

VOL 6. No. 2
昭和58年 7 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.6 NO.2

日本看護研究学会

床ずれの予防・治療に適確な効果を示す！

RBエアーマット ティゾー

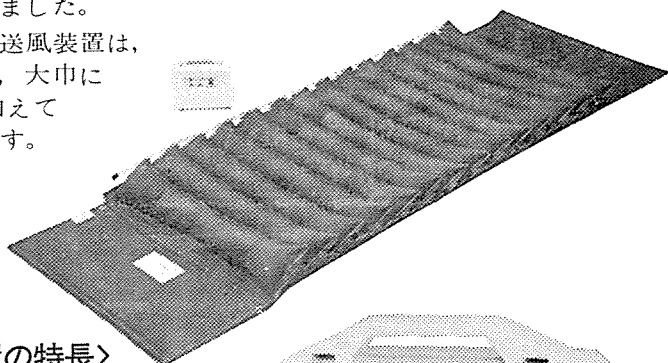
新発売

適確な看護があれば、床ずれは出来ません！

RBエアーマット・ティゾーは、送風装置とマットレスとの組み合わせにより、5分おきに、自動的に支持セルが交替し、体の圧迫が常に移動して体圧の分散が行なわれて、褥瘡（床ずれ）の予防・治療に適確な効果が現われます。

リップルベッドの名称で愛用されてきました帝国臓器製薬発売による褥瘡予防・治療〈電動〉マットレスは、このたび送風装置の国産化により、『RBエアーマット・ティゾー』として新発売いたしました。

新しく国産化されましたE82型送風装置は、I C回路・電磁弁採用等により、大巾に機能性を増し、従来品の特長に加えて更に使い易く設計されております。



〈I C回路による新型送風装置の特長〉

- ▶ 適確なマット圧調整・症状に応じたマット圧が選べます。
- ▶ 送風容量が大きい・・・短時間でマットレスが使用状態となります。
- ▶ マットレス二台使用・一台と同じ設定圧で使えます。
- ▶ 空気漏れの確認・・・赤ランプ点滅に併せてブザーでも確認できます。
- ▶ 静かな送風音・・・患者・付添者の安眠を妨げません。
- ▶ 50Hz, 60Hz 共用・・・全国どこでも使用できます。
- ▶ 電磁弁採用・・・故障が少なく、一年間保証します。



〈使用法〉

マットレスの送風管を送風装置の送風口に接続し、電源コードを100Vのコンセントに差し込めば、送風が開始され、通常15～20分でマットレスへの送風が完了し、患者に使用できます。



帝国臓器製薬株式会社

〒107 東京都港区赤坂二丁目5番1号 03-583-8361代

会 告 (1)

第9回総会（58年5月29日）において、次期59年度会長に熊本大学教授
木場富喜氏が決定しましたのでお知らせします。

これにともない次期（第10回）学会総会の開催地は熊本市が木場次期会長に
よって予定されました。

昭和58年6月1日

日本看護研究学会

会長 松 岡 淳 夫

会 告 (2)

本学会役員のうち、監事が未決定のところ、第9回総会において、評議員会の
互選にもとづく下記の方々が承認されましたので監事を委嘱します。

監事 金 井 和 子（千葉大学看護学部）

監事 田 島 桂 子（厚生省看護研修研究センター）

但し、任期は昭和58年5月30日より昭和60年12月31日まで

昭和58年6月1日

日本看護研究学会

会長 松 岡 淳 夫

会 告 (3)

日本看護研究学会奨学会規定に基いて、昭和59年度奨学研究の募集を行います。
応募される方は同規定および、募集要項に従って申請して下さい。

昭和58年6月1日

日本看護研究学会

会長 松岡 淳夫

日本看護研究学会奨学会 59年度奨学研究募集要項

日本看護研究学会奨学会委員会

委員長 土屋 尚義

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）あてに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請求すれば郵送する。
- (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11月1日から58年12月20日の間に必着のこと。

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 暁子（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、武南病院内科顧問） |
| 〃 | 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

日本看護研究学会事務局

（註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。

（註2） 奨学会研究の成果は、次年度公刊される業績報告に基づいて奨学会委員会が検討、確認し学会会長に報告するが、必要と認めた場合には指導、助言を行ない、または罰則（日本看護研究学会奨学会規定第6条）を適用することがある。

日母会員ビデオシステム

監修：森山 豊

指導：日母幹事会

各巻カラー 20～30分

改訂版完成

第Ⅰ期妊産婦用9巻

1. 安産教室

楽なお産のために

[松山栄吉・大村 清]
[有広忠雅]

2. 妊娠中の生活

健康で楽しく過すために

[北井徳蔵・諸橋 侃]
[南條継雄]

3. 出産

始まりから誕生まで

[薄井 修・角田利一]
[河上征治]

4. 妊娠前半期の ころえ(改題)

健康な赤ちゃんを産むために

[松山栄吉・中嶋唯夫]
[山口光哉]

5. 妊娠後半期の ころえ(改題)

健康な赤ちゃんを生むために

[真田幸一・皆川 進]
[住吉好雄]

6. 産後の生活と ころえ

[前原大作・南雲秀晃]
[野原士郎]

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]
[松井幸雄]

9. 受胎調節

家族計画のために

[松山栄吉・大村 清]
[安村鉄雄]

○最新の医学知識と、要望の多い話題を盛り込みました。

○より親しみ易い表現に改め、新しいファッションを取り入れました。

□価格	(1)新規ご購入の場合	1巻	(一括払い)	27,500円
		第Ⅰ期12巻セット	(一括払い) (分割払い)	275,000円 300,000円 (25,000円×12回)
	(2)ご愛用者特別価格 (従来の番組を既にご利用の 方が「その同じ番組の改訂 版を」買い換えられる場合)	改定版1巻	(一括払い)	22,000円
		改定版9巻セット	(一括払い)	180,000円
			(分割払い)	193,500円 (21,500円×9回)

その他の番組も好評です

第Ⅰ期シリーズ

- ⑩ 新生児の取り扱い方
- ⑪ 分娩介助
- ⑫ 新生児異常の見方

(○：看護婦さん向け)

第Ⅱ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

第Ⅲ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 不妊症ガイドス
- ⑤ 分娩第Ⅰ期の看護
- ⑥ 褥婦の看護

□価格	第Ⅱ・Ⅲ期シリーズ	½型ビデオ1巻	(一括払い)	27,500円
		¾型ビデオ1巻	(一括払い)	30,000円
		各6巻セット	(一括払い)	150,000円
			(分割払い)	159,000円 (26,500円×6回)

お申込は

毎日EVRシステム

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

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

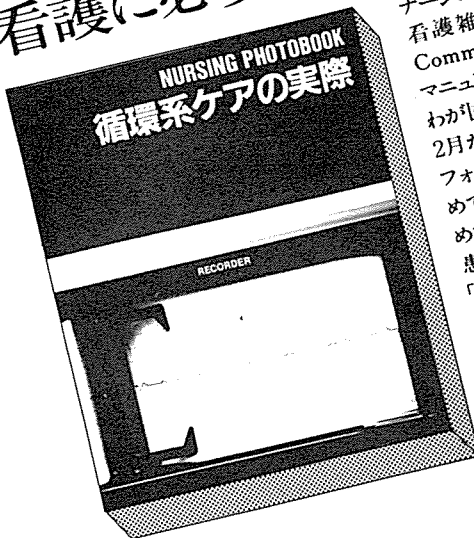
見てわかる図解式看護マニュアル

ナーシングフォトブック登場!

第1期全6巻 58年2月刊行

メヂカルフレンド社

ナーシングフォトブックは、
看護に必要な技術をすべて網羅しています。



ナーシングフォトブックは、今アメリカで最も読まれている看護雑誌Nursing'83を発行している、Intermed Communications社から出ている「見てわかる」看護マニュアルです。メヂカルフレンド社が版權を取得し、わが国新進気鋭の専門家を翻訳者に迎え、1983年2月から、第1期6冊を翻訳出版します。本シリーズはフォトブックの名の示すとおり、ビジュアルにそしてきわめて具体的に実際の看護場面で必要な技術をまとめています。そして、単に看護手順を示すだけでなく、患者アセスメントから始まって、援助が必要な患者に「何をどうするのか、いかにするのか」の視点から、理論と実践を視覚化してまとめているところが、大きな特色になっています。また病院での看護だけでなく、セルフケア、ホームケアについても、多くの頁を割き、これからの看護の方向も十分取り込んでおり、わが国での看護レベルの向上に、大きな影響を与えるものと思います。写真、イラストはきわめて鮮明であり、看護場面の設定も具体的な看護問題に根ざしたもので、読者の本当に知りたいところを、ていねいに表現しています。多くの看護に携わる方が、このシリーズを一度、手に取り、自ら試みることで、看護の始まりとも言えるでしょう。このシリーズは、読者の期待に本当にこたえてくれます。

ナーシングフォトブック 5つの特色

- 特色1 ポイントをおさえた、シャープな写真で、全頁を構成している。
- 特色2 必要に応じて、イラストを用い、写真での理解を助けている。
- 特色3 よく吟味された場面設定で、必要なケアが段階的に理解できる。
- 特色4 看護過程の展開にそって、各段階で必要な技術をすべてまとめている。
- 特色5 病院での看護にとどまらず、セルフケア、ホームケアでの看護も述べている。

A4判変型(横218mm×縦255mm) 上製本 160頁・定価各巻2,500円



株式会社
メヂカルフレンド社

本社 ■ 東京都千代田区九段北4丁目1-32 〒102
☎03-264-6611 振替東京0-114708
大阪事務所 ■ 大阪市北区梅田1丁目2番2-1200号 〒530
☎06-344-9811-5

目 次

巻頭言 千葉大学看護学部 松岡 淳 夫

— 原 著 —

1. 看護学における Terminologies の明確化に関する研究 9
：看護における「技術」の概念をとおして（そのⅡ）
看護論の基本構造(4)
徳島大学教育学部 野 島 良 子
2. インスリン皮下注射時におけるもみ方別の血糖値の変動 19
弘前大学教育学部 高 野 真智子・新 堀 満 子
津 島 律
3. 訪問看護に関する一考察 27
一在宅寝たきり老人の介護者の訪問看護に対する意識を通して一
岡山大学病院 春 木 瞳
徳島大学教育学部 北 村 圭 子・多 田 敏 子
4. 看護作業のエネルギー代謝に関する研究（第1報） 38
滋賀県立短期大学 玄 田 公 子・寄 本 明
5. 臨床における看護実習指導の検討(1) 44
熊本大学教育学部 成 田 栄 子・水 上 明 子
栄 唱 子
6. 慢性肝炎治療食の問題点に関する検討 52
千葉大学園芸学部 児 島 和 枝
千葉大学看護学部 土 屋 尚 義

— 事例報告 —

1. 看護における性への援助 一事例を通して考える 68
東京女子医科大学看護短期大学 松 田 たみ子・坂 口 けさみ
坂 口 淳 子
東京女子医科大学附属看護専門学校 湛 繁 子
千葉県立衛生短期大学 大 谷 真千子
- 次期会長挨拶 74
- 会 報 14号 75

C O N T E N T S

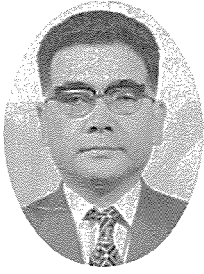
Page

- Original Paper -

1. CLARIFICATION OF TERMINOLOGIES IN THE SCIENCE OF NURSING : THROUGH THE DEFINITION OF "ART" OF NURSING: (II) The Structure and Key Concepts of Nursing Theories (4) Faculty of Education, Tokushima Univ.: Yoshiko Nojima	9
2. CHANGES IN BLOOD SUGAR LEVELS ACCORDING TO RUBBING METHODS USED WITH SUBCUTANEOUS INSULIN INJECTION Faculty of Education, Hirosaki Univ. : Machiko Takano, Mitsuko Niibori Ritsu Tsushima	19
3. A CONSIDERATION OF VISITING CARE BASED ON THE SENSE OF THE HELPERS OF THE BEDRIDDEN AGED AT THEIR OWN HOME Okayama University Hospital : Hitomi Haruki Faculty of Education, Tokushima Univ.: Keiko Kitamura Toshiko Tada	27
4. STUDIES ON ENERGY METABOLISM IN THE NURSING WORKS-(I) Shiga Prefectural Junior College : Kimiko Genda Akira Yorimoto	38
5. HOSPITAL TRAINING PROCEDURE FOR STUDENT NURSES (I) Faculty of Education, Kumamoto Univ. : Eiko Narita Akiko Minakami Shoko Sakae	44
6. NUTRITIONAL PROBLEMS IN CHRONIC LIVER DISEASE Faculty of Horticulture, Chiba Univ. : Kazue Kojima Faculty of Education and Faculty of Nursing: : Takanori Tsuchiya	52

- Case Study -

1. HOW SHALL WE OFFER, SUPPORT AND GUIDANCE TO A PATIENT SEXUAL PROBLEM Tokyo Women's Medical College of Nursing College : Tamiko Matsuda Kesako Sakaguchi Junko Sakata Tokyo Women's Medical College Hospital : Shigeko Tatae of Nursing School Chiba College of Health Science : Machiko Otani	68
--	----



巻 頭 言

千葉大学看護学部

看護実践研究指導センター

松岡 淳 夫

日本看護研究学会の充実した活動と目醒ましい発展をみるその内容は、既に6巻にわたる本誌に集録され、私達衆知のことであるが、これを窺見する斯界の人々にも、大きな示唆を与えるところである。

看護学をバックボーンとする技術と、科学的な思索の実践が看護の社会的地歩を固める要諦であることは云うまでもないことである。このために、看護の確立を目指す先人や先達が経験的な看護から科学的看護への発展に向けて、思考を重ね解明に努力して看護学の構築を進めてきた業績は極めて大きなものがある。そして、私達学会員の学問に目醒めた活動はまだ微力でその一端にすぎないものであるとしても、看護学の躍進に大きな功献を果していると考えられる。

この看護学は、厳然と看護実践が進行する中で、後発的發展途上にあり、科学的解明の熟さないまま、経験的伝承を概括して法則性として包含しているものが少くない。そしてこれらは総て、日々新たな、科学的解明の目に曝らされて、学問として進化するのである。この場合前者を非とし、後者をもって科学的と烙印されるものではなく、この進化の過程によって科学的体系が構築されていく。看護の科学を進める者として、常に新たな科学的解析の目を養ってゆかなければならない。

即ち、その解明の態度は、妥協を許さない最適の解析方法を見出し、それを正確に活用することが重要と考える。これは、私達の周辺によく見られる身勝手な方法論の形成や、引用ではなく、そこに応用する諸科学に忠実であるということで、その学問の中で看護を解析し、それを総合することである。これが看護学が応用科学である所以である。このような学問態度の個における持続、そして継承によって専門的解析が進められることにより、専門性は確立し、そこに看護学の領域における社会学、心理学または医学者が数多く現われて、その人々による協働の中に始めて真の看護学が発達するものと信じている。この事について、看護学の基礎に心理学、社会学、医学が重要な位置づけにあることには誰もが疑いを抱かないが、その援用に当たっての心がまえに問題を提起したい。

この観点から、本誌にみられる研究業績は総てが極めて進取的なものと考えます。しかし、その中に重要な基礎科学である、心理学、社会学を基盤とするものがまだ稀薄で、どちらかといえば医学的、解析が多いことに淋しさが感じられます。

分類集計機 パスキーⅢシリーズ

★新発売

PASCKEYⅢ

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。

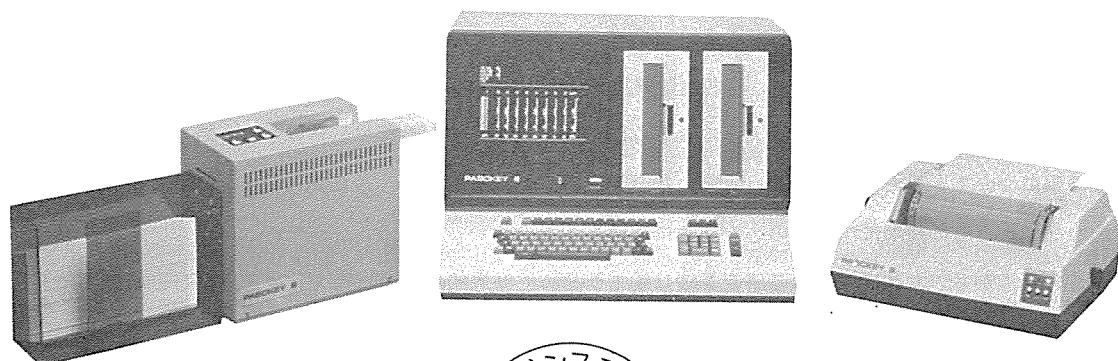
■集計時間の短縮 1回の操作で多数の集計表を作成します。例えば2次クロス表($10 \times 10 = 100$ セル)の表ならば80表を1回で集計。

■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。

実験のご使用や、集計の作業受託を承りますので
ご相談下さい。

■機能(ⅢA) ●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の組み合わせ(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ettの利用 データカードの内容をディスクett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



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

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 (4)

(Part Ⅱ)

The Structure and Key Concepts of Nursing Theories (4)

野 島 良 子

Yoshiko Nojima

Ⅳ 看護論の基本構造

Sister Callista Roy; 1976, Introduction to Nursing

：An Adaptation Model.

1 看護の基本構造

図10のとおりである。

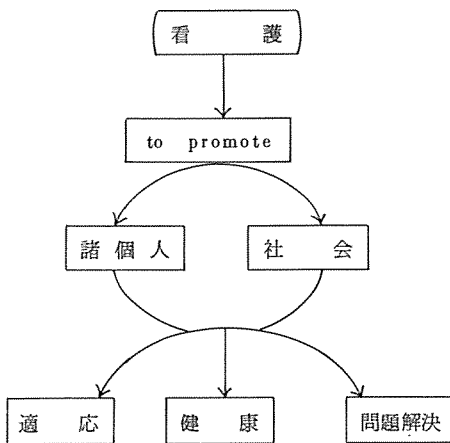


図10 Royの看護論の基本構造

2 看護の定義

適応概念によって説明される Roy の看護理論において、看護の目標は「諸個人と社会の健康の促進」におかれている。すなわち、「健康と疾病の状況において、人間の適応を促進すること」¹⁾がそれである。看護のもつ属性は「科学的実践」(a scientific discipline), 「実践指向的」(practice oriented), 「知識の理論システム」(a theoretical system of knowledge)と記述されている。看護実践活動の対象となるのは「諸個人」と「社会」であるが、その成立契機、ないし成立の条件規定の記述は、必ずしも明確ではない。

3 主要概念

「人間像」を中心概念とし、「ニード」をそのサブ・モチーフとしてとりあげる。

1) 人間像：生物的、心理的、社会的側面を有する適応機制を相互関連的、統合的に機能させな

がら、常時変動している内的・外的環境に適応してゆく統合された存在として規定されている。

Royはまづ、「全体的な人間」(total person), 「統合された存在として機能する」(functions as one unified being)等の表現を用いて、全体論の立場から人間をとらえる。統合的に機能するこの存在は「生物的・心理的・社会的」(biopsychosocial)な存在であり、環境の変化に適応するために、4つの適応型をもつ。「生理的諸ニード」(physical needs), 「自己概念」(self concept), 「役割機能」(role function), ならびに「相互依存」(interdependence)がそれである。²⁾

「生理的諸ニード」は生理的に統合された状態への欲求に、「自己概念」は心理的統合への欲求に、「役割機能」と「相互依存」はともに社会的統合への欲求にその起源をもつ。そしてこれら4つの適応型は反応に対する刺激として働き、それらの充足活動としての行動をひきおこしてくる。ここに「適応する存在」(man's adaptive being)としての人間像の輪郭がある。さらに環境との関連をみると、人間はそれに対して従属的に位置づけられている。すなわち、変動している内的・外的環境に人間が適応してゆくのであり、その逆ではない。

Royの看護論において、人間は統合された全体的存在としてとらえられている。しかしながら、「self」の概念において「physical self」と「personal self」に分割され、二元論的色彩をも有している。

4 サブ・モチーフ

1) 「ニード」(needs); Royは「ニード」を「個人の中において反応を刺激し、統合性を維持させるところの欲求」³⁾であると定義し、2重構造によってその内容を説明している。「諸ニード」はまず3つのカテゴリーに分類されている。「生理的統合」に「必要」(for)な諸ニード、「心理的統合」に「必要」な諸ニード、「社会的

統合」に「必要」な諸ニード⁴⁾である。これら3種のニードの下に、さらにそれらの基底となる「基本的諸ニード」(basic needs)が、それぞれいくつかある。生理的統合に必要なニードの基底となるのは、「運動と休息」、「栄養」、「排泄」、「水分と電解質」、「酸素」、「循環」、「調節」⁵⁾である。心理的統合に必要なニードの基底にはselfがあるが、身体的selfは上に述べた生理的諸ニードによって確認できる。他のselfは「personal self」であり、道徳・倫理的self, 「self-consistency», 「self-ideal», 「self-esteem」がこれに属する。これらの諸ニードを充たすことによって、人間は自分が誰であるかを確認し、かつ、存在するのだとRoyはみている。社会的統合に必要なニードは、その基底に「役割機能」と「相互依存」とがある。前者は、たとえば他者との関係において自己を知ることがそれであり、後者は支持や愛の必要がその例である。諸ニードの発生と充足の順位については、ふれられていない。

Marjorie L. Byrne and Lida F. Thompson; 1978, Key Concepts For The Study And Practice Of Nursing, 2nd edn.

1 看護の基本構造

図11に示す。

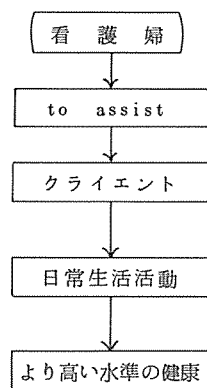


図11 Byrne & Thompson の看護論の基本構造

2 看護の定義

社会が看護婦に課している責任、として、看護は次のように定義されている。

「社会は看護婦に、クライアントが統合された全体として日常生活活動に適応し、それによって彼が健康のより高い水準に向って向上してゆきつつあるとき、安定した状態を維持、あるいは再確認できるように援助するように責任を課している。」⁶⁾

看護実践活動の主体は nurse であり、その対象は「クライアント」と規定されている。看護実践活動の直接対象となる領域は、「日常生活における適応過程」⁷⁾としての「日常生活活動」であり、⁸⁾それは“assist”という形態をとってすすめられる。「援助」活動成立の直接、ないし外的契機となるのは、人間において習慣化されている日常生活活動の遂行能力の障害である。そしてこの障害は「絶えず変化している内的・外的環境との安定した関係の維持困難と関連している。それゆえ Byrne and Thompson はこのような状態にある人間(human organism)を「患者」(patient)と呼んでいるが、⁹⁾看護実践活動の成立契機としての「日常生活活動」の指定のしかたは、Hendersonのそれが目的論的であるのに対して、Byrne and Thompsonのそれは原因論的である。

生得的にそなわった「適応エネルギー」を活用して、基本的諸ニーズを充足、または補修するための行動として、日常生活活動をおこし、それによって「安定した状態」を獲得・維持してゆくのが、人間の本来的な姿であるが、基本的諸ニーズの充足状況に変化が生じたとき、それに適切に対応できる行動がとられないと、諸個人において「安定した状態」は維持できないことになる。ここに「安定した状態」の維持手段としての日常生活活動の重視が生れる。

“Key Concepts For The Study And Practice Of Nursing”において Byrne

and Thompsonが取扱っている主題は、看護実践の本質を示す基本理論ではなく、看護理論の出発点となる人間像そのものである。この点において、同書は Rogers の看護論と同じ性格をもつ。

Byrne and Thompsonにおける人間像は、後にみるように、“a set of human needs”としてとらえられているが Rogers の看護論にみられたように、捕捉・記述された人間像そのものから看護の本質・方法・目標が類推され得る。

“a set of human needs”を中心概念とし、「行動」、「エネルギー」、「ニード」、「健康」の諸概念をその周辺に配置して描かれた人間像の輪郭線上に Byrne and Thompsonの看護理論を読みとることができる。

3 主要概念

“Key Concepts For The Study And Practice Of Nursing”として標題に表わされた“key concepts”は、「行動」、「ニード」、「エネルギー」、「健康」、「ストレス」、「地位と役割」等であるが、これらは人間の基本像を判明にとらえるために置かれた鍵となる概念である。本稿では「人間像」を主要概念とし、「ニード」と「健康」をそのサブ・モチーフとして論述する。

1) 人間像；Byrne and Thompson自身が要約する人間の諸属性は次のとおりである。1) 人間は統合された生物的・心理的・社会的存在である。2) 人間はひとつのエネルギーの単位である。3) 人間はひとつの種として、基本的諸ニーズを有しており、それらはあらゆる人々に共通している。4) 人間が自己のニーズを充足させる習慣的方法は、疾病によって妨げられる。5) 人間は変化や脅威に対して、統合された全体で反応する。¹⁰⁾

“man”と表現される人間は、まづ全体論的(Holism)に捕捉される。「全体的な、生物的・心理的・社会的存在」¹¹⁾(holistic biopsychosocial being)、「統合された全体」¹²⁾(a

unified whole), 「分割されない実体」¹³⁾ (a single entity) である諸個人は、オープンシステムとして世界内 (in his world) に存在している。この「統合された全体」としての人間は、心一身の平置的相関、もしくは身体各部分の集合体として理解されるのではなく、さまざまなシステムから構成された単一の総合体であり、¹⁴⁾ したがって諸個人は身体各部分によってではなく、有機体としての全体によって外部世界に反応し、統合的に行動する。すなわち諸個人は内的平衡を維持するとともに、彼が存在する外部世界と調和のとれた状態、いいかえれば「安定した状態」(the steady state)¹⁵⁾ を得るために、その存在の全体によって行動をおこす。この行動が「習慣化された日常生活行動」(customary daily living behavior) であり、この行動をひきおこす刺激となるのが、人間の基本的諸ニード、正確にいえば、基本的諸ニードの不均衡である。

諸システムの構成体としての人間において、行動は2つのシステムの有機的な相互作用のもとに、その水準が決定されてくる。2つのシステムとは、下部システムとしての細胞、臓器、組織、個体 (man) と、上部システムとしての家族、地域社会、社会である。下部システムは個体を形成し、上部システムはその個体が存在する場を構成している。この場合、用語 “system” は、「各部分の相互依存によって全体として機能するところの統一体」(a whole which functions as a whole by virtue of the interdependence of its parts is called a system.)¹⁶⁾ と定義されている。

システムとしての人間、すなわち、各部分の相互依存によって全体として機能する存在としての人間を構成する下部システムに、基本的諸ニードがある。後述するように、Byrne and Thompson は人間の基本的ニードを7項目あげているが、個々のニードは、相互に依存しながら均衡を保ち、統合された「全体」を形成して、内的・外的環境と交流している、と理解されている。そこ

に「エネルギー」の概念が生れ、「エネルギーの単位としての人間」(man as an energy unit) が指定されてくる。Byrne and Thompson において、このエネルギーは「適応エネルギー」(adaptive energy)¹⁷⁾ である。

King は人間を社会システムの構成単位としてとらえていたが、Byrne and Thompson においては、「システム」は統合された存在としての人間の構成単位となっている。人間存在において目標とされる望ましい状態は、「安定した状態」である。「安定した状態」は次のように規定されている。すなわち、「人間が解き放たれて自己の本性にしたがって自己を実現するような方法でエネルギーが配分され、また、行動のあらゆる水準において、効果的、かつ十分な調整過程の活動によって、エネルギーが維持されているときの状態」¹⁸⁾ である。Byrne and Thompson は人間の存在理由を「意味」「meaning」「内的平穏」(an inner peace)、「生命の悦び」(joy of life)、「自己」(selves) 等を用いて論述しているが、「安定した状態」は単に生物としてのみ存在するのではない人間 (man as a human being) においては、「自己実現」を可能にする状態である。しかし Byrne and Thompson の場合、人間の究極目標としての「自己実現」は Peplau や Travelbee におけるごとく、それ自体が人間存在の独自性を明証する唯一のモチーフとなるものではなく、むしろ人間存在の理想態、ないし基本態としての「安定した状態」に附加包括される状況を示していると思われる。¹⁹⁾

4 サブ・モチーフ

1) 「ニード」(needs) ; 統合された全体として存在する人間の構成単位として位置づけられる「人間の基本的諸ニード」は、諸個人に共通するものであり、生物学的に決定され、文化的に修正されるとされている。Byrne and Thompson における「基本的ニード」概念の特徴は、「ニード優先順位システム」(need priority system)

におけるニードの同時発生説の立場である²⁰⁾。ニード充足の優先順位に関して、Maslowはより低次のニードから充足され、順次、より高次のニードが表面に現われてくるとして、基本的ニードの発生と充足をヒエラルキー的順次発生説によって説明している²¹⁾。しかしながらByrne and Thompson は7項目の基本的ニード、すなわち「身体的統合」(Physical integrity), “affiliative”, 「活動-休息」(activity-rest), 「消化」(ingestive), 「排泄」(eliminative), 「呼吸」(respiratory), 「性的」(sexual)はその各々が均衡のとれた関係のもとにあって、人間の基本的ニードという統合された全体の不可分の部分をなすとしている。「ニード優先順位システム」そのものはニード充足の優先順位を意味し、ニードの不均衡が生じた場合、それを是正するために、充足の順位を決めるのは、その個人であるとされる²²⁾。

基本的諸ニードの充足と、それらの不均衡の修復は、行動の2大始動因として、ともに統合された全体としての人間において、統合された行動をひきおこしてくる。

2) 「健康」(health); Byrne and Thompson の立場は状態説である。すなわち「健康」というのは「力動的、かつ流動的な状態である」と規定されている²³⁾。この「流動性」は「常時変化しつづけている現象」を指しているが、統合された全体として存在し、かつ行動する人間にあって、健康が精神、身体、社会の各側面に分割されることはないといわれる。「健康」はByrne and Thompson においては「統合された状態」として捕捉される。この「状態」の低下や、疾病・障害は、諸個人が日常生活活動のために消費する適応エネルギーの絶対量を減少させたり、普段の消費量以上にそれを消耗することによって、個人の日常生活活動をそこなう。前述のごとく、Byrne and Thompson において、この日常生活活動は基本的ニードの充足と修復(または補修)行動を指している。看護婦の援助活動の直接対象となる領域と

しての日常生活活動が、このようにして「健康」、「基本的諸ニード」、「エネルギー」の諸概念から織りあげられてくる。人間存在における究極の理想態は、Byrne and Thompson においては「安定した状態」であり、そこに人間としての自己実現の可能性が準備されていた。「安定した状態」は「健康の最高の状態」(the optimal state of health)といいかえることができる。そして健康の状態(水準)には限界はない²⁴⁾。諸個人はもって生れた適応エネルギー、遺伝的諸因子、環境的諸因子によって自己の健康の水準を決定することができるし、またそれは諸個人に与えられている権利でもある²⁵⁾、とされる。

Dorothea E. Orem, 1980, Nursing: Concepts of practice, 2nd edn.

