

共感的態度育成をめざすロールプレイングの効果の追跡

——患者教育のできる看護婦養成のための教授法——

片山 英雄

A Follow-up Study of the Effectiveness of Role Playing to Develop an Empathic Attitude : A Method of Training Nurses Responsible for Patient Education

Hideo Katayama : Kawasaki College of Allied Health Professions

Abstract

1. Purpose of the Study

Diseases common to the elderly are increasing with the coming of an aging society. To achieve a high quality of life in old age, it is necessary for the elderly to be able to manage their own lives. Nurses play important roles in patient education and in so doing help elderly patients develop self-care abilities. They should particularly try to understand patients' feelings and counsel patients about those feelings.

Role playing has been thought of, in general, as the most effective method to train nurses to develop such empathic understanding of patients. The present study was followed to evaluate the effectiveness of this method.

2. Method

(1) Subjects : freshmen in the Department of Nursing of Kawasaki College of Allied Health Professions.

Group I ; 43 students (Primary Nursing Course)

Group II ; 46 students (Secondary Nursing Course)

(2) Period : September 1990 to May 1992

(3) Evaluation : The students were asked to describe how they would have responded to the patient if they had played the role of the nurse. The students' responses were classified into four levels with regard to the grade of empathic understanding they expressed for the patient.

Level A ; desirable responses including empathic understanding for a patient.
Level B ; partly desirable responses including partial acceptance of a patient.
Level C ; responses provided unilaterally by a nurse ; e. g., making inquiries, explanations, judgments and using persuasion.

Level D ; undesirable responses ; e. g., using threats, reproaches and refusals.

Students were also required to describe what they thought of role playing.

3. Results

In both groups, the effectiveness of role playing was also recognized after clinical practice. Results specific to each group were as follows :

Group I : Role playing gradually produced a good effect during Lecture 1 and Lecture 2. The greatest effect was shown after Lecture 2 and this was maintained after 17 weeks of clinical practice.

Group II : The effectiveness increased rapidly during Lecture 1 and reached its highest level just before Lecture 2. It decreased considerably after 25 weeks of clinical practice.

As to the reason for this difference, one student observed : “Before the practice I had thought about these ideas in my mind, but clinical practice changed my attitude.”

キーワード

患者教育	patient education	ロールプレイング	role playing
効果の追跡	follow-up study of effectiveness		
共感的理解	empathic understanding		
態度の評価	evaluation of attitude		

I 研究の意図と目的

近年、日本は長寿社会となり高齢者が急激に増加した。長寿の幸せとは高齢になっても質の高い人生 (Quality of Life), 充実した日々が送れてはじめて言えることであろう。ところが、多くの高齢者は健康上の障害に悩まされているのが実情であり、この高齢者医療の問題は現代的課題である。特に成人病患者については「一病息災」と病気に適切につき合いながら自分自身で健康管理ができる (self-care 能力をもつ) ことが肝要である。この立場から考えると患者に健康の自己管理ができるように指導・援助 (患者教育) のできる医療人の育

成は急務といえよう。

しかし、こうした患者教育の方法について熟達した医療人（医師・看護婦など）はきわめて少なく、患者への適切な指導は十分なされていない。彼らは医学の専門家ではあるが、個々の患者の理解力や心情に即して援助・指導する方法についての適切な研修を受けるチャンスにはあまり恵まれていないのが実情であろう。そこで一方的な押しつけになったり、時には患者の内面的苦悩を逆なですることさえ起こる。まして、これから医療の場に出ようとする年若い学生にとっては高齢者との間に世代の断絶（generation gap）があり、興味・関心・趣味・人生観などが違い高齢者の心情を理解することが困難なので、その指導にあたることは至難の業といえよう。

ここに「患者教育についての指導法」の研究の意義があると考え、1984年より「患者教育のできる看護婦（栄養士）養成のための教授法開発」にあたってきた。1987年には科学研究費補助金（一般研究C）の交付を受け、これまでに指導目標の明確化、個々の患者に適合した援助など指導上の問題点とその改善法について、教育工学的教授・学習過程の分析手法を用いて解明し、「糖尿病食事療法の指導」の場面の教授法について、日本保健医療行動科学会（第3,4大会）で提案を重ね、同学会年報 Vol.4（片山1989）で報告するとともに、その要点をまとめ健康心理学に「患者教育の心理と方法」（片山1991a）として発表した。

しかし、研究を進める過程で指導者は患者にどう接すればよいかという原点に返って検討する必要性を感じた。そこで、研究の焦点をここに絞り、患者に接する望ましいあり方を Rogers, C. R. (1962) によって提起された「共感的態度」に求めた。患者に共感的態度で接することの重要性を長谷川 (1980) が「看護は対人関係のプロセスであって、密接な対人関係を結びつつ、人間性にかかったケアが実現するのである。……密接な対人関係をひとくちに定義すれば、それはお互いが心理的な壁にじゃまされずに、あるがままに自分を表現でき、共感的に理解しあえる関係である」と述べている。このことから指導・援助にあたる者にとって共感が欠くべからざる考えであることは明らかであろう。

