昭和56年6月20日発行
ISSN 0386−8036

四大学看護学研究会雑誌

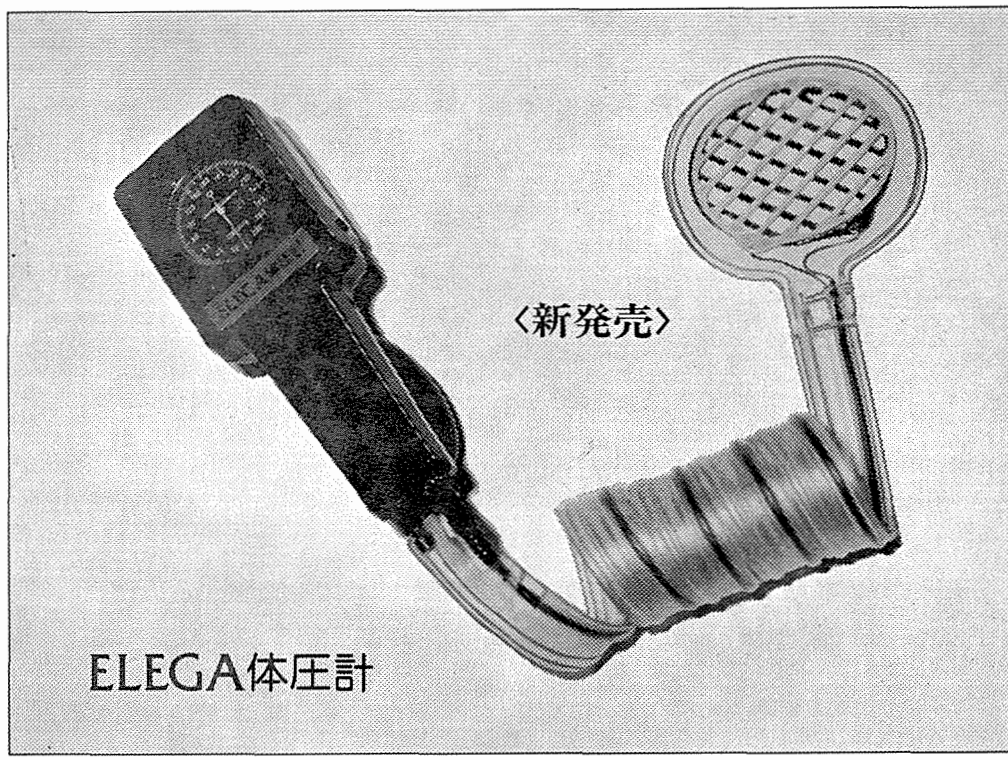
(Journal of Universities' Nursing Research)

VOL.4 NO.1

四大学看護学研究会

体位変換は…
体圧測定から始めて下さい

体圧計がお求め易くなりました。



エレガ体圧計は，
患者の体重圧迫の状態をみるのに便利な測定器具です。

エレガ体圧計の構造は，
極めて簡単で，９Ｖの電池で操作できます。

エレガ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。

簡易患者体圧測定器

エレガ体圧計

(PAT-P)

セット価格(パッド２枚入り)
¥24,000

発売元
商国臓器製薬株式会社
東京都港区赤坂二丁目５番１号

目　　次

第6回四大学看護学研究会総会演説記事

特別講演　看護分野における研究に望まれること …… 5
弘前大学医学部産婦人科学教室教授　品川　信良

会長講演　看護学教育について …… 17
第6回会長　弘前大学教育学部看護科（内科系）教授　川上　澄

シンポジウム

大学における看護教育の検討　―看護基礎学と臨床看護―

1. 看護基礎学と臨床看護　はじめに …… 25
司　会　千葉大学教育学部　土屋　尚義
熊本大学教育学部　木場　富貴

2. 看護学教育における看護基礎学の重要性 ―看護学の確立・体系化のために― …… 27
石川　稔生

3. 看護系大学・短期大学における看護基礎学の教育状況 …… 33
―特に病理学・解剖学・看護学総論―
佐々木光雄，木場　富貴

4. 看護基礎学の位置づけとその役割 …… 草刈　淳子 …… 47

5. 正確な注射法指導のための基礎的研究 ―皮下，筋肉注射針刺入深度― …… 58
大串　靖子

6. 看護基礎学よりみた新生児沐浴についての問題点とその改善方法 …… 65
―特に院内感染予防に関して―　内輪　進一，藤本　洋子，森　愛子
竹内　洋子，武田美千江，高橋　睦
小杉　康代，谷尾真理子

7. 討　論 …… 75

8. まとめ …… 司　会　土屋　尚義 …… 80
木場　富貴

一般演題演説内容

1）保育器の細菌学的検討　その1　保育器の清潔に関する調査 …… 82
明石　泉，鈴木　光子，木村　宏子
川上　澄

2）カテーテル留置患者の細菌学的検討からみた看護の問題点 …… 83
中村留里子，津島　律，今　充

3）生体に及ぼす足浴の影響 …… 玄田　公子 …… 85

4）便器挿入時の体圧分布の検討 …… 萩沢さつえ，山口　公子 …… 87

5）陣痛誘発と看護 …… 小山田智子，阪口　禎男，山口　桂子 …… 88

6）慢性腎炎患者の妊娠に関する研究 …… 斉藤やよい，阪口　禎男，土屋　尚義 …… 90
7）乳房のもつイメージについての研究（Ⅲ）…… 野島　良子 …… 91
8）乳児夜泣きの要因分析（Ⅰ）…… 水上　明子，中島　良子，成田　栄子 …… 93
小林　秀子，松野こずえ
9）看護業務従事者の分娩後の疲労調査 …… 酒井喜美子，前原　澄子，松本　友子 …… 95
吉川　陽子，茅島　江子
10）女子大学生における貧血と全血比重及び食生活との関連 …… 97
塩見　敦子，田中　寛子，村橋　裕子
井本　由美，内輪　進一
11）専門外来における看護の役割り …… 倉持　享子，佐野　京子，土屋　尚義 …… 99
12）慢性腎疾患患者の保健管理　―学校行事の及ぼす影響について― …… 100
大森早智子，松倉　　薫，熊谷久美子
土屋　尚義
13）内科病棟入院患者の動静に関する研究（第一報）…… 101
山口　桂子，吉田　伸子，益子　秀子
宮崎　和子，土屋　尚義，土屋　陽子
坂根喜代子，大名門裕子，野口美和子
山口覚太郎，江口　万里，竹山富美子
行木　あさ
14）入院患者が患者に及ぼす心理的影響　―社会的因子との関連― …… 103
後藤真有美，多田　敏子
15）ハワイにおける日系独居老人のsocialAdjustmentに関する比較文化的調査 …… 105
早川　和生
16）老人の末期における問題点　―安楽な死をみつめて― …… 106
大竹　保代，松岡　淳夫
17）死と臨床患者の看護に対する看護婦の態度に関する研究 …… 108
鈴木　恭子，柏原　貴子，植田　和美
瀬尾クニ子，野畠　良子
18）看護者にとって自分自身をふり返えることの意味 …… 110
川野　雅資，河合千恵子，湛　　繁子
19）高等学校衛生看護科生徒の看護臨床実習指導の展開と問題点 …… 111
―青森県立田名部高等学校の場合―　田辺　　緑，西塚　貴子，三浦恵美子
佐々木真樹子，津島　律
20）人工肛門造設患者の看護の問題点 …… 五十嵐千賀子，木村　紀美，今　　充 …… 113
学会印象記 …… 平　　典子 …… 115
会　報
学会会告 …… 117
訃報 …… 119
投稿規定 …… 121
編集後記・事務局便り …… 123

第　6　回

四大学看護学研究会

記　　事

昭和55年　9月21日

於　弘　前　市　在　府　町　5

弘前大学医学部基礎校舎内

医学部講堂

● 特 別 講 演 ●

看護分野における研究に望まれること

弘前大学医学部産婦人科学教室教授
品　川　信　良

皆様に配布されていますプリントを，あちこち読みながら，お話しさせていただきます。このプリントのもっと詳しいことは，既に「看護教育」の19巻1978年の6月号と7月号に2年前に載っていますので，どうぞお疲れの方は失礼ですが，おやすみになって結構でございます。後でそちらをお読みいただければよろしいかと思います。

それでは第1ページをお開きいただきたいと思います。

私はどちらかというと医学者でありますので，医学サイド又はドクターサイドの事が話しの中心になると思いますが，それをできましたらナースあるいは保健婦・助産婦・公衆衛生，などの方に置き換えてお聞きいただければ幸いです。

まず第一に私がお話ししたい事は，医学や医療・看護などにおける研究の目的や動機は何なのか，すなわち，なぜ研究をするのか，ということを考えてみたいと思います。

研究という意味のことを英語では，researchといいます。辞書を見ますと research というのは，「事実を systematic（システマチック）に探す」とか「scientific に物事を調査する」というような意味のようです。これが日本ではどういう訳か「研究」という，非常に難しい漢字をあてはめられました。この，研究という言葉が日本ではいつ頃から使われたものか調べたことがあるんですが，明治時代の人はあまり研究という言葉を使っていない。明治時代の東京大学・京都大学などの医学論文では，研究という言葉は使っていません。「ナニナニについて」そうでなければ「ナニナニに関する調査」あるいは「ナニナニに関する試験」といった具合で，「研究」という言葉が出始めたのは，大正初めの頃からのようです。もっと詳しく調べると明治37～38年頃だ，というような事が出てくるかもしれませんが，ともかくも，この「研究」という言葉がうるさく使われだしたのは近年でして，明治の人達は「ナニナニについて」という程度に，きわめて自然な表現をしていたようです。私も，大げさに研究というよりは，「ナニナニについて」といった方がよろしいんじゃないかと思っています。

我々の研究というのは，いろいろな目的で行われると思いますが，今ここに1から7までを並べてみました。その順序は番号の若い程上品な，純粋な動機，番号のあと程不純な，現実的な動機，といってもよいかと思います。なお大変恐縮ですが，大半の方は6か7の動機で研究をしているかと思います。御参考までに読んでみます。

1.　病気や災害から人びとを守り，人間の生活をもっと安全に豊かにしたいという人類愛‥‥“どうしたら，病人や妊産婦・子どもなんかをもっと楽にしてあげられるだろうか”ということが動機になっている場合です。

これは非常に純粋ないい動機ですが，こういう人は昔から殆どいませんでした。なにか成功してから，あとから「こういう純粋な動機であった」と作り話で伝えられることが多いのです。野口英世とかエドワード・ジェンナー，パストゥール，あの人達は非常に純粋な動機で研究して大発見をされた，と伝記

では伝わっておりますが，真相は必ずしもそうではないらしいです。

2. 自然界の現象に対する疑問や好奇心や自然愛‥‥‥こういうようなものが動機になっている場合もかなりあろうかと思います。これもかなり純粋な動機です。

3. 自分の自然観や人生観をもっと確立したいという哲学的な欲求‥‥‥こういう動機から研究する人も世の中にはあります。ドイツなんかには，昔からこういう人が多かった。

4. ともかくも，絶えず何かをせずにはおられない，という"道楽"にも近い動機‥‥‥例えば植木鉢にいろんなものを植えて盆栽を楽しんだり，金魚を殖やしてみたり，朝がおを咲かせてみたり，菊を作ってみたりするのと，大差はありません。

5. 実用的・実利的なものや手段を得たいという熱望‥‥‥なにか役立つものはないか，もう少し金もうけにつながるようなことはないか。アメリカに行くと，こういう研究をしている人が多いのです。

6. 有名になりたい，ある地位や資格や，より多くの収入を得たいという人間的な野心‥‥‥大半の方は，これで研究しているのではないか，と口の悪い人はいうわけです。

7. 保身，卒業，上役の機嫌とりなどの人間的な本能‥‥‥何かやらないと医局に長くおれない，卒論を書かないと卒業できない，学会で何か発表しないと教授にニラまれる。

大半の場合は先程からいってますように，6か7の理由で研究しているわけです。しかし私は，それでいいんじゃないかと思います。先程いいましたように，野口英世とかルイ・パストゥールなどの話が，もし本当であったとしても，それは例外であって，大半は6か7の不純な動機でやっているうちに，だんだんおもしろくなって，いつの間にか3になり2になり，1に昇格していった，と私は考えています。従って，研究の動機というのは最初は決していろんな伝記ものにあるように，純粋な動機でなく，極めて不純な動機で出発しても一向にかまわないんじゃないか。ただし最後まで不純では困る。やっぱり途中から佳境に入ってきたらAufhebenされて，純粋なあるいは純粋に近い動機でいろいろ仕事をするようになっていただきたい，という風に考えています。

先程私は，研究という言葉が非常に難しい言葉であるとお話いたしましたが，私は学生なんかによく話すのですが，本当のプロの，研究を業とするような研究者というものは，そんなに沢山はいらないんだ。しかしながら「研究心」というものはどんな人にでもある程度は必要だ，ということです。このことは，本日お集まりのみなさんにも是非お願いしたい所です。

ここに書いてある通り読みますと，プロの研究者は，そんなに沢山はいらない。しかし「研究心」は誰にでも必要である。医療や看護の領域についていうならば，医師は勿論のこと，看護婦，助産婦，保健婦‥‥‥，掃除の小母さんやボイラーの小父さんなどにも，実は研究心は必要である。

このへんの人の研究心というのが，非常に日本人には乏しい。例えば，掃除の小母さんなんかは，今にも死にそうな患者さんがいても，それには関係なく，ブンブン音をたてながら病室や廊下を掃除します。それでよいのでしょうか。私はよく考えるんですが，病院というのはあういう電気掃除機でなく，中央で操作できる，音のしない掃除機のようなものを開発すべきではないでしょうか。現在病院で使われている掃除機は，非常にうるさい。このへんにも看護研究のテーマは，いくらも転がっているんですが，誰もやろうとはしません。

ボイラーの小父さんの話も致しましょう。例えば弘前なんかでは，12月になるとかなり寒いんです。11月の末頃もかなり寒い。ところが例えば，文部省とか大学の事務部とかの命令かなんかで，12月1日から4月10日まで暖房を入れろといわれると，11月にいくら寒い日があっても暖房は入らない。しかし

3月や4月に入って，いくら暑くても暖房は入る。室温の調節が難しくなると，看護婦さん方は，窓を開けて暖房を通している。そういう事が実際にあるのです。こういう事を一体どうしたらよいか，このへんの事は，事務官にも研究心がないからです。掃除の小母さんやボイラーの小父さんにも，職人気質のようなものを持って，自分の仕事は最高の仕事，この仕事に関しては事務局長・学部長・学長にも一言も文句はいわせない，というような研究心を持った小父さんや小母さんがたくさん出てくれることを私は望んでいるわけです。

次に，**（いわゆる）研究に際して，まず大切なことは何か**，ということについてお話します。

これはやはり何を研究の課題にするか，ということが非常に重大な分れ道になります。例えば医学会では，「あの人は癌の研究をしなければもっと成功したであろうに」とよくいわれます。癌という病気は非常に難しい。特に癌を化学の面から研究するという事は，非常に難しい。癌の化学で成功した人は，昔から殆どいない。これに対し癌の病理で成功した人は，たくさんいます。あるいは癌の手術で，放射線治療で成功した人もいるが，癌の化学的研究で成功した人は殆どいないといわれています。

それで，研究課題によってその人の生涯が決まってしまう。スポーツ選手でも同じようなことがいわれている。あの人が野球をやらないで柔道をやったら相当いいところまでいったであろうに。あの人が柔道をやらないで水泳をやったらもっと世界的に有名になったろうに。などといわれている人が，色々おります。それと同じように，大切な事は，研究テーマの選定であると私は考えます。

ところで，若いうちは，夢のあるテーマを選ぶことが大切じゃないかと思います。あまり若い時からこうやればこうなって，こうなるとわかっているテーマでなく。しかしながら現実の社会は非常に厳しく，若い人がいろんな夢をもってもその夢を理解したり，夢を支持して応援してくれるような指導者や実力者はなかなか得られない。非常に少ない。ここで若い研究者は非常にしばしば，絶望感と挫折感に取り付かれるわけです。

ところで，人間にはそれぞれ能力の限界がございます。与えられたチャンスにも限界があります。従って，いくら力んでみたところで自分の能力とかおよれた立場・おかれた環境以上の研究というものは出来ません。従って，我々は自分の能力や環境の範囲内で出来る事を，出来るテーマを探すことが必要だと思います。しかしながら，そういって諦めてしまったのではつまらない。できるだけ自分の能力を開発する努力，それから自分の研究する立場・環境これを拡大する努力，これはできるだけ早く，特に若いうちに自分の研究能力の開発や研究の場の拡充ということで，もっともっと努力する必要がありましょう。

例えば，若いときはあまり銀行に貯金なんかをしないで頭に貯金をする，心に貯金する，ということが大切でしょう。お金があったら，積極的にいろんな所に旅行したり，いろんな所を見て歩いたり，あるいは普通の人が知らない語学を勉強したり，人の持っていないような珍しいものを買って読んだりする努力が必要だと思います。それに反し，与えられた図書費の中でしか本は買わない。大学の図書室にある本でしか勉強しない。自分の財布からはびた一文も使わない。教官旅費の範囲でしか旅行はしない。というのではいけない。借金してでも若いうちは，アメリカに行って来たり，スウェーデンの端っこまで行ってみたりするような冒険心・好奇心が必要だと私は思います。

そこで1つ，付録として，日本人が一般に選びたがる研究にはどんなものがあるかをお話してみましょう。

1つは，欧米の追試です。

アメリカ人やヨーロッパ人がやった事だと日本人は安心してその後をやる。中近東の産油国に対する態度と同じ。右・左を見て，アメリカの方針とかイギリスの方針とかを見まわしてから動き出す。研究もあれと同じです。欧米の追試が多い。欧米人と同じ結果が出るとヤレヤレと安心する。違った結果が出ると非常なショックを受ける。どこかが違ったのではないか。欧米人が間違っているはずがない，と。

それから，はじめから大体の結果がわかっているような研究しかしない人。そういうのはやらなくてもよいのですが，そういう研究をやっている人が非常に多い。

それから，重箱の隅をほっくじるような研究。これが日本の研究には非常に多い。少なくとも，外国の医学界では，そういわれている。しかしながら，日本人にはいろいろな特徴がありまして，重箱の隅をほじくるような事をとことんまでやる才能，これは日本人は非常にすぐれている。アメリカ人，イギリス人，ドイツ人などは，非常にしばしば，「日本人的努力」という表現をしている。「日本人的努力の賜物である」というふうに。

ところで，只今は医学界の研究の悪口をいいましたが，看護界の研究といいますか，看護界の方々がお書きになられたものに対する私の卒直な印象を述べますと，非常に抽象的，観念的，時には政治的なものが多い。これは非常に大きな特徴だと思います。

それからアンケート調査，というのが非常に多い。これを私は悪いとはいわないが，多いことは事実です。また，アメリカの制度やアメリカ人の考え方の紹介。これが非常に多いのも特徴かと思います。御承知のように，医療とか看護とかいうものは，人間が頭の中で考えるものではなくて，社会に対する人間の一つの適応 adaptation として生まれてくるべきものであります。かくあるべしというようなものではない。自分たちの住んでいる community や society，時には数百万の人や数千年の歴史に根差しているものだと私は思います。その間にあって，外国のすぐれたものを参考にする，ということは非常にしばしば必要ですが，それをそっくり移植するということは非常に難しいんじゃないか，と私は考えます。その一番良い例といいますか，悪い例の1つがインターン制度だったと思います。アメリカなんかに行きますと，医学部を卒業した医師は，1年間あるいはそれ以上は病院の中や病院のすぐ隣りに住みこんで実習します。いつくるかわからない救急患者，いつはじまるかわからないお産。こういうようなものを勉強しなければ医師にはなれません。従って，そのためにアメリカの国や社会は，インターン生に対する宿舎を作り，食事を与え，小使いをくれて，医師を養成しているわけです。一般に，卒後の医師の養成のために大体国や病院がかかる予算は，卒前の学生1人に対するのと同じくらいといわれています。ところがこのお金を一文もかけないで日本では1946年からインターン制度を強行したわけです。すなわち，下宿から通わせ，下宿代，食事代はインターン生に負担させ，お小使いもくれないインターン制度。この責任はいったいどの辺にあるのか。私はその当時の厚生大臣などのお名前などをよく知っていますが，いくら財政的に苦しかったからといっても，ある種の責任のようなものは，問われてもよいのではないかと私は思います。

Ⅳ　研究と独創性

本格的な研究には独創性というものが非常に強く要求されます。ただし original 独創性ということは，プロの研究者に要求されるものであります。現在一般に看護系のあるいは医学系の大学のカリキュラムなんかにうたわれている「研究」という時間には，私はそこまでは要求しなくてもいいんじゃないか，と思います。学生がやっている研究は，original の研究ではありません。研究の真似ごと，あるいは研究のレッスンです。ピアノのバイエルやCzernyのようなものと解釈すればよいと思います。あの場

合には，必ずしも独創性を強く要求する必要はないと思います。

それからⅤの話に入りますが，研究には，厳密にいいますと，「前向きの研究」と「後向きの研究」とがあります。前向きに，これこれの計画でこれから何年間かこれをやろうという研究。例えば，アメリカが月ロケットを計画したアポロ計画，あれは前向きの研究です。これに対して，卒論を書かないといけないがすぐに使えるデーターはない。昨年とおととしの病歴をひっくり返してデーターを出そう，というようなのが後向きの研究であります。勿論，この後向きの研究からいろいろ重大なヒントが出て，前向きに進んでいって大きな成果を収めたという例はたくさんあるわけです。しかし一般的にいって，研究でより価値が大きいのは，前向きの研究であるということを私は強調しておきたいと思います。日本の医学界などの研究には前向きの研究が少なくて，どちらかというと後向きの研究が多い。外国には，例えばここで俺は死ぬからそのあとは息子にやってもらう，というような2代・3代続きの研究家系というのがよくございます。日本は，「来年のことをいったら鬼が笑う」という諺などもある国でして，そういう長期的な研究は育ちにくい国です。何しろ，これだけめまぐるしい四季の国ですから，非常にせっかちなんです。長い長期的研究が日本では育ちにくい。それに日本は，非常に学会などいろんな研究会が多い国です。多いからこそ，こうして皆さんにお目にかかれたわけですが。

それはそうと，後向きのあまり時間をかけない短期的な研究が非常に多い。そこで皆様にお願いしたいことは，1つか2つは，数年がかりの大きな研究もやっていただきたい，ということです。

Ⅵ　研究に推進に必要な諸条件について

ここにあげました諸条件は，実は私の意見ではありません。大半は，ハンスセリーという人のものです。私は1974年，パリーのソルボンヌ大学で行われた国際会議に出席し，ハンスセリーという人と1週間，同じホテルに泊まり毎日，朝から晩までおつきあいしたことがあります。セリーという人は，ストレス学説をとなえた有名な方ですが，彼との対話を通じて得た，研究に必要な諸条件を次にあげてみます。

1. ある程度以上の余暇と心のゆとり

あまり忙しすぎると研究はできない。あまり忙しい人は，研究をしない方がはじめからいい。むしろ，休養をとった方がよい。

2. 最少限度の研究費，研究機器，人手，空間など

3. 助言者，指導者，ときには痛烈な批判者

「何をそんなくだらないことをやって」などといわれると人間はカチンと来る。「何を今にみていろ」「一泡吹かしてやるぞ」ということになるが，時には，これが非常に必要ではないかと思います。

4. 生活に余り満ち足りていないこと

優雅な生活をしている人は，研究にむかない。研究にむくのは，中産階級の人であって，上流階級の人には向かない。また，あまり下層階級でもうまくない。僕のような中産階級の，それも「下」ぐらいのところがいい。

5. 発表の場

昔から研究者を圧迫するために使われてきた手段の1つです。好ましくない研究には発表の場を与えない。例えば，地球は太陽の周りを周っている，という学説を出した人は宗教裁判にかかり，その学説を発表できなかった。「地球は宇宙の中心である。太陽が地球の周りを周っている」と昔の教会は教え

ていた。この教会の教えに反したり，大先生の意見に反したり，あるいは社会の安寧秩序を著しく侵害すると考えられる研究には，発表の場が昔から仲々与えられなかった。現在でも投稿してもボツになるということがよくある。私なんか新聞によく投稿するが，私が現代社会を批評して投稿した原稿が某新聞などには載ったためしがない。余程私の意見は正しいんだな，と私は，不採用になるたびにいつも思っている。

しかし研究者には，発表の場がどうしても必要である。そこで「言論の自由」が叫ばれ，新しい学会や雑誌がどんどんふえる，という結果になるわけです。

Ⅶ　研究の推進に好ましい因子と好ましくない因子

これもハンスセリー氏の考え方ですが，彼は好ましい因子として，次のようなことをいっていました。

1.　研究の主眼ないしは問題点をできるだけはっきり形作ること

何をやろうとしているのか，できるだけ焦点をしぼる。そのうち，やっているうちに何とかなるだろう，というのではいけない。やっているうちに何とかなるだろうとか，先生が最後にまとめてくれるだろう，というのが多いようですが。

2.　自分のアイディアや考えを，他人と研究に先立ってできるだけ徹底的にディスカッションする討議する。

私はこういうふうにして，こうやってみたいんだがという計画を，いろんな人と議論してみることが大切です。

3.　研究経過をいちいち刻明にメモすること

絶対に忘れない，と思っていた事でも人間は忘れがちなものです。絶えずノートのようなものにメモする。そのメモはサインペンとか，ボールペンとかいうものではなくて，できるだけBよりもっと柔らかい鉛筆で書くのが非常にいい，と昔からいわれています。

4.　先入観にとらわれすぎない

ある程度先入観をもたないと，研究ははじまらない。こうしたらああなるだろう，という仮説をたてるのは結構ですが，これにあまりこだわりすぎないことが大切です。よくみていると予想と反したものは何かの間違いだといって切り捨て，自分の予想にあった都合のいいデーターだけを集めている人がありますが，こういう実験などは，はじめからしない方がよい。

5.　連想の輪を繰りひろげてゆく

何か1つの事からその先を考えること。次々考える習慣をつける。これは非常に大事なことである。連想の輪をひろげる。

例えば，昆虫について，世界のどこかである発見が行われたとする。それを読んだら，哺乳動物ではどうか，魚ではどうか，人間ではどうかと。次々少し違ったものについても，同じようなことはないかと考えていく。

6.　ほどほどの功名心をもつ

有名になりたい。金持ちになりたいなどと，ほどほどの功名心をもつことも大切である。これがあまりなさすぎても困る。

好ましくない因子

1.　個人的・家庭的悩み

2.　騒音

うるさくては研究はできない。

3. 過労や睡眠不足

4. 焦りや他の研究者に対する嫉妬心

誰かが研究費をもらった。あの人が有名になった，新聞にでたなどというと，やきもちをやく人がいる。更には，積極的にその人の研究を邪魔する人もいる。

5. 過度の趣味や道楽（時には当人が多才すぎること）

あまり趣味や道楽の多い人や，あまりにいろんな才能のある人は，研究にむかない。むしろ，たった1つしか才能のない人が，研究にはむく。

6. 強すぎる功名心

7. 体を動かすことを億却（おっくう）がる人

こういう人は研究にむかない。腰の軽い人がよい。

Ⅷ 研究者の資格

これは先程いったことと関連しますが，研究心を持つことは誰にでも許されるが，プロの研究者や学会員になるということは，誰にでもできるわけではない。例えば，学生がきちんとした学会の会員になれるか，というとダメです。卒業して何年かたたないとなれない学会がたくさんある。それから，特定の資格を必要とするところもございます。特に化学，物理，生物，国語，外国語，論理などの基礎学力と，一定以上の学歴や研究歴などを要求される場合がある。正式の学会ではこのことが多い。

Ⅸ 翻訳や解説は，厳密にいえば研究ではない

これは，非常に難しいことです。日本の場合特に難しい。翻訳や解説は，厳密にいえば研究ではありません。

これを研究と勘違いしている人が，日本には非常に多い。翻訳などをすることは，研究の序論や直接の動機にはなりうるが，しかしながら研究そのものではない。「研究」には著者自身の体験や成績が，必ず盛りこまれていなければならない。臨床であれば，自分で実際の患者さんについて体験したというようなことがなければ研究とはいえない。

プロの研究者にとって大切なのは，原著論文である。原著論文というものには，非常に堅苦しいまでの一定のスタイルのようなものが昔からある。何でも書きさえすればよいというようなものでもない。

Ⅹ 原著論文が備えるべき一応のスタイル

テキストにお示ししましたような10～11の項目を備えることが必要であります。

まず第1は，何故こういう研究を行うようになったか，という研究の動機のようなものに関するいとぐち，緒言，introduction。これが簡単に書かれる必要がある。

第2番目には，この研究の目的をもう少し具体的に，につめて書く必要がある。

第3番目には，この研究に使用した資料・材料または研究対象というものを明示する必要がある。

第4番目には，研究方法について書く必要がある。この方法については，すでに確立した方法がある場合は，血液は何ccとって，なんてそんなところまで詳しく書く必要は勿論ない。誰それのどういう方法で行った，というだけで十分である。しかしながら，学生に対する教育の一貫として行う研究の場合には，学生のためにいちいちくどいようでも，もう一度書かせた方がかえって学生のためになるでし

ょう。

第5番目が，研究成績。

決して，立派な文章で書く必要はない。適当に図や表を使いながら，できるだけ簡潔に書く必要がある。蛇足ですが，一般に自然科学系の人の文章というのは，非常に悪文が多い。これは日本だけでなく，アメリカに行ってもお医者さんの英語は，英語でないと悪口をいう人がある。このためか，アメリカの医学部で一番教えるのは何かというと英語なんです。ドイツに行っても，ドイツのお医者さんのドイツ語は，ドイツ語ではない。お医者さんとか自然科学系の人は，非常に文章がいい加減である。日本でも，お医者さんの書いた日本語は，非常にいい加減。従って，いい加減な日本語を使う先生から教わった人は，いい加減な日本語を使う，ということになりかねない。非常に大事な事は，自分だけはわかるが，人が読むと，何回読みかえしてもお経のようにわからない日本語を書かないように努力することです。そのために，非常に具体的に大切なことは，これを英語で書くとしたらどういうふうに書くだろうかという事を時々考えてみることです。英語に誰かがすぐ訳せるような日本語が，いい日本語です。しかし現実には，俳句か川柳みたいな日本語を書いている人が非常に多いのです。私などもその1人です。すなわち，主語・述語・目的語をはっきり書く。日本語の1つの特徴は，主語を省略するところである。自分がこれを英語に訳させられたら困らないだろうか，という事を頭においてお書きになられる事をあるいは学生に書かせられる事をおすすめします。

第6番目は，考按またはコメント

考按という難しい日本語がどうして出てきたのかよくわからないが，その問題について昔の人はどういうふうに考えていたか，しかしながら自分の成績とどこが一致し，どこが一致しえないか。将来の見通しはどうであるか，というような関連事項を書くのが考按でして，英語では comment とか discussion といわれています。

それから全体に対する総括またはまとめのようなものを書く。そして，もし結論が出るようであったら結論も書く。総括は書けるが，結論は書けない，という事がよくある。結論が出る研究というのはあまりない。例えば，地球は青かった。これは一つの結論。ここまでは人工衛星にでも乗って，地球を周ってみない限り，なかなかいえない。結論までは，なかなか普通の短期間の研究では到達できない事が多い。従って，普通の研究は7番のまとめまたは総括というところで終わるわけですが，出来る事なら同じ研究をずっと長く続けて，結論を出すところまで到達したいものだ，と思います。

それから，この研究に関するいろんな謝辞のようなものを書く習慣がある。この謝辞も，非常に日本の謝辞には大げさなものがある。毎日顔つきあわせている人に対して，「鳴謝」すなわち「泣いて感謝する」などというのがよくあるが，ああいう大げさなものはいらない。ここで是非感謝しなければいけないものは，自分と部局を異にしているが，自分の研究にお手伝をしてくれた人とか，自分と一緒に研究をやっているが，いろんな都合で研究発表者の中に名前を連ねない人がある。そういう人の名前が謝辞のところに出てくるのは美わしい。「御協力頂いた川上澄先生に感謝します」とお書きになるのがよろしい。それからもう1つ。非常に現実的な話ですが，文部省とか厚生省などからお金をもらって研究をしたようなときには，ここに書かないといけない。書かないとその次からもらいにくくなる。

その次は，文献

参考にした本を書く。この文献の書き方というのは，非常に難しい。各雑誌によって，本によって書き方のスタイルが千差万別。この文献の書き方に関する国際会議というのまである。昨年カナダで行われた。文献の書き方を統一しようという国際会議です。

それから11番目は，英文抄録。

日本語の論文というのは，なかなか外国では読まれない，というので自分の行った研究の内容の要旨を英語・その他の外国語に訳してくっつける，という習慣がございます。これに対しては賛否あい半ばしておりますが，その雑誌が要求する場合には必要だということです。

XI　医学や看護の世界での「良い研究」とはどういう研究なのか。

これは私の現実的な希望なのですが，できるならば病気の予防，診断，看護，助産，診療の介助，社会復帰，リハビリテーションなどの改善に役立つものである事が，私は望ましいと思います。これが直接役立つものであればあるほど私はいいと思います。いつの日にか役立つ，というような宏遠な研究，それも確かに必要です。大学という所は，どういう人を養成するところか，ときかれると私は卒業してから数年間，然るべき協力をすれば一人前になれる人を養成するところが大学である，というふうに答えることに昔からしておりますが，従って，大学を出てすぐ役立つという事が必ずしも大学の本当の目的ではないと思います。しかしながら，研究に関する限りはすぐ役立つ研究の方がいつの日にか誰かがその先をやって役立つかもしれない，という研究よりはいいんじゃないかと思います。

それから非常に重要な事は，研究発表論文というのは，短いほどよい，ということです。長いほどよい，と思っている人が多いようですが，それは逆です。短いほどよいのです。たった1ページでノーベル賞をもらった人もいます。最近の1例を紹介しますと，試験管ベィビーの成功例に関する最初の論文も，わずか4分の3ページのものでした。あの研究がスバラシイ研究だとは必ずしも私は考えませんが，ともかくもあれだけ世の中を驚かせた論文も僅か1ページたらずでした。

最後に私は，私の持論の1つを紹介して，しめくくりにしたいと思います。

それは，看護教育とか看護とか，更には看護系教官の養成などということは，特に日本の場合，それだけの問題として考えても駄目ではないかということです。「日本の婦人問題の1つ，としても把える必要がある」と私は考えるのですが，いかがなものでしょうか。

日本における婦人の問題全般が一方で解決されていかなければ，非常に多くの女の方々が従事している看護系の問題は，根本的には解決しないのではないか，と私は思います。日本の女性は，白人の女性に比べていろいろ能力，その他社会的活動に少し欠けるところがあるのではないか，という意見がございます。現実の姿は，そういう事をいわれても致し方がないのかも知れません。しかし私はいつも，世界で一番長い小説を今から千年以上も前に書いた人がいる。源氏物語を書いた紫式部がそれですが，同じように偉い人が，あの当時の日本の女性には沢山いた。それなのに，その後の日本が，あまり女の方々が・・・・・社会的に活動しない世の中になったのはなぜか，ということは研究に価すると思います。本来，極めて優秀であった日本の女性をダメにしたのは日本の男である。従って看護の問題は，日本の社会における男の問題としても把握，研究される必要がある，というふうに私は考えます。ですから，看護教育などの問題は，私たち男の問題としても，もっと真剣に根本から考え直す必要があるというのが，いわば本日の私の話の1つの結論でもあります。

長い間，御静聴，本当にありがとうございました。

資　料

看護分野における研究に望まれること

Ⅰ　（医学・医療・看護などにおける）研究の目的や動機・・・・・なぜ研究をするのか

1. 病気や災害から人びとを守り，人間の生活をもっと安全に豊かにしたいという人類愛（“どうしたら，病人や妊産婦をもっと楽にしてあげられるだろうか”ということが動機になっている場合は，もちろんこのカテゴリーに入る）
2. 自然界の現象に対する疑問や好奇心や自然愛
3. 自分の自然観や人生観をもっと確立したいという哲学的な欲求
4. ともかくも，絶えず何かをせずにはおられない，という“道楽”にも近い動機
5. 実用的・実利的なものや手段を得たいという熱望
6. 有名になりたい，ある地位や資格や，より多くの収入を得たいという人間的な野心
7. 保身，卒業，上役の機嫌とりなどの人間的な本能

付1.　不純な動機と純粋な動機

付2.　研究という言葉の由来

Ⅱ　研究と研究心

プロの研究者は，そんなに沢山はいらない。しかし「研究心」は誰にでも必要である。医療や看護の領域についていうならば，医師は勿論のこと，看護婦，助産婦，保健婦・・・・・，掃除の小母さんやボイラーの小父さんなどにも実は必要である。「研究（心）」というよりは，むしろ「工夫」「創意」とでもいった方がよいかも知れない。

Ⅲ　（いわゆる）研究にさいして，まず大切なことは，課題の選択である

1. 若いうちは，夢のあるテーマを選ぶことが大切である。しかし，この夢を理解し，支持してくれる指導者や実力者は，意外に少ない。
2. いくら力んでも，自分の能力と，置かれた環境以上の研究は，所詮できない。したがって，能力の開発と環境の拡大ということを心がける必要がある。

付1.　日本人が選びたがる研究・・・(1)欧米の追試　(2)初めから大体の結果がわかっているもの　(3)重箱の隅をほじくるようなものが多い。

付2.　日本の看護界の論著の特徴・・・(1)抽象的，観念的，ときには政治的なもの　(2)アンケート調査　(3)　アメリカの制度やアメリカ人の考え方の紹介などが多い。

Ⅳ　研究と独創性

プロの研究者に求められているのは，独創的な研究である。プロの研究者が正式に外に向かって発表するためには Originality（独創性）がなければならない。Original であるためには，(1)研究の方法が新しいか，(2)研究の材料が新しいか，(3)導かれた結論が従来のものと違っているかしなければならない。

Ⅴ　研究には，前向きのものと後ろ向きのものとがある

価値があるのは，前向きの研究である。それには予め計画をたてることと，かなりの歳月が必ず必要になる。

Ⅵ　研究の推進に必要な諸条件

1. ある程度以上の余暇と心のゆとり

2. 最小限度の研究費，研究機器，人手，空間など
3. 助言者，指導者，ときには痛烈な批判者
4. 生活に余り満ち足りていないこと
5. 発表の場

Ⅶ 研究の推進に好ましい因子と好ましくない因子

好ましい因子

1. 研究の主眼ないしは問題点をできるだけはっきり形作ること
2. 自分のアイディアを他人と討議すること
3. 研究経過をいちいち刻明にメモすること
4. 先入観にとらわれすぎないこと
5. 連想を繰りひろげてゆくこと
6. ほどほどの功名心をもつこと

好ましくない因子

1. 個人的・家庭的な悩み
2. 騒　音
3. 過労や睡眠不足など
4. 焦りや他の研究者に対する嫉妬心
5. 過度の趣味や道楽（時には当人が多才すぎること）
6. 強すぎる功名心
7. 体を動かすことを億却（おっくう）がること

Ⅷ 研究者の資格

研究心を持つことは誰にでも許されるが，プロの研究者や学会員になるのには，資格を必要とすることが珍しくない。特に化学，物理，生物，国語，外国語，論理などの基礎的学力と，一定以上の学歴や研究歴などを要求されることが多い。

Ⅸ 翻訳や解説は厳密にいえば，研究ではない

研究の序論や直接の動機にはなりうるが，研究そのものではない。「研究」には著者自身の体験や成績が，必ず盛りこまれていなければならない。これを「原著論文」という。

Ⅹ 原著論文が備えるべき一応のスタイル

1. 緒　言
2. 研究目的
3. 研究材料または研究対象
4. 研究方法
5. 研究成績
6. 考按またはコメント
7. 総括またはまとめ
8. 結　論
9. 謝　辞
10. 文　献
11. 外国語での抄録

これらのうち，1.と2.はしばしば一緒にされる。また7.と8.も一緒に記載されることが多い。11.はいらないことが多い。

Ⅺ 医学や看護の世界での「良い研究」とは

病気の予防，診断，治療，看護，助産，診療の介助，社会復帰などの改善に役立つものである。直接役立つものであるほどよい。また「短い論文ほど良い論文である」ことが多い。

Ⅻ おわりに

看護，看護教育，看護教官の養成や確保，看護研究などの問題は，断片的にではなく，人間社会における婦人全般の問題の一つとして，幅広く捉え，考え，改善させてゆく必要もあるのではないか。

参考文献

1. 研究のまとめ方と発表の仕方
看護教育　19：285－293，1978.
19：341－350，1978.
2. 助産婦教育における臨床実習の問題点
助産婦雑誌　33：362－371，1979.

● 会 長 講 演 ●

看護に必要な心身医学

第6回会長　川　上　　澄*

現代医学の発展はめざましく，病気の原因は身体的面からはミクロの世界にいたるまで，極めて細かく追求できるようになってきている。これに伴い臨床医学もますます専門科別に細分化されつつある。

しかし，このような臨床医学の発展の一方においては，医師は疾患の原因を身体医学的面からのみ詳細に追求し，臓器別の治療のみを行ってしまうという結果を招き，症状を持って悩んでいる人すなわち患者を全人格的に診療するということを軽視する傾向を産み出してきた。

このような現代医学の弊害を改めようとして生まれてきたのが心身医学（psychosomatic medicine，PSM）である。すなわち，心身医学とは従来からの身体医学的立場からの診療に加えて，医学に正しい心理学を取り入れて個々の患者によって異なる心理・社会的因子あるいは性格的因子を，正しく評価・診断して，患者を心身面から総合的に診療しようとするものである。換言すれば心身医学とは，良い臨床医学（good clinical Medicine）を実践して行こうとするもので，臨床に携わる全ての医師が持ち合せていなければならない総論的な概念である。

ところで心身医学が対象とする患者のことを心身症（psychosomatic disease，PSD）というが，総論的には全ての患者が心身症ということになる。しかし，それでは対象があまりにも膨大になりすぎるので，各論的には「身体症状を主として訴えるが，その診断や治療に心理的因子あるいは性格的因子についての配慮が，特に重要な意味を持つ症例」というように定義されている。

すなわち，心身症とは病名では決してなく，従来からの身体医学的な疾患単位によって診断される患者の，個々の症例によって決定されるもので，「胃潰瘍（心身症）」とか「気管支喘息（心身症）」というように，「この症例（患者）は心身症として，心身両面からの診療が必要な胃潰瘍あるいは気管支喘息である」というようにして用いられるものである。

あの患者は神経質で，種々の症状を訴えるが，検査の結果は異常がない。だから心身症であるという考え方は，大変間違ったものである。もしこのような考えをもっている人が会員の中におられるならば，今すぐ改めていただきたい。

したがって心身症としては，表1のように，まず第1に胃潰瘍，気管支喘息，蕁麻疹などのように，明らかに器質的病変を有する身体的な疾患で，その発症や経過の増悪に心理・社会的因子あるいは性

表1　心身症としての取り扱いの必要な症例

1）心理・社会的因子あるいは性格的因子が発病の原因あるいは誘因になっている器質的疾患
2）　〃　が器質的疾患の経過を長引かせたり，増悪させている症例
3）身体症状を主として訴える神経症（器官神経症）の症例
4）　〃　うつ病（仮面うつ病）の症例
5）再発の予防やリハビリテーションに心理的因子，性格的因子についての配慮が必要な症例
6）その他

* 弘前大学教育学部看護科（内科系）教授

格的因子が強く影響している症例が重要視される。第2には例えば胃癌のように，明らかに器質的疾患ではあるが,患者自身がその病名を知った時に現わす心理反応のような，二次的に起こった心理反応が経過を複雑にしている症例などを重要視する。経過の長い慢性疾患，すなわちＳＬＥや慢性腎炎患者などの中にもこのような型の心身症が多い。

第3には一般に神経症（neurosis)と診断される患者でも，身体症状を主として訴える症例は，身体医学的な知識や診療技術を十分に持っている精神科以外の専門医が，心身医学的なアプローチをする方が患者にとって良い，ということで，これを広義の心身症として取り扱う。

さらに第4には，身体症状を主として訴えるうつ病（depression）を，すなわち仮面うつ病（masked depression)を，心身症として重要視する。一般に自律神経失調症などとして，漫然とした薬物治療を何年も受けている症例などは，ほとんどがここに分類される心身症と考えてよい。

次に**心身症の発症**機制をみると，表2のごとく，患者を取り巻く環境因子に原因があり，患者がそれに反応して発症している**現実心身症**と，幼少時期からの性格の発達過程に障害があり，すなわち患者の内面的な性格の未熟性，歪みなどに原因があり，普通の人では十分に処理，解決できる問題に対しても，心理反応を起こして発症している**性格心**

表2　心身症の発病機制

1）現実心身症：患者をとりまく環境に原因があり，それが心理的ストレスとなったり，心理的葛藤をうみ出しているもの
　a）不安・緊張反応 ------ ･･･神経症的反応
　b）うつ反応 ----------
2）性格心身症：幼少時からの性格の発達障害に原因があり，それが発病に強く関与しているもの
　a）ヒステリー反応（転換反応）･･･神経症的反応
　b）心気症的反応 ---------- （性格の未熟性）
　c）失感情症的反応 ---- 失感情症（性格の歪み）
3）仮面うつ病：身体症状を主に訴えるうつ病
　（精神・自律神経症候群）
4）その他

※ 精神分裂病，性格異常は除外する。

表4　失感情症としての心身症と神経症の比較

	心身症	神経症
1.情動の認知	±～－	＋～卅
2.情動の言語化	±～－	＋～卅
3.外見	正常	神経症的
4.表情	かたく無表情	表情豊
5.ファンタジー，夢	乏しい	豊か
6.質問紙法	正常～ほぼ正常	神経症的
7.心理的面接	困難	比較的容易
8.幼児体験の想起	困難	比較的容易
9 環境への適応	適応～過剰適応	不適応

神経症学の延長線上で心身症を考えることは誤り

表3　心身症と神経症の比較

	心身症	神経症
1. 症状の種類	身体症状の比重が大きい	精神症状の比重が大きい
2. 症状の性質	特定の器官に固定して，持続的に症状が現われる	症状が多発し，一過性で，移動しやすい
3. 障害の程度	機能的障害にとどまらず，しばしば器質的障害を伴う	機能的障害
4. 原因，病状形成のメカニズム	体質的，身体的な基盤があって，これに心理的因子 psychological factor，情緒的因子 emotional factor が加わって生ずる	心因性 psychogenic に生ずる
5. 治療	心身両面からの総合的な治療を必要とする。	心理療法が中心，補助的に向精神薬を用いる

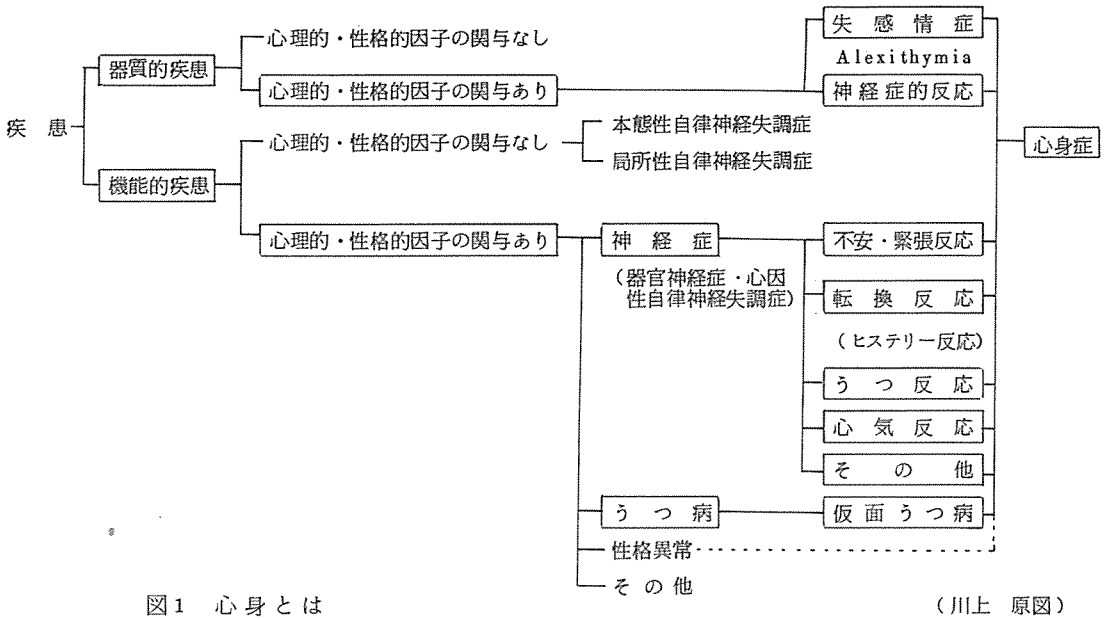


図1　心身とは　　（川上　原図）

身症とに分けられる。

前者の現実心身症は不安反応やうつ反応を主とした神経症的反応によって起こる症例が多いが，後者の性格心身症には未熟な性格を基盤としてヒステリー反応(転換反応)を起こして発症しているものと，自分の感情の認知やその表現ができないために，凝り症，頑固，仕事熱心などとなり，仕事に過剰適応して，自らがストレスの中に飛び込んで行って発症している失感情症（alexithymia）とがある。商社マンなどのエコノミックアニマルが失感情症の典型といわれるが，ヒステリー反応などの神経症的反応とは両極端に位置するもので，神経症的反応とは言いがたいものである。（表3，4）。

