

VOL.24 No. 2
平成13年 6 月20日発行
I S S N 0285—9262

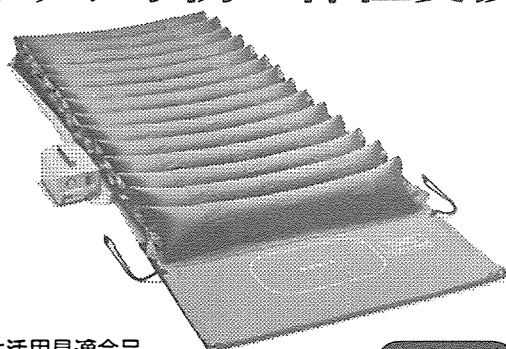
日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.24 NO.2

日本看護研究学会

お任せ下さい。
床ずれ予防の体位変換



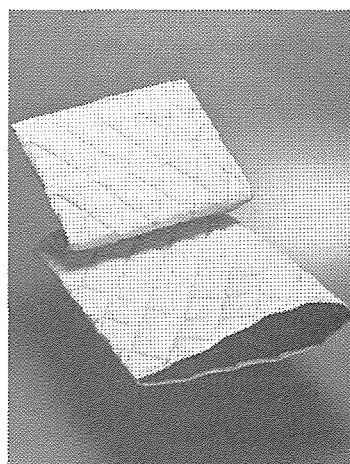
厚生省日常生活用具適合品

RBエアーマット

いたわり

タイゾー

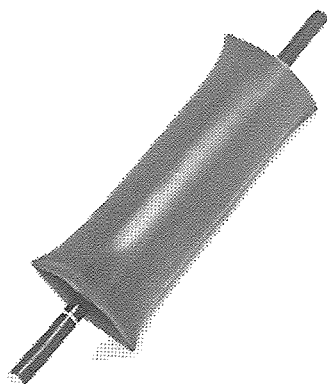
患者の体位交換や
移動が容易にできる



患者さんの腰を
らくに持ち上げる

帝国臓器の
介護用品

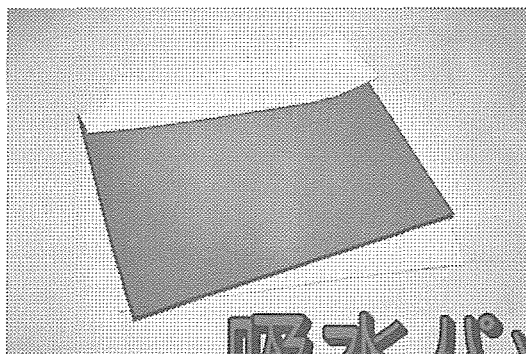
スライド
ヘルプ



厚生省日常生活用具適合品

リフパッド

素早い吸水・吸湿と保水と防水と
——— 矢張りシートとして。清拭時などにも ———



吸水パッド

 **帝国臓器製薬株式会社** 特品部メディカルグループ

〒107-8522 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

日本看護研究学会雑誌第24巻1号会告において、平成12年度役員・評議員の選挙に伴い、新理事、評議員名簿を掲載いたしました。

理事会及び役員の構成について

会 告 (1)

会則第4章第12条1)により、川村佐和子理事が理事長に決定いたしました。

平成13年4月14日

日本看護研究学会

理事長 川 村 佐和子

会 告 (2)

会則第4章第12条3)により、理事長指名の理事に早川和生氏、山口桂子氏が決定いたしました。

平成13年4月14日

日本看護研究学会

理事長 川 村 佐和子

会 告 (3)

会則第4章第14条1)～6)により、理事会を下記のとおり構成し、決定しました。

平成13年4月14日

日本看護研究学会

理事長 川 村 佐和子

記

(任期 平成13年4月1日～平成16年3月31日)

担 当	理 事 氏 名	(○印 委員長、・印 副委員長)
理 事 長	川 村 佐和子	
副 理 事 長	山 口 桂 子	
総 務	山 口 桂 子	手 島 恵
会 計	○村 嶋 幸 代	高 嶋 妙 子
渉 外	○早 川 和 生	川 田 智恵子
編 集	○内 布 敦 子	・玄 田 公 子 深 井 喜代子
奨 学 会	○三 上 れ つ	黒 田 裕 子 新 道 幸 恵
	中 野 正 孝	森 恵 美
学会賞・奨励賞	○竹 尾 恵 子	石 垣 靖 子 小 田 正 枝
	七 田 恵 子	松 岡 緑

(アイウエオ順)

会 告 (4)

会則第4章第15条及び理事、監事選出規定5により、下記の方々が監事に決定いたしました。

平成13年5月10日

日本看護研究学会

理事長 川 村 佐和子

記

監 事 大 谷 眞千子 鈴 木 光 子

会 告 (5)

日本看護研究学会雑誌編集委員会規定第3条3)に基づき、下記6名が編集委員に決定いたしました。

平成13年5月22日

日本看護研究学会

理事長 川 村 佐和子

記

東 玲子 (評議員)	山口大学医学部保健学科
成田 伸 (評議員)	広島大学医学部保健学科
平河 勝美 (評議員)	神戸市看護大学
川口 孝泰 (会 員)	兵庫県立看護大学
横手 芳恵 (会 員)	岡山県立大学保健福祉学部看護学科
若村 智子 (会 員)	兵庫県立看護大学

(アイウエオ順)

会 告 (6)

「会告(3)」に伴う、編集委員会、奨学会委員会、学会賞・奨励賞選考委員会の今後の連絡先は下記のとおり変更になりましたので、ご留意下さい。

平成13年4月14日

日本看護研究学会

理事長 川 村 佐和子

記

編集委員会

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 内布 敦子 宛

奨学会委員会

連絡先 〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10
日本看護研究学会奨学会
委員長 三上 れつ 宛

学会賞・奨励賞選考委員会

連絡先 〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10
日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会
委員長 竹尾 恵子 宛

会 告 (7)

日本看護研究学会学会賞・奨励賞が平成12年度第26回日本看護研究学会総会において承認され平成13年4月1日から施行となりました。

次頁規程・細則および募集要項に基づいて学会賞の対象者を推薦して下さい。

平成13年6月20日

日本看護研究学会

理事長 川 村 佐和子

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程

(趣旨)

第1条 この規程は、本学会の学術領域において優れた業績があったと認められる者の表彰および若手研究者の育成に関し必要な事項を定める。

(種類)

第2条 表彰および若手研究者の育成のために次の2つの賞を設ける。

- 1) 日本看護研究学会賞(以下、学会賞)
- 2) 日本看護研究学会奨励賞(以下、奨励賞)

(審査対象)

第3条 審査対象は次のとおりとする。

- 1) 学会賞
 - (1) 過去に本学会誌に優れた論文を発表し、その領域の発展に貢献した者。
 - (2) 本学会の学術活動に貢献した者。
- 2) 奨励賞
 - (1) 推薦年度を含む過去3年間に本学会誌に優れた論文を発表した者。
 - (2) 当該年度に本学会学術集会で優れた研究発表をした者。

(資格)

第4条 各賞は次の各号に該当する者に授与する。

- 1) 学会賞
 - (1) 15年以上日本看護研究学会会員であること。
- 2) 奨励賞
 - (1) 3年以上日本看護研究学会会員であること。
 - (2) 推薦時に45歳未満であること。
 - (3) 前条2号(1)の論文の筆頭者、または前条2号(2)の筆頭発表者であること。

(推薦)

第5条 各賞に対する推薦は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞については、日本看護研究学会会員の推薦によるものとする。
- 2) 奨励賞については、理事長が委嘱した選考委員会によって推薦される。

(受賞者数)

第6条 各賞の授賞者数は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞は毎年度1名以内。
- 2) 奨励賞は毎年度1名以内。

(選考)

第7条 毎年1回、理事長が委嘱した委員によって構成された選考委員会で各賞の候補者を審査選考する。

(決定)

第8条 前条により選出された候補者については、理事会の議を経て授賞者を決定する。

(表彰等)

第9条 各賞の授賞者には、賞牌および副賞を毎年総会時に授与する。なお学会賞受賞者は、表彰式が実施される学術集会会期中に記念講演を行う。

(規程の改正)

第10条 本規程の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この規程は、平成13年4月1日から施行する。

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程細則

(趣旨)

第1条 この細則は、日本看護研究学会賞および奨励賞に関する規程において、学会賞および奨励賞の候補者選定に関する必要な事項などについて定める。

(選考基準)

第2条 各賞の選考は、次のとおりとする。

1) 学会賞

- (1) 論文の内容が、看護学または看護実践において有益で顕著な貢献が認められること。
- (2) 本学会の学術活動に顕著な貢献が認められること。

2) 奨励賞

- (1) 研究方法や成果に独自性があり、看護実践への示唆が大きく、十分な論理性を備えていること。

(推薦方法)

第3条 学会賞候補者の推薦依頼は、毎年度の本学会雑誌2号において行う。学会賞推薦書は毎年度本学会雑誌2号に綴じ込むものとする。奨励賞は、理事長から委嘱された選考委員会によって推薦される。

(申請手続)

第4条 各賞候補者の申請は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞：本学会員の推薦によるものとし、次の書類を添えて9月末日までに理事長に申請する。
 - (1) 学会賞推薦書・申請書(所定の用紙)……6通
 - (2) 申請論文の別冊またはコピー……6通
 - (3) 共著の場合は共著他者の同意書……6通
- 2) 奨励賞：理事長から委嘱された選考委員会による推薦とし、選考委員会は、次の書類を添えて11月末日までに理事長に申請する。
 - (1) 奨励賞推薦書・申請書(所定の用紙)……2通
 - (2) 申請論文または講演抄録の別冊またはコピー……2通
 - (3) 共著・共同発表の場合は共著・共同発表他者の同意書……2通

(選考委員会)

第5条 各賞の選考委員会は、次のとおりとする。

- 1) 委員会は、理事長が理事の中から指名した5名によって構成する。なお委員長は、委員の互選とする。

2) 選考委員会の委員は、原則として被推薦者または推薦者の所属する所属機関および共同研究者以外から選出する。

3) 選考委員会は4月に設置する。

第6条 選考委員会は、提出された申請書類等を審査し、委員会の合議で各賞候補者を選考する。

第7条 選考委員会は、11月末日までに各賞候補者を選出し、推薦書を添えて理事長に報告する。

第8条 選考委員会は、候補者の選考経過および結果を本学会雑誌1号で報告する。

(その他)

第9条 副賞の内容については、当該年度の理事会において決定する。

第10条 提出書類(論文別冊を含む)は、返却しない。

(細則の改正)

第11条 本細則の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この細則は、平成13年4月1日から施行する。

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会 平成13年度学会賞募集要項

1. 応募方法・応募資格

日本看護研究学会学会賞および奨励賞に関する規程・細則により、学会雑誌2号に綴じ込みの所定の用紙により申請する。（A4に拡大コピーして下さい。）

2. 応募締切日

平成13年9月30日必着

3. 選考方法

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会（以下学会賞・奨励賞選考委員会と略す）は、規程、細則に基づいて審査を行い、理事長に報告するとともに結果を本学会誌1号で報告する。

4. 学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 竹 尾 恵 子（国立看護大学校大学校長）

委 員 石 垣 靖 子（医療法人東札幌病院副院長，看護部長）

〃 小 田 正 枝（西南学院大学保健福祉学部教授）

〃 七 田 恵 子（東海大学健康科学部学部長）

〃 松 岡 緑（佐賀医科大学医学部看護学科教授）

（アイウエオ順）

5. 学会賞の交付

規程第9条，細則第9条により行う。

6. 応募書類は細則第10条により返却しない。

7. 学会賞申請書送付先

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 竹 尾 恵 子

会 告 (8)

第27回日本看護研究学会学術集会を金沢市観光会館、他において開催いたします。
メインテーマは、「新しい時代が問う看護研究の方向」と致しました。日程・プログラムは下記に示すとおりです。全国から多くの皆様ご参加くださることを心からお待ちしております。

平成13年 6月20日

第27回日本看護研究学会学術集会
会 長 泉 キヨ子

記

会 期 2001年 7月27日(金), 28日(土)

会 場 金沢市観光会館 他

〒920-0993 金沢市下本多町 6-27

メインテーマ 新しい時代が問う看護研究の方向

—Directions of Nursing Research in the 21st Century—

第1日目 7月27日(金)

9:50～ 開 会 の 辞 理事長 川村佐和子

10:00～10:50 会 長 講 演 座 長: 草刈 淳子(愛知県立看護大学)
「持てる力を引き出すリハビリテーション看護学の追究」
泉 キヨ子(金沢大学医学部保健学科)

11:00～12:00 招 聘 講 演 座 長: 和田出静子(金沢大学医学部附属病院)
「臨床現場に活かせる看護研究」
Katsuko Tanaka, ARNP, CS, MN
(Veterans Hospital Addictions Treatment Center)

11:00～12:10 一般演題発表

12:10～12:40 奨学会研究発表 座 長: 三上 れつ(慶應義塾大学看護医療学部)
「温罨法が就床中の生体に与える影響に関する基礎的・応用的研究」 長谷部佳子(東京慈恵会医科大学)

13:30～14:25 総 会

14:30～15:30 特 別 講 演 座 長: 山口 桂子(愛知県立看護大学)
「看護学の到達点と新世紀の課題—看護技術論の立場から—」
川島みどり(健和会臨床看護学研究所)

15:40~18:00 シンポジウムⅠ 「看護現象の着眼と研究の方法ー質的研究を中心にー」

座 長: 天津 栄子 (石川県立看護大学)

安酸 史子 (岡山大学医学部保健学科)

シンポジスト「看護現象の着眼と研究プロセスへの道」

高山 成子 (福井医科大学医学部看護学科)

「研究のねらいと研究方法選択上の問題」

水野 道代 (石川県立看護大学)

「研究成果を実践現場に還元するには」

荻野 雅 (医療法人社団碧水会 長谷川病院)

「質的研究の基盤と発展の可能性」

中山 洋子 (福島県立医科大学看護学部)

15:40~18:00 一般演題発表

18:30~ 懇 親 会 金沢東急ホテル5階「加賀の間」

第2日目 7月28日(土)

9:00~12:30 一般演題発表

9:00~10:00 教 育 講 演 座 長: 小山真理子 (聖路加看護大学)

「新しい時代における看護研究の方略ー日米の看護研究比較をととしてー」

牧本 清子 (大阪大学医学部保健学科)

10:30~12:30 ワークショップⅠ 「ITが看護実践および看護研究に及ぼす影響」

川口 孝泰 (兵庫県立看護大学)

ワークショップⅡ 「看護実践と看護研究における看護倫理」

宮脇美保子 (鳥取大学医学部保健学科)

プレゼンター

小林 洋二 (弁護士・NPO患者権利オンブズマン)

内田 宏美 (鳥取大学医学部保健学科)

松尾ミヨ子 (鳥取大学医学部保健学科)

グレッグ美鈴 (岐阜県立看護大学)

13:00~16:30 一般演題発表

14:20~16:30 シンポジウムⅡ 「看護におけるエビデンス」

座 長: 栗屋 典子 (大分県立看護科学大学)

稲垣美智子 (金沢大学医学部保健学科)

シンポジスト「褥瘡研究からみたエビデンス」

真田 弘美 (金沢大学医学部保健学科)

「酸素化を看護実践として取り組む」

宮下多美子 (聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院)

「2001年、三つの新しい視点」

松下 博宣（株式会社 ケアブレインズ）

「看護行為のエビデンスに迫る」

黒田 裕子（日本赤十字看護大学）

16 : 30

閉

会

【学術集会参加費のご案内】

学術集会および懇親会参加費の事前振込みは、6月22日で終了しました。振り込まれた方は、学術集会当日受付に振込み用紙を提示してください。引き換えにネームカードをお渡します。振り込まれていない方は、学術集会当日受付にて参加費をお支払いください。

当日参加費：会 員 9,000円

非 会 員 10,000円（但し、学術集会雑誌代金は含まない。）

大学院生 会員または非会員のいずれかでお申し込み下さい。

学 生 2,000円（但し、学術集会雑誌代金は含まない。）

事前振込みの方、および当日参加を登録される方は集会当日受付にて学生証を提示して下さい。

懇 親 会 費：6,000円

参加手続き等に関してご不明の点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

学術集会事務局：〒920-0942 石川県金沢市小立野5丁目11番80号

金沢大学医学部保健学科看護学専攻内

第27回日本看護研究学会学術集会事務局

TEL 076-265-2546, 2545, 2555 FAX 076-265-2513

E-mail : 27kenkyu@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

URL <http://mhs3.mp.kanazawa-u.ac.jp/nurse/nurse27>

（半角文字で入力下さい。）

学 会 賞 推 薦 書

日本看護研究学会理事長殿

日本看護研究学会学会賞および奨励賞に関する規程第5条に則り、学会賞の候補者を推薦いたします。

年 月 日

推薦者氏名 (年齢)	推薦者所属 (職名)
会員番号 (歳)	()
被推薦者氏名 (年齢)	被推薦者所属 (職名)
会員番号 (歳)	()
推薦理由	

学 会 賞 申 請 書

年 月 日

被 推 薦 者 氏 名 (年齢・性別)	
本 学 会 会 員 歴	
本学会雑誌掲載論文リスト (筆頭論文のみ)	
No. 著者・共同研究者 : 論文題目 、 巻 (号) 、 頁 、 年	
主な研究論文についての推薦すべき点	
本学会の学術活動への貢献となった事項	

目 次

－ 原 著 －

大阪府T市中部地区における公的施設利用者の健康度自己評価と、 その関連要因	19
--	----

呉大学看護学部 一 色 康 子
臨床研究支援センター 山 田 一 朗

成人型アトピー性皮膚炎を持つ対象者の行動の決定に影響を与える	29
因子に関する研究	

愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻臨床看護学 大 野 道 絵
愛媛大学医学部看護学科臨床看護学 阪 本 恵 子
白 石 聡

在宅中心静脈栄養療法患者のセルフケアにおける清潔管理の評価	41
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	湯 沢 八 江

－ 技術実践報告 －

栄養バランス表図示を用いた糖尿病食事指導	51
高齢者在宅療養患者・家族への指導の効果：第一報	

秋田桂城短期大学看護学科 佐 藤 厚 子
佐々木 伸 子

第26回日本看護研究学会講演記事（2）

パネルディスカッション

「様々な分野で活躍する看護職」の司会を終えて	63
大阪大学 早川和生 心和会八千代病院 加納佳代子	
福祉とビジネス	64
ビジケアサービス(株) 麻植佳子	
大切なのは思いきること	66
みのりホーム施設 鈴木夢都子	
新しい分野で活躍する看護職ー社会保険健康事業財団の場合ー	68
保健部保健指導課 松田一美	
ユニ・チャームがなぜ専門職を求めたか	71
ユニチャームKK 排泄ケア研究室 山元ひろみ	
ケア・コーディネータの役割と活動 ー患者・家族中心の看護を継続するための試みー	73
セcomedック病院 吉田千文	

教育講演

経済学からみた看護サービスの現状と展望	77
日本銀行 篠塚英子	

シンポジウム1

21世紀の看護を担うための責任ある実践「拡大する看護の役割と責任」 司会の言葉	89
東京都立保健科学大学 川村佐和子 筑波大学大学院医科学研究科 紙屋克子	
これからの看護職のあり方と看護研究の課題	91
千葉大学法経学部 広井良典	
病院看護の立場から	94
済生会中央病院 山崎 絆	
看護職の責任と役割の拡大：地域看護／大学教員の立場から	96
東大・大学院医学系研究科・地域看護学分野 村嶋幸代	
拡大する看護職の役割と責任	99
千葉県医師会 近藤宣雄	

CONTENTS

..... Original Paper

- A Survey of the Residents' Subjective Health Status and its
Relating Factors in T. city, Osaka Prefecture 19

Kure University Faculty of Nursing: Yasuko Isshiki

Clinical Research Consulting Center: Kazuaki Yamada

- Qualitative Study on the Factors that Affect Behaviours of
the Participants with Atopic Dermatitis in Adult 29

Ehime University Graduate School of Health

Sciences Department of Clinical Nursing: Michie Ohno

Faculty of Health Sciences Ehime University School of

Medicine Department of Clinical Nursing: Keiko Sakamoto

: Satoshi Shiraishi

- Evaluation of Selfcare by HPN Patients Regarding
Sanitary Procedures 41

Graduate School of Allied Health Sciences

Tokyo Medical and Dental University: Yae Yuzawa

..... Technical Report

- Diabetic Meal Guidance Which Uses Nourishment Balance Table Showing
Effect of Guidance to Senior Citizen Receiving Treatment and
Resting at Home and Family : The First Report 51

Akita Keijo Junior College Department of Nursing: Atsuko Sato

: Nobuko Sasaki

ナースのためのフィジカルアセスメント (第2版)

— 看護過程・看護診断に活用する —

山梨医科大学看護学科教授 中村 美知子 編集

B5判 180頁 1,800円

2色刷

★患者のニーズを理解するために、ヘンダーソンのアセスメント項目を基本とした手順で、その内容や方法、収集したデータの有効性の判断、さらに看護への適用を、初心者にもわかりやすくビジュアルに解説しました。

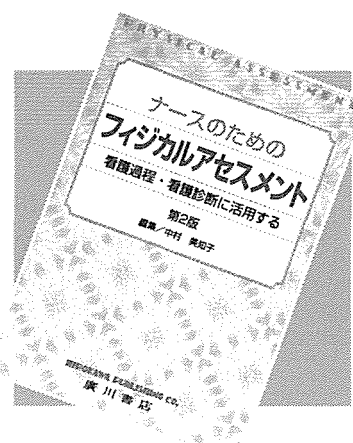
◆第2版では、写真、イラスト(全面書換えし、精密できれいなイラストとしました)を大幅に増やし、よりビジュアル化を図りました。

◆本文中の用語の理解のために、付録に用語解説を入れました。

◆患者のニーズを把握するための基本であるフィジカルアセスメントを、看護過程や看護診断に実際に活用できます。

◆ナース独自の観察でさまざまな問題を発見して、ケアを実施する際の看護の教本として活用できます。

◆基礎看護学の生活援助技術を展開するための資料として、臨床看護実習の際の手引きとして活用できます。



主

要

目

次

Part I フィジカルアセスメントの基本

第1章 フィジカルアセスメントとは

看護の対象者へのフィジカルアセスメントの意義

第2章 アセスメントテクニック

インタビュー／視診／聴診／触診／打診

Part II フィジカルアセスメントの実際 アセスメント項目・内容・方法

第3章 望ましい姿勢・体位および運動

1. 姿勢・体位の視診
2. 歩行の視診
3. 筋肉のアセスメント
4. 筋トーンのアセスメント
5. 背理性筋収縮のアセスメント
6. 筋力のアセスメント
7. 他動運動による異常徴候
8. 関節可動域の測定
9. 不随意運動のアセスメント
10. 小脳機能のアセスメント

第4章 睡眠と休息

1. 睡眠のアセスメント
2. 疲労のアセスメント

第5章 感染・抵抗力を維持するための清潔の保持

1. 感染状態の観察

第6章 組織への酸素・栄養の供給

1. 呼吸器系のアセスメント
2. 循環器系のアセスメント

第7章 食事と栄養・代謝

1. 各自の食生活状態を知る
2. 生活活動強度と栄養所要量
3. 栄養状態のアセスメント
4. その他の栄養パラメータ
5. 栄養障害のアセスメント
6. 過剰栄養のアセスメント
7. 栄養状態スクリーニング評価

第8章 排泄 (腹部の観察を含む)

1. 排泄習慣
2. 腹部の診察
3. 腹部の様子を観察
4. 腹部の診察
5. 腹部の打診
6. 腹部の聴診
7. 臍門付近の出血や痛みの有無の観察

第9章 水・電解質のバランス

1. 体液区分
2. 水分代謝経路
3. 水分の出納
4. 1日最低必要水分量の算出
5. 体液と電解質バランス
6. 脱水
7. 浮腫

第10章 正確な知覚と認知

1. 感覚器官のアセスメント
2. 脳神経のアセスメント
3. 高次脳機能のアセスメント

付録 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 FAX 03(3815)3650

大阪府T市中部地区における公的施設利用者の 健康度自己評価と、その関連要因

A Survey of the Residents' Subjective Health Status and its
Relating Factors in T. city, Osaka Prefecture

一 色 康 子* 山 田 一 朗**
Yasuko Isshiki Kazuaki Yamada

キーワード：健康度自己評価，ライフスタイル，身体的要因，心理・社会的要因
subjective ratings of the health, life-style, physical factor,
psycho-social factor

I. 結 言

WHO ; World Health Organization (世界保健機関) は、健康を「単に疾病や障害がないというだけにとどまらず、身体的にも、精神的にも、そしてまた社会的にも安寧な状態をいう」と定義している。これは理想的な健康の概念であるが、健康に対する価値観は多様化しているため、個人の考える健康は一律ではない。そのため、健康度の自己評価は個人の描く健康像によって異なる。健康度の自己評価については米国で1950年代後半より研究が始められ、(1)医学的な健康指標の代用となる、(2)身体的健康だけでなく、心理・社会的要因にも影響を受けているという知見から、総合健康指標として用いることができる、(3)高齢者を対象とした場合、その生命予後を予測する効果が強い、などの報告がある^{1), 2)}。

わが国においては1980年頃より研究が始められたが、米国における研究結果とほぼ類似した報告がなされている反面、杉澤らは、健康度自己評価のわが国における意味・意義についての研究が十

分でない^{3), 4)}と述べている。

上記の研究結果に基づき、私たち看護者が保健指導に臨む際に考慮すべき点をまとめると、(1)健康度自己評価に関わる要因を明らかにする。(2)明らかになった点をもとに、個人がより健康的な日常生活を送れるよう、健康を保持・増進していくために必要な事項について考慮する、の2点となる。そこで本研究においては、地域住民を対象として、健康度自己評価とその関連要因について分析し、検討を試みた。

II. 研究方法

1. 対 象

1997年1月21日から2月21日にかけて、大阪府T市中部地区の公的施設（公民館、婦人会館、青年の家、福祉会館）を利用しているT市住民およびこれら施設を利用しているT市周辺の住民1,500名を対象として、留め置き式のアンケート調査を実施した。その結果1,212名からの回答が得られた（回収率80.8%）。

* 呉大学看護学部 Kure University Faculty of Nursing

** 臨床研究支援センター Clinical Research Consulting Center

T市は大阪府の北部に位置し、1998年1月現在の人■は約40万人であり、大阪市内に通勤するサラリーマンのベッドタウンとして発展してきた都市である⁵⁾。

2. 調査内容

健康度自己評価については回答者自身の現状を100点満点とした健康度自己評価得点として、回答者が各自質問紙に記載する方法をとった。

調査内容は、背景因子として基本属性（性別・年齢層）、健康生活への関連要因としての現病歴、家族歴、常用薬の有無の5項目を挙げた。また各因子として仕事（家事・学業）、余暇・レジャーの時間、家族関係、住居・環境、ストレス、職場での人間関係、生活の充実感、友人との人間関係の8項目を挙げ、これらに関しては、1:「不満」～5:「満足」に至る評価尺度を採用した。さらにライフスタイル項目として食事、間食、塩分、健康食品、運動、嗜好（コーヒー、紅茶、緑茶、洋酒、日本酒、ビール）、喫煙など12項目については、実態および「健康のために良いかどうか」の認識をあわせて質問した。この認識については上記と同様に、1:「良くない」～5:「非常に良い」に至る5段階尺度を採用した。以上の質問項目は、Breslow^{6), 7)}の7つの健康習慣を参考にして、星・森本⁸⁾が作成した生活習慣問診票に、さらに改良を加えたものである。

3. 解析方法

背景因子による健康度自己評価の比較を、性別、現病歴についてはt検定、年齢層、常用薬の有無については一元配置分散分析を用いて行った。また健康度自己評価と各因子の関連については、Pearsonの相関係数を用いた。さらに健康度自己評価を従属変数とし、その関連要因（2. 調査内容で述べた項目）を独立変数としてstepwise法による重回帰分析を行った。なお集計・解析にはSPSS 8.0 J for Windowsを用いた。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象者の基本属性

対象者の性別内訳は男性360名、女性852名で、年齢の平均値±標準偏差は、それぞれ44.8±14.3歳、42.4±16.3歳であった。対象者の年齢分布は、図1に示すように20歳代が最も多く、次いで50歳代、30歳代であった。

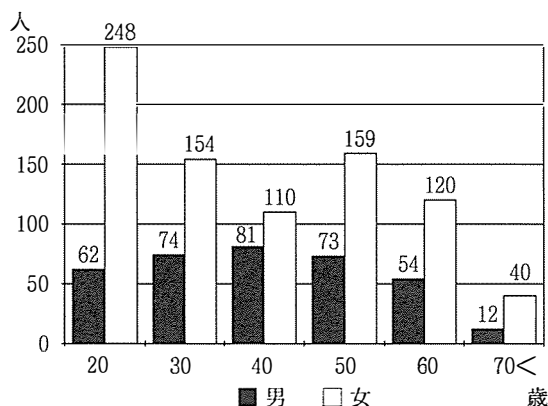


図1 対象者の男女年齢別分布

2. 背景因子による健康度自己評価の比較

男女別健康度自己評価得点の分布については、図2に示すように回答のピークは80点代に位置し（男性30.8%、女性28.9%）、次いで70点代、90点代であった。対象者全体の平均値±標準偏差は74.7±15.0点であり、男性の平均値±標準偏差は75.1±15.0点、女性の平均値±標準偏差は74.6±15.9点となり、2群間に有意差が見られた（ $p = 0.001$ ）。

また健康度自己評価を現病歴の各種疾患の「あり」「なし」別に比較した結果は、表1に示す通りである。高血圧・虚血性心疾患を持つ群の健康度自己評価の平均値±標準偏差は68.4±14.3点、持たない群の平均値±標準偏差は74.6±15.9点であり、2群間に有意差が見られた（ $p = 0.001$ ）。以下骨関節疾患を持つ群の平均値±標準偏差は69.1±15.4点、持たない群の平均値±標準偏差は75.8±15.5点、消化器疾患を持つ群の平均値±標準

大阪府T市中部地区における公的施設利用者の健康度自己評価と、その関連要因

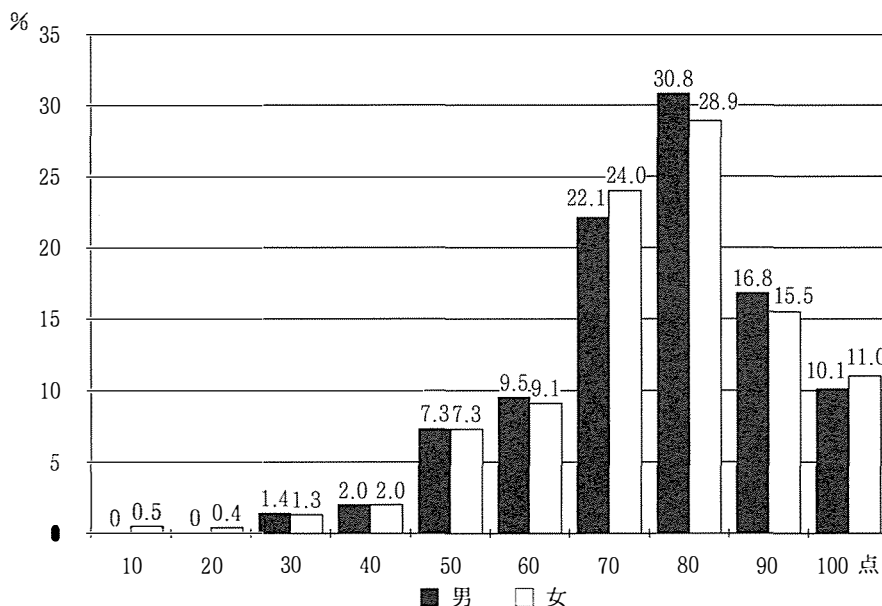


図2 男女別健康度自己評価得点の分布

表1 背景因子による健康度自己評価の比較

			度数	平均値±標準偏差	p 値
性別		男	357	75.1 ± 15.0	p = 0.001
		女	845	74.6 ± 15.9	
現病歴 (疾患名)	悪 性 腫 瘍	あり	15	60.9 ± 26.3	p = 0.059
		なし	1187	74.9 ± 15.4	
	高血圧・ 虚血性心疾患	あり	68	68.4 ± 14.3	p = 0.001
		なし	1134	75.1 ± 15.7	
	呼吸器疾患	あり	69	71.1 ± 17.7	p = 0.047
		なし	1133	75.0 ± 15.5	
	骨関節疾患	あり	196	69.1 ± 15.4	p = 0.001
		なし	1006	75.8 ± 15.5	
	消化器疾患	あり	88	67.7 ± 15.4	p = 0.001
		なし	1114	75.3 ± 15.6	
	代謝性疾患	あり	43	68.4 ± 13.1	p = 0.007
		なし	1159	75.0 ± 15.7	
	脳 卒 中	あり	7	65.7 ± 23.0	p = 0.126
		なし	1195	74.8 ± 15.6	
	そ の 他	あり	437	69.7 ± 16.0	p = 0.001
		なし	765	77.6 ± 14.7	

