〈特別寄稿〉

看護ケアをどのように追究してきたか

兼松百合子
岩手県立大学名誉教授

要旨

本稿は，看護独自の内容である「看護ケア」をどのように追究することができるかを，自身の追究の過程を例として述べることを目的とした．学生時代，卒後の臨床実践，大学での看護技術教育の体験から，看護の主体性や独自のものについて確信を持ちたいと考え，カリフォルニア大学ロスアンゼルス校に留学，ドロシージョンソン教授の指導を受けて「看護とは」を説明する方法を学んだ．帰国後に行なった主な研究的実践として，「プレイルームにおける遊びの時間」，「外来での小児糖尿病看護相談」，「内科外来での継続看護」，「看護の授業における看護ケア」を述べた．追究を継続する要件としては，周囲の人々特に実践現場のスタッフとの協働，看護ケアの内容を記録すること，記録に基づき実践の方法や成果を分析し，公表することが重要であると考えられた．

キーワード：看護ケア，研究的実践，病児のプレイ，糖尿病看護相談

はじめに

看護師は，いつの時代にも患者の身近にいて，日常の世話や治療処置に携わっており，医療の現場には欠かせない役割を担っている．しかし，その活動が医師との連携の上になされるものであるために，看護の独自性が見えにくく，看護による成果として評価されにくい状況に置かれることも事実である．あるときには医師さえいれば良いとされ，医師の診断や治療処方の中に看護師によって提供される情報や，器具の準備などがあり，さらに患者が日常の世話を受けていることは，表現されない．近年は，医師，看護師のほかに，薬剤師，栄養士，理学療法士，作業療法士，医療ソーシャルワーカー，臨床心理士など，多くの専門職者が医療を担っており，多職種によるチーム医療が推進され，それぞれの専門的な機能に価値が置かれている．この医療チームにおいて，看護職がよい役割を果たし，患者と家族が必要とする専門的サービスを十分に受けられるようにすることが望まれる．

看護師には日常生活の援助と，診療に関する援助のほかに，医療チームのメンバーによるサービスが円滑に，効果的に行われるように調整的な役割を果たすことが求められる[1]．これらを含む看護師の独自の機能を「看護ケア」と呼びたい．“ケア”という言葉をつけるのは，対象者や周囲の人々への配慮に満ちた行為であること，全ての人に共通の基本的ニーズの充足に向けた行為であることを示し，看護の特徴を表わすと考えるからである．

筆者の追究のはじまり

筆者は，昭和 28 年に，わが国の国立大学医学部に初めて開設された東京大学医学部衛生看護学科[2]で学んだ．高知女子大学家政学部で，その前年に看護教育が始められ，当時の文部省，厚生省は，わが国の看護の指導者を育成し，看護のレベルアップを目指したということであるが，教育の内容は全くの手探りであった．前身の看護学校や医学専門学校の教育施設や指導者，アメリカの看護教育を受けた看護婦が活用されたが，4 年制大学の中で教養学部での教養教育と医学部での専門教育を，保健婦助産婦看護婦養成所の教育基準に合わせ，看護婦と保健婦の国家試験を受けられるようにするにはどうすればよいか，特に，実践の中で学ばれる看護の実習はどのような場で，どのように行うのかは，全く手探りであった．顧みれば学生と共に築き上げられたと言える．

１．学生時代の臨床実習

３年後期から基礎実習が始まり，４年次には週に２～３日の実習が臨床各科を４週間位ずつ回るように組まれていた．実習要項は特になく，指導教員も示されず，実習場に行き，婦長さんや教育担当の医師，主治医の指導によった．「何をすればよいですか」と聞いたり，患者の検査や処置を見せてもらったり，主治医の説明を聞いたり，学生の積極性に任されていた．多くのスタッフは快く対応してくださった．看護婦は何をしているのか，そこに意義あるものを見出したかった．記録の提出も求められなかったが，手帳にメモし，隣接の学生寮に帰って，夜遅くまで，実習で見聞きしたことや考えたことを友人と話し合ったことを覚えている．自分達なりに，看護婦のなすべきことを意義付け，自らの将来を見通す努力をしていたといえる．それは簡単なことではなく，失望して欠席する学生も少なくなかった．

