表も2日目は8会場で，3日目にはポスターセッションが加わり11会場で行われました。担当したポスターセッションK会場は，多くの参加者があり，たいへん熱気にあふれていました。討議も時間を惜しむように活発に行われ，学術集会の成功を感じさせるものでした。最後に，田島会長をはじめ，本会の企画・運営に携わられたみなさま，たいへんごくろうさまでした。

第25回日本看護研究学会学術集会印象記

九州大学医療技術短期大学部看護学科　北　原　悦　子

いまや，わが国においても有数のコンベンションシティである浜松市において7月30日から3日間にわたり，第25回日本看護研究学会学術集会が開催されました。今年は梅雨どき以来，各地で亜熱帯低気圧による暴風雨，洪水などの自然現象の影響が大きく，博多から浜松までの道中は土砂降りから曇り時々晴れ，また雨，浜松はピーカンの晴天という変化にとんだものでした。勤務先は夏季休暇中で学生の姿は少ないとはいえ，私たちには夏季休暇ならではのやっつけ仕事の忙しさがあり，2日目までで帰る予定でしたが学会の面白さにぐんぐんと引き込まれ，私は勤務先に最後まで参加する旨を連絡して真面目な学会のヒトとなりました。突然の2日目の夜の宿泊先の確保も4軒めでやっと可という結果でしたが，何につけても会場の設備がよろしく，快適性とともに特に大ホールなどの音響は素晴らしく，また，所用でホールの外にいても中での声が穏やかに明瞭に聞こえてくることがありがたいことでした。この会場には2回ほど訪れましたが楽器・音楽の都市，浜松からの贈り物といえるでしょう。なぜ，このような物理的環境や学会プログラムの企画や学会運営的な側面に興味があるのかといいますと私が年1回，各職種で構成される母子保健の県の学会の運営に携わったり，昨年，本学会と同様に日本学術会議から承認されている別の看護学術集会を部分的に運営した経験があるからです。時宜を得て，雑誌‘Quality Nursing’6月号に“学術集会”の意義の特集が組まれていましたが参考になるべき点が多くありました。このような学会や研究会を企画，運営していくこと，あるいはその補助的役割を果たすことは日常の繁忙さを増すことになるのですが，さまざまな人々との交渉やディスカッション，偶発的なアクシデントへの対処などの苦しみの中での開き直り，楽しみ，高揚感，達成感などプラスの側面もあり，看護職の責務ではないでしょうか。

プログラムの企画について今回，約2.5日という会期はながいという意見もあるでしょうが医師の学会もこの位の会期は多く，実際に参加してみて初日からの招聘講演・教育講演も非常に理解しやすく，またユーモアにとんで，時間もめいっぱいという状況でした。しかも第2日めからは大ホールでのプログラムと一般演題発表の時間帯が重ならないように発表者・聴衆に配慮されていて，その結果，2.5日間は短く感じられました。

私はこの学会では次のミレニアムに向けての看護教育の改革，医療保険改革，諸外国の実情や看護の抱える課題などを中心に講演や検討がなされる大ホールにいることが多かったのですが，そのすべてを傾聴して共感と大きな示唆を受け，現在，看護短期大学部から新たな看護の高等教育機関を目指して難産中の勤務先において看護の立場をより明確に，将来的な展望も含めてまわりの人々を説得できる勇気を貰い，実行中です。学会のテーマである次代を拓く看護の力－自立・変革・連携を地でいっているようです。(今の私は強い。これが学会に参加した

直後の一時的な高揚感で終わらせないようにしたいものです）

その他に興味のある一部の一般演題発表を2群，拝聴しました。いくつかのヒントを得て自分の研究や教育に反映できる発表もありました。その後の質疑応答も明快で，座長も私の曖昧な疑問点を具体的にまとめられ，座長の役割についても学べました。ポスターセッションはロビーで行われ，大勢の人々の目に入る場所で実施され，有効であったと思います。

私は恩師から研究は社会や看護のために「役にたつものでないといけない」と教えられてきましたが役にたつ研究とはどういうものか今でもよく理解できません。そこで今回，328編の一般演題発表の抄録をつらつらみますと現在の看護の世界での現象を新しい着眼点で捉える，切り口を変えて見る，実験・実証的に証明する，要素を抽出してみる，効果の判定，問題性や課題を明らかにするなど「なるほどそうか，これは看護に使える，応用してみよう」と思える内容は役にたつ研究なのではないかと思います。また時代的に変化の多くなることが予測される政策と連動した医療・看護分野の政策研究や看護の効果や評価研究など研究の分野が広がっていくことが示唆された学会でありました。

