

# 事例検討会における臨地実習指導教員の学びの分析 — 患者理解に必要な情報内容に関する指導の現状と課題 —

## Analysis of Learning on the Case Study Meeting for Clinical Practice Instructors — Current Status and Issues for Teaching Methods about the Information Needed to Understand the Patient —

藤澤 珠織      秋庭 由佳      松島 正起      古橋 洋子  
Shiori FUJISAWA      Yuka AKIBA      Masaki MATSUSHIMA      Yoko FURUHASHI

青森中央短期大学看護学科

Aomori Chuo Junior College, Department of Nursing

Key Ward：患者理解、看護教員、実習指導

### 1. はじめに

看護は人間を対象とした実践の科学である。看護者を育成する過程において、実践の最たる臨地実習には、看護師養成3年課程では97単位のうち23単位が充てられ、看護教育の要となっている。実習では講義のみでは知り得ない様々な体験を通して知識と実践の統合を図り、理論的な看護実践を学ぶ場として重要なことは言うまでもない。これらを指導する教員の質がある程度保障されることは必須であろう。

2010年に厚生労働省から発表された「今後の看護教員のあり方に関する検討会報告書」によると、「看護基礎教育の充実に向け、看護教員の質・量の充実は極めて重要な課題であり、質の高い看護教員養成の体制を図ることは急務」である。また「看護教員の質を向上させるためには、継続教育とキャリアアップの仕組みの充実が求められ」ており、「新任看護教員の研修を含め、看護教員の経験等に応じた継続研修の充実に対する支援」の必要性、および「教員としての基礎が造られる新人期の研修が重要」であることが明示されている（厚生労働省、2010）。本学看護学科では、臨地実習において多様な職歴・教育歴を持った内外の指導者が学生指導にあたっていることから、大学には、助手等の新規採用に際し確実に看護教育者としての教員研修を実施して、カリキュラムの意義や実習指導の在り方をはじめとする基本的内容を教授し教員の質を保証する義務がある。しかしながら本学では、これまで学科の総意によるそのような取組はなされず、新人指導は各領域に委ねられていた。

学生の実習において、患者にあった看護を提供するための看護過程、なかでも患者理解に必要な情報収集内容に関する指導は大変重要である。本報告は、上記の考えに基づいた教員の質向上の観点か

ら、本学看護学科の基礎領域で主催している「基礎勉強会」の内容と経過を報告する。特に、実習指導に最低限必要な「患者理解」を導くための、客観的な情報の収集に焦点を当てる。そこから、現在までに考えられる教員の課題を明らかにし、今後の勉強会をさらに充実した内容とすべく、振り返りを試みるものである。

## 2. 目的

教員の質向上を目的とした本学看護学科基礎領域主催の「基礎勉強会」（以下、「勉強会」とする）について、実習指導に必須である「患者理解に向けた情報収集の視点」に焦点を当て、教員の現状と今後の取り組みへの課題を明らかにする。

## 3. 方法

- 1) 期間 2011年11月～2012年12月（継続中）
- 2) 時間 勤務終了後の約2時間
- 3) 場所 本学3階会議室
- 4) 対象 本学看護学科助手、および臨地実習非常勤講師、その他希望者が参加し、各回の参加者数は7名～14名で、12月時点での延べ人数は100名前後である。
- 5) 内容 月に一度の勉強会の1～2週間前に担当者がデータベースを参加者全員に提示する。参加者は、課題事例についてのアセスメントと看護診断、看護計画立案を行ない、勉強会の参加者全員に配布する。勉強会では、参加者個々のアセスメントのポイントを発表しあい、アセスメントや診断に至る根拠として更に必要な情報、詳しく知りたい情報を共有する。このようにして、これまでに13事例について勉強会を行ったが、今回は文献の情報をデータベースに整理した7事例について分析する。各回で取り上げられた事例を基に、患者理解に向けた情報について、何が不足しどのような視点でデータ収集をする必要があったのかを振り返る。また不足情報に傾向があるかどうか、あるとすればどのような点を明らかにすることで、今後の実習指導の指標とする。
- 6) 倫理的配慮 大学の倫理委員会の許可を得て実施した。参加者には、研究の目的と内容、自由意思による参加、拒否や途中中断する権利、不利益の回避、プライバシーの保護や安全性などを保証することを口頭で説明するとともに、文書で同意を得た。また、データの整理内容から得られた情報は、個人情報の保護、匿名性の保持、研究者によるデータの厳重な保管をおこない、研究や今後の教員の現任教育に活かす以外の目的には使用しないこととした。

