

健康文化

少しだけ看護学教育を経験して

中木 高夫

●最近「教育」がおもしろくなってきました

平成6年4月に滋賀医科大学から名古屋大学医療技術短期大学部に異動し、それまでの医学教育者から看護学教育者になって、これまでにない分野を体験することができました。短期大学部については、医学概論や生理学、病理病態学、成人保健など、医系の科目を受け持ってきました。

4年制になってからは、これまでの病院内のシステム分析・改善の経験を生かして、保健医療概論や医療英語、バイオエシックス論、ホリスティックケア論などの社会医学系の要素の強い科目も受け持ちますが、主力はフィジカルアセスメントや看護診断学、看護情報システム論といった看護系の科目を担当することになっています。看護診断学実習では主たる担当者として行動しなければならず、これまで看護学の講義を受けたこともなく、もちろん臨床実習を経験したこともないので、緊張すること夥しいものがあります。

さらに、医学教育ではなかったものとして看護学研究法（つまり卒業研究）があるものですから、おそらく学生たちが研究室の周辺に入り浸ることになって、その整理をどうするのかいまから戦々競々です。

こういう環境にいるものですから、最近はとくに「教育」ということに興味を抱き、各地に旅行するたびに、その地に新設された看護大学や保健学科（看護学科）建物を見学したり、教員と意見交換を積極的に行なうようになりました。

またこの夏には、猪田学科長にお願いして、「保健学科教育ワークショップ」を開催することができ、WHOのアジアオセアニア地区のティーチャートレーニングセンターの「医学教育者のためのトレーニングワークショップ」を持ち帰ってわが国に合わせて医学教育学会がアレンジしたものを、日本赤十字武蔵野短期大学教授の畑尾正彦先生に手ほどきしていただきました。

こうしたことを踏まえて、看護教育に関する私見を、名古屋大学の現状からは離れて、自由に思いつくまま述べてみたいと思います。

表1 ○○看護大学の一般教育目標

1. 将来、看護関係のいずれの領域に進もうとも必要となる、実在または潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療するための基本的知識と基本的技能を修得する。
2. 生涯にわたって発展させるべき看護専門職に必要な基本的態度・習慣を身につける。
3. 実在または潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療するために、修得した知識・技能・態度を統合する基本的能力を身につける。
4. 知識・技能・態度を自ら評価し、かつ自発的学習と修練によって、それらを向上し続ける習慣を身につける。

●機関の教育目標

カリキュラムの原点は機関の教育目標です。これは、その学校で勉強した学生が卒業時点でどのようになってほしいかを示すものです。表1は昭和50年度文部省科学研究費医学教育総合研究班研究によって作成された医学部一般目標例を看護用にアレンジしたものです。

1. 将来、看護関係のいずれの領域に進もうとも必要となる、実在または潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療するための基本的知識と基本的技能を修得する。

この目標は1980年にアメリカ看護婦協会が発表した有名な看護の定義「看護とは実在または潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療することである」を反映しています。アメリカの看護研究は、1980年以後、科学の近代合理主義的な側面による弊害を意識してポストモダンの方向のものが濃厚になりましたが、この両者はたがいに排斥し合うものではなく統合されるべきものです。とくに近代合理主義的な側面は初学者にとってミニマム・リクワイアメントといえるでしょう。

この目標は「健康問題」「人間の反応」「診断し治療する」に分けることができます。「健康問題」についての知識は医学です。医師の次に病気に近いところ

にいるヘルスケア職種として、医学に関する基本的な知識と技能はナースにとって必須のものです。健康問題に対する「人間の反応」は看護の中核となる関心事です。看護の関心事については、ここ30年ほどの間にそれが看護診断として表現されるようになってきました。これを手がかりとして人間の反応に関する基本的な知識と技能を体系立てて教授するとよいでしょう。「診断し治療する」は看護の行動システムを表わしています。看護の行動システムは Yura と Walsh が開発した「看護過程」です。看護過程はアセスメント・計画立案・実施・評価から構成されます。それぞれがうまく機能し関連し合うための知識・技能・態度が求められます。

