ISSN 0386−8036

四大学看護学研究会雑誌

(Journal of Universities' Nursing Research)

VOL.2 NO.1

四大学看護学研究会

いま静かに看護の方法が変りかけています。

看護の省力化を一歩前進させる…

●単純な構造・簡単な操作！
福祉の国スエーデンで生れた「リフパッド」は、45cmの天然ゴム枕と70cmのアルミ棒を組み合わせた単純な構造。しかもワンタッチで体のどの部分にも滑るように挿入でき、持ち上げることができます。

●患者のリフティングと移送に…
便器の挿入をはじめ、おむつ・下着の取り替えが楽にできるほか、体位変換、術後・分娩後の処置、手術体位・検査時の補助具として、また救急患者の移送用具として、「リフパッド」は巾広くご利用いただけます。

LIFPAD リフパッド

《床ずれ》の予防・治療に適確な効果を示す

●体重分散・除圧効果の高い FC型マット！
FC型マットレスは、中央部が細く、両端の太い特殊設計のフラストコニカル型エアーセルを採用しているため、身体の安定感・体重分散性が良く、床ずれのでき易い部位への圧迫を和らげます。

●FC型ニューマットレス 新発売！
現在のビニール製に加えて、ラバライズドクロス（ゴム引布）製のニューマットレスを新発売！耐久度が飛躍的に向上、更に部品の脱着、交換も楽になりました。

新発売
リップルベッド

※詳細カタログは当社医療具課までご請求下さい。

発売元 新しい看護技術を開発する
帝国臓器製薬株式会社
〒107 東京都港区赤坂二丁目5番1号 ☎03(583)8361

目　　次

巻　頭　言……厚生省看護研修研究センター所長　吉田　時子……2

第4回四大学看護学研究会演説記事

特別講演　看護学の性格……高知女子大学　芝田不二男……3

会長講演　腎疾患の食事療法……第4回会長　村越　康一……10

シンポジウム

大学における看護学教育の検討　ー地域看護についてー……31

地域看護　ー看護教育とのかかわりにおいてー……池川　清子……32

継続看護　ー訪問看護の問題点と展望ー……宮崎　和子……38

成人看護における患者のニードを中心として……城　慶子，河瀬　比佐子，木場　冨喜……51

地域看護実習の実情と今後の方向……津島　律……61

質疑，討論……69

座長まとめ……草刈　淳子，村田　栄……72

一般演題　演説内容及質疑

高校衛看における諸問題ー准看資格の取得にからむ問題ー……佐藤　祐子，杉山　倫子……75

大分東明高校における衛生看護科の問題……麻生　佳澄……76

高等学校衛生看護科における教育の現状と問題点……大和田　恵子，津島　律……78

衛生看護科の看護実習からみるカリキュラムの問題点……江口　千恵……80

成人看護の指導の一工夫……東　サトエ……81

含嗽水及び含嗽回数からみたマウスケアの検討……山崎　昭子……83

現行消毒法の再検討ー超音波洗滌装置による消毒法ー……滝　幸代，萩原　悦子……84
三沖　絹子，松岡　淳夫

MDT（Mirror Drawiug Test）からみた性周期の心身に及ぼす影響について
茅島　江子，秋山　昭代……86

デジタルアナログ情報とシステムズ理論を使ったPsychotherapy解析への一試み
早川　和生……88

入院によっておこる患者の不安について……葛西　祐子……90

糖尿病患者の糖尿病に対する理解度の調査研究……佐野　京子，村越　康一……92

地域における寝たきり老人看護について……長岡多恵子，田丸志づえ，渡辺　行栄……94
山口佳津美，串田登志江，松岡　淳夫

学会印象記……野島　良子……96

巻　頭　言

厚生省看護研修研究センター所長
吉　田　時　子

我が国で，全国的な看護研究学会が始めて開催されたのは，昭和２７年の１０月，大阪市においてである。此の年の４月に，日本看護協会は，創立第５周年式典と通常総会を東京で開いた。この総会において，日本看護協会は，組織団体として基礎は固まったとし，さらに専門職団体としての向上を目指して，会員の研究発表会を，同年秋に，看護婦部会により開催することを決定したのである。

この昭和２７年は，我が国が敗戦後，連合軍により占領されていたのであるが，前年にサンフランシスコにおいて締結した講和条約の発効により，占領時代が終り，独立国として歩み出した年なのである。看護界では，高知県立女子大学家政学部に，衛生看護学科が創設され，４年制大学における看護教育が始めて発足した。また，昭和２５年に設置された保健文化賞の第四回受賞者に，保健婦として長らく活動して来られた筆者らの大先輩平井雅恵師がナースとして始めて保健文化賞を受賞された。筆者は今，歴史をひもとき，当時を回顧し，この年を希望の年とでも云うべきかとも思う。

その後，看護研究学会は，毎年，開催地が移されて続けられてきたが，あとになって保健婦部会による公衆衛生看護学会，助産婦部会による助産婦研究学会も別に開催するようになった。日本看護協会は，３部会も統合した内容の研究学会を，昭和３３年から，総会の中で開催していたが，昭和４２年に至り，日本看護学会をもつことになり，各部会別に開いていた研究学会を吸収し，看護学の体系化にもとづき成人，小児，母性，また地域，そして教育，管理のように分野別に看護の分科会として開催するようになり，毎年９回にわたって，全国各地で開かれ，現在，これが定着したようである。

第１回目の看護研究学会が１２人により１２の演題が発表されてより，近年は，毎回数十にのぼる演題が発表され，2,000人位のナースたちが参集するという学会に発展した。このことは喜ぶべきことであろうが，只諸手をあげて喜んでばかりいてよいものとは思われない。筆者は，このようなマンモスの会場で，発表だけの学会にも　終止符を打つ時期を考え始めてもよいのではないかと思うものである。日本看護学会は，日本看護協会員のみの学会だからである。このような閉塞的な状態から開放しても，益こそあれ，損なことはないのであろうと思うからである。

さて，本研究会は，四大学の名を冠せているが，看護学の研究，教育の進歩発展に寄与する人であれば，誰でも受け入れるようになっている。このことは，現在のところ唯一の看護学会として我々は尊重しなければならないと思う。本研究会が発足して，本年は５年目になる。地道で，しかも急速な発展を切望するものである。

厚生省看護研修研究センター

第　4　回

四大学看護学研究会

記　　事

昭和５３年９月２４日

於　千葉市弥生町１－３３
千葉大学教育学部講堂

ナースと本　好評発売中

ナースに必要な診断の知識と技術

日野原重明　聖路加看護大学学長
安部井　徹　東邦大学・内科
岡安　大仁　日本大学・内科
本多　虔夫　横浜市民病院・神経内科
道場　信孝　ライフ・プランニングセンター・循環器科

ナースのために書かれた，問診，視診，触診，打診，聴診の書。これらは，看護観察で行われているバイタルサインのとらえ方を，一歩進め，器械の使用や患者に触れることにより，よりよく患者の状態を把握するための科学的な方法である。豊富な図と，わかりやすい文章で，どのようにすればこれらの手技を行えるか，得られた所見をどうすれば正しく評価・判断（診断）できるかが，実際に即して述べられている。

●A4変型　頁176　図213　1978　¥2,900　〒200

看護のためのPOS

Problem—Oriented Nursing

著者＝F. R. Woolley　M. W. Warnick
R. L. Kane　E. D. Dyer
訳者＝日野原重明　聖路加看護大学学長
青木　恵子　前聖路加看護大学講師
新井　和子　ライフ・プランニングセンター保健管理部

本書では，ＰＯＲシステム（問題志向型診療記録システム：ＰＯＳと同義）を看護のいろいろな場面にどのようにとり入れ，実施していくかについて解説する。まずＰＯＳの基本概念，その構造，性質などについて説明，その応用のしかたを巧みな例やチャートにより具体的に解説する。看護教育者や管理者はもちろん，臨床の場にあるナースや看護学生にも役立つ書である。

●A5　頁192　図23　表4　1978　¥1,400　〒160

臨床看護マニュアル

The Lippincott Manual of Nursing Practice

監訳＝和田　攻　上田礼子

□本書は内科一外科看護，母性看護，小児看護の３部から構成。それぞれ臨床上の諸問題，疾病とその原因病態生理，症状，おこりうる合併症，治療と処置，および随所に〝指針〟を挿入し，臨床の場で必要な看護行為の目的と手順，その理論的根拠と意義を示し，最新の看護の知識を詳細かつ平易に解説してある。□また患者の観察，記録，看護の目的の設定，看護計画の立案，具体的な看護処置，評価といつた一貫した流れとしての看護を理解できる。さらに〝総合看護〟，〝看護への患者参加〟といつた新しい潮流の理解とその実践のための指針となる。□本書は，臨床看護婦はもちろん，看護学生，臨床指導者に役立つ必携書である。

●A5　頁1,300　図190　写真140　1976　¥5,800　〒300

カラーアトラス 人体

解剖と機能　第２版
横地千仞・J.W.Rohen
●A4　頁110　図27　写真122　原色図166　色図6　1979　¥5,500　〒240

看護観察

V.B.Byers＝著　前原澄子・中西睦子＝訳
●A5　頁128　1977　¥900　〒160

ロマリンダ大学病院 看護手順

編集＝ロマリンダ大学病院看護部
筒井トキ・林　淨子＝訳
●A5　頁442　図68　写真1　1978　¥3,300　〒200

看護記録

幡井ぎん・他
●A5　頁223　表61　色図4　1979　¥1,400　〒200

CCUマニュアル

J.S.Alpert・G.S.Francis＝著
春見建一・森本和大・森島　明＝訳
●A5　頁160　1978　¥2,000　〒200

心臓外科チームのための患者管理の実際　第２版

D.M.Behrendt・W.G.Austen＝著
森本和大・鍔渕康彦・尾本良三＝訳
●A5　頁204　図34　1978　¥2,600　〒200

脳神経外科チームのための患者管理の実際

J.R.Howe＝著　半田誠二・小山素麿＝訳
●A5　頁248　図10　1978　¥2,500　〒200

がん看護

その総合的アプローチ
編集＝H.D.Behnke　会見美知子・他＝訳
●A5　頁364　図17　1978　¥2,600　〒200

医療ケースワークの初歩的実践

柴山悦子・平島裕子
●A5　頁210　図2　1979　¥1,800　〒160

医療・医学序説

よりよい医療をもとめて
品川信良
●A5　頁160　1978　¥1,400　〒160

医療と教育の刷新を求めて

日野原重明
●A5　頁300　図15　1979　¥1,600　〒200

SEYMER 看護の歴史

Lucy Ridgely Seymer＝著　小玉香津子＝訳
●A5　頁448　写真42　1978　¥3,900　〒200

マイルズ 助産婦マニュアル

助産と保健指導のすべて
M.F.Myles＝著　監訳＝松本清一・前田マスヨ
●A5　頁720　図529　色図17　1978　¥6,600　〒200

医学書院　113-91 東京・文京・本郷5-24-3　☎東京(03)811-1101　振替東京7-96693

● 特 別 講 演 ●

看　護　学　の　性　格

芝　田　不二男

1　はじめに

村越先生には，わざわざ高知までお越しいただき，「特別講演」という名誉ある機会を与えていただきました。先生はもとより，会員の皆様にも心より感謝申し上げます。

お話の内容は，はじめ，レジュメでもご案内申し上げたように，「看護概念」の多様さの原因をたずねるところから，看護学の性格に及ぶというつもりでありましたが，何しろ時間は1時間ですし，もってまわったお話をするより，直接，看護学の性格を論ずる方がいいだろうと考え直しまして，レジュメにはこだわらないことに致しましたので，その点ご了承いただきたいと存じます。

2　看護学とは

話の順序として，はじめに看護と看護学を規定しておきたいと思います。私は，看護とは，「人間看護者が人間患者に働きかけて，健康にかかわってもっている問題の解決を，生活の援助というかたちで展開する仕事である」と考えており，看護学は，「こうした社会的事実としての看護を，看護という立場から整理しようとする学問である」と，規定しておきます。そうすると看護学という学問の性格は，こうした看護という対象を，看護の立場から，できる限り科学的方法で，整理するところから生まれてくると考えられます。

つまり対象である看護という社会的事実のもつ性格が反映し，それを整理する看護の立場，視点（看護哲学）が基本的なところで，学問の性格を規定しますし，その整理の仕方，研究方法が，看護学の学問としての性格を規定するわけです。

3　看護の立場

順を追って考えてみたいと思います。

まず看護の立場，看護というものをどう考えているか，でありますが，私は拙著「看護哲学」で，看護学に個別科学としての性格を与えるのは，その概念装置（conceptual apparatus）あるいは概念構成（conceptual frame）であることを主張いたしました。そこでは，看護学を科学にするための科学的研究方法に焦点が集まっていることは，大いに結構ではあるが，同時に，そのむしろ根底にある看護学としての概念構成なしには，看護学を学問とするわけにはいかないことを主張したのでありました。

すべての学問は，それぞれの概念装置でもって，人間及人間をとりまく世界という対象の中から，自

高知女子大学教授

らの学問の対象を選びとっているのであるから，看護学も学問であるなら，例外ではありえないと申しました。

その意味で看護概念の多様さの現状を，学問としての看護学は，問題としないわけにはいかないと考えた次第です。

つまり同じく看護という実践的な社会的事実を対象としていても，看護概念がちがえば，違ったなりの学問が成立するとしても，それらは当然異質のものとならざるをえません。視点がちがうから，ちがった看護的事実を対象とする研究や実践が生まれることとなり，そこからまたちがった視点が形成される。このかかわりから看護概念が整理されてくるわけですが，むろんこれには，もっといろいろの条件，たとえば「文化としての看護観」（一般社会で，人びとが看護をどう考えるか）などもかかわりをもってきます。

こうしたいわば看護の本質論は，実践においても，研究においても，要石としての役割を果していることを確認して，先を急ぎたいと思います。

4　看護学の対象

次は，看護学の対象である看護という事実です。しかし看護という事実といっても，何かある「もの」があり，実体が存在しているわけではありません。看護という事実は，あくまでも目的をもった行動であり，操作であり，実践であります。たしかにその実践を展開する主体は人間看護者であり，その対象は人間患者であるに違いはありませんが，その人間は単なる「ヒト」ではなく，健康にかかわる問題をもって生きている人間なのであります。そしてそうした人間の間の相互作用としての看護実践は，「看護者 ― 患者」のいわば看護状況において展開されるのです。

したがってこうした事情から，看護学の対象に，この学問独特のユニークな対象特性というものがあらわれてくることになります。

まず人間というコトバに注目しなければなりません。むろん看護の対象は「病気」ではなく「病んでいる人間」なのでありますが，それはまず人間が，ヒトであるばかりでなく，心理的，社会的存在としての個性的人間であることを意味します。そして人間の部分的現象が対象ではなくて，人間を構成する要素の意的連関，統合的全体（健康という観点の制約はあるけれども）でもあることを意味しております。

ところがこういういみでの「生きている人間」「生きた全体」という視点は，人間にかかわる全体と部分との階層的秩序に，われわれの注目をつれてゆくことになります。生きた全体の最小の単位を細胞とすれば，次第に下位の要素の統合的連関として，組織 ― 器官 ― 系 ― 個体 ―（看護者－患者の）看護状況 ― 社会。と拡大されてゆきます。

しかしここが大切なところですが，私は，看護学の対象は，あくまでも「看護者－患者」の看護状況の連関全体であって，そこで起る問題が起点となって，下位要素を対象とする研究も，上位の全体を対象とする研究もすすめられるが，それらの研究は，必ずこのいわば原点に帰ってくるのでなければならないと考えております。

さてしかし，看護という事実については，こうした形式的論議だけですませるわけにはゆきません。何といっても看護の中味は実践であります。対象を形式的に全体としてとらえることが必要なら，当然中味の実践も全体関連的実践として展開しなければならないわけです。あるいは総合的実践活動でなければなりません。その大きな特性を，私は，看護実践を問題解決的実践であるととらえることによって

具体化できるのではないかと考えております。

もっともその問題解決は，ただ必要な情報を集めて，それを総合的に組み立てる，いわゆる認識過程に限定して考えていたのでは困ります。その仮説構成（看護診断）を実践技術によって具体化し，さらに社会技術や人間的配慮によって，まさに人間関係の中に生かすところまでを含む，総合的実践活動として問題解決過程であると考える次第です。

この三つの過程は，看護のもつべき基本的機能であると考えますし，それぞれの過程に要求される能力としての，理解（知識），技術・技能，態度・配慮は，アリストテレスの人間の能力論にならってエピステーメ，テクネ，フローネイシスとして，ナースの持つべき基本的能力と考えることもできます。

そうなりますと余談ですが，看護という実践的活動は，看護科学や技術を言語のレベルで伝えるだけでは完成されそうにありません。どうしてもまさに実践をとおして，体験を血肉化する過程と時間が必要であると考えます。看護教育の当面する最大の問題点の一つでありましょう。

5　看護学の研究方法

次は看護学の研究方法であります。そこで，なるほど実践は総合的かもしれないが，研究はそもそも分析的でなければ，研究にはなりえないという考え方があります。学問としての看護学は，実践の総合性をみたすに足る総合性をもっていなければならないと思います。自然科学的側面よりの情報も，社会科学や人文科学からの情報も，看護という社会的事実を解明するのに必要な情報はすべて含まれていなければなりません。しかもそれらが，看護診断学や看護実践学という形でシステム化され，さらに全体としての体系化が成立するということが，将来の課題ですけれども，実現しなければならないと考えます。

ところが，看護基礎学も含めて，看護学を構成する分科科学はもとより，さらにその科学のひとつひとつの情報（レポート）が，学を構成する情報となるための研究は，先程述べたように，分析的であるという条件を無視するわけにはまいりません。

つまり研究の対象をかなり限定して，目的と対象の条件によっては，観察，測定，実験等の自然科学的方法も，あるいは調査及びその統計的処理による社会科学的方法も，自由に駆使されるということが必要であります。

ところでくどいようですが，ここでも，看護概念が研究の基本的枠組をつくることを忘れてはならないと思います。前回の学会で，千葉大の小島先生が，カリキュラムの比較においてではありましたが，Philosophy とか conceptual framework の重要性に言及しておられました。教育の学界でも，教育内容の構造化などと申しまして，内容を基本的概念の枠組によって整理しようとする動きもございます。

6　応用科学と実践科学

さて話を元に戻しまして看護学の性格でございますが，私は拙著「看護哲学」で，看護学は応用科学であり，基本的には実践科学，したがって技術科学でもあると申しました。

つまり看護学は，基礎科学ではないが，あるいみで応用科学である。しかし看護学が，独特な個別科学であるためには，単なる応用学にとどまるものではなく，やはり他の科学の概念装置で間にあわせるものでなく，看護独自の概念装置をもたなければならないと申しました。

そして実践科学という性格について，看護学は，展開される実践の科学的合理性を，ただ消極的に説

明できればいいのではない。その実践目的を実現するために，その実践的機能を説明し，説明の可能な範囲において予測もしなければならない。それが診断学であり，実践学でありますが・・・・・。

ワルド流に申しますと，「変化をなしとげる方法を組織的に研究する」のであり，「病気，入院，療養に対する患者の反応，健康手段を利用する患者の能力を看護婦が変化させる方法を研究する」のであるとも申しました。そういえば，アメリカ国立看護連盟の「看護学部教育課程において確認された主なる概念」の表の中で，人間，社会，健康，看護の四つの概念枠組のいずれにも，「変化理論」というのが組み入れられております。まことにアメリカ的でもあり，同時に注目をひくところでもあります。

7　技術科学

こうして変化理論を中味とする（それだけではありませんが）実践科学は，当然その変化を具体化する技術科学でなければなりません。技能を技術にすることによって，看護学を学問にすることができると考えている人びとの意見も含めて，看護学の技術科学としての性格を否定する人はいないようです。

たしかに「技術とは，人間がある目的を達成，実現するために，所与のものに働きかける有効な手段，方法であり」ますから，看護学もまた，確かに技術科学であるといって差支えないと思います。

しかし看護学は，科学的理論を背景にもつ科学的技術学であることによって，学問の世界の仲間入りができると，よろこんでばかりはおられないという気もいたします。それは，これからの技術は，よほどしっかりしたアセスメントをやっておかないと，とんでもないことになりかねない。有吉佐和子の「複合汚染」ではないが，技術の合理性だけが，すべての免罪符になる時代は過ぎようとしていると思うからです。

そもそも技術は，実現すべき目的と方法とがセットになって開発されたものです。ところが，一旦技術が成立すると，肝心の，何のための方法かという目的が忘れられて，ここでも使える，これにも便利だということで乱用，悪用される可能をもっております。医療器具の誤用や薬害の大半は，それであるといっても過言ではありません。

とにかく技術は，天然，自然には存在していない「もの」を人間と自然のこの世界に産んで来たのです。それが人間と自然のバランスに与える影響を無視できるうちは，問題はなかったのでしょうが，昨今はそれがどうもあやしくなってまいりました。

人間は内的自然としてみても，外の世界とのつながりとしてみても，実にデリケートなバランスにおいて生命を保持して来ました。その恒常性維持機構がホメオスタシスと呼ばれており，いわば自然治癒力としても働く。このホメオスタシスに，看護の原点を見出すべきだという私の主張は，もう繰返さないことにいたします。

申し上げたいのは，技術が，既に出来上っている生命体系に，新しい「もの」を自由につけ加えるという仕方で，人間と人間をとりまく環境とのバランスに影響を与えつづけることは許されないだろうということです。これからの技術は，むしろこのバランスを維持し，回復する方向に機能する（人間的自然を守るという）のでなければならないだろうということであります。とくに看護技術が，人間のための技術であるというのであれば・・・・・。

8　現代科学と技術の課題

さて以上の私見は，大筋では，「看護哲学」でも述べたところですが，それに今日は，少々私見を補っておきたいと思います。

看護学の性格

それは，本日の私のお話にも何度か出てまいりました看護事実の総合的性質，したがって自然科学的研究と社会科学的研究とをどのようにつなぐのかという問題であります。看護を自然科学的に整理するだけならば，看護学は随分すっきりしたものになりますし，また社会科学的整理で貫徹しても，それはそれでなっとくのしやすいものとなるでありましょう。

しかし看護という事実は，分析的研究の対象として扱うだけでは，どうにもその本質が失なわれてしまう，そういう特性をもっているようであります。少し次元をかえますと，この問題は，人間と科学とのかかわりを，どう科学的に扱うかということにもなってまいります。その辺りからこの問題に迫ってみたいと思います。

実は，この問題解決にヒントを与えていただいたのは，坂本百大氏の「現代科学の形而上学的，及び政策的批判」（「理想」496号）という論文でありますが，いちいち引用をことわらず私見にはさみ乍ら話をすすめてまいります。

まず科学そのものに対する根本的批判があらわれていること。つまり従来は排除されていた科学の世界に，「ヒト」ではなく「生体」「人間」が登場しはじめて，単純に従来の科学信仰を持ちつづけるわけにはいかなくなりつつあるわけです。ほかならぬ人間と科学のかかわりを，どう科学的に扱うかという問に対して，従来の科学では答えられないという事態が生まれつつあるということです。

この事態は少しく説明を必要とします。科学の基本的態度は実証主義であり，それを支える科学の形而上学の世界図式は，典型的な物心二元論でありました。つまり科学は，われわれの意識（心）を触発する物――事が，われわれの意識から独立して存在するかどうかは，科学の設問ではなく，哲学の課題であるとして，物――事の存在の独立性と完結性を認めて来たのであります。

ところが実証科学的に処理しうる物の範囲が拡大され，「生体」が含まれるようになりますと，「物と心のかかわりあいそのもの」が，科学の対象の中に入りこむ気配を見せてまいりました。大脳生理学，精神物理学，精神薬理学などがそれであります。私は看護学もその仲間入りをすることになると考えております。

坂本氏のあげている例を借りて，もう少し説明を加えます。それは「知覚の因果説」と呼ばれておりますが。「赤い花が見える」という経験は，物としての花から，ある波長の電磁波が放射され，それが網膜を刺戟して，電気的パルスとなり，大脳に至り，そこで細胞に物理化学的変化がおこり，その結果「赤い花が見える」。しかし脳細胞という物の物理化学的変化が原因で，知覚という心の変化が，結果として生ずるという因果関係については，不可解として異議をさしはさむことは十分に可能である。というのであります。これまでは哲学の問題であった心身問題が，科学の問題にも組みこまれる可能性がでてきたわけです。

それではこうした問題に，どう対応したらよいのでしょうか。坂本氏は三つの答の可能性をあげております。

(1) 意識は物的実体，あるいはその状態，作用であるか。（還元主義）

(2) 物と心を包みこむ科学は可能か。（総合主義）

(3) 物と心を分けない一元的科学は開発に値するか。（現象一元論）

私流に申しますと，(1)の物心二元の立場に立つ意識のとらえ方は，今ではまだ権威をもっていますが，物理的測定にすべてを還元できない事態に対処できなくなっている。したがってどうしても(2)の物心統合論の立場に移行しなければならなくなっている。当然哲学の大きな役割が期待されるところでありますが。そしてそれはやがて，(3)の設問の答を用意することになると思われます。坂本さんも，大体そう

述べておられます。

大体の方向はともかくとして，この事態のもつ問題は，われわれにとってもっと重大な問題を提起しているのであります。それは科学と技術の問題であります。

科学はこれまで，物の世界，閉じた系として，意識や心の作用を排除してきたために，「技術」を「科学」から切り離すという政策をとってまいりました。科学は，意識とは無関係な，物に関する「理論体系」であり，技術は，それを目的に応じて，意識的に現実に適用するものであるというわけです。ここには明らかに科学と技術の間に一線を画し，別のものという扱いがあります。

しかし考えてみると，あたりまえのことですが，科学理論も，人間という生体が，意識を働かせて生んできたものです。物と心の相互作用，実はそれ自身が一つの技術でありますが，その相互作用として構成されたものが科学なのであります。つまり科学は技術の産物なのです。

観測という科学的方法は，物と心の相互作用として，何事かを知る技術であります。しかも観測技術が拡大し，精密化すると，その観測が，観測の対象に与える攪乱を無視できないものとしていることは，皆さんもご承知のとおりです。

技術は科学と離して考えることはできなくなっております。人間は一方で，心を用いて，物との相互作作用である，物を知る技術を行使し，他方，こうして得られた物の構造の知識を，意識的（目的に応じて）に用いて，物の世界の構造に何らかの効果を与える「技術」を行使する。こうしてこの循環はつづく。つまり科学とは，こうした人間の行動の全体像の表現である。技術と理論的知識とを含んだ全体的営為として科学があるということになります。

私は，人間の展開する，まさに全体的営為としての看護という社会的事実を扱う看護学は，その基本的性格として，こうした科学と技術の連続性，同質性を容認しない限り，真の看護学としては成立しえないのではあるまいか，そう考えます。敢て私見の提案に及んだ理由であります。

もしこう考えることができるとすれば，医学の世界で，従来の物心二元の科学の立場では，基礎医学こそは科学であり，学問であるが，診断学や治療学は学問にあらずという考え方は，修正を要するということになります。同様に，看護学の中枢を，私は看護診断学であり，実践学であると申しましたが，だから科学的ではないという見方は，やはり修正を要するということになります。したがってこれからの看護診断学，実践学は，技術を含む科学であり，また科学を含む技術学であるということになるわけであります。

最後に，少しくどいようですが，いまの観点にかかわって，大事な問題をもう一つ補っておかねばなりません。

9　看護科学と価値

近代科学は，その実証主義，客観主義のゆえに，人間の意識の切り離しの裏表として，「価値」の切り離しを特性として来ました。つまり没価値的であるところに科学の価値があるというわけです。

いうまでもなく，価値は生体の心が行なう評価の現象です。この価値や評価については，価値判断を事実判断から区別しつつ，実証的に整理する考え方などもあって，かなりややこしいのですが，ここでは，価値の介入を含めて全体として調整を必要とする時代になっていることを確認しておきたいのでありますが，それが，理論的というより，まさに人間の幸福といった，まさに価値的な側面より問題提起されていることに注目しておきたいと思います。

それは「無限の進歩」という世界観の崩壊。科学と技術の進歩は即人類の幸福であるという信仰は，

崩れつつあるという現象からの問題提起であります。技術はともかく，科学は没価値的であるから，人類の幸福に役立つのだという信仰も伴なっておりました。

しかし地球の人口圧による，資源問題における成長の限界，大量生産，大量消費からおこる，生体と環境のバランスの喪失など，人類の生存にかかわる問題提起がそれであります。理論的に言えば，人間と環境の既存の生態系に対する，科学と技術の介入，攪乱が，人間の適応能力の限界内で処理できるのかどうか。したがって科学は没価値的であるという理由だけで，人類の幸福を保証できるのであるか。この時技術はどのような役割を果すのかといった問題となります。

途中の説明をはぶいて結論をいえば，人間の幸福を保証するのは，科学ではなくて，他ならぬ人間それ自身である。考えるまでもない自明の原理だと見えますが，これは大きな発想の転換であります。科学の背景に，基本に，人間が自然的，物的世界に対する作用者として大きく介在していることを確認することでありますから。つまり人間と科学とを切り離すことのできないつながりにおいて，とらえることでありますから。そこで，物と心のフィードバック・システムなしに科学はありえないことを確認することになるのであります。

いまシステムということを申しましたが，これからの科学の新しい枠組みの一つとして，継時的，推移的な秩序（因果秩序）ばかりでなく，同時的，共時的な秩序（協和秩序）として「システム」という枠組が，新しいパラダイムになりうるという考え方は，もう十分な市民権を獲得していると，私は考えております。

私がはじめに，要素の意味的連関とか統合的全体と言葉をつかったのも，看護の総合的実践活動として問題解決的実践という発想をしたのも，このシステムというパラダイムを前提としているのであります。

人間と自然，人間と人間の複雑なかかわりとしての看護を整理しようとする看護学は，いままで申し上げてきた全体的営為としての科学といういみでの技術科学であることに，胸を張って誇る日が，一日も早く来ることを願って，私のお話を終ります。

● 会 長 講 演 ●

腎 疾 患 の 食 事 療 法

Lietary therapy for Kidney diseases from the view Point of nursing

第4回会長　村 越 康 一
Koichi Murakoshi

腎臓病の治療は，腎を庇護し，腎病変の進行を抑止し，代償修復機転を促進することである。換言すれば，代謝異常の是正，循環動態の改善，感染の予防及び治療に努めることで，患者は，安静，保温，清潔に留意し，食生活をコントロールすることである。今日の輝かしい薬物療法，透析療法，腎移植の成果も，これらの基礎の上に建られたのである。そこで，食生活の管理　食事療法の原則を，進歩した腎病態の解析から探究し，腎臓食の献立・調理上の問題点，殊に透析療法のそれにつき検討した。

対象は千葉大学医学部附属病院第一内科クリニークの入院・外来患者で，昭和47年より4年間に亘って調査した。

I　腎臓食構成の原則

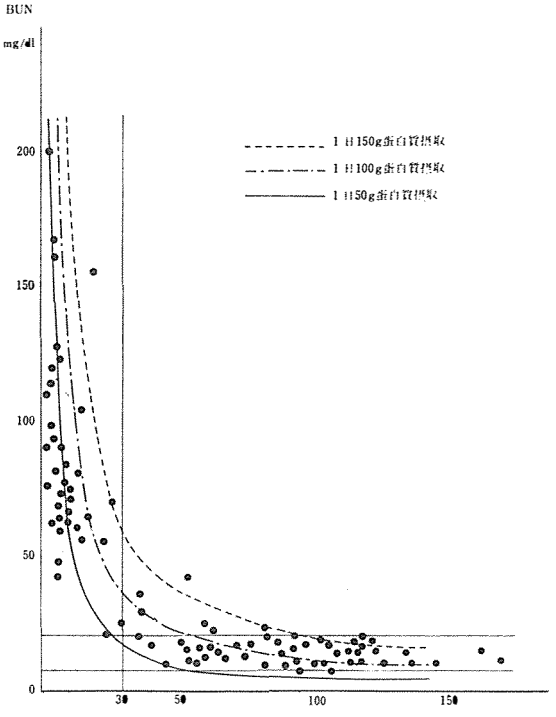
腎臓病では，蛋白代謝，水代謝，電解質代謝の異常が前景にある。腎臓食は，これらの是正と病態に応じた所要熱量とを勘案して作られることになる。

1　所要熱量

健常成人は体重1Kg当り40Cal以上の熱量がエネルギーとして要求される。腎臓病は一般に慢性消耗性疾患と考えられ，充分な熱量の補給が要求されている。病腎庇護の為に，蛋白制限を必要とする場合には，腎外性に代謝排泄される他の栄養素で熱量をカバーしなくてはならない。この場合，高熱量食には所謂蛋白節約作用があって，積極的に必要蛋白量を節約する効果が認められている。事実熱量に考慮の払われなかった往時の低蛋白食に比して，近年の高熱量腎臓食は，患者の延命，血液化学の改善，活動力の向上に格段の効果をもたらしたことが実証された。

2　蛋　白

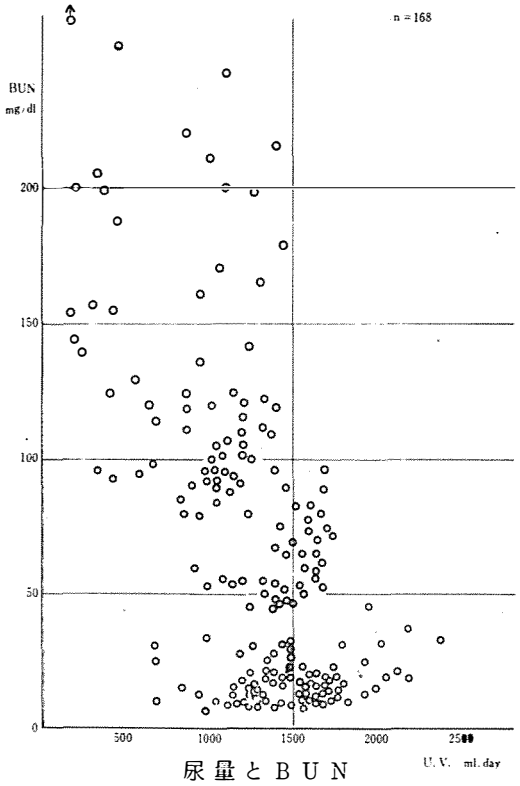
腎機能が低下すると，蛋白代謝中間物質が流血中に蓄積する。血中尿素値（BUN）はそのよき



GFRとBUN

千葉大学教育学部教授看護課程

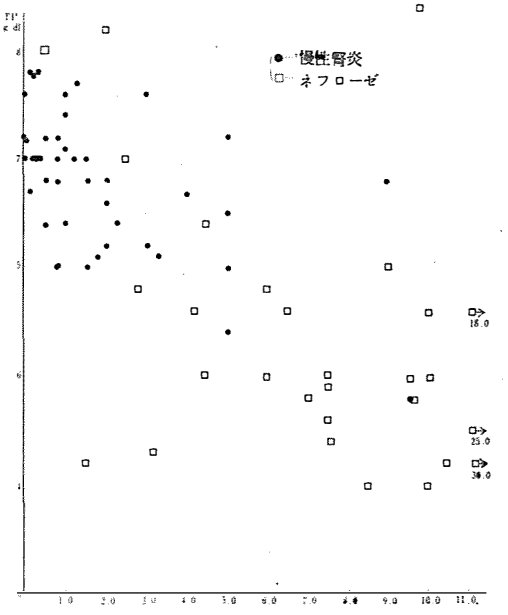
指標である。糸球体濾過量（ＧＦＲ）とＢＵＮとは，第１図に示すように双曲線的な関係がある。ＧＦＲが50㎖／min程度までは，摂取蛋白量が100ｇでもＢＵＮの蓄積は見られない。一般の日本人の食生活からは，蛋白を制限する必要は殆んどない。ＧＦＲが30～50㎖／minでは，何らかの負荷（感染，妊娠，手術）のない場合には適当な食事でバランスが保持される。ＧＦＲが30㎖／min以下に減少すると，ＢＵＮの上昇が顕著になり，蛋白の制限によっても，も早や阻止することは困難になる。



尿量とＢＵＮ

ＢＵＮを左右するもう一つの要素として尿量があげられる。この様に尿量が1500㎖／day 以上の場合は，ＢＵＮはさほどでない。尿量が500㎖／day 以下になるとＢＵＮは高値を示す。ＧＦＲと尿量との間には相関々係は見られないから，ＧＦＲが低下していても，尿量が1500㎖／day 以上ある患者ではＢＵＮの蓄積は著明でない。

一方生体は生命維持のために１日0.5ｇ／Kg体重の蛋白の異化を必要とするから，蛋白摂取の過度の制限は，貯蔵体蛋白の消耗，他の貯蔵栄養素（グリコーゲン，脂肪）の異化を促進し，損傷組織の修復の遅延，生体内部環境の悪化をもたらす。尿量，ＧＦＲ，ＢＵＮ等３者を勘案してみて，蛋白の摂取量を充分にすることが大切である。

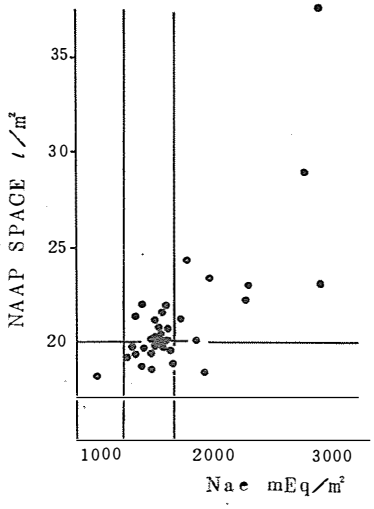


腎疾患患者の血漿総蛋白と尿蛋白排出量との関係

浮腫，乏尿と高度の蛋白尿をトリアスとするネフローゼ症候群では，血漿蛋白の著明な低下を来たす。尿蛋白濃度と血漿蛋白濃度とは逆相関が見られる。高尿白食摂取を必要とされるが，その可否は腎機能の良否にかかっている。

３　水，食塩，加里

減塩の目的は主として浮腫と高血圧に対処するものである。全体水分量は全体細胞外液Ｎae量の増加につれて増大する。一般に細胞外液（血漿）Naeの蓄積は水分のそれに先行するので，水分のコントロールは即Naeのそれで，食塩摂取制限を意味する。ＧＦＲの低下は尿中Naの排泄量の低下の傾向を示すが，ＧＦＲの低下と共に，Naの保持力の低下を来たす事も既に知られている。従って



NAAP SpaceとNae

食塩の過剰摂取は，浮腫を招来するが，過度の制限は低Na血症に陥らす。低Na血症は食欲不振，嘔気，嘔吐を催し，食事摂取を更に悪化させ，更に強い低Na血症を来たす悪循環を招来する。加里もNa同様の傾向が見られるが概して，蓄積傾向が強く，高加里血症を生ずる危険がある。

Ⅱ　腎臓食の献立・調理上の留意事項

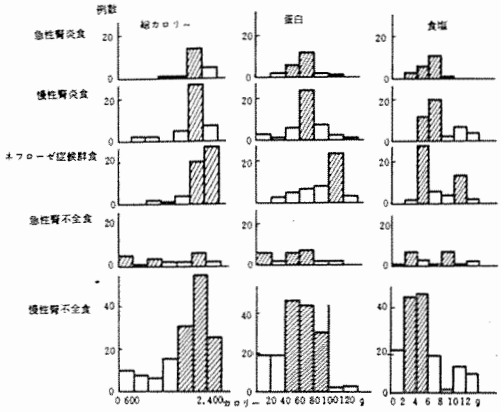
腎臓食は，千葉大学医学部附属病院にては，年間約6,000食が給されて，全給食数の3％，全特別治療食の15％を占める。腎炎食，ネフローゼ食，腎不全食に分類され，腎不全食Ⅳが慢性透析患者に適用される。所謂透析食である。熱量と蛋白量

NAAP：N－acetyl－4－aminoantipyrine
Nae：細胞外液中のNa

患者食食糧構成基準（千葉大学医学部附属病院）

	熱量 Cal	蛋白質 g	脂質 g	糖質 g	カルシウム mg	鉄 mg	ビタミン A (IU)	ビタミン B_1 (mg)	ビタミン B_2 (mg)	ビタミン C (mg)	水分 cc	塩分 g
普通食												
	2,36464	90.7	49.1	381.0	600	10	6,000	1.0	1.2	60		
腎炎食												
（Ⅰ度）	1,500	32.3	32.9	271.8	420	7	4,200	0.7	0.8	42	800～1,000	0
（Ⅱ度）	1,842	48.6	39.7	320.9	480	8	4,800	0.8	1.0	48	1,000～1,500	3.0
（Ⅲ度）	2,064	61.5	40.7	361.9	60600	10	6,000	1.0	1.2	60	1,500～	5.0
ネフローゼ食												
（Ⅰ度）	2,043	70.8	40.8	346.4	600	10	6,000	1.0	1.2	60	800～1,000	0
（Ⅱ度）	2,243	81.8	44.2	377.5	600	10	6,000	1.0	1.2	60	1,000～1,500	3.0
（Ⅲ度）	2,409	99.8	55.6	371.3	600	10	6,000	1.0	1.2	60	制限なし	5.0
腎不全食												
（Ⅰ度）	1,716	30.5	44.8	302.0	420	7	4,200	0.7	0.8	42		
（Ⅱ度）	2,077	33.0	45.0	389.5	480	8	4,800	0.8	1.0	48		
（Ⅲ度）	2,235	61.2	53.0	378.1	600	10	6,000	1.0	1.2	60		
（Ⅳ度）	2,422	61.2	53.0	426.6	500	10	6,000	1.0	1.2	60		

〔注〕 1．食塩は基礎食品に含まれる量だけ（約2g）なのでその他付加食塩～g（総食塩～g）と指示すること。
2．蛋白，および熱量を更に細かく処方する場合には，Ⅰ度＋付加蛋白～g（総蛋白～g）Ⅰ度＋付加熱量～Cal（総熱量～Cal）と記入のこと。
3．腎不全食（Ⅳ度）が透析患者食である。



