昭和54年８月10日発行
ＩＳＳＮ　0386－8036

四大学看護学研究会雑誌

(Journal of Universities' Nursing Research)

VOL.2 NO.2

四大学看護学研究会

褥瘡管理は体圧測定から始めて下さい。

新発売

褥瘡予防は除圧が基本です

リップル体圧計は、患者の体重圧迫の状態をみるのに便利な測定器具です。

リップル体圧計の構造は、極めて簡単で、9Vの電池で操作できます。

リップル体圧計の使用により、体表面と支持媒体(マットレス等)との圧迫状態が一目で分ります。

体圧ゲージ
- 緑 ⟶ 毛細管閉塞なし
- 赤 ⟶ 組織損傷あり

●セット価格(スペアーパッド付き)……￥32,000

患者の体圧が簡単に計れる

リップル体圧計

英国　ターレイ社製

褥瘡予防・治療マットレス リップルベッド 関連商品

- ●体重分散・除圧効果の高い…一般ベッド用マット
- ●一般ベッド兼用・看護のし易い…ICUベッド用マット
- ●長時間手術でも安心な……オペ台用マット
- ●術後回復時に便利な…リカバリーベッド用マット
- ●家庭向けディスポタイプ……普及用塩ビマット
- ●部分敷兼用ディスポタイプ……小児用塩ビマット
- ●脊損患者向け取扱い簡単な…ハーフサイズマット
- ●屋内・屋外移動可能な…車椅子用シートクッション

※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

ナースと本　好評発売中

オレム看護論
看護実践における基本概念
著者　D.E.Orem
訳者　小野寺杜紀　神奈川県立衛生短期大学衛生看護科
原著は，多くの臨床・教育の場で，評価・検証され現在もテキストブックとして使用されている良書。看護を実践していく上で常に指標となる看護概念を，具体的かつ詳細に展開し，看護学生にとっても臨床看護婦にとっても，自分の現在おかれている立場，問題点，困難な点などを考察するのに必要な内容をもっている。
●A5 頁258 図3 1979 ¥2,000 〒200

患者との非言語的コミュニケーション
人間的ふれあいを求めて
著者　M.N.Blondis　B.E.Jackson
訳者　仁木久恵　聖路加看護大学教授
岩本幸弓　立教女学院中学校教諭
医学の進歩はめざましく，看護の世界にもさまざまな技術革新がもたらされた。その中にあって，ナースは直接対象としての患者一人間を常に中心においていなければならない。本書は，看護における非言語的コミュニケーションを真正面からとらえ，広い範囲での探究を行っている。実践面では，詳細にわたる症例をあげ具体的な示唆を与えている。
●A5 頁208 1979 ¥1,300 〒200

新しい看護の役割
アメリカにおける看護業務の拡大
編集　B.Bullough
監訳　山城正之　神戸大学教授
アメリカでは，70年代に入って一般医の減少や医療経済の観点から，そして何よりも看護婦自らの認識によって，診断・治療にまで看護の役割を拡大しつつある。本書は拡大されつつある看護の役割についての論文を集めたもの。今後のわが国の看護活動の方向について示唆を与え，〝自前〟の看護体制構築の必要性も教示。
●A5 頁248 図7 1979 ¥2,000 〒200

心電図を学ぶ人のために
高階經和　神戸大学講師・高階クリニック院長
これから心電図を学ぶ人のための自己学習書。まず心電図というものを理解するために知っておくべき心臓の解剖と生理を説明。各章の始めに学習目標，章の終りに〝ＱＡコーナー〟を設け，心電図というものが臨床的にどういう意義があり，どの程度までのことがわかるのかを解説。２色刷りによる図解で平易に解説。
●B5横判 頁256 図209 1979 ¥2,900 〒200

カラーアトラス 人　体
解剖と機能　第２版
横地千仭・J.W.Rohen
●A4 頁110 図27 写真122 原色図166 色図6 1979 ¥5,500 〒240

慢性関節リウマチ患者の看護
吉松俊一・原田登世子・木次節子
●A5 頁198 図50 写真34 1979 ¥1,900 〒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

ナースに必要な診断の知識と技術
日野原重明・安部井　徹・岡安大仁・本多虔夫・道場信孝
●A4変型 頁176 図213 1978 ¥2,900 〒200

看護のためのPOS
F.R.Woolley・M.W.Warnick・R.L.Kane・E.D.Dyer＝著
日野原重明・青木恵子・新井和子＝訳
●A5 頁192 図23 表4 1978 ¥1,400 〒160

がん患者の心　世話をする人々への指針
R.D.Abrams＝著　吉森正喜＝訳
●A5 頁130 1979 ¥1,000 〒160

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

臨床看護マニュアル
監訳＝和田　攻・上田礼子
●A5 頁1,300 図190 写真140 1976 ¥5,800 〒300

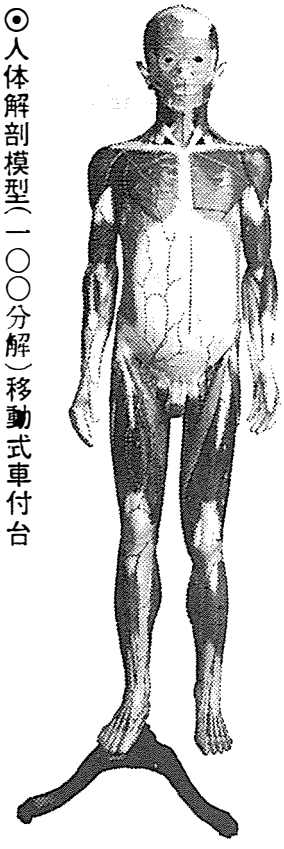
マイルズ 助産婦マニュアル
助産と保健指導のすべて
M.F.Myles＝著　監訳＝松本清一・前田マスヨ
●A5 頁720 図529 色図17 1978 ¥6,600 〒200

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

定評あるⓈマークの基礎医学教材

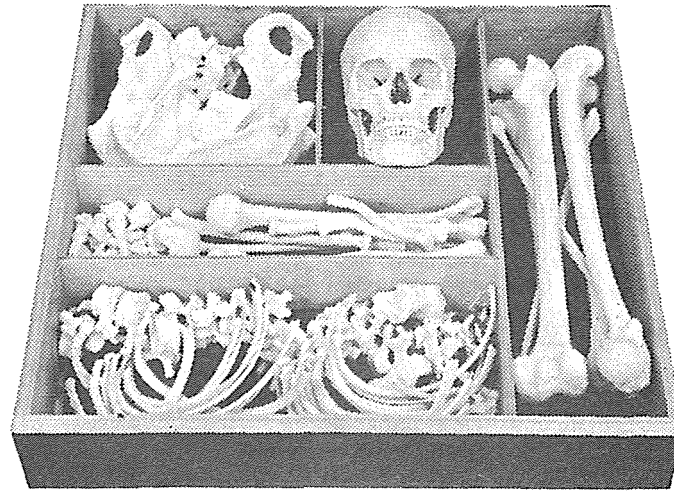
⊙人体解剖模型(一〇〇分解)移動式車付台

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)



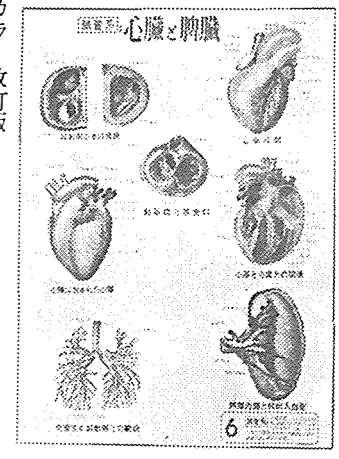
⊙実物骨格分離標本

成人型，歯並び一級
上質木製ケース入り



⊙人体生理解剖掛図26枚綴

カラー改訂版
破れない新合成紙使用

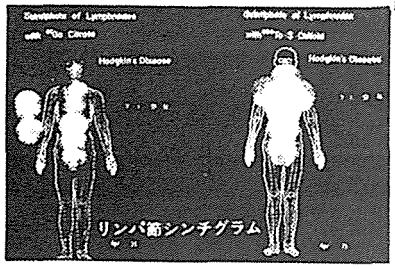


長さ 110cm×巾80cm

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

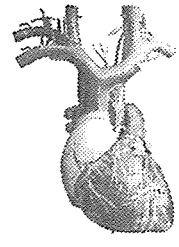
【総合カタログ進呈】



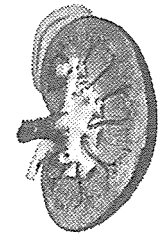
⊙スライド放射線医学

スライド医学教育

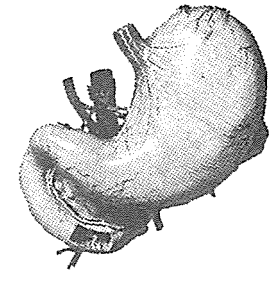
耳鼻咽喉科学・消化器外科
泌尿器科学・整形外科学
眼科学・産婦人科学
歯科学・病原微生物学
人体組織学・新看護技術
リハビリテーションと理学療法



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

会　　告　　(No 3)

第5回四大学看護学研究会を下記の通り，徳島市において開催いたしますので，お知らせします。

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)
8.30～17.30

場　所　徳島市南常三島町一丁目一番地
徳島大学教育学部　第12教室

会場費　1,500円(プログラム，その他の費用に充当)

内　容　1. 総　会　(議題は講演要旨集に掲載)

2. 研究学会

1) 特別講演　「看護心理学」
講師　文教大学教授　岡堂哲雄　先生

2) シンポヂウム　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－
座長　川上　澄，野島良子

3) 会長演説

4) 一般演題　(〆切り)　17題

3. 会員懇親会
場　所　徳島大学学生会館2階　食堂
時　間　午後5時30分より
会　費　2,000円

◎ 連絡先　〒770 徳島市南常三島町1－1　徳島大学教育学部看護学教室内
第5回四大学看護学研究会　0885－23－2311 (313)

◎ 本研究会で発表の演説，討論内容は，研究会機関誌に掲載いたします。
このため会当日演説原稿またはコピーの御提出をお願いします。

◎ 発表研究の原著，論文を機関誌へ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(図表込み)程度におまとめ下さい。
提出期間　54年11月30日

目　　次

巻　頭　言　　徳島大学教育学部教授　村　田　　栄……

原　著

高校衛看における諸問題　－准看資格の取得にからむ問題－

浜松市立高校　○佐　藤　祐　子他……　3

大分東明高校における衛生看護科の問題

大分・東明高校　○麻　生　佳　澄……13

高等学校衛生看護科における教育の現状と問題点

弘大・教育学部　○大和田　恵　子他……19

成人看護の指導の一工夫

鹿児島大・医学部付属病院　○東　　サトエ……34

現行消毒法の再検討　－超音波洗滌装置による消毒法－

北里大附属病院　滝　　幸　代他……44

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

近大・医学部公衆衛生学　早　川　和　生……55

MDT（mirror Drawing Test）からみた性周期の心身に及ぼす

影響について

千大・教育学部　茅　島　江　子他……61

地域における寝たきり老人看護について

筑波大・附属病院　長　岡　多恵子他……67

巻　　頭　　言

第5回四大学看護学研究会会長
村　田　　栄

一顧すれば，四大学に看護課程が創設されて十有余年の才月がすぎた。

その間，研究施設等の不備，多くの教官の交流など幾多の労苦をしのんだが，有能な学生を輩出し，更に看護学研究会の創立を見たことは看護界における創造と実践への貢献として同慶にたえないところである。

言うまでもなく看護学は理論と実践とそして実験を基盤として，諸分野の学問との関連のもとに自然科学的並に社会科学的知識と技術を適用実践する広汎な学として発展推進させねばならない。それは人間生存の生態学的展望において，遺伝的並に先天的問題をふくめて，人類の疾病をも内包する健康状態一般をふまえたものである。

看護学は，それが歴史的，社会学的立場をとるにせよ，自然科学的あるいは哲学的構築より出づるにせよ，また人間論的立場－存在論的方面よりの構成によるにせよ，その視点と方法において学問内部対象全般が，未来への志向と適応を予測した精緻な論理性をもつものでなければならない。

四大学看護学研究会も第5回をむかえた。広い視野から自由活達に論議をすゝめ，看護界への大きな飛躍の一翼となることを確信する。

更に将来は，これらの研究成果が関連分野の科学の進歩にも影響を与えるものになる事を期待したい。

学会諸賢の御努力と御研鑽により，ますます発展することをのぞむ次第である。

徳島大学教育学部教授

高校衛看における諸問題

Problems in High School Health & Nursing Course

―准看資格の取得にからむ問題―

Problems about Getting License of Assistant Nurse

佐藤裕子　　杉山倫子

Yuko Sato　　Noriko Sugiyama

Ⅰ　はじめに

発足以来14年，衛生看護科（衛看）は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いるが，その中で特に准看護婦資格の取得にからむカリキュラムや学習指導上の問題においては，将来の衛看の存在価値にもかかわるものとして感じている。

現在の文部省指導要領には，広義の看護者としての質向上を目指し，

① 看護に関する知識と技術を習得させ，看護を適切に行なう能力と態度を養う。

② 看護技術の科学的根拠を理解させ，その改善進歩を図る能力と態度を養う。

③ 看護の社会的意義を理解させ，看護に従事するものとしての望ましい心構えと国民の健康の保持増進に寄与する態度を養う。

という三目標があげられているが，その「能力と態度を養う」という一節には，応用力，総合判断力などを育成しなければならない職業教育として意味深長なところがあり，実際その目標を遂行する上では多くの困難にあたる。

衛看の指導にあたった者ならば誰でも，高校生の看護学習能力は，高校卒業後に看護を学習する学生の能力と大きな相違があると感じているはずである。高校生という時期は思春期のちょうど中間にあたり，入学から卒業までの三年間に心身（特に精神面）が大きく変化し，それに伴ない学習能力にも変化があらわれてくる。即ち，記憶機能が機械的から論理的に変わることもそうであるが，さらに対社会観のうすい主観的なものの見方から，次第に総合性のある客観的なものの見方ができる様になってくる変革時期にあたる。

そこで当然，教育においても，高卒後の看護学生と高校衛看生徒のカリキュラムや指導法にはその違いが生じなければならないはずである。また，衛看は准看資格を得るところでもあるが，高校生としての能力を十分考慮されるべきところでもあることを念頭におかなければならない。

しかし，現在の衛看のメリットが看護婦免許取得の短縮コースであることから，准看資格の取得については見のがせないものがあり，保助看法による規制は無視できない状態である。そして，それは衛看教育に多くの矛盾を生じさせているが，具体的に学習指導上，現場教育の中でその問題がどの様に表出しているのかその実態について検討考察を加えた。

Ⅱ　教育課程（カリキュラム）の実際

県内二校を例にとり，両者において共通とみられる問題点をまとめた。学校の概要については下記に示す。

○A校（公立女子校）

1個学年8学級（うち衛看1学級42名平均）

＊浜松市立高校

＊＊静岡県立清水西高校

52年度看護関係進学率　92.5%

○B校（公立女子校）

1個学年11学級（うち衛看1学級40名平均）

52年度看護関係進学率　94.9%

a）保助看法に定める准看教育について

衛看では看護婦資格を得る最短コースをとることができるが，その必要条件に准看資格取得があり，その為に衛看教育は保助看法にも規制をうける。そこでまずカリキュラム構成上関係の深いところをとりあげてみた。

看護婦学校・養成所指定規則第8条3項によれば，「教育内容は別表四に定める以上であること」と定められている。別表四とは表1のとおりである。

また保助看法施行規則第23条には，「准看護婦試験は指定規則別表四にあげる学科のうち左の科目について行なう」とある。その科目が表1の右欄の○印に該当するものである。

b）カリキュラムの内容と展開

文部省指導要領では「看護概説」「看護基礎医学」「成人看護」「母子看護」および「看護実習」5科目39単位（1単位時間50分，1個学年35単位時間を1単位とする）をもってカリキュラムの編成をする様になっている。

表2①～④は，A校とB校における53年度現在のカリキュラムである。このカリキュラムを施行する上での具体的科目内容については最低表1にあげた保助看法による学科と時間数を確保したものでなければならないので，実際にこのカリキュラムを展開するにはかなり複雑なものとなる。各学

表1　保助看護法別表四及び准看護婦試験科目

	時間		検定試験科目
解剖生理	45		○
細菌及び消毒法	30		○
個人衛生	30		○
食餌療法	30	10 理論　20 実習	○
薬理概論	15		○
疾患と健康の社会的考察	20		
関係衛生法規	10		○
家事家政	30		
一般看護法	370		○
看護史及び看護倫理	(10)		○
看護原理及び実際	(100)		○
内科疾患及び看護法（伝染病含む）	(80)	30医師による　50看護婦による	○
外科疾患及び看護法（整形外科含む）	(50)	15 〃　35 〃	○
小児科疾患及び看護法(小児保健指導含む)	(40)	20 〃　20 〃	○
産婦人科疾患及び看護法（新生児含む）	(30)	15 〃　15 〃	○
精神科疾患及び看護法	(25)		○
眼科・歯科及び耳鼻咽喉科疾患	(15)		○
皮膚・泌尿器科疾患（性病含む）	(10)		○
理学療法	(10)		○
	580		

（時間）は一般看護法の内訳

校の実情によりその展開はかなり違っており，学校ごとにかかえる問題は様々であるが，普通科と比べると衛看の共通問題点としてあげることができる。

表3①～②はその例で，両校において53年度現在生徒の受ける年間授業時間割の一部を抜粋したものである。

表2－①　A校衛生看護科教育課程表

	教科	科目	第1学年	第2学年	第3学年	計	
普通教科	国語	現代国語	3	2	2	7	9
		古典Ⅰ甲	2			2	
	社会	倫理社会			2	2	10
		政治経済			2	2	
		世界史		3		3	
		地理B	3			3	
	数学	数学Ⅰ	3	3		6	8
		数学ⅡA			2	2	
	理科	物理Ⅰ			3	3	9
		化学Ⅰ		3		3	
		生物Ⅰ	3			3	
	保健体育	体育	2	2	3	7	8
		保健	1			1	
	芸術	音楽		1		1	2
		美術	1			1	
	外国語	英語A	3	3	3	9	9
	家庭	家庭一般	2	2		4	4
	普通教科の計		23	19	17	59	59
専門教科	看護	看護概説	2			2	
		看護基礎医学	3	1	1	5	
		成人看護		5	2	7	39
		母子看護		2		2	
		看護実習	4	6	13	23	
	専門教科の計		9	14	16	39	39
教科目合計単位数			32	33	33	98	
各教科以外の教育活動			2	2	2	6	
合計			34	35	35	104	

（数字は単位）

表２－②　A校専門教科教育課程表

教科	科目	指導項目	第1学年	第2学年	第3学年	計
看護	看護概説	看護史	1			2
		看護倫理				
		看護原理	1			
		看護関係法規				
	看護基礎医学	解剖生理	2			5
		病原微生物	1			
		薬理		○		
		衛生			2 ○	
		栄養		○		
	成人看護	成人の保健				7
		内科疾患		2		
		内科看護				
		精神科疾患・看護			○	
		皮膚科疾患・看護			1 ○	
		臨床検査		○		
		外科疾患		○		
		外科看護		○		
		整形外科疾患			3 ○	
		理学療法・放射線療法			○	
		耳鼻咽喉科疾患・看護			○	
		泌尿器科疾患・看護		○		
		歯科疾患・看護			○	
		眼科疾患・看護		1	○	
		婦人科疾患・看護		○		
	母子看護	産科疾患		1		2
		産科看護				
		小児科疾患		1		
		小児科看護				
	看護実習	基礎看護実習	4	3		23
		成人看護実習		2	11	
		母子看護実習		1	2	
専門教科計			9	14	16	39

●印は指導項目の履習学年を示す　　（数字は単位）

表２－③　B校衛生看護科教育課程表

	教科	科目	第1学年	第2学年	第3学年	計	
普通教科	国語	現代国語	3	2	2	7	9
		古典Ⅰ甲	2			2	
	社会	倫理・社会		2		2	10
		政治・経済			2	2	
		日本史			3	3	
		地理A	3			3	
	数学	数学Ⅰ	4	2		6	8
		数学ⅡA			2	2	
	理科	物理Ⅰ			3	3	9
		化学Ⅰ		3		3	
		生物Ⅰ	3			3	
	保健体育	体育	3	2	2	7	8
		保健			1	1	
	芸術	音楽Ⅰ		2		2	2
		美術Ⅰ					
		書道Ⅰ					
	外国語	英語A	3	3	3	9	9
	家庭	家庭一般	2	2		4	4
	普通教科計		23	18	18	59	59
専門教科	看護	看護概説	2			2	39
		看護基礎医学	4			4	
		成人看護		6	2	8	
		母子看護		1	1	2	
		看護実習	3	8	12	23	
	専門教科計		9	15	15	39	39
教科目合計単位数			32	33	33	98	
各教科以外の教育活動			2	2	2	6	
合計			34	35	35	104	

（数字は単位）

表２－④　B校専門教科教育課程表

教科	科目	指導項目	第１学年	第２学年	第３学年	計
看護	看護概説	看護史	1			2
		看護倫理				
		看護関係法規				
		看護原理	1			
	看護基礎医学	解剖生理	2			4
		病原微生物	1			
		薬理	1			
		栄養・衛生				
	成人看護	整形外科疾患・看護			1	8
		眼科疾患・看護				
		耳鼻咽喉疾患・看護				
		歯科疾患・看護				
		理学療法・放射線療法				
		臨床検査				
		精神科疾患・看護			1	
		成人と健康		4		
		内科疾患・看護				
		皮膚・泌尿器看患				
		外科疾患・看護		2		
		婦人科疾患				
	母子看護	産科疾患		1		2
		産婦人科看護				
		小児疾患・看護			1	
	看護実習	基礎看護実習	3	2		23
		成人看護実習		6	8	
		母子看護実習			4	
専門教科計			9	15	15	39

（数字は単位）

表３－①　B校２学年水曜日の年間授業計画

月 / 時限	4 5 6 7	9 10 11 12	1
1	普		
2	普		
3	実習	内科看護	
4	実習	内科看護	
5	外科　泌尿器科　教諭Aによる	普　教諭Bによる	
6	実習 外科　泌尿器科	実習 普	

＜普＞とは専門科目以外の普通教科をさす

表３－②　A校２学年火曜日の年間授業計画

月 / 時限	4 5 6 7	9 10 11 12	1
1	（薬理）	内科看護	実習
2	（薬理）	内科看護	実習
3	（呼吸器疾患）　成人保健	（臨床検査）　母子看護	
4	（呼吸器疾患）　成人保健	（臨床検査）　母子看護	
5	普		
6	L．H．R．		

＜普＞とは専門科目以外の普通科目をさす
ＬＨＲとは学級活動のことである
（　　）は外来講師担当による

表3に示すように普通教科が年間を通して安定しているのに対し，専門教科の項目は週ごと，月ごとに変わり，学習指導上問題となるところが多い。

表3①の例はB校における2学年水曜日の年間授業計画であるが，項目・時間数の細分ばかりでなく，3学年の病院実習引率により授業（校内実習）担当の教員が途中で変わり，また担当教員が不在になる時期は普通教科に変更せざるを得ない状態である。

表3②はA校の2学年火曜日の年間授業内容であるが，先と同様細分化され，且つ外来講師による授業が途中に組みこまれ，全体を通しての組織化がされていない。

以上は代表的例であるが，各学年とも各曜日にわたって同様の傾向にある。生徒にとっては，次の日，何の授業になるかわからぬ場合もあり予習さえできず授業効果があがらない原因となっている。

この様な計画になる理由は，資格取得そのものに起因することに他ならないが，それにさらに複雑さを加えている主な原因に，(1)病院実習との関係，(2)外来講師との関係などが含まれてくるからであり，校内の調整だけでは補えないところがある。

c）教科外活動の実際

衛看のカリキュラムについて実態をあげたが，さらに教科外活動の複雑さも（生徒指導，学習指導の一環ではあるが）衛看の生徒を忙しくさせているのでここにあげておく。

衛看の行っている教科外活動には普通科と同様の「ホームルーム」「生徒会活動」「クラブ活動」「学校行事」の他に衛看独自の行事が加わってくる。表4はB校における53年度行事予定であるが，生徒及び授業時間に関するもののみ列挙した。

文化祭や体育祭など行事に使う生徒のエネルギーは多大なものであり，これら行事は学習活動に大きく影響する。行事の準備から終了までにかかる時間的精神的負担，また注意力の散漫などがそれである。往々にして行事前後の学習効果はあがらないのが普通である。

表4　B校における53年度行事予定

月	看護科行事	学校行事
4		入学式，始業式，オリエンテーション
5		スポーツテスト，中間テスト，身体検査
6	病院実習（3年）	合唱祭 文化祭　生徒総会，生徒会役員演説，選挙
7	浜松医大見学（3年）	期末テスト，球技大会，終業式
8	浜松医大見学(1年),県立子ども病院見学(2年)	
9	病院実習（3年），第1回准看模試（3年）	始業式，体育大会，水泳大会
10		スポーツテスト，中間テスト，演劇教室
11	戴帽式(2・3年)，養心荘(精神科)見学(3年) 解剖見学（1年），第2回准看模試（3年）	修学旅行，遠足，中間テスト，生徒総会
12	衛生看護科講演会(1・2・3年),病院見学実習(2年)	郊外走，球技大会，期末テスト，終業式
1	第3回准看模試	始業式
2	静岡県准看検定試験（3年）	
3	病院実習（2年）	学年末テスト，卒業式，終業式

☆　看護科行事のうち見学，実習は授業の一環として単位内に組み込まれる。

Ⅲ　学習指導への影響

カリキュラムは望ましい人間像を描いて教育内容が選択され，どの様に構成するかも指導要領に規制されている。学校教育ではその流れをくむ様な組織化された教育技術が展開されなければならないが，実際は扱う内容量が多く，少ない時間数で多くの知識を伝達せねばならない状態におかれていることは，Ⅱで取りあげたカリキュラムの実際からわかるであろう。

それではこの様なカリキュラムが授業という学習指導のさらに具体的段階で，どの様な形となって影響してくるのか例をあげて述べたいと思う。もっとも学習指導には当然その基になるカリキュラム問題があり，両者は明確に区別できる性格のものではないが，一応具体的に授業をすすめる上での問題点と思われるものを以下にまとめる。学習指導への影響は教員の姿勢によって異なるが，ここでは我々在職校にみられる一般的な傾向をあげてみたいと思う。

時間数に比して多くの内容を扱うとは，例えば次の様なことである。皮膚疾患においては10単位時間内で約20単元（小単元にするとその2，3倍）を扱わなければならない。また20単位時間内で内科看護は，呼吸器・循環器・消化器など6単元，さらに代表的な疾患の看護，対症看護などの小単元を扱うと少なくてもその7～8倍の単元を扱うことになっている。参考として現在教科書として使用している単元構成を表5に示す。

高校生にとって新しい教材を得て，その事物や現象の本質をとらえ，概念の構成・一般化ができ，それを授業時間内に定着させ，その上さらに理論を実際に応用できる段階まで指導を行なうためには，50分という1単位時間内ではわずかの教材しか消化できないのが普通である。

例えば内科看護においては，一つの教材を扱うためには解剖生理から初まって，その教材との関係を知り，応用できるまで定着させる必要がある。

表5

第1章　呼吸器疾患とその看護
- B　患者の看護
  - 1. 看護の原則
  - 2. おもな症状に対する看護
    - 1）発熱の看護
    - 2）せき・たんの看護
    - 3）喀血の看護
    - 4）呼吸困難の看護
    - 5）胸痛の看護
    - 6）チアノーゼの看護
  - 3. おもな疾患に対する看護
    - 1）感冒患者の看護
    - 2）気管支炎患者の看護
    - 3）気管支喘息患者の看護
    - 4）気管支拡張症患者の看護
    - 5）肺炎患者の看護
    - 6）胸膜炎患者の看護
    - 7）肺気腫患者の看護
    - 8）肺がん患者の看護
    - 9）肺結核患者の看護

第2章　循環器疾患とその看護
- B　患者の看護
  - 1. 看護の原則
  - 2. おもな症状に対する看護

しかし，それを行うには次の点において困難をきたしている。

まず基礎となる解剖や生理など一学年で学んだ内容が生徒に定着していない。これにはいろいろな原因があげられるが，生徒の能力の未熟さ，即ち基礎医学を理解するための教養（例えば物理的，化学的知識，計算力，語句の読解力など）が学習途中であること，また今まで述べてきたカリキュラム構成上の問題にも関係がある。一年生の半分のものは基礎医学についてむずかしいと答えている点からも予想できる。

第二に，基礎医学を再確認させ教材との関係を一般化してとらえさせるだけの時間的余裕が十分とれない。生徒の学習能力に合わせ授業を進行させると１単位時間内では看護ではなく解剖生理が中心となってしまい授業が進行しなくなる。

衛看では高校生という能力的特徴にあわせ，この様な問題の解決にむけて授業内容の精選や指導法の工夫をそれぞれに行っているが，それでも指導内容が多いと感ずる。専門科目が全般的に知識の伝達になりがちな性格であること，また一学年での基礎学習において生徒の年令的学習能力の未熟から基礎が定着しにくく断片的な言葉の記憶にすぎないことなどから，二，三学年の学習においても支障を生じさせている。またこの様な他律的な強制学習にあっては全体的に受け身的な生徒になる原因でもある。逆に，自律的な学習が生徒になされた場合は，生徒に主体性がでてくるともいえるのであるが，今の現状ではむずかしい点である。「一を聞き十を知る」という学習指導を行うために必要な基礎知識の普通科目，基礎医学など，まだ高校衛看では学習途中であることを忘れてはならない。

Ⅳ　ま と め

『教育とは一つの「躾け」をするにしても表面だけ形だけ「おしつけ」でさせるのではなく，それが子供の「身についた」ものとなり，人格形成の一転機をなす底のものでなくてはならない。』（教育と精神衛生　黒丸正四郎）

