

2 卷 1 号 目 次

原 著

- 看護学生の実習開始前と終了後の観察の相違に関する検討
—術後急性状況のモデル人形を用いたバイタルサインと
酸素吸入療法の観察に注目して— ……………南 川 貴 子他… 1
- 臨地実習における学習内容に対する学生の到達度の認識
—臨地実習開始前, 中, 後における自己評価の変化の分析から—
……………桑 村 由 美他… 7
- Relationship between mammary gland structures during pregnancy and breast-feeding
……………Mari Haku, et al… 16

報 告

- 治験コーディネーター業務における看護師の専門性の意義に関する検討
……………井 村 光 子他… 21
- 指圧を看護ケアに取り入れた事例の文献検討
……………南 川 貴 子他… 27
- 糖尿病治療にコンプライアンス不良を示す神経性大食症例
……………二 宮 恒 夫他… 37

短 報

- 看護学生の1年学習した成果としての看護の認識
……………近 藤 裕 子他… 44

研究資料

- 川崎医療福祉大学保健看護学科における看護技術教育に関する教育内容の工夫
—基礎看護学領域の授業内容の検討—
……………兼 光 洋 子他… 56
- 看護実践能力育成のための本学の教育展望
—平成14年度看護学教育ワークショップ参加報告をもとに—
……………浜 端 賢 次他… 68

Vol. 2 , No. 1

Contents

Originals :

- T. Minagawa, et al. : Study on the difference in observation points between students before and after experiencing related nursing practice –on the observations of vital signs and oxygen inhalation by use of an acute stage dummy– 1
- Y. Kuwamura, et al. : Self-evaluation study of nursing students' recognition of their degree of achievement of educational goals in clinical practice..... 7
- M. Haku, et al. : Relationship between mammary gland structures during pregnancy and breast-feeding 16

Reports :

- M. Imura, et al. : Analysis of nurse speciality in functions as clinical research coordinator for clinical trials 21
- T. Minagawa, et al. : Analysis of cases applying shiatsu massage for nursing care 27
- T. Ninomiya, et al. : A case of bulimia nervosa associated with poor treatment compliance for diabetes mellitus 37

Brief report :

- H. Kondo, et al. : The recognition of the nursing as a result in which the nursing students learned 1 year 44

Research data :

- Y. Kanemitsu, et al. : Device of the education contents about nursing skill instruction at Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare Kawasaki University of Medical Welfare –examination of the lesson contents of the areas of Fundamental– 56
- K. Hamabata, et al. : The educational view of this university of clinical nursing ability training –the participating report of a nursing educational workshop in 2002– 68

原 著

看護学生の実習開始前と終了後の観察の相違に関する検討 —術後急性状況のモデル人形を用いたバイタルサインと 酸素吸入療法の観察に注目して—

南川貴子, 田村綾子, 市原多香子,
桑村由美, 森本忠興

徳島大学医学部保健学科看護学専攻

要 旨 本研究は術後急性期の状況を設定したモデル人形を用い、実習開始前と実習終了後の学生が行なった術後患者に対する観察のちがいを分析し、今後の実習指導に生かすことを目的に行った。

対象は成人看護実習（急性期患者の看護）の実習開始前の学生72名と実習終了後の学生45名であった。

方法は実習室でモデル人形を用いて、10分間学生に自由に観察させた。この時の観察用紙に記入された記入項目を分析対象とした。分析方法は「ドレーン・チューブについて」「輸液について」「バイタルサインについて」を自由に記載してもらい、筆者らが『観察できた』『誤認』『記入なし』の3つに分類した。

その結果、「モニター上に表示：心拍数」は実習終了後の学生の方が観察できていなかった。「酸素流量」は、『誤認』がどちらの学生も他の項目より多く、酸素流量計の見方を正確に把握していないことがわかった。「モニター上に表示：深部体温」、「酸素濃度」に関してはどちらの学生も『記入なし』であった。今後は学生の術後患者に対する観察能力が、より向上するように指導を行なっていく必要性が示唆された。そのためには急性期モデル人形を活用することで観察の機会を多くして練習を重ねるとともに、演習時および実習時において観察が的確になされているかを教員が確認する必要性が示唆された。

キーワード：術後急性期、観察、急性期モデル人形、看護学生、バイタルサイン

はじめに

術後の急性期の患者は、病状が安定せず、治療のためのチューブ・ドレーンが挿入され、多くの機器に囲まれている状況にある。看護職者はこれらの状況から、情報を整理・判断し、患者のおかれた状況の正確な判断と今後の状況の予測のもとに、早期離床を促進し、ADL（Activities of daily living）の拡大を目指していくことが求められる。例えば、術後の換気障害を改善するための酸素吸入が行われ、創部の回復促進のためのドレーン

が挿入され、ポンプ注入器による持続的な輸液が確保されている状況にある患者であっても、ADLを拡大するよう援助しなければならない。

看護学生（以下学生）には、このような多くのチューブやドレーンが挿入され、医療機器に囲まれた患者を、術後の生体反応の中から特に重要な項目を抽出し観察させ、今後の状態を予測するための判断過程を学ばせる必要がある。

過去の実習では、学生が術後急性状況の患者の看護を体験した時、術後看護の基本である患者のバイタルサインの観察、特に呼吸数などの測定を忘れていた学生もいた。学生の術後観察についてどの程度観察ができ、何が観察できていないかを査定する必要があると考えた。しかし、急性期の臨床において、未熟な学生の術後観察が

2004年1月7日受理

別刷請求先：南川貴子 〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学医学部保健学科看護学専攻

できているかの査定を行うことは倫理的にも問題があり、さらに患者の重症度により状況が異なるため限界がある。

術後の学生を対象とした観察能力の向上や査定にシミュレーションを用いた先行研究としては、シミュレーション装置を用いた脈拍アセスメント能力の査定¹⁾の試み、仮病室での体験が及ぼす病棟で学生が実施した技術項目増加への効果²⁾などの報告があった。また看護教育における患者観察力習得の重要性³⁾や急性状況を設定したCAI (computer assisted instruction) を利用した学習システムの工夫⁴⁻⁵⁾もみられる。しかし、モデル人形を用い、術後1日目の術後急性期患者についての学生の観察に焦点を絞った研究は見つからなかった。

そこで今回は、実習開始前と実習終了時の学生を対象に、術後1日目の患者の観察で、急性期の状況を設定したモデル人形（以下急性期モデル人形）を使用し、実習開始前後の観察の相違を明らかにし、教育指導に生かしたいと考えた。

目 的

成人看護実習（急性期患者の看護）の実習開始前の学生と成人看護実習が終了した学生に対して、学内演習で急性期モデル人形を用いて急性状況を観察し、実習開始前と実習終了後の、学生の観察のちがいを明らかにし、今後の教育指導に生かす。今回は、まず患者の状態の変化を把握する指標となるバイタルサインと、呼吸換気状況の改善のための酸素吸入療法に焦点をあてた。

方 法

1. 対 象

2001年12月～2002年1月に、A大学医療技術短期大学部在籍中の成人看護学実習開始前の学生2年生75名と実習終了後の学生3年生48名を対象として行った。

1) 学生の学習背景

看護系の短期大学での3年間の看護教育では、通常1・2年次は知識を学び、3年次には実際の患者で実習することで知識の確認を行っている。A大学の学習の段階は他の看護系の短期大学と同様で、2年次に術後の看護を成人臨床看護の中で講義している。この中で急性状況のアセスメント方法についても講義は終了している。3年次には成人看護実習で周手術期の患者の看護を体験し

ている。

実習開始前の学生は成人臨床看護において、手術患者の看護の学習は終了し、専門基礎科目、基礎看護学の講義・実習を終了しており、他の成人看護学の講義もほぼ終了している段階であった。実習終了後の学生は前述した講義および成人看護実習（6週間）の実習はすべて終了していた。なお、6週間の実習期間に学生は手術患者を2名以上受け持ち、術前・術後の看護の体験を行った。なお学生は臨地実習で術後急性状況の患者をはじめて見たとき、「想像以上に患者さんのおかれた状態がすごいので緊張する」という感想がきかれることが多かった。

2) 急性期モデル人形を用いた術後1日目の患者状況の設定方法

成人看護実習室に手術患者用ベッドと急性期モデル人形（KOKEN, 特別注文製）を設置し、4～6時間の麻酔時間の開腹術を受けた手術後1日目の患者の状況を設定した。この急性期モデル人形は、術後急性状況の患者と同じような状態で看護演習を行うことができるものであり、具体的にはバイタルサイン、持続的静脈内点滴注射、ドレーン・チューブ類と創部の状態を観察することができる。急性期モデル人形の周辺にはベッドサイドモニター、ガーゼ交換車、救急カートなどを準備し、オーバーテーブルの上にはハンドネブライザー、含嗽用膿盆など術後の患者にとって必要物品となるものを配置した。

モニター上で数値を確認できる項目は、深部体温の値、心拍数値、不整脈、血圧値であり、急性期モデル人形で実際に測定が可能な項目は脈拍数と呼吸回数、呼吸音であった。体温は前額部につけた深部体温計で測定し、腋窩には電子体温計を挿入した。心拍数は80回/分に設定した。脈拍は急性期モデル人形の橈骨動脈の脈拍を触知することで測定可能であり、80回/分であった。血圧は非観血的自動血圧計を用い、値は128/64mmHg、呼吸数は15回/分に設定した。

壁付のバイピングシステムに加温加湿器を設置し、酸素吸入療法を行い、酸素流量を5l、酸素濃度を50%に設定し、急性期モデル人形にはフェイスマスク（半開放式酸素マスク）を装着した。

2. 実施方法

学生を1グループにつき10～18名にわけて、1グループ毎に10分間で自由に急性期モデル人形の観察を実施した。10分間の時間設定については、急性期は非常に患者

の状態が変化しやすいため、短時間で患者の状態を把握する能力が要求されるということを考慮し決定した。観察時には、観察用紙を学生に手わたし、観察した内容の記入を依頼した。観察用紙の設問は①「ドレーン・チューブについて」、②「輸液について」、③「バイタルサイン・その他患者について観察したこと」の3項目を設定し、その記載方法については学生に自由に記載してもらった。この観察用紙に記入された内容のうち、観察項目の中から①「ドレーン・チューブについて」と③「バイタルサイン・その他患者について観察したこと」に記載されていたバイタルサインと酸素吸入療法についての記載を今回の分析対象とした。観察すべき項目と値については教員2名が観察を行い、模範解答を事前に用意した。

判定はバイタルサインに関する項目については、体温・脈拍・心拍数・血圧・呼吸などの項目と、観察した値の両方が正確に記載されているものを『観察できた』とした。項目か値のどちらかしか書かれていないものおよび値に間違いがあったものを『誤認』とした。項目も値も書かれていないものを『記入なし』とした。酸素吸入療法に関する項目については、実施の有無、酸素流量、酸素濃度に関しても同様に、それぞれ正確に記載されているものを『観察できた』とした。酸素流量、酸素濃度の値に間違いがあったものを『誤認』とした。項目も値も書かれていないものを『記入なし』とした。これらを実習開始前・終了後の2群に分け、単純集計した後パーセントで表示した。

3. 倫理的配慮

学生には、教員が研究目的を口頭および書面で伝え、研究に同意しない場合にも不利になることはまったくないと説明を加え、同意が得られた者のみを対象とした。

結 果

実習開始前の学生75名中72名(96.0%)、実習終了後の学生48名中45名(93.8%)、総数計117名(95.0%)から協力が得られた。

1. バイタルサインに関する項目の実習開始前・後の学生の比較(表1)

表1のように、「モニター上に表示：心拍数」の『観察できた』は実習開始前の学生は31名(43%)に対し、実習終了後の学生は10名(22%)で実習開始前の学生が

表1. バイタルサインに関する項目の実習開始前の学生と実習終了後の学生の比較

	項目	実習開始前の学生 (%) n=72		実習終了後の学生 (%) n=45	
		観察できた	誤認	観察できた	誤認
モニター上に表示	深部体温	記入なし	72(100)	45(100)	
		観察できた	0(0)	0(0)	
		誤認	0(0)	0(0)	
	心拍数	観察できた	31(43)	10(22)	
モニター上に表示	心拍数	誤認	3(4)	0(0)	
		記入なし	38(53)	35(78)	
		観察できた	9(12)	11(24)	
	不整脈の有無	誤認	0(0)	0(0)	
記入なし		63(88)	34(76)		
観察できた		64(89)	40(89)		
モニター上に表示	血圧	誤認	0(0)	1(2)	
		記入なし	8(11)	4(9)	
		観察できた	0(0)	25(56)	
	モデル人形で実測	脈拍	誤認	1(1)	0(0)
記入なし			71(99)	20(44)	
観察できた			0(0)	2(4)	
呼吸回数		誤認	0(0)	1(2)	
	記入なし	72(100)	42(94)		
	観察できた	0(0)	2(4)		
呼吸音	誤認	0(0)	0(0)		
	記入なし	72(100)	43(96)		
	観察できた	0(0)	0(0)		

実習終了後の学生よりも『観察できた』が多かった。「モデル人形で実測：脈拍数」の『観察できた』は実習開始前の学生は0名(0%)、実習終了後の学生は25名(56%)で、実習終了後の学生が実習開始前の学生に比べ観察できた者が多かった。「モニター上に表示：深部体温」については両群とも全員が『記入なし』であった。「モニター上に表示：血圧」の『観察できた』は実習開始前の学生が64名(89%)、実習終了後の学生が40名(89%)と同じ割合であり、バイタルサインの中では一番よく観察できている項目であった。「モニター上に表示：不整脈の有無」、「モデル人形で実測：呼吸回数」、「モデル人形で実測：呼吸音」については実習終了後の学生が実習開始前の学生より観察できていた。「モデル人形で実測：呼吸回数」、「モデル人形で実測：呼吸音」については実習開始前の学生全員が『記入なし』であった。

2. 酸素吸入療法に関する項目の実習開始前の学生と実習終了後の学生の比較(表2)

「酸素吸入の実施の有無」と「酸素流量」は『観察で

表2. 酸素吸入療法に関する項目の実習開始前の学生と実習終了後の学生の比較

項目		実習開始前の 学生 (%) n = 72	実習終了後の 学生 (%) n = 45
酸素吸入の実施の有無	観察できた	50 (69)	33 (73)
	誤認	0 (0)	0 (0)
	記入なし	22 (31)	12 (27)
酸素流量	観察できた	12 (17)	24 (53)
	誤認	8 (11)	3 (7)
	記入なし	52 (72)	18 (40)
酸素濃度	観察できた	0 (0)	0 (0)
	誤認	0 (0)	0 (0)
	記入なし	72 (100)	45 (100)

きた』が実習終了後の学生の方が実習開始前の学生より増加していたが、「酸素流量」に関しては『誤認』がそれぞれ8名(11%)、3名(7%)と多かった。「酸素濃度」に関しては両群ともすべて『記入なし』であった。

考 察

1. 実習前後の学生の観察の比較

実習開始前の学生が実習終了後の学生よりも観察できていた項目は「モニター上に表示：心拍数」であった。バイタルサインの中でも心拍数と脈拍は術後急性期の患者を観察する場合、重要な項目の1つである。「モニター上に表示：心拍数」は心拍数がモニター上に大きく表示されており、急性期モデル人形に触れずとも、モニター上で一見して分かる状況であったため、実習開始前の学生が観察しやすかったのではないかと考える。一方「モデル人形で実測：脈拍数」は、実習終了後の学生が実習開始前の学生より観察できていた。患者の観察に関しては、機器を用いての観察だけでなく、実際に患者を自分が目で見て、触れ、聴いての観察を行う必要性がいわれている⁶⁻⁷⁾。そのため講義や演習、実習時に、「機器に頼るだけでなく自分でその値の確認のために測定するように」と指導してきた。実習終了後の学生は脈拍を実際に急性期モデル人形に触れて測定したため、心拍数のモニターを観察することが後回しになり、10分間の観察時間内に観察できなかった可能性がある。また、実習終了後の学生はバイタルサインに注目するだけでなく、実習を経て患者を全体的に観察することができるようになってきたため、まず脈拍を測った後、ドレーンや創部、輸

液等、他の術後急性状況で観察すべき項目の観察に移った可能性もある。今回の観察で、実習終了後の学生に脈拍の実測したのが多いことは、実習開始前の学生と比べて「自分で実際に測定する」という行動が身についてきたことによる成果ではないかと考える。しかし実習終了後の学生が実習開始前の学生より観察できていないことは問題である。脈拍をモニター上の心拍数と比較させながら観察するなど、教員はベッドサイドおよび学内での学生への指導時には観察に見落としがなく、スムーズに進むような方法を学生に指導する必要があると考える。

2. 『誤認』が多かった項目について

次に『誤認』が多かった項目は「酸素流量」であった。酸素吸入療法の中で、重要な確認すべきポイントである「酸素流量」は、実習開始前の学生では20%弱が『観察できた』であったのに対し、実習終了後の学生では50%以上『観察できた』であった。これは講義や演習、実習での酸素流量について知識の確認により、実習終了後の学生の『観察できた』が増えたと推測する。しかし、「酸素流量」は『誤認』であった学生が、実習開始前の学生・実習終了後の学生とも、他の項目よりも多かった。この『誤認』の理由は「酸素流量」を観察しようとしたが、酸素流量計のみかたを正確に把握していなかった学生が多かったということの意味している。今後講義において学生に正確な知識を与えるとともに、演習や実習時に正しい観察方法を教えておく必要がある項目といえる。

3. 『記入なし』が多かった項目について

「モニター上に表示：深部体温」は、今回の観察ではどちらの群も『記入なし』であったが、これは深部体温がモニターに小さく表示されていたため、数値が見落とされた可能性がある。また、深部体温計でモデル人形の体温を測定した結果がモニターの右端に表示されていたが、モデル人形は体温調節ができないため、体温が室温と同じ23.5℃であった。そのため、学生は人間の体温の常識を逸脱している値と判断して、観察はしたが記入しなかった可能性もある。温度の設定は現在の急性期モデル人形ではできないため、今後モデル人形を工夫していく余地がある。

「酸素濃度」は全員が『記入なし』であったが、酸素吸入療法を行っている術後の患者にとっては確認すべきポイントである。しかしこの項目は、観察できていないことがわかった。呼吸に関しては回数、呼吸音とも『記

入なし』が多かった。今回の急性期モデル人形は呼吸音の聴取は不可能で、学生が観察したが記入しなかった可能性がある。しかし術後急性期患者の観察の中では、体温、呼吸などはたいへん重要な観察ポイントであるため、演習や実習などで観察できているかどうかの確認および指導が必要と考える。観察の誤りは、術後急性期の場合は患者の生命の危険につながる事があって、「見落としを防ぐためには、場数を多くふむことと、経験を積み重ね習熟することが大切である。」⁸⁾といわれている。今回のわれわれの研究では、モデル人形を学生が観察できているかどうかの判断に用いたが、急性期モデル人形を使用して学生にできるようになって欲しい観察箇所を教員が設定するなどの工夫を行うことで、観察する機会を多く持ち、各自の観察能力の向上を図れると考える。先行研究では太田らは²⁾、シミュレーター空間を学内に設置して観察を含めた看護技術の練習を実習前や実習中に行い、技術項目の実施割合について練習を行っていない前年度と比較したところ、術後の処置、観察とも学生の実施する割合が高くなったと報告している。模擬患者や臨床の患者ではなく、急性期モデル人形を用いることは、学生がわからない時に即回答ができるメリットがある。そのため、急性期モデル人形を学生の疑問を解決することや、現象についての説明を行う方策に、おおいに利用すべきであると考えられる。このことをふまえて、『記入なし』の項目については、観察の必要性について学生に再指導するとともに、急性期モデル人形を活用し観察の練習を重ね、実習時には必要に応じて学生に対して観察できているかどうか確認・指導を行うことで改善できるのではないかと考える。

本研究での限界

今回の研究では対象群である、実習開始前の学生と実習終了後の学生のメンバーが異なるため、学生の知識、能力、実習内容等の違いが有り得る。実習開始前と実習終了後についての比較については同じメンバーで行うのが望ましいと考えられる。

結 論

成人看護実習（急性期患者の看護）の実習開始前の学

生と実習が終了した学生に対して、学内演習でモデル人形を用いて急性状況を観察し、2つの群での学生間のバイタルサインや酸素吸入療法の観察のちがいを分析した結果、次の結論が得られた。

1. 「モニター上に表示：心拍数」は実習終了後の学生が観察できていなかった。「酸素流量」は、『誤認』がどちらの学生も他の項目より多く、酸素流量計の見方を正確に把握していないことがわかった。「モニター上に表示：深部体温」、「酸素濃度」に関してはどちらの学生も『記入なし』であった。
2. 観察の誤りを防ぐためには、今後の演習・実習時には急性期モデル人形を活用し観察の練習を重ね、学生に対して観察できているかどうかの確認や指導の必要性が示唆された。

文 献

- 1) 徳永基与子, 荒田 栄, 佐久間由美子 他：学生の脈拍アセスメント能力を高める工夫—生体シミュレーション「イチロー」の教育的効果—, ナースエデュケーション, 2 (6), 108-115, 2002
- 2) 太田和美, 小林優子, 加藤光寶 他：成人看護学実習における学内でのシミュレーションを取り入れた技術練習の効果, 新潟県立看護短期大学紀要, 6, 113-121, 2000
- 3) 河合千恵子：看護教育における患者観察力習得の重要性, 久留米医学会雑誌, 63(8~11), 201-210, 2000
- 4) 若佐柳子, 竹内登美子：手術後患者の看護用CAIの学習効果, 日本看護学会論文集30回看護教育, 110-111, 1999
- 5) 古家明子, 近藤ふさえ：成人看護学教育におけるシミュレーション型CAI教材の学習効果, 看護研究, 33(1), 61-70, 2000
- 6) 日野原重明：刷新してほしいナースのバイタルサイン技法, 第1版, 73, 日本看護協会出版会, 2002
- 7) 川島みどり：新訂 看護観察と判断 看護実践の基礎となる患者のみかたとアセスメント, 新訂版, 33-38, 看護の科学社, 2000
- 8) 川島みどり：新訂 看護観察と判断 看護実践の基礎となる患者のみかたとアセスメント, 新訂版, 51, 看護の科学社, 2000

Study on the difference in observation points between students before and after experiencing related nursing practice –on the observations of vital signs and oxygen inhalation by use of an acute stage dummy –

Takako Minagawa, Ayako Tamura, Takako Ichihara

Yumi Kuwamura, and Tadaoki Morimoto

Major of Nursing, School of Health Science, The University of Tokushima, Tokushima, Japan

Abstract The difference in observation points for postoperative patients between two groups of nursing students was analyzed in terms of the students' experience of related training for the purpose of improving the training tutorial.

The object was 72 students before starting adult nursing training (nursing of the acute stage patient) and 45 students after the training termination. The students were allowed to observe an acute stage dummy for 10 minutes and to write down the observation results of the 'drains and tubes', 'fluid therapy', and 'vital signs'. The descriptions about these three items were analyzed by classifying them into 'correct', 'mistaken', and 'no description'. The main results are as follows.

The percentage of nursing students who correctly reported the 'heart rate on the monitor' was lower in the group after training termination comparing to the other group. As for the 'oxygen flow rate', many mistakes were found in the both groups, indicating the technical problem on the monitoring of the oxygen flow meter. In the both groups, no student described 'core temperature on the monitor' and 'oxygen concentration'.

These results suggest the necessity of developing tutorial method to improve the students' observation ability for postoperative patients. The use of an acute stage dummy would be helpful for the practice of observations. It is also necessary for the teachers to check the observation behaviors of students during the exercises and practices in order to make the observations correct.

Key words : postoperative acute stage, observation, acute stage dummy, nursing students, vital signs

原 著

臨地実習における学習内容に対する学生の到達度の認識 — 臨地実習開始前, 中, 後における自己評価の変化の分析から —

桑 村 由 美, 田 村 綾 子, 市 原 多 香 子,
南 川 貴 子, 森 本 忠 興

徳島大学医学部保健学科看護学専攻成人・高齢者看護学講座

要 旨 臨地実習指導における教育的な介入への示唆を得ることを目的に, 3年課程短期大学3年次学生を対象に, 臨地実習開始前・中期・終了後に, 国立大学医療技術短期大学部看護学科協議会臨地実習委員会Aグループが作成した「臨地実習固有の学習内容」を用いて, 学生の臨地実習固有の学習内容に対する到達度の認識に対する調査を行った。その結果, 以下の結果が得られた。

- ①自己評価得点は, 実習開始前と比べて終了時に自己評価が有意に上昇したもの(以下上昇群)と, 上昇しなかったもの(非上昇群)の2群に大きく分類できた。
- ②上昇群のうち, 段階的に評価が上昇した項目は7項目であった。
- ③学生は, 認知領域は高く自己評価し, 学習内容に到達したと認識していた。
- ④学生は14項目は終了時に至っても, 到達レベルに達していないと自己評価しており, それらの項目は, コミュニケーションや看護過程, 理論との照合など看護を深める取り組みに関する内容であった。

以上のことから, 教育的な介入として, 学生がコミュニケーション技術を有効に用いながら, 看護過程を展開し, 看護実践を深めることができるように, カンファレンスを有効に活用し, 場面を捉えて, 学生の学習状況にあわせて, 丁寧に指導を行うことが必要であると考えられた。学年進行に伴う到達レベルの詳細な明示など, 学生の成長を長期的な視点に立って支援することの必要性が示唆された。

キーワード：自己評価, 臨地実習, 看護教育, 到達度, 看護学生

はじめに

臨地実習は, 講義や演習で学んだ既習の理論, 知識, 技術を統合する学習形態である。そのため, 臨地実習では, 到達目標を明確化し¹⁾, 段階的に評価を行い²⁻⁴⁾, 学生の自己評価¹⁻⁹⁾・他者評価を行うことによって, 学生の到達レベルを判断し, 学生が効果的に実習において, 学ぶことができるように臨地実習環境を整備することが重要である。

これまでの臨地実習では, 各領域の実習終了時に, その領域の目標に到達できたかどうかの評価を行ってきた。

しかし, 臨地実習全体を通して各領域に共通する臨地実習固有の学習内容, すなわち, 教育理念に基づく卒業時の学生の特性を反映した総合的な見地からの評価は行われていなかった。学生が, 臨地実習固有の目標に向かって実習を進めるためには, 学生自らが到達のどの地点にいるかを認識する必要がある。このような過程において, 学生の行った自己評価をもとに, 著者らは到達目標に到達できるように学生の学びを教員が支援することの必要性を感じてきた。

そこで今回, 国立大学医療技術短期大学部看護学科協議会臨地実習委員会Aグループ(以下臨地実習委員会A)で提言された臨地実習固有の学習内容²⁾に対する評価表を用いて, 学生の臨地実習での到達度を自己評価する試みを行い, 学生の学習支援の資料とする。

2003年12月25日受理

別刷請求先：桑村由美 〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学医学部保健学科看護学専攻成人・高齢者看護学講座

目 的

3年課程短期大学3年次（以下3年短大3年次）学生を対象として、臨地実習の開始前・中期・終了後における臨地実習固有の学習内容（以下学習内容）に対する学生の自己評価得点の変化をみることにより、学習内容への到達度に対する認識の変化を明らかにすることである。

用語の定義

1. 臨地実習

保健師助産師看護師学校養成所指定規則における基礎看護学をのぞく、成人看護学、老人看護学、母子看護学における実習。

2. 教育的介入

教員が学生の学習目的や目標到達に向けて、学生の行動変容を促し、学生の学習を支持、支援すること。

研究方法

3年短大3年次学生75名に対し、研究の趣旨および成績評価には無関係であること、途中辞退や回答拒否が可能であること、研究への不参加が不利益を生じないこと、研究への参加は自由意志であることを口頭および文書で説明し、同意の得られた者のみを本研究の対象とした。

調査時期は、臨地実習開始前の2001年4月の実習オリエンテーション時（以下開始前）、実習の半部分が終了する同年7月（以下中期）、および、同年12月の実習が終了したとき（以下終了後）の3回である。

調査に協力が得られた学生は、開始前は74名（回収率98.7%）、中期は67名（回収率89.3%）、終了後は68名（回収率90.7%）で、3回の延べ人数は209名（回収率92.9%）であった。

1 調査方法および調査内容

調査は、森田らの報告した国立大学医療技術短期大学部看護学科協議会臨地実習委員会Aグループ（以下臨地実習委員会A）で提言された臨地実習固有の学習内容²⁾に関する評価表を使用した。この質問紙は臨地実習固有の学習内容62項目で構成されており、それらは、「A. 人間関係を成立させる学び（15項目）」「B. 看護実践の価値認識の学び（11項目）」「C. 知識・技術・態度の統

合の学び（21項目）」「D. 専門職業人として身につけるべき姿勢・態度の学び（15項目）」の4つのカテゴリーに分類されている。回答は「とてもよくできる（5点）」から「全くできない（1点）」、あるいは「とても思う（5点）」から「全く思わない（1点）」の5段階尺度で、留め置き法によって行った。

2 分析方法

分析は、開始前・中期・終了後における自己評価得点を62の質問項目別に単純集計し、平均値と標準偏差を求めた。そして、その平均値をもとに、学生の学習内容に対する自己評価得点の開始前・中期・終了後という実習進行に伴う変化（以下実習進行に伴う変化）から、学習内容の到達度に対する認識の変化を検討した。

到達基準は、自己評価得点の80%にあたる4点を到達、70%以上にあたる3.5点以上を到達に近い状態、60%以上70%未満にあたる3.0点以上3.5点未満を到達度の低い状態、60%未満にあたる3点未満を到達度の非常に低い状態として設定した。

データの統計解析にはExcel 2000エクセル統計Statcelを用いた。実習進行に伴う変化は、開始前・中期・終了後の3群において一元配置分散分析を行い、有意差がある場合には、多重比較検定を行った。なお、有意水準は5%とした。

3 対象者のカリキュラムにおける本実習の位置づけ

本学では1、2年次に全ての科目の講義と基礎看護学実習を履修した後、3年次に24週間の臨地実習が行われる。

臨地実習全体の目標は、①看護実践に必要な知識・態度・技術を習得する②人間を理解し、人間関係を発展させる能力を養う③健康のあらゆるレベルに対応し、看護を計画・実施・評価する能力を養う④保健医療福祉における看護の役割を認識し、協調的に看護実践を展開する能力を養う⑤看護実践能力を高めるために、自発的に学習する能力を養うことである。さらに、領域ごとに具体的な目標が設定されている。臨地実習の単位は、成人・老人看護学実習14単位（急性期・慢性期・リハビリ・精神）、小児看護学実習3単位、母性看護学実習3単位の合計20単位である。実習の展開は学生を6グループに分け、1グループは12～13名からなり、4週間ごとに、ローテーションをしている。

結 果

実習の開始前・中期・終了後の3つの時期において質問項目別に一元配置分散分析を行った結果どの時期にも有意差が認められたため、多重比較検定を行った。

1 実習の開始前・中期・終了後における自己評価得点の変化

自己評価得点は、実習開始前と比べて終了時に自己評価が有意に上昇したもの(以下上昇群)と、上昇しなかったもの(非上昇群)の2群に大きく分類でき、さらに、上昇群は、上昇の種類によって、①段階的上昇群、②終了時上昇群、③終了時不変群、④終了時低下群に、非上昇群は、①低値持続群、②高値持続群に分類できた。

1) 上昇群 (58項目)

①段階的上昇群 (表1)

開始前から中期、終了後へと実習の進行に伴い段階的に上昇したもの(以下段階的上昇群)は、7項目であっ

た。

②終了時上昇群 (表1)

開始前から中期には上昇しなかったが中期から終了時に上昇したもの(以下終了時上昇群)は2項目であった。

③終了時不変群 (表2-1, 2-2)

開始前から中期にかけて上昇し、中期と終了時では統計学的な差がみられなかったもの(以下終了時不変群)は42項目であった。42項目を4つのカテゴリーごとにみると、「B. 看護実践の価値認識の学び」は全部で11項目あるが、そのうちの9項目(81%)、「C. 知識・技術・態度の統合の学び」が全部で21項目あるが、そのうちの16項目(76%)、「A. 人間関係を成立させる学び」が全部で15項目あるが、そのうちの11項目(73%)であり、これらの3つのカテゴリーのほとんどの項目が該当した。なお、「D. 専門職業人として身につけるべき姿勢・態度の学び」は全部で15項目あるが、そのうちの6項目(40%)で、約半数弱の項目が該当した。

④終了時低下群 (表1)

表1 実習の開始前・中期・終了後における自己評価得点の変化 (1. 上昇群— ①段階的上昇群, ②終了時上昇群, ④終了時低下群)

分類	カテゴリー	番号	評価項目	開始前 (N=74)	中 期 (N=67)	終了時 (N=68)	開始前と 中期	開始前と 終了後	中期と 終了後
段階的 上昇群	C	18	主観的・客観的側面から情報収集する	□3.16±0.62	○3.61±0.72	○3.85±0.61	***	***	*
		19	患者の健康障害・発達課題・生活への影響等について情報収集する	□3.15±0.63	○3.57±0.63	○3.79±0.59	***	***	*
		29	実施した結果を評価する	■2.91±0.72	□3.22±0.62	□3.49±0.66	**	***	*
	D	37	看護チームにおいて、学生としての自己の役割を果たす	□3.15±0.68	○3.58±0.80	○3.93±0.63	***	***	**
		38	医療チームと協調して患者への援助を行う	□3.03±0.64	○3.51±0.75	○3.94±0.62	***	***	***
		39	学生(将来の医療従事者)として責任ある行動をとる	○3.54±0.73	○3.84±0.81	◎4.21±0.68	*	***	**
		41	誠実な態度で患者を中心に考えて看護をする	○3.70±0.68	◎4.06±0.72	◎4.37±0.64	**	***	**
終了時 上昇群	C	36	学生が行った看護のうち、継続する必要がある看護は看護師に伝える	■2.81±0.87	■2.90±0.92	□3.25±0.89	N.S.	**	*
	D	43	自己の課題を自覚し、主体的に学習する	□3.15±0.72	□3.33±0.73	○3.60±0.65	N.S.	***	*
終了時 低下群	A	9	患者の反応から自分の関わり方を振り返る	□3.00±0.78	○3.74±0.74	○3.69±0.63	***	***	N.S.
		12	言語的コミュニケーションを用いる	○3.50±0.74	◎4.06±0.83	○3.94±0.73	***	***	N.S.
		13	非言語的コミュニケーションを用いる	■2.61±0.77	□3.44±0.93	□3.42±0.87	***	***	N.S.
		14	対象の発達段階に応じたコミュニケーションをはかる	■2.86±0.67	○3.58±0.74	○3.55±0.66	***	***	N.S.
	B	52	実習をとおして看護する喜びを感じる	■3.38±0.84	◎4.25±0.91	◎4.24±0.81	***	***	N.S.
		53	実習をとおして患者の闘病姿勢や生きる努力に感動する	○3.80±0.83	◎4.36±0.71	◎4.31±0.70	***	***	N.S.
	C	27	看護技術は、患者の個別性(患者の状態)に応じて工夫する	■2.86±0.82	○3.61±0.74	○3.59±0.74	***	***	N.S.