標準偏差は 67.7 ± 15.4 点、持たない群の平均値±標準偏差は 75.3 ± 15.6 点であり、いずれも2群間に有意差が見られた ($p = 0.001$)。また代謝性疾患を持つ群の平均値±標準偏差は 68.4 ± 13.1 点、持たない群の平均値±標準偏差は 75.0 ± 15.7 点であり、2群間に有意差が見られた ($p = 0.007$)。さらに呼吸器疾患を持つ群の平均値±標準偏差は 71.1 ± 17.7 点、持たない群の平均値±標準偏差は 75.0 ± 15.5 点であり、2群間に有意差が見られた ($p = 0.047$)。

次に表2に示すように、一元配置分散分析後、Bonferroniの方法による各群間の多重比較をした結果、年齢層別の健康度自己評価は、20歳代の健康度自己評価得点の平均値±標準偏差は $71.2 \pm$

18.1 点、30歳代は 76.2 ± 14.3 点であり、2群間に有意差が見られた ($p = 0.006$)。同様に50歳代の平均値±標準偏差は 77.3 ± 13.1 点であり、20歳代との間では $p = 0.001$ 、60歳代の平均値±標準偏差は 76.1 ± 14.4 点であり、20歳代との間で $p = 0.02$ と各2群間に有意差が見られた。

常用薬の有無による健康度自己評価得点の比較は、ある群の平均値±標準偏差 69.6 ± 16.0 点、ない群の平均値±標準偏差 77.3 ± 15.0 点となり、2群間に有意差が見られた ($p = 0.001$)。

3. 健康度自己評価と各因子の関連

仕事（家事・家業）、余暇・レジャーの時間、家族関係、住居・環境、ストレス、職場の人間関係、生活の充実感、友人との人間関係の各調査

表2 背景因子による健康度自己評価の比較

		度数	平均値 ± 標準偏差	p 値 ¹⁾
年齢層	20～29	308	71.2 ± 18.1	
	30～39	227	76.2 ± 14.3	
	40～49	188	74.7 ± 15.5	
	50～59	232	77.3 ± 13.1	
	60～69	170	76.1 ± 14.4	
	70～79	43	73.8 ± 18.0	
	80～	9	71.7 ± 18.4	
	合計	1177	74.7 ± 15.7	
常備薬	あり	375	69.6 ± 16.0	
	なし	801	77.3 ± 14.9	
	その他	17	68.9 ± 14.9	
	合計	1193	74.8 ± 15.7	

1) p 値は一元配置分散分析後 Bonferroni による多重比較をした結果

表3 健康度自己評価と各因子の関連

因子	仕事 (家事・家業)	余暇・ レジャー の時間	家族関係	住居・環境	ストレス	職場の 人間関係	生活の 充実感	友人との 人間関係
N	1151	1173	1172	1179	1172	989	1173	1171
健康度自己評価 相関関係 (r) ¹⁾	0.351**	0.258**	0.170**	0.288**	0.350**	0.142**	0.380**	0.177**

1) Pearson の相関係数 ** : $p < 0.01$

項目について健康度自己評価との2変量間をPearsonの相関係数を用いて分析した結果、家族関係、職場の人間関係、友人との人間関係との間には、有意な相関関係は見られなかった。

他の項目については、仕事（家事・家業）0.351、余暇・レジャーの時間0.258、住居・環境0.288、ストレス0.350、生活の充実感0.380と有意（ $p < 0.01$ ）な相関関係が見られた（表3）。

4. 健康度自己評価にもたらす各種要因の影響力

健康度自己評価を従属変数とし、その関連要因（2. 調査内容で述べた項目）を独立変数としてstepwise法による重回帰分析を行った結果、表4に示す項目が有意な説明変数として採択された（ $p < 0.05$ ）。また重回帰式の説明力（ R^2 ）は0.304であった。

健康度自己評価にもたらす各種要因の影響力として出力される標準偏回帰係数を、実態と認識に

表4 健康度自己評価にもたらす各種要因の影響力

要 因	重回帰係数	
	Stepwise 法 による標準 偏回帰係数	検定 ¹⁾
実態	常用薬を持たない状態	0.118 ***
	食事量が規則的である	0.062 *
	高血圧に罹患している	-0.058 *
	消化器疾患に罹患している	-0.087 ***
	悪性腫瘍に罹患している	-0.1 ***
	骨関節疾患に罹患している	-0.113 ***
	その他の疾患に罹患している	-0.113 ***
認識	生活の充実感がある	0.134 ***
	ストレスがないと感じている	0.126 ***
	仕事が快調である	0.116 ***
	住居に満足している	0.08 **
	一日の喫煙量に満足している	0.075 **
	食事内容に満足している	0.062 *
	運動量に満足している	0.057 *

$R = 0.552$ $R^2 = 0.304$

1) 偏回帰係数 = 0 の検定

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ *** : $p < 0.001$

区別した結果、健康度自己評価にプラスの影響力をもたらす要因としては、「生活の充実感」「ストレスがない状態」「仕事が快調」といった項目が採択された。逆にマイナスの影響力をもたらす要因には、「高血圧に罹患している」「消化器疾患に罹患している」「悪性腫瘍に罹患している」「骨関節疾患に罹患している」「その他の疾患に罹患している」など、いずれも疾患を有することが採択された。

IV. 考 察

1. 本研究の特徴

序論にも述べた通り、既存の健康度自己評価に関する研究では(1)医学的な健康指標の代用となる、(2)健康度自己評価が、身体的健康だけでなく、心理・社会的要因にも影響を受けているという知見から、総合指標として用いることができる、(3)高齢者を対象とした場合、その生命予後を予測する効果が強いなどの報告が見られるが、今回は(2)に焦点を絞って考察を進めた。

対象者はT市中部地区の公的施設（公民館・婦人会館・青年の家・福祉会館）を利用しているT市住民およびこれら施設を利用しているT市周辺の住民としたため、16歳から95歳までの標本入手することができた。しかしこれら公的施設が開講する講座の中には、健康の保持・増進に関わるものもある。これらの講座に積極的に参加しているということは、健康に対する意識が高く、第一次予防行動（日常時のセルフケア）がとれているということにつながる⁹⁾。今回の調査対象者の中にはこのような回答者を含み、なおかつ公的施設利用者と非利用者に区別しての調査を実施していないため、両者の比較対照が困難である。そのため、この点がバイアスをもたらす因子になると考えられる。

2. 健康度自己評価の関連要因

図1より対象者の年齢は16歳から95歳までと幅

広く、男女の割合を見ると、男性に比べて女性が約2.4倍であった。これは婦人会館・福祉会館など、公的施設の中でも女性の利用が多い施設が含まれていたこと、昼間に開講されている教室には家庭の主婦など、女性が参加しやすいことによるであろう。しかし表1のように、性別による健康度自己評価の比較をすると、わずかではあるが男性に比べて女性の平均値が低下する。これは図3のように性・年齢別評価得点平均値を並べてみると、20歳代女性が69.8点と最も低く、図1から本調査の回答者数の内訳が、20歳代女性248人と最も多いことによるであろう^{10)~12)}。これをライフサイクルの中での発達課題別役割から見ると、女性の高学歴化に伴い、この時期が学業への専念・就職・結婚・出産など多くの課題を達成する時期であり、自己を取り巻く内部環境および外部環境が大きく変化する時期であることに起因すると考える¹³⁾。

さらに表2のように年齢層による健康度自己評

価の比較をすると、20歳代に比べて30歳代、50歳代、60歳代の平均値が高かった。この時期、男性は仕事を中心としたゆとりのない生活の中で社会的役割と責任を強いられるが、その反面、家・家族・財産などを得、それらに恵まれることにより、心理的・社会的充足感を味わう時期である^{14)~16)}。一方30歳代から60歳代の女性は、家庭での母・妻としての役割を担う時期であり、仕事を持つ女性にとっては職場と家庭での役割の両立という状況を迎え、心身ともに多忙を極める時期となる¹³⁾。しかし社会的役割遂行により社会的に安定することが、身体的・心理的側面に良い影響をもたらしているものと思われる。またソーシャル・サポート・ネットワークの充実が、女性の家庭内での孤立を少なくしているものとも考えられる。

LaRue et al¹⁾、芳賀ら¹⁰⁾、Kaplan et al¹¹⁾らの先行研究によると、客観的な医学的検査、医師の専門的健康度評価が健康度自己評価と関連することが報告されている。また藤田ら¹²⁾は、60歳か

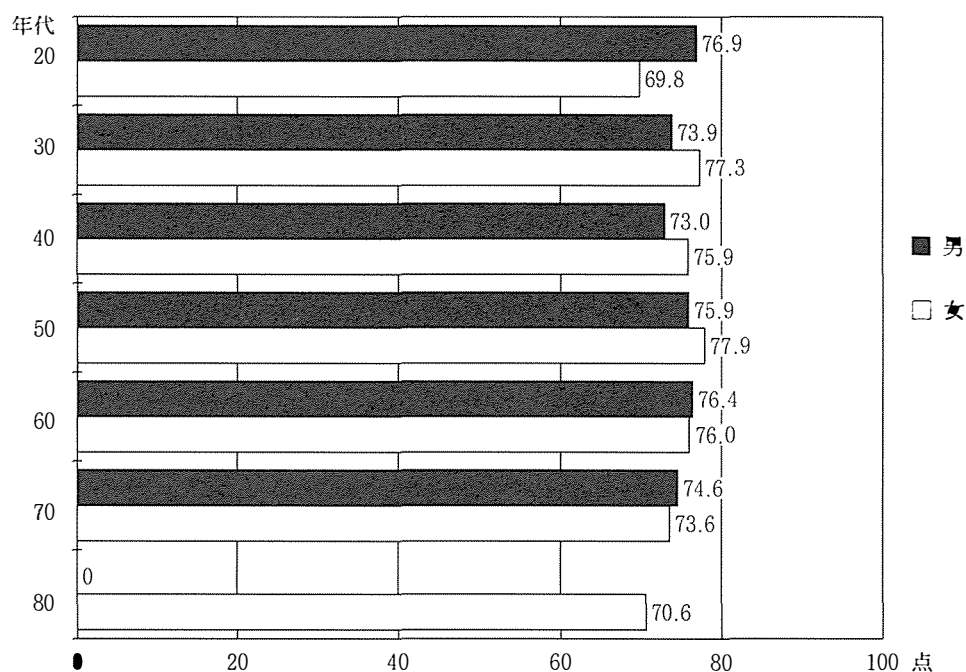


図3 性・年齢別評価得点平均値

ら89歳までの地域の老人を対象とした場合、最も強く健康度自己評価と関連する要因は慢性疾患の有無であったと述べている。一方杉澤¹⁷⁾は、60歳から80歳以上を対象に調査を実施し、健康度自己評価と身体的・心理的・社会的指標との関連を重回帰分析を用いて解析した結果、慢性疾患を持つ群の標準偏回帰係数値が最も低かったと述べている。

本調査においては、表1に示すように現在何らかの疾患に罹患している群の健康度自己評価が、罹患していない群に比べて低いことが分かる。これはstepwise法による重回帰分析の結果、健康度自己評価にもたらす各種要因の影響力として出力された標準偏回帰係数値を見ても明らかである。なんらかの疾患を持つことが、健康度自己評価にマイナスの影響を与えていることがうかがわれる。なかでも慢性疾患に罹患している群の健康度自己評価が低い。これは人生80年を迎えた今日、国民の健康観が無病息災から、一病息災に変容してきたとは言え、慢性疾患に罹患している者は継続的治療を要し、日常生活上、常に治療に対するコンプライアンス^{18), 19)}を維持していかなければならないことがストレスとなり、これが健康度自己評価に反映しているものとも考えられる。また骨・関節疾患などを持つ群は持たない群に比べて痛みによる苦痛を伴い、日常生活上、活動に支障を来した易いため、これが健康度自己評価に反映しているものとも考えられる。

表2に示すように、常用薬のある群とない群の健康度自己評価を比較すると、常用薬のある群の平均値が低かった。また重回帰分析の結果においても、常用薬のない群が健康度自己評価にプラスの影響を与えている。これは“薬を服用している”という事実が“不健康である”という意識に結びついて、健康度自己評価を低下させているものと考えられる。

表3にあげた8項目の中で、仕事(家事・家業)、

余暇・レジャーの時間、住居・環境、生活の充実感といった項目は必ずしもライフスタイルに直結したものではない。今回の調査結果においては、それらの項目が日常生活行動や満足度と関連性のあるものとして挙げられた。これは深井ら²⁰⁾の先行研究結果とも共通しており、心理的または社会的要因が健康度自己評価に関与していることを示唆するものである。

さらに表4の健康度自己評価にもたらす各種要因の影響力として出力された標準偏回帰係数を見ると、実態よりも認識面の項目の寄与率が強かった。健康であるためには、より健康的な生活習慣を身につけていることが大切であるが、必ずしもそれが健康度自己評価を高めるとは言えない。むしろ、現状に対する満足度などの心理的要因、仕事が忙調などの社会的要因によって、健康度自己評価は左右されるといえる。

また本来一因子のみのライフスタイルが単純に健康に関わっているのではなく、各々の因子が複雑に関連し合うなかで、健康に影響を及ぼしている。さらに地域性、その地域が育む文化とも微妙な関連性を示すため¹²⁾、この点にも留意した上での判断を要する。そして“健康”を評価する時には、身体的側面からの客観的指標・良好な実態面などに頼るのではなく、心理・社会的要因にも考慮した上、総合的に判断していく必要がある。

さらに私たち看護者が保健指導に臨む際には、以上の点を踏まえて対象者の日常生活を良く知り、保健行動やライフスタイルの特性を否定せず、現状への主観的満足感を引き出すような関わりが重要である。

V. 謝 辞

調査にご協力いただいた皆様、蛍池公民館、働く婦人の家、青年の家いぶきの皆様、情報を提供していただいた豊中市保健所、豊中市立保健センターの関係者の皆様に厚くお礼申し上げます。

要 旨

1,212名の大阪府T市住民を対象として、健康度自己評価とその関連要因を明らかにすることを目的として本研究を行った。その結果、健康度自己評価にプラスの関連を持つ要因として、生活の充実感、ストレスがないと感じている、常用薬を持たない状態、仕事が快調、住居に満足しているの各項目が、またマイナスの関連を持つ要因として、何らかの疾患を有すること、が挙げられた。総じて、実体面より認識面での影響が強いことが示唆された。

Abstract

To investigate subjective health status (SHS) and its relating factors, 1,212 subjects, residents of T city in Osaka prefecture, were asked to answer originally designed questionnaire.

As a result, "satisfaction for life", "non-stressful feeling", "no household medicine needed", "good condition for job" and "satisfaction for thier own home" showed positive relationship to SHS. On the contrary, we found negative relationship between "falling any kinds of illness" and SHS.

It was suggested that SHS was more affected by one's recognition for health related factors rather than actual conditions.

VI. 文 献

- 1) LaRue, A. Bank, L.: Health in old age: How do physicians' ratings and self-ratings compare? Journal of Gerontol, 34, 687-691, 1979
- 2) 芳賀 博, 柴田 博, 他: 地域老人における健康度自己評価からみた生命予後, 日本公衆衛生雑誌, 38, 783-789, 1991
- 3) 杉澤秀博, 杉澤あつ子: 健康度自己評価に関する研究の展開, 日本公衆衛生雑誌, 42, 366-378, 1995
- 4) 杉澤あつ子, 杉澤秀博: 健康度自己評価に関する研究の展開, 園田恭一, 川田智恵子編: 健康観の転換, 73-83, 東京大学出版会, 東京, 1998
- 5) 豊中市総務部編: 第36回豊中市統計書, 1997年度版, 5-17, 1998
- 6) Belloc, N. Breslow, L.: Relationship of physical health status and health practices, Preventive Medicine, 1, 409-421, 1972
- 7) Belloc, N.: Relationship of health practices and mortality, Preventive Medicine, 2, 67-81, 1973
- 8) 森本兼曇: ライフスタイル研究の意義と展望, 森本兼曇編: ライフスタイルと健康-健康理論と実証研究-, 2-32, 医学書院, 東京, 1995
- 9) 相磯富士雄: ヘルスケアシステム, 河野友信編: 医学と医療の行動科学, 154-158, 朝倉書店, 東京, 1991
- 10) 芳賀 博, 七田恵子他: 健康度自己評価と社会・心理・身体的要因, 老年社会学, 20, 15-23, 1984
- 11) Kaplan, G. Barell, V.: Subjective state of health and survival in elderly adults, Journal of Gerontol, 43, 114-120, 1988
- 12) 藤田利治, 篠野脩一: 地域老人の健康度自己

- 評価の関連要因とその後2年間の死亡, 社会老年学, 31, 44-51, 1990
- 13) 青木やよひ: 女性のライフサイクルから見た成人期, ハイメ・カスタンエダ, 長島 正他編: ライフサイクルと人間の意識, 216-233, 金子書房, 東京, 1993
- 14) 細野正美: 成人期-家庭人として, 馬場禮子, 永井 徹編: ライフサイクルの臨床心理学, 155-161, 培風館, 東京, 1998
- 15) 田中信市: 中年期, 馬場禮子, 永井 徹編: ライフサイクルの臨床心理学, 172-186, 培風館, 東京, 1998
- 16) 西原美貴: 老年期, 馬場禮子, 永井 徹編: ライフサイクルの臨床心理学, 189-196, 培風館, 東京, 1998
- 17) 杉澤秀博: 高齢者における健康度自己評価の関連要因に関する研究, 社会老年学, 38, 13-24, 1993
- 18) 宗像恒次: 行動科学からみた健康と病気, 171-182, メジカルフレンド社, 東京, 1992
- 19) 上原ます子: 成人の健康と病気の体験, 氏家幸子監修: 成人看護学, A.成人看護学原論, 60-61, 廣川書店, 東京, 1999
- 20) 深井穂博, 眞木吉信他: 成人のライフスタイルおよび健康習慣とその年齢特性, ■腔衛生学会雑誌, 46, 129-136, 1996
- 本研究は, 第24■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12年10月2日受付)

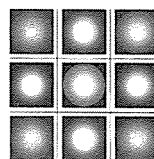
家族看護学入門

編著／杉下知子 東京大学大学院医学系研究科教授
■B5判 262頁 定価3,255円(本体3,100円+税)

家族看護学は、家族社会学、家族療法学、家族心理学などの学問で開発された理論をもとに1980年代に北米を中心に理論開発・研究・教育、および実践が展開され、発展してきました。わが国では、1990年代に看護系の大学に家族看護学講座が創設され、さらに日本家族看護学会が設立されるなど、看護の新たな分野として注目されています。本書は、日本家族看護学会理事長でもある編者が、家族看護学を初めて学ぶ人たちが理解しやすいように編集し、入門書のかたちで著しました。

家族看護学入門

編著／杉下知子



メヂカルフレンド社

目次

第Ⅰ章 家族の基本概念

- 1 家族の概念
- 2 家族の機能と家族問題
- 3 家族に関わる諸制度

第Ⅱ章 家族看護の基本概念

- 1 ライフサイクルからみた各ステージにおける家族の課題
- 2 家族看護とは
- 3 家族看護学のための諸理論

第Ⅲ章 家族看護のプロセス

- 1 家族看護過程
- 2 家族看護のアセスメント
- 3 家族看護のニーズと介入の判断
- 4 家族看護計画
- 5 家族看護の方法
- 6 家族看護の評価

第Ⅳ章 家族看護の実践

- 1 不妊治療を受ける家族への看護
- 2 発達障害児をかかえる家族への看護
- 3 慢性疾患患児をかかえる家族への看護
- 4 摂食障害の子どもがいる家族への看護
- 5 長女を虐待した家族への看護
- 6 救急患者の家族への看護
- 7 人工呼吸長期依存者と家族への看護
- 8 予後不良の入院患者と家族への看護
- 9 ホスピス入院患者と家族への看護
- 10 妻の入院に伴い家族関係の問題が顕在化した家族への看護
- 11 生活力量不足のある家族への看護
- 12 老人虐待が生じている家族への看護
- 13 精神障害者と家族への看護
- 14 アルコール依存症者と家族への看護

成人型アトピー性皮膚炎を持つ対象者の行動の 決定に影響を与える因子に関する研究

Qualitative Study on the Factors that Affect Behaviours of
the Participants with Atopic Dermatitis in Adult

大 野 道 絵¹⁾

Michie Ohno

阪 本 恵 子²⁾

Keiko Sakamoto

白 石 聡²⁾

Satoshi Shiraishi

キーワード：成人型アトピー性皮膚炎，行動，影響因子
atopic dermatitis in adult, behaviours, affected factors

I. はじめに

10数年前までは、アトピー性皮膚炎は乳幼児期・小児期に多い疾患とされていたが、最近では、思春期を過ぎても治癒しない例や、思春期あるいは成人期に初発する例も見られるようになり、それらを成人型アトピー性皮膚炎と呼んでいる。

成人期に特徴的な皮疹は小児期とは異なり、顔面や頸部に慢性化した皮疹がみられ、皮膚は乾燥し、多くの丘疹が下肢のみならず、体幹・上肢にもみられる。また、一般に治療が難しく慢性の経過をたどる事が多い¹⁾。掻痒感や顔面の皮疹は、生産年齢に属する患者が社会活動を営んだり、対人関係を作りにくい原因となる。

成人型アトピー性皮膚炎は、露出部の慢性化した皮疹が他者から見られること、難治であること、などから、多くの患者は受診する病院を転々と変え様々な治療を受け、あるいは正規の医療機関以外で行なわれている様々な民間療法を試す傾向がみられる。

PubMed と医学中央雑誌1975年1月～1999年6月で文献レビューを行った結果、アトピー性皮膚炎患者の受診行動や民間療法に焦点を当てた報告はいくつか見られるが、いずれも医師の立場から行った実態調査²⁻⁷⁾であり、「患者の行動の決定に影響を与えているものはなにか」「患者がそのような行動をとるのはどのような思いや経験からなのか」という、基本的な事を明らかにした文献は見られなかった。

そこで、本研究では、

1. 成人型アトピー性皮膚炎を持つ対象者が、自分に合う治療法や民間療法などを見つけるためにとる、すべての行動の決定に影響を与える因子を抽出する。
2. 対象者が上述の行動をとるに至る経験の過程から、行動モデルを明らかにすることを目的とした。このうち、本稿では目的1について報告する。

1) 愛媛大学大学院 医学系研究科看護学専攻 臨床看護学 Ehime University Graduate School of Health Sciences ■Department of Clinical Nursing

2) 愛媛大学医学部看護学科 臨床看護学 Faculty of Health Sciences Ehime University School of Medicine ■Department of Clinical Nursing

Ⅱ. 用語の定義

1. 行 動

成人型アトピー性皮膚炎の患者は、1カ所の病院へ長期間通院する場合もあれば、すぐに病院を変わったり、様々な民間療法を試す場合もあり、その行動は一定ではない。本研究における「行動」とは、患者が、自分の症状・気持ちが少しでも楽になるように、自分に合う治療法や民間療法などを見つけるためにとる、すべての行動をさす。

2. 民間療法

民間療法とは、アトピー性皮膚炎の治療を目的として、主として正規の医療機関以外の施設または個人により行われている行為⁸⁾で、温泉、入浴剤、酸性水、漢方、特殊な化粧品、お茶、健康食品、断食、気功などがある。

これらは企業などによる営利目的のものがほとんどであるが、一部の医療機関で行われているものや、企業活動が医師によって後援されているものもある。また、世間一般に、お年寄りの知恵的なもの⁹⁾として善意で扱われているものもある。

本研究では、これらをすべて民間療法とする。

Ⅲ. 研究方法

本研究は、対象者にインタビューを行い、それによって得られた言葉をデータとして使用し、一定の手順を踏んで分析を行った（具体的な手順については後述の3. 分析手順を参照）。

この対象者の言葉という質的なデータを使用する研究方法は、ある現象から人間の経験の本質を明らかにしようとするものである^{10,11)}。本研究では、前述の目的1. 2. により（今回報告するのは目的1のみである）、質的研究を用いることとした。

1. 面接方法

面接対象は、A大学病院皮膚科に成人型アトピー性皮膚炎の診断で治療中の者で、そのうち、過去にアトピー性皮膚炎での入院経験をもつ者を原則

とし、研究の了承が得られた10名に個人的面接を行った。

対象は男性7名、女性3名、平均年齢28.5歳（21～36歳）、平均入院回数2.5回（1～10回）であった。

データ収集期間は1999年1月～10月、そのうち1～6月は随時インタビューを行い、対象者の背景を理解し、7～10月に半構成的インタビューを行った。インタビューはデータが飽和状態になるまで続け、その1人あたり平均回数は4.7回（2～7回）、平均時間は140分（60～230分）であった。

なお、データ収集はA大学病院皮膚科外来の予診室または皮膚科病棟の指導室で行い、対象者のプライバシーの保護に努めた。

2. 面接内容

半構成的インタビューは事前に対象者に記入してもらった事前調査紙（資料1）をもとに行った。事前調査紙には、対象者が現在までに自分自身で決断して受診した病院および行った民間療法を、経時的にすべて記入してもらった。それら1つ1つについて、「なぜそこに行ってみよう（それをしてみよう）と思ったのか話して下さい」「なぜそれを止めたのか話してください」などの質問をし、対象者それぞれの状況を引き出すようにした。

面接内容は、対象者の許可を得て、すべてテープ録音および逐語化し、データとして使用した。

なお、データの信頼性を高めるため、データが飽和状態になるまでインタビューを行った。

3. 分析手順

分析の対象は逐語化したデータすべてである。

分析の手順（図1）は、以下に示す通りである。

- ・各事例のデータを繰り返し読み、対象者の言葉を丹念に引き出し、コード化を行った（分析Ⅰ）。
- ・分析Ⅰをもとに、行動の決定に影響を与える因子を分類し（分析Ⅱ）、コードの修正を行った（分析Ⅲ）。

資料 1.

受診行動・民間療法についての事前調査		年齢（学校、職業）	病院・医療機関	民間療法																														
あなたが今まで、アトピー性皮膚炎の治療のために行った病院と、おこなった民間療法を教えてください。（民間療法とは、アトピー性皮膚炎の治療を目的として、主として正規の医療機関以外の施設または個人により行なわれる行為を指します。）ただし、小さい頃に、あなたの意志でなくご両親に連れられて受診したり、試した民間療法は除きます。ご自分で判断した年齢から記入して下さい。 また、1度しか受診していないような病院や、すぐに中止した民間療法なども、記憶されている限りご記入下さい。病院名がわからない時は、「A皮膚科」「B大学病院」などご記入下さい。 下の記入例を参考に、ご記入下さい。 <記入例> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年齢（学校、職業）</th> <th>病院・医療機関</th> <th>民間療法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16歳（高校）</td> <td>愛媛大学病院皮膚科</td> <td></td> </tr> <tr> <td>19歳（大学）</td> <td>A皮膚科医院</td> <td>酸性水</td> </tr> <tr> <td>20歳（大学）</td> <td></td> <td>（2カ月だけ）</td> </tr> <tr> <td>22歳（大学）</td> <td>通院中止</td> <td>健康食品</td> </tr> <tr> <td>23歳（会社員）</td> <td>B皮膚科泌尿器科</td> <td>↓</td> </tr> <tr> <td></td> <td>C皮膚科</td> <td>健康食品中止</td> </tr> <tr> <td></td> <td>（1回だけ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25歳（会社転職）</td> <td>D大学病院皮膚科</td> <td>入浴剤使用</td> </tr> <tr> <td></td> <td>（1カ月入院）</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		年齢（学校、職業）	病院・医療機関	民間療法	16歳（高校）	愛媛大学病院皮膚科		19歳（大学）	A皮膚科医院	酸性水	20歳（大学）		（2カ月だけ）	22歳（大学）	通院中止	健康食品	23歳（会社員）	B皮膚科泌尿器科	↓		C皮膚科	健康食品中止		（1回だけ）		25歳（会社転職）	D大学病院皮膚科	入浴剤使用		（1カ月入院）				
年齢（学校、職業）	病院・医療機関	民間療法																																
16歳（高校）	愛媛大学病院皮膚科																																	
19歳（大学）	A皮膚科医院	酸性水																																
20歳（大学）		（2カ月だけ）																																
22歳（大学）	通院中止	健康食品																																
23歳（会社員）	B皮膚科泌尿器科	↓																																
	C皮膚科	健康食品中止																																
	（1回だけ）																																	
25歳（会社転職）	D大学病院皮膚科	入浴剤使用																																
	（1カ月入院）																																	

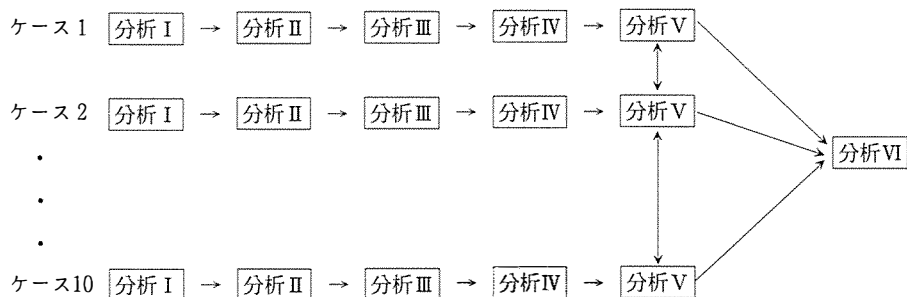


図1. 分析手順

- 修正したコードをそれぞれ比較し、同様の現象を示すコードを分類してまとめ、より抽象的なレベルで名称をつけ、カテゴリー化を行った（分析IV）。
- 事例ごとに、カテゴリー同士の関係を症状の経

過に基づいて位置づけをした（分析V）。

- 10事例から得られたカテゴリー同士の関係を比較検討し、対象者の行動の決定に影響を与える因子を明らかにした（分析VI）。

なお、これらの分析の結果に付いては、指導者

より定期的にスーパービジョンを受け、合意が得られるまで検討し、信頼性と妥当性を確保するよう努力した。

IV. 結果・考察

対象者が行動を起こす時、その決定に影響を与える因子は、情報、都合、効果の自己判定の3つである（図2）。

1. 情報

情報には、周りからの働きかけ、自らの働きかけの2つの下位因子があげられる。

周りからの働きかけは、対象者が情報を得ることを求める、求めないに関わらず、様々な情報源から種々の情報が対象者に自然に入ってくる場合である。

現在、アトピー性皮膚炎に関する情報は至る所に氾濫しており、本、雑誌、TV、新聞、インターネット、そして周りの人、医師、民間療法の販売員などから様々な情報が、対象者が求めなくても容易に入ってくる。

なかでも情報源が親や親戚、友人、同僚、同じアトピー性皮膚炎を持つ人、症状を見て話しかけてくる知らない人などの「人」である場合、情報を与えるだけにとどまらず、情報の内容を強く勧めることになる。このように、周りからの働きか

けによって情報を与えられ、あるいは、勧められた結果から行動を起こす場合もある。

成人型アトピー性皮膚炎は、皮疹が顔面・頸部などに出現することが多く、周りの人々に症状が「見える」という特徴がある。このことから、周りの人々は対象者が求めているなくても情報を与え、対象者はそれを、少しでも良くなってほしいという彼らの善意からくるととらえている。特に親は対象者より熱心に情報を集め、勧めることが多い。

* 知りあいの人がね、なんか、雑誌を見せてくれてね、漢方で良くなる病院があるんだって。その雑誌を見てね、行こうと思った。

（ケース7. 36歳 女）

* （親・妻などの）自分の大切な人が、よかれと思って勧めてくれるんよね。その善意に対して答えるみたいなのがあるよね。

（ケース2. 36歳 男）

周りからの情報の内容を対象者が語る場合それは、「こうすれば良くなる（らしい）」「治った人がいる（らしい）」「あれがいい（らしい）」など、治るという性質の、対象者にとって有益な情報がほとんどで、かつ曖昧なものである。

* アトピーが良くなる……そこでもらったら良かったよとか……薬が良かったよとか、治ったとかね。

（ケース7. 36歳 女）

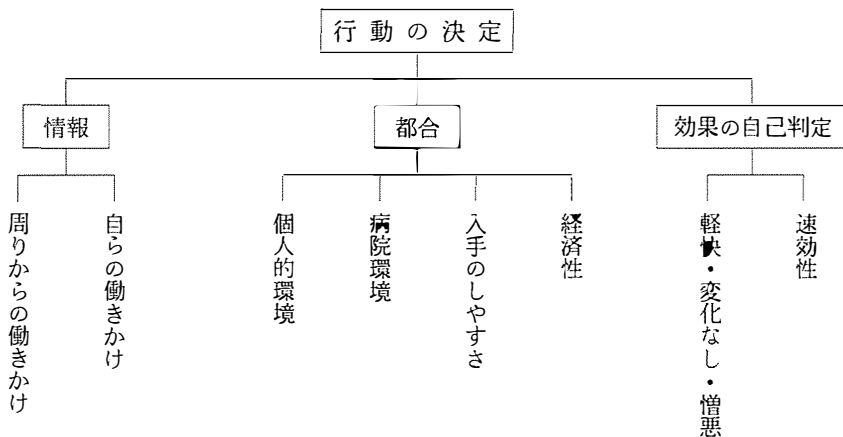


図2. 対象者の行動の決定に影響を与える因子

*噂……噂じゃないけど、なんか良くなった子があるし…… (ケース5. 25歳 男)

自らの働きかけは対象者が情報を求めて様々な情報源に働きかけることである。求める情報は、アトピー性皮膚炎の疾患に関するものと、特定の治療法や民間療法に関するものである。いずれの場合でも、知りたい情報があれば対象者は、本を読み、インターネットにアクセスし、同じアトピー性皮膚炎を持つ人などに尋ね、病院や民間療法の場に自ら出かけ、情報を入手する。