第25回日本看護研究学会学術集会会務報告

1．会　期：平成11年7月30日（金）・31日（土）・8月1日（日）
2．場　所：アクトシティ浜松　大ホール・コングレスセンター
3．参加者：会員 1,055名　　非会員 328名　　学生 32名
4．内　容：一般演題　　328題（11会場68群）

但し以下の2題については発表を取り消された。

No. 50　床頭台の環境整備について －細菌学的検討－
広島大学医学部保健学科　○林かおり　岸本眞也

No.140　基礎看護学実習前後の看護過程の理解状況の変化
－成績上位群と下位群の比較－
埼玉県立北高等看護学院　○冨田幸江　田中とも子

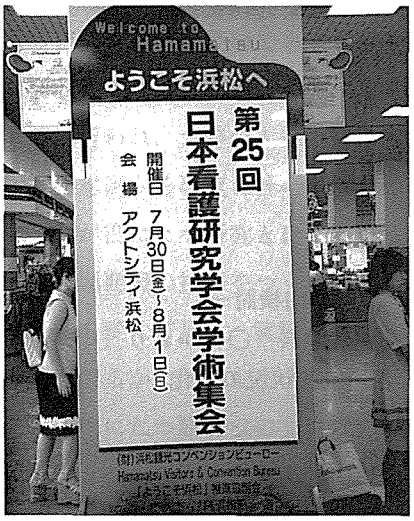
特別講演　1題
招聘講演　1題
教育講演　1題
シンポジウム　2題
会長講演
外国講演者との交流
研究メンバーを募る会

5．会計報告

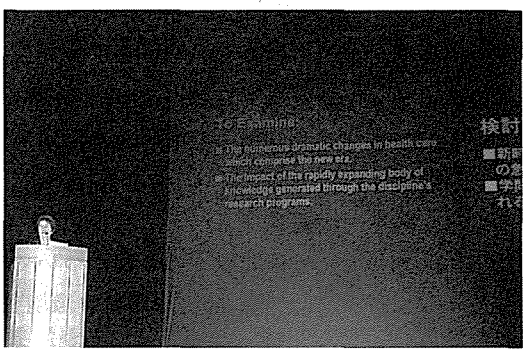
収入	(円)	支出	(円)
参加費	11,048,000	会場費・設営費	6,034,977
本部補助金	400,000	当日運営費	2,222,371
学術集会準備費借入	2,000,000	講師等旅費・謝金・記念品	2,938,927
公的補助金	500,000	会議費	993,889
浜松市コンベンションビュロー		印刷費	804,800
		通信費	61,029
展示・広告・賛助	2,699,370	事務費	1,462,669
懇親会費	702,000	懇親会費	702,000
預金利子	1,707	雑費	130,415
		学術集会準備費返金	2,000,000
合計	17,351,077	合計	17,351,077