## 4. 結果

勉強会の初回は2011年11月に実施した。全体の導入および総論として「大学カリキュラム・実習指導の基本的な考え方」と題した講義形式でのレクチャーにより、大学教育の軸を成すカリキュラムの捉え方から、目標設定の方法、具体的な講義の組み立てや学生への関わりに至るまで、基礎的な内容を学んだ。同時に各自が作成した実習指導案を提示し、実習に臨む教員側のレディネスとして、担当学生理解、担当施設理解、指導案作成の考え方と方法や、不足している要素についての具体的な指

導を受けた。

第2回以降は各論として、実習指導に必要な患者情報のアセスメント方法を学んだ。課題事例を用い看護問題を抽出する過程で、如何にして必要かつ客観的なデータを収集していくかを共有した。データ収集の視点については、NANDA - I (日本看護診断学会、2012) の13 領域のうち特に情報量が多かった「ヘルスプロモーション」「栄養」「排泄」「活動/休息」「知覚/認知」「安全」「安楽」の7 項目に焦点を絞った。これらについて、客観性に欠ける部分や不足していた情報にはどのようなものがあり、どんな視点が必要とされたのかをまとめたものを表1に示す。また表1をもとに、情報不足の指摘を受けた回数を項目別で図1に示す。なお情報によっては、何度も同じ指摘を繰り返されているものがあるため、情報総数よりも指摘回数が多い場合がある。

表1 データベースで不足していた要素

項目	不足を指摘された情報	必要な視点
ヘルスプロモーション	主訴：患者が何を苦痛に感じ困っているのか	「歩行困難」など専門的な表現ではなく、患者自身の言葉で、今一番困っていることを聞き出す
	入院目的：患者が何を目的に入院してきたのか	「精査」、「リハビリ (PT)」など専門的な表現ではなく、患者が今回の入院で何をどうしたいと思っているかを聞き出す
	医師からの説明：医師の説明をどのように理解しているのか	医師の説明をそのまま記載するのではなく、患者が自分の言葉で医師の説明を表現した内容や、どのくらい納得しているのかを記載する
	既往歴：自分の既往歴について、どの程度把握しているのか	前回カルテや転院時の紹介状の写し等だけではなく、患者本人が言ったことを併記する
	使用薬剤：自分の使用薬剤について、どの程度理解しているのか	前回カルテや転院時の紹介状の写し等だけではなく、患者本人が言ったことを併記する
	入院までの経過：今回、どんな経過で入院してきたのかを理解しているか	前回カルテや転院時の紹介状の写し等だけではなく、患者本人が言ったことを併記する
	入院までの経過：いつの時点での経過なのか曖昧	学生が受け持った時点でのデータも書く。その際日付を明記する。子どもの頃の怪我など、数十年前に治療したものを書く必要はない
栄養	体重減少の有無	現在の体重がどのように評価できるか、減少の程度を知る。BMIを出すために身長も必要
	各種検査データ	栄養状態の指標となる TP や Alb
	各種検査データ	糖尿病などの疾患に関連する血糖値など
	口腔に関するもの	菌生障害・口内炎・入れ歯の合わなさなど
排泄	水分摂取状況、入院前後の変化	IN
	通常の排尿習慣との変化	OUT
	胸水・腹水・腹部膨満など	体外に排泄されてこない排泄物の観察
	BUN・Cr・Na・K データなど	腎臓機能
	血ガスデータ	呼吸器機能
活動/休息	食事：食事時の具体的な動きと必要な援助	ギャッジアップの程度、セッティングの必要性など、細部にわたって記載する
	衣類：着脱時の具体的な動きと必要な援助	着脱が「できる」「できない」ではなく、ボタンを掛けられる、ズボンを上げられる、などのレベルで書く
	排泄：具体的な動きと必要な援助	ペーパーをちぎる、お尻を拭ける、水を流せる、などの行動要素一つ一つに着目する

