

VOL.18 No.1
平成7年3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.18 NO.1

日本看護研究学会

〈マット圧〉〈局所圧〉の ダブルチェックで褥瘡予防

床ずれの発生は、局所皮膚に加わる長時間の圧迫による阻血性壊死に起因するといわれ、長期臥床者の床ずれ予防に当っては、ベッド（マット等）上での皮膚に加わる体圧の分布とそれに伴う血流障害を把握してから予防具を選ぶことが大切です。

新発売のRBエアーマット（いたわり）は、新素材設計による「グリーンマット」と圧力計内蔵による新型送風装置「しずか」との組み合わせで、マット圧も巾広く設定・調整ができます。さらに、RB体圧計の併用により、患者の局所圧チェックができれば、褥瘡予防は万全です。

※詳しくは、カタログをご参照願います。



F91型発風装置
しずか

圧力計内蔵により常時
マット圧が表示されます。

RB 200 一般用(グリーン)マット

感触・軽量・耐久性を満足させる強力
レーヨン塩ビ張りを素材とし、保守
のし易いセル4本一体成型品
です。

標準セット価格 ¥82,000

新発売

RBエアーマット **いたわり**

RBエアーマット **ティーズ**

RB体圧計

発売元  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
☎東京(03)3583-8365〈直通〉

会 告 (1)

平成6年10月30日投票締切日評議員選挙の結果を受けて、下記の方々に日本看護研究学会評議員を委嘱しました。

任期は、平成7年4月1日より、平成9年3月31日までです。

平成7年3月20日

日本看護研究学会

会 長 吉 武 香代子

会 告 (2)

任期満了により、評議員互選の議を経て、下記の方々に日本看護研究学会理事を委嘱しました。

任期は、平成7年4月1日より平成9年3月31日までです。

平成7年3月20日

日本看護研究学会

会長 吉 武 香代子

地 区	氏 名
北 海 道	中 島 紀恵子
東 北	木 村 宏 子
関 東	草 刈 淳 子 土 屋 尚 義
東 京	伊 藤 暁 子 内 海 滉 吉 武 香代子
東 海	田 島 桂 子 山 口 桂 子 吉 田 時 子
近畿・北陸	玄 田 公 子 近 田 敬 子 早 川 和 生
中国・四国	石 井 ト ク 野 島 良 子
九 州	木 場 富 喜 成 田 栄 子

会 告 (3)

第21回日本看護研究学会学術集会を下記要領により札幌市において開催いたします
のでご案内いたします。(第3回公告)

平成7年3月20日

第21回日本看護研究学会学術集会

会 長 山 田 要 子

記

- 期 日 : 平成7年7月25日(火曜日)
平成7年7月26日(水曜日)
- 場 所 : 札幌市教育文化会館
〒060 札幌市中央区北1条西13丁目
TEL. 011-271-5821(代)
- メ イ ン
テ ー マ : 受け手に開かれた医療を保証するために
- 参 加 費 : 8000円 学生 2000円
- 懇親会費 : 4000円
- 学術集会
事 務 局 : 〒060 札幌市中央区南1条西17丁目
札幌医科大学保健医療学部
日本看護研究学会北海道地方会内
第21回日本看護研究学会学術集会事務局
直通 TEL. & FAX. 011-642-6374

第21回日本看護研究学会学術集会プログラム

【平成7年7月25日(火)】

会長講演： 受け手のための看護研究を求めて

札幌医科大学保健医療学部 山田 要子
司会 東京慈恵会医科大学医学部看護学科 吉武 香代子

特別講演： 流水の命—流水の下で育まれるもの

北海道大学低温科学研究所付属
流水研究施設長教授 理学博士 青田 昌秋
司会 北海道医療大学看護福祉学部 松岡 淳夫

シンポジウム： 受け手に開かれた医療を保障するには

座長 広島大学医学部保健学科 野島 良子

座長 北海道脳神経外科記念病院 山本 良子

看護の専門性にスポットをあてた問題提起

ナイチンゲール研究所 金井 一薫

医療の質保証という側面での問題提起

東札幌病院 石谷 邦彦

開かれた医療を求める市民の立場からの問題提起

医療人権センター COML 辻本 好子

多様な価値を認める医療

北海道医療大学看護福祉学部 栢 植 あづみ

奨学会研究発表講演： 在宅要介護老人の介護者における蓄積的疲労度と上気道
感染易罹患性および受療状況について

近畿大学大学院 横山 美江

司会 熊本大学教育学部 佐々木 光雄

—懇親会—

【平成7年7月26日(水)】

教育講演： 1. 与えられる医療から参加する医療へ

札幌社会保険総合病院 佐野 文男

司会 天使女子短期大学 前田 博子

2. 研究者に必要とされる倫理的側面

広島大学医学部保健学科 中西 睦子

司会 兵庫県立看護大学 片田 範子

3. 看護の質を保障するために求められるマネジメント

筑波大学医学部付属病院看護部 穀山 聡子

司会 千葉大学看護学部 草刈 淳子

4. 「生活の場」からの援助—介護と看護の統合—

北海道医療大学看護福祉学部 中島 紀恵子

司会 東京大学医学部健康科学・看護学科 金川 克子

一般演題発表：口演・示説

1. 基礎看護
2. 看護管理
3. 看護教育
4. 小児看護
5. 母性看護
6. 老人看護
7. 急性期看護
8. 慢性期看護
9. 精神看護
10. 癌看護
11. 感染看護
12. 家族看護
13. 地域看護

看護学における唯一の大辞典待望の改訂!

看護学大辞典

第四版

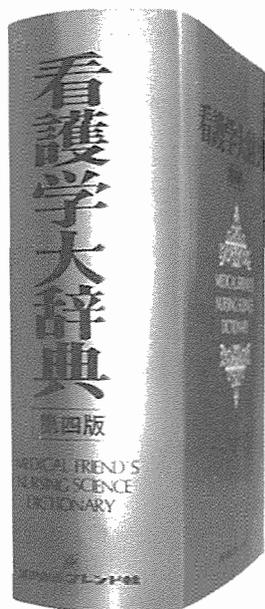
監 修 ● 内菌耕二・小坂樹徳

責任編集 ● 栗屋典子・小林 登・脊山洋右・三村信英・武藤徹一郎・
矢野正子・山本俊一・養老孟司・他

● A 5 判 ● 2,574頁 ● 上製函入 ● 定価14,000円(税込)

豊富な語彙数31,000語を収録!

待望の
最新
改訂版!



- 看護婦・看護学生に必須の新語彙を1,700語収録——既存の辞典類をはるかに凌ぐ。
- 基礎医学・臨床医学の他、関連諸科学も最新の知見を満載——さがしている語彙が必ずみつかると。
- 既収録語彙の徹底した見直し・検討——古い記述を改め大幅な内容改訂。
- 小項目主義をとり、解説は臨床的観点を重視——さらに引きやすく、わかりやすい。
- 付録の「看護学十進分類表」にのっとり収録語彙すべてを分類・整理——専門用語の全体図の把握が容易。
- 巻末の外国語索引がさらに充実——欧文からの語彙検索も可能。
- 見やすい2段組レイアウト。

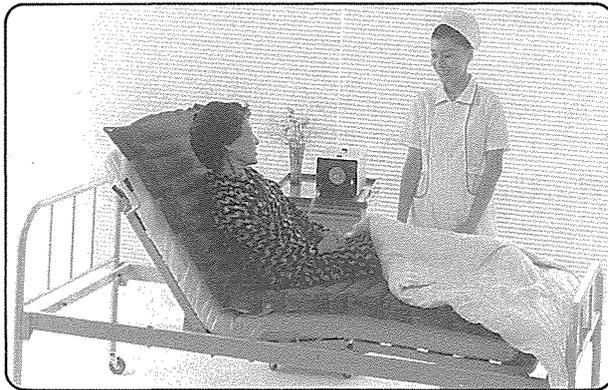
辛らーい床ずれ・病臭の解消に!

エア一噴出型
特許

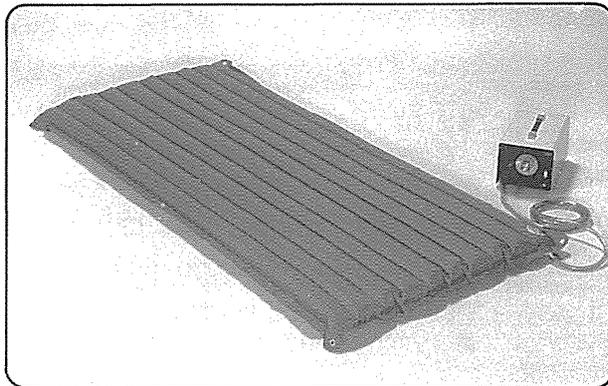
サンケンマット®

科学技術庁長官賞 受賞品

床ずれ 治療に 噴気型の パイオニア



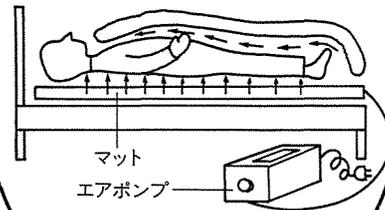
SGM-I型 定価93,000円



SM-I型 定価88,000円

ユニークな原理 (特許)

- 噴出するエアが患部を乾燥させ、細菌の繁殖をとめます。
- 重症の床ずれ、病臭ほど威力を発揮します。
- 体位交換が楽になり、看護の労力を軽減します。



製品についてのお問い合わせは、お気軽に電話下さい。

厚生省日常生活用具適格品エアーマット

サンケン

医理化器機部 特品金属部 畜産器機部

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 0729(49)0007

CONTENTS

……Original Paper……

A Study of Job Satisfaction of Nurses in S University Hospital

University Hospital, Sapporo Medical University : Kimiko Takada

School of Nursing, Chiba University : Junko Kusakari

College of Nursing Art & Science, Hyogo : Takayasu Kawaguchi

A Bacteriological Investigation of Shaving Brush of Skin Hair in

Preoperative Nursing Preparations

Department of Nursing Science, Faculty of Education,

Hirosaki University : Kumiko Hanada

Hirosaki University : Atuko Kasai

Hirosaki University : Kimi Kimura

Hirosaki University : Chikako Yonaiyama

Hirosaki University : Matsuro Fukushima

Setana Town Office : Megumi Oyamada

日本看護研究学会設立20周年記念事業

20年のあゆみ

第20回日本看護研究学会総会

会長 吉 武 香代子

ご挨拶

理事長 金川克子

ただ今ご紹介いただきました、実は一昨年理事会でのご推せんを得まして、理事長になっております金川でございます。どうぞよろしくお願い致します。

で、本学会設立20周年を迎えるに当たりまして、関係者のみな様には、大変感無量と申します。本学会のこれまでの歩みは、これからそれぞれご説明があると思いますが、学会関係者の多くの努力とサポートを受

けて20歳の成人式を迎えたというふうにも思っております。今回、本学会は日本学術会議への登録団体として認めていただけることにもなり、今後、さらなる看護学の発展のために、この学会の真価が問われることになると思います。会員のみな様方の一層のご活躍をご期待申しあげまして、ひと言ご挨拶とさせていただきますと思います。

日本看護研究学会設立20周年記念事業 —— 20 年 の あ ゆ み ——

総務・渉外関係 総務担当理事 土屋尚義
渉外担当理事 伊藤暁子

学会設立20周年を機会に、本学会の現在までのあゆみをあらためて振り返りまとめましたので、とくに総務・渉外関係について報告します。

本学会の設立にいたるそもそもの発端は昭和49年10月にさかのぼります。当時四つの国立大学すなわち熊本大学、徳島大学、弘前大学、千葉大学の四大学の教育学部には特別教科看護教員養成課程が設置されており、その現職教員の連絡協議会がこの四大学のもちまわりで毎年定期的に開催されていました。

記録によれば、当時の協議会は文部省大学局教職員養成課の担当係官の参加のもとに、カリキュラムの改正や施設、設備の充実など、当面の看護教員養成教育の充実にかかわる事柄が主たる検討事項であったようであります。

しかし「四年制大学における看護教育のあり方」に関する何回かのシンポジウムを経て、看護教育の真の充実のためには、これを理論的に支援する看護学の確

表1 日本看護研究学会20年のあゆみ(1)

49. 10. 第5回四大学研究協議会で、看護学確立のため、看護学会設立の必要性が討議され8名の委員を選出、研究会準備委員会が発足（千葉大学）
50. 9. 第1回四大学看護学研究会開催（徳島大学）
51. 9. 準備委員会を世話人会とし、研究会会則など組織整備の検討を開始（弘前大学）
52. 9. 研究会会則を決定し、事務局を千葉大学に置き、趣意書と共に各大学および関係各方面に送付、入会受付を開始（熊本共済会館）
53. 3. 四大学看護学研究会雑誌創刊号発行
54. 9. 同雑誌の編集委員会を設置、投稿規定を決定
55. 9. 研究奨学基金を設立し運用のため奨学会委員会を設置、奨学会委員会規定を決定、奨学研究の募集を開始

立が不可欠、急務であるとの結論に達し、そのための準備委員会が昭和49年に組織され、翌50年には第1回の四大学看護学研究会が発足の運びとなりました。以後、研究会会則の決定、事務局設立（千葉大学、松岡淳夫理事担当）などの整備の後、昭和52年には、広く開かれた看護学の学術研究発表機関として四大学教員以外に全国一般に公開して入会受付を開始、同時に機関誌として研究会雑誌の定期刊行を開始しました。

昭和55年には現名誉会員の村越先生のご寄付を基金として、とくに将来ある若手研究者の看護研究の一層の促進を奨励し助長するために奨学研究の制度を発足、以後放山元名誉会員や木場現理事の基金への追加のご寄付を得て運用されています（表1）。ここまでが発足当初の約6年間の経過ですが、次にその後の約14年間、後半約2/3の期間をまとめます（表2）。

昭和56年には会の名称を日本看護研究学会と改称し、第8回総会（石川稔生会長）からこの学会名となりました。後に示すように、研究会は全国公開直後から四大学の範疇を遥かに越えて会員数、発表数とも増加の一途をたどり、数年前から組織にふさわしい会名への変更が検討、準備されていましたが、ようやくもろもろの手続きを経ての運びとなりました。以後学術研究団体としての学会組織の整備に努め、学会会則を決定、理事会・評議員会を設置、全国を4つの地区別として選出する評議員、理事選出規定、選出のための選挙管理委員会制度の発足、昭和57年の第1回選挙により理事、監事、評議員が選出され、以後これらの学会役員を中心に運用されています。

その後名誉会員、地方会、雑誌編集の制度や規定が決定され、また会員の全国的な増加の実状にあわせて地区割を再編成するため地区検討委員会を設置し、地区割を改正して8地区とし、以後の評議員、理事選挙はこの新たな地区割に従って選出されました。

地方会組織は制度の発足に伴い、当初昭和61年に近畿4国地方会が設立されましたが、地区割改正後新たに北海道地方会が発足し、また従来の近畿四国地方会は近畿北陸地方会と中国四国地方会に分離して発足、各地方会とも少なくとも年1回、多くの会員が参加して学術集会を継続しています。

ところでこのように全国的な学会として整備されるに従って、日本における各種学術研究団体の総元締である日本学術会議に学術研究団体として承認、登録さ

表2 日本看護研究学会20年のあゆみ(2)

- 昭和56. 9. 会名を日本看護研究学会と改称、賛助会員制度を新設
- 57. 5. 世話人会を解消、理事会、評議員会を設置、評議員選出規定、理事選出規定を決定、当面従来の世話人を理事に移行させ事務処理を継続
- 57. 8. 選挙管理委員会を設置、第1回評議員選挙および理事選挙を実施 理事13名、監事2名、評議員37名を決定
- 60. 9. 名誉会員制度、地方会制度を新設、雑誌編集委員会規定を決定
- 61. 3. 近畿四国地方会発足
- 平1. 8. 地区割再編成の為、地区検討委員会を設置
- 2. 8. 地区割改正決定
- 3. 8. 日本学術会議の学術研究団体登録申請、組織整備のため、理事会内に諮問機関として（仮称）組織検討委員会を設置、問題点の具体的検討を開始
- 4. 3. 学会事務局を新設、事務局を千葉大学から独立、移転
- 4. 8. 理事長制度を新設、前記（仮称）組織検討委員会を、組織検討委員会として発足 北海道地方会を追加、承認
- 5. 7. 地区割改正に伴い近畿四国地方会を解散、近畿北陸地方会、中国四国地方会を承認
- 5. 9. 日本学術会議より登録学術研究団体承認

れることは、自他ともに本学会の地位を確立するだけでなく、とくに後進の看護学においては、他の学問領域に看護学の評価を認識させる有効な手段となり得ます。このことを念頭に数年前から組織検討委員会を設置してさらに組織の整備に努め、平成4年に理事長制度を新設、翌5年には学術登録団体として日本学術会議に承認、登録されました。

このような経過を経てきた本学会の現状をまとめますと（表3、4）、本学会は、職能領域や専門研究領域をこえて、“広く看護学の研究者を組織し、看護学の教育、研究および実践の進歩、発展に寄与する”ことを目的として設置され、そのために研究会、講演会の開催、学会誌の発行、奨学会事業、関係学術研究

表3 学会の目的および活動

本会は広く看護学の研究者を組織し、看護学の教育、本看護研究学会会則研究及び実践の進歩、発展に寄与することを目的として次の活動を行う。

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1) 研究会の開催 | 2) 学術講演会の開催 |
| 3) 学会誌の発行 | 4) 奨学会事業 |
| 5) 関係学術団体との連絡、提携 | |
| 6) その他、目的達成に必要な活動 | |

団体との連絡、提携その他の活動を継続しています。

現在の組織は(表4)、日本看護研究学会会則を親規則として、その運用のために評議員、理事選出規定、奨学会、編集委員会規定、雑誌投稿規定、その他各種の要項があり、選出された理事長1名、会長1名、理事17名、監事2名、評議員138名、および名誉会員1名を含めて、現在2,500名の会員を擁し、総務、会計、編集、奨学会、渉外担当の各常任理事が、2名の非常勤の事務職員とともに日常の実務を担当し、企画、立案、決定の機関として理事会、評議員会、総会があり、奨学会、編集の常置委員会のほかに、現在までにいくつかの特別委員会が必要に応じて設置されてきました。さらに現在条文の一部の整理や理事長制の確立など、

表4 学会組織の現状

評議員選出規定、理事選出規定、奨学会規定、編集委員会規定、雑誌投稿規定、その他各種要項など

理事長	1名	理事会	定例	年2回
会長	1名	評議員会	〃	年1回
名誉会員	1名	総会	〃	年1回
理事	17名	学術集会総会		年1回
監事	2名	奨学会委員会		
評議員	138名	編集委員会		
会員	2,500名	地方会		
総務担当理事		(選挙管理委員会)		
会計担当理事		(地区検討委員会)		
編集担当理事		(組織検討委員会)		
奨学会担当理事				
渉外担当理事				

引き続き検討を進めています。

次に20年間の学会の開催地を示します(表5)。今年もこの地で吉武会長のもと、盛大に実施される運びとなりました。

表5 学術集会

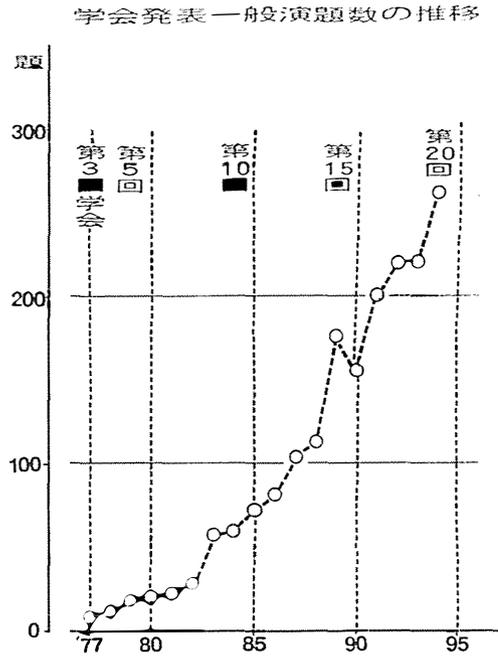
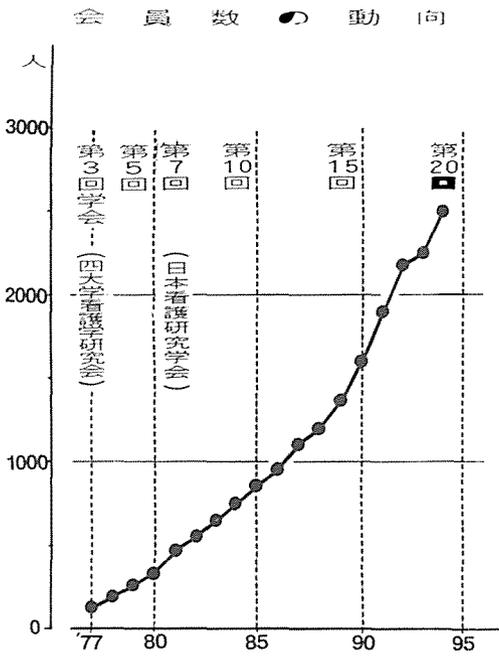
	年月日	開催地	会場	会長
第1回	昭50. 9. 27.	徳島市	徳島大学	
2	51. 9. 27.	弘前市	弘前大学	
3	52. 9. 29.	熊本市	熊本共済会館	山元重光
4	53. 9. 24.	千葉市	千葉大学	村越康一
5	54. 9. 24.	徳島市	徳島大学	村田栄
6	55. 9. 21.	弘前市	弘前大学	川上澄
7	56. 9. 27.	熊本市	熊本産業文化会館	佐々木光雄
8	57. 5. 9.	千葉市	千葉大学	石川稔生
9	58. 5. 28. 29.	千葉市	千葉大学	松岡淳夫
10	59. 7. 23. 24.	熊本市	熊本郵便貯金会館	木場富喜
11	60. 9. 7. 8.	東京都	国立教育会館	伊藤暁子
12	61. 7. 30. 31.	弘前市	弘前文化センター	福島松郎
13	62. 8. 7. 8.	東京都	日本都市センター	前原澄子
14	63. 7. 1. 2.	千葉市	千葉県文化会館	土屋尚義
15	平1. 8. 26. 27.	東京都	国立教育会館	内海 滉
16	2. 8. 4. 5.	京都市	京都会館、伝統産業会館	玄田公子
17	3. 7. 27. 28.	千葉市	日本コンベンションセンター	宮崎和子
18	4. 8. 1. 2.	弘前市	ホテルニューキャッスル	木村宏子
19	5. 7. 30. 31.	熊本市	熊本市民会館	成田栄子
20	6. 7. 29. 30.	東京都	府中の森芸術劇場、東京慈恵会医科大学	吉武香代子

このような経緯を経て本学会は設立20周年を迎えましたが、この間の会員数、学会発表演題数は表に示すように増加の一途をたどって今日にいたりました(表6)。

20周年を機会に歴史をふりかえってみますと、この会の発足、発展に尽力された初期の先輩諸先生の一部

はすでに逝去されて故人となられ、また一部現役を退かれた方もおられますが、これらの諸先輩が看護学の発展に注がれた夢と情熱に、改めて深い敬意を表する思いで一杯であります。

表6 日本看護研究学会20年のあゆみ



会 計 報 告

会計担当理事 宮崎和子

学会第20回記念おめでとうございます。この様な名誉ある式典に会計報告をする機会を与えていただき、心より感謝致します。

本学会が正式に発足した昭和52年よりの年会費および決算額の推移、会計規模、収支状況について説明致します。

1. 年会費の推移 (図1)

本学会は昭和52年、年会費2,000円で発足致しました。収入は年会費と雑誌広告料、寄付金等で、これに対し支出は雑誌印刷費、通信費等であり、53年度には255,890円の赤字繰越しとなっております。54年、56

年、57年と1,000円づつの値上げとなっておりますが、その後10年間は一般会員5,000円、役員10,000円体制で推移致しております。平成4年度より一般会費7,000円、役員のうち理事は15,000円に値上げされ現在に至っております。ご承知のように本学会の収入源は学会員の年会費でございます。会員数の飛躍的伸びにも拘らず、この年会費値上げに踏み切らざるを得なかったのは、長年千葉大学にお世話になった事務局を、民間の建物に移転し独立したこと。それと同時に光熱費、消耗品類の需要も増えるとともに、郵送通信費の値上げ、消費税等と重なったためであることは、すでに報告致しました。

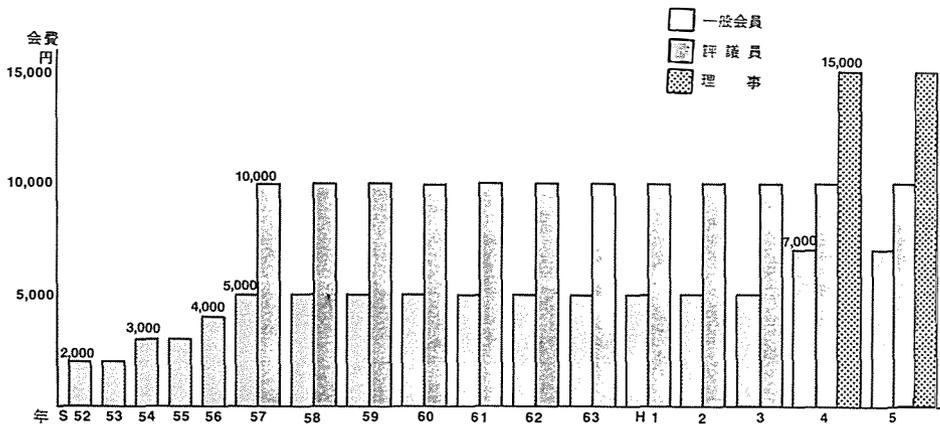


図1 年会費の推移

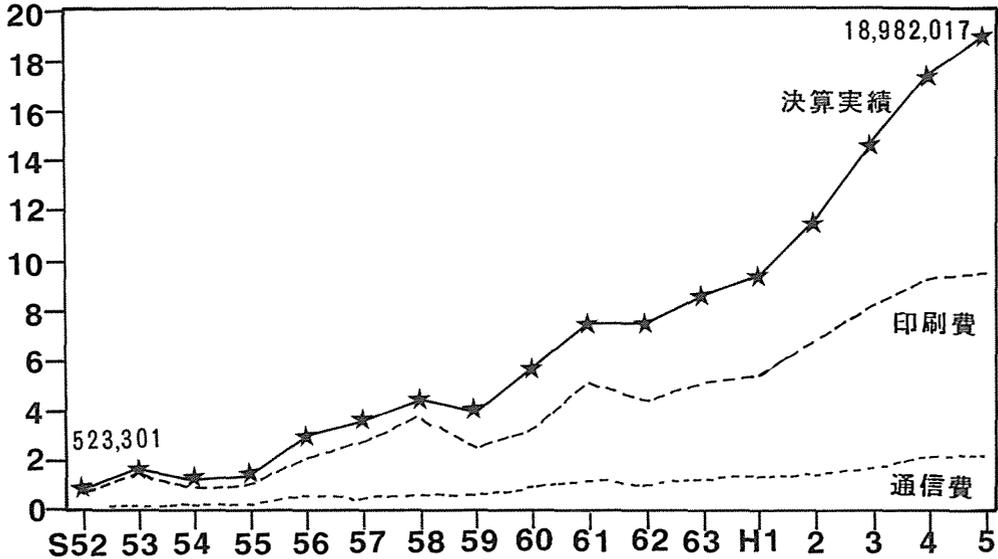
2. 決算実績の推移 (図2)

支出の決算額実績の推移を見ますと昭和52年523,301円、55年まで100万円台で、その後予算規模が徐々に増大し、60年には550万円を超えております。その後会員数の増加とともに、決算実績も増加し、平成5年度実績は18,982,017円6年度予算額は2,000万円を突破致しました。昭和52年当初決算の大部分は印刷費、通信費であり、会議費、人件費等の実質的な学会運営費用は極力押さえられておりました。S54年度、55年度決算額が若干減少しておりますのは、昭和55年5月

発行会報第7号の世話人会議事録によりますと、53年度赤字255,890円に引き続き、54年赤字決算が見込まれるとの報告があり、雑誌印刷の部数減、大学、短大、医学部図書館への雑誌無償配布の点検などが協議され、雑誌印刷費の節減をはかるとともに、新会員増加の努力など、赤字脱出の努力がなされております。

昭和60年頃より主たる支出であった雑誌印刷費等は漸減し、決算額の約半額となり、本来の学会活動に踏み出せる体制も整ってきたように思われます。

単位・百万円

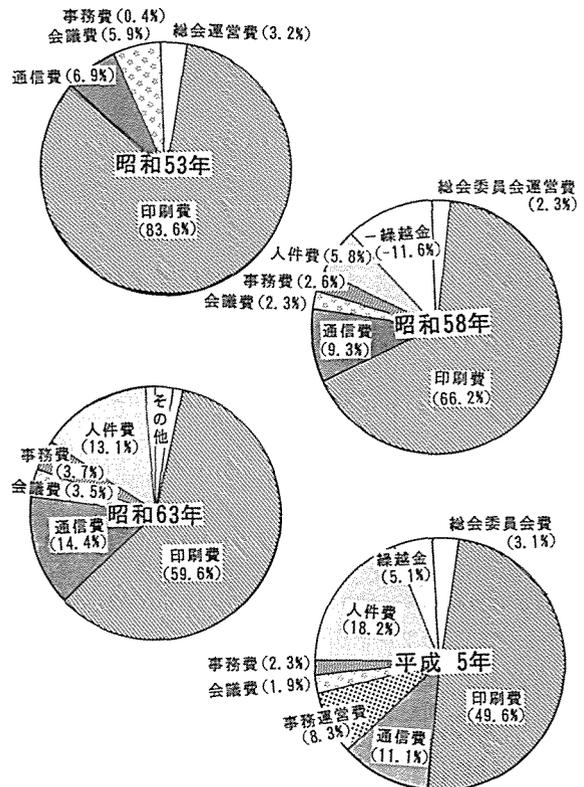


■2 支出決算額の推移

3. 決算内容の変化 (■3)

