

研究報告

看護技術の学習過程に関する検討

——臨床実習における学生の体験を手がかりとして——

吾妻知美¹⁾・藤原 桜²⁾・池川清子¹⁾

A Study of the Learning Process of Nursing Arts

——Finding Clues through Students' Experiences in Nursing Practicum——

AZUMA Tomomi, FUJIWARA Sakura and IKEGAWA Kiyoko

Abstract : As nursing education has attained higher status over the years, the importance of a scientific basis for nursing acts has been emphasized. However, interpersonal features in nursing acts, in other words, the clarification of practical wisdom in the relationship between providers and receivers of acts of caring, has not been made. Therefore, in this study, we observed the experiences of 2 students who gave nursing care to assigned patients in their initial nursing practicum, reviewed the process of their learning nursing care from the written records they both used for the training and their reports written after the training was complete. The results confirmed the importance of establishing a “intercorporality” in nursing training. Therefore, the necessity of an instructor’s intervention at certain moments on site was suggested to establish an intersubjective relation sensed through each others body during clinical site training.

Key Words : nursing education, basic nursing practicum, method of teaching act of caring

抄録 : 近年看護の高等教育化の進展にともない、看護技術の科学的根拠の重要性は強調されてはいるものの、看護技術のもつ対人的特性、言い換えると技術提供者と受け手とのかかわりの中にたち現れてくる実践知の解明はいまだに手薄な状況にある。そこで、本研究では、基礎看護学実習において初めて受け持ち患者に看護ケアを実践した二人の学生の体験を、学生が実習において共通に使用する記録用紙と実習終了後のレポートから、学生が看護技術を学習していく過程をふりかえった。その結果、看護技術の実践において〈相互身体的〉かかわりの成立の重要性が確認された。そのため、臨地実習では教師が、学生-患者の相互身体的なかかわりを成立させるための、そのとき、その場の介入の必要が示唆された。

キーワード : 看護技術教育、基礎看護学実習、看護技術の伝え方

I. はじめに

看護学教育はその実践的特質において、広い意味での技術教育として位置づけることが出来る。看護における技術的行為は、物を生産する技術のような孤立的

で、閉鎖的な自己完結的な行為ではなく、看護者と対象者によって構成される対人的な場、つまり状況の中で生起するものだからである。かつての看護技術教育は、原理・原則に基づく技術の手順にそった反復訓練に重点が置かれていたことは周知の事実である。近年看護の高等教育化の進展に伴い、看護技術の科学的根

¹⁾甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科

²⁾日本統合医療ラボ

扱の重要性は強調されてはいるものの、看護技術の持つ対人的特性、言い換えると技術提供者と受け手との関りの中に立ち現れてくる実践知の解明はいまだに手薄な状況にある。

技術教育という言葉は、いわゆる技術手順の習熟のみに専念してきた従来の教育と混同されやすいきらいはあるが、本来、技術教育とは、知識の活用を可能とする学生の人格的能力を育成することにある。つまり総合的な実践能力の育成を意味しているのである。

学生が学ばなければならない基本的技術が、ひとつの情報(知識)として伝えられることが技術教育の目的ではない。知識が理解できるということは、それが正しく使いこなせるように伝えられた時なのである。要するに技術の伝え方の研究が求められているということである。

実際、看護に必要だと考えられる種々の知識を学生に詰め込んで、それを操作すれば問題解決ができるであろうと考えるのは、教師側の大きい錯覚である。教師が不活発な知識の注入にのみ終始し、またそういった知識の鑄型に学生をはめ込んでしまうということは、取りも直さず教育の墮落を意味している。

臨床場面で学生が遭遇する人間の事象というものは、それぞれ独自のニュアンスを持っており、出来合いの知識や理論では解決できないからこそ、まさに問題になるのであろう。学生は一つひとつその解決を自分で考えなければならないのである。自分で考えたり悩んだりすること以外に、本当の意味での問題解決はあり得ない。考えることの苦しみを学生が克服しているような支援が教師に求められている。学生を理論的操作に追いやり、考えることから逃避させることがあれば、この後に続く教育はまったく薄められてしまうであろう。

こういった問題意識に基づいて、本研究では、基礎看護学実習において初めて受け持ち患者に看護ケアを実践した二人の学生の体験を通して、学生が看護技術を学習していく過程を振り返ることによって、看護学教育における技術の伝え方の問題にいくつかの示唆を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. 方法論的前提

本研究は、看護の実践学的研究の一分野となる臨床実習における学習指導の考察である。したがって、一般的に自然科学的な研究が要請する、経験の抽象化な

いし経験の一般化を目指すものではない。むしろそういった研究では明らかにされにくい、個々の人間、特に看護の関係的状况における人間のあり方を探求することに主眼がある。したがって、本研究における方法の前提となる看護観、看護技術の捉え方について述べることをとおして、データ解釈の指針としたい。