この共感的態度の養成にはロールプレイングが最適であると考えに至った。ロールプレイングは Moreno, J. L.によって心理治療の技法として創始され、本邦へは松村（1956）らによって紹介された心理劇から発展したものである。人間関係の理解に役立つことに着目され田中（1983）、台（1986）らによって普及されてきている。この手法は心理療法だけでなく企業では対人関係における感受性訓練のゼミナールとか、教員養成機関のマイクロティーチングにも適用されている。もちろん医学教育でも重要視され、中川・宗像（1989）は医学生に集団の力動性の理解を深めるために、大段（1978）は看護学生に患者との心的交流の緊密化をねらって、一谷ら（1992）は医療倫理観の養成を目指す研究にと幅広く研究・実践活動がなされてきた。

これらの諸研究を通して心情理解・態度形成・人間関係の改善などにロールプレイングがきわめて有効であることは定説になってきているといってもよいであろう。

このように広範に活用されているにもかかわらず、その効果の判定は実施後の参加者の感想をまとめる程度にとどまり、組織的な評価方法の研究が十分なされているとはいえない。この点に着目しロールプレイングを看護教育に取り入れ共感的態度を育成した時の効果判定の方法に関心を抱き新しい方法を開発して報告した（片山1991b）。ロールプレイングは少人数の集団で役割交代をしながら直接参加して体験的に習得するところに本来のよさが認められる。ところが、多人数の授業に取り入れた場合、参加意識が希薄になり積極的な活動が行い難くなるうえに、全員の認識の変化をとらえることもきわめて困難になる。そこで効果を判定するために、参加者全員に「もし、自分が出演していたら～と応答したであろう」と考えたことを自由に回答させ、その文章を共感的態度の水準に従って分析する方法を開発したのである。現在は「老人患者のリハビリ援助」の場に研究を発展させて継続している。

本研究はこれらの研究経過の上にとって、ロールプレイングを取り入れた実験的授業を実施し、その効果を検討する。その場合、単に授業直後の効果にとどまらず、その後の臨床実習の経験を経た時点での個々の学生の意識の変化を追跡的に調査・分析することを目的とする。

II 方 法

1. 研究手続きの概要 (図1参照)

ロールプレイングを取り入れた実験的な授業を心理学・教育学の講義の中で実施し、その効果を実証する。さらに、臨床実習経験を経た後にも、どう影響するかその効果を追跡する。

授業①：患者に対していろいろな接し方のあることをコミュニケーションの授業（心理学）で指導し、「与薬の場面で起こった問題」を演示させ、ロールプレイングに入る準備的な経験をさせる。そして、患者への望ましい応答の仕方を考えさせる。

授業②：望ましい患者への接し方について生活指導の授業（教育学）で指導し、初歩的なロールプレイング（悪い例と良い例）を代表者に演じさせ全員で観察させ、患者への応答の仕方について討議させる。

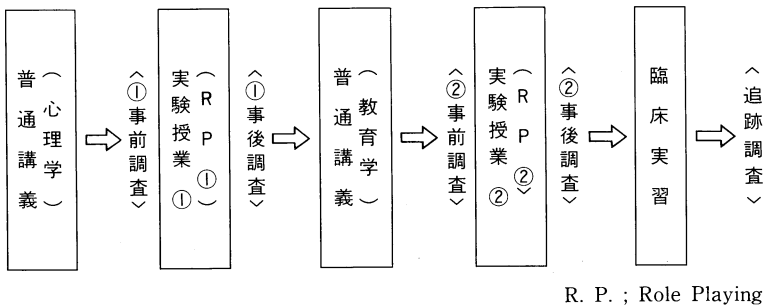


図1 研究手続きの概要

講義終了後、川崎医科大学附属病院で臨床実習を経験している。

看護科 I は約17週間（追跡調査時は、臨床実習の途中）

看護科 II は約25週間（臨床実習終了）

各授業の前後および臨床実習を経験した後に、患者に対する適切な応答の仕方について評価する。問題場面「リハビリテーションを拒否する老人患者の指導」を示し、適切な応答を考えさせる。これはロールプレイングで身につけた力を応用できるかどうかみようとすることである。

2. 研究対象と実施スケジュール（表1参照）

(1) 研究対象学生

川崎医療短期大学看護科平成2年度1年次生の中から5回の調査データのそろっている者を選定。

看護科 I；高等学校普通科より入学（3年制）43名

看護科 II；准看護婦有資格者が入学（2年制）46名

授業と調査の実施日時は表1のとおりである。

(2) ロールプレイングの主題とその上演

授業の中で取り上げたロールプレイングの主題は次のものである。

授業①：看護科 I・II 共通；与薬の問題場面

食間に服用するように指示したが、食事中に薬を飲んでしまった患者への指導。

授業②：学生に上演したい場面をあげさせ、全員で討議し、その中から次の主題を選定した。

看護科 I；抗癌剤の点滴を受けたくない患者

表1 調査と授業スケジュール

調査・授業	前	授業①	後	前	授業②	後	追跡			
看護科 I	H 2	9/11	9/14	9/21	H 3	1/18	1/25	1/28	H 4	5/1
看護科 II	H 2	9/12	9/13	9/20	H 3	1/17	1/21	1/25		12/7