1 看護の基本構造

Oremの看護論の主題は看護実践である。すなわち看護実践活動の主体、目標、方法に照準を合せた記述であるといえる。Oremの提唱する看護の基本構造は、図12のようにまとめることができる。

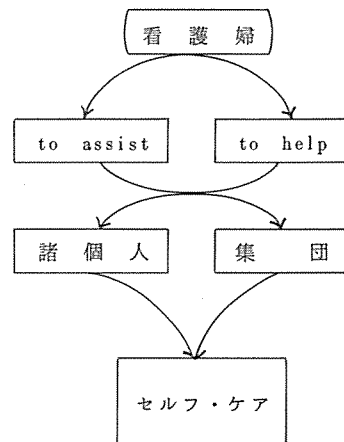


図12 Oremの看護論の基本構造

2 看護の定義

看護は次のように定義されている。

「看護は諸個人、あるいは複数の人々からなる集団のために、治療的セルフ・ケアのシステムを、彼らの日常生活環境のなかで立案、準備し、運営する献身的な努力のことである。」²⁶⁾

看護実践活動の本質と諸属性は、いくつかの用語を用いて記述されている。看護実践活動はまづ、「行為」(action)、「実践活動」(service)、「技術」(art)であるとされる。「行為」の主体は「看護婦」(nurse)であり、その目的は他者の利益であるが²⁷⁾、その他者は「諸個人」(individual)あるいは「集団」(multiperson)として存在する。ここに、この行為の本質を規定する要件が潜んでいる。すなわち、この「行為」の本質は人間に対する「実践活動」(a human service)にある。いいかえれば、「人間を援助する」行為の「一様式」(a mode of helping human being)であり、社会のなかで、健康に関連して行われる「実践活動」(service)である。それゆえこの「実践活動」は「多くの社会集団のなかで価値を有する。」(a valued service in many social group)

このような特性をもつ実践活動としての看護において、行為の主体である看護婦が、他者に対する看護上の援助を「計画し、生産」してゆくとき、それを可能にするのは「技術」(art)である。「価値のある実践活動」(a valued service)、「望ましい活動」(desirable activities)ととらえて、看護は価値活動であるとするOremは、「技術」とともに「配慮」(prudence)を看護実践活動に必要な要件としてとりあげている。²⁸⁾ 看護実践活動において、看護婦の判断の指針になるもののひとつとして、Henderson は「患者にとってなにが善いことか」という看護婦自身の自問を置いていたが、Henderson におけるこの善の追求の思想は、Orem によって継承されているといえる。Orem は、価値活動である看護実践活

動は、技術的側面のみならず、倫理的側面をもっと強調し、看護婦の判断の指針となるものとして、「患者にとって、これは正しいか?」(It is right for the patient?)という看護婦の自問をあげている。²⁹⁾

看護実践活動は“assist”または“help”という形態をとり、「日常生活環境のなかで」(within daily living environment)続けられる。援助成立の契機となるのは、「セルフ・ケア行動を代償する行為を必要とするニード」の発生である。「セルフ・ケア」概念は、後にみるように、Orem における人間像を構成する中心概念であるが、同時に、彼女の看護論の中心概念ともなっている。本来成人は他人からの直接援助なしにセルフ・ケアを維持・継続するものである。が、何らかの原因によって、このセルフ・ケアの維持・継続に専門技術と科学的知識の適用が必要とされる状態が生じてきたとき、他者からの援助の必要が生まれる。看護実践活動の契機は、このように、セルフ・ケアの維持・継続の困難な状態にある諸個人と、それを維持・継続するに必要な専門技術と知識、および態度(willingness)を有している看護婦間に生じるセルフ・ケア能力の不均衡の発生として説明される。

3 主要概念

「人間像」、「セルフ・ケア」、「援助」、「技術」が主要概念となっている。

1) 人間像; 統合的に機能し、セルフ・ケア行動をとる存在、として理解される。人間はまづ、単なる心一身の相関を超えたところで、「全体的に存在する存在」(whole being)である。この「全体性」(whole)は「構造」(structure)と、「生物的」・「象徴的」・「社会的」に働いている「機能」(function)とが統合された、人間の存在の統一されたありようを示すものであり、用語“self”に収斂される。³¹⁾ここにOremにおける人間像の第一の特徴をみることができる。

人間は空気・水・食物等、生命過程の維持に必

要な諸物質の摂取、構造と機能の統合性の形成と維持・促進に必要とされる諸ニードをもつ³²⁾これらの諸ニードは成人においては、通常自力で、他人からの直接援助をうけずに充足されるが、その充足活動は人間の持つ諸機能のうち、健康に関連した機能であり、「セルフ・ケア」(self-care)行動とよばれる。この「セルフ・ケア」行動をとおして、人間は統一体としての自己の存在、健康、および安寧を維持・調整する。「セルフ・ケア」行動は日常生活のなかへ組込まれていて、その実行はほとんど意識の上へはのぼらないが³³⁾、その様式は生長と発達の過程で、学習をとおして獲得されるのであり、人間はそのための知力と技術とを有している。

人間の「機能」における統一性のとらえ方において、Orem は、それを「生物的」・「象徴的」・「社会的」に統一された機能であるとみている。「象徴的」機能は、生物のうちで観念や文字を用いて自己の経験を「象徴化」(symbolize)してゆく人間にのみ固有の特性を指している。

「セルフ・ケア」行動をとおして自助的、自立的存在としてとらえられた Orem における人間像は、また、同時に「与える者」としてとらえられている。すなわち、成人は自己の安寧に責任を有するのみならず、社会集団においてその扶養者たちのセルフ・ケアに対する責任をも有している。Orem のこの観点の背後には、看護婦をその職業上の機能と役割をとおしてみるだけでなく、一人の成人としてみる眼が重なり、成人一般と看護婦に与えられた、他者の世話をする存在としての人間を至上と考える Orem の思想が窺見される。Orem は、人間諸個人は他者を援助する行動をとおして、自己の人間性をたかめるものであるという³⁴⁾看護実践活動を価値活動ととらえる Orem の倫理観を示す、もうひとつの部分である。

以上を要約すれば、その機能と構造上の統一性において、存在の特性を示している全体的存在としての人間は、セルフ・ケア行動をとおして、「生命に対する脅威を予防」し、機能し、かつ安

寧を得る。そうすることによって人間的機能と発達とは促進され、その結果、生命や人間的機能の発達を阻害する内的障害発生原因がとりのぞかれ、人間としてより高い水準の統合と成熟へ到達することになるといえる。このように「セルフ・ケア」と「統合性」の概念を手掛りに、自助・自立的、全体論的に捕捉された Orem における人間像には、さらに「発達」と「人間的進歩」(human Progress)の概念が加わる。「発達」(development)は Orem の場合、生命過程軸に沿った諸個人の増大的変化を指しており、このような変化をとげてゆくことが、すなわち「人間的進歩」と呼ばれている。その方向は、したがって、諸個人のより高い水準の統合と成熟である。³⁵⁾Rogers において人間における“progress”は種の進化として集合的に捕捉されていたが、Orem において、それは個的現象として認識されている。その意味において Orem の人間像における“progress”の概念は、Peplau の“grow”, Travelbee の“transcend”の概念の系列に属する。

病人；上記のように把握された人間の基本像のうち、1) 構造、2) 生理的機能、3) 行動、4) 日常生活習慣(habit of daily living)に明らかな変化をきたし、それによって「人間としての機能」(human function)と「日常生活」(daily living)が障害された人間が、すなわち病人であると規定されている。

2) 「セルフ・ケア」(self-care)；「自己管理(self-management)の一形態」³⁶⁾と規定される「セルフ・ケア」概念は、Orem の看護理論の中心をなす概念であり、同時に人間像の基盤をなす。看護理論と人間像に対する「セルフ・ケア」概念のこの2重構造的関係は、Henderson の看護論における「ニード」概念と人間像の関係に似ている。概念「セルフ・ケア」を形成するサブ・モチーフは、“self-care requisites”，すなわち所謂「ニード」と「行動」(action)である。この「行動」は、まづ「成熟した状態」にある人間に固有の「持続的にとられる」、「制

禦された」, 「効果的, かつ合目的な」行動である。したがって, 成長と発達の途上にある個人や, 重度の障害をもつ個人はこの行動をとることができない。³⁷⁾ この行動の主体は成人本人であり, 受益者も, またその当人である。そしてその最終目標は, 生命, 健康, 安寧の維持におかれるが, それは人間存在の統合性をまづ実現させることをとおして達成される。³⁸⁾

セルフ・ケア行動の型は, その個人が所属する集団内での学習によって獲得されるが, この行動をひきおこす契機となるのは, 所謂「ニード」であり, Orem はそれを “self-care requisites” とよんでいる。そして Orem は, このセルフ・ケア行動は所謂「ニード」によって左右されるのみならず, それを遂行するのに必要な知識, 技術, および態度の不足によって影響されるとしている。³⁹⁾ すなわち Orem の用いる用語「セルフ・ケア」はその目的を, 1) 生命過程の保持, 2) 統合された機能の維持, 3) 正常な成長と発達の促進, 4) 疾病や障害の予防と調整の諸点において, 成人がとる積極的, 自助的な, 自己管理行動を指していると思われる。そして, ここに再び, 人間の遂げる「変化」(change) と, その「変化」を促す働きとして看護実践を理解する Orem の思想の特徴を認めることができる。

上記のような諸目的, またはそれらの一部を実現することは, その個人が「ある状態から, 他の状態へと変化する」(to move from one state to another)⁴⁰⁾ ことを意味する。Orem はしばしば “produce” という表現を用いているが, Nightingale にも認められたこの用語の使用は, Orem が看護実践活動と, その活動の諸個人における基礎単位としてのセルフ・ケア行動を, 人間において新しい状態を生みだす倫理的生産活動とみなしていることを示している。

援助の発生因となる「セルフ・ケア」の欠損, ないし不足状態を, 諸ニードの欠乏 (lack of resources), 疾病過程の影響, 進行中の治療, 知識, 技術, 態度 (または意志) の不足の結果に

求める立場は, 基本的には Henderson のものであった。Orem は Henderson が看護の定義において説明した「病気であっても健康であって, 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, 健康とその回復に寄与する活動」を, 用語「セルフ・ケア」に収斂し, それを用いて Henderson の思想と看護独自の機能・論を, 精緻な構造で発展的に理論化したといえる。

3) 「援助」(assistance) ; 看護は「人間を援助する行為の様式」であると規定され, 「援助」は看護は看護の本質を表わす概念として取扱われている。Orem が看護を「援助」とみなす理由は, 次の 2 点にある。第一に, 看護は他者のために行われる実践活動であること, つまり, この倫理的生産活動において, 活動の結果は主体にではなく, 対象に帰属する。第二に, 援助内容というのは, 正常な状態のもとでは本来被援助者 (クライアント) の責任において, 彼自身が行うものであること, である。援助者とは他者を援助するのに必要な知識・技術・態度 (willingness) を有するひとのことであり, 被援助者 (クライアント) とは, 無力な者, 病人, 老人, 障害者である。援助者の行為によって被援助者 (クライアント) のセルフ・ケア行動における欠損部分がおぎなわれてくるような凹凸関係にある状況を, Orem は「援助状況」(helping situation) と名づけている。「援助状況」の生成因となるのは, 被援助者 (クライアント) のセルフ・ケアの欠損であるが, 援助には次の 5 通りの方法がある。代償行動, 指導, 支持, 環境の整備, 教育である。これら 5 通りの方法間の相互関係は, その適用順序においてヒエラルキーをなしている。最初に位置づけられるのが代償行為であり, 最後に位置づけられるのが教育である。

4) 「技術」; 概念「技術」に包括される用語として Orem が用いているのは, “art”, “skill”, “technology”, “techniques”, “rules of practice”, および “methods” である。

Oremにおいて用語“art”は「看護援助, あるいはケアの創造的システム」⁴¹⁾を意味し, “technologies”は「目的達成のための方法」を示しており, 「諸物品あるいは諸道具を用い, もしくは用いないで, 意図的な実践努力をとおして望ましい結果を得るための方法や過程についての, 組織化された情報である」⁴²⁾と定義されている。“techniques”は“techniques of nursing practice”, “techniques for care”, “self-care techniques”として用いられ, “skill”は“diagnostic skill”あるいはセルフ・ケア状況下にある患者自身が習得しなければならない“skill”として, 「包帯交換」, 「注射」等の「手技」(psychomotor skills)があげられている。Oremにおいて「技術」の概念は必ずしも判明ではなく, これら諸用語相互間の関係も, 判明であるとはいえないが, “art”は“art of nursing”として, Nightingaleの看護論にみられたごとく, 看護実践活動の本質そのものを指す用語となっている。“skills”は諸技能を指している。“technologies”, “techniques”, “skills”の3概念間には, この順序で辛じてヒエラルキーが認められる。

Oremにおける技術概念の特徴は, むしろ“methods”の概念内容の整理に認めることができる。援助「方法」の種類は前述したとおりであるが, その他に, その適用領域, 目的が明らかにされている。“a helping method”または“a method of assisting”と表現される「方法」は, 「患者の健康状態, あるいは生活方法のなかで」, 「教示(teaching)や, 身体的, 情動的「支持」(supporting)を目的として適用される。「支持」に用いられる道具のひとつに看護婦自身の“self”がある。Oremは看護婦が「支持」していることを相手に伝達する手段を, 「その場にいることで」(by her presence), 「接触によって」(by her touch), 「身体的支持」(physical support), (by a tool)等で表現しているが,⁴³⁾ これらは Travelbee が

“therapeutic use of self”と表現した, 道具としての看護婦自身の身体と存在, という考え方と共通している。

4 サブ・モチーフ

1) 「ニード」(self-care requisites); 用語“self-care requisites”には, 「セルフ・ケアと称される行動をとおして得られる目的物」⁴⁴⁾という定義が与えられており, その種類は3分類されている。それぞれ普遍的, 発達の, 健康逸脱に由来する“self-care requisites”である。これらのうち「普遍的セルフ・ケア必須物」は, 生命過程と人間の機能・形態上の統合性に関与するものであるとして, 空気, 水, 食物, 排泄, 活動と休息, 孤独と社会的相互作用との調和, 生命・機能・安寧の危険に対する予防, および正常性の保持の8項目があげられている。⁴⁵⁾これらは明らかに Henderson 等における「基本的諸ニード」の概念に相当するものである。

Henderson において看護に固有の機能は, 平置された基本的諸ニードの上に構築されていたが, Oremは看護実践活動をひきおこす根本原因となる諸ニードを, その発生起源によって, 人間の諸ニードと, 必要とされる看護的援助との関係を, Henderson よりも力動的に構造化して説明することに成功しているといえる。

文 献

- 1) Sister Callista Roy, Introduction to Nursing : An Adaptation Model, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1976, pg. 23
- 2) 同上, pg. 24
- 3) 同上, pg. 15
- 4) 同上, pg. 24
- 5) 同上, pg. 15
- 6) Byrne, ML., and other, Key Concepts For The Study And Practice Of Nursing, 2nd edn., Mosby, St.

- Louis, 1978, pg. 124
- 7) 同上, pg. 124
- 8) 同上, pg. 135
- 9) 同上, pg. 9
- 10) 同上, pg. IX-x
- 11) 同上, pg. 19
- 12) 同上, pg. 14
- 13) 同上, pg. 4
- 14) 同上, pg. 5
- 15) 同上, pg. 136
- 16) 同上, pg. 6
- 17) 同上, pg. 8
- 18) 同上, pg. 9
- 19) 同上, pg. 12
- 20) 同上, pg. 12
- 21) Maslow, AH., Motivation and Personality, Harper & Row publishers Co., 1954, 小口, 監訳, 人間性の心理学, 産業能率短期大学出版部, 1971
- 22) Byrne, ML., and other, 前掲 6, pg. 16
- 23) 同上, pg. x
- 24) 同上, pg. x
- 25) 同上, pg. XI
- 26) Orem, DE., Nursing: Concepts of Practice, 2nd edn., McGraw-Hill, New York, 1980, pg. 117
- 27) 同上, pg. 92
- 28) 同上, pg. 89
- 29) 同上, pg. 19
- 30) 同上, pg. 120
- 31) 同上, pg. 35
- 32) 同上, pg. 37
- 33) 同上, pg. 126
- 34) 同上, pg. 33
- 35) 同上, pg. 47
- 36) 同上, pg. 27
- 37) 同上, pg. 32
- 38) 同上, pg. 37
- 39) 同上, pg. 33
- 40) 同上, pg. 123
- 41) 同上, pg. 89
- 42) 同上, pg. 90
- 43) 同上, pg. 65
- 44) 同上, pg. 37
- 45) 同上, pg. 42

インスリン皮下注射のもみ方別による
血糖値の変動

Changes in Blood Sugar Levels according to Rubbing
Methods used with Subcutaneous Insulin Injection.

津 島 律, 高 野 眞智子, 新 堀 満 子

Ritsu Tushima Machiko Takano Mitsuko Niibori

I は じ め に

インスリン皮下注射は、そのもみ方において、
軽くもむ、¹⁾ 押えたまま3回ほど回転させる、²⁾
もんではいけない、など様々な説がある。いずれ
も、その根拠は示されておらず、また、インスリン
皮下注射の場合には、もみ方が重要であると思
われるもの、もみ方の記載がない文献も多い。^{4)~7)}
一般的には、薬液の吸収を速めるため注射部位を
マッサージする⁸⁾とされているが、インスリンが
持続的に作用するよう強くもまないという説⁹⁾も
報告されている。

インスリン皮下注射の場合、もむことによって

吸収速度を増し、血糖値に変化を与えるのではな
いかと考えた。また、弘前市周辺の総合病院看護
婦103名に対し、インスリン皮下注射時のもみ方
について質問したところ、他の皮下注射と同様に
充分もむものが76例(74%)、もまない36例(35
%)とまちまちであった。このようなことから、
インスリン皮下注射時のもみ方別による血糖値の
変動を明らかにしたいと考えた。

II 研究対象および方法

1 研究対象

弘前大学医学部附属病院第3内科病棟に入院中
の主にレギュラーインスリンを皮下注射している

表1 対 象 患 者

症例	性別	年齢 (才)	診 断 名	インスリン の 種 類 ・ 量	食 事 (Cal)	ケトレー 指 数	上 腕 囲 (cm)	皮 脂 厚 (mm)
1	男	63	糖 尿 病	レギュラー 12-10-8	1800	33.8	21.2	5.0
2	"	50	"	レギュラー 14-10-8	1600	30.6	21.1	5.0
3	"	51	"	レギュラー 18-18-16	1600	42.1	27.0	7.0
4	"	54	"	レギュラー 14-12-8-8(22時)	1600	28.1	25.0	4.0
5	"	43	"	レギュラー 15-15-15	1000	32.5	22.0	7.0
6	"	26	"	レギュラー 14-14-12	1400	27.7	20.5	4.0
7	女	53	"	レンテ 24-0-0	1200	34.4	23.5	11.0

患者 6 例と、レンテインスリンを皮下注射している患者 1 例の合計 7 例について表 1 のような患者を対象とした。7 例中 6 例は、男性で、レンテインスリン施行の患者 1 例は女性であった。年齢は、26才の男子 1 例、他の 6 例は、43才から 63才の中高年層にあった。患者は、主治医から一般状態の安定した良好と判断された患者であり、また、主旨を充分説明し質疑応答を行い、その上で承諾の得られた人のみを対象とした。また、施行前、中、後のバイタルサインズをチェックし、その都度、医師の診断を受け、医学的管理下におかれた。

研究期間は、1981年 7 月から 10 月の 4 か月間であった。

2 研究方法

実施に際して、次の 2 方法を定めた。

A 法：インスリン皮下注射施行後、酒精線で注射部位を 3 秒間、押さえる。（以下 A 法という）。

B 法：インスリン皮下注射施行後、示指、中指、環指の 3 指で圧を加えながら円状に 20 回もむ。（以下 B 法という）。

注射部位は、上腕 3 分の 1 下部に限り、A 法と B 法を、同一患者に 2 日間の間隔をおいて施行した。方法は、表 2 のように、インスリン皮下注射を中心に午前 7 時、2 ml 採血（インスリン皮下注射直前）、7 時 10 分、インスリン皮下注射施行

（表 1）、7 時 25 分、2 ml 採血（15 分後）、7 時 40 分朝食摂取、7 時 55 分、2 ml 採血（45 分後）、8 時 10 分 2 ml 採血（60 分後）、9 時 10 分、2 ml 採血（120 分後）、11 時 10 分、2 ml 採血（240 分後）、採血した検体は、1 分間、3000 回で 10 分間、遠心分離機にかけ、事例別、採血時間別に血清を分離し、各 0.1 ml の血清をとり、グルコースーに注入し、デジタル盤にあらわれた血清値を記録した。

食前 30 分にインスリン皮下注射を施行したのは、レギュラーインスリンの作用発現時間として、30 分から 1 時間であり、注射後、作用の最も強い時間としては 1 ～ 2 時間であり、したがって、通常、朝食前 30 ～ 60 分にインスリン皮下注射を行っている⁹⁾。そこで、朝食前 30 分に、病棟では、インスリン皮下注射を行っており、その基準にしたがって実施した。

患者は、A 法、B 法のいずれの方法においても間食の摂取はなく、また、毎朝、昼、夕の食事は全量摂取であった。

患者のケトレー指数、上腕囲、皮脂厚を把握し、血糖値の変動との関係の有無を検討した。ケトレー指数は、体重 Kg / 身長 cm $\times 100$ で算出し、上腕囲は、上腕中央の周囲を測定した。皮脂厚は、キース式皮脂厚計を用い、上腕伸展側中間部で測定した。

表 2

氏 名					インスリン種類		
昭和	年	月	日	(曜日)	1. レギュラー		
1. もまない					2. 中 間 型		
					()		
7:00	7:10	7:25	7:40	7:55	8:10	9:10	11:10
↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
採 血	インスリン	採 血	朝 食	採 血	採 血	採 血	採 血
2 ml	皮下注射	2 ml		2 ml	2 ml	2 ml	2 ml

Ⅲ 研究結果

1 A法（もまない方法）とB法（もむ方法）との血糖値の変動

1) 時間経過からみた血糖値の変動

時間の経過によるA法とB法の血糖値の変動について対をなす測定値の検討を行ったところ、インスリン皮下注射後120分の9時10分において、 $t=2.78$, $P>0.05$ となり、有意の差が認められ、もまないA法の血糖値が低く、もむ方法のB法において血糖値が高かった。60分後の8時10分では、有意の差はなかったが、A法において血糖値が低く、B法において血糖値が高い傾向にあった。

A法とB法の血糖値の差からみた場合、のべ血糖値測定回数40回中、A法が高値を示したのは9回（22%）、B法が高値を示したのは、31回（78%）でもまない方法のA法が40回中、31回（78%）において血糖値が低かった。

以下事例別に血糖値の変動についてA法、B法別に述べてみる。

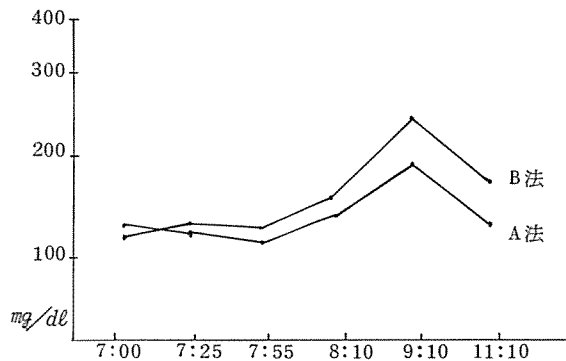


図1 血糖値の変動 ♂ 63歳

事例1

インスリン皮下注射施行前の7時まで、A法とB法の血糖値に大きな相違はなかった。レギュラーインスリン12単位皮下注射後、240分に至るいずれの時間においてもA法の血糖値が低かった。A法とB法の血糖値曲線は、ほぼ同型に経過しており、120分後において、両法の血糖値の差が最大であった。240分後の11時10分について、次に血糖値の差のひらきが大きかった（図1）。

事例2

インスリン皮下注射施行前の7時と、レギュラーインスリン14単位注射後の7時25分の注射後15分においては、A法が若干、高値の血糖値を示し、血糖値測定6回のうち、注射45分後、240分後のA法の血糖値がいずれも低値であった。60分後は、A法、B法ともにほぼ同値であった。A法とB法の血糖値が最大の差を示した時間は、120分後であり、72の差を示していた（図2）。

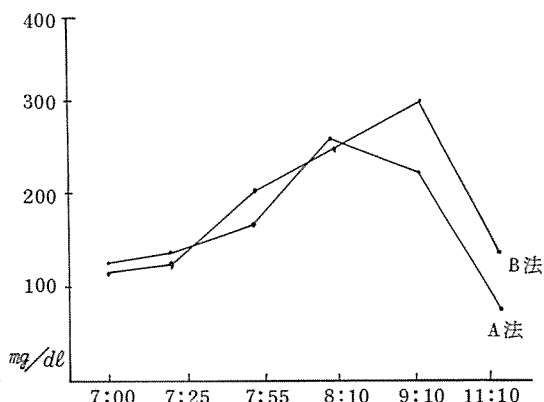


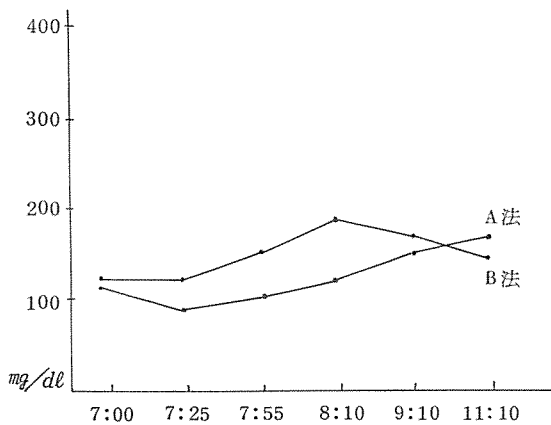
図2 血糖値の変動 ♂ 50歳

インスリン皮下注射時におけるもみ方別の血糖値の変動

事例 3

インスリン皮下注射施行前の 7 時において、すでに A 法が低値であり、レギュラーインスリン 18 単位注射の 15 分後、45 分後、60 分後、120 分後の時間では、A 法の血糖値が低値であった。240 分後の 11 時 10 分が B 法において低値であった。7 例中、事例 3 のみがこの時間の血糖値が B 法では低値であった。

血糖値の差が A 法と B 法において最大であった時間は、60 分後の 8 時 10 分で、54 の血糖値のひらきを示していた（図 3）。



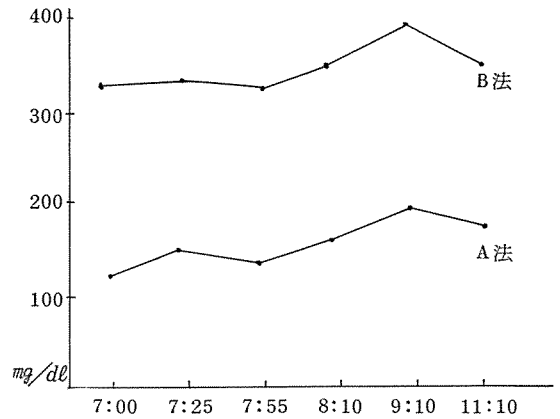
時間	A 法	B 法	A B の差
7:00	106	115	9 A<B
レギュラー 18 E			
7:25	97	115	18 A<B
朝食			
7:55	103	147	40 A<B
8:10	116	170	54 A<B
9:10	157	167	10 A<B
11:10	167	131	36 A>B

図 3 血糖値の変動 ♂ 51 歳

事例 4

インスリン皮下注射施行前の 7 時では、すでに A 法の血糖値が低値を示しており、以下のすべての時間においても、A 法の血糖値が低値であった。A 法と B 法の血糖値の差は、他のどの事例よりも

大きく 179 の差をもって A 法が低値であった（図 4）。



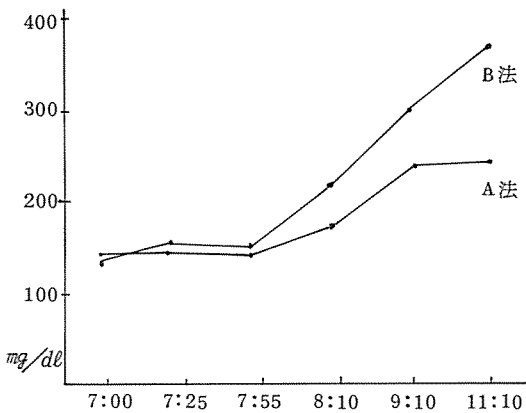
時間	A 法	B 法	A B の差
7:00	128	326	198 A<B
レギュラー 14 E			
7:25	150	329	179 A<B
朝食			
7:55	133	312	179 A<B
8:10	165	331	166 A<B
9:10	191	370	179 A<B
11:10	180	331	151 A<B

図 4 血糖値の変動 ♂ 54 歳

事例 5

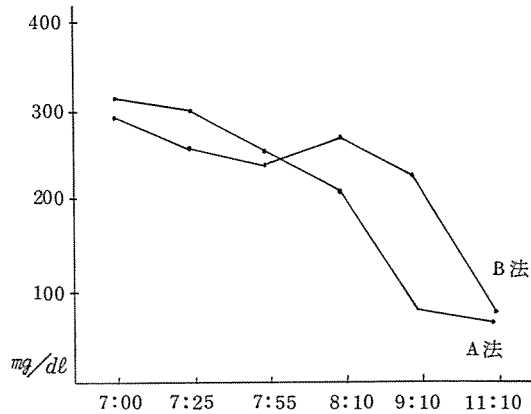
インスリン皮下注射施行前の 7 時では、A 法、B 法ともに血糖値は、ほぼ同じであったが若干、B 法において低値であった。レギュラーインスリン 15 単位注射後、いずれの時間においても A 法の血糖値が低値であった。A 法と B 法の血糖値の差が最大であった時間は、注射後 240 分後の 11 時 10 分であり、106 のひらきがあった。他の事例の場合、注射後 8 時 10 分ないしは、9 時 10 分から、あきらかに血糖値の下降が認められた。事例 5 の特徴としては、A 法は横這い状態、B 法は、急上昇に血糖値が上昇していた（図 5）。

インスリン皮下注射時におけるもみ方別の血糖値の変動



時間	A 法	B 法	A B の差
7 : 0 0	1 4 6	1 4 3	3 A > B
レギュラー 1 5 E			
7 : 2 5	1 4 7	1 5 3	6 A < B
朝 食			
7 : 5 5	1 4 5	1 4 8	3 A < B
8 : 1 0	1 7 2	1 9 8	2 6 A < B
9 : 1 0	2 3 0	2 8 4	5 4 A < B
1 1 : 1 0	2 3 1	3 3 7	1 0 6 A < B

図 5 血糖値の変動 ♂ 43 歳



時間	A 法	B 法	A B の差
7 : 0 0	3 0 1	2 8 5	1 6 A > B
レギュラー 1 4 E			
7 : 2 5	2 9 7	2 6 7	3 0 A > B
朝 食			
7 : 5 5	2 5 3	2 3 4	1 9 A > B
8 : 1 0	2 0 9	2 6 7	5 8 A < B
9 : 1 0	8 6	2 1 6	1 3 0 A < B
1 1 : 1 0	7 4	8 4	1 0 A < B

図 6 血糖値の変動 ♂ 26 歳

事例 6

インスリン皮下注射施行前の 7 時とレギュラーインスリン 14 単位注射後の 7 時 25 分の 15 分後では、B 法がいずれも低値を示していた。

45 分後も B 法が依然として低値であった。

60 分後、120 分後、240 分後の 3 回は、A 法の血糖値が低値であった。A 法と B 法の血糖値の差の最大は、120 分後であり、130 のひらきをもって A 法が低値であった (図 6)。

事例 7

この事例 7 は、1 例のみレンテインスリンであった。注射作用発現時間は、レギュラーインスリンよりも遅く 1 時間～2 時間¹⁰⁾であるため、7 時 25 分の血糖値測定は計画から除外した。

インスリン皮下注射の 7 時には、すでに、A 法の血糖値が低値であり、それ以後、いずれの時間

においても、A 法が B 法に比して、低値であった。

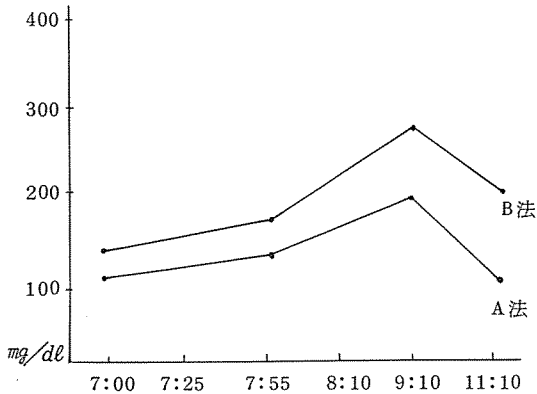
A 法と B 法の血糖値の差の最大は、11 時 10 分の 240 分後であり、74 のひらきを示していた (図 7)。

2 ケトレー指数と血糖値の変動

ケトレー指数は、事例 3 については、42.1 と最高値であり、事例 6 は、27.7 と最低値を示していた。事例 3 は、11 時 10 分の注射後 240 分において、A 法の血糖値が B 法に比して高値であった唯一の事例である。事例 6 は、A 法、B 法ともに 7 時のインスリン皮下注射施行前の血糖値を最高値とし、朝食摂取以後も血糖値が下降し続けた事例であった。事例 4 は、ケトレー指数 28.1 と、事例 6 に次いで低値であったが A 法と B 法の血糖値の差が大きい点で他の事例とことなっていた。

事例 1, 2, 5, 7 のケトレー指数は、30.6 から 34.4 の範囲で近値であり、血糖値曲線は、9 時 10 分のインスリン皮下注射後 120 分を最高値とす

インスリン皮下注射時におけるもみ方別の血糖値の変動



時間	A 法	B 法	A B の差
7:00	116	140	24 A < B
レンテ 24 E			
7:25			
朝食			
7:55	136	160	24 A < B
8:10			
9:10	198	259	61 A < B
11:10	116	190	74 A < B

図7 血糖値の変動 ♀ 53歳

るほぼ同形の曲線であった。

A 法と B 法の血糖値の差とケトレー指数の相関係数は、経時的に、0.42, 0.41, 0.30, 0.29, 0.74, 0.24 といずれも相関は認められなかった。

3 上腕囲と血糖値の変動

上腕囲は、事例 3 において、27.0cm と最大であり、事例 6 では、20.5cm と最小であった。事例 3 では、11 時 10 分の 240 分において A 法の血糖値が B 法の血糖値より高かった。事例 1, 2, 4, 5, 7 においては、上腕囲は 21.1cm から 25.0cm の範囲に近値であり、上腕囲による血糖値曲線の特徴は認められなかった。A 法と B 法の血糖値の差と上腕囲の相関係数は、経時的に 0.39, 0.42, 0.50, 0.53, 0.14, 0.38 であり相関はなかった。

4 皮脂厚と血糖値の変動

皮脂厚は、事例 7 において 11.0 mm が最大であり、A 法、B 法ともに 9 時 10 分の 120 分を最高値

とした曲線であった。事例 1 と事例 2 は、ともに皮脂厚 5.0 mm で 9 時 10 分のインスリン皮下注射後 120 分が B 法の血糖値において最高値であった。事例 3 と事例 5 では、ともに皮脂厚 7.0 mm であったが、11 時 10 分のインスリン皮下注射後 240 分において、事例 3 は B 法が低値を示し、事例 5 は、B 法が高値を示した。事例 4 と事例 6 は、ともに皮脂厚 4.0 mm であったが血糖値曲線は、全く、異型であった。A 法と B 法の血糖値の差と皮脂厚の相関係数は、経時的に 0.33, 0.27, 0.33, 0.40, 0.53 であり、皮脂厚と A 法、B 法の血糖値の相関は認められなかった。

IV 考 察

インスリンの皮下注射においては、その作用発現時間と持続時間が重要である。インスリン皮下注射施行後、注射部位をマッサージすることは、吸収速度を増し、血糖値の上昇がおこりやすく、インスリンの持続時間が短縮されるのではないかと考えられた。

インスリン皮下注射の部位を通過する血流量は、吸収の速度に影響があることは認められており、また、末梢循環不全があるときは、皮下からの吸収は、きわめて緩慢になる¹¹⁾とも報告されている。

インスリン皮下注射時のもみ方については、軽くもむ¹⁾、もんではいけない³⁾、押えたまま、3 回ほど回転させる²⁾などと様々述べられており、日常、患者に対して行い、指導している方法も一定ではなかった。マッサージや温熱が吸収を促進することは、すでに認められている通り⁶⁾であるが、もまない方法と、もむ方法について、その血糖値の変動を経時的に検討した結果、9 時 10 分のインスリン皮下注射 120 分後において有意の差を認め、もまない A 法の血糖値があきらかに低値であった。また、8 時 10 分の 60 分後では、A 法の血糖値が低く、B 法の血糖値が高い傾向にあることが把握された。

全事例について、血糖値変動の傾向をみると図 8 のように、A 法において低値であり、B 法が高

インスリン皮下注射時におけるもみ方別の血糖値の変動

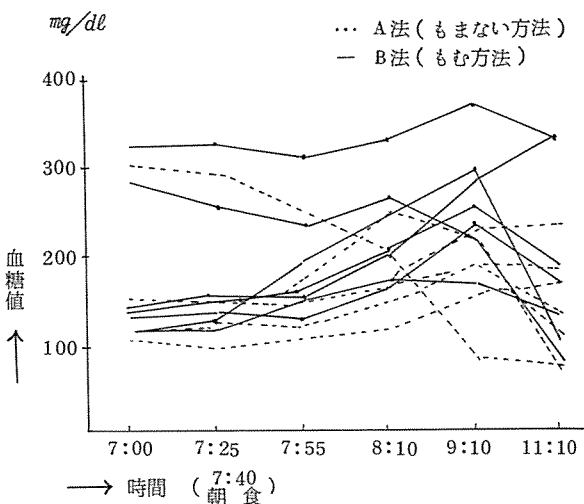


図8 A法とB法の血糖値曲線
事例1～事例7

値である傾向が知られる。また、血糖値の測定回数40回のうち、31回の78%がA法のもまない方法において血糖値が低値であった。もまないことによって、インスリンの発現作用があきらかに持続していることが把握された。

患者のケトリー指数、上腕囲、皮脂厚と血糖値の変動との相関は、検定によりいずれも認められなかった。例数が少いため、さらに、検討が必要であると考えられるが、インスリン皮下注射においては、強くもむことを避け軽く押える程度にとどめ、広く注射部位を求めることが望ましいと考えられた。A法とB法における血糖値の差の最大値である時間は、9時10分のインスリン皮下注射後120分であり、その値は、 10mg/dl から 179mg/dl であった。また、11時10分の240分後にお

いては、A法の血糖値が低く、次いで120分後であり、A法とB法との血糖値の差が 25mg/dl から 151mg/dl と大きかった。昼食の直前、11時10分では、インスリンの作用効果がまだ、かなり持続しており、むしろ低血糖状態のおこる可能性が考えられ、規則的な食事摂取の必要性があらためて確認された。

V 結 語

朝の7時10分におけるインスリン皮下注射を中心に、午前7時から11時10分までの主としてレギュラーインスリン皮下注射実施患者を対象とし、7例について、インスリン皮下注射のもみ方別による血糖値の変動をみた。対象患者は、医師により、一般状態が良好と判断された患者であり、また、主旨を充分説明し、質疑応答を行い、承諾の得られた人のみを対象とした。そして、施行の都度、バイタルサインズのチェックを行い安全を確認した。

1. もまない方法であるA法と、もむ方法であるB法については、午前9時の120分後においてあきらかな有意差を認め、A法において血糖値が低値でありB法が高値であった。

2. A法とB法の、のべ血糖値測定回数40回中、31回の78%においてA法の血糖値が低値であり、B法において高値であった。

3. A法とB法における血糖値の差と、ケトリー指数、上腕囲、皮脂厚との相関について検定を行ったが、いずれも相関はなかった。

Conclusion

Changes in blood sugar levels corresponding to the type of rubbing method used with 17 patients given insulin by subcutaneous injection at 7:10 a.m., and mainly, given regular insulin by subcutaneous injection during a period from 7 a.m. till 11:10 a.m., were observed. The subjects were patients whose general condition had been judged favorable by a physician and whose agreement to participate had been obtained after the full explication of our study.