以上のことをまとめると，図1のごとく，心身症は器質的疾患（検査によって身体的病変が発見されるもの）にも機能的疾患（検査によって身体的病変が認められないもの）にも存在するし，また心身症は神経症的反応によって発症しているものもあるが，失感情症的反応あるいはうつ病と同じ発症機序によって発症しているものもあるということがわかる。

さて，看護の分野では古くから個々の患者に応じた援助（care）が重要視され，看護計画としてそれが実践されて来ている。とくに心理面からの援助が強調される看護では，一見心身医学が既に実践されているかのように考えられる。

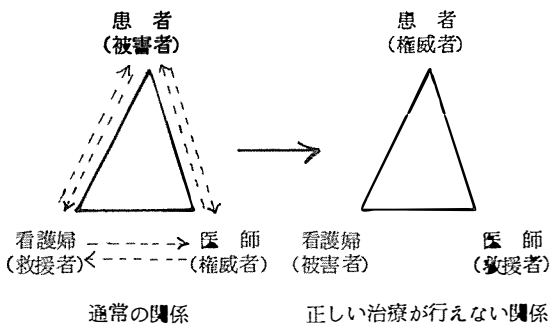
しかしよく考えてみると，理念としては確かに心身医学的概念が取り入れられてはいるが，正しい心理学の理論や具体的な技法が看護の分野には十分に吸収され活用されていないために，実際には心身医学が看護の分野で実践されているとは言い難いのである。何故なら，今までの看護の教育では，患者には心理的面からの援助が大切なことは解っても，実際に患者と対面した場合には，看護者は患者の言うことを受容し，支持してやること位しかできないからである。

広い人間理解と柔軟な心を持って患者に接し，共感的な理解を示しながら患者をサポートすることは確かに大切なことである。しかし，このような方法のみでは援助の効果は限られたものになってしまうし，それ以上にこのような受容的・支持的看護は，Dusay のいう**ケア・モデル**あるいは**保護的看護**となってしまい，看護者は患者を「何んとか助けてあげたい」と思うあまりに，過保護，

受容過多となってしまい，結果的には患者の自己主張や不当の要求を認めてやるだけとなり，心理面からの援助の本来の目的である心身相関の気付き，自己の性格的欠点の気付き，自己統制の実現などを促すこと，などに反することを行ってしまいがちであるからである。

すなわち，心理面からの援助にはどうしても指導的あるいは治療的含みが必要で，看護の援助も心理学の理論を踏まえた治療的看護でなければならないと考えるのである。

図2はKarpmanの三角というが，最初は看護者の救援を求めていた被害者の患者が，やがて自己主張と不当な要求のみをする権威者となり，看護者が無能呼ばわりされる被害者に，医師が看護者を慰める救援者になってしまっては，正しい心理的な治療はできないのである。



（　）の中の立場は互に自由に入れかわってしまっていることがある。

図2　Karpmanの三角からみた医師－患者－看護婦の関係

未熟な性格の患者とくにヒステリー患者などの看護がむずかしいのは，このようなところに問題があるわけである。

医師が「医師という名の薬剤」を用いて患者を治療する場合や，看護者が「看護者という名の注射」を用いて患者を援助する場合には，受容，支持，助言，保証などの手技がよく用いられる。しかし，これらの技法が有効なのは，患者の性格に未熟性や歪みなどがない場合のみなのである。したがって，看護者は援助をする患者の性格をある程度まで診断できる具体的方法を持ち合せていないと，正しい心理面からの援助，看護はできないということになる。

次にこのような治療的看護を実践して行くためには，看護者の性格すなわち「看護自我」というものが大変重要な意味を持つということを知っておく必要がある。医師の行う治療効果とくに心理面からの治療効果には，治療をする医師の性格すなわち「治療自我」がそのまま反映されるが，それと全く同じで看護の援助とくに心理的な面からの援助には，看護者の性格が反映されるものなのである。

患者の心をあるがままに投映でき，その欠点を指摘し，指導できるように，われわれは常に心を磨いておく必要があるわけである。しかし，患者にはいろいろの性格の人がいるので，看護者がこれらの全ての患者に対して，同じように受容し，偏見や自分の癖なしに接することは，なかなかできないものである。

とはいうものの，何らかの方法によって，表5のような看護者として好ましくない**感情の逆転移**を起こさないように，トレーニングする必要がある。

看護者が患者の性格を診断する方法あるいは「看護自我」の向上をはかるための具体的な方法として，**交流分析**（transactional analysis）がある。

表5　逆転移

治療者が患者に向けて持つ好ましくない感情的な態度
1）特定の患者を好きになる
2）　〃　に嫌悪や腹立ちをおぼえる
3）　〃　に感情的になる
4）　〃　と口論ばかりする
5）　〃　の言葉や批判が気になる
6）その他
（これらは職業上好ましくない）

本法は人間には誰にでもⓅ，Ⓐ，Ⓒという3つの心，すなわち親の心（Parent），大人の心（adult）および子供の心（child）があると説明する（図3）。Ⓟは自分の父親および母親から躾され，教育されあるいは両親の行動を見て作り上げられた心のことで，親のテープレコーダーだといわれる。お金の使い方，電話やお客との対応の仕方などを思い浮かべると，皆さんは全く親と似たことをしていることに気付く筈である。

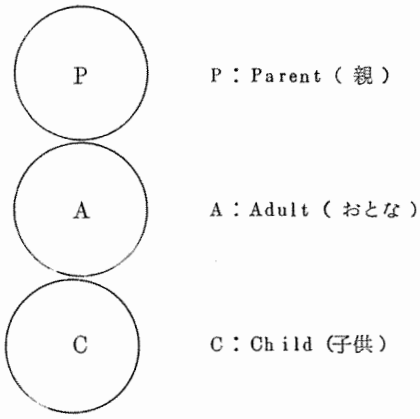


図3　自　我　分　析

Ⓐの大人の心は，年齢がすすむにつれて大きくなるもので，情報の収集，現実吟味をする心である。電子計算機といわれる心の部分である。

Ⓒは感情，本能である。したがって，生まれた時は皆Ⓒのかたまりであるが，そのⒸの心からⒶの心やⓅの心が分かれてできあがって行くわけである。

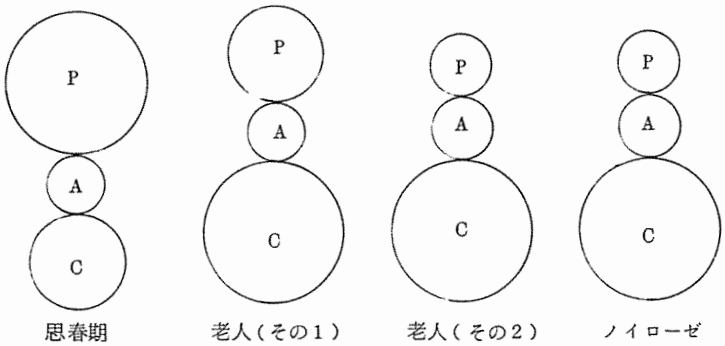


図4　種々の自我状態

交流分析では，このように人の心を図式化できるのが良いところで，精神分析でいう超自我，自我，イドなどという抽象的な言葉と異なり，大変具体的で理解し易い。

さて，Ⓟ，Ⓐ，Ⓒの大きさのバランスがとれ，しかもそれぞれをきちんと区別して平等に使える人が，良い性格の人だといわれる。図4のように思春期の子供では，情報収集，現実吟味のⒶの心がまだ十分に大きくなっていないので，人生の理想や理性のⓅの心や，少し大きめの感情のⒸの心で物事を判断してしまうのである。また，老人ではⒶが小さくなり現実吟味ができないのに，Ⓟの心で昔の厳しさだけを押しつける人や，Ⓐの心もⓅの心も小さくなり，子供がえりをしてしまっている老人，すなわち幼稚さだけが残っている老人などが多い。さらに**ノイローゼの患者**は，情報を収集し現実吟味をするⒶの心が小さく，人生の理想も乏しくて，何んでもかんでも自分の感じたこと，思ったこと，すなわちⒸの心でだけ判断している人といえる。

なお，ここで大切なことは，Ⓟ＋Ⓐ＋Ⓒ＝K，すなわち，Ⓟ＋Ⓐ＋Ⓒは一定の値であるということである。そして，その内の小さいものを大きくするように指導するのが，心理療法なのである。例えば前述のノイローゼの人に，いくら「心配をしないように」，「不安を持たないように」と云っても，それは大きいⒸを小さくしなさい，といっているだけで，全然治療効果はあがらないのである。それよりも「検査の結果や医師の説明などの情報を十分に収集して，現実を吟味し，さらに人生に理想を持って生活をしなさい」と，ⒶやⓅを大きくするような指導をする方がよほど効果があるわけである。治療的看護とはこのような指導をすることであると考える。

ところでⓅの中には，自

表6　Ⓟの内容

父親的なⓅ	母親的なⓅ
理　想	思いやり
良　心	慰　め
批判，叱責	世話ずき
道徳的	共　感
規則重視	激　励
実力主義	保　護
責任感	育　成
正義感	承　認
信賞必罰	寛　容
強制，至上命令	許　し
偏　見	融　通
権　威	同　情

表7　Ⓒの内容

自由なⓒ	順応したⓒ
天真らんまん	感情の抑制
生来的	主体性の欠如
好奇心	妥　協
本能的	遠　慮
自己中心	"イイ子"
わがまま	消極的
傍若無人	他人の期待に沿う過剰な努力
直観力	
自由な感情表現	がまん
積極的	自己束縛
冒険心	慎　重
創造の源	敵意温存

分の父親から受けついだ父親的Ⓟ（critical parent，CP）と，母親から受けついだ母親的Ⓟ（nursing parent，NP）とがある（表6）。前者は理想，批判，実力主義，責任感などであり，後者は思いやり，慰め，共感，保護，承認などである。

またⓒにも表7のように，自由なⓒ（free child，FC）と順応したⓒ（adupted child，AC）とがある。前者は天真らんまん，本能的，自己中心的，わがままなどであり，後者は感情の抑制，妥協，イイ子，がまんなどである。

以上の CP，NP，FC，AC に大人の心のⒶを加えた5つの因子によって性格を分析する方法をエゴグラム（Egogram）という（図5）。それぞれの尺度は最高のものを100点，人並のものを50点と自己評価させて分析させる。

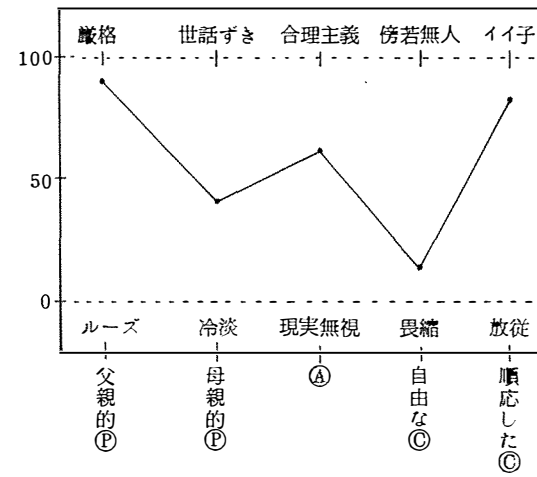


図5　Egogram（エゴグラム）

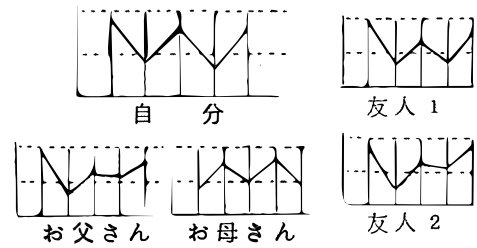


図6　山田君のエゴグラム

図6の山田君は，CP はお父さんに似て大きく，理想が高い。NP はほぼ人並で，Ⓐも大きく現実吟味が十分にできる人である。しかし，FC がやや小さいので，天真らんまんな子供らしさが少なく，反対に AC が大きくて一見「イイ子」ではあるが，それは自分の感情を抑えているためで，危険な因子をもっているということが推定される。

エゴグラムは自己診断以外に，友人などの周囲の人にもやってもらうと，自分が他人からどのように見られているかが解り，自己分析がよくできる。

さらに，われわれは幼少時期に両親から受けた

表8　基本的な構え

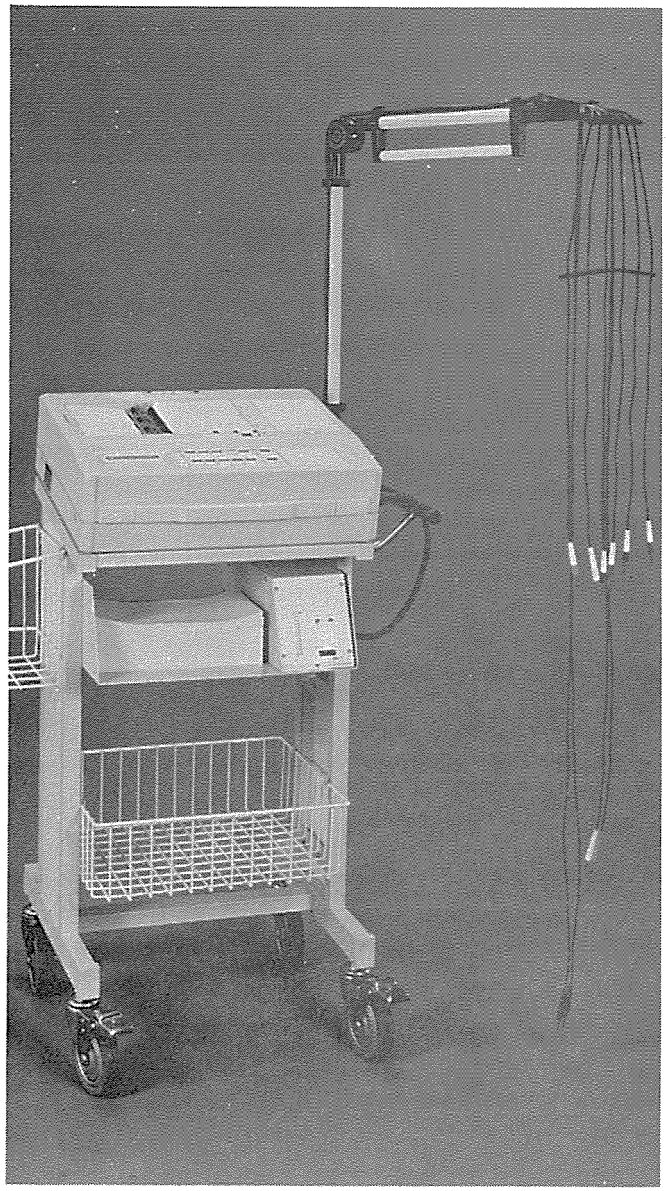
1.	私はＯＫでない--------	他人はＯＫである
	I'm not OK	You're OK
2.	私はＯＫでない--------	他人もＯＫでない
	I'm not OK	You're not OK
3.	私はＯＫである--------	他人はＯＫでない
	I'm OK	You're not OK
4.	私はＯＫである--------	他人もＯＫである
	I'm OK	You're OK

教育，躾などから，Ⓒの中に人生の基本的な構えができ上っているとされる。基本的な構えには，表8のようなものがあるが，われわれは自からが持っている基本的立場が正しいことを証明するために，人生をおくっているとされる。4番目のI'm OK，You're OKの立場は「自分も良いから自己主張もするが，他人も良いから相手の意見も十分に聞こう」というもので，FC と AC とのバランスのとれた良い性格といえるのである。

すなわち，看護自我を磨くということは，Ⓟ，Ⓐ，Ⓒのバランスのとれた性格の持ち主になるということと同時に，Ⓒの中の FC と AC のバランスのとれたI'm OK，You're OK の立場のとれる性格の人になるということなのである。

このように，心身医学は看護の分野でも具体的な看護自我の向上をはかる方法，および治療的看護を行うための患者の性格の診断法として，必要かつ欠くことのできないものといえる。交流分析以外にも行動科学，精神分析などの正しい心理学の理論をもっと看護の分野に取り入れ，それを大いに利用して看護を発展させなければならないと考えるのである。

記録ボタンを押すだけ
完全自動方式



カーディオオート
三要素自動心電計
FD・36

FD-36は，記録機構にポジション・フィードバック方式とICペンを採用した3要素完全自動式の心電計です。従来製品に比べ一段と高忠実度の鮮明な波形が得られ，自動機能がフルに発揮された装置です。
なお入力回路にアイソレーション・アンプが組み込まれていますので，被検者に対し高度の安全性を得ることができます。

- 完全自動――どなたでもワンタッチで簡単に使用できます。
- 一要素心電計の1/3の時間で記録できます。
- 波形の同時性が得られますので，診断の精度が上がります。
- 負荷心電図の記録が容易です。
- 脈波等各種生体現象との同時記録もできます。
- 記録後のカルテ整理が簡単です。
- 直流電源でも使えます（オプション）。
- 専用トロリーおよびコードハンガ（1セット）付きです。

●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㈹　〒113

第６回大学看護学研究会シンポジウム

大学における看護教育の検討

看護基礎学と臨床看護

司　会　　千葉大学教育学部看護課程
土　屋　尚　義

熊本大学教育学部看護課程
木　場　富　貴

四大学看護学研究会雑誌Vol 4　No.1 1981

●シンポジウム●

看護基礎学と臨床看護

はじめに

司会　千葉大学教育学部　土屋尚義
熊本大学教育学部　木場富貴

本シンポジウムを開始するに先立ってまずその意図するところを明らかにしておく必要があると思う。このテーマを選ばれた川上会長の御意向は既に会報第7号の中に会長挨拶として詳しく述べておられるが，看護というと従来兎角医師に隷属する単なる技能職として理解されるに過ぎなかった。四年制大学に看護学科が設立されるに及んで看護を看護学として確立すべき義務を負わされた訳だが，設立以来10余年を経過しても現状はなお程遠いと言わざるを得ない。もちろん四大学を中心としてそれなりの努力が払われて来たことを認めない訳ではないが，世間の評価はなお厳しく卒直に言って大変焦りを感じる現状である。

NURSING
FIVE PERIODS OF DEVELOPMENT

Period Ⅰ: to 1860	Sickness was a mystery, the work of sole evil spirit
Period Ⅱ: 1860－1900	Nightingale period First school: Nightingale School of Nursing in London
Period Ⅲ: 1900－1920	Professional nursing organization: First law to registered nurses
Period Ⅳ: 1920－1940	Nursing was recognized around the world. World War I and Ⅱ bring into focus the need
Period Ⅴ: 1940 to present	"Scientific Age"

看護の移り変りを歴史的に見て5つの時期に分ける考え方がある。表1はFloridaのR. N., M. Ed.であるVivian M. Culverのものを私なりにまとめたものであるが，第1期はretrospectiveに言えばPrenightingale periodと言える時期で疾病はmysteriousであり悪魔の仕業で巫子や祈祷師の活躍した時代である。Nightingaleの働きによる第2期以降，看護の有用性は次第に世に認められるようになったが，法的に専門職として確立し始めたのは第3期以降であり，特に第4期以降この地位は全世界に確立しこれらの発展に戦争が大きく寄与したことは周知の所である。さてそれ以後の第5期は"Scientific age"と呼ばれるが，実状は学問としてはなお未だしの感が強い。現状を打破し一層の飛躍を期待する為に，看護界に最も欠けているものは何であろうか。看護を支える基礎的な研究領域とこれを育てようとする姿勢であると考える。その意味で川上会長の御意向は誠に当を得たものであり，逆にシンポジウムを担当するわれわれにとっては責任の重大さを強く感じる次第である。

テーマに関して些かの了解が存する。看護行為はすべて人を扱うものであり従って悉く臨床看護の範疇に含まれるものとも言えよう。現在的な考え方をすれば揺り籠以前から墓場以後迄，いわゆる健康教育，妊婦教育から家族のアフターケア迄，自宅，学校，職場，地域を含めた生涯医療，包括医療の重要な部分を担うものである。然し乍ら今回は"臨床看護"の言葉を病院における"bedside nursing"に限定することにした。臨床看護が病院における看護であるという認識ではなく，シン

ポジウムを散漫にしないための専ら構成上の配慮である。すなわち bedside nursing を例として学問として発展させてゆくための方向を探ろうとするものである。

従来から臨床看護に対して基礎看護の概念があった。時には基礎看護学と呼び時には逆に看護基礎学と称し，又は看護総論もその一部に加えられているようであるが，その包含する範疇に必ずしも明確なカテゴリーが意識されているとも思えない。

そこで本日のシンポジウムでは先ず第一席の千葉大学石川先生に，看護基礎学の教育制度及びカリキュラム上の位置づけについて国内外の大学を比較して総括的な御発表を頂く。次いで第二席で熊本大学佐々木先生に日本の各大学・短大の看護基礎学の実際の教育方法に関し時間数や担当教官，教科書など具体的な問題点を提起して頂く。第三席の千葉大学草刈先生は現在看護基礎学と考えられている領域の概念の整理から位置づけの不明確さについて歴史的な経過と自己の経験例をふまえて検討される。これらの見解を受けて第四席の弘前大学大串先生は臨床看護の中で最も普遍的な技術である皮下・筋肉注射法について，又第五席の徳島大学内輪先生はこれ又日常行われている新生児沐浴について――これらは共に従来から兎角の問題を含みながら経験的に実施されているものであるが――このような問題を格好の素材として，看護基礎学と臨床看護のかかわり方について自らトライされた成績を御発表になり今後の研究方法の具体的な試みを提示される。今回のシンポジウムはこのような流れで組立ててゆきたいと考えているので，進行につき御協力を頂き度い。

シンポジウム　看護基礎学と臨床看護

看護学教育における看護基礎学の重要性

——看護学の確立・体系化のために——

千葉大学看護学部機能代謝学講座

石　川　稔　生

看護学を確立・体系化をするにはどうしたらよいか，そのために看護系大学でどのような教育をしたらよいかという問題について，昭和49年8月に看護学部創設準備室の教授に就任して以来，国内外の看護学教育にたずさわっている教員との対話および随所で収集した資料を通して得た知識をもとに話を進める。

1）看護系大学のカリキュラム

大学のカリキュラムが英米ともに一般教養課程と専門課程とから成り立っている点は共通であり，これはもちろん戦後に学制改革を強制された日本における新制大学の内容とも同じである。ただ，両課程における履修方法，履修単位数などは個々の大学で大分違いがある。

専門基礎については，解剖学，生理学，生化学，薬理学，栄養学，微生物学，病理学などを含み医学部と共通のものが多いが，専門臨床では，Nursing，Clinical Nursing，Nursing Studies などのように大きく，くくってあることが多く，その内容もまちまちである。

英米の大学の一般教養課程については，人文科学，社会科学および自然科学に大別されそれぞれの科目は表1に示す通りである。人文科学では Philosophy，Religion，Art，Music などが含まれており，自然科学ではいわゆる専門基礎科目に属するものがいくつか含まれる場合がある。（※印）

専門基礎科目についてはほとんど日本の場合と差が認められないが，Zoology を授業科目においてあるところもある。これは基礎的実験への足がかりとなるものとして注目される。

表1　PRE-NURSING　REQUIREMENTS

HUMANITIES	SOCIAL SCIENCES	NATURAL SCIENCES
English	Human Development	Mathematics
Philosophy	Psychology	Physics
Religion	Sociology	Chemistry
Art	Cultural Anthropology	Biology
Music		Zoology
History		Biomedical Science*
American Studies		Biochemistry*
Asian Studies		Basic Human Anatomy*
Communication		Microbiology*
		Bacteriology*
		Food and Nutrition*

専門臨床科目はNursing，Clinical Nursing，Nursing Studiesなどのように大きく，くくってあり，副題によってその内容を示していることが多いようである。

この中での特徴は，Introduction to Nursing Researchあるいは Introduction to Researching Methodという科目が4年次あたりに設けられていることである。

具体的な例として，千葉大学看護学部のカリキュラムとハワイ大学看護学部のカリキュラムはそれぞれ図1および図2のようであり，両者を比較してみると図3の如くである。ハワイ大学看護学部はアメリカの一地方大学の学部であり，Doctor Courseを持たない小さい規模の学部である。

これで明らかなように偶然の結果としても，ハワイ大学看護学部のカリキュラムは一般教養，専門基礎および専門臨床が殆んど同率となっており大変バランスがとれているのに対して，本学部のカリキュラムはいかに臨床優先かがうかがわれる。

日本で唯一の国立大学の看護学部でこの程度かと思わざるを得ない。大学院を持つ学部としていささか恥ずかしい限りであり，看護学校や看護短大と量的には大差ない教育内容といわざるを得ない。「看護は実践です」，「卒業してすぐ役に立つ学生を育てなければ」という気持ちがそのまま現われている結果であろうと考える。

医学部の場合，6年制であり一番長い期間教育を受け，国家試験に合格し，医師免許を取得した者であってもなお数年間の修業を必要としている。これは，今叫ばれている医学教育の改善がいくら進んでも変わることはないと考える。

近頃，テレビ番組で動物の生態などの放映がしばしばある。アフリカの大草原でお産のシーンがあるが，動物は生まれるとすぐに立ち上がり走り出さなければならない。それに引きかえ人間の場合はどうであろうか。動物にしても人間にしても，それぞれ生きて行くためのあるいは生かせられるための必要最低限度の状

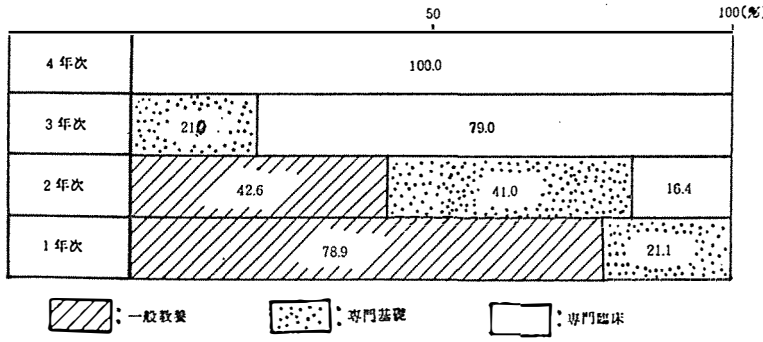


図1　千葉大学看護学部のカリキュラム

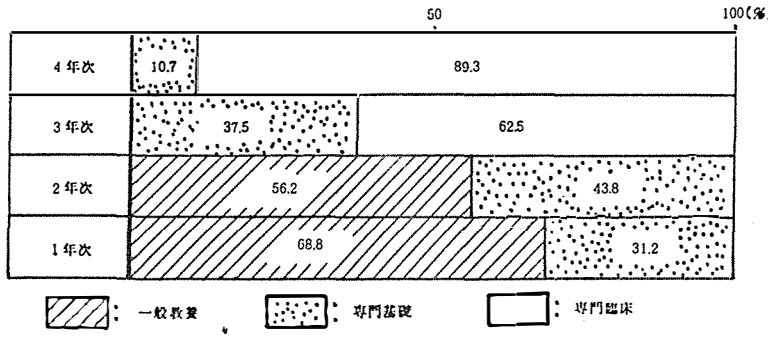


図2　ハワイ大学看護学部のカリキュラム

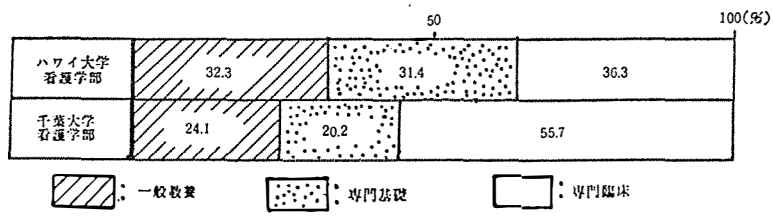


図3　ハワイ大学看護学部および千葉大学看護学部のカリキュラムの時間配分の比較

態で母親は胎児を世に送り出すのである。目も見えなければ自分で体を動かすことも出来ない状態で生まれた人間のこどもは，やがて万物の霊長に育つのである。生まれた直後走ることの出来た動物のこどもはその後どれ程の進歩をするのであろうか。私は医学部の卒業生と看護系の諸学校の卒業生を比較するとき，いつもこの動物と人間のお産のシーンを思い出すのである。

何故に看護大学がつくられたのか，何故大学院が必要なのか。学生が大学で学ぶべきものは何か，大学でしか学べないものは何か，それらをはっきり見極めて学部で，大学院で学生の教育にあたるべきではないでしょうか。基礎をしっかり学んでいなければその後の大きな発展はないのです。

2）看護系大学の教員数と構成

米国の大学において，学生定員数に対する教員数の割合に関して随所で質問してみたところ，ほとんど同じ答えが返ってきた。したがって，米国内においては何らかの一応の基準があるものと推測される。すなわち，教員1名に対する学生数はUndergraduateでは学生8名，修士課程では4名，博士課程では2名であるというものであった。現実の例としてUCLAでは，Undergraduateで教員1名に対して学生8名であるが，修士課程でもほとんど変わりなく7.5名程度であり，現在設置計画中（昭和53年当時）の博士課程において約3名とのことであった。これを本学看護学部にあてはめてみると，学生定員260名であるので米国の基準による教員数32.5名，修士課程は30名で教員7.5名となり合計40名の教員が必要となる。したがって，現在の看護学部の講師以上22名ではいかに教員1人1人の負担が大きいかが想像できる。四大学の特別教科看護課程についても，ほぼ同比率の教員数であると思われる。

次に教員の構成であるが，英米を通じてティーチングスタッフはすべて修士号以上の学位を持っている。とくに米国においては，大学院をもつ看護系大学の教授のほとんどが博士号を持っており，教授で博士号を持たないものは現在ではきわめて例外的な存在であるといえる。修士号のみのものは，主として臨床指導のためのスタッフである。

表2はイリノイ大学看護学部のティーチングスタッフの構成であるが，合計177名の内Professorは全員が，Associate Professorでは24名中19名の79.2％が，またAssistant Professorは69名中17名の24.6％がDoctor Degreeを取得している。これを年令別に並べかえてみれば，若年層では地位に関係なくDoctor Degreeをもっており，新旧の交代の時期にあることがうかがえるとともに他学部のティーチングスタッフと質的にも近づきつつあることを示している。もちろん，学部長やカリキュラム検討委員長などはすべてDoctar Degreeを持っている。

表2　イリノイ大学看護学部のティーチングスタッフ

	Degree		Total
	Master	Doctor	
Instructor	69	3	72
Assistant Professor	52	17	69
Associate Professor	5	19	24
Professor		12	12
Total	126	51	177

英米ともにDoctor Degreeをもつものが研究者，学者の最低基準であり，また大学におけるティーチングスタッフの条件でもあるわけで，この点看護学部であろうと例外ではない。

3）看護系大学の大学院修了生の取得学位と履修課程

1977年の資料によれば，米国における看護系大学ならびに大学院の数は表3に示す通りである。大学の数に比べて大学院の数が少ないことは洋の東西を問わず同じである。とくにDoctor Courseはきわめて少ない。

これらの大学院で大学院修了生が取得する学位

表3　米国における看護系大学
並びに大学院の数（1977）

Courses of Degree	Number
Baccalaureate	272
Master	73
Doctor	17

表4　米国における看護系大学の
大学院修了生の学位の種類

Degree			
Master		Doctor	
MSN	41	Phd	12
MS	34	EdD	3
MN	18	DNSc	2
MA	9	DSN	1
MPH	4	DNS	1
MEd	3		
MNSc	1		
MNEd	1		

は表4に示すように種々のものがある。表3の大学院数より多くなっているのは学部，講座，学科などにより称号が異なる場合があるためである。

以下に主として米国の大学院課程について記述する。

(1)　修士課程について

①　入学資格

一般的に以下のような規程がある。

a　Baccalaureate（Bachelor）のDegreeを有する者

National League for Nursing（NLN）で認定されたカリキュラムによる看護系大学で得た学士号を必要とするが，まれに「同等のもの」やNLNで認定していない学部出身者でも場合によっては入学を認めている。この場合，統計学が履修済であることが望まれていることが多い。

b　RNであることが必須の条件である。

c　臨床経験の有無

1年間あるいは2年間の臨床経験を必要とする大学もある。

外国人については，米国におけるRNは不要であるが当該国において法的に看護婦として認められた者でなければならない。

②　修業年限および履修課程

1年から2年間で修了し，Master Degreeを取得できる。イリノイ大学の大学院の例をあげると，シカゴ市内のMedical Centerにある医学部，歯学部，薬学部，看護学部が総合大学院を持っており，いずれも修士課程と博士課程を持っており，その中のMaster of Science in Nursing（MSN）のProgramとして，

a　Maternity-midwifery nursing

b　Medical-surgical nursing

c　Nursing service administration

d　Pediatric nursing

e　Psychiatric-mental health nursing

f　Public health nursing

の領域についてのコースが組まれており，1 1/4年の履修年限でMSNのDegreeが取得できる。

ただし，看護学部出身者がNursing Sciencesに進学しなければならない制限はなく，他の分野でMasterを取ることもできる。

(2)　博士課程について

表4で示したように，大学院博士課程については，Doctor of Science in Nursing（DSN），Doctor of Nursing Science（DNSc），Doctor of Philosophy（PhD），Doctor of Education（EdD）などのDearee があり，それぞれの大学により全く異なる教科を持っているが，3年間のFull time studyであること，Researchに重点を置いていることは共通である。

イリノイ大学にあっては，Nursing Sciencesの領域では，

a　Clinical nursing

b　Nursing administration

c　Nursing education-educational administration

の3つが用意されており，関連領域として，

Anatomy, Microbiology, Physiology などへの進学も可能であるというよりもそれらの領域への進学者の数の方が多いようである。取得する学位は PhDである。

4) 看護系教員の博士課程における研究領域

主として米国における看護系の大学院博士課程における研究領域としては，教育学，生理学，解剖学，公衆衛生学，疫学，心理学，社会学，遺伝学，生態学などが主なもので，純粋の臨床看護の分野での研究はきわめて少ない。

イリノイ大学看護学部のティーチングスタッフの博士論文のテーマにより調査した研究領域は表5に示す通りである。Nursing の3例はPediatric Nursing が2例，Psychiatric Nursing が1例である。

表5　イリノイ大学看護学部スタッフの博士論文の研究領域

Education	11
Psychology	8
Physiology	6
Sociology	4
Nursing	3
Public Health	2
Anatomy	2
Genetics	1
Human Development	1
Health Services Administration	1
Anthropology	1
Behavioral Sciences	1
Epidemiology	1
Veterinary Medicine	1

このように医学と同様，総合科学としての看護学ではあるが，臨床研究の面では先進国の米国においてもおのずから限度があって思うような研究が出来ない状況にあるものと考えられる。Master Degree 程度の研究が精々で，Doctor Degree になると他領域での研究を求めて他学部へ行かなければならないのである。この点において，総合大学院構想は大変理想的なものであると考える。

つまり，看護大学における大学院においては，看護基礎学系はすべて5年制の大学院として Doctor Course とすること，臨床看護系は前期2年と後期3年に分け前期2年のMaster Course 修了者は臨床指導者に，さらに後期3年への進学者は入学をかなり制限して臨床研究で Doctor Degree を取得出来るようにし，いずれも Doctor Degree 取得者のみがティーチングスタッフとなり得るようにすることが理想的だと考える。

5) 「看護基礎学」を「基礎看護学」とすべきであるとの主張について

医学が「基礎医学」と「臨床医学」とに分けられ，それぞれが協力しまたそれぞれが主体性も持ちながら学問として成り立っているのと同様に，「看護学」もまた「基礎看護学」と「臨床看護学」に2大別することができるものと考える。

現在の千葉大学看護学部の講座および大学院の構成がこの点においてもっともすっきりしていないと言っても過言でない。「看護」の中に「基礎看護」が存在していたのをそのまま「学」をつけて「看護学」，「基礎看護学」としてしまったことに大きな問題がある。「基礎看護」はあくまで「看護」の基礎であって「看護学」の基礎ではないのである。「看護は実践です」「すぐ役に立つ看護を」の時代の基礎であったわけで，学部における，ましてや大学院大学の「基礎看護学」には含まれないものなのである。つまり，「臨床看護学」の中の First step という意味を有するものなのである。基礎看護学と臨床看護学の構成を具体的に列挙するならば表6に示す通りである。つまり，現行制度では一般教養課程に含まれる心理学，社会学，人類学，統計学や，看護系教官が基礎医学と決めつけてしまっている解剖学，生理学，生化学，薬理学，病理学，微生物学などが真の「基礎看護学」なのであって，現在の「基礎看護」に含まれる看護原論，看護総論，看護哲学などは，いやしくも看護学部の看護系教官たる者の誰もが

表6　看　護　学

基礎看護学		臨床看護学
心理学	解剖学	成人看護学
	生理学	
社会学	薬理学	精神看護学
	生化学	
統計学	栄養学	小児看護学
	食品学	
物理学	病理学	母性看護学
	微生物学	
化学	免疫学	地域看護学
	寄生虫学	
生物学	疫学	
	社会人類学	
その他	保健統計学	
	環境保健学	

担当できなくてはならない教科なのである。

「基礎看護学」の名を一講座名として専有するのははなはだ不適当である。基礎看護の位置づけをあえて現在の看護学部の構成に求めるならば成人看護学講座であろう。

まとめ

以上，四大学看護学研究会第6回総会シンポジウム「大学における看護学教育の検討－看護基礎学と臨床看護学」において発表した内容と発表後の討論での発言および意をつくし得なかったことなどの追加を含めてまとめたものである。

「受け売りの看護」，「反射的看護」でなく，また「考える看護」からも一歩前進して「自ら創造する看護」を志向しなければ大学の存在価値はないのであって，方法論を持ちオリジナルデータを自分自身の手で産み出せなければ研究者，学者にはなれないし，よりよい教育をすることもまた出来ないのである。

要するに，人を批判したり，自己満足に終わらずに積極的に自分の意見を述べるとともに，他人の発言を聴き互いに理解しながら前進する心掛けがなければ，いくら大学が設置され，大学院が増設されても何の意味もないし何らの効果も得られないことを看護界の人々が自覚してほしいと心から願っている。

本論文の要旨を第6回四大学看護学研究会総会シンポジウムにおいて発表した。

参考文献

1 UNITED KINGDOM

1) University of Edinburgh:
Postgraduate Prospectus 1976.
Social Sciences Programme 1976/1977.
Residential Summer Schools 1977.
Social Sciences Prospectus 1976, 1977, and 1978.

2) University of Manchester:
Bachelor of Nursing 1976.
Courses Leading to the Degree of Master of Science Method I, Method II and Doctor of Philosophy 1977.
Diploma in Advanced Nursing Studies 1977.

2 UNITED STATES OF AMERICA

1) National League for Nursing:
Baccalaureate Education in Nursing 1976-77.
Masters Education in Nursing 1976-77.
Doctoral Programs in Nursing 1976-77.

2) National Commission for the Study of Nursing and Nursing Education:
An Abstract for Action 1970.

3

1) 千葉大学看護学部「履修の手引」（昭和53年度）

2) 福川稔生：英米の看護学教育，千葉医学 55 (1)：21～28，1979

看護系大学・短期大学における看護基礎学の教育状況
特に病理学・解剖学・看護学総論

THE PRESENT SITUATION OF THE BASIC NURSING SCIENCE EDUCATION IN THE UNIVERSITY AND COLLEGE NURSING COURSE ESPECIALLY ON PATHOLOGY, ANATOMY AND FUNDAMENTAL NURSING

熊本大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程
Department of Nursing, Faculty of Education Kumamoto Univ.

佐々木　光　雄
Mitsuo　SASAKI

I　はじめに

わが国における看護の教育課程をもつ大学および短期大学は，昭和55年現在，46組織程あり，これらの中には10大学，1大学校，35短期大学が含まれる。

同じ看護の大学教育でも，これらはそれぞれの組織の設置目的ないし教育目標が少しづつ異るものを含んでいるので，大学内での看護教育もそれらの目標に従って，より合致した教育課程の差があって当然であるが，わが国における大学看護教育の現状は必ずしも充分明確ではないように思われる。

しかし，看護の専門科目の内で，いわゆる基礎領域に属する諸科目については，それらの学問の内容においても，学生に教育を行う意義においても大学や短期大学の間で何ら差はないものと思われる。われわれはかねてより，これら看護学の中の基礎科目（仮に看護基礎学と称する）の大学教育に深い関心をもつものであり，内容も看護の大学生の教育目標によく合致したものでなければならないと思っている。しかし，大学における教育のプロセスは各大学に，科目の教育内容は各教官に委せられているので，同一科目でもその内容は各大学によってかなりまちまちであろうと思われる。そのようなことから，将来大学における看護基礎学の教育内容をより合理的なものにまで導き出すための基礎段階として，今回われわれは全国の看護系の大学・短期大学における看護基礎学の教育の現状について知識を得たいという願望をもち，全国の看護系大学・短期大学にお願いして調査を行う機会を得た。可能ならば基礎系の科目全てについて調査を行いたいところであったが，このような試みは深くその教科の内容に通じていないと意義が薄いので，止むを得ず著者らの専門背景に関係のある解剖学・病理学・看護学総論の3教科のみにしか行い得なかった。

以下にその結果を述べるが，用語は大学と短期大学を区別する必要のあるときは大学（4年課程）短期大学（3年課程，2年課程）の如く記すが，それ以外の場合は大学・短期大学を包括して「大学」を用い，複数の大学を表わすときは3大学または12校の如く表現する。また，短期大学に第1看護学科と第2看護学科を有するものがあり，これらはそれぞれを1組織として独立して取扱ったので，詳しくは10組織の如く用いるのが正しいが，ここでは便宜上10大学または10校の如くよぶ。

共同研究者
熊本大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程　木　場　富　貴
Department of Nursing, Faculty of Education Kumamoto University　Fuki　KOBA

Ⅱ　調査方法

質問紙方式をとり，4種類の質問紙を作成した。

質問紙1：看護基礎学全体のカリキュラム

質問紙2：病理学

質問紙3：解剖学

質問紙4：看護学総論

質問紙1は教務担当の教官に依頼し，質問紙2～4はそれぞれの科目の担当教官により記入してもらうよう依頼した。質問の内容については，質問紙1は看護基礎学各科目の教育課程に関するものであり，質問紙2～4は教育内容，講義や実習の時間配分および教官の意見等を含むもので形式は類似している。調査結果の提示により，個々の質問内容は判明すると思うので質問紙そのものを記載することは省略する。

Ⅲ　調査結果

1　回答率について

質問紙は全国51大学（前記の如く51組織の意）について依頼し，34校から回答を得た。内訳は5大学（4年課程），29短期大学（3年課程および2年課程）である。しかし，これは回答を寄せられた大学の総数であり，大学によっては4種類の質問紙の一部が未記入の場合もあったので各質問紙別の回答校数をあげれば次の如くである。

質問紙1：看護基礎学のカリキュラム（33）

質問紙2：病理学（29）

質問紙3：解剖学（33）

質問紙4：看護学総論（34）

（註：数字は回答のあった大学数）

2　看護基礎学の科目別教育状況

これは質問紙1で問うた回答を集計して3つの表にまとめたものである。質問の内容は看護基礎学の各科目を並列して，それらの教育に割当てられた時間数および内訳，講師（専任・非常勤別），教科の行われる学年等の記入を依頼したものである。ここで看護基礎学という語で表わしている基礎領域の専門科目にどのようなものを選定するかは1つの問題であった。大学（4年課程）にも短期大学（3年課程および2年課程）にも共通に開講されている科目であることが必要であるが，そのような内容を看護系大学のレベルで取決めた現行の規準のようなものはなく，枠組的に規則で決めているものは保健婦助産婦看護婦法に基く文部・厚生省令，保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則があるのみである。従って，その看護婦学校養成所指定規則中に決める11科目を各大学に共通の基礎科目として選定し，基礎科目と考えられるが各大学で独自に開講されているものは任意記載の形で別項とした。

表1～3は各大学からの回答をまとめたものである。看護婦学校養成所指定規則によれば，3年課程と2年課程（いわゆる進学コース）では同一科目でも規定する時間数の異っているものがある。従って，本調査では大学（4年課程）・短期大学（3年課程）と短期大学（2年課程）は別表でまとめないと意味がない。また，大学（4年課程）と短期大学（3年課程）の間も種々の点で比較検討したいものがあるのでこれらも別表とし，結局，大学（4年課程，表1），短期大学（3年課程，表2），短期大学（2年課程，表3）の3つの表となった。また，同じ基礎科目の中でも看護学総論は非常に広い領域に亘り，また純粋な看護学領域であって，他の基礎医学ないし社会医学的科目とは内容に量的質的特殊性のあるところから，特にこの表からは除外し，最終的に10科目の調査表としてまとめた。表内の数値は大学数を示すが，例えば「講師」欄などは同一科目を複数の教官が受持つ場合はその複数値を入れてあるので大学の実数より多くなったりしている。

まず表1，5大学（4年課程）の状況をみると，何よりも開講時間数の幅の広さが目立つ。桝目に薄いマスクをかけてあるのは看護婦学校養成所指定規則（以下，指定規則と略す）に指定された時間数である。この表でみると各大学の各科目における開講時間数は甚だ広い範囲に亘り，保健婦助

産婦看護婦法（以下，保助看法と略す）の指定規則とは一致しないものが多いと云ってよい。公衆衛生学・社会福祉・衛生法規の3科目は5大学の全てが指定規則よりも多くの時間を開講している。「講師」欄では専任講師と非常勤講師を分けて記載した。専任講師にはいわゆる兼担も含まれている。この表で合計すると専任29，非常勤16で専任の方が多くなる。開講の「学年」は基礎科目のため，多くが1・2年次に片寄って開講されているが，生化学や医学概論は最高学年である4年次でも行っている大学がある。

表2は23短期大学（3年課程）における状況である。開講の「時間数」はやはり広い時間帯に亘っているが，注目すべきことは多くの大学が指定

表1　看護基礎学の科目別教育状況（Ⅰ）

科目（看護学総論を除く）	時間数（単位：時間）										講師		学年			
	15h	30	45	50	60	70	75	90	105	135	専任	非常勤	1年	2年	3年	4年
医学概論	4										3	1	1	1	1	
*解剖学			2		3						3	2	5			
生理学			2		2	1					3	2	4	1		
生化学			1		2			1		1	4	2	1	4	1	1
薬理学		3		1	1						3	2		5	1	
*病理学		1	3					1			3	2		4	1	
微生物学		1	2					1	1		4	1	1	4		
公衆衛生学			1		1		2	1			3	2		3	4	
社会福祉		3			1						2	2		3	1	
衛生法規					1						1				1	

大学（4年制，5大学）

表2　看護基礎学の科目別教育状況（Ⅱ）

科目（看護学総論を除く）	時間数（単位：時間）										講師		学年		
	10h	15	20	30	45	50	55	60	75	90	専任	非常勤	1年	2年	3年
医学概論		20		1						1	16	6	20		2
*解剖学					14			7		1	9	13	21		
生理学					14		1	7			12	10	21		
生化学					16		1	4	1		11	13	19	7	
薬理学				19	3						3	19	17	5	
*病理学				1	17			4	4		15	7	18	8	
微生物学					15	1		6			10	12	21	2	
公衆衛生学				18	3						8	14	12	8	3
社会福祉		18	1	3							6	16	3	13	6
衛生法規	1	18	1								2	17	4	8	6

短期大学（3年制，23大学）

規則の時間数に合せて開講時間数を設定していることであり，指定規則よりも多くの時間を割いている大学はむしろ少数である。衛生法規の1校の如く，指定規則より少い時間数はどこか他の教科に不足分が組み込まれていると見なければならない。「講師」欄で専任・非常勤別は専任92，非常勤127で非常勤講師の方が多くなる。開講「学年」は3年間という時間的制約のため，多くが1年次に集中していることが，2年次・3年次にまで亘っている大学もある。

表3は6短期大学（2年課程）の状況である。2年間という限定期間がカリキュラムに大きく影響するものとみられ，「時間数」の幅も広くなく，また指定規則通りの時間数で開講している大学が多い。「講師」欄で専任と非常勤数を比べると専任26・非常勤34で，やはり非常勤の数の方が多くなっている。開講の「学年」は2年課程であるため基礎科目の講義や演習が1年次に集中しているのは当然である。

