

〔資料〕

## 全室個室病棟の歴史と看護師の現状

村越 望\*

### THE HISTORY OF ALL-ROOMS-PRIVATE WARD AND THE PRESENT CONDITIONS OF NURSES

Nozomu MURAKOSHI \*

キーワード：病院史、個室病棟、医療政策、看護師

Key words : history of hospital, private room, medical policy ,nurse

#### I. はじめに

近年、日本において医療に対する個人のニーズは多様化し、特にプライバシーの保たれる個室病室が求められていくことが考えられる。実際、厚生労働省によると病床数全体では平成17年には1,432,811床（厚生労働,2009）が平成25年には1,379,504床（厚生労働,2014）に減少しているにも関わらず、個室病室は平成17年の148,173床（厚生労働,2009）から、平成25年には173,083床（厚生労働,2014）へと増加している。その中でも、全室個室病棟は近年増加傾向にある。全室個室病棟とは、すべて個室の病棟であり、かつあらゆる年齢、あらゆる疾患の患者が幅広く入院する。すべて個室で構成されている病棟であっても緩和ケア病棟や精神科病棟など限られた疾患や、限られた病気の段階など限られた条件の患者に特化している場合には、全室個室病棟には含まれない。そのため、全室個室病棟では、さまざまな診療科や看護の専門分野における知識、技術を統合した看護実践が求められると考えられる。

一方で、大学病院を中心とした病院では医療の高度化、医学の専門化が進み、診療科ごとに特化した看護が求められているのではないだろうか。だとするならば診療科や、年齢、回復期などで細分化せずに看護を実践する全室個室病棟はなぜ存在することに至ったのであろうか。

本論では、まず病院の成り立ちと現在の全室個室病棟がどのように成り立ったのかを既存の文献を基に歴

史を概観する。その上で、既存の文献を基に全室個室病棟での看護の現状について探求する。

#### II. 全室個室病棟の歴史

##### 1. 世界における病院と個室病室の歴史

病院そのものの始まりは、古代エジプトの医神イムホテップの寺院、古代ギリシャ時代の医神アポロンやアスクレピオスを祭った神殿だとされている（酒井,2013）。当時は、イムホテップの墓を参拝すると病気が治るとされ、人々が集まり、寺院が形成され病院となっていた。

中世に入るとヨーロッパでは、キリスト教の普及もあり、病院は貧者、病人、弱者、病弱者、老人などの介護を行うものとして建築されている（Wischer & Rau/小室,1990）。この頃には病棟は教会のような大空間を持つ建築形態が現れ始めている。最初は約80床辺りのベッドを並べただけだったが、後にパーテーションが1床ごとに設置されるようになっていった。病院によっては女王の寄付金で成り立っており祭壇などが設置され、当時の病院建築の経験や知識をフルに活用したものもあった。しかし、大多数の病院は劣悪な環境であり、ベッドは2名で1床であることや、すぐ隣に死亡者がシーツに包まれてあるなどしていた。そのため、入院患者の死亡率は非常に高いものであった。

その後中世の終わりのヨーロッパでは、農業中心の経済から商業中心の経済へと移りつつあった。それ

\*東京女子医科大学大学院看護学研究科 博士前期課程（Tokyo Women's Medical University, Graduate School of Nursing）

に伴い市民意識が、共同体意識から個人の人格の尊重へと移行してきていた。この時代に個室付き病院が作られるようになり、これが、個室病室の始まりと考えられる。ドイツのニュルンベルクでは全室個室の病棟がすでに存在していたとされる（Wischer & Rau/小室，1990）。大部屋の病室も存在し、個室病室は裕福な人々を対象とすることが多かったとされる。

17世紀頃からは患者のケアに必要な物品供給室が設置されるなど、機能性を重視した病棟が作られ始めた。さらに18世紀半ばには、医学の発展に伴い医学的欲求に合わせて衛生的な施設の建築が考えられ始められている。この流れの中で19世紀に、近代の病棟建築の幕開けがナイチンゲールによりもたらされている。1863年にナイチンゲールが出版した病院覚え書の中では、病院建築は「患者に新たな害を与えないこと」が重要であり「患者に新鮮な空気・陽光・室温を供給できるもの」であるべきと提唱され、この提唱は、その後も病院建築の基礎として長年用いられることとなった（小林，2012）。当時はクリミア戦争等でテントなどの野戦病院が優れた治療活動をしていたこともあり、面積の広い病院建築であった。このタイプの病院は大部屋が多く、窓と窓の間にベッドを並べて配置していた。

