

VOL.8. No.1・No.2
昭和60年10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.8 NO.1・NO.2(合併号)

日本看護研究学会

◆◆◆◆◆ テイゾーの看護用品 ◆◆◆◆◆

看護用品の選択には的確な看護診断と
看護技術の工夫が必要です。

● 看護の基本は体圧測定から。

寝返りがうてない患者、ギプス固定ならびに
麻酔下の患者の局所圧が簡単に測定できます。
看護実習から臨床の現場まで幅広く使用でき、
看護研究の基礎データーを提供します。

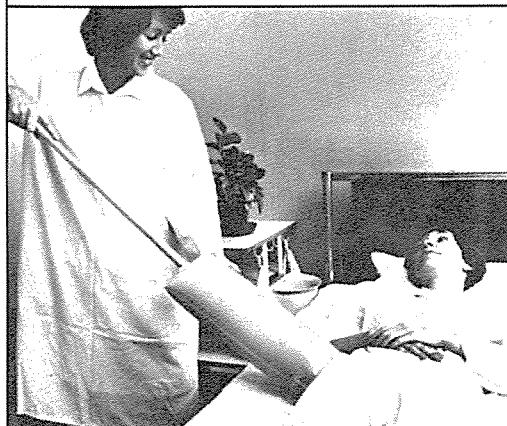


写真はエレガ体圧計

患者の体圧が簡単に計れる

RB体圧計

(旧名称：エレガ体圧計)



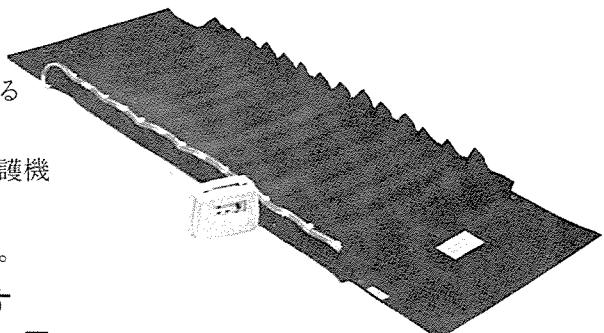
● 体位交換にも応用できます。

患者の苦痛を少なくし、看護者の労力を軽減
する新しい看護補助具です。
診察時、排泄介助ならびに重い患者の体位交
換にも応用できます。

使用上の工夫が求められる リフパッド

● 体圧変化と体交頻度。

どんなに優秀な看護者でも、一人でできる
患者の介護には限界があります。
特に、24時間の介助を求める患者には看護機
器の起用が必要です。
3種類の全身用マットがお役に立ちます。



写真は RB110 タイプと送風装置

《褥瘡》に的確な効果を示す

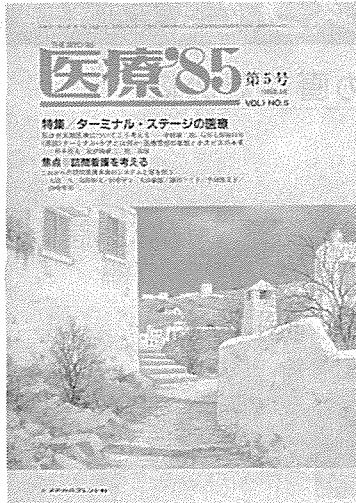
RBエアーマット



帝国臓器製薬(株) 特販部医療具課

〒107 東京都港区赤坂2-5-1 TEL. 03-583-8361

—日本の医療に提言していきます!—



話題沸騰!

医療情報・オピニオン誌

医療'85

■B5判・128頁・オールオフセット印刷2色刷

■隔月刊(8月15日第5号発売。偶数月15日発売)

■年間購読料9,000円(1部定価1,500円)

第5号の主な内容

- 特集／ターミナル・ステージの医療 [コラム] ターミナル・ステージの医療について私はこう考える [鼎談] ターミナル・ケアとは何か—医療思想の基盤とホスピスの未来(柏木哲夫・紀伊國獻三・原義雄)
- 焦点／訪問看護を考える 病床の有効利用と在宅ケア 公営訪問事業の明日 他
- 情報トピックス ■医療データファイル
- ビューポイント—「朝日」の看護制度社説をめぐって ■保健医療の明日—中間施設の行方 ■オピニオン (J. E. アフェルト) ■ときの人 (塩川優一)

既刊号の主な内容

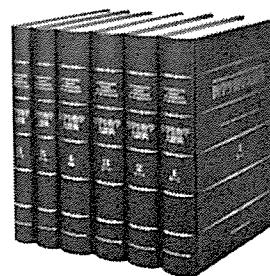
- 創刊号—特集／日本の医療費焦点／医薬品業界の実像
- 第2号—特集／これでいいのか！日本の病院 焦点／政党の医療政策
- 第3号—特集／医学教育への提言 焦点／ジャーナリズムの医療報道
- 第4号—特集／開業医＝受難の時代を越えて 焦点／「患者の権利」考

第1回渋沢・クローデル賞(特別賞)受賞！

日本図書館協会選定図書

医学生物学大辞典

全6巻・日本語版4巻・仏和版2巻



■総頁4,950頁 ■約24万項目(日本語版: 50音配列、仏和版: A B C配列)

■体裁=A4変型判・厚表紙・上製特装版・セットケース入り

●セット定価 **240,000円** (分売不可)

便利な特別ローン設定

今、最小の金利負担にてお求めいただける特別販売を実施中です。お申し込みは当社販売係へお問い合わせ下さい。

支払い回数	販売価格	第1回目支	第2回目以降の支払
12回	243,000円	20,800円	20,200円
18回	243,000円	13,500円	13,500円
24回	243,000円	10,700円	10,100円

株式会社
メデカルフレンド社

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
大阪事務所 大阪市北区梅田1丁目2番2-1200 〒530 (06)344-9811 0-114708

監修
森山 豊

日母会員ビデオシステム

指導
日母幹事会

“看護婦さんの仕事”を客観的に見つめ直すために
ビデオが効果的です。

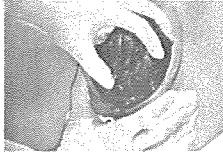
■入院から分娩を経て退院に至る
“看護の実際”をシリーズ化

III-5 分娩第Ⅰ期の看護



- 電話問診の要点□入院時期□入院時の診察と看護□パルトグラム
- 分娩監視装置□陣痛経過の異常
- 破水□臍帯脱出口□異常出血 等

I-11 分娩介助



- 直腸診・剃毛・導尿・会陰保護・胎児娩出・胎盤娩出と測定・清拭等の実写に、分娩機転・胎盤剥離等のアニメで、分娩の介助を解説

III-6 褥婦の看護



- 褥婦の心身の変化に対応した観察と看護□子宮復古・悪露・母乳分泌□後陣痛・悪露交換・産褥体操
- 乳房マッサージ・育児指導 等

I-10 新生児の取扱い方



- 娩出直後の取扱□出生24時間以内と以後の観察・保育□原始反射
- 授乳・沐浴等の実際と産婦指導の要点□異常所見□退院時の指導

I-12 新生児異常の見方



- 呼吸器系・循環器系・消化器系
- その他（外傷・黄疸・表在性奇形・先天代謝異常・染色体異常）の異常症例の実写と早期発見の手振り

■基本マナーと敏速・適切な救急処置を身につけるための実技編

II-5 看護婦さん 勤務上のマナー



- 受付と電話の応待、診察室・処置室での確認業務等の悪い例・良い例を紹介し、「マナーの基本」と「心づかいの大切さ」を理解させる。

II-6 救急処置 ナースのための基本実技



- 適確な救急処置を行う為の正しい知識と基本的実技。□救急ABC
- 静脈確保□輸液・輸血□大出血□導尿□DTC□新生児仮死、等

妊娠婦・婦人科向け17巻も好評です

第一期シリーズ

- | | |
|--------------|----------------|
| 1 安産教室 | 6 産後の生活とこころえ |
| 2 妊娠中の生活 | 7 妊娠中におこりやすい病気 |
| 3 出産 | 8 新生児の育て方 |
| 4 妊娠前半期のこころえ | 9 受胎調節 |
| 5 妊娠後半期のこころえ | |

※上記9巻は、最新改訂版です。

第二期シリーズ

- | | |
|------------|--------------|
| 1 赤ちゃんの育て方 | 1 妊娠中の栄養と食事 |
| 2 子宮がん | 2 妊娠中の不快な症状 |
| 3 更年期 | 3 母乳と乳房マッサージ |
| 4 遺伝と先天異常 | 4 不妊症ガイドンス |

第三期シリーズ

■価格 1/2インチ型ビデオ1巻 27,500円 3/4インチ型ビデオ1巻 30,000円
6巻以上まとめてお求めの場合には、割引価格を設定しております。

お申込は

毎日EVRSシステム

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

会 告 (No. 1)

第 11 回総会（60 年 9 月 7 日開催）において、会則に名誉会員（3 条）及び地方会（第 10 条）の条項を追加改正することに決定しましたのでお知らせします。

昭和 60 年 9 月 7 日

日本看護研究学会

会長 伊藤 晓子

第 11 回総会（60 年 9 月 7 日開催）において、次期（61 年度）会長に、弘前大学教育学部看護学科 福島松郎教授が決定しましたのでお知らせします。

昭和 60 年 9 月 7 日

日本看護研究学会

会長 伊藤 晓子

第 11 会総会（60 年 9 月 7 日開催）において、永年の本学会に対する功績を称えて、山元重光先生を名誉会員に決定しましたのでお知らせします。

昭和 60 年 9 月 7 日

日本看護研究学会

会長 伊藤 晓子

61年度奨学研究に下記の研究が選ばれ決定しました。

記

たばこ主流煙成分が胎仔細胞増殖に及ぼす影響

熊本大学教育学部看護学科

前田ひとみ 殿

昭和60年9月7日

日本看護研究学会

会長 伊藤曉子

研究奨学会委員長

土屋尚義

会告(No.2)

日本看護研究学会奨学会規定に基いて、昭和61年度奨学研究の募集を行います。

応募される方は同規定、及び昭和61年度奨学研究募集要項に従って申請してください。

昭和60年9月7日

日本看護研究学会

会長 伊藤曉子

日本看護研究学会奨学会 61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、委員長あて(後記)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

日本看護研究学会会員として1年以上の研究活動を経続しているもの。

3 応募期間

昭和60年11月1日から61年1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所長)

" 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

(注意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。

(注意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(日本看護研究学会規定第6条)を適用することがある。

会 告 (No. 3)

第 12 回日本看護研究学会総会を下記要領により弘前市において昭和 61 年 7 月 30 日、 31 日（水、木曜日）の 2 日間に亘って開催しますのでお知らせします。（第 1 回、総会告示）

昭和 60 年 10 月 1 日

第 12 回日本看護研究学会総会

会長 福島松郎

記

期日 昭和 61 年 7 月 30 日（水曜日）

// 31 日（木曜日） 2 日間

場所 弘前文化センター（弘前市下白銀町）

内容 特別講演

会長講演

招聘講演

シンポジウム

災学会研究発表講演

前田ひとみ（熊本大学教育学部看護学科）

一般演題 募集（募集要領による）

展示会（協賛事業） 看護関係書籍、研究教育関係機器の展示説明

総会事務局

〒 036 青森県弘前市文京町 1

弘前大学教育学部看護学科教室内

第 12 回日本看護研究学会総会事務局

TEL 0172(36)2111 (内) 2707, 2703

第12回日本看護研究学会総会一般演題募集

第12回日本看護研究学会総会（昭和61年7月30日～31日）の一般演題を下記要領により募集します。

昭和60年10月1日

第12回日本看護研究学会総会

会長 福島松郎

一般演題募集要領

1) 演題申込み 本誌折込みの一般演題申込用、3連私製葉書に所定の事項及び、表の宛名を記入し、夫々の葉書に切手を貼った上で封筒に入れ、封書で会長宛に郵送してください。

発表演題1題につき1組の一般演題申込用、3連私製葉書を作成してください。

2) 締切日 昭和61年2月28日までに必着のこと。

3) 抄録原稿 演題申込が受付られると、所定の抄録用原稿用紙(約1000字詰)をお送りします。この用紙の注意書に従って標題、発表者、共同研究者夫々の所属を記入し、本文を記入してください。

この原稿はそのまま学会雑誌総会号の演説要旨として写真版で印刷しますので、タイプ(10Pまたは12P活字)で記入してください。

4) 抄録原稿締切 昭和61年3月31日までに必着のこと。

5) 注意事項 発表者、共同研究者は総て会員であることが必要です。未入会の方は至急入会の手続をしてください。もし入会出来ない方については、印刷の際、本部の事務局において調査し、その方の氏名は削除されます。

6) 演題申込宛先

〒036 青森県弘前市文京町1

弘前大学教育学部看護学科教室内

第12回日本看護研究学会総会

会長 福島松郎宛

廣川・サンダース

エンサイクロペディア看護辞典

付録・看護英和辞典

エンサイクロペディア看護辞典編集委員会 菊判 上製2,400頁 9,800円

- 百科と辞典を兼ねた看護領域の大百科全書
- 豊富な収載項目(3万5千語)
- 重要な病気は「実際の看護法」の項目を設けてわかりやすく解説
- 特色あるイラストや写真を満載
- 「引く辞書」から「読む辞書」へ

◆日本図書館協会選定図書◆

昭和61年版

ひとりで学べる 看護婦国家試験・問題と詳解

■全1巻= ルーズリーフ式

看護学研究会 編 6,900円

1. 第43回～第68回の出題を全収載(2700問)
2. 各問題に模範解答と詳細な解説を示した。
3. 各科目毎に“学習上のポイント”を示し、学習の指針とした。
4. 第69回(60年春)の国試問題を巻末付録として実物大で入れた。(模範解答付)

本書お買上げの方には第70回国試(60年秋)の全問題と解答・解説をもれなく進呈!!

図解老人看護の実際 より良い看護をめざして

入来正躬／田中恒男 監訳 後藤久夫／大竹登志子 訳 A5判 200頁 1,800円

多数のわかりやすいイラストで実際に役立つ看護法を示した。老人病棟で働く看護婦はもちろん、老人のケアにたずさわるすべての人々にとって役立つ書である。

季刊(4, 6, 9, 11月)

定価 1,000円

クリニカルファーマシー

Clinical
Pharmacy

医療をめざす薬剤師・薬学生のためのビジュアルな情報誌!
ドクター・ナースのための薬の最新レポート!!

2号

グラフィック(前立腺癌と薬物治療／脳死一判定規準／病棟でのチーム医療／カナダの医薬分業)

【特集】農薬中毒救急活動

【対談】クリニカルファーマシーと病院薬剤師
生物薬剤学をマイコンで

創刊号

グラフィック(医療チームの中の薬剤師：
糖尿病／ラウンド薬剤師／胃十二指腸潰瘍—治療計画／血中薬物濃度測定)
病棟に立つ薬剤師 服薬指導—PDI実例集
薬物投与計画—急速静注

廣川書店



113-91 東京都文京区本郷局私書箱38号
振替 東京 4-80591番・電話03(815)3651

目 次

—第10回日本看護研究学会総会演説記事—

特別講演

これからの生命観と看護 7

淀川キリスト教病院 柏木哲夫

招聘講演

Decision Making During Planning by Expert 20
and Novice Nurses

Sheila Corcoran Ph.D., R.N.

Associate Professor

School of Nursing

University of Minnesota, U.S.A.

会長講演

学会10年の歩みと今後の課題 32

熊本大学教育学部 木場富喜

奨学会研究報告

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 39

近畿大学医学部 早川和生

シンポジウム

21世紀の看護を考える 43

1) ジョイント・プラクティスの立場から 45

クオ・ヴァディス・ナース

滋賀医科大学 中木高夫

2) 「人間らしく生きてゆくこと」を問い合わせ、看護ケアの 52

経済的評価の研究を通して看護の役割を明らかにする

東京看護学セミナー 川島みどり

3) 看護実践の質的向上をめざして	5 6
産業医科大学 医療技術短期大学	花田妙子
4) 看護診断学・治療学の確立と研究者の養成	6 2
弘前大学教育学部看護学科	川上澄
5) 看護学確立のための課題	6 5
聖路加看護大学	南裕子
特別発言	6 9
千葉大学看護学部	石川稔生
厚生省看護研究研修センター	田島桂子
千葉大学看護学部	草薙淳子
質疑応答	7 2
 一原 著一	
1. Terminal Careにおける文献学習について	8 3
滋賀県立短期大学看護部	福本美鈴, 玄田公子
2. 膀胱内細菌汚染に対する洗浄の効果	8 9
旭川医科大学医学部付属病院	山本公子
弘前大学教育学部看護学科教室	米内山千賀子, 木村紀美
弘前大学医学部付属病院	近藤久美子, 福島松郎 野戸結花
3. 心・大血管手術後の頭部脱毛症におよぼす諸因子の検討	9 5
山形大学医学部付属病院	後藤千佳
弘前大学教育学部看護学科教室	木村紀美, 米内山千賀子 近藤久美子, 福島松郎
4. 人間のwholenessと時間・空間	1 0 1
徳島大学教育学部	野島良子

論文紹介

看護における博士課程教育	1 1 0
ミネソタ大学看護学部教授	Marian Snyder, Ph.D., R.N.
日本赤十字中央女子短期大学	中西睦子訳

—Original Paper—

1. A METHOD OF LEARNING BY LITERATURE FOR TERMINAL CARE	83
Department of Nursing Shiga Prefectural Junior College	Misuzu Fukumoto Kimiko Genda
2. EFFECT OF BLADDER IRRIGATION FOR URINARY INFECTION IN THE PATIENTS WITH URETHRAL RETENTION CATHETER	89
Medical Hospital of Asahikawa Medical College	Koko Yamamoto
Faculty of Education, Hirosaki Univ.	Chikako Yonaiyama Kimi Kimura Kimiko Kondo Matsuro Fukushima
3. INCIDENCE FACTORS OF POSTOPERATIVE ALOPECIA WITH HEART AND GREAT VESSEL SURGERY	95
Yamagata Univ. Hospital Faculty of Education, Hirosaki Univ.	Chikako Goto Kimi Kimura Chikako Yonaiyama Kumiko Kondo Matsuro Fukushima
4. WHOLENESS AND TIME / SPACE CONCEPTS IN NURSING THEORY	101
Faculty of Education, Tokushima Univ.	Yoshiko Nojima

—Translated Literature—

1. DOCTORAL EDUCATION IN NURSING GROWTH AND ACHIEVEMENT	110
By Mariah Snyder, Ph.D., R.N.	
Japanese Red Cross Junior College of Nursing	Mutsuko Nakanishi

感染防止の基本は手洗いです

アメリカ合衆国疾病管理センター「手洗いについてのガイドライン」/院内感染国際シンポジウム1980 アトランタ

手洗いは診療にかかせません
あらゆる交差感染の多くは手指を介して発生します

ビビスクラブ250mlは手指の清潔を守ります
手指は全てのものに触れ菌を運んでいきます

1回2.5mlのShort Scrub(60秒)が大切です
汚れたと思ったらすぐ手洗いを――



外用手指用殺菌消毒剤 ビビスクラブ[®]250ml

本剤は希釈せず、原液のまま使用すること。

効能・効果：

医療施設における医師、看護婦等の医療従事者の手指消毒
用法・用量：

1.術前、術後の術者の手指消毒の場合：

- 手指及び前腕部を水でぬらし、本剤約5mlを手掌にとり、
1分間洗浄後、流水で洗い流し、更に本剤約5mlで
2分間洗浄をくりかえし、同様に洗い流す。

2.1.以外の医療従事者の手指消毒の場合：

- 手指を水でぬらし、本剤約2.5mlを手掌にとり、
1分間洗浄後、流水で洗い流す。

④ 使用上の注意等については、添付文書をよくお読みください。



ICI Pharma

発売元

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

第 10 回

日本看護研究学会総会

講演記事

昭和59年7月23・24日

会長 木場富喜

於 熊本市郵便貯金会館

熊本市水道町15番11号

● 特別講演 ●

これからのお生命観と看護

柏木哲夫

ここ10年ばかり私は特に癌の末期の患者さんのcareに携わっておりますけれども、その働きの中で人の命、人が生きること、人が死ぬことについて深く考えさせられる機会が多くありました。Nurseの方々の研修会に時々招かれてホスピスの話をしたり、ターミナルケアの話をしたりする機会がしばしば与えられております。

今回、また、この集まりにおいて、特別講演の機会を与えて下さいましたことを非常に感謝しております。ただひとつ、とまどいを覚えておりますのは、ここにも書かれていますように「これからのお生命観と看護」というような大きな題をつけて頂いたことです。このような題は初めてで、大抵、ターミナルケアについてとか、日本におけるホスピス運動についてとか、そういうふうな、日頃、私自身が臨床の上で具体的にしている仕事だけをお話しすればいいという機会が多かったわけですから、何か、これからの生命観と言われると少し哲学的なお話をしなければいけない、少し倫理的なお話をしなければいけないんじやないかと初め思ったわけです。そして、少しそのためなどを考えてみたんですが、所詮、一介の臨床家ですので、そのことは完全にあきらめまして、やはり日頃、私自身が患者さんとのかかわりの中で感じておりますことを、皆さんにお分かちするということしかできないという結論になりましたので、やはり、そういうことにさせて頂きたいというふうに思っております。

先程、ご紹介頂きましたけれども、昨年、私は

朝日新聞社から「生と死を支える」という本を出しました。かなり多くの方が読んで下さって、沢山の方からお手紙を頂きました。その中で、非常に心が痛む、考えさせられるお手紙を一人の癌患者の遺族の方から頂きました。便箋15枚にわたって綿々と書かれているその手紙を拝見して、私は一体これからのお生命観と看護というのとは、また医療といふのは、どういう方向を目指さなければならないのかということをつくづく感じさせられました。この方は30才半ばの未亡人の方ですけれども、御主人を食道癌で亡くされた方です。簡単に、この方の御主人の最後の闘病生活についてお話を致しますと、34歳の男性で、非常にお元気だったサラリーマンの方ですけれども、しだいしだいに食道の下部あたりに異常感を覚えられて、物が飲み込みにくいということで、ある病院を訪れて様々な検査をした結果、食道癌ということがわかりました。その時点で医師は、この奥さんに食道癌であるということを話した訳ですけれども、その時に、やはり御本人に言われない方がいいでしょうという一言を残しました。そして、この奥様は今まで本当に何のうそもなく、色々なことを協力してきた二人の間に溝を作りたくないという気持ちがあったんですけれども、やはり本当のことを言うのがこわい、という気持ちが非常に強く、また、担当の医師も、やはり本当のことを言わない方がいいだろう。という意見だったので、そのまま隠し通そうという決定をされたようです。そして、その病院で医師は患者に「食道の下の方にポリープ

ができているから、手術をして取りましょう。」という説明をしたそうです。そして手術をしたわけですけれども、すでに、その時にはかなり癌が伸展しておりまして、リンパ節に累々と転移巣が認められて、とても手がつけられる状態ではなく、そのまま閉じました。そして患者さんには、食道の下部のポリープはちゃんと取ったから安心しない。という説明がなされたそうです。

その後、患者さんは充分、体力が回復しないまま手術の成功を信じて退院をいたしました。しかし、通過障害は治らず、しだいしだいに痛みが強くなり、手術が成功したはずなのになぜこんなに痛むのか、なぜ物が食べられないのか。ということを、さかんに奥様に訴えられ、自分は悪い病気ではないのか、本当にポリープだったのか、ということを問い合わせられたそうです。奥様の苦しみは非常なもので、何度も本当のことと言いたいという気持ちが起つたそうですけれども、やはりその後の夫の反応がこわくて言わずじまい、きっと大丈夫だから、もっといい他の病院へ変わってみましょう、と言うことで、違う病院へ入院されました。そこでは、前の手術の癒着が非常に強くて、このような症状が出てくるんだということで、かなり強力な抗癌剤の治療を受けられたようですけれども、副作用が強く出ただけで症状は改善しなかったようです。そして患者さんは次第に苛立ちを覚えるようになり、こんな病院で治療を受けていたのではとても治りそうにないから、どこか新しい、もっといい治療をしてもらえる病院を探して欲しいということを奥様に言われて、3番目の病院に変わられました。そこでもやはり同じような手術後の癒着という説明のもとに、食べられない状況を何とかしようということで鎖骨下から中心静脈栄養のカテーテルが入れられ、ハイカロリー輸液が始まりました。痛みが次第に強くなり、様々な鎮痛剤の治療にもかかわらず、痛みがなかなか取れない状況の中で、患者さんは次第に弱っていかれた様です。そして最後の方では、もう自分の病名を聞く元気すら無くなり、しだい

しだいに意識が薄れ、やがて心停止がきたそうです。ちょうど夜中の2時位であったようですが、医師がすぐに駆けつけて心マッサージをし、そしてしばらく蘇生をしたらしいですけれども、数時間後に息を引き取られた、そういう病歴です。

この奥様が書いておられることは、自分が本当に病名を告げなかったことが、また、先生方が病名は言わない方がいいだろうと言われたことが、主人にとって本当に一番いいことだったのか、それが今だにわかりません。ただ、人生の最後のしばらくの時期を、本当の意味で夫婦で闇うことができなかつたことが非常に残念です。私は間違いをおかしたのでは?という疑問で満ちておりました。私に何らかの解答といいますか、個人的な意見を求められましたので、私はその方に、ご主人を拝見していないので何とも言えません。けれども、それはそれで良かったのではないでしょうか、と書く以外に方法がありませんでした。やはり本当のことを見せてあげた方が良かったのではないかでしょうか、という解答を書きかけたのですけれども、それを書いたところで、この奥様の気持ちは、やはりそうだったのか、しまった、自分は間違いを犯したというそういう気持ちだけしか残らない。私は、今の私に出来ることは、奥様の採られた態度はそれで良かったのだと思いますよ、ということを言って支えてあげることの方が大切だというふうに思いました。これは非常に具体的なひとつの例ですけれども、この例に似たり寄ったりのことが、今、日本の各地でおこっているのではないかというふうに思います。私達の医療や看護ということを考える場合に、私は最近、患者さんの命の質ということをずいぶん考えさせられております。よく耳にする言葉に、quality of life、命の質ということがありますけれども、皆さん方の中にも、この命の質ということを聞かれた方が在ると思います。命の質ということを考えた時に、一人一人の人間の命と言うのは非常に大切なものです、その質に上下があるのかという疑問が起こると思います。

よく言われる言葉ですけれども、人間の命は地球よりも重い、それゆえに我々は命を大切にしなければならない。少しでも長くこの世に存在してもらうために医療や看護は延命に努力をしなければならない。こう言われます。そして、それは大きな真実を含んでいると思います。しかし、ここ10年余り、末期の患者さんの care にたずさわっておりまして、本当に時間的に患者さんの命を延ばすということが、その患者さんにとって一番いいことだというふうに、すっきりとした気持ちでそれを受け入れることがなかなかできない私自身を発見いたしております。命の質ということが、やはり、もっとこれからのかの看護、医療の世界の中で考えられなければならないのではないかというふうなことを最近思っております。病院で様々な延命のための器械につながれて人生の終わりを迎えるよりは、少しぐらい死期が早くなってしまっても、家庭で家族に囲まれて人生の総決算をする方が、命の質としては上なのではないか、そういうふうなことを考えさせられる例がございます。イギリスのホスピスのある医師は、生命の質ということに関してこのようなことを言っております。“医師は一般に、患者が一分一秒でも長く生きることが価値あることのように考えています。しかし、器械によって働かされるだけの呼吸を続けることが、そんなに意味あることでしょうか。投薬管理がうまく行けば、人生の最期の時まで人間性を失わず、一杯の紅茶を飲み、親しい人達に囲まれておしゃべりをしながら、安らかな死を迎えることも可能なのです。どちらが人間らしいでしょうか。”と語っていたのを、私ははっきりと覚えていました。

命の質ということを、もう少しわかりやすく言えば、人間らしさとでも言えるかと思います。食べることや、排便、排尿また自分の身の回りのことを中心とするということ、そのような人間としての必要最低限のことを自分ですることが出来ない状態が長く続き、しかも、そのような状態から回復する可能性が無いにもかかわらず、人工的にそのような状態が長びかされることとは、人間とし

ての尊厳にかかる場合があると思います。

私は今日、大阪空港を出発する前に、4月9日に open されましたホスピスに電話をかけました。昨夜から、一人の方が臨終をいつ迎えるかわからない状態でおられました。70歳の胃癌の患者さんですが、この患者さんは、とにかく一人でなんとか排便をしたい、そのことを強く思っておられました。全身衰弱がひどくて、とてもトイレに立てる状態でありますけれども、しかし、この方はなんとか頑張ってトイレに行きたいという希望を最後まで持ち続けられました。トイレに行くということは、あたかもその人の生きている証しのごとき感じを私は受けました。そして最後までなんとか介助をしてトイレに行こうと、そういう気持ちを持っておられました。そういう意味で、この方はとにかく自分がトイレに行くということ、そのこと自体の中に、自分が人間として生きている証しをみたい。自分が一人でトイレに行けなくなれば、それはもう自分は死んだことになるという、そのような気持ちさえ持っておられました。そして、亡くなる前の日まで、ナース達に抱きかかえられながらですけれども、トイレに行かれました。私が電話をかけた時には、すでに下顎呼吸が始まっているという知らせを受けました。熊本空港から再びホスピスに電話をした時には、すでに亡くなっています。しかし、御家族と電話でお話ししたんですけども、息子さんがこう言われました。「先生、おやじは最後まで一人でトイレに行きました。おやじは頑張りました。私達はおやじのあの頑張りを見て、おやじは立派に死んだと思います。」そういうふうに涙声で電話の向こうで言われました。

多くの場合、私達は患者さんをベッドにしばりつけ、沢山のチューブを付け、患者さんの動きを制限致します。動くことが体力の低下につながるということを思って、できるだけ制限しようとします。しかし、患者さんは動きたい、何とか自分で自分の身の回りのことをしたいという希望を持たれます。それを懸命に支えていくということが、

私達のできる、ある意味では唯一のことかもしれません。私は、この命の質ということについて4つばかりのことをお話ししたいと思っております。

命の質を高めるための看護の条件、それのは第一は、やはり、事実に基づいた看護ということではないかと思います。二番目には、単なる時間的延命から解放された看護をしなければならないのではないかと思います。そして、三番目には、患者さんのその人らしさをもっと尊重する気持ちを、私達は看護の中に込めなければならないのではないかと思います。そして、四番目には徹底した苦痛の緩和ということを考えなければならぬのではないか。以上4点について、限られた時間の中ですけれども、私自身の経験に基づいたことをお話ししてみたいと思います。

まず、第一の事実に基づいた看護ということですけれども、先程、冒頭でお話ししました34歳のサラリーマンの方とはかなり対照的な死を迎えた方のお話をしたいと思います。その方は、38歳の男性で、園芸業を営んでおられた方ですけれども、肝臓病の末期の患者さんでホスピスに入られて来られた時には、すでに肺に転移をしておりました。私共の病院の外科にかかるておられた患者さんですけれども、外科の医者は、患者さんはかなりしっかりした方なので、本当のことを言った方がいいのではないかという気持ちを持っておりました。奥様もしっかりした方で、しかし、肝臓癌がすでに肺に転移をしているという状態、それを夫に伝えるということは非常に難しい状況にありました。主治医と奥さんが様々な条件を考えながら相談をした結果、やはり御本人に本当のことを言った方がいいであろうという結論に達しました。そして、やはり、先生から言って頂くのがいいと思います、という話になって、それでは次の受診の時に私から話をしましょうという約束をして、帰られたそうです。しかし、次の受診日までに、御主人は奥様に「やっぱり、私は癌なのか。」ということを聞かれたそうです。奥様は、この機会をのがしてはいけないと思い、「今まで伏せて

おいたんだけれども、実は、すでに肺に転移をしているんだ。」ということを言われたようです。御主人は「隠していたことがつらかったんだろうなあ。」と一言いわれて、その後、3日4日の間、随分おち込まれた様です。奥様は後悔をなさいました。やはり言わなかつた方が良かったのではないかという気持ちを持たれたそうですが、幸いなことに、御主人の落ち込みは、3、4日で終わり、5日目位からしだいしだいに覚悟はできたという感じを奥様に与えることができる程に回復をされました。そして、「何とかホスピスに入りたいと思うので、手続きをとってほしい。」そのように奥様に言われたそうです。外科の医者が私に連絡をしてくれまして、入院を決定致しました。そして、入られる前に、二人でもう一度新婚旅行の同じ場所に行きたいという希望を外科の医者に述べました。そして、沖縄までの4泊5日の最後の旅をされました。帰ってこられた時には、まだ自由に歩くことができる状態でしたけれども、すでに腹水と胸水がかなりたまっています、CTの検査、またレントゲンの検査で、肝臓はほとんど癌細胞でしめられ、肺には転移巣が累々と見えました。恐らく、一ヶ月も持たないだろうという状況でした。患者さんとお会いしてお話をしましたけれども、今まで随分苦しい思いをされてきた方の様な感じを私はあまり受けませんでした。「先生、自分でも、あと一月位だと思います。死ぬ覚悟はできていますが、痛みと苦しみからなんとか少しでも楽になりたいと思いますのでよろしくお願いします。」とはっきり言われました。私は「私にあなたの病気を治すことを要求されれば非常に困りますけれども、痛みと苦しみを取る手段は、一生懸命考えますから、まかせておいて下さい。」と言いました。幸い、痛みに対してブロントン・ミクスチュア(Brompton mixture)が非常に効きます、亡くなる直前まで飲むことができて、痛みからは完全に解放することができました。ただ、肺転移の末期の呼吸困難ということに関しては、本当に苦労を致しました。

最後の3日間はかなり大量の副腎皮質ホルモンを投与することによって、呼吸困難を止めることはできました。亡くなる2日前に、この方は奥さんを呼ばれて、「どうも、2、3日の感じがするので親戚を集めてほしい。みんなにお礼を言いたいから。」と言われました。そして次の日、7、8家族の方が、全国各地から集まってこられて、この方と最期の別れをされました。亡くなるその日に、最後に風呂に入りたいと言われました。奥さんと看護婦が介助をして、夕方、風呂に入れられました。るいそうがはげしく、もちろん自分で歩いて風呂場まで行くことはできませんでしたけれども、みんなに抱きかかえられるようにして風呂に入られ、しだいしだいに意識が薄れていく中で、「子供に会いたい。」ということを言われました。子供さんを呼んだのが夜中の2時位でした。子供さんの手を握りながら「頑張れよ。」一言だけ言って、それから一時間後に息を引き取られました。事実に基づいたこの方の死というのは、私達、看取るものにとって、本当によかったですと思われる死でした。しかし、もしこの方が、事実に基づかない、本当のことを知らないで入ってこられたら、どれ程看護するものにとって大変だったかということを考える時に、以前の主治医と奥様の協力で、事実が告げられていたということが、この人の命の質を高めることにつながっていったのではないかというふうに思うわけです。最後の旅を許した主治医、また、亡くなる日に入浴をさせることができた、このような小さなことでも、患者さんが亡くなつた後、御家族は本当に良かったという気持ちを持つことができます。死後の反省会の中で、最後にお風呂に入ることを許したこと、本当に良かったのかどうか、あれが死期を早めたのではないかという反省も出されました。ひょっとしたらそうかもわかりません。しかし、これは二番目に言う、単なる時間的延命から解放された看護ということも関係するんですけれども、その患者さんの最後の望みというのは、一日、二日、それをおさえた為に、時間的に命が延びるということ

よりも、最後の望みをかなえてあげるということの方が、私は大切ではないかというふうに思うわけです。

二番目のことですが、単なる時間的延命から解放された看護ということ、これが、今後非常に求められるべきものではないかというふうに思います。この、単なる時間的延命から解放された看護ということで、私は一人の患者さんのことを思い出します。そのかたは、54歳の肺癌の患者さんでした。しだいしだいに、呼吸の状態が悪くなり、死が近いということが誰の目にもわかる状態で、あと3日位の命かな、と私達は思っておりました。その時に、御長男が私の所へ来られまして、「先生、母を家に連れて帰りたいんです。」と言われました。私は、一瞬びっくりしました。なぜならば、家に連れて帰るということは、ずっと続けていた酸素吸入を取ることであり、点滴をやめることであります。明らかに、死が早くなるということですけれども、御長男は、「母もそれを望んでおります。」と言われました。私は、すぐに患者さんの病室に行って「いかがですか。」とこうたずねますと、「先生、どうぞ退院させて下さい。」と、はっきり言われました。その言葉の裏に、「先生、どうぞ私を家で死なせて下さい。」という、患者さんの希望を、私は読み取りました。そして、その場で、「わかりました。では、退院しましょう。」ということで、退院を決意致しました。御長男に、「何か変わったことがあればすぐに伺いますから、電話をして下さい。」ということで、その患者さんは帰られました。私は、せめて1日2日でも、御家族と共に過ごすことがおできになれば、という気持ちがあったんですけれども、3時間程してから息子さんから電話がかかり、「先生、どうも母の呼吸の状態がおかしいので、すぐに来て下さい。」と言われました。私はすぐに車で駆けつけたんですけれども、私が着いた時には、すでに心停止、呼吸停止、瞳孔の散大、死の3徴候が見られ、患者さんは、私が車を運転していた間に亡くなつておられました。私は、"しまった"

と思いました。やはり帰すべきではなかったんだろうか。そして、死後の処置をお手伝いして、すぐさまと帰りかけた時に、御長男が私の所へ来られて、「先生、本当に有難うございました。母は皆に看守られて、孫達の手を握って、別れの言葉を残してこの世を去りました。」。その次の言葉ですが、「病院における3日間よりも、自宅における3時間の方が、母にとっても、私にとっても、ずっと貴重でした。」と言われました。私は、ある意味でこの言葉に救われたと言いますか、やはり良かったのかなと、やっと思いました。どのような最期を、どのような場所で、どう迎えるかということは、患者さんにとって、御家族にとって、非常に大切な問題です。この方を家に帰したということは、明らかに死期を早めました。しかし、病院に3日間、この方がまだ時間的な延命を考えておられるよりも、たとえ、3時間でも、自宅に帰って皆に囲まれて生をまとうするということの方が、ずっと貴重だったというふうに、この御長男は私に言われたわけです。私達は、ともすれば時間の延長ということだけを考えて、命の質ということをなかなか考えにくい、そういう状況の中にいるのではないかというふうに思います。命の質というのは、時には時間を超えて人間にとつて大になる場合があるということを、もっと我々は考えていかなければならぬのではないか、そういうふうに思うわけです。

それから、三番目は、その人らしさの尊重ということです。その人らしさというのは、私達はもとと患者さんの個別性といいますか、個々性というものを考えなければならないということの表現だと思うんです。これは私自身、本に書いた例なんですが、本当に印象深い患者さんですので、もう一度ここでお話をしますけれども、70歳の肺癌の末期の患者さんで、ある会社の社長さんでした。この方は自分の病名を薄々御存知でした。肺癌ということは、はっきりとは言ってなかった患者さんですけれども、ホスピスができる前、私が主治医としてではなく、側面的にかかわった患者さん

です。ほとんどベッド上だけの生活になり、自分でトイレに行くことすらできなくて、ベッドパンで便を処置しなければならない、そのような状態の時に、主治医に向かって、「先生、社長として、事務の引き継ぎをしておきたいんですが。」と言われました。主治医は当然、会社の部下を病室に呼んで、事務の引き継ぎをされるというふうに思って、しかし、それも大変疲れることだけれども、最後の望みだから許可しようと思って、「わかりました。いいでしょう。」そう言ったそうです。ところが、この患者さんの言われるのは、自分が社長室に行って、社長の椅子に腰を掛けて、部下を社長室へ呼んで、事務の引き継ぎをしたい、それが、このAさんとしますと、Aさんらしさなんですね。主治医はびっくりしました。瀕死の重症、もう本当に数日の命かもわからない人が、社長室にすわって、そして部下を呼び寄せて引き継ぎをするというようなことは、医学的な常識から考えれば考えられないことですね。私達は週に一度、末期の患者さんの検討会を開いておりますけれども、ちょうど、この検討会の中で、この話し合いがなされた時に、もし、それが、この方の望みであれば、皆で協力して実現させてあげるのがいいのではないか、という結論を出しました。長男と次男の方が、私達の結論を聞いて、「病院がそこまで考えて下さるのであれば、私達も協力しましょう。」ということで、お父様を点滴びんをぶら下げたままかかえて車で社長室まで運びました。2時間程の間でしたけれども、この方は、社長室の自分の椅子に腰かけて、部下をひとりひとり呼んで、最後の事務の引き継ぎをなさいました。私は、病院に帰ってこられた時に、玄関でこの方にお会いしました。けれども、疲労困憊、身体的にはですね、本当に疲れきって、しかし、数日前の何かこう苦痛に満ちた顔が、非常に安らかになっておられるのを拝見しました。帰ってきた、このAさんは、「これで私の仕事は終わりました。」と言われました。そして、ちょうどそれから3日後に亡くなられました。社長室で事務の引き継ぎ

をするというのが、この方の最後の望みであり、この方の、この方らしさのひとつの象徴であって、それが無理であろうというのは我々の論理であり、決して患者さんの論理ではない、そして、患者の論理、患者さんの患者さんらしさを尊重していくことが、命の質を高めると言うことにつながるのではないかと思います。この方が、もし無理をせずに、病室へ会社の方を呼び寄せて事務の引き継ぎをされれば、3日後に亡くなっているかもわかりません。その時間が一週間になり、ひょっとしたら10日に延びたかもわかりません。時間的延命ということから考えれば、私達は間違ったことをしたのかもわかりません。しかし、その人らしさを尊重する命の質ということから考えれば、最後の望みをこのような形でかなえることができたのはやはり良かったのではないか、と私は思います。

時間がどんどんたちますので、四番目の話、徹底した苦痛の緩和ということに話を移していくたいと思います。一昨年、毎日新聞が日本的一般の方々に対してアンケート調査を行ないました。その質問は“もし、あなたが不治の病、治らない病いにかかったとすれば、苦痛の緩和を中心とした医療を選びますか。それとも、延命を中心とした医療を選びますか。”そういう質問でした。それに對して数千名の方からの返答があったんですが、延命中心の医療ということを返答した人は13%，そして、苦痛の緩和ということを中心とした医療と答えた人が84%ありました。自分がもはや治らないということがわかっている時に、あるいは、わかった時に、私達が一番に望むのは苦痛の緩和ということです。多くの患者さんは、今、日本の状況の中において、自分が不治の病であるということを御存知でなく、不治の病にかかっておられます。治らないということが、医師にも、看護婦にも、家族にもわかっているにもかかわらず、患者さんは治るものと信じておられる方が、沢山おられます。その中でも、苦痛を緩和していくということは、非常に重要なことだと思います。特

に、癌の末期における痛みを考えます場合に、痛みがあればその人らしさが失われます。どれ程、周囲に配慮をすることができる人でも、どれほど周囲に感謝をすることができる人でも、持続的な激痛がある時に、その人は周囲に対する配慮をしたり、人に感謝をしたりすることができなくなります。徹底した痛みの除去ということに関して、我々は、もっと新しい知見を取り入れて、それを駆使していく努力をしなければならないのではないかと思います。