腎疾患指示食箋の実態

腎不全食Ⅱ（蛋白30g，熱2,000Cal）の場合について，腎臓食の作り方を演習してみよう。蛋白3gを含有する食品量を1単位とし，食品交換表を利用して献立するのに，Ⅰ群表1より3単位（米飯中茶碗3杯），Ⅰ群表2より1単位（じゃがいも160g），Ⅰ群表3より6単位（牛肉90g）を選ぶと10単位となり蛋白30gの制限量に達する。熱量総計は，750 Calである。必要な2,000 Calには著しく不足している。蛋白を含まないⅡ群の食品中より1,280Calの熱量を摂取しなければならなくなる。（例えばⅡ群表4より11単位，Ⅱ群表5より5単

食品分類と慢性腎不全単位配分例栄養基準量

熱量2000cal 蛋白質30g
（食塩6g 水分1500ml）

群	Ⅰ群（蛋白質を含む食品）1単位蛋白3g			Ⅱ群（蛋白質を含まない食品）	
おもな栄養素	主に糖質源	主にビタミン・ミネラル源	主にたん白質源	糖質源	脂質源
表（分類）	表1（穀類）	表2（いも・野菜・果物・種実類）	表3（卵・獣鳥鯨肉・魚介・豆・乳類）	表4（さとう・ジャム・アルコール・でんぷん）	表5（油脂類）
単位	3単位	1単位	6単位	11単位	5単位
1単位の平均熱量	130cal	120cal	40cal	80cal	80cal
分類別熱量小計	390cal	120cal	240cal	880cal	400cal
代表食品	米飯（中茶腕3杯）			砂糖	植物油
変えられる食品と1単位のグラム数	オートミール 20g 小麦粉 35 （低蛋白） 50 精白米 50 食パン 40 （低蛋白） 100 パン粉 25 うどん（茹） 120 かんめん 35 マカロニ 25 スパゲティー 25 ふ 10 そば 90	さつまいも 230g さといも（子） 125 〃（親） 100 じゃがいも 160 にんじん 200 かぼちゃ 300 こまつな 100 しゅんぎく 200 レタス 300 ピーマン 200 ほうれん草 100 くり 100 くるみ 15 らっかせい 10 うど 300 かぶ 200 キャベツ 200 きゅうり 400 グリンピース（かん詰） 100 ごぼう 50 すいか 750 トマト 200 いよかん 500 みかん 350 バナナ 200 りんご 750	全卵 25g 牛肉 15 とり肉 15 とりひな肉 10 あじ 15 いわし 15 かつお 10 さけ 15 たい 15 ひらめ 15 まぐろ 10 牛乳 100 ヨーグルト 50 あさり 30 あかがい 20 さざえ 15 しじみ 20 はまぐり 30 いか 15 えび 20 まだこ 20 あずき（乾） 15 大豆（乾） 15 きなこ 10 とうふ 50	粉あめ 20g グラニュー糖 20 はちみつ 25 あめ玉 20 いちごジャム 30 はるさめ 25 でんぷん 25	ショートニング 10g バター（無塩） 10 ドレッシング 20 マヨネーズ 15

位）蛋白を制限すると著しい熱量の不足が生ずるのである。

1　熱量不足の対策

a　糖質の利用

高熱量補給の為に，良質蛋白源と交換出来ない場合は，粉飴，飴玉，蜂密等の利用となる。朝食の他に粉飴を湯に溶かして茶と思って呑む。常時ドロップや飴を手許に置き，嚥にまかせてなめる等かなり不自然な食事となる。

b　中鎖脂肪（ＭＣＴ）の利用

最近高熱量源としてＭＣＴが検討され，可なり利用されている。さまざまな調理法が考えられているが，口の中に異和感が後まで残ったりするので拒否する患者も少なくない。日常の献立に取入れた場合食欲も低下しがちである。例えばマクトンライスであるっ米110 gにマクトンオイル8 gを使っているが不評である。ＭＣＴ添加による熱量増加はこの場合59Calで全体の14%を占める。このために食欲が減じて，それ以上摂取量が低下すれば全く無意味になる。然しアイスクリーム，又低蛋白小麦粉を用いたクッキー等にＭＣＴを応用して，間食として与えるならば日常の食事は本来通りで，摂取分だけ熱量の補給となる。

c　低蛋白小麦粉の利用

蛋白制限下の食事は，当然のことながら米飯や

ＭＣＴ食品例

	材料名	数量g	熱量Cal	蛋白質g	脂肪g	糖質g
マクトンライス	米　飯	250	363	5.3	0.5	81.3
	マクトン	8	59	0.2	6.3	1.3
	計		422	5.5	6.8	82.6
	マクトンによる増加率(%)		14.0	3.6	92.6	1.6

アイスクリーム

配　合	白	グリーン	ココア
マクトン－I_{650}	60g	60g	60g
水	40g	40g	40g
砂　糖	5g	5g	5g
抹　茶	－	0.5g	－
ココア	－	－	2g

低蛋白小麦粉製品例（マクトーン I_{650}）

クッキー

配　合		
	低タンパク小麦粉（or薄力粉）	：250g
	マクトン－I_{650}	：200g
	砂　糖	：125g
	全　卵	：120g
	ベーキング・パウダー	：　5g
		700g

見本サンプル1ヶの生地重量平均　平均 6.3g（飾りものを含まない）
〃　焼き上り重量　平均 5.4g（　〃　）

	水分	タンパク質	炭水化物	油分（MCT）	Cal/100g
低タンパク小麦粉	4.2	5.97	65.3	22.0（15.2）	492
薄　力　粉	4.2	7.12	64.3	22.0（15.2）	492

パンが多くなる。然し米や小麦粉は6～9％の蛋白を含有している。低蛋白小麦粉製品（パン，スパゲティー，うどん，クッキー等）を主食に利用すれば，良質の蛋白源を副食にその差分だけ廻すことが出来て賢明である。

2 調味料

慢性腎炎患者の食塩摂取量をチェックしてみると，規定量が守られている例は少ない。丹羽らは，味覚がよくなる食塩量は1.0～1.5 g で醤油にして5～8 mlであるという。各種調味料の食塩含有量は2.5％から18％に及ぶが，この食塩量を認識し，食塩含有量の多い加工食品の摂取を避けるならば，規定量は遵守できると考える。

少ない食塩量で上手な味付けをするには，きのこ類，こんぶ，かつお節等のだしを効せる事，酢をうまく利用する事，魚や肉は上手に焦げ目をつける等調理上の工夫が欲しい。

調味料の食塩含量

食品名	食塩（％）	食塩1gに相当する量(g)
ウスターソース	7.6	13
とんかつソース	4.7	22
トマトケチャップ	3.0	30
マヨネーズ	2.5	40
甘みそ（米みそ，白みそ）	5.3	19
淡色からみそ（江戸みそ，信州みそ）	10.4	10
赤色からみそ（仙台みそ，いなみそ，麦みそ）	11.7	9
豆みそ（八丁みそ，名古屋みそ）	9.7	10
醤油	18.0	6

又予め食塩1 g相当量の調味料を分割用意しておくと便利である。或いは調理には，許容量の半分程度を使用し，残りは患者自身の手許に，醤油の形でおき，患者の自主性に委すと患者は満足感を得て，美味しく食べられるようである。更に香辛料を適当に利用するとよい。従来香辛料は腎疾患患者は避けるよう指導されていたが，土屋，坪井らによって，害はなくむしろ積極的利用が推奨されている。

3 加里の制限

加里制限は，野菜は茹でる事により，果物は缶詰を使う事により充分に達せられる。一番の盲点は低塩醤油にある。リンゴ酸加里，塩化加里の含有量に注意ありたい。

（後にのべる在宅透析患者について調査したのであるが，季節により，熱量，3大栄養素，食塩，必須アミノ酸，その他無機物の摂取量に変化がある。次に腎臓食の実例を示そう。

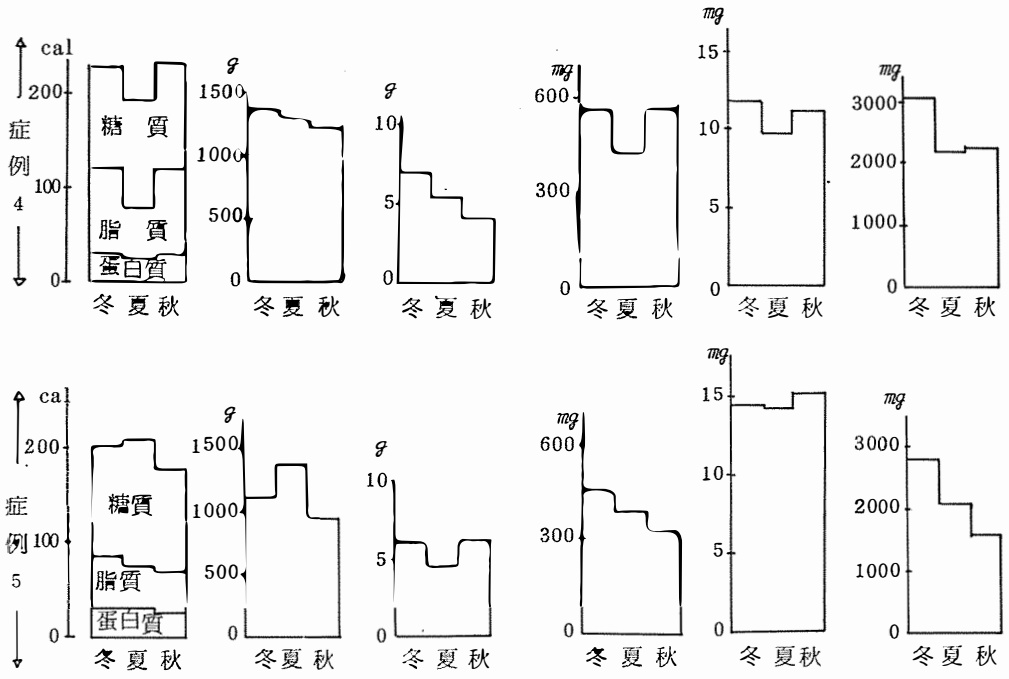
食品100 g を調理した時のカリウム含量の変化

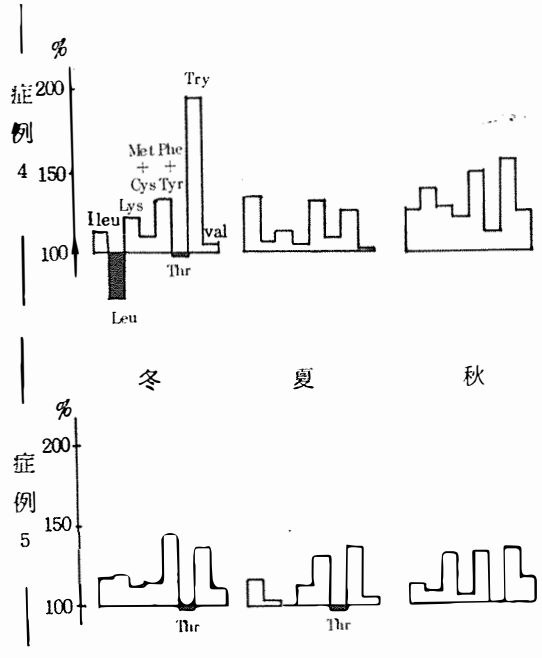
食品名	調理前K含量 (mg)/100g	調理法	調理後K含量 (mg)/100g
ほうれん草（生）	252～780	茹で	33
グリンピース（生）	186～960	茹で	70～96
そば（干）	168	茹で	30
そうめん（干）	119	茹で	18
たけのこ（生）	445～1,430	茹で	343
ごぼう（生）	180～305	茹で	33
アスパラガス（生）	230～590	缶詰	130

各低温醤油の組成

組成(g) ＼ 種類	減塩醤油	保健醤油	長工減塩醤油	薬用塩断	無塩醤油	普通醤油
食塩	9.8	8.0	5.0	2.9	3.0	17.5
リンゴ酸カリウム	—	—	5.0	2.9	3.0	—
塩化カリウム	—	4.0	1.0	15.0	9.0	—
塩化アンモン	—	—	1.0	—	—	—
全エキス	—	28.0	—	22.0	1.0	—
総窒素	1.3	1.3	—	1.6	—	1.5

季　節　差 Ⅰ


cal
症例4
糖質
脂質
蛋白質
g
mg
冬 夏 秋
症例5

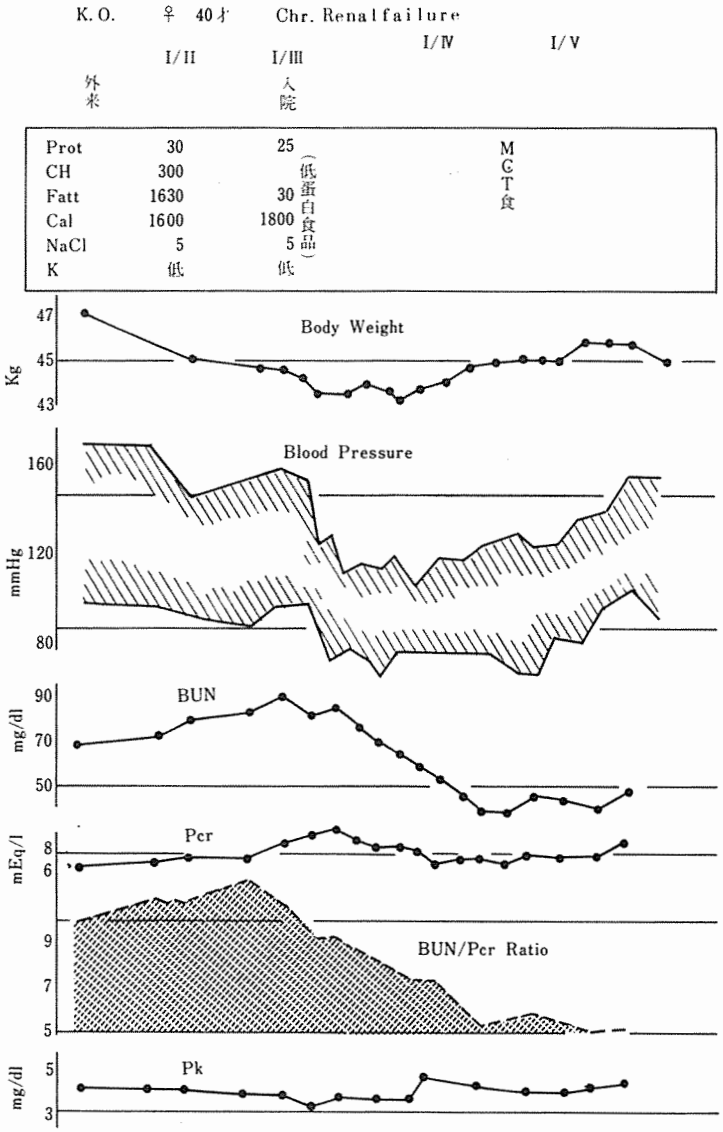

%
症例4
Try
Met Phe
+ +
Cys Tyr
Lys
Ileu
val
Thr
Leu
冬
夏
秋
症例5
Thr
Thr

季　節　差 Ⅱ

Ⅲ　腎臓食の症例

1　腎　不　全

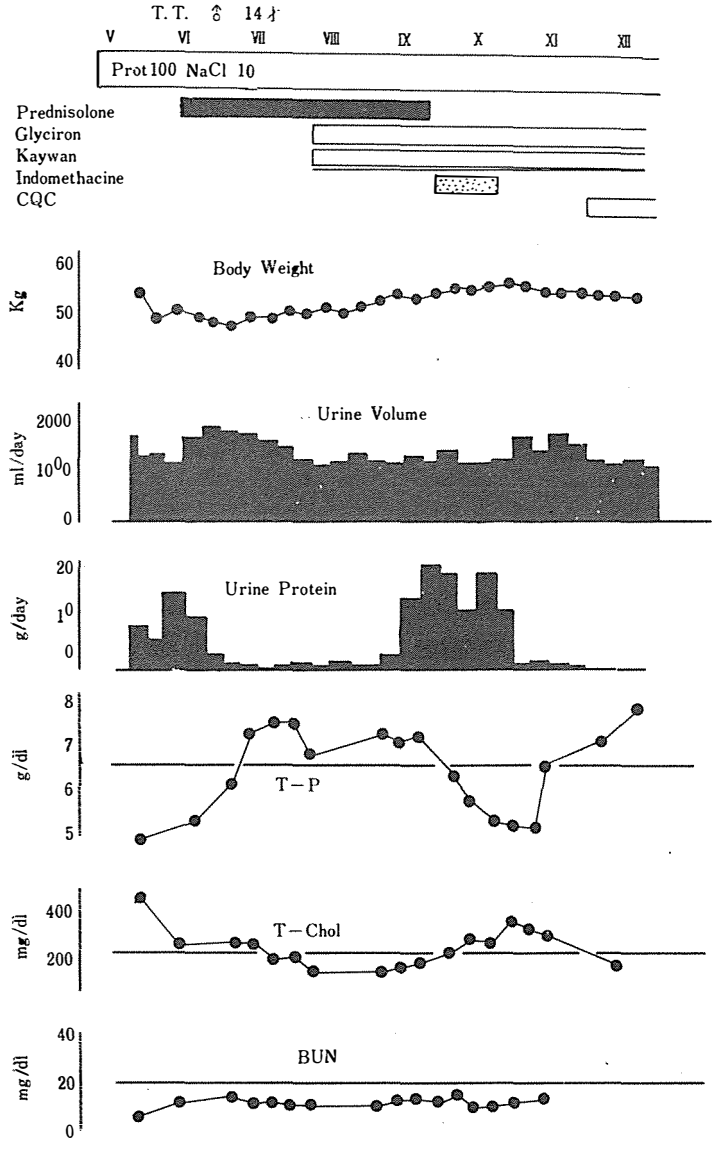
この症例は，ＧＦＲ 4.3 ml/min，ＢＵＮ90 mg/dl，Ｐｃｒ 8.6 mg/dl，尿比重1010でかなり末期の状態にあった。理想的に食事制限が守られれば，ＢＵＮ／Ｐｃｒが5に近づく事は既に指摘されている。蛋白30 g，熱量 1,600 Cal の外来時の食箋を入院後蛋白25 g，熱量1,800 Cal に変更した。8 週後には，浮腫消失，血圧も下降，ＢＵＮ50 mg/dl 以下，ＢＵＮ／Ｐｃｒ≒5と低蛋白高熱量食の効果がみられた。



食事療法と慢性腎不全病態の経過

2　ネフローゼ

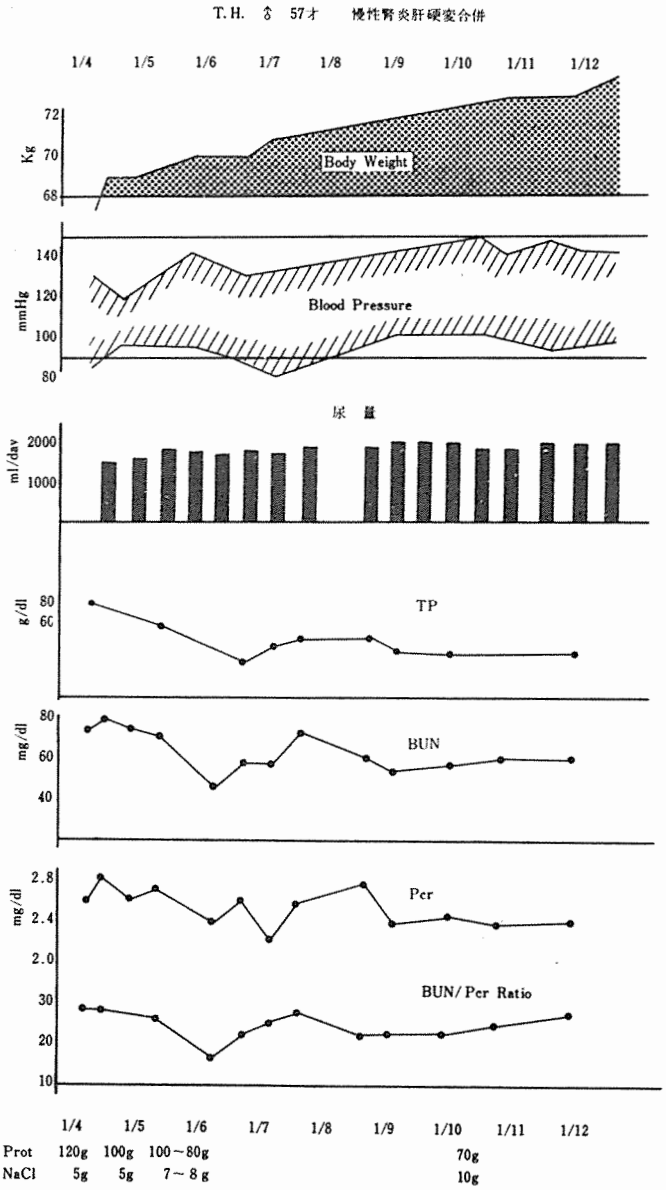
この症例は，入院時顔面及び下肢に著明な浮腫を認め，高度の蛋白尿（6.9 g／day），低蛋白血漿（5.0 g／dl），高脂血症（454 mg／dl）があり，明らかにネフローゼ症候群の症状を呈していた。GFR 112 ml／min，BUN 8 mg／dlで血中尿素の蓄積は見られないので，2 g／Kg体重の高蛋白食を与えた。BUNの上昇はなく薬物療法の効果と相まって，一時UPの増加，TPの低下を見たが，著明な症状の改善がみられた。尿量は1,000～1,500 ml／dayに保たれ，経口水分量 1,600～2,100 ml／dayが可能で特に食塩の高度の制限の必要はなかった。



食事療法とネフローゼ症候群病態の経過

3　慢性腎炎十肝硬変症

この症例は食事療法の原則が極端に相反する困難な場合である。クレアチニンクリアランス40～50 ml／min で予備能なく，尿毒症を起しやすい状態であるが，蛋白制限により平衡状態になり得る。しかし肝硬変症の合併を考慮しなくてはならない。肝硬変症の治療食の基準は，熱量2,500Cal，蛋白50 g，糖質 400 g である。両者のかね合が肝腎で甚だ事は複雑である。



食事療法と病態の経過

Ⅳ　喫食率の調査

食事療法の効果は，患者が「給食を完全に摂取する」事を前提として発揮されるのである。実際には患者の食欲不振や嗜好に適しない為に残量が出る。殊に腎臓食は食塩制限が付纏うので，患者に不評で喫食率は極めて悪いのが定評である。大谷は昭和49年8月に入院患者30名を対象として腎臓食の喫食の実態を調査した。調査方法は，患者食の1日の献立表を基に作製した調査用紙を，前日に患者に配布し，該当する喫食量を○印で記入してもらい，食後訪問して再確認する。そこで必要があれば訂正するというようにした。こうして直接患者に接して喫食率及び嗜好を調査した。ここで喫食率というのは，医師の処方により調理された，それぞれの患者の食事全量の栄養価（今回は総熱量と蛋白に限定した）に対する患者が喫食した食事量に応じた栄養価の総和の比率である。

喫食率調査用紙

ご氏名（　　）　　8月8日（木）

	献立		食べた量 全部	4/5	3/5	2/5	1/5	ぜんぜん食べない	理由	治療食以外に食べたものと量
朝食	米飯									
	味噌汁	汁								
		いんげん								
	五目豆									
	牛乳									
昼食	シナモンパン									
	ジャム									
	ホイル焼	ひらめ								
		野菜								
	そぼろ煮									
	おろし和え									
夕食	米飯									
	エッグコロッケ	コロッケ								
		野菜								
	マカロニサラダ									
	グレープジュース									

好きなもの（　　）

嫌いなもの（　　）

ご意見，ご希望などございましたらお書き下さい。

1　腎臓食の喫食率

腎臓食全体の喫食率は約 3／4 で予想通りかんばしくなかった。種類別にみるとネフローゼ食がぐんと悪い。他より主食である米飯が多いことが影響しているのではないかと考える。腎炎食，腎不全食の患者で蛋白の不足を訴える者もいた。

腎臓食の喫食率

	人数	カロリー	蛋白質
腎炎食	15	77.6%	82.1%
腎不全食	6	84.6	90.4
ネフローゼ食	9	64.5	63.4
計（平均）	30	74.8	77.4

2　腎機能別重症度分類と喫食率

ＡＨＡ（American－Heart－Association）の腎疾患重度評価法によってＧＦＲ，Ｐcrを尺度とした重症度別の喫食率を比較したが，透析患者を除いて，腎機能低下が重篤である程喫食率が急激に低下することが分った。食事制限が強化される為と考えられる。透析患者は全員Ｅ級の腎機能の持主であるが，透析により全身状態がよく，食事制限もゆるやかであり，疾病に対する理解が高く，闘病心の旺盛な為であろうと考える。

腎機能分類別の喫食率

	人数	カロリー	蛋白質
Ａ及びＢ	5	83.2%	90.7%
Ｃ	3	82.4	77.7
Ｄ及びＥ	7	58.3	61.7
透析患者	3	90.7	96.8

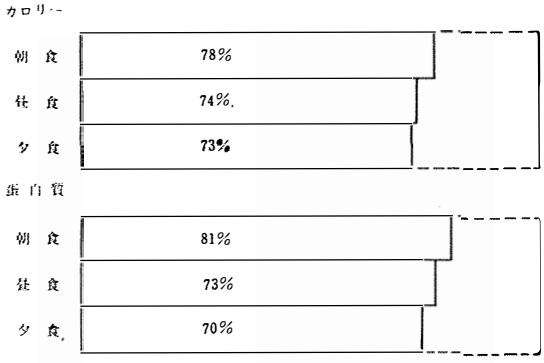
ＡＨＡ*による腎疾患重症度評法

	臨床症状からの分類（２項目以上）		腎機能からの分類 GFR ml/min	腎機能からの分類 Pcr mg/dl	運動能力からの分類	
I	自覚症状なし 軽い蛋白尿，尿沈渣異常 高血圧（軽症） 組織学的診断	A	>100	<2.0	まったく正常	1
		B	100～50	2.0～2.4		
II	自覚症状（浮腫，乏尿，腎痛夜間多尿あり） Ｘ線で腎異常 重症高血圧，貧血 代謝性アシドーシス				過劇な運動は不可能	2
		C	50～20	2.5～4.9		
III	腎異栄養症，悪心，嘔吐 末梢神経症状，体液貯留 脱水，肺うっ血 精神障害				軽い日常作業のみ可能	3
		D	20～10	5.0～7.9		
IV	心外膜炎 出血傾向 羽ばたき振 精神障害（重症）				多くは臥床 自力で洗面困難	4
		E	10～5	8.0～12.0		
V	昏睡				嗜眠 昏睡	5
		F	<5	>12.0		

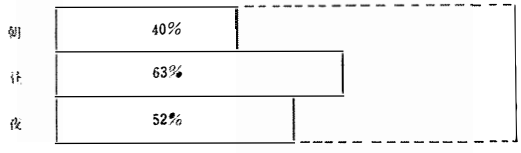
＊American Heart Association.　　（Pcr：血漿クレアチニン濃度）

3　三食の喫食率

千葉大学医学部附属病院の食事時間は，調査当時は，朝食7時30分，昼食11時30分，夕食16時30分で，昼間9時間に3食が集中し，夕食より翌日の朝食までの15時間は空いていた。朝食の喫食率の稍々高いのはこのためかとも考えられる。但し朝食の味曽汁は甚だ不評であった。



食事時間別喫食率



主食（米飯）の喫食率

4　主食（米飯）の喫食率

主食の喫食率は凡そ半分と言う予想以上の悪い成績であった。特に朝食が悪い。その原因は何であるのだろうか。麺類やパンを主食にふやして欲しい希望がかなり多く，食生活の米飯からの離脱を思わせられた。

5　副食の喫食率と塩分

患者はすべて塩分に対する不満と希望を有し，うまい味噌汁を要求するもの切実であった。食塩3g制限の腎臓食は，朝食は味曽汁に食塩1g相当の味曽と，食塩0.5g相当の減鉄醤油5mlが使用され，残り1.5gは昼食と夕食とに添加される。食塩5g制限では，朝食は，同様な味曽汁に，食塩1.0g相当の減塩醤油10mlが使用され，残り3gは昼と夕食への配分となる。先に述べた如く一品の副食の食塩量は，食塩が味覚として働く量は1g以上で1.5gに近づくと急速に強くなる。従って1g未満の食塩割当量では各菜の味覚は食塩添加物による差はないと考えられる。副食の喫食率に影響を及ぼすのは食塩量の多少の差でなく，他の因子が大きく作用しているのではないか。食塩の効果的使用法については既述した。

6　喫食率からみた副食パターン

腎臓食の副食の喫食率の変動因子は，塩分でないとすると何であるのだろうか。患者の嗜好調査から次の4型に分けられた。

Ⅰ型：大多数の患者は，全量喫食し，小数のそれは全然喫食しない。
納豆，牛乳，生卵，茹卵など，あまり手の加えられていない料理や加工食品が多い。

Ⅱ型：量の多少にかかわらず平均的に食べられ，全然食べない人はない。
そぼろ煮，五目豆など比較的甘味のある野菜を主材とした煮物で柔かいもの。

Ⅲ型：好き，嫌いがはっきりしていて全く食べない人が比較的多い。
酢のもの，おろし和え，カレーソテーなど，酸味，辛味，苦味の比較的濃いもの，又香りの強いもの。

Ⅳ型：比較的多数の全量喫食者があるが，全く食べない人を含めて，喫食率が平均的に分散している。一番多い型で，竜田揚げ，エッグコロッケ，かに玉風など副食の中でも主菜となるもので蛋白の供給源ともなるもの。

一度の食事の献立は以上のような好まれ方のパターンを有する，“おかず”の組合せである。これらの組合せの工夫も喫食率の向上に資すると考えられる。

好ましい献立の要素とは何であろうか。次に列記すると，

1　喫食者の嗜好

2　喫食者の食習慣
3　栄養量が適当であること
4　1日の食事時間
5　食事の種類
6　季節（しゅん）
7　料理の材料の選択
8　味付けのバランス
9　料理相互の材料の調和
10　料理相互の組合せの調和
11　香りの調和
12　色彩の調和
13　食品の大きさとのバランス
14　食器と料理の調和
15　喫食者の摂取能力
16　品　数

腎臓食に限らず一般に病院食は，好ましい献立の要素をどれ程含んでいるだろう。阿久津らは腎不全患者の治療食の残量および残食理由などを調べ，(1)主食量を減じ副食のアミノ酸組成を高める，(2)1回量を少なく，食べやすくする，(3)5回分食法にする。

以上で喫食率の増加を得たと言う。

7　食事指導と喫食率

入院患者に対する食事の指導は，千葉大学医学部附属病院第一内科の病室では，医師と医師の依頼を受けた栄養士とが行い看護婦はノータッチであった。食事指導を受けた経験の有無によって喫食率に差はみられなかった。現行の指導法は無力で改善の要があると考えられるが学習意欲のある患者の喫食率の良いことに勇気づけられる。透析患者にみられたように，自己の病態について理解させ，系統だった食事指導を行えば闘病意欲の向上，喫食率の向上として発現を見ると考えられる。補食の状況を調べてみたが，実に60%以上の患者が多かれ，少なかれ実行している。その内容は一考を要する物が多かった。（佃煮，漬物など）これは明らかに患者の自覚と認識の不足によるのであるが，制限されているものへの欲求がそれだけ強いということでもある。患者教育こそ重大で，ここにtechnical nurse の大切な働き場が穴のまま残されている。

食事指導の被経験の有無と喫食率

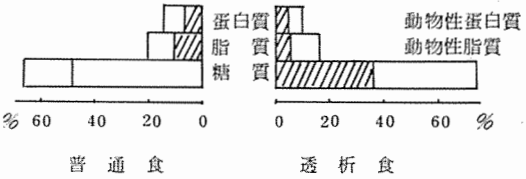
	人数	カロリー	蛋白質
経験有	8	77.8%	81.9%
経験無	22	74.1	76.8

被食事指導の希望の有無と喫食率

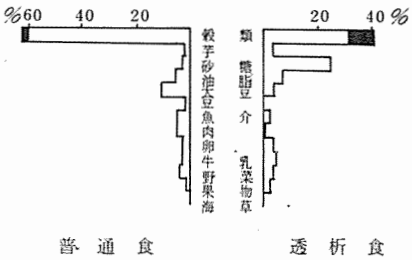
	人数	カロリー	蛋白質
希望する	17	83.2%	85.6%
希望しない	13	70.3	75.0

V　人工腎臓透析患者の食事と生活

近時の腎臓病治療の最大の進歩は，末期腎不全患者に対する人工腎臓透析療法である。単なる延命でなく，社会復帰を可能ならしめた。昭和51年12月末の我国の透析人口は18,010人（百万人対160.9人）で最長透析記録は10年2か月に及んでいる。我々は前回在宅人工腎臓患者の食事について発表したが，ここで再び透析食に関して少しくふ



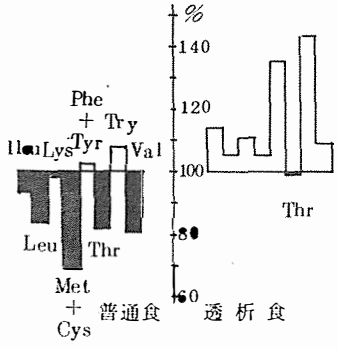
熱量に占める各食品の割合



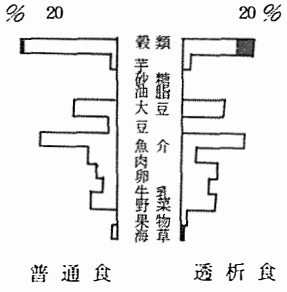
熱量に占める三大栄養素の割合の普通食と透析食の比較

れることにする。

既に述べた如く，透析食は腎不全食Ⅳである。この特徴を述べると一般の入院患者普通食と比較して，蛋白は 2／3 ，水分が 1／2 ，塩分が1／7～ 1／8 と顕著に減少していることである。これを熱量からみると，蛋白および脂質由来分は，少なく，それぞれの動物性由来分も低下している。従って増加熱量分は糖質に求められ，然も，小麦や米等の穀物性糖質は減少している。即ち食品分類Ⅱ群，表4，表5の食品と低蛋白小麦粉の使用が多いことである。



総蛋白質における各食品の割合



アミノ酸組成の普通食と透析食の比較

1957年のFAO*, WHO**の提唱する蛋白 1 g中の必須アミノ酸組成を基準として検討すると，普通食では不足が目立つが，透析食では甚だ良好である。

Ⅵ 社会復帰患者の食事と生活の実態

5名のこれらの患者について，日常生活，食事の実態調査を腎臓病学会第一次栄養委員会の規定に従って坂巻が実施した。これは食事調査表，これは生活時間調査表である。調査対象者は自営業 2，学生 1，会社員 1，家庭の主婦 1 で昭和50年11月，透析日を中にはさんだ 3 日間細かい記録をとった。

1 熱量および三大栄養素

一見まちまちであるが，体重 1 Kg当りに換算すると，略，熱量37cal，蛋白1.3 g，脂質1.0 g，糖質5.1 gとなる。三村の報告と殆んど一致した成績を示した。

2 水分，食塩等

水分摂取量は 800～1,800mlで，体重 1 Kg当り15～25mlである。

食塩は 5 ～ 9 gでやや多い。

Caは所要量を下廻る例が 3 ／5，Feは大体満足していた。

Kは体重 1 Kg当り30～60mgの範囲内でよくコントロールされていた。

	性別	年令	透析回数／週	Dialyser	職業	表示法
Case 1	♂	44	3	UF2	自営業	
Case 2	♂	29	3	UF2	自営業	
Case 3	♂	20	3	Hollow fiver	学生	
Case 4	♂	47	3	コイル	会社員	
Case 5	♀	43	3	コイル	主婦	

対象症例

* Food an Agriculture Organization,
** Wored Health Organization

食事の調査方法

記入方法

1. 連続した3日間の食事を記入して下さい（記入例を参考にする）
2. 口にしたものすべてをもれなく記入して下さい。
3. 間食とは朝・昼・夕の食事以外に飲食したものを記入して下さい。
4. 材料の使用量は秤を使って正味の目方で記入して下さい。
5. 計量スプーンを使用した場合はスプーンすりきり何杯（大さじ1杯，小さじ15杯などのように）で記入して下さい。
6. 簡単に調理方法を記入して下さい。
7. 下記の記入例を参考にして下さい。

記入例　食事摂取量調査表

月　日

食事別	献立名	材料	使用量	調理方法
朝	ごはん	米飯	250	
	みそ汁	白菜	50	
		みそ	10	
		花かつお	1	
	生卵	卵	1ケ 50	
	焼のり	のり	1枚	
		しようゆ	小さじ 1杯	減塩しよう油使用
	浅漬	きやべつ	30	うす切りきやべつに熱湯
昼	ごはん	米飯	250	
	とり肉照焼	とりひな肉	60	
		みりん	小さじ 1杯	
		しようゆ	小さじ 1杯	
		レタス	20	
	ポテトサラダ	じやがいも	60	
		きゆうり	30	
		にんじん	10	
		マヨネーズ	大さじ 1杯	市販のマヨネーズを使用
		みかん	1ケ 80	
夕	ごはん	米飯	250	
	焼魚	さんま	70	
		大根	40	
		レモン	10	
		しようゆ	大さじ 1杯	
	浸し	ほうれん草	70	
		花かつお	少々	
		しようゆ	小さじ 1杯	
	炒め煮	高野豆腐	1／2枚	
		干しいたけ	1枚	
		油	小さじ 1杯	材料を油で炒めて味付け
		さとう	〃 1杯	
		しようゆ	〃 1杯	
間食	ミルク	牛乳	180	牛乳に紛飴を入れあたためてのむ
	ウエハウス	粉飴	30	
		〃	20	

腎疾患の食事療法

生活時間調査表

様式 1　　※は、記入せず

※ No.	抽出群記号		病院名			病名				対象者名	大野様
生年月日 MTS 年 年 月 日生			性別	♂ ♀	身重	cm	体重	kg	体温	午前 時 度 時 度	
調査日	第1日	昭和 年 月 日		第2日	昭和 年 月 日				第3日	昭和 年 月 日	

( )

5:00 10 20 30 40 50 60

すいみん
臥

6:00 10 20 30 40 50 7:00 10 20 30 40 50 60

すいみん 臥 | 起床 立 | 身じたく 立 | トイレ 立 | 洗面 立 | ひげそり 立 | テレビ 座 | 新聞 座 | 食事 座 | 雑誌 座 | テレビ 座 | 通勤 歩 | 電車 立

8:00 10 20 30 40 50 9:00 10 20 30 40 50 60

電車 立 | 通勤 歩 | 雑談 座 | 事務 座

10:00 10 20 30 40 50 11:00 10 20 30 40 50 60

トイレ 歩立 | 事務 座 | 食堂へ 歩 | 食卓の準備 歩

12:00 10 20 30 40 50 13:00 10 20 30 40 50 60

食事 座 | トイレ 立歩 | 休憩室へ 歩 | テレビ 臥 | 事務室へ 歩 | 事務 座

14:00 10 20 30 40 50 15:00 10 20 30 40 50 60

事務 座 | トイレ 立歩 | 休憩 座 | 事務 座

16:00 10 20 30 40 50 17:00 10 20 30 40 50 60

事務 座 | 通勤 歩 | 電車 座 | 本屋へ 歩 | 立読 立

18:00 10 20 30 40 50 19:00 10 20 30 40 50 60

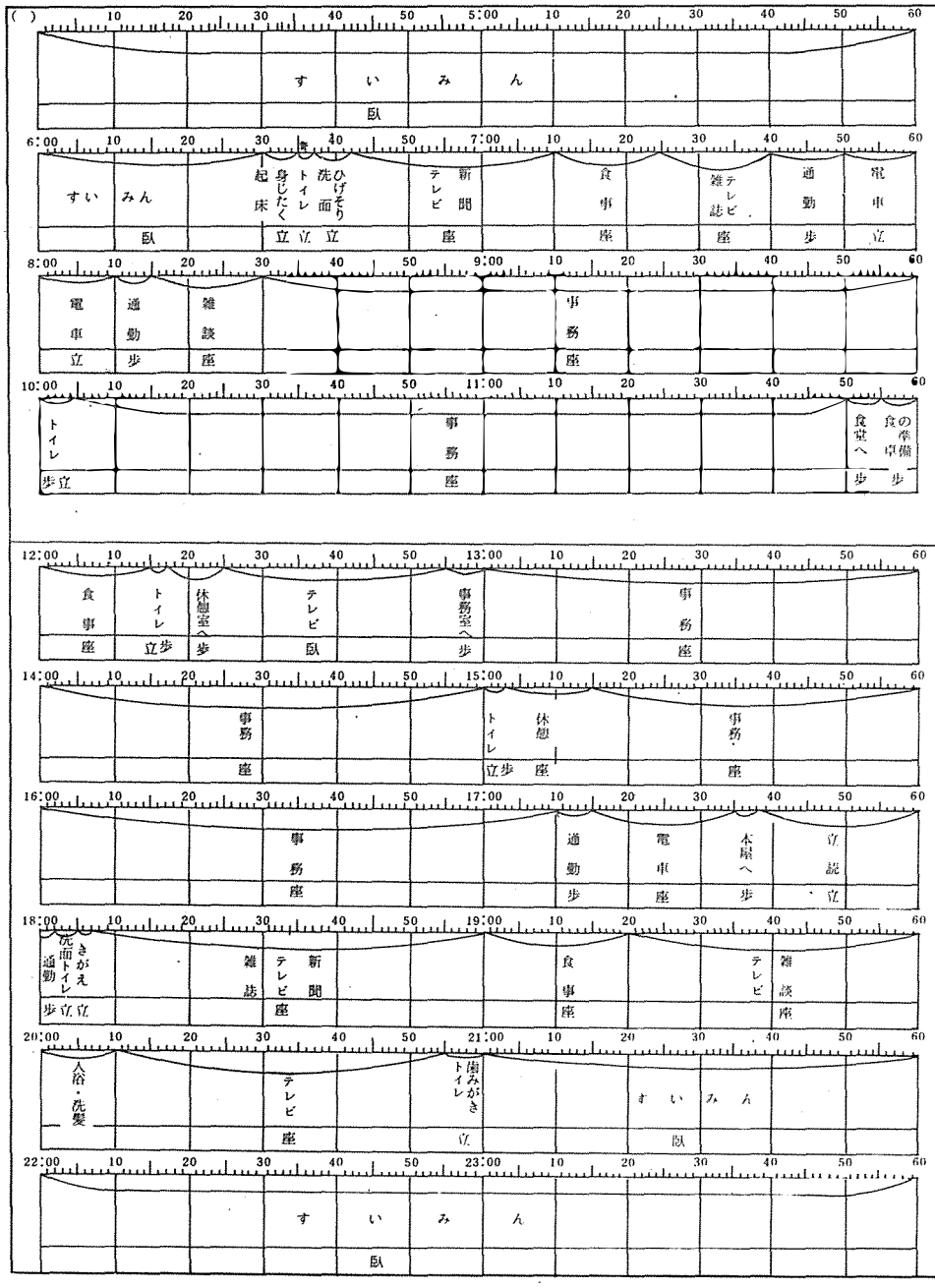
通勤 歩 | 洗面トイレ 立 | きがえ 立 | 雑誌 | テレビ 座 | 新聞 | 食事 座 | テレビ | 雑談 座