19世紀後半には、コッホらにより細菌の存在が認められたことで、感染対策が充分でないこの建築は必要性が無くなっていった。一方で個室病室は患者の個人尊重の観点から建築され続けていた。個人の尊重は、病室として特別な価値を持っていたと考えられ、19世紀の終わりには自費入院患者の病室が存在するようになった。この有料個室の考え方は、現在にも通ずるものであり、これが現代の個室病室の原型だと考えられる。

## 2. 日本における病院と個室病室の歴史

日本において歴史的に確認されている病院は鎌倉時代からあったとされるが、詳細な記録は残っておらず、記録の残る最初の病院といえるものは、1556年にポルトガルの商人ルイス・アルメルダにより作られた府内病院が一般的である（青木，1984）。しかし、キリスト教の布教活動の一環として設立されたもので、貧困患者の救済が中心であり本格的な病院ではなかったとされる。後に、キリスト教の弾圧により廃院となっており拡大していくことは無かった。

その後、江戸時代に入り徳川吉宗により小石川養

生所が設立されている。江戸時代の日本では、医療は往診が中心であったが（酒井，1982）、小石川養生所は、貧困者を対象にした入院施設であり設立時40床程度であった。1773年には170床まで拡大し、内科、外科、眼科などの診療科が存在していた。しかし、財政的に発展することは無く衰退していった。

江戸末期に入り、1861年に日本で最初の近代西洋建築としてオランダ軍医ポンペにより長崎養生所が設立された（新谷，1983）。ポンペは、医学教育を行っていくための臨床実習の場として長崎養生所を設立している。建物は、東西に長い2階建ての2棟からなり、各階に15床の大きな病室2室の8病室で構成され、ベッドが入れられていた。各病室は疾患別に区分されていたが、8病室とは別に4つの個室病室が存在していた。この病室は、隔離収容を要する患者や手術が必要な患者が収容されていた。隔離収容を要する患者について具体的な資料は今回見つけることは出来ていないが、幕末の頃には個室病室が存在していたのである。

この長崎養生所を皮切りに年号が明治となった後、西洋医学が日本の医学の進むべき方向とされ病院制度が本格的に紹介された（猪飼，2010）。この背景には、西洋医学の普及のためには西洋式病院が必要であったことが挙げられている（青木，1992）。そのため医学校付属病院が建築されるようになっていった。医学校付属病院にはナイチンゲール病棟の考え方が導入された病院も当初存在した。

しかし、明治7年制定の医制により内科、外科に分け、入院料ごとに上中下などの等級で小さく区切られた病室が普及した。等級ごとに病室が分かれているのは、当時の一般病院の特徴であった。入院料により病室の等級が区分されたのは、長崎養生所が有料であったことが影響していたと考えられる。長崎養生所では、看病人を連れて入院料を2倍支払うことで病室を借り切ることができるなどし、患者の多くが高級武士や裕福な町人などの中流階級以上の人々であった。極貧者には無料で診察が行われていたが、極貧者には近づきにくいものとなっていた（酒井，1982）。

そして、江戸時代には小石川養生所では無料であった入院料が、有料となったこの規則が、その後も日本の病院規則のモデルとなっていたため、明治には病室ごとに等級が決められていた。明治7年に建てられた東京府病院では、公立病院であるにも関わらず一等室は1日入院料が1円で、別室が付いて個室

病室に布団などが与えられ、看護人あるいは付き人が一人付いていた。これが、四等室となると1日の入院料が25銭で1病室に10人程度が入院し、布団などは持ち込みであった(酒井, 1982)。ここに、現代の日本の個室病室の起原があるのではないだろうか。