表3　看護基礎学の科目別教育状況（Ⅲ）

科目（看護学総論を除く）	時間数 15h	30	45	60	講師 専任	非常勤	学年 1年	2年
医学概論	5	1			5	1	5	1
*解剖学	3	3				6	6	
生理学	2	4			3	3	6	
生化学		1	2	3	4	3	4	2
薬理学		6				6	5	1
*病理学			4	2	4	2	4	2
微生物学		6			2	4	6	
公衆衛生学		3	1	2	4	2	4	3
社会福祉	5	1			1	5	1	5
衛生法規	4	1			3	2	1	4

3　病理学・解剖学教官の所属と専攻

病理学および解剖学担当教官の専任・非常勤別と専攻背景について尋ねた結果を表4に示した。専任の中には兼担も含まれている。どういう理由かわからないが，病理学と解剖学の教官は専任と非常勤の数が丁度逆になった数値であった。

表4　病理学・解剖学教官の所属と専攻

1.　専任・非常勤別

	専任	非常勤
病理学	22	12
解剖学	12	21

2.　専攻背景

	担当科専攻	他科専攻
病理学	27	1（外科）
解剖学	28	2　外科・麻酔・解剖病理

教官の専攻背景について，調査前には，病理学や解剖学などの基礎科目は例え他科専攻の教官であってもその方面に造詣が深い教官が担当する場合があり得ると推定していた。例えば内科医や外科医が病理学を行ったり，整形外科医が解剖学を担当するような例である。しかし，実際の調査結果では殆ど担当科専攻の教官で行われていた。病理学は1校のみが外科専攻の教官で行われている。解剖学の他科専攻者2名の内，外科・麻酔・解剖とあるのは1人の教官のことで，恐らく解剖学を専攻した教官が臨床へ転科された例と思われる。他の1人（病理学専攻）は著者（佐々木）自身である。

4　病理学の教育

(1)　病理学教育の内容

各大学における病理学担当教官の教育方法について質問し，それを図1にグラフ式にまとめた。講義または演習は全ての大学で行っている筈であるから，これを100％としてその他の教育内容を比較的な棒グラフで示してある。数値は大学数である。図にみられる如く，多くの教官が講義を主として，教科書と病理スライドで教育を行っていることが分る。病理学の教育のやり方には図の左側の項目に示したような方法があり，具体的には棒グラフの右側に記した如き実施方法がある。それらを多彩に組合せて教育すれば病像の立体的印象を与える教育ができるが，実際に実施している大学は極めて少いと云わねばならない。肉眼的病理学の理解に最も有効である病理解剖の見学でも僅か8校で実行されているのみである。

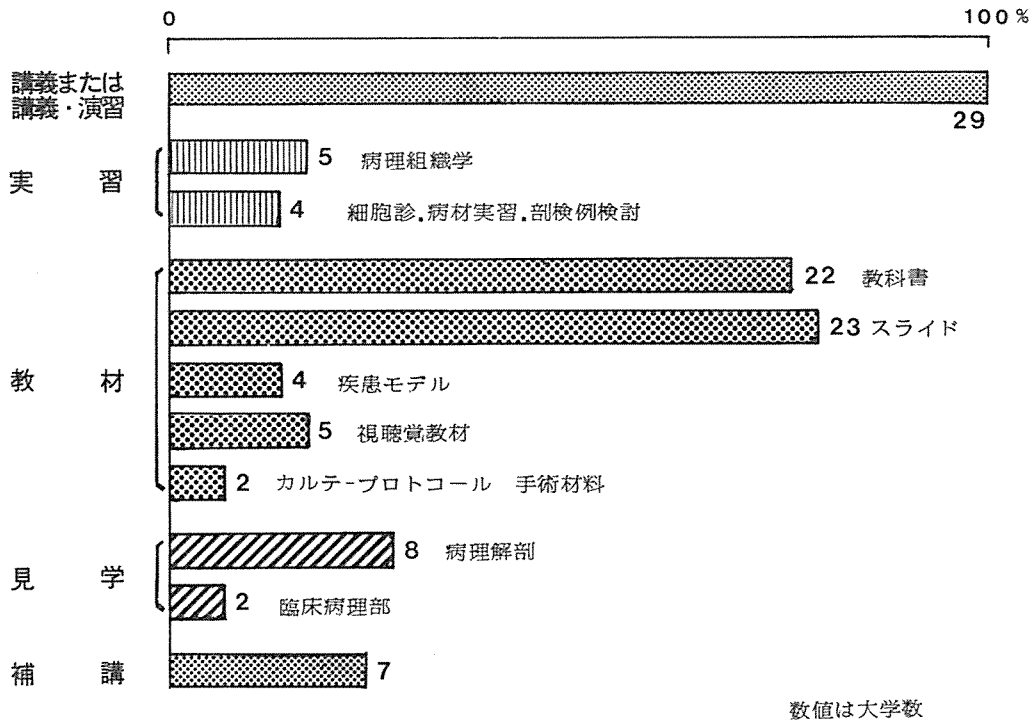


図1　病理学教育の内容

(2)　病理学の教科書

図1から分る如く，病理学の教科書は多くの大学（29校中22校）で使用されているが，それらの具体的なものを次に示す。

系統看護学講座5	病理学	医学書院
最新看護学全書7	病理学	メジカルフレンド社
学生のための病理学		医学書院
病理学入門		南山堂
図説基礎病理学		メジカルフレンド社
臨床検査講座12		医歯薬出版
腫瘍病理学講本		九州大学出版会

よく知られている教科書のみであるが，これらは広く看護学生向きのものであり，特に大学生用として編纂されたものではない教科書が殆どである。教科書を使用しない教官の中に，自らテキストを作成して使っている人があるようで，後述の

如く教科書についての意見は別項で尋ねたので，それなりの理由があってのことと推定される。

(3) 教官の意見（病理学）

病理学の教育における担当教官の意見を数項目について質問した。自由記載の形式にしたので多彩な意見となったが，比較的多かった意見をまとめて表5に示した。まず，現在の担当時間についてこの質問欄に回答のあった26校の中で，現在の開講時間で適当という意見は12校あり，14校が現在の担当時間では不足との意見を述べている。因みに，指定規則による病理学の時間数は短期大学（2年課程）は30時間，その他は45時間である。教官が必要とする時間数をカッコ内に入れてあるが，少くとも現在の開講時間よりも10時間以上，あるいは現在の時間の2倍程を希望している教官のあることが注目される。4年課程の大学で現在の開講時間が90時間，すなわち指定規則の2倍実施しているが，なお15時間程必要という大学が1校みられた。基礎医学としての病理学は甚だ広範な内容を含むものであり，45時間程の時間で全体を消化できないことは明白であるが，教官の病理学教育に対する見解や，全体のカリキュラムからの時間的制約など種々の要因からこのような意見が出ているものと考えられる。そして，時間不足を述べる教官が多いにもかかわらず，図1から分る如く補講の行われている大学は7校しかないことは，なかなか教官の思う通りにはやれない事情があることを示しているのであろう。

表5(1) 教官の意見（病理学）

現在の担当時間について

45h（適当）	9大学*		12
60h（〃）	3大学		
30h（不足）	2大学	（必要時間40h）	14
45h（〃）	8大学*	（60h，80h，90h）	
60h（〃）	3大学	（70h，80h，90h）	
90h（〃）	1大学*	（105h）	

（*は4年制大学1校を示す）

病理学の教授法についての意見を問うたところ，病理学の教育は図1で示したような多角的な教授法をとった方がよいという意見が一番多かった。しかし，実情は必ずしもそのように行われていないことを図1が示している。教授内容についても病理学総論中心がよいという意見は，さらにその先を突込んで尋ねれば「総論各論に亘ってあまり浅く広くやっても仕方がないので総論中心とならざるを得ない」に近い意見ではないかと推察されるものが多かった。その他，種々あった意見の中で，「看護系の病理学教育でガイドラインが欲しい」，「教科書・教材の整備が必要」などの意見もあり，また「病理学各論のみでよい」という意見も1校あった。

教科書は使用頻度が高く，実際に使用されているのは前項に記載した如くであるが，これらの教科書の内容について表5のように意見が分れていた。

表5(2) 教官の意見（病理学）

病理学の教授について

(1)	講義・演習のほかに多角的に実習・見学等をおり込む	12
(2)	病理総論中心がよい　各論は学生自ら展開できる	5
(3)	試行錯誤中	2

（回答25校中）

教科書について

(1)	使用中の教科書に満足している	4
(2)	内容の配分・配列を整備する必要あり	5
(3)	病理学総論を充実すべきである	3
(4)	3種の教科書を使用して互に補足している	1

（回答26校中）

5 解剖学の教育

(1) 解剖学教育の内容

病理学と同じ方式で解剖学教育の内容について質問し，回答の結果を図2にまとめた。病理学も解剖学も形態学としての基礎医学であり，学問そ

のものの組立てや分類も類似した点が多いので，本調査では殆ど類似の質問をし，類似の図を作った。回答は33校で，病理学に比べると教材の使い方などがより多彩に行われていることが分る。系統解剖見学も24校と積極的に行われていることは，病理解剖が患者の死という不定期に生ずる事情にあるのに対して，系統解剖は医科系大学生の教育課程として計画的に行われることが大きな原因であろう。本調査で，看護系大学であるが系統解剖実習を本格的に行わせている大学（４年課程）が１校だけあった。

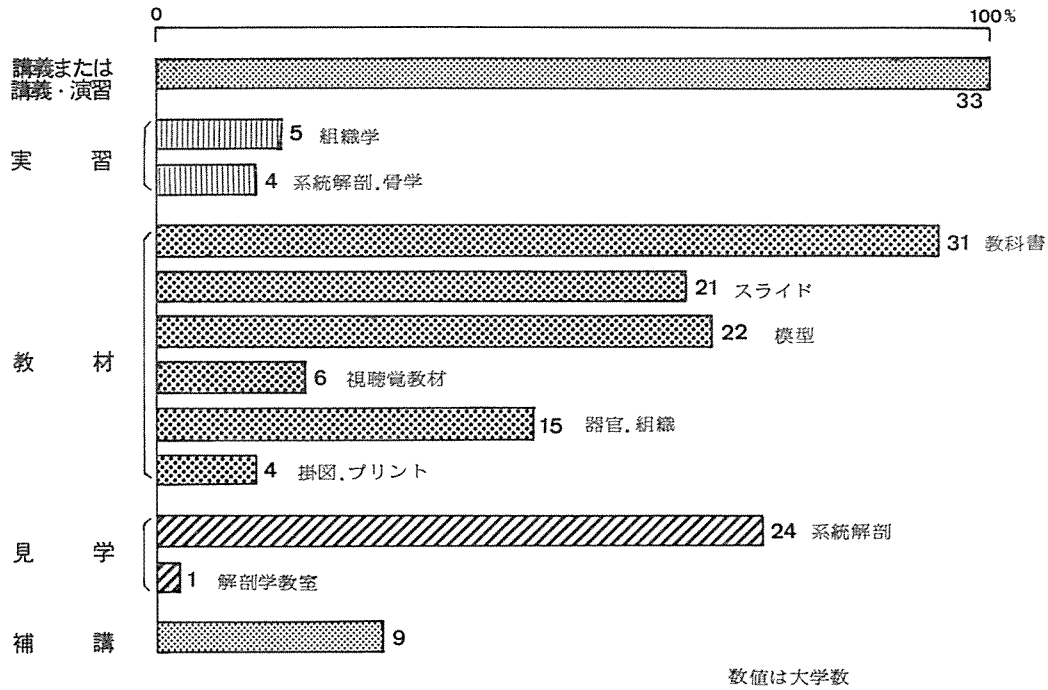


図２　解剖学教育の内容

(2)　解剖学の教科書

教科書は回答33校中31校で使用している（図２）が，それらの内訳は下記の如くである。

入門人体解剖学	南江堂
学生のための解剖学	医学書院
基礎解剖学	朝倉書店
系統看護学講座２　解剖学・生理学	医学書院
解剖学	文光堂
解剖生理学入門	南山堂
簡明解剖学	医歯薬出版
新らしい解剖生理学	南江堂
小解剖学書	金芳堂
最新看護学全書２　解剖学	メジカルフレンド社

病理学の場合と同様，全て看護学生向きの教科書と云えよう。

(3)　教官の意見（解剖学）

これも病理学と同じ質問形式で行った回答を表６にまとめた。この欄の回答26校の内，2/3に当る17校が開講時間数の不足をあげている。因みに指定規則に定める解剖学の時間数は短期大学（２年課程）で15時間，その他は45時間である。現在の時間数で不足と答えた大学の欲する時間数をカッコ内に示したが，この表からみると短期大学（２年課程）でも約45時間，短期大学（３年課程）

および大学（4年課程）では約60時間がほぼ平均的な必要時間ととれるのではないだろうか。↓

表6(1)　教官の意見（解剖学）

現在の担当時間について

45h（適当）	5大学		9
60h（〃）	4大学*		
15h（不足）	2大学△△		17
30h（〃）	2大学△△		
45h（〃）	8大学*	（50h, 55h, 60h, 68h, 90h）	
60h（〃）	5大学**	（80h, 90h）	

＊4年制大学1校
△2年制短期大学1校

表6(2)　教官の意見（解剖学）

解剖学の伝授について

(1) 実習の重視，多角的教材使用が必要	8
(2) 形態と機能を密接した教授法が必要（Human Biologyの形態部門的な解剖学）	6
(3) 基礎学であるから全項目をカバーすべきである	1

（回答23校中）

教科書について

(1) 使用中の教科書に満足している	13
(2) 挿図が貧弱である	4
(3) 内容または表現の工夫改善が必要	4

（回答24校中）

解剖学の教授法については表6に示す如き意見が主なものであった。病理学の場合と同じく，多角的教育の必要性を説くものが多い。教科書については病理学に比べて現在発行されているものに満足するとの意見が多かった。

6　看護学総論について

看護系の大学教育において看護学総論は看護学独自の教科であり，その包含する内容や範囲など前もって検討すべき多くの問題を含んでいる。そのため，前述の病理学や解剖学のような集約的な調査は現時点では行い難い。従って，極めて広範な領域を含む科目であるにもかかわらず，統一的に調査の可能な事項は非常に限られたものとならざるを得なかった。以下に調査の結果まとめることのできた事項を記載する。

(1)　開講時間総数

指定規則に示される看護学総論の時間数を大学・短期大学に適用すると，短期大学（2年課程）が285時間，その他が全て360時間となる。表7にこの欄の■答校34校が示す開講総時間数の広がりをひっくるめて記載した。表にみる如く，短期大学（2年課程）で120～345時間，短期大学（3年課程）と大学（4年課程）で150～600時間と極めて幅のある時間数である。指定規則（マスク部分）よりも少い時間数の場合は他の何らかの教科に折り込まれているものと考えられるが，短期大学（3年課程）で60時間という時間数の少いものが1校あった。

表7　看護学総論　時間数

大学（4年）・短期大学（3年）	150h～600h（60h ?）	360h
短期大学（2年）	120h～345h	285h

(2)　担当教官

看護学総論の教育は当然看護出身の教官が担当しているが，現在における看護学の性格上，各教官の専攻背景を分類することはできなかった。しかし，下記に示す如く，看護学総論教育の専門性によって，その担当状況を■答から抽出して記載した。

看護学総論担当教官

イ　看護学総論を専門とする教官により	17
ロ　専攻背景に関係なく複数の教官で担当している	7
ハ　そ　の　他	7

数値は大学数

「その他」の7校は，①名目上の担当教官は1

人で，教室内実習を他教官が助手として補助する。②1人の担当教官として，看護管理や看護の歴史など特殊な領域を外来の講師に依頼する。など，その組織内の事情によって適切な方法を行っていることが分った。

(3) 看護論について

いわゆる「看護論」について担当教官が特定の論ないし立場をとるか否かについて尋ねた。結果は下記の如くである（表8）。「特定している」ものと「決めていない」は大学数でほゞ相半ばしている。また「特定している」大学で採用している論は表8下段に示す如くで，ヘンダーソンが最も多かった。

表8　教官の採用する看護論

特定している	決めていない	無　回　答
13大学	15大学	6大学

V．ヘンダーソン	7
F．ナイチンゲール	3
薄　井　坦　子	3
F．G．アブデラ	1
D．E．オレム	1
J．トラベルビー	1

数値は大学数（重複あり）

(4) 看護学総論の内容と開講学年

看護学総論の内容として項目をあげてもらうよう欄を設けたが，保助看法の指定規則が示す看護学総論の内訳，すなわち，看護概論・看護技術・総合実習として記載した大学はむしろ少く，各大学での実情を記載した多彩なものとなっている。「看護の歴史」や「看護管理」などがほゞ普遍的な内容として認められる他は名称も記載もかなりまちまちであり，調査結果としてまとまらない。従って，それらの時間数も同様である。

看護学総論の開講されている学年については，総時間数が多いために複数の学年に亘るものが殆どである。全体としては1・2年次の低学年に集中しているが，大学（4年課程）で1～4年次までの各学年に，短期大学（3年課程）で1～3年次までの各学年全てに亘っている大学も多い。看護学総論の開講が1学年のみに集中されている大学が，短期大学（3年課程）で1校（1年次），大学（4年課程）で1校（2年次）にみられた。

(5) 看護学総論の教科書

看護学総論に教科書を使用している大学は34校中28校であった。この場合，各大学で独自に作成したものは含まず，出版されているもののみを対象とした。それらの書名を具体的に示すと下記の如くである。

看護学総論　教科書

系統看護学講座10看護学総論	医学書院	16
最新看護学全書12，13看護学総論 I,II	メジカルフレンド社	11
看護覚え書	現代社	3
科学的看護論	日本看護協会	2
系統看護学講座5　看護史	医学書院	1
看護学総論（重点シリーズ）	金芳堂	1
看護六法	厚生問題研究会	1
Behavioral Concepts and The Nursing Process		1
Basic Principles of Nursing Care	I.C.N	1
	その他	

副読本　参考本を除く

数値は大学数（重複あり）

(6) 開講されている独自の看護基礎学

自由記載の形式で，「保助看法による規定以外の開講科目の中で，独自の看護の基礎学としてて位置づけられるものがあればお教え下さい」という質問を行った。この問は質問紙4で行ったものであるから，質問の意味は看護学総論の範疇あるいは関連科目として問うたつもりであるが，質問の意味が充分通らなかった回答例があるかも知れない。この欄の回答は多彩の一語に尽きる感があるが，ごく大ざっぱに分類し，その開講数（大学数とは一致しない）を記したものを表9に述べる。

表9　現在開講されている看護基礎学

看護学的		人文科学的		医学生物学的	
看護技術論	3	哲学	4	解剖学	1
人間関係論	4	倫理学	4	生理学	1
コミュニケーション	1	人間学	4	精神衛生	1
対象論	1	臨床心理学	1	遺伝学	1
援助論	2	看護心理学	3	食品学	1
看護論	1	家政学	1	疾病論	1
看護原論	1	看護社会学	1	身体論	1
地域看護論	1	情報科学	2	医療論	1
看護管理論	1	人間工学	1	生活科学	2
看護学特論	2	環境学	1		
看護のプロセス	1				

数値は開講数

(7)　現在不足している看護基礎学

やはり自由記載の欄で，「看護の基礎科目として不足していると考えられる科目があればお示し下さい」という質問を行った。それらの回答による意見を表10にまとめた。これは各大学の教官が，その所属する大学の事情に基いて記入したと思われるので，必ずしも普遍的な意見とはとり難いかも知れないが一通り羅列したものである。

表10　現在不足している看護基礎学

人間行動に関する分野	13
看護に関する分野	9
医学に関する分野	9
一般教養に関する分野	7
家政学に関する分野	3
その他の分野	6
解答なし	7
特に不足しているものはない	1
基礎科目に関する意見	6

数値は意見数

Ⅳ　考　察

現在，わが国の看護系大学・短期大学における看護教育は，それぞれの大学の事情に応じて漸次組織だった教育が整えられて来ているとは云え，全体としてはまだ検討改善すべきことが多々あるものと思われる。それらの中には大学の教官人材の養成・確保や大学組織そのものの充実の如き行政的問題のものから，大学における教育課程等の内容の問題，および個々の大学独自の事情まで多種多様なものがある。

これらの中で，大学看護教育におけるカリキュラムの問題は学生の教育に最も密接したものであるが，現在はなお文部省科学研究班等により検討の段階にあるといえよう。われわれは今回の調査において看護基礎学の中の一部の科目について，あくまで現行カリキュラムの枠組内という条件を前提として，現在の大学看護教育が内包する問題を検討した。

まず，看護基礎学10科目のカリキュラムをまとめた表1～3では，何よりも各科目の開講時間数の幅の広さが目立っている。特に大学（4年課程）の表1では，5大学のみの情況であるにもかゝわらずその傾向が著明である。各大学それぞれに教育課程を検討して，可能な時間数を組込んでいるものと推察されるが，4年間という時間的余裕が各大学独自の工夫をかなり可能にしているものと思われる。これに対して短期大学（3年課程）では保助看法，指定規則の枠組が各大学のカリキュラムに強く影響を与えていることが明らかである。しかし，なお全体としては開講時間数の幅はかなり広い。大学・短期大学を通じて，どの科目が特に開講時間数の延長を配慮されているというような傾向はなかったので，それらはいずれも各大学の認識と事情によるものであろう。短期大学（2年課程）も指定規則の枠に沿うものが多いが，2年間という短い期間にもかゝわらず，種々の科目で最低必要時間（指定規則）以上の時間を振当てている大学の多いことが注目される。

講師の専任・非常勤別は大学（4年課程）では専任が非常勤講師よりも多くなっているが，短期大学では3年課程および2年課程いずれも非常勤講師の方が多くなっている。看護系大学では極めて多くの科目を消化する必要があるため，程度の

差はあっても一般に非常勤講師への依存が多いことは一つの特徴とも云えると思われるが，特にこのような基礎領域の専門科目においてその比率の高いことが推定される。

病理学・解剖学は周知のごとく基礎医学の中の重要な科目である。医学全体の知識の進歩拡大と共に，これらの学問の内容もまた変化しつつあることは勿論であるが，総じてこの2科目は確立された学問領域であるので，問題は看護系大学での教育実施に絞られてよいと思う。

調査結果からみられる如く，これらの2科目には担当時間の不足という教官からの意見が非常に多かった。これらの教官には医学出身の教官が非常に多いと思われるから，医学部・医科大学での病理学や解剖学を基礎的考えに持つならば当然の意見とも考えられる。看護系大学における講義や実習時間の拡充を唱えることは本調査の目的ではないが，調査結果にみられる各大学の時間配分のバラィエティ（表1～3）は，それぞれの大学が現状においてできる限り工夫した結果とも考えられるので，全体のカリキュラムからみるとき，このような基礎科目の開講時間の延長を試みる余裕は甚だ少いと考えるのが妥当であろう。しかし，短期大学（2年課程）の解剖学は指定規則によれば15時間であり極めて短い。これは准看護婦資格取得の過程においてすでに「解剖生理」の科目45時間を受けているためで，規則上はそうなっているが，15時間の範囲で果して解剖学をどのようにまとめ得るであろうかという実感がある。

担当時間の問題においてそのような枠組の制限がある以上，検討の余地としては教授の内容や実施方法があるのみである。著者の経験による記載を許してもらえば，病理学45時間，解剖学45時間という配分を基準にした場合，病理学は総論のみ，解剖学は組織学を除く肉眼的解剖学のみというのが一応無理のない内容である。しかし，組織学を伴わない解剖学，各論や病理組織学を説明しない病理学が極めて偏ったものであることは勿論である。たまたま，著者（佐々木）は病理学専攻で解剖学兼務という立場にあるため，この両科目の関連性から次のような事情に直面することが多い。現在の病理学はウィルヒョウ（Rudolf Virchow, 1821～1902）の細胞病理学を基礎として発展して来ている。細胞病理学とは一口に云えば「細胞病むが故にひと病む」とでも云おうか，要するに細胞レベルの病変の累積がそれぞれの疾病像を作り出している。細胞1個はもちろん顕微鏡レベルの大きさであるので病理組織学を云わない病理学は成り立たないのである。従ってまた，その基礎である顕微鏡的解剖学すなわち組織学は解剖学の過程において一定レベルの知識の獲得が必要である。従来，「正常な形と正常な機能」の連繋的概念から解剖・生理の関連性への考慮はかなり行われており，看護学の教科書にもそのような名称のものがあるが，「正常な形と病的な形および機能）の連繋的概念は薄く，教育の場面でも別々になっているように思う。従って，病理学のみの非常勤講師を担当したりするとき，先行する解剖学の事情が分らず，一部解剖学を復習しつつ行うことも多い。

調査結果には記さなかったが，実際の調査において，病理学が総論各論をどの比重で実施されているかも質問した。総論は病理の基礎であるから全ての教官が行っており，各論は総論と同じ比重でやる人と総論に折り混ぜるという教官が多かった。平均してどの位の各論が折り込まれているかは明らかでない。また，系統解剖学（肉眼的解剖学）と組織学の実施も病理学総論と各論に似た関係にあった。

調査結果からも明らかなように，看護系の大学・短期大学の学生の教育に使用されている病理学・解剖学の教科書は，殆ど従来の病理学・解剖学の分類方法に従って編纂されたものである。そして教官もまた医学出身の教官が多いとすれば，これらの科目の授業が概ね医科大学の学生への教育法を短縮あるいは簡略化した方法であろうことは容易に推定される。また，各大学の教官による病理学・解剖学の教授法を記載してもらった結果を視

覚的なものにまとめた表1および2からも分るように，この2科目ではいずれも教官が多面的教育法の必要性を述べているにもかゝわらず，実際に行われている状況が必ずしもそうなっていないのは，やはり実行し難い条件が各大学あるいは各教官の側にあるということではなかろうか。

以上の如く，病理学・解剖学のように内容や組立ての確立された学問領域の科目においてさえ，看護系の大学・短期大学での教育にはなお検討の余地の多いことが今回の調査で明らかになった。要するに，これらの教官は“不満足ながら”の状態で教育を行っている人が多いということであろう。しかし，これらの不満足な点を現在の枠組内でより良い方向に改善することは，その作業を殆ど各教官の工夫努力に待つところが多いだけに必ずしも容易であるとは思われない。もし可能ならば，より高い視点からカリキュラムそのものに改変が加えられれば希望が持てそうであるが，今回の調査において大学（4年課程）に只1校のみ，在来の方法と異った教授法のとられている大学が解剖学の領域にみられた。新設の千葉大学看護学部であり，形態機能学Ⅰ・Ⅱ・Ⅲとして，解剖学・生理学・薬理学を一貫した教育として行うということである。わが国の看護学が，今後その学問的基盤を通して研究・教育の充実を志向する限り，このような看護基礎学の領域においても，さらに適切な教育法や教科書編纂について突込んだ内容の検討が行われる必要があるように思われる。

看護学総論は看護学領域独自の看護基礎学とわれわれは理解している。昭和42年に指定規則の改正（いわゆる新カリキュラム）が行われて以来，看護学総論の考え方・内容・組立て・実施などについては多くの文献がみられる。国立大学教育学部の特別教科（看護）教員養成課程が主催して行っている四大学看護学研究会でもこれまで2回程シンポジウム演題として看護学総論の検討が行われている。指定規則ではその内訳を，看護概論・看護技術・総合実習に規定しているが，実際に調査した結果では記載された看護学総論の内訳・科目名・配当時間等において極めて多彩であった。従って，それら全体の内容として指定規則の条件を満しているものと理解される。前記のように，看護学総論は現在の時点までなお，その内容や位置づけについて検討され続けている事情もあり，今回の形式の調査で病理学・解剖学と同様な分析をすることは却って誤った判断を招くおそれもあり不適当であることが痛感された。

調査結果の章では，本調査からまとめられた集約的な結果数種のみを紹介しているが，例えば表9に看護学総論の範疇ないしは関連科目とみなされている開講科目の記載をみても，看護学総論としての内容理解がいかに裾野の広いものであるかが判る。また，開講時間数が極めて広い範囲に亘っていて必ずしも指定規則の時間を満していないことは，看護学総論が内容的に多くの科目に分散されていることを示すもので，やはりこの柱のもつ多面性を表わしていると云えるであろう。これらのことは現実にも検討が行われている如く，看護学総論に或る整理・統合が必要なことを示唆するものかも知れないが，例えば採択する看護論の如きは多彩であることに意義の賦与されることも考えられることから，まとめて云えば概論・技術・実習の各領域において有効な分類や再整理が必要ということになろう。

終りに，今回の調査では看護系の大学と短期大学を共通の調査対象としたため，質問紙を作る段階において両者の条件を調整するのに困難があった。特にカリキュラム表（質問紙1）の基準として保助看法の指定規則による分類を択らざるを得なかったことは，大学独自の理念に基いて独自のカリキュラムを実施されている大学には大変回答しにくい質問紙となり，迷惑をかけた点が多いのではないかと恐れている。今回の調査は看護基礎学でも著者らの専攻背景に関係のある一部の科目に限られたが，できれば他の基礎科目の教育状況も類似の問題を内包するものか知りたいところである。また，外国の看護系大学における教育内容の実態も知って比較したい願望をもっていたが果

せなかった。なお，看護学総論の調査結果はさらに視点を変えて別途報告する予定である。

V　まとめ

全国の看護系大学ならびに短期大学を対象として看護基礎学の科目とくに病理学・解剖学・看護学総論の教育状況について調査を行い，5大学（4年課程）と29短期大学（3年課程および2年課程）から回答を得た。

1. 調査は質問紙形式で行い，次の4種類の調査用紙に各科目の担当教官が回答されるよう依頼した。

   質問紙1：看護基礎学全体のカリキュラム
   質問紙2：　病理学
   質問紙3：　解剖学
   質問紙4：看護学総論

2. 看護基礎学全体のカリキュラムでは，その開講時間数において，特に短期大学（3年課程）で保助看法・指定規則の影響が強く認められた。しかし，全体としては各大学・短期大学共開講時間数において大学間の差がみられた。
3. 病理学・解剖学の教育については，多くの担当教官が多角的な教育法を希望しているにもかゝわらず，実際の教育は必ずしもそのように行われ難い事情にあることが分った。また，両科目共現在の開講時間数に対して不足と感じている教官が多かった。
4. 病理学・解剖学の教育は殆ど担当科専攻の教官で行われている。但し，専任講師：非常勤講師の比率は病理学22：12，解剖学12：21であった。
5. 教官が使用している病理学・解剖学の教科書については，病理学では内容の整備改善の必要性を説く教官が多いのに比べて，解剖学では現在出版されている教科書に満足を示す人が多かった。
6. 看護系大学・短期大学における，看護学総論以外の看護基礎学の教育の改善についても，今後専門的な検討の必要性のあることを述べた。
7. 看護学総論の教育内容は，指定規則の枠があるにもかゝわらず，各大学・短期大学における実施の時間数・科目名・内容等が極めて幅広く多彩であり，この柱の内容に対する理解の裾野の広さが窺われた。
8. 看護学総論の教育は今回の形式の調査において，その実態を把握するになお充分の成績を得ず，位置づけ・内容・組立て・実施など基本的な問題で検討の続行される必要性のあることを述べた。

終りに本調査の実施に当り，御多忙の中を御協力いたゞきました各大学・短期大学，ならびに質問紙への回答を担当されました各専任講師・非常勤講師の先生方に深く感謝の意を表します。

本論文の要旨を第61回　四大学看護学研究会総会シンポジウム　において発表した。

参考文献

1) 篠沢公平・水野祥太郎・徳平滋：3年制看護短大発足を語る　看護教育，8（5），6－13，1967
2) 徳平　滋：社会的要請に基く教育体制　－国立3年制短大発足の意義－　看護教育，8（5），21－25，1967
3) 林　秀：2年制短大の教育とその方向　看護教育，8（6），11－14，1967
4) 橋本秀子：琉球大学保健学科における看護教育について　保健の科学，15（7），397－421，1973
5) 高橋百合子：愛知県立看護短期大学における看護教育の現況，X.看護学総論指導の展開と考察（その3）　看護教育，14（9），602－608，1973
6) 田島桂子：看護学総論　－その教育内容の再検討　看護教育，17（7），406－416，1976

7) 波多野梗子：小野寺杜紀：看護学総論指導の方法と応用(1)　看護教育，17(7)，417－424，1976
8) 石川稔生（研究代表者）：大学における看護教育課程に関する総合的研究　昭和51年度文部省科学研究（総合研究Ｂ）班報告
9) 日野原重明（研究代表者）：看護系大学の教育課程に関する総合的研究　昭和52年度文部省科学研究（総合研究Ａ）班報告
10) 宮入正人（研究代表者）：看護系大学の設置基準に関する総合的研究　昭和52年度文部省科学研究（総合研究Ｂ）班報告
11) 松岡淳夫：看護学総論の検討　四大学看護学研究会雑誌，1(1)，14－22，1978
12) 小島操子：日本とアメリカにおける看護教育のカリキュラムに対する規準の比較検討　四大学看護学研究会雑誌，1(1)，23－31，1978
13) 仲田妙子：アメリカ合衆国の看護大学におけるカリキュラムはどのように作成されているか　ワシントン大学看護学部のカリキュラムを中心として　看護教育，20(4)，216－227，1979
14) 木場冨喜：総合大学における一般教育と看護教育　看護教育，20(10)，588－596，1979
15) 草刈淳子：看護基礎学の位置づけとその役割（第6回四大学看護学研究会，シンポジウム要旨）　四大学看護学研究会雑誌，3（臨時増刊），14，1980

シンポジウム　看護基礎学と臨床看護

看護基礎学の位置づけとその役割

Studies on the role and construction of Fundamental Sciences for Nursing Research and Education

千葉大学教育学部
Faculty of Education, Chiba Univ.

草　刈　淳　子
Junko Kusakari

1　「看護基礎学」の用語について

看護学が，単なる看護技術の習得のみならず，Human Care を研究する科学であるという認識は，今日，看護（学）教育に従事するものの一致した見解であると思われる。

四大学においては，開設当初より「看護基礎学」の柱が設けられており，看護学の科学的基盤を構築する重要な部分として，その充実を意図してきた。

従来の基礎的看護技術を中心とした，いわゆる「基礎看護学」とは異なる視点から，看護学研究への新しい展開を試みてきている。

しかし，その後に発足した看護学部の講座名やカリキュラム，あるいは「看護系大学設置基準（案）」の中には，この「看護基礎学」という用語は用いられていない。

このことは，我国における大学看護学教育全体の中で，未だこの用語及び概念が確立するには至っていないことを意味している。

事実，この部分を，「基礎看護学」として定着させていきたいとする意向も一部にあり，今後の看護学を展望する時，その用語及び概念的位置づけをめぐって一つの論点となるものと思われる。そこで今回これらに関する私見を述べ，今後の参考に供したい。

2　看護科学論と看護基礎学の位置づけ

1）看護の科学

看護界で，近年ほゞ日常的に同義語として用いられている看護理論・看護の科学・看護実践理論及び看護知識などの用語について，L. O. Walker は，これらの用語の間には，一種の階層的な関係がある点を指摘し，次のような整理を試みている。[1)]

看護用語の階層性（L.O. Walker, 1971）

1.　看護知識
1. 1.　看護理論
1. 1. 1.　看護の科学
1. 1. 2.　看護の実践理論（原則）

Walker によれば，看護知識は最も総括的な概念であり，看護理論は，看護の科学と看護実践理論（厳密な意味ではこの言葉はおかしく，むしろ実践の原則ともいうべきもの）から成るという。

学問は，基本的には，Logos（ことば）によって学ばれるわけであるが，看護領域における独自の学問的抽象概念の不在あるいは厳密さを欠く用い方については，研究者の指摘するところとなっている。[2)]

看護を独立科学たらしめようとする積極的な努力は，1950年代からすでにみられるが，1965年にはアメリカ・カトリック大学看護教員からなる「看護モデル委員会」（the Nursing model Committee）によって，さらに1968年にはOremらを含む看護開発協議会 the Nursing Develop-

ment Conference Group＝NDCG がそれを引継ぎ，看護独自の言葉，看護の新しい概念形成及びその体系化，すなわち Conceptual Formalization を図ってきたことは特記される。[3]

ところで，現代科学は，いずれも Logical，Digital，Analogue の三側面を同時にもつと考えられているが，各学問領域の特殊性から，品川は，次のような類型を示している。[4]

- 演繹科学 … Logical 科学 … 論理学，数学，力学 etc
- 経験科学 …
  - Digital科学 … 物理学，化学 etc
  - Analogue 科学 … 医学，生物学，経済学 etc

科学の類型

（品川嘉也，医学教育 Vol．7，No．2より）

看護学は，医学・生物学と同様にパターン認識が重要であり，形式論理とは違った類型論理が，看護の理論的体系化を促進する上でその中心となるものと思われる。

科学が，とりも直さず人間の意味発見のための絶えまない努力であるなら，看護学は看護の意味づけを行なっていく上で，それを容易にする上で有効な概念枠組を持たねばならない。

規準 Criteriaの設定や分類 Classification の項目がそれぞれ異るため，共通認識が得られず研究の積み上げが成されてきていない現状をみる時，看護領域におけるこの面での研究の必要性が認識される。

一方，看護を行なう手がかりとして，人間の行動に着目した D. Johnsonは，看護に必要な知識には，人間が刺戟に対してどう反応し，緊張をどう表現するかという人間側の知識と，どのような方法で緊張を軽減できるかという看護ケアの方法・手段に関する知識があるとしている。前者は医療従事者に共通のものであり，Johnson は，後者を特に「看護の科学」としてとらえている。[5]

伝統的に極めて技能的実践色の濃い看護（学）から抜け出し，看護そのものを科学的に認識し理論科学を打ちたてようとする試みは，さまざまな角度からなされてきている。

こうした技術論から理論科学への脱皮の過程は，単に看護領域のみならず，教育学及び農学その他の学問分野においても同様であったものと思われる。ことに私共にとって身近かな教育学が，教育現場にすぐに役立つ教育技術を教訓（advice）の形で重宝に授けていた教育学から，教育そのものを科学的にとらえ，理論科学として，心理学及び社会学の基礎知識をもとに体系化を図ってきている過程をみるとき，その類似性の多いことにおどろく。

教育を科学的に考察することを提唱したデュルケムは，教育と教育学（Pedagogie）とは，慎重に区別されるべきであるとしている。[6]

建築と建築学，農業と農学，医療と医学そして看護と看護学においても，これと同様のことがいえるであろう。

看護界における多くの混乱が，この看護学 Nursology ともいうべき理論的知識と，看護の実践的知識との間の差を区別できないことから起っている事実を，先の Walker も指摘している。

Macciaは，「教育とは何か？」についての分析カテゴリーを応用して，看護における3つの異なる側面を次のように示している。[7]

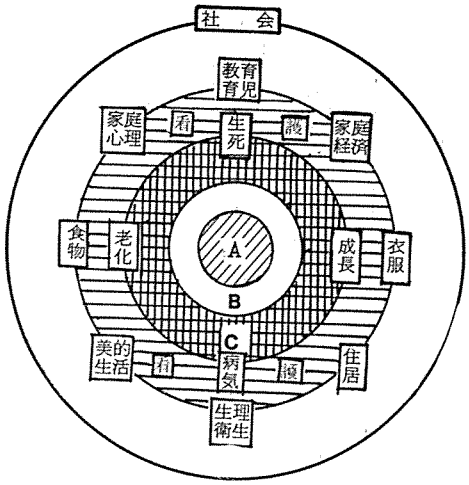
① 看護において何が起っているか？
（科学的質問様式）

② 効果的な看護とは何か？
（実践的質問様式）

③ 価値ある看護とは何か？
（哲学的質問様式）

これらは，大学において看護を学問として研究し，理論化を図っていく上で貴重な指摘といえよう。

ところで，看護にとっての基礎科学となりうるものを考える上で1つの足がかりとなるものに，図1のようなモデルがある。[8]



(1) Aは生，人間に普遍なもの
(2) Bは家庭生活主体者，家庭をつくる主体
(3) Cは家庭生活
(4) 家庭生活において，生死，成長，病気（怪我），老化は本質的なもの
(5) それらと密着するおもなる生活様態－育児・教育・生理・衛生・衣服・食物・住居・家庭の心理・家庭経済・家庭の美生活・・・－である。
(6) さらに，家庭生活は，社会・国家・世界のなかにある

図1. 家庭生活における看護の位置づけ
（「生活人間学」溝上泰子著）から草刈が一部修正したもの

これは，生活者としての人間をとらえたものであり，人の生死・成長・病気・老化に関するものは勿論，これらに密着する主な生活様態としての教育育児，衛生生理，衣服，食物，住居，家庭心理，家庭経済，美的生活にも看護が関ってくることを図は示している。

Walker が，看護の構成要素として掲げている次の四要素とからめて考えると，家族の問題も含めて一つの拡りがえられるように思われる。

〈看護の構成要素〉

① Care をする人
② 健康上問題を持っていて Care をうける人
③ Care が行なわれる環境
④ 目的とする状態，つまり福祉安寧

看護学におけるこれら諸科学の位置づけについては，看護系大学設置基準（案）の中では講座制と学科目制として表1のように対比している。

以上の様な事柄に基づいて，筆者は看護基礎学の位置づけを図2のようにとらえたい。

一部はすでに第3回四大学看護学研究会（於熊本大）において松岡により私案として提示されているが，[10] 看護を独立科学とするためには，各種基礎科学の単なる寄せ集めから脱皮して，看護独自の視点を是非とも持たなければならない。そのためには，基礎科学を看護基礎学の中にとりこみ吸収し，看護自体のものとしていく必要があり，この点を強調したものである。ただしここでは基礎科学となりうる個々の名称は省略した。（この点については，別の機会に述べたい。）

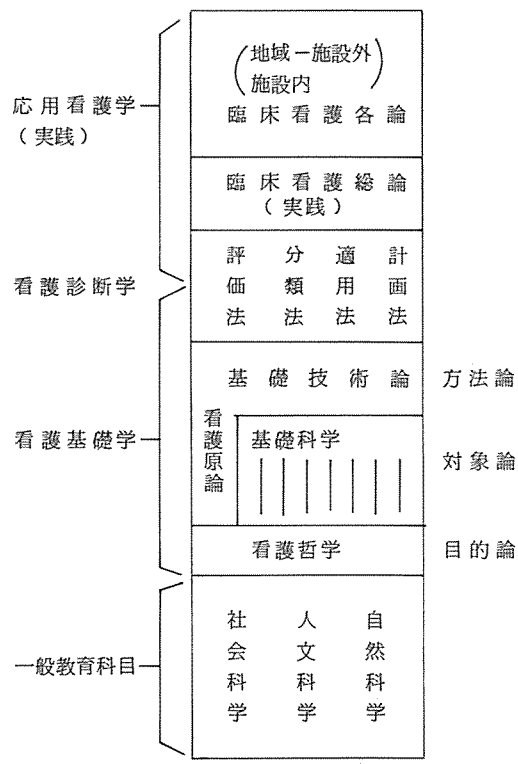


図2 看護基礎学の位置づけ（試案）

表1　看護系大学設置基準　（案）

― 教育研究組織 ―

講座制

- Ⅰ 心身の機構に関する講座
  - 構造、機能、
  - 代謝、栄養
  - 病態（微生物、病理）
  - 人間発達
  - 精神心理
- Ⅱ 生活環境に関する講座
  - 社会生活環境
  - 物理、化学、生物的環境
  - 疫学、統計
- Ⅲ 基礎看護に関する講座
  - 哲学（含歴史）
  - 人間（人間生物的側面）
  - 環境（生活環境的側面）
  - 人間関係（社会心理的側面）
- Ⅳ 臨床看護に関する講座
  - 小児
  - 母性（含助産）
  - 成人（内科系、外科系、精神）
  - 老人
- Ⅴ 地域看護に関する講座
  - 学校
  - 産業
  - 家庭
- Ⅵ 看護管理に関する講座
- Ⅶ 看護教育に関する講座

教育研究組織

- Ⅰ 心身のしくみとはたらき（正常と異常）
  - 構造、機能
  - 代謝、栄養
  - 病態（微生物、病理）
  - 人間発達
  - 精神
- Ⅱ 人間の生活と環境
  - 社会人類学
  - 生活環境科学
  - 疫学、統計
- Ⅲ 社会が健康を維持するシステムとサービス
  - 保健行政 ｝保健医療のシステム
  - 社会福祉 ｝（管理）
- Ⅳ 看護の基礎
  - 人間側
  - 環境側
  - 人間関係
  - 哲学（含歴史）
- Ⅴ 対象の特殊性に対する看護
  - 小児
  - 母性
  - 成人
  - 老人
- Ⅵ 看護の場と活動に関するもの
  - 産業における看護
  - 学校における看護
  - 家庭における看護
  - 看護管理（施設内看護）
- Ⅶ 看護教育

学科目制

（関連学科目）

- Ⅰ 心身の正常と異常のしくみ
  - 人体の形態と働き（栄養、代謝を含む）
  - 病気のなりたちと治療
  - 人間の成長発達
- Ⅱ 生活と環境
  - 生命、生存、生活の科学（人類生態）
  - 疫学、統計、情報科学
- Ⅲ 保健と社会
  - 健康を維持する社会のしくみ
  - 健康管理、健康教育
  - 社会福祉、社会保障、保健行政
  - 家族

（主要学科目）

- Ⅰ 看護の基礎
  - 基礎理論
  - 基本技術
- Ⅱ 看護の応用
  - 母性
  - 小児
  - 成人Ⅰ　内科系
  - 成人Ⅱ　外科系
  - 老人
  - 精神
  - 地域
  - 産業
  - 学校
- Ⅲ 看護管理（施設及び地域を含む）
- Ⅳ 看護教育

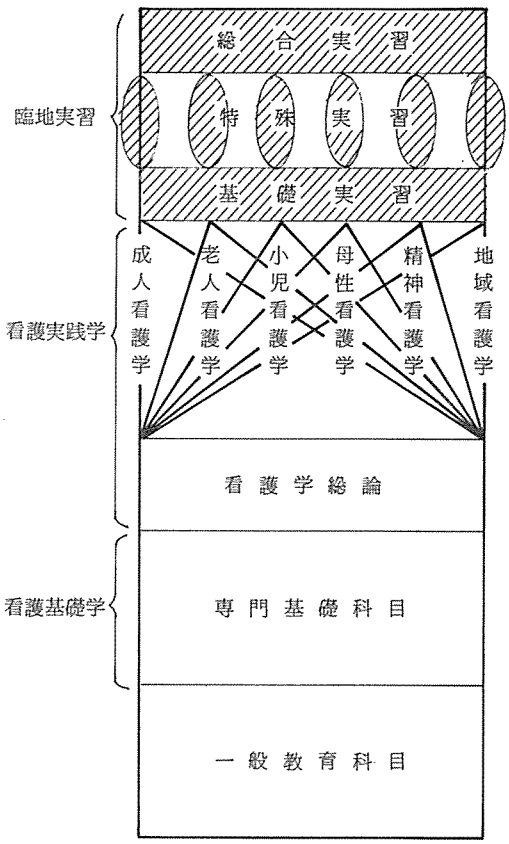


図3　看護基礎教育の全体像

ところで，看護基礎教育の全体像については，すでに図3のような構成図が示されかなり浸透しているようである。[11]しかしここでの「看護基礎学」は用語としては同じではあっても，冒頭で述べたような四大学において考えているものとは異っていることは明らかである。看護学総論を看護実践学の基盤として位置づけている点については，現在の看護学総論の中には，実技も含めて基礎と応用の両者が混在しているため，今後これらを基礎的理論の部分は看護基礎学へ，応用要素の強いものは，臨床（実践）看護総論として整理していくことが必要であると考える。その点からも用語及び概念の再検討・再点検が望まれる。

看護技術といえば直ちに"身体的ケアに伴う手技又は手順"を考える考え方は未だに根強いが，看護診断の技術も，さらにまた従来欠落しがちであった他の様々な技術も要請されている今日，看護基礎学で研究すべき問題は山積しているといえよう。

Ⅲ　看護基礎学と臨床看護

近年，看護の科学化をめざして，従来伝承的になされて来た看護技術について，実験的手法により自然科学的解明を図ろうとする努力がなされつつある。[12)13)14)15)] かって教育学が独立科学となるために先ず心理学的実験的手法を用い，ついで社会学的実証を試みてきた歴史と相通ずるものがある。今回のシンポジストの発表もその一例と思われる。

そこで筆者は，これとはやや違った観点からいくつかの事例を通して，看護基礎学と臨床看護とのつながりについて，考えの一端をのべてみたい。

1例は，同一患者でありながら，看護者の関り方の違いによって，患者のとる保健行動が明らかに異ってくる例である。慢性疾患患者への自立援助では，いわゆる看護技術の中心とされる身体的援助そのものよりも，むしろ他の技術がより多く要求されてくる。見藤による「逐語記録からの学び」は，そうした技術が，従来の身体的ケアの援助に優るとも劣らない重要な技術であることを如実に示している。[16)17)18)]

（参考）　『逐語記録からの学び』より

症　例　慢性腎不全の患者（♂）49才，呉服商経営

（経過）

昭和47年に発病，48年に尿毒症で某大学附属病院へ入院。入院時より腹膜〇流開始。50年現在週5日間実施し，週末に自宅外泊。

2年間の長期入院で医師及び看護婦には"水分制限の守れない患者"として札つきであった。

（M氏の経過一覧）

M 34　：もうとにかくね，ボクにいわせると，あんなの（医師など）人間じゃないと。だから，今にみていろと，てめえら，たゞじゃおかないぞ。本当にそう思っているね，今でも

ボクは....