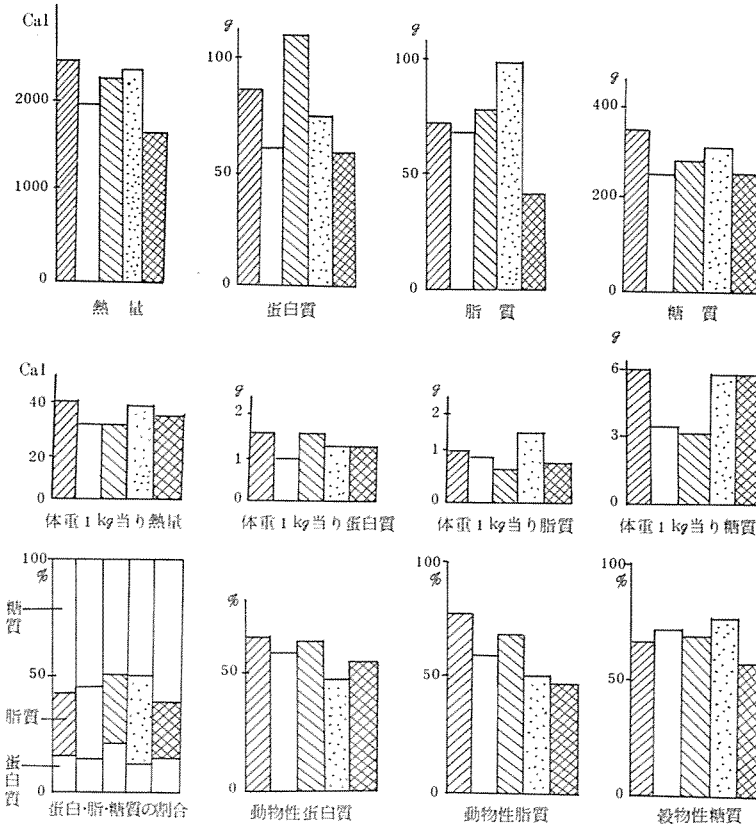
20:00 10 20 30 40 50 21:00 10 20 30 40 50 60

入浴・洗髪 | テレビ 座 | 歯みがき トイレ 立 | すいみん 臥

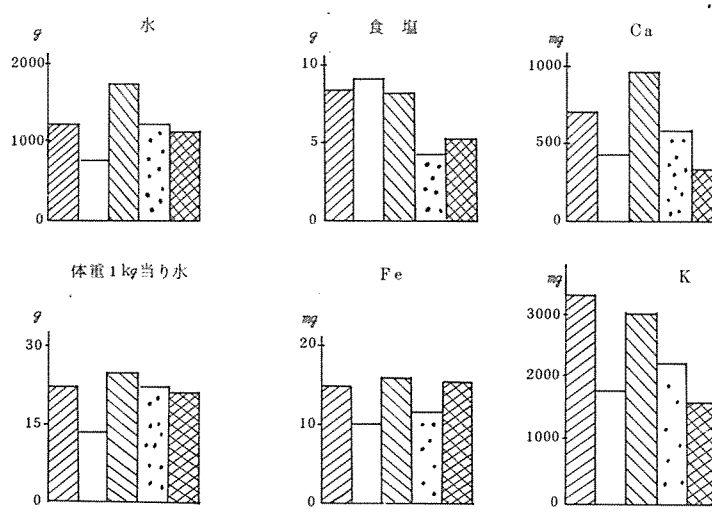
22:00 10 20 30 40 50 23:00 10 20 30 40 50 60

すいみん
臥





1日当りの熱量及び三大栄養素の配分



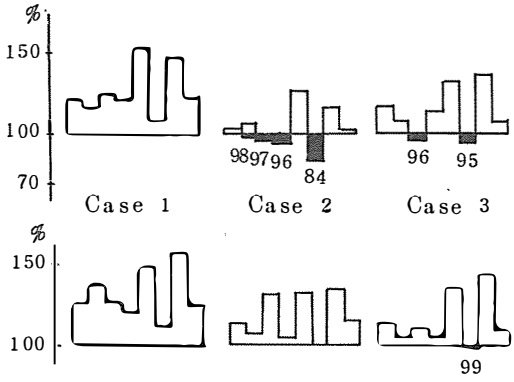
1日当りの水分及び無機塩類の配分

3　必須アミノ酸組成

全体として良好で蛋白価は病院食より高い。

case 2，case 3にやや欠陥がみられた。

病院食より概して肉・卵等動物質が多くとられていた。

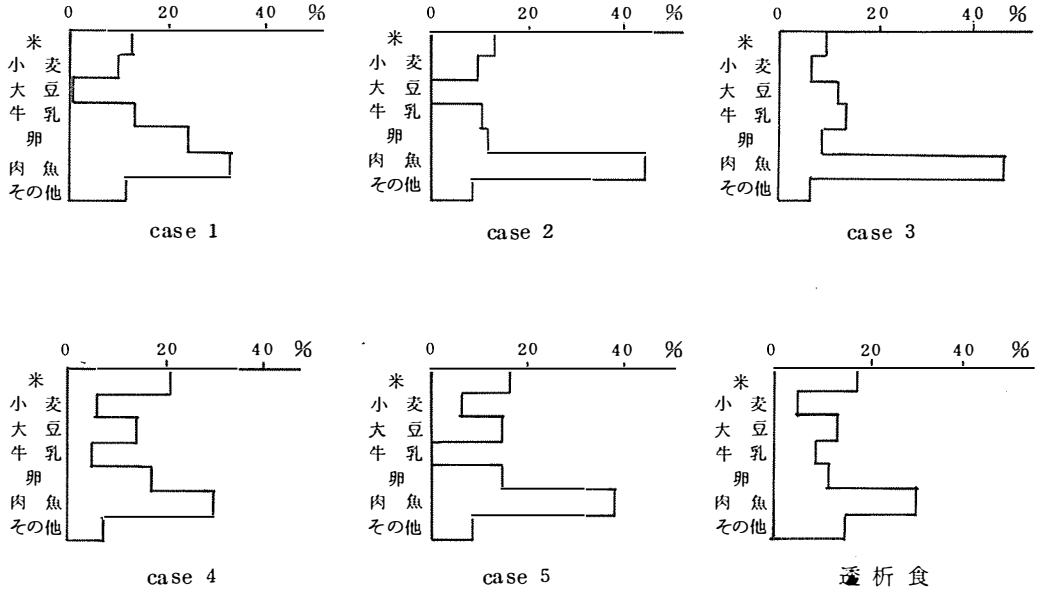


千葉大学医学部附属病院

1973年Patternによる必須アミノ酸組成

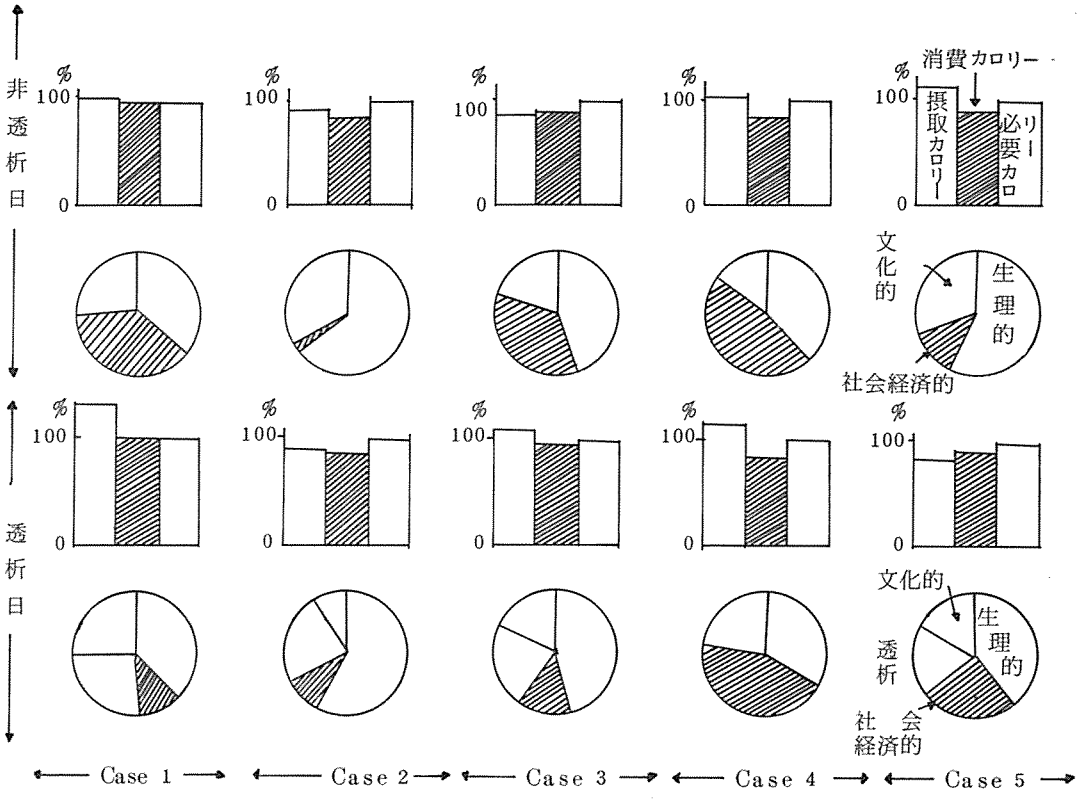
4　透析日と非透析日との相違

両日のそれぞれのTime－study から消費熱量を計算し必要熱量，摂取熱量と比較検討した。又一日を3つの生活帯に区分して比較した。睡眠，休養，食事，洗面等に使用した時間を生理的時間帯，労働，通勤，家事等に使用された時間を社会経済的時間帯，趣味，娯楽，読書等に使用された時間帯を文化的時間帯とした。透析のための通院時間は社会経済的時間帯に属する。症例2は社会復帰が未だ不充分の患者であるので，社会経済時間帯が著しく少ない。その他の4例は殆んど完全な社会復帰者であるのでこの時間帯が多い。症例5は主婦のため自宅での休養が自由であるから生理的時間が長くなっている。透析日では透析治療の時間帯が社会的経済的及び文化的時間帯に食い込んでいる。症例4は勤務終了後夜間自宅で家庭透析を行なっているので文化的及び生理的時間帯を圧迫している。それぞれの生活の様相がよく反映している。これらの症例の必要熱量を100とし



千葉大学医学部附属病院

摂取蛋白質の各食品の割合



非透析日と透析日の食事の実態

て摂取熱量と比較すると，透析日，非透析日を通じて，バランスがとれていた。

社会復帰患者の必要熱量は体重1Kg当35～40 calで充分であることも確認した。

Ⅶ　食事療法と看護

1　食生活に対する看護

患者の食生活の援助活動をどのようにすべきか？ベッドサイドで一番患者の身近にある看護婦の現情はこの点に関して非常に淋しい。食事は病人にとって大切な生活行動で，この食事を通じて患者ー看護婦相互の信頼関係が深まってよいのに，その片鱗さえ疑わしいのである。臨床の看護婦は，単に食事の摂取状態を機械的に観察，調査するのでなくて，食欲阻害の因子，摂食拒否のあらゆる因子の背後を洞察し，その除去のために努力しなくてはならない。看護業務内に止まらないで，原因除去のために必要ならば関係の他部門へ迄働きかけて行く積極性が欲しい。

画一された食事であっても，ベッドサイドの看護婦の一寸した励ましで食欲を向上させ得るのではなかろうか。医療チーム（患者を含めて，医師，看護婦，栄養士等）の現場におけるケーススタディの積重ねが必要である。

食べることは医療の中でどういう意味を持つのか，人間として食べることは，どういう意味を持つのか，と云う発想の展開がせまられる。

2　食事指導の看護展開

食事指導の目的を適切な食生活の継続におくならば，看護の対象は単なる入院期間だけのアプローチでなく，又「食べさせればよい」と言うもの

でもあってはならない。入院から家庭へ更に社会へとの生活のリズムを一定の軌道に乗せる大きな役割であるべきで，社会復帰した透析患者の場合はそのよき実例である。ここに看護の大なる展開がある。

具体的には，

①入院前の食生活，生活環境を知る。これは入院当初のアプローチとして大変重要である。

②個々の患者の食思に影響を与えている因子を分析する。例えば食事の種類，量，味付け，患者の病態，配膳，嗜好（酒，タバコ）又心理状態など。

③指導のきっかけをつかむ。そして患者の受入れ方を観察する。患者と共に食事をしながら指導するなども一法であろう。

④食事に関する喜びを実感として患者自身が体得できるように促す。冷えた味噌汁より湯気の上る温いもの，発泡スチロールの食器より瀬戸物の茶碗，又香辛料のうまい利用法。

⑤病院食に対する積極的な指導を行う。病院食をどうしても受入れない患者に対して単に管理上から持込みを禁止するのでなく，院食外を利用して食生活の適切なあり方を自覚させて行くなど。

精神的な安楽を与えることも重要であるから，無理のない計画に基づいて徐々に正しい食生活のあり方を悟らせて行くよう心掛け，指導側の自己満足でなく，患者への実質的な援助となるようにしなくてはならない。家族も食事指導に混じえて，その協力を得ることも大切である。最も大切なことは，患者対看護婦のよきhuman relationshipの確立である。

患者に対して看護婦がイニシアチブを取りながら，誠実な寛容な態度を失わないようにすることが何よりも大切である。即ちタイミングよく一貫した科学的な適切な食生活のあり方をそれぞれの患者に応じて指導していく姿勢こそが，すべての看護に求められるものである。

我々は漸やく一里塚に到達した。医学と看護とのドッキングした研究は，治療学の精髄でこの様な研究が看護学を建設するものと信ずる。本講演を終るにあたり，終始御協力を賜った千葉大学医学部第一内科講師土屋尚義博士，研究を実践した，斉藤潤子，大谷真知子，坂巻妙子の諸学士に厚く感謝します。

引　用　文　献

1）阿久津ほか：低蛋白腎臓食事療法に関する一考察　病院，Vol 31 No.10　(1972)

2）香月秀雄監集：千葉大学医学部附属病院処方集　(1976)

3）斉藤潤子，深見真千子，土屋尚義，村越康一：腎臓食献立の作製理論と臨床の実態，千葉大学教育学部研究紀要　24巻　(1975)

4）坂巻妙子，土屋尚義，村越康一：人工腎臓透析患者治療食について，千葉大学教育学部研究紀要　26巻　(1977)

5）坂巻妙子，土屋尚義，村越康一：在宅人工腎臓透析患者の食事について，四大学看護学研究会雑誌 1巻2号　(1978)

6）杉野信博，本田西男，安東朗夫，浦壁重治，佐藤仁，土屋尚義，平田清文，和田博義，柴田昌雄，伊東義一，小椋陽介，三村信英：日本腎臓学会委員会報告書　(1977)

7）土屋尚義，渡辺孝太郎，東條静夫，鈴木啓二，石橋邦子：腎炎　診断と治療，63巻6号，(1975)

8）土屋尚義，鈴木啓二，石橋邦子，小川孝：慢性腎不全患者の食事について　第2報
腎不全食におけるＭＣＴの使用方法について
栄養日本，19巻3号　(1976)

9）盛宮喜：人工透析研究会の現況調査から，日経メヂカル　(1977)

自動機能がフルに発揮された！

カーディオ オート

3要素自動心電計 FD-35

●オートポジションの採用●自動記録は任意の位置からスタート可能●被検者への電気的安全性も万全です●自動記録の時間を調整できます●手動でも操作できます●記録後の整理が簡単●スペア誘導（任意の誘導の組合せ）を備えています●60m巻き記録紙が使用でき集団検診に最適です

●ME機器の総合メーカ

FUKUDA

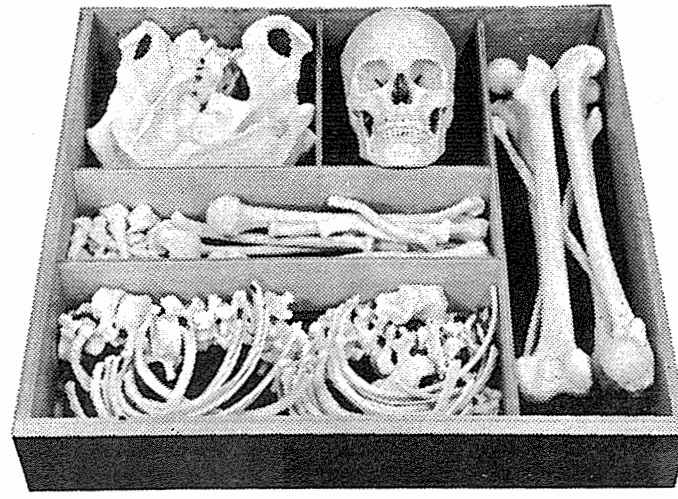
フクダ電子株式会社

本社　東京都文京区本郷3-39-4　☎(03)815-2121(代)

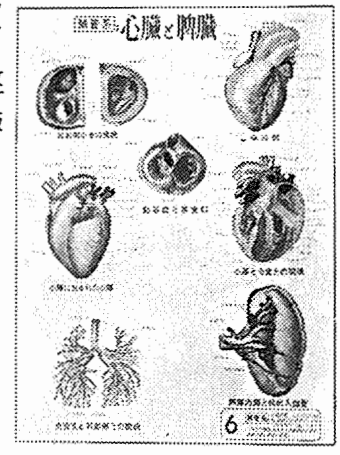
定評あるⓈマークの基礎医学教材

⊙人体解剖模型(一〇〇分解)移動式車付台
取りはずし組立しやすい軟質合成樹脂製(新名称・解説書付)

⊙実物骨格分離標本　成人型，歯並び一級
上質木製ケース入り



カラー改訂版
⊙人体生理解剖掛図26枚綴
破れない新合成紙使用

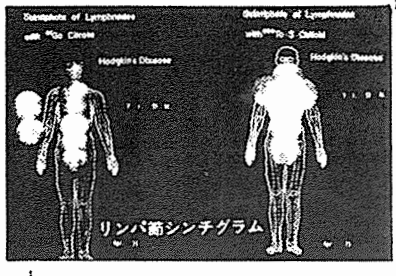


長さ 110cm×巾80cm

営業品目抜萃

実物頭骨標本3分解
神経・血液循環模型
生理解剖局部模型
生理解剖実物標本
糖尿病食品交換模型
各種患者治療食模型
性病・皮膚病模型
失禁患者用ゴム製便器
尖足予防器
看護実習モデル人形
産婦人科模型
乳房マッサージ練習模型
人工呼吸術練習人形
静脈注入訓練模型

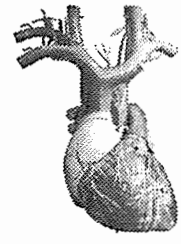
【総合カタログ進呈】



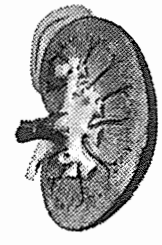
⊙スライド放射線医学

スライド医学教育

耳鼻咽喉科学・消化器外科
泌尿器科学・整形外科学
眼科学・産婦人科学
歯科学・病原微生物学
人体組織学・新看護技術
リハビリテーションと理学療法



心臓解剖模型



腎臓模型

胃解剖模型

株式会社 坂本モデル
京都市左京区下鴨東高木町34
TEL (075)701−1135(代) 〒606

第４回四大学看護学研究会シンポジウム

大学における看護学教育の検討

地　域　看　護

（本シンポジウムは，以下４編の原著の内容が発表された）

司　会　　徳島大学教育学部
村　田　　栄

千葉大学教育学部
草　刈　淳　子

地域看護——看護教育とのかかわりにおいて

Community Health Nursing－From the viewpoint of Nursing Education－

池　川　清　子
Kiyoko Ikegawa

はじめに

地域看護という言葉が導入されて，数年が経過しているが，その概念規定は今なお明確であるとはいえない。<総合看護>や<看者中心の看護>がそうであるように，看護界においては，ともすれば言葉のみが先走り，看護の実践活動を，社会的責任をはたすレベルで制度化するために必要な，基本的論理構成がなおざりにされてきたように思う。その結果，残念ながら今日なお，これほどの社会的要請や needs を背景としながら，看護が専門職としての市民権を得ているとはいえない。そればかりではなく，実践的にみても，当の患者が忍耐を強いられている現状を考えると，<地域看護>を論ずるためには，どうしてももう一度<看護とは>を問い，<患者中心の看護>を問い直すことから始める以外に，教育的手だてはないと考えるものである。

1　総合看護と継続看護

<地域看護>に関する，看護学会での共通認識を見てみると，「総合看護，継続看護という理念につながる地域看護[1)]」という位置づけが，今日までのところごく一般的である。言い換えると総合看護の展開の一部分として，一貫した看護を院内から地域へ継続させるという意味で，地域看護が捉えられているということである。地域看護＝継続看護という捉え方でいいのかどうかはさて置くとして，総合看護という概念が，施設内看護から施設外看護への継続において全うされる性格のものであるかどうかという疑問にぶつかってしまう。われわれ看護婦の行為が看護と呼ばれるためには，施設外であるか施設内であるかは問題外ではないかと考える。健康問題に悩み，もしくはその健康が冒されている人びとに対して日常生活に密着した介護をし，最終的にはその人たちの生活を取り戻させるという目的をもった看護活動は，当然ながら，一つ一つの看護行為がその場かぎりのものではなく，そういった患者の生活そのものを見通した総合性を持つものでならなければならないはずである。総合看護の理念は病院内においてはもとより，本来地域において，より広義の総合性が要求されているのである。当然看護ケアーの中には，病院から実際の生活の場へと継続されるものがあってしかるべきであるが，こういった意味での継続看護は，看護活動の実践基盤の一つの転換に過ぎないとする見方が妥当であろう。

総合看護の理念が常に病院中心に展開され，その継続として地域看護が位置づけられるのであれば，われわれがこの継続的看護活動のために，ことさら地域（community）という術語を付加する意味は非常に稀薄である。一般に社会学的意味での community 概念は，地域住民の日常生活に密着した諸制度や諸施設，たとえば学校，郵便局，スーパーマーケットといったものと同じく，病院，開業医院，保健所などの地域保健（医療）機関が，地域自体を維持する機能として，その中に含まれた一つの System として捉えられているのである。

徳島大学教育学部看護課程

2　看護であるための条件

我国における総合看護の概念は，看護実践上の盛り上りとして発展してきたというよりはむしろ，今日でもかくあるべきといった教育理念型としての性格が濃厚であるため，一歩教室を出るとその理念は，まず看護婦であり，保健婦であるという制度上の壁に阻まれているようである。日毎に増大する看護への社会的要請や needs を考える時，改めて実践の場のちがいを越えた看護そのものの基盤の弱さを痛感せざるを得ない。そこで病院看護も包括した地域社会に開かれた看護活動を展開していくための基本として，さまざまなセクトを越えたわれわれの看護実践が看護ケアーと呼ばれるための条件を考えてみたい。

われわれ看護婦は<患者中心の看護>を提唱しながら，たとえば「看護婦の必要とする看護に患者がついてこないときに看護上の問題点となる場合が多い[2)]」というような看護計画の発想が，一般に成立しているのはなぜでしょうか。患者は中心的存在であるどころか，看護婦の思わく通りの看護に従わざるを得ないのが現実ではないでしょうか。そもそも看護を必要としている患者というものは，何らかの身体的不調と同時に，そのことに附随したもろもろの悩みを持った人であるという基本的な理解が出来ていないように思う。

看護婦は患者のために医師の診断治療を助ける多くの機能をはたしてきている。しかしながら，それらの機能が看護の機能として働くためには，その基盤となる関係が看護婦と患者との間に形成されていなければならない。患者を知るという看護ケアーの基盤がなければ，検温や脈はく測定という機能も，看護の機能とはなり得ない。日々のルチーンワークがこなせれば一人前の看護婦であるという意識が，まだまだ一般的ではないかと思う。病気や悩みを持つ人に対して，少くとも専門的な援助をしたいというのであれば，われわれはその患者がどういう人格の持主なのか，患者自身が病気である現状をどのように受けとめているのか，また家族に対して，仕事に対してどのような役割をはたしてきたのか等を知る必要がある。そうするためには，看護業務をどのように改善しなければならないのか，そのために必要な知識や技術をどのように獲得していくのかが急務であろう。

看護婦，保健婦を問わず，看護が専門職と呼ばれるためには，まずわれわれの間で患者サービスの不十分さの自覚から生じる不満の領域が明確にされていることが必要である。もしもわれわれ看護婦が臨床において，本当の意味での看護ケアーが出来ておれば，今日必要とされる継続看護の一部は臨床において全うできるものを含んでいるであろう。

保健婦活動の場合も問題の所在はまったく同じであると言ってよい。よりいっそう明確な点は，地域住民（population[3)]）の看護サービスへの要請や needs が利用可能な資源をいつもはるかに上まわっているという認識である。この普遍化した認識は個々のケースに接する保健婦の態度と無関係ではありえないと思う。

学生の実習レポートから一つの事例をとり上げてみたい。訪問ケースは妊娠９ケ月の経産婦であるが，２才半になる長男が２才前後から急に言葉をしゃべらなくなったという深刻な問題を持つ母親のケースである。同行保健婦によって，妊娠経過のチェックや保健指導は一応行われている。しかしながら学生の目には，この母親の関心や不安が間近に迫った出産や新しく生れてくる子供の上にないことは明らかであったようである。母親をとりまく家族関係は長男の危機的な状態を，当初夫や舅夫婦に相談することも出来ず，思いあまって実家の母親に相談しなければならなかったという状況が示す通りである。長男についての相談を最初に保健所へ持ち込んだのも，実家の母親であったとのことである。児童相談所員からは“４～５才までが勝負ですねえ”と言われたが，どう勝負していいかがわからず，母親の不安はますますつのるばかりで，学生はこういった母親の様子を，

「最近では母親自身が自分の気持を言葉にあらわすこともないほど落ち込んでいる[4)]」と書いている。そのためであろう学生の訪問時，母親は保健婦に長男を施設に入れたい旨を相談している。それに対して保健婦は3才になったら特別な保育所を探してみましょうと約束している。母親はその後も保健所において児童相談所員との面接も行っているが，少しも子供に変化が見られず，4～5才までが勝負だというのに悲しいと保健婦に訴えている。

この訪問記録を読みながら，まさに危機的状況にある母と子に対して，家族ぐるみの関係のあり様を明確にすることによって問題の所在を顕在化し，危機的状況への調整活動を通して，看護ケアーを可能にする専門家は，いったいだれであろうかと考えざるを得なかった。

従来保健婦は，さまざまなケースに対して直接的に看護介入することに動機づけられるのではなく，関係機関への連絡，協力要請といった形でのかかわりを主にすすめてきている。しかし上記のケースの場合でも問題解決の糸口は，保健婦自身の問題の捉え方自体が問われていることへの保健婦の自覚にあるように思う。学生がこの訪問活動を通して学んだことは，看護の対象となる人びとの複雑な背景を目のあたりにして，患者を理解することの難かしさに改めて素朴な驚きを感じている段階で留っており，当然のことながら，そこでの看護ケアーが何であるかに気づくには到っていない。患者一人ひとりに本気でかかわっていく看護婦の態度を培っていくことが，看護教育が地域看護にはたす重要な役割の一つだと言えそうである。

3　臨地実習から学生が学ぶもの

同じ地域（Community）に位置するものであっても，医療施設内での対象（患者）への働きかけと，施設外すなわちPopulationへの看護サービスは，看護側のアプローチにも，人びとの置かれた場のちがいから生ずる，よりダイナミックな力関係が介在してくると思われる。言い換えると，看護の対象となる人びとの健康に直接かかわる生活の場で，つまり家庭だとか職場などの社会集団の中で，看護ケアーが展開されるということであろう。こういった生活の場から臨床へ，あるいは臨床から生活の場へといった学習の連続において，学生はなぜ患者が病気になったのか，なぜかれらがそのような行動をとるのか，かれらの健康■復を阻害する■子が何であるかを理解するのである。

看護教育における実習の意味づけは多様であるが，基本的には看護を含む医療そのもののアプローチが，患者中心に指向されなければならないということを，単なる理念としてではなく身をもって体験することにあると考えている。しかしながら，医療施設内では生活の場という点でいえば，患者よりも医療従事者側の方により日常感覚が具わっており，患者側はどちらかといえば彼等自身の生きざまを大幅に規制せざるを得ない場であると言える。こういった状況にあって，患者の日常生活を援助していくという本当の意味は，おしつけが通用しない。患者側の生きざまを引き受けていくということをおいて他にないと考える。ともすれば医療側の論理が通用しやすい施設内においては，こういった意味での学習は非常にむづかしい一面をもっている。しかし相手側の方針に沿うことの体験という点でいえば，人びとの生活の場を舞台に展開される臨地実習においては，こういった体験が比較的容易に与えられるのではないかと考える。

4　地域看護とは何か

地域看護という概念が継続看護という一面で捉えられたり，看護にとっての地域性が単なる行政区域や医療施設外を意味するものとして捉えられているかぎりでは，地域看護学への展望はあり得ない。看護という共通基盤に立って，なおかつわれわれの活動が地域看護と呼ばれる場合の看護とは，Community という社会集団の健康問題に

直接的に関与する社会システムの一機能として，population の健康行動に影響を及ぼす役割をもつものとして位置づけられなければならないと考える。

社会システム（social system）という用語の導入には十分な吟味を必要とするが，ここでは一応，システムの構成単位と考えられる人びとの — それぞれの個人的特性を超えた — 相互作用的関係で構成される緊密なネットワークを指すものとして規定したい。言い換えると，個々のメンバーは，社会システムの一部として，他のメンバーとの相互作用的関係のなかに存在している。いわば，彼の行動は他者のそれに影響し，他者は彼に影響を及ぼすわけである。なお，W.H.O.専門家委員会は地域看護のなかで用いられる地域の概念を次のように規定している。「地域community とは地理的境界と（あるいは）共通の価値や関心によってきめられた社会的集団である。地域の構成員はおたがいに知っており，作用しあっている。それは，1つの特殊な社会構造と公開の範囲内で機能し，そして確実な規範と価値と社会的な慣例を作り出す。個人は家族および地域を通して，より広い社会 society に属している[5]」。ここで見るかぎり，後半の部分がやや抽象的で，個々人の社会への参加という面で具体性を欠いているように感じられる。看護における地域の概念は，成員間の単なる相互作用論で捉えられるよりは，どこか一部で生じた変化が，他の諸部分における変化を要求するような一つの構造，すなわち system として捉えた方が，具体的な看護介入の方法を見出していく上で重要ではないかと考える。

さらに，このような社会システムとしての地域概念が，人間のからだであるとか，人間の健康とかの背景の中に内包されることによって，疾病予防であるとか，健康の保持増進とかいった看護の積極的側面への関与が生れるのである。田中恒男氏はこういった地域性をふまえた人間の健康構造というものを，「何らかの地域的なまとまり（空間限定性）において共通の自然環境との生態学的交渉，文化・社会的環境と人々の生態学的交渉というような中で起ってくる一つの実態[6]」として捉えている。なお＜生態学的交渉＞という言葉は提唱者によると，自然環境と人間の体，人間の体から文化，社会特性，そしてまた文化，社会特性を通して人間の体が変ってくるように，主体側の医生物学的特性と，いわゆる環境と呼ばれている部分との間での，きわめて力動的な関係を規定した用語である。

人間 — 環境系（man－environment system[7]）における，こうした＜生態学的交渉＞の急激な変化が人間の生息環境としての地域（community）自体に，今日複雑な問題を提起していると言える。地域看護学が，population の健康問題に直接かかわってくる人間のための community を，その学問的関心の一領域としてすえることの意味は大きいと思う。

今日地域看護という言葉が，わが国においてクローズアップされるに至った背景には，従来の医療体制というか，病院の機能ではまかないきれない，寝たきり老人の増加であるとか，公害病患者や難病患者が，地域社会に一種の緊張状態を引き起している現状があると考えられる。しかし現実には，法的な規制のなかで訪問活動を行っている保健婦にとって，地域のニードに即した活動などということは，絵空ごとにすぎないであろう。そういったところに，「家庭訪問だけが保健婦活動か」とか，「保健婦活動を訪問看護にワイ小化させてはならない」といった発言が現場からなされざるを得ない現状があると思う。しかしそうであれば，なおさら保健婦活動が何であるかを，理論と実践において内外に明示しなければならない時が来ているように思う。保健婦が「難病患者でも，老人でも，看護にだけ没頭して，地域社会をみていく視点がなければ，それは保健婦活動ではない[8]」という意見もしばしば耳にする。保健婦のおちいっている深いジレンマを感じる。現実問題として，個々のケースに目を向けずに，地域社会を見ることは

不可能であろうし，個々のケースを看護することも，地域社会を見ていくことも，共に看護であるという地域看護の概念が，われわれの内に定着するまでの道程の遠さを感じずにはいられない。

5　地域看護学への展望

今日，看護専門職に課せられた第一義的な課題は，人間のための community という視点に立った地域看護の学術的研究にあると考える。欧米諸国における地域医療（看護も含めて）の歴史的発達過程を見てみると，さまざまな領域において，学問的理論の応用としての実践が徹底してなされてきている。一つの活動が社会的展望に立つためには，理論と実践との相互作用が不可欠であろう。ことに我国のように，法的な規制内でしか活動が維持できにくい状況の中では，立法化以前の段階で，十分な学術性に支えられた理論が準備されていなければならないと思う。同時に個々の住民の健康といったレベルでの，地域保健や地域医療のスーパービジョンが無きに等しい医療体制の中で，理論的裏付けのない地域看護という言葉が流行語的に使われやすい，われわれ自身の土壌をもう一度みつめ直すことが必要であろう。

地域看護が，施設内看護をも包括する地域社会システムの機能として，学問的に位置づけられるためには，大別して次の二つの視点が考えられる。第1の視点は，個々の患者に焦点をおく立場からのアプローチである。従来の臨床看護的立場はこの研究領域に包括される。すなわち，対患者への総合看護の立場から，入院，在宅の是非も含めた，適正医療へのアセスメントが研究の対象となる。さらに，慢性疾患患者，公害病・難病患者並びに寝たきり老人の community care を可能にする，看護専門家の組織化の研究を含んでいる。

第2の視点は，population に焦点をおく立場，言い換えると地域全体に目を向けた研究活動である。この研究領域では，従来の看護研究に欠けていたと思われる人間のための community の研究を基盤として，社会システム自体が人間の健康行動に影響を及ぼす要因の研究であるとか，人間の積極的保健，いわゆる健康の保持増進といった面での看護の具体的方法論が研究課題になるのではないかと考える。

お　わ　り　に

地域看護という言葉の概念構造の曖昧さからくる混乱は，一冊の保健婦専門誌を見るかぎりでもそうとうなものである。そしてその曖昧さの故に，看護という概念すら病人に対する身体的ケアーの意味で捉えられるという危険をはらんでいる。今日，社会的責任という面での看護の専門性が問われているとき，社会的視点に立った地域看護学の展望いかんが，我国における今後の看護活動の生死にかかる課題ではないかと思う。臨床看護学を包括した地域看護学の体系化と同時に，大学における看護教育体系が，地域看護の概念を基盤として再編成される必要性を痛感するものである。

注

1) 飯田澄美子：地域看護の展開 ― 現状と将来 ―，第7回日本看護学会，地域看護分科会集録，P 19，1976
2) 吉武香代子他：看護計画，医学書院，P 32，1976
3) Population には，1) 人口，2)（一定地域内の）全住民，3) 人々，4)（統計上の）母集団，などの意味がある。本文では community 概念との区別を明確にするため，2) の意味で用いた。
4) 池知裕子：徳島大学教育学部看護教員養成課程，保健所実習レポート
5) W.H.O. 専門家委員会報告書，（松野かほる訳）：地域看護，日本公衆衛生協会，P.8，1977
6) 田中恒男：地域医療の論理と構造，第7回日本看護学会，地域看護分科会集録，P.11，1976
7) Man－Environment System とは，広

い意味での健康被害をもたらしている環境要因は大気汚染，水質汚濁，騒音など種々雑多であり，しかもそれらが個々ばらばらにではなく，全体として人間へ被害を及ぼしている。また被害を受ける人間の側にも性，年令，個人差，生活条件など，さまざまな要因をかかえている。これらの要因を全体として把握するためには，従来公衆衛生学が人間と環境を対人保健と環境衛生という両極で捉えようとしてきたことでは不十分であり，それを人間 ― 環境系として一つの System として総合的に捉えようとする概念である。

8) 山本裕子：ねたきり在宅患者は保健婦活動の対象に非ず ― 保健婦活動を訪問看護にワイ小化させてはならない ―，保健婦雑誌，Vol．34，№3，1978

参　考　文　献

1) W.H.O. 専門家委員会報告書，（松野かおる訳）：地域看護，日本公衆衛生協会，1977
2) 田中恒男：地域医療の論理と構造，第7回日本看護学会，地域看護分科会集録，1976
3) Caplan，Gerald，（山本和郎訳）：地域精神衛生の理論と実際，医学書院，1971
4) S．A．Murrell，（安藤延男監訳）：コミュニティ心理学 ― 社会システムへの介入と変革 ―，新曜社，1977
5) 外口玉子他：専門医受診に到るまでのダイナミクスとその過程における看護援助の可能性，第7回日本看護学会，地域看護分科会集録，1976

継続看護・訪問看護の問題点と展望

施設内看護（成人看護）の立場から

About the Comprehensive Care on the patient of pre-In and Retvo-Hospitalization

宮崎和子
Kazuko Miyazaki

I はじめに

看護教育の現行カリキュラムは，保健婦，助産婦，看護婦が分離した形で考えられており，旧カリキュラムに比してより総合的になっていることは認められるが，総合保健医療という包括的概念に伴なう総合看護は，現在のように保助看を区別した形でその本質的理解をはかることは困難であろう。

大学看護教育においては，保助看を1つの資格で統一し，必要に応じて地域，施設内その他如何なる場面においても，必要な看護や保健指導が適切に提供できるような看護専門職教育を目的とすべきだと考える。

総合看護の概念は，私の担当する成人看護教育においても一貫して流れる理念である。そして，患者を総合的に把える力として，地域とのさまざまなかかわりの中で生活をしている人間として対象を理解できなければならない。すなわち，地域の生活とより密着した形で対象をとらえる能力が要求される。このために教育者の側からも，総合的な視野で成人看護教育を展開しなければならない。私は施設内臨床実習において総合看護を教育するために，継続看護を検討するなかから地域へ目を向け，地域と患者とのかかわりを理解させたいと考えている。

そこで今回は，施設内で行なわれている継続看護について問題点を考えてみるつもりであるが，施設内看護の立場にあっても継続看護を論ずるに当っては，地域の人口動態を把握し，疾病構造その他人間の社会生活における健康上の諸問題および保健医療機関の対応の実態を十分に知っておくべきであることはいうまでもない。そこで，まず地域の保健上の要求と保健医療機関の対応，特に保健婦の対応状況を述べ，その上で施設内における継続看護上の問題点，訪問看護の問題と展望について考察していきたい。

千葉大学教育学部看護課程

II 訪問看護の必要性

地域のニード

1 老人問題

我が国における人口の老令化は世界に例をみない程急速にすすみ，60才以上の人口が8％から18％に到達するに要する年数[1]は，フランスでは177年，スウェーデンでは103年に比し，日本ではわずか40年で到達する見込みである。昭和53年9月現在65才以上の老人は990万を数え，総人口の8.6％を占める。老人の身心機能の低下は必然的なものであり，昭和47年の老人実態調査[2]によると，65才以上のうち病気がちのもの32.2％，半年以上床につきっきりのもの3.8％であった。このように他の年令層に比し傷病者の割合の多い老令人口の増加がある一方，核家族化もすすみ，核家族世帯[3]は昭和41年を100とした場合51年には132.3の割合でふえ，51年現在1,965万1,000世帯を数える。また，高令者世帯は41年100に対し，213.8と非常な増加率で，51年現在189万4,000世帯である。1人暮しの老人は全国で66万人もいる。また寝たき

り老人は37万人を数える。こうした老令人口の増加と核家族化の他，若者の生活意識の変化により，他の年令階層と異なり傷病者の多い老人階層の健康問題，その介護者の問題は深刻化しつつある。これらの要因に老人医療費の無料化も加わって，治療のgoalに達した老人を引きとる家族がなく病院の病床は老人病棟化しているところも多い。ちなみに昭和51年6月1ケ月間に病院を退院した患者の平均在院日数は55,0日である。年令階層別では0～14才 15.8日 15～34才 30.1日 35～64才 78.3日 65才以上 104.3日 と年令が高くなるにしたがって平均在院日数が長くなっており，老人の病院停滞傾向を裏付けている。