1. A significant difference was recognized at 9:10 a.m., after the elapse of 120 minutes, between the readings obtained from the non-rubbing method (A) and those from the rubbing method (B); the blood sugar level was lower than normal in the former and higher than normal in the latter.
2. From 40 measurements taken using the A and B methods, the blood sugar levels were found to be lower than normal in the former and higher than normal in the latter on 31 occasions, representing a frequency of 78%.
3. The correlation between the two methods as to the difference in blood sugar level, Ketlay index, upper arm circumference, and skin fat thickness was determined.

本研究をまとめるにあたり、弘前大学医学部内科学第三の武部和夫教授、同大学医学部第三内科の大平誠一医師に、ご助言ならびに、ご協力を賜りましたので、ここに深く感謝申し上げます。

Ⅵ 文 献

- 1) 藤田 進：糖尿病，281～283，文研出版，1977
- 2) 近江谷泰子：ビニールマップを用いたインスリン自己注射の指導法，臨床看護，14(4)，135，1978
- 3) 日本糖尿病学会編：糖尿病治療の手びき，25，南江堂，1982
- 4) 金子 光他：成人看護学Ⅲ，76 医学書院，1975
- 5) 本田信義：糖尿病，113～114，新生出版，1978
- 6) Virginia Henderson. ; Principles and Practice of Nursing, 1171. Macmillan Publishing Co., INC. New York 1967.
- 7) 橋本寛敏：高等看護学講座，558～559，医学書院，1970
- 8) 吉田時子：看護学総論Ⅱ，473，メヂカルフレンド社，1976
- 9) 阿部正和：対症看護，385，医学書院，1982
- 10) 松村はる他：臨床内科看護便覧，172，メヂカルフレンド社，1970
- 11) 平山朝子他：糖尿病患者の看護，76，日本看護協会出版会，1974
- 12) Wiggers Carl J. ; Physiology in Health and Disease 5th ed, 1089 Lea & Febiger, Philadelphia, 1949,

訪問看護に関する一考察

一在宅寝たきり老人の介護者の訪問看護に対する意識を通して一

A Consideration on Visiting Care Based on the Sense of the
Helpers of the Bedridden Aged at their own Homes.

春 木 瞳^{*}, 北 村 圭 子^{**}, 多 田 敏 子^{**}
Hitomi Haruki Keiko Kitamura Toshiko Tada

I はじめに

近年、老人人口の増加に伴い老人を取り巻く様々な問題が顕在化してきた。なかでも、寝たきり老人の問題は深刻であり、それら老人の介護は精神的にも肉体的にも大きな負担を介護者にもたらしているといわれている。^{1)~7)}

そこで今回は、在宅寝たきり老人を抱える介護者を対象に調査を行い、介護者がどのような問題を抱えているかを追求し、そのうちのいくつかの問題の要因と、訪問看護に対する希望との関連について検討した。そして、それらの結果から訪問看護に期待されるものは何かについて考察を加えた。

II 研究方法

1 調査対象

民生委員及び老人福祉センターの方々により紹介された在宅寝たきり老人の介護者 182 名を対象とした。また、本研究で調査した在宅寝たきり老人はすべて、疾病または負傷、もしくは3ヶ月以上臥床し、食事、入浴、排泄、更衣などの日常生活動作(ADL・Activity of Daily Living)に介護を要すると認められている65歳以上の者であった。

調査対象地区は、それらの産業状況が類似していると考えられる徳島県下の農村地区から5地区を選んだ。当時、調査地区の全人口に対する65歳以上の人口の占める割合は13.4%であり、徳島県下全体のそれは11.6%であった。

2 調査期間

昭和56年9月下旬から10月下旬にわたって行った。

3 調査内容および方法

調査内容は、①在宅寝たきり老人の介護者の生活上および健康上の問題、②在宅寝たきり老人の健康状態およびADLの程度、③訪問看護を受けた経験の有無および④以上の3項目と介護者の訪問看護に対する希望との各関連性についてであり、そのために計99項目の質問項目を設けた。

質問紙の回答方法は無記名による自由回答法および選択回答法とした。調査方法は郵送法をとった。

4 集計方法

在宅寝たきり老人およびその介護者の実態を把握するためのデータは、単純集計によった。介護者が抱えている問題と訪問看護に対する希望との関連についての統計は、クロス集計し、 χ^2 検定およびフィッシャーの検定を用いた。

在宅寝たきり老人のADLの判定には、採点法

* 岡山大学病院 Okayama University Hospital

** 徳島大学教育学部 Department of Nursing Science, Faculty of Education,
Tokushima University

を用いてADLの程度を点数化し、その合計点から、重度、中度および軽度の3段階に分類した。

Ⅲ 結 果

本調査における回収率は182名のうち73.6% (134名)であった。在宅寝たきり老人の寝たきりになった原因疾患は、図1に示すように脳血管疾患をはじめ、老人に特有な疾患が多数を占めていた。

老人の寝たきり年数は、図2に示すように5～10年の者が最も多かった。

老人の受療状況は、図3に示すように医師の受診を続けている者が90名(67.2%)、服薬のみの者が25名(18.7%)、受診も服薬も行っていない者が17名(12.7%)であった。

在宅寝たきり老人のADLの程度は、図4に示すように重度の者が29名(21.6%)、中度の者が

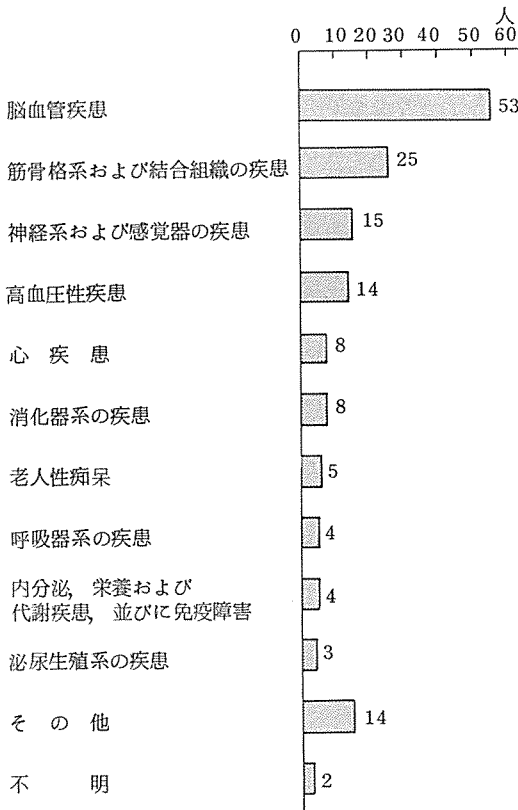


図1 寝たきりになった原因疾患 (n:134)

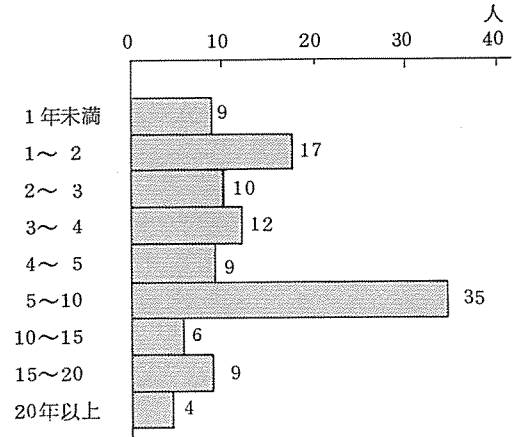


図2 在宅寝たきり老人の寝たきり年数 (n:111)

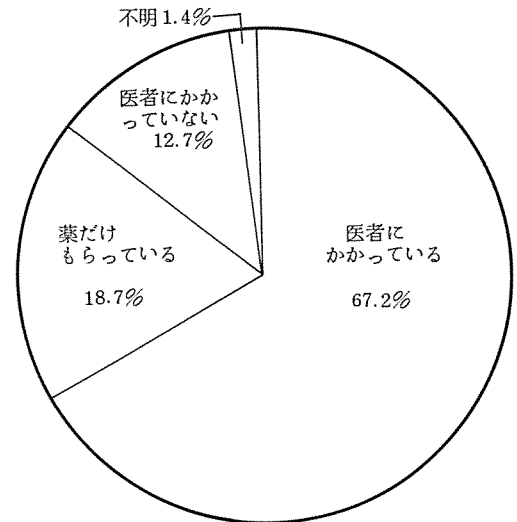


図3 在宅寝たきり老人の受療状況 (n:134)

54名(40.4%)、軽度の者が35名(26.1%)であった。

異常行動がみられる在宅寝たきり老人は、図5に示すように76名(56.7%)であった。

介護者と在宅寝たきり老人との続柄は、図6に示すように嫁、妻、娘と女性が大半を占めていた。

また、介護者の生活上および健康上の問題として得た結果は次の通りである。

介護者の年齢は、図7に示すように60代、50代

—在宅寝たきり老人の介護者の訪問看護に対する意識を通して—

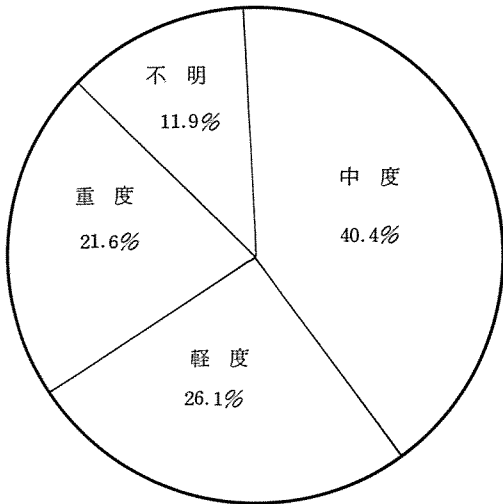


図4 在宅寝たきり老人のADLの状況
(n:134)

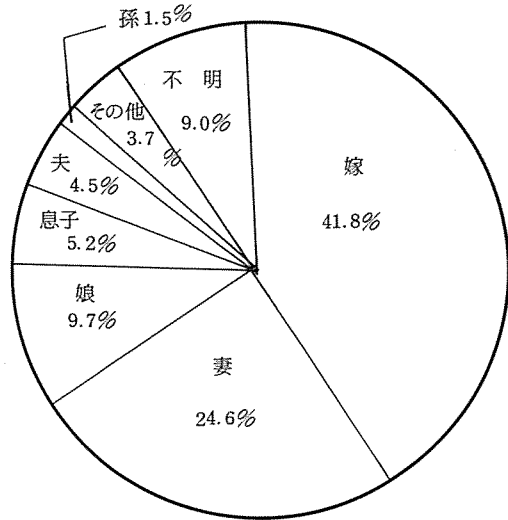


図6 在宅寝たきり老人と介護者の続柄
(n:134)

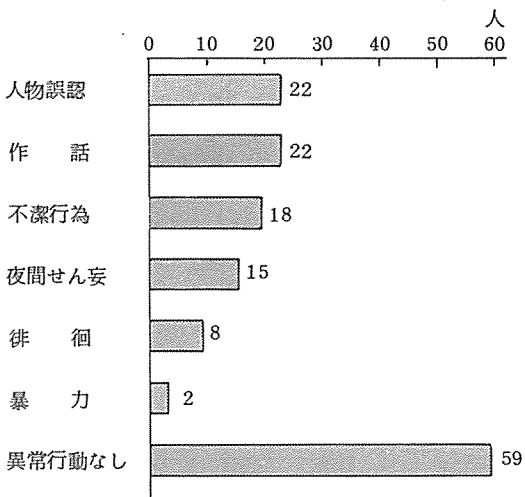


図5 在宅寝たきり老人の示す異常行動
(n:134)

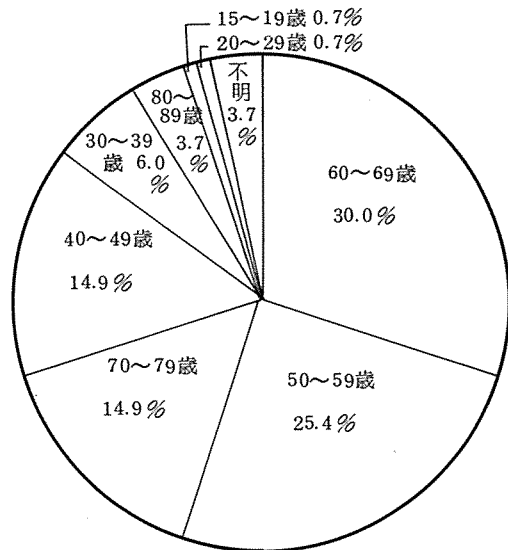


図7 在宅寝たきり老人の介護者の年齢
(n:134)

の高年齢の者が過半数を占めていた。

介護者の職業は図8に示すように、有職の者が64名(47.8%)であり、介護することにより就業状況に変化があった者は、図9に示すように67名(50.0%)であった。

老人の介護により生活への影響があった者は、図10に示すように94名(70.1%)であった。

介護者の健康上の問題としては、図11および図12に示すように持病があると答えた者は72名(53.7%)であり、健康上に何らかの訴えがある者は81名(60.4%)であった。

介護者の家族構成員数は、図13に示すように6人家族が最も多く33世帯(24.6%)を占めていた。

—在宅寝たきり老人の介護者の訪問看護に対する意識を通して—

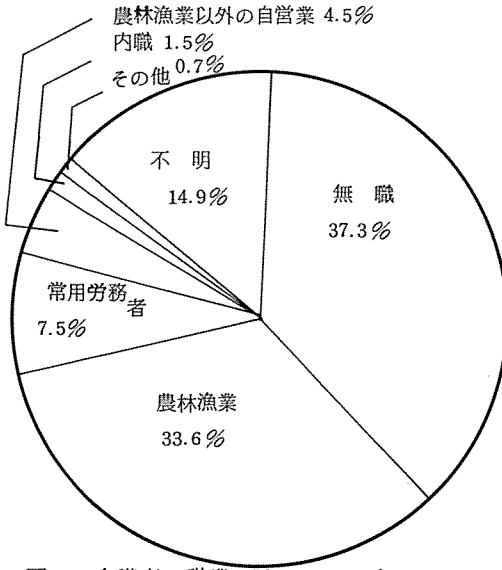


図8 介護者の職業 (n: 134)

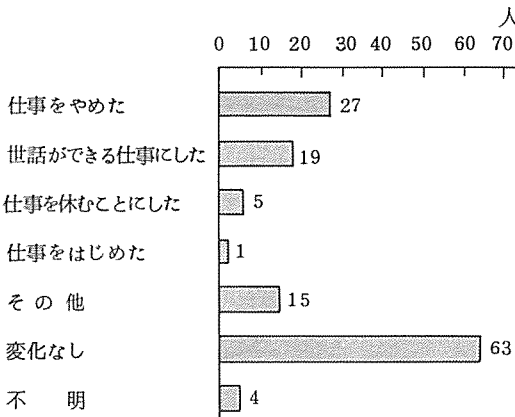


図9 介護者の就業状況 (n: 134)

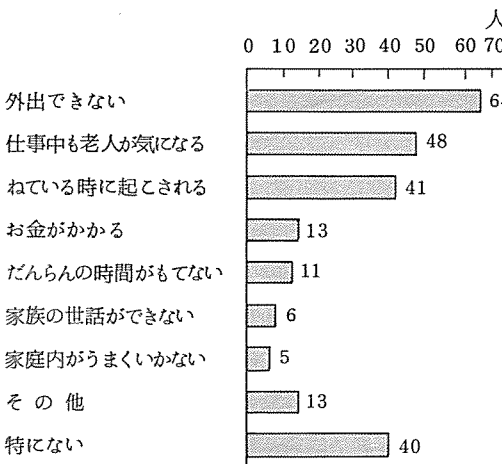


図10 介護による生活への影響 (n: 134)

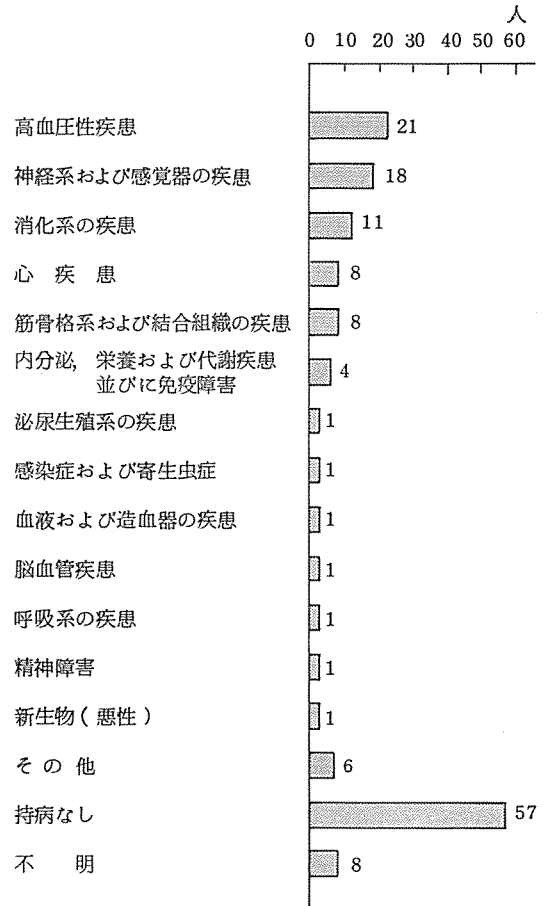


図11 介護者に多い持病 (n: 134)

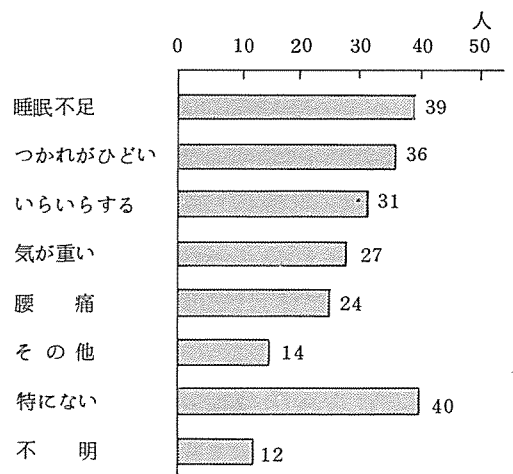


図12 介護者に多い健康上の訴え (n: 134)

—在宅寝たきり老人の介護者の訪問看護に対する意識を通して—

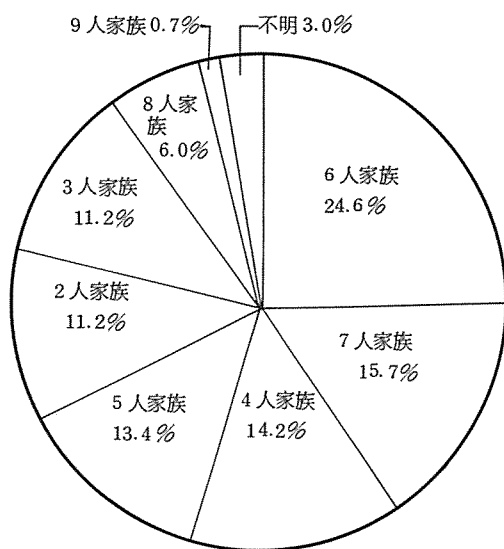


図13 在宅寝たきり老人の家族構成人数
(n: 134)

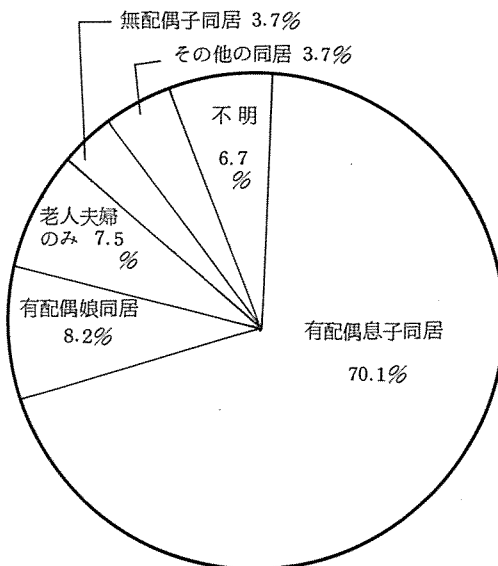


図14 在宅寝たきり老人の家族類型
(n: 134)

家族類型は、図14に示すように有配偶息子同居の家族が94世帯(70.1%)と最も多く、老人夫婦のみの世帯は11世帯(8.2%)であった。

以上の、在宅寝たきり老人およびその介護者の実態の把握から以下の結果を得た。

表1に示すように健康に障害のない介護者に比べ、健康に障害のある介護者には①ADLができない老人を介護している者、②介護により生活への影響を受けている者、③介護に困難を感じている者、④異常行動がある老人を介護している者が多いことが、有意の差をもって明らかになった。

また、表2に示すように無職の介護者には有職

の介護者に比べ、①就業状況に変化があった者、②ADLができない老人を介護している者、③介護によって生活への影響を受けている者がより多いことが有意の差をもって明らかであった。

さらに、表3に示すようにADLができない老人の介護者についてみると、そうでない介護者に比べ、①介護による生活への影響を受けている者、②無職である者、③就業状況に変化があった者、④老人の介護に困難を感じている者、⑤健康に障害がある介護者が多いことが有意の差をもって明らかであった。

次に、訪問看護を受けた経験についての調査結果は、図15に示すように50名(37.3%)

の介護者については訪問看護を受けたことがあり、78名(58.2%)の介護者は訪問看護を受けたことがなかった。

介護者の訪問看護に対する希望につい

表1 健康障害のある介護者となし介護者との比較

健康障害	老人のADL			生活への影響		介護に対する困難		老人の異常行動	
	重度	中度	軽度	あり	なし	あり	なし	あり	なし
あり	23	42	18	78	20	73	19	37	61
なし	4	9	14	10	18	7	20	6	27
χ^2 検定	$\chi^2 = 9.388$			$\chi^2 = 22.304$		$\chi^2 = 26.151$		$\chi^2 = 4.569$	
有意確率	$0.001 < P < 0.01$			$P < 0.001$		$P < 0.001$		$0.02 < P < 0.05$	

表 2. 有職の介護者と無職の介護者との比較

介護者の 就業状況	就業状況の変化		老人のA D L			介護者の生活への影響	
	あ り	な し	重度	中度	軽度	あ り	な し
有 職	2 7	3 6	1 5	2 2	7	4 2	2 2
無 職	3 2	1 7	1 1	2 5	2 1	4 2	9
χ^2 検 定	$\chi^2=5.241$		$\chi^2=6.516$			$\chi^2=4.465$	
有意確立	$0.02 < P < 0.05$		$0.02 < P < 0.05$			$0.02 < P < 0.05$	

表 3. 在宅ねたきり老人のA D Lの程度による比較

老 人 の A D Lの程度	介護者の生活への影響		介護者の就業状況		介護者の就業状況の変化		介護に対する困難		介護者の健康障害	
	あ り	な し	有 職	無 職	あ り	な し	あ り	な し	あ り	な し
重 度	2 7	2	1 1	1 5	1 7	1 1	2 6	3	2 3	4
中 度	4 6	8	2 5	2 2	3 5	1 8	3 8	1 4	4 2	9
軽 度	1 0	2 5	2 1	7	8	2 6	8	2 5	1 8	1 4
χ^2 検 定	$\chi^2=45.078$		$\chi^2=6.516$		$\chi^2=16.091$		$\chi^2=33.579$		$\chi^2=9.388$	
有意確立			$0.02 < P < 0.05$		$P < 0.001$		$P < 0.001$		$0.001 < P < 0.01$	

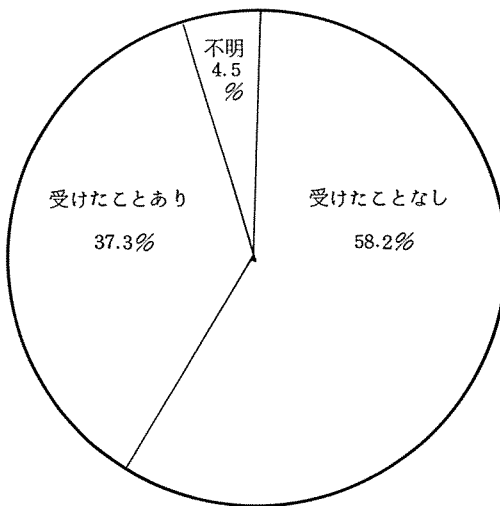


図 15 介護者の訪問看護を受けた経験
(n : 134)

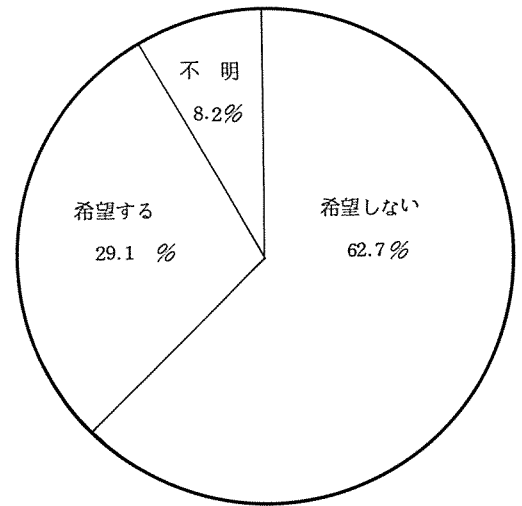


図 16 介護者の訪問看護に対する希望の状況
(n : 134)

では、図16に示すように39名（29.1％）の介護者が訪問看護を希望しており、その理由の内訳には、図17に示すように介護について指導や相談を望む

者が各々15名、直接老人の健康管理や世話を望む者が14名であった。

訪問看護を希望しない理由の主なものは、図18

—在宅寝たきり老人の介護者の訪問看護に対する意識を通して—

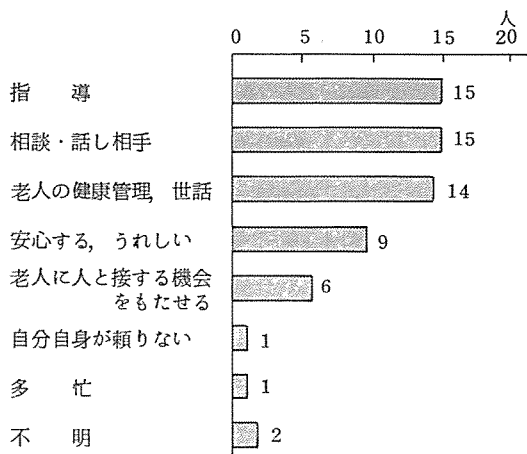


図 17 介護者の訪問看護希望の理由
(n: 39)

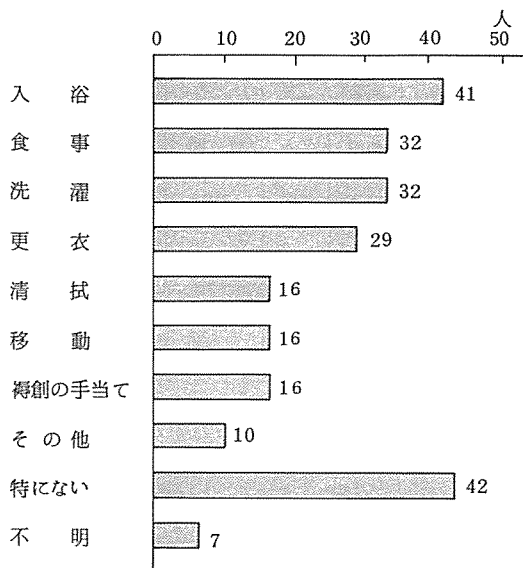


図 19 介護者の示す介護における困難な項目
(n: 134)

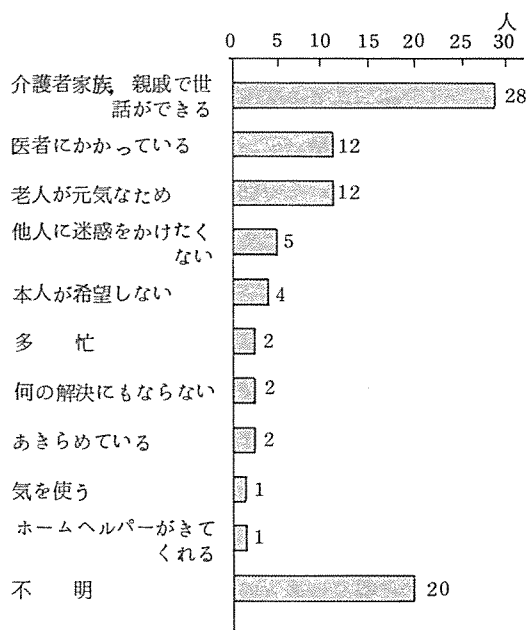


図 18 介護者の訪問看護を希望しない理由
(n: 84)

に示すように、老人の身内の者で世話ができること(28名)、医者にかかっているため訪問看護を希望しないこと(12名)などであった。

以上の調査結果と関連して、介護者が在宅寝たきり老人の介護に困難を感じていると答えた者は、

図19に示すように85名(63.5%)であり、特に入浴および食事の世話、洗濯に困難を感じている者が多かった。

以上の結果に基づき、介護者が抱えている問題と訪問看護に対する希望との関連については表4に示すような結果を得た。

訪問看護に対する希望の有無と、①介護者の健康障害の有無、②介護者の就業状況、③介護者が受けている日常生活への影響、④家族構成員数、⑤在宅寝たきり老人のADLの程度、⑥在宅寝たきり老人の異常行動の有無との関連では有意差はみられなかった。本研究では異常行動がみられる在宅寝たきり老人とは、質問紙上で何らかの異常行動があると介護者の判断により記載されたものを採用した。

介護者の訪問看護を受けた経験と、訪問看護に対する希望の有無との関連は、表5に示すように有意差がみとめられた。

Ⅳ 考 察

在宅寝たきり老人およびその介護者の実態の把

表 4 介護者の訪問看護に対する希望の有無による比較

訪問看護に 対する希望	介護者の健康 障害の有無		介護者の就業状況		介護による日常 生活への影響		家族構成員数		老人のADLの程度			老人の異常 行動の有無	
	あり	なし	有 職	無 職	あ り	な し	2人	3人 以上	重度	中度	軽度	あり	なし
希 望 あり	3 2	6	1 9	1 6	3 1	8	6	3 2	1 0	1 7	5	1 7	2 2
希 望 なし	5 8	1 9	4 1	3 1	5 5	2 9	8	7 4	1 8	3 2	2 5	2 7	5 7
χ^2 検 定	$\chi^2=0.935$		$\chi^2=0.173$		$\chi^2=2.837$		$\chi^2=0.147$		$\chi^2=3.625$			$\chi^2=1.470$	

表 5 介護者の訪問看護に対する希望と訪問看護を受けた経験との関係

訪問看護に 対する希望	訪 問 看 護		
	受けたことがある	受けたことがない	
希望あり	3 1	8	3 9
希望なし	1 7	6 3	8 0
	4 8	7 1	1 1 9

$$\chi^2 = 35.565$$

有意確率 $P < 0.001$

有意差あり

握から以下のことが考察された。

健康に障害のない介護者に比べ、健康に障害のある介護者には、①ADLができない老人を介護している者、②異常行動がある老人を介護している者が多いことが有意の差をもって明らかであるという結果を得たことから、老人の健康状態は、介護者の健康状態にも大きな影響を与えていることが考えられた。特に、今回の調査結果から介護者が高年齢であることが明らかであるので、訪問看護によって介護者の抱えている問題の解決および在宅寝たきり老人のADLの改善をはかることは、老人のみならず介護者に対しても必要な看護活動となり得ると考えられた。

次に、在宅寝たきり老人の介護が介護者の職業および日常生活に及ぼす影響について調査すると、図9および図10に示すように介護のために就業状況および生活に影響があった者が多いという結果

を得た。このことから、在宅寝たきり老人を抱えているということは、その家庭にとって、生活のみならず経済的にも大きな負担となることが必然的に考えられた。また、図19に示すような介護上の困難を持ちながらも、介護者および家族の者は職業を変えてでも自宅で寝たきり老人を介護しようとする決意を持っていることが、推察された。しかし、この就業状況の変化を、介護者およびその家族がどのような気持ちで受けとめていたのかは、今回の調査で

は把握できなかった。

また、表2に示すように有職の介護者に比べ、無職の介護者には、①就業状況に変化があった者、②ADLができない老人を介護している者、③介護による生活への影響を受けている者が多いことが、有意の差をもって明らかであったことから、介護者の就業状況の変化と、介護による生活への影響は互に関連しあって、老人のADLの程度に大きく左右されていることが考えられた。

次に、ADLができない老人の介護者は、そうでない介護者に比べ、①介護による生活への影響を受けている者、②無職である者、③就業状況に変化があった者、④老人の介護に困難を感じている者、⑤健康に障害がある者が各々多いという結果を得た。これらのことから、在宅寝たきり老人のADLの程度は介護者の負担を大きく左右しているものと考えられた。それで、訪問看護の援助

内容の一つとして期待されることは、まず寝たきり老人のADLを悪化させないことおよび少しでも改善できるよう援助することではないかと思われた。

次に、介護者が抱えている問題と訪問看護に対する希望との関連について考察を加えた。

介護者の①健康障害の有無、②就業状況、③介護による日常生活への影響、④家族構成員数、⑤在宅寝たきり老人のADLの程度、⑥在宅寝たきり老人の異常行動の有無等の問題と、訪問看護に対する希望の有無との関連に有意の差がみとめられなかったことは、介護者の訪問看護に対する期待がまだまだ少ないものであることを示していると考えられた。訪問看護に対する希望には、過去に介護者が訪問看護を受けたという経験が影響することが既に報告されている^{6) 10) 11)} ことから考えると、これは、今回の対象者には、過去に訪問看護を受けたことがない者が78名(58.2%)あるという調査結果が示すように、訪問看護がどのようなものであるかが十分に認識されていないためと考えられた。すなわち、介護者は訪問看護を受けることは、介護者の健康および生活状態に良い影響を与えるという認識が薄く、一方、在宅寝たきり老人のADLの改善および異常行動の改善にも役立つということについての期待を持っていないのではないかと思われた。

また、訪問看護を希望しない理由の中に、「家族で世話ができる」、「介護者が世話をする」、「他人に迷惑をかけたくない」、「気を使う」等と答えている者が案外多いことから、老人の身のまわりの世話や、異常行動に対する対応の方法は、長年の介護の中から工夫されており、第三者の新たな介入を介護者は期待していないのではないかと考えられた。

一方、「解決できない(役に立たない、信頼できない)」ことを理由にあげている者もいることは訪問看護の在り方を考え直さねばならないことを示唆していると考えられた。

介護者の訪問看護を受けた経験と、訪問看護に

対する希望との関連に有意の差が明らかであったことから、訪問看護を受けた経験が介護者にとって、訪問看護を希望する大きな要因になっていることが確認された。このことは、訪問看護を実践することによって、介護者から次第にその必要性が認められてくると同時に、訪問看護の効果も高まってゆくことを示すものと考えられた。現状では、まず看護者は在宅寝たきり老人の実状を把握し、訪問看護を実践することによって、地域住民の間に訪問看護の意義や内容をよく浸透させてゆくことが必要ではないかと思われた。介護者の抱えている問題を解析すると、介護によってひきこされる健康障害や生活への影響などは、介護者だけでは解決できない問題も含まれていることなどから、訪問看護は家族全体を対象として取り組んでいかなければならないと思われた。また、看護者は在宅寝たきり老人のADLの改善のために専門的な技術の提供を行うとともに、その家族が何を望み、また寝たきり老人と共にどう生活していきたいと考えているのかを十分に把握することが重要と思われた。

V 結 論

在宅寝たきり老人の介護をするうえで、老人のADLの程度が介護者の健康状態および生活に影響を及ぼす大きな因子になるということが明らかにされた。また、今回の調査で介護者が訪問看護を希望する要因として、介護者の訪問看護を受けた経験の有無が重要であることがわかった。

訪問看護に対する介護者の期待は、今回の調査では明確なものはみられなかったが、調査結果から、在宅寝たきり老人のADLの改善をはかるための専門的な技術の提供が、訪問看護の役割として重要であると考えられた。

また、訪問看護の対象として、在宅寝たきり老人のみでなく、その介護者のことも十分考慮したうえで、健康上の問題とか、介護上の問題などの解決をはかっていくことが必要と思われた。

今回、徳島県下の在宅寝たきり老人2,945人のう

ち134名を対象として在宅寝たきり老人に対する訪問看護について考察を加えてきたが、老人問題が山積している現状の中で、本研究がそれらの改善のために、一資料として参考になれば幸いである。

稿を終えるにあたり、調査に御協力頂いた方々、

徳島市役所福祉課並びに調査対象地区の民生委員、保健婦の方々、関係機関の方々に謝意を表します。また、最終的に御稿閲いただきました徳島大学教育学部内輪進一教授に深謝致します。

尚、本論文の要旨を第8回日本看護研究学会総会において発表した。

要 旨

在宅寝たきり老人の介護者の実態と訪問看護に対する希望について研究した。

対象は182名の65才以上の在宅寝たきり老人の介護者とした。

その結果、次のような結論を得た。

- 1) 在宅寝たきり老人の介護者には、健康障害をもつものが多かった。
- 2) 老人のADLに障害が大きいほど、介護者は介護に困難を感じていた。
- 3) 訪問看護を介護者が希望する要因として、訪問看護を受けた経験が大きかった。
- 4) 在宅寝たきり老人への援助として、ADLの改善をはかることが重要であった。

Abstract

We investigated the actual conditions of the helpers of the bedridden aged at their own homes and their desires for visiting care. The subjects of investigation were 182 helpers engaged in caring for the bedridden aged over 65 years old at their own homes.