2. 生涯にわたって発展させるべき看護専門職に必要な基本的態度・習慣を身につける。

第2の目標はよいナースであり続けるための態度・習慣を身につけることです。

3. 実在または潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療するために、修得した知識・技能・態度を統合する基本的能力を身につける。

健康問題に対する人間の反応に関する知識・技能・態度は個々の反応に関するものなので、実際に患者さんや家族、地域社会を診断し治療するには断片的になる傾向があります。したがって、これを統合するための基本的能力が必要になります。それには、個々の事例をとおして統合するしかありません。

4. 知識・技能・態度を自ら評価し、かつ自発的学習と修練によって、それらを向上し続ける習慣を身につける。

自らの能力を向上させるためには、実践の中で問題を発見し、それを解決することが必要です。それが看護研究の出発点です。

●コースの教育目標

機関の教育目標は、いくつかのコースの教育目標に細分します。コースとしては基礎科学・健康科学・基礎看護科学・臨床看護科学の4つを想定しました。

各コースの目標やコースを構成する科目の目標を設定して学習方略を考えるのですが、膨大なものになりますので、少しくだいて考えることにします。

▼教養科学

最近の大学改革以来、教養部が解体され、教養課程に関する普遍的な呼称がなくなってしまっていて呼びづらいのですが、とりあえず「教養科学」と名づけることにします。幅広い教養を身につけることと専門教育への橋渡しということ、目的は以前の教養部時代と変化していないのですが、コンピュータやネットワークへの対応能力を高めるという点が内容として大きな変化でしょう。

「情報リテラシー」と「コンピュータリテラシー」を身につけるということは、これからの学生には必須のことです。

情報リテラシーについては、情報の検索と入手、処理、発信などを指します。また、コンピュータリテラシーは、コンピュータを使用できるようになることです。こうしたリテラシー教育は高校までの教育課程の中に含まれることになったので、まもなくどの学生も身につけている基本能力になるでしょう。しかしながら、高校のリテラシーと大学のそれとの違いについては検討を要します。

▼健康科学

ずばり医学知識です。人体の構造と機能とその変調、公衆衛生学、病原生物学、薬理学などがこれにあたります。短期大学部時代はわたしもこうした領域のいくつかを担当し、病気の説明などを行なってきましたが、どうしても医師としての枠から出られませんでした。医師とナースを比べると、医師というのは患者さんの身体を解剖学的な臓器の系統で見る傾向が強いと思います。それに対して、ナースは機能の面からアプローチするようです。ですから、医学生教育のときのように、医学を臓器の系統で組み立てて教えるより、機能面から組み立てて教えるほうが理にかなっています。

さらに、医学の診断面に関しては、放射線診断法については放射線医学のなかで教えられるのですが、検査部で行なわれている検体検査法や生理検査法についてはまとまった知識が与えられていません。検査値が発生するメカニズムとその測定原理を知ると、1つ1つの値がもっと興味深いものになると思うのですが。

いずれにしても、看護が医学から独立しようと意気込む余り、医学知識の修得を拒否する傾向があって、それが過ぎると問題が生じます。医学に関する教育が、専修学校のときよりもはるかに少なくなったために、実習病院の医師た

ちから「そんな学生に実習を許可するのはいかなものか」という反応が出たところもあると聞きます。医師の次に病気に近いところにいるヘルスケア専門職として、どんな種類の知識がどの程度必要か検討する必要があります。

▼基礎看護科学

「生涯にわたって発展させるべき看護専門職に必要な基本的態度・習慣を身につける」という目標に対しては概論的な科目が対応すればよいでしょう。

前述した健康問題に対する「人間の反応」、すなわち看護診断を手がかりとした人間の反応に関する基本的な知識はここで教授します。看護診断は、個々のラベルの皮相な理解ではなく、そのラベルがよって来る学問を自分のものにするのが大切です。看護は医学と同じで応用科学ですから、応用した学問のエッセンスを知らずしてうまく実践できるわけがありません。ただし、もとの学問を修得するのではなく、看護に統合して教授することが重要です。

