

保健婦助産婦看護婦の統合教育を目標とした カリキュラムの検討 (その 2)

一 教育指導上の重点課題一

藤原 幸江・片山 信子・伊丹 貞子・小玉美智子

I はじめに

看護教育を大学教育に切り替えていくことの必要は論をまたない。4 年制看護大学への制度改革および教育カリキュラムについては、既に多くの指摘があり^{1)～6)}その設置は関係者共通の悲願である。昭和 52 年には文部省科学研究班が、看護系大学の設置基準に関する報告書を提出し、その目的や組織・講座の編成などを示しているが、⁷⁾ その開学はすすまず、10 年後の昭和 61 年によりやく北里大学看護学部と日本赤十字看護大学の設置をみに過ぎない。諸外国との対比からみても、可及的速やかな大学の増設が求められる。

ところで大学教育としての看護の教育では、どのような点の強化が問われるのだろうか。教育の内容や方法について画期的な変革が求められることはいうまでもないが、本稿では (その 1) に示した必然性をふまえて、以下の 5 点を重点事項として検討する。

- 1 生命倫理を重視する
- 2 老人看護学を充実させる
- 3 生活科学を導入する
- 4 情報科学を導入する
- 5 看護学実習の抜本的改訂をはかる

II 4 年制看護大学における重点教育目標

大学教育を行うについて宮入ら研究班は、その組織・機構を表 1 のように示した。専門科目にあっては 16～22 の講座に分かれる主要 7 講座を編成し、総勢 88～128 名 (助手 44～64 名を含む) の教員を擁する学

表 1 教育研究組織〔講座制〕

講 座	講座数	教 員 組 織			
		教 授	助 教授	講 師	助 手
I 心身の機構に関する講座 構造, 機能 代謝, 栄養 病態 (微生物, 病理) (人間発達 精神心理)	4～5	4～5	4～5		8～10
II 生活環境に関する講座 社会生活環境 物理, 化学, 生物的環境 疫学, 統計	1～3	1～3	1～3		2～6
III 基礎看護に関する講座 哲学 (含歴史) 人間 (人間生物学的側面) 環境 (生活環境的側面) 人間関係 (社会心理的側面)	2～4	2～4	2～4	2～4	6～12
IV 臨床看護に関する講座 小児 母性 (含助産) 成人 (内科系, 外科系, 精神) 老人	5～7	5～7	5～7	5～7	15～21
V 地域看護に関する講座 学校 産業 家庭	3	3	3	3	9
VI 看護管理に関する講座	1～2	1～2	1～2		2～4
VII 看護教育に関する講座	1	1	1		2
	17～25	合計	17～25	17～25	10～14
					44～64

(注 看護の専任教員数は看護実習指導に必要な相当数をおく)
看護系大学設置基準に関する研究班によるものの抜粋

部を設置するというものである。講座数および教員数からみると、臨床看護、基礎看護、心身の機構、地域看護、生活環境に関する講座の順にボリュームが大きく、看護管理と看護教育の2講座も、単講座ながらそれぞれ独立したものとして位置づけられている。

一方、資格免許にかかわる厚生省の規定では、総花的な膨大な科目の履習が義務づけられており（講義・実習を含めて3か年に144.3単位相当）、過密というにふさわしい状況を招いている。筆者らはこうした傾向に同意できず、かねてから十分な捨象が必要であると主張してきた。大学での教育は完成教育ではない。それは、より創造的で学問の基礎を学べるようなものでなくてはならないからである。

従来の看護婦養成のあり方を抜本的に見直し、学問の府にふさわしい教科構成や目標の検討をすすめるなければならない。そうした努力から、次のような教育目標をめざしたいと思う。

- 〔Ⅰ〕看護を学として大系づけられるような基礎的能力を培う
- 〔Ⅱ〕医学的知識をはじめ、関連諸科学の知識を看護に援用できる能力を培う
- 〔Ⅲ〕大学院へすすむための基礎的能力を養う
- 〔Ⅳ〕総合保健医療に携わることのできる実践力の基礎を養い、チーム・リーダーとしての素質を身につける。

こうした目的への接近が、看護の自立を保障することになるのではないか。そしてそれぞれの大学は、設置主体や地域の特性を考慮しながら、世代のニーズに感応した重点目標を抽出し、有効な教育を展開すべきだと考える。