1) 看護技術の特性

技術研究、いわゆる技術論には多様な立場があり、その接近方法も多岐に渡っている。元来、物に対する技術(科学技術)は、対象を〈物〉(object=人間の前に投げ出されたもの)として捉えるところから出発している。その意味では、人間それ自体も、科学技術の対象となるときは、物として〈対象化〉の立場を取らざるを得なくなる。人間を見ずに臓器を見るという立場もその一例である。しかしながら、看護という実践においては、働きかけの受け手も共に、単なる対象〈物〉ではない意識を持った人間であるという事実、まずわれわれは注目しなければならないであろう。

なぜなら、看護が本来看護たりうることを要求されるような臨床的状况というものは、科学的知識や概念モデルの適用以上の何ものかなのである。言い換えると、看護の実践というものは、ある知識のあるケースに当てはめたらどうであった、というような問題を扱っているのではないということである。看護師が臨床現場で日常的に直面している世界は、一人ひとりの人間がぎりぎりのところで、人間であるための欲求を実現しようとしている世界であり、それゆえに苦悩する世界でもあるからである。

いうまでもなく、看護師は人々が健康を維持し、病氣から回復するための手助けとなる諸知識の枠組みを持っている。しかしながら、看護師が患者を理解しようとする仕方は、それらの諸知識の枠組みで患者をみて、これはそれなのだ、というような一方的な決めつけが可能なものではない。A. ウィーデンバック¹⁾は、まず看護師は患者とよく知り合わなければならないし、そのためには、自分が持っている相手に対する既存の枠組みと、現実の患者との間に横たわるギャップ(不一致)に気づくことから始めなければならないと述べている。

このように看護師が自己と相手との不一致を見極めていく能力を、われわれは“観察力”と呼んでいる。この“観察力”は物を対象とする自然科学的な観察とは違って、看護師と患者との関係性の上に成り立つ技術であるため、ただ見る、ただ聞くといった単純な動

作とは異なり、それらの感覚を心で感じ取り、さらに思考する力となって、患者を知覚するという高次元な人間の能力に関するものであるといえる。ちなみにJ. トラベルビーは看護における観察について、「病気の兆候を観察するのではなく、特定の病気の症状を体験しつつあるかもしれない（あるいはそうかもしれない）様な病気の人間を観察するのであり、その人がこうもっている主観的体験を（できるかぎり病人とともに）確認するのである」³⁾と述べている。

以上のことから言えることは、今日一般的に行われている、客観的に妥当な手順をつくりあげることや、技術の科学的根拠を強調するのみでは、看護実践における技術の本質を追求することにはならず、そこでの技術は物のみ、手段のみに矮小化されるといわざるを得ない。むしろアリストテレス（1977）³⁾の技術論に遡って言えば、こういったただひとつの仕方への決めつけとしてあるものは、科学的知（違った仕方では在りうることがないもの）の性質であって、技術知（もっと違った仕方でありうもの）のそれではない。

なぜかという、いかに科学的原理に基づいた手順に従ったとしても、それが看護の技術と呼ばれるときには、その目的に至る道筋は、決して一通りではないからである。言い換えると、行為者のみではなく、受けても共に生きた人間である看護技術の本質は、看護師と患者との関りという具体的な現実の中で、自・他を発見し、その関係の中で変化し、関係の中で相互に了解しあうという人間としての行為の過程そのものにあると考えられるからである。

2) 看護技術と身体性

先にも述べたように、学生が知識をただ知識として持っているだけでは、到底人を援助する技術とはなりえない。知識が技術となって行為化されるためには、それが学生によって内面化され、自分のものとして使いこなせるようになることを意味している。その根底には、学生が、自分自身や患者を人間一般としてではなく、全く個別的な独自の存在として認識するという主体的な確信がなければならない。その自覚こそが、「ただ考える」ということではなく、看護技術という身体を通して「考える」と「する」ことが直に結び合わされた行為の知（実践知）を生む原動力なのである。

初期の段階にいる学生の多くは、患者に相對しながら、ほとんど相手を個別的な存在として認識することはできない。自分が相手に関わることによって相手に及ぼす影響の重大さにも気づいていない。このような

学生は、自分自身が看護学生一般であるかのような役割意識のみで振舞っていることが多い。

学生は臨床という現実の中で、はじめて自覚的に自分自身を吟味せざるを得ないような状況に気づいていくのである。患者を一人のかけがえのない存在として引き受けていくためには、学生自身が人間であることの根源的なあり方、即ち自らの内に他者の目を保持するという、相互に身体的な関係性への開示が必要なのである。