いろいろ考え悩みながらも実習に臨めたのは，当学科の創設を計画された初代の学科主任，福田邦三先生が，「本学科はわが国の看護のレベルアップを目指している，君たちはパイオニアとして活躍してほしい」と，折りに触れ言われたからである．現状をどうしたら改善できるか，改善のために力を尽くさなければならない，と強く心に刻み込まれた．

２．卒業後の進路　－未熟児看護

卒業後には臨床看護のほか，公衆衛生面での職場も紹介されていた．臨床看護婦，保健所や事業所の保健婦，衛生管理者，養護教諭，大学や短大の健康管理者，労働衛生関係の研究者，附属病院医局の研究生などであった．

筆者は，実習病院の一つであった社会福祉法人賛育会病院の未熟児室の看護婦として就職した．当時は大卒看護婦は初めてということで，就職できる場所は限られていた．未熟児看護は当時の日本では新しく，世田谷乳児院と賛育会病院でのみ，行われていた．実習を通して素晴らしい医師，馬場一男先生に巡り合ったこと，未熟児は看護婦の観察と心を込めた育児なしには育たないということ，従って，看護としての専門性が高いと思ったことからの選択であった．先輩看護婦の素晴らしい看護技術に学び，経験を重ねる中，当時，未熟児室に空調設備がなく，14時検温時には室温の上昇による体温の上昇が見られる子どもが多数いたが，氷枕の使用により夕方には解熱していたこと，それらの子どもがある時から発熱しなくなることから，未熟児の発汗機能の発現について調べたいと思った．

一方，哺乳は看護婦の技術，観察・洞察，愛情が必要であることは明らかであり，その子どもがもっと飲めるかどうかは看護婦の観察によるものであるが，ミルクの量の変更には医師の指示が必要であり，看護婦の主体性は存在するのかという疑問が生じた．同僚とも話し合い改善の道を見出したいと思っていたが，母校の強い要請により１年足らずで，この職場を離れることになった．

３．母校の基礎看護学の教育に参加

卒業後2年目に母校で基礎看護技術の教育に参加し，体温測定法（講義と教室実習）を担当し，水銀体温計による腋窩検温法では，体温計の先端を腋窩の最深部に置き，腋窩の閉鎖により温度が上昇し，測定時間は10分以上となること，腋窩の皮膚温の分布について説明したが，その論理は田坂内科の微熱の研究の中で解明されたものであり，看護婦による研究の成果ではなく，看護独自の研究があるのかという疑問を持った．また，病室環境の測定（講義と教室・病棟実習）では，公衆衛生における環境測定法を用い，温度，湿度，気流，塵埃（細菌を含む），騒音，臭気，照度などの測定を行った．ここでも他分野の方法を使っての授業であったが，患者がどのように感じているかという感覚温度（快感帯・不快感帯）は興味深いものであった．

４．「看護とは」「医学との違い」「看護独自のもの」の探究

卒業後の未熟児看護における疑問と，母校での基礎看護教育の中で感じたことから，看護独自のものに確信を持ちたいという思いが強くなり，アメリカの大学への留学を志した．幸いにもロックフェラー財団の奨学金を得ることができ，1959 － 1961 年に，カリフォルニア大学ロスアンゼルス校（UCLA）大学院看護学修士課程に留学し，看護実践の概念枠組み，小児看護学，看護教育学等を学んだ．更に 1971 年度には，私的な留学で公衆衛生看護学，コンサルテーション論を学んだ．小児看護学のドロシー E. ジョンソン教授の Conceptual Framework for Nursing Practice（看護実践の概念枠組み）で，主要な看護の概念枠組みと，ジョンソン行動システムモデルを学んだ．看護の焦点は「病気や病気の脅威に曝された人間のストレスへの対処を助ける」ということで，７つの行動サブシステムと各サブシステムの構造を査定し，行動システムの