*自分で治さな、って思って、いろんな本とか見だした。読んだ本から受けた影響も大きいし。

(ケース4. 26歳 男)

「周りからの働きかけ」、「自らの働きかけ」のどちらで得た情報であれ対象者がどのようにその内容を判断するかが問題となる。対象者は得た情報によって、アトピー性皮膚炎に関する自分自身の考えを徐々に作りその内容が自分にとって有益であるか、有害であるか、治るのか、治らないのか、ということを、その場その場で自分なりの判断をして、行動を起こす。

この判断は、種々の情報のなかでも、対象者のステロイドに対する認識によって左右される。ステロイドについては新聞・テレビ・雑誌などのマスコミによって、副作用についての誤った情報が爆発的に流布されていると言われている¹²⁾。事実、対象者が様々な情報源から得たステロイドについての情報は、不正確なものが多かった。

そのほかステロイドに対する認識は、医師や民間療法の販売員からの説明の内容に左右される。医師から、ステロイドは症状のコントロールのために必要、と説明されても、完治しないことから、対象者はアトピー性皮膚炎は治らないという考えを持ってしまう場合がある。

一方、民間療法の販売員からは、これを使用すれば治るという情報を得るとともに、ステロイドは有害であるとの説明を受け、民間療法の無害性・

有益性を際立たせた情報を得ている。また、それらの民間療法は、アトピー性皮膚炎が良くなることを第一目的としているものの、「健康にいい」「害にはならない」というとらえ方をしている対象者もいる。

*この民間療法は、病院は絶対にだめって批判的な考えだったからね。ステロイドを使うのは絶対にナンセンス、だめって。(ケース7. 36歳 女)

*民間療法は多分害がないと思うのかもしれない。病院で薬を長く続けるよりもお茶とか毎日飲む方が、体には悪くないって。(ケース9. 24歳 女)

*病院では、これは一生付き合っていくものだって言われ続けて、薬もずっと塗ってたんですけど、民間療法に行った時はこれでもし悪くなくても、毒素が全部出てしまったら体質が全部変わるからって言われて、あと、これから妊娠しても子どもに影響を与える事はなくなる、とかって言われて、ここで薬を塗り続けたら薬も子どもに影響したりするからって言われて……(ケース8. 21歳 女)

ステロイドは有害だと思っていっても、皮膚疹が急性増悪し、顔面の腫脹、痒み、全身の潮紅を伴う場合などは、ステロイドを使わなければどうしようもないというとらえ方をしている対象者もいる。また、民間療法に関しては、いくら無害性・有益性を強調されても、根拠や証拠がないこと、悪化の可能性があることから試さない対象者もいる。

*もう、ひどくなって、もう限界かなと思って病院に来た。(民間療法では)どうしようもなかったから。嫌だけど、ステロイドが効くことはわかってるから。(ケース4. 26歳 男)

*民間療法は、やっぱり危険性があるからね。逆効果になったらいいやだから。……疑いっぽいいいか、ほんとにそれで治るん? って思う。

(ケース10. 34歳 男)

対象者は、周りからの働きかけや自らの働きかけによって得た様々な情報によって徐々に自分なりのアトピー性皮膚炎への考えを作っていく。一

度作られた対象者の考えは容易に変化するものではなく、後の行動に深く影響を与えると考えられる。

2. 都合

都合には個人的環境、病院環境、入手のしやすさ、経済性の4つの下位因子がある。

「都合」には、対象者の成長や社会的立場の変化に伴い、対象者自身ではどうすることもできない「都合」がある。また、対象者はそれぞれの事情、なりゆき、具合、さしさわりなどにより、その場の自分にとって「都合」の良い判断をし、行動する。

個人的環境は進学・就職・転勤に伴い、新しい病院や民間療法を探す場合や、職場・学校の都合や理解、病院・民間療法をしている所までの所要時間などである。職場の理解はほとんどの対象者で得られていた。ただ、通院のため仕事を休むことを、職場に言えば理解はしてもらえるものの、実際は仕事が忙しく、言いだせない・言いださない場合もみられる。

所要時間は、時間のかからない近いところがいいたは言うものの、治るという情報があれば、遠くても行ってみる場合が多い。しかし、その後の継続には、所要時間が影響している。

* 最初行った時点で、すぐに入院してくださいって言われたんですけど、まだ学校とかも始まったばかりで、無理ですって言って入院しなかった。

(ケース8. 21歳 女)

* 個人病院は仕事を抜けて行かせてくれる。そんなに時間かからんから。今は大学病院は時間かかる事を会社の人も知ってるから公休かなんか取って行けよって言われる。理解……もうしょうがないよ。それに前に半年も入院しとるから会社もわかってるしな。

(ケース1. 36歳 男)

個人的環境が問題となるのは、成人型アトピー性皮膚炎は経過が長く、慢性化するという疾患の特徴からくると考えられる。進学・就職・転勤な

どによる環境の変化は、時に症状を悪化させ、新たな病院や民間療法をさがすといった負担を対象者に強いることになる。

病院環境は、病院の規模、待ち時間・診察時間・医師の説明・看護婦とのかかわりなどである。

対象者は、規模が大きい病院では、何らかの詳しい、新しい検査をしてくれるのではないかと都合の良い期待をして受診することが多い。しかし、実際に受診して検査はするものの、増悪する原因がわからない、治療に結びつかないなど、期待を裏切られることがほとんどであるという判断をしている。

* やっぱ大きい病院だからちゃんと調べてくれるかなっていうのがあるよね。実際調べたら、ああ、こんなもんですか、そうですか、って感じだったけど。結局ははっきりとはわからなかったし。

(ケース2. 36歳 男)

実際に病院で行う検査は、アレルギーなどを調べる血液検査や、パッチテストなどである。その結果としてダニ、ハウスダスト、カビ、犬・猫などの動物の毛がアレルギーであると示されても、対象者は原因とみなさないことが多い。その理由は、ダニやハウスダストなどがアレルギーと知らされても、目に見えないだけにどう対処すればいいのか、また、掃除の回数を増やすなどの行動を起こしても、実際対処できているのかの判断は難しいのではないと思われる。さらに、それらの除去は、掃除やペットなどの生活習慣にかかわることであり、本人だけでなく家族全体の協力を得ることが必要となる。対象者はできる限り自分や家族の生活習慣を変えることなく治したいと考えている。

増悪因子であるアレルギーとの接触の有無に関係なく症状に波があることも、対象者がアレルギー＝原因ととらえない理由の1つである。例えば動物の毛をアレルギーと示されても、その接触の有無に関係なく症状が変化すれば、彼らはそれを

原因とはみなさない。

彼らは原因をはっきり知りたいたいと言いながらも、検査結果は重視していない。彼らが知りたいのはアレルギーではなく、「なぜ自分は治らないのか?」ということである。

病院の待ち時間が長く、診察時間が短いことは対象者に不満を抱かせ、いいかげんな診察だという意識を持たせる。また、医師に何でも尋ねられることや、医師からの説明があることは、対象者の医師への信頼感につながり、その後の行動の継続に影響する。

* 自分はすごいしんどい思いをして、この状態をなんとかしてほしいと思って行ってるのに、待ち時間だけ長くて実際診てもらったらほんの2、3分の診察だって泣いて帰ってきた。

(ケース7. 36歳 女)

* 基本的にはここが気に入ったとかねえ。まあ、聞いたら答えてくれるっていう環境ですかねえ。

(ケース6. 24歳 男)

対象者は、医師からは治療法や薬の使い方、副作用について説明が不十分であると言っている。実際、不十分な場合もあると考えられるが、説明を受けても、その内容が自分の考えと合わない場合、または、自分の求めていた説明と違う場合、対象者はその内容を重視しない。彼らは説明されたことの中から、自分の考えに合う、都合の良いもののみを選択する傾向がある。自分の考えに合わない説明を「説明不足」と言っている場合もあると考えられる。対象者は自分で作り上げた考えに合った説明をしてくれる都合の良い所・人を求めている。

対象者に、正確な情報を与えることができるのは、医師や看護婦などの医療の専門職である。しかし、彼らは数ある情報源の中で、医師を特別な存在としてとらえていることはほとんどない。

* 患者にしてみれば、先生の話っていうのは、いろんな話の中の1つなんよね。病院でも先生からは

世間話と同じくらいの話をされるとね……。

(ケース2. 36歳 男)

また、看護婦との関わりを重視した対象者はいなかった。対象者は全員、今回研究を行ったA大学病院皮膚科に入院経験があり、看護婦と関わる機会はあったと考えられる。ただし、アトピー性皮膚炎では入院が必要なほど症状が悪くても、その日常生活動作はほぼ正常に保たれているため、看護婦が関わる時間はそれほど長くない。しかもA大学病院皮膚科においては、軟膏の処置もほとんど医師が行うため、看護婦との関わりはますます限られる。看護婦は日常生活についてのアンケートを行ったり、注意点を示したパンフレットを作成してはいるが、それらの関わりは対象者に認知されることは少ない。

* 看護婦さんなんて、いらんやろ、わしなんて。入院中も何でも自分でやりよったもん。この病気には必要じゃないな。ほかの病気になったら、多分また良さが分かると思うけどな。

(ケース1. 36歳 男)

一方、対象者は民間療法の販売員から様々な説明を受け納得した後、民間療法を試みている。しかし、長期にわたって継続している場合は少なく、受けた説明と実際の効果の間に大きな隔たりがあったと考えられる。このような場合、対象者には説明不足であったとの認識はなく、少なくとも説明を受けた時点では納得して行動を起こしていると考えられる。

アトピー性皮膚炎の診療は、皮膚科医が自覚せぬ間に、アトピービジネスによる競争経済原理に支配されてしまい、大きな混乱に至ったともいわれている¹³⁾。民間療法(ここではアトピービジネスといわれている)の中には、確かに営利目的で根拠のない、危険なものも多数存在する。しかし、対象者がそれらにより大きな影響を受け、惹かれ、行動を起こすのは、医師からの説明や態度よりも、民間療法の販売員からの説明の方が、説得力があ

り、魅力を感じるからであろう。このような対象者には、マスコミや民間療法の業者による「洗脳」を解除すべくねばり強い説得を繰り返す必要があるといわれている¹⁴⁾。対象者は医師・看護婦を情報源として重視していないが、それでも彼らをいかに納得させるかは、医療者の説明の内容・関わり方にかかっている。

入手のしやすさは主に民間療法に関してあげられたものであり、行動を起こすことに関する負担の有無や簡便性が含まれる。民間療法の水やお茶、健康食品、アトピーを治すという化粧品などは、近所の薬局や通信販売で購入できるものが多く、対象者は手を出しやすい。

*民間療法をする方が薬。自然食品の店とかで買えるし、通販でも取り寄せられるから。

(ケース4・26歳 男)

これらは医師の処方がなくとも手に入るため、症状にかかわらず、自分がやりたいと思ったものを自分の思い通りに都合良く実行できるということが、対象者に大きな影響をもたらすのではないかと考えられる。

民間療法は結果に対する責任が医療機関における治療と比べて不明確であり¹⁵⁾、入手のしやすさから安易に手を出したものによって、さらなる悪化を招くことも予想される。

経済性は、自分のしようとする行動にかかる代価が高価か安価かという判断である。高価・安価という価値判断の基準は対象者によって異なるが、それぞれの判断で、値段が安ければ行動する場合と、値段が高いことから本当はやりたいのに断念する場合、値段に関係なくとにかく治ればという思いから行動する場合がみられる。同じ対象者でも、その時の状況により価値判断の基準は変化する。

大まかにいうと、民間療法は高価なものが多く、病院は安価な場合が多かった。高価なものでも安価なものでも効果がなかった場合は、対象者は無

駄なことをした、という事が多い。しかし、購入するときは、これによって治るという期待の方が大きく、冷静な判断ができていない場合があると考えられる。

*治さんといかんから買ったんよ。今でもそういうのがあるよ。なんか出たら、それが100万円でもなんでもつぎ込んでも、自分の体が治ったらいいと思っとるけん、つぎこむかもしれない。

(ケース1・36歳 男)

*お金かかるし、めんどいからやらないねえ。タダだったらやりますよ。(ケース3・26歳 男)

患者の払う経済的対価が高価であればあるほど効いていてくれるはずだという期待感が強まるといわれている¹⁶⁾。今■の対象者にもその傾向は見られるが、ただ、彼らが安価なものには期待していないかというそうではない。何に効果があるかわからないと思っている対象者の状況と期待に、経済性という因子は複雑にからみついている。

3. 効果の自己判定

効果の自己判定には、軽快・変化なし・憎悪、速効性の2つの下位因子がある。

軽快・変化なし・憎悪という下位因子は、主に行動の継続に影響するものである。症状の軽快・変化なし・憎悪という判定は、対象者が自分自身でしており、これは、アトピー性皮膚炎に特徴的なものであると考えられる。内臓などの■に見えない部分の病変とは違い、皮膚という毎日自分の■で見える変化は、自分自身で容易に評価でき、また痒みという主観的な症状も自分自身で判定しやすい。しかし、対象者による判断が正しいとは限らない。ある研究において、アトピー性皮膚炎で入院していた患者に、退院後アンケートを行ったところ、大部分の患者は外用薬によりコントロール出来ていると答えた。しかし、医療者が診た皮疹の状態からは、コントロールがうまくいっているとは考え難い患者がみられた¹⁰⁾。このことから、対象者が自分自身でする判定は、正確でない

場合があると考えられる。

軽快と自己判定すれば、行動を継続する場合と、中止する場合がみられる。継続する場合は、さらなる軽快を求めて行動する。中止する場合の理由は、軽快したことにより、その行動がわずらわしくなったり面倒になること、またはもう治ったと思ひ、何もしなくてもよいと自分では判定する事があげられる。対象者は症状が軽くなると、その症状に苦しんでいた時のことは忘れてしまうことが多い。

* 今も大分ひいたんですよ。でもさぼってしまうんですよね。良くなったら、面倒くさくってしまうじゃないですか。今くらいだったらまだ気をつけんとなってるけど、本当によくなったらねえ。面倒くさくなるんですよえ。

(ケース3・26歳 男)

* やっぱりなるんよ……この私のいいかげんな……薬飲んだり飲まなかったりねえ……面倒くさくなってるねえ。私調子がよくなったら何もしなくなるんですよ、すぐ。根気がない。なんでも楽したいのよ。

(ケース7・36歳 男)

また、変化なし・憎悪という判定をすれば、行動を継続することはほとんどない。しかし、民間療法の販売員からは、憎悪した状態を「今は毒が体内から出ている時期、「一度悪くなってから良くなる」と説明され、継続を促される場合がみられる。

* 思ったよ、この民間療法続けて大丈夫なんやろかって思ったよ。で、(販売員には)電話でしか連絡取れないから、電話して聞いてみたら、大丈夫大丈夫、今が1番悪い時期だから続けなさいって。

(ケース7. 36歳 女)

速効性はすべての対象者が期待していることである。自己判定を行う時期には個人差がみられ、1回試ただけで判定する場合から、半年～1年あまり試してから判定する場合がみられる。しかし、どの場合であれ、効果がすぐに現れる、速効

性を期待している事が多い。

* 漢方があるならちょっと試したいんですけど、って言って試した。でも1回だけやってあんまりぱっとせんからやめた。(ケース4. 26歳 男)

* 目に見えて良くならない。だから、私は目に見えて良くなりたいわけよ。だからね、すぐにでも効果がでてほしいわけよ。まあみんなそうやと思うけど。はがゆいんよ、ね、なんか。

(ケース7. 36歳 女)

新しい治療や民間療法を始めたとき、その効果を期待するのは当然で、その効果の判定を下す部分が目に見えるという事が、彼らが効果に速効性を求める理由にもなっていると考えられる。

V. 実践への示唆

研究当初、著者らは、対象者の行動に影響を与える因子として医師・看護婦などの医療者が大きな位置を占めているのではないかと予測していた。しかし、実際の結果は予測と異なり、医療者は対象者からあまり重視されていなかった。

この結果は、医療者が対象者から認知される関わりを持つことは、医療者が考えている以上に困難なことを示唆している。医療者はまず、自分たちが対象者の行動に大きな影響を与えていないことを自覚する必要がある。

さらに、対象者は医療者からよりも、様々な情報源から得る情報や、個人的な環境や経済性、入手のしやすさ、効果を自己判定することなどの因子から大きな影響を受けていた。これらが明らかになった以上、医療者はその存在を重視した関わりをする必要がある。これらの因子の中で医療者が実際に関与できるものは限られている。しかし、対象者の行動を変化させる必要があるならば、医療者は、これらの因子を考慮に入れ、より深い対象理解につなげるべきである。医療者による深い対象理解は、医療不信に陥りがちな対象者の心を落ち着かせ、継続した受診につなげることが可能

であると考えられる。医療者は彼らが病院を受診する時をとらえ、対象者一人一人の立場を理解し、粘り強い説明・対応をする必要がある。

3. 軽快・変化無し・憎悪、速効性の2つの下位因子から成る、効果の自己判定の3つが明らかになった。

VI. 結 論

本研究により、成人型アトピー性皮膚炎を持つ対象者の行動の決定に影響を与える因子は、

1. 周りからの働きかけ、自らの働きかけ、の2つの下位因子から成る、情報
2. 個人的環境、病院環境、入手のしやすさ、経済性の4つの下位因子から成る、都合

謝 辞

本研究にあたり、インタビューにご協力いただいた皆様、愛媛大学病院皮膚科スタッフのみなさまに心より御礼申し上げます。

また、終始一貫してご指導を賜りました愛媛大学医学部看護学科 臨床看護学講座 成人看護学の教員の皆様に感謝いたします。

要 旨

成人型アトピー性皮膚炎を持つ人々は、治療が難しく慢性の経過をたどるという疾患の特徴から、病院を転々と変え、様々な治療法を試す。また、正規の医療機関以外の施設または個人により販売される水、入浴剤、石鹸、漢方、健康食品などの民間療法を試す傾向が見られる。本研究は対象者のこのような行動に焦点を当て、行動の決定に影響を与える因子を抽出する事を目的とする。

研究方法は、対象者にインタビューを行い、得られた言葉をデータとして使用し、分析を行った。対象者は成人型アトピー性皮膚炎を持つ男性7名、女性3名で、半構成的インタビューによりデータを得た。分析手順は、コード化、コードの修正、カテゴリー化を主として、六段階を踏んだ。

分析の結果、それぞれに下位因子を含む、3つの因子が抽出された。

1. 周りからの働きかけ、自らの働きかけ、の2つの下位因子から成る、情報
2. 個人的環境、病院環境、入手のしやすさ、経済性の4つの下位因子から成る、都合
3. 軽快・変化無し・増悪、速効性の2つの下位因子から成る、効果の自己判定の3つが明らかになった。

Abstract

Atopic dermatitis in adult is a disease of chronic or chronically relapsing dermatitis and difficult to cure. The participants with atopic dermatitis in adult tend to change hospitals from place to place to test various cures. And they use various folk remedies including water, bath powder, soap, herbal medicine and health food.

The purpose of this study was to extract the categories that affect those behaviours of the participants.

This study was qualitative research, and data were generated from semi-structured interview. 10 participants were selected: seven men and three women. The procedure

of analysis from verbatim transcriptions of interviews and field notes contained six phases.

From the data analysis, 3 categories which included subcategories were extracted: Information consisted of getting from others and getting personally; Circumstances reflected personal environment, hospital environment, availability of resources and costs; Own judgement of the effect included better • no change • worse and instant relief from symptoms.

Ⅶ. 引用文献

- 1) 西本正賢：成人の経過とその特徴，皮膚臨床，40(6)，pp.926－929，1998.
- 2) 秀 道広他：成人アトピー性皮膚炎に対する民間療法，アレルギーの領域，5(4)，pp.425－429，1998.
- 3) 土岐尚親：アトピー性皮膚炎患者の病氣理解度及び受診行動に関するアンケート調査について，広島医学，43(11)，pp.1934－1937，1990.
- 4) 竹原和彦：アトピー性皮膚炎－民間療法をどう考えるか，臨皮，51(5)，pp.111－114，1997.
- 5) 竹原和彦：アトピービジネスを考える，日本臨床皮膚科医学会雑誌，61，pp.176－180，1999.
- 6) 遠藤 薫：アトピー性皮膚炎の民間療法とQOL，アレルギーの領域，5(4)，pp.458－462，1998.
- 7) 中村信他：難治性アトピー性皮膚炎患者の施行していたいわゆる民間療法，臨皮，51(3)，pp.201－203，1997.
- 8) 前傾 2) p.426.
- 9) 前傾 25) p.176.
- 10) Strauss, AL et al: Basics of Qualitative Research Grounded Theory Procedures and Techniques, Sage Publications Inc, 1990, 南裕子監訳，質的研究の基礎 グラウンデッドセオリーの技法と手順，医学書院，東京，1999.
- 11) 菅間真美：グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた研究によって看護学が得るもの『質的研究の基礎；グラウンデッドセオリーの技法と手順』を読む，看護研究，32(3)，pp.251－255，1999.
- 12) 前傾 4) p.111.
- 13) 前傾 5) p.176.
- 14) 前傾 4) p.111.
- 15) 前傾 5) p.178.
- 16) 福村耀子他：アトピー性皮膚炎患者の退院後の実態と問題点－退院後のアンケート調査を通して－，共済医報，42(2)，pp.486－493，1993.
(平成12年10月30日受付)

在宅中心静脈栄養療法患者のセルフケア における清潔管理の評価

Evaluation of Selfcare by HPN Patients Regarding
Sanitary Procedures

湯 沢 八 江

Yae Yuzawa

キーワード：HPN（在宅中心静脈栄養療法）、セルフケア、感染
Home Parenteral Nutrition, self care, infection

I. はじめに

近年、在宅で医療処置を継続するケースが増えている。看護職や医師がケアに関わりを持つケースも多いが、在宅での継続ケアを患者自身で行なうケースも増えてきている。その背景には入院期間短縮化の動きとともに、患者のセルフケアを支援する医療材料器材の開発・進展がある。在宅中心静脈栄養療法（Home Parenteral Nutrition：HPN）においても携帯用小型ポンプの実用化や栄養輸液剤の改良が進み、患者による在宅セルフケアが可能になってきている。HPN研究会による1998年度の調査では、登録されている症例数全376人のうち、活動状況が「健常人と同程度」となっているものは18%、「やや制限有り」が32%と報告されている¹⁾。このことから、患者にとってHPNは入院を回避し、ほぼ健常人と同じ程度の社会活動を続けながら自宅で治療を継続できる有用な療法となってきたことがうかがえる。

しかし、HPNは中心静脈に直接高カロリー輸液剤を注入する方法であるために、感染の危険が高い。また、低栄養状態で免疫力低下状態の患者

へ適用される場合が多いことから、全身管理には注意を要する。そのために、患者・家族に在宅セルフケアを行なってもらうことに、まだ消極的な医療者が多い。患者はHPNに伴う高度な処置技術を学び、在宅で安全にケアを実行できるのか、患者のセルフケアの能力を検証したデータがない。そのことも医療者がHPNに積極的になれない一因になっているともいえるだろう。

HPNについての研究では、患者教育を課題とした研究や^{2~3)}、感染状況についての研究が看護職や医師によって個別になされている^{4~5)}。

本研究の目的は、感染を予防するためにカテーテル刺入部の消毒等特別な清潔操作が必要とされるHPNにおいて、現在HPNを行っている患者の清潔操作を主観的、客観的に評価することにより、患者のセルフケアが可能かどうかを検証することにある。

本研究は医療者側が栄養補給を必要とする患者の在宅移行を検討する場合に、患者のセルフケアを支援する体制づくりのために新しい知見を提供するものである。

II. 対象と方法

1. 対象と期間

面接調査の対象者はHPN研究会登録施設で年間10例以上のHPN患者登録があり、調査の承諾が得られた都内3医療施設のHPN全数患者22名中、協力依頼前に症状悪化で入院となった2名を除く、患者20名である。

細菌学的検査対象者は患者群として、面接調査参加者の内、体外式カテーテルを採用している同一施設の患者14名中、検査材料の回収が実験プロトコルの時間内で可能な患者12名、健常者群としては、大学院生、基礎研究部門等の健康な医療関係者8名であり、患者と同じオリエンテーションを行った。

面接は1999年5月15日より7月23日、細菌学的検査は7月27日より9月2日の期間に行った。

2. 方法

1) 面接調査と細菌学的検査

本研究は2つの研究方法を用いている。1つはオマハの訪問看護協会が開発した問題別評価尺度⁶⁾である。本来の使用目的はケアの開始時、中間時に患者がどのレベルにあるかを評価することにある。問題の選択、解釈はアセスメントする側の責任となっている。本尺度はここ20年の間に信頼性、妥当性が検証されている。しかし、今回の研究はHPN患者のセルフケアを清潔操作の面から検証することを目的としており、オマハシステムの初回調査であることから、客観的な評価方法として、細菌学的検査を行った。

2) 面接調査

承諾を得られた医療施設において予備調査を行った。清潔操作手順⁷⁾については「理解－対象者の持つ情報を記憶し解釈する能力」「態度－実際の状況や目的に応じた行動」「状態－客観的・主観的に定義できる対象者の状態」というオマハシステムの問題別成果評定尺度の3つの概念を用い、評価は同システムの5段階数値をそのまま点数化

し、用いた。すなわち、理解は、1. 理解なし、2. 最小限の理解、3. 基本的な理解、4. 十分な理解、5. 優れた理解とし、態度は1. 不適切、2. たいてい不適切、3. ときどき不適切、4. たいてい適切、5. 常に適切、そして状態は1. 顕著な徴候、2. 重い徴候、3. 中程度の徴候、4. 軽い徴候、5. 徴候なしとした。調査領域は同システムのヘルスケアの管理と処置・技術の領域から、HPNの清潔操作に焦点を合わせ、研究者が再構成し、HPNの患者ケアに直接関わっている看護婦5名、医師2名から妥当性を得た以下のAからDの領域とした。A：材料器材管理、B：感染予防の方法、C：消毒操作技術、D：トラブル対応処置で、それぞれの内容は、材料管理については、材料の在庫管理や保管場所、感染予防の方法については入浴や環境整備、手洗いの方法を、消毒操作技術については、綿棒や消毒薬・シリンジ・注射針の取り扱いから、刺入部消毒・保護パット装着までの具体的な手順、トラブル対応処置については発生しやすいトラブルの予備知識や異常の早期発見と対応のしかたである。

本調査は、予備調査から面接時間を60分に設定し、半構成的質問用紙に基づいて外来で行った。内容は、疾患名、年令、性別、HPNの形式（体外式／ポート式）、HPNの方法（持続／間歇）、HPN継続期間、消毒頻度、社会生活、HPNを初めて行った時の不安内容、退院前教育の内容、在宅で治療を続けることのプラスとマイナス及び今までのトラブル経験とその対応とした。清潔操作については、予備調査と同じ内容を聞き取り調査した。統計解析はSTATISTICAで行った。分析方法は面接調査についてはノンパラメトリックな方法を用い、HPNの形式やHPN継続期間での差の検定はマンホイットニーU検定、オマハシステム問題別評価尺度の3概念間の分析はスピアマン検定を用いた。予備調査における測定結果はクロンバック α 係数 $\alpha = .97$ であった。

3) 細菌学的検査

- ① 検査材料（以下検体とする）：検体は2種類ある。i) 消毒部は患者においてはカテーテル刺入部また健常者にあつてはカテーテル刺入部と仮定した片側胸部をそれぞれ消毒操作後、約24時、当該部を保護していたパット（OpSite）の接着面綿部（以下綿部）を用いた。ii) 未消毒部は同一患者・健常者に反対健常部で消毒操作を行わず約24時間保護したパットの綿部を用いた。パット綿部の大きさは25mm×35mmで、消毒液はポビドンヨードを用いた。
- ② 検体採取及び運搬：約24時間貼付したパットは被験者自身で剥がし、滅菌密封袋に入れ冷蔵庫に保存してもらい、翌朝密封袋のまま、被験者指定の自宅または職場で研究者が回収した。
- ③ 検体の処理：検体は滅菌袋に移してから24時間以内に細菌学的検査を行った。方法は、火炎滅菌したピンセットで無菌的にパット綿部を剥し、10mlの滅菌生理食塩水の入った試験管に浸した後、綿部を滅菌済ガラス棒でよくほぐし、さらにミキサーでよく混和した。
- ④ 混釈培養法：混和液1ml及び0.1mlを滅菌シャーレに加え、予め50℃に保温しておいた滅菌溶解済 Heart Infusion 寒天培地（DIFCO）をそれぞれのシャーレに10mlづつ添加した。寒天が固まったことを確認後、37℃で48時間培養した。
- ⑤ 菌数測定：形成された集落の全てをカウントし、パット綿部当たりの菌数を算定した。検出限界菌数は10未満であることから、平均菌数の算定は検出限界値未満の菌数は9とし、 10^4 以上の菌数は 10^4 として求めた。
- ⑥ 菌数の形態の観察：i) 集落の10個を任意に選び、これを白金線で釣菌して、普通寒天培地に線状に接種し、37℃、24時間培養した。ii) 菌の形態及びグラム染色性を顕微鏡で（×1000）観察した。
- ⑦ 黄色ブドウ球菌の同定：i) マンニット分解

性は分離株（グラム陽性球菌）をマンニット食塩培地に接種・培養後、分解性を観察した。ii) コアグラゼテストはグラム陽性球菌でマンニット分解性のあった分離株についてさらにPSラテックス凝集を行った。方法は、プレートに生理食塩水を滴下し、これに適度な濃度で菌を混濁した後、さらにPSラテックス試薬（栄研化学）を滴下、1分混和後に判定した。

- ⑧ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（Methicillin Resistant *Staphylococcus aureus*: MRSA）の鑑別：鑑別法は、前培養した被検菌をミュラーヒントンブロスに約 1.5×10^8 /mlの濃度に懸濁し、その懸濁液を綿棒でミュラーヒントン寒天に塗布した。オキサシリン含有ディスク（KBディスク栄研）を塗布面上に置き、37℃、24時間培養後、阻止円の直径（mm）を測定し、判断基準に照合して感受性および耐性を判定した。オキサシリン耐性菌をMRSAとした。

III. 結果

1. 面接調査

1) 医療施設の背景

退院前教育は全ての施設でなされていた。在宅部門の看護職が中心となって退院前患者指導を行っているところが2施設、医師と看護職が個別に病棟と外来で指導を行っている施設が1施設であった。清潔操作関連では医療施設から供給される材料器材に差異があった。協力患者のうち14名は同一の医療施設に属し、材料器材は施設独自のHPN用材料処方によって自己負担なしで提供されていた。別の患者4名は器材については施設から供給され、材料は基準にあわせて自分で自費購入していた。また別の2名の施設ではHPNの材料供給の内容や方法について整備されておらず、院内の材料器材を借用する形でHPNが行なわれていた。

2) 対象者の概要

対象者の概要は表1のとおりであった(表1)。平均年齢は41(10~68)歳、HPN 通算継続月数は平均29.3(1~132)月であった。HPN 形式は体外式カテーテル使用14名、完全皮下埋め込み式(Totally Implantable Subcutaneous Infusion Port: ポート) 6名、高カロリー輸液剤注入の方法が夜間のみである間歇方法と24時間継続して注入する持続方法による方式の違いでは、通算継続月数には差異があったものの、いずれの方式でも10年以上HPNを続けている患者がいた(表2)。HPNの適応となった疾患または病態はクローン

病13名、潰瘍性大腸炎1名、出血性消化管潰瘍1名、消化器系がん手術後の短腸状態5名で、男女比は女性11名、男性9名であった。HPN 注入方式では、持続注入方法の患者が14名、間歇方法の患者が6名であった。間歇方法の患者はポート式に多く、夜間のみ8時間から10時間の注入であった。社会生活の状況は定職についている人6名、その内1名は海外出張も多い会社経営者であった。無職の5名は元から無職の人4名と退職後年金生活者であった。

3) 清潔操作環境

在宅移行時に不安に思っていたことは「感染」

表1 対象患者

No	HPN 形式	方法	年齢・性別	継続月数	社会生活	疾患・病態
1	体外	持続	30・女	15	アルバイト	クローン病
2	体外	持続	38・男	14	会社員	クローン病
3	体外	持続	28・男	10	会社員	クローン病
4	体外	持続	32・女	14	アルバイト	クローン病
5	体外	間歇	39・女	25	アルバイト	クローン病
6	体外	間歇	48・男	72	会社員	クローン病
7	体外	持続	31・男	38	会社員	クローン病
8	体外	持続	39・女	120	無 職	クローン病
9	体外	持続	27・男	14	会社員	クローン病
10	体外	持続	26・男	17	アルバイト	クローン病
11	体外	持続	37・女	30	アルバイト	クローン病
12	体外	持続	68・女	15	無 職	手術後短腸状態
13	体外	持続	36・女	27	無 職	潰瘍性大腸炎
14	ポート	間歇	61・男	4	会社経営	クローン病
15	ポート	間歇	45・女	2	休職中	手術後短腸状態
16	ポート	間歇	65・男	132	無 職	手術後短腸状態
17	ポート	間歇	10・女	17	休学中	出血性腸疾患
18	ポート	持続	53・女	1	無 職	大腸がん
19	ポート	持続	58・女	1	無 職	大腸がん
20	体外	持続	49・男	18	休職中	クローン病