看護技術は、「看護師が働きかけ、または働きかけられる相手（患者）のあり方を了解するという関係の状況から生まれるもの」⁴⁾なのである。この時の看護師の手（身体）は、相手に向かっていくと同時に、相手の状況を感じ取ることに於いて、看護師の一方的な決めつけではなく、患者の状況に寄り添うような仕方でも相手を理解すること、患者との間に真のコミュニケーションを成立させるのである。

このような患者との相互身体的なかかわりを学ぶことによって、学生は患者のみならず、学生自身が〈見る〉と同時に〈見られる〉ものとして、看護者としての自分自身の身体性（世界と私との関りの場）を確かなものとして実感できるように成長していくのである。

2. 研究参加者

『生活デザイン基礎看護学実習Ⅱ』を行った2年生2名。

3. データ収集時期とデータ収集方法

2009年2月16日から3月13日。

研究参加者の学生2名は、基礎看護学実習において時期は異なるが、同じ患者を受けもつことになった。データは、実習において学生が共通に使用する記録用紙（行動計画、日々の評価）と実習終了後のレポートである。これらの記録を繰り返して通読し、その中から研究の文脈に沿って学生の記録を可能な限り抽出した。

4. データ解釈の透明性と信憑性

本研究においては、科学研究（量的）における「信頼性」「妥当性」に代わる基準として、手続きの「透明性」と解釈の「信憑性」を採用した。「透明性」は、研究参加者の選択、データ収集方法とその解釈を、読み手にわかるように明らかにすることで確保した。「信憑性」は研究参加者に、解釈（結果）を示

し、その反応により整合性を確認した。

5. 倫理的配慮

学生に対しては、本研究の意図と概要について説明し、「行動計画」「日々の記録」そして「実習終了後のレポート」を研究資料として使用すること。その際個人が特定されることがないよう最大限の努力をすること。さらに、研究への協力は自由であり、学生の成績評価には一切関係しないこと。投稿前の最終原稿を学生に開示し、その際に学生から致命的な疑義が出された場合には発表を中止する旨、口頭と書面で説明し、承諾書の提出をもって同意を得た。

なお、研究代表者の所属機関である甲南女子大学研究倫理委員会の審査を受けて実施した。

Ⅲ. 結果：看護技術の学習過程

1. 患者その人の理解

一人の患者において、何が看護技術の対象となるのであろうか。一般的に、患者に必要な援助を提供するためには、患者が必要とする援助へのニーズを知ることが強調される。また看護過程では情報収集の方法として主観的情報と客観的情報から健康上の問題点を導きだす訓練がなされる。I. J. オーランドは、看護技術においては、常に患者と話し合っ、患者のニーズを確かめることが重要であると強調している⁹。しかしながら、学内演習では、状況設定に限界があり、ともすれば患者との確かめ合いのプロセスが除外されて、羅列的なニーズの追及に終始することになり易い。

それではここで、学生の体験が示すところを見てみよう。

初めての臨床実習である基礎看護学実習において、学生 A は 17 年前の脳梗塞の後遺症で両下肢に麻痺があり寝たきり状態で、誤嚥性肺炎のため入院中である言語的なコミュニケーションが十分に取れない患者を受け持つことになった。学生は、これまで経験したことのない患者の様子に戸惑いながらも、患者のニーズを知ることが第一の目標にして患者に向かっていった。

[受け持ち1日目の記録]

実習に行く前は患者のニーズを捉えてそれに応えるということを課題にしていた。しかし、今まではおしゃべり好きな人や色々話してくれる患者さんとしか接

したことがなかった。今回、受け持ちになった患者さんのようにコミュニケーションをとるのが難しい患者と接するのは初めてだった。初めてその患者さんに会ったときはほとんど話しをされず、言葉を発しても何を言っているのか理解できなかった。どうやって生活者像を知っていったらいいのか、どうやってニーズを読み取っていったらいいのか想像できず不安になった。

話しかけても返答がないことも多く、返答があっても返事が曖昧であり理解できているのかがわからなかったが、自分の存在を意識してもらいたくて手を握りながら話しかけた。すると手がすごく冷たいことや皮膚が乾燥していることに気づき、会話だけでなく観察するということが情報収集ができることに気づいた。

学生 A は、挨拶をしながら“自分のことを知ってもらいたい”と手で患者に触れている。そして、その手の冷たさや乾燥していることに気づくことで、看護師側の必要とする援助よりも、患者の体験している事実を先行させることで、言語的コミュニケーションに頼らないで患者を理解する可能性に気づいていく。さらに学生は観察という方法で患者の体験している援助へのニーズを探ることを試みはじめるのである。

