



Title	基礎看護学における看護技術の指導法の検討：問題 解決技術領域の指導法
Author(s)	久米，弥寿子；小笠原，知枝；田中，結華 他
Citation	大阪大学看護学雑誌. 1998, 4(1), p. 16-26
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56720
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

基礎看護学における看護技術の指導法の検討

－問題解決技術領域の指導法－

久 米 弥寿子*・小笠原 知 枝*・田 中 結 華*
辻 聡 子*・阿 曾 洋 子*・松 木 光 子**

A STUDY ON TEACHING METHODS FOR NURSING SKILL IN FUNDAMENTAL OF NURSING

－ METHODS TO DEVELOP PROBLEM-SOLVING SKILL －

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

Abstract

The purpose of this study is to distinguish the nursing skill of problem-solving behavior and to discuss teaching methods for problem-solving skill based on these findings. Data were collected by a questionnaire and observation. The subjects were 153 clinical teachers. The results showed the following.

- 1) In the information collection phase, “observation for vital sign” and “interviewing or inspecting general status” were more frequently used than “interviewing or inspecting growth and developmental history” and “physical assessment”. This finding suggested that we needed concrete training for information collection in these areas.
- 2) In the analysis phase, “selection of focused information”, “interpretation of data meaning and identifying the normal or abnormal findings” and “connecting related data to determine nursing diagnosis” were high. This indicated students needed to use critical thinking.
- 3) In the planning phase, “consulting with other staff” and “making initial plan from observational, caring and educational aspects” were frequent. It presented the importance of training to observation skills, care skills and educational skills. Students should implement care plan and develop inferences by doing that care.
- 4) In the implementation phase, results suggested the way of writing records was significant.
- 5) In the planning phase, “observing the effectiveness of client care” and “asking the client result of care” were frequent behaviors. This study showed the need for emphasis on the training of the observation skills, communication skills, judgment skills for the development of problem-solving ability.

Keywords : problem-solving skill, nursing skill, teaching methods, nursing process

要 旨

本研究では、観察法および質問紙調査法により、問題解決行動における看護技術を明らかにし、それをどのように基礎看護学、特に技術教育に反映できるかを検討した。分析対象者は、臨床指導者 153 名である。

看護過程展開に関する問題解決行動の指導法については、次のように考察された。

- 1) 情報収集に関する問題解決技術では、「バイタルサインの測定」「一般状態の問診・視診」等の項目で実施頻度が高かったが、「発達状態の問診・視診」「フィジカルアセスメント」は低かった。この低頻度領域については、情報収集のための、より具体的な訓練の必要性が示唆された。
- 2) 情報の整理や判断の段階では、「注目した情報の抽出」「データの意味の解釈と正常逸脱の判断」「情報間の関連づけ」等の頻度が高かった。これらは、批判的思考の必要性を示唆している。
- 3) 初期計画の段階で頻度が高い行動は、「スタッフに相談する」「観察・ケア・教育計画の観点から立案する」等であった。主には、観察技術、ケア技術、教育技術が考えられ、三側面から計画立案する訓練、加えて、計画した援助の実施により、患者の変化を予測する訓練が必要である。
- 4) 実施の段階では、記録を重視していることから、記録の仕方についての学習が必要である。
- 5) 評価の段階では、「患者の反応の観察」「患者にケアの効果を尋ねる」等が多かった。問題の解決度を見るための観察技術、患者に尋ねるという点でコミュニケーション技術、評価基準に照合して解決度を判断する技術の訓練の必要性が考えられた。

キーワード：問題解決技術、看護技術、指導法、看護過程

I. はじめに

大学教育において、看護学の専門性を高めるために、看護技術教育をどのように指導するかは重要な課題になっている。この点に関して、現実の看護の実態に即し具体的に検討する必要がある。

昨今、Bulechek, G.M らは看護者が患者の利益を旨として行う看護活動¹⁾を明らかにしているが、その中には、看護診断へ対応する看護婦主導型治療や看護婦が行う日常生活で必須の機能への活動等と共に、問題解決的な領域も含まれている。これにより、直接的看護援助のみならず、看護診断のためのアセスメント活動、看護治療の効果を評価する活動等も重要な要素であることが示された。

本学においては、看護技術において従来強調されていた日常生活援助技術、治療・処置介助技術に、問題解決技術と人間関係技術を加えて、基礎看護技術教育としてプログラムしている。しかしながら、技術教育を考えたとき、その問題解決技術が具体的にどのような行為であるのか明確にされておらず、その指導法は不明瞭である。そこで、その問題解決行動を明らかにすると共にその指導法を検討する。

以上の点から、本研究の目的は以下のようにある。1) 観察法および質問紙調査法により、まず看護過程の流れに

沿って、臨床場面では具体的にどのような問題解決行動がとられているのか明らかにする。2) それぞれの段階で行われる行動、あるいは一連のまとまりのある行動群の中で看護技術と呼ぶことのできるものには何があるのか明らかにする。3) その上で、この問題解決行動における看護技術を明らかにして、それをどのように基礎看護学、特に技術教育に反映できるかを検討する。図1は、この手続きを図式化したものである。