平衡維持・向上に向けた看護を展開する．これに対して医学は「病理学的な変化」を焦点とし，最高の生物学的機能の達成，つまり，生物学的システムの平衡に注目するものであるということであった[3]．後に，ジョンソン行動システムモデルは，システム論に基づく看護理論として公表され[4]，実践や教育・研究の理論的基盤として活用されている．

この他に看護の独自性，主体性の説明の仕方として，1つはウィーデンバック（1964）[5]の，「医師は患者の病気そのものを見る．看護婦は患者が病気をどう受け取っているかを見る」という考え方，もう1つはミリアム M ジョンソン & ハリー W マーティン（1958）[1]の，「看護婦の役割についての社会学的分析」で，「医師－看護婦－患者」の社会システムにおいて，医師の第一義的役割は，手段的機能（患者の病気の診断・治療），看護婦の第一義的役割は，表出的機能（患者の緊張の緩和と医師－看護婦－患者の関係の調和）である，ということであった．前者は，あらゆる場面で，患者はどう感じているのか，ということを考えることであり，後者は医療の場面で関係者の活動が円滑になされるように配慮するという調整的機能で，近年のチーム医療においてはとくに大事な機能である．

看護ケアの研究的実践による追究

筆者の研究的実践における「看護ケア」とは，「対象者への直接的な世話・手当であり，対象者の基本的欲求（身体的・心理社会的）の充足に向けた行為で，対象者のストレス軽減と対処力を促進する気づかいや配慮に満ちた関わり」であり，これを可能にする周囲の人々への配慮も含むものとする．これはD. ジョンソンやヘンダーソンの理論を取り込んだ筆者の考え方である．

1．「プレイルームにおける遊びの時間」についての実践

昭和55年より，千葉大学医学部付属病院小児病棟において，病棟看護スタッフと看護学部小児看護学担当教員の協働により，毎週火・金 11：00～12：00に「プレイルームにおける遊びの時間」を実施した[6]．目的は，入院中の子ども・付添の親がプレイルームで楽しむことにより，ストレスを軽減し，成長発達を促すことであった．これはプレイルームの活用ができていない状況への学生の意見，看護スタッフと大学教員の意見の一致から始まった．

最初の2年は，病棟スタッフが参加児をリストアップし，遊び係は大学教員，大学院生で，プレイのノートに遊びの状況を記録した．3年目から，プレイ係の病棟スタッフ・保母（兼看護補助者）と大学関係者で，プレイを実施し，プレイの記録を看護記録に書くことを検討した．遊びの内容は，参加児の年齢や参加回数，人数が不特定であるので，年齢幅が広く，実施し易く，感染の危険の少ない遊び（紙工作，折り紙，お絵かき，紙粘土など），季節感（お花見，水遊び，西瓜わり，シャボン玉，花火，落ち葉拾い，すごろく，かるた，散歩）などが選ばれた．また，季節の行事の体験（子どもの日，七夕，夏祭り，クリスマス，節分，ひな祭り）も欠かせないことと考え，これらを考慮して月1回のミーティングで計画を立てた．

遊びの記録は，当初はノートに自由記述で行ったが，遊びの様子が，その後の看護に活用されるために，ゴム印（表）を用いて看護記録に記録するようにした[7]．このことによりプレイ参加児の様子がスタッフに伝わり，プレイの意義が浸透し，プレイ実施日には「プレイ係」が勤務表に示されるようになった．