老人福祉による養護老人ホーム，特別養護老人ホーム等は年々増加しているが，老令人口の急増に比べれば微々たるものである。これら老人の中には動ける限り地域で生活をしたい者も多い。

2 難病患者の問題

木下ら[4]は，保健婦活動の質的内容の検討を行なうことを目的として在宅難病患者に対する看護援助サービスの提供を通して保健婦活動の検討を行なっている。その結果，患者および家族の困難な生活実態を明らかにし，具体的な援助による訪問看護援助の有効性をのべ，その援助内容の範囲と方向性については幅広い多方面の援助が必要であり，期間，頻度，継続性の必要なことを報告している。現在私がかかわっている例について述べる。

患者は48才主婦（発病までは洋裁学校経営の洋裁師）筋萎縮性側索硬化症。家族は，会社員の夫，長女中学2年，次女小学校5年である。発病は51年秋頃であり，52年10月，○○病院MSWより紹介により初回訪問す。疾患は典型的な進行を示しており，夫が夜間寝返りをさせる。入浴は夫が会社の休みの日曜日に実施，排泄食事すべて介助であり，家族に負担が過重である。昼間は通いのお手伝いを依頼していたが，夫の過労もあって，某院に入院させ，付添婦をつけた。しかし，意識が明瞭であるにも拘らず手足をはじめ筋の麻痺があるため非常に手がかかり，附添は6ケ月間の入院中に12回かわったという。木下ら[5]の研究による同疾患のKさんの例でも，1ケ月に5人の付添婦がかわっている。

本患者が6ケ月で退院せざるを得なかった理由は，病棟で看護婦の手がかかりすぎ，他の患者への影響もあるので他院への転院をすすめられたが適当な施設がなく，やむなく自宅へ帰った。ホームヘルパー，保健所保健婦の定期的訪問の他，60才位のお手伝いがいるが，排泄1つにしても複数の手で介助を要する。患者および家族の負担ははかりしれないものがあり家庭破壊もおこしかねない。

難病は，原因不明で治療法も確立しておらず，一生闘病をつづける疾患であり，社会復帰が困難である。難病者の家庭は介護者の問題が深刻であり，1人の手は完全に介護にとられる場合が多く，すべての家族の生活に影響する。経済的にも身体的心理的にも負担が深大である。難病は進行性であり，生産年令層に比較的多いため，老人病に比し家庭における諸問題はより深刻である。昭和48年度特殊疾病（難病）に関する研究報告[6]によると，入院13%，入院と退院をくり返している21%，通院56%と在宅療養者が多いことが特徴といえる。

以上老人問題，難病問題について述べたが，昭和46年頃より，東京東村山市の白十字病院[7]，木下ら[8]の在宅看護研究会をはじめ多くの自治体や病院などで病院独自のもの，自治体との協同，自治体自身の活動，保健所保健婦の一部の活動として訪問看護や巡回診療を実施しその必要性と有効性を示してきている。しかしこれらは試行の域を出ていない。国の施策による真の地域保健医療サービスとして訪問看護の組織的とりくみが望まれることはいうまでもない。

3 地域ニードへの保健婦の対応

第2次大戦後，地域における看護は結核予防対策を中心に国民健康向上の施策としてすすめられ

た。保健所保健婦の仕事は衛生思想の普及および疾病の予防，健康増進に資する活動であり，すでに病気になってしまった病人の直接ケアは保健所本来の業務ではなかった。保健婦規則にも，疾病予防の指導，母性または乳幼児の保健衛生指導，傷病者の療養補導，その他日常生活上必要な保健衛生指導をするものとなっており，療養上の世話をなすという役割は期待されていないことが明らかである。保健婦業務の質的内容について，橋本田中ら[9]は「保健婦業務評価に関する一検討」において現場業務対事務的作業の割合で質的内容を推定評価すると述べている。昭和52年，千葉県における保健婦活動状況[10]を図1にみると，市町村国民健康保険課保健婦は家庭訪問22%，衛生課保健婦は18%で事務量が25%と非常に多い。保健所保健婦の家庭訪問は20%であるが，図2にみられるように，法令に基づく業務優先の立場があるため，結核，精神衛生，母子衛生に関する訪問指導が大部分を占める。しかし，成人病も漸次ふえている。

把握したものの訪問指導をどの程度行なっているかの検討として矢野ら[11]は，高知県における昭和48年9月現在の県下の精神障害者7,590名について看護職とのかかわりを調査し，援助できているケースを受持人口との関係で述べている。受持人口7,500以下の場合100%近く援助できるが,10,000人以上になると52.7%と半減している。1年以上働きかけのないもののほとんどが受持人口10,000人以上の地区であった。

同様に[12]，高知県における第1子分娩の母親に対する妊娠中の把握と働きかけについて受持人口2,000人以下で95%把握でき100%働きかけができる。受持人口5,000人以上では把握はできても働きかけができず9,000人以上となると把握もできにくい。さらに乳児期早期では，受持人口2,000人以下で90%働きかけ可能でその方法も訪問によるもの97.2%である。8,000人以上となると把握50%以下となり，方法も保健婦と相談とかわっている。

脇節子ら[13]は，同じく高知県における在宅長期臥床患者1,025名（60才以上89.4%と高令者が多い）3年以上臥床53.3%，うち脳血管障害67.4%の患者および家族への保健所別援助数と受持人口別対応について，受持人口2,000人以下の場合，人口10万対200で推定数の約半数に対応でき，受持人口10,000では推定数の $\frac{1}{10}$ 程度しか対応できていなかった。援助尺度表による必要援助量でみると，

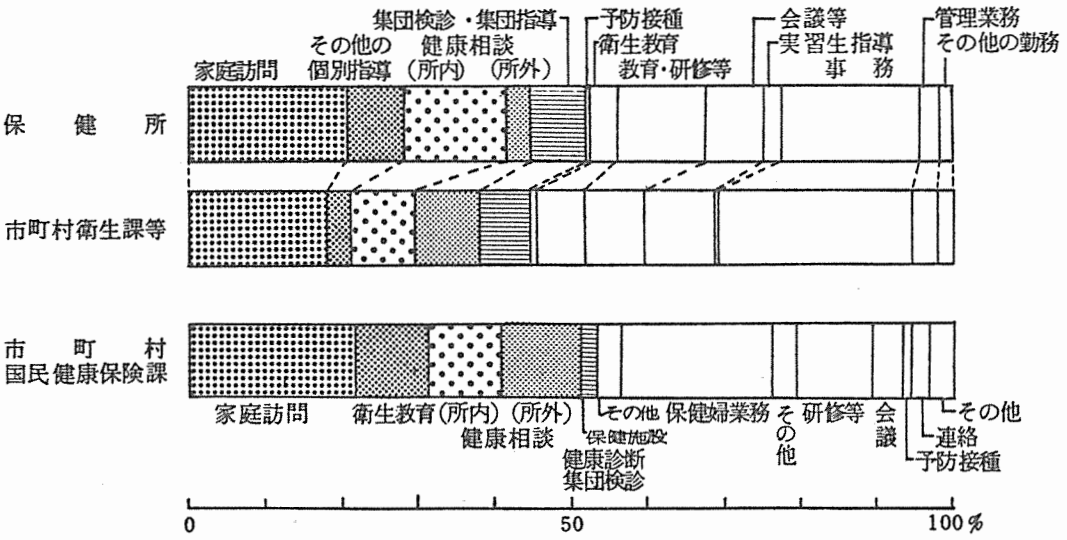


図1　活動区分別割合，保健所・市町村

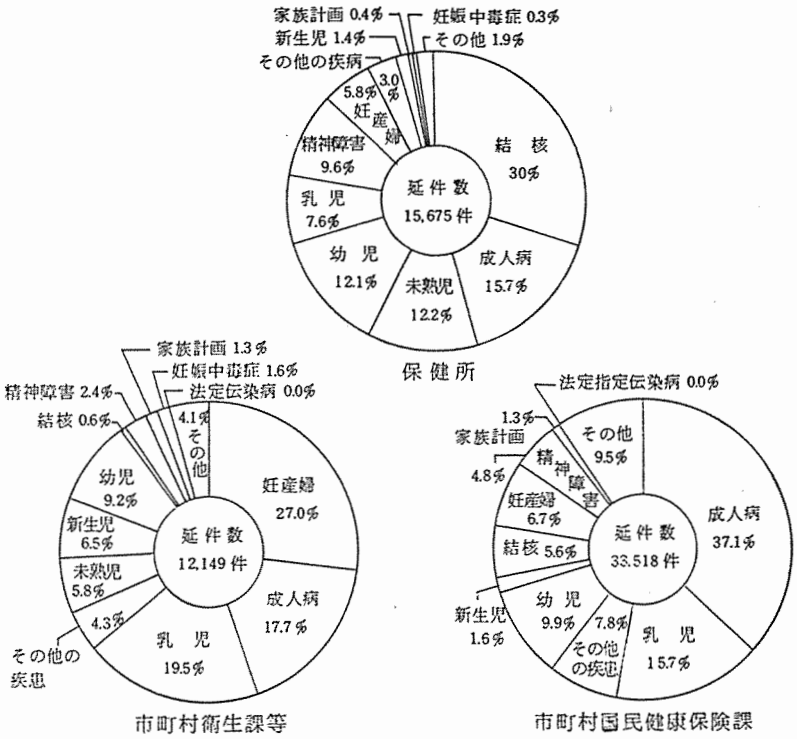


図2　対象区分別家庭訪問延件数，保健所・市町村（昭和52年度）

38.1%のみ対応し，対応不足71.9%である。

以上のように精神衛生，母子保健における対応さえ不十分であり，頻度と期間を要する成人病や難病に対する働きかけをするには相当数の保健婦が必要であると考えられる。しかるに昭和50年末，就業保健婦数は15,962人，人口10万対14と極めて少数である。これらのことより地域の保健上の要求に応える対人保健サービスのために現在の保健婦のみでは絶対数不足であることは明らかである。

Ⅲ　施設内における継続看護

継続看護とは，人の健康増進からリハビリテーションまで，あるいは死に至るまでのすべての段階において施設内外を問わず，健康上のあらゆる問題に応じた適切な看護を提供するとともに，将来の健康生活への適切な援助を提供することと定義しておく。

現在，多くの施設内看護婦は，総合看護について概念としては理解していても，実際の臨床場面では患者の生活の場である地域の状況およびそれと患者のかかわりについて正しく認識しているとはいえないのではあるまいか。地域と患者とのかかわりを抜きにして総合看護を理解することは不可能であり，正しい看護教育もすすめられない。

私は，地域から施設内へ，施設内から社会復帰へという継続看護の流れに沿って，まず最初に，地域から施設内への入院時の問題，すなわち入院前の患者の生活と，その人をとりまく社会の人々との関係をできるだけ保ち，社会復帰への道を閉ざさないためのアプローチの必要について考える。次いで病院内で退院後の生活を予測して行なわれる退院指導の問題を考える。第3番目に地域を担当する看護者への引きつぎの問題として看護添書の問題を考えていきたい。

1　入院前の生活環境と患者とのかかわりを保持し，早期社会復帰をはかる。

一般に脊髄損傷者（以下脊損者という）においては頸髄損傷（以下頸損という）および高年令受傷者は社会復帰が困難であるといわれている。しかし私の調査[14]によると，若年受傷の胸腰髄損傷者（以下胸腰損者という）が社会復帰できず，療養所に停滞している。図3の下のB療養所をみると5年以上停滞者44名中32名が胸腰損であり，受傷年令は図4の如く20才台が他の年令群に比し明らかに多い。医学的には，高年令者，受傷部位高位の者が社会復帰困難であるということが通説であるが，全く逆の立場のこれらの人が社会復帰できない理由は何か，社会復帰阻害因子について検討してみた。図5（B群に注目すること），まずADL自立に関してみると，歩行を除いて，排尿，着替え，入浴，食事，身のまわりと，すべてが他の群に比し自立している。ADL得点で検討した結果（表1）もそれが裏付けられた。ADLが自立し車椅子に乗れれば，車椅子就職も可能である[15]といわれている。

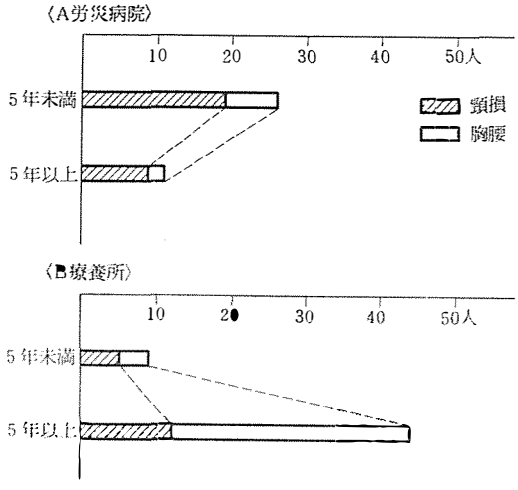


図3　施設別損傷部位と経過年数

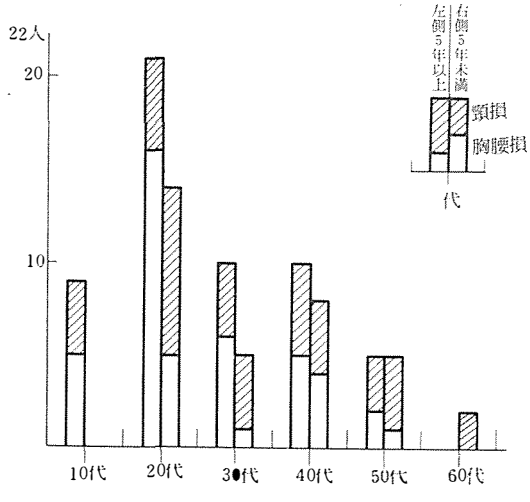


図4　受傷時年令

B群の停滞原因を身体的条件から検討した結果（表2），褥瘡，排尿障害，発熱等の合併症は他の群よりB群が多い。すなわちB群の停滞理由の一つに身体的条件の因子があった。このことは，ADL自立群のうち，家庭復帰するためには介護者が必要と答えたもの81.4%と多いことからも肯ける。図6のように，B群のうち46%のものが介護者1部分必要であり，全面的に必要なもの11%であった。ADL自立していても何らかの形で介護者が必要な者が多いことが示唆できる。図7をみると，B群の肉親介護者ありは21%と，他群に比し非常に少ない。図8では介護者のいないのは受傷時の家族関係が大きく影響すると考え，受傷時の患者の家族内での位置をみた。B群では受傷時子供の立場であった者が38%と多く，受傷年令20才台61.8%を考え合わせるとB群のほとんどが独身者であったといえる。すなわち介護者は両親か兄弟であると考えられるが長期入院で家族状況もかわり家族から見放される場合も多い。

住宅問題について図9を見ると，受傷時住宅が自家であったものが退院後も同じ家に帰る割合は63.8%，社宅，民営借家などでは，それぞれ8.3%，3.4%と帰る家を失っている。B群では，受傷時自家が23.5%と少ない。たとえ自家であっても両親等の家であり，帰る家も同じ者14.7%のみである。

以上のように生涯何らかの障害を残す疾患をもつ患者が独身であるとか，若年のため，社会の中で生活するための位置を十分に築いていなかった

受傷後経過年数	損傷部位	人数 n	車椅子 のれる(自分で)	車椅子 のれる(介助要)	車椅子 のれない	車椅子 歩ける	排尿 できる	排尿 介助要	排尿 NA	排便 できる	排便 介助要	排便 NA	着替え できる	着替え 介助要	着替え NA	食事 できる	食事 介助要	食事 NA	入浴 できる	入浴 介助要	入浴 NA	身の廻り できる	身の廻り 介助要	身の廻り NA	歩行 できる	歩行 できない	歩行 車椅子	歩行 ねたきり
5年以上	A 頚損	21	7 (33.3)	10 (47.6)	3 (14.3)	1 (4.8)	13 (61.9)	8 (38.1)	0	9 (42.9)	12 (57.1)	0	9 (42.9)	12 (57.1)	0	11 (52.4)	10 (47.6)	0	10 (47.6)	11 (52.4)	0	8 (38.1)	13 (61.9)	0	1 (4.8)	20 (95.2)	[17] (81.0)	[3] (14.3)
	B 胸腰その他	34	24 (70.6)	10 (29.4)	0	0	33 (97.1)	1 (2.9)	0	33 (97.1)	1 (2.9)	0	34 (100.0)	0	0	34 (100.0)	0	0	34 (100.0)	0	0	(91.2)	3 (8.8)	0	0	34 (100.0)	[34] (100.0)	
5年未満	C 頚損	23	2 (8.7)	16 (69.6)	4 (17.4)	1 (4.3)	8 (34.8)	15 (65.2)	0	1 (4.3)	22 (95.7)	0	4 (17.4)	19 (82.6)	0	12 (15.2)	11 (47.8)	0	3 (13.0)	19 (82.6)	1 (4.3)	2 (8.7)	20 (87.0)	1 (4.3)	1 (4.3)	22 (95.7)	[18] (78.3)	[4] (17.4)
	D 胸腰その他	11	7 (63.6)	4 (36.4)	0	0	8 (72.7)	3 (27.3)	0	5 (45.5)	6 (54.5)	0	7 (63.6)	4 (36.4)	0	11 (100.0)	0	0	5 (45.5)	6 (54.5)	0	5 (45.5)	6 (54.5)	0	0	11 (100.0)	[11] (100.0)	
計		89	49 (55.1)	40 (44.9)	7 (7.8)	2 (2.2)	62 (69.7)	27 (30.3)	0	48 (53.9)	41 (46.1)	0	54 (60.7)	35 (39.3)	0	68 (76.4)	21 (23.6)	0	52 (58.4)	36 (40.4)	1 (1.1)	46 (51.7)	42 (47.2)	1 (1.1)	2 (2.2)	87 (97.8)	[80] (89.9)	[7] (7.9)

※ 下段（ ）は%

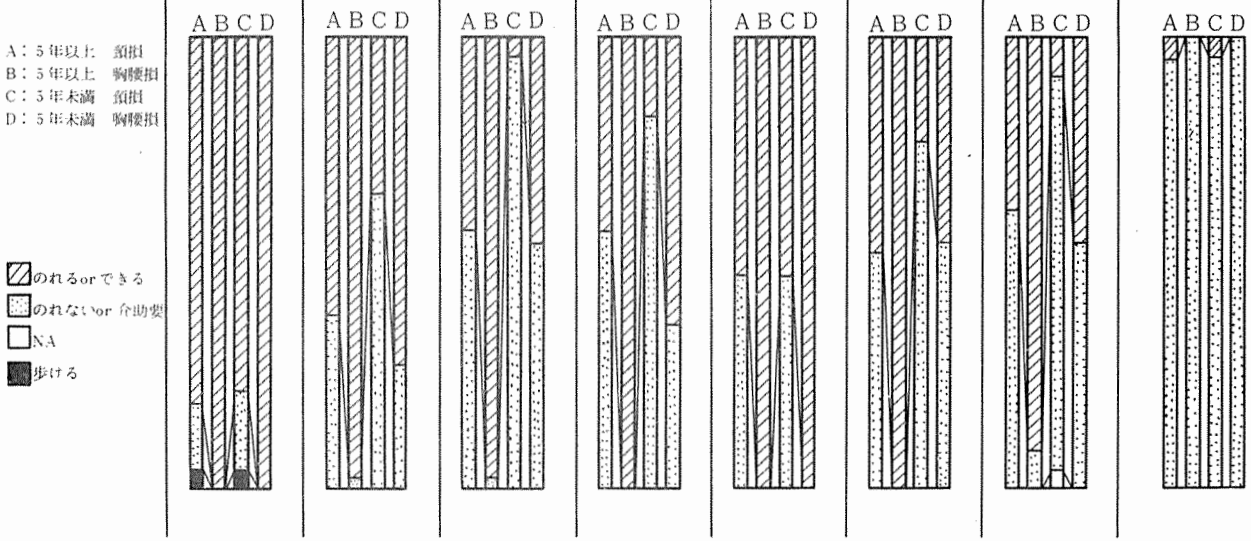


図5　ＡＤＬ自立状態

表1　ADL（日常生活動作）自立度得点表

経過年数	部位	人数	得点別数	−2	−1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
5年以上	頸損	n=21	A 9		1	5	1	1	1											
			B 12	2							1	1			4	1		1		2
	胸その腰他	n=34	A 2											1						1
			B 32									1	4	2	4	6	5	6	3	1
	計	n=55	A 11		1	5	1	1	1					1						1
			B 44	2							1	2	4	2	8	7	5	7	3	3
5年未満	頸損	n=23	A 18	4		5	2	3	1	2	1									
			B 5			2					1	1	1							
	胸その腰他	n=11	A 8					2			1	1	1				1		1	1
			B 3						1							1		1		
	計	n=34	A 26	4		5	2	5	1	2	2	1	1				1		1	1
			B 8			2			1		1	1	1			1		1		
総計		n=89	A 37	4	1	10	3	6	2	2	2	1	1	1			1		1	2
			B 52	2		2			1		2	3	5	2	8	8	5	8	3	3

注　○ 歩ける　＋3
○ 自分で自由にできる　＋2
○ 困難だが自分でできる　＋1
● 介助が必要である　0
○ 車椅子に全くのれない　−2
● 全面介助で乗れるがこげない　−1

これにより，ADL自立度をみたものが，表1である。満点は14点である。

表2　身体的条件

受傷後数年	部位	人数	褥瘡 あり	褥瘡 なし	褥瘡 NA	排泄 自然尿	排泄 導尿	排泄 留置カテーテル	排泄 その他	排泄 NA	発熱 あり	発熱 時々あり	発熱 ほとんどなし	発熱 NA
5年以上	頸損者	n=21	8 (38.0)	12 (57.1)	1 (4.8)	11 (52.4)	1 (4.8)	7 (33.3)	1 (4.8)	1 (4.8)		15 (71.4)	6 (28.6)	
	胸腰その他	n=34	19 (55.9)	12 (35.3)	3 (8.8)	18 (52.9)	5 (14.7)	10 (29.4)	1 (2.9)		4 (11.8)	20 (58.8)	7 (20.6)	3 (8.8)
	計	n=55	27 (49.1)	24 (43.6)	4 (7.3)	29 (52.7)	6 (10.9)	17 (30.9)	2 (3.6)	1 (1.8)	4 (7.3)	35 (63.6)	13 (23.6)	3 (5.5)
5年未満	頸損者	n=23	7 (30.4)	13 (56.5)	3 (13.0)	10 (43.5)	5 (21.7)	6 (26.1)	1 (4.3)	1 (4.3)	3 (13.0)	12 (52.2)	6 (26.1)	2 (8.7)
	胸腰その他	n=11	5 (45.5)	5 (45.5)	1 (9.0)	8 (72.7)	1 (9.0)	2 (18.2)				5 (45.5)	4 (36.4)	2 (18.2)
	計	n=34	12 (35.3)	18 (52.9)	4 (11.8)	18 (52.9)	6 (17.6)	8 (23.5)	1 (2.9)	1 (2.9)	3 (8.8)	17 (50.0)	10 (29.4)	4 (11.8)
総計		n=89	39 (43.8)	42 (47.2)	8 (9.0)	47 (52.8)	12 (13.5)	25 (28.1)	3 (3.4)	2 (2.2)	7 (7.9)	52 (58.4)	23 (25.8)	7 (7.9)

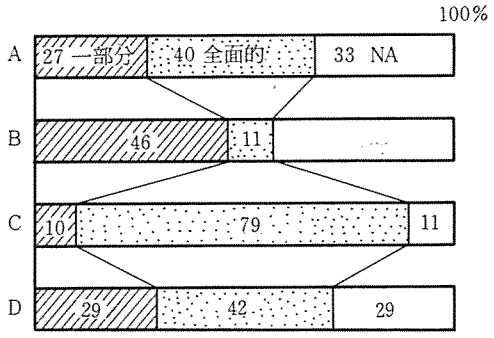


図6　介護はどの程度必要か

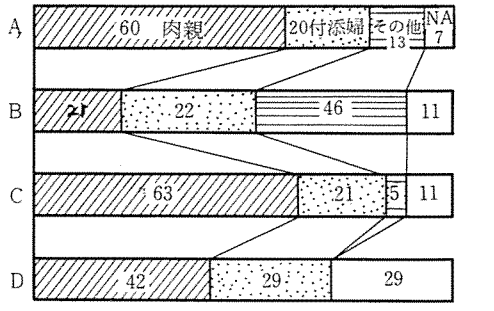


図7　退院後の介護者（予想）

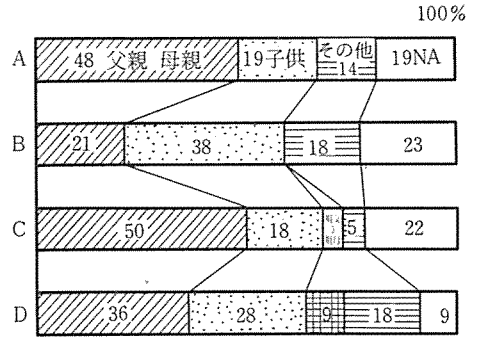


図8　受傷時家族内での位置

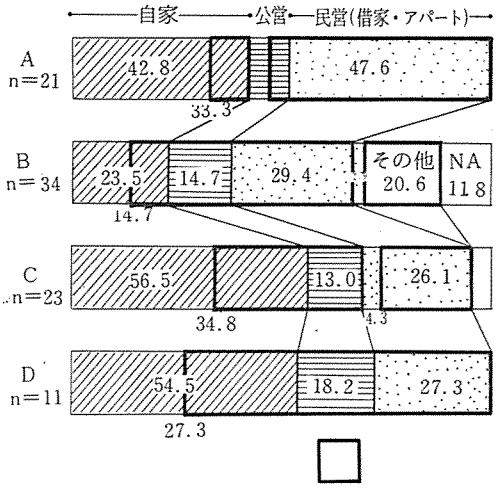


図9　受傷時住宅と退院後住宅

場合，長期入院によって社会との関係が中断され，社会復帰できない原因となっている。あるＭＳＷ[16]が，入院時直ちに患者の職場の上司や家族，近隣に働きかけ社会とのつながりを中断しなかったため，早期に社会復帰できた例を報告し，入院時可及的速やかに看護部からＭＳＷへ連絡して欲しいと要望している。このことは継続看護上重要な点であり乍ら看護者がおろそかにしていたように思う。緊急入院者，重症者で救命第一の時期であったとしても，患者が今まで生活していた社会との繋がりが密なうちにそれらの関係の人々への働きかけを試み，ＭＳＷや家族との連絡をして，患者が将来社会復帰できる条件を整えておくべきであろう。

2　退院指導について

退院指導は，退院後の健康問題を患者が自分で，あるいは家族の協力を得て律していくために重要である。そのため入院時から退院へ向けて機能訓練や食事指導，生活態度等多方面にわたり指導する。より効果をあげるための工夫について多くの報告がある。すなわち，北河ら[17]は重度ＲＡ患者のＡＤＬに関する退院指導について，退院後どの程度まで実践できるかを予測して指導するため，臨床で実際に実施させてみることを報告している。松本ら[18]は，退院後の自宅療養チェック項目をつくり，退院指導を細かくしようとしたが，個々の生活環境や家庭内における立場，経済状況，労働状況など患者の背景の把握の不十分さを感じ一方的なものになったのではないかと反省している。

米田ら[19]は独自のpatient profileを作製し，入院期間を4期に分けて指導して患者の背景がよくわかり，問題点が明確になるため，個々の患者に沿った指導ができよい成果がえられたと報告している。

一方，退院後の指導の効果について訪問調査によって追究した南の報告[20]によると，乳癌根治術後十分に退院指導を行なった14名中，退院直後から機能訓練を継続して行なった人は1人で，他は中断していた。患部の保護と美容のための下着の工夫は，退院後2～3ヶ月は外出の機会もなく必要を感じない。コバルト治療後の皮膚ケアは，退院後1ヶ月と3ヶ月目に指導内容を変更させる必要があることがわかった。従って病院内での退院指導はあまり役立っていず，入院中にすべての生活指導を行なって後は外来医師のみに任せるのは問題であり，きめの細かいタイミングのよい指導の必要性を提案している。氏家ら[21]も，退院患者の地域における看護指導の考察より治療看護側の一方的指導傾向を指摘している。

これらは施設内退院指導の限界を示しているといえよう。施設内でできるだけ細かく個別指導をしても，家庭や，地域における生活状況を実際に見て指導するのでなければ一方的となる。患者個々のものではなく一般化された指導となり，患者および家族には役立つことが少ないのではないだろうか。

私自身2，3例の訪問看護を実施し，継続的に頻回に患者にかかわるほど患者の問題がみえてきたことを体験した。施設内でいかに細かく患者の背景をしろうとしても限界があること，そのため適切な指導とならず看護者側の一方的押しつけにすぎないことを痛感した。退院指導は施設内ではあくまでも限界があることを十分承知して地域担当看護職と連絡をとるとか，外来のチェックシステムなど，別の体制でfollow upする必要がある。

3　看護添書（看護連絡票）について

施設内から地域へ看護を継続するために看護添書を使ってよい効果をあげている例も多い。例えば，脊損患者の再入院が非常に多く80～90%あったのが，看護添書を地域の保健婦に送り看護が継続された結果，再入院が大幅に減少したという近藤の報告[22]がある。そして看護を施設内に限らず地域へ拡大していく必要性と，添書が保健婦の患者把握のための資料となることを述べている。

泉ら[23]は，未熟児退院の際の連絡事項の記入内容を，より詳しく書いた群と，簡単に記載した群について初回訪問時期の比較検討をした結果，詳しい内容の方が初回訪問が早く，その時期に差があり，簡単な記載は直ちに継続看護には役に立たないものが多く訪問せずもあった。

連絡内容が保健婦にどのように役立ったかでは，児の特性を知り必要な看護技術の援助ができたもの93.7%，児の発達過程を知り適切な継続看護ができた89.9%と役立っている。またどの報告も保健婦の患者把握の機会として役立っている。

以上のように看護添書は，必要な点を明記し，簡単なものでなく意思の疎通が十分できるものでなければ有効性が少ない。しかし，忙しい中で努力して看護添書を書き送っても訪問してくれないcaseも多く，病棟看護婦の意欲を失わせ，看護添書が定着しない原因となっている場合もある。

病棟側の条件としては，多忙な中で誰が添書を書くか，人の問題，時間的労力的問題が残っており，必らず訪問できる保証がない限り一時的試行に終る危険がある。

保健婦側の条件としても，法令にもとづく業務に追われ，依頼されてもすぐに訪問できない実状がある。

地域と病院の診療圏がある程度一致しているところでは，月1回程度の保健婦と病棟看護婦の合同カンファレンスを持つことも一案であろう。

Ⅳ　訪問看護の問題点と展望

前述したように保健婦業務は第2次大戦後予防

活動を重点とし，保健衛生指導を行なうが療養上の世話をなす役割を期待されてはいなかった。しかし，総合看護の概念とともに昭和45年頃より各地で訪問看護が行なわれ，その輪は拡がりつつあるが，組織的に確立したものとなるにはなお道遠しの感がある。

「訪問看護における看護は病棟看護と同じレベルの看護を家庭で行なうことを原則とする」という考え方で病院をあげて訪問看護にとりくんだ京都堀川病院の城ケ野ら[24]は，「従来のような散発的なとりくみでは，寝たきり予防，生活機能保全，自立への援助は無理である」と述べている。また木下[25]も，「医療中断患者や退院後の患者は訪問する必要があり，外来看護婦の熱意と協力でおこなわれたこともあるが，継続的にはできない，かた手間ではできない仕事である」というように訪問看護は，時間と継続性を必要とする。また，保健所として訪問看護実施をしている東京の杉並保健所の保健婦は「訪問目的は寝たきり老人家族への実技を含んでの看護ケアーの指導，長期間にわたり訪問し看護するのが目的ではない」といい乍ら「しかし，結局転帰まで訪問看護をつづけてしまう」といっているように，訪問看護は実施しはじめると，必要性に迫られて継続せざるを得ないため人手を要する。すでに試行した者は皆訪問看護の有効性と必要性を示すとともに，制度化組織化を望んでいる。

しかし，訪問看護の方法やかかわり方の程度などにおいて看護職間で合意に達しているとは思えない。すなわち，城ケ野らのように提供する看護を病棟と同じレベルにするというように直接ケアの提供を第一義とするものと，保健所の保健婦や松下ら[27]のように，家族への知識と技術の指導を第一義とし直接ケアの提供を目的としないものがあるっしかし，状況によって前者と後者は完全にわけられるものでなくCase by case であると考えられる。

私は訪問看護を実技を含んでの家族指導および専門家の看護技術を実践して提供すること，必要ならば家族自身の負担軽減という積極的援助もすることを考える。在宅患者を抱えた家族は，買物1つ自由にできないで人間らしい生活から疎外されている。少しでも看護者が分担することによりせめて1時間の休息が与えられるべきであろう。すなわち，寝たきり老人や難病患者の昼夜24時間労働をたすけ支える役目をも含むものと考える。

ここで訪問看護の利点と欠点を考えてみる。

1　訪問看護の利点

1）施設内のような制約がないので看護者は個人に即した適切なケアを提供できる。

2）患者は在宅で家族に囲まれて生活ができる。家族にとっても患者がそばにいるので安心であり，看護その他のため病院と家を往来する必要がない。また，患者に対して家族が関心をもつ。

3）訪問看護者は，家族患者関係をよく知り家族関係の調整もしやすい。

生活場面での諸問題（施設内指導では気づかないような）が直接観察でき，適切な援助がきめ細かくできる。

4）入院料や差額ベッド料がかからない。

5）本人の好物で食事計画がたてられる。

6）看護者側からいえば，看護独自の機能を看護者自身の判断で実施し，効果も見えやすいため仕事に生きがいを感じる。

2　訪問看護の問題点

1）急変時対応がしにくい

在宅患者では急変に備えた機器もなく医師もすぐには来られない。難病で進行性の患者や老人で抵抗力が低下している者は，少しのストレスや感染で急激に悪化することがある。嚥下障害や窒息も考えられる。訪問看護者は常に患者の急変にそなえて体制をととのえておかなければならない。対応として，すぐに手当てのしてもらえる家庭医を近所にもつように平常から連絡をしておく。主治医と家庭医の連絡の中継役を果したり，患者の病状報告や相談など，家庭医との連絡を密にして

おく。看護者は病状を予測して十分な観察をし，家族指導をきめ細かくするとともに急変時連絡方法救急処置をきめておくことはいうまでもない。

2) 医師の指示がえ難い

現在は医師のいる病院診療所から，同行訪問あるいは，指示を得て訪問している場合が多いが，前述の家庭医との問題もあり，訪問看護者が密に報告し指示を得るように努める。しかし家庭医は必らずしも専門医でなく，リハビリテーションに無関心な医師など問題も残っている。

3) 在宅療養者を抱えた家族は身心の負担が大きい

田中の調査[28]でも介護者の健康問題があげられているように，介護者の健康や，関野[29]の調査による家族の生活時間が患者のために犠牲になっている。

看護者は常にこれらのことを念頭におき，家族への配慮を忘れてはならない。

4) 訪問看護時間がかかる

1例の訪問看護時間は2～3時間かかることが少なくない。施設内で看護者が患者にかかわる時間は1日平均8分という報告もある。訪問看護は個別看護ができるためリハビリテーションの効果もあがるが時間がかかることも事実である。訪問看護者が自分なりの手順を家族とともに工夫し準備や器具の整備を考えるべきであろう。なお，看護者不足の問題も深刻である。

5) 訪問看護料の問題

現在訪問看護料は医療法上認められていない。訪問看護はすればする程赤字になるという。公費負担，受益者負担その他の論議がなされているが，医療と福祉の両面から検討し，早急に解決しなければならない問題である。

3 訪問看護の展望

前述のように訪問看護に対する地域の需要は多く，訪問看護の必要性についても多くの実践が示している。しかし，現在の保健医療体制のままで実施することはむずかしい。また，病院や診療所の個々の努力や個人の善意では限界がある。訪問看護制度を国の施策として実施される必要がある。

1) 訪問看護の制度化について

訪問看護者は保健婦助産婦看護婦という資格を統一した形で看護専門職者なら誰でも行なえるようにすべきである。

組織的訪問看護については，イギリスにおける制度やアメリカの制度が参考になる。イギリスのDistrict nurse のように地域に駐在して訪問 care を専門に実施するものと，Visiting Nurse のように予防保健指導を専門に実施するものがある。前者は，地域に訪問看護センターがあり，そこに訪問看護の責任をもつ婦長がいて病院や診療所からセンターに依頼があれば地区駐在District Nurse に指示をし，そのNurse は結果を記録し，報告する。District Nurse とVisiting Nurse は役割の違いであり資格の違いではない。このようなSystem 化が必要であろうと考える。現状のなかでも地域で看護の手を待っている多くの人々へ看護サービスを提供する職能としての責任があると考える。現状の中での打開策として，

1) 潜在看護婦の活用

2) 病院保健指導部による訪問看護

が行なわれている。1)については横浜市，杉並区などが効果をあげている。2)については，聖路加病院，北里大学病院その他多くの病院で実施している。

病院内の保健指導部による訪問看護は，病棟内入院中の様子から観察でき，どのような care や指導がなされてきたかを知ることができる。医師との連絡がとりやすい。医師の指示も得やすい。入院中から同じ care の継続ができる，外来通院時の助言指導も可能など，よい点が多い。訪問看護料の問題を解決しないまま看護者の善意によって訪問することは，問題を残す。しかし，地域ニードに応える責任があり，保健所病院診療所において，できる限りの実績を示すことによって地域にいても看護サービスがうけられるということを

国民に示し，国民と看護婦の両方から訪問看護の制度化を国に働きかけるべきであると考える。

V まとめ

大学教育における地域看護教育について成人看護担当者の立場から検討するため，施設内看護の中の継続看護に関する問題点と訪問看護の問題点利点を考察し，今後の方向を示した。J.S.Bruner は，教材の根底にある構造に忠実な教育課程を編成するため，その分野で高度の洞察力と能力をもった人がもっともよい決定ができるといっているが，地域看護のそれぞれの分野での教材の深い追究によりその根底にある構造を見抜く作業が大学における教育者に課せられた課題であると考え，施設内看護の立場で成人看護臨床実習時に考えておくべきいくつかの問題に検討を加えたつもりである。

最後に多くの資料を提供してくださった東京都神経科学総合研究所の木下安子氏，千葉県衛生部の看護係の皆様に深く感謝いたします。

＜引用文献＞

1) 厚生の指標　国民衛生の動向　昭和53年特集号　Vol 25 №9　S 53，8
2) 全国老人実態調査報告書　S 46，47年，p 44－53　老人福祉研究会
3) 厚生白書　S 52年　S 52，12
4) 木下他　保健婦活動の質的検討－在宅患者に対する訪問看護援助活動の必要性　第5回日本看護学会地域分科会集録　p 138　日看協出版会　S 49，11
5) 在看研：Kさんのレポート　在看研資料№3　都立神経科学総合研究所
6) 重松逸造他　48年特殊疾病（難病）に関する研究報告　昭和48，49，50
7) 白十字
8) 在看研編著　在宅患者の訪問看護サービス　日本看護協会出版会　S 53，2
9) 橋本，田中：保健婦評価に関する一検討，第17回公衆衛生学会
10) 千葉県
11) 矢野初恵他：在宅精神障害者の実態と看護職とのかかわりあい　第5回日看学会地域分科会　p 93～99　日看協出版会　S 49，11
12) 棚田秀子他：看護職者の対応している教育的役割の一側面　第5回同上　p 43～54　S 49，11
13) 脇節子他：在宅病臥患者および家族のニードの探求　第5回同上　p 100～109　S 49，11
14) 宮崎和子他：脊損者の社会復帰に関する研究　千葉大学教育学部紀要第26巻第2部　S 52，12
15) 初山泰弘他：国立身体障害者センターを退所した脊損者の実態調査，災害医学XVIII，1975－6
16) 鈴木正彦：脊髄損傷患者復帰後のケアー，理療　Vol 3　№2　1973，11　全国病院理学療法協会
17) 北河時代他：重度RA患者のADL評価表の考察，第5回日看学会地域分科会集録　p 145～148，日看協出版会　1974，11
18) 松本房子他：退院指導の一試み，第6回同上　p 269，　1975，11
19) 米田よし他：POSでの退院指導の実際，第6回同上　p 263～266，1975，11
20) 南裕子：乳癌の根治的手術を受けた患者の家庭生活における実態調査，第5回同上，p 154～156，1974，11
21) 氏家幸子他：退院患者の地域における看護指導に関する一考察，第5回同上　p 142～144
22) 近藤智津子：脊髄損傷患者を対象とした添書に基づく看護，第5回同上　p 150～152
23) 泉糸喜他：継続看護について．第5回同上，p 55～65
24) 城ケ野芙美子他：病院における訪問看護の組織的取り組み　第5回同上　p 161～166
25) 木下安子：民医医療　№52　1976，9
26) 菅原恵子：訪問看護のリハビリテーション

民医連医療 №48 1976, 5
27) 松下和子他編著：継続看護，メジカルフレンド社 1978, 3
28) 田中久美子他：脊髄損傷者の住宅と介護者の実状と問題点，第7回日看学会成人看護分科会集録 日看協会出版会 p273～277 1976, 9
29) 関野栄子：

＜参 考 文 献＞

1) 川村佐和子：在宅難病患者訪問からの問題提起，看護実践の科学 Vol 3 №11 1978, 11 看護の科学社
2) 座談会：訪問看護制度の確立をめざして，民医連医療 №52 1976, 9
3) スコットランド内務保健省調査団報告 永野貞訳：統合保健事業における看護婦，国際看護交流協会 1978, 3
4) WHO専門家委員会報告書，松野かおる訳：地域看護 日本公衆衛生協会
5) 野沢園子：米国における訪問看護活動について 地域保健Vol 1 №3 p66, 1970, 12
6) J.S.ブルーナー著 鈴木祥蔵佐藤三郎訳：教育の過程 岩波書店 1977, 11
7) 特集 老人医療と訪問看護 民医連医療 №52 1976, 9
8) 座談会小林富美栄他：訪問看護の確立をめざして，民医連医療 №52 1976, 9
9) 広田みつい：脳卒中後遺症患者の看護活動 地域保健 Vol 1 №3 1970, 12
10) 小林富美栄：提言看護教育の立場から 同上
11) 今井とし子：長期入院の慢性分裂病患者の社会復帰 第16回看護研究学会集録 日看協 1967 p88～89
12) 在宅看護研究会：在宅患者の訪問看護サービス 勁日看協出版会 1978, 2
13) 木下安子：在宅看護への出発 勁草書房 1978, 6
14) 川村佐和子他：難病患者とともに 亜紀書房 1975, 3
15) 川村佐和子他：難病患者の在宅ケア 医学書院 1978,
16) 特集継続看護 看護Vol 24 №3 1972, 3
17) シンポジウム地域看護の確立をめざして 第8回日看学会地域看護分科会集録 日看協出版会 1977, 11
18) 千葉県衛生部：1972年版 衛生行政の概要
19) 青山英康：医療における保健婦の役割 地域保健 Vol 1 №3
20) 中沢正夫：地域保健活動の基本と生活指導の実際 保健婦雑誌 Vol 32, №8, 1976, 8
21) 三宅智恵子他：寝たきり老人訪問看護援助についての考察 保健婦雑誌 Vol 32, №10
22) 今村節子・重久房子：病院看護と家庭看護の接点(1) 看護研究 Vol 4 №2 1971, 4
23) 京都堀川病院：地域医療活動〔1〕～〔5〕 保健婦雑誌 Vol 32 №2～№7 1976,2～1976,7
24) 氏家幸子：看護教育における公衆衛生看護実習の試み 看護教育 Vol 13, №8～№12
25) 山手茂他：東京都衛生局委託研究 難病患者の実態と医療福祉サービスの課題 1975, 12
26) 山手茂：医療看護の生活化を 看護学雑誌 Vol 40, №5 1976, 5
27) 奈良勲：ロスアンジェルス家庭健康管理サービス機関について 理学療法と作業療法 Vol 6 №1
28) 第5回～第8回 日本看護学会地域看護分科会集録 1974～1977
29) 塚原国雄：東京大学保健学科の抱負 看護教育 Vol 7, 1
30) 前田アヤ：看護大学の現状と将来 看護教育 Vol 7, №1
31) 桧垣マサ：学科課程の運営と管理 看護教育 Vol 9, №10
32) 金子光：これからの看護教育 看護教育 Vol 9, №9 S 43
33) 藤崎斌：わたしの看護職業教育論 看護学雑誌 Vol 32, №3 S 43

地域看護ー

成人看護における患者のニードを中心として

Community Nursing－From the Viewpoint of Patients' Needs in Medical－Surgical Nursing.