4月9日に私達のホスピスがopenしました。けれども、すでに今朝の患者さんが18番目の死亡です。先程計算をしますと、6日に1人の割合で亡くなっています。しかし、4名の方が退院をされました。この4名の退院は、すべて痛みが強いために自分が末期だと思って、ホスピスに来られた患者さんです。しかし、痛みをうまくコントロールすることによって、それは、末期ではなくて、まだまだ元気な生活を送ることのできる状態であるということが患者さんにわかり、退院をされました。4人の方は、今、ホスピス外来に通っていらっしゃいますけれども、人々にとって、苦痛、痛みということが、どれ程その人らしさを失わせ、時には、もう、だめだ、もう、自分は完全に末期だと思わせるほど、この痛みというのは破壊力をもっています。4人とも、ブロンプトンをずっと飲んでいただいておりますけれども、私は、イギリスのホスピスへ行った時に、3年間連続して、このブロンプトン・ミクスチャ（Brompton mixture）を飲んでいる患者さんに、何例もお会いしました。特に、乳癌の患者さんはかなり長い期間、生存をされましたですね。それから、お年寄の肺癌の患者さんでも、随分、死亡に至るまでは期間があります。その期間中、年余にわたって経口のモルヒネ剤であるブロンプトンを飲むことができるということを発見した時に、私は躊躇なく、かなり本当の意味で、末期でない患者さんでも、ブロンプトンを投与することが非常に大切だ、と思うようになりました。私達

の病院で、今までに約250例ぐらいの患者さんに、このプロンプトンを投与いたしました。けれども、一番長く投与した例は、295日です。肺臓癌の患者さんでしたけれども、亡くなる数日前まで痛みから解放されて、かなり快的な生活を送られました。以上、事実に基づいた看護、単なる時間的延命から解放された看護、その人らしさを尊重する看護、そして苦痛の緩和を重要視する看護、そういうようなことが、これからの看護の中で非常に重要なのではないかというふうに思います。少し、スライドを用意してきておりますので、見て頂きたいと思います。

私達の病院で、この4月9日にホスピスがopenをいたしました。この中で、私共がしようとしている仕事は、一言で言えば、やはり、命の質を高めるための、そういう看護だということです。その為には、具体的に、患者さんを大切にする気持ち、命を大切にする気持ちが、看護するものになければできません。最期の場、人生の総決算の場を整えること自体が、やはり、命を大切にするということにつながるのではないかと思います。私は、やはり、人生の最期の場というのは、明るくて、広くて、静かで、暖かい場所であるべきだと思います。そういう意味では、家庭で迎える死というのが一番いいのかもわかりません。しかし、現実に目を向ける時に、今、全国で60%以上の人々が、病院で死を迎えます。癌死だけに限りますと、85%の癌死が病院でおこります。大都市においては、90%の癌死が病院でおこっています。しかし、病院で死を迎えること、それが本当に一番いいかどうか、かなり疑問です。

話がちょっと余談になりますが、ある山陰の大病院で、ナースの研修会に招かれて話をした時に、大学病院という特殊性があるのかもわかりませんが、「あなたが、もし癌の末期になれば、この病院で死を迎えると思いますか。もし、そういう方がいらっしゃったら手を挙げて下さい。」と質問したところが、一人も手が挙がりませんでした。これは、非常に、ある意味で悲しいことで

すね。ところが、「あなたが、例えば将来ですね、心臓の病気になり、心臓のバイパスの手術を受けたい。その時に、この病院で手術を受けたいと思いますか。」という質問に対しても、かなりの方が手を挙げられました。それは、心臓の手術の専門の先生がおられて、そういうことに関しては、非常にいい働きをしておられる。ところが、自分の最期を迎える場としては、大学病院はとても無理だと言うことですね。自分達のしていることが、本当に患者さんのためになっているのかどうか、ということに対する疑問がそこにあるからだと思うんです。人生の最期の場を整えるということは、やはり、命を大切にするということにつながっていくのだと思います。そういう意味で、私達は、環境的にも、空間的にも、その気持ちをホスピスの中で表わしたい、というふうに思いました。そういう願いをこめて、ホスピスの設立をしたわけですけれども、ただ広い所、きれいな所という、そのような意味ではなくて、環境を整えるということが、患者さんの生命の質を高める、ということにつながってゆくのだという気持が、その背景にあるということをくみとて頂いて、すこしスライドを見て頂きたいと思います。

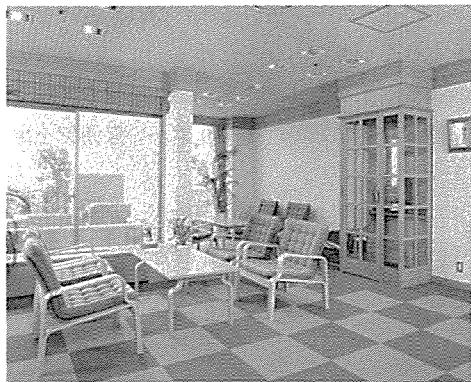
写真で見ますと非常にきれいに見えますが、病院の7階部分の23床がホスピスになっております。11床が個室、4人部屋が3つで12床、合計23床です。現在20人の方が入っておられます。

ホスピスのロビーは、広い空間です。空間というのが非常に患者さんの心を落着かせるようです。顕著な変化は、患者さんが入ってこられて一番大きな変化ですね、食べられるようになり、眠られるようになり、出るようになるということです。ちょっと変な表現ですが、食べる、眠る、出す、ということは、患者さんにとって3大事業ですね。それが犯されているのが、やはり、末期の患者さんです。食べられるようになる、眠られるようになる、また、便秘が治って出るようになる、ということが、やはり、私自身は、空間的な落着き、そして、スタッフの持っているcareの精神とい

これからの生命観と看護

うようなものによるのだというふうに思います。

この写真1は、ロビーの一部ですけれども、患者さん同志、また、家族と患者さんがくつろいで話が出来るように、少し、応接セットのようなも



ロビーの一隅と電話ボックス

のを入れました。小さな工夫が、患者さんや家族に伝わるんですけれども、患者さんの状態が悪くなった時に、家族がいろんなところへ電話をかけなければならない。その時に、むき出しの公衆電話では、プライベートな話が出来ないということで、少し、防音効果を考え、また、プライバシーを考えて、右の端の方に電話ボックスを作りました。非常にこれは有難い、と御家族は言って下さいました。

屋上ガーデンなんですけれども、ある研究によりますと、日本人の心をなごませる3つのものというのは、緑と水と生き物だそうです。よく、外国からお客様が来られると、私、万博会場の日本庭園の近くに住んでいるものですから、日本庭園をよく案内するんです。ある外人が、「京都へ行っても、奈良へ行っても、どこへ行っても必ず松と池と鯉がいますね。」ということを言いました。これは、まさに松の緑ですね。池の水、生き物としての鯉、この3つが、非常に患者さんの心をなごませるということで、私達はその3つを取り入れました。御覧のように、緑を植えて、そして端の

方に池があります。水がありますね。

水の中には鯉がいるんですが、非常に元気のいい生き物を見るということが、患者さんの心を非常になごませる様です。今、鯉にえさをやって頂く餌係というのを患者さんの中から選んでいます。分三というのは、一日3回という意味ですが、三分で鯉に餌をやってもらう、非常にそれを楽しみにして下さいます。

また、このスライドは、私達のホスピスの care の象徴のマークで、患者さんを下で4人の人間が支えています。いちばん右の端は十字架を首に下げている牧師を象徴していますが、その隣は聴診器を掛けている医師ですね。ナースキャップをかぶったナース、いちばん左端は何も付けていませんが、ソーシャルワーカーのつもりなんですね。私達の病院はキリスト教主義の病院ですので、病院付きの牧師がいます。そういう意味で、医師、看護婦、ソーシャルワーカー、牧師、そういう各専門職の者が、下でチームを組んで、それぞれが患者さんを支えるという、それが私達のホスピスの care の精神であって、一番上に、"We care" と書いてありますが、我々は care をするんだという、患者さんを治すということが、治療をするということが、ホスピスの第一の目的ではなくて、とにかく患者さんを支えて care をすることが、ホスピスの第一の目的である。そういうことを象



ペットと共になごむひととき

徴しているマークなんです。それをまん中にして、一つのホスピスの象徴というモニュメントを作ったわけです。

屋上ガーデンの一部(ちょっと、もう少し大きくとったら良かったんですが。)壁面にですね、金属製のモニュメントがありますが、あれは、人が人を支えるという意味で、人という字になっているんです。ちょっとわかり難いと思いますが、まん中に今のシンボルマークがあって、そして、人の左側の方には5本の線が入っています。これは、手と指を示します。そして、この手の意味するものは3つあります。すなわち、支える手という象徴がひとつあります。もうひとつは、手当てをする手ですね。痛みを訴えた時に、すぐに痛み止めの注射をするのではなくて、まず、患者さんの所へ行き、患者さんが訴えておられる痛みの場所に手を当てて、とにかく昔から言われている、手当てをするという、その手ですね。もうひとつは、決して大量生産、また器械にたよるのではなくて、手作りのcareをするんだという意味の手で、これら3つのことを象徴した手ですね。それが5本の線で象徴されているわけです。手で支える、手当てをする、そして手作りのcareをする。これがホスピスで我々が行おうとしているcareの概念と言いますか、それを表したものですね。

特別室は患者さんと共に、家族が共に生活でき

るよう、台所とバス、トイレ、そしてベッドはソファーベッドにして、家族の方が共に生活できるようになっております。

写真3は、一般的個室ですが、個室には電動ベッドを入れて、それから冷蔵庫、洗面所、それからトイレ、それから向こうの方に少し見えていますが、応接セットを置いて、それは、夜になると背もたれを倒してベッドになるように、家族の方が共に生活できるように工夫を致しました。そして、間接照明にして、かなり柔かい雰囲気を出す工夫を致しました。

また、写真4のような畳部分が、非常に患者さんに評判が良くて、やはり、畳と障子というのは、

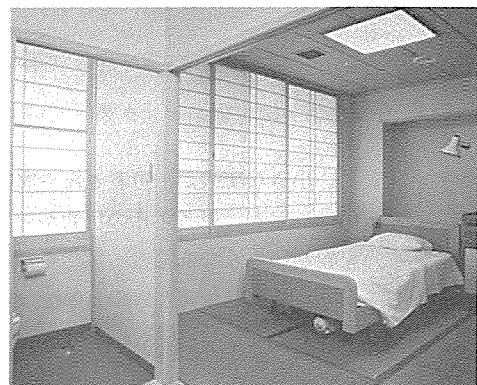


写真4 タタミ敷き個室

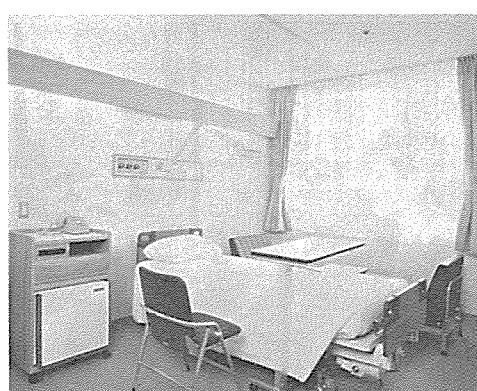


写真3 普通個室

日本人に非常にぴったり来るようですね。ホスピスのopen記念式の時に見学に来られて、3名の方が畳部屋を予約されました。もう、やがて自分がだめになると御存知の方で、一人の方は亡くなり、現在、2人目の方が入っておられます。この方も、よくご自分の病気のことを御存知で、次にちゃんと待っておられる方が在るということを御存知なんです。「ただ、先生、私、あまり長くなると次の方に氣の毒ですね。」というようなことを言われる。そういう患者さんは結構ありますと、非常に私達、careし易いんですけども、病名を御存知ないままに入って来られる方が沢山ありますので、日本のホスピスと言うのは、

ある意味で、大変難しいなと思っております。

4人部屋は大体、一般病棟では6人部屋から8人部屋の大きさが在りますので、必要であれば、ベッドの横にもう1つベッドを入れて、ご家族と一緒に泊まることができるように工夫をしています。

これは家族部屋です。末期の患者さんのcareの場合に、家族のcareということも非常に大切なんですけれども、状態が悪くなった時に沢山の

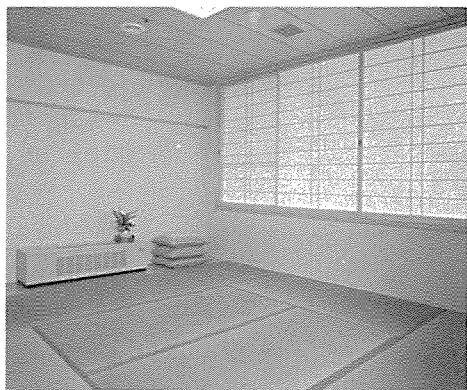


写真5 家族用室

家族が来られて、夜、特に臨終を考えて来られる御家族がいらっしゃるんですが、なかなかうまく御家族に合わせて臨終を迎える場合だけじゃないんですね。家族は帰るに帰れないと言うことで、よく、ここへ泊まって頂く場合があります。今まで、御家族が泊まって頂ける場所が病院中に無くて非常に困ったんですけども、ホスピスにこういう家族部屋が出来たので、御家族が自由に泊まって頂けるようになりました。

これは、ホスピス第一号の患者さんですが、肺癌の末期の患者さんで、すごい痛みを訴えられて入って来られたんです。プロンプトンを投与し、毎日、訪問をしてcareをしていくうちに、本当に末期の患者さんでもですね、いい笑顔をして下さるようになると、私は、やはり患者さんの顔つきというのがcareの質がある意味で決めると言え思います。

またこの患者さんですが、この方、自分の病名をはっきり知っておられて、だんだん弱っていく自分の体をですね、いわゆる死期を体で感じると言いますか、そして私達に「先生、何とかもう一度海を見せて下さい。海を見たい。」と言われました。呼吸が悪くて、ぜんぜん酸素を離せない状態でのリクエストだったんですけども、ホスピスはとにかく最後の望みであればどんな事でも一生懸命やろうという、そういう気持ちでやっておりますので、「それじゃ、何とかしましょう。」と言うことで、大きなワゴン車を用意しました。医師が一人乗り込んで、酸素ボンベを積んで、救急の場合の処置ができるように、医師と看護婦と、それからご家族で3時間ばかりの旅でしたけれども、大阪の海を見てこられました。非常に満足をして下さって、それからしばらくして亡くなられたんですけども、この3時間の旅が、ひょっとしたら時間的な意味では、命を2日3日、ひょっとしたら1週間位縮めたかもわかりません。それは、患者さんの「先生、3時間の旅で少し位縮まつてもいいですから、とにかく海を見せて下さい」ということで海を見に行かれた患者さんです。この方はホスピスの入院第1号の患者さんでしたが、亡くなった患者さんの第1号ではありません。

この方も亡くなる時は34kgになっておられて、解剖した結果、17kgの腫瘍が腹部にあって、もう激痛があったんですね。そしてほとんど物が通らなくて、プロンプトンを飲んで頂くことが出来なかつたので、モルヒネの坐薬を作って、肛門から坐薬を入れて、その効果が非常にうまく行って、痛みから解放されて表情が本当に和らいだ方です。

ホスピスの中で、ナースの働きというのが非常に大切で、私達のホスピスには17名のナースがおりますが、皆、ホスピスでやりたいと言う方ばかりを集めております。この写真6の患者さんは、先程ちょっと言いましたけれども、末期だと思って入って来られた乳癌の方ですが、痛みのコントロールがうまく行って、今、退院をされました。そして外来へ通院しておられる方です。ホスピス

の責任者としては、できるだけ 1対 1 の care をしたいということで、23床に始めは23人のナースを置こうと思っていたんですが、現実的にはですね、ただで働いてくれるナースがありませんので、



写真6 退院できるようになりました

皆、給料を取られるわけです。まあ、あたりまえのことですが、23人の患者さんに23人のナースと言うのは、どう考えても採算が合わないんですね。もちろん、もう、今はホスピスは赤字ですけれども、その赤字があんまり真っ赤になると困るので、17人になんとかおさえました。しかし、17人位の患者さんの時には、1対1の看護ができるんです。だからチームナーシングをすると共に患者さんとナースは受持ち関係ですから、AさんにはBというナース、CさんにはDというナースというふうに、一人一人受持ちナースを決めております。ある患者さんには非常に若い受持ちナースでしかも、娘のような感じで気に入られて、いつでも外来へ来られたら病棟の方へ上がって来られて、あいさつに来て下さいます。やがて、本当のタミナルになった時には、元の古巣へ帰ります。というふうに、自分でも言っておられるので、いつになるかはわかりませんが、今は執行猶予中ということですね。

それから、家族と共に care するということでは、この方は80歳の胃癌の患者さんですが、入って来られた時は本当に痛みが強かったんですが、

コントロールがうまく出来て、ご家族が、今、ずっと一緒に付いておられます。で、いい顔されるんですね。家族と一緒に生活できる、そういう空間があるということがやはり非常に大切ではないかと思います。

これはナース・ステーションですが、できるだけ患者さんや家族との隔たりを少なくしようということで、何もガラスとか、そういう仕切り物を作らずに、open カウンターにして、詰め所と廊下は区切りとか仕切りはありません。そこで自由

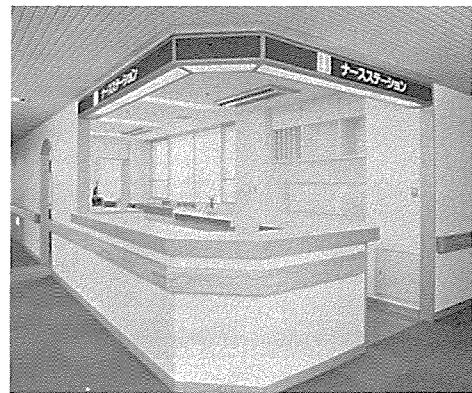


写真7 ナース・ステーション

に家族、患者さんとが打ちとけて、いろんな話が出来るようになりました。

次は、ずっと10何年続けていますOCDP (The Organized Care of the Dying Patients) という末期患者の検討会なんですが、ホスピスのナースだけでなく、一般病棟のナース、また、ソーシャルワーカー、一般の医師にも自由に参加をして頂いて、週に一度、末期の患者さんを1人、2人取りあげまして、大体1時間半位ですね、その患者さんについて care の方針をじっくり話し合って、一致した care をして行こうという、そういう集りです。ホスピスというのは、本当にこちらが care をしてあげる、とか言うものではなくて、本当に医師、看護婦、その他のスタッフのメンバー、そして患者さん、それから家族というものが一体となって本当に支えあう共同社会だと

これからの生命観と看護



写真8 OCDP風景

よく言われますが、私達は何とか、一方的に与えるものではなくて、皆で支え合うということを実現したいということ、それが我々の夢だった訳ですけれども、時々びっくりするような支え方をして下さることがあって、私はこれには本当にびっくりしたんです。いつの間にか知らない間に、患者さんとご家族がですね、誰からどう聞いたのかわからないんですが、私の誕生日を嗅付けて、surpriseといいますか、先程のロビーでですね、急に、先生来て下さい、と言うんで行ってみたらロウソクがついていて、祝いのレイと言うんですか、それを首から掛けて下さって祝って下さいました。本当にびっくりしたんです。これは本当に全然予想しなかったんですけども、患者さんと御家族が私の誕生日を祝って下さった、非常にうれしかったです。

あまり充分な準備が出来なく、非常にまとまりのない話になりましたけれども、一応時間がちょっとオーバーしましたのでこれで終わりたいと思います。

最後に一言だけ、 “これからの生命観と看護”

ということで、私が一番今日申し上げたかったのは、患者さんの命の質ということですね。 quality of life、命の質ということをもっと焦点化させて考えていくことが大切なのではないかということを一番申し上げたかったわけです。この人にとって、このAさんにとって、どうするのがこの人の命を、命の質を高めることになるのか、Bさんにとてはどうなのか、それは違う訳です。最期まで挑戦したいという方はおられます。そして、それがその人の心の支えになっている場合はですね、その人に合わせる care をやはりしていかなければならない。ですから、非常にその個々性があると思うんです。AさんにはAさんなりのやり方、BさんにはBさんなりのやり方、それを実現して行くということが、今後の看護の中で非常に大切であるという極くあたりまえのことです。極く極くあたりまえの事なんですけれども、その極く極くあたりまえのことが、段々し難くなっているのが現在の医療界であり、看護界であるように私は思えて仕方がないわけです。ですから、今日私が申し上げたことの中で、新しいことというのは何ひとつないと思います。極くあたりまえのこと、そして昔から皆が考え、皆がそれを感じていたことだと思うんです。しかし、皆が感じていて、何とかそれをしなければならないと思いながら、出来ないような状況がしたいだいに私達の看護の中に押し寄せているのが現実だと思うんです。そういう意味で、患者さんお一人お一人の命の質を大切にするという、その事をですね、日常の臨床の中で具体的に実現して行くという事が、これからの中でも非常に大切になって行くのではないか、そういうふうに思っております。長い間、有難うございました。

● 招聘講演 ●

Decision Making During Planning by Expert and Novice Nurses

Sheila Corcoran, Ph.D., R.N.

Associate Professor

School of Nursing

University of Minnesota

United States of America

Decision making in the planning phase of the nursing process was studied in this investigation. Textbooks on nursing process include only sketchy descriptions of the planning phase. Such descriptions are based on little empirical evidence; instead, they are based on logically developed steps, because few investigators have studied how nurses actually develop plans under conditions of uncertainty.

In the present study, an information processing approach was used to describe and compare the decision-making processes used and the final decisions made by hospice nurses who had varying amounts of experience in developing drug administration plans to control patients' pain.

Background

Background information is given on: (a) information processing theory which provided a theoretical basis and a methodology for the study; (b) literature on the planning phase of the nursing process; and (c) hospice programs as settings where nursing decisions are made under conditions of complexity and uncertainty.

Information Processing Theory

Information processing theory is one theory used to describe and explain decision making. It is a descriptive theory of human cognitive processes based on the work of Newell and Simon (Newell and Simon, 1972; Simon, 1979). The theory describes

problem solving behavior as an interaction between a problem solver and a problem task. Humans are viewed as information processing systems operating in a complex environment. A major assumption of this theory is that humans have limitations in the capacity of their working memories. The focus of research based on information processing theory is on how humans adapt this limited capacity to the complex demands of their environment.

Recent research on information processing has been extended from the study of naive subjects and simple tasks to the study of: (a) the nature of expertise; and (b) problem solving in semantically rich domains, that is, domains which require specific knowledge as well as general problem solving skills (Simon, 1979). Nursing is an example of such a domain.

A question of concern in information processing research is the extent to which the processes used by individuals to make decisions are invariant across tasks. Research findings indicate that the task itself is a major determinant of behavior; that is, information processing in decision making is highly contingent on the demands of particular tasks, rather than on a person using consistent processes for all tasks (Newell & Simon, 1972; Simon, 1979; Payne, 1976, 1982). Payne (1976) found task complexity to be one of the variables which influence information process-

ing.

One method used to study information processing in specific tasks is verbal protocols. With this method a subject is given a problem and asked to think aloud while solving it. The subject's verbalizations are tape recorded and later transcribed. The transcriptions (verbal protocols) provide the primary data for analysis. Verbal protocols are rich in detail and preserve the sequence of steps used by subjects.

Planning Phase of the Nursing Process

Decision making is involved in two parts of the nursing process: (a) identifying the nursing diagnosis at the conclusion of the assessment phase, and (b) choosing the best alternatives(s) in the planning phase (Grier, 1981). Once a nursing diagnosis has been identified, then plans for nursing interventions can be made. Little description of the planning phase is given in textbooks on nursing process. However, several authors (Bailey and Claus, 1975; and Bower, 1982) suggest that during the planning phase, all alternatives should be generated before any of them are evaluated. In addition, those authors, as well as Lancaster and Beare (1982) and Yura and Walsh (1983) suggest that all alternatives which are generated should be evaluated.

In a study of planning which did not involve nursing, Hayes-Roth and Hayes-Roth (1979) developed a cognitive model of planning based on their finding that people used opportunistic, rather than systematic, hierachial approaches to complex planning tasks. An opportunistic approach to planning is one in which a person jumps about addressing whatever seems opportune or promising at the time.

Decision Making Tasks in Hospice Programs

The hospic movement is a relatively new and rapidly growing development

within the United States. The territory for such a new reform is often unfamiliar and unspecified. Consequently, nurses and other members of the interdisciplinary hospice team confront many complex decisions under conditions of risk and uncertainty (Wald, Foster, & Wald, 1980). Such a setting provides an opportunity for studying nurses' decision making.

When several hospice nurses were interviewed by this investigator to identify recurring, troublesome decisions they faced, all of them identified decisions concerning pain control. One major form of intervention to control pain is drug therapy.

While nurses cannot prescribe drugs, they do administer a wide variety of them and directly observe their multiple and interacting effects on patients; consequently, nurses frequently recommend drug administration plans to physicians. Seven hospice nurses indicated to this investigator that they carried out this task either daily or at least several times per week.

The Present Research

The research described here was a descriptive study of nurses' decision making using an information processing approach and verbal protocol methodology. The decision making was limited to the planning phase of the nursing process. The setting selected was the hospic setting. The planning task was to develop a drug administration plan to recommend to a physician. The goal of the plan was to control a patient's pain.

The major question addressed in this research was:

How do the decision-making processes and final decisions of experts in hospice nursing compare with those of novices when developing drug administration plans to control patients' pain?

The independent variables were:
(a) expert and novice subjects, and
(b) planning problems at three levels of complexity. The dependent variables were: (a) decision-making processes, and (b) final decisions.

Subjects Method

There were two groups of subjects for this study, experts and novices in hospice nursing. The criteria for inclusion in each group were as follows:

1. An expert in hospice nursing was one who:
 - a) Was a registered nurse;
 - b) Was currently employed in a leadership position in a hospice program (e.g. director or the program or head nurse);
 - c) Had at least 18 months of experience in a hospice program;
 - d) Had minimal education of baccalaureate degree; and
 - e) Met at least one of the following characteristics of an expert:
 - published articles on hospice nursing;
 - made presentations on hospice nursing to professional groups;
 - offered continued education programs on hospice nursing; or
 - labeled as an expert in hospice nursing by at least five hospice nurses when they were asked to identify an expert.
2. A novice in hospice nursing was one who:
 - a) Was a registered nurse;
 - b) Was currently employed as a staff nurse in a hospice program;
 - c) Had associate degree, diploma, or baccalaureate degree education; and
 - d) Had less than six months experience in a hospice program.

Subjects were selected from three hospice programs within one metropolitan area. All hospice nurses in the three programs who met the criteria for either an expert or a novice volunteered to participate in the study. One expert dropped out of the study at a later point, leaving a sample of five experts and five novices. The sample included at least one expert and one novice from each of the three hospice programs.

A small sample size was necessary because of the chosen methodology. As mentioned earlier, verbal protocols are rich in detail; a few subjects are studied intensively. The use of verbal protocols requires considerable time commitments from subjects to complete the tasks, as well as extensive investigator time to analyze the data from verbal protocols. For example, in this study a verbal protocol from one subject on one case was 33 pages in length, requiring hours of analysis. Also, the intent of the study was to describe the processes used by subjects; it was not the intent to generalize findings to other subjects or other tasks.

Materials

The materials for this study included three patient cases and a criterion measure for judging the quality of subjects' drug administration plans.

Cases. Three written cases were developed. They were representative of (a) three types of severe pain experienced by hospice patients, and (b) three levels of complexity for decision making. (See Table 1.) Each written case contained information on 20 pre-established categories for describing a patient. (See Appendix A for the information categories.) The case descriptions were three to five double-spaced, typed pages.

While the patients in all three cases had multiple sources of pain, three primary types of pain were

CASE	PRIMARY TYPE OF PAIN	COMPLEXITY
A	Associated with Pathology which Produces Prostaglandin	Moderately Complex
B	Caused by Pressure	Least Complex
C	Aggravated by Severe Psychological Sources of Pain	Most Complex

Table 1. Primary Type of Pain and Level of Complexity of Each Case

represented by the cases: (a) pain associated with pathology which produces prostaglandin, a potentiator of pain; (b) pain caused by pressure; and (c) pain aggravated by severe psychological sources of pain.

In levels of complexity for decision making, Case B was the least complex because the treatments for that patient's pain could be the ones usually used in a hospice setting. Case A was of moderate complexity because the patient was reportedly sensitive to all central nervous system depressants; that included most of the drugs usually used in a hospice setting. Case C presented the most complex cases because no clear form of treatment would control the patient's pain; this patient had many physical and psychological sources of pain, and many sensitivities to drugs.

A fourth case was developed as a sample case. Subjects were allowed to practice with the sample to become familiar with the tasks and the procedure in the study.

Criterion. In complex situations, such as the three cases in this study, no one drug administration plan can be identified as the right one for controlling a patient's pain. There could be many combinations of actions which would be effective in achieving the goal of pain control.

A consultant to the study, who was a recognized expert in hospice nursing and in pain control, developed a drug administration plan for each case. The consultant's plans served as general standards against which subjects' written plans were compared. Subject's plans were judged to be in one of four quality categories:

1. Consistent with the consultant's plan;
2. Appropriate for the case, but not consistent with the consultant's plan;
3. Incomplete; or
4. Erroneous.

Two experts in hospice nursing independently judged the quality of the subjects' plans. If the two experts disagreed on the quality category, they discussed the decision until there was mutual agreement.

Procedure.

Procedure for data collection. Data were collected from individual subjects in two sessions, each lasting approximately two hours. Each subject was given the General Instructions which described the study and the tasks. The tasks for each case were to: (a) read the case description aloud, (b) develop a drug administration plan, and (c) write a plan. Also, each subject was instructed to think aloud while performing all tasks.

The task of writing the plan was included in this study to separate the planning process from the final decisions in a subject's thinking and in the analysis of data. A subject could change a decision about drugs to recommend as long as the plan was being developed, but the written plan indicated final choices.

No time constraints were placed on the tasks. All cases were presented in the same order. The Sample Case and Case A were given in the first session with each subject, and Case B

and then Case C were given in the second session. All sessions were tape recorded.

Procedure for analysis of data.
Rules were developed for coding and scoring the planning processes and the final plan of each subject in each case. Rules were developed for coding and scoring the verbal protocols for the following components of the planning process:

1. Overt recognition of major pain-related problems presented by the patient;
2. Approaches to planning; coding was done for two types of Approaches, Initial and Overall:
 - a) Initial Approaches were either Broad or Narrow:
 - A Broad Initial Approach was one in which a subject gained an overview of the patient's situation before focusing on one pain-related problem for decision making.
 - A Narrow Initial Approach was one in which a subject immediately focused on one pain-related problem for decision making.
 - b) Overall Approaches were either Opportunistic or Systematic:
 - An Opportunistic Overall Approach was one in which a subject jumped about addressing single pain-related problems at non-adjacent points in the planning process;
 - A Systematic Overall Approach was one in which a subject addressed single pain-related problems at adjacent points in the planning process.
3. Generation of alternative actions to be used for pain control; coding was done for the:
 - a) Number of alternatives generated;
 - b) Types of alternatives, either drug or non-drug;

- c) Problems addressed by the alternatives were generated.
 - d) Sequence in which the alternatives were generated.
4. Intermediate decisions about the alternative actions; intermediate decisions are verbal statements evaluating alternatives; they were coded for:
 - a) Number of intermediate decisions;
 - b) Problems addressed by intermediate decisions; and
 - c) Sequence in which the intermediate decisions were made.

A sequence diagram was made to represent each subject's planning process in each case. Figure 1 is an example of a simple sequence diagram. The second column shows the alternatives generated in the order in which they were generated by one subject. The first column shows the problem addressed by each alternative. The upper right section shows the intermediate decisions about alternatives in the order in which they were made. Finally, the lower right section shows the relationship of the sequence of intermediate decisions to the sequence in which the included alternatives were generated. For example, the number 1 in the lower right section indicates that the first intermediate decision, "To stop Percocet," was made about the first alternative generated, "Percocet," which addressed the problem of generalized pain. Also, the diagram revealed whether or not all alternatives were overtly evaluated in intermediate decisions. For example, Figure 1 shows that the last alternative generated was not evaluated. In addition, the sequence diagram revealed whether intermediate decisions were made about alternatives as they were generated, or in some other order or pattern. For example, Figure 1 shows that the sequence of intermediate decisions was not the same as the sequence in which the included alternatives were generated. Finally, Figure 1 illustrates the use of an opportunistic overall approach because

Decision Making During Planning by Expert and Novice Nurses

Figure 1. A sequence diagram which shows the relationship of the sequence of intermediate decisions to the sequence in which the included alternatives were generated.

Problems Addressed	Sequence of Alternatives	Sequence of Intermediate Decisions					
		Stop Percocet	Go back to OMS	OMS at 2.5 mg q t hr	Increase by 2.5 mg in 12 hr	Stop Vistaril and Ascription	Emotional Support
Generalized Pain	Percocet	1*					
Bone Pain	Ascriptin		2				
Anxiety	Vistaril			3			
Generalized Pain	Oral Morphine Solution				4		
Anxiety	Emotional Support					5	
Anxiety	Minister Visit						6

* The numbers represent each successive intermediate decision

the problem of generalized pain was addressed by the first and fourth alternatives generated, and anxiety was addressed by the third, fifth, and sixth alternatives. The subject represented in Figure 1 addressed single sources of pain at non-adjacent points in the planning process.

Rules were developed for coding and scoring the following components of the final written plan:

1. Number of alternatives chosen;
2. Types of alternatives chosen; and
3. Quality of the plan.

To test the reliability of the coding and scoring of data, two judges independently applied the coding and scoring rules to a sample of ten of thirty verbal protocols and written plans. The proportion of agreement between the two independent judges was determined. (See the middle column of Table 2.) Cohen's coefficient of agreement for nominal scales, (k), was

used to determine the proportion of joint judgments in which there was agreement, after chance agreement was excluded (Cohen, 1960). (See the right column of Table 2.) Overall, the average Cohen's k was .77. That was an acceptable level of interjudge agreement for the type of data in this study.

After each verbal protocol and final plan was coded and scored, then findings were compared between the expert and novice groups for each case. Next, comparisons were made of subjects' planning processes and final plans across the three cases to test for interactions between subjects and cases.

Non-parametric statistics were used to compare quantitative data because the sample size was small, the data were either nominal or ordinal in nature, and the data were often skewed by one subject. The Mann Whitney U Test, Fisher's Exact Probability, and Cochran's Q Test

Decision Making During Planning by Expert and Novice Nurses

COMPONENTS	PROPORTION OF AGREEMENT (N=10)	MEAN COHEN'S COEFFICIENT (N=10)
PLANNING PROCESS:		
Initial approach	.90	.78
Overall approach	.80	.58
Alternatives	.82	.81
Intermediate Decisions	.76	.76
FINAL PLAN		
Choices	.89	.85
Quality of Plans	.90	.86

Table 2. Proportion of Agreement and Mean Cohen's Coefficient for Coding and Scoring of Components of Planning Processes and Final Plans

were the statistics used (Siegel, 1956). The significance level was established at $p=.05$. Since the sample size in the study was small, statistically significant differences were difficult to achieve at the .05 level. Therefore, where p values were more than .05, but less than .15, the differences were reported as trends which might be pursued in further study.

Findings

The findings will be reported in two sections. First the similarities in decision making by experts and novices will be reported and then the differences.

Similarities

The Cochran Q test indicated that experts' and novices' recognition of patients' pain related problems did not differ across cases, $Q(2)=.667$, $p<.8$. Four experts and three novices overtly recognized all of the patient's major pain-related problems in all cases.

A second similarity was that all experts and novices generated drug and non-drug alternatives, despite

the instructions to develop a drug administration plan. As one expert stated, "I can't limit my thinking to drugs to provide pain control." The range for the number of alternatives generated was from 4 to 35, with a median of 14.

A third similarity was that all experts and novices made intermediate decisions about alternatives as they were generated. That is, no subject generated all alternatives before making intermediate decisions about any of them. The range for the number of intermediate decisions made was from 4 to 22, with a median of 11.

A fourth similarity was that experts' and novices' intermediate decisions about all, or a portion of their alternatives varied significantly across cases, $Q(2)=6.5$, $p<.05$. In the case where subjects generated the most alternatives (Case C, the most complex case), no subject evaluated all alternatives. In the case where subjects generated the fewest alternatives (Case B, the least complex case), one expert and four novices evaluated all of their alternatives; they had generated few alternatives and evaluated all of them.

Decision Making During Planning by Expert and Novice Nurses

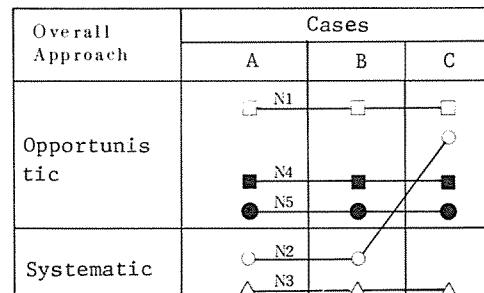
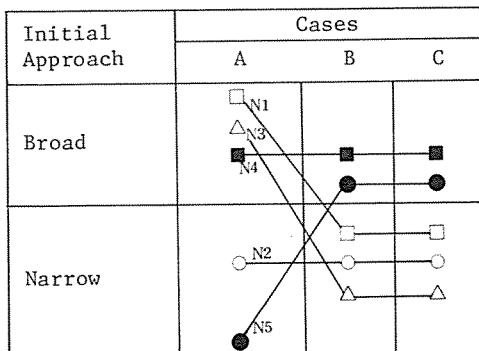
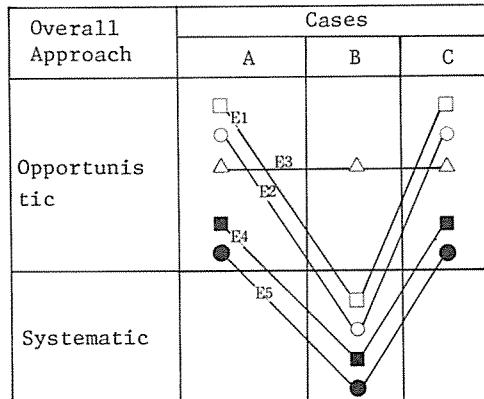
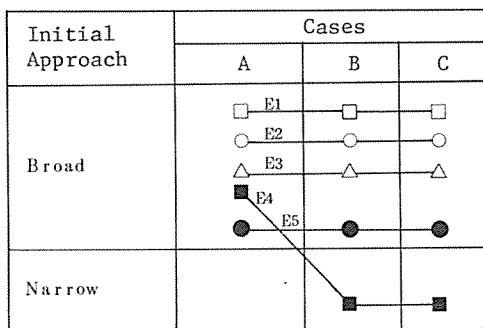
Differences

There was a trend for more experts than novices to use broad, rather than narrow initial approaches to the planning problems, Fisher's exact $p=.0922$. (See Figures 2 and 3.) Figure 2 shows that four experts consistently used broad initial approaches, obtaining an overview of each patient's condition before focusing on one pain-related problem for decision making. In contrast, Figure 3 shows three novices varied their initial approaches; no pattern was evident.

The second expert-novice difference involved the major finding that subjects' overall approaches differed significantly across cases, $Q(2)=7.6$

$p=7.6$ $p=0.5$. There was an interaction between cases and overall approaches. Experts contributed most to this variance. There was a trend for more experts than novices to vary their overall approaches across cases, Fisher's exact $p=.0992$. (See Figures 4 and 5.) Figure 4 shows that all experts used opportunistic overall approaches in the more complex cases, Cases A and C, and most used systematic overall approaches in the least complex case, Case B. In contrast, Figure 5 shows that most novices used opportunistic overall approaches across cases.

A third expert-novice difference was that experts generated significantly more drugs than did novices in two of the three cases, $U=4$, $p=.048$ in both Cases A and B.



Decision Making During Planning by Expert and Novice Nurses

A fourth expert-novice difference was that experts developed more final plans consistent with the consultant's plans than did novices. Also,

novices developed more erroneous plans than did experts. (See Table 3.)

	QUALITY OF PLAN			
	Consistent	Appropriate	Incomplete	Erroneous
EXPERTS	3	7	5	1
NOVICES	0	7	5	5

Note. One expert and two novices developed plans which were both incomplete and erroneous.

Table 3. Number of Experts' and Novices' Plans in Quality Categories

Finally, the basis for incomplete or erroneous plans differed somewhat for experts and novices. Table 4 shows that:

(a) recognizing, but then overtly dismissing a problem was a basis for incomplete plans unique to experts; (b) lack of knowledge and oversimplification of a planning problem were bases for incomplete and/or

erroneous plans unique to novices; (c) both experts and novices wrote incomplete plans based on failure to recognize a pain-related problem, or forgetting a recognized problem; and (d) both experts and novices wrote erroneous plans because they failed to combine information about an alternative with information about the patient.

QUALITY OF PLANS	EXPERTS	NOVICES
INCOMPLETE PLANS	*Dismiss a problem (2) Not recognize a problem (1) Forget a problem (2)	*Lack of knowledge (2) Not recognize a problem (1) Forget a problem (1)
ERRONEOUS PLANS		*Lack of knowledge (3) *Oversimplified problem (1) Fail to combine information about drug and patient (1)

* Represents bases unique to one group

Note: Numbers in parentheses represent the number of subjects.

Table 4. Bases on Incomplete and Erroneous Plans Developed by Experts and Novices.

Discussion

The findings demonstrate that hospice nurses who participated in this study did not implement the planning phase of the nursing process as prescribed in textbooks on the topic (Bailey & Claus, 1975; Bower, 1982; Lancaster & Beare, 1982; Yura & Walsh, 1983). For example, subjects neither generated all alternatives before evaluating any of them, nor did they consistently evaluate all alternatives. Since individual subjects generated from 4 to 35 alternatives in a single case, perhaps alternatives were evaluated as they were generated to reduce the cognitive strain on the limited capacity of working memory. The few subjects who evaluated all alternatives were those who had generated the least number. Therefore, the number of alternatives generated was a variable which influenced the decision making strategies which followed.

One encouraging finding was that most subjects overtly recognized the patients' major pain-related problems. Another was that subjects generated both drug and non-drug alternatives. The consideration of multiple types of treatments to control pain was consistent with recommendations of authors on pain control (Geltman & Paige, 1983; McCaffery, 1979). However, doing so made the planning process more complex, rather than simpler.

Findings of this study support the conclusion of Payne (1982) and others that information processing in decision making is contingent on the demands of the task. In the more complex cases (Cases A and C), most subjects used opportunistic, rather than systematic overall approaches; that is, they addressed single problems at non-adjacent points in the planning process; they jumped about from problem to problem. In contrast, for the least difficult case (Case B), most subjects (particularly experts) used systematic overall approaches; that is, they

addressed each problem at adjacent points in the planning process.

The use of opportunistic overall approaches for the more complex cases was consistent with the findings of Hayes-Roth and Hayes-Roth (1979). However, it was surprising that subjects (primarily experts) used systematic overall approaches in Case B. Hayes-Roth and Hayes-Roth (1979) provided a possible explanation for this finding. They indicated that a systematic approach might be used by an experienced planner working with a familiar, constrained, though complex problem. Case B in this study, while a complex case, provided a rather typical hospice patient situation, one more familiar to experts than were the other cases.

It was not surprising that experts generally developed better plans than did novices. The finding that experts and novices had differing bases for incomplete or erroneous plans suggests that some different corrective measures are needed by each group.

Summary

This was a study of decision making by nurses in the planning phase of the nursing process. An information processing approach with verbal protocol methodology was used.

Major findings were that subjects: (a) did not implement the planning phase of the nursing process as suggested by textbooks on the topic; and (b) varied their decision making processes as a function of task complexity and of the number of alternatives generated. Expert-novice differences included: (a) more experts than novices used broad initial approaches to planning; (b) experts used opportunistic overall approaches in the more complex cases and systematic ones in the least complex case, while most novices used opportunistic overall approaches in all cases; and (c) experts and novices had differing bases for incomplete or erroneous plans.