The results were as follows.

- 1) Many helpers of the bedridden aged at their own homes were in a bad state of health.
- 2) The more obstacles the aged had in their ADL (activities of daily living), the more difficulty their helpers had with their nursing care.
- 3) One of the factors which make them desire for visiting care was their experience of having had visiting care.
- 4) It was particularly important to improve their ADL as a help to them.

参 考 文 献

- 1) 石黒ティコ：ねたきり老人とホームヘルパー，公衆衛生，Vol. 45，292 - 297，1981
- 2) 長岡多恵子：他：地域におけるねたきり老人の訪問看護について，四大学看護学研究会雑誌，Vol. 2，67 - 81，1979
- 3) 白井将子：他：在宅ねたきり老人訪問看護一訪問看護を開始して一，保健婦雑誌，Vol. 36，457 - 469，1980

- 4) 徳島県社会福祉協議会：老人介護の実態—民生委員制度創設60周年記念民生委員モニター活動の結果—，徳島県社協シリーズ№24，1977
- 5) 雄川美代子，他：藤井寺保健所における在宅ねたきりの訪問看護活動，保健婦雑誌，Vol. 34，48—60，1978
- 6) 加集竹子，他：近郊都市におけるねたきり老人の実態と訪問看護—老人の家庭看護に関する研究—，保健婦雑誌，Vol. 33，2—21，1977
- 7) 生形早苗，他：在宅ねたきり老人介護者の意識調査について，保健婦雑誌，Vol. 34，64—72，1978
- 8) 渡辺 淳：在宅ねたきり患者の訪問看護の経験，秋田県医師会雑誌，Vol. 29，40—47，1977
- 9) 加集竹子，他：入院を希望する老人患者と訪問看護の必要性，公衆衛生，Vol. 41，861—868，1977
- 10) 村田恵子，他：老人看護における家族指導の必要性に対する看護婦と家族の認識の相違—退院後の看護の継続に関して—，看護研究，Vol. 10，66—75，1977
- 11) 丸山テル子，他：保健婦の訪問は住民にどう受けとめられているか，保健婦雑誌，Vol. 34，18—34，1978
- 12) 冷水 豊，他：障害老人をかかえる家族における世話の困難とその諸要因，社会老年学，Vol. 8，3—18，1978
- 13) 英 速雄，他：石神井保健所管内におけるねたきり老人の実態，保健婦雑誌，Vol. 34，35—51，1978

看護作業のエネルギー代謝に関する研究（第1報）

Studies on Energy Metabolism in the Nursing Works

(Part 1)

玄 田 公 子 , 寄 本 明

Kimiko Genda Akira Yorimoto

I はじめに

看護作業に関する研究は、従来から、看護業務の作業時間の調査^{1), 2), 3)}を中心として行なわれてきたが、柚須ら⁴⁾によって、看護作業が生体へおよぼす影響について、生理学的な立場から調べられ、看護作業を客観的に評価する必要性が強調された。同じ立場から、池上ら⁵⁾は、小児病棟の各シフトのエネルギー消費量を心拍数からの推定で報告している。しかしながら、看護者の行なう個々の看護作業のエネルギー代謝を測定したものは、ほとんどみられない。沼尻⁶⁾は、病状報告、医師介助、治療補助、器具整備などの作業についてエネルギー代謝率を実測しているが、これらの作業内容は明確にされていない。そこで、今回は、日常よく実施されている看護作業について、作業時の生体への負担度をエネルギー代謝率から検討した。

II 実験方法

被験者は、19～20才の健康な女子学生4名で、その身体的特性は表1に示すとおりである。体表面積の算出には、藤本⁷⁾の計算式を用いた。今回用いた看護作業は、寝衣交換、背部清拭、足浴、ベットメイキング、シーツ交換および洗髪（仰臥位）の6種類である。朝食の3時間後、椅坐位で30分以上の安静の後、これらの看護作業による酸素摂取量および心拍数を、それぞれ日を変えて測

Table 1. Physical characteristics of the subjects.

Subject	Age (yrs.)	Height (cm)	Weight (Kg)	B. S. A. (m ²)
N. A.	19	156.0	54.8	1.495
K. U.	20	148.0	44.8	1.320
S. T.	19	158.0	58.6	1.553
T. M.	19	161.0	61.4	1.606

B. S. A.: Body surface area (by Fujimoto's method ⁷⁾)

定した。作業の実施にあたっては、それぞれの作業における被験者の行動手順および所要時間を一定にするために、テープレコーダーを用いて指示した。被験者には、看護実習用のユニホームおよび靴を着用させた。表2には、今回実施した看護作業の所要時間の平均値と標準偏差を示している。

酸素摂取量の測定は、呼気ガスをダグラスバツ

Table 2. Time of the nursing works.

Work	Time(min.)	
	Mean	S D
Change of gown	7.83	0.35
Back care	10.71	0.29
Foot bath	12.11	0.58
Bed making	12.73	1.27
Change of sheet	21.10	1.34
Shampoo	21.15	0.83

グ法により採気, ショランダー微量ガス分析器で O_2 および CO_2 濃度を分析し, 消費エネルギー量を所定の方法で求めた。エネルギー代謝率 (Relative Metabolic Rate: R. M. R.) は, 古沢⁸⁾の式によって算出した。

心拍数は, 胸部双極誘導で, テレメーター (フクダ電子 FE-14型) を用いて心電図を記録し, 1 分間の全 R 波数から求めた。

酸素摂取量と心拍数は, 30 分間の椅坐位安静時の終末の 5 分間, 作業中の全過程および回復期の心拍数が安静レベルに回復する (10 分および 15 分) までを測定した。

なお, 実験は, 4 月初旬に本学第 1 実習室で実施した。その環境条件は, 室温 $19 \sim 22^\circ C$, 相対湿度 $40 \sim 60\%$ であった。

III 実験成績

図 1, 図 2 および 図 3 には, 被験者 1 例の安静時および作業中の心拍数の経時的变化を示した。安静時の心拍数は, $60 \sim 80$ 拍/分の範囲であった。心拍数は, いずれの場合も作業中の動作によって

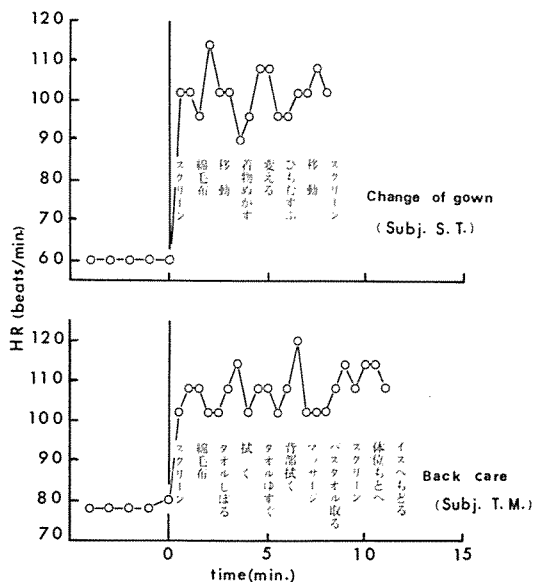


Fig. 1. Changes of heart rate due to change of gown and back care.

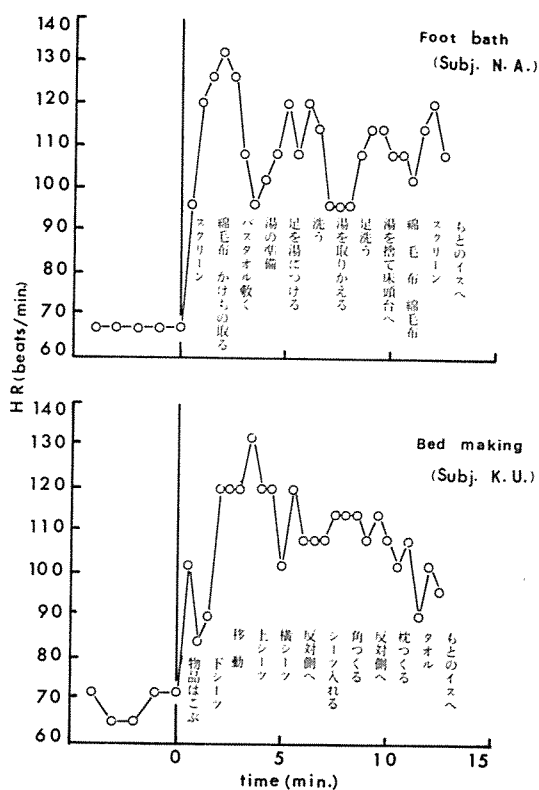


Fig. 2. Changes of heart rate due to foot bath and bed making

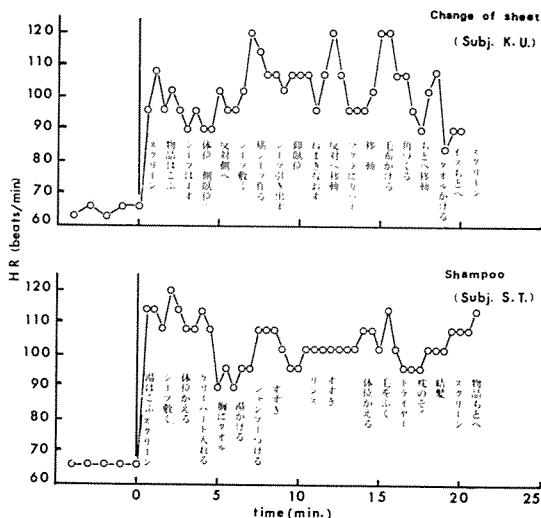


Fig. 3. Changes of heart rate due to change of sheet and shampoo.

増加や減少を示した。各作業における心拍数の変化をみると、寝衣交換(図1)では、移動動作、体位の変換、スクリーンの運搬時に増加が大きく、脱衣、ねまきの紐を結ぶ動作の時に増加が小さかった。背部清拭(図1)では、タオルをしぼる、背部を拭く、体位変換、スクリーンの運搬時に増加が大きく、背部のマッサージの時に増加が小さかった。足浴(図2)では、綿毛布の使用、ベースンの湯の取替え、スクリーンの運搬時に増加が大きく、足を湯につける、足を洗う動作の時に増加が小さかった。ベッドメイキング(図2)では、移動動作、横シーツの作成の時に増加が大きく、マトレスパットを敷く、タオルを床頭台に掛ける動作の時に増加が小さかった。シーツ交換(図3)では、横シーツの作成、移動動作の時に増加が大きく、シーツをはずす、シーツの角を作る、床頭台にタオルを掛ける動作の時に増加が小さかった。洗髪(図3)では、頭の下にバスタオルを敷く、体位変換、毛髪を拭く、スクリーンの運搬時に増加が大きく、胸をタオルでおおう、ピッチャーで湯をかける、ドライヤーで毛髪を乾かす動作の時に増加が小さかった。

表3には、作業中の平均心拍数および最高心拍数を4人の平均値と標準偏差で示した。これらの作業中の最高心拍数は、寝衣交換では移動動作、背部清拭では背部を拭く動作、足浴では綿毛布を掛ける動作、ベッドメイキングでは横シーツの作成、シーツ交換では横シーツ作成と移動動作、洗

髪ではバスタオルを頭の下へ敷く動作でみられた。

最高心拍数が、比較的高い水準を示した作業は、ベットメイキングおよびシーツ交換であって、低い水準を示した作業は、寝衣交換および足洗であった。

図4には、安静時、作業中および回復期の酸素摂取量の変動を4人の平均値で示した。安静時の酸素摂取量は、0.18~0.21 l/分の範囲であった。作業中の酸素摂取量は、ベットメイキングおよびシーツ交換では0.62 l/分、寝衣交換および洗髪では0.53 l/分、背部清拭および足浴では0.52 l/分であった。回復期の酸素摂取量は、いずれの作業とも0.21~0.24 l/分の範囲であった。

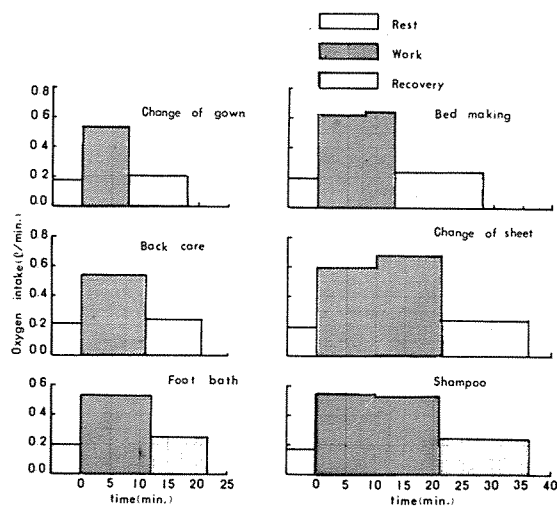


Fig. 4. Changes of oxygen intake due to the nursing works.

Table 3. Mean and Maximal heart rates during the nursing works.

Work	Mean(beats/min.)		Max(beats/min.)	
	Mean	S D	Mean	S D
Change of gown	99.4	4.6	109.5	5.7
Foot bath	99.8	10.0	117.0	11.5
Shampoo	106.1	11.2	121.5	5.7
Back care	106.2	9.7	120.0	9.8
Change of sheet	111.3	6.8	129.0	6.0
Bed making	117.8	8.8	136.5	5.7

各作業における総エネルギー消費量、1分当りのエネルギー消費量およびエネルギー代謝率(R. M. R.)について、表4に4人の平均値と標準偏差で示した。総エネルギー量は、作業時間の長かったシーツ交換で最も高く、作業時間の短かい寝衣交換で最も低くなっていた。1分当りのエネルギー消費量でみると、シーツ交換で最も高く、背部清拭で最も低かった。各作業のR. M. R. は、1.92~2.61の範囲であった。R. M. R. は、図5に示したように背部清拭、洗髪、足浴、

Table 4. Energy metabolism of the nursing works.

Work	T. E. E. (kcal)		T. E. E. (kcal/min.)		R. M. R.	
	Mean	S D	Mean	S D	Mean	S D
Back care	29.67	6.22	2.77	0.55	1.92	0.22
Shampoo	59.46	10.11	2.82	0.49	1.99	0.24
Foot bath	34.29	6.33	2.83	0.49	2.00	0.21
Change of gown	23.83	4.44	3.03	0.49	2.23	0.13
Change of sheet	70.81	14.64	3.36	0.69	2.58	0.30
Bed making	43.52	8.97	3.27	0.62	2.61	0.38

T. E. E. : Total energy expenditure. R. M. R. : Relative metabolic rate.

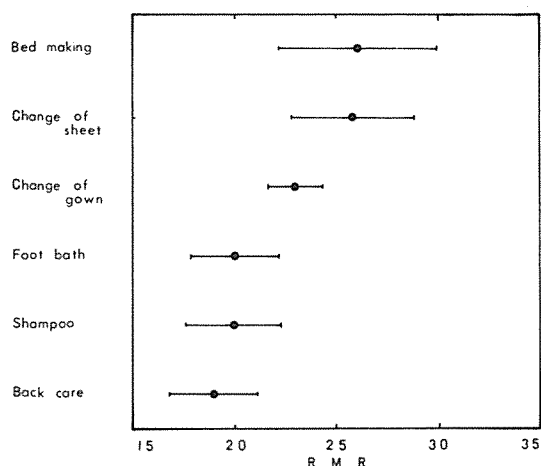


Fig. 5. Relative metabolic rate (R. M. R.) of the nursing works.

寝衣交換, シーツ交換, ベットメイキングの順に前の作業ほど小さかった。

IV 考 察

通常, 作業強度は, R. M. R. によって軽作業, 中等度作業および重作業に分けられる。R. M. R. の1.0~2.0は軽作業で, 2.0~4.0は中等度作業で4.0~7.0は重作業である。今回測定した看護作業の強度をみると, 背部清拭, 足浴および洗髪は R. M. R. が2.0以下で軽作業となり, 寝衣交換, ベットメイキングおよびシーツ交換の R. M. R.

は2.0以上で中等度作業となる。これらの中で R. M. R. の最も大きいものは, ベットメイキングの2.61であった。

ところで, R. M. R. は, 作業時の身体の使用部位や動作内容と密接な関係にあることが, 沼尻⁹⁾や大森¹⁰⁾によって報告されている。今回実施した看護作業は, いずれの作業においてもいくつかの

看護動作によって構成されており, 必ずしも同じ動作のくり返しではない。図1~3に示したように, 作業中の心拍数は定常状態を示さず, 動作による作業強度を反映して変動していた。総体的に心拍数の増加の大きい動作は, 身体の移動, スクリーンの運搬, 体位変換, 綿毛布の使用, 横シーツの作成などであって, 心拍数の増加が小さい動作は, ねまきの紐を結ぶ, 足を洗う, 床頭台にタオルを掛ける, ピッチャーで湯をかける, ドライアーの使用などであった。心拍数の増加の大きい動作は, 上肢および全身を使用する場合が多く, 増加の小さい動作は, 手および前腕を使用する場合が多かった。このように看護作業は, 身体の使用部位によって心拍数に増減をもたらしている。従って, 看護作業における動作の種類は, R. M. R. に影響を及ぼしていることになる。事実, R. M. R. 2.0以上の作業では, 主に上肢および全身を使用する動作が多く含まれており, R. M. R. 2.0以下の作業では, 主に手および前腕を使用する動作が多く含まれている。

各作業の R. M. R. と作業中の平均心拍数との関係をみると, 図6に示すようにベットメイキングやシーツ交換など, 移動動作や全身動作の多い作業は右上方に, 背部清拭, 足浴, 洗髪など手および前腕を多く使用する作業では, 左下方にプロットされ, R. M. R. と作業を構成する動作の関

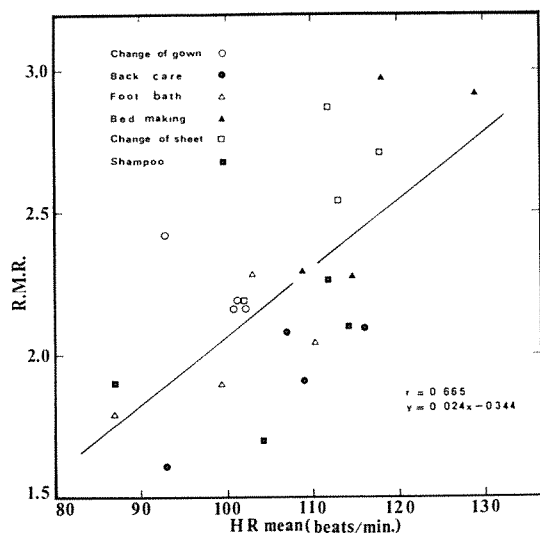


Fig. 6. Correlation between mean heart rate and relative metabolic rate (R.M.R.) of the nursing works.

連をみることができる。これらの関係は、 $r=0.655$ ($n=24$)で、1%水準で有意な相関関係がみられた。R.M.R.と心拍数との間に密接な関連があることはよく知られており、R.M.R.の推測に心拍数が利用されている。桑田ら^{11), 12), 13)}は、家事作業のR.M.R.を心拍数から推測しており、短かいくり返し動作については、安静時に対する作業終了前および後の1分間の心拍増加率とR.M.R.の間に高い相関関係($r=0.90$ 以上)を報告している。しかし、今回の看護作業では、R.M.R.と作業中の平均心拍数との間には、相関関係がみられたが、作業終了前および後の1分間の心拍増加率とR.M.R.との間には、いずれの場合も相関関係がみられなかった。おそらく看護作業は、その作業を構成する動作のくり返しでない

ため、心拍数が定常状態を示していないからであろう。従って、看護作業のR.M.R.の推定においては、桑田らの方法は、必ずしも適用できないように思われる。しかし、看護作業の場合は、作業中の動作が心拍数の増減に反映していることから、作業中の心拍数を検討することで、看護作業のR.M.R.を推定する手がかりが見出せるかも知れない。

V 要 約

日常よく用いられる看護作業の中から、背部清拭、洗髪、足浴、寝衣交換、シーツ交換およびベットメイキングをえらび、各作業の酸素消費量および心拍数を測定し、エネルギー代謝率(R.M.R.)について検討した。得られた成績を要約すると次のとおりである。

1) R.M.R.の4人の平均値と標準偏差は、ベットメイキングでは 2.61 ± 0.38 、シーツ交換では 2.58 ± 0.30 、寝衣交換では 2.23 ± 0.13 、足浴では 2.00 ± 0.21 、洗髪(仰臥位)では 1.99 ± 0.24 、背部清拭では 1.92 ± 0.22 であった。

2) これらの作業強度をみると、ベットメイキング、シーツ交換および寝衣交換は中等度作業に、足浴、洗髪および背部清拭は軽作業に分けられた。

3) 心拍数は、作業中の各種の動作によって増減を示した。上肢および全身を使用する動作では、心拍数の増加が多く、それらの動作が多く含まれる作業は、R.M.R.が2.0以上であった。手および前腕を使用する動作では、心拍数の増加が少なく、それらの動作が多く含まれる作業は、R.M.R.が2.0以下であった。

4) R.M.R.と平均心拍数との間には、 $r=0.655$ ($n=24$)で、1%水準で有意な相関関係がみられた。

Abstract

In order to clarify the energy metabolism of the nursing care, oxygen intake and heart rate during six different nursing works (back care, shampoo, foot bath, change of gown, change of sheet and bed making) were measured in four healthy nursing students aged from 19 to 20. The relative metabolic rate (R.M.R.) for each of the works was calculated as an index of the work intensity.

The results obtained are as follows;

- 1) The means and standard deviations of R.M.R. of the six nursing works were 1.92 ± 0.22 in back care, 1.99 ± 0.24 in shampoo, 2.00 ± 0.21 in foot bath, 2.23 ± 0.13 in change of gown, 2.58 ± 0.30 in change of sheet and 2.61 ± 0.38 in bed making.
- 2) The increases of heart rate in the works which require the movement of whole body were greater than those of the works which mainly consist of the movements of the hands and forearms. In case of the works requiring the movement of whole body, the values of R.M.R. were above 2.0.
- 3) The correlation between R.M.R. and the mean value of heart rate in the six nursing works was statistically significant at 1% level.

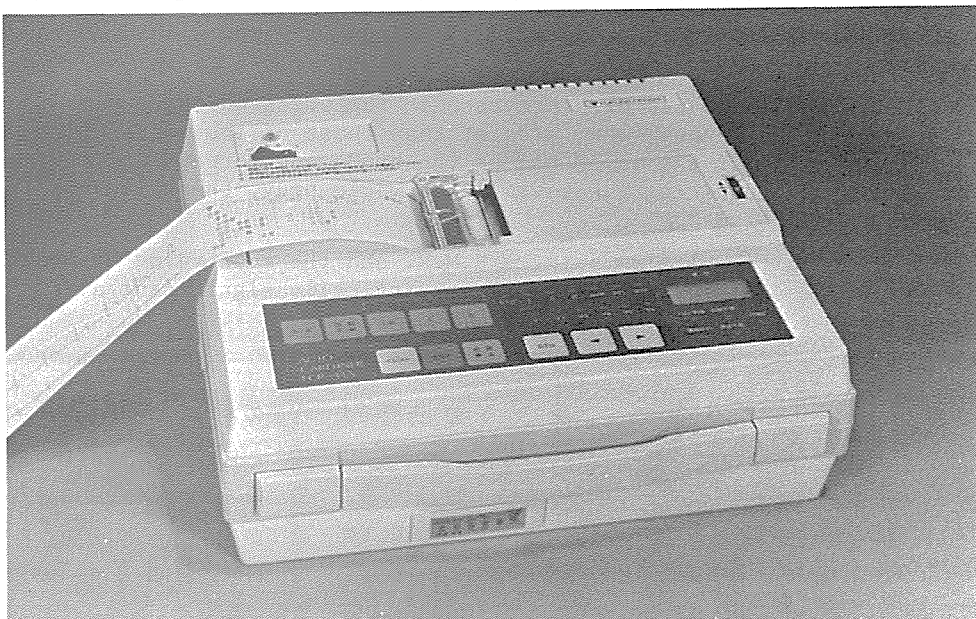
VI 文 献

- 1) 越河六郎：病棟看護業務の分析，その方法と実際，労働科学，32(10)，31～42，1977.
- 2) 田中恒男：業務分析・業務測定 その理論的背景と応用，看護誌，34(5)，10～15，1970.
- 3) 梁瀬度子他：奈良県立医科大学附属病院看護婦業務の分析，看護教育，19(8)，492～499，1978.
- 4) 柚須紘一他：病棟における看護作業の生理的観察，病院管理，11(1)，19～30，1974.
- 5) 池上直己他：看護作業の労働衛生学的観察，病院管理，18(4)，5～13，1981.
- 6) 沼尻幸吉：労働科学叢書 30 働く人のエネルギー消費，3～6，労働科学研究所，神奈川，1972.
- 7) 藤本 薫：日本人の体表面積に関する研究，第18編，日衛誌，23(5)，443～450，1968.
- 8) 古沢一夫：作業のエネルギー代謝率 — R. M. R. — について，兵庫県医大誌，1，53，1949.
- 9) 沼尻幸吉：労働のエネルギー代謝に関する研究，第1報 動作からみた作業の分類とエネルギー代謝率，労働科学，27(6)，279～288，1951.
- 10) 大森和子：家事労働のエネルギー代謝に関する研究，家政誌，25(1)，1～10，1974.
- 11) 桑田百代他：家事労働の負担について(第1報) エネルギー代謝率と心拍増加率との関係，家政誌，21(6)，406～411，1970.
- 12) 桑田百代他：家事労働の負担について(第2報) エネルギー代謝率と作業終了後(1分間)の心拍増加率との関係，家政誌，22(5)，337～341，1971.
- 13) 桑田百代他：家事労働の負担について(第3報) 組合せ作業の R. M. R. と心拍増加率との関係，家政誌，24(7)，571～574，1973.

新しい時代のマイコン心電計 心電図自動解析装置 FCP-13A

FCP-13Aは、自動記録により標準12誘導の心電図波形をマイクロコンピュータにより自動解析して、記録紙上に印字する装置です。

解析は磨き抜かれた成人・小児プログラムにより行われ、コンパクトな設計ですので、往診や救急時などにも簡単に持ち運びすることができます。



● 鮮明な記録

サーマル方式により、ペン書きでは得られないシャープな波形を記録します。

● 和・英文の切換え出力

和文・英文どちらでも簡単な切換えで出力することができます。なお、解析結果の文字が大きく、とても見やすくなりました。

● 不整脈誘導連続記録

V₅ (1/4) の連続波形を出力しますので不整脈検出がひと目でわかります。

● 解析結果を同一記録紙に印字

心電図波形の後に、解析結果が同一記録紙上に印字されます。波形と解析名プリントが別の用紙だった従来製品に比べ、データ整理がとても便利です。

● 小児用プログラムを装備

成人用解析プログラム以外に、小児用解析プログラムも標準実装されていますので、幅広くご使用いただけます。

● 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

この10月
手洗いのイメージが変わる。
気軽に使える三ツボトルをお届けします。



手指用殺菌消毒剤
ビスクラブ® 250ml
近日発売予定



ICI-Pharma

アイシーアイ ファーマ株式会社
大阪市東区高麗橋3丁目28番地 〒541(06)202-6861

1983-1-8

臨床における看護実習指導の検討 (I)

Hospital Training Procedures for student Nurses (1)

成 田 栄 子, 水 上 明 子, 栄 唱 子
Eiko Narita Akiko Minakami Shoko Sakae

I はじめに

看護教育における臨床実習指導については、その理念や位置づけ、方法論等多くの報告や提案があるにもかかわらず、教育技法として確立する段階にまで至っていない現状である。

しかし、臨床実習の揺ぎない点は、病院の中で生活している患者を対象として、学生に生きた学習の場が与えられている。ということであり、実習指導に携わるものとして、この生きた学習の場で、学生の知識と技術を統合させ、より確実なものに発展させるべき方向を模索しているところである。

4年制大学における3年次に、週3日間(木から土曜日まで)1年間通年で実習する本実習の中で、学生の实習への適応や実習態度、患者への対応や疾病の理解とケアの取り組み方等、学生の発達過程には一つの傾向があり、それは実習の場や指導者により異なる面もあるが、学生の知的好奇心が様々な形で発達していく状況を見ることができ

る。そこで今回は、まず学生が毎日の実習において経験した実習内容やその日に感じたこと、考えたこと等記録する実習日誌から、学生は実習経験をどのように受けとめ、認知し、情意的行動とどの様に関連をもって発達しているかについて、全体

的な傾向と実習時期、実習グループによる違い、学生の個別的な特徴等の検討を試みたものである。

II 研究方法

期間ならびに対象は、昭和56年度、3年次生15名を対象とする。

方法としては、小児科病棟5週間の実習中の実習日誌を基に、教育目標の分類学¹⁾を参照して、日誌に表現されている内容を次により分類整理する。

実習場所が小児科病棟という特性から、まず①小児の特性について記述されている内容を、身体生理的面と精神発達面とに分けて整理し、次に②患者を通して認知した内容、即ち患者に必要な看護上の事柄として現象の記述があるもの(一般的な認知)、③患者との関係の中で認知した内容の深まり、これは学生が直接患者との係わりの中で看護の現象をとらえ、それに考察(応用、分析、統合、評価等のレベル)が加わり、また次への提案等が表現されている(深められた認知)ものをいう。④情意的行動の表現については、受入れ、反応、価値づけのレベルに分類し整理する。

なお、参考として小児科病棟の実習目標は次のとおりであり、学生の実習時期と学生数は表1のとおりである。

臨床における看護実習指導の検討(1)

表1 実習グループ別学生数と実習時期

グループ別	学 生 数	実 習 時 期
1	4	4月 ～ 5月
2	3	9月 ～ 10月
3	4	11月 ～ 12月
4	4	1月 ～ 2月
計	15	

参考：小児科病棟における看護実習目標

1. 小児の特性を理解して最低必要な看護技術ができる。
2. 小児の状態の観察と communication がとれる。
3. 受持患者の疾病の理解、必要な看護が計画的にできる。(特に5週間目は受持患者中心の実習)

Ⅲ 結果ならびに考察

1 小児の特性の理解

1) 身体生理的面・精神発達面別小児の特性の理解

学生が小児の特性として理解していると考えら

表2 個人別小児の特性の理解(身体・精神面別)

グループ別	個人別	身 体 面	精 神 面	計
1	A	8(19.5)	33(80.5)	41(100.0)
	B	9(15.8)	48(84.2)	57(100.0)
	C	7(16.2)	35(83.3)	42(100.0)
	D	4(7.4)	50(92.6)	54(100.0)
2	E	16(55.2)	13(44.8)	29(100.0)
	F	11(44.0)	14(56.0)	25(100.0)
	G	12(24.5)	37(75.5)	49(100.0)
3	H	0 —	57(100.0)	57(100.0)
	I	5(7.4)	63(92.6)	68(100.0)
	J	9(7.6)	109(92.4)	118(100.0)
	K	7(14.6)	41(85.4)	48(100.0)
4	L	13(19.4)	54(80.6)	67(100.0)
	M	13(19.1)	55(80.9)	68(100.0)
	N	26(32.5)	54(67.5)	80(100.0)
	O	11(22.0)	39(78.0)	50(100.0)
計		151(17.7)	702(82.3)	853(100.0)

注：()内%

れる記録の内容を身体・生理的面と精神・発達面に分けて、学生個人別にみたのが表2である。まず全体としてみると学生1人当たり平均は56.2±21.57(M±S.D.)であり、最高118件、最低25件と件数ではかなりの個人的なバラツキはみられるが、実習時期による差はみられない。(表2)

身体・生理的面と精神・発達面別にみると、全体では身体面が17.7%、精神面82.3%であり、学生は実習中に接する小児から、身体面よりも精神・発達面の特性についての理解を多く得ていることがわかる。