表2 HPNの形式別通算継続月数の人数及び最小と最大の継続月数 N=120

継続月数	1~6	~12	~24	~36	36<	最小月数	最大月数
体外式(人)	0	1	7	3	3	10月	120月
ポート式(人)	4	0	1	0	1	1月	132月

との回答が6名、「器具の操作への不安」が4名、「入浴など生活の仕方への不安」が2名であり、残りの8名は「覚悟の上だから、特になかった」というものであった。入院より在宅で治療を続けることのプラス面は「仕事ができること」と自ら表現した人12名、「自由である」と述べた人7名であった。マイナス面は「使用する器具や材料、栄養剤がかさばり保管に困る」と17名が挙げた。2名は「入院と比較するとマイナス面は全く気にならない」としたが、1名はHFNをしなければならない状況はまだ受け止められていなかった。今まで経験したトラブルの主な内容と対応では「刺入部保護パットによるかおれ」は13名が経験しており、あらかじめ処方されている外用薬を塗布したり、接着角度を変えるなど自分で対応していた。入院になったトラブルは「カテーテル破損」「血栓ができた」「ポートの一部露出」がそれぞれ1件だった。「液滴下中絶」はポート式では専用針が垂直に入らなかったり、固定する時にずれたりして発生し、体外式ではポンプのスイッチ入れ忘れ、空回りなどが原因として起こり、自分で針を交換して刺しなおしたり、ヘパリン加生理食塩水を注入することにより病院に連絡することなくセルフケアで改善されていた。「器具不良」はプラグ4件、ポンプ2件、フィルター破損1件あった。材料不良は防水パットの浸水2件、保護パット破損と綿棒不良がそれぞれ1件あり、材料器材の不良については、予備がない場合は病院に連絡して送ってもらい、予備がある場合は病院に連絡することなく自分で対応し、解決していた。

4) 清潔操作状況

清潔操作に関連するカテーテル刺入部の消毒は定期的には週平均5.6(2~7)回で、20名全員が入浴後に行なっていた。ポート式の人ほとんど毎日消毒していた(表3)。これはポート式では高カロリー輸液剤の注入方法に間歇法を選んでいる人が多いためであった。手洗に関しては刺

入部の消毒が入浴後に行なわれているためカテーテル交換時の手洗いを評価した。手洗い方法は逆性石けんで消毒後、ペーパータオルで拭く人から普通に洗う人まで様々であったが、操作前には全員アルコール綿で指を拭いていた。作業環境の整備については特に外出先で清潔な場所が確保しにくいとの意見があった。

カテーテル交換・刺入部消毒操作の手順分析において「材料器材管理」「感染予防の方法」「消毒

表3 適当たりのカテーテル刺入部消毒回数
(N=20)

形式	n	中央値	平均値	標準偏差	最小値	最大値
体外式	14	5	5.14±1.88		2	7
ポート	6	7	6.67±0.82		5	7

表4 「理解」「態度」「状態」の領域別成績
(N=20)

領 域	中央値	平均	標準偏差
材料管理についての理解	4	4.05±0.83	
感染予防についての理解	4	4.10±0.85	
消毒操作技術についての理解	4	4.10±0.79	
トラブル対応処置についての理解	4	4.15±0.81	
材料管理についての態度	5	4.67±0.68	
感染予防についての態度	4	4.25±0.79	
消毒操作技術についての態度	4	4.35±0.75	
トラブル対応処置についての態度	4	4.33±0.73	
材料管理についての状態	4	3.90±0.85	
感染予防についての状態	4	4.15±1.00	
消毒操作技術についての状態	4	3.90±1.00	
トラブル対応処置についての状態	4	3.95±0.94	

表5 領域と概念の間で相関が高かった上位5項目

感染予防理解とその態度	0.91*
トラブル対応処置理解と材料管理状態	0.86*
材料管理理解とその状態	0.85*
消毒操作技術の理解とその態度	0.83*
感染予防理解と材料管理状態	0.81*

*p<0.01

表6 対象者の特徴と成果評定尺度点数との関係 (N=20)

			理解		態度		状態	
			平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
性別	男	9	3.8±0.82		4.2±0.77		3.8±1.13	
	女	11	4.3±0.76		4.5±0.66		4.2±0.72	
形式	体外	14	4±0.81		4.3±0.77		3.9±1.01	
	ポート	6	4.3±0.76		4.5±0.66		4.3±0.73	
期間	12ヶ月>	5	4.1±0.85		4.4±0.67		4.2±0.83	
	12ヶ月<	15	4.1±0.80		4.4±0.76		3.9±0.98	
疾患	CD*	13	4±0.85		4.4±0.79		3.8±1.04	
	CD以外	7	4.3±0.70		4.4±0.62		4.3±0.70	
	前不安							
	なし	5	4.5±0.83		4.5±0.76		4.3±1.12	
	感染	7	3.8±0.67		4.4±0.73		3.9±0.79	
	その他	8	4.1±0.83		4.3±0.74		3.9±0.96	

*CD: クロウン病

操作技術」「トラブル対応処置」の各領域で理解と態度、状態で対象者全員の平均値は高かった(表4)。その中で理解・態度概念では最小値3, 最大値5であったが、状態では最小値2, 最大値5と幅があった。領域間で特に相関が高かった項目は表5に示した(表5)。対象者の特徴と清潔操作に関する領域別点数において男女別の比較では女性の得点が高く、クロウン病と他疾患では他疾患のほうが高得点、体外式とポート式ではポート式の方が高得点であったが、いずれも有意差はなかった(表6)。HPN継続期間が1年以下と1年以上でも理解・態度・状態において有意差がなかった。

2. 細菌学的検査

1) 菌数および検出率

患者および健常者群各人の消毒及び未消毒部の接着綿部から検出された菌数を表7に示した(表7)。さらに総菌数と、患者および健常者群のそれぞれの検体件数を100とした菌の検出率、また検出されたそれぞれの平均菌数を求めた(表8)。

表7 個々の対象者からの検出菌数 a

		性別	消毒胸部	未消毒胸部
患者群	1	男	4×10	≥10 ⁴
	2	男	2×10	1.42×10
	3	男	<10	4.2×10 ²
	4	女	<10	<10
	5	男	4×10	4.3×10 ²
	6	女	3×10	6×10
	7	女	3×10	1.1×10 ²
	8	男	3×10	≥10 ⁴
	9	女	<10	1×10
	10	男	2×10 ³	≥10 ⁴
	11	女	<10	1×10
	12	男	2.2×10 ²	≥10 ⁴
健常者群	1	男	1.5×10 ²	2.2×10 ²
	2	男	≥10 ⁴	≥10 ⁴
	3	女	1×10	2.8×10 ²
	4	男	≥10 ⁴	≥10 ⁴
	5	女	1×10	≥10 ⁴
	6	女	2×10	3.5×10 ²
	7	男	1.7×10 ²	≥10 ⁴
	8	男	≥10 ⁴	≥10 ⁴

a: 綿部当り

表8 患者及び健常者群の検出率と平均菌数 a の比較

	消毒済		未消毒	
	患者群	健常者群	患者群	健常者群
N	12	8	12	8
検出率 ^a	67	100	92	100
平均菌数	2.1×10^2	3.8×10^3	3.5×10^3	6.4×10^3
標準偏差	$\pm 5.8 \times 10^2$	$\pm 5.1 \times 10^3$	$\pm 4.8 \times 10^3$	$\pm 5.0 \times 10^3$

a: 綿部当り b: %

総菌数比較では、健常者群の方が消毒部位の平均菌数が多く差が見られた。特に患者群は未消毒部の平均菌数が 3.5×10^3 であるのに消毒部は 2.1×10^2 と約20分の1に減少していた。患者群はすべての対象者で未消毒部より消毒部で菌数が減少しており検出率も減っていた。

2) 黄色ブドウ球菌の検出およびメチシリン耐性黄色ブドウ球菌の検出

患者の未消毒部の1例から、健常者の未消毒部2例から黄色ブドウ球菌 (*S. aureus*) が検出された。この分離菌株についてさらにオキサシリン感受性の有無をディスク法 (1 濃度) によって調べた。すべてオキサシリン感受性であり MRSA は検出されなかった。

3) 菌の形態およびグラム染色性

検出された菌の形態はほとんどがマニット非分解のグラム陽性ブドウ球菌であった。しかしながら少数ではあるがグラム陽性のコリネ型桿菌及び有芽胞大桿菌も認められた。患者群と健常者群で検出された菌の種類 (菌形態およびグラム染色性) の相違は認められなかった。

IV. 考 察

1. 患者の清潔操作評価

1) 清潔操作手順分析

本研究の対象者である HPN セルフケア患者は治療・処置に必要な高カロリー輸液剤やカテーテル、ポンプ、ビタミン剤、ヘパリンロックや混合注射用のシリンジ、注射針、そして直接の消毒操

作に必要な消毒薬、滅菌綿棒、ガーゼや保護パットなど、多種の医療材料器材を使用する。これらの材料器材の用途や管理上の注意事項を理解することはセルフケアの第一歩となる。感染予防の方法についての理解やトラブル対応処置の理解について、材料管理状態との相関が高かったことから、感染を予防し、セルフケアを安全に行なっていくためには材料が整備されていることが必要であることが明らかとなった。そして、材料管理については5段階で評価したところ表4のような結果を得た。このことは患者がセルフケアに必要な材料器材に関して理解ができていと解釈できる。また、感染予防の方法や消毒操作技術については、最低点でも「基本的な理解ができています」とする3以上となり、態度も平均4.25と4.35であることから感染予防の方法と消毒操作技術に関して、患者は必要とされるセルフケアができていますとみなすことができる。またトラブル対応処置の評点をみると、態度で「時々不適切」を表す3が最低点としてみられるものの、全ての領域で「たいてい適切」を表わす4であった。トラブル対応処置の態度が「時々不適切」となるのは外出では適切な環境が選べないことや携帯に便利な材料器材が現在不備であることが要因の一つと考えられる。

2) 細菌学的分析

HPN におけるカテーテル感染は必ずしも刺入部からの細菌の侵入ではないが、皮膚や環境中の常在菌が原因となることが多く、日和見感染ではコロニゼーションしていた菌が多いと報告されていることから⁸⁾ 刺入部の細菌の状態を評価することは意義がある。

今回、細菌学的検査において、患者の消毒操作の実践結果が客観的に示された。消毒部の患者群と健常者群との菌数比較を見ると表8のように患者群の方で平均菌数が少なかった。患者群では消毒部の菌数は未消毒部より約20分の1に減少していた。健常者群が消毒部は未消毒部より2分の1

にしか菌数が減少していないことを考えると、消毒効果をあげているといえる。患者は目的に達する消毒操作ができていたと考えられた。細菌学的検査は、対象となった現在の HPN セルフケア患者が消毒操作について、真剣に立ち向かっていることを裏付けた。しかし、患者の未消毒部 1 例と健常者の未消毒部 2 例から黄色ブドウ球菌が検出されたことから今後の課題も見えてくる。未消毒部から黄色ブドウ球菌が検出された健常者に入院歴はなかったが、患者の 1 例は退院間もない症例からであった。村井ら⁹⁾は MRSA の検出は全て入院歴のある患者からのみ検出されており、入院歴をもたないケースからは検出されなかったとしている。しかし、今回の結果から、消毒を怠れば感染しやすい状況にあることがわかった。個々の患者の生活に合った具体的な退院時教育や継続したセルフケア支援の必要性が明らかとなった。

清潔操作の主観的評価では男女間の有意差は出なかったが細菌学的検査では男性より女性の総菌数が少ない傾向が認められた。女性の中には刺入部の保護パット交換の前に胸部全体をアルコール綿で拭くという人もいた。過度の潔癖さはストレスになってくることもあるだろう。その人に合うセルフケア処方を行なっていく必要がある。

2. セルフケア支援の環境

HPN に伴う種々のトラブルはセルフケアへの影響が大きいことからその環境も評価した。トラブル対応処置については 5 段階評価で全員 3 以上の理解力を示したが、材料器材の不備・不良が無用なトラブルを引き起こしていることも明らかとなった。対象者の状態で、「2. 重い兆候ーやりたくない」の該当が 1 件あった。この患者の場合、かかり付けの医療施設からは整備された消毒材料が供給されておらず、自宅で消毒薬を小分けするために代用品としての食器を煮沸消毒する手間があった。このことから在宅用材料器材の不足が患者のセルフケアを妨げる要因となっていることが

推察され、医療施設側にも材料器材について十分な情報の集積がないことが考えられる。

今回清潔操作を評価することにより、医療提供側が HPN 患者のセルフケアを支援する環境を整えれば HPN のセルフケアが可能な患者もいることが明らかとなった。今回調査対象とした医療施設の一つはクローン病と HPN では先駆的な施設であり、退院時の患者教育教材の開発も進み¹⁰⁾在宅用の材料器材供給システムも整備されている。一方 HPN が負担になっている様子が見られた患者の施設では、在宅仕様材料を供給するシステムは不備で、施設内で使用している材料をそのまま在宅用として供給していた。患者は医療材料器材を選択し、入手できるような情報を一般には持っていない。これらのことはオレムのいうように手段としての適切な材料器材の提供が、セルフケアの遂行に欠かせないものであり、看護職がセルフケア支援のために関わるべき分野として、その情報集積が必要となる¹¹⁾。以上のことから、HPN への移行にあたっては、患者のセルフケア能力を信頼しつつも、適切な材料器材の選択や供給など具体的な実施計画の必要性が示唆された。

3. 今後の課題と研究の限界

1) HPN 環境の課題

HPN が日本に導入されて 20 年以上経つ。今回の調査対象者にも HPN を 10 年以上も無事に続けている患者が 2 名いた。「HPN ができなかったら私は今も病院暮らしだった」とその中の 1 人はいった。また、今回の調査中に対象者の患者 1 人が中心静脈栄養療法を行ないながら 1 月間英国旅行をしてきた。「英国は中心静脈栄養療法をフォローしてくれるクリニックが多いので不便や不安はなかった」という。欧米では訪問看護の分野でも HPN システムが整備されている^{12~13)}。日本でも医療施設をはじめ訪問看護ステーションにおいても HPN の支援体制が模索されている¹⁴⁾が、今後さらに HPN について情報を集積していく必要が

ある。

2) 研究の限界

今回の研究においては標本の少なさの限界がある。調査対象者も良性疾患の患者が中心である。今後は悪性疾患の患者や老年の患者層についてもHPNセルフケアを評価していく必要がある。そのための研究も進めていく必要がある。測定用具として使用したオマハシステムは、ケアの開始時、中間時に患者がどのレベルにあるかを測定し、アウトカム評価ができるようになっている。外来で今後も一定期間毎に行なうことで本システムはさらに有効となることだろう。

V. 結 論

1. 患者は清潔操作について理解し行動できていることが明らかとなった。
2. 細菌学的検査でセルフケアによる消毒操作が目的を達していることが示された。
3. 患者のセルフケアを信頼しつつも退院時教育を充実させ、清潔操作について継続したアセスメントを行うことが必要である。
4. 感染を予防しセルフケアを安全に行っていく

ためには材料が整備されていることが必要である。

5. 在宅用の材料器材の不足がセルフケアを妨げる要因になっていることが推察された。これは医療者側にも十分な情報の集積がないことが考えられ課題となる。

謝 辞

本研究の調査に多大なるご協力を頂きました在宅療養中の方々にこの場を借りまして厚く御礼申し上げます。また、本研究上のご教示・ご指導をいただきました社会保険中央病院の高添正和先生、在宅療養支援室の皆様、東京女子医科大学の在宅支援推進室の皆様、心より感謝申し上げます。そして研究上の各段階におきましてご指導・ご校閲を賜りました医科歯科大学医学部病因検査学の岡村登先生、千原俊雄先生、医学系研究科看護学専攻渋谷優子先生に謹んで深謝申し上げます。

(付記) 本論文は平成12年度東京医科歯科大学医学系研究科保健衛生学専攻の修士論文に加筆修正を行なったものです。

要 旨

多くの器材・材料の開発によって、在宅中心静脈栄養療法（HPN）セルフケアが可能になってきた。しかし、HPNセルフケアが安全に行なわれているかどうかについてはアセスメントデータがない。そのことは医療関係者がHPNを促進できなかった理由の一つと考えられる。そこで、この研究ではHPN患者の清潔操作におけるセルフケアについて評価することを目的とした。この研究には2つの方法が使われた。一つはオマハシステム：問題別成果評定尺度（PRSFO）であった。これではHPN患者が行なった清潔操作の手順を測定した。PRSFOスコアはすべての清潔ケアの理解、行動、および状態はよかったことを示した。もう一つはカテーテル部位での細菌学検査だった。殺菌後のカテーテル部位では、患者群は、対照群のそれらより細菌が少なかった。一方、適正な衛生材料の不足もあった。そのために、セルフケアの安全が妨げられうることが推測された。

Abstract

The development of many equipments and supplies made Home Parenteral Nutrition (HPN) self-care possible. However, there was no assessment data available to evaluate whether self-care has been performed safely by the patients at home. This may be considered one of the reasons why medical members could not promote the HPN. Therefore, the goal of this study was to evaluate the selfcare by HPN patients in sanitary (also cleanliness or disinfection) procedures. There were two methods in this study. One method was the Omaha System : Problem Rating Scale For Outcomes (PRSFO). It measured the sanitary procedures performed by HPN patients. The PRSFO scores indicated that the comprehension, behavior and the state of sanitary care were all good. Another Method was the bacteriological examination on the site of catheter. After the sterilization performed on the site of catheter, the patient group had fewer germs than those of control group. On the other hand, the study indicated that there was the shortage of adequate medical supplies for some of the respondents. For this reason, it was conjectured that there is a hindrance in self-care safety.

VI. 文 献

- 1) 高木洋治：わが国での HPN 実施状況－在宅静脈栄養 (HPN) 研究会調査報告書をもとに。JJPEN 輸液栄養, 21(8), 529-538, 1999.
- 2) 鈴木香織：中心静脈栄養を受ける患者の退院計画, 看護技術, 44(7), 50-54, 1998.
- 3) 内藤みどり他：在宅中心静脈栄養患者への支援の実際, 臨床看護, 24(2), 187-191, 1998.
- 4) 山本俊信他：高齢者の中心静脈カテーテル感染に対するサーベイランス結果の検討, 環境感染, 14(1), 97, 1999.
- 5) Tokars JI. Cookson ST. McArthur MA : Prospective evaluation of risk factors for bloodstream infection in patients receiving home infusion therapy, Annals of Internal Medicine, 131(5), 340-347, 1999.
- 6) Karen S. Martin, Nancy J. Scheet : The Omaha System A Pocket Guide for Community Health Nursing, W. B. Saunders, 1992, 別所遊子他訳, オマハシステムによる地域看護ハンドブック, 医歯薬出版, 東京, 1997.
- 7) 海保博之他：プロトコル入門, 新曜社, 東京, 1997.
- 8) 青木泰子：院内感染 (日和見感染), 臨床検査, 42(11), 1439-1452, 1998.
- 9) 村井貞子他：在宅ケアにおける細菌学的環境の研究. 看護研究, 27(4), (305)51-(313)59, 1994.
- 10) 富田真佐子他：効果的な在宅患者の教育指導を考える・在宅中心静脈栄養法の指導にパンフレットとビデオを使って. 消化器 CARE, 2(6), 17-23, 1998.
- 11) C. Quinn : Infusion devices, Journal of nursing management, 6, 209-214, 1998.
- 12) Charlene L. Szunyog : Home therapy standards, policies and procedures, 6・1-6・22, An aspen publication, U.S.A, 1993.
- 13) Robyn Rice : Manual of home health nursing procedures, 17-185, Mosby, U.S.A, 1995.
- 14) 湯沢八江：HPN, HEN を現在どこまでできるのかー訪問看護ステーション, JJPEN 輸液栄養, 21(8), 565-568, 1999.

(平成12年11月28日受付)

栄養バランス表図示を用いた糖尿病食事指導

高齢者在宅療養患者・家族への指導の効果：第一報

Diabetic Meal Guidance Which Uses Nourishment Balance Table Showing
Effect of Guidance to Senior Citizen Receiving Treatment and
Resting at Home and Family : The First Report

佐藤 厚子 佐々木 伸子

Atsuko Sato Nobuko Sasaki

キーワード：糖尿病食事指導，高齢者，栄養バランス表，在宅療養，訪問看護
Diabetic Meal Guidance, Senior Citizen, Nourishment Balance
Table, Receiving Treatment and Resting at Home, Home
Visit Nursing

I. はじめに

国民衛生の動向¹⁾によると，わが国における60歳以上の糖尿病患者は1997年現在で糖尿病患者全体の50%以上であり，在宅療養中の患者においてもその割合は高値を占めていると考えられる。高齢者は種々の生理的能力の低下とともに理解力が低下しているため，指導しにくいことが指摘されている。また，高齢者は偏った食品嗜好を有することが多く²⁾，糖尿病の治療食を実行する上で，食事のバランスに気をつけることにに関して最も負担を感じることが多かった³⁾との報告がある。荒木ら³⁾は「食事療法に対する負担感の有無は，老年糖尿病患者のQOLに大きな影響を与える事が示唆された」と述べている。食事指導を実施する上で食事摂取状況の調査は重要であるが，できるだけ負担感の少ない指導方法が必要である。従来の食事指導方法には①食品交換表を用いる方法，②三回間法，③簡易食事調査法（修正法）などがあるが，①②は食品の詳細なグラム数の把握が必

要であるし，③は摂取した具体的な食品についての把握ができにくい。最近には■示による指導方法も試みられているが，浸透しているとは言いがたい。

今回，在宅療養における老年糖尿病患者の家族に対し，食品摂取バランスに着目し，できるだけ負担感が少なく，視覚に訴える食事指導方法として「栄養バランス表」（以下バランス表）を用いた食事指導を試みた。また，バランス表には「ひとことメモ」欄を設け，繰り返し指導をするなど有効にフィードバックする方法を工夫してみた。その結果，バランス表を用いた方法が患者，家族にとって分かりやすく，結果的には■糖コントロールの成績にも有効性のある可能性が示唆されたので報告する。

II. 研究方法

1. 対象者

平成9年7月から平成12年1月に至る期間中，

著者の一人が勤務していた病院において、訪問看護を行っていた糖尿病患者の家族2名を対象とした。本研究を行うに当たって家族へは訪問看護の際、食事表の記載方法を具体的に説明し、患者の食生活改善に役立てたい旨の説明を行い、同意を得た。

2. 対象者の背景

事例1の患者は79歳の男性で、訪問看護期間は平成9年7月から平成10年6月であった。介護者は68歳の妻であった。家族は「もう年だから食事制限するのはかわいそう。満足するだけ食べて、それで死ぬのならそれでも良い。」という気持ちが強かった。指示された摂取エネルギー量は1,600 kcal以内であった。しかし実際の摂取量は2,000 kcalを超えると推測された。平成9年11月に気管支炎に罹患し、高張性脱水、意識障害のためK病院に入院した。入院中血糖値のコントロールは良好であった。退院後、食事療法に対する家族の心情に変化があった。自由に食事させることはかえって患者を苦しめ、さらに自分たちも苦しい思いをすることに気づいた。指示された摂取エネルギー量は1,600 kcal以内であった。

事例2の患者は左半身麻痺と下肢筋力低下のため、寝たきり状態の60歳の男性であった。合併症として糖尿病性腎症、高血圧があった。訪問看護期間は平成11年1月から平成12年1月で、55歳の妻が介護していた。訪問看護開始当初のHbA1cは11.4%、昼食後の血糖は372mg/dlであった。指示された摂取エネルギー量は1,600 kcal以内であったが、1,800 kcalぐらいの食事摂取量であると推測された。食事指導を開始して数日後、誤嚥性肺炎を起こしK病院に3か月間入院した。入院中の血糖コントロールは良好であった。しかし、退院後徐々に血糖値が上昇し、血圧も上昇してきたため訪問看護時にバランス表を用いた食事指導を実施した。指示された摂取エネルギーは1,600 kcal以内であった。

3. 介入方法

(1) 食事表

食事内容の調査は食事表を用い、1週間のうち家族が任意に選んだ3日間の食事内容を記載してもらった。食事表には月日、朝食、昼食、夕食、朝昼夕後の間食の欄を設けた。献立名とともに材料もできるだけ書いてもらったが、グラム数の記入は求めなかった。また砂糖や油類を使ったかどうかについて聞き取りをした。

(2) バランス表図示

上記の食事表をもとに食事内容のバランスをチェックするためにバランス表を作成した(図1)。1日に摂取する食品を①肉、②魚、③卵、④牛乳・乳製品、⑤豆製品、⑥緑黄色野菜、⑦淡黄色野菜、⑧果物、⑨穀物・芋、⑩油の10項目に分類し、さらに朝、昼、夜、間食の項目に分けた。

該当する食品を一図でも摂取した場合を●(以下黒丸とし記号は略)1個と表示することにした。例えば献立がカレーライスだとしたら米、肉、人参、玉ねぎ、芋、米、油脂、ルーに含まれる小麦粉、油脂をバランス表にそれぞれ黒丸で表示した。

今井ら⁴⁾の1日1,600 kcalのモデル献立を参考にし、モデルバランス表(図2)を作成し、3日分の黒丸の分布状態を比較した。そして偏りがある項目について指導した。

(3) 摂取エネルギー量

摂取エネルギー量は宮井ら⁵⁾の簡易食事調査法(修正法)による算出方法を使用し、栄養指導前後の摂取エネルギー量を比較した。また、1,600 kcalの目安量(グラム)を付した一覧表(図1)を作成し大体の食品摂取目安量とした。

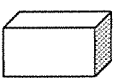
(4) 血糖コントロール状態

HbA1c値を目安とした。目標コントロール値は7%以下⁶⁾とし、正常値は4.3%~5.8%⁷⁾とした。食事指導を開始してから6ヶ月以内にHbA1cが指導前より「1%以上低下するか正常値を維持しているとき有効³⁾」と判定した。また、

バ ラ ン ス 表

	肉	魚	卵	乳	豆	緑野	淡・海	果物	芋・穀	油
朝食										
間食										
昼食										
間食										
夕食										
間食										

※ひとことメモ

1日に取る■安量： kcal	
肉 60g 	果物 みかん2個 
魚 70g 	豆腐 1/2丁 
卵 1個 	穀物 ご飯軽く1膳×3 
牛乳 乳製品 200ml チーズ1切 	油 大さじ1 
野菜 緑 200g 淡 200g	

■ 1

空腹時血糖値を参考にした。

(5) 訪問看護の際の食事指導

バランス表を患者の家族に示して、黒丸の分布状態から一定期間（通常1週間）に摂取した食事内容の種類やバランスがおおよそ推測できることを説明した。また、大体の食品摂取目安量を説明した。

バランス表には「ひとことメモ」の欄（図1）を設け簡単なコメントを記入した。このコメントを訪問看護のたびに繰り返し話した。注意ばかりするのではなく、良い点も見つけ出して誉めることによって介護の意欲を強化したり、食事療法に関心を深める動機づけをした。（図3，4，5，6）

栄養バランス表図示を用いた糖尿病食事指導

モデルバランス表

	肉	魚	卵	乳	豆	緑野	淡・海	果物	芋・穀	油
朝食	●		●● ●	●● ●● ●	●● ●	●● ●● ●	●●●●● ●●●●●	●● ●	●● ●● ●	●● ●● ●
間食								●		
昼食	●● ●	●	●● ●	●	●	●● ●● ●	●● ●● ●	●	●●●● ●●●● ●	●●● ●●● ●
間食										
夕食	●● ●	●		●	●● ●	●●● ●●● ●	●●●●● ●●●●● ●●●●●	●	●●●● ●●●● ●●●	●●● ●●● ●
間食										

図2

	肉	魚	卵	乳	豆	緑野	淡・海	果物	芋・穀	油
朝食		●● ●● ●	●● ●	●	●● ●● ●	●● ●	●●●●● ●●●●● ●●●●●		●●●● ●●●● ●●●	●● ●
間食								●● ●	●	
昼食		●● ●● ●	●		●	●	●● ●● ●	●● ●	●●●● ●●●● ●	●● ●
間食							●	●	●	
夕食		●●● ●●● ●	●		●● ●	●● ●	●●● ●●● ●●●	●	●●●● ●●●● ●●●	●●● ●●● ●
間食								●	●	

図3 事例1のバランス表 平成10年1月19・21・22日

ひとことメモ

野菜類が多いので良いのですが、芋・穀のところにも●印がたくさんありますね。毎晩大好きなお酒を飲んでいらっしゃるが、その分はやはりエネルギーもオーバーになります。ビールよりもウイスキーの水割りをほんとに薄くして飲みましょう。

果物は1■にみかん2個か、りんご小1個を目安に。魚や卵はそのままの量で良いです。ヤクルトを飲んだ■は果物をがまんしましょう。野菜サラダのドレッシングはマヨネーズから酢へ。

栄養バランス表図示を用いた糖尿病食事指導

	肉	魚	卵	乳	豆	緑野	淡・海	果物	芋・穀	油
朝食		● ●	●		●●●● ●●●	●	● ●		●●● ●●● ●	
間食								● ●	●	
昼食		●● ●● ●	●			●	●		●●● ●●● ●	●
間食								●		
夕食	●	●● ●● ●				● ●	● ● ●		●●● ●●● ●	● ● ●
間食										

図4 事例1のバランス表 平成10年5月11・12・13日

ひとことメモ

油類がかなり減りました。血糖のコントロールは良いです。
毎朝、お疲れ様。

	肉	魚	卵	乳	豆	緑野	淡・海	果物	芋・穀	油
朝食	●	●● ●● ●		●	● ●	●	●●●● ●●● ●●	●	●●●● ●●● ●●	● ● ●
間食										
昼食		●● ●● ●	●		● ●	●	●●●● ●●● ●●	●	●●●● ●●● ●●	● ● ●
間食				● ●				●	●● ●	●
夕食	● ●	●● ●● ●		●	● ● ●	● ●	●●● ●●● ●●	● ●	●●●● ●●● ●●	● ● ●
間食										

図5 事例2のバランス表 平成11年6月5・7・9日

ひとことメモ

野菜類を多く取っていて良いです。間食に甘い物を摂っている他に果物の数も多いですね。間食には、果物とプレーンのヨーグルトにするなど、甘い物から少しずつ離れるように努力をしてください。また、調味料に砂糖を多く使っていますので、低カロリーの甘味料を利用するようにしましょう。芋やかぼちゃ類を食べたときには、ご飯を軽くしてください。

栄養バランス表図示を用いた糖尿病食事指導

	肉	魚	卵	乳	豆	緑野	淡・海	果物	芋・穀	油
朝食		● ●	●		●●●● ●●●● ●●	● ● ●	●●●●●● ●●●●●● ●●●●●●	●	●●● ●●● ●●●	●
間食										
昼食	●	●● ●●			●●● ●●● ●●	●●●●● ●●●●● ●●●●●	●●● ●●● ●●		●●● ●●● ●●●	●
間食										
夕食		●●● ●●● ●●	●			●●● ●●● ●●	●●● ●●● ●●		●●● ●●● ●●	●
間食										

図6 事例2のバランス表 平成11年10月6・7・8日

ひとことメモ

検査成績もよく、食事のバランスもほぼ問題ないと思われます。
本当によくがんばりました。

食事指導を1週間に一回繰り返し、血糖コントロールの改善が得られるに従って指導間隔を延ばした。食事指導中、また終了後、バランス表を用いた指導方法について感想を聞いた。

Ⅲ. 結 果

1. 事例1

訪問看護中に食事療法について家族の理解と認識が深まり、患者に対する心情の変化がみられはじめたころから積極的に食事療法にかかわるようになった。食事指導の結果、摂取エネルギーは1,776 kcal から1,440 kcal に減量した。食事バランスについては果物、芋、穀類、油類の黒丸が減りバランスが改善され(図4) 血糖値は、空腹時血糖182mg/dl, HbA1c 5.9%であり目標コントロール値を維持していた(表1)。

家族の主観的な評価としてはバランス表をひと

目見ただけで摂取食品の偏りが分かりやすい。食事表記載の煩雑さや負担感はなかったなどの感想が得られた。

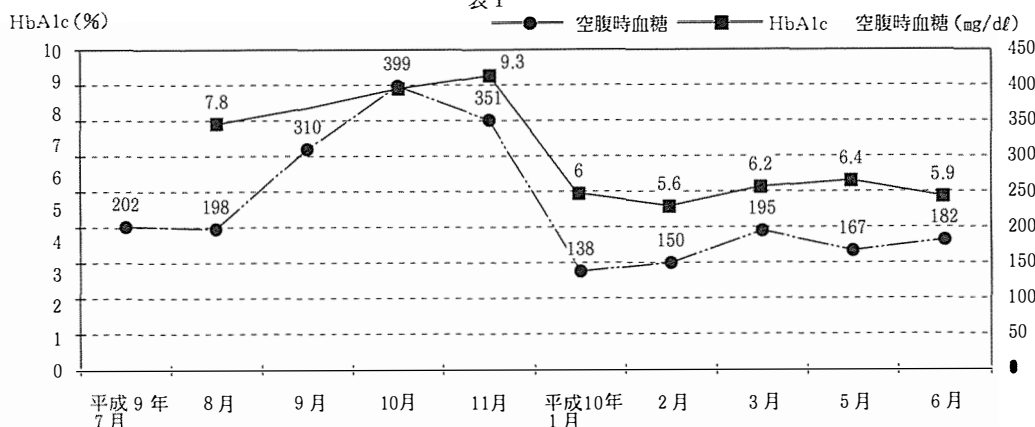
2. 事例2

食事指導の結果、摂取エネルギーは2,016 kcal から1,440 kcal に減量した。栄養バランスについては、乳製品が不足しているが、芋・穀、魚バランスが改善された(図6)。空腹時血糖は131 mg/dl から94mg/dl に減少し、血圧も正常範囲内となり、尿蛋白も増悪しなかった。HbA1c は6.3 %から5.3%に好転した(表2)。