	床上での動き、起き上がり	側臥位や端坐位への体位の変換を自力でできるか、 どの手を使っているか
	移乗時の自力でできる程度と必要な 援助	移乗がどの程度自力ででき、どこまで援助が必要か
	移動時の自力でできる程度と必要な 援助	何メートルくらい移動（歩行）できるのか、使用具 や援助の程度
	呼吸器系の情報：聴診データ	回数等の基本以外も必要に応じて
	活動が低下しているかどうか	発症前や入院時と、現在との比較。筋力は「力が弱 い」などではなく、MMTなど指標を利用
	不眠のパターン	夜間の睡眠状況と日中の午睡とを合わせた睡眠の満 足度
知覚 ／ 認知	意識レベル	JCSなど指標による記載
	見当識障害	認知症では必ず記載
	感覚器の情報：聴覚	どちら側の耳のどのあたりで、どのくらいの大きさ で話せばよいか、突発性難聴
	感覚器の情報：視覚	片側無視
	感覚器の情報：知覚	知覚鈍麻（臭気・味覚など）
	運動器の情報：筋力	MMT・筋力低下の状況
	運動器の情報	下肢の振戦・ふらつきのレベルなど
	精神疾患での幻覚等	精神疾患での異食・弄便・潔癖症・強迫観念・自殺 企図
防 安 御 全	皮膚状態：仙骨部や踵の様子	褥瘡好発部位の皮膚の様子
安 楽	痛みの程度	スケールを用いる、泣くほどの痛みかどうか どんな時に痛いのか

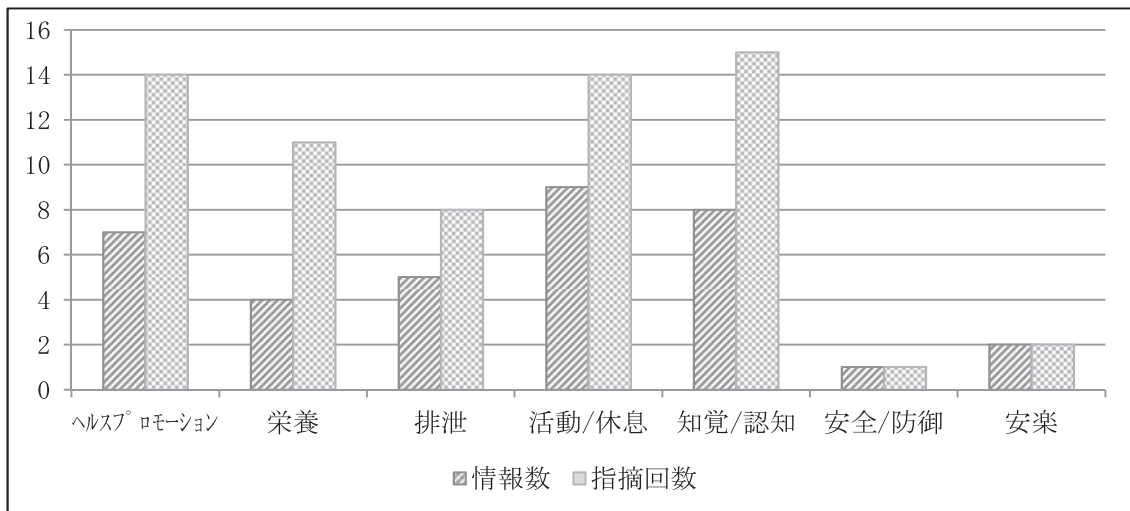


図1 項目ごとの情報数と不足の指摘回数

図1 より、情報の不足が指摘された回数の最も多かった項目は、知覚／認知の15回、次いでヘルスプロモーションと活動／休息の14回、栄養11回、排泄8回であった。ただしヘルスプロモーションと活動／休息のように、指摘回数が同じでも、情報数はそれぞれ7と9であることから、ヘルスプロモーションの方が活動／休息に比べて情報不足について繰り返し指摘を受けていたことがわかる。このように、繰り返し指摘を受けた割合は、多いものから順に「栄養」、「ヘルスプロモーション」

