

特別講演

事例研究について ——今回の発表内容を基盤にして

川 島 み どり

(健和会臨床看護学研究所所長)

看護研究は特定の研究者が行うのではなく、すべての看護婦は研究を行うべきであるという立場、これが私の基本的な立場です。もちろん厳密な研究の定義からみて、またわが国の大部分の看護婦の教育的背景からみて、研究をするということは不可能であるという意見も承知しております。それを承知した上で、またもう一つある傾向は、看護実践は行動することであり、看護研究は考えることであるという考えをもっている人もいます。つまり、頭を働かせるのが研究で、体を動かすのが看護実践だと言っている方がいらっしゃるんですが、私はそういった考えを受入れるわけにはいきません。私自身は研究のエッセンスは、日常の看護実践の中にこそある。現場には、いろいろなどろどろとした状況がありますけれど、そうした看護の問題状況からでたものでない研究は、研究であっても看護研究ではないと思っています。看護研究は看護の研究であるということを、しっかりふまえておく必要があると思います。それから、看護界のかかえている様々な問題、困難、そうしたものを解決していくには、さしあたって現実の諸事象の観察と分析、看護婦がどん

な悩みをもっているか、看護婦の仕事の配分はどうなっているか、業務の困難はどこから生まれてきているか、人員は適正配置されているかどうか、といった数々の問題の観察と分析を抜きにしては解決できないでしょう。そして良い看護を実践したいと願う看護婦なら、そして専門職を志向する看護婦であれば、だれでも対象の人々、つまり、わたしたちの手に託されている健康のあらゆるレベルの方々の幸福のために、どのような活動をすればよいかを考え続け、追求し続けると思います。こうしたより良い看護を追求する過程こそ看護研究の過程と軌道を一にするもので、これは何年も前からずっと主張しておりますが、とにかく別の事じゃないんだ、看護を良くしようとして歩く道と、いい研究をするということは、目的、目標が違うというだけで、同じレールだということですね。看護研究というのは真理を追求する、わからないことをわかっていることに変えていくために行う実践活動ですし、看護実践の方は患者さんのより安楽で、安全な状態あるいは健康のレベルのアップ、闘病生活の持続そういったものを目指して働きかける過程ですから、目標は違う

この論文は川島みどり先生が第5回石川看護研究会の特別講演「事例研究について——今回の発表内容を基盤にして」で講演されたものを集録したものです。

講演の内容は事例検討と事例研究の基本的な考え方、すすめ方が中心になっていますが、当日行なわれた会員の演題発表についての講演や講師と発表者間の質疑、討議内容も含んだ巾広いものになっています。(金川克子)

けれど、追求のプロセスは同じであるといいたいわけです。科学の進歩、医療技術が変貌していく中で人々の価値観、生活の内容も大きく変わりつつあるわけです。高齢化社会の到来を前にして、また人権意識の高まりに伴って看護に対する人々の関心や要求が今日ほど高まっていることはありません。そうした状況をしっかりふまえて人々の期待に応える、これまでの看護のありようを大きく変える根拠、そう言ったものを追求していくためにも、看護研究がどうしても必要であろうと思います。「臨床看護研究」の著書であるドナ・ディア教授が、看護研究の目的を臨床看護判断の質を高めることと、患者ケアを進歩させることの2つをあげています。私もそれには全く共感しております。私は昨年、日常出会う素朴な疑問や願望や困難をどのようにして研究テーマに育てていくか、その研究の成果をどのように実践させていくか、役立てていくかということについて言及したんだったなあと、さきほど思い出していたわけです。そこから今日の話を展開してみたいと思います。

現場における事例検討、事例報告、事例研究という言葉がございますね。症例研究という言葉もあります。事例研究にいきつくまでには、たくさん事例検討を重ねなくては行けないし、その事例検討を報告の形でまとめなくてはならないというふうに考えますので、最初のうちは事例検討と報告と研究がごちゃまぜになった印象を受けるかもしれませんが、現場の状態と事例の関係を話してみたいと思います。現場の看護場面というのはいくつかの看護行為が組み合わされて複合し、しかも患者の状態、それに対応する看護技術水準、医療チーム側の条件等様々に変化する非常に複雑な現象としてとらえられます。しかし、一見複雑にみえても、いくつかの行為が組み合わされている場合にはそれを解きほぐし整理して考えることができます。そこにありますたくさんの要素、それを事例要素(ケースファ

クター)といってもいいと思います。その解きほぐし整理して考える中で、そこで行われた看護実践を記述する。すなわちどういう患者さんの状況に対して、何をどのように行ったのか、その結果どうであったのか、ということを書くわけです。これを事例報告というふうによんでいます。これを聞いてなんだ毎日の看護記録と同じじゃないかと思われた方があるかもしれませんし、ここ数年来いわれています看護過程(ナースングプロセス)と全く同じじゃないかと思われた方があるかもしれません。確かにそうした実践を行ったプロセスをきちんと記述することが事例報告です。この場合、ただ日常実践を言語化して記述するだけでは意味のある事例報告とはなりません。それにはまず2つのどんな場合にも共通して必要な前提条件というものがあります。それは、その看護行動が看護婦の主体的なものであること、つまり医師の指示に従って定められたとおりに忠実にそれを行う、そしてそれで終るならば、決してそれは創造的な看護の方向には進みません。看護婦自らの観察、判断、ケアおよびその評価の過程、主体的に看護を実行する自立性に支えられた看護過程であることが非常に大事です。つまり主体的な看護活動というものをきちんとまとめるということです。2番目は看護実践の中で疑問に思ったり、納得いかなかったこと、それをきちんと書いてみるということ。一般に行われている方法が期待しているとおりうまくいった、これは事例としてまとめる価値があまりないんですね。しかし、書かれているとおりにやってみただけどうまくいかなかった、あるいは今まであまり人がいってなかったことをやってみたら、こんなふうにもうまくいったといったものは、事例として価値があると思います。なぜうまくいったのか、なぜうまくいかなかったのか、なぜこうしたことは今まで発表がなかったけれどうまくいったのかをまとめることが必要になってくると