今の衛看の現状で，上記でいう教育することは難しい問題である。現カリキュラムは，教科，体験学習を通して教育にあたる様になっているが，学習指導という最末端の段階で生徒の学習能力との間にかみ合わぬところがある様に思われる。病院実習という場においても問題を整理し解決の見通しを立てる方法，学ぶ手段とすることこそできるが，それ以上の応用させ具体的看護行為の実践の場として実習できるように生徒に期待することは決してできない。

両校とも90％以上の進学率をもつ中で，必ず出てくる准看検定試験にまつわる問題は多い。精神的，身体的に変化する時期である高校生にとって育ち得る部分は多く，何かを育成するために，まずしっかりした系統性をもたせたい。また高校では「教授」ではなく，まだ「学習指導」を展開する時期である。39単位内の配分と組み立て方を検討するのはもちろんのこと，それ以上に学習指導の方法も十分研究しなければならないと思う。

この研究にあたり，浜松市立高校渡辺ひろみ先生の助言をいただいてまとめられたものであり，先生にはこの場をかりて感謝を申し上げます。

＜　参　考　文　献　＞

○教育と精神衛生　Ｐ４　黒丸正四郎著　東山書房

○新高校看護学５　成人看護Ⅱ　医学書院

○保健婦助産婦看護婦法の解説　金子光著　中央医書出版

○現代教育方法学　井上弘著　明治図書

○青年心理学　霍廣介・真仁四明責任編集　教職課程研究会　酒井書店

○高等学校指導要領解説　１９７８　文部省

○看護教育　７４－１２　忠政敏子　医学書院　高等学校（看護専攻科を含む）における衛看看護教育について

大分東明高等学校における衛生看護科の諸問題

Various Problems in Hygienic Nursery Course of Oita Tomei High School

―看護基礎医学の補習結果より―

－The Result of Supplementary Lessons in Basic Nursery Medical Science－

麻　生　佳　澄

Kasumi　Aso

Ⅰ　はじめに

近年，看護婦の質の向上が叫けばれ，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年に衛生看護科が設置されて以来，多くの問題をかかえ，試行錯誤をくり返しながら今日に至っている。衛生看護科の問題については，これまでにもいろいろな立場から論議されている。たとえば，山元ら[1]の高等学校における看護教育の諸問題や，小田切[2]の教職員の現職教育に関する報告，中島ら[3]の教員と生徒の実態調査，中島[4]の高等学校衛生看護科の史的考察，また忠正[5]の実際に教育にあたっている立場としての考察などがあげられる。これらの多くの問題は，産業教育の他の分野にくらべ，教育制度のたちおくれや，日本の医療及び看護界の事情などの複雑な影響をうけて，その根は深いと考える。そこで，本校において，現状でのカリキュラムを運営していく上で，どのような問題があるかを整理し，その中で一つの対策方法として，看護基礎医学の補習を実施したので，その結果から今後の課題を考えてゆきたい。

Ⅱ　学校環境及び形態

本校は，大正12年大分夜間中学校として設立されて以来，戦争等の影響で中断したりしながら発展し，現在，平松学園として，保育所１，幼稚園３，高等学校１，短期大学１の総合学園である。高等学校は昭和41年に設置された衛生看護科を含め，現在，普通科，女子商業科，衛生看護科の３つのコースにより運営されている。昭和53年５月現在の全校生徒数は969名で，うち衛生看護科は６クラスで269名である。衛生看護科の常勤職員は４名，非常勤講師は９名である。

Ⅲ　現状における問題点

現状におけるカリキュラムを運営していく上で，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。

1　専門教科を習得する上での問題点

専門教科は，高校生という発達段階において到達し得るレベルを考え，教科内容の精選をして，生徒に教授してゆかねばならない事はいうまでもない。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てみると，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づけができず，学習上，支障をきたすとともに，最終的には，実践の場での患者の観察，看護をしていく上で問題となっている。

大分東明高等学校教諭

2　病院実習における問題

昭和57年度から，新教育課程実施により，病院実習の単位数が改訂されるが，現段階において本校での病院実習形態は表(1)の通りである。

表(1)　病院実習形態

実習病院数	6カ所
形態	○集中実習 ○2年次（6週間） 11月中旬～12月下旬 ○3年次（8週間） 6月下旬～8月中旬
○病院所在地は遠隔地が多い。 ○実習期間中，土曜日は毎週，登校日としている。	

実習病院が散在していること。それぞれの病院の教育的状況が異なること。実習配置および実習内容の問題。さらに効果的な実習をするための配慮や，実習評価等について病院と学校との話し合いが充分でないこと。そのために生徒に求める実習上のレベルに両者の差が生じるためにおこる混乱など。それらの問題は複雑多岐にわたっている。これらの事は，学校における教育と実践の場，あるいは理論と実践において一貫性をもった系統的な教育が充分になされていないという事であり，看護教育全体についても言える事でもあるが，今後の重要な課題であると考えられる。

3　高看進学希望者の増加に伴った進学指導上の問題

表(2)の通り，毎年6～7割の卒業生が進学をしている現状で，進学指導は試行錯誤の状態である。高看での入学試験の教科である教養課目は，義務教育からの積み重ねであり，生徒達の各科目の内容の理解の程度が著しく異っているため，どこに焦点をおき，いかに学習指導をしていくべきかということや，現在の過密なカリキュラムの中での指導法など，さまざまな問題がある。

表(2)　進　路　状　況

入学年度	卒業時生徒数	就職	進学	
			全日制	定時制
47	41	9	10	22
48	32	7	11	14
49	57	16	26	15
50	※103	40	21	42

※昭和50年度より，1学年2クラスとなる。

今回は，第一にあげた専門教科習得上の問題の中で，一年生の看護基礎医学の学習に関してとりあげることにした。1年生は入学当初は，看護婦になりたいという希望を充分にもっているが，一学期終了時には，希望のみでは看護婦になれるものではないという自己の考えの甘さを痛感している。このことは，専門教科のむずかしさに原因しているようである。生徒にどの教科がむずかしいかという質問を試みると，表(3)の通りである。最もむずかしいとされている教科は，解剖生理，病原微生物，薬理の3教科に集中していることがわかる。また，同じ生徒達の1学期終了時に定期考査における専門教科の得点を比較してみると，表(4)の通りで，上記の3教科は他教科にくらべ，低い得点を示している。

表(3)　習得困難とされている教科

（1年生94名）

一年時履習する専門教科	看護倫理	個人衛生	看護史	看護原理	解剖生理	病原微生物	薬理
人数	6	1	1	0	39	13	34

表(4)　一学期定期考査における専門教科別平均点

（１年生94名）

一年時履習する専門教科	看護倫理	個人衛生	看護史	看護原理	解剖生理	病原微生物	薬理
平均点	52.0	60.0	69.0	72.5	54.9	47.9	57.0

（100点満点）

これらの原因を考えると大きく４つに分けることができる。

1. 専門用語の解読が困難で意味を完全に理解できない。１時間の授業において相当数の専門用語を読み消化していかなければならない中で，この専門用語の理解は，内容を習得する以前の段階のことであり，大きな問題である。
2. ２年生から始まる病院実習の前段階として学習するため，看護基礎医学を丸暗記するという方法をとり，内容の理解ができないままの状態である。
3. 看護基礎医学の授業は非常勤講師の医師に依頼しているため，生徒の学習レベルを含む実態が把握されておらず，一方的な授業になりやすく，また生徒の知識の習得状況の確認がされていない。
4. 医師講師の授業は，時間数や他教科との関係などにより，大講義室にて２クラス合同授業である。

以上のような原因を解決するために，いろいろな対策を考え，試行錯誤しているのが実状である。そこで一つの対策として，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，准看護婦検定試験，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）に対する補習を長期休暇中に実施している。そこで，次に補習の効果や問題点を現２年生で，１年次に補習をうけた生徒達の成績の変化，学習意欲の変化からみていきたい。

Ⅳ　看護基礎医学（特に解剖生理，病原微生物，薬理）に関する補習について

1　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，病原微生物，薬理
4）教　　材…教科書，プリント
5）教 授 者…本校の専任教員
6）対象生徒…一学期成績とA（7%），B（25%），C（36%），D（25%），E（7%）の５段階に分け，D.Eに属する生徒28名

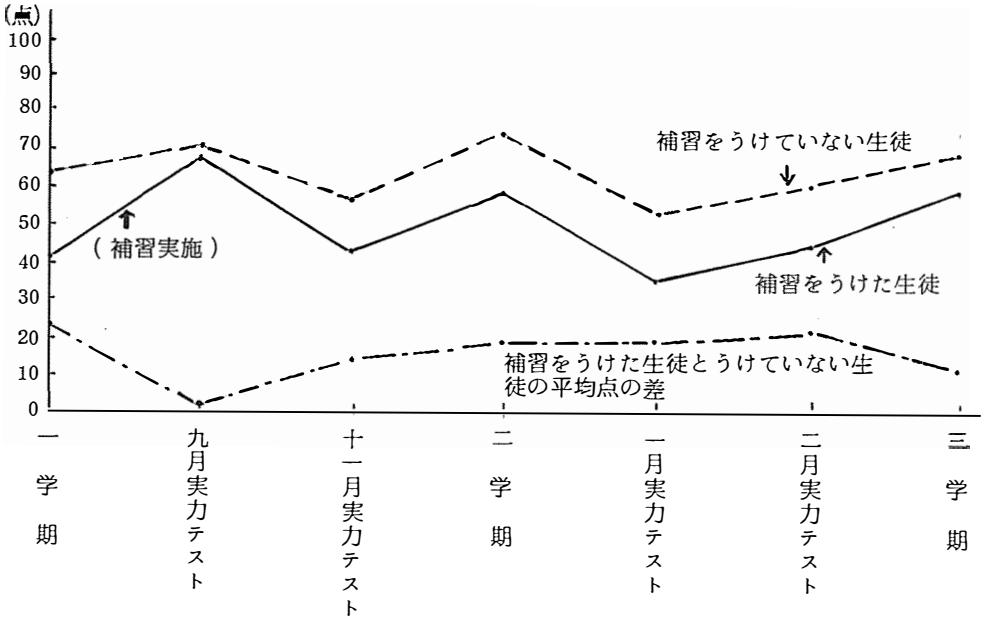
2　ねらい

1）一学期の総復習を行い，確実に基礎知識を習得させる。
2）学習意欲をもたせる。
3）学習の方向づけを行なう。

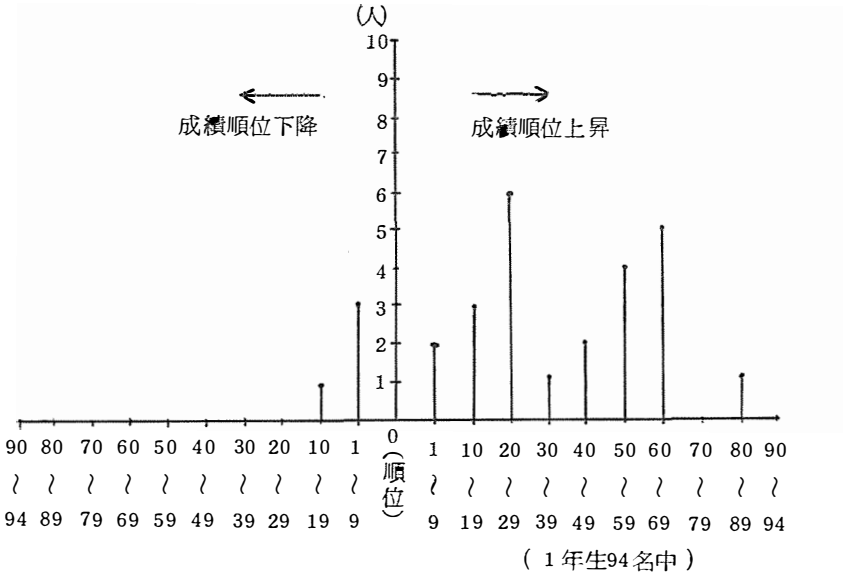
3　結　果

1）成績の変化（平均点の変化）

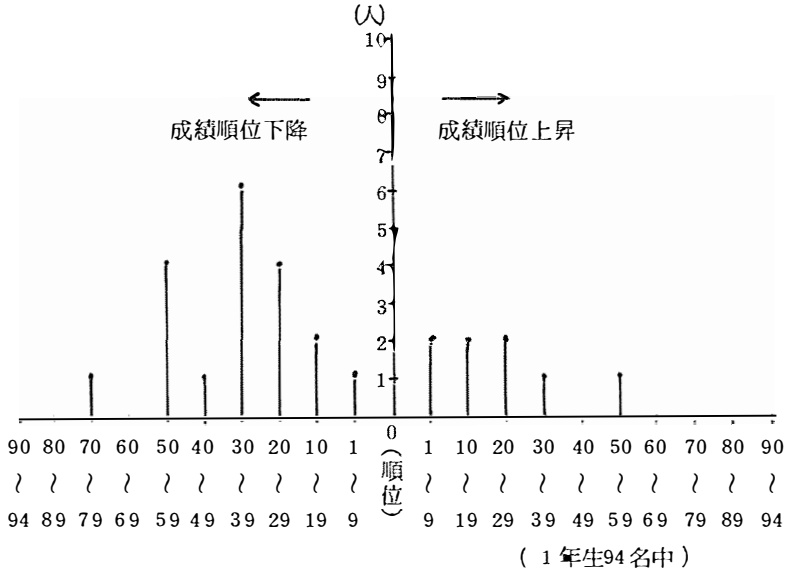
授業内容の習得状況の確認の意味で，１年生は２学期から，解剖生理，病原微生物，薬理の３教科について，実力テストを実施している。その成績の変化を補習をうけた生徒と，補習をうけていない生徒との平均点で比較してみた。その結果は図(1)の通りである。１学期末の補習をうけた生徒とうけていない生徒の平均点の差は21.4点もあったが，補習実施直後の１学期の内容を試験範囲とした９月実力テストでは，その差が2.6点となっており，補習をうけていない生徒と，ほとんど差がみられない。しかし，その後，少しずつではあるが，テストの回を重ねる毎に点差が開いている。即ち補習を行なうと得点が一次的に高くなるが，補習をしないと，また，もとの状態にもどるといえる。



図(1) 補習をうけた生徒と補習をうけていない生徒の各テストにおける平均点の比較



図(2) 補習をうけた生徒の一学期テスト順位と九月実力テスト順位の比較



図(3) 補習をうけた生徒の九月実力テスト順位と十一月実力テスト順位の比較

2) 成績順位の変化

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みた。図(2)は一学期の成績順位と，補習実施直後の9月実力テストの順位の比較である。28名中24名に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（1名欠席）19名に順位の下降がみられる。上昇しているのは8名のみである。このことから，補習直後のテストでは約86%の生徒に順位の上昇がみられ，その後の結果から，補習効果は一時的であるといえる。

3) 補習に対する意識

補習後，無記名で，補習に対して良かった点，悪かった点について記入させた。補習の期間や時間に関しては，適当であるという意見を得られた。補習をうけた後の感想としては，一学期理解できなかった箇所が理解できた。やる気がでてきた。日頃，積極的に授業に参加できなくても，補習は人数が少ないので質問など積極的に行なえた。などの意見が大多数であった。しかし，対象を成績不良者に限定したことで，恥しかったという意見もあった。

4 まとめ

以上の結果から，学習意欲がわいてきたという事は，教師としてうれしい事ではあるが，それも長続きせず，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。このことは，授業が新しい内容に入り，補習のようにくり返し，生徒が理解するまで教授するのではないため，生徒達は，授業中の積極的な姿勢と，自分にあった学習方法の工夫などが必要になり，そのために成績の差がでていると考えられる。また，補習をうける生徒を成績不良者に限定した事は，希望者のみとした場合に，クラス編成，補習内容の程度，

専任教員の数など，さまざまな問題が生じてくるためである。この補習という方法は，本校にかぎらず，多くの学校にて実施されている。昭和52年，第21回九州地区私学教育研究会の看護部会を本校で開催した際のアンケート結果をみても，解答の得られた18校のうち16校が，専門教科の基礎学力を高めるために補習を実施していた。その方法は，もちろん多種多様である。例えば，期間を長期休暇中，毎日放課後，毎週３日間，病院実習前，また，対象生徒を，成績不良者，希望者，全員などで実施している。このように，補習をどの学校でも実施しており，より効果のある補習を実施するために，また，補習効果を持続させるために，その方法や内容を再度検討してみる必要があると痛感した。

Ⅴ　おわりに

今回の補習の結果から，いかに毎日の平常授業が大切であるかという事を改めて感じた。毎時間の授業が生徒達の意欲のある積極的な学習の場であるならば，補習の目的も随分かわってくると考えられる。そうなるためには，その学習の場である環境づくりをおこなわなければならない。この事をふまえ，一年次に看護基礎医学の知識を確実に習得させるために，本校での今後の課題として，現在の合同講義を授業形態として最も適当と思われる40名前後の１クラス単位に行なう事，また，医師講師と専任教員との話し合いの場を多くもち，生徒に密着したよりよい授業方法と考えていく事，などがあげられる。また，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，より具体的に教授してゆきたい。

本研究の遂行にあたり御指導いただいた熊本大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程・木場冨喜助教授に感謝の意を表します。

参　考　文　献

1）山元重光・他：高等学校における看護教育の諸問題，看護教育，17(8)，1979
2）小田切希伊子：産業教育の動向，看護部会，産業教育，24(8)，1974
3）中島紀恵子・他：高等学校衛生看護科，教員と生徒の実態調査，看護研究，6(3)，1973
4）中島紀恵子：高等学校教育制度における衛生看護科教育の意義，高校衛生看護科における成立期の史的考察，看護研究，6(3)，1973
5）忠政敏子：高等学校における衛生看護教育について，看護教育，15(12)，1974

高等学校衛生看護科における教育の現状と問題点

The present situation and educational problems in the nurse course of senior high schools

津島　律*　大和田恵子**
Ritsu Tsushima　Keiko Ōwada

Ⅰ　はじめに

医療の急激な進歩に伴ない，人間的な一般教養を習得させるために，高等学校において准看護婦教育を行うことが適切ではないかと考えられるようになった。そして准看護婦養成のみを目的とするのではなく女子の一般教養として家庭生活に必要な衛生看護についての知識や技術を習得させる。また看護に関する専門的な知識，技術を必要とする職業に従事するものを養成し，社会人としての人格識見を養う[1)2)]という，目的にもとづいて昭和39年神奈川県に県立二俣川高等学校に衛生看護科が設立され，[3)]以後133校に至っている。このように高等学校における普通教育と看護教育を併有した教育が行われてきたのであるが，教育面においては多くの問題を抱えている。[4)5)6)7)]

日本看護協会では，看護の向上を図るために，看護者としての成熟とその年令を考慮し准看護婦養成廃止運動[8)]を推進している。しかしわが国の医療は，開業医制度によって支えられており[9)]個人医院や診療所，病院等准看護婦を必要としている施設が多いことも事実である。このような社会情勢において，高等学校衛生看護科における教育の現状を明らかにし衛生看護科における看護教育のために示唆を得たいと考えた。

*，**　弘前大学教育学部

Ⅱ　調査対象と方法

1　調査対象

全国の高等学校学校衛生看護科併設校（公立，私立），単独校，定時制を対象にして調査を実施した。有効回収数は82校（1校は廃校となり除外）であり回収率62%である。

2　調査方法

1）質問紙郵送調査

高等学校衛生看護科に対するおもな質問事項としては，教職員の現状，衛生看護科における教育目標，科長制の現状，教科保健の担当，専門科目について標準単位数と実際の比較，科目担当者の常勤・非常勤別の現状，衛生看護科教職員の教育に対する希望及び問題点等である。

2）調査対象の把握

昭和51年度指定学校養成所名簿[10)]にもとづき全

表1　設置主体

全国高等学校衛生看護科133校

種別＼校数		校数	%
併設校	公立	43	85
	私立	27	
単独校	公立	5	9
	私立	2	
定時制	公立	2	6
	私立	3	
合計		82	100

回収82校（62%）

国高等学校衛生看護科133校を把握し対象とした。この設置主体は，表1の通りである。

Ⅲ　結果と考察

1　学年別生徒数

表2に示すように，併設校公立（以下A.aという）は，1学級40名から49名が多い。各学年総数の平均値（以下Mという）は125.4であり，標準偏差（以下Sという）は65.7である。併設校私立（以下A.bという）は表2のように1学級あたり20名から120名の範囲であり，A.bのMは177.4，Sは84.9である。単独校（以下Bという）のMは286.1でSは157.5である。4年制定時制（以下Cという）のMは379.2でありSは257.9である。また専任の看護教職員は表3のようにA.aは教諭3名から4名が多く，A.bは1名から2名が多い。生徒数と看護教職員数との関係は教育効果に大きな影響を与えると考える。表3，4でも知られるように，A.aは生徒数及び教職員数がほぼ一定しているが，A.bは何れもまちまちであり生徒数の多い所は464名と多く看護教諭が全くいない所が5校ある。看護教諭と助手についてAaとAbのX^2検定を行った所，

$$X^2 = 6.634$$

P≒0.01で有意差があると考えられ私立の場合看護教諭数が少いといえる。実習を含む看護教育において，現状では教職員が多いとはいえない。現行の教員定数法によると8名が定数で，衛生看護科の場合は更に3名が加算され11名[11]とされるが生徒数にふさわしい教職員数の確保が重要である。

2　衛生看護科の教育目標

各学校要覧に記載されているあるいは衛生看護科として公的に示している目標186項目を得て，10項目に分類した。表5のようにもっとも多いものは看護の知識・技術の習得が全体の34%である。次いで教養と豊かな情操が19%，社会への貢献が18%と上位を占めている。またすぐれた看護者の育成という看護職業人を明らかにめざしていると考えられる目標は9%である。教育の方向は，目標によって示され，教育の羅針盤となるものであろう。衛生看護科設置当初の目標としては，准看

表2　学年別生徒数

校種別 / 生徒数 / 学年	A 併設校 a 公立 1年	A 併設校 a 公立 2年	A 併設校 a 公立 3年	A 併設校 b 私立 1年	A 併設校 b 私立 2年	A 併設校 b 私立 3年	B 単独校 1年	B 単独校 2年	B 単独校 3年	C 定時制 1年	C 定時制 2年	C 定時制 3年	C 定時制 4年
20～29人	校	校	校	校	校	1校	校	校	校	校	校	1校	校
30～39	7	14	16	3	6	3		1		2	2	1	1
40～49	32	26	23	6	6	7						1	2
50～59				5	4	5			1	1	1	1	
60～69				2	3	1							
70～79	1	1		2	1	2		1	2				1
80～89	2	2	3	1	2		5	3	2				
90～99	1			4	1	1							
100～109				2	2	2					1		
110～119					2	2	1	1	1				
120以上				1		1	1	1	1	2	1	1	1
合計	43	43	42	26	27	25	7	7	7	5	5	5	5

A：公立，新設校1校
　　私立，新設校2校，募集停止1校

表3　専任の看護教職員数及び%

	人数 / 教職員別	1	2	3	4	5	6	7	11	12	23	合計	校別%
併設校（公立43校）	1. 教諭	3校	6校	15校	10校	7校	校	2校	校	校	校	43校	43
	2. 講師	6		1								7	7
	3. 助教諭	7	4									11	11
	4. 実習講師または助手	13	20	3	1							37	37
	5. 実習指導員		2									2	2
	6. 小計	29	32	19	11	7		2				100	100
併設校（私立27校）	1. 教諭	7	10	4		1						22	38
	2. 講師		1			1		2				4	7
	3. 助教諭	7	8	4	4			2				25	43
	4. 実習講師または助手	3	1									4	7
	5. 実習指導員	1	1				1					3	5
	6. 小計	18	21	8	4	2	1	4				58	100
単独校（7校）	1. 教諭	2	1				2			1	1	7	33
	2. 講師	1			1					1		3	14
	3. 助教諭	1		1	2		1					5	24
	4. 実習講師または助手	2	3				1					6	29
	5. 実習指導員												
	6. 小計	6	4	1	3		4			2	1	21	100
定時制（5校）	1. 教諭	2	1		2							5	42
	2. 講師				1							1	8
	3. 助教諭		1		1	1			1			4	33
	4. 実習講師または助手												
	5. 実習指導員	2										2	17
	6. 小計	4	2		4	1			1			12	100
合計		57	59	28	22	10	5	6	1	2	1	191	
総数に対する%		29.8	30.9	14.7	11.5	5.3	2.6	3.2	0.5	1.0	0.5	100.0	

A.bでは教諭が全くいない学校が5校である。

教諭と助手についてのA.aとA.bの X^2 検定

$X^2 = 6.634$ ，$P \fallingdotseq 0.01$

表4　教諭の人数と生徒数別校数

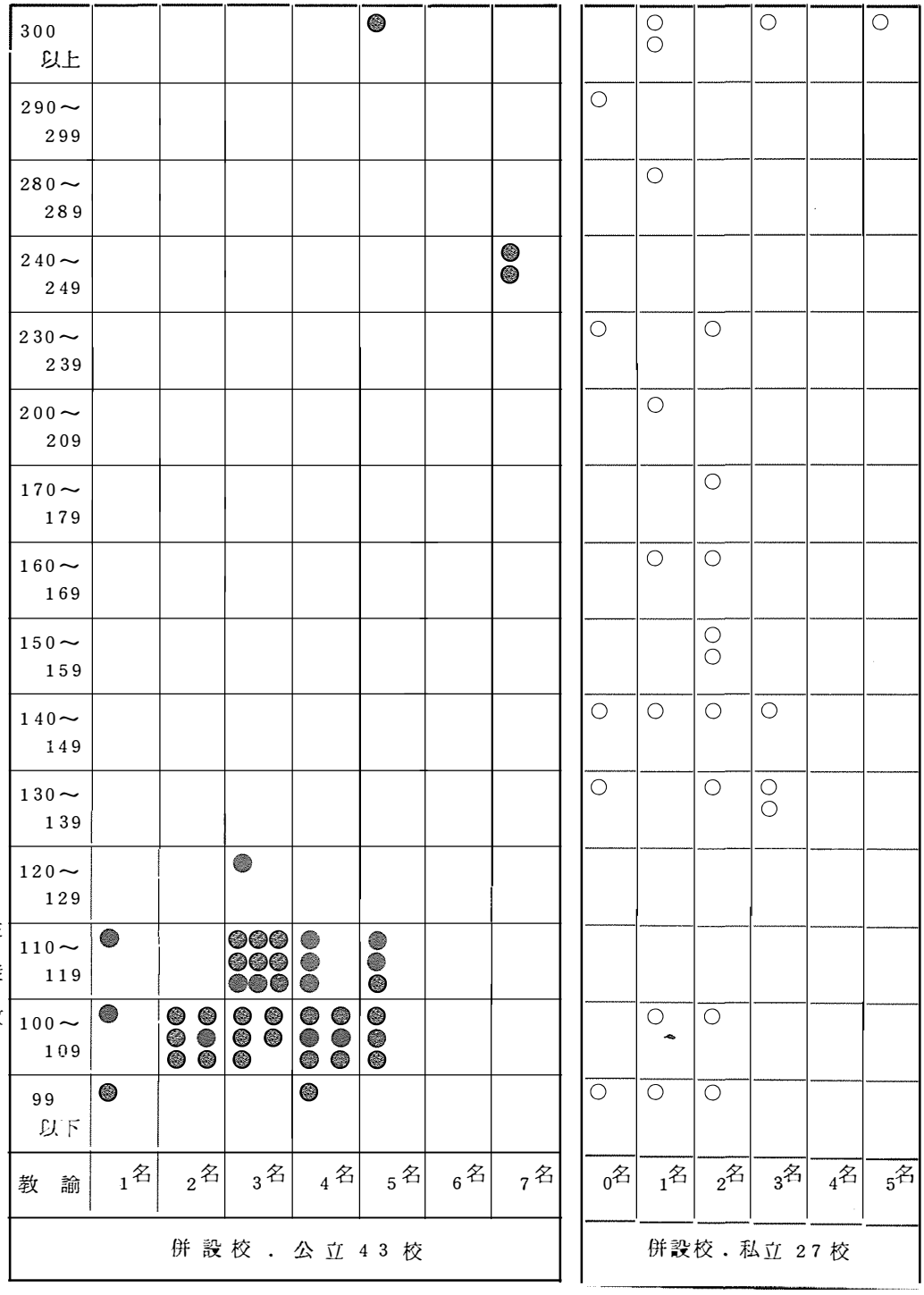


表5　衛生看護科の教育目標分類

目標＼校種別	A		B	C	合計	%
	a	b				
1.看護の知識・技術の習得	33校	21校	6校	4校	64校	34.4
2.教養と豊かな情操	18	10	6	2	36	19.4
3.社会への貢献	16	6	12		34	18.3
4.すぐれた看護者の育成	6	5	4	2	17	9.1
5.愛と奉仕の精神	4	9	1		14	7.5
6.自覚と地位の向上	4		2	1	7	3.8
7.勤労の尊重	4	3	3		10	5.4
8.健康で責任感の強い自主的精神	2				2	1.1
9.礼節を重んずる				1	1	0.5
10.協　力				1	1	0.5
合　計	87	54	34	11	186	100.0

護婦養成という幅の狭いものだけではないとし，しかも看護の専門知識・技術を必要とする仕事に従事する者の養成がめざされている。また家庭に必要な看護の知識・技術の習得，人間性の育成[12]が強調されている。また昭和57年度から施行の文部省の学習指導要領[13]における看護の目標は，「看護に関する基礎的・基本的な知識と技術を習得させ，看護の本質と社会的意義を理解させるとともに，国民の健康の保持増進に寄与する能力と態度を育てる。」と述べている。高等学校においては，高等学校のもつ目標をふまえ，成人期への移行期において人間性の涵養が強調されるなかでの看護教育でなければならないと考える。看護教育を通して生徒の人間的なものへの教育的援助は可能であり，また健康で責任感の強い自主的精神及び自覚と地位の向上ならびに勤労の尊重等の目標は，看護を必要としているいかなる場においても誇りをもって，看護を専門職として確立してゆくための努力ができる人間性を発展させたいと考える。高校生としての年代から考えるとき，成熟した女性として看護を職業とするには問題があると考えられる。看護を専門とする短大や大学への進路が開かれまた進学できるカリキュラムであることが必要であり，また看護の目標であらねばならないと考える。