家族の主観的な評価として、食事表の記載が時には面倒になるが、それを指導者に伝えると間隔を空けてくれたので助かった。ひとことメモには元気づけられ、食事療法を継続する意欲につながった。バランス表は全般的にわかり易くよくのみこめたとの感想だった。

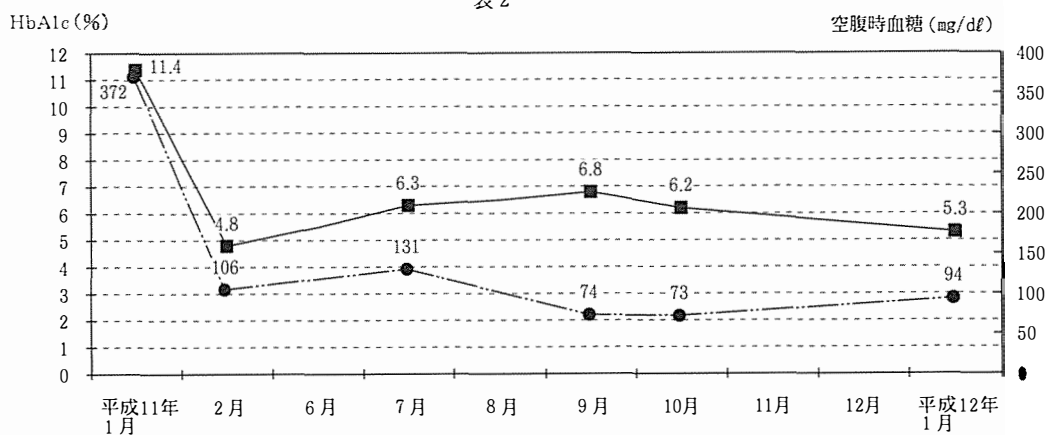
栄養バランス表図示を用いた糖尿病食事指導

表 1



	平成9年 7月	8月	9月	10月	11月	平成10年 1月	2月	3月	5月	6月
摂取エネルギー (kcal)		2160					1776		1440	
備 考	退院				入院	→ 退院				

表 2



	平成11年 1月	2月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成12年 1月
血 圧 (mmHg)	168/100		156/88	160/80	182/90	192/100	136/86	160/82	150/78	152/82
尿 糖 (mg/dL)	189			255	495	272.5	245			202.5
摂取エネルギー (kcal)	1800		2016	1600			1440			
備 考		入院	退院							

IV. 考 察

在宅療養中の患者は家族が食事の世話をしている事が多いが、家族は患者の介護で疲勞

しているのが現状であり、できるだけ負担感の少ない指導法が望まれる。荒木ら³⁾は「食事療法の負担感を軽減するように努めることがQOLの観

点からも大切である」と述べている。

私たちは、高齢者は偏った食品嗜好を有する事が多く²⁾ 食事のバランスに気をつけることに關して最も負担を感じる人が多かった³⁾ ことに注目し、バランス表を作成した。視覚に訴え摂取した食品を黒丸で表すことにより、偏りが分かるようにしたため、家族からは分かり易いとの評価が得られた。栄養バランスを考慮した食事内容は医師の指示した摂取エネルギーに近づけることができると示唆された。

また、ねぎらいの言葉と共にひとことメモで注意点を記載したので、看護者がいないときも繰り返して読む事が出来るなどの利点がある。さらに、訪問看護でバランスチェックするたびに、ひとことメモの内容をキーパーソンである妻に繰り返し指導したため、フィードバック効果が得られ、指導内容を忘れる事が少なかったと考えられる。

羽藏⁸⁾ は「食事療法は長続きしなければ意味がない。そのためには、繰り返して不備な点を指導していく“繰り返す”ということは極めて重要である。」と述べている。また中野⁹⁾ は、「キーパーソンへの指導を徹底する事がきわめて重要である。」と述べている。

今回示した2事例とも介護者である妻は、書く事が得手ではなかったにもかかわらず、協力的であった。在宅療養中の患者や家族は他者との交流が減り、孤独に陥りやすく食事のコントロールも乱れがちになりやすい。看護婦が患者や家族を励ましなが、共に食事療法をしているのだという姿勢は患者や家族にとって大きな励みになると考えられる。このことは荒木ら³⁾ が言っている「食事療法負担度は社会や家族のポジティブサポートが大きくなるほど小さくなる」ことにも通じるものであった。

また、2事例とも病院に入院し、家族は食事指導を受け、ある程度の知識があったと考えられるが、退院後血糖値のコントロールが悪化している

(表1, 2)。高橋¹⁰⁾ は「教育入院から外来通院となり3ヶ月を経過する頃から少しずつコントロールの悪化傾向をきたす患者さんが多い」と述べているが、両事例も同じような経過をたどっていた。血糖値のコントロールの悪化を早期に食い止めるためには退院後の食事指導が重要であると今回の事例を通して強く感じた。

なおこの方法は患者、家族の自己申告した食事表に基づくものであり、その内容に偽りや脱落があれば正しく評価することができない。また、食事表記載を煩わしく思い、記載を怠っても判定ができないことがこの方法の限界点となっている。しかし、高齢者は種々の生理的能力の低下とともに理解力が低下し、新たな技術習得が困難である場合が多く「通り一遍の栄養指導は老年者糖尿病には全く歯が立たない」⁸⁾ ことを考えると個々の患者の食品摂取バランスを考え、視覚に訴えることができる指導方法は今後活用できると考えられる。また、富井ら⁵⁾ の簡易食事法(修正法)と併用することにより、一層効果的な食事指導が展開できると考えられる。

今回の実施は2例であるが、今後は事例数を増やし、より客観的なデータを集め、バランス表の有効性について検討していきたい。

V. 結 論

私たちは在宅療養における老年糖尿病患者、家族への食事指導方法として栄養バランス表を作成した。摂取した食品を黒丸で図示し、視覚に訴えて指導する方法であり、家族からは、わかりやすいという評価が得られた。また、より効果的なフィードバック方法として「ひとことメモ」欄を設け、キーパーソンである家族に繰り返し説明し、励ましと助言を与え、食事療法継続の意欲を継続させることにも心掛けた。

本法は、食事内容記載に多少の煩わしさは感じたととしても、摂取した食品数量の記載を必要とせ

ず、解り易く、取り組みやすい方法であると考えられる。また栄養バランスの分析も容易であり、黒丸の偏りが矯正されると摂取エネルギーも改善されることが示唆された。血糖コントロールは良

好であり、目標コントロール値以内を維持、または正常値内に好転しており、指導方法として活用できる可能性がある。

要 旨

在宅療養における老年糖尿病患者の家族に対し、食品摂取バランスに着目し、できるだけ負担感が少なく、視覚に訴える食事指導方法として「栄養バランス表」を用いた食事指導を試みた。

より効果的なフィードバック方法として「ひとことメモ」欄を設け、キーパーソンである家族に繰り返し説明し、励ましと助言を与え、食事療法継続の意欲を継続させることにも心掛けた。

その結果、血糖コントロールに有効性のある可能性が示唆された。

VI. 文 献

- 1) 厚生統計協会編：■民衛生の動向 厚生の指標 臨時増刊，46(9)，98－99，財■法人厚生統計協会，東京，1999.
- 2) 神崎哲人他：老年糖尿病の食事指導，実験治療，650，16－21，1998.
- 3) 荒木厚他：老年糖尿病の食事療法の負担感について，日本老年医学会誌，32(12)，804－809，1995.
- 4) 今井倫嗣他：おいしく食べる糖尿病の食事，34－44，永井書店，東京，1992.
- 5) 宮井陽一郎他：食事分析における簡易食事調査法の有用性に関する検討，日本プライマリケア学会誌，18(2)，161－167，1995.

- 6) 阿部隆三編著：患者さんとスタッフのための糖尿病教室，72，医師薬出版株式会社，東京，1997.
- 7) 阿部隆三編著：患者さんとスタッフのための糖尿病教室，141，医師薬出版株式会社，東京，1997.
- 8) 羽倉稜子：食事療法のすすめ方，別冊プラクティス，医師薬出版株式会社，30－37，1991.
- 9) 中野忠澄：老年糖尿病の食事療法のありかた，MEDICO，28(7)，3－5，1997.
- 10) 高橋清仁：食事療法 乱れる原因は何か？(1)，プラクティス，15(3)，1998.

(平成12年12月8日受付)

辛らーい床ずれ・病臭の解消に!

特許 エアー噴出型

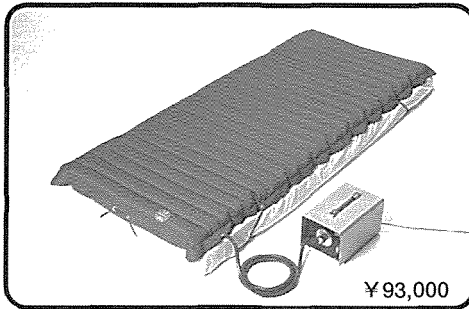
サンケンマット®

大臣賞 受賞品

床ずれ 治療に パイオニア
噴気型の

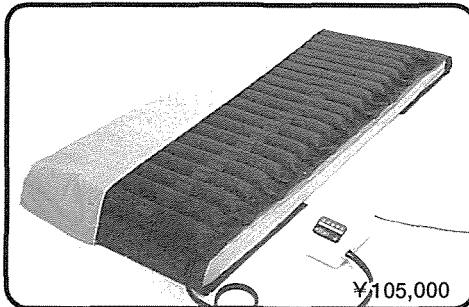
特許: エアー噴出型

サンケンマット ギャチタイプ



特許: エアー噴出・波動型 (エアーセルタイプ)

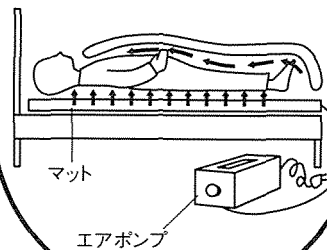
ハッピーウェーブ 電子機能が自動調節



(製品についてのお問い合わせは、お気軽に電話下さい。)

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(代) FAX.0729 (49) 0007

第 26 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事 (2)

平成12年 7 月27日 (木)・28日 (金)

会 長 草 刈 淳 子

於 千葉市幕張メッセ, ■際会議場
千葉市美浜区中瀬 2-1

「様々な分野で活躍する看護職」の司会を終えて

大 阪 大 学 早 川 和 生
心臓会八千代病院 加 納 佳代子

看護職の活躍する場は大きく広がり、医療・保健・福祉施設で活躍することはもとより、さらに広く人間の生活の質とウェルネスの向上に貢献する様々な職場で、より高い専門性を発揮することが期待されています。看護学に内在する〔ヒューマンケア〕〔生活支援〕の視座は来るべき未来社会を先取りするものであり、21世紀の成熟社会を実現する上で不可欠な要素となるものです。このパネルディスカッションでは、日々熱い情熱を持って活躍しておられる5人のナースから、新しい市民ニーズの中で拡大しつつある看護実践と看護職に求められる新たな役割について語っていただきました。

スウェーデンから帰り日本のケアビジネスの組織化に早くから取り組んだホルム麻植佳子さん、病院から追い出された人たちが治療を受けながら暮らせる住まいづくりをしようと看護施設を立ち上げた鈴木夢都子さん、中小企業の事業所をまわりながら健康相談を行っている健康事業財団の松田一美さん、病院の中でケアコーディネーターとして活動を始めた吉田千文さん、企業の商品開発にかかわる山元ひろみさんの5人のパネラーが報

告してくださった日々の活動は、今までは実現できなかった看護職の役割を実現されている方々の実践活動であり、そのことの力強さとすばらしさでした。

5人の方々の発言から共通していることは、看護職として認められることを前提として周囲からうけいれられたのではなく、まずは拒否されることから始まっていることです。そのことを、いたい自分は看護職として何をしたらよいのかをより明確に考えるチャンスとして生かし、そのチャンスが使えるのはとことん使っているということです。そして、何ができるのかを示さない限りケアの受け手も周囲の者も、そして社会も認めてはくれないということです。

また、このパネルディスカッションの第2部として、「出会いの広場」というコーナーを設け、パネラーを含めた16人の方々と学会参加者が直接ディスカッションすることができる機会を2日間にわたり設けました。会場では、ここでの出会いからまた新たな道を切り拓く看護職が生まれてくる熱気が感じられました。

福祉とビジネス

ビジケアサービス(株) 麻 植 佳 子

現在、福祉人材育成の一環として、JA や NPO 団体などを始め、多くの場面でホームヘルパー養成研修を行っている。特に JA（農業協同組合）においては、JA における地域活動とリンクすることで、人材育成がそのまま福祉資源の充実と活用に即応する。これらは高齢化が進む農村地域では、必要不可欠の活動である。

またホームヘルパー養成研修は、現状行われる福祉関係のカリキュラムの中で、最も初歩的で、なおかつ受講対象に制限がなく広い。それ故に、現状の高齢化問題や介護を取り巻く諸問題を、一般の方々に広く知ってもらい、考えてもらうきっかけになるという点においても有効ではないかと考えている。

このように、多くの人々が福祉・介護に関する基礎的知識を履修することによって、従来の事業を高齢者向けにアレンジしていくことも活発に行われている。たとえばホテルが客室を利用して介護付き宿泊サービスを行ったり、宴会場を用いてデイサービスを行うというような新規事業は実際に始められている。旅行業界においても介護技術をもった添乗員が同行することによって、高齢者を中心にしたツアーの開催も行われている。タクシー会社も、要介護者の送迎サービスを行う為に乗務員にホームヘルパー研修を受けさせ、介護タクシー事業を発展させている。このような例は介護保険導入を目前にした1999年頃から増加が顕著である。

以上のことから見ても、介護技術は福祉施設や

専門介護サービス機関のみで活用されるものという発想ではなく、さまざまな業種・業態で、高齢者や障害者を顧客として捉える際の、付加価値サービスの重要なポイントとして活用することで、新たな需要やビジネスチャンスが生まれてくるのではないだろうか。

それらが活性化し、さまざまなサービスが、高齢者や障害者らにも均等に購入できるようになることこそが、ノーマライゼーションの実現につながっていくと考える。

また、それらによる波及効果は、一般市民の要介護予防への意識付けという形でも現れるだろう。要介護者へのサービスの充実によって、ノーマライゼーションの実現が進めば、人は自身が自律した生活を送ることが自己責任の範疇であることに気づく。要介護者へのサービスが充実すればするほど、要介護にならないことを自己責任として捉え、日頃から健康維持・増進への取り組みに留意するようになるだろう。私が行っているホームヘルパー養成研修においても、もっとも期待している研修効果は、修了生が、得た知識を基に要介護予防と健康の維持・増進に努め、最後の瞬間まで自立した QOL の高い日々を送れるようになることである。また、研修で得た知識を、家族や知人など身近な人々に伝えていってもらうことである。

私も、現在個人的な活動として、PPK を提唱している。PPK とは「ぴんぴんころり」の略で、歳をとってもぴんぴん生きて、長患いはせずころりと死のう、という意味である。これからの世紀

を豊かな世紀にしていくためには、PPK と少子化の歯止めは必須である。PPK はまだ個人的な活動であるが、これからの社会をより実りのある

社会にしていくために、多くの方々のご賛同、ご協力を求めているところである。

大切なのは思いきること

みのりホーム施設 鈴木 夢都子

今、私がこの場に立っている事がなんだか不思議に感じます。ここまでやるのにはかなりのエネルギーと、パワーが必要でした。正直なところ「やりたい」と言う気持ちだけでは、どうにもならない所がありましたが、でもここまできたら「やるしかない」「やるしかない」、こんな気持ちが体を動かしてくれました。

この仕事をやったらどうなるんだろう？ 迷っている暇はありませんでした。このまま私の人生を終わりたいくなかったのです。迷った時点、諦めた時点でもう道はないとおもいました。不思議なことにやってみたら自然と道は開けてきました。どうにもならないと思ったとき、どうしようもないときでも、きっと道はあると思いました。

このホームを立ち上げる際、市、県の福祉課へ足を運びましたが、今までこんな事をやろうとする人はいなく、誰も話を本当に聞いてくれる人はいませんでした。もちろん役所の答えは下を向きながら難しい顔で「いい話なんですけど……」で終わりです。でもこんな事では諦めません。一度やると決めた以上やるのです。

ホーム開設の頃は、毎日10人前後の入居者を見ながら、お昼は保健所、消防、経営、これから始まる介護保険の導入に向けて、などなどの書類提出のため県内を奔走しました。

今もですが、ゆっくり寝るひまもなく日々すごしています。もう見てもわかるように若くないので寝られない事と、息子に「シワが増えたね」と言われるのが一番体にこたえます。

入居者にはさまざまな介護が必要です。まさに十人十色です。

その人に見合った金銭的な介護料金負担の入居者に対する請求をできるだけ無視し、どれだけの納得できる看護ケアが提供できるか挑戦しました。

簡単に言うと納得する介護を患者にして、お金は患者さんが負担にならない程度の金額をもらうというものです。お金の事を心配していたらできなかったと思います。

なぜこんな事をしようと思ったかといいますと。

これは看護婦をしている時に思ったことなんです。今まで家庭や自分、なんらかの為一生懸命働いてきた人達が、病院より退院を迫られ次の居場所を探したりする姿にどうしても納得できませんでした。納得できる看護も労働条件の為できませんでした。ほかにも夫を亡くしたため老人の一人暮らしや、家族で面倒を見ることが困難な人、いろいろな家庭事情の為一人きりの人。

そんな人達に対しこのままでは絶対にいけないと思いましたし、自分でなんとかならないものかと考えてこの仕事をやろうと決めました。

現在長期入院の為の居場所作りを始めて1年7ヶ月、入居者17名その内訳は、

介護度5が5名

介護度4が2名

介護度3が3名（痴呆2名）

介護度2が2名

介護度1が4名

精神科1名

年間行事

7月 花火大会と七夕祭

9月 柿もぎ

10月 温泉旅行

12月 クリスマス会

1月 新年会

4月 お花見

6月 ジャガイモ堀

月間行事

お誕生日会・お楽しみ会

その他に

折り紙・貼り絵・カラオケ・ゲーム・

散歩・お茶会等

このほかにもいろいろ企画していきたいと思います。

4月の介護保険導入により、指一本動かない人の介護料が最高15万から36,000円（自己負担）へ変わり、家族にとってどれだけ負担がなくなった事かと思います。家族と本人への病気をしている事への精神的負担は、私達スタッフの関わりにより少なからず軽減されているはずです。またそれができないようであれば、このホームを立ち上げた意味はないのです。

最後に患者、家族に素敵な人に会えて良かったと思えるような仕事を模索し、先の見えない病気と戦う方々が、患者さんが家も良いがここは安心していれる所だと思える仕事をスタッフ一同心し、努力していきたいです。

今後も患者の立場に立ち、その人に何が必要で、家族はどんな思いでいるのか。そして大切な家族をお預かりし、預ける人の気持ちになり大切に関わっていきたいと思います。

いつも心に「ありがたい」と感謝し「ありがとう」を忘れずこれからも頑張りたいと思います。

新しい分野で活躍する看護職

— 社会保険健康事業財団の場合 —

保健部保健指導課 松 田 一 美

社会保険健康事業財団は、政府管掌健康保険の被保険者及び被扶養配偶者を対象に中小企業・小規模事業所の健康管理体制を図るため、健康保険法第23条に基づいた健診事業の委託を社会保険庁から受け、平成2年に設立されました。

【事業内容】

I. 生活習慣病予防健診に関する事業

1. 生活習慣病予防健診に関する事務

健診結果の本部ホストコンピュータでの一元管理及び健診データ分析システムの活用

2. 健診結果に基づく保健婦による健診事後指導

II. 健診増進施設の運営に関する事業

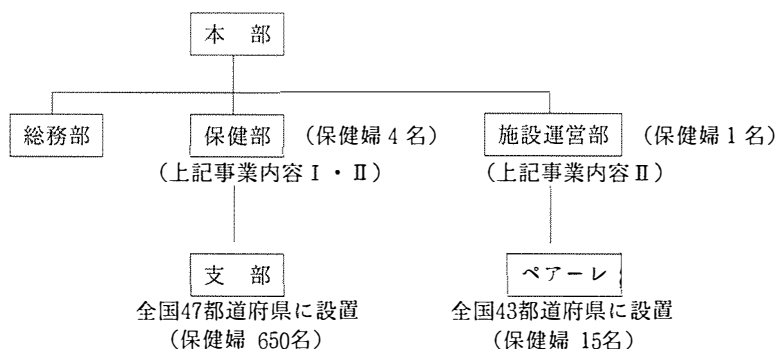
社会保険健康センター・社会保険健康づくりセンター（愛称：ペアーレ）の運営

（運動、カルチャー講座の開設・事後指導時に運動の必要な方への場所提供等）

III. 健康増進に関する事業

データを活用した幅広い調査研究の実施

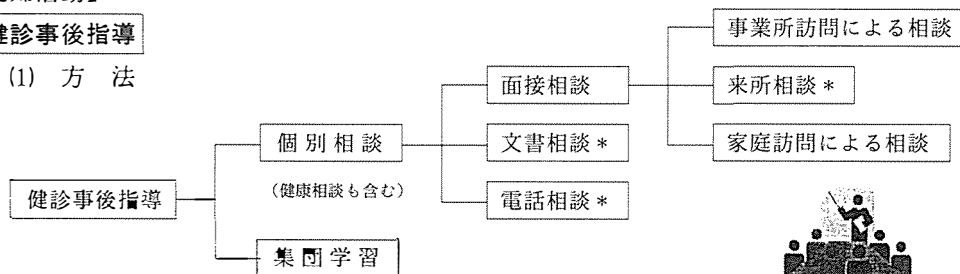
【組織】



【保健婦活動】

健診事後指導

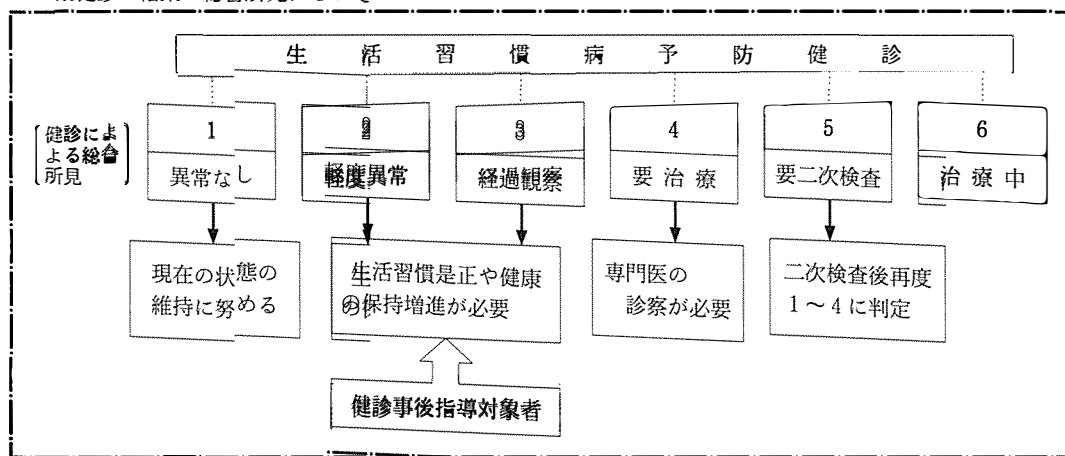
(1) 方法



（注）*印は平成10年度よりモデル実施、12年度より28支部において実施

- (2) 対象 生活習慣病予防健診※健診結果の総合所見が、原則として《軽度異常》・《経過観察》と判定された方を対象とする。

※健診の結果の総合所見について



- (3) 健診事後指導支援システム（保健婦パソコン）活用

健診結果の経年的変化を表やグラフで表示でき、生活習慣改善の動機づけに活用できる。

ペアーレ

- (1) 対象 講座受講生および一般利用者

- (2) 内容

健康相談…来所者の健康に関する相談や各種測定（血圧・体脂肪率等）を実施している。

健康セミナー・介護教室…健康保持増進、生活習慣改善に関する内容のセミナーや介護教室の企画と運営、講師を務める。

健康チェック…運動系の講座受講者を対象として、安全に講座を受けて頂くため事前に提出して頂いた健康調査票（既往歴や健康状態等）のチェックを行う。

【平成2年から12年の10年間の主な検討事項】

1. 事業所の受入れ

事後指導に関して、財団のスタッフも始めてなら、受ける事業所さんも始めてという状況下、事後指導の勧奨に対して「生命保険にはもう入っているからいらないヨ」「忙しい時だから時間がとれない」「みんな現場に出払っていないヨ」等入

口でシャットアウトが多かった。そこで、事業主の方に受け入れて頂ける策として、積極的広報活動・事業指導フローチャートの見直し・電話応答の方法の変更を実施した。

2. 相談場所の確保・時間の確保

やっと、面接にこぎつけても面接の場所・時間を確保する事も難しい状況であった。訪問時間や場所設定の工夫等をする事によって、少しずつ解消した。

3. 体制づくり（保健婦の確保）

現在は650名の保健婦を採用しているが、財団発足当時は230人からの出発だった。看護大学・保健婦学校・看護協会等駆け廻り、仲間を集めた日々であった。

4. 内部調整

保健婦が専門職として、充分活躍できるように指針・規則の制定・系統だった研修会の開催をした。

5. 保健婦の意識

『看護職は、仕事へのロイヤリティは高いが、組織へのロイヤリティは低い』と言われるが、私自身失敗を繰り返して、居心地の良い場所を見つけることができた。言わなくてはいけないことが言えない組織はよどんでくるが、言い方・言うタイミングに気を付けようということで、メンバーシップ・リーダーシップの研修会をプログラムした。

6. 相談者の行動変容を促す難しさ

生活習慣病は相談者自身の自覚症状がないので、健診結果の異常値に対する重大性を認識できない場合が多く、生活習慣改善の行動変容をおこすことが大変難しい。保健婦のスキルアップと共に、解決策のひとつとして、保健婦パソコンの開発をした。自分の身体のなかでおこっていることをビジュアル的に提示することで相談者の方々に明瞭にご理解いただけるようになり、生活習慣改善の

動機づけとなっている。

【今後の財■保健婦活動の主な検討事項】

- 健康寿命と平均寿命の差（6年間）をなくすことを大きな目的とする。
- 事後指導の質の向上（『健康日本21』にそった目標値の設定と実施・マニュアル各論の作成・事後指導の評価研究・研修会の更なる充実等）
- 事後指導の量の拡大（保健婦増員・手法拡充・他機関との連携等）
- 生涯を通じた保健活動の提供ができる場として、社会保険センター（ペアーレ）の積極的活用

※家族より多くの時間を共にした仲間と同じ方向をみて仕事を取り組めてきたことに心より感謝すると同時に、今後も個人の力量・人間性に依存した言わば、勘や経験に基づいた保健婦活動ではなく、理論に基づいた保健婦活動にとりこんでいきたいと思っています。

ユニ・チャームがなぜ専門職を求めたか

ユニチャームKK 排泄ケア研究室 山 元 ひろみ

1. ユニ・チャームがなぜ専門職を求めたか

商品を購入して頂くだけでなく、商品を使用し
ての排泄ケアの提案も行っていきたい。

そしてAI事業本部の理念である『生命の歓び
を追求する』、ライフリーブランドのコンセプト
である『寝たきりゼロを目指して』を実現してい
きたいと考えたから。

2. 具体的な業務内容

①スタッフ管理

②教育：

1) 社員研修

2) 社外啓発活動

- ・施設スタッフ教育
- ・在宅支援事業所などスタッフ教育
- ・薬局、代理店などスタッフ教育
- ・その他

③研究：

- 1) フィールド調査→社内へ還元 → 商品開
発、コンセプトメイキングへ
- 2) 研究会 → より良い排泄ケア理論の構築
へ
- 3) 産学共同研究

3. 現在の役割を担うまで

現在入社して3年目。初めから現在の業務を任
されていたわけではない。

求められた専門的情報を提供するだけという姿

勢から、専門性を生かした事業提案型へ、また自
己の専門分野以外に対しての積極的学習と介入と
いう自己啓発強化を行っていくことにより、現在
のポストを与えられた。

4. 弊社における看護婦の離職原因分析

有資格者（ヘルパー・介護福祉士・看護婦・保
健婦・介護支援専門員など）部隊のスタッフ計は
約60名。退職者が数名出たが、資格別割合を見ると看護婦が一番高い。離職理由は

①看護婦としての自己像とのギャップ

：看護婦経験で培ってきた誇りが傷つけられ
る。

②報酬に対する認識のズレ

：主張～看護婦なんだからもっともらえるは
ず。企業～ライセンスではなくアウトプ
トに対して見合う報酬を与える。

③ケア欲求が高く弊社での業務では満たされな い

：「会社が嫌なのではなく、純粋に現場に戻
りたい、看護がしたい」

5. 困難性と将来性について

会社の中で生き残っていくためには、いかに自
分が必要であるかをアピールできるかにかかって
くる。そのためにはコアとしての専門性をブラッ
シュアップしていくことはもちろん、業務を進行
する上での専門外の分野も含めた環境理解力・分
析力が必要。そして提案型の取り組み。これを備

えることで、役割拡大も可能となる。

今後も様々な人、様々な場所で何が起こるかわからないが、私は変化を受け入れ楽しんでいくた

いと思っている。なぜならば乗り越えるときにどんな自分が発見できるかが非常に楽しみであるから。

ケア・コーディネータの役割と活動

— 患者・家族中心の看護を継続するための試み —

セコメディック病院 吉田 千文

1. はじめに

一人の患者の療養過程には、医師、看護婦を初めとした様々な専門職が、その時の病状や治療の必要性に応じて、それぞれの立場から関わっている。同様に、療養の場の移行に伴い、関わる看護婦も変わる。継続看護や患者中心の医療という言葉は、従来からいわれ続けているが、職種間やセクション間の連絡は多くの場合書類によるもので、患者・家族の価値観や意志を尊重した援助の継続は難しいが、我が国の多くの病院に共通する状況と思われる。

筆者は、療養の場の移行にかかわらず個々の患者と家族が生き生きと主体的に療養を続けていくために看護婦はどのように関わっていったらいいのかということにずっと関心を持ち続けてきた。そして、博士課程終了後、自分自身の看護実践の中から患者主体の継続看護のあり方、方法論を見出したいと強く考え、ケア・コーディネータという現在の職を得た。昨年4月からの実践事例とともに、ケア・コーディネータの役割と具体的活動を示す。

2. 病院の概要

筆者がケア・コーディネータとして仕事をしている病院は、平成10年12月に開院。急性期治療を中心に行っている一般総合病院である。現在190床で、小児病棟を含む4つの病棟の他、手術室、透析室等がある。平均在院日数は14日～17日、外

来患者数は一日約500人程度。船橋市北部にあり、鎌ヶ谷市、八千代市、白井町、印西市と隣接している。周辺に高度医療、及び小児医療をおこなう病院が少ないため、複数の市町村の住民が利用している。また周辺には高齢者の保健・福祉施設が多く、高齢者が多い地域であることから、高齢者の急性期治療が行われることが多い。

このような背景から、セコメディック病院の看護には以下の3点が求められている。1) 多様な健康障害・レベルに対応した高度な看護の知識・技術にもとづく実践、2) 院内の多職種間、看護職間のネットワークづくりとそのダイナミクスの活性化、3) 地域看護、継続看護の視点に基づく看護実践。

ケア・コーディネーターは、筆者の個人的な関心とセコメディック病院の看護への要求から誕生したと考えている。

3. ケア・コーディネータの役割・機能

ケア・コーディネータの活動目的は以下の二点である。①患者・家族が療養経過に沿って変化するニーズに対して、タイムリーで効果的な援助を院内外の様々な部門・施設の看護職から得、主体的に療養を行っていくこと。②患者の療養に関わる院内外の多様な部門・施設に所属する多様な保健・医療・福祉職が患者・家族と目標を共有し、協同して療養を支えること。

ケア・コーディネータの役割・機能は、大きく

以下の四つにまとめられる。1) 他部門, 他職種, 及び他施設との連絡・調整。2) 看護スタッフの支援。3) 患者・家族への看護実践。4) 看護研究。

1) 連絡・調整

連絡・調整は, 患者の療養支援に関わる人々でチームを作り, チームが共通の目標に向けて有効なダイナミックスを発揮していけるようにすることである。具体的な活動は, 以下の如く。療養支援の目標とチームに含まれるそれぞれの役割理解を促進する, 協働に必要な情報の収集と提供, 医療チーム内での関係調整(コミュニケーションと相互理解の促進を含む), チームに含まれる各自の役割遂行を支援。これらは個別の話し合い, チームカンファレンス, 文書などの手段を通して行う。

2) 看護スタッフの支援

看護スタッフの支援は, 看護実践の主体である看護スタッフに対して, ケア・コーディネータはリソース・パーソンという立場から, スタッフが患者の療養プロセスという時間軸を視野に入れ, タイムリーに患者・家族を中心に看護を実践していけるようにサポートすることである。具体的な活動は以下の如く。①患者・家族の療養状況と実施されている看護ケアについてのモニタリング, ②看護チームのエンパワーメント, ③現象の示す意味, 看護計画, ケア方法に対するアドバイス, ④実践のモデルを示す, 現象の理解と必要な看護援助を示唆する理論を示すなどの教育, ⑤実践に役立つ最近の研究知見を提供, ⑥スタッフの相談にのる。

