

VOL5. No. 2

昭和57年11月20日発行

ISSN 0285-9262

# 日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.5 NO.2

日本看護研究学会

# 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。



ELEGA体圧計

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  
帝国臓器製薬株式会社  
東京都港区赤坂二丁目5番1号

# 会 告

評議員選挙の結果を受けて、下記の方々に日本看護研究学会評議員を委嘱しました。

昭和 57 年 11 月 20 日

日本看護研究学会

会長 石川 稔生

## 評議員(任期 昭和 57 年 11 月 1 日より昭和 60 年 10 月 31 日迄の 3 年間)(39名)

A 地区(5名)	B 地区(22名)	C 地区(6名)	D 地区(6名)
阿部 テル子	秋山 昭代	鷗村 欣一	玄田 公子
大串 靖子	麻生 ナミ江	武田 敏夫	芝田 不二男
木村 紀美	石村 由利子	田島 桂子	野島 良子
今 充	内海 涩	田中 千鶴子	福井 公明
津村 直子	鶴沢 陽子	中村 由美子	瀬尾 クニ子
	大谷 真千子	花島 具子	早川 和正
	金井 和子	宮腰 由紀子	山元 重光
	茅島 江子	松田 たみ子	
	川野 雅資	山口 桂子	
	草刈 淳子	吉田 時子	(アイウエオ順)
	小山 幸代	吉武 香代子	

尚第 9 回総会の決議により、本学会理事に下記の方々が決定しておりますが常任理事を委嘱しましたので、併せてお知らせします。

常任理事(総務) 石川 稔生

〃(会計) 松岡 淳夫

〃(涉外) 伊藤 晓子 (奨学会委員会)

〃(編集) 前原 澄子

〃(奨学会) 土屋 尚義

理 事              内 輪 進 一 (編集委員会)  
"              川 上 澄 (編集委員会) (奨学会委員会)  
"              木 村 宏 子 (編集委員会)  
"              木 内 妙 子 (編集委員会)  
"              木 場 富 喜 (編集委員会) (奨学会委員会)  
"              佐々木 光 雄 (編集委員会)  
"              宮 崎 和 子 (編集委員会)  
"              村 越 康 一 (奨学会委員会)

# 会 告

第9回日本看護研究学会総会を下記要領により、千葉市において、昭和58年5月28日(土)、29日(日)の2日間に亘って開催しますので、お知らせします。

## 第9回日本看護研究学会総会

会長 松岡淳夫

期 日 昭和58年5月28日(土) 午後1:00~5:30

ク 5月29日(日) 午前9:00~5:30

場 所 千葉市弥生町1-33 千葉大学西千葉キャンパス内  
千葉大学教育学部 視聴覚講堂及び講義室

### 内 容

1. 特別講演 依頼中
2. 会長講演 看護管理学とその周辺
3. 燐学会研究発表講演 玄田公子氏(滋賀県立短大)
4. 招聘講演 Prof. M. Snyder Ph. D (Minnesota Univ. U. S. A.)
5. シンポデウム又はパネルディスカッション 2題  
1) 看護継続教育に関する問題  
2) 生活援助に関する問題
6. 一般演題 募集 (5,60題を予定)

機器、器材展示会(看護に関する研究、教育機器)協賛事業

### 演題募集要領

#### 演題申込み方法

1) 演題申込 本誌5巻2号に折込みの3折葉書に所定の事項を記入、切手を貼った上封書で会長宛に送って下さい。

〆切期日 58年1月20日 (必着のこと)

2) 抄録原稿 演題が受付られますと、所定の抄録用原稿用紙をお送りします。この原稿用紙を用いて タイプ にて記入の上、会長宛に送って下さい。この原稿用紙のまゝ印刷されます。

抄録〆切り期日 昭和58年2月15日

3) 演題申込み宛先

〒260 千葉市弥生町1-33

千葉大学教育学部看護課程内

第9回日本看護研究学会

会長 松岡淳夫 宛

(事務連絡は同上宛願います) TEL 0472(51)1111 内線2567

●時代のトップレベルをいく  
**コンピュータ心電計**  
(心電図自動解析装置)  
オートカーディナ FCP-200

FCP-200は、フクダ電子の数多くの心電図自動解析装置で得られた実績と評価を基に、信頼性、機能性はもとより、汎用性を徹底的に追求し、さらに低価格化を実現した新しい装置です。

心電図波形、解析結果、被検者情報、運動負荷に関する情報などの心電図検査データのすべてが、A4サイズの記録紙に収められますので、整理・保存も効率良く行える新しい製品です。



●ME機器の総合メーカー



**フクダ電子株式会社®**

本社 東京都文京区本郷3-39-4 ㈹(03)815-2121

# 会 告

日本看護研究学会 58 年度奨学研究を下記の要項により募集します。 ( 第 2 回公告 )  
なお、前会会報による第 1 回公告後、会誌掲載が遅れましたので、〆切期日を下記に延期します。

日本看護研究学会 奨学会  
委員長 土屋 尚義

## 58 年度奨学研究募集要項

### 1. 応募方法

- (1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入のうえ、鮮明なコピー 6 部と共に一括して本会事務局、委員長(後記)あて書留便で送付のこと。
- (2) 申請用紙は返信用切手 60 円を添えて事務局に郵送すれば郵送する。
- (3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請書の当該欄に記入して提出すること。

### 2. 応募資格

日本看護研究学会(含む旧四大学看護学研究会)会員として 1 年以上の研究活動を継続しているもの。

### 3. 応募期間

昭和 58 年 1 月 20 日必着のこと。

### 4. 選考方法

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

### 5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長 土屋 尚義(千葉大学看護学部教授)  
委員 伊藤 晓子(厚生省看護研修研究センター教務科長)  
〃 川上 澄(弘前大学教育学部教授)  
〃 木場 富喜(熊本大学教育学部教授)  
〃 村越 康一(元・千葉大学教育学部教授、武内病院内科顧問)  
〃 内輪 進一(徳島大学教育学部教授)

### 6. 奨学金の交付

選考された者には 1 年間 10 万円以内の奨学金を交付する。

### 7. 応募書類は返却しない。

### 8. 本会の事務は下記で取扱う。

〒260 千葉市弥生町 1-33

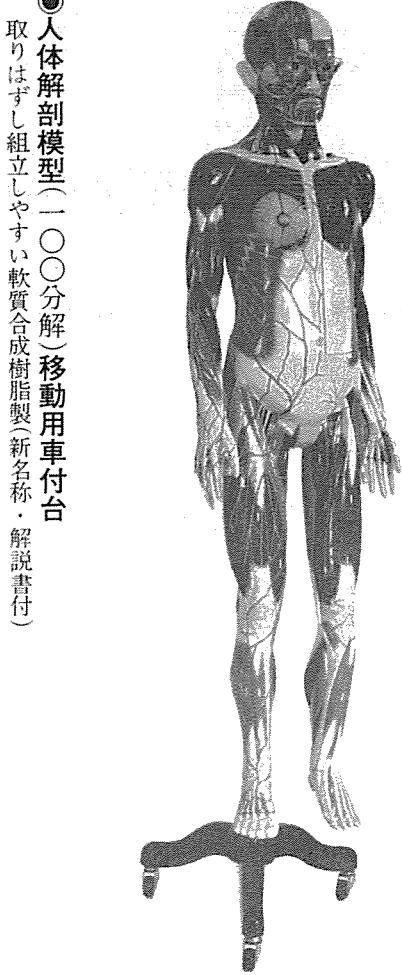
千葉大学教育学部特別教科看護教員養成課程内

日本看護研究学会奨学会事務局 土屋 尚義

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

# 定評ある S マークの基礎医学教材

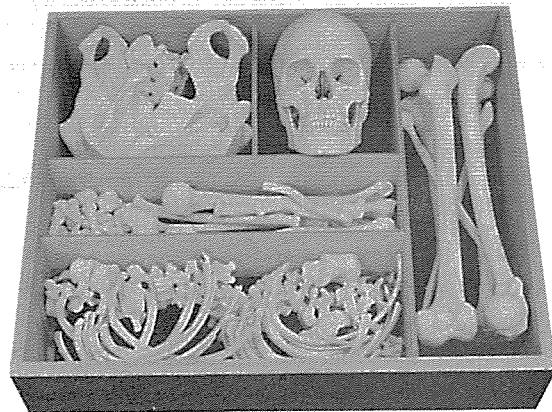
● 人体解剖模型(一〇〇分解)移動用車付台



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

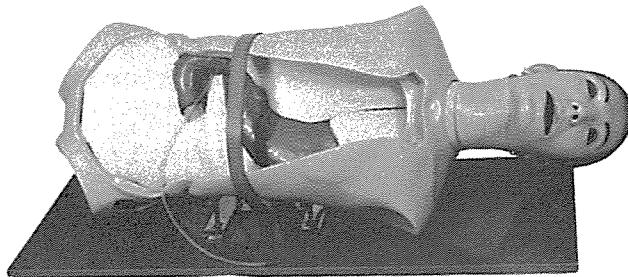


● 気管支内視鏡練習モデル

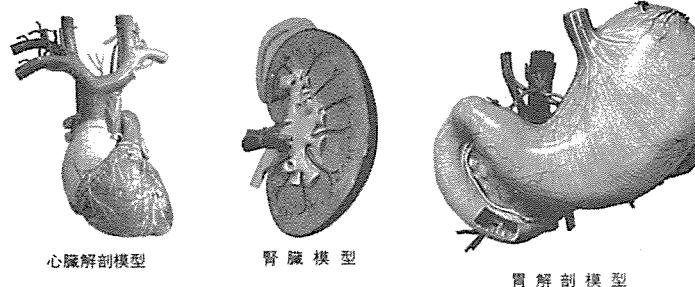
経口、経鼻からファイバースコープ、硬性鏡挿入

● 胃・十二指腸内視鏡練習モデル

食道、胃、十二指腸の構造  
十二指腸直達鏡検査



● 生理解剖模型



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 分娩介助

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。

## 第一期シリーズ

- |                           |    |             |
|---------------------------|----|-------------|
| 1 安産教室                    | 指導 | (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) |

## 第二期シリーズ

- |            |
|------------|
| 1 赤ちゃんの育て方 |
| 2 子宮がん     |
| 3 更年期      |
| 4 遺伝と先天異常  |
| ⑤看護婦さんのマナー |
| ⑥救急処置      |

## 指導

- |                  |
|------------------|
| (二木 武・松山栄吉・本多 洋) |
| (安村鉄雄)           |
| (水口弘司・有広忠雅・松井幸雄) |
| (前原大作・河上征治・南條継雄) |
| (大屋 敦・黒島淳子・住吉好雄) |
| (北井徳蔵・薄井 修)      |
| (山口光哉・市川 尚・野原士郎) |

## 第三期シリーズ

- |              |
|--------------|
| 1 妊娠中の栄養と食事  |
| 2 妊娠中の不快な症状  |
| 3 母乳と乳房マッサージ |
| 4 不妊症ガイドンス   |
| ⑤分娩第Ⅰ期の看護    |
| ⑥褥婦の看護       |

- |                  |
|------------------|
| (本多 洋・安村鉄雄・松井幸雄) |
| (薄井 修・有広忠雅・野原士郎) |
| (山口光哉・川名 尚・黒島淳子) |
| (住吉好雄・河上征治)      |
| (前原大作・神保利春・南條継雄) |
| (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
I巻	27,500円		I巻 1/2インチ 3/4インチ	27,500円 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EVRSシステム

〒103 東京都中央区日本橋3-7-20ディックビル TEL(03)-274-1751  
〒530 大阪市北区堂島1-6-16毎日大阪会館 TEL(06)-345-6606

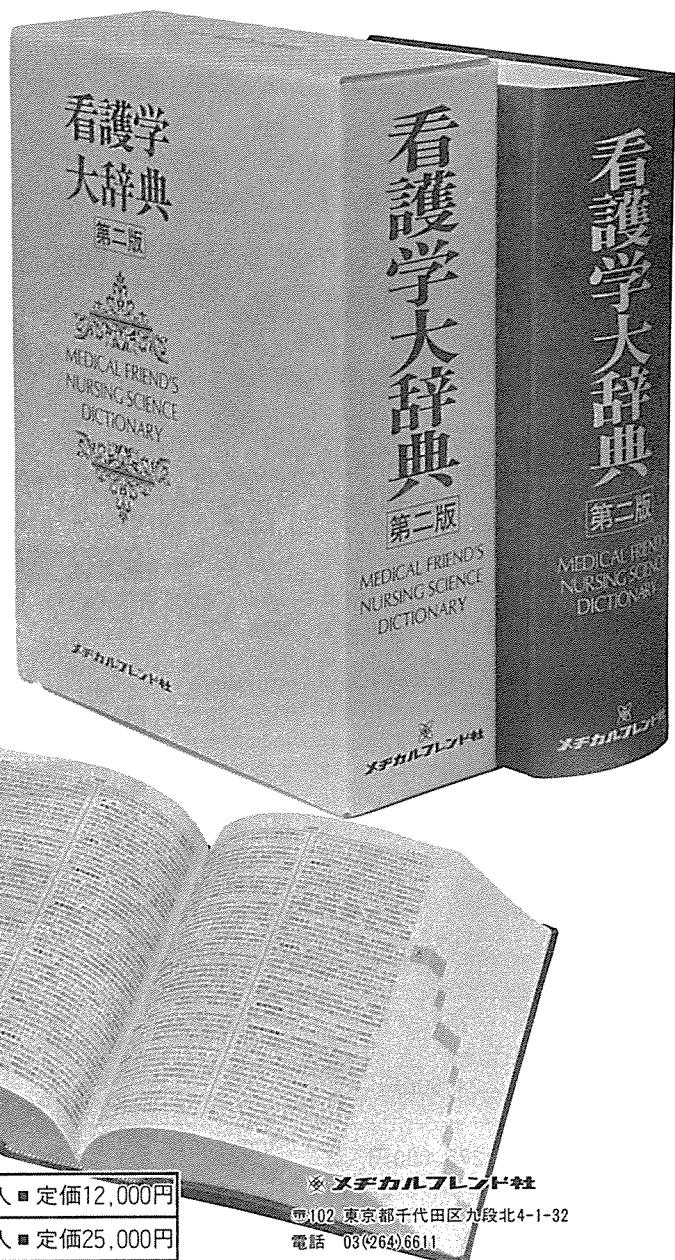
# 看護学大辞典

第二版

第1刷忽ち売切れ 激賞のうちに重版出来！

## 第二版の特色

- 既存の辞典類をはるかに凌ぐ約28,000語の収録語彙数
- 第一版を大幅に改訂・増補。  
up to dateな情報を満載
- 引きやすく、わかりやすい小項目方式で、医学・看護学の専門用語はもとより、広く保健医療・社会福祉、医史・看護史さらに関連諸科学の用語を網羅
- 独自の「看護学十進分類表」を付し、看護とその関連領域の専門用語の全体図の把握も容易



普及版 ■ A5 ■ 2,336頁 ■ 上製函入 ■ 定価12,000円

豪華版 ■ B5 ■ 皮革装 ■ 上製函入 ■ 定価25,000円

※ メチカルフレンド社

〒102 東京都千代田区九段北4-1-32

電話 03(264)6611

## 目 次

### — 原 著 —

1. 高等学校衛生看護科における看護教育の人間形成に及ぼす影響	9
浜松市立高等学校衛生看護科 鈴木秀美・鈴木裕子 中村尚子	
千葉大学教育学部看護課程 松岡淳夫	
2. 直腸検温の体温計挿入深度に関する検討	20
弘前大学教育学部看護学科教室 佐々木有子・新堀満子 津島律・川上澄	
3. 乳児夜泣きの要因分析(Ⅱ)	26
熊本大学教育学部看護学科 成田栄子・水上明子 栄唱子	
4. 乳癌患者における心理的反応の推移	32
徳島大学教育学部看護学科 野島良子	
5. 寝たきり老人の食事意識 —特別養護老人ホームにおける調査を通して—	41
徳島市民病院 西森智子 愛媛大学医学部附属病院 河野幸・安丸弥生 徳島大学教育学部 瀬尾クニ子 静岡女子短期大学 池川清子	
6. 看護学におけるTerminologiesの明確化に関する研究	50
：看護における「技術」の概念をとおして： 看護の基本構造(1)	
徳島大学教育学部 野島良子	
7. 看護学におけるTerminologiesの明確化に関する研究	61
：看護における「技術」の概念をとおして： 看護の基本構造(2)	
徳島大学教育学部 野島良子	
— 論 著 —	
8. 文化サイバネティックスのすすめ 特に医学とその周辺から	73
千葉大学医学部第二外科 山下泰徳	

## C O N T E N T S

	Page
<b>- Original Paper -</b>	
1. INFLUENCE TO PERSONAL GROWTH THROUGH EDUCATION BY THE HIGH SCHOOL NURSING COURSE .....	9
Hamamatsu City Fond High School: H. Suzuki, Y. Suzuki, N. Nakamura	
Course of Nursing, Fac. of Education, Chiba Univ.: A. Matsuoka	
2. STUDIES ON RECTAL THERMOMETRY RELATING TO THE DISTANCE OF INSERTION .....	20
Dept. of Nursing Faculty of Education, Hirosaki Univ.: Y. Sasaki, M. Niibori R. Tsushima, K. Kawakami	
3. A FACTOR ANALYSIS OF INFANTS CRYING AT NIGHT (II) .....	26
Dept. of Nursing, Faculty of Education, Kumamoto Univ.: E. Narita, A. Minakami, S. Sakae	
4. PSYCHOLOGICAL REACTION TO MASTECTOMY AND THE PATTERNS OF THEIR TRANSITION .....	32
Faculty of Education, Tokushima Univ.: Y. Nojima	
5. ATTITUDES OF THE ELDERLIES TOWARD MEALS AT NURSING HOMES FOR THE HANDICAPPED ELDERLIES .....	41
Tokushima Citizen's Hospital : T. Nishimori	
Ehime University Hospital : Y. Kouno, Y. Yasumaru	
Faculty of Education, Tokushima Univ.: K. Seo	
Shizuoka Women's Junior College : K. Ikegawa	
6. CLARIFICATION OF TERMINOLOGIES IN THE SCIENCE OF NURSING; Through the Definition of "Art" of Nursing; The Structure and Key Concepts of Nursing Theories (1) .....	50
Faculty of Education, Tokushima Univ.: Y. Nojima	
7. CLARIFICATION OF TERMINOLOGIES IN THE SCIENCE OF NURSING: Through the Definition of "Art" of Nursing; The Structure and Key Concepts of Nursing Theories (2) .....	61
Faculty of Education, Tokushima Univ.: Y. Nojima	
 <b>- Statement -</b>	
8. EXHORTATION TOWARD CYBERNETICS IN CULTURE FROM THE STANDPOINT OF MEDICINE AND ALLIED FIELD .....	73
The II Department of Surgery, School of Medicine, Chiba Univ.: Y. Yamashita	

—原著—

## 高等学校衛生看護科における看護教育の人間形成に及ぼす影響

Influence to Personal Growth through Education by the High School Nursing Course.

鈴木秀美<sup>\*</sup> 鈴木裕子<sup>\*</sup> 中村尚子<sup>\*</sup>  
Hidemi Suzuki Yūko Suzuki Naoko Nakamura  
松岡淳夫<sup>\*\*</sup>  
Atsuo Matsuoka

### I はじめに

看護教育は、健康に問題をもつものを対象とし、高度な人間関係の中で援助のプロセスを確立し、その援助技術を教授するもので、その教育課程は、高等専門教育に属するものである。これを取得資格の目標が准看護婦であるとはいえ、看護プロセスと技術を高等学校レベルで教育しているのが、高等学校衛生看護科である。

高等学校生徒は、義務教育を終えた16才から18才の生理的にも心理的・社会的にもまだ発達過程にあるものといえる。この人間形成途上の女子に、この高度な人間的プロセスに関わる「看護」の理念を教育し、専門教育としては類例のない「人間」を対象とする技術を習得させていくことは、生徒の自己変革過程において、過重な負荷として、何らかの影響を及ぼすのではないかと考えている。そして、これが衛生看護科生徒に特有な人格パターンを形成しているのではないかと考える。

のことについて、昭和54年度以降、調査研究を進めており、その一端を報告する。

### II 研究方法

#### 1 調査対象

衛看をもつ、静岡県A校（女子校）、千葉県B校（共学校）の2校を対象として行った。比較の

対象として、衛看生徒と普通科女子生徒各々40名を調査用紙記入法で調査した。S54年度は、A・B両校ともに、1年生・3年生を対象とし、S55年度はA校のみ、2年生を追跡調査として同じ対象に対し同じ調査法を行い、その変容をみた。

#### 2 調査内容

人格構成を宮城音弥は、図1のように説明し、この構造の外周に向って、後天的な影響や要素が増大し、寛容性を持つものとしている。（玉ねぎ説）

そこで、人間の変容をみる場合、まず核をなす気質性格の変容と、その周辺にある生活態度の変容に大別し、生活態度については、「生活形態」、「生き方」を態度、その行動様式の表現を、「行動」としてとらえた。

更に、高等学校生徒の生徒としての生活背景として学習態度を加えて検討した。

そこで、調査方法は、クレッチマーにより提唱された、S, Z, E 気質の分類に従い、佐野によって編集された気質質問表により気質調査、シュプランガーの提出した「理想型」をもとに、オールポート等によりテスト化され、それの島田氏による翻案版を用いて生活形態調査、及び、佐野による生活態度調査を高校生用に私案により調整して、調査用紙によるアンケート調査を行った。調査は、同一調査票を用い同一人物に対し、2回に

\* 浜松市立高等学校

\*\* 千葉大学教育学部

## 高等学校衛生看護科における看護教育の人間形成に及ぼす影響

わたって行いその間の変化を求めた。

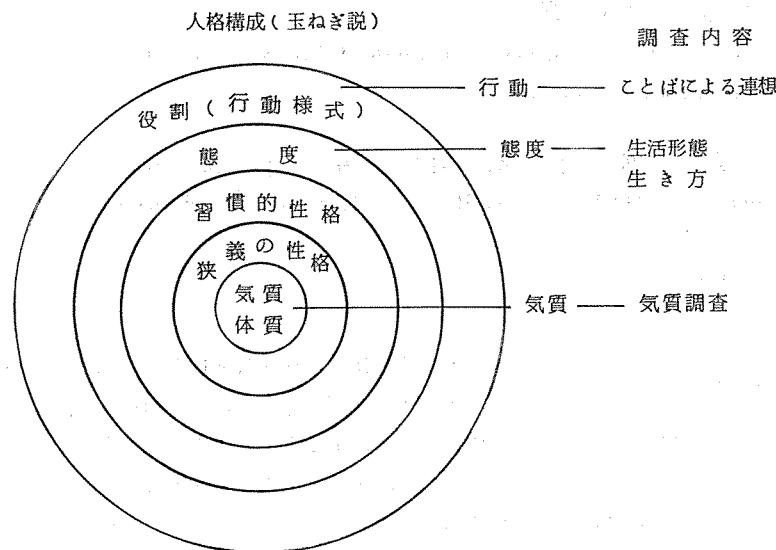


図1 人格構成と調査内容

### 3 調査期日

調査は、学年当初（4月初旬）と、6ヶ月後（10月中旬）の2回にわたって行った。第2回の調査期日は、1年では、「看護概説」「看護基礎医学」を学んでいる時期であり、2年では、成人看護を学び、第1回の病院実習を終えた時期であり、3年では、病院実習を終え、看護教育がほぼ完了し、将来への進路がほぼ確定する時期である（図2）。S54年度

度は、両校とも上期に2回の調査を行いS54年度は、B校の2年生を追跡調査した。

教育内容	1年生		2年生		3年生	
	科目内容	看護史 看護倫理 看護関係法規 看護原理	解剖・生理 病原微生物 薬理学	内科・外科看護 整形外科看護 理学療法	内科疾患 外科疾患 整形外科疾患 産婦人科学	精神科看護 耳鼻科看護 産婦人・小児看護 小児科疾患
実習・見学	基礎看護実習		成人看護実習			
	校内病院	医大病院 見学	小児病院 見学	精神病院 見学	病院実習 2週間	病院実習 2週間
学習態度	努力している ↓ しいなない		衛看 普通科			
調査時期 (対象)	1学期 ↑ 第1回 [S.54] [1年生]		2学期 ↑ 第2回 [S.54] [1年生]		3学期 ↑ 第3回 [S.55] [2年生]	
					1学期 ↑ 第4回 [S.55] [2年生]	1学期 ↑ 第1回 [S.54] [3年生]
					2学期 ↑ 第2回 [S.54] [3年生]	

図2 高等学校衛生看護科教育内容と生徒の学習態度

### III 調査結果

#### 1 学習態度

図2は、A校における衛看の教育内容と、生徒の学習態度と、それを結ぶ推移である。これは、学習についての態度を、「かなり努力している」「努力している」「普通」「努力する気がおこらない」「放棄している」の5段階で記入させ、各項目を点数化させ、それを集計し、平均化したものを線で結んだものである。「ふつう」としたものが多い集団では、中央の線上にあるということになる。両科とも、1年生当初に比べ、2年生では、学習意欲が減少していることがわかる。これは、とくに、衛看に比べ、普通科の低下は大きい。3年生では、同一生徒ではないが、受験期等の関係からか、全般に高く、努力しているのがわかる。

#### 2 勉強の意義

勉強の意義について、「社会のために役立つ」「より職業的能力を得るため」「専門的な仕事をするため」「学問の追求のため」「幸せな家庭を築くため」「その他」の6項目に分けて答えさせた。図3は、それを集計したものの推移であるが、衛看生徒は、「専門的仕事につくため」又は、「職業的能力を身につけるため」とするものが多い。それに対し、普通科の生徒は、6つの項目に分散し、特徴的な項目はない。このことは、B校でも同様である。

そして、推移では、A校衛看では、2年生に向って、その傾向を増しているが、「専門的仕事につく」については、減少した。B校では、1年生の後期に向ってA校とは、逆の傾向である。

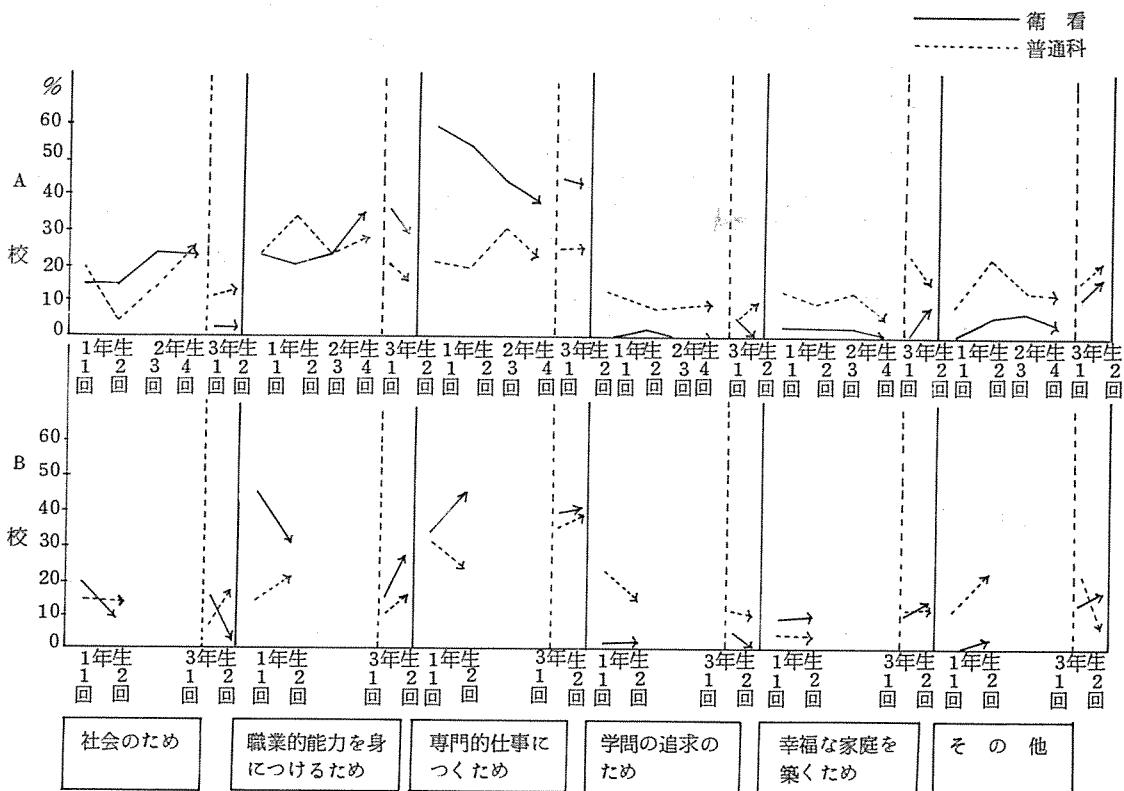


図3 勉強の意義

## 高等学校衛生看護科における看護教育の人間形成に及ぼす影響

### 3 気 質

クレッチマーによる S Z E 気質及び、 H · N 倾向の 5 つの各気質の得点の平均値を求め、佐野の定めた 20% タイル、 10% タイルの標準気質傾向と比較して、数値を放射状グラフに移し、各学年次

におけるその分布をみた。衛看、普通科ともに、 Z 気質が高いが、特に普通科に比べ、衛看に高い。そして、各学年次においての推移は見られなかつた。(図 4)

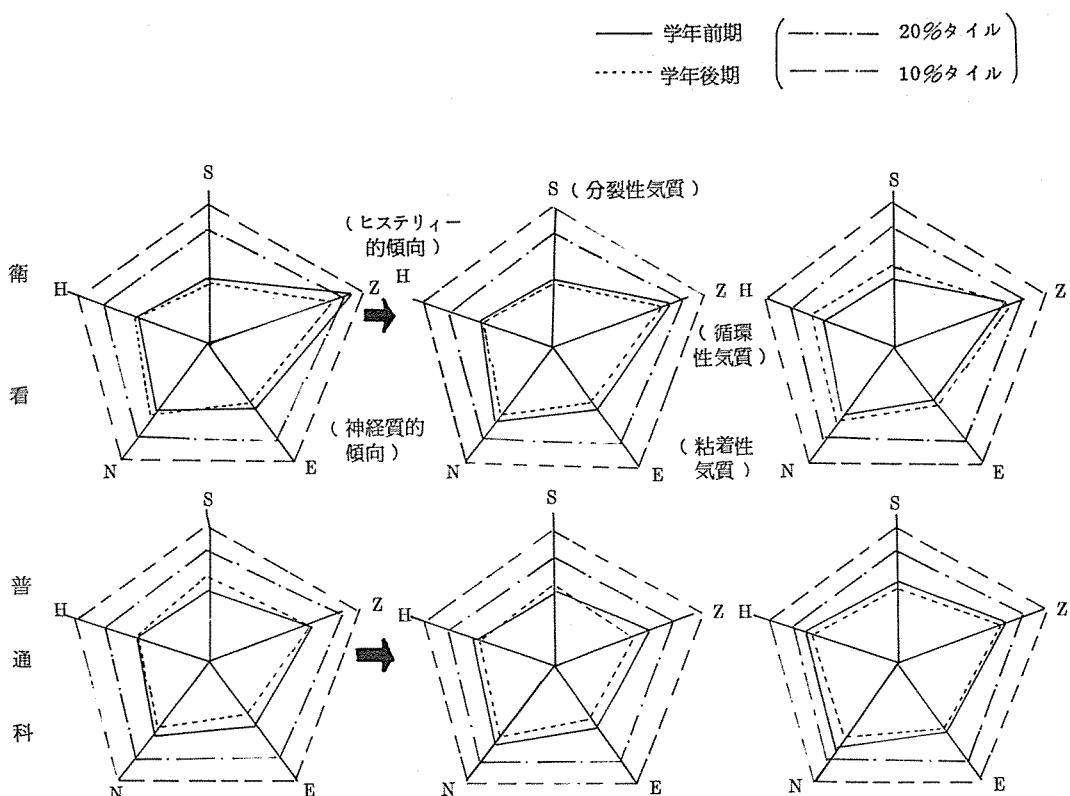


図 4 気 質

### 4 生活の形態

シュプランガーによる 5 つの理想型人間を、質問による選択回答項目によって決めたが、両校とも衛看に、「社会人」が多く、 5 つのパターンに入らない「分類不能群」が普通科に多かった。これは、 1 年次、 3 年次について、 B 校と同じ傾向である。その推移は、 1 年次において、後期に、両校とも、その傾向を若干増しているが、その後ほとんど変わらない。(図 5 )

