

看護教育と行動科学

野島 良子*

キー・ワード

看護教育 Nursing Education 看護過程 Nursing Process
観察 Observation

はじめに

このテーマについて考えていた時、二人の若いナースから手紙を受取った。たまたま二人とも ICU で勤務されており、そこでの観察について述べておられた。私がいへん興味をそそられたのは、ICU で看護婦が行う観察に、この二人がそれぞれ正反対の意味を与えていたことである。Aさんは6～7年の経験をもたれているらしい。クライアントのそばにナースがいるのは、人工呼吸器、輸液ポンプ、EKG など、機械のチェックのためにすぎないのではないかとさえ思える、それらのチェックが看護婦の当然の仕事として入ってきており、生きている心と体に働きかける本来の看護から遠ざかっているように思える、と述べられている。Bさんは、大学を卒業して2年目。人工呼吸器や、EKG モニターや点滴やドレーンに取り囲まれて、呼吸をするという最も基本的なニードでさえ他人の力を借りなければならず、意識がなくて自分の意志や苦痛を伝える術を持たない人々をみていると、私たちナースが変化に気づくこ

* 徳島大学大学開放実践センター

とがいかに大切か、幾度となく反省します、というのが彼女の文面である。観察という事柄に対するこの二人の考え方の相違は、おそらく基礎教育に由来しているのではないか。私は、そう推測している。

I 看護者の役割

看護者の役割の中には次のような働きが含まれている。

- (1) Helping Function
- (2) Teaching-Coaching Function
- (3) Diagnostic and Monitoring Function
- (4) Management Function

これらの働きは個々のクライアントの持つ健康上の問題と状況によって力点のおかれ方が異なってくるが、いずれの働きが主になろうとも、この働きの基層に置かれるのは、いわゆる“看護過程”に代表されるころの、個々の看護者のもつ問題解決能力である。看護活動は従来、どちらかといえば、主として motor skill から構成された単純な作業過程を特徴とする働き、とみなされてきた。これはあきらかに間違いである。看護活動は知覚、認知、抽象化、概念形成などの精神活動が、経験、記憶の想起、知的蓄積や社会的常識との照合、などを通して、問題の確認と意志決定、そして問題解決行動の着手に至る、極めて複雑、かつ力動的な思考活動であることが、川口らが看護行動調査票を用いて行なった看護活動解析や（川口&松岡, 1986）、Benner が現象学的手法によって明らかにした看護者の直観的判断力に関する研究によって、立証されてきている（Benner, 1984）。

いわゆる“看護過程”は、アセスメント、看護診断、看護計画、看護介入、評価、という各段階から構成される問題解決過程であると考えられている（図1）。この過程は基本的にはさらに二つの大きな部分にまとめられる。前半を構成するアセスメント、看護診断、看護計画は {看護診断} に、後半は {看護介入} にである（図2）。看護活動は看護介入の連続そのものであるとってい

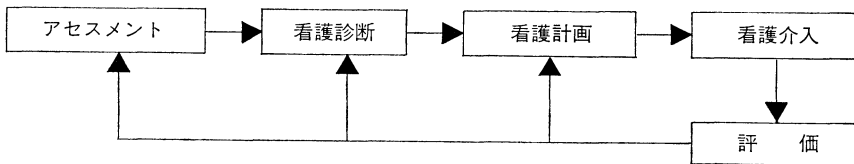


図1 看護過程基本図

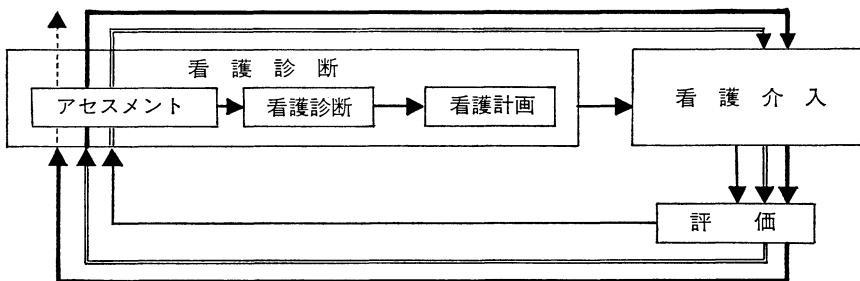


図2 循環する看護過程

いわけであるが、この {看護介入} の方向を左右するのが、看護診断である。従って看護診断は極めて重要な役割を帯びているといえるが、その中でもとりわけ重要な鍵を握っているのが、アセスメントの中軸となる観察である。