3) 看護実践

ケア・コーディネータの活動としての看護実践は, 高度な看護の専門知識と技術を必要とする実践であり, 現在のところ筆者自身の臨床看護婦と

しての経験と研究を通して発達させてきた領域で実践を行っている。具体的には心理・社会的援助を必要とする対象への看護ケア, 家族への看護ケア, 老人への看護ケアなどである。

4. ケア・コーディネータとしての実践事例

70歳男性, 直腸癌, 痔瘻癌で肝転移, 予後半年の診断。臀部に露出した癌から血液と体液が漏出, 悪臭と疼痛があった。妻, 医師と看護婦の説明・指示, 看護ケアを受け入れず暴言を吐く。医師より手術を納得させてほしいという依頼があった。この患者・家族の支援に関係したのは, 消化器チームリーダーの医師, 主治医, 病棟看護婦, 手術室看護婦, 訪問看護婦, 外来看護婦, 院外のWOCナース, 救急隊。

活動経過: <術前>医師と療養の主体は患者と家族であること, この患者にとって手術は終末期医療としての意味をもつことを確認。病棟看護婦に対して, 1) 医師からのコーディネート依頼と医師との確認点について情報提供, 2) コーディネータとしての援助方針の提示, 3) 患者とのコミュニケーションの基本的姿勢, 疼痛コントロール, 術前オリエンテーションの重要性と具体的方法について助言, 4) ケア担当の看護婦を励まし, 実践を賞賛して力づけた。患者・家族に, 面接と直接ケアを通して1) 信頼関係の形成, 2) 告知後の情緒的安定の促進, 3) 病状を理解したうえでの治療の選択決定を支援, 4) 陰湿な患者-妻の関係調整を実施。これらケア・コーディネータの援助と患者・家族の反応について, 随時医師と病棟看護婦に情報提供, その後の援助方針について相談した。

手術決定後, 手術室看護婦に対して1) 臀部痛や自己概念に対する脅威という看護上の問題を情報提供, 手術室での具体的援助方法を検討, 2) 患者とのスムーズな関係形成を支援した。

＜術後＞患者・家族に対して、病棟看護婦と共に術後回復促進に向けた看護援助を実施。病棟看護婦に対して、手術後回復過程に沿った心理的援助の理論と実際のモデルを示して援助活動を支援。術後安定期に入った頃より、患者・家族と1) 面接を繰り返し終末期の過ごし方についての方針決定を促し、2) 自宅療養を希望する患者と拒否する妻との関係調整に取り組む。患者出席のもとでの息子の結婚式の実現化を通して家族としてのまとまりを取り戻すよう支援。さらに、WOCナースのストーマと離開創のケアへの介入を促進。妻は在宅でも患者のセルフケアが療養の基本で、訪問看護で患者ケアが継続可能と理解し在宅療養へ方針を決定した。

主治医に患者・家族の在宅療養の意志を伝え、治療継続の方法を相談。また外来看護婦と訪問看護婦に対して、1) 患者・家族情報の提供、2) 継続する看護上の問題と援助方法について確認、3) 入院中からの患者・家族との関係成立を支援した。

＜退院後＞訪問看護婦、外来看護婦、WOCナース、医師と患者・家族の療養状況と看護援助について随時連絡を取り合い援助方法を相談。患者・家族に対して引き続き自宅及び外来で1) 療養支援、2) 家族関係の調節を実施。病状の悪化に伴い、主治医に病状説明と延命処置の意志確認を依頼。患者と妻に対して、1) 死への心理的準備を支援、2) 在宅死か病院での死か意志決定を促し、3) 急変時の対応方法を指導。また妻の承諾を得て、救急隊に心肺蘇生なしでの移送を依頼。さらに訪問看護婦、外来看護婦、病棟看護婦に対して、患者・家族が選択した看取りの方法を連絡、最期まで患者と家族を中心にした医療が継続していくように手配した。

以上、ケア・コーディネーターの関わりにより、患者・家族は主体的に手術、自宅療養、看取りの方法を選択。最期の入院までの数ヶ月間を自宅で

過ごし、患者出席での結婚式を実現した。

5. ケア・コーディネータの活動を可能にすること

筆者がセクションや施設を越えて活動でき看護スタッフに影響を与えることができるのは、以下の2点による。1) ケア・コーディネータの病院内での位置づけ：特定の病棟や外来に所属しない自由な立場にあり、婦長と同等のパワーを持つ。2) 病院の理念と方針：病院の名称であるセコメディックはセキュリティ、コミュニケーション、メディスンを示す。安全で人々に安心をもたらす医療、人々とのコミュニケーションを大切にした医療、という病院の理念を表し、厳しい職員教育は病院管理が行われている。ケア・コーディネータの活動は病院の理念に沿っており組織の発展に寄与すると認められている。ケア・コーディネータとして効果的な役割を発揮していくためにはこうした職場環境が不可欠といえる。

6. ケア・コーディネートする上での重要点

1) 患者・家族の価値観、意志を尊重した療養を支援していくという姿勢を一貫して持ち続ける。2) 患者・家族支援の主役はスタッフであることを肝に銘じる。3) 医療、福祉、介護職の各々の役割を理解し各々の思いや考えを理解するように努力する。4) 相手を傷つけずに、しっかりと主張。攻撃されてもうまくいなくても耐える。

7. おわりに

これまでの1年間は、一つ一つの状況における筆者自身の判断と行動、及び様々な人々との相互作用を通してケア・コーディネータの役割を試行錯誤で発達させてきた。今後は実践データを基にした看護研究に取り組んでいきたいと考えている。

経済学からみた看護サービスの現状と展望

日本銀行 篠塚 英子

1. 視 点

経済学からみた看護サービスの分析としてはすでに、『看護マンパワーの経済分析』という優れた報告書がある¹⁾。そこでは看護サービスについて論じるべきものはすべて論じ尽くされていたといっていよい。しかし、すでにこの報告発表から10年を経ている。しかもこの10年は日本経済にとって「失われた10年」と呼ばれるほどの、戦後初めて経験した大不況に苦しまされた10年であり、現在もまだその途上にある。その意味では、この間に起こった経済環境が看護サービスのあり方にたいしてどのような変化をもたらしたのか、あるいは、なにも変化などもたらさなかったのか、を見極めることは重要である。それは、看護サービスが政治・経済の中で、どのような位置付けにあるのかを確認する作業でもある。

結論を先取りするなら、第1に、わたしは、この「失われた10年」という惨憺たる経済状況の中にあって、働く人々の価値観が大きく揺らぎ、既存の雇用制度が崩れつつあるが、その中にあっても、専門職としての看護サービスの位置付けがむしろ、専門職として強まったことをまず指摘したい。その背景にあるのは、モノから得られる満足

よりもサービスから得られる満足へと、人々の経済における価値観が大きく変わったからである。第2に、さらにそれを支えるのが、すでに始まっている高齢化社会における医療・介護サービスのマンパワーの需要増大である。新規に雇用を創出する分野として、現在、産業界では情報・通信分野と並んで看護職への期待が大きく、また目下、政府の支援策が講じられている。第3に、しかし、この分野はまだ依然として女性が圧倒的に多い。そこで男女共同参画型社会の形成のためには、高度な専門職である看護サービスの人的資源を維持するため、夜勤■数を軽減するなど就労条件改善の方策に向けて、英知を結集すべきである。以下、順次見てゆく。

2. 経済学におけるサービス労働の発見

現在の経済学の原型は、イギリスの産業革命が起り始めていた1776年、イギリスの道徳哲学者アダム・スミス（1723-90）の『■富論』にさかのぼる。スミスは経済取引の行為、すなわち交換が自由競争の原理で行われるほどお互いに利潤と便益をもたらすとして、できるだけ政府の介入が無い世界が富をもたらすという思想を導いた。こ

1965年武蔵大学経済学部卒、慶応大学商学博士、(社)日本経済研究センター研究員、お茶の水女子大学家政学部助教、同教授、同大学生生活科学部教授、98年3月退職、同年4月より日本銀行政策委員会審議委員現在に至る。労働経済学専攻。主な論文「付添婦—歴史的変遷と現状」(『女性が働く社会』第8章)、「The Supply of Manpower for Care Services from the Viewpoint of Care Insurance」(『Review of Population and Policy』No.7)など。

うした交換による取引が成立するのは、この取引に参加するものが共に利益を得るからである。取引引きによって、生産者は利潤から、消費者は購入した商品から、大きな満足を得るのである。産業革命がスタートした当時、金銀貨幣こそ富の源泉であるという重商主義と、農業こそ国の富を生み出す源泉であるという重農主義が勢力を持っていた。これに対して年々の労働こそ富の源泉であり、したがって、一国の富とは、第一に、農工商などの生産的労働における分業の細分化によって、第二に、生産的労働者を雇用する資本蓄積度の度合いによってきまるもの、とスミスは見た。そこでこの富の源泉である二つの条件を妨害する、封建制と重商主義を支持する国家の規制こそ排除すべき対象と批判した。現在はスミスこそ自由競争の元祖といわれているが、それはこうした当時の時代背景があったのである。

ところでこの経済学の世界で、「生産的労働」とは何を指すかは、大きな論争であった。重農主義の時代には農業こそコストを超えた純生産を生み出すものとみなした。それがスミスの登場のによって、「すべての商品の生産と分配は生産的」と定義し直された。とはいえ、それでも、スミスがモノを生産する以外のサービス労働すべてを、生産的労働と定義したのかどうかは、不明である。サービス労働も生産的労働であるとして、国民所得に取り入れるべきとして認知されたのは、スミスから110年以上経過したアルフレッド・マーシャル(1842-1924)によってである²⁾。彼によってサービス労働もまた生産的労働であり、一国の富を形成するとして経済学上の生産的労働とみなされた。ようやく、家事使用人、弁護士、兵士などと一緒に、医療従事者である看護サービス労働も経済を支える重要な項目になったわけである。

経済学上にサービス労働が、所得の源泉として位置付けられたことは大きい。介護、福祉サービス労働は、古くから社会には欠かせない大きな役

割を担っていたにもかかわらず、戦争における看護職は国民の当然の義務であり、貧困者への介護・救済は富める者の当然の行為、という認識が長く続いた。そのため、こうした職業は生産者の経済行為とは一線が引かれ、需要と供給により市場で価値(賃金)が決まるというサービス労働一般の職業から区別されてきた。また看護職というサービスは、福祉職と共に、女性が伝統的に担ってきた職業であるために、生計の主たる責任者でない女性労働には関心が低い時代が長く続いた。そのため、労働条件の改善などにたいして社会的認識も低かったと思われる。

しかし、時代は変わり、経済に富をもたらす源泉は逆転した。モノからサービスによって作り出される方が大きくなった。その結果、そこに従事する労働者の数も、サービス労働の方が大きくなったのである³⁾。

3. 看護サービスの現状

3. 1 看護サービスの量・価格の決定

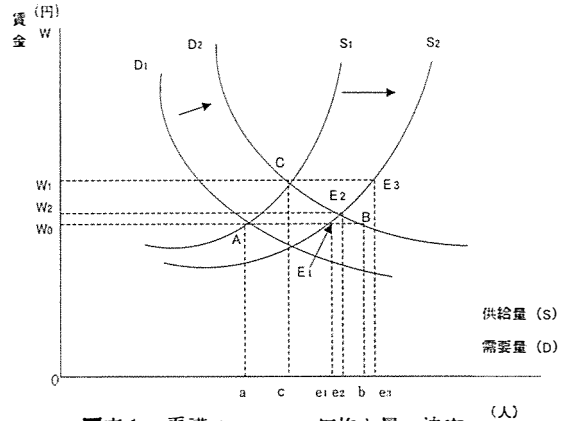
前節でみたように、看護サービスは現在、経済学の中で、一般の経済財や他のサービス職業と同様に経済学の対象であり、分析にも同じ手法が用いられる。すなわち、需要demand(以下Dで示す)と供給supply(以下S)によりその財やサービスの価格と数量が決まるのである。看護サービスにおける価格とは賃金wage(以下W)あるいは給料であり、数量とは看護職従事者の人数である。

これまで看護婦不足であった時代が長く続いていたが、この状況も通常の労働市場における需要と供給の枠組みを用いて、ある程度の説明ができる。図表1を用いる。縦軸が賃金、横軸が看護婦の人数である。需要は看護婦を必要とする病院の賃金提示とその需要量を表す。他方、供給は看護職従事者が、働きたいと思う賃金とその人数の行動である。需要者は賃金が高いほど雇用者を減ら

そう思うため、賃金に対して右下がりとなる。他方、働く側の供給者は、賃金が高いほど働く人が増えるので、賃金に対して右下がりになる。

図に即してみる。当初需要は D_1 であったが、時間の経過と共に病床数の増加や病院建設の増設で需要が増加して、 D_2 に上方シフトした。それ以前、市場はA点で均衡し、賃金は W_0 、看護者数は a 人であった。しかし、需要が増大して看護職が足りなくなった。だが足りなくなったからといって、看護婦がすぐに誕生するわけではない。専門学校での教育が必要だから、時間がかかる。もし商品なら在庫があるから人間のサービス供給ほど時間がかからであろう。モノの市場ではすぐ価格が高くなって、供給も増えるかもしれない。もし潜在的な看護婦が大量にいながら職につかないであまっている状況なら、モノと同様に即座に市場に参入できる。その結果、賃金は W_1 に上昇し、かつ、看護者もC点に移動して、 a 人だけふえるであろう。しかし、前述したように、簡単に看護婦はふやせない。また、賃金も医療保険制度の診療報酬点数で■定されており、弾力的に即座に対応できないのが一般である。そこで、通常は需要と供給のギャップがABで示され、看護婦不足の人数は ab となる。また賃金水準はもとの低いままである(W_0)。しかし長い時間をかければやがて市場には賃金上昇圧力がかかり、いずれC点に上昇する。その結果、賃金は W_1 に跳ね上がり、看護婦もAからCに増加するはずである。

しかし、最近では後述するように、そうなるまえに看護職不足への対応がみられる。とくに専門的技術をもった看護職への需要増加に対しては、積極的に供給■での増加がみられる。とくに看護関係の大学学部(学科)の増設が顕著であるから(これは単に人数不足の解決ではなく、サービスの質的向上、すなわち生産性の向上を意味する)、供給曲線は明らかに右側にシフトしている。そこで図表1では供給を S_1 から S_2 にシフトさせた。



■表1 看護サービスの価格と量の決定

にもかかわらず、現状で依然として賃金は W_0 の低い賃金水準にとどまっていたとしたら、新しい供給 S_2 になっても、 W_0 の賃金で成立するのは E_1 の交点である。この状態では E_1 Aが供給過剰として存在している。しかし現実には起きたことは、需要不足に対応して供給を増やす政策がとられた。すなわち、現実には E_3 を通じて E_2 に移動したとおもわれる。すなわち、均衡状態 E_2 では当初の需要不足AB(又は ab)が若干解消され、 AE_2 人の供給になった。賃金は W_1 よりは低いが必要不足であったときの賃金 W_0 よりは高くなっている。

もちろん、現実の看護職の賃金と人員の過不足は公立・私立の病院により異なり、賃金も図表1のような理論通りにはなっていない。しかし、後述するように、大枠はこの概念図で説明できる。問題は個別の職場条件、雇用形態、地域差などにより、それぞれ相違があることで、これについては、個別に検討していかなければならない。そこで本節での論点は看護職といえども、他の専門職のサービスとまったく別個のものではなく、市場の需要と供給の影響を色濃く残して変化をしているということである。その意味では特殊なテーマではなく、■民経済を担う重要な人材の能力・開発という雇用政策の同じ土俵で考えるべきである。そのうえで、このサービス特有の問題とは何かを

分析すべきと考えている。

3. 2 看護サービスの国際比較

このテーマの視点は、前述したように日本の看護職には日本だけが抱える特殊な事情がどれだけあるのか分析することである。しかし、筆者の能力の限界で独自にデータにあたることは出来なかった。ここで紹介するのは大半は、平成11年版『厚生白書』によっている。

図表2はOECDのデータにより作成した、1時点のみ医師・看護婦数の人口1000人当たりの9カ国比較である。1時点だけであり時間的な変化はわからない。しかし、1時点でも明らかなことは、日本の看護婦数は他国と比較して決して少なくないことである。むしろ医師数の方が相対的に少ない。日本では医師数の供給（大学定員）を制限していることの現われでもある。しかし人口1000人当たりだけでは、患者という直接の看護需要との関係がわからない。

図表3では、これを考慮して病床、患者行動、医療施設別に看護職の比較を見た。これから次の点に分かる。第1に、日本は病床数が飛びぬけて多い。第2に、そのため病床1床当たりの看護職員の数が少なくなる。すなわち患者からみると看護婦不足である。しかし、この状態もゆるやかに改善しつつある（一般病院100床当たり看護職員数は10年間で1.3倍の増加）。第3に、平均在院日数が飛びぬけて日本は多い。このことも看護職員の不足感を高める。

図表4は平均在院日数の国際比較である。たしかに日本の日数の長さが異常であるが、1985年をピークに減少に転じている。これは「日本の病院機能や、入院医療の在り方、患者の入院行動等が他国と明らかに異なっていることを示唆している。」（平成11年厚生白書、p.105）。他国でもこれまで在院日数が30日を越えていたが、最近では20日以下に減少したという。日本でも医療に関わる人的・

物的資源に限りがあることから高齢期に必要な医療サービスと介護サービスの見なおしが始まっており、現在その途上である。平均在院日数の過去10数年におよぶ減少もその効果の現われと見て良いのではないだろうか。

以上を要約すると、交際比較でみた看護職員数のわが国の現状は、平均以上にみえる。問題は日本的な特殊事情である病院在院日数の長さが、実感としての看護婦不足を過大にしているのではないだろうか。

3. 3 西村・巖（1990）の分析

看護婦職の80年代の急速な増加については、前述した『看護マンパワーの経済分析』における西村周三・巖 善熾による優れた研究がある⁴⁾。ここでは彼らの結果を簡単に紹介するに止める。次章で検討する彼らがカバーした後の1990年代以降について、その分析がまだ有用であるかどうかの材料としたい。

看護職数の変化は医療保険制度における診療報酬点数の「基準看護」（1958年創設）と切りはなせない。

入院患者に対し何人の看護婦を配置するかという「基準看護」の変化がそのまま、看護職の需要になり、給与の引き上げにも反映されると考えられるからである。

西村・巖論文から明らかになったのは、以下のことである。

- 1) 1974年以降、基準看護料は80年代にかけて9 ■引き上げられ、入院の普通看護料は1973年の30点から89年の140点まで引き上げられた。しかし、総点数に比べて看護料はそれほど高くない。
- 2) その背景には、1972年までは看護料が室料と一括した「入院料」としてあつかわれていたが、その後は看護料と室料に区別されたことがあげられる。入院行為1件当たりの報酬点数は入院

料(約6割)が最も多く次に、看護料約2割、室料約1割になる。このうち室料は入院料の約2割前後を占め病院の重要な収入源である。そこで80年代以降は、病床数の増加が一般的になり、その結果、看護婦数の需要増が生じた。すなわち、看護婦数増加は病床数の増加でかなり説明できる。

3) 他方、看護料は入院料の35%を占め、室料よりウェイトは高いが、看護料以外の注射料、手術料、処置料などの診療行為の中にも看護サービスの対価は含まれるとも理解できる。すなわち、1件当たり「看護料」だけでは看護婦の「給料」をすべて表す指標とはいえないかもしれない。

4) 病床数の増加による看護婦数の増加は結果として、看護職の給与の上昇に結びついたのであるか? 西村・巖氏はまずデータ利用上の困難さを指摘したうえで、限定的としながらも、労働省『賃金構造基本調査』を用いて、両者の時系列的な変化(実質賃金の変化率と病床数の変化率)をみた。その結果は両者の間に明確な関係は見出せなかった。

5) そこで次に、データーを公私病院連盟の「病院経営実体調査」から、公私別に、100床当たり医業費用、給与費、材料費、医業収入、入院費用などを、他方、自治省「地方公営企業年鑑(病院)」からは、看護婦と准看護婦の「基本給」を消費者物価で実質化したものを、取り出した。それぞれの変化率を用いた1973年~89年までの時系列データで相関分析を行い、相関係数をみた。主な発見は次の通り。

①公的病院では看護婦数(100床当たり看護婦数)の増加と医業収益や入院費用の増加率の間には正の相関が見られたが、看護婦の給与との間には正の相関はなかった。しかし、1件当たり看護料と医業収益、入院費用、看護婦給与の間には相関があった。このことは看護婦の給与引き

上げは看護人数の増加よりは看護基準の改定に応じて引き上げられると解釈できる。

②私立病院の場合は、看護婦数の増加と医業収益や入院費用の増加率の間に正の相関は見られず、また看護婦の給与とも相関は無かった。さらに、1件当たり看護料と医業収益、入院費用、看護婦給与の間には公的病院のような有意な相関はみとめられなかった。これは私的病院では7割が基準看護をとっていないということによるのであろう。

③看護婦と医師の賃金格差は、公的病院よりも私的病院のほうが大きい。しかし格差は時系列的には縮小してきている。公的病院では医師が看護婦の2倍、准看護婦の1.8倍に対して、私的病院では看護婦が3.1倍、准看護婦が3.4倍であった(1989年)。

結局、西村・巖(1990)の分析から、看護婦の労働条件は私的病院の増床志向により、大きく攪乱されてきたことが明らかにされた。そこで、看護婦不足を解消するのに基準看護料引き上げは一時的な効果を果たしたが、今後長期的に看護労働を確保していくためには、看護料の水準が看護婦給与という原価にもっと近づける工夫が必要という結論であった。しかし基準看護を実施していない多くの私的病院には、別途の対応が必要ということになる。

以上が80年代以前の看護職の状況であった。その後続く90年代に入ると、ここで発見された情報を変更する必要があるのか、という点から以下見ていこう。

3. 4 看護職数の推移と看護教育

医療従事者の変化

■表5は主要な医療関係従事者の約40年におよぶ推移である。医師、歯科医師、薬剤師の緩やかな増加に対して、看護婦と准看護婦は、特に80年

代以降、急速な増加がよみとれる。これは前節でみた、80年代の病床数の増加に対応したものである。

図表5は病院だけでなく診療所などの従事者を含むことに注意が必要である。図表5の下部に80年代半ば以降の看護職の増加がいかんにか顕著であったかを数値で示した。90年を境にして看護職の年平均増加率は以下のような特徴がある。第1に、全産業の雇用者数の平均増加率よりはるかに高い伸びを示した（90年代の雇用者の年平均増加率1.6%に対し、看護婦（士）5.1%、准看護婦（士）2.0%）。第2に、女性雇用者全体は男性より大きな伸びを示していたが、看護職はそれを上回る伸びであった。第3に、医師よりも看護婦（士）、准看護婦（士）の方がともに増加が大きい。第4に、看護婦は90年代に入っても増加率は衰えていないが、准看護婦数の伸びは低下している。その背景には准看護婦が看護婦にシフトすると同時に、働く先が病院勤務で減少し、地域医療をにう診療所に相対的に移ってきたと考えられる。後者については90年代に入ってから地域医療へのシフトは、看護職全体においてみられる（病院勤務の割合は84年、看護婦（士）86%、准看護婦（士）69%から、96年は看護婦（士）83%、准看護婦（士）63%）。

女性政策の国際的潮流

このような90年代に入り、看護職増加傾向の直接的背景には遅れていた看護教育に対する社会的関心の高まりが、一気に現実的な対応に向かったことがあげられる。その要因としては、高齢化社会の不安と、そこに従事する医療マンパワーへの対応が厚生省のゴールドプラン、新ゴールドプランを通して認識されたこと、さらに国連が主催する世界的な女性の地位向上に向けた強力な運動があげられる。すなわち、1975年に『国際女性年』の立ち上げ、それに続く『国連女性の10年』を国際的な運動期間として定め、女性の地位向上を達

成するために政府に行政的組織を設置することが規定された。日本でもこれを受けて、総理府に『婦人問題企画推進本部』設置が閣議決定された（75年9月）。

90年代に入ると、着実にその成果があらわれ、日本政府にも男女共同参画型社会を実現するための組織として新たに総理府に男女共同参画室および男女共同参画審議会が設置（1994年6月）され現在に至っている。同審議会の誕生によって初めて国の女性政策が国政として議論されることになった。

こうした一連の女性の社会的な地位を向上させようという内外の運動の中から、女性の職業として最も伝統があり、かつ、人数が多い看護職の見なおしに向かったのは当然のことであろう。とくに、国連の運動では、女性の社会的地位が低い背景として、どの国でも普遍的な古い慣習に根ざした性差別意識があることから、すでに1967年に国際法として『女子差別撤廃法』宣言を採択していた。日本で同法を批准したのは、「国連婦人の10年」も終わるデッドラインである1985年であった。こうした国際法を受け入れたことで、日本における女性の働く環境は国際法のもとでもチェックを受けるものに変わった。『男女雇用機会均等法』（1985年）の成立、施行（翌年86年4月）など法律の対応も、こうした国際的な潮流の中で誕生した。

看護の高等教育

看護職はもっとも男女差別が残る職業といわれてきた。医師と看護婦の関係を単なる補助省ではなく対等のパートナーシップを持った職業に高めるには教育による質の向上が先決である。こうして看護職を高等教育に位置付ける機がようやく熟した。

図表6からその推移が明確に確認できる。これまで看護職の教育は学校養成所でおこなわれていたが、准看護婦学校養成所は減少の傾向をたどり、

より質の高い看護婦学校養成所の数が増加している。さらに4年制の看護大学(看護学部または看護学科)の整備が90年代以降急速に整備されてきた。1999年度時点でその数は76学部(学科)におよび、また大学院修士課程を持つものは31、博士課程では9校となった。看護サービスは量と質の向上に向けて大きく動きだした。残る問題は看護職の労働条件に代表される賃金や雇用形態である。最後にこの点を検討しよう。

3. 5 雇用発展が期待される医療・福祉分野

本章の冒頭で述べたように一般的に、サービス価格は、労働の需要と供給により市場で決定されるとみてよい。これまで見てきたことは、大筋で医療サービスの需要増加が看護職の不足を招き、看護基準料で一時的な給与への対応がなされてきた、しかし、給与面の対応は十分になされていない、というものであった。以上は80年代までのデータによるものであった。90年に入っても同様の傾向が続いているのが以下見てみよう。

図表7は80年代と90年代に分けた産業の雇用増加を医療産業との対比でみたものである。すでに図表5でも確認できたが、この図表からは90年代に入り、モノを作る製造業からサービスを提供する分野に雇用吸収の役割が移り、特に医療と社会福祉に分野で年率3%を超える高い雇用を吸収してきたことがわかる。すなわち、依然として看護職への労働需要は今後も期待されるのであり、それに応えるべく、人員と教育の向上にむけた投資が現在おこなわれている。さらにこの表の意味するのは、今後の日本経済の成長に寄与するのは、モノを作る分野ではなく、サービスを提供する分野であるということである。そのために、その人材の確保と高い生産性を上げるために、労働の質を高めるさまざまな工夫が、■をあげて検討課題に上がっている。

こうした状況を法律面でも支援する動きが活発

になってきた。例えば、「介護労働者の雇用管理の改善等に関する法律」(1992年)、「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」(1992年)、「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な方針」(1993年)などである。加えて、人口構造はすでに少子化の流れにあり、将来、若年層の労働力確保は難しくなってきた。そこで、医療・福祉分野のマンパワーの確保には、中高年の働く意欲のある人材活用が重要な課題として上がっている。看護資格を持っていないが埋もれている人材については、中高年齢層の再教育や能力開発の体制、看護職養成機関における社会人が参加可能な整備など、課題としてあがっている⁵⁾。

看護職についてはこうした面での対応がより強く求められる。なぜなら看護資格を有している人材がなぜ現在就業していないかという理由を把握し、その原因がどこにあるかを探ることが有限な人的資源を有効に使う一番の近道だからである。看護職はこれからいっそう高度な教育投資が投入されていくことから、そうした教育にみあった社会的処遇をすることが結局、社会への還元につながっていくといえる。

3. 6 看護サービスの労働条件

西村・巖(1990)で、すでに看護職の給与は医師と比較した格差が80年代を通して縮小傾向にあることをみた。本項では男女間格差に視点を置いてみてゆく。一般に給与の男女間格差をもたらす最大の要因は、勤続年数である。女性は結婚、出産、育児などのライフ・サイクルに合わせて退職や再就職を余儀なくされる場合が多いため、どうしても男性と比べた勤続年数が短くなる。■本的な雇用慣行にあっては男性を中心に年功的な賃金形成がなされてきたから、勤続年数の違いはすぐ給与水準の相違に跳ね返る。

図表8は「労働白書」から、産業別に医療従事

者の勤続年数がどのような特徴を持つかをみたものである。これによると明らかに医療や社会保障関係の従事者は勤続年数が短くなっている。男女別・学歴別にみても同様な傾向がみられることから、この分野における特有の傾向であろうと、白書では分析している。その要因として、この分野の離職率を掲げて、「離職率が産業計などと比べても高くなく、また、ほとんどの年齢階層においても入職後5年未満の者の割合が全産業と比べて高めの傾向であることから勤続年数の短さは、これらの分野が急激に発展して、新規参入が相次いでいるためと考えられる」⁶⁾（この説明に用いている付属資料は本文では省略した）。

この意味するところは、経済学でいう労働需要が活発におこなわれているところでは、労働供給者の転職機会を促す情報が多くあり、その結果この分野の労働者はより良い条件を求めて上方にシフトしていることを示す。このことから、看護職についても、他の職業にくらべてよりよい労働条件を求めているという、プラスの労働環境の中にあると言って良いであろう。

図表9は労働省『賃金構造基本調査』を用いて、医療従事者の給与・賞与水準と年齢などを性別にみたものである。比較のために、一般労働者のなかからサービス業の男女も掲げた。年齢を見たのはほぼ勤続年数に置き換えることができ、給与水準の格差のうちかなりの部分を説明できるからである。そこで年齢格差にはほぼ見合って給与格差がついているならその格差は勤続年齢によるものとみて、差別とはいえなくなる。また近年、看護職への男性の参入は目覚しく⁷⁾、長年、長年、女性だけの職場といわれてきたなかに意識変化をもたらし、労働条件の改善にも結びつくよいきっかけといえる。

このように見てくるとこの表から次のことがいえる。第1に、勤務先規模を合計した数値でみると、医師、看護婦（士）、准看護婦（士）の3職業

については、給与・賞与ともに、医師の男女間格差が年齢格差に比して大きい。医師は病院規模などを考慮しても依然として、男女間の給与格差は大きい。しかし看護婦・准看護婦はほぼ年齢格差に応じた給与格差とみてよい。すなわち、看護職では男女間賃金格差は無視しえるものである。第2に、勤務先規模が1000人以上の大規模になると、むしろ看護職の方が賞与を中心に年齢格差以上のものを得ている。第3に、しかし規模が小さい所になると逆転し、看護職は年齢格差に比べて給与、賞与ともに男女間格差は拡大している（年齢は女性のほうが高いのに、給与は低くなっている）。第4に、しかし、一般のサービス労働者に目を転じると、男女間の給与格差は大きく、年齢格差は男性の93%にすぎないのに、給与・賞与ともに給与の6割と少ない。そこで看護職は専門職として位置づけられ、一般労働者に比べ給与面の優位性は歴然としている。

3. 7 看護職の配置基準

残る労働条件の問題は働き方であろう。図表9の規模計には所定内実労働時間と超過実労働時間も掲げた。これで見る限り、とくに看護職が超過時間労働の状態にあるとはいえない。

とするとやはり、看護職の働き方の問題は深夜勤、准夜勤、昼勤という交代制に尽きるであろう。この分野の研究もすでに草刈（1990）の優れた論文がある⁸⁾。看護婦不足について苦慮したアメリカのケースを紹介した草刈論文では、現在の問題の所在とその解決策を次のようにまとめている（前掲p.85）。

全米で看護婦不足に直面したとき、逆に看護婦不足を招いていない病院ではどのような経営をやっていたかを徹底的に探求した。その結果、看護婦が病院を選んでいった基準は、給与が第1なのではなく、患者と看護婦の人的配分にこそ人々の最大の関心が集まっていた。これこそ良い看護サービ

スのための最も基本となるものだといっているのである。

現在、日本では看護婦不足に対処するには夜勤の解決がもっとも重要な課題といわれている。この問題もつきつめるなら、上記の患者と看護婦の望ましい人的配置に突き当たる。現在日本でとられている「入院患者4人に対し看護婦1人」という医療供給体制の基準は、半世紀もまえの1948年に設定されたものである。だが過去半世紀におよぶ日本医療の現場で起きてきた劇的な変化を考えると、これほど長い期間に渡り配置基準が■定されてきたことの異常さこそ、指摘されなければならない。