■は昭和53年度より決算内容について5年毎の変化を示したものです。雑誌印刷、通信費の総決算額に占める割合は、確実に減少しています。58年度の赤字は当初予算において会費収入見込みが多すぎたための赤字ということが出来ます。これらの経験を経て、予算、決算ともに順調に健全な成長を続けております。昨年の日本学術会議申請においても、本学会の予算決算については、何等の御指導をいただかず無事通過いたしました。なお、先に述べたように、平成4年度より事務局の独立による諸費用が計上されるようになりました。事務量も多くなりましたので、2人の事務員が関わっております。また雑誌郵送費用節約のため、会員の皆様には同じ施設にまとめて郵送をさせていただいている御陰で、年間約100万円の費用を浮かせることができ、感謝致しております。

最後になりましたが、発足当初、会員数も少なく、不足分を寄付集めに努力なさるなど、ご苦勞の多かった事務局を担当され、さらに17年間の多年にわたり、会計担当を勤められた松岡前会計担当理事のご業績に心より敬意を表しまして本報告を終わります。



■3 決算内容の変化

学会雑誌編集の立場から

内海 滉

日本看護研究学会の誕生20周年をお祝いして、学会誌編集を担当致しておる者として、ひと言御挨拶を申し上げます。

今をさる20年の昔、わが日本看護研究学会が発足致しました。同じ頃、機関誌としてこの日本看護研究学会誌が呱呱の声をあげました。

当時は「四大学看護学研究会雑誌」と呼ばれておりました。名称が今日のようになりましたのは、何回かの弘前の学会の頃と記憶しております。

創刊号には、第3回の熊本で行われた研究会の個人発表論文やシンポジウムの記事があり、山元先生の会長講演が掲載されております。巻頭言は、その次の会長を指名された村越教授が写真入りで颯爽と登場し、シンポジウムでも、すでに松岡、川上、小島、前原、木場、木村など当時の活躍ぶりを窺わせるものがあります。

はじめの頃は、わりと薄手で何回か合併号が出されましたが、5年たち10年たつうちに現在のように数多くの論文がひしめき合うようになって参りまして、査読の先生がたには大変お骨折りを載せておるわけであ

ります。この席をかりて篤く御礼申し上げます。

現在も、査読中、あるいは査読者の意見により原著者が修正中の論文は19篇を算え、出版を待っている状況ですが、さらに皆様方にはご研究の成果を益々お寄せ戴き度く存じます。学会の繁栄のcriteriaはその学会が出版する原著の数であると言われております。米国の看護学界のレベルが“Nursing Research”であらわされるように、わが日本看護研究学会誌も、その繁栄のパロメーターとして論文数と質とを誇りたく、一層の努力をお願いする次第です。

不肖私は、ここ何年か編集の作業を担当させて戴いておりますが、20年の歴史の中におきましては、つとめて客観に徹し、とくに新奇なコラムやアイデアを打ち出すことなく、毎回の発刊をより正確に世に問い、確実に残して保存する conservative かつ palliative なつみ重ねを以て、さらに100年の歴史を築いてゆく心算です。すぐれた学会の雑誌は、時代をこえて、時流をおもねることなく、一枚岩のような化石を大切にすることが不可欠とされており、本誌もその精神を範と致したく、皆様のご協力をお願い申上げる次第です。

日本看護研究学会・研究奨学会の経緯について

奨学会委員長 佐々木 光 雄

日本看護研究学会・研究奨学会（以下、奨学会と略す）は昭和54年、現 村越康一名誉会員が本学会の発展と若い看護学研究者の啓蒙と育成を願って奨学会の設置を提唱され、理事会（当時、四大学看護学研究会世話人会）の賛同を得て同研究会内に「四大学看護学研究会・奨学会委員会」が置かれたのが初まりである。同時に、村越名誉会員が千葉大学教授を定年退官されるに当たり、奨学会に189万円の基金の寄付をいた

いて奨学会は直ちに始動した。奨学会規定が検討・作成されたが、現在の「日本看護研究学会奨学会規定」は殆ど昭和54年に作られたそのままの条文を継続している。その後、毎年日本看護研究学会雑誌会告において奨学会研究の募集を行い、選考会議を経てその年度の採用者を決定し、奨学金受領者は次年の学会総会で研究報告を行うという奨学会活動を行っていることは周知のとおりである。

言うまでもなく、奨学金は基金の利息から授与することになっているが、表1に示すように、その後、山元重光名誉会員・木場富喜理事から基金の寄付をいただいた。とくに、平成5年8月に逝去された山元名誉会員からは生前の御遺志により、御家族から更に100万円の寄付をいただいた。現在、奨学会はこれらの基金の総合運用により運営されている。

奨学会研究は毎年度1件ずつを原則としているが、初年度（昭和55年）は募集から発表までの期間があまり

りに短かったため、昭和56年度（第7回学会・表2）にまとめて2件の報告になっている。その後、平成2年には該当研究がなく、平成6年の第20回記念学会では2件の研究報告が行われた。

さきにも述べたように、奨学会の活動は本学会に所属する若い看護学研究者の啓蒙と育成をその主旨としているが、初期の奨学会研究報告者には現在大学教授としてわが看護学研究の中核で活躍されている方や、また本学会の会長を務められた方もある。その他、それぞれの組織の指導的或は中堅の立場で重要な役割を果たしている方は数多い。

終わりに、現在奨学会の運営を担当している奨学会委員会としては、今後とも本奨学会の有意義な発展を期すべく、採用研究の増加或は奨学金の増額を希っているが、活動の基盤である基金の運用には社会一般の経済情勢の影響も蒙らざるを得ないのが現在の実状である。

表1 日本看護研究学会奨学会研究基金寄付者

寄付者氏名	金額	年月日
村越康一	189万円	昭和54年9月24日
山元重光	250万円	昭和63年6月30日
木場富喜	200万円	平成5年4月24日
山元重光	100万円	平成5年9月2日

表2 日本看護研究学会・奨学会研究発表年譜

発表学会	発表者(所属)	研究課題
第7回(昭和56年)	松倉 薫 (東京・駒留中学校)	在宅慢性有病者に対する包括医療の問題点に関する研究 — 糸球体腎炎症例を中心として —
第7回(昭和56年)	野島 良子 (徳島大・教育)	看護学における Terminology の明確化に関する研究 — 看護における技術の概念をとおして・その1 —
第8回(昭和57年)	木村 宏子 (弘前大・教育)	保育器の消毒と細菌発生状況に関する検討
第9回(昭和58年)	玄田 公子 (滋賀衛生短大)	看護作業の検討
第10回(昭和59年)	早川 和生 (近畿大・医)	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
第11回(昭和60年)	宮腰 由起子 (千葉県立衛生短大)	看護技術についての動作分析
第12回(昭和61年)	前田 ひとみ (熊本大・教育)	タバコ主流煙成分が胎仔細胞増殖に及ぼす影響
第13回(昭和62年)	野地 有子 (東京大・医)	高血圧遺伝素因保有者の運動時の血圧応答に関する研究
第14回(昭和63年)	鈴木 光子 (弘前大・教育)	母乳の保存方法 — 母乳の遊離脂肪酸および蛋白質への冷凍の影響 —
第15回(平成元年)	川口 孝泰 (千葉大・看護)	患者のテリトリー・プライバシー意識に関する研究 — 病床周辺を中心として —
第16回(平成2年)	該当者なし	

発表学会	発表者(所属)	研 究 課 題
第17回(平成3年)	斎 藤 やよい (千葉大・大学院)	食事摂取が循環系に及ぼす影響について
第18回(平成4年)	泉 キヨ子 (金沢大・医療技術短大)	人工股関節全置換患者の回復過程および生活の満足度に関する研究
第19回(平成5年)	山 本 亨 子 (筑波大・医療技術短大)	高齢者の文化適応状態の指標としてのMHLICスケールの有用性について
第20回(平成6年)	井 上 貴美子 (神戸市立中央市民病院)	抗癌剤投与時の脱毛予防に対する試み — 4%食塩水と消毒用エタノールを使用したアイスクアップの脱毛予防効果 —
第20回(平成6年)	岡 田 加奈子 (千葉大・教育)	看護学生に対する禁煙教育プログラムの開発と効果の検討

日本看護研究学会設立20周年記念事業 — 20 年 の あ ゆ み —

名誉会員 村 越 康 一

「まとめ」とのことですが、二三付加えさせて頂きます。

四大学研究学会から日本看護研究学会へのプロセス並びに初期の事情は、第8回総会長の石川先生の編輯された小冊子に詳しいので御参照下さい。残部もあると聞いています。

繰返しになりますが、四大学協議会が本学会の濫觴と考えられます。その席上で驚いたことは、当局者である文部省大学局教職員養成課は、高校衛生看護科の教員には看護婦(士)の資格は不要との見解でした。この点に関して当時熊本大学の特別教科看護養成課程の主任教授であられた故山元先生の大変な御盡力で、看護婦(士)の国家試験受験の資格を獲得することが出来ました。このことは、看護の大学教育普及の切っ掛けを作ったものです。四大学を第一グループとして続々と全国に看護大学、看護短大が新設されました。これで今日の看護学会の隆盛を来す量的な基盤が出来たと考えられます。看護教員には看護婦(士)の資格は不要と発言した文部当局は、看護の育成、看護学の発展のために学会を設立しなさいと協議会の席上で盛に強調しました。それを真面目に受けて■大学看護研究学会を発進させ、第3回から全国に演題を公募したのです。この機会に本学会の礎を築いて下さった

故山元先生に加えて故人となられた徳島大学の住友・村田の両先生、更に弘前大学の川上先生に深く感謝の意を表するものであります。

奨学会の件に一言付加えさせて頂きます。私が未だ若く、千葉大学医学部第一内科教室に所属していた頃、科学研究費の申請に大変苦労しました。書類作りの面倒と頂くお金の一寸びり、会計報告も大変でした。会計報告の不要の研究費が貰えたらなと思いました。研究者も呼吸抜きにコーヒーの一杯位自由に飲めたらなと思ったので、私の退官記念の行事に費ったお金の残りを本学会の奨学金としました。奨学金の規則を見ますと大変四角張った感じがしますが私の趣旨はこの様なものであったのです。毎年取り崩して3年も続けばと思っていたのが、土屋先生、佐々木先生の御努力でずっと続いている事を大変喜んでおります。更に故山元先生、木場先生より御寄付があって原資が増えました事は大変嬉しく存じます。なにしろ低金利時代に遭遇したので運用率が低いのが誠に残念ですが大いに若い人の利用を期待しています。

20周年記念などといいますが兎角懐旧の念に耽るのですが、温故知新、これからが正念場です。

本学会の益々の発展を願って結辞と致します。

第 20 回

日 本 看 護 研 究 学 会 総 会

講 演 記 事 (1)

平成 6 年 7 月 29 日 (金) ・ 30 日 (土)

会 長 吉 武 香 代 子

於 第 1 日 府 中 の 森 芸 術 劇 場

〒 1 8 3 東 京 都 府 中 市 浅 間 町 1 - 2

TEL 0 4 2 3 - 3 5 - 6 2 1 1

第 2 日 東 京 慈 恵 会 医 科 大 学 医 学 部 看 護 学 科

〒 1 8 2 東 京 都 調 布 市 国 領 町 8 - 3 - 1

TEL 0 3 - 3 4 8 0 - 1 1 5 1

看護の専門分化を求めて

吉 武 香代子

看護の専門分化ということが看護の世界の話題になり始めてから、どれだけの時が過ぎていったことかと、ふと考える時があります。

ここ数年、日本看護協会は専門看護婦の認定制度を検討しており、日本看護系大学協議会は、これとは別に大学院修士課程における CNS-Clinical Nurse Specialist の教育を論議しています。

これらの動きについては、それぞれの当事者からの説明を伺うことがもっとも適切と考えます。私はこれらの動きの解説ではなく、もっと長い時間の流れの中で、このような変化への兆しがどのような状況の中で芽生え、発展してきたかについて、看護の専門分化への私自身の長い間の想いを交えながらお話ししたいと思います。

1966年に、看護学雑誌で“専門看護婦への道”という特集がありました。その中で私は多分誰よりも強く、看護は専門分化しなければならないと主張しています。これが、日本の看護の中で、専門分化が論じられた最初であったと思われる。

あれから28年の歳月が流れました。看護婦としての私の歩みは、私の専門領域である小児看護の専門分化を求めての旅であったと今にして思います。最近になって、看護の専門分化については学会でも論じられるようになり、私にもさまざまな思いがあります。

私自身は、看護婦学校を卒業した時点で、すでに“小児看護をライフワークとする”ことに進路を定め、この道一すじに生きて来ました。はじめから一すじの道があったわけではなく、曲がり角を曲がらなかった結果としての一直線であったと今にして思います。専門分化という発想のかけらもなかった時代から、小児看護一すじで来られたことを幸せであったとつくづく感じています。

保健婦助産婦看護婦法施行の初期、社会一般の人た

ちは看護婦の教育が飛躍的に高まったことに驚き、新制度の看護婦は“どの診療科の看護もできる”看護婦として迎えられました。今なら、どんな状態の患者さんにも対応できる、というべきところと思います。

その頃までの看護婦は、医師との上下関係で解釈されており、看護婦は医師の部下と考えられていました。看護婦は必然的に一つの診療科の看護のベテランになり、総婦長による配置転換は考えられませんでした。ただし、この状態を“専門”と呼ばなかったのは当然のことです。

このような状態の中で、いわゆる新制度の卒業生に専門という考えはなく、むしろそれ以前の看護婦にはできなかったことができる—即ち何でもできることが期待されました。

看護部門の独立への動きとともに、医師—看護婦の上下関係は解消され、看護婦の人事は総婦長の手に移りました。その後は、これまでの医師と看護婦の関係を絶ち切るような人事も次々と行われ、看護婦は一診療科に留まることなく、頻繁に病棟を移動するようになりました。新卒の看護婦が、配属に当たって希望を述べることは殆ど考えられないことでした。

前にも申しましたように、私は卒業前から小児の看護をめざしていました。しかし、一般病院に就職して小児病棟を希望する、などという発想はなく、当時としては唯一、小児だけの病院であった清瀬の小児結核療養所か、または乳児院への就職を考えました。同級生に精神科看護希望で松沢病院に就職した人がいました。単科の病院に就職することが、希望の領域の看護ができるたった一つの方法であると考えていました。もちろん、当時の私の中に、“専門”ということばはまだありませんでした。

その後、アメリカで学ぶ機会を得て、私はアメリカの看護婦たちが特定の領域を希望して就職することが

一般的であることを知りました。まだ専門分化という考えにまでは行きつきませんでした。私のように、配置転換になったら病院を辞めなければ、悲壮な思いを抱く必要はないことを知りました。

アメリカで学ぶうちに、私は自分がそれまで抱いてきた小児看護への思いが“専門”という言葉で表現されることを知ることになりました。2度目の留学では迷わず小児看護学を学び、今思えばクリニカルナーススペシャリストのはしりと思える新しいタイプの看護の役割にあこがれを抱いたりもしました。そして1966年に日本に帰ってきたのです。前にお話した“専門看護婦への道”の特集は、帰国の直後のことでした。

この時期、日本においては専門という考えはまだ殆どみられません。あれが出来ない、これが出来ないなどとは言っていない、何でも出来なければならぬ、という考え方が、少なくとも指導者のレベルでは強かったように思います。雑誌の特集も、どちらかといえば“将来への展望”という形で語られたものが多かったように思います。

看護婦は各科、各領域をローテーションすることによって経験豊富な看護婦として成長していくという考え方が強く、一つの領域に長く留まることは本人にとってマイナスという考え方が、まだ大勢を占めていました。この状態に、折からの労働条件の均等化という考え方が上乘せされ、多くの病院では短い間隔で看護婦の配置転換が行われていました。当時は6か月で交代という病院さえあったと聞いており、またこの方法を推奨する考えもありました。

当時、私は小児病院の婦長をしており、いろいろな病院の小児病棟で働く看護婦と話し合う機会がありました。彼女たちは一様に、配置転換によって小児を離れなければならないことを嘆いていました。幸いにも人手不足の折り、看護婦の職場移動は比較的自由であり、私は現職勤務している病院を退職してでも小児看護を貫く意志があるのであれば、その道をすすめていました。私たちは、やがて小児看護が専門と認められる日が来ることを信じていました。

身近な問題として残念なことは、小児病棟の有能な婦長が転勤や昇任によって小児看護から離れていくことでした。または、有能な看護婦が婦長に昇任するために小児看護を離れることでした。昇任を辞退して小

児看護に留まることを選んだ人もいました。管理職への昇任の誘いを辞退して臨床を離れ、小児看護の教育の場に転じた人もいました。

小児病棟から看護学校に配置転換になった看護婦が小児看護を担当することができない話も聞きました。専門という考え方は、なかなか日本の看護には受け入れられなかったように思われます。小児看護を例として話していますが、専門分化全般について述べているつもりです。

この間、私たちは“自称小児専門看護婦”と名乗るにふさわしい実力をつけようとお互いに言い続けてきました。

状況が少しずつ変化し始めたのは、1960年代後半以後のことと思われます。看護の専門分化の波は海外から押し寄せたというべきでしょうか。それとも国内から自然発生的に沸き上がったというべきでしょうか。私にはその両方であったように思われます。

専門分化の論議の発端となった1966年の特集から10年余りの歳月が流れました。“看護の専門分化の可能性を問う”という小論文を発表したのは1977年でした。この中で私は、看護の専門分化がなかなか進まなかったことの解釈として、看護にまだ十分な奥行きがなかった時代には、看護にとって一つの領域を深めることへの必然性がなかったのかも知れない、といっています。もちろん、看護に高度の知識と技術が要求されるこれからは、その必然性がある、という論旨です。

この小論文の最後に、私は“看護はいま、役割拡大、専門分化、専門看護婦育成に向かって確実に進んでいることを信じたい”と書きました。当時、専門看護婦育成の課程がすでに神奈川県に開校しており、社会に需要があれば供給は増加するであろうと書いたのですが、残念ながらこの方は現職も1校のみです。

それでも、1978年ころを境に看護の専門分化に関する論調は、可能性を問うことや将来への展望のレベルから、“当然”に近い論調に変わってきました。一つの専門領域の名称をかかげた雑誌のはしりとして、雑誌“小児看護”が発刊されたのは1978年でした。千葉大学の修士課程が1979年、聖路加看護大学の修士課程が1980年に開設されたというのも、この時期がひとつの転機であったことを物語っているのかもしれませんが。

看護の専門分化を求めて

もちろん、変化は急激にすべてを変えたわけではありませんでした。新卒看護婦の就職にあたり、希望の病棟に配属するという考えは、総婦長の間で必ずしも一般的とはいえませんでした。

私は当時、千葉大学で就職対策委員長をつとめていました。大学の卒業生には、卒業の時点で将来の方向を定め、自分が興味を持ち、生涯の専門にしたいと願う領域で働くことを希望するものが多かったのですが、その希望は叶えられる病院と叶えられない病院とがありました。もとより総婦長がどのような理念を持って看護婦の人事を行うかは総婦長の自由であり、正しい、正しくないという問題ではありません。私は単に経験から、小児看護への希望が叶えられる病院と叶えられない病院とを知っていたということです。小児看護を強く希望する学生には、配置転換の心配がない小児専門病院への就職を選ぶものが多かったようです。他の専門領域、例えば精神看護などでも同じような傾向がみられていました。ひとつの専門領域、それも小児看護という、入院患者のほぼ1割を占めるに過ぎない、いわばマイナーの分野を専門領域とするものにとって、配置転換はほかの領域の方々にはわかっただけないほどの脅威であったのです。私たちには、助産婦が母性看護の場から配置転換されないことがうらやましく、この思いがまた小児専門看護婦という資格を公認されたいという思いにつながっていきました。

看護婦の内部からの専門分化への願いは別に、医療の現場でもさまざまなレベルで“専門”の看護婦が求められる環境が少しずつ進行していました。医師が熟練した看護婦を求めることはやや異なる意味も含めて、医療の高度化に伴う質の高い看護が求められ始めていました。看護は且てのような医師の指示に従って診療の補助行為を行うという段階から大きく離れて、病に苦しむ人間を深く理解し、ひとりひとりの患者への看護を看護婦自らが判断し、実践するという考えが当然となってきました。医師の指示を実行する行為は、看護の中に完全に取り込まれてその一部となり、且てのように医師の指示の実行が看護の大部分を占めた時代とは大きく変化してきました。

医師とともに直接生命にかかわる行為を行う部分においても、看護婦は正確な知識を背景に、熟練した技術を行使することによって、且てはリスクが高い故に

看護婦が行うべきではないといわれていた行為をも、すすんで行うようになりました。危険だから行わないという考えから、危険なく行えるように知識を高め、技術を磨くという方向への大きな転換でした。

且ては医師の指示によってすべてが決定していた行為についても、方向もしくは大わくのみが示され、その実行は、患者の状態を観察している看護婦の判断に委ねられることが多くなりました。単純な例ですが、且ては保育器内の未熟児の看護に際しても、器内温を32℃に保つ、器内O₂濃度を35%に保つ、というように指示されたものですが、やがて未熟児の腹壁温を最適に保つよう器内温を調節する、動脈血酸素分圧を最適に保つよう酸素の供給を行う、という方向に変わってきました。

且て私たちは看護といえば病棟の看護を考え、入院患者を主な対象と考えていました。しかしこれも、ひとりの患者の入院中から外来通院、あるいは在宅療養までを、一つづきの看護として考えるようになってきました。医師の治療方針という大わくの中で、ひとりひとりの患者の家庭での生活までも視野に入れながら、時にはきびしく指導を行い、時にはあたたかくサポートすることが、看護の役割として求められるようになりました。

看護の高度化、質の変化について概略を述べてきました。看護側からのより質の高い看護を行いたいとの願いの方が幾分先行した形で、やがて社会もまた質の高い看護を求める方向に変わってきました。もっとも社会一般からの看護婦への期待には、まだ医師の指示を忠実に守って、間違わず、やさしく、親切で、というレベルのものも多いとは思いますが、これも徐々に変化しつつあると信じています。

さて、このように看護のボリュームが且てとは比較にならないほど大きくなり、求められる知識のレベルも上り、必要とされる技術の種類もふえ、難度も上っている今日、1人の人間がそのすべてに習熟することは事実上不可能といわなければなりません。どう考えても、ひとつの領域に限定して深めていくのでなければ、とても高いレベルの看護をきわめるわけにはいかないというのが実情であります。

看護の専門分化を求めて

専門分化の大波は、看護婦側からの内なる願望と、社会的ニーズという外圧、もしくは追い風によって、半ば必然的にわき上ったと考えられます。

日本看護協会が専門看護婦制度検討会を発足させたのは1987年でした。日本の大学の看護学修士課程の卒業生が世に出てから、6年後ということになります。日本看護協会は1990年に専門看護婦制度の試案を公表しました。このあたりのことについては、皆様もよくご存じだと思います。

日本看護系大学協議会に看護の専門分化を考える会が発足したのも1990年でした。時期としては協会の試案公表の方がわずかに早かったと記憶しています。

日本看護系大学協議会は大学院修士課程の修了者のみにCNSークリニカルナーススペシャリストーの名称を与えることを前提に、カリキュラムの検討をすすめています。一方、日本看護協会は専門看護婦2年課程を終了したものに認定試験を行って資格を公認する制度を検討中です。こちらの方は、正規の学校制度、いわゆる一校校ではなく、CNSという名称は用いないことが前提と聞いています。ともに今後のさらなる検討と早期実現に期待を寄せるものであり、私としてはこれ以上の論評は避けたいと思います。これから専門分化を旨として学ぶ人たちは、きちんとした制度のもとで将来に向けて大いに学び、発展してほしいと思っています。

ただ、現実の問題として、日本の病院において、大学院修士課程を修了したCNSが臨床で大活躍するようになるのは、もう少し先のことのような気がします。現在、看護系大学が急速に増加しつつあるとはいえ、これらの大学がまず卒業生を出し、3～5年の臨床看護経験を経たのちに修士課程を修了するまでには、単純計算でも10年くらいが必要ということになります。ストレートに修士課程を修了してCNSになれるとは考えられないからです。

それに、看護大学の急増直前の現時点での大学卒業生は、修士ではなく学士課程の卒業生でも同年度の新卒看護婦の1.5%に過ぎません。全就業看護婦の中の比率はさらにさらに小さいものです。その中で修士課程の卒業生の数を考えれば、やはり将来に期待するという言葉が妥当であると考えます。もちろん、本当に将来に向けて期待しています。

しかし、看護協会が検討している教育課程も含めて、これらの課程で学ぶこと、または学び直すことが専門看護婦と認められる唯一の方法であるとすれば、本当にそれでいいのだろうか、と思わないわけではありません。学ぶことに年齢はないとはいえ、学び直すことが必ずしも現実的ではない年齢に達している看護婦が、新しい制度による資格に該当しないというだけの理由で、希望する専門領域で働くことが認められず、今まで通りの配置転換が続いていくとしたら、やはり残念に思います。

制度が確立していない中での専門分化ということは、単に一つの領域の中に漫然と留まることによって、その領域の看護だけしか出来なくなった、あるいはその領域以外の看護が出来なくなった状態をいうものではありません。配置転換が頻繁に行われる中、時には待遇面での不利を承知で、転職してまで一つの領域の看護を貫き、教育制度が殆どゼロに等しい中、自分のお金と時間を費やして、自分の意志で学び続けることは、大変な努力です。講習会や研修会に出席して学び、本を読み、学会で看護実践や研究の成果を発表したという実績に対しては、せめて希望する一つの領域の看護を継続できるという見返りがあってよいと思うのです。

医療と看護のますますの高度化の中、制度の検討とは別に専門分化へのニーズは高まり、専門分化が進むことと並行して、専門領域ごとの小さな研究会、または研究学会が発足し始めたのは1980年代の半ば頃からです。例えばがん看護学会、手術室看護研究学会、眼科看護研究学会などです。これらの研究会の中には、医師の専門の分類と同一または類似の分類であって、その領域の専門医が主導権を握っている学会もありますが、多くは看護婦がリーダーとなって組織され、運営されています。

永い間構想をあたためていた小児看護研究学会設立に向け、私が発起人となって準備を開始したのは1991年でした。永い間の専門分化を求めての歩みに比べれば、むしろ遅いスタートであったかもしれませんが、同じ思いを抱き続けた仲間が喜んで集まり、その年のうちに研究学会は発足しました。すでに4回の学術集会が行われています。若い会員が相変わらず配置転換を機に小児看護から離れ、学会から離れていくことは残念ですが、小児看護を旨とする一団は確実に定着して

看護の専門分化を求めて

います。ようやく実績が評価されて“もう小児看護から離れなくてすみそう”と安堵している人もいます。実績が評価されて教育機関に入り、“小児看護を教えられるだけで楽しい”と知っている人もいます。

且て私は、彼女たちを“自称小児専門看護婦”になるために力を蓄えようと励ましてきました。今、永い間の想いは少しずつ実を結んでいます。それに、仮に私の世代を第一世代とするならば、今や第二世代のみでなく、すでに若い第三の世代が小児看護を旨指して確実に育ってきています。

私は、一つの道を開いたことへのささやかな喜びの中で、やがて静かに去ることが出来る心境にあることを幸せに思います。

愚えば28年間、私が小児看護の専門分化に情熱を燃やし続けたのは何であったかと考える時があります。

専門分化に対する社会的ニーズが殆どなかったあの頃、まだ看護のボリュームがそれほど増大していたわけではなく、物理的限界を感じて、“小児看護専門”を主張したとは考えにくいのです。おそらく私は、他の領域にさきがけて小児看護のボリュームを増大させたい、もっともっと質的に向上したいと考えたのではないかと、今ふり返って勝手に解釈しています。

看護の専門分化、そして専門看護婦育成の動きがようやく本物になってきたことを、いわばその■火を切った立場にあるものとして嬉しく思います。ここに至るまでの長い変遷を知るものとして、今検討されている制度がこれまでの歴史の土壌の上に根付くものであることを願い、何よりも、専門分化が看護の向上を願うすべての看護婦の満足につながるものであることを願っています。

看護への期待

学校法人慈恵大学 理事長 阿部正和

第20回日本看護研究学会総会の開催を心からお祝い申し上げます。この記念すべき学会にお招きいただき、皆様にお話する機会を与えられましたことは、まことに光栄なことであり、吉武香代子会長、前原澄子座長をはじめ関係の皆様にお礼申し上げます。

始めに

まず始めに申し上げたいことは、ルース・ジョンストンさんの詩のことです。それは、「聞いて下さい看護婦さん」という題になっております。すでにお聞きになった方も多いたは思いますが、本日の話のいとぐちとして申し上げることにいたします。