本研究において中心概念となる「問題解決行動」とは、看護の視点から挙げたクライアントの問題を解決するために、臨床場面で看護者がとる看護行動と捉える。

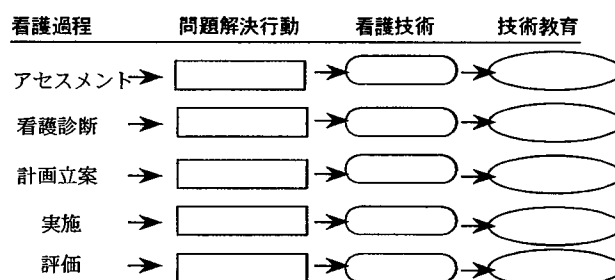


図1 問題解決行動に基づく看護技術と看護技術教育との関連性

Ⅱ. 研究方法

1. 臨床看護婦の問題解決行動の観察

まず問題解決行動抽出の目的で臨床看護婦の看護行動の観察をした。その際に、瞬間瞬間の看護行動を追跡して記録するため、看護行動目録表を作成した。これは、Alfaro, R.²⁾の看護過程の5段階の要素(アセスメント、診断、計画、実施、評価)に基づいている。また、看護過程は、系統的問題解決アプローチを展開していくものと理解でき、ここでは、連続的な一定の過程があるものと捉える。

以上の基本概念や看護過程、及び問題解決技術に関する複数の文献³⁻⁹⁾に基づき、109項目の仮の行動目録表を作成し、短時間でチェックできるようにした。この目録表をもとに、内科・外科系の臨床経験5年から10年の看護婦6名を観察して、その行動の頻度と所要時間を記録した。具体的な実施方法は、研究者3名が午前8時30分から午後5時まで臨床看護婦と共に動き、その行動を観察、記録した。観察の中で発見された目録表にない行動項目は、目録表に追加し精練した。

2. 問題解決行動に関連する看護行動の実際を明らかにするための質問紙の作成

観察の結果、新たな項目の追加、項目の再統合と分割等をして、実際に行われている問題解決行動を177項目に整理し直した。その過程で、患者が入院して看護診断および初期計画を立案するまでの行動と、看護診断後の計画が進行している毎日の行動は異なっていることが明らかになった。つまり、実際の臨床状況では、時間的経過

の中で異なる性質のアセスメントが混在していたと判断できる。このことは、Gordon, M.⁶⁾がアセスメントを初期・重点・経時的アセスメント等に分類していることと一致している。従って、質問紙は看護診断から計画に至る診断前と診断毎に展開していく診断後の二部構成にすることが妥当と考えた。そこで質問紙は診断前85項目、診断後92項目の問題解決行動から構成した(表1)。質問紙は、各項目について『全く行わない』から『大変よく行う』の5段階を問うものである。質問項目の妥当性は、内容妥当性の観点から、各問題解決行動が看護過程の展開に沿った内容になっているかについて、本研究構成メンバーにより検討した。

3. 研究対象者および調査方法

本研究の主旨に従って、経験年数があり、看護技術教育に関心のある指導的立場の臨床指導者を対象とする。調査の実施に際しては、上記被験者に対して本調査の目的、方法を説明し、承諾を得た後に質問紙(自己記入式無記名)を配布し、その場で回収した。

分析方法は、実施頻度の『頻回に行う』『大変よく行う』をまとめて『よく行う』として実施者割合を求め、診断前後を比較する。また、現勤務病棟等対象者の属性による違いや診断前後を比較分析して、2群間の比率の差には χ^2 検定を、順位情報に関してはWilcoxonの符号付順位検定を行なった。なお、属性等により明らかな有意差が見られた項目については別々の分析とした。統計解析には、統計プログラムSPSS (Statistical Package for Social Sciences) を用いた。

表1 質問紙の構成

診断前	計85項目
(1)情報収集に関連した問題解決行動	(9項目)
(2)フィジカル・アセスメント(身体診察)	(13領域47項目)
(3)情報収集に関連した問題解決行動: 情報源と情報収集の時期	(11項目)
(4)情報の整理の仕方に関する行動	(7項目)
(5)情報収集から看護診断に至るまでの行動	(6項目)
(6)初期計画段階の行動	(5項目)
診断後	計92項目
(1)情報収集に関連した問題解決行動	(技術として追加した5項目を含む9項目)
(2)フィジカル・アセスメント(身体診察)	(13領域47項目)
(3)情報収集に関連した問題解決行動: 情報源と情報収集の時期	(11項目)
(4)情報の解釈・分析・判断時の問題解決行動	(6項目)
(5)援助実施当日に計画する段階での問題解決行動	(6項目)
(6)評価の時点での問題解決行動	(8項目)

Ⅲ. 結 果

1. 対象者およびその属性 (表2)

対象者は、A看護協会の臨床指導者研修会受講者159名の回答者のうち153名を有効回答（有効回答率96.2%）として分析した。回答者のうち、外来勤務や業務の関係上等で看護過程の展開を全く行っていない者は除いた。

分析対象者の性別は女性98.7%、男性1.3%であり、平均年齢 31.7 ± 8.6 歳であった。看護経験年数は、平均 8.7 ± 6.3 歳、現在の勤務病棟は、内科系病棟が38.4%、外科系病棟が33.3%、小児・母性関係の病棟が14.6%等であった。現職場の立場では、婦長が5.9%、副婦長や主任が10.5%、スタッフその他が83.6%であった。臨床指導経験の有無では、経験のある者は41.2%で、その指導年数は平均 4.0 ± 3.7 年であった。

