

Title	基礎看護技術教育における実際の看護行為に関連づけた生活援助技術領域の指導法の検討
Author(s)	田中, 結華; 小笠原, 知枝; 久米, 弥寿子 他
Citation	大阪大学看護学雑誌. 1998, 4(1), p. 6-15
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56659
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

基礎看護技術教育における実際の看護行為に関連づけた 生活援助技術領域の指導法の検討

田中 結華*・小笠原 知枝*・久米 弥寿子*
辻 聡子*・阿曾 洋子*・松木 光子**

A STUDY OF TEACHING METHODS OF BASIC NURSING ART RELATED TO DAILY LIVING ACTIVITIES

Yuka Tanaka, Chie Ogasawara, Yasuko Kume, Satoko Tsuji, Yoko Aso, Mitsuko Matsuki

Abstract

The Purpose of this study was to determine effective teaching methods related to the practical education of basic nursing art specifically in the area of Daily Living Activities. The research was based on actual behavior from a sample of 80 experienced registered nurses in surgical and medical units.

The results are as follows :

1. The actual nursing techniques most frequently used in the clinically setting correlated closely with the basic nursing art that is currently taught in the university nursing curriculum.
2. Results from a cluster analysis on actual nursing behavior indicated two important techniques "basic nursing care for patients in critical condition" and "patient rights and informed consent".

These clusters show areas where more emphasis needs to be placed in the nursing education related to basic nursing art.

Keywords : basic nursing art, daily living activities, teaching method, actual nursing techniques

要 約

大学における科学的・実践的な基礎看護技術教育を行うために、実際の生活援助領域の看護行為について、内科・外科病棟の臨床経験5年以上の看護婦80名に質問紙調査した結果に関連づけて、生活援助技術の指導法を検討した。

- 1) 生活援助技術領域の看護行為は、臨床で高い頻度で実施され、おおむね基礎看護技術の指導範囲と一致しており、基本的技術である事が示唆された。
- 2) 臨床での生活援助の看護行為をクラスター分析した結果、「最も重症度の高い患者への基本的ニーズ援助」のクラスター「患者のプライバシー保護とインフォームドコンセント」のクラスター等が得られ、基礎看護技術での指導領域と異なっていた。

以上の結果から、生活援助技術の指導法として、基本的ニーズが高い重症患者のモデルを用いて、諸ニーズの分析やケア計画を立て、複数の生活援助技術を統合して行うシミュレーション学習法などが考えられた。また、患者の権利を重視する生活援助技術の指導を強化していく必要性も示唆された。

キーワード：基礎看護技術、生活援助技術、指導法、実際の看護行為

I. はじめに

看護とは、現にある、あるいは潜在する健康上の問題に対する人間の反応に働きかけるものである¹⁾。そして、看護介入が期待される人間の反応は、さまざまであるが、中でも、セルフケアの限界、および休息、睡眠、呼吸、循環、活動、栄養、排泄、皮膚、性、その他の領域における機能障害といった、生活行動に関するものは重要である。Johnsonはこの様な生活行動に直接働きかけ、生活環境を整えたり、身体の清潔を保つといった職務や諸活動を看護に従事するものだけが責任を持つ分野であると述べている²⁾。この様な分野で用いられる生活援助技術は、看護技術の中で治療処置技術とともに伝統的にその中心的な位置を占めてきた。今日では、疾病構造の変化に伴う入院患者の重症化や、高齢者の増加に伴って、ますます個々のニーズに応えるような生活援助技術が必要とされている。

生活援助技術は従来から、基礎看護技術教育でも重視されてきた領域である。その指導は、看護学概論で学んだ看護の本質、対象、看護の役割、看護理論などの概念を基礎知識として、学内の演習で初めて臨床ケアになぞらえた実践を行う³⁾。これは学生にとって初めての体験であり、実際の患者像およびその生活イメージの形成も意図しながら指導していく必要がある。

本学では4年制看護大学として、より科学的な判断能力や高度の実践能力を持つ看護専門職を育てることを目標としている。基礎看護技術での生活援助技術の授業で、基礎的な理論と実践能力を修得し、対象者のQOLに配慮した生活援助実践・応用能力を育成するものであることを期待している⁴⁾。

看護技術教育の構造の検討は、川島によるもの⁵⁾田島らによるもの⁶⁾、期待される到達度からみたもの^{7,8)}、チェックリスト的なものが中心⁹⁻¹¹⁾で、臨床での看護活動との関連性の検討は、「臨床での達成期待度」からの視点が多かった。その視点は、臨床側のスタッフの主観的認識や期待に基づくものであった。これらの検討は、指導項目や技術ごとの目標設定に有効であった。しかし技術を個別に取り上げるのみでは、実際の臨床場面の看護行為とは乖離するため、より専門性の高い指導を行うためには、臨床での看護ケアと関連づけた指導法を検討することが重要である。これは、臨床で行われるエキスパートナースの実践の中に患者のQOLを向上あるいは保持する技術のありようを学ぶことによって、指導の効果をあげるためである。

そこで、本研究は、エキスパートナースが行う生活援助技術領域の実践を分析することにより、生活援助技術の構造を明らかにし、大学におけるより科学的な判断能力や高度の実践能力の基礎となる看護技術教育の指導法の検討を目的としている。

II. 研究方法

(1) 被験者；1995年9～10月に実施された関西の看護協会指導者研修会の受講者130名。

(2) 質問紙の形成；基礎看護技術の教科書^{12,13)}や研究^{9,14)}、看護業務分類に関する研究¹⁵⁻¹⁹⁾などを基に作成した看護行動日録表を用い、当大学病院内科・外科病棟の臨床経験5～10年の経験豊富な看護婦6名を対象に、日勤の一日の看護行為を参加観察した。観察された様々な看護行為を検討し、生活援助技術領域の看護行為45項目を抽出し質問紙を作成した。これらの看護行為の実施頻度を、「毎日行う」「1週間に2～3回」「1週間に1回」「月に2～3回」「月に1回かそれ以下」「実施なし」の6段階で問う評定尺度とした。なお、信頼性については看護行為に関する全質問の信頼性係数を、 α 係数0.95によって確認した。