単に医療サービスの需要が増大したことだけが配置基準の変更要求なのではない。医療技術の高度化、それに求められる医療従事者の高度な専門技術の習得、さらに入院患者の長期滞在化と人員増大などが■考の背景にある。現在(2000年2月20日)、「入院患者3人に看護婦1人」の実現に向けた医療提供体制の■革が大詰めを迎えている。欧米では「1対1」さえも珍しくないという。日本でも「3対1」の基準はすでに86%の病院が達成しているという⁹⁾。しかし日本医師会は「地方の病院は看護婦を雇いたくても集まらない」として、現行基準の維持を譲らない。厚生省案の「3対1」は、2月21日の医療審議会に答申する予定といわれ注目されていたが、今春の■会(2000年)提出は廃案になった¹⁰⁾。

もし「3対1」になれば、夜勤体制も変わる。例えば入院患者48人を例に取ろう。3対1なら看護婦の定員は16人になり、昼も夜もこの人数で患者をみる。夜勤回数月8回として、昼勤、準夜勤、深夜勤の交代表を作ると、昼間は病棟に看護職を6.4人配置できるので、この場合1人の看護婦が担当する患者は7.5人になる。しかし、夜勤には看護婦が2人しか配置できず、1人の看護婦が担当するのは24人である。夜勤に3人の看護婦を配置するには「3対1」では不足で、「2対1」が

必要になる。つまり、現状の提案3対1でさえはこのような状況である。

仮に「3対1」が実現したとしても、なお深夜勤の勤務回数をどのようにして減らしていくかという問題が残る。このテーマも草刈論文では丁寧にサーベイしている。このテーマについて筆者は十分な情報を得ていないが、草刈論文を読んだ限りでは、専従夜勤勤務の活用に今後は全面的に切りかえることが必要と思われる。(この点、筆者は知識がないので、ご批判いただきたい)。

その理由は2点である。第1は、すでに日本の看護職も高等教育を受けることが自然な流れに変化した。ということは学生が昼は勉強をし、シフト形態で専従夜勤が可能な環境が整っているということである。あとは学業と夜勤の負担をいかに少なくするかといった運用面の工夫をすればよい。この点は現場から反論があるかもしれない。先と併せて、ご批判をいただきたい。

第2は、すでに看護職は女性だけの特別な労働ではなく、他の専門的労働と同様に、職業と人生が一体化した女性のライフスタイルが定着している、という点である。すでに一般の女性労働は、世帯数の半数を占め、何らかの形で就労している。働き方も多様である。フルタイム労働だけが労働のモデルではない。オランダではパート労働が一般的である。この■では大臣でさえパートである。日本でも看護職だから常勤が望ましいとか、常勤でなければ責任ある仕事が任せられない、という「べき」論から脱却する局面に達した。それだけでなく、21世紀は労働力不足の時代である。従来の発想を転換しなければ前進できないのではなからうか。

5. 要約と展望

要約

以上を簡単に要約する。日本の看護マンパワーについて経済学から概観すると、日本的な特殊事

情はあるものの、総じて経済学のフレームワークで分析できる。すなわち医療サービスの需要と供給という枠組みが使える。そのように見ると、これまでサービスはモノを製造するのに比べて経済的価値は低く見られてきたことが反省される。特に、主として女性が従事するサービスの価値は低かった。すなわち給与・報酬が低かった。しかし医療サービスへの需要が高まり、病床数の増加がこれに対応するにつれて、看護婦需要の増加が生じ、その結果、看護婦不足が発生した。他方医療価格は市場で決定されるのではなく、依然として医療保険制度のもと、基準看護として規制を受けていた。しかし医療需要の上昇に伴い診療報酬制度の点数も上昇をし、基準看護料も一時的に上昇するという形で対応となった。すなわち、看護婦の給与水準も上昇した。しかし、給与と基準看護料は完全に対応していないため、両者の関係は確定できない。

一方、日本経済も成熟化には入とともに、モノの生産により成長をもたらす余地は少なくなった。今後はサービスが経済に寄与することが期待され、現に90年代に入り雇用吸収はサービス分野が担ってきた。特に医療と福祉の分野で雇用増加が顕著であった。こうしたなかで、90年代には圧倒的に女性の職場であった看護職に男性の参加が進んだ。その結果、男女間で給与の比較ができるまでになった。現在、男女間で看護職の給与の比較をすると、その格差は皆無といってよい。しかし規模の小さい病院等では、まだ女性のほうが男性より低い給与を得ている状況があり、小規模ほど旧来型の男女差別による経営がなされているとも考えられる。また、他の一般サービス業に従事する労働者の給与では、依然として男女間格差が大きいことから、相対的に看護職は、女性の専門職としての優位性が保持されているといってよい。問題は患者と看護婦（士）との人員配置による良質のケアが提供出来る状態を今後、いかに確保す

るかというところにある。現在、「3対1」にむけた医療提供体制の改革が50年ぶりに国会で審議される直前まで運動が盛り上がった。しかし、今後の方向については依然、混沌としている。そこで、こうした政治的な交渉の場に、該当する女性も参加すること、すなわちこの場合は政策決定の場に看護職の女性が参加することが、労働条件を改善させる鍵になる。重要な国会、政府および地方の各種審議会等の場に、医療サービス分野から有力な女性を送り込む、いわゆるロビー活動等をも視野にいたした運動が、必要となる。

展 望

今後、日本の看護マンパワーの展望については、筆者は楽観している。なぜなら以上見てきたように看護職への需要は高まる一方で、それへの対応は現実には、着実に良い方向に向かっているからである。さらに次の補論に見るように、日本では、医療部門で高い雇用吸収を維持しているアメリカとの類似性が、感じられるからである。すなわち、第1に、医療サービスへの需要は今後ますます増えていくだろう。他の産業分野では需要が減衰しているため、新たな商品を開発しなければならないことに苦慮している点を考えれば、これは大きな違いである。第2に、しかしこれからますます、人々の関心は良質の看護サービスへ向かうだろう。「入院患者3人対看護職1人」の実現は目前にある。そこで従来型の政治的な駆け引きは一時的には成功しても長期的には世論の批判のまにに長続きしない。すなわち政治家の選挙という審判のまにに、彼らの力はかってと比べ物にならないくらい低下し、既得権益の保守は脆弱化している。第3に、人々の働く形態は一層多様化し、流動化していく。やり甲斐のある仕事を求めて、専業の深夜勤務も、十分な報酬を用意することでかなり魅力的な職場になるはずである。むしろ既存の看護職者自身が、こうした新しい働き方の形態を柔軟

に受け入れることができるかどうか、という寛容性が要求されよう。しかし当然のことながらそこに至るまでには、十分な研究および情報の収集が必要なことはいうまでもない。

(2000年10月31日加筆修正)

補 論 90年代のアメリカの経験

1990年年初、アメリカは現在の日本と同様の不況に苦しんでいた。90年代末の日本とまったく同様に、金融政策で経済を活性化させるために、実質ゼロ金利政策が、91年から93年にかけてとられた。ただ日本と異なるのは、日本で名目の政策金利の水準自体が、すでにゼロに近く、物価上昇率もゼロに近かったのに対して、アメリカでは政策となる短期金利（フェデラルファンド・レートという）は91年から92年で平均3.3%、消費者物価上昇率も3.0%であったから、実質金利はほぼゼロ%だが、名目ではまだ3%台であった。92年当時、日本の失業率は2.1%の完全雇用に対し、アメリカは5.7%の高水準であった。現在は日米のこの数値は完全に逆転し、日本が4.6%（99年12月）、アメリカが4.0%（2000年1月）である。米国では労働組合で守られていた製造業から、失業者が続出し、組合のないサービス産業に参入した。その結果、移動した労働者の賃金は低下した。こうした流れの中、労働者は積極的に、新たな雇用の場を求めて、医療、健康、福祉サービス等に向かった。この間、ジョブレス・リカバリーと（雇用なき経済回復）いわれたリストラに覆われた。新たな雇用増加が生まれない中、比較的労働力が不足しており、かつ需要の高い健康、医療、福祉分野で雇用が急速に伸びた。数年遅れて情報、通信などいわゆるIT（インフォメーション・テクノロジー）革命が起こり、これが新たな雇用吸収力を持ち、2000年に入り一段と好景気が加速された。

しかし医療、健康、福祉サービスの雇用は92年

以降、政府の医療保険制度改革により大きな変化をみる。すなわち財政赤字に対処するため、政府は大幅な医療費削減を意図した戦略をとる。そこで医療保険制度改革は診療報酬料の見直しとなり、医療従事者にとってコスト削減となる変更がとられた結果、医療分野から労働者は緩やかな流出が生じた。そこで、現在90年代初期のような高い伸びこそみられないものの、依然として雇用吸収の力は衰えていない。

以上の流れを図表10の人員の変化および、図表11の賃金の変化から読み取ることができる。90年代に入り、雇用は緩やかに減少しているが、賃金は他のサービス業に比べて上昇を続けている。こうしたアメリカの経験に照らしてみると、現在日本でおきている、不況の中での厳しいリストラと雇用削減と、他方で医療分野での人手不足という状況は、1990年代初期のアメリカとの類似性として見ることができるであろう（Cynthia Engel, “Health services industry: still a job machine?” *Monthly Labor Review*, March, 1999）。

参考文献

- 1) 財団法人 社会保険福祉協会『看護マンパワーの経済分析』厚生省保険局編、1990年。
- 2) 経済学におけるサービス労働の扱いについてはマリリン・ウォーリング著・篠塚英子訳『新フェウミニスト経済学』（東洋経済新報社）、2章を参照。
- 3) 国内総生産は国民経済計算年報によると1997年508兆円で、モノを生産する分野（1次、2次産業）が35.9%、サービス（3次産業）64.1%、他方、就業者は、1995年国勢調査によると6,412万人で、モノを生産する従事者が37.5%、サービス従事者が62.5%。
- 4) 西村周三・巖 善焰「看護料、病院経営、看護職給与」『看護マンパワーの経済分析』第2

章，脚注1）参照。

5）労働省平成11年版『労働白書』p. 188－195.

6）前掲『労働白書』p. 191.

7）病院従事者でみると，1990年では看護婦34万人に対し看護師0.9万人であったが，97年には看護婦46万人に対し，看護師は1.5万人，同じく准看護婦は90年の22万人，准看護師1.3万人から，97年は准看護婦23万人，准看護師1.6万人（厚生省統計情報部『平成9年病院報告』）。

8）草刈淳子「看護婦の労働条件」『看護マンパワーの経済分析』（注1参照）第3章。

9）朝日新聞2000年2月16日付け朝刊。

10）2000年2月21日，医療審議会は，医療提供体制の配置基準などを織り込んだ医療法の改正法案要綱について，厚生省の諮問案を了承し，丹羽厚生大臣に答申した。ただ，日本医師会は看護職員の配置基準については現行のまま4対1とすべきだとして，答申に1部反対意見として付記するこ形をとった。厚生省では今国会に提出し，10月施行を目指す方針だが，自民党内には反対論が根強く，法案提出には曲折が予想される。（日本経済新聞2000年2月21日付け夕刊）。その後正式に廃案となった。

21世紀の看護を担うための責任ある実践「拡大する看護の役割と責任」

司 会 の 言 葉

東京都立保健科学大学 川 村 佐和子

筑波大学大学院医科学研究科 紙 屋 克 子

シンポジスト

広 井 良 典（千葉大学法経学部）

山 崎 絆（東京都済生会中央病院）

村 嶋 幸 代（東京大学大学院医学系研究科）

近 藤 宣 雄（千葉県医師会理事）

平 林 勝 政（駒澤大学法学部）

土 橋 律 子（支え合う会「α」）

司会にあたって

本学会のメインテーマ「成長のための3つの方策」は、看護が社会の期待に対して活動していくために、「組織の再編」「新たな役割認知」「責任ある実践とそれを支えるための権限付与（法的位置づけ）」であると指摘されている。

本シンポジウムは、3番目の方策「責任ある実践とそれを支えるための権限付与（法的位置づけ）」を受けた企画であった。

まず、広井良典先生から「拡大する看護職の役割と責任」と題して、医療政策の立場からの発言があった。氏は、看護職の役割は今や拡大の方向であるが、その期待に応えるためには、看護の枠内にとどまった発想や看護職域のエゴにならない。看護サービスの利用者、受け手、消費者の立場から発想することが重要であり、医療モデルや病院中心モデルを越えて、独自のモデルを確立することが求められている。

諸外国では、例えばイギリスやアメリカでは、

より生活に密着した保健医療福祉の実現を目指して、プライマリケアの中心に看護職員を配置し、看護職員に処方権を付与する試みが始められている。看護職は視野を広げ、医療政策という広い場の中で活躍してほしいと述べられた。

山崎絆氏は「チーム医療による患者アウトカム指向と看護のアイデンティティ」と題して、臨床看護活動を推進する立場から発言された。高齢社会・医療財源の逼迫という社会背景のもと、医療の質向上と病院経営の改善に向けて、クリニカルパスに取り組む病院が増加しつつある。これはチーム医療による患者アウトカムを目指すものであるが、このような状況のもとで看護職に求められるものは、他職種との協働の中で看護のアイデンティティと信頼をいかに確立するかである。チーム医療における職種間の信頼は、専門職としての独自の判断、そしてそれを実現してゆく高い技術によって生まれるものであることを自覚しなければならない。

経験的看護から科学的根拠に基づくケアを推進すること、あるいは看護活動全体を科学的な視点で見直すことで、時間の短縮と経済効果を高めることができる。そしてその効果を看護の質の向上へと振り向けることで、看護の新しい可能性に道を拓くことができるであろうと述べられた。

村嶋幸代氏は「看護職の責任と役割の拡大」をテーマに、地域看護の立場から現状を分析し、看護が蓄積してきたことと看護に課せられた役割の

変化を適切にまとめられたうえで、看護職一人一人の課題をあげた。まずはケアを必要としている人の傍らにいてケアを行い、自らケアの効果を見届け、効果的なケア方法を開発することの重要性を強調した。また医療・看護に経済原理の導入が可能か否かについて言及し、個人のプライドや人権を護るケアの領域で経済性に基づく選択が可能かどうかという疑問も提示した。

看護が役割を全うするための社会的課題としては、これまで看護があまり進出してこなかった企業、特別養護老人ホームなどにおいても力を発揮すべきと提案した。同時に他職種と協働する際にはケアにおいて他職種との違いがわかり、知識技術においてもその違いを国民、他職種に納得させられる方策が必要であると発言された。

近藤宣雄先生は地域医療を推進する立場から「ネットワークを中心としたケアについて」と題して、日本の医療が急性疾患中心の治療から慢性疾患の管理と高齢者のケアが重要課題となり、多くの職種がネットワークを重視した医療・ケアに視点を変えるべきであると主張された。

地域で医療・ケアを推進するにあたって、わが国の治療環境、人員の確保、高齢者の生活状況など、いずれもが欧米と比較して劣悪な状況にあることを指摘された。ネットワークの提携にあたっては、職種間の分業と専門性の向上が重要であり、各専門職のかかわる時期、組織における役割・業務量から配置、方法に至るまでの新しい工夫が必要である。看護職にはこのような状況のなかで、積極的にリーダーシップを発揮してもらいたいと結ばれた。

医事法学者である平林勝政先生は、これから、看護職者が期待される役割を果たすために、法律

上の条件が十分に整備されているとは言えないが、法律や制度をまず変革し、その上でないと、看護職は革新的な活動をできないとは言えないのではないか。看護職の役割を変革していく力はやはり、看護職員の積極的な実践によって切り開かれていくものであろう。

とくに、新しい分野や変革が進行している分野での職域の再構築や権限の拡大または縮小は当事者の能力発揮によって定められてくるところが大きい。法律を変えることに関する議論は重要だが、その権限を必要とする活動、業務遂行能力をまず示していくことが前段として必要であろう。と発言された。

最後に、特別発言として、上橋律子氏から看護を利用する立場からのご意見をいただいた。氏はがんを患った看護職であり、これからの看護職員に対して、利用者と同一視点にたった情報提供と判断経過での支援などを提起された。

ま と め

21世紀の看護を担うための責任ある実践を確実に進め、社会のニーズや看護に対する国民の期待に応えようとすれば、業務の拡大は避けて通れない。しかし、求められる業務の拡大を積極的に受けとめてゆくには、枠組みとして保助看法改定などの法的整備も重要である。同時に看護職一人一人がケアの質を高めるために専門職としての能力を発揮し、それに伴う責任を明確に自覚することもまた重要である。

日本の看護職には現状の困難を克服し、新しい世紀に新しい看護を実現してゆく勇氣、努力、能力が求められていると言えるであろう。

これからの看護職のあり方と看護研究の課題

千葉大学法経学部 広 井 良 典

ここでは、特に現在先進諸国において議論や改革が進んでいる「医療・福祉職種の役割分担の再編」についてまとめてみたい。

1. 医療・福祉職種の役割分担の再編

(1) 基本的視点

高齢化の進展やプライマリ・ケア分野等における医療技術の成熟化、そして医療・福祉サービスに対する利用者ないし消費者の意識の高まり、ひいては経済成長の鈍化の中での医療・福祉における費用対効果の要請等々のなかで、欧米諸国を中心に、医療・福祉分野における職種の役割分担のあり方の見直しをめぐる議論が活発になっている。こうした議論の中心となっているのは、第一に、特に医師の独占業務を看護職や薬剤師等との関係でどう位置づけていくかという点、第二に、医療職種と福祉職種との役割分担のあり方をどう整理していくか、という点——この中には、当然のことながら、そもそも「医療行為 (medical practice)」とは何かという、根本的な論点が含まれることになる——であり、各国においても、確立した結論に到達しているというよりは、なお様々な模索が続いている状況にある。

そして、こうした課題は日本においても共通のものであり、また、これらの職種間の役割分担をどう考えていくかは、実はそのまま各職種の「必要養成数」や「需給」の問題とも直結する課題である。したがって、医療・福祉分野における職種

の役割分担のあり方という課題は、サービスの質の確保、効率性、医療・福祉マンパワーの需給等々、様々な広がりをもつ課題であると言え、今後日本においても正面からの検討が求められている。

(2) 欧米諸国における動向

先進諸国における医療・福祉職種の役割分担の見直しをめぐる近年の動向を概観すると、大きく次のような点が指摘できると思われる。

まず、医師の独占業務の見直しという点を中心に、医療・福祉職種の役割分担の見直しという方向が、国レベルでもっともまとまった形で進められているのはイギリスである。

すなわち、NHS改革の流れの中で、プライマリ・ケア分野を中心に、看護婦や薬剤師の業務範囲ないし自立性の拡大が図られており、この点は97年における政権交代以降も同様で、特に最近における“プライマリ・ケアの中心に看護婦を置く”試みが注目される。今後どのような成果が展開していくか、引き続き注視していく必要がある。

イギリスと同様の方向を追求しているのがスウェーデンであり、高齢者医療・福祉に関するいわゆるエーデル改革の中で、看護婦の自律性の拡大や、福祉職種の業務拡大が積極的に進められている。

一方、医師以外の職種の業務の拡大という点ではこれらの国と共通の方向性をもちつつも、若干異なるユニークな展開を示しているのがアメリカである。アメリカの場合、先に述べたように、一

部の州において高等業務登録看護婦（APRNS）に薬の処方権が認められたり、また薬剤師に一部の薬剤の処方権が認められるなど、相当大胆な見直しが進められている反面、改革が州によってまちまちであり、また、伝統的には医師の権限や医師会の力が強い国であることもあって（拙著『アメリカの医療政策と日本』参照）、こうした動きに対する医師会サイドからの反対も相当強いものがあり、なお模索の状態にあると言える。

そもそもアメリカの場合、基本的な医療システムや法制自体が日本やヨーロッパのものとは比べてきわめて独特のものであり、したがってアメリカの動向については、一方で様々な参考とする反面、少し距離を置いた上で評価していく必要があると思われる。なお、看護婦については、先にも指摘したように、高等業務登録看護婦など「教育年限や専門性の差別化」の中で業務の拡大を図っていくという方向が顕著であり、これも（専門職志向そそして資格（degree）志向の強い）アメリカ的な面がよく表れている点と考えられる。

最後に、職種の役割分担の見直しについての目立った動きがあまり見られず、その意味ではもっとも「保守的」な傾向を示しているのがドイツである。ある意味では日本もこれに似た状況（特に医師の独占業務の範囲に関して）と言える。

(3) 日本における課題

冒頭にも述べたように、この職種の役割分担に関するテーマは今後日本においてもきわめて大きな課題となっていくはずのものでありながら、なおきちんとした比較研究が行われていない分野であり、こうした「政策研究（policy studies）」としての調査研究を深めていくこと自体がこれからのまず第一の課題である。

この場合、上記の概観からも示唆されているように、アメリカは看護や医療、福祉におけるひとつのモデルを示しているものにすぎず、むしろ様々

な固有の問題点を抱えるものであり、したがって、これからの看護研究においては、いわばアメリカの状況あるいは「アメリカ・モデル」を「相対化」し、ヨーロッパを含めたより広い視点で日本にとっての望ましいケアの姿を検討していくべきである。

なお、こうした（国際比較研究を含む）調査研究自体の必要性ということを踏まえた上で、また、冒頭にもふれたようにこのテーマが最終的にはそもそも「医療行為」とは何か、という、きわめて大きな論点に関わるものであり、簡単に答えが出せる性格のものではないということを確認した上で、現時点での筆者の基本的な考えについて簡潔にふれておきたい。

冒頭にもふれたように、この問題には大きく二つの位相がある。第一は医師と他職種との関係であり、第二は医療職（特に看護職）と福祉（介護）職との関係である。日本ではどちらかというと後者の問題が論じられることが多いが——いわゆる「看護と介護」問題——、特に日本の場合、実は前者の問題、つまり医師と他職種の役割分担がきちんと整理されていないことが問題の根にあると筆者は考えている。

そして、筆者自身は、対応の方向としては、次のようなステップで進めていくのが妥当ではないかと考えている。それは、まずは医師に対する看護職の独立性を高め、したがって「医療行為」の世界の内部で看護職が（医師の指示なしに）行える裁量の幅を広げ、それに続くかたちで、いわば第二ステップとして、医療行為の範囲そのものを緩和し、したがって福祉・介護職が行える行為の幅を拡大していく、という手順で改革を進めていくという方向である。このように考える趣旨は、いきなり医療行為の範囲そのものを大きく緩和することは、（じょくそう手当ての一部や吸引など簡単なものを除き）安全性などの面でやはり慎重であるべきであり、まずは医療行為の世界の内部で、医師から独立した看護職の独立性あるいは自

自由度を高め、その状況を踏まえながら医療行為そのものの範囲を緩和していくことが、サービスの質や安全性の確保、また医師・看護職・福祉職の役割分担の姿として妥当と考えられるのではないかと、ということである。

いずれにしても、医療・福祉職種の役割分担をめぐる見直しは各国共通の課題であり、各々の国において様々な改革が進められつつある。同時にまた、冒頭にも指摘したように、こうした職種の業務分担をめぐる課題は、各職種の養成や需給（必要養成数）の問題とも直接に関わってくる問題である。たとえば、高齢者ケアにおいてどこまでの業務を「医師」が行うか、によって、今後の「必要医師数」は大きく異なってくる。こうしたテーマにおいては、各職種の主張は当然のことながらその職種の既得権や利害を反映したものとならざるをえない。どのような方向をとるにしても確実に言えることは、サービスの受け手あるいは消費者の視点ということを基本に据えた、きちんとした「政策研究」が求められていることである。

2. その他の論点

その他発表においては、(1)わが国における病院の位置づけの見直し、(2)「越境する看護」（「医療モデル」からの越境、「病院中心モデル」からの越境）、(3)「個人のライフサイクル」という視点とこれからの社会保障、という諸点について述べた。

最後に、看護やケアに関する諸課題は、大きく

①臨床的・現場的レベル

②制度的・政策的レベル

③哲学的・理念的レベル

の3つの次元がある。これまでの看護研究は主に①が中心であったと考えられるが、今後は②（先ほど指摘した「政策研究」。経済面を含む）や③に広く視野を広げた研究や政策提言が求められていると思われる。

参考文献

広井良典『ケア学』、医学書院、2000年

21世紀の看護を担うための責任ある実践「拡大する看護職の役割と責任」

病院看護の立場から

済生会中央病院 山崎 絆

はじめに

私が看護職として今日までの30余年間就いてきた仕事は、主に心疾患の急性期医療を行う病院であった。20世紀後半のこの時代は医学と医療が驚異的に発達し、わが国の多くの病院において急速に高度な専門医療が行われるようになった時期でもある。高度医療の専門性が追求される中で臓器別に診断治療が細分化され、必然的に新たなコ・メディカルスタッフが次々誕生したことは周知の事実である。しかし、このように専門機能が分かれ、多くの新職種が医療現場に登場したにもかかわらず、職種間の業務の分担と責任の範囲が整理されることなく現在に至っている。さらに、業務の水準についても同様で、それぞれの部門に任されたために専門ごとに分断された医療につながってきたといえる。

このような医療の流れに対する反省から、患者中心のチーム医療、すなわち医療の統合の必要性が叫ばれ、わが国でも数年前からクリティカルパスに取り組む病院が増え始めた。

チーム医療とクリティカルパス

クリティカルパスは、「専門別に分断された医療」と「専門ごと、あるいは個人ごとにレベル差のある医療技術」から、「患者中心のチーム医療への統合」と「高質で標準的な医療への変化」を実現するツールとして今、その有用性をもっとも注目されているもののひとつである。クリティカ

ルパスは、患者アウトカムの実現に向けて、それぞれの専門職種がアイデンティティをもってアプローチする際の共通言語となるシステムである。

チーム医療は、だれが、いつ、どこで、何を、どれだけの時間をかけて、どのように行うのか、を明確な数量的根拠に基づいて示し、チーム内のコンセンサスを得ることが重要であり、それがクリティカルパスに反映され、正確に実践されてはじめて高質で標準的な医療の実現につながる。

数量的根拠に基づく医療の実践、すなわち EBM は、これまでの勘や経験に頼ってきた曖昧な医療から脱皮するのに格好の考え方として急浮上してきたものである。

看護のアイデンティティと看護判断

看護婦が医療チームの他の職種と協働し、パートナーシップを発揮していくためには、看護アイデンティティの確立が必要となる。看護のアイデンティティは、正確な判断に基づく技術の正確な実践であり、これをもってチームの構成員と認知される。

看護婦の一人ひとりが正確な判断を行うためには、患者を観察する着眼点として「病態関連図」を活用したり、観察したことをアセスメントして次の看護に結びつける「意思決定経路図」などを活用する必要がある。これによって看護が根拠に基づいた行為となり、どの看護婦が行っても高質で均質な看護となる。

看護技術

看護技術は、看護基準や手順に沿ってなされることにより、正確に実施される。看護基準や手順書は、①患者にとって安全で安楽であり、自立へ導く内容であること、②効率やコストに照らして適正であること、そして、③単に看護婦個人の経験や直感に頼る看護ではなく、文献や研究結果など数量的根拠に基づき経済性をも考慮した看護技術の集大成でなければならない。

それらの看護技術の確立と実践を可能にする看護業務の改善により、患者のQOLの向上が進み、さらなる看護のアイデンティティの確立につながっていく。

ま と め

21世紀の幕開けを数カ月後に控えている現在、

私たちは、社会の求めに応じた看護の役割の拡大は必須であるとの共通認識を持つ必要がある。例えば、新たな役割として、患者管理を担うケースマネジャー、リスクマネジャー、治験コーディネーターなどの誕生が考えられ、また、すでに教育が開始されている各専門看護師や認定看護師の存在がある。

このように拡大する役割を看護職が担っていくためには、現在の臨床看護実践における看護のアイデンティティの確立が急務であり、それが経済効率に配慮した内容であることが求められる。21世紀の看護は、そうした役割拡大をも受けとめて責任を果たしていくことで、時代が要請する次なる役割が創造されていくものと考えている。

21世紀の看護を担うための責任ある実践「拡大する看護職の役割と責任」

看護職の責任と役割の拡大：地域看護／大学教員の立場から

東大・大学院医学系研究科・地域看護学分野 村 嶋 幸 代

1. 地域ケアにおける状況の変化

今までのお二人の先生は、ケア全般の広いお話と、病院という場での実践的な先駆的なお話であった。私は、「地域看護学教室」に所属しているので、「地域看護学および大学教員の立場から」と言うテーマで話をさせて頂きたい。

(1) 地域ケアの状況

最初に、地域ケアを中心として、医療や看護を取り巻く状況の変化について、今までに色々語られてきたことであるが、整理したい。

高齢者の増加・医療の高度化・医療費の高騰・**■**民の権利意識の向上等の社会的条件の変化があり、医療・看護の重点が在宅ケアへ置かれるようになった。これは、地域ケアに働く人々の職種を増加させ、また、量的にも増加させた。20年前までは、地域に働く医療職は行政保健婦が主であり、医師も「往診」しかしていなかったのであるが、現在は、訪問看護ステーションも制度化され、訪問看護婦を始め、看護職、OT/PTなど、地域に働き、ケアを提供する職種が増えてきた。医師も、健康管理を主として定期的に「訪問診療」するようになり、在宅ケアを提供することによって、保険点数上もカウントされるようになった。

介護保険法は、その決定打で、今まで、老人保健法や診療報酬の改定で、少しずつ在宅ケアの方向にシフトしてきていたが、これで一挙に、在宅ケアの基盤整備が図られたと言う印象がある。

介護保険は、同時に、民間活力の導入と必然的に競争原理を導入するものであった。「採算」が求められるので、経営の効率化が図られていく。某企業のように、事業として成立しなければ、即、撤退することもあることになる。民間まかせにすると、人口密度が高く、事業が成立する地域は良いが、事業が成立しない地域では、必要なサービスが充足しない事態も出てくる。改めて、行政の役割が問われる所であろう。

(2) 看護に課せられる役割の変化

以上のような社会状況の変化を受けて、看護の役割も変化してきている。

まず、看護の役割の拡大である。地域に必要な資源が不足している場合、地域そのものをアセスメントして、必要な資源を地域で作っていく役割が課せられる。そのためには、**■**別のケアマネジメントだけでなく、地域全体のケアマネジメントをする能力、即ち、地域診断やマーケティングの能力を用いて、地域のケアシステムを見る力を養うことが必要だと言えるであろう。

これと関連し、一つの事業体の責任者として、経営に参画し、事業展開をしていく事も求められる。既に、訪問看護ステーションに関しては、その管理者は看護職であるべき事が明記されている。実際に、多くの看護職が、訪問看護ステーションの長として、経営を含めて責任を持って働いている。公的介護保険の開始時には、実際に非常に

多くの看護職が、不眠不休で体制の切り替えとソフトランディングに貢献してきた。

更に、病院で副院長の役割を担う看護職も増えてきた。看護職が、病院最大の職種であることを考えれば当然だが、医療の質について分かる人が、経理も分かり、その意見を、病院の経営に自分の意志決定として、反映させていくことの重要性は、とても大きい。

これと関連して、企業内で重要な地位を占めるような看護職が、徐々に増えている。看護の経験のある人が、在宅ケア部の部長として活躍しているケースがある。この方達が、「質を維持するためには、少々高くても、質の良い看護職が必要だ」と、企業内で、根拠を持って周囲を説得できるようなデータを、看護学に携わる人間は出すべきであろう。

企業に関しては、もう一方で、昨日話題提供されたように、製品開発に関わる看護職も徐々に増えているようである。看護職として、直接的に顧客に接して得た意見や反省点を製品に反映させることで、製品の使いやすさが格段に上がってくるのではないだろうか？ この点で、看護学はもっと、産学協同して良いであろう。

地域ケアに、色々な職種が参入している現状を考えると、その中での看護職の立場や地位を、今後、議論して明確にしていく必要があらう。看護職は、いったい、どの部分を担うのか、給与はどの位欲しいのか、それに見合った仕事とは、いったい何なのか、を明確に打ち出していくことが必要である。

特に、日本では、介護福祉士も■家資格の専門職である。具体的にどのように仕事を分担し合うのかが問われるようになってきている。公的介護保険で、看護職の訪問単価は介護職の2～3倍である。この給与に見合う為には、どのような仕事をすれば良いのか、必要な技術は何かを明示していく必要がある。自己規制として、看護職側が規

準を作っていく必要があると思われる。

また、これから、看護職も、過剰時代に入ってくる。実は、地域では、現実にヘルパーとして働く看護職も出てきている。その仕事範囲は何なのか、給与や医行為の実施可能性はどのような位置づけになるのかを、明確にしていかなければならない。

(3) 看護界が蓄積してきたこと

このような社会状況に対し、看護界側も大きく変わってきた。

特筆すべきは、看護大学の増加であらう。平成4年にわずか11校だった看護学の4年制大学が、平成12年度には、86校である。修士課程も、36校になる。これは、看護界に何をもたらすだろうか？

私は、4年制大学の卒業生は、誤解を恐れずに言えば、「物怖じしない」という印象をもっている。人前でしゃべったりする時に、過度にへりくだりすぎることなく、自分の意見や質問をドンドン出すという印象である。表現力も備えている。このように自己主張の強いナース達が育ってきて、その人々が、「人間が、一番弱っている時にケアをする。」……そこからナース達が何を考え、世の中の中にどのように発信していくか。そのあり方によってかなり大きな影響があると思う。

修士課程では、専門看護師制度の導入が図られようとしている。看護協会の方も、認定看護師制度を推進しようとしている。これによって、看護の専門分化が進むであらう。その時に、個人の生活を援助するという、看護学の総合性を失わないようにしなければいけないと思う。

大学は沢山出来たが、「看護技術」を科学的に解明し、良いケアについて蓄積を図っていくことは、未だ不十分である。そうは言っても、生理学的な方法を用いた研究は徐々に蓄積されている。それから、精神看護領域や訪問の意味と意義、システム構築等の技術に関して、「熟練看護婦に聞