II 何を観察するのか

何が看護診断の対象となるのか？ そのために看護者は何を観察しなければならないか？ この二つの問題は現実には職業としての看護の Identity にかかわる問題であり、真剣に検討されなければならない問題である。しかし、残念ながら関係者によって今まで最もなおざりにされてきた領域ではなかったかと思われる。というのは、わが国では看護教育のカリキュラムが生物-医学モデルで構成され、その枠内で看護婦養成が行なわれてきたために、それについて検討する必要が認識されなかった。看護実践の現場でも、そのクライアント

が患っている疾病中心に看護が行なわれてきている。従って看護婦の行なう観察は、当然、疾病の症状とクライアントの病態生理が中心になってくる。それが看護者が第一義的に行なわなければならない観察であるとすれば、あるいは教育を通してその様にインプットされれば、“看護者は何を観察するべきか？”という問いは生まれてきようがない。

冒頭で紹介した看護婦のAさんの、モニターの管理と観察に追われて、看護本来の役割を果たせないという嘆きは、もっともな訴えであるわけである。しかし、ここで行なわれているのは“観察”ではなく、単に数値と目盛りの読み取りというべきだろう。Aさんのいう“本来の看護”とは、この場合どのような活動になっていくのであろうか。{問題点とその対策}としてマニュアルの中に標準化されたものを指針に行なわれる看護ケアであれば、クライアントは検討はずれのケアを受けることになる。看護観察と呼ばれるためには、知覚された事象が、データの収集、分類、命名（あるいは概念化）という作業を通して、意味づけられ、個々の問題の確認や意志決定につながっていく必要がある（図3）。冒頭のBさんの場合には、読み込まれた数値や知覚されたクライアントの状況は、看護の理論枠組みにそって意味づけられ、“呼吸や意志の伝達という基本的ニーズの充足が十分である、”と問題が確認されている。この方がおそらく本来の看護につながっていくに違いない。

Ⅲ 何が看護診断の対象となり、何が観察されなければならないか

人間を、Biopsychosocial な統一体として認識する立場は、現在の看護学の立場として、つとにコンセンサスを得ているが、この中でもとりわけ Rogers 派や、新 Rogers 派の Margaret Newman らは、人間を“環境との間に継続的に相互作用を行なっているエネルギーの開放系”（Newman, 1984）と規定し、人間-環境間の相互作用を、

(1) Exchanging, (2) Communicating, (3) Relating, (4) Valuing, (5) Choosing, (6) Moving, (7) Perceiving, (8) Feeling, (9) Knowing の

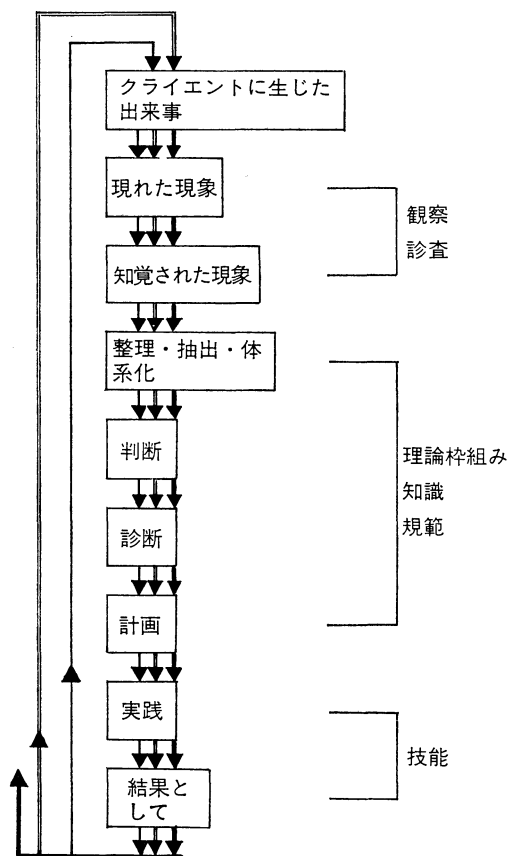


図3 看護過程と看護者の能力

9つのダイメンションにまとめている。

また、私は同様の立場から、看護の役割を「人間ひとりひとりが自己の最良の能力を発揮して、よく生きることができるように、その人の健康上の条件を整えるのを手助けする」活動においているが(野島, 1984), 看護の役割をこのように捉えることが妥当であることは、医療に対する社会のニーズが Cure から Care へ、Quantity of life から Quality of life へとその力点を移しつ