(3) 調査の実施；研修会の受講者に、調査の意図を説明した後、質問紙を配付しその場で回収した。

(4) 分析；単純集計の他、各看護行為の実施頻度を、「毎日行う」「1週間に2～3回」「1週間に1回」「月に2～3回」「月に1回かそれ以下」「実施なし」の6段階で、5点から0点に点数化し、集計及びクラスター分析を行った。なお、分析は統計ソフトウェアSPSSを用いた。

III. 結果

対象者130名中、130名の回答を得た。基礎看護技術教育内容の検討のため、外科、内科、又はこれらの混合病棟のスタッフ及び主任(副婦長)計80名(被験者の61.5%)を分析の対象者とした。

1. 被験者のプロフィール(表1)

性別は女性が80名(100%)であった。平均年齢は34.8±6.4歳で、26～50歳までの範囲であった。看護職の経験は平均12.7±5.8年で、5～25年の範囲であった。現在の職場は外科系が39名(48.8%)と最も多く、次いで内科系29名(36.3%)、外科系と内科系の混合病棟が12名(15.0%)の順に多かった。

表1 被験者のプロフィール

n=80		
項目	人数	(%)
性別		
女性	80	(100.0)
年齢		
20歳代	19	(23.8)
30歳代	39	(48.8)
40歳代以上	22	(27.5)
看護職の経験年数		
5～9年	30	(37.5)
10～14年	20	(25.0)
15年以上	29	(36.3)
現在の職場		
外科系病棟	39	(48.8)
内科系病棟	29	(36.3)
混合病棟	12	(15.0)
臨床指導経験		
あり	54	(67.5)
5年未満	39	(48.8)
5年以上	12	(15.0)
なし	26	(32.5)

2. 臨床看護婦の生活援助技術領域の看護行為

(1) 実施頻度

生活援助技術に関する45行為の実施頻度の回答は、表2に示すとおりであった。実施頻度「毎日」が50%以上の看護行為は、「室内気候調整」「ケア時スクリーン」「車椅子移動」「清拭」「体位変換」「褥瘡予防/安楽物品貼用」「ベッド高さ・柵・ギャッジ調整」「離床援助」「配・下膳の援助」「患者・家族に説明」などの14項目(全項目の31.1%)であった。さらに、「毎日」と「1週間に2～3回」の両者で、50%をこえる項目は30項目(全項目の66.7%)であった。「なし」の項目が30%以上であったのは、「離被架等圧迫除去」「経管栄養」「ストーマのケア」「死後の処置」の4項目だったが、その内、「1週間に2～3回」以上の回答が0であったのは、「死後の処置」だけであった。

(2) 各看護行為の実施頻度の平均点

以上の回答を元に、実施頻度の平均点(以下、平均実施頻度)を算出した結果を、表3に示した。平均点が高い上位5項目は、「配・下膳の援助」、「体位変換」、「ケア時スクリーン」、「ベッドの操作」、「患者・家族に説明」で、平均実施頻度4.0以上の項目は13項目あった。以下、平

均実施頻度が3.5～4.0未満の看護行為が12項目あり、3.0～3.5未満の行為が7項目、2.0未満の項目は3項目(6.7%)で、下位の行為から順に、「死後の処置」、「ストーマのケア」、「離被架等による圧迫の除去」であった。実施頻度が高いと見られる3.5以上の「かなり実施している」看護行為は全部で25項目(全項目の55.6%)あった。

(3) 指導領域別に見た実施頻度

これらの各項目を、本学の平均実施頻度の教授枠組み(表4)に基づき、実施頻度を指導領域によって6領域に分類したところ、図1に示すように、45項目のうち、42項目(93.3%)がいずれかの領域に分類された。領域別に平均実施頻度3.5以上の項目をみると、次のとおりであった。

①生活環境領域；「ケア時スクリーン開閉」「ベッドの操作」「室内気候調整」「病室の整理整頓」「ベッドの整頓」「その他の整頓」の6項目。

②清潔領域；「清拭」「寝衣交換」「洗面・口腔の清潔」「含嗽援助」「陰部洗浄」の5項目。

③活動・休息領域；「車イス移動援助」「体位変換」「離床援助」「ベッドによる移動」「歩行介助」「散歩・運動の援助」の6項目。

④排泄領域では、「おむつの交換」「便尿器による床上排泄援助」「ポータブルトイレの排泄援助」の3項目。

⑤食生活領域；「配・下膳援助」「飲水援助」「食事摂取援助」の3項目。

⑥安全・安楽領域；「褥瘡予防の安楽物品貼用」の1項目。

⑦いずれの領域にも分類できない項目では、「嘔吐時の援助」、「死後の処置」があり、併せて3項目であった。

(4) クラスター分析による看護行為の構成

次に、生活援助技術領域45行為を検討するために、クラスター分析を試みた(図2)。その結果、生活環境整備に関する援助の第1クラスター(室内気候調整、病室の整理整頓、その他の整理整頓、ベッドの整頓の4項目)、患者の日常の社会生活に関する生活援助の第2クラスター(手浴、足浴、ひげ剃り、洗髪、結髪・髪の手入れ、入浴・シャワー浴介助、散歩・運動への援助等13項目)、重症度の高い(セルフケアができない)患者への基本的ニーズ援助の第3クラスター(歩行介助、車椅子での移動、便尿器による床上排泄援助、体位変換、配膳・下膳の援助、おむつ交換、ベッドの操作、寝衣交換、清拭、離床の援助、ベッドでの移動、褥瘡予防・安楽物品貼用等14項目)、患者のプライバシー保護とインフォームドコンセントの第4クラスター(ケア時スクリーン開閉、