患者さんとお話しているときにベッド柵をもって、もぞもぞ動き出したので、体が痛いのかと思って看護師と共に体位変換してもらったが、そのときに失禁していることに気づいた。もぞもぞしていたのは体が痛いからではなく、失禁していることを伝えたようだった。もぞもぞしているときに一瞬手でお尻をポンと叩いていたのでそれに気づけばよかったな、と感じた。しかし、このことを体験して、コミュニケーションをとることが困難な患者でもこのようにニーズを読み取ることができることに気づいた。

学生 A はこの日が受け持ち初日であった、自分で動けないため2時間毎の体位変換が必要であると説明を受けていたため、“もぞもぞ”と動いたことから患者の体が痛いのではないかと推測した。さらに、体位変換の必要性を判断し、看護師を呼びに行き体位変換を行った。しかし、ここでさらに、失禁をしていることに気づき、臀部を叩いていた患者のジェスチャーを思い出し、その行為の意味を理解した。さらに、受け持って3日目に患者の行動から見える不快感と、オムツを何重にも当てられていることから患者の苦痛を慮って、オムツの量を減らせるように尿器を使って排泄の援助をしたいと考え始める。

患者を受け持って5日目に、学生は行動計画で、受

け持ち患者に尿器を使用した排泄援助の計画を発表する。患者にとって尿器を当てるという試みは、入院後はじめてのことであったが、実習指導者がこの提案を支持したことから、さっそく計画が実施されることになった。

こういった学生の手探りともいえるような患者の事実への気づきの過程はわれわれに何を教えているのであろうか。

われわれは、時として全体 (as a whole) としての患者その人の理解ではなく、〈患者のニード〉の理解を看護計画の基盤であると考えがちである。しかしながら、この学生の体験が示しているように、〈基本的ニード〉の諸項目から患者の満たされないニードを追い求めている間は、全体としての患者その人を捉えることは決してない。なぜなら、個々の患者のニードは、その患者が体験しつつある世界 (何かとの関係) と切り離されてあるものではないからである。何がその患者の援助を要するニードであるかということは、看護師が〈基本的ニード〉の枠組みを先行させて判断できるものではなく、患者の事実を知ろうとして関る看護師の態度によって、患者側から明らかにされてくるものと考えられるからである。

ここでもう一度学生 A の実習記録に戻って、〈排泄の援助〉という援助技術を通して患者とともに変容していく学生の姿を見てみよう。

[受け持ち5日目の記録]

「おむつが気持ち悪いでしょうから、これ (尿器) でおしっこしてみませんか? やってみてもいいですか?」という問いに対し「うん」という返事をもらった。おむつに排尿後は不快感があり、足をバタバタさせるときがある、おむつに不快感があるようでよくオムツの中に手をいれる、尿意はあまり感じないようである。排尿は1日に6~7回、4時間に1回程度である。15時30分に時間を予測して援助を行なったがすでに排尿後であった。尿器を使用し患者も力む様子が見られるなど協力的であったが排尿はみられなかった。

[受け持ち6日目の記録]

午前と午後2回、尿器での排尿を試みるが排尿はみられなかった。しかし、この間おむつへの排尿を患者さんが言葉で伝えてくれた。このことから患者さんの排尿への意識が高まったのではないかと感じた。ベッドサイドで患者さんと話をしていると私の手をつかんでオムツの方へ持っていきようないつもは余りしない行動が見られた。「おむつぬれているのですか」と聞くと、患者さんは「うん」と答えた。確かにおむつがぬ

れていた。その行動はその後もみられた。

[受け持ち7日目、実習最終日]

尿器への排尿の援助は成功しなかったが、患者がオムツがぬれたことを教えてくれるようになったり、排尿への意識を高めることができたと感じた。もっとケアプランを訂正したり追加したりしながら患者の排泄の自立への援助をしたかった。

[実習後のレポート]

実習に行く前は患者のニードを捉えてそれに応えるということを課題にしていた。しかし、今まではおしゃべり好きな人や色々話してくれる患者さんとしか接したことがなかったので、今回受け持ちになった患者さんのようにコミュニケーションをとるのが難しい患者さんと接するのは初めてだった。しかし、患者さんと接していくうちに患者が発する行為に合図やサインがあることやニードは言葉だけでなく顔色、バイタルサイン、皮膚の状態、手足の冷えなどを観察してその人になにが必要かを考えることができた。

また、患者の1日の生活行動やベッド周りの環境を知ることで患者に何が必要か見えてきた。患者に共感し、患者の立場に立って、何をしてほしいのか、患者の生きがいとは何かを考えて援助を行なえるようになった。また、援助はまず、どのような順番で行なうか根拠をもって考えることも重要であるし、計画を立ててもその日の患者の状況を見て計画をその都度変えていかなければならない。生活行動を知っていれば患者がサインを出したときに何が必要か思いつくことができるということを実習を通して実感した。