城　慶子　河瀬比佐子　木場冨喜
Keiko Jo　Hisako Kawase　Huki Koba

I　はじめに

近年地域看護という言葉が良く使われている。日本看護学会においても1974年より地域看護分科会が発足した。日本の医療全体においても，包括的で一貫性のある総合医療を進めてゆくための地域医療ということが強調されている。その地域医療全体の中で，看護は主要な役割を分担し，その主体的機能を発揮しなければならない。しかし日本の現状においては，医療の歴史やシステム上の問題，あるいは看護婦，助産婦，保健婦といった免許上の職種の違いや，所属する機関の目的とか活動分野の違いなどの影響を受けて，基本となる考え方においては勿論であるが，その活動にも無駄な重複や隙間を生じていることも否定できないようである。

地域看護の概念については，それぞれの立場から論じられているが[1) 2) 3)]，まだ日本においてその概念的枠組が明確にされているとは言えないようである。

地域（community）ということについては，社会学的な解釈が多くみられるが，医療の中で地域という概念を使うとき，システム化された医療の体系をさしている場合が多く，この中に看護も含まれてくる訳である。従って地域看護においては，当然その地域の衛生状態とか疾病構造，住民の保健的関心や態度，あるいは保健医療施設などを含む，文化的，社会的背景，さらに自然的環境などを包含した地域の特性によって考えられなければならない。その実施にあたっては，安食[4)]も地域看護は，地域社会の人達の協力が必要であり，また地域社会の人達が病気の人をどう見ているか，といった偏見のようなものが強力に根を張っているようなところでは，なかなか効果はない，といった意見もみられる。また，看護という専門機能を生かし地域内の健康問題に対し，あるときは独自に，あるときは看護職のみでなく，医師，薬剤師，理学療法士，ケースワーカー，ホームヘルパー，民生委員など医療福祉に関する人達との協力者として立ち向かうのが地域看護であることも強調されている[5)]。

イギリスにおいては，地域看護に関して，人口比ではなく，看護の仕事の質と量といった複雑なものからナースの配分を行なうために，それぞれの現状のニードに対する研究の必要性を強調した論文もみられる[6)]。日本においても地域住民の健康管理に必要な保健婦の設置基準に関する研究がある[7)]。つまり，地域看護において最も基本的なことは，地域の特性を背景とし，相互に影響し合っている地域住民を対象とし，その実態に沿って実施される看護であると考えることができる。

人間は個人としても，家族とか地域集団の一員としても，健康状態や生活の変化に伴って起ってくる健康上のニードを持っている。それぞれのニードに対して必要な看護が適切な場所で適切な時に得られ，それが継続されるようなシステム化さ

熊本大学教育学部看護課程

れた活動が地域看護であると考えられる。これらの問題については小林[8]も言っていたように，地域看護的視点での看護実践は，総合看護の具体的な展開であるということにほかならない。同じように人間の健康に関する基本的ニードの援助，あるいは患者中心看護の基本的理念とも異なるものではない。しかしさまざまな問題を持っている医療や，看護の現状においての地域看護の考え方やとり組み方については，そのおかれている立場や周囲の条件によって異なってくることもやむを得ないのが実情である。また看護の基礎教育の中で，地域看護をどのように学習させるか，ということについても同じことが言えるようである。必要なことは，地域看護という基本的な考え方に立って，対象をどのようにとらえ，対象のもつ問題に対してどのような看護の機能が発揮されるかを考え，最も可能な方向を探索してゆくことであると考えられる。

地域看護という視点に立って対象を如何に把握するかということについては，基本的には，四大学看護学研究会第3回のシンポジウムにおいて熊本大学の発表[9]で述べた通りである。即ち人間の健康や疾病に影響を与える諸要因の把握と，それに対して人間がどのように適応してゆくものであるかを総合的にとらえなければ本当に良い看護はできない。従って看護の対象となる患者の人間像，病態像，生活像などと，それに影響を与える諸要因とのかかわり方を含む全体像を，可能な限り把握しなければならない。さらに援助を必要とする問題の構造の分析とそれに基づく解決方法を探索することが必要と考えられる。

そのようなことから今回は，現状の臨床看護において直面する身近な問題の中から，地域性を持ち，またそれに影響されることが多いと考えられる問題をとりあげて考察することにした。このことは，学生の実習において，地域看護という視点に立った基本的な対象の把握を中心とした看護上の問題解決への学習を方向づけるための，ひとつの重要な教育の姿勢でもあると考えている。

また本論でとりあげた問題は，昭和48年～52年の5年間に，学生の成人看護実習において経験した患者について，教官指導のもとに可能な限り精密になされた患者記録をもとに分析したものである。

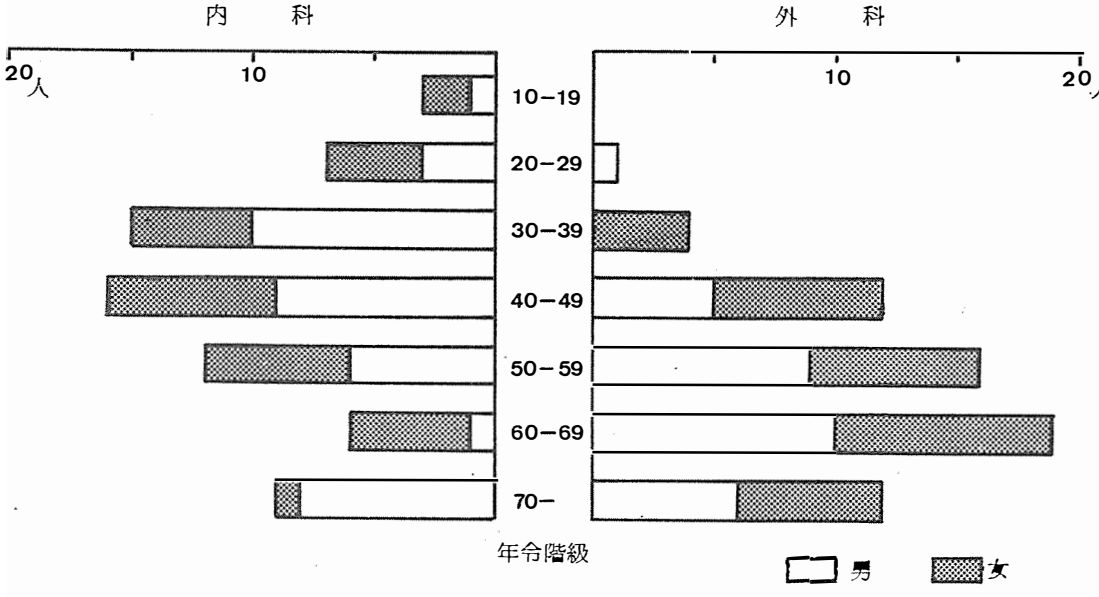


図1　年令階級別患者数

Ⅱ　入院を中心とした患者の問題

対象は内科病棟入院患者68名，外科病棟入院患者64名，計 132 名で，年令階級別の患者の割合は図1の通りである。疾患，職業，入院費用負担は表1の通りである。

表1　疾患，職業，入院費負担

項目 ＼ 科別		内科	外科
疾患	悪性新生物	25	44
	その他	43	20
職業	会社員	8	10
	公務員	8	6
	農漁業	10	10
	自営業	6	8
	その他	5	2
	無職	31	28
入院費用	全額公費	40	35
	一部負担	28	29

病院に入院している患者がどのような問題を持っているかについて，患者記録から取り出した項目を整理してみると50項目以上の看護上の問題を取り出すことができたが，今回は社会的背景とのかかわりの中で興味があると考えられる諸項目について考察することにした。

(1)　入院までの問題

1)　今回の受診までの日数

初発から今回の入院までの日数は，表2の通りである。内科では悪性新生物疾患患者の受診までの平均日数は1.09年，慢性疾患その他は4.93年，外科での悪性新生物疾患患者0.53年，良性疾患6.26年であり，内科外科ともに悪性新生物疾患の場合には，受診までの日数は短かく，慢性あるいは良性疾患の場合には長い。患者または家族が良性と考えた場合には途中で売薬や民間療法に頼ったりして治療中断が見られる場合もある。また，軽快すると自分勝手に治療中断し，また悪くなったら他の病院に受診するといったことなどから，入院までの経過が長いようである。

表2　受診までの日数

科別	疾患	患者数	平均年数
内科	悪性新生物	25	1.09
	慢性疾患その他	43	4.93
外科	悪性新生物	44	0.53
	良性疾患	20	6.26

悪性疾患の場合をみると，吐血，下血，疼痛といった苦痛や不安が強い症状があったり，また，医師より家族に病名が告げられることで，患者自身より家族が治療にむけて真剣になるといったことから入院までの日数は比較的短かい。

しかしこれらの患者の中には，健康診断で指摘されても自覚症状がなかったり，また自覚症状があっても日常生活に支障がないために，短かい人で2年，長い人で10年も放置している例が見られる。それらの多くは手遅れとなり症状の増悪や，吐血，呼吸困難，意識消失などの緊急事態になって受診している人もある。これらは主に，肝臓病，心臓病，糖尿病といった慢性疾患があるが，そのほか悪性リンパ腫でリンパ節腫脹が疼痛のない期間放置されたものなどがみられた。

2)　転　医

表3　転医回数

転医回数 ＼ 科別	内科	外科	計
1	1	3	4
2	18	24	42
3	17	23	40
4	14	9	23
5	7	3	10
6	5	2	7
7	3		3
8	1		1
9	2		2
計	68	64	132
平均	3.76	2.86	3.33

転医回数は表3に示す通りであるが，内科外科ともに，まず家庭医ともいえるかかりつけの医師に受診，その後専門病院で精査ということから2回，3回の転医が多くみられる。転医の理由として次のような項目があげられるが，医療者側，患者側相方に問題がみられた。

イ　はじめの病院で診断を受けたが，本当にそうなのか他の医師で確認する。

ロ　医療者側の態度，設備，規模，専門性といった条件を考慮して。

ハ　治療して自覚症状がなくなれば中断し，また悪くなれば他の施設へ行く。

ニ　内科で手術をした方が良いと外科をすすめられたが，恐くて他の内科へ行き，内科外科の繰返しの結果で。

ホ　仕事や家庭の問題。

転医を繰返すことは，患者にとっても医療者側にとっても結果的に好ましくない場合が多い。しかし多くの患者がその経験を持っている。患者が医師を選ぶ場合「かかりつけ」としての家庭医が地域には多いが，反面，過去の経験や評判などによって選ぶことも多い。しかし最も問題となるのは，理由としてあげられているように，医療に対する不信や，無知などにより転医が繰返され，早期発見や早期治療がなされず手遅れとなることが多いという事実である。また地域によっては，医療施設や専門医の数やその有無などによって，医師の選択や転医の回数の内容等は非常に異なってくると考えられる。特に無医地区や僻地などにおいては，受診の動機や受診までの日数あるいは病気の状態とも関連して，患者指導を含む地域内の継続した有機的な連携が必要となってくる。

3）今回の入院の動機

入院の動機については表4の通りである。内科においては，異常の自覚から大学病院に入院するまでの経過は，日数，転医回数からみてもわかるように，慢性や難治性疾患が多く，医院や総合病院または大学の内科を転々としていて，どうしても症状の改善がみられない場合に，医師のすすめや，家族または患者自身が大学病院を希望して受診した場合が多い。また自覚症状が軽く医師からも大丈夫と言われながらも，悪い病気ではないかという不安から，医師へは家庭の事情と偽って退院し，あらためて大学病院へ受診といったケースなどが17.6％みられる。のこりの82.4％は，症状の軽快，増悪を繰返しながら，高熱の持続，呼吸困難，吐血，下血，疼痛，麻痺，視力障害，意識障害などの急激な症状悪化のための入院である。この場合自覚症状と同時に，他覚的徴候がみられている場合も多く，本人のみならず家族も重症と考えて車椅子や輸送車での入院が多い。

表4　入院動機

動機＼科別	内科	外科	計
治療中であるが精査の目的で受診	12 (17.6)	29 (45.3)	41 (31.1)
治療改善がみられず症状悪化のため受診	56 (82.4)	29 (45.3)	85 (64.4)
検診（自覚症状なし）	0	6 (9.4)	6 (4.5)
計	68 (100)	64 (100)	132 (100)

（　）内・％

外科では，内科と同じく自覚症状があって近くの医院に受診，内科的治療で改善がみられなかったり，外科的に手術適応を医師よりすすめられ，手術をするならと，大学病院への受診などが半数近くの45.3％みられる。また手術適応の場合でも，どうしても手術を受けいれないまま穿孔，下血，吐血，激しい疼痛等の急激な症状のため，治療中の病院から大学病院へ紹介され，苦痛からのがれることで手術を承諾するといったものが，同じく45.3％みられる。のこりの9.4％が，職場，地域の健診で指摘され，自覚症状がないまま大学病院へ精査希望で受診した人，受診した病院から大学病院を紹介されてすぐ精査のため入院，そのまま手術といった悪性疾患の早期発見治療もみられる。また乳房腫瘍などの場合，夫または自分で発見してそのまま大学病院の外科へきたケースも3例含

まれている。

以上のように，大学病院に入院するまでに，患者はいろいろなプロセスを通っていることがわかる。最終的に大学病院におくられ，ある安定を得ているといった状態もみられる。これらの行動は，個人や集団の①健康とか病気に対する認識や態度，②病気の種類とか症状の軽重や悪化，③その地域の保健衛生の状態とか医療施設の状況，④医療関係者と地域の人達との信頼関係，⑤家族の役割とか経済に関すること，などに集約できると考えられる。従って入院中の患者に対する看護は，単に病棟内のみに止まらず，外来や施設外においても，その地域に生活する人間としての全体的な関係の把握と継続性を持った看護が重要であることは言うまでもない。

(2) 入院中の問題

成人看護は，成人各期にある人が直面している課題の達成や役割を遂行する上で，基本的条件となる健康問題を看護の立場から解決するための支援活動である。初期においては就職，結婚という社会的に大きな課題に直面し，人間関係，社会生活の中で適応する能力を養いながら，壮年期になるにしたがい職場，家庭での中心的役割，あるいは責任ある役割を遂行しなくてはならない。社会的，経済的に自立することから家庭づくり，夫，妻，父親，母親としての役割と責任が当然重要な課題として加わる。また老年期の健康とそれをとりまく問題は大きな社会問題である。

ここでは主としてナースに訴えられることの多い，痛み，苦痛，不安，不眠の四つの項目および付添いについて考えてみる。

1) 痛み，苦痛，不安，不眠について

痛みについては表5の通りである。内科では疾病の多様性とも関係し，病気の症状としての疼痛の訴えであることに比し，外科では手術による創痛と長時間の体位固定による腰背部痛，注射，胃ゾンデの刺激によるなど，局所的に明確な訴えが多い。

表5 痛み

科別	内科			外科		
有無	有		無	有		無
患者数	28		40	56		8
痛みの内容	腹部痛	8		創痛	52	
	咽頭痛	5		腰背部痛	9	
	腰部痛	4		血管痛	7	
	頭痛	3		咽頭痛	2	
	リンパ節疼痛	3		その他	4	
	関節痛	3				
	その他	9				
計		35			74	

表6 苦痛

科別	内科			外科		
有無	有		無	有		無
患者数	34		34	49		15
苦痛の内容	疼痛	11		胃ゾンデ	24	
	発熱	8		喀痰	8	
	腹部膨満	5		点滴	5	
	呼吸困難	4		検査	4	
	倦怠感	3		嘔気嘔吐	2	
	嘔吐	3		声が出ない,嗄声	2	
	点滴	2		体位変換	2	
	その他	12		その他	10	
計		48			57	

苦痛は表6にみられるように，内科では全身症状を伴った場合を苦痛と訴えることが多いのに，外科では手術前の処置に関しての局所的なものが多く，胃ゾンデ，注射などや，喀痰時，検査に特に精神的，肉体的苦痛を感じている。

不安は表7の通りで，内科では病気そのものに不安を一番感じているのに，外科では手術に対して不安を抱いていることが多い。これは医療処置に伴う身体苦痛からの恐怖心，それらが誘発していると思われる。

不眠については表8のように，その理由として内科，外科ともに病気の随伴症状とする訴えが多

表7　不　安

科別	内科			外科		
有無	有		無	有		無
患者数	56		12	60		4
不安の内容	病気	45		手術	46	
	検査	4		病気	15	
	出血	2		検査	5	
	視力障害	2		注射	3	
	手術	2		チューブ	2	
	その他	9		人工肛門	2	
				声が出ない	2	
				その他	9	
計		64			84	

表8　不　眠

科別	内科			外科		
有無	有		無	有		無
患者数	34		34	36		28
不眠の理由	発熱	7		痛み	18	
	疼痛	6		不安	8	
	発汗	4		点滴	5	
	咳嗽	4		胃ゾンデ	3	
	昼うとうと	4		排泄	3	
	寝付が悪い	4		喀痰	2	
	その他	7		同一体位	1	
計		36			40	

く，そのほかに不安とか処置が原因と思われる。

以上四つの項目について，内科，外科それぞれの訴えをみてみると，かなり特徴的である。内科では病気により生理的，心理的，社会的平衡を乱し，適応能力をこえた問題状況をもたらしたもの，それを苦痛の訴えとして表現している。外科ではそれらのものに加えて手術というめまぐるしい急激な変化に適応できない，また患者自身予測できない状態に戸惑い，肉体的，精神的苦痛が痛み，恐怖が不安，それらが不眠を，といったように，相互作用が絡まり合って苦痛の訴えとなっていると考えられる。橋本[10]の研究でも手術前のオリエンテーションが術後疼痛の軽減に効果があるといっているように，痛みがなぜ起こるのか，その原因とかメカニズムを知ることができれば，疼痛に対する不安が少ないし，術後の疼痛も治癒への一過程として理解できるといっている。このように不安の解消の有無が術後疼痛に影響することが多いと思われる。

特に痛みについては，人種とか民族においても異なる[11]といわれているが，不安とか不眠も共に，患者それぞれの背景とも密接に関連し合っていると考えられる。例えば，農村地域からきた患者などの場合は，病院生活への適応は必ずしも早くはないが，純朴で，素直にその状況を受入れる。それに比し，都市地域の患者の場合不満が多く，懐疑的である場合も多い。そのようなことから，不眠とか不安，痛みといったものについても質的に異なるニュアンスを持っているようにみえる。これらのことは，その人の性格，教育程度，生育歴，療養生活歴，家族の中での役割期待などその他の要素とも関係が深いと考えられ，今後追求してゆく課題であると考えられる。また入院している患者の痛みとか不安などの状態は，付添ったり，見舞いにきた家族にそのまま影響し，家族全体が不安に陥り，仕事が手につかなかったりして，また新たな社会的問題を引きおこす場合もかなりみられる。

2)　付添について

付添の状態については表9の通りである。内科に比し外科に付添が多いのは，手術するということに対して患者自身も，家族その他の人達も，重症だ，大変なんだ，という特別な状態として受けとめることが大きく影響していると考えられる。また手術後は，何も出来ない，安静にしなければならないといったことが，相互に付添の必要を感じていることによるものであろう。外科の付添は短期間の場合が多いが，患者も付添う家族も手術という危機に直面したとき，思いやりや愛情が患者の安定につながり，それがまた家族の精神的安定にもなる。このことは治療意欲や回復への希望とそれをのり越えてゆく家族の結合にもつながっ

表9　付　添

科　　別		内　科	外　科
付添の有無	有	22	56
	無	46	8
付添者	妻	14	22
	夫	1	7
	母	4	5
	娘，息子	1	13
	嫁	0	6
	姉　妹	1	14
	その他	0	5
	職　業	1	6
計		22	78*

*外科　1人付添34人　2人付添21人
3人付添1人

ていることも否定できない。反対に内科的疾患患者においては，長期療養のため付添が少なく，面会すら極端に少なくなったとか，家族との結びつきが弱くなった患者の場合など，治療に対する積極的な意欲が喪失し，患者の回復に影響していることも多い。

患者に誰が付添っているかについてみると，内科，外科ともに妻の付添が最も多くみられる。外科の場合は老人の患者が多く，夫の入院には妻が元気であればほとんど付添っている。妻の場合は，娘，嫁といったケースが多くみられる。また短期間の付添であることと，手術という特別な状況や生命への危機感を伴うことに対して，妻と娘，娘と嫁といった複数の場合もみられた。内科の場合は入院期間も長く，経過も急激な変化のないことが多いので付添も少なく，また妻や夫が家事や仕事を休んで長期間付添うことができない場合が多い。昼間の面会も子供を他家にあずけたり，仕事を休まなければならないといった問題も多い。また実家の母親に一時的に同居を求めたり，子供を預けたりして，家族が分離するといった状態から経済的，精神的，肉体的に負担が家族に加わっている場合もある。なかには，病気のため家族が被害をこうむっているとして，患者に攻撃的な反応がみられる場合も少なからずである。このような感情は，病気をきっかけとした家族間の内部的葛藤をもたらし，家庭生活や療養生活にも大きく影響する社会的問題として見逃がせない。さらに，見舞にこないとか，患者との関係が冷たく見える家族などの場合には，病気，入院といった状況にまつわる何らかの問題があると考えられる。このように、病気は患者や家族にとって安定を脅かし，家族崩壊への危機をもはらんでいる大きな問題である。

(3)　退院に関する問題

1)　心配について

入院中の心配では家庭の問題が一番多く，特に女性の患者では，妻とか母親としての役割が果たせない，日常生活の世話ができない，家族の分離からくる情緒不安定など長期入院による問題が多い。また男性の患者の場合には，仕事を休み同僚よりもいろいろな面で遅れたことに対する焦りや，職場への責任，さらに家族に対して夫や父親としての経済的責任，といった問題が多くみられた。また内科では青年期の人に特に問題になる結婚，学業の問題もある。外科では手術による回復といった間近に感じられる目安のようなものがあるためか，病気以外の心配は一時中断されているといった状態もみられた。また実際に，「病気以外のことは，今は何も考えられません」という患者の言葉からも，手術とか生命の危機感といったものからくる外科特有のものが感じられる。

退院後の心配では，外科においては老人が多く，入院期間も短かいので，自分の恩給や家族の収入などで，経済的問題や職場復帰などの不安が少ない人も多い。それよりも手術による日常生活への制限や社会生活への適応を心配しているものが多くみられる。それに比べ内科では，入院による職場復帰の問題が一番大きく，経済的な問題，社会生活への適応，家庭内の役割期待に関することなど問題になっている。

以上，入院を中心に患者の問題をみてきたが，成人期の多くの人達は，前述したようにそれぞれ家庭生活においても，社会生活においても重要な働き手であり，中心的な役割を持っている。また一人一人が心理的，社会的，経済的，文化的領域で一人の人間として地位や役割を自覚していると考えられる。さらに適切な時に適切な行動を選択し，最大限に効果的に行なう能力，問題解決能力や，適応する能力も持っていると社会からも家族からも期待されているのが成人である。その人達が病気のため行動を規制された社会から隔離された状態にいることから派生する問題は複雑多岐にわたるのは当然と考えられる。

入院生活が長期に及ぶ場合，患者が持っていた家庭内での役割を誰かが何らかの形で分担しながら患者の看護にあたり，どうにか平衡を保っているのが大かたの現実である。

一人の病気のために家族全員が患者と同じように，あるいはそれ以上に動揺し，仕事も手につかず，看護のために仕事を休むため収入がなくなり，家族内の精神的葛藤などが，家庭崩壊に至ったケースもみられる。これらの状況に対して，初期の予防的段階から，療養，入院，退院と一貫性を持ち，家族を単位とした地域看護として継続されることの必要性が痛感される。田中ら[6]も単に家族を患者の問題解決のための背景としてとらえるのではなく，家族ぐるみ，家族構成員全体を対象として危険に対し予防，診断，調整的援助をしてゆくことの必要性を強調している。

Ⅲ　看護教育においてどのように考えてゆくか

地域看護の概念を基礎教育に如何に展開するかは重要な課題である。基本的には看護教育のカリキュラム全体の問題であるが，その前提となる重要なことは，指導者の看護のとらえ方であると考えられる。

現状においては，看護に対して教育者，実践者，あるいは各施設とも必ずしも共通の基盤に立っているとは言えないことから，学生が混乱する場面も見られる。これは言いかえれば，看護界全体の混乱でもあると同時に，看護という独自の分野に対する概念的枠組や理論の未熟さに起因していることも否定できない。

看護の基礎教育における地域看護実習にあたっては，施設や機関の違いはあっても，そこに看護としての基本的なものの見方があり，看護の役割の分担について，一貫性のある教育がなされる必要がある。これは決して，地域看護は保健婦活動なので保健婦の仕事を理解させるといった単純な，画一的な活動を意味していないのである。あくまでも，総合看護の概念に基いた対象のとらえ方，なかでも地域的背景を持つ対象の健康生活に関する全体像の把握と，保健上の問題の発見，それに基づく看護の役割や分担を学ぶことが必要であると考えられる。対象が持っている地域での役割，責任，それらを社会的背景の中で適確にとらえ，健康破綻が個人，家族，社会に及ぼす影響をそれぞれの立場で考え，それらの問題に対してどのような看護の働きかけが必要か，地域における諸資源の活用や調整を含み，具体的な展開の方法を立案し，実施，評価をすることが必要と考えられる。例えば，救急外来にきた患者が入院の必要がなく，自宅で経過をみて良いと診断され，家庭に帰される場合，家庭での療養に必要な情報を提供し，患者の援助についての家族の指導をするとか，必要に応じて，保健所その他の施設に連絡するといった事が，いつでも実習の中で経験できれば良いと思う。さらに，保健所実習においては，それらの継続性と共に，病院実習におけるベット上の患者からは，社会的背景を実感として体験できなかったものを，実際に目で見，その背景の多様性を肌で感じさせ実感として受けとめさせ，看護の役割を考えさせる十分な配慮も必要である。実際には，病院実習の中で地域看護への継続的看護として受持患者を中心とした職場訪問や家庭訪問で，職場復帰の問題，退院後の日常生活上の問題を考える機会を与えている。訪問は学生単独または地区の

保健所に依頼して保健婦に同行させたりして，患者の背景を見る目を広げてゆくことも必要である。また入院中や退院後の糖尿病，人工透析患者，人工肛門保有者，喉頭摘出患者の会での個人，集団指導，社会的活動への参加を通して，個人，家族，社会の受けとめ方などを実際に経験させ考える機会を持っている。

とにかく現状においては，一つの実習施設で地域看護の概念に基づく対象の把握や活動を十分考えさせ，納得のゆくモデルを提示したり，実習の場が提供されたりすることが必ずしも容易とは言えないことを考慮して，病院の他に，保健所，リハビリテーション施設，老人福祉施設等々こま切れの実習や見学を行なっている。そしてそれらを総合し，各施設間の機能の連携や，理論と実践をつなぎ，できるだけ一貫性と統合性をもたせるよう努力している。なかでも保健所の場合は地域看護を学習する上での意味は大きいといえる。

一方病院実習において体験した受持の事例を中心に地域看護的視点から総合的な対象の把握と働きかけを考え，さらに全員で行なうカンファレンスや事例研究会で検討し，可能な限り患者の人間像，病態像，生活像を浮き彫りにしながら看護における問題の発見と問題解決の方向を学習させている。

看護の基礎教育における講義や実習を通して，健康の問題への働きかけが，単に患者個人の問題としてではなく，その個別性をはっきりさせながら，その所属する集団の健康問題や特徴を知ることができなければならない。また集団の特徴を知りながら，個への理解を深めることも必要である。それらの問題を基盤としてシステム化されるべき地域医療のあり方，その中での地域看護のあり方を学習されるべく努力が必要である。当分は，それぞれの立場で試行錯誤をしながら，概念の枠組み，それに基づく実践や研究が積重ねられ，さらにカリキュラムの内容や学習方法などが検討されながら，望ましい方向へと充実させていかなければならないと考えている。

Ⅳ　おわりに

私達の考える地域看護について述べてきたが，包括的な看護の考え方は，実践の現状においては，たまたまそのことを必要と考える一部の看護婦の熱意や興味，時間的余裕あるいは施設の考え方や方針などによってなされているのが実情と思われる。しかし看護という専門の分野における基本的に重要なものとして，医療関係者，なかでも看護者が考え方として同じ基盤にたった活動としてシステム化され，健康上の問題を持った人達を責任を持って看護のルートにのせてゆくことを地域看護の方向と考えたい。しかし現在の保健婦，助産婦，看護婦の職種の違いや考え方の違い，所属する機関の影響，人手不足や行政の枠に阻まれ，必ずしも現実の看護活動やシステム化がスムーズに行くとは考えられない。少なくとも現状においては，基本的な考え方において共通の基盤と，可能な限りの総合的な対象の把握や看護の働きかけがなされるべく努力が必要な時期と考えられる。そして，それが地域の人々の健康のためにも，また教育のための基本的なものとして学生に学習させるためにも必要且つ重要であると考えている。

参　考　文　献

1) 小林冨美栄：地域における看護の役割と展開，保健婦雑誌，28(8)，59－61，1972.
2) 橋本秀子：地域における新しい看護機能の展開，日本公衆衛生雑誌，22(9)，453，1975.
3) 松野かほる：地域看護の現状と問題を考える，公衆衛生，39(5)，266－270，1975.
4) 安食正男：真の患者中心概念を構築するために，看護技術，22(6)，70－74，1976.
5) 田中恒男，他：公衆衛生看護ノートⅠ，日本看護協会出版会，1973.
6) J. Down and A. H. Snaith：The deployment of home nurses. Brit. J. prev. soc. Med.，29，53－57，1975.

7) 田中恒男：地域住民の健康管理に必要な保健婦の業務測定と保健婦の設置基準に関する研究，公衆衛生情報，4(8)，1974.
8) 小林冨美栄：シンポジウム，地域看護とは，第6回日本看護学会集録，1975.
9) 木場冨喜，他：対象論からみたカリキュラムの検討，四大学看護学研究会雑誌，1(1)，8－13，1978.
10) 橋本珠子：術後疼痛の訴えとオリエンテーション，看護技術，20(1)，109－119，1974.
11) 安食正夫：医療社会学，医学書院，1970.

地域看護実習の実情と今後の方向

The Present Situation and future Plans in the practical education community health nursing

津島　律
Ritsu Tsushima

Ⅰ　はじめに

看護教育のカリキュラムにおいては，健康人をも対象にしたあらゆる健康レベルに対応した看護でなければならないという，いわゆる総合看護の理念が地域看護実習にいかされている。

地域に生活する人々の健康問題を把握・分析し，人間に対する継続的かつ一貫性のある看護を理解させることに主眼をおき，体験的学習としての地域看護実習を実施している。このような当課程における地域看護実習の実情を述べ検討を加え考察してみたい。

Ⅱ　地域看護実習の実際

地域看護実習は，授業科目，総合実習のなかで1単位（45時間）の取得として保健所を実習の場とし実習を行っている。（表1），実習指導計画は指導教官が保健婦課長と協議して，指導教官が作成し，保健婦の協力を得ながら指導教官が直接の指導を行っている。

1　地域看護実習の概況

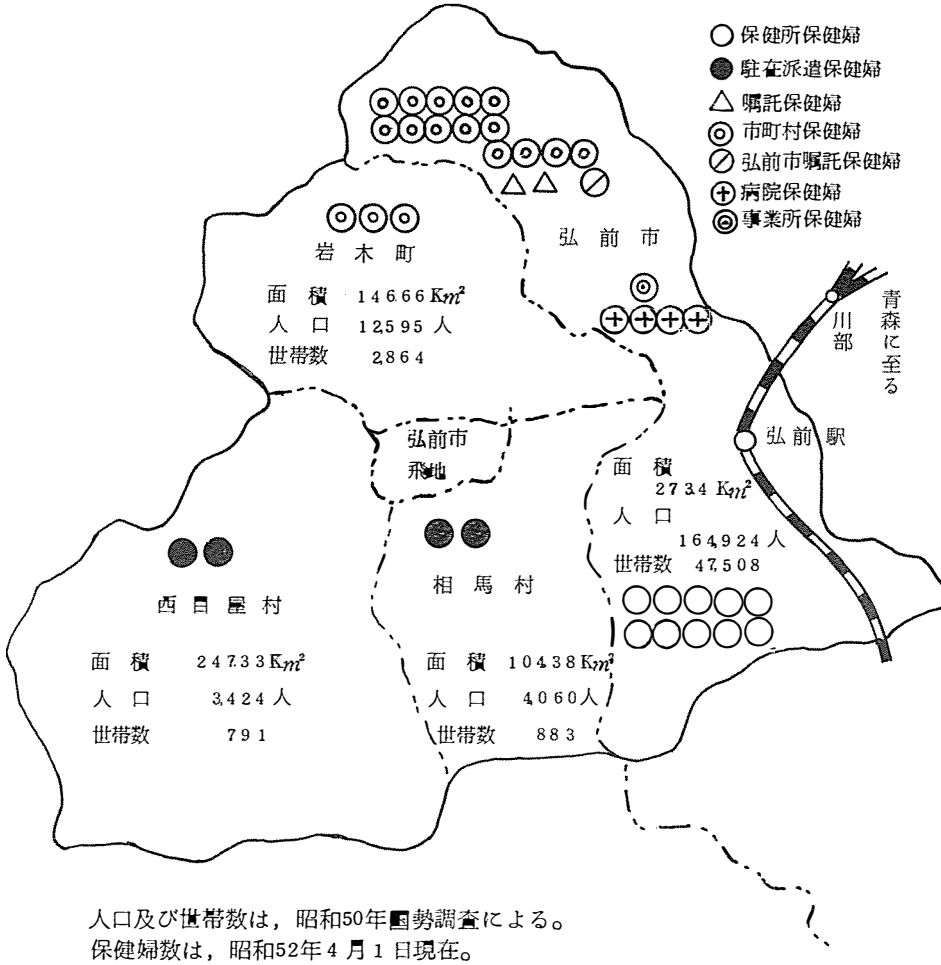
実習保健所は，市内にある県立の一保健所であり，1市，1町，2村で管内人口185,003人，管内保健婦総数は39人である。（表2），保健所を使用している看護教育施設は5施設でその学生は166名と多く年間を通じて使用している。そのため保健婦本来の業務に支障を来す結果となり，合理的な実習のあり方が検討されるに至った。その結果昭和51年から学生全体に対する合同オリエンテーションの実施と保健所を使用しての実習日数は4日間となった。然し当課程のカリキュラムからいって1単位取得の必要性から市町村保健婦の協力による家庭訪問や健康相談を中心として実習を行

表1　授業科目と取得単位

学科目	授業科目 ＼ 学年次別及び学期別単位		1年次 前期	1年次 後期	2年次 前期	2年次 後期	3年次 前期	3年次 後期	4年次 前期	4年次 後期	合計単位
看護学総論	看護学概論	講義			2				1		4
		演習			1						
	看護技術実習	実習			1		2				3
	看護管理	講義								1	1
	看護学特殊講義	講義								1	1
	総合実習	実習								2	2
	合計単位				4		2		1	4	11

弘前大学教育学部看護課程

表２　弘前保健所管内人口及び保健婦の配置状況



人口及び世帯数は，昭和50年国勢調査による。
保健婦数は，昭和52年４月１日現在。

い，また昭和52年からは，保健所及び地区婦人部の協力により，市内の一地区を対象にして地区のもつ健康問題の把握と援助を目的として健康調査及び家庭訪問等を重点に実施し，継続的にhealth needに即応した実習形態をとってゆくことにしている。

２　地域看護実習の実施状況

昭和45年から52年まで実施した実習時間数は40時間から52時間の範囲である。準備，整理，報告等の時間を含み１単位を満たしている。（表３）

昭和45年度は，健康な対象を知る目的で３年次学生において実習を行わせた。然し健康障害者に対して援助できる知識や技術が伴なっていないため単なる見学となりがちであり健康保持増進の援助さえ自主的な展開ができなかった。このような評価の結果次年次からは，４年次学生において実習を行った。（表３）

実習指導計画の作成にあたっては，指導教官が保健所の月間業務内容を把握し，実習目標に照合して総合看護の理解に役立ち得るようなおもな場面を選択しそれに学生を割あてた。実習開始前に実習の主旨や目的について保健婦全員に説明の機会をもち新カリキュラムの意図が保健婦全員に浸

表3　年度別地域看護実習の実習期間及び実習時間

年度	指導学生数	グループ	期間	実習時間数	備考
45	7	2	S 45. 4.19～5. 2	40	3年生の病院での実習以前に隔日で2週間実習
47	8	1	S 47.11.13～11.18	44	4年生で集中実習
48	10	1	S 48. 9. 8～9.14	44	〃
49	13	2	S 50. 1.21～2. 4	52	〃
50	7	2	S 50.12. 8～12.13	44	〃
51	11	3	S 51.11.29～12. 4	44	〃
52	19	3	S 52.11.28～12.17	44	〃

表4　指導計画

指導項目	指導内容	留意点
1.オリエンテーション	1) 保健所の概要説明 2) 地域の概況説明 3) 地域の看護活動の説明 4) 所内見学と職員への紹介	
2.クリニックにおける看護	1) クリニックのオリエンテーション 2) クリニック利用者層の観察 3) 健康相談と面接の技術 4) 来所者と家庭訪問の関係の把握 5) クリニックの事後処理	指導教官や保健婦の指導のもとに，実習・見学を行う。地域社会における看護の役割について理解させる。
3.地域における看護	1) 家庭訪問指導 (1) 訪問計画のたて方 (2) 事例の選択方法 (3) 訪問指導の実際 (4) 訪問指導後の処理 2) 集団指導 3) その他地域における看護活動 4) 看護従事者のチームワークについて	
4.カンファレンス	1) 事例研究の方法や，事例の問題把握および解決方法等について	
5.レポートの作成	1) 実習のまとめとしてのレポートを作成し提出	レポートは横書原稿用紙B5版3～5枚とする

透するようにした。実習要綱における指導事項は表4の通りであるが要綱に基づいて実際に取上げられた実習項目は，

(1) orientation
(2)健康相談
(3)健康大学
(4)家族のためのリハビリ教室
(5)母親教室
(6)離乳食教室
(7) 3才児検診
(8)成人検診，癌検診
(9)家庭訪問
(10)移動保健所
(11)地域活動（住民のhealth need に基づいて家庭訪問や健康相談等保健婦が中心になって行う活動であり僻地等の住民をおもに対象とする）
(12) case study
(13) conference
(14)地区保健婦連絡会

の14項目である。

1) 年度別にみた実習内容

実習orientationは指導教官が行い保健所の概況，地区の保健状況，保健婦活動の紹介等は保健所の各担当者により説明を受けた。前述の理由により各教育施設ごとの保健所側のorientationは昭和51年度から中止し全体に対する合同orientationとして実施されるようになり，県担当者及び保健婦課長によって行われている。