3　衛生看護科における科長制について

学校組織のなかで運営上科長制をとっている。衛生看護科の場合，表6のようにA.aは41校，A.bは27校が科長制をとっている。A.aの科長制をとっていない場合の理由としては普通科教諭が科長となるため，看護教育の内容把握ができ難い等の理由をあげている。看護教諭が科長を任じている学校は，A.a 21校，A.b 20校であり，看護教諭以外は，社会・理科・数学等の教諭が科長となっている。Bは全校が看護教諭による科長である。

多くの専門職業人は同一の職業に属するものの職業団体を結成し職業活動の自律性をもっている。[14]実際には年令的なものが考慮されて他の普通科教諭による科長が衛生看護科の場合多いと考えられるが，職業の発展のためには同一職種のなかから科長として任じられるのが望ましく職業や職責を通して科長自身の成長と衛生看護科の発展があり，ひいては学校組織運営上の秩序が成立すると考えられるのである。併設校である衛生看護科は責任ある立場で意見の述べられる場にのぞむことが

重要であり，科長としての責務は衛生看護科にとってまことに重要であると考える。

4　看護の科目担当決定方法

看護の学科目は，看護基礎医学５科目（解剖生理，病原微生物，薬理，衛生，栄養），看護概説，成人看護，母子看護と大別され更に各科目に細分化される。これらの科目を担当するにあたって，その決定方法はどのようになされているかを調べた。表７のように看護教員で協議して担当を決定している所が86％である。実際には８種類の決定方法があげられたが，なかには個人の希望がかなえられないという不備もある。個人の希望を考慮しながら衛生看護科長をまじえた看護職員会議等で協議し決定してゆくのが望ましいと考えられる。科目担当の決定に伴う不備は早期に改善が図られないと意欲の低下となりひいては生徒の学習効果への影響が大きいと考えられる。

表６　衛生看護科の科長制

校種別	A		B	C	合計	%
	a	b				
有	41校	27校	7校	4校	79校	96
無	2			1	3	4
合　計	43	27	7	5	82	100

有の内訳

校種別	A		B	C	合計	%
	a	b				
看護教諭	21校	20校	7校	2校	50校	63校
数　学	4	2			6	8
理　科	5				5	7
国　語	3				3	4
社　会	5	1			6	8
家　庭	1	1			2	3
保・体	1			1	2	3
商　業	1	1			2	3
教　頭		2		1	3	4
合　計	41	27	7	4	79	100

5　看護教諭による科目「保健」の担当

科目，保健は従来多くは保健体育教諭によって担当されており，衛生看護科が発足以来免許所有者としての看護教諭によって担当される所が多くなってきている。実際にはどうかを調べ，看護の科目担当へのしわよせがないものかを考えたかった。表８のように，A.a は43校中19校（44％），A.b は，27校中６校（22％）が担当している。その担当時間は，35時間から210時間の範囲であり，A.a は14校（75％）が35時間を担当し，A.b は１校ではあるが210時間を担当している。C は看護教諭が保健を全く担当していない。

保健は，健康人におけるより健康な生活のために現在あるいは長期的な教育目標に基づいて行わ

表７　看護の学科目担当の決定方法

校種別 / 方法	A		B	C	合計	%
	a	b				
1.看護教員で協議	42校	19校	5校	4校	70校	86
2.衛生看護科長が決定		1			1	1
3.個人の希望		1	1		2	3
4.教務委員会で決定	1	2	1	1	5	6
5.看護教員の協議と衛生看護科長の決定		1			1	1
6.個人の希望と衛生看護科長の決定		1			1	1
7.個人の希望と教務委員会で決定		1			1	1
合　計	43	27	7	5	82	1

表8　科目「保健」の担当

担当別＼校種別	A a	A b	B	C	合計	%
有	19校	6校	3校	校	28校	34
無	24	21	4	5	54	66
合計	43	27	7	5	**82**	**100**

担当授業時間数

時間＼校種別・単位	単位	A a	A b	B	C	合計	%
35	1	14校	3校	2校	校	19校	67
70	2	2	1	1		4	14
105	3	1				1	4
140	4	1	1			2	7
175	5	1				1	4
210	6		1			1	4
合計		19	6	3		28	100

れるものであろうが，看護の科目とは非常に深い関連性をもつ科目である。しかし普通科の生徒をも対象にした保健を担当した場合，その担当時間があまりも多いということは，看護の科目担当において充分な責任が果せないことになるのではないかと考える。看護は実習を伴っているが，この指導がおろそかにされるのではないかと危惧される。必要な教職員数を確保するなかで担当されなければならないと考える。

6　看護教諭によるクラス担任

クラス担当は，ホームルーム運営において大きな役割をもっている。高等学校においては，授業形態が教科担制，単位履修制であるため各教師ごとにばらばらな教育活動になりやすい。[15] 看護教諭は衛生看護科におけるクラス担任をどのように担当しているか調べた。A.a は43校中36校（84%），A.b は27校全校，B は7校全校，C は5校全校がクラス担任の役割を担当している。総数82校中65校（79%）が衛生看護科のクラス担任は看護教諭によって担当されている。しかしクラス担任をもつ看護教諭の問題は大きい。例えば，1)病院実習指導のため他学年生徒との接触が少ない。2)普通科教員の衛生看護科への関心の低下。3)クラス担任は多忙であり教材研究困難。4)3年生の進路指導において効果的。5)看護の学習面で動機づけができる。等56項目の意見を上記のように整理した。

クラス担任の教育的役割から考えるとき，現在の少い看護職員数では困難ではあろうが，クラス担任としての職責を果し，またかかる職務を通して普通科教諭との良好な関係の成立に役立ち衛生看護科にとって有益であると考える。

7　看護教員によるクラブ活動に対する指導援助

教科外教育活動に対する看護教員の指導についてクラブ活動を中心にして調べた。

A.a は43校中40校（93%），A.b は27校中22校（81%），B は7校全校，C は3校がクラブ活動に対する参加と指導・援助を行っている。クラブ活動の内容は A.a は音楽（18校），茶道（16校），華道（12校），卓球（10校），総数25種類のクラブ活動を担当している。A.b は，手芸（9校），家庭看護（7校），読書（3校），総数21種類，B は美術，書道，等12種類，C は手芸，華道等9種類，総数67種類のクラブ活動を担当している。生徒の教科外教育活動に対して看護教員として普通科教諭と同様に関与していくことは重要である。

8　看護教員の担当する校務分掌

高等学校の業務運営上，看護教員の関与している校務分掌を調べた。A.a は43校中，教務（41校），進路指導（23校），保健衛生（31校），総数15種類，A.b は27校中，保健厚生（15校），生徒指導（11校），教務（9校），進路指導（6校），総数13種類，B は7校中，教務（7校），生徒指導（7校），保健厚生（6校），総数11種類，C は教務（5校），保健厚生（5校），総数12種類，総数51種類の校務分掌に関与している。看護教育は複雑であり理解されにくい面がある。併設校の場合は特にこのような校務運営に関与することを通して看護・普通科相互の調整や理解を深めるた

めに積極的に関与することが望ましいと考える。

9　科目の標準単位数（時間数）と実施時間数の学校種別比較

1）看護基礎医学

調査対象の実施時間を文部省の示す標準単位数（時間数）[16]と比較した。表9のようにA.aは全校の43校が標準・標準以上である。多く実施している所は1校ではあるが330時間と標準を50時間上廻っている。A.aの実施時間のMは164.9，Sは34.74である。A.bはA.aとほぼ同様でやはり多い所は1校ではあるが330時間である。A.bのMは179.7でSは36.59である。BのMは172.0であり，Sは13.75である。CのMは205.0であり，Sは24.26である。

2）看護概説

表9のように，A.aは43校中36校（84％）が標準で実施している。標準以下は35時間から53時間の範囲でありこのうち1校は新設校である。多い所は210時間であり標準の上限を70時間上廻って実施している。A.aのMは79.9でSは16.77である。A.bは27校中19校（70％）が標準で実施している。多い所は1校ではあるが160時間と標準の上限を20時間上廻っている。少い所は60時間から69時間と2校であるが新設校である。

3）成人看護

成人看護は，内科系，外科系を含む広範な内容をもつ科目である。表9のようにA.aは43校中34校（79％）が標準で実施されており，多い所は標準の上限420時間をはるかに上廻り560時間から580時間の2校である。もっとも多い所は160時間上廻っている。少い所は，105時間から205時間の7校である。実施時間のMは264.7でSは88.62である。A.bは27校中20校（74％）が標準である。多い所は455時間から493時間の3校であり，少い所は130時間から190時間の6校で標

表9　科目の標準単位数（時間数）と実施単位数の校種別比較

科目＼校種別（上・標準・下）	A a 上	A a 標準	A a 下	A b 上	A b 標準	A b 下	B 上	B 標準	B 下	C 上	C 標準	C 下	合計 上	合計 標準	合計 下	標準以上と標準以下についてa.bのX²検定
看護基礎医学 4〜8 単位 (140〜280時間)	校 31	校 12	校	校 19	校 8	校	校 6	校 1	校	校 5	校	校	校 61	校 21	校	
看護概説 2〜4 (70〜140)	1	36	4	3	19	2		4	1		5		4	64	7	$X^2=0.064$ $P>0.05$
成人看護 6〜12 (210〜420)	2	34	7	3	20	6	1	6			5		4	63	15	$X^2=0.038$ $P>0.05$
母子看護 2〜4 (70〜140)		40	2	2	22	3		6	1	1	4		4	71	6	$X^2=0.572$ $P>0.05$
看護実習 20〜27 (700〜945)		39	4		20	7		7			3	2		67	15	$X^2=1.486$ $P>0.05$
総延合計													73	286	43	402
％													18	71	11	100

準の下限210時間を満たしていない。A.bの実施時間のMは264.2 でSは 14.56 である。Bは1校のみ517 時間と多い。

4) 母子看護

表9のようにA.aは43校中40校（93％）が標準であり，少い所は58時間から65時間の2校である。A.aの実施時間のMは83.6 であり，Sは 15.02 である。A.bは27校中22校（82％）が標準である。少い所は35時間から65時間の範囲で1校であるがこのうち1校は新設校である。A.bの実施時間のMは93.4 であり，Sは 31.90 である。Bは1校のみ30時間と少い。Cは1校のみ 225 時間と標準の上限時間 140 時間をはるかに上廻っている。

5) 看護実習

表9，10のようにA.aは43校中39校（91％）が標準である。少い所は 500 時間から 630 時間の範囲で標準以下である。A.aの実施時間のMは791.5であり，Sは106.28 である。A.bは27校中20校（74％）が標準であり，少い所は 240 時間から 680 時間と7校である。標準の下限 700 時間をはるかに下廻っているがもっとも少い所2校は新設校である。A.bの実施時間のMは 737.0 であり，Sは162.80 である。Bは全校が標準で実施しており，Cは 545 時間から 630 時間の2校が標準を満たしていない。看護実習を更に表10のように校内実習と病院実習にわけてみると校内実習は350 時間から 399 時間実施の所が23％である。病院実習は 350 時間から 399 時間が27％である。表10により 349 時間以下と 350 時間以上について校内実習と病院実習についてX^2検定を行った所，$X^2=6.94$，$P<0.01$ で有意差が認められ，350 時間以上実施している所が多いことが知られる。また看護の科目について標準及び標準以上と標準以下についてA.aとA.bについてX^2検定を行ったが表9のように何れも有意差は認められない。

表9，10でも知られるように標準で実施されている所が多いが，多い所はまた標準の2倍近くも多い。文部省の示す標準単位数[17]そのものがあまりにも幅のあるものである。そのために各校の実

表10　校内実習

校種別	A		B	C	合計	%
	a	b				
70　時間	校	1校	校	校	1校	1
100～149		6			6	7
150～199				1	1	1
200～249	2	4		1	7	9
250～299	10	2			12	15
300～349	3	3	2	1	9	11
350～399	10	8	1		19	23
400～449	2	2			4	5
450～499	12		2	1	15	18
500～549	3		1	1	5	6
550～599	1	1	1		3	4
合　計	43	27	7	5	82	100

病院実習

349 時間以下と 350 時間以上について校内，病院実習別にX^2検定，$X^2=6.94$，$P<0.01$

150～199		1			1	1
200～249	4		1		5	6
250～299	4		3	1	8	10
300～349	4	2			6	7
350～399	11	9		2	22	27
400～449	7	2	1	2	12	15
450～499	8	3			11	14
500～549	3	4	1		8	10
550～599	1	4			5	6
600～649		1	1		2	2
650～699						
700～749	1	1			2	2
合　計	43	27	7	5	82	100

施時間数が幅の大きいものとなっている。しかし昭和57年度以降は総単位数としては39単位であるが各科目の名称の一部変更と標準単位数が明確に示され，実習も病院で実施されていた実習は，看護臨床実習として10単位[18]と明確化された。保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則[19]のカリキュラムとのかかわりあいから39単位の履習を必要としているが，人格形成期にある高校生にとっては考える余裕のあるカリキュラムが望ましいと考える。短大や大学にも進路がひらかれるためにもカリキュラムの内容は重要であり更に検討が必要であろう。

10　常勤・非常勤別科目担当者

看護教育においては，多くの非常勤講師に依存して教育が行われていることが多い。衛生看護科についても同様のことがいえるのではないかと考えて調べてみた。表11，12，13のように82校の総数においてA.aは常勤が延827名，1校あたり平均10.1名，非常勤講師は562名，1校あたり平均6.9名と約半数づつである。A.bは常勤延426名，1校あたり平均15.8名で，非常勤講師は407名で1校あたり平均15.1名でほぼ半数づつである。82校において科目担当の常勤・非常勤についてA.aとA.bのX^2検定は，$X^2=14.94$　$P<0.005$であり有意差が認められ，A.aは常勤が多く，A.bは非常勤が常勤と約半数である。非常勤講師が多いことによりカリキュラム運営上の問題は大きい。休講，普通科との時間割の調整，生徒は必要時接触がもてない等の問題がある。衛生看護科における専門科目は，看護を理解し看護に応用していくためのものである。看護以外の専門科目であっても有資格者である看護教員が常勤として陣容を整え他の科目とあわせもつことは可能である。そのためにはかかる科目をも担当できる看護教員が養成されなければならないと考える。現在の看護教員養成大学においては行い得ないのが実情であろう。しかし高校教育の多様化により看護職業人を育成しようとするならば看護教育に必要とする看護教員の養成に尽力することはもっとも重要である。それらの包含した所の大学院構想が将来考えられなければならないだろう。現在病院看護婦により多く依存されている看護臨床実習についても同様に常勤の看護教員によってなされるべく必要看護教員数の確保が図られなければならないと考える。

11　衛生看護科における教育上の問題点

教育にもっとも困っている問題点について列記させた。その結果は，表14のように，教育内容が膨大であり系統的な指導ができがたい指導内容においてそのレベルをどこにおいたらよいか判然しない等の意見が多かった。また病院実習に伴って，指導者の不足，指導者の質的問題，実習病院の確保，特に私立併設校の場合は生徒数が多すぎる。等の問題があげられている。更に非常勤講師による教育面への影響として本来の業務以外の看護教育であるため休講が多い。普通科との時間割の調整，講師の確保困難等があげられている。

看護教育においては看護臨床実習といういわゆる個別的な指導方法により教育目的への到達をめざすという看護教育の特色からいって，膨大な生徒数に対して看護教員数が不足であるということは，教育の質的低下につながるものと考えられる。ひいては看護そのものが社会から適切な評価をされ難いという重大な問題を含むものであると考える。文部省では，昭和57年度から指導要領の改訂[20]がなされようとしている。このなかで各科目の大幅な単位数が一定となり，目標が明確化され従来の膨大な内容が若干整理されていることが知らされる。この教育内容の充実は看護教職員によって更に検討が加えられ高等学校としての教育レベルが安定されなければならないだろう。またカリキュラムの運営に必要な常勤者である看護教員の確保が重要であると考える。

Ⅳ　ま と め

1. 生徒数A.aのMは125.4である。A.bのMは177.4で，300名以上の生徒数をもつ学校は4

表11　常勤・非常勤別，科目担当者

n＝A.a 43，A.b 27，B 7，C 5＝82　　○ 常勤，△ 非常勤

科目		校種別	A a	A b	B	C	担当職種
看護基礎医学	解剖・生理	○	18名	4名	4名	5名	教諭，医師
		△	31	23	3	2	看護教諭
	病原微生物	○	19	2	3	3	教諭，医師
		△	25	25	4	2	看護教諭 衛生検査技師
	薬理学	○	8	2	1	3	教諭，看護教諭
		△	39	25	6	2	薬剤師
	衛生	○	40	11	6	5	教諭，看護教諭
		△	9	16	1	1	医師，薬剤師
	栄養	○	36	20	7	4	教諭，看護教諭 医師，栄養士
		△	9	6	1	1	保健婦
	小計	○	121	39	21	20	
		△	113	95	15	8	
看護概説	看護の歴史	○	42	26	8	5	看護教諭
		△	1	2			
	看護の倫理	○	42	26	8	5	〃
		△	1	2			
	看護の原理	○	46	26	8	5	〃
		△	2	1			
	看護関係法規	○	41	20	7	5	看護教諭
		△	3	8	1		医師
	小計	○	171	98	31	20	
		△	7	13	1		

表12

科目			校種別	A a	A b	B	C	担当職種
成人看護	成人保健		○	39名	23名	5名	4名	看護教諭
			△	8	9	2	1	医師
	成人看護一般		○	44	21	7	5	〃
			△	9	9	3	1	
	内科系・外科系疾患の看護	呼吸器系	○	27	16	3	3	〃
			△	37	22	6	2	
		循環器系	○	32	18	3	3	〃
			△	37	21	6	4	
		消化器系	○	32	16	3	3	〃
			△	37	23	6	3	
		泌尿生殖器系	○	30	17	3	2	〃
			△	37	24	6	4	
		内分泌系	○	32	18	2	3	〃
			△	38	22	5	2	
		骨，関節，筋肉系	○	25	19	2	3	〃
			△	37	22	7	3	
		精神，神経系	○	29	17	4	3	〃
			△	36	22	6	3	
		感覚器系	○	21	17	1	4	〃
			△	38	22	7	2	
	小計		○	311	182	33	33	
			△	314	196	54	25	

表13 看護実習，常勤，非常勤別

A.a，A.bのX^2検定，$X^2=0.108$，$P>0.05$

科目		校種別	A a	A b	B	C	担当職種
母子看護	母性保健	○	41名	11名	6名	5名	看護教諭
		△	16	20	4	2	医師，助産婦
	母性看護一般	○	38	16	4	5	〃
		△	15	17	4	2	
	妊婦・産婦女子婦の看護	○	36	17	4	4	〃
		△	34	16	5	4	
	小児保健	○	39	16	4	5	看護教諭
		△	16	16	4	2	医師，その他
	小児看護一般	○	38	25	6	5	〃
		△	13	18	2	2	
	小児疾患の看護	○	32	22	5	3	〃
		△	34	16	4	4	
	小計	○	224	107	29	27	
		△	128	103	23	16	
総計		○	827	426	114	100	
		△	562	407	93	49	

看護実習	校内実習	○	43	27	7	5	看護教諭
		△		3			その他
	病院実習	○	36	14	6	4	〃
		△	39	14		1	
	小計	○	79	41	13	9	
		△	39	17		1	

表14　看護教育上の問題点

校種別 / 項目	A		B	C	合計	%
	a	b				
1. 教育内容が膨大，教育の系統性	67	29	11	12	119	46.1
2. 病院実習に伴う問題	22	12	8	4	46	17.8
3. 非常勤講師に伴う問題	18	11	3	2	34	13.2
4. 生徒指導，生徒の人数の問題	4	10	2	3	19	7.4
5. 施設設備	4	7	1		12	4.6
6. 看護教員の不足	1	7	1		9	3.5
7. 進路指導	3	1		1	5	1.9
8. 准看護婦資格取得の問題	5				5	1.9
9. 看護学校との連携	1	1	1		3	1.2
10. 看護協会の支援	1	1	1		3	1.2
11. 校内の人間関係		1	1		2	0.8
12. 担当科目の分担		1			1	0.4
合計	126	81	29	22	258	100.0

校である。

2. 看護教諭は，A.aは3名から4名が多く，A.bは1名から2名であり，A.bにおいては看護教諭が全くいない学校が5校である。X^2検定によりA.bはA.aに比較し教諭及び助手が少い。

3. 目標は，看護の知識・技術の習得が全体の34%でもっとも多い。教養と豊かな情操19%，社会への貢献が18%で高校教育目標がふまえられての看護教育における目標である。

4. 科長制については，看護教諭による科長はA.a 21校（49%），A.b 20校（74%），Bは7校全部である。

5. 看護の科目担当決定方法は，86%が看護教員による協議で決定している。

6. 科目「保健」の看護教諭による担当は全体の82校中28校（34%）であり，担当時間は35時間が67%である。多くは210時間である。

7. 看護教員によるクラス担任は，A.a 36校（84%），A b 27校（100%）である。B，Cは全校が看護教員である。

8. クラブ活動は，A.a 40校（93%），A.b 22校（81%），Bは全校に看護教員の関与がある。総数67のクラブ活動を担当している。

9. 校務分掌は，A.aは43校中41校（95%），A.bは保健厚生27校中15校（56%），Bは教務7校全校，Cは教務5校全校であり種類の総数は51である。

10. 科目の標準単位（時間数）と実施時間数の比較は，科目全体の延校数402校中，標準286校（71%），標準以上73校（18%），標準以下43校（11%）である。看護実習A.aのMは791.5時間，A.bは737.0時間である。Bは全校が標準である。

11. 常勤・非常勤科目担当者は，全体の延総人数において，A.a 827名（1校の平均10.1），非常勤講師562名（1校の平均6.9）である。全体の常勤，非常勤についてA.a，A.bではX^2検定により有意差が認められA.aは常勤が多く，A.bは非常勤と常勤がほぼ各半数である。

12. 教育上の問題点は，教育内容が膨大であり系

統的な指導ができ難いがもっとも多く46%である。

V　さいごに

以上のことから考えられることは常勤の看護教諭が少く，多くの非常勤講師に依存しているため校内でのカリキュラムの調整，講師の確保の問題，非常講師の休講等と問題が多い看護基礎医学系の科目を担当できる常勤の看護教諭の養成が重要であると考える。看護に必要な看護基礎医学として教育がなされる必要があり，高等学校における看護教育の特色からいって人格形成の途上にある生徒にとっては常に接触のできる常勤の看護教諭が重要な存在であると考える。このような看護教員の養成は現在の看護教員養成大学よりもっと上のレベルにおいてなされなければならないだろう。

日本看護協会では，准看護婦制度廃止運動を推進しているが，高等学校衛生看護科の場合，准看護婦そのものを養成する教育目的であるとは，今回の目標についての調査からも考えられ難い。高等学校における看護教育は一応安定してきており，家政科と同様に看護教育は重要な価値をもつものであると考える。しかしやはり看護婦としての職業を考えるとき，高校生という年令は成熟した段階ではない自らが心身共に成熟しなければならない時期である。従って看護を更に高め深く学ぶ短大や大学へ進路が可能なカリキュラムとしなければならないと考える。

本調査にあたり，ご協力を賜わりました全国高等学校衛生看護科の皆様に，深く感謝いたします。

引　用　文　献

1) 望月哲太郎：高等学校衛生看護科の成立，－その課題と今後の方向－，看護教育，Vol 7，№7，20，1966

2),12) 山下節子：看護の教科の目標と看護に関する科目の構成について，産業教育，Vol 28，№9，57，1978

3) 加藤敬助：一般教育科との関連にわたって，看護教育，Vol 7，№7，37，1966

4) 日吉ふく子：本校における校内実習事例とその問題点，第8回全国高等学校衛生看護科看護専攻科研究協議会研究集録，34，1977

5) 丸岡隆二：高等学校衛生看護科卒業生の追跡調査，看護教育Vol 19，№8，507，1978

6) 松岡淳夫他：高等学校衛生看護科学生の実態と動向について，看護教育，Vol 17，№8，485－486，1976

7) 前原澄子：高等学校衛生看護科の現状と問題点，看護，Vol 30，№6，32－36，1978

8) 大森文子：日本看護協会の姿勢，看護，Vol 28，№5，4－11，1976

9) 川島みどり：開業医に働く看護婦は，看護，Vol 28，№5，21，1976

10) メヂカルフレンド社編集：保健婦助産婦・看護婦指定学校養成所名簿，94－104，メヂカルフレンド社，1976

11) 生田龍謙：教員定数の増加と施設設備の充実，第8回全国高等学校衛生看護科看護専攻科研究協議会研究集録，28，1977

13),18),20) 文部省：高等学学習指導要領，11，教育課程講習会資料，1978

14) 天野正子：専門職業をめぐる看護婦看護学生意識構造，看護教育 Vol 5，№1，182－193

15) 文部省：ホームルーム運営上の諸問題，1，大蔵省印刷局，1971

16),17) 文部省：高等学校学習指導要領解説，4，初版，東山書房，1972

19) 厚生省医務局看護課，監修，厚生問題研究会編，看護六法，626－628，昭和52年度版，新日本法規出版ＫＫ，1977

成人看護の指導の一工夫

A device of instruction in Adult Nursing

東　　サトエ
Satoe　Higashi

Ⅰ　はじめに

成人看護において，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にほぼ無関係に丸暗記的に覚えてゆく従来のようなとらえ方では，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，上辺だけの看護に終わりがちであった。

このようなとらえ方のもとでは，生徒（高等学校衛生看護科の生徒を示す）の興味もわかず，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。

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，更には自己学習を可能にし，応用能力を高められるような指導法の必要性を感じ，今回のとりくみを行うに至った。

鹿児島大学医学部附属病院

薄井氏は，科学的看護論の中で，看護一般論を学ぶことの重要性を次のように述べている。

――一般論を学ぶことの意味は，“対象の特殊性・個別性をつかむための基本線をもつということなのである”となると，看護学の対象である看護そのものの特殊性・個別性を明らかにするためには看護一般論が必要だということになる。そして，一般論をもっていることで，どのような対象に対しても，どのような条件にあっても＜看護とは＞に照らしてその特殊性や個別性が見えるのであって，それゆえに看護婦は主体的に自分の頭をはたらかせ工夫することができるのである。(1)

この理論は，今回のとりくみの目的を達成するための重要な鍵であると考えられ，成人看護における各疾患の一般論を導き出し，教授してゆくことにより，生徒は学校で学んだものをもとにして，病院実習で応用し，深めてゆけるものと思われた。

Ⅱ　学習および指導の大要

成人看護の中で疾患とその看護をどのようにとらえ指導していったらよいか，また，それを病院実習にどのように関連づけていったらよいかに焦点をあて，次のような学習を行い指導していった。

- 大づかみに疾患の本質をとらえる。
- 本質に照らし合わせてみて，何故そのような症状が生じてくるのかをとらえる。
- ③　乱された生活の機能を整えるためにはどのような看護が必要か，目標および要点をみい出す。
- ③をみたす具体的な看護法を見い出す。

● 以上をもとに観察の要点を見い出す。
⑥ 指導案の作成。
⑦ 教授終了後11項目にわたり必要な観察の要点をかかせる。
⑧ 病院実習において患者を受け持たせ，その疾患に必要な観察の要点を中心に情報を整理し，計画を立て展開させる。

なお，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，その他は見ずに，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。

Ⅲ 学習および指導の実際

今回は細菌性肺炎を例にとり具体的に展開していくことにする。

(1) 炎症とその看護

生体は生理的刺激のみでなく，病的刺激を常に受けて生活している。生体が病的刺激を受けた時に，内部環境を恒常性に保とうとする結果，防衛反応をひきおこすことになるが，炎症も生体の防衛反応と考えてよいだろう。そして，炎症が肺，膀胱，腎臓などにひきおこされた場合に我々はそれを肺炎，膀胱炎，腎炎などと呼んでいる。そこで，肺炎を学習する前に，まず，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炎症における一般的な看護を導き出すことによって，肺炎が浮き彫りにされてくるものと考え，まず炎症について学習していった。それが資料1，資料2である。

資料1 炎症について

(1) 炎症とは
様々の刺激を外界から受けて生活している人体が，病的刺激を受けた時に障害をできるだけ局在させ，無害化し，またその拡大を防止しようとする生体の防衛反応である。

(2) 健康時と違いどのようなことが生体に生ずるか。
① 局所において次のようなことがひきおこされる。
循環障害，浸出，組織の変性，増殖

浸出液の防衛反応	・毒素の稀釈　・抗体が運ばれる ・線維素による病巣の限局化 ・食細胞による貪食
組織の増殖の意義	・大きな異物は肉芽組織で処理される。 しかし，やがては瘢痕組織となる。
組織の変性	・メンキン因子の出現 白血球遊走因子（ロイコタキシン） 発熱因子（ピレキシン） 蛋白融解酵素（ネクロジン）

② 局所の症状としては次のようなものが出てくる。
発赤，腫脹，発熱，疼痛，機能障害

● 局所の変化は液体性，神経性に全身臓器に影響をおよぼし，その後，再び炎症局所にはねかえって炎症の形態を規定する。
発熱，心筋障害，脈拍促進，呼吸数の増加，頭痛，疼痛，嗜眠傾向，けいれん，各臓器の炎症

資料2　炎症の看護について

看護の目標 炎症という自然の治癒機転がうまくおこなわれるように援助し，炎症の拡大を最少限にする。 看護のとりくみ	
① 炎症部位の負担を軽減し治癒に力をそそげるようにする。	・患部の安静を保つ。 ・患部の営む機能を援助する。
② 失なわれた物を補充し抵抗力を増強させる。	・栄養物の補給（Cal，ビタミン，蛋白質，水）。 ・必要時輸血，輸液をする。 ・充分な睡眠をとらせる。 ・精神的な安静を保持する。 ・患部を高挙し血流を促す。
③ 炎症によって生じた有害物の排泄を促す。	・水分を十分に与える。 ・ドレナージする。（浸出液，膿の排泄） ・痰を喀出させる。 ・排泄をスムーズに行わせる。 ・必要時温罨法する。
④ 社会力を加え，自然の治癒力を増強させる。	・正しい与薬，副作用と効果の観察 ワクチン，免疫血清の投与 化学療法剤，抗生物質の投与
⑤ 炎症によって生ずる不快感を除去し，体力の消耗を防ぐ。	・疼痛の軽減（湿布，罨法，マッサージ，体動の制限，鎮痛剤の投与） ・発熱に対して（冷罨法，発汗時の世話，解熱剤の投与）
⑥ 観察を密に行い回復の程度，悪化のきざしを判断し対処する。	・資料1参照
⑦ 他への感染の予防。	・内科的，外科的無菌法の徹底。 ・患者への指導。