看護科II；食事療法を続けたくない糖尿病患者

上演にあたってはできるだけ学生の自発性を促進するように配慮した。また、上演行動はVTRに録画し、必要に応じて討論の時に再視聴させ理解を深めさせた。

3. 指導効果の判定

(1) 次のような問題文を与えて患者への応答の仕方を考えて記述させた。

あなたの受持ち患者のKさんは男性で78歳、元中学校の校長先生で奥さんに先立たれ息子さん夫婦と暮らしています。1か月前に脳梗塞の2回目の発作を起こし入院しています。言語障害が現れ右半身に麻痺が残っています。しかし、リハビリテーションにより杖歩行ができる程度の回復が予想されます。そのことをよく説明したので1週間前よりベッド上の訓練には何とか応じるようになりました。

さらに効果を上げるために、リハビリテーションセンターに行って訓練するように勧めたのですが、一度行ったきりで、あとは頑として応じません。「この歳になって、人前で訓練などできるか」「無理に動かされて身体中が痛くてかなわない」「次々に、あれをしろこれをしろと言われていやだ」などいろいろ理屈をつけて行こうとしません。

担当看護婦であるあなたは、どう言って話しかけ、どのように指導しようと思いますか？ 話すとおりに書きなさい。

(2) 学生回答の分析法

患者に対する話しかけが、患者の内面を共感的に理解し受容する程度によって次の4つの水準を立てた。

水準A；患者の心情を共感的に理解し受容する望ましい応答

～痛くてつらいのですね。

水準B；理解・受容している部分を含んでいる応答

～人前で訓練するのは恥ずかしいと思いますが～

水準C；その他，指導者サイドで探索・評価・説得・激励するなど

水準D；患者の行動を非難・拒否・威嚇するなど望ましくない応答

～このままだと歩けなくなりますよ。

これを基準にして評価・判定する。回答はいろいろな水準のものを含んでいるが，文章全体としての主張点に焦点を絞ってキー・ワードと文脈から総合的に判定した。

1988年にロールプレイングの研究に着手してから，これまでに組織的に条件統制をした実験的授業を15回（学生数約800名）実施し，この方法で態度変化を調査してきた。各授業の前後に問題文（前半の7回は糖尿病患者の食事指導，後半の8回は本研究に同じ）を与え自由に回答させ，回答文を上述のような共感的態度の水準に従って分析し，学生の意識の変容を確認した。その結果，いずれの授業においても授業前には水準Cを主体とした低い水準にとどまっているが，授業後には水準Bの方向へと向上していく様子が一応確認できたので（片山1992），ほぼ安定した結果を求めることができる評価方法であると考え今回も適用する。

III 結 果

1. 学生回答の代表例

学生の考えた応答の中の各評価水準の代表例を示す。（ ）の中は解説。

水準A；望ましい応答 看護科II no.36 授業②事後

Kさんは前回のリハビリで何か嫌な思いをされたのですか？ 人前ではできないとも言われましたね(恥ずかしい)。それに，次々とすることを命じられたとも(指図される)。Kさんにとって，リハビリは初めてだったし，動けない所を動かす運動をするから，とてもつらかったでしょうね（苦痛）。

水準B；部分的受容 看護科I no.16 授業②事前

無理に体を動かされて痛かったり(苦痛)、あしろうしろとりハビリの先生に言われて(指図される)、いやだったりするでしょうけど、リハビリへ行けば、杖歩行への回復に一層の効果がありますから。いやでしょうけどリハビリへ行ってみませんか？

水準C；評価・説得・激励 看護科II no.23 授業①事後

せっかくベッドで起き上がれるようになったじゃありませんか(評価・支持)。リハビリセンターFへ行けばいろんな方が社会復帰に取り組んでいらっしゃるんですよ(説得)。まだまだ若い人には負けないぞという気持ちで頑張らないと(激励)。

水準D；望ましくない応答 看護科I no.2 授業②事前

Kさんこれからずっとお布団の上で暮らすつもりなんですか(脅し)？ 歩けるようになるかもしれないのに、できることまで人のお世話になるほうが、人前で練習することよりよっぽど恥ずかしいことじゃないですか(非難)。

2. 各調査の水準別頻数と平均値の比較 (表2参照)

学生の回答を分析し、水準別に整理・集計してその頻数を表2に示す。評価水準が序列尺度であるのでリカート尺度として数値化し(配点；水準A→2，B→1，C→0，D→-1)調査時別の平均値を算出した。

両群の各授業の事前・事後および追跡調査について検討する。

表2 水準別頻度数と平均値

調査	看護科 I					看護科 II				
	授業① 前 後		授業② 前 後		追跡	授業① 前 後		授業② 前 後		追跡
A	8		16	26	23	5	22	30	29	20
B	3	14	7	3	6	8	9	9	4	10
C	34	17	12	8	12	23	13	4	11	15
D	6	4	8	6	2	10	2	3	2	1
平均	-0.1	0.6	0.7	1.1	1.2	0.2	1.1	1.4	1.3	1.1