表2 臨床場面での生活援助技術領域の看護行為実施頻度

項目	n=80								
	なし (%)	月1回以下 (%)	月2-3回 (%)	1週間に1回 (%)	1週間に2-3回 (%)	毎日 (%)	合計 (%)		
ベッドの整頓	6 (7.5)	4 (5.0)	6 (7.5)	9 (11.3)	23 (28.8)	31 (38.8)	79 (98.8)		
寝衣交換	3 (3.8)	0 (0.0)	5 (6.3)	5 (6.3)	33 (41.3)	33 (41.3)	79 (98.8)		
リネンチェンジ	3 (3.8)	4 (5.0)	6 (7.5)	30 (37.5)	27 (33.8)	10 (12.5)	80 (100.0)		
室内気候調整	3 (3.8)	6 (7.5)	4 (5.0)	5 (6.3)	18 (22.5)	42 (52.5)	78 (97.5)		
病室の整理整頓	5 (6.3)	3 (3.8)	4 (5.0)	12 (15.0)	18 (22.5)	37 (46.3)	79 (98.8)		
その他の整頓	3 (3.8)	5 (6.3)	9 (11.3)	18 (22.5)	17 (21.3)	27 (33.8)	79 (98.8)		
ケア時スクリーン	3 (3.8)	1 (1.3)	1 (1.3)	1 (1.3)	14 (17.5)	60 (75.0)	80 (100.0)		
洗濯物の処理	15 (18.8)	8 (10.0)	9 (11.3)	5 (6.3)	23 (28.8)	19 (23.8)	79 (98.8)		
歩行介助	3 (3.8)	3 (3.8)	8 (10.0)	6 (7.5)	23 (28.8)	36 (45.0)	79 (98.8)		
車椅子移動	2 (2.5)	1 (1.3)	5 (6.3)	2 (2.5)	23 (28.8)	47 (58.8)	80 (100.0)		
ベッドによる移動	2 (2.5)	4 (5.0)	5 (6.3)	5 (6.3)	29 (36.3)	34 (42.5)	79 (98.8)		
洗髪	6 (7.5)	5 (6.3)	11 (13.8)	22 (27.5)	27 (33.8)	9 (11.3)	80 (100.0)		
清拭	3 (3.8)	1 (1.3)	4 (5.0)	1 (1.3)	26 (32.5)	45 (56.3)	80 (100.0)		
結髪・髪の手入れ	4 (5.0)	6 (7.5)	12 (15.0)	14 (17.5)	22 (27.5)	20 (25.0)	78 (97.5)		
洗面・口腔清潔援助	5 (6.3)	2 (2.5)	5 (6.3)	9 (11.3)	18 (22.5)	39 (48.8)	78 (97.5)		
ひげ剃り	11 (13.8)	16 (20.0)	15 (18.8)	14 (17.5)	17 (21.3)	7 (8.8)	80 (100.0)		
陰部洗浄	5 (6.3)	4 (5.0)	9 (11.3)	13 (16.3)	21 (26.3)	28 (35.0)	80 (100.0)		
手浴	6 (7.5)	10 (12.5)	20 (25.0)	16 (20.0)	19 (23.8)	8 (10.0)	79 (98.8)		
足浴	5 (6.3)	5 (6.3)	18 (22.5)	19 (23.8)	23 (28.8)	10 (12.5)	80 (100.0)		
シャワー浴・入浴介助	7 (8.8)	14 (17.5)	12 (15.0)	22 (27.5)	21 (26.3)	4 (5.0)	80 (100.0)		
体位変換	3 (3.8)	1 (1.3)	1 (1.3)	4 (5.0)	5 (6.3)	64 (80.0)	78 (97.5)		
褥瘡予防・安楽物品貼用	2 (2.5)	4 (5.0)	2 (2.5)	6 (7.5)	12 (15.0)	46 (57.5)	72 (90.0)		
ベッドの操作	3 (3.8)	0 (0.0)	4 (5.0)	2 (2.5)	11 (13.8)	60 (75.0)	80 (100.0)		
抑制・固定	13 (16.3)	14 (17.5)	16 (20.0)	10 (12.5)	10 (12.5)	17 (21.3)	80 (100.0)		
離床援助	3 (3.8)	0 (0.0)	6 (7.5)	7 (8.8)	18 (22.5)	45 (56.3)	79 (98.8)		
離床架等圧迫除去	29 (36.3)	22 (27.5)	6 (7.5)	4 (5.0)	4 (5.0)	15 (18.8)	80 (100.0)		
自動・他動運動援助	11 (13.8)	6 (7.5)	5 (6.3)	7 (8.8)	21 (26.3)	30 (37.5)	80 (100.0)		
背・腹部マッサージ	7 (8.8)	7 (8.8)	6 (7.5)	10 (12.5)	23 (28.8)	25 (31.3)	78 (97.5)		
散歩・運動援助	5 (6.3)	5 (6.3)	11 (13.8)	8 (10.0)	22 (27.5)	27 (33.8)	78 (97.5)		
含嗽援助	3 (3.8)	4 (5.0)	11 (13.8)	6 (7.5)	18 (22.5)	36 (45.0)	78 (97.5)		
飲水援助	3 (3.8)	3 (3.8)	8 (10.0)	10 (12.5)	14 (17.5)	41 (51.3)	79 (98.8)		
配膳・下膳援助	3 (3.8)	0 (0.0)	1 (1.3)	1 (1.3)	12 (15.0)	61 (76.3)	78 (97.5)		
食事摂取介助	7 (8.8)	1 (1.3)	5 (6.3)	8 (10.0)	24 (30.0)	34 (42.5)	79 (98.8)		
経管栄養	26 (32.5)	15 (18.8)	2 (2.5)	5 (6.3)	7 (8.8)	24 (30.0)	79 (98.8)		
床上排泄援助(尿・便器)	4 (5.0)	0 (0.0)	6 (7.5)	2 (2.5)	20 (25.0)	46 (57.5)	78 (97.5)		
おむつの交換	3 (3.8)	2 (2.5)	1 (1.3)	5 (6.3)	18 (22.5)	50 (62.5)	79 (98.8)		
カテーテル援助	5 (6.3)	1 (1.3)	6 (7.5)	6 (7.5)	20 (25.0)	41 (51.3)	79 (98.8)		
導尿	10 (12.5)	21 (26.3)	19 (23.8)	13 (16.3)	11 (13.8)	4 (5.0)	78 (97.5)		
腸管蠕動促進	9 (11.3)	12 (15.0)	16 (20.0)	15 (18.8)	13 (16.3)	13 (16.3)	78 (97.5)		
浣腸・下剤処置	2 (2.5)	4 (5.0)	13 (16.3)	18 (22.5)	25 (31.3)	15 (18.8)	77 (96.3)		
排便	9 (11.3)	18 (22.5)	20 (25.0)	16 (20.0)	13 (16.3)	2 (2.5)	78 (97.5)		
ストーマのケア	44 (55.0)	16 (20.0)	9 (11.3)	1 (1.3)	2 (2.5)	6 (7.5)	78 (97.5)		
嘔吐時の援助	4 (5.0)	17 (21.3)	22 (27.5)	13 (16.3)	14 (17.5)	9 (11.3)	79 (98.8)		
死後の処置	24 (30.0)	42 (52.5)	12 (15.0)	1 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	79 (98.8)		
患者・家族に説明	2 (2.5)	1 (1.3)	7 (8.8)	4 (5.0)	6 (7.5)	57 (71.3)	77 (96.3)		