多重比較検定 *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

カテゴリー:「A. 人間関係を成立させる学び」「B. 看護実践の価値認識の学び」「C. 知識・技術・態度の統合の学び」「D. 専門職業人としての姿勢・態度の学び」

到達度:◎印は到達(自己評価得点4.0点以上), ○印は到達に近い(自己評価得点3.5~4.0点未満), □印は到達度が低い(自己評価得点3.0~3.5点未満), ■到達度が非常に低い(自己評価得点3.0点未満)

表2-1 実習の開始前・中期・終了後における自己評価得点の変化(1. 上昇群-③終了時不変群)

分類	カテゴリ	番号	評価項目	開始前 (N=74)	中期 (N=67)	終了時 (N=68)	開始前と 中期	開始前と 終了後	中期と 終了後
終了時 不変群	A	1	患者に関心を持ちながら接する	□3.42±0.57	◎4.25±0.70	◎4.40±0.63	***	***	N.S.
		2	患者の訴えや意見を傾聴する	□3.37±0.73	◎4.33±0.61	◎4.38±0.62	***	***	N.S.
		3	患者の気持ち(情緒・感情・思い)を考える	○3.58±0.66	◎4.10±0.84	◎4.26±0.61	***	***	N.S.
		4	患者の言動をありのままに受け止める	□3.41±0.68	○3.84±0.70	○3.84±0.70	***	***	N.S.
		5	患者の個性(その人らしさ)を尊重する	□3.44±0.69	○3.91±0.73	○3.96±0.72	***	***	N.S.
		6	患者の価値観や信念・社会的背景を理解する	□3.04±0.67	○3.55±0.70	○3.57±0.61	***	***	N.S.
		7	患者が苦痛に感じていることは何かを考えながら接する	□3.36±0.65	○3.93±0.72	○3.94±0.67	***	***	N.S.
		8	患者が看護者に求めていることは何かを考えながら接する	□3.03±0.72	○3.60±0.78	○3.78±0.71	***	***	N.S.
		10	患者も自分も成長し、変化する存在であると感じる	□3.30±0.93	○3.99±0.83	○3.99±0.76	***	***	N.S.
		11	看護者の立場から患者のために何が出来るかを考える	□3.39±0.68	○3.85±0.80	○3.93±0.70	***	***	N.S.
		15	患者との信頼関係を深めようとする	○3.51±0.62	◎4.24±0.70	◎4.31±0.70	***	***	N.S.
		54	患者や家族と学生の看護に対する考え方の違いを受け止め看護の在り方を振り返る	□3.49±0.73	○3.88±0.88	◎4.06±0.73	**	***	N.S.
		55	実習をとおして看護の役割を自覚する	○3.53±0.80	○3.99±0.75	◎4.12±0.72	***	***	N.S.
		56	実習をとおして自己の人間観を深める	○3.62±0.73	○3.93±0.84	◎4.12±0.80	*	***	N.S.
		57	実習をとおして自己の健康観を深める	○3.65±0.82	◎4.10±0.80	◎4.16±0.82	**	***	N.S.
58	実習をとおして自己の死生観を深める	○3.61±0.95	○3.94±0.90	◎4.13±0.93	*	***	N.S.		
59	実習をとおして自己の看護観(看護に対する考え方)を深める	○3.62±0.84	○3.97±0.87	◎4.15±0.80	*	***	N.S.		
60	実習をとおして看護のやりがいを感じる	○3.72±0.85	◎4.21±0.93	◎4.26±0.80	***	***	N.S.		
61	実習をとおして看護をさらに深めたいという気持ちや姿勢をもつ	○3.69±0.89	◎4.12±0.96	◎4.25±0.80	**	***	N.S.		
62	実習をとおして看護師になりたいと思うようになる	○3.62±0.93	◎4.10±1.02	◎4.19±0.87	**	***	N.S.		

多重比較検定 * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

カテゴリ:「A. 人間関係を成立させる学び」「B. 看護実践の価値認識の学び」「C. 知識・技術・態度の統合の学び」「D. 専門職業人としての姿勢・態度の学び」

到達度:◎印は到達(自己評価得点4.0点以上), ○印は到達に近い(自己評価得点3.5~4.0点未満), □印は到達度が低い(自己評価得点3.0~3.5点未満), ■到達度が非常に低い(自己評価得点3.0点未満)

開始前から中期には有意に上昇したが, 中期から終了時に統計学的な有意差は生じるまでに至らなくても, 平均値が低下したもの(以下終了時低下群)は, 7項目であった。

2) 非上昇群(4項目)

表3に示したように, 変化の種類によって, さらに, 2群に分類できた。

①低値持続群

低値が続いた群(以下低値持続群)は, 3項目であった。

②高値持続群

高値が続いた群(以下高値持続群)は, 1項目であっ

た。

2. 学生の学習内容への到達度の認識の変化

臨地実習固有の学習内容62項目に対する到達度の分布を図示した(図1)。開始前には, 「到達度が低い(23項目)」「到達度が非常に低い(21項目)」がほとんどで, 「到達」と認識している項目は全くなかった。しかし, 終了後には, 「到達(23項目)」「到達に近い(25項目)」がほとんどとなり, 変化がみられた。

次に, 自己評価得点の変化の種類ごとに, 学習内容の到達度に対する認識の変化を検討した。ほとんどの項目が, 終了時には, 到達(表中では◎印を添付)あるいは到達に近い(表中では○印を添付)として学生は認識し

表2-2 実習の開始前・中期・終了後における自己評価得点の変化(1. 上昇群-③終了時不変群つづき)

分類	カテゴリ	番号	評価項目	開始前 (N=74)	中期 (N=67)	終了時 (N=68)	開始前と 中期	開始前と 終了後	中期と 終了後
C		16	基礎的知識を活用して看護を行う	■2.93±0.63	○3.52±0.61	○3.72±0.54	**	***	N.S.
		17	文献を活用して、看護を創意、工夫する	■2.55±0.71	□3.12±0.81	□3.26±0.56	***	***	N.S.
		20	収集した情報を分類し解釈・分析する	■2.81±0.70	□3.34±0.79	□3.46±0.63	***	***	N.S.
		21	看護上の問題(看護診断)を明確にする	■2.93±0.73	□3.34±0.71	○3.50±0.61	***	***	N.S.
		22	看護上の問題(看護診断)の優先度を考える	■2.85±0.77	□3.43±0.74	□3.49±0.63	***	***	N.S.
		23	看護目標を設定する	■2.95±0.68	□3.33±0.70	□3.49±0.61	***	***	N.S.
		24	看護上の問題(看護診断)に即して、解決策(看護介入)を立案する	■2.80±0.72	□3.39±0.65	○3.54±0.63	***	***	N.S.
		25	看護計画に基づいて実施できる	■2.81±0.77	□3.36±0.69	○3.55±0.68	***	***	N.S.
		26	看護技術は、原理・原則に基づいて(基本的留意事項を守って)行う	□3.04±0.69	○3.54±0.68	○3.71±0.62	***	***	N.S.
		28	患者の状態や反応に応じて、立案した解決策や優先度を修正・変更して実施する	■2.74±0.72	□3.30±0.67	□3.43±0.72	***	***	N.S.
		30	評価に基づき、看護計画を修正する	■2.78±0.71	□3.25±0.53	□3.41±0.70	***	***	N.S.
		31	看護記録を他のメンバーにもわかるように記載する	□3.00±0.74	□3.34±0.73	□3.49±0.70	**	***	N.S.
		32	実施した看護と患者の反応を看護師(指導者)に報告する	□3.11±0.68	○3.81±0.72	○3.90±0.65	***	***	N.S.
		33	対象の特殊性(発達段階・健康レベル・系統別)に応じて看護を行う	■2.85±0.75	□3.37±0.71	○3.53±0.61	***	***	N.S.
		34	実習で体験したことを看護理論と照らして考えることができる	■2.47±0.73	■2.75±0.61	■2.94±0.79	*	***	N.S.
	35	患者に必要な看護を継続して行う	■2.99±0.67	□3.48±0.66	○3.54±0.66	***	***	N.S.	
D		40	礼儀正しく節度を守って実習する	○3.92±0.74	◎4.19±0.74	◎4.43±0.65	*	***	N.S.
		42	指導者の助言やコメントを参考にしながら、自己を見直す	○3.62±0.63	◎4.03±0.80	◎4.13±0.71	***	***	N.S.
		46	科学的根拠(裏付け)を調べて看護する	■2.58±0.78	□3.07±0.72	□3.15±0.74	***	***	N.S.
		47	カンファレンスでは他者の意見を傾聴する	○3.93±0.63	◎4.25±0.68	◎4.25±0.68	**	**	N.S.
		49	グループメンバーと相互に意見交換する	□3.41±0.81	◎4.04±0.82	◎4.13±0.79	***	***	N.S.
	50	グループメンバーと学習を共有する	□3.47±0.76	◎4.03±0.97	◎4.28±0.73	***	***	N.S.	

表3 実習の開始前・中期・終了後における自己評価得点の変化(2. 非上昇群-①低値持続群, ②高値持続群)

分類	カテゴリ	番号	評価項目	開始前 (N=74)	中期 (N=67)	終了時 (N=68)	開始前と 中期	開始前と 終了後	中期と 終了後
低 値 持 続 群	D	44	自己の行った看護を評価し、看護の質を高める	■2.97±0.72	□3.33±0.70	□3.15±0.73	N.S.	N.S.	N.S.
		45	看護とは何かを考え研究的態度(文献活用・事例検討)で実習する	■2.65±0.71	■2.90±0.68	□3.00±0.80	N.S.	N.S.	N.S.
		48	カンファレンスでは自己の意見を述べる	□3.26±0.83	□3.49±0.94	○3.54±0.84	N.S.	N.S.	N.S.
高 値 持 続 群	D	51	グループメンバーと励まし助けあって実習する	○3.89±0.80	◎4.37±0.78	◎4.54±0.63	N.S.	N.S.	N.S.

多重比較検定 *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

カテゴリ:「A. 人間関係を成立させる学び」「B. 看護実践の価値認識の学び」「C. 知識・技術・態度の統合の学び」「D. 専門職業人としての姿勢・態度の学び」

到達度:◎印は到達(自己評価得点4.0点以上), ○印は到達に近い(自己評価得点3.5~4.0点未満), □印は到達度が低い(自己評価得点3.0~3.5点未満), ■到達度が非常に低い(自己評価得点3.0点未満)

ていた(表1, 2).

一方、到達度が低い(表中では□印を添付)、到達度の非常に低い状態(表中では■印を添付)と認識してい

たのは、以下の14項目であった。「到達度が低い」と認識していたのは、段階的上昇群に入る「実施した結果を評価する」、終了時上昇群に入る「学生が行った看護の

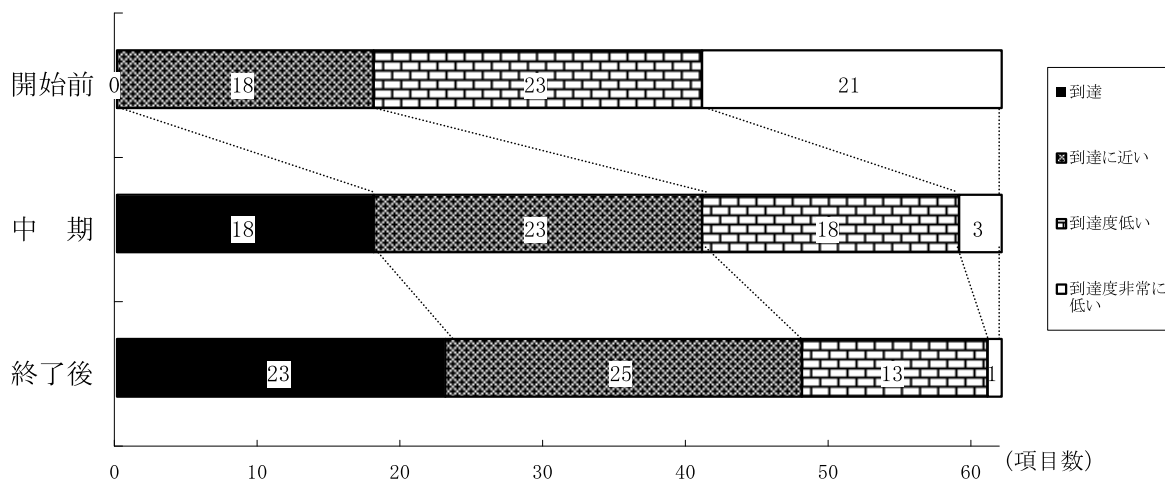


図1 実習進行に伴う学生の学習内容への到達度の変化

うち、継続する必要がある看護は看護師に伝える」の項目であった(表1)。終了時不変群では、「科学的根拠(裏付け)を調べて看護する」「文献を活用して看護を創意工夫する」「評価に基づき、看護計画を修正する」など8項目であり(表2-2)、終了時低下群では、「非言語的コミュニケーションを用いる」の項目であった(表1)。非上昇群では、低値持続群に含まれる「自己の行った看護を評価し、看護の質を高める」「看護とは何かを考え研究的態度(文献活用・事例検討)で実習する」の2項目であった(表3)。また、開始前から一貫して「到達度が非常に低い」と認識していたのは、終了時不変群に入る「実習で体験したことを看護理論と照らして考えることができる」であった。

考 察

今回、臨地実習固有の学習内容に対する学生の到達度について、実習進行に伴う学生の自己評価得点の変化から分析した。その結果、学生の自己評価得点は、開始前と終了時の比較では、58項目が上昇し、残り4項目では変化はみられなかった。また、学習内容の到達度に対する学生の認識は、開始前には「到達」している項目はなく、「到達に近い」項目が18項目あった。しかし、終了時には48項目が「到達」あるいは「到達に近い」に変化していた。

1. 自己評価得点の変化について

自己評価得点の上昇群58項目のうち、実習の進行に伴って上昇した段階的上昇群は7項目あり、先行研究²⁾

においては、61項目が、段階的上昇群であったのと比較すると明らかに少ない。この原因として、まず、学生が段階的に達成感を得られなかったことが考えられ、教育的介入方法を検討する必要性が考えられる。今回、段階的上昇群に分類された内容は、看護過程での情報収集と結果の評価、看護チームにおける学生の位置づけに関するものである。これらの項目に関しては、学生は、実習経過とともに着実に、力がついてきたと自己評価している。これに対して、上昇群58項目のうち、臨地実習開始前から終了後に向けて段階的に上昇しなかった残りの51項目は、先行研究とは異なる変化を示している。これらは、終了時上昇群、終了時低下群、終了時不変群の3つに分類できる。これらの特徴について考察することにより、今回の調査結果が先行研究と異なり、段階的上昇群が少なかった原因につながると考える。

まず、実習の初期から中期にかけての上昇がみられなかった終了時上昇群は、継続する必要がある看護内容や自己の課題を主体的に自覚することについての内容である。これは、中期の時点では理解し、実施することが困難であったが、臨地実習での学習を継続することにより、徐々に可能になったと学生が判断したと推察される。

次に、終了時低下群は、患者との関わりの中で、コミュニケーション技術を用いながら、人間関係を成立させ、看護実践に充実感を見出すことに関する内容である。中期から終了時にかけて、学生は、患者との関わりの中で、十分にコミュニケーションがとれず、患者との対人関係に、困難を感じながら実習を進めていたことが推測される。これが、人間関係に関する項目や実習の充実感などの到達度に影響している。

終了時上昇群，終了時低下群の2群を除くと，終了時不変群（42項目）は，上昇群の大半を占めている．これらは，既習の知識や技術を統合させて，臨床で看護過程を展開していく中で，学びを深めていくこと，患者の体験に対する医療者としての姿勢や対応に関する内容である．

2. 到達度について

学生が，終了時においても，到達度を低く評価していたのは，臨床の場で看護過程を展開していくときに必要となる知識・技術の統合に関する内容である．先行研究¹⁰⁾でも，知識・技術の統合による実践に対する学生の自己評価は低いことが報告されている．学生は，看護過程に関して，1年間を通してやっと展開方法を理解できた程度と認識していると考えられる．さらに，中期から終了時にかけて変化がないと評価した背景には，学生は看護過程展開に不消化な部分があることを示していると推測される．看護過程に関しては，2年次から学内演習に取り組んでいるが，臨床の場で実践する際に，患者の変化が早くて計画が追いつかないなど困難を訴える学生は多い．学生が，何がわかり，何がわからず，どのような点でつまづいているのかについて，学生の学習段階を確認しながら方向づけるという指導を繰り返す¹¹⁾教育的な介入の必要性が示唆された．

また，学生は，患者との人間関係を十分に成立させておらず，その結果，患者の看護を通して看護者が感じる感動を得るには至っていないことが推測される．これにはコミュニケーション技術が十分に習得されていないことや教員の評価対象がペーパー上の計画に焦点化していることが考えられる．さらに，学内カンファレンスで，自己の行った看護を振り返り，よりよい看護を実践するための検討が行われているが，これも，計画・立案の段階での検討に止まり，評価にまで議論を展開するまでに達していない．そのために，効果的な看護実践が展開できたかどうかを判断するに至らず，学生の看護過程展開における問題解決までに至っていない．

一方で学生が，到達度が段階的に上昇していないと評価した項目は，看護実践の価値認識，学生としての立場をわきまえた実習態度，グループメンバー間の協力，患者への関心など，主として情意領域のもので，中期の時点で既に「到達」あるいは「到達に近い」状態に至ったと認識されていた項目である．この結果は森田らの報告²⁾とほぼ一致する．学生は人間への関心と尊重，自らの立場を踏まえた行動をとることについては，実習開始

の早い時期に習得し，これを基盤として実習を進めている．

次に，到達度が高い項目は，開始前より高く，中期には学習内容に到達したと学生は認識している．学生はグループメンバーと共に助け合い，お互いに励まし合いながら学習を進めていこうと努力している様子がうかがえる．

また，臨地実習開始前と比較して，終了時にも上昇がなく，到達度が低かった項目は，看護を学問的基盤に基づき深める行為に関する内容である．文献をひもとき，他者と討議を繰り返しながら，看護を深める実践を行っていくということは，本学のカリキュラムの中では行われていないことから，学生にとって難易度の高い事柄であると考えられる．今後，カリキュラム検討時に考慮すべき項目といえよう．

以上のことから，学生は臨地実習において，態度，看護理論との照合を除く認知領域は高く自己評価し，学習内容に到達したと認識していたが，精神・運動領域，コミュニケーションや看護過程，理論との照合など看護を深める取り組みは，学習内容に到達していないと認識していることが明らかになった．この原因として，学生は，臨地実習の中で自ら意欲的に学ぼうとしているにもかかわらず，コミュニケーション技術や看護技術が未熟であるため，患者を深く理解することができないこと，そのために看護過程が計画・立案の段階に留まり，実施が行えておらず，評価を行い，フィードバックをすることがうまく行えていないことから，深く看護を進めるための発展的な取り組みを行うには至っていないことが考えられる．

このような状況から，教員には，学生のコミュニケーション技術の向上をはかるために，学生が患者とコミュニケーションをとりやすい環境づくりを行うことや，学生のコミュニケーション技術の不足から生じる情報収集の不足を補うような支援が必要である．そして，臨地場面での看護過程が展開できるように，学生の到達レベルを判断し，学習段階に合わせて，丁寧に指導を行い，カンファレンスを効果的に運営することが必要である．さらに，カンファレンスの中で，コミュニケーション技能の育成や看護過程展開における問題解決，意志決定，批判的思考などの能力の育成をはかる¹²⁾ことも重要と考える．

今後，学生の学習段階の到達度の自己評価には，客観的な基準が具体的に明示されること，すなわち，2年次終了時点での到達レベル，3年次中期での到達レベル，3

年次終了時での最終的な到達レベルについて、より詳細な内容を設定し、学生に提示することの必要性が示唆された。

本研究の限界と今後の課題

本研究は1施設における1学年を対象に行った調査であることから一般化には限界がある。今後さらに、自己評価に他者評価を併用したり、記述項目を加えることにより、学生はより客観的に自己の到達度を認識できるようになると考える。また、臨地実習での教育状況について看護学の各領域の境界を越えて、相互に討議することが必要と考える。

結 論

臨地実習の開始前・中期・終了後において、学生の自己評価得点が段階的に上昇したのは62項目中、7項目だけであった。終了時において、学習内容が到達に至っていないと認識していた項目は、精神・運動領域、コミュニケーションや看護過程、理論との照合など看護を深める取り組みに関する14項目であった。このようなことから、教育的な介入として、学生がコミュニケーション技術を有効に用いながら、看護過程を展開し、看護実践を深めることができるように、カンファレンスを有効に活用し、場面を捉えて、学生の学習状況にあわせて、丁寧に指導を行うことが必要であると考えられた。また、学年進行に伴う到達レベルの詳細な明示など学生の成長を長期的な視点に立って支援することの必要性が示唆された。

謝 辞

本研究の遂行にあたり、調査に協力していただきました学生のみなさまに感謝致します。また、統計学のご助言をいただきました徳島大学医学部保健学科放射線技術科学専攻近藤正先生にお礼申し上げます。

本研究の一部は第12回日本看護学教育学会（於：北海道札幌市）において発表した。

文 献

- 1) 杉森みど里：看護教育学，第3版，238-242，医学書院，2000。
- 2) 国立大学医療技術短期大学部看護学科協議会臨地実習委員会Aグループ（森田敏子，東サトエ，水谷都，岩田銀子，山内葉月，田村綾子）：臨地実習固有の学習内容に関する学生の到達度評価，臨地実習教育の改善に関する検討，1-9，1997。
- 3) 東サトエ，中野栄子，津田智子 他：4年制看護大学の臨地実習教育に具備する条件に関する研究～臨地実習固有の学習内容の到達度評価による考察～，鹿児島大学医療技術短期大学部紀要，9，49-59，1999。
- 4) 長家智子：臨地実習における看護過程の学習状況－看護学生の自己評価から－，九州大学医療技術短期大学部紀要，29，39-50，2002。
- 5) 岡本寿子，村上静子：臨地実習における“看護過程”学習の成果と指導上の課題－H11・12年度，『看護過程自己評価表』を活用して－，京都市立看護短期大学紀要，26，19-30，2001。
- 6) 鎌田ミツ子，一戸とも子，平典子 他：臨床実習指導の考察 自己評価への教師のかかわり，看護教育，27(4)，223-226，1986。
- 7) 山口求，野村和子，横山ハツミ 他：看護過程のアセスメント能力の評価－看護学生と教員の自己評価の比較検討－，看護展望，26(5)，612-617，2001。
- 8) 村上明美，石田貴美子，那須則子 他：新カリキュラムにおける成人看護技術の習得状況－学生の自己評価からの一考察－，神戸市看護大学短期大学部紀要，21，19-102，2002。
- 9) 相場百合，山梨伊津子：臨地実習における学生の自己課題の変化－実習経験録の活用を試みて－，神奈川県立看護教育大学校紀要，24，61-65，2001。
- 10) 鳩野みどり：臨地実習における学習内容の学生による自己評価とプラスの影響要因・マイナスの影響要因，第32回日本看護学会集録 看護教育，26-28，2001。
- 11) 糸井志津乃，松田日登美，佐々木幾美 他：問題解決学習理論を応用した「臨地実習指導モデル」の適応に関する研究，日本赤十字看護大学紀要，13，9-23，1999。
- 12) 舟島なをみ 監訳：看護学教育における講義・演習・実習の評価，225-226，医学書院，2002。

Self-evaluation study of nursing students' recognition of their degree of achievement of educational goals in clinical practice

Yumi Kuwamura, Ayako Tamura, Takako Ichihara, Takako Minagawa, and Tadaoki Morimoto
Major in Nursing, School of Health Sciences, The University of Tokushima, Tokushima, Japan

Abstract Objectives : The purpose of this study was to : assess the nursing students' recognition of their achievement of their educational goals in clinical practice ; and discuss the clinical teaching interventions of nursing education by means of self-evaluation for the students at a 3-year nursing junior college.

Methods : We used the self-evaluation questionnaire (62 questions). Self-evaluation was performed three times : the first was before clinical practice (hereinafter first evaluation), at the middle point of clinical practice (middle evaluation) and after the clinical practice (final evaluation).

Results :

- 1 . There were 2 patterns in self-evaluation scores. One was rise, and the other was not rise by comparison between first evaluation and final evaluation.
- 2 . Only 7 scores were improved among 62 questions. They were classified cognitive domain, and they were recognized by the nursing students to be achieved of their educational goals.
- 3 . In the final evaluation there were 14 items for which they had not achieved their educational goals. They were the following items : comparing their clinical practice experience with nursing theory, performing clinical practice while thinking about the nature of nursing and using communication skills, and the process of nursing diagnosis.

Conclusions : Nursing students need educational intervention. That is, they need teachers to teach them, or to think with them, how to use the nursing process to overcome patients' problems in each clinical situation by means of communication skills. It is also important to make effective use of conferences at school to so that student's can shore experiences.

Key words : self-evaluation, clinical practice, nursing education, achievement of educational goals, nursing students

ORIGINAL

Relationship between mammary gland structures during pregnancy and breast-feeding

Mari Haku, Mieko Takeuchi, Tadaoki Morimoto, Shuji Yamano, Keiko Takebayashi
Major of Nursing, School of Health Science, The University of Tokushima, Tokushima, Japan

Abstract**Study Purpose**

Diagnostic indices for prediction of breast milk production and assessment of care necessary for mammary gland structure during the pregnancy period were investigated.

Methods

Development of mammary gland during the pregnancy period was examined via ultrasound methodology. Each subject underwent three measurements once per trimester. Quantity of post-partum breast milk production was also measured; furthermore, the relationship between mammary gland image and production quantity was evaluated.

Results and conclusion

As previously reported, mammary gland reaches a certain level of development during the course of pregnancy. Four distinct types of developmental pattern were observed. Mammary gland exhibited remarkable development up to the 15th week of pregnancy in comparison with non-pregnant adult females in type 1. In type 2, mammary gland displayed significant development from the 16th to the 35th week of pregnancy. In types 3 and 4, mammary gland tissue development, which was apparent from 35 weeks, was characterized by gland thickness of > 20 mm and < 20 mm, respectively. Among these four types, type 1 mammary gland demonstrated the largest level of breast milk production. Therefore, we suggest that understanding with respect to mammary gland structure during pregnancy contributes toward individual support in breast-feeding following childbirth.

Key words : mammary gland structure, breast-feeding, ultrasound

Introduction

“Concerning Healthy Parents and Children 21”¹⁾ suggests four major challenges in maternal and child health in the 21st century. The second challenge is “To ensure a safe and comfortable pregnancy / Childbirth and

assistance for infertility”. One of the specific objectives in terms of attaining this goal includes “breast-feeding-only nursing”. This objective also states “the system should be constructed with education and support for breast-feeding-only childcare, as well as appropriate backup for formation of strong affection between a mother and a child. However, mothers who are incapable of adequate breast-feeding should not be put under pressure.” Childcare delivered via breast-feeding-only is a wish for many mothers. In reality, however, breast-

2003年12月25日受理

別刷請求先：葉久真理 〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学医学部保健学科看護学専攻

feeding is also a cause of anxiety over proper childcare for many mothers as well. For this reason, numerous studies have been conducted regarding breast-feeding from the perspectives of the mother and the child^{2), 3)}.

The ratio of breast-feeding has shown some improvement since a tremendous drop that occurred during the 1970's; however, it has not reached the high breast-feeding ratio observed in the 1960's. In terms of the functional aspect of breast-feeding, hormones involved in breast milk production and the mechanism of milk production itself have been confirmed. Structurally, developmental changes influenced by mammary gland configuration and hormones have been identified. However, the relationship between gland structure and post-birth breast-feeding was scarcely investigated; in Japan, only one report appears in the literature⁴⁾. In order to determine proper prognosis with respect to the mother's preparedness for breast-feeding as well as delivery of necessary care, understanding of the mammary gland structure and estimation of the relationship between gland structure and breast milk production are essential. The purpose of this study was to examine diagnostic indices for prediction of breast milk production and assessment of care necessary for mammary gland structure during the pregnancy period.