学生個人別にみると、身体面の理解が全くないものがある反面、55.2%を占めるものもあり、ここにも個別的な差違がみられる。

これらの特性の理解を実習グループ別にみたのが図1である。1グループと3グループに身体・

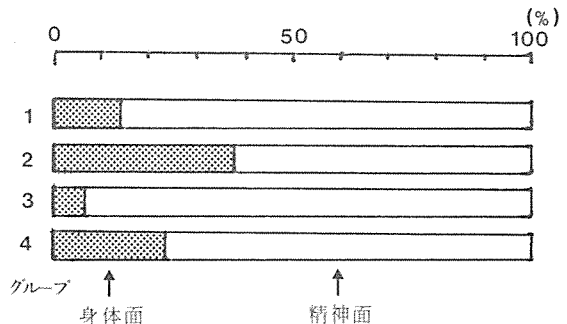


図1 グループ別小児の特性の理解
(身体・精神面別)

生理的面の特性の理解が極端に少く、2グループと4グループは1/3～1/4となっていて実習グループ間の差は χ^2 テスト、0.1%水準で有意差がみられる。これらのグループの格差は、毎日の実習の最後に1時間程度のグループカンファレンスを持っているために、自づと学生の学習内容の理解に統一化の傾向が生じるものと考えられる。(図1)

2) 受持患者と受持以外の患者別小児の特性の理解

学生が小児の特性を理解した対象を、受持患者

表3 個人別小児の特性の理解
(受持患者・受持以外の患者別)

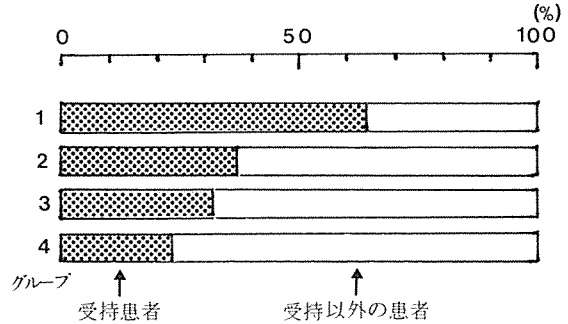
グループ別	個人別	受持患者	受持以外の患者	計
1	A	27(65.9)	14(34.1)	41(100.0)
	B	37(64.9)	20(35.1)	57(100.0)
	C	21(50.0)	21(50.0)	42(100.0)
	D	39(72.2)	15(27.8)	54(100.0)
2	E	3(10.3)	26(89.7)	29(100.0)
	F	12(48.0)	13(52.0)	25(100.0)
	G	23(46.9)	26(53.1)	49(100.0)
3	H	21(36.8)	36(63.2)	57(100.0)
	I	38(55.9)	30(44.1)	68(100.0)
	J	22(18.6)	96(81.4)	118(100.0)
	K	12(25.0)	36(75.0)	48(100.0)
4	L	18(26.9)	49(73.1)	67(100.0)
	M	20(29.4)	48(70.6)	68(100.0)
	N	14(17.5)	66(82.5)	80(100.0)
	O	10(20.0)	40(80.0)	50(100.0)
計		317(37.2)	536(62.8)	853(100.0)

注：()内%

と受持以外の患者とに分けてみると表3に示すとおりで、全体では受持患者が37.2%であり、受持以外の患者が62.8%で受持患者だけに止まらず受持以外の患者から広く小児の特性を理解している。といえる。(表3)

学生個人別にみると、受持患者から小児の特性を理解しているものが72.2%から17.5%までかなりの個別的な差がみられる。特に実習時期の早いものに受持患者の占める割合が多い傾向である。

実習グループ別に受持患者からの理解についてみると、図2に示すように実習時期の早い1グループは63.9%であり、以後36.9%、32.0%、23.4%と明らかに実習時期が後になるに従って受持患者からの理解の割合が減少し、グループ間に χ^2 テスト、0.1%水準で有意差がみられる。このことは、他科の実習場所で実習経験を重ねて来た学生にとって、小児の特性の理解は受持患者に限らず入院児全体から得られている。と見ることができる。(図2)

図2 グループ別小児の特性の理解
(受持・受持以外の患者別)

2 患者をととして認知した内容

学生が患者をととして認知した内容を、小児の発達面と患者への働きかけおよび疾病・医療面の3つに分けて、学生個人別に表したのが表4である。全体としては患者への働きかけが最も多く78.3%を占めており、発達が16.0%、疾病・医療5.7%と少くなっている。(表4)

表4 個人別一般的な認知件数

グループ別	個人別	発 達	働きかけ	疾病・医療	計
1	A	2(5.3)	31(81.5)	5(13.2)	38(100.0)
	B	7(38.9)	9(50.0)	2(11.1)	18(100.0)
	C	1(3.6)	26(92.8)	1(3.6)	28(100.0)
	D	4(21.1)	14(73.6)	1(5.3)	19(100.0)
2	E	7(26.9)	18(69.2)	1(3.9)	26(100.0)
	F	0 —	18(85.7)	3(14.3)	21(100.0)
	G	0 —	24(92.3)	2(7.7)	26(100.0)
3	H	7(35.0)	13(65.0)	0 —	20(100.0)
	I	2(10.5)	17(89.5)	0 —	19(100.0)
	J	17(70.8)	7(29.2)	0 —	24(100.0)
	K	2(6.9)	26(89.7)	1(3.4)	29(100.0)
4	L	5(19.2)	20(76.9)	1(3.9)	26(100.0)
	M	4(19.0)	16(76.2)	1(4.8)	21(100.0)
	N	1(3.6)	27(96.4)	0 —	28(100.0)
	O	0 —	23(88.5)	3(11.5)	26(100.0)
計		59(16.0)	289(78.3)	21(5.7)	369(100.0)

注：()内%

臨床における看護実習指導の検討(1)

学生 1 人当り平均は 25.2 ± 5.31 でありそれほど大きなバラツキはみられないが、発達面の認知が 70.8% を占めるものもある等個別的な特徴がみられる。

実習グループ別にみると表 5 に示すように 3 グループのみが発達の認知が 30.4% あり、グループの特徴も僅かにみられる。(表 5)

表 5 グループ別 一般的な認知件数

グループ別	発 達	働 き かけ	疾 病・医 療	計
1	14(13.6)	80(77.7)	9(8.7)	103(100.0)
2	7(9.6)	60(82.2)	6(8.2)	73(100.0)
3	28(30.4)	63(68.5)	1(1.1)	92(100.0)
4	10(9.9)	86(85.1)	5(5.0)	101(100.0)
計	59(16.0)	289(78.3)	21(5.7)	369(100.0)

注：() 内%

認知した件数を実習週毎に表したのが図 3 である。まず全体では、認知した件数の割合が 1 週から 2 週にやや多いものの 5 週間を通してそれほど

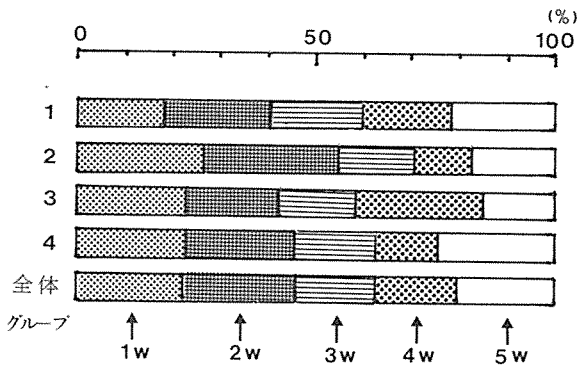


図 3 認知した内容のグループ別週別割合

大きな差とはいえず、グループ別では、2 グループに 2 週までの割合がやや多い他は全体として 1 週から 5 週までにそれほど大きな差はみられない。

ここで先に述べた小児の特性の理解と一般的な認知の相関関係についてみたが、両者間に相関は全くみられない。

3 患者との関係の中で深められた認知

学生が患者との係わりの中で認知した内容の深まりについて、学生個人別にみたのが表 6 である。学生 1 人当り平均は 6.37 ± 3.89 であり、認知件数も少いがバラツキもかなり大きい。疾病・医療面では認知の深まりはみられない。(表 6)

表 6 個人別 深められた認知件数

グループ別	個人別	発 達	働 き かけ	疾 病・医 療	計
1	A	0	1 0	0	1 0
	B	0	3	0	3
	C	0	9	0	9
	D	0	1	0	1
2	E	0	2	0	2
	F	0	3	0	3
	G	0	2	0	2
3	H	4	7	0	1 1
	I	1	1 1	0	1 2
	J	2	0	0	2
	K	0	9	0	9
4	L	0	1	0	1
	M	1	5	0	6
	N	0	7	0	7
	O	0	1 0	0	1 0
計		8	8 0	0	8 8

実習グループ別にみると表 7 に示すように、2 グループに極端に件数が少く、3 グループに発達面で 7 件みられる等グループ差が大きい。(表 7)

表 7 グループ別 深められた認知件数

グループ別	発 達	働 き かけ	計
1	0	2 3	2 3
2	0	7	7
3	7	2 7	3 4
4	1	2 3	2 4
計	8	8 0	8 8

一般的な認知の内、深められた認知の割合を示したのが図 4 であり、実習時期が 9 月から 12 月と

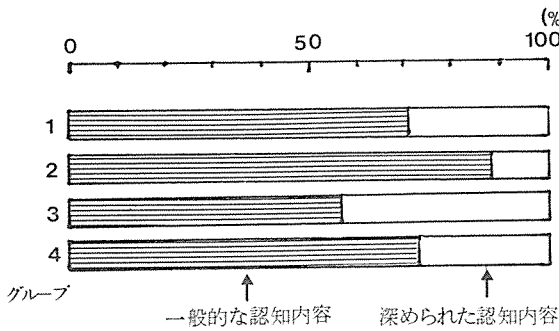


図4 認知した内容の内深められた認知の割合
(グループ別)

いう中間に実習した2グループと3グループに特徴がみられる。2グループは、深められた認知の割合が極端に少くなっているが一般的な認知、深められた認知共に件数が少なく、3グループは深められた認知の割合が多いものの一般的な認知件数が少いための結果であり、グループ間に χ^2 テスト、1%水準で有意差がみられる。(図4)

更に全体について一般的な認知の内、深められた認知の割合を実習週数別にみると図5に示すように、週を経るに従って認知の深まりが確実に増加している。(図5)

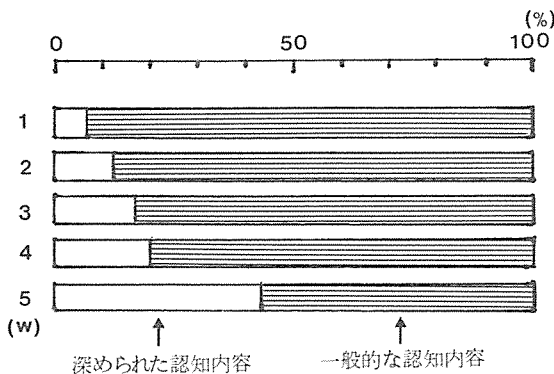


図5 認知した内容の内深められた認知の割合
(週別)

4 情意的行動の発達

学生の認知の過程で情意領域のレベルを受入れ、反応、価値づけに分けて、その表現内容をみると

表8 個人別情意領域のレベル別件数

グループ別	個人別	受入れ	反応・価値づけ	計
1	A	12(31.6)	26(68.4)	38(100.0)
	B	11(61.1)	7(38.9)	18(100.0)
	C	4(14.3)	24(85.7)	28(100.0)
	D	13(68.4)	6(31.6)	19(100.0)
2	E	15(57.7)	11(42.3)	26(100.0)
	F	16(76.2)	5(23.8)	21(100.0)
	G	21(80.8)	5(19.2)	26(100.0)
3	H	10(50.0)	10(50.0)	20(100.0)
	I	1(5.3)	18(94.7)	19(100.0)
	J	19(79.2)	5(20.8)	24(100.0)
	K	14(48.3)	15(51.7)	29(100.0)
4	L	12(46.2)	14(53.8)	26(100.0)
	M	6(28.6)	15(71.4)	21(100.0)
	N	5(17.9)	23(82.1)	28(100.0)
	O	6(23.1)	20(76.9)	26(100.0)
計		165(44.7)	204(55.3)	369(100.0)

注：()内%

学生個人別では表8に示すように、情意領域の表現は学生1人当たり平均 25.2 ± 5.31 であり、反応および価値づけでは平均 13.4 ± 3.61 でここにはかなりの個別的な差違がみられる。情意的行動の発達はきわめて個人的な経験であるといわれることがここに現われているものと考えられる。(表8)

この情意領域の内容をグループ別、週数別にみたのが表9であり、受入れと反応および価値づけの構成割合を週数別に図示したのが図6である。1週目は受入れが70%近くを占めているのに対し、2週目は反応および価値づけが約半数となり、3週目以降は週数を重ねるに従って反応・価値づけのレベルの割合が増加している。(表9、図6)

なお、深められた認知と情意領域の反応および価値づけとの相関関係をみると $r = 0.60$ でありかなりの相関がみられる。このことは、患者とのかかわりの中で学生は患者の現象をとらえ、ケアの必要性を認知し働きかけをしていく、働きかけた患者の反応が学生の認知を深め、更に学生の情意的行動は発達していくことを意味していると考えられる。

表9 グループ別週別 情意領域のレベル別件数

グループ別	1 W		2 W		3 W		4 W		5 W		計	
	受入れ	反 応	受入れ	反 応	受入れ	反 応	受入れ	反 応	受入れ	反 応	受入れ	反 応
1	11	8	10	13	6	13	9	11	4	18	40	63
2	18	2	13	8	9	3	4	3	8	5	52	21
3	19	2	9	9	5	10	7	17	4	10	44	48
4	9	15	10	14	4	10	2	12	4	21	29	72
計	57	27	42	44	24	36	22	43	20	54	165	204
%	67.9	32.1	48.8	51.2	40.0	60.0	33.8	66.2	27.0	73.0	44.7	55.3

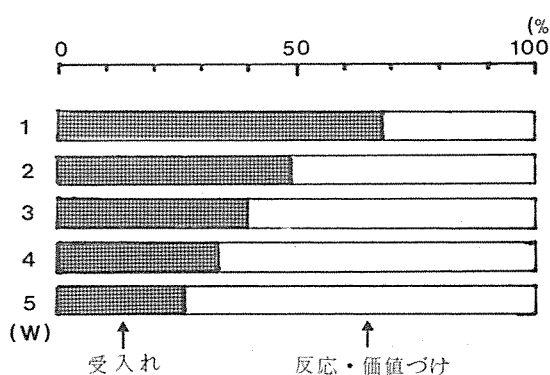


図6 情意領域の受入れと反応・価値づけの割合(週別)

これらの結果から考えることは、学生の実習指導に当たるとき、最初の1週から2週目に小児の特性をつかみ、特に小児との対応に興味を持つように方向づけをすることが大切だと経験的に漠然と考えていたことが、適切な学習経験が提供されるとき情意的行動も発達し、更に学習が深められていくものであることを裏づけている結果と思われる。

Ⅳ む す び

1. 小児の特性の理解を身体・生理的面と精神・発達面別にみると前者が17.7%, 後者が82.3%であり、学生は実習中に接する小児から、精神・発達面の特性についての理解を多く得ているが、学生の個人差も大きく、また実習グループ間の小児の特性の理解に有意差がみられる。

2. 小児の特性を理解した対象を、受持患者と受持以外の患者とに分けてみると、前者が37.2%, 後者が62.8%であり、学生の個人差もかなりあるが、実習グループ別にみた場合、実習時期が早いものに受持ち患者からの割合が多く、後になるに従って割合が減少し、グループ間に有意差がみられる。

3. 患者をととして認知した内容は、小児の発達や疾病・医療については少く、患者への働きかけが78.3%を占めていて、学生の個人的な差は大きい。しかし実習グループ別、週数毎の件数ではそれほど差はみられない。

4. 学生が患者との係わりの中で認知した内容の深まりは、件数も少く、また個人差も大きい。実習グループ別に一般的な認知の内、深められた認知の割合をみるとグループ間に有意差がみられる。

全体について一般的な認知の内、深められた認知の割合を実習週数別にみると週を経るに従って認知の深まりが確実に増加している。

5. 学生の認知の過程で情意的行動の発達をみると個別的な特徴が大きい。

全体について情意領域のレベルを受入れと反応および価値づけに分けて、週数別にみると1週目は受入れが70%近くを占めているのに対し、2週目は50%, 3週以降は週を重ねるに従って反応・価値づけの割合が増加する。

6. 深められた認知と情意領域の反応および価値づけとの相関関係をみると $r=0.60$ でありかなりの相関がみられる。

要

約

小児科病棟において実習した3年次生15名の実習日誌から、実習により認知した内容と情意的行動の発達について、実習グループ別、実習の時期別および学生個人の特徴を検討した。

実習グループによって、小児の特性の理解、実習内容の認知やその深まりに差がみられる。またいずれのグループについても、実習が進むにつれて認知の深まりが増加し、情意領域の反応・価値づけの発達がみられる。

実習時期については、実習経験を重ねて実習時期が後になるに従って、小児の特性の理解に巾の広がりが見られるものの、認知および情意領域についてはあまり差はみられない。

個別的な特徴としては、個人の関心や興味と性格的要素から来ると考えられる特徴がみられる。

Abstract

Using pediatric ward daily training reports of a group of 15 third-year student nurses as data, processes in cognitive and affective domains were investigated and classified according to training group, clinical study period and specific characteristics of individual students.

Differences were seen between the different student nurse groups in comprehension of the children's characteristics, knowledge of the contents of the training and depth of processes in the cognitive domain. However, as training progressed, all groups showed an increase in depth of cognitive processes and attainment of response and evaluation levels in the affective domain.

The groups which had a later training period, when there was a large amount of previous experiences, showed a greater depth of understanding of children's characteristics. However, there was little variation in the cognitive and affective domains.

Specific characteristics include individual interest and concern as well as characteristics which were assumed to stem from inborn personality traits of the student nurses.

V 文 献

- 1) Benjamin S. Bloom, J. Thomas Hasting, & George F. Madaus.: Handbook on Formative and Summative Evaluation of student Learning., Mc Graw-Hill, Inc., 1971.
- 梶田一他訳, 教育評価法ハンドブック, 429 ~ 441, 第一法規, 東京, 1981

- 2) Dorothy E. Reilly: Behavioral Objectives in Nursing: Evaluation of Learner Attainment. Prentice-Hall, Inc, 1976.
- 近藤潤子他訳, 看護教育における行動目標と評価, 54~76, 医学書院, 東京, 1980
- 3) Ernestine Wiedenbach: Meeting the Realities in Clinical Teaching. Springer Publishing Company, Inc,

臨床における看護実習指導の検討(1)

- 1969.
- 都留伸子他訳, 臨床実習指導の本質, 現代社, 東京, 1973
- 4) 橋本秀子; 看護教育における実習の位置づけ, 看護, 25: (11), 4~10, 1973
- 5) 小林富美栄; 自分でのびようとする意欲をもたせた指導者, 看護教育, 5: (11), 2~7, 1964
- 6) 外口玉子; 臨床実習のなかに看護を学ぶ, 看護教育, 19: (13), 813~817, 1978
- 7) 野島良子; 臨床実習でしか学べないものは何か(1), 看護教育, 20: (3), 149~154, 1979
- 8) 野島良子; 臨床実習でしか学べないものは何か(2), 看護教育, 20: (4), 236~244, 1979
- 9) 小池明子他; 看護教育における学習過程への一考察, 第9回日本看護学会教育分科会集録, 48~52, 1978
- 10) 小池明子他; 看護学総論における課題学習の試み, 第12回日本看護学会—看護教育—集録, 19~22, 1981
- 11) 室田 倬; 技術者養成のなかで占める実習の教育的意義, 看護教育, 10: (9), 17~22, 1969
- 12) 波多野諠余夫他; 発達と教育における内発的動機づけ, 明治図書出版, 東京, 1976
- 13) 中西睦子; 臨床教育論, ゆるみ出版, 東京, 1983

慢性肝炎治療食の問題点に関する検討

Nutritional Problems in Chronic Liver Disease

児 島 和 枝^{*}, 土 屋 尚 義^{**}

Kazue Kojima

Takanori Tsuchiya

はじめに

慢性肝疾患は年々増加の傾向を見せ、有病率は昭和30年から55年にかけて6倍、死亡順位も男性の45～64才で第4位¹⁾であり、進行や予後に関する検討も数多く報告されている。²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾

その治療の一端を担う食事療法は、1930年以前では高窒素血症の予防、肝細胞の負担軽減、脂肪肝の予防、肝内貯蔵グリコーゲンの増加による肝の抵抗力増強を期待し、低蛋白低脂肪高糖質食療法がすすめられていた。1941年、Patek A. J. Jr.⁶⁾らが栄養不良状態にある慢性アルコール中毒による肝硬変患者に、高蛋白高熱量高ビタミン食を与えすぐれた治療効果を報告した。その後、肝細胞の変性壊死からの肝細胞再生及び肝における諸酵素蛋白の合成改善などを期待し、従来の低蛋白

食からPatekらの提唱した高蛋白高熱量食が主流となり、急性肝炎回復期や慢性肝炎にまで広げら

Chronic hepatitis

	m	f	
active	9	2	11
inactive	6	1	7
	15	3	18

cases

	m	f	
HB Ag(+)	6	1	7
(-)	9	2	11
	15	3	18

cases

Liver cirrhosis

	m	f	
Compensated	6	5	11
Decompensated	5	2	7
	11	7	18

cases

	m	f	
Alcoholic	5	1	6
Nonalcoholic	6	6	12
	11	7	18

cases

Complications

	Gastric Ulcer	Hyper- tention	Diabetes Mellitus	Others
CH	2	2	1	4
LC	3	3	5	1
	5	5	6	5

cases

Fig 1 Objects(1)

* 千葉大学園芸学部 Faculty of Horticulture, Chiba University

** 千葉大学教育学部, 看護学部 Faculty of Education, and Faculty of Nursing, Chiba University

れていった。⁷⁾

しかし、蛋白の適正量に関しては結論が得られておらず、療養の長期化に伴って高熱量食による肥満や糖代謝異常の出現が問題となり、見直しの時期に入っていると思われる。

そこで、食事療法の現況及び問題点を明らかにし、食事をいかに指導するべきかを知るためこの検討を行なった。

対象並びに方法

昭和57年7月から8月に、千葉県内総合病院3病院に入院又は外来通院中の慢性肝疾患患者36名を対象に3日間の食事内容、量、食習慣、療養姿勢、疾病認識を面接によるききとりで聴取し、指示食箋、臨床検査 data と比較検討した。栄養価の算出は、三訂補食品成分表⁹⁾により行なった。

成 績

A 対象の構成

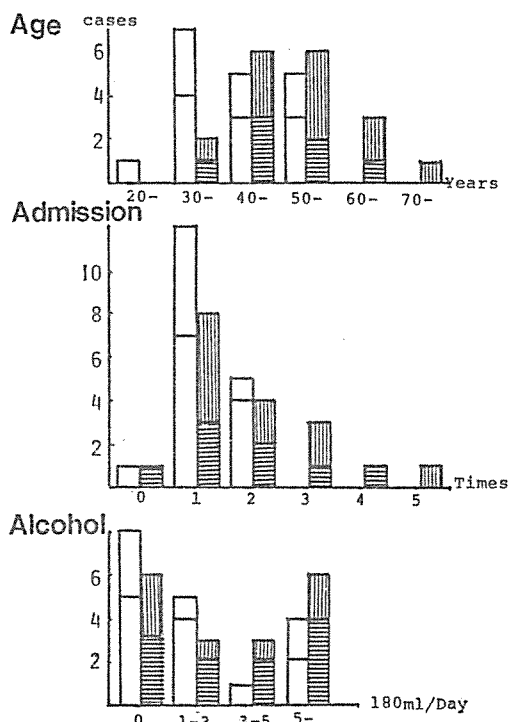


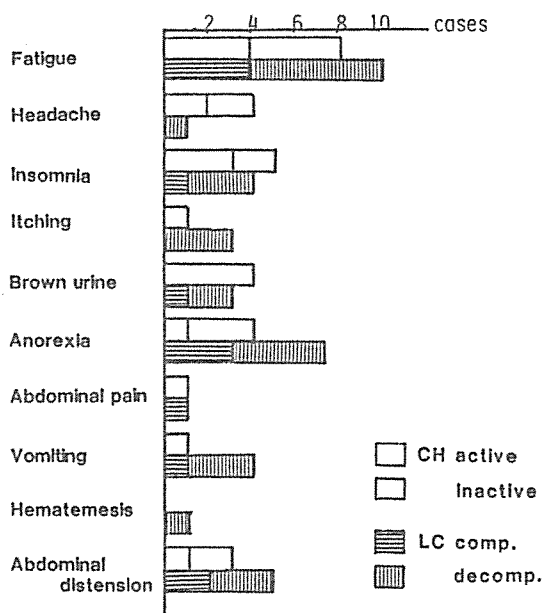
fig. 2 Objects (2)

慢性肝炎18名中、肝生検で active-type と診断されたものが11名、HB抗原陽性者は7名であった。肝硬変18名中、非代償期は7名であったが、肝性脳症を示すほどの重症患者は含まれなかった。アルコール性肝硬変は6名(33%)で、従来日本では20%ほどだったが近年増加してきたとの報告¹⁰⁾とはほぼ一致した。男女比はいずれの病型も男性が多かった。合併症としては、糖尿病(DM)、胃潰瘍が多かった(fig. 1)。

平均年齢は、慢性肝炎 42.3 ± 9.2 才、肝硬変 51.5 ± 10.9 才と肝硬変が有意に高く、入院回数も、 1.2 ± 0.5 回、 2.1 ± 1.8 回と肝硬変が多かった。発病前の飲酒量は肝硬変が多い傾向があった。自覚症状は、倦怠感、食思不振、腹部膨満が多く、その他肝硬変では、そう痒、悪心嘔吐、吐血がみられた(fig. 2)。

検査所見では、肝硬変非代償期は Total Bilirubin (T-B), Alkaline phosphatase (Al-p), γ -GTP, γ -globulin, ZTT

Symptoms



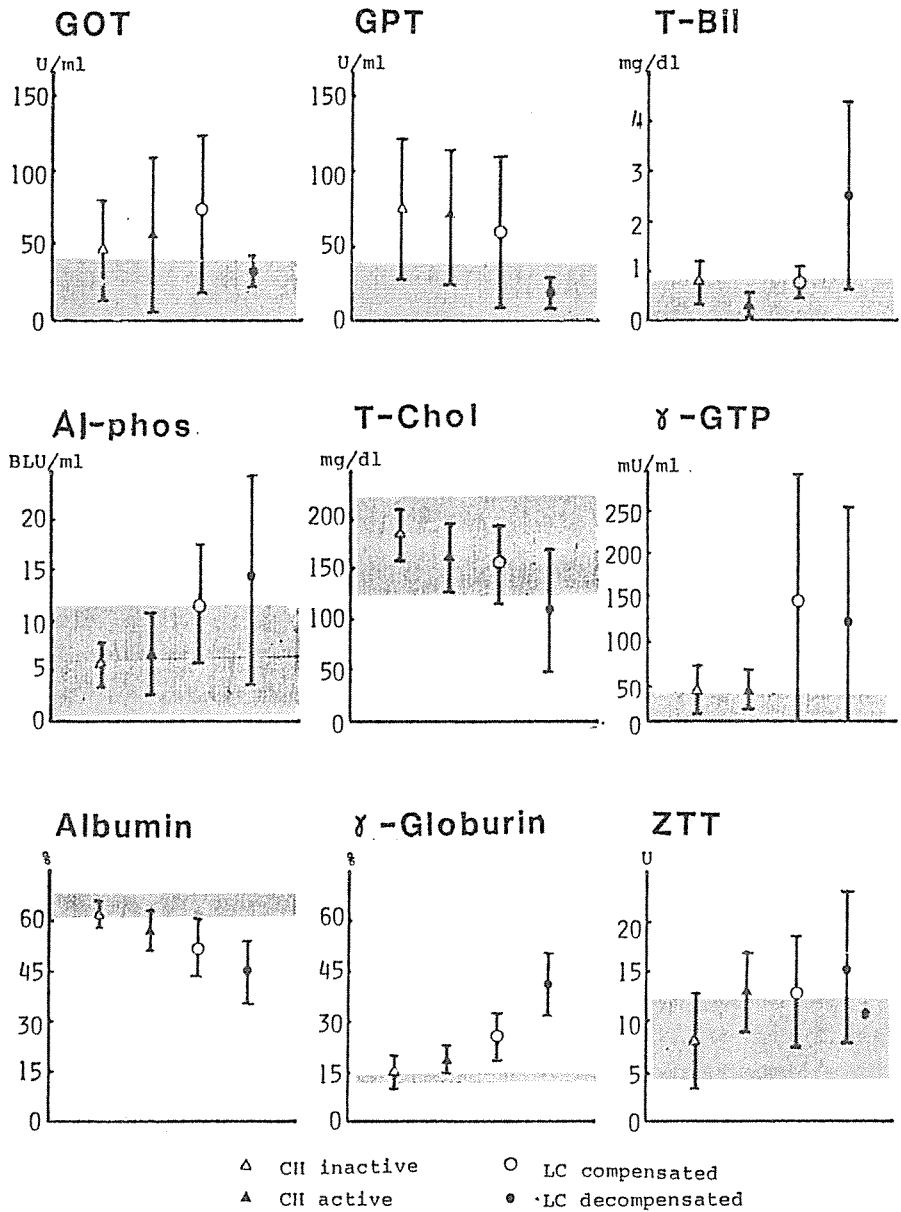


fig- 3 Blood Chemistries

は高値、Total Cholesterol (T-Chol)、Albumin は低値、GOT、GPT はむしろ正常域にあった。トランスアミナーゼは、慢性肝炎は GOT < GPT、肝硬変は GOT > GPT であった (fig. 3)。

B 食事状況

1. 指示食箋

3 病院とも病態に応じた 2 ~ 3 種の肝疾患約束食箋を有していた。今回実際に指示されていた食事は、慢性肝炎では普通食 7 例、肝臓食 6 例、肝

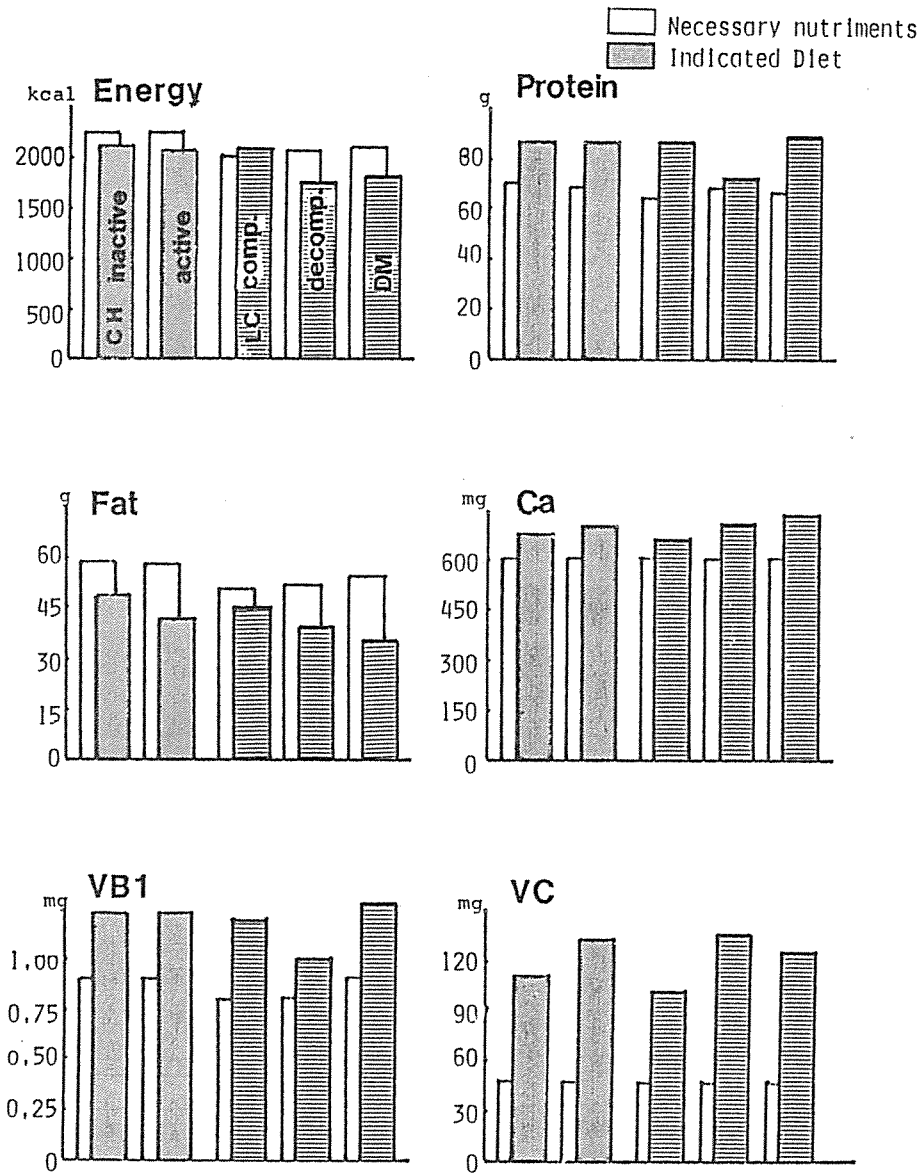


fig. 4 Necessary Nutriment & Indicated Diet

硬変では普通食6例、減塩食7例、糖尿病食3例、肝臓食1例と肝臓食の指示は少なかった。

(1) 指示食箋における各栄養素

fig. 4に、指示食箋を、病型病期別に年齢・性別を考慮した栄養所要量と比較したものを示した。栄養所要量は、健康人普通労作として算出し

た。

熱量は、一般に高カロリー食がすすめられているが、肝硬変代償期をのぞき所要量を下回った。

蛋白質は10g程上回り、脂肪は10~20g下回った。

ビタミン、無機質はいずれも上回り、特にVC

は所要量の2倍以上であった。

病型病期による差は、ほとんど認められなかった。

2. 残食率

治療食は、指示食を全量摂取した時、その目的を達する。fig 5-①に指示食の残食率を病型別に示した。

(1) 病型病期別残食率

慢性肝炎では、active-typeがinactive-typeをやや上回ったが、肝硬変代償期、DM合併例とともにほぼ10%前後であった。非代償期の

残食はかなり多く、脂肪において特に顕著であった。

又、アルコール性肝硬変は低栄養が発病の一因¹¹⁾となるといわれている。発病前の食習慣で、アルコール性は欠食を毎日した者が2/3、非アルコール性は0、満腹になるまで食べる者はそれぞれ1/6、1/2であり低栄養状態を予想させたが、今回の残食量は、アルコール性は98 Kcal/日、非アルコール性は323 Kcal/日であった。これより、残食は病因より病状に左右されると考えられる。