看護過程を構成する各要素についても押さえておく必要があります。アセスメントは主観的データと客観的データから出発します。したがって、コミュニケーションとフィジカルアセスメントの両方の知識と技能を身につけなければなりません。また、計画立案し、実施するなかで、学生であっても必ず修得していなければならない看護介入手技があります。それらを精選し、マスターさせる必要があります。

こうしたものを教授する学習方略としては、伝統的には講義と演習と臨床実習があります。講義は、教授者が知識を系統立て、それを大量に伝えるには効率的な方法です。講義も、たとえば表2のように教授者がうまく統合して提示すると、学習者にとっては興味をもって受講することができるのではないのでしょうか。

演習は教育施設内での実技実習です。コミュニケーションやフィジカルアセスメント、精選した看護介入、そして看護過程の記録システムなど、患者さんのそばに行く前にマスターしておかなければなりません。こうしたものは、かつては基礎看護技術としてまとめられていましたが、大学になるとそれぞれ科目として独立させる傾向が強いです。となると、いきおい講義に偏重して、演習の側面が縮小されます。同じ分化させるのなら、講義と演習をそれぞれ独立した科目単位としたほうがよいと思います。

臨床実習は、個々の患者さんのところで、修得した知識・技能・態度を統合して課題を行なうものです。基礎看護科学が教授されるのは1年生や2年生ですから、臨床実習は2年後期から3年前期というところでしょうか。わたした

ちは、毎週1回同じ病棟に出かけていって、課題アセスメント領域に関して患者さんを看護診断する実習や課題介入領域に関して計画の妥当性の検討から手技の実施まで行なう実習をいま計画しているところです。こうした実習は毎週1回なので、臨床の場に徐々に慣れるという隠されたねらいもあります。

表2 ボディメカニクスと身体可動性に関する講義の例

1. 正常な身体可動性

- 筋骨格系の解剖
- 正常な生理機能
- 正常な身体運動の特徴
- 正常な身体可動性に影響を与える因子
- 各発達段階別の考察

2. 身体可動性の変調

- 身体可動性変調の潜在的状態
- 身体可動性の変調の徴候
- 体動不能が機能面からみた健康に与える影響
- 身体可動性変調が日常生活活動に与える影響

3. アセスメント

- 主観的情報
- 客観的情報

4. 看護診断

- 診断記述：身体可動性の障害
- 診断記述：活動耐性低下
- 診断記述：不使用性シンドロームのリスク状態
- 関連する看護診断

5. 目標の明確化と計画立案

6. 実施

- 健康と機能を促進する看護介入
- 身体可動性の変調のための看護介入
- 地域立脚型看護

7. 評価

8. 手技

- クライアント移動のためのボディメカニクスの適切な利用
- ベッド上のクライアントのポジショニング

関節可動域運動

歩行の介助

杖歩行のクライアントの援助

ストレッチャーへのクライアントの移動

車椅子へのクライアントの移動

▼臨床看護科学

臨床看護科学の「臨床」は病床に臨むという単なるベッドサイドの意味ではなく、「患者さん1人1人の」という意味です。患者さんは多種多様です。そのため、伝統的にさまざまな臨床各系の看護学が存在します。

成人看護学の「成人」は、その言葉からくる意味では理解できません。これは「medical-surgical nursing」の訳語です。したがって、内科外科系の疾患で病院に入院している患者さんを対象とする看護学です。という意味では、非常に基本的なものです。

小児看護学は「小児」そのままの意味です。母性看護学は女性の性生殖に焦点をあてています。

老年看護学は高齢者を対象にします。しかしながら、成人看護学も高齢者を対象とする場合があります。病院に入院しなければならないように病気を持った患者さんを対象とするのが成人看護学であって、たまたまそれが高齢者の場合がそうです。それに対して、老年看護学の対象になるのは高齢者施設や在宅ヘルスケアの場にいる高齢の患者さんということになります。ただ、在宅ヘルスケアはハイテク機器をつけた患者さんやターミナルの患者さんなど、対象が次第に拡大されつつあるので、違う切り口も必要です。