Methods

1. Subjects

Subjects were 102 women who delivered a single baby vaginally at term. The average of the subjects was 28.7 years old, which was compatible to the average age of mother in Japan (29.6 years old). The numbers of primipara and multipara in the subjects were 60 and 42, respectively. The study institute is the third medical facility averaging 400 deliveries per year. Our institute provides proper care targeting improvement of breast-feeding ratio via incorporation of "The ten steps to successful breast-feeding".

This study was performed from April to December 2001.

2. Ethical Consideration

The aims and significance of this study were informed to the mothers with an explanatory note and their consent was obtained. The records obtained in this study were carefully stored.

3. Methods and Analysis

Development of mammary gland during the pregnancy period was investigated via ultrasound tomography (LP probe at 7.5 MHz) (RT-FINO, Yokogawa medical, Tokyo, Japan). Each subject underwent three measurements once per trimester. Measurements were conducted in the outer region surrounding mammary papilla on the "better arm" of each participant in the dorsal position. Mammary gland images were imported using an scanner (Epson ES-8000, Epson, Tokyo, Japan), followed by evaluation with image analysis software (Mac SCOPE, Mitani CO., Fukui, Japan).

Area ratio of the mammary gland area was analyzed under the supervision of a breast diagnostic specialist. Milk feeding amount was estimated on the basis of measurements of the child's body weight before and after feeding, e.g., in terms of the difference.

ANOVA and chi-square test were used to determine statistically significant differences. Differences were considered significant if $P < 0.01$.

Results

1. Mammary gland growth pattern

Differences in mammary gland growth pattern were recognized among individual subjects. Change in mammary gland structure during pregnancy was investigated on a per-individual basis. As a result, four types of growth pattern were established (Figure 1, Table 1).

Table 1 The mammary gland development pattern

The mammary gland development pattern	Number of pregnant women (n=102)
Type 1	60/102 (58.8%)
Type 2	13/102 (12.8%)
Type 3	21/102 (20.6%)
Type 4	8/102 (7.8%)

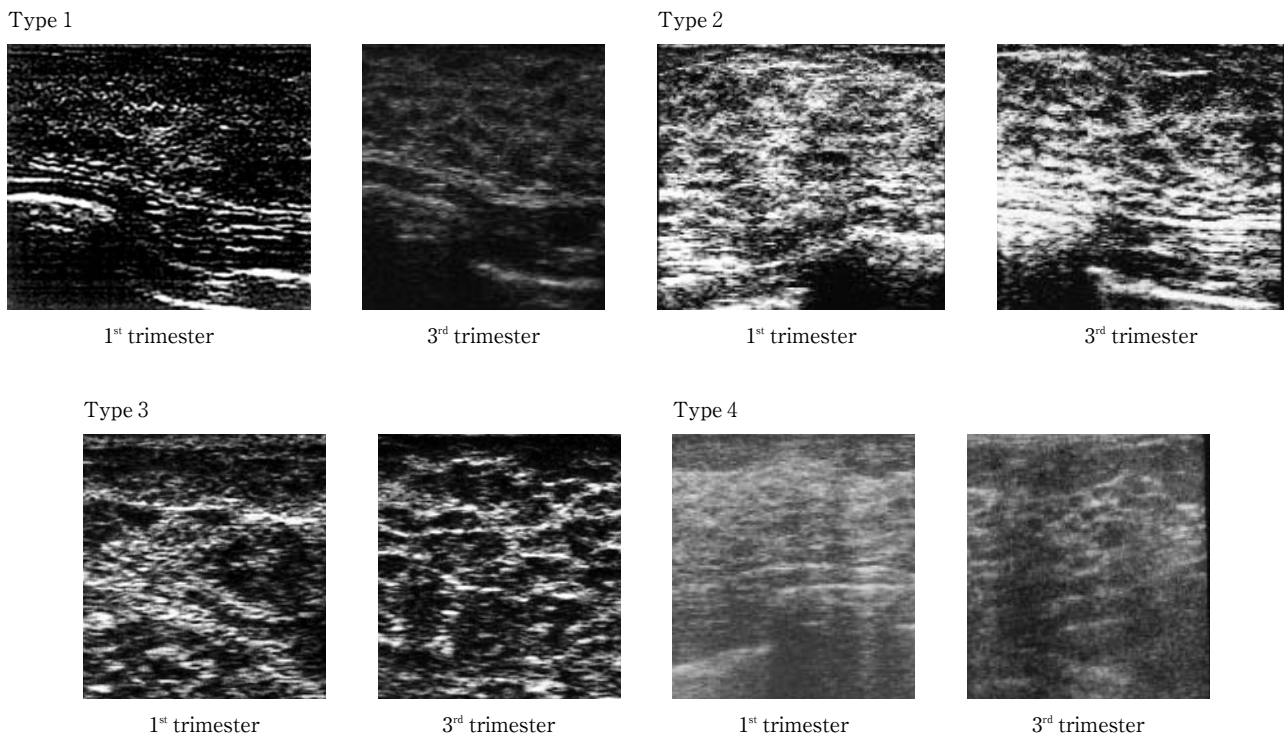


Figure 1 Four type of growth pattern of mammary gland structure

In type 1, remarkable mammary gland development up to the 15th week of pregnancy was observed in comparison to non-pregnant adult females⁵⁾. Mammary gland displayed significant development from the 16th to the 35th week of pregnancy in type 2. In types 3 and 4, mammary gland tissue development, which was apparent from 35 weeks, was characterized by gland thickness of > 20 mm and < 20 mm, respectively. Distribution of subjects in terms of type was as follows : type 1 : 58.8%, type 2 : 12.8%, type 3 : 20.6%, and type 4 : 7.8%.

There were no significant differences of mammary gland thickness between primipara and multipara.

2. Mammary gland tissue condition after 36 weeks of pregnancy

Mammary gland tissue condition after 36 weeks of pregnancy was analyzed in the four growth types on the basis of thickness and mammary gland area (specified area in scanned image). Mammary gland thickness was as follows : type 1 : 24.8 ± 3.0 mm, type 2 : 23.0 ± 3.0 mm, type 3 : 23.0 ± 3.0 mm, and type 4 : 17.0 ± 2.0 mm. Mammary gland from the type 4 group demonstrated

Table 2 Condition of antenatal mammary gland after 36 weeks

	n	Average of thickness(mm) (mean \pm SD)	Average of area (mm ²) (mean \pm SD)
Type 1	60	24.8 ± 3.0	5680 ± 760
Type 2	13	23.0 ± 3.0	4520 ± 842
Type 3	21	23.0 ± 3.0	4842 ± 642
Type 4	8	$17.0 \pm 2.0^*$	3342 ± 784

*p<0.01 compared with Type 1 by ANOVA

significantly less thickness than that of the type 1 group (p<0.01). Tissue area from type 1 mammary gland also revealed more advanced development (Table 2).

3. Relationship between mammary gland growth pattern and breast milk production

Breast milk production on the 5th day after birth was investigated on the basis of mammary gland growth type. 54.9% of subjects delivered breast milk exclusively by nursing by the 5th day post-partum. Ratios of breast milk-only nursing by type are as follows : type 1 : 70.0%, type 2 : 53.9%, type 3 : 33.3%, and type 4 : 0%. The type 1 group, which demonstrated more advanced

Table 3 Relationship between mammary gland growth pattern and breast-feeding (post partum 5 days)

	n	Only breast-feeding n(%)	Mixed n(%)	Bottle-feeding n(%)
Type 1	60	42/60(70.0%)	14/60(23.3%)	4/60(6.7%)
Type 2	13	7/13(53.9%)	6/13(46.1%)	0/13(0.0%)
Type 3	21	7/21(33.3%)	13/21(61.9%)	1/21(4.8%)
Type 4	8	0/8(0.0%)*	6/8(75.0%)	2/8(25.0%)
Total	102	56/102(54.9%)	39/102(38.2%)	7/102(6.9%)

* p<0.01 compared with Type 1 by chi-square test

mammary gland growth from early pregnancy, exhibited a significantly higher ratio ($p<0.01$) of breast-feeding (Table 3).

Discussion

With ultrasound imaging, mammary gland tissue can be visualized by high-density echography. Several subjects displayed steep image expansion in the first and the second trimesters; additionally, other subjects exhibited similar image expansion from the second to the third trimester. Mammary duct and interstitium images, which appeared as random low-density echo images evident in mammary gland tissue, also expanded during the third trimester. On the whole, enlargement of mammary gland was apparent.

In contrast, echo images from the type 4 group failed to demonstrate large change until prior to delivery. It has been reported that mammary gland structure development during pregnancy is completed in the third trimester. However, completeness of development is difficult to determine by ultrasound. In the present investigation, most of the participants (92.2%) displayed additional thickness in mammary gland tissue (average; 20 ± 2.7 mm); high-density echo-image revealed enlargement in association with decreased adipose tissue in comparison to mature non-pregnant women.

Kasai and Suzuki⁴⁾ classified acinar duct and interstitium from mammary gland echo-diagnosis during pregnancy into six distinct types. Their findings indicated that only 5.2% of subjects exhibited change in these patterns between early and late stages of pregnancy. These

data also demonstrated no significant change in mammary gland thickness. In contrast, the present study revealed expansion of high-density echo images from mammary gland tissue per each subsequent measurement. In addition, elevated acinar cell numbers occurred as multiple porphyritic low-density echo images.

In terms of the relationship between mammary gland structure and breast milk production, breast-feeding-only nursing was conducted most efficiently in the type 1 group, which demonstrated significant development in mammary gland from the early stage of pregnancy. In contrast, no subjects from the type 4 group, which displayed a lesser degree of mammary gland development, conducted breast-feeding-only child care. Kasai and Suzuki⁴⁾ documented subjects characterized by very thin interstitium, obscure acinar cells and mammary gland thickness of less than 10 mm exhibiting inadequate breast milk production. These mammary gland structure characteristics can be employed as prediction indices for estimation of post-partum breast milk production. This practical implication also suggests that nursing mothers can gain information during pregnancy for decision-making regarding feeding methodology for their children. Furthermore, documentation of their own mammary gland development via imaging contributes to the mother's motivation and emotional incentive with respect to breast-feeding childcare.

Additionally, support for mothers characterized by type 4 criteria, in which inadequate breast milk production is projected, can be implemented during their pregnancy period. At present, the greatest challenge involves support for women from the type 4 group regarding successful breast-feeding.

Conclusion

Four distinct patterns in mammary gland development were observed. The type 1 group, which demonstrated more advanced mammary gland growth from early pregnancy, displayed superior breast milk production. The present results imply that understanding of mammary gland structure during pregnancy contributes to individual support and care in breast-feeding following

childbirth.

This study was supported by Grant-in-aid for Scientific Research (C) (12672324) (15592269) of MEXT.

References

- 1) Ministry of Health, Labor and Welfare : Concerning Healthy Parents and Children 21, 2001.
- 2) Laufer A B: Breastfeeding: towards resolution of the unsatisfying birth experience. *Journal of Nurse-Midwifery* 35 : 42-45, 1990.
- 3) Lawson K, Tulloch M : Breastfeeding duration : prenatal intentions and postnatal practice, *Journal of Advanced Nursing* 22 : 841-849, 1995.
- 4) Kasai M and Suzuki H : Anticipation of lactation through out Puerperium by Breast Ultrasonography during Pregnancy, *Acta Obst Gyneac Jpn* 50 : 1011-1015, 1998.
- 5) Haku M, Takeuchi M, Tadaoki M : Change of a mammary gland during the menstrual cycle of maturation women with impedance and ultrasound tomography, *Shikoku Journal of Maternal Health* 33 : 35-37, 2000.

報 告

治験コーディネーター業務における看護師の専門性の意義に関する検討

井村光子, 楊河宏章, 宮本登志子, 乾加代子,
中西りか, 西矢昌子, 苛原稔

徳島大学病院臨床試験管理センター

要 旨 治験の質の向上に治験コーディネーター (CRC) 業務の充実は不可欠である。今回, CRC 業務における看護師としての専門性を解析し, さらに専門性をどのように CRC 業務の質向上に結びつけるかに関して検討した。

進行期肺癌に対する抗癌剤の治験 (2002.2~2003.5) を対象に, 実際に CRC が行った支援業務の中で, 看護師としての専門性が有意義であった項目を解析した。

CRC 業務を被支援者別に分類すると, 被験者20, 医師22, 他部署19項目となった。うち5項目 (インフォームドコンセント同席/説明補助, 診察時同席/介助, 観察/計測, 情報提供, スケジュール管理) が2被支援者にまたがる支援内容であり, いずれも被験者に接する場での業務であった。個々の項目について CRC の意義を検討すると, この治験は末期癌の患者を対象としていたため, 疾患が憎悪するのではないかという不安の中で, 同意取得時と4週毎の効果判定時の心理的サポートが, 治験の遂行における CRC の大きな役割であった。このような治験対象患者への心理的サポートは看護師だからこそできる業務であり, そこに CRC 活動における看護師の専門性の意義が認められた。

以上より, 被験者に接する場での治験支援活動は, 特に看護師の専門性を活かし, 治験の質を向上させる CRC 業務であると考えられた。

キーワード: CRC, 看護師の専門性, 臨床試験, 治験

はじめに

新しい医薬品が臨床の場で使用可能となるためには, 患者を対象として有効性と安全性を検討する治験というステップが必須である。治験の新しい実施基準である「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」の施行 (平成10年4月) により, 「実施医療機関において, 治験責任医師又は治験分担医師の指導の下にこれらの者の治験に係る業務に協力する薬剤師, 看護師その他の医療関係者」として「治験協力者」が定義され, CRC (clinical research coordinator: 治験コーディネーター) として治験の倫理性, 科学性の確保に貢献するようになった。

徳島大学病院においても, 平成11年4月の院内措置での治験管理センター開設以来, 現在は臨床試験管理センターにおいて5名の看護師 (勤務年数20年以上が4名, 15年以上が1名。CRCの経験年数は, 3年以上が2名, 2年以上が2名, 6カ月未満が1名) がCRCとして治験の支援を行っている¹⁾。

本邦では, CRCの職種の割合は薬剤師が49%, 看護師が43%と報告され²⁾, その業務内容としては, 書類作成などの事務的業務を行う場合, さらに治験の同意取得 (医薬品の臨床試験の実施の基準 (中央薬事審議会, 平成9年3月13日) では, インフォームドコンセントとは, 被験者の治験への参加の意思決定と関連する, 治験に関するあらゆる角度からの説明が十分になされた後に被験者がこれを理解し, 自由な意思によって治験への参加に同意し, 書面によってそのことを確認すること, と定義されている。治験におけるインフォームドコンセントを

2003年12月25日受理

別刷請求先: 井村光子 〒770-8503 徳島市蔵本町2丁目50-1
徳島大学病院臨床試験管理センター

以下ICと記載する.)の補助業務を行う場合,さらに医療補助業務(面接,採血,服薬状況の確認など)を行う場合などが考えられている^{3,4)}.米国などでは,CRCの業務は看護師の専門性とは異なる部分が主体である⁵⁾が,当センターでは看護師がCRCとして支援内容を拡大してきた経緯もあり,むしろ積極的に看護師の専門性を発揮することにより治験の質を高める立場をとってきた。

治験を含む臨床試験は多職種がそれぞれの専門性を最大限に発揮し,被験者の支援を行わなければならない。今回,CRCが被験者に関わった行為を抽出し,その行為をどのように行ってきたのかを振り返ることで,看護師としての専門分野をCRC業務にどう活かせるのかを抗癌剤治験を通して検討した。

目 的

進行期肺癌に対する抗癌剤の治験を対象に,実際の治験の遂行においてCRCが行った支援業務を分類し,看護師としての専門性が有意義であった項目を検討する。

研究方法

1. 対 象

2002年1月~2003年5月に化学療法歴を有する進行期肺癌患者28名に対して実施された治験を対象とした。

治験概略:1日1錠,16週間内服する。内服後4週間までは原則として入院,その後外来フォローとなる。治験薬の有効性(抗腫瘍効果),副作用および薬物動態と関連する主要な生物学的因子を検討する。

2. 方 法

- 1) 被験者に関わった支援内容の記録をもとに,3つのコーディネート別カテゴリーに分類し,CRCの支援内容を抽出した。同時に各期での患者心理を看護師としての視点から分析した。
- 2) 2つの被支援者にまたがる支援内容をどのように行ったのかを振り返り,看護師ならではの役割を模索する。
- 3) 各データは個人が特定されないよう倫理的配慮を行った。

結 果

この治験が何週まで継続できたかを図1に示した。同意取得のみで脱落した症例は0週として示した。被験者の心理状態は,実際の言葉や,表情,態度から今までの筆者の経験から響いてきたものを文字化したものである。16週まで継続できたのは7例,16週以上継続できたのは5例である。5名が同意のみで脱落した。28名の被験者のうち,26人が何らかの要因で中止となり,21名が奏功度判定で,PD(進行)や副作用のため中止となった。

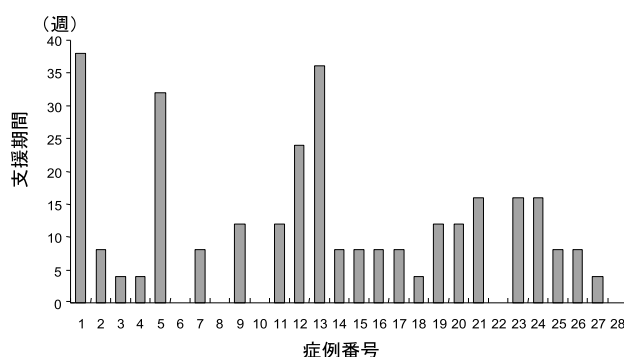


図1 被験者毎の支援期間

表1に示したように,この治験にかかる被験者の期待は大きく,効果が無く中止になった時の落胆,不安は計り知れない。4週間毎の来院日は効果判定日であり,被験者,家族は,生命に関わる意思決定を日常的に行っている。このまま効果が続いてほしいという希望と,いつ悪化するのではという不安が混在し,被験者,家族の気持ちは常にゆらいでいる。治療が対症療法しか無くなった被験者には,ただ,一緒に座っていることしかできなかった。重苦しい雰囲気の中,言葉をかけるタイミングを図っていたが,この被験者は,自身の病状の悪化を受け止め,「大丈夫ですよ」と自ら言葉を発した。また,有害事象で入院となったある被験者は,病室に顔を出した時,妹が来てくれたようにうれしいと言ってくれた。被験者の重い想いを受け止め共有するには,医師,被験者,CRCの3者の信頼関係が重要となる。信頼関係が築けていると,傾聴や見守ることだけでも被験者は癒されるが,そうでない場合は苦痛でしかあり得なくなってしまう。

次に,被験者に関わった支援内容は,医師との連携,

表1 被験者への支援内容と患者心理の分析（治療開始まで）

各 期	患者心理	C R C		
		医師との連携	他部署との連携	被験者へのサポート
同意まで	<ul style="list-style-type: none"> ・ 治験薬にかける大きな期待 ・ 薬の効果への不安 ・ 薬の副作用の不安 ・ 組織採取（気管支鏡）の苦痛に対する不安 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同意説明前の打ち合わせ ・ 同意説明時同席し補助説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟でプロトコルの説明会を開催 ・ 病棟受け持ち看護師に治験に参加されたことを報告 	<ul style="list-style-type: none"> ・ IC に同席 ・ 医師からの説明がどの程度理解できているか被験者・家族の反応を観察する ・ 医師に質問できやすい雰囲気をつくる ・ 医師に被験者の気持ちを伝える ・ CRC が治験を支援することを伝える ・ 被験者との信頼関係構築
内服開始まで	<ul style="list-style-type: none"> ・ やっと内服できるという安心感 ・ 治験薬が効いてほしいという期待 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適応基準を満たしているか、除外基準に抵触していないか確認 ・ 採取した組織の適否確認 ・ 併用薬のチェック ・ 内服開始日の確認 ・ 治験薬処方確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 臨床検査部門との連携 ・ 治験セット項目の設定 ・ 病棟看護師との連携 ・ 病棟受け持ち看護師に内服開始を知らせる ・ 看護日誌の表紙に治験患者であることを明記 ・ 看護日誌に本日より内服開始、副作用、内服方法を説明をしたことを記載する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬指導 ・ 副作用を説明し、症状出現時は医師、看護師に報告 ・ 内服方法について説明 ・ カレンダーを渡し内服時間を記載してもらい飲み忘れのないよう支援する

表2 被験者への支援内容と患者心理の分析（治療開始後）

各 期	患者心理	C R C		
		医師との連携	他部署との連携	被験者へのサポート
4 週後～4 週間毎 PD になるまで	<ul style="list-style-type: none"> ・ 効果判定（NC・PR・CR）の場合 ・ このまま効果が続いてほしいという希望 ・ いつ悪化するのではという不安 ・ 効果判定（PD）の場合 ・ だめだったかという落胆 ・ 次の治療に対する不安 ・ 対症療法しかないという悲嘆 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 観察、検査スケジュール管理（日程、観察事項、検査項目、方法等） ・ 検査データ管理 ・ 効果判定の確認 ・ 治験続行の有無を確認 ・ 治験続行の場合は治験薬処方の確認 ・ 8 週後からは入院→外来へ変更のため外来担当医師の確認 ・ 外来受診日の予約確認 ・ 診察前に被験者の状態観察 ・ 外来分担当医師に被験者の情報提供 ・ 全ての検査が終われば被験者の診察介助（可能なら順番を早くしてもらう） ・ 本日撮影の CT、XP のフィルムを取ってきておく ・ 他科受診時、入院になった時の手続き補助 ・ 重篤な有害事象発生時、治験依頼者へ報告、提出書類等の連絡、調整 ・ 治験中止の場合 ・ これからの治療方針の確認 ・ 他の治療への IC の同席 ・ 必要なことを説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来看護師、クラークとの連携 ・ 外来カルテの表紙に治験名、責任医師、担当 CRC 名を明記し、治験シールも貼付する ・ 患者予約欄に CRC を呼んでくださいとコメントを入れる ・ クラークは料金表をグリーンのクリアケースに変えてくれる ・ CRC はコンピューターで被験者の来院を確認、もしくは外来クラークの連絡で診察室に行く ・ 薬剤部との連携 ・ 治験薬続行の場合 ・ 院外処方になった場合も TEL で院内へ変更可 ・ 院内薬局に処方箋を出すとき治験患者と記載されたグリーン紙を提示すると優先して調剤される ・ 放射線部との連携 ・ 当日の CT フィルムの貸し出し ・ 緊急 CT 撮影の依頼 ・ 事務との連携 ・ 入院から外来への変更用紙を FAX で送る ・ 外来会計⑧番に料金表を提出すると会計が早くなる ・ 有害事象で他科紹介時、他科の医師に情報提供 ・ 治験薬中止の場合 ・ 治験薬中止報告書を治験薬管理者へ提出 ・ 中止報告書を医事係へ FAX 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被験者の状態観察、情報収集（診察室とは別の部屋で） ・ 歩行困難時移動介助 ・ 有害事象の有無の確認 ・ 生活指導 ・ スケジュール管理 ・ 連絡 ・ 診察時同席 ・ 医師へ代弁 ・ 患者家族の反応観察 ・ 必要時補足説明 ・ 情報提供 ・ 治験薬中止の場合 ・ 傾聴／見守り ・ これからの治療方針の理解度の確認 ・ 家族への支援

他部署との連携、被験者へのサポートの3つのカテゴリーに分類された。医師との連携では、22の行為が抽出され(表1, 2), それを集約すると11項目となった(表3)。打ち合わせ、「治験に関する文書による説明と同意の取得」同席/説明補助, 確認, スケジュール管理, 検査データ管理, 観察/計測, 情報提供, 診察前検査資料の準備, 診察介助, 紹介/入院手続きの補助, 治験依頼者との連絡/対応である。他部署との連携では、19の行為が抽出され, 他部門・他部署との連携, 報告書の提出, 説明会開催の3項目に集約された。被験者へのサポートは、20の行為を抽出, 11の項目に集約された。IC同席/説明補助, 代弁, 傾聴/見守り, 教育, 診察時同席, 移動介助, 観察/計測, スケジュール管理, 情報提供, 環境整備, 家族への支援である(表3)。また, 医師との連携と被験者へのサポートの両方に含まれていたものは, IC同席/補助説明, 診察時同席/介助, 観察/計測, 情報提供, スケジュール管理の5項目だった。このような状況のなか, 上記の5項目を行うにあたり, 特に注意をはらったのは, (1)被験者に話しやすい環境を提供すること。(2)CRCは被験者の側に立ち支援すること。(3)誠実な態度で接すること。(4)被験者の理解度を的確に判断し補足説明すること。(5)医師に質問しやすい雰囲気を作ること。(6)医師, あるいは被験者に情報を正確に伝えること。(7)診察時には被験者が質問できなかった事柄等の援助を心がけた。

考 察

今回の検討では, IC同席/説明補助, 診察時同席/介助は, 医師, 被験者両者に関わる重要な項目であった。

信頼関係を築く最初の機会である治験の同意を得るICに同席することは, CRCにとって重要である。さらに, IC後の被験者のやっぱり参加をやめたいというような「ゆれ」の現象も見逃さないようにしなければならない。水流⁶⁾は, 看護に求められるインフォームドコンセントの中で, 患者は「ゆれ」に対する看護師の支援には, 「あなたの言うこと, 気持ちに耳を傾ける」「医師にあなたの気持ちを伝える」等を希望していると述べている。治験薬の効果, 被験者の心理状態を把握するためにも, 診察時同席/介助は必要不可欠であり, IC同席/説明補助で築きつつある信頼関係を, 確かなものとする機会でもあった。しかし, 同意取得のみで脱落したものが5名おり, 同意取得のみで脱落した場合は, 十分な信頼関係を築く時間も多くはない。特にIC同席時に何を希望し何を知りたいのかを察知し, 適切な援助を行う事が重要となってくる。脱落時のケアに活かすためにも, IC同席/説明補助はCRCにとって重要な役割で, 今まで患者の最も身近なところにいた看護師だからできる役割でもある。医療の進歩は最終的には臨床研究に依存せざるを得ないという観点や, 臨床試験の目的は患者へよりよい医療を届けるためであるという観点からは, 臨床試験の啓蒙が重要であり, 同意だけで終わった被験者にも, 機会があればまた参加してみようと感じてもらえる援助を心がけたい。

また, 看護師ならではの役割が発揮されるのは, 2つの被支援者に含まれていた項目のIC同席/説明補助, 診察時同席/介助, 観察/計測, 情報提供, の項目で, 被験者に接する場であると思われる。その行為を行う時に, (1)情報を共有し治療方針を自己決定できるような支援。(2)心のゆれ, 体調の変化を感じ取る洞察力。(3)被験

表3 表1, 表2を集約したコーディネーター別カテゴリー

医師との連携	他部署との連携	被験者へのサポート
打ち合わせ IC同席/説明補助 確認 スケジュール管理 検査データ管理 観察/計測 情報提供 診察前検査資料の準備 診察介助 紹介・入院手続きの補助 治験依頼者との連絡/対応	他部門・他部署との連携 報告書の提出 説明会開催	IC同席/説明補助 代弁 傾聴/見守り 教育 診察時同席 移動介助 観察/計測 スケジュール管理 情報提供 環境整備 家族への支援

者、関連他部門への気配り。(4)さまざまな情報を的確に判断し、素早く行動に移す行動力。(5)データから先読みできる知識。(6)生死と向き合っている被験者から逃げないで共に考える心。(7)効果があって欲しいと願い、温かく見守る目が必要と考える。外来看護としては、感染症外来等での報告^{7,8)}と同様にこれらの事柄は、今まで一番患者の身近な所にいた看護師だからこそできることであり、そこにCRCが看護師である専門性の意義があるのではないだろうか。一般に肺癌患者におけるインフォームドコンセントに関しては看護師の役割が重要である⁹⁾が、この治験では、被験者に接する最初のIC時と、4週毎の効果判定時、中止時の心理的サポートが大きな役割を占めていた。重篤な疾患の治験では通常行っているCRCの業務のなかでも、特に、ターミナルケアを視점에置いた、傾聴、見守り等のカウンセリング技術を用いた被験者へのケア¹⁰⁾が頻繁になされてくる。

被験者に十分に納得される情報を提供し、疑問には即座に対応できるようにして、治験への参加に関しては「安心」「満足感」が得られるような支援が重要と考えられ、そのためにはCRCはコンサルタント的な役割を担う必要があると考える。また、看護における倫理¹¹⁾を基盤とし、他部門との連携、医師との協力関係がスムーズに行なわれるようなコーディネーター能力の習得が重要と考えられる。

結 論

- 1 この治験で、看護師ならではの役割が発揮されたのは、医師との連携、被験者へのサポートの両者でみられた項目の中の、IC同席／説明補助、診察時同席／介助、観察／計測、情報提供で、被験者に接する場であった。
- 2 IC同席／説明補助は信頼関係を築く最初の機会であり、診察時同席／介助は信頼関係を確かなものとする機会、重要なCRC業務であった。
- 3 被験者の重い想いを押し量ったり、脱落時の心理的ケアは、今まで身近にいた看護師だからできる役割でもある。

謝 辞

稿を終えるに当たり、終始ご指導を賜った徳島大学医学部分子制御内科学曾根三郎教授、矢野聖二講師、徳島大学医学部保健学科雄西智恵美教授に深謝いたします。また、徳島大学病院薬剤部水口和生教授をはじめ石澤啓介、伏谷秀治、久次米敏秀、高松典通、泉美也子、須崎友紀、山上真樹子、浦川典子の諸氏の暖かいご協力に厚く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 曾根三郎, 楊河宏章, 苛原 稔: 大学病院での臨床試験支援体制の整備と課題, がん分子標的治療, 1, 220-227, 2003.
- 2) 日本製薬工業協会 医薬品評価委員会 臨床評価部会: CRCの教育・普及方策の検討—最終報告書—, 医薬品出版センター, 2002
- 3) 高橋義直: 臨床治験の将来展望: 開業医参画型の治験を中心として SMOの立場から, 臨床医薬, 17, 1638-1643, 2001.
- 4) 工藤正純, 池田江里, 菅原和信 他: 弘前大学病院における治験コーディネーターの活動状況, 臨床薬理, 34(1), 13-18, 2003.
- 5) Norris, D.: Clinical Research Coordinator Handbook, Second Edition, Plexus Publishing, Medford, NJ, 2001, pp.6-11
- 6) 水流聡子: 看護に求められるインフォームドコンセント, 看護実践の科学, 28(1), 10-15, 2003.
- 7) 城崎真弓: 感染症外来—専門外来の取り組み—, 看護技術, 47(7), 80-89, 2001.
- 8) 布佐真理子: 外来における看護の専門性とは何か, 看護技術, 47(7), 23-25, 2001.
- 9) 井上るり子: 肺がん患者のインフォームドコンセント, 看護実践の科学, 28(1), 36-41, 2003.
- 10) 谷岡哲也, 中石忍, 尾立真紀 他: 体験記から抽出したターミナルケアの心理学的特質, 看護学雑誌, 62(2), 190-193, 1998.
- 11) 手島恵: 看護実践と倫理, 看護展望, 28(1), 17-21, 2003.

Analysis of nurse speciality in functions as clinical research coordinator for clinical trials

Mitsuko Imura, Hiroaki Yanagawa, Toshiko Miyamoto

Kayoko Inui, Rika Nakanishi, Masako Nishiya, and Minoru Irahara

Clinical Trial Center for Developmental Therapeutics, Tokushima University Hospital, Tokushima, Japan

Abstract The clinical research coordinator (CRC) coordinates close communication among participants, sponsor and investigators, and plays a crucial role in the efficient progress of clinical trials. In Japan, various occupations, such as nurses, pharmacists, are involved in CRC works in each institution. Besides the common works as CRC, it could be a beneficial strategy to respect speciality of each occupations for promotion of quality of clinical trials.