その後に建築された病院の記録を辿ってみても、等級が各部屋毎に決められていることが多かった。一方で一部の篤志病院では等級は取り払らっていることや、昭和初期には少ない費用で良い医療を提供する理念のもと、病床の半数以上を個室にしている病院も設立されていた(長畑, 2006)。しかし、当時の日本はドイツ医学の影響を受け各診療科が独立していたため、個室病室であっても各診療科に分かれたものであった。

### 3. 全室個室化の流れ

1920年代に入ると、アメリカで全室個室病棟構想が起こってきた。当時考えられた全室個室病棟の利点は①個室であれば疾患の程度、伝染性、性別、年齢、地位、家柄など関係なく病室に入ることができること、②柔軟に病室を使え、多くの患者を収容できること、③病室で診療が行われるため診療室が不要となること、④他人の生活習慣に合わせなくても良いこと(Rovert & Rau/小室, 1990)などが挙げられていた。さらに病床利用率は94～97%と高く、病院の経営上も良いとされ、現在アメリカでは個室が主流となっている。その他、欧米諸国では個室病室も存在しているが、アメリカのような全室個室の病院はあまりみられていない(柳沢, 2004)。

日本でも1992年に聖路加国際病院で全室個室化が行われている。しかし、その後日本全国での拡大は見られなかった。その主な要因として、一病棟あたりの病床数の規模が40から50床と欧米に比べて大きく、看護の動線大きくなることが挙げられていた。これは、在院日数の短縮に伴い現在の病床数では入退院の動きが激しく、病院運営に影響するからだとされる(河口, 2014)。だが、最近では欧米同様の35から40床程度に設定された病棟が増えつつあり、それに伴い、公的病院でも全室個室病棟の建築はなされている。また、近年患者のニーズの多様化や、感染症対策に対する意識の向上があるため、全室個室病棟は増加していくのではないかと考えられる。

### 4. 日本における保険制度からみた全室個室病棟

日本における全室個室病棟を保険制度で説明するならば、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」にある「特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項」(厚生労働省, 2014a)に明記されている特別療養環境室に個室の病室は適合する。そしてその個室のみで構成された病棟が全室個室病棟として妥当であると考えられる。特別療養環境室とは、特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項に記載された要件を満たした病室であり、保険外併用療養費制度における選定療養に含まれる差額室料が発生する病室のことである。満たす必要のある要件として、①特別の療養環境に係る一の病室の病床数は4床以下であること、②病室の面積は1人当たり6.4平方メートル以上であること、③病床ごとのプライバシーの確保を図るための設備を備えていること、④少なくとも下記の設備を有すること、ア 個人用の私物の収納設備、イ 個人用の照明、ウ 小机等及び椅子と明記されている(厚生労働省, 2014a)。

また、保険外併用療養費制度が制定された背景として医療費の高騰や患者の療養環境へのニーズが高まったことがある。これらに対して患者の療養への選択肢を広げるために2006年10月より保険外併用療養費制度は開始されている(厚生労働省, 2006)。保険外併用療養費制度とは、療養全体にかかる費用のうち一般の保険診療と共通する基礎部分についてのみ保険給付し、特別なサービスや高度先進医療にかかる費用を患者などの自己負担とする制度である。この制度では、特別の病室の提供など被保険者の選定に係る選定療養と、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な評価療養の二つが存在している(厚生労働省, 2015)。この制度の開始により、患者は自らの療養環境の調整や治療方法を保険診療の基礎に追加した料金を支払うことで一部選定できる形となった。現在では、任意の医療保険において、選定療養費に対しても給付を行うものも見られている。

以上のような歴史と制度による現状が全室個室病棟には存在することが説明できる。

### Ⅲ. 全室個室病棟を対象とした看護研究

検索データベース医学中央雑誌Web版 Ver.5を用いて、看護における学術論文を検索した。検索期間は、2001年から2015年の過去15年間で「全室個室病棟」

「個室病棟」を keyword として検索を行った。結果、「全室個室病棟」に関する看護研究は 4 件、「個室病棟」に関する研究が 36 件存在した。さらに、原著論文のみ、抄録ありに絞り込み、23 件が抽出された。精神科の個室に関する文献が 10 件、緩和ケアに関する文献が 3 件あり、これらを除いたその他 10 件が診療科や回復過程などの限られた全室個室病棟の文献であった。本論では、限られた疾患や、限られた病気の段階など限られた条件の患者に特化していない、個室という療養環境に特化した全室個室病棟を対象としているため、10 件の文献とハンドサーチによる 3 件の文献を追加した 13 件の文献を基に、全室個室病棟で行われている看護の現状について探求する。