く」という形の「技術」は、徐々に蓄積されてきている。今後必要なのは、ある程度条件を設定しての「介入研究」による Evidence の蓄積であろう。

(4) 看護職一人一人の課題

では、一人一人の看護職が何をなすべきであろうか。

まずは、ケアを必要としている人の傍らにいてケアをすることであろう。一見奇異に聞こえるかもしれないが、「療養上の世話」行為を介護職にゆだねた時、また、介護報酬で上限を縛られた時、難しいというのが実状である。

そして、自分のケアの効果を「見届ける」ことの大事さが挙げられる。謙虚に反省し、振り返って効果的なケア方法を開発していく必要がある。

さらに、患者の「代弁者」であることを自覚する必要がある。患者の傍らに一番身近にいるものとして、不足している資源の開発も含めたケアマネジメントを行うことである。現在のような高齢者の増加は、障害者の増加をも招くことになる。障害者と共生できる社会作りを行っていく必要がある。

看護学が学問分野の中で確実に根をはっていくためには、看護学なりの方法論や独自に開拓できる研究分野が必要になる。それは、人が病を受け入れ、共存し、■復していくプロセスを解明し、■復を促進していくことであろう。この分野の開拓に、力が注がれていく必要がある。

(5) 日本の未来の中で、看護が役割を全うするための条件整備……社会的課題

では、看護職全体は社会の中で、どのような役割をとっていけば良いのであろうか。またそのた

めに社会的に何が整備される必要があるのであろうか？ 看護界全体として、何をなすべきなのであろうか。

まず、今まで、看護職があまり行っていない分野に看護職が積極的に参入していくことであろう。例えば、企業、特別養護老人ホーム、等である。同時に「学んだ」ナースを受け入れる場を増やしていく必要がある。そのためには「質の良い看護職がケアをすることが、結局は安くつく」ことを証明していく必要があり、この■の研究が積み重ねられていくことが肝要である。

それは、evidence-based nursing にもつながっていく。どのような看護が効果があるのか、根拠を積み重ねていく必要がある。これには、実践研究を充実させていく必要がある。今までのような看護学の実践場を確保する必要がある。このためには、国立の看護学研究所が欲しいと思う。同時に、高齢者医療、精神科学等、様々な分野の研究所にケアを科学する部門がおかれ、そこに看護学研究者が配置されていくことを願っている

看護婦は医療の中では最大手職種である。その職種が効率的に動けるか否かで医療の質や効果は大きく異なってくる。目下、看護管理学は基礎教育の中で指定規則に記載された必須科目にはなっていないが、早急に必須科目にすべきだと思う。看護管理学の構築に長年携わってこられた草刈学会長はじめ看護系学会からの要請、もしくはリコメンデーションとして、看護管理学の必修化に精力的に取り組んでいくべきだと考える。

以上、21世紀にむかって課題は多いが、本来の使命であるケアの提供を通して、科学性、実証性を加えて飛躍することが望まれている。

拡大する看護職の役割と責任

千葉県医師会 近 藤 宣 雄

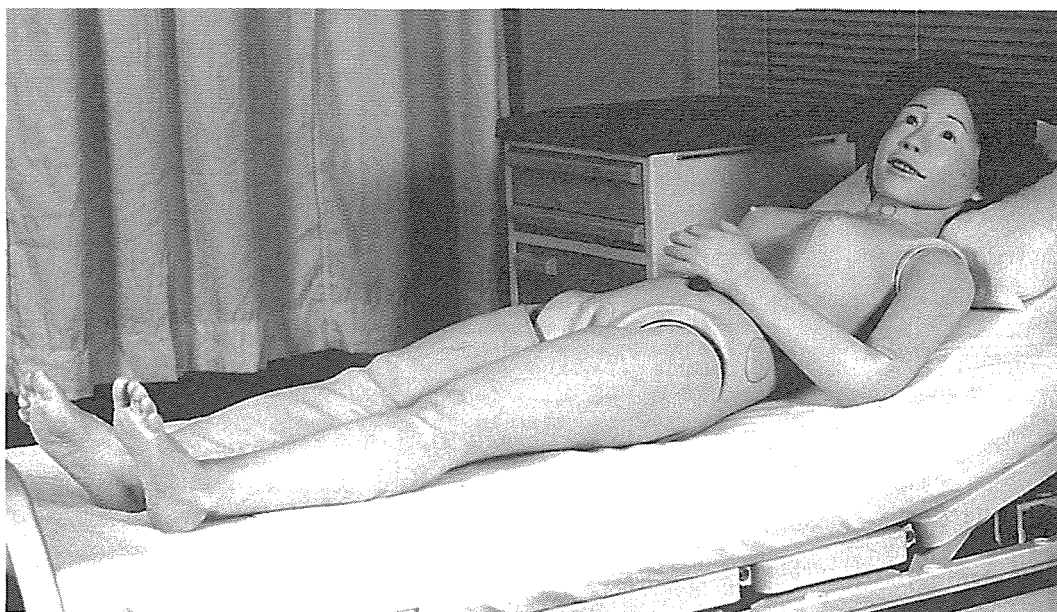
今度 WHO が医療サービスの水準や健康寿命等について、わが国の保健システムは1位であることが報告された。しかし病院の外来は相変わらず混雑して居り、入院も多くは6人部屋であるが、欧米では普通である個室や2人部屋であれば、プライバシーも保たれ、院内感染等の危険も減るであろう。外来も病診の機能分化が行われ、予約制、院外処方ということであれば混雑も少なく、診療にも時間的余裕が生まれる。看護職も入院患者1人に対して2人であり、多くの補助要員も居る。医療事故の記事は大きく報道されるが、このような違いに言及していることは稀であり、我が国の低医療費政策の歪みが昨今の状況ではないか。ある時の臨調以来絶えず医療費や社会保障費に対して削減圧力が加わって居るが、わが国の医療費は対GDP比先進国中19位であり多過ぎるとは言えないと指摘されて居る。在宅ケアについて述べるとデンマークでは施設は個室化されて居り、プ

ライバシーと個人の尊厳について配慮されて居る。このために税金は高いが、わが国でも物価や税金は結構高く、とくに使途が不明瞭である。

このような状況下21世紀の医療、看護はどのような問題に直面するであろうか。ヒトゲノムの解析、情報化、グローバリゼーション等が今後看護学にも影響を与えるであろう。高齢化が更に進展し、看護の範囲も専門家を要すると共に、ケア、日常の世話に及び広範な領域に拡大されるのではないか。施設や在宅ケアの分野においても、弾力性のある配置基準が求められるものと思われるが、これらが利益追求型や、費用削減のみを目指したものでなく質の向上を重視する方向へと転換されるべきであろう。ターミナルケアや地域の保健医療福祉関連機関や職種との連携も推進されることになるが、これらの業種との関係も上下でなく、ネットワークを重んじた型となることが期待される。

座ることもできる手足につなぎめのない
扱いやすく新しいタイプの万能型看護実習モデル。

万能型実習モデル “さくら”



実習項目

- ① 体位変換
- ② 運動介助
- ③ 寝衣交換
- ④ 口腔内の清潔・義歯の脱着
- ⑤ 前身清拭
- ⑥ 洗髪
- ⑦ 胃洗浄
- ⑧ 腸洗浄
- ⑨ 人工肛門ケア
- ⑩ 気管切開患者のケア 等

2000年版医学・看護教育用モデル・
シミュレータ/VTR総合カタログ進呈



株式
会社

京都科学

KYOTO KAGAKU co.,LTD

本社工場:京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35-1
東京支店:東京都文京区小石川5丁目20-4

電話 本社:075-605-2510 Fax 075-605-2519

電話 東京:03-3817-8071 Fax 03-3817-8075

<http://www.kyotokagaku.co.jp>

日本看護 研究学会 会報

第 55 号

(平成13年 6 月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

平成13年度第1 ■理事会議事録 1

平成13年度第1回理事会議事録

日 時：平成13年 4 月14日（上）13：00～17：00

場 所：医学書院 会議室

出席者：伊藤暁子，大串靖子，草刈淳子，木場富喜，田島桂子，山口桂子 各旧常任理事

鶴沢陽子，大谷眞千子 各旧監事

内布敦子，小田正枝，川田智恵子，川村佐和子，黒田裕子，玄田公子，七田恵子，

新道幸恵，高嶋妙子，竹尾恵子，手島 恵，中野正孝，深井喜代子，松岡 緑，

三上れつ，村嶋幸代 各理事

第27回学術集会会長 泉キヨ子 氏

第28回学術集会会長 池田明子 氏

欠席者：早川和生 旧常任理事

石垣靖子，森 恵美 各理事

事務局：高橋，吉川

旧理事長 草刈挨拶

会則第6章第19条3）により，第27回学術集会会長および第28回学術集会会長の出席の了解を求め，了承された。

議題に先立ち，新旧理事交代の理事会となることから，議事進行の一部変更について説明。

(旧副理事長 伊藤)

『審議事項Ⅰ. 平成12年度事業報告, 会計報告, 監査報告, 奨学会会計報告, 監査報告』及び報告事項を旧各担当理事が行い, 次いで『審議事項Ⅱ. 理事長の選出について』までを旧理事による進行の了解を求め, 了承された。

議長 旧理事長 草刈

審議事項Ⅰ

1) 平成12年度事業について (旧総務担当理事 大串)

- ① 学術集会の開催: 第26回学術集会を草刈淳子会長のもとに千葉市で開催した。
- ② 機関誌の発行: 第23巻1号～5号を発行した。
- ③ 奨学会の運営: 平成12年度研究費授与者を長谷部佳子氏 (東京慈恵会医科大学) に決定した。

第27回学術集会で発表する。

④ 地方会の運営:

- ・北海道地区 平成12年6月10日第11回学術集会・総会を開催した。
- ・東海地区 平成13年1月27日第5回学術集会・総会を開催した。
- ・近畿・北陸地区 平成12年10月7～8日第10回 NEW 看護学セミナーを協賛した。
平成13年3月25日第14回学術集会・総会を開催した。
- ・中国・四国地区 平成12年10月7～8日第10回 NEW 看護学セミナーを開催した。
平成13年3月25日第14回学術集会協賛, 総会を開催した。
- ・九州地区 平成13年3月18日第5回学術集会・総会を開催した。

⑤ 役員・評議員選挙の実施

評議員 平成12年10月1日 選挙実施

理事 平成13年1月10日 選挙実施

以上の報告を受け, 審議の結果, 原案通り了承された。

2) 平成12年度会計報告について (旧会計担当理事 田島)

別紙会計報告書により, 次の説明とともに報告を受けた。(24巻3号総会議事事項参照)

- ① 印刷費の支出増加は, 原著論文の投稿が多く, ページ数が増加したためである。
- ② 予備費の内訳は, 次の通りである。

日本学術会議関連190,200円, 将来構想検討ワーキング関連155,000円

学会賞・奨励賞委員会70,170円, 什器備品パソコン・プリンター購入439,416円

名誉会員関連25,176円, 事務員退職関連206,939円

3) 奨学会会計報告について (旧奨学会委員長 木場)

別紙報告書により報告を受けた。(24巻3号総会議事事項参照)

4) 監査報告(旧監事 大谷)

平成12年度会計監査実施日

平成12年12月9日, 平成13年3月31日, 4月14日

奨学会会計監査実施日

平成13年4月14日

監査報告を受けた後, 審議の結果, 原案通り了承された。

報告事項

I 会員の動向(旧総務担当理事 大串)

平成13年4月1日現在 総会員数 4,202名

内訳 一 般 4,061名

理 事 18名

評 議 員 120名

名誉会員 3名

II 委員会報告

1) 編集委員会(旧委員長 山口)

平成12年度受付原稿 47編

内訳 採 用 8編

返 却 中 10編

査読者検討中 8編

不採用・辞退 21編

平成11年度より投稿数が多くなっている。内容においては、ややばらつきが見られる。

投稿締切日を年4回設け、今4月10日締切分の査読者決定までを旧委員会が処理し、その後次期委員会に引き継ぐことになる。

2) 奨学会委員会(旧委員長 木場)

平成13年度奨学会研究の応募者なし。

平成12年度より奨学金が20万円となった。

応募にあたり、書類の不備というより、様式の不備があることを考え、次期委員会にそのことも含めて申し送ることとする。

III 日本学術会議関連事項(旧渉外担当理事 早川欠席のため, 旧理事長 草刈)

第18期より, 日本学術会議から女性委員を増やしたいという要望があり, 本学会より看護学研究連絡委員会委員として平成12年10月より山口桂子理事を選出している。

「第18期より初めて、看護学研究連絡委員会が内視鏡研連にかわって設置された。今後3年間の研連の活動が重要になるので、学会としても支援をお願いしたい。」旨、山■旧理事より報告があった。

IV 第27回学術集会経過報告（泉キヨ子会長）

富山、金沢の評議員の協力を得て企画委員会を組織し、運営にあたっている。演題申込総数は309題。今回は査読の方法をとり、半数を返却、結果として2題不採用となり、総数307題となった。発表時間は1題につき8分とし、前回より長くした。

V 地方会報告（旧総務担当理事 大串）

本学会に5つの地方会があり、それぞれ活動している。（北海道、東海、近畿・北陸、中国・四国、九州）今後、学会誌の会報、および7月（第27回学術集会時）に行われる評議員会に於いて報告がある予定。

VI その他（旧副理事長 伊藤）

1) 理事の分掌について説明

資料に基づき説明。監事については、第24巻1号会告の評議員の中から新理事会で推薦し、評議員会に書面にて了承を得る。

2) 学術集会長について

会則19条により、候補者を理事会で選出し、評議員会、総会で了承を得る。

3) 地区別について

会則〈付表〉の地区割参照。理事の選出にあたり、評議員定数から理事の定数が決定される。

地区の理事が移動などによりゼロになった場合は補充を考えるが、原則として会則通り任期中の理事の補充は行わない。尚、会則21条により地方会の役員、世話人に理事を含めなければならない。

以上、旧各担当理事より報告され、了承された。

審議事項

Ⅱ 理事長の選出について（旧理事長 草刈）

会則第4章第12条1）により、理事の互選により川村佐和子氏が理事長に選出され、了承された。

Ⅲ 理事長指名の理事について（川村理事長）

会則第4章第12条3）により、早川和生氏、山口桂子氏を指名し、了承された。

Ⅳ 平成13年度事業案について（旧総務担当理事 大串）

- 1）年1回学術集会の開催（第27回泉キヨ子学術集会長 金沢市）
- 2）機関誌の発行（第24巻1号～5号）
- 3）奨学会の運営
- 4）学会賞・奨励賞の選考
- 5）地方会の運営

原案通り了承された。

Ⅴ 平成13年度予算案について（旧会計担当理事 田島）

予算案資料に基づき説明。

会員数については、平成13年4月在籍会員数4202名から名誉会員3名を差し引き、4199名で予算案を作成した。会費は、7000円とした。

原案通り了承された。

Ⅵ 理事の分掌について（川村理事長）

会則第4章第14条により、別紙（役割表）の通り理事会を組織し、了承された。

（24巻2号会告参照）

Ⅶ 監事の選出について

会則第4章第15条及び理事、監事選出規定5により理事会において、

大谷真千子評議員（千葉県立衛生短期大学）

鈴木 光子評議員（弘前大学）

両名が推薦され、了承された。この了承をもって、評議員会に書面です承を得る。

Ⅷ 第29回（平成15年度）学術集会長選出について

理事長が候補者に事前に連絡、交渉し内諾を得て、第2回理事会、評議員会、総会におい

て決定することで了承された。

IX 第28回（平成14年度）学術集会について（池■明子会長）

開催日：平成14年8月8日（木）9日（金）

会 場：横浜パシフィコ21

会場費が高い。会場の収容人数が5,000名なので、広く市民にも開放したい。

企画については、この学会の特長を出して、21世紀に向けて地道なテーマを検討している。

了承された。

X その他

このあと、新旧理事の引き継ぎが行われた。

理事長指■による理事2名により会員数の内訳変更。

平成13年4月14日 現在総会員数 4,202名

内訳 一 般 4,059名

理 事 20名

評 議 員 120名

名誉会員 3名

閉会 17:00

日本看護研究学会雑誌投稿規定

1. 投 稿 者

本誌投稿者は、著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

2. 投稿の種類と内容

投稿内容は、看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。投稿論文は未発表のものに限る。

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究、カテゴリーⅡ：質的研究、カテゴリーⅢ：その他）

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。

投稿時にカテゴリーⅠ、Ⅱ、Ⅲ、のいずれかを選択する。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが、これだけでも早く発表する価値のある論文。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

■総 説

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

■資料・その他

投稿者は、投稿時に上記論文種別のいずれかを申告する。

3. 原稿の送付

投稿原稿は、所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上、本文、■表、写真等、を綴じたオリジナル原稿、およびオリジナル原稿のコピー2部（査読用）を添えて下記に送付する。

〒260-0856 千葉市中央区玄鼻1-2-10

日本看護研究学会 編集委員会 委員長 内布 敦子 宛

（封筒の表には、「日看研誌原稿」と朱書し、書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し、形式が整った時点を受付日とする。

4. 原稿の受付（締め切り）

原稿の受付は年4回（4月、7月、10月、1月、各月の10日）とし、各回ごとに受理手続きを行う。

5. 投稿の採否

寄稿の採否は、規定の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで寄稿の種類を変更することがある。

査読の結果、「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で、その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合に

は、不当とする理由を明記して本会編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。
 なお原稿は原則として返却しない。
 なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総 説	資料・その他
独 創 性	○	○	○		
萌 芽 性		○	○		
発 展 性		○	○	○	
技 術 的 有 用 性			○	○	
技術的価値性・有用性	○	○		○	
信 頼 性	○			○	
完 成 度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6. 原稿の校正

校正にあたり、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。
 なお校正の際の加筆は一切認めない。

7. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、12頁以下（400字詰原稿用紙45枚（図表含む））の場合は、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。

図表は、A4判用紙にトレースした原図を添える事。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。

別刷については、あらかじ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）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8. 著作権

会員の権利保護のために、掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは、著者がその許可申請手続きを行なう。

9. 原稿執筆要項

別に定める。

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12年4月22日 一部改正実施する。

原 稿 執 筆 要 項

1. 原稿の書き方

原稿は簡潔でわかりやすいように重点を強調して記述すること。書籍・雑誌などの図、表を引用するときには必ず出典を明記すること。

- 1) 所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをA 4判に拡大コピーして使用）に、原稿の種類、和・英（JAMAの書式）の論文題名、およびキーワード（5語以内）著者氏名、所属■体・部署とその英訳、原稿枚数、別刷部数を明記する。
- 2) 本文は原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし、書式はA 4判の用紙に文字数800字（40字詰め20行）、左右余白30mm、上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。
- 3) 英文抄録は200語以内A 4判の用紙にダブルスペースで印字する（原著論文、研究報告のみ）。
- 4) 和文抄録は400字以内とする。
- 5) 図表は一つずつA 4用紙に配置し、それぞれに通し番号を付して図1、表1などとする。
- 6) 図表は、白紙または青色の方眼紙に、黒インクで仕上り寸法の約1.5倍の大きさに描く。提出された原図はそのままオフセット印刷する。
- 7) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。
- 8) 文献は、本文の引用箇所の肩に1)、2)のように番号で示し、本文原稿の最後の一括して引用番号順に整理して記載する。文献著者が3名以上の場合は筆頭者2名のみをあげ、○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号) 著者名：表題、雑誌名、巻（号）、始ページー終ページ、発行年（西暦）

－例－

- 1) 日本太郎、看護花子、他：社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴、日本看護研究学会雑誌、2(1)、32-38、1998
- 2) Nihon, T. Kango, H. et al. : Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 2(1), 32-38, 1998

②書籍の場合：

番号) 著者名：書名、引用箇所の始ページー終ページ、出版社、出版地、発行年（西暦）

－例－

- 3) 研究太郎：看護基礎科学入門、23-52、研究学会出版、大阪、1995

③編集者の場合：

番号) 著者名：表題、編集者名（編）：書名、始ページー終ページ、出版社、出版地、発行年（西暦）

－例－

- 4) 研究花子：不眠の看護、日本太郎、看護花子（編）：臨床看護学Ⅱ、123-146、研究学会出版、東京、1998
- 5) Kimura, H. : An approach to the study of pressure sore, In : Suzuki, H., et al. (Eds) : Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York, 1996

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

- 9) 用字・用語は，現代かなづかいとする。アラビア数字を使い，SI 単位系（m，kg，S，A など）を用いる。

2. 原稿用紙および原稿の長さ

所定の原稿用紙 2 枚が刷り上がり 1 ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし，表題，■表等の一切を含むものとする。

- | | |
|-------------|--------|
| (1) 原著論文 | 12 ページ |
| (2) 研究報告 | 12 ページ |
| (3) 技術・実践報告 | 8 ページ |
| (4) 総説 | 8 ページ |

3. フロッピーディスク

原則として，原稿のフロッピーディスクを添付する。3.5 インチフロッピーで MS-DOS 上のテキストファイルが望ましい。ラベルには著者，表題，使用機種，使用ソフトウェアを明記すること。

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12年4月22日 一部改正実施する。

編集後記

任期を終了するにあたり、編集委員を代表して、まずはこの3年間の会員の皆様、特に査読者の皆様の御協力に対し、厚くお礼申し上げます。

学会誌の編集にかかわっておりますと、昨今の看護研究あるいは会員の皆様の動向やその背景にある状況をつぶさにみることができます。平成10年度からの3年間は、大学、大学院の増加に関連して、投稿論文数が大幅に増加しました。論文内容がより専門的に分化し興味深い知見が示される反面、その完成度には、ばらつきがみられたり、その学問分野それぞれにおける論文に対する評価基準のちがいがクローズアップされるような結果にもなりました。

このような事情をふまえ、編集委員会では、従来原著論文を中心に掲載してきた当学会誌の姿勢を保ち続けることが、会員の本来求めていることだろうかという議論を度々くりかえし、いくつかの修正案を示してきたわけです。

この3年間は、このような改善をすすめる過渡期であり、また委員長の力不足による不手際もあって、多くの御指摘やお叱りをいただきましたが、投稿規程の変更や査読者決定方法の見直し、委員会構成員の変更などの新しいシステムを不十分ながらもスタートさせることができました。これらが少しでも会員の皆様の求める学会誌作りに貢献できることを願っております。

新委員会がすでにスタートしておりますが、検討を要する問題はまだまだ多く残されております。今後とも会員の皆様の暖かい御支援と御協力をお願い申し上げます。

最後に、積極的かつ建設的に活動していただいた編集委員の皆様、学会事務局の皆様に深謝致します。

(平成10年度～12年度編集委員長 山口 桂子)

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 (石川県立看護大学)
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)

(アイウエオ順)

※24巻2号の編集については、編集委員会が担当しました。

事務局便り

1. 平成13年度から会費が下記のとおりとなりました。未納の方は、お早めにお振込下さいますようお願い申し上げます。

平成12年度会費を納入した方で、「退会」のお申し出のない方には、引き続き会員として継続なさるものとして、平成13年度発行雑誌24巻1号からお送りいたしております。

記

会 費 7,000円 支払い方法 郵便振込
口座番号 00100-6-37136 加入者名 日本看護研究学会事務局

- お振込みの際、会員番号を必ずご記入下さい。会員番号は、封筒のラベルに明記してあります。
2. 平成12年度の会費未納の方が約400名おります。平成11年度会費を納入された方で、「退会」のお申し出のない方には、平成12年度発行雑誌である23巻1号から5号までをすでにお送りしております。つきましては、平成12年度会費未納の方は、至急お振り込み下さい。平成13年度も会員を継続される場合は、平成12年度分に併せて14,000円をお振り込み下さい。

行き違いの節は、お許し下さい。

3. 送付先変更の場合は、会費お振込時の通信欄、又は葉書、FAX（043-221-2332）でお知らせ下さい。楷書でお書き頂き、難しい呼び名の場合には、ふりがなを付記して下さい。
4. 下記の方が住所不明です。ご存じの方は、本人、又は事務局までご連絡をお願いいたします。

こ-270 児玉有子 た-394 田口末利子 て-033 鐵井千嘉 ひ-154 樋口香織
ひ-160 平賀恵子 ふ-102 福山由美子 ま-124 松宮良子 ま-171 増田安代
わ-105 和田昭子

5. 無記名の払い込み票について

平成13年2月14日付けで、取り扱い局 大津大石郵便局から、7,000円の振込がありましたが、無記名のため整理できません。お心あたりの方は、至急お申し出下さい。

お振込の際、必ず住所、氏名、会員番号をご記入下さるよう、重ねてお願いいたします。

事務所の開所曜日と開所時間の変更について

平成13年4月1日より下記のように変更になりますので、ご注意ください。

尚、下記開所日時以外のお問い合わせにつきましては、留守番電話、又は、FAXにてお願いいたします。

記

開所曜日 月・火・木・金曜日 電 話 043-221-2331
開所時間 9:00~15:00 F A X 043-221-2332

日本看護研究学会雑誌

第24巻 2号

平成13年5月20日 印刷

平成13年6月20日 発行

会員無料配布

編集委員

委員長 内布 敦子(理事) 兵庫県立看護大学
副委員長 玄田 公子(理事) 神戸市看護大学
委 員 深井喜代子(理事) 岡山大学医学部保健学科
東 玲子(評議員) 山口大学医学部保健学科
成田 伸(評議員) 広島大学医学部保健学科
平河 勝美(評議員) 神戸市看護大学
川口 孝泰(会 員) 兵庫県立看護大学
横手 芳恵(会 員) 岡山県立大学保健福祉学部看護学科
若村 智子(会 員) 兵庫県立看護大学

発行所

日本看護研究学会

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

発行責任者

川 村 佐和子

印刷所

(株) 正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

☎ 043-233-2235

FAX 043-231-5562

(アイウエオ順)

日本看護研究学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 (a. カテゴリーⅠ, b. カテゴリーⅡ, c. カテゴリーⅢ) 2. 研究報告		
	3. 技術・実践報告 4. 総説 5. 資料・その他 ()		
原稿送付年月日	____年 ____月 ____日		
和 文 題 目			
英 文 題 目			
キーワード (5 語以内, 日本語/英語)			
1. /	2. /	3. /	
4. /	5. /		
原 稿 枚 数			
本文: 枚	■: 枚	表: 枚	写真: 点
著 者			
会員番号	氏 名 (日本語/ローマ字)	所 属 (日本語/英語)	
連 絡 先 住 所 ・ 氏 名			
住所: 〒 _____			
氏名: _____			
Tel: _____		Fax: _____	E-mail: _____
別 刷 希 望 部 数			
_____ 部			

* 受付年月日: 年 月 日

■さまざまな臨床看護研究の「現在」を伝える年刊誌

ANAS

Advances in Nursing Art and Science

臨床看護研究の進歩

新刊

VOL.12

編集 「臨床看護研究の進歩」編集室

臨床看護研究の進歩を願って刊行を続ける年刊誌。
12冊目となる本書にはREVIEW2篇、総説2篇、原
著10篇、Nursing Report7篇、論考1篇、シンポ
ジウム(がん看護)3篇を掲載。さらに文献
SELECTION in 2000を付した。さまざまな研究
のあり方を学ぶことができる。

■主要内容

I. REVIEW

タッチ(Touch)に関する研究と実践の動向からみた今後の研究課題……………土蔵愛子
精神科領域における救急・急性期看護対応に関する文献検討……………岡田 実、笹木弘美

II. シンポジウム/がん看護—ナースに何ができるか—コーディネーター：荒川囁子

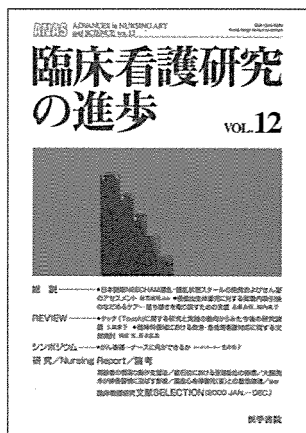
肺癌患者の術前呼吸機能訓練における集団指導の有効性……………辻美紀子、清水昭子、古川康子、野波律子、上松栄美子、吉村由枝
口腔・上顎腫瘍術後の開口障害に対するパンフレットを使用した訓練の効果と患者に及ぼす
影響……………堀江千代美、角田きみえ、島貫美佳、梅津英子、安田和子
骨盤内リンパ節郭清術を受けた婦人科がん患者の下肢浮腫に対するつば指圧の効果……………鈴木明美、小太刀美和、長谷川尚子、川平康子、辻 洋子
短評とまとめ……………荒川囁子、岩崎紀久子、小坂橋喜久代

III. 研究(総説・原著)

[総説]日本語版NEECHAM混乱・錯乱状態スケールの開発およびせん妄のアセスメント
綿貫成明、酒井郁子、竹内登美子、岡訪 浩、梅久敏弘、一瀬邦弘、バージニア・ニーロン
[総説]極低出生体重児に対する気管内吸引後のなだめるケア……………近藤好枝、堀内成子
落ち着きを取り戻すための支援……………香城 綾、増田元香、佐藤紀久江、紙屋克子
高齢者の寝返り動作の観察と2つの寝返り動作支援法の比較……………大矢佳子
「座りきり」高齢者の日課に臥床を取り入れて変化したこと……………片山康子、斎藤邦恵、射場光一、友保純子、楠戸和仁
低酸素血症患者に対する抱き枕を使用した体位変換の有効性……………松本厚子、小笠原洋子、三井賢恵、三浦幸子、埜 まゆみ
ベッド上における背面開放と非開放の座位姿勢時の自律神経活動の変化……………田村綾子、市原多香子、南川貴子、斎藤 憲、山口智子、藤本理恵子、宮本節子、
長井明子、平田佳子、羽藤佳代子
看護記録に用いられる色表現方法の実態……………木村智子、小池 潤、齋藤やよい
大腸洗浄が排便習慣に及ぼす影響……………深井喜代子、阪本みどり、清水恵子、芽原路代、
堀尾秀子、土井二三子、赤澤美枝、大倉美穂、平野 寛
腰部マッサージが腸音と排便習慣に及ぼす影響……………岡崎久美、米田由美子、深井喜代子、清水恵子、土井二三子、飯田百合子
膀胱全摘術を受けた患者の排便状態の手術前後比較調査……………三木佳子、田村由美、渡辺 成
内服を拒否する前思春期にある悪性疾患患者への効果的なかわり……………赤江多津子、黒田雅美、山岸なつき、田村昌子、新堂由加子

IV. Nursing Report & 論考

重症心身障害児(者)との意志疎通を円滑にするための取り組み……………吉野綾子、白倉奈奈、大泉敬子、高
瀬美雪、佐藤千穂、濱野正幸、林 陶子、岸本素之、加藤一久、難波正弘、小野寺厚博、
池尻聡美、渡口ふく
リエゾン・コンサルテーション・カンファレンスによりケアのゆきすまりが打開されたター
ミナル期の1事例……………千場佳美、森田真紀子、五十嵐透子
重篤意識障害患者のEye Careの検討……………森本小百合、安保美智子、横濱さおり、横山由美子、鎌倉里美
心臓カテーテル検査後の腰痛の緩和に有効なポリウレタンフォーム製マットの挿入
予防的ケアとしてのクリティカルパスへの組み込み……………内山明香、鈴木登美子
経膈栄養管理下の神経疾患患者のコア注入により生じた便秘の改善……………高木歌子、倉光美紀子



●B5 頁212 2001年
定価(本体3,600円+税) 送料実費
[ISBN4-260-33135-3]

高齢の呼吸器疾患患者の排便困難に対する指圧と腰部マッサージを取り
入れたケア……………赤田文代、金平和美、舟崎秋子
精神分裂病患者的寛解過程における阿保の提唱する看護アプローチの
枠組みを活用した看護の展開……………笹木弘美
卵巣癌・子宮癌で手術およびその後の治療を受けている患者の腸胃体
験と回復過程……………秋元葉子、橋野恭子、富迫里美
30代女性患者6名のインタビューをもとに……………秋元葉子、橋野恭子、富迫里美

V. 臨床看護研究 文献SELECTION(2001年1-12月)

成人看護 選者/鎌倉やよい、小池智子、井上智子
小児看護 選者/濱中喜代、堀田法子
老人看護 選者/小野幸子、沼本敦子
精神看護 選者/阿保順子、佐久間えりか、田中美恵子、川添由紀、
江波戸和子

◆「臨床看護研究の進歩」バックナンバー

- VOL. 2 1990年発行 定価(本体2,800円+税)
[ISBN4-260-34028-X]
- VOL. 3 1991年発行 定価(本体3,500円+税)
[ISBN4-260-34046-8]
- VOL. 4 1992年発行 定価(本体3,500円+税)
[ISBN4-260-34084-0]
- VOL. 5 1993年発行 定価(本体3,500円+税)
[ISBN4-260-34120-0]
- VOL. 6 1994年発行 定価(本体3,500円+税)
[ISBN4-260-34171-5]
- VOL. 7 1995年発行 定価(本体3,600円+税)
[ISBN4-260-34211-8]
- VOL. 8 1996年発行 定価(本体3,600円+税)
[ISBN4-260-34258-4]
- VOL. 9 1998年発行 定価(本体3,600円+税)
[ISBN4-260-34302-5]
- VOL.10 1998年発行 定価(本体3,600円+税)
[ISBN4-260-34349-1]
- VOL.11 2000年発行 定価(本体3,600円+税)
[ISBN4-260-33067-5]



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