思います。そこで看護事例はひとつひとつ独自のものであっても、それを積み重ねることが看護学の体系を作る一段階となるということが結論なんです。このように私が考える事例研究というのは、一例やっとうまくいった場合に、うまくいった要因を明らかにして、要因から法則性を引出して、その法則性を仮説にして、次の同じような構造をもった患者さんにアプローチしてみて、さらにうまくいったというところで検証を積み重ねていく。これはなにも事例報告とか事例研究とか事例検討とかいわなくても、日常的にみなさんがやっ

ていらっしやることなんです。例えば、眠れない患者さんに熱いお湯でバック・ケアをしたらその日は眠剤も必要なくよく眠られた。続けて6、7時間も眠られたことは近來ないことでした。昨日背中を拭いて頂いたことが非常によかったんです。ありがとうございますと言われた。そうすると不眠の患者さんにとって背中を拭き、おふとんを整えることがこんなに有効だったのか、ということ

を自分の記憶の経験の中にしまわれると思います。しかしそれば全然言語化しないわけではなく、言葉で考えるわけですから、私たちは意識化するということは言葉によって表現するわけです。わざわざ書いたりレポートにしなくともどこか記憶の引きだしにしまいこむわけですね。そしてまた眠れない患者さんがいらした時に、あ、そうそうあの時にあれが役に立ったから、今度もやってみよう、でも忙しいからだめだけど、今日はちょっと安静だからできるなということで、熱いお湯を用意して、背中を拭いてきれいにしてさっぱりしてよく眠られた。これでもう2例も成功したわ。そういうことを自分で経験としてもっていますと、今度だれか違う同僚から、最近あの患者さん夜間不眠の訴えが多くて困るのよ、と聞いた

たら、じゃ、眠剤投与やめてバック・ケアしてみたらというアドバイスができるわけですね。そうしたことは、多くの先輩たちが自

分なりの経験を個人の記憶の経験の中にしまいこんで、そして発展させてきた。だから形としては残っていないものが多いんですね。無形の財産というのでしょうか、その積み上げというものが決して明るみに出ないままになってきたと思います。それをきちんと明るみに出していく必要があるわけです。そして、その積み上げたものから引出した法則性を仮説にする、今ので言えば、「背部の温熱刺激と摩擦による循環促進は、患者の鎮静効果に有効である。」という仮説が成り立つわけですね。仮説が本当に成り立つかどうかを、今度は条件の違った状態のもとで、つまりA病棟で成功したことは、B病棟の不眠の患者さんにも活用できるかということを調べてみる。そして成功した例としなかった例というものをきちんと記述し比較してそのデータを分析し、いったいどのような不眠の状況であれば、背部の温熱刺激ならびにマッサージによる血液循環が不眠に有効であるのかを明らかにするのです。看護の一つの技術の柱の中の不眠の援助の理論的な裏付け、根拠を明らかにすることにつながっていくわけで、看護理論の構築、いわゆる中理論の役に立つというふうに私は思っているわけです。ところが、事例研究とか事例検討とか申しまして、これを提唱している人たちによって様々なんですね。

「方法としての事例検討」を提唱していらっしゃるのが外口玉子さんたちです。その根拠について、一つは看護実践を通じて看護婦自身が成長を遂げていくための方法であるということです。二番目には実践行為としての看護の隠された構造を明らかにしていくための方法である。三番目は自己の看護体験を積み重ねていくための方法であるという三つの側面をあげています。

それで、看護が実践であるという点については私たちも同じですし、それに外口先生がおっしゃっているように看護実践を通じて看

看護婦自身が成長を遂げて行く、これもその通りです。それから、その看護の隠された構造を明らかにしていくというのも確かにそうだと思います。ただこの場合、それを科学の方向にもっていくとか、理論の構築につなげていくということについてはあまり重要視していらっしやらない。つまり、その事例検討のプロセスが非常に看護にとって大事であって、看護婦の患者さんをみる目を育てる、看護婦の看護を高めていく一つの根拠に大変有効であるといってらっしやるような気がいたします。これは私自身の解釈に間違いがあるかもしれませんが、そのような方法を述べていらっしやると思います。

それから、現在、聖路加看護大学の教授をしていらっしやいます飯田登美子さんは、事例検討、事例研究というものを学習の手段として事例検討を位置づけています。つまりこの事例検討をすることによって、どういう援助をしたら看護を質的に最も相手の役に立つものにするかという点に焦点を置きながら、研究のレベルではなくて検討として事例提出者と共にその立場に立って一緒に検討していくことで、その事例を教材として学習し、事例提出者も出席者も皆が共に学ぶ事ができるという意味で事例検討であるといっていられっしやるわけです。

私は先程も言ったように、看護事例は一つ一つ独自のなものであってもそれを積み重ねることが看護学の体系をつくることの一段階になると私たちはいっています。そしてその中から客観的な法則性を引き出したり、普遍化する必要があると言ってまして、特に私は日常的な事例検討を積み重ねるのだけれども、事例検討の意義をそこにのみ留めておくと検討すること自体が目的化してしまつて事例検討したら何かうまくいったとか、事例検討したらよかったとかで終つちゃうとやっぱりまずいんじゃないか、エネルギーを使って一生懸命検討するわけですから、その検討

の成果を次の患者さんに生かす、そしてその事例から客観的な法則性を引き出して看護の技術化をはかろうとすることを試みる、そしてその看護の技術化をはかろうとするところまでは看護実践者としての必要条件であるけれども、それを研究の立場からきちんと仮説につなげて、さらに検証していくことによって、その結果を理論として確立していくということが私の考えなんです。

また事例研究というものを違った視点から見てみますと、福武先生という方が「社会調査」という本を書いてらっしやいますが、社会学の領域でこの事例研究というものをどう見ているのかといいますと、社会調査の中では事例研究（つまりケーススタディ）と、それから事例研究法（つまりケーススタディメソッド）と、それからいわゆる調査統計学的研究の三つあって、事例研究と事例研究法は違うのだという考えがあるのです。