We analyzed nurse specialty in CRC works in a clinical trial for approval of a drug for lung cancer at Tokushima University Hospital. In 28 patients who gave informed consent for the clinical trial, 5 patients did not fulfill the criteria, and 21 patients were withdrawn from the study, because of adverse events or disease progression during the trial. We retrospectively analyzed and classified functions of CRC into three categories, support for patients, support for investigators and support for others, and found 20 roles, 22 roles and 19 roles in each category, respectively. Five roles, assistance in informed consent, assistance in physical examinations, measurement of various markers, disclosure of information and schedule management, were commonly included in support for patients and in support for investigators.

Among various roles classified into three categories, the five roles commonly observed in two categories seems to be important. Since care for the participants is essential in these roles, promotion of quality in these roles in clinical trials though the nurse speciality can be considered as a suitable strategy for the better implementation of clinical trials.

Key words : clinical research coordinator, nurse speciality, clinical trial

報 告

指圧を看護ケアに取り入れた事例の文献検討

南川 貴子, 田村 綾子, 市原 多香子,
桑村 由美, 森本 忠興

徳島大学医学部保健学科看護学専攻

要 旨 東洋医学の1つの手法である指圧を看護ケアに取り入れた論文の検討を行ない、その効果と問題点を明らかにすることを目的に、『医学中央雑誌』(WEB版 ver.3)を使用して1993年から2003年まで10年間に、看護師による指圧の影響が明らかにできた論文を抽出した。その結果10論文が得られた。10論文の内訳は排便障害(便秘)の軽減および排ガスの促進5件、癌化学療法実施時の副作用(嘔気・嘔吐等)の軽減3件、癌性疼痛の軽減1件、リンパ節郭清後に発生した浮腫の軽減1件であった。それぞれの論文に共通して言えることは、患者が指圧について肯定的に捉える場合は、その効果が非常に大きいことであった。さらに指圧の圧迫部位、圧迫の強さ、頻度など、まだ一定の手技と効果が得られていないため、追試験を重ねる必要性が示唆された。

キーワード：指圧, 東洋医学, 看護ケア

はじめに

現在、東洋医学的治療は、西洋医学での補完的な領域の治療法(補完・代替医療 Complimentary/Alternative Medicine=CAM)として注目されてきている。この東洋医学的治療の1つである指圧は、大正時代に体系化され日本独自のものとして発達してきた¹⁾。指圧は特別な道具を用いることなく、手技を学ぶことで一般人においても実施できる治療法の1つである。この身近で、手ごろに症状緩和できる指圧の効果についての実証的研究は緒についたばかりである。しかし指圧を取り入れた看護ケアを行うことは、様々な症状の改善を看護師が独自に実施できる可能性が示唆される。

そこで、今回は過去に発表された論文から、看護ケアに指圧を取り入れた論文を抽出し、内容を精読し、指圧がどのような対象に対して、またどのように看護ケアに取り入れられてきたかを明確にし、指圧を看護ケアに取り入れるときの方法と効果、問題点を明らかにして、今

後の看護ケアの実践に役立てたいと考えた。

1. 看護師が行う指圧についての法律上の解釈

現在、看護師が行う指圧については明確な法律上の記載はない。指圧に関しては「あん摩・マッサージ指圧師、はり師、きゅう師に関する法律」の第1条(免許)で「医師以外の者で、あん摩、マッサージ若しくは指圧師、はり又はきゅうを業としようとする者は、それぞれあん摩マッサージ指圧師免許、はり師免許又はきゅう師免許を受けなければならない。」と規定されている。一方「保健師助産師看護師法(保助看法)」の第5条(看護師の定義)には「看護師とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくは褥婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。」とある。よって、ここでは看護師が傷病者又は褥婦に対して療養上の世話の範囲で看護ケアに指圧を取り入れて実施することはできると法律を解釈する。

2. 用語の定義

1) 指圧とは

指圧とは²⁾疾病の治療および予防を目的として、主に指を用いて体表面の一点を垂直に圧することで、自然治

2004年1月7日受理

別刷請求先：南川貴子 〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学医学部保健学科看護学専攻

癒力の働きを促進させる手技療法である。

2) 看護ケア

看護師が患者に対し、何らかの症状緩和を目的に指圧を取り入れた看護ケアを実施することを看護ケアとする。

目 的

過去10年間に発表された論文から、持続的に症状を持つ患者を対象に、看護ケアに指圧を取り入れた論文を抽出し、論文の内容を分析した。その結果から、どのような対象に、またどのような方法で指圧が看護ケアに取り入れられてきたのかを明確にし、指圧を看護ケアに取り入れる方法と効果、問題点を明らかにして、今後の看護の実践に活用する。

方 法

1. 指圧に関する論文の収集並びに分析方法

2003年9月に医学中央雑誌刊行会発信の『医学中央雑誌』(WEB版 ver.3 <http://www.jamas.gr.jp>)を使用し、国内で1993年1月から2003年9月までに発表された、「指圧」と「看護」のキーワードを含んだ論文を抽出した。この中から啓蒙的論文、指圧の方法のみを述べた論文は除外し、入院及び外来患者を対象に看護ケアに指圧を取り入れて、出現している持続的な症状の緩和を行った論文のみを抽出した。さらに対象や方法が不明確な論文、圧迫部位(ツボ)や指圧部位、指圧方法についての明示がない論文は除外した。

次に抽出した論文を対象とした疾患、症状、年齢・性別、実施方法とその効果について以下の12項目に分類した。12項目は①指圧を取り入れた看護ケアによる影響、②西洋医学的診断名・症状、③実施人数・年齢・性別、④看護ケアを行う期間、⑤倫理的配慮、⑥看護ケア実施者及び指圧手技の習得方法、⑦使用した圧迫部位(ツボ)・部位、⑧実施時の体位⑨併用した看護ケア及び処方、⑩実施方法、⑪評価方法、⑫効果である。

結 果

『医学中央雑誌』(WEB版 ver.3)で検索した結果、10論文が抽出でき、12項目毎に分類し表に示した(表1)。10論文の内訳は排便障害(便秘)5件、癌化学療法の副作

用(嘔気・嘔吐等)の軽減が3件、癌性疼痛1件、リンパ節郭清後発生した浮腫の軽減が1件であった。

1. 排便障害(便秘)の軽減および排ガスの促進について

論文1から論文5^{3~7)}までは排便障害の改善であって、すべて指圧を行うことで、効果を認めた内容であった。

対象とした者は妊婦、精神疾患患者、喘息等の呼吸器疾患患者、癌で麻薬を用いた鎮痛の必要な患者で24歳~87歳までの年齢の幅であった。実施方法は指圧のみを行った研究もあったが、論文1, 2, 4, 5では温罨法、腰・腹部へのマッサージ、下剤との併用が見られた。便秘の評価に関しては、論文2, 4, 5ではCAS(日本語版便秘評価尺度 Japanese Version of Constipation Assessment Scale)を用いていた。いずれの論文でも指圧を取り入れた看護ケアで、実施後排便を認めたり、排ガスが促進したなどの効果が報告されていた。

排便困難に使用された圧迫部位(ツボ)は、腹部にある天枢、大巨、背部にある大腸愈、便秘点、中脘、通便、三焦愈、小腸愈、手首にある神門、陽谷、腕骨、厲兌、足部にある足三里、関元、解谿、復溜、商陽、魚際、盲愈など多岐にわたっていた。

論文1の坂野ら³⁾は、切迫早産で安静療法、薬物療法(塩酸リドトイン)を受けている便秘傾向の人を対象に実施し、助産師が手足の圧迫部位に対して指圧を行った。9名中5名(55.6%)が1回の排便量が増え、9名中3名(33.3%)の緩下剤の減少がみられた。便秘の改善とともに、「体が暖まる感じ」、「気持ちいい感じ」、「胎動が著明」などの自覚的な効果があった。

論文2の加藤ら⁴⁾は精神分裂病の患者で便秘のある患者4名に対して腰部と腹部の圧迫部位に実施した。圧迫部位指圧実施の前後でCASと患者の言動で評価し、4名中3名は便秘の改善の効果を認めた。

論文3の田中香苗ら⁵⁾は麻薬を使用している癌患者を対象に手と足の圧迫部位を使い、指圧前1週間と指圧後1週間の排便の有無と腹部蠕動音の比較を行った。排便が得られた者は9名中7名(77.7%)で、排便はなかったものの2名は排ガスの回数と腸蠕動音の亢進の変化がみられた。

論文4の田中直美ら⁶⁾が和漢診療部の入院患者で便秘を自覚し、指圧を希望する患者12名に患者が圧迫部位(ツボ)を認識できるまで看護師が付き添い、患者自身が実施した。実施後2週間でCASの平均得点は6点から3点に低下することができた。

表 1 指圧を使った看護ケアの効果の比較

論文 No	看護ケアによる影響	西洋医学的診断名・症状	実施人数・年齢・性別	看護ケアを行う期間	倫理的配慮	看護ケア実施者及び指圧の習得方法	使用した圧迫部位（ツボ）・部位	実施時の体位	併用した看護ケア及び処方	実施方法	評価方法	効果
論文 1 坂野 ゆき子 他 ³⁾ (1997)	排便障害 (便秘) の軽減お よび排ガ スの促進	妊娠16週～41 週の切迫早産 (安静療法) および塩酸リ ドトインの投 与を受けてい る患者)で便 秘傾向の妊婦	入院6日目 以降の人9 名 24～42歳 女性	10日間の 研究期間 で第4日 目より4 日間	記載 なし	助産師3名 針灸指圧治療 を専門に行っ ている者より 指導を受けた	神門・手 陽谷・手 腕骨・手 厲兌・足	記載 なし	酸化マグネシ ウムなど緩下 剤併用	8:30～9:30に手 足のツボの圧刺激を 1つのツボに対して 2分ずつ1回/日を 4日間、圧力は1～ 2kgとする。	i) 自覚症状 ii) 他覚症状(腸 蠕動音の変化など 客観的に気付いた 症状) iii) 緩下剤服用量	・便の回数の変化9人中5人 (55.6%)、緩下剤の減少が9人 中3人(33.3%)効果あり。 ・9人中1名に「手のしびれ」お よび「腹部のはり」があり
論文 2 加藤綾子 他 ⁴⁾ (1998)	排便障害 (便秘) の軽減お よび排ガ スの促進 (拒否さ れた事例 あり)	精神科患者 精神分裂病 CASで得点 5点以上	4名 54～61歳 女性	22日間	記載 なし	看護師4名 指圧の習得方 法は記載なし	三焦愈・腰部 大腸愈・腰部 小腸愈・腰部 天枢・腰部 大巨・腰部	記載 なし	緩下剤(プル セニド、ラキ ソパロン、を 4名中3名が 使用)	午前10時30分から1 時間、または15時30 分から1時間の間に、 1ヶ所につき5秒間 7回ずつ指圧を行っ た	i) ツボ指圧実施 の前後で日本語版 便秘尺度 CAS の 得点の変化から有 効性の評価を行う ii) ツボ指圧しな がら患者の言動を 聞き取り調査する	4名中3名(75%)は効果あり ・排ガス量について効果があった ・患者-看護者関係が深まり精神 的安定を図ることができた。
論文 3 田中香苗 他 ⁵⁾ (1997)	排便障害 (便秘) の軽減お よび排ガ スの促進	癌(肺、肝臓、 胃、甲状腺、 乳房、後腹膜、 大腸)で麻薬 (注射・坐薬・ 内服)で麻薬の 名称は記載な し)を使用し ている患者	9名 47～67歳 (平均年齢 59.7歳)	指圧開始 1週間前 と指圧開 始後1週 間ずつ計 14日間	記載 なし	看護師が1日 2回(10時、 19時の検温時 に指圧 指圧の習得方 法は記載なし	神門・手 解谿・足部 復溜・足部	記載 なし	患者に承諾を受けた 上、油性ペンでツボ に印をし10時、14時 の2回/日指圧をし た。 1ヶ所に3秒間3回 「少し痛い」「心地 よい」強さで指が指 圧棒を用いた	i) 腹部蠕動音 ii) 排ガスの有無 について2回/日 14時と19時に判定 指圧開始前後1週 間の比較 iii) 腸蠕動音が聴 取でき、排便・排 ガスがみられるこ とで指圧が有効と した	排便回数は9名中7名(77.7%) に効果あり、排便の増加のなかつ た2名も排ガス回数に増加がみら れた	

論文4 田中直美 他 ⁶⁾ (1999)	排便障害 (便秘) の軽減お よび排ガ スの促進	診断名は不明 便秘を自覚し 指圧を希望し たもの(便秘 をきたす器質 的疾患のある 者、指圧がで きないものは 除外)	12名 27~77歳 (平均年齢 60.4歳) 男性2名、 女性10名	2週間	記載 あり	患者自身 (ツボを認識 できるまで看 護師が付き添 い指導) 指圧の習得方 法は記載なし	便秘点・腹部 足三里・足部	記載 なし	・腹部・腰部 のマッサージ ・緩下剤(ブ ルセニド、ラ キンパロン、 アローゼン、 大黃、大甘丸、 センナを9名 が使用)	患者用にパンフレッ トを用いて便秘につ いて生活指導後、起 床時と睡眠前に腰・ 腹部マッサージと ともに患者自身行う	i) 入院1週間後 と、実施後2週間 後にCAS(MT版) に記入してもらう (結果をStat View Ver.4.5を用いて 分散分析した) ii) 患者の反応	12名全員にCASの低下が見られ、 指圧指導前6.29±2.42(平均±標 準偏差)で指導後3.47±2.78と効 果があった 指圧により緩下剤内服量が減少し た。2週間全員が継続して指圧を 実施できた
論文5 赤田文代 他 ⁷⁾ (2001)	排便障害 (便秘) の軽減お よび排ガ スの促進	気管支喘息、 気管支拡張症、 塵肺	1名 84歳男性	3週間毎 日施行 1期8日 間 2期4日 間 3期8日 間	記載 なし	1期 看護師 2期、3期看 護師および患 者 指圧の習得方 法は記載なし	便秘点・腹部	記載 なし	腹部マッサ ージ、タツチン グ (苦痛時)	午前中に1回に腹部 マッサージ(1周5 秒前後で5回)と指 圧(呼吸時に5秒押 し吸気時にゆるめる 動作を5回)	i) 翌朝に排便の 有無、下剤服用を 確認、 ii) 日本語版便秘 尺度(CAS)を用 いた	・毎日排便が見られた ・CASで1期9点(便秘傾向強) 2~3期0点で改善あり 指圧・腹部マッサージを行う前か ら患者の苦痛のたびにタツチング を行っており、患者に触れられる ことへの抵抗なく導入を容易にし た。
論文6 竹ヶ原 央子他 ⁸⁾ (2002)	癌化学療 法による 副作用 (嘔気・ 嘔吐等) の軽減	診断名 記載なし 化学療法(ラ ンダ、5FU、タ キソテール、 アイソボン) を受ける患者	15名 37歳~78歳 男性3名 女性12名	化学療法 開始日か ら終了日 (1日~ 27日)	記載 なし	看護師 研究期間開始 前に看護師用 パンフレット で指圧方法を 確認	凶会・頭	記載 なし	記載なし	・毎日6回ずつ実施。 ・夜間は嘔気・嘔吐 時のみ ・ツボに中指を当て て垂直に押す ・強くゆっくり圧を 加え5秒押し、5秒 休み1分間行う ・強さは3~5kgで 爪の色が2色に変わ るくらいで実施	嘔気の認められた患者13名中7名は軽 減した。(54%) 指圧に肯定的な受け止め方をす る患者からは嘔気・嘔吐の軽減に有 効と思われる声あり。 患者の精神的な安定につながる手 助けになった	
論文7 内藤香利 他 ⁹⁾ (2001)	癌化学療 法による 副作用 (嘔気・ 嘔吐等) の軽減	化学療法(シ スプラランチン、 パラプラチン 他投与)を受 ける患者	6名 20歳~76歳 男性4名、 女性2名	化学療法 当日~症 状が消失 したら患 者と相談 のうえ終 了	記載 あり	実施者の記載 なし 指圧の習得方 法は記載なし	内関・手	記載 なし	記載なし	i) 独自の嘔吐ス ケールを作成し嘔 気的程度を判断。 (病院で独自に開 発した疼痛スケ ールを用い0~4の 5段階評価)	6名中3名(50%)に効果あり。 化学療法1日目より指圧を行うこ とで早期に嘔気症状が軽減できた。	

<p>論文8 Mite lida et.al¹⁰⁾ (2000)</p>	<p>癌化学療法による副作用(嘔気・嘔吐等)の軽減</p>	<p>化学療法を受ける予定の患者(白血球、リンパ腫、肺癌、メラノーマ)</p>	<p>9名 平均年齢55.9歳±16.6歳 男性8名 女性1名 強い不安4名 弱い不安5名</p>	<p>4日間指圧マッサージを行い、2日後に症状の軽減について評価</p>	<p>明確な記載なし</p>	<p>実施者の記載は不明 スペシャリストから技術を学び練習にはビデオを使用</p>	<p>指圧マッサージで手と指を使いながら押しやり押しして体の状態を整える</p>	<p>記載なし</p>	<p>記載なし</p>	<p>・STAI不安スケールを化学療法の2～3日前に実施 ・手と足に30分間、午前と午後4日間指圧マッサージを実施 ・皮膚温は指の回りを指圧前後の15分測定。</p>	<p>i) STAI不安スケール ii) 皮膚温 iii) リラクゼーションスケール (REスコア) iv) 副作用症状軽減判定(研究者が身体的な症状25と精神的な症状10について5段階のカード尺度を作成)</p>	<p>・強い不安の群は不安が軽減し軽度のリラクゼーション効果があったが、身体的な症状は緩和しなかった ・弱い不安群の不安は少し軽減し、REスコアが顕著に増加し、緩和の効果をjめしている ・皮膚温は少ししか変化がなかった ・指圧マッサージは不安の軽減に効果があった。</p>
<p>論文9 東りえ 他¹¹⁾ (2002)</p>	<p>癌性疼痛の軽減</p>	<p>癌患者3事例の検討 事例①乳癌術後骨転移、肝臓転移 事例②悪性リンパ腫、骨転移あり 事例③脾臓隣接部に原発巣不明の転移性リンパ腫瘍</p>	<p>3名 ①63歳(女) ②63歳(女) ③61歳(男) 男性1名・女性2名</p>	<p>約2カ月間</p>	<p>明確な記載なし</p>	<p>看護師 指圧の習得方法は記載なし</p>	<p>患者全体5本の指先から均等に力をかける指圧(圧迫部位は患者が痛みを訴える部位)</p>	<p>記載なし</p>	<p>・マッサージ ・温罨法(簡易式入浴看護用品使用) ① ADLの全面介助</p>	<p>痛みを強く訴えている部分に順に実施(疼痛ケア) 1) 平手マッサージ(片手でゆっくりに10分) 2) 指圧(看護師の5本指先で約4kgの圧で、1分間30～40回で約10分間指圧) 3) 温罨法(簡易式床に入浴看護用品での入浴か簡易式カイロの使用後平手マッサージを行った) 4) 3)の温罨法後に2)の指圧510分間実施</p>	<p>・平手マッサージ(単独)はHPRI評価でもフェイス・ペイン・スケール評価でも疼痛評価が減少 ・指圧(単独)は1名拒否(事例⑧)1名疼痛評価に変化なく、1名は未実施 ・温罨法後の平手マッサージは3名とも効果ありHPRIが低下 ・温罨法後の指圧はHPRIが温罨法後のマッサージを行った評価からさらに低下(効果あり) ①②温罨法とマッサージ、指圧の併用でケアを単独で行うより効果があった。特に事例⑩はケアにより痛みが消失した。 ③「患部を押さえられたら2年前に経験した激痛が再来するように思う」と指圧を拒否。過去の体験、心理状態が作用。また、温罨法の併用により効果が増大する。</p>	

論文10 鈴木明美 他 ²⁾ (2001)	リンパ管 郭清後発 生した浮 腫の軽減	卵巣腫瘍・子 宮頸癌郭清術 およびリンパ 郭清術と放射 線療法を受け 下肢浮腫が出 現し、退院し た婦人科外来 通院中の患者	8名(両側 性浮腫5名, 右下肢浮腫 1名,左下 肢浮腫2 名) 40~60歳 (平均58.1 歳) 女性	1カ月間	記載 あり	患者自身 研究担当の看 護師(人数の 記載はなし) が患者に指導 した 指圧の習得方 法の記載はな し	三陰交・足部 太谿 ・足部	記載 なし	・弾性ストッ キングの着用 (2名) ・マッサージ 機器の使用 (3名) ・利尿剤およ び漢方薬(6 名)	朝夕2回3分ずつ実 施。 ・ツボを押す時は ゆっくりと息を吸う ・ゆっくり吐く ・1押し3秒1・2 ・3と押す ・筋肉に対して垂直 に圧をかける	i) 客観的評価一 大腿部(膝蓋骨上 端10cm), 下腿最 大周囲, 足関節 各々を測定 ii) 面接調査一浮 腫の出現時期, 随 伴症状, 予防方法, 浮腫例, 困ってい ることなどを聞い た, iii) 自己式記入に よるアンケートー 柔軟性, 動作, 快 楽やつばの負担感, 自覚的効果の有無, について記入	1カ月間の指圧で50%の患者の浮 腫が改善あるいはやや改善した。
---	------------------------------	--	--	------	----------	---	---------------------	----------	---	--	--	-------------------------------------

・ツボ(経穴)名称の表記については臨床経穴図²⁾に基づき統一した

・「看護婦」の記載については「看護師」と統一した。

・「患者」, 「患者自身」, 「自分で」などの記載については「患者」に統一した。

論文5の赤田ら⁷⁾は気管支喘息、気管支拡張症、塵肺を持つ1名の患者に腹部の圧迫部位（ツボ）を用いて腹部マッサージを併用して、排便を得るという効果がみられた。

2. 癌化学療法の副作用(嘔気・嘔吐等)の軽減について

論文6から8^{8~10)}は癌患者の化学療法実施時の嘔気・嘔吐出現に伴う看護ケアについての報告である。いずれの論文も嘔気・嘔吐に関して、指圧を取り入れた看護ケアを行った場合、指圧導入前と比べ症状の軽減がみられた。使用していた圧迫部位（ツボ）は手にある内関と頭にある囟会の2カ所であった。

論文6の竹ヶ原ら⁸⁾は化学療法を受ける癌患者15名に化学療法開始日から頭にある圧迫部位（ツボ）に指圧を行った。指圧を肯定的に受けとめる患者は嘔気・嘔吐の軽減に有効と感じていたが、指圧が有効であると判断できず、患者の精神的な安定に効果があると結論づけている。

論文7の内藤ら⁹⁾は化学療法を受ける癌患者6名に対して手の圧迫部位（ツボ）に実施し、独自の嘔吐スケールを用いて評価した。3名（50%）に効果があって、1名は嘔吐が消失し、精神的に安定し、1名は食欲が増したという効果を得ている。

論文8のIidaら¹⁰⁾は化学療法を受ける患者の副作用と不安の変化についての報告があった。評価はSTAI（状態不安）尺度を用い、リラクゼーションについてはリラクゼーションスケールを用い、副作用に判定は研究者が作成した副作用症状の判定スケール及び皮膚温にて判定している。指圧マッサージで強い不安のある患者についての不安は軽度緩和でき、弱い不安のある患者は、強い不安がある患者より不安を緩和でき、副作用の身体症状については取り除く効果は得られず。皮膚温の変動については少しであった。

3. 癌性疼痛の軽減について

論文9の東ら¹¹⁾は癌の痛みに対し実施し、指圧のみの実施では効果がないため、平手マッサージ、指圧、温罨法の併用を用い、癌性疼痛に効果があった。圧迫は患部全体を5本の指先から手のひらで均等に力をかけて疼痛部の圧迫を行っている。圧迫部位の記載はなかった。

4. リンパ節郭清後発生した浮腫の軽減について

浮腫の軽減については1つの論文があった。

論文10の鈴木ら¹²⁾は骨盤内リンパ郭清術を受けた婦人科がん患者8名の浮腫が軽減した報告である。2名が弾性ストッキングを着用し、3名がマッサージ機器を使用し、利尿剤及び漢方薬を6名が併用していた。患者への指圧は足部にある三陰交、太谿の圧迫部位（ツボ）の指圧を実施した。1ヶ月間の指圧を行うことで50%の患者に浮腫軽減の効果がみられた。

考 察

今回は論文から得られた、指圧を看護ケアに取り入れた場合の効果と、今後実施してゆく場合の課題について述べる。

1. 排便障害(便秘)の軽減および排ガスの促進について

日本で過去10年間に発表され、症状緩和を目的に看護ケアに指圧を取り入れた論文について医学中央雑誌を用いて調査したところ、「排便障害（便秘）の改善」に関する論文が一番多かった。これは便の回数や自覚症状による評価が得やすいこと、研究として看護ケアを対象者に実施しやすいことの2点のためではないかと思われる。便秘については、下腹部の「の」の字のマッサージ、温罨法など、従来から行われてきた看護ケアに加えて便秘の圧迫部位（ツボ）への指圧を行うことで、患者の苦痛の緩和を早期に改善することが可能であった。

次に指圧の圧迫部位（ツボ）は論文1や論文3でみられるように、腹部や背部以外の手足を選択されていた。妊婦など腹部を押すことができない対象の場合や、患者自身が指圧する場合、指圧しやすい部位である手足を圧迫部位（ツボ）として選択し、効果を認めていた。これは東洋医学の特徴である「気」「血」の流れである経絡を用いた方法であり、遠心部位を刺激しその効果を得ることである。しかし同一の疾患を対象とした追試が今のところは行なわれておらず、この点の追試作業の必要性が示唆された。

2. 癌化学療法の副作用(嘔気・嘔吐等)の軽減について

論文6から8の3つの論文では化学療法による嘔気・嘔吐のある患者を対象とし、指圧を取り入れた看護ケアは50%~54%の効果があることがわかった。しかし、その効果は患者の指圧を肯定的に捉える患者への看護ケア実施者のみに有効であった。つまり現在のところは指圧は精神的安寧をもたらすケアと考えられた。

論文6でみられるように、今までに指圧について肯定的な考えを持っている人や指圧での症状改善の期待が高い人は、指圧を取り入れた看護ケアで痛みや不安についての改善効果が高い。指圧の併用の有無を患者に尋ね、肯定的回答を持つ者に対しては積極的に取り入れる必要性があると考え。

3. 癌性疼痛の軽減について

論文9により痛みに対しては指圧単独で実施した事例では疼痛評価に変化なく、平手マッサージ、温罌法を併用した場合に効果が認められていた。

ターミナル期の癌性疼痛に対する痛みの軽減を目的とした看護ケアについては論文9のように実施し、痛みの緩和に効果を認めた。癌の患者に対しては指圧による転移の恐れや、癌の骨転移による骨折の恐れなどのリスクもあるが、癌のターミナル期の患者および患者家族のQOLを考慮すると、「指圧は禁忌」といわれている様な場合においても、看護ケアの中で慎重にごくゆるい指圧を行ったり、指圧の部位を工夫することなどで患者に負担を与えることなく、患者が希望するケアを実施できると考える。この場合のゆるい指圧という意味は、手のひら全体を用い疼痛部位を圧迫する方法といえる。本来の指圧の方法とは異なるが、患者の症状改善としては非常によい結果を得ていた。このような方法を科学的に実証することで、看護ケアとして援用できると考える。

4. リンパ節郭清後発生した浮腫の軽減について

浮腫については論文10で、弾性ストッキング、マッサージ機器の使用、利尿剤及び漢方薬の併用を行うことで、改善したと言える。

論文10では、下肢の浮腫をとりたいという願望が強く、圧迫部位（ツボ）の指圧にも興味を持っていた患者は浮腫が改善・やや改善していることから、積極的に指圧を取り入れたケアを行うと浮腫に対する効果はあると言える。

今回のケースでは実施者が患者自身であるため、患者の負担感はまぬがれない。患者が継続して実施できる手技の開発や、精神的な支援が重要である。

5. その他

今後、指圧に看護ケアを導入していくにあたり、数点の問題点が残されていると感じた。

1) 倫理的配慮について

今回とりあげた論文のうち、倫理的配慮について論文中に記述のあった論文は10論文中4論文であった。研究を行うにあたり、倫理面への配慮は必須であり、今後の研究ではかならず患者へ研究の主旨について説明し同意の上で発表する必要がある。今回選択した論文は1997年以降の比較的新しく、倫理的配慮を看護界において叫ばれている時代においても記載のないことは非常に残念である。

2) 指圧を実施する者の選択について

(1) 看護師の実施する指圧について

今回の論文の中には看護師が複数でケアを実施したと思われる論文も多く、ケアを行う看護師により、手技の違いが生じている可能性がある。小板橋の指摘¹⁴⁾にもみられていたが、指圧を実施する看護師により結果に差が生じていた。複数者の指圧実施に際してはケアを均一に行うための訓練期間を設けることがその効果を正確に得るために必要と考える。指圧方法は看護の領域においては開発途上の手技のため、指圧の習得、均一に行うための方法を論文中に明記する必要があると考える。

(2) 実施時の患者の体位や姿勢について

今回検討した論文では、実施時の患者の体位や姿勢について記載された論文はなかったが、実施する体位や姿勢により効果が違ってくると思われる。圧迫部位（ツボ）の位置は体位や姿勢によってかなり変化するため、体位は統一する必要がある。また立位時には血中カテコールアミンが臥位時の2倍以上になるため交感神経の働きが活発になり¹⁵⁾、痛みの軽減を目的に指圧を用いた看護ケアを行う時などは臥位で実施し、交感神経の鎮静を図るとより効果があると思われる。実施時の体位や姿勢まで細心の注意をはらった研究が肝要と考える。

まとめ

1. 1993年から2003年まで10年間に、看護師による指圧の影響が明らかにできた論文を抽出した。その結果10論文が得られた。
2. その内訳は便秘の症状に対する軽減および排ガスの促進、癌化学療法の副作用（嘔気・嘔吐等）軽減、癌性疼痛の軽減、リンパ郭清後発生した浮腫の軽減などであった。

3. 患者が指圧について肯定的に捉える場合、その効果が非常に大きかった。
4. 指圧の圧迫部位、圧迫の強さ、頻度、実施時の体位・姿勢などまだ一定の効果が得られていないため、追試験を重ねる必要性が示唆された。

文 献

- 1) 増永静人：経絡と指圧，第1版，80，医道の日本社，1983.
- 2) 寺澤捷年，津田昌樹：絵でみる指圧・マッサージ，JNN スペシャル NO.45，14，医学書院，1995.
- 3) 坂野ゆき子，瓜生麻衣子，寺尾美代子 他：入院妊婦の便秘に対するツボ療法の効果，母性衛生，38(1)，109-117，1997.
- 4) 加藤綾子，中村裕美子，瀬賀順子 他：精神疾患患者にツボ指圧を活用して便通コントロールを試みる患者－看護者関係相互作用での考察，日本精神科看護学会誌，41(1)，275-277，1998.
- 5) 田中香苗，奥平真弓，岡野 円 他：麻薬使用に伴う便秘に対するツボへの指圧効果－定期的に指圧を行ってみて－，尾道市病院医学雑誌，13(1)，63-66，1997.
- 6) 田中直美，土田悦子，早川清美 他：排便コントロールに対するツボ指圧の検討，日本看護学会論文集30回成人看護Ⅱ，104-106，1999.
- 7) 赤田文代，金平和美，舟崎秋子：高齢者の呼吸器疾患患者の排便困難に対する指圧と腹部マッサージを取り入れたケア，臨床看護研究の進歩，12，159-163，2001.
- 8) 竹ヶ原央子，杉澤貴美子，鎌田厚子 他：化学療法中の嘔気・嘔吐に対するツボ指圧凶会（しんえ）への挑戦，十和田市立中央病院研究誌 16(1)，31-36，2002.
- 9) 内藤香利，早川美恵，河合美香 他：化学療法中の嘔気・嘔吐に対する指圧の効果，西尾市民病院紀要 12(1)，102-107，2001.
- 10) Iida M., Chiba A., Simizu K., et al.: Effect of shiatsu massage on relief of anxiety and side effect symptoms of patients receiving cancer chemotherapy, The Kitakantou Medical Journal, 50(3), 227-232, 2000.
- 11) 東 りえ，千田美智子，深井喜代子：痛みの看護学看護者発，痛みへの挑戦 癌性疼痛に対するマッサージ，指圧又は鎮痛ケアの組み合わせの効果，臨床看護，28(7)，1118-1126，2002.
- 12) 鈴木明美，小太刀美和，長谷川尚子 他：がん看護ナースに何ができるか 骨盤内リンパ郭清術を受けた婦人科がん患者の下肢浮腫に対するツボ指圧の効果，臨床看護研究の進歩，12，159-163，2001.
- 13) 木下晴都：臨床経穴図，医道の日本社，1995年改訂版，2002.
- 14) 小坂橋喜久代：【ケア技術のエビデンス】指圧・マッサージ技法のエビデンス，臨床看護，28(13)，2070-2077，2002.
- 15) 西條一止：鍼灸臨床の科学，西條一止，熊澤孝朗監修，第1版，32，医歯薬出版，2000.