### 5 生き方

「生き方」を、 10 の項目に分け、自分の指向するところを選択させたが、 1 年生当初では、衛看に、「社会や人のために生きる」といった、社会指向性がみられていたが、 2 年次では、減少してきている。普通科では、「自分の趣味に生きる」「能力を発揮する」が、衛看に比べ高いといえる。しかし、 2 年生後期の調査では、両科とも大差がない、「社会や人のため」についてのみ、衛看に多いことがいえる。又、 3 年生については、普通

## 高等学校衛生看護科における看護教育の人間形成に及ぼす影響

		衛 看		普 通 科			
A 校	1年生	1回	社会人 37.5	分類不能 60.0			
	2	47.4	理 10.5	89.5			
	2年生	3	38.9	宗 13.8	38.9		
	3	38.9	55.5	55.5	50.0		
B 校	3年生	1	社会人 53.8	理 12.8	分類不能 30.8		
	2	33.3		63.9			
	1年生	1	社会人 42.1	理 13.2	宗 7.9	分類不能 36.8	
	2	47.4	105		39.5		
3年生	1	社会人 30.8	理	分類不能 56.4			
	2	16.7	8.8	75.0			
	1年生	1	社会人 25.0	理 17.5	宗 5.0	分類不能 60.0	
	2	20.5	45.6	68		68.2	

図5 生活の形態

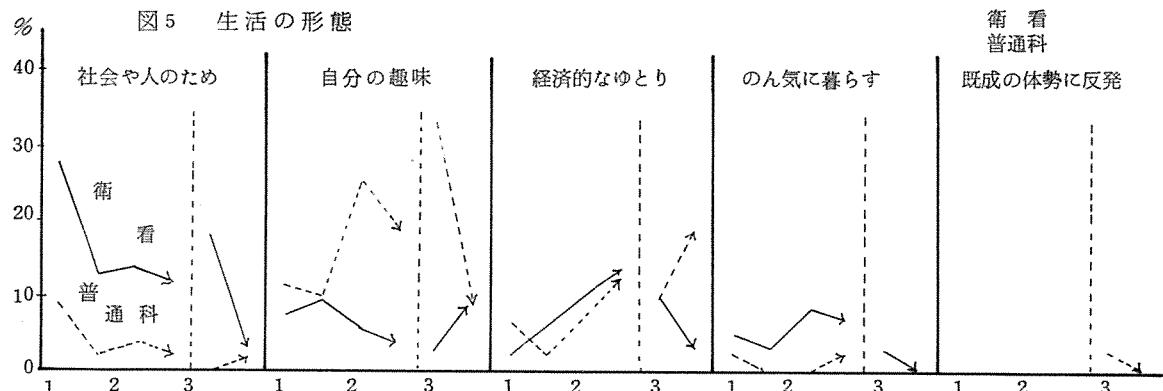


図6 生き方

## 高等学校衛生看護科における看護教育の人間形成に及ぼす影響

科では、「愛する人と暮す」が高くなっているが、衛看で、「健康な生活を送る」という「健康観」が高まっていることがわかる。(図6)

### 6 「ことば」による連想

行動様式を調査するに当り、「ことば」による連想を行った。これは、「他人の糞便にふれる」と」「食」「老人」「初めて出会う人」「欲求」「病人」の「ことば」に対し、その連想に最も近いものをあらかじめ準備した反応語の中で選択さ

せたものである。

その結果、「他人の糞便にふれる」では、「ふれる」、「食」では、「生存への糧」、「老人」では、「弱い人」、「初めて出会う人」では、「情報を得たい」、そして、「欲求」では、「尊重すべきもの」、「病人」では、「手助け」といった項目について、普通科に比べ、衛看に圧倒的に多かったことが特徴的であり、また経年的に高くなっているといえる。(図7, 8, 9)

「他人の糞便にふれること」

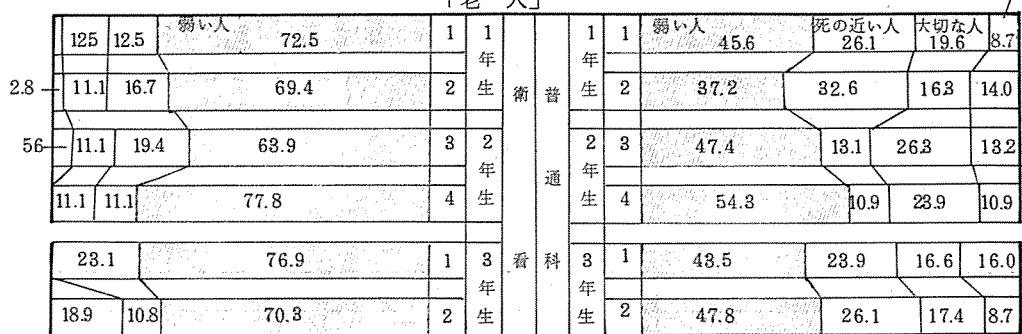
ふれない 17.5	他の方法を考える 47.5	ふれる 35.0	1	1 年		1	1 年	ふれる 14.0	他の方法を考える 53.2	ふれない 32.8
55.6		44.4	2	2 年		2	2 年	22.7	47.7	29.5
9.6	22.8	57.6	3	2 年		3	2 年	18.4	50.0	31.6
37.1		62.9	4	2 年		4	2 年	24.4	40.0	35.6
46.2		51.3	1	3 年		3	1 年	13.6	50.0	36.4
5.4	40.5	54.1	2	3 年		2	2 年	26.1	39.1	34.8

「食」

考えない 17.5	ふとる 50.0	17.5	15.0	1	1 年		1	1 年	今夜の献立 18.8	14.6	ふとる 50.0	考えない 16.7
14.3	28.6	34.3	22.9	2	1 年		2	2 年	20.9	14.0	39.5	25.6
11.2	19.4	生存への糧 44.4	今夜の献立 25.0	3	2 年		3	2 年	12.5	生存への糧 42.5	30.0	15.6
11.1	25.0	47.2	16.7	4	2 年		4	2 年	15.6	33.3	40.0	11.1
11.4	34.3	40.0	14.3	1	3 年		3	1 年	13.0	26.1	43.5	17.4
13.5	35.1	40.5	10.8	2	3 年		2	2 年	21.7	28.8	39.0	13.0

図7 「ことばによる連想」

大切な人 死の近い人 高等学校衛生看護科における看護教育の人間形成に及ぼす影響  
「老人」



「初めて出会う人」



20.0

図 8

尊重すべきもの 「欲 求」



「病 人」



不輸快

図 9

## 高等学校衛生看護科における看護教育の人間形成に及ぼす影響

以上、調査結果より、衛看の特徴的なことがらをまとめてみると、気質では、Z気質が高く、「生き方」では、社会的であったものが、徐々に自己的に変わりつつあるが、普通科に比べ高く維持している。「生活形態」でも、「社会人」が、

1年生後期で増加し、徐々に減少しているが、普通科に比べ高い。「ことばによる連想」では、看護的議見によることばの連想が高まっている。(図10)

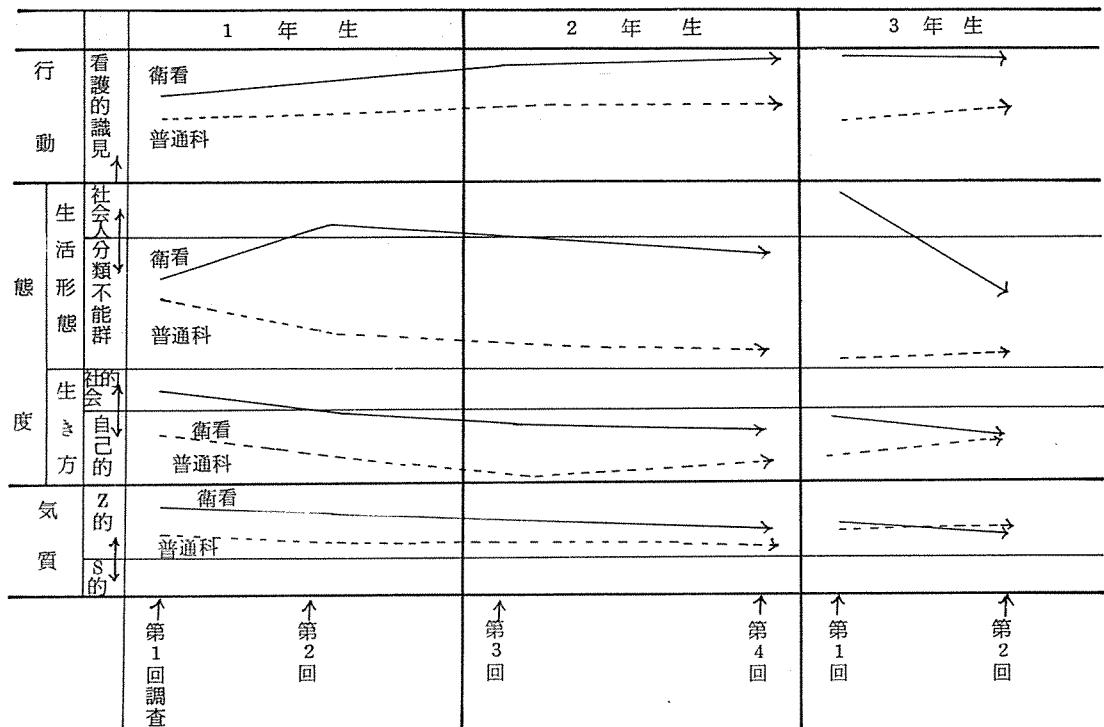


図10 高等学校衛生看護科生徒の人格形成

## IV 考 察

新制高等学校は、戦後行なわれた学制改革により、6年・3年の義務教育課程のうえに続く、3年の教育期間をもつ学校として、設けられている。その教育目的としては、中学校における普通教育の基礎の上に、高等普通教育を重ね、これと、専門教育を施すこととするとしている。

このことは、憲法26条、教育基本法3条により、教育の機会均等の原則が立てられており、この精神は、新制高等学校の「準義務制」的性格を表わすものといえる。そして、さらにこうした新制高

等学校がもつ新理念は、具体的な制度的発現様式として、「総合制」「学区制」「男女共学制」のいわゆる高校3原則が打ち立てられていた。

しかし、この「新学制」の理念は、必ずしも保持されず、人的能力開発改革論に立脚した、労働力養成の観点と、新制度理念の現実的社会体制への適応における社会的要請、また、新学制を、画一的な教育制度とした中で、弾力的、効果的学校体系の成立への体制的な圧力や、また数次に亘る教育課程の改訂における必然的な「進路特性に応ずる課程」の分化の過程を経て、新理念における普通教育体系の一環とする、「準義務制」的性格

## 高等学校衛生看護科における看護教育の人間形成に及ぼす影響

や完成教育としての統一高等学校の原則は、大きくゆがみ、高等学校は、普通教育と職業教育（専門教育）を分離する方向が展開されてきた。そして、「普通高等学校」に対して、「職業高等学校」という呼称が、高等学校教育の中で、一般化するほどに、新制高等学校の初期の理念は、解体して<sup>2)</sup>きた。

この中で、看護婦養成は、保健婦助産婦看護婦法による指定規則の設置基準を満す看護婦養成所を卒業し、国家試験を受けるコースで行なわれることとなっている。この場合、養成所への入学資格は、高等学校卒業者であり、この養成学校は、厚生大臣により認可された各種学校で、その就学期間は、3年とされている。

しかし、看護婦の絶対数不足から、昭和26年、准看護婦制度が発足し、新制中学校卒業後、2年間の教育を、保助看法に指定された准看護婦養成所において受け、卒業後、都道府県による検定試験に合格したものを、准看護婦として看護業務に参加させた。

しかし、高等学校進学者の増加に伴い、准看学校志向者の減少や、准看護婦の看護者としての人間的素養の向上を求める声、また医師会による准看護婦確保の要望などから、高等学校職業課程としての准看護婦養成学校設置の要望が強くなり、昭和38年、衛生看護科が設置されるに至った<sup>3)</sup>。しかし、この設置に当っては、職業課程として、その目的を、准看護婦養成に重点をしづらす、人間尊重の考え方を養い、望ましい人間形成につとめる。と、その教育目的は、拡大されている<sup>4)</sup>。

しかし、看護婦は、その職業内容として、疾病または傷害により、生活を奪われた人間に対する援助で、全人格的な行為・行動をとるものである。そして、この行為・行動は、看護学に基く技術として、確立されるものでその教育課程は、高等技術教育の範疇にある。

一方、高等学校教育の対象となる生徒は、思春期から、青年期への移行期にあり、身体的側面、心理的側面、社会的側面すべて、急速に発達する

時期にあり、生理学的な成長変動をみるとともに、不安定な心理状態を示し、その思考、行動に、様々な混乱や困難を体験する時期といえる。

この青年が、成人期に到達するためには、この思考・行動の体験を通して、何のために人生を生き抜くかという主導的目標が、その人格の中につくられていかねばならない。そして、その主導的目標の確立は、その人生観、価値観、または、これによる理想が確立することである<sup>5)</sup>。しかし、これらは、実際的、実践的、効果的な社会との共同の中に、結びついていかねばならない。

すなわち、青年期は、成人期における労働ないし活動のための基礎固めの時期で、成人期における人格的発展への基礎づくりでもあり、決定的段階なのである。

人格の形成において、その要因として、一般に、遺伝的、生得的要因、環境的、習得的要因に、区別されているが、人格の形成にとって、問題は、遺伝か環境かではなく、そのもつ遺伝的人格構造（素質）が、その環境的影響をうけて、いかに開発されるかにあるといえる<sup>6)</sup>。

この外的因子としては、あらゆるものがあげられるが、家庭環境、遊び仲間、学級集団、社会、マスコミュニケーション、文化などであり、そして、そこに作動する最も大きな力は、教育なのである。

いいかえれば、人格構造は、意図的な学習の過程に大きく依存して修飾され、遺伝的・本能的因素の人格構造化は、これにより、狭められていく。

すなわち、人間性の多くの部分は、教育によって形成されるといって過言ではない。教育基本法においても、1条に<sup>7)</sup>、このことが強調され、明記されている。つまり、教育は、人格の完成を期すことを目的としておこなわれている。

ここに高等学校教育が、高等普通教育に位置づけられ、普通教育の一貫性の中で、準義務教育的思策がなされる所謂といえる。

しかし、一方では、高等専門教育の基盤として、専門教育を課す上で、社会的な適応において、職

## 高等学校衛生看護科における看護教育の人間形成に及ぼす影響

業教育課程が成立したことは、先述の通りであるが、これが、高等学校衛生看護科においては、その趣を、他の職業教育の場合とは、やや異なる特性がある。

高等学校衛生看護科の教育は、看護教育で、その技術構造が、「人間」対「人間」の間に生ずるProcessであるという点である。

これが、未熟な青年期にある生徒を対象として、教育される場合、そこにある人間像は、既成のパターンとして、看護者、又は、患者に構成されなくては、教育は進展しない。対象である患者のパターンは、将来、修正が、可能であるとしても、看護者的人間像のパターン化は、教育対象が、人間発達段階にある高校生であることにより、その人間形成への影響は、大きいと考える。

ところで、人格理論は、現在、多様であり、統合的理論を構成するにはいたらず、Parsonalityの複雑性が、多くの学説を生む<sup>8)</sup>と、佐野は言っている。

そこで、本調査では、人格を、宮城音弥が提案した「玉ネギ仮説」を基に、佐野の「人格内容」である、「情意的側面（気質）」、「指向的側面（価値観）」を用い、人格の内容を測定し、人格の外周を示す「役割」を、「行動様式」として、「ことばによる連想」で求めた。

調査で扱った気質類型は、クレッチマー(Kretschmer· E)の提唱した気質分類をもとに、佐野らが、ヒステリィ的傾向と、神経質的傾向を加えて、5類型としたものを用いた。<sup>9)</sup>

S（分裂症）気質とは、内閉思考の世界にすみ、Z（循環性）気質は、同調と行動の世界にすみ、E（粘着性）気質は、粘着と几帳面の世界にある。<sup>10)11)</sup> また、H（ヒステリィ）傾向とは、虚栄と女らしさの世界にすみ、N（神経質的）傾向とは、反省過剰と自信喪失の世界にすんでいる。<sup>8)</sup>

本調査では、衛看に、普通科と比べ、Z（循環性）気質がみられていた。すなわち、衛看では、現実に投入する傾向、開放的、社交的傾向があり、情の深い、親切、率直な、自然な人間像がみられ

るといえる。

次に、価値観について、クラックホーン(Kluckhohn· C)は、価値を、行為の目標を決めると共に、目標に到達する種々の手段を判別する自己の規範的意味としている。<sup>12)</sup>

そして、この対象または、行為者の判断は、その主体の欲求ないし態度と関連づけ、リントン(Linton· R)の価値=態度体系という関係を成立させている。

つまり、価値とは、「望ましいもの」に関する概念であり、これが、明白に言動となり、または、暗黙のうちに含まれて、個人または、集団への特徴として、その行動様式、手段、目的の選択に影響を与えるものとされている。そして、快一不快、好き一嫌いの選択基準ともなる。

「社会人」理想型、社会指向性は、看護教育によっても強く育成されるものと考えるが、徐々に、社会性が、減少していく傾向がある。そして、3年生では、普通科類似傾向すらある。学習態度において、これを解明することはできなかった。ただ、言えることは、衛看生徒の中に、一貫して社会志向性が、普通科より強くみられる点である。それは、普通科において、全学年を通じて、生活形態分類の中で、「分類不能」とするものが大多数を占め、その志向性が未確定であるのに対し、同年令の衛看生徒に「社会人」理想型が、多く占められていることから考えられることである。これは、「看護概説」を起点とした、看護教育による看護者としての、対人志向性の人間パターンの形成によるものと推測する。

価値観の表出として、その行動様式に表れ、快一不快、好き一嫌い、望ましいもの一望ましくないものの選択がなされる。

すなわち単語による連想行動としてみた場合、全ての「ことば」に看護的識見を含んだ回答が、普通科に比べ、衛看に多かった。

看護の本質は、看護の基本的使命である①人命を守る、②病苦から人を救うこと、③健康を維持・増進させる、ことを基本に、その対象を人間とし

## 高等学校衛生看護科における看護教育の人間形成に及ぼす影響

た、総合看護を行う上で、専門的な知識や技術を身につけることは、もちろんのこと、自らの人間性を高めるとともに、人間愛の精神や厳しい倫理観をもつことにある。

この意味においても、これらのことばの連想は、看護的識見によるものといえよう。看護概説をはじめ、病院実習での見学や実施を通して培かれてきたものと思われる。

ここで、本調査において、衛生生徒の人間パターン化の傾向があることがわかった。

しかし、人格形成過程である高校生に、その志向性を、1つのパターンにおさめる形となることは、その個人の将来展望に、どのように作動するのか、今後に問題を残すものである。

### V おわりに

この調査は、人格という極めて抽象化し、分析し難い因子をもつものの変容を調べたものであり、さらに、それを短い期間で求めたものであった。

しかし、調査結果を深く分析し、上述したような結論としてここに掲げることができる。

今後さらに、研究を深めて、その変容を探っていくつもりである。

### 参考文献

- 1) 小川利夫著：「教育学大事典」2－高校、3  
原則一 第一法規
- 2) 今野喜清著：「教育学大事典」2－高等学校－  
第一法規
- 3) 「看護六法」(52年版)新日本法規
- 4) 「高等学校学習指導要領解説」看護編 1972  
文部省
- 5) 依田新編：「青年の性格形成」現代青年心理  
学講座4 金子書房
- 6) 堀洋道著：「教育学大事典」4－パーソナリ  
ティ－ 第一法規
- 7) 「文部法令要覧」 帝国地方行政学会、昭和  
43年版 p11
- 8) 佐野勝男著：「性格の診断」現代心理学ブッ  
クス 大日本図書
- 9) 佐野勝男・楳田仁著：「基本生活領域の診断」  
金子書房
- 10) 大山正・片口安史編：「医学のための心理学」  
誠信書房
- 11) 太田雅博著：「教育学大事典」2－気質－  
第一法規
- 12) 柴野昌山著：「教育学大事典」1－価値観－  
第一法規

— 原 著 —

直腸検温の体温計挿入深度に関する検討

Studies on Rectal Thermometry Relating to the Distance of Insertion

佐々木 有子 新堀 満子 津島 律  
Yuuko Sasaki Mitsuko Niibori Ritsu Tsushima

川上 澄  
Kawakami Kiyoshi

I 緒 言

直腸検温は、特に新生児および乳児において用いられる機会が多く、その実施においては、体温計の挿入深度が重要な問題とされる。主な小児看護学の教科書を見ても、挿入深度を体温計の球部とするものから $3 \sim 6 \text{ cm}$ とするものまであり、記載は統一されていない（表1）。そしてその理論的根拠を明示している文献もほとんどみあたらない。そこで、直腸検温における望ましい挿入深度を知る目的で本研究を行った。

II 実験方法

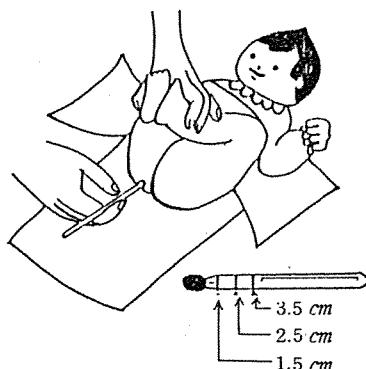
直腸検温は、健康な新生児40名、乳児60名の計100名を対象として、直腸用体温計（検定公差士 $0.1 \text{ }^{\circ}\text{C}$ 、使用公差士 $0.2 \text{ }^{\circ}\text{C}$ ）を用いて行った。まず、対象の両足首を持ち上げ、体温計を直腸走行にそって挿入した。体温計の周囲には、挿入深度がわかるように線を引いておき、同一対象に、1回目は肛門から $1.5 \text{ cm}$ 、2回目は $2.5 \text{ cm}$ 、3回目は $3.5 \text{ cm}$ の深さで挿入し、4分間ずつ測定した。示度の記録は15秒毎に行った（図1）。

また、1才6か月の乳児および60才の成人各1剖検例を対象とし、直腸の解剖学的位置を確認すると共に、直腸および肛門管の測定を行った。

表1 主な教科書に記載されている直腸検温の方法

対象	著者名	直 腸 検 温 の 方 法
乳 児	吉 武 渡 辺	肛門から $2.5 \text{ cm}$ 挿入する。1分～1分30秒測定する。
	山 村 山 崎	肛門内に $3 \text{ cm}$ ほど挿入して、3分間保持する。
	尾 村 宮 崎	肛門から $2 \sim 2.5 \text{ cm}$ 挿入する。3分たって目盛をよむ。
	Gloria, L	体温計の球部を肛門に入れて、3分間測定する。
	中 尾	肛門より $3 \sim 5 \text{ cm}$ の深さに挿入、3～5分必要とする。
	阿 部	肛門から $3 \sim 6 \text{ cm}$ 挿入して、3～5分で測る。
新生児	島 田 小 南	約 $1 \text{ cm}$ 挿入する。水銀が隠れるまで入れる。

## 直腸検温の体温計挿入深度に関する検討



体温計を肛門から  
1回目は 1.5 cm  
2回目は 2.5 cm  
3回目は 3.5 cm挿入し、4分間ずつ測定し、1.5秒毎に示度を記録する。

図1 直腸検温の方法

### III 実験成績

#### 1 最高体温に達するまでの所要時間

新生児では挿入深度別による有意の差は認められなかったが(表2)，乳児および対象全体を括した場合は、1.5 cmの挿入深度では2.5 cmおよび3.5 cmよりも有意に時間を要した。また、1.5 cm挿入時では、乳児が新生児よりも有意に時間を要した。

表2 最高体温に達するまでの所要時間

挿入深度 対象	1.5 cm		2.5 cm		3.5 cm	
	M	S. D	M	S. D	M	S. D
新生児	1) 2分1.5秒	(秒) 48.2	1分54.4秒	(秒) 43.8	1分45.4秒	(秒) 43.3
乳児	2) 2分3.4秒	47.8	1分58.5秒	41.2	1分56秒	27.8
対象全体	5) 2分21秒	47.9	1分56.9秒	42.3	1分50.3秒	38.5

2) - 3) :  $P < 0.01$       5) - 6) :  $P < 0.01$       1) - 2) :  $P < 0.01$   
 2) - 4) :  $P < 0.01$       5) - 7) :  $P < 0.01$

表3 直腸温

挿入深度 対象	1.5 cm		2.5 cm		3.5 cm	
	M	S. D	M	S. D	M	S. D
新生児	37.04°C	0.26	37.13°C	0.24	37.15°C	0.22
乳児	37.19°C	0.26	37.34°C	0.25	37.40°C	0.33
対象全体	37.13°C	0.29	37.25°C	0.27	37.30°C	0.26

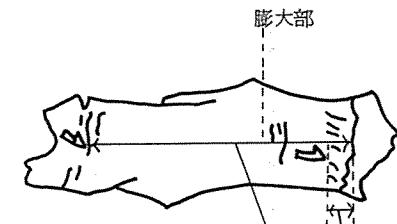
1) - 2) :  $t = 2.12$ ,  $P < 0.05$       4) - 5) :  $t = 2.61$ ,  $P < 0.01$   
 1) - 3) :  $t = 2.61$ ,  $P < 0.05$       4) - 6) :  $t = 4.12$ ,  $P < 0.01$

### 2 直腸温

直腸温の平均値は、挿入が深いほど温度が高くなる傾向が認められたが(表3)，新生児では挿入深度による温度の差は認められなかった。しかし、乳児および対象全体では、挿入深度が1.5 cm時よりも2.5 cmおよび3.5 cmの方が有意差をもって、直腸温の高いことが示された(表3)。

### 3 直腸および肛門管の測定

1才6か月の男性幼児の剖検例の直腸の長さは12.7 cm, 肛門管の長さは1.0 cmであった。図2において、左の白矢印がS状結腸から直腸への移行部、右の白矢印が肛門管を示している(図2)。



年齢	性別	身長	体重	直腸の長さ	肛門管の長さ
1才6か月	男	79cm	8.5kg	12.7cm	1.0cm
60才	男	166cm	50.0kg	14.5cm	2.5cm

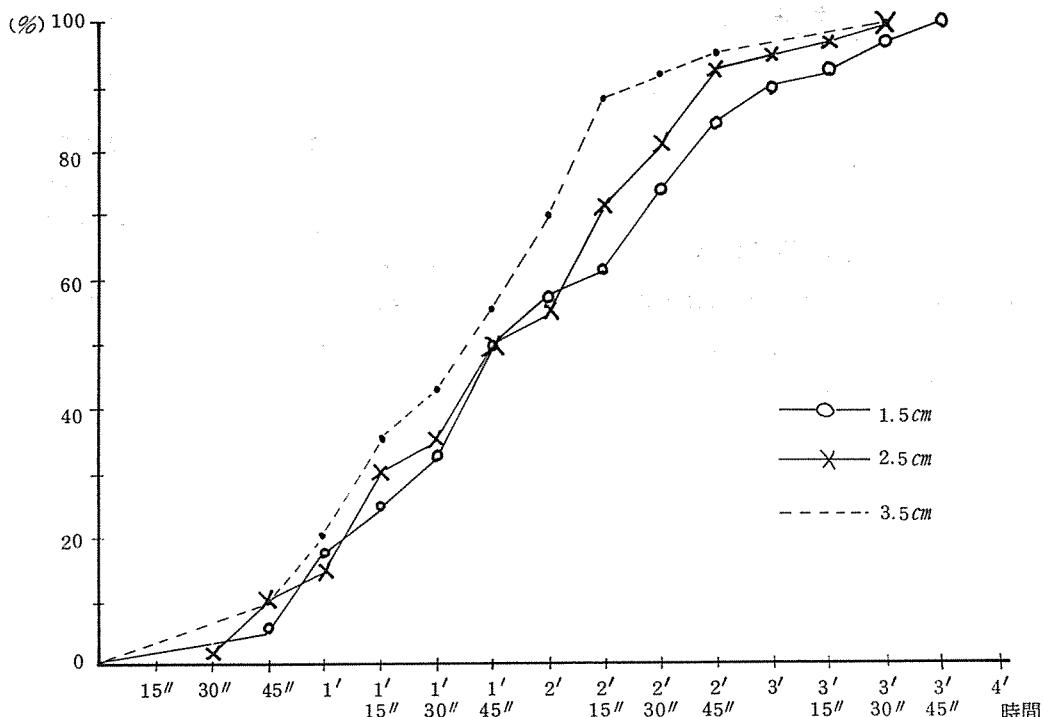
図2 剖検例における直腸の内面  
および測定結果

## 直腸検温の体温計挿入深度に関する検討

### IV 考 察

新生児の直腸検温は、挿入深度別の最高体温に達するまでの所要時間および直腸温には差を認めなかった。したがって、新生児ではいずれの深度でも適当であるといえた。安全性を考えると、挿

入深度は  $1.5\text{ cm}$  が望ましいと考えられた。測定時間については、最高体温に達するまでの所要時間の累積頻度よりみて、対象の 80% 以上が最高体温に達した 2 分 30 秒以上の測定が必要であると考えられた(図 3)。



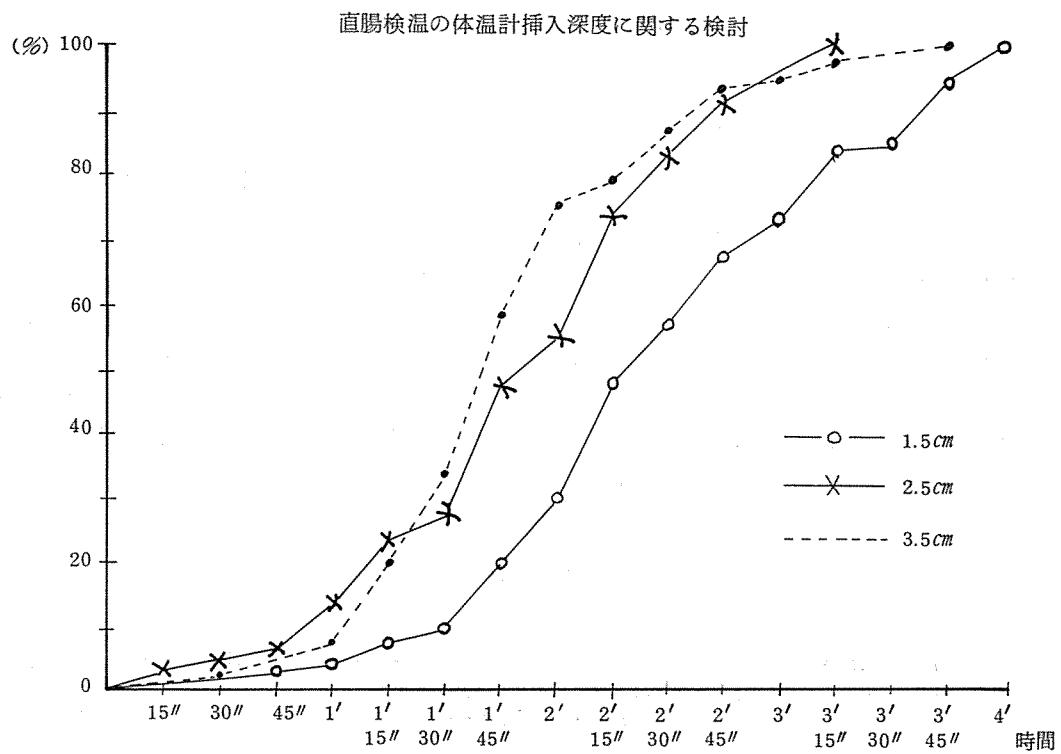


図4 乳児における最高体温に達するまでの所要時間

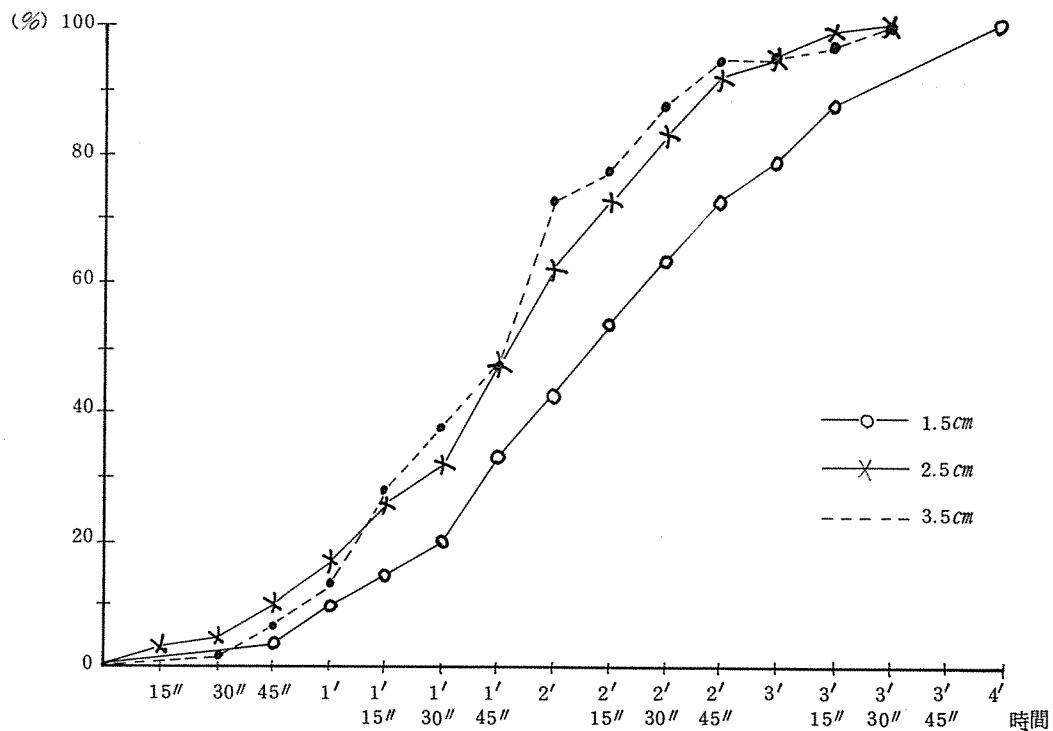


図5 対象全体における最高体温に達するまでの所要時間

## 直腸検温の体温計挿入深度に関する検討

度が 2.5 cm やび 3.5 cm の場合において、対象の 80% 以上が最高体温に達した 2 分 30 秒間測定すれば十分であると考えられた（図 5）。

直腸検温の際には、体温計の水銀槽が肛門管を通過した位置まで挿入する必要がある。すなわち、肛門管では体温は深さと共に高くなるが、膨大部分ではほぼ一定温になることが知られている。幼児の剖検例の検討でも、肛門管の長さは 1.0 cm であり、体温計の深度は最低でも 1.5 cm 挿入しないと水銀槽は直腸内に十分達しないことが確認された。したがって、直腸検温の際には、体温計に測定深

度の目印をつけ、常に一定の深度で検温をすることが、实际上好ましいと考えられた。

## VI 結 語

1. 直腸検温の挿入深度は、新生児では 1.5 cm、乳児では 2.5 cm が適当で、測定時間は、いずれの深度においても 2 分 30 秒間が適当といえた。
2. 剖検した 1 才 6 か月児の検討からは、肛門管の長さは、1.0 cm であり、体温計は 1.5 cm 挿入すれば、水銀槽は直腸内に達すると考えられた。

## Abstract

1. The appropriate distance from the anus for rectal thermometry is 1.5 cm in newborns and 2.5 cm in sucklings.

The proper time for thermometry was to be 2 minutes and 30 seconds at the both distances.