Decision Making During Planning by Expert and Novice Nurses

REFERENCES

- Bailey, J., & Claus, K. (1975). Decision making in nursing. St. Louis: C.V. Mosby Co.
- Bower, F. (1982). The process of planning nursing care: Nursing practice models (3rd ed.). St. Louis: C.V. Mosby Co.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement, 20(1), 37-46.
- Geltman, R., & Paige, R. (1983). Symptom management in hospice care. American Journal of Nursing, 83(1) 78-81.
- Grier, M. (1981). The need for data in making nursing decision. In H. Werley & M. Grier (Eds.). Nursing Information Systems. New York: Springer Publishing Co.
- Hayes-Roth, B., & Hayes-Roth, F. (1979). A cognitive model of Cognitive Science, 3, 275-310.
- Lancaster, W., & Beare, P. (1982). Decision making in nursing practice. J. Lancaster & W. Lancaster (Eds.), Concepts for advanced nursing practice: The nurse as change agent. St. Louis: C.V. Mosby Co.
- McCaffery, M. (1979). Nursing management of the patient with pain (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Co.
- Newell, A., & Simon, H. (1972). Human problem solving. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Payne, J. (1976). Task complexity and contingent processing in decision making: An information processing search and protocol analysis. Organizational Behavioral and Human Performance, 16, 366-387.
- Payne, J. (1982). Contingent decision behavior. Psychological Bulletin, 92(2), 382-402.
- Siegel, S. (1956). Nonparametric statistics for the behavioral sciences. New York: McGraw Hill Book Co.
- Simon, H. (1979). Information process models of cognition. Annual Review of Psychology, 30, 363-396.
- Wald, F., Foster, Z., & Wald, H. (1980). The hospice movement as a health care reform. Nursing Outlook, 28(3), 173-178.
- Yura, H., & Walsh, M. (1983). The nursing process: Assessing, planning, implementing, evaluating (4th ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.

● 招 聘 講 演 ●

質 疑 応 答

Q 札幌医科大学衛生短期大学部 山田要子

研究方法の中で、熟練看護婦は学士課程の卒業者であるが、新人看護婦の教育歴が、同じ学士課程の卒業者ではないのは何故か。

S. コークラン

なぜ教育を熟練者か新人かのカテゴリーを見る過程としたかということと、熟練者であるということに、経験と教育という2つの変数があげられる、という研究や、他の本にも書いてあるので、教育をひとつのカテゴリーとした。

教育をひとつの水準としてあげなかつたら、どのようなことがおこるか、ということもまたみることができ、そのような研究をすることもできると思う。

Q 千葉大学看護学部 松岡淳夫

計画立案意志決定のプロセスと看護診断のプロセスの相異又は類似性をお教え下さい。

S. コークラン

いわゆる看護診断ということと、プロセスとということにはいろいろな研究がある。私はdecision makingの意志決定ということの方で、特にその過程をみるとことに関して、これまで誰も研究していなかったのでやった。

診断における意志決定についての研究があるが、あがってくる仮説に関して、症状にあってないか、あっていいか、というようなことに合わせて、その仮説を消してゆくというやり方の意志決定を、診断を決定するというプロセスにおいているということである。

今回の場合は、看護計画立案における意志決定ということと、診断を行う時の意志決定とい

うものには多分違いがある。つまり看護診断とdecision makingは同じかどうか、ということではなくて、計画立案最初のゴールが診断であるとのこと、今回の場合の意志決定というのは、計画立案における意志決定である。どちらの場合にも意志決定というはあると思うが、その意志決定の方法が違う。

計画立案における意志決定ということは、いろいろな考えを頭の中にいっぱい浮かべ、頭の中での情報処理、つまり人間の頭が働き得る能力には限りがあるが、その限りある中で考えられた案というものが消されてゆく、というような形で意志決定がなされ、最終的な計画立案というものがなされる。

看護診断をしてゆくことの問題として、看護婦がよくするのは、すごく沢山の情報を集めてくる。その沢山の情報の中でどれが意味のあるものなのかを見つけてゆく、ということにおいて問題があるようだ。

今回の発表で、対象者の1人が、ひとつのケースに対して35の案を出した。対象者にとっての課題というのは、自分の考え出した35のアイデアを如何に少なくするか、ということである。

熟練者で非常に知識があり、いろいろなアイデアが浮かんでくるが、35という沢山のアイデアが最終的に立案というときには次々に忘れる、ということがおこっていた。

もし皆さんのが情報理論の考え方を受け入れるならば、人間の頭は一度に働くというのは限りがあるので、私達が教育してゆくときにはそのことを考える必要がある。

●会長講演●

学会10年の歩みと今後の課題

第10回会長 木 場 富 喜

日本看護研究学会は、ここに発足10周年を迎えましたが、この記念すべき学会総会の会長を仰せつかり会長講演の機会を与えて頂きましたことを大変光栄に思っております。10年ひと昔、という言葉がありますように、一般的に考え10年と言えばひとつの節目になります。最初から迷うことなくこの学会の発展を信じ、また看護の研究者が育つことを心から願って、本学会の発足に関与してきた私にとり、この第10回学会の会長を勤めさせて頂くことはまたひとしおの感概であります。

歴代の会長並びに会員の皆様の御指導や励ましが、この学会をここまで発展させてきた力であることは言うまでもありません。特にこの学会を真の意味での権威ある看護学会に育てるために払われた関係者の忍耐や努力を見逃すことはできません。

この学会のひとつの特色は、看護の目的とその社会的意義や役割を認識し、将来に向って看護研究の発展を目指す人達が、看護婦、医師、その他の職種を問わず研究し討論を重ねてきたことあります。ともすれば従来の看護の狭いイメージの中で、本学会は看護学の将来に向って看護を鍛えてゆくことのできる唯一の学会ではないかと考えております。この学会をここまで育て支えてきて下さいました皆様方にあらためてお礼を申し上げたいと思います。

第10回日本看護研究学会総会の開催に当り、学会発足10周年というひとつの節目を機会に、もう

一度ここで改めて看護の基本にたち返り、深い思索とこれまでの経験をもとに、看護を見つめ直すことでも無駄ではないと考え、この学会全体を企画致しました。

シンポジウムにおいては、昨日「21世紀の看護を考える」というテーマで実りの多い討論をして頂きました。21世紀のことを考えるのは空想にすぎないと言う人もあります。しかし21世紀の看護を考える、ということは決して現実ばなれした空想ではありません。それはとりもなおき将来への深い洞察と見通しをもってこれまでの看護を考え、そして現在の看護を考えることであります。現在のあらゆる社会現象の中にも、将来への見通しを欠き、目先のことによく見えず、本質を見失いややすい状況も少なからず見られます。特に看護界においては、現在何をどのようにおさえておくべきかということは大変重要なことであると考えます。そのような意味で現在考えるべき適切な素材を提供して頂けるものと信じこのテーマを取上げました。日頃尊敬申し上げている先生方に貴重な御意見を頂き、討論ができたことは大変有意義であったと思います。

さてこの学会の10年を振りかえってみると、4つの国立大学教育学部の看護教員養成課程連絡協議会を母胎として、昭和50年に学会の発足となったのは御承知の通りであります。発足の経緯やエピソードについては、第8回の石川稔生会長により、すでに明らかにされましたので、私は学会や機関誌上の研究発表をもとに、これまでの学会

学会10年の歩みと今後の課題

における研究の足跡を整理し、これからの方針について考えてみたいと思います。

第1回から第10回の学会については、その内容を「講演・シンポジウム総目次」として、すでに皆様の御手許に届けてあります。その中のひとつひとつがこれまでの学会の歩みですので、適宜目を通して頂きたいと思います。

まず一般演題について、学会として公開にふみきった第3回からみてみると、表1のように最初の演題が8題、そして研究者は共同研究を入れ

表1 演題および研究者数

研究発表 学会	演題数	研究者数
第3回	8	15
4	12	24
5	17	57
6	20	73
7	22	79
8	28	92
9	58	245
10	59	226
計	224	811

て15名であったものが、回を重ねる毎に増加し、この第10回では演題数59題、研究者数226名と確実に増加しております。

次に研究発表の内容ですが、研究の内容をどのように分類し整理するかについては、今後の看護学の体系の方向とも関連して、いろいろな意見もあると思います。今回は大きく基礎的研究と実践的研究という視点で考えてみたいと思います。基礎的・実践的という視点にたってみると、表2のようにどちらかと言えば基礎的な研究が27.7%，

表2 学会演題数

研究数	演題数	比率
基礎的研究	62	27.7%
実践的研究	123	54.9
教育・管理的研究	39	17.4
計	224	100

実践に直接関係のある研究が54.9%，教育・管理的研究が17.7%になります。

また機関誌には創刊号から現在までに69の論文が発表されております。これを前と同じように分類してみると表3のように基礎理論的なものを含めて、基礎的研究が30.4%，実践的研究が52.3%，教育・管理的研究が16.9%となります。その

表3 機関誌の原著数

研究数	原著数	比率
基礎的研究	21	30.5%
実践的研究	37	53.6
教育・管理	11	15.9
計	69	100

割合は前の学会発表における一般演題の場合とほぼ同様の比率となっています。看護はこれまで実践の科学である、ということが強調されてきましたので、実践にかかわる研究が多いのは当然と言えましょう。また厳密な比較は一寸困難ですが、他の看護関係の学会に比べ、基礎的研究の比重が高いのも本学会の特徴と言えるようです。

そこで看護研究における基礎的研究と実践的研究とは何か、またその実態とあるべき姿について考えてみたいと思います。

実践の科学である看護の研究とは、日常の看護の業務や患者の看護に直接的に関係がなければならないとする考え方があります。また一方看護界を全体的に眺めてみると、看護の概念モデルや、研究の方法の理論と称するものが先行し、その形式をワンパターン的に追っかける思考や行動も少なからず見られます。皆様も御承知のように日本の看護界にも、いろいろの看護論や研究の方法論が紹介され、それぞれの立場や角度から多様に論じられ、現れては消えていったかの感があります。そのような状況の中で矛盾を感じたり、ジレンマに陥っている状況も少なくないと思われます。ミューラー、リアの分化統合論にこれを当て嵌めるならば、看護は普遍的且つ基本的な発達法則に従

つていて、看護の新しい理論や方法が発表され、そのままでゆくと必ずそれに対する弱点とか問題が起きてきて、カオスの状態、つまり混沌状態をひきおこす可能性がある、ということになるのでしょうか。しかしぬ々に出てくる、看護の「新しい理論」と、これに対する「弱点や問題」という2つの側面は、本質的にはひとつの現象であり、発展してゆく一定の動きの両面であると言えます。どちらの側面を強く感じるかの問題であると考えられます。しかし看護の多様な情報の中で混沌としている状況は、豊かな中でかえって貧困な状態をまねきかねない危険も見逃すことはできません。

勿論新しい看護理論や、他領域の優れたものを学び、またそれを導入してゆくことにも積極的でなければなりません。しかしその場合それを受け止める側の看護が、よほどしっかりと地に足をつけておかなければ、自らのことにふりまわされ将来への見通しを欠き、本質を見失うことにもなりかねません。看護においては、まずむつかしい理論や方法論が先行し、実践とか研究はその方式でなければならない、と最初から狭い枠組を作ってしまう、ということが多いように思われます。もっともそなならざるを得なかったこれまでの看護のレベルや歩みも見逃すことはできません。

現状におけるそのような面とはまた別の角度から看護研究を考えてみたいと思います。まず専門的分野の実践的研究において大事なことは、実践者自身の手で得られた具体的なデータ即ち看護の現象の蓄積と、その蓄積から普遍的傾向等を整理しそこから生れた体系を整えてゆく、ということです。整備された先輩諸領域の学問分野においては、すべてこの道筋を辿ってきたものであります。

看護においては、患者の個別性とか総合性、あるいは看護は行動科学である、といった面が強調され、数量化や客観化といったことへの抵抗や誤解もみられるようあります。勿論看護の実践的研究において、患者の人間としての個別的ニードを明らかにし、必要な援助が行われることは基本

的に重要なことです。しかし個が個で終るものではなく、患者の心身、環境等いずれの問題にしろ個々についてのデータの蓄積があり、そのデータ相互間の共通普遍的な要素が抽象され、それが整理されて実践面からの看護の体系が出来上ってゆくべきものであります。そしてそれが具体的な実践の中で確認され、応用されながらより確かな技術を育てることにより、実践の内容や技術は向上し、実践的研究の発展があるものと考えます。

私達はふだん1人の患者にこのような看護をしたらうまくいったので、他の患者にもためしてみたらうまくいった、というような経験をいくつかもっています。これは即ちひとつの普遍化であり、基本的には研究とか学問の体系等を云々する場合と同じであります。これを単に経験に止めておかぬことが研究であるとも言えます。あまりむつかしく肩肘張って考えすぎ、すでに初期的蓄積の終った分野から借り物の理論をあてはめることだけが看護の研究のすべてであるかのように考える必要はないと思います。身近な看護の実態を手のつけ易いところから明らかにしてゆく、という視点や必要もあってよいと考えます。多くの専門分野の発展過程もそうであったと考えられ、例えば自然科学においても学問成立の最初の段階は、自然現象に対する極めて素朴な経験と驚きから出発したと考えられます。

次に基礎的研究について考えてみたいと思います。看護学の発展のためには、看護の実践を直接支える基礎的部門の研究が確立される必要があると私は考えております。

看護の基礎というと看護界では、その意味や解釈がまちまちであることに気づきます。人によっては基礎医学を考えたり、また心理学とか社会学等の一般教育科目を考える人もあったりして、真の意味での看護学としての基礎学ということに混乱がみられます。そのため他の行動科学的分野では、かなり以前に流行した考え方や法式が、やや形を変えて今頃になって看護に導入され、それが看護の基礎理論、あるいは看護独自のものと信じ

学会10年の歩みと今後の課題

られている向きもないとは言えません。勿論他領域の研究成果を、看護の領域で使うことができるものが多いことも確かです。それも基礎は基礎ですが、借り物は借り物であり、それを形式的に追いかけるばかりで看護の基礎が成り立つわけではありません。

また一般教養科目は、看護の基礎とか実践を含めた看護全体の背景を支えるものではあっても、看護独自の看護基礎学そのものではなく、看護基礎学以前のものであります。そのような一般教養的基礎ではなく、たとえば医学における基礎と臨床、自然科学における理論と実験等のように、両々相俟って完全なひとつの専門分野の学問が形成されてゆくような、看護実践学に対する看護基礎学が確立される必要があると考えます。

看護学の発展のためには、借り物でなく本当の意味の専門的基礎と実践との関係が確立される方向が今後の看護研究の課題であり、また本学会の方向でなければならないと考えております。

今まで述べてきましたような視点において、私もさきやかながら研究を進めて参りましたが、その成果の一部分を時間の許す限り紹介し、皆様の御批判を頂きたいと思います。紹介致しますのは、特に看護基礎学関係のものを中心にしたいと思います。

看護においては、人間を成長とか発達段階という面からみてゆくという考え方があります。私はその成長・発達の問題のひとつとして、血液性状と成長発育との関係の研究を続けて来ております。その中から特に今日は血色素量にしづらって紹介したいと思います。

成長期にある児童生徒の血色素量に関しては、多くの研究がありますが成長発育に伴う正常値やその動態は必ずしも明らかにされてはおりません。また思春期貧血に関するこれまでの多くの研究では、貧血は初潮の発来による失血と、急速な身体発育による鉄需要等が主要因とされてきました。果してそうなのでしょうか。そのような問題につ

いて昭和50年から現在まで10年間、熊本県天草地方の小学校1年(6才)から高校3年(17才)までの児童生徒についてずっと観察を続けており、今後も続ける予定であります。

図1は児童生徒4387人の血色素量の平均値の動きです。図の縦軸は血色素量で単位は g/dl 、

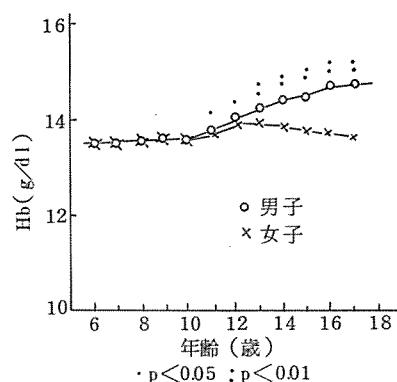


図1 性別・年齢別にみた平均血色素量の変動

横軸は年齢を示しております。

血色素量は10才頃までは男女間に性差は認められず、血色素量 13.1 ~ 13.4 g/dl の値を保っております。その後男子は11~12才頃から加齢とともにその値は上昇し、17才の 15.1 g/dl 付近で安定してゆく傾向を示します。

一方女子は11~12才頃まで男子と同じように加齢とともに上昇しますが、12才の 13.9 g/dl をピークとして、13才~14才と急速に減少して男子とは対象的な変化を示し、17才位で安定の傾向を示します。血色素量の推移がこのようなカーブとして確認したのは初めてであると信じております。

次に血色素量の分布が、成長に伴ってどのように変化してゆくかをみたのが図2です。図の縦軸は出現率%，横軸は血色素量 g/dl です。また図の血色素量 12g/dl のところに入れた鎖線左の曲線の面積の変遷から、血色素量 12g/dl 未満者の推移もわかるようになっております。図には 6 才、10 才、

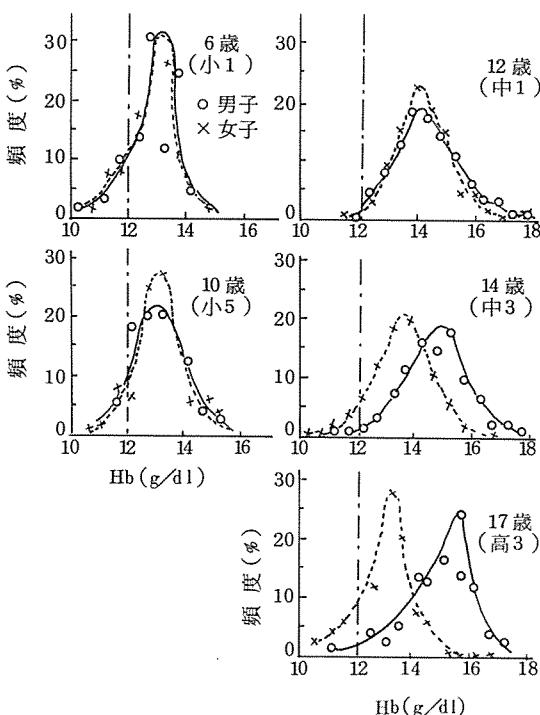


図2 血色素量の年齢別分布

12才、14才、17才の分布を示しております。加齢に伴う分布曲線の形の変化に性別の特徴的な変化がみられます。10才は分布に性差はなくピークも一致し分散も小さくなっています。12才で分布に性差が現れます。この時期は図1の平均値に性差が現れる時期に一致しております。加齢とともに分布曲線は全体として値の高い方に移動し、その山は低く裾広がりの形となって個人差が大きくなることが分ります。この傾向は特に14才の女子に著しくありますが、この時期は血色素量の平均値が12才のピークを過ぎて、急速に減少してゆく時期に一致しています。17才になると分布の形は、小学生の時期と同様分布曲線の山はまた高くなりますが、性差はよりはっきりしてきて、それぞれ安定してゆく傾向を示します。

次に血色素量 $12\text{g}/\text{dl}$ 未満者をみてみます。WHOでは血色素量 $12\text{g}/\text{dl}$ 未満を貧血の判定標準として示しております。それによれば図の鎖線から左の

曲線の面積の広狭は、貧血と判定される者の数の多少を示しているわけです。12才の時が最も面積がせまくなり貧血傾向者が一番少ないことを示しており、この12才を界にして両側では多くなっていることがわかります。このデータを更に血色素量 $12\text{g}/\text{dl}$ 未満者即ち貧血傾向者の年齢推移、という角度から集計しなおしてみると、次の図3の棒グラフになります。図から明らかのように12才が貧血傾向者は最も少なく谷となっております。12才は初潮がみられ身体発育の最も盛んな時期であります。全血比重、ヘマトクリット等からみた貧血傾向者出現の年齢変化についても、血色素からの知見と全く同じ傾向が認められます。

従来思春期貧血は、初潮による失血と急速な身体発育による鉄需要等のため、というのが定説のようになっていますが、上記の知見が明示するように、この定説はそのまま信じるわけにはいかないようです。

血色素量を更に初潮との関係からもみてみました。同年齢者の丁度半数に初潮がみられる12才で確めてみると、既潮者の血色素量の平均値

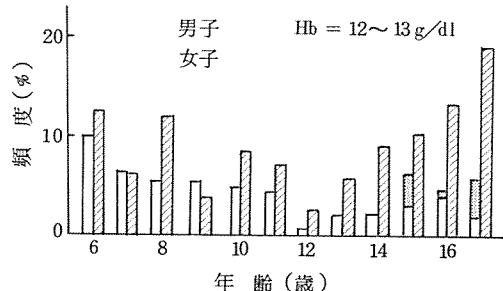


図3 血色素量低値者の出現頻度

は $13.4\text{g}/\text{dl}$ 、未潮者の平均値は $13.1\text{g}/\text{dl}$ とむしろ生理のある集団で値が高い傾向があり有意差は認められませんでした。

一方貧血の要因として強調される急速な身体発育の面ですが、その角度からのデータの集計結果は図4のようになります。図は血色素量の平均値

の推移と、平均身長の推移を示しています。女子の血色素量の平均値が最も高い12才の時期と、女子の発育が最も盛んで男子の発育を凌駕する時期とが一致しています。これは身長、体重、座高、胸囲いずれの場合も同様の結果が得られました。

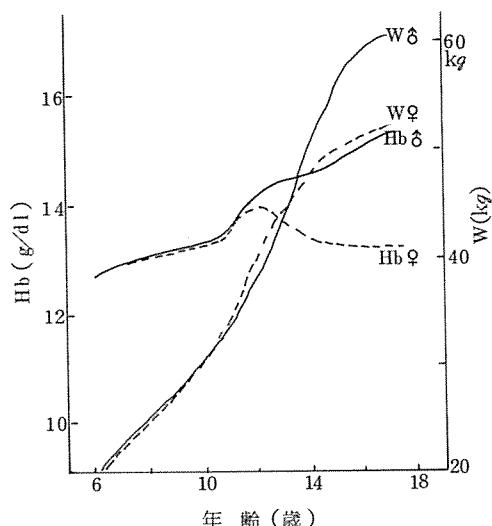


図4 加齢に伴う体重増加と血色素量の変化

この発育の最も盛んな時期は、年間の発育量の最も多い時期に当たります。これまでの定説によると、この時期に最も貧血が多いということになります。しかし図5のように年間の伸びの少ない方に貧血傾向者が多くなっています。このように体重、胸囲等のどの角度からみても、急速な身体発育と貧血とは直接的な因果関係を認めることはで

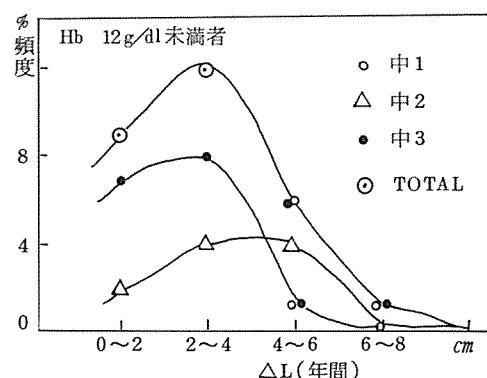


図5 身長の年間増と貧血傾向者

きません。

今まで述べてきましたように、血色素量は生理の有無も、身体の発育も直接的な関係を認めるこことはできませんでした。安易に定説を盲信することなく、そこに示されたデータを充分検討してみるとともに、このようにひとつひとつ自分の手で追究したデータによって事実を確めてゆく必要があります。そして保健指導とか健康管理等を含む看護の実践の基礎とするために、今後も血清鉄、血清フェリチン等を含め追究してゆく予定あります。

次に同じく看護の基礎的なものとして、ベッドと褥瘡好発部位の温度・湿度の観察をしてきました。褥瘡の予防や看護に関して、これまでの内外の研究の多くは、圧力に関するものでした。しかし私は湿度は大きな要因のひとつであるという角度から研究してきました。褥瘡的好発部位は御承知の通り背中とか肩、あるいは仙骨部等であります。図6のようにその部分とマットの直接の接触部、あるいは体側空間にセンサーを挿入し、温度

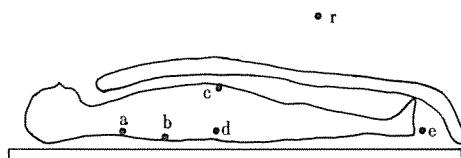


図6 測定部位

と湿度を測定しました。沢山の測定をしましたが、その中からひとつ紹介したいと思います。

図7の縦軸は湿度Hr、横軸は時間です。測定部位は仙骨とマットの直接接触部です。3つのカーブのうちの一番上の曲線は、普通私達がゴムシーツ、横シーツを使って学生にベッドメイキングを教えているいわゆる病床のカーブです。このベッドでは仙骨部の湿度は時間の経過とともに上昇し続け、最終的には湿度100%に達するのが特徴です。時々、病院でこの種のベッドに寝ている患者が、背中に汗をかくので、背中の部分だけバスタオルを敷いて寝ているのを見かけることがあります。

恐らくその患者の背中とベッドの間の湿度は

100 %位になっていることが多いと思われます。

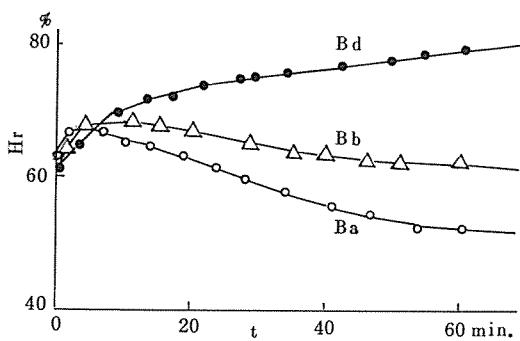


図7 床内湿度

中のカーブは普通市販されているフランスベッドですが、時間が経過しても湿度にそれ程大きな変化はありません。けれども部室の湿度が上昇すればこのベッドの湿度も上昇します。

一番下のカーブのベッドは、褥瘡予防・治療用に開発されたエアーマットです。初期の湿度は上昇しますが、すぐ乾燥はじめ、部室の湿度が高くて低くても、最終的には部室の湿度よりも低い湿度にベッド内が保たれることがわかりました。これが褥瘡予防や治療に効果をもたらしているものと思われます。

なおこの外にも体圧を和らげるタイプの褥瘡予防用のドイツ製、イギリス製のベッドの湿度も測定しましたが、乾燥という面からは全く効果はなく湿度は上昇し続け、褥瘡好発部位の湿度は100 %になることがわかりました。

このような基礎的データから、ベッド次第では大体体表面とベッドが接触してから約40分位経過すると、温度も湿度も飽和することもわかりました。そのため、特に寝たきりの患者について、仮に2時間毎に体位を変換するにしても、体表面の湿度はかなりの時間、湿度100 %のまま持続され、これが褥瘡の要因ともなります。したがってこのような基礎的データから体位変換の時間とか、シーツ交換の回数等を考えることができます。

もうひとつ紹介しますのは、どちらかと言えば看護の実践の場に関係の深い温度・湿度に関するデータです。

冬は病室の暖房を致しますので、温度の調節に

は気を配っていますが、湿度については殆んど関心が払われておりません。湿度計は各病棟に必ずかけてありますが、コチコチに乾いてしまっております。そこで冬の病室に1月間自記温湿度計を置き、温度と湿度を測定致しました。一方患者からは、のどが乾くとか、皮膚がカサカサする、かゆい、とかいった不快な訴えを聞き取りました。湿度は1月間のうち20%台に乾燥する日が20日以上もありました。1日の平均湿度と患者の不快の訴えとの2つの曲線が図8に示してあります。図でわかるように湿度が上れば不快の訴えは少くなり、乾燥すれば増すという明瞭に反対の傾向がは

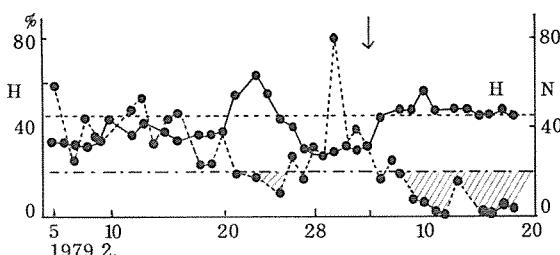


図8 相対湿度と不快訴数との関係

っきりと表れています。湿度40%以上の範囲と訴え20以下範囲と極めてよく対応しています。また不快な訴えの方が湿度の変化よりも1日遅れて現れ、環境条件の著しい変化がある場合の人体の不快反応にはタイムラグがあるよう見えます。これは特に気管支喘息のある人の場合わりとはっきり現れました。図中の矢印は、あまり乾燥しますので加湿器を病室に入れたところです。そのためその後の不快反応は非常に少なくなっています。

以上日本看護研究学会10年を振返ったあと、私の基礎的な仕事と実践的仕事の一部について紹介致しました。私達の研究で一度に確めることのできる事実はごくわずかなものであります。しかし、私達の確めてゆくことのできるデータはたとえどのように少なかろうとも、間違いのない確かなデータを蓄積してゆく努力こそが、看護学のこれから的发展を支えてゆくものであると私は信じております。

中高年令に達した双生児を用いた加令現象と疾病の研究

早 川 和 生

健やかに老いることは誰しも願うところである。人間の老いと健康保持の問題は、近年とくに社会的な関心が高まると共に、Health Sciences全体の重要な課題の一つになりつつある。

しかし、中高年期の健康には素因と生活歴とが複雑にからみあっており、はたして何が素因に支配され、どの程度環境によって制御できるのか解明されるべき点は多い。

素因と環境要因のからみ合うこの種の研究では、双生児研究法が有力な研究方法になるが、一般に中高年令に達した双生児例を把握することは困難であるとされ、50才以上の中高年者を対象にした報告は極めて乏しい。

本報告では、従来にない多数例の中高年双生児の協力を得ているので、その調査結果を報告する。

研究方法

対象は昭和10年以前に出生した中高年双生児630組である。全例について健康に関する郵送質問紙調査を実施した。質問項目は既往症、健康状態、体格、嗜好品などについてである。このうち40組については検診調査を実施した。検診項目は、問診(生活歴、家族歴、食習慣、等)、血

圧測定、心電図、尿検査、血液検査、聴力検査、肺機能検査、筋力、人類学的計測、M P I 性格テスト、W A I S (ブロックデザイン、符号テスト、数唱問題)、脱毛化・白髪化状態、などである。

成績

郵送質問紙調査の結果については、血圧に関する成績を中心にまとめてみた。環境要因の影響を解析する一つの手法として別離年令による検討を行った。図1にみられるように双生児間の血圧一致率は、別離年令と正相関を示し、養育環境が血圧に大きく関与していることが考えられた。

また、男性一卵性双生児で血圧不一致のペアの生活様式を比較した。図2は生活要因の数量化3類による解析結果をデンドログラム(最近隣法)で表現したものである。高血圧群では各項目間の近隣関係が乏しいのに対して、非高血圧群では特に「肉、職業・牛乳」が比較的よくまとまったクラスターを形成していた。この項目群で表現される生活様式が高血圧の制御に関連しているのではないかと思われる。

また、検診調査の成績についても合わせて報告した。
(この発表に基く原著は本誌7巻4号に掲載した。)

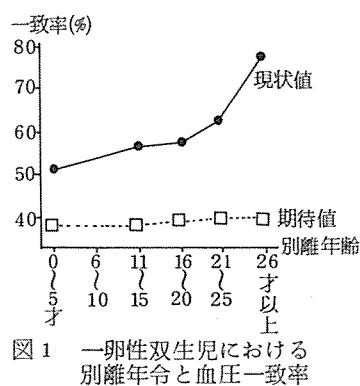


図1 一卵性双生児における別離年令と血圧一致率

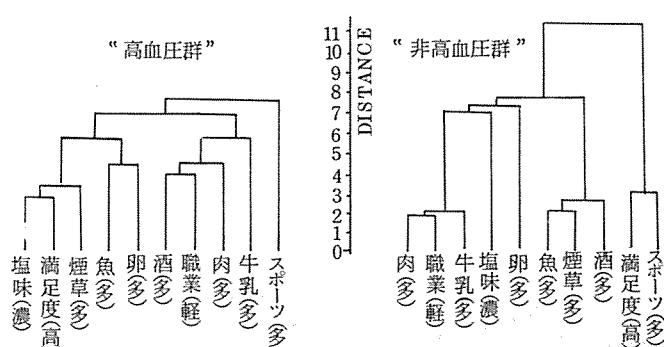


図2 男性双生児の高血圧不一致例(一人のみが高血圧を訴えた組)における生活要因デンドログラム

エアー噴気型
特許 サンケンマット®

◇寝たきり病人や看護者に朗報◇

※従来の床ずれ治療器と根本的に
原理が異り、空気を噴き出し、
皮膚を乾燥状態に保ちます。

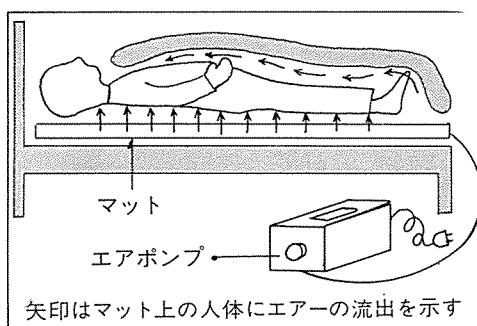


当マットはギャチベッド用

◇病人独特の悪臭を放することが認められた。

◇一般の健康人の使用にも寝具がむれず衛生的で、特に寝返りの不能な幼児や老人のあせも、しっしんの防止に大役を果して居ります。

◇重症の長期床ずれ患者で御使用後早い方は5日位より患部の乾燥と回復徴候が発見でき、便通も良くなり、その実績は医師、看護婦の方々より高く評価されました。



厚生省日常生活用具適格品 エアーパット

特 長

- ①調節器も特許の防音装置で25ホーンと無音状態です。
- ②一日の電気使用代は約5円と最も格安です。
- ③マットは一般的の敷布団は不要で、硬軟が出来ます。
- ④汚れにはブラシ水洗が可能で、防水速乾性です。

特許 サンケンマット

医理化機
器製造元



特許 試験管立

三和化研工業株式会社

本社工場 〒581 大阪府八尾市太田新町2丁目41番地
TEL 0729(49)7123(代)・FAX(49)0007

シンポジウム

21世紀の看護を考える

司会

千葉大学看護学部 松岡淳夫
厚生省看護研修研究センター 伊藤暁子

シンポジウム

21世紀の看護を考える

司会 松岡淳夫^{*}
伊藤暁子^{**}

はじめに

『21世紀の看護を考える』、この課題に依るシンポジウムを始めるに当って、この司会の栄誉ある大役を私達に割当てて下さった学会長先生に深甚の謝意を表します。また、各分野の権威ある講師の先生方、並びに会場の皆様方には、この極めて難しい課題による何等かの方向性が見出せるよう、御協力の程宜しくお願ひします。

講師の先生方を御発表の順に御紹介します。

(紹介内容略)

尚、この御発表の後、3人の先生方に、特別発言をお願いしています。

(紹介内容略)

さて、このテーマをこの学会で取り上げた主旨は、学会長が会告その他で既に述べられた通りですが、この課題のもつ意味は極めて広い、而も明確には予測し難い未来の問題をベースに論じる、大変な課題といえます。21世紀という言葉ですら、直に私達の中で共通の場を作る事は困難と考えます。そして、何かを組立てようとするなれば、それは空想であり、お話で、このような集まりで討論する意味の無いものです。未来学という分野がありますが、この分野については、知識も少なくこの場に立って看護学を論じることも出来ません。

そこで、現状に立脚して極く近接した明日の看護を展望し、その延長線上に21世紀を見る立場を取りたいと考えます。即ち、足下の問題として、20世紀末の看護を総括し展望することとなると考

えます。

我国の看護、それを支える看護学の現状は欧米におけるそれ等と比較し、著しい立遅れにあるといえます。ナイチンゲールを創始(1860)とする近代看護の黎明期、日本においては1885年、早くも近代的看護の教育が開始されているにも関わらず、その後の教育の立遅れは看護の混迷をもたらし、第2次大戦後、米国の指導により漸く現状への足掛りとなつたと云つても過言ではないと考えます。

米国での看護は19世紀末(1899)看護教員養成が大学教育課程に加わり、今世紀当初(1900)からは大学課程による看護教育が行われ、その後、1960年代頃までには其の殆どに大学院課程も設置され、看護の社会的地位が固められると共に、これらを経た看護研究者による看護学の発展、確立が見られているといえる。これに対して我国の現状は、戦後の40年において、看護制度の改革や教育の改善が急速に計られてきたとはいえる資料の年表にも読みとれるように、著しい後進性の中にあるといえます。

一方、医療の分野を見た場合、近代医学が日進月歩の発達、特に20世紀後半においては脅威的な発展を遂げてきたが、我国においても、近代医学の教育が導入されて(1857)以来の医学界の努力により、現在、先進諸国に伍し、その先達的立場を果しているといえる。この医学と共に看護は医療の両輪と目されるが、我国におけるこの看護、

* 千葉大学看護学部看護実践研究指導センター

** 厚生省看護研修研究センター

21世紀の看護を考える

看護学の停滞は社会の医療ニードの急激な亢まりが進行する現在において、極めて緊急な問題でそこに果す我々の責務は重大である。

そこで、私は看護学、その実践としての看護の現状として、次の様な点を討議に先だって問題提起します。

- 1) 看護学が総合された応用科学であると共通の理解がされて久しい。この学問の立場による学的体系化がされているか。医学分野等学際領域との協働はできているのか。看護学独自の、独歩できる看護解析方法は存在するのであろうか。
- 2) 看護学を基盤とした看護実践のテクノロジーは医療社会においての承認を得るに足るか。看

護診断、適応、看護効果判定の過程について、その明確さはどうか。

- 3) 実践的な看護活動（施設内、地域）が多様化する社会において、看護独自の対応を計画し、自律できるためにはどうするか。
- 4) 看護諸制度の改革にあたり、急速に発展する社会に即し、将来を展望した学的、実践的エネルギーの蓄積と、その活用は計られているか。保守的に旧態のまま新しい流れを受けとめていいのか。

以上が私の抱く問題提起です。諸先生の発表の中で多くのものを後教示いただくなつもりです。会場の皆様方にも御静聴をお願いします。

以上

ジョイント・プラクティスの立場から

—— クオ・ヴァディス・ナース ——

中木高夫

I. ジョイント・プラクティスの立場とは？

ジョイント・プラクティスの立場とは、医師とナースが、お互いの特性を出しあい協力して医療を押し進めようとする立場である。

なぜ私がこのジョイント・プラクティスの立場をとるようになったかという経緯については後に述べることとして、私がジョイント・プラクティスという言葉を初めて聞いたのは1982年のヘンダーソン女史の来日講演のときであった。聞いたというのは正確な表現ではない。というのも、私は医師であってナースではないので、日本看護協会に入会資格がなく、したがって、残念ながら京都で開催されたヘンダーソン女史の講演会には参加できなかったからである。そういうわけで、私が初めてジョイント・プラクティスという言葉に注目させられたのは、このヘンダーソン女史の講演を収録した雑誌「看護」を通してである¹。

この講演を終えて、女史はフロアからの質問を受けている。その中の1つに、私は強く興味を引かれた。その部分を抜粋する。

『[松沢孝子]：アメリカと日本ではいろいろな違いがあると思いますが、お話しの一部にも出てきましたので看護の業務法についておたずねします。法律のなかで、医師の業務と看護婦の業務をはっきりわけることは可能でしょうか。』

〔ヘンダーソン〕：以前は家庭医あるいは一般開業医が行なっていたようなサービスについて看護婦がだいに多くの責任を負うようになるにつれて、法律上医師と看護婦の業務をわけることは

いっそうむずかしくなります。ヴァージニア・ホールという弁護士がいまして、彼女はこの10年間、合衆国における医師と看護婦の共同業務委員会の委員として活動してきており、医師業務法と看護婦業務法をよく調べていたのですが、ある著書のなかでこれらの法律を検討し、この問題をかたづける最も手っ取り早い方法は、師業務法のなかに看護婦が診断し処置することを許可する条文を入れることである、と述べています。

1日24時間、1週7日間をとおして患者のケアについて責任をもっているのはヘルス・ワーカーのなかで看護婦だけである以上、看護婦の行なうサービスにはそれなりに独自のものがありますから、私たちはそれをなんらかの形で私たち看護の定義および看護婦業務法にとりこんでいかなければならぬと私は思います。同時に私たちは、医師は診断と治療についてずっと長い期間徹底した学習をしてきていることも認めなければなりません。もし看護婦が医師の専門領域について彼らと同じくらいよく知っていると思っているかのような印象を彼らに与えているとしたら、それは非常に不幸なことでしょう。

東京での講演において、私は過去5年間実施されて今もなお1つだけハートフォードで続けられている実験、すなわち医師と看護婦が診断と処置を提携して行なうという病院内での共同業務（ジョイント・プラクティス）について述べました。もし私たちが努力すべき目標が医師との提携ということであるならば、この目標が私たちの業務法

に反映されているべきです。（後略）

〔松沢〕：ありがとうございます。それでは……医師の行なう診断治療や指示というものと看護の業務とはどのような関係になるのでしょうか。今の先生のお話ですと、共同で業務するということですが、私ども看護婦には、医師の診断と治療の指示というものがあるのです。これについてはどのようにお考えいらっしゃいますでしょうか。

〔ヘンダーソン〕：私は指示という言葉はきらいです。あるヘルス・ワーカーが患者に指示するとか、あるヘルス・ワーカーが別のヘルス・ワーカーに指示するという考え方を好みません。バーモント大学にローレンス・ウィードという医師がおりまして、彼はこの大学の病院で共同業務（ジョイント・プラクティス）を行なってきています。というのも、彼が看護婦を同僚として扱っているからです。そこでは看護婦と医師が一緒になって、患者の問題が何であるかを見きわめ、患者にとつてどうすることが助けとなるかを決定しています。彼らはそこでは医学的管理（メディカル・マネジメント）という言葉を使っています。この場合、医学的とはすべてのことを含んでいるのです。もし、医師や看護婦その他のヘルス・ワーカーが提携する、すなわち患者のための処置も含めたケアを計画するにあたって協力して働くならば、誰かが誰か他の人に指示するという必要はなくなるはずです。とくにその計画が患者のためにではなく患者とともに立てられたものであるならばです。』

この記事のなかの「ローレンス・ウィード」という名前を目にしてたとき、私はハッとした。というのも、私の臨床経験の大部分を占める滋賀医科大学医学部附属病院では、昭和53年10月の開院以来POSを採用し、病院の中心的システムとして育ててきている。こうした中でPOSによる医療や看護の普及と応用に力を注いできた私としては、ここで「ローレンス・ウィード」という名前を目にすることは、我が意を得たり、という心境である²。この「ローレンス・ウィード」こそ、POSの創案者として名高いLawrence L.Weedそ

の人なのだから。

さらに、POSを行なってきた立場としてはジョイント・プラクティスということがよく理解できる。滋賀医科大学医学部附属病院の特徴は、(1) POSを全診療科、全病棟で採用し、(2)医師とナースが同一紙面に記録を記載し、また(3)医師とナースが固有のプロブレム・リストをもつ、ということである。このようなシステムを持つところから、医師やナースの情報や意見の交換がスムーズになり、互いの方法論や思考過程を理解しあえるようになってきている³。

医師には本能がある。すなわち、健康を害する原因そのもの、病気に目を向けるという本能である。ところがこの本能は弊害を生む。すなわち、病気になった人間に気がつかないということである。ところが、POSを行なってみて、「病気になった人間」のこととはナースが気づいてくれていることが判ったのである。こうなれば、ナースたちは、私たち医師にとって欠くことのできないチームの一員である。仲間である。これがジョイント・プラクティスということである。ジョイント・プラクティスとPOSの結び付きということには、何か本質的なものがあるのだろう。

II. ジョイント・プラクティスの医師がナースに期待すること

医師がナースとジョイント・プラクティスを行なうようになると、ナースに対して、改めて不満を抱くようになる。すなわち、医師が医学という医師の専門分野において発揮する能力と同程度の能力を、ナースが看護というナースの専門分野において発揮していないという点に満たされない思いがあるということである⁴。ジョイント・プラクティスの医師が感じるこうした不満を解消するには、まず、ナース自身が身をもって「看護とは何か」を医師たちに知らせるべきである。ところが、わが国では看護というものの実体がまだまだはっきりとしていない。

そこで「看護の定義」である。「看護の定義」

には種々あるが、私が現在もっとも納得のいくものは、1980年にアメリカ看護婦協会が発表した声明「NURSING」の中に示された「看護の定義」である⁵。この定義は、看護の本質を見事に明らかにし、従来に見られたようなヘルス・ワーカーになら何にでも当てはまるといった思いあがり的でなく、他のヘルス・ワーカーとの関係をも考慮した、もっとも行き届いたものと私は評価している。

Nursing is the diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems.