ジョンストンさんは、アメリカ南部のニューオリンズの看護婦さんであります。この詩は昭和46年（1971年）アメリカの看護の雑誌に発表されました。

『ひもじくても私は自分で食事ができません。

あなたは私の手の届かぬ床頭台の上に私のお盆を置いたまま立ち去りましたね。

そしてあなたは看護のコンファレンスでは私の栄養不足を議論されました。

私はノドがカラカラで困っていました。

でもあなたは忘れていましたね。

付添いさんに頼んで水差しに水を満たしておくことを。

後であなたは看護記録につけました。私が流動食を拒んでいますと。

私は寂しくて恐いのです。

でもあなたは私を一人ぼっちにして去りましたね。

私がとても協力的で全く何も尋ねないものですから。

私はお金に困っていました。

あなたの心の中で私は厄介者になりました。

私は1つの看護的問題として扱われました。

あなたが議論したのは私の病気の理論的な根拠です。

私を診ようとさえなさらなかった。

私は死にそうだと思われていました。

私の耳が聞こえないと思ってあなたは同僚にしゃべりましたね。

「今晚デートの前に美容院を約束したので、勤務の間に死んでほしくないわね」と。

あなたには教育があり、立派に話をし、純白のピーンとした白衣をまとして、本当にキチットしておられます。

私が話すとき聞いてくださるようですが、耳を傾けておられないのです。

助けて下さい。

私に起きている事を心配して下さい。

私は疲れきって、寂しくて、本当に恐いのです。

どうか私に話しかけて下さい。

手を差しのべて私の手を取ってください。

私に起きている事をあなたにも大事な問題として考えて下さい。

どうか聞いて下さい。看護婦さん。』

こういう内容のものであります。この詩は、患者と看護婦の関係の悪い面を、皮肉たっぷりに、しかも巧

みにうたっていることに私は感心し、また反省もさせられました。こういう詩をお聞きになって腹を立て、お怒りになる方も少なくないと思います。「私は違う、■頃患者さんの為に自らを犠牲にして奉仕している。それなのにこんなにひどい事を言われたのではたまらない」と、批判的な見方をされる方もおありでしょう。しかし、この詩にうたわれている場面が全くないと自信を持って言い切れる方は何人おられるでしょうか。胸に手を当てて、冷静に、そして謙虚によく考えてみると、私達の日頃の行動のなかに反省すべき点がある事を思いうかべるのではないのでしょうか。この機会にもう1度自分達の■頃の看護の在り方を考え直してみることも決して無駄なことではないであります。

ジョンストンさんの詩では、看護婦の言葉や行動、それがいかに重要であるかがよく示されており。特に患者さんとの対話、患者さんに語りかける言葉の重要性が、誠によく言い表されていると感心したのであります。勿論これは何も看護婦だけに限った事ではありません。医師をはじめとする、医療に携わる全ての人が、この詩を聞いて思い当たる節があるのではないかと思うのであります。お互いに深く反省して、もっともっと謙虚になって、医療における態度や言葉の重要性をお互いに再認識したいものと思います。

看護とはどういうことか

看護とはどういうことでしょうか。人によって考え方や意見は様々でありましようが、私自身は次のように考えております。

看護とは、患者に対して、体系づけられた看護学に支えられたケアをすることである。ケアとは、いつも患者の立場に立って、患者の言うことによく耳を傾け、患者と共に考え、患者が今何をしてほしいかをよく理解し、その事を具体的な看護の技術として、心豊かな言葉と態度をもって患者にしてさしあげることである。

以上が看護についての私の考え方であります。この考えのなかで、3つの点を特に指摘しておきたいと思ひます。

その第1は、看護は看護学に支えられたアートであるということであります。看護の技術の基礎となる、サイエンスとしての看護学を生涯にわたって学び続けることが必要でありましよう。学問を基礎に持たない

看護の技術、それは吹けば飛ぶような砂上の楼閣に等しいといつてよいかと思ひます。

第2は、いつも患者の立場になり代わって考えてみるということであります。つまり、視点をかえてみるということであります。言うは易く行うのは難しいかもしれません。しかし患者が今何を考えているのか、何に不安や悩みをもっているかを察するだけの、豊かな感性が看護婦には求められているのであります。

第3は、心豊かな言葉と態度でケアすると申しました。看護婦は言葉を使う専門職であります。柔らかな物腰で、時にほほえみをたたえて、わかりやすい、やさしい言葉で患者に語りかけていただきたいというのが私の願ひであります。

専門職としての看護婦

看護婦は、言葉を使う専門職であると申しました。専門職（プロフェッション）とは、いったいどのような条件を備えたものをいうのでありましようか。これにもいろいろな意見がありましようが、私は専門職のもつべき条件として、次の5項目を考えております。

第1は、使命感を持つということであります。私の人生は、自分の幸せの為というよりもケアする患者の幸せの為である、そういう使命感を持つ事が第1に必要な条件であります。

第2は一般教養を豊かに持たなければなりません。専門の看護学を知っているだけではだめなのであります。それ以外の一般的な学問—心理学にしても、哲学にしても、宗教にしても、一般的な学問を学ぶ事が必要であります。

第3は、公の免許を持たなければなりません。勝手に専門職を営むことはできません。公の免許を持つためには、長い修練期間が必要であります。

第4は、生涯にわたって学び続ける職業、それがプロフェッション。生涯教育が専門職の大事な条件であります。

そして第5に、公益的なサービスである。決してトレードではありません。商いではないという事であります。

以上の5つの条件を備えた者が、専門職（プロフェッション）であると考へているのであります。

看護婦および医師は、まさに代表的な専門職であるといふべきでありましよう。

看護と愛

看護は、病人の苦しみや悩みをよく聞いてあげて、病人と共に考え、共に悩み、共に歩んで、その悩みや苦しみから解放してあげる、そういう素晴らしい仕事であると思うのであります。看護婦としての生き甲斐の1つ、それは愛の気持ちを持って、患者に尽くす、愛の気持ちで人の為尽くす、これが生き甲斐ではないでしょうか。この場合の愛とはキリスト教でいうアガペであります。人間愛といっていいかもありません。

愛は、医療の基本的な精神であると言えます。愛は希望であり、どのような環境にも耐え得るものであります。愛は全ての徳のなかで最も尊いものであります。私達の医療が愛と共にある時、医療の未来は光輝くことであります。この愛の典型的な表れ、それが看護であると私は確信しております。

現在、看護婦の勤務体制や待遇には大きな問題があります。看護婦という地位が病院の中でも、また社会一般からみても低すぎるなど、数えあげれば問題は少なくありません。しかし私は敢えて申し上げたいのであります。多くの難しい局面に耐えて、素晴らしい愛の看護の技術を発揮していただくことによって、いつかは希望の光が必ず差し込んでくることであります。20年前よりは10年前、10年前よりは今の方が、看護に対する世の中の評価は確かに高くなってきております。それはお年を召した方々にはよくわかりになる事だと思っております。

将来に明るい希望を持って、患者さんの為に素晴らしい看護の道を歩んでいっていただきたいと願います。それは皆さん方自身の為であり、またこれから看護の道を志す後輩の為でもあり、結局は、その事が患者の為となり、ひいては、我が国の医療の質を向上させる方向であると思っております。

看護のアートとは

看護は単なるサイエンスではなくて、サイエンスによって支えられているアートであると申しました。もちろん、看護学がサイエンスである事に異存はありません。そして皆様方が適切な看護の技術を発揮する為に、その支えとなるサイエンスとしての看護学が必要となってくるのであります。看護婦は生涯にわたって

看護学を学び続けなければなりません。しかし、看護は看護学のみによって成り立つものではありません。私達の前にあるのは病気そのものではなく、病に悩み、病に苦しむ人間であります。私達と同じ人間であることを考えれば、その事はよくわかりいただけます。ここに看護のアートというものが必要になってくるのであります。

アートとしての看護。この場合のアートとはどういう意味でありましょうか。字引をひいてみますと、アートは芸術とか技術という訳語が見つかります。しかし、私が看護のアートという時のアートは、単に看護の技術、英語でいうスキルではありますが、この看護の技術だけを意味しているではありません。看護のスキルを発揮するために必要な看護の心、その看護の心をも含めて私はアートと呼びたいのであります。看護のスキルと看護の心。これが看護のアートであるといえましょう。

しからば、看護の心とは一体どういうことでありましょうか。大変難しいことでありますが、しいてまとめてみれば、次のようになるのではないのでしょうか。

第1は、患者の悩みや苦しみに共感する心。共に感じる心。

第2は、患者にいたわりの手が自然に出る心。意識しないで自然にいたわりの手が出る、そういう心。

第3に、患者にサービスする心。奉仕する心。

つまり、共感。いたわり。奉仕。この3つをもって私は看護の心としているのであります。一言でいいなさいといわれれば、キリスト教でいう“愛”，仏教でいう“慈悲”，そういう事ではないのでしょうか。

いずれにしても“愛”は看護の基本的な精神であります。看護は“愛”であり、“愛”は希望でもあります。

患者とのコミュニケーション

医療における患者とのコミュニケーションについて一言ふれておきましょう。特に申し上げたいのは、言葉の重要性ということであります。看護する者が患者との間に信頼関係を築くためには、看護のアートを発揮する事が必要だと申しました。それがためには、まず患者との間に良いコミュニケーションをはかる必要があります。その媒体としての言葉、これが重要であります。

患者に話かける言葉のなかに、温かい、豊かな看護の心が込められているように努力していただきたいのであります。乱暴な言葉を使えば患者は心を閉じます。時には敵意を抱くことさえありましょう。豊かな心で患者に話しかければ、患者は必ずや心を開いてくださることでありましょう。そして自分についての全ての事を看護婦や医師に話すに違いありません。

作家の吉村馨さんが書かれたものに「お大事に」という題の随想があります。吉村さんは若いとき肺結核のために胸郭成形術を受けられました。その手術をしてくださった先生にたまたま名古屋の駅頭でばったり出合いました。すると先生は吉村さんに向かって、「ああ吉村君、元気であるか、良かったね。」そこへ発車のベルが鳴りました。先生は急いで列車に乗りました。そしてその時、その先生が「お大事に」と一言いわれました。その「お大事に」という言葉が今でも吉村さんの鞆の奥にこびりついていて離れないという随想であります。

「お大事に」。全く当たり前のことであります。この「お大事に」という簡単な呼びかけ、それが医療人と患者との間に良いコミュニケーションをはかる上で、まず大事な事ではないかと思うわけであります。

また、名譽の森繁久弥さんが病気で入院されました。その入院された時の印象を、「目の位置」という題で随想を書かれました。それをちょっと読みあげてみましょう。

『子供の顔を見ると、鼻の穴ばかり大きな変な顔が描いてある。あれは下から上を見上げる子供達の観察のせいではないだろうか。

まず、婦長が病室にきて、やがて「■診ですよ」と告げる。院長はいささか重々しく入ってきたが、それもたくさんのお供をひき連れてのご来光である。不思議なことに、院長は何を急いでいるのか、立ったままで、死も近い患者に向かって

「どうですか、おかげんは。」

「はい、まあ、少し。」

「もうちょっとたてば薬も効いてきましょう。」

「先生だいじょうぶでしょうか。」

「大丈夫ですよ。ではお大事にね。」

それだけ言ってさっさと立ち去ってしまったのである。ぞろぞろついてきた若い医師も看護婦も何ということもなく出ていった。

続いて、部屋の看護婦が入ってきた。これも決して座らない。規則でもあるのだろうか。そそくさと仕事みたいな事をして「頑張ってくださいね。気の持ちようですよ。」と、少し哲学的な事を加味して、結局は部屋を出ていった。

続いて、家の者が入ってきた。それが妻であり、夫であり、子であり、また兄弟でもあった。この連中はベッドの横に座った。視線も低く、患者の目の位置である。患者は何よりもまず気持ちが落ち着いていた。

「どう、気分は。」

「うん」

「楽になったの？ 薬は効いてきたの？」

「いやーどうかな。」

「お医者って何を言っているのかしらね。」

「いや、だめだと思ったらあんなもんだよ。」

座った連中の態度はどこか真実味があふれている。皆がそうだとはいわないが、だいたいこんなのが多いようだ。医はビジネスではない。対峙する病人との交流の態度が、顔色が、つまり温かい心が肝要だと、私はつくづく思いあぐねるばかりであった。』

医師や看護婦の目と患者の目の位置がコミュニケーションをはかる上で重要なものであることを示唆した随想だと思いました。

チーム医療の必要性

最後にチーム医療の必要性について申し上げます。今さら申すまでもありません。医療は医師だけでできるものではありません。医師を支えてくれる各種の医療職種の方々の支えによって成立するものであります。

私たちの大学、慈恵医大を創立した高木兼寛先生は、明治の初めの時代に、「医師と看護婦は車の両輪である」という言葉を残されました。素晴らしいと思います。当時は、看護婦はお手伝いさんにすぎませんでした。教育もありませんでした。これではいけないということで、高木先生は看護婦教育所を明治18年に設立されたのであります。あの時代に、「医師と看護婦は車の両輪である」という言葉を残された事は、先生がいかに偉大な人物であったかをよく示していると思います。

医師の方々には、もっと謙虚になって、看護婦さんをはじめ医療を支えてくれるコ・メディカルの方々に対しても感謝の気持ちをもってほしいと思うのであり

看護への期待

ます。また一方、看護婦さん方には、もっともっと勉強していただいて、医師と共通の言語で会話ができるようになっていただきたいと願うものであります。

おわりに

今日は色々とお話をしてまいりました。結局申し上げたかった事は次の4つのことでもあります。

第1に、進歩発展するサイエンスとしての看護学を生涯にわたって学び続けていきたいと思います、生涯教育のことにふれました。

第2に、看護はサイエンスによって支えられたアートであると申しました。看護のアートとは、看護の技術プラス看護の心である。そして看護の心とは、共感、慰め、そして奉仕。この3つであります。キリスト教

でいう“愛”，仏教でいう“慈悲”と言ってもよいであります。

第3に、患者との対話，言葉の重要性を，もう1度ここで考えてみましょうと申し上げました。医師や看護婦は言葉を使う専門職であります。

そして第4に，医師は看護婦に対して常に感謝の気持ちを捧げ，看護婦は今より一層勉強して，医師と同じ言葉で対話のできる日が1日も早く来るように，ということをお願いしたつもりであります。

皆さんはどうぞ御自分の置かれた位置を十分に認識されて，今後共，看護の学，看護の術，そして看護の道の3本柱を目指して，研鑽され，看護学の研究に従事されることを祈って止みません。

御静聴ありがとうございました。

◆シンポジウム◆

看護の役割拡大への模索

シンポジウムを始めるにあたって

木村看護教育振興財団

伊藤 暁子

東京慈恵会医科大学医学部看護学科

寺崎 明美

看護の役割—つまり看護が責任をもって引き受けなければならない任務そのものは基本的に変わらない筈である。しかし看護を取り巻く諸事情の変容によって、人々の看護に対する要望は大きく変化してきたといえよう。看護界においても、看護が担うべき役割に対する認識も大幅に変わり、今や、専門看護婦実現に向けての具体的な動きを始めとする様々な変革が加速化している。

看護の役割拡大をもたらす要因は多岐にわたり、相互に錯綜している。従って、役割拡大を模索するための道筋を一概に整理することは難しいが、あえて概括してみると以下の三つの視点からとらえることができよう。

第一の視点は、科学や医学の進歩により、診断学、治療学などが発展したことである。その結果、治療法や検査法が著しく改善され、これが看護の役割拡大をもたらした。例えば、ICU・CCU、人工透析分野の看護などは、かつて夢想だもしなかったが、今では日常的な看護となっている。しかし、これらの看護は、他の学問事情に影響される部分なので、将来、新しく参入する看護がある一方、逆に減少あるいは消失する看護があると思われる。

第二の視点は、他の医療職者の役割意識の変化と、新職種誕生によるものである。周知のように、薬剤師、栄養士、臨床検査技師などは、業務の拡大を図り、医療の前面にでる努力をしている。加えて、介護福祉士などの新しい医療従事者が出現し、有能な人達を輩出しつつある。

従来医療の最前列には医師と看護婦があり、その後方に他の医療職者が置づくという構図はもう成立しないといっても過言ではあるまい。看護にあっても医師との対面という限局した立場から、より積極的に

他の医療職者、ひいては福祉関係者とも協働する方向に転換しつつある。その意味で、今迄、看護以外の人達に委譲する形で看護本来の役割を確保しようと努力してきたが、改めて看護独自の機能とは何かと掘り下げる必要がある。

第三の視点は、看護の対象の様相の変容である。健康問題を中核とする看護の対象の変容は、健康観や生活様式、医療経済など余りにも多岐にわたるため一■に語る事ができない。若し一つだけあげるとするならば医療を一つのサービスととらえ健康を買うという志向が定着しつつあることを優先したい。

そのため、かつて「施療」に象されるような医療関係者に自分の健康を全面的にお任せする考えも、医療関係者が優位に立つという発想も、もはや時代遅れになってきた。

以上の三つの視点からあげた要因は、相互に関連し、かつ影響しあっている。これらを簡単にまとめると図1のようになる。

人々が健康をかけがえのない財産ととらえ、自分自身の責任で健康を勝ち取ろうとする習性が日常的になれば、看護に対する要望も役割期待も一段と高く、広く、大きくなることが必至である。この見地からも看護に課せられる責任は増大し、拡大する課題に的確に対応できる人材の育成が急がれるところである。

加えて、私共ひとりひとりの努力の向上を期すこと、これが看護の役割拡大に付随する最大で困難な課題といえるのではなからうか。

今回のシンポジウムの演者の皆様は、実践の場での豊富な看護体験をお持ちの方々である。その体験に根ざした貴重な示唆をもとに、看護の役割拡大の方向性について見据える機会になればと願っている。

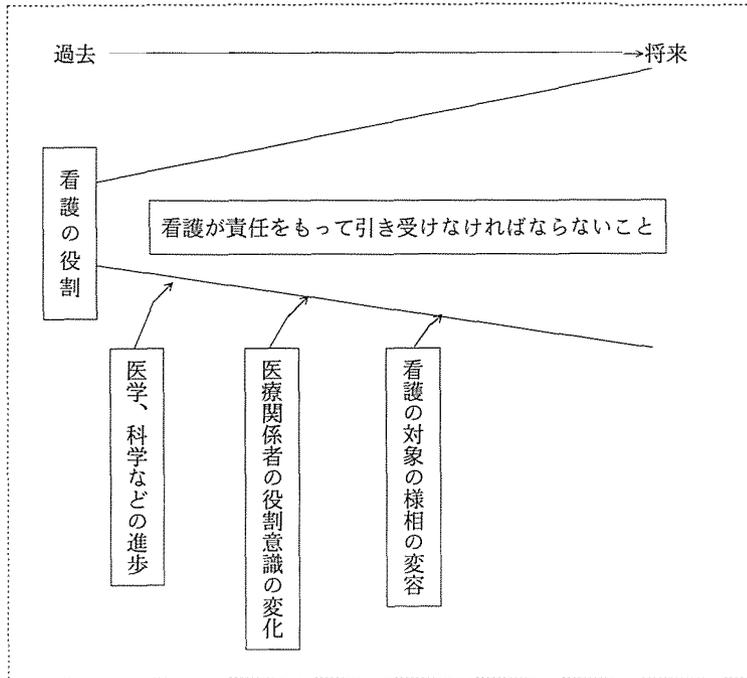


図1 看護の役割拡大

臨床看護活動の立場から

医療法人・札幌麻生脳神経外科病院

紙屋克子

I. はじめに

高度経済成長を契機とする若年労働者の都市集中がもたらした核家族化、高度先進医療が牽引となって加速度的に進行する高齢化社会、疾病構造の変化に伴って医療および看護に対する社会のニーズも多様な側面をみせております。とりわけ、現代社会の価値観が“量から質”へと転換を遂げた影響は、QOL思想の発展と共にケアに対する関心の高まりとなって表われ「21世紀はケアの時代」と多くの人々が認識するようになりました。

こうした中で、危機的状況とさえいわれる圧倒的なマンパワー不足を抱えながら、看護職は、高度先進医療を支える立場と療養生活の質を求める国民的ニーズの二つの要請に応え、専門的かつ良質の看護ケアを提供しなければなりません。

意識障害患者の看護活動を通して、社会の変化や国民の権利・福祉意識の高揚に対応する看護の役割拡大について私見を述べさせていただきます。

II. 臨床看護実践からみた役割拡大

看護や医療をとりまく社会、医療情勢に焦点をしばってみると、エイズ問題や脳死と臓器移植、尊厳死や安楽死など、複雑で解決の急がれる問題が山積しています。こうした時代が要請する課題に、看護が積極的に対応してゆく過程において看護の役割拡大が進む可能性は否定できないでしょう。

現代医学のめざましい発展が、国民にもたらした恩恵には計り知れないものがあります。しかしその反面、救命や延命と引きかえにあるいは治療という名のもとに、しばしば本意なききざみや理不尽な死に方を人びとに強いることがあります。未だ治療法の確立していない遷延性の意識障害患者たちも、そうした意味では本意なき「生」を生かされている人たちかもしれません。

意識障害患者の看護は長い間、特殊で限定された領域のものと考えられがちでした。彼らは自ら訴えることはなく、自己の生命、生活、時にはその人生さえも他者（多くの場合は看護職）に委ねています。こうした状況にある患者を生命ある存在、生活を営む者、人生を歩みゆく人として認識し、身体状況や生活環境を整え、治療のより一層の効果と社会復帰に向けて生命を支援する看護の役割の視点からみるならば、意識障害患者の看護はある意味で看護の基本的な課題を網羅する領域といえるでしょう。

医療の高度化が進めば進む程、看護の最も基本的な役割である「生活援助者」としての独自性、専門職性、方法論（実現手段）についての論議は避けられないものとなり、その過程において役割拡大の可能性もでてくるのではないのでしょうか。特に臨床活動においては新職種の登場や情報の多量化を考える時、専門職種間の機能を有効に結びつけてゆくコーディネーターとしての役割などが予測されそうです。

III. 具体的な活動を通しての検討

(スライドによる説明)

Case 1 交通外傷の女児 4歳

心肺停止状態で救命救急センターに収容される。脳幹挫傷、両肺血胸、肝と腎の一部損傷(多臓器不全)で生命も危ぶまれたが、危機状況を脱出する。その1ヶ月半後、「将来も植物人間です。諦めて下さい。」と医師に説明され、当院に転院となる。強制肢置をとっており、経管栄養と気管切開が施行されている。このケースは小児の成長発達段階を丁寧に再現する看護プログラムを実施(頸部固定、寝返り、経口摂取トレーニング)。次に認知学習、発声トレーニングを行ない訪問看護でフォローアップした結果、小学校に入学できるまでに回復しました。

Case 2 クモ膜下出血の男性 57歳

脳動脈瘤のクリッピング術後、血管攣縮と痙攣の重積発作が起り、人工呼吸器による呼吸管理を行う。重度の意識障害のため「意識の回復は望めない」と家族に説明が行なわれた。このケースは、これ迄の主流であった末梢神経系の刺激を提供するプログラムから、中枢神経系の刺激を選択的に早期から提供する看護プログラムを作成し実施した。

また、温浴の効果を刺激として取り入れる新しいプログラムを加えて実践した結果、除脳硬直などの改善に著しい効果が認められたものの、意識回復の兆しは確認されなかった。発症から9ヶ月を経た頃、起立訓練時に周囲を興味深そうに見廻す動作が見られ、患者が状況認知のレベルにあることを確認した。それに続いて、手指の巧緻訓練中に看護者の手許に置いてあったプリンに自ら手を伸ばして取り、支障なく食べることができた。

運動・知覚系の刺激の投射領域の大きいものを選択的にプログラムして実施し、ワーカーと看護者が付添って職場復帰のトレーニングを行ない、1年9ヶ月後に障害を克服して社会復帰した。

Case 3 交通外傷による脳幹挫傷 女性 27歳

心肺停止状態で収容され、医師からは「意識の回復は極めて困難である」と家族に説明が行なわれた。(Case 2と同様の看護プログラムを実施。5ヶ月後の温浴中、右手と左手で胸と局所を覆う仕草をみせたことを意識回復の兆しと捉え、坐位・立位の訓練さらに経口摂取訓練と続け11ヶ月後に職場復帰のトレーニングに入った。'90年の事例であるが、'92年に結婚し、'93年に一児の母となった。

Case 4 小脳動静脈奇型 女児 11歳

呼吸停止と意識障害で入院となり、緊急手術を実施する。術後は「意識の回復は難しいでしょう」と家族への説明が行なわれた。Case 1および Case 2と同様のプログラムを早期から実施した結果、5ヶ月目に温浴時に支持する立位がとれるようになり、経口摂取訓練も開始された。認知学習のトレーニングと発声訓練を行ないながら、学校教師の協力を得て、級友に病室を訪問してもらい学校復帰の準備を進めた。級友たちの援助で153日目に小さいが最初の言葉が聞かれ、更に数ヶ月の療養生活を経て復学が可能となった。

Case 5 クモ膜下出血 男性 47歳

2年前の発症で、全身に著名な拘縮を認める。CT上もクモ膜下出血の重い障害像と脳萎縮、脳室拡大などが認められた。妻は「惨めすぎます。可愛そうですから早く楽にしてやってほしい」と言い、父の発症時には幼稚児であった小学3年生の男児は、看護者が父親の枕許に立つように勧めても困惑の表情を見せて後ずさりするばかりであった。

このケースは幸運にも温浴プログラムによって、約5ヶ月で拘縮状態から徐々に解放され坐位が可能となった。起立挙筋とくに背部筋群を緊張させることによって、表情に著名な変化が表われ、簡単な意志疎通が可能になりコップを持って水を飲むなどの生活行動も一部獲得することができた。

IV. 時代の要請に応える看護の役割

人びとの日常生活の営みは、その国の文化を端的に表わしていると言えるでしょう。もし、人が何らかの理由によって自らの意志で生命と生活をコントロールできなくなったとき、社会がその人の人間としての尊厳を損うことなく、生命と生活の在り様を支援してゆく手段とシステムをどのように準備しているか、ということはまさに、その国の文化が到達したレベルを表わしているといつてよいでしょう。具体的には、社会的弱者である子供や老人、病者や障害者の基本的人権と生活がどのように護られているかが問われます。

これまで地域社会の中であって、人の誕生と死は、最も感動的で厳粛なものでした。しかし、今こうした文化は地域から切り離されて病院や施設に移行しつつあります。人びとは誕生から死までの一生をとうして、健康を護り向上させるために、また、その人にふさわしい死を迎えるために医療従事者、とりわけ看護者の援助を必要とするようになりました。こうして、尊厳ある生と死を支える看護職の役割とそれへの期待は大きいにもかかわらず、わが国では看護への理解は十分なものとはいえず、抽象的で漠然としたものにとどまっています。このことは、これ迄の看護が、専門職としての活動を国民にわかり易く見せてこれなかったという、反省にもつながります。

21世紀・ケアの時代に向けて、専門職として日本の看護職が、どのような役割を担ってゆくかは重要な検討課題でありましょう。臨床実践の立場から、国民の

臨床看護活動の立場から

健康に関わる看護の役割を「生活支援」と確認するならば、現状で求められていることのいくつかのことは、役割の拡大というよりは方法論（手段）の進歩、発展とみることもできると私は考えています。先に紹介した4 Caseの実践も「対象がどのような状態にあれ、人間としての尊厳を損うことなく生活を確保する」という看護の視点で、実践活動の方法が拡大されていったものという把握をしています。

ともあれ、他者であり、職業人である看護者は、時代と文化の大きな変換期・そして新しい文化の創設の場に立っております。大きな役割と責任を自覚しないわけにはいかないでしょう。■民の信頼と期待に応える看護の役割について、実質的な論議と実践の成果が問われる時代の到来を予感致します。活発なご論議を期待して報告を終らせていただきます。

◆シンポジウム◆

看護の役割拡大への模索

外来看護の視点から

北里大学東病院

竹内 美恵子

はじめに

外來の立場から現状を振り返りながら私見を述べさせていただきます。

社会的環境（表1）

社会的環境として、人口の高齢化や医療行政の変化などがあり人々の医療への関心が高まっていますが、外來でも患者の抱える問題としてこれらがいろいろな面に現れています。

表1

1. 人口の高齢化
2. 医療行政の変化
3. 人々の医療への関心のたかまり

医療的環境（表2）

病院では、在宅ケアの推進や入院日数の短縮等がさげばれ当病院でも実施されていますが、その影響が外來にしわ寄せした感があります。例えば、なんらかの機能不全を持った患者に対し適切な介護などによってより延命がはかれるようになってはいますが、それには、外来看護婦や訪問看護婦等による援助が大きいと思われれます。このようなケースの関わりによって看護婦の役割も重視されるようになりましたが、外來の要員数は、昭和23年以来変化のない状況にあり看護料などの経済的な裏付けも現状ではありません。このような状況のなかで、当院では、ケアやケア度の高くなった患者の医療に他職種とチームを組み対応していますが、看護婦には豊かな専門的知識や優れた看護技術などが求められています。領域にすぐれた知識・技術を持つ専門看護婦の導入に関しては、現実的には困難で現場の看護婦一人ひとりがより質の高い看護を提供しようと努力しているのが現状です。

表2

1. 入院日数の短縮
2. 在宅ケアの推進
3. 看護要員数の変化（入院患者）
4. 他職種の導入

病院の概要（表3）

当院は、昭和61年に開院した507床の病院で主な診療科は、消化器、精神神経科、神経内科、整形外科となっています。病棟は8病棟で病床利用率は約98%、外來では1日約1100名の外來診療を行なっています。また、病院情報トータルシステムが開院時より稼動しており、初診患者以外は原則的に予約制となっています。