(1) 授業①（事前調査・事後調査の間）について

看護科 I・看護科 IIともに著しい向上が認められた。看護科 Iは水準 A；事前 0名→事後 8名(以下同じ)，B；3→14と増加し，C；34→17，D；6→4と減少し，平均値； $-0.070 \rightarrow 0.605$ （表 2 ではスペースがないので小数第 2 位を四捨五入している。有意差 $t_0=4.32$ ，危険率 0.1%）であった。看護科 IIも水準 A；5→22，B；8→9 と増加，C；23→13，D；10→2 と減少し，平均値； $0.174 \rightarrow 1.109$ （有意差 $t_0=4.78$ ，危険率 0.1%）であり，それぞれ顕著に向上していることが認められた。また，看護科 I と看護科 II を比較すると事前調査，事後調査ともに看護科 II の優位が認められた。

(2) 授業①事後調査と授業②事前調査の比較

この間は講義で共感的態度の必要性を説明した。看護科 I は平均値で 0.116 の増加にとどまり，授業①の水準を維持しているにすぎない。講義の効果はあまり認められなかった。看護科 II は平均値で 0.326 増加し（有意差 $t_0=1.69$ ，危険率 10%），やや向上の傾向を示し，講義の効果が若干認められた。

(3) 授業②（事前調査・事後調査の間）について

看護科 I と看護科 II は違った傾向を示している。看護科 I は水準 A；16→26 と増加し，平均値； $0.721 \rightarrow 1.140$ （有意差 $t_0=1.72$ ，危険率 10%）で，若干の向上傾向がみられた。看護科 II は平均値； $1.435 \rightarrow 1.304$ でほぼ同じ成績を維持しているにすぎなかった。看護科 I と看護科 II を比較すると，事前調査ではやはり看護科 II のほうが優位であったが，事後調査では両群の差は少なくなった。

(4) 授業②事後調査と追跡調査の比較

この間に臨床実習が実施された。看護科 I はほぼそのままの水準を維持し，看護科 II は若干の低下が認められた。看護科 I は水準 A が 26→23，と減少したが，水準 D も 6→2 に減少し，平均値 $1.140 \rightarrow 1.163$ で全体としてはほぼ同じ水準を維持していったといえる。看護科 II は水準 A；29→20 と減少し，B；4→10，C；11→15 と増加して，平均値 $1.304 \rightarrow 1.065$ となってどちらかといえば低下の傾向にある。両群の差はさらに少なくなった。

3. 個人別変動の様子 (表3参照)

1人1人の学生がどう変わったか(個人別変動)を調べた。まず、変動の有無に分け、次に、変動ありは上昇(3段階D→A, 2段階C→A, D→B, 1段階B→A, C→B, D→C)と下降(3段階A→D, 2段階A→C, B→D, 1段階A→B, B→C, C→D)に分けた。変動なしは水準別(A, B, C, D)に整理して表3に示した。個々の学習者がそれぞれの学習過程でどのように変化していったかを検討する。

(1) 授業①について——事前調査から事後調査への変動

看護科I・看護科IIともに上昇する者がきわめて多かった。看護科Iは上昇22(2段階10, 1段階12)と著しく向上していることが認められた。看護科IIも上昇29(3段階4, 2段階13, 1段階12)と同じように顕著な向上が認められた。

(2) 授業①事後調査から授業②事前調査への変動

看護科Iは上昇・維持・下降がそれぞれあり一定の傾向はみられなかった。看護科IIは上昇・維持がやや多い傾向がみられた。

表3 個人別変動(上昇・維持・下降)

	看護科 I				看護科 II			
	授業① 前→後	授 授 ①→②	授業② 前→後	授 追 ②→跡	授業① 前→後	授 授 ①→②	授業② 前→後	授 追 ②→跡
上 昇	3	1	2	1	4	1	1	
	2	10	6	5	3	13	6	1
	1	12	9	8	6	12	11	4
維 持	A	5	15	18	2	18	25	15
	B	2	3	1	1	1	3	
	C	15	6	5	4	7	1	1
	D	1	2	4	1	2		4
下 降	1	3	6	1	4	3	6	7
	2		4	1	5	2	1	4
	3		1	1		1		1

(3) 授業②について——事前調査から事後調査への変動

看護科Ⅰ・看護科Ⅱともに高水準であることが確認できた。看護科Ⅰは上昇15(3段階2, 2段階5, 1段階8), 水準Aを維持15と全体では向上し高水準にあることが認められた。下降はわずか3に減少した。看護科Ⅱは上昇6(3段階1, 2段階1, 1段階4)に対し, 下降11(2段階4, 1段階7)とやや下降傾向もみられるが, 水準Aを維持している者が25もあり高水準を保っていることが認められた。