また、患者だけでなく、その家族とのかかわりも重要であった。今回の実習で様々なニードの捉え方やその応え方について学ぶことができた。

学生 A は、言語的なコミュニケーションが難しい患者に対し、自分と患者との身体を介した観察によってコミュニケーションができることを確認している。そして、そのコミュニケーションから患者の可能性を発見していくのである。この学生は、〈排泄の援助〉という一つの看護技術を実践していく過程において、患者との信頼関係が生じたという実感と、人間の行為としての看護技術の力を実感できたのであろう。こういった学生の成長と同時に、患者は学生の看護技術を通して排泄の自立という新しい自分の存在に気づいていくのである。

2. 関係の理解

次に学生 B の体験を見てみよう。学生は、はから

ずも学生 A が受け持った患者を継続して受け持つことになった。学生 B はまず実習指導者とともに患者に挨拶をする。その後、一人で患者の元へ向かっていった。そのときの様子を以下に記す。

〔受け持ち1日目の記録〕

午前中受け持ち患者さんのところに行ったときに少しお話をした時、患者さんの手が冷たかったので握っていたら患者さんが寝られた。(中略)睡眠をとるために起こさないほうが良いのか、夜眠れなくなると昼夜逆転してしまう可能性もあるので起こしたほうが良いのか迷ってしまった。

午後に口腔ケアを勧めたとき、口をあけてくれず拒否された。その後で、看護師さんが来てもう1度すすめるとすぐに口を開けられて口腔ケアができたので、私が緊張していて固まっていたので不安を抱かせてしまったと思った。明日からはたとえ緊張していても堂々とできる態度ですすめてみようと思う。自分で食事を摂取したり歯磨きができることがわかったので口腔ケアは患者さんの様子を見ながら、私が行なうか患者自身が行なうか決めようと思う。また、他のことでも自分でできることはなるべくしてもらいできないことをサポートしながら行おうと思う。

これまでの記録はすべて学生 B の反省である。この学生 B に限らずほとんどの学生の記録は反省で埋められている。なぜこれほどまでに反省を要するのか。答えは明白である。“睡眠をとるために起こさないほうが良いのか、夜眠れなくなるといけないので起こしたほうが良いのか” 途方にくれたまま何もしなかったのである。午後にも口腔ケアの申し出を患者に拒否され後、学生 B は、患者が拒否的な態度をとるのは自分の緊張や不安が患者に伝わるからだと考え、自分自身を責める一方で、翌日の実習には「堂々とした態度」で臨むことを目標に挙げて、自らを鼓舞し続けるのである。

このような不毛な学生の精神的な停滞はなぜ起るのであるか。口腔ケアの必要性もわかっており、看護師が勧めると素直に応じる患者が、なぜ自分の申し出を拒否したのかを、患者自身に問い、確かめるといった関係づけがなされなかったからである。その結果、次の日の看護計画として「バイタルサインの測定」「2時間毎の体位変換」「おむつ交換・確認」「陰部洗浄」「食事介助」「口腔ケア」「手浴」「洗髪」を挙げるといった患者が援助を必要とするニーズの羅列に終わってしまったのであろう。

〔受け持ち2日目の記録〕

今日、行動計画でたくさん計画をあげてしまって、実際今日1日で全部できるのか?と考えると、患者さんの負担も大きくなるので、技術のみを行ないに患者さんのところに行く計画になってしまった。あせらず、患者さんに合わせた計画を立てていこうと思った。

寒いとおっしゃって手が冷たかったので、手浴をすすめてみたが「嫌」「寝る」とおっしゃったので、手浴をやめ手や身体をさすっていたが、手浴の他に温まることができる方法を考えたよかったと思った。

昨日と同様コミュニケーションをとることができず、ただ手をさすることしかできなかった。単語で答えられるような質問を試みたが、続かず会話が終わってしまうことが多かった。明日からはもう少し話が発展できるように努めたい。また、言葉以外に動作や表情から患者さんが示している合図に気づくことができるように頑張りたい。

これまでの学生 B の記録からは、患者の事実は何一つ確かめられずに、「こうではなからうか」「ああではなかったのか」と、学生自身の推測による一人合点に終わっている。もしも学生 B が、「なぜ?」という言葉で患者に問いかけていたならば、そしてまた、この一点に臨床指導者や教師の意識が向いていたならば、学生 B の後半の反省や無謀な計画とは無縁であったはずである。患者との関係を抜きにした反省からは、何も生まれようがないし、患者はどこか遠いところに置き去りにされている事実で学生 B が気づくためには、今しばらくの時を要するであろう。