表　プレイの記録（ゴム印）

プレイの内容（　　）

	よい	ふつう	たりない
積極性			
集中したか			
楽しんだか			
創造性			
自立性			
他児との関わり			
看護婦との関わり			

5年目の昭和60年からは，普段クリーンエリアから出られない易感染性患児のために，毎週木曜日を追加した．神経芽細胞腫，急性リンパ性白血病，横紋筋肉腫，脳腫瘍等の子どもで，化学療法，放射線療法，点滴，IVH，経管栄養実施中などであった．一般状態と直近の検査データをもとに，主治医の許可を得て参加を決定し，参加時間は自由，必要に応じて母親，受持ち看護婦が付き添った．マスクを着用し，帰室後は手洗いを行う等の配慮を行った．昭和61年1月～11月の木曜のプレイに参加した患児は30人 0－14歳，述べ70人．当日～3日前の検査データでは，白血球1000/㎣以下，血小板5万/㎣以下，ヘモグロビン8ｇ/dl以下のものもあったが，プレイ参加による悪影響は特にみられなかった[8]．このような子ども達は次年度の行事までに亡くなるものが多いことも分かり，参加児の検査デ

ータ等の基準を決めて継続された.

以上より，小児病棟におけるプレイの時間は，子どもの基本的ニーズの充足，発達促進，入院・治療によるストレスの軽減に役立ち，検査データと一般状態の確認，治療処置の継続，感染予防の視点に立った安全なプレイであり，看護ケアとしての意義が大きいと考えられた．プレイの１メンバーであった保母（兼看護補助者）には，プレイの内容や遊ばせ方の工夫，「痛いことをしない人」として子どもに接することが期待された.

２．大学病院小児科外来での糖尿病看護相談

昭和58年より，毎週水曜日7：00AMからの早朝糖尿病外来に参加し，医師と外来看護師の了承を得て看護相談を行った．対象児が来院し，空腹時採血，インスリン注射，朝食，診察，2時間後採血までの間に，子どもと母親（父親）の行動観察，家庭・学校での生活状況，療養上の問題について聞き，話し合った．その中で把握されたことに基づき，外来で短時間に，的確に療養状況を把握するために，糖尿病患児の療養行動質問紙（知識・理解，手技，自立，気持ち，サポートの側面を含む30項目）を作成した[9]．毎年，子どもと共に，項目をチェックし，成長に伴う変化を確認した．院生，医師，外来看護師とともに，研究的に進め，学校生活（補食，部活動），家庭での療養行動，生活規律，自立，気持ち，親のかかわり等が主要な課題となった.

この糖尿病患児の療養行動質問紙(30項目)には，生活時間の規則性や，毎日の生活感情，親や友人のサポートに関する項目もあるが，糖尿病の治療に関する事(食事療法，インスリン注射，血糖測定，低血糖への対処，運動)が中心であり，全ての子どもに共通の日常生活習慣に関する内容は殆ど無かった．そこで日常生活習慣行動に関する，健康行動質問紙(18項目)を作成し，療養行動質問紙と併用した研究を進めた[10]．療養行動30項目と健康行動18項目とは相関を示す項目が多いことがわかり，とくに「朝すっきり起きられる」「食事時間の規則性」「歯磨きの頻度」「外から帰った時の手洗い」が重要な項目ということが分かった.

次に，小児糖尿病患者と親の健康（習慣）行動の関係を調べ，親の健康行動が子どものそれに影響していること，特に母親の就寝時間，清潔行動が子どもの健康行動と療養行動に影響を及ぼしていることが明らかになった[11]．さらに，親のライフスタイルとしてのストレス，自己実現，子育てに関する態度を加えた調査を行い，子どもの血糖コントロール不良や将来の糖尿病合併症の不安など，疾患に関するストレスが，親自身の自己実現の意識，ネガティブ／ポジティブな育児態度と関連していることが明らかになり[12]，糖尿病の子どもと母親への指導には，より広く，深い内容のものが求められることが明らかになった.

３．岩手県における糖尿病看護

1）岩手県立中央病院総合内科外来での継続看護

平成10年より，岩手県立中央病院総合内科外来で外来プライマリとして行われていた継続看護に参加した．通院中の２型糖尿病患者の診察に同席させていただき，医師と患者の同意のもとに，療養行動の実施状況や困難に思っていることについて相談的に関わり，診療録に記録した．この活動は外来看護スタッフも外来プライマリとして実施し，研究的な取り組みを共同で行い，毎年，糖尿病教育・看護学会に発表することを目標とした.