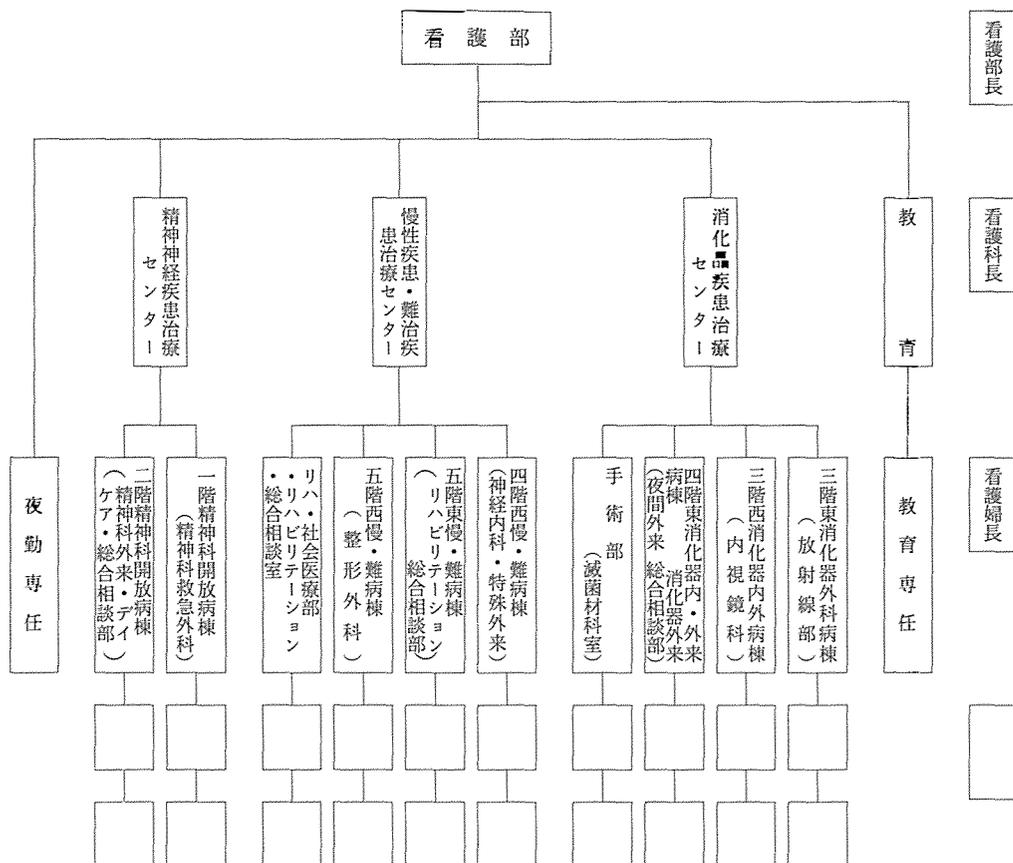
表3

1. 開院	S61. 4
2. 病床数	507床（8病棟）
3. 診療科	消化器内科、外科、精神神経科、 整形外科、神経内科、特殊診療科
4. 病床利用率	98%
5. 外來患者数	1100名一日 再診…予約制
6. 看護基準	特Ⅲ類 特Ⅱ類 特殊疾患収容施設

看護部の組織（図4）

看護部の組織は、方針である「質の高い継続した看護の提供」を実施するために、外來の看護部は関連の深い病棟に所属しています。例えば、精神科外來は精神科病棟に、整形外科は整形病棟に所属し、病棟・外來という枠に捕らわれず、病棟と外來を貫きし継続的な看護の実践と情報収集や情報交換が密になり人的交流も円滑に行われています。

図4 看護部組織図



外来患者の変化 (表5)

当院の外来患者の傾向として、気管カニューレ、経腸栄養カテーテル、ストマ造設患者などの装具やカテーテル留置中の患者、また、歩行障害、言語障害、食事摂取困難など機能障害を持った患者、精神障害のある患者、さらには、種々の問題を抱えた終末期の患者が通院しています。

表5

1. 装具やカテーテル類を装着した患者
2. 機能障害を持った患者
3. 終末期の患者ケア

外来患者と処置状況

当院の外来の一つである消化器外来の平成5年度の

患者数は、一日に、内科・外科を合わせ約400人の患者が通院し、看護婦11名、看護補佐2名で看護を行っています。処置行為として点滴注射（月・314件、一日にしますと約13件）で、これは食事の取れない患者が多いため、外来のベッドで5～6時間過ごすこととなります。また、化学療法や輸血を受ける患者も同じように、数時間を外来で過ごすこととなります。このような治療を受けている患者は悪性疾患で終末期の患者が多く、人の手助けの必要な患者がほとんどです。これらの患者が外来ベッドで過ごす時間は、排泄介助など身の廻りの世話である直接看護が必要となります。さらに、外来では療養指導が重要な役割となっています。ストマケアの20件の内容は、例えば、機能障害があり、手当がうまくいかないケースなど1時間位掛けて療養指導したものがあげられています。このように

現在は療養指導や身の廻り世話に外来の看護業務は変化していますが、以前の外来患者は自己管理できる患者が多く、看護婦は診療介助に重点をおき一■の業務が円滑に行くよう配慮するような業務が多かったとされています。つまり以前の外来と現在の外来では、患者状況の変化により看護も変化しているといえます。

このような外来看護の変化の中で、当院では、まだ、看護婦でなく誰が行ってもよい業務に時間を取られ看護婦としてしなければならない業務に手が回らない。「いわゆる雑用に追われ看護ができない」現状があり、看護婦は不全感や不満に思っています。まだまだ看護業務の不明確さと今までの習慣もあり看護婦の業務範囲を決めることは難しく、今回のテーマである「看護の役割拡大」について私なりに、“看護の対象者である患者の変化に対し、看護の役割を明確にし根拠をもった看護を展開する”とし、現状を振り返りながら考えてみたいと思います。

患者のフォロー区分(表6)

外来の現状では、患者個々の全員にかかわることに無理がありますので、療養上問題のある患者にはできるだけ看護援助しようとしています。日常業務でどのようにしているかを述べたいと思います。

患者フォローの仕方は、大きくわけて看護記録をして経過を追う患者と、リスト用紙によるフォロー患者の2つがあります。

1. 看護記録

退院後初めての外来受診時に、病棟の受持ち看護婦の書いた退院時サマリーを参考に、外来看護婦は必ず患者・家族に面談をし記録します。そして患者のフォローをどうするか判断し翌日ミーティングで報告します。継続した関わりを持ったほうがよいと判断した患者は、

表6

<p>1. 看護記録によるフォロー患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後、初外来で患者、家族との面談 ・フォロー患者の受持ち ・患者訪問 <p>2. リスト用紙によるフォロー患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・継続フォロー患者 ・器具装着の患者

受け持ち制を取り、患者の再診時は必ず受持ち看護婦がかかり、看護計画をたて観察記録等を残しています。このような関わりを持つようになりしたのは、患者が高いリスクを持ちながら在宅療養に移行している現状では、患者・家族による管理によって良くも悪くもしています。外来看護婦として責任ある展開をするために、看護婦自身が判断し受け持ち看護婦を決め積極的な看護を行っています。例えば、退院後も十分な関わりを持つ必要があると判断された在宅高カロリー輸液療法を行う患者に対し、病棟から情報をうけた段階で、外来の受持ち看護婦を決め入院中に病室に向き病棟看護婦と情報交換し、共にケアしながら退院後スムーズに継続看護ができるよう関わっています。これは、看護部の組織がおおいに生かされてた動きであるといえます。また、保健婦、薬剤師、臨床工学技師などそれぞれの専門性を生かし患者に関わっていますが、看護婦は患者の生活上全般的な援助役割という面から患者をとりまく医療者の調整役的な役割も担っています。

2. リスト用紙によるフォロー患者の基準としては

現在は問題はないと判断したが、患者の管理如何によっては問題が発生しやすいだろうと推測される患者を看護婦として絶えず気をつけて観察する必要のある患者、例えば、カテーテル挿入中、インターフェロンの治療中、自己挿入による経腸栄養中、高カロリーのため輸液ポンプなど器具を装着している患者など、リスト用紙に明記し備考に簡単な情報をかいてフォローしています。フォローされている患者への援助としては、外来ベットでは注射による化学療法や処置等のため半■から1日を過ごす患者の身のまわりの世話や、時には自宅で入浴は不安が強い患者・家族に対して受診中に入浴介助行ないながら、家族指導を行なうケースもあります。外来看護婦の役割として、時間的に多くを占めつつあるのが、患者・家族が安全で安心して療養できるような援助、つまり、療養指導が重要になってきています。患者個人の社会や家庭生活を想定予測した療養指導は限られた時間で実施することが要求されます。外来の動きの激しいなかで、短時間に指導内容を有効に効果的にするため、病棟・外来、外来・総合相談部との情報交換や連携を密に行っています。外来では患者の状況を毎■朝のミーティングや週1～2回のカンファレンスで情報交換し誰もが対応できるようにしています。

外来看護の充実（表7）

現状での外来看護の展開を述べてきましたが、私達は現状で患者と関わる時間を得るには、どのようにしたらよいか、表に示したような事を繰り返しています。限られた人員のなかで“何をしなくてはならないか”そして“何ができるのか”これが課題でありいつも話題にしてきています。対象患者の多い外来では、多くの患者に影響のあるような看護、例えば、インターフェロン療法が保険で認められ当院で積極的に治療を進めようとしたとき、療養に関するパンフレットの作成、病棟・外来連絡用の作成、院内での事務、医師、病歴関係者などに働きかけ業務調整を行ないました。また、患者に十分に治療や療養について理解されているか、日患者・家族を対象とした講演会を2回開催しました。日頃、看護の振り返りを行いながらより深める手段としての終末期の受け持ち患者をターミナル研究会で検討し、受け持ち看護婦としてケアがどうだったのかを評価したりしながらどんな看護が提供できるのか模索を繰り返しています。

業務の優先順位についてですが、毎日行なっている業務は当然としてもあまり疑問を持たずに過ごすことがおおく、消化器外来では、数年来、午後2人の看護婦で2時間ぐらいかけて翌日の診察カルテを点検していましたが、点検による問題解決がどのくらいできているかを調査し、時間をかける割に効果がないと判断、看護記録やカンファレンスの時間に当てるようになりました。また、当院では無資格者である看護補佐が導入されていますので、診療介助や物品点検・準備を担当し業務分担の工夫をしています。

業務の改善としては、導入されているコンピュータを利用しての面があります。例えば、外来患者はその場で診療し指示がでますので、注射に関して、指示した情報から請求までの業務が処理され請求業務がなくなりました。日々の看護処置など入力するシステムをより簡便なものにと検討を重ね、できるだけ画面展開をすくなくしたり、スムーズに入力できるよう1分でも短縮できることは多くの時間を生み出すことでありと考え積極的に改善に取り組んでいます。

つぎに、人的な活用についてのべてみたいとおもいます。

表7

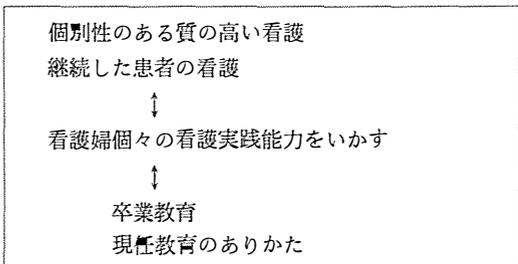
1. 外来看護とはなにか
 - ・どんな看護をしたいのか
 - ・どんな看護が提供できるのか
2. 看護業務の優先順位の検討
3. 業務改善
 - ・業務分担……他職種との連携
 - ・コンピュータの活用
4. 人的な有効活用

今後の外来看護の展望（■8）

看護業務改善も大切ですが、私達の目標として「個別性のある質の高い看護」「継続した患者の看護」を展開するには、看護婦自身が看護の優先度を考え、外来看護とは何か、看護婦の役割は何かを看護婦自身が考え行動する必要があります。限られた人的資源である個々の看護婦の看護実践能力を育成することは日々変化する臨床では不可欠となります。当院では、卒後教育として、大学院への進学などをバックアップしています。また、現任教育として看護婦個々の実践能力をどのように評価し育成するか、看護学部教員・北里大学病院・東病院の3者で検討会を行ない、育成のシステム化にむけて検討を重ね学習会などを実施しています。自己啓発や教育の場を与えることが、臨床の場で看護婦個々の看護判断能力の向上につながり、適切な判断をすることがよりよい責任ある看護につながるのだと思います。

外来看護の役割拡大ということは、今、置かれている状況のなかで確実な責任ある看護を実践することであると考えています。そして外来看護をもっとアピールできるよう客観的な基準で表現できるようになりたいと考えています。

■8



急性期患者の看護を通して

杏林大学医学部附属病院

■ 村 恵 子

医療のあり方は、社会構造の変化や人々の健康に対する考え方に伴った医学・看護学の進歩発展に裏付けされ変化・拡大している。社会の変化に於いては、高齢化、科学の進歩、情報化社会、経済的变化等挙げると沢山あろうかと思う。これらは、例えば科学の進歩では人工授精や脳死の問題等が目前に現われ、生命倫理について考えない訳にはまいりません。情報化の波は、数多い情報をいかに活用できるか、処理をするかばかりでなく、コンピュータ社会は我々の姿勢に変化をもたらし、脊髄や内臓の異常を来したり、眼（視力障害）にも影響を与えています。経済成長は一方では心理的な疾病を招いたり自殺の要因をつくる因子になる等、疾病構造の変化をもたらした。また感染症も時代と共に変化した病態を示してきたひとつである。さらに一人一人の要望が明確になり、自分自身に対していつでもどこでも最高の医療を求め、はっきり言動でそれらは示される様になった。当然のことだが十分なインフォームド・コンセントが重要で、それには医師にも看護婦にも時間がより多く必要になる。

このような時期に、今シンポジウムのテーマ、「看護の役割拡大」についてさらに考え、看護が担うべき方向性を見出すことは必須であろう。私は心臓外科系の病棟や集中治療室、救命救急センターに於ける勤務経験から急性期患者の看護を通して看護の役割について述べる。

急性期とは、疾病であれ外傷であれ、その人の病状変化（■復過程と悪化の過程双方共）が著しい時期を示す。この急性期には、いわゆる Cure が積極的に行われ、同時に Care も積極的に緻密に行われなければならない。（ここではターミナルステージの悪化は含みません）

Cure の割合が高い時期は Care が少いと言われる方々が多いが、そのような時期こそ正しい情報をアセ

メントしたきめ細かな Care 計画を立て実践することが重要である。看護婦は、時々刻々と進行する医療を把握すると共に、変化する病状や心理をアセスメントするのはとても熟練を要すことである。患者の緊急度が高い時期は、看護婦も緊張状態になり、常日頃ゆっくり考え実践できている看護婦であっても、急を要する時には思考が膠着し、手足は動かなくなってしまう場合が多い。

急性期の患者からは多くの情報を連続的に欲しいので、私達はモニターという監視装置を沢山用いる。一方では生命を補助する機器類を用いる等、ベットサイドにはおびただしいME機器が並べられる。我々はそれらを適切に活用すると共に、使用する必要があるか否かをチェックしながら看護を実践し、決して機器に振り廻され、使われてはならない。

また、複雑で雑多な日常看護業務を行っている看護婦は、よく「業務に追われ本来の看護ができない」と言う。おそらくこのことばは、急性期の場だけでなく過去に頻用されたことであろう。看護婦が看護業務を行っているのに、本来の看護ができないと考えたり雑務に追われていると言っていたのはなぜだろう。看護婦自身が看護を実践しているという実感をもっていないのは自己決定がなされていないことも一因であろう。息をつく間もないほど業務に追われていたとして、それも看護であり、健康に対し、一人の生活者に対する看護の視点で考え看護活動しているなら、それは看護なのだということを先輩から後輩に伝えていないからではなかろうか。看護婦達に「本来の看護とは何、あなたは何がしたいの」ときくと患者の話をゆっくりとききたいとか、ベットサイドに居たいと言います。患者が何か話をしてほしい時に聞く時間がないのか、ベットサイドに居てほしい、もしくは居る必要があると思われるのにその時間がないのだろうか、もしそうな

ら他の人に協力をしてもらわないといけない。尋ねると、そうではないらしい。看護婦が満足感を持っていない気持ちを表している語のようである。看護は看護を受ける人々の満足度を高めるよう推進することが望まれるであろうから、適切な看護過程が実践できることと共に、看護婦自身も満足感を抱くことが重要であり、この両者の満足感は並行する。

ここ数年、国は看護婦教の増加と共にいくつかの職種を誕生させた。集中治療室や救命救急センターではいち早く臨床工学技士を導入し、ME機器部門を担当している。ME機器の保守管理は彼らが担うので、それらに使用していた時間は確実に他へ転用することができる。他職種者が担える業務は看護婦が行う必要性がない今、特に診療の補助における看護婦の役割についてみると、診療の補助は医師への補助業務と考えている人々が多いように思われるが、私は診療を受ける患者に対し何が必要かをアセスメントし、援助することであると考えている。診療の補助は看護ではないとか、看護婦の役割ではないと考えるのは間違いである。急性期の看護を行う時、患者に適した診療への援助は、その人が生きる為の援助であり、生活そのものへの援助であり、看護活動の一環なのである。患者をとりまく職種はいくつもあるが、その中で特に薬剤師、臨床検査技師、栄養士などはベットのサイドへ出て薬のこと、検査のこと、食事や栄養のこと等きめ細かに説明・指導をし、それらに対しては診療報酬の点数化がなされている。

また、最近ある人の話で診療の補助が看護婦の仕事ではないと看護婦が言い続けるなら、診療の補助だけを行う職種をつくらうかとの話がない訳ではない、との事である。何ということであろう。例えば、呼吸音を聴取する行為に関し、医師のみの行為であると考える人は、今はいないだろう。呼吸音を聴取しながら体位変換の方法や時期を考えたり、呼吸訓練の方法、吸引の時期や回数を決定する等々、さまざまなCareを

実践するための一つの情報手段として用いている。20～30年前、聴取器を用いて呼吸を聴く行為そのものは医師が行うことで看護婦にすべきではないと云われたものである。しかし、私達急性期患者のCareで必須だったので、他部署で勤務する友人と議論を闘わせながらも行っていたのである。

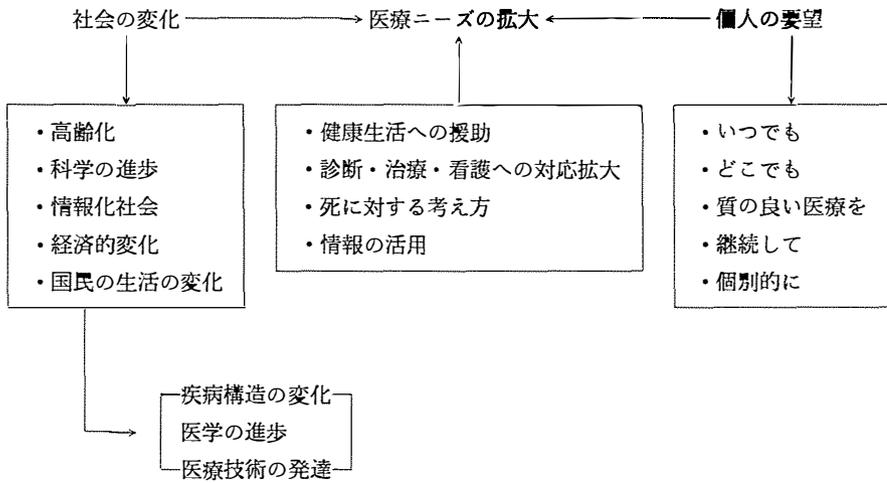
このように、急性期患者のCareでは待たなしに眼の前に現われる事柄に向い、実践しながら思考・検討してゆく場面が多い。また、数多くの職種の人々がひとりの患者に対応する時や患者を含めたチーム医療を推進してゆこうとする時、調整者が必要になり、その役割も看護婦に期待されている。

今、急性期患者と家族・各々15名に対し面接調査を行った。調査は手術後4～5日目の患者もしくは内科系へ緊急入院後4～6日目の患者と家族に対してである。面接者は入院病棟に関与していない看護婦で、内容は日常生活上の問題や治療等に対する意見、我々に望むことがあるかなどである。その中の一項目に、「看護婦に望むことがあるか」の問いに、「こんなものでしょう」が、8名(15名中)だった。「ある」の答えでは、看護婦の人間性を求めるもの、専門家としての自立を望んでいるもの、さらには、自分達に甘えずプライドをもって胸を張って仕事をしてほしいと云われ、勇気づけられると共に、少々ショックを受けた。

患者や家族は常に自分に対し何をしてくれる人か、自分達を真正面から見ている人か、自分達のことを気にしてくれているのか等が看護婦への役割期待の一つの基準になっているようである。

以上、急性期患者の看護を通して述べたが私は近年、看護の役割が拡大してきたというより、むしろ役割は従来から現存しているにも拘らず看護活動としてその役割を全ては実行していなかったのではないかと。現在に至って、実施すべく可能な条件が整ってきたのであろうと思う。質の高い看護が叫ばれて久しいが、質の高い看護とは、看護の役割が看護活動として常に実践できることにあると言える。

急性期患者の看護を通して



社会の変化と医療へのニーズ

◆シンポジウム◆

看護の役割拡大への模索

教育の立場から

聖路加看護大学

小島操子

近年の急速な人口の高齢化、マスメディアの発達などは、一般の人々の健康や医療に対する要求を高め、一方、医療の高度・複雑化、専門化の促進などは、現代の対応をむずかしくし、チームでのアプローチを促進している。また、看護の学問としての発展や看護婦の向上心の高まりなどは、看護の専門分化、役割の拡大を促進し、これらのことは看護スペシャリストの育成を促がしている。

看護スペシャリストとは、■際看護婦協会では、「ジェネラリストのレベルを越える準備がなされたものであり、看護領域の一分野の上級実践のスペシャリストとして実践することが公的に認められている者である」と定義され、日本看護協会では、「ある特定の看護領域において卓越した看護実践能力を有することが認定されている看護婦（士）を言う」と定義されている。

看護スペシャリストの教育を考える場合、スペシャリストの定義をかなり具体的に、明確に示すことが重要であり、そのようなスペシャリストに到達するのにふさわしい教育的背景、教育内容・期間などを検討しなければならないと考える。

日本の看護教育や医療の現状からさまざまな看護スペシャリストが考えられるが、看護スペシャリストに関して歴史をもつアメリカの歴史的変遷と、混乱が指摘される現状を理解して、日本における医療や看護教育の現状を考慮しつつ、しかも混乱をきたさないような将来展望をもった現実的な看護スペシャリストの育成を検討する事が大切であろう。

会長講演でもふれられたように、本年5月の日本看護協会の総会で専門看護（士）（名称は専門看護師と提言された）資格認定制度が承認され、平成7年度より開始されることになった。その際、（仮称）認定看護（士）の資格認定制度に関する検討についても提案

がなされた。

本シンポジウムでは、看護協会にて提案されている専門看護師および日本看護系大学協議会で検討されているクリニカル・ナース・スペシャリスト（以後、CNSと略す）の教育に関してとりあげる。私は、両方の委員会に所属しているが、これらの名称は、内容において互換性があると考えてよいと思っている。

教育内容について考える前に、まず、どのような人が、どのような目的・役割をはたすかを明確にしなければならないだろう。

日本看護協会の専門看護師の定義の中にあつた“卓越した”とは、他に越えてすぐれているということであり、“看護実践能力”、つまり臨床能力とは、知的技能（知識・判断能力など）、技術的能力、人間関係的能力、患者ケアに対する態度、倫理的配慮で構成されているといわれる。したがって、専門看護師は、看護実践にかかわるこれらの能力が他に越えてすぐれており、しかも、特定の機関で認定されているということである。そして、役割としては、実践、教育、相談、調整、研究があげられており、これらの役割がはたせるような教育内容がもりこまれなくてはならない。

具体的な教育内容については、日本看護系大学協議会で検討した“がん看護”CNSの専攻分野の例をあげて述べる。これは大学院における教育（2年）として考えたものである。

教育目標は、CNSの役割としての実践、教育、相談、調整、研究の5項目に“がん看護において、患者の人権を擁護するために必要な倫理的判断能力を持ち、判断に基づいた態度をとることができる”を加えた6項目である。

教育課程は、CNS全体として、CNS共通、専攻分野共通、専攻分野専門の3段階で構成されており、全体で32～34単位となっている。CNS共通科目は

CNSとしての役割形成に重要な内容で、看護倫理、リーダーシップ、コンサルテーション、看護政策論、研究概説の計10単位である。がん看護専攻分野共通科目として、がん看護の広がりや深まりの追求ということで、がん看護病態生理学（2単位）、がん看護に関する理論（2単位）、がん看護援助論（4単位）、看護倫理（2単位）の計10単位があげられている。

専攻分野専門科目としては、がん看護専門領域看護として化学療法看護、放射線療法看護、リハビリテーション看護－ET/乳房手術/頭頸部手術など、疼痛看護、パリアティブケアその他をあげ、それらの中から1領域4単位を選択して深める。がん看護実習はIとII各4単位の計8単位で、Iは専攻分野専門に関する実習で、IIは専攻分野共通に関する実習である。そして、レポートまたは論文として2単位があり、総計34単位となっている。

以上は、日本看護系協議会のメンバーで、3～4年かけて検討したものである。

日本における看護スペシャリストの教育について、自分の経験を通して、いくつかの課題と展望について述べる。

(1)教育者、認定者について

日本においては、過去スペシャリストの制度がなく、教育もなかったため、教育者や認定者となる人材を得ることが困難と思われる。当分、日本看護協会が提案された（案）の教育要件および実務要件と同等あるいはそれ以上の要件を満たしていると認められる者となるだろうし、その上に教育経験のある者が望ましいが、このような人材は仲々得がたいであろう。過渡期は特に臨床側と教育側で密接な連携をとり綿密な計画のもとに、これらの役をとっていくことになるだろう。

(2)資格認定の実務要件について

実務経験は通算5年以上であること、そのうち特定

分野の経験が通算3年以上必要で、その経験の1年以上は教育を終了した後のものであること、というのは妥当と思われる。しかし、ローテーションのはげしい日本の現状では、この要件を満たすことも困難であろう。今後は各自が計画的に臨床経験を積むであろうが、過去の臨床経験のとらえ方、ベテラン看護教師の臨床経験のみかたについては今後の課題にしたい。

(3)教育機関について

日本看護協会では、協会で教育を実施するが、将来、教育は大学院修士課程に位置づけるのが望ましいと提案している。日本看護系大学協議会では、カリキュラムの検討がすすみ実施にむけて検討が重ねられている。教育機関として、大学院修士課程が専門病院と密接な連携をとりながら整備されることが望まれる。しかし、一方、大学院修士課程は全国に現在7校しかなく、わが国における大学院教育への期待は広く大きいので、看護スペシャリストの需要と供給のバランスを考えると問題があるだろう。

(4)専門分化の方向について

アメリカ看護協会では、看護分野全体の一部に狭い焦点を絞ることある。日本看護協会では11分野が考えられており、日本看護系大学協議会では10分野が検討されている。今後、さらなる検討が必要だろう。

(5)受け入れについて

看護スペシャリストの地位（位置づけ）、役割遂行の仕方、報酬、キャリアの移動など制度問題、受け入れ条件などのかかりつめた検討が必要だろう。

(6)（仮称）認定看護婦（士）について

日本の看護教育や医療の現状および要求などをふまえ、また多くの看護婦の充実感、満足感を高め、誇りと自覚をもって役割をはたせるようにするために、自己研鑽のための制度の確立が必要と考えられる。そのために本件の検討は意義があるであろう。

第20回日本看護研究学会シンポジウム討論

伊藤

追加発言ございますでしょうか、ございます方は、発言の順番をお願いいたしますでしょうか、紙屋さんから追加発言ございますでしょうか。いかがでございますでしょうか。

竹内

特に有りません。

伊藤

よろしいですか。言いつくされましたですか。中村さん、小島さんもよろしいですか。それでは皆様、これからいよいよフロアの皆様の出番でございます。ちょうど予定時間通り進行しておりますので、40分くらい討議の時間がございます。

ぜひ討議をしまして、内容を深めたいと思います。今日はたまたま、最初の3名の方それぞれの御自身の実践という、実践活動を通しての問題提起をしていただいたと思います。最後の小島操子さんは、教育という立場で、力量の教育、能力の開発というのでしょうか、そのあたりに視点をあてた御発言をいただきました。もちろん看護役割拡大を考えますときに、フィールドが違ったり、切り込み方によっては、もっと幅が広がるのではないかと思っております。そういうことも含めまして、御自由に御発言いただいでよろしいと思うんですけど、まずは、御質問ございますか。御質問がおりになる方は、恐れ入りますけれども、質問をなさりたい演者の方のお名前と、御質問者のお名前と所属をおっしゃっていただいて、質問内容をお願いしたいと思います。御発言内容についての質問、御意見等あるいは、このことについての問題提起でも結構でございますが、いかがでしょうか。

成田

広島の成田キヨコと申します。4人のシンポジストの先生方のお話を聴きまして、非常に意を強くいたしまして、殊に小島操子先生のお話の中で倫理に2単位を取るといってお話がありまして強い感動を覚えています。

いちばん気になる事は、看護の心が本当に看護ケアに生かされているか否か、そこで、看護は対象の生命の尊厳を守るといふ事、病から人を救う、苦痛緩和、そして健康の保持増進という風に私どもは習ってまいりました。その本質は変わらないと思います。紙屋先生もおっしゃいました生活行動の援助技術というのは看護ケアに於いて抜かしてはいけない事だと思います。竹内先生もおっしゃいました、診療の補助も大事な看護の役割であるという風におっしゃられたと思いますし、継続看護の事も言っていました。私たちは対象の生活者としての有り様、その人の人生をインテグレートされる時に関わっている職業だと自負しております。それを無限化していくために、今看護婦は何を考えようするか。これは教育者も含めて、臨床看護婦に突きつけられた課題だと思います。今こそ、医療・保健・福祉が協同して対象の生命を守り、健康の保持増進をしていくという役割を担わなければならないと思います。

看護福祉という点で、キーワードを探したのですが、福祉の事がでてこなかったと思います。私は、看護福祉研究協議会に属しておりまして、今年は、看護福祉原論を考えようという研究会の動きもございます。今私は看護福祉のキーワードを模索しておるものですから、そういった面での看護福祉といいますが、福祉の視点も看護の中に欠落してはいけないという事をお話ししたくて発言させていただきました。

伊藤

今の御発言は特にご質問というよりも御意見、シンポジウムを聴いてのご感想という風に受けとめさせていただいたんですけども、発言の方々の中でこのことに関連して何かございますでしょうか。御意見いただければさらに深まるとは思いますけれどもいかがでしょうか。

いかがでございますでしょうか。紙屋さん、何かおっしゃりげな感じがしましたが……。

紙屋

私も精神科の閉鎖病棟に勤務しましたおりに、人間の権利というものがかかにかに臨床で剥奪されているかという事にたいへんショックを受けました。そのことが福祉を学ぶ動機になった訳ですが、それまでは看護に