講義が行われた授業①事後から授業②事前の間の変動と, ロールプレイングが行われた授業②の事前・事後の変動を比較すると, 両群は異なった傾向を示している。看護科Ⅰは下降が減少し(3段階合わせて11→3), 水準Aの維持が増加(5→15)して授業②による向上が確認された。看護科Ⅱは上昇が減り(3段階合わせて18→6), 水準Aの維持が増加(18→25)することが確認された。

(4) 追跡調査について

看護科Ⅰはほぼ同じ水準の維持が認められ, 看護科Ⅱはやや下降の傾向がみられた。看護科Ⅰは上昇10(3段階1, 2段階3, 1段階6), 下降9(2段階5, 1段階4)で上昇・下降ほぼ同じであるが, 水準Aが18となり高水準の維持が確認できた。看護科Ⅱは上昇10(2段階6, 1段階4)に対して, 下降17(3段階1, 2段階8, 1段階8)でやや下降傾向といえよう。

これらの個人別変動の様子を調べることによって各調査の水準別頻数と平均値の比較で明らかになった向上の様子が再確認できたとともに, 傾向がみられるにとどまっていた変動も明確に確認できた。

IV 考 察

1. 集団としての変化の追跡 (図2参照)

平均値の変化を図2に示した。図2に表れた変化の傾向を「Ⅲ 結果」で確認した水準別頻数や個人別の変動の様子と総合して検討する。

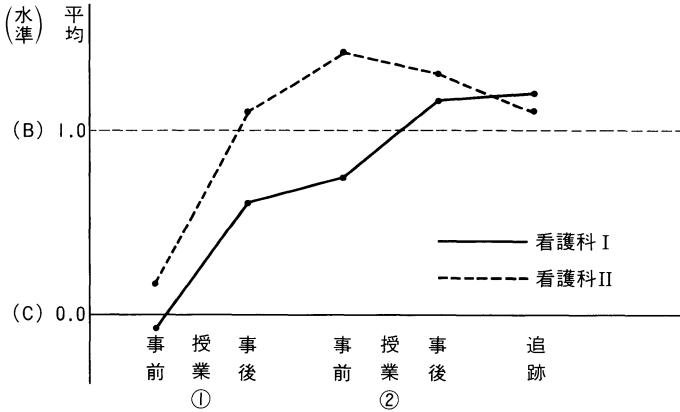


図2 水準別頻数の変化

看護科 I；授業①事前は指導者中心の説得・探索・評価・激励といった水準 C の応答がほとんどであった。授業①を受けた後には顕著に向上しているのでロールプレイングの効果が確認できた。講義期間の授業①事後→授業②事前は変化が少なかった。授業②を受けると再び向上し（個人別変動；上昇・高水準維持が増加，下降が減少），授業②のロールプレイングの効果も確認できた。さらに，臨床実習後の追跡調査でも（個人別変動；高水準維持が増加）その水準を維持しており，全体として徐々に向上しこれを維持する傾向を示している。このことは水準 A を維持する者が 0 → 5 → 15 → 18 と順次増加していることにも表れている。

看護科 II；ロールプレイングを行った授業①できわめて著しい向上を示した。講義期間の授業①事後→授業②事前もゆるやかに上昇を続けた。授業②では維持が多く上昇は止まる。臨床実習後の追跡調査ではやや下降気味（下降合計 11 → 17，水準 A 25 → 15）だが有意差は認められなかった。全体の傾向としては授業①で急上昇し授業②事前にピークに達する。後は少しずつ下降傾向となる。

看護科 I と看護科 II を比較すると授業①事前から授業②事前までは看護科 II が優位であった。これは看護科 II は高等学校衛生看護科や准看護学校などに在

学中、看護専門科目の教育を受け、さらに短期間であるが患者に実際に接する臨床経験をもっている。この素地の上に、授業①のロールプレイングを実施したので、こうした急激な態度変化を起こしたと考えられ、これまでの研究（片山1991b, 1992）にも同じ傾向がみられた。しかし、看護科Ⅰもこの授業①、②や本学の臨床実習経験を重ねると、授業②事後では看護科Ⅱの水準に接近し、追跡調査では差がまったくなくなった。

2. 個人別変動の追跡

(1) 個人別変動の追跡のための表示とその分析（図3参照）

学習の進行に伴う看護科Ⅰの集団としての変動の状況は先述のように徐々に向上するパターンを示していた。しかし、その中の個々の学生の学習過程全体を通しての変化の様子を詳細に検討するとそれぞれ特色をもっていることが明らかになった。

たとえば、看護科Ⅰ no.18 M. K.は「授業①事前は水準D、授業①を受けて水準Cに向上、授業②事前は水準Cのまま、授業②を受けて水準Aに向上、この成績をそのまま維持し追跡調査も水準A」と一歩一歩向上し実習後もその成績を維持している。看護科Ⅰの集団の傾向と一致しており授業によって確実に進歩していく典型的「単純上昇」タイプである。これを図示すると図3 aのようになる（図3では看護科Ⅰを看Ⅰ、授業①事前と事後を前①後①などと略記）。