つあることからみても、十分諾けるものである。そしてこれらの観点からクライアントを見ると、看護者がアセスメントし、診断していかなければならないのは、病気とその症状ではなく、健康や病気と“生活のながれ”との〔関係〕であることが分かる。そうすると目下のところ、疾病の症状とクライアントの病態生理、そしてせいぜい心の状態に留まっている観察の視座を、

一定点から→移行・継続・経過へ

単一の現象から→複数の現象の関係へ

身体から→環境とのエネルギーの交換行動へ

病気の症状から→病気をもったクライアントの日常生活行動へ

と回転させてゆかなければならない。

これらは、単一の要素において知覚認知される現象ではなく、Newman が言うように、パターンとして認知されるものであるし、それを観察する方法もおのずと力動的な参加観察になってくると思われる（看護活動における観察はもともと参加観察であるわけだが）。そして看護実践の場においてなされる観察は、その内容が一定の時間を経て分析された後に判断に結びつくというよりも、多くの場合“その場”での判断と看護治療上の意志決定に直結する、いわば即時・臨場的な特徴をもっている。したがって観察と臨床的判断は分かちがたい関係にあるわけである。この特徴を認識した上で、Bennerは新米の看護者から高度に熟練した看護者に至る段階をDreyfusのモデルに沿って、Novice, Advanced Beginner, Competent, Proficient, Expertの5段階に分け、各々の段階で働く直観的判断力を次のように、抽出している。

- (1) Pattern recognition
- (2) Similarity recognition
- (3) Commonsense understanding
- (4) Skilled know-how
- (5) Sense of salience
- (6) Deliberative rationality

これらの判断能力は卒業後に一定の経験を積んで形成されていくものではあ

るが、しかしその基本線はすでに基礎教育の段階で方向づけられている必要があるように思われる。

IV 今日の学生の特性と行動科学としての看護教育

ここまでは生物-医学モデルで構成された看護教育カリキュラムが、今日、CureよりもCareを求める社会の要求に応えることのできる十分に力動的な思考活動としての看護実践活動の担い手としての看護者の教育には、もはやふさわしくないことをみてきたが、ここで、学習者としての学生に焦点を移して考えてみよう。

上に挙げた看護者の観察力と、それに直結した判断力を基礎教育の過程でインプットしていくとしたら、その機会は主として“臨床実習”に委ねられるであろう。臨床実習という学習は言うまでもなく、学生の主体的な行動が前提となって成立する学習であるが、今日の学生にはこのような学習形態にはそぐわない傾向が多く観察されている。その中でも特に《知識・技術に依存する》特性は、周知のように、既に《出来上がった》《教科書に書かれ》た知識の丸暗記をするということである。これは《問題点とその対策》をマニュアル方式で教え込むのには好都合であるが、上に述べたような観察や判断を通して問題解決行動につないでいく「看護過程」の思考と実践には向かない。

最近、私は予定されていた臨床実習がほぼ終了した段階で、4年次の学生達に実習の成果について自己評価させてみた。学習の成果が不十分でしかなかった理由について、「自己学習の不足が第一であるが、たとえば、患者さんの疾患名について調べても患者さんとは独立した知識として分かっただけで、実際に自分の実習に生かせていなかった。肝心なところまで進まない内に、まあ、いいや、とってしまった」とか「ある患者さんのかかっている病気について、一応本を読み、主症状とか予後などを知り、患者さんの状態と照らし合わせてみる。しかし『ああ、この症状もでているな』などとは思うが、何故そういう症状が出現してきたのかとか、他に与える影響はどういったもので