M 35 ：もういゝ方なんてね，目つきったってね。人にものをいうような言い方じゃないよ。えゝ，あんなことがね，今ね，許されていゝかってことですよ。

M 47 ：やっぱり，ウサを晴らす場所がないわけですよ。（中略） 幸い，聞きにこられたからね。迷惑だね，とんだ話を聞かせちゃってね。

M 89 ：「よし飲まないでいよう」という自分と，片方のもう一方の心とが.....
体の中に２つあるような気がするね。

M 517 ：（前略） いちいち注意されるっていうのも，いいもんじゃないですね。（後略）

M 590 ：（ 〃 ） “飲むな” というと飲みたくなる。

M 591 ：もうあれですか。あの，看護婦さんになって長いですか？

M 592 ：そうですか，いやあ，なんにしても相当ベテランなんだ。
（.....させようとしない”T看護婦の姿勢に徐々に患者は変化を示す。）

M 676：「飲んじゃいけない，のんじゃいけない」と云われてじゃなくてね，やっぱりまあ，自分でやっぱり気を付けてね，やってくちゅうことじゃないですかなあ。

M 680 ：ですから自分で注意しなくちゃダメですね。云われてやるんじゃなくて. ··· 期間がかゝってもですね，そういうようにやっていくことですね。

M 801 ：今度，ボクが経験して初めてそう思うね。心を替えれば（水分制限を）大変とも思わないし，無理とも思わないし，それが当り前になっちゃう。··· （後略）

M 839 ：いゃあ，水飲みたさに，そのう，色々とまあ，そのう，都合のいい解釈を（自分で）していたわけですね。えゝ，だからねじくれていたっていえば，ねじくれていたんですよ。（ボクは）。

49才の慢性腎不全患者M氏は，２年間の入院中，医師・看護婦にとって水分制限を守れない札つき患者であった。T看護婦との関りの中で最初医師や看護婦に向けていた怒りや反発は，M氏を受容し，飲むなと一言もいわないT看護婦の前に徐々に変化し，「云われてするのでなく時間がかゝても自分で注意しなくてはだめだ」と自らの非を悟っていく。そして更に，「心を入れかえれば，水分制限など，ムリでもなく当り前にできる」とさえいゝ，６回の面接の後には，水飲みたさにねじけていた自分であったことを直視できる迄に変容している。

人は，変容に結びつく様な場が与えられると自ら変化し成長していけるといわれる。

T看護婦は，特に何かをしたわけではないが，患者自身が「自己洞察変容の過程」[19] をたどる場を提供していたといえる。

この事例は，看護の基本としての対象把握・対象の理解そして患者との相互作用について基本的な問題を示している。

相手の気持が「わかる」あるいは場の雰囲気の流れが「わかる」····· つまり感じとる力は sensitivity（敏感性）とよばれ，教師にとって極めて大切な資質といわれるが，[20] 日常生活に直接関ることの多い看護婦にとっては，より重要なものと思われる。

ナイチンゲールは，すでに 100 年余り前に観察について「看護婦の訓練の中に最も重要な部分として組み入れられなければならない」とのべ，真相がとらえられないのは観察不足の結果であることを指摘している。

さらに，「身についた正確な観察習慣は，それだけで役に立つ看護婦になれるとはいわないまでも，それなくしてはわれわれがいかに献身的に働いても役に立たない，といって間違いないと思われるからである。[21]」とのべ，患者の真相を把握することの重要性を強調している。

従来の看護総論での人間理解は，対象の理解のためだけであり，看護者自身の人間としての視点が欠けているため，論者は，大学課程の一年後期から始る看護学概論の導入部で“Nursing Person”に関する学習を心がけてきた。[22] この敏感性は，sensitivity trainingによって形成獲得

されるといわれているが,[23] 臨床看護につながる問題として看護基礎学で検討していくべき課題の1つと考える。

第2例は，看護婦がある状況下で，一つの看護行為をえらびとる際に関わる要因についての検討である。これは，三年次の学生が看護学総論の学外実習で初めて患者のケアをした時に実際に指導した事例である。

下咽頭癌の術後の重症受持患者からナースコールがあり，患者が発語できないため，学生は直ちに病室に急行した。念のため学生の後を追って病室に入った途端目に入った光景は，尿であふれたゴム便器と，県命に腰を浮かしてこらえている患者の姿であった。殿部は勿論，寝衣，横シーツ全てがびしょ濡れであった。ともかく患者の体を支え，その間に学生にゴム便器をとり除かせ，あとはスタッフナースと共に学生が体をふき，寝衣やシーツの交換を終えて一応落着した。

学生がゴム便器を使った理由を問うと，「老人であり，体への圧迫が少いからえらんだ」ということであった。

確かにこれも選択理由の1つといえよう。

しかし，前日の申し送りの際に筆者がチラリとみた温度板に記載されていた尿量は，2400 cc であったから，そのことを把握していれば多尿として対処できた筈であることを指摘し，洋式便器の使用の検討を示唆した。

翌朝早々に同病室を訪れると，「洋式便器を使用して下さい」と大きく朱書きされた紙がオーバーベッドテーブルに貼られていた。前日筆者が学生に示唆したことと，病院スタッフの考え方が同一であったことを学生は確認した。しかし，学生は，「実は自分の前後にも病院のスタッフナースが同一患者で同じ状態を何度か招いていた」ことを告げたのであった。

この事例は，現場の忙しさを倍加させている潜在的な問題があることを改めて気付かせる契機となった。

つまり，排泄への援助は，当然のことながら，単に便器のあて方の技術的熟練のみならず，患者の年令・性別・体型別・好みや慣れ・輸液量と尿量など，さまざまな情報の中で，その時点で何を優先情報として使うかという論理的思考に基くものであり，その判断を誤ると，切角の援助技術が援助として成り立たないということをこの事例は示している。

これは単なる排泄援助への一事例にすぎないが，多忙な現場で，適切な援助方法をみつけ出すまでに，3度も同じことをくり返さなければならなかったという事実は，看護教育の面から問い直されるべきであろう。臨床経験からのみの援助技術の習得方法は，悲しむべき経験主義といわざるを得ない。

これは経験しなくとも当初から予見できることであり，看護婦の適切な援助方法の選択により患者に不用な苦痛や不安を与えずに済み，それこそが援助に値するのだと考える。

こうした面から改めて看護援助の技術を考える時，みじめな実践にならないためにも，単なる手順や手先きの技術「やり方」だけであってはならず，何を優先させて1つの看護行為をえらびとるのかという「観点」をこそ学ぶべきであると考える。[24] その意味で日常生活の援助の基本技術に関わる要因を構造的に把え，それに対応できるように教えることが重要なことを示唆された事例であった。

第3例は，昨年，退院後の人工肛門造設患者の生活実態調査をしたところ，一般に退院後6ケ月で生活自立が可能とされている[25]にも拘らず，多くの人々が日常生活上，何らかの問題を抱えていることが判明した。[26] 退院後の指導を受けながら，約半数が「わからなかった」と回答し，現に退院後の生活に支障を来しているこの実態を直視し，入院中から退院へ向けての計画的な指導のあり方について改めて検討した事例である。

オレムの基礎的看護システム[27]（図4）ならびにM. De. Le. Bow の患者行動の変容の基本情報の考え方[28]をもとに，人工肛門造設術に伴うそ

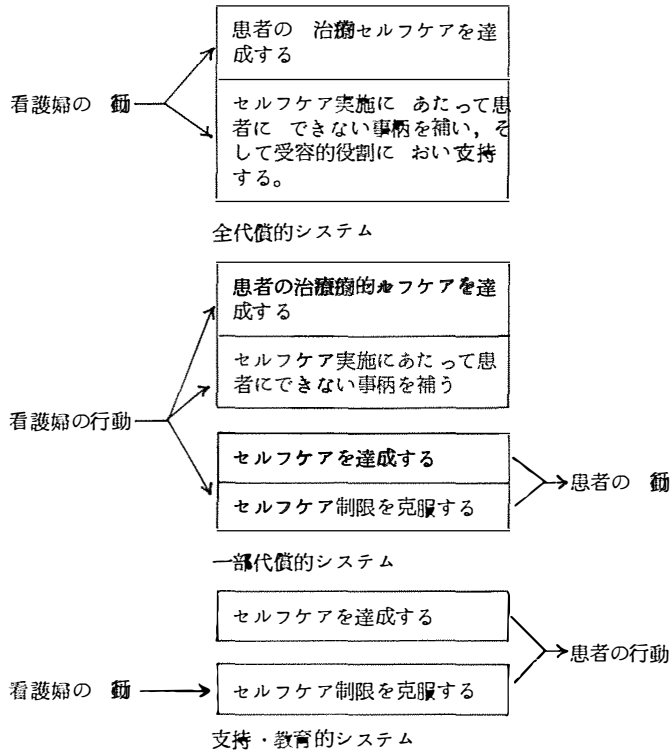


図4　オレムの基礎的看護システム
（草刈による一部修正）

れぞれの経過段階において，何によりどう判断し，次に移すかという“セルフケア自立のための行動変容モデル”を図5のように創案した。

これは1つの例示にすぎないが，オレムの基礎看護システムの全代償的から一部代償的・支持教育的システムに到る一貫した見通しと，それぞれの時期における基本情報とその活用，さらにセルフケアとして患者自身の行動へと移行させていく経過の中で，看護婦の役割が徐々に変化し，それに伴いそこで要求される技術の質が変化していくことが一見して理解されよう。その意味で，患者の行動への矢印の方向を一部筆者が修正し，その観点を強調したものである。

	予定日	基本情報	看護行為	ステップ	患者行為
術前	（一週間前）	・人工肛門造設決定と，医師による患者への説明	・人工肛門に関する説明 ・造設後の生活に関する説明 ・人工肛門装具について説明	1 1 1	(1) 指導項目をステップをふんで，その日の到達目標を含んだ指導基準を作成する (2) 患者によって達成された行為を視覚化する
術後	2日	・人工肛門切開	・人工肛門装具について具体的説明	2	・到達目標と到達度から患者の自立状態が把握できる ・患者に応じて習得困難なステップを重点的に指導できる
	3日	・自然排便			
	4日	・医師によるバルンカテーテル抜去指示	・排尿訓練	1	
	5〜6日	・パック使用による医師による排便処理	・パック装着手順の説明	1	

術	7日	・腹部創全抜糸 ・坐位	・パック装着自立への指導	2
	8〜9日	・排便処理自立	・皮フ炎予防と処置の説明指導	1
			・人工肛門異常の説明及び処置の説明・指導	1
			・悪臭の原因説明と防止指導	1
	10日	・歩行開始 ・医師の許可	・洗腸療法の説明	1
			・洗腸療法の指導	4
後	15日	・常食	・食事と排便調整についての説明	1
			・食事と便の性状 〃	1
			・食事と排ガス・悪臭 〃	1
	退院前一週間	・医師による退院予告	・退院後の生活指導	1
		・包交終了と医師の許可	・入浴指導	1

ステップ	1	2
項目	準備〜便拭き	消毒〜後始末
1日目	Pt	Nr
2日目	Pt	Pt

ステップ	1	2	3	4
項目	器具準備〜器具装着	フィンガーブジー〜洗腸液注入	腹部圧迫〜排便	全身の保清〜器具の始末
1日目	Pt	Nr	Nr	Nr
2日目	Pt	Pt	Nr	Nr
3日目	Pt	Pt	Pt	Nr
4日目	Pt	Pt	Pt	Pt

図5　行動変容プログラム（試案）

米国予防医学会議（The National Conference on Preventive Medicine）によれば，健康教育は，ライフスタイルの変化に至るべきものであり，次の四つの要素から成るとされる。[29]

すなわち，

① 情報提供
② 動機づけ
③ 技術的援助
④ 環境補強

基礎的看護システムの各期（ステージ）にこの4つの観点を照合する時，おのずからそれぞれの時期において，何が具体的になされるべきかが明らかとなってくる筈である。従って，この考え方は，臨床看護の実践現場で今後それぞれに適用できるものと考える。

おわりに

看護独自の仕事，看護独自の作用，それは日常生活の自立への援助であり，それに向けての具体的な技術化を図ることこそ急務と考える。すなわち看護が技術学として成立するための理論化を図ること，それが看護基礎学のなすべき仕事であろう。

「科学とは，観察しうるものについての実際的な研究であり，又その研究に立って観察されるであろうものを予見することなのである。」それゆえ「科学は，抽象論を排して現実に観察されるものの中からのみ，その体系を作り上げねばならな

い。」

「理論は実践を源泉とし，実践の要求によって発生し，そして実践過程において理論は実践に指針を与え，実践を調整し組織化する働きを果す。[30]」と科学論ではいわれている。

看護基礎学と臨床看護とをこのような関係でとらえ，僅かながら，手応えが感じられるようになってきたところである。

本論文の要旨を第6回四大学看護学研究会総会シンポジウムにおいて発表した。

文　　献

1) Walker, L. O. ：看護理論の概念のより明確な理解のために（Toward a Clearer Understanding of the Concept of Nursing Theory），看護研究Vol 6，№2，1973.
2) 波多野梗子：看護におけることば，看護，Vol 32，№1，1980.
3) 看護開発協議会著，小野寺杜紀訳：看護概念の再検討 Concept Formalization in Nursing－Process and Product，医学書院，1976.
4) 品川嘉也：医学教育における Integrated Curriculum としての基礎医学 － 人間生物学，医学教育 Vol 7，№2，1979.
5) 兼松百合子；ドロシー・ジョンソン － その看護モデルの成り立ち － INR，Vol 2，№3，1979.
6) デュルケム著，佐々木交賢訳：教育と社会学，誠信書房，1976.
7) Maccia, Elizabeth S：Methodology of Educational Inquiry. Bloomington, Indiana Univ. 1968，看護研究Vol 6，№2，1973.
8) 溝上泰子：生活人間学－新しい教育学，家政学への提言，国土新書，1974.
9) 宮入正人他：看護系大学設置基準に関する総合研究，昭和52年度文部省科学研究総合B.
10) 松岡淳夫：看護学総論の検討，四大学看護学研究会雑誌，Vol 1，№1，1978.
11) 薄井坦子：看護基礎教育の目標と内容，昭和50年度日本看護協会看護問題研究会
12) 氏家幸子：病床気候に関する臨床的研究，看護研究，Vol 12，№2，Spring 1979.
13) 山口公代他：基本的体位の体圧と枕によるその変化，看護研究Vol 11，№4，Autumn，1978.
14) 木場富貴：身体・ベッド間の温度・湿度に関する研究(1)・(2)，看護展望Vol 3，№1及び№7，1978.
15) 木戸上八重子他：日常生活行動負荷に関する実験 － 仰臥位洗髪の労作度，看護研究Vol 13，№2．Spring．1980.
16) 見藤隆子：逐語記録からの学び，看護学雑誌，Vol 40，№3，1976.
17) 武谷久美子：慢性疾患患者を自立の方向に促すための看護面接による事例研究，看護学雑誌，Vol 40，№3，1976.
18) 吉沢淑子：私のとらえていたM氏，看護学雑誌，Vol 40，№3，1976.
19) 横山定雄：自己洞察変容の過程，地域保健，№3，1974.
20) 伊東　博：人間中心の教育 － 教師の自己変革をめざして，明治図書，1977.
21) Nightingale. F. 湯槙ます他訳：ナイチンゲール著作集，看護覚え書，Notes on Nursing－What It Is and What It Is Not，現代社，1977.
22) Gasmin／Trigstad，Behavioral concepts and the nursing process，Mosby，1979.
23) 伊東　博：感覚訓練とコトバによらないコミュニケーション(1)，(2) 授業研究，明治図書，№11，№12，1973.
24) 嶋森好子，一つの看護行為を選びとるまで，看護，Vol 32，№3，1980.

25) Hollender：Functional Recovery from Cancer Surgery, Arch. Phys. Rehabil, 60：48, 1979.
26) 小村尚子，草刈淳子，渋谷禎子：人工肛門造設患者の退院後の生活適応の実態とその問題，東大医学部保健管理学研究会発表（1980. 12. 22）.
27) Orem, 小野寺杜紀訳：オレム看護論，医学書院，1978.
28) Michael D. Le Bow著，大久保幸郎訳：患者行動の変容，医歯薬出版株式会社，1978.
29) A. R. Somers，健康とライフスタイルと行動変化：健康教育への挑戦，p 119，NIKKEI MEDICAL，№11，1978.
30) 井尻正二：科学論，築地書館，1973.

正確な注射法指導のための基礎的研究
——皮下，筋肉内注射針刺入深度——

弘前大学教育学部看護学科

大　串　靖　子

I　はじめに

看護基礎学という用語は看護の教育課程（カリキュラム）の中で，解剖学や生理学など主に医学の科目を総称して使われている。すなわち教育のために必要な専門基礎科目を意味しているわけである。

看護実践（このシンポジウムのテーマでいえば臨床看護）の基盤に看護学が必要であるとされながら，これまでのところ看護学というのは教育のために構成された看護学総論，母子看護学，成人看護学など授業科目のことであり，しかもこれら看護学の目標はすべて看護実践におかれ，その中で解剖学や生理学は実践の基盤としての看護基礎学として了解されていることが多い。

授業科目である看護学を離れ，わが国で看護学の体系化を考える人の中で波多野[1]は看護技術学と看護管理学からなる体系論を提示しているが，筆者はこの機会にあえて教育課程の看護学を一応離れて看護実践学と看護基礎学の構想を提案してみたい。

看護実践学とは表1に示すように，看護は実践の科学とする現実の看護学のあり方に近いものであり，対象とする人々の心身の安楽や可能性の向上へむけて，看護技術や看護行為を中心に追究してゆくものと考えられる。これに対して看護基礎学は文字通り看護実践(学)の基盤となるもので，対象は究極において人間におかれるものの必ずしも直接人間とかかわらない部分をも包含し，かつ実践学が人間性なり人間生活を総合的にとらえてゆくのに対して基礎学では時として分析的になり細分化してゆくこともありうると考えられる。

表1　看護学体系の一構想

	看　護　学	
	看護基礎学	看護実践学
対　象	看護実践の方法	
目　的	方法の理論化	方法の適用化
方　法	より分析的	より統合的
活　用	看護実践へ 実践的研究へ 看護教育へ	看護実践へ 看護教育へ

現在までに行われてきた看護研究の主題や方法を分類すれば実践的なものと基礎研究的なものとがあり体系化が可能かもしれないが，看護学体系化のためには，実践と基礎研究あるいは実践的主

共同研究者
旭川医科大学附属病院　半　田　聖　子
弘前大学教育学部看護学科　今　　充

題と基礎的主題の両方を同一の個人なりグループが扱うことに自ずと限界があるし，一面からいえば実践尊重の観点から直接患者を対象とせねば看護学ではないというような視点のおきかたが，実験的研究を含む基礎的研究や看護基礎学の発展に限界をつくってしまっているとも考えられる。人間性，人間の生命，人間的生活の尊重はいかなるときも保証されなければならないとしても，看護実践へ直接に貢献する道だけでなく，その基盤をつくるための，遠まわりな基礎的研究の道をも進まなければ看護学の体系は片手落になるものと考えられる。ここに看護学の体系化をめざす意味で基礎的研究の一例をのべ，この考えの具体的な説明としたい。

Ⅱ　研究事例

1. 主題：皮下，筋肉内注射における注射針刺入深度の一考察

2. 目的：皮下，筋肉内注射の刺入部位については神経や軟部組織の損傷防止の観点から赤石ら[2]によって，又河西ら[3]によって解剖学的に検討が行われているが，注射針の刺入深度は肥満度の個体差も関係し明確に記述されたものがほとんどない。看護学関係の成書[4)〜18)]を通覧した結果，深度を示したものは稀であり，部位のつまみ方や刺入角度，用いる針から判断する他はない状況である（表２）。文献からみてもＸ線によって軟部組織を撮影した例[19]，死体解剖によるもの[20]，注射針刺入時の筋膜通過の手応えから[21]厚さや到達深度を論述したものが若干あるのみである。本研究の目的は皮下脂肪の厚さ（以下，皮脂厚と略す）を実測し皮下，筋肉内への正確な刺入深度を求めることである。

表２　皮下，筋肉内注射の注射針刺入深度に関する文献記載例

文献名（年版）	皮下注射				筋肉内注射			
	使用針	部位保持法	刺入角度	刺入深度	使用針	部位保持法	刺入角度	刺入深度
1. 看護学大系１（昭43）	1/3，1/2針	上からつまむ 下からつまむ	30〜45°		1/2，1/1針		90°	針を全部入れない
2. 写真でみる看護の基礎技術（昭46）	1/4，1/3針	皮膚を伸展	30〜45°		1/2，1/1針	皮膚を開くよう圧迫	90°	
3. 臨床看護学Ⅰ（昭49）		大きくつまむ	上腕骨に平行			筋肉をつっぱる	90°	針の2/3まで刺す
4. 看護学教育全書Ⅰ（昭49）	20〜24 G （2cm，3/4インチ）	つかむ	60°	1.5cm （太った人2cm以上 やせた人1cm）		皮膚を伸展 （引張る，握る，つまむ）	90°	
5. 系統看護学講座10（昭55）	23 G（1インチ）	つまむ，つかむ	20〜30°		21，22 G	皮膚を伸展	90°	
6. 最新看護学入門１（昭51）	1/3，1/1針 （21〜25 G）	皮膚を伸展	10〜30°	針は1/3出しておく	1/2，1/1針	筋をちぢませる	45〜90°	
7. 最新看護学全書13（昭51）	26〜25 G （1/4〜1/3針）	つまむ，つかむ 皮膚を伸展	10〜30° （上腕骨と平行）	針は1/3出しておく	22〜21 G （1/2〜1/1針）	皮膚を張る	90°	
8. 基本看護手順第１編（昭53）	24〜25 G	皮膚を張る	30°		21〜22 G	皮膚を張る，つかむ	90°	
9. 看護の原理と実際　第４巻（昭54）（翻訳）	24〜25 G （2cm，3/4インチ）		90°	1.5cm （太った人2cm以上 やせた人1cm）	19〜22 G （3.5〜6cm 1.5〜2.5インチ）	皮膚，皮下組織を引く	90°	
10. Basic Nursing Technique（1968）			45°			皮膚を下方へ引く	90°	
11. Fundamentals of Nursing（1969）	25 G（5/8〜3/8インチ）	つまみあげる	45°		20〜22 G （1 1/2インチ）	皮膚を下方へ引く	90°	
12. Textbook of Basic Nursing（1966）	24〜25 G （3/4インチ）	つまみあげる	45° （太った人は角度をもっと大きくする）		20〜22 G （1 1/2インチ）	皮下組織を圧迫	90°	
13. An Atlas of Nursing Technique（1971）		下方へ引っぱる	45〜60°			引きのばす	90°	
14. Fundamental Skills in Patient Care（1976）	25 G（5/8，1/2インチ）	つまむ	45〜90° （やせた人）（太った人）		20〜22 G （1.5インチ）	皮膚を伸展	90°	針長をごく少し残しほとんど刺入
15. 目でみる臨床看護技術（翻訳）（昭54）			30〜90°				90°	

（注）　1/3針とは外径（太さ）が1/3 mmであることを示す。　Gは Gauge の略。

3. 対象と方法：対象は18才以上の成人男女1,193例と解剖実習死体29例。方法は成人の方では左側上腕肩峰下3横指部（以下，肩峰下部）および上腕後側正中面の肩峰と肘を結ぶ線上の下1／3部（以下，上腕後側部）の皮脂厚を Keys skin-fold caliper で測定。解剖死体の方では左右クラークの点つまり腸骨前上棘と後上棘とを結ぶ線上の外前側1／3部の皮脂厚を注射針で測定した。

4. 成績：対象の体格を身長，体重から体格指数で算出した結果，成人男女の方は肥満ぎみ，解剖死体はやせぎみの体格であった（表3）。

表3　体格指数平均値

体格指数別	成人 1,193例		成人解剖体 29例	
	男	女	男	女
比体重	3.68 (0.5)	3.48 (0.5)	2.94 (0.5)	2.58 (0.5)
Kaup指数	2.25 (0.3)	2.31 (0.3)	1.81 (0.3)	1.74 (0.4)
Rohrer指数	1.38 (0.9)	1.53 (0.2)	1.13 (0.2)	1.18 (0.2)
体格分類	標準～肥満ぎみ	肥満ぎみ～肥満	やせぎみ	やせぎみ～標準

（　）内はSD

皮脂厚平均値は表4のように肩峰下部では男4.5（±1.9）mm，女7.7（±2.9）mm，上腕後側部では男3.2（±1.8）mm，女8.2（±3.3）mm，クラークの点部では男21.8（±8.1）mm，女26.2（±9.5）mmで，いずれの部位についても男は女より皮脂厚が薄いという著明な性差が認められた（P＜0.001）。（表4）

表4　皮脂厚　平均値（mm）
N＝1193，（殿部は29）

部位別＼性別	男	女
肩峰下3横指部	4.5(±1.9)	7.7(±2.9)
上腕後側，下1/3部	3.2(±1.8)	8.2(±3.3)
殿部クラークの点	21.8(±8.1)	26.2(±9.5)

ちなみに皮脂厚が5mm以下だった者の割合は肩峰下部では男62.2％，女14.1％，上腕後側部では男85.3％，女14.8％であった。（表5）

表5　体格指数と肩峰下部・上腕部皮脂厚との相関

部位＼体格指数		比体重	Kaup指数	Rohrer指数
肩峰下部	男	0.57	0.58	0.52
	女	0.66	0.63	0.56
上腕後側部	男	0.58	0.58	0.50
	女	0.70	0.67	0.59

体格指数と皮脂厚との相関関係を算出した結果は表5の通りで，上腕部では男女とも比較的相関がみられ，中でも比体重と皮脂厚の相関が高い。クラークの点部では男はいずれの体格指数とも有意の相関がみられず，女は比体重，Kaup指数との相関があった（表6）。

表6　体格指数と殿部皮脂厚との相関

体格指数		相関係数	回帰方程式
Quetlet（比体重）	男	0.13	
	女	0.62※※	Y＝11.3X－2.75
Kaup	男	0.34	
	女	0.57※	Y＝15.4X－0.60
Rohrer	男	0.12	
	女	0.48	

※※P＜0.05　※P＜0.10

以上の測定成績に基いて母集団皮脂厚値の理論的推定のため回帰方程式を用いて算出した。より高い相関を示した比体重（X）に対する皮脂厚（Y）の推定値は，それぞれの部位について図1～4で示したように，肩峰下部では男がY（mm）＝2.33×－4.20，女がY（mm）＝3.82×－5.00，上腕後側部では男子がY（mm）＝2.22×－5.00，女子がY（mm）＝4.57×－7.64であった。クラークの点部では男がY（mm）＝2.15×＋15.05，女子がY（mm）＝11.3×－2.75であった。

5. 考察：1）上腕部皮下注射の刺入深度については橈骨神経の走行や皮神経の分布からみて肩峰下部や上腕後側面がより安全な部位と考えられるようになってきたが，前述の測定成績と理論的推定値からみると皮脂厚がきわめて薄い部位であった。阿部[22]は上腕外側への皮下注射は手指で皮

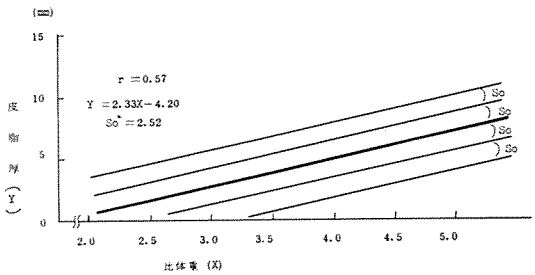


図1　肩峰下部皮脂厚と比体重との相関　（男）

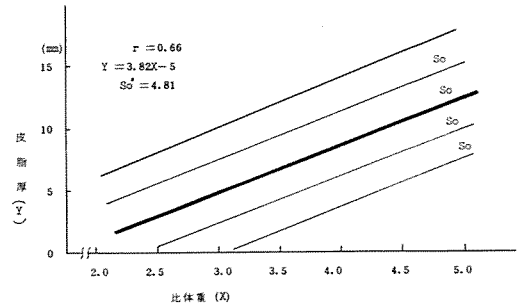


図2　肩峰下部皮脂厚と比体重との相関　（女）

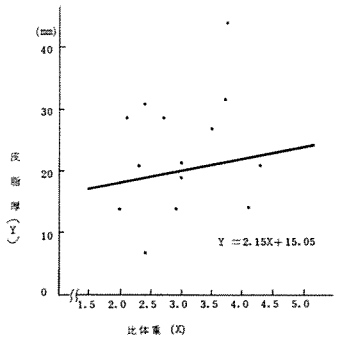


図3　殿部皮脂厚と比体重との相関　（男）

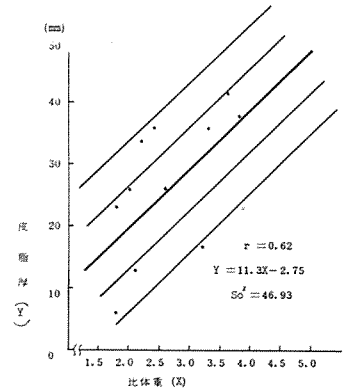


図4　殿部皮脂厚と比体重との相関　（女）

膚をつまみあげ，約30度の角度で1.5～2*cm*，肥満者で3～4 *cm*刺入することを指示しているし，看護学教育全書Ⅰ[7]においても上腕外側に60度の角度で1.5*cm*，肥満者は2 *cm*以上，やせた者で1 *cm*刺入することが記載されている。V. Hendersonらのテキストブック[13]でも同様の深さとなっている。しかし前述の測定値および理論値からいえば上腕後側部では標準的体格の者でも男は測定値平均3.2 ㎜，理論値で3.3 ㎜，女はそれぞれ8.2，7.4㎜ぐらいの皮脂厚である。X線による皮下組織，筋肉を合わせた軟部組織撮影でも1.5～2*cm*とされている[19]ことからすれば30～60度で1.5 *cm*刺入するのは明らかに筋肉内か筋肉下注射になってしまうことが推測される。上腕後側部や三角筋部への皮下注射は皮脂厚の薄い者が大半を占める男や女のやせている者では避けるべきであり，標準的～肥満気味の女子にのみ，皮下脂肪組織を手指で十分つまみあげて皮脂厚を厚くすると共に皮膚を伸張させて，10～30度の角度で7 ㎜位刺入して差しつかえないと考えられた。

2)　筋肉内注射の刺入深度

肩峰下部で三角筋内への注射の刺入深度は皮脂厚の理論的推定値に回り分散値や筋膜の厚さ分を加えて考えた結果，図5のように男では2.3×比体重＋2（㎜），女は3.8×比体重＋2（㎜）となった。この式を用いて表7，8のような早見表を作ることができ，肩峰下部で男は最低0.8 *cm*，最高1.4 *cm*，女は1～2 *cm*程度の深度が必要である。

殿筋への刺入深度は，男の場合，体格指数と殿

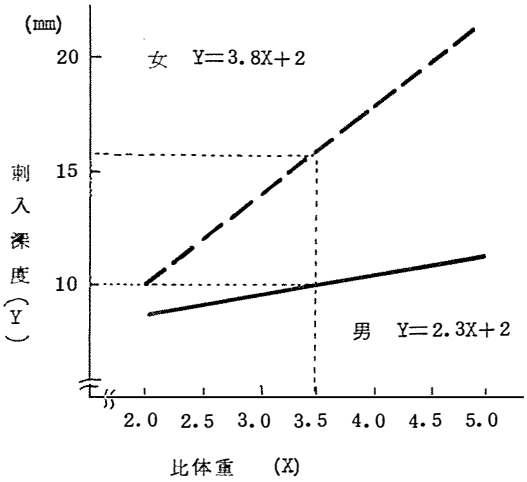


図5　肩峰下部筋注の刺入深度

表7　肩峰下部筋注（男子）の刺入深度（*cm*）

（2.3（Wt÷Ht×10）＋2　の計算例）

Ht (cm) ＼ Wt (kg)	40	45	50	55	60	65	70	75	80
140	0.9	0.9	1.0	1.1	1.2				
145	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.2			
150	0.8	0.9	1.0	1.0	1.1	1.2	1.3		
155	0.8	0.9	0.9	1.0	1.1	1.2	1.2	1.3	
160	0.8	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.2	1.3	1.4
165		0.8	0.9	1.0	1.0	1.1	1.2	1.3	1.3
170			0.9	0.9	1.0	1.1	1.1	1.2	1.3
175				0.9	1.0	1.1	1.1	1.2	1.3
180					1.0	1.0	1.1	1.2	1.2

部皮脂厚との相関がみとめられなかったため体格を目安として深度を算出することはできないが前記の図3からみて体格に関らず約半数の者は2*cm*以上の皮脂厚を有していると考えられた。したがって母集団推定標準偏差値を含めて3～4*cm*の刺入深度が必要である。女の場合は図6のように先の皮脂厚推定値から刺入深度を求める式が得られ，この式を整理して比体重＋1.5*cm*の概算式を導くことができた。これを表9のような早見表にしてみると最低3.4*cm*，最高6.2*cm*となった。先の回

表8　肩峰下部筋注（女子）の刺入深度（*cm*）

（3.8（Wt÷Ht×10）＋2　の計算例）

Ht (cm) ＼ Wt (kg)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75
130	1.1	1.2	1.2	1.5						
135	1.0	1.2	1.3	1.5	1.6					
140	1.0	1.2	1.3	1.4	1.6	1.7				
145	1.0	1.1	1.2	1.4	1.5	1.6	1.8			
150		1.1	1.2	1.3	1.5	1.6	1.7	1.8		
155			1.2	1.3	1.4	1.5	1.7	1.8	1.9	
160				1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.9	2.0
165					1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9
170						1.4	1.5	1.7	1.8	1.9
175							1.5	1.6	1.7	1.8

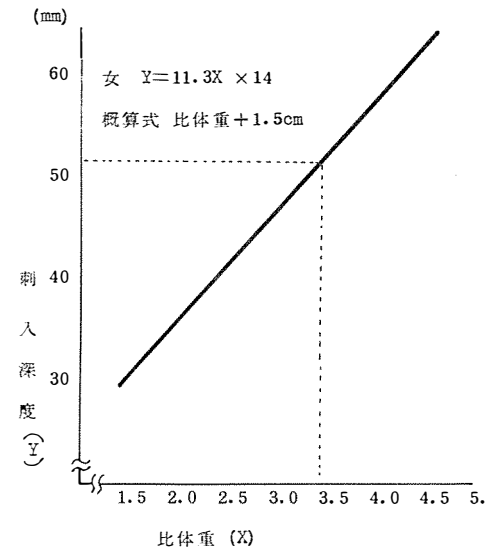


図6　殿部（クラークの点）筋注の刺入深度

帰直線から推察して，肥満気味の女では約半数は皮脂厚が4*cm*以上と考えられるが，Michaels L. と Poole R. W.[20]は40体以上の死体殿部上外側1/4部の皮脂厚を実測し大半の女は4.3 *cm*以上であったと報告しており類似した値である。比体重3.5ぐらいの標準的な体格の者では先の式から5*cm*ぐらいは刺入する必要があると考えられた。これまで坐骨神経や血管損傷防止の理由であまり深

表9　殿部（クラークの点）筋注の刺入深度
（女子）

（概算式　$Y=\frac{Wt}{Ht}\times 10+1.5$による計算例）

(cm)

Ht (cm) \ Wt (kg)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75
135	3.7	4.1	4.5	4.8	5.2	5.6				
140	3.6	4.0	4.4	4.7	5.1	5.4	5.8			
145	3.6	3.9	4.3	4.6	4.9	5.3	5.6	6.0		
150	3.5	3.8	4.2	4.5	4.8	5.2	5.5	5.8	6.2	
155	3.4	3.8	4.0	4.4	4.7	5.0	5.2	5.7	6.0	6.2
160			4.0	4.3	4.6	4.9	5.3	5.6	5.9	6.2
165				4.2	4.5	4.8	5.1	5.4	5.7	6.0
170					4.4	4.7	5.0	5.3	5.6	5.9

く刺入することは好ましくないことであったが，女についていえば浅すぎたのではないかと考えられる。アメリカでは抗生物質等の筋肉内注射が22ゲージ，3.75 cmの注射針で行われていた患者に殿部皮下組織の肉芽腫様腫瘤が発現し摘出術を行った例が報告されている。[20]ところで現在筋肉内注射に使用されている注射針は最長で21～22ゲージのものが3.8 cmである。殿筋への刺入深度が概して浅いことと共に市販のディスポーザブル注射針が短かいことが指摘される。

6.　結論：成人および死体の皮脂厚値から，(1) 肩峰下部および上腕後側部の皮下注射は男の場合皮脂厚が薄すぎるため注射に不適切と考えられた。一方女は85％の者が標準以上の肥満気味であり約7 mm刺入する程度ならさしつかえないと考えられた。

(2)　肩峰下部への筋肉内注射では男は0.8～1.4 cm，女は1～2 cmの刺入深度である。

(3)　クラークの点部への筋肉内注射では男は3～4 cm，女では3.4～6.2 cmの刺入が必要であると考えられた。筋肉内注射については体格を目安とした計算式が得られ，それによって早見表も作成された。

Ⅲ　おわりに

冒頭で述べたように看護基礎学は単に他学問体系の一部分を寄せ集めただけでは意味をなさない。医学なり工学なり心理学，社会学などあらゆる分野の知識体系なり研究の方法論を求めることは看護婦としての実践や看護学者としての研究に当っての素養となるであろうが，その素養の基盤に立って看護実践者なり看護研究者の眼がとらえた主題を追究して客観的体系や理論を作りあげてゆかなければ看護の基礎学，実践学とはなり得ないと考えられる。ここに掲げた注射法の手技に関する研究事例は実際に患者へ注射針を刺入する看護者の疑問〈正しく組織へ注入されているだろうか〉が発端となっている。この疑問の解明のためには解剖学，生理学，薬理学，（衛生学），皮膚科学，放射線学など医学の知識をはじめ保健学，統計学など広範な諸科学の知識体系や研究方法を総動員したものである。注射法手技の刺入深度という一側面ではあるが，多数の成人を実測して得たデータとその分析により根拠ある結論を導き出したこの種の基礎的研究が蓄積されて初めて学問体系としての看護学がゆるぎないものとなり，看護実践の基盤となるものと考えられる。

（本研究事例は半田聖子の卒論より要旨を抜萃し，指導教官（筆者）の考察を加えて再構成した。）

本論文の要旨を第6回四大学看護学研究会総会シンポジウムにおいて発表した。

引　用　文　献

1)　波多野○子：現代看護論集3，55～69，昭45.
2)　赤石英外：日本医事新報，(2512)，25～32，昭47.
3)　河西達夫外：日本医事新報，(2530)，43～47，昭47.
4)　福田邦三外：看護学大系1，358～360，文光堂，昭43.
5)　大嶽康子外：写真でみる看護の基礎技術1版，83～90，メジカルフレンド社，昭46.

6) 木下安子外：臨床看護学1，113～114，医歯薬出版，昭49.
7) 長尾十三二外：看護学教育全書1，160～170，医歯薬出版，昭49.
8) 湯槙ます外：系統看護学講座10，269～271，医学書院，昭55.
9) 大嶽康子外：最新看護学入門，281～285，メジカルフレンド社，昭51.
10) 吉田時子：最新看護学全書13，466～481，メジカルフレンド社，昭52.
11) 聖路加国際病院看護手順委員会：基本看護手順第1編，244～260，メジカルフレンド社，昭53.
12) Henderson, V.（荒井蝶子外訳）：看護の原理と実際第4巻，130～140，メジカルフレンド社，昭54.
13) Anderson, M. C.：Basic Nursing Technique, 273～275, W. B. Saunders company, 1968.
14) Fuerst & Wolff：Fundamentals of Nursing, 4th, 337～346.
15) Thompson, E. M.：Textbook of Basic Nursing, 343～350, J. B. Lippincott company, 1966.
16) Dison, N. G.：An Atlas of Nursing Techniques, 2nd, 139, 145, The C. V. Mosby company, 1971.
17) Wolff, Lewis L. V.：Fundanental Skills in Patient Care, 340～353, J. B. Lippincote company, 1976.
18) King, E. M.（大谷杉士訳）：目でみる臨床看護技術，264～266，廣川書店，昭54.
19) 赤石英：看護学雑誌，36，1520～1522，昭47.
20) Michael, L. et al.：Can. Med. Assoc. J., 102, 626～628, 1970.
21) Wolt, I. J.：Clinical Pediatrics, 7, 230～231, 1968.
22) 阿部恒男：日本医事新報，（2534），128，昭47.

（1980. 10. 17）

看護基礎学よりみた新生児沐浴についての問題点とその改善方法

特に院内感染予防に関して

Problems and their remedy in connection with the bathing of newborn babies considered from the viewpoint of Nursing Science especially on the prevention of nosocomial infection

徳島大学教育学部看護課程

内　輪　進　一
Nobuichi　Uchiwa

はじめに

看護は実践の科学といわれているが，日常行われている看護行為や看護技術のなかには，その科学的根拠，裏付けに乏しいものが多く，それらのことが看護学の発展をおくらせている一原因とされている。そこで看護学を発展させるためには，看護行為や看護技術の理論的根拠を解明するための自然科学的な，基礎的な実験研究をより多くしてゆく必要があり，また大学の看護学教育において，看護基礎学での実験研究を充分に行えるとともに指導し得る能力や態度を養成することが重要とされている。以上の理由から，昨年および一昨年度の卒業研究において，院内感染予防の見地からも考え，新生児の沐浴に関する実験研究を行なった。その一部は既に藤本ら[1]によって本学会誌に報告されたが，今回は以上の研究全体を通じての実験結果から，沐浴という看護行為についての問題点およびその改善方法を明らかにするとともに，それらの研究を通じての経験から，この度のシンポジウムのテーマと関連して，大学における看護学教育について意見を述べたい。

研究Ⅰ　新生児沐浴槽の細菌汚染

実験方法および結果

徳島市内の総合病院であるＳ病院小児センター，Ｔ病院およびＣ病院の各新生児室において，新生児の沐浴後の湯（以下沐浴終了液と略）と，排水洗浄後の沐浴槽内壁，排水口および給水口の各汚染菌を検索した。また，新生児室に勤務する看護婦の手指付着細菌，新生児の糞便中の細菌，新生児室と沐浴室の空中落下細菌および沐浴槽洗浄用具汚染菌などについて細菌学的検索を行い，新生児への病原菌の伝播要因を究明した。以上の方法ならびに結果は，前記の藤本ら[1]の報告に詳述したので，ここではＳ，Ｔ，Ｃの３病院での各新生児室における沐浴終了液，沐浴槽内壁および排水口の細菌汚染状況はまとめて表１に示した。

共同研究者
徳島大学教育学部看護課程

藤本洋子 Yoko Fujimoto　森愛子 Aiko Mori　竹内洋子 Yoko Takeuchi　武田美千江 Michie Takeda
高橋睦 Mutu Takahashi　小杉康代 Yasuyo Kosugi　谷尾真理子 Mariko Tanio

表1　沐浴終了液，沐浴槽内壁および排水口の細菌汚染状況

	沐浴終了液						沐浴槽内壁						排水口					
	検体数	Sa	GPC	GPB	Ps	GNB	検体数	Sa	GPC	GPB	Ps	GNB	検体数	Sa	GPC	GPB	Ps	GNB
T病院	16	0 (0)	16 (100)	0 (0)	1 (6.3)	12 (75.0)	16	7 (43.8)	14 (87.5)	3 (18.8)	8 (50.0)	14 (87.5)	16	5 (31.3)	13 (81.3)	1 (6.3)	12 (75.0)	6 (37.5)
C病院	19	0 (0)	13 (68.6)	3 (15.8)	0 (0)	10 (52.6)	20	8 (40.0)	20 (100)	1 (5.0)	5 (25.0)	18 (90.0)	10	0 (0)	5 (50.0)	0 (0)	9 (90.0)	5 (50.0)
S病院	15	3 (20.0)	8 (53.3)	1 (6.7)	0 (0)	0 (0)	15	14 (93.3)	15 (100)	1 (6.7)	7 (46.7)	1 (6.7)						
計	50	3 (6.0)	37 (94.0)	4 (8.0)	1 (2.0)	25 (44.0)	51	29 (56.9)	49 (96.1)	5 (9.8)	20 (39.2)	33 (64.7)	26	5 (19.2)	18 (69.2)	1 (3.8)	21 (80.8)	11 (42.3)

注　Sa：黄色ブドウ球菌　GPC：グラム陽性球菌　GPB：グラム陽性桿菌
Ps：緑膿菌　GNB：グラム陰性桿菌
(　)内は%を示す

沐浴終了液と比較して沐浴槽内壁には，ブドウ球菌をはじめ，グラム陽性球菌および緑膿菌を含むグラム陰性桿菌が多数検出され，特に排水口には緑膿菌が81%も検出された。このように沐浴の結果，新生児糞便に由来すると思われる多数の細菌が沐浴槽内壁とか，排水口に付着残留することは，院内感染源の面で重要な問題点である。次に沐浴用具についての細菌汚染状況をまとめてみると表2の通りであった。これからもグラム陽性球菌やグラム陰性桿菌が多く検出され，C病院では，特にブラシから多数の緑膿菌が検出された。また沐浴に従事した看護婦の業務中における前腕付着細菌の汚染状況を調べてみたところ，表3の通りであった。この際には緑膿菌はいずれの例からも検出されなかったが，菌が検出され，また，S病院

表2　新生児室各検体からの細菌検出状況

	検体		Sa	GPC	GPB	Ps	GNB
S病院	石けんトイレのたまり水	1	−	卄	−	−	−
	〃	2	−	+	−	−	−
	スポンジ	1	−	+	−	−	−
	〃	2	−	卅	−	−	卅
C病院	ブラシ	1	−	−	−	卅	+
	〃	2	+	−	−	卅	卅

注　Sa：黄色ブドウ球菌　GPC：グラム陽性球菌
GPB：グラム陽性桿菌　Ps：緑膿菌
GNB：グラム陰性桿菌
−：集落数0　+：1〜50　卄：51〜200　卅：201〜

表3　看護婦前腕付着菌の検出状況

				Sa	GPC	GPB	Ps	GNB
C病院	1	おむつ交換直後	手指	−	+	−	−	−
			手首	−	+	−	−	−
	2	沐浴施行中	手指	+	+	−	−	−
			手首	−	++	−	−	−
	3	沐浴施行中	手指	−	+	−	−	−
			手首	−	+	−	−	−
	4	検温中	手指	+	+	−	−	+
			手首	+	+	−	−	+
	5	業務開始のための手洗前	手指	−	−	−	−	−
			手首	−	−	−	−	−
T病院	6	おむつ交換直後	手指	−	+++	++	−	+
			手首	+	+++	+++	−	++
	7	おむつ交換後ヒビテンで手洗	手指	−	−	−	−	+
			手首	+	+	−	−	+
	8	検温中	手指	−	−	−	−	+++
			手首	−	+++	−	−	−
	9	沐浴施行中	手指	−	−	−	−	++
			手首	−	−	−	−	+++
S病院	10	おむつ交換直後	手指	+++	+++	−	−	−
			手首	+++	+++	−	−	−
	11	おむつ交換後ヒビテンで手洗	手指	+	−	−	−	−
			手首	−	+	−	−	−
	12	沐浴施行中	手指	+	−	−	−	−
			手首	+	−	−	−	−
	13	沐浴施行中	手指	+	−	−	−	−
			手首	−	+	−	−	−
	14	検温中	手指	+	++	−	−	−
			手首	−	++	−	−	−
	15	業務開始のための手洗後	手指	−	−	−	−	−
			手首	−	−	−	−	−

注　Sa：黄色ブドウ球菌　GPC：グラム陽性球菌　GPB：グラム陽性桿菌
Ps：緑膿菌　GNB：グラム陰性桿菌
−：集落数0　+：1〜50　++：50〜200　+++：201〜

黄色ブドウ球菌は，沐浴，検温，おむつ交換など業務中に多方面で検出され，なかには№10例のおむつ交換後のように甚だ多数認められた例もあった。またT病院では，すべての例に糞便由来と思われるグラム陰性桿菌が検出された。以上の事実から看護婦の手洗いは，衛生管理の面で特に重要と思われた。そのほか，新生児室と沐浴槽の空中落下細菌について検索した。その結果はここでは特に表に示さないが，新生児室内の空中から緑膿菌が検出され，また，S病院の新生児室入口において黄色ブドウ球菌が甚だ多数検出されるなど，感染予防上問題があると思われる例も多くみられた。