Analysis of cases applying shiatsu massage for nursing care

Takako Minagawa, Ayako Tamura, Takako Ichihara

Yumi Kuzumura, and Tadaoki Morimoto

Major of Nursing, School of Health Science, The University of Tokushima, Tokushima, Japan

Abstract Shiatsu massage is one of the common therapeutic methods in oriental medicine, and is considered to be useful for supporting conventional medicine. However, there has been little evidence for its effects. In this report, papers dealing with the application of shiatsu massage to nursing care are extracted from literature, in order to clarify the effects and problems of this method as a nursing care.

Papers containing studies of shiatsu massage by nurses as a nursing care were extracted from literature by using the Japan Centra Revuo Medicina (WEB issue, version 3), and those published during 10 years from 1993 to 2003 were analyzed. It was found that the relaxation effects by shiatsu massage were reported for various symptoms. Among these, 10 papers were analyzed in detail, which described the effects on relief of the following symptoms; dysphasia (constipation) (5 papers), nausea and vomiting at cancer chemotherapy (3 papers), pain from cancer (1 paper), and edema generated after lymphadenectomy (1 paper).

It was found from these papers that shiatsu massage is effective for patients who have positive thinking to this therapy. On the other hand, the necessity of further experiments was indicated because of the lack of common methods and effects in this therapy; for example, position, force, frequency, etc., should be optimized.

Key words : shiatsu massage, oriental medicine, nursing care

報 告

糖尿病治療にコンプライアンス不良を示す神経性大食症例

二宮恒夫¹⁾, 谷洋江¹⁾, 横田一郎²⁾,
松田純子²⁾, 黒田泰弘²⁾

¹⁾徳島大学医学部保健学科母子看護学講座, ²⁾徳島大学病院小児科

要 旨 インスリン依存性糖尿病を合併した神経性大食症例で, 糖尿病治療にコンプライアンス不良を示す17歳女子例を経験した. 両親は言い争いが絶えず, 姉は神経性無食欲症になり, 母親は姉の治療に心労を費やした. 患児は幼少からさびしい思いをし, 家族と信頼関係が育まれない環境で育った. 離婚を契機に過食・嘔吐が始まった. 患児の親権者は父親であったが, 父親との生活もストレスを感じた. 母親と生活をともにする日を作ったが, 姉との関係も悪く満足できなかった. 友人や部活動にも気を遣う学校生活から不登校になり, 将来への絶望感が高まった.

離婚1年後にインスリン依存性糖尿病を発症したが, コンプライアンスは不良であり, 糖尿病は悪化し白内障を合併した. 家族関係障害に起因するアイデンティティ確立への葛藤や, 母親をコントロールしようとする気持ちが, 糖尿病治療のコンプライアンスに影響していると考えられる.

キーワード: 神経性大食症, 糖尿病, 家族関係障害, アイデンティティ, コンプライアンス

はじめに

思春期の摂食障害は, 食行動の異常で発症する. 経過中に, 学業, 友人関係, 長期目標, 職業選択, 価値観, 集団への帰属などアイデンティティの確立に関連した葛藤が生じ, これらは家族関係性の障害に起因していることが明らかにされている¹⁾. すなわち, 摂食障害は子どものアイデンティティの確立, 社会適応への準備のための, また家族関係を再構築するための病気ととらえることができる. 従って, 支援の目標は子どもの身体症状の回復だけではなく, 社会適応である.

今回, 糖尿病を合併した神経性大食症の17歳女子例で, 糖尿病に対するコンプライアンス不良例を経験した. 家族機能の不良に起因するアイデンティティ確立への葛藤が, 糖尿病治療のコンプライアンスにも影響したと考えられる. 日常診療において, コンプライアンスを左右する要因は, 患児個人の問題だけではなく, 家族機能も関

係していること²⁾を考える上で参考になると思われるので報告する.

症 例

症例: MK, 17歳, 女子

診断: 神経性大食症 (bulimia nervosa, BN), インスリン依存性糖尿病

家族歴・成育歴: 両親, 姉と患児, 母方祖父母の6人家族であった. 両親は共働きで, 患児が15歳の時, 離婚した. 離婚後は, 母親が姉の, 父親が患児の親権者になった (図1参照).

父親は婚養子, まじめな仕事人間であるが, 母方祖父母と折り合いが悪かった. 患児が12歳の時にインスリン非依存性糖尿病を発症し, 現在インスリンによる治療中である.

母親は, 父親と祖父母の間をとりもっていたが, 夫婦間でも意見の違いから言い争いが絶えなかった.

姉は, 患児が13歳の時に神経性無食欲症 (anorexia nervosa, AN) を発症した. 母親は姉の看病でも心労を費やした. 現在も姉の再発を恐れている. 患児は母親か

2003年12月25日受理

別刷請求先: 二宮恒夫 〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学医学部保健学科母子看護学講座

年 月	患児年齢	患児の病状	家族の状況
平成X-5年	12歳		父親：糖尿病を発症
平成X-4年10月	13歳		姉：神経性無食欲症を発症
平成X-2年10月	15歳	過食・嘔吐が始まる	両親の離婚
平成X-1年8月	16歳	糖尿病を発症，他院で約1カ月間入院治療	
平成X-1年10月	16歳	当院糖尿病外来に紹介	
平成X年*7月	17歳	母親が心身症外来に患児の過食・嘔吐の相談のため受診	
平成X年7月 (第1回目入院, 1週間)		カウンセリング，糖尿病治療の目的で入院	
平成X+1年1月 (第2回目入院, 3週間)		糖尿病性ケトアシドーシス（入院中糖尿病治療の虚偽の申告あり）	
平成X+1年7月	18歳		
平成X+1年7月 (第3回目入院, 2週間)		糖尿病性ケトアシドーシス（家族から離れて一人になりたい希望もあり）	
平成X+1年12月 (第4回目入院, 1週間)		専門学校入学前，糖尿病治療の患児自身の希望入院	
平成X+2年7月	19歳	専門学校退学	

（*：患児が心身症専門医と最初に出会った年を平成X年とした。）

図1：症例と家族の経過

ら姉の病気を理解してほしいと言われた。食事時に姉にご飯を多く盛られたが、姉が治るためにはがまんし全部食べた。そのため、少し肥満ぎみになった。

現病歴：平成X年7月、母親から患児の過食・嘔吐の相談をきっかけに心身症外来に受診することになった（患児が最初に心身症外来を受診した年をX年とした）。過食・嘔吐は両親の離婚頃（平成X-2年10月）から始まっていた。受診数カ月前に父親がトイレの吐物の臭いから患児の過食・嘔吐に気づき、父親から母親に相談され、以前に姉もANのため心身症外来を受診していたことがきっかけで、同外来を訪れた。

過食・嘔吐はほとんど毎日であった。学校から帰宅後自室にこもり、帰宅途中に買ったお菓子、パンや餅などの食料をむちゃ喰いし、その後トイレで嘔吐していた。食べている時は、途中でとめようとする気持ちは起きなかったが、嘔吐の後は自責感に陥りやめなければと思った。しかし、次の日も夜になると、むちゃ喰いしたい気持ちにかられた。父親は勤務の都合で夜はいないことも多く、そのため患児の過食・嘔吐に気づくのが遅かった。DSM-IVの診断基準により神経性大食症（排出型）と診断された。

なお、患児のインスリン依存性糖尿病は、離婚1年後（平成X-1年）の16歳の時に発症し、糖尿病外来に紹介された。以来、糖尿病外来と心身症外来のそれぞれの専門医が連携し治療することになった。

姉の経過の概略：

中学3年の冬、やせたいために運動とダイエットを始めた。この時、体重は62kg、身長は154cm。高校1年の夏休みに生理がなくなった。学業への意欲もなくなり、カウンセリングの目的で高校2年の10月に心身症外来を受診した。このときの体重は38kg（肥満度は-27%）。

「母親の食行動に対する過干渉，家族の視線やため息から逃れたい。学業へ集中できない。自分を理解してくれる親友が見つからない」などが話された。

反動性の過食期を経て、食行動は規則正しくなり、体重も回復した。大学入試の成功をきっかけに情緒も安定した。しかし、現在も食事内容には偏りがある。

治療経過

1) 糖尿病の経過

平成X-1年8月（16歳4カ月）、全身倦怠感、口渇、体重減少があらわれ、近医にてインスリン依存性糖尿病と診断された。血糖値は723mg/dl、HbA1cは9.5%、体重57.6kg、身長155cm。他院に1カ月間の入院治療後、当院小児科糖尿病外来を紹介された。

治療はインスリンの自己注射が行われた。高校の部活動を優先させ、糖尿病外来への受診は不規則で、糖尿病治療に対するコンプライアンスは不良であった。外来受診時は、その日の検査値をもとに糖尿病の治療や合併症についても繰り返し説明されたが効果はなかった。父親

が糖尿病であることから治療については十分理解している様子であったし、父親からも毎日のようにインスリン注射の確認をされていた。

本院への第1回目入院は糖尿病発症約1年後であったが、これは糖尿病コントロール不良の改善のためと、心身症外来担当専門医の初対面も兼ねたカウンセリングの目的であった。糖尿病治療教育が行われたが、その後もケトアシドーシスなど糖尿病の悪化時、短期間の入院を繰り返した。2回目入院中、インスリン注射をせず虚偽の報告が判明したときには、糖尿病について長時間の再教育が行われた。また、人の目を盗んで外出し、食料品を大量に買い、病院内のトイレで過食・嘔吐していた。

4回目入院は、他県の専門学校に入学する前に糖尿病を改善しておきたいという患児の希望であった。

発症から3年経過後(19歳)のHbA1cは15.0%、体重は46kg(肥満度は-6%)。眼科で白内障を指摘された。

心身症外来では、不十分な糖尿病治療の理由として、「インスリン注射すると太る」、「糖尿病を治せば、母親は私を心配しないかもしれないと思った」など、やせ願望、あるいは姉に太らされたという思いに対する反発、母親をコントロールしようとする胸の内を打ち明けた。不登校になってからは、「学校に行きたくないのを糖尿病のせいにしている」と、自責感を強めた。

2) 高校生活

高校生活では、「家族だけでなく友人や教師に気を遣い、作り笑いしている。人のことばかり気にして、本当の自分を出しておらず、学校にいる自分は自分ではないみたいである」などと話した。

部活動は中学時代の外傷のため、選手たちをささえる仕事を引き受けることになった。この仕事は、やりがいがあると友人には言っていたが、内心は選手として自分の存在をアピールしたかった。病院受診によって部活動を1日でも休めば友人から忘れられそうな不安を抱いていた。また、自分にまかされている仕事の理想を後輩に押しつけているように感じ、後輩からは嫌われているのではないかと考えた。周囲から自分の仕事を非難されないよう手ばかりがないか気を遣っていた。部活動が終了した3年の2学期からは無気力になった。以後、勉強にも集中力をなくし学校を休むようになった。このころ、過食・嘔吐はひどくなっていた。久しぶりに登校したと

き、将来の進路の決まっている友人たちと自分を比較しはじめになった。進学したい気持ちはあったが、将来何をしたいと思っているのかわからなかった。冬休みに補習や課題をこなすことで卒業することができた。

3) 専門学校入学前後

3学期になって県外の専門学校への進学が決まったこと、車の免許を取得したこと、アルバイトを楽しんでいること、高校から進学のための奨学金交付の決定通知があったことを非常に喜んだ。

専門学校入学後はアパートに一人で住み自立できることをうれしく思った。しかし、新しい友人とうまくやっていたらどうか、過食・嘔吐もひどくなるのではないかと、入学が近づくとつれて不安を膨らませた。

入学後、新しい環境での緊張や不安が強まり、過食・嘔吐は続き、糖尿病は悪くなった。この地の糖尿病の主治医には糖尿病のことだけでなく、将来への悩みなど聴いてもらえると満足していた。毎日、母親から励ましの電話はあったが、入学3カ月後に退学した。

その後は、アルバイトをしながら定職に就くための資格試験の準備を始めた。糖尿病外来には母親とともに定期的に受診するようになった。アルバイトを気に入る、周囲の人たちも暖かいことから少し体調を整えなければと糖尿病治療に触れる発言が聴かれるようになった。

4) 家族との関係の経過

心身症外来では、満足できなかった家庭環境や、学校生活について繰り返し話された。離婚の際、本当は母親のもとにいたかった。しかし、母親は姉のことを心配していたので、母親にこれ以上子どものことで心配かけてはならないと思ったし、母親と姉の密着状態を見るのは堪えられなかった。父親がひとり生活することが心配だったなどの理由から父親との生活を選んだ。

父親への思いは、「父親はまじめな会社人間。仕事のストレスを私にぶつける。身体を心配してくれるが、さびしい気持ちをわかってくれない」と、打ち明けた。

母親と父親に同時に面接し、患児の母親のもとで過ごしたい気持ちを受け入れ、母親と生活を共にすることのできる日が多くなるように家族が話し合うことを勧めた。患児は、母親と過ごしている時は父親の愚痴を聞かなくて済むが、父親は食事の準備などに困っていると思うと母親との生活も落ち着かず、アンビバレントな気持ちに揺らいでいた。姉は、患児は父親の籍に入ったのだから、

帰ってくるのはおかしいと考え、暗に患児を責めた。折に触れ、母親は姉を説得した。どちらで生活するかは、その時の患児の気持ちで自由に選んでよいことにした。母親には、心身症外来受診の同伴を依頼した。

専門学校を退学後は母親と過ごしていた。母親は、「糖尿病のことが気になって、ついつい注射をしなさいと言ってしまいます。患児はすぐにだまってしまう、何を考えているのかわからない。わからないからうまく対応できない」と、助言を求めた。母親は姉がANになったことを、子育ての失敗ととらえ自責感を高め、子どもへの対応に自信をなくしていた。患児の無理難題には毅然とした態度で接しながら、母親との愛着関係を続けることが大切であると伝えた。患児は、「母親との生活も息がつまる時があり、時々父親のもとに行くとおとすとす」と話した。姉が廊下をはさんで向かいの部屋で生活していることも、患児が落ち着かない一因と思われた。

5) 過食・嘔吐の経過

「家族との葛藤、学校での対人関係のストレス、将来への不安感を、過食によって紛らしているように思う。過食しているときは自分を忘れていて、ストレスが貯まると早く自室にこもり過食したいという気持ちにかられる」と話した。過食・嘔吐は、強迫的嗜癖行為として続いていた。対人関係における認知の歪みを修正することによって、対人関係のストレスが軽減されれば過食・嘔吐の改善につながると考え、認知行動療法を中心とした心理療法を行った。また、卒業、アルバイト、車の免許、専門学校への入学など、自己評価を高めるための支援を行った。しかし、専門学校を退学後は再出発をはかることになったが、情緒は不安定で、過食・嘔吐も続いている。

考 察

1) 家庭環境について

摂食障害の家族システムの特徴は、絡み合った関係、過保護、硬直性、葛藤解決能力の欠如があげられている³⁾。また、父親の特徴は、社会的には仕事熱心で努力を惜しまないが、男性的な力強さや自信に欠け、情緒面でも未熟であるために、妻の依存対象にならない、表面的平和状態を好み、家庭内の争いを避けようとするなどである⁴⁾。

本症例では、父親と母方祖父母の関係、夫婦不和から

葛藤解決能力欠如の家族と考えられる。患児は、両親の言い争いを聞き、幼少から親に気を遣いながら生活した。また、姉によって母親を奪われた感情を抱いた。患児にとっては安心した気持ちで過ごせず、自分の意思も抑えなければならぬ家庭、すなわち家族と信頼関係が育まれない環境で育った。患児にとっては心理的な安心、安定が得られず、信頼関係が結べない家庭環境であり、まさに虐待家庭と同じと思われる。患児の日常生活における心理社会的行動は、虐待と同様な心理社会的影響の結果といえる。

2) 心理社会性について

虐待の心理社会的影響は、外傷後ストレス障害 (post-traumatic stress disorder, PTSD)、対人関係障害、人格障害である⁵⁾。PTSDの要因になる外傷的な体験は、死の危険にさらされるか、それに近い状況と定義されている。しかし、通常考える以上に頻繁に起っていることが指摘されている。直接自分にふりかかるものだけでなく、目撃体験や、死の危険がなくても、子どもが主観的に自己の安全が危険にさらされていると感じられれば、外傷体験になる。具体的には、天災、戦争、事故、虐待、DV (domestic violence, 家庭内暴力)、不適切な養育、安全に守られているという感覚がない環境である。虐待やDV家庭では、子どもにとって安心、安全、信頼感が脅かされる状況が持続するので、PTSDをあらわすようになる⁶⁾。親の過干渉、過保護、放任、厳格などは、子どもの意思が尊重されず、発達年齢に応じた心理的な理解と対応を親から十分に与えられないために外傷体験になる。

被虐待児の思春期における具体的な臨床症状は、不安、うつ状態、低い自己評価、無気力、将来への希望のなさ、学業への意欲低下や不登校、自傷行為、自殺企図、人間不信、過食・嘔吐・下剤の乱用、睡眠障害、フラッシュバック、養育者とのアタッチメント障害、突然の驚愕、家出、非行や暴力、薬物使用などである。患児にあてはまる症状が多くみられる。信頼関係を培えない家庭環境の中で不安、うつ状態、低い自己評価、無気力、将来への希望のなさ、学業への意欲低下など、いわゆるこころの発達の歪みが、対人関係の取り方に自信がもてず、社会適応を困難にさせた。家庭が安全基地であると自分が確認できなければ、アイデンティティの確立が困難といえる。

患児の感情、対人関係性、認知様式、衝動の制御は偏つ

てはいたが、境界性人格障害（対人関係、自己像、感情の不安定性および著しい衝動性）、自己愛性人格障害（誇大性、賞賛されたいという欲求、共感の欠如）、回避性人格障害（社会的制止、不適切感および否定的評価に対する過敏）、強迫性人格障害（秩序、完全主義、精神面および対人関係の統制にとらわれ、柔軟性、開放性、効率性が犠牲にされる）などの診断基準には該当しなかった⁷⁾。しかし、不安障害や気分障害があり、不安障害としては社会恐怖（社会不安障害）、気分障害としては気分変調性障害と考えられた。

3) カウンセリングの効果について

第1回目の当院への入院目的は、糖尿病のコントロールの不良さを改善するためもあったが、心身症専門医と患児の初対面の場面を設定し、入院中毎日患児にゆっくり会うためでもあった。家族関係の問題、学校生活における対人関係の問題、過食・嘔吐が強迫的な行為として続けられていることなどが繰り返し話された。これまでの患児の苦しい生活体験に共感のことばをさみながら聴くことに徹した。退院後は、患児が受診しやすいように夕方に予約時間を設定したこともあり、心身症外来に定期的に受診した。心身症外来では、受診までの期間に家族や友人に対して生じた、あるいは部活動での出来事に対する自分の感情を吐露する場所になったようであった。

完璧主義や自分に対する評価の過敏さ、他人に理想を押しつけることでかえって自分を苦しめ、帰宅途中に大量の食料品を買い過食・嘔吐の行為につながっていた。柔軟な考え方への変化をはかったが、そうならなくてはとも現実の生活場面では変化にはつながらず、認知の歪みの改善は容易ではなかった。患児の日常の言動に共感的、支持的対応を続けることで、卒業前には、ひとりで生活することの不安を訴えながらも、将来への準備を積極的に取り組むようになった。過食・嘔吐がなくなった日もあったと喜んで話す日もあった。専門学校を退学後の1カ月くらいは閉じこもりがちであったが、両親も見守る姿勢をとることができたことで、患児は意欲をとりもどし、アルバイトや専門職の資格試験を受ける意欲を示すようになった。

当初から両親も心身症外来を訪れた。面接を繰り返すことで、両親は糖尿病を治そうとしない子どもを咎める姿勢から、家族の中で苦しい思いをしてきた子どもという見方に変化した。父親は仕事のストレスを患児にぶつ

けなくなったこと、母親の実家の患児の受け入れがよくなってきたこと、母親は姉と距離を置くようになったことなど家族関係の変容が見られた。母親は心身症外来に患児と同伴するようになり、その際患児は母親に自分への対応の不満を言葉で表現できるようになった。母親も患児の情緒不安定への対応に苦慮したが、心身症外来では母親とも個別面接を重ね母親を支えた。母子同伴の受診が、患児の母親への信頼回復につながると思われる。

今後も患児の社会生活を肯定的に対応し支えることによって、自分を活かす場所をみつけると思われる。社会における対人関係の距離の置き方、自分に対する陰性評価への過敏さを和らげることができるようになるようにカウンセリングすることも大切であるが、アイデンティティ確立に向けての支持的対応が重要であろう。

4) コンプライアンス不良について

患児が糖尿病を治療しようとししない理由については、患児の言動からいろいろなことが推測される。インスリンの注射による肥満への恐れ、不登校は糖尿病のせい、糖尿病を治せば母親と縁が切れる、糖尿病を治せば社会で自立しなければならないなどである。対人関係、自立への自信のなさ、将来への絶望感、すなわちアイデンティティ確立の困難さが、糖尿病への逃避、コンプライアンス不良をきたしていると考えられる。リストカットは自分を罰するためという子どもがいるが、糖尿病を治療しないことは、自立できない自分を罰する行為とも考えられる。また、インスリンを過剰に注射して自殺企図の患者の報告もあり⁸⁾、これも社会適応の自信のなさからくるものと思われる。

家族との相互作用で育まれる子どものこころの発達、アイデンティティ確立につながり、コンプライアンスに大いに影響することが本症例によって明らかである（図2参照）。糖尿病治療のコンプライアンスを良好にするためには、患児へ糖尿病の疾病教育だけでなく、家庭環境を整えなければならない。一般の日常診療においても、コンプライアンスを良好にするためには、患児だけを対象にするのではなく、常に家族関係を念頭に入れ対応することが非常に重要と思われる⁹⁾。

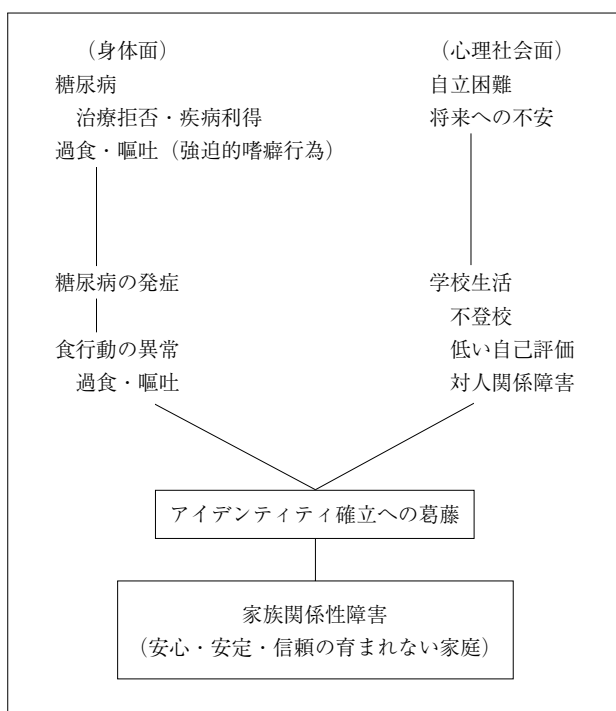


図2：症例の身体・心理・社会的症状

文 献

- 1) Johnson, C.: Initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa. In: Garner, D. M. and Garfinkel, P. E., eds. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa & bulimia, The Guilford Press, N. Y., London, 1985, pp. 19-33
- 2) 中根秀之：治療におけるコンプライアンスの維持. 兼子 直 (訳)：MGH「心の問題」診療ガイド, 579-589, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2002.
- 3) Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L.: Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. 福田俊一 (訳)：思春期やせ症の家族, 星和書店, 1987.
- 4) 東原美和子, 下坂幸三：父親の態度に照らしてみた摂食障害の発達の病理. 精神療法, 20, 409-421, 1994.
- 5) 西澤 哲：虐待を受けた子どもの心理療法—虐待のタイプとプレイセラピー—, 子どもの虐待とネグレクト, 4, 87-96, 2002.
- 6) 森 茂起：外傷後ストレス障害の原因と心理的症状, 小児看護, 24, 804-810, 2001.
- 7) 高橋三郎 (訳)：DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 225-233, 1997.
- 8) 今野美紀, 中村伸枝, 兼松百合子：自傷行為を呈する思春期のI型糖尿病事例への看護援助, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 5, 130-138, 2001.
- 9) Cohen, L. J., Jermain, D. M.: Neuropsychopharmacology 1: Basic principles. In: Coffey, C. E., Brumback, R. A., eds. Textbook of pediatric neuropsychiatry, American Psychiatric Press, Washington DC, London, England, 1998, pp. 1275-1286

A case of bulimia nervosa associated with poor treatment compliance for diabetes mellitus

Tuneo Ninomiya¹⁾, Hiroe Tani¹⁾, Ichiro Yokota²⁾, Junko Matsuda²⁾, Yasuhiro Kuroda²⁾

¹⁾Department of Maternal and Pediatric Nursing, School of Health Sciences, The University of Tokushima, Tokushima, Japan

²⁾Department of Pediatrics, Tokushima University Hospital, Tokushima, Japan

Abstract A 17-year old girl of bulimia nervosa with diabetes mellitus was reported. Family history showed that the quarrel occurred frequently between father and mother, and elder sister suffered from anorexia nervosa. She have lived with father after divorce of her parents, and begun to vomit after overeating. She has suffered from diabetes mellitus after 1 year of divorce, but has been noted to have poor compliance for glycemic control. The development of interpersonal confidence and identification was impaired through the reciprocal interaction within the family. She was exhausted from the inability to expression of emotion, sensation and thoughts in her school life and stay away from school. The disturbance of interfamilial relation resulted in the impaired development of identification may lead to poor treatment compliance for diabetes mellitus.

Key words : bulimia nervosa, diabetes mellitus, disturbance of interfamilial relation, identification, compliance

短 報

看護学生の1年学習した成果としての看護の認識

近藤裕子¹⁾, 近藤美月²⁾, 岩本真紀³⁾,
立石有紀²⁾, 南 妙子³⁾

¹⁾徳島大学医学部保健学科, ²⁾前香川大学医学部看護学科, ³⁾香川大学医学部看護学科

要 旨 看護学生は入学初期から学習する看護学や, 日常生活の中で多様な体験や経験を積むことにより, 看護に対する見方・考え方を変えながら, 自らの看護観を形成していく. 今回, 看護学生が入学時と, 1年間看護学やその関連科目, 教養科目などを学習した1年終了時における看護の見方・考え方について学生の記述内容を分析した. その結果, 看護学生は入学後1年間の学習や経験などが加味され, 看護に関する認識を新たにしたり深めたりしていた. この認識の変化には, 専門科目である看護学概論や看護理論の影響が大きいと考えられた. なぜならば看護学生は, 1年間に学習した看護学概論や看護理論の科目の中で捉えた看護の考え方をベースに看護の認識を深めていた.

キーワード: 看護, 認識, 学習成果, 看護学生

はじめに

看護学生の看護に関する認識は, 学習する専門科目や看護学に関連のある科目, あるいは日常生活や人間関係の中で体験や経験を積むことに影響を受け, 変化しながら看護観を形成していく.

看護学生にとって, 入学直後より学習が開始となる看護学概論や看護理論の科目は, 学生の看護に対する見方, 考え方の基盤を形成する科目である. これらの科目を担当する教員は, 学生が看護について一方向からだけでなく多方面から考えることができるように科目内容を組立て, 教授することが必要と考えている.

看護の認識に関する先行研究では, 学生の認識は学習する専門科目の影響を受けて変化すること¹⁻³⁾, また実習による変化^{4,5)}, 事例や理論を活用することによる影響^{6,7)}が報告されている. これらの先行研究から専門科目における講義や演習・実習などにより, 学生はより看護に対する認識を深めていた.

本研究では, このような先行研究の結果をもとに, 学

生が入学1年間の経時的経過の中で, 看護に関する認識がどのように変化したかを明らかにし, 専門科目としての看護学概論や看護理論の教授内容を検討する資料としたいと考えた.

目 的

入学時と1年終了直前の看護学生が1年間の看護に関連する学習から, 看護への認識がどのように変化したかを検討し, 学生の1年間の学習成果を明らかにすることにより, これからの授業内容を検討する資料とする.

方 法

1. 対 象

A 大学看護学科1年生69名である.

2. 方 法

2002年1月の後期授業終了時に1年生に対して入学時と, 入学1年後の現在において, 看護をどのように認識しているのかについて自由記述の調査を依頼した. 調査の回収は学年の責任者である学生に依頼した. 調査に承諾の得られた学生は68名であった.