こうした、個々の学習者の考えの推移を追跡すると必ずしもこのように単純に進歩・向上している者は少なく、上昇したり下降したりと動揺する者が多い。

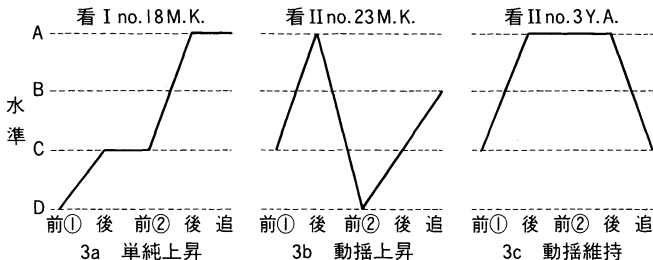


図3 個人別変動の追跡

共感的態度育成をめざすロールプレイングの効果の追跡
たとえば、看護科II no.23 M. K. (図3 b)のように、授業①を受ける前は水準Cで最終的には水準Bに向上するのだが、その途中で上下に激しく動揺する(動揺上昇)タイプや、看護科II no.3 Y. A. (図3 c)のように、最初も最後まで水準Cだが同じ水準を維持したのではなく一度は水準Aにまで達したのに再び下降してしまった「動揺維持」タイプもある。看護科Iでは35のタイプ、看護科IIでは36のタイプ、合わせて67もの異なったタイプが認められた(両群に共通のものを除く)。このように実に様々な過程をたどっているのでこの傾向をまとめるのは困難である。

こうした個人の考えの変化を追跡するのに、吉田・栗山(1991)は分数概念の習得過程の研究でテストごとの方略の変化の状況をいくつかの典型的なパターンを設定して分類する手法をとっている。われわれも以前教育工学的授業研究法の1つとして「個別学習進行過程の軌跡としての表示法」(片山・坂田1988)を発表したが、学習者の考えの変化を追跡して表示する点で共通していた。そこで、この手法をロールプレイングの分析にも適用し「評価方法の改善」(片山1992)として発表した。本研究でもこの分析法を用いて整理した。まず、図3 a～cのように個々の学生の回答状況を図示した。次に、授業①事前と追跡調査の水準を比較して「上昇・維持・下降」の3つに大別した。さらに、中間の調査(授業①事後と授業②の事前・事後)の成績を加えてそれぞれ「単純・動揺」に分類・整理し表4に表した。

(2) 両群の特徴(表4参照)

このように整理して表すと看護科Iと看護科IIのそれぞれの特徴がいつそう明らかになった。看護科Iは上昇する者(単純上昇18, 動揺上昇14, 計32, 全体の75%)が多くロールプレイングの効果が徐々に現れていったことが確認できた。それに対して看護科IIは動揺する者(動揺上昇14, 動揺維持14, 計28, 全体の61%)が多いことが特徴として把握できた。

本研究の特色は長期にわたる追跡調査にあるが、学生の考えの変動の様子がこのような形で把握できたことに1つの意義が見出せる。

表 4 個人別変動の追跡（授業①前→追跡）

変動の タイプ	上 昇		維 持		下 降	
	単純	動揺	単純	動揺	単純	動揺
看護科 I	18	14	1	7	2	1
看護科 II	13	14	1	14	1	3

3. 変動の原因について（学生の感想や意見から）

こうした変動が何によって起こったかについては十分解明できなかった。しかし、その一端を知る手がかりとして、学生の感想や意見を引用して変化の原因を考察する。自由記述で回答させたので記入漏れも多く全員のデータは揃っていないが、示唆に富む考えが多いので参考になると考え取り上げる。

(1) 臨床実習中にリハビリテーションを受けている患者に接した経験

学生が実習するのに支障の少ない患者を担当させる場合が多いので、極端に困ったケースには出会わなかったようである。むしろ、リハビリテーションに意欲的に取り組む患者の報告（看護科 I；10，看護科 II；15）が多くみられた。その内容として「早く歩けるようになって家に帰りたいたので頑張っていた」「『今日はここまでできた。明日はもっとしよう』と楽しそうに練習に行っていた」「歩行訓練をしている人を見て『あのくらいになれば』と辛いけど頑張っていた」などがみられた。

しかし、消極的な患者の場合もあり（看護科 I・看護科 IIとも 6）、たとえば「本人が嫌がったのをかなり強引に連れて行ったが一步も動こうとしなかった」「元社長さんで人に強制されてすることが嫌いな性格だった」「気分が出ないとやらない。気分をいい調子にもっていく努力が必要だった」など困った経験の報告もみられた。全体としては本研究で示したような非常に困った問題場面を直接体験した学生は少なかったようである。

(2) 実習前にロールプレイングをしたことの意義

肯定的な意見（看護科 I；9，看護科 II；27）が多くみられた。その理由として「ロールプレイングでしたような場面に実際に何回も出会ったので意識を

もって対応を考えた」「実習で患者への応答に困った時、ロールプレイングで友人がしていた応答を思い出して試みた」「心の中で思っているだけでなくロールプレイングのように実際に相手に発言してみることはよい経験だった」「なにげない一言一言についてじっくりと考えることができた」などの報告があった。