2. At autopsy it was found that the length of the anal canal of one infant at the age of one and a-half-year old was 1.0 cm.

Consequently, when the clinical thermometer is inserted into the anus to the distance of 1.5 cm, it is considered that the mercury container probably be in the rectum.

## V 文 献

- 1) 吉武香代子：系統看護学講座小児看護学，4 版，249 - 250，医学書院，東京，1979。
- 2) 渡辺二恵：臨床看護便覧小児科，2 版，129，メデカルフレンド社，東京，1978。
- 3) 山村秀夫：看護全書，11，現代看護学総論，1 版，209，東興交易(株)医事出版部，東京，1980。
- 4) 山崎智子：看護重点シリーズ，6，小児看護学，1 版，80，金芳堂，東京，1980。
- 5) Gloria, L. (渡辺信夫訳)：小児看護技術，1 版，38，医学書院，東京，1980。
- 6) 中尾享：小児看護学，7，小児の正常値，1 版，232 - 233，医学書院，東京，1968。
- 7) 阿部正和，他：看護のためのバイタルサインの知識，1 版，101 - 102，医学書院，東京，1976。
- 8) 島田信宏：写真でみる新生児の観察と取扱い，3 版，184，南山堂，東京，1970。
- 9) 小南吉男：新生児の生理，1 版，29，医学書院，東京，1957。
- 10) 富家崇雄：臨床検温法，medicina, 14 : 327 - 331, 1977.
- 11) 吉武香代子：直腸体温の所要時間に関する研究，第21回看護研究学会集録，200 - 203，1972。
- 12) 金子丑之助：日本人体解剖学，2，12 版，89

## 直腸検温の体温計挿入深度に関する検討

- 95, 南山堂, 東京, 1978.
- 13) 町野龍一郎: 臨床検温法に関する研究, 日本温泉気候学会雑誌, 22(4): 34-43, 1959.
- 14) 小林収: 小児の体温と発熱, 36, 金原出版, 東京, 1955.
- 15) E off, J. F. E. et al. (佐藤恵子訳):
- 新生児の体温測定, 看護研究, 9(3): 169-174, 1976.
- 16) Torrance, J. T. (石田操訳): 未熟児の体温値, 看護研究, 9(3): 175-184, 1976.
- 17) 久野寧, 他: 体温測定法に関する研究, 日新医学, 44(9): 469-479, 1957.

—原著—

## 乳児夜泣きの要因分析（Ⅱ）

A Factor Analysis of Infants' Crying At Night (II)

成田栄子 水上明子 栄唱子  
Eiko Narita Akiko Minakami Shoko Sakae

### I はじめに

乳児夜泣きの要因分析（I）<sup>1)</sup>では、7か月児の夜泣きに影響を及ぼしていると考えられる要因として、授乳方法や添寝、添乳の習慣、かまいすぎ等の養育上の問題と夜泣き児に睡眠中少しの物音にもピックアップが多くみられ、母親に神経質な傾向がある等である。

今回は更に夜泣きに関係あると考えられる要因を追求するために、前回の調査と同じ条件で調査を実施し、前回の調査と併せて乳児夜泣きに係る要因の検討を試みたものである。

なお今回は、特に授乳方法の影響をみるために調査時点の4か月前、即ち3か月児健康診査時受診者全員に授乳指導として、1回の授乳は十分に与え、添寝・添乳の習慣をつけないよう保健婦による指導を行っている。

### II 調査方法

#### 調査期間

- ① 昭和54年10月から55年3月までの6か月間、  
② 昭和55年10月から56年3月までの6か月間、

#### 調査対象ならびに方法

- ① 昭和54年度は7か月児健康診査の受診者数388人中夜泣きのある児53人(13.7%)と対象児53人である。

② 昭和55年度は7か月児健康診査の受診者数443人中夜泣きのある児36人(8.1%)と対象児36人である。

以上の夜泣きのある児（以後夜泣き群という。）ならびに対象児（以後対照群という。）の母親に対し質問紙による面接調査を行ったものである。なお夜泣き群を長期間ひどい夜泣きを夜泣き群A、長期間ではあるが泣き方はそれほどひどくないものと夜泣きの期間が1か月未満のものを夜泣き群Bとし、2つに分けて検討を行う。

### III 調査結果ならびに考察

夜泣きの発生頻度を昭和54・55年度別月別に比

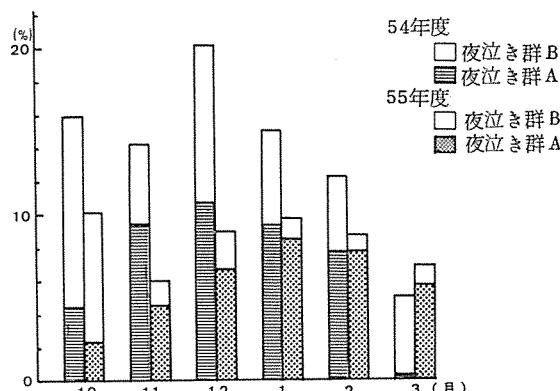


図1 月別夜泣きの発生頻度の比較

熊本大学教育学部看護科 Department of Nursing, Faculty of Education, Kumamoto University

## 乳児夜泣きの要因分析（Ⅱ）

較したのが図1である。総数でみると55年度に著しい減少がみられる。夜泣き群Aは、前年に比べ僅かな減少であり月別推移も前年と大きな違いはみられないが、夜泣き群Bでは、55年10月を除くと減少が著しい。この減少理由の一つに授乳指導によるものもあると考えられるが、今後更に検討すべき点と考えられる。（図1）

### 1 家庭環境要因

家庭環境要因として夜泣き群と対照群との間に有意差のみられるものはないが、主な傾向は、家族形態別出生順位別にみると前回同様複合家族の第1子に夜泣き児がやや多く、特に夜泣き群Aにその傾向がみられる。昼間児に接する人が、いろいろな人である場合も夜泣き群Aに僅かに高率を示し、過剰刺激の傾向がみられる。

### 2 児側の要因

児側の要因として性別については表1に示すように夜泣き群Aの男児にやや多いが有意差とはいえない。就眠時の状態で少しの物音にもピクツキのみられるものが図2に示すように夜泣き群B・Aに多く $\chi^2$ テスト、0.1%水準で有意差がみられる。また昼寝の時間では、表2に示すように有意差ではないが夜泣き群A・Bに昼寝時間が短かい傾向があり、母親の意見でも昼寝が十分とれなかつた日に夜泣きがあるようとの意見もきかれる。（表1、図2、表2）

表1 夜泣きの程度別性別対象数

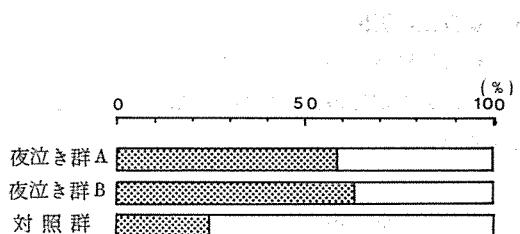
対象別	男	女	計
夜泣き群A	38(67.9)	18(32.1)	56(100.0)
夜泣き群B	18(54.5)	15(45.5)	33(100.0)
小計	56(62.9)	33(37.1)	89(100.0)
対照群	47(52.8)	42(47.2)	89(100.0)

注：（ ）内は%

表2 夜泣きの程度別昼寝時間の状況

対象別	2時間以内	2~4時間	4時間以上	なし・NA	計
夜泣き群A	14 (25.0)	29 (51.8)	11 (19.6)	2 (3.6)	56 (100.0)
夜泣き群B	9 (27.3)	20 (60.6)	4 (12.1)	0 (0.0)	33 (100.0)
小計	23 (25.8)	49 (55.1)	15 (16.9)	2 (2.2)	89 (100.0)
対照群	17 (19.1)	52 (58.5)	18 (20.0)	2 (2.2)	89 (100.0)

注：（ ）内は%



少しの物音にもピクツキ 少々物音がしても起きない

図2 対象別就眠時の状態

既往症については図3に示すように、全体では風邪の罹患率が最も高いが夜泣き群と対照群との間に差はない。特に夜泣き群に多い症状としては、

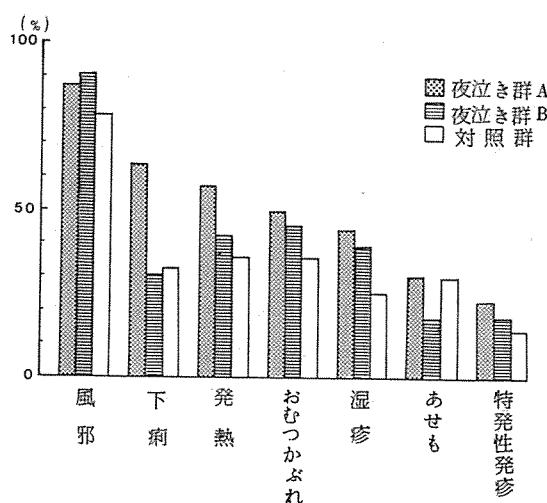


図3 対象別既往症の比較

## 乳児夜泣きの要因分析（Ⅱ）

下痢、発熱、湿疹の3項目であり、下痢は夜泣き群Aに65%で他群の30%より著しく多く $\chi^2$ テスト、0.1%水準で有意差がみられる。発熱も同様に夜泣き群Aに約60%であり他群より多く2%水準で有意差がみられる。湿疹については、夜泣き群A・Bに多く対照群との間に1%水準で有意差がみられる。乳児の夜泣きに下痢、発熱、湿疹等の健康上の問題もかなり影響していることが考えられる。（図3）

水準で有意差がみられる。（図4、図5、図6）

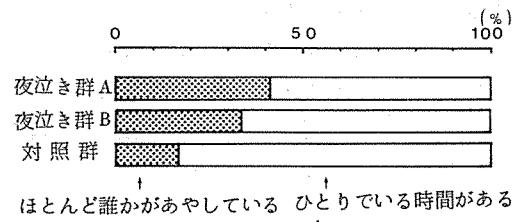


図4 対象別昼間の対応の仕方

### 3 養育上の要因

主たる保育者については表3に示すとおり夜泣き群Aに母親が僅かに少いが三者間にほとんど差はみられない。

表3 主な保育担当者

対象別	母親	母親以外	計
夜泣き群A	41(73.2)	15(26.8)	56(100.0)
夜泣き群B	26(78.8)	7(21.2)	33(100.0)
小計	67(75.3)	22(24.7)	89(100.0)
対照群	71(79.8)	18(20.2)	89(100.0)

注：（ ）内は%

夜泣き群に有意に多い養育の状況をあげると、児に対する昼間の対応の仕方は図4に示すように常に誰かがあやしているものが夜泣き群A・Bに多く $\chi^2$ テスト、1%水準で有意差がみられる。睡眠のしつけでは、添寝・添乳の習慣のあるものが図5に示すように夜泣き群A・Bに多く $\chi^2$ テスト、0.1%水準で有意差がみられ、夜間の授乳についても図6に示すように出生後夜間授乳を継続しているものは、夜泣き群B・Aに約50%あり、また夜泣きにより再開したものもほぼ同数であり、調査時点の夜間授乳の割合は90%を越えており対照群の34.9%との間に $\chi^2$ テスト、0.1%水準で有意差がみられる。最終授乳時間についても、23時以降か、決っていないものが夜泣き群Aに多く5%

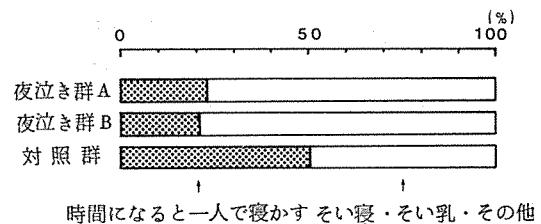


図5 対象別睡眠のしつけ

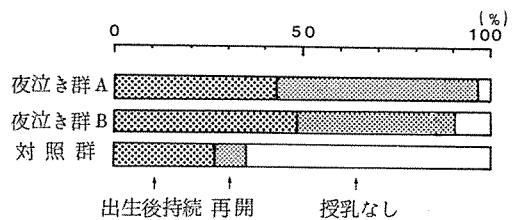


図6 対象別夜間授乳の状況

離乳食の進行状況は、図7に示すように進行状況のあまり良くないものと未開始が夜泣き群Bに27.2%，Aに16.1%であり対照群の5.6%より多く $\chi^2$ テスト、1%水準で有意差がみられる。また離乳開始時期は有意差ではないが、表4に示すように5か月以前の早い時期に開始しているものと6～7か月と少し遅い時期に開始しているものが夜泣き群Aに多い傾向がみられる。（図7、表4）

以上のことから授乳や離乳食等の乳児栄養の方法は、夜泣きとかなり関係の深い要因と考えられ

## 乳児夜泣きの要因分析（Ⅱ）

表4 離乳食の開始時期

対象別	5か月以前	5か月	6～7か月	未開始	計
夜泣き群A	34 (60.7)	9 (16.1)	13 (23.2)	0 (0.0)	56 (100.0)
夜泣き群B	21 (63.7)	7 (21.2)	4 (12.1)	1 (3.0)	33 (100.0)
小計	55 (61.8)	16 (18.0)	17 (19.1)	1 (1.1)	89 (100.0)
対照群	47 (52.8)	27 (30.0)	14 (15.8)	1 (1.1)	89 (100.0)

注：( )内は%

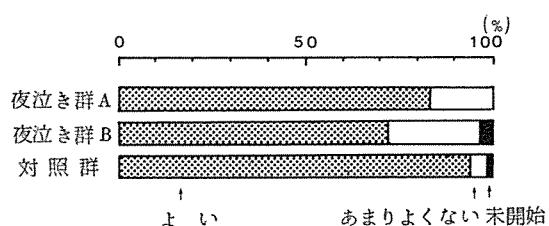


図7 対象別離乳食の進行状況

るので、今後更に検討を重ねて行きたい点である。

積極的な育児として奨励されている日光浴の実施状況は、図8に示すように対照群で40%以上実施しているのに対し、夜泣き群B・A共に実施率は10%以下で低く $\chi^2$ テスト、0.1%水準で有意差がみられる。赤ちゃん体操の実施状況は表5に示すように実施率が低く有意差ではないが夜泣き群Bに実施率の低い傾向がみられる。（図8、表5）

その他対照群との間に有意差ではないが、母乳をはしがる時与えているものが夜泣き群A・Bに

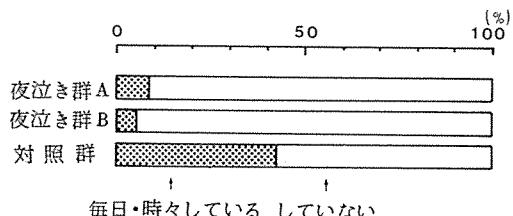


図8 対象別日光浴の実施状況

表5 赤ちゃん体操の実施状況

対象別	毎日・時々する	しない	計
夜泣き群A	12(21.4)	44(78.6)	56(100.0)
夜泣き群B	3(9.1)	30(90.1)	33(100.0)
小計	15(16.9)	74(83.1)	89(100.0)
対照群	22(24.7)	67(75.3)	89(100.0)

注：( )内は%

多く、対照群に人工乳を規則的に与えているものが多いという前回と同じ傾向がみられる。

### 4 母親側の要因

母親側の要因としては、母親の性格的要素が強く、図9に示すように児が泣くと気にかかるが夜泣き群A・B共に35%以上にみられ、対照群との間に $\chi^2$ テスト、1%水準で有意差がみられる。またものごとが思うように行かないとイライラするものも夜泣き群B・Aに多く、0.1%水準で有意差がみられる。（図9）

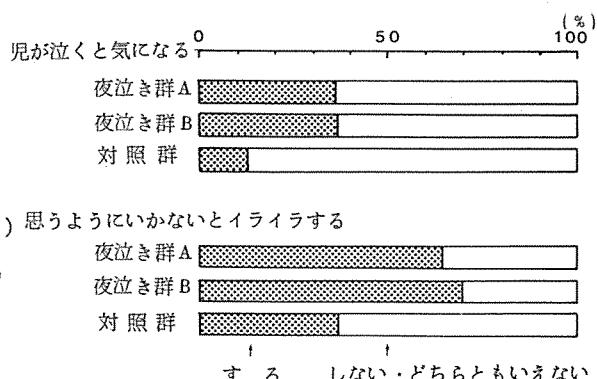


図9 対象別母親側の要因

児の身体面について不安をいたいでいる母親は、表6に示すように有意差ではないが夜泣き群A・B共に約50%と多くみられ、育児状況が同じであっても夜泣き群A・Bの母親は不安を持ったり、イライラする等の性格的、精神的面の要素がみら

## 乳児夜泣きの要因分析（Ⅱ）

れ、これらが児の養育に影響を及ぼしていることが考えられる。（表6）

表6 児の身体面についての母親の不安

対象別	あり	なし	計
夜泣き群A	25(44.6)	31(55.4)	56(100.0)
夜泣き群B	15(45.5)	18(54.5)	33(100.0)
小計	40(44.9)	49(55.1)	89(100.0)
対照群	25(28.1)	64(71.9)	89(100.0)

注：( )内は%

## IV むすび

1. 3か月児健康診査時の授乳指導により夜泣き群Bの減少傾向がみられる。
2. 家庭環境要因では、複合家族で第一子に夜泣きのある児がやや多い傾向がみられるが、有意差ではなく、その他の状況についても対照群との間に差のみられるものはない。
3. 児側の要因として、就眠時に少しの物音にもピクツキがみられる児が夜泣き群に有意に多く、昼寝時間がやや短い傾向がみられる。
4. 既往症として下痢、発熱が夜泣き群Aに多く、湿疹が夜泣き群A・B共に有意に多くみられる。

5. 養育上の要因として、常に誰かがあやしている状況や睡眠のしつけで添寝・添乳の習慣のあるものが夜泣き群A・Bに有意に多くみられる。
6. 夜間授乳の実情は、夜泣き群A・Bに出生後継続しているものが約50%あり、途中から再開しているものを併せてると90%以上が夜間授乳をしており対照群との間に著しい差がみられる。また最終授乳時間も夜泣き群A・Bに23時以降および決っていないものが有意に多い。
7. 離乳食の進行状況は、あまり良くないものと未開始が夜泣き群A・Bに多く、開始時期は有意差ではないが、夜泣き群Aに5か月以前のやや早い時期と6～7か月のやや遅い時期に開始しているものが多い等乳児栄養の方法は夜泣きとかなり関係のある要因と考えられる。
8. 積極的育児といわれる日光浴の実施は、夜泣き群A・B共に実施率が有意に低く、赤ちゃん体操の実施状況も有意差ではないがほぼ同じ傾向がみられる。
9. 母親側の要因として、児が泣くと気にかかる。ものごとが思うように行かないとイライラするという母親が夜泣き群A・Bに有意に多く、児の身体面に不安をいだいている母親は有意差ではないが、夜泣き群A・Bに多い傾向である。

## 要

## 旨

本調査は、第一報に引き続き生後7か月児について夜泣きの要因の検討を行ったものである。対象は受診児821人中夜泣き児89人である。今回は夜泣き群を二群に分け、夜泣きが長期間で泣き方のひどいものをA、長期間で泣き方のひどくないものをBとした。

その結果、A・B群に共通しているものは就眠時少しの物音にピクつく、湿疹の既往、夜間授乳や添寝・添乳の習慣、あやしすぎ、日光浴を行っていない、母親は神経質な傾向がある等の要因がみられる。一方、Aに特徴的なものは、下痢と発熱の既往、最終授乳時刻が遅いか或は決っていない等であり、Bに夜間授乳を出生時より継続している。離乳食の進行状態がよくない等養育にかかわる要因が多い。

## 乳児夜泣きの要因分析（Ⅱ）

### Abstract

This is the second report of our study on the infants who wake and cry at night. Characteristics of seven-Month-old infants related to night crying were examined. Among the 821 infants, 89 were found to cry at night. These 89 infants were divided into two groups: a group of infants who had shown, for a long time, a tendency of crying bitterly at night (Group A) and the other of those who had shown a tendency of crying for a long time, but not bitterly (Group B).

Some characteristic factors common to the two groups were that the babies twitched at a slight noise around them when they had just fallen asleep, they had the medical history of eczema, they were in the habit of being fed at night, their mothers lay on the bed with them till they fell asleep, they were excessively dandled by the people around them, they did not sufficiently bathe in the sun, their mothers were nervous about them, etc. Striking factors of Group A babies were that they had the medical history of diarrhea and fever and that they were fed at a late hour or irregularly. Those of Group B were that they had been fed at night from birth and that weaning was not well under way.

### V 引用文献・参考文献

1981.

- 1) 成田栄子他・乳児夜泣きの要因分析(1),  
日本看護研究学会雑誌, 4; (2), 33~41,  
2) 松島富之助他・乳児期の夜泣きの調査研究,  
小児科診療, 31; (4), 68~75, 1968.

# 一 原 著 一

## 乳癌患者における心理的反応の推移

Psychological Reactions to Mastectomy And  
The Patterns of Their Transition

野 島 良 子

Yoshiko Nojima

### I はじめに

ある特定の症状の発現は各個人によって異って知覚、評価され、べつべつの「わづらい行動」(Illness Behavior)をひきおこす。<sup>1)</sup>各個人のとる「わづらい行動」は症状に伴う不快、疼痛の他、知覚された症状がもたらす予測される脅威、心理的苦痛、とろうとする行動のもつ価値によって決定されるが、これらに影響を及ぼす因子は、年令、性別、人種、結婚の状況、宗教、自己受容、不安への適応方法、症状の発現部位、疼痛閾値、障害への耐性であるとされる。<sup>2)</sup>

また、健康—症状潜伏期—症状発現—治療との結果、と辿られる過程は、患者本人には“Healthy” “Feel Sick” “Am Sick”と自覚される各段階に分れる。<sup>2)</sup>

自己の乳房に腫瘍を発見した成人女性は、腫瘍発見時に極めて強い心理的衝撃を受けるが、<sup>3), 4), 5), 6)</sup>乳房の腫瘍は悪性新生物として認識されやすく、治療法として乳房というシンボル臓器の切断術が予測されるからである。本研究は乳房切断術を受けた成人女性の、腫瘍発見—受診—診断(または手術)確定—入院—手術—乳房喪失の確認—退院確定の各時点における心理的反応とその推移を、質的データによって系統的に明らかにする目的を行った。

### II 研究方法

面接法を用いた。

面接方法；主治医が退院を許可したMastectomy患者のうち、研究目的と方法を説明したうえで面接を求め、承諾した患者を対象に、テープレコーダーを用いて1972年3月8日から1974年6月27日までの期間に、K国立大学病院で行った。面接は病棟の一室を借りて行い、面接中は第三者の入室を禁じた。質問内容はあらかじめ決定しておいたが、回答順序にはこだわらなかった。

面接時期；術後12日～45日の間。

面接時間；10分～90分(平均27.09分)

対象；乳癌の診断名のもとに乳房切断術を受けた女性患者46名である。(未婚=4、既婚=42(うち死別=3))年令は28才から73才まで、平均48.89才である。尚主治医はどの患者にも診断名を「乳癌である」とは告げていない。

面接内容の分析；面接内容はテープレコーダーに収録したうえで逐語的に文字に転記し、表1の諸項目に従って整理、分析した。

### III 研究成績

腫瘍発見時、診断(または手術)確定時、診断確定後、術直前、麻酔覚醒時、乳房喪失の自己確認時、退院許可時の諸反応について述べる。

1. 腫瘍発見時の反応；1) 「てっきり癌だ」

## 乳癌患者における心理的反応の推移

表1 面接内容の分析項目

1. 病名自覚
2. 診断前の自己予測
3. 予備知識
4. 診断時の心理的反応
5. 診断後の行動
6. 家族の反応
7. 家族内の困難
8. 精神的支持願望
9. 術直前の反応
10. 術直前の心理的空白
11. 術後(へ)の不安
12. 術後合併症
13. 術後の心理的反応
14. Sence of Future
15. 壊失乳房への反応
16. Body Image
17. 入院・疾病経験の位置づけ
18. 入院・手術既体験
19. パラメディカル・スタッフへの態度
20. 退院に対する反応
21. その他の

2) 「癌かもしれない」 3) 「癌ではない」の3型に分れ、少数ではあるが「予期せつ」に受診する例もある。腫瘍発見に引続いてとられる反応行動は、治療開始に至るまでの間に患者によってとられる行動の型によって図1のような7型に分れる。

2. 診断(または手術)確定時の反応;「ショック」を中心として16反応にまとめられる。

①『ショック』: 「ハッとした」「あれーと思うて、とまどった」「冷汗も流れた」「ひやーとして、どうしようかしらん」「ドン底に突落された」「絶望的」「もうあかん、駄目や」「アッと思った」「なんか自分でも分らんような気持」「ものすごいショック」「もう、たまらんかった」「どういうていいんか…なんともいわれん気持」「愕然とした」「がっくりきた」「自分がどんななっているか分らなかった」等と表現された反応が含まれている。

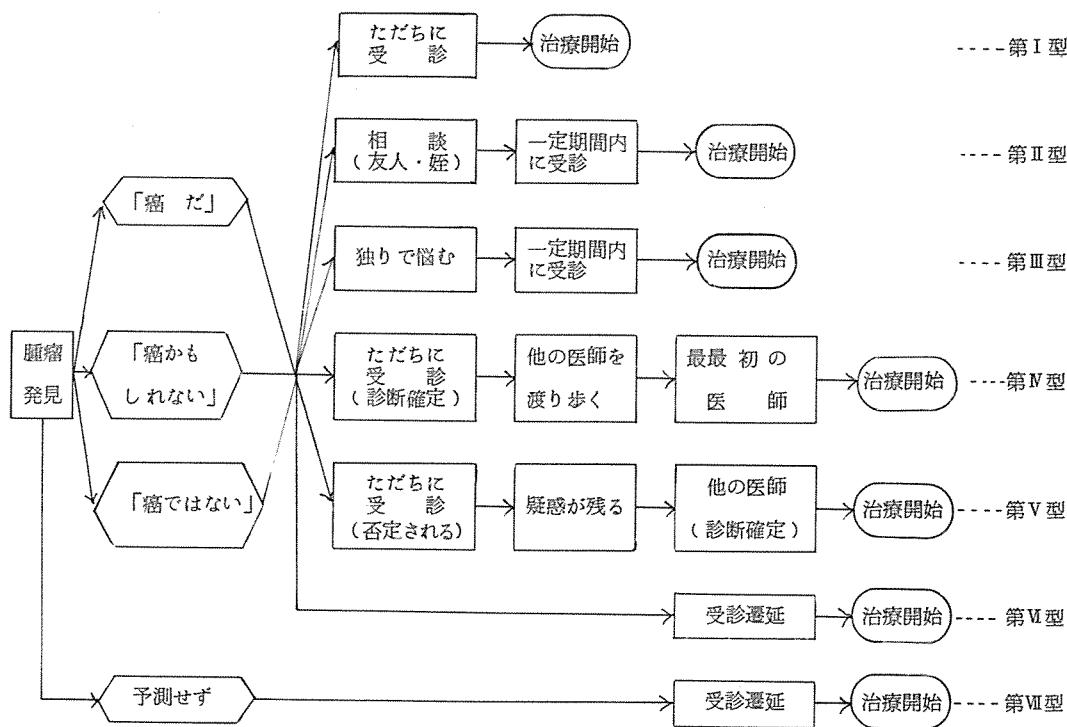


図1 診断前の自己予測と反応行動

## 乳癌患者における心理的反応の推移

②『平静』；「そうショックを受けなんだ」「あんまり動搖はしませなんだ」「何も、その緊張するような気持ではなかった」「そんなにとり乱すほどでもなかった」「そんなに慌てなかった」「そいで治るんやつらいいやないか」等、『平静』であったと述べている患者も少數いる。

③『やっぱりそうか』；「くるものが来た」「ああ、最悪がきた」「やっぱりそうか」等の他に、「(手遅れでなくて)ホッとした」患者の反応も含まれている。

④『半信半疑』；検査結果に対して「半信半疑」「納得がいかん」「今だに、不思議なこっちゃなあ、と」いう反応が含まれている。

⑤『ああ、そうですか』；「ああ、そうですか」というて、別に何の抵抗も感じませんでした」「ああ、そうですかというて、こう軽い気持で帰って」等、『平静』とは異なる反応。

⑥『覚悟』；「もうそのことは覚悟してた」「も、癌やと思い込みました、その時。やっぱり放つといたらいけないもんやし、もうその覚悟で」「安心して切っていただこうと、こういう覚悟して」

⑦『No Choice』；「もう手術する以外にない」「もうこれは仕方ないから手術した方がいい」「もう考える余地ございません」「じゃあ切らんと、もう、しょうがない」「半分諦めもありましたけど、もうしゃあないということで」「先生の指示通りにしないといけない」「手術してね身体が助かるんでしたら、別に拒否することもできません」「もうお任せするしかない」「もう否応なしに入院した方がいいと思って」等。

⑧『回避したい』；「なるたけやつたら止めとこう」「手術はいやや」「死んでもちらしませんちゅうて笑うて」「この年になってねえ、嫌、と」「どないもないんやもんね、やっぱり切ったり、突いたりすんのかなわん」