表2 対象者の属性

		n=153	
項目		人数	(%)
性別	女性	151	(98.7)
	男性	2	(1.3)
年齢	20-29歳	76	(49.7)
	30-39歳	39	(25.5)
	40歳以上	38	(24.8)
現勤務病棟	内科系	58	(38.4)
	外科系	51	(33.8)
	小児科	16	(10.6)
	母性	6	(4.0)
	精神科	4	(2.6)
	混合病棟	10	(6.6)
	その他	6	(4.0)
現在の立場	婦長	9	(5.7)
	主任・副婦長	16	(10.5)
	スタッフ他	127	(83.6)
臨床指導経験	有る	66	(41.5)
	ない	93	(58.5)
臨床指導経験 年数 (有経験者)	1年未満	6	(10.2)
	1-2年未満	10	(17.0)
	2-3年	20	(33.9)
	4-5年	8	(13.6)
	5-10年未満	7	(11.9)
	10年以上	8	(13.6)
教育背景	短大	6	(3.9)
	専門学校3年制	86	(55.9)
	専門学校2年制	56	(36.8)
	その他	4	(3.3)

2. 診断前のアセスメント(入院後から初期計画まで)の問題解決行動

1) 情報収集に関連した問題解決行動 (表3)

情報収集する内容に焦点をあてた問題解決行動で、『よく行う』の割合が高かったのは、「一般状態の問診」「一般状態の視診」「バイタルサインの測定」等であった。『全く行わない』が最も多かったのは、「発達状態の問診」「環境や経済状態の問診」「フィジカルアセスメント(Physical Assessment: 以下PAと略す)」「発達状態の視診」「身体計測」等という結果であった。現在の職場の専門性による違いを見ると、内科・外科病棟と母性・小児病棟との比較では、「発達状態の問診・視診」等で両者の間に有意差が見られた。 $(p < 0.01)$ 。

2) PAに関する問題解決行動 (表4)

PAのうち、『よく行う』者の割合で高かった項目は、「創部の観察」「出血・排液状態の観察と測定」等であり、PA全体として問う「PA(身体各部の診察)をする」は他の項目と比較して低い順位であった。

PA時に用いる技法としての看護技術では、『よく行う』『行う』が比較的高率であったのは、「問診」と「聴診」、および「視診」であったが、特に「聴診」の実施者割合は高かった。「触診」と「打診」は低率で、特に『全く行わない』については「打診」で多かった。身体の一部別で見ると、『よく行う』が高率であったのは、腹部、上下肢、胸部・肺等となっていた。

3) 情報を整理する段階での問題解決行動 (表3)

『よく行う』や『行う』が高率の行動項目は、「注目情報の抽出」「関連づけと仮診断」「照合後の診断」「意味の解釈と逸脱の判断をする」等であり、「仮の診断の成り行きを考える」や「患者の能力・限界を調べる」は低かった。

4) 解釈・逸脱の判断から看護診断に至る段階での問題解決行動 (表3)

この段階の行動では、「スタッフと相談する」「以前のデータと比較する」「参考文献をみる」「患者の過去の入院経験時のデータ等を参考にする」等の順で『よく行う』の割合が高かった。

5) 計画段階での問題解決行動 (表3)

計画の段階で、頻度の高い行動は、「スタッフに相談して計画する」「観察・ケア・教育の3つの観点から計画する」「計画の記録をする」「指示簿を確認する」であった。

表3 診断前のアセスメント、看護診断に至る過程、計画段階での問題解決行動 (%)

n=153				
行動項目	よく行う	行う	少し行う	全く行わない
1. 情報収集に関連した問題解決行動				
1) 情報収集する内容に焦点をあてた問題解決行動				
① 一般状態の視診をする	41.0	52.8	4.2	2.1
② 一般状態の問診をする	38.2	52.0	7.2	2.6
③ バイタルサインの測定をする	34.9	59.1	4.7	1.3
④ 主訴・既往歴等の問診をする	26.3	65.8	6.6	1.3
⑤ 日常生活やニードについて問診する	21.1	55.9	16.4	6.6
⑥ 健康・病気の受けとめについて問診する	20.7	49.3	24.0	6.0
⑦ 身体計測をする	12.2	73.0	6.8	8.1
⑧ フィジカルアセスメントをする	12.1	52.1	27.1	8.6
⑨ 発達状態について視診する	10.7	64.4	18.1	6.7
⑩ 環境・経済状態について問診する	6.6	48.7	36.2	8.6
⑪ 発達状態について問診する	6.0	55.0	26.2	12.8
2) 情報収集源に焦点をあてた問題解決行動				
① 記録から情報収集する	50.3	43.8	3.9	2.0
② 患者から情報収集する	47.7	47.7	2.6	2.0
③ 医師から情報収集する	33.3	49.7	14.4	2.6
④ 家族から情報収集する	32.9	54.6	8.6	3.9
⑤ 他の看護者から情報収集する	27.0	52.6	15.8	4.6
3) 情報収集の時点に焦点をあてた問題解決行動				
① 患者訪室時に情報収集する	45.1	47.7	3.9	3.3
② 申し送り時に情報収集する	32.5	51.0	9.3	7.3
③ 申し送り前に情報収集する	20.1	45.6	22.1	12.1
④ 申し送り後に情報収集する	24.2	49.0	15.4	11.4
⑤ カンファレンス時に情報収集する	20.9	52.7	14.2	12.2
⑥ 記録時に情報収集する	20.9	56.1	18.2	4.7
2. 情報を整理する段階での問題解決行動				
1) 注目情報の抽出	23.8	59.6	11.9	4.6
2) 関連づけと仮診断	12.8	43.6	28.2	15.4
3) 照合後の診断	11.1	39.6	29.2	20.1
4) 解釈、逸脱の判断をする	10.2	63.9	18.4	7.5
5) 定義、特徴等との照合をする	9.4	40.3	32.2	18.1
6) 仮診断のなりゆき考察する	5.4	43.5	30.6	20.4
7) 能力・限界を調べる	4.7	44.6	29.7	20.9
3. 解釈、逸脱の判断から看護診断に至る段階での問題解決行動				
1) スタッフに相談する	27.9	50.3	12.2	9.5
2) 前データと比較する	24.7	54.8	9.6	11.0
3) 参考文献を見る	23.8	43.5	20.4	12.2
4) 過去データを参考にする	23.0	55.4	12.2	9.5
5) カンファレンスで意見求める	21.2	49.3	17.8	11.6
6) 考える時間をとる	15.6	54.4	17.0	12.9
4. 初期計画段階での問題解決行動				
1) スタッフに相談して計画する	29.9	53.7	6.8	9.5
2) 観察・ケア・教育の観点から計画する	26.4	50.7	11.5	11.5
3) 計画の記録をする	23.6	52.0	14.2	10.1
4) 指示簿を確認する	23.0	54.7	10.1	12.2
5) 看護手順からの計画を抽出する	20.4	56.5	8.2	15.0
6) 参考文献を見て計画する	19.7	44.2	23.8	12.2