さらに、地域診断にもとづく地域看護学というのも存在します。

精神看護学は、心理的な看護学の側面と精神科の看護学の側面があります。

講義と演習と実習というような学習方略を考えた場合、いくつか問題があります。講義については、臨床各看護学固有の内容を教授するものですから問題はありません。演習については、医学教育でいうところの系統講義にあたるものが必要だと思います。臨床講義ではプラカンと呼ばれる学生グループが提示する症例をまとめ、それをもとに問題解決のプロセスを演習し、最後に知識のまとめを学生自身または教員が行ないます。これを看護にあてはめると、事例を提示して、アセスメント→看護診断→計画立案（目標設定→介入選択）→実施→評価のプロセスを、できれば小グループで記録作成も含めて演習することになります。看護にとって代表的で重要な状況をいくつか経験すれば、臨床実

習の際にもパニックに陥るようなことはないはずです。

臨床実習に移る前に、もうひとつ準備すべきことがあります。数年前、医学教育の中でクリニカルクラークシップ、すなわちある程度の医行為を学生に行なわせることが許可されました。ただし、医行為を学生に自由に行なわせてもかまわないもの、教員の監視が必要なもの、見学にとどめるべきものの3つに分け、どの医行為を行なってもかまわないかは各大学で認定するようということでした。

看護についてはこのあたりはどうなのでしょう。臨床各看護学での技術演習は、最近、あまり行なわれなくなりました。しかし、実習を行なわせる教員には、この認定を行なう責務があると思います。

臨床実習は演習で磨きをかけた看護過程を実際の患者さんで行なわせていただく実習です。学生は小グループに分かれ、臨床各看護学のフィールドを順に経験して行きます。ただ、実習施設や期間の関係で、順にめぐり順序は教育的見地からは好ましくない場合があります。できればゼネラルで緩徐な臨床場面から、次第に緊急度の高い、あるいは専門性の高い領域に変化するほうが望ましいわけです。さらに、実習期間のはじめとおわりでは、当然終わり頃にくる学生のほうがよくできるはずです。となると、はじめにきた学生の評価は低くないとおかしいわけです。しかしながら、もう一度実習を行なって評価し直せば、おそらく高い評価を与えることになるはずです。となれば、臨床各看護学が個々に評価するのではなく、最終段階でどのような臨床能力を身につけているかを判定する評価方法をとるのが望ましいと思います。

●研究

「知識・技能・態度を自ら評価し、かつ自発的学習と修練によって、それらを向上し続ける習慣を身につける」という機関目標に対しては、研究的手法を経験させるのがよい教育方法と思います。

わたしは医学部の教育しか受けていませんので、卒業研究なるものを経験していません。これに関しては、いまから大きなプレッシャーなのですが、研究するのは学生ですから、研究テーマの見つけ方やその解決方法の見つけ方を示唆するところに教員の出る幕があるのでしょうか。

また、教員自身の研究分野（得意分野）を教授することで、研究の社会的貢献をアピールできると思っています。専門職の養成を使命に持つ教育の場は、ともすれば基本的な内容の繰り返しになり、教員のモラル（志気）が低下し

がちです。基礎をガッチリと固めると同時に、最先端をちらつかせることで、学生と教員の両方により刺激が与えられることになればと思います。

とまあ、看護教育について、思いつくままに述べてきましたが、名古屋大学医学部保健学科看護学専攻が提供する教育プログラムは、すべて満足とはいきませんが、おおかたのところはこうした点を配慮しています。しかしながら、カリキュラムは常に改善を加えなければ、当初のねらいが歪んでいきます。変化させるために議論するところに、質の高いプログラムを提供する秘訣があるのだと思います。

(名古屋大学医学部教授・保健学科看護学専攻)