2001年には，２型糖尿病患者の血糖コントロールの長期的変化に関する患者の認識－とくに悪化に向かう時期の認識について調べた[13]．１年４か月以上継続的に指導し，HbA1c値の改善が顕著だった９人の面接および指導記録の分析により，悪化に関連したと思われた事項の１番目は「食欲亢進やイライラなどで食べてしまう」，２番目は，「風邪，葬儀，結婚式等が重なった」であった．風邪（感染症）が悪化に関与していること，それが葬儀など日常でない生活と重なっているということであり，日常の生活規律，健康習慣が乱れないようにすることが大事ということを示していると考えられ，指導に取り入れた.

2004年には，「日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール」(栄養，運動，人間関係，ストレス管理，精神的成長，健康への意識の6下位尺度，52項目)[14]と，年齢，性，療養行動自己評価，血糖コントロール自己評価の質問紙調査を外来通院中の2型糖尿病患者51人を対象に行い，栄養，人間関係に関する健康行動得点が高く，運動が最も低いこと，HbA1c値とストレス管理は，有意な負の相関が見られた．有意な相関を示した項目は「リラックスのための時間をとっているか」「ストレス解消のためにしていることがあるか」「糖分の多い食物を控えているか」であった．年齢では50代は70代に比べ，栄養，人間関係，ストレス管理において，健康行動

得点が有意に低いことが明らかになった[15].

外来スタッフであった大下，箱石は，血糖コントロールにストレス管理の影響が大きいことから，2004年と2005年の調査結果を外来通院中の糖尿病患者に伝え，ストレス解消方法を知ってもらうパンフレットを作成し，HbA1c値8.0%以上の患者で協力を承諾した31人に，パンフレットを用いて，ストレスについて説明した後，ストレスの有無，解消方法について答えてもらった．その結果，ストレスあり20人（64.5%），ストレッサーは家族のこと11，仕事7，ストレス解消法は，時々運動5，特に無い5，旅行4，誰かに話す3，飲酒2で，効果的なストレス解消法ができていると思える答えは少なかった[16]．外来でストレス対処方法の指導をすることが必要であると考えられ，2007年にストレッサーとストレス対処行動の調査を血糖コントロールの悪い（HbA1c値8.0%以上）2型糖尿病患者39人を対象に行った．「周囲の人の理解」がストレス感に影響する事，「信頼できる人に相談」などの積極的対処をすすめること，性別や年齢による考慮も必要であることが明らかになった[17].

2）岩手県の糖尿病の児童生徒について

岩手県の糖尿病児童生徒の学校生活状況と養護教諭の関わりを調査し，「学校関係者のための糖尿病児童生徒支援マニュアル～よりよい学校生活のために」[18] を作成した．養護教諭は，学校でのインスリン注射や血糖測定の場所の確保や，低血糖予防・対処，学校行事への参加等についての配慮を行っており，マニュアルでは主治医からの情報をもとに，各対象児のケアプランを立てて継続的な支援を行っていくための指針を示した．さらにそのマニュアルをどのように学校現場で使用できるかについて検討した（2007）[19].

以上のように，糖尿病患者に関し，千葉大学の小児科外来と岩手県立中央病院の内科外来で実践と研究を，現場のスタッフや同僚と共に行ってきた．いずれも実習病院の患者や家族が直面している看護ケアの問題であり，状況や背景要因についての研究を継続し，有効な援助の視点を見出すとともに，対象者自らが主体的に取り組む方法を見出し，意欲を高めるような配慮に満ちた看護師の関わりを追究することができたと考える.