「看護とは、実在あるいは潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療することである」。

この定義は医師の役割を内包している。すなわち、

「医学(medicine)とは、実在あるいは潜在する健康問題そのものを診断し治療することである。」

医師が医学だけでなく、患者の精神的、社会的问题をも、自分の職務の対象とするように、すなわち患者に全人的に接するように呼ばれている今日、この医師の役割は逆行的な響きがあるかもしれない。しかし、現代は、医師がスーパーマンでいつづけることのできない時代である。医師自身がそのことを自覚し、他のヘルス・ワーカーを医師自身が得意でない分野の専門職として認め、そのヘルス・ワーカーに協力を求め、ヘルス・チーム総体として全人的なケアを提供するのが目的に適っているのではないだろうか。そうしたとき、パートナーとしてもっとも適当なヘルス・ワーカーはナースである。

こう考えてくると、医師と補完的に働く専門職としてナースがあるべき姿は、この「看護の定義」に徹することであり、そのことこそ今後の看護の行方を指し示すものであるということが導き出されても異論はないだろう。

III. 看護の定義に徹する

1. Part I ナーシング・ダイアグノーシス

まずアメリカ看護婦協会の看護の定義の前半、「健康問題に対する人間の反応の診断」ナーシング・ダイアグノーシスについて、である⁶。すなわち、ナーシング・プロセスの第1のステップ、アセスメントの部分である。アセスメントとは、情報の収集と分析を通じて、患者の看護学的状態を明らかにすることである。収集された情報の分析のプロセスは、つぎの4段階に分割される。

- ①情報の気づき、②洗い出し、③クラスタリング、
④ネーミング。

①気づき

収集された一つ一つの情報はまず、健康にとって正の方向か負の方向か、標準的な値を逸脱しているか否か、あるいは正常か異常か、判断される。これを、問題解決技法の最初のステップの「気づき」と呼ぶことにする。このステップでは「健康の概念」とその阻害因子(ストレッサーや焦点刺激と呼ばれるものであろうか)が問題となる。いわば「原理・原則」である。

②洗い出し

気づきの段階で健康にとってマイナスであると判断された情報には、看護職にとって、どうにも介入しようのないものも含まれている。このステップでは、こうした情報を除外する。このことによって、扱いきれない問題を背負いこむことによって生じるバーンアウトも防止できる。ここでは「看護の範囲」が問題となる。「看護の概念・定義」である。

③クラスタリング

問題となる情報を眺めていると、それらの情報相互の関連が明らかになり、看護概念を浮かびあがらせた「情報の塊(クラスター)」が生じてくる。ただボーッと眺めているだけではクラスターが生じてくるものではない。ここでは「情報の塊を作る(クラスタリング)」考え方が問題となる。つまり、看護理論である。それには、アメリカにおいて1960年代以降に爆発的に進歩した看護理論を適応させる、特に「中範囲理論」的に適応させるのが早道と考える。

④ネーミング

情報の「塊」に、その「塊」が表わす看護概念をネーミング(名づけ)する。ネーミングされる言葉は、どのナースも、どのヘルス・ワーカー(医療職)もが共通した理解や概念を呼び起こすものでなければならない。これがナーシング・ダイアグノシスである。

このように見えてくると、「診断」の段階で、すでに多くの課題がナースに突きつけられている。その、もっとも集約された形がナーシング・ダイアグノシスであろう。

2. Part II ナーシング・トリートメント

つぎに看護の定義の後半、「健康問題に対する人間の反応の治療」、ナーシング・トリートメントについて、である。この領域を学問化するのはかなり困難なことだと思われる。ナーシング・ダイアグノシスを正しく行なうことによってナーシング・トリートメントも論理的になるはずだが、それだけでは不足である。要はナーシング・トリートメント(看護治療とでも訳するのか。従来の言葉で近いものなら看護計画がその一部を表わしている)の多様性と論理的決定である。

ナーシング・トリートメントは、看護計画と同様、治療的側面、診断的側面、教育的側面の3つに分けることができる。従来の看護的用語では、ケアの計画、観察のポイント、教育計画、と言えよう。

①ケアの計画

まず、1つ1つのナーシング・ダイアグノシスに対して複数の計画を立てる。つぎにexpected outcome(良い場合と悪い場合、その期日)を想定する。そして、それについて、医学診断や他のナーシング・ダイアグノシスと合わせて、発生する頻度と結果の重篤性を考慮し、もっとも適切なケアを選ぶ。期待される良い結果(good expected outcome)は看護目標に通じ、クライエントを主語とする「行動目標」で表現する。期日は評価やオーディットの日であり、

予想される悪い結果は合併症の早期発見のために観察のポイントに盛り込まれる。

②観察のポイント

1つは①より、予想される悪い結果に関連して観察することが要求されるポイントをハッキリと設定することである。さらに1つは、ケアの成果を正しく評価、オーディットできるように、期待される良い結果に関連して観察することが要求されるポイントも設定することである。

③教育計画

とくにアイディアはないが、教育学でいうところの学習目標の有しているべきRUMBAの原則、すなわち real(現実的), understandable(理解可能), measurable(測定可能), behavioral(行動的), achievable(達成可能)な看護的患者教育でなくてはならない。そして、とにかくクライエントにインストラクティブ(教育的、訓話的)に話したことがらはすべて記録することである。看護目標がクライエントを主語にした「行動目標」の形で表現されることは、教育計画をRUMBAたらしめる大きな力となる。

IV. 看護体制はサポート・システム

看護の定義を徹底することに加えて、そのサポートシステムとして「看護体制」を忘れてはならない。

最初、プライマリ・ナーシングのことは、医師が主治医として機能しているのとあまり変わりがないように思え、私にはこと新しいものとはうつらず、あまり期待していなかった。しかし、ある講演を聞き、ナースがチーム・ナーシングにおいて置かれてきた状況やその打開策としてのプライマリ・ナーシングに目を向けられて以来、プライマリ・ナーシングに対する考え方方が変化してきた。その講演というのは、昭和58年9月2日、3日に開催された、第9回医療と教育に関する国際セミナーにおいて、米国ボストンのベス・イスラエル病院の看護部長クリフォード夫人が行なった「プライマリ・ナーシングによる患者および家族に対

する全人的ケア」である。

クリフォード夫人はこの講演の中でチーム・ナーシングからプライマリ・ナーシングへの流れをこう説明している。チーム・ナーシングは、看護チームの構成員をその能力に応じ、計画を立てるものと実施するものとに分けるといった、効率的に看護の質を保証しようとした点で画期的なものであった。（筆者は、チーム・ナーシングとは看護に軍隊式業務管理方式を取り入れたものと理解している。）しかしアメリカでは、計画するものと実施するものが一致しないことによる不満が、ナースの実力が向上するに従って顕在化し、「看護の風化」が起こってきた。その内的欲求の対策として生まれたのがプライマリ・ナーシングであると。

さらに、クリフォード夫人はプライマリ・ナーシングの概念をつぎの5つに説明している。すなわち、

- ① 24時間の責任
- ② 1：1のナースー患者関係（my patient—my nurse）
- ③ 入院から退院までのケアの継続性
- ④ ケアの計画者がケアの提供者
- ⑤ ケアを提供するナースによる、他の医療者への直接的なコミュニケーション

これは、いわば看護の原点への回帰を意味しているのではないだろうか。これにより、アメリカのナースは、あの看護の定義を生かせる場を得たといえるだろう。

V. 「責任」と「主張」

さて、上記の講演ではプライマリ・ナーシングということ以外に、さらに強いインパクトを私に投げかけた。それはResponsibility（責任）とAssertiveness（主張）という言葉である。つまり、プライマリ・ナーシングを実施するためにナースに「責任」が与えられ、またナースはプライマリ・ナースとしてクライエントに責任ある看護を提供するために看護を「主張」しなければな

らなくなった。「責任」については、責任感から看護に対するモチベーションが高まり、そのためには看護の質が向上するということで、理解できる。では「主張」とは？

Assertiveness（主張、自己主張）という言葉は、企業ではアサーション訓練や自己主張訓練ということですでに取り入れられている。ここで看護の定義に徹するということをもう一度思い出してほしい。看護の定義に徹しようとして、はたしてクライエントが、あるいは医師やその他のヘルス・ワーカーが、医療施設が、社会が、承知するだろうか。看護学生実習のとき、「どうして、看護学生にこんなことまで聞かれなければならないのか？」

と、患者さんに泣かされたことはなかったか。

医師から、

「あなたたち、そんなことをしている暇があったら注射の1本もしなさい」

と、横柄に言い付けられたことがなかったか。看護婦という職業に対して、現代のナースが考えているような役割の社会的コンセンサスがあるのか。多くの一般の人たちは、看護婦は医者のお手伝いさんと見ているのではないか。

ナースがナースとして働いていくには、まだまだナースとは何をする人か、看護とは何か主張していくことが必要である。

VI. 医療環境の変化

21世紀には日本の医療がどうなっているかということも、看護を考えるうえで重要な因子である。

現在の医療環境は、いわばオール・イン・ワン、すべての医療機関がほとんど同じゴール、同じサービスを競っているように思える。保険制度もほぼ一律である。こうした傾向は、いずれ人頭制保険制度の導入などを突破口に、ノーケア、セルフケア、家庭医ケア、一般病院ケア、超専門病院ケアと整備されていくものと思われる⁷。そうなれば、ナースの働くフィールドも変化するということである。

医学(医師)と看護(ナース)の関係も、ナースの存在が無視されてきた時代から、次第に両者がオーバーラップしてきている。

ここで1つのモデルを提唱することにする(図1)。

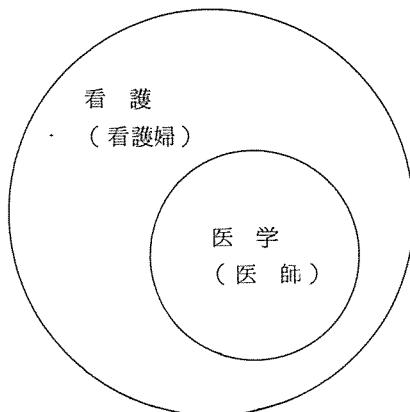


図1 医学(医師)一看護(看護婦)の関係
の近未来予想(期待)図

かつて医学は看護に包まれ、同心円の中心となっていた。が、高齢社会を迎え、治らない病気が増えてきたことに表わされるように、医学(医師)は次第に中心から逸れて行かざるを得なくなっている。また、疾病構造の変化に伴ない、医師が取り扱うのが適当な疾患の比率も次第に減少していくことがそれを示している。

こうした状況だからこそ、「看護」がクローズアップされてくるのである。

VII. 社会環境の変化

看護に影響を与えるのは、医療の現場だけとは限らない。

科学思想家アーサー・ケストラーはその著書「JANUS(邦訳:ホロン革命、工作合刊)」のなかで人類の置かれた状況をこう説明している。

『意識の夜明けからその日まで、人間は「個と

しての死」を予感しながら生きてきた。しかし、人類史上初の原子爆弾が広島上空で太陽をしのぐ閃光を放って以来、人類は「種としての絶滅」を予感しながら生きていかねばならなくなってしまった。

『人間一個の存在ははかない、そうわれわれは教えられそれを受け入れてきた。が、他方では、人類は不滅であると当然のごとく信じてきた。しかし、いまやこの信念に根拠はない。われわれは基本的前提出を改めねばならない。』

きな臭い昨今のことである、どのような社会情況に出くわすか予想もつかない。しかし、どのように医療の現場や社会情勢が変化しても、「看護」とは、実在あるいは潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療すること」であることは変化しない。否、変化してはならないのである。

VIII. クオ・ヴァディス、ナース

そこで、「クオ・ヴァディス・ナース(ナースよ、何処に行きたもう)」。

「21世紀に求められるナースとは、医療の現場や社会情勢がどのように変化しようと、クライエントに対して最善の看護を提供する責任を遂行し、また最善の看護を提供するために、クライエント自身に対して、医師その他の医療従事者、医療施設、社会に対して、最善の看護を主張することができるナースである。」

この結論はあまりにもありきたりかもしれない。しかし、私たち医療者の務めはクライエントまたは患者さんに対して最善のケアを提供することである。そのため、それぞれの資質を持ち寄ってジョイント・プラクティスを行なうのである。医師は医師としての任務を全うし、ナースはナースとしての任務を全うするということは、すなわち看護の定義に徹することである。そのために用意すべきことはすでに述べた。

〔文 献〕

1) V. ヘンダーソン：看護の定義について、ま

ジョイント・プラクティスの立場から

- た看護理論、看護学、看護過程のそれぞれが何を意味するかについて、看護。35:10. 1983.
- 2) 細田四郎、中木高夫、他：POS導入の経験。看護学雑誌。45:505. 1981.
- 3) 細田四郎、中木高夫：医療チームの中での看護計画。看護展望。7:25. 1982.
- 4) 中木高夫：医師が看護婦にゆづるとき。看護。35:29. 1983.
- 5) American Nurses' Association : Nursing. A Social Policy Statement. 1980. (邦訳。小玉香津子訳：いま改めて看護とは。日本看護協会出版会。1984.)
- 6) ナーシング滋賀'84(83)：ナーシングダイアグノーシス。看護学雑誌。1984年4月号より連載。
- 7) 中木高夫、細田四郎：効率的な医療とセルフケア。看護技術。29:785. 1983.

『人間らしく生きていくこと』を問い合わせ、 看護ケアの経済学的評価の研究の必要性を

川 島 みどり

医療の高度化に伴って医療チーム内で分担する看護の領域は拡大しているが、その方向は必ずしも、看護概念の拡大の方向ではなく狭義の医療との境界領域への拡大であることは多くの看護婦の認めているところである。

現在の病院の入院患者の特徴は、施設の背景によっても相違があるのは当然であるが、かなり共通のこととして、入院患者の高齢化と、重症化があるように思われる。そのため看護婦としての仕事の内容は、生命を維持し、よりよく生きていくための日常的かつ習慣的なケアと、より、医学的な領域に近い医療技術の実践の両面がある。

問題は、後者の仕事への比重が年々高まっていることであり、そのことは現場の看護婦の関心をより医学的な領域へと近づけていることもまた事実である。ある民間病院の現任教育に携わっている私は、現場でこうした傾向を実際に複雑な気持で見ている。たとえば、内科病棟を例にとれば、ICUの看護婦に期待されるような観察技術が、一般患者にも適用されていく傾向があり、それができることが、1人前の看護婦としての最低条件であるかのような錯覚さえあるようである。

たとえば心電図モニターの判読や呼吸音の聴取や、レスピレーターのセッティング、輸液の管理などが、一般看護婦にも期待される技術の中味となっている。患者の疾病構造や入院患者の重症化の傾向から見てそのこと自体はやむを得ないこととしても、それゆえに、患者の生活面でのケアへの関心が薄れてゆく状況を容認してよいことには

ならないと思う。

そうした実態が単に一病院の特殊な問題ではないことは、さきに、私たちが行った調査によってもうらづけられている。調査によれば、看護婦による医療行為の内容はかなり拡大していて、施設の背景や地域性によっての差はあるものの、相当に危険が予測される医療行為を、数年前の状況と比較して、かなり高率に看護婦が実施しているということである。しかも、そうした傾向が看護婦の発意によるものでないことは、地域性や施設における医師の数の占める率によっての差が見られたことからも明らかである。

かなり高度な判断を要求されるそれらの行為の実践者として期待されることを進歩の方向と見るのかどうかについては論議のあるところであろう。業務範囲以外のこととして拒否する方向に向くのか、それとも、積極的に看護婦の仕事にとりいれていくのか。

この点に関しては法的な問題からのアプローチはあっても看護の本質からの問いはまだ弱いと思う。21世紀に向かってわれわれの態度を明らかにするべきではないだろうか。その討論の前提として、医療チームの中で、看護の分担すべき領域を明確にする必要があると思う。そこでこうした、境界領域における看護婦の業務の実態をふまえた上で、保健医療チームの中で果す看護婦の役割が、今後どの方向に向くべきなのかについて、考えてみたい。

私が強調したいのは、療養上や闘病過程で、生

きていることを基盤にして、人間が人間らしく生きていくことの意味である。

人間が人間らしく生きてゆくことを可能にするための援助に責任を持つ看護婦として、それが、一体どのような意味をもっているのか、また、そのことに対する社会的評価はあるのかどうかについては、今後数々の実践例を通して述べていく必要がある。

そこで、脳外傷の1人の患者への働きかけとその過程における経済的評価を明らかにしながら私の主張を述べて見たいと思う。その患者は、脳外傷で半植物状態で転院してきた54才の男性である。受傷後救急入院した病院で手術をしているが、当院に転院時の状態は次のようである。

対光反射はあったが、意識レベルは200程度（3-3-9度方式）であった。受傷後すでに半年を経過していて、気管切開による気道の確保、輸液と経管栄養、尿道留置カテーテルの挿入がされていた。半身の麻痺と拘縮による変形ならびに、両腸骨部には褥創を形成していた。上気道感染のため発熱もしていた。

脳外科の医師によても、感染さえ悪化しなければ、かなり生存はできようが、意識の改善は困難であろうと評価されていた患者である。結論からいえば、それから約1箇月余でかなりの変化（呼名に対して視線をあわすなど）があらわれ、状態はかなり好転してきた。

現在では、言語による意志表示はできないが、問い合わせては『うん』と声を出すようになり、写真の中から、自分の息子を指で指せるようになり、不愉快なことは表情やしぐさで拒否できるようになった。近く退院予定である。

この患者へのアプローチを振返れば、植物状態で生きているだけの状態から、人間らしく生きていくことの可能性の実現を目指した看護婦のはたらきかけと、夫として父としての患者の人間性回復を祈りながら、彼を支え励まし続けた家族の熱意の協働が実を結んだものといえよう。医療的な対応はあまり行われなかったが、患者の日常のリ

ズムを獲得するための前提として、上気道感染と褥創を治癒させるための計画を、看護婦たちが継続して行ったことの成果である。

24時間を通して、2時間毎の体交とタッピング、ネブライザーと吸引をセットにしたケアを実施した。その結果、肺炎は完全に治癒し3箇月後には気管カニューレも抜去された。一方で、患者の反応を見ながら（口腔内吸引時にカテーテルを咬む動作から）経管栄養と並行して、経口摂取の訓練を実施した。尿道留置カテーテルは数日で抜去し、車椅子での散歩を家族により行った。ラジオを聞かせ話しかけ、好きだった畠畷の相手をし、入浴をさせるなど、家族ともども心身両面からの刺激を行った。このケースから看護技術的な学びの要素を多くつかみとることができる。すなわち、

- ・経管栄養から経口に変更する場合の判断と安全な経口摂取の方法
- ・尿道留置カテーテル抜去の時期の判断
- ・気管カニューレ抜去の時期の判断
- ・上気道感染予防の方法と治療のための看護技術
- ・意識レベルが低下している時期におけるはたらきかけの方法などである。

このケースのケアの途上で、患者の生命力が、周囲のはたらきかけに反応し目に見える変化となって現れ、周囲の者を大きく励ましたことは事実である。だが、生活諸行動の改善が単なる偶然であったとは思えない。

この患者の看護の中心となった看護婦は、「非経口摂取から経口摂取にむかうはたらきかけは、単に栄養の補給から、人間らしい生き方への転換をはかるものであった。同時に全体の生活リズムをととのえることが、経口摂取を成功させた」と語っている。

すべてを他人の世話を委ねていた彼が、最近では、食行動が自立でき、食事の時間を楽しみにしている様子が見られ、左手ではあるが、いきいきと食事をしているさまは、かって半植物状態で入院してきたときの様子からは想像もつかなかったことである。

『人間らしく生きていくこと』を問い合わせ、看護ケアの経済学的評価の研究の必要性を

こうした、看護実践はおそらく無数にあることであろう。そうした実践を通して看護の可能性すなわち、生きていることを基盤に人間らしく生きてゆくことを可能にする看護の役割を明らかにしていく必要がある。こうした成果が看護婦を勇気づけるとともに、家族に代表される社会の、看護の役割承認につながると思う。またこの患者の家族の困難は、これからいっそう拡大していくことも予想できることである。地域における社会的な資源の活用に対しての援助が必要であることはいまでもない。

では、経済学的な評価はどうであろうか。入院中のレセプトと看護記録をつきあわせて検討してみると、次のようにある。すなわち、入院当月は11日間で、検査2192点、与薬が3220点、注射11060点、褥創処置、気管切開部からの吸引、留置カテーテルの管理などで3540点、医学管理料2750点、入院時基本診療料(室料、看護料、給食料)3520点、合計26440点である。この中に看護料として認められているのは、僅かに1100点(約4.2%)にすぎない。

入院当初は患者の病状の評価、生命の維持のための処置や検査のウェイトが重かったとして、では、翌月1月分ではどうであろうか。同様に合計すると、30132点中3100点(10.2%)が看護料金である。この間、患者の生命の維持を基盤にしたより人間らしく生きていくための看護婦のはたらきかけは、どのように評価されるべきなのか。ケアに要した時間と看護婦の賃金から単純に計算しても、2時間毎の体位変換とタッピングだけで1日約99点、普通看護料は1日100点であることから見て看護料の評価が如何に低いかということがいえる。

この患者の場合は、医療的処置はさきにも述べたように通常の場合と比較してきわめて少ないにもかかわらずこうした結果であることは、看護技術の可能性が如何に社会的に評価されていないかということを如実に示しているとはいえないであろうか。

ここで、現行の医療費問題の一般的矛盾について述べようとは思わない。21世紀の看護の方向を展望するにあたって、経済学的な側面からのアプローチが是非必要であると考えるのである。

保健医療経済学における費用便益分析は、投入した費用に対して、如何程の効果があったかを判定し、もっとも効率的な手段の分析をする方法であるが、一面的な見方をすれば、さきの事例においては、もっとも安い費用でよい結果を生み出したといえるかも知れない。しかし、その好結果は、あくまでも対象の生活の質(QOL = Quality of life)という視点から見たものであって、社会の労働力の再生産に貢献したとは考えられない。

しかし、看護のアウトプットは健康問題の解決だけではないことは事実である。事例にあげた患者の場合、彼が再び職場に復帰できる可能性は恐らくあるまい。だが、彼が半植物状態であり続けることと、周囲のはたらきかけに対して彼なりの反応ができる、自分で楽しく食事ができることでは、その生活の質の相違は誰の目からも明らかであろう。まさに、彼は生きている状態から生きていく状態へと飛躍したのではないだろうか。ところが、現在の医療は、生きることへの費用は認めて、より人間らしい生き方への費用は認めていない。

同様に難病や重症心身障害者への看護ケア、慢性疾患の患者への闘病の動機づけ、あるいは、看護によって平安な死を迎えることができたとき、そのプロセスにおける経済的評価はない。また、果してそれは対象や彼をとりまく家族集団にとって、経済的な利益を産出したといえるであろうかという点についても疑問のあるところである。

現在の保健医療経済学では残念ながら、そうした技術評価の方法はまだ確立していないようである。だが、そのことに目を閉じている限り、医療保健分野での看護の自立はあり得ないのでないだろうか。施設中心であった看護の形態が、国民の需要に応じて在宅看護や中間施設の必要性を生み出しているとはいえ、その場に適した看護の力

『人間らしく生きていくこと』を問い合わせ、看護ケアの経済学的評価の研究の必要性を

量が高まらない限り、そして、それは、医療と相互に補完しあう関係で発展していくのであろうが、これまでのように疾病の治癒、生命の保持（生きているレベル）や生活行動範囲の拡大という結果を生むだけとは限らない、われわれの実践の評価を、どのような視点から経済的に評価するかとい

うことの研究は、これからのかの看護学の課題、学際研究の課題の1つではないだろうか。

『生きている』ことの上に立って『より人間に前向きに生きていく』ことを目ざした看護の技術の確立とその経済的評価という視点から21世紀に向かう看護研究の課題を述べた。

看護実践の質的向上をめざして — 援助方法の決定及び実施の思考プロセス —

花 田 紗 子

はじめに

医療のめざましい発展は、一方では専門分化や機械化された状況に患者を置くことになり、ややもすると人間疎外になりかねない現状をつくり出している。また高齢化社会は、ケアの社会的ニードを高めている。このような看護に関する時代背景においては、人間的な質の高いケアを提供できる看護実践者が求められていると考えられる。

そこで、患者に適した援助を提供するということについて、最も身近な日常の看護場面をもとに考えてみた。看護婦は日常よく遭遇する具体的な援助方法を、患者に適した援助とするために、どのように方法を決定し、実施しているかについて、心筋梗塞患者の洗髪場面を再構成し、看護婦の思考プロセスをとらえ検討した。

1. 援助方法の決定及び実施場面

患者は急性心筋梗塞、下壁梗塞で発作から29日目、57歳の女性である。リハビリテーションは、表1のプログラムの段階5であり、午前10時と午後2時、5時の1日3回、廊下の150m歩行とイスの15分間坐位を行っている。看護婦は短大卒業後、臨床経験1年3か月である。

看護場面は資料1～4の通りである。まず、リハビリテーションが終った10時50分、バイタルサインを観察しているところから始まる資料1、資料2を援助方法の決定場面として考えた。次に、上向きの体位で洗髪を施行し始めた資料3、資料4を実施場面とした。場面及び写真は実際に洗髪

を行った看護婦と共に再構成した。（ただし患者はモデル）

II. 思考プロセス

援助の具体的な方法を決定し、実施した看護場面資料1～4のC、看護婦はどう感じ、どう思つたかをもとに、看護婦の思考プロセスをとらえていくと、表2のようなステップが存在していることがわかった。

まず、患者が「お風呂に入りたいなあ。もう1か月も入ってないもんね。」と表現した患者の気もちを、看護婦が受けとめた（資料1の①～②a）の【第1ステップ】。

続いて、看護婦は患者の以上の気もちを察しながら、（資料1の①～②b）“今はリハビリテーション段階5なので入浴はできない。すっきりしないだろうけれど、必ず入れるようになることを説明して、清拭と洗髪で我慢してもらおう。髪はいつ洗ったのかな。聞いてみよう。”と思い始めている。つまり、看護婦は受けとめた患者の気もちと病状、医師の治療指示などを照合し、さらに目の前の患者から観察し続けている身体状態や心情の動きを考えあわせて、入浴はまだ無理であることを患者に知らせて、現在の状態において可能な方法で、できるだけ患者のニードが満たされるようにしなければと判断し、行動を起こそうとしている【第2ステップ】。

次に、患者が希望をなくさないように注意して、（資料1の②）「…………そのうち、必ず入浴でき

看護実践の質的向上をめざして

表1 心筋梗塞リハビリテーションプログラム

氏名 M 殿 57才(男・女)

発作 59年5月30日

段階	行動範囲			リハビリテーション	心電図 トレッドミル Met法	MET	月日
0	ベッド内	食事介助 家族のみ 面会	不潔部分 のみ清拭	絶対安静	モニター		/
1			部分清拭	受動的手足の運動 各5回 2-3回/日	モニター		/
2	ベッド上	食事坐位(ギャッジ挙上) 洗面介助 ラジオ短時間	ベッド内能動的手足の運動 各10回 2-3回/日	モニター	(モニター)	6/7	/
3							
4	室内歩行	室内洗面、洗髪介助 面会短時間 車イスで検査	1. ベッド内手足の運動 続行 2. 食事以外に坐位 5-10分 3回/日	(モニター)		6/12	
5	廊下	ベッド上自由、室内自由 自分で更衣可 手紙、読書自由	1. 廊下歩行 50m-100m →150m 2-3回/日 2. イス30分 3回/日		1.6	6/16	
6	歩行	浴室での清拭、洗髪可 身のまわりの整理可 電話短時間、歩行で検査	廊下歩行 300m 3回/日	1	2	/	
7	階段歩行	シャワー可 試験外泊	1. 階段半階昇降 } 2-3回/日 2. 廊下歩行500m	2	3	/	
8	階段歩行	入浴可 都合により退院可	1. 階段1階昇降 } 2-3回/日 2. 廊下歩行800m	3	4	/	
9	廊下自由	退院	1. 階段1階半昇降 } 2-3回/日 2. 廊下歩行1000m	4	5	/	
10			1. 階段2階昇降 } 2-3回/日 2. 廊下歩行1300m	5	6	/	

- 各段階の初回の運動は、原則として心電図、心拍数、血圧を測定する。
テレメーターによる心電図モニターが望ましい。
- 安静時、心拍数100以上、不整脈毎分6以上、患者不快時は運動を控える。
- 1日のうちに1段以上の運動をしない。
- リハビリ中、胸痛、頻脈(>120) ST偏位(>1mm), 重篤不整脈、血圧の高度変化のないことを確認して段階をすすめる。

産業医科大学病院第2内科

看護実践の質的向上をめざして

表2 具体的な援助方法の決定及び実施の思考プロセス

	ステップ	思考プロセス
援助方法の決定	1	患者の気もちの受けとめ
	2	患者の気もちと身体状態との照合からの判断
	3	患者の状態において可能な方法の提示
	4	方法の決定
実施	5	患者の気もちの満足度の確認、及び身体への影響の観察

るようになります。……」と加え、現在の患者の状態で、心臓に過負荷とならないで実施できる洗髪の方法を提示して、患者の気もちの反応をみていく（資料1の③—④、⑤—⑥）の第3ステップ。

次に、心臓に過負荷とならない方法として、看護婦が提案したことについて、患者が（資料②の⑬）「上向きがいいです。」と答えたので、看護婦は実施可能と判断した。したがって、洗髪の具体的な方法は、「患者のベッドから約10m位ある洗面所の洗髪台まで歩いて行き、上向きになる体位で介助して洗う。」と決定している（資料2の⑯一）の**第4ステップ**。

実施に入り、（資料4の一⑯）“確認のため聞いてみよう。かわりはないだろうか。”と考え、患者の気もちの満足度を聞いたり、心臓に負担がかかりすぎていないかを観察している（資料3、4）の**第5ステップ**。

具体的な援助方法が患者に適したものとして構成されようとする時、これら5つのステップの要素が含まれているように思われる。

III. 看護の能力の発揮

次に、患者に適した援助となるための要素について考える。表3は、具体的な援助方法の決定に関連した患者の希望や看護婦の判断を抽出したものである。

表3から、どのような援助が必要かの判断が正しくできるためには、患者の気もちを敏感に受け

表3 決定に関連している患者の希望と看護婦の判断

[患者の希望]	[看護婦の判断]
1 お風呂に入りたい	入浴は無理なので清拭と洗髪 (清拭施行)
2 洗髪に関して	洗髪台で上向き、下向きの洗髪の方法は可能なので提示して患者の希望で決める 上向きがいいです

具体的な援助方法の決定

[患者のベッドから約10m位ある洗面所の洗髪台まで歩いて行き、上向きになる体位で介助して洗う。]

とめることのできる感性が必要であることはもちろんであり、さらに病状、治療を理解し、正確に観察し解釈できる医学の豊富な知識をもっていること。そして判断し、決定し具体的な援助方法を組み立てていく能力が重要であることがわかる。この能力を高めてゆき、医師を始めとする医療スタッフと患者のケアを話し合い創り出していくことができる看護実践者が、より望まれていると思われる。このことはひいては、本当の意味でのプライマリナーシングができる看護として訓練されていくことを含んでいる。また、援助方法の決定及び実施においての判断基準や効果判定に資するための多くの研究やその成果も必要とされている。

もう一つは、資料2の⑯にみるように、患者の状態に応じて可能であると考えた洗髪方法を提示し、その選択は患者にまかせ、患者の好み援助方法を決定しようと努めていること。つまり、患者を中心に置いて発想し、援助を組み立てようとする態度を身につけていることが重要であると考える。

以上のように、患者中心の態度、豊かな感性と豊富な知識が統合された総合的能力を身につけ、患者のニードに合ったケアを創造し実施していくことが、看護婦個々の能力を発揮することであり、

看護実践の質的向上をめざして

またやりがいが存在している。かつ、このやりがいは、看護の質的向上の原動力でもあるので、

それにつながる各ステップに含まれる要素はより意味をもっていると思われる。

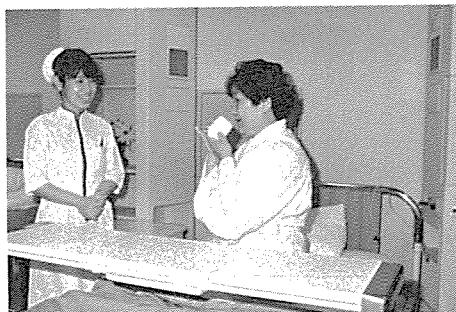
A. 患者の言動	B. どう行動したか
①「お風呂に入りたいなあ。1ヶ月も入っていないもんね。」	②「今は、まだ安静度の関係で負荷をかけられるのは、ベッドの上の清拭までです。入浴は、かなり心臓に負担をかけますから。でも、リハビリテーションを頑張って、体力、その他をつけていけば、そのうち必ず入浴できるようになります。それと、髪はいつも洗いましたか。」
③「4日程まえ、もうそろそろ…。」	④「お昼からでも、もしよければ髪、洗いましょうか。」
⑤「わあ、ほんと、嬉しい。そうしてもらえる。」と喜んだ。	⑥「じゃ、午後1時頃来ます。」と言い、退室した。



C. 看護婦は、どう感じ、どう思ったか

- ①-② a もう1ヶ月もお風呂に入っていないのかなあ。気になるだろうなあ。
b 心電図や血液検査では、特に問題ないが、今は、stage 5で、入浴不可だから、すっきりしないだろうけど、必ず入れることを説明して、清拭と洗髪で我慢してもらおう。髪はいつも洗ったのかな、聞いてみよう。
- ③-④ 洗髪してほしい感じだから洗おうかな。今から、学生さんが清拭するみたいだから、洗髪を続けてすると、お昼ごはんも来るし、Mさんが気ぜわしいし、心臓にも負担がかかるかもしれないなあ。午後からしよう。強く要求がない限り、ゆとりを考えて、午後1時頃をすすめてみよう。
- ⑤-⑥ やっぱり洗いたかったんだなあ。午後1時が、のんびりとしていて、いいだろ。

A. 患者の言動	B. どう行動したか
	⑦「髪を洗いましょうか、今いいですか。」
⑧「はい、私はいつでも。」	⑨「胸はいかがですか。体の方の調子悪くないですか。」
⑩「はい、どうもありません。」	⑪「では、洗髪台の所へ行って洗いましょう。」と言い、洗髪台の所まで一緒に行った。
⑫「上向きがいいです。」	⑬「上を向いて洗われますか。それとも下を向いて普通に坐って洗いますか。」



C. 看護婦は、どう感じ、どう思ったか

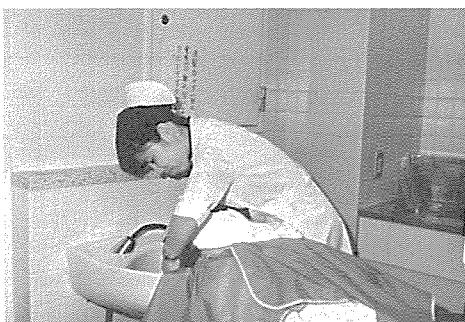
- ⑦ 食後1時間は経過している。そろそろ行ってみよう。
モニター上は、心拍数82整脈で、特に変化はないし、今からでもいいか聞いてみよう。
- ⑧-⑨ 胸部症状を聞いてみよう。
- ⑩-⑪ 身体の方は、特に問題ないようだ。プログラム上、洗髪台で介助になっているので、洗髪台まで歩いていって行おう。Mさんは、歩行時ふらつきが少ないので、一緒に歩いて行こう。
- ⑫ 上向きの方が胸を圧迫しないで楽だろう…でも中には、下向きの方が楽と言う人もいるので、一応聞いてみよう。どちらでも患者さんの好きな楽な体位で行おう。
- ⑬ 上向きがいいらしい。
患者のベッドから約10m位ある洗面所の洗髪台まで歩いて行き、上向きになる体位で介助で洗う。

資料1 援助方法の決定場面(第1～3ステップ)

資料2 援助方法の決定場面(第4ステップ)

看護実践の質的向上をめざして

A. 患者の言動	B. どう行動したか
<p>⑯ 「痒い所は、特にないです。全体的に少し痒い。 あーきもちいい…」</p> <p>⑰ 「ないです。」</p>	<p>上向きの体位で洗髪を施行 ⑭ 「痒い所があつたら言って下さい。それから途中で気分が悪くなったり、胸がおかしい時には、すぐに言って下さい。」</p> <p>⑯ 「リンスしますね。もう痒い所、洗い残した所ないですか。」</p>



C. 看護婦は、どう感じ、どう思ったか
<p>-⑯ 痒い所はないかな。あればさっぱりするように、そこを念を入れて洗おう。気分は悪くないかな。ちょっと確認のため聞いておこう。悪かったら、すぐにやめなくちゃいけないし。」</p> <p>⑯-⑰ 洗い方はいいようだ。 きもちがいいらしいので安心。少しは満足してもらえている様子。よかったです。 5分経過したし、2回洗いもしたから、長くなると心臓に負荷がかかるだろうから、洗い残した所や不満などないか聞いて、もうそろそろリンスをして終ろう。</p> <p>⑰- ない様子。じゃもう終ろう。</p>

資料3 実施場面(1)(第5ステップ)

おわりに
今回は、事例を通して、具体的な援助方法の決定及び実施場面における看護婦の思考プロセスの分析から、看護実践の質的向上に関する要素を考察した。個々の患者に適した援助を創造してゆ

A. 患者の言動	B. どう行動したか
<p>⑯ 「はい、胸は大丈夫、あーさっぱりした。どうもありがとうございます。入院して、こんなことまでしてもらって…あと、かわかします。」</p> <p>⑰ 「はい。」</p>	<p>⑯ 「はい、終りました。おかげないですか。」</p> <p>⑯ 「ちょっと脈、測らせて下さいね。」と言い、脈拍を測定した。</p> <p>⑯ 「それでは、風邪をひかないように、きちんと髪を拭いておいて下さいね。」</p> <p>⑰ 退室した。</p>



C. 看護婦は、どう感じ、どう思ったか
<p>-⑯ 確認のため、聞いてみよう。かわりがないかどうか。</p>
<p>⑯ 大丈夫な様子。満足されている様子で嬉しい。やってよかったな。</p>
<p>-⑯ 不整や頻脈になっていないか。ちょっと確認してみよう。 大丈夫だ、変りない。</p>
<p>⑯ あと髪もよく乾かしてもらっておこう。ぬれたままにしておくと、風邪をひきやすいし、それが心臓の方にどう影響するかわからないから。</p>
<p>⑯-⑰ あとでドライヤーはとりに来よう。大丈夫だろう。</p>

資料4 実施場面(2)(第5ステップ)

くためには、看護独自の判断と実施までの思考の各ステップの要素にかかわる感性が豊かに発揮され、真の専門性の高いプライマリナーシングの実現にむけて、努力してゆきたいと思う。

最後に、御協力いただきました産業医科大学病

看護実践の質的向上をめざして

院看護婦安東厚子様に感謝申し上げます。

参考文献

- (1) 特集, アメリカの Nurse Practitioner における医療業務と責任の再配分(第13回日本医事法学会シンポジウム), ジュリスト, No. 804, 1983年。
- (2) 松木光子, 看護診断, その本質と展開, 看護, Vol.36, No.5, 日本看護協会出版会, 1984年。
- (3) アメリカ看護婦協会, 訳小玉香津子, 今あらためて, 看護とは? アメリカ看護婦協会の声明書(2), 看護, Vol.34, No.2, 日本看護協会出版会, 1982年。
- (4) マーシャ・アンダーソン, 訳八戸和子, 日常の実務におけるプライマリー・ナーシング, 看護, Vol.33, No.14, 日本看護協会, 1981年。
- (5) Martha E·Rogers, An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing, Davis, 1980年。

看護診断学・治療学の確立と研究者の養成

川 上 澄

看護の免許もなく、又意に反しまして看護教育の場に足を突込んでから、まだ11年と日も浅い私にとりましては、とても21世紀の看護を考える資格はありません。ましてやこのような学会におきまして、シンポジウムに参加するなど、とてもおこがましいことあります。しかしシンポジストとして選んで下さいました木場会長の意をくみまして感謝申し上げながら、日頃感じておりますものの中から、ほんのすこしを述べさせて頂き、皆さま方の批判を浴びることによって私の責任を果したいと思います。

看護関係の学会では、最も大きい学会である日本看護学会の各分科会で発表された演題数を、過去5年間に亘り集計してみましたが、特に最近演題数が多くなり学会活動が活発になったということではなさそうです。しかし演題数が増加していないということには、他に新しい学会、例えば日本看護科学学会等が設立された、ということ等も関係しているものと考えられます。

次に発表されました演題の内容を検討してみますと、判で押したように各年度毎の演題数に差はなく、基礎的研究は最も少なくて20%しかないのです。また症例報告が約 $\frac{1}{3}$ を占めています。なおこのパーセントは、各年度の大会毎の差がないので、5年間に発表された全演題数3112に対する数字であります。

基礎的研究ですが、看護を看護学として発展させるためには、最も重要なものと考えられる分野でありますが、看護技術、看護概論などに関する

演題が多く、自然科学的方法論に基づく微生物学的、生理学的、あるいは生化学的な研究は大変少なくなっています。

演題数の中では最も多い臨床的経験についてみると、小児科、内科、母性、外科等の順に多く、その他の科からの演題が極めて少ないのであります。このようなアンバランスは、決して研究テーマがその他の科の患者に少ない、ということではなく、研究が研究者の興味のみによって進められていたり、研究の指導者に片寄りがあるためであろうと考えます。

次に演題を発表した機関についてみると、本来研究活動の中心となるべき大学、短期大学等の研究機関、あるいはその他の教育機関からの演題は極めて少なく、全体の20%にも満たないのであります。研究機関の少ないという看護界の現状を考えてみると、いたしかたないのでありますが、このあたりにも大きな問題を感じます。看護という特殊性を考えれば、一般病院という臨床の場からの研究が多いのは当然かもしれません、研究者としてのトレーニングも受けず、しかも日常の勤務をもった看護婦達が研究発表をするというのでは、自ずとこの質的なものが問題となるのは当然のことであいましょう。

昨年の日本看護科学学会のメインテーマが、看護学の学的基盤を共有しようというものであったと聞きます。確かに看護に従事する全ての人が、学的基盤を有するのは大切なことと言えます。しかし全ての人が研究者になる必要はないわけであ

りますし、なれるわけでもないのです。これは医師の世界でも同じことが言えるわけであります。独立した学問の専門的分野とは当然そのような厳しさがあってしかるべきと言えます。医師と医学者が区別されていますように、看護学者と看護を実践する看護婦との区別があっても当然のことと言えます。

最近出版されました訳本の中にNursologyという言葉が出て参ります。その言葉について曖昧な定義が書かれており、何がNursologyなのか解りません。いずれにしましても、今後はNursingを支えるNursologyを築いてゆく必要があると私は考えるのであります。そのためには、経験的な証拠のみを基盤とした臨床的な研究だけでなく、看護の教育を受けた人達が自らの手で、自然科学的な実験的研究や、医学・心理学をはじめとする隣接する科学の知識・理論・主義等を導入して、基礎的な実証的な研究を重ねてゆく必要があると考えます。このためには、まず研究者を養成するための指導者を養成する必要がありましょう。さらに研究を行うための施設・機関を多く作る必要があると言えます。