1 生命倫理を重視する

近年の科学技術の進歩は、人が、人間の生命操作の域にまで介入するという問題を生んだ。

わが国においても臓器移植への関心と期待から、63年1月、脳死をもって「人の死とする」という判定が、日本医師会の生命倫理懇談会答申として出された。⁸⁾ これを受けて全国各地の医科大学では、独自の倫理委員会を設け、臓器移植のゴー・サインが出るのを、今や遅しと待っている状態である。生命の誕生についてもしかりである。バイオ・テクノロジーが産みだす驚異的業績は、すでに人間の生命の誕生さえも支配するようになった。

一方、死因の第一位を占める癌をめぐって、これを

生き永らえさせようとする医療者側と、安楽に死ぬ権利を要求する患者側との間に切実な相剋が生ずるようになった。癌告知^{注①}の是非や患者の人権、ターミナル・ケア、ホスピス・ケアなどが喧しく世論にのぼるようになったのはその現われである。

以上のような事柄は、そのほとんどが病院という密室の中で行われるのだが、看護婦は、その場で直接的・間接的なかわりを要求される立場に置かれるので、生命というものに対する自律的な理解を特に深く持っていなければならないと思う。

「終末期医療における基本的精神は、生命倫理の上に立った学際的援助」⁹⁾に繋がるものでなければならず、関係者にはそのためにこそ、自己の死生観をみがくことが求められるのである。こうしたことは、終末期患者のケアの向上を約束し、高齢者の生を充実したものとして整えるための能力にも連動する。

欧米と違って、患者の自我や個の確立が希薄で、上下関係としての医療が横行するわが国では、人の「痛み、痛み、苦痛、老化、死がひとりの人間の生活における意義あるイベント」¹⁰⁾として扱えられることは少ない。個々人が価値ある存在としてクオリティ・ライフを享受できるように計らうためにも、看護婦や医師の生命に対する深い洞察は、欠くことのできない要素である。

生命に対する畏敬の念をもって、人の生や死の近くに存在できる看護婦を育てたいと切に願っている。

2 老人看護学を充実させる

看護の対象はここ数十年の間に驚くほど変り、さらに変りつつある。高齢化に伴って老人患者が増加し、病院はどこも老人で溢れるようになった。この傾向が今後も続き、増々強化されていくであろうことは、人口動態の示すとおりである。

長寿が即、不健康とはいえないまでも、高齢者ほど、有病率、ねたきり率、痴呆出現率の高いことは周知のとおりで、日本の社会は、このような障害を持ったまま余生を送らねばならない多くの老人を抱えることになる。

ところで老人の看護は、従来から成人看護の一端に加えられて、大した加筆もないまま細々と教授されてきた。高齢人口の増大という現実の中でも、老人の特性に僅かに触れるのみの姑息的な授業で凌いできたというのが実態である。

入院患者の中に占める老人の割合が、1割にも満たない状況下ではそれでもよかったのだが、今やこの比

注① 「告知」ということばは、いかにも専制的で好ましくないが、現在一般的に用いられることが多いので採用した。

率は逆転し、多くの病院で老人患者が大半を占めるといふ状況が生じている。市民生活の中でも、老人が住民の割割に及ぶという地区は、決して珍しくない。各種の老人対策や老人保健法、シルバー産業等は、このような変化の中で萌出てきたものである。

そうした中で、看護はどう変り得ただろうか。否という他はない。看護教育の上でも臨床看護の中でも、さしたる変化を認めることはできないのである。刻々変る客観状況の中で、ひとり看護部門のみが安閑としていることは許されないのではないか。実際そういうことでは対応しきれなくなっている。

老人看護確立のための有効な方法は学習である。もちろん現任者の再教育も必要だが、基本的には看護婦養成課程での学びと、教員や研究者などの業績を軸に

積み上げるべきものであろう。その上で、生命力の脆弱、衰弱し続ける生体の変化、精神の退行現象、生活観や価値観の多様性、障害の長期化と重症化、環境刺激に対する耐容力の低下などの、老人の特性を深く理解し、これを看護に活かすための実践的な力量に結びつけていけばよいのだと考える。