て沐浴槽内壁に多数の細菌が付着残留するので，それらの消毒方法について検討した。緑膿菌のような多剤耐性菌に対しては，従来使用されている消毒液による方法よりも加熱処理による方法が適していると思い，沐浴槽のモデルを使用した予備実験でその消毒効果を調べた。その結果，70℃以上の熱湯を注ぐと緑膿菌や黄色ブドウ球菌はすべて殺菌されることがわかった。

そこで，この方法を実際にS病院での沐浴の際，試行させてもらい，その消毒効果を調べたところ，沐浴槽内壁，排水口汚染菌は熱湯処理で完全に殺菌された。しかし，その後まもなく行われた次の沐浴のあとでは，たちまち多数の細菌によって汚染され，緑膿菌も排水口に付着残留するのが認められた。そこで面倒であるが，熱湯消毒も一児毎に行うのが大切と思われた。

研究Ⅱ　新生児糞便中の緑膿菌の伝播経路について

実験方法および結果

前回に引続き，S病院小児センターに依頼し，同所に入院した新生児51名の生後日数毎の糞便中の緑膿菌の出現状況を調査した。その結果は表4

表4　新生児の生後日数と糞便中の緑膿菌検出状況

No.	生後 / 児	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	No.	生後 / 児	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
1	O	−	−	−	−	−	27	F		+	+	+	+
2	Y	−	−	−	−	−	28	N		+	+	+	+
3	M	+	+	+	+	+	29	K	−	−	−		
4	T	−	−	−	−	−	30	A	−	−	−	−	−
5	M	−	−	−	−	−	31	M	−	−	−	−	−
6	M	−	−	−	−	−	32	N	−	−	+	−	−
7	H	−	−	−	−	−	33	S	−	−	−	+	−
8	H	−	−	−	−	−	34	H	−	−	−	−	−
9	M	−	+	−	−	−	35	B	−	−	−	−	−
10	M	−	−	−	−	−	36	S	−	+	≀	+	+
11	O	−	−	−	−	−	37	T	−	−	−	−	
12	K	−	−	−	−	−	38	M	−	−			
13	O	−	−	−	−	−	39	I	−	−	−	−	−
14	N	−	−	−	−	−	40	H	−	−	−	−	−
15	Y	−	−	−	−	−	41	T	−	−	−	−	−
16	O	−	−	−	−	−	42	H	−	−	−	−	−
17	K	−	−	−	−	−	43	S	−	−	−	+	+
18	K	−	−	−	−	−	44	S	−	−	−	−	
19	F	−	−	−	−	−	45	K	−	−	−	−	
20	T	−	−	−	−	−	46	T	−	−			+
21	H	−	−	−	−	−	47	K	−	−	−	−	−
22	A	−	−	−	−	+	48	T	−	−	−	−	−
23	T		+	+	+	+	49	M	−			+	−
24	Y	−	−	−			50	S	−	−	−	−	−
25	I	−	−	−	−	−	51	H		+	+	+	+
26	K	−	−	−	−	−	検出率(%)		2.1	14.0	14.6	19.1	20.5

注　＋：糞便中に緑膿菌が検出されたことを示す
　　－：糞便中に緑膿菌が検出されなかったことを示す
　　空白：検体（糞便）が得られなかったことを示す

の通りで，1日目には2.1%，3日目は14.6%，5日目には20.5%と日を追って，すべてG型の緑膿菌の検出頻度が増加した。以上のことから，新生児は新生児室内で逐時緑膿菌によって汚染され，その結果，腸管内に細菌叢が形成されてゆくのが確認された。

病原菌の新生児への伝播経路を調査する場合には，出産前，出産時，出産後の3時点で考える必要があるので，最初分娩直前の母親の糞便および膣分泌液について緑膿菌の検出を行ったところ，32名の母親のいずれからも緑膿菌は検出されなかった。このことから，母親からの垂直伝播の可能性はほとんど無いものと思われた。そこで他の伝播経路として病棟環境からの水平伝播を考え，再度であるがS病院小児センターの新生児室を中心とした保育環境からの51種類の検体について緑膿

表5　諸種検体からの緑膿菌検出状況

	検体	数	検出数
母親	糞便	32	0
	腟分泌物	24	0
	乳頭（硼酸綿）	22	2
新生児室沐浴槽	A槽排水口	9	9
	〃 内壁	9	1
	〃 蛇口	9	0
	〃 スポンジ		
	〃 石けんトレイ	9	0
	〃 ガーゼ（使用後）	2	0
	B槽排水口	3	3
新生児室詰所	流しの排水口	6	0
	〃 内壁	6	0
	〃 蛇口	6	0
	〃 スポンジ	6	0
	〃 石けんトレイ	6	0
	〃 ベイスン	4	0
	〃 タオル	2	0
	記録机	3	0

	検体	数	検出数
新生児室	空中落下細菌 詰所からの入口	2	0
	北窓際の床	2	0
	授乳室への出窓	2	0
	授乳室入口	1	0
	温度計湿球水槽	3	0
調乳室	流しの排水口	8	0
	〃 内壁	8	0
	〃 蛇口	8	0
	〃 スポンジ	8	1
	〃 棒たわし	5	4
	〃 石けんトレイ	8	1
	陶器製の流し（小）	3	0
	ミルクの残り	2	0
	ミルトン液	1	0
	乳首	2	0
	ヒビテン液	1	0
	滅菌水	1	0
	金ポール・計量カップ	1	0
	哺乳瓶（熱湯消毒後）	1	0

	検体	数	検出数
授乳室	流しの排水口	5	0
	〃 内壁	5	0
	〃 蛇口	5	0
	〃 石けんトレイ	5	0
	〃 ヒビテン液	5	0
	〃 ドアの取手	5	0
分娩室沐浴槽 沐浴前	排水口	6	1
	内壁	6	0
	蛇口	6	0
	スポンジ	6	0
	石けんトレイ	6	0
	オロナイン液	2	0
	ガーゼ（使用後）	2	0
沐浴直後	排水口	3	0
	内壁	3	0
熱湯消毒後	排水口	4	0
	内壁	4	0

表6　新生児保育環境からの緑膿菌検出状況と血清型

検査場所 ＼ 検査回数			1	2	3	4	5	6	7	8	9
新生児室沐浴槽	沐浴槽A	排水口	G	G	G	G	G	G	G	G	G
		内壁	—	—	—	—	—	—	—	G	—
	沐浴槽B	排水口					G	G	G		
調乳室流し	スポンジ			—	—	—	—	G	—	—	—
	棒たわし						B	B	B	B	—
	石けんトレイ			—	—	—	G	—	—	—	—
分娩室沐浴槽	沐浴前	排水口				G	—	—	—	—	—

注　G：G型緑膿菌が検出されたことを示す。
　　B：B型緑膿菌が検出されたことを示す。
　　—：緑膿菌が検出されなかったことを示す。
　　空白：検査しなかったことを示す。

菌の検索を行った。それらの結果は表5の通りであった。緑膿菌が検出されたのは，新生児沐浴槽Aの排水口と内壁，沐浴槽Bおよび分娩室沐浴槽の各排水口，調乳室の棒たわし，スポンジ，石鹸トレイからであった。そのうち調乳室棒たわしからは，5例中4例に検出されたが，その菌型は表6に示したようにB型であり，新生児糞便中の菌型と異なっていた。一方，新生児室の沐浴槽AおよびBの各排水口からは，毎回（計12回）緑膿菌が検出され，その菌型は新生児糞便中のものと同じ血清型のG型であることから，以上の排

水口が新生児についての緑膿菌の最も重要な汚染源と考えられた。

実験Ⅰおよび Ⅱについての考察

病院内における新生児への病原菌の伝播経路としては，病棟環境からの水平伝播[2)3)4)5)6)]および母親間の垂直伝播[4)7)]が主なものと考えられており，その防止対策についてもそれぞれ報告されている。そのうち，病棟環境からの伝播については，新生児室の設備，沐浴用具，看護婦の手指，空中落下細菌などについて広範な細菌学的調査が行われ，そのなかで院内感染に及ぼす沐浴の影響が最重要視されている。中森ら[6)]，川名[8)]，中島ら[9)]は沐浴の際，使用する沐浴槽が新生児感染のリザーバとなり得ることを報告し，また丸山ら[3)10)]は，緑膿菌については，特に沐浴槽の流し場，蛇口が最も重要な汚染源であることを指摘している。三輪谷[11)]は院内感染における沐浴の重要性を論じ，新生児室での感染経路の主役は沐浴であり，患児から沐浴槽を通じて他の新生児へ感染してゆくと推定し，院内感染経路の遮断をここで行うべきことを強調している。そこで本研究では，3総合病院新生児室における沐浴槽を中心とし，沐浴用具，看護婦の手指，空中落下細菌および新生児の糞便などについての細菌学的検索を行った。その結果，船津ら[12)]の報告と同じく，毎日の沐浴を介して児間感染の起る可能性の大きいことを認めた。

以上の沐浴槽汚染菌のほとんどは，新生児の臀部などに付着した糞便に由来すると思われたので，これらのうち特に緑膿菌は，どのような経路で新生児の体内に入るかを，生後日数毎の新生児糞便中の緑膿菌の出現頻度により調査した。その結果，第1日目の検出率は2.1％と低かったが，退院時の5日目には，20.5％と多く検出された。このことから，易感受性である新生児は，濃厚な感染源の混在する病棟環境の中で短期間のうちに緑膿菌によって汚染されてゆくことが明確になった。そこでその経路を調べるため，再びS病院小児センターに依頼し，緑膿菌だけについてのより詳しい疫学的検索を行った。最初，村山ら[13)]の報告により分娩直前の母親糞便および膣分泌液について検索を行ない，母児間の垂直感染の有無について調査したところ，高田ら[4)]，高瀬ら[7)]の報告と同様，緑膿菌については母児間の垂直伝播はほとんど起らないことがわかった。そのため他の伝播経路として，保育環境からの水平伝播を考え，表6に示した新生児室および分娩室の各沐浴槽，新生児室，同詰所，調乳室，授乳室などにある計51種の検体から緑膿菌の検出を試みた。その結果，高頻度で緑膿菌が検出されたのは，A，B両沐浴槽の排水口（ともに100％）と，棒たわし（80％）からであった。しかし後者からの緑膿菌は全例とも未熟児室よりの伝播が考えられるB型菌であり，一方のA，B両沐浴槽の排水口から分離されたのは，新生児糞便中の緑膿菌と同じG型菌であったこと，さらに薬剤感受性の成績がほぼ似ていたことなどから判断し，S総合病院小児センターでの新生児緑膿菌の最も重要な汚染源は，G型緑膿菌がほぼ常在の形で存在すると考えられた新生児沐浴槽の流しであることが確認された。

以上の緑膿菌検索結果から，新生児室における病原菌の新生児に対する感染については，次のような伝播経路が推定された（図1）。すなわち，緑膿菌などに汚染された新生児の沐浴が行われると，新生児の臀部などに付着した糞便に由来すると思われる緑膿菌などが沐浴槽内に放出される。この沐浴液が排水されると浮遊していた緑膿菌などは槽の内壁や排水口に付着残留する。その後，スポンジと熱湯によって沐浴槽が洗浄されるが，それらが不充分な場合には，付着菌は次にセットされる沐浴液中に遊出する。これがその時に沐浴する新生児の皮膚・粘膜などに付着したり，またさらに沐浴時，授乳時，おむつ交換時などにおける内因性感染により新生児の体内に入り，のち腸管内に増殖・定着する。このようにして同様なことが繰返され，その結果，緑膿菌などによる新生児間感染が起るものと思われた。

なお，以上の児間感染に影響をあたえる因子と

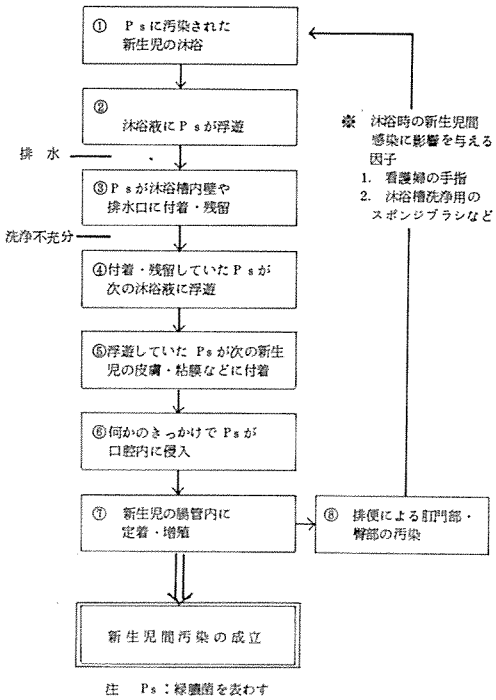


図1　沐浴時の新生児間汚染

して，看護婦の手指および沐浴用具などによる汚染が当然考えられた。吉岡ら[5]は乳児間の緑膿菌伝達は看護婦の手指による接触が決定的な役割をはたすと述べ，またWolinskyら[14]はブドウ球菌感染症の病原菌感染様式では，air borne infectionよりは，スタッフの手指がキャリヤーとなる事実を重視すべきであるとの報告を行っている。今回の研究Ⅰでは，3総合病院新生児室で作業中の看護婦の前腕部からは，グラム陽性球菌はやや多数認められたものの，緑膿菌は検出されなかったこと，また研究Ⅱでは，都合で医療スタッフの手指については全く検索できなかったけれども，やはり新生児のおむつ交換直後，あるいは沐浴直後の看護婦の手指汚染細菌について，生物学的性状の面から追求すれば，より具体的な伝達経路の究明に役立つものと思われた。

以上のように，沐浴の際には新生児感染が起る可能性が極めて多いので，その感染予防のためには，病原菌の伝播経路を遮断する必要がある。前記の推定伝播経路から考えて，新生児の沐浴終了後，沐浴槽内壁とか，排水口に残留する病原菌が次の新生児へ伝播する前，すなわち図1の③のところで消毒を行えば，病原菌の感染経路を遮断することになり効果的と思われた。従来沐浴槽の消毒には，ヒビテン液などによる薬液消毒が行われているが，それらの方法はグラム陰性桿菌，特に緑膿菌に効果があがらない場合も報告されており，また日常の看護業務に追われているスタッフにとって常に誤用の危険をはらんでいる点[3]などから，中森ら[6]の熱湯消毒を採用した。この際，モデルを使用した予備実験では，緑膿菌や黄色ブドウ球菌に対して70℃以上の熱湯で殺菌効果を発揮することを認めた。

そこで実際的な消毒方法としては，沐浴前に70℃以上の湯を沐浴槽内に入れて付着菌を消毒したあと，しばらくして水を加え適温にして行うのも1方法と思われた。この熱湯消毒の効力について中森ら[6]は連続5日間の熱湯処理によって排除された緑膿菌は，その処理中止後3日間は分離陰性に終ったものの，10日後にはすべての排水口に再定着したと報告している。

しかし今回の熱湯消毒についての結果は，実験結果のところで述べたように，その時どきの効果しかみられなかった。そこで面倒であるが1児毎の沐浴槽の熱湯消毒を行うことが肝要と思われた。そのために70℃以上の熱湯を安全且つ容易に供給できる装置を沐浴槽に併設するなど積極的な改善策が期待される。

またこれとは別に，より実際的な方法として，沐浴槽などの流しに時どき90℃以上の熱湯をかけるようにすることは，特に排水口の水溜りに滞留し勝ちな緑膿菌の定着を防ぐための効果があり，簡単でよい方法と思われた。

このことは，S病院調乳室の流しでは，乳首とか哺乳瓶の消毒に熱湯を常に流しているためか，緑膿菌はいつも検出されなかったことから気付いたことである。

沐浴という skin care は総説文献[15]によると，その目的としては血液循環促進，発育助長，保温，全身の観察の機会，湿疹予防などが挙げられている。しかし古くから細菌感染などの面で寧ろ有害で，その必要性は無いとも報告されているが，日本の風土や国民性から肯定され，現在ではほとんどすべての施設で日課として行われている。しかし以上の実験成績および文献[5)6)10)12)]から考察し，沐浴という skin care は，新生児感染発生の原因を常に包含する要注意の看護行為であることが理解された。そこで改めて現在行われている沐浴についての問題点を挙げてみると以下のようである。①沐浴終了後，新生児の臀部などに付着する糞便に由来する病原菌が沐浴槽内壁とか排水口に付着残留するので，それらの細菌による逆行汚染により，新生児間感染の起る可能性を常にはらんでいる。②新生児は，易感染性のため緑膿菌や黄色ブドウ球菌などによって，その腸管内に増殖・定着され易いので，特に沐浴槽についての消毒を重要視する必要がある。以上の問題点の改善策としては，沐浴に従事する看護婦の手指および沐浴用具を含め，1児毎の沐浴槽の消毒（出来れば熱湯消毒）が必要である。その実際的な方法は前記のところに詳述した通りである。

実験Ⅰおよび Ⅱについてのまとめ

1. 新生児の院内感染予防対策の基礎資料とするため，徳島市内の総合病院産科および小児センターにおいて，新生児，産婦および新生児保育環境についての細菌学的検索を行い，主として緑膿菌の新生児への伝播経路の究明を行った。その結果，新生児室沐浴槽の排水口からは，毎回新生児糞便中の緑膿菌と血清型の同じG型緑膿菌が多数検出されたことなどから，新生児への緑膿菌感染の最も重要な汚染源は，新生児室沐浴槽の排水口であると思われた。
2. 新生児への緑膿菌などによる院内感染防止のためには、特に新生児室沐浴槽排水口の消毒に重点をおくことが重要と思われた。
3. 以上の沐浴槽の消毒方法としては，1児毎の熱湯消毒（70℃以上）が適していると思われた。なお，それと平行して看護婦の手指および沐浴用具についても同様に1児毎の消毒が必要と思われた。

全体についての考察

以上の実験研究は，沐浴という看護行為（臨床看護）に関する問題点の科学的解明を行うとともに，その改善策は実験成績（看護基礎学）によって理論的に裏付けられ，その実施によって，よりよい看護活動が可能であることを検証したものである。

看護行為についてその理論的裏付けを持つということは，看護実践上での説得性，看護知識の明確化などの点で重要であると考えられている。しかし，従来伝承的に行われている日常看護行為，看護技術について調査してみると，それらは患者に安全であり，また，それ自体少くとも誤りではないものであっても，理論的根拠に乏しいものが多い。これらの行為や技術は，そのまま存続しても看護活動に支障はないとすればそれ迄であるが，患者のよりよい安全，安楽を考えた上では，その実践に発展性がなく，寧ろ看護法の根拠になるべき基礎的な裏付けがなかったことが，看護学の確立，発展を妨げていたのではないかとも考えられる。そこで看護学を発展させるためには，1例ではあるが前述の沐浴に関する研究のように，自然科学的，また基礎的な実験研究が必要であり，それも現在では，非常に速いテンポで進歩発展を続けている隣接諸科学の状況を考え併せ，看護科学の飛躍的発展が望まれることも報告されている。

ひるがえって現在迄の看護研究というものを調査すると，そのほとんどは調査および事例研究で，実験研究は微々たるものである。この原因は他分野と異なり，なかなか実験が出来にくい事情，例えば指導者，研究施設や時間，雰囲気などに乏しいことが挙げられている。しかし4年制大学は専修学校などと異なり，より高度な教育と研究を目

的とするものであるから，目下その研究環境は，なお充分でないとはいえ，看護基礎学の実験研究は実行出来ると思われるので，今後臨床看護の科学的根拠解明のためのより多くの研究が行われることが期待される。この際，より専門的な知識・器械などを必要とすることもあると思われるので，その際には他学部との交流を密にし，共同研究を進めることも効果的と思われる。

ところで，現在行われている看護行為，看護技術は非常に複雑多岐にわたっているので，それらの理論的根拠について研究するといっても，そのテーマを見つけること，また選択することはなかなか難しく，そのためには，常に問題意識を持つことが大切であると思われる。時題意識を持つことは，ふと感じる疑問から出発するという風に言われているが，感度のよい観察眼を持つためには，看護基礎学などの研究経験を持つことが役に立つと思われる。このような科学的観察眼で，看護婦出身者でなければ気付かないような看護基礎学の問題・テーマを見付けてほしいものである。

前記のように，看護基礎学の研究は，看護行為などの理論的根拠を解明するとともに，一方，大学教育面では指導能力の育成に貢献するところ大と思われる。実験というものは，自ら行うものであるから，その実験に付随する知識，技術について一応の自信が得られるものであり，その集積が指導能力の形で発揮されるように思われる。現在多くの病院においては，絶えず変貌をつづけている病院感染症に注目しており，その感染予防に関し「院内感染対策委員会」を設置させたりして，感染管理に努力しているが，その方策の第1に看護婦（助産婦）教育を徹底して行なうことが挙げられている。今回のような基礎研究は，病原細菌の取り扱い方とか，その院内での伝播方法に対する具体的理解が得られるなどの点で，この方面の看護教育についての指導能力の育成に非常に役立つものと思われる。

以上のように，看護基礎学における実験研究は，沐浴の例で詳述したように，看護行為や看護技術の理論的実証およびそれらによる改良法の開発，また指導能力の育成など，多くの面で大学看護学教育に重要と思われる。

全体についてのまとめ

昨年および一昨年度の卒業研究として行われた「新生児沐浴槽の細菌汚染」および「新生児糞便中の緑膿菌の伝播経路について」の2研究を例にとり，看護基礎学における実験研究によって，沐浴という看護行為（臨床看護）に関する問題点の科学的解明を行なうとともに，その改善策は実験成績（看護基礎学）によって理論的に裏付けられ，その実施によって，よりよい看護活動が可能であることを検証した。

以上の研究の結果と経験に基づき，大学での看護学教育における看護基礎学での実験研究の重要性について述べた。

本論文の要旨を第6回四大学看護学研究会総会シンポジウムにおいて発表した。

引用・参考文献

1) 藤本洋子，他：新生児沐浴槽の細菌汚染とその消毒について，四大学看護誌，3：(2)，5～21，1980

2) 吉岡守正，他：未熟児室の感染予防に対する一考察，東女医大誌，44：(6)，532～538，1971.

3) 丸山静男：新生児室緑膿菌汚染とその対策，日本新生児学会雑誌，8：(1)，28～34，1972.

4) 高田道夫，他：新生児緑膿菌汚染の疫学的検索，産婦人科の世界，26：(8)，873～877，1974.

5) 吉岡　一，他：緑膿菌の院内交差感染，最新医学，30：(3)，378～383，1975.

6) 中森純三，他：新生児の病原細菌保育状況およびその伝播要因，臨床と細菌，4：(4)，373～384，1977.

7) 高瀬善次郎：周産期における感染症の諸問題，

感染症，3：(2)，213～222，1973.

8) 川名林治：ブドウ球菌の院内交差感染，最新医学，30：(3)，372～377，1975.

9) 中島健之，他：新生児室の感染防止と看護の役割，看護技術，124：(1)，49～55，1978.

10) 丸山静男：新生児室緑膿菌汚染－その実態と対策－，小児科臨床，26：(3)，234～241，1973.

11) 三輪谷俊夫：院内感染の実態とその対策，感染・炎症・免疫，4：(5)，221～232，1974.

12) 船津維一郎，他：新生児・未熟児病棟，臨床と研究，53：(8)，34～39，1976.

13) 村上隆志：新生児感染症の臨床と治療，感染症，2：(6)，213～220，1972.

14) Wolinsky, E., et al：Acquisition of Staphylococcus by newborns, Lancet, 2：620～622，1960.

15) 川崎佳代子，他：わが国における新生児の身体の清潔に関する研究と考え方の動向，看護研究，8：(2)，102～117，1975.

16) 氏家幸子：基礎看護技術の再検討，看護技術，20：(14)，28～37，1974.

17) 吉武香代子：臨床における看護研究の位置づけ，看護技術，20：(14)，18～27，1974.

18) 菊井和子：大学制度の看護教育－看護学確立のために－，看護教育，15：(5)，305～310，1974.

19) 川島みどり：臨床看護研究，11～19，看護の科学社，東京，1979.

討　　論

座長（土屋）：各演者の報告の中にも看護基礎学とか基礎看護学とか，種々の用語が用いられていた。これらの用語を統一し一定の概念に定義することは今日のシンポジウムの望ましいテーマであり，今後の共通の討論を可能とし学問体系として発展させるためにまず取り上げるべき問題であろう。しかしながら討論を実りあるものとするためには，まず各報告に含まれる具体的な個々の問題点を討論の対象とし，用語に関してはそれぞれ各項目に即して意見を出し合い，出来れば最後に今一度ふり返って看護基礎学の統一の可能性をまとめてみたいと思う。

時間も可成り超過しているので取敢えず問題点を3点にしぼって進めていきたい。今迄の発表で各演者とも，看護基礎学の重要性についてはその較量や方向に多少の相違はあるにせよ，総論的には一致した認識であるように伺えた。

石川先生，佐々木先生はこの領域の発展を妨げてきた幾つかの障害が現行の教育制度上，カリキュラム上にも存在することを示された。そこでまず両先生に，これらの問題点およびこれに関連して今後どのような対応が望ましいかについて討論して頂きたい。次いで草刈先生の発表を中心として看護基礎学の位置づけ，看護技術との関連についての討論を行ないたい。第3に大串先生，内輪先生が実際に行われた看護行為に対する実験的研究について，看護基礎学の具体的な発展という見地から意見を伺いたい。これらの問題は全て，この領域の今後の方向を考慮する上で示唆に富む素材と考えられ，討論を通じて用語の統一や概念の共通化が，そのようなことが可能かどうかも含めて浮かび上って来ることを期待したい。

ではまず石川先生，佐々木先生に undergraduate の問題点と今後の方向など発言を頂きたい。

石川：具体的に言えばスタッフの数が足りない。スタッフの研究する場がない。又意識の問題として看護系の方々がもう少し基礎看護学の必要性を感じて目を向けるようにすることが基本的に重要である。

佐々木：病理学，解剖学，看護学総論の3つを取り上げた中で，病理学と解剖学は確立された学問体系であり看護基礎学であることに異論はないと思う。しかしながら私の数年間の体験で，学問の本質とは別に看護系の大学で教育する面においては問題があると感じ調査を行なったがやはり非常に問題がある事が出て来た。それを解決する方法が時間数や枠組みをいじるということであれば可能性は増す。私は現状において解決する道を見つけ出したい。枠組みを現状に固定して解決する方法は個々の教官に考えて頂くより他はない。敢えて他の大学にも及ぼすことが出来る方法は自分で教科書を作ることであると思う。病理学，解剖学は医学部においても看護系の大学においても本質は変らないと思うが，看護系の大学ではそれに fitness のある教育方法があるだろう。それが未だ出来ていないのではないか。それを探り度い。最後の看護学総論に関しては色々の回答を頂いたが，全ての項目にわたって多彩性が出て来た。そのことが現在の看護総論教育の実情を単的に表現していると思う。

野島（徳島大）：（石川先生に）。看護基礎学といわれているものと看護学総論といわれているものの位置関係はどうか。看護学総論とは何かが極めて不明確であることが問題である。

石川：看護総論とはよく分らないが私のいう基礎と臨床にまたがっているものではないか。基礎看護とは具体的に言うと，例えば私の講座で私の後任者として看護学部を出た人で継げるような人が欲しいという事である。よく看護の人たちは，例えば解剖学は看護に必要なことを巧くまとめて

ある本が欲しいというが，自分で作るところ迄は行っていない。そうでなく解剖学の本物は一つである。医学であろうと看護であろうと。それを看護学者であって解剖学を専攻している人が出て，それを看護の教育にふさわしいようにこなしていく所までいかないと看護学まではいかないと思う。

松岡（千葉大）：（石川先生に）臨床看護学（仮）の方向から基礎学を求めてゆく思考もあってよいと考える。

村越（長沙病院）：（佐々木先生に）ＣＰＣを取り上げたならば先生の模索している問題の解決になるのではないか。

佐々木：調査した中でＣＰＣ形式の教育を行なっている大学はたゞ一つであった。

座長（土屋）：丁度次の問題に関連する討論に及んだので次の演題を含めて進行させたい。今迄使われた看護基礎学に関わりをもつ種々の用語について，位置づけや認識の上で共通の理解が得られるものならば得たい。一致があればそれにこしたことはない。位置づけを含めて草刈先生の発表を中心に討論して頂きたい。

野島（徳島大）：草刈先生の提示されたダイアグラムは現在の一般的な考え方を適用されたと思いますが，看護基礎学の上に看護学総論が位置づけられていますね。

草刈：今までいう看護総論ではなくて臨床（実践）看護総論としてやったと思うが。

野島（徳島大）：逆に考えてはどうかというのが私の意見である。看護学総論とは何であるかという事を先に考えてみることも一つの方法ではないか。

座長（木場）：看護学総論については，誰もが多くの問題をかかえて模索していると思う。現在の看護学総論を，看護の基礎学ではなく，看護そのものである，とする立場と，看護の基礎であるという立場とが混在している。看護学総論の内容についても同じことが言える。草刈先生もそのあたりのことを含んで発表されていると思うが，もっと具体的におねがいします。

草刈：看護基礎学の位置づけには，沢山の種分けがあるが，一般教育科目を下におき，次に看護基礎学として，看護哲学をおき，そこに看護原論を置いた。個々の名称をあげていないが，基礎科学というものを，看護基礎学の内側にとり込み，その上で基礎，実践，応用等のつなぎとして，看護診断学をおいた。そのあと，実践看護学をおき臨床看護学総論としたので，今までの看護学総論ではない。臨床看護学総論とは，現場にあてはめる総論であって，従来のものとは多少違う。佐々木先生の御経験から，「基礎医学は，根本的に医学教育におけるものと別なものではない。しかし今までの枠組でやってゆくならば，その中でのあり様があるのではないか。現在模索中であるが，何か看護に見合ったものがある筈だ」という御発言を聞き，私も看護基礎学の中に，基礎医学を取り込んだ今，現実にそういう考えの先生がおられることを大変心強く思っている。言うまでもなく，各学問は，それぞれ発展している。各基礎科学の時間があっても看護の中では不充分である。発展してゆく中で，その時その時に看護に必要なものを取り込んでゆくということがなければならない。その場合，あくまでも看護の視点というものが必要だと考える。Yura and Walsk も盛んにそのことを言っているが，やはりそういう考え方でいかなければならないと思う。そのような意味から私は従来の看護学総論を使っていない。従来の看護学総論は非常に応用的なもの，基礎的なものが混在しているので，これを分けたいということにある。

もう一つの丸い図は，昭和50年に，日本看護協会看護教育問題研究会の報告として，薄井氏から報告があったものである。これは，いろいろのものに出されているので，ほぼ是認されているように思うが，ここでは今までの看護学総論を実践学の下においている。看護基礎学というのを，専門基礎科目としておいている。この考え方をなんとかしたいというのが私の意見です。

座長（木場）：唯今の両先生の討論だが，専門

基礎と考える場合に，石川，佐々木両先生が言われたように，従来の基礎医学に関するものは，基本的には変り得ないものと考えられる。しかし，これが看護学の基礎と考える場合に，どのように整理しなおすか，あるいは方法があるのか，という問題が残されていると思う。看護学総論は，私はやはり，基礎学の中に位置すべきものと考えている。看護学総論の中に包含されている，どちらかと言えば基礎学的な意味をもっているものを，どのように取り出し，整理したりすることができるのか，整理の仕方によって，看護という専門分野の基礎学的な意味をもってくる，ということにおいて，野島先生と，草刈先生の御意見はそれほど違っていないのではないか。佐々木先生の発言の中にもすこしあったが，看護基礎学という場合，多くの看護関係者の中に，基礎医学だけが頭に浮かんでくるようである。それから，いわゆる人間にかかわるものに関しては，一般教養科目の運用如何にかかってくるのでは，というように考える人が多い。たしかに看護のように，看護の対象となる人間，看護をする側の人間が，相互に影響し合う分野においては，特に看護者の方に，一般教養というものは確かに必要である。しかしそれを一般教養に救いを求めるというか，一般教養に依存し，責任をそちらに押しつけるのか，ということである。看護という専門の重要な基礎として，人間の心理とか生活，あるいは関係にかかわるものを位置づけるか，という問題であろうかと思う。佐々木先生の発表のアンケートの中に，現在の看護学総論に含まれているものを整理しなおす，という意見もいくつかあった。看護学総論の中に含まれているものを整理しなおすと，どうなるのか，あるいは，今までの基礎医学と，看護学総論をあわせて看護の基礎と考えてみると，この他に何が足りないのか，何を加えればいいのか，もっとこんなものが必要ではないか，といった御意見が頂ければ，ある方向が見出せるのではないか。

野島：草刈先生の先程の説明でよく分った。たしかに同じようなことを考えていたと思う。そのことをふまえて考えると，石川先生の基礎学あるいは，基礎看護学，と言われたものと，看護学総論との位置づけのことがつながってゆくのではないかと思う。

座長（木場）：関連して大串先生の御意見を。

大串：考えが未だ未整理ですが（図1）一挙に看護基礎学の内容を，技術指導学というようにもってきて，突飛な感じはしている。私の考える看護基礎学とは，看護学の基礎と考え，解剖学，生理学，病理学等基礎医学の科目を，看護基礎学，という考えとは違うと思う。看護の基礎学として，どこに位置づけるか考えているが，基礎医学は少なくとも，看護学の範中ではなく，そのままでは基礎医学であるから，専門のための教養科目という感じがしている。解剖学を例にとると，たとえば，注射を筋肉組織のどこにすればいいか，といったことが，わかるような解剖学を講義してほしいと講師の先生に依頼すると，担当の講師は，系統解剖学として発生学から入り，大変細かい講義がなされているので，看護の要求とはくい違ってくる。そのままでは，あくまでも看護学ではない。専門のための教養のようなものなので，教養科目と専門との間にもう一つの段階が必要と考える。看護基礎学と私が考えるものの中に入ってくるとすれば，看護学の理論化に必要な形にしてゆく。そのためには，石川先生が言われたように，看護学者で解剖学を専攻するような人が解剖学を担当して，看護基礎学としての解剖学というものが出てくれば，技術理論学等の並びの中に入ってくるのではないか。

石川：基礎医学と臨床医学というのと同じように，基礎看護学と臨床看護学と離して考えると，現在看護の人達が，基礎医学としているものは，基礎看護の中にはいる。心理学，社会学といったものも基礎学の中にはいる。ということで話を進めている。

看護学部の中には，基礎看護学講座があるが，今の大串先生の言っている内容からいくと，私はむしろ臨床の方に属すると思う。それから，大串

先生の，看護に必要な講義をしてくれればいいが，そうではない，ということには大変抵抗を感じる。看護学ということで方法論がない，というのは看護学にならない。そのためには，解剖学，生理学，心理学，社会学等，その学問をして，看護にとり入れてゆく，ということでなければ看護学は存在しない。必要なことにだけ便利屋的に我々を使うような傾向があるのは抵抗を感じる。

内海（千葉大）：私はむしろ便利屋的に使うという方に賛成の念をもっている。というのは，医学というものも，そのものずばりの医学があるわけではない。その中に細菌学とか，薬理学とか，いう学問がある。こういうものを複合科学という。看護学は医学やその他の複合科学と同じく，看護の場におけるあらゆる科学の集合である。その中に基礎の学と応用の学が存在するのであって，単に医学の中の基礎学や，2，3の心理学や社会学が構成した看護のための学であってはならない。看護基礎学の中に臨床医学が入ってよいし，数学や国語が入ってもよい。定義として，看護の場における基礎の学である。

川上（弘前大）：シンポジウムのテーマを決めた者として，一言申し上げておくが，医学における基礎医学に相当するものが，看護の分野にはない。それを看護基礎学といっている。現在の看護は，nursing であって nursology（こんな言葉があるかどうか不明）がない。ということである。nursing の発展のために nursology を作ろうという提案である。

野島（徳島大）：nursology を作る場合に，看護とは何か，ということをおさえておかないと出来ない。看護学を別なところに置き換えてみると分りやすい。この言い方誤解があるとは思うが，たとえば人間学という立場でとらえてみると，何をどう研究する学問なのか，という土台がないといけない，ということがはっきり出てくる。そこから対象が何であるのか。人間である。そうすれば人間が生存に関する森羅万象すべてが看護基礎学の各論に入ってくる筈である。内輪先生が，実験を盛んに強調なさっていたが，私も今の考え方からいうと，実験は基礎医学，それによって意義が開発されてゆくが，それだけでは nursology は確立できないと固く信じている。

内輪：実験研究ということは，看護行為を解明し，理論的に反映する上で重要。それだけが全部ではない。それ以外に人文科学系等が一緒になって看護の基盤になっている。

石川：内海先生にお聞きしたい。私も医学も看護学も総合科学であると思う。しかし医学は基礎医学も臨床医学もある。ところが，総合科学である看護学というものがあるのか，ないのか，基礎と臨床がはっきりしないということである。

便利屋ということについて言いたいことは，例えば私が，生理学であるとすれば，こういうことを教えてくれと，便利屋に使うのではなく，生理学が必要だったら，看護系の人がきて勉強しなさいということ。与えられるのを待っていると言う意味ではない。

座長（木場）：看護という専門的立場から，主体性をもって学ぶ，という姿勢が欠けていたということから出てきた問題と考えられる。

松岡（千葉大）：一つ一つの学問というものが，例えば専門科目にしても，森羅万象に関係している。その専門科目をコントロールするものは，やはり看護の philosophy である。その philosophy は，やはり臨床看護の中で，人間を対象にして，人間を扱うところにある。この philosophy によって，森羅万象に関する学問がコントロールされている。

座長（木場）：森羅万象という言葉が先程から使われているが，それは看護に含まれる要素というものが，非常に多いことを意味しているのではないか。それを導いてゆくのは，やはり philosophy であると思う。私達は今まで経過してきた看護界の状況を反省してみると，philosophy が必要であると言えば，philosophy にかぶれて……と言えば誤解があるかもしれないが……看護の中でおこってくる現象とか実態を一つ一つ

確かめてゆく，ということが欠けていた面もあったのではないか。

私達が基礎という場合，それぞれの立場によって，その比重や基礎に対する概念がすこしずつ違うように考えられる。例えば，先程から基礎ということを，いわゆる解剖生理とか，心理学とか社会学とかいうような意味で，看護の基礎となるもの，と考えてきた。先程内海先生が，すべてが基礎である，と言われたことの中には，例えば内科の患者を看護する場合に，その内科疾患の患者の病態をよく知り看護をする，というとき，内科学が看護の基礎になり得る，という意味にとってよいでしょうか。

内海（千葉大）：よいことを指摘されたと思う。私は基礎と応用というものを，人間にあてはめて考えている。それは学問の分類と違うかもしれないが，基礎という面では認識すなわち，epistemology を考えている。応用というものは praxeology，すなわち実践の学と考えている。従って看護基礎学とは，epistesis が看護の領域から発生したものの全てであると思っている。基礎と応用の対比は，むしろ医学のアナロジーとしての基礎と臨床ではなく，認識 epistemology を基礎となし，実践 praxeology の角度に応用を考えている。

草刈：気がかりを・・・先程野島先生が森羅万象と言われましたが，それでは足がかりにならない。やはり具体的にみつけないと駄目である。そういう意味で私は，図3で丸い絵をみて頂ければもう少しわかると思う。従来は内側の生死・老化・成長・病気・それだけが直接の看護の対象であったと思う。ところが慢性疾患等になってくると，やはり老年の問題もあるし，そうなると，その人の生活自態に問題がかたまってくる（図3）。他の教育，育児，家庭，経済，衣服，住居そういうものもなんらかの形で看護にかかわってくる。そのような広がりをもっていることを足がかりに。

村越（長汐病院）：もっと若い人に意見はないか。

早川（近畿大）：看護の根源というものに皆さんだいぶ討議をされているが，おもしろいと思う。草刈先生が言われたように，森羅万象というようにとらえると，それはすべての学問がそこに通じるのであって，それを看護だと言ってしまうと，かなり無理が出てくる。僕が非常に感じたのは，看護がいろいろ基礎だとか何とか言われても，実際の現場に出ると使えないのではないかと思う。内輪先生のお話にも，なる程，と思うが，実際現場の人がそれをやると言っても忙しくてできない。だから，看護の場合もレベルをつけるべきだと思う。というのは，これからは四年制大学を出た人が看護職になって，内輪先生がおっしゃった看護実験のような事を教えるのは，grade education の方にまわされる，というようにレベルをつけた方が，看護という一つのものとしてではなく，そこになんらかの段階をつけた方が日本的になるのではないか。

司会（土屋）：内輪先生も決して，これをみんなが臨床でやれ，というのではなくて，看護にはむしろそういうようなことが欠けている。だから誰かがそれをやらなければいけない。それをやる人があまりにも少ない，という意味でお話しになったのだと思う。最後に会場からもう一人だけ。

内海（千葉大）：すぐ役に立つような研究をやれ，と言っていた本日の品川教授の意見に反対である。すぐ役にたゝない研究も看護基礎学の学的構築のために長年月をかけて積重ねてゆくべきである。

ま　と　め

司会（土屋）：看護の基礎学――その言葉遣いはとも角――看護を支えるsolid，fundamentalな学問が早急に確立される必要があるとの認識は，シンポジウムの担当者も会場の方々も一致した結論であったように思う。教育法の具体的内容はなお今後しばらくの試行を要するが，一方ではこのような技術的問題以前に，教官自身の学問体系としての認識と努力の不足が最大の問題であることも指摘された。大学教育の場において先ず可能なことは，現行のカリキュラムの枠内でteaching staff，laboratory staffがこのような認識に立ってやりくりし努力してゆくことが重要であることが数人の意志統一の中から示された。

看護基礎学の概念に関しては多くの討論が行われた。臨床看護支援のための差当って実際的な立場からの見解と，基礎科学に本来有用性を意識した領域はなく研究方法や教授法に王道はあり得べくもないとの基本的な観点に要約されよう。しかし発言の差異は学問に対する理解の相違というよりは，発言者は全て少くとも看護学専攻の研究者とされている者だけに，現状の看護学に対する不満と焦りに基づくものと理解される。差当っての方便と数年先の学問大系としての発展を混同させない必要があろう。現存の基礎科学の浅薄，皮相な利用のみでは学問としては程遠く，看護が常に他の領域の従属から脱却し得ないことを強調した発言は銘記すべきであろう。

看護基礎学の範疇に関しては一応の了解が得られたように思う。解剖学や病理学，細菌学等が含まれることに異論はなかったが，基礎学は本来余り明確な領域が固定される筈もない。その時々の必要性や発展過程に応じて選択の変遷のあることは全ての応用科学で共通のことであろう。electronicsや高分子化学はすでに看護技術の面で広汎な応用を見ているが，これも近い将来は与えられ受けとめるものではなく，看護側から積極的に開発し指導すべき分野として基礎学の華やかな部門に入る可能性がある。免疫学や遺伝学も独自の発達を遂げるかも知れない。

用語の統一は，その必要が認められれば，概念に多少の相違はあっても不可能ではないと考えていたが今回は余り煮つまった議論には到らなかった。実体が明確に規定されてから始めて用語が出来ると考えている訳ではないが，問題は既存の用語との兼ね合いであろう。特に看護総論の混乱が討論されたが私にはその背景を充分には理解し得なかったので木場先生に委ねたい。何れにしても用語は理論的に整理された形か，又は漠然とした認識ながらその背景が多方に理解された後に普遍化されるべきものであろう。今回敢えて論議を促がしてたとえ一応の統一が提案されても余りにも人為的に過ぎて，総会の参加者以外には無理なく受入れられるものではないと感じた。

後半の討論は木場先生の担当である。私の担当した前半のまとめに若し誤りや独善があればその分も含めて，以下のまとめを木場先生の責に委ねる。

司会（木場）：看護の基礎となるものに対するニードは，必ずしも明確に整理された認識とはならないまでも，今まで鬱勃としてなくはなかった。討論の中でも看護学総論の位置づけや，未整理のままで混在している内容の問題を含めて，今後検討の可能性があることに，ほぼ一致した見解が得られたものと考えられる。看護界における看護学総論の位置づけには，大きく二つの立場をみることができる。一つは看護学総論を看護そのものであるとして，基礎医学等とは区別し，総論を学習すれば一応すべてに通じるものとして病院の実習に出すことができる，といったどちらかと言えば

ま と め

実務志向的暗黙の了解がある。もう一つは，どちらかと言えば基礎に属するものであるとする考え方である。

看護学総論は，その名が示すように，全体に通じる論，全体にわたっての大体の概説，あるいはその学問の輪郭と研究方法の大体を説く概論，といったものであると考えられる。

看護がまだ学問としては未分化な状態から成長してゆくプロセスにおいて，基礎的なものや，応用的なものが混在している状況は，一応やむを得ないであろう。先輩諸領域の学問においても，多かれ少なかれこのようなステップがあったのではなかろうか。

看護が人間の生存をめぐる森羅万象のすべてが看護の基礎となり得る，いわゆる総合科学であることの広がりや深さが求められる分野であることについても，大体一致した結論である。しかし看護の基礎学として明確にされてゆくとき，総合科学でなければならないことへの焦りや現状における不満が，維然とした「あれも，これも」に陥る危険性を充分に考慮する必要があろう。

従来の基礎医学のみでなく，人間行動にかかわる基礎科目を含んで，看護にフィットする教育のあり様，あるいは看護への取り込み，についても，立場による多少の違いはあるにしても，検討の余地と可能性のあることが了解された。この場合，特に社会科学系の基礎科目については，一般教育科目との混乱もみられ，必ずしも一致してはいない。立場による多少の違いや特徴はむしろ看護の広がりを示すものとして当然のこととして受けとめることもできる。また臨床看護学（仮）の方から基礎学を決めてゆくという思考もあってよい，という提案がみられた。看護のように経験を重視し，実践を強調してきた分野にとっては，看護の実践における現象や問題を一つ，一つ確かめてゆくことによって，不充分と考えられたり，更に追究すべき事柄等から，基礎学を導入する立場が必要と考えられる。

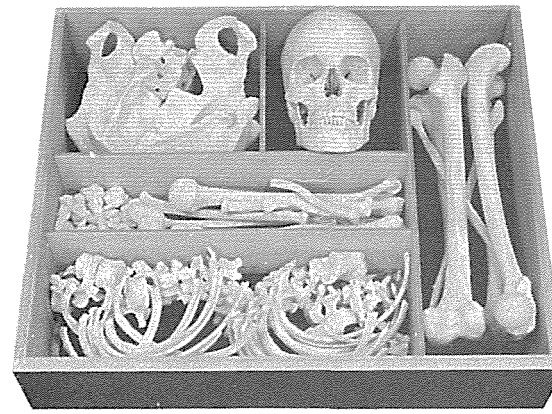
最後に強調したいことは，土屋先生が言われたように，さしあたっての方便と，数年先の学問の発展を混同させない，ということについて，看護界は今一度考えてみる必要があるのではないか，ということである。看護の独自性や専門性を強調するあまり，看護の狭さや未熟さを露呈することえの反省も含めて，現状においては，近接の領域から導入できるところ，使えるところから出発することもあって当然ではあるまいか。問題は基本的な視点とその発展の仕方如何にかかっていると言える。他の学問や理論が，看護に有効だから，と言っても，そのことに対する研究や仕事の業積が，どのように蓄積されてゆくかによって，看護基礎学としての位置が決まるものと考えられる。

—— 司会の不手際から意の尽くされないところも多く，特に実地看護技術とのかかわり方の実例に対して討論の時間が持てなかった。それにもかかわらず現状の分析と問題意識に関して共通の認識の得られた点も少くなかったと思う。このシンポジウムを企画され発表，討論の機会を与えられた川上会長に謝意を表する。——

定評あるⓈマークの基礎医学教材

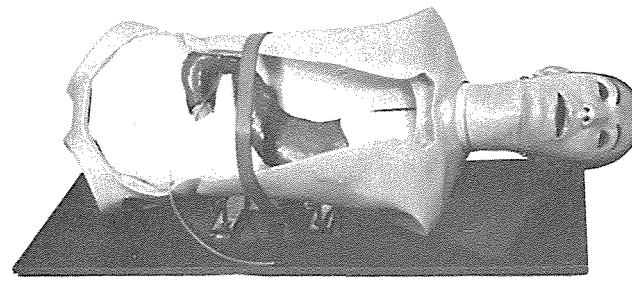
◉人体解剖模型（一〇〇分解）移動用車付台
取りはずし組立しやすい軟質合成樹脂製（新名称・解説書付）

◉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

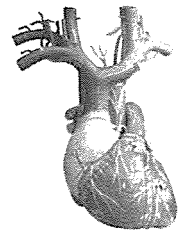


◉気管支内視鏡練習モデル　経口、経鼻からファイバースコープ、硬性鏡挿入

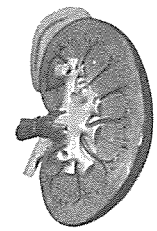
◉胃・十二指腸内視鏡練習モデル　食道、胃、十二指腸の検査
十二指腸直達鏡検査



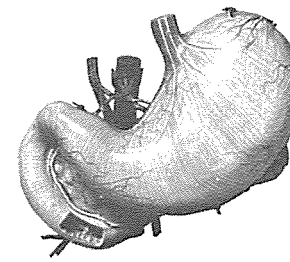
◉生理解剖模型



心臓解剖模型



腎臓模型



胃解剖模型

医学教育スライド

放射線医学・心臓外科学
耳鼻咽喉科・消化器外科
泌尿器科学・新整形外科
皮膚科学・小児外科学
眼科学・小児科学
歯科学・病原微生物
リハビリテーション・人体組織学