千葉大学では同僚や大学院生，医師の関心と協力的な関係に助けられた．岩手では外来プライマリのシステムに乗ることができた事，外来看護師の関心と熱意に支えられた．また，期間中，科学研究費補助金が得られたことも大きな力であった．この活動の中で，大学院生の修士論文６編，博士論文４編が生れた.

看護の授業における看護ケア

昭和 30 年代に，母校（東大医学部衛生看護学科）の基礎看護実習（2 － 3 年），病棟合同実習（3・4 年合同）[2] において，一般的なケアや疾患の理解に加えて，パーソナルニーズ，ヒューマンリレーションズを取り上げた．学生は関心を示したが，看護の現場での独自の機能は，あまり理解されなかった.

昭和 52 年から，千葉大学看護学部の小児の成長発達と看護において，子どもの生活行動の発達と看護として，行動を視点とした発達と日常生活の援助を述べた．子どものあそびの意義や病棟での遊びの支援の実際の実習などを行った．また，子どもの成長発達を継続的に理解し，家庭での育児の実際を学ぶために，家庭における乳幼児と育児の観察実習 [20] を行った．慢性疾患患児の看護においては，疾患の管理を含む日常生活（学校，家庭）が，発達レベルに沿って充実したものになるよう，家族，学校関係者，医療者の関わりの重要性を述べた．前述の研究的実践の成果に支えられていたことは申すまでもない.

平成10年から，新設の岩手県立大学看護学部において，1年生の看護学序論，看護基礎理論を担当し，学生の理解を深めるために，看護ケアを描いたビデオの使用，学生参加型の授業を考案した．学生の反応の確認と教員とのコミュニケーションを深めるために，授業カード「伝言票」を用い[21]，後に同大学のソフトウェア情報学部の協力を得て，コンピューターを用いて学生と教員が授業についての反応を交信できるシステムを構築した．学生の関心は高く，1年次のIT学習に沿ったものと思われた.

基礎看護学の内容が，東大で行った1960年頃（昭和30年代）と比べて，どのように変化しているのかを知るために「医療の進歩と看護ニーズの変化に対応する「基礎看護学」の教育内容の検討―大学の場合―」研究代表者兼松百合子，平成11年度～平成12年度科学研究費補助金（基盤研究C2）を実施し，47看護系大学の協力を得てシラバス調査，うち13大学の訪問調査，欧米の大学・病院の視察をとおして，基礎看護技術は，共通技術，日常生活援助技術，診療における技術から成る，共通技術（全ての技術において必要な技

術）には，感染予防，コミュニケーション，教育・相談，安全・安楽，問題解決過程の技術がある，これらの共通技術を，日常生活援助技術，診療における技術に組み込むことにより，技術の身体的手技の面だけでなく，教育的・支援的な面を含むケアとして充実したものになると考え，教育方法を検討した[22) 23)]．平成14年に開設された岩手県立大学大学院看護学研究科修士課程（博士前期）において，看護援助学特論（専門看護師教育課程の看護理論に対応）を担当した．各学生の看護ケアの理論的基盤を明らかにすること，看護ケアを記述することを課題とした．また，実践から導かれた看護理論（ベナー看護論）を読んだ．博士後期課程の看護援助実証特論では，世界の先進的な看護研究を読むこと，自己決定理論とリフレクションに関する理論の看護援助における有用性を取り上げた．

平成23年度から平成25年度に日本赤十字秋田看護大学において，修士課程の看護理論1単位を担当した．看護の原点，基本的看護，患者－看護師関係，環境・刺激・適応のシステムなどに基づき看護の特徴を述べた理論（大理論）に続いて，認識や行動の変化を目指す全体論的な理論（ロジャーズ，パースィ，Mニュウマン）や，看護行為の本質を求めるケアリングの理論（ワトソン，ベナー）を重視した．実践者としての学生が，基本的看護（ヘンダーソン）の視点で捉えた看護問題に対して，「本当に助けることができるか」，そのためには援助に関する別の理論を併用して介入し，成果を評価することが必要であることが理解されるように努力した．