事例研究の看護研究の中で（これまで私たちの看護学の場合でも）なかなか研究として承認されてこなかった背景には、一つには先ほどから言っているように、現場の中で起きたさまざまな問題をみんなで考えて検討しようというレベルからなかなか脱しきれなかったということが、「あれは研究ではない。あくまでもスタディだ。リサーチではない。」という考えが強くあります。しかし、ケーススタディというものをそのまま事例研究というふうに訳されている方もあるわけで、スタディとリサーチの厳密な違いをそこに持ち込むというのは問題だと思う訳なんですけれども、社会調査の面では事例研究と事例研究法は違うので、事例研究の方が幅が狭いといったようなことが、ここに言われているわけです。それで、どのようなことを言っているかというと、「ケースというのは、ある社会的単位的全生活過程あるいはそのいずれかの側面をいろいろな関係において、またその文化的な背景において描くところでのデータであり、そ

の単位は一人の人間でも一家族でも一社会集団でも一つの社会制度でも一地域社会でもさらには一国民であってもよいのである。」というふうに言われていて、すごく大きなかたまりも一つのものとしてとらえれば、これは事例研究としていいのだということをヤングという人は言っています。

また、看護研究というところではみんながどのように言っているかということを見てみますと、フォックスは「標本が一つしかない記述的調査研究を事例研究と言い、数の代りに深さを持っている」(つまり、個に関する研究と言っています。)つまり統計学研究はたくさん数を集めなければなかなかのとは言えません。量的な研究ですね。量の中から普遍化を引き出していくわけです。しかし、事例研究の場合にはたった一例でもその一例を深く追求することで数の代りに質をもたらすということをフォックスは言っているわけです。

それから、吉武香代子さんは「看護者がケースといえば、健康・不健康を問わず看護の対象となった人間を指す。そして、臨床においてはその大部分は患者さんを指す。」といい、「ケーススタディとは、ある一つのケースについて自分が行った看護の体験を述べ、過去の文献や定説を照合して自分が行った看護を深く考察するもの。」というふうに述べています。

私と一緒にいつも仕事をしています桑野タイ子さんは、「患者に則して言えば、一人一人の患者に対して行った全体的な看護のプロセスも、一人の患者の一つの問題に対する看護援助も事例にできる。また、看護婦に則して言えば一人一人の看護婦が行う一つの看護援助、一回の看護援助も、あるいは一人の患者に継続して看護チームが行う看護援助も、事例に取上げることができる。」というふうに言っております。

看護学より一步先じた医学の領域では実証的な一例報告が集積された結果、今日のす

ばらしい医学体系ができてきたわけです。しかもその一例報告は、ヒポクラテスの時代にもうすでに一例報告を出しています。その一例報告が今日の特に内科学の体系の基礎になったというふうに学んだ時に、やはり看護婦が体験する一例一看護場面というものを「ああ、良かった。うまくいったわ。」だけで終わらせないで、なぜ良かったのか、なぜうまくいったのかということ踏みとどまって、しっかり振り返ってみるというところを大事にするということが一番最初に強調しておきます。そしてその上で、「事例研究とは、観察、経験した個々の事象を記述し、その事象を反映する母集団を明らかにした上で、その母集団に共通な事項を見い出して必然的に導き出される法則性を明らかにする研究。」これが事例研究であるというふうに思います。従来は一例とか一看護場面とか一つの一人のとかが非常に強調されたわけですね。それはそれでいいんですけども、その一人のとか一つのとか一場面というものが、どのような場面に共通なのか、どのような人々に共通なのか、どのような対象に共通なのか、ということ意識して事例研究をしないと一回限りで終わった、うまくいったとかで終わっちゃうんですね。ですから私は「母集団を意識する」というところが研究と検討との違いなんじゃないだろうかって思うんです。検討の場合には「この患者さんにこんな事したらうまくいったわよ。どうしてうまくいったのかしら。」とか「そこは間違いなんじゃない。」とか「患者さんをこういうふうに見なきゃいけないんじゃない。」とかいうことをディスカッションしますね。それで十分だと思います。しかし、研究とする場合には、その「うまくいった。」という報告だけでも別に悪くはないと思いますが、その報告が、自分がうまくいったとか、失敗したとか、あるいはこういうめずらしい経験をしたとか、いろんなことを報告する場合に「それがどのような共通の状況下でこのことをい

うことができるのか」ということが法則性ともつながっていくわけです。法則性という場合には、この人だけに有効なんじゃなくて、当然他の同じような属性や背景をもった人々にも有効でなくては困るわけですから、そういった意味で母集団を意識するということが研究と検討との違いなんじゃないだろうかって思うわけです。そうした研究と検討との違いということを頭の中にいれた上で、しかし先程から申し上げてますように、事例検討というものの大切さというのは、ずっと意識していかなくはいけないわけです。そこで、(レジメをお配りしておりますけれども)看護実践における事例検討の意義というところの最初で「すべての看護事例は看護実践を高める為の教材となりうる。」これはドナ・デイアーが「看護研究は患者ケアを進歩させる。」と言い、臨床看護判断の質を高めると言われたのと共通なんですけれども、すべての看護事例は看護実践を高める為の教材となるということで、最初に患者の見方を育てるという非常に大きなメリットがあります。

ところで、今日の発表でこれは研究でこれは報告という評価はしたくないと思います。演題をざっとみますと、事例研究ではないものもありましたし、明らかに事例研究であるというものもありましたが、今日の私のテーマが「事例研究」ですので、ちょっと事例研究の方に偏った評価になるかもしれません。患者の見方を育てるという点では「ターミナルケアにおける家族への働きかけ」、「抗悪性腫瘍剤による嘔気、食欲不振のある患者への援助」、「老人のおむつはずしに関する研究」、「術後の性機能障害に対するアプローチを事例を通して考える」、「転室に対する患者の意識調査を試みて」などがおそらく大事な事例なのではと思います。この患者の見方を育てるというのは、日常、私たちが看護をしていく時にとても大切なことなんです。とても大切なんですけれども、看護婦はしばしば患者を