(2)　細菌性肺炎とは

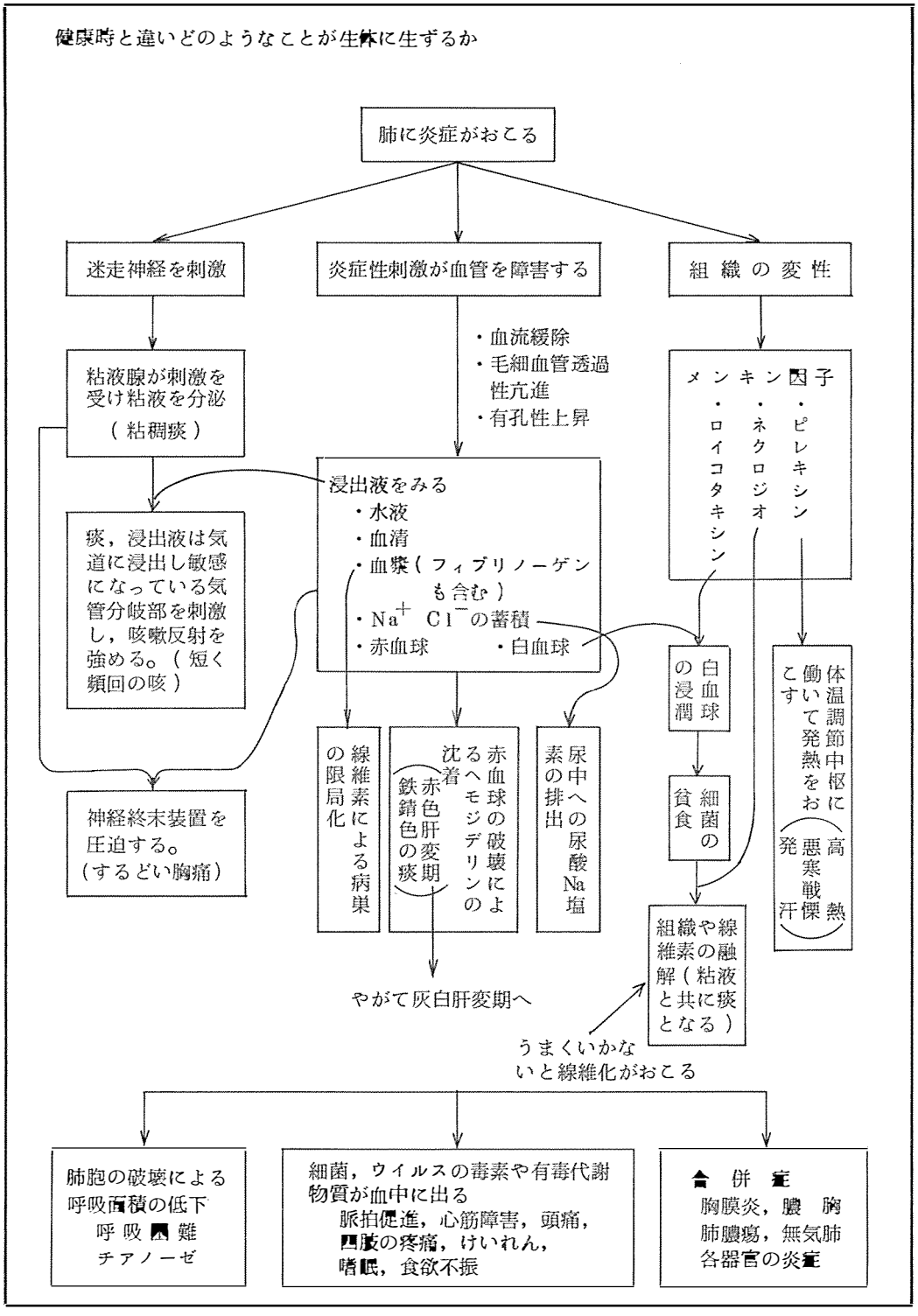
炎症一般論をもとに，それが呼吸器である肺に生じた場合の特徴をとらえることによって大づかみにその本質を次のようにとらえた。

「細菌性肺炎とは，抵抗力の減弱した人体が上気道より細菌感染を受けることによって，肺に炎症をひきおこしたものであり，肺そのものの機能低下にとどまらず，血行性，リンパ行性に全身に影響を及ぼし，様々の全身および局所の症状をひきおこすものである。」

更に，この本質に照らしてみて，肺炎によって，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。それが資料3である。

資料3　細菌性肺炎について

健康時と違いどのようなことが生体に生ずるか



(3) 細菌性肺炎の看護

以上をもとに —— 看護とは，生命力の消耗を最小にするよう生活過程をととのえることである —— (2)（薄井氏の述べている＜看護とは＞は，現在の私にとって看護の道しるべともなるべきものであり，多忙な臨床において自分の看護活動が果してこれでよいのか，また，どのような看護が必要であるかを導き出す私の私に対する厳しい指導者的役割を果している。)に照らして肺炎における看護の目標を次のようにとらえてみた。「肺炎は，肺に加えられた病的刺激をできるだけ局在させ，無害化し，その拡大を防止するという生体にとっての防衛反応と考えられる。よって，炎症の自然の経過を薬物等でストップさせることは，生体の治癒機転を妨げることにつながる。しかし，炎症の増大は肺のみにとどまらず，血行性，リンパ行性に全身に影響を及ぼし，それが再び肺にはねかえって来，全身状態の悪化をみることが予想される。このことから生体の自然の治癒力を高め，また，治癒機転がスムーズにゆくように調整しながら援助することにより，肺機能の障害を最少限にし，炎症の拡大をくいとめ他器官への波及を防止すること，更には，障害された肺機能の回復をはかるようとりくんでゆく必要がある。」そして，この目標に照らしてみて，肺炎によって乱された生活の諸機能を整えるために必要な大づかみな7つの柱を導き出し具体的な看護法を検討していった。それが資料4である。

資料4　細菌性肺炎の看護について

看護のとりくみ	
① 肺の負担を軽減し治癒に全力をそそげるようにする。	○ 肺の安静を保つ，O_2の消費を最少にする。 ・患者の欲求を早くみい出す。筆談。 ・必要時面会人の制限。 ・活動の制限。 ・不必要な咳はおさえるようにする。 ・環境を整え，咳嗽を誘発するものを除く。 ○ O_2を十分にとり入れさせる。 ・気道を確保する。 ・呼吸しやすい安楽な体位をとらせる。 ・肺の圧迫を防ぐ。（腹満の防止） ・清浄な空気を保つ。 ・O_2の補給。 ・深呼吸
● 失なわれた物を補充し，抵抗力を強める。	○ 栄養の補給 ・Cal，良質の蛋白質，ビタミン，水，他。 ・消化しやすいものを与える。 ・必要時分食させる。 ・必要時，輸液，輸血をする。 ○ 睡眠，精神的な安静を保つ。
③ 炎症によって生じた痰や有害産物の排泄を促す。	○ 痰を喀出しやすくする。 ・蒸気吸入，ネブライザー吸入。 ・頻回に体位変換する。 ・叩打，バイブレーターにて気道に痰を引き出しやすくする。

	○ 痰を喀出させる。 ・有効な咳をさせる。 ・吸引する。 ○ 有害物の排泄を促す。 ・水分の補給。 ・排泄のコントロール。
④ 社会力を加え，自然の治癒力を増強する。	・正しい抗生物質の投与。 ・副作用と効果の観察。
⑤ 苦痛，不快感をとりのぞき，体力の消耗を防ぐ。	○ 苦痛を緩和する。 ・温湿布，ゼノール湿布をする。 ・マッサージ。 ・患側を下にする。 ・必要時鎮痛剤を投与する。 ○ 発熱に対して ・体幹冷却する。 ・発汗時の清潔，更衣。 ・悪寒，戦慄のある時は保温する。 ○ 身体各部の清潔をはかる。
⑥ 観察を密に行い，回復の程度，悪化のきざしを判断し対処する。	資料3参照
⑦ 他への感染の予防。	○ 内科的無菌法の徹底をはかる。 ・患者の指導。 ・関係者が一致して守る。

(4) 特に必要と思われる観察の要点

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生活を支える諸機能の11項目にわたりみい出していった。それが資料5である。なお，衣生活，環境，活動，休息，社会関係については省略する。

(5) 成人看護の授業の展開について

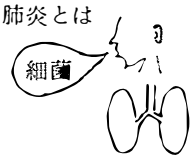
教師は以上のような学習をした上で，疾患の本質をとらえ，＜看護とは＞に照らしてみてどのような目標をもって看護してゆけば良いのか，乱された生活の機能を整えるためにはどのようなとりくみが必要であるかを生徒が理解し，その疾患の一般論をしっかりおさえられることを念頭において，生徒のレベルにあった指導案をめざして作成し教授した。資料6に例をあげておくが，指導案については検討の余地がある。なお，医師が疾患の授業を担当している現状では疾患についての学習はオーバーヘッドやプリント等を使用し，復習の意味も含めて看護に生かせるように導いてゆき，そこから看護のあり方を生徒が考え出せるように展開していった。そして，授業終了後，生徒達は自分の力で資料5であげたように，生活を支える諸機能の 項目にわたり，その疾患にみのがしてはならない観察の要点を書き出し，教授内容を整理していった。（観察および看護計画については一年次に自分自身を観察させ，自己の看護計画をたて展開させてゆく中で基礎的な知識と実践力を養い患者のそれへと関連づけていった。また，二年次の個人衛生においては，健康を保持増進する

資料5　細菌性肺炎患者に特に必要と思われる観察事項

項目	一般的な観察事項	この患者に特に必要とされる観察事項
呼吸	① 数・深さ・リズムの異常の有無 ② 口唇や爪のチアノーゼの有無 ③ 咳嗽・喀痰の有無 ④ 咽頭痛や呼吸困難についての訴えの有無 ⑤ 空気の状態に気がつくか，または無関心か ⑥ 与薬が行なわれているか ⑦ 処置の有無	・呼吸状態はどうか（浅くて速い） ・チアノーゼはないか ・咳はないか（短く頻回） ・不必要な咳をしてないか ・痰の性状はどうか（透明→錆色） ・吸引の必要はないか ・O_2，祛痰剤，鎮咳剤，蒸気吸X等の必要はないか。
循環	① 脈拍の数・緊張・リズムの異常の有無 ② 血圧の異常の有無 ③ 四肢の冷感・発赤の有無 ④ 褥創の有無 ⑤ めまいの有無 ⑥ 血液像 ⑦ 与薬の有無 ⑧ 処置の有無	・脈拍に異常はないか（頻脈） ・白血球はどの位か
体温	① 体温の異常の有無 ② 体温の経過 ③ 着衣・寝具・室内気候の関連は適切か ④ 訴えの有無 ⑤ 悪寒の有無 ⑥ 与薬の有無 ⑦ 処置の有無	・体温の異常の有無と経過はどうか（高熱→分利） ・悪寒戦慄はないか ・発熱に対して何か必要でないか（温，冷罨法） ・解熱剤の必要はないか
栄養	① 体格・骨格・筋の状態 ② 栄養状態の良否 ③ 食事の種類 ④ 摂取量 ⑤ 摂取方法（介助が必要かどうか） ⑥ 食欲の有無 ⑦ 補食への希望の有無 ⑧ 病院給食への訴えの有無 ⑨ 嘔気・嘔吐の有無 ⑩ 非経口摂取の有無 ⑪ 入院まえの食習慣でめだつことはあったか ⑫ 与薬の有無	・食事内容は適切か 高Cal，良質の蛋白質，ビタミン，消化のよいもの，刺激の少ない発酵しないものか ・摂取量はよいか ・分食の必要はないか ・水分は十分とっているか
排泄	① 回数・量・性状・排泄時の疼時の疼痛の有無 ② 排泄の場所 ③ 排泄についての訴えの有無 ④ 蓄尿などの指示の有無 ⑤ 浮腫の有無 ⑥ 皮膚乾燥の有無 ⑦ 与薬の有無 ⑧ 浣腸・導尿などの有無	・排便はうまくいっているか ・鼓腸はないか，それに対して何か必要ではないか ・発汗はないか
	① 皮膚・毛髪・爪・鼻腔などの清潔は保たれているか ② 身づくろいはきちんとしているか ③ 清潔に対する訴えはないか ④ 特殊な清潔法の必要はないか	・口腔，皮膚の清潔は保たれているか。

県立野田女子高校の受け持ち患者の記録より

資料6　指　導　案

	内　　容	留意点および生徒の活動
導入	(1) 肺炎とは  感染 → 肺の炎症 → ← 全身への影響 抵抗力の低下した人 (2) 健康時と違いどのようなことがひきおこされるか 粘稠痰（透明→錆色） 短く頻回の咳　　他は省略	・抵抗力のおちた生体が上気道より感染を受けた時におこり，肺機能の低下にとどまらず，全身への影響も強いことを理解させる。 ・風邪を例にとりイメージを描かせる。 ・生体の反応について，炎症とはどういうものかを思い出させ，それが肺におこった時はどのような形であらわれるかを理解させる。（プリント使用）
展開	(3) 肺炎の看護 看護の目標 ※本文参照 看護のとりくみについて ※資料4参照	・炎症の意義を知り，それを助ける方向で看護のとりくみがなされなければならないことに気づかせる。 ・肺の主な機能は何か，それを援助してゆくにはどんな方法があるか考えさせる。 ・どのようなものが消耗されるか，何を補えばよいか考えさせる。 ・生体の防衛反応により生じた痰であるが，それが体内に貯留すると何故いけないのか，それをのぞくにはどうしたらよいか考えさせる。 ・健康な人の肺胞音を聴取させる。
むすび	観察の要点をかかせる	・予防の大切さ（健康管理）にも目を向けさせる。 ・観察の要点は教師が点検する。

ために必要な生活のあり方を検討させ，どのような生活の仕方が健康を破壊してゆくのか，また，増進させてゆくのかを更に深く学習させた。）

(6) 病院実習にどのように関連づけてゆくか

将来看護者として成長してゆく者にとって看護の対象をよく理解し，科学的な裏づけをもった看護実践を展開してゆく知識，技術，態度を身につけてゆくことは大切なことである。このことからも，高校生にとって困難な点はあるにせよ，病院実習において，患者を受け持ち，観察をし情報を集め，それをもとに看護計画をたて実践し，評価し，更に実践してゆくという一連の実習をおこなってゆくことは重要な意味をもつ。そこで，学校で学んだことを病院実習に関連づけてスムーズに展開してゆけるような指導法が必要となってくるが，各疾患ごとに観察の要点をみい出させておくことにより，看護実践の出発点において，視点をもってその疾患についての大切な情報を収集することができるようになった。

実際に病院実習では，受け持ち患者の疾患名，性別，年令がわかったあとすぐに予習をし，予想をたてて情報を集めてゆく。そして，生徒の能力に応じて，更にその患者にあった計画を立てるために患者の発達段階，生活過程などの面からも情報を集め展開していった。また，授業で学ばなかった疾患についても同様に自己学習をおこない展開していった。

Ⅳ　考　　察

今までのように，肺炎に罹患することによって生じてくる咳，痰，発熱に対してその看護を学んでゆく学習に慣れていた生徒達にとって，今回のようにその疾患の本質をとらえ，＜看護とは＞にてらしてみて看護の目標を導き出し，それをみたすための看護のあり方をとらえてゆくという思考過程をとることは，むずかしくとまどいを感じさせた面があったことは確かである。しかし，従来のような教育のあり方ではいつまでたっても進歩はありえない。

まさに思考錯誤の真っただ中にあった教職一年目に，看護基礎医学の栄養の中で同じような思考過程を用いて教授したことがあったが，生徒の一人から卒業後次のような手紙をもらったことがあった。「従来のような看護教育にウンザリし，看護とはいったい何なのだろうかと失望していた矢先，この授業を通して看護のおもしろみを知り意欲が湧いてきた。」と，この生徒の意見の中に私は，私が理想としていた教育のあり方と生徒が望んでいた教育のあり方との間に共通したものを見い出すことができた。この体験は，私に，生徒のもつ様々の障害を嘆く前に，決して薄め主義ではなく，＜看護とは＞に根ざした看護一般論をひき出して教育してゆくことの必要性と，生徒の発達段階や能力にあった生徒の可能性を高めてゆく効果的な指導法の開発の必要性を意識づけてくれた。

薄井氏は科学的看護論の中で，―― 知識は知れば知るほど知らないことの大きさを思い知らされるものであるし，技術もどんどん発達していくものである。したがって学校教育で一番大切なことは，知識や技術の使い方，生かし方をつかませることであろうし，自ら学ぶということをつかませることであろう。また知識や技術を発見し，創造していくことをつかませることでなければなるまい。――[3] と述べている。まさにその通りであるといってよいだろう。臨床で学んでいる現在，様々の条件が組みあわさった中で看護を展開してゆく時，一般論を媒介にしてその人にあった看護を展開してゆく能力と，実践の中から自らの力で看護一般論を導き出し，次に同じような場面に遭遇した時にそれを使えるようにとりくんでゆける能力をもったナースを看護が必要としていることを痛切に感じている。

今回のとりくみで，最初とまどいを感じていた生徒達であったが，三年生の後期においては積極的に授業に臨み，考えようとする姿勢が出現し，するどい質問もみられるようになった。知識の寄せ集め的な教育はその場しのぎにはなっても，自分の力で看護をみつめてゆける生徒を育ててゆくことには決してならないと思う。また，衛看→専攻科というルートをたどり，将来看護婦になるであろう生徒がほとんどであった状況において，そのような教育のあり方は弊害をもたらすことは予測できた。生徒達は，衛看で学んだ土台の上に立ち更に学習を深めてゆかなければならないのである。

一方，看護教育の中で，病院実習は重要な意味をもっていることは確かである。病院実習は単に技術の習得にゆくためのものではなく，教室で学んだことをもとにし，具体的な患者を目前にして，その患者をよく観察し情報を集め看護計画をたて展開してゆく過程の中で自分の知識や技術と実際を確認しながら深めてゆくことにあると思うが，授業の中で看護の一般論は学ばせておいたこと，また，ひとつの疾患を終えたあとで観察の要点をひき出させ整理させておいたことにより，生徒はよりスムーズに病院実習を展開でき，学校で学んだことをひとつずつ確認してゆけたものと思う。

しかし，このようなとりくみを行うことで，ひとつの疾患，ひとつの症状の看護を学習するのに多くの時間が必要であったことは誰しも気づくことである。その結果として本にあるようなすべての疾患，症状を指導することが困難となってきた。そこで，まず，症状の中で特に体力の消耗をきたしやすく，回復過程に大きく影響し，看護の役割が大きいもの，各疾患の症状としてよく生じてく

るものをとりあげて指導してみた。たとえば，「発熱」「呼吸困難」「浮腫」「意識障害」のある患者の看護についてである。なお，疾患の中でとりあげた方が効果的なものはその中で指導した。そして，疾患の看護については，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，それを学ぶことで学習していない疾患にも応用のきくものを各系統から選び指導していった。たとえば，呼吸器系疾患では「肺炎」「肺結核」というふうにである。臨床経験のなかった私にとっては，どれをとりあげた方がよいか確信をもてなかったが，生徒に独学の精神をもたせることや，自己学習してゆく方法を指導してゆくことにより思いきって精選してもよいと考えている。（それぞれの教科での指導，グループ学習や発表，文化祭を通して指導していた。）また，医師と教師が指導している現状においては，指導の一貫性がえられにくく，生徒が混乱する可能性も大きい。医師と密に連絡をとり教育してゆくこともひとつの方法であるが，すぐれた看護教育者の養成と充実した研修のつみ重ねとによって，看護教育者による一貫した教育がなされるようになることが望ましいと思う。

V　おわりに

現在，教育の場で得た思考法をもとに，一人の患者を観察し，情報を集め看護計画をたて，その人にあった個別的な看護を展開してゆくようとりくんでいるが，今まで述べてきたとりくみに対し，細部にわたっては少しずつ修正してゆく必要があるにしても，大づかみな方向性においては疑問をもたない。今後，残された疾患とその看護の一般論を導き出してゆくとともに，教育の場と臨床の場との間に横たわる様々の問題をみきわめ，よりよい看護教育のあり方を検討してゆきたいと思う。

＜引　用　文　献＞

(1)(2)(3) 薄井担子：科学的看護論　P14～16　P29，P90，1974　日本看護協会出版会

＜参　考　文　献＞

(1) 鈴江懐：病理学総論第2版　1971　医学書院
(2) 飯島宗一：病理学各論下巻　1973　文光堂
(3) 永原貞郎：系統看護学講座5　病理学・臨床検査　1970　医学書院
(4) 湯槙ます他：系統看護学講座10　看護学総論　1976　医学書院
(5) 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Vol 1　№1　1978　四大学看護学研究会
(6) 大西誠一郎他：現代青年の心理　1971　黎明書房

1　著者は衛看の教育について真しな工夫努力を行っている。現在の高校生相手の内容としてはかなり高いレベルの視点と云えるだろう。特に資料3の表はどうしても大学レベルのもので，もう少し高校生には理解し易くしないと無理だろう。

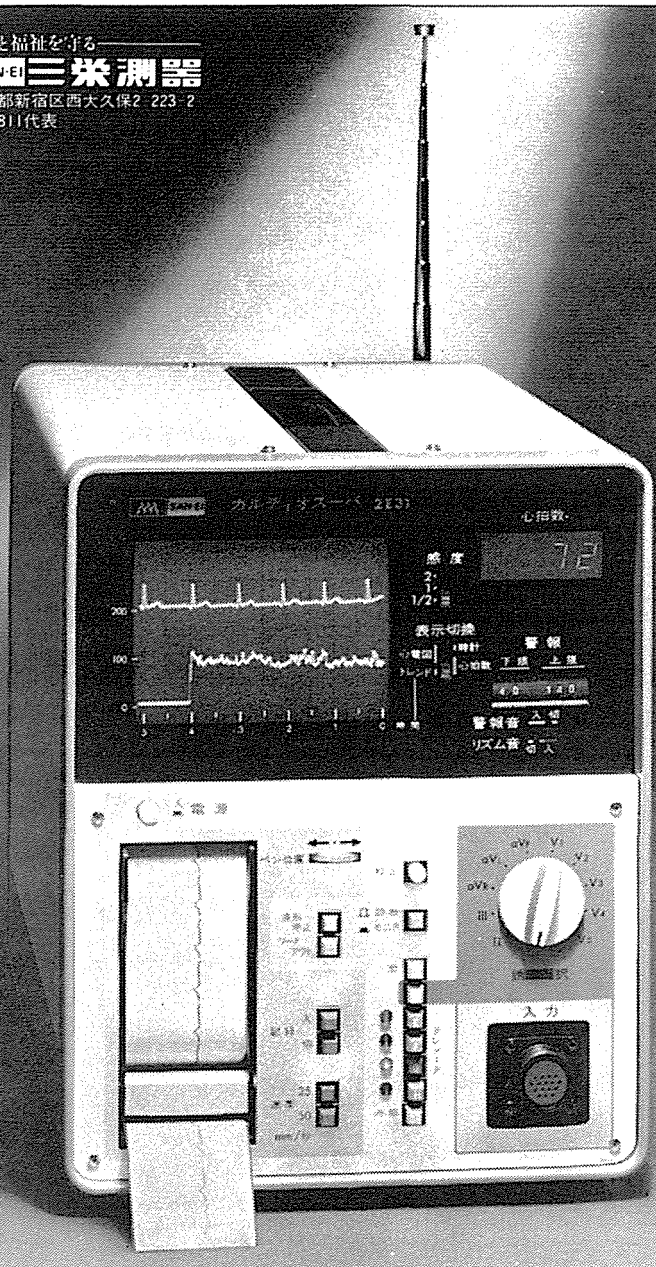
2　このレベルでの疾患理解～看護という成人看護指導が本当に効果をあげるためには，その基礎である解剖学，生理学，病理学の知識が一定以上にしっかりしていて初めて可能と思われた。

3　論文全体としての流れが多少薄井担子氏に片寄りすぎる感あり。引用文献にもそれが出ているし，たとえ内容や校正でその人にまるまる指導された場合でも視野広くみていることがどこかに出ていないと無関係の研究者が読んだとき，狭視野の印象を与えて損をするだろう。

（編集委員）

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

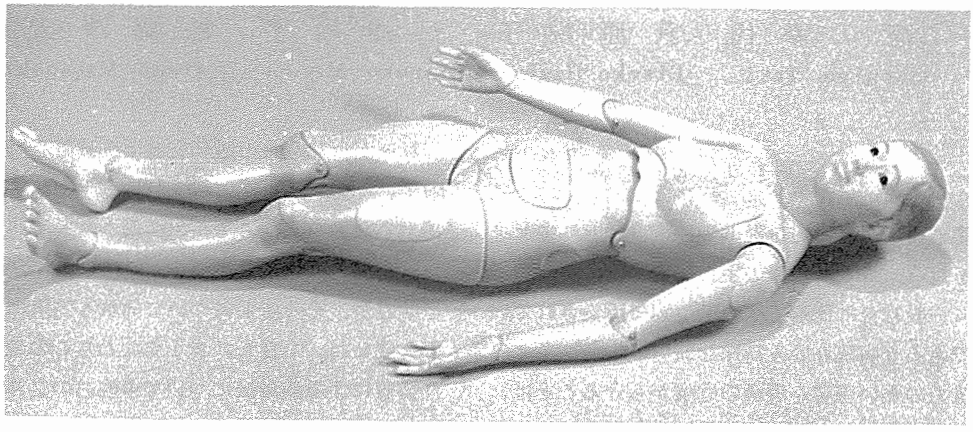
全身塩化ビニール製
特殊調合（半硬質・軟質）

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



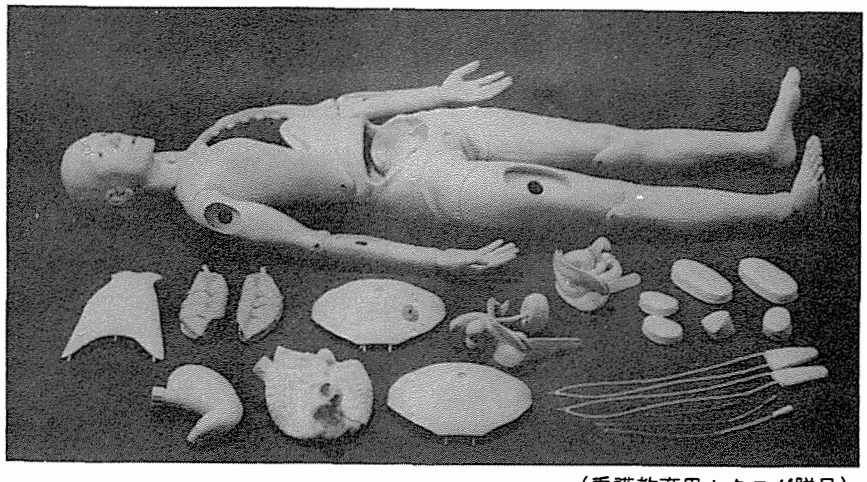
男性・女性の
両用に使える

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

現行消毒法の再検討

Study on the Desinfection

— 超音波洗浄装置について —

— Abaut Useing Supersonic—Washer —

滝　幸代　荻原悦子　三沖絹子　松岡淳夫

Sachiyo Taki　Etsuko Hagiwara　Kinuko Miyoki　Atsuo Matsuoka

1　はじめに

患者に安全な環境を提供し，安全な方法でケアーを行なうことは看護の重大な責務の一つである。特に一般社会に比べて病原微生物に汚染されているであろう病院という特殊な環境の中で，多くの抵抗力の弱い患者を感染の危険から守ることは，厳重に実施されなければならない。滅菌消毒法はこのため，あらゆる分野，場面で基本的な技術として行なわれている。滅菌消毒法は基本として，手指消毒には Furbringer 氏法，器具の滅菌消毒には高圧蒸気滅菌法又は S chimmerbusch による煮沸消毒法があげられるが，近年消毒薬の発達や消毒機械の改善によってこれら無菌方法も大きく変転して，その実施方法も極めて多岐となっている。そして鵜沢[1]等の述べる様に，これらの方法の合理性や，その条件等極めて多様で，今後の検証が必要な段階にあるといえよう。

最近，超音波洗滌装置が，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無菌効果が得られる方法として活用され，超音波手洗い装置として市販され広く用いられるようになった。鵜沢等の調査によれば，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る。しかし，一方では，超音波による消毒効果は全く否定的で，この装置による効果についての過信を戒しめる報告[2]もみられている。

私達が行なった市販超音波手洗装置を用いた実験で，そのカタログに示される"手術前手洗，器械消毒30秒"に従って，0.02％クロールヘキシジン液を用い，手指，機械を夫々30秒づつ浸漬作用させたが，その結果について何れも効果に深い疑問を残した。（表1，2）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性がある。

この消毒法は，その効果を薬液効果と超音波の洗落し効果の相乗と考え，この2点から実験を計画した。

表1　超音波洗滌装置，0.02％ヒビテン併用による30秒間器具消毒の効果　$\left(\frac{\text{コロニー数}}{\text{培養器}}\right)$

部位 / 被検例	爪	指間	手掌	手背	肘
No. 1	8/2	67/2	3/2	4/2	441/2
No. 2	7/2	31/2	4/2	9/2	2/2
No. 3	7/2	197/2	2/2	2/2	4/2
No. 4	177/2	44/2	1/2	1/2	0/2
No. 5	24/2	72/2	4/2	3/2	11/2
菌陰性例数	0	0	0	0	1