表4 技法別の診断前後の比較 (%)

	診断前	診断後	2群間の差
視診 （視診に関する11項目）			
よく行う	10.0	14.2	Z=8.7077 **
行う	48.1	54.2	
少し行う	18.0	18.4	
全く行わない	24.0	13.3	
触診 （触診に関する11項目）			
よく行う	8.8	11.1	Z=-3.5790 **
行う	35.3	36.1	
少し行う	21.2	28.0	
全く行わない	34.6	24.9	
打診 （打診に関する2項目）			
よく行う	7.0	6.9	Z=0.8737
行う	24.7	22.2	
少し行う	19.7	30.2	
全く行わない	48.7	40.6	
聴診 （聴診に関する4項目）			
よく行う	13.8	19.0	Z=3.8275 **
行う	43.6	42.8	
少し行う	17.9	21.2	
全く行わない	24.6	17.1	
問診 （問診に関する12項目）			
よく行う	10.8	14.2	Z=1.6789
行う	62.5	59.1	
少し行う	12.7	16.3	
全く行わない	14.0	10.5	
		**p<0.01	*p<0.05

**p<0.01 *p<0.05

3. 看護診断決定後の看護計画進行過程における問題解決行動

1) 情報収集における問題解決行動 (表5)

情報収集の内容に焦点をあてた問題解決行動では、「症状・徴候についての情報収集をする」「一般状態の視診」「バイタルサインの測定」「一般状態の問診」「原因・誘因について情報収集する」等の順で高率であった。

2) PA に関する問題解決行動 (表4、6)

PAの実施頻度を、診断前と診断後で比較すると診断後の方が『よく行う』の割合が全体に高く、特に技法別にみると「視診」「聴診」「触診」($p < 0.01$)において有意差が見られた。技法別の『よく行う』実施割合の結果は、「問診」と「聴診」「視診」がよく行われており、特に診断後の展開時に行われている者の割合が高率であった。次に『よく行う』が多いのは「触診」で、「打診」は少なかった。「打診」に関しては有意差はなく、同じように頻度は低かった。

PAを行う身体の各部位別で実施頻度を見ると、全ての部位において、診断前よりも診断後の計画進行時に実施者割合が高くなっており、腹部、背部、乳房、心臓、上肢・下肢、口腔・咽頭、胸部・肺、頭頸部 ($p < 0.01$)、脳神経・感覚系 ($p < 0.05$) で有意差が認められた。『よ

く行う』者の割合が高率であった順は、腹部、上下肢、胸部・肺、皮膚・体毛、脳神経系等となっており、『全く行わない』割合が高いのは、乳房や生殖器等であった。

3) 情報の解釈・分析・判断に関する問題解決行動 (表5)

全体に、診断前と比較すると診断後の方が実施者割合が高く、特に、解釈する時点で「以前のデータと比較する」「スタッフと相談する」「患者の過去の入院経験等のデータを参考にする」等が高率であった。

4) 援助実施当日の計画立案の段階での問題解決行動 (表5)

「スタッフに相談する」「指示簿の確認」「記録する」「初期計画から採用する」等の順に高率の傾向が見られた。

5) 評価の段階における問題解決行動 (表5)

各診断に対する評価に関連しての問題解決行動でよく行われた行動は、「患者の反応を観察する」「患者にケアの効果を尋ねる」「カンファレンスで意見を求める」等であったが、他の行動の頻度は低かった。

Ⅳ. 考 察

以上のような結果を踏まえ、看護技術と思われるものを実際の問題解決行動の中から抽出し、基礎看護学における技術教育について考察した。

1. 情報収集段階の看護技術の抽出と指導法

この段階の問題解決行動としては、「バイタルサインの測定」「一般状態の問診」や「一般状態の視診」等の項目で実施頻度が高い傾向が見られた。しかし、「発達状態の問診」や「発達状態の視診」「PA」等の実施頻度は低い結果であった。

看護教育では、Erikson, E. H.⁷⁾等に代表されるような多くの理論家により説明されている発達の概念を強調しているが、実際の臨床場面では、「発達」という観点から情報収集することの難しさがあると思われる。また、この領域の情報の性質上、血液データのような情報とは異なり、正常、逸脱の判断が難しい。本学では概念学習の後に、実際に学生同士で互いにヘルスヒストリーを聴取するが、スタンダードと照合して、正常かどうかの判断が困難であるのが実状である。これまでの教育過程の中では、「発達」という視点は特に習得しにくく、実際にアセスメントの中で展開するのが難しい領域であると思われる。これらの領域に関しては、今回の調査結果を踏まえ、概念学習をより具体的レベルに基づいて展開し、簡単な