## 1. 全室個室病棟に入院する患者の特徴

全室個室病棟は、特別室病棟と表記されている病院もあり、患者の多くは、会社社長、会社役員、医師など社会的地位が高く、またその家族であることも多く、経済的に豊かな人が入院している傾向にある（佐藤，2005）。これは、差額室料が発生するため経済的な余裕が必要であるからだと考えられる。この患者が個室病室に求める療養環境の特徴としては「プライバシーが保てる」「他患者との煩わしさを避ける」「家族との関係が保てる」「自宅での生活の延長に近い」（木鋤，2006）などが挙げられている。そして個室の長所に関して「生活のプライバシーが保て個人の生活スタイルを維持できる。同室患者との性格・習慣の違いによるストレスがない」（中山，2000）とされており、患者は個人的な空間が得られることを個室に期待してといえる。そのため個人的な空間を求め、「終末期なので家族が付き添いたい」、「小児科で家族が付き添いたい」という家族の希望により、一般病棟から全室個室病棟に転入してくる場合もあるとされる。また、選定療養に含まれている差額ベッドは、保険診療適用サービスと適用外サービスとの境界が明確であり、患者の「自己負担している」という意識が強く表れると考えられる。加えて、看護師に対しては「自分の気持ちを話しやすい」や「熟練した看護師による処置やケア」を期待し（稲川，2012）、とされており、個室という環境面だけでなく、看護師に対しても期待を持っている。また、患者自身の特徴として入院患者の約 7 割が 70 歳以上の高齢者であり、ADL に問題のある患者も多く何らかの治療が中心となっている患者よりも、日常生活援助が中心となる傾向にあるとされる。

これらが全室個室病棟に入院している患者の特徴である。しかし、病床の有効利用のために、希望せず入院している患者も存在している（佐藤，2005）。だが、患者の同意が得られない場合には差額室料を徴収することはできないため、病院の経営上、患者の多くは全室個室病棟を希望入院であることが予想される。また、先行研究の多くは、1 施設のみを対象としているものが多く、病院の方針により入院する患者の診療科の数や、患者の傾向は異なる可能性が考えられる。

上記で述べてきたことから全室個室病棟に入院する患者の多くは、「差額室料を支払い、看護師も含めた療養環境に期待を持っている」という特徴があると考えられた。

## 2. 全室個室病棟で働く看護師の現状

既存の文献から全室個室病棟で働く看護師の特徴として、大きく 2 つの側面が考えられた。一つ目が複数の診療科の患者を含め、さまざまな年齢や回復期にある患者を対象としている面と、二つ目が個室病室を希望した患者に看護実践を行っているという面である。さまざまな患者を対象としている面では、全室個室病棟で働く看護師達は「医療モデルを追求する傾向にある」「専門病棟と違い科ごとの症例数が少なく、経験が蓄積されにくく、自分たちの行っている看護に対しての自信が持てずにいる」（佐藤，2005）や、「慣れない科・初めて経験する疾患を持つ患者が多く、勉強が追いつかない」「自分の知識不足で特に夜勤の時など、即時入患者の重要な観察ポイントを見逃してはいないかと不安」（石川，1998）など医学モデルにおける治療や疾患に対する知識や技術が蓄積されないことにより、日々の実践に自信を持てずにいる事が考えられる。医学モデルとは障害をみるときに障害という現象を、個人の問題としてとらえ、病気・外傷やその他の健康状態から直接的に生じるものと捉えるものである（吉田，2014）。同様のことは、混合病棟でもいえることが考えられるが、全室個室病棟は、個室という環境を求めている患者が多く、混合病棟以上に多岐にわたる診療科の患者を受け入れていることが予想される。既存の研究では、院内の全診療科の患者を受け入れているものや、患者数にばらつきはあるものの、21 の診療科の患者が入院しているという報告もある（佐藤，2005）。そのため、特に慣れない科、初めて経験する疾患を持つ患者が多くいることで、勉強が追