年度別実習内容を表5により延件数からみると，昭和47年から52年度において家庭訪問がもっとも多く153件（25%）であり学生1人平均件数

表5　年度別，実習項目別，実習延件数及び%

（　）内：農村地区での実習内訳件数

実習項目	実施時間	45	47	48	49	50	51	52	合計 小計	合計 合計	合計 %
	学生数	7	8	10	13	7	11	19	小計	合計	%
オリエンテーション	2				13	7	11		31	68	11.1
	4		8	10				19	37		
健康相談 乳児，成人，老人，療育，精神，衛生他	4		24	14	15 (11)	21 (7)	15 (4)	14 (4)	103 (26)	103 (26)	16.8
健康大学	4				4 (4)				4 (4)	4 (4)	0.7
家族のためのリハビリ教室	8			10 (10)				8 (8)	18 (18)	18 (18)	2.9
母親教室	2				5				5	39 (10)	6.4
	4			7	6 (3)	3	11	3 (3)	30 (6)		
	8							4 (4)	4 (4)		
離乳食教室	8				1 (1)				1 (1)	1 (1)	0.2
3才児検診	2				1				1	33 (3)	5.3
	4			17	5	3		4	29		
	8			3 (3)					3 (3)		
成人，乳児癌検診	4				11 (11)	4 (4)			15 (15)	19 (19)	3.2
	8				4 (4)				4 (4)		
家庭訪問	4		8	9		16	11	19	63	153	24.9
	8		8	2	29	4		47	90		
移動保健所	8				4 (4)			2 (2)	6 (6)	6 (6)	0.9
地区保健婦連絡会	8						8	6	14	14	2.3
事例研究会	4						11		11	11	1.8
カンファレンス反省会	4		8	10	13	7	11	19	68	68	11.1
地域活動	2				2 (2)				2 (2)	76 (76)	12.4
	4			3 (3)	26 (26)	7 (7)			36 (36)		
	8		8 (8)	10 (10)		4 (4)	16 (16)		38 (38)		
合計			64 (8)	95 (26)	139 (66)	76 (22)	94 (20)	145 (21)		613 (163)	100.0 (26.6)

は2.3件である。健康相談は，乳児clinicや成人，老人clinic等であるが延103件（17%）であり，このうち農村地区は26件で健康相談のなかでは25%である。

地域活動は僻地や農村地区における家庭訪問や健康相談等保健婦中心の活動であるが，農村の人々の生活に直接に触れる機会であり地域的環境の影響を受けながら生活する人々の健康問題や看護を考える機会でもある。実習当初から学生を参加させており，延76件（12%）である。

家庭訪問は，健康者をも含む家族全員を対象にしての援助であり，在宅患者に対しては必要な看護を実施できる機会であり，事例を通して看護の問題を分析し，継続的に一貫した看護を経験させる[1]ことができる等の諸点において教育的効果がある。表5のように昭和47年から52年における家庭訪問延件数は153件（25%）であり学生1人平均件数2.3件である。健康相談は乳児Clinicや成人Clinic等であるが延件数としては103件（17%），このうち農村地区は26件であり健康相談のなかで占める割合は25%である。地域活動は僻地や農村地区における家庭訪問や健康相談等を中心とした地域のhealth needに応じた活動である。農村の人々の生活に触れ地域的な環境による影響を受けながら生活する人々を直接に知り看護の問題を見出し援助することができるのである。このようなことから家庭訪問は特に重要視した。地域活動は延件数76件（12%）であり家庭訪問と合せると37%と実習の凡そ3分の1以上である。また実習当初は学生の単独家庭訪問は事故発生の際に問題であるとして希望しても実施できなかったのであるが，協議を重ねた結果指導教官の指導監督のもとに行われるのであれば認めてもよいという保健所側の意向で昭和49年から実施されるに至った。（表6）その単独家庭訪問においては学生が受入れやすいと考える乳児や看護の必要な脳卒中患者在宅の家庭等を保健婦の協力を得て指導教官が選択し学生に割当た。昭和49年から51年の3年間において訪問例数38例の単独家庭訪問を実施した。その結果，看護の問題を見出し看護用具を工夫したり看護方法を家庭に適応できるように工夫できた等の自己展開がなされ学生にとっては満足のゆくものであったと考えられる。

表6　学生の単独家庭訪問件数

年度	学生数	訪問例数	家庭訪問事例種別（例数）
49	13	13	乳児(11)，幼児(1) 肺結核(1)
50	7	14	乳児(6)，幼児(1) 未熟児(2)， 肺結核(2) 脳卒中後遺症(3)
51	11	11	乳児(2)，未熟児(1) 肺結核(2)， 糖尿病(1) 脳卒中(3) ねたきり老人(2)

2）実習記録・反省会等における意見・感想の分析

所定の実習記録及び反省会・レポート等における学生の意見や感想を分析した。その結果418項目が得られ，16項目に集約された。表7のように，地域看護活動の重要性の理解や参加により価値を見出すことができたものは延76項目（18%）であり，学生総数に対する割合をみると111.8%である。次は家庭訪問に対する意見・感想が多く，実際にその重要性と意義を認識したと考えられるものは，68項目（16%）であり学生あたりの割合は100%である。保健医療関係者との連絡・連携の必要性について述べられているものは延56項目（13%）であり学生あたり82.4%である。また保健所の機能について理解し得たと考えられるものは延54項目（13%）で学生あたり82.4%である。その他昭和51年のみであったがcase studyは，学生の実施した訪問事例について，患者や乳児の観察，

表7　実習記録及び反省会，レポートにおける感想・意見の分析

昭和47年～昭和52年

項目内容＼延項目数及び%	延項目数	延総数に対する%	学生数に対する%
地域看護活動の理解と重要性	76	18.2	111.8
家庭訪問の重要性と価値の理解	68	16.3	100.0
医師，看護婦，保健婦，ホームヘルパー等との連絡・連携の必要性	56	13.4	82.4
保健所の機能の理解	54	12.9	79.4
慢性疾患患者の退院患者把握の問題	42	10.0	61.8
看護の継続性	39	9.4	57.4
看護技術の工夫	23	5.5	33.8
乳児clinic参加の効果性	21	5.0	30.9
検診は問題事例発見の機会	11	2.6	16.2
case studyの重要性	8	1.9	11.8
母親教室に対する提言	6	1.5	8.8
病院での実習では知り得なかったことを把握	6	1.5	8.8
看護者の深い知識と，態度が住民へ影響	3	0.7	4.4
住民側の看護に対する理解の必要性	3	0.7	4.4
オリエンテーションの重要性	1	0.2	1.5
大学側の実習に対する参加	1	0.2	1.5
合　　計	418	100.0	

看護の問題把握及び必要な援助についての判断と，援助の実施・記録等総合的に検討することができたことを満足している。また慢性疾患が年々増加している社会情勢においてそれに答えられるような退院患者把握のルートの確立がなされていないと指摘しているものが延42項目（10%），学生あたり61.8%であった。乳児clinicへの参加は，健康な乳児と病児を明確に比較して学び得たこと，合せて母親の知識の程度や育児に対する不安の内容等を把握することができたと述べている。

各種の活動を通して，病院における臨床実習と関連づけ入院してくる患者の生活背景を実感として考えることができたと考えられる。また人々の生活の多様性と健康人をも含む家族への総合的な援助の理解を通して入院患者の家族を対象にした指導及び援助のあり方を理解していることが知られる。

3）地域看護実習の目的・目標への到達

地域看護実習の目的・目標への到達について，表8により述べてみると，保健所の機能の理解，

表8

目　　標

1. 保健所の機能を理解させる
2. 個人及び家族の生活背景の多面性を理解させる
3. 地域住民の健康上の問題を把握させ，その解決方法を理解させる
4. 個人及び家族に必要な看護を実施させる
5. 健康問題の解決過程において必要な社会資源の活用ならびに連絡方法を学ばせる
6. 保健医療におけるチーム活動のあり方を把握させる
7. 記録・報告の実際を学ばせる

個人及び家族の生活背景の多面性を理解させる，ということについては，保健活動そのものへの参加により体得し得たと考えられる。保健所の機能の理解については，学生あたり79%の意見や感想からも理解し得たと考えられる。

地域住民の健康上の問題把握とその解決方法については，orientationの際に配布し説明されている地区保健状況の資料から把握してきたが昭和52年度からは，市内の一地区を対象として健康調査及び家庭訪問を行い実際に把握し得たといってもよい。然し解決方法については考える程度にとどまったといえる。

個人及び家族に必要な看護の実施，については，家庭訪問や地域活動で充分体得し得たと考えられる。家庭訪問の重要性の理解は，学生あたり100%の意見や感想がみられることからも伺われるし，また地域看護活動の理解は学生あたり112%であることからも目標への到達はなし得たと考えられる。

健康問題の解決過程における社会資源の活用な

らびに連絡方法については，医師及び看護婦，保健婦，ホームヘルパー等保健福祉医療関係者との連絡・連携の必要性の指摘や理解を記した学生が多かった。学生あたりの割合82%であることからもその理解が知られる。また目標である保健医療におけるチーム活動のあり方についても把握し得たと考えられる。

記録・報告の実際については，家庭訪問した場合は，保健所の所定の記録用紙に，訪問した学生により直接に記録され報告され保健婦の業務にも引継がれた。病院における臨床実習での記録を応用して，観察点や援助の内容について記録されたものは詳細であり保健婦にも役立つ記録であった。

地域看護実習の目的である，「保健所の機能と地域における看護活動とを知ることによりそのなかでの総合看護のあり方を理解させ，その重要性を認識させる」という目的への到達を図ることができたのではないかと考えられる。

Ⅲ　考　　察

地域看護実習は，新カリキュラムにおける総合看護のあり方を理解させる教育方法として実施されていると考える。氏家[2),3),4),5)]や正田[6)]橋本[7)]等によって地域看護実習の試みとして報告されているが，地域看護実習の考え方や，教育施設の教育目的及び特殊性から多種多様な方法で実施されている。

慢性疾患が増加し，脳血管疾患，悪性新生物，心疾患が主要死因となり国民保健上大きな問題[8)]となっている。入院患者においても治癒しないままに退院していく慢性疾患患者が多い。このような人々に対して，継続的かつ一貫性のある看護が必要とされる意味を理解させ，そのための教育方法を考えなければならない。そのためには，当課程のカリキュラムにおいては4年次学生での実習が最適と考える。65才以上の老年人口は激増[9)]しており，老人患者ほど継続した医療や看護の必要性が高い[10)]。このような社会背景をふまえた地域看護実習でなければならないと考える。

健康のあらゆるレベルに対応した看護ができる看護者を志向するとき，地域的環境，及び生活環境の総合的な視点[11)]から看護をとらえることができなければならないと考える。このような意味において当課程で実施した地域看護実習は特色があるものではないかと考える。病院での臨床実習においては疾患をもつ患者個人を受持つことが多い。地域看護実習において「個」の理解から更に広い視点で総合看護の重要性を把握することができたのではないかと考えられる。

今後の方向としては，昭和52年度から市内の一地区を実習地区とし，保健所及び地区婦人部の協力を得て健康調査及び家庭訪問を実施することができたが，地区のもっている健康問題が家族側から個別に明らかにされ地区全体の健康問題を把握し，健康問題への援助を看護の専門性をもって個別的，集団的に行っていきたいと考えている。教育実習における体験は集団指導において充分いかされるのではないかと考えている。一地区を実習地区とし健康問題把握から入ったのであるが，個別訪問による健康調査（問題事例に対する援助をも含む）の結果 325 世帯中，196 世帯を訪問し 190 世帯（46%）が33項目の疾患及び健康障害をもちしかも5年以上にわたって継続されているものは27%であった。慢性疾患をもつ家庭やひとりぐらしの老人等は援助を求めていることが知られる。このように把握された健康状況について地区婦人部関係者に対し報告会を開催して報告した。地区住民に対しては婦人部活動への協力として「地区便り」のなかで報告した。病院における臨床実習では，患者に対する生活指導の方法として学生はパンフレット等を作成し効果的な指導方法を工夫するのであるが，成人保健としての住民に対する保健教育を「地区便り」で行うことができたのではないかと考えられる。このように，地区のもつhealth need に対応した実習方法を考え総合看護を理解させるために各種の実習場面を教材化し効果的な地域看護実習を築きあげてゆくことは，大学での看護教育において重要であると

考える。人々の生活に結びついた実習内容により，地域住民の健康上の問題を把握することにより病院での臨床実習で受持った患者を想起し，なぜ彼等は病気になったのか，健康への回復にどんな因子が影響するかを理解することができる。学生はまた，家庭生活，行動，環境による影響そして社会階層の変化[12]と健康のかかわりあいについて理解できることにおいて，総合看護をより深く理解できるのではないかと考える。

Ⅳ　さいごに

以上のことから考えられることは，保健婦課長と協議して，指導教官が計画を作成し，直接の指導にあたることが根本的に重要である。

実習は保健所を拠点とするが，地域住民の生活に直接に触れる実習内容が，総合看護の理解に効果的であると考えられる。しかも学生が自主的に展開できる方法であることが望ましい。

市内の一地区を実習地区と継続的に実施できることは，かねてからの念願であったが，保健所の協力により実現することができた。この地区において効果的な実習を行うために保健所及び地区婦人部との相互の連携は重要である。また実習内容によっては，それぞれの専門の教官が地区に出て指導することにより効果をあげ得ることも考えられる。

事例の継続的な看護の理解[13]も総合看護を理解させる一方法であるが，看護の対象を社会的な存在としての人間を，地域や個人の特性に応じ，地域・生活環境の総合的な視点から健康問題を考えさせ，看護の理念をもてるようにして，総合看護を理解させていくことが，大学教育においては重要であると考える。

引　用　文　献

1)，13)　ガイダンス編集委員会，看護学校カリキュラム最新ガイダンス，第3版，14，45，メヂカルフレンド社，1973

2)　氏家幸子　看護教育における公衆衛生看護実習の試み，看護教育，Vol 13，No.7，398－407，1972

3)　氏家幸子　看護教育における公衆衛生看護実習の試み，看護教育Vol 14，No.3，177－187，1973

4)　氏家幸子　看護教育における公衆衛生看護実習の試み，看護教育，Vol 13，No.10，597－605，1972

5)　氏家幸子他　総合実習をいかに展開しているか，全国看護教育学会誌，通巻No.4，117－123，1972

6)　正田美智子　看護学実習の新しい試み，看護教育，Vol 16，No.4，234－241，1975

7)　橋本秀子他　保健所実習のすすめ方，看護教育，Vol 11，No.6，18－22，1970

8)，9)　田中明夫他　国民衛生の動向，119，15，厚生統計協会，1978

10)　鎌田ケイ子　老人患者の退院後の実態と継続看護の必要性，看護，Vol 13，No.5，65，1978

11)　弘前保健所　看護婦学生等実習合同オリエンテーション資料，13，1977

12)　World health organization technical report series，松野かほる訳，地域看護第3刷，30，日本公衆衛生協会，1978

シンポジウム質疑討論

座長（村田栄）：大学の看護教育という観点から現段階を整理検討するという方向にもっていきたい。

地域看護を大学における看護教育に十分機能させるためにはどうすればよいか，という点を検討したい。まず演者間でどうぞ。

池川：津島先生に質問したい，必修項目の中に地域活動，家庭訪問，健康相談，リハビリ教育があるがその地域活動と健康相談という項目とにどのような違いがあるか。

津島：地域活動とは，青森県の保健婦活動の特色であり，農村地域等において保健婦が中心となり家庭訪問や健康相談等その地域の特性に応じて実施する活動である。地域住民のヘルスニードに密着した個別的，集団的な活動である。健康相談はいわゆる保健所において行われる健康相談即ち乳児 clinic や成人 clinic 等をさしており，市内のみではなく農村地域等において健康相談を目的として行われるものもある。

宮崎：津島先生に質問，単独訪問ができる病人を選んで，観察と評価に時間をかけて検討なさるというが，評価する case（患者）について教官がどの程度かかわっているのか。学生が単独で訪問することは，学生の未熟な経験では，大事なポイントを忘れたりする心配がある。教官がある程度かかわった case について訪問看護をすることが，適切な評価という点からも教育的によいのではないか。その点如何。

津島：学生の単独家庭訪問は昭和49年から実施されている。それ以前は保健所側として保健婦有資格者でない学生を単独家庭訪問させるということの不安から検討課題としてきた。その結果保健婦有資格者であり保健婦としての経験のある指導教官の指導監督のもとで実施されるのならよいだろうということで実施された。この単独家庭訪問は当初は訪問して喜こばれる乳児を対象とし後に家庭看護の実施可能な脳卒中患者の家庭訪問等を加えた。この家庭訪問の指導については教官が直接の指導にあたり，学生の計画及び施行後の指導援助，カンファレンス等を行いまた保健所の保健指導記録に記録させ保健婦に報告させたっ学生には家庭訪問のための要点を作成し記載したものを配布してオリエンテーションを行っている。

フロアーとの討論

松岡（千葉大教育学部）：演者の地域看護のとらえ方について，地域とは患者の背景であるというとらえ方と，保健所における活動が地域看護を代表するというとらえ方の２通りがあると思われたが，地域看護の概念は地域特性にのっとって活動する看護活動である。臨床看護の中でも保健所活動の中でも共通した概念と考える。患者個人の家庭生活を通し乍ら地域をながめるようにとらえられたが，患者の背景として地域を把えるのは規模が小さすぎる。地域特性，経済地域，社会的な特殊地域，政治的な地域などを押えた上で，医療問題，医療事情を考え，その中における個人をどう考えていくかというものだと考える。この点について如何。

宮崎：患者の背景の中には地域特性が含まれているものと理解している。施設内の立場から発言したが，施設から地域へ患者が帰っていった時，社会的諸条件その他地域の特性にかかわる諸問題と患者のかかわりが当然あるので，看護婦は，施設内にいても常に地域情勢を知るため視野の拡大への努力をしなければならないと考えている。施設内実習においても，地域特性とのかかわりの中で患者という社会的存在者があることに目を向けさせるようにしている。

城：対象である個人が生活している場の問題が健康破たんにどんなかかわりをもち，それが，発病入院といったことでどの様に変化を来たし，退院といったことでも，家庭生活，職場復帰との関連があることを知り，個人を基本的にとらえるためには，地域社会とのかかわりを十分考えさせることが必要である。地域とのかかわりを学習させることで地域での個人をとらえるよう学習させる。

津島：総合看護の理念として，健康人をも対象にしたあらゆる健康レベルに対応した看護でなければならないとある。これを理解させるためには，病院における患者個人を対象にした臨床実習のみでは充分でない。そこでその患者が生活している地域社会における健康問題を把握できるようにしそのなかでの個人や家族を，そして環境と健康との関係を理解させる必要がある。そのために一地区を実習地区としてもち，地区全体の健康問題の把握と地域看護活動を実際的に行わせるなかで，それを教材化し総合看護を理解できるように実習を行っている。目的によっては事例に対する一貫した継続看護も総合看護の理解のために重要である。

野島（徳大教育学部）：論じられた範囲は少しづつ特徴があったが共通して主張した事は看護において，地域看護という特殊な領域はないということを強調したと理解した。松岡先生の指摘について，国，社会との関連については当然看護で考えている問題である。4人の講師のニュアンスの違いは学習者側から場をどこに求めるかによってたまたま保健所であったり，臨床からこの問題を逆にてらしてみようということであったり，人間関係論ということにおいて物理的な場をどこにというように理解した「地域看護」について学習するために，現行のカリキュラムは，理想にかなっているか？

津島：現在地域看護は総合実習Ⅰとして1単位の取得として行われている。本来はひとつの学科目としてあってもよいのではないかと考えるが，しかし現状では看護学総論に位置づけられている。看護学総論は，看護学の導入部門であると共に最終的に総合され知識や技術，態度の総仕上げの部門ではないかと考える。そのために現在，地域看護が看護学総論に位置づけられているのは適当ではないかと考えられる。その科目のなかで最善をつくし毎年の評価をいかして実施しているのが現状である。

城：現行カリキュラムで十分かというと，そうではないが，現行カリキュラムの中で考えて行かなければならないとすると，一年次から学習の中で講義，見学，実習の中できめられた少くない時間の中でより効果的に展開出来る様な配慮が必要であり，個々の教官が教育の場で努力しているカンファレンス，ケーススタディ等綿密で小さなつみ積ねで実施している。

池川：カリキュラムは運用の方法と内容が問題となりますから，現時点でカリキュラムが理想的であるかどうかは申せませんが（資格問題は別として），総合看護を学ばせるために，地域においてしか学べないものがあるとすれば，また地域における学びがより有効であるということがあれば，私はその検討が厳密になされるべきだと考えておりますが，従来の臨床実習主体の看護実習がかなりの部分地域看護実習に置きかえることも可能ではないかと考えています。

座長指名による特別発言

中島紀恵子（千葉大看護学部）：地域をどう考えるかについて，コミュニケーションが成立する生活圏という考え方で地域を規定した方がよいのではないかと考える。背景になるのは今までの地域看護に関するさまざまな社会ニードの多様性，私なりの整理ですが，1つは自治体，行政側に課せられた多様性，つまり活動とか調査とかというものの質が日常的に非常に大きなものでもち込まれてきた。もう1つは病院施設側からの問題の多様性，これは地域社会ブームによる病院化という流れを伴って，訪問看護，継続看護

は地域ニードへのレイアウト，そういう転換を意味しているのではないか。もう1つは社会福祉の側から地域看護に期待せられた側面，先にあげた2つのことは，歴史的にも制度的にも，技術的にもいろんな要素をもった古い流れであったが，地域福祉側の課題は比較的新しいことだと思う。地域福祉の観点に立った時に，私はコミュニティーという行政区域を必ずしも意味するものではなくて，住民相互のコミュニケーションの成立する生活圏であるという発想をよびおこされる。私が3つ述べた事が皆様方が狭い広いといってることとつながるのかどうかわからないが，ぜひ点検整理することが必要ではないか。もう1点，さまざまな方から保健婦の今までの状況から，公衆衛生看護，地域看護という名前を使って，看護をしていないとか，看護の側面から離れたことをしてきたということを，こちらの演者の意見の中にもあったが，これは社会的にニードの中でかわってきた流れであろうと思う。とはいえ，現在80%強の人が行政界で保健婦という名のもとに就職し，病院側から地域へアプローチしているのが少ない。そういう興味ある地域の人達の看護状況を無視して地域看護を云々するのは非常に片手おちであり，教育でもこのことはあってはならない。このことの点検を教育の中でもっと考え，その時に地域とは何かを考えることがでてくるわけである。地域の構造化，さき程の芝田先生の御意見の中で人と物とのフィードバック，地域との検討するとあったが，ものという地域，地域という器と，人とのフィードバック 構造化を看護の立場からもう一度点検してみることが大切であると考えます。

●シンポジウム　座長まとめ●

草刈淳子*　　村田　栄**

四大学看護学研究学会も，本年第四回目を迎えるに至り，年々盛会となり意義のあるシンポジウムをもつことができたことは，まことに喜ばしい限りである。

昭和50年の第1回研究学会においては，四大学の直面する問題として，「高校衛生看護科の諸問題」がとりあげられ，第2回は，それにひき続き，「日本の大学における看護教育」のテーマのもとに，看護高等教育の史的考察をふまえて看護教員養成課程の10年目の総括を試み，また大学看護教育カリキュラムについて，アメリカの現状と問題点をも含めながら検討したのであった。そして第3回目の昨年は，それらを基盤として，「大学における看護学教育の検討 ― 特にカリキュラムについて ― 」と題して，当面する具体的な現実問題について討議が深められた。特に「対象の理解」の学習のあり方については，その重要性が更に強調され，看護の独自性を深めるためにも，今後は，医学領域に止らず，より巾広い情報入手が必要であるとの認識から，対象論に視点をふまえてカリキュラムが見直され，看護総論の在り方も論じられた。また日本看護教育の詳細な比較検討が報告され，日本の看護教育には，Philosophy, conceptual frame work, evaluation が欠けている点が指摘されたことは，今後，系統的カリキュラムを編成していく上で貴重な提言であったといえよう。

これらの研究成果をふまえ，今回は，前回と同一テーマの「大学における看護学教育の検討」のもとに，近年とみに関心の高まっている地域看護の観点から討議が重ねられた。

* 千葉大学教育学部看護課程
** 徳島大学教育学部看護課程

四名の講師からは，それぞれ教育現場における実際活動を通しての貴重な御意見が前掲の通り提示された。

四講師の発言は，学習の場のとり方の相違により若干そのニュアンスを異にしてはいたが，根本においては，共通点が多々みられた。

そこで，今回の討議を通して浮き彫りにされた問題をとらえ，併せて将来へむけての本シンポジウムの総括をし，座長のまとめとしたい。

「患者の理解」は，従来から「対象の把握」としてその重要性が強調され，全人的把握をめざしながら，実際には，生物的把握に止っていたことが，家庭訪問の学習を通じて明らかにされた。看護実習の場が，従来多くは医療施設であったために見過されていたことの事実が，地域・家庭へと学習の場を移すことにより，名実共に生活の匂いをもった人間として，相手側の生き様をそのまま受けとらざるを得ないという学生各自の体験を通して，「患者の理解」の真に意味するところを体得できたという池川講師をはじめとするそれぞれの報告は，カリキュラム展開上，重要な指摘といえよう。

施設内看護から地域看護を考えていく上で，保・助・看を1つにした総合看護のあり方が問われるが，ことに四大学看護教員養成課程では，四年課程でありながら，保健婦免許取得ができないという現状は，今後の検討事項として残される問題といえよう。

継続看護を有効に機能させるには，看護添書（連絡票）の工夫や連携等その実現方法には改善の余地があり，今後の地域看護のシステム化の推進を図る上にも看護教育の果すべき役割が大きいことが宮崎講師から指摘された。

ここで図らずも，今回の副題としての「地域看

護」について，各講師が種々な用語で表現している点が指摘された。地域看護・家庭訪問・保健婦活動・在宅看護・訪問看護・継続看護・国保々健婦活動等の用語が出されたが，これは，看護界の「地域看護」に関しての混乱している現状をそのまま反映したものと思われる。時により同義語に用いられたり，あるいは，同一語が異る概念で用いられており，今後共通用語・共通概念を確立していくことの必要性が痛感された。

成人看護において入院患者を中心に，「家族の問題」「家庭生活」について学習した経験からは，一見バラバラな実習の中からもそれぞれの視点から学習が可能であること，地域看護の考え方を大学看護教育の中でどの様にしていかしていけるのか模索している現状について城講師から報告された。

三年次と四年次の夫々の時期に地域看護の学習を実施した体験からは，疾患学や臨床看護実習等が終了した四年次において，はるかに学習効果が上ったことが津島講師から報告され，学生の学習には，よりよい時期，最も効果的な学習が可能となる適切な時期があるということが改めて確認されたことは，今後のカリキュラム編成上，不可欠な視点であると思われる。

健康人の生活を基盤に，健康の保持増進からリハビリテーションに至る総合的な看護を目指して，新カリキュラムが実施されてから早くも10年経過し，その精神が浸透してきた現在，看護教育は新らたな段階に入ったといえよう。

社会の変化・医療技術の変化に伴い，看護の概念は，一層その役割を明らかにし，実力を提示する段階にきている。昨年のＩＣＮ東京大会を機に，世界的な保健医療の動向と共に，その中で果すべき看護の役割拡大についての認識も新らたにされたところである。ことに本年は，日本においては，昭和35年以来の地域における市町村国保々健婦と保健所保健婦活動による対人サーヴィスが，４月からの国民健康保健保健婦の市町村への身分移管ならびに市町村保健センター構想のもとに大きく転換する年でもあり，それぞれの地域では，そのヘルスニードや，活用できる資源の相違により，地域看護活動のパターンが今後大きく変ってくるものと予想される。

看護教育も，これらの諸変化と無関係ではありえず，今ほど，これらの変化に早急にかつ確実な方向性をもって対応していくことが切実に要求されている時期はないであろう。

「健康」や「家族」の学習の充実強化を通して，〝地域と看護〟という新しい視点から看護カリキュラムが今一度見直され，十分な役割を果すことのできるナースを教育していくことが要請されている。

討議時間の不足のため，カリキュラム編成についての共通した見解を得るまでには到らなかったが，昨年の「対象論」からの見直しと矛盾するものではなく，さらに一歩進めるものとして，今後家族社会学や地域に関する周辺科学ならびにPrimary health care等新しいプログラムの導入の必要性が示唆され，それについての今後の方向づけはなされたものといえよう。

以上前回までの研究学会の成果をふまえ，より深く具体的に，看護をめぐる諸状況の動向をも併せて，今後の看護教育の方向が提示されていたことが確認しあえたものと思われる。

日本看護関係文献集

監修　湯槇ます　前東大教授

編集　林　滋子　東大講師
　　平山朝子　千葉大看護学部

本書は、日本で始めての規模をもつ看護の視点から整理編集された文献集です。看護・保健医療のどんな文献でも必ず探し出せる様，利用しやすく配慮されています。看護関係教育者を始め、病院の総婦長から看護研究生、保健婦、助産婦まで巾広く利用できる文献集です。

分類内容目次

1．保健看護論
2．保健看護史
3．看護教育
4．看護および保健の制度・組織
5．看護管理
6．施設管理
7．看護職と他の職種関係
8．看護婦・患者関係
9．病床環境調整
10．基本的看護・技術
11．患者の徴候・心理・行動
12．看護用具および医療器械
13．成人保健看護
14．老人保健看護
15．母性保健看護
16．小児保健看護
17．家庭看護・訪問看護
18．産業保健看護
19．学校保健看護
20．リハビリテーション
21．地域保健および環境保健

本書の内容・特色

Ⅰ．分類項目
全文献を21項目に分類。例えば「看護管理」には、これに関する文献が全部網羅され、どの雑誌のどの頁に探している文献が載っているかが一目でわかります。

Ⅱ．事項索引
文献の内容を表わす見出し語を、各論文から選び、ＡＢＣ順に配列しています。さらに、その下には補足語がついて文献の選択を容易にします。

Ⅲ．隣接医学領域のカバー
収録誌の大半は医学領域の雑誌なので看護の視点から医学領域文献も多数選ばれています。

第１巻（1973年版）
B5判 658頁 ￥9,300
○315種誌　2,346冊収録
○文献数　11,264件

第２巻（1974年１月～６月版）
B5判 358頁 ￥7,500
○311種誌　1,159冊収録
○文献数　5,365件

収録雑誌は、すべて保管しておりますので、購読会員はコピーをとることが出来ます。

日本保健関係文献集 ―保健・養護・福祉・保育―

監修
船川　幡夫　日本女子大学教授

編集
小林　芳文　国立特殊教育総合研究所
宮部　黎子　東洋英和女学院短大
上田　礼子　東大医学部
飯田澄美子　神奈川県立衛生短大

本書はこどもの保健、教育、保育、精神衛生、福祉のみならず、特殊教育に関する文献を探すための索引です。学校保健関係者をはじめ、特殊教育者、看護婦、保健婦、保母、ケースワーカー、医師、それに短大の児童心理・保育・福祉学科・養護学校、大学図書館のみなさまの必携の書です。

第1巻（1974年１月～６月版）
Ｂ５判 368頁　￥5,800

第2巻（1974年７月～12月版）
Ｂ５判 380頁　￥8,500

第3巻（1975年１月～６月版）
Ｂ５判 249頁　￥8,700

第4巻（1975年７月～12月版）
Ｂ５判 360頁　￥12,800
○257種誌　750冊収録
○文献数　3,774件
○抄録数　660件

分類内容目次

Ⅰ．総論
Ⅱ．制度・行政
Ⅲ．発育・発達・生理
Ⅳ．育児・保育
Ⅴ．保健教育（性教育）
Ⅵ．健康行動・健康増進
Ⅶ．健康観察・健康相談
Ⅷ．健康管理・健康診断
Ⅸ．健康障害・病虚弱
Ⅹ．身体障害
Ⅺ．精神遅滞
Ⅻ．重複障害・障害一般
XIII．リハビリテーション
XIV．精神保健
XV．栄養・給食
XVI．災害・安全
XVII．環境保健（公害）
XVIII．地域保健
XIX．児童福祉
XX．国外の状況
XXI．統計・資料

発行所　(株)ジャパン・メディカル・サービス　102 東京都千代田区九段北１－２－１　蜂谷ビル
Tel.（03）２６１－６５６８・６６３２

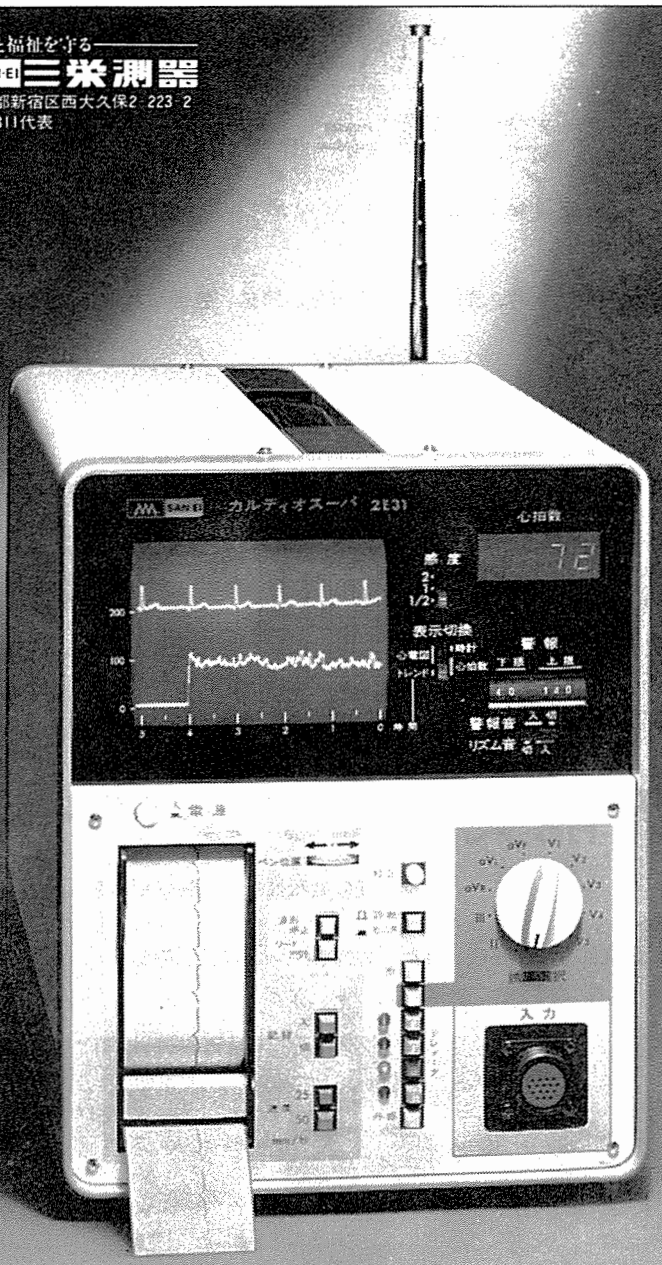
明日の健康と福祉を守る——

SAN-EI 三栄測器

〒160 東京都新宿区西大久保2-223-2

☎03(209)0811代表

モニタの常識を破って登場。



患者監視から心電図検査までフルに活用できます。

有線、無線両用で、監視装置と心電計の機能を兼備えています。心電図、心拍数のほか長時間の心拍数トレンドや時刻も表示できます。小形熱ペンレコーダでは遅延心電図の記録や停止波形の読出し記録、心拍数トレンドの記録も可能です。重さわずか13kg、自由に持ち歩け、ベッドサイドやナースステーション、手術場のモニタとして、あるいは通常の心電計としてフルに活用できます。

価格139万円

NEW カルディオスーパ 2E31

新製品

扱いやすい／破損しにくい／リアルな体形

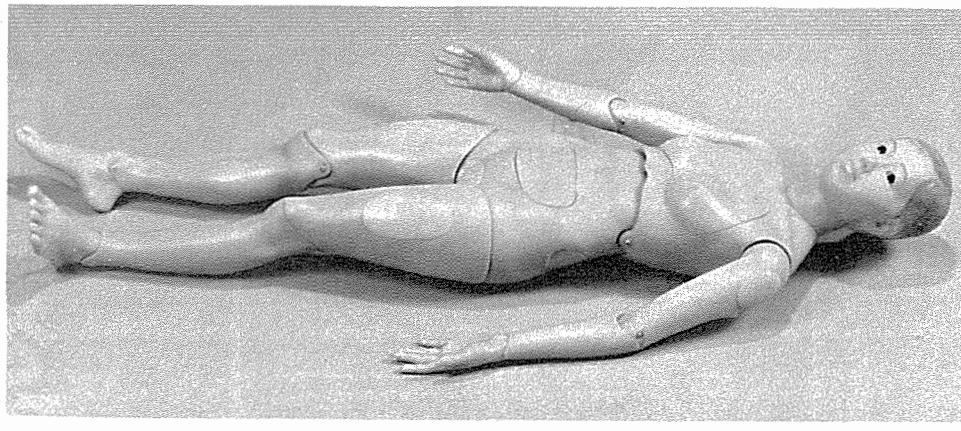
全身塩化ビニール製
特殊調合（半硬質・軟質）

実習モデル〈ケイコ〉

看護実習用モデル人形　女子　トータルタイプ

￥250.000.

実習項目　注射、洗浄、浣腸、導尿、清拭、包帯など



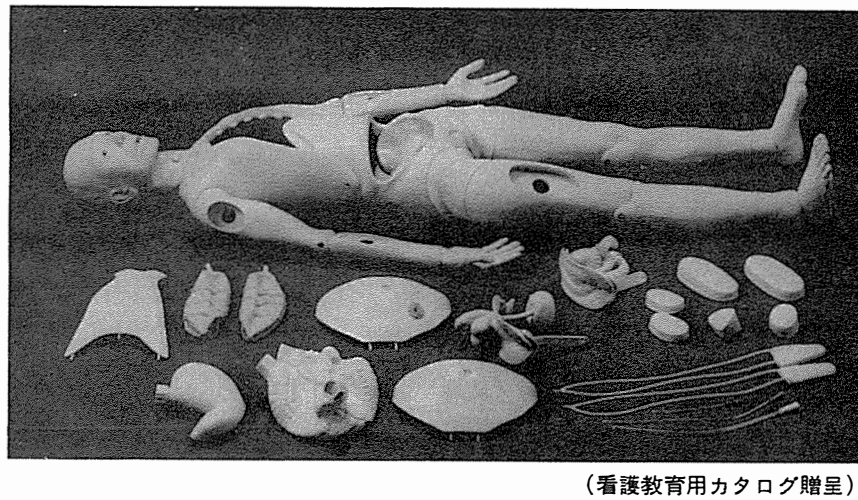
男性・女性の
両用に使える

万能実習モデル

￥650.000.