以上報告します。
平成11年8月20日

第25回日本看護研究学会学術集会
会長　田島桂子



浜松駅構内の案内



招　聘　講　演

教　育　講　演

会　長　講　演

総会で次期会長のごあいさつ

懇　親　会

シンポジウム1

外国講演者との交流

ポスターセッション会場

研究メンバーを募る会

シンポジウム2

閉会の辞

平成11年9月1日

各　位

第４回日本看護研究学会東海地方会
学術集会会長　川口緋沙子
日本看護研究学会東海地方会会長
田島　桂子

第４回日本看護研究学会東海地方会
学術集会のお知らせ

１．日　時　　平成12年1月29日（土）9時～16時

２．場　所　　横浜市社会福祉センターホール　（TEL 045-201-2060）

横浜市中区桜木町1-1　横浜市健康福祉総合センター4階
JR「桜木町」、東急東横線「桜木町」駅下車１分

３．プログラム

◆午前　総会・一般演題発表

◆午後　シンポジウム　テーマ：『生活援助技術とは』

司会　川口緋沙子　倉田トシ子

＊看護分野の立場から　川島みどり氏（健和会臨床看護研究所）

＊介護分野の立場から　岡本多喜子氏（明治学院大学）

＊在宅での看護・介護の受け手の立場から　滝井淳一氏

４．一般演題募集要項

１）締め切り　平成11年10月29日（金）必着

２）応募資格　日本看護研究学会の会員に限ります。

３）方法　以下の3点を一括して、下記地方会事務局に送付して下さい。

①演題発表申込書（同封のもの）　1枚

②抄録原稿　3部（書式は裏面参照・折らないで下さい。）

③官製ハガキ　1枚（表に発表者の住所,氏名・裏は白紙）

＊後日、採用及び発表形態（口演・示説）を通知します。

５．参加申し込み

１）締め切り　平成11年11月30日（火）

２）参加費　会員　3,000円　　非会員　4,000円

郵便局の窓口にある青色の振込用紙　１枚につき、１名分をお振り込み下さい。会員の方は、通信欄に会員番号　を記載して下さい。

郵便振替：00860-5-57417

加入者名：日本看護研究学会東海地方会事務局

【お問い合せ】　*日本看護研究学会東海地方会事務局*

〒461-8673　名古屋市東区大幸南1-1-20　名古屋大学医学部保健学科

留守電/FAX　052-719-1574（渡邉）　watanabe@met.nagoya.u-ac.jp

平成11年9月1日

各　位

第４回日本看護研究学会東海地方会
学術集会会長　川口緋沙子
日本看護研究学会東海地方会会長
田島　桂子

第４回日本看護研究学会東海地方会
学術集会のお知らせ

１．日　時　　平成12年1月29日（土）9時～16時

２．場　所　　横浜市社会福祉センターホール　（TEL 045-201-2060）
横浜市中区桜木町1-1　横浜市健康福祉総合センター4階
JR「桜木町」、東急東横線「桜木町」駅下車１分

３．プログラム
◆午前　総会・一般演題発表
◆午後　シンポジウム　テーマ：『生活援助技術とは』
司会　川口緋沙子　倉田トシ子
＊看護分野の立場から　川島みどり氏（健和会臨床看護研究所）
＊介護分野の立場から　岡本多喜子氏（明治学院大学）
＊在宅での看護・介護の受け手の立場から　滝井淳一氏

４．一般演題募集要項
１）締め切り　平成11年10月29日（金）必着
２）応募資格　日本看護研究学会の会員に限ります。
３）方法　以下の3点を一括して、下記地方会事務局に送付して下さい。
①演題発表申込書（同封のもの）　1枚
②抄録原稿　3部（書式は裏面参照・折らないで下さい。）
③官製ハガキ　1枚（表に発表者の住所,氏名・裏は白紙）
＊後日、採用及び発表形態（口演・示説）を通知します。

５．参加申し込み
１）締め切り　平成11年11月30日（火）
２）参加費　会員　3,000円　　非会員　4,000円
郵便局の窓口にある青色の振込用紙　１枚につき、１名分をお振り込み下さい。会員の方は、通信欄に会員番号　を記載して下さい。

郵便振替：00860-5-57417
加入者名：日本看護研究学会東海地方会事務局

【お問い合せ】　*日本看護研究学会東海地方会事務局*
〒461-8673　名古屋市東区大幸南1-1-20　名古屋大学医学部保健学科
留守電/FAX　052-719-1574（渡邉）　watanabe@met.nagoya.u-ac.jp

第４回　日本看護研究学会・九州地方会のお知らせ

第 4 回日本看護研究学会・九州地方会を下記の要領により、佐賀市にて開催いたしますのでお知らせいたします。

平成 11 年 9 月 20 日
第 4 回日本看護研究学会・九州地方会
実行委員長　　松岡　緑

記

期　日　：平成 12 年 3 月 18 日（土）9：30～16：00
場　所　：佐賀医科大学医学部看護学科　講義室 4
〒849-8501　佐賀市鍋島 5 丁目 1 番 1 号　　Tel（0952）31-6511
内　容　：総会・研究発表会（一般演題）
特別講演
「医療情報開示に向けての診療録管理のあり方」
講師　佐賀医科大学　　教授　小泉　俊三　先生

会　費　：参加費　　会員　2,500 円　　非会員　3,000 円　　学生　1,000 円
お弁当代 800 円
懇親会　：　16：00～18：00　懇親会費：3,000 円
参加費の振込み：同封の振込用紙で、平成 12 年 2 月 20 日迄にお振込み下さい。