小児看護学が独立して語られるようになったのは(わが国では戦後のこと)、小児の特性に基づく看護が行われる必要があったからだが、老人看護学にもそういう歴史的発展の軌跡が応用されるべきだと考える(図1)。そして古くから老人のことを“二度わらし”と言っているように、小児と老人にはある意味で共通の部分があるように思われる。片方は成熟への途上で、片方は終焉への道すじで、共に未完の部分を抱えており、

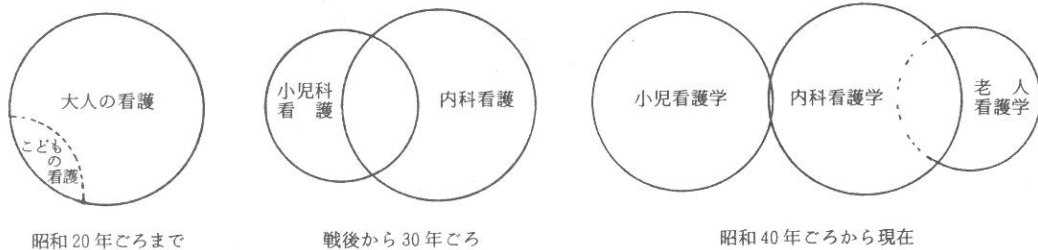


図1 看護学分化の経緯

そのことが実は成人と異なる決定的素因となっている。両者とも他者の保護と慈愛を必要とし、それなしには生きられない存在なのである。

図2は、ライフサイクルと自立度を模式化したものであるが、出生直後と死亡の直前では、人は、呼吸と循環以外のすべてのことに他者の助けを借りなければならない。成長とともに自立部分が増し、老化とともにそれが失われて、多くの人が死に至る数日もしくは数年を、他者への依存の中で生きなければならない

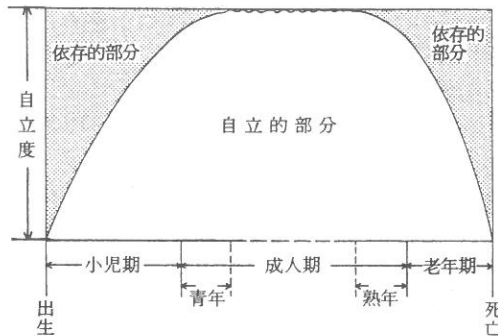


図2 ライフサイクルと自立度の関係

のである。このプロセスは全く自然の理であって、今さら声を大にして言うべきことでもないと思うが、寿命が長くなった分だけ、その影響が強く表われてきたことは事実である。

先刻まで全く普通の人であった大人が、ある日突然に、または徐々に自立度を失ってしまうことに、人々は当惑し、これを受け容れることができないのである。体力や気力はいうに及ばず、記憶力も、理解力も、見当識や自制心さえも、すべてのことに低下が起り、やがては嬰兒のようになってしまう老化の現象は、周囲の関係者はもとより、本人にとってさえ不条理と映る。誰もこれを、乳児を見るような目で見ようとはしない。しかし、発達軌道上のこの変化は、誰の上にも例外なしに訪れるものなのであり、乳幼児を理解するのと同じような虚心な捉え方が求められる。

しかも老人には、自分の人生を生き抜いてきたという歴史がある。小児が全く無垢の存在としてこの世に在るのと違って、老人は万人万様の侵し難い自我を持っている。その上、固執・わがまま・忘却・排他など、われわれの受け容れにくい性向を示すものであるが、その言動にどれほどそぐわないものがあったとしても、可能

な限りの理解を注ぎ、高齢者の抱く自尊の念を蹂躪してはならない。

老人看護では、こうした点が最優先されるべきではなかろうか。単に“老人疾患を看護する”というだけの技能では果しきれないほどの、深遠なテーマが潜んでいることに着目しなければならない。鎌田もこうした点に触れて、老人看護は「人間志向、生活適応を理念としたものである。(中略)老人看護は看護そのもの」¹¹⁾ではないかと述べている。

本学においては昭和52年度から、老人の理解を願って特別養護老人ホームにおける実習をとり入れ、他に先んじた効果をみてきたが¹²⁾1単位のみの実習で学べるものには限りがある。昭和62年度からは老人看護学を独立させ、9単位の構成で運用にふみきったが、部分的には時期尚早の感もあり、なお相当の検討が必要であるように思う。