〔受け持ち3日目の記録〕

午前中患者さんは眠そうで、うとうととしていたけれど、声をかけると目を開けて返答してくれ、少しお話できた。患者さんが笑顔で手をタッチしてくれたので、はじめは驚いたけれど、実習に来てはじめて患者さんが私に笑顔を見せてくれたのかなと思った。なぜ今日はコミュニケーションをとることができたのか?を考えると、患者さんの機嫌・調子がよかったこともあり、私自身もカンファレンスで話したことで気持ち楽になって、心に少しゆとりができたからリラックスして、患者さんに接することができたのだと思う。それまで、「怖い」「どうしよう」という気持ちでいっぱい病室に行くのが怖くて、パニック状態だったので、患者さんもそういう状態で病室にこられると不安になって構えてしまうのだと思った。

患者さんの動作で、パジャマ、ベッド柵、手をぎゅっと握り締めたり、頭をヨコに振ったりといった動作は何度も見たけれど、それが何の合図か、何を教えて

くれているのか、言いたいのかが分からなくて、とても悔しいし、一生懸命伝えようとしているのに伝わっていないことは患者さんも苦しいと思うので、少しでも早く気づくことができるよう観察、コミュニケーションをとっていきたい。

われわれが問題とする患者の行動は、患者が断片的に表現している生そのものの表象として捉えられなければならない。言い換えると、ありとあらゆる患者の表象（表情、言葉、沈黙、行為）から、患者の体験の全体（世界）を知ることである。とき折々に与えられる患者の表象は、患者が体験しつつあるもの、すなわち患者が本当に体験している世界との関連においてしか、その全容は明らかにならないからである。

学生 B の記録からは、患者が表現しようとしているサインを読み取れない悔しさに溢れている。すれ違いの連続とはいえ、まじめで、一生懸命さにあふれた学生の真剣なまなざしは、身動きさえままならない苦悩の真っ只中にいる患者にはどのように映っていたのだろう。受け持ち 3 日目には患者の方から笑顔を見せながら手を差し伸べてくれている。このときを逃さず、学生 B が自分のうれしい感情を素直に患者に表現できていたら、状況は一変していたに違いない。しかし学生 B はここでもすぐに自分の殻に逆戻りして反省に終始している姿がみてとれる。

〔受け持ち 4 日目の記録〕

前までは患者さんが口腔ケアを「嫌」と言ったらそれで終わって、どうしようと思ったけれど、今日はやらなかったら感染する恐れがあるから絶対やらないといけなくて行けることができました。そのときに患者さんの抵抗がなかったのが本当に嫌というわけではなかった。

〔受け持ち 5 日目の記録〕

はじめ病室に行くとき、先週のようにだったらどうしようと不安な気持ちでいっぱいだったけど、患者さんのところにいくと、患者さんは笑顔で手をあげて迎えてくれたので内心ほっとした。しかし振りかえってみると、私は患者さんの笑顔を見ると安心するけれど、患者さんが安心してもらって看護ができていくかなと思った。

臨床実習におけるこのような体験は、擬似的場面を設定しての学内演習では到底経験することが出来ないものである。臨床における体験的な認識は、学生が主観として体験しない限り、本当の意味での認識とはな

り得ない。言い換えると、われわれが患者の外から与えられる客観的事実、つまり挙動とか言葉とか、行為とかは、そのみでは極めて不完全な人間的表象に過ぎないからである。学生が患者の感じている訴えを、自分自身の主観にもたらし、患者の体験している世界（辛さ、しんどさ、だるさなど）を共有することが、相手を真に〈了解〉する過程といえるのである。

そして、学生 B の実習記録の締め括りは以下であった。

〔実習後のレポート〕

口腔ケアは実習 4 日目まで断られていた。断られていた間は私が行なうのが不安を感じるのか、口腔ケアが嫌いなのか、今はただやりたくないのか等理由を考え、どうしたらいいか分からず葛藤していた。私は私が行なうから不安なのだろうと患者さんの気持ちを推測し自分自身を責めることばかりで、視野を広げて考えることができなかった。しかし、口腔ケアをする際にも、食後 1 時間もたっていてからだ断られたが、食後すぐにすすめると了解を得たので、患者さんが行なってもいいタイミングを生活の中からみつける必要があった。

最終日は、1 日中眠られていてコミュニケーションがとれず、環境整備をしながら患者さんの側にいた。最後に挨拶したときに、私の顔を見て、手を握って離そうとしない姿をみて、患者さんの側にいてよかったと思ひ、患者さんにとっても私が毎日部屋を訪室するのは不快なときもあるが、いてよかったと思うときもあっただろうと考える。私ははじめのころは自分のことを中心に考えていたが、助言やカンファレンスを繰り返して、少しずつ患者さんを中心に考えることができた。これはメイヤロフが“比較的長い過程を経て発展していくような他者とのかわり方”であり“ケアする人とケアされる人に生じる変化とともに、成長過程をとげる関係をさしている”と述べているように、自分自身が成長している。