表5 診断後のアセスメントから評価に至る問題解決行動 (%)

n=153				
行動項目	よく行う	行う	少し行う	全く行わない
1. 情報収集に関連した問題解決行動				
1) 情報収集する内容に焦点をあてた問題解決行動				
① 症状・徴候について情報収集する	40.9	46.3	8.7	4.0
② 一般状態の問診をする	40.1	49.7	6.1	4.1
③ バイタルサインを測定する	36.5(37.4)	54.7(56.1)	4.1(2.9)	4.7(3.6)
④ 一般状態の視診をする	35.6	54.4	6.0	4.0
⑤ 原因・誘因についての情報収集をする	29.7	55.4	10.1	4.7
⑥ 日常生活についての情報収集をする	29.3	55.1	10.2	5.4
⑦ 検査・治療についての情報収集をする	27.2	61.2	7.5	4.1
⑧ フォロアップのアセスメントをする	10.5	50.3	28.0	11.2
⑨ 身体計測をする	6.3	54.9	28.5	10.4
2) 情報源に焦点をあてた問題解決行動				
① 患者から情報収集する	47.3	43.2	4.7	4.7
② 記録から情報収集する	38.1	52.4	5.4	4.1
③ 他の看護者から情報収集する	29.3	53.7	12.9	4.1
④ 医師から情報収集する	25.9	53.1	16.3	4.8
⑤ 家族から情報収集する	22.3	51.4	20.3	6.1
3) 情報収集の時点に焦点をあてた問題解決行動				
① 訪室時に情報収集する	50.7	39.9	5.4	4.1
② 記録時に情報収集する	26.4(29.3)	50.0(51.1)	18.1(12.0)	5.6(7.5)
③ 申し送り時に情報収集する	26.0	55.5	11.6	6.8
④ 申し送り後に情報収集する	20.0	50.3	20.0	9.7
⑤ カンファレンスで情報収集する	19.2	54.1	18.5	8.2
⑥ 申し送り前に情報収集する	16.4	49.3	22.6	11.6
2. 情報の解釈・分析、判断の段階での問題解決行動				
1) 前のデータ比較する	36.1(37.7)	48.3(48.6)	10.2(9.4)	5.4(4.3)
2) スタッフと相談する	33.1	51.4	10.8	4.7
3) カンファレンスで意見を求める	28.8	48.6	13.7	8.9
4) 過去データを参考にする	25.0	53.4	16.9	4.7
5) 文献を見る	22.6	50.7	16.4	10.3
6) 考える時間を十分にとる	16.3	57.1	18.4	8.2
3. 援助実当日の計画段階での問題解決行動				
1) 他のスタッフに相談する	31.0	52.4	11.0	5.5
2) 患者の意向確認する	25.7	45.1	15.3	13.9
3) 指示簿を確認する	22.9	56.9	13.2	6.9
4) 計画の記録をする	20.1	59.0	13.2	7.6
5) 初期計画から計画を抽出する	18.9	62.9	9.8	8.4
6) 参考文献を見る	15.4	49.7	21.7	13.3
4. 上記アセスメントと計画の実施時点に焦点をあてた問題解決行動				
1) 患者訪室後に実施する	29.8	48.2	10.6	11.3
2) 記録時に実施する	29.6	50.0	12.0	8.5
3) 申し送り後に実施する	14.3	50.0	18.6	17.1
4) 申し送り時に実施する	10.9	38.0	29.9	21.2
5) 特に決まっていない	6.7	57.1	16.2	20.0
5. 評価段階での問題解決行動				
1) 患者の反応を観察する	42.6	45.9	6.1	5.4
2) 患者に効果を尋ねる	31.7	46.2	15.9	6.2
3) 他のスタッフ、カンファレンスで意見を求める	21.9	55.5	17.1	5.5
4) 目標と反応・行動と照合する	21.4	57.2	13.8	7.6
5) 期待される結果と照合する	21.1	54.9	15.5	8.5
6) 原因・誘因・指標の変化を確認する	19.3	60.0	14.5	6.2
7) 評価の記録をする	14.0	55.2	21.0	9.8
8) 診断・計画・目標を修正する	12.5	52.1	27.8	7.6

注) ()内は属性により有意差のあった現在の立場＜婦長＞を除いたデータ

表6 身体部位別の実施者割合 (%)