老人看護学の骨子をどこに据えるかということは、この講座を開講するときの最大の課題である。老人の認識は、成人とは異なる特性を持つものとして区分される小児に似ている。小児では、発育(成長・発達)を軸としてその教育が展開されるのだが、老人看護の領域でも、発達延長線上の過熟を軸として理解されるのが妥当ではなかろうか。そして、一見衰退のようにみえる現象も、人生の終末に向けての発達的变化なのだという認識が必要なのである。

老人看護については、幾つかの論稿がみられる。掛橋は、老人看護に必要な基礎的内容について「老人との接遇や精神心理面についての学習が必要」と述べ、現在の病院医療にみられる入院長期化や好ましくない入院反応、安静に伴う機能低下、病床滞留に伴う病院機能への支障、退院後の生活不安、家族の受容困難などをあげてその改善を説いているが¹³⁾そうした活動基盤に立つためにも、従来の単元や科目には含まれなかった全人的発達(衰微)の理解が求められる。

ところで、老人のケアにかかわる職種は看護職だけとは限らない。既に制度化された介護福祉士や、辻の示す老人福祉士ともいわれるような人々¹⁴⁾が主要なスタッフであることはいうまでもないが、老人医療の浸透や、中間施設の活性化が盛んである折から、医学的・社会心理学的な知識に裏付けされ、十分な老人ケアの認識に立った看護婦が、その中心的役割を果せるようでありたい。

一方、老人看護における在宅ケアの動きも見逃せない。老人保健法に基づく市町村自治体の訪問看護指導をはじめとして、現在、病院・診療所からのもの、会

員制のもの、看護協会(県法人)が行うもの、ボランティア、福祉施設からのもの、福祉公社や民間企業のものなど、10指に余る訪問指導や看護サービスがあるが¹⁵⁾こうした背景をふまえて、地域活動に十分通用する訪問看護婦の資質をも鍛えなければならない。病院を含めた各種の老人保健(福祉)施設のソーシャル・ネットワーク^{16),17)}の中で、有効に機能する看護婦の養成が筆者らの目的である。

3 生活科学の導入

「傷病者またはじょく婦の療養上の世話」と規定されている看護業務は、その大半が生活科学の範疇に入るものであり、その人の日常生活を支援する実践的技術である。しかし、実践的技術という看板とは裏腹に、日常看護婦が提供している看護ケアは、理論の根拠に乏しく、見習い的な手段でマスターされたものである場合が多い。頭を冷やす、毛布で蓋う、体位を変える、というような行為は素人でもやるし、馴れた付き添い人なら看護婦よりよほど上手である。

こうしたことは、ベッドを整えることや体を洗うこと、食事を与えることなど、総ての世話的行為について云える。だとすれば、看護婦が専門職たる所以はどこにあるのだろうか。看護婦のプロフェッショナルな特性を保留する条件はただひとつしかない。それは、人間生活に関連するもろもろの事柄について、科学的理論をふまえて、その理論に基づいた支援技術の提供ができるということなのである。患者の衣食住や、排泄、あるいは体動や清潔について、その是非や要・不要を判断するのは、専門的な訓練を受けた看護婦でなければならない。そしてよりベターなケアを提供できなければならないのである。

患者やその家族は「好む」と「好まぬ」の意志表示はするが、医学上または看護上のニーズに照らしてそれが、妥当かどうかの判断はできない。もちろん生体のホメオスタシスが機能するので、両者の一致をみることがないとはいえないが、患者と医療者側の意向が真っ向うから対立することもしばしばみられる。

患者の“否”や不快の表現は、こうした時に表わされるのだが、いのちを正視する看護婦が＜こうしたしなければ＞と判断したことについては、当然相手への説明なり教育なりが必要となろう。その時に必要の根拠を織り混ぜながら、相手にわかり易いように説明すれば事の決着は極めて容易であり、そうした能力が看護婦には求められる。自己制御ができないような、あるいは認知力に欠けるような重病人や老人・幼小児にあっ