ついて方法論とかですね、そういったものが未熟で、他の領域に比べて看護が非常に劣っているのではないかと、不安など持っていた訳ですが、いざ自分が福祉を学び、また福祉の現場に行ってみて、我々看護職が自分の手の内にその方法論を持っているという事に大変、意を強くし、なんとすばらしい職業についていたんだと思いました。しかし、それを客観的に知るチャンスが臨床現場の看護婦にはなさすぎ、余裕がないという事もあります……。看護の教育の中に、人間の権利、つまり「幸せに生きて行く」という事が、「基本的な人権がある」という視点が、私どもが受けた時代にはまだ、薄かったのではないかという風に思います。専門職というのは、基本的人権の実現に関与する職業、看護は健康にイキイキと生きて行く、そして、死を迎えるときにその人にふさわしい死の支援、福祉は幸福追求権、同じように生活の中で幸せに生きる権利を模索する領域です。医療が終わった段階で、狭い意味では医療は終了します。しかし、イキイキと生きるという事がまだ不十分な、条件が整備されていないというときに、ナイチンゲールが、健康について、この様に言っています。

「その人の持てる力を最も良い形で発揮するとき、これを健康という。」

障害があっても、その人の持っている力を最も良い形で発揮すれば、それは健康と言うのですね。逆に、五体満足であっても、その人の能力が十分に発揮されていないときには、その人は不健康とたぶん言うんでしょうね。ですから、看護や医療が、十分に展開されても足りないもの、それを福祉が補って行かなければならないと思います。その辺の線引きをはっきりとさせる必要はありませんが、看護は、それを抜きにして、「関係ないのだ」という形で、患者さんの幸せな健康の追求を支援する事はできないのだと思っています。我々は、生活支援の方法論を全く、その手に持っているという事が非常に強い職業であり、専門職というのは、倫理律に裏付けされて、そういう知識・技術を提供して、専門職だと近ごろ強く考えさせられています。

伊藤

ありがとうございます。それでは、指名させていただいて恐縮なのですが、中村さん、他の職種の関係で

問題提起をされていたので、この件に関して、何かございませんでしょうか。

中村

はい。看護と福祉の関係で、という先程のお話がありましたけれども、大変看護のいろいろなところとオーバーラップしているが為に、それを自分達が見失いがちになってきたのかな、見失っていたのかな、という風に思うのですけれども、このところやはり、いろいろな職種の人がでてくる事によって、「私たちは本当に、何をすべきなのだろう」という事に気づかされて来ました。そこにはもちろん、医療を受ける人達の生活援助をどうするか、という事で、私たちは常に考えて行かなければならないわけで、その中に先程お示したような診療に対する補助の一つの考え方とか、そういうことを受けている人達の療養上の世話をいかにしていくかという事がもっと私たち自身が考えていかなければならない、と思っております。

伊藤

ありがとうございました。どうぞ会場のマイクの方恐れ入ります。

沢田

生命倫理を研究している立場から質問させていただきます。富山医科薬科大学の沢田と申します。紙屋先生、大変感動的なお話をありがとうございました。先程のスライドで御紹介いただきました例は、全員植物状態と診断されていたのでしょうか。植物状態と言うのは様々な定議がなされておりまして、大変今、混乱しておりますけれども、この前、日本学術会議が、尊厳死を容認する声明を発表したときに、植物状態の方もその対象になると、そして時には、栄養補給の停止までも含む、治療停止をもって、尊厳死を容認しても良いのではないだろうか、というような声明もありました。その問題に関して紙屋さんの御意見を聴きたいと言うのと、植物状態と言うのが本当に人間にあるのかという事に関しまして、御意見を伺いたいと思います。それから、小島先生、胸が踊るようなナーススペシャリストの構想、その計画について伺いました。本当にありがとうございました。

ナーススペシャリストの資格、要件の一つとして、

様々な条件をあげられましたけれども、その中で倫理的な判断ができるという一つの条件がありましたけれども、倫理的な判断は難しいと思うのです。しかし、具体的に例えばどんな場面を想定して、倫理的判断ができるのか、その倫理的判断の中身ですね、具体的にどういった問題をおっしゃっているのか伺いたいです。

伊藤

はい、お二人の先生に御質問がまいましたので、まず、また紙屋さん恐縮ですけれども、よろしく願います。

紙屋

植物人間という事は、日常、臨床ではあまり使っておりません。いちいちドクターは、植物人間になったとかそういう風に正確な診断はつけている場面は、脳神経外科領域ではあまりないですね。脳神経科医はやはり、あくまでも命を救おうという方向で考えておりますので、あえて植物人間ですよという診断をしなければならぬと言う事は、ないのです。ただ、やはり、家族にある段階で説明をするときにですね、素人には分かりやすい言葉として、「意識がもう回復しません」と言うよりは「植物状態であります」という風に説明する方がどちらかという、脳神経外科では多いです。私どもが先程御紹介しました患者さんは、重度の意識障害が急性期からはっきりしていた人達、それから既に、植物人間というですね、日本脳神経学会や厚生省の見解で、ある一定期間過ぎして反応がないと、そういう分類の範疇に入る患者さんたち、そういう状態で私たちの所に転院してきた患者さんであります。多くのドクターあるいは、他の職種の方々もそうなのですが、医師が誤診をしたのではないかとおっしゃるんですが、私たち看護職が、植物人間という規定を今まで持っておりませんので、ドクターが診断した根拠でその状態を受け入れてきたのです。ですけど、私はある段階から、ドクターが「植物人間」と言ってしまって、「意識が戻りませんよ」と言うと、看護婦がそれまで全身的にみようと努力しようとしていたのに、その瞬間、人間としてでなくて、生体管理の視点で患者を見てしまうと言う事を気づかされました。それで、様々なケースの成果があがっても、

全国的には看護が広まらないという自分の体験から、これは看護的にそういう状態の患者さんをどう規定するか、という事が必要なのではないかとこのところ91年のこの学会で、その「植物人間」とドクターが今まで言ってきた状態の患者さんを看護的には、重複生活障害者と規定する事によって、それは具体的に発声器官、消化器官、あるいは排泄器官の機能に、実質、障害がないにも関わらず、意識というおおもとの障害によって、これを生活行動としてコントロールできなくなっている状態。私は、意識障害の方を重複生活障害者と、看護的に規定してみたらどうだろう、そうすると一つ一つの排泄の自立、経口摂食の確立、コミュニケーションの成立というような事は、日本のナースはすでにプログラム看護の方法を持っておりますので、それを緻密に組み合わせていって、その患者さんの状態を、つまりその生活障害の克服というものをですね、目標を掲げながら、緻密なプログラムでステップアップ、成果をものにすればまた次の目標として、小さくてもステップアップ、という風に、取り組んでみましたところ、こういう変化が患者さんに起きたわけ。実際には2年半が経っているとか、5年たったとか、反応しないできた患者さんたちですから、一般には植物人間と言われても良い状態の人達だと思います。しかし、この人達に於いてさえ、看護は関わって、生活援助の方法論を、いわゆる病院で今までやってきたやり方ではなくて、健康な人間が行っているやり方、日本の文化・習慣に従ってケアを提供してみると、患者さん達の中に内蔵していた力が学習を再現していくという、それによって患者さんに、様々な変化が起きてきた訳ですね。ですから、これまで私どもの実践を医学に対する挑戦とかですね、センセーショナルに言うて下さる方がいらっしゃるんですが、私はそうではなくて、むしろ肩身の狭い、これまで看護が行われてこなかったから、そういう人達に適切な看護が行われてこなかったがために、患者さんのおかれた状態なんだと、今も、看護が関われば、変化の可能性を秘めた方達が、たくさん全国に横たわっているのではないかと考えるわけです。ですから、できるだけ多くの看護職に看護を、生活援助の視点から、もう一度見直して関わっていただきたいと、決して、私どもが特別に得た成果では有りません。もともと患者が持っていた力、その能力の発揮の突破口を彼らが探して

いた。それに適切な手をさすのべれば、患者さんが変化するという風に、私は今、自分の実践の評価をしているわけですが、そういう意味では、植物人間と今までドクターが言ってきたこの人達をそのまま、尊厳死の対象となり得るんだという考え方は、非常に危険だと、なすべき事をやって、努力してみて、まだその努力をしないうちから、特に、看護者がそれを放棄した状態で、この論議にうかうかと乗ってはいけないのではないかと私は考えております。

植物状態というのもドクターの中でもずいぶん論議されて、非常に幅の広い概念ですから、看護職がこの様に関わって患者さんの変化が起きてくれば、医師がこれまで持ってきた見解さえも変わっていくのではないかとこのように考えております。具体的に私どものドクターは、もはやその言葉は使いませんし、全ての患者に可能性がありますから、これからの看護婦さんの活動で様子を見て行きましょうという風に家族に説明するようになりました。早い段階で、可能性がないという否定的な見解はもうとらなくなってきましたので、そんな風に今は考えております。

伊藤

ありがとうございます。それでは引き続き、小島さんに倫理の事について御質問があったと思います。

小島

倫理の事でございますが、看護婦として患者さんを単に身体的のみならず、心理社会的存在として、統合されたトータルな存在として、その患者の擁護者としての立場からの様々な判断があると思います。具体的に言いますと、私自身は自分の頭の整理として、倫理の原則から考えてみますと、6つの原則とされています。①自立の原則、患者さんの自立性ですね、自分で物事を決定する、自己決定権（インフォームドコンセント）の事とか、②善行の原則で、最も良いと思われる事を行うんだという、これはもう看護婦として当然の事ですが、③無害の原則、何か患者にとって害のある事が行われていないか、④真実の原則として、真実が告げられているか、という事がありますが、この真実の原則、自立の原則の所にきますと、日本の文化的背景とか、日本の伝統・習慣、そういうものも含めて判断する事が重要になってきますので、西洋社会が

単純とは申しませんが、日本の中にはもう一つ複雑要素が加わっているな、という風に思われますが、真実の原則は、とにかく、真実を告げるという事ですが、忠誠の原則としてうそを言わないというのがありますので、うそは言わない、真実がどの程度告げられるかという事がでてくるかもしれません。そういう事に対しても複雑で高度な倫理的判断というものを、患者を守る立場から迫られる事があるだろうと考えています。それからもう一つ重要と思われる事は、一番重要な事を忘れてしまったのですが、「平等」という事なんです。誠意の原則と言ったと思うのですが、何を持って平等とみなすかというところ、例えば看護婦が、限られた人数しかいない中で、いったい患者にとって何が平等かと、そういう判断もやはり迫られるのではないかとこのように思います。そういう判断の中で、とにかく平等であればいいのだ、そこに患者が5人いれば5人分で等分すれば平等だということもあれば、手を挙げていった順番にやれば良いのだと言うやり方もあるだろうし、最も効率の良いやり方として、そのやり方というのは、資源を最も効率よく活用するという事に於いて優先度の判断が行われ、その優先度の最も重要なところから行われていくとか、そういうもろもろの具体的な、場面・現実の場がたくさんありますけれども、そのような判断の事、と考えております。

伊藤

ありがとうございます。御質問の方よろしゅうございましたか。

沢田

たいへん良くわかりました。それで本当にきちんとした倫理的判断が、例えばナーススペシャリストができて、倫理的判断をした結果、現状の日本の様々なひずみ、問題をかかえる医療システムですとか、あるいはその医師達の価値観、医師達が成している事と対立するような場面がでてくると思うんです。例えば、ナースとしてはオートノミー、すなわち、患者さん自身の自己決定を尊重したい、その結果、患者さんが、もうこれ以上治療して欲しくない、ナースとしてもそれを支援したいと、それを倫理的に正しいと思われる場面があって、一方では主治医は、どうしても治療はするんだ、それは医師の使命なんだと、ここで価値観が対

立するような場面がでてくる場合、今まででしたら、ナースの立場とか地位がとても弱いですから、どうしても医師の決定というか、方針をゆずらなければならぬような場面が多かったと思います。ナーススペシャリストはそういった難しいジレンマに陥ったときに、あるいは、難しいジレンマに遭遇したときに、ナーススペシャリストとして特別な権限を持って、医療界一般で、ナーススペシャリストの決定権みたいなものに対する尊重が与えられるのかどうか、構想というか、考えをうかがいたいと思います。

伊藤

よろしいでしょうか。小島さん。

小島

それが与えられるかどうかということは、やってみなければ分からないと思うのですが、我々が、そういうことができるように、いろいろなものを調べていかなければいけないと思います。

ナーススペシャリストの要請が高まっているいろいろな原動力はあるのですが、そのひとつに、チーム医療として、同等のレベルで同等に対決していける、対応していけるというようなこともさかんに、内々にいわれておりますので、やはり教育のベースというものをしっかり持って、そしてそれと同時に本人が誇りと自覚、そしてやはり、経験と、口だけではない経験を持って、対等に戦い、きちんと口論していけることが重要だと思えます。

ただ、戦いと言いつつ、戦うというのではなく、相手を分かりながら自分の判断を確かめていくということはもちろん重要です。そういう判断を戦わせていく時に、価値の対立の時に、私もある会の倫理委員としてそういう場面に遭遇したのですが、自分自身は看護婦だから自分はこういうことが言えて、本当に分かってもらえて良かったと思えたのは、患者は肉体だけの存在ではありませんと、心理的、社会的な存在なのだという観点から行けば、ドクターが言っている判断と、私、看護婦の判断するものが違いがあっても当然ですけども、私は人間というものは単に身体だけの存在ではないから、言っているものに価値があると信じて疑いません。というふうに申しましたら、人間をトータルにという見方が弱かったということで、賛

同を得ることが出来ましたので、「人間をどう見るか」ということが根底にあるのかと思うのですけれども、それを信念として強く持って、そして、持つべきものを持って、広い立場で、広い視点から、対等に議論をしていき、患者の擁護者の立場としての自分の責任を全うしていけるように、例を示して認めてもらう事がよいと考えています。

伊藤

ありがとうございました。この問題を討議すれば、たいへん深まる事なのでしょうが、医師、看護婦関係というのはひとつのジレンマという事で実際セミナーなども開かれるようになりましたので、またそういう場面等も利用して深めていただけたらと思います。

今日は看護役割拡大の模索というテーマでございますので、もう少し違う視点をしていただきたいのですが、今、手を上げて下さった方、少し視点を変えてみたいと思いますが、いかがですか。

はいどうぞ。

草刈

千葉大の草刈ですが、4人のシンポジストの方々のそれぞれのご意見、大変、拝聴させていただきました。

一つですね、クリニカルナーススペシャリストの話もアメリカではナースプラクティションがもとで、1965年以降、法律が変わってきたということがあると思うのです。やはり私たち日本のナースもちゃんと保助看法の見直しを考えなければならないと思うのです。

先程、■村さんがお出しになった表も厚生省が出したもので、私も良く使うのですが、あの表が看護の立場から見て、いいものかどうか■の示し方にも一つの姿勢があると思うので、私たちはその辺も考えていきたいと思っています。

先程、紙屋さんがおっしゃってくださった看護の立場から言葉をもう一度規定し直すということ、今後、保助看法を考えていく時に大切な視点だと思います。そういう意味で、戦後昭和23年に看護の規定がされて、昨年、保助看法が変わったわけですが、その改正は保健士が入っただけで事実的には変わっていないのです。戦後50年にも経つのに、一向にかつての■置づけのままになっています。この辺は、業務の拡大とともに考えていかなければならないのです。

その時に、療養上の世話、診療の補助という言葉があり続けるのかどうか、そこで看護の規定がされるのだ、という表現もありますが、紙屋さんがおっしゃったように、診療にともなう援助など、別の形で規定し直すと、自分の位置づけがはっきりするのかどうか、役割拡大の模索の一つとして、ご検討していただけると幸いです。

伊藤

大変難しい法的な問題まで出てきて、このことを少し討議したい所でございます。演者の方、特にご発言でございますでしょうか。

紙屋

草刈先生の考え方を伺って、臨床現場の体験を通して看護の規定をもう一度見直すことが必要なのだということを最近感じています。

人間は言葉に規定されて、行動をとりますので、どのような言葉を用いているかということがたいへん重要だと思います。そして、年をとってきた者はこれまでの議論を経験的に持っておりますけれども、長い歴史のある論議を例えば新しい看護の道に入った学生達に伝えきっていくのはたいへん難しいと思います。

「診療の補助」と言うと、私達は補助者なのだと思います。私共の病院に、年間5・600人から900人の学生が来るのですが、尋ねてみると、学生の段階で看護を展望しないのがっかりしています。「所詮、医師のお手伝いさんだ」と学生に言われてしまうと、私共も力が抜けてしまいます。言葉の規定も非常に重要なことなのではないかと、私は体験を通して考えております。

例えば、社会復帰病棟という風に慢性期病棟をしたので、展開が良くなりました。ところが、それでも制度などの制約を突破できないのです。それで、名前をセルフケア病棟と変えたのです。そうしたら社会制度的に社会復帰を見ていたのが、患者さん自身の持っている力を最大限まで引っ張り出そうと、それで足りない家族を巻き込み、それでも足りない時、社会的な資源も、制度も、あらゆるものを活用して、ということを病棟で体験したのです。

これほど人間は言葉に規定される動物だということを、もっと慎重にとらえていく必要があるのではない

でしょうか。

伊藤

ありがとうございました。だんだん佳境に入ってきて、あと1時間ほどくらいあったらという心境なのですが、そろそろ時間がきております。どうしてもこのことについて問題提起をしたいという方はいらっしゃいますか。どうぞ。

香川

栃木県上須賀総合病院の総婦長をしております。今日は、たいへん良いご指導をしていただきありがとうございました。

ここで提言をしたいと思います。

私は何十年か看護をしてきて、そして、世の中を見てきて、看護の価値が、21世紀の価値をつくる時代になるのではないかという風に思っています。

要約できることは看護がなすべき役割は、その人を育て、活かし、その人の人生を愛で、いたわるという大きな役割。そんな風に集約できると思いますが、これだけ価値観が多様化して過当競争が進み、目標を見失っている人々が多い中で、人間を活かす心・道、それが看護の心にあるということで、時代を動かす看護婦でなければなりません。人々の生活を勇気づける看護婦でなければなりません。その価値観を大きくして看護をしていき、社会を動かしていくことが看護の役割拡大とだと思っています。

人生に自信が持てないという人達に、勇気づけができる役割。これを私は看護の使命と言いたいと思います。そこに倫理的なものがあると思いますし、そこに私達が時代を担う一つの価値を創造する役割があると、私は提言したいと思います。

伊藤

ありがとうございました。

長年、看護のお立場で、貴重で豊富な経験をなさった方からの最後の提言ですけれども、このご提言につきましては、聞き方によっては、反論とか、賛成論とかがありますが、看護の役割拡大のひとつの素材にして、受けとめさせていただきます。

絶え間ないご質問をいただきまして、内容を深めさせていただきます。司会者としては、本音のところ

討 論

ホッとしているところでございます。皆様お疲れがでているところを貴重なシンポジウムにさせていただいたことに感謝申し上げます。

つたないまとめをするのは、かえって皆様の余韻を壊してしまうのではないかと思います。私としては感想を述べさせていただきますと、役割拡大というのは、最初、私が3つの視点を仮に設定して問題提起をさせていただきましたけれども、そういう社会的条件で変わっていくことがあっても、今日の発言の中から貴重な示唆をいただいたのは、いままで看護が探してこなかったところを、今、私達が本当の意味で目覚めて、真剣に取り組むような状態が核にあるのではないかと、という点、そして、方法論が、手数が発展しているということが役割拡大につながってきているのではないかと二つが中核にあるのではないかと考えました。チーム医療の中でどのように役割分担をしたら良いかどうか、将来専門看護婦を実現させるという土壌づくりがされている中で、どういう方向性を求めたら良いかなど、いろいろな角度のご発言をいただいたと思います。今■は看護の役割拡大の模索でございますから、手探りで方向性を見いだすということですので、結論を出すシンポジウムではございません。

内容的にも、カバーしきれたかな、という思いは残るのですが、今■いただいた貴重な発言とか会場のご質問をそれぞれ、素材として持ち帰って、この問題についてさらに探求を続けることができるチャンスとなれば、このシンポジウムはとても意義のあるものだった

たと受けとめさせていただきます。

結論をいえば、例えば医師とナースの関係にしる、専門看護婦が実現したにしる、力量がなかったら、第三者の信用を失うわけですから、個々の力量が問われるのだということが、平凡ながら私の得た結論でございます。

私の体験でございますけれども、ある会社の重役さんが、お母さんのターミナルを在宅で看取られたときに、訪問看護婦のすばらしい看護を受け、「どんなに高いお金を払ってもあれだけの看護をしてもらったら、こんなに家族として嬉しいことはありません、本人もたいへん喜んで天に召されました」と、あるシンポジウムでのご家族の発言を聞いて、私は胸が震える思いをいたしました。

つまり、私共が関わる対象の皆様が、どんなにお金を出してもいいから、ああいう看護が欲しいと、そして、提供してくれたことについて、お金を払っても惜しくないといわれるような実力を、私共が、厳しいですが鍛えていかなければならないということを改めて、ここで問題提起をさせていただきたいと思います。

これで終わらせていただきたいと思います。

本当に今■は4名の演者の方、ありがとうございます。

会場の皆様ありがとうございます。これでシンポジウムを終わります。司会の■藤先生、寺崎先生、演者の先生ありがとうございました。

あくまでやわらかく自然な動きの

実習モデル〈^{京子}Kyoko〉誕生

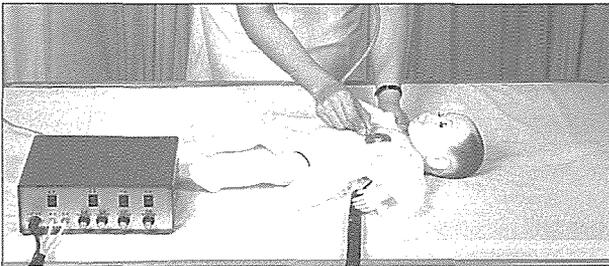


●自己紹介をします

私〈Kyoko〉は、身長158cm体重は約15kgです。〈ケイコ〉の妹として生まれ、姉よりもずっとソフトで人あたりがよく、いろいろな仕事ができます。どうぞよろしくお願ひ致します。

詳しくは

パンフレットをご覧ください。
ご連絡頂ければ進呈致します。



◀バイタルサイン人形

- 心音は音量も調節できます。
- 脈博は左右こめかみ、頸動脈、手首で触診でき、速度も調節可能です。
- 温度調節もできます。

株式会社 **京都科学**

本社 京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35-1 (075)621-2225
東京支店 東京都千代田区神田須田町2丁目6番5号OSビル6F (03) 253-2861
FAX 京都(075)621-2146 ・ 東京(03)253-2866

S 大学医学部附属病院に勤務する看護婦の職務満足に関する検討

A Study of Job Satisfaction of Nurses
in S University Hospital

高 田 貴美子*
Kimiko Takada

草 刈 淳 子**
Junko Kusakari

川 ■ 孝 泰***
Takayasu Kawaguchi

1. 研究の目的

近年、看護婦の離職が大きな問題となっているなかで、職務満足に関する研究は、看護管理上、重要な位置づけとなってきている。職務満足とは、職務および職務に関連する、さまざまな要因から受ける個人の満足感と定義され、環境条件や、時間の流れの中で変化していくものと言われている¹⁾。

これまで、日本における看護婦の職務満足の研究をみると、年齢、経験年数、職務継続の意志、配置転換、内科・外科系などの看護領域の違い、などの観点から検討が行われ、看護婦の職務満足の特性について、いくつかの点が明かにされてきた^{3)~8)}。また一方で、職務に対する不満についての検討も行われており、不満が離職・欠勤に結びつくことなども報告され、看護婦の離職の問題に多くの示唆を与えている²⁾³⁾。

S 大学医学部附属病院の看護婦の定着率は92%と安定している¹⁴⁾。しかし手術室においては毎年約1/4の看護婦が異動し、手術業務に支障をきたしており、看護管理上の問題となっている。そこで、本研究は、手術室看護婦の定着率の低い現象と職務満足との関連を明らかにすることを研究動機とし、このS 大医学部附属病院に勤務している看護婦を対象に、職務満足とその関連要因について調査し分析・検討を行った。

2. 研究の方法

調査対象は、地方都市にあるベッド数994床、看護単位23単位で、看護婦総数は645名のS 公立大学医学

部附属病院の看護婦471名（婦長及び新採用看護婦は除いた）である。回収数は416名（回収率88%）、有効数347名（83.4%）であった。

調査方法は、質問紙による自己記載、留置調査法とした。調査期間は1991年5月20日～27日。調査内容は、個人の属性（年齢、職位、教育背景、看護婦経験年数、部署経験年数、所属部署）、個人の意識（配置に関する意識、看護職選択の動機、看護職の継続意志、ロールモデルの有無、職務の充実感）などである。職務満足の測定は、Stamps らが職務満足度の評価のために開発した調査項目を一部修正して用いた⁸⁾。

Stamps らの基本調査項目は、①職業的地位（8項目）②看護婦相互の影響（7項目）③専門職としての自律（5項目）④看護管理（10項目）⑤医師・看護婦の関係（3項目）⑥看護業務（6項目）⑦給料（7項目）の計7 要因48項目である。

質問は各々の構成要因に属する項目をランダムに配置し、半数は肯定的に、半数は否定的に表現した。この質問法は、尾崎らによって日本における信頼性、妥当性の検討が既になされている⁹⁾。

今■は構成要因の⑦給料の中の1項目を省き47項目とし、各々の項目について「そう思う」「ややそう思う」「どちらでもない」「やや違う」「違う」の5段階評定で得点化し、肯定的表現項目に関しては「そう思う」= 4点から「違う」= 0点、否定的表現に関しては「違う」= 4点から「そう思う」= 0点を付与し、得点化した。得点の最高は188点、最低点は0点で得

* 札幌医科大学医学部附属病院 University Hospital, Sapporo Medical University

** 千葉大学看護学部看護実践研究指導センター School of Nursing, Chiba University

*** 兵庫県立看護大学 College of Nursing Art & Science, Hyogo

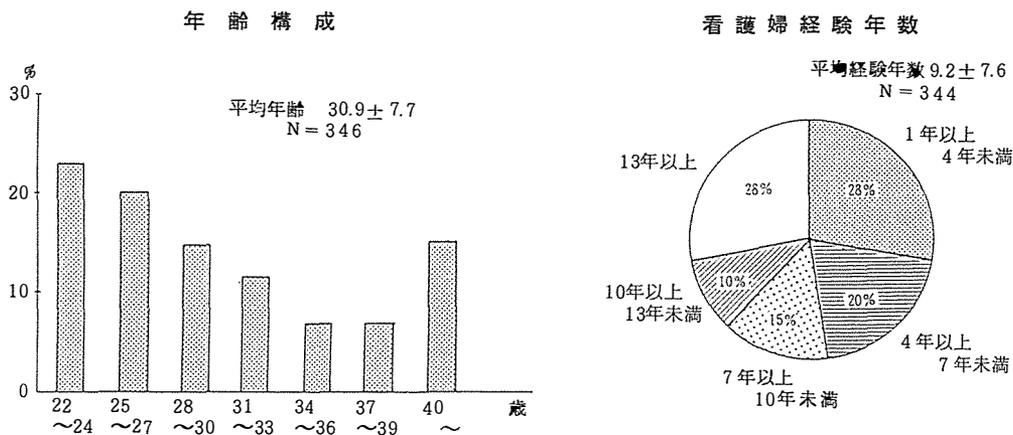


図1 調査対象者の年齢・経験年数

点が高いほど満足していることを表わしている。

分析は個人の属性及び個人の意識による職務満足度の違いについて各々、分散分析を行い、その後、職務満足度を基準とする数量化I類による検討を行った。

53%、「医師・看護婦の関係」41%、「看護業務」40%、満足度が最も低かった要因は「給料」の33%であった(表1)。

表1 職務満足度の得点

順位	各構成要因	可能な最高値	平均値	平均値/最高値 × 100 (%)
1	職業的地位	32	22.1 ± 4.2	69
2	看護婦相互の影響	28	18.7 ± 4.7	67
3	専門職としての自律	20	10.6 ± 3.0	53
4	看護管理	40	21.2 ± 5.5	53
5	医師・看護婦間の関係	12	4.9 ± 2.8	41
6	看護業務	24	9.7 ± 4.0	40
7	給料	32	10.6 ± 4.8	33
	合計	188	98.0 ± 18.2	52

3. 結果

1) 対象者の背景

対象者の平均年齢は30.9 ± 7.7歳、看護婦経験年数9.2 ± 7.6年である。年齢は20代が58%、看護婦経験は1 ~ 6年が47%であった(図1)。

職位は副婦長20名、スタッフ327名であった。

所属部署は、内科系54名(第1内科~第4内科、放射線科)、外科系76名(第1外科、整形外科、脳神経外科、婦人科、泌尿器科)、小外科系38名(眼科、耳鼻科、■腔外科、皮膚科)、産科18名、特殊病棟38名、(小児科、精神神経科、リハビリ・麻酔科、救急部)、ICU12名、手術室25名である。

2) 職務満足度の各構成要因の得点

職務満足度は(総得点188点満点)、平均98点で総得点の約52%であった。各構成要因に可能な最高値と比較した得点割合を見ると、重要な仕事をしているという「職業的地位」に関する満足度が最も高く69%、次いで看護婦間の人間関係、協力に関する「看護婦相互の影響」67%と他の要因に比較し高い満足度を示した。以下、「専門職としての自律」53%、「看護管理」

3) 職務満足度と個人属性の関係

年齢別にみると25~27歳、31~33歳で低いW型を示した。しかし、年齢毎に分散分析を行って有意差を見ると、25~36歳までの各年齢間に有意差はみられず、この年齢を底にしたU型を示した。