次に実際の臨床の場に送り出す看護婦教育の充実の必要性について少し触れてみたいと思います。自らが修めた専門的知識を背景に、臨床の場で医師と対等の立場で意見を交換しながら協力していく、あるいは協力してゆけるようになるというのが、看護婦の理想的な姿であると考えます。もちろん、看護独自の業務、careが中心になるわけですが、教育の中に看護診断学・看護治療学といったものを確立し、その理論さらには技術を充分に持たせるよう教育指導する必要を感じるのであります。特に人生経験の多い患者や、その家族に対する助言をしたり、心理面からの援助をする場合には、よほどの理論と手段を持ち合わせていないと業務を全うできないはずであるからです。

患者は常に不安であります。あるいは不安な状態にあります。患者の身になって話を聞いてやるだけではナイチンゲールの時代の看護とすこしも変わ

ないと言えます。少くとも病態生理以上に看護者の精神状態、性格特性等を直ちに診断できるような診断能力を有する看護婦の養成の必要性を感じるのであります。

最近アメリカから取り寄せました本のうちの一冊で「ナーシングダイアグノシス」という本は、すでにアメリカでは沢山出版されているようであります。この本の内容をみると、看護計画をたてるためだけの診断学ではなく、例えば不安の項をみてみると、日本の医学部の学部教育でも教えないような心身両面からの不安の診断法、治療法などが記載されています。また便秘の項をみましても、医師と充分に意見の交換ができるだけの内容の診断法が盛り込まれ、看護面からの治療のゴールや、その評価法などが記載されているのであります。我が国におきましても、従来からの大学であろうが短期大学であろうが、高等看護学院であろうが、旧態然とした同じ教科書で、同じようなカリキュラムで教育するというのではなく、各レベルに応じた教育を行い、質的な向上を計るべきだと考える所以であります。

科学とは、データを集め、それを分析して、理論や法則を編み出してゆくものであります。前に出した訳本の一部でありますが「理論は研究から生れる」というようなことが明確に書いてあります。

また「看護理論と看護実践は結びつかない」とか「結びつけなければいけない」とか、議論のための議論をしても、それは言葉の遊びにしかすぎません。これは理論を説く人自らが看護の理論から離れたり、直接科学的な研究を怠っているために生ずることだと考えられます。

看護とは、現在でも定義が大変曖昧なものと言えます。現代医学は疾患を細胞のレベル、あるいは遺伝子のレベルで解明できるようになってきました。医学イクオール人体生物学ではないという反省から、患者を全人的に治療しなければならないというひとつの大きな反省から、心身医学が生まれてきました。心理学の理論、あるいは手技を導

看護診断学・治療学の確立と研究者の養成

入して研究が盛んに進められている現在であります。看護の分野にも、このような学際的な研究をどんどん導入して研究を進めてゆくことが大切と言えます。

以上21世紀にぜひ解決して頂きたいことがらについて述べさせて頂きました。

看護学確立のための課題

南 裕子

はじめに

21世紀の看護を考える主題のシンポジウムで、自分の考えを述べるようにという要請がありました時、看護大学で教育研究に携わる者としては、やはり、看護学が21世紀には是非確立して欲しいなあ、そのためには、我々20世紀に住む者として、どのような努力が必要であるかを考えてみたいなあと思いました。従って、これは、21世紀の看護学の発展に向けての個人的願望であり、独断的な展望であります。

20世紀の看護学の発展過程：

看護理論に焦点を当てて

看護学の発展を振り返る時には、まずナイチンゲールまで逆登らねばならないでしょう。「看護の覚え書」が発刊されたのが1856年といわれますので、看護学の夜明けは、他の学問分野の夜明けと機を同じくしたといえましょう。しかし、これら他の学問分野のその後の発展のスピードを考えますと、看護学は、いささかゆっくりとした発展を遂げたように思われます。理論の発展だけを見ましても、ナイチンゲール以後、約100年の間は、特に取り立てて述べるべき看護理論は、発表されなかったようです。理論の発展がなかったからといって、我々看護婦が何もしなかったというわけではなく、実践科学と今日言われる看護の実践の開拓、すなわち、看護という職業の確立に向けて、先輩達は並々ならぬ努力を積重ねてこられました。しかし、今日のシンポジウムの私に与え

られた課題は、看護職業の展望ではなく、科学としての看護学の発展の問題を考えることです。看護学全般を展望するのは、微力な私のできることではありませんので、今日は特に、看護理論の発展から見た看護学に焦点を定めたいと思います。¹⁾²⁾

いわゆる看護理論と呼ばれているものは、アメリカ合衆国だけでも20余り発表されています。1950年代半ばに発表されたペプローの看護論に始まり、1960年代は第1期の看護モデルの出現時代でした。この時期の看護理論またはモデルの特徴は、理論の原型が他の学問分野から直接的影響を受けていたことにあります。これは、理論家達が、その時代には、看護の大学で教育を受けられなかったので、看護の近接領域の他の学問分野に足を踏み入れて、そこから、看護現象を理解しようと試みたためであります。1970年代は、その傾向を受け継ぎながら、一方で、既に存在する看護理論を土台にして、新たな理論が以表されました。M. Newman³⁾や Sister Roy の理論⁴⁾⁵⁾がそれに当ります。これを、第2期と仮に呼ぶことにします。勿論、第2期にも第1期のような動きがなかったわけではありません。Paterson⁶⁾と Zderad⁷⁾や M. M. Leininger⁸⁾, A. M. Putt⁹⁾, および R. R. Parse⁹⁾などがその良い例だと思います。第3期の1980年代は、第1-2期に発表された看護理論がさらに修正されるようになりました。このように、他の学問分野から借りた理論を土台とする borrowed science 的な動きが主たる第1期、第1期に発表された理論を土台

とする新たな理論の生まれる第2期、それに、第1期や第2期の理論が修正される第3期の動きは、これからも繰返されることでしょう。おそらく、それは、この世紀中続けられることだと思います。

看護理論の特徴

それでは、いわゆる看護理論といわれる理論には、どのような特徴があるのでしょうか。ここでえて、「いわゆる看護理論」と呼びますのは、これらの理論は、理論というまでには精練されていないくて、まだ概念枠組みやモデルと呼ばれるレベルなのだとという説もありますし、「いや、あるものは既に理論と呼べるが、そうでないものもある」という説があり、一律に理論と呼ぶべきでないかもしないからです。しかし、いずれも、看護とは何かを問い合わせ、看護の領域を明白にしようとしたという点で共通性があります。このように、ひとつの学問領域全体を理論化する試みは、しかし、他の学問分野では考えられないことあります。理論物理学はあっても、物理理論とか、医学理論とかいう全体理論はないようです。それなのに、なぜ看護は、あえてこのような試みを行なう必要があるのでしょうか？ 第1に、看護は、その職業の有り方からして、たえず他の職業、特に医師との違いを明確にすることで、看護の同一性を確立しようとしてきました。後から発達する学問の宿命とでもいべきなのでしょうか。看護理論があえて、看護現象全般を cover する理論であろうとするのは、他の学問領域を意識して、内外共に、看護は何たるかを明白にする必要性に迫られているからといえましょう。第2に、前述しましたように、看護の理論家達が、他の学問領域に足を踏み入れて、そこでさまざまな grand theory に出会い、それを看護現象に当てはめようとしたからかもしれません。ご存じのように、grand theory は、広範囲の現象を cover するので、自然に看護現象全般を説明しうる看護理論への指向性が生まれたのかもしれませんね。看護理論が強く影響を受けている general system

theory や role theory もしくは psychoanalytical theory, adaptation theory などは看護理論の prototype theory と呼べると思います。第3には、看護学のめざす目的のために、看護現象全般を cover する理論を求めたのかもしれないと思います。すなわち、実践科学としての看護学は、究極的には看護現象を規定しうるものを探しているのですが、そのためには、Dickoff, James および Wiedenbach¹⁰⁾¹¹⁾流に言うと、situation-producing theory が必要になるわけです。いわゆる規定理論が必要なのだと思います。確かに看護理論は、看護実践を改善するために作られた気配があります。だから、看護理論はあるべき姿勢であって、実態ではないという批判も出てくるのだと思います。他の分野の理論のように、現象を単に記述したり、説明したり、予測するだけではなく、ある特定状況をいかに生み出すかということがより目的とされているからということもあります。このように、看護理論は、野心に富んだものだと言えます。というのは、看護のように科学としての歴史が浅い領域では、Dickoff と James のいう factor-isolating, factor-relating および situation-relating のレベルの理論の段階を踏む必要があるのに、それを抜かして一遍に最後の段階を求めているからです。

21世紀の看護理論に求められるもの

それでは、これから我々はどのような方向で、看護理論を発展させていくことができるのでしょうか。結論から言えば、それは、看護理論というよりも、理論看護学とでも言いましょうか、看護の諸々の細かな現象を丹念に概念化し、理論化し、それを修正する作業が必要であるかと思います。それには、色々な側面があると考えられます。

要素の切りはがし

看護現象は実に多くの要素から成り、それがまた複雑に絡まっています。看護は、対象の生物的

一心理的一社会的な側面のすべてを見ようとする。それぞれの側面だけで、ひとつまたはそれ以上の独立した学問が成立するのですから、いかに看護が欲張りか解ります。そのうえ、看護は、その側面をバラバラにせずに、総合的に捉えようとします。そのため、看護要素の細かなmicroな側面が切りはがされずにいることが多いのだと思います。現存する看護理論の中で提示されている要素はまだまだ大まかです。

norm の発見、発掘

切りはがしによって抽出された要素は、その要素のもつ特徴を明白にする作業が必要になります。その現象の共通性や普遍性、基準というべきものを見い出すことになります。医学では、正常とか異常とかいますが、異常は、正常の特徴が解らなければ判断できないでしょう。看護では、個別性が問題にされますが、個別性とは、共通性の理解をまず基準にする必要があるでしょう。

個別性の問題

人は一人づつ異なるという前提を大事にする看護では、従来の科学的手法と異なり、現象の一般性や共通性を求めるだけでなく、個が異なる部分をどのように扱うかが問題となるでしょう。それをどのように概念化するかという難しい課題を背負うことになります。

統合性の問題

総合看護の理念のもとに、「システムはそのサブ・システムの総和以上のものである」という総合性、統合性の考えを看護は強く支持している以上、分析、細分化するだけではなく、その統合性をどのように概念化するかが問題になる。それはまるで、従来の科学が、現象を限りなくmicroな部分に分析しているのに逆流するようなものであり、私が前述した、「切りはぎ」や「norm の発見」とは逆の動きであるといえましょう。

context の課題

Stevens は、看護理論の基底構造として、form, process および context があるとし、既存の理論では、context の分野が未発達であると指摘しています。前述した個別性と共に、その現象がどのような分脈の中から生じてきたのかを論ずることが重要になるでしょう。私は、外口のいう磁場という概念は、これに当たると考える者ですが、この領域の概念化が更に重要になるでしょう。例えば、共感という概念は、心理学や精神医学、哲学から看護に取り入れられた概念ですが、精神療法の場面に生じる共感と、看護場面で生じる共感には、context の違いがありますので、看護における共感は、この状況性を無視しては理解しえないと考えます。

以上のような局面を概念化するためには、どうすれば良いのでしょうか。第1に、各々の現象を、丹念に拾い出し、抽出する帰納法による研究が必要になりましょう。すなわち、現象を、あるがままに記述することから始めることでしょう。何が看護現象であるかもより明白になるでしょう。第2には、理論化されていることを、検証する演繹的研究を益々発展させる必要があるでしょう。それを繰返すことも必要になるでしょう。第3には、現象を測定する尺度や用具の開発とその検証が行なわれる必要がありましょう。どのような研究でも、そこで用いられた測定用具の信頼性や妥当性が必ず問われるようになるでしょう。第4には、第1から3までのようないくつかの研究ができる人材の育成のために、看護の大学院、特に博士過程の開設と発展が強く求められています。

引用文献

1. 南 裕子 アメリカにおける看護学の発達史概観(I) 看護 34(5), 1982. p 46-54
2. 南 裕子 アメリカにおける看護学の発達史概観(II) 看護 34(10) 1982. p 106-118

3. Newman, M. A. Theory development in nursing
Philadelphia : F. A. Davis company, 1979.
4. Roy, Sr. C. Introduction to nursing : an adaptation model. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall Inc., 1976.
5. Roy Sr. C. and Roberts, S. Theory construction in nursing : an adaptation model.
Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall, Inc., 1981.
6. Paterson, J. G. and Zderad, L. T. Humanistic nursing, New York. John Wiley and Sons. 1976.
7. Leininger, M. M. Transcultural nursing : Concepts, theories, and practice. New York : John Wiley and Sons, 1978.
8. Putt, A. M. General Systems theory applied to nursing.
Boston : Little, Brown and Company, 1978.
9. Parse, R. R. Man-living-health : a theory of nursing. New York : John Wiley and Sons, 1981.
10. Dickoff, J., James, P., and Wiedenbach, E. Theory in a practice discipline, Part I : Practice-oriented theory. Nursing research. September-Oct. 1968, 1968, 17(5) 415-435.
11. Dickoff, J., James, P., and Wiedenbach, E. Theory in a practice discipline : Part II. Practice-Oriented research. Nursing research. Nov-Dec. 1968. 17(6) 545-554.

●特別発言要旨●

千葉大学教授

石川 稔生

看護を「受け売りの看護（反射的看護）」、「考える看護」そして「創造する看護」に分けて考えてみたい。

具体的に説明すると、ある患者に対して、「枕を低くしなさい」という指示に、「はい、そうですか」と言って素直にその通り実践するのが「受け売りの看護」であり、これは頭を使っていないという意味で反射的看護であり、「悪い看護」である。何故このような体位をとらせるのかを自分で考え、分からぬ時には、他の看護婦なり、医師なりに質問して、納得してから実践するのが「考える看護」であり、これが極く当たり前の「普通の看護」である。この患者の体位に関して最善なものはどうすることかを自らの力で見出し、それを実践するのが「創造する看護」であり「良い看護」なのである。

この創造する看護を実践できる段階で、はじめて看護学を基礎とした看護が実現されることになるのである。まさにこの看護学を教育し研究するところが看護系大学であり、従って学部段階にとどまらず、大学院が必要となってくるのである。

「看護学と看護の違い」、「最高学府としての看護系大学のあり方」などを看護職の方々にもっと理解してほしいと思うわけである。

発想の転換と言うことで、全く別の面から一言述べさせていただくと、看護系大学の卒業生が看護婦の免許に関係なく、人間研究や人間教育の場で生きて行けるようになることが、看護学の確立につながることになる。

そしてそれが看護界のレベルと看護職の社会的地位の向上をもたらすことになると信じている。

「看護教育における問題点とその展望」

厚生省看護研修研究センター

田島桂子

これまで、それぞれの先生方が述べられました内容と重複する点があるかもしれません、厚生省看護研修研究センター設立以来7年間、専任教員の教育を担当しているなかで感じています看護教育上のいくつかの問題点と、これから看護教育に望むことを少し述べてみたいと思います。

これらの内容は、ある意味で、これまでの先生方のご発言の内容に対する現状を申しあげることになるかもしれません。

看護教育における問題点を大きくとらえてみますと、

1. 教育内容が不明確であること
2. 教育方法の開発が立ち遅れていること
3. 看護教員の主体性が不確実であること

などがあげられると思います。

まず、「教育内容が不明確である」ということについて少し考えてみたいと思います。教育内容に関する問題としては、看護教育の性格に対する考え方について、看護教員のあいだで意見が一致していないことがあります。たとえば、“一般教育を充実させれば看護教育は成り立つ”という考え方と、“看護のみに焦点をあてて、技術教育中心の教育をしたほうがよい”というような両極端の意見があることです。

それに、看護の果たすべき課題についても多様な考え方があることがあります。たとえば、「総合看護」の概念とそれが実際的な活動となつた場合の看護職者の動きとの関係が明瞭でなかったり、「看護過程」に関する考え方があるが、実践と結びつかない総合的なものに終始してしたり、「クライエントを尊重する」ということの意味が、看護のかかわりを抜きにして考えられていたりすること、などがあることです。このような現象は、

特 別 発 言 要 旨

それぞれの概念が実践との関係で不明確であること、部分と全体との関係が不明確であることなどに起因していると思われます。

次に、「教育方法の開発が立ち遅れていること」について考えてみます。

看護教育の過程において、「心理面への援助」、「安全・安楽を考慮した援助」、「観察の必要性」などを強調していますが、これらについては、内容的にも、方法的にも、必ずしも確立されたものがあるとはいえない部分が多いということです。

方法論は共通性を基盤として成り立つわけですが、対象の個別性を強調するあまり、その共通性が見失われているからだと思います。その結果として、個々の患者のニーズに即した援助というような抽象的な表現で教育が行われるということになっていることもあります。

さらに、各看護技術の教育が、手順のみの教育に終っているきらいがあることも問題となるでしょう。

「看護教員の主体性が不確実であること」については、『看護教育内容と進度との関係で問題があること、また、それにみあった適切な講師の選択が必ずしもなされていないこと』、『教育内容および方法に対する新しい試みをするというより、過去の自己体験を踏襲していることが多いということ』、『看護の実践に結びつかない抽象レベルの議論が多いこと』、『理論を活用することや分析的な思考をするように訓練されていないことが多いこと』などがあげられると思います。

以上、いくつか述べました事柄が、現在の看護教育の発展を妨げていることとして考えられることがあります。これから看護教育関係者が取り組んでいかなければならることは、これらの問題に対する改善策を考えていくことなのでしょうが、要は、患者ないしクライエントに必要なことを確実にできる看護職者を育成するための教育内容の精選とその方法論を確立することに尽きたといつてよいのではないでしょうか。

このシンポジウムで、看護の方法論がより具体

的なレベルで検討されることを期待しております。

千葉大学看護学部
看護実践研究指導センター

草 莢 淳 子

特別発言の機会を与えられましたので、主として管理的観点から 5 点程気付いた点をのべさせて頂きます。

第 1 は、「看護よいすこへいく？」という中木先生の御発言に関連することですが、1970 年代当初から、アメリカでは看護業務法の修正、改正がなされ、看護の定義が、従前とは違った形で示されてきました。1972 年に NY 州では全面改正され Education Law (6901) では条文中に “diagnosis” “treasureut” “human response” という用語が初めて使われ、アメリカ看護史上でも画期的なこととされています。こうした看護の独自性と役割拡大は州によりかなりその実際には差があるようです。日本でも実践現場では業務の拡大が進行しており、今後保健医療における看護の機能を明らかにし、社会的な総意の契約の結果として法に明記される必要があります。このことは 21 世紀の看護を論ずる上で不可欠と考えます。

第 2 は、川島先生の御発言に関連して、援助方法の研究を通して、有効な看護の方法論を手にすることですが、これは何をもって“有効”とするかという評価の問題とも深く関わっており、看護の評価尺度の開発が望まれます。

在院日数の減少や、受診率は上っても 1 件当たりコストを減少させるなど、看護の働きを何らかの明らかな形で対外的に示すことです。

アメリカで一般医の不足に伴って発生した Nurse Practitioner は、Dr のケアとほぼ同等の、あるいはそれ以上のケアを提供しており、患者もよく相談にのってくれるとして高い満足度を示しています。この満足度も今後重要な観点とな

特別発言要旨

るものと思われます。

第3点は、川上先生の御発言に関連する、看護研究と医学研究の違いについてです。これから看護は社会科学や人文科学に一層依拠する側面がふえると思われますので、自然科学を主とする医師とは異ったアプローチが要求されましょう。そのためには、対象に起る様々な現象を正確に記述するための概念枠組による観察が要求され、他の社会科学と同様な困難に直面させられるともいえます。

特に21世紀に向けては、患者がセルフケアを獲得していく上での看護の援助機能としての支持・教育的機能、すなわち患者の行動変化を促進させる看護婦の働きかけが重要であり、この面での研究が一層望まれます。

第4点は、看護機能の拡大・深化に伴い、専門分化が促進されるということです。職業上の階層性といったことがどのようになるかは、一重に看

護界の総意によるわけですが、これは看護サービスのシステム化につながる問題です。

第5点は、プロフェッショナルの成立に関することですが、1つのプロフェッショナルが形成されるプロセスには2通りあるといわれています。（資料1参照）

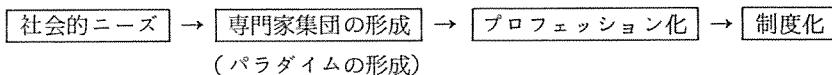
看護職はこゝにいう制度優先型プロフェッショナルの典型ともいえ、指摘される特質を全て有しています。

しかし、21世紀の看護職は、強い社会的ニーズとの結びつきを基盤に、プロフェッショナリゼーション化を果し、新らたな観点から制度化されることがのぞまれます。このことは冒頭で指摘した看護の位置づけとも重なるわけですが、看護職は今、強い社会的ニーズを背景に、内発型、すなわち社会的ニーズ先導型に変りうる、まさにTurning pointにさしかかっているものと考えます。

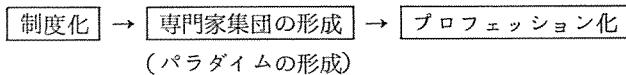
以上、要点のみ指摘させて頂きました。

《資料1》 1つのプロフェッショナルが形成される過程

(1) 内発型(社会的ニーズ先導型)



(2) 移植型(制度先導型)



(1)と(2)とは全く逆の方向性

制度優先型のプロフェッショナル形成の特質：

(中山 茂氏の「学問の発展モデル」の仮説から天野郁夫氏が考案)

- ① 試験・訓練システムの先行
- ② 弱い自律性 Autonomy と職業倫理
- ③ 強い国家コントロール
- ④ 弱い社会的ニードとの結びつき

出典：草刈淳子、『新しい保健医療職の出現とその問題点——アメリカの Physicians' Assistants の教育動向から』、（千葉大学教育学部紀要 第26巻第2部、1977）

シンポジウム 質疑応答

伊藤：今日のテーマは21世紀の看護を考えるということでおざいまして、側面としては、看護実践の中での問題と、それから看護学を確立するため、あるいは看護学を志向する為の問題とか、2つの側面が出て来たように思います。

看護学を確立しなければならないということは、言われはじめて久しいわけですけれども、そのことについての問題点とか、あるいは方向づけをなさるという立場で御発言された方と、実践の中の看護をどう今後志向して行つたらいいかという御発言の、大きく分けて2通りになるのではないかと思います。その側面から、何か特にございませんでしょうか。実践側面からでも結構でございますし、学側面からでも結構でございます。

川島：特別御発言を戴きました石川先生に質問させて頂きたいと思うのですが、先生は悪い看護婦、普通の看護婦、良い看護婦ということでお話しになったのですけれども、その中に一番高いところに看護学ということが書いてあったのです。看護学という科学の問題と、先生御自身が看護をしていくという言葉を使っていらっしゃったのですけれども、この看護をしていくという言葉の中にひそんでいる技術的な要素が区別されていなかった感じなんですね。私は技術論の勉強をしている立場から申し上げますと、色々な事を頭の中で考えて方法を体得して、それを training することによって反射的なレベルにしていかないといい看護実践はできないという点から、まあ、先生のおっしゃろうとしたお話の意味はよく承知していたんですけども、あのスライドの中にひそんでいる言葉の中に、受け売り看護（反射的）って書いてあったことについて、ちょっと疑問を感じたのですが。

石川：最初に質問が来るとは思わなかつたんですけどね。要するに頭を使わない看護ということで、頭を使って、あたかも反射のように動くと

いうのは理想であるわけですね、それはその通りでいいと思うんですね。あの図は確かに、いわゆるあのスライドにあったのは、それを使って実践をやるという実践家の方の話だけで、いわゆる生理学なら生理学だけをやっていく看護出身の人がいてもいいと思うわけですね。だから、全部が何かの専門家になって、全部臨床をやるということではなくて、やはり学者というのと実践をやる人というのは全部すべて同じ、イコールにはならないわけで、数の面でもですね。そういうような事ですけれどいかがでしょうか。

南：川上先生が看護、nursology のお話を Zderad と Paterson のグループの人達が提言している nursology の話の中で、基礎的な研究をすることが大事というのを、その後ずっと強調されていらっしゃった時の、その基礎的な研究とは、さっき先生がおっしゃった技術だとか、生化学だとか、biology だとかという領域と看護との関連領域だろうと思うんですけども、そこをもう少し、なぜ看護がそう必要なのかというのを、もう少し加えて説明して頂きたいのですけれども。一つの印象としては、最初のデータで出ていました、基礎的な研究、臨床研究、もう一つのカテゴリーの中で、私は意外に基盤的研究が多いんだなとむしろ思ったわけなんですけれども。

川上：私が申し上げておりますのは、一つは最初の御質問につきましては、やはり看護教育の面で実践の場に出た時に、中木先生もおっしゃったようですが、医師と共に対等のレベルで話をしたい、あるいは看護の面からの独特の情報を提供して協力していくという意味においては、ある程度の医学的といいますか、医師的なレベルでの討論ができるような、あるいは意見の交換ができるような能力、あるいは知的レベルを高めていくという必要があるだろうと思うわけです。そうしますと、やはり教育の面で、diagnosis あるいは treatment というようなものも、今の教育以上に日本で徹底していく

討論質疑

べきだろうというふうに考えるわけです。それからもう一つは、看護分野での研究が無いということは私は決して思っておりませんし、ぜひそういうものが必要だろうと思うわけあります、その裏付けとしましては、例えば一番わかり易いのが医学だと思うわけですが、決して臨床で患者に接する臨床医学といいますのは、全然、自然科学でも何でもないわけで、総合科学なわけですね。ただ、それを支える基礎医学というものが実際にあって、それを基盤として自然科学的な、まったく人体生物学の理論に乗取ったものを資料として臨床医学というものがあるわけです。それは歴史的に見ますと、看護も、医療も、医学もすべて大昔は同じわけで、患者を治せば良かったわけです。それがなぜか看護だとか、臨床医学だとか、基礎医学だとか分かれてきたんだろうかということを考えてみると、やはり医学といいますのは、そういう自然科学的な手法を研究の中に取り入れて、臨床を支える、やはり医学というものがあつたから今のレベルに達し患者と接しているわけです。しかし、それでもなおかつ一つの反省としまして心身医学のようなものが発達してきて、より患者を身体面以上に心理的面からもアプローチしようという積極的な医師側の患者に対するアプローチも行われるようになって来ていますので、それと同じ様なレベルでの看護婦さんが21世紀は必要なんだろうということで、あのようないい直接的な表現でお話しした次第であります。

伊藤：私、こちらでお伺いしまして、control群みたいな形で医学が取り入れられておりますが、医学ということに限らないで、例えば看護学を追求していく場合に、他の学問と何か違うものがあるのかなというような感じの発言に私自身がちょっと受けたのですが、それはどういうふうに考えいらっしゃるか、草刈先生、まずよろしくお聞きたいです。

草刈：何て言ったらいいのでしょうか。ただ私は

あるべきだと思いますし、それは何かと明示することは出来ないんですけれども、今は患者さんを care していく時に、医師とは違った側面で患者さんを見ているという立場というのをもうちょっと明らかにして行けば出て来るんだろうと思います。その違いというのは実践の場にいらっしゃる皆さんのがちゃんと肌で感じいらっしゃるんだろうと思うんです。先程、最初に中木先生がおっしゃっていらっしゃったように、医療の中で医師とナースが補完的にとおっしゃっていた意味がそういう意味であろうと思うんですけども、それでは補完的に何をどうするかという具体的な部分が看護の中ではなかなか自分達の言葉で出せないというもどかしさを皆、感じていますし、医師であられる中木先生も早く出してくれとおっしゃられて、非常に私達に暖かい態度で接してくださいって、非常に心強く感じているんですけども、何とかそこを皆で、南先生もおっしゃっていたように記述して、現場の中からきちんと出して、そして説明できるようなものにしていかなければならぬということを確信しています。何かあるだろ

うと。
南：私、その御質問にお答えする時に、応用科学と実践科学は同じだろかというふうに考えると、看護は応用科学だという部分がかなりあり、応用科学というのは純粋科学が、ある学問的な methodology だとか知識というのを提示して下さって、それを自分達の領域に取込んできて、そしてそういう現象を、そういう方法論を使ってやる。実践科学というのは、その応用科学が原点としている純粋科学は規定理論ではなく、予測理論までを問題としていた学問だと私は思います。医学が学問としては非常にめざましい発展をして、分化し、そしてそれぞれの領域で、もともとの生物学や生化学を基礎としながら、めざましい発展をなさった。それでいて臨床の医学がいろいろな問題を提示しているのは、それをどう活用し、統合してい

討論質疑

くかというその方法論が科学化されていないと私は思うんです。それを規定理論化していくのが、実践科学である医学も、看護学も必要なんだというふうに思います。

もう一つの側面は、中木先生が御指摘になつたように、医学は健康の問題を扱う、看護は、例えばアメリカの看護協会の定義でいければ、それは健康の問題に対する人間の反応を扱うということは、看護診断のところからすでにそこが違っているんだと思うんです。その違っている人間の反応に、反応というのは弱いところも強いところも含めての反応です。だから問題だけではない、そういう反応への科学、そしてその反応をどう強めていくか、それを色々な学問をどう使い、また、看護の中で出て来た問題をどう使うかという規定理論まで持ち込んでいくのが看護学だ、それは哲学者、ジェムス＆ディコフなんからが定義して、かなり長くかかっていることで、私は医学も同じ方向性を、そういう意味では持っていると思います。そこが、少し医学も同じように欠けている部分ではないかなと思っています。

草刈：私が非常に違っていると思っておりますところは、病気が治った後の方がむしろ看護的な仕事ができる部分があるという。それから、あと病気が治らなくても、また別な意味で看護的な独特の分野があると思うんですけども。ひとつは回復期から自立していくまでの self-care の援助という意味で、そこに患者さんを支持し、教育するという、そういう特別な今までの自然科学とは違った作用があるんだ、働きがあるんだ、そういうあたりが、なかなか基礎看護教育の中ではあまりに充分にはされてこなかつたのではないかと。看護技術というとむしろ臨床看護技術が技術の main に座っていたというあたりがもう一度問い合わせてもいいんではないかと考えております。

中木：あまり難しいことはわからないんですけども、ともかく僕が話して来たのは、分析的

に看護の問題も説明して下さいという話をしてきたわけですね。それについてはもうすでにアメリカでやられているわけだから、こういうのをやってみたらどうだろうかということを提案したわけですね。ところが、それを話しながらいつも心に引っかかっているのは、分析的なやり方だけで看護はすべてできるのかどうか、なんかそのあたりに問題があるのではないかなど思い、今のその討議の焦点があるんじゃないかなと思います。もう一つ思いますのは、先程の川島先生のお話にあったような model なんですけれども、重症心身障害児なんかの時に、完全に肉のかたまりのような人がいるわけですね。その人を看護する時に分析的には何の力もない、その辺に、その問題の model があるんじゃないかなという気が常にしております。といいますのが、元の宮城教育大学の学長の林先生という方がおられましたけど、その人が教育の問題でも同じ様なことに気がついたというので懲悔の報告をされたのを耳にして、何かそのあたりに問題の焦点があるんじゃないかなという気がして。まだ答えは何もわかりません。

川上：先程のことに関してですけれども、果たして看護としての特殊なものがあるかどうかということですね。これは clinical medicine を医学の中に置いちゃうから問題で、我々医師も paramedical のひとつだと考えるといいわけでありますし、看護婦さん或いは衛生技師、レントゲン技師、皆、 paramedical でいいわけで、皆集まつたひとつが臨床的な medicine であると思うわけでして、それぞれの専門分野の教育を受けた人ということが非常に大切なわけです。同じ患者さんを見ましても医師は治そうとするでありますし、看護婦さんは何か care を考えようとするでありますし、数学者に見せますとあと何日生きるかという計算をするかもしれないわけで、それぞれのおさめた学問を背景としてその患者さんをどうやって見ていくかということが一番大切なことである

討論質疑

わけです。その為の背景となる学問が重要だというわけです。それは実証の方法、それは自然科学的でない方法だって実証できる、実証性を証明できる方法はいくらでも一つの方法論としてあるわけです。そういうものを使って実績をあらわしていくということです。たとえば看護の面でこういう care をするとこういう実績が上がったということを示していかないと、それが評価されていかないということになるんだと思うんです。といいますのは、実施した care について看護の人が実績があったあったといふら自分で言ってもこれは仕方ないことです。その評価といいますのは社会が評価するのであり、また周囲の人が評価するものであろうと思うわけです。看護婦さんに背中に手を入れて頂いたから大変有難うございましたと言って帰る患者さんもあるでしょうし、先生有難うございましたと言って帰る患者さんもあるでしょうから、何が周囲の人に、或いは社会に貢献できたかということを自信を持って言えるようになることは大切なこと、その為には評価を得るための実績を出していくということが大切な事です。今日の議論を聞いておりますと、どうも、まだ社会的なそのような評価を受けるだけの何か説得力に乏しいのではないかと言うようなことだと感じるわけです。

フロアからの質問、意見

村越：特に前半の方にお聞きしたいのですけれども、私、病院に長いこと務めておりまして、一番不思議に思っておりますことは給食の問題なんです。8時間の間に3食、食わしてしまう。しかも、余生 circadian Rhythm なんていうのは全然無視している。それにもかかわらずいろいろな看護のことを言っているんですけども、最近、circadian Rhythm は非常に取り上げられていると、その点について、皆さんの御意見をうけたまわりたいと思います。

中木：必ずしもそうではないと思うんですね。実

は、私の病院では、国立大学の附属病院ですが、朝ごはんは7:00、昼ごはんは12:00、夕ごはんは6:00に出しております。そして、温かいものは温かく、冷たいものは冷たく出すという原則でやっております。そうでないところは経営者の理念が足らないからだと思います。それと文部省の金の払い方が少なすぎるということに原因があるので、医療がそういうものであるということは過去のことであって、今は経営努力とか、或いは何と言いますか、理念の切り換えですね、何とかなるものだと思っております。そこは、看護婦さんの力が強かったからかも知れません。

村越：滋賀大学は立派だと思いますが、現実の状況はお宅がむしろ例外だと言っていいのではないかと思います。ですから、他の方の御意見をうけたまわりたいと思います。

川島：私の所も民間病院ですが、もう数年前から夕食は6:00ということで、これは、大変 discussion を必要としたのですけれども、朝7:00から夕方6:00までの間に食事を3食入れております。

花田：私、以前に北里大学病院にいたんですけども、創立して十数年になりますが、その発足当時が患者中心の看護というのが売り物だったんです。そのひとつにやはり朝ごはんは7時に、12時に昼ごはんを、そして夕飯を7時にということがオリエンテーションの中で述べられていたのを印象深く覚えております。やはり、その時には栄養部のとても強力な意志があったということなので、今、中木先生がおっしゃいました様に、そこを組織する人の理念ということが大きいのだろうと思います。

中木：言い忘れていました。2年前に厚生省の現、医事課長さんの横尾さんとお話しする機会があったんですが、その時に私が一番やりたいことは、今、先生がおっしゃったようなことだったんですね。食事を今の人間の life cycle に合わせて出すような病院にして行きたいとい

討論質疑

うことでしたので、段々と世の中、そういう方向に変わっているんじゃないかなという気がします。ただ、看護婦さんに対する理解は非常に乏しかったのが印象的でした。

村越：今、伺った所は皆、いい所ばかりで、私がいたころの千葉大学なんか最もひどいものでした。

川上：先生ね、そうでなくて、今、国立大学もですね、皆、そういうふうに時間を延ばしているわけです。と言いますのは、一番問題になりますのは管理部門、やっぱり看護部から一番問題が出るわけです。8時間勤務の上のやりくりということです。しかし、最近の看護婦さんは、大変、目ざめられましたので、国立大学も、今、1時間だけですけれども、夕食が延びてきているということで、全国的にそういうようなことが、大学病院、大学病院以外でも町立病院のクラスでも現在、実行されているということです。先生の病院もぜひそのように改められるといいと思います。

西村（佐賀県立衛生専門学院、教務）

今、食事の件で述べられましたけど、人間らしくということになりますと、私は、もう時間の問題とか、温かいものを温かくして、冷たいものを冷たくして与える、“与える”というのはちょっと悪いんですが、食べて頂くという、そう言った次元の問題ではないと思います。もっと私はその患者さんが何を好んでいらっしゃるのか、御飯がいいのか、パンがいいのかとか、そういった嗜好までを考えて、そして患者さんの食事というものを考えていかなければいけないんじゃないかなと思います。私は、1983年の7月号に、手術後患者さんの不安ということで文献を出しておきます。その中で、非常に患者さんの回復期に向って、手術後に徐々に、退院間近になって、いろんな不安を持っていらっしゃるということを調査しました。それは、他覚的にも客観的にも患者さんの主観にも調査をやっているんですが、ぜひ御覧いただきたいのですが、

その中で、やはり患者さんが感じいらっしゃるのは、社会に帰って自分がどういうふうに生きていけばいいのか、本当にそういった運動とか食事とか、或いは経済的なこともありますし、非常に身近なことで、つまり人間らしく生きていくということで非常に患者さんが問題にされているということを、ぜひ皆さんに知っておいて戴きたいなと思ったんです。私は、今後、外科病棟で患者さんを care する時に、本当にそういうところまで私達が責任を持って追求していくとしているのかということを、その研究を通して、今非常に感じております。だから、人間らしくということで食事の件をその程度にとどめられていいものかどうかというのを、私、今感じました。

伊藤：恐れ入ります。御意見でいらっしゃいますか。話の途中で誠に申し訳ありませんが、御意見の結論は、先程、たまたま村越先生から出ました食事の問題が、病院管理とか、そういうような問題としてかたづけられては困るというふうな御意見と受止めてよろしいでしょうか。

西村：いいえ、人間らしくということを私達が追求していく時に、例えば、食事だって、私はそれは時間的に解決すればそれでいいのかというふうに受止めたくなかったんです。人間らしくということをもっと追求していくかなければならないんじゃないかなというように思いましたので発言させて戴きました。

伊藤：この件につきましては…。人間らしくということについて。はい、お願ひします。

川上：人間らしくということについてでありますけれど、そもそも医学の領域で心身医学などというものが、最近、大変話題になってくるというのもそういうことがあるわけです。確かに、食事ひとつを取上げましても、全人的に、或いは人間的な治療を考えていこうという理想を追求いたしますと、当然、今、おっしゃったようなことになるわけです。しかし、それに伴いまして病院の管理、或いは看護婦、或いは給食とい

討論質疑

った、いろいろなことが問題になってきますので、実際には、どのように運営できる範囲の中で、どう解決していくかということを我々は常に考えていかないとならないと思うわけです。つまり、理想はもちろんあるわけです。しかし、実行できない、運用できない事ということも沢山あるわけです。例えば、川上は癌患者を殺したらいいけないというようなことを言われるかもしれません。理想であれば、患者はすべて助けてやらないとなりませんが、実際の運用上、助けられないことが、ままあるわけです。ということで、もし、今発言された方がお考えになりますのでありますと、実際の運用面で、これこれの所まで可能だということで色々な研究なさることが大変重要なわけで、理想だけを追っても、そればかりやっておりますと、また皮肉になりますが、空想看護学になってしまふわけです。より現実性のある、これこれの範囲でということの中で、最大限実行していくということを皆さん方考えていかれないと、空想だけを追求していますから、言葉の遊びになる可能性が大変強いと、私は常々考えるわけです。

中木：確かに、病院の管理の制限とか、保険の制限とかがあるんですけれども、そんなのをゲリラ的に破っていかないと実際の care はできない。そのゲリラ的に破っていく手段として、看護婦さんからあの患者さんはこんなものを食べたがっていますよという情報をもらえば、我々医師は、適当な病名を付けまして、例えば、肝臓の病気はないのに肝炎などとつけまして、肝臓食に切り換えて、主食をパンが朝出るところをごはんに切り換えると、そういう細かいところまで一緒にやっていきますので、joint - practice はそういうところまで含んでいるのではないかなと思います。ですから、あまり看護婦さんだけで悩まずに、そこのお医者さんと手を取り合ってですね、共に白髪のはえるまでやって頂ければいいのではないでしょうか。

西村：今、食事のことを私が言ったのを理想論と

いうふうに考えて頂くのは、非常に私にとってはなきないことなんです。というのは、こういうふうに考えたきっかけというのは、私の友達がイギリスの病院に入院した時のこと話をしてくれました。日本では、ゴムゾウリの様なビフテキを食わせられる。食わせられるというのは何ですけど、イギリスの病院に入院した時、温かいビフテキが配られて来た。そして、毎日、あなたは昼、何が欲しいかとか、あるいはコーヒーか、紅茶か、ミクルかというような、おやつの時間までに、いちいち聞いて下さる。本当にレストランなみの食事だと言われたんですね。私は、本当に看護というものが患者さんの生活の基盤にタッチするものであれば、私達はもっともっとそういった所に目を向けていかなければならぬんじゃないかと感じるんですね。

金井（千葉大学看護学部）

医学系の先生が3人いらっしゃいまして、今日は本当に真意はとても温かい、しかし一見、表現は大変耳に痛い御意見を頂き、私は大変有難く聞かせて戴きました。それで、おまえ達、早く大きくなれ、早く立派に仕事ができるようになれというお励ましでございました。けれども、私は教育制度という面から先生方の御意見をちょっと伺わせて頂きたいと思います。大きくなれよという言葉をかけて下さるのは有難いと思いますが、今の教育制度をどうお考えでございましょうか。看護でのございます。それから21世紀に向けてはどうならなければならないかという、そのあたりの御考えを、できましたら川上先生によろしくお願ひします。

川上：教育制度につきましては、私、講演の中で少し申し上げましたけど、やはりもう少しきびしいと言いますか、ランクづけがあつてもいいんじゃないいかと思いますが、教育を、と言いますと研究につながるような、今日、草刈先生でしたか、大学院を設立することが大切だという事をおっしゃられましたが、そういうことを含めまして、教育制度というものを21世紀にはぜ

討論質疑

ひとも変えていく必要があるだろうと私は思うわけです。その為にですね、今、実際問題として、皆様お考えになってみると変だとお思いになるでしょうが、大学であろうが、高専であろうが、同じ教科書を持って学生は歩いているような気がします。そういう様な事で、一つのカリキュラムと言ものも大いに考える必要があるだろうと私は考えております。そうすることによって、より早く大人になっていけるのではないかと思います。それから、ただ看護婦の職種の人を養成しているのか、或いは研究者を養成するのであるか、学者を養成していくのであるかということを明確にしていく教育制度というものが必要であろうと思うわけです。どちらかと言いますと、看護婦という職種に対する養成機関である、或いは、そうやって養成された方が研究者も兼ねると、或いは兼ねられること自体が、私自身は大変おかしい現象なんだろうと思うわけでございますが、そういうものをどんどん、どんどん、これから作っていくなり、或いは皆さん方で文部省なり厚生省なり交渉しまして、作っていかなくてはならない。100年かかるとも作って行って、発展させていくことが必要だろうと思うわけです。

南：私も、本当に看護学を確立していくために大学院、特に博士課程の大学院というのが早急に望まれる、それは本当にそうなんです。ただ、ひとつ気になりますのは、研究ができるよう育成されていない看護婦が研究しているという今の日本の現状を、どういうふうに受け止めるかというあたりの解釈が少し違うように感じるわけですね。それは、アメリカの看護婦さんの動きを見てまして、日本の看護婦とアメリカの看護婦との違いは、何か問題に取り組んでいきたい、前向いて行きたいというエネルギーの、臨床の場のエネルギーの大きさはアメリカと日本では比べようもない程、日本には大きいということなんです。このエネルギーの大きさは一つのphenomenonだというふうに考えま