⑨『早く、一日も早く』；「はよ切っていただかんと」「手遅れにならないように、もう一日も早く」「早くとり除いてほしいって感じ」「手遅

れなんかしたら困るさかい」

⑩『どうしてこんな…』；「どうしてこんなねえ、変な、嫌な病気になったのかなあ」「なんで今迄放っといた」「自分はもうなんでこんな、あのポンヤリだったん」「この広い世の中でどうしてあたしがこんなに病気になったのか、と」

⑪『悲嘆・動搖』；「ああ、これで片輪になる」「悲しい感じがした」「気持が動搖した」「もうなんや涙がでて」「心境がアンバランスになって」「もう悲嘆にくれました」

⑫『絶望・恐怖・不安・心配』；「怖い」「ただ怖い一念で」「『癌です、癌でしょ、癌ですねっ』って」「これで命もおしまいか」「もう身体中にまわっているんじゃないか、もうこれで一生終りじゃないか」「なんか恐いような、どうなるのかしらっていうような」「目の前がまっ暗になってね」「もう心配でねえ、そんな悪性のだったらもう乳癌に違いないから」「不安でした」

⑬『さびしい』；「ちょっと、ちょっとさびしかった」「やっぱり、やっぱり自分はなんていうのかしら、あの違う世界に入ったような気がして」「私は、こう健康な人たちのいる世界とは違う所におかれたような感じして」

⑭『無抵抗』；「恐いとかそんなんなくて、なんていうか、そのままできる感じ」

⑮『わかってほしい』；「自分の苦しみを皆んなが理解してほしいと思いました」

⑯『罪業感』；「自分がこんな風な身体になったのは誰が悪いのでもない、自分はもうそんな宿命になって」

### 3. 診断確定後の行動；

診断確定後の行動は、直後行動と入院迄の待機期間行動に分けられる。直後には無我夢中で指示された通りに行動する、ゆっくりと帰宅する、独りで泣く、友人・縁者に電話をかける等の行動が認められる。

「あの検査、この検査いうてね、それをみんな息子が聞いてねえ、ほんで私はただ息子の後をついて歩いてたようなわけですねや」「その時には

## 乳癌患者における心理的反応の推移

もうなんかそんなこと考えてる間がないくらい、あのう手術に必要な検査をね、順番にガードと言われてね、あれもせんならんこれもせんならん、沢山紙貰って午前中にそれをして帰らんならんっていう気持があったもんですから、もう、それ一生県命なってしまって」「もう、どこどうやって歩いたらそこら辺に人がおっても、もうぜんぜん見えませんでした。その電車の駅までね、丁度12~13分歩くんですけど、もうそこは全部歩きました。フラフラーとね、なんと思って歩いたのかね、分らない」「『はあ、そうしますわ』言うただけで、もうバーッと帰ってしもうて、もう病院をフラフラーと出てね、20分位ちゅうもんは、唯、ぼうーと立ち止つとったですわ」「まさか、そんなこと思って行ってないし、もうどないして帰ろうかなあ思うて、タクシーで帰ろうかな、バスで帰ろうかな、でも、ま、バスでゆっくり帰ろうと思うてね、バスでゆっくり帰りましたけどね」「ふっと考えたんかしらねえ、あの丸太町通りずっとね裁判所まで歩いてました、何かふうーっと考えたんでしょうね…いいえ、電車とかタクシーとかひらうんですけどね、なんかね、プラプラ景色見ながら歩いたんです、大分ありますね、あの裁判所前の、それから堀川のお友達の所迄ずーと歩いて帰ったんです、そこで、もうずーと休まっていただいてね」「それだけヤレヤレ済んで帰ったら、もう電車の中でふっとしてしもて、もう涙がでて、涙がでて、電車の中で独りになってしまったらなんともかんともいえん、こうさみしーい感じになってしまいましてね、どう言って言えるもんだか、言えるかしらいう感じ、そういう気持で、なんか独りで泣けてきまして」「こっちに弟がおったもんやさかいにね、すぐ電話かけまして」

待機期間中の反応は次のとおりである。

「だから待っている時間がとてもまどろしく、イライラいたしました」「ものすごく忙しくてね、その、深刻に考てる暇がなかったですよね」

「一番辛かったのは家にいたころ、はあ、一番不安でしたねえ」「だからその一週間で、一人でい

ると心細くてねえ、もう大抵お昼なんか食べないんですよねえ」「なんかやっぱり、やっぱり自分はなんていうのかしら、あの違う世界に入ったような気がしてて、なんか急にやっぱりもうね、なんかとにかく私はこう健康な人たちのいる世界とは違う所におかれたような感じしてね、すごい不安でした」

### 4. 術直前の反応：

術直前とはここでは入院から手術当日までを指すが、この期間に現われる心理的反応は次のとおりである。

①『落着き・安堵感』；「病院にきた日から、なんかずっとよく落着きました」「こちらへ入って、あのホッとしたしました。ええ、ホッとした」「周囲にね、そういう同じ環境の方がねいらっしゃるということでね、なんか自分にね、勇気づけられるような気持になりました」

②『期待と希望』；「なんとか助けてもらおうっていう気持がね、一面にありました」「手術を受けてね、一日も早くね元気になりたいというこの方がね、先になりました」「それ(手術)をしてもらったら、もう生きられるって思うたからね、なんか、もうむしろねもっと嬉しいような気がした」「ここへきて、ほいでもう希望がもてました」

③『待つよりも、早く』；「(手術は)朝の方がいいなあ思ってね、ちょっとでもね早よう済むと…」「もうわかりました以上、一日も早く、思います」

④『アンバランスな…』；「アンバランスな感じ」「胸がザワザワざわついでねなんか落着かん気持でね」「なんとなしに落着かん気持で」

⑤『先生のおっしゃるとおりに』；「なにもかもあらへん、ただもう先生がそうおっしゃいましたから、もう縋ろうと思って、何もかも他のこと考えんと、いっさい考えんと、先生のいわはる通りにもうしてもらおうと思ってね、ただ先生のいわはるのように」「もうここまでできたら、もう先生に命預けなしうがない思て、ね、今さらジタバタ

## 乳癌患者における心理的反応の推移

したところで、もう私がどうできるもんと違うし、先生にお任せして」「もう先生の方にね、こうむしろ依頼心みたいなものがありましたですね」

⑥『運に任せて』；「仕方がない、まあ命にはかえられんということですね、ええそういうこと感じましたんですけど」「だんだんこう度胸がつくっていうんか、もう粗板の上の鯉でいいますのんかねえ、もう今さらジタバタしたって仕方ないわ、思うようになってからね、眠れるようになりますけどね」

⑦『逃げだしたい』；「それまではやっぱり帰ろうかしらとかね、なんか逃げときたい、どっかへ逃げ出したい気持でしたね、どっか逃げてゆきたいような」「できたらもう帰りたいなと思ってみたりしましたけどね」

⑧『もう逃げ出せない』；「もう逃げ出せないというね、そういう気持がございますでしょ（入院当日）」「（手術の）前の日、あ、もうあかん、来るところへきたっていう感じで…」

⑨『諦めきれん…』；「もう諦めきれんわけです（同室の患者が）、ほやけど、ま、私も同じようにそうして思つてんんですけどね、ただ口にだすかださんかだけです」「もうとつてしまったらそれこそ（笑）無くなってしまうという、まあその気持もあるんですけどね」「自分には、もうしようがないさかいに、しょうがないなあといつも言ってるんですけど、どっかの隅に、かなん、かなんちゅう気持がものすごありましたですね」

⑩『辛い』；「とにかく辛かったですね」「手術するまでは精神的に非常に圧迫がありましたですね」

⑪『ひきこもり』；「あんまり話したくありませんね、前日は、ひとさんと」「やっぱり、あんまりそういう表情…だすのがねえ、なんかいけないみたいな氣ィ…そういう時にワッと泣けたらねえ、その方が自分の気持は済むんでしょけれど」「誰にも言いませんでしたね、気持を、それがそうです」

⑫『悲哀』；「なにが悲しいのかわからないけど

ど無性にね、私、涙がでてしまって」「ひょっとして元気で（手術から）帰れるかなっと思つたりしてね、ちょっと悲しゅうございました」

⑬『（手術は）怖くない』；「恐怖感とかそういうもの、全然感じませんでした」「手術はね、ひとつも怖いと思わなかったです」「全然、その手術の恐怖心いうのはありませんでした」

### 5. 麻酔覚醒時または手術直後の反応；

この時点では終了感、生命再確保感、自信の喪失と不安、自己説得、積極的あきらめ、心理的苦痛、満足感と回復感が認められる。

①『終了感』；「ヤレ、ヤレ…」「ああ、済んだ」「ホッとした」「ああ、よかったです」「峠を越えた」

②『生命再確保感』；「生きてたんだなあ」「やっぱし助かったなあ」「ほんとうに嬉しい」「命拾いしたみたい」

③『自己説得』；「私は～だから大丈夫」「私の場合は他の人とは違う。「私には（転移は）ない」

④『積極的あきらめ』；「済んだことは仕方がない～先のことを…」「病気のことは忘れた」「医師を信用するしかない」「安心するしかない」「何もかも運命や」

⑤『心理的苦痛』；「みじめ」「情ない」「地獄」「つらい」「自分一人が…」「お助け下さい」

⑥『自信の喪失と不安』；「自信がない」「大丈夫ですか？（再発・予後に対して）」「（手術の結果・再発・予後が）怖い」「びくびく」「ひょっとしたら（死に対して）」

⑦『満足感と回復感』；「自信」「満足」「感謝」「回復感（ドンドンと）」「希望」

### 6. 乳房喪失の自己確認時の反応；

憤り、悲哀と自信喪失、罪業感、申し分けなさ、妥協とあきらめ、おそれと恥、肩身の狭さ、身体像の醜悪な形態への変化の認識、等であり、安堵感や喪失した乳房への愛着を示す患者もいる。

①『憤り』；「何にもできてなかつたって言わ

## 乳癌患者における心理的反応の推移

はる、ほんなんやつたら切らんといってくれたらええのに」「私の場合は良性やつたらしいのに」「もうちょっと上でもええ、あんなに切らなあかんかったかなあ、思う」

②『悲哀と自信喪失』；「ちょっと悲しい気持」「みじめ」「ああ、かんななあ」「これからどないしようかしらん」「なんとまあ」「自信がもう失われて」「初めて、もう自分が（創部を）見てきたその晩にね、泣けてね」「どうしようかなあ」

③『罪業感・申し分けなき』；「やっぱし（夫に）気の毒やと思いました」

④『妥協・あきらめ』；「諦めておりますけど」「わあ、きついなと思いましたけど、まあまあ、あの死よりましたと思って」「嫌だったけれども、ま、よかったなと思います」「よかったと思って、ま、一つ無いのはさびしいけどもね」「一つぐらい失くなても、もう別になんとも思ってませんし」

⑤『おそれ・恥・肩身の狭さ』；「なんかちょっとこう肩身の狭いような」「聞かれたくない」「普通の人と取扱っていただきたい」

⑥『身体像の醜悪な形態への変化の認識』；「ほれ、もうはづしてこう見たらあらへんしね、お乳が。お乳は残ってるのかなあと、まあ半心思うてましたしね」「こんなんえぐって、わあーととられるんですかねえ」「みるからにえげつない」

### 7. 乳房喪失にともなう反応；

乳房喪失にともなう反応には乳房のイメージ、乳房喪失予期反応、乳房喪失後の身体像が含まれている。

①乳房のイメージ；『母性性』；「やはり子供に乳をふくめさし、いろんなことが想い出がある」「女性性』；「やっぱり女やし…」「幾つになつたって、やっぱり女は女なのやねっと思いましたね、つくづくと」「やっぱり女ですね、後が…」「やっぱり女としてね、お乳のないようなるちゅうのは、私もねえ、ちょっと悲しいことやし」「女性にとって最も必要なね、もんや」

②乳房喪失予期反応；術前、乳房の喪失を予期

している段階では「罪業感」「ショック」「感慨無量・悲哀」「ゾッとした」「考えたくない」等の反応の他、入浴によって「洗いおきめ」する例が認められた。

③乳房喪失後の身体像；「片輪」「他人の身体」「醜惡」等と認識され、健康時の本来の形態への言及、形態の著しい変化への嫌惡、身体の他の器官・臓器と乳房の比較（「それが指1本落ちるとか、そんなんじゃないしね」）が認められた。

### 8. 退院許可時の反応；

退院許可に対する反応の主なものは、満足感・幸福感・自信、不安・心配、「せめて～してから」と退院延期の希望と不満、の3型に分れる。

①『満足感・幸福感・自信』；「まあ、嬉しい」「まあ、よかった」「もったいない」等と表現され、「治った」「もう安心」「やっぱり頑張れた」「一日も早く帰りたい」「あ、これでよかったんだな」「自信がでてきたから」「なんとかなる」等、帰宅できること、治ったという実感、頑張れたという達成感・成就感を手放しに表現する者と、「ま、結構や」「普通」と反応する者とに分れる。

②『不安・心配』；「こんなんで帰っていいのかしらん」「でもちょっと不安」「ほんとに帰っていいかしら」「半分は帰りたい、半分はちょっと」「まだ（身体に）自信がない」「ねえ、大丈夫でっしゃろか？」等。

③『せめて～してから・不満』；「せめて抜糸してから」「もう4～5日」「ここにいる方が安心」「まだちょっとおいてもらおうかな」「このまんま追出しや」

3型とともに、退院許可を「面喰うた」「びっくりした」と受けとめている者がいる。

## IV 考 察

腫瘍発見から治療開始に至る間にとられる行動は、何らかの形で援助を求めるとする求助行動であるといえるが、第Ⅳ型は診断（または手術の決定）を認めたくないため、最初の診断を否定してくれる医師を求めて、短期日の間にとられる

## 乳癌患者における心理的反応の推移

Shopping行動<sup>7)</sup>であると思われる。第V型の場合には最初に患者が予測する病名に一致する診断が下されていれば、第I型の行動をとり得たものと思われる。Shopping行動も第VI型における受診遷延とともに診断に対する恐怖・不安が原因しているものと思われる。

診断確定時、ほとんどの患者が腫瘍発見時の反応型の如何にかかわらず、強い衝撃を受けているが、『ああ、そうですか』反応は『平静な』事態認識とは異なる、事態認識のズレを示しているものと思われる。

診断確定後にとられる行動には、1)保護者、権威者への依存、2)体験している心理的時間の変化、3)他者、環境との関係の変化が認められる。患者は決断、行動の指針を家族、医師に全面的にゆだね、また、家族、友人との接触を求める行動をとっているが、これは一時的な依存の増大であると考えられる。また同一距離を普段よりも時間のより長くかかる方法で移動しようとする傾向が認められ、強い心理的衝撃をうけた直後には、体験している心理的時間の流れが停滞したり、緩やかになることを示している。待機期間中「忙しく」過したり、「まどろしく、イライラ」しているのは、患者が時間の経過を遅いと感じたり、同一時間を長いと感じていることによるものと思われる。この期間中、心理的時間は延長される一方、忙しく身体を動かすことによって、それを短縮しようとする努力もなされるものと解される。

患者はこの期間中、家族、友人あるいは慣れた環境のなかにいながら孤立感・疎外感を体験しているが、これはヤスパースのいう知覚界の疎外<sup>8)</sup>であると解される。

術直前の反応；入院によって患者は同病者を発見し、いったんは孤立感から解放され、安堵感・落着きを得るが、同時に『もう逃げだせない』『諦めきれん』『待つよりも早く済ませたい』等の拘囚感・アンビバレントな感情を体験し、新たな不安に直面するものと思われる。しかしこの間のいづれかの時点で、患者は『自分は落着いてい

た』という気持に達しているのが認められ、術当日の朝、または手術室へ向う直前の患者の心理的反応が、1)『落着いていた』2)『もう(不安も)何もなかった』3)『ああ、やっときたか、じゃあ行ってこよう』の3型に分類し得ることを考えると、術直前にはほとんどの患者が、一時に心理的静穏状態に達するものと考えられる。

麻酔覚醒時、または手術直後の反応；麻酔覚醒直後には『終了感・達成感』『生命再確保感』が強く体験されているのが認められたが、これは入院後、手術直前に認められた安堵感、落着き、心理的静穏状態にもかかわらず、手術・生命の危機に対する不安が持続し、かつ大きいことを示している。また『私は～だから大丈夫』と合理化し、自己説得しようとする態度は、病名、手術の成否、転移等に対する不安が術後も強く潜在していることを示しているものと解される。大多数の患者の表明する『満足感と回復感』は困難を克服した自己の状況全体のなかから生れてきているが、『自信』『満足』『回復感』『幸福感』はそれぞれ相乗的に作用していると思われる。比較的少数の患者が『心理的苦痛』『自信の喪失と不安』を強く表明している。全患者の手術術式、治療環境が類似していることからみると、性格特性、疾病に対して抱いているイメージの個人差等が、手術終了後の心理的反応に反映されるものと思われる。『『積極的あきらめ』は自己の力のおよばない事態に対する無力感、もしくは受容への努力のあらわれ、と思われる。

乳房喪失に伴う諸反応；乳房のイメージに関しては『母性』のシンボルと『女性』のシンボルに2大別される。乳房喪失確認時の諸反応のうち、『憤り』は執刀医に、『罪業感・申し分けなし』は配偶者または子供に、『おそれ・恥・肩身のせまさ』は同性の友人、知人または世間に向けられていることから考えると、乳房喪失に伴う諸反応は、すべてこれら2つのイメージが基本となり、乳房の喪失を『母親であること』『女性であること』を否定されることと認識するところから

## 乳癌患者における心理的反応の推移

派生してくる反応であると思われる。

腫瘍発見から退院まで全体をとおしてみると、乳房喪失者の心理的反応の推移は基本的には、不安の発生→軽減・解消→新しい不安の発生→軽減・解消→新しい不安の発生、と波型をとっているが、各段階においてその構造をみると、次のようになる。

### 1) 症状の知覚→受診→入院の段階

予測される病名に対する恐怖と不安→わづらい行動→診断確定→心理的衝撃・困惑→近親者・友人・周囲の環境からの心理的孤立→沈静化と事態を受容しようとする努力→入院→同病者の発見→安堵と一時的平穏

### 2) 入院→手術→手術終了の段階

安堵と一時的平穏→拘囚感と不安・恐怖・期待・希望→心理的静穏の自覚→手術→終了感・達成感・生命再確保感・よろこび

### 3) 手術終了→回復期の段階

終了感・達成感・生命再確保感・よろこび→予後・再発・身体像の変容に対する不安と恐怖

いづれの段階においても乳房喪失者の心理的反

応は、

- 1) 疾病の本態とその予後
  - 2) 乳房喪失と身体像の変容
  - 3) 自己が直面している状況全体
- のいづれか、または全部に向けられている。同一段階における反応は単一ではなく、常に複数の、アンビバレンツな感情が体験されている。

## V 結 語

乳房切斷術を受けた女性の、発病の認識から退院に至る間の心理的反応の推移を、46名のMastectomy 患者の面接調査の結果から考究した。

発病の認識から受診、入院、手術を経て退院に至る間の乳房切斷術をうけた成人女性の心理的反応の推移は、不安の発生→軽減・解消→新しい不安の発生→軽減・解消→新しい不安の発生、と波型をとる。また同一時点における反応は単一ではなく、常に複数の、アンビバレンツな感情が同時に体験され、複雑な様相を呈している。

本研究においては心理的反応、およびその推移の型と、それらに影響をおよぼすと思われる諸因子との関連についてはみなかった。今後の研究において、これらの問題に検討を加える必要がある。

## 要

## 約

乳房切斷術を受けた成人女性の、腫瘍発見→受診→診断(または手術)確定→入院→手術→乳房喪失の確認→退院確定の各時点における心理的反応とその推移を、質的データによって系統的に明らかにするために、46名のMastectomy 患者に、術後面接調査を行った。

面接時期；術後12~45日の間。面接時間：10~90分(平均27.09分)、被面接者の年令：28~73才(平均48.89才)

腫瘍発見時の反応は「てっきり癌だ」「癌かもしれない」「癌ではない」の3型に分れる。引続いてとられるわづらい行動は7型に分れる。診断確定時には「ショック」を中心とする強い衝撃を受け、その後から入院迄の間には保護者・権威者への依存、心理的時間の変化、他者・環境との関係の変化が認められる。入院、手術、麻酔覚醒、乳房喪失の自己確認、退院確定と経る過程では、安堵と一時的平穏→拘囚感と不安・恐怖・期待・希望→心理的静穏の自覚→終了感・達成感・生命再確保感・よろこび→予後・再発・身体像の変容に対する不安と恐怖、と波型の反応推移が認められる。またいづれの時点においても常に、複数の、アンビバレンツな感情が体験されている。

## 乳癌患者における心理的反応の推移

### Abstract

In this study, the psychological reactions to mastectomy and the patterns of their transition were systematically described and analysed.

46 post-mastectomy patients ranged in age from 28 to 73 (mean 48.89) were interviewed. The interview was planned during from 12 to 45 post-operative days for 10 to 90 min. (mean time 27.09)

Findings, 7 patterns of illness behavior were observed. The psychological reactions to the first awareness of a lump in the breast were "must be cancer", "might be cancer", or "might not be cancer". After diagnosis was established, the distortion of psychological time and loneliness were experienced. On admission, relief and calmness were obtained temporarily, but at the same time, a sense of being trapped was strongly felt by most patients. Some time between admission and surgery, mental serenity was gained and most patients thought themselves as being self-possessed. The senses of completion and insurance of life, anxiety, loss of self-confidence, renunciation and mental pain were observed right after operation. The reactions to the permission of discharge were 1) satisfaction, happiness and self-confidence, 2) anxiety, 3) discontent.

The functions of the breast were viewed as the symbols of femaleness and motherliness. When a loss of a breast was self-aware, anger, sorrow, loss of self-confidence and sense of sin were experienced.

### 文 献

- 1) Mechanic, D., The Concept of Illness Behavior, J. Chron. Dis., 15:189-194, 1962.
- 2) Kasl, S. V., and other, Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior, Arch Environ Health, 12(Feb.):240-266, 1966.
- 3) Harrell, H. C., To Lose A Breast, Amer J. Nurs., 72:676-677, 1972.
- 4) Roberts, J. M., Mastectomy; a patient's point of view, Nursing Times, Aug., 14: 1290-1291, 1975.
- 5) Cox, J., Taking the patient's point of view, Nursing Mirror, March 22:47-48, 1979.
- 6) Bard, M., and Other, Psychological Impact of Cancer And Its Treatment, Cancer 8:656-672, 1955.
- 7) Suchman, E. A., Stages of Illness and Medical Care, J. Health and Human Behavior, 6(3):114-128, 1965.
- 8) Jaspers, K., Allgemeine Psychopathologie, Julius Springer, Berlin, 1913.  
ヤスバース. K., 西丸四方訳, 精神病理学原論, みすず書房.

—原著—

# 寝たきり老人の食事意識

—特別養護老人ホームにおける調査を通して—

Attitudes of the Elderlies toward Meals at Nursing Homes for  
the Handicapped Elderlies

西森智子\* 河野幸安 丸弥生\*\*\*

Tomoko Nishimori Yuki Kouno Yayoi Yasumaru

瀬尾クニ子\*\*\* 池川清子\*\*\*\*

Kuniko Seo Kiyoko Ikegawa

## Iはじめに

近年、人口構成の老齢化が進み、日常生活において援助を必要とする老人が増加する傾向にあり<sup>1)</sup>、看護の重要な課題の一つとなっている。

老人の日常生活で、食事は老人の健康に直接影響しているだけではなく、楽しみの一つになっているといわれる。特に、みずから楽しみを求めるこの困難な寝たきり老人にとっては、食事は大きな楽しみになりうると思われる。しかし一方で、他人の援助なしには食べることができないという現実が、食事援助のあり方によっては、老人から数少ない楽しみを奪うことにもつながると考えられる。特に、施設での集団給食は、多くのメリットと同時にまた避け難いデメリットを内包している。そこで、施設における寝たきり老人の食事意識を、寝たきりでない老人との比較を通して考察し、より良い食事援助の手がかりを得ることを試みた。

## II研究方法

### 1 質問紙作成手続

食事意識は食行動を通してはぐくまれ、かつその食行動を規制している。従って、食事意識の形

成過程を知るためにには食行動を知る必要がある。食行動の概念は、単に食べるという直接的行動だけではなく、個人と多領域の社会・文化・環境が広くかかわって成立する人間のbehaviorである<sup>2)</sup>とされる。本研究では、食行動をより具体的に捕えるために、食の過程（食物を採集、選択、摂取、消化、吸収、排泄するという一連の過程とその場）に限定して、食事意識との関連を検討することにした。すなわち、人にとって食事が楽しみとなるのは、その人の食の過程のそれぞれから満足が得られる場合であり、その満足には、生理的面、心理的面および食物そのものに関する面があると仮定した。この仮定にそって、以下の要領で質問紙を作成した。

項目Ⅰは、食事が楽しみであるか否かを尋ねるものであり、「とても楽しみである」から「全然楽しみでない」まで5段階の評定尺度を設けた。

項目Ⅱは、項目Ⅰで「とても楽しみである」と「楽しみである」を選択した老人に対し、その理由を尋ねるものであり、生理的理由5、心理的理由6、食物に関する理由7、その他の理由1を用意した。

項目Ⅲは、項目Ⅰで「楽しみでない」と「全然楽しみでない」を選択した老人に対し、その理由

\* 徳島市民病院

Tokushima Citizens' Hospital

\*\* 愛媛大学医学部附属病院 Ehime University Hospital

\*\*\* 徳島大学教育学部 Faculty of Education, Tokushima University

\*\*\*\* 静岡女子短期大学 Shizuoka Women's Junior College

## 寝たきり老人の食事意識

を尋ねるものであり、生理的理由 8、心理的理由 8、食物に関する理由 7、その他の理由 2 を用意した。

項目Ⅱ、Ⅲは多肢選択とした。

項目Ⅳは、老人の背景を知るものであり、食の過程に影響すると思われる21の事項について設問した。

### 2 対 象

徳島市内 2ヶ所の特別養護老人ホーム入所者のうち、57名（寝たきり老人27名、寝たきりでない老人30名）を対象に、昭和55年10月1日から11月14日までの期間に調査した。

調査にあたっては、1週間の準備期間を置いた。この間に、調査者が老人の日常のケアを行なうことでより、老人と意志の疎通をはかる様、努めるとともに、当該施設の看護職員、寮母、カルテ等からの情報を参考に、老人が質問の内容を理解できるかどうかを検討し、対象の抽出を行なった。

なお、ここでいう寝たきり老人とは、厚生行政基礎調査において規定されている「期間を問わず日常生活をほとんど寝たきりの状態にある人」をさす。

### 3 調査方法

質問紙に従い、項目ⅠからⅣについては、調査

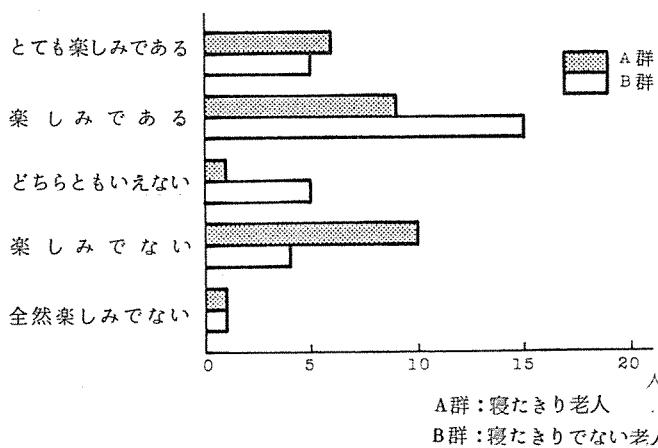


図1 老人の食事意識

者が個別に面接・質問し、回答を記入した。

項目Ⅳについては、カルテ等の資料、寮母や看護職員からの情報、本人の話、調査者の観察とともに、調査者が記入した。

## III 研究成績

### 1 寝たきり老人の食事意識

寝たきり老人（以下A群とする）では、「とても楽しみである」と「楽しみである」を合わせると、食事が楽しみである老人は55.5%、「楽しみでない」と「全然楽しみでない」を合わせて、食事が楽しみでない老人は41.1%で、その食事意識はほぼ二分された。

一方、寝たきりでない老人（以下B群とする）では、それぞれ66.7%と16.6%となり、食事が楽しみである老人が多くなった。

両群の分布には $P < 0.1$ で有意差が認められた（図1）。

### 2 食事が楽しみである理由

両群に共通して高く（50%以上）選択された楽しみの理由は、「生きることができるから」、「元気をつけたり健康でいられるから」、「自分の手で食べることができるから」、「作ってもらえてありがたいから」、「おいしいから」であった。

両群に差がみられた楽しみの理由は、「人と接することができるから」、「季節を感じることができるから」で、いずれもA群に有意に高く（ $P < 0.1$ ）選択された。「他に楽しみがないから」は、有意差はないがA群に比較的高く選択された（図2）。

### 3 食事が楽しみでない理由

両群に共通して高く選択された楽しみでない理由は、「おいしくないから」であった。

「食欲がないから」はA群に高く、

## 寝たきり老人の食事意識

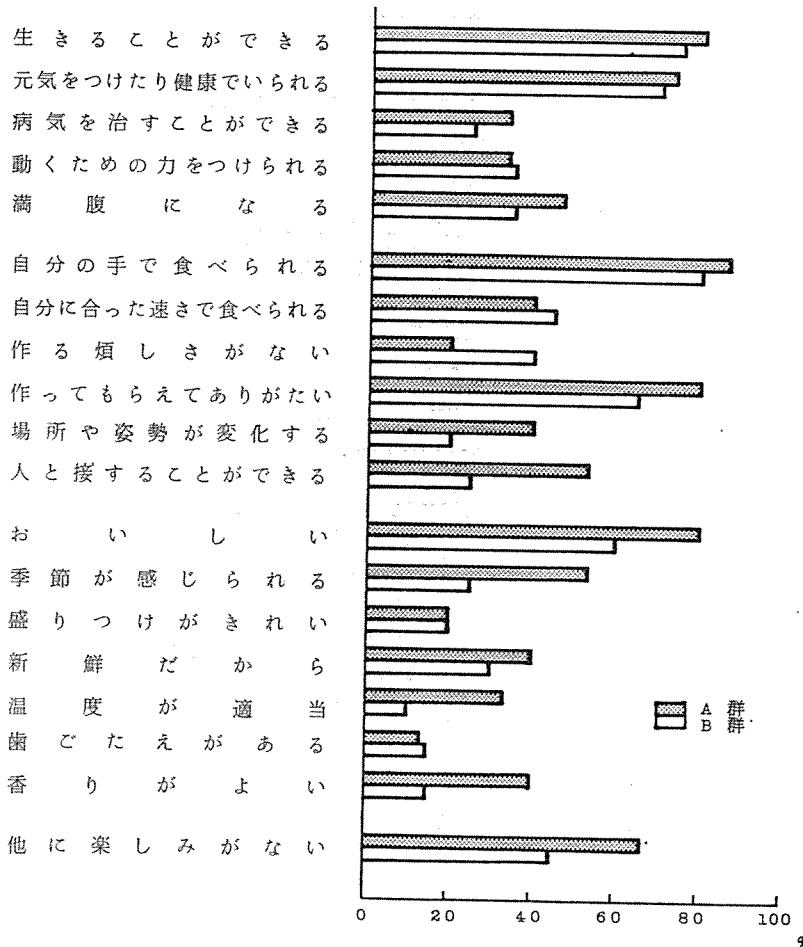


図2 食事が楽しみな理由

「よくかめないから」、「自分で作れないから」、「温度が不適当だから」はB群に高く選択されたが、いずれもB群の例数が少なく、有意差は認められなかった(図3)。

### 4 老人の背景と食事意識

両群の老人の背景は表1に示す。

図4は、A群において食事意識と関連のみられた老人の背景である。

「嗜好の適合」( $P < 0.02$ )、「排便の状態」( $P < 0.05$ )、「摂取方法」( $P < 0.05$ )、「心配事の有無」( $P < 0.1$ )については、B群