歪んで見がちです。これは意図的に歪んで見ようというわけではありません。その誤りとは、見落とし、見過ごし、判断の誤り、そして先入観があります。ヘンダーソンはその先入観のところを偏見という言葉を使っています。見落としというのは、これは患者さんの全体像に迫っていく場合に、身体像、精神、心理面の像、それから生活像をみていくわけですが、身体像を見る場合でも、精神像を見る場合でも、社会像を見る場合でもそうなんです。見えても見えないというのを見落としというわけです。しばしば初心者が犯しがちなミスですね。たとえば脈にリズムの不整がある場合に、そのリズムの不整をキャッチできない。これが見落としです。それから見過ごしというのは、ベテランのナースに多いんですけれども、キャッチはしたんだけど、看護に活用していない、対策をうっていないということなんです。よくあるのは、訴えがオーバーな患者さんの場合に、耳からはたくさん訴えは聞いているんだけど、「また、どうせ…たいしたことはないのに。」という感じで聞きのがしてしまう、その為に重大な症状の兆候だったにもかかわらず、後で「しまった。」と思う、そういうことですね。それが見過ごしです。それから判断の誤りです。具体的な例を言いますと、大部屋に入院していた不定愁訴の多い患者さんが、たまたま同室の患者さんが退院してしまって寂しくなった、そしてますます沈んで非常に暗い状態になったのです。その患者さんがある日、看護婦に「ちょっと痰に血が混じったけれど大丈夫かしら。」と暗い顔をして言ったわけです。見たら、薄い血線が痰の中に混じっている程度だったので、看護婦は「木の芽時ですもの気分はふさがるでしょう。気分がふさがればちょっとした出血も気になるのよね。」と言ってすましてしまったんですね。それは実は、肺の重大な症状の始まりだったんですけれども結局、判断を誤って、その後に咯血するわけです。

その兆候だったんですね。それから偏見とか先入観というものは、ヘンダーソンは「偏見というものは看護婦がしばしば陥りやすい誤りである。これは一生かかっても直せない。いつも偏見に陥りやすい。」と言っているわけです。この見落としとか見過ごしとか判断の誤りとか先入観というのは、ただ頭の中で考えて言っているわけではないのです。これは事例検討の結果から引き出したものなんです。かつて福井であった看護学会でも発表しているんですが、看護婦が悔いを残した事例を分析しまして、その事例検討の中から引き出された共通性なんですね。その後四百数十例の看護婦の悔いを残した事例の中にそのような要素が必ず入っていますからこれは法則性と言っていいと思います。ですから事例検討を繰り返し繰り返し行うことはヘンダーソンが言っている、看護婦が一生かかってもなかなか直せない先入観や偏見というものを克服していく上でも、それだけ一つ取ってみても、とても事例検討というものが大事だということが言えるわけです。

もう一つ大切なことは、その患者さんをみている限りで決して誤った判断をしないのに、紙に書かれたものだけでは間違いやすいというようなことがあります。これは看護教師の方に特にお願いしたい（もうご自分たちで気づいていらっしゃると思うんですけども）学生たちが出てきたレポートだけで見ていると、本当の患者像とは全然違ったイメージで教師は評価しがちなんですね。実際の患者さんの像と書かれたものとの間にズレがあって、ズレがあるところにズレのある評価をしますと、そこには似ても似つかぬ人が存在することになりますから大変な問題だと思います。ではどうすればそれは克服できるかといったら、やっぱり実際の患者さんの像をいかに忠実に正しく事実を（素材を事実にする）これはこれは研究の基礎ですけれども）訂正することになります。しかし素材を事実と

してきちっと表現するというのは、これは非常に難しいんですね。その表現した事実を分析の材料にしていくということが大切なんです。その様にみていきますと、例えば「ターミナルケアにおける家族への働きかけについて」の事例は、看護の領域の中でも重要視されているターミナルケアの事例ですから、非常に大事な事例だと思うんです。この患者さんが高齢で、あまりご自分の意志を表現なさらない、その上に奥さんもあまり何もおっしゃらないし手も出さない、そのような状況の中で、看護婦たちは（看護のチームは）なんとか家族をもっと患者さんの傍に行ってそして話かけさせ、体をさすり、そして患者さんに寄りそうかたちで、できるだけ残された短い期間を幸せに過ごさせてあげたいという、非常に看護としては最とまな考えでこの事例に取り組まれたんだと思うんです。ただ、ここに挙げられている9項目の一つ一つは全部正しいと思うんですけれども、その前提に一つ抜けていることがあります。それは、この患者さんの家族との関係が本当に望ましい家族関係であるという前提があって初めて成り立つという因子なんですね。つまり、病気や高齢の患者の家族は必ずしもその患者さんにとっていつまでも大切な必要な人であるとは限らない場合もある（研究といいますのは、厳密に考えなくてはならないわけですから、厳しく言いますが）前提を抜きには論じられないということなんです。その意味がわかるでしょうか。

したがって、家族関係が極めてよいという前提の上で、こういった条件があるんだということなんです。それから、そのケアのプロセスで看護婦は、この患者さんの沈黙しているという面で非常に重視していらっしゃるんですけども、わたしはターミナルにおける患者さんの身体的な倦怠感とか苦痛とか、そういうところをどれだけ援助したのかという、看護婦の姿がこの事例からは見えてこないとい

う感じがとてもしたんですね。そして、あまりそう話さなかった人が、看護婦が「こうしなければいけません。」と言って、とたんに妻の顔つきが、ある日やさしさのある表情に変わったというふうになっているんですが、本当にそんなふうに看護婦が説得したくらいでやさしくなったのか、その中にはかなりのいろいろな看護婦さんの苦労があったと思うんですね。事例研究というのは、そのへんの一番抜かしただけという過程というものがあり、それは自分がどこに視点を置くかによって変わるんだと思うんです。患者さんをどうみるか、奥さんをどうみるか、この場合では妻と患者さんあるいは家族を一つのものとして（一組のものとして）みるというところに大きな視点があるわけですから、その家族をどういうふうにみたかという、その看護婦の視点を正しくわかるように伝えて頂ければとても良かったんじゃないかなと思いました。

ですから、最初の問題点のところに「患者の希望や欲求等の表現がほとんどない」それから「家族特に妻からの患者への言葉、働きかけがほとんどない」という、このところなぜそうなのかという理由が明らかじゃないんですね。なぜほとんど欲求を出さないのか、なぜほとんど働きかけをしていないのか、ということになにか大きな問題があったんじゃないんだろうかと思いました。