高度の柔軟性をもつ特殊樹脂製　全長 約175cm

実習項目　人工呼吸、注射、採血、洗浄、灌注、呼気
挿管洗、套管挿入、清拭など



（看護教育用カタログ贈呈）

京都科学標本株式会社

本社　京都市中京区河原町通二条南　電 075（211）3501(代表)
東京　東京都千代田区神田錦町1の4　電 03（291）5231(代表)
福岡　福岡市中央区今川2丁目1－12　電 092（731）2518

一般演題演説内容及質疑要旨

座　長　　熊本大学教育学部　　木場　富貴
　　浜松市立高等学校　　渡辺ひろみ

A－1

高校衛看における諸問題
―准看資格の取得にからむ問題―

浜松市立高等学校　○佐藤　祐子
静岡県立清水西高等学校　　杉山　倫子

衛生看護科の教員になって経験も浅く、科学的根拠のあるものではないが、現在感じているままを実例をあげながら述べたいと思う。

発足以来１４年、指導上の問題や運営上の問題など試行錯誤を繰り返しながら今日に至ってはいるが、その中で特に准看資格の取得にからむ問題においては、生徒指導上大きなウエィトを占めるものと感じている。

そこで、その問題が現場教育の中でどの様に表出してきているのか、その実態を発表したいと思う。

衛看の指導にあたった者ならば誰でも感じることであろうが、高校生としての看護学習能力は、高校卒業後に看護を学習する学生の能力と相違があることである。

現在の文部省指導要領には、広い意味での看護者としての質向上を目指してその目標が掲げられているが、実際、その目標を遂行する上では多くの困難を感じている。そしてその原因が資格試験に振りまわされていることより生じていると私達は考えている。

例えば県内の衛看２校（共に女子校、普通科併設、１学年１クラス、５２年度進学率９５％前後）について共通の例をあげてみるに、授業項目数、時間数とも細分され、整形外科２０時間、歯科１０時間、耳鼻科１０時間その他泌尿器、小児科という具合であり、普通科目を合わせるとかなりの項目数にのぼる。しかも外来講師に多く依存する現状では、出入りする講師数は１０～１５名であり、往々にして講師の都合を中心とすることになり、そのカリキュラムはさらに複雑で系統性のないいわゆる「ぶつ切れ」授業となる。例えば、ある曜日は問題解決を中心としてその能力や態度を育成するような学習内容なり、指導法で統一するとか、学期毎に統一するなど一環した系統性がない、又はできないのが現状である。

この様な学習体系においては生徒には一環した能力や態度をもたせにくく、生徒にしてみれば、テスト毎に多くの項目に振りまわされ、そればかりか普段の授業でさえ、次の日何の授業が行なわれ、何の内容を扱うのかさえわからないことがしばしばあり、学習姿勢にも支障を起たす。

多くの教師と広範囲の科目に触れることにより多くの知識を得ることはできるが、記憶中心になりがちな為、総合的なものに位置付けして受け入れることができないばかりか、思考し、発展させる姿勢が育ちにくいように思われる。

これらは普段校内学習では目立たないが、生徒会活動や病院実習など総合性を要求される場合において著明に現われてくる。

例えば、最近学校においてよく耳にすることであるが、普通科の生徒と比較すると融通がきかないといわれる。生徒に用件を頼んで目的が果たせなかったにしても、普通科の生徒なら何か処置、対策をしてくるが、看護科の生徒は結局何もせずに帰ってくるとか、生徒会活動において看護科３年生が運営できなかったことを普通科２年生は活動できるといった例がある。また、看護科の生徒に花の水をかえるよう指示したところ、水だけ換えて枯れ花を再びさして持ってきたので驚いた教員もいる。即ち、主観的ではあるが、応用性や発展性が乏しく、いわれたことしかできないという

傾向にあるのではないだろうか、同様に病院実習においてもそれが現われてくるのである。

以上は単なる例であり、学校の実状によっても大差があるので他に当てはまるとは限らないが、少なくとも本校において感ずるところが強い。

多くの知識を与える今のカリキュラムで、それを総合的に消化し、さらに発展させて考える姿勢をもつものは私のみたところ４０名中ほぼ$\frac{1}{5}$であり、残り$\frac{4}{5}$、３０名以上は目新しい知識に振りまわされているとみてよいと思う。

ものごとの判断能力の乏しい高校生にとって、高校生活で育ち得る部分は多く、何かを育成する為には、それなりの系統性を有する必要があろう。

現に、「良妻賢母」を方針に徹底教育を受けた者は、成人になってもその考え方や姿勢に影響があったというし、「約束厳守」という方針のもとに育った生徒は、その態度にそれなりの影響を後にまで残す。

成長途中の高校生と高卒後の看護学生の差はここであり、指導法はもちろんのこと、そのカリキュラムにも十分検討を要するところである。

衛看の存在価値が地元の職場や連結する短大等でささおかれている今日、「後に医療従事者となる資質を有する生徒」を養成する学科として、39単位はともかくとし、高校教育たることに主眼を置き、学習内容的にも、態度養成の為にも、系統性のあるカリキュラムを組みたい。

現在の様に保助看法中心の考え方で、それを履習させるための運営に追われ、看護学校の縮小板のようなカリキュラムでは、高校教育にかなりの無理があると感じており、今後の衛看のあり方を含め、３９単位の配分と組み立て方を検討したいと思う。

質疑応答

松岡淳夫（千葉大教育学部）：衛看における問題点について「ブッ切り」的カリキュラムに焦点を合せて述べられたが、具体的にどういう方向を求められるのか。

佐藤：外来講師数の減数、それに伴ない生徒の能力・態度育成の為の指導内容及び方法の系統づけを行ないたい。

A－2

大分東明高等学校における衛生看護科の問題

大分、東明高等学校　○麻生　佳澄

近年、看護婦の質の向上の声が高まり、准看護婦廃止にまつわる論議が活発になっている中で、衛生看護科の存在が大きくとりあげられてきた。本校も昭和４１年に衛生看護料が設置されて以来、多くの問題をかかえ、試行錯誤をくり返しながら今日を至っている。そこで、現状におけるカリキュラムを運営してゆく上で、どのような問題があるかを整理してみると、大きく３つに分けることができる。

まず第一に、専門教科を習得する上での問題があげられる。専門教科において、高校生という発達段階で到達し得るレベルを考え、各専門教科の内容を精選して、生徒に教授してゆかねばならない。しかし、実践の場におけるニードや看護業務の役割分担などの実情も含んで、目的目標に関する考察やそれにそった内容精選が充分にできていないのが現状である。その中で、生徒達の知識の習得状況をみると、一年次の基礎看護、看護基礎医学が確実に習得されておらず、二年次からの他の専門教科との関連ができていない状態であり、最終的には、このことが実践の場での患者観察、看護をしていく上で、一番の問題となっている。特に看護基礎医学は殆ど外来講師によって教授されており、なかでも解剖生理、薬理、病原微生物の３教科は、生徒自身も学習困難な教科としてあげている。この結果は、一学期終了時に得たものであるが、その際のテスト結果も他教科にくらべ、この３教科は低得点である。

第二には、病院実習における、学校と病院との一貫した教育を育ててゆくための、さまざまな問題があげられる。

第三には、高看進学希望者の増加に伴った進学

指導上の問題があげられる。

今回は、多くの問題の中でも専門教科習得上の問題点の中から生徒が学習困難としてあげた看護基礎医学の習得に関してとりあげてみた。現状において、学習意欲をもたせ、より確実に、これらの教科内容を習得させる事や、病院実習、准看検定試験、進学への影響を期待し、看護基礎医学（特に解剖生理、病原微生物、薬理）に対する補習を本校では実施している。そこで、補習がどのような効果をあげ、反面どのような問題に直面したかを示し、現2年生で1年次に補習をうけた生徒達の成績の変化、学習意欲の変化をみていくうえで、今後の看護基礎医学習得に関して本校における課題を考えたい。

（補習方法）

(1) 期間　8月上旬（1週間）

(2) 時間　8：40～12：30（1日4時間）

(3) 教科　解剖生理学、病原微生物、薬理

(4) 教材　教科書、復習プリスト

(5) 対象生徒　1学期成績をABCDEの5段階に分け、DEに属する生徒28名

（結　果）

授業内容の習得状況確認の意味で1年生は2学期の9月から、解剖生理、病原微生物、薬理の3教科について実力テストを実施している。そこで、その各テストの平均点の変化を補習をうけた生徒（補習出席者28名）と補習をうけていない生徒（補習欠席者66名）とで比較してみた。1学期では21.4点の差が、補習実施直後の1学期内容を範囲とした9月実力テストで、その差が2.6点となり、補習をうけていない生徒とほとんど差がない。しかし、その後すこしづつではあるが、テストの回を重ねる毎に点差が開いている。すなわち補習を行なうと得点が一次的に高くなるが、補習を行なうと得点が一次的に高くなるが、補習をしないとまたもとにもどるといえる。

また生徒達の次への学習に対する意欲のきっかけとなるのは成績順位と考えられ、順位の変化を補習をうけた生徒のみ経過をみた。（図2）は、1学期の成績順位と補習実施直後の9月実力テスト順位の比較である。28名中24名に、成績順位の上昇がみられ、下降しているのは4名のみである。（図3）は、9月実力テストと11月実力テスト順位の比較である。27名中19名に順位の下降がみられる。このことから、補習直後の9月実力テストでは約86％の補習をうけている生徒に順位の上昇がみられる。しかし、その後の結果から補習効果は一時的なものであることがいえる。

また、補習に対する意識をみてみると、1学期に理解できなかった箇所が理解でき、やる気がでてきた。人数が少ないので積極的に質問ができた。やればできるという自信がついた。等の意見が大多数であった。しかし、対象者を成績不良者に限定した事で恥しかったという意見も出された。

以上の結果から、学習意欲がわいてきたという事は、教師としてはうれしいことであるが、それは長続きせず、今回の方法では、補習効果も一時的なもので持続しにくい事がわかった。その原因を考えると4つあげられた。

まず第一に、授業が新しい内容に入り、補習のようにくり返り教授するのではないため、生徒自身の学習に対する積極的な姿勢と学習方法の工夫が必要なこと。

第二に、一年生の段階では、知識を断片的なものにうけとめがちで、内容の理解ができないままに知識を丸暗記している状態であること。

第三に、この3教科は、医師に依頼しており、生徒の学習レベルを含む実態が把握されておらず、教授側の一方的な授業になりやすいこと。

第四に、この3教科は、諸事情により2クラス合同講議のため、高校生レベルの授業形態としては、不適当であること。等である。

看護基礎医学の内容を確実に習得させるために補習という方法は本校にかぎらず、多くの学校で実施されている。その方法は、多種多様であるが、今回の結果を考えると、再度補習の必要性を考えてゆかねばならない。また、それ以上に平常授業

の授業内容や教授方法の再検討の必要性を強く感じる。本校でも4つの原因に対する対策を考え、将来は、看護基礎医学を全て医師に依頼するのではなく、専任教員にて教授内容の精選を行ない、高校生の発達段階に応じて教授していきたいと考える。すなわち、今後の大きな課題はこの膨大な専門課目の内容を高校生のレベルにあった精選を行なうことだと考える。

質疑応答

内輪進一（徳島大教育学部）：微生物学のうち総論、各論、免疫と大別してどの部分が一番理解が悪かったか。

麻生：病原微生物に関して、生徒達が特にどの分野がむずかしいとし、また習得されていないかという事は具体的に資料にしてはいないが、テスト等の習得状況の確認の中から考えると、総論の中の細菌の種類や、各論中の消毒液の特徴だと思う。

平常授業は医師に依頼しており、補習は専任教員が実施しているということで、平常授業も専任教員が行なえばよいという意見は、その通りだと考える。本文で示したように将来は、生徒の学習レベルや実態にそって内容の精選をし、専任教員にて看護の立場から教授していきたいと考える。

内輪：判り易い教授法を依頼したり行うことが緊要で、教材が必要であろう。また時々実習を加えれば理解がよくなると思う。補習が専任講師で出来るなら講義を担当したら如何。

A－3

高等学校衛生看護科における教育の現状と問題点

青森県立黒石高等学校　○大和田恵子
弘前大学教育学部看護課程　津島　律

衛生看護科の教育内容の現状を知るために質問紙を郵送し全国１３２校のうち８３校回収し、有効数８２校６２％の回答を得ました。併設校公立４３校、私立２７校、単独校７校、定時制５校であります。併設公立をａ、私立をｂ、単独校をＢ、定時制をＣと略します。

教諭の数と生徒数をみた場合、ａでは、生徒１１０名から１２９名の範囲において教諭の数が２名から５名の学校が多く、ｂでは、生徒数９９名から３００名の範囲において、教諭は１名から３名です。なお、ｂでは教諭が０の学校が５校ありました。教諭と助手についてａとｂのX^2検定の結果、危険率１％で有意差があり、ａの方が教諭、助手ともにｂより多くなっております。

看護教諭の教科保健の担当は、ａは４３校中１３校４４％であり、７０時間以内の範囲で担当しております。ｂは６校２２％が担当しており、そのうち半数が３５時間程度です。

衛生看護科科長制については、ａは科長のある学校は４３校中４１校９５％であり、ｂは１００％です。その中で看護教諭が科長になっている学校は、ａでは２１校４９％、ｂは２１校７４％であります。

衛生看護科の目標について、ａでは延べ８７校中３３校（３８％）が「看護の知識、技術の習得」を目標としており、次いで「教養と豊かな情操」が１８校、「社会への貢献」が１６校です。ｂでは延べ５４校中、「看護の知識、技術の習得」が２１校３９％です。

文部省規定の標準単位数と比較してみると、看護基礎医学４～８単位、（１４０～２８０時間）で、ａでは４３校中１２校が標準で実施しており、標準以下は全くなく、標準以上、最高３３０時間（3.4単位）が３１校あります（７２％）。ｂでも殆どが標準以上実施しております。看護概説２～４単位（７０～１４０時間）は、ａは標準以下が４校、あとは標準です。標準以下のX^2検定は危険率５％で有意差は認められません。

成人看護学６～１２単位、（２１０～４２０時間）は、標準以下（１２５～２０３時間　）はａでは８校です。多い学校は５８２時間の所もあります。殆どは標準です。ｂは標準以下（１３０～２０３

時間）は6校あり、標準以上では４９３時間が最高です。ａ、ｂの標準以上と以下の X^2 検定では有意差がありません。

母子看護２～４単位（７０～１４０時間）は標準以下（５８～６５時間）が２校ありますが殆どの学校が標準です。看護実習は校内、校外合わせて（２０～２７単位）、ａは４３校中３８校（88％）が標準で、９校が標準に達しておりません。校内実習と校外実習を分けてみた場合ａは２００時間～５９９時間の範囲で校内実習を行なっており、病院実習は２００時間～７４９時間の範囲で行なわれております。看護実習の標準以上と以下についてａｂで X^2 検定をしてみましたが有意差は認められません。

科目別に非常勤講師をみると、看護基礎医学では、ａは解剖生理、病原微生物、薬理等は $2/3$ が非常勤であり、ｂも同様です。看護概説は殆どが常勤の看護教諭によって担当されています。ａ、ｂともに成人看護は非常勤講師と看護教諭によって行なわれております。母子看護についても同様です。病院実習についてはａは３９校、ｂは１４校が病院看護婦の協力を得て行なわれております。

まとめ

1. 解剖生理が１８校、病原微生物が１９校で看護教諭によって担当されております。衛生看護科に於て、多くの非常勤講師によって担当される事は、全校的な時間割の調整がとりにくく、看護に必要な科目として将来は常勤の教諭によって担当される事が望ましく、そのための教員の研修も必要と考えます。
2. 科長制については、多くの他教科の教諭によってなされておりますが、看護教諭が担当する事が望ましいと考えます。
3. これまでは、標準時間の範囲があまりにも巾がありましたが、昭和５７年より改善が打ち出されており一部名称が変えられ、単位が一定になった事は、今後各校の実施単位に於ても、一定になるのではないかと考えられます。看護実習はそれぞれの科目に含められ、病院実習は10単位と明確にされました。さらに衛生看護科の問題としては、教育内容が膨大であると指摘されておりますが新学習指導要領に於ては、履習単位は従来通り３９単位となっております。他の職業科に於ては単位数の引き下げが行なわれている事から高等学校の教育にふさわしい、内容の検討が今後必要であると考えます。又、病院実習の問題として、適切な病院の確保に困難をきたしている学校もあります。看護教育に於て、病院実習は、体験を通して技術を学ばせる事の重要性と准看護婦資格取得という事からして重要であります。准看護資格取得については議論のある所ですが、この問題を検討するについてはわが国の医療制度にまでさかのぼらなければなりません。衛看教育においては、施設、教職員数にふさわしい生徒数である事が求められます。高校生としての人格形成期に単なる技能のみを学ばせるのではなく、看護教育を通して、より良い人間形成をしていかなければならないと考えます。

質疑応答

佐藤祐子（浜松市立高校）：病院実習で生徒に体験学習として修得させたいという趣旨であったが、能力上からも態度上も病院実習に多くを期待するのは無理かと思われる。

そこで病院実習の目的をどの様に考えるか、またそれに伴ない、評価についての考え方を聞かせてもらいたい。

大和田：病院実習は校内ではできない実習、つまり校内では患者が居ないという事から応用発展させる場として、ぜひ必要である。今後の１０単位という事に関しては、資格取得があれば当然だと思います。ただし、資格取得を考えない、高校生として考えた場合は当然、もっと減らすべきと考えます。

A—4

衛生看護科の看護実習からみるカリキュラムの問題点

元新庄高等学校教諭　　江口　千恵

看護教育は、対象である患者を把握するための知識の教育と、それを患者に行動として施行する技術の教育の2つの柱から成り立っています。

しかし、高等学校の衛生看護科における看護教育の目的は、表に示す4つの要因をふまえて、その方法と目標を検討されなければならず、いずれも1高等学校のレベルにおいてのくふうや変更には制限がある。すなわち、衛看の設立目的及び教　指針によって規定されている。

しかし、現在私達が行なっている衛看教育の現状では生徒の受け止め方、教師の対応によって多くの問題点があると考える。

私は、山形県．新庄東高等学校衛生看護科に在職中、病院実習を経た時点の2年生、3年生に対して行なったアンケート調査を中心に、カリキュラムの中で学習に関する生徒の問題点について考察を加えてみた。

定められている現行の標準単位は、表2で示す通りであるが、その中で看護実習は、全体のほぼ59％を占めている。

ここで新庄東高校衛生看護科生徒に対して行なったアンケート調査で、

① 衛看で困った点についてみると、

57.4％の生徒が専門教科がむずかしい答え、最も多く、次に29.8％、普通教科の勉強が少ない、と答える生徒が多く上げられる。

② 衛看に入ってよかった点、又は期待度として表に示されるような点があげられている。即ち、「准看資格を取れる」が42％の者がよりとして、多くの生徒が准資格を取る目的を明確にしていることが判る。（これは白石高の場合でも同様であった）

③ 次にこの生徒にとって、むずかしいとする専門教科は、85.1％もの生徒が解剖等の看護基礎医学であり、次いで成人看護が多いが10.6％に止まっている。また看護実習がむずかしいと答えたものは0である。

④ そして、生徒の普通教科に対する見方は、適当とするものは33.1％であるが、普通教科の割合が少ないとしているものが36.0％の多くを占めていることは、進学問題を含め、普通科程へのあこがれを示すものとも考えられるが、これは又、不足しているとみる一般教科目では、数学、英語、理科の順となっており、このことは普通教科を求める姿勢が専門教科の理解への基礎段階の科目として求めているとも考えられる。

以上の結果からも、高校生の彼女たちにとって現行のカリキュラムでは、衛看で行なわれる。看護教育の内容は、大変に負担の大きなものであることがうかがえる。

また、現在使われている文部省選定の教科書の内容でも、その使用する語句、用語を高校生の初期の段階で理解させるには高度なもので、生徒に読ませるだけで、その定められた時間の $2/3$ を費すほど膨大なものである。

看護技術の習得においても同様である。

薄井氏による「チェックポイント」を参考にして私は、生徒が基礎的知識を常にフィードバックさせながら実習できるための教案をたて、研究授業として、経鼻カテーテルによる酸素吸入法の実習を表のように行なった。

この結果、生徒はよく理解し授業効果は高く評価されるものとなったが、その所要時間は10時間となり、実習総時間の5％を占め、これでは現行時間割の範囲を大巾に上回ってしまい、このことは研究授業の研究会において強く指摘されるところとなった。これをさけて時間内に実施することは、理解又は技術習得の何れかを犠牲として「型」のみをうのみにする、つめ込み授業になり、生徒に必要な実習体験には至達しない。

また校外実習についてのアンケート内容では実習期間、実習場所、予習復習についてみた場合、勉強が出来ないとする者が84.2％あったのにか

かわらず期間、場所共頂度よりとしている。また先のアンケートでも実習はむずかしい教科としていないことなどからも、実習が流れ経過すればよいと考え、実習場所における学習態度に消極的な姿勢でのぞんでいるのではなかろうか。
また実習一般について狭く深く実習したいと述べる者が47.4%、これは看護技術に対し、体験習得が粗雑な現実において、一つでも完全なものを得たいという生徒の反応ではなかろうか。

高校の衛生看護科は、高校生としての立場と看護学生の立場があると考えるが、この場合、准看資格取得を前提とする者が多く、高校教育の立場からは、あいまいな点といえよう。しかし、看護教育は、決して学校だけで行なわれ終了するものでないとしながらも、学校教育期間において、専門的職種に向っての深まりをもつ教育内容を持たねばならない。そのためには、高校において生徒が学問として看護学に興味をもって学習し、また技術にも対象である患者に対する知識を前提に考えて行動できるようになるための、基礎学としての充実を計る必要があると考える。また、従来の医学書の縮少版のような教科書を脱皮し、看護学として整理された看護基礎学にあらため、技術習得中心のカリキュラムから看護学に興味をもてるカリキュラムへの変革が必要であると考える。そうすることによって従来の時間数にたより体験で完成している看護実習は、基礎学の徹底により、その到達段階がより充実され、高いものとなることが期待できると考える。

A－5

衛生看護科における問題点
―成人看護の指導の一工夫―

鹿児島大学医学部付属病院　　東　サトエ

＜はじめに＞

その疾患に生じてくる症状を現象のレベルでとらえ、それに必要な看護を症状とはほぼ無関係に丸暗記的に覚えてゆく従来のとらえ方では、知識がバラバラに記憶されており、必要な観察の要点が抜けたり、的をえない観察を行うことになりがちであった。また、その症状がいったいどこから何故生じているのか理解していないために、その疾患の本質がわからず、何を看護の目標としてとりくんでゆけばよいのか、どのような看護をすることが患者の生命力を高め、逆に消耗させてしまうのかを導き出せず、うわべだけの看護におわりがちであった。

このようなとらえ方のもとでは生徒の興味もわからず、理解を深めさせることがむずかしかった。また病院実習で、今まで学習してきたことを結びつけて看護を展開してゆく能力や、学習していない疾患を自己学習してゆく力を養うことができなかった。

＜学習の目的＞

そこで、校内で学習したことをもとに、患者を目前にした時に、その疾患の全体像を再構成し、要点を得た観察を行ない患者に必要な看護を導き出せるようなとらえ方ができ、病院実習でスムーズに展開してゆけるような指導法の必要性を感じ学習をおこない指導していった。

＜学習および指導の実際＞

学習に際しては従来のような考え方にできるだけ陥らないように、教科書、その他はみずに、今ある知識でもってその疾患とはどういうものかを大づかみにとらえ、必要な学習内容を検討しすすめていった。ここでは「細菌性肺炎」を例にとり説明する。お手元の資料を参照して下さい。

肺炎においては、資料（Ⅰ）にあげてあるように、一般的に炎症というものがどういうものか、またその生体にとっての意義を把握し、それが呼吸器である肺におこった場合の特徴をとらえることによって、大づかみにその本質をとらえた。それが、資料（Ⅱ）の①の細菌性肺炎とはいう文にあたる。更に、この細菌性肺炎とは何かという本質に照らしてみて、資料（Ⅱ）の②のように、肺に炎症がおこることによって、健康時と違いどのようなことが生体に生じてくるのかという観点から、肺炎で生ずる咳、痰等の発生を裏づけていっ

た。

これ等をもとにして、肺炎によって乱された生活の機能を整えるための看護の目標を導き出し、それを満たすための具体的な看護をつかんでいった。それが資料（Ⅱ）の③である。そして、最終的に肺炎患者にみのがしてはならない観察の要点を把握していった。

このような学習をした上で、生徒のレベルにあった指導案を作成し教授した。それを資料（Ⅲ）にあげておく。なお、医師が疾患を受け持っている現状では疾患についての学習は、オーバーヘッドやプリント等を使用し、復習の意味も含めて看護に生かせるように導いてゆき、そこから看護の目標と看護法を生徒が考え出せるように展開していった。

授業終了後、生徒達は自分の力で、資料（Ⅳ）にあるように、生活を支える諸機能の１１項目にわたり、肺炎患者に特に必要な観察事項を書き出し、教授内容を整理した。そうすることで、病院実習で肺炎患者を受け持った場合には、これをもとに必要な情報を集収し、高校生のレベルにあった看護計画をたて展開してゆけるようになる。また、教授されなかった疾患についても同様の方法で自己学習してゆくように指導した。

＜まとめ＞

このような思考過程をとることは高校生のレベルではむずかしい面もあったが、考えようとする姿勢を養え、少しずつではあるが、自己学習も可能となった。また、病院実習で校内の学習を生かし、関連づけて看護してゆけるようになったと思う。また、衛看→専攻科というルートを通る生徒がほとんどであった状況において、衛看で学んだ土台の上に立ち、更に学習を深めてゆくにはどうしたらよいかは大きな課題であったが、以上のような疾患とそのとらえ方をしておくことで、生徒の発達段階や能力に応じて、見通しをもって指導できると思われた。

＜これからのとりくみ＞

数少ない授業時数の中で、何をどれだけ教授すれば効果的かが残された問題である。一応検討過程におけるものを資料（Ⅴ）にあげておくが、臨床経験のなかった私にとっては確信がもてなかった次第である。今後臨床の場を生かし、この問題を解決してゆくことと、教育の場で得た思考法をもとに、「健康障害の種類と段階」、「発達段階」、「生活過程」、を考慮し、看護計画をたて、その人にあった個別的な看護を展開してゆくことにより、よりよい教育のあり方を検討してゆきたいと思う。

さいごに、この研究をまとめるにあたり御指導いただきました千葉大学看護学部薄井担子教授、熊本大学教育学部木場富喜助教授に厚く感謝いたします。

質疑応答

津島律（弘前大教育学部）：

1. 授業と臨床看護実習において具体的には、どのように関連づけているか。例えば受持患者の選択や病院実習での直接の指導を看護教員はどのように行っているのか。
2. 衛生看護科生徒に対して看護計画は、指導理念としてどのような方向で考え具体的にはどのような指導範囲で実施しているのか。

東：質問Ⅰに対して、病院実習においてどのような疾患を受け持ち看護計画をたて展開してゆくかについては看護の役割が大きく、病院実習で生徒がよく経験するものを学習させており、発表したような指導をもとに生徒は自分のレベルにあった計画をたて展開しいっている。

質問Ⅱに対して、進学する生徒がほとんどあった高校においては将来ナースになるであろう生徒として指導目標をとらえ、患者を総合的にとらえる姿勢を養っておく必要がある。観察および計画については看護概説で自分自身の観察をさせ看護計画をたてさせることによって成人看護へと結びつけてゆき所定の用紙を用い病院実習で展開してゆく。病院実習指導にあたってはナースおよび教師が行なっている。今後の課

題としては発表のように疾患とその看護をとらえて両者が指導にあたれるような（特にナース側）とりくみが必要となる。

座長要請による特別発言要旨

永井弘子（千葉東高校衛生看護科）：

① 看護基礎医学の担当教員については、ぜひ現職の教員によって指導することにしたい。

② 生徒の中に難解な科目として看護基礎医学を意識させる前に、記憶力の良い年代であることからも積極的に取組ませることができたらと考えている。

③ 病院実習の意義は言うをまたないが困難であっても、努力して臨床側の再認識を促す必要を感じている。現場教員の病院実習に対する意欲や、臨床に働きかける姿勢に問題はないだろうか。

座　長　　千葉大学教育学部　　鵜沢　陽子

A－6

含嗽水及び含嗽回数からみたマウスケアの検討

弘前大学医学部付属病院　山崎　昭子

口腔は常に細菌によって汚染されており、常に感染の危険に曝されております。看護の場では、この感染予防は重大な課題であり、多くの具体的方法が看護計画の中に組み入れられております。含嗽もその一つの方法ですが、本法の口腔内細菌、消毒効果に関するこれまでの報告は、そのほとんどが健康人を対象としたもので、たとえば、頬、舌、咽頭の話筋を30秒ないし1分間も強く動かすなど、患者を用いて行なうには無理があると思われるような方法でデータが出されています。そこで、私は患者を対象とした含嗽の口腔内細菌に対する効果と、含嗽水別による含嗽後の爽快度を知る目的で実験を行ないました。

Slibe 1をお願いします。まず、循環器系呼吸器系疾患で入院中の60才～75才までの患者5名を対象に水道水と2％ホウ酸水の含嗽後の排出水の生菌数の差を知らべました。判定はそれぞれの含嗽後に排出された含嗽水を無水でドウ糖、バクト・イースト・エキストラクトを混和したハート・インフュージョン寒天培地に、24時間、好気性培養し、その集落数をもって生菌数として比較しました。

含嗽水の量、頬、舌、咽頭の諸筋の動かし方などは自由としましたが、含嗽時刻は午前9時30分～10時30分までとしました。

次に、含嗽の回数による生菌数の差を知る目的で同じ対象患者について、含嗽を3回および5回施行させ、排出された含嗽水中の生菌数を測定しました。

さらに、消化器系、あるいは循環器系等疾患で入院中の18才～59才の患者18名を対象に、含嗽水別の爽快度を知る目的で、水道水、2％ホウ酸水、生理的食塩水、2％重曹水、微温湯、2％レモン水の6種の含嗽水で含嗽させ、調査しました。含嗽は午前と午後の一定時間内に、1日2種類で含嗽させ、3日間で6種の資料を収集しました。

Slide 2　含嗽後の爽快度の判定基準は、鈴木らの基準に小原の食品の味の分類項目を加えて修正し、爽快、不快、不明の3つに分類しました。判定は個々の患者に私が面接を行ない、質問紙に記入しました。また、各々の患者に最も爽快な含嗽水を選ばせました。

Slide 3　これは滅菌蒸溜水で含嗽した後の口腔内の常在菌を表わしたものです。生菌数は平均すると35×10^{6}/mℓ存在しました。なお、抄録では10^{7}～10^{8}/mℓ程度とありますが、10^{6}～10^{7}/mℓ の誤まりであり、訂正しおわびいたします。

Slide 4　次に、水道水による含嗽後の生菌数を含嗽の回数別にみますと、3回施行後の平均値は147×10^{5}/mℓ、5回後のそれは91×10^{5}/mℓとなり、後者で数字の上では菌数の減少がみられましたが、両者の間に推計学的な差はみられませんでした。

Slide 5　同様に2％ホウ酸水による含嗽後の生菌数を示しましたが、3回施行後の平均値は

78×10^5／mℓ、5回後のそれは11.8×10^5／mℓで減菌効果はみられていましたが、しかし、ここでも両者の間に有意差は認められませんでした。

また、水道水と2％ホウ酸水の減菌効果においても、数字の上では後者がより菌数の減少がみられましたが、両者の間に有意差は認められませんでした。

なお、含嗽水の種類を問わず、含嗽回数だけで減菌効果を比較してみますと、3回施行後の平均値は112.×10^5／mℓ、5回後のそれは76.4×10^5／mℓとなり、3～5回の含嗽では、含嗽の回数によって減菌効果に差がないことが明らかにされました。

Slide 6　これは含嗽水別にみた爽快度を示したものです。6種の含嗽水中、爽快と答えたものが過半数を占めたものは、微温湯の9人だけでした。反対に不快を答えたものが過半数を占めたものは、生理的食塩水の16人、重曹水の14人、レモン水の13人、ホウ酸水の12人など、4種もありました。また、水道水に対しては、11人が不明と答えていました。

Slide 7　これは6種の含嗽水を区別せずに、ただ単に含嗽という行為について、爽快度を調べたものです。のべ108人中61人、57％が不快と答えており、不明と答えた24人を加えると78％の患者が含嗽後に爽快さを得ていないことが示されました。

Slid 8　これは患者が最も爽快な含嗽水として選んだ含嗽水を示したものです。水道水、微温湯が各々5人、28％で最も多く、生理的食塩水は1人も選んでおりませんでした。

スライドありがとうございました。

以上の成績より、入院患者を対象としたため、含嗽方法を一定にできませんでしたが、含嗽は口腔内細菌に対する減菌、消毒効果は少なく、今後は含嗽の方法を十分に検討すべきと考えられました。また、含嗽水としては、含嗽後に不快感を残すものがあり、マウスケアの目的をどこにおくかによっても異なりますが、適切な含嗽水を選ぶべきと考えられました。

以上で発表を終わります。どうもありがとうございました。

質疑応答

玄田公子（滋賀県立短大）：

1. 実験時期
2. 実験に使用した液の温度
3. 患者の状態
   (1) ptは必要性をどうとらえていたか
   (2) 体位は
4. 含嗽の方法を検討したい。そのポイントは

内輪進一（徳島大教育学部）：抄録の中の含嗽による口腔内細菌の減菌消毒効果という言葉は、口頭発表にあったように減菌といった方がよいと思う。

口腔細菌数を測定する場合には血　寒天培地を使用する方が適当である。

福井公明（徳島大教育学部）：

① 含嗽の意義をどう考えられていますか。

② この実験で特に患者を対象としたという理由は何ですか。

山崎：

○含嗽の目的は　・食物残査の除去
　　・爽快感を与える。

○患者を用いなければならない理由は、含嗽方法が健康人を対象にしたものを患者に用いるには無理があろうと思われたため

○実験の時期　7月末～8月中頃

○微温湯は37～38℃

水道水は特に温度を測定せず、実験時期の水道より出されたものをそのまま用いた。

A－7

現行消毒法の再検討

北里大学附属病院　○滝　幸代
太田市立宝泉小学校　萩原　悦子
千葉大学教育学部看護課程　松岡　淳夫
（学生）　三沖　絹子

患者に安全な環境を提供し、安全な方法でケアを行なうことは看護の重大な責務の一つです。近年消毒薬の発達や消毒機械の改善によって消毒方法も大きく変動して、その方法も極めて多岐となってきています。最近では超音波洗浄装置がこの無菌的消毒法に取り入れられ、極めて短時間で確実な効果が得られる方法として活用されるようになってきています。調査によれば、全国調査病院の６４％がこの装置を利用して無菌的消毒を実施しているといわれています。

そこで私達は、市販超音波手洗装置を用い、そのカタログに示される〃手術前手洗、器械消毒30秒〃に従い、0.０２％クロルヘキシジン液併用により、手指、器具を夫々３０秒づつ浸漬作動を試みたが、全１０例５０検体中菌陰性となったものは３検体のみで他は多くの菌を残し、手指ではその部位、器具では材質によって残存菌に差がみられた。すなわちこの超音波洗浄装置による消毒法について再検討の必要があると考えました。この消毒法による効果は、超音波による洗い落し効果と薬液効果の相乗によるものと考え、この２点から実験を計画しました。

実験には、標示菌液による人工汚染法を用いました。標示用菌液には、大腸菌（S_8）を２４時間増菌し、希釈検定により１$m\ell$中10^{10}～10^{11}コロニーであるものを用いました。検体としては手指では、形態上の相違から爪部、指間、手掌、手背、肘部の５箇所、器具では特徴的材質として、プラスチックブラシ、木ブラシ、採物ガラス、金属製器材として持針キ、コッヘル、ゴム製としてネラトンカテーテル、他絹糸の６つを選択しました。消毒時間は一般に使用率の高い３０～６０秒を中心に１５秒・３０・６０・１２０・１８０秒の５段階としました。なお、本実験に使用した超音波洗浄装置は建部青洲堂製、発振周波数22発振出力１立方cm当り0.２９７Wattのものです。

まず、超音波の洗い落し効果をみるため、手指、器具について、各実験部位に標示菌液0.１$m\ell$塗布し乾燥させたものを、精選水を満たした装置内に浸漬させ、指示された時間作動させました。次に消毒薬効果をみるため、一般的使用下限前後の0.０１％、0.０２％、0.０３％の濃度に調整したクロルヘキシジン液に同様に準備された各検体を指示時間浸漬させました。判定は、浸漬後直ちに、塗布部位を滅菌生理的食塩水１００$m\ell$の中でガーゼ片にて洗い落し洗浄液とし、この１$m\ell$をデゾキシコレート培地を用い、２枚法で混釈培養し、24時間後のコロニー数を算定し残存菌数としました。以上、各部位、時間、濃度に対しそれぞれ５検体づつ反復し実験しました。なお、培地中算定した１コロニーは、生食による希釈、ガーゼ片の遊出率から実際には約５００コロニーの菌が残、だと考えられます。

各検体における実験をもとに、平均残存菌数をもって効果の推移をみてみますと、手指の洗い落し効果では、爪部、肘、指間、手背、手掌の順で残存菌が多くなっています。３０秒間作動では爪部で約7,０００コロニー、他でも約1,０００コロニー以上の菌が残されており、６０秒になると残存菌は約半数に減少するが、各部位による差は大です。１２０秒になりますとその差も少となってきていますが、１８０秒作動させても着菌が完全に洗い落されるということはありませんでした。器具については、ガラスでは３０秒、ネラトンでは６０秒、プラスチックでは１２０～１８０秒で効果があらわれてきています。絹糸も１２０秒で一応の効果がみられるものの１８０秒になっても比較的残存菌は多くみられます。同じ金属製でもコッヘルの方が持針器より残存菌減少が早くあらわれるが、１８０秒では差はなくなっています。次に薬病効果をみますと、ガラス、持針キは低濃度でも長時間浸漬すれば、菌数が減少する傾向にあります。プラスチックのブラシネラトンカテーテルは高濃度、長時間でも菌を残すものが少なくありません。木のブラシは低濃度では長時間浸漬しても残存菌数が多いが、高濃度では短時間で菌の消失がみられています。手指に対する薬液効果については、平田による研究を参考にしましたが、

手指全体を対象とした実験で0.０２%クロルヘキシジン液内４０秒以上の浸漬ではじめて効果が一様になると述べています。

以上よりさらに、0.０２%クロルヘキシジン液併用による超音波洗浄装置の消毒効果の実験をすすめ、同様に効果をみました。グラフの説明は略致しますが、つまり、0.０２%クロルヘキシジンを併用して超音波洗浄装置を無菌的消毒に用いる場合、超音波の洗い落し効果、消毒薬効果の両者からみて、３０～６０秒の消毒時間では全く危険といえます。また、材質・構造・形態等の因子により効果に差が生じてしまい、これを考慮して、この実験からは、何秒でよしということはいえないが、いずれも一様な効果を期待するならば、120～１８０秒を基調とした消毒時間が必要があるといえます。さらに、手指では装置内ブラシの使用等効果発揮のための補助動作を、器具では0.０３%を下限としてそれ以上に消毒薬の濃度をあげることを提起したいと思います。

質疑応答

内輪進一（徳島大教育学部）：抄録にある超音波による薬剤消毒効果は全く否定的であるとの他の報告から考えて、ヒビテン液効果は超音波によって低下するといったこと。また、供試菌液濃度によって相違がでてくるといったことは考えられるでしょうか。

福井公明（徳島大教育学部）：　大腸菌の附着実験では、附着の前に皮膚を無菌状態にされましたか。そうでないと時間が経ると大腸菌が常在細菌叢のために減数するのではないでしょうか。

滝：塗布菌液による効果の差は考えられると思うが、この実験においては効果の推移みているのであり、また、判定法の希釈等により、菌数を下げると判定に困難が生じると考えられることから、この10^{10}～10^{11} コロニーの菌数を用いた。また、塗布部位は、無菌ではないが充分石けん洗浄を行い、付着菌はほとんどないものと考える。

クロルヘキシジンは、殺菌力の面からも副作用の面からもすぐれた消毒薬であり、この消毒法に多く使用されている。目的により濃度差があるが、手指、器具では0.０２%で効果があるとされている。

消毒法の効果判定ということから、この使用下限の濃度の前後を検定した。

座　長　　弘前大学教育学部　　津島　　律

Ａ－８

ＭＤＴからみた性周期の心身に及ぼす影響について

千葉大学教育学部　○茅島　江子
〃　　秋山　昭代

婦人の性周期が心身に及ぼす影響については、婦人科学のみならず、心理、教育、産業の分野において、以前より報告のあるところであります。すなわち、婦人の性周期各時期における心身の愁訴ならびに作業能率はきわめて関係の深いものといわれており、飯塚らは、約７０%の婦人は性周期において月経前、月経時のいずれかの時点で、日常の仕事、学業の低下、意欲低下を訴えていると報告しています。今回、私らは性周期における心身の愁訴と、婦人のストレスに対する適応能との関係をみることを目的とし調査を行ない、若干の知見を得ましたので報告します。

対象は千葉大学教育学部女子学生５２名で、昭和５３年６月から７月にかけて調査を行ないました。調査方法は、全員に基礎体温を測定し、性周期各時期を確認し、それぞれ卵胞期、黄体期、月経時に、ストレスに対する適応能の判定として鏡影描写法Mirror Drawing Test（以下ＭＤＴと略す）を行ないました。ＭＤＴは、成和研究所のＰＳＹＭ●－ＣＦ５０２を用いました。これは鏡影描写部と操作表示部からなり、鏡影描写部は星形図形板、平面鏡、遮蔽板、電気ペンで構成されており、操作標示部は一周描写所要時間、誤描写回数が表示されるようになっています。被験者は、星形板に描かれた２重の星形図形を平面鏡で見ながら電気ペンで左方向にたどるようになっており、

２重の星形図形からはみ出すと刺激音が発生し、一種の驚愕反応が引き起こされるようになっています。

また、性周期に関する心身の愁訴としては、Moosの提唱しましたMenstrual Distress Questionair（以下ＭＤＱと略す）を用いました。ＭＤＱは、４６愁訴からなる質問紙で、月経前、月経時、月経間における自覚症状を４６愁訴の中から選ばせるようになっています。４６愁訴は、それぞれ、痛み、集中力の低下、行動の変化、自律神経失調、水分貯留、否定的情緒、気分の高揚、コントロールの８グループに分類されています。なお、MDQにおける月経前とは月経の始まる前１週間をいい、月経時とは経血期間をいい、月経間とは周期の残りの日数として調査を行ないました。ＭＤＱとＭＤＴを比較する場合は、月経前を黄体期と比較し検討を行ないました。

ＭＤＱ平均愁訴数を性周期別に比較しますと、月経前5.0、月経時7.8、月経間1.1で、月経時に愁訴が最も多く認められました。月経前と月経時で検定を行ないましたところ、$t=2.12$で5％で有意でした。

ＭＤＱを徴候群別に愁訴者の割合を月経前と月経時で比較しますと、月経前では水分貯留を15.5％の人が訴え最も多く、次いで行動の変化、痛みの徴候を訴える人が多く認められました。月経時では、特に行動の変化を訴える人が29.7％と、全体の約 $1/3$ の人に認められ、次いで集中力の低下、痛みの徴候を訴える人が多く認められました。また、４６徴候のなかから、特に訴えの多いものをあげますと、月経前では腹痛、乳房痛、いねむりをする、気分が変わり易い、学業・仕事の低下、怒りっぽいが多く、月経時では、腹痛、疲労、動作がにぶくなる、いねむりをする，外に出たくない、学業・仕事の低下となっています。

ＭＤＴにおける一周描写時間、誤描写時間、誤描写回数を性周期別に比較してみますと、それぞれ黄体期に高い値を示しました。ＭＤＴのストレス誘発特性から考え合わせますと、黄体期に心理的ストレスに対する不適応の傾向があると考えられます。

ＭＤＱ愁訴数別に一周描写時間、誤描写時間、誤描写回数を比較しますと、一周描写時間では、黄体期においてＭＤＱ愁訴数が多くなるほど一周描写時間は長くなる傾向にあり、月経時は愁訴数との関係は認められませんでした。これを回帰直線で比較してみますと黄体期の係数は月経時の係数よりも高い値を示しました。誤描写時間では、黄体期においてＭＤＱ愁訴数が多くなるほど誤描写時間は長くなる傾向にあり、月経時では愁訴数との関係は認められませんでした。誤描写回数でも同様に、黄体期においてＭＤＱ愁訴数が多くなるほど誤描写回数も多くなる傾向にあり、月経時は愁訴数との関係は認められませんでした。これらの結果から、黄体期において、性周期愁訴の多い人ほど心理的ストレスに対する不適応が強いと考えられます。また月経時は性周期愁訴の多少にかかわらず、一定のストレスを持っているものと考えます。

ＭＤＱ徴候群別に愁訴数の多い人の一周描写時間、誤描写時間、誤描写回数を比較しますと、一周描写時間では、黄体期において、集中力の低下、行動の変化、痛みの愁訴の多い人に一周描写時間が長い傾向が認められました。誤描写時間では、黄体期において、行動の変化、集中力の低下、痛みの愁訴の多い人に誤描写時間が長い傾向が誤められました。誤描写回数では、黄体期において、集中力の低下、行動の変化、痛みの愁訴の多い人に誤描写回数が多い傾向が認められました。