ン]、「知覚／認知」、「排泄」、「活動／休息」であった。また、「安全／防御」と「安楽」は不足を指摘された情報数および指摘回数、両者の割合がともに、今回の結果においては少なかった。

## 5. 考察

看護実践における患者理解は、その患者の抱える問題を浮き彫りにし、必要な手助けを効率よく行う上で最も基本となる部分である。学生らは患者理解のために情報収集を行い、その際に使用するのが看護理論に沿った「情報収集の枠組み」、情報収集のための「アセスメントツール」(三上 他、2011)である。本報告で NANDA-I のアセスメントツールに沿った情報収集の内容を振り返ったところ、患者の状態を捉えるために必要な多くの情報が不足していたことが明らかとなった。ここでは、情報不足の指摘を受けた割合が高かった「栄養」、「ヘルスプロモーション」、「知覚／認知」について考察する。

「栄養」の結果を表1 から見ると、体重減少の有無や各種検査データなどの情報不足が指摘されていた。NANDA-I における「栄養」とは「組織の維持と修復、およびエネルギーの産生の目的で、栄養素を摂取し、同化し、利用する作用」(日本看護診断学会、2012)であるが、これらの情報が不足する原因として、人体の解剖生理や病態に対する知識の不足が考えられる。「組織の維持と修復」に関する情報を効率よく収集するには、「関連する臓器の解剖学的な特徴や生理的な機能、生化学のデータの読み方などの知識を活用」(古橋、2011)し、患者が抱える疾患から身体に現れる症状を予測して臨む必要がある。よって教員は、疾患名に基づく事前学習の段階から学生が患者の病態をどの程度理解し、必要とされる情報を予測し、かつ検査データの収集ができていないか確認・指導していく必要がある。

「ヘルスプロモーション」の項目では、患者本人の視点で表現された情報がほとんど得られていないことがわかった。記載された情報の多くは看護者側からみた表現になっており、主訴や入院目的について「歩行困難」、「精査」、「リハビリ (PT)」などと記載されていた。学生が実習に赴いた際は、看護記録からこれらの情報を書き写す傾向が強い。学生に限らず教員自身のヘルスプロモーションの定義に関する理解が曖昧だと、情報が正確であるか否かを吟味せずに、ただ記録に書かれた情報から解釈してしまう恐れがある。ヘルスプロモーションは「安寧状態または機能の正常性の自覚、およびその安寧状態または機能の正常性のコントロールの維持と強化のために用いられる方略」(日本看護診断学会、2012)とあるように、患者の「自覚」、つまり、患者が日頃から自身の健康をどのように考え、気を配っているかを明らかにするための項目である。そして「正常性のコントロールの維持と強化のために用いられる方略」は、言い換えると「健康管理の方法」(古橋、2011)である。これらの定義を十分に認識することで、患者の「自覚」や、患者自身による「健康管理の方法」を主体とする情報収集ができるようになると考えられる。教員は、学生がヘルスプロモーションの情報をまとめる際には患者本人が語った表現であるかどうかを確認し、繰り返し伝えていくことが必要である。

「知覚／認知」では、「人の情報処理システムに関する診断」を行い、主に五感や運動覚からの情報を認識したり、言語・非言語情報を発信したりできているのかをアセスメントする(古橋、2011)。これについても、五感に関する情報の無いことが指摘されたり、何らかの障害が「ある」「なし」で記載され、具体性に欠けていたりという状況がみられた。五感に関する情報不足の理由は、「情報の

認識」が患者の自覚症状に基づくものであり、外観からは窺い知ることのできない場合があるためと考えられる。「栄養」の項目で述べたのと同様に、情報収集に際しては、患者の身体症状を病態生理から予測すると同時に、発達段階による認知力の低下についても予測することが求められる。また文献データからの情報では内容に限界があるものの、障害の表現が具体性に欠ける理由は、客観的視点の不足とも関連すると思われ、実際の場面では各種スケール等を活用し誰が見ても理解できる客観的な評価について具体的に指導していく必要がある。