患者・家族に説明の2項目)が大きなまとまりとして見られた。なお、各クラスターの信頼性係数は α 係数の算出により確認した。(第1クラスター;0.82、第2クラス

ター;0.94、第3クラスター;0.95、第4クラスターは2項目のため算出せず)

表3 生活援助領域看護行為実施頻度の平均値

項目	平均値
配膳・下膳援助	4.59 ± 1.06
体位変換	4.55 ± 1.17
ケア時スクリーン	4.52 ± 1.12
ベッド操作	4.48 ± 1.17
患者・家族に説明	4.36 ± 1.26
おむつの交換	4.32 ± 1.23
車椅子移動	4.30 ± 1.14
清拭	4.26 ± 1.20
褥瘡予防・安楽物品貼用	4.22 ± 1.32
床上排泄援助(尿・便器)	4.21 ± 1.31
離床援助	4.18 ± 1.25
寝衣交換	4.08 ± 1.16
ポータブルトイレ援助	4.00 ± 1.43
ベッドによる移動	3.99 ± 1.28
室内気候調整	3.99 ± 1.46
飲水援助	3.92 ± 1.42
洗面・口腔清潔援助	3.92 ± 1.47
歩行介助	3.91 ± 1.38
病室の整理整頓	3.85 ± 1.48
食事摂取介助	3.81 ± 1.52
含嗽援助	3.79 ± 1.47
ベッドの整頓	3.67 ± 1.55
陰部洗浄	3.56 ± 1.50
その他の整頓	3.54 ± 1.42
散歩・運動援助	3.51 ± 1.55
背・腹部マッサージ	3.41 ± 1.64
自動・他動運動援助	3.39 ± 1.80
浣腸・下剤処置	3.36 ± 1.27
結髪・髪の手入れ	3.33 ± 1.47
リネンチェンジ	3.30 ± 1.17
洗髪	3.08 ± 1.37
足浴	3.00 ± 1.36
洗濯物の処理	2.89 ± 1.87
手浴	2.71 ± 1.42
腸管蠕動促進	2.64 ± 1.61
シャワー浴・入浴介助	2.60 ± 1.40
嘔吐時の援助	2.54 ± 1.43
抑制・固定	2.51 ± 1.77
ひげ剃り	2.39 ± 1.56
経管栄養	2.30 ± 2.15
摘便	2.15 ± 1.34
導尿	2.08 ± 1.41
離床架等圧迫除去	1.71 ± 1.90
ストーマのケア	0.96 ± 1.49
死後の処置	0.87 ± 0.70