医学教育模型のパイオニア

【総合カタログ進呈】

株式会社 坂本モデル
〒606 京都市左京区下鴨東高木町34
電話(075)701—1135～7番

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

実践的なテーマが、看護婦さん教育にも役立っています。

□入院から分娩を経て退院に至る〝看護の実際〟の把握に

Ⅲ－5 分娩第Ⅰ期の看護　Ⅰ－11 分娩介助　Ⅲ－6 褥婦の看護　Ⅰ－10 新生児の取扱い方　Ⅰ－12 新生児異常の見方

□基本的なマナーを身につけるために

Ⅱ－5 看護婦さん
勤務上のマナー

□敏速・適切な救急処置を行うために

Ⅱ－6 救急処置
ナースのための基本的実技

□実習時の予習・復習に使えば、更に効果が上ります。

第Ⅰ期シリーズ

	指導
1 安産教室	(松山栄吉・大村　清)
2 妊娠中の生活	(北井徳蔵・諸橋　侃)
3 出産	(薄井　修・角田利一)
4 妊娠初期のこころえ	(中嶋唯夫・松山栄吉)
5 妊娠後期のこころえ	(真田幸一・皆川　進)
6 産後の生活とこころえ	(前原大作・南雲秀晃)
7 妊娠中におこりやすい病気	(本多　洋・前原大作)
8 新生児の育て方	(山口光哉・久慈直志)
9 受胎調節	(大村　清・松山栄吉)
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期シリーズ

	指導
1 赤ちゃんの育て方	(二木　武・松山栄吉・本多　洋・安村鉄雄)
2 子宮がん	(水口弘司・有広忠雅・松井幸雄)
3 更年期	(前原大作・河上征治・南條継雄)
4 遺伝と先天異常	(大屋　敦・黒島淳子・住吉好雄)
❺看護婦さんのマナー	(北井徳蔵・薄井　修)
❻救急処置	(山口光哉・市川　尚・野原士郎)

第Ⅲ期シリーズ

1 妊娠中の栄養と食事	(本多　洋・安村鉄雄・松井幸雄)
2 妊娠中の不快な症状	(薄井　修・有広忠雅・野原士郎)
3 母乳と乳房マッサージ	(山口光哉・川名　尚・黒島淳子)
4 不妊症ガイダンス	(住吉好雄・河上征治)
❺分娩第Ⅰ期の看護	(前原大作・神保利春・南條継雄)
❻褥婦の看護	(前原大作・新家　薫・樋口正俊)

白ヌキ数字は：看護婦さん教育用

Ⅰ　期	一括払価格	分割払価格	Ⅱ期・Ⅲ期		一括払価格	分割払価格
1巻	27,500円		1巻	½インチ	27,500円	
				¾インチ	30,000円	
12巻セット	275,000円	300,000円（月額25,000円×12回）	各6巻セット		150,000円	159,000円（月額26,500円×6回）
16㎜フィルム		各　巻	100,000円			

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

一般演題演説内容及び質疑要旨

座　長　　弘前大・教育学部　　木村　紀美

1）保育器の細菌学的検討　その1
保育器の清潔に関する調査

弘前大学教育学部看護学科　○明石　　泉
鈴木　光子
木村　宏子
川上　　澄

保育器内の高温高湿環境は，未熟児保育に必要不可欠のものですが，細菌の繁殖にも，好都合となるため，保育器を清潔に管理することが問題となります。しかし，保育器の汚染に対する対策は，文献で調べてみても，統一されたものはなく，各施設によって異なった方法がとられているのが現状です。そこで，保育器の清潔な管理方法を考案するために，保育器を使用している施設の，現在行なわれている管理方法の調査と，さらに別個に，未熟児，新生児を収容している保育器の汚染状況の細菌学的な検討を行ないました。

保育器の管理方法の調査は，全国医科大学附属病院70，臨床研修医指定病院128施設の，小児科，産科病棟を対象に，アンケート調査しました。延べ302通の回答を得，回答率は89％でした。

保育器の清拭を毎日行なっている施設は，240施設，83％でした。使用している消毒剤は，ヒビテン，115施設，38％、ハイアミン70施設，23％，オスバン60施設20％で，ヒビテンが最も多く使用されていました。次に，消毒液の濃度をみると，ヒビテンは，0.02％を用いているところが，52施設で，約半数を占めました。ハイアミンおよびオスバンでは1％が最も多くみられましたが，いずれも，全体の1/3とばらつきがみられました。

ビニール袖の交換についてみると，定期的に交換している施設は，224施設，74％でした。交換期間をみると，7日未満が，131施設と最も多く，次に7日が89施設となっており，全体の98％の施設が，7日以内に交換していました。

湿度計，加湿槽の水の交換についてみると，定期的に行なっている施設は，約8割を占めました。その中では，1日1回，交換している施設が最も多くみられました。

保育器の交換を，定期的に行なっている施設は，208施設，72％でした。そのうち，7日毎に交換している施設が，135施設65％と最も多くみられました。

使用後の保育器の消毒法をみると，清拭後，殺菌灯を照射する施設が，236施設で約9割を占めました。そのうち，殺菌灯照射時間をみると，30分から60分，行なうところが92施設，60～90分，行なうところが95施設で，全体の8割が，30分から90分の殺菌灯照射を行なっていましたが，中には15分，48時間という施設もありました。

保育器の殺菌学的調査は，弘前市立病院，産科病棟において，4例を対象に行ないました。細菌学的汚染度の検診材料は，1日1回，0.02％ヒビテン液で清拭を行なう前後に，保育器のプラスチックフード，および，ビニール袖の2箇所から採取しました。保育器内の湿度計および，加湿槽の水については，1日1回行なう交換の前後に採取しました。前者は，BTB培地，血液寒天培地を使用し，37℃恒温室で，24～48時間，培養後に同定しました。後者は，定量培養を行ないました。

症例Aでは，プラスチックフードから，7日目に，菌が検出されましたが，清拭後は消失しました。ビニール袖からは，3日目および4日目に，菌が検出されましたが，清拭後，減少し，4日目以降は，検出されませんでした。湿度計の水の菌は，交換後に減少していますが，7日目の表皮ブドウ球菌は，交換前後とも，1×10個と変化はみられませんでした。加湿槽の水は，1日目と7日

目の交換前に，菌が検出されましたが，交換後は，マイナスとなりました。

症例Bでは，プラスチックフードから，1日目に，453個の菌が検出されましたが，清拭後には消失しました。その後，3日目，4日目，5日目に，少数の菌が，検出されましたが，5日目の清拭後には，マイナスになりました。湿度計の水は，7日目には交換後でも，菌数が減少しませんでした。

症例Cでは，4日目に，プラスチックフードと，ビニール袖から菌が検出されましたが，清拭後には減少しました。

症例Dでは，プラスチックフードおよび，ビニール袖から検出された菌は，清拭後には消失しました。

検出された菌の同定の結果，プラスチックフードからは，枯草菌，表皮ブドウ球菌，黄色ブドウ球菌，Klebsiella Pseudomonialなどが検出されました。ビニール袖からは，表皮ブドウ球菌，黄色ブドウ球菌，Pseudmonas－fluorescens[3]などが検出されました。湿度計および，加湿槽の水からは，Group 5A－2，Pseudomonas－like，Pseudomonas－cepacia，Pseudomonas fluorescens[3] などのグラム陰性桿菌および，表皮ブドウ球菌が検出されました。

保育器の清拭には，0.02％ヒビテン液を使用し，毎日行なっている施設が多いことがわかりました。細菌学的検討においても，0.02％ヒビテン液で清拭した後は，細菌は減少，または消失しており，効果があると，考えられます。

湿度計，加湿槽の水の交換についてみると，毎日，交換している施設が多くみられました。しかし，細菌学的検討において，湿度計の細菌は，水の交換後にも検出されました。これは，湿度計の内壁や，ガーゼに菌が附着しているためであると，考えられます。従って，水を交換するだけではなく，湿度計自体を交換することが必要であると考えます。

今後，さらに，細菌学的な検討をすすめ，保育器の管理基準を，明確にしていくべきであると考えます。

質疑応答

島田圭子（弘前大・附属病院）：研究施設でのスタッフの手洗い方法（薬液，消毒時間，方法etc）について。

研究段階で一定に統一されないと，実験結果に大きな誤差があるように思われる。

現在行なわれている方法と一定方法に統一された方法との比較が必要と思われる。

明石：手洗いについては，0.02％ヒビテン液を使用していましたが，時間については，統一されていませんでした。

内輪進一（徳島大・教育学部）：保育器の清潔については，看護婦自身による保菌の方面から検討する必要がある。

手洗いの励行と共に，鼻腔内の保菌をよく考慮しすることが重要である。

明石：今後，よく検討していきたいと思います。

松岡淳夫（千葉大・教育学部）：看護者の手洗等，汚染の原因となると考えるとの発言があったが，この研究基礎として，内輪先生のいわれる点，留意しなくてはBaseが不定となる。

私達が研究会で発表したことだが，病棟手洗いでは濃度を0.02％ヒビテン液で規定しても，数秒間の浸漬時間しかなかったことをタイムスタディしている。留意されたい。

明石：その点についても，今後，留意していきたいと思います。

2）カテーテル留置患者の細菌学的検討からみた看護の問題点

弘前大学教育学部看護学科　○中村留里子
津島　律
今　充

留置カテーテルは，術後や排尿障害の患者管理等を対象に，無菌的操作により挿入がなされてい

ます。そして，その管理が不十分であれば，尿路感染をおこすという多くの報告がありますが，留置カテーテルの交換周期を文献的に調べても多様で，一定の見解はないようです。しかし，留置カテーテルは，留置日数が増すに従い，汚染される可能性が，大きいのではないかと考え，その汚染の状況を細菌学的に検索してみました。

対象は，外科系病棟の患者12名，内科系病棟の患者２名の合計14名です。留置期間は，最短で１日，最長で30日です。留置理由は，術後管理，尿失禁が主な理由です。

これらの症例から，次の３項目について，検討を加えました。

第１に，留置カテーテルからの細菌検索のための材料採取部位は，膀胱内に位置したカテーテル内壁６*cm*，尿道外壁３*cm*，連結部内壁４*cm*としました。

滅菌綿棒にて材料を採取し，ＢＴＢ培地，血液寒天培地に塗布して，培養同定をしました。

第２は，カテーテルと尿の検出菌の関連を調べるため，全症例から，毎日午前８時，カテーテル尿を採取し，培養同定，尿定量培養を行いました。

第３として，0.02％ヒビテン液で膀胱洗浄が施行されている２例について，ヒビテン感受性を測定するため，日本化学療法学会標準法に準拠した，倍数希釈法による，最小発育阻止濃度，いわゆるＭＩＣにより測定しました。

コロニー数，尿中細菌数の判定基準は，スライドのようにしました。

交換周期１日～５日までの６例中１例を除いては，膀胱内内壁，連結部内壁，カテーテル尿からは，菌の検出が陰性でした。２日目において，膀胱内内壁，カテーテル尿から，スタフィロコッカス・オーレスが検出されました。また，尿道壁からは，Oppotunistic in fection の原因微生物となりうる，E. col：プロテウス，ストレプトコッカス，フェカーリス，シュードモナスセパシア，セラチアなどが検出されました。

交換周期６日～30日の10例の留置カテーテルからは，１例を除き，全部の部位から菌検出がみられました。菌種は，グレブシェラニューモニア，シュードモナスエルギノーザ，セラチアが主流をなしていました。カテーテル尿の検討では，10例中７例が尿路感染を呈し，他，３例も尿路感染を起こす可能性がある状態でした。

特に，症例Ｊでは，尿道外壁に存在した菌が，新たに交換された７日後の連結部内壁からも，検出されました。また，症例Ｎでは，尿道外壁に存在していた菌が，７日後の膀胱内内壁，連結部内壁及びカテーテル尿から検出されました。これらのことは，尿道に存在した菌が，尿路処置により，管内に侵入したり，管外性膀胱感染を成立させたとも判断されます。

次に，留置カテーテルによる尿路感染を防止するため，膀胱洗浄がおこなわれますが，その効果を検討するため，ヒビテンによるＭＩＣを測定しました。

膀胱洗浄使用濃度に近い4,000倍以下を耐性，8,000倍以上を感性としますと，症例Ｍでは，ヒビテン液に耐性を示す菌が多数あることが知られました。

症例Ｎにおいても耐性菌がほとんどであることが知られます。感染防止に効果的といわれている膀胱洗浄を施行しても，定期的な尿の細菌検査が必要であると考えます。

さて，前述のごとく，外尿道口部に存在した菌により，尿路感染をおこしうることが，知られました。従って，感染防止のため，外尿道口周囲を清潔に保つ必要性が把握されますが，その方法も多様です。

そこで，文献的にも一番多く，かつ病棟でも頻用されている0.05％ヒビテンで１日１回外尿道口周囲を消毒し，その実態を把握してみました。その結果，全ての症例において，菌検出が認められました。

また，２例ですが，温湯清拭した結果では菌の増加傾向が認められました。

膀胱洗浄と同様，ヒビテン耐性菌の問題や外尿

道口を清潔にするための一定の方法が，得られないことから，今後，効果的な方法を検討していく必要があります。

以上のことから，検討例数が少ないのですが，カテーテル留置後，5日以内であれば，菌の検出がほとんどみられないのに対して，6日以降になれば，細菌の汚染状態が高度になることが知られました。

また，感染防止に効果的といわれている，膀胱洗浄を施行していても，耐性菌等の問題から，患者の詳細な観察，定期的な尿の細菌検査の必要があると考えます。

さらに，膀胱洗浄，採尿などの尿路処置による医原性感染が成立する可能性もあることから，看護者として，厳重な滅菌操作，消毒清潔などに対しては，再確認する必要性が知られました。

そして，外尿道口汚染が膀胱内汚染へつながる危険性が明らかにされたので，外尿道口周囲を清潔に保つべく，最も効果的な方法を検討し，尿路感染防止の一助にしていきたいと考えています。

質疑応答

村越康一（長汐病院）：結論を得られてから，5日内に交換された症例の検討ではどうでしたか。結論が出てから実施した例についておきかせ下さい。

中村：カテーテル留置患者の細菌汚染について把握しただけで，その後は，検討をしていません。

松岡淳夫（千葉大・教育学部）：閉質回路か，回路か，蓄尿容器の汚染の危険性は考慮されているか。

中村：病棟では、カテーテルの先端を消毒したビンに入れ，尿を流すようにしている。特に，逆流防止装置等がついている閉鎖式は使用していない。

ビンは一日一回交換している。

木内妙子（徳島大学）：結論の感染防止のためには膀胱洗浄が効果的である，ことについて。

膀胱洗浄の効果を左右する因子を考慮して結論したのか。

その因子は泌尿器疾患の有無，留置期間が短期か長期か，症例による洗浄液の選択 etc が考えられる。

中村：膀胱洗浄については，2例おこなわれていたが，特に検討はしていない。

土屋尚義（千葉大・教育学部）：正常尿でも少数の細菌が検出されることはあり得ると思うが，留置カテーテル尿の場合，どの程度の菌数で異常，危険と判断したらよいのか。

中村：尿中に 10^5個/mℓ以上細菌が検出されれば，尿路感染を呈したと定義されている。ただし留置後6日以降になれば 10^4個/mℓ以上 10^5個/mℓにほとんど近い細菌数が検出されるのでそれは危険な状態と考えている。

3) 生体に及ぼす足浴の影響

滋賀県立短期大学看護部　玄田　公子

足浴は入浴できない病人にとって，全身を温めるだけでなく，爽快感をもたらして気分を緩わらげるなど，不眠の援助としても有効であることが知られている。

ところで，病人には片足浴しかできない場合がある。この場合にも温熱効果が期待できるかどうか調べるために，片足加温による，体温，皮膚温，心拍数および指尖容積脈波などを検討している。今回は，体温および皮膚温の成績について，夏と冬を比較した。

実験方法

被験者は，健康な女子学生5名である。朝食の3時間後，椅坐位で30分以上安静状態においた後，平均44.4℃の湯に右足を足蹠から20cm上まで10分間浸漬させた。

体温および皮膚温の測定には，銅・コンスタンタン熱電対を用いた。体温は舌下温，皮膚温は手掌母指球上および足背である。これらは，加温前，加温中および加温後の回復期の10分間にわたり自動平衡記録計に記録させ，それを温度に換算した。

足の加温にはポリバケツを用いた。足の出し入れは被験者の動きをできるだけ少なくするために，実験者が行なった。被験者には，トレーニング用のシャツとズボンを着用させ，ズボンは膝下まで折りまげている。

なお，実験は，夏は８月に冬は12月にいずれも恒温恒湿実験室（室温19±1.7℃，湿度60±3.5％）で行なった。

実験成績および考察

実験成績に入る前に，これまでの両足浴の場合についてみたい。

足背皮膚温の変化は，両足加温によっていずれも皮膚温は上昇していた。回復期では，５分の加温の場合も加温前の値にはもどっていなかった。また，10分以上の加温では回復期の30分目まで高い皮膚温が保持されていた。次に舌下温では，15分以上の加温で体温の上昇がみられ，回復期においても加温前の値にはもどっていなかった。次に，舌下温をみると，15分以上の加温によって体温の上昇がみられ，回復期においても15分以上では，加温前の値にはもどっていなかった。10分までの加温では，回復期に体温は大きく低下していた。灌流血液が温められ体温調節機構が働らくためには20分以上の加温が必要である。以上は，両足加温の場合である。

今回は，片足加温について検討した。まず，皮膚温の成績を浸漬した右足の足背皮膚温についてみると，５人の平均値では，加温前の値は，夏では27.3℃，冬では24.4℃であった。加温によりいずれの場合も皮膚温は急激に上昇していた。皮膚温が最高に達する時間は，夏では5.5分，冬では7.5分であった。また，その時の皮膚温は夏では41.6℃，冬では40.9℃で夏の方がやや高い値を示していた。回復期では，いずれもすみやかに下降しているが，それらはいずれも加温前の値にはもどっていなかった。

手掌皮膚温は，加温前の値は夏では32.5℃，冬では25.7℃であった。夏では，加温終了後にやや上昇する傾向にあり，冬では，ほとんど変化がみられなかった。手掌皮膚温は，上昇しているもの下降しているものなど個人差があって，一定の傾向はみられなかった。

舌下温の加温前値は，夏では36.4℃，冬では36.8℃であった。片足加温による変化は，夏ではほとんどみられず，冬では加温５分目から回復期の５分目まで下降していた。回復期では，夏および冬の10分目にはそれぞれ加温前の値より低下していた。

これらの結果，足背皮膚温において，10分の加温でも局所が温められていることから，保温について配慮すれば，10分の加温も有効と考えられる。ところで，青山の四肢冷却加温時の着衣方法を放熱から検討している報告によると，右足を加温した場合，加温中の放熱は，項部，胸部および反対側の腰部から側腹部にかけて大きく，加温中止後では，加温側の背部および側腹部の放熱が大きいとしている。従って，加温中および終了後にそれぞれ放熱の大きいところの保温を配慮することで，10分の片足加温によっても加温効果は期待できるかも知れない。

以上をまとめると，局所加温による体温および皮膚温の結果から，10分の片足浴では，局所的な加温効果はあるが，深部体温を温めるためには，やはり長時間の加温が必要といえる。

質疑応答

内海　滉（千葉大・教育学部）：母指球皮膚温測定の意義について

追加発言

内海　滉：足に対する温度変化に呼応して母指球の循環の影響がしばしばみられる。しかし，それは上昇の者と下降の者などあり，平均せずに観察してその関係を調べることが必要である。

玄田：皮膚温測定部位に母指球をえらんだ理由については，指尖容積脈波を同時に測定しているので，室温の影響をうけなくて，自然な位置に置いて圧迫を受けない部位とした。

木内妙子（徳島大学）：足浴温度を44.4℃で施行

した理由について。

局所的加温浴を行う場合は組織の不可逆的変化がおこることを考慮し，温度や時間を決定すべきでないかと思いますが。

玄田：44.4 ℃は，平均値です。

4) 便器挿入時の体圧分布の検討

熊本大学教育学部 看護学科
○萩沢さつえ
山口　公代

ベッド上排泄において使用する便器により循環障害を起こす可能拙もあり，仰臥位における便器挿入時の臀部の体圧分布の実態を知る目的で和式便器，洋式便器，及び和式にスポンジのパッドを当てて用いた場合について検討した。

被験者は身長151.2 cm，体重48.5 Kgの26才の健康女性で測定には下着の上に薄手ジャージーのトレーニングパンツを着用した。便器はホーローびきの和式便器，洋式便器を用い，パッドは厚さ2 cmのスポンジをビニールで被ったものを用いた。便器の挿入は便器のほぼ中央部に常に肛門が来るようにして臥床し，その結果坐骨結節は和式では便器内に，洋式では座面内側の辺縁部にあった。体圧の測定は便器の座面に1 cm間隔に縦と横に線をひき，その交点に歪ゲージ圧力センサを置き，それをひずみ圧力用プリアンプにつなぎ測定した。膝の屈曲角度については0°を膝伸展位とし，比較的力みやすい肢位を膝130° 屈曲位，その中間的な肢位を膝50°屈曲位の3種類とし，力む時にはそれぞれの肢位で4～5秒力んだ。

和式便器挿入時の体圧分布

まず圧の強さについてみると力まない時の伸展位では仙骨部にわずかに200～400 g/cm²の部分がみられ，他の部分は0～200 g/cm²である。そして50° 屈曲位になると400～600 g/cm²の部分もみられ，130°屈曲位では600 g/m²～の部分も表われ，膝を屈曲するにしたがって仙骨部の圧も増加する。また和式便器挿入時のどの場合も便器先端部は体圧0で受圧部分になっていない。そして力むと仙骨部の受ける圧も高まり，伸展位でも600 g/cm²～の部分がみられ，130°屈曲位では仙骨部はほとんど600 g/cm²～でその約半分は1,000 g/cm²～となり，等圧線の間隔も狭くなっている。また受圧面積は力まない時に比べて伸展位と50°屈曲位でわずかに，130°屈曲位では約20%増加している。

洋式便器挿入時の体圧分布

座面全体の中では和式と同様に仙骨部圧が高く，膝を屈曲するにつれてその圧も増加している。まず力まない時の伸展位では全て0～200 g/cm²で，50° 屈曲位になり初めて200～400 g/cm²の部分がみられ，130°屈曲位ではその面積がやや増加しているが和式でみられた400～600，600 g/cm²～の部分は全くみられない。そして力むと和式では伸展位ですでに600 g/cm²～の部分がみられるが，洋式では50°屈曲位，130°屈曲位になってみられその最高値は820 g/cm²にとどまっている。なお50° 屈曲位，130°屈曲位で便器辺縁部にみられる200～400 g/cm²の小部分は坐骨結節である。また受圧面積は和式に比べ，130°屈曲位で力んだ時以外は全て洋式の方が大きく，等圧線の間隔も広くなっている。

和式便器にスポンジのパッドを当てた時の体圧分布

パッドを当てない時の体圧分布と比較すると最高200 g/cm²程度減圧し，等圧線の間隔も広くなるが，130°屈曲位で力むと仙骨部に約1000 g/cm²の圧がみられその最高値はパッドを当てない時とほとんど変らない。また受圧面積はパッドを当てない時に比べてわずかに減少している。

以上の結果から和式便器では仙骨部に高い圧が集中することがわかるが，その原因として座面が平担で体のカーブに合っていない事が考えられるので今後形については検討する余地があると言える。また1000 g/cm²をmmHgに換算すると約74 mmHgになり，毛細血管圧は30 mmHg前後と

言われていることから休みながら力んでも長時間になると循環障害を起こす危険性が考えられる。まして老人やるいそうの著しい患者では仙骨部も突出しており，特に注意が必要であると言える。その点からすると洋式便器は体のカーブに合った形であり，坐骨結節も含んでいるので受圧面積も広く，和式に比べて圧を分散しやすいとも言える。次に和式便器にスポンジのパッドを当てた場合その弾性により多少圧が分散されるが力むと最高値はほとんど変わらず，まだ充分とは言えない。今回のパッドは体の重みを支持できる条件でなかったと言えるので和式便器のパッドには弾力性とある硬さを持ち，体との空間を埋めるだけでなくある程度体の重みを支持できる材質と形が必要と思われ，今後の検討課題である。

まとめ

和式便器を挿入すると仙骨部の圧が最も高く，膝130°屈曲位で力むと1000 g／cm² 以上になり，また便器先端部はどの場合でも受圧部分とならず，洋式便器では和式より受圧面積も広くて圧が低く，和式便器にスポンジのパッドを当てると最高200 g／cm² 程度減圧したが，膝130°屈曲位で力むと仙骨部の圧はパッドを当てない時とほとんど変わらず高い圧が集中したという結果である。今回は被験者1名による結果であり，今後は様々な条件下において検討を重ねていきたいと考えている。

質疑応答

松岡淳夫（千葉大・教育学部）：体圧センサによる測定法を詳細に，プリアンプは何台使ったか。

萩沢：圧力センサは便器の座面中央より左右に1個ずつ置き測定した。（方法は座面に縦と横に線をひき，その交点にセンサを置いた）

村越康一（長沙病院）：便の性質で変りはないのですか。

萩沢：排便はしていない。

土屋尚義（千葉大・教育学部）：便器にかかれば当然ある程度の体圧がかかるが，先生の数値ではどの程度の圧までが正常として許されると考えられるのでしょうか。

萩沢：圧力について考える場合，圧の強さと時間の関係で決るので一概にはいえないが40 mmHg ぐらいまでにおさえられたらよいと思う。

座　長　　千葉大学教育学部　　阪口　禎男

5）陣痛誘発と看護

都立公衆衛生看護専門学校　○小山田智子
千葉大学教育学部看護課程　　阪口　禎男
山口　桂子

従来，分娩は自然の生理現象であり，いつ始まるかわからない分娩に対し，産科従事者は，万全の体制を整え，待機していなければなりません。

しかし，最近では，産科従事者の人事問題，産婦自身や家族の要望，さらには，分娩経過中の突発事故に対し，迅速な対応ができるよう，日中に分娩を集中させる計画分娩がとりあげられるようになってきました。

そこで，今回，我々は，陣痛誘発による分娩経過及び，アンケートによる意識調査を行ない，その利点，問題点及び，誘発分娩に際しどのように，産婦に接するべきかを検討しましたので，ここに報告いたします。

調査対象は，国立習志野病院にて，昭和54年6月から8月迄の3ヵ月間に於ける経腟分娩，180例であります。研究方法は，スライドにあります様に，分娩経過及びアンケート調査について検討しました。

スライドの上の表の上段は，調査期間中の分娩数であり，下段は，今回調査の対象となったものであります。スライドの下の表は，初産，経産及び，誘発，非誘発群の数を示しております。誘発分娩122例，66.7％，自然分娩58例33.3％でありました。なお，（　）内は，骨盤位分娩数を示しております。

スライドは，誘発処置適応の原則と，具体的な処置方法を示しております。頸管成熟度に応じて，誘発剤や陣痛抑制剤の投与，自然経過観察などの

方法を用いております。

スライドは，児娩出時間の一昼夜の分布を示しております。誘発例では，101例82.8%が9時から18時までの時間帯に集中しておりますが，これに対し，非誘発例では，24時間全域にわたり，広く分布しております。

スライドは，分娩所要時間の分布を示したものです。平均分娩所要時間は，初産誘発群438.9分，非誘発群561.1分，更に経産誘発群242.6分，非誘発群370.1分でいずれも，誘発群に，分娩所要時間の短縮がみられております。

スライドの上のグラフは，生下時体重の分布を示しております。生下時体重の平均値は，誘発群で3,195.1g，非誘発群で3,181.0gであり，スライドの下のグラフは，児娩出時のアップガールスコアの分布を示しております。初産誘発群で，8点以下を示した例が，64%に達したのに対し，その他の群では，50%前後で，アップガールスコアの低下が，初産誘発群に認められます。

スライドは，分娩時の出血量分布を，初産，経産，誘発，非誘発別に示しております。初産非誘発群では，出血量250mℓ以上が，27.4%なのに対し，誘発群では，46.4%にものぼり，初産誘発群に出血量の増加が認められました。

次に，今回の分娩についての感想を中心にしたアンケート調査を，前述期間中の産婦180名に記名式で解答を依頼し，誘発に対する意識にどのような差違があるか，検討を加えてみました。

スライドの上は，入院動機について示しております。誘発群では，入院日指定や予定日超過のためという者が，56.3%を占めているのに対し，非誘発群では，破水や規則的な陣痛といった，分娩の開始を入院動機とした者が，76.5%を占めました。

スライドの下は，今回の分娩の陣痛と分娩所要時間の感想を，誘発群，非誘発群にわけて，示したものです。即ち，誘発群の方に，陣痛を強く感じた者や，分娩所要時間を長く感じた者が，非誘発群に対し，多く認められました。実際の分娩所要時間と産婦の感想は，比較的一致していましたが，誘発群に同じ所要時間でも長く感じた者が多くありました。

次に，産婦に対し事前に誘発処置を行なうことの説明がなされた群と，なされなかった群で，誘発処置をどのようにとらえているかを検討してみました。104名中，説明をうけたと答えた者は，74名，71.2%，説明をうけなかったと答えた者は，30名，28.8%でありました。スライドの左は，誘発処置を行なう際の産婦への説明内容を示しておりますが，陣痛が弱い及び，予定日超過という2つの項目で，59%と過半数を占めております。

一方，スライドの右は，説明があった群となかった群にわけて，誘発処置をどのようにとらえたかを，示したものです。説明がなかった群では，陣痛がひどくなるのではないかとか副作用があるのではといった不安を感じる例が，説明のあった群よりやや多い傾向にありました。

スライドは，次回の分娩時に，誘発処置を希望するかという問いに対する答えを示したものです。

今回誘発を行った群では，望むとか，医師がすすめたら望むと答えた人が，非誘発群を上回り，有意差が認められました。一方，非誘発群では，なるべく自然にまかせたいと答えた者が，60%にも達し，絶対望まないと答えた者とあわせ，約3分の2の者が自然にまかせたいと答えております。

以上の事から，陣痛誘発を行なうことにより，児娩出時間を一定の時間帯に集中させることができ，又，分娩所要時間の短縮も可能であります。更には，誘発処置をすることにより，産婦を充分な管理下におけるなどの，医療側への利点があります。しかし，前述したように，初産婦に誘発処置を行なった場合，児娩出時アップガールスコアの低下及び出血量の増加傾向が認められており，更には，アンケート調査でも，誘発処置時の点滴によって，不安や苦痛が増強され，分娩所要時間を長く感じる傾向が認められております。したがって看護者は，誘発処置についての充分な説明を行うとともに，産婦に頻回な接触を保ち，その不

安や苦痛の解消に，更には，点滴の管理，薬剤による副作用等の早期発見にも努めるべきでありましょう。

質疑応答

前原澄子（千葉大・看護学部）：誘発群と非誘発群の在胎週数の分布はどうか。

小山田：誘発群，非誘発群の間に，在胎周数の差は認められなかった。

6) 慢性腎炎患者の妊娠に関する研究

千葉県保健婦助産婦専門学院　○斉藤やよい
千葉大学教育学部看護課程　阪口　禎男
土屋　尚義

腎炎は若年者に多発し，しばしば結婚，妊娠年令に至り，妊娠は時に腎障害を進行せしめるので女性患者にとっては，重要な問題です。近年母親学級等妊婦指導に関する多くの努力が払われていますが，有病者に関しては特に施設・地域一帯となった一層きめ細かい個別指導が望ましいと思われます。

今回私たちは既往に腎疾患を有する症例の妊娠分娩経過を経時的に追跡し，正常妊婦とは異なる特殊性を検討し，腎疾患患者の妊娠指導に関する問題点を明らかにするため本研究を行ないました。

対象は，昭和50年1月1日から55年7月31日までの，千葉大学附属病院産婦人科における3,125分娩例中，腎疾患の既往を有する141例です。既往疾患は，急性糸球体腎炎53例，慢性糸球体腎炎34例，以下腎盂腎炎，ネフローゼ症候群等54例となっております。

分娩時の平均年令は27.7才，疾患の発症発見時の平均年令は18.9才，発症発見から分娩までの平均罹病期間は8.9年でした。

また妊娠時の病状により治ゆ群と未治ゆ群に分ちました。

さらにコントロールとして無作為に抽出した既往に内科的疾患を有しない212例と比較検討いたしました。既往を有しない群の平均年令は，既往群と同様であります。

妊娠中毒症の発症頻度は，既往を有しない群の24.5%に比し，腎疾患治ゆ群では44.2%，未治ゆ群では58.3%，腎疾患既往群全体としては45.4%で，有意に高率の発症率を示しました。中毒症状の平均初発時期は，腎疾患既往群では，既往を有しない群に比し4週程度，有意に早期に発症しています。

以下既往群は妊娠時治ゆ群と未治ゆ群と別けて検討します。

まず治ゆ群について妊娠中毒症の3大症状の陽性率を妊娠週数ごとに示しますと，尿たんぱくは，13w以後出現し，既往を有しない群の24週以後に比しより早く，又36週以降では，著しく高率となり，特に高度のたん白尿を呈する者が増加します。

浮腫は同様に治ゆ群の検討で，既往を有しない群に比しより早期に出現する傾向にあり，かつ高度の浮腫が有意にあります。

高血圧も治ゆ群では12週の早期より出現し後期には有意に重症となります。

次に未治ゆ群についてですが，その中毒症の発症頻度が高率であることは先に示した通りです。未治ゆ群の妊娠経過を更に詳細に検討するために当大学第一内科において妊娠前から引き続き管理を行なっていた治ゆ群11例，未治ゆ群13例を対象とし検討しました。

第一内科においては，表のような規準で腎炎患者の妊娠を管理していますが，この基準に合致して妊娠を継続した者19例，基準を逸脱して中絶をした者5例でした。

妊娠を継続し分娩に到った19例では，治ゆ群，未治ゆ群とも妊娠中のクレアチニンクリアランス値の推移は妊娠24～32週で34～52%の上昇を示し，正常妊娠における経過とほぼ同様であります。

基準に合致せず中絶を行なった5例は，ステロイド使用中の例，尿路感染をくり返す例，腎機能が70%以下の例です。

幸い早期に中絶を行ない，中絶後の腎機能は悪

化を来たさず又は改善されております。

血清クレアムニン値，ＢＵＮ，尿酸値は，後期低下を，コレステロール値は後期上昇をきたしておりますが，正常値内の変動であり，正常妊婦の経過と同様であります。

未治ゆ群ではその傾向がやや明らかでなく，尿酸値はむしろ上昇しています。

ヘモグロビン，アルブミンは後期低下しますが分娩後回復し，正常妊婦と同様であります。

次に胎児への影響を考えて，年令，妊娠回数，分娩週数をマッチングさせた各113例について，胎盤重量，生下時体重を比較しましたが，ともに有意差はみとめられず，低体重児出生率に関しても腎疾患既往群８％，既往を有しない群4.5％と有意差はみとめられませんでした。

以上より腎疾患の既往を有する症例では，妊娠前に内科を受診し，現在の状況のチェックを受け，妊娠可否の判定をうけることが望ましいと思われます。妊娠許可基準に合致した症例では，腎疾患者でも正常の妊娠分娩が可能であります。ただし未治ゆ群では，妊娠負荷に対する腎の対応は，正常者に比しやや制限されているようであります。

このことは中毒症の発症がやや早期にかつ重症に表われやすい傾向と合致します。

したがって腎炎患者では，通常の妊婦よりやや早期に，20～24ｗから十分な個別指導を行なうことが望まれます。

地域においては，ハイリスク妊婦の管理を妊娠後期の訪問指導により行なっておりますが，母子健康手帳交付時の面接相談など，より早期に，把握指導することが必要と思われます。

また医療機関と保健所・母子健康センター等が共通の連絡表を活用し，一貫したケアーを行なっている地域もありますが，このような試みは少なくとも既往疾病を有する症例では大変重要なことと思われます。

今後更に経験を重ねて行きたいと考えております。

質疑応答

新道幸恵（弘大医療短大）：外来で妊婦管理に参加していて，腎疾患のある妊婦に出会った場合，妊娠中毒症の併発予防について最も気を使う。当研究は，腎疾患患者の妊娠経過について統計的に整理されていて大変参考になった。中でも，腎疾患のある妊婦の方が約４週間，正常妊婦よりも妊娠中毒症症状の発来が早いとの結果に興味をもった。

斉藤：内科的既往疾患を有しない群では，平均36.28±2.78週で発症するのに比し，腎疾患既往治癒群で32.58±6.59週，未治癒群で34.14±4.45週であり，既往を有する群では，既往を有しない群に比し４週程度有意に早期に発症しています。

7）乳房のもつイメージについての研究（Ⅲ）

徳島大学教育学部看護課程　野島　良子

さきにわれわれは健康な若い女性が乳房に対して抱いているイメージをＳＤ法によって測定したが，本研究においては，乳癌の好発年令を含む成人各期の女性が乳房に対して抱いているイメージをＳＤ法によって測定し，加令，結婚，子供の有無，閉経との関係を明らかにした。

研究方法

われわれの考案したBody Image Scale（ＢＩＳ）を用い，郵送法によった。

対　象

徳島大学の全女性職員を年令によって５群に分け，各群の２分の１，合計405名を無作為に抽出した。（最年少＝19才，最年長＝61才）回収率73.83％（299名）有効数270（66.67％）。各群別回答者平均年令，結婚の状況，出産経験，子供の有無の内訳は別表１，別表２の通りである。

結　果

集計にあたってＢＩＳの評定尺度は反意語側を１，どちらでもないを４として，７まで点数化した。

まづ，乳房のイメージの全体像をみるために，全体群及び各年代群別に37意味尺度について平均評定得点を求めてプロフィールを描き，ついで，これら37項目について全体群及び各年代群別に相関行列より主成分分析を行い，第一主成分を抽出した。それらの結果は表3の通りである。

イメージの年代間推移をみるためにⅠ群とⅡ群，Ⅲ群，Ⅳ群，Ⅴ群間のプロフィールの類似度（水準，散布，形）をD法によって求めた（表4，図2）。Ⅰ群とⅡ群，Ⅰ群とⅢ群，Ⅰ群とⅣ群までは類似度は段階的に小さくなっているが，Ⅰ群とⅤ群の類似度はⅠ群とⅣ群のそれの約1/4に減少している。未婚群と既婚群，出産未経験群と既経験群，子供無群と子供有群の類似度はそれぞれ，0.761，1.564，1.527であり，Ⅳ群中の既に閉経している群（n＝16）とⅤ群の類似度は6.824である。

イメージの内容に及ぼす加令，結婚，出産，子供の有無の主効果をみるために，意味尺度37項目について分散分析（出産経験の有無と子供の有無はほぼ一致していたので，加令，結婚，子供の三元配置とした）を行った。〈丈夫な〉〈長い〉〈青い〉〈澄んだ〉の4項目には加令の主効果が認められ，〈やわらかい〉〈痛い〉〈美しい〉〈丈夫な〉〈便利な〉〈ふくよかな〉〈女らしい〉〈苦しい〉〈青い〉の9項目には子供の有無の主効果が認められたが，結婚の主効果の認められた項目は皆無であった。

さらに加令と結婚，結婚と子供の有無，加令と子供の有無の交互作用についてみると，前2者の交互作用の認められた項目は皆無であったが，加令と子供の有無については，〈細い〉〈大きい〉〈力強い〉〈重い〉〈大切な〉〈赤い〉〈動く〉〈長い〉〈便利な〉〈ふくよかな〉〈女らしい〉〈豊かな〉の12項目に交互作用が認められた。

考　察

意味尺度として用いた37形容詞中，5.0以上の高平均評定得点を示した〈大切な〉〈女らしい〉〈健康な〉〈やわらかい〉〈豊かな〉〈すばらしい〉〈ふくよかな〉〈やさしい〉〈丸い〉〈暖かい〉〈美しい〉〈かわいい〉の12項目は主成分分析によって抽出された第一主成分13項目中の12項目と一致している。さらに，項目〈暗い〉は主成分分析において負の高固有ベクトルを示しているが，これの反意語は〈明るい〉であり，従ってこれを加えた13形容詞が成人女性が乳房に対していだいているイメージを表わしているものと思われる。

37形容詞をその意味内容に従って，形，大きさ，色，重さ，固さ，動き，機能，価値，情動性の9側面に分類してみると，乳房に対する成人女性のイメージの構成には，形（〈丸い〉），固さ（〈やわらかい〉），価値（〈大切な〉〈健康な〉），情動性（〈女らしい〉〈豊かな〉〈すばらしい〉〈ふくよかな〉〈やさしい〉〈暖かい〉〈美しい〉〈かわいい〉）の4側面が関与しているといえる。

加令とイメージの変化の関係：プロフィールの年代間類似度の推移は，乳房のイメージは青年期から加令につれて閉経期前後（Ⅳ群）までは段階状に変化し，老年期（Ⅴ群）に入るとその変化が急激に大きくなることを示唆している。しかしイメージ内容についてみると，主成分分析においては抽出された各年代別第一主成分の項目にはほとんど差が認められなかった。乳房のイメージを構成する4側面13項目のいづれにも加令の主効果は認められないが，その理由は乳房の形，固さは加令によっては変化せず，価値，情動性の両側面は加令とは無関係にすべての年代の女性が共通して抱いているイメージであるからであろうと思われる。従ってプロフィールに現われた年代間の差はイメージ内容の差ではなく，イメージ内容の強度の差を示しているものと思われる。

結婚とイメージの変化の関係：未婚者群と既婚者群のプロフィールの類似度は0.761であり，両群間の差が大きいとはいえない。

結婚因子の主効果はそれ単独でも，加令または子供因子との交互作用においても，全く認められなかった。従って結婚によって乳房のイメージが

直ちに変化することはない，と思われる。

子供の有無とイメージの変化の関係：子供無群と子供有群間のプロフィールの類似度は1.527で，両群間の差が大きいとはいえない。イメージのうち，形，価値の2側面には子供因子の主効果が認められず，固さ，情動性（〈美しい〉〈ふくよかな〉〈女らしい〉）の2側面に子供因子の主効果が認められるのは，出産，授乳，育児の過程で乳房に現われる乳腺の肥大，増殖，脂肪組織の増加等の変化と乳房への接触回数と関心が増すことによると思われる。

加令と子供の有無の交互作用とイメージの変化の関係：乳房のイメージのうち，形，固さ，価値（〈健康な〉）には加令と子供因子の交互作用が認められないが，価値のうち（〈大切な〉）には交互作用が認められ，情動性のうち〈ふくよかな〉〈女らしい〉〈豊かな〉にも両因子の交互作用が認められた。これには成人女性の性生活，育児，社会生活の中で乳房が占める役割と意味の大きさが反映されているものと思われる。すなわち固有ベクトルの年代間推移をみると，〈ふくよかな〉と〈豊かな〉はⅡ群で，〈女らしい〉はⅢ群でピークに達し，以後加令につれて下傾している。Ⅱ群とⅢ群（25才から44才まで）は授乳，育児の最中の年代であり，かつ女性が生理的，心理的，社会的に最も充実している年代でもある。これらイメージの固有ベクトルの年代間推移はそれを示しているものと思われる。

閉経とイメージの変化の関係は本研究の結果からは明らかにはされなかった。

質疑応答

松岡淳夫（千葉大・教育学部）：自己の乳房に対する意識が母体となるものではないか。従って，自己のコンプレックスによる集積に偏らないか。

野島：ボディイメージそのものが現実の形と無関係に自己の心的体験を通して現われた身体へのかがえ，と定義づけられていますので，当然偏よりがあるものというふうに示されます。で，現実に区別する事は，不可能だと思う。ここにあげられているデーターは，各個人が，御自分のを眺めて書いたか，一般論として書いたか，区別出来ていない。

村越康一（長汐病院）：乳癌に対する恐怖などはこの研究の対象にならないのですか。

野島：乳房切断術を受けた患者の身体像は変容し，その変容に直面するところから，Mastectomy患者の不安，苦悩が生じてくると思われるが，Mastectomy患者の身体像の変容に関する研究Dataは乏しい。本研究は，それらDataを得ることを目的としている。

早川和生（近畿大・医学部）：主成分分析に使ったサンプル数と解析アイテム数の比率は，どの位になれば適当であるのか？

野島：むしろ，少ないサンプル数で正確なDataを得る方法があれば御教示願いたい。

8） 乳児夜泣きの要因分析（1）

熊本大学教育学部看護課程　○水上　明子
中島　良子
成田　栄子
熊本大学医学部附属病院　小林　秀子
福岡県立看護専門学校　松野こずえ

はじめに

乳児の夜泣きは，母親の育児上困った問題の上位にあげられており，その要因については諸氏によって報告されているが，看護の領域では，まだ実際の保健指導に十分応用する段階に至っていない現状である。

文献では，乳児夜泣きの要因として，児の身体的生理的要因，養育上の要因，環境要因等多岐に亘るとの報告があり，発生頻度としては，児の情緒面の分化が活発になる生後6か月以降に急増し，季節別では，冬季に多いといわれている。

そこで，今回は，夜泣きの多いといわれている時期，昭和54年10月より55年3月までの6か月間

に，保健所で実施されている7か月児健康診査を受診した乳児388人について，夜泣きのあるもの53人と，その対照群として夜泣きのないもの53人を対象に，質問紙による面接調査を行い，夜泣き群に特徴的な要因の抽出を行ったものである。

調査結果ならびに考察

夜泣きの月別発生頻度は，他の報告と比較すると，ほぼ同様の傾向で，本調査では，受診者中夜泣きの占める割合は，13.7％で特に12月は20.2％と高くなっている。

夜泣きの程度は，長期間で泣き方のひどいものが約半数を占め，次いで長期間で泣き方はそれほどひどくないもの，期間は3～4日であるが泣き方はひどいものの順で，90％は長期間夜泣きが続いている。

まず身体的生理的要因として，男女の性差はほとんどなく，出生時の状態や発育状態，一般状態についても夜泣き群と対照群ではほとんど差はみられないが，夜泣き群に風邪をはじめ発熱，下痢，おむつかぶれ等の既往症がやゝ多くみられる。

児の就眠状況は，夜泣き群では少しの物音にピクつくが約60％と多く，対照群では逆に少々物音がしてもおきないが約75％で両者間に有意差がみられる。

養育上の要因として，乳児栄養の内容と方法をあわせてみると，母乳栄養の夜泣き群にほしがる時与える方法が最も多く，人工栄養の対照群に規則的授乳の方法が最も多くなっている。

夜間授乳についても，夜泣きにより再開したものも含むが，夜泣き群は95％と著く高く対照群は約30％で有意差がみられる。

睡眠のしつけは，夜泣き群はそい寝，そい乳が70％を占め，時間になるとひとりで寝かすが14％と少くなっているが，対照群は，ほぼ半々で両者間に有意差がみられる。

就寝時間は，決っていないものや，10時30分以降と遅いものが夜泣き群にやゝ多い傾向がみられるが，起床時間，昼寝の回数，時間，入浴時間にはほとんど差はない。

母親の育児態度は，昼間の対応の仕方では，ほとんど誰かがあやしているが夜泣き群に約40％で，対照群には20％と半分にすぎず，乳児に接する人についても，夜泣き群は，特定の人が53％であるのに対し，対照群は90％で双方共に有意差がみられる。

また，児に与えている玩具数は，夜泣き群に5個以上と多く与えている傾向がある反面，日光浴や赤ちゃん体操等の実行度は低い傾向がみられる。

その他，おんぶ，テレビの視聴，排泄のしつけ等はほとんど差はみられない。

次に，母親側の性格的要因をみると，お乳の飲み方やおむつのぬれを気にするものは夜泣き群に多いが有意差ではなく，泣き声を気にするものは夜泣き群に約40％と多く，また思うようにいかない時イライラするものも夜泣き群に65％と多く，いづれも有意差がみられる。

児のささいな健康状態や離乳食のすすめ方に不安をもつ母親も夜泣き群に有意に多くなっている。

最後に，環境要因として，家族形態と出生順位別では有意差はないが複合家族と第1子に夜泣きがやゝ多い傾向がみられる。

住環境では，周囲がにぎやかなものに夜泣きがやゝ多く，また前述の如く，児に接する人がいろいろな人である場合にも夜泣きが多くみられる。

まとめ

1. 夜泣きの発生頻度は全体で13.7％で，12月は20.2％と最も高い。
2. 夜泣きの程度は，長期間で泣き方のひどいものが約半数を占め，長期間続いているものは約90％である。
3. 児の身体的生理的要因としては男女差はなく，夜泣き群に既往症がやゝ多い傾向で，就眠中少しの物音にピクつくものが約60％と有意に多い。
4. 養育上の要因として，母乳栄養の夜泣き群にほしがる時与える方法が最も多く，人工栄養の対照群に規則的授乳の方法が最も多くなっていて，夜間授乳は，夜泣き群の95％にみられる。睡眠のしつけはそい寝，そい乳をしているものが夜泣き