（九州地方会事務局）
〒849-8501　佐賀市鍋島 5 丁目 1 番 1 号
佐賀医科大学医学部看護学科
第 4 回日本看護研究学会・九州地方会事務局
TEL（0952）34-2540（松岡研究室）
（0952）34-2510（看護学科事務室）
FAX　0952-34-2023

平成 11 年 9 月 15 日

第 13 回日本看護研究学会近畿・北陸／中国・四国地方会学術集会の御案内

第 13 回日本看護研究学会近畿・北陸／中国・四国地方会学術集会を下記の要領で開催しますので、御案内申し上げます。

本学術集会をここ西の京、山口で開催し、これからの看護学の行方を皆様方と語り合えることを楽しみにしております。現在、皆様の御期待にできるだけ沿うようにと集会に向けて企画、運営に奔走しております。多くの方々の参加をお願い申し上げます。

第 13 回地方会学術集会実行委員長
野口　多恵子

1．会　期：平成 12 年　3 月 26 日（日）
（日本看護研究学会中国四国地方会主催、近畿北陸地方会協賛）

2．会　場：山口県立大学看護学部棟
（山口市大字宮野下）

3．メインテーマ：「看護の創造する力」
―看護サービスが選ばれる時代に生き残るために―

4．プログラム

＊　開会およびオリエンテーション　9:00~9:10

＊　一般演題（口演、示説）　9:15~11:50

＊　総　会　11:50~12:20

＊　特別講演　「看護を科学する　―数学者の発想―」　13:00~14:00
講演者　廣中 平祐 先生
（山口大学学長）

＊　シンポジウム
「看護は QOL を向上させているか」　14:10~16:00

＊　閉　会

懇親会

平成 12 年 3 月 25 日（土）　18:00~
ホテルニュータナカ（湯田温泉、℡　0839-23-1313）

CALL FOR ABSTRACTS

INTERNATIONAL NURSING CONFERENCE

for the 1st Asian-Pacific Nursing Congress Foundation Meeting

Topic : Advanced Asian-Pacific Nursing Development;

– Chronic Illness and Nursing –

■ All Research and Clinical Papers are welcome:

- One page, single space 3 copples.
- One copy must have the name of the presenter(s) and affiliation in bold type at the top of the abstract.
- The second 2 abstracts are for blind review and should be nameless.
- Cover page should give author's full name, address, phone, fax and e-mail.

• Korean Academy of Nursing •

Address : Korea Science and Technology Center 814,
635-4, Yeoksam Dong, Kangnam-Ku, Seoul, Korea
Tel. No. : 82-2-567-7236 Fax No. : 82-2-564-1249
E-mail : Kanurse@chollian.net

記

大会名称	1 st Asia-Pacific Nursing Congress
開催地	韓国ソウル
期日	１２月９～１０日
テーマ	看護のさらなる発展：慢性病看護
主催者	Ewha 女子大学
演題申込期限	１０月末日