表4 本学の基礎看護技術の教授枠組み

問題解決 技術	情報収集技術		領域(時間)	小項目	講義内容	(時間)	演習項目	(時間)							
	臨床判断技術	カンセリング													
人間関係 技術	教育指導														
	生活援助技術・治療処置援助技術														
安全・安楽										(12)	日常生活の安全・安楽	日常生活の安全・安楽	(2)	内科的手洗い	(4)
治療面の "											治療面の安全・安楽	治療面の安全・安楽	(2)	減菌・消毒物品の	
感染予防											感染予防、滅菌、消毒	感染予防、滅菌、消毒	(4)	の取り扱い	
											院内感染			ガウンケニク	
生活環境										(40)	生活環境の整備	生活環境、室内気候	(4)	病床環境の整備	
											病床環境	病床環境		ベッドメイキング	(8)
											食事環境の整備			リネンチェンジ	(8)
											排泄環境の整備				
											治療環境の整備	診察・検査の介助		診察・検査の介助	
												薬物療法	(4)	内服・座薬	(4)
														注射	(8)
														(皮内・皮下・筋肉)	
												包帯法		各種包帯	(4)
体温、脈拍、呼吸										(8)	観察・バイタルサイン	観察・バイタルサイン		T,P,RR測定	
		電法	電法	(2)	温電法										
		酸素吸入	酸素吸入	(1)	冷電法	(4)									
					鼻腔カヌラ	(1)									
ボディメカニクス	(8)	移動	ボディメカニクス		移動動作	(2)									
		体位	移動動作	(2)	移動動作	(2)									
			体位変換		体位変換	(4)									
					安楽な体位	(1)									
活動・休息	(8)	運動と活動への援助	運動と活動	(4)	運動と活動への援助	(4)									
		睡眠への援助	休息と睡眠												
		車椅子への移乗			車椅子への移乗										
		歩行の介助			歩行の介助										
清潔	(20)	衣服の清潔	衣服の清潔	(4)	寝衣交換	(2)									
		身体清潔への援助	身体清潔への援助		洗面	(1)									
					洗髪	(4)									
					入浴・シャワー	(1)									
					清拭・足浴	(6)									
					陰部・臀部	(2)									
食生活	(8)	食事への援助	食事と栄養	(4)	食事の援助	(4)									
排泄	(12)	排泄への援助	排泄への援助	(4)	便・尿器による援助	(4)									
		浣腸	浣腸		ゲリリ浣腸	(2)									
		導尿	導尿		一時的導尿	(2)									