その次に看護実践の妥当性の点検というのがあります。看護実践の妥当性の点検というのは、この患者さんのこの問題状況に対してこの看護の実践は本当に正しかったんだろうか、どうだろうかということなんですね。（これはまだ研究にいく前ですよ。事例検討の段階を今話しているんですけれども）その場合に、今日の発表で言えば1席、2席、3席、4席、5席、6席あたりが全部、看護の実践の妥当性の検討にふさわしい事例だと思うんです。つまり、行った看護が、本当にこの患者さんの場面や状況に対して良かったのかど

うだったのか、というのをみていくんだと思います。

そうした時に、この1席の「褥創のケアの一考察」は（私はこれを見てまして）とても御苦労だったろうと思いました。褥創は必ず治るといわれたって治らないし、恥だと言われたってできちゃうし、ととても大変だと思うんですね。特に恥だという考え方があまりにも日本では強く強く言われたものですから、褥創のケアというものがなかなか浮上してこない。そこで、石川県では医療技術短大の先生方を中心に本当にもう執念深くというか精力的に褥創を追求をしていらっしゃるって、看護界に非常に大きな刺激を与えて下さっていると日頃から尊敬しています。せっかく褥創ケアと書かれているんですが、ここでは最近のハイドロコロイドドレッシング（HCD）をお使いになった知見を書かれているのですが、どの様な薬が有効であったかという局所的な治療のプロセスはどちらかと言えば医師の目なんですね。もちろん今、褥創の手当ではナースがしているんですから、こういう治療の方がいいというのは当然やってかまわないんですが、私が残念だなと思ったのは、この表2（3ページ）のところに書かれているたくさんの情報を見たとき、今日の発表者の視点というのは、皮膚の状態、褥創の大きさ、として使用した薬剤によってどの様に小さく浅くなって治っていったかということに視点が置かれている。先程のガス分析の質問が出ておりましたが、その他TP（トータルプロテイン）の推移ともう一つ大事なものはIVHから経腸栄養になってカロリーがどんどん高くなっていっていることと、褥創予防の体位変換が最初は痛くてなかなかできなかったのが坐位保持訓練ができてきて、だんだん体交ができるようになってきた。それから、おむつ、便器のところではポータブルトイレが使われるようになってきて日中トイレに行かれるようになってきてだんだんトイレに行か

れる様になった。そうしたことと褥創の治癒には関連があるように思うんですね。だから、薬のところだけに目を向けていると、そのところを見落としてしまうんですけれども、ケア（褥創のケア）の一考察だとやっぱり薬の効果もあったかもしれないけれども、栄養的な効果と体動が可能になっていった効果と、もちろんその前提にある病状の効果、ターミナルで落ち込んでいった人じゃなくて、良くなっていった患者さん（一般状態がだんだん良くなっていった中で）そのところが非常に大事だと思うんですね。

そうになっていくと、看護の視点から考えた時にその法則性を導き出してあげれば、栄養状態を改善することがいかに大事かということ強調できるし、そしてそれがTPとの関係でどうなっているかとかを見ていくことができるし、これだけ資料があるのに、そこに言及されなかったというのが大変に残念だったなと思います。ですから、テーマからみてケアそのものと褥創との関連を是非見て欲しかった。それから体温との関連も褥創のために熱が上がっていたのか、それとも違う要因で体温が上がっていたのかわかりませんが、褥創の治癒と共に体温が平常に戻っているという曲線があるわけで、そのへんの分析もふれられたらなお良かったんじゃないかと思うんですね。

このように看護実践の妥当性をきちんと見ていくという意味で事例というのはとても価値があるなと思います。

それから、非言語的実践の言語化をはかるというのは3席、4席ですね。今までは嘔気とか嘔吐の看護はないに等しかったんです。ですから嘔気に効果がある方法と言ったら「エッ何があるの。」という感じで跳びつきたくなる思いがするわけで、それがなんと伝統的なうめぼしが良かったんだ、うめぼしの梅酢が良かったんだということで、食塩の量とか酸度の影響があると思いますが、そんな簡単に手

に入るもので、もし嘔気が本当に改善されるとしたら。（この場合、嘔気にはあまり役に立たなくて、むしろ食欲の方に効果があったようなんですけれども）そういう伝統的な民間療法の中に看護がもっともっと活用していいものがあるのかもしれない。それから、お年寄りが「こんな時はこうした方がいいよ。」なんて言われた中にひょっとしたら何か科学的な根拠があるのかもしれませんが、そうした様な意味でそれをきちんと言葉に表現するということは必要だと思います。

ただその場合に1クールめの治療効果と治療効果が2クールめの時には影響していなかったのかという問題がありますね。1クールが終った段階で2クールめの始めから梅酢を使ったわけですから、1クールめから確かにいろんな副作用はあったでしょうが、1クールをしたことによる身体的な何か因子が2クールめの状態を良くしていたのかもしれない。つまり、2クールめに梅酢をあげなくても、ひょっとしたら2クールめは食べられたかもしれないという場合にこれをどう実証するかという問題があるわけですね。それと献立はどうだったかということ、1クールめと2クールめに同じものをちゃんとあげたのかどうかによっても違いますし、その辺のところが現場の研究の難しさですね。一人しかいない患者さんで一回しか行われないことが2度とやれないわけですから「いや、それはこうだ。」と言いつけるための事前の配慮というのは非常に大事なわけで、そのところは私たちもこれから考えていかなくてはいけない問題ではないだろうかと思います。それで（時間の関係でどんどんとばしますけれども）患者と看護婦の思いのズレの発見のためにというのは、これはさっき申し上げたターミナルケアの2席とか、5席の術後の性機能障害に対するアプローチなどがまさに患者さんの思いと看護婦のズレの問題と言えるのではないのでしょうか。