具体例として、看護科 I no.13 Y.O. (動揺上昇タイプ) を取り上げる。この学生は臨床実習を経験して向上してきた。そしてその理由を「ロールプレイングをしたので『実習に出たらこんなことがあるんだろうな』と想像できてよかった」と意義をとらえ、自分のこれまでの応答を「前は患者を説得しようとする気持ちがありありと出ている」と反省し、「今回は患者の言葉をそのまま受容し理解することを基盤に発言を工夫した」と改善の意図を説明している。

しかし、否定的な意見もあり(看護科 I ; 7, 看護科 II ; 4), その理由として「実習前のロールプレイングは『本当にこんなことが起こるのかな』という感じで、あまりピンとこなく実感が湧かなかった」「実習前はやはり頭の中だけの想像でしかなく現実と離れている。患者の様々な背景・性格などで変わりその人に合わせるのが難しかった」「学生が患者役をしても本当の患者の気持ちとは少し遠い気がした」などの批判がみられた。

具体例として、看護科 II no.13 H.O. (動揺下降タイプ) を取り上げる。この学生は臨床実習経験によって下降し、変わった理由を「いつも『嫌だ、えらい』という患者を無理に車椅子に乗せてセンターでリハビリをさせているのを見た。その後、不満を口にしながらのリハビリだが歩けるようになったそうだ」と経験を述べ、「実習前のロールプレイングの応答は私の考える理想の指導の仕方。でも実際にするとしたら『リハビリをしないと動くようにならないから頑張りましょう』と言って、無理にでも連れていくと思う」と説明している。

共感的態度の形成は確かに講義でもできる。これは本研究の看護科 II に講義を実施した時(授業①事後と授業②事前)の向上傾向や、最近の追試的研究(片山1993)でも確認できた。しかし、その成績は水準 B 程度にとどまりそれ以上に伸びなかった。また、本研究の看護科 I のように、講義ではほとんど効果を示さない場合もみられ、さらに、講義で得た知識はペーパーテストの終了とと

もに消滅するような一時的なものになりがちであるともいわれている。一方、臨床現場での直接経験はきわめて強い印象を残し効果的なことは当然であるが、意図的計画的にチャンスを与えることは困難であり、また単なる1つの事例への出会いにとどまり一般化せず他の場面に適用しないという問題点もはらんでいる。

ロールプレイングはちょうどこの中間に位置し、理論（共感）の具体化・行動化であるとともに、現実に近い場面で共感的態度の必要性を一般的に理解させることにも寄与すると考えられる。直接経験の迫力は薄れるにしても、臨場感を伴う行動場面で意欲的に真剣に考えられ、また、討論により個々の経験や考えを相互交換して共通理解でき、単なる個人的経験を超越より高いレベルのものへと発展するという利点もある。

これについてロールプレイングに参加して討論の司会をした学生が「特に印象に残ったのはロールプレイングです。良い例と悪い例に分けてそれぞれの上演を見ている中で『こういう言葉かけもあるのだな』とか、『私ならこう言葉をかけるだろう』などいろいろな考えが浮かび上がってきました。ただ授業を聞いて『誰かがしてくれるから私はいいわ』という受け身でなく自分たちで考え自主的に話し合うというのはとても大切だと思いました」（片山1993）と報告している。強い参加意識をもってロールプレイングに臨み、話し合いを通して理解を深めていった姿を如実に示していると思われる。

保健医療行動科学会第2回国際会議に参加し「患者理解の方法としてロールプレイングを取り入れることの重要性」について提案(Katayama1991)したが、その時の討論でアメリカでも看護教育にロールプレイングが広く活用されているとの報告がなされ、この方法の有効性が広く知られていることを確認した。しかし、実際に大人数の集団に導入するとなると、参加者の自発性の解発、自由な集団雰囲気・熟成、本質的な課題から逸れないような進行の援助、理想的な応対と現実の指導・助言とのギャップ、多様な個性への適切な対応などなど解決すべき数多くの問題が存在することもまた見逃すことができない。

このようないろいろな観点をふまえて考察すると、患者の心情を理解し共感

共感的態度育成をめざすロールプレイングの効果の追跡的態度で接するという基本の考えをロールプレイングを通して育成し、この理念を現実の場面でどう活かすとよいかという実際の技術面について臨床実習という実践活動により練り上げていくのが望ましい姿といえよう。

V むすび

ロールプレイングの効果を追跡して検討した。実験授業で実施したロールプレイングの効果はかなり長期間にわたって維持することが実証的に確認できた。しかし、単純に向上し定着していくのではなく、様々に動揺しながら看護学生の心の中に形成されていくことも明確になった。この研究を通して、患者にどう対応すればよいかといった「技法の習得」という面からみれば、実習前にロールプレイングをすることにはいくつかの問題点が存在するであろう。しかし、本質的な「患者理解の必要性、共感的受容の態度形成」という次元から考えてみると、このロールプレイングは大きな貢献を果たしていると考えられる。

三沢（1985）は「ひとりの人間が事故や疾病などで重度の身体障害を負った場合……肉体的苦痛はやがて軽快したとしても、心の痛みはそうたやすく癒えるものではない。他人には全く想像できないような深刻な苦悩や葛藤の持続的な体験に見舞われている」と述べ、患者を襲っている心理的苦悩に目を向けることの必要性を強調している。