2003年12月25日受理

別刷請求先: 近藤裕子 〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学医学部保健学科

学生が記述した内容の分析は、研究者間で看護に対する見方・考え方について記述されている箇所をチェックし、その後その箇所を一つの意味をもつように文章化して記録し、類似内容ごとにカテゴリー化(サブカテゴリー、カテゴリー)を行い名前をつけた。

分類の信頼性はスコットの式にて行い、一致率は入学時88.1%、1年終了直前は82.7%であった。

3. 倫理的配慮

学生には評価には無関係であること、個人を特定しないこと、プライバシーを守ること、結果は次年度の授業改善に活用することなどについて説明し、協力を依頼した。

既習の科目と看護学概論および看護理論との関連と内容の概略

看護学生は、入学後1年間に看護学(看護学概論、看護理論、看護援助論の一部)とその関連領域(形態機能論、人間関係論、保健学概論、精神保健、社会福祉論、ボランティア援助論)、および共通教育でさまざまな科目を学習する。専門科目である看護学概論と看護理論は看護学を学習する基礎として位置づけられ、ともに1単位30時間の科目であり、前者は前期に、後者は後期に開講している。

看護学概論では看護の定義や看護の構成要素の考え方、ナイチンゲールやヘンダーソンの看護論、看護活動などについて、看護理論では理論の定義や理論出現過程、理論開発過程の講義後に異なる理論分野から理論家を選択し、それに学年進行に伴って学習する各領域において活用する理論との一致も考慮し、ペプロー、オレム、ロイ、レイニンガー、ロジャーズの5人の理論家の理論内容を学習している。

結 果

看護学生が記述した看護に関する記録は全体で256件あり、その内訳は入学時は54件、1年終了直前は202件であった。

入学時の記録は、「看護は患者の世話や援助を行う」「看護は医師の指示どおりに行う」「看護は専門的な役割をもっている」「看護に対する一般的なイメージしかなく、はっきりしない」「看護はさまざまな人間と関わる」「看護がなう部分は大きい」「その他」の7カテゴリーに

分類でき、それらのカテゴリーは13のサブカテゴリーから構成されていた(表1)。

看護学生が一番多く記述した「看護は患者の世話や援助を行う」のカテゴリーは、「患者の世話をする」「診療の補助と身の回りの世話をする」「身体的・心理的ケアを行う」の3サブカテゴリーから構成されていた。「看護は医師の指示どおりに行う」のカテゴリーは、「看護は医師の補助や手伝いを行う」「看護はマニュアルどおりに行う」の2サブカテゴリーから構成されていた。「看護は専門的な役割をもっている」のカテゴリーは、「看護には技術が必要である」「看護には知識が必要である」「看護は専門的である」の3サブカテゴリーから構成されていた。「看護に対する一般的なイメージしかなく、はっきりしない」のカテゴリーは、「漠然としている」「理想の看護像やイメージがあった」の2サブカテゴリーから構成され、「看護はさまざまな人間と関わる」のカテゴリーは、「人間と関わる」「チームの一員として関わる」の2サブカテゴリーから構成されていた。「看護がなう部分が大きい」のカテゴリーは、「広い分野で活躍する」の1サブカテゴリーから構成されていた。

1年終了直前の記述内容は、「看護の領域は幅広い」「看護には人間関係が重要となる」「看護は専門職である」「看護にはさまざまな能力が必要である」「看護に対する認識が変化した」「看護は患者が中心である」「看護はいろいろな援助を行う」「看護は難しい仕事である」「看護とは、今後の自分の課題である」「看護は重要な仕事である」「看護を学んで自分が成長した」「看護がまだわからない」「看護への認識は変わらない」「その他」の14カテゴリーに分類でき、それらのカテゴリーは47のサブカテゴリーから構成されていた(表2)。

看護学生が一番多く記述した「看護の領域は幅広い」のカテゴリーは、「看護は奥深い」「多角的な学問である」「看護にはさまざまな役割がある」「地域看護への広がり」「誰もがができる一面もある」「いろいろな人が対象となる」の6サブカテゴリーから構成されていた。次に記述の多かった「看護には人間関係が重要となる」のカテゴリーは、「人間関係が重要である」「コミュニケーションが大切である」「人間と関わっている」「患者に影響を与える」「相互作用である」の5サブカテゴリーから構成されていた。「看護は専門職である」のカテゴリーは、「専門的な学問である」「今後、発展していく」「専門職である」「変化している」「看護の独自性がある」「看護理論がある」「歴史がある」の7サブカテゴリーから構

表1 看護の認識 (入学時)

総件数：54件 一致率：88.1%

カテゴリー	サブカテゴリー	記 録
看護は患者の世話や援助を行う (14)	患者の世話をする (9)	患者の世話 (4)
		人のお世話 (1)
		患者の世話役 (1)
		看護=援助 (1)
		患者を援助すること (1)
		子どもを看護する (1)
	診療の補助と身の回りの世話をする (3)	診療の補助・身の回りの援助のイメージ (1)
		注射する, 診療の手伝い, 患者の世話をする (1)
		病院で病気やけがの回復に携わっていた (1)
	身体的・心理的ケアを行う (2)	患者の世話をし, 身体的・心理的・社会的な苦痛を和らげる (1)
		検温やナースコールでその人のところへ行き, コミュニケーションを大事にするもの (1)
看護は指示どおりに行う (9)	看護は医師の補助や手伝いを行う (7)	医師の助手 (1)
		医師の手伝い (1)
		医師の補佐役割 (1)
		医療知識を医師が学ぶことで, 看護師は医師の指示に従うもの (1)
		医師の補佐役 (1)
		医師の指示どおりに動き, 準備, 後かたづけ, 処置をすることができる知識を持った職業 (1)
		補助的役割 (1)
	看護はマニュアルどおりに行う (2)	看護にはマニュアルがある (1)
決められたことだけやっていたらよいというイメージ (1)		
看護は専門的な役割をもっている (8)	看護には技術が必要である (4)	看護技術を重視 (1)
		技術職であり, 課程別の差はない (1)
		アートの部分のイメージ (1)
		注射したり, シーツ交換するという技術的なことと心のケアをする (1)
	看護には知識が必要である (2)	知識をたくさん持っている看護師がよい看護師, 経験より勉強さえすればよい (1)
		知識豊富なすごい看護師になる (1)
	看護は専門的である (2)	看護師は役割, 立場から患者に接するもの (1)
専門の授業, 介護実習 (1)		
看護に対する一般的なイメージしかなく, はっきりしない (8)	漠然としている (5)	看護を単にイメージとしてとらえていた (1)
		看護師が行う行為として漠然としてとらえていた (1)
		看護という仕事を漠然ととらえていた (1)
		仕事を漠然ととらえていた (1)
		浅い知識しかなかった (1)
	理想の看護像やイメージがあった (3)	理想の看護像を描いていた (1)
		ナイチンゲール (1)
		看護師は優しい明るいお気楽なイメージ (1)

看護はさまざまな人間と関わる (7)	人間と関わる (5)	人間関係 (3)
		介護実習より看護の難しさ, よい人間関係を築くことの難しさ (1)
	チームの一員として関わる (2)	複雑な人間と接する職業だから, 自分の考えで接するのは危険と思っていた (1)
		看護師独自では何もできない (1)
看護がにやう部分は大きい (4)	広い分野で活躍する (4)	医療職者と協力・協調し, 調整をはかるという印象 (1)
		看護はグローバルなものになる (1)
		看護は浅く広い分野 (1)
		お金がなくてもどこでも奉仕できるもの (1)
その他 (4)		地域社会の中で地域の人々の健康管理をすること (1)
		看護理論レポート (1)
		どういう風に接したいという気持ちの中心部の変化はない (1)
		医療を実行する立場と援助する立場との区別がつかなかった (1)
		看護師と患者は対等であると頭で考え, 与える側に看護師 (1)

表2 看護の認識 (1年終了直前)

総件数: 202件 一致率: 82.7%

カテゴリー	サブカテゴリー	記 録
看護の領域は幅広い (38)	看護は奥深い (15)	奥深く幅広い学問
		看護は援助であると思うが, それ以上の意味・価値が含まれている
		看護は奥深い
		学べば学ぶほど看護は難しい
		奥深い学問
		看護は奥が深い
		看護の定義から看護は奥深いものである
		看護の奥深さを実感
		看護は奥深いもので難しいことばかり
		看護の深さに気づいた
		答えのない奥深いもの
		看護という言葉の中にいろいろな要素, 意味が含まれている
		内容が深く, 広い範囲まで興味が広がった
		看護という言葉が持つ意味の深さを知った
		いろいろな捉え方がある
	多角的な学問である (10)	多くの知識が必要とわかった
		他分野の知識も必要
		医学知識, 人間関係, 心理まで複雑
		多くの学問が関係していて難しい
		いろいろなことに関連した学問
ケアのできる看護師はいろいろな学問を学んだ幅の広い人間である		
雑学が大切		
医療に関する知識と技術だけでは看護師になれない		
関わる領域が広い		
看護は1つの領域に当てはまらないたくさんの要素を含む		

	看護にはさまざまな役割がある (5)	看護師の役割はさまざまである (看護はさまざまな役割を果たす)	
		医師の指示以外にも看護師はすることがある	
		より良い看護の提供	
		活動の場が拡大している	
		看護にはケアが求められる	
	地域看護への広がり (3)	施設内・外・日常生活でも看護は関わる	
		訪問看護への興味	
		地域と密接に関係している (これからの看護)	
	誰もができる一面もある (3)	看護は専門職であるが誰にでもできる人間の一面でもあるような気がする	
		看護の範囲は広く、看護師によって行われているとは限らない	
		看護は誰にでもできる身近なこともある	
	いろいろな人が対象となる (2)	対象となる人がいろいろ	
		あらゆる人すべてが対象	
	看護には人間関係が重要となる (29)	人間関係が重要である (12)	人との関わり合いが強く、人に幸福をもたらす
			看護は人間関係に注目した看護の役割・機能を果たすもの
			人間関係を基盤としたケアリングであり、それを中核として発展していくべき
看護は人間関係が最も重要である			
人間関係の学習が必要			
人間関係を上手に導くことの大切さ			
看護は人間同志の関わりあいできされる			
人間関係			
看護提供には人間関係が大切			
人間関係が大切			
看護の目標は健康だけでなく、患者－看護師両者の学習であり、患者が看護師との関係で何か学ぶ			
看護は生活していた時、快適に暮らせるように働き、相互作用によって成立			
コミュニケーションが大切である (7)		人と人のコミュニケーション	
		コミュニケーションをとりながらの看護は難しい	
		コミュニケーションに対する自信欠如	
		患者の接し方は実際にできるか不安	
		看護は1人1人のとのコミュニケーションで成立	
		コミュニケーションのとり方	
人間と関わっている (5)		看護は人間と密接に関係している	
		看護は健康の維持・増進の援助をすることを目的としている対人プロセス	
		ヒューマンサービス	
		看護は生活全体・人間全体の基本となる	
		看護の対象は人間であることで考えが変化	
患者に影響を与える (3)		患者に与える影響が大きい	
		看護師のことが患者の治療に最も大きい影響を与えているのではないか	
		看護のありようによって看護を受け入れる人のこれからの人生も大きく変わっていく	

	相互作用である (2)	看護は相互作用 相互作用
看護は専門職である (26)	専門的な学問である (5)	確立した専門的な分野
		看護という独立した学問がある
		看護は独立した専門的学問
		看護は独立した一分野
		看護は世話をすることではなく、1つの学問科学だ
		看護学として確立した学問があること
	今後、発展していく (5)	看護は多くのものに影響し、影響を受けて発展する
		未来ある学問
		看護は発展していかなければならない
		看護を学問として確立したい
	専門職である (4)	看護は独自のものとして発達しつつある
		専門職であり専門領域を持つ
		高度な技術を持つ専門職
		看護は専門職である
	変化している (4)	専門的である
		看護も新しいものから影響を受ける。歴史も重要な意味を持つ
		看護学を学び、研究改善される
		看護も変化していく
	看護の独自性がある (3)	看護研究の大切さ
		独自の役割がある
独自の援助をできることが大切		
看護理論がある (3)	いろいろな医療従事者の中で看護が成り立っている	
	看護実践に理論は重要	
	サイエンスな部分なくして看護は成り立たない	
歴史がある (2)	看護に看護理論があることに驚いた	
	歴史ある学問	
看護にはさまざまな能力が必要である (20)	専門的知識が必要である (7)	看護の歴史、基盤があってこそ実践、研究が行われることを知った
		知識が必要
		専門的な知識がないと行えない
		科目内容を覚えているだけではだめだ
		看護は誰にでもできるものではなく、教育を受けて初めてできる
		看護師になるには莫大な量の知識が必要
		技術面を学ぶのが看護師と思っていたが、それ以前に基礎となる知識を身につけることが大切
	看護実践の基礎となる知識を身につける大切さ	
	技術が必要である (6)	看護に必要なのは的確な判断と高い技術である
		看護を行うための知識や技術を身につけることが大切
		看護師として必要な技術や理論の必要性を認識するようになった
		注射をする、採血をするという技術面から

		技術面のケア（看護に必要なものは）
		看護実践には技術の習得が大切
	人間性が必要である（5）	看護は看護師の患者に対する行動や態度，知識などの持ちうるすべての能力である
		看護師は優しさでもってケアを行う
		人を思いやる心と元気づけようとする心が大切
		看護をするにあたり患者を思いやる気持ちや優しさが看護師の第一条件
		看護は人間味ある人にこそできる
観察力が必要である（1）	看護には観察力が必要	
積極性が必要である（1）	看護師は積極的に考え，行動していく	
看護に対する認識が変化した（18）	看護のイメージが変化した（7）	患者の世話をするだけが看護ではない
		看護の役割について考えが変わった
		看護のイメージに対する変化
		身近に感じるようになった
		病気に対して行う行為と思っていた
		看護を広く捉えることができる
		看護に対する見方が変わった
	看護への考えが深まった（4）	看護への考えの深まり
		看護とは何かが漠然と見えてきた
		具体的なイメージは持っていなかったが，学習により看護への考えが深まった
		漠然としたイメージがきちんと形になった
	視野が広がった（3）	視野・視点への気づき
		視野が広がった
		視野の広がり
	メタパラダイムを理解した（2）	看護の構成要素間のつながりを意識
		メタパラダイムが持つ重要な意味
	看護を誇りに思う（2）	誇りを持った（看護師を目指していることに）
		看護学を学ぶことに誇り
看護は患者が中心である（13）	サービスである（5）	看護はサービスである
		サービスを意識しだした
		看護は健康な状態であるために必要なサービス
		サービスにはいろいろな形，目的，方法，指導がある
	患者の個性を考慮した援助が必要である（3）	サービスである
		患者と正面から向き合い，ニーズに応じてあげる，ニーズに応じてあげられるように努力することが重要
		マニュアルにそって行動するのではなく，患者に本当に必要なことを援助していく
	人間を理解する（3）	1人1人にあったケアを提供するもので，けっしてみんなに同じことをするものではない
		患者に対して関心を持つ
		看護師に求められるのは人間の理解であり，次に知識や技術が求められる
		人間も奥深くいろいろな視点から見る必要性

	相手の立場に立つ (2)	患者の立場に立った考えを持つことが大切 患者の立場に立って考えるということは簡単なようで難しい
看護はいろいろな援助を行う (11)	環境に働きかける (5)	環境との関わりの重要性
		看護は患者と看護師の関係を重要視しているだけでなく、環境を拡大して考えるべきであることがわかった
		環境と人間との相互作用によって促進される
		看護と環境との難しさについて知った
		周りの環境を整えることが大切
	精神的ケアを行う (3)	患者の精神的な支え
		患者の精神的なことができるか不安
心のケアも大切		
健康に働きかける (1)	人々の健康のために働きかけている	
精神的・身体的援助を行う (1)	看護師は医師をサポートして患者を精神的、身体的にも援助	
問題解決を援助する (1)	看護とは対象の持っている能力を信じ、患者自身が問題解決できるように援助すること、その目標達成に環境を整えたり情報を提供する	
看護は難しい仕事である (9)	看護は難しく大変な仕事である (9)	看護するということはとても難しく大変なもの
		安易な気持ちではやってはいけないと思ひ不安
		看護提供の難しさ、大変さ
		思っていた以上に難しい
		看護を学ぶのにまさかこんなに頭を使うとは思わなかった
		責任の重い仕事ができるか不安
		難しい仕事
		大変な仕事
看護は複雑なもの		
看護とは、今後の自分の課題である (8)	理想に向けて学びを深める (4)	自分の描く看護師像を描き努力する
		希望より不安が大きいが理想に近づけるようがんばる
		いろいろなこと (学び) が将来につながるのががんばる
		ロイ理論を活用したい
	自分を成長させたい (4)	日々成長して自分なりに看護ができればよい
		人として他の人に受け入れてもらう人間になりたい
		理論家の考えを批判的に捉えることを忘れず、自分の看護の考え方を試行錯誤させながらつかんでいく
		軽い気持ちで入学したがこれから真剣に考えていきたい
看護は重要な仕事である (7)	命に関わっている (3)	看護は命に関わるもので強い責任感が必要である
		命を預かる仕事で大変なのは当然
		少しのミスが患者の命をおびやかすかもしれないことを考えると少し怖い気
	やりがいのある仕事だ (2)	やりがいのある仕事
		大変な仕事だがやりがいのある仕事
	看護は貢献している (2)	医学に大きく貢献している 社会に貢献する

看護を学んで自分が成長した (5)	実習の重要性を実感した (3)	講義では実感がわかないが実習に行くと考えが変わる
		講義だけでは得られないものを実習で得られるように
		看護実習でケアの難しさを実感
思考が変化した (2)	客観的思考ができるようになった	健康の定義が変化した
		まだ考えが十分でない
看護がまだわからない (4)	看護がよくわからない (4)	看護は何であるかまだよくわからない
		看護についてはまだはっきりといえない
		看護についてはよくわからない
看護への認識は変わらない (2)	看護の認識は変わらない (2)	看護についての基本的な概念は変わっていない
		それほど変わっていない
その他 (11)		実践的なことを知りたいので実習が待ち遠しい
		患者に心からのケアを提供する気はなかった
		こうしなければいけないという行動パターンが決まってきた
		人間の解剖学的知識を看護過程と結びつける技術を勉強していないので看護を説明できない
		ナイチンゲールの時代、看護があまり知られていなかった、追究していなかったこと
		無事に看護師になれるか
		学習することへの不安
		各々の理論家の強調していた部分のあつまりが看護である。つまり人間関係を上手に導き、人はセルフケア能力を持つ適応システムである
		看護記録が重要
		看護という言葉のイメージ
		看護という言葉に対するイメージ

成されていた。「看護にはさまざまな能力が必要である」の категорияは、「専門的知識が必要である」「技術が必要である」「人間性が必要である」「観察力が必要である」「積極性が必要である」の5サブカテゴリーで構成されており、「看護に対する認識が変化した」の категорияは、「看護のイメージが変化した」「看護への考えが深まった」「視野が広がった」「メタパラダイムを理解した」「看護を誇りに思う」の5サブカテゴリーから構成されていた。「看護は患者が中心である」の категорияは、「サービスである」「患者の個別性を考慮した援助が必要である」「人間を理解する」「相手の立場に立つ」の4サブカテゴリーから構成されており、「看護はいろいろな援助を行う」の категорияは、「環境に働きかける」「精神的ケアを行う」「健康に働きかける」「精神的・身体的援助を行う」「問題解決を援助する」の5サブカテゴリーから構成されていた。「看護は難しい仕事である」の cate

goriは、「看護は難しく大変な仕事である」の1サブカテゴリーから構成されており、「看護とは、今後の自分の課題である」の категорияは「理想に向けて学びを深める」「自分を成長させたい」の2サブカテゴリーから構成されていた。「看護は重要な仕事である」の categoriaは、「命に関わっている」「やりがいのある仕事だ」「看護は貢献している」の3サブカテゴリーから構成されていた。「看護を学んで自分が成長した」の categoriaは、「実習の重要性を実感した」「思考が変化した」の2サブカテゴリーで構成されており、「看護がまだわからない」の categoriaは「看護がよくわからない」の1サブカテゴリーで構成されていた。

考 察

1. 入学時の看護に関する認識

学生が記述した内容の分析結果からは、入学時と1年終了直前の看護に対する認識のカテゴリーに類似したものは見られていない。学生は入学時に「看護は患者の世話や援助を行う」と認識しているが、そのサブカテゴリーには「患者の世話をする」と捉えている学生と、「診療の補助と身の回りの世話をする」と捉えている学生とがいる。「看護は医師の指示どおりに行う」と認識している学生は、「看護は医師の補助や手伝いを行う」と捉え、看護は医師の助手や医師の手伝い、医師の補佐役などと捉えている。「看護はマニュアルどおりに行う」と認識している看護学生は、看護はマニュアルがあり、決められたことだけやっていたらよいというイメージと認識し、看護は医師に従属しマニュアル通りに行くと認識している。その一方で「看護は専門的な役割をもって」と認識している学生は、看護は専門的であり、技術や技術が必要であると捉えている。しかし「看護に対する一般的なイメージしかなく、はっきりしない」と、漠然と捉えている学生もおり、入学時の学生の看護に対する認識は、一般の人々が看護に関してもっている認識とさほど変わらないものであると考えられる。

2. 1年終了直前の看護に関する認識

専門科目である看護概論や看護理論の学習を1年間行った1年終了直前では、看護の領域や看護の対象・活動内容および看護の範囲などについての記述が多くなっている。

「看護の領域は幅広い」と認識した学生は、「看護は奥深い」と捉え、看護は援助という以上の意味・価値が含まれ、学べば学ぶほど難しく、奥深さを実感している。看護学生は1年間いろいろな科目を学習する中で、看護についての考えを変えながら認識を深めている。このように看護に対する認識の変化は、看護学概論や看護理論の科目で看護について学習したことが影響していると考えられる。さらに「多角的な学問である」と捉えていることから、多くの知識や他分野の知識の必要性、つまり多くの学問領域の理解の重要性を認識している。このことは、看護の対象である人間や看護理論の理解には、他分野の理論や原理も学ぶ必要性を、ナイチンゲールやヘンダーソンを始めとする理論家の理論の学習から自覚した結果と考える。

「看護には人間関係が重要となる」と認識した学生は、「人間関係が重要である」「コミュニケーションが大切である」「人間と関わっている」「患者に影響を与える」「相互作用である」と捉えている。看護は人間同志の関わりあいでもなされることから、看護の実践には人間関係を成立させることの大切さや、コミュニケーションの重要性を認識している。さらに看護は人間と人間の相互作用であることから、看護師は患者に最も影響を与える存在であると認識している。そのため「看護にはさまざまな能力が必要である」と認識しており、その能力として「専門的な知識が必要である」「技術が必要である」「人間性が必要である」と捉えている。看護の実践には的確な判断を行う基盤となる知識と高い技術を身につけることが大切であると考えており、それに加え人を思いやる心と元気づけようとする心が大切などと、看護師の人間性の重要性にも言及した認識をしている。

「看護は専門職である」と認識した学生は、「専門的な学問である」「今後、看護は発展していく」と捉えており、看護は独立した専門的学問、つまり看護学が学問として確立していると認識し、さらに、看護学は未来に向かって発展していく学問であると認識している。看護学生は看護を専門職であると位置づけ、学問として将来さらに発展が期待できると認識している。このように看護を専門職、あるいは専門的なさまざまな能力が必要と捉え、今後変化していくとの予測もしていることは、看護は看護を取り巻く社会（環境）により、影響を受けるというメタパラダイムの考え方が反映されている。

「看護は患者が中心である」と認識した学生は、「患者の個別性を考慮した援助が必要である」と、患者中心の看護の重要性を認識している。そして看護活動として「看護はいろいろな援助を行う」と認識し、それには「環境に働きかける」「精神的ケアを行う」「健康に働きかける」「精神的・身体的援助を行う」「問題解決を援助する」と捉えている。学生は環境と健康とは関連しており、環境を整えることの重要性を述べたナイチンゲールからの学びが大きいと捉えている。

看護に関連する学習を1年間行ったことにより、「看護に対する認識が変化した」と認識している学生は、「看護のイメージが変化した」「看護への考えが深まった」「視野が広がった」「メタパラダイムを理解した」「看護を誇りに思う」と捉えている。これらからは、学生の看護に対する一般的なイメージが、看護について学習したことによってより具体的なものとなったと考えられる。

さらに、学生は看護に対する認識を広げるとともに、「看護学を学ぶことに誇り」をもつように変化している。これらからも専門科目を学習した影響が大きいと判断できる。その一方、「看護がまだわからない」という学生も少数存在し、看護についての認識が明確にされていない看護学生像が考えられる。

しかし看護学生が看護をどのように認識したか否かに関わらず、看護学生は看護学概論や看護理論などの専門科目、看護に関連する科目を学習する過程で、看護に関する認識を変化させている。看護学生の看護に対する認識は、幅広く・深く考えるように変化している。これは1年間の生活体験や経験での学びと言うよりは、学習した科目の影響が大きいと考えられる。その中でも看護の対象や看護活動などに関する認識には、看護学概論の内容が影響していると考えられる。看護学生が捉えた看護の領域の広さや、専門職としての捉え方、援助に関する認識からは、看護理論での学習の影響、つまり学習の成果であると判断できる。今後、学年が進行するに従い、専門科目の学習が増加し、看護学生はより看護を深く考え、看護に対する認識を変化させていくと思われる。

研究の限界

本調査は、入学後約1年経過した時点で看護学生に入学時を振り返って記述してもらった内容であることから、入学当初の看護学生の認識が十分反映されているかが不明である。今後、その時点、時点での調査を実施して比較検証することが必要である。

結 論

看護学生が1年間の学習の成果として、看護に対する認識が入学時と1年終了直前とでどのように変化したかについて、看護学生が記述したレポートから分析した。その結果以下のことが明らかとなった。

1. 看護学生の入学時の看護に対する認識は、「看護は患者の世話や援助を行う」「看護は医師の指示どおりに行う」などの7カテゴリーに分類された。
2. 看護学生の1年終了直前の看護に対する認識は、「看護の領域は幅広い」「看護には人間関係が重要となる」「看護は専門職である」など14カテゴリーに分類された。
3. 入学時と1年終了直前とのカテゴリーに類似のものはなかった。
4. 看護学生の看護に対する認識の変化には、看護学概論と看護理論の学習の影響が大きいと判断された。看護学生は、看護学概論や看護理論で捉えた看護をベースとして看護の認識を深めていることから、現状の教授内容は成果をあげていることが明らかとなり、これらからも現状の教育内容や方法を、より精選しながら継続してもよいと判断できた。

文 献

- 1) 立石有紀, 岩本真紀, 近藤美月, 他: 看護学生の看護観の形成—看護学概説, 看護理論の科目前後における看護観の変化から—, 香川医科大学看護学雑誌, 6(1), 63-67, 2002.
- 2) 井上百合香: 過去10年間の看護観形成に関する研究, 第23回日本看護学会集録(看護教育), 149-152, 1992.
- 3) 加藤明美, 島田美佐子, 今井範子, 他: 本校学生の看護観形成に関する研究—卒業時のレポートの分析を試みて—, 第19回日本看護学会集録(看護教育), 156-158, 1988.
- 4) 松下光子, 森仁実, 堀内美奈, 他: 看護学の学習初期の学生に保健婦の家庭訪問事例を用いて伝えた「看護とは何か」, 岐阜県立看護大学紀要1(1), 7-17, 2001.
- 5) 島田知恵, 佐藤啓子: 看護学の保健婦(士)・訪問看護婦(士)のイメージの変化—在宅看護論実習前後の記述内容の分析から—, 日本看護学会論文集第32回看護教育, 6-8, 2002.
- 6) 佐々木真紀子, 大島弓子, 滝内隆子, 他: 看護短期大学学生の看護師の職業にたいする認識—経時的変化と影響要因—, 日本看護学教育学会誌, 12(3), 11-19, 2003.
- 7) 橋本智子: 看護実践を支える看護観の育成, Quality Nursing, 3(2), 126-131, 1997.

*The recognition of the nursing as a result in which
the nursing students learned 1 year*

Hiroko Kondo¹⁾, Mizuki Kondo²⁾, Maki Iwamoto³⁾, Yuki Tateishi²⁾, and Taeko Minami³⁾

¹⁾Major in Nursing, School of Health Sciences, The University of Tokushima, Japan

²⁾School of Nursing, Faculty of Medicine, Pre-Kagawa University, Japan

³⁾School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University, Japan

Abstract Nursing students develop their own view of nursing through learning of nursing and accumulating diverse experiences during daily living after entering nursing school. The present study was undertaken to analyze the result of the descriptive survey designed to investigate changes in the students awareness of nursing during the first year of the nursing school (i.e., after one year of learning nursing, nursing-related subjects and subjects for general education). This survey revealed that the nursing students accumulated knowledge and experience and deepened their awareness of nursing during the one year period. These changes in their awareness seem to be particularly related to education of nursing-specific subjects (introduction and theories of nursing). The students deepened their awareness of nursing on the basis of the views they learned from these nursing-specific subjects.