ここで一つ一つの研究の評価をしているんじゃないで、事例の中からどんなことができるのかっていう時の素材に使わせて頂いているだけです。そのつもりで聞いて頂きたいんですけども、一つはこの術後の性機能障害のアプローチの場合に成功したケースなのか失敗したケースなのかというあたりが発表を聞いているだけではちょっと通じなかったんですね。うまくいった事例として報告されたのか、うまくいかなかった事例なのか、それとも困ってお手あげの事例なのか（というこれは事例の構造と普通は言うんですが）事例の構造がはっきりしなかった。

「表出した後のフォローはどうなさいましたか。」という質問がありましたね。これはちょうど癌の告知をするのと似ているんですね。患者さんに「あなたは癌です。」って言いっぱなしでその人が絶望のどん底に陥っていても知らん顔では困るわけで、やはり告知をする以上、その後の救い上げというのが非常に大事になってくるんですけれども、このセックスの問題もそうなんです。表出するということをプラスとしてとらえた場合に、その表出した後の辛さ、不安、悩み、そういったものをどうしていくかって言った時にどうなのかなって問題もあるわけです。今看護の領域では、性の問題は非常に遅れている領域ですから、そういう意味ではとても重要な問題を扱ってらっしゃるんですけれども、全体のプロセスレコードを拝見して、本当に患者さんにとってはどうだったのかなって、特に三番目の5人のナースがいるところで話された内容というのは、最初の看護目標の中で「患者さんのプライバシーを守る」というものがとても大事な要点だったにもかかわらず、そこで話されたということに、そこに係わったナースのあせりの様なものをとても感じるんですね。

そうした場合、今の日本の文化の中ではセックスの問題というのは、まだまだオープンに

されていない問題ですから、その問題をこの44歳の男性が、なみいる5人の（若い看護婦さんか、年とった看護婦さんかは知りませんが）看護婦さんの前で表現するのは、なになみなみならない何か状況があったんじゃないかなって感じがしてましてね、そこところで患者の思いと看護婦の思いのズレがあったんじゃないだろうかって、私はちょっととらえたんです。

それで私はむしろこの報告を聞いてまして、性機能障害の患者さんへのアプローチを試みる看護婦の意識や心理が研究対象になると思ったんです。この事例の表を見てまして、この表の中で看護婦が思ったこと、それから言動がありますね。なんかすごく勇気をふるいながら「言っていていいかしら、どうかしら。思い切って言っちゃえ。」という感じでこう言っているようなプロセスが読みとれるんですね。それで何か慎重に考えてやっていらっしゃるんだけれども、その看護婦の側に焦点をあてて事例研究したらおもしろかったんじゃないかな。自分に焦点を合わせて、研究してもよかったんじゃないかなって印象が大変強くなりました。

それから、看護婦－患者関係、患者家族から学ぶというのは、これは事例検討する時にとっても大事なことで、口で「あなたの対応の仕方がまずいわよ。」とか「あなたの言葉づかいは何によ。」なんて言うよりも、事例を通してやった方がずっといいわけです。

それから、患者さんと家族の関係も事例を通してやる方がいいわけですし、必ず事例検討する時には、学ぶ姿勢、どんな事例であってもその事例から私たちはたくさんを学ぶことができるという姿勢がとても重要で、そういう意味からこの2席と6席の研究がこの看護婦－患者関係、それから患者家族から学ぶというところにとっても役に立つ事例ではないだろうかというふうに思います。

先程のターミナルケアの場合、患者さんと

家族の関係とか、あるいはその家族の変容のプロセスを動機づけたものは何であったのかってあたりを追求していくと、とてもいいんじゃないかなって思います。

それから、6席の場合には、小児の在宅でのIVHの管理について、技術的な面が非常に浮上してましたけれども、やっぱり家族にしてみればものすごい思いで子供を、心配ですよ。IVHだなんて私たちは3文字で簡単に言っちゃうけれども、家族にしてみればすごい大変な問題だと思うんですね。そのあたりの家族の思いというものがクローズアップされてもいい事例だなんて、だから、この研究はこれで成り立っているけれども、そうした観点からも検討してみればいい事例だなという意味を感じました。

では、先程発表されました第4席の内灘温泉病院の老人のおむつはずしに関する研究の、プロセスについてちょっと私が質問したいことがありますので、突然で申し訳ないのですが、どなたか代表の方、マイクの前にお立ち頂きたいと思うのですが。事例研究という点から私は、この「老人のおむつはずし」という研究が非常によくできているなと思いました。ただこの研究の中に隠された問題というか明らかにしておかねばいけない問題があるのでちょっと質問させて頂きたいのです。事例の背景、つまり、看護体制とか看護婦のチームを構成する看護婦の背景とか、病棟の看護方針っていうかチームの哲学とでもいいましょうか、そういったものを参考にお聞かせください。

発表者：まず、初めに病棟の看護体制からお話しますと、病院全体は2病棟に分れていて、1病棟側、2病棟側で、1病棟側は患者数43名、勤務しておりますナースが6～7名日勤者が3～4名で少ないのですが、老人病院なので看護の目標をどういうふうにもっていかうかということですが、生命力の消耗を最小限度にするような環境を整えるという

ような大きな課題をもうけて、言葉を念入りに、丁寧に、温かい声かけとか具体的な目標を掲げながら、毎日患者に接しています。必ず、朝の当直者からの申し送りの後に、その日受持の看護婦が聞きました申し送りの内容から引続き、まあ老人ですから、長いケアが必要ですから長い目でみながら今日も1日頑張っていこうみたいな感じで視点を確認しています。で、事例の背景といたしましては、前回入院の病院より転院という形でおいでた患者さんなんですね。前の病院でも少しリハビリがすすんで、杖である程度歩けるようになって、おむつは使用していましたが、日中1回位トイレにいけるような感じで、きた時には、まず、看護婦の印象としましては、これは、おむつはずしができるんじゃないかという直感的なナースの判断が看護記録の中にあがっているんですね。それで、そういう方向で進めていって、たまたま、リハビリにいくときにおむつが下がってきたし直してくれっていう言動が聞かれた時にこれは機会だなあとすぐ飛びついてしまった。初回のケアがそうなんですね。ですから、その時点でその患者さんの排尿状況の評価をきちんとされてなくて、ただ潜在的におむつはずしをしていきたいというような気持ちだけから患者の言葉を機にしてパンツ使用に踏切ってしまって、それで結局失敗してしまった。ではどうして失敗してしまったのか、私がこの論文を書き上げて反省した点の中にも、初回にパンツにした時に、後どうなるかということを看護婦の間でもっと綿密に本当は予測しておかなければならなかった。失禁するかもしれない、患者が落込むかもしれないというようなことを考えておかなければいけなかったんですけど、おむつはずしの経過にはよく失禁は付き物みたいな感覚でいたんですね。でも、それではいけなかった。結局やっぱり、患者が本当にパンツを拒否したという行動にでて初めて、その看護がどうであったかということ