こうした事例の1つとして高齢患者、特に脳血管障害者の場合について考えてみる。まず、1次的障害として身体面（physical）の機能障害（運動麻痺、感覚麻痺、言語障害など）に直面し危機に陥っている。さらに、2次的な身体障害（運動ができないので筋肉の萎縮の発生）に加えて、対外的接触の不能（長年勤めた職場からの離脱、主婦だったのに家事ができないなど）という社会的（social）不適応が、全面的な抑うつ状態・無気力を誘発し「この年になって今さら痛い訓練などしたくない（意欲の喪失）」という精神活動（mental）の低下をもたらしていることを忘れてはならない。

太湯（1991）は「老人の個人個人の生活パターンを尊重し、自分の意志で行動したいと考えていることを考慮して無理強いをせず、ひとりの人間としての自由や尊厳を損なわないように心配りをする」ことの大切さを説いているが、この人間のもつ身体的、社会的、そして心理的なすべての面についての全人的な配慮が患者への支えには必要なのである。

患者教育にあたるにはこうした人間尊重の原点に立ち返り、患者中心の考えを育てることの重要性を改めて認識するとともに、その方法としてロールプレイングを有効・適切に用いる研究を推進することの意義を再確認できたのである。

謝 辞

本研究は「患者教育のできる看護婦育成をめざす教授法—ロールプレイング効果の追跡」と題して日本保健医療行動科学会第7大会において発表したものに詳細な資料を加えてまとめたものである。また、文部省科学研究費補助金(試験研究B)04557130の交付を受けた研究の一部である。なお、研究を進めるにあたって共同研究者である川崎医療短期大学林喜美子教授(川崎医大附属病院総婦長併任)、同太湯好子教授、川崎医療福祉大学渡辺進講師(川崎リハビリテーション学院助教授併任)の協力を受けた。

文 献

- 1) 一谷彊・伊藤なみ子・相田貞夫(1992): 役割演技における態度変容(1)——臓器移植問題の役割演技へのフィードバックが意見変容に及ぼす効果, 京都教育大学紀要, 81: 15-43.
- 2) 台利夫(1986): ロールプレイング, 日本文化科学社.
- 3) 大段智亮(1978): 面接の技法, メヂカルフレンド社.
- 4) 片山英雄, 坂田注(1988): 個別学習進行過程の軌跡としての表示法—その4 小学校算数科式表示(3年ことばの式)の授業分析に適用して—日本教育心理学会30, 発表論文集, p.742-743.
- 5) 片山英雄(1989): 患者教育のできる看護婦・栄養士養成のための教授法の開発

—実地指導経験がもたらす食事指導上の問題点のとらえ方の特色—, 日本保健医療行動科学会年報, 4 : 229-236.

6) 片山英雄(1991 a) : 第14章・患者教育の心理と方法, <岡堂哲雄編; 健康心理学, 誠信書房>, p.235-250.

7) 片山英雄 (1991 b) : 患者教育のできる医療従事者のためのロールプレイングの効果, その1 評価方法について, 健康心理学研究, 4 (2) : 21-28.

8) Katayama, H. (1991) : Methods of Instruction for Training Nurses Responsible for Patient Education ; for understanding and support of patient, Proceedings of the 2nd International conference of Health Behavioral Science, p. 90-91.

9) 片山英雄 (1992) : 患者教育のできる看護婦養成のためのロールプレー効果判定方法の改善, 川崎医学会誌, 一般教養篇, 18 : 7 -20.

10) 片山英雄 (1993) : 患者教育のできる看護婦養成のためのロールプレーその3 自主活動を促進した改善プラン, 川崎医学会誌, 一般教養篇, 19 : 1 -19.

11) 田中熊次郎 (1983) : ロールプレイング, サイコロジ, 42, サイエンス社.

12) 中川米造・宗像恒次 (1989) : 医療・健康心理学, 福村出版, p.337-339.

13) 長谷川浩 (1980) : 援助的関係の樹立, 社会心理学, 協同出版, p.93.

14) 太湯好子・片山信子 (1991) : 第9章健康管理 (1), <看護学生のための図解=臨床実習のすべて3. 老人看護, メヂカルフレンド社>, p.160-161.

15) 松村康平 (1956) : 心理劇, 児童心理, 金子書房, 10(11)(12).

16) 三沢義一(1985) : 障害と心理, <リハビリテーション医学講座9>, 医歯薬出版, 1-2.

17) 吉田甫・栗山和宏 (1991) : 分数概念の習得に関する発達的研究, 教育心理学研究, 39 (4) : 382-391.

18) ロージャズ, C. R., 畠瀬直子訳 (1967) : 第3章, 対人関係; ガイダンスの核心, <ロージャズ全集6, 人間関係論, 岩崎学術出版社>, (Rogers, C. R. 1962 The interpersonal relationship ; the core of guidance, Harvard Educ. Rev. 32 (4) 416-429.