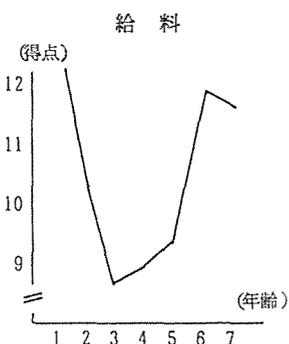
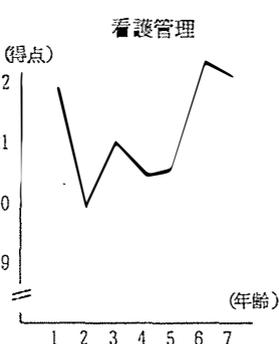
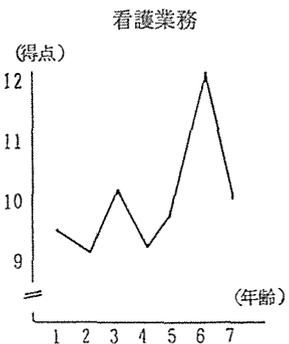
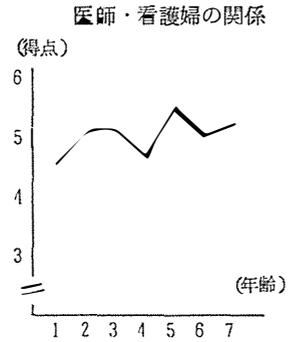
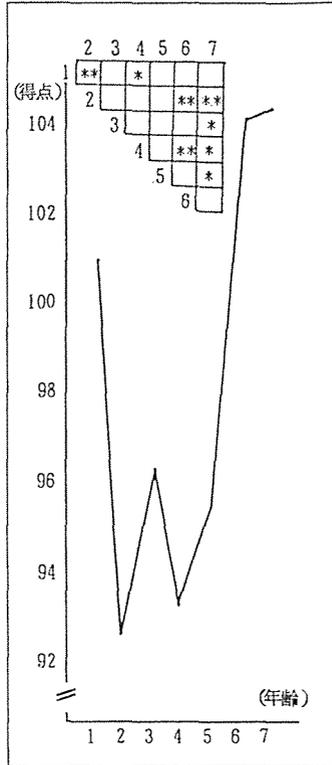
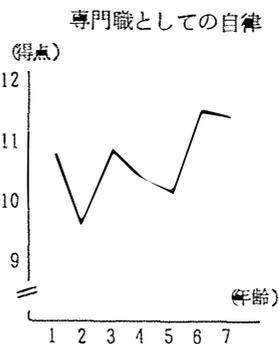
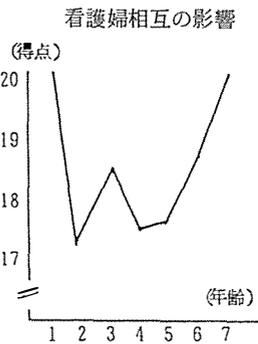
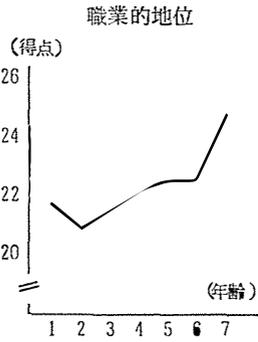
一方、構成要因別にみると「職業的地位」では年齢

S大学医学部附属病院に勤務する看護婦の職務満足に関する検討

を増す毎に満足度が高くなっていった。「医師・看護婦の関係」「看護管理」においては年齢による有意差はみられなかった。また、「医師・看護婦の関係」以外

の6要因で25~27歳で一旦満足度が低下する同一のパターンを示した。看護婦経験年数別の満足度の結果をみても同様の傾向を示した(■2)。

職務満足度の合計



- 1. 22~24歳
 - 2. 25~27歳
 - 3. 28~30歳
 - 4. 31~33歳
 - 5. 34~36歳
 - 6. 37~39歳
 - 7. 40歳以上
- *P<0.05 **P<0.01

■2 年齢別の職務満足度

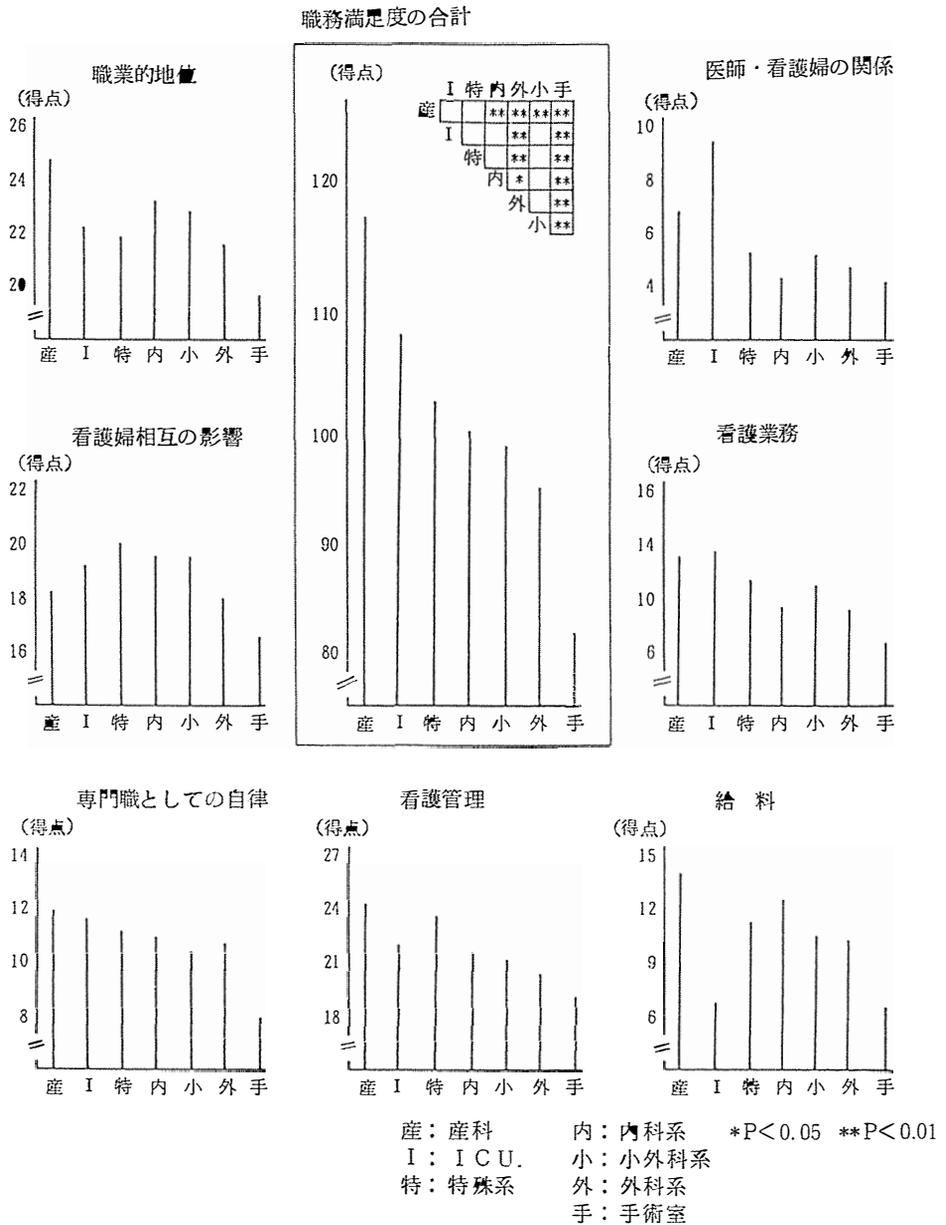


図3 所属部署別の職務満足度

所属部署別では産科、特殊系病棟、ICU に満足度が高く、外科系と手術室に低く、特に手術室が顕著に低かった。全般的に総得点が高い部署は構成要因の全てにおいて高い結果を示した。構成要因別にみていくと「職業的地位」「看護婦相互の影響」「専門職として

の自律」「看護管理」の要因に関しては、手術室以外では、部署別の大きな特徴は見られなかった。「看護業務」「医師と看護婦の関係」に関しては産科、ICU が他の部署よりも有意に高い満足度を示した。「給料」に関してはICU は他の全ての要因に満足度が高いに

S大学医学部附属病院に勤務する看護婦の職務満足に関する検討

もかわらず最も低い値を示した。また「医師・看護婦の関係」の満足度はICUが最も高かった。手術室は全ての構成要因に関して満足度が最も低く、特に「職業的地位」「専門職としての自律」「看護業務」に関しては全ての部署との間で有意差がみられた(■3)。

職位別にみると、副婦長とスタッフでは副婦長に全般的に満足度が高く、構成要因別では「専門職としての自律」に有意差が見られた。

教育背景との関係では、職務満足度の総得点においては差はみられなかったが、構成要因別では「職業的地位」に関して保健婦・助産婦学校卒業に有意に高く、短大卒業に最も満足度が低かった。「給料」に関して

は保健婦・助産婦学校卒業と短大卒業の間に差はなく、これらと専門学校卒業の間には差があり、最も満足度が低かった(■4)。

4) 配置に関する意識と職務満足度

配置に関しては「配置部署が希望通りでない」「部署が適していない」「現在配置転換を希望している」者が満足度が低かった。構成要因別にみると「配置部署が希望通りでない」ことが「職業的地位」「医師と看護婦の関係」に、「部署が適していない」ことが全ての要因に、「配置転換を希望している」ことが「看護業務」と「給料」以外の全ての要因に対して満足度が低かった(図5)。

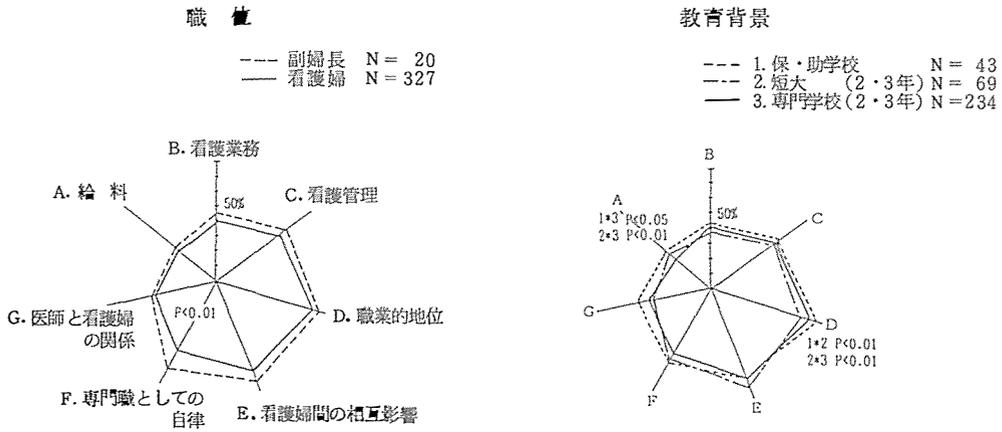
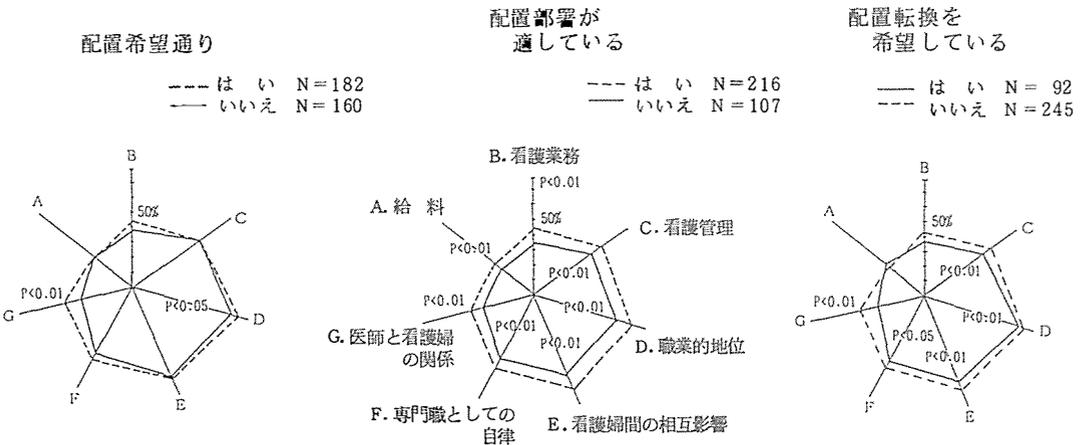


図4 個人の属性と職務満足度の比較



■5 配置に関する意識と職務満足度の比較

5) 看護職選択の動機と職務満足度

満足度は「やりがいがある」「社会に役立つ」「勧められてなった」と答えた者に高く、「一生の仕事」「経済的に自立できる」「資格が持てる」と答えた者に低かった。特に、「やりがいがある」と答えた者は上記の満足度が低い3つの要因よりも有意に高かった。また、「経済的に自立できる」と答えた者は同様に満足度が高い他の3つの理由よりも低かった(図6)。

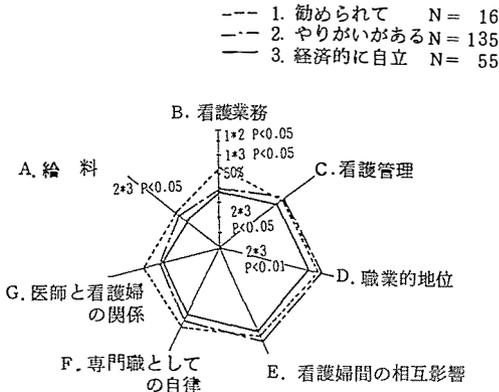


図6 看護職選択の動機と職務満足

6) 職業継続の意志と職務満足度

職業を「継続したい」と答えた者に満足度が有意に高く、「再就職」を考えている者に低く、職業継続意志により有意差がみられた。構成要因別では「職業的地位」に差がみられ、「継続したい」「再就業」「結婚か出産まで」の順に満足度が低かった(図7)。

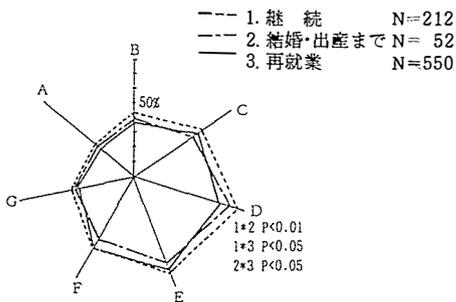


図7 職業継続の意志と職務満足度

7) ロールモデルの有無と職務満足度

「ロールモデルが現在いる」と答えた者が66%おり、

「過去にいた」「いない」と答えた者に比較し満足度が高く有意差がみられた。要因別では「看護婦相互の影響」に差がみられ、「現在いる」者に高く、「過去にいた」「いない」と答えた者に低かった(図8)。

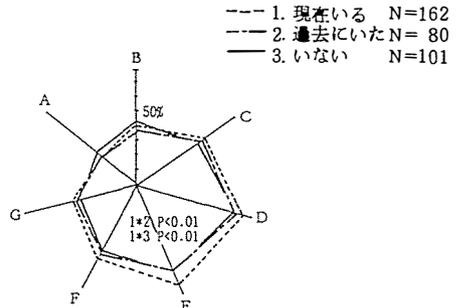


図8 ロールモデルの有無と職務満足度

8) 職務の充実感と職務満足度

「現在、充実感がない」と答えた者が44%おり、満足度が低く、「充実感が過去にあった」及び、「充実感が現在ある」と答えた者との間に有意差が見られた。

構成要因別では「医師と看護婦間の関係」以外の全てに有意差がみられた(図9)。

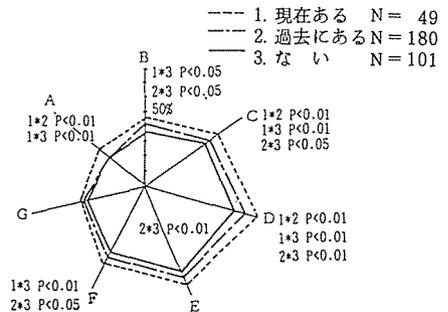


図9 職務の充実感と職務満足度

9) 数量化I類による結果

これら全てのカテゴリーについて、職務満足度を外的基準として数量化I類による多変量解析を行った。分析の結果は先の分散分析の結果とほぼ同様の傾向であった。

職務満足度を高めている要因をカテゴリースコアからみると「所属部署」「職位」「看護職の選択動機」「配置に関する意識」「年齢」などであった(図10)。

S大学医学部附属病院に勤務する看護婦の職務満足に関する検討

項目	N	カテゴリースコア	
		12	12
年齢	22～24歳	65	
	25～27歳	55	
	28～30歳	37	
	31～33歳	36	
	34～36歳	17	
	37～39歳	19	
	40歳以上	32	
部署経験年数	～1年未満	17	
	1～2年未満	58	
	2～3年未満	52	
	3～4年未満	43	
	4～5年未満	27	
	5～6年未満	22	
所属部署	産科	18	
	I C U	12	
	特殊系	38	
	内科系	54	
	小外科系	38	
	外科系	76	
	手術室	25	
職位	副婦長	14	
	スタッフ	247	
教育背景	専門学校	164	
	短大	58	
	保・助学校	39	
希望配置	はい	133	
	いいえ	128	
	はい	181	
	いいえ	80	
配置転換を希望している	はい	73	
	いいえ	188	
看護職選択動機	やりがいがある	106	
	一生の仕事	42	
	経済的自立	40	
	社会に役立つ	18	
	資格がもてる	44	
	勧められて	11	
継続の意思	継続したい	172	
	結婚・出産まで	43	
	再就業	46	
ロールモデル	いる	130	
	今までいた	58	
	いない	73	
充実感	現在ある	41	
	過去にあった	143	
	ない	77	

図10 職務満足度に影響を及ぼす要因

4. 考 察

今回の研究では、看護婦の職務満足度を Stamps らが開発した手法を用いて測定した。その結果、年齢と職務満足度との関係においては、これまで Stamps の方法を用いて行われた他の研究と類似した結果となった。特に、20代半ばに満足度が低下する傾向については、水野らが報告した、「勤続年数4～5年において勤労意欲の顕著な低下と、職業継続意志の低下がみられる」と一致した傾向を示した¹⁾。

今回の調査でも、この年代の職務満足度は最も低く、職務満足構成要因の7要因全てに共通して見られていた。その背景として、看護婦として働き始めた頃に比較して、この時期には周回を見る余裕ができ、看護の現場の大変さが見え始めると同時に、職場における責任や役割が増すことの負担が一因となっているとも考えられる。

一方で、就業時には仕事や人間関係に緊張や張り合いがあり、新鮮さが意欲や満足に結びついているが、経験を重ねる毎に仕事に対する慣れが生じ、張り合いがなくなるとも言われている²⁾。どちらの理由による満足度の低下であるかは、個人差や、職場における役割などにも影響を受けると考えられる。この年代は一般に女性のライフステージとしての結婚、出産の時期と重なり、職業継続について最も悩む時期である。仕事に対する意欲や満足度の低下が離職に結び付きやすい時期であるが見え、この年代に対するフォローの重要性が改めて示唆された。

25～36歳での満足度の低下は、若林らの研究でも大学卒業の男子社員において報告されている。今回の結果では、看護職においても同様の傾向がみられた。キャリアの試行期から確立期にあたるこの時期は、自らの職業の適正を考え、自己実現を望み、成長欲求が強い時期ともいえ、それが満たされないことによって、現実の状態に対する不満が強く表れたものと考えられる。

今回の調査結果から、所属部署と職務満足との関係を見ると、手術室は他部署に比較して最も職務満足度が低いことが明らかとなった。手術室に職場異動の回数の多いことから、職務に対する不満と異動回数との間には関連があることが示唆された。手術室には「希望配置ではない」「部署が適さない」と回答したも

のが多く、「手術室」という特殊領域に対しての不満とも考えられ、今後、改めて別の角度から検討する必要があると考えられる。

一方、満足度が高かったのは、専門領域に属すると思われる産科、ICU、特殊系病棟であった。産科及びICUはその部署での勤務を希望している看護婦が多く配置されていることから、それが職務満足度を高める一因となっていることが考えられる。看護の領域が明確であることが配置を希望することにつながり、満足度を高めていると推察される。特殊系病棟の満足度は産科、ICUほど顕著に高くはないが、同様の傾向を示しているといえ、専門領域の明確さが満足度と関係していることが示唆された。これまでに所属部署と職務満足との関係については、尾崎らの「看護婦の職務満足の比較研究」³⁾、白井らの「看護婦の仕事への満足度に影響する要因」⁴⁾、宮澤らの「手術室看護婦と外科、内科病棟看護婦との比較」⁵⁾などがある。これらの研究は、病院の設置主体、看護方式に違いがあり、すぐに今回の調査結果と比較することは難しいが、尾崎らの調査において示されたICU・CCUの看護婦に満足度が高いという結果や、白井らの調査において示された、特殊系病棟の看護婦に満足度が高いという結果は、今回の調査結果とかなり一致した傾向を示したものと見えよう。しかし、先にも述べたように、部署比較においては、分類の仕方やサンプル数の制限、構成人員の背景なども加え、更なる検討を行った上で議論が必要と考える。

仕事の特徴が、仕事の満足、活動、欠勤及び離職といった雇用者の反応に、決定的に重要な要素であるという一般的モデルがある。HackmanとOldhamは、特に関連する5つの仕事の特徴を①技能の多様性、②仕事の明確性、③仕事の重要性、④自律性、⑤仕事それ自体からのフィードバックであるとしている¹⁰⁾。また「技術の使用具合」が満足度に重要であるとする報告もあり、今後、看護の仕事の中身で満足度が異なるのかを、比較・検討していく必要があろう。

職位と職務満足度の関係については、副部長職に高い傾向があり、特に「専門職としての自律」に関して高かった。水野らは「昇進は看護職員にとってほとんど魅力のない成果である。」⁸⁾と報告している。しかし、今回の結果から、職位につくことによって、専門職として自律した存在であることを意識し、自己の決定権

などが増すことで、結果として職務満足度を高めることにつながっていると考えられる。

配置に関する意識と職務満足については、深沢、角谷、草刈ら⁴⁾⁵⁾により「希望配置でない」ことが満足度を低下させる要因であることがすでに指摘されている。今回はそれに加え、「部署が適していない」という本人の意識がさらに重要な要因としてあげられた。配置に関する意識により満足度に違いが見られたことは、看護婦自身が部署選択において、より明確な意志を持っていることの表れと言える。一方、配置の仕方によっては不満足が助長されるとも考えられ、看護管理における要員配置の重要性が改めて認識させられる。

今回の調査から、看護職の選択動機と満足度との間にも差がみられた。職業選択の動機で「経済的に自立したい」「一生の仕事」「資格がもてる」と答えたにもかかわらず、調査時点で満足度が低い結果となったこ

とは、これからの看護職のありかたを考える上で見過ごす事の出来ない重要な点であると言えよう。今後、動機の達成についての遺跡なども含めて、充分検討していきたい課題であると考えられる。

結 論

手術室の低い定着率を契機として職務満足調査を実施した結果、手術室看護婦の職務満足度は7要因において最低値を示し、改めて「低い職務満足は低い定着率につながる」ことが確認されたと言える。

満足度の関連要因としては、「年齢」「部署」「職位」など先行研究の結果と類似した結果が得られたが、新たに「職業選択の動機」および「部署が適していない」とする本人の意識が関連要因として特定され、今後「職員配置のあり方」を考える上で重要な視点が明らかにされたと言える。

要 約

本研究は、病院全体の看護婦の定着率は92%と安定しているが、手術室の看護婦の定着率が75%と低く看護管理上問題となっているS大学附属病院を対象にしている。今回はここに勤務する看護婦471名を対象に、Stampsが作成した調査項目を使用して職務満足度の調査を行った。その結果、以下のことが明らかとなった。

- 1) 手術室の職務満足度はすべての要因において最も低く、職場異動が職場満足に重要な関連があることが示唆された。
- 2) 所属部署での職務満足は「産科」「ICU」「特殊系病棟」など、専門性が明確な領域で高い傾向がみられた。
- 3) 年齢と職務満足度との関係は、25~36歳を底にしたU型であった。
- 4) 配置に関する意識と職務満足度の関係は、「配置が希望通りでない」「配置部署が適していない」「配置転換を希望している」者が満足度が低かった。特に、「適していない」と答えた者は、全ての構成要因で満足度が低かった。
- 5) 「職位」や「職業選択の動機」の違いにより、職務満足度に差がみられた。

Abstract

Job satisfaction of nurses in S university hospital was investigated using STAMPS Job Satisfaction Scale, because the operating unit has the lowest (75%) retention rate, even though the hospital has high (92%) retention rate. As a result, the followings became apparent.

- 1) It was recognized that operating unit gets the worst points for all factors of Job

S 大学医学部附属病院に勤務する看護婦の職務満足に関する検討

Satisfaction Scale. This shows that low job satisfaction related to low retention.

- 2) The more specific units, like obstetrics, ICU, and other specialized units get higher JS points.
- 3) The relation between age and job satisfaction shows "U pattern" having a depression in the 25-36 year old age group.
- 4) Nurse's perception of rotated placement had lower JS points in those groups characterized as having "unwilling rotation", "inappropriate assignment" and "desiring new placement". Especially, "inappropriate assignment" group makes JS point lower for almost all factors.
- 5) Both job position and motivation of job choice showed a correlation with job satisfaction as demonstrated by JS points.

参考文献

- 1) 西川一廉：職務満足の心理学的研究，勁草書房
- 2) 尾崎フサ子：看護婦の仕事への満足度に関する研究，看護研究，vol. 20, No. 3 p 302-311, 1987.
- 3) 尾崎フサ子：看護婦の職務満足度の比較研究，第19回日本看護学会要録，看護管理，p 211-214, 1988.
- 4) 深沢佳代子・草刈淳子・川口孝泰：看護婦の職務満足に関する検討，第15回日本看護研究学会，抄録集，1989.
- 5) 角谷英子・草刈淳子・川口孝泰：看護婦の職務満足に関する検討，第16回日本看護研究学会，抄録集，1990.
- 6) 白井瑞子・斉藤静代：看護婦の仕事への満足度に影響する要因，香川中医誌，vol. 8, p 182-188, 1989.
- 7) 宮澤美津子・峯村弘子・矢島二子：看護婦の職務満足の研究，第20回日本看護学会集，看護管理，1989.
- 8) Stamps, P. L., Piedmont, E. B., Slabitt, D. B. & Hasse, A. M.: Measurement of Work Satisfaction among Health Professionals, Medical Care, 16(4), p 337-352, 1978.
- 9) 尾崎フサ子・忠政敏子：看護婦の職務満足質問紙の研究，大阪府立看護短期大紀要，vol. 10, No. 1 p 17-24, 1988.
- 10) Roedel, R. R., Nystrom, P. C.: Nursing jobs and Satisfaction, Nursing Management, 19(2), February, 1988.
- 11) 水野 智・江端美智子他：勤続年数による看護職の職務態度の変化，病院管理，vol. 24, No. 1, p 43-48, 1987.
- 12) 尾雅夫：組織の心理学，有斐閣ブックス
- 13) 二村敏子責任編集：組織の中の人間行動，有斐閣
- 14) 札幌医科大学医学部附属病院看護部：看護部のあゆみ，1990. 10

(平成6年4月14日受付)

(本研究の一部は，第18回日本看護研究学会(1992年，弘前市)において報告した。)

剃毛用ブラシの細菌学的検討

A Bacteriological Investigation of Shaving Brush of Skin Hair in Preoperative Nursing Preparations

花田 久美子*
Kumiko Hanada

小山田 恵**
Megumi Oyamada

葛西 敦子*
Atsuko Kasai

木村 紀美*
Kimi Kimura

米内山 千賀子*
Chikako Yonaiyama

福島 松郎*
Matsuro Fukushima

I はじめに

看護教育において成人看護学の外科領域では、手術前日の看護の中で「剃毛」に関する講義がされている。剃毛は病院における術前処置として一般的に行なわれており、その方法はかみそりでの剃毛処置がほとんどである。

しかし、近年その範囲・方法・必要性について疑問がもたれ、剃毛は必要な処置であるか否かを探る多くの研究が行われてきている。1970年以降、かみそりを用いた剃毛は微細な皮膚損傷を起こしやすく、角質層が除去され皮膚の防御機能を破壊し、ささくれだった皮膚に細菌が付着、繁殖し、むしろ術後の創感染の発症を高めるという報告が米¹⁾を初めとして次々に発表されてきた^{1)~5)}。

そこで本研究は創感染の原因となる細菌の侵入経路として、かみそりによる剃毛処置の際に使用する剃毛用ブラシの汚染に注目し、細菌学的に検討した。

II 研究材料および方法

1. 研究材料および対象

研究材料は弘前大学医学部附属病院第一外科・第二外科病棟において使用中の剃毛用ブラシ、および新製の剃毛用ブラシとし、材質はいずれも動物の毛である。

また、皮膚疾患のない健康な女子学生40名を対象とした。

2. 研究方法

1) 実験1: 病棟で使用中の剃毛用ブラシに付着している細菌の調査

病棟で使用中の剃毛用ブラシに付着している細菌を調べるため、上記の病棟において使用されている剃毛用ブラシから検体を採取した。

病棟での剃毛用ブラシの管理法は、1) 使用すると共に消毒液に浸し、消毒後は流水で洗浄後自然乾燥する方法としていた。消毒剤としてはヒビテン、テゴ-51が使用されており、消毒液の濃度、消毒時間は必ずしも一定してはいなかった。

① 調査期間

検体の採取は5日間連続して行い、採取時刻はその日の処置が終了する時間帯として午後4時とした。

② 検体の採取方法及び培養方法

15mlの滅菌生理的食塩水を入れた滅菌試験管の中で、剃毛用ブラシを手動的に1分間回転させて検体を採取した。その後、検体を遠心分離し、沈澱物を血液寒天培地に塗抹培養した。培養は37°C、24時間としコロニー数を数えて細菌数とした。

③ 検出細菌の種類同定法

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

** 瀬棚町役場 Setana Town Office

剃毛用ブラシの細菌学的検討

培養によって発育した菌をグラム染色し、グラム陽性球菌、グラム陰性球菌、グラム陽性桿菌、グラム陰性桿菌に大別した。黄色ブドウ球菌とその他のブドウ球菌の鑑別にはマンニット食塩培地を用い、コアグラゼテストを行った。また、グラム陰性桿菌はオキシダーゼテストを行い、陽性はオキシファームチューブへ、陰性はエンテロチューブへ接種し培養、同定した。大腸菌の鑑別にはドリガルスキー培地を用いた。