す。このphenomenonをどう使うかということは、私、看護学界のものが考えないといけないことです。そうして、もう一つの側面というのは、きっと先生は高いレベルのresearchをお考えになつたらいいと思うんです。私達の看護学界に発表されているのを分析してみると、非常にstudyが多いですね。症例研究ということを、先生も御指摘なさったのですが、studyのレベルのものが多い。studyというのはどういう職種であろうと、たえずしていかなくてはならないだろうというふうに思うわけです。だから私達は一生懸命やっているし、そのことが現場の看護を変えていく原動力になっているんだというふうに私は考えます。だから、researchの問題と、日常的な問題に取り組んで行って自分なりに考えていくとする問題解決的な発想のstudyのレベルとを区別して考える。もちろん現場の人達はstudyを大いにする必要もあるし、その中からは、すごいすさまじいエネルギーの使い方次第では、中からresearchも生まれる可能性を持ちながら、もう一方では、私は先生のおっしゃる通り、本当にresearchのできる看護者の育成というのは大事だというふうに考えます。

川上：僕は同じことを言っているのだと思いますよ。ともかく、このresearch的なものと、practiceの中から生まれるstudyとですね、両方あってしかるべきだと思うわけです。しかし、originalityのあるそういうresearch、基礎的なものがあまりに少なすぎるのではないかということを、ひとつ、申し上げたかったということと、今、現在、そういう研究施設とか機関が大変少ない、或いは博士課程の大学院もない現状といいますのは、今日の21世紀の看護と言いますのも、日本におけるというのが上に抜けているんだと思うんですね。世界を相手に今日論じていると、限りが無いわけで、日本におけるということだと思うわけであります。それ

討論質疑

までは、そういう研究者がいない現状では、今日の様な会に出席なさっている皆様方が中心となつて、よりそういう教育を将来受けるであろう人を養成できるぐらいのことを色々とやっていかなくてはならないということで、私は隣の先生とまったく同じことを考えているわけです。少し口べたなのが玉に傷だらうということあります。

田島：突然なので考えがまとまつていませんけれども、やはり教育の制度ということを考えるには、まず教員の教育という事から始めなければならぬんじないかというふうに思います。そういう意味で、いろんな意味で物が考えられる。そして、自分で創造できるというような、先程、どなたか先生がおっしゃっていましたが、そういうような思考のできる人を育成してから教育制度を考えた方が良いのではないかというふうに、日頃考えております。その位でかんべんして頂きたいと思います。

伊藤：だいぶ教育制度とか、それから看護学の方面に論議が集中しているようでございますが、今まで、今日発言の中で出ております中で議論がその後発展しておりますのが、経済的な評価ということに付きましての問題が出ておりませんけれども、何か、この側面に関しての御質問とか、御意見はございませんでしょうか。

中木：先ちらっと言いましたけど、厚生省の保険点数の決め方が、医者の方の顔色ばかり伺っているわけですね。その限りにおいては、看護婦さんの点数というのは絶対に上がって来ないんじゃないいかと。ですから、もっと社会に向けて看護婦のやることを主張する assertion ですね、それをすべきだと思うんですね。看護協会の総会なんかでも、新聞にもほとんど取上げられていません。ああ言う状況では、看護婦さんがいくら何を言ったって世間に通じるわけはないんですね。ですから、その辺の範囲をもっと自覚を持って、世の中に開けた看護協会という格構にした方がいいんじゃないでしょうね。

かね。

川上：申し訳ありませんが、看護の評価といふことで大変御不満であります。医学の分野で私共がやっておりますことでも大変不満な現状なわけであります。例えば、患者に対する心理療法をしますと、精神科医であれば1ヶ月1万とれましても、内科医が心身症患者に治療いたしますと1回に1000円しかとれない実状であります。と言いますのは、そういうことでも実際に実績をあげて、示してこうだということをやっても、今、現状ではそういう事で治療効果が目に見て現れないということ、数字であらわせないということが大変障害になっているわけです。特に、看護の care が心理面からの、或いは性格にふれるような面での看護が重要視される昨今であれば、先程から申し上げておりますように、その care の実績をやはり目で見えるものとして現わせるように努力をする必要があります。そういうものを目に見えるものに表した上で、色々国と交渉をするという段階で、やがて開けていくであろうと思うわけであります。実際、我々、内科医であれば日本心身医学会に所属している1200名に限り、内科医であっても保険の点数がとれる。しかも、それが1000円であるということでは、1時間面接しても1000円であれば処方箋を書きますと何百枚も書けまして、何億円の処方箋を書くことができるのが現状です。ということで地道な努力が必要なことで実績をあらわすということです。

川島：確かに、今の川上先生がおっしゃったように、医師の技術そのものが不等に低く評価されているということが看護に影響していることは事実なんですが、今日は私は一般的な医療制度の問題にはあまり触れないでおこうと思っていたのですが、現実の臨床場面から考えてみますと、例えば、手術と非常に特殊な事を除いて、ほとんどの医療点数というものを生み出している人は看護婦なんですね。にもかかわらず、現状で色々と計算する時に看護婦が生み出

討論質疑

している実際の経済性というものが低い為に、それが看護要員にはねかえりまして、それが先程の給食の問題なんかにも関係してくるんじゃないかなと思うんです。看護にしましても、今の定員数では、いわゆる先程、石川先生がおっしゃったような良い看護をしていくゆとりというのは本當にないというのが現場の実態であるということなんですね。実際に、先生と看護婦との関係を考えますと、医師は指示を出すだけで医療費として入ってくる。それを実際に忙しい思いをしてやっているのは看護婦であるというような実状を踏まえて、私が言いたい事はそのことではなくて、独自に看護婦が行っていることについての経済的な評価をもっと声を高くすべきだということで、それに關しては、今日、色々お話しになりました看護診断の問題や評価の問題というものを、もっと独自に取り組んでいく必要があるだろうと。でも、さしあたっては、先程私が単純計算しましたように、それにどの位の賃金の看護婦が、どれ位の時間かけているのかという、まず最小限時間をかけているのを測定して、そしてそこから実際のお金を割り出して、それにプラス頭で考えるassessmentとか評価とかそういうものの加算をしていかないとならないんじゃないかと。まず、物理的にどの位の時間を要しているかからstartしていかなければならぬんじゃないかなと考えております。

吉田（千葉大学看護学部）

南先生にお伺いしたいんですけども、私達も常に看護という問題をどうやったら計れるのかということは非常に悩みながら少しやってみたりしている者なんですけど、先生の御意見を聞いて、大変参考になりつつも、さてという思いもあったものですから、ちょっと質問に立てさせて戴きました。実践の科学が記述からstartして、説明、予測というような方法に進むべきであって、今までのtheoryの中では非常に内容のふくらみというか、そういうものが足りな

かったので、なるべく内容を丹念に記述していくというふうな方法も探っていくべきだという事をおっしゃられて、なる程とは思いましたんですけども、個の記述だけで全体が果たして見えてくるのかどうかという事、もう一つは多少、対象を広くしまして集団で傾向を見ようとする時には、非常に、先生の御指摘にもありましたように変数がありすぎまして、結局は対象を分類してみるという位しか出来なくて、看護をその中から評価したり、計ったりするということはほとんど不可能な様な状態で悩んでいる所なんですけれども、個の記述ということ、全体を分析するという方法のどちらあたりに焦点を当てたら、看護というものが見えてくるのかという、そこらあたりについて、先生の現在の御意見をもう少しつっ込んで聞けたらと思ったんですけども。

南：私は、帰納的な記述的研究というのととても大切だということを強調しまして、21世紀はそうだろうと思うんですが、帰納的な記述的研究をinductiveだけをやっていればいいという事ではないんです。私自身は学位論文が演繹的な測定用具の開発でしたので、演繹的思考性を持つ者だと思うんですね。帰納と演繹とはいつも対応させながらやらないといけないんだけれども、その記述というのは、今、現象がどういう状態かを表わすということにおいて記述的という意味で使っていて、一人一人の個を表わすというだけの意味ではないんです。だから、看護全体というふうにとらなくて、例えば、痛みのある患者さんの痛みの表現の所の事とか、それから痛みに働きかけている看護婦の働きかけのところとか、それから、そういうあたりに焦点を絞りましてね、そこでいったい何が起っているのかというのをやる事かなと思うわけですね。例えば、チュドアという人がミューチャロウィストローという概念を発表したことがあるんですが、それは患者さんが非常に自閉的な時には看護婦も自閉的になるという現象を見つ

討論質疑

けて、そして、それを発表したんですね。そうすると、今度、私達がやらなくちゃいけない事は、本当にそうだろうかという演繹方法だと思うんですね。それをそうする為には、測定する器具が必要で、測定する器具の測面を表わしていくのが帰納的にでてきた category だというふうに思うんです。だから、そういう研究というのは看護学界にないことではないんです。本当に発達し始めているんです。実際に support というのを自分で測定してみて、そしてその property 内容を見つけて、それを今度は測定用具として逆に使っていくというやり方はあります。だけどそれは support を記述するということなんですね。どちらにしても、演繹的であっても、帰納的であってもそうなんです。だから、そういうあたりは丹念にしなければいけないけれども、 care study だけをやるというような意味で言ったわけではありません。現象をもう少し抽象的なところで帰納的にやり、演繹的にやっていく。この繰り返しを何回かしないといけないんだろう。特に、看護の現象はひとつ.factor だけではない、その色々なものがからまるという現状を測定しうるものを開発するにはそれしかないんじゃないかなという感じが私はしております。

仲（国立別府病院）

医学系の先生の中から、今の看護婦さんには基礎医学的な知識が大変少ないというか、基礎的なものがまだ出来てないという御意見が出たと思います。それは、私が卒業しましてここ10年の間、大変感じている事でございます。ここはぜひお願いなんですけれども、それを感じいらっしゃる先生方、本当に今、21世紀の看護を支える学生さんを育てていらっしゃるんですけども、そういう生理学、それから解剖学、薬理学という基礎的な面での基礎的な知識をうんとつけて戴きたいと思います。これは本当に私のお願いです。よろしくお願ひします。

石川：看護学部で生理学と薬理学を私は教えてお

ります。やっぱり、そういうものをですね、しっかりと身につけて、それを実践に使ってほしいと思って、それが生き甲斐で私はやっておりますので、ひとつよろしくお願ひいたします。

伊藤：それでは活発な討議を重ねてきて時間の経つのがまたたく間で、まだ討論を続けたい所でございますが、会場の制約などもございまして、一応、今日のシンポジウムはこれで閉じさせて戴きたいと思います。

本日は、21世紀の看護を考えることで5人の先生と3名の特別発言の先生に大変、多岐にわたる色々の側面からの御発言を戴きました、随分、思考を深めることができたのではないかというふうに思います。ただ、先程もございます様に、思考を深めただけではだめなので、後は、実践の中でそれを具体的にどうしていくかというのが、私共の課題ではなかろうかというふうに受止めさせて頂きました。今日出ました問題は、それぞれ皆様方、御自分の置かれた環境やキャリア、その他と照らし合わせて、それぞれ整理なさっていらっしゃることと思いますので、拙い私がまとめを言うのは大変僭越なんでございますが、私なりに簡単にまとめさせて頂きますと、たまたま今日は、医学系の先生と看護学系の先生と2側面からの先生方の御意見を戴きましたけれども、大変、看護を考える、或いは看護学を考えるという意味で、医学、看護学、その他関係なく、大変共通な話題が得られたのではないかというふうに思っております。いろいろ考えさせて戴く面がございますすけれども、まず、日常の実践における看護を見つけて、そして、それを他の看護以外の方にも理解して頂くためには、先生方の御発言に随所にございましたけれども、毎日の看護行為の中の裏付けをする、その裏付けというものは理論的、科学的な裏付けという言葉とか問題存在を明らかにすると、看護診断とか、いろいろと言葉はあると思いますが、とにかく自分達が行なう看護をします時に、その経験だけや、最初おっ

討 論 質 疑

しゃられました反射的な行動だけでなくて予測をきちんと立てられる様な根拠を見出すものを私共が持たなければならぬ。それが持てて初めて、社会的に主張もできることになると思ひますし、或いは社会的、経済的な支えと言いますか、見返りが、得られることになるのではないかというふうに思ひます。もちろん、私共は看護をするということは、患者さんにいい看護をするという事が中心課題でございますので、その側面からその患者さんのモラルに反するような事とか、患者さんに悪い看護を与えることはもちろん考慮しつつ、日常の中で看護行為というものを科学的に裏付けをするために努力をしなければならないと思ひます。但し、その場合は study level であるということはもちろん日常活動の中で重要な 1 側面でございますけれども、いわゆる research level の学問としてそれを成立するからには、かなり系統的にトレーニングを受けた人がならなければならぬ。それには、制度の問題とか、それを指導する人達の問題とかいうものも今日合わせて幾つか問題が出され、示唆された様に思ひます。学問が成立されて参りますプロセスを、私大変未熟ではございますが、私なりに承知しておりますのは、思弁的に、上から演繹的と申しましようか、上から見て行く場合と、それから帰納的にひとつひとつ丹念に分析して、その中から法則を見出し、組立てていくという方法があると思ひます。最後に、南先生が、私がまさに考えていることを適切におっしゃって戴いたように思ひますが、方法論はそれなりに私共のキャリア、その他で見出す事が出来るのではないかと思ひます。いずれにせよ、学問の成立をは

かる時に、やはりいつも私が思いますのは、頭を出来るだけ柔軟にすることが必要だと思ひます。看護はこうだからこうなのだと、看護はこうあるべきだというような事があまりに先行してしまって、その中に閉じこもって周りを見るという思考で終始しているのであるならば、やはり学問の成立というものは遅れてしまうのではないかと思うんです。やはり、看護というものを外側からながめて、他の学問分野の方達の考え方も柔軟に取り入れながら、但し、その場合に看護から見る視点とか、 philosophy というのはもちろん基盤にあるわけなんですが、他の分野で開発されているような方法論がもし可能ならば、積極的に取り入れる。もちろんその時は看護学を遂行する者の立場からの approach があると思います。それから、他の分野の方達のいろいろの批判なども、それを感情で受止めないで、冷静に受止めるという態度が非常に大事じゃないかということを改めて発表を聞かせて戴いて、感じるものでございます。大変、拙いまとめになつたんですけども、今日、頂きました御意見、それから会場から投げて戴きました問題点を、ひとつひとつ私共が整理をして、明日の看護実践に、或いは看護学の確立のためのエネルギーに還元できれば、今日のシンポジウムの目的は果たせたのではないかというふうに思っております。長時間、大変熱心な御討議を戴きましたありがとうございました。演者の先生方、特別発言の先生方、大変御協力戴きましたこと感謝いたします。どうもありがとうございました。



の技術が創る医学看護教材

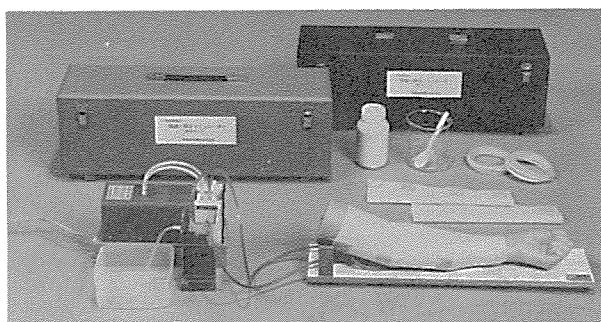


Blood Pressure Measurement Trainer 11291-00
■新製品!! 血圧測定トレーナー ￥598,000

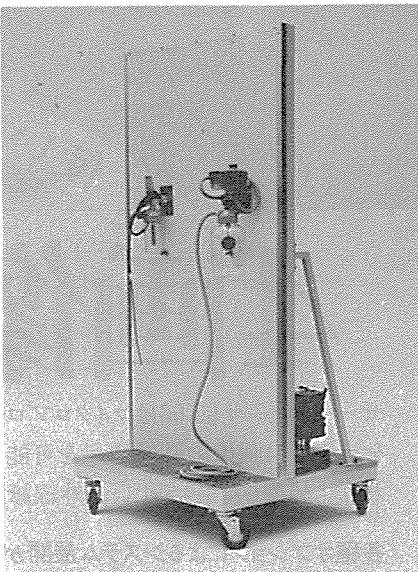
スワン「第1点」、「濁音」、「第4点」、「第5点」のコロトコフ(K)音の聴き方を正しく習得できる画期的なトレーナーです。



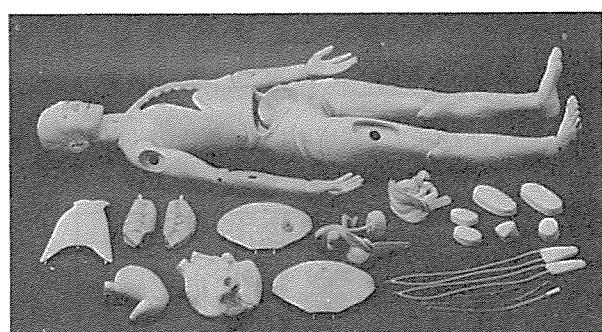
■人体解剖模型 M-100形
京都府立医大 佐野学長ご指導
世界的に珍しいトリプルチェンジトルソ
高さ1m 分解数30個 回転台付。



■採血・静注シミュレーター（電動循環式）
静脈注射・採血・点滴の実習が非常手軽にかつ、リアルに行なえます。



■C.P.S.実習装置
(セントラルハイピングシステム)
壁面を想定した衝立型でキャスター付で
移動に便利、機能は病室と同じです。

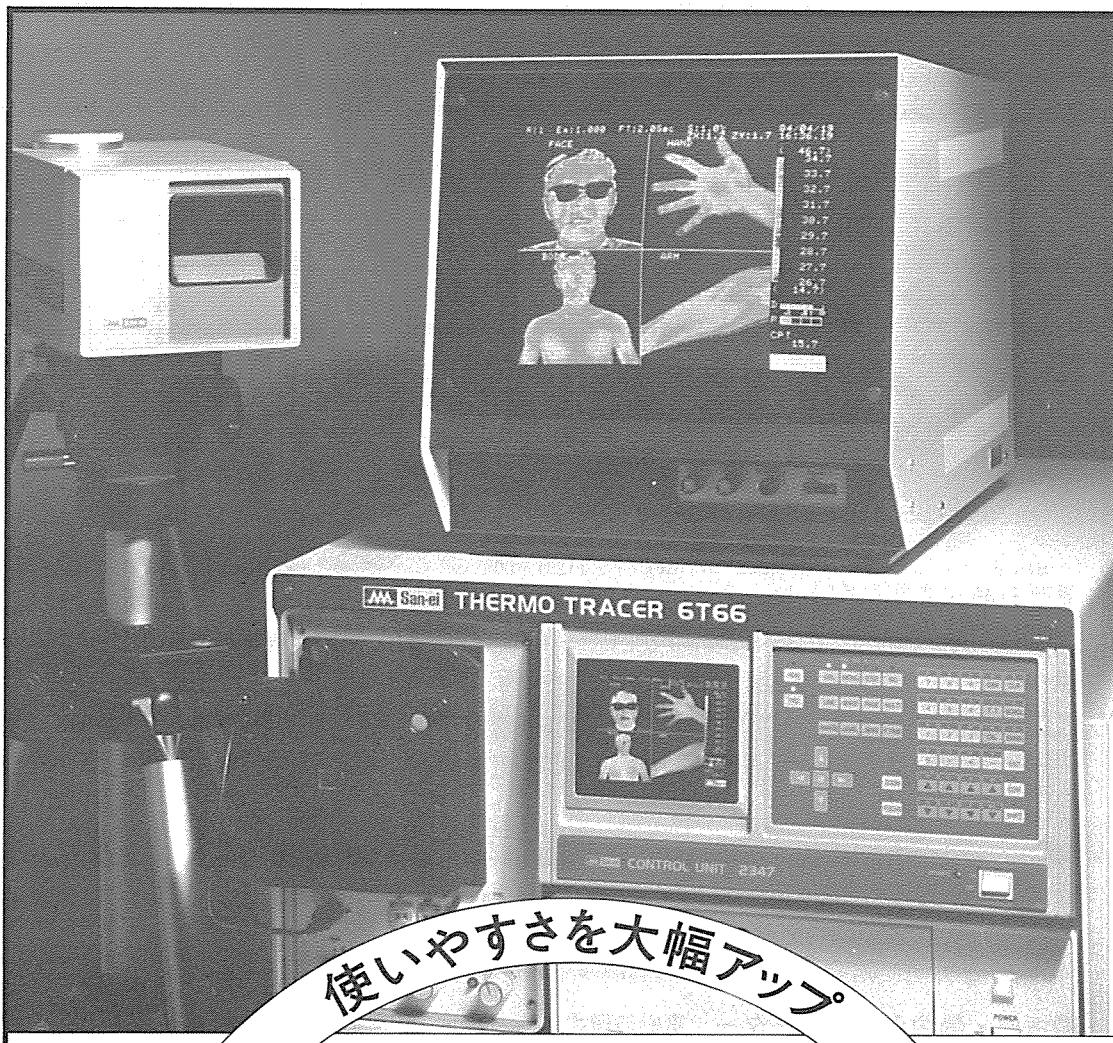


■万能実習用モデル
高度な柔軟性をもつ軟質特殊樹脂製、注射、採血、洗浄、套管の挿入、清拭、人口呼吸など。男女両用、実物大。



京都科学標本株式会社

本社 〒612 京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35-1 (075)621-2225
東京営業所 〒101 東京都千代田区内神田1丁目14-5島津ビル6F (03) 291-5231



4画像独立記憶

サーモトレーサ6T66はマイクロプロセッサと大容量LSIメモリの採用により、負荷後の生体反応経過を記憶して4画像の同時表示を可能にしたほか、画像密度を変えずに像の拡大ができる光学系ズーム機能も装備した最も新しい赤外線診断装置です。

各種オプションによるシステム展開が可能。

- 離れた場所からも検出部をコントロールできるリモコン機構
- 連続20日間の長時間モニタリングを可能にした液体窒素自動供給装置
- ホストコンピュータやパソコンとの接続を容易にするインターフェイス(GP-IB、RS-232C)

赤外線診断装置

**サーモトレーサ
6T66**



日本電気三栄

東京都新宿区大久保1-12-1 〒160 ☎03(209)0811代表

Terminal Careにおける文献学習について

A Method of Learning by Literature for Terminal Care

福本美鈴，玄田公子

Misuzu Fukumoto Kimiko Genda

I はじめに

文献学習は、知識獲得法として、また研究の第一段階として欠かせないものである。特に看護教育においては、講義や実習のみで習得することが困難な分野もあり、それらを補う一方方法としての文献学習は重要な役割を果たすと思われる。宍道(1983)¹⁾は、一般教育から専門課目へと進むにつれて、それに応じた情報検索法をカリキュラムに編成することの必要性を指摘している。そこで、看護基礎教育の中での文献学習のあり方を考えるために、1年生を対象に文献学習を実施した。前期には、Communicationについて文献学習を行ったが、学習への導入、講読文献の決め方、カードの作成方法および評価方法等が問題となった²⁾。そこで、この4点について改善し、その上で文献学習が有効であると思われる項目として、Terminal Careを取り上げ後期に実施した。これらを通して、文献学習のあり方を検討した。

II 方 法

対象は、進学課程の1年生39名で、期間は後期の4週間である。Terminal Careの学習目標は表1のとおりである。学習方略は、講義と文献学習とし同時に進行させた。文献学習を開始する前には、paper patientを用いて動機づけのために、reportの作成とdiscussionを行った。

表1 Terminal Care の学習目標

-
- GIO: 予後不良の状況にある患者に看護援助を行うため、Terminal Care のあり方を理解する。
- SBO: 1. 死を迎える患者の心理を述べることができる。
2. 家族の心理的問題について説明できる。
3. 家族への援助の重要性を認識できる。
4. 患者の話を聞く時の望ましい態度について説明できる。
5. 非言語的コミュニケーションの必要性を表現できる。
6. ホスピスの役割を述べることができる。
7. Terminal Care の必要性を認識できる。
8. 自分はどんな死を迎えたいかを述べができる。
- LS: 講義
文献学習
-

講読文献は、看護の雑誌より12編を提示し、1週目は3編を必読、2週目は6編中3編を選択、3週目は3編を必読および4週目は3編を自由選択とした。文献1編につきB6の情報カード1枚を使用し、1週間に3枚の文献カードの提出を義務づけた。文献カードの表には文献の要約を書き、裏には文献での学習内容と実践との関連を意識づけるために、学生自身にとっての適用性と文献の信頼度を記入するようにした。

文献カードの評価は、個人別の評価表を作成し、key wordの数による粗点、percentile値あるいは平均点を記入し、コメントを付けて毎週学生に返却した。文献学習の有用性を調べるために

は、波多野ら(1981)³⁾によって考案された末期患者に対する援助意志を点数化したものおよび援助認識と行動傾向を分析したものを学習前後で比較した。また学習終了後には、文献学習の内容および方法に関するアンケート調査を実施した。

III 結 果

1 援助意志

末期患者およびその家族に対する看護については3項目の質問を設け、「進んでしたい」から「絶対避けたい」まで4段階の選択肢を作り、各々4~1点を与え援助意志を点数化し、学習前後で比較した(表2)。学習前後の平均値の差の検定では、有意差が認められた($t=6.05$, $df=38$, $P<0.01$)。末期患者のそばにいることについては、表3に示すように、学習前にはできれば避けたいと答えた者が13名(33.3%)であったが、学習後には3名(7.6%)と有意に減少した($P=0.044 \times 10^{-1}$, $P<0.01$)。一方、進んでいたいと答えた者は、学習前7名(17.9%), 学習後18名(46.2%)と学習後に有意に増加した($P=0.056 \times 10^{-1}$, $P<0.01$)。また、Terminal Careに対する

表2 援助意志の点数

	最高点	最低点	平均点	標準偏差
学習前	12.0	6.0	9.7	1.40
学習後	12.0	8.0	10.8*	1.20

* $P<0.01$

表3 末期患者のそばにいることについて

	学習前 (%)	学習後 (%)
絶対避けたい	0	0
できれば避けたい	13 (33.3)	3*(7.6)
いてもよい	19 (48.8)	18 (46.2)
進んでいたい	7 (17.9)	18*(46.2)
合 計	39 (100)	39 (100)

* $P<0.01$

考え方学習後に全員が変化したと答えており、その内容は「死を迎える患者を避けず、できる限りのCareをしたいと思うようになった」が9名(27.3%), 「患者の話を聴く姿勢を持とうと思

Terminal Careに関する調査

1. 次の質問に答えて下さい。³⁾
 あなたが一人の癌患者(35才、女性)の部屋(個室)に昼食を持って行きました。「お食事ですか…。」と言うと、患者はベットに横になつたまま次のように言いました。「まだ食事ですか…。背中が痛いんです。体がやせてきたし食べたいものも喉を通らないんですよ。癌で死んだ祖母も同じでした。私も癌かしら。死ぬんじゃないかしら…。」
- 1) あなたはこの時、どう思いますか。
 - 2) あなたは、患者に何と言いますか。
 - 3) あなたは、どのような行動をしますか。
2. あなたは死が間近い患者の看護についてどう思っていますか。次の3問に対して、該当するところに○印をつけて下さい(今後の気持ちに最も近いものを選んで下さい)。
- 1) 患者の傍にできるだけいたいと思いますか。
 - a 絶対避けたい
 - b できれば避けたい
 - c てもよい
 - d 進んでいたい
 - 2) 患者にできるだけのことをしてみたいと思いますか。
 - a 絶対避けたい
 - b できれば避けたい
 - c してもよい
 - d 進んでいたい
 - 3) 家族の助けになりたいと思いますか。
 - a 絶対避けたい
 - b できれば避けたい
 - c 助けになってもよい
 - d 進んで助けになりたい
3. あなたのTerminal Careに対する考え方方、講義や文献学習を通して変化しましたか。
- a 非常に変った
 - b 少し変った
 - c 変らない
4. 3の質問で、a. 非常に変った、b. 少し変ったと答えた人は、変化した内容について書いて下さい。

(質問項目の1, 3, 4は文献学習終了後にのみ調査した)

Terminal Careにおける文献学習について

うようになった」が8名(24.3%)などであった。

2 援助認識と行動傾向

表4は、学習前後のreportおよび調査の自由記述を分析し、各項目に関して記述していた学生の割合を学習前後で比較したものである。患者の理解と受容を示した者は学習前19名(50.0%),学習後20名(51.3%)と差はみられないが、援助の姿勢を示した者は学習前11名(28.9%),学習後22名(56.4%)であり、学習後に有意に増加した($\chi^2=4.86$, df=1, $P<0.05$)。また、身体的な援助の意志を示した者は、学習前3名(7.9%),学習後25名(64.1%)と学習後に有意に増加した($P=0.016 \times 10^{-5}$, $P<0.001$)。一方、何もできないと答えた者は学習前17名(44.7%),学習後8名(20.5%)と学習後に半減した。

表4 援助認識と行動傾向

	学習前 (%)	学習後 (%)
患者の理解と受容	19 (50.0)	20 (51.3)
援助姿勢	11 (28.9)	22* (56.4)
精神的援助	11 (28.9)	20 (51.3)
身体的援助	3 (7.9)	25** (64.1)
何もできない	17 (44.7)	8 (20.5)

* $P<0.05$

** $P<0.001$

3 学習の姿勢と活用

文献学習に対する姿勢は、あまり積極的ではなかった者が20名(51.3%)と最も多く、次いで積極的に取り組んだ者が16名(41.0%),カードの提出期限があるので仕方なくやった者が3名(7.5%)であった。文献カードの評価の平均点は7.5±0.825であり、積極的に取り組んだ者では、文献カードの得点が平均点以上であった者が有意に多かった($P=0.039$, $P<0.05$)。また、今回の文献学習が今後のTerminal Careの実践に役立つかについては、表5に示すように大変役立つが23名(59.0%)と最も多く、次いで少しあ役に立つが16名(41.0%)であった。

表5 実践における文献学習の有用性

	実数 (%)
大変役立つ	23 (59.0)
少しあ役立つ	16 (41.0)
役に立たない	0
合 計	39 (100)

4 文献学習の方法

講読文献は、1週間に3編でちょうど良かったと答えた者が35名(89.7%)と大多数を占めていた。また、学習の期間は、4週間でちょうど良かったと答えた者が35名(89.7%)であり、講義と同時期に行うのがよいと答えた者が31名(79.5%)であった。講義と同時期に行ったことが良かった理由は、講義の内容がよく理解できるが最も多く12名(36.4%)であった。文献カードの評価方法では、粗点、percentile値あるいは平均点という今回の方法を希望する者が32名(82.1%)と大半を占めていた。

文献を自由に選択することについては、表6に示すように、少し難しかったと答えた者が24名(61.5%)と最も多く、次いで簡単だったと答えた者が9名(23.1%)、非常に難しかったと答えた者が6名(15.4%)であった。

表6 文献の選択

	実数 (%)
非常に難しかった	6 (15.4)
少し難しかった	24 (61.5)
簡単だった	9 (23.1)
合 計	39 (100)

表7 文献検索法

	実数 (%)
雑誌を一冊づつ検索した	14 (31.1)
友人の検索した文献を使った	14 (31.1)
indexを活用した	9 (20.0)
掲示文献の中の参考文献を使った	8 (17.8)
合 計	45 (100)

(複数回答)

者が6名(15.4%)であった。文献検索法は、雑誌を1冊づつ検索した者が14名(31.1%),友人の検索した文献を使った者が14名(31.1%)が多く、

indexを活用した者は9名(20.0%)であった(表7)。選択された文献は34編、5種類の雑誌からであり、SBOを満たさない文献が1編みられた。

IV 考 察

今回の学習で対象となった学生のうち、患者の死を体験した者は約13と少数であり、臨床におけるTerminal Careの実際を知らない者も多い。したがって、延命が強調されるcure中心の医学の中で、看護婦が取りうる役割における葛藤など、臨床での現実的な問題に対する認識が不充分であることが考えられる。しかし、援助意志の点数からは、学習前後の平均値の差においてt検定で有意差が認められたこと(表2)および学習後の援助認識と行動傾向の点数からは、援助姿勢や身体的援助の意志を示した者が有意に増加したこと(表4)からTerminal Careの学習において、文献学習は有効であったと考えられる。しかし、この学習後に学生が示した意識の変容がそのまま臨床で役立つのかどうかは疑問である。また、学習後にTerminal Careに対する考え方方が変化したと述べた内容から推察されるのは、末期患者が持つtotal painの中で、精神的な痛みに注目する傾向があることである。これらのこととは、今回のTerminal Careの学習目標の設定にも一因があると思われる。したがって、看護基礎教育でのTerminal Careの学習では、到達目標をどこにおけるべきかを継続教育とのかかわりの中で明らかにすることが必要であろう。

遠矢⁴⁾は、看護体験の少ない短大生の場合、臨死患者の看護はできるだけ避けたいという傾向のあることを指摘している。今回の調査においても、学習開始前には末期患者のそばにいることに対して、いてもよいあるいはできれば避けたいといった消極的な姿勢の者が多く(表3)、遠矢の調査結果と同様の傾向が認められる。しかし学習後には、患者のそばに進んでみたいと答えた者が有意に増加しており(表3)、このことは

柏木(1978)⁵⁾が述べているように、患者の生きざまに参加しようとする前向きの気持を持つ者が増えたと解釈できよう。この理由の1つとして考えられることは、今回必読とした文献に、末期患者へのアプローチに成功している事例が多かったため、学生は死に対する自分自身の恐怖感に直面するよりも、末期患者のcareに興味をそそられたものと思われる。しかし、careの大前提になるのは、自分自身が死をどうとらえるかという死に対する考え方であり、基礎教育の中でこの考え方を確立することが必要であろう。

文献学習に対する姿勢は、あまり積極的ではなかった者が20名(51.3%)と半数を占め、学習意欲は高いとは言えない。しかし、学習に対して積極的な姿勢を持つ者に、文献カードの評価が良かったことから、学習に対する自主的意欲を促す工夫が必要であると思われる。そのためには、田中ら(1984)⁶⁾がTerminal Careの教育においてgroup workの有用性を報告しているように、学習期間中に講読文献を基にgroup discussionを行うことなども有効かもしれない。また、学習に対する姿勢は、あまり積極的ではない者が多くたが、今回の文献学習が今後のTerminal Careの実践に役立つかについては全員が役立つと答えており(表5)、学生自身が文献学習の意義を認めていると言える。しかしこのことは、これまでのTerminal Careの学習が不充分であったことおよびTerminal Careの実際を知らない者の多いことが影響していると思われる。

文献学習の方法では、学習期間は4週間、講読文献が1週間に3編という今回の方法を支持した者が大半を占めており、学生が読むことを苦痛に思わず、また文献カードの作成のみにとらわれない方法にすることが必要であり、その点で今回の方法は妥当であったと思われる。学習の時期は、講義内容がよく理解できる等の理由で、講義と同時期を希望する者が多かったが、時期は文献学習のテーマによって決めるべきであろう。

学生の希望する文献カードの評価方法は、

Terminal Careにおける文献学習について

Communicationについての文献学習を実施した時に用いたA, B, Cの3段階評価よりも、粗点、percentile値あるいは平均点という今回の方法を希望する者が大半を占めていた。このことから、粗点だけでなくpercentile値を示すことで、学生自身が文献の難易度を相対的に判断でき、読み方やまとめ方の自己評価が可能になったと考えられる。

文献を自由に選択することについては、少し難しかったあるいは非常に難しかったと答えた者を合わせると30名(76.9%)と大半を占めていた(表6)。文献検索法については、学習開始前にindexの活用方法などを中心に説明を行ったが、indexを用いた者は9名(20.0%)と少数であった(表7)。また、優れた一次文献から出発し、その参考文献を遡行する方法も有効であると思われるが、この方法を用いた者は8名(17.8%)と最も少なかった。宍道(1983)¹⁾は、文献検索において、学生の情報行動と教育の間には明らかに正の関係があることを報告している。この観点からみると、学習開始前の文献検索に対する指導が不充分であったことが反省される。基礎教育の中での文献学習の目標は、安部ら(1984)⁷⁾が指摘しているように、卒業後も変わらず文献学習能力を持ち続けることであり、この目標を達成するためには、在学中に充分な文献学習を行う機会を設けるべきであろう。このことを通して、学生の自己学習能力の定着をはかりたい。

以上のことから、文献学習の方法自体にも改善すべき点があるが、文献学習のテーマおよび内容の

決定には、さらに検討の余地が残されている。今回のテーマであったTerminal Careについて言えば、臨床におけるTerminal Careの現状を把握した上で、そのあり方に対する考え方を明確にし、その中から看護基礎教育あるいは継続教育として取り組むことを明らかにする必要性を感じた。これらのこととは、今後の課題としたい。

V 摘 要

進学課程1年生39名を対象に、Terminal Careにおける文献学習を実施し、末期患者に対する援助意志、援助認識と行動傾向、文献カードの評価およびアンケート調査の結果を分析し、文献学習のあり方について検討した。

援助意志の点数では、学習前後の平均値の差の検定で有意差が認められた($t=6.05$, $df=38$, $P<0.01$)。また、援助認識と行動傾向では、援助姿勢および身体的援助意志を示した者が学習後に有意に増加した(援助姿勢: $\chi^2=4.86$, $df=1$, $P<0.05$; 身体的援助意志: $P=0.016 \times 10^{-5}$, $P<0.001$)。

文献学習に対する姿勢は、あまり積極的ではなかった者が20名(51.3%)と最も多かったが、積極的に取り組んだ者では、文献カードの評価が平均点以上であった者が有意に多かった($P=0.039$, $P<0.05$)。今回の文献学習が今後のTerminal Careの実践に役立つかについては、全員が役立つと答えていた。以上の結果から、文献学習のあり方を考察した。

Abstract

The present paper describes a method of learning by literature for terminal care.

The learning was carried out to the first-year students who were in two-year college. The support will to patients with the terminal illness, the recognition of support, a behavioral tendency, evaluation for summary card of literature, and the results of the questionnaire were analyzed.

The mean score of the support will after learning was higher than that before learning and t value of 6.05 with 38 df computed was significant at P<0.01. At the recognition of support and a behavioral tendency, students who showed an attitude for support and the will for physical care increased significantly when the learning was finished (attitude : $\chi^2=4.86$, df=1, P<0.05; will : $P=0.016 \times 10^{-5}$, P<0.001). About 50 percents of students were not active toward the learning by literature. On the other hand, most students who got more than the average mark of evaluation for summary card of literature were active toward the learning (P=0.039, P<0.05). All students answered this learning by literature would be useful for the practice of terminal care.

On the basis of the results obtained, a method of learning by literature for terminal care was discussed.