	診断前	診断後	2 群間の差
目・耳 (2項目)			
よく行う	10.0	11.6	Z=-0.1926
行う	59.9	55.5	
少し行う	18.9	22.9	
全く行わない	11.2	9.9	
腹部 (5項目)			
よく行う	16.3	21.3	Z=-3.8449 **
行う	48.8	48.5	
少し行う	10.8	16.3	
全く行わない	24.1	13.9	
皮膚・体毛 (2項目)			
よく行う	10.8	14.6	Z=-0.4022
行う	57.8	50.8	
少し行う	19.6	24.8	
全く行わない	11.8	9.8	
背部 (4項目)			
よく行う	5.2	8.1	Z=-5.0689 **
行う	42.6	48.0	
少し行う	17.9	24.4	
全く行わない	34.2	19.6	
脳神経・感覚系 (4項目)			
よく行う	11.0	14.5	Z=-2.4978 *
行う	47.9	49.1	
少し行う	18.6	20.2	
全く行わない	22.5	16.2	
乳房 (3項目)			
よく行う	7.2	7.4	Z=-2.7532 **
行う	36.5	42.5	
少し行う	11.4	17.5	
全く行わない	44.9	32.6	
心臓 (4項目)			
よく行う	10.2	10.8	Z=-3.9275 **
行う	39.7	44.5	
少し行う	16.9	23.5	
全く行わない	33.3	21.2	
上下肢 (4項目)			
よく行う	13.9	20.6	Z=-2.7409 **
行う	50.8	49.0	
少し行う	18.5	17.5	
全く行わない	16.8	12.9	
口腔・咽頭部 (2項目)			
よく行う	5.8	11.9	Z=-4.5898 **
行う	52.4	56.8	
少し行う	24.8	23.8	
全く行わない	17.0	7.5	
胸部・肺 (5項目)			
よく行う	11.2	17.9	Z=-6.3311 **
行う	42.6	42.5	
少し行う	17.5	21.1	
全く行わない	28.7	18.5	
頭頸部 (3項目)			
よく行う	5.6	12.2	Z=-4.1409 **
行う	51.6	52.6	
少し行う	23.5	23.5	
全く行わない	19.2	11.8	
**p<0.01 * p<0.05			

**p<0.01 *p<0.05

事例を挿入して学生のイメージづくりを助ける指導方法が課題である。

現職場の専門性による比較では、内科・外科病棟と母性・小児病棟とにおいて、「発達状態の問診」「発達状態の視診」で有意差が見られた。母性・小児病棟の特性から、発達の状況により注目していることが伺われる。つまり、看護の対象者の特性によっては重視される情報に違いがあることが確認された。以上のことから、母性・小児看護学の学習が進行した状態で、発達に関する概念を更に深めることが効果的であると考えられ、学生の学習進行状況に応じた教育を考慮する必要性が思われる。従って、基礎看護技術の段階では、状況により特に注目する必要があるものは何かを、学生が考えられるような導入とすることが望ましいと考える。

PA に関して実施頻度が低い傾向にあったことは、今まで主にこれらが医師の領域で実施されており、臨床で PA が定着していないことを意味していると思われる。しかし、岩井⁸⁾は、身体診察の意義について、日常生活行動を営むうえでの身体的機能の評価によって、機能の維持や向上のための看護実践に役立てることが、的確な看護診断を行う一助とすること等の観点から述べ、看護における PA の重要性を強調している。PA は正確な身体面のデータを入手するためには必要不可欠な技術である。

技法別では、問診と聴診、視診がよく行われ、打診は少ないという結果であった。診断前で比較的良好に行われていたのが聴診で、診断前においても情報収集の手段として重要な技法と考えられる。診断前後の比較では、視診、聴診、触診で有意差があり、診断後の情報を追加していく段階で特に実施されていくようになっていた。このことから、視診、聴診、触診等は、初期計画の段階以上に、看護過程を展開していく段階での技術として重要なものと考えられる。しかし、実際に基礎看護技術教育で重点が置かれる初期アセスメントでは、聴診がよく行われていることに注目し、問診、視診と共に「聴診」の強化が必要であると思われる。問診に関しては、コミュニケーション技術の学習の必要性を考える。

身体部位で PA をみると、よく行われていた部位は、腹部、上下肢、胸部・肺、皮膚・体毛等であり、『全く行わない』者が高率であったのは、乳房や生殖器等であった。これらの点で、腹部や上下肢、胸部・肺等の観察を強化することが求められていると考える。一方、乳房や生殖器については、実施頻度は低いと考えられる。従って、これらの実際的なトレーニングは次の段階の学習が望ましく、基礎看護技術では、セルフ・アセスメントを

強調することが重要であると思われる。

以上の結果をまとめると、この段階の看護技術としては、情報収集のための面接・問診技術、観察技術、PA 技術が考えられる。そこで、技術教育では、インテイク面接や一般状態の問診、バイタルサインの測定、PA 等の技術訓練が必要と思われる。特に、どんな技法を活用して、どこをどのように情報収集するか (What/Where/How) を強調した具体的な反復トレーニングが必要と考えられる。指導方法としては、身体部位による実施頻度の差異が見られた結果に基づき、どの部位の診察に重点を置くかを意識することで、ポイントを押さえた技術習得が期待できると考える。限られた授業時間である点と学生の学習段階を考えると、基礎看護学においては、技法に関しても全体を平面的に指導するのではなく、どこに焦点をあてるかを明確にして実施していくことが重要である。例えば、初期アセスメントで重視される「聴診」を見直し、正常・異常音が確実に聴取できることに重点を置く等が考えられる。特に、聴診のような五感を用いて情報収集する技術に関しては、視聴覚教材をより有効に用いる工夫が重要となり、学生が自己学習できる環境づくりを検討していく必要がある。PA については、改めて、どのような指導をするかが課題となった。

2. 看護診断に至る段階の看護技術の抽出と指導法

この段階の問題解決行動として挙げられているものは、得られた情報についてよく思考することを意味している。しかし、実際には「情報間の関連づけ」「定義や診断指標等との照合」「成り行きを考える」の頻度は低い傾向が見られた。

このような結果は、実際に行われている看護診断が、上記のプロセスを踏んで、十分に思考した看護診断として看護者に意識化されていないことを示唆していると思われる。つまり、頻度が低い結果が「重要でない」ことを意味しているのではなく、この思考プロセスが定着していないことと、看護診断の難しさの意味していると思われる。従って、頻度が低かったことから、改めて、強化する必要性が示唆されていると言えよう。