平成23年度から横浜市立大学の医学研究科看護学専攻の小児看護学特論において，子どもと家族のセルフケア理論，子どもと家族のストレス・コーピング理論を講じている．子どもの成長発達過程におけるセルフケア行動の獲得，コーピング行動の獲得，親や学校関係者等のサポートが主題となり，千葉大学で行った糖尿病患児と家族の支援の研究がベースになっている．しかし，オレムのセルフケア理論におけるセルフケアエイジェンシー（セルフケア能力）の構造や測定方法，介入としての看護エイジェンシーを更に明らかにしたいと思っている．看護ケアに欠かせないセルフケアについての理論構造と実践について更に極めたいと思っている．

おわりに

学生時代から約60年にわたり看護・看護ケアを追究してきた．看護管理は対象者への直接的な働きかけではないが，対象者に十分な看護ケアがなされることを目標としている．つまり看護ケアは，看護の主要な内容であり，その追究の成果は，看護の学的基盤の確立に貢献する．かつて看護は専門職としての学的基盤が乏しいと言われたが，この半世紀の進展は大きい．諸科学の進歩や社会の変化，人々の生活の変化や健康問題の変化に対応する「よりよい看護ケア」の追究は際限がない．その追究に喜びと誇りをもち続けたいと思う．

筆者の看護ケアの追究の一部を述べたが，追究を継続する要件は，まず，周囲の人々特に実践現場のスタッフとの協働，その中で各メンバーに気づきが生まれ次のステップに進む意欲が高まることが大切である．次に，対象者への働きかけと反応を記録する事，記録を資料として協働者とともに研究をまとめ発表すること，また，研究費を獲得することも重要と思われた．それぞれの置かれた状況やニーズによって異なるので，具体的には前述の各追究の部分を参考にしていただきたい．多くの方々が，豊かな発想のもとに，看護ケアを追究されることを願ってやまない．

文献

1）ミリアム M ジョンソン & ハリー W マーティン（1958）（林滋子訳）．看護婦の役割についての社会学的分析．看護の本質．看護学翻訳論文集１．東京都：現代社；1967．84 － 98.

2）東京大学医学部衛生看護学科卒業生 東京大学医学部衛生看護学科．2012．70．東京大学保健学同窓会ホームページ http：//uthoken.umin.ne.jp

3）1959年 UCLA の講義資料.
兼松百合子．ドロシー E ジョンソン．現代看護の探究者たち―人と思想．増補版．評者代表小林富美栄．東京：日本看護協会出版会；1989．65 － 84.

4）Johnson DE. The behavioral system model for nursing. In Riel JP & Roy C（Eds.）. Conceptual models for nursing practice. 2nd ed. New York：Appleton － Century － Crofts；1980．207 － 216.
草刈淳子・兼松百合子共訳．看護のための行動システムモデル．看護モデル－その解説と応用．兼松百合子・小島操子監訳 . 東京：日本看護協会出

