

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、将来に向か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でもあります。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か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立ち返り、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。それはとりもなおさず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、目先のことに目をうばわれ、本質を見失い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年をふりかえってみますと、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、これからの方向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回からみてみますと、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

学会	研究発表	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ますと、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ますと表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ぬ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ますと、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

っていて、看護の新しい理論や方法が発表され、そのままゆくと必ずそれに対する弱点とか問題が起きてきて、カーオスの状態、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。しかし次々に出てくる、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あればなりません。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、目先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、ということが多くのように思われます。もっともそう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、ということでもあります。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であります。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

的に重要なことであります。しかし個が個で終るのではなく、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ない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わ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と考えたり、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

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た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、私もささ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ひます。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と思ひます。

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ばって紹介したいと思ひます。

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。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きており、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 、

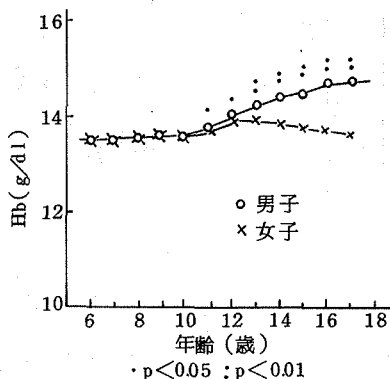


図1 性別・年齢別にみた平均血色素量の変動

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12 g/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12 g/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、

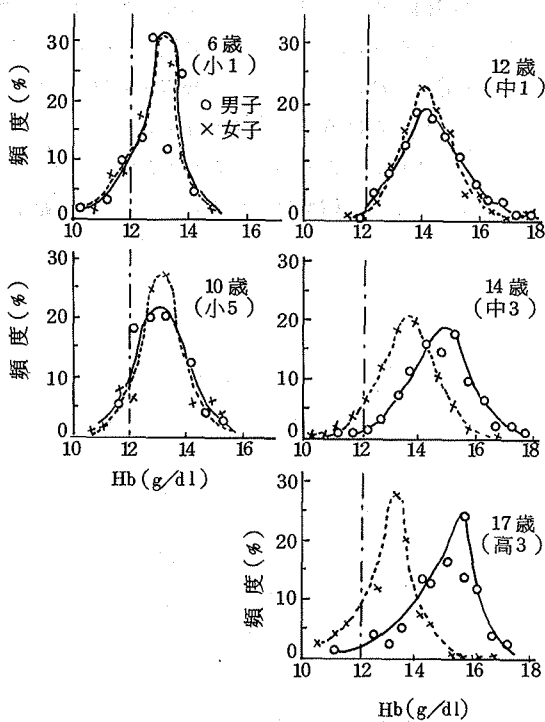


図2 血色素量の年齢別分布

12才、14才、17才の分布を示してあります。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て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となって個人差が大きくなるのが分ります。この傾向は特に14才の女子に著しくなりますが、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 12g/dl 未満者を見てみます。WHOでは血色素量 12g/dl 未満を貧血の判定規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 12g/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ますと、次の図3の棒グラフになります。図から明らかなように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才で確かめてみますと、既潮者の血色素量の平均値

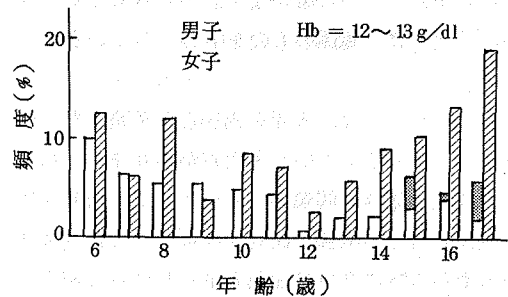


図3 血色素量低値者の出現頻度

は 13.4g/dl 、未潮者の平均値は 13.1g/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、平均身長を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。

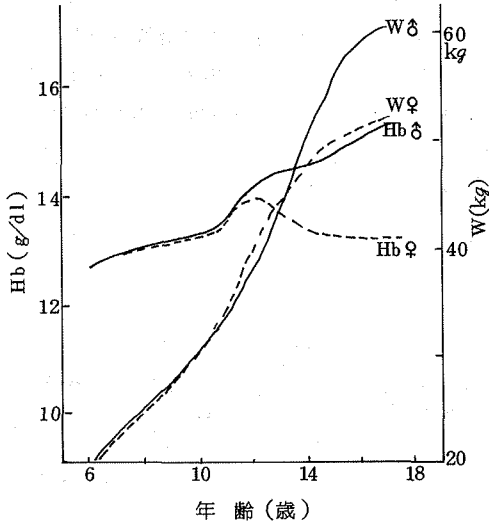


図4 加齢に伴う体重増加と血色素量の変化

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

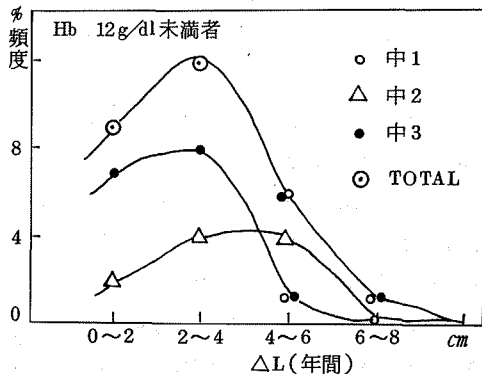


図5 身長の間年増と貧血傾向者

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、身体発育も直接的な関係を認める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か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であります。

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。褥瘡の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

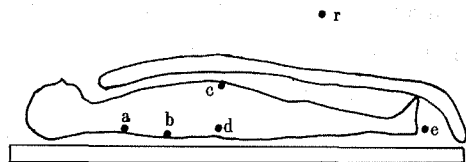


図6 測定部位

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つのカーブのうち一番上の曲線は、普通私達がゴムシート、横シート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%に達するのが特性です。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。

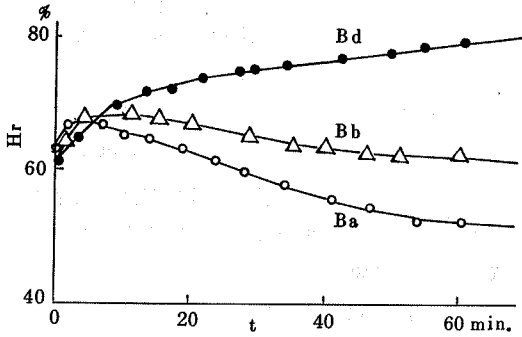


図7 床内湿度

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、すぐ乾燥しはじめ、部室の湿度が高くても低くても、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

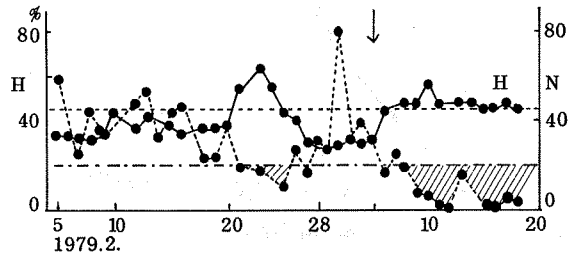


図8 相対湿度と不快訴数との関係

っきりと表れています。湿度40%以上の範囲と訴え20以下の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に見えます。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ので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年を振り返ったあと、私の基礎的な仕事と実践的な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らうとも、間違いのない確かなデータを蓄積してゆく努力こそが、看護学のこれからの発展を支えてゆくものであると私は信じております。