2) 実験2：剃毛用ブラシに付着する細菌の経時的調査

新品の剃毛用ブラシを使用した時に付着していく細菌を調べるため、実験1と同様の病棟において剃毛用ブラシを新品から使用してもらい、合計16本のそれぞれについて経時的に調査を行った。

剃毛用ブラシは病棟において普段使用されている方法で使用してもらい、看護婦に使用回数をチェックしてもらった。

① 調査期間

新品のブラシは朝の申し送り前に配り、配布当日を1日目とし4週間使用してもらった。検体採取は使用開始前と使用開始1日目から5日目までの毎日と、8日目、11日目、15日目、22日目に合計10回行った。

② 検体の採取方法と培養・同定方法

採取方法、培養・同定方法は実験1と同様に行った。

3) 実験3：剃毛用ブラシの消毒効果の調査

消毒剤による剃毛用ブラシの消毒効果を調べるために実験1、実験2に使用したブラシを消毒前、消毒直後、乾燥後について調査した。

① 使用消毒剤

消毒剤として0.2%テゴ-51、0.5%ヒピテン、0.1%オスパン、70%エタノールを各200ml使用した。

② 消毒方法と乾燥条件

各消毒剤の溶液に剃毛用ブラシを毛の部分が十分に浸るようにして30分間浸し、その後、流水で1分間ふり洗った。

消毒後の剃毛用ブラシは落下細菌の影響を避けるため、清潔な戸棚に立てて保管し、乾燥させた。

③ 検体の採取方法と培養・同定方法

消毒を行う前（以下、消毒前）、消毒液に30分間浸し流水で1分間ふり洗った直後（以下、消毒直後）、24時間後の乾燥した状態（以下、乾燥後）での剃毛用ブラシから実験1と同様の方法で検体を採取し、培養・

同定を行った。

4) 実験4：剃毛用ブラシを使用して石けんを塗った時に皮膚表面に付着する細菌の調査

病棟で使用されていた剃毛用ブラシを使用して皮膚表面（以下、皮表）に石けんを塗ることによって、そのブラシに付着している細菌も塗られているかを調べるために、新品の剃毛用ブラシを使用した時とを比較して石けんを塗る前後での皮表を調べた。

① 対象と検体採取部位

皮膚疾患のない健康な女子学生40名の右前腕部内側を3分割した。中央部を施行前の細菌採取部位、中枢側を病棟の剃毛用ブラシでの施行部位、末梢側を新品の剃毛用ブラシでの施行部位とした。

② 検体の採取方法

石けんを塗る前の皮表からの検体を採取するために、トリプチケースソイブロスを浸した滅菌綿棒で採取部位に直径1cm大の円を3回描き、血液寒天培地に塗抹した。

次に病棟で使用中の剃毛用ブラシを使って、石けんを水道水で泡立て、採取部位の末梢から中枢へ軽く塗り付けた後、同様にして検体を採取した。

同様に新品の剃毛用ブラシを使用して石けんを塗り、採取部位から検体を採取した。

③ 細菌の培養方法と同定法

検体を血液寒天培地に塗抹した後、実験1と同様に培養・同定した。

④ 使用物品の無菌性の確認

使用物品中で無菌性を必要とする綿棒、トリプチケースソイブロスは実験開始前に血液寒天培地に塗抹培養し、無菌性を確認した。

3. 統計的分析

データの分析は臨床統計解析「FISHER」を使用した。 χ^2 検定・Wilcoxon検定・McNemar検定・Kruskal-Wallis検定・Spearmanの相関係数を求め、有意確率0.05以下を有意な差があったとした。

III 研究成績

1. 実験1の成績

1) 病棟で使用中の剃毛用ブラシからの細菌検出率と検出細菌数

病棟で使用中の剃毛用ブラシのべ27本中23本（85.2%）から細菌が検出された。検体を採取した時点にお

剃毛用ブラシの細菌学的検討

ける剃毛用ブラシの状態は使用後に消毒された後まだ湿り気のあるもの（以下、湿潤状態）17本、使用後消毒液に浸されていたもの（以下、消毒状態）5本、乾燥しているもの（以下、乾燥状態）5本であった。

それぞれにおける細菌検出率は湿潤状態で100%、消毒状態で80%、乾燥状態で40%であった。湿潤状態の細菌検出率が乾燥状態のものに比べ有意に高かった（ $P < 0.05$ ）（表1-a）。

表1-a 病棟で使用中の剃毛用ブラシからの細菌検出率

ブラシの状態	湿潤状態 (n=17)	消毒状態 (n=5)	乾燥状態 (n=5)
細菌検出率	100%	80%	40%

※

検出細菌数の平均は1,394個であり、最少で0個～最多で無数であった。なお、計算上、無数は2,000個とした。

ブラシの状態別での検出細菌の平均個数は湿潤状態で2,036個であり、消毒状態の291個と乾燥状態の316個に比べ、有意に多かった（ $P < 0.05$ ）（表1-b）。

表1-b 病棟で使用中の剃毛用ブラシからの検出細菌数

ブラシの状態	湿潤状態 (n=17)	消毒状態 (n=5)	乾燥状態 (n=5)
検出細菌数 M ± SD	2036 ± 2088	291 ± 242	316 ± 434

※

※

※ $P < 0.05$

2) 病棟で使用中の剃毛用ブラシから検出された菌の種類

検出された菌の種類は、グラム陽性球菌として黄色ブドウ球菌 (*Staphylococcus aureus*)、その他のブドウ球菌、グラム陽性桿菌として *Bacillus* 属、グラム陰性球菌として *Acinetobacter* 属、グラム陰性桿菌として緑膿菌 (*Pseudomonas aeruginosa*) と、*P. aeruginosa* 以外のブドウ糖非発酵性グラム

陰性桿菌 (*Maltophilia*, *Achromobacter* など)、大腸菌 (*Escherichia coli*)、および *E. coli* 以外の腸内細菌 (*Enterobacter*, *Serratia*, *Citrobacter* など) であった。

検出細菌数は、全体では腸内細菌が39%と最も多く、ついで *P. aeruginosa* 以外のブドウ糖非発酵性グラム陰性桿菌 (25%)、*P. aeruginosa* (19%)、*S. aureus* 以外のブドウ球菌 (14%)、*E. coli* (1%)、*S. aureus* (0.7%)、*Acinetobacter* 属 (0.5%)、*Bacillus* 属 (0.03%) の順であった (表2)。

表2 病棟で使用中の剃毛用ブラシから検出された菌種とブラシの状態別菌種の比率

検出された菌種	全体 (n=27)	湿潤状態 (n=17)	消毒状態 (n=5)	乾燥状態 (n=5)
<i>E. coli</i> 以外の腸内細菌	39.2	38.5	45.5	47.4
<i>P. aeruginosa</i> 以外のブドウ糖非発酵性グラム陰性桿菌	25.3	26.2	19.9	10.8
<i>P. aeruginosa</i>	19.1	19.0	12.7	26.7
<i>S. aureus</i> 以外のブドウ球菌	14.1	14.4	17.7	5.2
<i>E. coli</i>	1.0	0.7	検出されず	9.2
<i>S. aureus</i>	0.7	0.6	3.9	検出されず
<i>Acinetobacter</i> 属	0.5	0.5	検出されず	0.8
<i>Bacillus</i> 属	0.0	0.0	0.3	0.1

数値は%

また、ブラシの状態別に菌種別細菌検出率を比較すると、*S. aureus* 以外のブドウ球菌は湿潤状態のもので82%、消毒状態で60%、乾燥状態で20%であり乾燥状態のものが有意に低かったが（ $P < 0.05$ ）、他の菌種ではブラシの状態別で有意な差は認められなかった。

2. 実験2の成績

未使用の新品の剃毛用ブラシからはほとんど細菌は検出されず、16本中1本 (6.3%) から1個検出されたのみであった。

ブラシ1本あたりの使用回数は少ないもので4回、多いもので13回使用されていた。使用日数と使用回数との間には有意な正の相関があった（ $r = 0.85$, $P < 0.01$ ）。

1) 使用日数からみた細菌検出率および検出細菌数
使用回数別にみた細菌検出率は、1日目に53.3%、

剃毛用ブラシの細菌学的検討

2日目に57.1%，3日目に75.0%と日毎に高くなり，4日目には93.8%，5日目には100%となり以後持続した。未使用の状態と比較し，使用開始とともに有意に高い細菌検出率となった（ $P<0.01$ ）。

使用日数別にみた検出細菌数の平均は1日目49.3個，2日目163.9個，3日目304.0個，4日目630.6個，5日目576.3個，8日目599.4個，11日目470.8個，15日目451.7個，22日目425.7個であった（表3）。使用日数と検出細菌数との間には有意な正の相関がみられた（ $r=0.59$ ， $P<0.01$ ）。

表3 新品の剃毛用ブラシに付着する細菌の経日的変化

使用日数	n	細菌検出率 (%)	検出細菌数 (M±SD)	最少～最多 (個)
使用前	16	6.3		0～1
1日目	15	53.3	49.3 ± 105.1	0～330
2日目	14	57.1	163.9 ± 273.4	0～748
3日目	12	75.0	304.0 ± 523.8	0～1591
4日目	16	93.8	630.6 ± 830.3	0～2000
5日目	16	100.0	576.3 ± 533.2	1～2000
8日目	13	100.0	599.4 ± 378.4	109～1484
11日目	14	100.0	470.8 ± 228.4	137～854
15日目	15	93.3	451.7 ± 520.7	0～2000
22日目	16	100.0	425.7 ± 285.6	59～945

2) 使用回数からみた細菌検出率および検出細菌数
使用回数別細菌検出率は1回で86.7%，2回で86.2%，3回で88.9%，4回で88.9%と高くなり，5回では100%となり以後持続した。未使用の状態と比較し，使用開始とともに有意に高い細菌検出率となった（ $P<0.01$ ）。

検出細菌数の平均は1回で394.2個，2回で652.1個，3回で364.3個，4回で406.6個，5回で293.4個，6回で533.2個であり，使用回数と検出細菌数の間には，有意な正の相関がみられた（ $r=0.44$ ， $P<0.01$ ）（表4）。

3) 検出された菌の種類

実験1において検出された菌と同種類の菌が検出された。

3. 実験3の成績

1) 消毒前後の細菌検出率と検出細菌数

消毒前の剃毛用ブラシからの細菌検出率は92.3%

表4 新品の剃毛用ブラシに付着する細菌の使用回数別変化

使用回数	n	細菌検出率 (%)	検出細菌数 (M±SD)	最少～最多 (個)
0回	26	19.2	0.5 ± 1.8	0～9
1回	30	86.7	394.2 ± 586.5	0～2000
2回	29	86.2	652.1 ± 606.2	0～2000
3回	18	88.9	364.3 ± 306.3	0～854
4回	9	88.9	406.6 ± 313.1	0～872
5回	8	100.0	293.4 ± 254.9	1～663
6回	5	100.0	533.2 ± 567.7	59～1118
7回	6	100.0	327.8 ± 180.2	112～660
8回	5	100.0	213.2 ± 110.7	109～374
9回	6	100.0	571.8 ± 712.1	98～2000
10回	1	100.0	98	
11回	2	100.0	467.0 ± 17.0	455～479
13回	2	100.0	242.0 ± 12.8	233～251

(39例中36例)であり，検出細菌数は290.3個であった。

消毒直後の細菌検出率は79.5%（39例中31例），検出細菌数は123.6個であり，消毒前に比べ，細菌検出率に有意な差は認められなかったが，検出細菌数は有意に減少していた（ $P<0.01$ ）（表5）。

表5 消毒前後の細菌検出率と検出細菌数の比較

	消毒前	消毒直後	乾燥後
細菌検出率 (%)	92.3	79.5	100.0
検出細菌数 (M ± SD)	290.3 ± 297.2	123.6 ± 208.9	295.0 ± 232.7
最少～最多 (個)	0～973	0～986	44～973

n=39
*** $P<0.01$

乾燥後では，全例に細菌が検出され，消毒直後に比べ有意に高い検出率だった。検出細菌数は295.0個であり，消毒直後に比較して有意に増加し，消毒前の状態とほぼ同じになっていた（表5）。

剃毛用ブラシの細菌学的検討

2) 消毒剤別細菌検出率と検出細菌数の比較

4種類の消毒剤に使用した剃毛用ブラシの消毒前の細菌検出率および細菌数の平均には差がなく、使用した剃毛用ブラシの条件は同じとみた。

各消毒剤別に消毒前と消毒直後、消毒直後と乾燥後、消毒前と乾燥後の細菌検出率の比較では、有意な差はなかった。また、消毒前・消毒直後・乾燥後の各状態における消毒剤間の違いもなかった(表6)。

表6 消毒剤別消毒前後の細菌検出率 (%)

使用消毒剤	消毒前	消毒直後	乾燥後
0.2% テゴ-51	100.0	90.9	100.0
0.1% オスバン	81.8	81.8	100.0
0.5% ヒビテン	91.7	58.3	100.0
70% エタノール	100.0	100.0	100.0

消毒直後の検出細菌数では、0.5%ヒビテンにおいて消毒前の329.3個と比較して62.4個と有意に減少していた(P<0.01)。その他の消毒剤では有意な減少は認められなかった(表7)。

表7 消毒剤別消毒前後の検出細菌数 (個)

使用消毒剤	消毒前	消毒直後	乾燥後
0.2% テゴ-51	318.5 ± 336.8	176.1 ± 286.9	368.0 ± 301.8
0.1% オスバン	173.9 ± 175.7	90.1 ± 109.0	237.2 ± 173.3
0.5% ヒビテン	329.3 ± 310.0	62.4 ± 122.7	312.9 ± 247.5
70% エタノール	390.2 ± 396.9	229.0 ± 319.3	218.8 ± 106.8

※※ P<0.01

乾燥後では、0.2%テゴ-51, 0.1%オスバン, 0.5%ヒビテンを使用した場合に消毒直後と比較して有意な増加があり(P<0.01)、消毒前の状態とほぼ同じになっていた。

70%エタノールで消毒した場合には消毒直後・乾燥後ともに検出細菌数は減少していたが、有意なものではなかった。

4. 実験 4

1) 細菌検出率と検出細菌数

ブラシで石けんを塗る実験前の皮表、病棟で使用中の剃毛用ブラシで実験後の皮表、および新品の剃毛用ブラシで実験後の皮表のいずれからも全例に細菌が検出された。

実験前の皮表からの検出細菌数は73.5個、病棟ブラシ実験後の皮表からの検出細菌数は171.5個、新品ブラシ実験後の皮表からの検出細菌数は72.6個であった。実験前に比較し、病棟ブラシ実験後に有意な細菌数の増加があった(P<0.01)。新品ブラシ実験後と比較しても、病棟ブラシ実験後の検出細菌数が有意に多かった(P<0.01)(表8)。

表8 ブラシで石けんを塗った皮膚の細菌検出率と検出細菌数

	実験前	病棟ブラシ 実験後	新品ブラシ 実験後
細菌検出率 (%)	100.0	100.0	100.0
検出細菌数 (M±SD)	73.5 ± 97.8	171.5 ± 185.2	72.6 ± 92.2
最少~最多 (個)	1~ 466	1~ 742	2~ 428

n=40
※ P<0.01

2) 菌種別の細菌検出率の比較

菌種別に細菌検出率を比較すると、病棟のブラシを使用した場合に実験前および新品のブラシを使用した場合に比べ、*P. aeruginosa*, *P. aeruginosa* 以外のブドウ糖非発酵性グラム陰性桿菌、*E. coli* 以外の腸内細菌が有意に高かった(P<0.01)(表9)。

S. aureus は病棟のブラシを使用した場合、新品のブ

剃毛用ブラシの細菌学的検討

ブラシを使用した場合に比べ検出率が有意に高かった ($P < 0.01$)。

表9 剃毛用ブラシで石けんを塗った皮膚からの菌種別細菌検出率 n=40

検出された菌種	実験前	病棟ブラシ 実験後	新品ブラシ 実験後
<i>S. aureus</i> 以外のブドウ球菌	100.0	92.5	97.5
<i>Bacillus</i> 属	72.5	52.5	60.0
<i>S. aureus</i>	60.0	77.5	47.5
<i>Acinetobacter</i> 属	32.5	37.5	27.5
<i>P. aeruginosa</i> 以外のブドウ糖非発酵性グラム陰性桿菌	10.0	55.0	17.5
<i>E. coli</i> 以外の腸内細菌	2.5	37.5	10.0
<i>P. aeruginosa</i>	検出されず	52.5	2.5
<i>E. coli</i>	検出されず	7.5	検出されず

数値は%
※※ $P < 0.01$

P. aeruginosa は実験前の皮表からは検出されなかったが、病棟ブラシを使用した場合の皮表から40例中21例に検出された。同様に、*E. coli* も3例から検出された。

3) 検出細菌数の菌種別比率

検出細菌数の菌種別比率をみると、実験前の皮表と新品ブラシを使用しての実験後の皮表から検出された細菌数の比率はほぼ同じであるが、病棟で使用されたブラシを使用した場合の皮表から検出された細菌数の比率は、*P. aeruginosa*、*P. aeruginosa* 以外のブドウ糖非発酵性グラム陰性桿菌、*E. coli* 以外の腸内細菌が多かった (図1)。

IV 考 察

外科領域においては手術による直接的な身体への侵襲が加えられることによって、それに伴う二次的創感染が問題になっている。小林は⁶⁾1964年から1986年の文献をまとめ、手術創感染に関与する諸因子として手術創の清浄度のほか、手術前入院期間、年齢、手術手洗い時間、手術時間、手術用ゴム手袋、ドレープなどと共に剃毛をあげている。

剃毛は近代消毒法の生みの親である Lister の時代以前から既に感染予防の目的で行われており、1971年

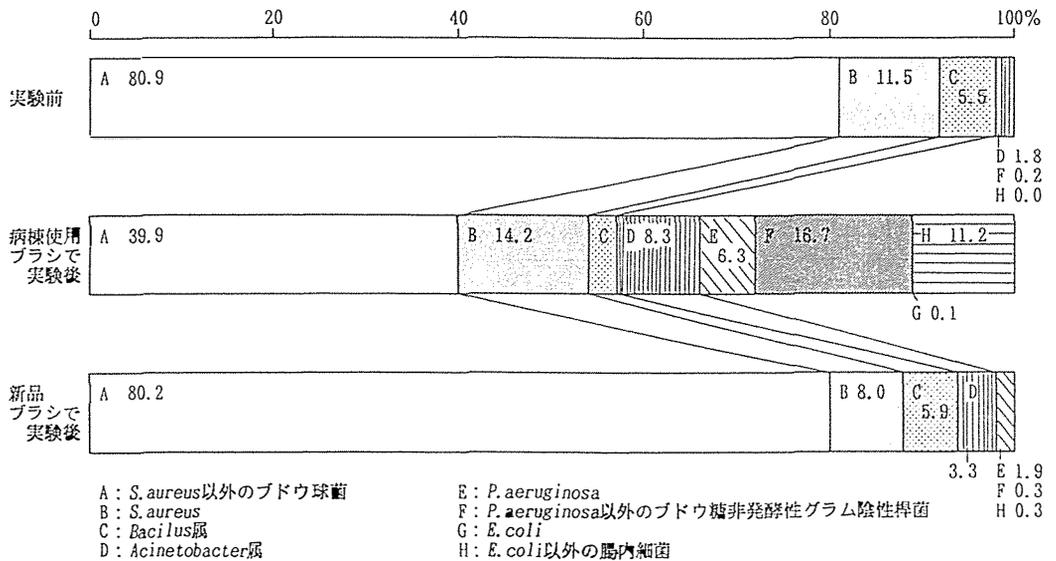


図1 ブラシを使用して石けんを塗った皮表からの検出細菌数の菌種別比率

に Seropian と Reynolds が初めてその科学的非合理性を問題とするまで、その基本概念には何ら疑問が呈されることはなかった⁷⁾。Seropian ら¹⁾ はかみそりをを用いた剃毛後の手術創感染率は5.6%、まったく除毛しなかった例および脱毛剤を用いた例で0.6%と報告し、剃毛した場合、創感染率が高まることを指摘した。Cruse と Foord は1973年には23,649例を対象に、1980年には³⁾62,939例を対象にした研究で、手術後の創感染率は剃毛例で1.7%、電気かみそりをを用いた例で1.4%、まったく除毛しなかった例では0.9%と報告している。

わが国でも船見ら⁸⁾、埜ら⁹⁾、深谷ら¹⁰⁾は剃毛しないことで皮膚消毒効果は減弱しないばかりでなく、剃毛した場合、皮膚消毒後の細菌検出率および細菌数も多いことを報告している。

本研究では、剃毛処置を行った後の皮膚からの細菌検出率が高い原因の一つとして、剃毛用ブラシの汚染に着目し検討した。剃毛処置時に患者の皮膚に直接接触するものとしては、かみそりと剃毛用ブラシがあげられる。かみそりはディスポザブルであり、滅菌されたものではないが無菌であることを確認した。剃毛用ブラシは通常同じものが使用されていることから、感染の経路として着目した。

石川ら¹¹⁾による創感染よりの分離菌の種類と頻度をみると、グラム陽性球菌として腸球菌、黄色ブドウ球菌が多く、グラム陰性桿菌としては大腸菌、エンテロバクター、緑膿菌が多い。これらの細菌は術後感染症や院内感染の原因となる主な病原菌であり、抵抗力の低下している患者の身体にとってはいわゆる日和見感染の危険をもっているものである。

今回の実験では病棟で使用されていた剃毛用ブラシから、これらの菌が多数検出された。また、ほとんど無菌の状態であった新品の剃毛用ブラシでも、使用開始とともに同様の菌が検出され、使用日数と検出細菌数との間および使用回数と検出細菌数との間には有意な正の相関があった。一度使用された剃毛用ブラシは細菌に汚染されやすく、感染を招く危険を含んでいるといえる。

神谷ら¹²⁾は、除毛を行なう際に最も多くとられているかみそりによる剃毛操作は皮膚の自然防御機構を破壊するだけでなく、皮膚表面の損傷や組織浸出液の付着は、細菌の繁殖に好都合な場所をつくる恐れがあ

るとのべている。一方、Hamilton ら⁴⁾は剃毛した皮膚を走査電子顕微鏡で観察した結果、剃刀で剃毛された皮膚の角質層は著しく傷つけられ、バリカンでは皮膚のしわをかみやすく、除毛剤では傷は生じないことを明らかにした。門田ら⁷⁾もかみそり剃毛では脱毛薬や電気かみそりによる剃毛に比べ、微細な皮膚損傷を起しやすく、術後感染の増加につながると考えられると報告している。

かみそりは粗削りで細菌は切り口に隠れ、消毒剤を使用しても生き残り、細菌は繁殖すると述べている報告⁵⁾もあり、また、増田ら¹³⁾、板倉ら¹⁴⁾は、剃毛した患者群の皮膚には、イソジンで消毒しても細菌が検出され、剃毛しなかった患者群では、ほとんど細菌が検出されなかったと述べている。消毒後の皮膚に細菌が存在することは、術後創感染を起こす危険性が高くなる。

かみそりでの剃毛を行なう際、今回の実験結果のように感染の原因となる菌が多数付着している剃毛用ブラシで石けんを塗り、剃毛処置を行なうことは、剃毛処置時にかみそりによってできる表皮の微細な損傷に、剃毛用ブラシを介して細菌が入り込んでしまう可能性を否定できない。

剃毛用ブラシを使用することによって実際に表皮の細菌が増加するか否かを病院で使用中の剃毛用ブラシを使って表皮に石けんを塗った時と新品の剃毛用ブラシを使って塗った時の検出細菌数で調べたところ、前者が有意に多い結果が得られた。

一方、検出された細菌を菌種別にみると、皮膚の常在菌といわれるブドウ球菌は、石けんを塗る前の皮表、病棟のブラシを使用した時、新品のブラシを使用した時、いずれにおいても最も多く検出された。*Bacillus*も同様の細菌であり、いずれにおいても細菌検出率に有意差はなかった。しかし、*S. aureus*, *P. aeruginosa*, *P. aeruginosa*以外のブドウ糖非発酵性グラム陰性桿菌、*E. coli*以外の腸内細菌の細菌検出率は、病棟のブラシを使用した時に有意に高かった。

*P. aeruginosa*は石けんを塗る前の皮表からはまったく検出されなかったが、病棟のブラシを使用した時の皮表からは19例で検出された。また、*P. aeruginosa*以外のブドウ糖非発酵性グラム陰性桿菌、*E. coli*以外の腸内細菌は、石けんを塗る前の皮膚からはそれぞれ3例、1例のみに検出されたのに対し、病棟のブ

ラシ使用ではそれぞれ21例, 16例, *E. coli*は3例に検出された。

ブドウ球菌群は皮膚や鼻咽喉粘膜の常在菌であることから検出率が高いことはうなづける。しかし, *P. aeruginosa*は腋窩などからよく検出される菌であることから, このような部位を剃毛した患者から付着した可能性もあった。*E. coli*などは陰部周囲の剃毛時にブラシに付着したものと考えられた。

これらの病原性のある細菌が新品のブラシを使用した時に比べ, 病棟で使用されているブラシから多数検出されたことは, 創感染や院内感染を引き起こす危険性をもつものであり, かみそり剃毛を行う際は, できるかぎり清潔な剃毛用ブラシを使用することが望ましいと考えられた。

そこで, ブラシを消毒液に浸した場合の検出細菌数を, 消毒前, 消毒直後, 24時間後の乾燥した状態で調べると, 消毒直後は消毒前に比較し有意に減少したが, 消毒液に浸したすべてのブラシで乾燥後の細菌数は再び増加していた。これは細かい毛の密集したブラシの内側には気泡などで薬剤が濡きにくいいため, 生存残菌が増殖した可能性も考えられた。また, 4種類の消毒剤について, その消毒効果を調査したが有意差はなく, 単に消毒液に浸すだけではブラシを清潔に保つことは難しいと思われた。

除毛に対する見解について, 1984年に数間ら¹⁵⁾が, 1985年には浜崎ら¹⁶⁾がアンケート調査を行っており, その結果からは, 剃毛を必要とする理由としては, 「手術野の皮膚消毒効果を高め, 術後の創感染を予防する」というものが最も多く, その他, 「脱落毛の創内混入の予防」, 「皮膚消毒がしやすい」, 「切開, 縫合がしやすい」, 「絆創膏剥離時の疼痛予防」, 「毛の存在が術者に違和感を与える」といったものがあり, わが国では依然として多くの病院において剃毛が行われており, 剃毛に対する医師の関心の低さ, 剃毛の必要性や剃毛範囲などに対する医師の見解はまちまちであることや剃毛を皮膚損傷因子と考えている医師は少ないことがうかがわれる。その後, 1987年の門田⁷⁾ら, 1989年の種池ら¹⁷⁾によるアンケート調査でも同様の結果がでている。

小島ら¹⁰⁾は, 剛毛の存在するままに十分な消毒効果があると報告している。手術操作の妨げになるという理由で除毛を行なう場合は, かみそりによる損傷を

受けやすい腋窩などの皮膚の薄い場所や, 過敏な皮膚の剛毛は, 別の方法をとるといった配慮が必要であろう。

剃毛用ブラシへの細菌の付着を防ぎ, 清潔に保つためには, 1 ■使用するたびに高圧蒸気滅菌などの滅菌法が必要と思われた。あるいは, 剃毛用ブラシを使用して石けんを塗るという手段以外の方法が必要であろう。しかし, かみそりを使用する限り, 皮膚損傷部位から細菌に感染する危険は残るといえよう。

近年, 剃毛に関する細菌学的, 組織学的, 心理的な角度からの検討が重ねられてきた。門田ら⁷⁾, 古橋¹⁹⁾は, 剃毛は必要最小限にとどめ, 産毛を剃毛する必要はなく, 剃毛方法として電気バリカンや脱毛剤の利用を提案している。それらの結果として, 看護教育で一般に使用されている教科書の記載も, 剃毛を創感染を予防するために必要なものとする記述から, 1993年以降には剃毛を第一選択とはしない条件付きの記述となってきた^{20), 21)}。

手術室看護婦協会 (AORN : Association of Operative Room Nurses)²²⁾が手術部の除毛は必要時にとどめるよう提言して以来, ようやく除毛の原則が変わろうとしていることに期待したい。

V 結 語

病棟において使用中の剃毛用ブラシに付着している細菌, 新品から使用した場合の経時的変化, 消毒剤による消毒効果, 剃毛用ブラシを使用して皮膚表面(以下, 皮表)に石けんを塗った時の皮表を調べ, 次のような結果を得た。

1. 病棟で使用中の剃毛用ブラシの85.2%から, 細菌が検出された。湿潤状態で100%, 消毒状態で80%, 乾燥状態で40%であり, 湿潤状態の細菌検出率が乾燥状態のものに比べ, 有意に高かった。

検出細菌の平均個数は, 湿潤状態で2,036個であり, 消毒状態の291個と乾燥状態の316個に比べ, 有意に多かった。

2. 検出された菌種は, *S. aureus*, その他のブドウ球菌, *Bacillus*属, *Acinetobacter*属, *P. aeruginosa*と, *P. aeruginosa*以外のブドウ糖非発酵性グラム陰性桿菌, *E. coli*, および*E. coli*以外の腸内細菌であった。

3. 新品の剃毛用ブラシの場合, 使用日数および使

剃毛用ブラシの細菌学的検討

用回数と検出細菌数との間には、有意な正の相関がみられた。

4. 消毒直後の検出細菌数は消毒前に比べ、有意に減少していた。

乾燥後では、消毒直後に比べ有意に増加し、消毒前の状態とほぼ同じになっていた。

5. ブラシで石けんを塗る実験前の皮表に比較し、病棟ブラシ実験後に有意な細菌数の増加があった。

以上により、剃毛用ブラシは一度使用すると細菌に汚染され、単に消毒液に浸すだけではブラシを清潔に

保つことは難しいと考えられた。

本稿をまとめるにあたりご協力いただいた弘前大学医学部附属病院1病棟4階・5階の看護婦の皆様、ご指導いただいた中央臨床検査部の齋藤芳彦主任臨床検査技師に感謝いたします。

本研究の要旨は第18回日本看護研究学会総会で発表された。

要 旨

剃毛は、術前処置として一般的に行なわれている処置である。本研究では、病棟において使用中の剃毛用ブラシと新品のブラシを細菌学的に検討した。

検体は血液寒天培地に塗抹培養し、同定した。

以上の実験により、次のような結果を得た。

1. 病棟で使用中の剃毛用ブラシの85.2%から、細菌が検出された。湿潤状態の細菌検出率が乾燥状態のものに比べ、有意に高かった。

2. 検出された菌種は、*S. aureus*、その他のブドウ球菌、*Bacillus*属、*Acinetobacter*属、*P. aeruginosa*と、*P. aeruginosa*以外のブドウ糖非発酵性グラム陰性桿菌、*E. coli*、および*E. coli*以外の腸内細菌であった。

3. 新品の剃毛用ブラシの場合検出された細菌はほとんどなかったが、使用日数および使用回数が増すと検出細菌数は有意に増加した。

4. 消毒直後の検出細菌数は消毒前に比べ、有意に減少していた。しかし、乾燥後では再び増加していた。

5. 病棟で使われたブラシで石けんを塗った皮表からは、実験前の皮表および新品のブラシを使用した場合に比較し、有意な細菌数の増加があった。

Abstract

Preoperative shaving of skin hair has customarily accepted as a routine preoperative nursing preparation. In this study, shaving brushes which were used at surgical ward in the hospital and new brushes were prepared as experimental materials. Biological contamination of these brushes was investigated with bacterial culture on blood agar and other bacteriological discriminating methods. On the other hand, disinfection effect of the brush with antiseptic solution (0.1% of Benzalkonium chloride, 0.2% of Alkyldiaminoethylglycine hydrochloride, 0.5% of Chlorhexidine gluconate and 70% of Ethanol) was examined and biological contamination in the surface of lathered skin with the brush was also evaluated.