千葉大学教育学部看護課程

表2　超音波洗滌装置，0.02％ヒビテン併用による30秒間器具消毒の効果　$\left(\frac{\text{コロニー数}}{\text{培養器}}\right)$

被検体No.	持針器	ゴム	ガラス	プラスチック	木ブラシ
No. 1	2/2	4/2	1/2	1/2	31/2
No. 2	1/2	8/2	2/2	(－)	6/2
No. 3	8/2	7/2	1/2	(－)	4/2
No. 4	2/2	8/2	2/2	2/2	∥∥/2
No. 5	3/2	6/2	3/2	1/2	16/2
対照	∥∥/2	∥∥/2	∥∥/2	∥∥/2	∥∥/2

∴コロニー数；1,000以上を∥∥

2　実験方法

標示菌液による人工汚染法を用いた。この菌液（大腸菌株S_8を集めブイヨンで24時間増菌させたもの）の1㎖中の大腸菌数は希釈検定により10^{10}～10^{11}コロニーであった。

超音波洗浄装置には，建部青州堂製ウルトラ・エース手洗い装置（発振周波数22 KH_2・発振出力0.165 W／cm²），消毒薬にはクールヘキシジン液を使用した。

(1)　消毒方法

1）検体；手指について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器・ユッヘル，ゴム製としてネラトンカテーテルの5つを選択した。

2）時間；使用率の高い[1]30～60秒を中心に，15秒，30秒，60秒，120秒，180秒の5段階とした。

3）濃度；一般使用下限前後の0.01％，0.02％，0.03％とした。

(2)　実験順序

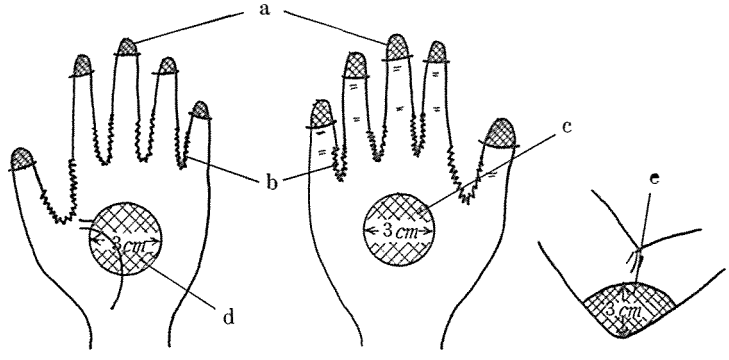
1）検体表面状態を同一にするため，手指については，石けんで上腕下部より手指全体を洗浄，十分水洗し乾燥させる。器具は，湯煮し，十分乾燥させる。

2）実験者が滅菌ピペットを用い，各実験部位に菌液を0.1㎖塗布し，ドライヤーを用いて乾燥させる。（図1）器具については次の部分に塗布乾燥した。

持針器　－　複雑にかみあった部分

図1　実験菌液塗布部位

a．爪部　b．指間部　c．手背部　d．手掌部　e．肘部



・コッヘル ー かみあった部分と把部表面
・プラスチックブラシ・木ブラシ ー 背部
・ネラトンカテーテル ー 管腔内とその表面
・採物ガラス ー 平滑な表面

3) 洗い落し効果の実験として，前述のウルトラエース内に30 ℓの精製水を満たした中に2)で汚染した検体を浸漬し，静止させ，指定された時間，作動させる。

消毒効果実験として，前述の濃度に準備された液の中に，汚染検体を浸漬させる。

次に，それぞれを槽内，液内より引き上げる。手指についた水分は滅菌ガーゼで軽く押し拭いをする。

4) ガラスシャーレに入った滅菌生理的食塩水100 mℓの中で，滅菌ガーゼ小片を用いて菌液塗布部位を十分拭い洗いして残存菌を落とし，これを洗浄液とした。

(3) 判　定

洗浄液100 mℓの1 mℓをデゾキシコレート培地を用いて，2枚法により混釈培養を行ない，37℃，24時間後のコロニー数を算定した。

なお，この標示菌液0.1mℓを塗布し，乾燥させ，前述の方法で得た対照群では1 mℓ当り10^3コロニー以上の菌数が認められた。また，培地中の算定したコロニー数をこの方法による遊出率[3)4)]を考慮し実際に拭い落とされた菌数を推定すると，(コロニー数)×5(ガーゼ遊出率)×100(洗浄液量)となる。

3　実験結果

(1) 洗い落とし効果

1) 手指について

爪部では，15～120秒において残存菌数が0となったものは1例もなく180秒において1検体みられるにすぎなかった。また，時間に比例する洗い落とし効果が表われていると見ることはできない。(表3)

指間部では，残存菌が0となったものは120秒において1検体のみであった。爪部に比べるといずれも低値で，180秒では$^1/_2$～$^1/_4$コロニーに減少している。(表4)

表3　超音波洗滌装置による洗い落し効果
爪　部　　(コロニー数/培養器)

秒数 / 被検例	15″	30″	60″	120″	180″
No. 1	41/2	26/2	28/2	10/2	1/2
No. 2	27/2	17/2	7/2	12/2	29/2
No. 3	81/2	13/2	4/2	8/2	7/2
No. 4	3/2	71/2	19/2	7/2	5/2
No. 5	6/2	5/2	5/2	3/2	0/2
菌陰性例数	0	0	0	0	1

表4　超音波洗滌装置による洗い落し効果
指間部　　(コロニー数/培養器)

秒数 / 被検例	15″	30″	60″	120″	180″
No. 1	20/2	6/2	5/2	0/2	1/2
No. 2	45/2	2/2	7/2	3/2	3/2
No. 3	20/2	2/2	7/2	3/2	4/2
No. 4	4/2	7/2	2/2	3/2	2/2
No. 5	13/2	7/2	2/2	14/2	4/2
菌陰性例数	0	0	0	1	0

手背部では，菌陰性となったものは1例もなかったが，$^1/_2$コロニーまで減少したものは9検体あり，120～180秒に致っては$^1/_2$～$^7/_2$とすべてが低値となった。(表5)

手掌部では，残存菌数はさらに少なく，0となったものが60，120，180秒でそれぞれ1検体づつあった。60秒以上の作用時間においては全例が0に近くまで減少している。（表6）

肘部では，爪部・指間部に比べると全体的に残存菌数は低値であるが，5例25検体中0となったものは1例もなく，作用時間が長くなっても比較的多数の菌が残されている。（表7）

表5　超音波洗滌装置による洗い落し効果
手背部　（コロニー数／培養器）

被検例＼秒数	15″	30″	60″	120″	180″
No. 1	28/2	15/2	23/2	7/2	1/2
No. 2	4/2	5/2	3/2	1/2	1/2
No. 3	1/2	1/2	1/2	3/2	1/2
No. 4	7/2	9/2	8/2	5/2	3/2
No. 5	11/2	2/2	1/2	1/2	2/2
菌陰性例数	0	0	0	0	0

表6　超音波洗滌装置による洗い落し効果
手掌部　（コロニー数／培養器）

被検例＼秒数	15″	30″	60″	120″	180″
No. 1	14/2	7/2	3/2	2/2	1/2
No. 2	13/2	5/2	2/2	3/2	1/2
No. 3	8/2	2/2	0/2	0/2	0/2
No. 4	6/2	1/2	5/2	1/2	2/2
No. 5	11/2	16/2	2/2	1/2	2/2
菌陰性例数	0	0	1	1	1

表7　超音波洗滌装置による洗い落し効果
肘　部　（コロニー数／培養器）

被検例＼秒数	15″	30″	60″	120″	180″
No. 1	28/2	13/2	5/2	4/2	3/2
No. 2	6/2	3/2	6/2	2/2	8/2
No. 3	6/2	5/2	1/2	4/2	12/2
No. 4	20/2	5/2	5/2	11/2	16/2
No. 5	12/2	17/2	26/2	14/2	5/2
菌陰性例数	0	0	0	0	0

2）器具について

持針器では，30秒において多くの菌を残しているが，60秒で $^{1}/_{2}$～$^{5}/_{2}$ コロニーと著明に減少し，120，180秒において菌陰性となったものが3検体あった。（表8）

コッヘルでは，30秒においても持針器より減っており，60秒から陰性例がみられ，120，180秒ではいずれも $^{1}/_{2}$～$^{5}/_{2}$ コロニーまで減少している。（表9）

プラスチックブラシでは，全例が30秒から $^{6}/_{2}$～$^{14}/_{2}$ コロニーと減少している。120秒においては全検体陰性であった。（表10）

ネラトンカテーテルでは，30秒において3検体は著明に減少しているが，他の2検体は $^{185}/_{2}$，$^{195}/_{2}$ コロニーと多量の菌を残した。60秒以上では，いずれも0～$^{3}/_{2}$ コロニーまで減少している。（表11）

採物ガラスでは，いずれの時間においても低値であるが，時間に比例する減少はみられなかった。（表12）

木ブラシでは，30，60秒では多量の菌を残している。120秒でカウント可能な数まで減少がみられるが，180秒において菌陰性が一検体あるものの $^{111}/_{2}$ もあり，極めて不安定であった。（表13）

表8　超音波洗滌装置の洗い落し効果
持針器　(コロニー数/培養器)

被検体 No.	対照	30秒	60秒	120秒	180秒
No. 1	卅/2	卄/2	5/2	(−)	1/2
No. 2	卅/2	166/2	3/2	(−)	1/2
No. 3	卅/2	198/2	1/2	12/2	2/2
No. 4	卅/2	286/2	2/2	1/2	(−)
No. 5	卅/2	35/1	5/2	2/2	1/2

∴コロニー数；＋300〜500，
卄500〜1,000，
卅1,000以上

表9　超音波洗滌装置の洗い落し効果
コッヘル　(コロニー数/培養器)

被検体 No.	対照	30秒	60秒	120秒	180秒
No. 1	卅/2	31/2	1/2	(−)	1/2
No. 2	卅/2	15/2	(−)	1/2	1/2
No. 3	卅/2	34/2	3/2	5/2	2/2
No. 4	卅/2	24/2	1/2	(−)	1/2
No. 5	卅/2	11/2	1/2	(−)	(−)

表10　超音波洗滌装置の洗い落し効果
プラスチック　(コロニー数/培養器)

被検体 No.	対照	30秒	60秒	120秒	180秒
No. 1	卅/2	13/2	2/2	(−)	1/2
No. 2	卅/2	7/2	2/2	(−)	(−)
No. 3	卅/2	14/2	2/2	(−)	3/2
No. 4	卅/2	12/2	1/2	(−)	(−)
No. 5	卅/2	6/2	4/2	(−)	(−)

表11　超音波洗滌装置の洗い落し効果
ネラトン(12号)ゴム　(コロニー数/培養器)

被検体 No.	対照	30秒	60秒	120秒	180秒
No. 1	卅/2	2/2	1/2	2/2	2/2
No. 2	卅/2	195/2	1/2	2/2	1/2
No. 3	卅/2	2/2	1/2	1/2	3/2
No. 4	卅/2	5/2	(−)	1/2	2/2
No. 5	卅/2	185/2	(−)	1/2	2/2

(2)　薬液効果

1)　器具について

プラスチックブラシでは，消毒後の総残存菌数を見ると（以下同様）0.01％ではいずれの時間も多く，0.02％では30秒で17コロニー，60秒で1コロニーと減少傾向がみられ0.03では全体的に少な

表12　超音波洗濯装置の洗い落し効果
ガラス　　(コロニー数/培養器)

被検体 No.	対照	30秒	60秒	120秒	180秒
No. 1	卅/2	(−)	3/2	2/2	1/2
No. 2	卅/2	3/2	1/2	1/2	1/2
No. 3	卅/2	8/2	2/2	1/2	3/2
No. 4	卅/2	(−)	1/2	1/2	4/2
No. 5	卅/2	2/2	(−)	1/2	2/2

表13　超音波洗濯装置の洗い落し効果
木ブラシ　　(コロニー数/培養器)

被検体 No.	対照	30秒	60秒	120秒	180秒
No. 1	卅/2	5/2	+/2	17/2	6/2
No. 2	卅/2	4/2	4/2	1/2	(−)
No. 3	卅/2	卄/2	2/2	55/2	卅
No. 4	卅/2	卅/2	32/2	3/2	+/2
No. 5	卅/2	卄/2	1/2	49/2	4/2

いが，180秒でも菌陰性にはなっていない。
（表14）

採物ガラスでは，0.01％では180秒で，0.02％では120秒で，0.03％では30秒から全検体が陰性となった。（表15）

表14　消毒剤の効果
プラスチックのブラシ　　卅1,000〜

時間 / 温度	対照	30″	60″	120″	180″
0.01％	卅/2	5/2, 1/2, 3/2, (−), 2/2 → 11/10	3/2, 1/2, 1/2, 1/2, (−) → 5/10	3/2, (−), (−), (−), (−) → 3/10	1/2, 2/2, (−), (−), (−) → 3/10
0.02％	卅/2	4/2, 6/2, 4/2, 3/2, (−) → 17/10	1/2, (−), (−), (−), (−) → 1/10	2/2, (−), 2/2, 1/2, (−) → 5/10	(−), (−), (−), 1/2, (−) → 1/10
0.03％	卅/2	2/2, (−), 3/2, (−), 1/2 → 6/10	(−), (−), (−), (−), 2/2 → 2/10	(−), (−), 1/2, 1/2, 2/2 → 4/10	(−), 1/2, (−), 1/2, 1/2 → 3/10

表15　消毒剤の効果
ガラス板　　卅1,000〜

時間 / 温度	対照	30″	60″	120″	180″
0.01％	卅/2	(−), 1/2, (−), (−), 1/2 → 2/10	1/2, (−), 1/2, (−), (−) → 2/10	(−), 2/2, (−), 1/2, (−) → 3/10	(−), (−), (−), (−), (−) → (−)
0.02％	卅/2	(−), (−), 2/2, 3/2, 2/2 → 7/10	3/2, (−), (−), (−), 5/2 → 8/10	(−), (−), (−), (−), (−) → (−)	(−), (−), 1/2, (−), (−) → 1/10
0.03％	卅/2	(−), (−), (−), (−), (−) → (−)	(−), (−), (−), (−), (−) → (−)	(−), (−), (−), (−), (−) → (−)	(−), (−), (−), (−), (−) → (−)

持針器では，0.01％と0.02％で菌減少に差はみられず，いずれも180秒で全検体菌陰性，0.03％においては，60・180秒で1コロニー残っているものの他は30秒から陰性となった。

ネラトンカテーテルでは，0.01％，0.02％，0.03％，各濃度において微量ではあるが菌を残している。また，浸漬時間に比例した減少もみられなかった。（表16，17）

木のブラシでは，0.01％では30，60，120秒において卄と卅と多量，180秒で87コロニーとなり，0.02％では，60秒から菌陰性例がみられるが，120秒でも118コロニーと多量の菌を残している。0.03％においては，30秒から1コロニーと減少し，120秒では全例が0となった。（表18）

表16　消毒剤の効果
持針器　　卅 1,000～

温度＼時間	対照	30″	60″	120″	180″
％ 0.01	卅/2	1/2 (−) (−) (−) 4/2 → 5/10	(−) (−) (−) (−) (−) → 1/10	(−) (−) (−) (−) (−)	(−) (−) (−) (−) (−)
％ 0.02	卅/2	(−) (−) (−) (−) 5/2 → 5/10	1/2 2/2 2/2 3/2 (−) → 8/10	(−) (−) 2/2 1/2 (−) → 3/10	(−) (−) (−) (−) (−)
％ 0.03	卅/2	(−) (−) (−) (−) (−)	(−) (−) (−) 1/2 (−) → 1/10	(−) (−) (−) (−) (−)	(−) (−) (−) (−) 1/2 → 1/10

2）手指について

実験を省略し，平田[5]による同様な方法で結果をみると，0.02％クロールヘキシジン液内手洗いでは，40秒以上を最も短時間として消毒効果が現われるとしている。

表17　消毒剤の効果
ネラトン　　卅 1,000～

温度＼時間	対照	30″	60″	120″	180″
％ 0.01	卅/2	(−) (−) (−) 1/2 1/2 → 2/10	1/2 (−) (−) 1/2 1/2 → 3/10	(−) (−) (−) (−) (−)	(−) (−) (−) 1/2 (−) → 1/10
％ 0.02	卅/2	2/2 (−) (−) 1/2 (−) → 3/10	(−) 2/2 2/2 1/2 1/2 → 6/10	2/2 1/2 (−) (−) 3/2 → 6/10	1/2 1/2 2/2 (−) (−) → 4/10
％ 0.03	卅/2	(−) 2/2 (−) (−) (−) → 2/10	(−) 1/2 (−) (−) (−) → 1/10	2/2 (−) (−) 2/2 (−) → 4/10	(−) (−) (−) 1/2 (−) → 2/10

表18　消毒剤の効果
木のブラシ　　卅 1,000～

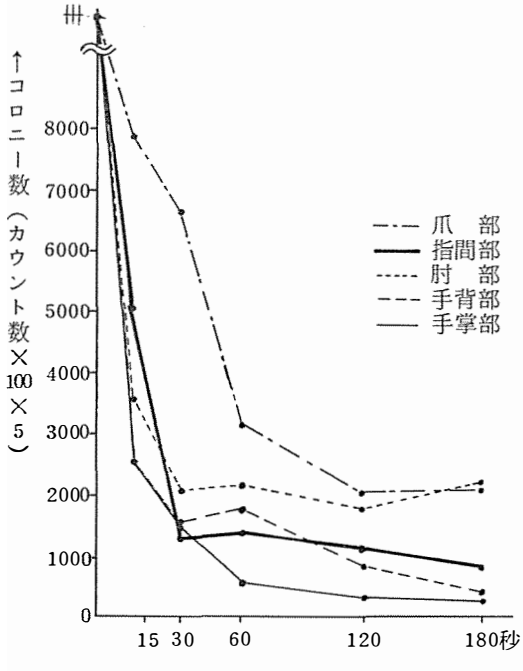
温度＼時間	対照	30″	60″	120″	180″
％ 0.01	卅/2	卄/2 2/2 24/2 (−) 3/2 → 卅/10	41/2 39/2 16/2 25/2 卅/2 → 卅/10	9/2 220/2 卄/2 1/2 6/2 → 卅/10	(−) 6/2 15/2 64/2 2/2 → 27/10
％ 0.02	卅/2	10/2 卅/2 17/2 卅/2 20/2 → 卅/10	2/2 (−) 2/2 2/2 (−) → 6/10	111/2 2/2 4/2 (−) (−) → 117/10	(−) (−) (−) 2/2 (−) → 2/10
％ 0.03	卅/2	(−) (−) (−) (−) 1/2 → 1/10	5/2 (−) (−) (−) 1/2 → 6/10	(−) (−) (−) (−) (−)	(−) 1/2 (−) (−) (−) → 1/10

以上をまとめて，シャーレ内に拭い落とされた実際の菌数の推側値をもって表わしてみると，それぞれ次の様であった。

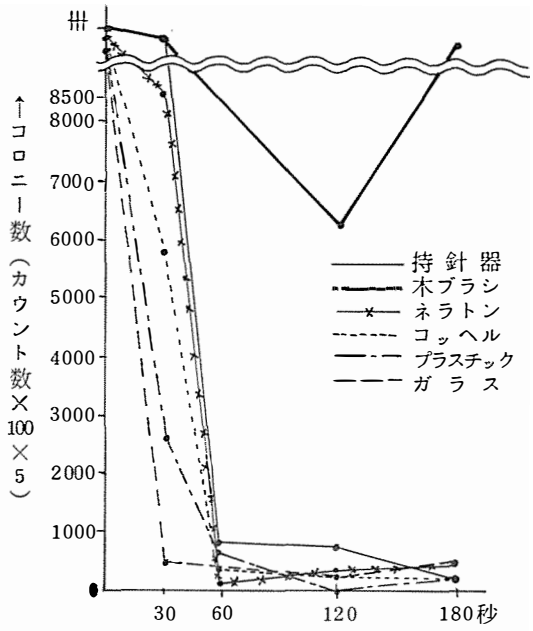
手指についてみると，爪部・肘・指間部・手背・手掌部の順で残存菌が多い。30秒では多量に，60秒で約半数に減少するが，各部位による差が大きい。120秒においてその差は小となるが，180秒でも爪部・肘部では0に近づく傾向もみられていない。（グラフ１）

器具については，材質，形態によって差が非常に大きいのがわかる。ガラスは30秒で，持針器，ネラトン，コッヘル，プラスチックは60秒で菌減少がみられるが，木ブラシは，180秒にしてもなお多くの菌を残している。（グラフ２）

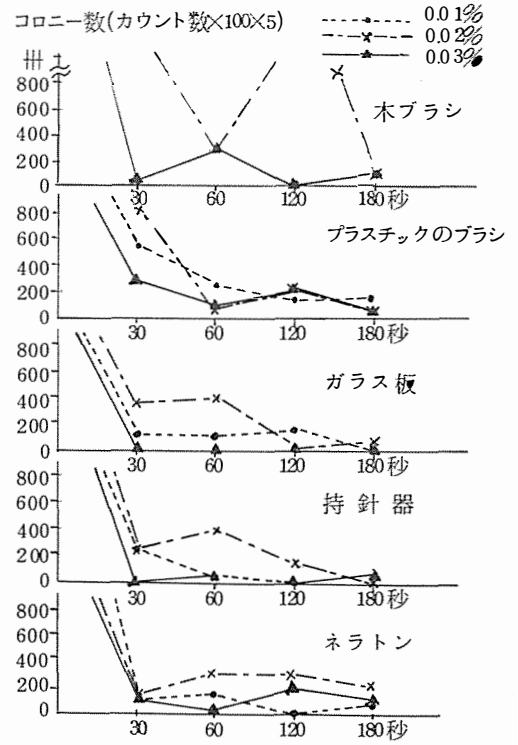
器具の消毒薬効果をみると，ガラス・持針器は低濃度でも120～180秒浸漬すれば菌が減少している。プラスチック，ネラトンカテーテルは，濃度，時間に比例がみられず，いずれも多少ではあるが菌を残す。木ブラシは0.02％では120秒でも



グラフ１　超音波洗滌装置による洗い落し効果の推移



グラフ２　超音波洗滌装置の洗い落し効果の推移



グラフ３

多量菌を残すが，0.03％では減少がみられる。
（グラフ３）

４　考　察

病院は，清潔に十分留意しても一般社会にくらべ，細菌・真菌・ウイルス等病原微生物に集中的に汚染され易い環境といってよい。そしてそこには抵抗力の弱い者が患者として集まるのであり，このような条件のもとでの院内感染は重大な問題である。最近では，化学療法の進歩に伴って起こった薬剤耐性菌の出現やグラム陰性桿菌感染症が複雑さを加えてきている。また，一方では，医療技術の進歩によって癌の拡大根治手術，心臓大血管，臓器移植などの大手術が多く行なわれるようになったこと，老人，未熟児など従来は生存困難な状態のものでも生存が可能になったことが，感染症発生増加の一因[6]にもなっているといわれている。その発生の実態は，アメリカの報告で，入院患者の約５％が何らかの形で院内感染を被り，ある１日は10～15％であったとあり，わが国でも類似する状況であろうといわれている。[7] 術後感染率でみると，3.9～19.4あるいは33.9％の幅をもっているといわれ医療側の努力にかかわらず，この数字は10年来低下していないという。[6] 院内感染は，入院加療中の患者に基礎疾患の遷延悪化，さらに死を招来するなどの多大な問題を引き起こしてしまう。これに対して，我々看護者は，それらの危険から自らを守れなくなっている患者に代わって，最大の防護を施す責任がある。その感染経路としては，患者の気道・皮膚・手術対象臓器・感染巣に由来する自己感染の他に，医師・看護婦ら職員の皮膚や着衣の汚染・医療器具，リネン材料の滅菌不完全，床壁などの室内汚染を感染源とする間接的感染交差感染が一般に知られている。感染防止にはいくつかの方法があるが，滅菌消毒法は重要である。

消毒とは，病原体と考えられるものを除去したり，不活性化したり，無限に近く希釈したりして再び生活圏に戻ってこないようにすることである。そして，消毒の最終目的は，手術・治療・処置の上で安全なレベルを維持することであり，さらにその方法は簡単で短時間の処置で効果が得られ，持続的に行っても媒体に障害がないことが必要である。

前述した消毒方法の欠点を補うべく，1963年川島ら[8]によって超音波を消毒に利用することが研究され，超音波洗浄装置として実用化されるようになった。以来，その普及は目覚ましく，鵜沢ら[1]の調査によると，1973年では使用率は調査病院の63.8％にも上っているという。その消毒効果に関しては，手指・器具消毒に用いられる程度の低い周波数の超音波自体には殺菌効果はないとしながらも，消毒薬併用により30～60秒間で有効とする研究[9][10]もある。前述の調査によると，使

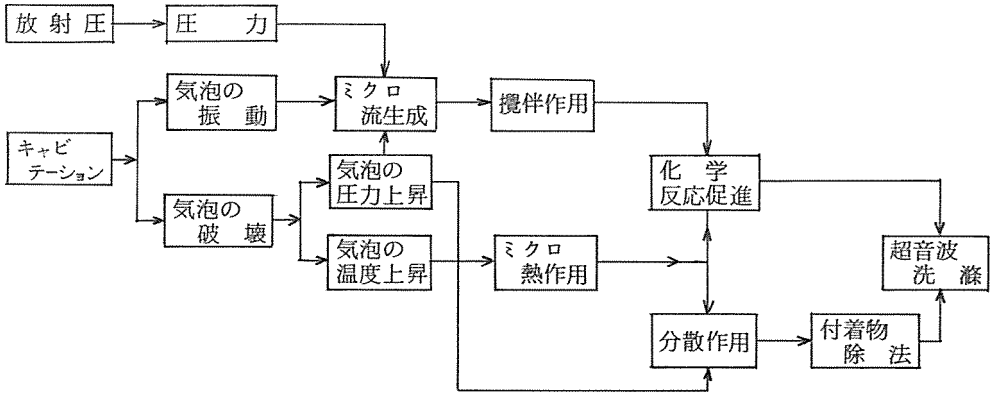


図２　洗滌に対する超音波の効果（西村氏論文より）

用病院の約70%がこの30～60秒間で消毒を実施している。なお，併用薬剤はクロルヘキシジン液が最も多く用いられており，濃度は0.02%～0.05%の頻度が高い。

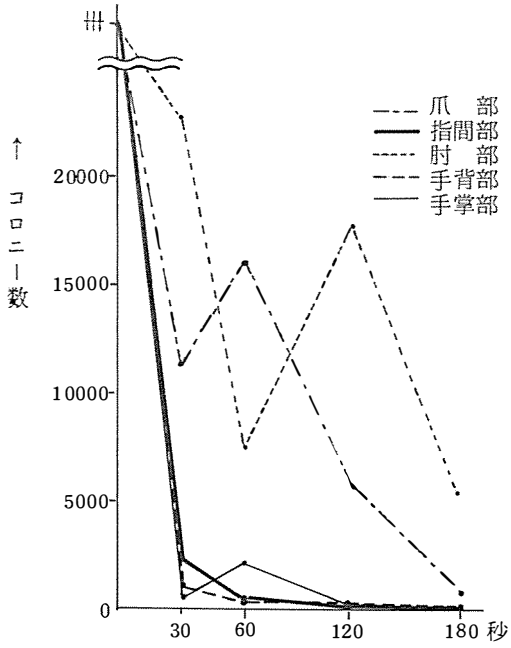
超音波の作用は，①液体中に空洞現象をくり返す。この破壊時に非常に大きい力を発生して物体に付着しているものを除去する，②超音波の振動で圧力が生じ，この衝撃によって付着物を除去する，③消毒薬と付着物，細菌の化学反応を促進する，であるという。（図2）

超音波の洗い落し効果に関しては，本実験によって，手指では形態上，器具では材質構造上の相違により差が生じることが明らかとなった。手指で最も汚染を残しやすいといわれる爪部のような爪下腔，爪溝など深く狭いところに対しては，超音波の洗い落とし効果も必ずしも有効に動かない。肘部では，装置内への手指の挿入の仕方，しわが寄ることなどが原因してか効果は極めて不安定である指間部のような陰が出来る部分では，作用時間を伸してゆけば効果はあがる。手背部では見かけ上は超音波の作用を受けるのに何ら障害はないが，毛のうなどに入りこんでいると予想されるものには効果が十分ではない。手掌部のような滑かで比較的堅い部分で効果は大である。器具についても，同様に考えることができる。つまり，30～60秒間で洗い落し効果が有効なのは，手掌部，採物ガラスのみで，各部位，物品とも均等な効果が得られる傾向がみられるのは120秒以上である。また，180秒間手洗いをしても完全に着菌が落とされることはなく，この点に関しては，薬液効果に期待する部分が大であると考えられた。

クロールヘキシジン液は，広範囲な抗菌作用を有し，グラム陰性，陽性菌に対して有効である。作用の持続性が安定で，皮膚粘膜を侵さず，過敏反応のおそれがほとんどなく，金属に対する腐触性も少なく，プラスチックやゴムなどを変質せず，無色無臭，水やアルコールに易溶性で使いやすく，皮膚，粘膜，創傷面，器具の消毒に広く使用できる。目的により濃度差があり，手指消毒，器具消毒0.02%，術前皮膚消毒1%，創傷の感染予防0.05%である。[11] 本実験では，使用下限の濃度を用いたが，0.01%では浸漬時間が長くても効果が全く期待できない。0.02%では120秒以下では残存菌数が多く消毒効果は期待できない。0.03%では，30秒から減少がみられ，120～180秒で均一な効果があらわれるとみることができると考える。

そこで，0.02%クロールヘキシジン液を併用した超音波洗浄装置による消毒効果を実験し次のような結果を得た。

30～60秒間の作用時間では，消毒効果が表われず，これは，この時間では洗い落し効果も薬液効果も不十分であることからも当然であろう。均等な洗い落し効果があらわれる傾向にあった120秒でも，肘部・爪部においてかなりの菌が残された。やはり，爪部・肘部では不安定と考えるべきであろう。他の部位では0に近づく傾向がみられ，各効果の相乗とみることができよう。180秒では，肘爪部においての残存菌減少がみられ，他ではいずれを0となった。器具も同様と考える。（グラフ4）