あろうかというようには考えを進めていかなかった」と述べている。知識は観察された事象の意味を解き明かし確認するために照合されるのではなく、知識そのものが確認の対象になってしまっている。また、看護活動において観察はガラス窓を隔てて行われるものではなく、クライアントの“生活の流れ”に直接沿いながら行われるわけで、従ってクライアントとの力動的な人間関係がその基盤になるが、個々のクライアントとどの様に人間関係を形成していくかということは、マニュアルやテキストには書かれていない。成熟した自我をもつ社会人として主体的にかかわることによってしか、これは形成されないとしたら、今日の学生たちがもつ、《未熟・依存的》という特性は、力動的な人間関係のもとでよい観察を行い、的確な判断力を行使するためには、マイナスの因子として働くといえる。このような特性をもった学生たちにとっていきなり看護の課題にそった臨床実習に入っていくことは非常に大きなストレスとなり、学習効果を半減させる。しかし逆に、クライアントの“生活の流れ”に沿って観察が行われるような学習が準備されると、学生の観察力は広がり、同時に洞察力が深まってくるようにおもわれる。ある学生は、4年次であるが、精神病院での4週間の実習を終えて、次のようなりポートを残している。

“どんな疾病・傷害でも日常生活における問題は生じるのに、その疾病・傷害が見えたり、触れたりできるから、つい目はその方向に向けられてしまい、その人の生活を考えているつもりでも、実際には考えられないのではないかと思う。……今まで目に見える事だけを観察していた私はすごくとまどった。しかし、慣れてくるにつれて、「生活の流れ」というものに目を向けることができるようになり、その生活について看護婦はどのような役割をもつのか、どのように関わればよいのか考えることができた。……生活の中での交流は看護婦-患者関係の第一歩であり、治療の人間関係に発展していくのではないだろうか？……”

V 問題解決能力につながる観察・判断力をどのように育てるか

二つの工夫ができるように思う。

第一には、看護の機能を明確にし、それを看護教育のカリキュラムに反映させること。看護は人々の健康にどのような立場から関与・貢献するのかをはっきりさせることである。看護の機能の明確化といえるだろう。人間と環境の相互作用を促進する働きを“日常生活活動”のなかにもとめるということであれば、疾病や傷害された状態の中にだけでなく、健康のおのおのの水準において、人間-環境間の相互作用のダイメンションが注目され、看護診断の対象になってくる。

第二には観察・判断力・問題解決能力をそだてる総合的な機会である実習を、現在の領域縦割構成に健康の水準別横割構成を加えて編成し、人間-環境の相互作用の状態を、

健康の高い水準から→低い水準へ

セルフ・ケアから→手助けのいる状態へ

という流れの中で、観察させていくことを可能にすることである。これは基礎教育の段階では、特定の疾患や傷害に結びついた症状や状態ではなく、人間のごく普通の生活と、そこでの人間関係を熟知させる機会をふやしていくことを意味している。医療技術がますます高度化している今回の医療状況からみると、専門化よりもまず一般化をというこの考え方は、一見逆行しているように見えるかもしれないが、日本人の平均寿命が80歳に届いている今日、学生の行動特性がもっている{望ましくない面}は、成長と発達のサイクルのズレとして理解したうえで、健康と医療の専門家としての看護者の養成年限の延長を考えてみなければならない。そして、基礎教育においては、その前半を徹底的に人間理解にあてる、すなわち、{人間と人間たち}{人間と環境}{人間の生活と行動}、そして後半に初めて{健康一病気一傷害}{治療}{治療技術}という具体的な課題の学習が計画されることが望ましいのではないか。

看護学はいつも行動科学であった、というのが私の考えだが、知覚、認知、抽象化、概念形成、などの高度な精神活動に支えられた力動的な思考活動と motor skill との相互関連が教育を通して、学生全体にインプットされていくようになれば、冒頭に紹介したAさんのような嘆きは聞かれなくなるのではないかと思う。

文 献

- 1) Benner, P. : From Novice to Expert, Addison-Wesley Publishing Co., Menlo Park, CA, 1984.
 - 2) Newman, M. A. : Looking at the whole, AJN, 84 ; 1496-1499, 1984.
 - 3) 川口孝泰, 松岡敦夫 : 病棟内看護活動分析について—その手法の提案—, 日本看護研究学会雑誌, 9(1 & 2) ; 96-102, 1986.
 - 4) 野島良子 : 看護論, へるす出版, 1984.
-