第921回
運営審議会の概要（平成11年5月31日）

第921回運営審議会は、平成11年5月31日（月）に開催され、次のような審議がありました。

1　対外報告

次の報告について、担当委員長等から説明があり、対外報告として了承しました。

「物質創製工学研究連絡委員会無機材料専門委員会報告
21世紀に向けた無機材料の研究開発について－セラミックスの現状と研究開発の推進－」

2　意見照会に対する回答

文部省から次の中間報告に対する意見照会があり、学術会議としての意見を了承しました。

「大学等におけるゲノム研究の推進について（中間報告）」（学術審議会特定研究領域推進分科会バイオサイエンス部会）

3　平成11年度代表派遣（8月分）

次の会議に代表派遣することを了承しました。

(1) 第16回国際植物科学会議
（8月1日～7日、セントルイス／アメリカ合衆国）
(2) 第18回国際光学委員会総会
（8月2日～6日、サンフランシスコ／アメリカ合衆国）
(3) 国際第四紀学連合第15回大会
（8月3日～11日、ダーバン／南アフリカ共和国）
(4) 第18回国際結晶学連合会議及び総会
（8月4日～13日、グラスゴー／イギリス）
(5) 米国経営学会1999年年次大会
（8月6日～11日、シカゴ／アメリカ合衆国）
(6) 第11回世界精神医学学会
（8月6日～11日、ハンブルク／ドイツ）
(7) 新しい1千年：グローバル化する世界に向けての挑戦と戦略（8月9日～10日、パリ／フランス）
(8) 第9回ストックホルム水シンポジウム
（8月9日～12日、ストックホルム／スウェーデン）
(9) 国際統計協会第52回大会
（8月10日～18日、ヘルシンキ／フィンランド）
(10) 第6回国際地図学協会理事会
（8月12日～13日、オタワ／カナダ）
(11) 国際電波科学連合第26回総会
（8月13日～21日、トロント／カナダ）
(12) 第11回国際地図学協会総会及び第19回国際地図学会議（8月14日～21日、オタワ／カナダ）
(13) アメリカ会計学会年次大会
（8月15日～18日、サンディエゴ／アメリカ合衆国）
(14) 第38回万国外科学会
（8月15日～20日、ウィーン／オーストリア）
(15) 国際微生物学連合総会第9回国際細菌学応用微生物学会議、第9回真菌部会国際会議
（8月16日～20日、シドニー／オーストラリア）
(16) 1999年物理教師と物理教育者の国際会議
（8月17日～23日、桂林／中華人民共和国）
(17) 第26回宇宙線国際会議
（8月17日～25日、ソルトレイクシティ／アメリカ合衆国）
(18) 第12回国際経済学協会世界大会（総会）（IEA）
（8月23日～27日、ブエノスアイレス／アルゼンチン）
(19) 第12回国際仏教学会学術会議
（8月23日～28日、ローザンヌ／スイス）
(20) 第11回国際古典学会議
（8月24日～30日、カバラ／ギリシャ）
(21) 第25回国際軍事史学会大会
（8月29日～9月4日、ブリュッセル／ベルギー）

4　その他

(1) 日本学術会議が後援名義の使用を了承した国内会議
① 日本感性工学会キックオフシンポジウム
日　時：平成11年6月5日
場　所：日本科学技術会館

② 第10回英国科学実験講座（クリスマス・レクチャー99）
日時及び場所：
平成11年7月24日～25日岐阜県先端科学技術体験センター
8月2日～ 3日 大阪工業大学記念講堂
8月9日～10日 早稲田大学国際会議場

③ 第3回ロボットグランプリ
日　時：平成11年11月20日
場　所：神奈川県横須賀市久里浜南体育館

(2) 日本学術会議が後援名義の使用を了承した国際会議
・第19回日本歯科医学会総会・第22回アジア太平洋歯科大会
日　時：平成12年5月25日～30日（6日間）
場　所：東京国際フォーラム及びホテルグランパシフィック

第922回
運営審議会の概要（平成11年6月14日）

第922回運営審議会は、平成11年6月14日（月）に開催され、次のような審議がありました。

1　対外報告

次の報告について、担当委員長から説明があり、対外報告として了承しました。

「核科学総合研究連絡委員会原子力基礎研究専門委員会報告　短半減期放射性同位元素の利用の推進について－陽電子放出断層撮影（ＰＥＴ）に使用される短半減期放射性廃棄物の取扱いの合理化に向けて－」について

2　平成11年度代表派遣（9月分）

次の会議に代表派遣することを了承しました。

(1) アメリカ政治学会第95回大会
（9月2日～5日、アトランタ／アメリカ合衆国）
(2) 第16回国際刑法会議
（9月5日～11日、ブダペスト／ハンガリー）
(3) 第12回国際商品学会シンポジウム
（9月5日～11日、ポズナンジディニア＝ポーランド）
(4) 第59回国際薬学会議
（9月5日～10日、バルセロナ／スペイン）
(5) 教育と開発に関するオックスフォード国際会議（第5回）
（9月9日～13日、オックスフォード／イギリス）
(6) 労働法・社会保障学会第6回ヨーロッパ会議
（9月13日～17日、ワルシャワ／ポーランド）
(7) 第13回国際生物物理学会議
（9月19日～24日、ニューデリー／インド）
(8) 食料と森林：地球変動とチャレンジ
（9月20日～23日、レディング／イギリス）
(9) 「地球変化と陸域生態系合同研究計画Focus 3」科学会議
（9月20日～23日、レディング／イギリス）
(10) 世界獣医学協会第26回大会1999年総会
（9月23日～26日、リヨン／フランス）
(11) 発展途上国科学技術及び国際生命科学連絡委員会総会、理事会
（9月25日～30日、カイロ／エジプト）
(12) 国際科学会議第26回総会
（9月27日～30日、カイロ／エジプト）