(2) 指示食箋別残食量

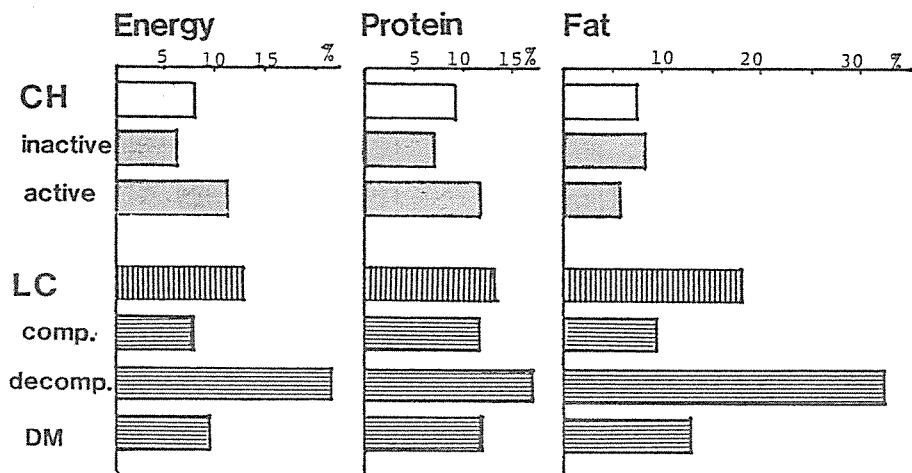


fig. 5-① Leavings Ratio

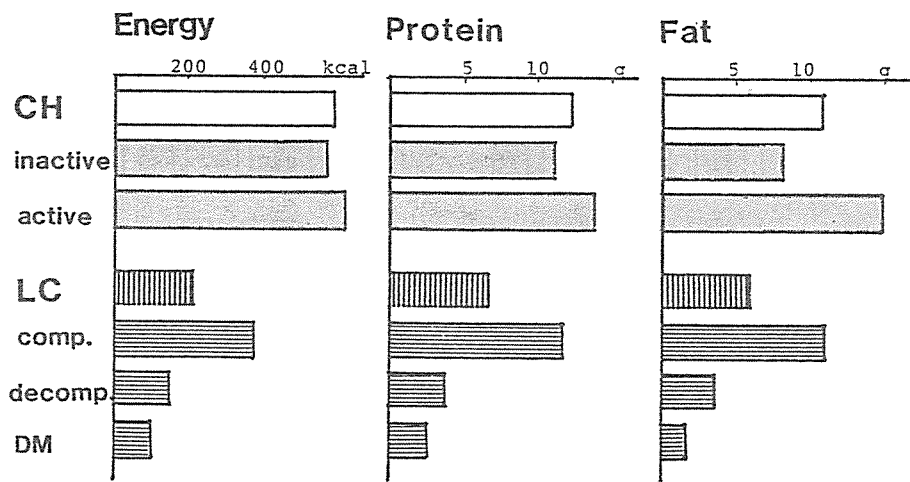


fig. 5-② Supplement diet

慢性肝炎治療食の問題点に関する検討

肝臓食、糖尿病食では、ほとんど残食はなかったが、普通食は134 Kcal、蛋白7 g、脂肪3.4 g/日、減塩食は431 Kcal、蛋白15.8 g、脂肪11.6 g/日の残食がみられた。減塩食に残食が多いのは、味覚上の問題もあるが、非代償期患者の食事であり、病状の影響もあると考えられる。

3. 補食量

入院患者が、病院食以外に口にしたいすべての食品を補食とした。糖尿病合併例をのぞき補食に制限はない (fig 5-②)。

補食は嗜好や楽しみであるだけでなく、食事の

不足を補う意義もあり、今回調査でも果実や菓子が多かったものの、牛乳やハム、卵等を摂取している者も見受けられた。

慢性肝炎では、熱量582 Kcal、蛋白12.1 g、脂肪10.4 g/日、肝硬変では熱量214 Kcal、蛋白6.5 g、脂肪5.6 g/日、慢性肝炎の補食は肝硬変の約2倍であった。

補食制限のあった糖尿病合併例と、制限のなかった非代償期は、ともに200 Kcal以下と少なかった。

4. 摂食量

残食、補食を合わせ、1日の総計を求め検討した。

(1) 各栄養素摂食量

代謝は三大栄養素の良好な構成比とビタミンや無機質の十分量の存在により有効に行なわれるため、肝疾患にはバランスのよい食事が必要である。fig 6-①に、河田ら¹²⁾の肝臓病標準食と比較した栄養素バランスを病型別に示す。

慢性肝炎では、active-typeもinactive-typeもVCが多い他はバランスがとれており、肝硬変も非代償期がCaとVCの他はかなり下回っていたものの全体的にはバランス

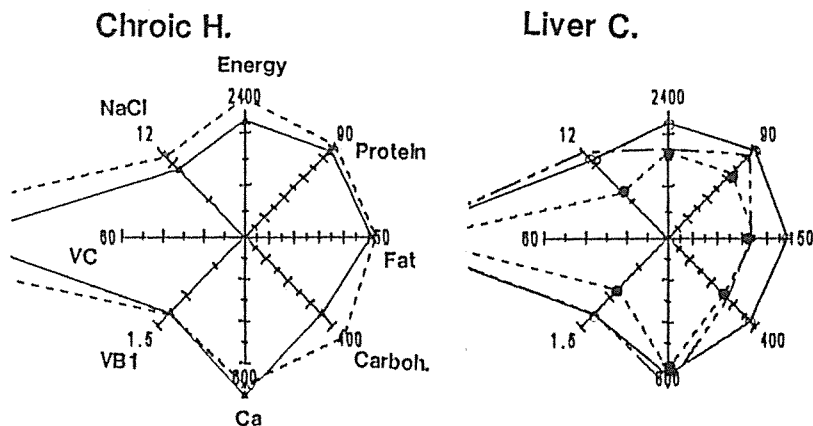


fig. 6-① Nutrient Composition

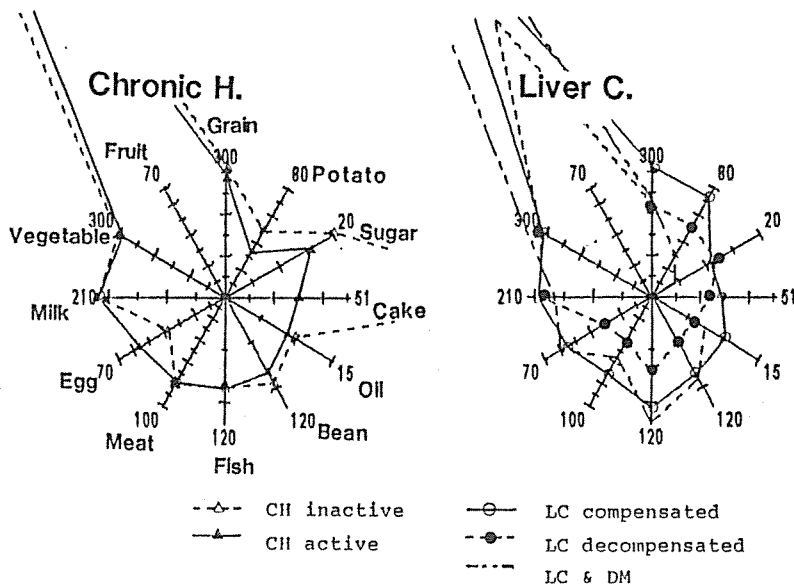


fig. 6-② Food Composition

がとれていた。

(2) 食品群からみた摂食量

千葉大学医学部附属病院“慢性肝炎および肝硬変”¹³⁾ 約束食箋の食品構成¹³⁾と、今回調査した食品群別摂食量の比較をおこなった (fig 6-②)。全体的に低値なのは、この食箋が熱量 2,204 Kcal、蛋白 100.8g という高水準のためである。

慢性肝炎では、芋類の摂取がやや少なく、果実摂取は非常に多かった。国民栄養摂取量¹⁾と比較すると、果実、菓子、乳製品、豆類、卵、野菜で

上回っており、芋類、油脂類で下回った。

肝硬変では、非代償期はほとんど他群の $\frac{1}{2}$ であったが、乳製品、野菜、果実については他とはほぼ同値を示し、あっさりした食品を好んでいることがうかがわれた。

(3) 指示食箋との比較

1日の総摂取が指示食箋の何%にあたるかを病型別に検討した (fig 7)。

慢性肝炎は active-type, inactive-type ともに指示食箋を上回り、熱量、脂肪、糖質 110

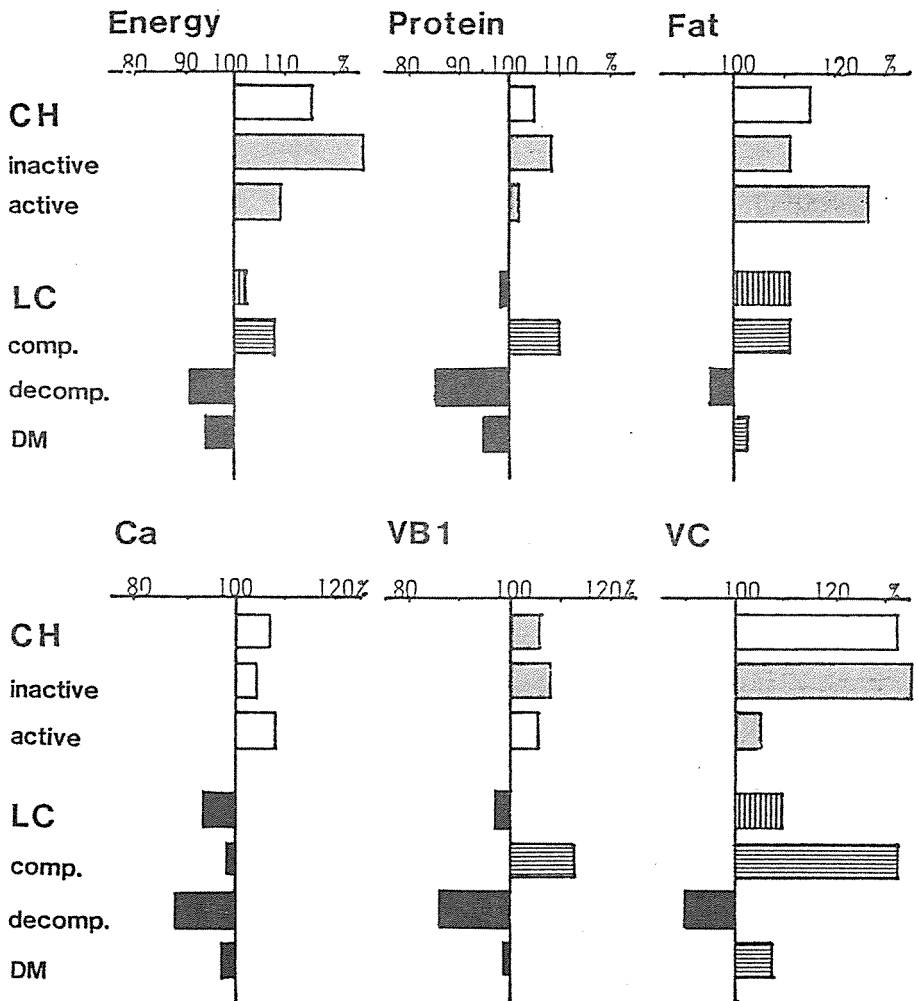


fig. 7 Intake Ratio

慢性肝炎治療食の問題点に関する検討

%以上、蛋白、Ca、VB₁ は105%前後であった。体重Kg当たりの摂取をみると、active-type は熱量39.8±7.8 Kcal、蛋白1.6±0.2 g、inactive-type は熱量46.9±11.7 Kcal、蛋白1.7±0.3と高熱量高蛋白摂取であった。

肝硬変は、代償期はほぼ指示食箋をみたしたが、非代償期はすべてで下回った。糖尿病合併例も蛋白、Ca、VB₁ で下回った。体重Kg当たりでは、代償期は熱量46.8±8.9 Kcal、蛋白1.8±0.3 g、非代

償期は30.8±7.4 Kcal、1.3±0.4 g、糖尿病合併例は35.2±14.2 Kcal、1.7±0.8 gであり非代償期が低かった。又、非代償期には熱量25 Kcal、蛋白1.0 g以下のものが7名中2名存在した。

C 食事に影響を及ぼす因子の検討

1. 肝機能

肝細胞障害の指標として、血清トランスアミラーゼをとり上げ、摂取熱量との関係を検討した。

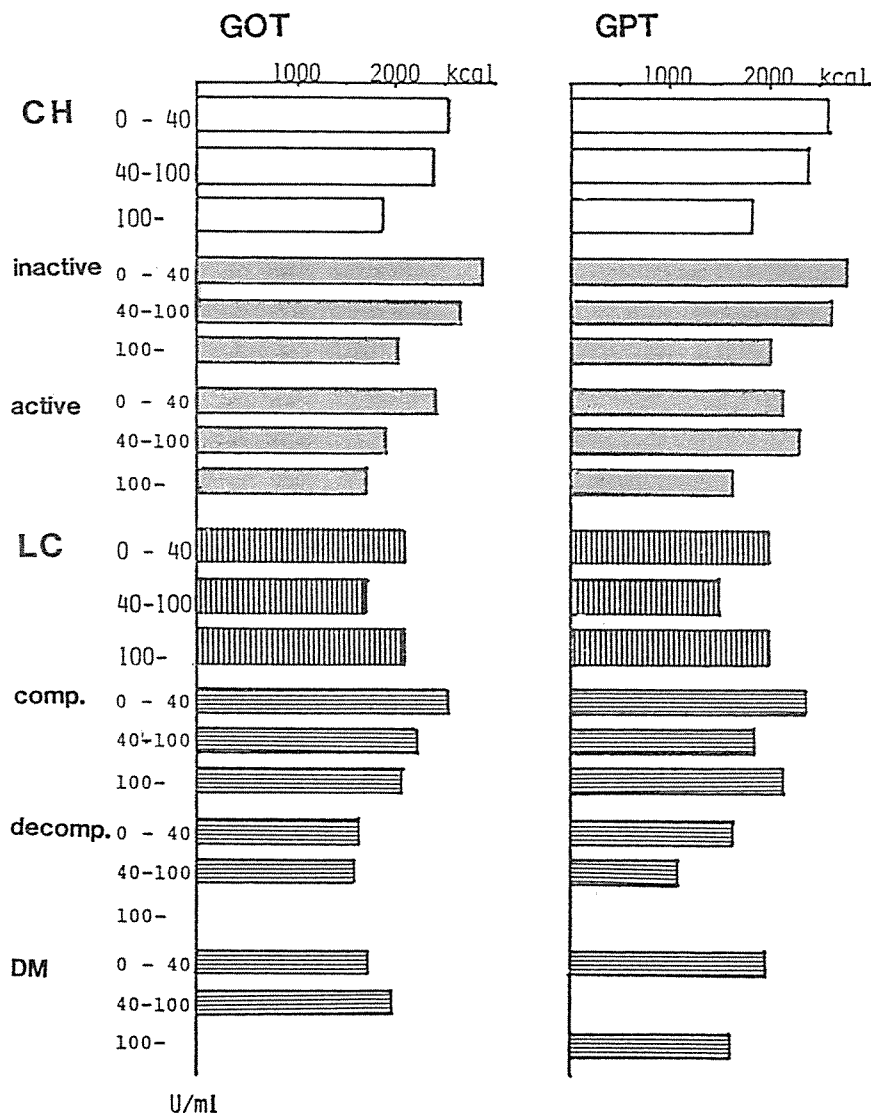


fig. 8 Liver Function & Caloric Intake

(fig. 8)。

GOT, GPTとも慢性肝炎および肝硬変代償期では、トランスアミナーゼの上昇に伴い摂取量が低下したが、肝硬変非代償期および糖尿病合併例ではトランスアミナーゼ値に関係なく摂食量は低かった。これは、fig. 3にも示したように非代償期にはGOT, GPTはむしろ一様に低下し、肝硬変においては細胞の障害や門脈圧亢進などの病状の進行はトランスアミナーゼに反映しないためと考えられる。

2. 食習慣及び嗜好

発病前の食事状況は、肝硬変が慢性肝炎に比し脂肪の摂取が少ないこと、欠食が多いことその他、病型による差は特に認められない(fig. 9)。

牛乳を飲む習慣は½であったが、現在はほとんど全員が毎日摂取しており、食事変化があったことを裏づけていると思われる。

嗜好では、好きな食品、嫌いな食品の頻度に病型による差はないが、摂食量の低い非代償期に肉、魚を好む者が多く、好きでもあまり摂取できない状態にある。又、果実の摂取はすべての病型で多

かったが、嗜好上特に果実を好む者の割合は多くなく、患者の積極的なビタミン補給の意識のあらわれと見做すべきかもしれない(fig. 10-①, ②)。

3. 認識及び知識

従来“高カロリー・高蛋白・低脂肪・高ビタミン”が肝疾患の食事とされてきた。この点に関する認識は、fig. 10-③のように、慢性肝炎は高蛋白90%、低脂肪70%であるのに対し、肝硬変は高蛋白、低脂肪とも50%に過ぎなかった。

肝臓の働きや蛋白を含む食品に対する知識もfig. 11のように、肝硬変は正答率が低かった。

この違いについては、慢性肝炎では、肝疾患に関する本を読んだことのある者が13名と肝硬変の8名に比し多いこと、平均年齢が若いこと、義務教育より上の教育を受けた者が多いこと等があげられる。

肉、魚、貝類についての正答率が低いことは摂食量とも関係すると思われるが、肝硬変の代償期と非代償期ではかえって非代償期の正答が高いものもあり、病状の方が影響が大きいと考えられる。しかし、一般に、卵、乳製品の摂食量が十分であ

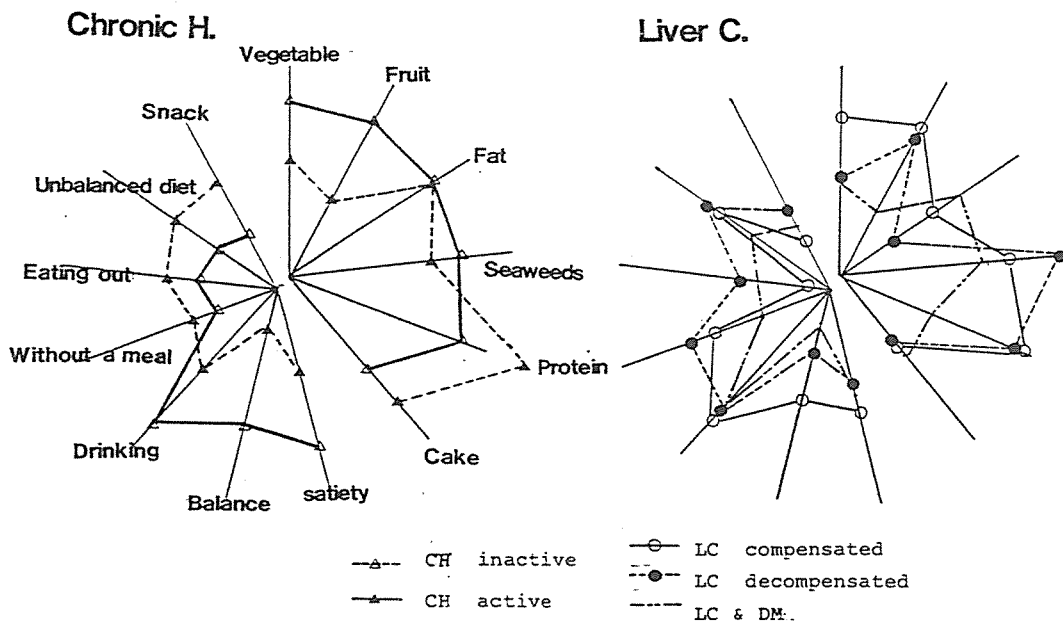


fig. 9 Habit of Eating

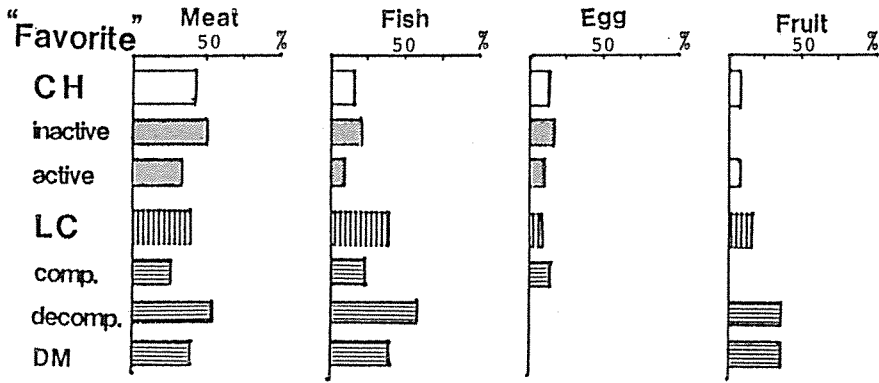


fig. 10-① Favor & Recognition

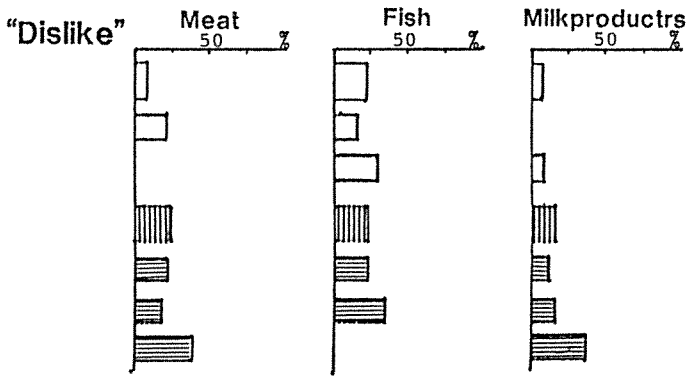


fig. 10-②

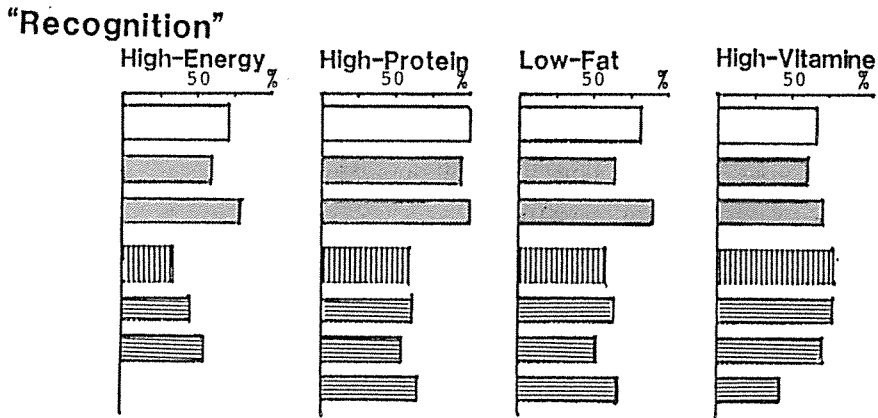


fig. 10-③

ったことや、発病後牛乳を飲む者がふえたことは、卵、乳製品が蛋白を含む食品であると答えた者が多いことと関係していると考えられる。又、野菜、

果実の摂食量が十分であったことと、高ビタミンにすべきとする者が多いことも同様に、認識や知識は摂食量に影響を与えていると思われる。

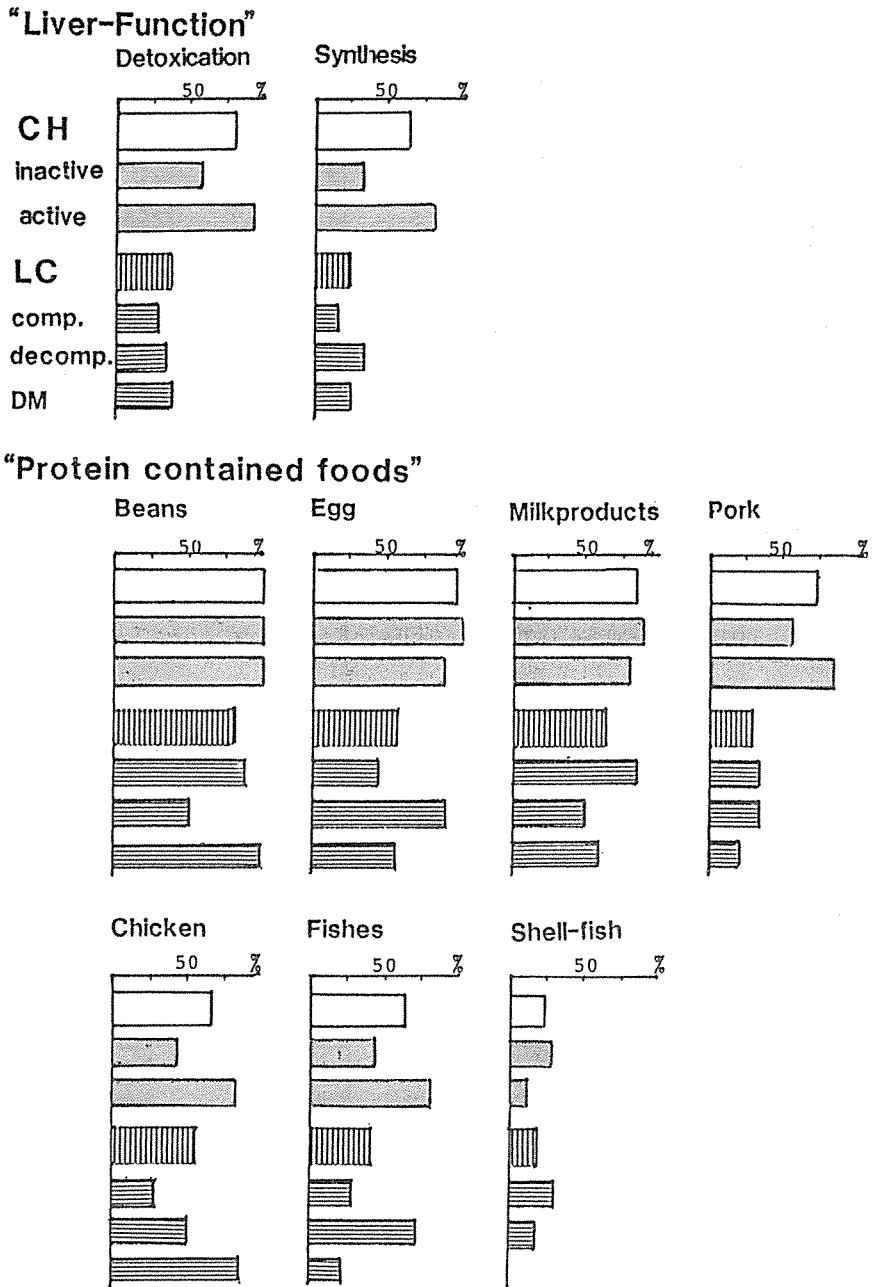


fig. 11 Knowledge

D 食事の病態に及ぼす影響

1. 摂取蛋白と血清アルブミン濃度

標準体重当たりの蛋白摂取量と血清アルブミン濃度の検討 (fig. 12) では、肝硬変では摂取蛋白

量とアルブミン値は正の相関が認められたが、慢性肝炎ではそのような傾向は認められなかった。慢性肝炎は蛋白摂取量に個人差が小さく、血清アルブミン濃度もほぼ正常域であったためと考えら

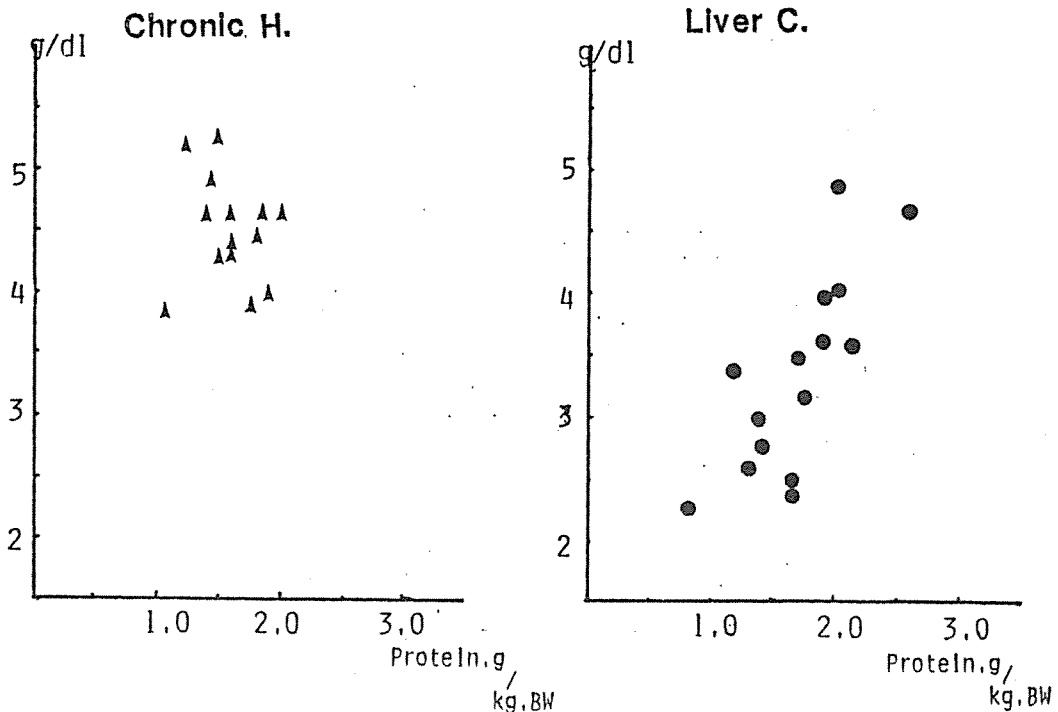


fig. 12 Protein Intake & Serum-Albumin

れる。又、体重当り1～1.5g蛋白摂取におけるアルブミン値を比較すると、慢性肝炎は正常、肝硬変は低値と、肝硬変では蛋白代謝の悪いことが予想された。¹⁴⁾

2. 体重変動

摂食調査上、かなりの高熱量食の症例も存在したため肥満との関係を見るため体重変動について検討した。

現在の体重は、Broca指数¹⁵⁾で慢性肝炎5.2%、肝硬変3.3%であり、発病前体重が重いそうや肥満の者も存在するため現在体重のみでは食事の影響は判断できないため、現在体重が発病時から標準体重あたり何%の変動をきたしたかで検討した (fig. 13)。

5%以上上昇した者は、慢性肝炎にのみ5例存在し、肝硬変代償期と慢性肝炎はほぼ一致した摂食パターンであったが、代償期でも体重上昇例は存在しなかった。罹患期間が長くなるほど、慢性

肝炎は増加、肝硬変は減少とばらつきが大きくなっていった。

体重変動の影響因子として、体重上昇5例中3例に両親又は片親に肥満傾向が存在したこと、体重の増減を気にしないと答えた6名中2名が体重増加、2名が体重減少をきたしていることより、遺伝と自己管理する姿勢があげられると考える。

3. 体重変動と血清脂質

fig. 14に示すように、コレステロールでは関係が認められなかったが、TGは体重上昇群は129.4mg、維持群は106.2mg、減少群は96.9mg、 β -リポはそれぞれ444.6mg、384mg、333.2mgと体重上昇群は高値、減少群は低値を示した。

考 察

慢性肝疾患では、食事はエネルギーとしてだけでなく、Patek やその後の学者らの提唱しているように、肝細胞再生や肝における諸酵素蛋白の

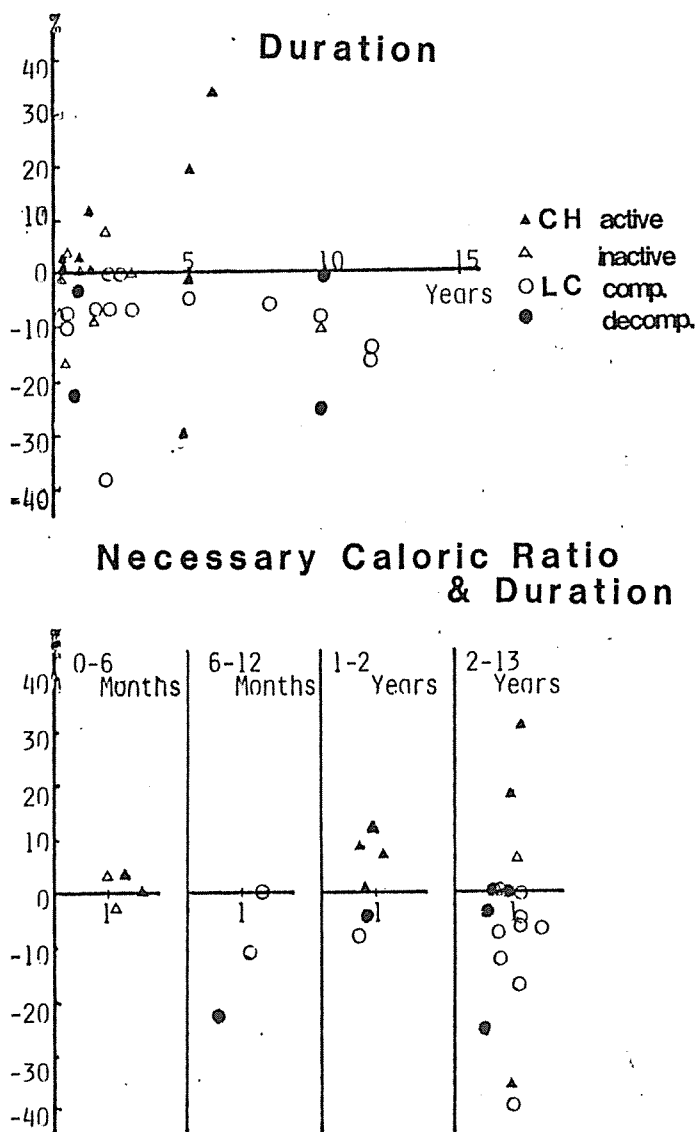


fig. 13 Weight Change

合成改善を促す素材として、治療の一端を担うと考えられてきた。

蛋白質の健康成人の minimum requirement は体重 kg 当たり $0.5 g$ / 日であるが、通常発育や損失を考慮し $1 \sim 1.25 g$ が必要とされている。¹⁶⁾ 腹水のないかぎり肝硬変でも蛋白質の消化吸収や利用はさほど変わらないとされ、慢性肝疾患では、

Patekらの概念と食欲を考慮し、 $1.5 \sim 2 g$ (1日量 $90 \sim 120 g$) が適当とされている。食箋上はいずれの病型もこれをみたしたが、残食、補食を加減した実際の摂取量は、低アルブミン血症である肝硬変非代償期のみ、不足であった。