学生 B にとって、この一週間の体験はどんなにか辛いものであったかは想像に難くない。何回となく患者との関係をつくる機会を惜しくも逃していることが、記録から読み取れる。カンファレンスや指導者からの助言から意識として何をしなければならぬかは頭で理解している。しかしながらもう一歩自分自身の殻を破って、患者の気持ちに触れるという関係ができていたならば、日々の実習がもっと生き生きと実践され、実習の達成感も違ったものになっていたに違いない。

野島は「学生が患者の現実を見ずえるのを妨げる原

因の一つは、学生自身の側にある自己に拘泥する傾向にある。……患者を診る‘私’の目は、常に自己の価値観と自己の好悪の感情にのみつながり、それによって‘私’の目にせつかく映った事実としての患者の言動は、何かを表現している、何かを訴えている、すなわち看護者との関係の成立を急いで喚起している状態とは認識されないで、自己の価値判断のみによって処理されてしまうことになる。』と述べている。

しばしば学生は、自分自身の未熟さが患者に拒否的態度を取らせていると思う我執にとらわれている。そうしている間は、患者の辛さや、哀しみに心をうつすだけの軟らかい心をどこかに置き去りにしているように見受けられる。臨床実習における教師や指導者の役割は、学生をケアするものとして成長させるために、学生のこの我執にほんの小さなほころびをつくることなのかもしれない。

IV. 考 察

看護学教育はその実践学的性格上、従来より座学による学習の他に演習や実習を通して看護実践を体験しながら学ばせるという教授方法を重視してきた。座学に対する実習の占める割合は、他のいかなる専門職教育に比べても例がないほどである。したがって、看護教育に携わる者であれば臨床実習や広い意味での技術教育の重要性を疑うものはいない。しかも、教師が実習指導に費やす時間は担当授業のそれとは到底比べものにならない時間にのぼる。にもかかわらず、新卒看護師の看護の実践能力の低下が年々大きな問題となっている。高等教育に関する看護政策としても、さまざまな角度から改善策が打ち出されている。しかし、本研究の目的はそういった政策論や、実践能力低下の要因を精査するところにはない。

これまで述べてきた学生の臨床におけるほんの一部の学習過程を見ただけでも、技術教育の難しさが垣間見えたのではないだろうか。学生の学習過程を辿りながら、ここでは、看護の技術教育の方法、特に臨床における技術の伝え方の問題について考えてみたい。

1. 臨床実習における学生の素地

臨床実習における学習の成果は、言うまでもなく学生側の「受け入れの素地」と教師、指導者側の「伝える側の素地」によって測られなければならない。まずここでは、「伝わる」「伝わらない」場合の受け入れ側の問題について考えてみたい。ここで第一に考えてお

かないといけないことは、伝えられる側、つまり学生の知識や技術を吸収しようとする意欲に大きく関係しているということである。現場を知らず臨床の全体が見えていない学生が、いきなり技術の手順書や、マニュアルを見せられても、さっぱり理解できないし、無理に強いられたりすると、苦痛を感じて、後に続く学習まで無意識に拒否するようになってしまう。組織における技術の伝え方について論及した畑村は、受け入れ側の「動機づけ」について、「自ら望んで知識を吸収する場合はそのような心配はありません。それどころか理解のためのテンプレートがつくりやすくなると考えられます。それは自発的に動くということで『受け入れの素地』が自然につくられることになるからです。『受け入れの素地』というのは、頭の中が『新しい知識を吸収できる状態になる』ということです。』述べている。

実際に看護の技術教育では、「受け入れの素地」をつくりだすためにどのような試みがなされているだろうか。まず、今回の学生たちの場合も2年次の基礎看護学実習に先立って1年次に、早期体験実習として臨床における患者とのコミュニケーションを目的とした実習を実施し動機づけの強化を図っている。これによって一気に学生のコミュニケーション・スキルが熟達するとは考えられないが、自分たちが、これから学ぶことが全体の実習の中でどのような役割を果たすことになるのかを意識することによって、やはり「受け入れの素地」をつくることに繋がるのではないかと考えられる。学生たちはこのような動機づけや、模擬患者による看護の援助計画や実践をとおして、自ら考え、悩み、苦しみながら、本格的な臨床実習に備えていくのである。

2. 看護技術の〈相互身体的〉理解の重要性

先に「技術教育とは、知識の活用を可能にする学生の人格的能力を育成することである」と述べてきた。ここでいう看護技術とは、援助を必要としている人との関りを通して、既習の知識や技術を個人に添った形で変化させながら、その人のよりよい状態をつくりあげていくことをいう。したがって他の人との関係によって何かをつくり出さないものは看護技術とは呼べないということになる。