3　その他

日本学術会議が後援名義の使用を了承した国内会議

情報科学技術研究集会（第36回）
日　時：平成11年10月14日～15日
場　所：TFTホール（江東区）

日本看護研究学会雑誌投稿規定

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

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）４枚強で刷り上がり１頁といわれている。図表は大小あるが，１つが原稿用紙１枚分以上と考える。
原　著	１２頁	約４５枚	
総　説	１２頁	約４５枚	
論　壇	３頁	約　９枚	
事例報告	４頁	約１５枚	
その他	３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　千葉市中央区亥鼻１－２－10
　　日本看護研究学会　編集委員会　委員長　山口　桂子　宛
　尚，封筒の表には，「日看研誌原稿」と朱書し，書留郵便で郵送の事。

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　一部改正実施する。
　４）平成11年７月31日　一部改正実施する。

原　稿　執　筆　要　項

1．原稿用紙B５判横書き400字詰めを使用し，本文にページを明記する。

2．当用漢字，新かなづかいを用い，楷書で簡潔，明瞭に書く事。（ワープロも可能）

3．原著の構成は，Ⅰ．緒言（はじめに），Ⅱ．研究（実験）方法，Ⅲ．研究結果（研究成績），Ⅳ．考察，Ⅴ．結論（むすび），Ⅵ．文献，とし，項目分けは，１．２．…，１）２）…，①，②…の区分とする。

4．数字は算用数字を用い，単位や符号は慣用のものを使用する。特定分野のみで用いられる単位，略号，符号や表現には註書きで簡単な説明を加える。

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

5．図表，写真等は，それを説明する文章の末尾に（表１）のように記入し，更に本文とは別に挿入希望の位置を，原稿の欄外に（表１）のごとく朱書する。図表は，原稿本文とは別にまとめて，巻末に添える事。

6．文献記載の様式

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

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

［記載方法の例示］

・雑誌；近澤範子：看護婦のBurn Ontに関する要因分析－ストレス認知，コーピング；及びBURN OUTの関係－看護研究，21(2)，pp.159～172，1988

；Henderson，V.：The Essence of Nursing in High Technology. Nurs. Adm. Q.，9(4)，pp.1～9，Summer 1985.

・単行書；宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，184，メジカルフレンド社，東京，1987.

；分担執筆のものについては：安藤格：心身の成長期の諸問題，健康科学（本間日臣他編），214～229，医学書院，東京，1986.

・訳書；Freeman & Heinrich：Community Health Nursing Practice，W.B. Saunders Company，Philadelphia，1981，橋本正巳監約，地域保健と看護活動－理論と実践－，医学書院サウンダース，東京，1984.

7．原著投稿に際しては，250語程度の英文抄録（Abstract）及び，その和文（400字程度）を付ける事。

8．英文タイトルは，最初（文頭）及び前置詞，冠詞，接続詞以外の単語の最初の文字を大文字とする。

9．この規定は，昭和59年12月１日より発効する。

付　則

１）平成５年７月30日　一部改正実施する。

２）平成９年７月24日　一部改正実施する。

３）平成10年７月30日　一部改正実施する。

４）平成11年７月31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，入会申込用紙が平成11年から変わりました。ご確認の上，ご記入下さい。

尚，入会金3,000円が必要となります。

2．学術刊行物となり，個人宛にお送りするようになりまして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－282 岩神順子	お－339 小江奈美子	お－423 小田紋子	か－349 景山阿礼
け－004 兼定由美子	た－443 高木恵美子	の－044 野木幾世	は－223 原田美枝子
ほ－064 細川美和	ま－265 松尾理佳子	み－187 宮川知子	