版会；1985. 284 － 297.
5）E. ウィーデンバック著（1964）. 外口玉子・池田明子訳. 臨床看護の本質　患者援助の技術. 東京：現代社；1969. 151.
6）兼松百合子，牛久陽子，武市雅代，浜中喜代，金丸好子，田村ユキ，青木美智子他病棟スタッフ一同.「プレイルームにおける遊びの時間」の発展過程. 小児看護 1982；5（13）：1766 － 1775.
7）牛久陽子，兼松百合子，武市雅代，浜中喜代，小関和代，広瀬たい子，塩川睦子. プレイルームにおける病児の遊び行動の観察と評価. 第 13 回日本看護学会集録　小児看護（1）1982：144 － 148.
8）菊原深雪，猪野和子，田村ユキ，蒲原みどり，小野寺玲子，八代レイ子，兼松百合子，吉野睦子，武田淳子，内田雅代，桜井幸，他スタッフ一同. 易感染性患児のプレイ前後の児および母親の変化，第 18 回日本看護学会小児看護 1987：147 － 149.
9）兼松百合子，中村伸枝，内田雅代. 糖尿病患児の療養行動質問紙の作成と活用. 千葉大学看護学部紀要 1997；19：71 － 78.
10）兼松百合子，中村伸枝，内田雅代，谷洋江，宮本茂樹，杉原茂孝，今田進，佐々木望，新実仁男 . 糖尿病患児の療養行動と健康行動. 小児保健研究 1997；56（6）：777 － 783.
11）中村伸枝，兼松百合子，二宮啓子，今野美紀，谷洋江. 小児糖尿病患者と親の健康習慣と療養行動 . 千葉大学看護学部紀要 1997；19：61 － 69.
12）中村伸枝，兼松百合子，武田淳子，丸光恵，松岡真理，内田雅代，二宮啓子，今野美紀，谷洋江. 小児糖尿病患者の日常生活習慣，療養行動と親のライフスタイル. 日本看護科学学会誌 1999；19（3）：74 － 82.
13）大山幸子，佐々木真紀，藤原美智子，岩城富江，笹枝恵美，菅原隆，兼松百合子. 血糖コントロールの長期的変化に関する患者の認識―とくに悪化に向かう時期の認識について―. 日本糖尿病教育・看護学会誌 2001；5 特別号：148.
14）魏長年, 米満弘之, 原田幸一, 宮北隆志, 大森昭子, 他. 日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール. 日本衛生学雑誌　2000；54（4）：597 － 606.
15）大下咲子，箱石恵子，松葉のぶ子，石原泰香，佐々木真紀, 坂本慶子, 松戸アサ子, 牛間木英子, 菅原隆，兼松百合子. 糖尿病患者のライフスタイルと血糖コントロール･療養行動について. 日本糖尿病教育･看護学会誌 2004；8 特別号：216.
16）大下咲子，箱石恵子，松葉のぶ子，菅原隆，兼松百合子. 外来通院中の血糖コントロール不良患者のストレス解消方法. 日本糖尿病教育・看護学会誌 2006；10 特別号：307.
17）大下咲子，箱石恵子，兼松百合子. 2 型糖尿病患者のストレスとストレス対処行動. 岩手看護学会誌　2009；3（1）：16 － 23.
18）兼松百合子・天野洋子編著，平賀ゆかり，中村伸枝，白畑範子，遠藤巴子，工藤宣子著. 学校関係者のための糖尿病児童生徒支援マニュアル～よりよい学校生活のために～. 神奈川：青山社；2007. 117.
19）兼松百合子，平賀ゆかり，天野洋子，白畑範子，遠藤巴子，中村伸枝. 糖尿病児童生徒支援マニュアルの作成と活用に関する研究. 岩手県立大学看護学部紀要 2007；9：1 － 12.
20）兼松百合子，武市雅代，西川陽子，宮川喜代，吉武香代子. 小児看護学演習の一つの試み－家庭における乳幼児の継続観察. 千葉大学看護学部紀要 1981；3：29 － 34.
21）高橋有里，兼松百合子：看護学序論における授業カード「伝言票」の効果. 岩手県立大学看護学部紀要 1999；1：55 － 64.
22）三浦まゆみ，菊地和子，平野明彦，伊藤道子，高橋有里，他.「清潔」の援助技術に共通技術の要素を取り入れた教育方法の検討―3 校の授業前後の比較―. 岩手県立大学看護学部紀要 2004；6：33 － 40.
23）菊池和子，三浦まゆみ，平野明彦，伊藤道子，高橋有里，他.「清潔」の援助技術に共通技術の要素を取り入れた教育方法の検討― 一校の演習・演習後の比較―. 岩手県立大学看護学部紀要 2004；6：41 － 48.

<Special Contribution>

Continuous Inquiry into Nursing Care

Yuriko Kanematsu
Emeritus Professor of Iwate Prefectural University

Keywords: nursing care, research in practice, play program for sick children, diabetes care