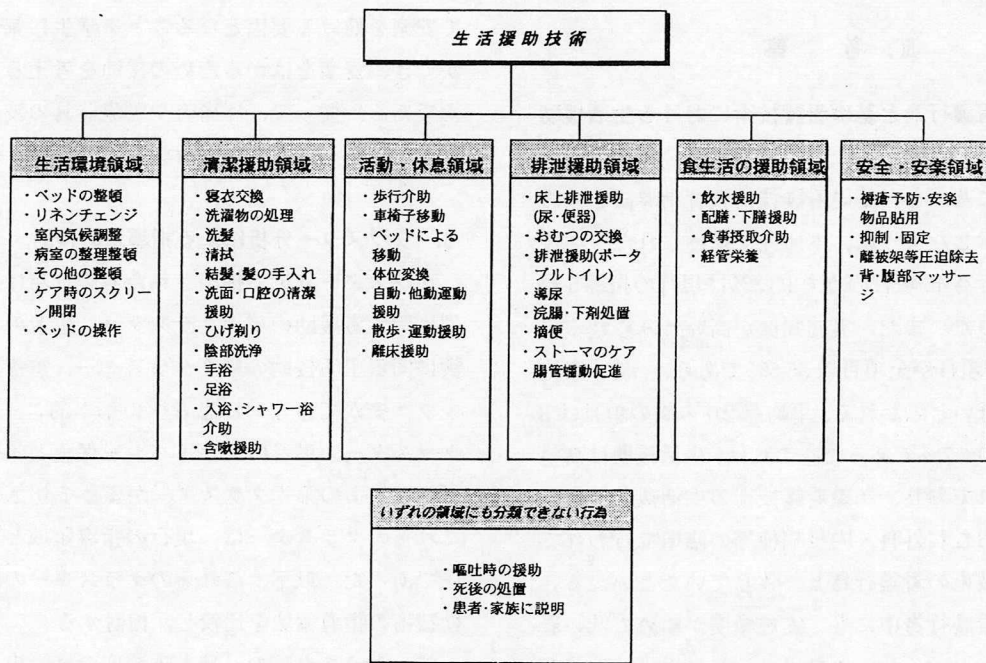


図1 基礎看護技術における生活援助指導領域と臨床での看護行為との対応

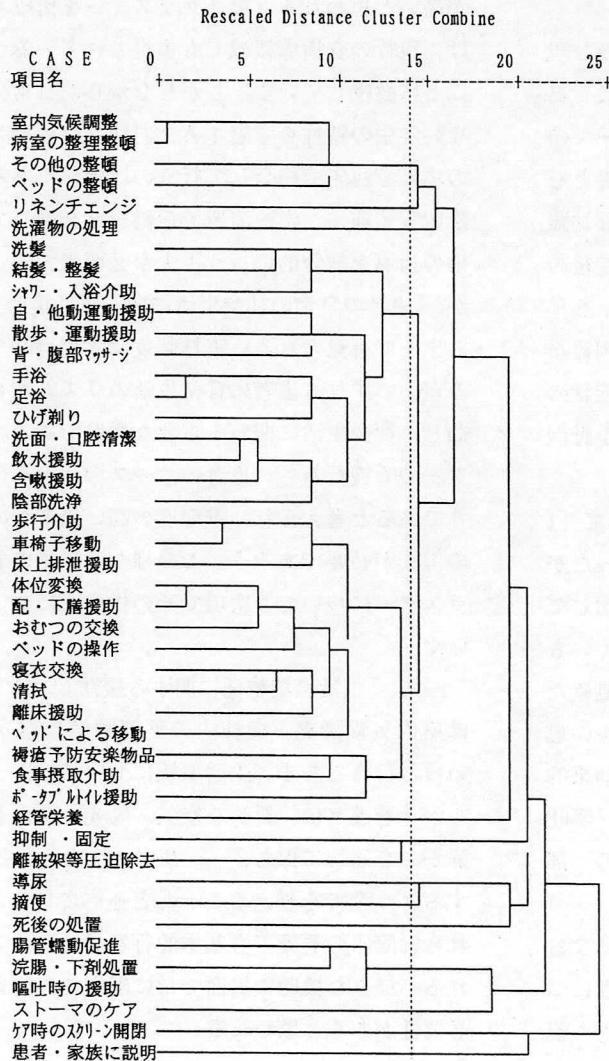


図2 看護行為のクラスター分析による樹状図

Ⅲ. 考 察

1. 臨床での看護行為と基礎看護技術における生活援助指導領域との比較

前述の結果に基づき、基礎看護技術教育指導法を検討した。図1で示したように、本研究で挙げられた生活援助技術の看護行為45項目のうち93.3%は現行の指導6領域の範疇にあった。また、実施頻度が高いとみられる平均点3.5以上の項目が全項目の55.6%であり、一方、実施頻度が極めて低いと思われる、平均点2.0未満の項目は3項目で全項目の6.7%であった。これは、生活援助は高い頻度で実施されており、基礎看護技術の生活援助技術の指導範囲はおおむね外科・内科病棟等の臨床で行われている生活援助技術の看護行為と一致していたといえる。しかし、その看護行為中にも、実施頻度が極めて低い看護行為が見られた。それらの項目は、基礎看護技術で教授する必要性の有無という見地から、次項で検討する。

2. 臨床で実施頻度が低い看護行為に関する指導

実施頻度の2.0未満であった「ストーマのケア」及び現行の指導領域に含まれない「嘔吐時の援助」の看護行為も、重要な看護技術と考えられる。しかし、「ストーマのケア」は人工肛門を持つ患者を対象とし、その基礎となる疾患の病態や、排便・皮膚のケアには、応用的な知識や技術を必要とし、ボディイメージへの援助、退院後の日常生活への適応など、看護技術としては高度で、2年次に初めて看護技術を学習する学生にとっては、困難なレベルである。また、「嘔吐時の処置」も同時に、症状の背景にある病態を理解して学習する必要がある。小野沢の調査¹⁷⁾でも成人看護技術として分類している。

「死後の処置」は、人生の終末を看取る技術として「1週間に2～3回」以上の回答が0と、頻度は低かったが重要な技術である。奥宮は基礎看護技術として分類している¹⁴⁾が、学生にとってはもっともイメージしにくいものの一つであろう。終末期への援助は、ただ単に処置だけ取り上げて指導するよりは、むしろ、ターミナルの患者・家族への援助等に、関連づけて学習する方が効果的であると考えられる。従って、「ストーマのケア」「嘔吐時の処置」「死後の処置」の3項目は、臨床看護学の一部として指導する方が望ましいと思われる。

一方、他の実施頻度の低い項目では、「離被架等による圧迫の除去」が見られた。臨床での実施頻度の低さについては、最近の室温等の病室環境の改善や、掛け物の軽量化の影響があると思われる。しかし、圧迫が患者にとつ

て安楽を妨げる要因となることを学生に気づかせることができ、安楽をはかるための援助を考える上で重要な技術である。従って、疼痛時や医療器具の装着時の安全・安楽をはかる援助として指導項目に必要である。

3. クラスタ分析による指導法の検討

クラスタ分析で抽出された看護行為は、生活環境整備に関する援助の第1クラスタ、患者の日常の社会生活に関する生活援助の第2クラスタ、重症度の高い（セルフケアができない）患者への基本的ニーズ援助の第3クラスタ、患者のプライバシー保護とインフォームドコンセントの第4クラスタがまとまりとしてみられた。これらのクラスタは、現行の指導領域とは異なった構成であった。以下、これらのクラスタの構成と生活援助技術の指導領域を比較し、検討する。

第3クラスタの「最も重症度の高い患者への基本的ニーズ援助」を構成する看護行為は、ほとんどが実施頻度3.5以上で、臨床では一連の生活援助技術として重要度が高いと思われる。第3クラスタを構成する看護技術は、現行の6指導領域でも重視されているが、指導領域ごとに教授している。しかしながら、日常生活経験の少ない学生の特性を考慮すると、別々に教授されたこれらの項目を臨床で総合して行うのは困難があると思われ、臨床実習前に、学内演習で症例などを通して生活援助技術の指導を総合的に行う工夫が必要である。同様のことが、「患者の日常の社会生活に関する生活援助」の第2クラスタでも見られる。実施頻度は平均点2～3点台であるが、いずれも患者に日常生活のリズムがもてるよう援助し、社会生活に関わる重要な援助である。このクラスタの看護行為も、患者のニーズのレベルによるまとまりであると考えられ、重症度の高い患者への援助と同様の工夫が必要であろう。この様な臨床での看護行為のクラスタについて、次項でその指導法について考察していく。

一方、「生活環境整備に関する援助」の第1クラスタは室内気候調整、病棟内の整理整頓やベッドの整頓といった行為である。生活環境については、ナイチンゲールが「看護とは、新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静かさを適切に保ち、……患者の生命力の消耗を最小にするよう全てを整えること」と述べているように²¹⁾、これらは臨床の看護でも基本的行為群になっていると思われる。様々な援助の場面で常に配慮できるよう指導する必要があると思われる。

最後に、「患者のプライバシー保護とインフォームドコ

ンセント」の第4クラスターは高頻度で実施され、生活援助技術を行う際に重要視していることが示唆された。この点については、5. 患者の権利を配慮した技術指導法、において検討を加える。

4. 患者のニーズのレベルごとの生活援助シミュレーションの工夫

前項の、臨床看護場面における、患者のニーズのレベル別の看護のまとめりは、現行の基礎看護技術の指導方法(図1、表2)とは一致しておらず、おそらく学生が臨床での実習時に困難を感じる点の一つであろう。この点を改善するために、患者のニーズのレベル別に、様々な事例を取り上げて、生活上のニーズを分析し、生活援助を包括的に計画させるシミュレーション学習が効果的と考えられる。2年次の学生では、あまり病態の学習が進んでいないので、複雑な疾病や病態を背景にした生活上のニーズを考えることは困難である。しかし、臨床場面への早期曝露を生かし、そのときの症例を取り上げて、いくつかの統合した生活援助を展開してみることは可能ではないだろうか。また、指導法の一つとして、様々な視聴覚教材を取り入れ、患者の生活上のニーズを分析し、日常生活上の援助をシミュレーションして学習する方法も考えられる。さらに、看護過程を用いて生活援助技術を展開させることによって、問題解決型のトレーニングも可能であると考えられる。