ここまで、情報不足の割合が高かった3点の項目について見てきた。文献事例をまとめるうえで必要な情報のピックアップが不足していたり、アセスメントを進めながらもその根拠となる情報の表記が曖昧だったり、という傾向があった。その理由として、教員自身がアセスメントについて系統的に学ぶ機会を得にくかった可能性が挙げられる。一般に大学教員には教授するための教員資格に類する取り決めが無い場合、学内の専任教員も含め、看護教育に携わるまでに様々な職歴や教育背景を持ち、実習指導について初体験の者も決して少なくはない。そのため「はじめに」で述べたような「新任看護教員の研修を含め、看護教員の経験等に応じた継続研修の充実に対する支援」（厚生労働省、2010）が不可欠である。これらの不足は、看護教員としての在り方について指導者間での共通認識を得たり、体系的に実習指導方法の学習をしたりする機会を減少させ、患者理解に向けた情報および収集の視点が不足する一因になると考えられる。

また、実習指導の方法を体系的に学習するうえで柱となるのは看護過程の習得であり、看護過程とは、観察、看護診断（看護問題）、目標・計画、実施、評価の5段階の思考過程である。その中でも「的確な看護診断を導く看護診断思考過程（患者観察→情報の整理→情報から解釈→総合→分析→統合→照合→看護診断名）」（戸沢 他、2003）には「科学的で論理的な思考能力や看護の視点を持った判断力、対象との人間関係形成能力（中略）、全体論的な統合能力が必要とされるため、初学者にとって理解は難しい。効果的な教育方法の継続的な検討が必要とされている。」（佐藤 他、2003）とされている。初学者である学生が必要な情報を収集できるよう導くためには、教員自身が看護診断思考過程を十分に理解し、自身の不足点を明らかにし克服していくことが重要である。

情報不足に対し意識が不足した他の理由として、看護過程の教育上の課題である「データベースから手がかりをつかみ問題点をあげることに学生の関心が向きやすく、対象の全人的な理解や人間的な関心が不十分になり易い」（佐藤 他、2003）ことが関与すると考えられる。今回の学習会では、事例展開の一連の流れの中で看護診断を導く試みも並行して行っていた。患者理解への情報収集の視点という多様で膨大な内容に比べると、看護診断は言葉として明確であり、あたかも「解答」のように「当てる」ことも不可能ではなく、そのぶん達成感も得られやすいと考えられる。しかしこれは、情報の客観的な検証を経ずに、当てはまりそうな診断名を選びだしていることを意味する。診断を導くための情報整理や解釈にこそ重点を置くべきであることを、再認識しなければならない。

## 6. おわりに

「基礎勉強会」の学習内容から、実習指導に最低限必要な「患者理解」を導くための情報収集に焦点を当て振り返り、指導上の課題が明らかになった。教員は日ごろから患者理解につながる情報収集の視点について学生指導しているが、自身がデータベースを整理し事例を提供したり、情報を解釈し

たりする際には、抜け落ちている内容が多くある現状に気づくことができた。特に「栄養」、「ヘルスプロモーション」、「知覚／認知」の項目での情報収集が十分でない傾向が伺えた。参加教員は現在も学びを継続しており、勉強会が教員の意識付けに大いに寄与したと評価できる。今後は、表1に示した情報収集の視点、内容を念頭に、一層の高い意識を以て事例検討を重ね、学生指導に活かせるような勉強会を継続したいと考える。

## 引用文献

古橋洋子：実践！看護診断を導く情報収集・アセスメント2nd（第2版第1刷）、p18、P29、P81、学研メディカル秀潤社、2011.

厚生労働省：平成17年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況、2005.<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/05/kekka1-3.html>（2013.1.7.5：58）

厚生労働省：今後の看護教員のあり方に関する検討会報告書、p7、2012.

三上れつ 他：ヘルスアセスメント、p13、南江堂、2011.

日本看護診断学会：NANDA-I看護診断 - 定義と分類2012-2014、医学書院、2012.

佐藤幸子 他：基礎看護領域における看護過程の教育方法 - 看護診断過程を中心に - 、山形保健医療研究 Vol.6、2003.

戸沢ゆみ子 他：看護診断ではじめてみえたこと、できたこと、月刊ナーシング Vol.23、No.7、2003.6.