Key words : nursing, awareness of nursing, result of learning, nursing students

研究資料

川崎医療福祉大学保健看護学科における看護技術教育に関する教育内容の工夫 —基礎看護学領域の授業内容の検討—

兼光 洋子¹⁾, 浜端 賢次¹⁾, 關戸 啓子²⁾

¹⁾川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科, ²⁾徳島大学医学部保健学科看護学専攻

要旨 本研究の目的は看護技術教育として位置づけられている看護ケア方法論の授業内容を見直し、教育内容の精選および授業方法の改善、今後の課題を明らかにすることである。対象は「看護ケア方法論 A, B, C」(2001年度秋学期～2002年度秋学期)の授業展開方法と教授内容についてである。研究から得られた結果は次のとおりである。

1. 看護ケア方法論の講義組み立ては、基本動作を統合するという一連の流れになっておらず、技術の項目を独立して教授していた。
2. 改善点
 - 1) 基本動作を統合して看護技術を組み立てるような講義組み立てにし、基本と応用を明確にして教授する。
 - 2) 学習した知識を対象の特性に合わせ、応用展開する授業を行う。
3. 課題

講義・演習・実習の有機的な組み立てを考える。

キーワード: 「看護技術教育」, 「生活援助技術」, 「授業評価」, 「看護ケア方法論」

はじめに

医療現場では平均在院日数の短縮化に伴い、入院する患者は高度医療を必要とする場合が多く、臨床看護師にはより高度で複雑化する業務に対応することが要求されている。また国民の人権意識の高まりと医療安全へのニーズの拡大がみられ、安全な良質医療の保証が求められている。このような医療を取り巻く情勢により、看護学を教授する大学教育では、学生の看護実践能力を高め、より質の高い医療を提供できる人材を育成するためにはどうしていかなければならないのかという課題に対応すべく検討を行っている。これは先の文部科学省による「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」と題する報告書¹⁾ならびに、厚生労働省による「看護基礎教育

における技術教育のあり方に関する検討会」報告書²⁾, 「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書³⁾等の公表によるところが大きい。これらの報告書により、「看護基礎教育のあり方」, 特に「技術教育」と「臨地実習のあり方」についての検討が急務とされている。

そこで、川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科(以後本学と略す)の看護技術教育として位置づけられている教科目(看護ケア方法論)の授業内容について検討を行うことは、本学における「看護基礎教育のあり方」を検討する資料として意義があると考え、教育内容の精選および授業(講義・演習展開)方法の検討を行ったのでここに報告する。

研究目的

看護ケア方法論の授業内容を検討し、教育内容の精選および授業(講義・演習展開)方法の改善、今後の課題を明らかにすることを目的とする。

2004年1月26日受理

別刷請求先: 兼光洋子 〒701-0193 岡山県倉敷市松島288
川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科

研究方法

1. 方法

看護学を教授するために一般的に使用されている基礎看護技術に関する次の6つの教科書の構成内容、日常生活に対する援助項目について本学の場合と比較することによって、本学における看護技術教育を評価し、課題を明らかにする。

- 1) 薄井坦子：系統看護学講座 専門2 基礎看護学 [2]基礎看護技術, 第13版, 医学書院, 2002.⁴⁾ (初版：1968年)
- 2) 氏家幸子, 阿曾洋子：基礎看護技術 I, II, 第5版, 医学書院, 2000.⁵⁾⁶⁾ (初版：1981年)
- 3) 井上幸子, 平山朝子, 金子道子：看護学大系第6巻 看護の方法 [1], 第2版, 日本看護協会出版会, 1998.⁷⁾ (初版：1990年)
同第7巻, 第1版, 1993.⁸⁾ (初版：1991年)
同第8巻, 第1版, 1993.⁹⁾ (初版：1991年)
- 4) 坪井良子, 松田たみ子：基礎看護学 考える基礎看護技術 I, II 看護技術の基本, 看護技術の実際, 第2版, ヌーヴェルヒロカワ, 2002.¹⁰⁾¹¹⁾ (初版：1997年)
- 5) 深井喜代子：新体系看護学18 基礎看護学③ 基礎看護技術, 第1版, メヂカルフレンド社, 2002.¹²⁾
- 6) 竹尾恵子：看護技術プラクティス, 第1版, 学習研究社, 2003.¹³⁾

2. 本学における看護基礎教育科目の構成

本学の専門科目は、「看護ケア論」、「保健看護活動論」、「保健看護論」、「看護基礎科学」、「保健看護学実習」の5分野から構成されており、「看護ケア方法論」は、各看護学で構成されている「看護ケア論」に位置づけられている。「看護ケア方法論」は、全ての看護領域において基盤となる科学的で実証的な看護技術である。(表1)

表1. 看護ケア方法論の概要

看護ケア方法論A	90時間 2単位	1年次秋学期開講
看護ケア方法論B	90時間 2単位	2年次春学期開講
看護ケア方法論C	60時間 2単位	2年次秋学期開講
合計240時間 6単位		

3. 対象

本学7期生(68名)が修得した専門科目「看護ケア方法論 A, B, C」(2001年度秋学期～2002年度秋学期)の授業展開方法と教授内容。

4. 用語の操作的定義

1) 「看護基礎教育」:

業務を効果的に実施するために幅広く確実な基礎をつくる教育で、看護師を目指す学生の教育とする。

2) 「看護技術教育」:

看護基礎教育において、基礎的看護技術の基礎看護技術、対症看護技術、実地看護に共通する基礎的看護技術、各看護学の基礎的看護技術等に加えて、個別化・応用看護技術の基礎的部分を教育し、その後の教育を継続教育に位置づけている¹⁴⁾その構造の一つ一つとする。

結果

1. 6つの教科書の構成

分析に使用した6つの教科書の構成内容(表2-1, 2-2)については、それぞれの書における基礎看護技術の考え方によって、初版から現在の版に改訂編纂されている。

編纂過程を記していた氏家らの基礎看護技術⁶⁾⁷⁾によると、「看護対象者に適切な援助ができる技術の基礎的行動を形成する」ことを教育目標におき、次のような内容構成としていた。①すべての看護行動に共通する基礎的な行為としての技術—看護行動に共通する行為、②看護師の判断が中心となって実施される要素の多い、看護対象となるものの生活を円滑にするための援助技術—日常生活に対する援助、③医師が行う診療の介助や、それに伴う対象者への援助、および医師の指示によって看護師が実施する行為としての技術—診療に伴う看護に分類されていた。この分類は、他の教科書においても同じであった。

その後、基礎看護技術のすべてを総合したケアや各看護学を総合したものを内容とし活用するものをまとめて④看護技術の実践的適用を新たに内容構成に加えた。そして、「経管栄養」や「膀胱洗浄」などを治療的行為であり、在宅医療として看護師が医師の指示によって実施したり指導することも多い技術であるため、②日常生活に対する援助から③診療に伴う看護に変更した。このことについては、教科書によって同じ項目として取り扱っ

表2-1. 6つの教科書の構成内容

<p>初版：1968年 系統看護学講座 専門2 基礎看護学 [2] 基礎看護技術</p> <p>序：看護技術とはどのようなものか</p>	<p>初版：1981年 基礎看護技術 I・II</p>	<p>初版：①1990年、②③1991年 看護学大系第6・7・8巻 看護の方法 [1～3]</p> <p>1. 看護過程の成り立ち</p>	<p>初版：1997年 基礎看護学 考える基礎看護技術 I・II</p> <p>1. 看護技術の基本 人間の尊厳にもとづく看護技術 生活を支える援助 安全を守る技術 安楽と看護技術 自立への過程</p>	<p>初版：2002年 新体系看護学18 基礎看護技術</p> <p>序：看護技術とは 看護技術と看護過程 看護技術の質 看護技術における倫理</p>	<p>初版：2003年 看護技術ブライクイス</p>
<p>1. 看護実践の場と共通基本技術 1) 看護過程の成立とその特徴 2) 看護過程成立の場面ごとの看護</p>		<p>2. 看護の利用者と提供者の関係 技術</p>	<p>2. 看護を展開するための方法としての技術 看護過程</p>	<p>1. 看護過程</p>	
<p>3) 共通基本技術 観察の技術 コミュニケーションの技術 看護過程展開の技術 記録の技術 安全をまもる技術 対象者の安楽と看護者の動作の経済性をたかめる技術</p>	<p>1. 看護行為に共通する技術 コミュニケーション ボディメカニクス-姿勢と動作 情報収集と観察 バイタルサイン 身体各部の測定 安全・安楽</p>	<p>3. 看護における相談的・教育的役割機能とその方法</p>	<p>3. 看護行為の基本 コミュニケーションの技術 ボディメカニクスと人間工学 運動・活動 休息・睡眠 指導技術</p>	<p>2. 様々な看護活動に共通する看護技術 ヘルスアセスメント コミュニケーションの技術 安全・安楽を守るための技術 情報の伝達と共有化；看護記録と報告</p>	<p>1. 看護場面に共通する看護技術 環境調整の看護技術 安全管理の看護技術 安楽確保の看護技術 フィジカルアセスメントの看護技術 感染予防の看護技術</p>
<p>4) 生活行動援助 生活環境を整える 姿勢を決める、身体を動かす、移動する 身体の清潔を保つ 衣服を用いる 食べる 排泄する 眠る 休息する 活動する</p>	<p>2. 日常生活に対する援助技術 生活環境 日常生活活動 衣生活 身体と食生活 排泄</p>	<p>日常生活行動の援助技術<1> 1. 食生活の援助技術 2. 排泄の援助技術 3. 清潔の援助技術 4. 活動と休息の援助技術 5. 性に関する援助技術</p>	<p>4. 健康障害のある人の生活への看護技術 看護の安全技術 病床環境の調整 体位と移動 栄養と食事 排泄（浣腸、導尿を含む） 衣生活 身体と食生活</p>	<p>3. 日常生活の場を整える看護技術 1) 快適な環境のための看護技術</p>	<p>2. 生活行動に共通する看護技術 食事・栄養の看護技術 排泄の看護技術 清潔・衣生活の看護技術 活動・休息の看護技術</p>
<p>3. 診療に伴う技術… 4. 基礎看護技術を総合して行う看護行為 看護過程</p>		<p>日常生活行動の援助技術<2> 6. 環境調整の援助技術 7. 呼吸、循環、体温に関する援助技術</p>		<p>2) 日常生活の自立を支える看護技術 活動・運動の援助 睡眠と休息の援助</p>	

<p>記録と報告 指導的活動 ...</p>	<p>8. 日常生活における救急処置 9. ターミナルケア</p>	<p>清潔の援助 体温・循環調節の援助 衣生活の援助 食生活と栄養摂取の援助 排泄の援助</p>
<p>表2-2. 6つの教科書の日常生活に対する援助に関する内容</p>		
<p>ポ イ メ カ ニ ク ス</p>	<p>初版：1968年 系統看護学講座 専門2 基 礎看護学 [2] 基礎看護技術</p>	<p>初版：1981年 基礎看護技術 I・II</p>
<p>ポ イ メ カ ニ ク ス</p>	<p>ポダイメカニクス 体位 移動動作 体位変換 安全安楽 3. 安楽とその援助 c 物品を用 いての安楽な体位を保つ方法</p>	<p>初版：1997年 基礎看護学 考える基礎看護技術 I・II</p>
<p>体 位</p>	<p>ポダイメカニクス 体位 体位変換 体位の保持 移動 (歩行の介助も含む)</p>	<p>初版：2002年 新体系看護学18 基礎看護学③ 基礎看護技術</p>
<p>移 動 ・ 移 送</p>	<p>日常生活活動 車椅子・輸送車による移動 歩行介助</p>	<p>初版：2003年 看護技術ブライケイス</p>
<p>環 境</p>	<p>健康により生活環境 健康上の必要に応じた病床</p>	<p>安楽確保の看護技術 体位保持 活動・休息の看護技術 移動と移送の介助 関節可動域訓練 廃用症候群の予防 体位変換</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>援助実施の過程 病床環境の調整に関わる基礎知識 病床環境の調整に関するアセスメ ント 病床環境の調整に関する援助の実 際</p>
<p>清 潔</p>	<p>身体清潔の意義 身体清潔に関する基礎知識 身体清潔の援助 ・洗髪 ・洗髪以外の被頭髪部の清潔 ・全身清拭 (足浴を含む) ・入浴 ・シャワー浴 ・その他の方法</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>身体清潔の意義 身体清潔に関する基礎知識 身体清潔の援助 ・洗髪 ・洗髪以外の被頭髪部の清潔 ・全身清拭 (足浴を含む) ・入浴 ・シャワー浴 ・その他の方法</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>
<p>清 潔</p>	<p>健康と清潔 清潔を保つ ・入浴・シャワー ・全身清拭・部分清拭 ・頭髮のケア ・口腔のケア ・朝夕の洗面</p>	<p>清潔援助実施の過程 身体清潔の基礎知識 身体清潔に関するアセスメント 身体清潔のための援助方法 ・清拭 ・口腔の清潔 ・入浴 ・シャワー浴 ・陰部洗浄</p>

衣服	衣類選択 衣類の着脱 入院患者の衣類の管理	・口腔内の清潔 ・外陰部洗浄	・洗髪 ・ドライシャンプー ・陰部洗浄 ・陰部清拭 ・口腔の清潔 ・眼・耳・鼻の清潔 ・爪・ひげ … ・衣服の清潔援助	・洗髪	病衣の条件 身だしなみ 寝衣交換	
食事	健康と食物 健康障害時の食事 食行動をたすける 非経口的栄養法	衣生活の意義 病衣（患者の衣類）の選択と条件 病衣の交換	人間にとつての「食」の意味 食生活の援助における看護婦の役割 食生活援助の観察の視点とその方法 食生活援助の実際	食への援助実施の過程 栄養と食事の基礎知識 栄養と食事に関するアセスメント 食事の援助方法 ・経口栄養の介助 ・経鼻カテーテル法 ・高カロリー輸液	食生活の基礎知識 食生活に関するアセスメント 食事の援助方法	栄養と栄養摂取 食生活の基本的援助 疾病時の食事と援助 非経口栄養法 栄養状態、体液・電解質バランスのアセスメント 食生活の支援 誤嚥予防への援助 食事の介助 経管栄養法
排泄	健康と排泄 排泄行動をたすける 排便浣腸と導尿	排泄の意義 排泄に関する基礎知識 排泄の援助 ・便器を用いて ・尿器を用いて ・おむつによる	排泄援助における看護婦の役割 排泄援助の観察の視点とその方法 排泄援助の実際 ストーマの自己管理への援助	排泄援助実施の過程 排泄の基礎知識 排泄に関するアセスメント 排泄の援助方法 ・床上での排泄援助 ・グリセリン浣腸・石けん浣腸・高圧浣腸 ・ストーマケア ・導尿	排泄の意義 排泄のメカニズム 排泄の基本的援助 4) 排便・排尿の介助 ・トイレ使用 ・ポータブルトイレ使用 ・便器 ・尿器 排泄に関する処置 ・浣腸 ・導尿 排便障害と援助 排尿障害と援助 ストーマと援助	排泄の介助 ・尿器による 排便の介助 ・床上排便の介助 ・ポータブルトイレによる 失禁ケア ・おむつ交換 排尿困難時の援助 ・一時的導尿 ・持続的導尿 摘便 浣腸 ストーマケア

ているもの、そうでないものと2分していた。

年代が新しくなるにつれて単元の取り扱いが複雑になっており、特に「ボディメカニクス」、「体位」、「移動」の単元については、「安全」、「安楽」、「運動」、「活動」、「休息」、「睡眠」に関して取り扱っていた。

2. 本学の看護ケア方法論 A,B,C の講義組み立て

看護ケア方法論 A は、主に日常生活上の援助を中心にし、看護ケア方法論 B は、診療・治療過程における援助を中心に組み立て、看護ケア方法論 C は、臨床実

表3-1. 看護ケア方法論 A 講義計画

1	ボディメカニクス, 生活環境 (ベッドメイキング)
2	バイタルサイン
3	ヘルスアセスメント・フィジカルイグザミネーション
4	活動と休息 (移動を含む)
5	安全・安楽
6	排泄 (便器・尿器・オムツ交換・浣腸)
7	感染予防 (消毒・滅菌・傷の手当て)
8	排泄 (実験学習)
9	排泄 (導尿), 感染予防 (ガウンテクニック)
10	排泄 (膀胱洗浄)
11	生活環境 (実験実習)

表3-2. 看護ケア方法論 B 講義計画

1	衣生活 (臥床患者の寝衣交換演習)
2	衣生活 (点滴がある・片麻痺がある患者の寝衣交換演習)
3	吸入・吸引
4	包帯法
5	清拭
6	薬物療法と看護: 経口与薬
7	食事 (食事介助演習)
8	髪法
9	洗髪
10	皮下・筋肉内注射
11	皮内注射・直腸内与薬・静脈内注射
12	採血
13	点滴静脈内注射 (滴下調整演習)
14	検査を受ける人の看護
15	足浴・手浴・陰部洗浄・口腔ケア

表3-3. 看護ケア方論 C 講義計画

1	栄養療法 (カテーテル報・瘻管法), 中心静脈栄養法
2	循環管理 (輸液ポンプ, 輸血, 動脈ライン, CVP 測定)
3	看護過程
4	循環管理 (心電図)
5	呼吸管理 (人工呼吸器)
6	終末時の看護 (死後の処置)
7	褥瘡, ストーマケア, 放射線を受ける患者の看護

践に必要な医療機器・器具類の取り扱いおよび看護過程など、看護ケア方法論 A と B の補完的位置づけとして講義組み立てを行っている。

このような考えのもと、7期生の看護ケア方法論の講義計画 (表3-1, 3-2, 3-3) を実施した。なお、講義の組み立てを見るため、今回は授業時間数を記していない。

3. 本学と6つの教科書の日常生活に対する援助に関する構成比較 (表4-1, 4-2)

6つの教科書による日常生活に対する援助に関する構成は、①「ボディメカニクス」→「環境」→「体位・体位変換・移動」→「清潔・衣服」→「食事」→「排泄」というパターンと、②「体位・体位変換・移動」まで同じで「食事」→「排泄」→「清潔」のパターン、③「環境」→「体位保持」→「食事」→「排泄」→「清潔・衣服」→「体位変換・移動移送」、④「食事」→「排泄」→「清潔・衣服」→「環境」に分類できた。そしてその後に診療に伴う看護技術を展開していた。

しかし、本学においては、「ボディメカニクス・体位・体位変換」→「環境」→「移動」→「排泄」→「清潔・衣服」→「食事」→「清潔」というパターンに加え、排泄以後の単元の間に診療に伴う看護技術が混在する展開となっていた。

4. 教授した授業内容の一例: 単元「衣生活」

1) 時間数: 講義90分×1.5コマ, 演習90分×2.5コマ

2) 単元目標:

①健康生活における衣服の意義を説明することができる、②対象に応じた衣服の選択を考慮することができる、③既習学習の安楽な姿勢・体位・体位変換などを想起しながら、基本的な衣服の着脱が実施できる、④障害に応じた衣服の着脱方法を考えることができる

3) 演習内容:

①臥床患者の寝衣交換、②麻痺のある患者の寝衣交換、③点滴を行っている患者の寝衣交換

4) 患者状況設定:

①臥床安静を強いられており、自分では全く動けない状況とする。ただし横を向いてもらえばベッド柵につかまることが可能な状態である、②ベッド上安静の指示があり、点滴静脈注射を右前腕部に実施している患者、③脳梗塞後遺症により、左半身麻痺のある患者

表4-1 日常生活に対する援助に関する構成比較

初版1968年 系統看護学講座 専門2 基礎看護学 [2] 基礎看護技術	初版1981年 基礎看護技術 I・II	初版①1990、②③1991年 看護学大系第6・7・8巻看護の方法 [1~3]	初版1997年 基礎看護学 考える基礎看護技術 I・II	初版2002年 新体系看護学18 基礎看護学③ 基礎看護技術	初版2003年 看護技術ブракテイイス	2002~2003 本学科7期生講義組み立て
ボディメカニクス	ボディメカニクス 体位 移動動作 体位変換 体位保持	食事	ボディメカニクス	ボディメカニクス	環境	ボディメカニクス 体位 体位保持 体位変換 環境
環境	環境	排泄	環境	環境	体位保持	移動
体位 体位変換 移動	車椅子・ストレッチャー などによる移動	清潔・衣服	体位 体位変換 体位保持 移動	体位の保持 体位変換 移動	食事	排泄
清潔	衣服	環境	食事	清潔	排泄	衣服
衣服	清潔		排泄	衣服	清潔・衣服	清拭
食事	食事		衣服	食事	移動・移送 体位変換	食事
排泄	排泄		清潔	排泄		洗髪
診断・治療にともなう看護 看護実践と看護研究	診療に伴う技術 基礎看護技術を総合して 行う看護行為	治療に伴う看護の方法 看護における研究	診察と看護…	診療に伴う看護技術 指導技術	診療・処置時の看護技術	足浴・手浴・陰部洗浄・ 口腔ケア

表4-2 日常生活に対する援助に関する構成分類

初版1968年 系統看護学講座 専門2 基礎看護学 [2] 基礎看護技術	初版1981年 基礎看護技術 I・II	初版2002年 新体系看護学18 基礎看護学③ 基礎看護技術	初版1997年 基礎看護学 考える基礎看護技術 I・II	初版2003年 看護技術ブракテイイス	初版①1990年、②③1991年 看護学大系第6・7・8巻 看護の方法 [1~3]	2002~2003 本学科7期生講義組み立て
ボディメカニクス	ボディメカニクス	ボディメカニクス	ボディメカニクス	ボディメカニクス	環境	ボディメカニクス 体位 体位変換 環境
環境	環境	環境	環境	環境	体位保持	移動
体位・体位変換 移動	体位・体位変換 移動	体位・体位変換 移動	体位保持	体位保持	食事	排泄
清潔・衣服	清潔・衣服	清潔・衣服	排泄	排泄	衣服・清潔	衣服・清潔
食事	食事	食事	清潔・衣服	清潔・衣服	食事	食事
排泄	排泄	排泄	移動・体位変換	移動・体位変換	環境	清潔

5) 演習の実際：

①看護師と患者は1対1で寝衣交換を行う。2パターンで演習を行う

パターン1 プライバシーの保護にはこだわらず、寝衣交換を行う

パターン2 プライバシーの保護を行いながら寝衣交換を行う

②③は、患者1対グループ内で考えて演習を行う

考 察

1. 技術と技術の組み合わせによって行う看護行為から考えた講義計画の組み立てに関する検討

多くの看護場面はいくつかの基本動作で構成されている。例えば、「衣生活」の単元を取り上げてみる。ここでは、衣生活の援助として、衣服の意義、衣服の選択、衣服の着脱の方法を教授するだけではない。衣服を交換するという行為には、安楽な姿勢や体位・体位変換、関節可動域、ボディメカニクスの既習学習項目が関連する。そして衣服を交換するという行為は、体の清潔、環境を整えるという清潔という概念が関連する。このように、衣生活という行為の一連における過程の、部分的な基本動作だけでは看護の成立が難しいことがわかる。

しかし、本学の看護ケア方法論の組み立ては、基本動作を統合するという一連の流れになっておらず、技術の項目を独立して教授しており、関連や統合することを学生個人の学習に委ねていたことが明らかになった。

また、講義の指導案を作成するときは、①単元がカリキュラム全体の中で、どの位置にあるか、②その単元が他の科目や単元と内容的にどのような関係にあるかを明確にすることによって、その他の単元へのつながりや全ての領域に系統立てて積み上げられる¹⁵⁾が、この点に関しても単元を独立して教授していた。

これでは、学習への主体的参加傾向が乏しく、教えられることによって、初めて学習したと認識する今の学生には、教授する内容がすべて新規学習項目となり、他の技術との関連性がもてない。

そこで、単元の位置づけを明確にすることはもちろんのこと、学生が基本動作の関連づけや統合を行えるような順序立った講義組み立てや想定する援助の対象者を絞った教授内容に改善する必要がある。

よって、改善点を以下に述べる。

1) 他科目(単元)との関係から本単元の位置づけや他科目(単元)との内容的関係を明らかにする。

2) 看護ケア方法論の中の日常生活援助に関する講義組み立て

6つの教科書の構成内容をみるとすでに記されていることであるが、現在教授している単元を既習学習項目の集まりから新規学習項目につながるよう基本動作の組み合わせについて考え、看護ケア方法論の日常生活援助に関する講義組み立てを作成した。

「食事」を行うということは、食事を食べる姿勢を整えることから始まるので、体位変換、歩行介助、移送、関節可動域が必要となるため、ボディメカニクス、体位、姿勢、移動の既習学習が必要である。また食後の環境を整えることが必要となるため、環境、体の清潔、衣服の清潔の既習学習が必要である。

「清潔」は、整えること、洗うこと、そして着替えることを考えると、ボディメカニクス、体位、姿勢、環境の既習学習が必要である。

「排泄」という行為には、体位変換や関節可動域、歩行介助もしくは移動・移送というボディメカニクス・姿勢・体位・移動の既習学習項目が関連する。そして排泄後には、体の清潔・衣服の清潔、環境を整えるという清潔という概念が関連する。

「移動」は、ベッド上、ベッドから他に移る、そして動くという過程があるため、ボディメカニクス、体位変換の既習学習が必要である。

このように、日常生活上の援助についての基本動作のかたまりを考え、教授する順番を考えた。(表5)

すべての単元は、ベッド上における援助方法を教授し、「移動」の単元が終了したところで、動くという応用を含めて、清潔では、洗髪台での仰臥位での洗髪、排泄では、ベッドサイドでのポータブルトイレでの排泄、トイレでの排泄をそれぞれ教授する。

3) 看護ケア方法論で想定する援助の対象

看護基礎教育において初めて基礎的看護技術、基盤となる基本的看護技術と出会うため、「人」に安全・安楽な技術を行うとはどういうことか、一般的に有効とされている原則の看護技術から学ぶことが必要なのではないかと考え、個性をもたない、病床で援助を必要とする「人」として、そして次にベッドから離れることが可能な「人」と段階を踏む。

表5. 看護ケア方法論の講義組み立て

1. 対象をとらえる	コミュニケーション, フィジカルアセスメント, 看護面接, 看護過程
2. 姿勢・体位	ボディメカニクス, 体位, 関節可動域
3. 環境を調節する	病床環境, ベッドメイキング, 定期的なりネン交換, 人がいるというだけのリネン交換
4. 清潔	ベッド上全身清拭, ベッド上洗髪, 洗髪の種類として, 洗髪車と洗髪台があるが, ベッド上で行える洗髪車での洗髪までとする. 洗髪台での洗髪は, 移動という動作が含まれるので, ここからは応用編としてここでは教授しない
5. 食事	食事介助の方法までとし, 経路が違う経管栄養法や経静脈栄養法は応用編としてここでは教授しない
6. 排泄	ベッドの上での排泄方法までとし, 排泄の困難な方に対する援助は応用編としてここでは教授しない
7. 移動	ベッドから他に移る, 動くという部分の援助方法

以上のように, 講義計画を組み立てるときには, 単純から複雑へとといった段階を踏んだ学習展開が重要と考えられる。

また, 私たちが教授する対象は, 日本の経済が高度成長から安定成長へと転換し, 豊かさを背景に生まれた「価値の多様化」の時代に育ってきた学生である。「価値の多様化」は, 少ない選択肢の中からどれか一つを選択しなければならない社会から, あれもよいしこれもよい, 何をよいとするかは人それぞれでよいとする社会へと変ってきたことを意味する。このことは, 個人が何らかのものを選ぼうという時, 絶対的な基準がなく, あくまでも物差しは「自分」となる。このような時代のうえに, 青年期にある学生は, 「大人としての自分を形成する」時期にあり, 自分自身がまだ十分につかめていない段階にある。ゆえに「指示しないと動かない」, 「指示すれば動くのだが自発性がない」といった学生の特徴は, さまざまな選択ができる豊かな社会ではあるが, いくつもある選択肢の中から自分にとって最もよいものを一つ選ぶ難しさのなかで生きてきた結果の行動ともいえる。さらに学校社会は, 「結果の平等」を目指しており, 教師の働きかけに応じてやっていたら何とかなる社会である。日常生活のある面では価値の多様化する社会の恩恵を受けていながら, 一日の生活の大半は一元的な価値観の根強い学校や家庭において過ごすのだから指導者の指示に

従って行動するというパターンが身につけてしまうと考えられる。このような特徴をもった学生¹⁶⁾を教授するため, 単純から複雑へとといった段階を踏んだ学習展開は重要といえる。

2. 教授する内容と授業展開に関する検討

演習は, 机上の知識を使って実際に体験することにより, 講義で学んだ知識が目の前の現象とつながる, または身体で感じるができる学習方法である。藤本¹⁷⁾によると, 「看護職として成長を続けるためには, 自らをふりかえる思考が重要である。そのふりかえり思考が行われている状況はほとんどが演習の場面であった」と述べているように, 実習で対象に介入する前の段階では演習時間の確保は重要であるといえる。しかし, 筆者は解剖・生理学の既習学習項目に時間をかけてしまい, 看護ケア方法論の新規学習項目である看護技術の演習時間が少ない。加えて, 「衣生活」の演習でもわかるが, 臥床患者の寝衣交換のうえに, 点滴を挿入している患者や麻痺のある患者の寝衣交換といった応用編までの演習を行っている。68名の学生が1つのベッドに5~6人で演習を行っており, 全ての学生が看護師患者役を体験するには1ベッド6通り行う時間を要することになるなど, 演習時間が充分確保されない現状にある。

また, 川本¹⁸⁾が「臨床で直接対象に実施し体験しなければ役立つ技術とはならないという結論に至った」といわれているように, 私たち看護学が対象にしているのは, 人間, 患者であり, その人とかかわりの中で看護実践能力は養われると考えられる。看護技術は技術の伝達のみではないので, 看護実践能力と臨床の現場(対象とかかわるということ)は切り離せないものだと考えるが, カリキュラム改正以降, 進展する医療に対応できる判断能力および問題解決能力が身につく幅の広い学習ができるように, ゆとりある教育の必要性がいわれ, 実習時間が減少している。本学も然りである。

そこで, 限られた授業時間の中で教授する内容を考えるにあたり, 既習学習をどこまでふりかえるかは勿論だが, 看護技術を教授する際, その技術の行動形成に必要な条件として, ①基本的な技術, ②普遍的な技術, ③科学的に実証された技術があげられている¹⁹⁾が, 各看護学との関連性を考え看護ケア方法論でどのように教授するか, どのように授業を展開するかを検討が必要である。

よって, 改善点を以下に述べる。

1) 看護ケア方法論の看護技術の基本と応用を明確にして教授する。

先に述べたように単純から複雑へという学習方法や基本から応用、たとえば清拭は、対象者の体にチューブ類やME機器類のついていない場合から、ついていない場合、車椅子移乗の援助は麻痺がない場合から麻痺がある場合というように、同じ単元でも分けて段階的に教授する。同じく基本から応用について、ベッドの作り方は包布でなくスプレッドを教材としたり、清拭では清拭剤を使うのではなく、石けんによる清拭を行うなど、その技術を教えることによって、他の方法を考えられ応用できるようにする¹⁹⁾ことも考慮していきたいが、この点については時間的な問題・社会の情勢から検討課題とする。

また1つのものだけでなく、見るべき対象を複数にして、比較させる事例を用い、思考を行う。これは、基本から応用という段階と相反することにもなるが、たとえば、ゴム風船を使って子宮をつくる事例と流動食の注入技術の事例2つを使い、ゴム風船の場合は実物（子宮）は目の前にない状態で本来の対象である子宮を想像させる。流動食の場合は、実物（流動食注入という事態）が目の前にある状態でそれを見ながらそれとは違う普通の食事を想像させるのである。1つだけ見ていたのでは見えなかったことが、共通な特性と異なる特性を発見させることによって、見るべき事が見え、分かるべき事実がわかるという考え方である²⁰⁾。

2) 看護ケア方法論Cの授業内容

看護ケア方法論の一番最後に組み立てられている「看護ケア方法論C」において、実習に出るための、対象の特性に合わせた応用の技術体験、つまり学習した知識を現実にもどのように活用するのか、基本的看護技術を教授していきたいと考えている。

3) 講義・演習・実習の有機的な組み立て

講義・演習が終わったらその単元の実習をするといった講義と演習および実習を有機的に組み立てた学習形態を取り入れていく必要があると考える。

3. 今後の課題

これからの看護ケア方法論の教授方法として、原則の手順を模倣することからはじめ、対象も段階的に発展させ、自己が行った援助のふりかえりを行う方法を試案した。これを行うためには、すでにどの大学でもいわれて

いることだが、本学においても「看護ケア方法論A・B・C」の授業時間数の拡大と、基本的看護技術を基礎看護学領域のみで教授するのではなく、全領域の教員で教授するという体制をとることが理想ではないかと考える。また、基礎・成人・老年領域において、演習の共同参画も必要ではないかと考える。

また、文部科学省と厚生労働省の求める看護実践能力の育成に向けて、現場の看護師と共同して技術教育を行う、ユニフィケーションが必要である。現在、看護基礎教育を学ぶ社会人学生が増加してきている。このことは、看護基礎教育が生涯学習として位置づけられた現れであると考えられているが²¹⁾、看護学教育が看護基礎教育を終了したら終わりではなく、継続教育、そして経験を積み重ねても生涯にわたり学習が必要であるともいえる。そのため、看護基礎教育で育成する内容は生涯変らないが、看護基礎教育、継続教育、生涯教育の各々の学習課題が異なると考えられる。そこで、看護基礎教育担当者と臨床継続教育担当者がそれぞれの課題を明確にすることから取り組む必要があると考える。

しかし、どのような教授方法でどのくらいの時間をとれば、学生の看護実践能力が育成されるのかは不明であるため、今回の教授方法が効果的であるかには限界がある。今後は各大学が行っている教授方法・展開を収集し、分析して効果的な教授方法を検討する必要がある。

結 論

本学の看護技術教育として位置づけられている「看護ケア方法論」において、授業内容を評価した結果以下のことが明らかになった。

1. 看護ケア方法論の講義組み立ては、基本動作を統合するという一連の流れになっておらず、技術の項目を独立して教授していた。
2. 改善点
 - 1) 基本動作を統合して看護技術を組み立てるような講義組み立てにし、基本と応用を明確にして教授する。
 - 2) 学習した知識を対象の特性に合わせて、応用展開する授業を行う。
3. 課題

講義・演習・実習の有機的な組み立てを考える。

文 献

- 1) 看護学教育のあり方に関する検討会報告書：大学における看護実践能力の育成に向けて，1-39，2002.
- 2) 看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書：看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会，1-12，2003.
- 3) 新たな看護のあり方に関する検討会報告書：新たな看護のあり方に関する検討会，1-14，2003.
- 4) 薄井坦子：系統看護学講座 専門2 基礎看護学 [2] 基礎看護技術，第13版，医学書院，2002.
- 5) 氏家幸子，阿曾洋子：基礎看護技術Ⅰ，第5版，医学書院，2000.
- 6) 氏家幸子，阿曾洋子：基礎看護技術Ⅱ，第5版，医学書院，2000.
- 7) 井上幸子，平山朝子，金子道子：看護学大系第6巻 看護の方法 [1]，第2版，日本看護協会出版会，1998.
- 8) 井上幸子，平山朝子，金子道子：看護学大系第7巻 看護の方法 [2]，第1版，1993.
- 9) 井上幸子，平山朝子，金子道子：看護学大系第8巻 看護の方法 [3]，第1版，1993.
- 10) 坪井良子，松田たみ子：基礎看護学 考える基礎看護技術Ⅰ 看護技術の基本，第2版，ヌーヴェルヒロカワ，2002.
- 11) 坪井良子，松田たみ子：基礎看護学 考える基礎看護技術Ⅱ 看護技術の実際，第2版，ヌーヴェルヒロカワ，2002.
- 12) 深井喜代子：新体系看護学18 基礎看護学③ 基礎看護技術，第1版，メヂカルフレンド社，2002.
- 13) 竹尾恵子：看護技術プラクティス，第1版，学習研究社，2003.
- 14) 氏家幸子，阿曾洋子：基礎看護技術Ⅰ，第5版，vi，医学書院，2000.
- 15) 佐藤みつ子，宇佐美千恵子，青木康子：看護教育における授業設計，第2版，29-79，医学書院，2001.
- 16) 國眼眞理子：いまどきの若者の考え方・育て方，第1版，26-70，日総研，2003.
- 17) 藤本悦子：生活援助技術教育において‘ふりかえり思考’を育成する意味，Quality Nursing, 5(7), 508-513, 1999.
- 18) 川本利恵子：看護基礎教育（学士課程）における看護技術教育の課題，日本私立看護系大学協会会報，10，13，2003.
- 19) 山口瑞穂子／「看護教育」編集室：看護教育新カリキュラム展開ガイドブック No.12 看護援助技術 臨床看護から在宅看護へ，第1版，2-8，医学書院，1997.
- 20) 宇佐美寛，米田和美：看護教育の発想－授業をどう変えるか，第1版，2-5，看護の科学社，2003.
- 21) 内村美子，澤本万紀子：生涯学習時代に向けた看護学教育カリキュラム－学習者のとらえ直しと臨地実習指導の開発－，27(5)，90-98，2002.