V 文 献

- 1) 宍道 勉：利用者教育が図書館利用に及ぼす効果について，大学図書館研究，23，9～19，1983。
- 2) 福本美鈴，玄田公子：文献学習のあり方——単元，Communication ——，滋賀短大誌，25，110～114，1984。
- 3) 波多野梗子，村田恵子：看護学生の終末期患者への援助的認識と看護行動傾向の学年による差異，看護研究，14(1)，62～73，1981。

- 4) 遠矢福子：看護教育における患者の死に関する研究，第1報看護学生の死に対する意識調査を通して，福井県立短期大学研究紀要，7，65～82，1982。
- 5) 柏木哲夫：死の過程への参画を，看護学雑誌，42(3)，250～255，1978。
- 6) 田中道子他：生と死のゼミナール実践報告，看護教育，25(11)，683～688，1984。
- 7) 安部千鶴他：看護教育における文献学習の教育方法についての提言，看護教育，25(11)，679～682，1984。

膀胱内細菌汚染に対する洗浄の効果

Effect of bladder irrigation for urinary infection in the patients with urethral retention catheter

山本公子^{*}, 米内山千賀子^{**}, 木村紀美^{**}, 近藤久美子^{**}
Koko Yamamoto Chikako Yonaiyama Kimi Kimura Kumiko Kondo
野戸結花^{***}, 福島松郎^{***}
Yuka Noto Matsuro Fukushima

I はじめに

留置カテーテルは、術後の患者や排尿困難の患者、失禁や意識障害のある患者を対象に挿入され、尿路感染や尿閉の予防のためしばしば膀胱洗浄が行われている。

かつては、膀胱洗浄液というと 0.02% ヒビテン液が一般的であった。しかし、ヒビテンに関しては、*Pseudomonas cepacia* による汚染やブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌の一部に耐性が存在することが報告され、^{1) 2)} また、粘膜への刺激が強い等の理由により現在はほとんど使われなくなった。それに代わって、滅菌生理的食塩水やそれに抗生素質を混入したものが広く洗浄液として用いられるようになった。そこで今回、膀胱洗浄施行患者において、洗浄前後のカテーテル尿の細菌学的变化と洗浄液の種類による差を調べ、膀胱洗浄の効果について検討を加えた。

II 研究対象および研究方法

研究対象は、弘前大学医学部附属病院と黎明郷リハビリテーション病院において膀胱内カテーテルを留置し、膀胱洗浄を行っている患者21例である。その内訳は男性13例、女性8例で、60歳以上の老人が15例と約4分の3を占めていた。また、

これらの症例を膀胱洗浄液が生理的食塩水のみの群(11例、以下A群)と生理的食塩水に抗生素質を混入している群(10例、以下B群)とに分けた。その疾患の内訳は、A群では脳血管性疾患が7例、脳腫瘍、重症筋無力症、胃癌・腰椎損傷、脊椎損傷が各1例であった。B群では、脳血管性疾患4例、前立腺肥大症および褐色細胞腫が各1例であった。膀胱内カテーテル留置期間は、A群では平均383日(9日～1331日)、B群では平均53日(8日～162日)であった。抗生素質の全身性投薬は、A群5例、B群6例に行われていた(表1)。

研究材料としては、膀胱洗浄の30分前にカテーテル連結上部をコッヘル止血鉗子で止め、膀胱内に尿を貯留させてから連結部のゴム管をはずし、滅菌試験管に約10mlを採尿した。膀胱洗浄後の尿も、洗浄後30分経過してからコッヘル止血鉗子で止め、同様の方法で採尿した。これをカテーテル交換後1日目、3日目、7日目と経過をおって行い、血液寒天培地・BTB培地に培養後、検出されたコロニー数から細菌数を算定し、さらに同定を行い菌種を明らかにした。

* 旭川医科大学医学部附属病院 Medical Hospital of Asahikawa Medical College

** 弘前大学教育学部看護学科教室 Faculty of Education, Hirosaki University

*** 弘前大学医学部附属病院 Medical Hospital of Hirosaki University

膀胱内細菌汚染に対する洗浄の効果

表 1 対 象

分類	症例	性別	年令	診断名	カテーテル留置期間	カテーテル交換周期	抗生素質の種類		以前の細菌検査結果
							全 身 性	洗浄液中	
A群	1	女	24	脳腫瘍	122日	1回/週			
	2	男	72	重症筋無力症	54日	1回/週	シオマリン1g バニマイシン500mg×2 セファメジン2g×2 シオマリン1g×4		Yeast(+) Candida(+)
	3	男	70	胃癌、腰髄損傷	50日	1回/月			
	4	男	46	脳内出血	9日	1回/週			
	5	男	71	脳血栓	615日	1回/週	クラフォラン1g×2		P.aeruginosa)10 ⁷ /ml
	6	男	84	脳血栓	1333日	1回/週	ミノマイシン200mg		Serratia)10 ⁷ /ml
	7	女	56	脳血栓	380日	1回/週			P.aeruginosa)10 ⁷ /ml
	8	女	64	脳血栓	302日	1回/週			Serratia K.pneumoniae)10 ⁷ /ml
	9	女	70	脊椎損傷	361日	1回/週			P.aeruginosa)10 ⁷ /ml M.morganii
	10	女	83	脳血栓	223日	1回/2週	セフォタックス		P.aeruginosa)10 ⁶ /ml K.pneumoniae)10 ⁵ ~10 ⁷ /ml Serratia
	11	女	71	脳幹部出血	766日	1回/週			E.coli 10 ⁷ /ml
B群	12	女	60	脳内出血	59日	1回/週			P.aeruginosa(++)
	13	男	55	膀胱腫瘍	144日	不 定	リラシリン8g セファメジン4g	ビクリン100mg	St.faecalis 3×10 ⁶ /ml
	14	男	65	膀胱腫瘍	26日	不 定	セファメジン2g シオマリン2g ミノマイシン100mg	ビクリン100mg	Yeast 6×10 ⁴ /ml
	15	男	70	前立腺肥大症 膀胱腫瘍(肺転移)	8日	不 定	ビクリン200mg ミノマイシン100mg シオマリン3g	ビクリン100mg	
	16	男	72	膀胱腫瘍	14日	不 定		ビクリン100mg	P.aeruginosa 3×10 ⁶ /ml
	17	男	64	褐色細胞腫	71日	不 定	エボセリン2g	ビクリン100mg	Serratia 2×10 ⁴ /ml
	18	男	40	脳血栓	8日	不 定		ビクリン100mg	P.aeruginosa)10 ⁴ ~10 ⁶ /ml C.frenedi
	19	女	58	脳血栓	25日	1回/週	ビクシリソ	ボスマシンG2g	P.aeruginosa)10 ⁶ /ml Serratia
	20	男	75	脳血栓	162日	1回/週		ゲンタシン20mg	P.aeruginosa)10 ⁶ /ml
	21	男	73	脳血栓	12日	1回/週	チルマボア1g	トブラン60mg	P.aeruginosa)10 ⁶ ~10 ⁷ /ml Serratia

III 実験成績

1 膀胱洗浄前後における尿中菌数の変化

膀胱洗浄前の尿中において、尿路感染症と定義される $10^5/ml$ 以上の菌数を示した者は21例中18例であったが、いずれも 37°C 以上の発熱やその他の感染症の症状を訴えている者はいなかった(図1)。

膀胱洗浄前後の菌数では、A群の1日目では $2.00 \times 10^6/ml$ から $0.85 \times 10^6/ml$ へと膀胱洗浄後の方が有意に($t=3.80, P<0.01$)減少していた。

同じく3日目でも $4.83 \times 10^6/ml$ から $1.23 \times 10^6/ml$ へと有意に($t=4.12, P<0.01$)減少していた。

しかし、7日目では1例の細菌数が非常に多く、標準偏差が大きくなり、洗浄前後の尿中細菌数の間に有意差は認められなかった。

B群でも、1日目が $2.41 \times 10^6/ml$ から $0.60 \times 10^6/ml$ へと有意に($t=3.98, P<0.01$)減少し、3日目も $3.00 \times 10^6/ml$ から $1.34 \times 10^6/ml$ へと有意に($t=2.67, P<0.05$)減少していた。7日目ではA群と同様の理由で有意差は認められなかった(図2)。

膀胱内細菌汚染に対する洗浄の効果

2 検出菌の菌種別による検討

菌種については、全体として *Pseudomonas aeruginosa* が21例中12例（A群6例，B群6例）と最も多く検出され、次いで *Klebsiella pneumoniae* が21例中7例（A群5例，B群2例）と多く、グラム陰性桿菌が大部分を占めていた（図3）。

また、カテーテル交換後1日目、3日目、7日の膀胱洗浄前の菌数の変化を、検出の多い *Pseudomonas aeruginosa* と *Klebsiella pneumoniae* でみてみると、カテーテルを交換してから日がたつにつれ菌数は増加の傾向にあるが、有意差はみられなかった。また、洗浄後の菌数については、*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* ともA群、B群の1, 3, 7日目のいずれも平均菌数は減少しているものの、有意差は認められなかった（図4, 5）。

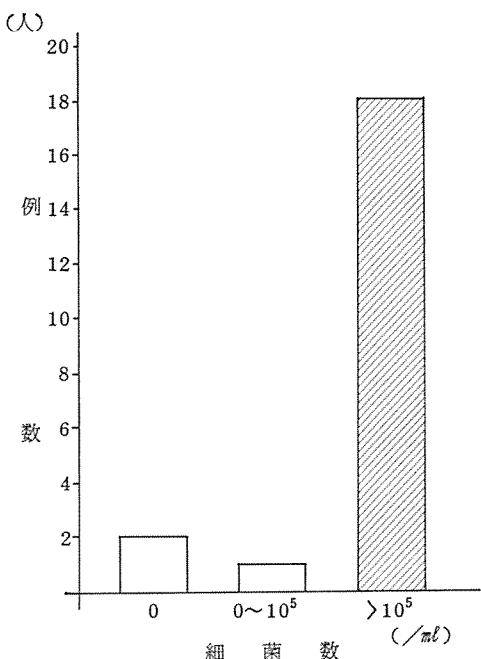


図1 膀胱前後の尿中細菌数

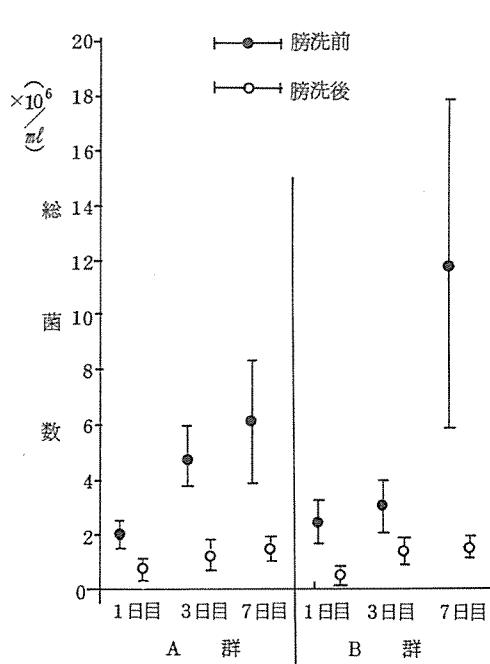


図2 膀胱前後における総菌数の変化

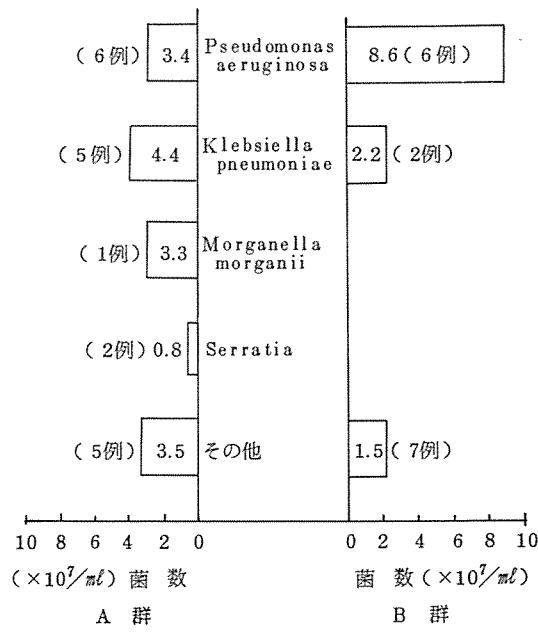


図3 検出菌の菌種別による比較

膀胱内細菌汚染に対する洗浄の効果

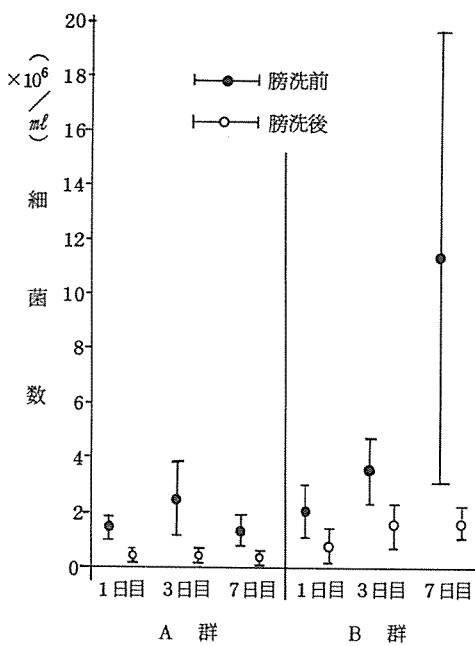


図4 膀胱洗前後における
Pseudomonas aeruginosaの変動

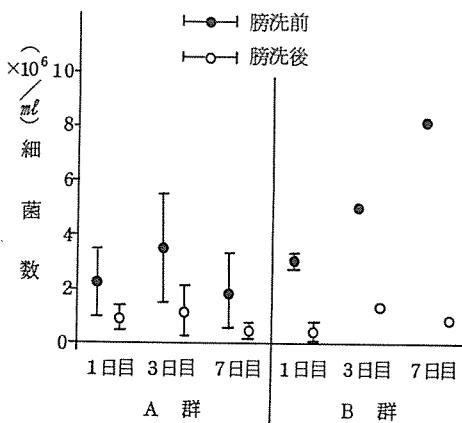


図5 膀胱洗前後における
Klebsiella pneumoniaeの変動

3 膀胱洗浄液による減少率の比較

A群1日目とB群1日目を減少率80%を境にして比較したところ、 $\chi^2=0.39$ と有意差はなく、同様に3日目、7日目とも $\chi^2=1.52$ 、 $\chi^2=0.16$ と有

意差はなかった。しかし、1970年代後半にセファロスボリンに耐性を示し、院内感染菌として猖獗を極めたSerratia⁴⁾やMoruganellaやEnterobacter agglomeransはB群では全例陰性であり、注目される。

4 尿路感染症患者の複合感染率

また、これら尿路感染症陽性例のうち、55.5%は2種以上の細菌による複合感染であった。しかし、その内訳をみると、A群で70%であるのに対し、B群では37.5%と少なく、特にB群ではmorganella、SerratiaおよびEnterobacterが陰性であった点を考慮すれば、洗浄液に抗生物質を入れることで複合感染が抑制されているのではないかと思われた(図6)。

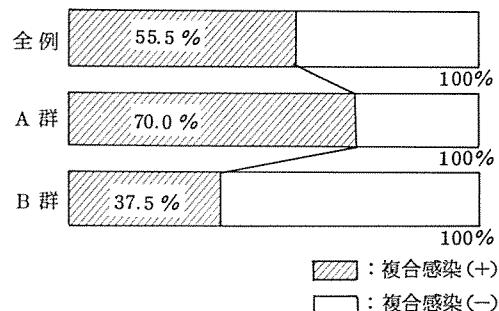


図6 尿路感染症患者の複合感染率

N 考 察

尿中細菌が $10^5/\text{ml}$ 以上のものを尿路感染症とする定義に従うと、本研究では21例中18例(85.7%)が感染を呈しており、庄田らの報告⁵⁾と一致していた。これを男女別でみると男性13例中10例(76.9%)、女性8例中8例(100%)となっている。これは、女性の尿道は短く、カテーテルを留置したなら細菌感染をおこしやすいとの裏づけになると考える。

膀胱洗浄前の菌数は、A群、B群ともにカテーテルを交換してから1日目、3日目、7日目と日数がたつにつれ増加しており、カテーテルを留置

膀胱内細菌汚染に対する洗浄の効果

しておくことで菌の増殖を招いていることがわかった。カテーテル交換周期は病棟や患者によって異なるが、カテーテルを留置しておくことにより洗浄前の細菌数は増加しても洗浄後には著明に減少しており、このことからも膀胱洗浄の有効性がわかる。

さらに、菌種についてみると、A群、B群ともにグラム陰性桿菌が大部分を占め、*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*が多く検出された。島田⁴⁾によると、老年者の尿路感染では*Pseudomonas aeruginosa*や*Klebsiella pneumoniae*らの比重が増えているとの報告があり、本研究もそれと一致していた。各々の患者には数種の抗生物質の全身性与薬や、B群患者には洗浄液中にも抗生物質が混入されているにもかかわらず、これらの菌は連続的に検出されていた。特に*Pseudomonas aeruginosa*尿路感染症は、広域性抗生物質の与薬や留置カテーテルが誘因となって発症することはよく知られており、⁶⁾前述の症例も難治性を呈しているといえるのではないだろうか。いずれにしても、我々看護に従事する者も尿路感染の実態を認識し、患者の観察を十分行うとともに、使用されている抗生物質の種類やカテーテル尿からの菌出現の有無、菌種、菌数等

に十分な注意を払うことが必要である。

V 結 語

1. 留置カテーテル尿中の細菌は膀胱洗浄により有意に減少した。
2. 留置カテーテル尿中からは、患者に十分量の抗生物質が全身性に与薬されているにもかかわらず、*Pseudomonas aeruginosa*や*Klebsiella pneumoniae*等が連続的に検出され、複合感染の難治性が問題になると考えられた。
3. 膀胱洗浄液に抗生物質が混入されている群では*Morganella*や*Serratia*等は証明されなかったが、*Pseudomonas aeruginosa*や*Klebsiella pneumoniae*等は生理的食塩水のみの群と差はなく、総菌数の減少率においても差はみられなかった。
4. 膀胱内留置カテーテルを挿入された患者の看護においては、尿路感染の実態を把握し、その管理に十分な注意を払うことが重要である。

終わりに臨み、本研究に御指導、御協力いただいた皆様に深く感謝いたします。

(なお、本研究の要旨は昭和59年7月24日、第10回日本看護研究学会(熊本市)において発表した。)

要

約

膀胱洗浄施行患者において、洗浄前後のカテーテル尿の細菌学的变化と、洗浄液の種類による差を調べ、膀胱洗浄の効果について検討を加えた。その結果、次のような結論を得た。

1. 留置カテーテル尿中の細菌は、膀胱洗浄により有意に減少した。
2. 留置カテーテル尿中からは、患者に十分量の抗生物質が全身性に与薬されているにもかかわらず、*Pseudomonas aeruginosa*や*Klebsiella pneumoniae*等が連続的に検出され、複合感染の難治性が問題になるとと考えられた。
3. 膀胱洗浄液に抗生物質が混入されている群では*Morganella*や*Serratia*等は証明されなかったが、*Pseudomonas aeruginosa*や*Klebsiella pneumoniae*等は生理的食塩水のみの群と差はなく、総菌数の減少率においても差はみられなかった。

膀胱内細菌汚染に対する洗浄の効果

Abstract

In this report, a bacteriological examination was tried on the urine of various patients with durable urethral catheter before and after irrigation of the bladder, and the results were as followed.

1. In almost cases, various kind of bacteria was found in the cathetral urine before irrigation, but they were significantly decreased by vesical irrigation.
2. Pseudomonas aeruginosa and klebsiella pneumoniae were continuously presented in the cathetral urine, in spite of the administration of antibiotics.
3. Morganella and serratia disappeared from cathetral urine after the irrigation in that's fluid including an antibiotics or not. Pseudomonas aeruginosa and klebsiella pneumoniae were still recognized in the cathetral urine after the irrigation with antibiotics. The decreasing ratio of these 2 bacterium was not apparently different in the case of irrigation with antibiotics and without antibiotics.

VI 引用文献

- 1) 工藤 肇：原因微生物の検出と決定，臨床病理，27：(5)，374～379，1979.
- 2) 中村留理子，他：細菌学的にみた留置カテーテル患者への膀胱洗浄の検討，臨床看護，7：(6)，857～863，1981.
- 3) 百瀬俊郎，他：尿路感染症の臨床，金原出版，39～40，東京，1974.
- 4) 島田 繩：老年者感染症の起炎菌，老年医学，21：(11)，1921～1925，1983.
- 5) 庄田良中，他：尿道内カテーテル留置の尿路および前立腺感染に及ぼす影響に関する研究（第2報），日本化学療法会誌，30，:(3)，328，1982.
- 6) 西岡きよ，他：常用消毒剤の非発酵菌に対する殺菌効果の検討，臨床病理，26：(8)，721，1978.

— 原著 —

心・大血管手術後の頭部脱毛症におよぼす諸因子の検討

INCIDENCE FACTORS OF POSTOPERATIVE ALOPECIA
WITH HART AND GREAT VESSEL SURGERY

後藤千佳^{*}、木村紀美^{**}、米内山千賀子^{**}、近藤久美子^{**}
Chika Goto Kimi Kimura Chikako Yonaiyama Kumiko Kondo
福島松郎^{**}
Matsuro Fukushima

I 緒 言

術後に発症する円形脱毛症、頭部の禿瘡（以下 alopecia と記す）（写真1）については、全身麻醉後に認められる小合併症のひとつとして、^{1), 2), 3)} 1950年頃から注目され始めた。しかし、報告数が比較的少なく、その殆んどが症例報告であり、発生の機序やその予防法を論じた文献は極めて少ない。

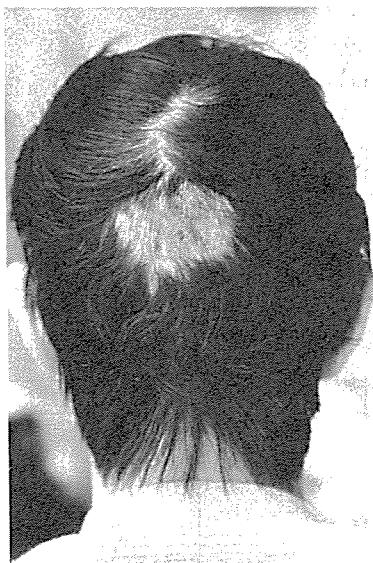


写真1 術後の円形脱毛症

今回、著者らは術後の alopecia の原因のひとつと推察されている手術中の頭部圧迫状態を検討するため、頭部の体圧を測定し、興味ある知見を得たので報告する。併せて、その発生原因についても考察を加えてみた。

II 研究対象および研究方法

全身麻酔（以下全麻と記す）下における手術、特に心・大血管手術患者について、alopecia の発生原因と頭部の体圧との関係を検討するため、次に示す3つの研究対象および研究方法を設定した。

1 全麻下で手術された患者における alopecia の発生状況に関するカルテ調査

1981年1月から1983年5月まで、弘前大学医学部附属病院第一外科で、麻酔時間が4時間以上要した胸腹部の手術患者のうち、15歳以上の79例を対象とした。その内訳は、男性48例、女性31例で心・大血管疾患32例、胃疾患12例、肺疾患10例、食道疾患8例、大腸疾患7例、肝臓・胆道疾患2例、乳房疾患3例、その他の胸部疾患5例であった（表1）。この中で心・大血管疾患の32例は、全例人工心肺（以下C P Bと記す）を使用していた。

これらの患者のカルテと看護記録から各種の情

* 山形大学医学部附属病院 University Hospital, Faculty of Medicine,
Yamagata University, Japan

** 弘前大学教育学部看護学科教室 Department of Nursing Science, Faculty of
Education, Hirosaki University, Japan

心・大血管手術後の頭部脱毛症における諸因子の検討

報を収集し、alopecia の発生原因と考えられる諸因子について検討した。なおこれらの患者は、手術中には通常のドーナツ枕が使用されていた。

また、alopecia と同じように、圧迫が主な発生原因とされている褥瘡についても同様に調査・検討した。

表 1 検索症例の内訳

性別 手術領域	男性	女性	合計
心・大血管	17	15	32
胃	11	1	12
肺	4	6	10
食道	6	2	8
大腸	5	2	7
肝・胆	1	1	2
乳房	0	3	3
その他	4	1	5
合計	48	31	79

2 手術中に使用される枕と後頭部の体圧に関する研究

後頭部の体圧の最も少ない枕を検討するため、健康成人16名に5種類の枕を使用し、意識下で後頭部の体圧を測定した。この際、対象には出来る限り後頸部の力を抜くように指示し、一定時間(3分)の安静位で最高値を示したものと体圧とした。使用した枕は、デキュビテクスF型クッション、フローテーションパッド、スポンジ枕、ドーナツ枕および弘前大学医学部麻酔科学教室が考案した弘大式麻酔枕である。体圧測定には、カフ内圧測定器(Mallinckrodt社製)に気管内チューブの空気だめを、エアリークのないよう接続したものを使用した。

3 術中の頭部の体圧等の測定

研究2で最も低い体圧が得られた弘大式麻酔枕を用い、術中の頭部体

圧やモニタリングしている項目を記録した。対象は、人工心肺を併用した開心術15例、心大血管手術8例の計23例である。

III 成績

1 全麻下手術症例における術後 alopecia の発生頻度

alopeciaが発生したのは、非心・大血管手術群で $\frac{1}{47}$ (2%)のみであったのに対し、心大血管手術群で $\frac{8}{32}$ 例(25%)であった。また、褥瘡が発生したのは前者で $\frac{8}{47}$ 例(17%)、後者で $\frac{6}{32}$ 例(19%)と両者間には殆んど差はなかった。

心・大血管手術患者をalopeciaが発生した群と非発生群に分け、年齢、ケトレー指數、麻酔時間、時間尿量、出血量、CPB使用時間、最低直腸温、麻酔法、術式について検討した(表2)。有意水準5%で検定し、両者間に明らかに有意差が認められたのは、ケトレー指數、麻酔時間、CPB使用時間であり、非発生群より発生群の方が

表2 心・大血管手術後のalopecia発生群と非発生群の比較 (平均±標準誤差)

	発生例(8例)	非発生群(24例)	有意差(P<0.05)
年令	43.6±4.2歳	40.1±2.8歳	なし
ケトレー指數	35.6±1.3	31.8±1.1	あり
麻酔時間	11°25'±1°52'	7°25'±41'	あり
時間尿量	324±28ml	403±308ml	なし
出血量	1813±270g	1596±373g	なし
CPB使用時間	3°05'±33'	1°33'±43'	あり
最低直腸温	29±1.2°C	31±0.7°C	なし
GOM	6例	6例	
麻O F	1		
醉N LA	1	15	
法OM F※1)		2	
GO E※2)		1	
弁置換術	1	5	
弁形成術	2	10	
A-Cバイパス術	2		
中隔欠損閉鎖術	1		
式バルサルバ洞手術	1	7	
解離性大動脈瘤	1		

※1) OMF... Oxygen-Morphine-Fluothane

※2) GO E... Gas-Oxygen-Ethrane

多くなっていた。

次に、褥瘡が発生した症例を、心・大血管群と非心・大血管手術群に分けて、同様に検討すると、有意差が認められたのは、年齢のみであった。また、非心・大血管手術群の褥瘡発生例は、1例を除き全例癌患者であったことは興味深い(表3)。

表3 心・大血管手術群と非心・大血管手術群の褥瘡発生例の比較

(平均±標準誤差)

	心・大血管手術群(6例)	非心・大血管手術群(8例)	有意差(P<0.05)
年 齢	39.8±4.5歳	58.8±2.6歳	あり
ケトレー指数	34.0±1.4	32.9±1.2	なし
麻酔時間	7°08'±43'	9°34'±1°02'	なし
時間尿量	249±77ml	116±42ml	なし
出血量	1792±572g	3760±2070g	なし
癌 患 者	0	7	
非癌 患 者	6	1	

2 使用枕と頭部体圧の関連性

16名の健康成人を対象に、意識下で順次前述の5種類の枕を用いて後頭部の体圧を測定し、枕別の平均値を算定した。その結果、枕を使用しない時が38.0±0.21mmHgと最も高く、次いでドーナツ枕37.6±0.8mmHg、フローテーションパッド36.2±0.33mmHg、スポンジ枕34.0±0.72mmHg、デキュビテクスクッション32.6±0.74mmHgであり、弘大式麻酔枕は27.6±0.64mmHgと最も低値を示した(図1)。

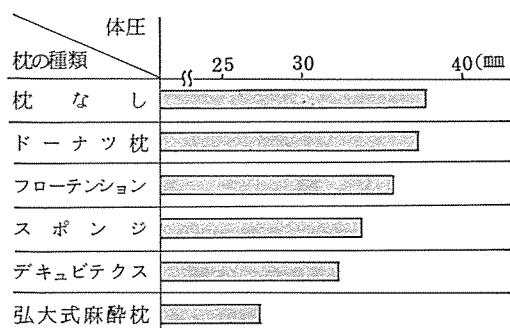


図1 枕別の平均体圧

3 術中の頭部体圧等の測定

後頭部の体圧は、麻酔を開始し気管内挿管した後は、麻酔導入前より11例で3~7mmHg増加し、3例で変化なかった。他の12例は体動や処置で比較できなかった。麻酔導入後は仰臥位で平均34.2±0.87mmHgであり、体位変換などの操作がないかぎり、ほぼ一定の値を示した。

術直後の後頭部を観察すると、非心・大血管手術群では異常と考えられる変化はなかったが、心・大血管手術群では5例に腫脹がみられた(表4)。そのうち1例(No.1)にalopeciaが発生した。これら5例について検討すると、麻酔時間は平均12時間46分、CPB使用時間は平均3時間50分と明らかに延長しており、さらに中枢温と末梢温の較差が5例中4例で9°C以上であり、全例で後頭部皮膚温が25~26°Cの低値を示したことは注目される。

表4 術直後、後頭部腫脹を形成した症例

ケース	年齢	麻酔時間	人工心肺回転時間	後頭部体圧	皮膚温	中枢温・末梢温差
1	66	19°22'	6°49'	33~44 mmHg	26.0°C	9.0°C
2	53	13 40	4 40	38~40	26.0	6.7
3	56	11 45	2 13	33~38	25.5	2.0
4	51	11 40	3 04	34~37	25.0	9.0
5	55	7 23	2 23	33~37	—	9.3
平均	56	12 46	3 50	34~39	25.6	7.2

表5 後頭部異常がないのに脱毛症の発生をみた1例

性別・年齢	女性・29才
術式	OMC+AV形式
麻酔時間	6°15'
人工心肺回転時間	1°36'
後頭部体圧	30~36mmHg
皮膚温	25.0°C
中枢温・末梢温差	6.5°C
CAS性格検査の結果	44点

しかし、1例において術直後に後頭部に異常と考えられる変化が、みられなかったにもかかわらず、alopeciaの発生をみた(表5)。この1例

では、麻酔時間も6時間15分と前述の群の平均所用時間の半分であり、CPB使用時間も1時間36分と極めて短かく、中枢温と末梢温の温度差も6.5°Cと前群に比し少なかった。

IV 考 察

開心術のalopeciaについては、1962年Thompson & Estrellado³⁾が、最近ではNoel⁴⁾らが報告し、いずれも発生原因を手術中における頭部の長時間の圧迫と考えた。一方、開心術以外の患者でもalopeciaが発生したことがGormley & Sokoll⁵⁾やPatel & Henschel⁶⁾により報告され、ヘッドストップやドーナツ枕により圧迫された場所にalopeciaが発生したと指摘されている。また、Abel & Lewis²⁾は実験により血行障害でalopeciaが発生したと報告しており、機械的な圧迫が直接の発生原因であることは、間違いないであろうと述べている。

しかし、カルテ調査の成績で述べたように、人工心肺を併用する心・大血管手術群と非心・大血管手術群で褥瘡発生率には殆ど差が認められないのに対し、alopecia発生率では25%対2%と有意に差が認められたことは、alopeciaの発生には褥瘡と違い、単なる機械的な圧迫の他にその原因となりうる諸因子の関与があると考えられる。

表2に示したように、alopecia発生群と非発生群では、麻酔時間とCPB使用時間が有意に延びており、一方、麻酔時間が比較的短かくてもalopeciaが発生していることから、CPBの使用それ自体が、発生原因のひとつと考えられる。即ち、CPB使用時には、全例で血圧が40~60mmHgと低下した。従って圧迫により容易に阻血が起こると考えられる。さらにCPBでは血液が希釈され、血清総蛋白量や血色素量は半減し、血漿膠質浸透圧は約40%も低下すると言われている。これらが全身性浮腫の原因となり、その一つのあらわれとして枕により圧迫された頭部に局所的浮腫がみられ、これがalopeciaの発生を促すことも考えられる。また、CPBによる低体温法を併用

する場合、中枢温と末梢温の較差が大きくなり、その差が9°C以上になるものは、末梢における血流量の著明な減少とガス交換の障害が起りやすくなると考えられる。まだよく解明されていないが、血液の配分異常で皮膚、特に頭部の皮膚で極端に血流が少なくなることも十分考えられる。

しかし、一方においては、表5に示した1例のように比較的小さい手術侵襲であったにもかかわらずalopeciaが発生したものもあった。そこで、この症例に対して術後2ヶ月頃CAS性格検査を行ってみると不安度がかなり強く、この症例においては術前術後の精神的ストレスが強かったことが容易に推察される。このことからalopecia発生と精神的ストレスの関連性は強く示唆する1例と考えられる。

各種の枕の頭部体圧におよぼす影響の検討において、ほぼ末梢血管圧と同程度に後頭部の体圧を減少させた弘式麻酔枕を使用しても、麻酔導入後は、後頭部の体圧が30mmHg以上となり、この枕を使用してもalopeciaの発生を完全に予防できなかった。宗方⁷⁾らやNoel⁴⁾らはfoam rubber cushionで頭を包み、時々頭の位置を変えることによりalopeciaの予防を試みている。理想的な枕のない現在、30分から2時間おきに頭の位置を変えることが適当な処置と思われる。

心疾患の有病率は1000人あたり、昭和30年には0.9件であったのが、昭和50年には3.0件、昭和56年には8.4件と増加している。⁸⁾これに伴って、CPBを併用する心・大血管手術は益々増加するものと考えられる。したがって、alopeciaの発生症例も増加する可能性もあるが、看護技術の工夫次第によって、予防が可能な小合併症と考えられる。

V 結 論

- カルテ調査では、術後alopeciaが発生したのは、心・大血管手術群で25%，非心・大血管手術群で2%であったが、褥瘡が発生したのは前者で19%，後者で17%であった。
- 5種類の枕のうち、意識下での後頭部の体圧

心・大血管手術後の頭部脱毛症における諸因子の検討

- を最も低下させたのは、弘大式麻醉枕で平均 27.6 mm Hg となったが、麻醉導入後は 30 mmHg 以上に増加した。
3. 心・大血管手術群のうち 5 例に術後後頭部の腫脹がみられたが、これらの症例では、麻酔時間、人工心肺使用時間が長く、中枢温と末梢温の較差が大で、後頭部皮膚温も低かった。
4. 理想的な枕のない現在、30 分から 2 時間おきに頭の位置を変えることが、適当な処置と思われる。(なお、本研究の要旨は昭和 59 年 7 月 24 日、第 10 回日本看護研究学会(熊本市)において発表した。)

要 旨

術後に発症する円形脱毛症、頭部の褥瘡 (alopecia) については、全身麻酔後に認められる小合併症のひとつとして、1950 年頃から注目され始めた。今回、術後の alopecia の原因のひとつであろうと推察されている手術中の圧迫状態を、頭部の体圧の面から検討するため、それを測定した。その結果、次のような結論を得た。

1. 5 種類の枕のうち、後頭部の体圧を最も低下させたのは、弘大式麻醉枕で平均 27.6 mmHg となった。
2. 心・大血管手術群のうち 5 例に術後腫脹がみられ、麻酔時間、人工心肺使用時間が長く、中枢温と末梢温の較差が大で、後頭部皮膚温も低かった。
3. 理想的な枕のない現在、30 分から 2 時間おきに、頭の位置を変えることが適当な処置と思われる。

Abstract

Since in 1950, postoperative alopecia has been reported as one of the complication of surgery under general anesthesia. Especially, there are high incidence on the open heart surgery. In order to study on the cause of postoperative alopecia in the patients received open heart surgery, the body pressure of head was observed during operation and 5 types of pillow were compared how to influence for body pressure of head. The examined results were as followed.

1. Average body pressure of head was 27.7 mmHg in the case of Hirodai-type pillow and it was lowest than that of other 4 types pillow.
2. Postoperative skin swelling on occipital region was recognized in 5 cases of 23 patients with open heart surgery. In one of them, alopecia was occurred. The duration of anesthesia and the term of extracorporeal circulation was apparently longer than that of patients without occipital swelling. The difference of temperature between body surface and deep body was also significant in these 5 cases.
3. It may be said that regular exchange of head position (every 30 minutes during hypothermia) is a suitable procedure for protection of postoperative alopecia.

VI 引用文献

- 1) Merz, W. R. : Die Behandlung der Thrombose und Lungenembolie mit Antikoagulantien, *Gynaecologia*, 130, (suppl, 1) : 123, 1950
- 2) Abel and Lewis : Postoperative (pressure) alopecia, *Arch. Derm.*, 81:72, 1960
- 3) Thompson, N. B. Jr. and Estrellido, R. : Occurrence of alopecia after open-heart surgery, *Arch. Surg.*, 85:892, 1962
- 4) Noel W. Lawson, Noel L. Mills and John L. Ochsner : Occipital alopecia following cardiopulmonary bypass, *J. of Thorac. and cardiovascul. Surg.* 71 : 342, 1976
- 5) Gormley and Sokoll : Permanent alopecia from pressure of a head strap, *JAMA*, 199(10) : 747, 1967
- 6) Kita D. Patel and E. O. Henshel : Postoperative alopecia, clinical reports, *Anesth. and Analg.*, 59(4) : 311, 1980
- 7) 宗方万之助, 栗本完治, 兵頭正義 : 心臓手術の麻酔, 麻酔, XV(1) : 71, 昭和41年
- 8) 厚生統計協会 : 国民衛生の動向・厚生の指標, 特集, 30(9), 東京, 昭和58年

人間の Wholeness と 時間・空間

WHOLENESS AND TIME/SPACE CONCEPTS
IN NURSING THEORY

野 島 良 子

Yoshiko NOJIMA

は じ め に

人間を対象とする科学としての看護理論の発展方向に関して、諸理論家間には統一理論派と反統一理論派との二つの立場がある。¹⁾ 理論発展史上の意義、基層理論、取り扱われている主題と中心概念によって諸理論を分析すると、三つの学派にわかれ。Abdellah, Henderson, Oremとつづくニード論学派、King, Orlando, Paterson & Zderad, Peplau, Travelbee, Wiedenback等が含まれる相互作用理論学派、Johnson, Levine, Rogers, Roy 等の理論によって構成される目的論学派である。²⁾ これら三つの学派は1950年代以降、ニード論学派、相互作用理論派、目的論学派の順に登場した。そこで主題となっているのは認識論的にみると、登場順に看護実践の、対象、方法、原因・理由である。³⁾ これでみると、看護理論には既に一定の歴史が形成されている。そして、その過程で諸派の理論家は、看護実践の受益者は、単なる生物学的モデルでもって理解されるべき存在ではなく、心理学的、社会学的、文化的、生物学的存在の和以上のもの、すなわち、統合された全体性でもって理解されるべき存在である、という点で合意をみている。⁴⁾ したがって、必然的に看護科学は、統合された全体的存在としての人間を、対象として指定することになる。しかし、この認識は新たな問題の発生を予告してい

る。看護科学の対象となる統合された全体的存在としての人間とは、どのような人間であろうか？理論的にそれはどのように定式化することができるのであろうか？著者は看護理論において人間の統合性・全体性を表現する上で、時間・空間概念が重要な鍵を握っているものと考える。本稿では、人間の統合性・全体性が、時間・空間を媒介して「生活の流れ」として現れると考え、それを構造式に表記する。

I 問題の性質

1) Wholeness の諸相；

看護理論においては、Nightingale 以来、人間を、機械論的に部分において捉えたことも、他の諸事物・諸現象から切り離して単独に存在しうるものとして認識した経緯もない。Nightingale の看護論の中心概念の一つは環境における⁵⁾ 人間は環境のもとで、その本質的諸能力において他の生物から峻別され、心身の統合された、人間的諸力をもった、人間の生命として認識されている。⁶⁾ 感情の平衡の不可分な関係に注目するHender-^{7~8)} sonの看護理論において、その根底にあるものも、人間における心——身の統合であるが、現代看護論史において、再び、環境との相互作用という枠組において統合性の概念を打ち出した最初の一人が、Myra Levine である。⁹⁾ Conservation 理論を提唱し¹⁰⁾、看護実践の基本的機能

を、患者のエネルギーの保存、構造上の統合性（Integrity）の保存、人格の統合性、社会的統合性の保存おくLevinは、人間を生命過程によってとらえ、Wholeness という用語を用いて、諸個人の、有機体として環境に反応する力は多様な現れ方をとるので、個人のWholeness は身体がもつ個々の諸力によってのみならず、環境とたえず密接に関連し合っているところの、その相互作用によって決定されてくる、としている。¹¹⁾ その場合、生命軸にそって、平衡を保ってゆく力動的な過程というのが、適合(Adaptations)である。¹²⁾ Levine の段階では、人間を自然の下において “a passive instrument of nature”¹³⁾ の形態において人間の統合性・全体性を規定したNightingale や、心身の相関という図式において人間の全体性を主張したHendersonとも異なり、人間、環境、および、その両者間の相互作用という三つの局面から、“Wholeness”がアプローチされてきている。Levinは “total”を「多数の部分の和」であるにすぎないとし、¹⁴⁾ そこに各部分を結びつける関係、もしくは機能の欠如を意識し、“Wholeness”を “total”から区別している。

Rogers の提唱する “A unified whole”においては人間は “oneness” の顕れとして捉えられる。即ち、一人の人間の全体がひとつの「個」(“a unit”)としてでなければ存在し得ないもの、として認識される。¹⁵⁾ 人間は原子の集合体以上のものであり、¹⁶⁾ その全体 (a whole) を構成する各部分を、個別に認知することはできない。¹⁷⁾ 人間の統合性・全体性は四次元において新しいパターンの生成として認識されるわけである。¹⁸⁾

2) “Wholeness” と理論の検証

看護理論における人間の全体性・統合性の説明に、環境、人間、そして、両者の相互作用の場としてのエネルギーの場、に加えて、時間・空間概念が登場してくるのは、Rogers 以後である。時間・空間概念を用いて人間、人間—環境間のエネルギー交換の統合性・全体性、を説明すること

によって看護理論の抽象度は先鋭化した。しかし、看護科学の対象の確認と同定をめぐる問題がこれによって解決したわけではない。この説明は、むしろ次のような新たな問題が生まれる原因となっている。すなわち、(1)人間、および人間—環境間の関係は統合された全体的なものであり、その統合性・全体性はおののエネルギーの場におけるパターンによって認知し得るものであるとすれば、これは観察可能な現象についての命題であろうか？¹⁹⁾ 単なる理論上の命題であろうか？(2) Rogers におけるパターンは「抽象的なもの」であり、実際にみることのできるものは「パターン化の相關物」²⁰⁾であるとすれば、パターンは看護科学における基礎研究の課題として、妥当であろうか？(3) 人間の統合性・全体性を四次元における新しいパターンの生成において説明することは、とりもなおさず、「変化」パラダイムの枠内での人間の説明を意味しているが、この方向は、「恒常と安定」パラダイムへの転換を志向する動きに、²¹⁻²²⁾ どのような回答を用意することができるであろうか？

II Wholeness と時間・空間

1) Rogers；

²³⁻²⁶⁾ Rogers の場合、立論の背景にあるのは、「ガリレオから始まって、ペーコン、デカルト、そしてニュートンまで、旧い機械論的世界觀」²⁷⁾である。時間は絶対時間として認識されて定方向にすすみ、空間とともに四次元世界を形成し、そこで生命過程を包む。生命はそこから抜けだすことができない。生命軸にそって、この四次元世界の中を定方向にすすむ人間は、「時空世界のそれぞれ」²⁸⁾の地点で、人間にふさわしいパターンを形成する（樋口、中西訳）と Rogers は言う。彼女の考えによれば、この新しく形成されるパターンは時空世界の、その時その場における人間の場の状態と環境の場の状態の産物である。新しいパターンが形成される現象世界で、人間は分子、原子によって構成される物質に環元されることによって、は

じめて、人間——環境間の諸変化の同時発生が可能になり、人間における新しいパターンの生成が可能になるのである。Rogersにおいては、時間が意識に依存しない自然時間、それ以外の時間とは一切関係のない、均一に流れる絶対時間として認識されている。時間をそのように認識することによって、開放系としての人間の四次元における環境との相互作用の同時性が可能になってくるのである。Rogersは人間の発達過程にみられる多様な事象について言及し、ある時点における事象は次の段階における発達パターンの形成と復元の中にとりこまれると言う。²⁹⁾ これは、生物一般に認められるところの、胚胎、出生、成長、成熟、そして死を段階とする時間現象であるといえる。人間にふさわしいパターンの形成とはいえ、ここでは、人間の生命過程は生物一般の生命現象と同一視され、「個」(a unit)としてのみ捕捉されるとされた人間各個人は、逆に分子、原子の集合体に還元されることによって、部分の総和以上のものとしてのWholenessの説明が、齊合性を得るのである。Rogersは看護の対象としての人間の特性として、感性と思考力を加えている。が、この特性と他の諸特性との関係の説明は、説得力に欠け、自然時間・絶対時間の基盤とした四次元世界における分子、原子レベルでの人間のWholenessの捕捉がもつ弱点を、むしろ一層露呈する結果に終わっている。

2) Margaret A. Newman;

看護理論に時間・空間概念を導入することによって、理論としての抽象度は、Rogersにきて、飛躍的に先鋭化された。しかし、原子・分子レベルに還元された四次元世界における人間のWholenessの捕捉という、メタ理論のもつ、研究をおした検証への繋がり難さという弱点を克服するためにRogersにおける自然時間、絶対時間の代わりに、意識の時間を指定して、Wholenessを説明しようとするのが、新Rogers派のNewmanである。原子・分子は相互に関連づけられて事物を

形成するものであり、それ自体、遊離された「個」としては何の意味もないとみなすNewman³⁰⁾は、世界を、例えば時間局面と空間局面とをもつ運動の力動的なパターンのように、相互関連し、変化している複合的な出来事の網の目、と捉え³¹⁾、物質のもつ本質的な特性として運動をおいている。彼女の仮設する時間、空間、運動間の関係は次のようである。(1)時間と空間は相補的な関係を有し、(2)運動が実在化されるのは時間と空間によってである。(3)時間は運動の機能であり、意識の尺度である。そして(4)運動は意識の反映である。³²⁾ この時間と空間の合い補う関係を、Newmanは日常生活の出来事の中にみる。たとえば、歩行など、身体の運動である。身体の運動のパターン全体には、調和がとれている場合も、調和が欠けている場合も、そこにはその個人の思考と感情の過程が反映されている。³³⁾ つまり、身体の運動の中に写しだされるリズムとパターンは、その個人の世界の知覚の仕方の指標であり、そこには時間経験が関連してくる。³⁴⁾ このようにして、人間の身体における運動は自我の覚知であり、自我の覚知は身体そのものとして、過去の記憶と未来への期待を含む時間・空間の、基本的な知覚機関として認識されてくるのである。³⁵⁾

このように、新Rogers派のNewmanはRogersにおける絶対時間を意識の時間におきなおすとともに、運動の概念を導入して、時間、空間、意識、運動の4概念によって「健康理論」(A THEORY OF HEALTH)を構成している。そして看護の目標を「人々を健康にしたり、病気になるのを防いだりすることではなく、人々が、より高い意識の水準に向かって進展してゆく時、自己の内にある力を活用するのを助ける」ところにおいてある。ここでは、したがって、意識の拡大し、進化してゆく過程が、生命過程の全体的な姿(totality of the life process)³⁷⁾つまり健康を指している。時間・空間と、そこにおける人間の、変化・進展の様相を“a patterned whole”として認知しようとする立論方法は、Rogersを手本とする

ものである。しかし、意識の時間が導入されることによって Rogers におけるメタ理論は中間理論に変貌している。Newmanは、身体の運動、時間、³⁹⁻⁴²⁾ 意識の関係に関して、いくつかの研究と看護診断への応用を試みている。⁴³⁾