脂肪は、Patek説がとり入れられた後も、肝疾患には消化吸収障害や脂肪肝出現予防のため脂肪

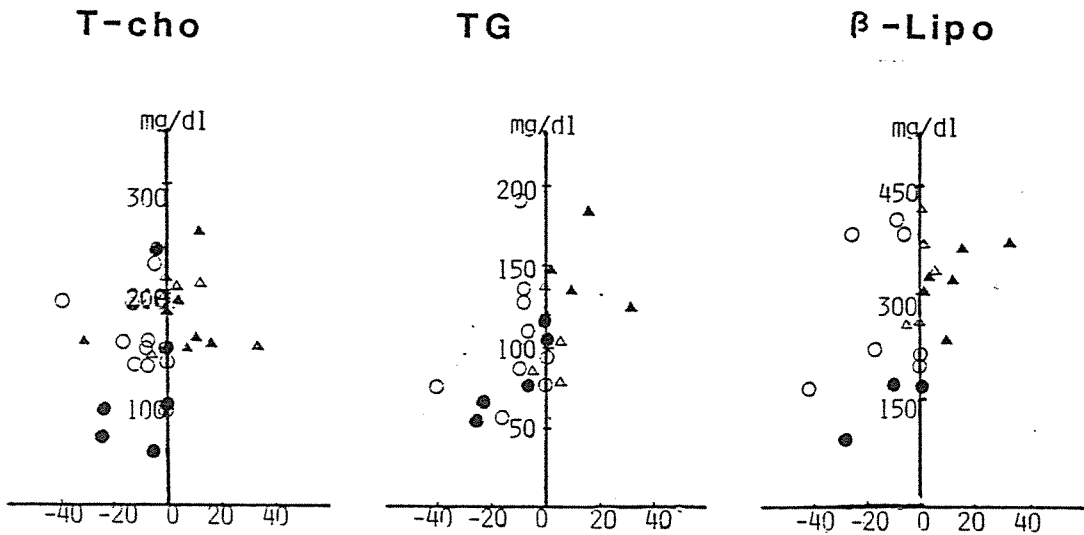


fig. 14 Serum-Lipid & Weight Change

制限すべきと考える人も多い。しかし、日本人の脂肪摂取量は欧米人に比し、総じて $\frac{1}{2}$ ～ $\frac{1}{3}$ 程度であり、蛋白質を十分にとれば肝に悪影響のないことも1955年Gordonらの報告に示されており、リノール酸等の必須不飽和脂肪酸と脂溶性ビタミン補給のため50g/日前後が適当とされている。食箋上はいずれの病型でも低脂肪であったが、慢性肝炎、肝硬変代償期は補食で50g/日となっていた。非代償期は補食が少ない上、脂肪の残食が多く調理上の工夫が必要と思われた。

糖質は、肝内貯蔵グリコーゲンとなり肝の抵抗力を増し、蛋白節約効果もあるためPatek以前から高糖質高熱量食は肝の治療食の主流であった。食欲の低下している非代償期及びカロリー制限しているDM合併例をのぞき、高糖質が摂取されていた。

食塩に関しては、肝硬変非代償期は血清アルブミン3.0g/dl以下で腹水を、血漿膠質浸透圧250mmH₂O以下で浮腫を、付加食塩2g/日以上で腹水の増強をきたすといわれ¹⁷⁾、味覚低下による摂取低下を考慮し3～5g/日程度の制限が妥当とされている。今回、非代償期も利尿剤で腹水がcontrolされており5～10g/日の軽度の制限で

あり、摂取も6gとさほど多くはなかった。

ビタミンB₁は糖代謝に関係し、肝グリコーゲン貯蔵を増加させる作用があり、ビタミンB₂は糖質、蛋白質、脂肪の代謝に関与するなどビタミンB群は肝細胞の再生、蛋白合成に重要であり、ビタミンCもアミノ酸代謝に関与している¹⁸⁾。ビタミンCは、所要量はみたしていたが、B群に関しては、河田らの標準値よりは下回っており、もう少し摂取すべきと考える。

Caは血液凝固に関係し、出血傾向のある肝硬変患者には必要である。食箋、摂取量ともCaは上回っており問題はなかった。

以上のような栄養素の特性とともに、GOT値や認識、知識が摂食に影響を与えること、慢性肝炎は体重増加、肝硬変は体重減少をきたしやすいことを考えあわせれば、一口に慢性肝疾患といっても病型病期、病状によって意になった指導が必要であるといえる。

食事指導をはじめ、治療や疾病について、患者は70%近く医者から知識を得、本・知人、家族、栄養士がそれに続き、看護婦をあげた者は皆無であった。入院中最もよく患者を把握できる医療従事者として、看護婦は患者の病状、療養姿勢、知

識等の情報収集をし、看護計画に反映していくことが重要であろう。

又、肝硬変の患者では、“どうせ治らないんだ” “ガンではないのか？”等のあきらめや怖れから本を読まなかったり調査に非協力的になるものもみられた。そのような気持ちを理解し、正しい闘病の方向へむけるのも看護の役割のひとつである。心の援助、家族の援助もあわせて指導することで、精神的にも安定し、より一層の効果が期待できよう。

ま と め

- (1) 指示食箋は、いずれの病型も高蛋白低脂肪高ビタミン食であった。
- (2) 残食は、肝硬変非代償期に目立って多かった。
- (3) 補食は、いずれの病型もかなり多かったが、非代償期、糖尿病合併においては少なかった。
- (4) 摂食量は、いずれの病型もバランスはとれており、特に果実、乳製品は十分に摂取されていた。

摂食率は、慢性肝炎および肝硬変代償期は110%前後であったが、非代償期は80~85%であった。

(5) GOT値は慢性肝炎及び肝硬変代償期の摂食量に影響を与え、知識・認識も影響を与えたが、食習慣、嗜好の影響は少なかった。

(6) 慢性肝炎には体重上昇例が存在した。

体重変動と血清脂質には関係がみとめられた。

(7) 慢性肝炎では肥満出現に肝硬変非代償期では低栄養に留意し指導する必要がある。

(8) 栄養管理に関する看護婦の関与は少なく、今後積極的な役割分担が必要と思われた。

なお本研究は、千葉県立衛生短期大学栄養学科小藤田和郎教授、落合敏助教授に終始御指導、御援助を頂いたものである。稿を終わるに当り厚く感謝致します。

(本研究の要旨は第9回日本看護研究学会総会で報告した。)

Abstract

Chronic hepatic diseases are gradually on the increase, diet and rest has been regarded as major importance. But recently obesity has been reported because of long duration of these therapies. We studied their dietary conditions concerning to disease status of 36 chronic hepatic patients, following results are obtained.

The factors influencing the intake ratio of diet are type of disease and status, patient's recognition and knowledge for disease. Effects of habit and favor are not serious.

Obesity is generally concerned for intake energies. But in chronic hepatitis, obesity appeared in some cases despite of necessary dosis, but in liver cirrhosis, weight decrease is often appeared despite of high caloric intake.

It is important to have the right understanding of patient's status and recognition with paying attention to obesity for chronic hepatitis, to poor nutrition for liver cirrhosis.

文 献

- 1) 厚生省の指標：国民衛生の動向，29(9)，1982
- 2) 小藤田和郎：慢性肝炎の予後，肝炎のすべて，

南江堂，266～280，1973

- 3) 織田敏次，鈴木宏，兼高達武：成人病としての慢性肝障害，最新医学，27(12)：2360～2366，1972

慢性肝炎治療食の問題点に関する検討

- 4) 重松逸造, 松下寛: 死亡統計からみた肝炎・肝硬変の予後, 総合臨床, 21(10): 2348~2352, 1972
- 5) 上野幸久: 肝炎患者のリハビリテーション, 総合臨床, 28(6): 1145~1148, 1979
- 6) Patek A. J. Jr et al: Treatment of cirrhosis of the liver by a nutritious diet and supplements rich in vitamin B complex. J. clin. Invest, 20: 481~, 1941
- 7) 浪久利彦, 小林教雄: 肝疾患の食事療法, 臨床看護, 4(7): 66~75, 1978
- 8) 三辺謙: 高蛋白食の評価, 総合臨床, 28(6): 1126~1129, 1979
- 9) 三訂補日本食品成分表, 医歯薬出版株式会社, 1981
- 10) 河田肇, 志水洋二, 小島義平: 肝炎, 肝硬変, 肝癌, 永井書店, 1972
- 11) 武藤泰敏: アルコール摂取と肝障害, 医学のあゆみ, 92(1): 1~9, 1975
- 12) 河田肇: 肝疾患患者の安静と食事, 看護技術, 22(9): 33~45, 1976
- 13) 鈴木啓二: 患者食食糧構成表綴, 千葉大学医学部附属病院
- 14) 沖田美佐子, 渡辺明治, 長島秀夫: 肝硬変の病態栄養学的研究, 診断と治療, 70(4): 1126~1129, 1979
- 15) 松木駿, 水野治: 肥満とやせの診断基準・病型分類, 内科, 45(6): 1293~1296, 1980
- 16) 奥田邦雄, 鈴木紀彰: 肝疾患の病態栄養, 看護技術, 23(10), 50~60, 1977
- 17) 亀田麒与隆: 肝疾患患者の栄養と食事, 看護展望, 2(9), 794~804, 1977
- 18) 奥田邦雄, 稲毛博実: 肝疾患—治療食の概略と実際, medicina, 14(6): 896~897, 1977

—事例報告—

看護における性への援助 事例を通して考える

Care study / How shall we offer, Support
and Guidance to a Patient Sexual Problem

○松 田 たみ子, 坂 口 けさみ^{*}, 坂 田 淳子^{*},
Tamiko Matsuda Kesami Sakaguchi Junko Sakata

湛 繁子^{**}, 大 谷 眞千子^{***}
Shigeko Tatae Machiko Otani

I はじめに

性は人間の基本的欲求のひとつであり、人間の生活の中で、性および性生活のもつ意味は大きい。性の祭りが農作物の豊饒にことよせて行なわれ、性と生業の両面の再生産を願う習慣があったことや、宗教的活動、芸術的活動等性的エネルギーの昇華とみなすべきことが多い¹⁾と言われるように、性はそのエネルギーの向かう目標により、ヒトだけが持つ文化を生み出す力としても意味を持つものである。

性についての考え方や性生活のあり方は、民族のちがい、宗教的な思想や戒律、さらに時代による思潮の変遷により異なっている。戦後、我が国においても、性は閨房という密室から街頭に躍り出ているように見受けられ、今日では一般に性は開放的になったと言われている。しかし一方では、性をタブー視したり、恥ずかしいことであると考え、傾向は強く残っており、性の悩みを相談できないでいることが実際に多いのではないだろうか。

今日、医療における性の問題は注目されるようになり、心身医学、産婦人科、尿器科等の分野でパイオニア的研究や報告が行なわれている。看護においても、患者の基本的欲求である性に対して

援助していくことは当然必要であると考えられる。川島氏等³⁾⁴⁾は看護の中でも性を理解することの必要性について述べているが、看護者によるこの面での研究はまだ極少数行なわれているにすぎない現状である。また臨床の場においては、性をタブー視する傾向に加え、病院内の生活という規制があることや、疾患の治療を優先しがちになること等の条件が伴ない、十分な援助が行なわれていないことをしばしば感じて来た。しかし、性を人間の自然の欲求として受けとめ、患者の人間性を大切にして、性への援助を考えていく必要があると考えている。

そこで私達は、臨床の実際から性に関係する問題を持つ多くの症例をとりあげ、一例一例分析検討し、どのように援助していったらよいかについて考えて来た。今回は、その中で男性患者と女性看護者において、ケア中に性的反応がおきた場合の一例をとりあげ考察を加えた。

II 事例紹介

事例は74才の男性、脳血栓で左片麻痺の患者である(表1)。入院中、妻や子供の面会は、ほとんど毎日あった。問題となった時の状態は、発作後19日目で床上リハビリテーション開始後5日目、

*東京女子医科大学看護短期大学 Tokyo Women's Medical College of Nursing College

**東京女子医科大学附属看護専門学校 Tokyo Women's Medical College Hospital of
Nursing School

***千葉県立衛生短期大学 Chiba College of Health Science

表1 事例

患者： Y 殿・男性・74才
 診断： 脳血栓・左半身麻痺
 家族歴： 妻と2人暮らし、子供とは別居
 性格： 気さくで明るい、わがままな面がある
 病室： 個室
 経過： S. 57.2.17 左手の茶碗を落とし、脳血栓の診断を受け、3.1に入院、入院時より代謝賦活剤その他の点滴を開始
 3.5床上リハビリテーション開始し、3.9よりリハビリテーションルームで行なう。麻痺あるのみで意識状態異常なし。

歩行不可能、食事は部分介助、床上排泄、全身清拭であった。

Ⅲ 性に関係した反応の表出と看護の実際

この事例における性に関係する問題が表出された場面と、それに対して行なわれた看護は次のようであった。

陰部清拭施行中に患者の呼吸が荒くなる。「苦しいですか。」との看護婦の問いに、「いや苦しくないです。気持ちいいです。」と患者は答えた。陰部清拭を続けていると陰茎が勃起してきた。看護婦は驚き、あせり、早く終わらせたいという考

えばかり頭の中にあった。一応陰部清拭は全部行なったが、自分の気持ちの動揺が激しく、それをおさえるのに精一杯という状況であった。

そのことがあってから2日後、夜勤看護婦から「夜間、患者さんは眠れないことが多く、『いっしょに寝よう』と言ったり、尿意があるとのことにて尿器を準備しても、なかなか排尿がないと、『こすってくれば出る。』と言ったりする。」という情報があった。

その後の看護の中で、看護婦は、体位変換の時に患者の手が身体に触れると、それまでは何ともなかったのに、とてもいやな感じを覚えるようになった。

これらの問題に対して、どのように対応していたらよいか検討がなされた。そしてケアの際にはできるだけ話をしながら行なうようにしたり、リハビリテーションの意味を考えて、介助しながら右腕で自力で清拭を行なうことを試みた。また、このようにケアしていくことを含めて、昼間はできるだけ起きているよう援助した。夜間不眠時には、必要時のみ睡眠剤内服により睡眠をとらせるという対処をした日もあった(表2)。

Ⅳ 考 察

1) 事例で行なわれた看護について

表2 患者の性に関係した反応と看護者の対応

(患者の反応)	(看護者の対応)
1. 患者の身体的反応 呼吸が荒くなり陰茎が勃起する。	a 感情をおさえ手早く済ませた。 ↓ b 施行時に会話をして患者の注意をそらすようにした。
2. 看護婦への欲求の投射 (夜勤看護婦からの情報) 「いっしょに寝よう」という。 - 排尿に時間がかかると、「こすってくれば出る」という。	c リハビリテーションの意味を考え、自力で行なうよう試みた。 d 生活リズムを調整するため昼間はできるだけ目覚めているようにした。 e リハビリテーションを含め無理のない範囲の上下肢運動によりエネルギーを発散させた。 f 必要時、眠剤内服により夜間は眠らせた。

この事例は、男性患者と女性看護者の間で生じた性の問題である。そこでこの事例において最も重要な意味を持ち、看護に大きな影響を及ぼしていると考えられることは、看護婦が男性の性についての理解を充分持ち得ていなかったこと、また74才の老人であるからと考え、性的反応があるということは全く予想もしていなかったことである。

そのために性的反応の生じた場面に遭遇したときの精神的動揺が大きく、ケアがぞんざいであっても早く終わらせてしまったり、患者を“いやらしい”という目で見えるようになってしまっていることに注意しなければならない。このような看護婦の反応は、いわゆる逆転移であると考えられる。小此木氏⁵⁾は逆転移について自らを省みるべき気持ちについて13の場合をあげ、医療スタッフは逆転移を適切に洞察しながら医療を進めていくべきであると述べている。上記のような看護婦の反応は、一般女性としては当然の反応であると考えられるが、看護者としては患者のケアや患者との関係において、ケアが充分に行なわれない。患者を“いやらしい”という目で見てしまう等のマイナスの結果をもたらし、適切な反応ではないと思われる。看護者としての職業意識と、相手を理解していく姿勢をもっていくことが大切であると考ええる。

患者の身体的反応に対して行なわれた対応をみると、初めてのときには手早く済ませることが精一杯であったが、後に会話をして注意を他のことへそらす、リハビリテーションの意味を考え自力で清拭を行なえるようにする、という対処が行なわれている。沈黙していることは患者にとって、精神的苦痛を増強させる要因にもなると考えられ、避けたほうがよいと思われる。また、会話することにより、注意を他のことへそらすことから、性的反応が起こったとき、またそれらを防ぐためにも有効であると思われる。可能であれば、自力で少しづつ清拭を行なうことは、リハビリテーションとしては有意義なことであるが、看護者がケアを回避するための手段として用いられるようなことは避けなければならない。そして、自力では不十分な部分は、看護者が当然補っていかなければならないことである。看護者への欲求の投射に対する対応は、リハビリテーシ

ンや上下肢の運動を行なうことにより、昼間はできるだけ覚醒し、生活リズムの調整をはかったり、適度にエネルギーを発散させ、欲求の昇華をはかったりできると思われる。眠剤を内服させることは、睡眠障害による疾病の回復への悪影響を予防していく目的としてはその意義は大きい。しかし、性の欲求への援助としては、欲求を埋没させることになり、患者側から考えると、真の意味では欲求に対応しているものではないと思われる。看護者側からの欲求（夜は寝て欲しい、いやらしいことを言わないで欲しい等）に対する意味が大きくなる可能性を含んでいると思われる。

2) 性に関係した反応に対してどのように看護していくことが必要か

性への援助として、どのように考えていったらよいか、事例の看護をもとに3つのポイント及び具体的な看護について以下のように整理した。

① ケア時に性的反応が起こった場合にどのように対応していったらよいか。(表3)

この場合には、興奮を鎮静すること、同時に相手を傷つけないように配慮することが大切であると考ええる。興奮を鎮静するためには会話をして注意を他へそらしたり、さりげなく席をはずして間をとる等の対応が良いと思われる。また、患者を傷つけないような配慮は、患者—看護者という対人関係を基本として行なわれる看護において、特

表3 ケア時に性的反応が起きた場合の対応

1. 興奮を鎮静する。
 - 気持ちを他へそらす …… 会話をする
 - 間をおく …… 一時処置を中止し、席をはずす
 - 患者を傷つけない
 - 非難や叱責をしない
 - 「差別をする」と、誤解されるような発言をさける
 - 申し送りの際、他にもれないよう秘密を守る
 - 他の患者と差別するような態度をとらない
 - 欲求を認める態度を示す …… 「元気が出てきたようですね。退院に向けて頑張りましょう。」

に大切なことである。性的反応があった場合には、その場で非難や叱責をしないことはもちろん、その後接していくときにも、他の患者と差別するような態度をとらないことや、“差別している”と患者から誤解されるような発言をさける必要がある。また、看護者間の報告のときにも必要以外には秘密を守ることも大切である。性の欲求を認める態度を示すことも相手の気持ちを考慮した対応のしかたであると思われる。川島氏等³⁾は、性の欲求への対応のしかたとして、「失礼な！」と道徳的に非難するよりも、「元気が出てきたようですね、退院に向けて頑張りましょう。」と軽く励ます位の方がよい場合もあると述べている。このことについて私達も、性の欲求は疾病の急性期には身体の回復への注意が払われるため少ないが、回復期に向ってくるに従って現われる場合の多いこと等から考えて、性の欲求を社会的、心理的な回復度の視点からみることもでき、患者の社会復帰への意欲を促すということに有効に用いた対応のしかたであると考えている。しかし、この場合には看護者の年齢、患者の態度等により、Case by caseで考える必要があり、年輩の看護婦が患者が恥かしい思いをしないように、ユーモア的にその場をサッと流すように対応していくことが

望ましいと思われる。

② ケア時の性的反応を防ぐための留意点について（表4）

患者の羞恥心への配慮からも、性への援助の面からも、性的反応ができるだけ生じないようにあらかじめ配慮してケアを行なっていくことが必要であると考えられる。性的反応をできるだけ生じないようにするための具体的な方法は表4に示したようにさまざまあるが、どの方法においても、患者の羞恥心を少なくするということは大切な要素であると思われる。看護をする者を選択することは、日常の業務の中では比較的困難であると思うが、患者側、看護者側両面から考えて、適任者を選択し、ケアに当ることができればより望ましいことであると考えている。また、看護者として、家族の協力を得ることもあるが、この際、患者をとりまく状況から判断して、患者にとって家族が適任である場合には、望ましいことであるが、看護者がケア時の性的反応を回避したいがため、あるいは患者のケアを避けたいがために家族にまかせるということにならないよう注意しなければならないと思う。

③ 欲求を解消できるための援助について（表5）

①、②は直接ケアを行なう際の性的反応に対する対応について述べたが、入院中の日常生活において普段からも、性に対する援助を考慮していく必要があると思われる。このことは、間接的にケア時の身体的反応や看護婦への欲求の投射を少なくすることにつながるものである。

欲求を解消できる場として、外泊の機会をもてるような配慮や、家族、友人との面会の機会や場を調整することができるとと思われる。また、芸術的な活動やリハビリテーションによる欲求の昇華を日常生活の中で考えていく必要がある。他にマスターベーションで欲求を解消する方法もあるが、この場合の指導者としては、男性医師あるいは看護師が望まし

表4 ケア時の性的反応を防ぐための留意点

注意を他へ向ける。

- 会話をしながら行なう。
- 看護者は陰部を見ていない、見えないということが患者にわかる状況をつくる。
- 顔をみながら話すようにする。
- 陰部にタオル等をかけて行なう。
- 日常の看護行為として自然の態度で接する。
- そっと触れたり、おそろおそろ拭いたりしない。
- 男女の意識を脱却して看護者としての意識に徹する。
- マスクをする。
- ユニフォームで履い、身体の露出部分を少くする。
- 看護者を選択する。
- 患者側、看護者側双方から考慮し、適任者が行なう。

表5 欲求を解消できるための援助

1. 欲求を解消できる場を設ける。
 - 外泊の機会を調整する。
 - 友人、家族などの面会を取りはからう。
2. 欲求の昇華をはかる。
 - 芸術的活動をする。スポーツをする。(見る。)
 - リハビリテーションを行う。
3. マスターベーションの指導(男性医師、又は看護師が望ましい)
 - 年令のちがい・疾病の種類・回復の程度・性欲の個人差を考慮する。
 - マスターベーション罪悪感脱却の誘導。

い。そして、年令の違い、疾病の種類、回復の程度・性欲の個人差等を考慮することが大切である。また、マスターベーションを行なうことは、疾病との関係においても、必ずしも悪いことではないことを知らせていく必要のある場合もあると思われる。

以上3つのポイントについて述べたが、性への援助も疾病に悪影響を及ぼさない限り最大限に『性の欲求を充足できる』ように援助することが必要であると考えている。多面的な成り立ちを持つ人間の性の場合、『欲求を充足させる』ということについて、私達は社会的環境にその対象が適応していけるように援助することと考える。そして、その際に健康の保持・増進に障害にならないことや、社会的規範に基づいた行動で適応していくということは大切な要素であると考えている。個々の患者について、どのようにすることが適応するための援助となり得るか、看護の方法を選択していかなければならないと思う。

Ⅳ おわりに

事例を通して、一つの看護上の性の問題について分析し、看護のポイント3点について具体的な看護を整理した。そしてまた、性の援助を行なう際に基盤となることとして、看護者が性に関してどのように考えているかということと、患者との関係において、どのように受け止めていけるかということが大切であることを感じている。看護婦

が性の問題を回避しないで、性を尊重して対応していける姿勢を持てるように、看護教育の中での性の扱いについて検討する必要があると思われる、今後の課題でもある。

今回の報告は、看護の中での性の問題のうちでもほんの一部分にすぎない。さらに疾患と性とは直接的・間接的に関係する場合の問題や、それに伴う生活上の問題等に対する援助等さまざまな場合があり、今後

検討する必要があると思われる。そして、看護上大きな意味を持つ、医療スタッフの性に関する意識についても今後さらに追求し、広い視野から“看護における性への援助”について考察して行きたいと考えている。

稿を終えるにあたり、御指導いただきました千葉大学教育学部の武田敏先生に深く感謝いたします。

Ⅴ 引用・参考文献

- 1) 宮城音弥;新心理学入門, 124~126, 岩波書店, 1981
- 2) 近藤四郎他;人間の生と性, 岩波書店, 1982
- 3) 川島みどり他;生活行動援助の技術, 第2集, 88~89, 看護の科学社, 1979
- 4) 川島みどり他;目で見る患者援助の基本, 88~93, 医学書院, 1977
- 5) 小此木啓吾;治療関係論, からだの科学増刊10, 27~36, 日本評論社, 1979
- 6) 武田敏;性教育の現状と課題, からだの科学臨時増刊, 日本評論社, 1981
- 7) 武田敏;性病患者的扱い方と指導, 性カウンセリングセミナー, 1981, JASCT
- 8) 村松常雄;「性」の人間学, 講談社, 1978
- 9) Janice Rider Ellis他;NURSING, 319~333, Houghton Mifflin Company, 1977
- 10) 河野友信;治療関係と性, 看護学雑誌, 44:

看護における性への援助—事例を通して考える

- (7), 757 ~ 760, 1980
- 11) 河野友信; 性の臨床と看護, 看護学雑誌, 44 : (12), 1317 ~ 1320, 1980
- 12) 朝山新一; 性教育, 中央公論社, 1980
- 13) 大谷真千子他; 事例をとおして看護における性を考える, 東京都専修学校各種学校協会研究紀要, 135 ~ 140, 1982

第10回日本看護研究学会長をおうけして

熊本大学教育学部 木 場 富 喜

第9回日本看護研究学会総会は、千葉大学松岡淳夫教授を会長として開催され、本学会では初めての外国からの招聘講演も含め、多くの成果が得られました。学会員一同慶びにたえないところであります。

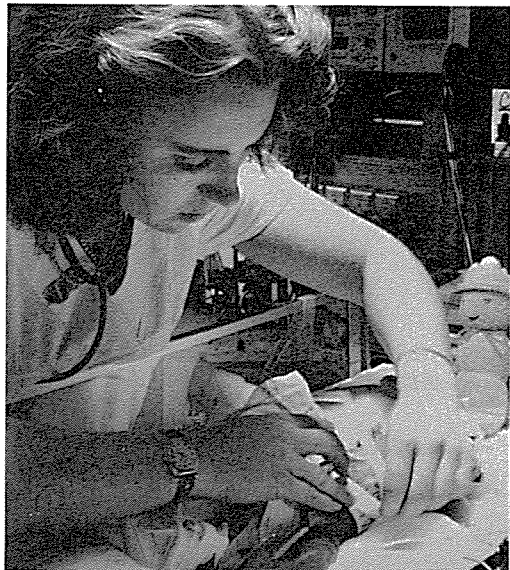
本学会は、純粋に看護学の発展と、研究者の育成を心から願う人達によって初められました。学会発足直後は、看護学教育の在り方の検討と、会員の研究者としての自覚を高揚させるための努力がなされました。一方第6回川上澄会長の提案に始まり、第7回佐々木光雄会長の会名の刷新、第8回石川稔生会長による会則変更と、会の組織の整備も着実に進められ、改革後最初の第9回学会総会が、千葉大学において盛会裏に終了したわけであります。

この度、このようにして発展してきた日本看護研究学会の、記念すべき第10回会長を命ぜられ、責任の重さを痛感しております。顧みますと、昭和45年、四大学協議会として発足した会から、昭和50年本学会の出発となり、その後発展を続けて、ここに第10回学会総会を迎えるわけであります。最初から迷うことなく学会の発展を信じ願ってきた私にとって、この記念すべき時期の学会長を務めさせて頂くことは一入の感慨であります。大変未熟ですが、先輩会長と会員各位の御指導と御協力を頂きながら、この1年間の任務を果たしたいと考えております。

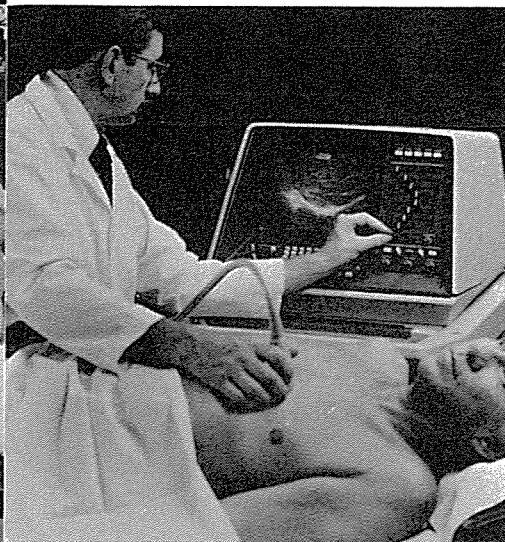
さて、第10回日本看護研究学会総会は、昭和59年7月下旬に熊本市において開催する予定であります。一般的に考え、10年というひとつの区切り目になります。看護は人間の健康生活全般にかかわる極めて総合的性格をもつとされ、また看護上の問題や現象は、いくつかの学問領域にまたがっており、極めて学際的であるとも言われてきました。しかし看護界において実際目にする看護論や実践・研究は、看護の独自性を強調するあまり、自らせまい枠づけをしているものも、少なからずあるのではないのでしょうか。看護をとりまく近接領域の学問や科学技術の進歩は目ざましく、また、かつて自然科学において触れることのできなかった「生命」の問題にもかかわるバイオテクノロジーの進歩等、目を見張るものがあります。このような時代に独り看護のみがせまい枠の中で低迷することは許されません。今後の看護学の方向を考えると、ここで改めて基本にたちかえり、看護を見つめなおすことも無駄ではないと考えます。

開催までには、まだ1年の期間があり、基本的構想も出来上っていない段階ですが、歴代会長と会員によって蓄積された成果をふまえ、21世紀に向って看護学の進むべき方向を探りたいと考えております。第10回総会開催予定の7月は真夏の暑い最中ですが、学会を中心に、夏ならではの阿蘇の山並や、天草のロマンを味わって頂きたく、お待ち申し上げております。

●未熟児監視システム



●超音波診断システム



創立20周年・デミング賞実施賞受賞



●不整脈監視システム

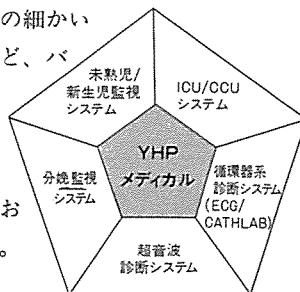


●保守サービス

「信頼」に人とシステムでお応えします。

心電計のパイオニアとして名高いサンボーン社の技術と伝統を受けついでYHPのメディカル部門は、聴診器から各種トランスジューサ、モニタ、そして最新のコンピュータ技術を駆使した患者データ監視システムまで、約300種以上の製品を提供し、医療の先端で活躍しています。特に、HPのコンピュータ・テクノロジーを応用した各種システム製品は、その技術の確かさと信頼性の高きで多くのユーザから幅広いご支持を得ています。

YHPは、これらの製品をより有効にご利用いただくために、わかりやすく行き届いたトレーニングやきめの細かい保守サービスなど、バックアップ体制も万全に整え、「人」と「技術」で皆様の信頼にお応えしています。



YHP クリティカル ケアシステム

横河・ヒューレット・パカード



■資料のご請求は横河・ヒューレット・パカード株式会社 広告企画部へ——〒168東京都杉並区高井戸東3-29-21 ●製品についてのお問い合わせは各支店の医用電子営業へ——〈東部〉高井戸支店:TEL03-331-6111/横浜支店:TEL045-312-1252 〈西部〉大阪支店:TEL06-304-6021/名古屋支店:TEL052-571-5171

MED301

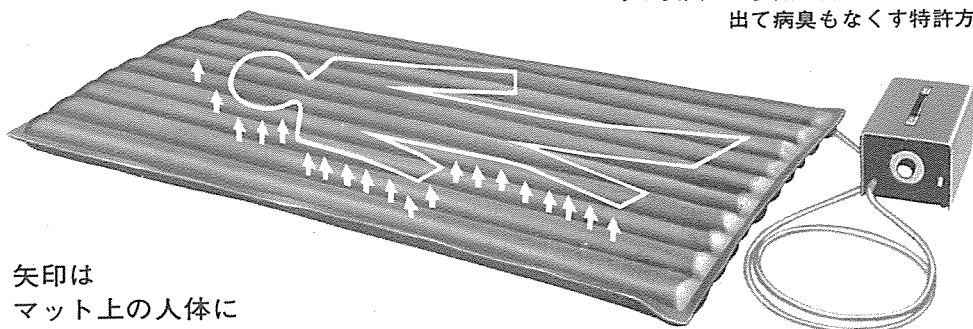
床ずれ、病臭に“エアー噴気型マット”登場

益々好評な **サンケン** のアイデア

療養者・看護者の激賞を受け

床ずれ・病臭・治療に強烈な助っ人!