においても同様の関連性が認められた。即ち、食事が楽しみである老人の多くは、便通があり、嗜好が合っており、箸を使い、かつ心配事があった。

「食欲の有無」( $P < 0.01$ )については、A群に特有の傾向として現われ、A群の食事が楽しみである老人全員に食欲があった。

### N 考 察

#### 1 寝たきり老人は食事を楽しみにしているか

A群には、食事が「とても楽しみである」老人が比較的多い(22.2%)一方で、楽しみでない老人が41.1%もあった。このことは、寝たきり老人

### 寝たきり老人の食事意識

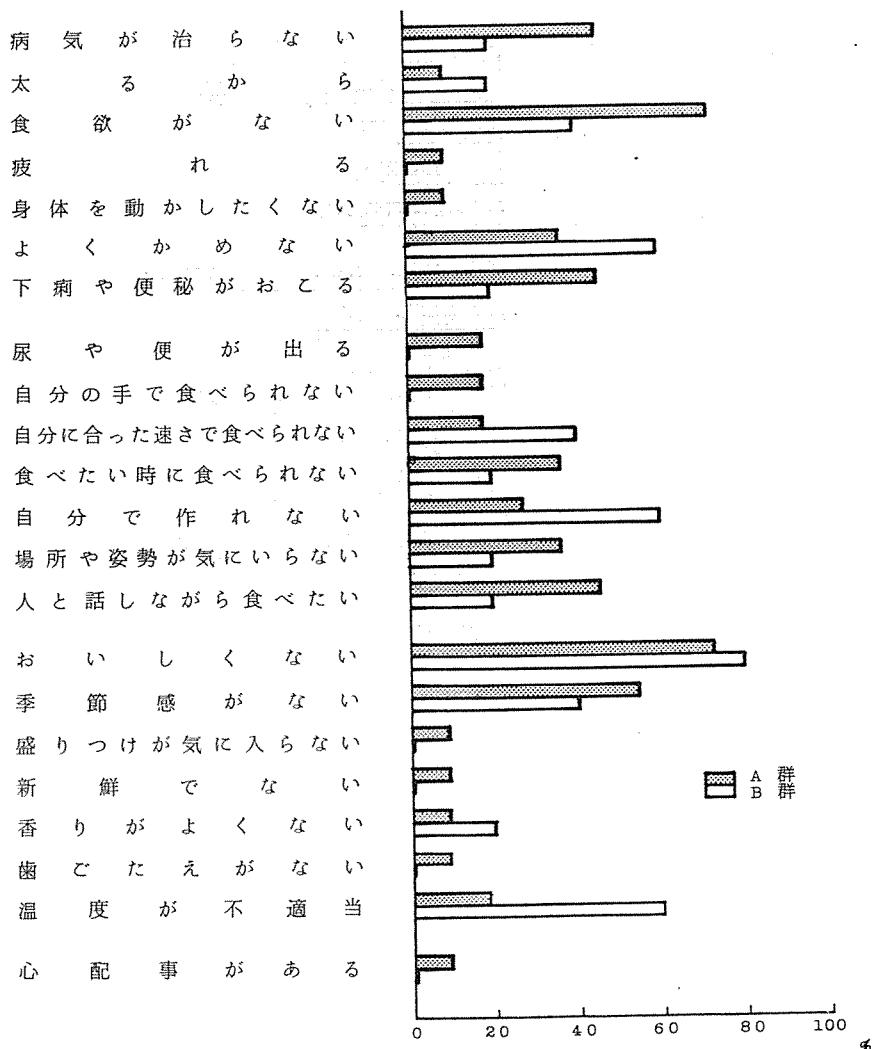


図3 食事が楽しみでない理由

にとって、食事が楽しみであるとは一概に言い切れないことを示している。

柳田ら<sup>3)</sup>による在宅寝たきり老人の食生活実態調査では、男84%，女77%が食事が楽しみであると答えている。施設での食事は、専門家によって計画され、栄養や嗜好、食べやすさなどが配慮されているが、秋山<sup>4)</sup>によると、家庭において老人向けの食事をよく作っているのは12.9%にすぎないという。このように、老人に適した食事内容と

いう点からは、一般に在宅老人よりも施設老人の方が患まれているといえよう。しかし現実には、施設の寝たきり老人に食事を楽しみにしている人が少ないので何故であろうか。

波多野らの報告<sup>5)</sup>では、家族のある老人の入院患者のうち、70%が家族に世話をしたいと望んでおり、世話の内容では食事が一番多かった。このことからも、老人は家庭的な雰囲気を食事の場により強く求めているのではないかと思われる。

## 寝たきり老人の食事意識

表1 老人の背景

(単位:人)

背景		A群	B群	背景		A群	B群	背景		A群	B群	
性 別	男	9	9	歯 齒	アレギ ルリ	有	1	6	リテ ハシ ビ リン  ++	積極的	2	11
	女	18	21		無	26	24		日課	0	5	
年 令	60代	4	16		有	3	3	消極的	6	1		
	70代	13	12		義歯と歯	2	1	無	19	13		
	80代	9	12		義歯	15	22	有	9	16		
	90代	1	0		無	7	4	無	18	14		
	農林水産業	5	9		義歯適 の合	している	10	15	有	11	14	
過去の職業	会社公務員	7	4		していない		7	8	無	16	16	
	自由業	8	5	排便状態 + +	便秘ぎみ	15	10	心配事 障	なしだ	9	30	
	主婦	3	9		普通	10	20		一部介助	17	0	
	その他	4	3		下痢ぎみ	0	0		全介助	1	0	
	一年未満	6	3		その他	2	0		トイレ	1	25	
入所年数	1~3年	11	12	食欲	有	19	19	排泄介助 ++ +	ポータブル	10	5	
	3~5年	6	8		どちらでもない	0	3		オムツ	16	0	
	5~10年	1	5		無	8	8		可能	4	20	
	10年以上	3	2		大きく変化	15	19		歩行	2	8	
	農山村	12	13		少し変化	7	5		車椅子	4	2	
過去の所在地	漁村	0	3	嗜好適 の合	変化なし	5	6		不可能	17	0	
	市街地	15	13		している	12	17		起き上り	可能	9	30
	その他	0	1		していない	15	13		不可能	18	0	
	単身	4	7		ハシ	9	23	程度	寝返り	可能	18	30
家族	配偶者のみ	0	0	摂取方法 ++ +	併用	5	2		不可能	9	0	
	配偶者・子供	4	6		スプーン フォーク	11	5		視力障害	有	7	5
	子供	16	15		素手	2	0		無	20	25	
	その他	3	2		食堂	1	14		聽力障害	有	5	8
	週1回以上	10	3		ベッドのそば	4	12		言語障害	無	22	22
面会の回数	月1~3回	9	16	摂取場所 ++ +	ベッド上	22	3		有	2	3	
	年3~12回	4	7		その他	0	1		無	25	27	
	年1~2回	3	2		坐位	26	30	+ : P < 0.1 ++ : P < 0.05 +++ : P < 0.01				
	なし	1	2		臥位	1	0					

### 寝たきり老人の食事意識

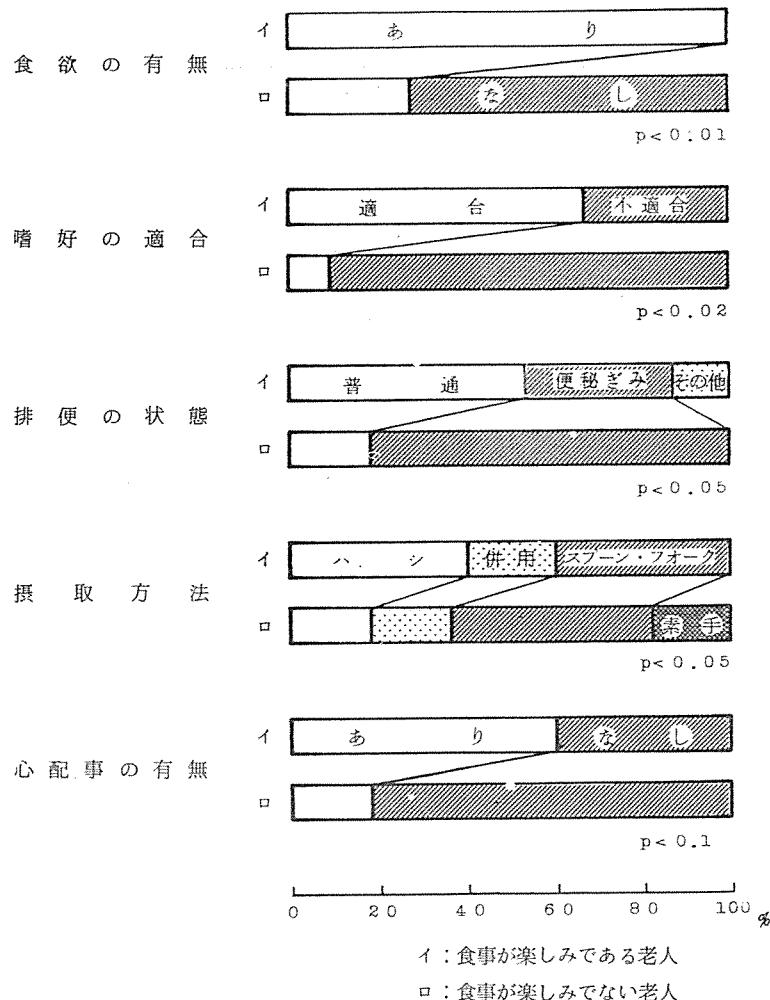


図4 食事意識の関連のみられた寝たきり老人の背景

さらに，在宅老人はその家で長年の間に形作られてきた食事の様式や内容など，老人の食習慣に合った食事を摂っていることが多いと思われる。これらのことから，施設の寝たきり老人の場合は，食の過程における環境の違いや過去の食習慣とのずれが老人をとまどわせ，食事を楽しみとするところから遠ざけていると考えられる。

このことはしかし，施設における寝たきり老人の生活で，食事が占める位置を低めるものではない。図1に示すように，A群とB群の食事意識は

その分布パターンが異なる。即ち，B群で「どちらでもない」と答えた老人は16.7%であったのに対し，A群では3.7%に過ぎず，楽しみであると楽しみでないに二分されている。「どちらでもない」と答えた老人は，日常，食事にあまり関心を示しておらず，食事が生活の中で占めるウェイトが少ないと考えられる。このことから，寝たきり老人は，寝たきりでない老人よりも，食事についてより強い関心を抱いていると考えられる。

## 寝たきり老人の食事意識

### 2 寝たきり老人は、食の過程を通して何を求めるか

#### 1) 生命維持および健康の保持

両群に共通して、食事が楽しみである老人の70%以上が、その理由として「生きられるから」、「元気をつけたり健康でいられるから」を選んでいる。しかし、「病気を治すことができるから」や「動くための力をつけることができるから」を選んだ老人は少くはない。このことから、食事を楽しみにしている老人は、食の過程を通して生きることを望んでいるが、病気を治すことや活動することと、食事とを結びつけて考えている人は少ないと言える。これは、一般に老人には何かしたいという対象や意欲が少ないためであると考えられる。「老人問題に関する世論調査」<sup>6)</sup>では、60歳以上の老人で、仕事、趣味、社会活動など自分自身のことについて生きがいを見出している人は42%にすぎず、29%が生きがいなしと答えている。また、加藤らの報告<sup>7)</sup>によると、施設における老人の41%が現在したいことは無く、61%が生きがいを感じていない。特に、寝たきり老人の場合は、何かしたいことがあっても身体状態からそれをあきらめていることが多いのではないかと考えられる。

#### 2) 食事摂取の自立

食事が楽しみな理由として、両群共80%以上の老人が「自分の手で食べられるから」を選んでいる。食事を自分の手で食べることは、幼児期から学習してきた人間本来の姿であり、当然の行為である。だからこそ、老人は自分の手で食べられなくなることを恐れているのではないかと思われる。摂取方法が箸からスプーン、素手へと変化することも、自分の手で食べることが不可能になる過程として、不安につながっていると考えられる。食事が楽しみである老人に箸を使用している人が多かった(図4)ことは、食習慣の問題だけではなく、このこととも関連しているのではないかと考えられる。特に、特別養護老人ホームの老人は、日常、障害の重い老人から軽い老人まで様々な老

人を目にすることで、その恐れや不安を切実に感じているのではないだろうか。日頃、このようなことを意識しながら食べているわけではないかも知れないが、改めて食事を考えた時、自分の手で食べられるという安心感、ありがたさという心理的満足を得ているのではないかと思われる。

#### 3) 対人的欲求

食事が楽しみな理由として、A群の53.3%が「人と接することができるから」を選んでいる。また、楽しみでない理由としても45.5%が「人と話しながら食べたいから」を選んでいる。加藤らの報告<sup>7)</sup>では、施設の老人の47%は、家族や知人の訪問を受けることが年1回以下であり、また、施設内にも友人が無く(85%)、話し相手も無い(39%)。この傾向は特に、病院に入院している老人に著しい。これらのことから、施設の寝たきり老人の多くは、総室で暮らしながらもお互いに孤独感を抱いており、食事の時を人と接することができる数少ない機会としてとらえ、楽しみにしている面もあると推察される。

#### 4) 嗜好の満足

A群で、食事が楽しみな理由として80.0%が「おいしいから」を選んでいる。また、楽しみでない理由としても72.7%が「おいしくないから」を選んでいる。食事においしさが望まれることは当然である。しかし、同じ内容の食事であっても、ある人はおいしいと感じ、またある人はおいしくないと感じている。その感覚は、個人の嗜好によっても異なり、またその時々の身体状態や環境にも影響されるものである。集団給食において、全員の嗜好を満足させることは理想であり、そのための努力がなされねばならないが、現実には限界がある。従って、環境や身体状態を整えることにより、少しでもおいしく感じられるように援助することが重要である。

また、食事が楽しみな理由として、A群の53.3%が「季節が感じられるから」を、楽しみでない理由としても、54.5%が「季節が感じられないから」を選んでいる。最近では、食品によって季節

## 寝たきり老人の食事意識

を感じることは少なくなってきており、老人は昔のように食事に季節感を求めており、それは一方で、単調になりがちな日々の生活にリズムを求める事にもつながっていると考えられる。特に、寝たきり老人にとっては、身体で季節を感じる機会が少ないため、四季の変化を食事を通して感じようとしているのではないかと思われる。

### 5) その他

A群の66.7%が「他に楽しみがないから」を、食事が楽しみな理由として選んでいる。実際に、本調査で老人の56.1%は楽しみがない(表1)。谷口の報告<sup>8)</sup>でも、施設老人の50.9%は楽しみが無く、また、楽しみの内容では食べることがもつとも多い。特に、自分から積極的に楽しみを求める事の困難な寝たきり老人にとっては、食事が心の慰めや気分転換の機会になっていると思われる。

「作ってもらえてありがたいから」は、楽しみの理由というよりも、老人が普段に抱いている気持ではないかと思われる。施設での生活が法により保障されたものであっても、老人はそれを当然のこととしては受け止めにくく、世話になり、迷惑をかけていると意識しているのではないだろうか。特に、人に依存することの多い寝たきり老人は、この気持をより強くもっているものと思われる。

### 3 寝たきり老人の背景と食事意識との関連

寝たきり老人の背景のうち、その食事意識にもっとも強い関連性が認められたものは、「食欲の有無」である。食欲は、生への欲求がある限り、人や動物が持ち続ける個体保存のための基本的欲求であり、当然、食の過程への影響が強いと考えられる。特に、寝たきり老人の場合は、その身体状態からこの基本的欲求がより強く表面化し、食事意識にも影響しているものと思われる。なお、B群でその食事意識にもっとも強い関連性が認められた背景は「摂取方法」( $P < 0.02$ )である。

また、寝たきり老人は活動量が少なく、排便状

態も一般に良好とはいえないにもかかわらず、食欲のある人が多い(70.4%)。老人の食欲には心理的・社会的要因が大きく影響し、欲求不満や抑圧した感情の代理症状としても食欲が起こる<sup>9)</sup>といわれることから、一部には、このような現象が寝たきり老人に起こっていることも考えられる。

「嗜好の適合」や「排便の状態」は「食欲の有無」とも関連がみられ( $P < 0.05$ )、便秘ぎみであることや嗜好の不适合は、食欲を減退させ、間接的に食事意識に影響を与えていると考えられる。

「摂取方法」により食事意識に違いがみられるのは、食習慣の固定している老人にとって、新しい食習慣を受け入れることは容易ではないことを示している。スプーン、フォークは手指に障害があっても比較的使用しやすい。しかし、老人にとって全ての料理にスプーン、フォークを使用することは、それまでとは異なる摂取方法である。老人は自立して食事をしたいという欲求の上に、より人間らしく自分の食習慣に合った方法で食事をしたいと望んでいる。

食事が楽しみである老人に「心配事」のある人が多く、その心配事の多く(57.9%)は、自分の身体に関する事である。食事が楽しみである理由と、自分の身体を心配することとの間に直接的な関連は見出せなかったが、食事が楽しみである老人は自分自身のことに目が向いており、自分の生活に対する意欲が、一方で心配事があるという意識として現われ、他方では食事が楽しみであるという意識として現われているのではないかと推測される。

## V むすび

特別養護老人ホームの老人を対象に食事意識調査を行なった。結論は次の3点に要約される。

1. 特別養護老人ホームにおける寝たきり老人には、食事を楽しみしていない人が半数近くあり、寝たきりでない老人との間に差が認められる。しかし、食事にはより強い関心を寄せていることが推察される。

## 寝たきり老人の食事意識

2. 特別養護老人ホームにおける寝たきり老人は、食の過程を通して、生命を維持し、健康を保持すること、自分の手で食べること、人と接すること、季節を感じることに楽しみを見出しており、食の過程から精神的潤いを得ることを望んでいるといえる。

3. 特別養護老人ホームにおける寝たきり老人は、食欲が無いこと、嗜好が適合していないこと、

便秘ぎみであること、箸が使用できることによつて、食事を楽しみとすることを障害されている。

本研究では、寝たきり老人の食事援助の現状については調査していない。今後、寝たきり老人の食事意識が食事援助のあり方とどのようにかかわっているのかを知り、その中から、望ましい食事援助を考えゆく必要があると思われる。

### Abstract

We made a survey of the attitudes of the elderly to meals at nursing homes for the handicapped elderly.

The conclusions are summarized into the following three points.

1) Nearly half of the bedridden elderly have no pleasure in taking meals but they seem to have stronger interests in meals than the not-bedridden elderly.

2) Through a process of eating, the bedridden elderly find pleasure in maintaining their lives, keeping healthy, communicating with other persons, and feeling a change of season, or, they want to have peace of mind by taking meals.

3) The bedridden elderly, who have no appetite, meet no taste for their meals, have constipation, and cannot use chopsticks, take great difficulties in taking delight in meals.

## 文 献

- 1) 厚生省；昭和56年厚生行政基礎調査の概況，公衆衛生情報，12：(3)，43～46，1982
- 2) 秋山房雄；食を考える，女子栄養大学紀要，8，5～13，1977
- 3) 柳田美子他；老人の栄養と生活，栄養学雑誌，31，254～256，1974
- 4) 秋山房雄；老人と食，日本老年医学会雑誌，16，199～208，1979
- 5) 波多野梗子他；老人は誰にどのような看護を期待しているか，社会老年学，11，49～56，1979
- 6) 厚生省，昭和50年版厚生白書，425～426，1976
- 7) 加藤光章他；施設老人の生きがいについて，浴風会調査研究紀要，57，61～79，1973
- 8) 谷口治恵子；施設老人の生活，看護技術，19：(7)，115～126，1973
- 9) 河野友信；老年者の心理，臨床栄養，51，775～780，1977

# 一 原 著 一

## 看護学における Terminologies の明確化に関する研究

: 看護における「技術」の概念をとおして:

Clarification of Terminologies in the Science of Nursing

: Through the Definition of "Art" of Nursing:

(そのⅡ)

看護論の基本構造 (1)

(Part II)

The Structure and Key Concepts of Nursing Theories (I)

野 島 良 子

Yoshiko Nojima

## IV 看護論の基本構造 (1)

総覧文献の刊行順に論述する。同一著者に2文献ある場合には、先に公刊された文献の年代にあわせて、2文献を同時にまとめる。

Nightingale; 1860, Notes On Nursing: What it is, and what it is not.  
1893, Sick-Nursing and Health-Nursing.

### 1 看護の基本構造

図1に示すとおりである。

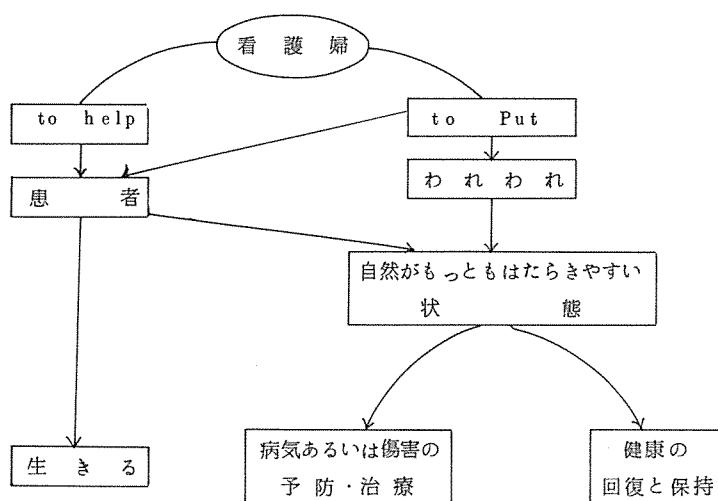


図1 Nightingale の看護論の基本構造

### 2 看護の定義

Nightingale は看護の本質規定に関して、次の2表現を用いている。すなわち「看護が行わねばならぬこと」(what nursing has to do)<sup>1)</sup>と、「本来の看護」(nursing proper<sup>2)</sup>)である。「看護が行わねばならぬこと」は「自然が患者に最もはたらきやすい状態に患者をおくこと」(薄井, 他訳)(to

## 看護学における Terminologies の明確化に関する研究

put the patient the best condition for nature to act upon him)<sup>3)</sup> であり、「本来の看護」は「病気に苦しんでいる病人に生きる手助けをすることなのである」(薄井, 他訳) (Nursing proper is therefore to help the patient suffering from disease to life.)<sup>4)</sup> そしてそれは「健康な人々への看護が, 健康な子供や人々の体質を病気のない状態に保つておこうとすることと同じである。」(薄井, 他訳)と説明される。両者は主題「看護とは何か?」(What is nursing?)に収斂され, 次のような定義が下されている。

「この二つの看護(注: 病人の看護と健康を守る看護)はいづれも自然が健康を回復させたり健康を維持したりする, つまり自然が病気や傷害を予防したり癒したりするのに最も望ましい条件に生命をおくことである。」<sup>5)</sup>(薄井, 他訳)

「看護とは何か?」と「本来の看護」の使い分けは, 看護実践活動の形態と対象のとらえ方の相違に関連している。前者において, 対象は「われわれ」(us)と包括的に人間全般が指定され,

「自然が病気や傷害を予防したり癒したりするのに最も望ましい条件に」「われわれ」を「おく」(to put)ところに看護実践活動の形態がみられ, 後者では, 対象は「病人」(the patient)と限定的に指定され, 「病人」に生きる「手助け」(to help)をすることが看護婦の役割りであるとされている。

実践の形態とその対象の相違は, 基本構造図によって明らかのように, 実践目的を各々異ったところにおくことになる。包括的, 全般的な看護の最終目標は, 健康の回復, 病気や傷害の予防と治療にあり, 限定的な本来の看護の最終目標は, 病人が「生きる」(to live)ところにある。

看護の機能の定義に関連して認められる

Nightingale の特徴は, 上記の他に, 1) 医師の機能との相違の明記, 2) 看護を技術・職業とみる立場, 3) 看護を「健康にとって最良の機会」

を得るための方法(Method)とみる立場, すなわち看護一手段説の諸点にある。

看護婦の機能と医師の機能とは, 後者は「生命力」(the vital force)を補充するために「処方」し(Prescribed for), 前者は「生命力」を「補う」(supplies)という表現によって戴然と区別されている。<sup>6)</sup>

“Nursing”の属性を表わすとき, Nightingale は, “An art”, “profession”, “Methods”等の表現を用い,とりわけ “An art” を頻用している。この “Art” は芸術ではなく, 技術概念によって最も適切に理解されうる。というのも, 用語 Art は下記の例にみられるように, Nightingale においては訓練(practise), 熟練(ski-lled), 職業(profession), 方法(Method)と, あくまで技術のもつ実践への意識的な適用性を含んだ概念と結合して用いられ, それらを合理的に裏づけるものとして科学(Science)が認識されているのである。「看護覚え書」において Nightingale は次のように “The Art of Nursing” を「実践」(Practise)と明記している。

“The art of nursing, as now practise, seems to be expressly constituted to unmake what God had made disease to be, viz., a reparative process.”<sup>8)</sup>

本来, ギリシャ語の *techne* (テクネ), (ラテン語では *ars*. アルスがこれに相当するという) に由来する技術は, 「事物の客観的法則性を意識し, これを実践に意識的に適用することを通して, 自己の目的を実現する」<sup>9)</sup> ところの人間行動に他ならない。Nightingale の上記の表現は, 彼女が技術の本質と, 技術としての看護の属性を熟知していたことを示唆している。「病人の看護と健康を守る看護」の冒頭の、

“A new art and a new science has been created since and within the last forty years. And with it

## 看護学におけるTerminologiesの明確化に関する研究

a new profession... so they say; we say; CALLING." <sup>10)</sup>

は、科学と技術が急速に合体してゆく19世紀後半に対するNightingaleの鋭い時代認識の感覚を、如実に表わしている。Artの概念の混同がもしあるとすれば、それは芸術ではなく、むしろ職業である。というのは、ヨーロッパでは18世紀にもまだいろいろな職業がミステリ(mysteries, 秘技)と呼ばれて、そこにArt and mysteriesという、技術と職業を指す言葉が存在した。技術(アール)と職業(メチエ)の区別が明らかになつたのは、フランスにおいてはアンリ四世の時代からである。<sup>11-12)</sup>

看護実践の意義に対するNightingaleの立場は、実践そのものを目的とみる自己目的的立場ではなく、あらゆる人間、あらゆる病人、あらゆる赤ん坊が健康にとって最良の機会を得るための「方法」であるとする、看護一手段説の立場である。

### 3 主要概念

Nightingaleの看護論を構成する主要概念は、人間像、Art(技術)、健康と疾病、である。

1) 人間像；Nightingaleの看護思想において、人間の「基本像」は次のような諸特性をもつた存在として認識されている。諸特性とは、1) 自然存在、2) 人間存在の固有性、3) 心身の相関、である。

Nightingaleの看護観を特色づけるものに「生命の法則」(the laws of life)と「生命力」(vital Power)の概念がある。これらの根底にあるのは、人間を自然存在とみる彼女の人間観である。Nightingaleにおいて、人間の身体はそれ自体自然の一部として有機的に機能するために、一定の法則、すなわち「身体の法則」(physical law)を有している。そして、それらの法則にしたがって外部の自然、いいかえれば環境との間に不断のエネルギー交換を行っている。食物の他に人間の身体が外部自然からとりこむものの

うち、必須のものとして、まじり気のない空気(pure air), まじり気のない水(pure water), 光(light)がある。適切な食物、空気、水、光が身体内にとりこまれたとき、エネルギー代謝に関与するのが皮膚、循環、消化である。このエネルギー代謝過程は、適当な暖、清潔、排水等の確保によって、いっそう促進される、とされている。

Nightingaleは人間(human being)や身体(body)を表わす用語として“human being”や“body”的代りに“living human being”, “living body”を用いている。その理由は彼女がそれ自体ひとつの自然である人間の身体が外部自然との間にかわす不斷のエネルギー交換過程を、単なる自然現象としてではなく、人間が死なずにいるために、より端的にいえば、健康に生きることを生得的な権利としてもつ人間にのみ固有に生じる生物学的現象として認識し、そこに重要性を認めているからに他ならない。Nightingaleの用いた“living”という表現は、「生きている」と同時に「生活している」という意味に解することができる。そして、そう解する方が、彼女が看護に与えた定義によくあう。「自然が病氣や傷害を予防したり癒したりするのに最も望ましい条件に生命をおく」ための基本としてNightingaleがあげた条件は、上述したように、食物、空気、水、光が適切に供給されるように、日常生活の条件を整えることである。公衆衛生というよりも、諸個人と各家庭の単位でいえば、それは日常生活の様式を変換すること、すなわち日常生活行動の改善に他ならない。そして、それらの諸物質が確保、整備されたとき、人間が必要とするもうひとつの必須要素としての“relief”と“comfort”が得られる。

看護婦が関与するのは「生きている身体」(living bodies), 「生きている心」(living minds), 「人間の諸力」(human forces), 「意識をもった力」(conscious forces)でもって生きている「人間の生命」であり、この生命は植物の生命(vegetable life)でもなければ

## 看護学における Terminologies の明確化に関する研究

動物の生命 (animal life) でもない。「生きている身体」と「生きている心」である、と Nightingale が人間存在の固有性を力説するのは、上述のような理由によっている。自然存在としてある生物は、人間だけではない。あらゆる動植物がそうである。しかし、人間はその個体のもつ身体組織と外部自然との関係、人間そのものの自然的身体的性質、諸個人の日常生活活動とその表現、生き方、存在の仕方において、他の動物とは歴然と異なっている。<sup>13)</sup> Nightingale は人間をそのような存在としてとらえているのである。

生きている身体が自然との間にかわすエネルギー交換過程によって「産出」(produce) されてくる諸現象が、「生命力」であり、この過程を司るものが「生命の法則」である。そしてこの法則は人為の及ぼしものとして、「神の法則」(The laws of God) である。身体のもつ「自然治癒力」(nature alone cure) は、疾病あるいは傷害下において、特定の身体部位に生じた病理学的現象に向けて、集中的に発露される生命力であると考えることができる。

しかし、人間を自然存在とみる立場は Nightingale に固有ではない。ヒポクラテスは紀元前5世紀に既に人体の自然性について論じ、健康に空気、水、場所の適否が大きく関係すると説いている。自然治癒力の概念はヒポクラテスのものである。彼はそれを「人体の自然的力」、あるいは「身体にそなわる自然的手段」と呼んでいる。<sup>14)</sup>

Nightingale の看護論において自然存在として認識された人間は、同時に感性的存在として認識されている。「看護覚え書」第5章は「変化」(variety) にあてられ、病人に変化を与えることの重要性について記述されている。「美しい物や物の変化、そしてなかでも色の鮮やかさ」(薄井、他訳) などが病人に与える変化は、ただ気持のうえのものだけではなく、「効果はからだのうえにも現われるのである。」(薄井、他訳) Nightingale はさらに、こころが身体に影響を及ぼすばかりでなく、身体がこころに影響を及ぼすと主

張し、心身相關の立場をとる。

Nightingale の看護論にみられる自然概念と人間像は、彼女の同時代人 Marx のそれと本質的に共通している。Marx は次のように述べている。

「人間は直接的には自然存在である。自然存在として、しかも生きている自然存在として、人間は一方では自然的な諸力をそなえており、一つの活動的な自然存在である。これらの力は、人間のなかに諸々の素質、能力として、衝動として実存している。他方では、人間は自然的な肉体的な感性的な対象的な本質として、動物や植物がそうであるように、一つの受苦している (leiden) 制約をうけ制限されている本質である。」<sup>15)</sup>

「人間が肉体的で自然力のある、生きた、現実的で感性的で対象的な存在であるということは、人間が現実的な感性的な諸対象を、自分の本質の対象として、自分の生命発現の対象としてもっているということ、あるいは、人間がただ現実的な感性的な諸対象によってのみ自分の生命を発現できるということを意味するのである。」<sup>16)</sup> (傍点、原著者)

2) 技術 (Art); Nightingale が用いている "Art" の用例は、"the art of nursing, as now practice," "the art of observing," "the art of petty management in hospital," "this art of multiplying herself," "the art of preserving its own health into the human race," である。"Art of nursing," "Art of observing" にみられるように、「～をなすことの術」として、Art は技術を指している。しかしそれは看護婦がその実践目的を実現するために用いる手段や方法の意味においてではなく、nursing あるいは observing と同義に用いられて、看護実践そのものが技術的行為として認識されている。したがって所謂技術の概念は定義されていない。

最も重視、かつ強調されている技術は、観察 (the art of observing) である。「何を」

## 看護学における Terminologies の明確化に関する研究

(what to observe)、「どのように」(how to observe)を観察するか、「しっかりと」(sound and close observation),「注意深く」(most careful),「正確に」(accurate)が良い看護を行う鍵になる。つまり、観察は単にデータをつみあげるために行われるのではなく、「生命を守り、健康と安楽とを増進させるためにこそ」<sup>17)</sup>(薄井, 他訳)行われるのである。“the art of management”は病室内外の患者の環境整備を指している。

3) 「健康と疾病」; 健康は次のように定義されている。

「健康とは良い状態をさすだけではなく、われわれが持てる力を充分に活用できている状態を指す。」<sup>18)</sup>(薄井, 他訳)

疾病は、「健康を妨げている条件を除去しようとする自然の働きである。」<sup>19)</sup>(薄井, 他訳)と定義されている。疾病は自然が行う修復過程(reparative process)として認識されている。そして自然がその修復過程をたどるとき、必須要素となるものが、新鮮な空気、光、暖、静穏、清潔、整頓、栄養、等である。

Nightingaleは健康を「状態」(to be well)としてのみならず、「機能」(to be able to use well)としてとらえている。健康と不健康は相対的なものであり、同一軸上で連続している。病人はその軸上の不健康側端に位置している状態にある人間として理解される。<sup>20)</sup>人間を自然存在として認識し、人間の身体の外にある自然(人間の自然)との調和のなかに健康の要件を求め、実践の具体においては観察を重視するNightingaleの看護思想には、病人をとりかこむ自然環境と社会環境、習慣、食生活、職業を含めた生活様式が健康に及ぼす影響を力説し、問診に重点をおいたヒポクラテス学派の医術思想<sup>21)</sup>と健康観との共通性が認められる。

また、健康を、人間がもてる力を充分に活用できている状態であると規定し、その要素となる食物、空気、水、光が適切に供給されるように日常

生活の条件を整えることによって得られる身体の“relief”と“comfort”を重視する思想は、ルネサンス期の彼女の同国人Sir Thomas More(1478-1538)の保健思想と共通している。Moreは「ユートピア」(Utopia)によって、健康のもつ社会性、公共性を指摘し、公衆衛生行政の重視策を提言しているが、「自然にしたがって秩序づけられた生活」はそれを徳であると呼び、「ただ善良で健全な快楽の中にのみ幸福がある。」<sup>22)</sup>としている。Moreの考える快楽とは、「人間がそこに自然に喜びを感じるような、肉体や精神のあらわる状態と運動」<sup>23)</sup>のことである。真正な快楽には心の快楽と肉体の快楽に属するものがある。前者には「知性の喜び」、真理の瞑想から生ずる喜びなどがあり、肉体の快楽には「快感が感覚的に感じられる場合」と、「肉体の静かな、調和のとれた状態をその本質とする快楽」がある。そしてMoreは「この肉体の静かな「調和のとれた状態をその本質とする快楽が、「病苦に苦しめられ悩まされることのない、各人本来の健康にほかならない」<sup>24)</sup>という。

本来の健康は、「病苦の為に損われない限り一たとえ外部からの快感が与えられなくとも、ただそれだけで充分快よいものである」<sup>25)</sup>というMoreの健康観が、同時にNightingaleの健康観の基底に流れている。

Hildegard E. Peplau; 1952, Interpersonal Relations in Nursing.