III 「看護関係の生成過程・モデル」の構造式と時間・空間の取扱い

1) 構造式における時間・空間

看護科学において、論理的な記述、説明、予測の単位となるのは、基本的には、個人である。「看護関係の生成過程 モデル」に基づく個人の基本像の構造式において、時間・空間は、基本的諸ニードをもつ、主体的な身体としての個人と環境との間におかれた。これは、(1)時間が、絶対時間としてではなく、個人の時間として認識され、(2)基本的諸ニードをもつ主体的な身体としての個人と環境という異質的なものを統合する形式として時間が、統合の場として空間が認識されていることを、意味している。自然的存在として自然の一部であるとはいえる、人間は「気」によって表わされるように、主体としての身体をもって、環境に相互限定的に働きかける存在である。その働きかけの手段・方法となるのが、日常生活活動である。⁴⁴⁾ この働きかけによって、環境が、逆にその個人を限定する。このように、人間の統合性・全体性はまず個人のレベルにおいて成立し、続いて環境と個人の相互限定的な統一作用として成立する。環境との相互限定的な統一作用の、個人における現れは、「生活」という形姿をとる。このようにして、人間各個人の健康であると呼ぶことのできる状態が維持されるのである。『看護論』の構造式においては、⁴⁵⁾ 一定時における人間の基本像が表されたが、この一定時における基本像の構造式が表わしているものは、その時点で個人に継起している出来事である。そして、生命現象が継続されてゆく限り、この出来事は無限に反復継続される。つまり、この一定時とは「今」である。このようにして、個人における出来事の集合として、時間が

成立するのである。したがってこの時間は、絶対時間ではなく、その個人の生きる時間として、歴史的時間である。この歴史的時間の中には、すでに、身体の時間と、「気」において表わされた、環境との相互限定的な統一作用を認識する意識の時間が、内包されている。このようにして、一定時における出来事とは、人間各個人が、環境との相互限定的な統一作用として行うところの、日常生活活動であり、その集合が「生活」を形成していることが分かるのである。

2) 存在の様式としての時間と空間

看護理論においては、時間・空間を個人としての人間の外側にあるものとして認識するわけにはゆかない。なるほど空間は、個人の周りに空漠として無限に拡がっており、個人はそれを知覚している。時間も、個人がそれを意識していない間にも、眼っている間にも、その個人とは無関係に、切れ目なく、均一な速さで流れているように思える。しかし、時間・空間は Rogers のように絶対時間として捉えられるべきではない。何故ならば、すでに述べたように、四次元における新しいパターンの生成は、人間の生命現象のあらわれに他ならないからである。各個人が自分の知らない間にも時間が経過したと思う時、その時間はすでに意識された、個人の時間である。この時間は運動の数によって成立する。⁴⁶⁾ この場合の運動は、日月、朝夕によって表示される天体の運動をのみならず、身体のなかに継続、持続される出来事としての生命活動を指している。環境との相互限定的な統一作用の過程としての生命活動を知覚することによって、各個人は、時間を意識するのであるといえる。

Newmanが、意識の時間を運動の数、すなわち歩調によって測定する試みを企てたことは、健康を、意識の拡大方向へむけて進展してゆく生命活動の全体性 (The totality) である、とする前提に基づいて構築した「健健康理論」を、検証するために組まれた研究としては、興味深いが、時間・

空間概念にかかわっての人間の統合性、全体性の立証としては、説得力を欠いている。Newmanは、運動を歩行のような単一の基本的ニードの充足のためにひきおこされる、部分的な身体の動きとして捉えている。そして、こうした身体の運動は伝達手段であり、そこにある自己表現は身体芸術等において洗練されるが、一般的には、日常レベルで行われるとして⁴⁷⁾、こうした運動に反映されるリズムとパターンとが、その個人の内部機構と世界知覚の指標なのだ⁴⁸⁾としている。ここでは空間は、行動空間としてのみ認識されている。これは Rogers のいうパターンの行動学のおきかえにすぎない。

看護において時間・空間は、個人の、風土に規定された「生活」として現れるところの存在の様式、と捉えることができる。人間各個人が、環境との相互限定的な統一作用として行う、日常生活活動の集合としての「生活」は継続性を有し、「生活の流れ」として現れてくる。人間の統合性と全体性は、環境との相互限定的な統一作用を「生活の流れ」として具体化させてゆくことの中にすでに自ずからあるのである。個人が今、ここで、生活している形姿の中にあるのである。「生活の流れ」というとき、「流れ」は、今、ここで、の無限の生成と消滅の反復継続である。Rogers は生命の定方向性という概念によって、この無限の生成と消滅の反復継続に、増大と変化という特性を与えていたが⁴⁹⁾、この流れの中で生成消滅する生命現象を、増大と変化というふうに理解できるかどうか、異論があろう。胚胎→誕生→成長→成熟→死という時間軸にそって進行する生命現象の中で現れる変化を、増大とよりも、すでに決定されている、予定時間に相応しいパターンと理解した場合には、変化パラダイムよりも平衡パラダイムの方に、理がある。

「生活の流れ」の考え方においては、時間を運動の数によって捉えるとはいえ、因一果関係の図式において理解しようとするものではない。なるほど、ある一定時における日常生活活動は、それ

以前に行われた日常生活活動が無かったならば、無い。けれども、「生活の流れ」は、今の日常生活活動の連続である。たえず、今である。現時・現空間での環境と個人との相互作用の統合された全体的な形姿である。西田幾多郎いうところの「永久の現在」⁵³⁾である。Rogers はたえず新しいパターンが生成されてゆくという。けれども、このパターンというものは Rogers が理論構築上の便宜として指定した抽象概念であって⁵⁰⁾、時間論でいうところの因一果関係によってみることのできるものではない。

全体的存在とはなにか。全体的存在というのは、部分的過程が一つの全体の中に集積され、全体が、各部分の過程のなかに還元されて機能してゆく、すなわち、部分と全体とが相互に限定しあっている事物、現象をいうのである。日常生活活動は、主体としての身体が基本的諸ニードを充足するために、具体的行動をとおして、環境を時間・空間的に限定し、また、環境が、主体としての身体を同様に限定して、「生活」を構成してゆくところに現れる現象である。統合とはなにか。統合とは、それを構成している諸部分と全体との間に働きがあり、この働きが一つの目的を有している。そして、そのことによって、全体の機能と形態にはどよい秩序が保たれているということである。人間の統一性という場合、統一されているといえる状態は、静止した姿においてではなく、機能している状態においてあると考えるのが、妥当である。部分における過程が全体の中に吸収され、正常性としての健康が維持されてゆく中に、統合というものが現れてくるのである。さもなければ、身体の一部に障害をもつ者が、その障害や欠損にもかかわらず、人間としての統合性を発揮してゆくことを説明することができない。日常生活活動は、条件づけられた身体の反射運動ではなく、意識による自発性に基づいた意志決定によってなされる人間の行動である。そこに、時間が記憶の働きによって、過去—現在—未来という三分された形式において現れるのである。人間が有する意味

というものは、この三分された時間と「生活の流れ」の間に生まれてくる。

IV 「生活の流れ」の構造式

以上の論議から、日常生活活動(ADLs)一般は個人(I)と環境(E(na·soc))の関係によって規定されるものとして、

$$ADLs = f\{I, E(na \cdot soc)\} \cdots (7)$$

と表記されるが、当然、人間の基本像の構造式を用いて、(8)式のように書きかえることができる。

$$ADLs = f\left\{\left(\frac{\{(\lambda \in (S \subseteq F)) \equiv Bhn(i)\}}{Sp \cdot t}, E(na \cdot soc)\right)\right\} \cdots (8)$$

したがって、一定時における日常生活活動は、以下のような構造式によって表記されてくる。

$$t, ADLs = f\left\{\left(\frac{\{(\lambda \in (F \subseteq S)) \equiv Bhr(i)\}}{Sp}, E(na \cdot soc)\right)\right\} \cdots (9)$$

日常生活活動の、今、ここで、の無限の生成と消滅の反復継続を「生活の流れ」(Stream Of Life, SOL)として捉えることができる。すると、この日常生活活動の主体となる個人にとって、今は環境との接合点であることになり、⁵¹⁾ 今を介して、個人と環境それぞれの条件の異なりによって、「生活の流れ」に内容が生まれる。それは、個人にとって経験と呼ぶことができ、時間は過去・現在・未来と線状に置き換えられて、

$$SOL = [ADLs] < ADLs < [ADLs] \cdots (10)$$

(〔〕: 過去, 【】: 未来,
 <<: 時間の流れを示す)
 と表記される。

V 今後の課題

ここで検討された時間・空間を介しての、個人と環境の相互限定的な統一作用の現れとしての「日常生活活動」と、その、今、ここで、の反復継続としての「生活の流れ」は、基本像における人間各個人のWholeness の現われである。これによつて、看護の開象となる統合された、全体的な存在としての人間は、分子・原子の集合体としての個ではなく、生活する存在としての個人であることが、分かる。看護研究においては、ここに示された構造式に基づいて、Johnsonの看護実践に必要とされる3種の知識のうち秩序に関する知識を集積する可能性のある研究が、生まれてくることが期待される。しかし、不秩序に関する知識と制御に関する知識には、どのように関連するのであろうか。著者は、『看護論』において、病気であるという状態を、「生活の流れ」が停滞している状態、と規定した。⁵²⁾ 「生活の流れ」の停滞は、時間・空間概念とかかわって、どのように表示できるであろうか。「生活の流れ」の停滞している状態の中でのWholeness と、「生活の流れ」が停滞していない状態におけるWholeness とは、全く同一の概念であろうか? 看護理論の構造式化は、理論の構成因子それらの関係を、横断面において明確にする。しかし、動きを捉える点において、弱点をもっている。これらは、今後の理論研究における課題であると同時に、記述的研究における課題でもある。

VI まとめ

本稿では看護理論の措定する人間の統合性・全体性の本態を、時間・空間概念を媒介して、検討した。看護理論史において、人間の統合性・全体性は、Nightingale, Henderson における身体と精神の統合体という概念から、Levine の環境と個人の融合としての統合性・全体性概念にいたり、つづいて Rogers の四次元レベルにおける統合性・全体性概念を経て、Newman の時間、空間、

人間のWholenessと時間・空間

運動、意識の総体として現れる健康という考えに至っている。著者は時間・空間概念を媒介して捉えられる個人の統合性・全体性は、環境との相互限定的な統一作用としての「日常生活活動」と、

日常生活活動の、今、ここで、の無限連続としての「生活の流れ」として現れるところの現象であると考え、それらの構造式を提示した。

要 約

統合された、全体的存在としての人間が、看護科学と看護実践の対象であるという認識において、看護理論家の考えは、現在、一致している。しかし、統合性、全体性の概念はきわめて曖昧である。Nightingale は環境概念を重視したとはいえ、その人間像は心身の二元論を極力否定する立場であり、Henderson においても、心と身の統一を強調する立場での、個人のレベルにおける統合と全体性の記述である。全体性の説明に環境との関連を導入したのは Levine である。Rogers は時間・空間概念を基本とした、四次元における新しいパターンの生成として、人間の統合性と全体性を強調したが、その説明は、かえって、人間を分子・原子レベルでの機械論的全体性へ還元させてしまっている。Rogers における機械的説明のもつ欠陥を補うために、Newman は Rogers における絶対時間のかわりに意識の時間を導入し、時間、空間、運動、意識の 4 概念をもじいて全体性を説明し、健康理論として構築している。著者は時間・空間を人間の存在様式とみなし、個人における統合性と全体性は、時間・空間を媒介とした個人と環境との相互限定的な統一作用、つまり、日常生活活動と、その、今、ここで、の無限の生成と消滅の反復継続としての「生活の流れ」として現われるものと考え、それを 4 式の構造式に表した。

Abstract

The purpose of this study is to articulate the concept of wholeness in nursing theory. Ever since the publication of Nightingale's "Note on Nursing", nurses identified their client not as a sum of body organs but as an human being with living body and living mind, as a total being, or as an unified whole. But what does totality of individual mean? What does an unified whole mean? Is wholeness a reality or a phenomenon? How can nurse researchers ascertain it? Levine brought up environment to nursing theory to describe the wholeness of individual and Rogers tried to conceptualize a person as an unified whole in forth dimension. Newman, like Rogers, used time and space concepts to describe the wholeness also. The author considers that time and space are the key concepts to explain and describe the wholeness of an individual. Time and space take shape of "Stream of Life" as an appearance of wholeness when individual interact with his/her environment through activities of daily living to meet his/her basic human needs. Here four symbolic formulations were developed to explain the relationships of time and space, activities of daily living and "Stream of Life."

文 献

1. 野島良子, 看護理論の構造式化とその意義, 日本看護研究学会雑誌, 7(4); 7~15, 1985
2. Meleis, A. I., THEORETICAL NURSING : Development and Progress, J. B. LIPPINCOTT, Philadelphia, 1985, pp. 169~194
3. Meleis, A. I., Ibid.
4. Meleis, A. I., Ibid. P. 182
5. Roy, Sister Callista, INTRODUCTION TO NURSING: AN ADAPTATION MODEL, 2nd Edn., Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1984, P. 9
6. Nightingale, F., SICK-NURSING AND HEALTH NURSING, (in) Florence Nightingale, SELECTED WREITINGS ON NURSING, Compiled by Hiroko Usui and Yoshihiko Kominami, Gendaisha Tokyo, 1974, P. 97
7. Henderson, V., Basic Principles of Nursing Care, ICN., Basel, 1960
8. Henderson, V., THE NATURE OF NURSING, Macmillan, New York, 1966, 湯楨ます, 小玉香津子訳, 看護論, 新装版, 日本看護協会出版会, 昭和51年
9. Meleis, A. I., Ibid., P. 281
10. Levine, M. E., The Four Conservation Principles of Nursing, Nursing Forum, 6(1): 45~59, 1967
11. Levine, M. E., The Pursuit of Wholeness, AJN., 69 (1): 93~98, 1969
12. Levine, M. E., ADAPTATION AND ASSESSMENT: A Rationale for Intervention, AJN., 66 (1): 2450~2453, 1966
13. Roy, Sister Callista, Ibid., P. 9
14. Levine, M. E., The Pursuit of Wholeness
15. Rogers, M. E., SOME COMMENTS ON THE THEORETICAL BASIS OF NURSING PRACTICE, Nursing Science, 1 (1): 11~69, 1963
16. Rogers, M. E., Ibid.
17. Rogers, M. E., An Introduction to the THEORETICAL BASIS OF NURSING, F. A. Davis, Philadelphia, 1970, P. 41
18. Rogers, M. E., Ibid.
19. Reeder, F., Philosophical issues in the Rogerian science of unitary human being, ANS, 6 (2): 14~23, 1984
20. ロジャース, M. E., 加藤道子訳, 1単位として機能する人間の科学:看護のためのパラダイム, 看護, 36 (1): 18~47, 1984
21. Hall, B. A., The change paradigm in nursing : growth versus persistence, ANS, 3 (4): 1~6, 1981
22. Hall, B. A., Toward an understanding of stability in nursing phenomena, ANS., 5 (3): 15~20, 1983
23. Rogers, M. E., reveille in nursing, F. A. DAVIS, Philadelphia, 1964
24. Rogers, M. E., SOME COMMENTS ON THE THEORETICAL BASIS OF NURSING PRACTICE.
25. Rogers, M. E., An Introduction to the THEORETICAL BASIS OF NURSING.
26. Rogers, M. E., Nursing : A Science of Unitary Man, (in) Riehl, J. P., and Roy, Sister Callista, CONCEPTUAL MODELS FOR NURSING PRACTICE, APPLETON-CENTURY-CROFTS, New York, 1980
27. Reeder, F., Ibid.
28. Rogers, M. E., An Introduction to the THEORETICAL BASIS OF NURSING, P. 98
29. Rogers, M. E., Ibid., P. 99
30. Newman, M. A., THEORY DEVELOPMEN

人間のWholeness と時間・空間

- IN NURSING, F. A. DAVIS Philadelphia, 1979, P. 60
31. Ibid., P. 60
32. Ibid., P. 60
33. Ibid., P. 62
34. Ibid., P. 63
35. Ibid., P. 62
36. Ibid., P. 67
37. Ibid., P. 58
38. Newman, M. A., LOOKING AT THE WHOLE, AJN., 84: 1496~1499, 1984
39. Newman, M. A., TIME ESTIMATION IN RELATION TO GAIT TEMPO, Perceptual and Motor Skill, 34: 359~366, 1972
40. Newman, M. A., Movement Tempo and the Experience of Time, Nurs Res., 25 (4): 273~279, 1976
41. Newman, M. A., Time as an Index of Expanding Consciousness With Age, Nurs Res., 31 (5): 290~293, 1982
42. Newman, M. A., and Gaudiano, J. K., Depression as an Explanation for Decreased Subjective Time in the Elderly, Nurs Res., 33 (3) : 137~139, 1984
43. Newmn, M. A., LOOKING AT THE WHOLE.
44. 野島良子, 看護論, へるす出版, 1984, P. 132
45. 野島良子, 看護理論の構造式化とその意義
46. アリストテレス, 出 隆, 岩崎充胤訳, 自然学, アリストテレス全集 3, 岩波書店, 1968
47. Newman, M. A., THEORY DEVELOPMENT IN NURSING, F. A. DAVIS, Philadelphia, 1979, pp. 62~63
48. Newman, M. A., Ibid., P. 63
49. ロジャーズ, M. A., 加藤道子訳, 1単位として機能する人間の科学, 看護のためのパラダイム
50. 同 上
51. 渡辺 慧, 時間はすべてを貫く, 伏見康治, 柳瀬陸男編, 時間とはなにか, 中央公論社, 昭和49年, 所収

- 論文紹介 -

看護における博士課程教育

— その成長と実績 —

DOCTORAL EDUCATION IN NURSING
GROWTH AND ACHIEVEMENT

Mariah Snyder, Ph. D., R. N. * 中西 瞳子 **
Nakanishi Mutsuko 訳

論文の紹介にあたって

以下に翻訳紹介するM. Snyder の論文¹⁾によれば、アメリカにおいては、この1985年に看護の博士課程が一挙に11コース新設される予定だという。これは1920年にコロンビア大学ティーチャーズカレッジに看護のはじめての博士課程(Ed. D. in nursing education)が設けられて以来、1984年までに30コースを数える現状であったことを考えると、大変大きな飛躍である。しかし、看護学博士課程のこのような驚異的発展を推進していく過程で、アメリカの看護婦たちがさまざまな問題に直面していたのもまた事実であった。そのうちのおもなものについて簡単にスケッチしてみることが、Snyder 論文の背景の理解に役立つのではないかと思う。

量の確保と質の確保：最も大きな問題は量の確保と質の確保という対立的な2つの要請の折り合^{2), 3)}わせにあった。ふつう、科学的基礎の確立している専門集団では、そのメンバーの約1%は研究活動に従事し、その集団の専門的能力の向上に貢献⁴⁾する必要があるといわれる。それなのに、博士号をもつ看護婦は1976年に約1200人、1981年には2300人で、5年間にはほど倍増しているとはいいうものの、これは100万人を上回るR.N.のたった0.23%にすぎない。⁵⁾量の確保への要請は明ら

かであった。

この要請に応ずるための公的措置としては、合衆国公衆衛生局看護課が2種類の助成基金を用意していた。1つはSpecial Pre- and Post-doctoral Nurse Research Fellowship Program (1955年運用開始)であって、この助成金をうけて博士課程に修学した者は、1974年までに589名、そのうち330名が卒業しヘルスケアの質の向上のために確実な貢献をしているという。もう1つは、Nurse Scientist Training Grants であって、これは1962年から1976年まで続いた。研究教育機関を対象としたこの助成金は、看護の博士課程の強化と研究活動の拡大発展に寄与⁶⁾した。

けれども、おしなべてみると、看護研究者の活動を保障し、将来の研究者の育成にあずかる主たる機関である大学看護学部の現状は必らずしも望ましい状態ではない。合衆国東部を除く40州、58の看護の大学院課程を対象とした実態調査の報告者たちは、資源的にみても、看護教員の威信からいっても、博士課程の早尚なスタートはその後の道程を明らかに多難にすると警告している。⁷⁾

博士課程の教育目的と学位タイトル：看護の大学院教育に基本的に含まれるべきだとされる3つの領域、臨床実践、研究、機能的役割（教育者、管理者など）のいずれに主眼をおいて専門家を育

* ミネソタ大学看護学部教授 Mariah Snyder, Ph. D., R. N.

** 日本赤十字中央女子短大 中西 瞳子

てるかについては、現在のところ統一された見解はない。したがって、たとえば看護婦研究者 nurse-researcher を育てるのか、看護婦研究者で教育のできる者 nurse-researcher-educator を育てるのか、また看護婦管理者であって研究能力ある人材 nurse-administrator-researcher を育てるのかは、大いに議論を呼ぶ話題である。このことは学位タイトルの不統一ぶりにも反映され、現在のそれは Ph. D., Ed. D., D. N. S., D. N. Sc., D. S. N. とまことに多様である。しかもこれらのタイトルは、必らずしも教育のねらいを反映してはいないともいわれる。⁸⁾ただし、大きくは Snyder 論文にいうように、研究中心 (Ph. D.) と実践中心 (D. N. S. または D. N. Sc.) に分けてみることができる。

実践中心の博士課程教育の理念は、看護が応用科学であり、行為中心 action-oriented の専門職であるからには、単に個人の研究的興味に従つてこれを追究するだけでは不十分であるというも⁹⁾のであった。1960 年代に入って看護の理論開発の動きが活発になる一方、理論と実践、教育と臨床との離隔が問題になりはじめたアメリカ看護界の動向からみて、これは必然の発想だったのである。ともあれ、Ph. D. と D. N. S. について一応の概念的区別は提唱されてはいるものの、両者の中がいが博士課程教育のどこにどのように示されるべきかについては、まだ十分には論じられていない。そうしてこの D. N. S. に関する展望の不確かさは、学位取得者たちの現時点におけるいささかのハンディとなって示されている様子である（表 1 参照）。

Snyder 論文にみると、ミネソタ大学看護学部は 1983 年に博士課程を設置するにあたって Ph. D. の学位タイトルを選んだ。この選択の過程では、たぶん上に述べたような諸事情が十分検討されていたにちがいない。

表 1 Ph. D. 課程と D. N. S. 課程の比較

	Ph. D.	D. N. S.
学位のタイプ	アカデミック	プロフェッショナル
教育の焦点	研究	臨床実践
長所	世界的に承認されている。 看護研究に対する国家的要請がある。 教育課程が確立している。	臨床経験を豊かにする。 臨床分野で実績をあげている。 専門職間の連携の推進力となる。
短所	臨床との接触が少なくなる。	教育課程がまだ確立していない。 D. N. S. の役割が不明瞭。
職業選択	研究職 教育職 管理職 コンサルタント	臨床研究者（まだ未確立） 教育職（たぶん制限される） 管理職 コンサルタント

J. H. Podjasek, J. J. Blank, & M. Ingram (1981), Ph. D. or D. N. S.?による

－全文翻訳－

独立した学問というものは、その学問固有のひとつつの知識体系と、いろいろな研究を通して絶えずそしめた知識体系を発展させていくような学者陣とを擁していることが特徴である。そしてこのことは、看護においても博士教育課程が必要であることを意味している。博士課程教育を通して研究能力のある看護婦を育て、そうすることによって実践や教育の場がいっそう進んだ知識を取り入れ、看護の力を強めていくことができ、さらにまた新しい知識を生み出すことができる。

看護における博士課程教育は比較的新しい。合衆国では 1963 年になるまで、博士課程はたった 2 つしかなかった。博士号をもつ看護婦たちの大半は、それを看護以外の分野で得ていた。しかし 1963 年以降は看護の博士課程が続々新設され、1984 年現在その数は 30 に及び、1985 年にはさらに 11 の課程が新しく発足する予定である。看護

の博士課程出身者は、1983年には139名であった(National League for Nursing, 1984による)。

ところで、看護の博士課程にはいろいろなタイプがあるが、それらは結局次の2種類に分けられる。すなわち、研究または学術における位を意味する学位(Doctor of Philosophy of Nursing, Ph.D.)及び専門職の位を意味する学位(Doctor of Nursing Science, D.N.Sc.、または教育者の博士号, Ed.D.)である。Ph.D.の課程でおもに強調されていることは、特定分野で研究できる学者の育成であるが、これに対してD.N.Sc.課程では、看護婦に臨床領域で仕事をするために必要な高等知識と技術^{スキル}を習得させることをねらいとしている。しかしこのような区別もそれはど定かではなく、専門職を志向する博士課程でもその多くが研究に大いに力を入れているというのが現状である。

博士号をもつ看護婦たちの増加が、合衆国の看護に何かしらよい刺激を与えているかどうかを聞いてみるとのもよいだろう。ひとつ明らかになったことは、いろいろな研究報告が公けになっていることで、過去10年間をみると、とくに研究を中心とした雑誌が非常に増加しており、数々の新しい雑誌も発行されている。とりわけ目立つことは、そうした雑誌の記事にせよ研究にせよ、他分野の人々の手にたよることなく、看護独自の側面に焦点をしづらはじめていることであろう。看護はまた学問集団の中でも信用を得はじめ、看護婦たちは学際協力による研究プロジェクトへの参加を求められてもいる。博士号をもつ看護婦たちは、このようにして人々のもつ看護という学問に対する認識の向上に大いに貢献している。

さて、このように博士課程がふえてくると、さっそく次のような疑問が生ずる。「どういう人がいったい博士号をめざすべきか?」

もしも学問的に優れた素養があつて看護に深い関心を抱き、また熱心に看護にかかわっているような看護婦がいるなら、そういう人は博士課程を

含めて大学院課程で勉強することを大いに考えてほしい。学習をすすめていって、その学問分野についての造詣が深くなるならこんなにうれしいことはない。そうはいっても、そのためには(平均して)3年ないし4年間の歳月を学問一すじに献げ、そればかりでなく、その後もひき続いて研究活動に献身するという決意が必要になる。博士号は必ずしもすべての人々がとれるわけではない。しかし看護は、いまやその学問としての発展に寄与してくれるような人材を切実に求めている。

博士課程の教育をうけようとする人は、自分のゴールに最も適ったものを選択するように、現在あるいろいろな課程を十分慎重に吟味する必要がある。博士教育課程は国によって異なり、大学によって異なる。またその大部分は、特定の焦点ともいべきものを設定している。たとえば臨床研究が強調されている博士課程もあれば、教育や管理に重点がおかれている課程もある。さらにまた看護科学をとくに強化すべき領域とみなしているところもある。臨床看護の専門領域としては、たとえば精神科看護や老人看護が掲げられているであろう。アメリカ合衆国の看護の博士課程についての情報は、National League for Nursingの出版物(1982)を通して入手可能である。

看護の博士課程ではどのような学習が行われているかについては、この課程の教育が比較的新しいために、ほとんど知られていない。博士課程ではどんなことが期待され、どのくらいの時間をそのために費し、どのようなクラスをとったらよいかというような質問が看護婦たちからしばしば出される。そこで、ここでは博士課程の一例を紹介し、看護学の博士号をうけるためには、どのようなことが必要であるかについて述べよう。

博士教育課程の一例：ミネソタ大学看護学部

ミネソタ大学の看護学博士課程は10年計画で準備されて、1983年に開設された。その間、さまざまな討論が交わされ、識者への相談も行い、また非常に大きな障害にも遭遇した。結局、ミネソ

タ大学では、専門職学位（D. N. Sc.）の課程ではなく、Ph. D. の課程の方を選んだ。それは看護がひとつの学術分野であるという判断をしたからである。Ph. D. は研究学位（research degree）であって、看護学には看護学知識や理論を開発したり検証できるような研究技術を十分身につけた人たちが必要であるという判断がそこにはあった。この10年間、数々の苦労があった。その苦労はとくに学問集団のコミュニティーである大学内部において大であった。おもだつた批判の1つは、看護が現時点ではまだ博士課程を支えうるような知識体系を構築していないのではないかというものだった。しかし、大学の中の多くの人々が看護学についての理解を欠いていたのも事実であった。結局、全米の看護リーダーたちからの支援と、博士課程は学部内で最重要と考える看護学部教師陣の証言、そして博士課程の必要性についてのデモストレーションなどの甲斐があって、大学はやっと博士課程の開設を承認するに至った。

次にミネソタ大学の博士課程の目標を掲げるが、これは修士課程のそれと同様である。

1. 看護科学に関する諸理論を活用する能力を証明する。
2. 看護と関係する道徳倫理的主張をすることができる、またその主張を評価することができる。
3. 看護科学に関する研究を活用する能力を証明する。
4. 臨床実践に関する決定を行うことができ、またそれを検証することができる。
5. 看護学を維持、進歩、発展させる。

博士課程のクラスの編成には、上記の目標が基礎となった。

博士課程では、学生はすべて必要なクラスに参加し（coursework）、看護理論を検証し、研究を行い、看護に関連した道徳倫理的主張を自ら行うことが要求される（目標1、2、3）。院生は誰しも将来創造的、生産的看護婦学者になるために、これらの領域における知識と技術を身につけて

ていなければならないというのが、看護学部としての考え方である。これら各々の領域については、それぞれ特定のクラスが開講されているが、学生はそのほか関連する他分野のクラスをもとことになっている。たとえば研究を学ぶために、統計学やコンピュータのクラスをとる。

学生は各々自分の専門を追究するため、次の5領域のうちから1つの領域を選ぶ。

- ・保健行動の発達と変容
- ・環境もしくは人生上のでき事に対する健康破壊的反応
- ・健康現象
- ・看護ケアを提供する機関及びシステム
- ・看護学知識を提供する機関及びシステム

これらの5領域は、DonaldsonとClowley（1979）が定義した「看護の中核」を反映しており、またアメリカの看護婦協会が設定している看護における優先事項をも反映している。学生は看護のクラスのほか、看護学を支えるいろいろな学問分野のクラスをとる。上記5つの領域について以下に簡単に述べよう。

保健行動の発達と変容

ここでは、健康状態に望ましい変化をもたらすようなプロセスを中心扱う。研究領域としては、おそらく、望ましい保健行動を身につけさせるような手段、健康破壊的行動を改善させるような手段などが中心になる。患者グループは、発達段階のいかんを問わず（たとえば小児、青年、成人、老人など）とりあげて研究することが可能であろう。研究テーマとしては、たとえば慢性病への望ましい適応を導くための手段の追究、行動変容をもたらすよういろいろな戦術のテスト、健康の自己管理に役立つような介入のし方の評価などがあがる。

環境もしくは人生上のでき事に対する健康破壊的反応

この領域においては、人間が危機的生活場面に

おいて環境とかかわる際にみられる際にみられる行動のパターン形成に追究の焦点がおかれる。たとえば発達上の危機的ステージ、身体的心理的外傷、死と死への過程、入院などがあげられ、これらに関する研究としては、特定のでき事に対する予測された反応に影響するような変数の発見、特定の反応についての理論的説明、より健康的な反応を導くために利用できる手段の発見などがあげられる。この領域では、系列的に非常に幅広い研究が集積され、したがってライフサイクル全体をカバーすることになるだろう。

健康現象

看護はまず健康に関心をよせる。この領域を選んだ学生は、人間の生命過程 (life process) や至適機能 (optimum functioning) を支配しているさまざまな原理や法則を追究する。健康な状態というものを定義したり、これについて論述したり、健康指標を見出したり、健康な状態の先行要件 (antecedents) と健康の結果 (consequences) について調べるといったことは、この領域の研究について考える際にとりあげてよい問題であろう。

看護ケアを提供する機関及びシステム

この領域はふつう看護管理と呼ばれている。この領域を選択した学生たちは、看護学部のクラスのはか、ヘルスケア管理に関するいろいろなクラス、ヘルスケアにおける現代的諸問題、及び管理論のクラスをとる。追究すべき問題としては、看護ケアを提供するさまざまな方式の効果、患者ケアへの新しいテクノロジーの導入、看護ケアを提供する種々の方式による出資効果の相違などが考えられる。

看護学知識を提供する機関及びシステム

この領域を選択した学生は、看護教育に関するさまざまな変数について学ぶ。研究テーマとしては、看護を教えるためのいろいろな指導方法の効

果、看護教育に関する種々の概念的枠組みの比較検証、臨床領域における学生評価の方法、新人と熟練看護婦の相違などがあがる。

学生はまた副専攻分野の学習も行う。これは通常、学生の研究したいテーマと密接に関係した分野が選ばれ、少なくとも18単位をとらなければならない。

博士課程をフルタイムで修める場合の代表的な学習計画を示したものが図1である（フルタイムの場合、1クォーター^{注）}にとる単位数は原則として10単位とされる）。学習計画は学生と指導教官（advisor）が、学生の背景や研究したい領域を十分考慮に入れながら作成する。取得単位数はべつに決められてはいない。ほとんどの学生たちが約90単位をとる。これは学生が、それぞれ予備試験を無事通過し研究をすすめていくためには何が必要かと考え、そのうえで決定する。大部分の学生は4年間で卒業できるとみてよい。

学年	秋学期	冬学期	春学期
1	看護理論 3 [*] 副専攻科目 4 統 計 学 3	看護理論 3 副専攻科目 4 統 計 学 3	道徳倫理的主張 3 副専攻科目 4 統 計 学 3
	10単位	10単位	10単位
2	副専攻科目 4 選択科目 3	副専攻科目 4 看護理論 4 選択科目 3	（測定、統計、コンピュータ応用） 3～5 看護研究 4
	11単位	11単位	7～9単位
3	看護理論 3 研究セミナー 1～9	看護の探究領域 4 研究セミナー 1～9	看護の探究領域 4 研究セミナー 1～9
	4～12単位	5～12単位	5～12単位
4	論文登録 36単位		

*単位数

図1 フルタイムの学生の学習計画の一例

訳注）1年を4期に分けた学期

博士課程では2回の試験をうける。1回めの試験は、大半のクラスを終えた時点にあり、これは予備試験と呼ばれる。この試験では、看護理論、研究、道徳倫理的主張、及びその学生が研究のために選択した領域について出題される。そして研究（博士論文）が完了した時点では、最終試験である口頭試験をうける。ここでは学生は自分の研究を擁護する立場で論じなければならない。試験委員は看護学と副専攻分野をそれぞれ代表する教官計5人により構成される。

博士課程への応募者のほとんどは修士課程を終了している。しかし学士課程から直接入学することも不可能ではない。ただしその場合、往々にしてクラスを余計にとらなければならない。そのため修学期間も延長しやすい。

博士課程の学生は、研究助手として教官の研究に参加する機会に恵まれている。研究技術を身につけ、これに習熟するためには、指導教官と息のあった人間関係を結ぶことが重要である。たいていの場合、学生の研究は指導教官の研究の支流であったり、関連研究であったりする。

結論

看護の博士課程の出現は、看護が学問として認識される時期が来たことを示すひとつの指標であろう。博士課程の増加によって、いっそう多くの看護婦たちにこの課程で学ぶ機会が与えられ、ひいては、看護のさまざまな側面に検討の光があてられることになる。博士課程の終了者は、研究へのたゆまぬ努力によって看護の知識体系を進歩発展させていく責任を担っているのである。

Bibliography

- Donaldson, S., & Crowley, D. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26, 113-120.
- National League for Nursing. (1984). NLN sourcebook. New York: NLN.
- National League for Nursing. (1982).

Doctoral programs in nursing. (Publ. # 15-1448) New York: NLN.

文献

- Snyder, M. (1985), Doctoral Education in Nursing: Growth and Achievement. *日本看護研究学会雑誌*, 7(4), 68~72
- Leininger, M. (1976), Doctoral Programs for Nurses: Trends, Questions and Projected Plans. *Nursing Research* 25(3), 201-210.
- National League for Nursing (1977), Curriculum in Graduate Education: Part III: Development and Improvement of Graduate Education in Nursing.
- Podjasek, J. H., Blank, J. J. & Ingram, M. (1981), Ph. D. or D.N.S.? In J.C. McCloskey & H.K. Grace (Eds.), *Current Issues in Nursing*. Chap. 8, pp. 69-83. Blackwell Scientific Publications, Inc.
- McElmurry, B. J., Krueger, J. C. & Parsons, L. C. (1982), Resources for Graduate Education: A Report of a Survey of Forty States in the Midwest, West, and Southern Regions. *Nursing Research*, 31(1), 5-10.
- Bourgeois, M. J. (1975), The Special Nurse Research Fellow: Characteristics and Recent Trends. *Nursing Research*, 24(3), 184-188.
- McElmurry, B. J. et al. (1982), ibid. p. 10.
- National League for Nursing (1977), ibid. p. 24.
- Podjasek, J. H. et al. (1981), ibid. p. 74.

紹介をおわるに当って

著者M. Snyderは、この論文をとくに博士課程の教育内容に興味をもつ人々、とりわけ博士課程への入学志願を考えている人々のために書かれたように思う。その意図にそって、筆者が見聞したところをつけ加えるならば、博士課程の学習に成功する秘訣は、慎重による指導教官を選択すること（学部によっては学生に最初から指導教官を選択する自由はないが、これを変える権利は保証されているところがある）と、コースワーク終了後

の孤独対策にあるといわれる。はじめに述べたように、アメリカにおける看護の博士課程教育は発展途上のシステムの常として数多くのディレクターをかかえている。そのひとつがコースの多様性という形であらわれるわけであるから、いずれにしても事前の十分な情報収集が大切であろうし、また個人の計画性がものをいう世界であることを知っておく必要があろう。

日本における看護の発展のためにも、この一段と開かれた道に挑戦される方々がたくさんあらわれてくることを願って筆を置きたい。

● 事務局だより ●

早や10月ともなり、秋風が肌に冷たく感じるようになりました。この時期に本号が、8巻1号・2号合併号で発行された事、雑誌の発行が遅れた事申し訳ありませんでした。本来6月には8巻1号を発行する予定で準備いたしましたが、第10回総会の記事がその講演原稿の集まりが悪く、編集に手間だった事、又論文原稿の投稿量が少なかった事と、第11回総会臨増刊号の編集印刷と輻輳した事から遅らせて、今回合併号として発行いたしました。

現在、編集委員会の手もとに寄せられている論文原稿は3、4篇と、最近、投稿される会員が少なくなっています。本年度発行予定の誌数も2回残っており、充分紙数に余裕がありますので振って御投稿下さい。

学会誌は会員各自の研究成果を世に問うため、また個人の経費を出来るだけ少なくして責任ある公刊を行うために設けられたものです。本学会でもこの為、年間経費の大部分をこれに注ぎ、印刷された雑誌は160カ所の大学、短大、その他研究機関の図書館に配布し、納めて閲覧に供して頂いて居ります。会員の皆様の研究業績をペーパーとして積み上げる最適の場を、この学会誌としてお互いに育てている訳ですから、大いに活用して下さい。

9月1日、本学会役員の改選選挙が行なわれましたが、その後会則に従って順次手続きが進められております。11月1日には新評議員が会長より委嘱されます。その後、理事の改選となります。本学会もいよいよ新役員による新しい時代を迎えることとなります。

会員の総意に基づいた学会の発展のため、お互いに努力しましょう。 (事務局担当 松岡記)

昭和60年度会費の納期です。早めにお納め下さい。

一般会員	5,000円
役員(理事、評議員)	10,000円
賛助会員	3,000円

郵便振替口座 東京0-37136 日本看護研究学会事務局

日本看護研究学会雑誌

第8巻 Vol.1・2号(合併号)

昭和60年10月10日 印刷
昭和60年10月20日 発行

会員無料配布
会員外有料配布
(¥ 2,000)

発行所 日本看護研究学会

〒280 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
☎ 0472-22-7171 内4136

編集委員

伊藤 晓子(厚生省、看護研修研究センター所長)

発行責任者 松岡 淳夫

川上 澄(弘前大学教育学部教授)

印刷所 ㈲正文社

木場 富喜(熊本大学教育学部教授)

〒280 千葉市都町2-5-5
☎ 0472-33-2235

委員長 前原 澄子(千葉大学看護学部教授)

松岡 淳夫(千葉大学看護学部教授)

宮崎 和子(千葉県立衛生短期大学教授)



ベッドサイドモニタ DS-880

プラウン管モニタ、記録器、受信部により構成され、心電図を無線および有線で送ることにより、心電図、心拍数、トレンドグラフ、測定値などをマルチ表示する、小形・軽量の患者監視装置です。

標準の心拍数アラームモニタの他に、不整脈プログラム/パックを追加しますと、不整脈モニタとして拡張できます。

- アラーム設定など操作のしやすさを追求したコンパクトタイプです。
- 有・無線両用で、有線の場合、標準12誘導がとれますので心電計としてもご使用になります。
- 心電図・心拍数・トレンドグラフを同時に表示します。
- アラーム心電図のリコール表示(3回分)ができます。
- 不整脈プログラムパックにより、不整脈検査機能を拡張できます。



●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(代)

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

宛送金頂ければ、会員番号を御知らせし、入会出来ます。
研究学会事務局
尚振替通信欄に新入会と明記下さい。

事務局住所 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

（ きりとり線 ）
（ 保 存 ）

入会申請書

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。

ふりがな 氏名	勤務先			年月日
住自宅 所	印			
〒				
住連絡 所先	自家の場合記入いりません。			〒 () () () T E L 内線
推せん者所属	会員番号			
	氏名			㊞

現代看護学の到達点!! 統合的看護アプローチを明らかにする

New Integrated Clinical Nursing

新臨床看護学大系

全13巻

臨床看護学 I (第1回配本)

編集
W.J.PHIPPIS
B.C.LONG
N.F.WOODS

臨床看護学 II (第2回配本)

日本語版監修
高橋シユン
聖路加看護大学名誉教授

臨床看護学 III (第8回配本)

● A4 頁612 図151 1983 ¥8,500 〒450

小児看護学 I (第7回配本)

LF.WHALEY
D.L.WONG

小児看護学 II (第9回配本)

日本語版監修
常葉恵子
聖路加看護大学教授

小児看護学 III

吉武香代子
千葉大学教授
小林 登
国立小児病院
小児医療研究センター長
前東京大学教授

小児看護学 IV

母性看護学 I (第3回配本)

編集
S.J.REEDER
L.MASTROIANNI
L.L.MARTIN

母性看護学 II (第4回配本)

日本語版監修
尾島信夫
聖母女子短期大学教授

精神看護学 I

編集
G.W.STUART
S.J.SUNDEEN

日本語版監修

樋口康子
日赤幹部看護婦研修所
教務部長

稻岡文昭
国立公衆衛生院室長
南 裕子

聖路加看護大学教授

手術看護学 I (第5回配本)

編集
M.J.RHODES
B.J.GRUNDEMANN
W.F.BALLINGER

日本語版監修

庄司 佑
日本医科大学教授
内尾貞子

東京大学医学部
付属看護学校教務主任

- 大学・短大などの学生の方々に
- 看護教育を担当されている方々に
- 臨床看護実習を指導されている方々に
- 臨床看護婦・保健婦・助産婦の方々に
- 病院・学校・保健所などすべての医療施設に

本大系の特色

①本大系は、医学モデルではなく、看護モデルに基づいて集大成された画期的な臨床看護学テキストシリーズ。

②大きな特徴は、看護の対象である人間を、全人的に捉え、生物学的・医学的側面だけでなく、広く心理学・社会学・人類学などの行動科学分野の学問的成果をとり入れている点にあり、統合的看護アプローチを明確にし、“看護とは何か”を考えるための大きな示唆を与えていている。

③ナース・クライエント関係を軸に、病気をもつ人のケアだけでなく、病気の予防や健康の維持増進のための効果的看護に必要な基礎知識を詳述。

④看護学の基礎概念をふまえ、一貫して看護過程にのっとった系統的・分析的記述は、看護の目標を明らかにしている。

⑤内容の理解を容易にするため、豊富な図解を挿入、重要事項は表で整理、視覚に訴え読者の便をはかってある。

⑥看護教育の第一線で活躍する100人を越える執筆陣が参加、翻訳はわが国の看護教育界の精鋭が当っている。

⑦1世紀におよぶ米国看護学の学問的伝統の到達点を示す、数あるテキストのなかで群を抜く出色の看護学教科書。



医学書院

113-91 東京・文京・本郷5-24-3 ☎03-817-5657(販売部直通) 振替東京7-96663