を見直し、患者の行動に現れてからそのことについて検討し始めたんだな、という反省させられたような実情でした。

川島先生：それで、1人でやろうとしてもなかなか難しかったと思うのですが何回ぐらい検討されました。

発表者：一番最初にこの事例はおむつはずしを失敗した例としまして、うちの病院で薄井先生の講演がありましたときに、全体像を明らかにして失敗した時のプロセスレコードを起こしたりして、なぜうまくいかなかったみたいなところを1度全員の中で検討しました。それから少し間がありましたけれども毎日のケアですから、その間々に失敗したけどなんとかしたいなという気持ちがなんとなく潜在していて、そういう風な経過でした。そして、便失禁のときになんて逆戻りしなかったのか、なぜこんなに変わることができたのだろうって疑問を感じましてこの研究に取り組みました。まとめたのは1人でまとめましたけれどもまとめる中に、みんなこの時どうだったどうだったということを聞きながら、まとめあがったものを会議の中で話あったりして、3回位話合いました。

川島先生：この中で、14のおむつはずしにおける評価基準、排泄行動における評価基準をお作りになっていますね。これは集団でお作りになったんですか。

発表者：これは、今度老人看護学会（香川）に発表します第一報のその一の方で使いました評価基準でして、みんなでつくったものではなくて、その一の報告を書きました者が2、3人で相談してこの基準を作ったのです。私もその基準に今回研究をあてはめたというように具合で、本当に評価基準としてちゃんとしたものさしとして使えるようになるためには今後検討が必要かなと思います。

川島先生：あの例えばね、この評価表の中で5番におむつ貼用であるか排尿・排便後にコールあるというのと、6番のおむつ使用である

が排尿・排便前にコールあるもすでに失禁していることが多いということが書いてありますが、この2つの違いはどうやって見分けることが臨床的にできるのかなということが疑問なのですが。

発表者：共同研究者にお願いします。

共同研究者：私ども病院では一応定時のおむつ交換の時間を決めてあるのです。で、尿便意の訴えない方に対してはその時間に行っているんですけども、それ以外にここにあるような尿意のある方、ない方いろいろな方がいらっしやまして、交換以外の時間でも排尿排泄に関するコールは非常に多くあります。でその時に、ブザーがあって排泄したので換えてくれというコールのある方を一応5段階にしているんですけども、オシッコしたいからとブザーが時折ある方、そういう方に尿器を当てようときたときにすでにおむつがグッショリ濡れている状態で、でも尿器をあてるともう少しでるという、そういう移行段階というかそういう方なんです。実際におむつをひらいてみるまではわからないんですけど、そういう回数が多い方で一応わけて、川島先生：途中で間に合わなくてというか看護婦のタイミングとずれていて、途中で駆けつけていったときに、便器か尿器をあてればまだやるという場合が6番になるわけですか。

共同研究者：間に合わないという場合もありますし、すでに前回に排尿したんだけど、少し今は尿意があるから、ブザーを押してきたという、そういう段階の方もいらっしやいます。

川島先生：どうもありがとうございました。失禁アセスメントというか失禁のチャートを作ったりしたときにとっても大事だと思いますので、この14のものさしを使ってね、他で使う場合に妥当性というかちょっと知れたかったわけです。でこの、順位についての皆さんの検討というか、1より2、2より3という

ように進んでいるというような、進歩の度合いというのも妥当性というのも何人かのナースがきちっとチェックして検証して頂いたほうがいいのではないかというふうに思いました。ありがとうございます。それと、43人の患者さんがいらっしゃって4人の日勤でやっていらっしゃるときに、こういう1つのことにかかわる大変さがあると思うんですけども、どんなことが大変御苦勞でしたか。こういう研究にもっていくまでのプロセスで。

発表者：振り返るとすれば、看護記録を拾っていくような状況、あるいは1人1人の看護婦にその都度どうだった、表情はどうだった、どう答えただろうか、どう反応しただろうかというようなことを聞いていったりしたのですが、記録上に明確に残っている場面が本当に少なくって、しかも、看護助手さんもケアされているわけで、その方たちとの接触したことに関しては記録が残っていないわけで、そういうところは聴取しながら患者の変化を経時的に見て行くようなところです。まず、最初に難しかったところです。

川島先生：本当に、現場のこと考えたら大変だなと思うんですね。研究の8分間の発表の中では述べられなかったと思いましたので、プロセスをお聞きしたわけです。それで、この事例の中から法則性をといたったときに、どういったことがこの中から言えると思いますか。おむつはずしの法則性というか。

発表者：おむつはずしの過程自体にその患者の条件とか背景とかいろいろあっていろいろ違うと思います。まず、その患者さんの背景とか状況などを明らかにしていかなければいけない。いろんな患者がいても、まず、主軸となる排尿評価というものの主軸ができあがっていれば、いろんな患者がいてもその主軸にあてはめて応用できるようになってくればこのような失敗に逆戻りしたような患者であっても、最初に踏切る段階で、ある程度の見通しとか予測ができるようになると思うんです

ね。だから、それを今後も活用していけるんじゃないかなということでも今後そうしたいなというふうに思いました。

川島先生：最後のまとめのところに箇条書きで書いていらしゃるいくつかの1, 2, 3, 4とあの1つ1つが法則性として書き直すことができてその1つ1つが仮説になると思うんですね。ですから、1つのケースでこの仮説を全部成立させることは難しいことだけれども1つとってこの人ができるという見通しがあれば、おむつはずしにむかうことができると思うんです。で、さらに追加するならば、失敗体験はおむつはずしを後退させることができるを書いてあるのですが、私はその失敗体験を下痢というふうに置き換えた時に、おむつはずしの前提として、排便のコントロールというのは大事なことかなというふうに思いました。つまり、制御できない便がでちゃうときという下痢のような状態のときにね。まあ、こどもだってすごい水様便がたくさんでる場合にりきんだけでウンチがでちゃうわけですから、そういう意味でそれを思いました。どうもありがとうございました。