いつかないと感じ不安を看護師は抱えていると考えられる。

一方で個室病室を希望した患者に看護実践を行っている面では、看護師達は患者を「自分を最優先することを希望し、待つことが出来ない患者」「自己主張をためらわない、または自己主張が出来る患者・家族が多い」「看護師の役割を患者が理解していない」「専属の看護師（1対1の看護）を求めている傾向がある。」（佐藤，2005）と特徴づけている。さらに「看護業務以外の要求に対するジレンマ」「ニーズとわがままの線引きが難しい」など、患者の求めている看護と全室個室病棟で働く看護師が考えている看護に「ズレ」が生じ、それが看護師のストレスとなっていると報告されている。そのため、佐藤（2005）は、人員を増加するなどの看護サービス提供システムの検討が必要ではないかとしている。

このように、全室個室病棟で働く看護師の現状は患者の診療科や年齢、回復期などが様々であることに悩み、患者の求める看護実践を実現するため葛藤しながらも、看護実践を行っていることが考えられた。そして、この看護実践は医学モデルに基づいた知識、技術も、さまざまな看護の専門領域における知識、技術も統合した看護実践なのではないだろうか。さらに、既存の研究は、看護師のストレスや悩み、職場の環境改善の提案などの研究が主流である。しかし、個室では患者と一対一で向き合い看護実践を行うことが可能であり、全室個室病棟で働くからこそ得られるやりがいや、満足感があるのではないかと考えられる。

### Ⅲ．おわりに

以上のことから、世界的に病院は弱者らのための施設であり、寄付などで成り立つことで始まっていたことが明らかとなった。しかし、病院内で料金を対価として払う代わりに特別な空間として個室病室が与えられるように中世ヨーロッパの時代から変化していた。日本においては、江戸時代末期より西洋医学の流入に伴い、医療技術のみならず、この病室に対する資本主義的な考え方が導入されるようになった歴史があった。そして、明治7年制定の医制では上中下の等級により病室は区分され、入院料によって医療の他の部分でのサービスに違いが設けられるようになり、個室病室が付加価値のある病室として誕生していた。さらに、アメリカの影響や患者のニーズの多様化、感染症対策に

対する意識の向上により全室個室の病院が出現し全室個室病棟が存在するようになっていたという歴史が明らかとなった。今後も患者のニーズの多様化が進むことは予想され、自分のみの療養空間である個室病室は求められ増加していくことが考えられる。それに伴い、全室個室病棟は今後増加していくのではないだろうか。

さらに、既存の文献からは、入院患者は高齢者や日常生活に問題がある患者が多い傾向があるが、高齢者だけに偏らず、さまざまな年齢の患者も同時に複数入院していることが多いことが説明されている。そのため、医学モデルに基づいた知識、技術も、さまざまな看護の専門領域における知識、技術も統合した看護実践が求められていることが考えられた。しかし、日本の医学はドイツ医学の影響を強く受けてきたため各診療科ごとによる医学の進歩は目覚ましく、高度に専門分化が行われてきた。看護においては1994年には専門看護婦制度が、1995年には認定看護婦制度がそれぞれ発足し、医療の高度化や専門化に伴ってスペシャリストとして活躍できる看護分野が作られた（近田，2009）。その一方で、医学の高度化はますます進み、各診療科に特化した看護が求められる傾向にある。そのような状況の中、全室個室病棟ではあらゆる看護分野や診療科の知識、技術を統合した看護実践が行われていると考えることができる。しかし、現状では、全室個室病棟で働く看護師は、専門分化された看護の知識、技術の経験を蓄積できず、自信を持ってないと悩みながら、日々看護実践を行っていることが先行研究より明らかとなっていた。この悩みながらも行われている看護実践を明らかにしている研究は行われておらず、現状ではどのような看護実践が行われているのかは不明である。さらに、全室個室病棟ならではの看護のやりがいや、得られる満足感についても報告はされなかった。そのため、全室個室病棟で、働く看護師の看護実践や、看護のやりがい、を明らかにする研究が行われる必要があると考える。そして、この全室個室病棟の看護実践や、やりがいを明らかにすることは、今後、需要が増すと考えられる全室個室病棟の看護の専門性を考える一助になると考える。