群に70%で有意に多い。

5. 母親の育児態度は，夜泣き群に昼間ほとんど誰かがあやしているものが多く，またいろいろな人が児に接しているものも多い。夜泣き群では，玩具数を5個以上と多く与えているが，日光浴，赤ちゃん体操等の実行度は低い。

6. 母親の性格的要因としては，児の泣き声を気にしたり，思うようにいかない時イライラするものが夜泣き群に有意に多い。また，児のささいな健康状態や離乳食のすすめ方に不安をもつものも有意に多い。

7. 環境要因としては，有意差はないが夜泣き群に複合家族と第1子がやゝ多く，また周囲がにぎやかな住環境のものに多い傾向がみられる。

9) 看護業務従事者の分娩後の疲労調査

千葉大学看護学部母性看護学講座　○酒井喜美子
前原　澄子
松本　友子
吉川　陽子
茅島　江子

古くから，労働が婦人の心身に及ぼす影響について，多くの研究があります。又，法律上も，妊娠中，早期産褥期については，母性保護の重要性がうたわれ，勤労妊産婦管理も充実してきております。最近，働く婦人が，ますます増加している中で，分娩後も就労を続ける婦人が増えております。このような状況の下で，産後休業が明け，再び就業する時期にある婦人についての調査は少なく，管理上もウィークポイントとなっています。

この時期は，新しい生活へ適応する負担，即ち，授乳，育児の負担がなお続いているころであります。このような家庭生活とどのように調和をはかり，就業しているかについて調査することは，産褥期にある婦人を看護していく上で，きわめて意義あるものと思われます。特に夜勤があり，不規則な勤務形態である看護職の婦人については，一層の負担がかかってくるものと予想されます。

そこで私たちは，分娩後も職場に復帰している看護業務従事者332名について，生活の条件，育児の条件，勤労の条件を調査し，これに伴う疲労の状況を調査しました。調査方法は，対象者に質問紙を配布し，回収しました。疲労の測定としては，産業疲労委員会選定の自覚症状調査票を用いました。

これは，各種の自覚症状を調査し，疲労により発見しやすい症状を因子分析法により，三つの因子に分類したものです。30項目のうち，1～10は眠けとだるさの因子，11～20は注意集中の困難さの因子，21～30は，身体違和感に関する因子です。集計は，外国文献社日本信号ＫＫのクロス集計機，パスキー1000を用いました。

まず，月数別にみますと，分娩後3ケ月未満の者が疲労の訴え数が高く，分娩後月数が経つにつれて，疲労の訴え数が低くなっています。これは，分娩後3ケ月未満では，まだ夜間授乳をしている時期であり，後で述べます睡眠時間を考えますと，相当に疲労が高い時期であると思われます。

次に，出産回数別に見ますと，初産婦に疲労の訴え数が，有意に高いことを示しています。このことから，初めて経験する育児の負担が，2人目，3人目より大きいことが，予想されます。

生活の条件をみてみますと，睡眠時間の短い者程疲労の訴え数が高いという結果が出ました。

次いで，夫及び家族が家事に協力的である者が，やはり疲労の訴え数が低いことがわかりました。協力の程度については，詳細に測定していないので，どの程度を協力的，非協力的と言っているのか明らかではありませんが，夫，家族が協力的態度であるという認識が，心身の疲労へ大きく影響することがわかります。

育児の条件として，勤務中の世話人別に見てみますと，保育施設にあずける者が，近所の人，知人，及び肉親にみてもらう者より，訴え数が低くなっております。肉親，近所の人たちの方が，不安定な保育状況であることも一つの要因ではない

かと思われます。

看護業務従事者が分娩後も育児と両立させながら勤労することの難しさの1つに，勤労の条件があります。そこで勤務形態，労働の軽重と疲労の関係をみてみました。まず，最近1ケ月における勤務形態別にみますと，月8回以上の深夜勤のある勤務に最高の疲労訴えがありました。

深夜業においては，生体のリズムを攪乱し生体に悪影響を及ぼすことは，男女間で同質のものと考えられますが，女子においては，疲労を著しくすると報告されています。さらに育児をしつつの夜勤となると，男子より回復面でなお不利な状況におかれていると考えられます。

次に最近1ケ月の時間外労働時間数別にみますと，月20時間以上が有意に高い訴えとなっています。

本人の感覚による回答で勤務中大変忙しいと答えたものが，訴え数が高くなっています。

疲労の自覚症状調査は，調査当日の勤務が終了した時点で行なっていますが，当日夜勤であったものは，日勤であったものより高い訴え数を示しています。最も明らかな差は，ねむけとだるさの因子でありました。ついで注意集中の困難さの因子が高くなっています。

同じく当日の時間外労働の有無別に見ますと，時間外労働があった者が有意に訴え数が高くなっています。

分娩後日数別にさまざまな条件から疲労を観察してみますと，家族，育児の条件は，分娩日数を経るに従って，疲労が少なくなる因子となる傾向がありました。いつまでも疲労訴えの因子として残るものに，勤務の条件があげられることが明らかとなりました。

以上，分娩後も職場に復帰している看護業務従事者について，疲労を指標とした，各条件下における健康状態を調査しました。

今後の勤労婦人の母性保護については，勤務条件のみならず，家族，育児の条件もふまえたきめ細い配慮が必要であると考えられます。

質疑応答

岸田弘美（神奈川県立成人病センター）：看護業務従事者という中に，保健婦・看護婦・助産婦のの区別があるか。職業内容についての検討を加えたか。

酒井：○各施設の看護婦，助産婦のみに限り，保健婦は含まれていない。

○どういう条件で選んだか，細かい点をすませていない。施設の大きさもまちまちで，全国にも散ばっている。労働のどのような，看護婦の労働と助産婦の労働に少し違いがあると思うが，どのような重さかも規定していないでアンケートをしている。

村越康一（長野病院）：他覚的な疲労調査法はお考えになっていますか。

他覚的方法としては何を考えられていますか，ザンブリニ・金森の唾液検査紙法等はどう思いますか？

酒井：○今回は，自覚症状という事で調査したが，今後，他の疲労の測定方法があれば，検討していきたい。

○他に生化学的，生理学的疲労測定法もあるが，今回は自覚症状調査のみを行った。おっしゃって下さった方法，今後検討していきたい。

小山田智子（都立公衆衛生看護専門学校）：分娩後の看護業務従事者と，対照の間で，疲労の訴えについて差があるかを検討したか。

酒井：○今回は，していない。分娩後も看護業務に従事しているものという事だけで，分娩していない他の看護業務の人についてはしていない。

木場冨喜（熊本大学）：自覚症状調査は非常に主観的要素のこわいものであるが，性格とか仕事えの態度などは考慮されているか。

前原：今までの私達の疲労調査において，自覚症状調査と，フリッカー値，CPK，大脱活動計，好酸球数等を平行して行なっているか，これらの値と自覚症状調査結果は，ほゞ平行している結果を得ている。

したがって，多数の対象で遠隔地にある対象

の疲労調査としては妥当性あるものと考える。

座長：一般に2～3ケ月休職した後の復職時の疲労度は強いようですが，分娩後の勤務ではそれは倍加されると思われますが，一般事務系との比較はなされていますか。

酒井：○今回は，看護業務従事者のみ調査したが，他の職種と差異があることは考えられる。今後，検討したい。

座　長　　熊本大学教育学部　　成田　栄子

10）女子大学生における貧血と全血比重及び食生活との関連

愛媛県私立東条高等看護学院　○塩見　敦子
奈良文化女子短期大学附属高校　田中　克子
徳島大学歯学部附属病院　村橋　裕子
徳島県木頭中学校　井本　由美
徳島大学教育学部看護課程　内輪　進一

はじめに

最近，女性に貧血が多い。とよく言われます。その一つの原因として，美容食の摂取や朝食の未摂取が取り上げられています。大阪府衛生部は，「血液事業の現況」に女性の約3人に1人は，比重不足である。と報告しています。そこで，私達は，女子大学生の食生活の実態及び血液性状を知る事により，貧血と全血比重，食生活との関連性を調査しましたので報告いたします。

徳島大学教育学部に在学中の女子学生767名のうち血液検査を希望した219名を対象として，全血比重は硫酸銅法で，赤血球数，白血球数，血色素量，ヘマトクリット値は，東亜自動血球計数装置を用いて測定しました。こうして得られた測定値の分布は，全血比重は最小値1.045，最大値1.059，平均1.0525，S.D 0.0025，赤血球数は最小値348万/mm³，最大値524万/mm³，平均438.80万/mm³，S.D 31.82，血色素量は，最小値8.4g/dl，最大値15.8g/dl，平均12.9g/dl，S.D 1.05，ヘマトクリット値は，最小値33%，最大値49%，平均41.48%，S.D 2.89でした。

続いて，貧血者のスクリーニングを目的とした検査項目である赤血球数，血色素量，ヘストクリット値と，全血比重との間の相関をみてみると，スライドに示すように，すべてに正の相関がみられ，特に血色素量とヘマトクリット値に対しては，おのおの相関係数0.83，0.78，と高いのが認められました。

次に，女性の貧血の判定基準を赤血球数380万/mm³，血色素量12.0g/dl以下とした時の各比重毎の貧血者の占める割合をスライドに示しました。すると，全血比重1.049以下の群には100%に近い頻度で貧血者が認められたのに対し，1.050～1.053の群には5～20%の頻度で，1.054以上の群には貧血者は認められませんでした。従来全血比重は，1.052を基準に，1.051以下を低比重，1.052以上を高比重として比較検討されていましたが，今回，全血比重1.049と1.054を境に貧血者の出現頻度が大きく変わるという結果が得られました。このことから，女子大学生の貧血を考える時は，この区間値が重要と思われました。

次に，対象者を全血比重に基づいて分類したA群（1.049以下），B群（1.050以上～1.053以下），C群（1.054以上）及び，労働省の健診事後措置委員会の異常所見判定基準に従って分類した鉄欠乏性貧血者群と正常者群の2分類それぞれについて，食生活との関連を，スライドに示すようなアンケート調査項目に従って調査しました。

その結果，問1　朝食の摂取状況についてはスライドに示すように，㋑毎日食べる，㋺時々食べる，㋩全然食べない，というそれぞれの例数を，全血比重による分類，および鉄欠乏状態による分類の2つの分類に整理し，帯グラフにあらわしてみましたが，鉄欠乏性貧血者群の内，朝食を㋑毎日食べると答えたものは，64.9%であるのに比し，正常者群のそれは70.6%で，正常者群の方が，㋑毎日食べると答えたものが多いという傾向は得られたものの有意差はなく，全血比重による分類では，3群とも似かよった分布をしめしており，朝

食の摂取状況と血液性状との間には，明白な関連は認められませんでした。次のスライドに鉄欠乏性貧血者群と正常者群それぞれの嫌いな食品の内分けを示しましたが，鉄欠乏性貧血者群の内，肉類を嫌いと答えたものは，83.3％であるのに比し，正常者群のそれは33.6％であるなど，鉄欠乏性貧血者群は，正常者群に比べて，魚介類，豆類，肉類を嫌いな食物とする比率が有意に高くなっております。長谷川らは，鉄剤の投与のみでは治療的効果がみられない鉄欠乏性貧血者には，魚介類，肉類などを嫌う傾向が強いと報告しています。私達の研究で得られた結果と，この報告とを考え合わせてみると，鉄欠乏状態の改善には魚介類，肉類，豆類といったタンパク質の摂取が重要と思われます。その他，アンケートの各項目についても，同様の方法で調査しましたが，血液性状との間に明白な関連は認められませんでした。今後の課題としてこの研究で得られた結果をもとに，さらに女性の貧血の予防について考えてゆきたいと思います。

さいごに，この研究に終始御援助たまわった皆様に深く感謝いたします。

質疑応答

木場冨喜（熊本大学）：

1. ヘモグロビンの判定基準は何からとったか。
2. 12 g/dl 以下を貧血者と決めているがその事後処置等についてどう考えているか。
3. 貧血者群をA，B，Cの3群に分類した根拠は。

塩見：

1. 労働省の健診事後措置委員会の異常所見判定基準にしたがい，赤血球数380万/mm³ 以下血色素量12.0 g/dl 以下，及び低色素性小球性貧血を示すものを鉄欠乏性貧血者とした。
2. 鉄欠乏性貧血者と認めた例に対しては，大学の保健管理センターに事後処置をお願いした。
3. 血液検査を実施した所従来の全血比重の基準である 1.052 をはさんで，血液検査のたびに浮動する群（ 1.050～ 1.053 ）がみられた。またこの結果は，貧血者の出現頻度の変化とも一致した。

村越康一（長沙病院）：

① この研究方法は逆だと思います。
② 鉄欠乏性貧血ときめられた根拠は何処にあるのですか，証拠は。
③ 貧血の内容ですぐ栄養性貧血と結びつけたのは，奇偶ではないか。特に成年女子を対象にしている場合，慢性失血状態（月経等）がが鉄欠乏性貧血の大きな原因ではないか。

塩見：

① 今後検討したい。
② 先に返答した。検査データ以外の事か。
③ アンケート調査の内容として，食生活以外の貧血に影響を及ぼす因子も考慮した。結果では，月経との間には明白な関連は認められなかった。食生活と全血比重の間かなり関連が認められた。

追加回答

内輪：鉄欠乏性貧血については，臨床的に各人につき，その時の状態や多くの検査データから判定されるべきであるが，この研究にあたっては，労働省健診事後措置委員会によって定義されたものを客観性のあるものとし，今回実験データを基に，一定そのように分類した。

追加質問

川上　澄（弘前大学教育学部）：鉄欠乏性貧血の診断には最低限血清鉄，鉄結合能をし制定しないといけないということです。

追加回答

村橋：血液検査を施行する前段階として，胃潰瘍痔疾患など出血性疾患を有する者はスクリーニングし検査対象外とした。

鉄欠乏性貧血であるとした基準は，赤血球数，ヘマトクリット値，平均赤血球容積，色素指数の検査データより決定した。この基準に関しては，もっと考えてゆかなければならないと思う。

ご指摘ありがとうございました。

11） 専門外来における看護の役割り

茗渓学園高校　○倉持　亨子
埼玉県立常盤女子高校　佐野　京子
千葉大学教育学部看護課程 土屋　尚義

糖尿病は，生涯治療を要する慢性疾患であり，食事や運動などの生活規制が基本である。その為には，患者と家族の教育が必要となり，糖尿病教室等，種々の患者教育プログラムが実践されている。しかし，その結果は必ずしも満足すべきものではない。そこで，教育効果，実際の治療を阻害する因子について共同研究者と共に検討した。

千葉大学付属病院糖尿病外来の172名および，甲府共立病院の30名を対象として本調査を行った。大学病院では，大部分が食事および内服治療の患者なので，対照として共立病院では，インスリン療法中の患者を選んだ。

全症例の構成は，疾患の性質上，中高令者が大部分を占め，コントロール不良の者は約半数，義務教育以上の者が70％、インスリン治療中の者は25％であった。ここでのコントロール分類は，右の如く，fainとpoor を一括して不良とし，goodのみを良とした。good は殆んど正常の糖代謝状態を有し可成り厳しい基準である。

これらの患者に，糖尿病自己管理のために必要と思われる12項目の基本的な知識についてアンケートおよび面接による理解度テストを行った。その結果を得点分布で示すと，平均正解率は70％であり，60％以上の成績を示した症例も77％と，かなり高い理解度を示した。以下，平均正解率80％以上をA群，60％以上をB群，60％以下をC群として検討した。

知識理解度を，性・年令・学歴別にみると，理解度は性別に関係せず，年令別では，若年者は一般に高い理解度を有し，壮老年と低くなる。学歴別では，義務教育のみとそれ以上の者との間で明らかな差異が認められた。

一方，コントロール良否では，性・学歴別で差はないが，若年は，壮老年に比してコントロール不良な者が多い。つまり，若年や高学歴者は，高度の知識を有しながら，コントロールに全く反映されず。我々の患者教育が十分な効果をあげていないことをうかがわせた。

そこで，理解度とコントロールの関係をみると，2者は全く相関せず，さらに，年令でみると，若年は一般に高い理解度を有していた。しかし，壮老年は，コントロール良群であっても，必ずしも高度の理解度を有するとは限らなかった。

ところで，全体の得点とは別に，知識の項目により，自己の管理に役立つ比重が異なっている可能性がある。そこで，若年，老年で項目別得点分布を検討した。理解度の高い者では2者の間に明らかな差は認められず，概して合併症について理解しがたかった。理解度の低い者では，若年者の1名は，合併症に加え，食品構成の知識が低かった。老年者では更に，病態や食事療法の必要性，標準体重の求め方でも低い得点を示し，老年者は具体的知識は欠如しているが，指示された療法については忠実に受け入れているものと考えられる。

次に，自己管理に密接に関係する家庭，社会環境について検討した。この問題には，患者の生活環境について詳細な把握を必要とするので，地域に密着した診療活動が行なわれ，かつインスリン自己注射中の共立病院の症例を対象とした。対象の構成は表の如くである。コントロール良否により Ⅰ群 Ⅱ群に分類し，更に Ⅱ群は年令により，Ⅰ群とほぼ同様の年令構成を有するa群，若年者のb群に分類した。このように分類した理由は，前述の202例の成績で，年令と理解度が密接な関係を示したからである。

患者の関心度の指標として，自宅における尿糖検査実施率と検診参加率を検討した。尿糖検査率は Ⅱb群で著しく高いが，検診参加率は，Ⅰ Ⅱa Ⅱb群と低下した。若年者はコントロール不良でありながら理解度は高く，また自らの疾病に強い関心を払っている点では前述と一致したが，実際

の治療に関しては，とかくなおざりになりがちであった。

家族の関心度については，一般知識の代表として食事療法，緊急時の知識として低血糖，全体として協力性を検討した。食事と家族の協力では若年のⅡb群で著しく低く，これらが若年者の自己管理をさらに困難にしていると考えられた。逆に，低血糖の知識はⅠ群とⅡb群で高かったが，これはしばしば低血糖発作を経験するためと思われた。

食事療法実施率は，Ⅰ，Ⅱa Ⅱb群と低く，運動療法実施率ではⅡb群が著しく低かった。職業別では食事療法は，無職者と主婦は守れている者が多く，有職者では過食している者が多かった。

運動療法は，無職者は1時間以上行なっている者が多く，有職者は運動しない者が過半数を占めていた。職業が，結果的にコントロールをみだす因子になりやすいものであることが暗示される。

以上から，疾病に対する理解度は基本的な条件であるが，壮老年者，低学歴者には，理解しがたい内容もある。また，理解度とコントロールは，必ずしも相関せず，高い知識を有しながら，家庭的社会的条件により実行しにくい症例もある。また理解度とコントロールは必ずしも相関せず，高い知識を有しながら，家庭的社会的条件により実行できにくい症例もある。また一方では，基礎知識は不充分ながら，指示された事項に関しては忠実に実行するものもいる。今後の糖尿病患者教育は個人的社会的背景を考慮して，知識を与えるだけでなく，実施可能な方法を患者とともに考えてゆくことが必要であり，自ら実行しようとする意識にまでたかめてゆくことが大切である。

12） 慢性腎疾患患者の保健管理
―学校行事の及ぼす影響について―

千葉県立成田園芸高等学校　○大森早智子
東京都世田谷区立駒止中学校　松倉　薫
千葉県松戸市立常盤台第二小学校　熊谷久美子
千葉大学教育学部看護課程　土屋　尚義

長期にわたる入院治療を必要とする慢性腎疾患患児にとって就学は大きな問題となります。発達の途上にある彼等にとって学校における集団の中での教育は，あらゆる面から考えて必要ですが，それは治療上許される範囲で行なわれるものでなければなりません。昨年度，松倉が養護学校における治療および学習効果について検討し，教育効果上有効である事を報告しましたが，病棟併設の養護学校での生活はあまりにも病棟と密着しているため，窮屈な生活となってしまいます。このような患児にとって，自らの独自性を生かし一般社会に触れる機会のある学校行事は重要なものです。しかしその実施にあたっては，病状に及ぼす影響について十分検討されなければなりません。今回学校行事を患児の病状に及ぼす影響と教育効果の両面から検討してみました。今回の対象は，国立療養所千葉東病院小児腎病棟に入院し併設の仁戸名養護学校に在籍する72名で，ここでは患児は入院治療を受けながらベッド学習，病棟学級，または通学し，勉強に励んでいます。病棟と学校の関係は図のようになっており，医師，看護婦，教師の定期的なカンファレンスが行なわれ，個々の患児について綿密な管理指導が行なわれています。対象は72名のうち小学生44名，中学生28名，基礎疾患はネフローゼ症候群，慢性腎炎，紫斑病性腎炎，若年性ネフロン癆です。入院期間は平均1.59年，使用薬剤は副腎皮質ホルモン剤，非ステロイド性消炎剤などで患児には病状に応じてⅠからⅤにわたる安静度が定められています。安静度の基準は表のようになっていますが，この決定は個々の病状によって個人差があります。今回の対象はⅢ以上の症例です。また安静度によって日常生活も表のように制限されています。1年間の主な行事は表のようになっていますが，今回は比較的運動量の多い運動会，遠足，修学旅行について調査しました。運動会は比較的運動負荷の少ない競技が行なわれ，遠足は小6中3以外の生徒が参加し日帰りバスハイキングです。修学旅行は小6中3が参加し1泊のバス旅行です。対象とした行事の

前後それぞれ10日間の尿所見及び一般症状の変化について比較しました。各行事について対象者をネフローゼ症候群，慢性腎炎，紫斑病性腎炎及び若年性ネフロン癆の基礎疾患別に3群に分け各群別に検討しました。尿蛋白一日量は前10日の平均値によって0.5g未満，0.5g以上1.5g未満，1.5g以上の3グループに分け，各症例について各行事前後の尿蛋白一日量の変動の経過を前後10日について比較しました。前後の変動の少ないものは平均値として図示し平均値を上回る変動を示した症例は平均値計算からは除外し症例別に全経過を線グラフで示しました。運動会ではネフローゼ症候群0.5g未満で2例，慢性腎炎0.5g以上1.5g未満に3例，紫斑病性腎炎及び若年性ネフロン癆に1例増加した例がありましたが，このうちネフローゼ症候群の慢性腎炎の○の2例が行事後持続的増加を示しています。遠足ではネフローゼ症候群の0.5g未満に1例，紫斑病性腎炎及び若年性ネフロン癆に1例行事後の増加がみられますが，ネフローゼ症候群の1例は明らかに持続的に増加しています。修学旅行においてはどの群にも増加例はみられませんでした。以上のように72例中の尿蛋白増加8例のうち，数日間以上にわたる持続的増加を示した例は3例で他は風邪罹患などによる一時的増加で行事によるものではないと思われます。尿蛋白の持続的増加を示した例は行事前7日以内にすでに徐々に増加傾向を示しています。この事は尿蛋白の絶対量ではなく尿蛋白量の推移が負荷に対する症例の安定性の判断に重要である事を示すものと思われます。また行事に際しては負荷のみならず風邪などの罹患のないよう注意する事は言うまでもない事です。尿沈渣赤血球数については運動会前10日間に行なわれた検査結果によって400倍で1視野5未満を(−)，5以上20未満を(+)，20以上100未満を(++)の3グループに分け行事後10日に至るまで全症例の全経過を図示し比較しました。慢性腎炎(+)グループで1例(++)へ遠足後一過性増加を示したものがあります。紫斑病性腎炎で(+)から遠足後増加を示したものがみられました。この例は遠足当日蛋白増加を示したものです。この増加例2例はいずれも行事当日及び翌日の一過性増加でした。運動会，修学旅行に参加したものはどのグループも変化は認められませんでした。クレアチニンクリアランスは各行事前後に検査が行なわれ比較が可能であったもののみ全経過を図示しましたが行事による変化は認められませんでした。アンケートでは72人中64人の回答が得られ，患児の行事に対する期待は大きくまた修学旅行の場合日頃外へ出る事の少ない生徒にとって外泊する事は精神的に大きな影響を与えていると思われました。また行事に伴うさまざまな委員などはやってよかったと答えた者が多くみられました。多くの患児が病院学校外との接触のある学校行事を強く期待し，またこれらの行事に積極的に参加し，主体的に行動し集団の中で自らの役割を果たす事は，人格形成に果たすところは大きく，療養生活のよい刺激となります。今回対象とした行事では大多数の症例で行事による悪化はみられず行事内容や症例を選択することで，安全で妥当なものとすることができる事を示しています。以上により，妥当な学校行事は，病状に変化をきたさず，教育上有効であるといえます。

追加発言

土屋：誤解を生じないように一言付け加えたい。今回の症例は専門病院において充分に管理され病状が安定していると判断されている症例である。この報告の主旨は腎炎患者は少し位運動させても平気だということではなく，安定した症例では単に病室内に閉じ込めておく必要はなく，病状に応じては妥当な学校行事が可能であり，それが患児の療養生活に反って良い面を与えるという意味である。

13） 内科病棟入院患者の動静に関する研究（第一報）

千葉大学教育学部看護課程 ○山口 桂子

一般演題演説内容及び質疑要旨

千葉大学看護学部
成人看護学講座
吉田　伸子
益子　秀子
宮崎　和子
土屋　尚義
土屋　陽子
坂根喜代子
大名門裕子
野口美和子
山口覚太郎

千葉大学附属病院
江口　万里
竹山富美子
行木　あさ

内科疾患患者の入院治療は一般に安静，薬物療法，食事療法が中心であります。しかるに患者の動静に関して，看護者は，生活を規制する観点から医師の指示を守らせることに目を向けているのみで，患者の入院生活の実態を十分に把握した上での適切な援助をしているとは言えないように思われます。私達は入院患者の生活の実態を調査し，その動静に関連する因子を分析することにより，患者の安静に関する適切な援助を考究することを目的としてこの研究を実施しました。

対象は昭和55年4月3日，4日現在，千葉大学病院11階病棟に入院中の患者のうち，自分で行動することが可能と判断された人に協力を依頼し，承諾を得られた47名で，その内訳をスライドに示しました。動静に関する指示の分類は受持医の指示内容によりました。

方法は昭和55年4月3日，又は，4日の午前6時から午後9時までの間，一病室（患者3～6名）に調査者1名が病室内に定位し，直接時間観測法により，各々の患者の一日の動静を5分毎に所定の調査表に記入しました。午後9時より翌日午前6時までは患者自身に覚醒時の行動内容及び時間を記載してもらい翌日回収しました。

以上の調査内容より溜尻式計算法によって生活活動指数を算出し，また，患者の動静の実態について，臥位時間，坐位時間，立位時間の割合及び立位労作の要因を分析しました。

左は上から臥位，坐位，立位，各々の時間の分布と平均であり，右は生活活動指数の分布と平均であります。患者は一日のうち平均16時間前後を臥位ですごしており，さらに，生活活動指数では1名を除き，昭和50年厚生省に公示の“普通の生活をしている日本人の標準値”以下に分布しています。平均においても0.23と約1/2で“入院”は安静の必要ない患者にとっても非常に低い労作の生活であることがわかりました。

左は生活活動指数を動静指示別に示したものです。図中白丸印で示す症例は基礎疾患の病状により指示とは別に特殊な動静を示した症例であります。症例Aは長期の入院生活による体力低下を必要以上に怖れて，指示とは別に自ら積極的に活動し，症例Bは症状の悪化に不安を持ち必要以上の生活規制を自ら実行したものです。症例C，Dは重症のため，むしろ精神面を配慮しての指示であります。症例F～Hは神経障害のため自動運動が著しく制限され運動療法を指示されながら，なお実施されていない症例であり，症例Eは逆に，上下肢のみではありますが，運動療法により著しく活動指数の高い例であります。今回は，これら8例の特殊例を除き，代表的な入院生活像を検討しました。

安静群，比較的安静群，安静必要なし群，と上昇し，特に安静必要なし群で有意であり医師の指示が患者の動静に影響を与えていることが明らかになりました。運動を指示された群では，なお運動療法が十分には実施されておらず，環境への配慮，看護援助の考慮が必要と思われました。指示なし群では，指数の高い群と低い群が著明に二分されており，患者は指示がなければ，自己判断によって，生活を規制してしまうか，もしくは，全く規制をしないかのどちらか一方の行動をとるものと考えられました。

年令，性別，入院期間，職業の4項目と生活活動指数との関係は，前記8例と安静群，比較的安静群を除き，比較的行動規制の少ない，安静必要なし群，運動指示群，指示なし群，の23例を対象として検討しました。年令別では壮年層に比し，

若年層，老年層，が指数が高く，男女別では男性が女性より高い傾向を示しております。入院期間別では，入院後1週間以内に指数の低い傾向があり，職業別では，主婦がやや高く，自営業がやや低い傾向を示しています。これらの各々の項目に有意な差は認められませんでしたがさらに例数を重ねて検討する必要があると思われます。また，指示なし群では，4項目に分類した中の各々の項目ともに，高い群と低い群に，二分されており，この二群の要因分析は患者の動静に影響する因子を知る上で重要と考えられます。

因子のひとつとして同室患者の影響が考慮されます。各部屋共にちらばりが大きいのでありますが，その部屋の最高値を示す人，すなわち最も動く人、最低値の人すなわち最も動かない人，各々に応じて他の患者の動静が決定される傾向がみられました。

安静との関連において特に重要と思われる歩行を含む立位労作について検討を加えました。以後については，午前6時より午後9時までの調査によるものです。

労作場所の距離別の割合を動静指示別にみると，中距離の割合はほぼ同じでありますが安静群，比較的安静群，安静必要なし群，の順で近距離が少なくなり遠距離が多くなっております。運動指示群の歩行障害ありの遠距離は検査のため介助を要して他階へ行った例であります。指示なし群でも，生活活動指数の高い群で遠距離の割合が大きくなっており行動範囲によって労作程度が左右されていると考えられます。

立位労作を要因別，持続時間別に示したものであります。立位労作のほぼ90％は14分以内のものであり，近距離でトイレ，食堂往復などの生理的かつ，室内歩行，洗面，身辺整理などの生活上最低限必要な行為が2/3を占めていました。また，15分以上の持続立位労作の中で比較的長い時間を要しているものは，遠距離では買物，中距離，近距離では，電話，立話し，入浴などで，これらの行為の約20％は30分以上を要しました。

立位労作要因上位5位について男女別，年令別にその割合をみると，男性及び若年層が他階へでかけることが多く，これは，喫煙場所，食品の自動販売機が他階に設定されてあることの影響と考えられました。

以上内科病棟における患者の動静の実態により，患者の生活活動指数は“普通の生活をしている日本人の標準値”の1/2であり，通常“あまり安静を守らない患者”でも特別な場合を除いては，生活にかなりの制限がなされていることがわかりました。さらに，安静に関する指示のある場合は，ほぼ守られており，指示のない患者の動静については，患者のよりよい療養生活をすすめるための具体的指示の必要性を強調したいと考えます。

私達，看護者は医師の指示を元に，患者の動静と指示に対する理解，判断を細かに観察した上で，適切かつ具体的な援助を心がけることが大切と考えます。

追加発言

木場冨喜（熊本大学教育学部）：ptの生活については私も興味をもっています。ナースはえてして自分の業務を中心にうごいていることが多く，ptの入院生活の実態を把握していないことから，今後の研究を期待しています。

座　長　　徳島大学教育学部　　池川　清子

14）入院生活が患者に及ぼす心理的影響
ー社会的因子との関連ー

徳島健生病院　　○後藤真有美
徳島大学教育学部看護課程　　多田　敏子

人間にとって，生活環境の変化は，さまざまな心理的葛藤を生じさせています。そこで入院生活が患者に及ぼす影響と患者の社会的背景とが，どのような関連をもつのかを明らかにし，それらを患者の心理面の問題を理解する手がかりにしたいと考え，本研究にとりくみました。

研究方法：質問紙調査とし，入院生活が患者に及ぼす心理的環境に関する一連の質問群を作成し，各質問に5段階の自己評定を行ない，相加評定尺度として成立させ，数量的に態度を測定する方法をとりました。また，ティラー不安検査を併用し，客観的な測定法に基づき，患者の慢性不安反応を社会的要因との関連からとらえました。

研究対象：徳島市内のK病院における入院患者とし，調査対象者は，20歳以上で男性の場合は社会人，女性の場合は社会人あるいは既婚者としました。

調査項目：闘病意欲では，「自分から病気をなおそうという気持ちがある」という治療を受ける態度として，自ら積極的に治癒の方向へ進もうとしているか，あくまで，受け身的な立場で治療を受けているかについてを判断する項目としました。家族からの分離では「家庭での自分の役割を家族の人が忘れていると思う」という入院生活による家庭生活の離脱が，患者と家族の関係に何らかの影響を及ぼし，それが患者自身にどのようにあらわれているかを判断する項目としました。社会から隔離された意識では「社会の動きから自分がとり残されていると思う。」という社会的な存在として活動していた職場や家庭から，病院という限られた生活環境の変化によって患者がどのような影響を受けているかを判断する項目としました。（以下略す）

そして，おのおの5項目ずつの質問によってそれぞれ調査項目を構成しています。質問紙に記入する方法は，おのおのの質問に対し，「まったくそうだ」「だいたいそうだ」「どちらともいえない」「そうとはいえない」「まったくそうでない」の5段階のいずれかに自己記入するようになっています。採点方法は，ひとつひとつの質問について，主観的認識の程度の強さが最も強いものに4点を与え，逆に最も弱いものを0点とし，それらの中間のカテゴリーにそれぞれ3点2点1点を与えました。そして，5つの項目ごとに集計して調査項目の得点を算出しました。

調査結果：ここでは特に興味深い結果を示した。入院期間別による比較と患者の社会的背景に焦点をあてた資料として，家庭での役割，職業，家計における主な収入，年収による比較についてご報告します。まず，入院期間別による平均得点の比較では，（図Ⅰ）入院期間が長くなるにつれて，闘病意欲は低い得点を示し，家族からの分離および社会復帰への不安は逆に高い得点を示しました。また，社会から隔離された意識は，1か月から3か月にかけてが最も高い得点を示しました。このことから，入院期間が長期に及ぶほど，闘病意欲の減退，社会復帰への不安の増強，家計困窮化に対する意識が強くなっていることがわかり，過去の文献で提示された長期入院患者の特徴がこの結果に表われていました。

次に，職業別による平均得点の比較では，自営業の患者が，社会復帰への不安と家計困窮化において最も低い得点を示しています。自営業は，安定性のある職業だと一概には言いきれませんが，商店経営などでは，経営を維持できれば，入院しても失業の心配はなく，生活に窮することが少ないために，社会復帰への不安や家計困窮化の不安が少ないのではないかと考えられます。また，入院生活の受諾度では，無職の患者において得点が最も高く，入院生活に適応しやすい傾向にあるのは興味深いと思います。次に，家庭の役割別では（図4），世帯主の患者が社会復帰への不安や家計困窮化の意識が最も高い傾向にあり，これは，家族を支えているという役割意識から，社会復帰や経済的問題が最も深刻な問題になっているのではないかと理解できます。また，入院生活の受諾度は，主婦や老人といった扶養家族である患者が，世帯主である患者よりも高い得点を示しました。このことより，扶養家族である患者は，社会的な存在としての問題意識が低く，家庭での役割において，世帯主である患者と比べ，比較的負担が軽いところから，このような結果になったのではないかと思われます。次に，家計における主な収入別による得点の比較では（図5）家計における主

な収入が自分の収入である患者は，社会復帰への不安や家計困窮化の意識が強く，これは，世帯主である患者の場合と同様に理解できます。次に，年収別による得点の比較では（図6），経済的な問題として家計困窮化に注目してみると，年収250万を境にそれ以上を高所得者群，それ以下を低所得者群とすると低所得者群は高所得者群よりも有意の差で，家計困窮化に対する認識が高くなっています。

以上，質問紙調査における分析結果の一部を報告しましたが，全体を通して本研究の結論を述べると，入院患者の心理的影響の程度およびそのあらわれ方は，患者個々の社会的背景すなわち，家庭での役割，職種とその安定性，生活水準によって異なるということが明らかにされました。なお，今後の課題としては，本研究の研究対象をひとつの病院に限定したことにより，全体の調査数が少なかったので今後，もっと大きな集団について調査研究を行ない結果を確かめる必要があり，また，研究対象の病院は，地域の住民により運営がなされているといった病院の特色があり，調査結果が病院の性質に直接影響を受けたものであるかどうか，今後，違った性質をもつ病院の患者を対象にしていく必要があると思っています。

質疑応答

内海　滉（千葉大学）：同時に何らかの心理的検査を行ったか？　その結果は？　この調査と一致していたか？

追加質問

内海：心理的研究を行なう際には，ある調査を導入する場合，研究対象ならびに研究方法のcriteriaとvalidityとが問題となるため，対象自体の検討または研究方法の標準化を完成しなければならない。そのためには，在来のテストとの相関が一番のぞましい。

後藤：本調査は，ティラー不安検査の併用を行なった。その結果，不安得点が高い傾向にあったのは，年代別では，40代から50代，入院期間別では，1か月から2か月の入院患者，疾患別では，内科系疾患患者，家庭の役割別では世帯主であるという傾向が出た。また，質問紙調査とMASとの関連から，不安得点の高い群は，特に社会復帰への不安が強くあらわれており，不安得点の低い群とのひらきが最も大きいという結果を得た。

15）ハワイに於ける日系独居老人のSocial Adjustmentに関する比較文化的調査

近畿大学医学部公衆衛生学　　早川　和生

老人の社会変化に関する適応度は精神衛生に直接関与する重要な問題であります。種々の面で西欧化してきた日本社会は今後，社会構造，及び家族構成に関しても西欧的な個人主義的色彩が強くなることが予想され，老人を取り巻く人間関係に関しても将来の為に効果的対応パターンを予測することが大切であります。

今回の調査は，パイロット．スタディとして，ハワイの日系独居老人33名及び大阪此花区在住の独居老人43名，合計76名の老人をインタビューによって調査したものです。ハワイに住む日系独居老人は日本的な家庭環境の中で生まれ育ちながら，そこから脱去し，個人主義的な米国社会に適応せざるを得なかった人達として把えることができ，この意味でハワイに住む日系老人は，今後，日本に住む老人が経験するであろう個人主義的社会への適応を既に一歩早く経験した人々として見ることができます。日系老人の適応パターンを調査し，日本に住む老人と比較してみることは，今後の我々にとって有益な情報を示してくれるように思われた。独居老人は友人交流・家族交流等の外界との交流を把えやすく，この点を調べるのに適しているのではないかと思われた。

インタビューは原則として戸別訪問によりマン・ツー・マン方式で行ないました。大阪・ハワイともにインタビュー項目の一部に不応答の人がいた

ため本調査の集計対象としたのは，ハワイ32名，大阪37名，合計69名となった。調査対象の内，大阪群については，此花区福祉事務所の独居老人リストよりランダムに描出しました。ハワイ群は，老人クラブの会合やハワイの新聞投書を通して希望者を募り自発的に調査に参加した人達でした。今回，得た調査対象の属性が両群の間で必ずしも同じでないことは，あらかじめ考慮しておく必要があります。

調査項目としては，過去の病歴・現在の健康状態・家族構成と交流状況，住宅状況，職業歴，過去のエピソード，PersonalHistory，病気になった時の介護者のあて，過去1か月間の外出先とその頻度，収入源，宗教の信心などが主たる項目となっています。この他に，Neugartenの人生満足度テスト及び簡易MPIテストを同時に施行しました。

各調査項目は，社会適応の一つの指標としてみることのできる。人生満足度テストの結果とどのような関係にあるのかを分析してみるため林の数量化理論2類及び3類を使って解析してみました。解析は2回行ない，今回は時間の関係上，第一回解析についてのみ報告します。第一回解析の際のコンピューターのインプット・データはスライドに示したように2分割しました。MPIテストのE軸は内向性・外向性を示す軸で，N軸は，心理的安定・不安定を示す軸です。解析は，まず3類によって各項目の3次元空間に於ける位置関係を把え，次に2類によって人生満足度を外的基準にした場合の他項目の偏相関を調べてみました。まず数量化理論3類によって得た結果を，さらに最近隣法によって樹状図に表わしてみました。大阪群では人生満足度が他の項目と距離をおいて位置しているのに対し，ハワイ群では，人生満足度がいくつかの項目とグループを作っているのがわかります。このグループの項目をさらに詳しく解析してみるために，次に数量化理論2類を使ってみました。ハワイ群で人生満足度テスト成績との間に大きな偏相関値の見られたものは，独居年数，古い友人との交流といった項目であった。また大阪群では，全体的に各項目が低い値を示し，3類による結果を裏付けしたが，中では家族との交流が比較的大きな値を示した。この表で興味深いのは，大阪群とハワイ群が古い友人交流・家族交流で示した値が逆の関係になっていることでした。

これらの成績は，パイロットスタディであって，これらの結果から結論を出すことには無理がありますが，あえて1つの仮りの論として推論すると次のようなイメージが出てきます。すなわち，ハワイ群でよく社会適応した人達の間では古い友人との交流が大きなポイントになっている。これは個人主義化した社会構造の中にあっては，古い友人，つまり，長年親しい間がらにあって気がねなく話のできる相手を老後まで保持することの重要性を示しているように思われます。一方，大阪群では，子供との交流を楽しむといった型が高い満足感を得ているように思われます。やはり社会によってその適応型が異なるようです。

今回は，対象数が少ないため，細部の差を立入って云々することは避け，さらに調査検討をしてみたいと思います。

質疑応答

野島良子（徳島大学教育学部）：

1) 日本側のサンプルを大阪市「コノハナ区」から抽出した理由は？
2) インタビューに用いたコトバは？

早川：

1) 大阪此花区を対照に選んだ理由は，ハワイの日系老人と同様な地域出身者が多いから。
2) 一世の人達が主で，日本語で行った。

16) 老人の末期における問題点
―安楽な死をみつめて―

千葉県立がんセンター　○大竹　保代
千葉大学教育学部看護課程　松岡　淳夫

がん末期において死を迎える患者は，その疾病より生ずる苦痛や，衰弱に伴う苦痛と共に，死に対する恐怖・不安の葛藤から精神的に極めて不安定な状態となる。

昨年第10回成人看護分科会において，このような患者が安楽な死をむかえるための援助は，単に薬物による苦痛緩和を図ることに偏よるものではなく，一貫した生活援助を中心とした働きかけにより，看護婦が患者と共に苦痛を克服しようとする姿勢が必要であることを述べた。

今回は千葉県立がんセンター3階病棟において，昭和53年4月から54年8月迄の間に死亡した患者43名のうち，突然死した7例を除く36例について，老人における看護目標とすべき特徴を検討した結果，2，3の注意すべき点について述べる。

年令は60才以上21名，60才未満15名でこの2群に分けて検討した。

両群とも6割以上が2回以上の入退院をくりかえしており，60才以上では最終入院時の期間が長く，比較的早くから家庭と切り離される傾向がみられた。しかし末期として観察される期間は，長期入院者でも，ほとんどがこのうち，3ケ月以内の期間であった。

看護上の問題点と直接つながる患者の状況を，まず身体的苦痛について，その発生原因と思われるものに分けてみると，全員にみられる全身衰弱によるものの他は，局部痛，呼吸困難感，腹部膨満感，嘔気等が主要なもので，病状に深い関係を持つものである。

家族的背景では，60才以上ではその4割に家族的問題が見い出され，60才未満と明らかな差がみられた。

内容は，嫁姑・配偶者間の問題が多く，ほとんど面会が望めなかったり，臨終期になってもつきそう家族が得られぬ場合がみられ，これは60才以上に多かった。また家業が忙しかったり，家庭で子供が小さかったりで，老人の面倒までみきれず，強引に病院に送りこんできた例や，入院時にはこのため，病状や清潔も最悪の状態となっていた例などの家庭事情も少なくなかった。

患者の性格については，末期の状態が大きくかかわって，健康時の性格とは違った性格が表出されるものが多いと考えられるが，看護記録の記載により，性格を表現するような事項を抽出した。「遠慮深くがまんづよい」「自己中心的で頑固」「依存性がつよい」等が，老人の特徴としてみられた。

60才未満で「楽観的」が多いが，これは単に性格だけではなく，患者の病状のとらえ方にもかかわっている。

死の自覚に関しては，客観的にも，また具体的にも，それをとらえることは非常にむずかしい。ここでは看護婦が患者の話の内容や訴え方の変化，不安行動，拒否的態度の出現，闘病意欲の脱落等の行動から，総合的に「死の自覚」を判断している。

60才以上71％，60才未満73％の者が末期である事や死を感じとったと推定され，死に直面していると考えられた。その契機としては，主として病状の悪化であるが，個室への移動，家族の態度も大きな引きがねとなっていた。

次に看護婦が何を看護上の問題としたかをみた。どの症例に対しても，ほとんど身体的苦痛が第一にあげられていた。

その他60才以上では，「孤独感」が大きなウェイトを占めている。「精神的不安定」も，その割合は大きく，60才未満ではその半数が葛藤状態にあったのに対して，60才以上ではその原因が身体的苦痛との関連によるものが多かった。また，老人の特徴的な性格からくる訴えの表出が少ないということが，症状やニードを把握しずらくし，60才以上における重要な問題点となっていた。

この問題点に対する看護目標とその看護計画の成果については，第一に「苦痛の緩和」があげられている。これは前回の研究に基く複合した看護を意味し，その成果は有効であったものが多かった。

「孤独の回避」は，やはり60才以上で多くみら

れたが，家族関係についての展開は具体的な解決の糸口をつかむことは少なかった。

しかし，看護婦の意図的な患者への諸対応で，患者との接触を向上させ，成果があがったものは多く，また患者が内面をストレートに表出し，それを看護婦にうけとめられたことで，苦痛緩和や　　につながった例もある。しかし反面，老人特性の一面である甘え依存性をエスカレートさせてしまった例もある。

さらにふりかえって，死を自覚していたと判定された患者，60才以上15名，60才未満11名が，真に何を望んでいたかという点を検討してみたが，60才以上，未満いずれも「苦痛緩和」「孤独の回避」の順に最も多くなる。

60才未満において，「死にたくない」といった「死からの回避」が2例みられたが，60才以上ではみられなかった。一方，60才以上では「家に帰りたい」が，多くなっている。

以上，少数例の検討からではあるが，一般に老人は末期において「死を自覚」する傾向が強いといえる。これは若年層より，さらに「老化と死」という一般的な考えの背景からくるものと考えられ，現実に接近する死を拒否する葛藤状態は若年者に比べ，表面化することは少なく，受けいれていくものと考える。しかし，ここで「安楽」をさまたげるものとして「身体的苦痛」「孤独感」が重要で，それに派生する精神的不安が問題となる。

身体的苦痛に関しては，それが精神的不安との複合の中で増強される傾向が明らかであるので，その観点に立つ薬剤依存に偏らない看護の確立が必要であることは既に述べた事である。この場合，これに老人のもつ死に対する「あきらめ」や「闘病意欲の減退」「訴えの表出の減少」が増加するという特性を考慮しなければならない。

また老人にありがちな，病状認識が低く，上記の特性や頑固な性格から，看護の介入をうけいれにくくし，かえって苦痛を増強し，危険な行動につながることもある。ゆえに看護婦は，この点を念頭において他覚的観察とともに，密度の高い接触による訴えの獲得により，先取りした援助をすすめねばならない。

患者の望む「孤独の回避」は，すべての年令層に同様にみられるが，特に老人層においては，家族的問題を持つ者が多く，看護婦の援助介入がより求められる点である。これに対し，日常生活援助，あるいは意図的な接触を多くもつことにより，看護婦が最も身近な人間のかわりとなり見守り，信頼関係を保っていくことが，「孤独の回避」につながり，精神的安定につながると考える。

しかし，この場合，死に直面する孤独感は，看護介入の極めて困難な一面である。看護婦は，医師・家族間との密接な連携を保ち，死期にある患者に「生きている証」を味あわせる方向を患者のニードに見出し，これに充分介入できることが必要と考える。

17）死と臨死患者の看護に対する看護婦の態度に関する研究

徳島健生病院　○鈴木　恭子
神戸大学病院　柏原　貴子
徳島大学教育学部看護課程　植田　和美
瀬尾クニ子
野島　良子

死にゆく人々に対する看護のあり方は，近年，多方面から述べられている。しかし，実際に死にゆく人々に接してケアをしている看護婦自身は，それをどのように考えているであろうか。また，看護婦自身にとって死はどのようなものなのであろうか。これらを知ることが死にゆく人々への援助のあり方を考える上で，1つの手がかりとなるのではないかと考え，本研究を行った。本研究にあたって表2のような7仮説を準備した。

研究方法：質問紙法を用いた。質問紙は「看護婦自身の死」「患者の死」及び「臨死患者の看護」に対するイメージを知るための合計47意味尺度を用いたSD法と，「臨死患者の看護に対する態度」