グラフ4　超音波洗滌装置・0.02%ヒビテン液併用による手指消毒の効果の推移

以上より，クロールヘキシジン液を併用して超音波洗浄装置を手指器具消毒に用いる場合に，0.02％の濃度においては180秒以上の作用時間が必要であるといえる。また，より完全な効果を期待するならば，超音波による洗浄ムラ防止のための超音波のあたらないカゲの部分が出来ないような補助動作と，消毒薬の濃度をあげる等を提起したい。

本実験では大腸菌のみを使用したもので，球菌その他については論考できず，また例数も少ないため，今後さらに検討が必要であろう。

5　結　　論

院内感染防止の観点にたって，時間的・操作的便利さをもって広く使用されている超音波洗浄装置による消毒法の検討を試みたが，現行の使用法では十分な消毒効果が得られないことが確認された。

改めて，院内感染防止の重大さと，消毒法の重要さを認識し，完全な消毒方法を会得するよう努めなければならない。0.02％クロールヘキシジン液を用いる場合には，180秒を基準とすることを強調したい。

現在，我々の周辺では多くの医療器械が取り入れられその使用法も複雑多岐となってきているが，看護者として，それら機械化によるメリットを正しく認識し検証しつつ，適切な方法で使用してゆかなければならないことを喚起したい。

6　参 考 文 献

1) 鵜沢陽子ほか：看護よりみた滅菌消毒法の現況，病院，35(10)，1976
2) 綿貫喆ほか：滅菌法・消毒法第3集・日本医科器械学会監修，1976，文光堂
3) 中村功ほか：超音波手洗装置による消毒法の検討，外科治療，17(3)，1967
4) 芦山辰朗：術前の手指消毒法の検討，手術，25(2)，1971
5) 平田洋子ほか：現行消毒法の再検討 －とくに看護者の病棟内手指消毒について－ 看護研究，9(3)，1976
6) 磯貝元：病院内感染 －その過去・現在・将来－ 看護技術，24(1)，1978
7) 高橋政祺：病院管理学入門，第2版，1973 医学書院
8) 川島健吉ほか：超音波による手指消毒法手術，17(7)，1963
9) 鈴木雅洲ほか：超音波洗浄装置による手指洗浄法の検討，産婦人科治療，16(6)，1968
10) 堀川雅代ほか：超音波手洗い装置による消毒法の検討，18回看護研究会集録，1969
11) 新谷洋二ほか：殺菌消毒剤に関する考察 －クロールヘキシジンを中心に－，薬局，24(8)，1973
12) 戸田忠雄ほか：戸田細菌学，南山堂
13) 古橋正吉：滅菌・消毒を見直す，実験治療，1976
14) 川名林治：院内感染の予防について
15) 尾本良三ほか：超音波洗浄法の医学的応用，日本臨床，21，1963

AN EXPERIMENTAL ANALYSIS OF PSYCHOTHERAPY USING THE CONCEPTS OF DIGITAL—ANALOGUE INFORMATION AND SYSTEMS THEORY

早　川　和　生
Kazuo　Hayakawa

ABSTRACT

今日よく発達したコンピュータは，２種類の情報インプットを使って機能している。ディジタルとアナログである。そして我々人間も同様に２つの情報伝達手段を用いている。

１つは verbal language であり，もう１つは non-verbal language（voice tone 含む）である。これら人間の２種類の情報伝達手段のうち，前者は典型的なディジタル，後者はアナログである。つまり我々は外界との情報交換に於てコンピュータと同種の方法を用いていることになる。

今後，各種の臨床専門家がより効果的な psychotherapy の発展を試みるには，その理論化，特にコミュニケーション理論からの systmatic なアプローチが不可欠であるので今回ある精神分裂症の患者を例にとり，その therapist との関係を holistic に把えなおしてみた。

P＝Patient.　T＝therapist.　S＝system.　SS＝subsystem

PとTは，１つのSを構成し，PとTはそれぞれ１個のSSである。精神面で open-ended なSSである分裂病のPは不安感の強いSSである。TはPの発するアナログ・ディジタル情報を可能な限り正確にキャッチしてTは高い理解力があることをPに示す。同時にPの不安感は，PT間の正確なコミュニケーション・プロセシングによって減ぜられる。Tが最大のエネルギーを要するのは，Pがダブルバインド状態に陥ることを防ぐことであり，もしPが既にダブルバインドに陥いっている場合には，TはPT間のインフォーメーションの流れを理解しやすい方法を使ってPに知らせねばならない。この場合，TはPにとって一種のモデリングの対象となる。Tは常にディジタル及びアナログ．コミュニケーションを一致したラインで情報を発して行かねばならない。

Introduction

Man's brain is the organism that stores and processes information. Some artificial sophisticated machines, such as cybernetics devices, control mechanisms, or computers, do the similar type of information processing. The contemporary development of information sciences has had strong influence upon many other academic fields. It is obvious that systematic study of human communication in psychiatry also has borrowed heavily from that field.

近畿大学医学部公衆衛生学教室

Man is the only organism known to use both the analogic and the digital modes of communication. This is the very important point because most of man's civilized achievements would be unthinkable without his having involved digital language. This is extremely important for sharing information about objects and for the transmission of knowledge. And yet there is a vast area where we rely almost exclusively on analogue communication.

Man, who has to combine these two languages, either as a sender or receiver, must constantly translate from one into the other, and in doing so encounters very curious dilemmas and develops pathological communication patterns. Some of them are called abnormal or subnormal. For human communication, the difficulty exists in this translation process. There can be no translation from the digital into the analogic mode without great loss of information.

Psychotherapy is undoubtedly concerned with the corrective digitalization of the analogic. The success or failure of any interpretation will depend both on the therapist's ability to translate from the one mode to the other and on the patient's readiness to exchange his own digitalization for more appropriate and less distressing ones. In this paper, I will keep the basic idea that humans and other organizations are not essentially different from any other type of control and communication systems.

Discussion

In this paper, this author will try to conceptualize the relationship between a psychotherapist and a 30 year-old patient diagnosed undifferentiated type of schizophrenia. This will be done from the view point of systems theory and information theory in order to clarify how psychotherapy works.

The patient was hospitalized three times. But presently he is well controled by tranquilizer and lives with his parents. He goes to the mental health clinic twice a month. Besides going to the clinic, he sees a Rogerian type of psychotherapist for about one hour every week. He complaines the strong feeling of isolation and lack of self-confidence. When he gets depressed, that happens at intervals, he mentions about his suicidal impulses.

If we conceptualize the theraputic interview between this patient and his therapist, one conceptual model would be as follows:

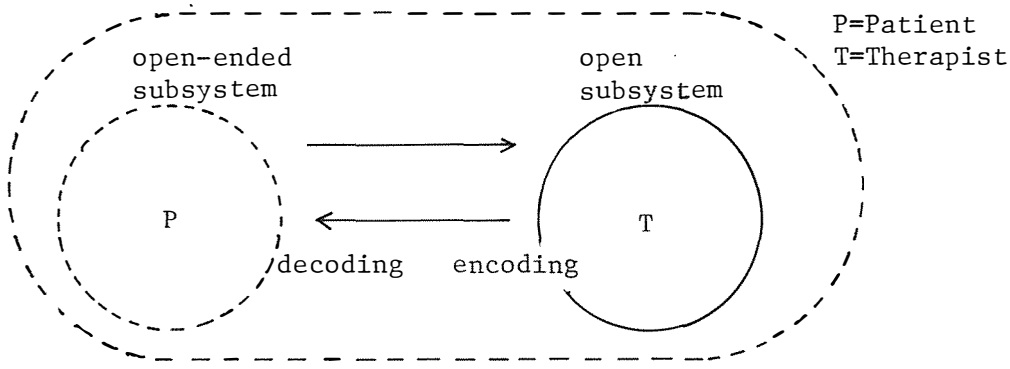


Figure I. Conceptual Model of Psychotherapy

The patient and the therapist compose a system, where both of them are influencing each other by the exchange of information in the ways of digital and analogue. For example, the patient offered a present (nice aloha shirts) to the therapist at the end of session one day. This would be a typical analogue information from the patient. Depending upon the relationship between the patient and the therapist, the therapist can see this offer as one way of expressing appreciation for every-week session, or as a kind of bribe, or something else.

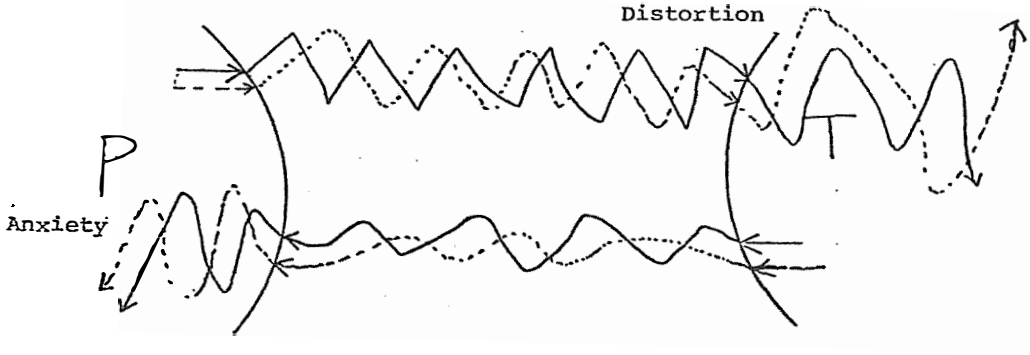
The patient and therapist are independent subsystems doing own information processing separately. The subsystem of this patient can be conceptualized as a one which has strong anxiety and does not have any stable self-image. The patient's subsystem whose self-control function is lowered and does not work efficiently. On the other hand, the therapist's subsystem can be conceptualized well-controled open subsystem. The goal of the therapy would be making the patient's subsystem well-controled. Therefore, the first thing that the therapist has to do is decoding accurately digital-analogue information from the patient, and by doing so the therapist can show his ability of understanding to the patient.

But it would be considered that the patient has been in the condition of "double bind" previously. This means that the information input into the patient subsystem is distorted at the both level of perception and processing in the brain. When the therapist notices that the information from the patient is not consistent in its meaning, the therapist should let the patient know his inconsistency. It would be very very important for the therapist to point out the patient's distorted communication caused by double bind experiences.

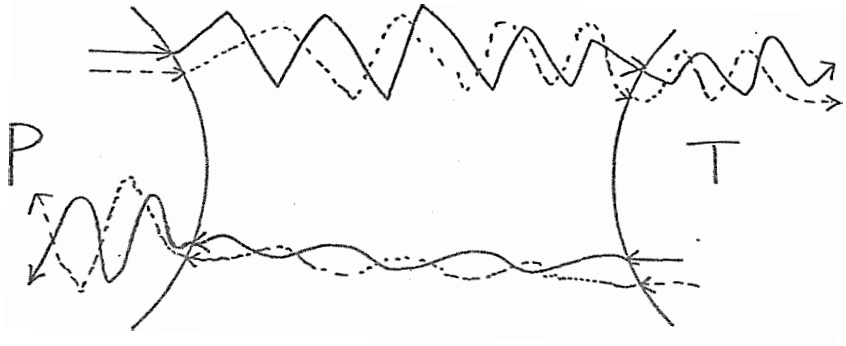
Figure II.

IMPROVEMENT OF ENCODING & DECODING

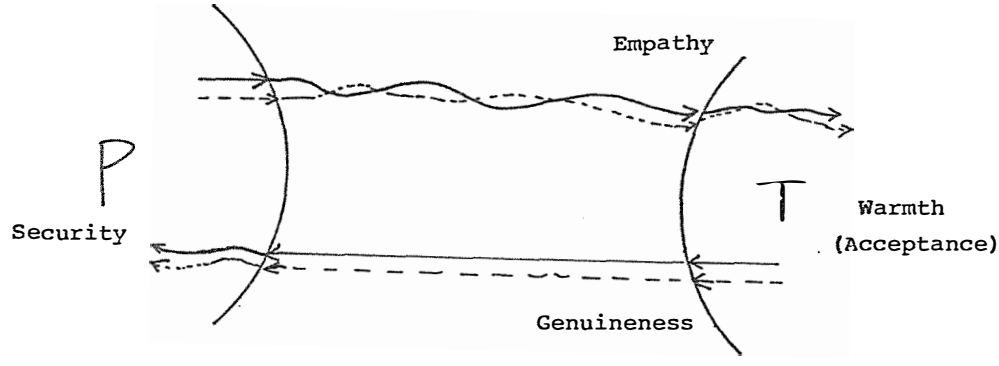
(I) Initial Phase



(2) Early Working Phase



(3) Terminating Phase



Now this author would like to see how the communication pattern between the patient and therapist changes if the therapy is effective. The following models of Figure II show the change from the initial phase to the terminating phase. When the therapist has the first session with the patient, the therapist is a stranger for the patient who easily gets anxious whenever he faces something foreign to him. Therefore, the patient can not encode correctly what he wants to say or how he feels. His information which is sent to the therapist can be considered being distorted from the beginning on the side of patient. Beside that, it is not easy for the therapist to decode accurately what the patient is trying to express by his communication behavior. This is because the therapist himself is not used to the patient and the situation. Also, the response message to the therapist would be decoded in a distorted way by the patient. These things make a circulative misunderstanding of information.

After several sessions, the decoding and encoding process of the therapist would be improved promptly, but it is very difficult for the patient to improve his communication behavior.

There is another thing that we need to consider when we talk about Rogerian psychotherapy. This is concerning empathy, warmth, and genuineness. How can these three points be understood in the conceptual model of psychotherapy? Empathy may indicate sensitive perception and high level of understanding of the therapist. Empathy may mean correct tuning with the information wave from the patient. How about warmth? Warmth may mean accepting the patient, regardless whatever his information is. By being accepted by the therapist, the patient may be able to remove quickly his anxiety from his mind. Genuineness may mean two points. One is that the analogue and digital message from the therapist are consistent. The other point is that the actual message encoded by the therapist is consistent with what he really wants to express to the patient. If the patient understands the therapist's genuineness, the patient may be able to decode the message from the therapist easily without troubles.

These three points, warmth, empathy, and genuineness seems to be very important because the patient may be able to model the therapist and learn how to communicate with another person in a proper way. This means that the psychotherapist can be considered being acting as a teacher of effective communication in a practical setting.

Conclusion

This paper has been geared toward conceptualizing the communication between the patient and psychotherapist. Through doing that, this author has realized that we must develop a more detailed and practical model if we attempt to utilize the conceptual model to improve the present psychotherapy. But at this point, it seems to me that we must wait until information engineering, cybernetics and other relating studies develop more sophisticated theories which can be applied to human communication.

References

Curkhuff, Robert R. and Berenson, Bernard G. Beyond counseling and therapy, New York: Holt, Rinehart and Winston Inc., 1976.

Reihl, Joan P. and Roy, Sister C. Concenptual Models for Nursing practice, New York: Appleton-Century-Crofts, 1974.

Fast, Julius Body Language, London: Pan Books, 1978.

Byrne, Marjorie J. and Thompson, Linda F. Key Concepts for the Study and Practice of Nursing, Saint Louis: The C.V. Mosby Co., 1972.

Soucek, Branko Computers in Neurobiology and Behavior, New York: Wiley Interscience, 1976.

Sakai, Toshiyuki Computer, Tokyo: Iwanami shoten, 1978.

Korchin, Sheldon J. Modern Clinical Psychology, New York: Basic Books, 1976.

Kolb, Lawrence C. Modern Clinical Psychiatry, London: W.B. Saunders Co., 1973.

Neimiah, John C. Foundation of Psychopathology, New York: Oxford University Press, 1961.

M D T (Mirror Drawing Test) からみた性周期の心身に及ぼす影響について

Studies on the Influence of the Menstrual Cycle upon the Physical and Mental Conditions by Means of M D T (Mirror Drawing Test) Method.

秋山昭代　茅島江子
Akiyo Akiyama　Kimiko Kayashima

I はじめに

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・犯罪学等の分野においても以前より報告がいろいろなされている。[1)2)3)4)] 飯塚らは婦人の約70%が性周期において月経前又は月経中のいずれかの時点で，日常の仕事・学業の能率低下・意欲低下を訴えていると述べている。[5)] このように婦人の性周期各時期における心身の愁訴と作業能率は，きわめて関係が深いことが諸象の報告により解明されてきた。しかしながら，性周期が婦人の心身にどのような影響を及ぼしているかを客観的に把握することは，非常に困難な問題であるといえる。なぜなら，月経周期・経血量・持続日数・排卵の有無等の個人差があること，疼痛や症状をとらえることはこの領域の研究の中核をなすが，主観的要素の介在を考慮する必要があること等の背景が考えられるからである。このような観点から我々は性周期各時期において，心身の愁訴を調査するとともに，鏡映描写法（Mirror Drawing Test，以下M D Tと略す）を導入し，ストレスに対する各々の適応能力について検査を行ない，心身の愁訴とM D Tとの関連性について検討し，若干の知見を得たのでここに報告する。

千葉大学教育学部

II 研究対象と方法

1 対象並びに期間

心身共に正常と思われる千葉大学教育学部女子学生52名を対象とし，昭和53年6月から7月までの2ケ月間に調査を行なった。なお対象者の年令分布は20～21才であり，平均年令は21才であった。

2 研究方法

(1) Menstrual Distress Questionaire（以下M D Qと略す）。[6)]

Rudolf M. Moos のM D Qを用い，月経前（予定月経開始前1週間），月経時，その他の期間の心身の愁訴を調査した。M D Qは46愁訴よりなる質問紙で，以下の8徴候群に別けられている。①痛み，②集中力の低下，③行動の変化，④自律神経失調，⑤水分貯留，⑥否定的情緒，⑦気分の高揚，⑧コントロールである。

(2) 鏡映描写法（M D T）

婦人体温計を用いて基礎体温の測定を行ない，卵胞期・黄体期・月経時を確認し，その各々の時期のストレスに対する適応能の判定にM D Tを用いた。鏡映描写装置は成和研究所のP S Y M O－C F 502 を使用した。検査を行なう際にはその方法を教示した後，星型一周の作業制限法で10回集中試行し，それぞれ一周描写時間（single turn 以下S. T.と略す），誤描写時間（total error 以下T. E.と略す），誤描写回数（error count 以下E. C.と略す）等を測定した。

Ⅲ　成　　績

1　性周期と心身の愁訴

MDQによる心身の自覚的愁訴の出現頻度は，月経前70.7%，月経時91.4%，その他31.0%で，特に月経時は対象者の大部分がなんらかの症状を訴えていた。MDQ平均愁訴数は月経前5.0，月経時7.8，その他1.1で月経時に多く，5%以下の危険率で有意差が認められた（図1参照）。

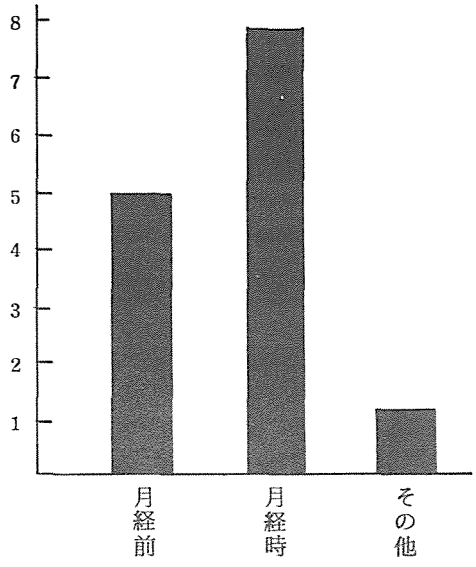


図1　MDQ平均訴え数の比較

徴候群別に愁訴者の割合をみると，月経前では痛み，水分貯留症状などが主訴であったが，月経中では痛み，行動の変化を訴える者が多かった（表1参照）。MDQは徴候群により質問項目数が異なるので，各徴候群別に該当徴候群の総愁訴数（1徴候群の質問項目数×対象者数）に対する訴え数の割合を検討した。月経前では水分貯留症状15.5%，行動の変化14.5%，痛み12.6%であり，また月経時では行動の変化29.7，集中力の低下21.6%，痛み20.7%となり，この期間は愁訴者の多いこと及び徴候の広範囲なことを示した（図2参照）。

表1　MDQ徴候群別愁訴者割合

MDQ徴候群＼期間	月経前	月経中	月経間
Ⅰ	46.5%	67.2%	17.2%
Ⅱ	27.6	44.8	13.8
Ⅲ	36.2	63.8	8.6
Ⅳ	19.0	27.6	5.2
Ⅴ	43.1	39.7	8.6
Ⅵ	36.2	56.9	10.3
Ⅶ	20.7	31.0	10.3
Ⅷ	36.2	74.1	5.2

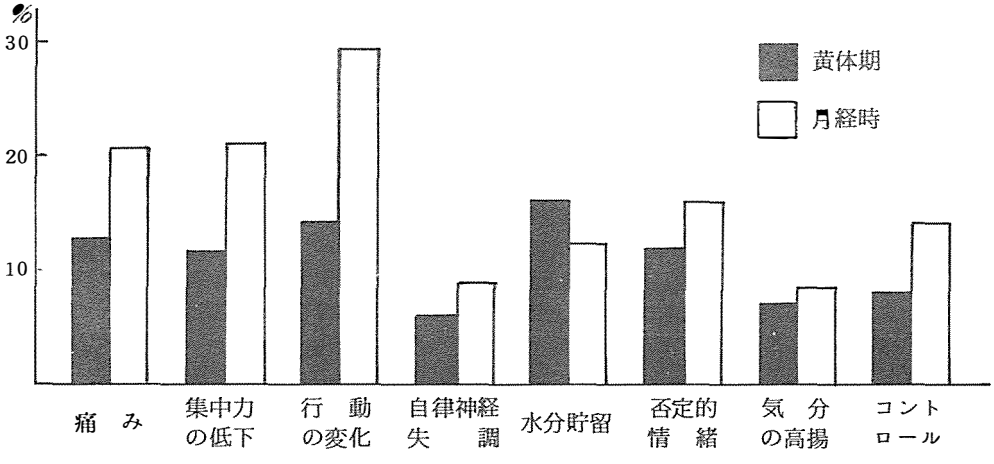


図2　MDQ徴候群別愁訴数割合

46徴候の中で特に訴えの多かった項目は，月経前では腹痛29.3％，いねむりをしたり横になりたくなる29.3％，頭痛27.6％，気分にむらがある25.9％，疲労感がある25.9％，乳房痛22.4％，怒りっぽい22.4％等である。また月経時では腹痛70.7％，疲労感がある60.3％，いねむりをしたり横になりたくなる46.6％，動作がにぶくなる37.9％，能率が低下する32.8％，気分にむらがある31.0％，外に出たくない29.3％，ゆううつになる29.3％等の訴えが多かった。

2　ＭＤＴ測定成績

性周期の各時期におけるＭＤＴのＳ.Ｔ，Ｔ.Ｅ，Ｅ.Ｃの値は，それぞれ黄体期に高値を示した（図3参照）。黄体期及び月経時のＭＤＴ結果をＭＤＱ愁訴数別に比較すると，黄体期においてはＳ.Ｔ，Ｔ.Ｅ，Ｅ.Ｃの値がそれぞれＭＤＱ愁訴数の増とともに上昇する傾向が認められた。なお，黄体期におけるＭＤＴとＭＤＱの比較をＭＤＴでは黄体期検査値，ＭＤＱでは月経前調査の結果を用いた。一方，月経時においては，ＭＤＱ愁訴数との関連は認められなかった（図4，5，6参照）。ＭＤＱ各徴候群別に愁訴数の多い者（Ｔscore＝50＋10σ≧60）のＭＤＴの結果は，黄体期に行動の変化，集中力の低下，痛みの徴候群にＳ.Ｔ，Ｔ.Ｅ，Ｅ.Ｃの上昇がみられたが，月経時には認められなかった（図7，8，9参照）

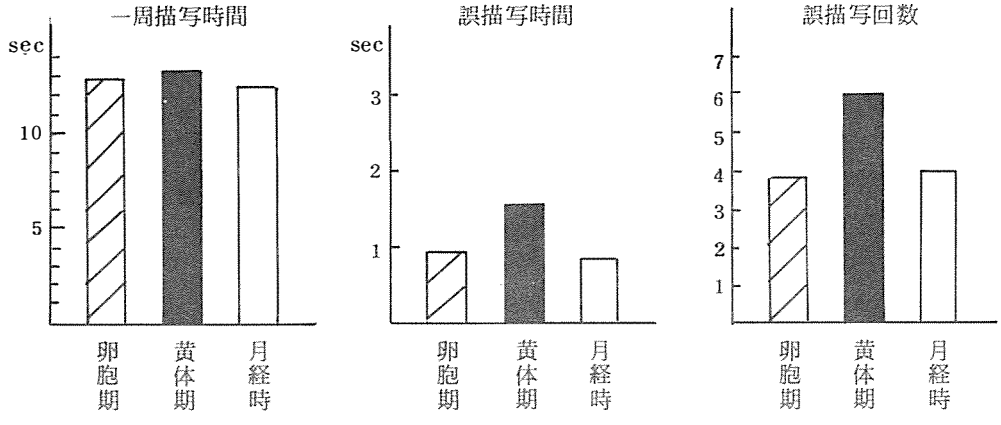


図3　性周期別ＭＤＴの比較

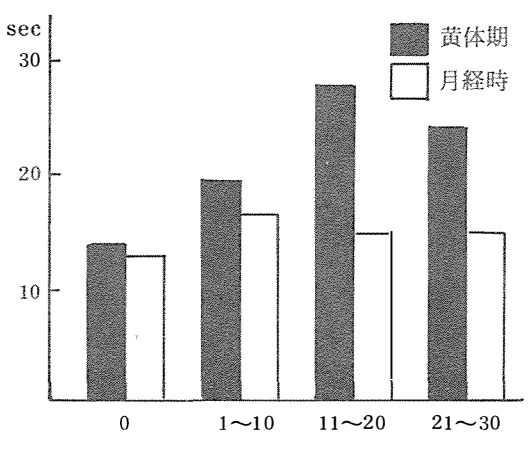


図4　愁訴数別一周描写時間の比較

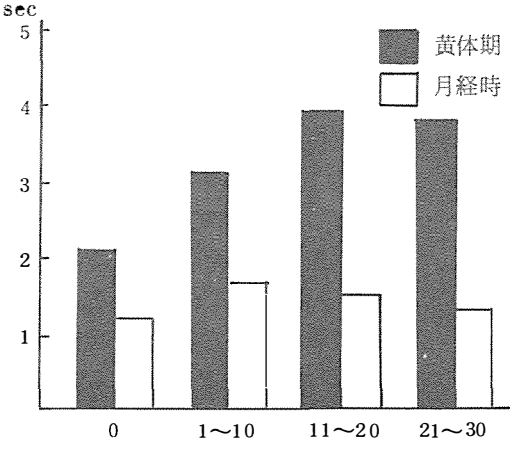


図5　愁訴数別誤描写時間の比較

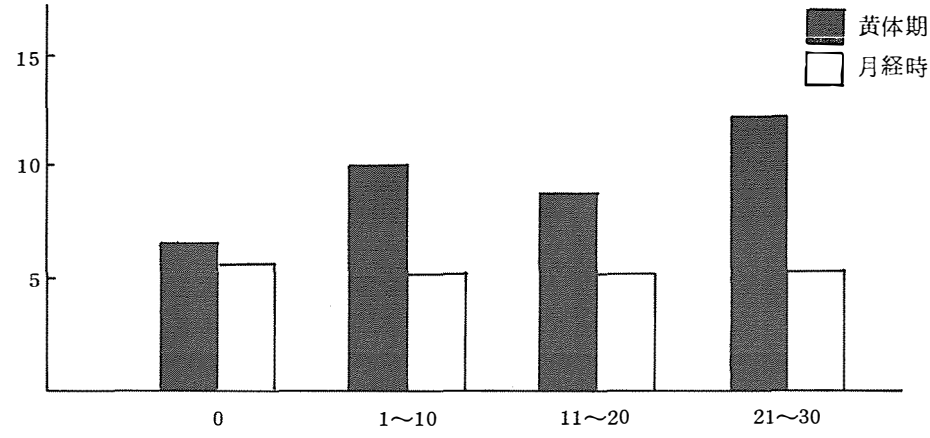


図6　愁訴数別誤描写回数の比較

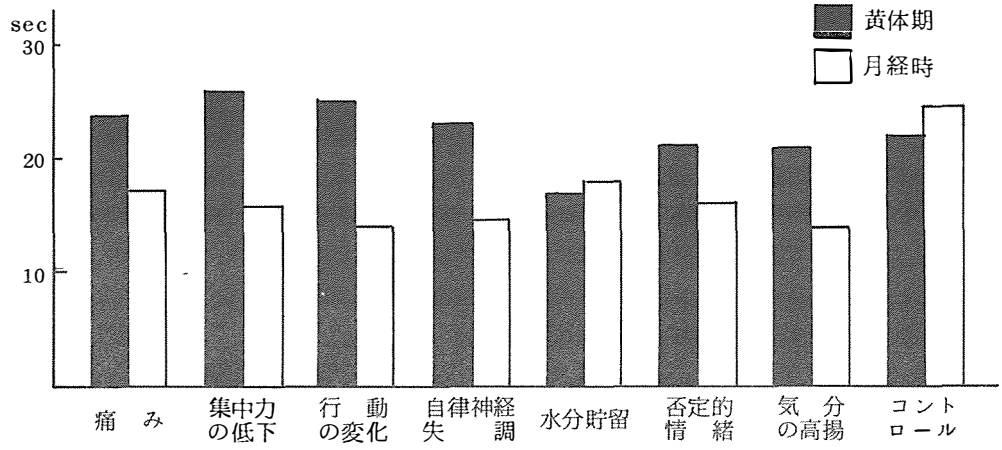


図7　徴候群別一周描写時間の比較

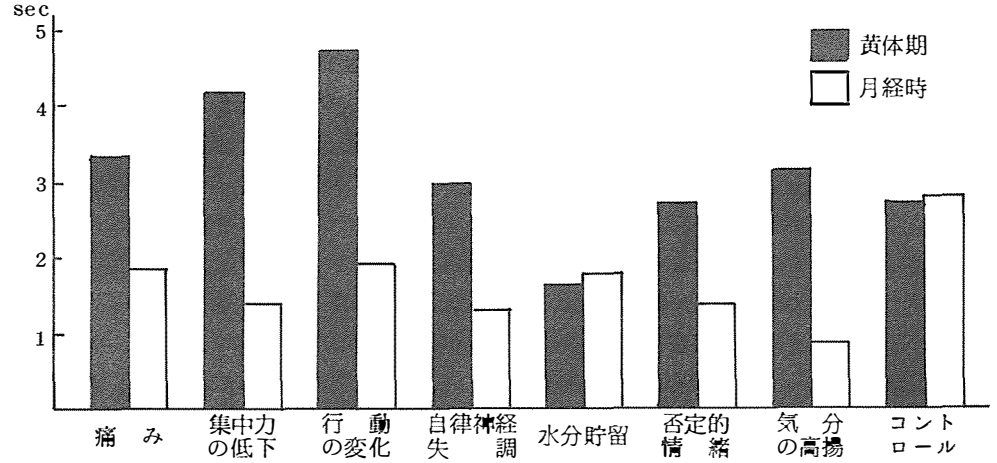


図8　徴候群別誤描写時間の比較

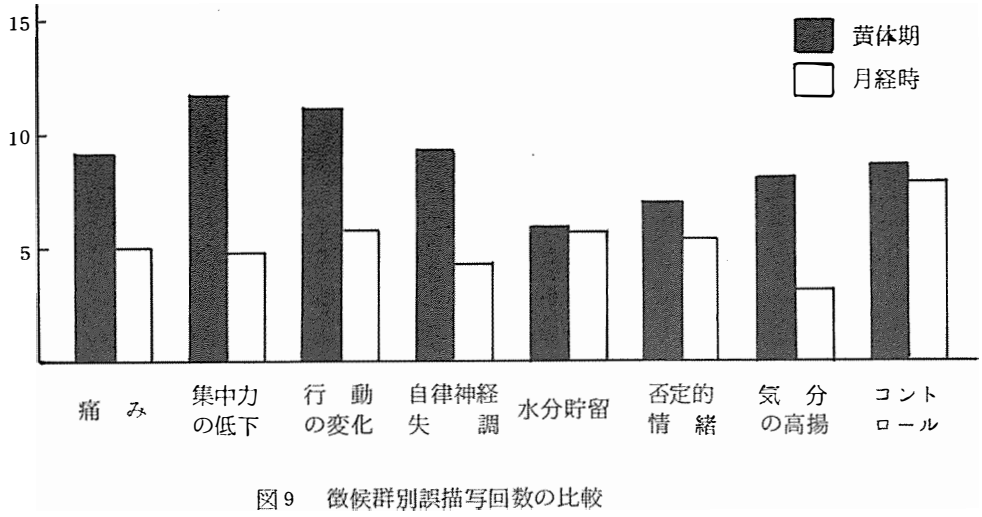


図９　徴候群別誤描写回数の比較

Ⅳ　考　　察

性周期において自覚的苦痛の訴えは，月経前及び月経中に高頻度に認められた。徴候群別にみると，月経前ではこの時期に特有な身体症状であり，月経前期症候を招来する要因として考えられている水分貯留症状が特に多く，行動の変化，痛み等の症状がこれに次いでいる。これらの症状はこの時期特有のものとして報告されている。[7] また月経時では行動の変化，集中力の低下，痛み等の症状を訴える割合が多く，特に腹痛，疲労感はそれぞれ70.7％，60.3％と非常に高率で，いかに多くの婦人がこの期間に心身の不調に悩まされているかが伺われる。月経痛を訴える者についての研究によれば，年令別では10代に高率で81％，次いで20代で50％にみられ，分娩既応歴との関連では未経産婦に多く，その症状も年令及び分娩数に反比例して強いとの報告がある。[8] 本調査の対象である20～21才の女性では，その値を上回る高頻度であった。これは本調査の対象が20代初期の未婚婦人であるために，前述の報告にみられる10代の値に近いものが得られたものと思われる。