植村は、日本の伝統的教育法である、初歩的な事項から段々に高度の知識や理論を教えていく方法である「積み上げ方式」について、着実な学習効果が期待でき、教師にとって便利で教えやすいという長所を挙げている²⁹⁾。しかし、植村はこの方式について、教師の一方的ニードに立脚した(従って学生の学習意欲を湧かさない)知識や技術の詰め込みとパターン化された問題解決能力の学習に終始するという欠点も挙げていることに留意したい。一方、学生の学習を動機づける方法として一般的に発見学習方式が勧められる。従来の看護技術学習を振り返ると、積み上げ方式による指導が大部分であった。しかし、学生の動機付けや判断能力の育成には、発見学習方式や問題解決学習を技術教育に用いることが必要である。

以上から、大学教育における具体的な指導方法として、ある程度単純化され、かつ現実的な生活援助上の看護問題を提示して、解決方法をシミュレートさせる等を繰り返してトレーニングする方法が考えられる。反面、発見学習方式による技術指導は学生のペースで進められ、時間がかかり、学生の評価を適切にしないと学習効果が半減

する恐れもある。このような諸点を配慮して、積み上げ方式学習、シミュレーション学習、発見学習を組み合わせ、学生の能力を積極的に引き出すことが必要であろう。

看護技術教育に際して学生のレディネスや看護に対する考え方も考慮する必要がある。正村は、「実習指導を行う中で、学生が日常生活の援助を見落とししたり、日常生活の援助を実施しながら看護しているという自覚がなかったり、生活指導が主な看護である患者には何もすることがないと戸惑ったりしているのは、看護学生に「日常生活の援助」が看護観として定着していないためである」としている²⁹⁾。さらに、「健康のあらゆるレベルにある人を対象に『日常生活の援助』を基盤に据えて看護が実践できるためには、看護とは生活過程を整えることや、生活過程を整えることの意味付けができること、すなわち『看護とは』『健康とは』『生活とは』の連関が十分理解できるような教育方法の検討が必要である」と述べている。正村が述べたような、「日常生活の援助」が学生の看護観の中に定着しない要因の一つに、患者の生活上のニーズの分析が十分でないことに注目するならば、様々なニーズのレベルのモデルを対象に、ニーズの分析及びケアプランを立てることを通して、看護と生活の関わりを学習する方法も挙げられる。

5. 患者の権利を配慮した技術指導法

看護は医療・保健サービスの一部であり、人の体に触れ、そのプライベートな情報を扱うため、患者の権利や法的な義務と言った倫理的・法的問題と常に直面している。抑制の問題は、私たち看護専門家が直面する生活援助上の最も倫理・法的問題を考えさせる援助の一つであろう。その頻度は、平均順位で見れば低いが、「毎日」と答えている病棟は21.3%にのぼり、ある意味で日常的に行われていると言える。その一方、生活援助上の「看護行為の患者・家族への説明」は、71.3%の対象者が「毎日」行っていると答えている。本研究では頻度のみを問い、その内容は明らかではないが、生活援助の説明は、治療処置技術よりは侵襲が少ない行為が多く、かつ「身の回りの世話」に類する行為が多いため、患者・家族にとっては表面的には説明しやすく、理解されやすいだろう。米国看護婦協会が発表した臨床看護実践の基準(1991)では、「ケアの基準」として発表しているほとんどの基準にクライアントの参加が望ましいとうたっている²⁹⁾。専門家として、健康問題と結びつけて、どう判断していかなるケアを行い、それについてどう評価してい

るのかを、患者・家族に十分説明できることは、重要な技術であると言える。これらの説明は、一方で患者教育や退院後の生活指導にも展開可能な技術である。

また、ケア実施時のスクリーンは基礎的と言うよりむしろ、看護の基本とも言うべき行為である。この行為も75.0%の回答者が毎日実施している。以上のことから、基礎看護教育では、患者の権利に対して、いっそう強調していくべきであると考えられる。米国では、患者の権利章典(American Hospital Association, 1973)によって、患者の権利と病院及びスタッフの責任について明確に述べている。我が国では、患者の権利に対する擁護や、専門家としての倫理・法的責任を十分に配慮した看護技術のあり方の検討は、未だ十分ではない。しかし、これからは、看護技術教育に積極的にこれを取り入れて行く必要があるだろう。基礎看護学では、看護学概論の一部として学ぶ看護の倫理を基礎として、基礎看護技術でどのように技術として展開するかが今後の課題である。

6. まとめ

大学における科学的・実践的な基礎看護技術教育を行うために、臨床で実際に行われている生活援助技術について内科・外科の看護婦80名に質問紙調査した結果に関連づけて生活援助技術の指導法を検討した。その結果、以下のような示唆が得られた。

1. 生活援助技術の範囲にある看護行為は、内科・外科の一般病棟で高い頻度で実施され、各病棟で共通した基本的技術である事が示唆された。また、臨床での生活援助技術は、おおむね基礎看護技術の指導範囲と一致していた。

2. 臨床での実施頻度が低い「ストーマのケア」「嘔吐時の処置」「死後の処置」は、臨床看護学で指導するほうが高い学習効果が望めると考えられる。一方、「離被架等による圧迫の除去」は実施頻度が低かったが、これらの項目は、基礎看護技術で指導に含めても良いと考えられる。