使用者より多数の礼状を受け
マスコミや、医師の論文を益々立証させ、私共も感謝満々
マット表面より多数の防湿、清浄微風が
出て病臭もなくす特許方式



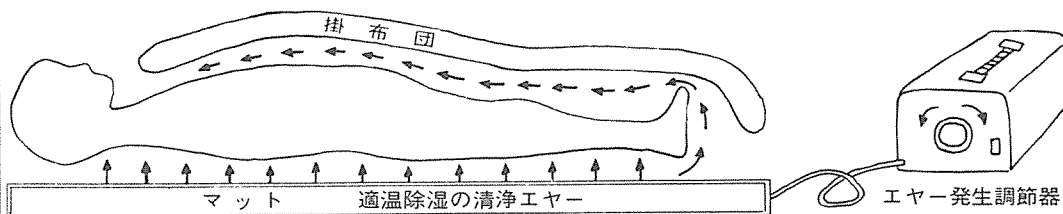
矢印は
マット上の人体に
エアーの流出を示す 定価 ¥88,000

エアー噴気型
特許

サンケンマット®

【理想にかなった原理と構造】

調節器より発生した適温、除湿の清浄微風をマットに送り、マット上面の多数の微風穴口より噴出・流動させ
特許出願 その上に人体が寝ることにより、適当な乾燥と適当な皮下刺激を与え、衛生的健康保持と活力を養います。特に床ずれ病臭等の予防効力は先生方の絶賛を賜っております。



発売元 **株式会社ホギ**

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

■お気軽に最寄りの営業所へご用命ください。

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

特許 サンケンマット

特許 試験管立

製造元



三和化研工業株式会社

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

日本看護研究学会 会報

第 15 号

日本看護研究学会事務局

目 次

I 会 議	75
1) 奨学会委員会	75
2) 理事会	75
3) 理事会	76
4) 評議員会	76
5) 第9回日本看護研究学会総会	77
II 第9回日本看護研究学会総会会務報告	79
第9回学会総会を主催して	80
第9回学会総会寸描	82

I 会 議

1) 奨学会委員会

日 時 昭和58年2月27日 午後1:00～

場 所 東京、九段、日本地所ビル10階会議室

出席者 土屋、伊藤、木場、川上、村越 各委員

議 長 土屋委員長

議題及び会議内容

(1) 58年度奨学会研究審査

4篇の応募研究があり審査討議の上採点票決により、「中高年齢に達した双生児を用いた加齢現象と疾病の研究」近畿大学医学部公衆衛生学教室早川和生君が、58年度奨学研究として決定し、会長に報告することとなった。

午後2:00終了、散会

2) 理 事 会 (57年度)

日 時 昭和58年2月27日 午後2:00～

場 所 東京、九段、日本地所ビル10階会議室

出席者 石川、伊藤、内輪、川上、木村、木場、佐々木、土屋、村越、松岡 各理事

議 長 石川会長

議題及び議事要旨

- (1) 57年度会計状況と決算報告について
- (2) 58年度事業計画及び予算案について
- (3) 第9回学会総会開催計画と準備状況報告
- (4) 奨学会委員会報告と58年度奨学会研究の決定について
- (5) 報告事項

1. 評議員選挙の経過と委嘱の経緯

③ 理 事 会（５８年度第１回）

日 時 昭和５８年５月２９日 午前１０時～

場 所 千葉大学大学会館 会議室

出席者 松岡、石川、伊藤、内輪、木村、木場、佐々木、土屋、宮崎、村越 各理事

議 長 松岡会長

議題及議事要旨

1. ５７年度 決算について
2. ５８年度 予算案について
3. 次期（５９年度）会長の推薦について

全員一致 熊本大学教授木場富喜氏を推すことに決定した。

4. 報告事項

１０時５０分終了 散会

④ 評 議 員 会

日 時 昭和５８年５月２９日 午前１１時～（理事会に引続き）

場 所 千葉大学大学会館 会議室

出席者 ３８名 委任状提出者 １３名

議 長 松岡会長

議題及び要旨

1. 監事の選出

議長の提案説明の後、各評議員話し合いが進められ、互選選挙は行なわず、議長のとりまとめにより、金井和子、田島桂子両氏が、全員一致で決定した。監事の責任は５８年度会計からとすることが確認された。

2. ５７年度事業報告及び５７年度決算報告

議長が事務局担当のため、議長より５７年度事業の概要が説明され、了承を得た。資料により５７年度決算が報告され若干の質疑応答の後承認された。５７年度決算については理事会の点検をもって可とすることが了承された。評議員より発言があり、事業報告を明確にする必要があることが指摘され、次回より注意することとなった。

3. ５８年度事業計画及び５８年度予算案について

事務局担当理事である議長より、５８年度事業計画が説明された。

５７年度までの事業計画を踏襲することが了承された。

これに基き、５８年度予算原案が説明、提案され、承認された。

4. 次期会長について

理事会により推薦を決定した熊本大学教授、木場富喜氏について

全員一致 総会で推薦することを承認した。

5. 58年度奨学研究について

奨学会委員長より58年度奨学研究の選考経過の説明の後、奨学研究者名、課題名の発表があり、了承された。

6. 57年度奨学会決算報告

資料により説明あり、承認された。

7. 59年度奨学研究募集について

昨年同様、募集要項に基いて公募することが承認された。

12時15分終了 引続き昼食懇談会に移る。

5) 第9回日本看護研究学会総会

日 時 昭和58年5月29日 午後1:00～

場 所 千葉大学教育学部 視聴覚講堂（前会第一会場）

出席会員数

議 長 松岡淳夫会長

議 事 録（抄）

1) 監事の承認について

評議員会の互選による、金井和子、田島桂子両氏を監事に委嘱することについて承認が求められ、全会一致で承認された。

尚57年度決算については理事会、評議員会の審査をもって行なってきたことが説明され了承された。

2) 57年度事業報告及び決算報告

57年度決算報告書

収入の部

項 目	予 算	収 入	内 訳	備 考	未収金	内 訳	備 考	項 目	予 算	決 算	備 考
繰 越 金	3,846	3,846	3,846					学会総会補助	100,000	100,000	第8回総会（千葉大）
年 度 会 費	2,080,000	2,168,000			264,000			雑誌印刷費	2,500,000	2,581,200	4巻2号, 3号 5巻総会1号 別刷4巻2号, 3号 5巻1号, 2号
旧 会 員 費			1,716,000	4,000×429		216,000	4,000×51	会 報 印 刷 費	10,000	57,000	会報13 役員選挙のため
改正後入会者			200,000	5,000×40				会 議 費	150,000	117,470	定例世話人会(千葉) 理事会(臨時)(東京)
役員会費差額			252,000	6,000×42		48,000	6,000×8	奨学会運営費	20,000	20,000	
雑誌広告料	800,000	688,000			32,000			事 務 費	100,000	125,609	振替用紙36,000 選挙用紙等3,700 封筒 その他
旧 料 金				16,000×18		32,000	16,000×2	人 件 費	50,000	105,000	選挙事務アルバイト20,000 事務アルバイト 16,000×5ヶ月+5,000円
新 料 金				20,000×20				人 件 費	50,000	105,000	選挙事務アルバイト20,000 事務アルバイト 16,000×5ヶ月+5,000円
寄 附 金	10,000	0						郵送・通信費	550,000	398,750	雑誌別刷 4巻3号 5巻総会1号, 2号 会報13号 選挙用
雑 収 入	300,000	269,580			48,730			予 備 費	200,076	0	
別 刷			219,600			48,730	(2編含送料)	計	3,680,076	3,505,029	
バックナンバー			49,980	(含送料)							
前年度未収金	486,230	312,730			173,500						
56年度会費			128,000	4,000×32		100,000	4,000×25				
55年度会費			0	16,000×11		16,000	4,000×4				
広 告 料			176,000			0					
別 刷 代			8,730			57,500	3編				
預 金 利 息	0		15,500	56.9～57.8							
計	3,680,076	3,457,656	3,457,656			522,230					

収入-支出=△47,373（58年度に繰越す）

③ 58年度事業計画及び58年度予算について

58年度事業計画

1. 学会運営
2. 第9回学会総会開催
3. 機関誌 日本看護研究学会雑誌の発行
5巻2号, 3号(前年度繰越分) 6巻1号～3号
4. 日本看護研究学会奨学会の運営

昭和58年度予算(案)

収入の部

項 目	57年度決算	58年度予算	備 考
繰越金	3846	△47,373	
年度会費	2168,000	3,295,000	一般会費 $5,000 \times 559 = 2,795,000$ 役員 $10,000 \times 50 = 500,000$
雑誌広告料	688,000	960,000	5(3) 6(1)(2)(3) $20,000 \times 12 \times 4 = 960,000$
寄附金	0	10,000	
雑収入	597,810	700,000	前年度未収金 512,230 バックナンバーその他 177,770
計	3,457,656	4,917,627	

支出の部

総会補助	100,000	100,000	
奨学会運営補助	20,000	20,000	
雑誌印刷費	2,581,200	3,400,000	5(2)(3) 6(1)(2)(3)
会報印刷費	57,000	50,000	雑誌5(2)(3) 6(1)(2)(3) 別刷, 会報
送料通信費	398,750	500,000	理事会2回 評議員会1回
会議費	117,470	200,000	
事務費	125,609	150,000	
事務人件費	105,000	300,000	事務アルバイト $25,000 \times 10$ ヶ月 発送事務等アルバイト $100,000 \times 5$ 回
予備費		197,627	
計	3,505,029	4,917,627	

原案通り承認決定した。

4) 次期会長の決定について

理事会より推薦された、熊本大学教授、木場富喜氏を全会一致、次期会長に決定した。

このあと、木場次期会長の挨拶があり、その中で開催地を熊本市に予定すると発表があった。

5) 報告事項

1. 役員選挙(57年9月施行)の結果

評議員選考の結果39名の評議員が選出され委嘱を行いやしたが、2名の辞退者があり、現役員数は理事13名、監事2名、評議員37名となっております。

2. 58年度奨学会研究について

奨学会委員長より4篇の応募課題について慎重審査の結果近畿大学医学部、公衆衛生学教室、早川和生君による「中高年齢に達した双生児を用いた加齢現象と疾病の研究」に決定したことが報告された。

3. 57年度奨学会研究報告についての審査結果について

委員長より奨学会研究に値し、その目的に適ったものと報告された。

4. 59年度奨学研究の公募について

59年度奨学研究の公募を会告することが報告された。

以上 午後1時30分終了

Ⅱ 第9回日本看護研究学会総会会務報告

- 開催日時 昭和58年5月28日(土)29日(日)
- 場 所 千葉大学教育学部 視聴覚講堂他2会場
- 参加者 全員 196名 一般 96名 学生 29名(他アルバイト学生50名)
- 内 容 1. 第9回総会
2. 学 会 (6巻1号, プログラムによる)
- 一般演題 58題 3会場 15群に別れて発表
- シンポジウム 2題 夫々5演題, 3特別発言で構成
- 特別講演
- 招聘講演
- 会長講演
3. 会員, 参加者, 懇談会 於 大学生協食堂
- 参加者 94名

会計報告

収入の部		支出の部	
参 加 費	1,020,000	会場設備費	111,710
展示・賛助	600,000	人 件 費	503,500
懇談会費	152,400	印刷製本費	163,500
予稿集販布	96,000	通 信 費	39,400
学会本部負担金	100,000	報償・旅費	858,328
千葉県補助金	200,000	懇親会設営費	378,350
雑費(利子)	1,488	事務費・雑費	115,100
	2,169,888円		2,169,888円

第9回日本看護研究学会総会

会 長 松 岡 淳 夫

第9回学会総会を主催して

松岡 淳夫

学会長の重任をお受けして、先づ考えたことは「どうすれば本学会の発展に寄与出来るか」という事とそれが如何に大変であるかということでした。そして、前会長石川教授のもとで、会名も新たに本学会総会が充実した内容をもって華々しく開催され、大きな成果を収められた後を引き継いで、それに優るとも劣らぬものとしたい、という意気込みでした。しかし準備を進めるにつれ、気ばかり焦せて、時に追われては拙速に陥入り、結局は所期に反して皆様方に御迷惑を残したのではと懸念の多い結果で終わったように感じる次第です。この間、私を支援して下さいた看護学部看護実践研究指導センターの3研究部の全員の教官方々の絶大な御協力、お骨折りに対して深甚の感謝を申し上げます。

私達センターの教官というより、教育学部特別教科看護教員養成課程（特看）の教官によってこの学会は運営されました。千葉大学教育学部特看では昭和59年度をもって15年に亘るその教育の歴史を閉じ、看護学部専任することになっており、私達特看として1つの記念すべき事業と考え、残留している2学年40名の学生を含め、総力をあげてこの運営に当らせて頂きました。

この計画立案に当たり、学会を盛会とするためには、一般演題の募集と、企画する講演の充実が肝要と考え、やゝもすれば盛沢山の誇りを頂く計画を立てて準備を早々とした次第です。特に米国より研究者を招聘し、最新の研究の生のまゝに接する機会を設ける計画は本学会として、まだ時期尚早であったかも知れません。それに会期を早々に2日間と決めた事も。

これらの計画を具体化するに当っては、会員、各方面の絶大な御援助、御協力があったからこそ、出来たことで、本当にその運びの中では薄氷を踏む思いがしておりました。

58年1月になって一般演題の申し込みが始まり、その続々と到着する応募の状況は、一転してこの学会の活気に対する私の見通しの甘さが悔まれ、会期2日で2会場の計画では収められない急いとなりました。このため3会場計画としましたが、この点、教育学部の親元での計画を立てて、視聴覚講堂（定席600）を主会場としたため、規模の伸縮には、学部の御理解も比較的得られ易く、土曜日にやる授業との関係も御協力を得ることが出来て幸いでした。この勢いは、むしろ主会場である視聴覚講堂の収容力に心配を持つ取り越し苦労までする始末でした。

一般演題は58題が集まり、め切られましたが、これは昨年度の丁度2倍で、その分野もバラエティに富む素晴らしい報告がそろいました。内海教授を頭とする金井、吉田、花島の諸先生方が、金井先生を中心にプログラムと予稿集の作成に取り組まれましたが、その時間調整、類別に大変な御苦労をお掛けしました。

シンポジウムについては、2題を夫々、土屋、内海教授が、各専門分野の先生方と綿密な打合せを繰返えされ、重点を絞った演題を頂戴することが出来、各5人のシンポジスト、3名の特別発言で行うことが決定しました。

特別講演に宗像博士をお願いし、招聘講演にミネソタ大学看護学部のスナイター教授をお願いし、総

での企画は具体化しました。

3月15日プログラムの編成も予稿集の編集も終り印刷に入りました。4月中旬には会員の皆様のお手もとに届くよう、最大ピッチで作業を進めました。4月22日、発送を終り、一段落によりやく落着いて雑誌を見直してみたら、日程や、頁の乱れが校正の段階で見落されている、重大なミスに気付きました。訂正の方法もなく、学会当日訂正を配布し、次号で訂正文を入れることで対処することとしました。御迷惑お掛けしたこと深くお詫びします。

この学会の運営に当り、総務関係は土屋教授を頭に草刈、阪口、山口各先生方に御苦労頂きました。資金と会場設備の準備には、山口先生が八面六臂の大活躍をして下さいました。老朽化しつつある教育学部、講堂に各方面と連絡を取り、学会を行うに必要な各機能を持たせて下さいました。特に授業に重なり準備時間が1時間余りしか得られない会場では早や替りの妙味をみせて頂いた綿密な計画と準備には敬服しました。

当日、理事会、評議会が午前中に行なわれ教官は参加される方がほとんどで、その中で学生が夫々の部署の整備を進めました。

朝から曇空で時折激しく雨が降り、参加者の足に大きな影響が出るのではと危惧されましたが、受付には定刻近くなるにつれ混雑がみられ、一時は列をなす盛況となりました。定刻1時、3会場に別れて開会が宣せられ、学会は始まりました。各会場とも定席の半以上が占められ、専門分野の活発な質疑が交わされ活気を帯びた展開でした。発表内容、その態度も、スライドの画質も年を追って素晴らしいものとなり、他のどの学会にも遜色ないと考えています。各日、一般演題に引き続き主会場で行なわれたシンポジウム始めどの講演にもほぼ満席に近い聴衆が集まれ、その熱気に環境問題が色々指摘を受ける有様でした。この学会の進行の中で、米国からのスナイター教授が、両日に亘って、各会場を廻り、予稿集でピックアップした演題に通訳を通して聴き入り、学会に参加して居られた姿は、流暢な同時通訳をされていた近藤先生の御苦労と共に、私に強い印象を与えて下さった。

28日夜行なわれた会員懇親会には、学生食堂という粗末な会場であったが、多くの会員の方々、地域の方々、それに学生が参加して盛況でした。あちこちに歓談の輪が出来、飲食の味より、その話題に大きな意味があったようでした。

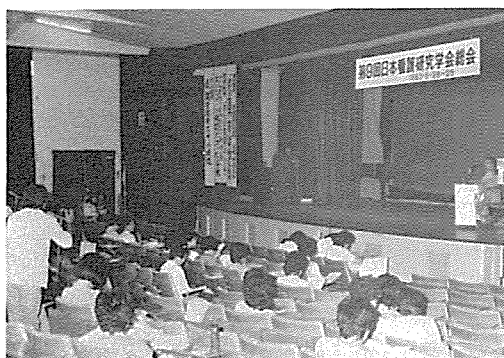
私は最後に看護管理学に対する私の考え方を述べる機会を持たせて頂きましたが、極度の緊張と準備不足によって、最近になくあがってしまい、汗は目に入るや、目が霞むやで、原稿も見えず、大変不様な講演となってしまい、お恥ずかしい次第でした。お耳障りとなったこと、深くお詫びいたします。講演が終り、座長をお願いした本場先生の丁重な謝辞も、遠い所からの声のように聞こえ、降壇しました。そして、草刈先生の閉会の辞を只「終った、無事終った、出来た」と、頭の中で叫び乍ら、1年間先生方と一緒に苦労してきた思い出が走馬灯のように駆け廻って居り、体中の力が脱けてゆく感じでお聞きしました。

第9回日本看護研究学会総会 写真レポート

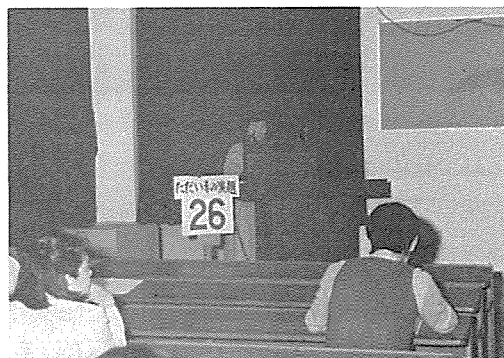


開会の挨拶

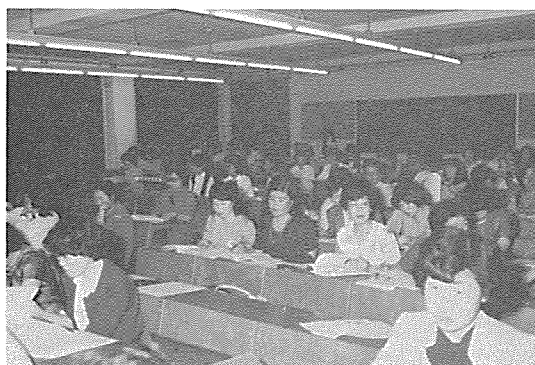
一般演題の部：58題が3会場・2日間に亘って活発な発表討論が行なわれた。



第1会場（熱の入った討論）

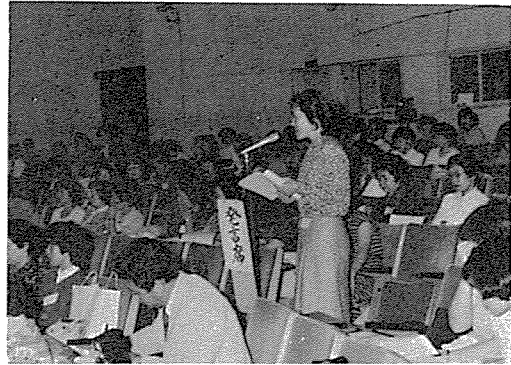


第2会場（真剣な発表）



第3会場（傾聴）

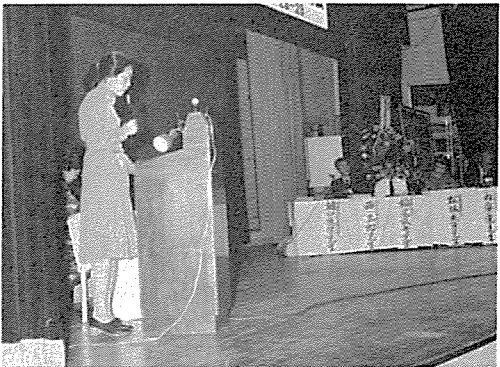
シンポジウム 2 題： 両日に分かれて主会場（第 1 会場）で



シンポジウム会場風景



生活援助－行動開発の問題点と対策－（第 1 日目）講師の先生方



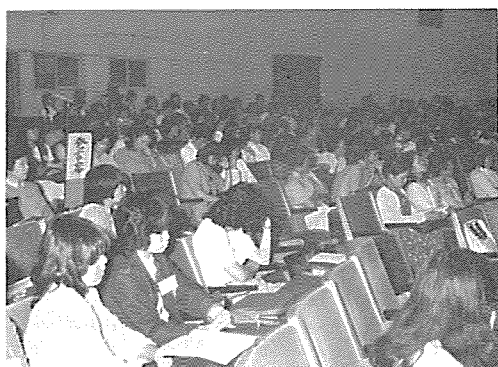
看護継続教育における諸問題（第 2 日目）講師の先生方



特別講演 宗像先生



Prof. M. Snyder 先生と近藤先生



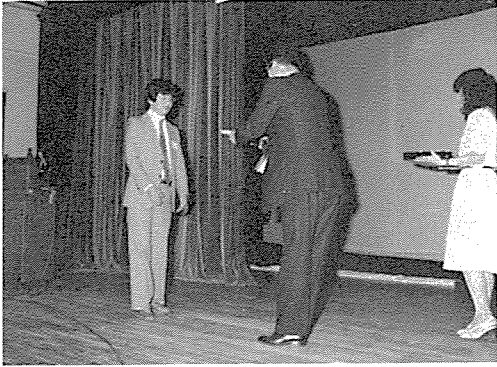
第一会場は熱心な聴衆で満員となり、



活発な質問や討論が交わされた。



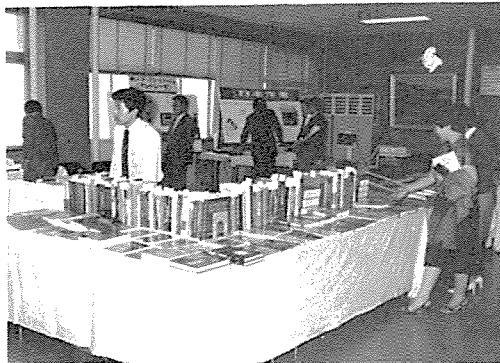
会長講演



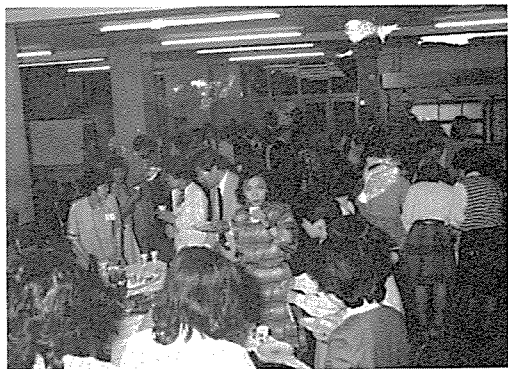
総会で58年度奨学会研究者
早川氏に奨学金が渡された



57年度奨学会研究者玄田氏に賞状が
授与された



展 示 会 場



第1日目 夜、会員懇親会が開かれ交歓が賑やかに行なわれた

日本看護研究学会雑誌投稿規定

1. 本会会員は誰でも寄稿出来る。共著者もすべて会員でなければならない。
ただし、編集委員会が依頼した原稿についてはこの限りでない。
2. 1編の最大制限枚数、および無料枚数（印刷経費を学会で負担する分）は次の表に示す。

原稿種類	制限枚数	無料枚数
論 壇	原稿用紙10枚（刷上り約2頁）	原稿用紙10枚（刷上り約2頁）
原 著	〃 50枚（〃 10頁）	〃 30枚（〃 6頁）
綜 説	〃 50枚（〃 10頁）	〃 30枚（〃 6頁）
そ の 他	〃 10枚（〃 2頁）	〃 5枚（〃 1頁）

（図表込み400字詰原稿用紙枚数）

原稿用紙は400字詰めで約5枚が1頁に刷り上る。

なお、図表は大きさにより異なるが、一般に1つが原稿用紙1～2枚に相当する。

3. 図表は原則としてB5版方眼紙にトレースしたものを提出すること。印刷屋でトレースの場合はその実費を請求します。
4. 超過料金は刷上り1頁（原稿用紙約5枚）につき7,000円とする。
5. 投稿原稿には本文、図表、写真等すべての査読用コピー1部を添えて提出すること。
6. 投稿原稿の採否は編集委員会で決定することとし、原稿は原則として返却しない。
7. 初校は著者が、2校以後は著者校正にもとづいて、編集委員会が行う。
なお、校正の際の加筆は一切認めない。

8. 原稿の郵送先は

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

日本看護研究学会事務局 宛

として、封筒の表に「日看研誌原稿」と朱記、書留郵便にて郵送すること。事務局では到着と同時に受付票を発行する。

9. 著者の希望により下記代金で別刷を50部単位で印刷する。

20円×頁数×部数

投稿者は別刷必要部数を、原稿正方表紙下段に朱記すること。

原稿執筆要領

1. 原稿用紙B5版横書き400字詰めを用いること。
2. 当用漢字、新かなづかいを用い、楷書で簡潔、明瞭に書くこと。
3. 原著の構成は
Ⅰ緒言（はじめに）、Ⅱ研究（実験）方法、Ⅲ研究（実験）成績、Ⅳ考察、Ⅴ結論（むすび）、Ⅵ文献とし、項目分けは1.2.……、1), 2), ……、①、②……と区分し、第1章第2節などは用いな

いない。

4. 数字は算用数字を用い、単位や符号は慣用のものを使用する。特定分野のみで用いられる単位、略号、符号や表現には註書きで簡単な説明を加える。

ローマ字は活字体を用い、出来ればタイプを用いること。*mg*, *Eq* 等イタリック体を用いる場合は、その下に朱のアンダーラインを付すこと。

5. 図表、写真等は、それを説明する文章の末尾に(表1)のように記入し、さらに本文とは別に捜入希望の位置を、原稿の欄外に〔表1〕のごとく朱記する。

表図は原稿本文とは別にまとめて、巻末に添えること。

6. 文献記載の用式

文献は本文の引用ヶ所の肩に1), 2)のごとく番号で示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に整理して記載する。文献著者が2名以上の場合は筆頭者名のみをあげ、他とする。

雑誌略名は邦文誌では、日本医学雑誌略名表(日本医学図書協会編)、欧文誌では INDEX. Medicnに従って記載する。

記載方法の例示

- ・雑誌 1) 大竹保代他：看護行動と放射線被曝について，四大学看護誌，1：(2)，59～73
1978
- ・単行本 1) 沼野一男：看護教育の技法(第1版)，14～20，医学書院，東京，1973
- ・訳本 1) Bromley D. K. : The Psychology of Human Ageing, Allen Lane the
Penguin press L. T. D. 1974，勝沼晴雄監訳，高齢化の科学，76～92，産業
能率短期大学出版部，東京 1976

7. 表紙

原稿には表紙を付し、上半分に標題、英文標題(すべて大文字とする)、著者氏名(ローマ字併記)、所属機関名(英文名称併記)を記入すること。

そしてその下に本文、図表、写真等の枚数を明記し、希望する原稿類別を朱記すること。

下半分に連絡用住所、電話番号を記入すること。

8. 原稿を希望する場合は、250語程度の英文抄録および、その和文(400字程度)を付けること。
英文抄録はタイプ(ダブルスペース)とする。

会員の皆様の紹介推薦によって会員を拡大して下さい。

入会する場合はこの申込書を事務局に郵送し，年会費 5,000 円を郵便替為（振替）東京 0-37136 日本看護
研究学会事務局宛送金頂ければ，会員番号を御知らせし，入会出来ます。

尚振替通信欄に新入会と明記下さい。

(きりとり線)

入 会 申 込 書 (保 存)

日本看護研究学会長 殿

貴会の趣意に賛同し会員として入会いたします。

年 月 日

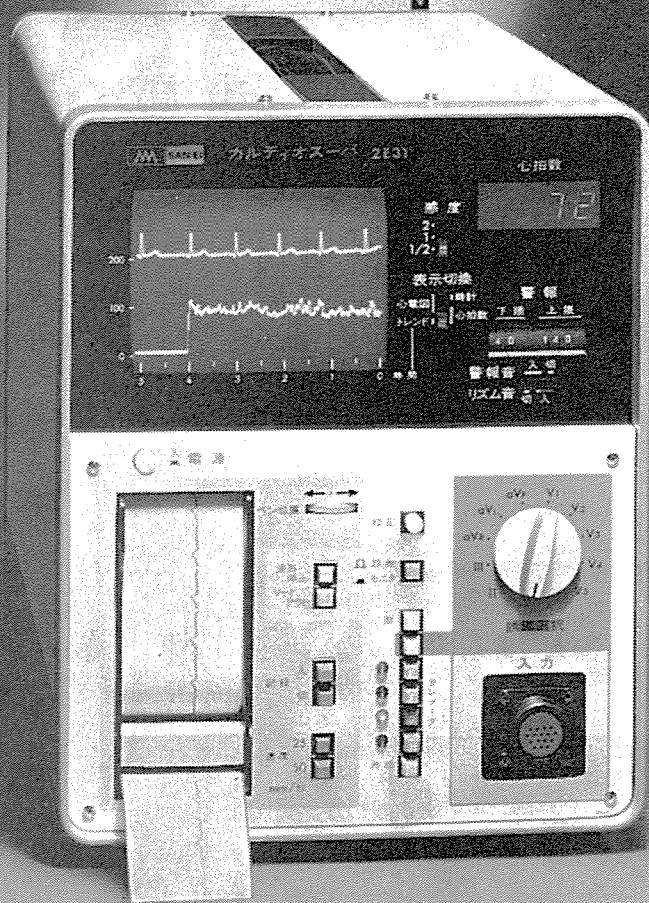
ふりがな			勤 務 先						
氏 名	印								
住 自 宅									
〒									
住 連 絡 所 先	<table><tr><td>〒</td><td>() () ()</td></tr><tr><td>T E L</td><td>() () ()</td></tr><tr><td colspan="2">内線</td></tr></table>			〒	() () ()	T E L	() () ()	内線	
〒	() () ()								
T E L	() () ()								
内線									
自宅の場合記入いりません。		会 員 番 号							
推 せ ん 者 所 属	氏 名								
印									

明日の健康と福祉を守る

AM SANEI 三栄測器

〒150 東京都新宿区西大久保2-223-2

☎03(209)0811代表



モニタの常識を破って登場。

患者監視から心電図検査までフルに活用できます。

有線、無線両用で、監視装置と心電計の機能を兼備しています。心電図、心拍数のほか長時間の心拍数トレンドや時刻も表示できます。小形熱ペンレコーダでは遅延心電図の記録や停止波形の読出し記録、心拍数トレンドの記

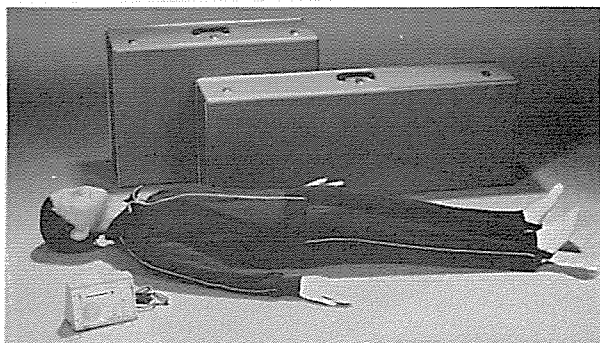
録も可能です。重さわずか13kg、自由に持ち歩け、ベッドサイドやナースステーション、手術場のモニタとして、あるいは通常の心電計としてフルに活用できます。

価格139万円

NEW カルディオスーパ 2E31



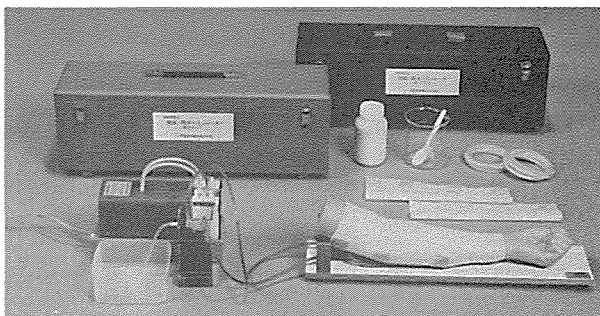
の技術が創る医学看護教材



■救急人形—国産第1号—

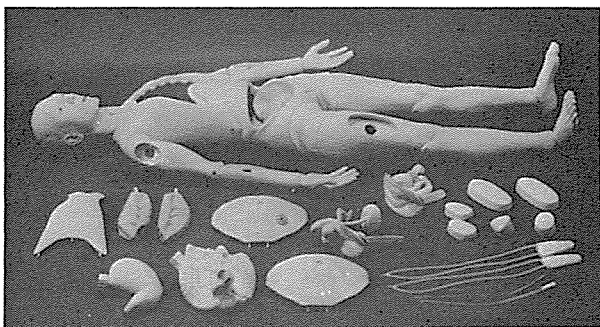
(人口呼吸・心マッサージ・骨折・止血訓練用)

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。



■採血・静注シミュレーター (電動循環式)

静脈注射・採血・点滴の実習が非常手軽にかつ、リアルに行なえます。



■万能実習用モデル

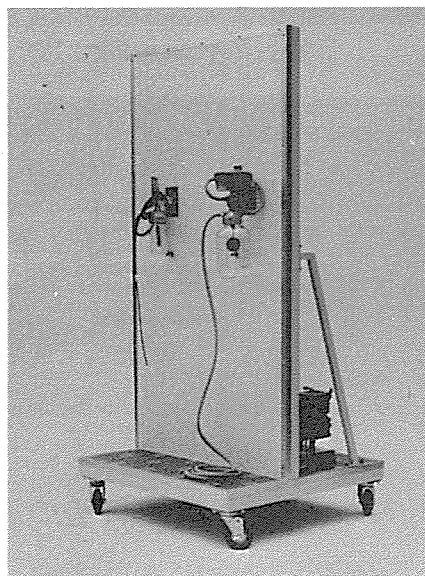
高度な柔軟性をもつ軟質特殊樹脂製、注射、採血、洗浄、套管の挿入、清拭、人口呼吸など。男女両用、実物大。



■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ン
高さ1m 分解数30個 回転台付。



■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。



京都科学標本株式会社

本社 〒612 京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35-1 (075)621-2225

東京営業所 〒101 東京都千代田区内神田1丁目14-5島津ビル6F (03) 291-5231

プライマリ・ナーシング

新しい看護方式の展開

著＝G. Marram・M. W. Barret・E. O. Bevis

訳＝松木光子・池田一郎

●A5 頁328 図表35 1983 ￥3,200 円300

ヒューマニスティック ナーシング

著＝J. G. Paterson・L. T. Zderad

訳＝長谷川 浩・川野雅資

●A5 頁226 1983 ￥2,600 円250

患者との非言語的 コミュニケーション 第2版

人間的ふれあいを求めて

著＝M. N. Blondis・B. E. Jackson

訳＝仁木久恵・岩本幸弓

●A5 頁260 1983 ￥2,100 円300

新版 看護面接の理論

著＝L. S. Bermosk・M. J. Mordan

訳＝松野かほる

●A5 頁208 図7 1983 ￥2,300 円250

看護継続教育

著＝S. S. Cooper・M. S. Hornback

訳＝壁島あやこ・野村かず・粟屋典子

込山和子・桜井ソノ

●A5 頁316 1983 ￥3,500 円300

生と死への問いかけ

癌で死にゆく人々の中で

布施徳馬

●B6 頁258 1983 ￥1,800 円250

延命の医学から生命を与える ケアへ

日野原重明

●B6 頁216 写真5 1983 ￥980 円250

ICUの看護技術 第2版

佐藤光男・茅 稽二・加藤ちさと・鈴木広美

●A5 頁266 図65 写真50 1983 ￥2,600 円300

目でみる手術室看護の基本

患者を事故から守るために

一柳邦男

●A4変型 頁144 図132 写真33 1983 ￥2,000 円300

輸液を学ぶ人のために 第2版

和田孝雄・近藤和子・

(アシスタント)梶原めぐみ

●A5 頁248 色図62 1983 ￥2,000 円300

出産教育 看護的視点から

著＝J. L. Sasmer

監修＝水口弘司 訳＝水口きせこ

●A5 頁376 図39 写真29 1983 ￥3,400 円300

目でみる分娩取扱いの実際

倉智敬一・田間恵實子

●B5 頁142 図81 写真147 1983 ￥2,800 円300

高齢者の健康と保健活動

《公衆衛生実践シリーズ 第5巻》

編集＝山下節義・小林ヒサエ

●A5 頁184 図29 1983 ￥1,800 円250

続・病める心の臨床

街かどの精神医療

浜田 晋

●A5 頁284 図12 1983 ￥2,500 円300

自閉症児への架橋

どう理解し どう導くか

安藤春彦・山崎晃資・白橋宏一郎・猪股丈二

●A5 頁366 図11 写真8 表32 1983 ￥3,200 円350

身体障害者の心理と行動

原著第2版

著＝J. W. McDaniel

訳＝上田 敏・上田礼子

●A5 頁266 図10 1983 ￥5,500 円300

医師・看護婦・歯科医師・薬剤師・

医療技術者のための

アメリカ医学留学の手引

大石 実・大石加代子

●A5 頁216 図3 写真9 1983 ￥2,800 円250

日野原重明座談集

医療と医学教育の新しい展開

●A5変型 頁424 図21 写真64 1983 ￥2,500 円300



医学書院

本社
洋書部

113-91
113

東京・文京・本郷5-24-3
東京・文京・本郷1-28-36 鳳鳴ビル

東京(03)811-1101(代) 振替東京7-96693
東京(03)814-5931-5 振替東京1-53233