ては、このことは、更に重大となる。

体温のコントロールひとつも簡単な問題ではない。掛物の量、壁面からのベッドの位置、体の下にしつらえる敷物の材質などが、体温の消耗や維持に大きくかわってくるので、気温(室温)の低い時には特に注意を払わなければならないが、そうしたことが正しく処理できたり指示できるのは、伝導・対流・放散など、熱の物理的認識が確かな場合に限られる。生活に関係ある総ての事項について、こうした原理原則をふまえた学習が強く望まれる。一般に大学での授業は、講義・演習・実習で組織されるが、看護技術に属するものでは特に①原則の理解、②行動に移すための演習、③応用技術としての実習が系統的に組み立てられなければならない。④実技に馴れることはその後の問題なのである。従来の教育では、こうした組織化がなおざりにされてきた。ほとんどの場合③から④へ直行で訓練され、大半が④の実技修練に頼っていたといえる。

原理的理解や基礎的応用力を開発されないまま育てた看護婦に、学問の創造を求めることはできない。大学での教育はこうした点が異なるといえるのではなかろうか。

ところで生活科学といわれるものの中に何を据えるかという命題であるが、先に触れた日常生活に関連した事項の手引書として、V. Hendersonの「看護の基本となるもの」¹⁸⁾があげられると思う。本学では開設以来20有余年にわたって看護の原典ともいうべき姉の論稿を参考にしてきたのであるが(看護教育、および臨床の場でも現在一般化している)、この中では人間の基本的ニーズが、生体の維持に関するもの、精神生活に関するもの、社会的安寧に関するものの3つに大別され、WHOの健康概念ともよく符合している。

V. Hendersonは、看護活動の基礎となるものを、14の項目に区分した。この中の“呼吸の維持”から“身体の清潔”にわたる8つの事項は、そのほとんどが自然科学分野の基礎理論で支えられ、その応用技術で展開されるべきものである。呼吸を楽にするための臥位、危機に陥った場合の蘇生法、飲食の介助、強制栄養の手技、排泄行動の援助やさまざまな体位の提供、バイタルサインの測定などの、どれひとつをとっても自然科学の範疇から逸脱するものはない。

血液や薬品のシミを除くのも物理・化学の援用であり、患者の体を洗うことや、さまざまな医療器材(看護用具)の消毒とか洗濯さえも、自然科学の知識を応用したものであることに変わりはない。どういふふうに洗うか、拭くかということだけではなしに、どういふ

表2 看護の基本となるもの

V. Henderson

基本的看護の構成要素

1. 患者の呼吸を助ける。
2. 患者の飲食を助ける。
3. 患者の排泄を助ける。
4. 歩行時および坐位、臥位に際して患者が望ましい姿勢を保持するよう援助する。また患者がひとつの体位からほかの体位へとからだを動かすのを助ける。
5. 患者の休息と睡眠を助ける。
6. 患者が衣類を選択し、脱いだり着たりするのを援助する。
7. 患者が体温を正常範囲内に保つよう援助する。
8. 患者が身体を清潔に保ち、身だしなみよく、また皮膚を保護するよう援助する。
9. 患者が環境の危険を避けるよう援助する。また感染や暴行などの患者に由来する危険の可能性から他人をまもる。
10. 患者が他人に意思伝達ができ、自分の欲求や気持ち表現できるように援助する。
11. 患者が自分の宗教にもとづいた生活ができ、自分の善悪の概念にしたがえるように援助する。
12. 患者の仕事あるいは生産的職業を助ける。
13. 患者のリクリエーション活動を援助する。
14. 患者の学習を助ける。

理由でそのような手段を選ぶのか、他の方法は用いられないのかという基礎的な学び方が求められる。自分の行為の理由を、科学的な根拠に立って他者にも説明できるような、基本的な学習形態を組織することが基礎教育の根幹といえよう。

もちろんこれらの行為は、生きている“人”に対して適用されるので、自然科学ばかりが先行することは許されない。相手の人格を重んじ、人間関係を考慮した技術として展開されることを強く求められる。そのことは“コミュニケーション”から“学習”にわたる項目の中で更に強調される。安全・人間関係・自己実現・社会参加・リクリエーション・学習などのテーマは、人文科学や社会科学の知見を背景としたものでなければならず、そうした配慮があればこそ、学問的触発の緒が掴めるのだといえる。