### 1 看護の基本構造

図2に示す。

### 2 看護の定義

「看護」(Nursing)の定義は概略次の諸点に関連して試みられている。すなわち、看護は、1)応用科学、2)人間の行う努力(endevor)、3)社会的力(a social force)、4)教育的道具

## 看護学における Terminologies の明確化に関する研究

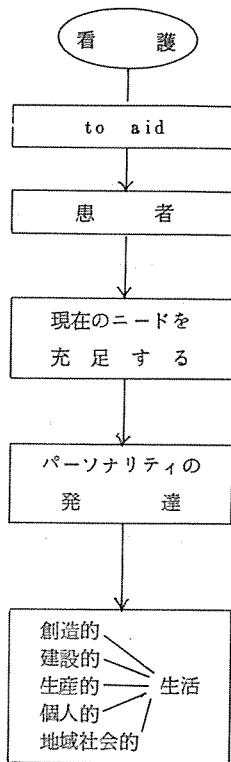


図2 Peplauの看護論の基本構造

(an educative instrument), 5) 成熟を促す力(a maturing force), 6) 過程(a process), 7) 機能(a function)である。

看護は応用科学であり、人間の行う努力であるというには、看護の属性にふれたものである。また、看護を「力」とみ、道具とみなす考え方は看護一道具説をとる peplau の立場を示している。peplau の看護思想は看護を病気である個人、あるいはヘルス・サービスを必要としている個人と看護婦間の人間関係としてとらえるところに、その特徴がある。<sup>26)</sup> 看護は次のように定義されている。

「看護とは有意義な、治療的な、対人的プロセスである。看護は地域社会にある個々人の健康を可能にする他の人間的プロセスと協同して機能する。保健医療チームが保健サービスを提供する特定の場では、看護は、人体の中で目下進行している自然の諸傾向を助長する条件を編

成するのに参加する。看護とは創造的、建設的、生産的な個人生活や社会生活をめざす、パーソナリティの前進を助長することを目的とした教育的手段であり、成熟を促す力である。」  
(稻田、他訳)<sup>27)</sup>

peplau の看護論は、1) 発達理論、2) プロセス説、3) 看護一手段説として要約できる。これらの特徴のうち発達理論としての側面は、人間をその基本像において、成長し、変化し、人々のなかにあって人間関係を形成し、生活様式を創案してゆく存在、として認識するところに理論形成の立脚点がある。

看護実践活動の主体は看護婦(nurse)であるが、しばしば“Nursing”「看護」と表現される。Peplau の看護論において、看護婦は人間の基本像そのものにおいて把握され、看護状況のなかで学習することによって自ら成長する場合にのみ、その実践活動が有効なものになるとされる。看護実践活動はその主体と対象との関係において、民主的(democratic)な構造をもつ。互いに相手に対する信頼の態度(altitude of trust)と、相手の能力を尊敬する(respect for the capacity)ことが Alpha であり、対象が看護実践活動に活発に参加することが民主的な看護の目標として、Omega となる。看護婦は「患者を援助的な方法によって看護したいと望んでいる人間」であり、また実際に諸個人や地域社会の手助け(aid)をする「援助者」(assistants and helpers)であることによって「機能するパーソナリティ」(a functioning personality)である。それゆえ看護婦のパーソナリティは、実践活動の手段として重視される。

看護実践活動の直接対象となるのは患者(patient)，または諸個人(individuals)であるが、人々(people)と集合的によばれる集団によって、究極的には地域社会(community)がその対象となる。看護実践活動の形態は“help”, “aid”によって表わされるが、場合によっては、それらの援助形態を具体的に指示する形で、“provides

## 看護学における Terminologies の明確化に関する研究

( condition, methods ), "leads" 等の表現が用いられている。

「看護」の基本的な目標 (primary goal) は健康である。つまり「健康な生活」(healthful living) をもたらすことであるが、それは人々が問題解決のための技術を開発し、身につけるように手助けすることによって到達される。看護がこのような方法を用いて実践活動をすすめるとき、看護は「健康の改善」を目標としても、ひとつの「専門職業機能」とみなされる。そしてこの機能は、人々が問題解決技術を開発し、身につけてゆくのを手助けする点において、教育的、かつ治療的 (educative and therapeutic) な性格をもつ。

Peplau は看護の機能を、その目標を健康の改善におく点に関連して、看護にのみ独占的な機能だとは考えていない。看護は「保健医療チームの多くの機能の一つである。<sup>28)</sup> ( 稲田、他訳 ) しかし看護は援助の対象となる諸個人に対して教育的、治療的にはたらく点にその特質がある。この特質のゆえに Peplau は看護を「機能」であると同時に「成熟を促す力」(a maturing force), 「教育的道具」(an educative instrument) であると規定するのである。<sup>29)</sup>

Nightingale は、看護があらゆる人間が健康にとっての最善の機会を得るために方法 (methods) であるという意味において、看護一手段説をとったが、Peplau は看護のもつ諸属性のなかに教育的、治療的役割を果す道具的特質があるとみるのである。それとともに Peplau は患者のニードに注目することによって、看護が人々に満足 (satisfaction) をもたらし、文明を前進させる力をもつともみなして、次のように述べている。

「パーソナリティをよりたかめるために、患者のニードに対して配慮することは、看護を一つの『社会的力』として活用する一つの道でもある。この看護という社会的な力は、患者が自分の欲しているものは何かをみきわめて、自由な感情をもつことができるよう、また満足をも

たらし、文明を前進させる目標に向かって他の人々とともに努力することができるよう、援助の手をさしのべるものである。」( 稲田、他訳<sup>30)</sup> )

看護実践活動の目標を文明の前進におく Peplau の看護認識には、社会性と歴史性が潜んでいる。それは後にみると、Peplau が人間主義的・共同体的・社会主義的な存在として描く人間の基本像と無関係ではない。看護が「成熟を促す力」、「教育的道具」として患者のパーソナリティの発達を促し、それによって「創造的」(creative), 「生産的」(productive), 「建設的」(constructive), 「個人的」(personal), 「地域社会的」(community) 存在であるべく成長を遂げてゆくことは、民主主義社会における人間存在の原則である。

Peplau はその看護論の序で、彼女が看護理論の形成過程で、Fromm をはじめとする新フロイト学派の人びとから受けた影響について述べている。新フロイト学派の理論は Peplau にとって「看護における観察を説明するのに最も有用な理論」<sup>31)</sup> であったというだけではなく、新フロイト学派の眼をとおして認識される、同時代人の、自由から逃走してゆく姿に、彼女は人間の不健康な状態、そうあってはならない状態をみたのではないか。看護実践活動は社会の動向と無縁ではない。むしろそれによって実践活動の形態と内容は大きく左右される。しかし看護実践活動それ自体が急激な社会変革を計画することはない。人々がパーソナリティの発達をとおして成熟し、それによって地域社会が前進してゆくとすれば、それが看護の企てる社会改革であり、それを企てる力が、看護のもつ「社会的力」である。Peplau の、看護は社会的力であるとする規定は、このように理解される。

Peplau の看護一手段説は看護の属性に含まれる手段的側面を説明するものとしてあり、その手段を適用される対象が諸個人、および社会という二重構造において説明されるところに、特徴が認

められる。

「看護」の直接目的は、人々が困難を解決したり、繰返し起る問題に対応するなかで新しい問題解決技術を開発することによって、健康な生活をもたらすのを手助け(help)することにある。

Paplaufの看護論を特徴づけるものに「民主的看護」(Democratic nursing)の思想がある。看護実践活動においては、看護婦は患者とともに、患者の直面している諸問題の解決にあたる共働者なのである。この共働において、看護婦はリーダーシップをとる役割を果す。<sup>32)</sup> 民主的看護の前提となるものは、患者の参加であるが、患者の参加は、看護婦と患者とがお互いに相手を、共通性をもちつつ、しかも固有の存在として尊敬しあうことが条件となる。「民主的看護」、あるいは「民主的方法」(democratic method)等の表現に含蓄される Peplauの看護思想は、このように、共生的人間観<sup>34)</sup>に基づいている。

### 3 主要概念

Peplauの看護論を構成する主要概念は、人間像と「プロセス」(process)である。

1) 人間像；人間存在はその基本像において、発達し成熟する存在、として把握される。そしてこの存在は同時に「不安定な平衡状態、すなわち生理的、社会的変移性の中に生きている有機体である」<sup>35)</sup>(稻田、他訳)と規定される。この有機体である諸個人は、各自自分自身の心象をもち、地域社会における存在として「身体的・精神的・社会的安寧」(Physical, emotional and social well-being)のうちにある。そして、この地域社会は民主的社会である。人間は誰でも「他人と関係をもつときに働く自己の心像をもっている」<sup>36)</sup>(稻田、他訳)が、この心像は生得的なものではなく、成長と発達の過程で周囲の人々との人間関係をとおして形成されてくる。そして「自己概念全体」(a whole concept of self)が他者との建設的な相互依存関係を可能にするのである。

「協力、競争、妥協の能力の展開は、民主社会において他人と協力して参加し、みづからの問題を解決する技術の基本となる」のであるが、この民主的な社会でこそ人間は本性的に解放され、自由に成長し、変化し、成熟し、自らの生活を設計して人々との生産的な関係を確固としたものになし得るのである。<sup>37)</sup>

民主的な社会において、他者との建設的な相互依存関係のもとに、「創造的」、「生産的」、「建設的」、「個人的」な生活へ向けて発達し成熟してゆく人間は、Peplauの看護論の背骨をなす基本像である。同時に、人間は生理的、社会的に不安定な平衡状態のなかで生き、生涯にわたってその「安定した平衡」(stable equilibrium)を求めてゆく存在としても認識され、心一身は相關したものとして認識されている。<sup>38)</sup>

要約すれば、Peplauの看護論において、有機体としての人間は、E·Frommの人間主義的・共同体的・社会主義(Humanistic-communitarian-socialism)の基調のもとに、発達し成熟する存在、として認識されている。

2) 「プロセス」(process)；「プロセス」はPeplauの看護論においては、看護そのものを表象する重要概念として位置づけられる。看護は「ひとつのプロセスである」として、以下のように説明され、用語として“nursing process”があてられている。<sup>39)</sup>

「看護とは、個人が生産的能力を最大限に發揮できるように影響を与える推進力や体験を利用するよう援助することによって、パーソナリティの発達を促す一つのプロセスである。」(稻田、他訳)<sup>40)</sup>

あるいは、また次のようにも説明される。

「看護は、患者により成熟したニードが生まれ、それらがみたされるようにするため、患者の当面のニードをみたすよう援助する一つのプロセスである。」(稻田、他訳)<sup>41)</sup>

要約すれば、この「プロセス」は次のような諸属性をもつ。 1) 社会的基盤をもった人間的プロ

セス (human process) である。2) この「プロセス」の構成因は「看護する人」(the individual who does the nursing) と「看護される人」(the person who is nursed) である。この「プロセス」の構造は、両構成因間に起る特定の「段階」(steps), 「行為」(actions), 「操作」(operation), 「遂行」(performance) によって組立てられ、目的指向的である。そしてこれらの諸属性を総括する形で、この「プロセス」は「治療的」、かつ「教育的」な「人間関係のプロセス」(an interpersonal process) であると規定される。<sup>42)</sup>

看護する人と看護される人との間に生まれる、この目的指向的な人間関係は、「方向づけ」(orientation), 「同一化」(identification), 「開拓利用」(exploitation), 「問題解決」(resolution) の諸段階をふんで展開されるが、この展開において最も重要な鍵を握るものが、「機能するパーソナリティ」(a functioning personality) と定義される看護婦のパーソナリティである。

Peplau の看護論においては、看護婦のパーソナリティそのものが、民主的方法によって展開される実践活動において利用される手段、ないし道具として位置づけられている。看護婦のパーソナリティを看護実践活動における不可欠の手段・道具とみる観点は、後に Travelbee によって "The therapeutic use of self" として明確化されてくる。

#### 4 サブ・モチーフ

人間像にかかわるサブ・モチーフとして「ニード」と「健康」の概念があり、「プロセス」にかかわるサブ・モチーフとして、「技術」(skill) と「人間関係」の概念がある。

1) 「ニード」(needs); "needs" は生理的であると同時に心理的でもあり、行動のなかに表現される、と説明され、用語として "human needs" があてられている。「食物、飲物、休養、

睡眠に対するニードは、信頼や権力、他人との協同に対するニードよりも緊急を要するばあいが多い。」(稻田、他訳) とし、前者を「第一義的あるいは生理的ニード」、後者を「第二義的あるいは自我のニード」と呼んでいる。諸ニードのうち緊急度の高いものがまづ充足され、つづいて次なる成熟したニードが現われるとして、ニード充足のヒエラルキー説をとっている。<sup>43)</sup>

ニードの概念そのものは上記のように、人間の基本的諸ニードの側面から説明されるが、用語 "needs" についてみると、"need for help", "the needs of patients" あるいは "their present needs" のように用いられており、これらは前記のような基本的な人間の諸ニードを充足するうえで、他者(看護婦)からの手助けが必要となった患者の状況を指している。用語 "need for help" は Wiedenbach の看護論の主題となってくるが、ここで Peplau によってすでに用いられている。<sup>44)</sup>

2) 「健康」; 「健康」は「一つの表象用語であり、それは創造的、建設的、生産的、個人的、地域社会的生活に向かってのパーソナリティの前進と他のもろもろの人間的プロセスを示しているのである。」(稻田、他訳) と説明されているだけであり、その概念は曖昧である。

3) 「技術」(skill); 人間関係のプロセスとしての看護実践活動をすすめてゆくうえで、それぞれの時点における患者一看護婦関係を決定してゆく因子は、機能、役割、判断および技術であるとされる。技術は科学的な知識と、多種の技能 (technical abilities) からなる裏づけを必要とする。<sup>45)</sup> そして、観察、コミュニケーション、記録は「看護のプロセスにおいて互いにからみ合っている」(稻田、他訳) 操作であるが、実践の場としての人間関係への共同参加者としての看護婦に強く求められる技術は、「状況を観察し、理解する技術」(skill in observation and in understanding) である。なぜならば、観察と理解は判断につながり、結果的に問題解決へと

## 看護学における Terminologies の明確化に関する研究

導いてゆくからである。

Nightingale とは異なり Peplau は看護婦の観察対象を患者にではなく、患者の認識している「状況」(the situation as it is seen by the patient)<sup>49)</sup>においている。

観察において最も重要とされる道具は、看護婦自身である。Peplau は次のように述べている。

「看護婦が自分を観察のための手段として、より厳密に利用できるようになればなるほど、看護のプロセスにおける行為に関する観察がよりよくできるようになる。」(稻田、他訳)<sup>50)</sup>

コミュニケーションにおいて重用される道具は言語である。言語には話し言葉、願望、諸ニード、要求等の合理的、または非合理的な表現、身体言語が含まれるとされている。<sup>51)</sup>

### 文 献

- 1) Nightingale, F., Notes On Nursing; What it is, and what it is not, Harrison, London, 1860, Reprinted edn., Gendaisha, Tokyo, 1980 pg. 191
- 2) Nightingale, F., Sick-Nursing and Health-Nursing, Selected Writings On Nursing, Compiled by Hiroko Usui and Yoshihiko Kominami, Tokyo, 1974, pg. 89
- 3) Nightingale, F., 前掲 1. pg. 191
- 4) Nightingale, F., 前掲 2. pg. 89
- 5) 同上. pg. 89
- 6) 同上. pg. 89
- 7) 同上. pg. 87
- 8) Nightingale, F., 前掲 1. pg. 20
- 9) 哲学事典, 平凡社, 昭和46年, pg. 301
- 10) Nightingale, F., 前掲 2. pg. 87
- 11) カール・マルクス, 大内, 他訳, 資本論: 経済学批判, 第1巻第1部, 資本の生産過程, マルクス・エンゲルス全集, 大月書店, 1965, pg. 633
- 12) Luc Benoist, Le Compagnage Et Les Metiers, Collection Que Sais-Je ?, NO. 1203, 1966. 加藤訳, フランス巡歴の職人たち — 同職組合の歴史 — 白水社, 1979
- 13) マルクス・エンゲルス, 真下, 訳, ドイツ・イデオロギー, 大月書店, 1965. pg. 42-43
- 14) ヒポクラテス, 小川, 訳, 古い医術について, 岩波文庫, 昭和38年, pg. 92
- 15) マルクス, 城塚, 他訳, 経済学・哲学草稿, 岩波文庫, 1964. pg. 206
- 16) 同上, pg. 206
- 17) Nightingale, F., 前掲 2, pg. 181
- 18) 同上, pg. 89
- 19) 同上, pg. 89
- 20) Nightingale, F., 前掲 1, pg. 97
- 21) 宮本忍, 医学史想史 1, 効草書房, 1971
- 22) トマス・モア, 平井訳, ユートピア, 岩波文庫, 昭和32年, pg. 111
- 23) 同上, pg. 114
- 24) 同上, pg. 120
- 25) 同上, pg. 120
- 26) Peplau, H.E., Interpersonal Relations in Nursing, Putnam's Sons, New York, 1952, pg. 6
- 27) 同上. pg. 16
- 28) 同上. pg. 6
- 29) 同上. pg. 8
- 30) 同上. pg. 84
- 31) 同上. pg. V
- 32) 同上. pg. 50
- 33) 同上. pg. 23
- 34) アリストテレス, 高田訳, ニコマコス倫理学(下), 岩波文庫, pg. 147
- 35) Peplau, H.E., 前掲 26, pg. 82
- 36) 同上. pg. 209
- 37) 同上. pg. 247
- 38) 同上. pg. 83
- 39) 同上. pg. 8
- 40) 同上. pg. 73

看護学における Terminologies の明確化に関する研究

- 41) Peplau, H.E., 前掲 26. pg. 83  
42) 同上. pg. 309  
43) 同上. pg. 82  
44) 同上. pg. 82  
45) 同上. pg. 79 & 84  
46) 同上. pg. 33  
47) 同上. pg. 33  
48) 同上. pg. 11  
49) Peplau, H.E., 前掲 26. pg. 57  
50) 同上. pg. 283  
51) 同上. pg. 289  
52) Fromm, E., *Man for Himself : An Enquiry in the Psychology of Ethics*, Hinehart and Co., New York, 1947.  
谷口, 他訳, 人間における自由, 創元新社, 昭和30年

# 一 原 著 一

## 看護学における Terminologies の明確化に関する研究

: 看護における「技術」の概念をとおして:

Clarification of Terminologies in the Science of Nursing

: Through the Definition of "Art" of Nursing:

(そのⅡ)

看護論の基本構造 (2)

(Part II)

The Structure and Key Concepts of Nursing Theories (II)

野 島 良 子

Yoshiko Nojima

## IV 看護論の基本構造 (2)

Virginia Henderson; 1960, Basic Principles of Nursing Care.

1964, The Nature of Nursing.

### 1 看護の基本構造

図3-1, 3-2のとおりである。

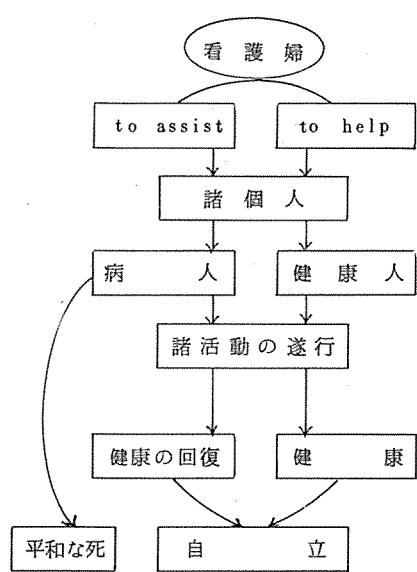


図3-1 Hendersonの看護論の基本構造:  
看護婦の独自の機能

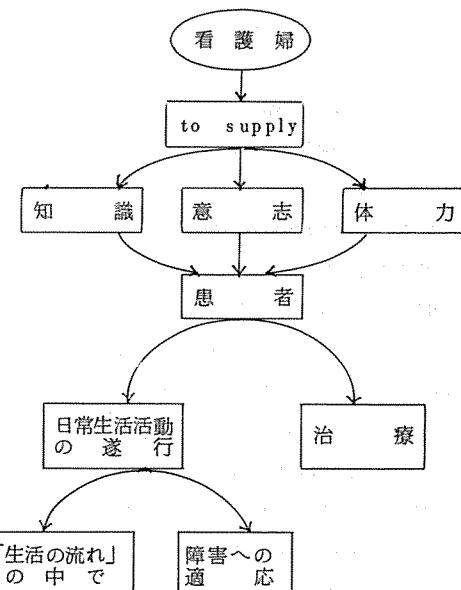


図3-2 Hendersonの看護の基本構造  
: 基本的看護ケア

## 2 看護の定義

看護は、看護婦の独自の機能として、次のように定義されている。

「看護婦の独自の機能は、人々を、病気であっても健康であっても、彼らが必要な強さ、意志または知識を備えていれば介助なしで行うであろうような、健康とその回復（または平和な死）に寄与する活動を行うのを助けること。同様に、人々ができるだけ早く自立できるよう助けること」<sup>1)</sup>

この定義は、そのなかに看護実践活動の主体、形態、対象と対象の属性、目標、および範囲をすべて包含し、すぐれて完成された形で記述されている。看護実践活動の主体は看護婦であるが、定義では、その「独自の機能」として表現されている。さらに、看護は“a service”であると規定され、この実践活動は“assist”という形態をとって行われ、個人（the individual）がその対象となる。この個人は「病気であっても健康であっても」と、包括的に規定されているが、明らかに強さ、意志あるいは知識のうちのいづれか、もしくはそれらの総てを何らかの程度に欠くことによって、健康と健康の回復に役立つ諸活動を、独力では行えなくなっている人である。看護実践活動の対象のもつこの属性が、実践活動の主体の役割を規定することになる。

Henderson の看護論において、看護婦は患者の欠けたる部分の「代理者」（nurse as a substitute）として、次のように定義される。

「看護婦は一時的に、意識を失った者の意識であり、自殺者の生命への愛であり、肢端切断者の脚であり、新しく盲人になった者の眼であり、新生児の運動手段であり、若い母親の知識と自信であり、話す力のない者のための声であり、その他のものである。」<sup>2)</sup>（近藤、他訳）

看護の定義では、看護実践活動の対象は健康、不健康を問わず「個人」と包括的に規定されているが、Henderson は基本的看護ケア（basic

nursing care）の対象を「患者」と限定的に指定している。その場合、看護ケアの目標は、患者が、1) 「生活の流れ」のなかにあり、2) 障害に適応し、3) 死が不可避なものとして迫っているときには、尊厳のある死を迎えることができるよう、援助（help）することにおかれること。<sup>3)</sup>

看護の基本構造はこのように「看護婦の独自の機能」と「基本的看護ケア」の2重構造によって説明されているが、これはHendersonの看護論に認められるNightingaleのそれとの共通点のひとつである。看護の定義に規定された看護婦の行う実践活動の範囲は、健康または健康の回復（または平和な死）に寄与する諸活動の介助（help, assist）である。彼女の看護論の中軸をなすのは日常生活における諸活動の援助説であり、それがHendersonの看護論の特色のひとつとなっている。これらの諸活動をHendersonは「日常生活活動」（daily activites）と呼んでいる。

この日常生活活動の起源、すなわち基本的看護ケアの成立根柢としてあるものは、人間の基本的諸ニードである。<sup>4)</sup>そして基本的看護ケアの構成要素が人間の基本的諸ニードにもとづいて、14項目に示される。<sup>5)</sup>それら14項目にわたる構成要素の諸点において「患者が日常の生活の様式を守りうるように助ける」<sup>6)</sup>（湯槻、他訳）ことが看護婦の第一義的な責任であるとされる。

Hendersonの看護論において、人間の基本的諸ニードから派生し、それら諸ニードを充足する活動によって構成されると説明された基本的看護ケアは、第3の要件として、「年令、文化的背景、情緒のバランス、また患者の身体的、知的能力な包容力の程度」<sup>7)</sup>（湯槻、他訳）の影響をうけると規定される。基本的看護ケアは単に看護婦によって行われる基本的諸ニード充足活動の援助行動にとどまらず、対象の「生活の流れ」に沿って行われる代理活動とみなすことができる。ここにもHendersonの看護思想の特色のひとつを認めることがある。Hendersonは看護の本質を「実践活動」（a service）にみている。そしてこの「実

## 看護学における Terminologies の明確化に関する研究

「看護活動」のもつ特性を「無限の変容形」( infinite variety)<sup>8)</sup>のある形態のなかにみているが、それは、基本的諸ニードの各個体における充足のされ方の個別性に由来している。

Henderson の看護論にみられるもうひとつの顕著な特徴は、死(平和な死)を助けることを見護婦の機能の一部に加えたところにある。看護婦の機能を考えるにあたって、Henderson が、"unique" という表現を用いその固有性に着目した理由は、次の 2 点にある。「看護論」の執筆に至った動機から推察して、理由の第一は、看護の本質を規定し、看護婦の役割と機能の明確化を早急に迫る社会の趨勢が存在したという事情に求められる。従前 motherly function において認識されていた看護婦の機能は、Peplau も指摘するように、誰にでもできる諸行動の展開であり、急膨脹しつつあった戦後の巨大医療実践の変貌に直面すると、その「誰にでもできる」一般性のゆえに、存立の理由は稀薄なものとならざるを得なかつた。そして、存立の理由が稀薄になった分だけ、膨張する諸医療行動 — かっては医師の役割とされていた — の肩代りが行われ、看護婦がパラメディカル的立場へ移動せざるを得ない状況が現実におこってくる。人間実践の諸領域において、歴史上幾度もみられた立場の転換の図式が、看護にも起っていたわけである。この困乱の中からでてきた要請が、すなわち、医学の助手でもなく、母親の代理者でもない、看護婦にのみ固有の機能は何かという命題を明らかにし、看護の新しい Identity を確立しようとする動きであったといつよい。Henderson の用いた "unique" という表現は、転換期に立った世界の看護婦たちの、看護の identity を求める声に対するひとつの解答として提出されたものとみることができる。

第二の理由は Henderson の人間観のなかに認められる。そして、これら第一の理由と第二の理由は呼応喧嘩の関係にある。ICN の要請がなければ、「看護の基本となるもの」(Basic Principles of Nursing Care) は陽の目を見な

かったに違いない。しかし、"unique function of the nurse" の視座からとらえる彼女の看護の定義は、「看護の基本となるもの」が著わされると否とにかかわらず、結実してきていたと思われる。しかし、ICN の出版による小冊子という体裁をとっていなかったならば、「小さければ小さい程、よく読まれる」<sup>9)</sup> という彼女の本づくりに対する哲学からみて、その影響の滲透度と範囲は、もっと小さかつただろうと思われる。

### 3 主要概念

Henderson の看護論を構成する主要概念は、人間像である。「ニード」(needs) は「日常生活活動」(activity of daily life), 「文化」(culture) とともに、人間像を構成するサブ・モチーフとして位置づけられる。

1) 人間像；人間は本来「完全な」(complete), 「全体的な」(whole), 「独立した」(independent) 存在であり、人の手を借りずに(unaided) 呼吸、食事、排泄、休息、睡眠と運動、身体の清潔、体温の保持、適切な衣類の脱着等、人間の基本的諸ニードを「日常生活活動」によって、それぞれの「生活の流れ」(in the stream of life) のなかで充足しながら「生命の避け難い終」(the inevitable end of life) を迎えるまで生きる存在である、と規定される。この規定は人間の存在様式の本質、それを保証する諸因子、存在を可能にする行動の形態、行動の場についてふれている。

この人間像の背後にあるものは、人間を自然存在とみる思想である。Henderson は人間を集合体においてではなく、"individual", あるいは "each man" 等の表現にみられるように、「個」の状態においてとらえる。個としての人間は「精神と肉体とが一体」となった「理性ある成人」(the rational adult)<sup>10)</sup> であり、十分な「体力」(physical strength), 「知識」(knowledge), 「生命への愛」(filled with the love of life) を有しているならば、自立

## 看護学における Terminologies の明確化に関する研究

した人間として、自分自身の方法で基本的諸ニードを充足してゆくのである。

充足されるべき基本的諸ニードのうち、最優先されなければならないのは、「呼吸する」ことである。Henderson は「看護の原理と実際」第 6 版において、呼吸は有機体がその環境との間に行うガス交換であり、あらゆる生物 (living entities) に共通する特性である<sup>12)</sup>として、その基本的諸ニードのうち、植物的段階に最も近くある呼吸という機能をもつ人間を生物の系列の中に位置づけ、自然環境の中に棲ませてくる。そして、さらに充足されるべき基本的ニードとして、飲食、排泄、運動、睡眠、衣服と体温の保持を、この順序であげ、個としての人間をその身体のうちにみたうえで、人間が自然によって、自然のなかで生活することを暗示している。

Henderson において人間存在は、まづ、「現実的な、身体をもった人間」<sup>13)</sup>として認識され、それ自体自然の一部である人間と自然の関係は、互いに対立しないもの、<sup>14)</sup>共生するものとして認識されるのである。Henderson の看護論において、その人間像を特色づける「自然」の概念は、同時に、自己抑制的ではないありのままの人間の自然本性を意味している。14項目にわたる基本的看護の構成要素は、いいかえれば、人間の基本的「欲求」を構成するものであり、人間はこれら基本的諸ニードの充足に対する「欲求」を、当然もつべき存在として認識される。Henderson は次のように述べている。

「このように入院をとらえるようになってから、私は日常の看護のやりかた、すなわち束縛というものに疑問をいだくに至ったのである。つまり、保護されたい、食べたい、コミュニケーションがほしい、あるいは愛する者たちと共にいたい、また賛同を得たり、支配したり、支配されたり、学んだり、はたらいたり、遊んだり、礼拝したり…の機会がほしい、といった個人の基本的欲求に相反するやりかたに疑問をもつたのである。」<sup>15)</sup>（湯槻、他訳）