「注目情報の抽出」が多く行われており、臨床場面では特に、瞬時に知識と経験により判断していく思考過程の必要性が再認識される。経験量に関連した判断の型について、経験が少ない場合には直感的判断も用いるが、大部分は分析的判断を行う⁹⁾という指摘がある。従って、経験が少ない学生の場合には、分析的判断が中心となり、注目情報抽出のための知識と思考の訓練がより必要と

なる。

以上、看護診断に至る段階をまとめると、ここでの看護技術は解釈、分析、関連づけ、概念化、そして診断等の問題解決行動に関連した判断技術が抽出された。技術教育としては、「情報の意味を解釈する」「情報に関しての正常あるいは逸脱の判断をする」「原因や誘因の推測や結果の予測をする」等の思考訓練が必要と考えられる。また、判断するための根拠に関しては、看護診断に関連する概念学習も必要である。さらに、事例を用いて特定の診断へと考えを絞り込んでいくための訓練、すなわち集中的思考の訓練¹⁰⁾等も加えなければならないと考える。今後、批判的思考の訓練として本格的導入が検討される。

3. 初期計画立案の段階および援助実施当日の計画段階での看護技術の抽出と指導法

この段階で頻度が高い行動は、「スタッフに相談」「観察・ケア・教育計画の観点から立案」「指示簿を確認」「計画内容を記録」であった。ここでの主な看護技術としては、観察技術、ケア技術、教育技術に関連する技術が考えられる。そこで、技術教育ではさまざまに立案できる拡散的思考の訓練¹⁰⁾、しかも、援助を実施して患者がどのように変化するかを予測する訓練も必要と思われる。

さらに、当日の実施の際の計画の段階では、「スタッフに相談」「患者の意向を確認」「指示簿の確認」等が多かった。ここでの当日の計画とは、実施の際の再アセスメント¹¹⁾と同義の問題解決行動であると思われる。従って、現実の教育としては、援助技術の演習の際にアセスメントの視点を取り入れることが考えられる。本学における現行の基礎看護技術演習でも、実施前、中、後の観察や実施前のアセスメントについては力説しているが、今回の調査からその重要性が再確認された。

4. 実施段階の看護技術の抽出と指導法

この段階の行動内容は、具体的な援助・介助技術として別稿で報告する。問題解決技術の観点からは、S (subject)、O (object)、A (assessment)、P (plan) 形式を中心とした記録方法についての学習の強化を考える。例えば、援助技術の演習の際に、SOAP による記録を書く訓練を導入することが試案として挙げられる。

5. 評価段階の看護技術の抽出と指導法

この段階では、「患者の反応を観察する」「患者にケアの効果を尋ねる」等が多かった。ここでの看護技術は、

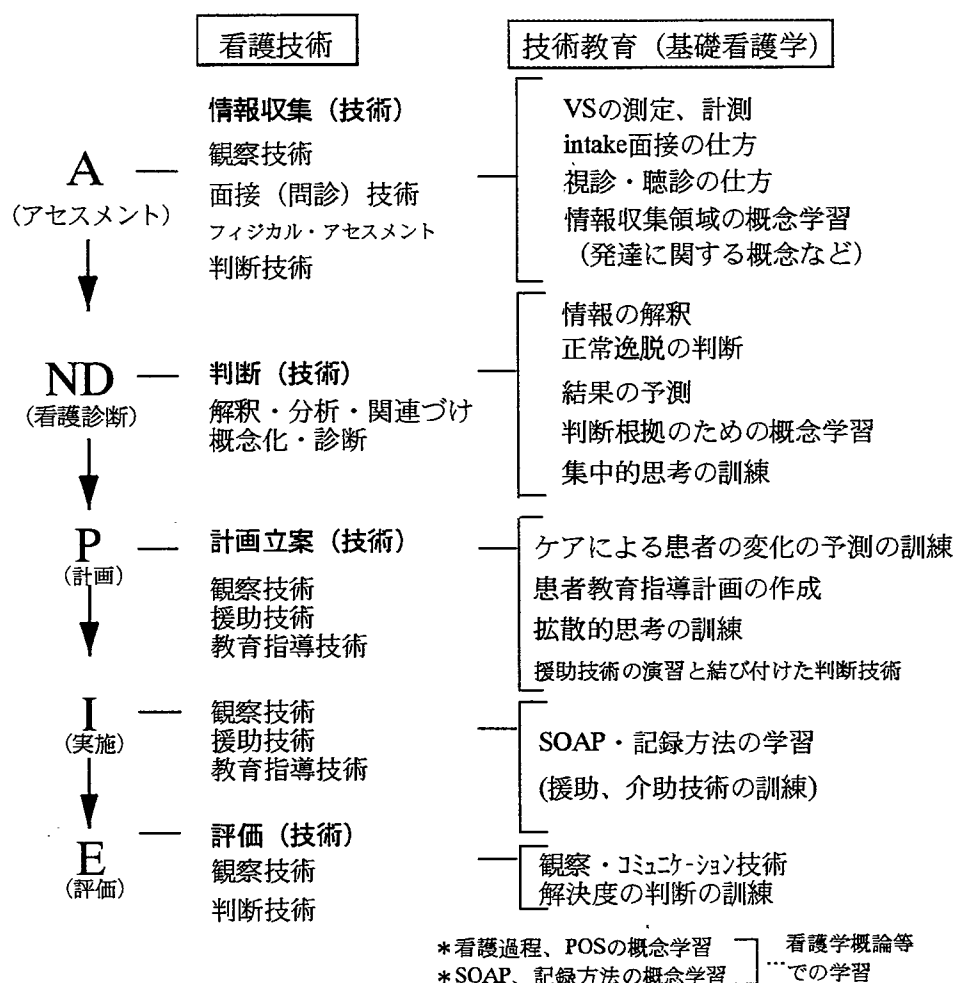


図2 問題解決行動に関する技術教育

問題の解決度を見るためにクライアントに問診したり、反応の変化を観察し、評価基準に照合して解決度を判断する技術である。従って、診断毎に焦点を絞った観察やコミュニケーション技術、判断の仕方の訓練が必要と思われる。