を知るための30項目からなる5段階評定尺度とで構成した。

対象：徳島県下3公立総合病院に共通して設置されている病棟に勤務している看護婦318名中，あらかじめ調査への参加を承諾した244名を対象とした。回収数201（82.38％）うち有効数105（52.24％）であった。（表1）

結果の集計にあたり回答はすべて1から5迄点数化した。また42意味尺度は情動性・活動性・評価の3因子に，5意味尺度は臨死患者に対する看護感情，30質問項目は臨死患者に対する看護認識・看護行為にそれぞれ分類した。

結果：77問中最も高い平均評定得点を示したのは「あなたは臨死患者に病名を悟られないようにふるまっていますか」に対する4.37であり，最も低い平均評定得点を示したのは「あなたは臨死患者に侮辱的な態度で接しようと思いますか」と「あなたは臨死患者を冷たくあしらっていますか」に対するもので，共に1.25であった。

「自分の死に対するイメージ」における因子別評定得点の平均は，情動性2.37，活動性2.53，評価2.86であり，「患者の死に対するイメージ」における因子別平均評定得点は，情動性2.61，活動性2.56，評価3.01であった。さらに「臨死患者に対する看護感情」，看護認識，看護行為の平均評定得点はそれぞれ，2.39，3.25，3.02であった。

次に臨死患者の看護経験が多いと思っている看護婦群（以下A群，n＝48）と，臨死患者の看護経験が少ないと思っている看護婦群（以下B群，n＝57）との間で有意差の認められたのは77項目中，わずか3項目のみであり，自分の死に対するイメージ，患者の死に対するイメージともに両群間で有意差の認められた因子は皆無であった。そこで臨死患者の看護経験が非常に多いと思っている看護婦群（以下A_1群，n＝10）を，臨死患者の看護経験が非常に少ないと思っている看護婦群（以下B_2群，n＝26），全然ないと思っている看護婦群（以下B_2群，n＝2）と比較してみたが，自分の死に対するイメージについても，患者の死に対するイメージについても，両群間で有意差の認められた因子は無かった。

仮説の検定：

仮説1）　項目〈不安な〉に対するA_1群の得点は1.30，B_2+B_3群の得点は1.89で両群間に有意差は認められなかった。すなわち，自分の死に対してA_1群は〈非常に不安な〉イメージを抱いており，B_2+B_3群は〈やや不安な〉イメージを抱いている。よって，仮説1は証明された。

仮説2）　は証明されなかった。しかし，両群で有意差の認められた項目が4つあり，A_1群はB_2+B_3群に比べ自分の死をより〈ぶざま〉で，〈絶望的〉で〈不吉〉で〈苦しい〉ものと考えている。

仮説3）　両群で有意差は認められなかったので仮説は否定された。故に両群とも自分の死を受け入れているとはいえない。

仮説4）　両群で有意差は認められなかったので仮説は否定された。しかも得点が2.5付近なので両群とも患者の死に対する不安をあまり示しているとはいえない。

仮説5）　は証明されなかった。しかし，両群で有意差の認められた項目が5つあり，A_1群はB_2+B_3群に比べ患者の死をより〈憂うつ〉で〈冷たく〉〈絶望的〉で〈不吉〉で〈身近な〉ものと考えている。

仮説6）　は証明されなかった。しかし，両群で有意差が認められた項目が1つあり，A_1群はB_2+B_3群に比べ患者の死をより〈身近な〉ものと考えている。

仮説7）　は証明されなかった。すなわち，臨死患者に対する看護感情について両群で有意差は認められなかった。両群共臨死患者の看護に対してややく憂うつ〉な感情を抱いている。看護認識については3項目にのみ有意差が認められた。A_1群はB_2+B_3群に比べ，患者が望めばそばにいる必要があるとより思っているが，患者が「私は死ぬのではないか」などと口にした時，すぐに否定する必要があると思っている。看護行為につい

ては4項目のみに有意差が認められた。 A_1 群は B_2+B_3 群に比べ，より患者を無視したりせず，患者の言うことや動作に注意を向けているが，患者に病名を悟られないように振舞っており，患者が「私は死ぬのではないか」などと口にした時，コトバや行為によって否定している。

考察：臨死患者の看護経験が増すにつれて看護婦は自分の死をより〈ぶざま〉で〈絶望的〉で〈不吉〉で〈苦しい〉と考え，患者の死をより〈憂うつ〉で〈冷たく〉〈絶望的〉で〈不吉〉で〈身近な〉ものと考える傾向がある。すなわち死そのものに対して幻想を抱かず，ありのままに見ているように思われる。

臨死患者の看護に対しては，その経験が増すにつれて看護婦は，患者が望めばそばにいる必要があるとより思っているが，患者が「私は死ぬのではないか」などと口にした時，すぐに否定する必要があると思っている。実際には，患者をより無視したりせず，患者の言動に注意を向けているが，患者に病名を悟られないように振舞っており，患者が「私は死ぬのではないか」などと口にした時，コトバや行為によって否定している傾向がある。

なお，本研究に関して国外文献13，国内文献1について検討したが，その詳細はここでは省略する。

質疑応答

松岡淳夫（千葉大学教育学部）：本論旨の中で，看護者の死に対するイメージは分析されているが，臨死場面でどういうイメージなのかに論及されなかった。看護者の臨死態度はどうか。

鈴木：この研究において，看護者側がどうあったらよいかということに関しては考察していない。それは患者が看護婦の態度をどう思っているか，どうあって欲しいと思っているのかについて調査してのちに，考察すべきことではないかと考えている。

座　長　　千葉大学教育学部　内海　滉

18）看護者にとって自分自身をふり返ることの意味

東京女子医科大学看護短期大学　○川野　雅資
河合千恵子
濱　繁子

はじめに

看護も教育も患者と学生に，主体的に考え行動できるように援助できなくてはいけないと考えるとき，我々3人は患者や学生にはたして，そういう関わりをしているのだろうかという疑問がわいた。我々は，その疑問を解くには，我々の関わりの場面を明らかにすることなくしては，解けないだろうと考えてこの研究にとり組んだ。

研究方法

我々が，患者・学生・同僚との関わりの場面と，我々の討議の場面の中で，気にかかっていたり，へんだなと思っている場面，をふり返えり，その場面の意味を明らかにするという方法をとった。3人の討議の機会は，今年の6月から9月までに8回もたれた。

結　果

我々が，今回学んだことは，次の2つの事についてである。

1. 自分をふり返り，自分自身を気づいていくプロセスに3つの時期があること。

1) 第1の時期は，人との関わりの中で，感覚的にズレているのかなという思いをもっている時期：その時期は，そのズレの感じ（それは異和感と表現していいと思うのだが）をそのままにしていた。それは，自分はいつも正しいんだという思いがあったから，異和感の意味を吟味する必要がなかったからである。ズレがあることで，相手から困る事をこちら側に示されたとき，相手が本当に何が困っているのかを明らかにしないまま解決策を考えていた。

2) 第2の時期は，異和感と対峙しようとした時期，又，対峙した時期：異和感が自分の中には

っきりと入ってきたのは，きっかけとして，相手から異和感をつきつけられた時で，その時，自分にも，状況の中で自分がどういるのかを見さだめようという気持ちがおこっていた。我々の討議の場で，異和感のあった場面をふり返っていくと，異和感の原因は，自分の表現の足りなさにあるということが明らかになっていった。

3) 第3の時期は，態度の変容がおこっている時期：グループ討議の場で（これは，この3人の討議と別の場であるが），メンバー同志が近づきあえないでいる時に，自分の気持ちや考えを表現した事で，流れの局面が変わって，メンバー同志が一致感を味わったという体験をした。この時，自分が変化した事で，相手も変化していくのを感じた。自分の言動に対する満足感と同時に責任の重さを感じた。自分のあり方をふり返ることを続けるうちに，自分の考え，気持ちだけにとらわれて相手を観るのでなく，相手の考えや気持ちを受け止めよう，相手の関心にそっていこうという姿勢をとるようになった。

2. 自分自身をふり返ることの意味

我々は，看護を，すべての人々に対して健康のレベルの向上，又は維持のために，その人の生活をその人自身で考えてできるように援助することであると考える。看護者は，ひとりひとり，その人の物の見方，考え方，感じ方すなわち価値観をもっている。看護者が相手を観るときに，その人個有の見方でしか観ることができない。一方，相手もまた，その人独自の物の見方，考え方，感じ方をもっている人である。我々が考えている援助関係を発展させるには，相手がどの様に考え，感じているかという，相手の関心にそいつづけることが大切である。そのためには，相手との関わりのその時その場の自分のあり方に気づいていくことが重要な鍵である。

考　察

今回，この研究にとり組んだことで，我々は，異和感を感じることと感じないこと，異和感と対峙すること，異和感を明らかにすることについて学んだ。異和感の内容がわかったとしても，すぐ実際の行動に移せるとは限らない。行動に移そうとするとき，その人の主体的エネルギーが関与している。そして，行動でき満足感が得られることが次の主体的エネルギーを生み出していく，ということが言える。又，自分自身をふり返ることからの学びは，限りのあるものではなく，ふり返りをして，その時その場の自分のあり方が明らかになると，過去の体験がよみがえったり，次の体験をより自然にふり返ろうとする連続性をもっている，と言える。更に，自分に気づいていくという学びをもちつづけていく中で，自己を最も発揮するためには“人と場にささえられる”ことが重要であることがわかった。

ま と め

我々は，今回，この研究にとり組んで，看護者として，そして教育者として大切な援助の姿勢を体験から学ぶことができたことは，重要な意味があると考える。しかし，この報告では我々が体験したことを十分伝えきれていないのではないか，また，この報告が果して研究といえるのだろうか，という懸念を持っている。我々は，これらに対して今は，明確な解答を持ちあわせていない。だが，我々が学んだことの重さは人に伝える意味が十分にあると考えてここに発表した。更に，今後もこのテーマについて研究を続けていくことで，それらを明らかにしたいと考えている。

質疑応答

村越康一（長汐病院）：実際にどうであったか，症例について述べて下さい。

川野：今回は，発表時間の都合上，具体的事例は用意していない。

19) 高等学校衛生看護科生徒の看護臨床実習指導の展開と問題点
ー青森県立田名部高等学校の場合ー

青森県立田名部高等学校　○田辺　緑

一般演題演説内容及び質疑要旨

西塚　貴子
三浦恵美子
佐々木真樹子
弘前大学教育学部看護学科教室　津島　律

1　はじめに

高等学校衛生看護科の看護実習は校内実習と病院実習で構成されているが昭和57年度からは新学習指導要領が実施され，今までの病院実習は「看護臨床実習」という科目として最低10単位と定められ総合実習として指導していくように再編成が図られることとなりました。しかし，病院実習の指導方法は実習受け入れ病院の持つ条件に大きく影響を受け，病院側の協力なしには効果的な指導展開はできず，学校差が大きいのが現状です。本校では病院実習開始以来，様々な試行錯誤をくりかえし，現在の指導体制を確立するに至ってはいますがその指導が看護技術項目中心のため，総合実習への指導展開にはまだまだ問題があり不十分な状態といえます。そこで，本校の今日までの病院実習の指導展開における問題点と改善点を述べ，新学習指導要領の方向にそった，望ましい看護臨床実習指導のあり方を検討してみました。

2　問題点と改善点

本校では昭和49年5月より，実習病院はむつ総合病院，実習形態は2年生は週1回，3年生は週2回の一日実習，分散実習，実習内容は基礎看護実習を主体として，全臨床学科をローテートする実習配置，指導は各実習場1名の臨床指導者と学校側から2名の引率指導教師が担当するという方法で病院実習が開始されました。しかし，当初より表2のように様々な問題があげられその解決がいそがれました。

このような問題点に対して病院側と協議する機会を持ち，現在までに表3のような改善を図ってきました。

改善点1の病院実習連絡会議は表4のように開催され病院実習の計画，指導法，問題点を検討，改善する機会として活用してきました。

2の実習日毎の実習内容は毎年上記の協議会で精選し，2年生では表5のように，3年生前期は表6のように，3年生後期は表7のように実習日毎の実習予定内容を計画し，実習に視点と目標を持たせるようにしました。

3の課題は2年生は実習日毎に，3年生は実習場毎に課しました。表8は2年生の病院実習第3日目の実習予定内容に対する課題です。

4の校内実習とは2年生の病院実習の前の校内実習のことをいい，その内容は病院実習の予定内容の技術の復習と予習とし，技術面の指導が中心に行なわれています。

5の段階別指導は表9に示すように，実習内容は基礎看護実習から成人及び母子看護実習，そして患者を受け持っての総合実習へ進ませ，実習形態は2年生は週1回の半日実習，3年生前期は週2回の半日実習，3年生後期は週3回の半日実習と一日実習の組み合わせと変化させました。

6の来履習科目の病棟への配置のとりやめはまず2年生の基礎看護実習期で実施し，配置する実習場を内科病棟2ケ所，外科及び整形外科病棟の計4ケ所に限り，病棟固定で，1病棟当り5名の配置人数で展開しています。そのため2年生40名をA・Bの20名ずつ2つのグループに分け，Aグループが病院実習の時はBグループが校内演習と交互に病院実習に臨む計画にしました。基礎看護実習の指導では病院実習に臨む生徒数を減らすことで総合実習の指導では学校側引率指導者数を増員することで指導者1人当りの受持ち指導生徒数の改善を図りました。

3　今後の課題

看護技術項目の段階的指導はなされてきたが患者を把握するという面での指導が不十分で，患者を中心とした総合的な看護のあり方の指導の工夫と検討が必要である。

病院実習指導は臨床指導者の協力を得て，従来よりは効率的な実習展開がなされてきているが，患者を総合的に把握し看護する視点について共通理解が十分なされておらず，連絡協議会等を活用して改善を図りたい。

実習内容は毎年精選を心がけ生徒の成長発達段階に即した基本的な実習内容とし，余裕のある実習展開を行う必要がある。

以上のことを課題として今後はさらに，望ましい看護臨床実習指導のあり方を検討していきたいと思います。

質疑応答

松岡淳夫（千葉大学教育学部）：

精選という点について

実習病棟に素材の有無についての点検はどのように行うのか。

田辺：

1) 実習内容の精選の基準は病院実習で経験できるものである。

2) 基礎看護実習項目は現場のＮｓが行なっていなくても臨床指導者が中心となり生徒には経験できるよう準備・指導してもらっている。

20） 人工肛門造設患者の看護の問題点

弘前大学教育学部看護学科教室　○五十嵐千賀子
木村　紀美
今　　充

人工肛門造設患者は年々増加の傾向にあり，その管理についてはさまざまな研究が行われています。それらは術前から社会復帰までの事例研究や，アフタケアーなどに関したものが殆んどですが，中でも開発普及のめざましい人工肛門器具類の研究は，直接人工肛門管理上の問題点解決へとつながり喜ばしいことです。

この様な現状の中で，私達も病院実習中，人工肛門造設術を受ける患者の看護を経験し，入院中の人工肛門管理のあり方について考える機会を得ました。今回は私達が行った130施設を対象とした人工肛門管理の調査を参考とし，看護上問題となる「人工肛門造設術に対する術前の拒否的な行動」および，「術後の人工肛門造設患者の管理」の２点を中心に報告します。

私達の行った調査から把握した１年間の人工肛門造設術例数です。130施設において約2,000例の人工肛門造設術が行われていることがわかります。

さて，手術前オリエンテーションは術前の看護の重要な位置を占めていますが，手術を拒否する患者に遭いますと，はたしてどの様に接するべきか戸惑います。「人工肛門造設術」の場合，拒否的な行動を示す患者がままあり，事例研究などでも報告されています。私達も身近にその様な例を聞き，拒否的な行動について調査してみました。

術前，人工肛門造設術の説明時，拒否的な行動を示した患者を経験した施設を，地域性の上から検討するため地図上にプロットしました。なお，行動の程度は図の右下に示した通りです。「経験あり」とする施設は130施設中34施設（26％）であり，最も問題とされる「手術を受けずに希望退院した」とする施設は６施設（4.6％）でした。それらの施設の事例について詳細な把握はしていませんが，患者個々の性格，理解力，知識レベル，疾患などを十分分析した上での行きとどいた説明方法であれば，この様なことは未然に防げたのではないかと推察されます。

例えば，私達の経験した２例について比較してみましょう。患者Ａの場合は，その背景から医師らが人工肛門造設術について理解可能と判断し，術前に説明をしています。しかし，患者Ｂの場合は，理解力の点から術前の説明をしても理解がむずかしいのではないかと懸念され，拒否的な反応等を未然に防ぐため，術前説明は意図的にしていませんでした。患者Ｂは，幸い徐々に自己管理に努め社会復帰しましたが，これらの例は，患者の背景から生じる「人工肛門」の正しい理解の困難さや，癌という診断名をふせての「人工肛門」，理解のむずかしさを意味していると思われます。

さて，施設における術後の人工肛門管理の現況調査から，今回はパック類，装具類，皮膚保護剤の使用状況や，浣腸療法について述べてみます。パック類と装具類の両者を使用する施設が圧倒的

に多いことがわかりました。しかし，一概にパック類，装具類と言っても次のスライドの如く種々あります。

パック類は現在防具加工されたもの，操作しやすくなったものなどが市販されています。パックは接着剤により皮膚に貼りつけるものですが，簡便で衛生的であり便の性状が落ち着かない時には，必要不可欠なものです。しかし，皮フ炎という問題がありますので，使用前，接着剤のパッチテストを必ず行い，刺激の少ない製品を使うよう患者に指導します。

ベルト等の装具類にもいろいろな製品があります。現在はパックや皮膚保護剤のカラヤゴムとワンセットになった製品が市販されて便利になっています。

皮膚保護剤も最近開発普及されてきましたが，調査では2種類しか挙げられていませんでした。人工肛門の局所管理である，皮膚保護は特にイレオストミーの場合，最も重要な援助となります。原則的には皮フの清潔と乾燥を心掛けるわけですが，不随意な排便による皮膚への影響を考えますと，もっと積極的な対策が必要となります。現在は特殊ポリマーからなる速乾性の皮フ保護液が市販されていますので，積極的に患者に紹介し試みて欲しいところです。

人工肛門保有者の悩みを一挙に解消すべくとなえられたのが浣腸療法です。浣腸療法実施施設は129施設中77施設と60%を占めていますが，積極的に実施する施設もいくつかありました。

しかし，浣腸療法実施に際しては，対象者の条件が関係してきます。

浣腸療法には平均約1時間もの時間を要し，寒い地方での普及には問題があると思われ，検討したところ，1月0℃の等温線を引いてみたところ有意差が認められました。

また，東京・大阪周辺地域とそれ以外の地域での実施にも有意差が認められましたが，これは設備や社会性などの点からうなずけるものです。

以上，人工肛門管理の術前・術後の二大問題点について述べてきましたが，患者個々に応じた看護の重要性が再認識され，さらには人工肛門造設患者を専門に援助する人材の育成の必要性も痛感させられました。

質疑応答

野島良子（徳島大学教育学部）：人工肛門造設に対する拒否反応は，Body Image の変容という問題をぬきにしては論じられない。変容した Body Image に再適応する準備ができていないと，装具についてのいかに周到な説明も，患者を苦悩から救うことにはならないと思うが如何？

五十嵐：今回は調査していませんが，その様な事（ボディイメージの変容にアジャスト出来ない）が，拒否的な行動の原因のひとつになっていると，私も思います。

追加回答

今　充：野島先生のお考えのとおりでございますが，現時点での受容としては，疾患理解，救命ということで，スムースに理解出来る症例があり，また，造設された後にスムースに受容出来る症例も相当数あることも間違いない。

きめの細かい，術前・術後の看護のあり方を，とくに人工肛門造設では探ることが急務と思われ，二，三の問題点を発表さしていただきました。

●学会印象記●

第6回四大学看護学研究会印象記

弘前大学医療技術短期大学部
平　　典　子

肌寒い初秋の弘前で，第6回研究会は開催された。本会は，看護学が"学"であるため，かつ，教育の進歩発展のために寄与する目的で発足したと聞くが，初めての参加で多いに興味がわいた。しかも，会場係のお手伝いもさせていただき，期待と不安で何やら緊張していた。

一般演題では，看護を実践の科学として高めようとする姿勢や，広い展望のもとに今回のテーマに取り組んでいるという姿勢がうかがわれた。内容的に示唆を得ると同時に，今回強く印象に残っているのは，発表後の討論である。研究は発表され，批判を仰ぐことによって完了すると言われているように，同学の士や恩師によって，多方面から評価されるということは貴重な体験と感ずる。その中で，"基準"によって，その論文の価値が大きく左右されるということを改めて痛感した。

シンポジウムは，継続主題である大学における看護基礎学と臨床看護学というテーマで行われた。看護の科学的な理論，裏づけとなる部分とするため，基礎医学を看護基礎学として位置づける必要がある，時間数の制約，教授法の問題の改善，看護基礎学の体系化が確立されるような実証的研究の必要性などが発表されたが，シンポジストのご指摘にもあったように，看護基礎学という言葉の共通の概念に基づいた上で，その位置づけ，方法論の検討が必要なのではないだろうか。

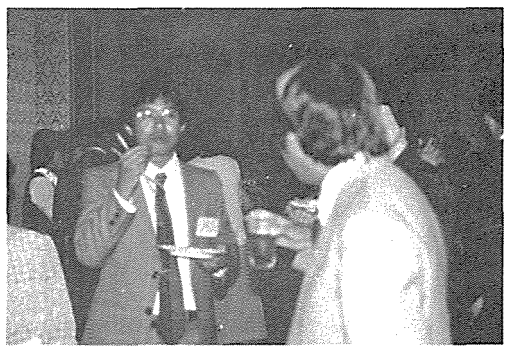
初めて参加させていただき，看護を，自己をもっとみつめ直さなければと思うと共に，本会の今後の発展を願う。

会　長　挨　拶

奨　学　金　授　与

発　　表

会　場　席



懇　親　会　（パレス瑞祥にて）

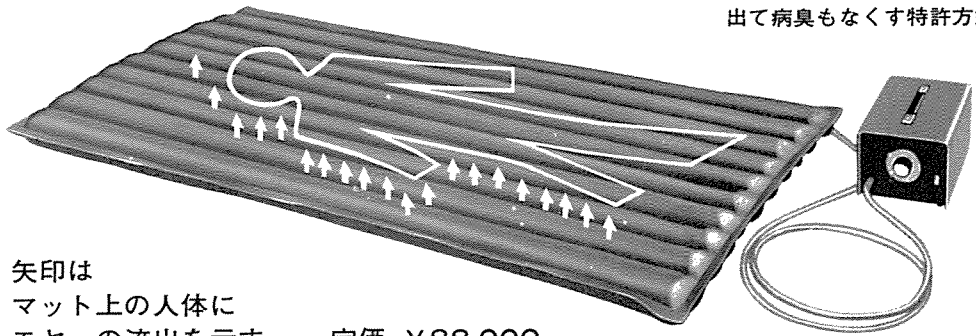
床ずれ、病臭に“エヤー噴気型マット”登場

益々好評な **サンワ カケン** のアイデア

療養者・看護者の激賞を受け

床ずれ・病臭・治療に強烈な助っ人！

使用者より多数の礼状を受け
マスコミや、医師の論文を益々立証させ、私共も感謝満々
マット表面より多数の防湿、清浄微風が
出て病臭もなくす特許方式



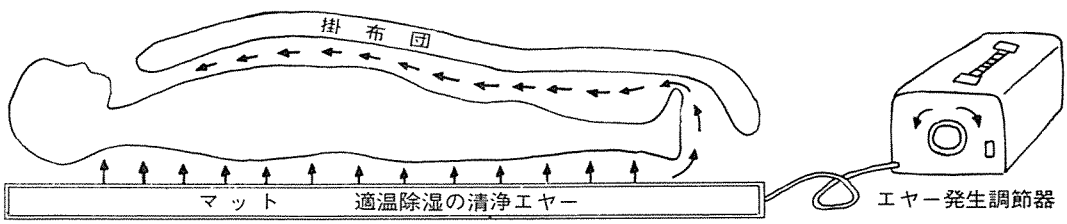
矢印は
マット上の人体に
エヤーの流出を示す　　定価 ￥88,000

エヤー噴気型
特　　許

サンケンマット®

【理想にかなった原理と構造】

調節器より発生した適温、除湿の清浄微風をマットに送り、マット上面の多数の微風穴口より噴出・流動させ 特許出願 その上に人体が寝ることにより、適当な乾燥と適当な皮下刺激を与え、衛生的健康保持と活力を養います。特に床ずれ病臭等の予防効力は先生方の絶賛を賜っております。



発売元 **株式会社ホギ**

本　社　東京都文京区湯島１丁目７番11号
☎ 03(815)2731(代表)　〒 113

■お気軽に最寄りの営業所へご用命ください。

●東京営業所	☎03 (813)4648	●盛岡営業所	☎0196(54)3548
●大阪営業所	☎06 (941)6116	●札幌営業所	☎011(512)7201
●名古屋営業所	☎052(761)5246	●金沢営業所	☎0762(37)7571
●福岡営業所	☎092(731)1861	●横浜営業所	☎045(314)0389
●広島営業所	☎0822(94)3133	●静岡営業所	☎0542(55)7184
●仙台営業所	☎0222(93)7542		

特許　サンケンマット　　特許　試験管立

製造元 **三和化研工業株式会社**
本社工場　〒581 大阪府八尾市太田１９０６番地
TEL0729(49)7123(代表)

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

四大学看護学研究会会報

第　10　号

四大学看護学研究会事務局

目　　次

・会　告　　第7回四大学看護学研究会総会開催通知 ……117

・卦　報　　村田栄先生逝去 ……119

・四大学看護学研究会雑誌投稿規定 ……121

会　　告

第7回四大学看護学研究会総会を下記の要領により，熊本市において開催しますのでお知らせします。

第7回四大学看護学研究会
会長　佐々木　光雄

期　　日　　昭和56年9月27日（日曜）

場　　所　　熊本市　（会場選定中）

内　　容

A　研究学会

1. 一般演題　　公　募

2. 昭和55年度奨学会研究　発表2名

3. シンポジウム

大学における看護学教育の検討（継続主題）

－実験看護学をめぐって－

公募（熊本，弘前，徳島，千葉大学教育学部は依頼）

4. 特別講演

千葉大学看護学部　小林富美栄教授

5. 会長講演

B　総　会　　議事および会務報告

演題募集要項

下記によって，演題および演説要旨を会長宛にお送り下さい。

1. シンポジウム演題

口演時間　１５分，スライド２０枚以内

演説要旨を，演題名，演者名を含め，所定の原稿用紙２枚以内にまとめ，封筒に「シンポジウム演題」と朱記して送って下さい。

2. 奨学会研究発表

口演時間　１５分，スライド２０枚以内

演説要旨を，演題名，演者名を含め，所定の原稿用紙２枚以内にまとめ，封筒の表に「奨学会研究抄録」と朱記して郵送して下さい。

3. 一般演題

口演時間　７分，　スライド１０枚以内

演説要旨を，演題名，発表者氏名（○印，頭記），其同研究者氏名および所属名を加えて，所定の原稿用紙１枚にまとめ，郵送封筒に「一般演題」と朱記して送って下さい。

4. 申込方法および期日

1）葉書にて演題名，発表者氏名を記入，会長宛申込んで下さい。

「演題申込」昭和５６年５月２０日まで

2）申し込みを受けて，直ちに所定の原稿用紙をお送りします。

「抄録〆切」昭和５６年６月１５日まで。

5. 申 込 先

〒８６０ 熊本市黒髪二丁目４０番１号　熊本大学教育学部特別看護科

第７回四大学看護学研究会会長　佐々木　光雄　宛

電話連絡　０９６３（４４）－２１１１　内線　２５６６

◎ おことわり

一般演題が多数となり，予定時間内で，総ての発表が困難と予想される場合は，選考の上，紙上発表をお願いすることがあります。

◎ 本研究会での発表演説，討論内容は研究会機関紙に掲載いたします。このため，学会当日，演説原稿またはそのコピーを提出お願いします。

◎ 発表研究の原著・論文を機関紙へ投稿お願いします。

この場合Ａ４版原稿用紙（４００字詰）２５枚（図表込み）程度におまとめ下さい。

提出期限　昭和５６年１１月３０日

訃　　報

元（第５回）会長　村田栄先生は，昭和５６年３月１７日，肝硬変のため，御逝去されたことを謹しんでお知らせいたします。

四大学看護学研究会

第７回会長　　佐々木　光　雄

なお，御葬儀は御自宅にて密葬の後，５６年５月２３日，徳島大学教育学部看護課程教室葬として追悼，告別式が行なわれました。本会からは，生花一対を供え，会長が式に参列して弔辞を捧げました。

（事務局）

追　悼　の　辞

村田栄先生の追悼式に当り，四大学看護学研究会より謹んで追悼の辞を申し上げます。

若葉香る五月，南国の地，徳島は常と変らぬ平和のたたずまいの中にありますが，今日ここに，幽明境を異にして村田先生をお偲び申し上げましょうとは私共四大学看護学研究会会員一同にとりまして本当に思いも及ばなかったことでございます。つい一年半程前，村田先生はこの同じ徳島大学において第５回四大学看護学研究会会長として学会を主催されましたが，当時のお元気な先生のお姿を知る者には今も先生の温厚なお姿が彷彿とよみがえり脳裡を離れません。

村田先生は徳島大学医学部において医学・衛生学の研鑽を積まれました後，まだ戦後の混乱の残る昭和３０年に徳島大学学芸学部に着任され，次いで教育学部教授として一貫して大学での教育と研究に精魂を傾けて来られました。特に昭和４５年からは新設の特別教科看護教員養成課程の学生の教育指導に当られ，また養護教諭養成課程の主任も兼務されて，看護・養護の社会に多くの有能な人材を送り出されましたことは，私共のひとしく知るところであります。全国に４組織しか存在しない私共教育学部特別教科看護教員養成課程は，看護学と大学における看護教育の進展を模索して昭和５０年から四大学看護学研究会を発促させましたが，この研究会はその後，年々会員の増加と内容の充実をみるに至り，看護の科学的立脚点を追究する数少ない学会の一つとしてなお発展の途上にあります。

會て研究会機関誌に巻頭言として先生が述べられました如く，これからの看護学は単なる技術のみの看護であってはならず，看護学として学問的基盤に立つ実践の学でなくてはならないことは現に私共の目ざす看護学の本質を指摘して余すところのない言葉でありますが，さらに先生は御自身の幅広い学識と教養に基づく高い視点を持たれ，将来の看護学が人文学的，社会科学的並びに自然科学的側面を合わせ持つ広汎な学として発展させねばならないことを強調されました。村田先生をはじめ四大学看護学研究会幹部の看護学への理解は初めからこの点で奇しくも一致し，研究会のその後の指向を定めているように思われます。かくして村田先生は教室における研究会会員と共にこれまで四大学看護学研究会発展の駆動力として限りない寄与をされましたが，その研究会も時代の要請と共にさらに門戸を拡大して学会として躍進を遂げようと計画しております矢先，大事な先生を失いましたことは私共にとりましてこの上なく残念なことでございます。然し村田先生，今年は９月末に第７回の研究会総会を熊本で開く予定でありますが，私共四大学看護学研究会会員一同は一致協力して所期の目標に立ち向かい，研究

会の更なる発展を期す覚悟であります。

私共はこれまで研究会の基礎作りにひたすら御尽力いただきました先生に深く感謝の意を表し，さらに先生の御意志を継いで今後も努力を続けることが幽界に在る先生に喜んでいただくことにもなるものと思っております。

ここに村田栄先生を偲び四大学看護学研究会を代表して謹んで追悼の言葉と致します。

昭和５６年５月２３日

四大学看護学研究会
第７回総会会長　佐々木　光　雄

追悼のことば

謹んで故正四位勲三等瑞宝章，医学博士村田栄教授の御霊前に看護学教室を代表して追悼のことばを申し上げます。

先生は昭和３０年４月，徳島大学学芸学部保健体育学教室に助教授として迎えられ，以後，特殊教育学教室に引続き昭和４５年４月より私達の看護学教室に教授として勤務され，故住友健治教授なきあとは，教室の主案者としてその充実発展に尽力し続けてまいられました。しかし，昨年秋半ば頃からお顔やや冴えられず，時々大学をお休みになられました。私達は第５回四大学看護学研究会会長のの重責を昨年３月末に無事完遂され，その後心身の休まる暇もなく，主任教授として養護実習，教育実習などの折衝にあたられた御苦労による深いお疲れのためといちずに推察し，ただひたすら御健康の回復をお祈り申し上げておりました。本年２月中旬，入院されたことをお聞きし，一同深く心配しておりましたが，それから一ケ月後，かくも早く悲しい日を迎えようとは夢想だにもいたしませんでした。おそきに失しますが，教室主任および医師としての先生のそれ迄耐えられた御心痛を思う時，只今も自責の念のこみあげてくるのを覚えるとともに，今なお深い悲しみと，いい知れぬ寂しさにおそわれています。

先生は円満なる天性と該博なる学識とを兼ね備えられ，その穏やかな慈愛に満ちたお人柄には，教室員・学生ともども慈父の様に敬慕申し上げておりました。

先生と御一諾させていただいていた間に，私達の特に印象に残っておりますことは，先生が非常な名文家であり，また先生は，御専門の公衆衛生学，学校保健学のほかに，中国文学，歴史に御造詣が深く，直接中国より万巻の原書をとり寄せられ，そのことを殊のほかおよろこびの御様子であったことであります。ゆっくり出来る定年後にそれらをお読みになる御予定であったと推察致しますが，今はたゞ空しく，同情を禁じ得ないものになってしまわれました。

最近徳島大学教育学部は鳴門教育大学の創設問題にからみ，特に昨年夏以来，解組に関して重大なる時機を迎えていますが，そのなかで特に看護学教室は，内外ともに多くの問題をかかえています。この非常の時機に先生をお失い申したことは教室にとっても，また大学にとっても一大損失であり，本当に残念でたまりません。今後残された私達は全員心を合わせて先生の御遺志を体し，教室を一層充実し，よき教育と研究の場にしたいと努力してゆく覚悟であります。どうか私達の教室が立派に成長しますよう天上からお導き下さい。

ここに在りし日の先生を偲び，御生前私達がうけた御指導，御好意に厚く感謝し，ご冥福をお祈りして追悼のことばといたします。

昭和５６年５月２３日

徳島大学教育学部看護学教室代表
内　輪　進　一

四大学看護学研究会雑誌投稿規定

1. 本会会員は誰でも寄稿出来る。共著者もすべて会員でなければならない。
   ただし，編集委員会が依頼した原稿についてはこの限りでない。
2. 1編の最大限枚数，および無料枚数（印刷経費を研究会で負担する分）に次の表に示す。

原稿種類	制限枚数	無料枚数
論壇	原稿用紙10枚（刷上り約2頁）	原稿用紙10枚（刷上り約2頁）
原著	〃 50枚（〃 10頁）	〃 30枚（〃 6頁）
総説	〃 50枚（〃 10頁）	〃 30枚（〃 6頁）
その他	〃 10枚（〃 2頁）	〃 5枚（〃 1頁）

（図表込み400字詰原稿用紙枚数）

原稿用紙は400字詰めで約5枚が1頁に刷り上がる。
なお。図表は大きさにより異なるが，一般に1つが原稿用紙1～2枚に相当する。

3. 図表B5抜方目紙にトレースしたものを提出すること。出来れば誌上原寸大とする。
4. 超過料金は刷上り1頁（原稿用紙約5枚）につき，7,000円とする。
5. 投稿原稿は本文，図表，写真等すべて査読用コピー1部を添えて提出すること。
6. 投稿原稿の採否は編集委員会で決定することとし，原稿は原則として返却しない。
7. 初校は著者が，2校以後は著者校正にもとづいて，編集委員会が行う。校正の際の加筆は一切認めない。
8. 原稿の郵送先　千葉市弥生町1－33　千葉大学教育学部看護課程内　四大学看護学研究会事務局宛
   封筒の表に「四大学看研誌原稿」と朱記，書留郵便にて郵送すること。
   事務局では到着と同時に受付票を発行する。
9. 著者の希望により次の代金で別刷50部単位で印刷する。20円×頁数×部数
   投稿者は別刷必要部数を，原稿正本表紙下段に朱記すること。

原稿執筆要領

1. 原稿用紙B5版横書き400字詰めを用いること。
2. 当用漢字，新かなづかいを用い，楷書で簡潔，明瞭に書くこと。
3. 原著の構成
   Ⅰ.著言（はじめに），Ⅱ.研究（実験）方法，Ⅲ.研究（実験）成績，Ⅳ.考察，Ⅴ.結論（むすび），Ⅵ.文献とし，項目分けは1.2.…，1），2），…，①・②…と区分し，第1章第2節などは用いないこと。
4. 数字は算用数字を用い，単位や符号は慣用のものを使用する。特定分野のみで用いられる単位，略号，符号や表現には註書きで簡単な説明を加える。
   ローマ字は活字体を用い，出来ればタイプを用いること。mq,Eq 等イタリック体を用いる場合は，その下に朱のアンダーラインを付すこと。
5. 図表，写真等は，それを説明する文章の末尾に（表1）のように記入し，さらに本文とは別に挿入希望の位置を，原稿の欄外に〔表1〕のごとく朱記する。表図は原稿本文とは別にまとめて，巻末に添えること。
6. 文献記載の用式
   文献は本文の引用カ所の肩に1),2)のごとく番号で示し，本文原稿の最後に一括して引用番号順

に整理して記載する。文献著者が２名以上の場合は筆頭者名のみをあげ,—— 他とする。

雑誌略名は邦文誌では，日本医学雑誌略名表（日本医学図書協会編），欧文誌では INDEX・Medicn に従って記載する。

記載方法の例示

・雑誌　１）大竹保代他：看護行動と放射線被曝について，四大学看護誌，1:(2),59～73 1978

・単行本　１）沼野一男：看護教育の技法（第１版），14～20，医学書院，東京，1973

・訳本　１）Bromley D. K.:The Psychologyol Human Ageing, Allen Lane the Pengin press L. T. D 1974, 勝沼晴雄監訳，高令化の科学，76～92 産業能率短期大学出版部，東京　1976

7. 表　紙

原稿には表紙を付し，上半分に標題，英文標題（すべて大文字とする），著者氏名(ローマ字併記)，所属機関名（英文名称併記）を記入すること。その下に本文，図表，写真等の枚数を明記し，希望する原稿類別を朱記すること。下半分に連絡用住所，電話番号を記入すること。

別刷希望者は，別刷と朱記のうえ，部数を明記すること。

8. 原著を希望する場合は，２５０語程度の英文抄録および，その和文（４００字程度）を付けること。英文抄録はタイプ（ダブルスペース）とする。

４巻２号目次（５６年１０月１日発行予定）

原　著

1）乳房のもつイメージについての研究（Ⅱ）
徳島大学教育学部看護課程　野島良子

2）ハワイに於ける日系独居老人の社会適応に関する比較文化的研究
— 特に人生満足度を中心にして —
近畿大学医学部公衆衛生学　早川和生

3）死と臨死患者の看護に対する看護婦の態度に関する研究
神戸大学病院　拍原貴子 ほか

4）乳児夜泣きの要因分析（I）　熊本大学教育学部看護課程　成田栄子 ほか

5）便器挿入時の体圧分布の検討
イリノイ大学医学部　山口公子 ほか

編　集　後　記

看護学の礎を築く研究集団として守立てている本会会員も500名を数えるようになり，学会としての基盤もようやく確かなものとなってきました。会名も，会員諸氏の御意見や周辺の御意見を賜わり，新会名が検討されて総会での討議を待っている状況となり，今後一層の発展への徴がうかがえます。

私達会員はこの時期，改めて会の進むべき道を探り，看護学研究集団としての自覚を新たにして，夫々の研究・思考の業績，成果を積極的に集積する活動を展開され，本誌はその公開の場として活用して頂きたいと考えます。

本誌もようやく4巻となり，多くの原著や業績や論説が収集されてきており，本誌論文の引用も，数多く見られるようになっております。3巻からは原稿の増加により年度3号を発行いたしました。会の運営，会計のやりくりは極めて大変ですが，この苦労も，看護学の発展と，確立を見つめてゆく事で，充分に報われております。

会員諸氏の論文，御投稿をお持ちしております。現在，受付から6カ月遅れて印刷に移れる型となっております。

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。郵便局で下記郵便振替を利用して下さい。

2年間滞納しますと会員資格を失いますが，その間の未納会費は請求いたします。

56年度会費　　4,000円

郵便振替　東京5—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4巻　第3号

昭和56年6月10日印刷
昭和56年6月20日発行

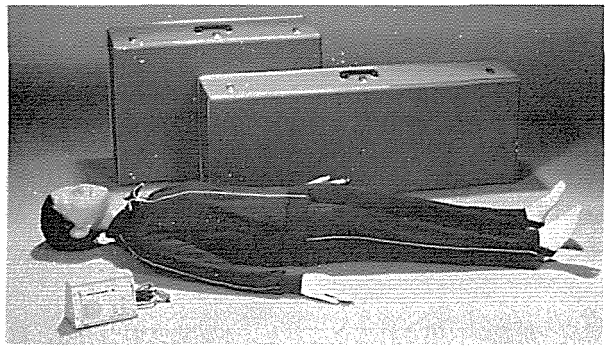
会員無料配布
会員外有料頒布
(¥1,500)

編集委員

伊藤　暁子（厚生省，看護研修研究センター）
川上　　澄（弘前大学教育学部教授）
木場　富貴（熊本大学教育学部助教授）
福井　高明（徳島大学歯学部教授）
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）

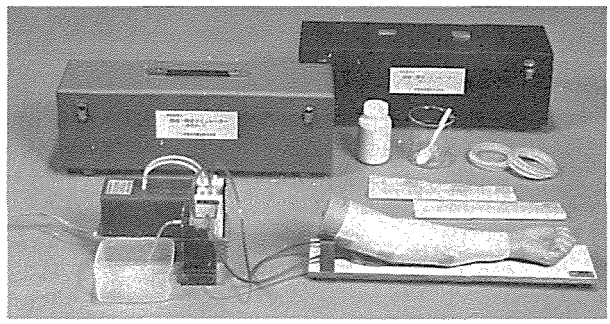
発　行　〒280 千葉市弥生町1番33号
千葉大学教育学部
看護課程内
TEL 0472-51-5111　内線 2567
四大学看護学研究会
発行責任者　松岡淳夫
印　刷　千葉市都町2—5—5
(有)正文社 (33)2235

の技術が創る医学看護教材

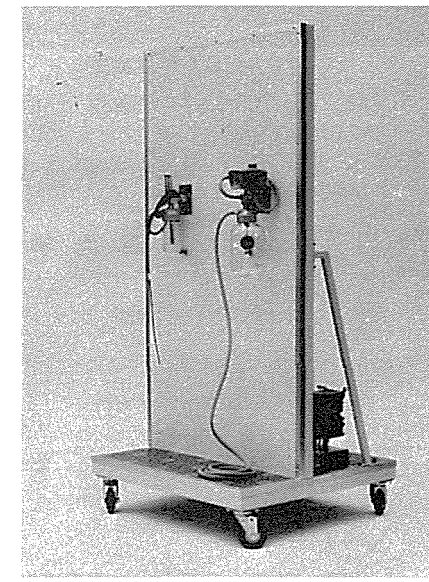


■救急人形—国産第1号—
（人口呼吸・心マッサージ・骨折・止血訓練用）
レベルメータ・レコーダの使用により，従来の外■製品に比べ訓練・指導が一段と便利になりました。成人女子・合成樹脂製。

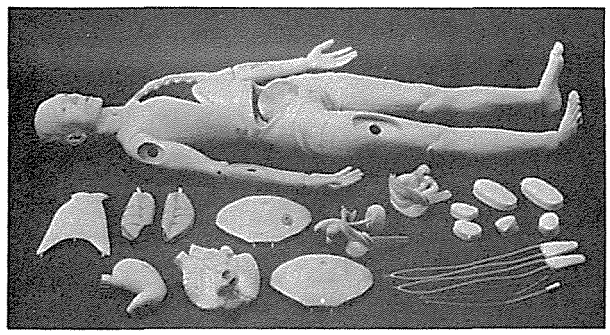
■人体解剖模型　M-100形
京都府立医大　佐野学長ご指導
世界的に珍しいトリプルチェンジトルソ
高さ1m　分解数30個　回転台付。



■採血・静注シミュレーター（電動循環式）
静脈注射・採血・点滴の実習が非常手軽にかつ，リアルに行なえます。



■C.P.S.実習装置
（セントラル ハイピング システム）
壁面を想定した衝立型でキャスター付で移動に便利，機能は病室と同じです。



■万能実習用モデル
高度な柔軟性をもつ軟質特殊樹脂製，注射，採血，洗浄，套管の挿入，清拭，人口呼吸など。男女両用，実物大。

京都科学標本株式会社
本　　社　〒612 京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35-1 (075)621-2225
東京営業所　〒101 東京都千代田区内神田1丁目14-5島津ビル6F (03) 291-5231

ナースと本

図解生理学
編集＝中野昭一
執筆＝中野昭一・吉岡利忠

目でみて学ぶ生理学の参考書。生理学の入門的な知識から，かなり高度なup-to-dateの知識まで広汎で多岐にわたる生理機能を，系統別に分類し，正確でわかりやすい図表と，簡潔な文章により解説する。
●A4変型 頁584 図298 表43 写真24 1981 ¥8,500 〒300

臨床実習に必要な 看護技術の基本 I
編集＝L.A.Wood B.J.Rambo
訳＝川端チセ子

原書は，アメリカをはじめ諸外国の看護学校で広く用いられているテキスト。看護技術の基礎を，頭でというよりからだで覚えるといつた考え方で，全章にわたつて「学習指針」「到達目標」「手順」「要点」などに分け系統的に記載し，段階的に学習できるようにしてある。
●B5 頁276 図206 1981 ¥3,000 〒200

ナースのための 不整脈のみかた
著者＝Mary Brambilla McFarland
訳＝田中茂夫

本書は，心電図にあらわれる不整脈の読み方をわかりやすく解説した入門書。著者のナースとしての豊富な経験をもとに，日常もっとも遭遇しやすい不整脈について，その基礎的知識を平易に解説する。
●A5 頁114 図108 写真5 1981 ¥1,000 〒200

●設問形式のプログラム学習法により，段階を追って学べるようにした看護学生のための副読本
●問題は実際的，具体的でわかりやすく，患者ケア・看護技術の基本的な知識を無理なく修得できるよう配慮

プログラム学習 看護技術の基礎
著者＝Maja C.Anderson 監訳＝荒井蝶子
訳者＝新納京子・三国和子・城ヶ端初子
●B5 頁350 図33 写真88 1980 ¥2,500 〒200

プログラム学習 患者ケアの基礎
著者＝Maja C. Anderson 監訳＝荒井蝶子
訳者＝新納京子・三国和子・城ヶ端初子
●B5 頁258 図9 写真72 1980 ¥2,000 〒200

ナースに必要な 診断の知識と技術 第2版
日野原重明・岡安大仁・道場信孝・安部井徹・本多虔夫・林 茂
●A4変型 頁200 図255 1980 ¥2,900 〒200

バイタルサイン
そのとらえ方とケアへの生かし方
日野原重明・阿部正和・岡安大仁・高階經和・濱口勝彦
●A4変型 頁150 図131 1980 ¥2,200 〒200

脳神経外科看護の手びき
第2版
安藤協三・酒見邦子・早川かつ・松島正之
●A5 頁168 図31 写真27 1981 ¥1,500 〒200

ベッドサイドナーシング 心臓外科
中江純夫・中村恵子
●A5 頁318 図136 1980 ¥2,500 〒200

ベッドサイドナーシング 整形外科
大谷 清・小山典子
●A5 頁220 図99 写真56 1980 ¥1,900 〒200

ベッドサイドナーシング 小児科・小児外科
編集＝前田マスヨ・高倉 巌
●A5 頁290 図74 写真4 1981 ¥2,400 〒200

老人看護の基本
編集＝賀集竹子
●A5 頁266 図27 表44 1980 ¥2,200 〒200

小児看護技術
著者＝Gloria Leifer 監訳＝渡辺言夫
●B5 頁300 図184 1980 ¥3,200 〒200

精神科看護と福祉
地域活動の実践
加藤政子・松元信子
●A5 頁193 図7 1981 ¥1,800 〒200

ナースに必要な 新しい臨床薬理の知識
石崎高志
●A5 頁120 図34 写真3 1979 ¥1,100 〒200

看護英会話入門
Practical English Conversation for Nurses
監修＝樋口康子 著者＝植木 武・Dorelle Toan
●A5 頁136 図57 1981 ¥1,500 〒200

ナースに必要な 日常英語表現と略語
仁木久恵・他
●新書版 頁128 図1 写真1 1981 ¥900 〒200

医学書院
本社 113-91 東京・文京・本郷5-24-3 ☎東京(03)811-1101(代) 振替東京7-96693
洋書部 113 東京・文京・本郷1-28-36鳳明ビル ☎東京(03)814-5931～5 振替東京1-53233