ＭＤＴの結果では，黄体期にS.T，T.E，E.Cはそれぞれ高値を示し，黄体期に心理的ストレスに対する不適応傾向が認められた。卵胞期は，婦人の心身は比較的安定している時期とされているが，ＭＤＴにおいても不適応傾向はみられなかった。これは婦人の性周期に伴う全身的な周期変化に影響されているものと理解することができる。黄体期におけるその不適応の程度は，ＭＤＱ愁訴数の多い者ほど強く，ＭＤＱ徴候群別では行動の変化・集中力の低下・痛みの愁訴の多い者に，より顕著に現われる傾向が見出された。月経前期症状をひき起こす要因には，水分貯留説・心因説・中毒説等があげられているが，[9] 水分貯留説が有力で，それを招来する原因として月経周期に伴って起こる内分泌機能の変化，殊に月経前期におけるEstrogenとProgesteroneとの平衡関係の乱れが重大な役割を演じていると考えられている。[10] また，Progesteroneには交感神経の緊張を高める作用があるといわれているが，[11] 自律神経緊張を示唆する生体反応が排卵前は副交感優位，排卵後は交感優位に変化することが認められている。[12] 内分泌の変動とともに，このような自律神経系の転換等が，心理的ストレスに対する適応能に関与しているのではないかと推測される。

性周期において月経前か月経中に作業能は低下し，総じて性周期の作業能率低下曲線が月経に伴

う心身異常感の性周期上の頻度曲線と一致するといわれている。[13][14]また自覚的疲労症状調査においても月経時が最も高い訴え率を示している。[15]本調査においても月経時愁訴は黄体期に比べ強く，上記との関連からＭＤＴでは高値が予測されたが，検査結果からは心理的ストレスに対する不適応傾向は認められなかった。これは月経出血が黄体の退行変化に伴うProgesteronoとEstrogenの分泌減少による消退出血であり，それと同時に自律神経系も副交感性に傾く等の内分泌の変動により影響されたものかとも推測される。また，月経時の主訴たる身体的苦痛は心理的ストレスに対して不適応を招来しないのかとの疑問も生じた。しかし，これらの問題について言及するためには，次のような反省事項を検討しなければならない。すなわち，月経に伴う強い苦痛は月経第１日目に現われ軽減まで比較的短期間であり，症状の激しい者は休息を余儀なくされるため等により，月経時の不調状態とテスト実施が結びつかなかったためではないかという点である。月経時の心理的ストレスに対する適応能については，今後更に検討を加えたいと考える。

Ⅴ　ま　と　め

多くの婦人が月経前・月経時になんらかの苦痛をいだいていることは諸家の報告にもみられる。しかし，その程度を客観的に把握することは難しい問題である。本報においては，ＭＤＱとＭＤＴを用いその結果を報告するとともに，相互の関連について考察してみた。すなわち，性周期における婦人の愁訴は月経時に最も多く，その内容は月経前では水分貯留症状，月経時では行動の変化の徴候が多いことが特徴的に示された。また，性周期における黄体期に心理的ストレスに対する不適応を認め，更にその程度はＭＤＱ愁訴数の多い者ほど強く，行動の変化，集中力の低下，痛みの愁訴の多い者に著明であった。今後は月経時について検討するとともに，思春期・更年期婦人等年代層別に調査を実施し，研究を深めていきたいと思う。

参　考　文　献

1) 柏木哲夫，他：「月経前緊張と精神障害」，精身医，15巻４号，1975

2) 長谷川直義：「産婦人科からみた思春期の心身症」，心身医，16巻１号，1976

3) 山口矩雄：「高等学校における基礎体温測定の実施結果について」，健康教室，26巻９，10，11号，1975

4) 斉藤一：「婦人労働その労働科学的分析」労働科学叢書26，財団法人労働科学研究所，1973

5) 飯塚理八，他：「性周期と婦人の作業能力」，産婦人科の実際，22巻６号，1973

6) Rudolf H. Moos：「The Development of a Menstrual Distress Questionaire」, Psychosomatic Medicine, vol.××× №6, 1968

7) 五十嵐正雄：「月経とその異常」，金原出版株式会社，1976

8) 飯塚理八，他：前掲誌5)

9) 五十嵐正雄：前掲誌7)

10) 松本清一：「月経困難症と月経前緊張症の治療法」，産婦人科治療，35巻６号，1977

11) 高山忠夫：「月経前症候群に関する研究」，日産婦誌，22巻４号，1970

12) 松田正二：「性器外周期」，現代産婦人科学大系４巻Ｃ，中山書店，1972

13) 桐原葆見：「月経と作業能力」，東洋書館，1948

14) 飯塚理八，他：前掲誌5)

15) 門田新一郎：「月経周期に伴う自覚的疲労症状と脈拍，血圧，体力の変動について」，保健の科学，20巻10号，1978

地域における寝たきり老人看護について

Nursing of the Sink Aged in a Region

*長岡多恵子 Taeko Nagaoka
**田丸志づえ Shizue Tamaru
**渡辺行栄 Yukie Watanabe
**山口佳津美 Katsmi Yamaguchi
**串田登志江 Toshie Kushida
*松岡淳夫 Matsuoka Atsuo

現在は，人口の老令化現象が進み，老人問題が重要な社会問題としてとりあげられている。老人の疾病は，加令による生理的機能の減退という一般状態の上に，多くの因子が複合して疾病を構成し，慢性化の傾向にある。そして，これらの疾病構造に対応できる医療施設や，福祉対策の充実のたち遅れの目立つ社会情勢の中で，多くの寝たきり老人が家庭において，その介護を受け，医療から放置されている。

寝たきりという状態は，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る。私は，千葉県市原市の，市原・南総の二地域を対象として，寝たきり老人家庭の実態を調査し，今後の寝た老人保健活動のあり方を検討した。

I　地域概況

市原市は，千葉市の南に隣接し，近年，工業化と人口急増をみる広域都市である。この市域は，東京湾沿岸の京葉工業地域を中心とし，都市化傾向の強い海岸地域と，昔ながらの農村地域である後背地区に大別できる。市原地区は，海岸地区，南総地区は後背地区にあたる。（図1）

市原地区，南総地区の人口構成をみると，市原地区に比べ，南総地区では，65才以上の高令者の占る率が，人口あたり，世帯あたりともに高い傾向にある。（表1）

この2地区の地域特性として，市原地区は核家族多若年型，南総地区は，複合家族多高令者型といわれている。

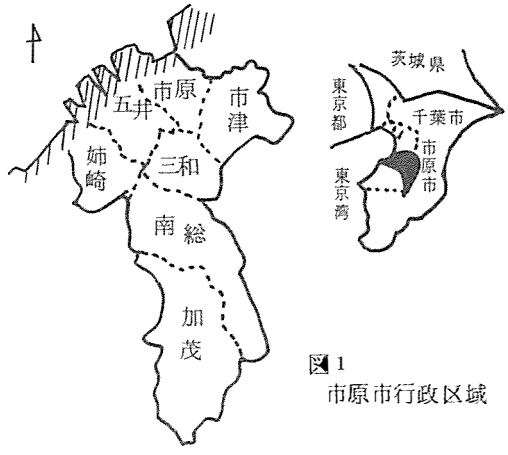


図1
市原市行政区域

表1　人口及び世帯数に占る65才以上の住民

地区	人口（人）	世帯数（人）	65才以上の人口（人）	人口の65才以上の人口が占る割合(%)	世帯数の65才以上の人口が占る割合(%)
市原市	202116	61601	11298	5.58	18.34
市原地区	64904	21080	2008	3.09	9.52
南総地区	20754	5295	2043	9.84	38.58

＊千葉大学教育学部看護課程
＊＊市原市健康管理課

Ⅱ　調査方法

市原，南総の二地域において，6カ月以上就床し，入浴，食事，排泄等の日常生活に人手を要する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名について調査した。

昭和52年8月～9月にかけての約20日間に本人，および介護者を対象として，詳細な質問紙を作成し，訪問面接調査を行った。

Ⅲ　結　果

ⓐ 寝たきり老人の出現率

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1.0%と高くなっている。（表2）

これを年令別にみると年令が高くなるにつれて，出現率は高くなる傾向がみられる。（表3）

表2　ねたきり老人の出現率

地区	登録されたねたきり老人数(人)	1世帯あたりのねたきり老人の占る割合(%)	65才以上あたりのねたきり老人の占る割合(%)
市原市	279	0.45	2.46
市原地区	41	0.19	2.04
南総地区	53	1.00	2.59

表3　年令別ねたきり老人の出現率

地区	項目＼年令	65才以上総数	65～69才	70～74才	75～79才	80～84才	85才以上
市原	人口(人)	2008	813	572	356	193	74
	ねたきり老人数(人)	41	3	14	5	9	10
	出現率(%)	2.04	0.36	2.44	1.40	4.66	13.51
南総	人口(人)	2043	711	646	423	184	79
	ねたきり老人数(人)	53	5	7	20	13	8
	出現率(%)	2.59	0.70	1.08	4.73	7.06	10.13

ⓑ 調査状況

昭和52年3月31日現在で把握した94名のうち，約4カ月後の8月に調査できたものは，死亡36名（38%）転移者2名等を除き，市原地区24名，南総地区28名の計52名であった。（表4）

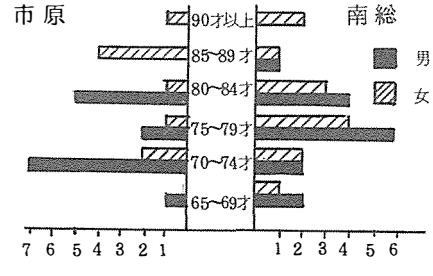
表4　登録されたねたきり老人数と訪問件数

地区	男女別	総数	死亡	転移	入院ホーム入所	回復	訪問件数
市原	男	20	4	0	0	1	15
	女	21	8	2	2	0	9
	計	41	2	2	2	1	24
南総	男	27	12	0	0	0	15
	女	26	12	0	0	1	13
	計	53	24	0	0	1	28

訪問調査を行った52名について，性別・年令別にみると，男では60才後半から80才前半に多く，女では，80才後半から90才にまでみられ，両地区とも同様の傾向にある。（表5）

表5　性別・年令別

地区	性＼年令	65～69	70～74	75～79	80～84	85～89	90以上	計
市原	男	1	7	2	5	0	0	15
	女	0	2	1	1	4	1	9
	計	1	9	3	6	4	1	24
南総	男	2	2	6	4	1	0	15
	女	1	2	4	3	1	2	13
	計	3	4	10	7	2	2	28
総数	男	1	9	3	6	4	1	24
	女	3	4	10	7	2	2	28
	計	9	13	13	13	6	3	52



ⓒ 寝たきりの原因

寝たきりの原因は，表のように広範な疾病にわたっている。その中では，「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る。また年令別では，両地区とも90才以上になると，「老衰」がみられ，それはすべて女であった。（表6）

表6　ねたきりの原因

市原地区

人数 / 疾患名	総数	男女別		年令別					
		男	女	65～69才	70～74才	75～79才	80～84才	85～89才	90才以上
脳血管障害	11	8	3		5	1	3	2	
脳卒中	10	5	2		5	1	3	1	
脳動脈硬化	1		1					1	
高血圧	1	1			1				
神経痛・リユウマチ	4	3	1		2	1	1		
関節炎	1		1					1	
心筋硬塞	1		1			1			
眼疾患	1	1			1				
糖尿病	1		1		1				
範障害	1	1					1		
老衰	1		1						1
骨折	2	1	1		1		1		
足の壊死	1		1					1	
頸椎損傷	1	1		1					
計	26	16	10	1	11	3	6	4	1

（太線囲み内重復）

南総地区

性別 年令別 / 疾患名	総数	男女別		年令別					
		男	女	65～69才	70～74才	75～79才	80～84才	85～89才	90才以上
脳血管障害	19	13	6	3	3	8	5		
脳卒中	13	9	4	2	2	5	4		
脳軟化	5	4	1	1	1	2	1		
クモ膜下出血	1		1		1	1			
神経痛・リユウマチ	2		2			1			
眼疾患	1	1						1	
肝機能障害	1		1			1			
老人性心不全	1		1					1	
胃潰瘍後	1	1					1		
老人性うつ病	1		1				1		
老衰	2		2						2
計	28	15	13	3	4	10	7	2	2

（太線囲み内重復）

ⓓ 寝たきり期間と年令

寝たきり期間と年令の関係をみると，両地区とも年令が高くなるにつれて寝たきり期間が長くなるとは限らず，80才ぐらいまでに寝たきり期間の長い者はみられるが，80才を過ぎると，寝たきり期間は短い者が多い傾向がある。これは，65才未満の若い時期に寝たきりの状態に陥ってしまう者が多く，高令になるにつれてその一部が死亡していくこと，80才を過ぎると，加令的に死亡する者が急激すること等が考えられる。（図2）

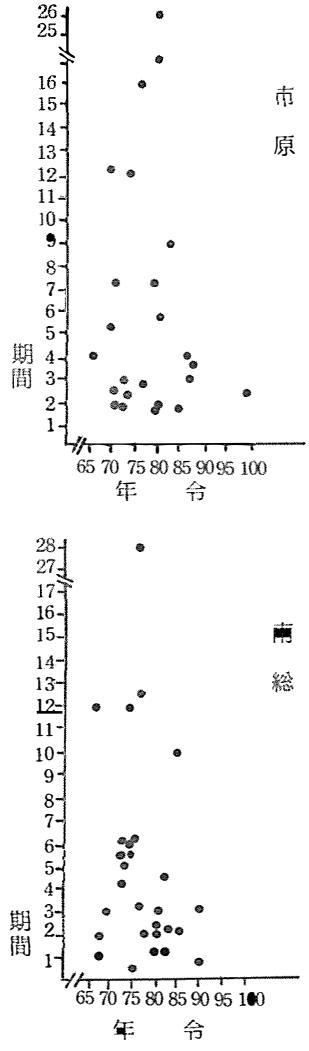


図2　年令とねたきり期間

ⓔ 寝たきり老人の医療状況

現症の治療状況は，「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，定期にしろ，不定期にしろ医師を受療する者は，市原地区6名（25％），南総地区3名（11％）で，南総地区で低率である。また，「何もしていない」者は，市原地区では6名（25％）南総地区では5名（18％）にみられた。併発症（かぜ等）については，両地区ともほとんどが「医師の往診を受ける」と答えており，その際に，現症についても診察を受けるのではないかと考える。（表7）

表7　ねたきり老人の治療状況

㋐ 現症について

地区	医師の処方箋による内服	民間薬売による内服	定期の医師の往診	不定期の医師の往診	医師による定期の診内服	医師による不定期の往診と内服	医師への定期日通院と内服	何もしていない	計
市原	11	1	2	1	2	0	1	6	24
南総	20	0	0	0	1	2	0	5	28
計	31	1	2	1	3	2	1	11	52

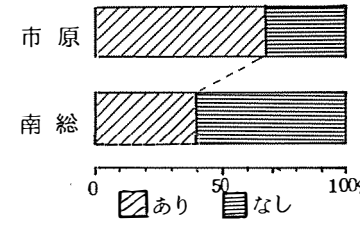
㋑ 併発症について

地区	医師の処方箋の内服	医師の往診を受ける	併発症にはかかったことがない	計
市原	2	17	5	24
南総	3	23	2	28
計	5	40	7	52

寝たきり老人の原疾患に対する入院経験は「あり」とする者は，市原地区では15名（63％）南総地区では11名（36％）と，南総地区で低くなっている。その期間は両地区とも3カ月未満に多くなっているが，1年以上に及ぶ者もあり，老令者の疾病の慢性化を物語るものである。（図3）

脳血管障害である，市原地区11名，南総地区19名の中で，リハビリテーション経験者は両地区ともに半数以下であり，特に南総地区では，1／4になっている。（図4）

また，脳血管障害者のうち，寝たきり前の検診や健康診査の受診経験者は，市原地区11名中10名，南総地区19名中14名と，比較的良い結果だった。(図5)



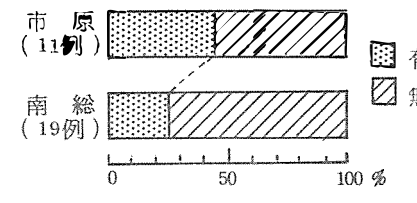
	あり	なし	計
市原	15	9	24
南総	11	17	28
計	26	26	52

入院の経験のある者の入院期間

	1カ月未満	3カ月未満	6カ月未満	1年未満	1年以上	計
市原	1	7	3	1	3	15
南総	3	3	2	2	1	11
計	4	10	5	3	4	26

図3　ねたきり老人の入院経験

脳血管疾患についてリハビリテーション



	有	無	計
市原	5	6	11
南総	5	14	19
計	10	20	30

リハビリテーションの内容

市 原

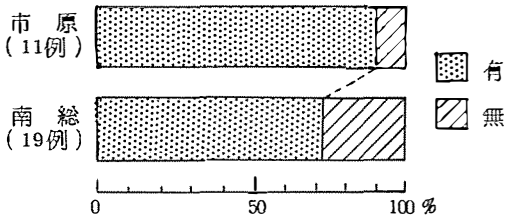
場所＼内容	マッサージ	電機療法	機能訓練	計
病 院	1	0	3	4
治療院	0	0	0	0
その他	0	0	1	1
計	1	0	4	5

南 総

マッサージ	電機療法	機能訓練	計
1	1	2	4
1	0	0	1
0	0	0	0
2	1	2	5

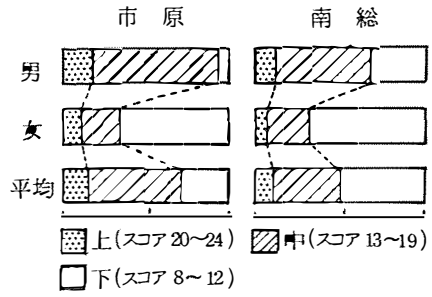
図4　リハビリテーションの有無

脳血管障害であるものについて



	有	無	計
市原	10	1	11
南総	14	5	19
計	24	6	30

図5　ねたきり前の検診・健康診査受診の有無



動作＼スコア	3 点	2 点	1 点
食事動作	自分でたべる	部分介助必要	全面介助必要
排泄動作	自分でできる	部分介助必要	全面介助必要 おむつ使用
清潔動作(入浴・清拭・行水)	自分でできる	部分介助必要	全面介助必要
ねがえり	自分でできる	介助が必要	できない
起座	自分でできる	介助が必要	できない
起立	自分でできる	介助が必要	できない
歩行	自分でできる	介助が必要	できない
着がえ	自分でできる	部分介助必要	全面介助必要

図7　ねたきり老人のA.D.L状態

ⓕ 寝たきり老人の精神状態

寝たきり老人の精神状態を，精神老化評価尺度（M，S，Q）[注1]によって評価した。慢性脳症群のある者は，市原地区11名（55％），南総地区17名（71％）で半数以上にのぼっている。両地区とも，女に極めて多い。（図6）

注1. M, S, Q (Mental Status Questionnarie)
ニューヨーク州精神衛生局老人相談部の心理学者達によって考案され，1960年に発表されたテストである。

ⓖ 寝たきり老人の日常生活動作〔A.D.L〕

寝たきり老人のA.D.L状況について，8項目にそれぞれ評価点を設定し，評価してみると，スコアで上（スコア20～24点）にある者は，両地区とも1/5に足りず，寝たきり老人の多くが介助なしでは日常生活は不可能である。性別にみると，両地区ともスコアが下（8～12点）の者は女に多く半数以上を占め，地域別では，南総地区に下である者が多い傾向がみられた。（図7）

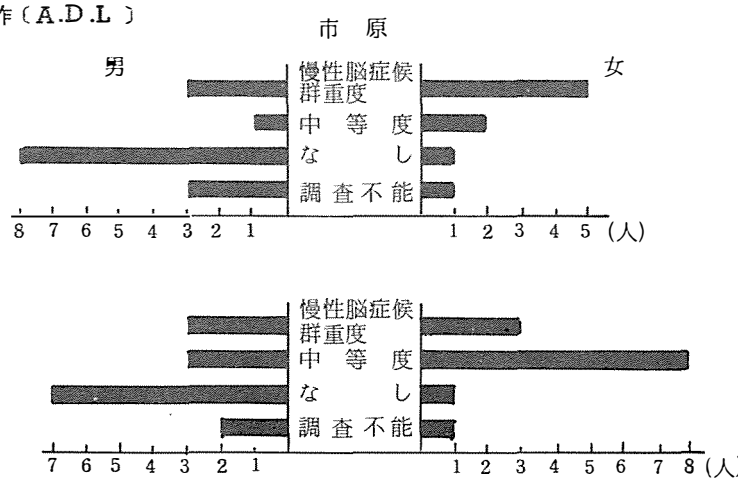


図6　ねたきり老人の性別精神状態（MSQによる）

ⓗ 清 潔 状 況

寝たきり老人の清潔状況について，図8のように，5項目の評価規準を設定し検討した。口腔の手入れが，両地区でやや悪かった他は，一般に清潔は保たれており，平均でみると，「下」に属する者は，両地区とも10%程度である。（図8）

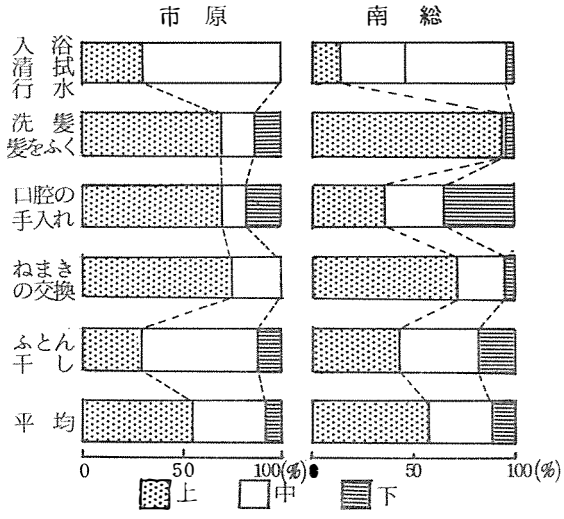
ⓘ 褥 創 の 有 無

褥創の発生は，寝たきり老人本人の苦痛の要因となり，その対策・処置が介護上の問題となるが，本調査では，褥創のある者は市原地区24名中1名，南総地区28名中5名の計6名であった。褥創の状態は，「発赤」にとどまる者がほとんどであった。褥創の発生要因として，寝たきり期間と排泄・ねがえり・起座・起立・歩行の5項目のADL評価との関連をみると，寝たきり期間は，褥創のある者は2〜4年に多く，長い者でも6年であった。ADL評価では，いずれも最低の5点を示す者が多かった。（図9）

ⓙ 寝たきり老人のたのしみ

テレビ・ラジオは，私達の生活にとってもかけがえのないものであるが，寝たきり老人が専用にテレビ・ラジオを持っている者は，市原地区14名（58%），南総地区14名（50%）と，ほぼ半数となっている。

また，テレビ・ラジオをどのぐらいみるかでは，「まったくみない者は，市原地区3名（12%），南総地区13名（46%）となっている。その理由として，「テレビがない」や「視覚・聴覚障害でみることができない」等があった。（表8）



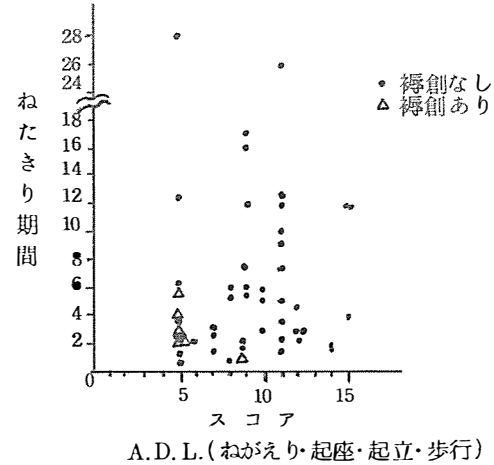
判定規準

項目	上	中	下
入浴・清拭行水	毎日〜1日おき	週2回〜月2回	ほとんどしない
洗髪髪をふく	毎日〜週2回	月2回	ほとんどしない
口腔の手入れ	毎日	週2回〜1回	ほとんどしない
寝まきの交換	毎日〜週2・3回	週1回	ほとんどしない
ふとん干し	週1回	月2〜1回	ほとんどしない

図8 ねたきり老人の清潔状況

有無 / 地区	なし	あり	個数 1コ	個数 2コ	状態 発赤	状態 びらん
市原	23	1	1	0	1	0
南総	23	5	3	2	4	1
計	46	6	4	2	5	1

ねたきり期間とA.D.L.状態



A.D.L.（ねがえり・起座・起立・歩行）

図9 褥 創 の 有 無

表8　テレビ・ラジオの所有状況

	もっている	もっていない	計
市　原	14	10	24
南　総	14	14	28
計	28	24	52

テレビ・ラジオの視聴の程度

	毎日みる	時々みる	まったくみない	計
市原	12	9	3	3
南総	8	7	3	13
計	20	16	16	16

まったくみない理由

	テレビがない	みたくない・みたがらない	視覚障害等でみれない	不明	計
市原	0	1	2	0	3
南総	4	5	3	1	13
計	4	6	5	1	16

友人・知人の来訪については，「いつもある」と答えた者は，市原地区4名（17%），南総地区3名（11%）にすぎず，「ほとんどない」者は，市原地区10名（41%）南総地区16名（59%）にのぼる。（表9）

表9　友人・知人の来訪

地区＼例数		いつもある	時々ある	ほとんどない
市原	24	4	10	10
南総	27	3	8	16
計	51	7	18	26

1日にどのぐらい家族と歓談するかでは，「ゆっくり話す時間がある」者は，市原地区9名（38%），南総地区では7名（25%）にすぎなかった。（表10）

また，たのしみについては，楽しみのあるとする者は，市原地区21名中11名，南総地区22名中14名で，「子供・孫に係わること」「テレビをみる」等が両地区ともに多かった。（表11）