以上のことより、問題解決行動とそれに関する技術教育については、図2にまとめた。

6. 問題解決技術教育における課題

「問題解決」とは、目標は分かるが、それに達する手段や方法が分からない問題場面に会ったとき、過去の経験を利用したり、状況の分析や関連づけを行い、手段や方法を見つけるために行う思考や行動¹²⁾と説明されている。実際のところ、問題解決過程には思考部分と行動部分がある。このブラックボックスとなっている思考部分を、どのように指導できるか苦慮する部分である。

アメリカ看護婦協会が、サービスの質を評価し、質の

高いサービスを保証するために明らかにした看護業務の基準（1973年）¹³⁾においても、看護過程の段階ごとに吟味する形式となっている。1991年に改訂された臨床看護実践の基準でも、ケアの基準に関しては、アセスメント、診断、成果の識別、計画、実施、評価からなる看護過程を使って示されている¹⁴⁾。従って、目に見えにくい思考部分を含む問題解決技術をいかに効果的に指導するかに関しては、以上のような看護過程等の思考段階それぞれにおける詳細な説明が必要になり、それは看護の質を考える上で重要であるだけでなく、教育においても有効な指針であるだろう。教育評価を繰り返しながら、今後も一つ一つの項目や技術教育全体の構成を視野に入れながら、更に吟味していく必要がある。そして、日頃から考え、そして言葉にまとめる習慣と批判的思考を身に付けていくことが学生に求められるように思われる。

V. おわりに

本研究では、問題解決行動における看護技術の明確化に基づき、基礎看護技術教育の指導法の在り方を検討した。

1) 情報収集に関する問題解決技術では、バイタルサインの測定技術の重要性と発達状態に関する情報収集やPA等についてのより具体的な訓練の必要性が示唆された。

2) 情報整理や判断の段階では、注目情報の抽出、解釈と正常逸脱の判断、情報間の関連づけ等が高頻度で、批判的思考の必要性が示唆された。

3) 初期計画の段階では、主に観察技術、ケア技術、教育技術が考えられ、三側面から計画立案する訓練や計画した援助を実施して患者の変化を予測する訓練が必要である。

4) 実施の段階では、記録の仕方についての学習が必要である。

5) 評価の段階では、問題の解決度を見る観察技術やコミュニケーション技術、解決度を判断する技術の訓練の必要性が考えられた。

本研究は平成7年度文部省科学研究費（基盤C）の助成によるものでありこの一部は第16回日本看護科学学会で発表した。

謝 辞

最後に、本調査にご協力下さった研修会受講者の皆様および看護協会関係者の皆様に深謝致します。

【引用文献】

- 1) Bulechek, G. M., McCloskey, J. C.: NURSING INTERVENTIONS, 1992, 早川和生監訳, ナーシングインターベンション 看護診断にもとづく看護治療, 医学書院, 2 - 7, 1995.
- 2) Alfaro, R.: Applying Nursing Diagnosis and Nursing Process: A step-by-step guide, 3rd ed., 1994, 江本愛子監訳, 基本から学ぶ看護過程と看護診断, 3 - 12, 医学書院, 1996.
- 3) Ruth F. Craven, Constance J. Hirnle: Fundamental of Nursing, 1992, 藤村龍子, 中木高夫監訳, 基礎看護科学, 73 - 86, 医学書院, 1996.
- 4) Yura, H., Walsh, M. B.: The nursing process: Assessing, Planning, implementation, evaluating, 1983, 岩井郁子他訳, 看護過程 - ナーシングプロセス アセスメント・計画立案・実施・評価, 176 - 277, 医学書院, 1986.
- 5) 波多野梗子: 系統看護学講座 専門1 基礎看護学1 看護学概論, 102 - 105, 1995.
- 6) Gordon, M.: Nursing Diagnosis: Process and application, 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1987.

- 7) Erikson, E. H.: PSYCHOLOGICAL ISSUES IDENTITY AND THE LIFE CYCLE, 1959, 小此木啓吾訳, 自我同一性, 誠信書房, 1973.
- 8) 岩井郁子: 看護におけるフィジカル・アセスメント, 看護, 73 - 86, 1994.
- 9) Shelia, A. C.: 直感的判断の教育方法, 看護研究, 23 (4), 59 - 74, 1990.
- 10) 松本光子: 看護における批判的思考能力の重要性, Quality Nursing, 2 (9), 4 - 7, 1996.
- 11) 前掲書 3), 124 - 147, 1996.
- 12) 辰野千寿: 問題解決の心理学, 金子書房, 3 - 4, 1970.
- 13) アメリカ看護婦協会編: ANA STANDARDS, 1973, 日本看護協会国際部訳, 看護業務の基準, 5 - 14, 日本看護協会出版会, 1979.
- 14) アメリカ看護婦協会編: ANA STANDARDS, 1991, 小玉香津子訳, 看護の基準, インターナショナルナーシングレビュー, 16 (2), 45 - 58, 1993.