これらの結果から、黄体期において、行動の変化、集中力の低下、痛みの愁訴の多い人ほどストレスに対する不適応傾向が強いと考えます。

以上まとめますと、次の５つの結果が得られました。第１に、性周期の愁訴は月経時に最も多い。第２に、性周期の愁訴は月経前では水分貯留の徴候、月経時では行動の変化の徴候が多い。第３に、ストレスに対する適応能は黄体期に低い傾向にある。第４に、黄体期において性周期愁訴の多い人

ほどストレスに対する適応能は低い傾向にある。第5に、黄体期において性周期愁訴のなかで、行動の変化、集中力の低下、痛みの愁訴の多い人ほどストレスに対する適応能は低い傾向にあります。

今後、思春期、更年期婦人など各年代層別に、また、季節別変動等を検討し、この研究を深めていきたいと思います。

質疑応答

東サトエ（鹿児島大医学部付属病院）：様々の健康のレベルが対象となる看護において、今回の研究を看護にどのように生かしてゆきたいのか。見通しをもっていたら大づかみに教えてほしい。

茅島：一般に月経困難、月経前緊張徴候等を訴える婦人は多く、今回の研究はその実態を把握することを目的とし行なってきました。母性健康管理上、これらの実態を把握することは対象の理解、アプローチの方法を考える上で意義があると思う。

A－9

デイジタル、アナログ情報とシステムズ理論を使つたPsychotherapy解析への一試み

近代医学部公衆衛生学　　早川　和生

① はじめに

我々人間の大脳は情報を処理したり、また記憶したりする器官である。また人間以外にも、ある種の精密機械、例えばサイバネティックス装置や自己制御装置、コンピューター等は同様の情報処理を行なっている。今日よく発達した情報理論は他の多くの学術分野にも強い影響を与え、精神医学は情報理論から非常に多くのものを借りてきた。

人間は生物の中でただ1つのディジタル・アナログ情報両方を使うユニークな存在であり、このことの重要性は決して過大視されすぎることはないと言える。人類が今日までの歴史の中で多くの発明発見をなしえた事も、ディジタル情報を利用した事を抜きにしては考えられない。人と人との間の情報交換を見れば　このディジタル・コミュニケーションの重要性は明らかである。しかし、同時に人間はアナログ・コミニケーションにも常に多くたよっていることも事実である。人間は必要に応じて、この2種類のコミュニケーションを使うのである。時には聞き手として、時には話し手として、そしてどちらの立場にあってもディジタルからアナログへ、アナログからディジタルへと正確な転換がされる必要がある。この情報転換の際に我々人間は、非常に不可解なジレンマに多くまきこまれるのである。情報の一部もしくは大部分が情報転換の際に消えてしまったり、ねじまげられたりするのである。

Psyhotherapy精神療法は疑もなくこの正確な情報転換に関与するものである。精神療法の成功、不成功は、療法家と患者、両者の情報転換能力にかかっていると言えるのである。

以下私は、非定型精神分裂症と診断された30才の男性の患者と療法家との関係をSystems理論の面からとらえなおし、Psychotherapy理論の明確化への一試石としてみたい。

この患者は過去に入院を3回くり返したが現在は自宅で両親と住み月に2度近くのクリニックへ処方をもらいに行き、過去に自殺をはかった事もあり、ノドに大きな傷跡がある。彼は孤独感、疎外感が非常に強く、自分自身への自信を持てずにいる。時々、うつ状態になり、その時は家にとじこもり食事もほとんど取らない。

この患者との精神療法の場を概念的に取らえると、この様なモデルが考えられる。

患者と療法家は2人で1つの場をつくり、この場はディジタル、アナログ情報の交換により1つのシステムを作っている。この中で両者は互いに影響しあっている。患者Pと療法家Tはそれぞれ独立した個人として1個のSubsystemであり、それぞれ別個の情報処理を行なっている。患者Pは自己概念をハッキリ持たない不安感の強い Subsystem　と抽象化できる。この為、患者PのSubsystemは有効に機能をはたさない自己制

御能力の低下しているOpen−endedなSubsystemと考えられる。療法家Tはコントロールのとれた Open−Subsystem であると考えられる。
療法の目的は患者PのSubsystemをOpen−Susystem にもどすことである為、療法家Tは患者Pの発する、ディジタル、アナログ両方の情報を正確にとらえる事を第1目標とし、それによって患者に高い理解力を示す。しかし、患者Pは既にダブル・バインドの状態に陥った経験を多く持つと考えられ、患者PのSubsystemに入る情報インプットは、知覚レベルと大脳での処理レベルの2段階でわい曲されていると考えられる。そのため、患者Pが相反する2つの情報を同時に発した場合、療法家Tはただちに、そのことを正さねばならない。これもいわゆるConfrontationの概念の1つとして把られる。この場合、療法家Tは明確にダブル・バインドに反応している患者Pの行動と言語を指てきするのである。
では治療が効果的である患者、患者と療法家の間のCommunication Model はどう変化していくのか、もっと詳しく把えていってみたい。まず患者Pと療法家Tが始めてのSession を持った場合にはPにとってTは未知な人であるためPは情報の送り手として彼の内面をそのままま っすぐに伝えようとせず、情報は送り手Tの側で既にわい曲されてしまっている。その上、療法家Tも始めてでPの状態を正確に把握することは困難である。そして、患者の出す、ディジタル・アナログ両方の情報を適格に解読することができない。またTの出す返答も患者Pは、わい曲して受け取める。このサイクルが治癒初期には続くため情報の有効な交換が困難である。
数回、面談を持ったあと療法家Tの情報解読はすばやく改善されるが患者Pは手まどる。
面談回数が多くなると、患者は療法家の前では不安感を感じなくなる。療法家の適格な情報処理によって、また患者の不正確な情報処理をConfrontationによってつくことにより、患者は効果的な情報処理を行なえるようになる。このことは、患者PというSubsystemがよくコントロールされたOpen−Subsystem になるということである。では、クライエント中心療法で強調されるempathf(共感)、Warmth(温たか)、genuineness(誠実)の三点はどう理解されるのか、empathy は療法家の理解力、感賓の鋭さを示し療法家が正確に患者からの情報を受けとめることである。Warmthとはあるがままをそのまま無条件で認めることであり、患者は認められることによって不安感を急速に取り除くことができるのである。genuinenessとは療法者の発する、ディジタル・アナログ両方の情報内容が同一であり、かつまた、伝えようとする情報と、実際に送られる情報が一致することである。患者Pは療法家Tからの明快な情報を容易に理解するであろうし、また無意識の内に、患者Pは療法家Tをモデルにしてより正確なコミュニケーション技術をかく得していくものと考えられる。つまり療法家Tは患者Pにとって効果的なコミュニケーション方法を現実の場で教えてくれる。教師である。

③ おわりに

今回1つの試みとしてPsychotherapy を抽象モデル化することを行なってみましたが、今後情報科学やサイバネティックス理論がさらに発達することによってPsychotherapy も一そう明確な理論を背景に持てるようになると期待できる。

質疑応答

津島 律(座 長):精神科看護学におけるPsychotherapyについては、特にpatientとtherapist との関係は両者の相互作用のプロセスそのものが精神療法としての価値をもつものである。その関係をいかに分析的に客観し看護にいかしてゆくか看護研究においても課題のひとつとなっている。このような点についてシステムズ理論を用いPsychotherapy を解析しようという研究である。今後の看護研究に大きな示唆をなしてくれるものであり今後に一層期待したい。

内海　滉（千葉大教育学部）：

① Pの発するディジタル、アナログの例は？

② ディジタル←→アナログをverbal－nonverbalとみなしてはいけないだろうか？

③ 「人間はディジタルをアナログを発する唯一の生物」と云ったが、動物ではアナログはないのか？

④ コンピューターではディジタルのアナログ化が進行しているが？

早川：

① アナログは顔の表情や行動の1つ1つ、そして声の調子も含んでいる。
ディジタルは全ての会話言語を示すものである。

② ディジタル・アナログはVerbal nonverbalとは概念的に異なっている。

③ コウモリ・イルカ等がディジタル情報を使っているとも言われるが現時点では人間のみと言ってよい。

④ 精神衛生の分野で働くナースは精神療法（心理療法）の専門知識、技術にたけている必要があり、その為にはHurnan Communicationの理論を熟知していなければならない。そして、この事は、ディジタル・アナログの情報modeの正確なencodiny decobing を指すものである。

A－10

入院によっておこる患者の不安について

弘前大学医学部付属病院　葛西　裕子

入院してまもない患者の環境の変化によっておこる不安及び心配を知ることを目的とし、本研究を行ないました。

対象は、高校生以上の安静度3以上の内科入院患者で、23例です。

入院2日目と7日目に、これらの患者と面接をして、質問紙により、不安の変化について調査しました。同時に、2日めには、テーラー不安テストを行ないました。

テーラー不安テストの判定は、3件法を用いましたが、全体の平均点は17点でした。これを性別に見ますと、男子は15.2点、女子は23点で、両者の間には危険率10％で有意差が見られました。なお、標準偏差は、11.2で、最低点4点、最高点43点でした。

「入院したことによって不安はあるか。」という質問に対ては、入院2日めでは、「たいへん不安である」と答えた者1例、「少し、不安である」と答えた者13例で、合わせて14例61％と、半数以上の患者が不安をいだいていましたが、7日めでは、10例43％と少なくなり、不安が減少していることが明らかにされました。しかし、両者の間には、有意差は認められませんでした。

これを性別に見ますと、男性では、「たいへん不安である」と答えた者はおりませんでしたが、「少し不安である」と答えた者は、入院2日めでは、11例中8例72％、7日めでは3例28％となり、推計学的にも、有意差をもって、入院日数が増すにつれて、不安が少なくなることが示されました。女性では、2日めに、「たいへん不安である」と答えた者12例中1例、「少し不安である」と答えた者5例で、合わせて6例51％、7日めでは、「たいへん不安である」と答えた者1例、「少し不安である」と答えた者6例で合わせて7例59％と、不安は増加していました。

次に、テーラー不安テスト指数の成績と不安の推移を見ますと、20点以上の不安指数の高い者では2日め、7日め共「たいへん不安である」と答えた者11例中1例、「少し不安である」と答えた者6例、合わせて7例64％であり、入院日数が増しても、不安に変化はみられないことが明らかにされました。これに対して、不安指数が20点以下の者では、「たいへん不安である」と答えた者はなく、「少し不安である」と答えた者は、入院2日めでは、12例中7例58％であったのに、7日めには3例25％となり、7日めに不安が減少していました。

さらに、仕事に対する心配についても調べてみ

ましたが、入院２日めでは、「たいへん心配である」と答えた者は、１４例中１例、「少し心配である」と答えた者１１例、合わせて１２例８６％７日めでは、「たいへん心配である」と答えた者１例、「少し心配である」と答えた者１０例、合わせて１１例７９％で、両者の間に差はありませんでした。これをテーラーの不安テストの成績によって分けてみました。ここでも差はありませんでした。なお「心配である」と答えた者は、その理由として、「休むとみんなに迷惑がかかる」「将来にさしつかえる」「３カ月以上休むと、休職になる」など挙げていました。

経済的心配については、２日め、男性では、「たいへん心配である」と答えた者はなく、「少し心配である」と答えた者２例、女性では、「たいへん心配である」と答えた者２例、「少し心配である」と答えた者３例、男女あわせて７例３０％であったのに、７日めでは、男女共「心配である」と答えた者が減少していました。

これをテーラー不安テスト指数で見ますと、推計学的な差はありませんでしたが、不安指数２０点以上の者に「心配である」と答えた者が多い傾向がみられました。

その他、疾病、対人関係、家庭、病院の環境などについても検討しましたが、性別、入院日数、テーラー不安テスト指数による差はみられませんでした。

以上の成績により、入院により生じる不安は、テーラー不安指数の高い者に多く、しかも、不安指数の高い者は、入院日数が増しても、不安が減少しないことが明らかにされました。すなわち、不安指数の高い者は、情緒の不安定があることから、入院生活への適応が遅いということが指摘されました。

さらに、入院による不安は、性別による差が見られ、男性では、入院日数が増すにつれて、不安は減少するのに、女性では、それが認められませんでした。これには一般に男性は女性に比べて、不安を受容する力が高いこと、環境の変化に順応していく力が強いこと、及び、困難に直面した際に、それを克服していく力が強いこと、などが関係していると指摘されました。

質疑応答

内海　滉（千葉大教育学部）：入院時の不安の構造が、Taylorによる得点との何らかの関連があるとしても、情緒の不安定が高値として選び出される以上、TaylorのAnxietyを捉んでいない、両者の妥当性を検討することが必要であり、テストバッテリーとしての客観的評価が望ましい。

野島良子（徳島大教育学部）：

Ⅰ　「入院のために生じた不安」と云っているが、入院した患者の不安は、発病、あるいは発病したかもしれない、と自覚した時点で即に発生している不安ときりはなして論じることはできない。

Ⅱ　面接によっているが、極度に不安の強い場合には、かえって自己に不安があることを自覚できない場合がある。研究方法は妥当か？

Ⅲ　面接は何んで行なったか？

一人で行なう面接から得られるデーターには問題がある。

川上　澄（弘前大教育学部）：発病のために生じた不安・心配事などの、入院による変化を検討するためには、患者の来院時、入院時、入院７日目など、３段がまえでデーターを得ることが必要と思われる。

今回は発病時のデーターがないので、入院２日目のデーターが発病時のそれと同じか、異なるかについてはお答えできない。

それよりも、入院２日目の不安、心配事などは、一般に入院７日目には軽減するが、軽減しない患者は、テーラーの不安指数が高いという性格的な因子が大きい原因となっている、という事実を理解していただきたい。

1）心理的な動きを把握する方法としては面接が最も大切と考える。しかし、それは専門医

あるいは専門家が行う面接のことで、今回のデーター収集のように、1学部学生の行ったものでは、信頼性が乏しい。

2) MAS(テーラーの不安テスト)は50問に及ぶ不安に関連する質問によって、不安の状態の有無を判定するもので、客観性が大いに認められている。

3) なお、このテストで把握される不安とは Anxiety でなり、Worry ではない。
日本語では心配事、気になることなども全て不安と表現されがちであるが、混同すべきでない。

4) 以上のことから、面接で得たデーターの裏付けとしてMASを行つわけであるか、結果はMASで得られた指数と並行した、ということである。

葛西: 不安の定義は、主観的な莫然とした恐とした。主観的なものを測定するためには客観的資料を用い測定する必要がある。そのためにテーラー不安テスト(不安が身体的症状に現われるのを測定し不安を見る)を行ない、できるだけ客観的にした。態度、表情なども大切な要因であるが、それらはたとえ複数で観察したものでも主観的であることにかわりはないと考えられる。なるべく不安が客観的になるようにテーラー不安テストを用いたが、今後さらに客観的不安を得られるよういろいろな面で検討していきたいと思う。

座 長　徳島大学教育学部　池川 清子

A－11

糖尿病患者の糖尿病に対する理解度の調査研究

静岡県立盤田高等学校　○佐野 京子
千葉大学教育学部　村越 康一

私は、糖尿病患者が糖尿病に関して、食事療法に関してどの程度の知識をもっているかをアンケートで調査し、それらに影響する因子を調べた。アンケートは千葉大学医学部付属病院第一内科糖尿病外来に通院している患者291名を対象に行い、200名の回答が得られた(回収率69%)性別、年令別、老年層とは60才以上、壮年層31～59才、若年層30才以下とした。学歴別、治療法別、り病期間別、治療期間別、コントロール別では、朝食前空腹時血糖と尿糖値の検査成績を基準に、医師により「良」「可」「不良」に分類した。標準体重の回答では±1Kg以内を正解とし、指示カロリーの±10%以内を正解とした。日本糖尿病学会編の食品交感表の利用の有無についても調査した。

結果および考察

各項目における理解度では、医学的基礎知識Iはよく理解されていた。栄養学的基礎知識IIでは、三大栄養素、最もカロリーの高い栄養素についての理解が低かった。これは老年者では栄養学を勉強していない者がたくさんいるためと考えられる。栄養学的応用知識IIIでは迷信と思われることを含む問題であるが、おからをいくらとっても良いと理解している者が半数の108人いた。またサラダ油を自由に使ってよいと答えた者が71人いた。他には、くだもの、牛乳が多かった。4の食品のバランスの問題では、正解が45%と半数以上が理解していなかった。

次に各項目の理解度を総合評価するために採点を行い、A・B・Cの分類をした。Aは正解率80%以上、Bは60～80%、Cは60%以下とした。医学的基礎知識はよく理解されており、76.5%がAであった。II・IIIの栄養学的知識はあまり理解されておらず、特に応用知識では52%がCという成績であった。そしてこの採点結果を項目別に検討した。推計学的有意検定にはX^2-test を使用し、有意水準5%以下を有意差ありとし、5～10%をその傾向があるとした。得点のよいものより、この様に評価をすると年令別では、明らかに老年層になるにつれて成績が悪くなっている。IIでは、壮年層と老年層でA・C共に推計学的に有意な差が認められた。IIIでは、若年層と壮年層でCの間に有意差が認められ、また若年層と老年層、壮年層と老年層でA・C共にその差は有意であった。学歴別では、義務

教育卒業の者に正解率の低い者が多かった。Ⅰでは、義務教育卒業と高校卒業ではAの減少、Cの増加は共に有意差が認められた。Ⅱ・Ⅲにおいても、義務教育卒業と高校卒業、義務教育卒業と短大以上卒業では、同様にA・C共に有意であった。Ⅰ・Ⅱ・Ⅲのいずれの問題でも高校卒業を短大以上卒業との間には、有意差は認められなかった。性別では、いずれにおいても女性の方が理解が低かった。Ⅱでは、A・C共に女性が男性に比べて有意に減少・増加していた。ⅢではCにおいてのみ有意差が認められた。このように女性に正解率の低い者が多かったということは、女性に老年層が多く、義務教育卒業の者が多いためと考えられる。指示カロリーの回答ではその差がはっきりとでた。つまりⅠ・Ⅱ・Ⅲいずれの問題においても、A・C共にその間には有意な差が認められた。Ⅱでは、Aは正解群で46%、誤り群で9%であり、Ⅲにおいても正解群が46%、誤り群では74%をCが占めていた。これは、指示カロリーを知っている者はそれだけ関心が強く勉強しているためと考えられる。交換表の利用別では利用している者がはるかによく理解していた。Ⅱ・Ⅲにその傾向がはっきりと表われ、特にⅢの応用問題では、利用している者がCが38%、そうでない者が75%であった。推計学的有意差の結果は、Ⅰ・Ⅱ・Ⅲのいずれにおいても、A・C共に有意差が認められた。このように食品交換表を利用している者の理解がよく、それが特に応用問題ではっきりでたということは興味深い。コントロール別でははっきりとした傾向はつかめなかったが、Ⅰにおいてコントロールが悪いほどAの占める割合が低かった。良群と不良群とでは、Cにおいて後者の方が多い傾向があり、Aは有意に良群の方が多かった。このようにはっきりとした差がでないのは、患者の理解度にかかわらず積極的に薬物療法が行われコントロールされたためと考えられる。

結　論

医学的知識は比較的よく理解されていたが、栄養学的知識はあまり理解されていなかった。特に三大栄養素が理解されておらず、また過去の間違った考えをまだ信じている者が多く、バランスのとれた食事という基本原則が理解されていないことがわかった。

医学的・栄養学的知識に対する理解度は、老年層、義務教育卒業の者、女性、指示カロリーを理解していない者が低かった。したがって今後の患者指導の方向としては、60才以上の女性で義務教育卒業の者に対する指導の工夫、食品交換表の利用の勧め、指示カロリーの理解であり、その内容としては、指示カロリーの範囲内でバランスのとれた食事、迷信、特におから、サラダ油などの誤解をとり除くなどである。

おわりに

大学病院における患者指導は、医師・栄養士が行っているが、ここで外来看護婦が個々の患者の生活環境や教育程度を把握したうえで指導方針を決定し、定期的に指導していくことは、患者の知識のレベルアップ、そして糖尿病のコントロールへと通じるものと確信する。

質疑応答

徳島清子（徳島大教育学部）：今回の調査結果の中には、あらためて調査するまでもなく、われわれの常識として持っているレベルの問題も多く含まれているように思われました。われわれが日々臨床の場で関心をもっていることとしましては、糖尿病に対する医学的・栄養学的知識をもっていましても、それに従うことが出来ない患者さんの存在であるように考えます。そういった点についての今後の研究方針がございましたら、お聞かせねがいたいと思います。

佐野：脱落者に対する検討は、本年度研究を進めており、まだはっきりとしたものはつかんでいない。

村越康一（千葉大教育学部）：糖尿病の知識があっても守れないのに対して糖尿病治療から脱落していった者について調査中である。その結果を待ってお答えしたいと思います。

A－12

地域における寝たきり老人看護について

筑波大学付属病院　○長岡多恵子
市原市健康管理課　田丸志づえ
渡辺　行栄
山■佳津美
串田登志江
千葉大学教育学部看護課程　松岡　淳夫

老人問題に対する福祉対策や医療施設が充分とはいえない現在の社会情勢の中で、寝たきりとなった老人は、家庭においてその介護をうけ、医療から放置されています。寝たきりの状態は、老人自身はもとより、その家族にもたらす肉体的精神的負担は、極めて大きいと考えます。

私は、千葉県市原市の市原、南総の二地域を対象として、寝たきり老人と介護者の生活の実態を調査し、今後の寝たきり老人保健活動のあり方をしました。

は、千葉市の南に隣接し、近年工業化と人口急増をみる都市で、工業地域を中心とした都市化傾向の強い海岸地域と、昔ながらの農村地区である後背地域に大別できます。市原地区は海岸地域、南総地区は後背地域にあります。地域特性として、市原地区は核家族多年若年型、南総地区は複合家族多高令者型といわれています。

調査対象者は、この二地域で６カ月以上就床し、入浴・食事・排便等の日常生活に入手を要する65才以上の寝たきり老人で、昭和５２年３月３１日現在、介護手当支給者として登録された市原地区４１名、南総地区５３名、計９４名です。

両地区における寝たきり老人の出現率をみると、世帯あたりでは、市原地区に比べ南総地区では1.0％と高くなっています。これらの対象者のうち、調査できたものは死亡・転移者等をのぞき市原地区２４名、南総地区２８名の５２名で、詳細な質問質を作り、本人および介護者に面接調査を行いました。

性別・年令別にみると、男では６０代～８０代前半にかけて、女では８０代後半～９０代にまでみられ、両地区とも同様の傾向にあります。

たきりの原因では、両地区とも脳血管障害によるものが多く、特に南総地区では６７％と、市原地区の４２％に比べ高くなっています。

現在の治療状況については、医師の処方箋による服薬のみが両地区ともに多く、７０％を占め、医師を受療するは、市原地区で２５％、南総地区で１１％にすぎません。また、何もしていない者は、市原地区２５％、南総地区１８％にみられています。

入院経験のある者は、市原地区で６３％、南総地区で３６％と、南総地区で低くなっています。

脳血管障害者で寝たきりになる前の健康診査の受療状況は、南総地区では市原地区に比べやや低くなっていますが、両地区とも８０％は受診しています。

たきり老人の精神状態を痴呆テストによって調べてみると、慢性脳症候群のある者は、市原地区１１名５５％、南総地区１７名７１％で、両地区とも半数以上にのぼり、女に多くなっている傾向があります。

寝たきり老人の日常生活動作８項目について評価点を設定し評価してみると、スコアが２０～２４点以上の「上」に属する者は両地区とも $1/5$ に足りず、ほとんどの者が何らかの介助を必要としています。

寝たきり老人の清潔状況では、判定規準を作って検討しました。一般に寝たきり老人の清潔状況はよく、平均でみると「下」に属する者は、両地区とも１０％程度でした。

寝たきり老人の主な介護者は、両地区とも男では配偶者、女では嫁という傾向があります。

介護者の年令では、市原地区は６０～７０代、南総地区は４０～５０代に多くなっています。

介護者の健康状態については、市原地区２４名中１４名、南総地区２８名中１６名と半数以上が何らかの疾患を持っており、治療を受けていました。

介護者の仕事は、市原地区では家事をしている者が、南総地区では農家の多いことから「家業をしている」者がそれぞれ半数以上でした。

1日の介護時間をみると、市原地区では3～4時間以下、南総地区では3～4時間以上に多くみられます。

寝たきり老人のため夜中に起きなければならない程度は、常にある者と時々ある者をあわせ、両地区とも半数以上にのぼっています。

介護者の疲労感については、多少なりとも感じるとしたものが両地区とも約半数を占めています。

福祉対策に望むことを、本人・介護者の双方からあげてもらうと、介護者についてみると、市原地区では半数以上が何らかの要望であったのに対し、南総地区では「特にない」とする者が多い傾向でした。要望として多かったのは、両地区ともに、訪問健康診査の実施、ホームヘルパーの派遣、外出サービスでした。

以上より、寝たきり老人の多くは、直接的な医療から放置され、身体的精神的状況は低い結果でした。特に、南総地区では、広域診療圏であること、医療に対する意識の低さ等から、受診状況も低い結果でした。また、介護者の面では、両地区とも高令化傾向にある中で、健康障害を有しつつも献身的に介護にあたっており、過重な介護量が明らかにできたと考えます。南総地区では、農家の仕事をしながらの介護も多く、寝たきり老人家庭の問題は市原地区に比べ、南総地区でより深刻ではないかと考えます。

今後の福祉対策として、検討しなければならないものとしては、訪問健康診査の実施、ホームヘルパーの派遣等があげられます。訪問健康診査は、医療から疎遠となった寝たきり老人の最低限の要望であると考えます。しかしながら、福祉対策への積極的な要望も少い現状では、まずは、寝たきり老人家庭の状況把握・意識向上がはかられるべきだと考えます。

また、寝たきりの原因の多くが脳血管障害であったことは、市原市では毎年成人病検診が行なわれていますが、その徹底をはかるとともに、高血圧者からの一環した管理と保健指導の完全な実施が必要であると考えます。

質疑応答

津島　律（弘前大学教育学部）：ある地区の脳卒中患者の家庭訪問を行ったときに、看護者の看護づかれや老令化等の問題があったが、寝たきり老人の看護においての看護者の問題は具体的にどうであったか。

長岡：介護者の問題では次の点に要約できると考えます。

① 高令化傾向にあること。５０～７０代

② 健康障害を有している者が、南総・市原両地区ともに半数以上にある。

③ 介護者は女に多く、家事をしている者が多いが、南総地区は農家の多いことから農業しながらの介護であり、負担が多くなっている。

● 学会印象記 ●

四大学看護学研究会参加印象記

野　島　良

四大学看護学研究会は着実に充実し、発展してゆきつつあるようです。千葉大学で開催された第四■四大学看護学研究会に参加して、そういう印象を得ました。

第一に、参加者の輪が拡がってきています。わが国の看護教育のシステムの複雑さ多様さと、そこから生じる教育上の諸困難は、理想はどうあれ、わたくし達が現に拘えている問題です。建設的、かつ発展的に解決をはかってゆかざるを得ません。そのためには、それに関与している人びとが、いろいろな立場から、問題や事実をもちよって提起し、検討しあってゆく必要があるでしょう。高等学校衛生看護科における看護教育をめぐって、参加者の輪に拡がりがみられることは、悦ばしいことです。

さて、しかし他方でこれは四大学看護学研究会を中心とした看護教育界に、ひとつの重要な課題が与えられたことを意味しているのではないかというのが、わたしの得た2番目の印象です。一般演題のなかで多くだされた、各地の高等学校衛生看護科におけるさまざまな教育的とりくみの努力と試みは、問題が発展的に解決されてめくためには、関係者の個々、単発的な努力だけではなく、広くプロジェクトを組んで、研究が進められてゆかなければならない時期にきていることを、暗に示唆していたようです。

わが国の看護教育のシステムは多様というか、とにかくその外見は複雑です。しかし、幸か不幸か、中味は必ずしもそうではないようです。逆に、高校で学ぶ看護は専攻科や大学でのそれの、単にミニサイズ化されたものに過ぎないかもしれない、という懸念が、たえず関係者を悩ませています。制度の上では准看護婦から看護婦への道を、せっかく開いておきながら、教科内容の工夫のない重複が、学生の看護及び看護学への関心の深まりを、むしろ阻害している現実があるとすれば、これは考えものです。

看護について、何が、いつ、誰に、どれだけ、どのように教えられるべきか、これが緊急に整理されなければならない問題です。しかし、これは看護学の確立ということを抜きにしては考えられないことです。シンポジウム、「大学における看護学教育の検討・特に地域看護について」では、地域看護の学習にとちくむ担当者の熱意が、おのづと伝わってくるようでした。が、問題は「地域看護」とはいっても、「地域」という用語に含まれる概念が、いまだ必ずしも明確にはなっていないことを印象づけたことです。

看護の領域で用いられる用語が定義されることは、看護が学問として成立するための、不可欠の要件です。そして、ひとつの用語に妥当な定義が与えられるためには、着実な無数の研究のつみ重ねが、その背後にあるはずです。

看護の領域における研究の必要の緊急性は、近年、さまざまな機会に強調され、看護界全体に十分に認識されてきているようですが、看護界自身がいわゆる研究者を育てるところへ迄は、まだ至っていないようです。しかし、今■の研究会で発表された一般演題や、それらをめぐっての熱心な討議は、若い研究者がどのようにして育てられてゆくものかを、垣間みせてくれたようです。看護学の将来の発展は約束されているも同然です。

看護の教育と研究は一卵性双生児のようなものです。そして、この一卵性双生児をはぐくみ育ててゆくホームが、四大学看護学研究会ではないだろうかというのが、わたしの得た感慨です。

徳島大学教育学部看護課程講師

会　　告

第５回四大学看護学研究会を下記の通り徳島市において，徳島大学教育学部看護課程が担当して開催いたします。

第５回四大学看護学研究会
会長　村　田　　栄

日　　時　昭和５４年９月２４日（月曜，秋分の日）

場　　所　徳　島　市　　会場選定中

内　　容

1. 一般演題　公　募
2. シンポジウム
   主題（継続）　大学における看護学教育の検討
   －大学での看護研究－
3. 特別教育講演　講師（交渉中）
4. 長長講演

演題募集要領

下記によって，演題及び要旨抄録をお送り下さい。

1. シンポジウム　演題
   演説要旨をＡ４版原稿用紙で2,０００字以内にまとめ，郵便封筒に「シンポジウム抄録」と朱記
2. 一般演題
   演説要旨を発表者氏名（○印を付記）共同研究者氏名，及び所属名を加えて，Ａ４版原稿用紙に1,０００字以内にまとめ，郵送封筒に「一般演題抄録」と朱記

期　　日　昭和５４年６月３０日　〆切

宛　　先　徳島市南常三島町　（郵便番号７７０）
徳島大学教育学部看護課程内　　第５回四大学看護学研究会会長

連絡，問い合せは，下記にお願いします。

電話　０８８５－２３－２３１１　内線　３１３　夜は　３２３

◎　本研究会で発表の演説，討論内容は研究会機関誌に掲載します。

◎　発表研究の原著，論文を機関誌への御投稿をお願いします。
この場合，Ａ４版原稿用紙（４００字づめ）２５枚（図表組入）程度におまとめ下さい。

編　集　後　記

千葉で第４回研究会総会が開かれ，大きな成果が残されましたが，その研究学会の全内容を本号に集録いたしました。本会が盛会となるにつれ，本誌もその厚さを増してまいります。

また，本誌の編集についても，編集委員会がきまり，編集のあり方，内容等今後改善，確定されることゝなっており，会員の看護学研究業績の収録としてより権威を増す基盤が確立されました。

本号は総会集録として，発行までの時間的関係もあり，　　と同様，事務局が編集に当りました。そして発行予定との関係上，大変独断でしたが，　　省き，の責任で原稿と綿密に照合稿正を致しました。この点，稿正不備がありましたら，集人の責任としてお詫び申し上げます。

次号は，既に１０篇の原著論文が届いております。まだ余裕があると考えますので，皆様方の御投稿をお待ちしております。

松岡記

務　局　便　り

５３年度会費は略々９５％の方が完了されております。まだ未納の方が１５名程ですが，早急にお納め願います。

５３年度会費　　2,０００円
５４年度会費　　3,０００円

四大学看護学研究会雑誌

第２巻　第１号

昭和５４年３月１０日印刷
昭和５４年３月２０日発行

会員無料配布
会員外有料頒布
（¥1,500）

編集委員
伊藤　暁子（厚生省，看護研修研究センター）
川上　　澄（弘前大学教育学部教授）
木場　富貴（熊本大学教育学部助教授）
福井　高明（徳島大学教育学部教授）
前原　澄子（千葉大学看護学部助教授）
松岡　淳夫（千葉大学教育学部教授）
宮崎　和子（千葉大学教育学部助教授）

発行　〒280 千葉市弥生町１番３３号
千葉大学教育学部
看護課程内
TEL 0472-51-5111 内線2567
四大学看護学研究会
発行責任者　松岡淳夫
印刷　千葉市都町１－５４－１９
㈲正文社（33）2235

日母会員ビデオシステム

監修　森山　豊　　企画制作協力　日母幹事会　その他

新たに　看護シリーズを２巻加えました……

第Ⅱ期⑤看護婦さん―勤務上のマナー―（新作）

ユーモラスなコントを主体に、マナーの基本を解説、「看護婦さんのマナーが、医療にどんな影響を及ぼすか」を考えさせて「心づかい」の大切さを訴えます。

○受付・待合室での応待　○電話の応待　○身だしなみ　○診察室・処置室・手術室のマナーと確認業務　○心のこもった一言　について　（19分）

第Ⅱ期⑥救急処置―ナースのための基本的実技―（新作）

敏速・適切な救急処置を行う為の　正しい知識と手順を満載した　看護婦さん向けのビデオ版教科書。実写・イラスト等で予習・復習できる本編は、産婦人科は勿論、看護にあたる人すべてに見て頂きたい作品です。

○気道確保　○人工呼吸　○循環保持　○静脈確保（静脈切開）　○輸液・輸血　○導尿　その他の処置　（23分）

第Ⅰ期⑩新生児の取り扱い方（52.4完成）

⊙娩出直後の取り扱い　⊙新生児室内における看護―出生24時間以内とそれ以後の観察・保育　⊙原始反射　⊙授乳・沐浴・おむつ交換の実際と産婦指導のポイント　⊙異常所見　⊙退院時の指導　（25分）

第Ⅰ期⑪分娩介助（52.1完成）

直腸診・剃毛・消毒・導尿から胎児娩出を経て、胎盤測定、清拭に至る介助の全てを実写により解説。会陰保護等の手技がよく分り、分娩機転、胎盤剥離等がアニメで説明されているので理解しやすいと産科看護学院・病院で好評　（25分）

第Ⅰ期⑫新生児異常の見方（52.7完成）

呼吸器系・循環器系・消化器系・神経系・その他（外傷・黄疸・表在性奇形・先天代謝異常・染色体異常）について、異常症例の実写を多く集め、異常の早期発見の手がかりを与える、新生児看護に欠かせぬ話題の力作　（26分）

第Ⅰ期　12巻　カラー　20～30分

妊産婦シリーズ	指導
1 安産教室	（松山栄吉・大村　清）
2 妊娠中の生活	（北井徳蔵・諸橋　侃）
3 出産	（薄井　修・角田利一）
4 妊娠初期のこころえ	（中嶋唯夫・松山栄吉）
5 妊娠後期のこころえ	（真田幸一・皆川　進）
6 産後の生活とこころえ	（前原大作・南雲秀晃）
7 妊娠中におこりやすい病気	（本多　洋・前原大作）
8 新生児の育て方	（山口光哉・久慈直志）
9 受胎調節	（大村　清・松山栄吉）
産科要員シリーズ	
10 新生児の取り扱い方	（大屋　敦・薄井　修）
11 分娩介助	（助川幡夫・角田利一）
12 新生児異常の見方	（水口弘司・中嶋唯夫）

ビデオカセット　● 12巻セット　一括払い　275,000円　分割払い　月額　25,000円×12回　● 1巻価格　27,500円

■Ⅰ期Ⅱ期とも　16ミリフィルム　各巻　100,000円

第Ⅱ期　6巻　カラー　20～30分

	指導
1 赤ちゃんの育て方 満１か月からお誕生まで	（二木　武・松山栄吉 本多　洋・安村鉄雄）
2 子宮がん 定期検診を受けましょう	（水口弘司・有広忠雄 松井幸雄）
3 更年期 楽しく・若く・美しく	（前原大作・河上征治 南條樂雄）
4 遺伝と先天異常 健康な子を産むために	（大屋　敦・黒島淳子 住吉好雄）
5 看護婦さん 勤務上のマナー	（北井徳蔵・薄井　修）
6 救急処置 ナースのための基本的実技	（山口光哉・市川　尚 野原士郎）

ビデオカセット　● 6巻セット　一括払い　150,000円　分割払い　月額　26,500円×6回　● 1巻価格　½インチ型カセット　27,500円　¾インチ型カセット　30,000円

■Ⅰ期Ⅱ期全18巻　分割払い月額　38,250×12回

お申込は

毎日EVRシステム

〒103 東京都中央区日本橋3-7-20ディックビル　TEL(03)-274-1751

〒530 大阪市北区堂島1-6-16毎日大阪会館　TEL(06)-345-6606

＊看護の科学社・看護専門図書ご案内＊

看護記録を　真に実践に役立つものとすべく実践的検討事例を豊富に展開された必読書！

看護記録—看護過程にそった記録の提案

川島みどり　牛込三和子　木下安子　桑野タイ子　宮崎和子 著

B 5判　170頁　定価1,600円　送料160円

臨床に　学習に　地域に　あなたの看護実践を確かなものにする必備の技術書1・2集！

生活行動援助の技術

—看護実践の基本となるもの—　川島みどり 著

＜第1集＞　A 5判128頁　挿図14　定価1,200円　送料160円

＜第2集＞　A 5判125頁　挿図13　定価1,200円　送料160円

「看護実践の科学」に連載1年，看護界に衝撃と感動をよんだ手記！問いつめた看護とは！

看護本来の姿とは—妻の死に考える

冨沢　賢 著　四六判248頁　定価1,200円　送料160円

東京看護学セミナーが一貫して収集・研鑽をつづけてきた事例検討の現時点での集大成！

事例を通して考える看護　桑野タイ子 著

A 5判280頁　定価2,000円　送料160円

看護の学習こそ学生が主体的に学びとっていくものと考えぬいた教師のめざましい成果！

気づきと学びの看護—ある看護教育実践記録

久保智代恵・小野寺綾子 著　A 5判190頁　定価1,500円　送料160円

精神科看護に長いキャリアの著者が　臨床実習のため実に具体的なテキストとして執筆！

精神科臨床指導の実際　神郡　博 著

A 5判138頁　定価1,200円　送料160円

今日からの看護学習・看護実践に役立ち　明日からの確かな基礎をきづく大好評必携書！

疾患別看護計画のための基礎ノート

〔付〕治療処置・看護の基礎知識

安田千代子 著　B 5判350頁　全表形式　挿入図120　定価3,500円　送料200円

続・疾患別看護計画のための基礎ノート

〔付〕治療処置・看護の基礎知識

安田千代子 著　B 5判375頁　全表形式　挿入図105　定価3,500円　送料200円

看護の科学社　東京都豊島区北大塚2—2—13—201　〒170
☎ (03) 917-7901　振替　東京0-43439

＊ 看護研究に新しい地平を

♣看護記録の方法
How to Collect and Record a Health History

●Mahony, Verdisco他／著
●田島桂子／訳
（厚生省看護研修研究センター）
●A5判■208頁■1,200円

看護者が患者の「背景」を把握し，認識しておくことは，定形化したケアによる害悪を避け，実効性をたかめるために重要であるが，患者のヘルスヒストリーを正確にとらえることは容易ではない。本書はデータ収集と記録の意義とそのテクニックを詳細に解説する必読の書。《主要内容》ヘルスヒストリーとは何か，データ収集，データの記録，現在の健康状態，家族歴，社会生活歴，系統別問診　他

♣患者とのふれあい；その実証的研究
Patient-Nurse Interaction

●A. Altschul／著
●早坂泰次郎／監訳
●高橋照子／訳
●A5判■304頁■1,800円

患者・看護者の関係を，実証的に分析した画期的な書。看護者の働きかけや態度が患者の治癒過程に与える影響と人間関係の諸相を，具体的な臨床場面の中に分析考究した示唆に富む一書。臨床ナース，実習指導者，看護学生の必読の書。
《主要内容》関係とふれあい，研究の方法，病棟における看護婦－患者のふれあいの型，患者の年齢とふれあい率や時間との関係　他

♣論理的思考；論説文の読み書きにおいて

●宇佐美寛／著
（千葉大学教育学部教授）
●四六判■242頁■1,600円

厚生省看護教員養成講習会で「論理学」の教鞭をとり，看護界に深くかかわってきた著者が，論説文の実例をもとに，論理的思考とは何か，その文章表現の方法とは何かを，簡潔，明瞭に分析した。豊富な実例をもとにした本書は，特別な予備知識や経験がなくとも，読み進めるようにし，また，練習問題も付し，論理的思考の実際がトレーニングできるように工夫しており，教材としてはもとより，看護に携わるすべての人に推奨する好著である。

♣実習評価の手引き

●山田里津／監修
（三井記念病院高等看護学院長）
●B5判■458頁■4,800円

看護教育のなかにおいて，実習の占める位置はきわめて大きいが，〝何を〟実習し，それを〝いかに〟評価するかとなると，きわめて難しい問題が横たわっている。しかし，この問題に真正面から取り組み，教育実践を展開してきたグループが，実習の具体的な内容を細かに検討・整理し，さらにそれらの内容に対する具体的な〝実習評価〟という困難な課題を美事に体系づけた本書は，看護教育者待望の必読書である。

株式会社 メヂカルフレンド社
本社■東京都千代田区九段北4丁目1－32 〒102 ☎03■264■6611 振替東京0－114708
大阪事務所■大阪市北区梅田1丁目2番2－1200号 530 ☎06■344■9811