日本看護研究学会雑誌

第22巻　4号

会員無料配布

平成11年8月20日　印刷

平成11年9月20日　発行

発行所　日本看護研究学会

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1－2－10

☎　043－221－2331

FAX　043－221－2332

発行責任者　草刈淳子

印刷所　（株）正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町2－5－5

☎　043－233－2235

FAX　043－231－5562

編集委員

委員長　山口　桂子（愛知県立看護大学）

副委員長　川島みどり（健和会臨床看護学研究所）

石井　トク（岩手県立大学看護学部）

泉　キヨ子（金沢大学医学部保健学科）

金川　克子（東京大学医学部健康科学看護学科）

紙屋　克子（筑波大学社会医学系医科学研究科）

河合千恵子（久留米大学医学部看護学科）

川口　孝泰（兵庫県立看護大学）

近田　敬子（兵庫県立看護大学）

入会申込書記入の説明

・大学，短期大学，専修学校在学中の学生は入会できません。ただし，学生である以前に本学会会員である場合はこの限りでありません。

・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」を忘れないでご記入下さい。

・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に○印を付けて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			
勤務先住所	〒　－		
	TEL	FAX	
自宅住所	〒　－		
	TEL	FAX	
推薦者氏名	㊞	会員番号　－	
推薦者所属			
事務局記入欄	年度入会　会員番号　－	巻　号～　送付	

地区割

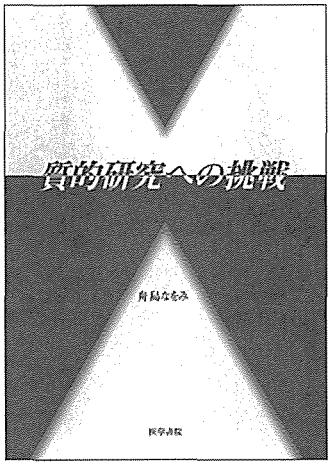
地区名	都道府県名
北海道	北海道
東北	青森，岩手，宮城，秋田，山形，福島
関東	千葉，茨城，栃木，群馬，新潟
東京	東京，埼玉，山梨，長野
東海	神奈川，岐阜，静岡，愛知，三重
近畿・北陸	滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山，福井，富山，石川
中国・四国	島根，鳥取，岡山，広島，山口，徳島，香川，愛媛，高知
九州	福岡，佐賀，長崎，熊本，大分，宮崎，鹿児島，沖縄

書類等送付先はどちらを希望されますか（勤務先・自宅）

■臨床・教育の場での質的研究の進め方を紹介

質的研究への挑戦

新刊



著　舟島なをみ　千葉大学看護学部教授

■本書の特徴

わが国の看護研究の中で、質的研究方法は定着しつつある。本書は質的研究を進めるために　①質的研究とはどのようなものでにどんな種類があるか　②質的研究はどのように行なえばよいか　③質的方法による看護研究の実例を、初学者にもわかりやすく解説している。

[主要内容]

1章　看護理論と質的研究
- 看護理論の必要性
- 看護理論の理解に向けて
- 看護理論はどのように開発されてきたか
- 看護理論はどのように定義されるか
- 看護理論ステップのための課題

2章　看護研究に使用されてきた質的研究方法論
- 看護研究にはどのような質的研究方法論が使用されてきたか
- 研究方法論とは何か
- 各研究方法論の特徴と成果
- KJ法

3章　看護のための質的研究方法論
ー看護概念創出法ー
- 質的方法論「看護概念創出法」の誕生
- 看護概念創出法

4章　看護概念創出法ー研究の実例と成果ー
- 病院で看護を受ける患者の理解を目指した研究
- 看護の独自性の解明を目指した研究
- 実習中の看護学生の行動を解明するための研究
- 看護学修士を目指す大学院生の研究論文作成に関わる学習

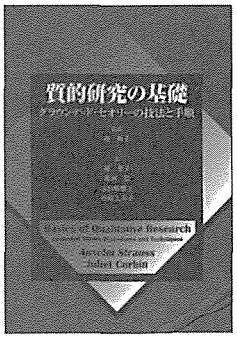
●A5 頁256 図8 表28 1999
定価(本体3,200円+税) 〒400
[ISBN4-260-33003-9]

既刊

質的研究の基礎

グラウンデッド・セオリーの技法と手順

Basics of Qualitative Research-Grounded Theory Procedures and Techniques



著　アンセルム ストラウス・ジュリエット コービン
監訳　南　裕子・操　華子・森岡　崇・志自岐康子・竹崎久美子

■本書の特徴

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がまとめた入門書。各章とも，冒頭に用語の定義が示され，説明は具体例をもとに，要点を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。

●A5 頁302 図7 1999 定価(本体3,600円+税) 〒400 [ISBN4-260-34353-X]

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