Device of the education contents about nursing skill instruction at Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare Kawasaki University of Medical Welfare –examination of the lesson contents of the areas of Fundamental –

Yoko Kanemitsu¹⁾, Kenji Hamabata¹⁾ and Keiko Sekido²⁾

¹⁾Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare Kawasaki University of Medical Welfare

²⁾Major of Nursing, School of Health Sciences, The University of Tokushima, Tokushima, Japan

Abstract In this study, we made after this clear, reconsidered the curriculum of Nursing Care Method which is regarded as nursing skill instruction, and discussed the selection of the program of study and the new process of learning. Especially, we studied the syllabus planning and the instruction about “Nursing Care Method A, B, C” (from the autumn term in 2001 to the autumn term in 2002.) The following is effective we acquired through the study.

- 1 . It was not a series of flow that we unify fundamental movements about the structure of “Nursing Care Method” and we were instructed skill item in independence.
- 2 . Point of improvement
 - 1) We unify fundamental movements and construct nursing skills. And we make clear the fundamental and application about nursing skill and teach them.
 - 2) Acquired knowledge allows one to be able to manage the objective individuality and offer the applied course.
- 3 . Problem

We should consideration the best construct of the lecture, the exercise and the practice.

Key words : nursing skill instruction, life support skill, class evaluation, nursing care method

研究資料

看護実践能力育成のための本学の教育展望 —平成14年度看護学教育ワークショップ参加報告をもとに—

浜 端 賢 次¹⁾, 兼 光 洋 子¹⁾, 關 戸 啓 子²⁾

¹⁾川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科, ²⁾徳島大学医学部保健学科看護学専攻

要 旨 本研究の目的は、本学における看護学教育の現状と課題を分析し、改善点と方策を検討することである。

その結果、以下の3点が指摘された。

- 1) 人間形成に必要な知識や態度を養うための基礎教育科目や専門科目をさらに整備し、「看護診断論」や「フィジカルアセスメント」などの教科目を独立させる検討が必要である。
- 2) 看護学実習では、「看護ケア基盤形成」を前提とした看護技術の習熟度がはかれる実習方法の工夫が求められる。
- 3) 看護学教育における授業展開では、授業方法の工夫を行い、教員相互に協力体制をとりながら授業を進めていく必要がある。加えて臨地とのユニフィケーションとして、本学の教育に臨地の専門家が加わり教育と臨床の連携を図りながら学生を教育していく方向性の検討が必要である。

キーワード：看護学教育ワークショップ、カリキュラム改革、教育の質の保証、教育と臨床の連携

はじめに

少子高齢化や疾病構造の変化、医療技術の進歩など医療をめぐる環境はますます多様化し複雑になってきている。このような中、看護師も医療を担う専門職として、人々に期待される役割はますます拡大されることが推測される。したがって、時代を担う看護職育成のための看護学教育そのものも大きな転換を求められているとも言えよう。現在、全国に約110の看護系大学が設立されているが、卒業後にそれぞれの大学がどのような看護師を育成するかは大きな課題である。

厚生労働省では2002年5月「新たな看護の在り方に関する検討会」¹⁻³⁾を発足し、看護業務の中味を吟味し検討を加えている。また同年11月には「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」^{4,5)}を開催し、看護学教育における看護技術教育の現状と課題を整理して

いる。

一方、文部科学省では厚生労働省よりも早く2001年7月「看護学教育の在り方に関する検討会」⁶⁾を開催し、学士課程における看護学教育の在り方の検討を開始した。この検討結果は、2002年3月「看護学教育の在り方に関する検討会報告書」⁷⁾となり、本報告書は今日の医療全体に対する社会ニーズや国民の要請に応えるものとして示唆に富む内容であった。そして、この報告書を受け、2002年11月「看護実践能力育成の充実に向けた実働」というテーマのもと「看護学教育ワークショップ」(以下ワークショップとする)が引き続き文部科学省主催で開催された。

そこで、本稿では2002年のワークショップ開催の3日間に参加し、その研修内容がまとめられた報告書⁸⁾をもとに、川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科(以後本学と略す)における看護学教育の現状と課題の分析、ならびに改善点と方策の検討を試みた。

2004年1月26日受理

別刷請求先：浜端賢次 〒701-0193 岡山県倉敷市松島288
川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科

研究目的

本研究の目的は、本学における看護学教育の現状と課題を分析し、改善点と方策を検討することである。

分析方法

2002年に筆者が参加したワークショップ報告書をもとに「カリキュラム改革」と「教育の質の保証」に関する表を作成する。この表から本学のカリキュラムを考察し、本学の現状と課題を検討する。

結果および考察

ワークショップは3日間で行われ、全国看護系大学専任教員約80名が参加した。ワークショップで掲げた開催目的は、「看護学教育の在り方に関する検討会」報告書を基盤とする教育改革の実際について報告・討議を行い、カリキュラム改革、臨地実習の基盤整備、教育の質保証の実現に資することであった。参加者は8グループで構成され、筆者が参加したワークグループでは、共通テーマ「カリキュラム改革について」と選択テーマ「教育の質の保証について」を討議した。なお、筆者が参加したワークグループは筆者を含め11大学に大学病院副看護部長が加わり計12名で討議を行った。

1. カリキュラム改革の変遷

川島⁹⁾によると、看護教育カリキュラムの改正は「1971年、それまでの医学専門領域別看護から、人間の成長発達にともなう対象への内容に変化した。続いて1990年の改正では基礎教育の高等教育化の進行ともあいまって、各看護学への独立への考え方はさらに強く、実習内容についても教育機関の裁量に任されることになった。さらに1997年の改正が行なわれ、ますます裁量の範囲は広がった」と述べている。また山崎ら¹⁰⁾は看護教育制度変遷の概要のなかで1990年のカリキュラム改正を次のように述べている。「①全体の時間数は375時間少なくなり、実習時間は半分から3分の1に減少した、②知識の詰め込み教育から脱却をはかった、③判断能力、応用能力、問題解決能力を学習するゆとりあるカリキュラムになった、などである。そして、この改正によって技能訓練は卒業教育にゆだねられる部分が多くなり、看護基礎教育の実態を見据えること、連続性を考慮した卒業後の継続

教育の重要性が打ち出された」。このようなカリキュラム改革が行われる背景には、患者や家族の人権意識や消費者意識が高まっていることや人々のニーズが多様化する中で、看護を取り巻く社会情勢が大きく変化していることなどが存在する。加えて、学生の生活能力、コミュニケーション能力、対人援助関係能力など看護実践能力育成に必要な要素を主体的に学習できていない状況が存在する。しかしながら、臨床では在院日数の短縮化に伴い、入院患者の重症化が進んでいる。同時に人々の医療に対する評価はますます厳しくなり、看護師にはさらに高度医療の知識や技術が求められる。臨床では、高度医療に対応しつつ卒業教育を展開している状況が存在する。したがって、カリキュラム改正の背景と変遷を理解しつつ、新たに大学教育と卒業教育との継続について検討しなくてはならない時期にきていると思われる。

2. 本学におけるカリキュラムの変遷

本学は平成3年4月に「人類への奉仕」を建学の精神とし、医療と福祉の両分野にまたがる教育を総合的、体系的に実施してきた。保健看護学科は1995年(平成7年)に開設され、看護教育理念にブラウン報告書の思想を反映してきた経緯がある。開学時の基本理念は健康問題の解決を狭義の医療技術に留めず、生活の質(QOL)を重視した人間援助のアートと捉え、地域住民の主体性を尊重し、社会と共に健やかで充実した未来を開拓する態度を修得することであった。また開学時の教育目標は保健看護のあらゆる領域において活躍できる有能な実践者の養成に充分配慮をしてゆくものであった。現在開学から8年間の経過し、時代の情勢と共に3回のカリキュラム改正を試みてきた。表1に示すように専門科目の看護学教育課程は、「看護ケア論」、「保健活動論」、「保健看護論」の3領域で構成されていた¹¹⁾。1997年のカリキュラム改正により成人・老年・精神看護学が独立し、保健所実習が在宅看護論実習に移行した¹²⁾。また1999年に完成年度を迎え、大学院教育との整合性を図る意味で、専門科目の看護学教育課程は表1の従来の3領域から「保健看護論」、「看護基礎科学」、「看護ケア論」、「保健看護活動論」、「保健看護実習」の5領域へと再編成された。また教職課程を新たに開設し、選択ではあるものの養護教諭(1種)免許取得を整備した。現在はこの時のカリキュラムを継承している。

表1 保健看護学科専門科目対比表

1995(平成7)年度

2000(平成12)年度

	科目名	単 位		科目名	単 位			科目名	単 位		科目名	単 位		
		必修	選択		必修	選択			必修	選択		必修	選択	
保 健 看 護 論	保健看護学概論	2		リハビリテーション総論	1		保 健 看 護 論	保健看護学概論	2		地域保健看護学A	1		
	成人保健看護学	2		臨床心理学総論	2			生涯保健看護学A	2		地域保健看護学B	2		
	老人保健看護学	2		発達心理学	2			生涯保健看護学B	2		地域保健看護学C	1		
	母子保健看護学I	2		老人心理学	2			対人関係援助論	1		健康教育論	2		
	母子保健看護学II	2		患者の心理学	4			看護管理概論	2		保健疫学	2		
	広域保健看護学	2		心身障害の心理学	4			家族看護論	2		保健福祉行政論	2		
	精神保健看護学	2		看護方法論I	2			ターミナル看護論	1		保健管理論	2		
	保健看護心理学	2		看護方法論II	2			保健看護研究方法論	2		学校保健	2		
	保健看護診断論	1		看護方法特論	1			解剖学	2		養護活動論	2		
	保健看護学実習IA	1		臨床看護総論	2			保 健 看 護 基 礎 科 学	微生物学	2		保 健 看 護 実 習	ふれあい援助実習	2
	保健看護学実習IB	1		成人臨床看護学I	2		栄養学(生化学を含む)		2		基礎看護学実習		2	
	保健看護学実習IIA	2		成人臨床看護学II	2		臨床栄養学(食品学を含む)		2		在宅看護学実習		2	
	保健看護学実習IIB	2		成人臨床看護学III	1		看護生理学A		2		成人看護学実習A		2	
	保健看護学実習IIC	1		老人臨床看護学	2		看護生理学B		1		成人看護学実習B		2	
	保健看護学実習IIIA	3		小児臨床看護学	2		薬理学		2		老年看護学実習		2	
	保健看護学実習IIIB	3		母性臨床看護学	2		看護病態学A		1		小児看護学実習		2	
	保健看護学実習IIIC	3		プライマリ・ケア論	1		看護病態学B		1		母性看護学実習		2	
	保健看護学実習IIID	3		保健学総論	2		看護病態学C		1		精神看護学実習		2	
	保健看護学実習IV	3		公衆衛生学	1		看護病態学D		1		地域保健看護学実習		3	
	保健看護学実習V	1		地区活動論	1		臨床医科学論A	1		総合保健看護学実習	2			
保 健 看 護 ケ ア 論	看護生理学I	2		健康教育論	2		臨床医科学論B	1		保 健 看 護 教 育 科 目	卒業研究	6		
	看護生理学II	2		家族関係論	1		臨床医科学論C	1			養護実習指導論	1		
	生化学	1		家族相談援助論	1		救急医療	2			養護実習	4		
	臨床栄養学	2		医療福祉行政論	1		保 健 看 護 ケ ア 論	看護ケア方法論A	2			教師論	2	
	薬理学	1		地域福祉論	1			看護ケア方法論B	2			教育基礎理論	2	
	微生物学	2		老人福祉論	2			看護ケア方法論C	2			教育心理学	2	
	病理学	1		児童福祉論	2			在宅看護学	2			教育方法学(情報教育を含む)	2	
	臨床病態学I	2		障害者福祉論	2			成人看護学A	1			道徳教育研究	2	
	臨床病態学II	2		国際社会福祉論	2			成人看護学B	2			特別活動研究	2	
	臨床病態学III	2		医療情報学	2			成人看護学C	2			生徒指導及び進路指導論	2	
救急医療	1		卒業研究	6		老年看護学A		1		教育相談基礎理論	2			
						老年看護学B		2		総合演習	2			
						小児看護学A		1						
						小児看護学B	2							
						女性看護学	1							
						母性看護学	2							
						精神看護学A	1							
						精神看護学B	2							

3. 本学におけるカリキュラムの現状と課題

現時点では、自己点検・自己評価委員会が昨年度の授業評価をとりまとめているところである。開学から9年目を迎えている現在、授業評価をもとに新カリキュラムを評価することが急務である。そこで、本学におけるカリキュラムの現状と課題を基礎教育科目ならびに専門科目および実習科目の視点から整理し、改善点に検討を加えていきたい。

基礎教育教科目は「人間理解を深める教科目」であり、看護学には大切な教科目である。本学においては、2学部10学科で構成されており、多くの基礎教育科目が整備されている。基礎教育科目は6分野（医療福祉分野、教養分野、外国語分野、健康・体育分野、情報分野、総合分野）で構成されており、大学の特徴としては医療福祉分野の科目を必修科目としている。現在基礎教育科目に順当する科目は1・2年次に行われることが多い。しかしながら、岐阜県立看護大学のように専門科目に関する科目を1年次生から3年次生までに終了させ、基礎教育科目を4年次生に履修するという方法も存在する。この教育方法のメリットは学生が早い時期から専門科目へ動機づけられ、看護学と一般教養科目との関連性を考えながら4年次生で科目を選択できることである。このような基礎教育科目の新たな試みも、カリキュラムを検討する上で考慮していく必要がある。

表2は「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」報告書¹³⁾での「看護ケア基盤形成の方法と学習項目」を本学の教科目と対比し筆者らが独自に作成したものである。看護ケア基盤形成の項目は看護の本質を育む点や看護の基本技術を育成する上でも非常に重要である。

表2 看護ケア基盤形成方法の学習項目と本学の該当教科目

①看護の展開方法	保健看護学概論 看護ケア方法論A	1年春 1年秋
②療養生活支援の方法	生涯保健看護学B	1年秋
③人間尊重・擁護の方法	生命倫理学	1年春
④援助的人間関係形成の方法	対人関係援助論	2年春
⑤健康に関する学習支援の方法	生涯保健看護学A 健康教育論	1年春 2年春
⑥健康管理支援の方法	健康教育論	2年春
⑦チームワークの基本とマネジメント方法	保健福祉行政論	4年秋
⑧成長発達各期の支援方法	生涯保健看護学A	1年春

2002年「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」報告書をもとに筆者らが独自に作成

この対比表では、主に中心となって教授している教科目を挙げている。したがって、それぞれの教科目においても重複している科目があるのは当然のことであり、もちろん基礎領域や各論領域では表に掲げた①から⑧については触れながら授業展開を実施している。このような背景を理解しつつ対比表を見ると、本学においては、特に「看護の展開方法」の教科目の精選が必要であると考えられる。大学が開設された当初は「保健看護診断論」などで看護過程を教授する講義が独立して実施されていた。現在は「看護ケア方法論」の中で展開しているが、看護の基礎となる思考過程を育む科目としてやはり独立させることを検討したい。また、臨地で対象者を観察する能力が重要であることは言うまでもないことである。そのため専門科目としてフィジカルアセスメントがあるが、この教科目も現在は「看護ケア方法論」の中で展開している。この教科目もバイタルサイン等と併せて、教科目を独立させる必要があると考える。また「援助的人間関係形成の方法」に該当する教科目は、現在2年時生春学期に「対人関係援助論」で展開している。この科目は選択科目ではあるが、ほとんどの学生が履修しているのが現状である。しかしながら、生活体験が乏しく人間関係形成が不十分であると言われる現在の学生には、1年次の早い時期から必修科目として履修する必要があると考える。

次に、本学における看護学実習を概観すると、ふれあい援助実習から始まり最後に総合保健看護学実習で終わる段階別の実習形態を採用していることがわかる。本学は医療福祉の中に保健看護を設置しているが、その一つの特徴としてふれあい援助実習がある。2002年の「看護学教育の在り方に関する検討会」報告書¹⁴⁾にも看護の役割の拡大に伴い、医療施設以外の場での実習の重要性が増していると提示されている。加えて、福祉の現場や在宅ケアの場面では、未だ看護実践の実績が十分確立されていない分野での学習を設定しなければならないとも記載されている。本学では1995年より、同学園組織である社会福祉法人旭川荘にてふれあい援助実習を展開している。この点は時代に先駆けて看護学実習を展開していたと評価することができる。本学では、一人の患者を受け持つ看護学実習は「基礎看護学実習」から開始される。現在は3年次生の春学期（5～6月

頃)に開講しており、各論実習は3年次生秋学期(10月～2月)に行われている。しかしながら、現在の実習施設の置かれている環境では各実習領域の対象特性にあった受け持ち患者が選定できるかは難しい状況である。また、指定規則の改正に伴い実習時間が短くなっている現在、看護学実習という臨地で学ぶ時間をいかに確保しつつ実習目標を達成させるかは看護学教育を遂行する上で非常に重要な課題である。したがって、表3の「看護ケア基盤形成の方法」に沿った共通の学習項目で発達段階別に実習を実施する方法や従来の7領域(基礎・成人・老人・母性・小児・精神・地域)の集合化(広領域の統合と再編成)を図ることが本学においても求められる。また、沖縄県立看護大学では講義・演習で、一つの単元項目が終わったらすぐ臨地に出て実習を展開するという話がワークショップであった。これは、講義・演習・実習の展開を工夫している例と言える。本学においても隣接する川崎医科大学附属病院の協力を得て、将来的にはこの方法を展開する方向の検討も必要だと考える。その他にも、実習領域の焦点化を検討した看護学実習の組み立てを検討することが重要である。1990年のカリキュラム改正で老人看護や在宅看護の重要性が指摘されているが、このことから理解できるように社会全体が老人看護や在宅看護にニーズを求めている。実際、本学においても基礎看護学実習や成人看護学実習でも受け持ち患者に該当する方はいずれも老人(高齢者)が多くなってきている。したがって、将来的には老人看護や在宅看護に重点をおいた実習領域の焦点化を検討する必要がある。一方で学生の主体的な学習を育成するという点からみれば、実習領域の選択制の検討や事例の継続学習なども大切な実習方法である。実習領域の選択は学生の看護への興味関心を育てることができ、同時に看護学実習での対象を限定しやすくなる。また、事例の継続学習でも一つの事例を受け持つことにより、対象者との関わりが深まり、主体的に実習に参加できる。しかしながら、事例の継続学習による実習展開は現在の実習環境では難しい課題であるとも言える。

4. 本学における看護学教育の改善へ向けて

2002年に行われたワークショップでも、「教育の質の保証」についてはその重要性が報告されている。その中

表3 カリキュラム(実習)の検討

①発達段階別看護論
②従来の7領域(基礎・成人・老人・母性・小児・精神・地域)の集合化: 広領域の統合と再編成
③実習パターンの工夫
a. 講義・演習・実習の展開
b. 段階別実習の展開
C. 実習領域の焦点化
d. 実習領域選択制の検討
e. 事例の継続実習

2003年「看護実践能力育成の充実に向けた実働」報告書をもとに筆者らが作成

表4 看護学教育の目標実現に向けた方策

①FD活動
a. 大学内に委員会設立(FD委員会)
b. 教員の研究活動交流や相互理解を実施する
c. 教育や研修等に関する報告や共有化を図る
d. 新しい教育方法の工夫や学習会(PBL方式やOSCE方式の導入)
e. 教材開発(CAI) コンピューターを使用した学習方法の模索
f. 公開授業(教員間の講義内容連動を図る)
②ユニフィケーション
a. 臨床家(実践者)との共同研究
b. 臨地スタッフが、看護教育へ参画する
c. 教員が看護実践能力を向上するための場の提供と確保
d. 対象者(患者)の教育参画及びインフォームドコンセント・感謝
③学生の自己変革能力の育成
a. クリティカルシンキングトレーニング
b. クリエイティブシンキングトレーニング
c. ディスカッション形式やセミナー方式
d. 体験学習(擬似体験・ロールプレイなど)
e. センシティブィティ・トレーニング(感性に働きかける教育方法)
④評価方法の確立: 公開の原則
a. 学生による授業評価を行い、全学統一評価を実施する
b. 卒業時の学生による評価
c. 卒業生による継続評価
d. 教員自身による自己評価(教育評価)
e. 教員同士による評価
f. 実習対象者(患者・家族等)による評価
g. 実習受け入れ側(臨地側)の評価
h. 学生による臨地(受け入れ側)の評価
i. 外部評価: 第三者評価(学位授与機構, 大学基準協会, など)
j. 研究業績
⑤質の保証のためのシステム

2003年「看護実践能力育成の充実に向けた実働」報告書をもとに筆者らが作成

でも「主体的参加型の学習能力」,「対象に応じた看護実践能力」,「現状を変革できる力」を育成することは非常に重要な課題である。そこで本学における看護学教育の改善へ向けて、表4の内容とあわせ考察を加えてみたい。

大学の組織としてFD (Faculty Development: 以下FDとする)は重要な課題であり、教員組織や教員個人の能力開発(教育・研究)が求められている。そこで、現在本学においては自己点検・自己評価がFDと同じような役割を担っているが、新たに大学内に委員会を設立(FD委員会)する必要があると思われる。また、現在は大学内でも幾つかの教員の研究活動交流は行われているが、さらに教育や研修等に関する報告会や公開授業などで共有化を図ることが求められる。

次に、本学は科目担当制を実施しているため、少人数教育や演習の小グループ化(チュートリアル方式やPBL (Problem Based Learning: 問題解決型授業)方式の導入)、SP (Simulated Patient: 模擬患者)、ロールプレイの導入に関しては、科目を担当している数名の教員がそれぞれの授業で実施している程度にとどまっている。これらの教育方法を取り入れるためには、多くの教員を必要とし教員間の十分な話し合いが必須となる。現在本学では、模擬患者を導入することにより、実際の臨地に近い試みを行う方法を取り入れている。この方法は学生同士の演習などとは違い、そこに対象者(患者)を想定できることが強みである。この演習は、「看護ケア方法論」と「対人関係援助論」の枠組みで実施しており、6~7名の教員が協力して授業を展開している。しかしながら、現実問題としてはコストの問題もあり、講義等には慎重に組み入れていく必要があるのが現状である。この点は本学に理解を求めるところでもあろう。また学習効果が期待される教育方法として、日本では川崎医科大学がはじめて導入したOSCE (Objective Structured Clinical Examination: 客観的臨床能力試験)があるが、この教育には多くの評価者を必要とする。OSCEは、現在他大学でフィジカルイグザミネーションをはじめとした各単元項目で実施されつつある。この教育方法を行うためには評価者となる教員に正確な技術が求められるため、本学でも実施するためには教員相互の授業への協力体制が重要である。さらに、隣接する川崎医科大学附属病院の看護部と協力体制を取り、連携して教育を展開していくことができないか検討が急がれる。

また、大学内で講義・演習を展開した後、隣接する川崎医科大学附属病院にて関連した実習を展開する方法も

重要である。森山ら¹⁵⁾はリフレクティブ・シンキング(考察的・内省的思考)を促すためには、講義を受けた時期と臨地実習とが時間的に離れているのは望ましくないとしている。したがって、講義と実習の間に演習としてSPやOSCEの積極的導入を検討し、講義・演習・実習を連続させる新たなカリキュラムを検討する必要が急務であると考え。そして、学生の自己変革能力育成のための方策例を表4に示したが、いずれも大学内の講義・演習に組み込んでいく必要がある。特に臨地(実習)に出るまでの間にこれらの方策をいかに展開し、対象をイメージさせられるかが看護実践能力育成の鍵を握ることになると思われる。カリキュラムに制約があるため方策を取り入れる時間には限りがあるが、なるべく演習を多く組み臨地に出る前に実施することが大切であると考え。そして、これらの教育内容について評価を行いながら看護学教育を進めていくことが求められる。具体的な評価方法については表4に示したが、学生による授業評価、卒業時の学生評価、卒業生による継続評価が重要である。他に、教員自身による自己評価、教員同士による評価も重要である。加えて、実習対象者(患者・家族等)による評価、実習受け入れ側(臨地側)の評価、学生による臨地(受け入れ側)の評価、外部評価:第三者評価(学位授与機構,大学基準協会,看護系大学協議会など)なども看護学教育の目標実現に向け実施していかなくてはならない課題だと考える。

おわりに

1) 現在のカリキュラムを概観すると「看護ケア基盤形成」を支える講義科目や時間数が必ずしも十分ではない。したがって、人間形成に必要な知識や態度を養うための基礎教育科目や専門科目をさらに整備し、「看護診断論」や「フィジカルアセスメント」などの教科目を独立させる検討が必要である。

2) 看護学実習では、看護実践能力の低下をクローズアップしすぎてしまい、看護技術の習熟度をはかることのみがカリキュラム改革であるような議論が時として起こることがある。しかし、「看護ケア基盤形成」を前提とした看護技術の習熟度が測れる実習方法の工夫が求められる。すなわち、看護の本質に基づいた看護実践能力の育成が重要であり、それを意識した実習方法の工夫が不可欠である。

3) 看護学教育における授業展開については、さまざま

な授業方法の工夫を行い、教員相互に協力体制をとりながら授業を進めていく必要がある。加えて臨地とのユニフィケーションとして、本学の教育に臨地の専門家が加わり教育と臨地の連携を図りながら学生を教育していく方向性の検討が必要である。

文 献

- 1) 「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書：厚生労働省，平成15年3月24日
- 2) 井部俊子：「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書，精神科看護，30(7)，44-49，2003
- 3) 平林勝政：「新たな看護のあり方に関する検討会」での議論を終えて，看護展望，28(8)，49-57，2003
- 4) 「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」報告書：厚生労働省，平成15年3月17日
- 5) 正木治恵：「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」報告書をめぐって，看護展望，28(7)，50-55，2003
- 6) 平山朝子：「看護学教育の在り方に関する検討会報告」をめぐって，看護展望，27(7)，44-53，2002
- 7) 「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」報告書：文部科学省，平成14年3月26日
- 8) 「看護実践能力育成の充実に向けた実働」報告書：文部科学省，平成15年5月22日
- 9) 川島みどり：看護の技術と教育，第1版，23，勁草書房，2002
- 10) 山崎美恵子，長戸和子：クリティカルに考える能力の育成，インターナショナルナーシングレビュー，25(2)，36-40，2002
- 11) 菊井和子，太湯好子，深井喜代子 他：「大学制度看護教育課程の構想」，川崎医療福祉学会誌，5(2)，25-32，1995
- 12) 川崎医療福祉大学10年誌，川崎医療福祉大学，218-221，2001
- 13) 前掲報告書7)，15
- 14) 前掲報告書7)，23
- 15) 森山美知子，田村やよひ：厚生労働省の考えるこれからの看護技術教育，インターナショナルナーシングレビュー，25(2)，57-61，2002

*The educational view of this university of clinical nursing ability training
– the participating report of a nursing educational workshop in 2002 –*

Kenji Hamabata¹⁾, Yoko Kanemitsu¹⁾, and Keiko Sekido²⁾

¹⁾Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare Kawasaki University of Medical Welfare, Okayama, Japan

²⁾Major of Nursing, School of Health Science, The University of Tokushima, Tokushima, Japan

Abstract The purpose of this study is to analyze the current problems of nursing education at Kawasaki University of Medical Welfare, and to bring up the points which can improve them further.

These are :

- 1) We may need to improve the program of both General Education and Nursing Education since they are fundamental nursing education as a whole. We prefer the subject of “Nursing Diagnosis” and Physical Assessment” stand alone as a major subject.
- 2) In nursing practice, we expect the nursing students to be filled with basic needs of nursing care as a prerequisite before their training, then we can proceed the practice.
- 3) If we can make a contact often among staffs between the university and hospital as we needed for the students during four years of college education, they may gain a confidence to become a professional nurse upon completing the program.

Key words : workshop of nursing education, curriculum reformation, a guarantee of educational quality, educative and clinical cooperation

論文査読委員への謝辞

JNI Vol2の論文査読は、編集委員のほかに、下記の方々をお願い致しました。ご多忙中にもかかわらずご協力賜りましたことに、お名前を記してお礼申し上げます。

池田 敏子, 石田 弓, 上村 浩一, 岡崎美智子, 小野 幸子, 鎌田 正晴, 木内 和江,
小板橋喜久代, 杉山喜代子, 中村 慶子, 松田 好美

(五十音順)

The Journal of Nursing Investigation (Vol 3) の原稿募集のご案内

看護学に関する原稿を募集します。奮ってご投稿下さい。

Vol3掲載用原稿の締め切りは、平成16年9月30日です。

掲載料は1ページ7,000円で、カラー印刷など特殊な印刷や、別刷りは投稿者実費です。

問い合わせ先：〒770-8503 徳島市蔵本町3-18-15 徳島大学医学部

The Journal of Nursing Investigation (JNI) 編集部 Tel : 088-633-7104 ; Fax : 088-633-7115

e-mail : shikoku@basic.med.tokushima-u.ac.jp

The Journal of Nursing Investigation

編集委員長： 二 宮 恒 夫（徳島大学医学部保健学科）

編集委員： 瀧 川 薫（滋賀医科大学医学部看護学科）
丸 山 知 子（札幌医科大学保健医療学部看護学科）
ライダー島崎玲子（青森県立保健大学健康科学部看護学科）
大 岡 裕 子（徳島大学医学部附属病院看護部）
近 藤 裕 子， 關 戸 啓 子， 葉 久 真 理，
谷 岡 哲 也， 南 川 貴 子， 神 農 今日子
（以上，徳島大学医学部保健学科）

発行元： 徳島大学医学部
〒770 - 8503 徳島市蔵本町 3 丁目18 - 15
電 話：088 - 633 - 7104
F A X：088 - 633 - 7115

The Journal of Nursing Investigation 第2巻 第1号

平成16年3月1日 印刷

平成16年3月5日 発行

発行者：曾根三郎

編集者：二宮恒夫

発行所：徳島大学医学部

〒770 - 8503 徳島市蔵本町3丁目18 - 15

電話：088 - 633 - 7104

F A X : 088 - 633 - 7115

振込銀行：四国銀行徳島西支店

口座番号：普通預金 0378438 JNI 編集部

印刷人：乾 孝 康

印刷所：教育出版センター

〒771 - 0138 徳島市川内町平石徳島流通団地27番地

電話：088 - 665 - 6060

F A X : 088 - 665 - 6080