The results were as follows ;

1. In case of used brush in surgical ward, various bacteria were found in 85.2%. Positive per-

剃毛用ブラシの細菌学的検討

centage of bacteria was higher in wet brush than that of dry one.

2. Distinguished bacteria were *Staphylococcus aureus*, *Staphylo. non-aureus*, Genus *Bacillus*, Genus *Acinetobacter*, *Pseudomonas aeruginosa*, *P. non-aeruginosa*, *E. coli*, Genus *Enterobacter*, Genus *Citrobacter* and Genus *Serratia*.

3. In case of new brush, distinguished bacteria were few but positive rate of the bacteria was significantly increased by its used number of times and days.

4. The colony number of bacterium from brush decreased significantly by disinfection, but it increased again when brush was dried after disinfection.

5. In the surface of skin lathered with the used brush, colony number of bacterium significantly increased than that of before lathering and lathered with new brush.

文 献

- 1) Seropian R, Reynolds B: Wound Infections after Preoperative Depilatory versus Razor Preparation. *Am. J. Surg.*, 121, pp. 251~254, March 1971.
- 2) Cruse P, Foord R: A Five-Year Prospective Study of 23, 649 Surgical Wounds. *Arch. Surg.*, 107, pp. 206~210. Aug. 1973.
- 3) Cruse P, Foord R: The Epidemiology of Wound Infection, A 10-Year Prospective Study of 62, 939 Wounds. *Surge. Clin. North Am.*, 60 (1), pp. 27~40, 1980.
- 4) Hamilton H. W. et al.: Preoperative Hair Removal. *Can. J. Surg.*, 20, pp. 269~275, May 1977.
- 5) 橋本綾子, 他: 剃毛処置その一検討, 第21回看護研究学会集録, pp. 381~383, 1972.
- 6) 小林寛伊: 院内感染—外科領域—, 臨床と微生物, 13 (3), pp. 323~330, 1986.
- 7) 門田俊夫, 他: 剃毛, 外科, 49 (11), pp. 1082~1085, 1987.
- 8) 船見紀子, 他: 剃毛の有無による皮膚消毒効果—頸部, 腹部の術野の細菌検査20例の報告—, 第19回日本看護学会集録 (看護総合), pp. 55~57, 1988.
- 9) 埜まゆみ, 他: 術前剃毛の有無による皮膚消毒効果の検討, 臨床看護, 14 (12), pp. 1858~1862, 1988.
- 10) 深谷ゆみ子, 他: 剃毛と創二次感染の関係について, 臨床看護, 15 (3), pp. 421~425, 1989.
- 11) 石川周, 他: 創感染, 外科治療, 62 (6), pp. 691~694, 1990.
- 12) 神谷保広, 他: 周手術期の感染防止, 無菌法と術後感染症, *Openursing*, 1 (2), pp. 32~39, 1986.
- 13) 増田栄里, 他: 剃毛の有無による皮膚消毒効果—腹部術野の細菌検査100例を通して—, 第22回日本看護学会集録 (成人看護 I), pp. 62~64, 1991.
- 14) 板倉あけみ, 他: 剃毛の有無による皮膚消毒効果, 第22回日本看護学会集録 (成人看護 I), pp. 65~68, 1991.
- 15) 齋間憲子, 他: 術前の除毛方法に関する研究, 第15回日本看護学会集録 (成人看護千葉), pp. 171~174, 1984.
- 16) 浜崎祐子, 他: 術前剃毛に対する医師の見解の調査, 第16回日本看護学会集録 (成人看護兵庫), pp. 161~165, 1984.
- 17) 種池礼子, 他: 剃毛の是非 (第二報), 臨床看護, 15 (11), pp. 1692~1695, 1989.
- 18) 小島操子, 他: 皮膚消毒に関する実験的研究—とくに剃毛の消毒効果に及ぼす影響について—, 第5回日本看護学会集録 (成人看護 I), pp. 82~84, 1974.
- 19) 古橋正吉, 他: 滅菌・消毒法の現代的解釈, 外科治療, 64 (5), pp. 509~516, 1991.
- 20) 岩井郁子, 他: 手術療法を必要とする患者の看護, 系統看護学講座 3, 臨床看護総論, 250~253, 医学書院, 東京, 1993.
- 21) 青木照明, 他: 術前患者の看護, 系統看護学講座別巻 1, 臨床外科看護総論, 164~167, 医学書院, 東京, 1994.
- 22) AORN: Proposed recommended practices for preoperative skin preparation of patients, *AORN, J.*, 35 (5), pp. 918~923, 1982.

(平成6年8月5日 受付)

科学技術庁放射線医学総合研究所 第3回放射線看護基礎課程研修生募集要綱

1 目 的

本課程は、放射線医療に関係する看護婦（士）を対象として、放射線の基礎・放射線の人体に対する影響・放射線の防護・放射線診療患者の看護などについての基礎知識・技術を与え、看護婦（士）が放射線に対する理解を深め放射線に正しく対処することにより放射線看護の向上を図ることを目的としています。

2 募集人員及び研修期間

- (1) 募集人員 20名
- (2) 研修期間 4日間

自 平成7年7月11日（火）
至 平成7年7月14日（金）

（なお、第4■は平成7年10月30日（月）～平成7年11月2■（木）に行う予定です。）

3 研修科目 別 記

4 応募資格

看護婦（士）又は准看護婦（士）の資格を持ち、放射線診療の業務に従事し、又は従事しようとする人。

5 申し込み要領

所定の申し込み書に必要な事項を記入のうえ、平成7年5月31日（水）までに放射線医学総合研究所長あて（養成訓練部気付）提出して下さい。

〒263 千葉県稲毛区穴川4-9-1
科学技術庁放射線医学総合研究所
養成訓練部長 丸山隆司
電話：043-251-2111（内線：361）
Fax：043-251-7819
（担当：教務室）

廣川書店の看護学書

ヘンダーソン看護論に基づく看護過程

2色刷 越谷市立看護専門学校 秋葉 公子他 著 B5判 200頁 予価 2,800円

即戦力看護診断POS

小倉第一病院院長 中村定敏 編集 B5判 280頁 3,800円

フローチャート式 介入技術形成ガイドブック(I, II) —安全・安楽・自立に焦点をあてた—

西南女学院大学助教授 小田正枝 編集 B5判 各230頁〈近刊〉
香蘭女子短期大学講師 青山和子

ナースのためのフィジカルアセスメント —看護過程・看護診断に活用する—

日本赤十字看護大学助教授 中村美知子 編集 B5判 200頁 予価 3,500円

NurseとDoctorのための 患者へのインフォームド・コンセント —検査から手術まで—

三楽病院副院長 河野信博 監訳 A4判 160頁 3,800円

ナースのためのインフォームド・コンセント —事例からみたワンポイントアドバイス—

川崎医科大学病院院長 勝村達喜 監修 B5判 130頁 2,300円

ケーススタディ看護診断ガイド —ロイ適応モデルに基づく看護過程—

聖マリア学院短期大学副学長 井手 信 監修 B5判 230頁 3,800円
砥綿とも子/小田正枝 編集

☐ 消費税3%が加算されます。



廣川書店

Hirokawa Publishing Company

113-91 東京都文京区本郷3丁目27番14号

振替 00140-4-80591 番 電話 03(3815)3651

in vitro

in vivo

評価の
決め手です。

感染率の
低下が

Lower
the Infection
Rate

感染率低下の効果的手洗いには
外用薬 手指用殺菌消毒剤

ヒビスクラブ®

組成: グルコン酸クロルヘキシジン4%(W/V)

- すぐれた除菌効果を発揮します。
- 持続効果にすぐれ、長時間作用し続けます。
- 血液、体液などの影響が少ない消毒剤です。
- MRSAへの有効性が評価されています。

■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 ■使用上の注意 ■(1) 次の場合には使用しないこと 既往のクロルヘキシジン製剤に対する過敏症を起こした者 (2) 次の場合には慎重に使用すること 薬物過敏性体質の者 (3) 副作用 過敏症: ときに発疹等の過敏症状があらわれることがあるので、このような症状があらわれたときには使用を中止すること。他のクロルヘキシジン製剤の投与によりショック症状を起こしたとの報告がある。 (4) 適用上の注意 1) 手指消毒以外の目的には使用しないこと。 2) 本剤の使用中に眼に入らないように注意すること。眼に入った場合は直ちによく水洗すること。

院内感染率を4%グルコン酸クロルヘキシジンとアルコール製剤/石鹸と比較したところ、4%グルコン酸クロルヘキシジン群で低い傾向が認められました。

●院内感染発生数 202件

152件



4%クロルヘキシジン群
(対象者数) 1,352人



アルコール/石鹸群
(対象者数) 1,382人

《試験方法》1988年7月3日～1989年2月28日まで、アイオワ大学病院の3カ所のICU (外科、内科、循環器科) のスタッフの手洗いで Prospective multiple-cross-over trial を実施し、収容されていた1,894人の患者での院内感染発生率を調べた。7月中、外科ICUでは4%グルコン酸クロルヘキシジンを使用、内科ICU、循環器科ICUでは60%イソプロピルアルコール (目に見える汚れがある場合には石鹸を併用) を使用し、翌月はお互いにもう一方の消毒剤を使用した。患者がICU入院後72時間以上経過して感染と認められた場合を院内感染と定義し、院内感染率に対する2剤の効果を比較した。

Bradley N. Doebbeling et al : The New England Journal of Medicine, 327(2), 88-93, 1992

※その他の取扱い上の注意等については添付文書をご参照ください。

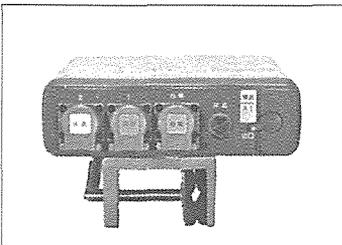
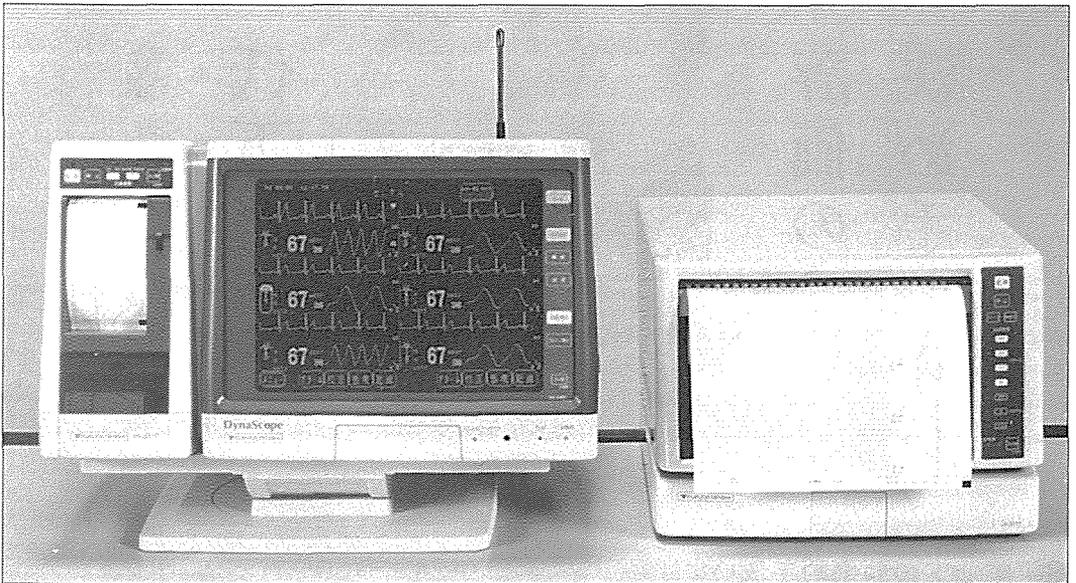


ゼネカ薬品株式会社
〒541 大阪市中央区今橋2丁目5番8号

製造元
住友製薬株式会社
〒541 大阪市中央区道修町2丁目2番8号

多人数の各種パラメータを 無線で同時監視!!

患者監視用装置 DS-3400MTRシステム



承認番号：01B-1820

承認番号：04B-0658

心電図呼吸送信機▶
LX-3220

◀マルチテレメータ送信機
LX-3313



承認番号：03B-1134

- 各種テレメータによる最大6人までの心電・呼吸・体温、また心電・血圧・体温の無線監視を実現!
- 6人同時表示は、心電図、呼吸曲線あるいは血圧波形の2波形を表示

- オプションのメモリボードにより60時間の心電図記憶が可能!
- CRG曲線表示可能で新生児監視にも対応!
- 不整脈検出機能、各種トレンドグラフ表示
- アラーム波形を各床32波形記憶

● 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)3815-2121(代)

日本 看護
研究 学会
会報

第 4 2 号

(平成7年3月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

評議員選挙の開票を終えて 1

評議員選挙の開票を終えて

日本看護研究学会

評議員選挙管理委員会

委員長 江 守 陽 子

委 員 田 中 裕 二

委 員 宮 腰 由紀子

平成6年3月20日付の会告で公示された、日本看護研究学会評議員選出のため、私達3名が選挙管理委員を委嘱され、選挙管理委員会を組織致しました。

平成6年6月20日付の会告により評議員選挙の投票締切日を平成6年10月30日と定め、地区別の選挙人、被選挙人の名簿作成、定数確認、発送等を事務局の方々のご援助をいただきながら9月26日完了致しました。選挙人名簿、投票用紙等を、経費節減のための職場経由の一括配送といたしましたので、事故等不安もありましたが、事務局の事前準備の徹底と、会員各位のご協力によりスムーズに進行致しました。しかしながら、関東地区と東海地区で各1通、計2通の宛先不明の返送があり、いろいろ手をつくし調査しましたが、最終的に判明できませんでした。

11月12日9時から選挙管理委員全員と会長、事務局員立ち合いの上で開票致しましたところ、有権者総数2068名に対し、投票総数794票、うち無効投票8票、有効総数786票、全有権者に対する投票率は38.4%でした。今回、投票率改善の目的で返信用投票封筒にあらかじめ80円切手を添付致しましたので、前回(平成3年35.7%)、前々回(昭和63年34.3%)よりも投票率が若干上昇致しましたが、期待したほどの効果はありませんでした。会員の自覚を喚起したいと思

います。地区別の開票結果につきましては下表の通りです。

今回は規約改正により、評議員定数が155名から107名へと減少致しましたが、東海地区で最下位同得票者が4名、東北、東京、近畿北陸の各地区でも2名ありまして、計6名が定数より多くなり、結果的に定員107名に対して113名の評議員が選出されました。

投票結果は文書により、その場で会長に報告致しましたので、所定の手続きが会長によって行なわれた後、いずれ会告で公表されることになると思います。また、選挙管理委員会総括として、評議員、あるいは理事委嘱辞退希望者の扱い、それに関連して選出時の次点者数（現行は1名）の検討、最下位同得票者多数のときの扱い（今回、1席に対し同得票者が4名あった）等、選挙手続き上の問題がいくつか出されました。これらにつきましては、理事会で検討してほしい旨、別途会長に進言致しました。

評議員選挙投票状況（平成6年10月30日施行）

	有権者総数	宛先不明	投票総数	投票率
北海道	151	0	79	52.3
東北	145	0	49	33.7
関東	231	1	88	38.1
東京	381	0	134	35.2
東海	344	1	129	37.5
近畿北陸	395	0	157	39.7
中国四国	209	0	82	39.2
九州	212	0	76	35.8
合計	2,068	2	794	38.4

投票結果

	得票総数	有効総数	無効総数	選出数
北海道	79	79	0	8
東北	49	49	0	(2) 9
関東	88	86	2	12
東京	134	132	2	(2) 21
東海	129	129	0	(4) 20
近畿北陸	157	154	3	(2) 20
中国四国	82	82	0	11
九州	76	75	1	12
合計	794	786	8	(10) 113

* 選出数の欄で括弧内の数字は、最下位同得票数者です。従って東北1名、東京1名、東海3名、近畿北陸1名が定員より増になります。合計では6名増に、113名になります。

日本看護研究学会雑誌編集委員会規定

1. (名 称)

本会は、日本看護研究学会雑誌編集委員会（編集委員会と略す）とする。

2. (目 的)

本会は、会則第2条第3項による学会誌の発行に関わる企画運営のために、会則第7条3項、4項に基づいて置かれる。

3. (委員会)

本会の運営は、日本看護研究学会理事の中より若干名の委員を選出する。任期は役員任期期間とし、再任を妨げない。

2) 委員の中から委員長を互選する。委員長は本会を総務する。

4. (査 読)

委員会があらかじめ査読者を若干名選出し、理事会の議を経て日本看護研究学会雑誌に公告する。

2) 会員以外の査読者には手当を支給することが出来る。

3) 任期は役員任期期間とし再任を妨げない。

4) 投稿された論文の査読は3名以上（委員長を含めて）の査読者で行う。

5. この規定は昭和59年12月1日より発効する。

付則

平成5年7月30日 一部改正実施する。

日本看護研究学会雑誌投稿規定

1. 本誌投稿者は、著者及び共著者すべて、本学会員とする。但し、編集委員会により依頼したものはこの限りでない。
2. 原稿が刷り上がりで、下記の論文種別による制限頁数以下の場合、その掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分、1頁につき実費とする。

論文類別	制限頁数	原稿枚数(含図表)	原稿用紙(400字詰) 5枚弱で刷り上がり1頁といわれている。図表は大小あるが、1つが原稿用紙1枚分以上と考える。
原 著	10頁	約45枚	
総 説	10頁	約45枚	
論 壇	2頁	約 9枚	
事例報告	3頁	約15枚	
その他	2頁	約 9枚	

3. 別刷りについては、予め著者より申し受けて有料で印刷する。
料金は、30円×刷り上がり頁数×部数(50部を単位とする)
4. 図表は、B5版用紙にトレースした原図を添えること。また、印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。
5. 原稿には表紙を付け、
 - 1) 上段欄に、表題、英文表題(各単語の頭文字を大文字とする)、著者氏名(ローマ字氏名併記)、所属機関(英文併記)を記入すること。
 - 2) 下段欄は、本文、図表、写真の枚数を明記し、希望する原稿種別を朱書すること。又、連絡先の宛名、住所、電話番号を記入すること。
 - 3) 別刷を希望する場合、別刷*部と朱書すること。
6. 投稿原稿は、表紙、本文、図表、写真等、オリジナル原稿のすべてに査読用コピー2部を添えて提出する。
7. 投稿原稿の採否及び種別については、編集委員会で決定する。尚、原稿は、原則として返却しない。
8. 校正に当たり、初校は著者が、2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。
尚、校正の際の加筆は一切認めない。
9. 原稿執筆要領は、別に定める。
10. (原稿送付先)
〒260 千葉市中央区亥鼻1-8-1 千葉大学看護学部 看護実践研究指導センター内
継続看護研究部 内海 澁 宛
尚、封筒の表に、「日看研誌原稿」と朱書し、書留郵便で郵送のこと。
11. この規定は、昭和59年12月1日より発効する。
付則
1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。

日本看護研究学会原稿執筆要項

1. 原稿用紙B5版横書き400字詰めを使用する。
2. 当用漢字，新かなづかいを用い，楷書で簡潔，明瞭に書くこと。（ワープロも可能）
3. 原著の構成は，I. 緒言（はじめに），II. 研究（実験）方法，III. 研究結果（研究成績），IV. 考察，V. 結論（むすび），VI. 文献，とし，項目分けは，1. 2. …，1) 2) …，①，②…の区分とする。
4. 数字は算用数字を用い，単位や符号は慣用のものを使用する。特定分野のみで用いられる単位，略号，符号や表現には註書きで簡単な説明を加える。
ローマ字は活字体を用い，出来ればタイプを用いること：mg，E_q等。イタリックを用いる場合は，その下にアンダーラインを付すること。
5. ■表，写真等は，それを説明する文章の末尾に（表1）のように記入し，さらに本文とは別に挿入希望の位置を，原稿の欄外に（表1）のごとく朱書する。■表は，原稿本文とは別にまとめて，巻末に添えること。
6. 文献記載の様式
文献は，本文の引用箇所の肩に^{1), 2)}のように番号で示し，本文原稿の最後に一括して引用番号順に整理して記載する。文献著者が2名以上の場合は筆頭者名のみをあげ，○○他とする。
雑誌略名は邦文誌では，医学中央雑誌，欧文誌では，INDEX MEDICUS及びINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。
[記載方法の例示]
 - 雑誌；近沢判子：看護婦のBurn Outに関する要因分析—ストレス認知，コーピング；及びBURN OUTの関係—看護研究，21(2)，pp.159～172，1988
；Henderson, V.：The Essence of Nursing in High Technology. Nurs. Adm. Q., 9 (4), pp. 1～9, Summer 1985.
 - 単行書；宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，184，メヂカルフレンド社，東京，1987。
；分担執筆のものについては：安藤格：心身の成長期の諸問題，健康科学（本間日臣他編），214～229，医学書院，東京，1986.
 - 訳書；Freeman & Heinrich：Community Health Nursing Practice, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1981, 橋本正巳監訳，地域保健と看護活動—理論と実践—，医学書院サウンダース，東京，1984.
7. 原著投稿に際しては，250語程度の英文抄録（Abstract）及び，その和文（400字程度）を付けること。
8. 英文タイトルは，最初（文頭）及び前置詞，冠詞，接続詞以外の単語の最初の文字を大文字とする。
9. この規定は，昭和59年12月1日より発効する。

付則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成7年度会費の納入について

平成7年度会費をお納めいただく時期になりました。平成7年度も会員を継続なさる方は、お早めにお振込下さるようお願いいたします。

尚、17巻4号の雑誌を送付致しました時に同封の、『会員の継続又は退会届』の葉書がまだ事務局に届いていない方がおります。まだの方は、必要事項をご記入の上、至急ご返送下さい。

平成6年度の会費未納の方が約200名おります。継続される場合は、平成6年度、7年度の会費を合わせて、お振込下さるようお願い致します。

平成7年度	一般会費	7,000円		
	役員(評議員)	10,000円	役員(理事)	15,000円
支払い方法	郵便振込			
払い込み先	郵便振替	00100-6-37136		
会員番号を必ずご記入下さるようお願い致します。				

2. 会員名簿の発行を予定しておりますので、改姓、住所、所属変更の場合は、ご多用とは思いますが、お早めに必ず葉書か、封書で郵便番号、貴氏名、会員番号、住所、所属名、所属住所も楷書でご記入の上、事務局迄ご郵送下さい。

読み辛い地名等には、恐縮ですが、ふりがなをお願い致します。

会員増加により同姓、同名の会員がおりますので、事務局にご連絡、及び会費納入の場合は、必ず会員番号をご記入下さい。

日本看護研究学会雑誌

第18巻 1号

平成7年2月20日 印刷

会員無料配布

平成7年3月20日 発行

編集委員

委員長 内海 滉(千葉大学看護学部)
池田 明子(北里大学看護学部)
大名門裕子(高知女子大学家政学部看護学科)
玄田 公子(京都府立医科大学医療技術短期大学部)
木場 富喜(鹿児島純心女子大学看護学部)
野島 良子(広島大学医学部保健学科)
山口 桂子(愛知県立看護短期大学)

発行所 日本看護研究学会

〒260千葉市中央区亥鼻1-2-10

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

発行 土屋 尚義

責任者

印刷所 (株) 正文社

〒260 千葉市中央区都町2-5-5

☎ 043-233-2235

■“ナースのバイブル” 待望の新訳！ 看護診断をとりいれさらに充実。

臨床看護マニュアル 第4版

The Lippincott Manual of Nursing Practice, 5th edition
by Doris Smith Suddarth

編集 ドリス スミス サダース

監訳 和田 攻 東京大学教授

小峰光博 昭和大学教授

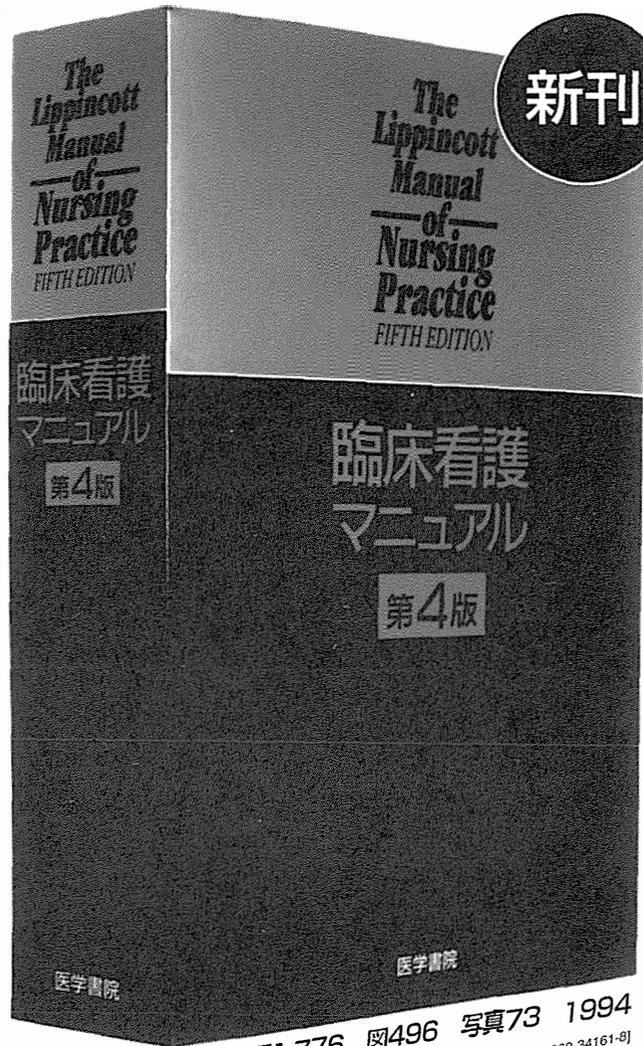
上田礼子 茨城大学教授

兼松百合子 千葉大学教授

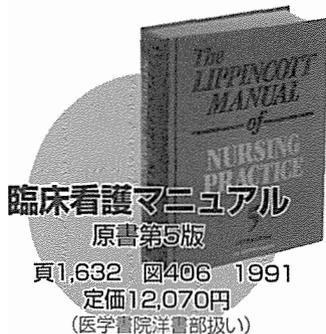
新刊

ナースステーションに1冊,
図書館に2冊常備したい
臨床看護の百科事典

- 内科・外科看護, 母性看護, 小児看護の3部構成。
- 各種の疾患や病的状態について, その定義, 原因, 症状, 合併症, 治療と処置, 看護アセスメント, 看護診断, 看護援助, 患者教育, 評価の点から詳しく解説。
- 主な診療と処置については, 実際の手順を「ガイドライン」としてまとめ, 臨床で必要な看護行為の目的と手順, その根拠をわかりやすく説明。
- 看護過程の考え方にに基づき, 看護アセスメント, 看護診断, 看護援助, 評価という看護の流れに沿って記述。また患者教育についても詳述。
- 臨床看護婦はもちろん看護学生, 臨床指導者にも役立つ全ナース必携の書。



●B5 頁1,776 図496 写真73 1994
定価13,390円(税込) ¥980 [ISBN4-260-34161-8]



臨床看護マニュアル 第4版

迷った時は「臨床看護マニュアル」。小は大を兼ねる。ポケット版があれば、鬼に金棒。ベッドサイドや外来ではもちろん、訪問看護の必需品。片手で持てるハンディサイズに情報がいっぱい。

●B6 頁1,776 図496 写真73 定価8,446円(税込) ¥400



医学書院

〒113-9113 東京・文京・本郷5-24-3

☎03-3817-5657 (お客様担当)

☎03-3817-5650 (書店様担当)

振替 00170-9-96693