学生Aの体験からわれわれが学ぶことは、学生が言語的コミュニケーションが取れない患者の状態に促されるように差し出した手から関係が生み出されたことにある。看護技術における「触れる」ことの意義に

ついて、川西は研究結果から「看護技術における『触れる』という行為は、言語を介さなくても、身体と身体を介して看護技術を提供する中で行われる、『触れる』と同時に『触れられる』働きがけを通して、看護師から患者へ、また患者から看護師への、身体を介したコミュニケーションとしての意義を有するといえる。この身体を介したコミュニケーションは、看護師と患者の相互の関係性を深めることに繋がると考えられた。しかし、一方では、看護師の触れ方によっては（中略）関係性が疎遠になることも示唆された。」⁸⁾と述べている。

二人の学生の学習過程が示すとおり、看護技術の〈相互身体的〉な本質への理解が技術を伝える側（教師）の資質としてどれほど重要であるかが理解できる。

学生の閉ざされた意識が患者に開かれていくためには、あくまでも教師自身が学生との間で〈相互身体的〉な関係性を築かなければならない。ここから学生は患者との間で、単なる知識によらない、自分自身の心身を通して体得できる関りの豊かさに気づくのである。

3. 教える側、伝える側の誤解

看護の技術教育に携わる教師たちの多くは、看護技術の正しい手順や行為の模範を示せば、学生に伝わると信じている。しかしこれが大きな誤解なのである。畑村は、伝える側の問題として「伝える側が、いくら『伝える』という動作を必死になって積み重ねたところで、結果として伝わっていなければ、それは『伝えた』ことにならない」⁹⁾と述べている。看護の技術教育にとってもまったく同じことが言えると思う。臨床実習において学生が実践できないことを、学生の能力のせいにして、できない、できないと学生を追い詰めてはいないだろうか。看護技術の一つ一つは、患者と看護師との関係性の中でめまぐるしく変化するものである。教師はその只中で、学生の出す手、引く手に、教師自身の手が寄り添わなければならないのである。先に述べた学生達が示しているように、患者とのかかわりの行き詰まり、手技自体の未熟さ、学生はあらゆる手段を用いて SOS を発しているのである。日々の記録物からもいたるところに SOS が読み取れる。短い実習時間や、短い患者との出会いを考えると、その時、今ここでの教師の指導が何よりも重要であることは言うまでもない。

教育方法、つまり伝える側が最も力を注がなければ

ならないことは、教える側の立場で考えた「教授方法」を充実させることではなく、本当に大切なのは、伝えられる側の学生の立場で考えた「伝わる状態」をいかにつくるかなのである。臨床実習という教育の場は、その「伝わる状態」の創造には欠かすことの出来ない貴重な場であるし、その宝庫であるという認識が教師側に求められる。

V. おわりに

看護技術教育は長い歴史を持ちながらも、いまだに効果的な教育方法を編み出すことができず混沌とした状況にある。それは、看護技術そのものの特質や、それを解明していく独自の方法的吟味がなされてこなかったことに起因するものと考えられる。学生の看護実践能力を育成するためには、看護基礎教育全体で、個々の学生の体験のなかに潜んでいる事例を積み重ねながら、効果的な教育方法を見出していくことが急務であろう。

本研究は学生の実習記録の一部分を取り上げての考察に過ぎず、臨床実習における教師側の指導方法への参加観察やインタビューを含めた研究を重ねて行きたい。

今回、研究の趣旨を理解した上で研究に協力してくれた2人の学生に深く感謝いたします。

文 献

- 1) アーネステイン ウィーデンバック. 外口玉子, 池田明子訳: 臨床看護の本質 患者援助の技術. 改訂第2版, 現代社, 東京, 1984, 69.
- 2) ジョイス トラベルビー. 長谷川浩, 藤枝知子訳: 人間対人間の看護. 医学書院, 東京, 1974, 141-142.
- 3) アリストテレス. 加藤信朗訳: ニコマコス倫理学. 岩波書店, 1977.
- 4) 池川清子: 看護における技術教育 看護技術の意味をめぐって, *Quality Nursing* 1995; 1(9): 28-31.
- 5) 稲田八重子: 現代看護の探究者たち. アイダ オーランド 看護過程理論一. 医学書院, 東京, 2009, 126.
- 6) 野島良子: 人間看護学序説. 医学書院, 東京, 1976, 133.
- 7) 畑村洋太郎: 組織を強くする 技術の伝え方. 講談社現代新書, 東京, 2006, 67.
- 8) 川西美佐: 看護技術における「触れる」ことの意義 整形外科看護師の生活行動援助技術を身体性の観点から探求して. *日本赤十字広島看護大学紀要* 2005; 5号: 11-19.
- 9) 前掲書 7) 51.