3. クラスタ分析によって得られた臨床での生活援助の看護行為は、基礎看護技術での指導領域と異なり、「最も重症度の高い患者への基本的ニーズ援助」のクラスター、「患者の日常の社会生活に関わる生活援助」のクラスター、「生活環境整備に関する援助」のクラスター、「患者のプライバシー保護とインフォームドコンセント」のクラスターという構成であった。

4. 3で明らかになった臨床での生活援助の看護行為と関連づけた基礎看護技術の指導法として、生活援助技術

にもレベルの異なるニーズをもつ患者の様々なモデルを用いて、ニーズの分析やケアプランを立て、いくつかの技術を統合して行うシミュレーション学習法などが考えられた。

5. 同様に、「患者のプライバシー保護とインフォームドコンセント」に関する看護行為は、今日の患者の権利を重視する社会的背景から重要性を増しており、生活援助技術の指導の中でも、強化していく必要がある。

本研究の今後の課題は、より具体的な指導法を開発していくことであり、今回の結果に加えて実際の生活援助技術の質的な部分と比較検討し、その結果を総合して検討することが必要である。

IV. 謝 辞

最後に、本研究を実施するにあたり、調査にご協力下さいました大学病院の看護婦の皆様および研修会受講者の皆様、看護協会の皆様に深謝いたします。

(本研究は、平成7年度文部省科学研究費補助金(基盤研究C)07672523による研究の一部である)

【引用文献】

- 1) アメリカ看護婦協会：看護の社会的役割に関する方針説明書，1989，小玉香津子他訳，看護の定義と概念（第2版），p131 - 136，日本看護協会出版会，1980。
- 2) D. E. Johnson：看護の哲学，1974，看護の本質，稲田八重子他訳，現代社，p60 - 61，1959。
- 3) 阿曾洋子：「生活援助技術」「治療関連技術」の授業計画と指導，Quality Nursing, 2 (4), p296 - 303, 1996。
- 4) 松木光子：「基礎看護学」の構成とその理念，Quality Nursing, 2 (4), p274 - 280, 1996。
- 5) 川島みどり：看護基礎技術教育の現状と問題点，看護教育, 25 (8), p467 - 473, 1984。
- 6) 田島桂子他：基礎看護技術の教育の見直しとこれからの方向，看護教育, 25 (8), p475 - 484, 1984。
- 7) 川崎佳代子他：看護基礎教育において教授する技術項目の検討 - 基礎・成人・小児・母性，日本看護科学学会誌, 9 (3), p88 - 83, 1989。
- 8) 金子昌子他：卒業時における基礎看護技術到達度の研究 - 看護技術習得のための継続教育の方向性，日本看護科学学会誌, 9 (30), p92 - 93, 1989。
- 9) 平岡恵子他：臨床実習における基礎看護技術の認定項目に関する検討，第20回日本看護学会（看護教育）集録集, p18 - 21, 1989。
- 10) 田川則子：新カリキュラム卒業生の実態と課題，看護管理, 4 (1), p4 - 10, 1994。
- 11) ニツ森栄子：臨床側とともに考える基礎看護技術到達度，看護教育, 34 (9), p661 - 668, 1993。
- 12) 氏家幸子他：基礎看護技術 I・II（第2版），医学書院，1994。
- 13) 薄井担子他：系統看護学講座専門2 基礎看護学〔2〕基礎看

- 護技術, 医学書院, 1997.
- 14) 奥宮暁子他: 看護基礎教育において必要とされる基礎技術項目の検討-教員と看護婦の調査から, 第20回日本看護学会(看護教育)集録集, p15 - 17, 1989.
 - 15) 竹縄直子他: 看護業務比較-昭和51年と昭和62年の調査から, 第19回日本看護学会(看護管理)集録集, p32 - 34, 1988.
 - 16) 越河六郎: 今日の看護業務の変容と看護業務のとらえ方, 看護展望, 4 (3), p193 - 200, 1979.
 - 17) 越河六郎: 総合病院における病棟看護業務の労働科学的分析(1) 調査の概要と結果分析表, 労働科学, 63 (11), p543 - 595, 1987.
 - 18) 前田マスヨ: 短期・長期入院患者に対する看護業務-質と量の差異に関する研究より, 看護管理, 4 (5), p322 - 333, 1994.
 - 19) 加藤光子他: リハビリテーション病棟における看護業務分析, 第12回日本看護学会(看護管理)集録集, p174 - 177, 1981.
 - 20) 小野沢康子: 基礎看護技術教育のあり方(その2) 成人看護技術, 看護教育, 32 (2), p79 - 84, 1991.
 - 21) F. Nightingale: 看護覚え書, 1860, 薄井担子他訳, ナインゲール著作集第1巻(第2版), p139 - 369, 現代社, 1975.
 - 22) 植村研一: 効果的医療人教育の展開, 看護研究, 26 (7), p43 - 448, 1993.
 - 23) 正村容子: 看護学生の「日常生活の援助」の位置づけに関する研究, 看護, 48 (9), p193 - 202, 1996.
 - 24) A. Lind: 倫理的・法的问题, 藤村龍子他監訳, 1996, 基礎看護科学, p26 - 46, 医学書院, 1992.
 - 25) アメリカ看護婦協会: 看護の基準・臨床看護実践の基準, 1993, 小玉香津子訳, インターナショナルナーシングレビュー, 16 (2), p45 - 57, 1993.

【参考文献】

- ・小笠原知枝, 松木光子, 阿曾洋子, 田中結華他: 基礎看護学における看護技術の指導法に関する研究, 平成7~8年度科学研究費補助金(基盤研究C)研究成果報告書, p57 - 92, 1997.