こうした事例をまとめるためのプロセスというのはきれいにはいかないと思うんですね。行きつ戻りつしながら、そして、他の患者さんのお世話もあるわけですから、この人だけに没頭するわけにはいかないでしょうし、全体のチームの状況とチーム全体がその中で何を追求するかということを見定める必要があるでしょう。もし、一人でやるんだったらチーム全体がその人が今何をしているのかということを知っているように、情報を常に提供しながらやっていかないと決して研究そのものは成功しないと思います。私達は一人で働いているわけではなくてチームで働いているのですからチームの中の了解というのが必要です。そういう意味で、現場の研究というのは、政治的な配慮が必要であるということをお心得ておかなければいけないんじゃないかな

あとだと思います。ですから、事例検討から研究になるについては、先程言いましたように客観的法則性を引き出しそれを仮説にして次の同じような構造の患者さんにやってみる。私達が今までやったのは、一つの事例の中から引き出された法則性を仮説にして他の患者さんにやってみるってというようなことも、もっと統計的な手法を取り入れてやる場合もあるわけです。それは、例えば、輸血の安全性の検討する時なんかは、輸血の事故がおきた背景の事例を検討して重ねていく、その事例を20例ぐらい積み重ねて、その20例の中にはいろいろな要素がでてくるわけです。そうするとそのケースファクターの一番重なるのは何かということで、今後は100例や200例という輸血事故をみていくとかなり信頼性の高い研究に発展していくことが可能です。日常直面する事象の中からひょっとしたらこの看護場面はこうじゃないかなと思って、そこにある法則性を引き出してきてそれを仮説にして検証するときは演繹の研究になるわけです。ですけれど、全体の印象から法則性を引き出すところは帰納的研究なわけですね。ですから、帰納と演繹を常に使いながら量と質とを互いにオーバーラップさせながら研究をつづけていく必要があると思います。私達が体験した一つの事例、一つの看護場面、一人の患者さん、ある看護援助というものを体験した時に、その体験を本当に特殊な例で、これは世界中の看護場面をあわせてもたった一回しか経験できないことはまずないと思うんです。ただ、それを少しでも科学的な方向に近づけようとするための事例研究の方法論として、その一例がどのような母集団の中の一例かを明らかにする必要があるのです。

つまり一回毎の経験は一回毎に違うんだという立場に立ちますと、その度に模索して見ますと、ものすごく能率が悪い訳です。もちろん、能率を優先するわけにはいきませんが、このような患者さんの場合にはこう

するとうまくいくというふうに、大きく網を掛けて仕事をしていかないと仕事は成り立たないと思うんです。

事故防止のためには、輸血の場合はこうだけれども、注射の場合はこうだとか、筋注の場合と静注の場合は部位が違ふとか、薬剤が違ふとかということがあっても、その本質を流れる安全性の確認とか、チェックっていう問題は共通のはずですね。ですから、その共通のところをしっかりと見出して行く様なやり方で分析していかないと、看護の技術化は図れないと思います。ですから、確かに、一回限りの実践であるとか、一つの場面は一つしかないという事も考える必要もありますし、個別性の尊重という事は大切なんですが、個別性というのは、ある一つの構造の中の本当にごく限られた所が個別性であって、大部分の所は普遍化出来るという観点からいかないと、科学そのものは成り立たないわけです。ですから、そういった意味で、一つの事例はある母集団のサンプルであるという考え方で母集団に迫るやり方がいいと思います。

そこで、その素材を、今度、事例にまとめていく訳ですが、何故この事例を検討したいのか、どのような患者さんに何が起きたのか、看護婦は何をしたのか、どの時点の患者の状態を問題にするのか、といった事ははっきりさせておかねばなりません。例えば、症例研究という言葉がありますが、ある一人の患者さんが発病してから治るまでの経過を全部見ないと物が言えないのか、ある日のある場面をカットしたものがいいのか、今問題にしたいのは、どの部分かという事です。先程のパーキンソンと脳梗塞の患者さんの場合でも、脳梗塞という経過とか、パーキンソンという疾患の一つの経過を見る為には、ずっとみなきゃならない訳ですが、たまたま、オムツはずしという所に集中して検討した訳ですから、この断面でと言ったら、オムツはずしの所で必要な情報というものを、きちんと整理して

述べればいい訳です。言いたい事は何かって事が、焦点が定まっていなくて、何でも言いたくなっちゃう訳ですから、切り捨てる必要があります。

最後に、とても大切な事は、この研究は何に役立つかという、実践への適用の提案と適用の限界を、考察の最後に一言付記して頂けたらいいんじゃないかなと思うんです。研究で得た知見は、明日からすぐに役立つんですね。しかも、確信を持って役に立てられるんですね。そういう意味で、うまくいかなかったら、又、事例研究の素材に発展することが出来る訳で、日常の積み上げが大事なんですね。

その基礎になるものが、看護記録なんですね。事例研究ぐらい、看護記録が重要な素材となるものはありません。ところが、実際、事例をまとめる段階になって慌てるのは、記

録に何にも書いていないということです。毎日こんなに苦勞して書いてる記録が、何故役に立たないのかということを、事例をまとめる段階になって初めて発見する訳ですね。ですから、日常の記録をきちんと書く、それは、日々の実践に役立ちますし、教育の素材にもなりますし、事例に役立つ記録になっていくというふうに思うわけです。

ですから、日々の看護実践を流してしまわない、すでに終わってしまった実践を振り返る研究と、ある仮説を持って前向きに即時的に進んで行く研究と、2つございますから、段々に振り返りだけではなくて、前向きの事例研究を増やしていかなければいけないんじゃないかなというふうに思います。残された時間を、質問にあてたいと思います。私の話はこのへんで終らせて頂きます。どうもありがとうございました。