それ自体自然の一部である「現実的な身体」をもった存在として、自然本性的に基本的諸ニードの充足を求める人間は、それら基本的諸ニードの充足方法において、より人間らしく、より個別的な存在となる。Henderson において、人間は、普遍的に把握される人間一般ではない。あくまで個々の人間である。

“The Nature of Nursing”以後に著わされ、彼女の看護思想がそれにおいて集大成された「看護の原理と実際」第 6 版、第 1 章において、保健医療従事者の機能を、「健康と個人の幸福の増進、および、種の保存」と規定したうえで、人間が他の生物とは異なる存在であることを明らかにするために、Henderson は人間を人間以外の有機体と比較しているのが、その証である。

基本的諸ニードの充足方法において、諸個人をより人間らしく、個別的存在たらしめる因子は、Henderson においては「文化」である。人間は自己の基本的ニードを充足する際に、それらのニードを「独自の行動型」に「翻訳」しなおす。(interpret his human needs) 翻訳のための文法となるものは、諸個人の生育と生活の背景にある文化である。現実的な身体をもった存在として、自然本性的に基本的諸ニードの充足を求める人間は、文化によって決定された様式にしたがって、独自の充足行動を、日常生活活動として日々繰返し、営む。この日常生活活動は習慣化され、意識の上にのぼる努力を必要としない。<sup>16)</sup>基本的諸ニードを一定の様式に従って日々に繰返してゆく人間的営為は、Henderson において「生活の流れ」として認識される。「生活の流れ」は、自然本性的に諸ニードの充足を求める存在としての人間を、その自然性と文化において融合させる象徴概念である。

Nightingale がその有機体的側面において自然存在として認識した人間の基本像は、このように Henderson によって、生活する自然存在へと進化され、後にみるように Orrem によって「セルフ・ケア」をする存在として完成されてくる。

## 看護学における Terminologies の明確化に関する研究

Marjorie Ramphal が "Humanistic Idealism" と賞賛した<sup>17)</sup> Henderson の看護思想の特徴は、その根源をこの生活する自然存在的人間観にもつといえる。看護の定義において、看護婦の独自の機能は、諸個人が「健康とその回復に寄与する活動を行うのを助けること」と規定されてくるのは、必然の帰結である。

Henderson は人間において「感情の平衡が生理的平衡と不可分な関係にあること」を認め、心一身の相関に注目しているが、人間を生活する自然存在とみる Henderson にとって、心一身をその相関において認識することが、すなわち人間をその「生活の流れ」のなかでとらえることにつながるのであり、心一身相関の立場は人間の「自立した」(independent, unaided) 状態とともに、人間らしさ、「ヒューマニティ」を象徴する価値基準を形成している。“Physical comfort and mental peace”が、このようにして Henderson の看護思想において、人間に与えられる至高の価値となってくるのである。「身体の安楽」(Physical comfort) と「心の平和」(mental peace) は、Nightingale における身体の“relief”と“comfort”に相当するが、自然存在とみる人間観と同様、人間における根本価値のおき方においても、Henderson は Nightingale の思想を継承しているとみることができる。さらに補足するとすれば、Henderson の主張する「日常生活活動」を人間における「生きる活動」(エネルギア) であるとみると、この活動は「身体の安楽」と「心の平和」を得ることにおいて完璧にされるわけであり、人間が「生きる」とにおいて行う「日常生活活動」とそれを完璧にするものという図式において、Henderson のいう「身体の安楽」(physical comfort) と「心の平和」(mental peace) は、アリストテレスのいう「快楽」の概念<sup>18)</sup>に相当しているといふこともできるであろう。

Henderson の看護論において、看護実践活動の成否を左右する要件としてあげられたのは、計

画された援助に対する患者自身の「理解」(understand), 「受諾」(accept), 「参加」(participate) であるが、看護婦自身の判断の指針となるのは、最終的には「何が患者にとってよいことか」(湯槻, 他訳) (what is good for him)<sup>19)</sup> である。この善の追求の根底に「身体の安楽」と「心の平和」をおく Henderson の自然存在的人間観は、ギリシャ的のびやかさにあふれたものといわねばなるまい。

### 4. サブ・モチーフ

主要概念・人間像を構成するサブ・モチーフは「ニード」(needs), 「日常生活活動」(activities of daily living), である。「技術」(art) と「健康」はその位置づけ、概念ともに明確ではない。

1) 「ニード」(needs) ; 「ニード」は Henderson の看護論の根幹をなす概念である。Henderson は基本的看護活動そのものが、人間の普遍的な基本的諸ニードにその起源を有しているとみている。<sup>20)</sup>しかし「ニード」の概念そのものには特定の定義を与えてはいない。「ニード」は“his human needs”, “fundamental human needs”, “elementary needs”, “basic needs”, “common needs” 等の用語を用いて表現されているが、これらは具体的には基本的看護の構成因子として列挙された14項目の諸因子を指している。したがって Henderson の看護論における「ニード」の概念は、アリストテレスがアナンカイオン(必然的な、必要な)といわれるものを3つのカテゴリーに類別したうちの第一番目のもの、すなわち「協働原因としてそれがなくては生存しえないところのそれ」<sup>21)</sup>(傍点、原著者)と定義できるであろう。アリストテレスは次のように説明している。

「たとえば呼吸作用や栄養物などが動物に必要であると言われるが、それは、これらがなくては動物が生存しえないからで、ある。」(傍点、原著者)

## 看護学におけるTerminologiesの明確化に関する研究

上述した「ニード」についての5つの表現は、「ニード」に対するHendersonの認識を明示している。すなわち，“his human needs”，“fundamental”，“elementary”，“basic”によってこれらの諸ニードが生物一般の生存を確保することではなく、人間の生命を維持するに「必要」なものであることを，“common needs”によってそれらの諸ニードがあらゆる人間に共通していることを示唆している。

Hendersonにおいて「ニード」はまづ第一に，“inescapable human desire”<sup>22)</sup>である。食物、住居、衣服に対する「廻避しがたい人間の欲求」は、「毎日新たに消費されて毎日新たに補充されなければならない」<sup>23)</sup>欲求である。それゆえ、この“desire”あるいは“needs”は「欲求」ではなく「必要」であり、基本的看護の構成因子をなす14項目のうち、前半の8項目はそれによって理解されなければならない。第9番目から第14番目に関連する諸「ニード」は、自然存在である人間にとて「協働原因としてそれがなくては生存しないところのそれ」とみなされるべきではない。これらの諸ニードは、低次の、それがなくては生存しないところの諸ニードが充足された後に、表面にあらわれてくる高次のニードである。

アリストテレスの師プラトンは、人間の「自然的本性がどうしても求めざるをえない欲望」のことを「必要な欲望」とよび、次のような実例をあげているが、プラトンが「必要な欲望」と呼んだものは、Hendersonのいう“inescapable human desire”として“basic needs”に相当するであろう。プラトンは「必要な欲望」の実例として、「身体を健康で丈夫に保つための範囲内における食欲」と「パンそのものと調味されたおかずに対する欲望」とをあげているが<sup>24)</sup>前者は、1) それが有益であるという意味において、2) それがなければ生きることをやめなければならぬという意味において、そうであり、後者は、身体を丈夫に保つために何らかの有益な効果があるかぎりにおいて、そうである。

Hendersonの第9番目から第14番目に関する諸ニードは、高次のニードとして、「完全な」、「全体的な」、「独立した」存在である人間が自分自身の方法で日常生活を営み“design for living”<sup>25)</sup>人間にとっての究極の善を追求しながら(they search for the ultimate good)<sup>26)</sup>、生命の避け難い終焉を迎えるまで生き続ける(living until the end)<sup>27)</sup>ための必須の要件である。

Hendersonの看護論において、諸ニード一般はヒエラルキー説にそって、前述のように説明されるが、看護実践活動の対象となる特定の患者のニードは、発生論的に2分類されている。患者の一般的な状態の中から発生してくる諸ニードと、患者の疾病、障害、特定の状態に原因して発生してくる諸ニードである。<sup>28)</sup>

これら特定の患者の諸ニードは、さらにその充足の緊急度によって、「その時・その場で」(immediate)充足される必要のあるニードと、長期間にわたって充足されなければならないニードに類別されている。これらの諸ニードの対象は、「身体的ケア」、「情動的支持」、「再教育」である。すなわち、ここで「即座」と「長期」に類別されたニードは、その個人が体力、意志もしくは知識のいづれか、あるいはそれら全般にわたって何らかの程度に不十分さをもつために、基本的な諸欲求を充足するための日常生活活動を自力では遂行しえない状態に陥り、看護婦からの具体的な援助を求めている。その状況を指している。“the patient's needs for her help”<sup>29)</sup>という文脈の中で用いられた、具体的な援助の「必要」である。

用語「ニード」は Hendersonの看護論において、2様に用いられている。かりに前者のような人間の生命と生活維持の必要ないし必然から発生してくる諸ニードを「ニード論的ニード」と呼づけ、後者のような、看護婦からの具体的な援助の求めとしてある諸ニードを「看護ニード」と呼ぶならば、用語「ニード」における「ニード論的ニ

## 看護学におけるTerminologiesの明確化に関する研究

ード」と「看護ニード」の両概念の併用は、すでにその例がPeplauにもみられた。

2) 「日常生活活動」(activities of daily living); 日常生活活動の概念は、看護実践活動の具体的な目標として、Hendersonの看護論の中核をなしているが、彼女自身はこの用語に特定の定義を与えてはいない。しかし、Hendersonの看護論における「日常生活活動」は次のように定義できるであろう。

日常生活活動とは、人間諸個人が身体的生存を可能にし、それによって人間の究極の善を追求しながら、生命の避け難い終焉を迎えるまで生き続けるために、外部環境のもつ諸エネルギーを、文化によって決定された様式にしたがって、人間の基本的諸ニードを満足させるエネルギーに転換させる人間的諸動作の過程である。

3) 「技術」(art); Hendersonは看護を、援助をその本来的な目的とする実践活動であると規定しているが、その方法と手段については、生理学、生物学、社会科学に関する知識と、それらにもとづいた技術(skills)が必要であると述べているだけである。<sup>30)</sup>科学、技術、実践の関係は、この順序でヒエラルキーをなしている。技術を表わす用語としては“art”, “skills”, “technique”が用いられている。“art”は「技術」によりも、実践者自身の創意が加味されて、「芸術」の概念に近い。

4) 「健康」; 健康については、その状態が知能程度と教育程度に比例していると述べているだけである。<sup>31)</sup>

Ida Jean Orlando; 1961, The Dynamic Nurse-Patient Relationship.

### 1 看護の基本構造

“The Dynamic Nurse-Patient Relationship”において「看護の目的」(The purpose of nursing)は、図4のような基本構造のなかで示されている。

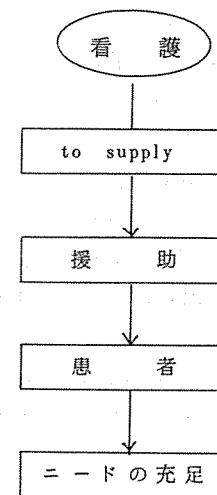


図4 Orlandoの看護論の基本構造

### 2 看護の定義

「看護の目的」は次のように規定されている。すなわち、

「看護の目的は、患者のニードを満たすために、患者が求める助けを与えることである。」<sup>32)</sup>(稻田、他)<sup>32)</sup>

この目的を実現するために機能するのは、「専門職看護婦」(the professional nurse)である。機能の形態は、看護婦が患者との間に「援助過程」(a process of helping)を創始することによって、患者の「その時・その場」(immediate)の「ニード」を確認し、そのニードを看護婦自身の活動によって、直接に、もしくは他の人々の協力を得ることによって、間接的に充たす<sup>33)</sup>という形をとる。

専門職看護婦の実践活動(service)の対象となるものは、「患者と患者のニード」と限定的に指定されているが、これらは同時に看護婦に実践を促す「刺激」<sup>34)</sup>もある。

Orlandoの看護論において、看護実践活動は「看護過程」(Nursing process)の中で展開されるが、Orlandoのいう「看護過程」とは、「患者の行動」とそれに対する「看護婦の反応」、お

より「看護行動」間の相互作用のことであり、これら 3 要素が力動的な「看護状況」(a nursing situation)を、看護婦一患者間に構成する。したがってこの「看護状況」は、看護婦が患者の行動を知覚し (perceive), 考え (thinks), 感じ (feels), 行動する (acts) ことができる距離内での看護婦一患者関係であることを意味している。用語 "immediate" によって表わされる看護婦一患者関係と患者のニードにおける「その時・その場で」という、即時・臨場性の概念は、Orlando の看護論に規定された看護婦の機能と対象のもつ援助の必要の必然性を、よく物語っている。看護の機能に関連して、ここに Orlando は「時間」概念を導入している。

### 3 主要概念

主要概念として Orlando の看護論を構成しているのは、「看護過程」、「ニード」、「人間像」、および技術としての「実践」(practise) の諸概念である。

1) 人間像；人間は「環境」と「健康」によって描かれる図式のなかでとらえられる。人間は「内部の自然力」(inner nature resources) を有し、環境を整えることによって「ストレス」<sup>35)</sup> からできるだけ解放され、「心」と「身体」の「安楽」(comfort) を増すことができる。<sup>36)</sup> そして成人は、通常自己のニードを自ら充足してゆく。<sup>37)</sup>

Orlando は看護の方法に関連し、人間を "behaving organism" と表現している。<sup>38)</sup> 成人は通常自己のニードを自ら充足してゆくものであるという人間の基本像は、基本的には Henderson における人間像と共通している。

2) 「ニード」(needs)；「ニード」は次のように定義されている。すなわち、

「もしも充足されたならば、その時・その場の苦痛が除去、または軽減されたり、その時・その場での満足感や安寧感がたかめられるところの、患者の要求」<sup>39)</sup>

ニードの概念は Orlando においては、人間の

基本像一般においてではなく、常に、個々の患者における "immediate need" としてきわめて限的に扱われており、患者によって「必要」と認識された「要求」を指していると思われる。

3) 「看護過程」；「看護過程」は前述のように、「看護状況」を構成する 3 要素、すなわち患者の行動、看護婦の反応、看護行動間の相互作用として規定されている。この過程は「専門看護機能」(professional nursing function) と効果的な実践原理(principles of effective practice) の形成にもとづいており、この過程をスタートさせるのは、"immediate needs" を表現している患者の行動を知覚した看護婦である。

看護過程は「熟慮された過程」である。しかしながら Orlando はこの過程を、看護婦と患者という人間間に形成され、一定の構造を有し、一定の段階を経て、一定期間継続される人間関係のプロセスとしてはとらえていない。「過程」は人間関係のなかで継続されてゆく時間概念によってではなく、看護婦一患者状況という、その時・その場のまとまった全体のなかで生じる 3 要素として、とらえられている。Orlando の看護論の表題にもらられた「看護婦一患者関係」は、両者のパーソナリティにおいてではなく、それによって看護が機能してゆくところのメカニズムによって形成された関係を指していると思われる。

4) 「実践」(practices)；看護の基本となる実践として、Orlando は「観察」、「報告」、「記録」、「患者と一緒に、または患者のために行われる行為」(actions carried out with or for the patient) をあげている。「観察」は「看護婦が勤務中に得る患者についての情報である」と定義され、<sup>41)</sup> 「直接的観察」と「間接的観察」に大別されている。

観察はそれによって患者の行動に対する看護婦の反応としての知覚、考え、感情がひきおこされてくるのであり、看護状況を構成する 3 要素の媒介とみることができる。何かによってある物、ま

## 看護学における Terminologies の明確化に関する研究

たはある事柄が生みだされるとき、その活動を助け、媒介するものは技術に他ならないが、Orlando は技術の概念は用いないで、それを“practice”と規定している。

「患者とともに、または患者のために行われる行為」の諸形態としては、「指導」(instructing), 「助言」(suggesting), 「指示」(directing), 「説明」(explaining), 「通知」(informing), 「依頼」(requesting), 「質問」(questioning), 「決定」(making decisions), 「身体の世話」(handling the body), 「患者の環境を変える」(changing the patient's immediate environment) があげられており、これらの諸行為は「患者を援助する目的で『企画』されたもの」<sup>42)</sup>であると強調されている。そしてこれらの諸行為は「企画」された行為として、「熟慮された行為」(actions decided upon deliberatively) である。「熟慮された行為」に対比されている反対概念は、「自動的行為」(automatic activities) である。

Drothy E. Johnson ; 1961, The Significant of Nursing Care

### 1 看護の基本構造

Drothy E. Johnson の主張する看護ケアの焦点と目標は図5のような天秤図によって示すことができる。

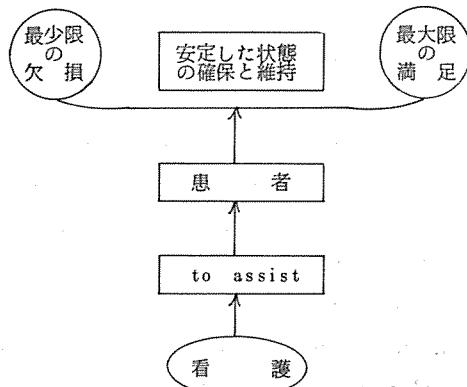


図5 D·E·Johnson の看護論の基本構造

### 2 看護の定義

Drothy E. Johnson は「看護ケア」(nursing care) の目的と患者の安寧に対する「看護」固有の貢献は、「安定した状態の確保と維持」にあるとしている。Drothy E. Johnson は “primary focus and objectives of nursing care” と “nursing responsibilities” を用いて看護の基本構造を説明しているが、<sup>43)</sup> 看護実践活動の形態は “assist” によって表わされ、その主体は「看護」「nursing」である。「看護」の行う援助活動の対象となるものは「患者」であり、その目的は健康が変化する過程をとおして、平衡状態を維持、再建することにある。

「看護」は2つの方法によって、「患者」が平衡状態を維持したり、再建したりするのを助ける。物理的・心理的環境の調整と、予防・維持手段を通じての患者の「自然」防禦と適応過程の支持、<sup>44)</sup> である。それゆえ、「いかなる場合にも看護ケアの第一義的焦点は、その時・その場の状況(immediate situation)，いいかえれば、人間の基本的ニードに集中する諸活動に關係してくる」わけである。

### 3 主要概念

Drothy E. Johnson の看護論を構成する主要概念は、「恒常性」(equilibrium) である。この概念は、しかしながら健康時の人間の基本的な状態を示す概念として用いられており、人間像のサブ・モチーフとみなすこともできる。

1) 人間像; D·E·Johnson の看護論の裏づけとなる人間の基本像は、環境、機能、平衡によってその輪郭を素描される存在である。これらの3要素を相互に結合する役割を負う概念としてあるのが、“immediate situation” である。すなわち、人間は環境のなかで、通常許容される範囲の変動を示しながら機能することによって、安定性と恒常性を維持してゆく存在<sup>45)</sup>として理解される。

「機能」(functioning) の概念は規定されて

## 看護学における Terminologies の明確化に関する研究

いない。しかしそれは人間の基本的諸ニードの充足活動を指しているものと思われる。

D·E·Johnsonの看護論において、看護ケアは、上述したとおり、機能の安定性の獲得におかれると、この機能の安定性は、「その時・その場の状況」下での安定性である。<sup>46)</sup>「その時・その場の状況」とは、Drothy E. Johnsonの場合、人間の基本的諸ニードの充足にかかる諸活動の進行しつつある状況<sup>47)</sup>である。

人間存在の基本を示す環境、機能、安定性—恒常性の3概念のうち中心となるのは「向・安定—恒常性概念」(stability-constancy tendency concept)と表現される“equilibrium”である。人間は基本的諸ニードの充足活動を、通常のパターンにしたがって行ってゆくことによって、環境と自己との関係、および自己自身のなかに安定を得るのである。

2) 「恒常性」(equilibrium); 「恒常性」は状態のそれとしてではなく、機能のそれとして説明される。健康な状態にあるとき、諸個人(individuals)は身体内部においても、人間関係においても、安定した、一定の機能型を示す。この「安定」(stabilized)は、しかしながら固定されてしまったものではなく、流動しつつ安定している状態であり、そうしたなかで人間各個人が己の内部、および自己と環境との間の「調和」(harmony)を保つべく機能している様子を指している。この流動的な安定性をもつ機能は、さまざまな刺激、すなわちストレッサーと個人の側の防御と適応の相互作用によって中断されたり、変化したりする。つまり、ストレスが加わることによって、その個人は緊張状態におかれる。それによって、自己の内部、自己と環境との間で維持されていた、流動しつつ安定していた機能型が破綻してくる。

Drothy E. Johnsonは「恒常性」の説明において、下部概念として“stress”と“tension”を用いているが、とりわけ“tension”については、「平衡状態が妨害されて生じてくる産物」と

みなし、「緊張状態」は看護にとって非常に重要なものである、と強調している。<sup>49)</sup>恒常性が維持されているか、破綻しているかは、緊張状態の有無によって判別できるからである。

## 文 献

- 1) Henderson, V., Basic Principles of Nursing Care, International Council of Nurses, Geneva, 1960, Pg. 4
- 2) Henderson, V., The Nature of Nursing, Amer J Nurs., 64(8):62-68, 1964
- 3) Henderson, V., 前掲1. pg. 6
- 4) 同上, pg. 1
- 5) 同上, pg. 19
- 6) 同上, pg. 6
- 7) 同上, pg. 10
- 8) 同上, pg. 9
- 9) 小玉香津子, 現代看護の探求者たち⑤, ヴァージニア・ヘンダーソン, 現代看護の探求者たち, 日本看護協会出版会, 1981
- 10) Henderson, V., 前掲1. pg. 5
- 11) 同上, pg. 6
- 12) Henderson, V., and other, Principles and Practice of Nursing, 6th edn., Macmillan, New York, 1978, pg. 453
- 13) マルクス, 城塚, 他訳, 経済学・哲学草稿, 岩波文庫, 1964
- 14) Henderson, V., and other, 前掲12, pg. 915
- 15) Henderson, V., The Nature Of Nursing, The Macmillan Co., New York, 1966, 湯楨, 他訳, 看護論, 日本看護協会出版会, 昭和42年, pg. 17-18
- 16) Henderson, V., Basic Principles of Nursing Care, International Council of Nurses, Geneva, 1960, pg. 5 & 6
- 17) Ramphal, M., Book Reviews, Nurs

看護学における Terminologies の明確化に関する研究

- Out., 27(2):137, 1979
- Patient Relationship, Putnam's Sons,  
New York, 1961, pg. 8
- 18) アリストテレス・高田訳, ニコマコス倫理学  
(下), 岩波書店, 1973, pg. 164-5
- 19) Henderson, V., 前掲 16, pg. 8
- 20) 同上, pg. 1 & 3
- 21) アリストテレス, 出訳, 形而上学(上), 岩  
波文庫, 1959, pg. 164
- 22) Henderson, V., 前掲 16, pg. 7
- 23) カール・マルクス, 大内, 他訳, 資本論: 経  
済学批判, 第1巻第1部, 資本の生産過程, マ  
ルクス・エンゲルス全集, 大月書店, 1965, pg.  
225
- 24) プラトン, 藤沢訳, 国家, プラトン全集(1),  
岩波書店, 1975, pg. 600
- 25) Henderson, V., 前掲 12, pg. 564
- 26) 同上, pg. 564
- 27) 同上, Preface
- 28) Henderson, V., 前掲 2, pg. 68
- 29) Henderson, V., 前掲 1, pg. 10
- 30) Henderson, V., 前掲 1, pg. 66 & 68
- 31) Henderson, V., 前掲 1, pg. 5
- 32) Orlando, IJ., The Dynamic Nurse -
- 33) 同上, pg. 8 & 22
- 34) 同上, pg. 8
- 35) 同上, pg. 5
- 36) 同上, pg. 23
- 37) 同上, pg. 11-12
- 38) 同上, pg. 1
- 39) 同上, pg. 5
- 40) 同上, pg. 31
- 41) 同上, pg. 31
- 42) 同上, pg. 60
- 43) Johnson, DE., The Significant of  
Nursing Care, Amer J Nurs., 61(II)  
: 63-66, 1961, pg. 64
- 44) 同上, pg. 66
- 45) 同上, pg. 65
- 46) 同上, pg. 65
- 47) 同上, pg. 66
- 48) 同上, pg. 65
- 49) 同上, pg. 65



MARIAH SNYDER

## 博士の横顔

マラヤ・スナイダー博士はアメリカ合衆国、ミネソタ州生まれの少壮看護学者。ミネソタ州のセント・テレサ大学で看護学を専攻。ミネソタ州ロチェスターの聖メリービル病院で、婦長、院内教育担当として、脳神経、整形外科領域における高度に洗練された看護経験を身につけた後、ペンシルバニア大学大学院へすすみ、看護学修士号を、さらにミネソタ大学大学院博士課程（教育学）で博士号を取得された。また、この間、1972年夏には、南米コロンビアのボゴタで、コロンビア脳神経研究所のコンサルタントをつとめるなど、国際的に活躍されている。セント・テレサ大学を最優秀の成績で卒業された博士は、現在、NATIONAL NURSING HONOR SOCIETYの会員でもあり、ミネソタ大学看護学部准教授として、学部学生の教育と大学院生の研究指導にあたっておられる。

博士の研究は脳神経疾患看護の領域を中心に、多数にのぼっているが、なかでも、エピレプシー患者のストレスの認知と適応反応の解明、同疾患患者にたいする緊張緩和の効果、脳圧亢進を助長する活動、脳神経疾患患者における姿勢と歩行障害の評価のためのアセスメント道具の効果、等が重要である。研究論文は主としてINTERNATIONAL JOURNAL OF NURSING STUDY, JOURNAL OF NEUROSURGICAL NURSING誌等に発表されているが、アメリカン・ジャーナル・オブ・ナーシング誌の1974年7月号にも、“ASSESSING STATION AND GAIT” (P. 1256-1257) を発表されているので、本学会の会員のなかにもすでにお読みの方がおられるかもしれない。著書も多数ある。

素顔の博士は、散歩やクリスマスでひかえめな女性であるが、ウィットに富み、よく冗談をとばして、アイスホッケーのひいきチーム、ミネソタ・バイキングの応援をされたり、長く厳しい冬にはスキーを、短い夏には魚釣りをたのしむなど、ミネソタっ子である。1981年7月、POST ICN WORK-SHOP のおりミネソタ大学を訪問した日本人ナースのために講義をされているので、ご記憶のむきもあるかと思う。博士ご自身の日本訪問は今回が初めてであるが、留学生との交流をつうじて、かねてより、日本にはおおきな関心をもっておられ、本学会の招きによる、今回の来日をとてもたのしみにしておられる。

（野島 良子記）

—論著—

## 文化サイバネティックスのすすめ

### 特に医学とその周辺から

Exhortation toward Cybernetics in Culture

from the standpoint of medicine and allied field

\*山下泰徳

### はじめに

科学等文化文明において、自己制御の学問を欠陥したり、或は軽視していることは、大きな欠陥であり、程度の低さや未熟さを物語る証拠である。何故ならば、文化文明は、歴史的な人類の創造物としての宿命から、無制御に放置するならば、人類にとっての反福祉的一面が作動するものであるからである。

現今の文化文明において、この制御の学問が尊重され、発達しているとはいえないで、臨床医学、遺伝子工学、文学、社会学、等々、科学を含むあらゆる分野の目覚しい進歩にも拘らず、未だ幼稚、未熟の謗を免れることは出来ない。従って私は、今後の文化文明において、全体的に、或は個々の分野の自己制御の学問の研究をすすめる必要性を強調し、その学問を「文化サイバネティックス」と呼び、その中に、医学サイバネティックス、核物理学サイバネティックス、文学サイバネティックス、哲学サイバネティックス、等々、総ての文化文明の分野におけるサイバネティックスを含ませることを提唱すると共に、医学の分野におけるその初步的第一歩を実践しようとするものである。

勿論サイバネティックスの本来の意味は、Norbert Wiener のいう如く、機械と人間における情報と制御の機構に関する科学、であるけれど、

この場合の“機械”や“人間”を、自然や文明社会における“関数”と考えるならば、サイバネティックスの意味は、「歴史的な自然や全文化文明における情報と制御の機構に関する学問」に拡大せざるを得ないものである。この際、人類は自然の一部であり、文化文明は人類の創造物であると考えることはいうまでもない。そして文化文明は、その内容に森羅萬象を含むので、自然および人工的創造物の総てが自己制御の学問の対象となる。即ち、非科学的事象、例えば宗教、も、低科学的事象、例えば東洋医学、も、又いうまでもなく科学的事象も、総て同様に対象となるのである。

ところで、サイバネティックスを、構築の中に加えた文化が一步前進したものであるとしても、それだけで文化文明や、サイバネティックス自体が究められ萬能になったことを意味するものではない。むしろ一つの出発点に達したことを意味するだけである。同時に、出発点は常に到達点でもあると理解されるのである。だから、当面のサイバネティックスが制御の科学を目指すとしても、過不足の制御や、誤れる制御、を唱える事もあり得るし、引いては人類にとっての福祉害傷的一面も顕現する恐れのあることを自覚しなければならない。サイバネティックスも文化文明の一つであるから、当然、前記の宿命から逃れることは出来ない、このことに関する自他共通の理解と認識は重要である。従って他のあらゆる学問と同様に、

\*千葉大学医学部第二外科教官

## 文化サイバネティックスのすすめ

これを実定社会に取り入れるにあたっては、立法、行政、司法、宗教等の直接的力とは別の、又学問的“力”として位置づけるべきであるし、他の学問との関係においても、「制御は相互の問題」であり、同時に「相互の推進の問題」でもあると理解されなければならない。別の表現をするならば、社会現象において、十分発達した制御の機構は、十分発達した推進の機構と表裏であるが故に、自己制御の科学は又発達した科学文明と同一表裏である、ということが出来る。このように述べてくると、サイバネティックスの文化的独立性が無いかの如く思われるかもしれないけれど、文化の多様化と専門化が深まり、文明の分業が進む歴史の過程においては、この学問を組織的専門分野として構築しなければ文化文明の均衡と健全化の効率が低下して、失調状態が増大するとの理解には十分合理性があるものである。

尚ここに誤解を避ける為に附言することは、文化サイバネティックスは、前述の如く、学問的間接力しか持たないし、又持たせるべきではないが、あらゆる事象を研究対象とする故に、医学に対する医療制度の影響の如く、学問と実定社会規範や制度との相互関係をも考慮の対象とすべきであることは言をまたない。

次に研究方法について少しく述べる。

多くの学問の場面で、夫々その学問的情報を創造又は輸入しながら、情報に論理的又は科学的考擦を加えて人類の当面の福祉と未来との関係を考究することが一つの方法である。この場合、福祉とは行政用語として現今使用されている狭義の福祉ではないことはいうまでもなく、又未来も、遠くかけ離れた未来ではなく現実の延長として可能性のある近い未来の意味である。第二の方法は、個々の学問の場面に浸りきらなくても、その情報を把握し、これに学際的考擦を加えることによって研究を進めることも出来る。

以下に私が記述しようとするものは、上記二者の折衷的方法の実例であると考えている。即ち、医学の分野において、外科学と針治療に素材を求

めて、その中の象徴的情報を分析し、両者の相互関係を論すことから出発する方法である。これは単に私が外科学や針治療に少しく詳しいからというのみではなく、現代の医学や医療の象徴的一面が西洋医学的外科学の中に存在し、又医業類似行為とされているものに東洋医学的針治療があるとの認識に立って、本来医学や医療は洋の東西を問わず一つであるべきであって、時代と共に整理され、止揚され、ファイルされるべく、統一への努力を続けることが福祉的だと考えるが故に、医学サイバネティックスの研究方法や内容の一例であると思うからである。