### 引用文献

- 青木正夫，新谷肇一（1984）．病院建築の計画史的研究—近代に於ける日本の病院建築の史的概観（戦前編）—．*有明工業高等専門学校紀要*，21，103-116.
- 青木正夫（1992）．*日本における病院設計の歴史* 戦前

- 医学校付属病院を中心に、病院建築のルネッサンス—聖路加国際病院のころみ,48-55, INAX, 東京.
- 近田敬子 (2009). グレック美鈴, 池西悦子編, 看護学教育 看護を学ぶ自分と向き合う (第一版). 南江堂, 東京.
- 波多野梗子 (1978). 看護の専門分化の方向とあり方, 看護学雑誌, 42 (1), 19-31.
- 猪飼周平 (2010). 病院の世紀の理論 (第一版). 有斐閣, 東京.
- 稲川沙智, 河野知華, 六人部かおりら (2012). 特別病室入院患者の療養生活への期待と満足の関係について, 国立看護大学校研究紀要, 11 (1), 29-36.
- 石川早苗, 森田夏実, 水津美保子 (1998). 複合科・全室個室病棟の新設時における看護婦のストレス開設時と1年後を比較して. 日本看護管理学会, 2 (2), 15-22.
- 河口豊 (2014). 入院病床と病院建築の現状とこれから. 近代建築, 68 (2), 70-72.
- 木鋤愛, 春口摩弥, 藤井真貴ら (2006). 個室病室に患者が求める療養環境の調査. 東京医科大学病院看護研究収録, 第26回, 40-43.
- 厚生労働省 (2006). 健康保険法等の一部を改正する法律の施行について, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/tdfk02-01-04.pdf> (閲覧日. 2015年4月15日)
- 厚生労働省 (2009). 主な選定療養に係る報告状況. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/dl/s0325-9l.pdf> (閲覧日. 2015年9月2日)
- 厚生労働省 (2014a). 主な選定療養に係る報告状況. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000057396.pdf> (閲覧日. 2015年9月2日)
- 厚生労働省 (2014b). 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000041925.pdf> (閲覧日. 2015年4月1日)
- 厚生労働省 (2015). 先進医療の概要について. [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuhoken/sensiniryoo/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/sensiniryoo/) (閲覧日. 2015年1月26日)
- 小林健一 (2012). シリーズ 建築と健康 (11) 歴史にみる病院建築と施設基準. <http://www.niph.go.jp/soshiki/09seikatsu/arch/011.pdf> (閲覧日, 2015年6月7日)
- 中山茂樹 (2000). 個室病室の普及を考える. 病院設備, 42 (6), 589-591.
- 長畑正道 (2006). わが国の篤志病院, 東京成徳大学研究紀要. 13, 29-42.
- Wischer, R. & Rau, H. 著/小室克夫 訳 (1990). 病院建築の新たな挑戦. 全個室時代の到来 (第一版). 集文社, 東京.
- 酒井シヅ (1982). 日本の医療史 (第一版). 東京書籍, 東京.
- 酒井シヅ (2013). 医療経営士初級テキスト <1> 医療経営史—医療の起源から巨大病院の出現まで (第一版). 日本医療企画, 東京.
- 佐藤美幸, 新野由子 (2005). 特別全室個室病棟の特性と看護のあり方の一考察. 日本看護学会論文集, 看護管理, 36, 490-492.
- 新谷肇一 (1983). 病院建築の計画史的研究—わが国最初の近代的様式病院・長崎養生所—. 有明工業高等専門学校紀要, 20, 61-75.
- 新谷肇一 (1985). 病院建築の計画史的研究, 有明工業高等専門学校紀要. 22, 61-75.
- 柳沢忠 (2004). 病院建築家の眼病室は個室が良いのか?. 総合看護, 3, 48-49.
- 吉田澄恵 (2014). 第1部2章セルフケアの低下と再獲得. 安酸史子編, メディカ出版, 21-44. 東京.