表10　1日の家族との対話の程度

地区＼例数		ゆっくり話す時間あり	必要なことのみ話す	ほとんど話さない
市原	24	9	6	9
南総	28	7	9	12
計	52	16	15	21

表11　ねたきり老人のたのしみ

自由解答

地区＼例数		ない	ある	子供・孫	テレビをみる	植木をながめる	将棋をする	友人と話す	たばこ	たべもの	お金	床屋にいく
市原	21	10	11	5	2	1	2	0	0	0	0	1
南総	22	8	14	6	4	1	0	1	1	1	1	0
計	33	18	25	11	6	1	2	1	1	1	1	1

ⓚ 寝たきり老人の住居状況

寝たきり老人の専用室は，本人はもとより，家族の生活にも大いに影響するが，本調査においては，ほとんどの世帯で準備されていた。（図10）

また，その環境について，風とおしと日当りについて検討した。判定基準によると，両地区とも「よい」あるいは「普通」である部屋が多かった。

地区	例数	有	無
市　原	24	21	3
南　総	28	27	1
計	52	48	4

部屋の大きさ

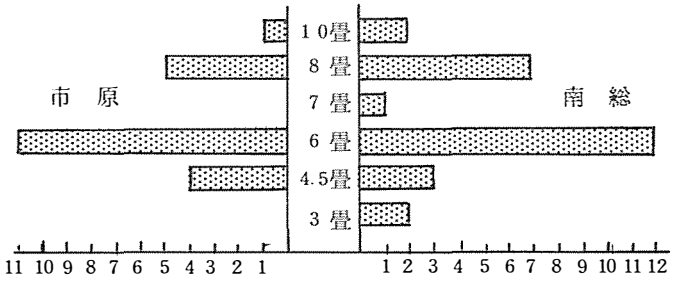


図10　病人専用室の有無

しかし，南総地区では，それぞれ20％前後に「わるい」部屋があった。これは，昔ながらの農家形式の住宅構造の影響が考えられる。（図１１）

⑴ 主な介護者

寝たきり老人の主な介護者は両地区とも，嫁，配偶者，娘の順になっており，ほとんどが家族の介護を受けている。性別では，男では配偶者，女では嫁という傾向がある。（表１１）

⑿ 介護者の年令

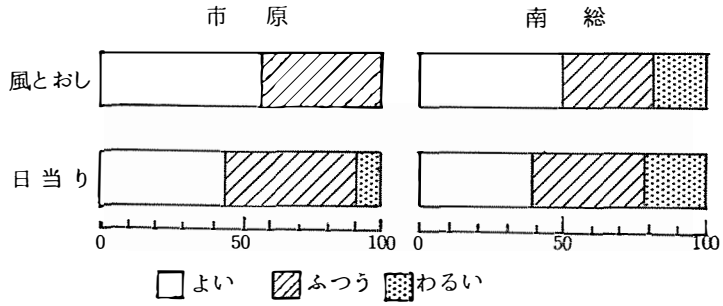
市原地区では60～70代，南総地区では40～50代に多くなっている。（図１２）

⑾ 介護者の健康

介護者の健康状態では，「健康でない」とする者が市原地区24名中14名，南総地区28名中16名と半数以上が健康障害を訴えていた。（図１３）健康障害を訴えた，市原地区14名，南総地区16名の有する疾患としては，「高血圧」「神経痛」等が多かった。（表１２）

これらの疾患に対する治療状況では，市原地区では全員が，南総地区では16名中13名が何らかの治療を受けていた。（図１４）

介護する上で，健康にどんな影響があるかでは，「特に影響なし」とする者が市原地区９名（36％），南総地区15名（58％）であったが，影響があるとする者の中では，「「疲れがひどい」「気分が重い等，身体・精神面からの訴えが多



		判　定　基　準
風とおし	よい	部屋に窓・縁側がある。
	わるい	部屋に窓・縁側がなく風がとおらない。
日当り	よい	日中４時間以上日がさす。
	わるい	ほとんど日がささない。

図１１　病人専用室の環境

表１１　主な介護者

地区＼男女別		例数	配偶者	嫁	娘	息子	依頼人
市原	男	１５	９	５	１	０	０
	女	９	０	７	１	１	０
	計	２４	９	１２	２	１	０
南総	男	１５	６	６	２	０	１
	女	１３	３	６	３	１	０
	計	２８	９	１２	５	１	１

地区＼例数＼年令	３０代	４０代	５０代	６０代	70才以上
市　原	２４	２	４	４	８	６
南　総	２８	０	７	１０	５	６
計	５２	２	１１	１４	１３	１２

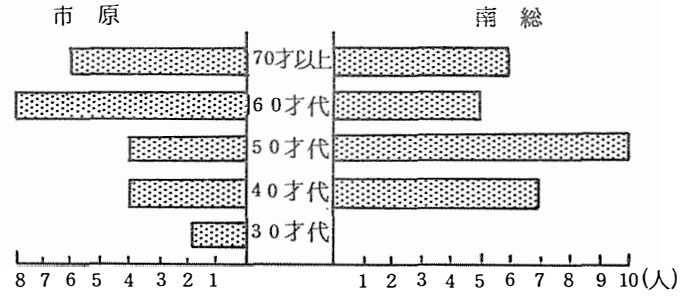


図１２　介護者の年令

かった。（表１３）

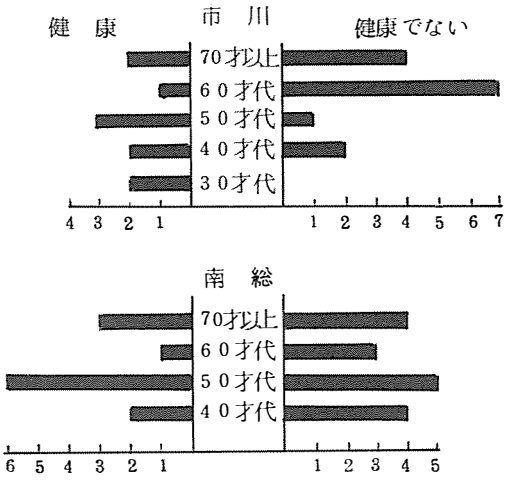


図１３　介護者の健康状態

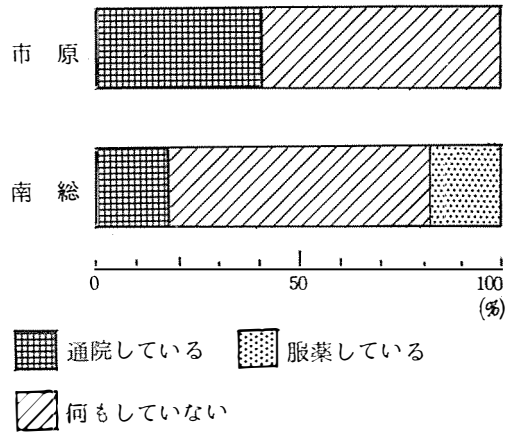


図１４　介護者の治療状況

表１２　介護者のもつ疾患

疾患名＼地区・例数	市原	南総	計
	14	16	(3)30
高血圧	5	7	12
低血圧	0	1	1
神経痛	1	4	5
関節痛	2	0	2
腰痛	1	(1)1	(1)2
慢性気管支炎	2	0	2
心不全	0	1	1
頭痛	0	1	1
腎臓疾患	0	(1)	(1)
胃腸疾患	1	0	1
糖尿病	0	(1)	(1)
癌後遺症	1	0	1
精神障害	0	1	1
自動車事故後遺症	1	0	1

（ ）は二次的

表１３　介護者の健康への影響
（自由回答）

項目＼地区・例数	市原	南総	計
	24	26	50
疲れがひどい	6 25%	5 19%	11 22%
気が重い	7 29%	2 8%	9 18%
腰痛がする	5 21%	2 8%	7 14%
イライラする	5 21%	2 8%	7 14%
睡眠不足	4 17%	2 8%	6 12%
特にかわりない	9 36%	15 58%	24 48%

◉ 介護者の仕事

市原地区では，「家事のみを受け持つ」者が，また，南総地区では農家が多いことから「家業をしている」者がそれぞれ半数以上であった。（表１４）

表14　介護者の仕事

地区＼形態	例数	勤めをもっている	家業をしている	家事をもっている	何ももっていない
市原	24	2	3	14	5
南総	26	1	18	6	1
計	50	3	21	20	6

介護の中で最も手のかかることは両地区とも，「排泄」「入浴，清拭」が多くなっている。「排泄」については，寝たきり老人の場合，便の渚も多く便通を整えることが難しいこと，失禁に対する世話や入浴・清拭等は，人手を借りなければ重労働となり，技術的にもその困難多いことがわかる。（図6）

ⓟ 介護量

1日の介護時間をみると，市原地区では1～4時間，南総地区では1～4時間多かった。（図15）

ⓠ 介護者の疲労感

介護者の疲労感では，「常に感じる」「時々感じる」をあわせて，市原地区24名中3名，南総地区26名中2名と半数近が，訴えていた。（1表）

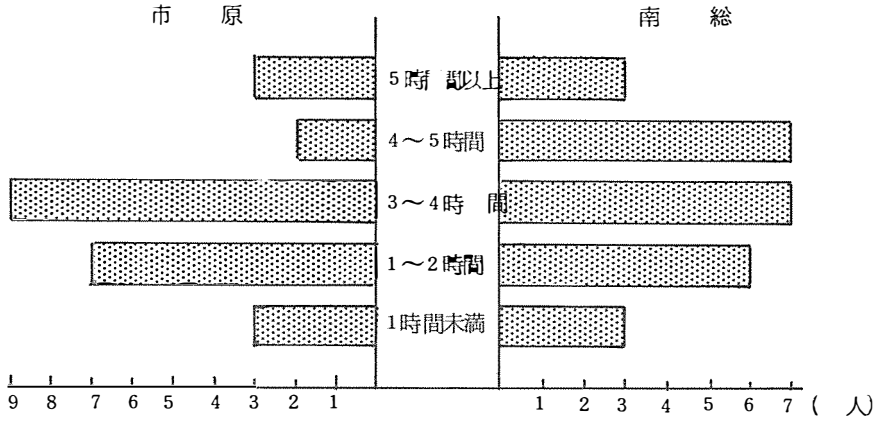


図15　1日の介護時間

寝たきり老人の排泄等で，夜中に起きなければならないことは，「常にある」「時々ある」をあわせて，市原地区24名中6名，南総地区26名中6名で，それぞれ半数以上の者が夜間睡眠中に何らかの介護のため起きなければならない。（1表）

表15　ねたきり老人のため夜中におきる程度

地区＼程度		常にある	時々ある	ない
市原	24	7	9	8
南総	26	9	7	10
計	50	16	16	18

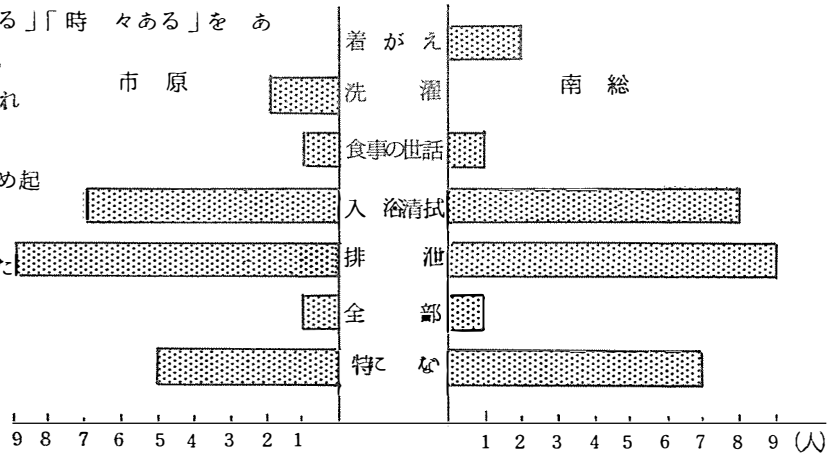


図16　介護で最も手のかかる事

表介護者の疲労感の有無

介護者	市原 例数	常に感じる	時々感じる	感じない	南総 例数	常に感じる	時々感じる	感じない
配偶者	12	1	5	6	12	4	3	5
嫁	9	1	5	3	8	2	1	5
娘	2	1		1	5		1	4
息子	1			1	1		1	
計	24	3	10	11	26	6	6	14

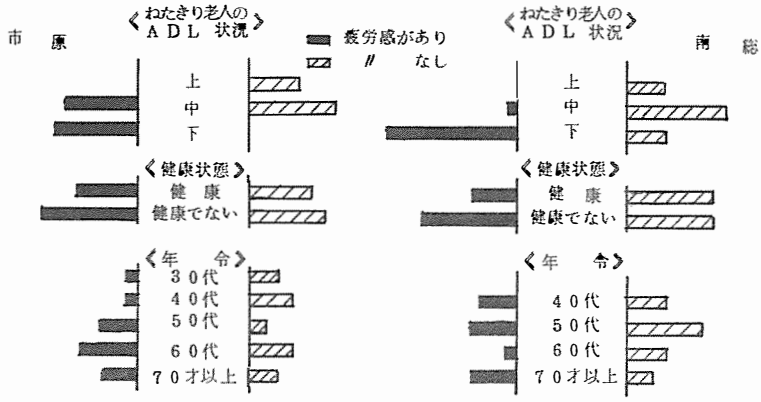


図17　疲労感と老人のADL状況・介護者の健康状態・年令との関連

疲労感の要因となるものとして，寝たきり老人のA.D.Lスコア，介護者の健康状態，介護者の年令をとりあげ，疲労との関連をみると，A.D.Lスコアが「下」である者の介護者はほとんど感じると答えている。介護者の健康状態，年令については有意な差は認められなかった。これは，疲労感は，介護者の主観的な問題であるためと考えるが，A.D.Lスコアの低い者，つまり生活全般にわたって介護を必要とする者の介護は，明らかに介護者の過重負担となり，疲労に結びついているといえる。（図17）

⑰ 生活への影響

生活への影響では，「特にない」とする者は両地区とも12%にすぎず，ほとんどの者が，何らかの影響を訴えている。特に，「外出できない」「仕事中も気がかりだ」が両地区ともに，多かった。（表17）

表17　介護者の生活への影響

自由解答

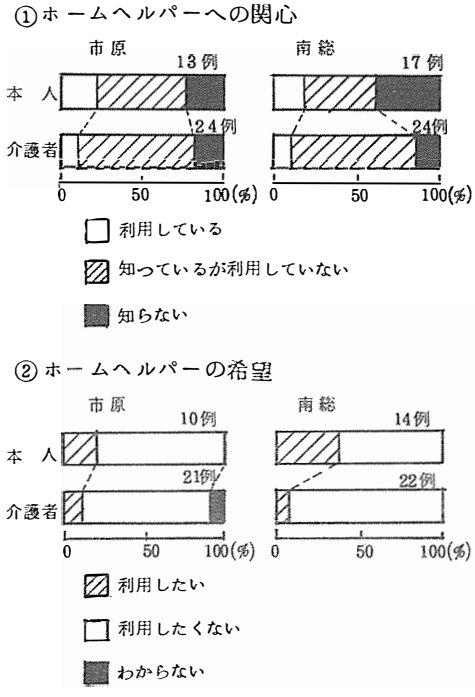
項目＼地区	市原 例数 24	南総 例数 26	計 50
外出できない	17 71%	14 54%	31 62%
仕事にでられない	1 4%	4 15%	5 10%
仕事中も病人がきがかり	5 20%	9 35%	14 28%
体力の消耗が激しい	3 12%	5 19%	8 16%
家族の世話ができない	1 4%	2 8%	3 6%
家庭内が不和になる	0 %	1 4%	1 2%
生活が病人にふりまわされる	1 4%	2 8%	3 6%
お金がかかる	0 %	1 4%	1 2%
特にない	3 12%	3 12%	6 12%

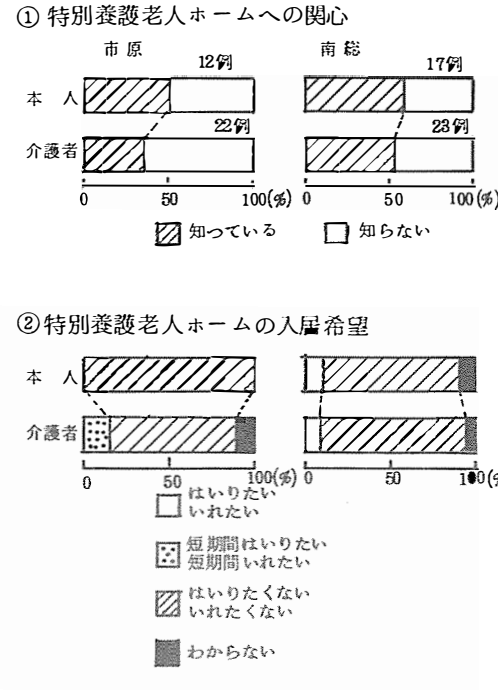
⑤ 福祉対策について

ホームヘルパーの派遣，特別養護老人ホームにどの程度関心を持っているかを，寝たきり老人本人と介護者の両方から調査した。

ホームヘルパーの派遣については，利用している者は，市原地区24名中3名，南総地区28名中3名にすぎない。この制度を「知らない」者は，本人では，市原地区13名中3名，南総地区17名中7名で，多くの者は知っている，介護者では，両地区とも80％が知っている。（図18）

そこで，今後利用したいかどうかについては，「利用したい」とする者は，本人では，市原地区10名中2名，南総地区14名中5名，介護者では，市原地区20名中2名，南総地区22名中1名で，少なかった。利用したくない理由として，両方とも，「介護する者がいる」とする者が多い。これは，まだ寝たきり老人は家族が世話すべきだと考える者が多く，プライバシーの侵害等の理由も考えられる。市原市に，特別養護老人ホームは1カ所設置されている。特別養護老人ホームを「知ってい





利用したくない理由（本人）

項目	市原	南総
介護者がいる	5	3
体が回復している	0	1
いろいろ気をつかう	0	1
今の介護で充分	1	0
計	6	5

（介護者）

項目	市原	南総
介護者がいる	8	8
世間体わるい	0	1
経済的に困難	1	0
他人の世話になりたくない	0	1
計	9	10

図18

はいりたくない理由（本人）

項目	市原	南総
今の介護で充分	9	9
必要がない	1	1
淋しい	1	1
わからない	0	1
計	11	12

いれたくない理由（介護者）

項目	市原	南総
今の介護で充分	12	11
体が回復している	2	1
淋しい思いをする	2	3
介護者がいる	0	2
他人の世話になりたくない	0	1
計	16	18

図19

る」とする者は，本人では両地区とも約半数，介護者では，本人に比べ知っている者の割合は低かった。入居希望については，本人，介護者ともに，希望しない者が多いが，南総地区に２例程希望したい者がみられた。市原地区では，介護者側で，「短期間いれたい」とする者が22名中４名あったことが注目される。「はいりたくない」「いれたくない」理由として，「今の介護で充分だ」とする者が両地区とも多かった。（図１９）

今後の福祉対策に望むことを，本人・介護者から，あげてもらった。介護者では，市原地区では，半数以上が何らから要望があったのに対し，南総地区では「特にない」とする者の方が多かった。この中で特に多かったことは，両者あわせてみると，「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」「友愛訪問」「リハビリテーションの実施」「老人専用病院の設置」等であった。（表１８）

表１８　これからの福祉に望むこと

自由解答

	本人			介護者			総計
	市原	南総	計	市原	南総	計	
特になし	6	6	12	7	18	25	
あり	8	9	17	17	8	25	42
ホームヘルパーの派遣	3	5	8	5	2	7	15
訪問健康診査の受施	6	3	9	6	2	8	17
リハビリテーションの実施	3	1	4	5	2	7	11
老人専用病院の設置	2	1	3	5	2	7	10
特養ホームの増設	1	1	2	3	0	3	5
医療費の補助	2	0	2	1	1	2	4
介護手当の増加	1	1	2	5	2	7	9
住居改築費の補助	1	0	1	3	0	3	4
特殊ベットの貸し出し	1	0	1	4	0	4	5
浴そう車の巡回	1	0	1	2	0	2	3
特殊浴そうの貸し出し	2	0	2	4	1	5	7
車イスの貸し出し	2	1	3	1	0	1	4
日常生活用品の貸し出し	1	0	1	3	1	4	5
暖い便器の考案	0	0	0	0	1	1	1
乾燥器の貸し出し	0	0	0	2	0	1	1
友愛訪問	2	3	5	4	2	6	11
布団干しサービス	0	0	0	6	3	9	9
外出サービス	2	5	7	4	2	6	13
老人給食の配達	1	0	1	4	1	5	6
老人会	0	0	0	1	0	1	1
看護技術を教えてほしい	0	0	0	1	2	3	3

Ⅳ　ま　と　め

寝たきり老人の身体的精神的状況をみると，4/5以上の者が，ほとんどの日常生活に人手を必要としており，半数以上に知的機能低下が認められていた。また，受療状況でも，多くが医師の処方箋による内服であり，医師による直接的な医療は少ない。入院経験については，市原地区では比較的多かったが，南総地区では，少なく，リハビリテーションの経験があるかどうかでも，両地区ともに半数以下であり，特に南総に低かった。以上のことより，寝たきり老人は，直接的な医療から放置されている現状がうかがわれる。その原因を考えると，現在の受療体制の中で，寝たきり老人が受療する場合は往診によらねばならないが，医療機関のあり方や経費等の問題があり，極めて困難となる。また，寝たきり期間が長期に及ぶと，健康への回復を本人また家庭全体があきらめてしまうこと等があげられる。

また，南総地区では，市原地区に比べ受療状況がやや低い傾向がみられた。これは，南総地区は，その地域面積が広大で広域診療圏であ継医療密度が低いこと，地域の後進性による地域住民の医療に対する意識化の遅れによるものではないかと考える。

寝たきりに至る原病は，慢性疾患が多く，長期に及ぶ経過の中で何らかの合併症の併発によって，死への転帰を早めることも考えられ，寝たきり老人を医療の場に定着させておく必要がある。そのためには，医師と充分に連絡のとれた保健婦等によって，定期的にその状況把握がなされ，適切な医師の指導がなされるべきである。また，昭和44年より低所得者で6カ月以上診察を受けていない者を対象に訪問健康診査が実施されているが，その積極的な運営がはかられるべきである。

介護者側の問題では，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介護にあたる現状であった。また，市原地区では家事をしながらの介護が多く，南総地区では農業をし，加えて家事をしながらの介護が多く，介護者に過重な労働負が加わっていると想像できる。

その反面，寝たきり老人の清潔状況は比較的よく，褥創の発生も少なく，献身的に介護にあたっていた。

今後，介護の過重負担をより少なくするための対策が必要とされるが，今まで寝たきり老人対策の第1義的に実施されてきた特別養護老人ホームについては今回の調査では，本人，介護者ともに希望は少なかった。しかし，介護者が高令化傾向にあり，健康障害を有する者が多いこと等から，短期入所政等，気軽に利用できる対策が望まれる。

本人，介護者の気持を重視すれば，この地域に一番必要とされることは，在宅でいかに介護するかということである。それらの対策としては，福祉対策への希望も多いとはいえない現状では，本人，寝たきり老人家庭の意識向上，状況把握が充分なされ，その要望に応じえるものでなければならない。

今後，より検討を深めていかなければならない対策として，ホームヘルパーの派遣，巡そう車の巡回，友愛訪問，外出サービス等である。

また，寝たきり老人の原因の半数以上が「脳血管障害であったことは，今後，寝たきり老人予防対策として脳卒中予防対策を推進していかねばならないと考える。市原市においては，年々成人病検診が一般的に実施され普及してきている。しかし，脳血管障害で寝たきりに陥った者が，寝たきり前に検診や健康診査を受けていながら，寝たきりになっているという現状から，検診の徹底と，検診後の事後指導が必要であると考える。また，市原市では，市全体としても医療機関が質量的に不足状態にあるといわれているが．老人専用病院の設置，リハビリテーション施設の増設等によって，早期発見，早期治療にとりくんでゆかねばならない。現状では，寝たきり老人の把握が，介護手当の申請手続きに始まることで，6カ月未満の早期における把握や，把握後の状態変化をつかむことはなかなか困難となっている。それには，高

血圧管理の一環として，脳血管障害者の徹底した管理が必要とされると考える。

一口に，寝たきり老人家庭といっても，その事情は様々である。また，寝たきり老人家庭の問題は，まだ潜在化の傾向にあり，積極的な態度は，本人・介護者ともにあまりみられない現状である。今後，保健婦等の専門職の人達によって，その状況把握，意識向上が計られ，地域・社会との関連を深めてゆく必要があると考える。

参　考　文　献

1) 厚生省統計局：厚生の指標，国民衛生の動向 第24巻第9号　厚生統計協会　1977
2) 神奈川県：神奈川県における寝たきり老人の実態調査　神奈川県　1971，1973
3) 永田幹夫：寝たきり老人とひとり暮し老人 公衆衛生 Vol 36 No 3　医学書院　1972
4) 松岡淳夫他：市原市における健康管理事業の総点検と展望，市原市市民福祉部健康管理課 1976
5) 市原市健康管理課：昭和51年度事業計画 1976
6) 大友英一：老令者診療の実際　近代医学社 1975
7) 厚生省社会局：老人実態調査結果報告書 厚生統計要覧　厚生統計協会　1975
8) 賀集竹子他：近郊都市におけるねたきり老人実態と訪問看護　保健婦雑誌　第33巻第6号　医学書院　1977
9) 佐久間淳：ねたきり老人の実態調査と評価法（第2報）　公衆衛生 Vol 37 No 1　医学書院　1973
10) 磯　貞雄：在宅老人の諸問題　公衆衛生 Vol 34 No 9　医学書院　1970
11) 山下　章他：老人保健　医学書院 1971
12) 新田則之他：愛媛県の一農山村における寝たきり老人の健康状態（第2報） 日本農村医学会雑誌24　日本農村医学協会
13) 小山路男：老人医療と健康管理　公衆衛生 Vol 34 No 9　医学書院　1970
14) 山口新一郎・山下章：老人対策の施策と理念　公衆衛生 Vol 36 No 3　医学書院　1972
15) 新田則之：過疎地帯におけるねたきり老人の実態　公衆衛生 Vol 37 No 3　医学書院　1973
16) 長谷川和夫：賀集竹子：老人心理のアプローチ　医学書院
17) 松本富喜子：滋賀県における老人の生活調査（第Ⅱ報）　滋賀県立短期大学学術雑誌16号 1975
18) 佐口卓：老令者の福祉および医療体系をめぐる諸問題　看護技術74　1月号　メデカルフレンド社
19) 吉沢勲：ねたきり老人の実態をめぐって 看護技術74　1月号　メデカルフレンド社
20) 南雲春木：寝たきり者看護の実態について 保健婦雑誌 Vol 33 No 5　医学書院

編　集　後　記

本年1月末には原稿が集まり，計画としては6月末迄に会員のお手元に届けられる予定が，査読の遅れや，図表の製版に思わぬ手間がかかり，日程が延々となってしまいました。図表原稿は原寸に近くトレースして頂ければ幸いです。今回は業者一任で図表版を組みましたので，誌面が乱雑な部分も少くありません。改版も考えましたが，経費の点，日程を考えますと，それも出来ず，そのまゝ印刷へ移りました。世話人会で投稿規定が作られており，総会で報告された後，適用されることとなると思います。

本号の表紙の色が今迄と違っており，紙質も若干，変わっております。創刊号から，色紙質を統一してきましたが，今迄のものが，輸入紙のため入手出来なくなったため類似の紙質のものに変更しなくてはなりませんでした。本誌もようやく経済の波にもまれることゝなりました。　　（松岡記）

事　務　局　便　り

会費未納の方は早やくお納め願います。下記郵便振替を利用されると便利です。

53年度会費　　2,000円
54年度会費　　3,000円
郵便振替　　東京5こ80974　　四大学看護学研究会事務局

四大学看護学研究会雑誌

第2巻　第2号

昭和54年7月20日印刷
昭和54年8月10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
(有)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

	指導
妊産婦シリーズ	
1 安産教室	(松山栄吉・大村　清)
2 妊娠中の生活	(北井徳蔵・籏橋　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)

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 南條継雄)
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
- ● 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

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

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

分類内容目次

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

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。

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

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

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。

分類内容目次

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

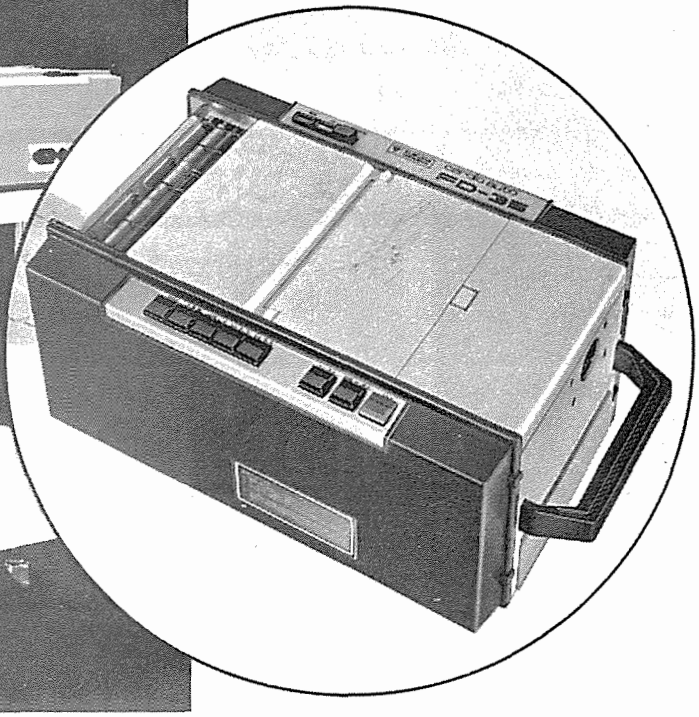
発行所　(株)ジャパン・メディカル・サービス　102 東京都千代田区九段北１－２－１　蜂谷ビル
Tel.（03）２６１－６５６８・６６３２

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

フクダ電子株式会社

FUKUDA

本社　東京都文京区本郷3-39-4　☎(03)815-2121㈹

＊——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ー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