東洋医学における陰陽五行説及び二元説について；中国に現存する最古の医学書は“黄帝内經素問”であるといわれる。これは著者も発行年代も定かでないが、春秋・戦国の時代から、秦、漢の時代にかけて、多くの人々によって書かれたものを、唐の王氷が補筆しながら編集したものであるといわれている。この中の上古天真論、生氣通天論、陰陽應象大論等をみると、およそ次の如き論旨が記されている。即ち「本来、生命なるものは天の気に通じて出来たものである。天の気には、これを大別して陰陽の相反する二つの気があり、陽には少陽、陽明、太陽が、陰には、少陰、太陰、厥陰、がそれぞれ分類される。それ等の天の気は、五、即ち五運（火水木金土）と五臟（肺肝心脾腎）、六、即ち事物や人体の三陰三陽の六態、や、九、即ち九州九窮（冀 燕 齊 晉 越 徐 青 復 荆 豫 漢 雅）（目 耳 鼻 口……），更に、十二、即ち手の三陰三陽の六と肢の三陰三陽の六を合せて十二節、等の相互間を色々な組合せで通過することによって、天地や人体に作動するものである。従って、この天の気に順応調和した生活をしなければ邪気に傷害されるのである」と。これ即ち、正確には陰陽五行六合九州十二節觀というべきであろうが、後世“陰陽五行説”と呼ばれているものの骨子である。又傷寒論等では五行以下を除き、陰陽の他に虚実、表裏、寒熱、等相反する二元の

## 文化サイバネティックスのすすめ

多くの状態の気が作動するを考えるので、これを私は陰陽等二元説というべきものと思っている。

何れにしても二千年前の人々の考え方から、なかなか考えたものだと思うし、“気”の前に“真”という概念を、漠然とではあるが、意識していたような記述もあり、G, W, F, Hegel や、G, Sagan 等の宇宙觀と似たところもあって面白く、敬服するところである。しかし乍らエネルギーの作用形式を物理化学的法則に帰納した近代科学との間には大きな隔りがあるといわねばならない。そして現代の東洋医学書をみても、陰陽五行説やその亜説から脱却しておらず、客觀性、数量性が殆んどないことを知るのは甚だ容易なことである。現今の日本にて行われている針治療の大部分は、臓腑経絡説に基づく“穴”に刺針することを常識としている。この臓腑経絡説というのは、前述の陰陽五行説の一部分であって、やはり既に黄帝内經素問に論述され、現代に到るも基本的には変わらないものである。即ち臓腑とは古代東洋医学人が考えた人体の主な機能的構築の総称であって、歴史的には、五臟論にはじまり、九臟論、十二臟論、五臟五腑論、五臟六腑論、六臟六腑論、等と変遷してきているが、何れも解剖学的実体認識に乏しく、一部の幼稚な解剖知識と、信仰的、或は恣意的自然觀を混合して造り出された經・論である。そして陰陽五行説に基づく“氣”が、これ等の臓腑を循環する道を“経路”とし、経路上で、体表に、“機能的に開孔”して、そこから“氣”が出入りする場所を“穴”（孔穴、腧穴、氣穴）と呼んでいるのである。かくして経絡説は東洋医学における基本的な生理学というべきものであるが、すでに理解される如く、科学としては幼稚であり、信仰的・恣意的でもあって、当抵、現代医学の生理学に比べるべきものではない。然しながら全く非科学的かというとそうでもない。臓腑経絡説が全面的に非科学的というよりは“低科学的”であるが故に、一部においては科学的真実の発露が臨床的に見られる、との理解が妥当と考えられる。

かくして、二千年の歴史において、西欧文化は哲学的にも、自然科学的にも大きな進展を遂げたにも拘らず、東洋においては何故何時までも低科学的陰陽五行説或はその亜説に止って来たのであろうか。東洋においては何等かの原因による封建性が科学の自由な発展を阻害した為ではないかと思われるが、誰かの専門的教示を願いたいものである。ともかく、この独特の低科学的陰陽五行説等に依拠する東洋医学を、医史学や考古学以外として又文化サイバネティックスの素材以外として研究し、保存し、或は応用する必要は、医学としては、全くないと思うし、その感性的コピーを現代人や未来人に継承しようとする必要もなく、第一それは不可能である。何故ならば正確な感性的コピーは古代人でなければ得られないからである。

しかし乍ら、福祉的文化として近代西洋医学か萬能無欠ではないし、東洋医学の全部が有害無益とはいえない。

即ち、その低科学性は兎も角、その施術が人類の幸福感の一部を創造し且つそれを繰返してきた一定の事実を全く否定出来ないからである。医療における人の幸不幸の感情は、東西医療の夫々の面上で発生するのと同様に、相対的関係においても創られるものである。即ち、科学的西洋医学の未だ至らざる部分や非倫理的一面に導かれて生れる不幸や不満の感情によって、逆に低科学的文化が、むしろ幸福感をあたえるという一面もあるし、又その非倫理性によって進歩の度を早めた科学的医学医療が、直接的にも間接的にも、より大きな不幸をもたらす一面のあることは、七三一部隊によるデーターの、その後の歴史が証明している如くであって、これが現代医学や医療の淋しくも重大な現実である。だから科学的西洋医学の非倫理的部分や低科学的東洋医学を漠然と内包している現代文明の畸形的一面は、医学サイバネティックスの一つの大きな素材でなければならない。

東西医学の低科学的並びに非倫理的側面について；前述の如き低科学的東洋医学を全面的に無批

## 文化サイバネティックスのすすめ

判に実施することは、医学に基く医療としては不當である。例えば、米飯や新鮮な果物、動物性蛋白（鳥を除く）の摂取は、血液を酸性とし、体を冷やし、毛筆接触感覚を指尖から体中枢部に向って低下させるので、玄米菜食一日一回とせよ、更に運動療法として一日5kmのマラソンをするかあるいは縄躍を3,000回連続して毎日行え、等と強圧的に患者に指示することは、低科学的事例の代表であろう。若しこれが医学的医療の名の下に利益追求のために為されるのであれば甚だ不當といわざるを得ない。かかる内容を持った古典的東洋医学の臨床を、一部の医学生や薬学生に対して、そのまま教授することを放置している文部省は如何に考えているのであろうか。又針治療における針の消毒について厚生省の見解をききたい。しかし乍ら私は繰返し述べる如く、東洋医学を全面的に否定するものではないし、医療以外の文化文明としての福祉的価値を全く認めないわけではない。

次の素材は臓器移植、特に、腎、心、肝、肺、等の臓器移植の問題である。そもそも戦時捕虜の死刑執行官の代行を医学者が医学の研究を兼ねて行った底にある思想は、良くみても、どうせ死刑になるのだから、もったいないから、生き残る人類の為に役立つように、といったものであろう。現今の臓器移植においても底流に同じような思想を否定できないのである。即ち、も早や病や事故で助からない状態なので受臓器希望者を助ける為に、といった思想である。ここで私は幾つかの点に関して注意を喚起したい。即ち、死刑の場合でも現実に執行されるまでは何人にもその死の確実性は不明であるし、勿論その死刑の当否も法を越えては不明である。だから法的に執行されるべきものであって、医学的に執行されるべきものではない。病や事故の場合には、医師においてこの予測が相当程度可能であるけれど、絶対確実性のある予測は医師と雖も不可能である。従って、かく予測された死に対して、医師が積極的に手を貸すことは許されるべきでない。又提供者の意志決定に際して十分な情報提供と健然な自由意志の保証、

つまり人格権の確立と尊重は、現状では未だ十分為されていないし、家族の意志も軽視されている。脳死をもってする提供者の死の判定の問題があるが、肉体の一部にも生前、死後を問わず愛憎の対象となる如き人格の部分があるのであるから、上記の人格権の確立と尊重の保証なれば、死の判定を何時の時点で行うかは本質的問題ではないのである。そして現今ではこの人格権の確立も尊重も甚だ頼りない状況といわざるを得ない。かかる現状では、上記の思想は机上の形而上的一面の理論とは逆に、野蛮な、共食い、或は弱肉強食の思想となるのである。しかし乍ら、それでも臓器をもらって生きようとするのであるならば、そしてそれを医師として技術的に助けようとするのであるならば、私にそれを否定する権利も資格もない。むしろその成功を祈るものである。ただ、臓器移植必要性の根源を絶つべき方向や、上記人格権の確立や尊重に対する努力に重点を置くべきだとすれば、それなりの現実的価値判断をせざるを得ないであろう。大学における学問ではそこまで要求されるべきものである。

一部針治療の医学への取り込みと、医学・医療倫理保持のための主要点について；前項までの記述に基いて、本項では医学サイバネティックスの内容に達している部分が相当あると考えるし、本項での科学的記述には相当の紙面を要するので、本項以下の形式科学的論述は別稿にゆずり、結論的記述を急ぐことにする。

現今、はり、きゅう、あんま、マッサージ、等一括されている医業類似行為全体の価値を過大に評価して、その施設者養成機関を各種学校から短大へ、更に四年生大学に昇格させようとの風潮があるが、当面私はこの風潮に賛成でない。そのことより前に、これ等医業類似行為の中から医行為として医学に分類されるべきものを抽出し、又医業類似行為にも値しない部分を除いて整理すべきである。かく整理された医業類似行為については、物理治療師に関する一切の範疇に含め、現在、

## 文化サイバネティックスのすすめ

はり師に与えられている開業権は当然今理学療法師とされている人にも与えられて、マッサージ師と共に新たな物理治療師として包括統一されるべきである。

一方医行為に分類された部分は、レザー光線医学や超音波医学等と共に、新たな概念での理学療法医学（理療内科、理療外科、等）に含ませて、医師及び医師主導により施行されるべきものなのである。

かく、医行為に分類されるべきものは次の如きものである。

- ①：中枢性、末梢性麻痺性疾患に対する早期リハビリテーションや、筋、関節の萎縮変性、強直、及びリンパ循環不全の防止と治療
- ②：自律神経異常に伴う疼痛及び、筋、神経の緊張の治療
- ③：抜歯、甲状腺摘出、乳腺腫瘍摘出、及び皮下良性腫瘍の摘出における薬物併用針麻酔手術
- ④：膿瘍並びに蜂窩織炎に対する刺針排膿促進及び消炎治療

等である。これ等の針治療は、すでに或程度の経験と科学的合理性があるので、今後更に臨床研究を深める為にも医行為と認知されるべきである。

かかる医学の整理や医療倫理保持に対する主要障壁の当面の根源は、大学にのみ付与されている学位審査権を骨子とする学位制度にある。

現今、大学以外の研究所、病院、学校、等の施設において優れた研究が為されているにも拘らず、それらに審査権も大学院もない。従って医学部の特性から、大学医局講座制が温存されて、地方医療をも支配する大学医学部教授の恣意的専制の機構が未だに保護されているのである。かかる時代遅れの、低科学的医学教育機構の中から生れる、一見科学的医学は、医療と共に、文化文明の宿命的弱点を濃厚に内包したものにならざるを得ないのは当然である。従って、大学院設置母体を大学のみでなく、地方病院や民間研究所、等にも拡げ、それ等の施設をも含めた学位審査委員会の機構を実現せよ。そして場合によっては、学位制度を専

門医制度と読み替えてても良い。いずれにしても、大学以外の地方病院、研究所等に新進の医師や研究者が安住して散在することの出来る環境が出来れば、真に患者の為の医学・医療が保持・促進される筈である。

尚臓器移植、遺伝子工学、等の所謂 Project Research のための筑波研究学園都市に、一般学部学生を含めたことは未熟であったし、筑波研究都市における非大学研究施設に大学院も学位審査権も無いことは上記の理由で誤りである。

## おわりに

医学サイバネティックスの素材として当面私が考えているものは、医学とその周辺、医学教育と医の倫理、学位制度と医学、発生工学と医学、生物医学と社会医学、等々があげられるが、本論文では、医学とその周辺、の課題を中心に論述した。本来医学と医療との関係は、文化と文明が切り離せないので、同様に、別の概念ではなくなって来ているのであって、本稿にいう医学とは、正確には、医学・医療・と記述すべきものと考える。然しながら一々医学・医療と記すことは繁雑であるから、一部には特に正確に記したけれど、多くの場合、“医学”とのみ記したものである。又その周辺の内容には、漢方や針灸を取り上げたけれど、看護の問題も同様に大きな素材であると考える。一家に長期の病人がいる経験を持った人にはすぐに理解されると思うが、看護は医学或は医行為と同様に、或はそれ以上に病人の生命維持、苦痛除去、及び根治に向って果す役割が大きいと思われるるのであって、医療の要素に看護を落し得ず、医学・医療を一体として医学的文化・文明と把握するとき、本稿で論じた所謂医学サイバネティックスの内容に、当然看護の課題が対象となる筈である。故に医学サイバネティックスは医学会及びその分科会や、看護学会、東洋医学会、針灸学会、等関連学会で論議されることあるべしと考えられるが、学術会議の第八部として新たに独立した部門を中心にして、文化サイバネティックス総会や、

## 文化サイバネティックスのすすめ

各分科会の組織されることが希しい。又この分野の教授研究機関の造られることが期待される。一部に懸念される暴露と恩仇の混乱や偏向は、商業ベースの情報社会とはいえ、又社会主義体勢下の言論抑圧的社会であるとを問わず、決して過大に起るものではなく、学術的な忌憚のない討論の自

浄作用を突き抜けて、学会のベールを透過し、更に社会の良識と規範の篩を通して、尚且つ司直の作用を反応せしめるようなことが若しあるとすれば、それは甚だ希有なことであると思うけれど、本学会の社会的使命が良好に作動しているものと考えてよいであろう。

— 終 —

## 要 旨

あらゆる文化文明の場面で適切な制御の必要性が高まっている。この制御の基礎となるべき科学は未発達であるから、この学問－文化サイバネティックス－の発達を目指して、初步的研究を、医学とその周辺の素材によって論述した。

近代医学には広い意味での副作用に対する防止の科学が乏しい。即ち薬づけ、切り過ぎ、非倫理性、狭義の薬物副作用、等々の防止の科学が追求されるべきであるが、当面論理の積み重ねとして記述する。この副作用の根源をたどると、大学にのみ与えられている大学院設置資格や学位審査権の大学集中に到る。これを改めて地方病院や大学以外の研究所、試験所、にもその資格権限を与えて若年医師や研究者の適正分散を計れば上記副作用は減少する筈である。又低科学的東洋医学の針灸等は、そのなかの一部の科学的部分を近代医学に取り込んで、医学部で教授研究し、しからざる部分は新しい概念で統一された“物理治療師”に関する範疇に一括整理するべきである。

## 参 考 文 献

- 1) 重広補注黄帝内經素問卷第一(写真版)：中國商務印書館：上海：1954
- 2) 小曾戸文夫、浜田善利：意釈黄帝内經素問：筑地書館、東京、1971
- 3) 奥田謙義：漢方古方要方解説：医道の日本社、東京、1973
- 4) 長浜善夫：東洋医学概説：創元社、東京、1978
- 5) 千葉大学医学部東洋医学研究会：千葉大学医学部東洋医学研究会三十年史：同研究会、千葉、1969
- 6) 山下泰徳、杉充胤、今田尾章 訳：針麻酔：三景、東京、1975
- 7) 和田啓十郎：医界の鉄椎：平文社、東京、1971
- 8) 大森義太郎：史的唯物論：明善社、東京、1947
- 9) Sagan, C. : Cosmos : Random H. New York, 1980
- 10) 上坂冬子：生体解剖：毎日新聞社、東京、1980
- 11) 高木博司：Endorphin：生化学、49 (8) 603, 1977, 8
- 12) 高木博司：Endorphin：生体の科学、28 (3) 204, 1977, 6
- 13) 松崎：Endorphinについて：内科、39 (6) 1322, 1977, 6
- 14) 医療六法：東京、1980
- 15) 今村節子、都留伸子、木下安子：看護学の基礎：文光堂、東京、1974
- 16) 芦沢勝助：ツボの研究：ごま書房、東京、1977

文化サイバネティックスのすすめ

- 17) 奥田謙義：傷寒論講義：医道の日本社，東京，  
1976
- 18) 横山巌：脳卒中療法のコツ：保健同人社，東  
京，1978
- 19) 眼部一郎：リハビリテーション体系：医学書  
院，東京，1979
- 20) 萩島秀男訳：リハビリテーション体系：医学  
書院，東京，1978
- 21) 菊池喜充編：超音波医学：医学書院，東京，  
1979
- 22) 間田直幹，内薗耕二 編：生理学大系：医学  
書院，東京，1969
- 23) 安芸基雄 編：神経学，南江堂，東京，1978
- 24) 平山恵造：神経症候学，文光堂，東京，1981
- 25) 玉川鉄雄：理学療法と作業療法：電気療法，  
4(1, 2) 1970
- 26) 相磯和嘉：抑制の原理：篠原出版，東京，  
1980

## 事務局便り

### ○ 57年度会費、未納の方は至急会費をお納め下さい。

年の瀬も迫り、事務局では支払いに追われています。本学会は、皆様方の会費のみで運用されており、御滞納は運営を停滞させてしまっております。

来年度から会費も5,000円（5月以降新入会の方は本年度より）となり、少ない御負担とは考えませんが、1月には58年度会費を徴収しますので、事務混乱の原因ともなりますので早めに宜しくお願ひします。

郵便振替口座

東京 0-37136

日本看護研究学会事務局

### ○ 事務局移転について

順次事務局を看護学部・看護実践研究指導センター内に移行しております。58年度（4月以降）には移転を完了する予定です。

### ○ 事務局事務について

事局への連絡をお取りになりたい方は、当分の間木曜、金曜日の午後1:00～3:00迄の間に下記に連絡下さい。

千葉市亥鼻1-8-1

千葉大学看護学部看護実践研究指導センター内

松岡 淳夫

TEL 0472(22)-7171 内線 4136

## 日本看護研究学会雑誌

### 第5巻 第2号

昭和57年11月20日印刷

昭和57年11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 晓子（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 富喜（熊本大学教育学部教授）

前原 澄子（千葉大学看護学部助教授）

松岡 淳夫（千葉大学看護学部教授）

宮崎 和子（神奈川県立衛生短期大学教授）

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 0472-51-1111 内線 2567

日本看護研究学会

責任者 松岡 淳夫

印刷 千葉市都町2-5-5

㈲正文社 (33)2235

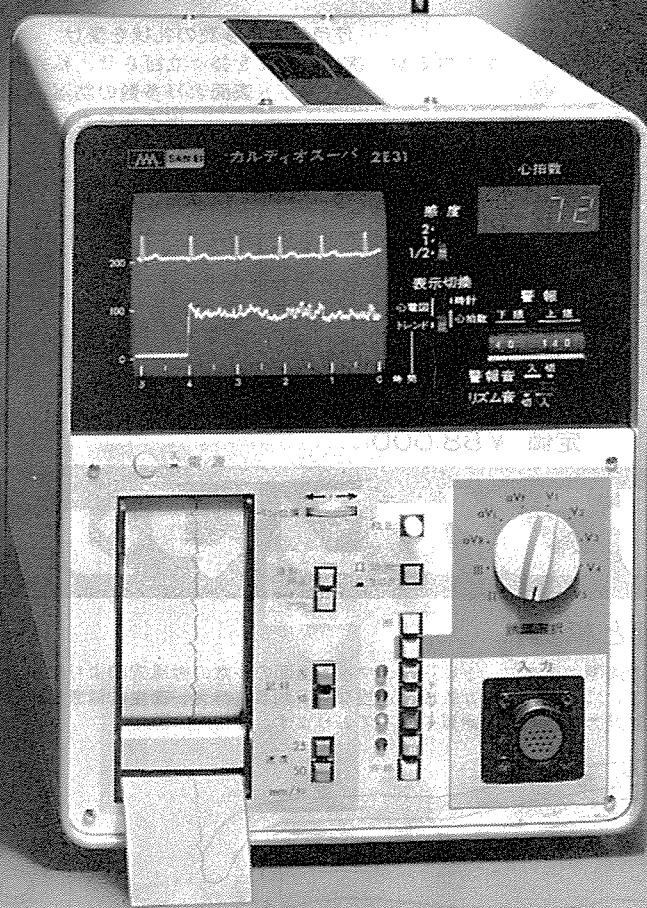
明日の健康と福祉を守る――

AAA 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

# モニタの常識を破つて登場。



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み出し記録、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 カルディオスーパー 2E31

床ずれ、病臭に“エヤー噴気型マット”登場

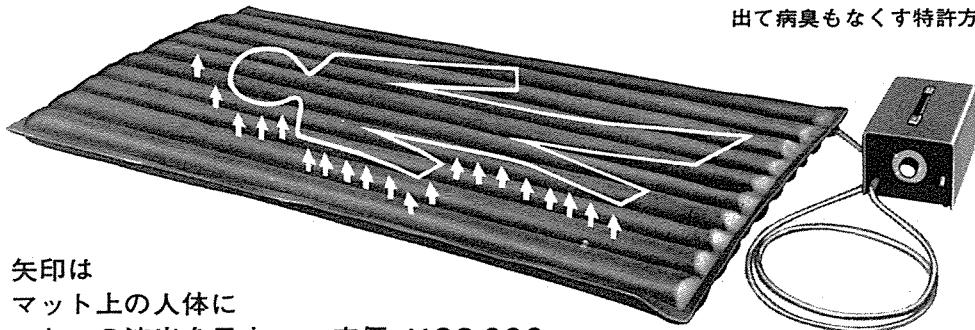
益々好評な **サンフ<sup>ワ</sup> カケン** のアイデア

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

マット上の人體に

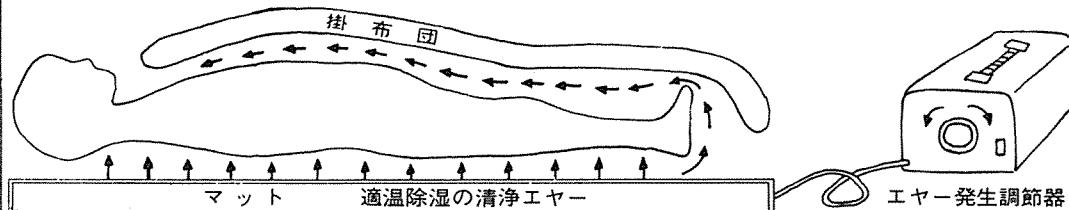
エヤーの流出を示す

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 木ギ

本社 東京都文京区湯島1丁目7番11号  
☎ 03(815)2731(代表) 〒 113

■お気軽にお問い合わせください。

- 東京営業所 ☎ 03(813)4648
- 大阪営業所 ☎ 06(941)6116
- 名古屋営業所 ☎ 052(761)5246
- 福岡営業所 ☎ 092(731)1861
- 広島営業所 ☎ 0822(94)3133
- 仙台営業所 ☎ 0222(93)7542
- 静岡営業所 ☎ 0196(54)3548
- 札幌営業所 ☎ 011(512)7201
- 金沢営業所 ☎ 0762(37)7571
- 横浜営業所 ☎ 045(314)0389
- 静岡営業所 ☎ 0542(55)7184

特許 サンケンマット

特許 試験管立

製造元

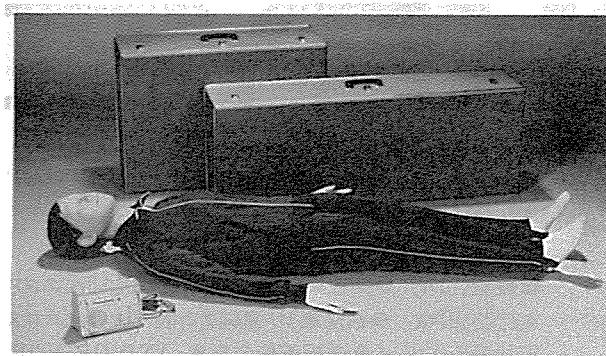


三和化研工業株式会社

本社工場 〒581 大阪府八尾市太田1906番地  
TEL 0729(49)7123(代表)



# 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)

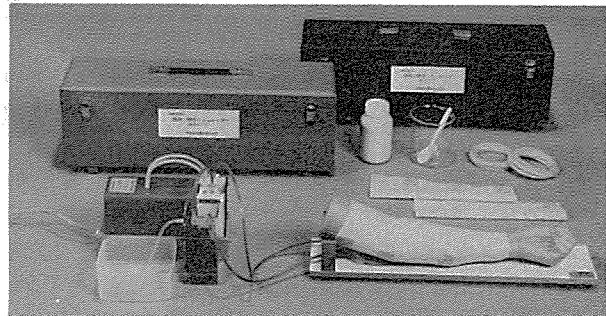
レベルメータ・レコーダの使用により、従来の外国製品に比べ訓練・指導が一段と便利になりました。成人女子・合成樹脂製。



## ■人体解剖模型 M-100形

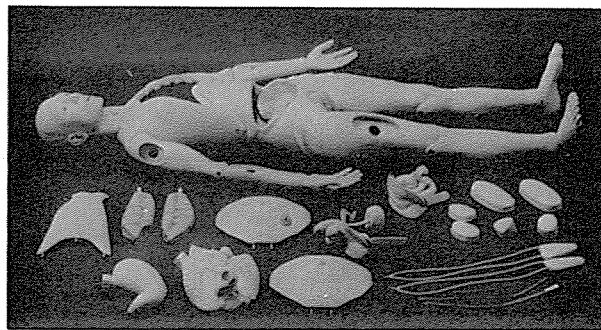
京都府立医大 佐野学長ご指導

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。



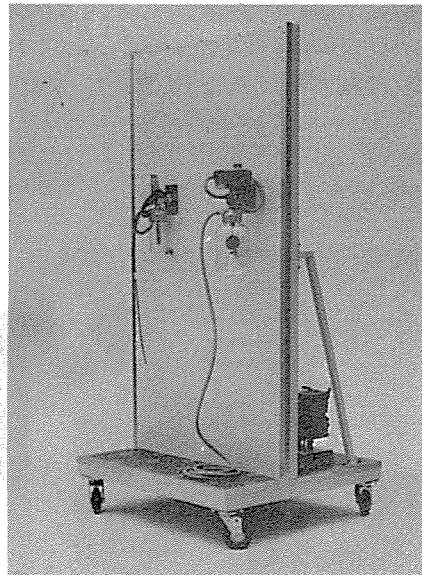
## ■採血・静注シミュレーター（電動循環式）

静脈注射・採血・点滴の実習が非常に手軽にかつ、リアルに行なえます。



## ■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。



## ■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。

分類集計機 パスキーIIIシリーズ

★新発売

# PASKEY III

## 集計作業の時間短縮化!

■データカードの作成のしやすさ データカードの作成は、該当ポジションに鉛筆で線を一本描くだけで完成。データカードの設計上の制約は極めて僅か。

■プログラムの容易さ 集計したい項目は、無記入のデータカードに鉛筆でマークし、既製のプログラムカードを重ね合せればすぐに作業開始。

■機械操作の容易さ ディスプレイに表示されるメッセージが、キイ、カード、フロッピーディスクなど機械操作の案内役。

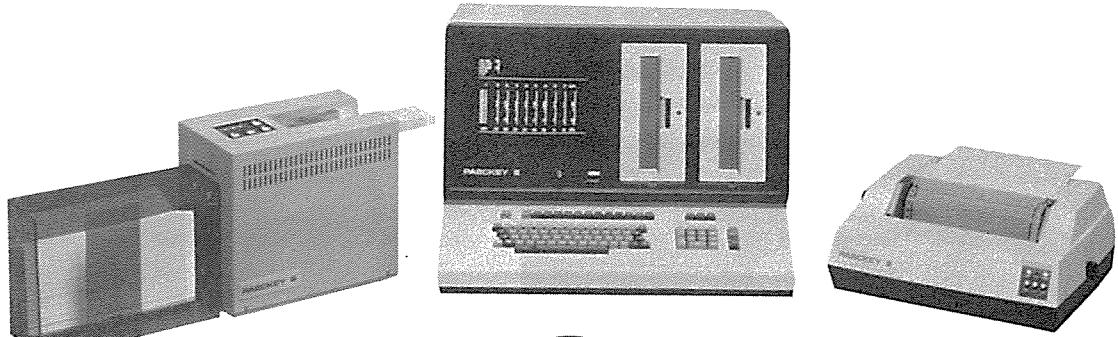
■集計時間の短縮 1回の操作で多数の集計表を作成します。例えば2次クロス表( $10 \times 10 = 100$ セル)の表ならば80表を1回で集計。

■作業のやりやすさ フロッピーディスクにデータを記録すれば、カードチャージのわずらわしさから解放。

■用途 実験データの統計処理/臨床データの統計処理/健康(アンケート)調査の統計処理。

実験的ご使用や、集計の作業受託を承りますので  
ご相談下さい。

■機能(III A) ●度数集計 単純集計表、2次・3次クロス集計表の作成／●数値集計 単純集計表、2次・3次クロス集計表の作成／●選択条件の指定 AND.OR.NOR.NANDの組み合せ(複合論理)で5パターンまで条件指定可、データカードの検索可／●マークチェック チェック範囲とマーク数を指定し、集計表の条件指定可、マーク数過不足のカードを検出可／●リスト表示・印字 データカードのマーク位置を60カラム内で数字・符号でリスト表示・印字(数値項目の数値のリスト化)／●構成比 各セルの度数・数値のヨコ計・タテ計・合計に対する構成比表の作成、任意数を構成比の分母に指定可／●数値・度数セルごとの集計数値・度数(セルの平均)表の作成／●カイ2乗値 2次度数集計表のカイ2乗値算出／●ヒストグラム 度数のヒストグラム作成／●ディスクケットの利用 データカードの内容をディスクケットに記憶、カード処理と同様に集計可／●数値の統計処理 最大・最小、平均値、標準偏差、相関係数、回帰係数など／●その他 応用プログラム可



カードシステムの  
パッケージ

株式会社 外国文献社

東京 〒104 東京都中央区銀座7-2-7 TEL03-573-4341  
大阪 〒540 大阪市東区内本町1-28三洋ビル TEL06-941-5288

# ナースと本

## 看護必携 第6版

編集=日野原重明・永井敏枝

●新書判 頁902 図89 1982 ¥2,700 〒300

## シェアラー 臨床成人看護学

著=J.C. Scherer

監訳=中西睦子

●B5 頁704 図126 写真82 1982 ¥6,000 〒400

## 看護・医学事典 第4版

編集=日野原重明・酒井哲哉・永井敏枝・五十嵐文子

●B6 頁1056 図18 1982 ¥3,800 〒300

## 看護教育における評価

発表者=L.P. Sachs, M.T. Kane

監訳=近藤潤子

訳=助川尚子・仁木久恵

●A5 頁160 1982 ¥1,800 〒250

## システム思考による 看護の管理行動

編集=北尾誠英

●A5 頁232 図22 1982 ¥2,500 〒250

## 病院心理学 看護をめぐる対人関係

著=W.J. Schraml

訳=辰沼利彦

●A5 頁212 1982 ¥2,000 〒300

## 君と白血病 この1日を貴重な1日に

著=L.S. Baker

訳=細谷亮太

●B5 頁228 1982 ¥2,800 〒350

## ホスピス 末期医療の思想と方法

著=K.P. Cohen

訳=斎藤 武・柏木哲夫

●B6 頁200 図2 1982 ¥1,800 〒200

## 老人呆けの理解と援助

編集=三宅貴夫

●A5 頁256 図34 写真6 1982 ¥2,500 〒300

## 老人とホームケア

島田妙子

●A5 頁136 図2 写真17 1982 ¥1,200 〒200

## 余白のつぶやき 看護へー看護から

べっしょりえこ

●B6 頁250 1982 ¥1,900 〒300

## 救命と看護

急変・悪化事例の看護過程

編集=川島みどり・桑野タイ子

●A5 頁248 図8 表12 1982 ¥2,200 〒250

## がん看護基準(II)手術室看護

編集=国立がんセンター病院手術室看護研究会

●A5 頁268 図48 写真12 1982 ¥2,600 〒300

## 手術患者の看護

手術室ナースの役割・責任と看護過程

著=B.J. Gruendemann・他

訳=藤村龍子・田島知郎

●A5 頁278 図33 写真38 1982 ¥2,800 〒300

## 図解 看護のための 呼吸と循環の生理

中江純夫

●A5 頁286 図214 1982 ¥2,900 〒250

## 患者への精神医学的 アプローチ

こころとからだの看護をめざして

清水順三郎・福井 進

●A5 頁200 図3 1982 ¥1,700 〒250

## 看護婦のための産科学 第2版

著=B.G. Anderson・P.J. Shapiro

訳=我妻 堯

●B5 228 図38 写真14 色図21 1982 ¥3,200 〒300

## ナースのための 薬剤ハンドブック

監修=日野原重明

編集=西崎 統・石村孝夫

●B5 頁360 図20 写真1 1982 ¥3,800 〒300

## 薬の相互作用と副作用

薬理学の基礎知識と臨床設問

著=J.A. Albanese・T. Bond

訳=斎藤太郎

●A5 頁178 図6 1982 ¥2,100 〒250



医学書院

本社  
洋書部

113 91 東京・文京・本郷5-24-3 東京(03)811 1101(代) 振替東京7 96693

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