対象の精神的ニーズに関する働きかけは、その客観的把握(測定)が困難であるために、身体的側面のように具体的には扱われてこなかった嫌いがある。しかし、家族をはじめ、集団や地域、国家などへの帰属や承認の欲求をどう支えるか、固有の文化財への関与にかかわる欲求にどう対応するかということも、身体的ニーズを把えるのと全く同じ比重で、時にはそれより

も数倍のウェイトで重要視されなければならないことがある。

A. H. Mazuroは、人間の欲求を、行動への動機づけの強さに応じて5つに順列させているが、第一の欲求である「生理的欲求」の他は、いずれも「安全の欲求」「所属と愛の欲求」「承認の欲求」「自己実現の欲求」と、精神的・社会的欲求に帰属するものである。¹⁹⁾ 立場によって、人間の理解には相応の解釈があってよいと思うが、看護を学んでいく上では、医学のみならず、心理学や社会学、哲学や倫理学などの成果が十分に活用されることが望ましい。

4 情報科学を導入する

近年にみられる情報科学の浸透には、月余を許さないものがある。市民生活の中でも随所にコンピューターが活躍しているが、医療の場が大半コンピューター管理で動くようになるのもそう遠い先のことではあるまい。先進科学や先端産業の中でコンピューターが偉力を発揮していることは周知の事実であるし、それ故に情報科学を標榜する学部、学科の設置は、近年燎原の火のような勢いで広まりつつある。あらゆる部門に情報科学がゆき渡っている今日、看護がこの分野に関心を持たずにいることは許されない。

さし当って器械操作に馴れ、文書作成やデータ処理をマスターする必要があるが、最終的には看護情報の処理に関するプログラムの作成にも挑戦できる技術が求められよう。もちろん総ての看護婦が、プログラマーとしての技術を持つことは必要でない。看護学部は情報科学部ではないから、相応の利用技能の習得で十分だと考えるが、将来的には看護研究者の中から、関連情報を組織し電算化して、看護の進展に寄与するような能力をもつ人が輩出することが望まれる。

一方、情報といわれるものの中には、視聴覚関係のものも含まれよう。情報科学という言葉のイメージからは、スライドや写真、OHPやビデオあるいはテープレコーダーなどの教育器材が直ぐ浮かんでくるわけではないが、学校教育の中でこれらの果す役割は極めて大きい。

看護学のように実技や演習を伴う教科では、写真・録音・録画などの技術や、その再生・編集に挑戦する能力も必要と思われる。特に学内での看護実習では、テープレコーダーやビデオ器械の活用が極めて有効であるので、そうしたものも含めて情報科学を構成することが望ましい。

5 看護実習の抜本的改善をはかる

看護実習（学内実習および臨床実習）における内容

や方法の模索は年来の課題である。指定規則の示す39.3単位相当の実習は余りにも厩大であり、教育としてこれを組織するには実に多くの問題が潜んでいるといわざるを得ない。

本学では既にこの解決にとり組み、藤原らの実習試案をもとに、昭和52年から若干の整理に踏み切った。その骨子は、基礎領域と応用領域を応分のものにする。基礎領域では見学・参加・実習のプロセスをふまえて、生活援助や看護過程の基本を学ばせるというものであった。²⁰⁾ そして学外実習への前哨として、学内における実験的実習の重視を提唱してきたのである。

学内実習と臨床実習との比率がいかほどであれば望ましい看護教育になるかという定説はまだない。医療の現場では、実践家としての看護婦を求める意見が依然として根強く、大多数の教育機関はそうした要請に引きずられて（または当然のこととして）見習い・養成的な完成教育を行っている現状である。しかし基礎教育にとって、原理的理解は欠かせないものなので、現場での修練に先立つ学内での実験的プログラムは、必要不可欠のものといえよう。ここで注意すべきことは、ただそのための時間があてがわれていればよいというものではない。また従来のような、臨床で働くためのリハーサルの練習でも困る。あくまでも科学的理論に立って、それを実技適用していくための技術であってほしい。

臨床実習に関しては、初歩から上級へのステップが重要である。具体的には、部分（単元）の習熟から統合へ向う方向と、見学から、〔自質的〕実習に移行していく方向の2つで組み立てられる。あらゆる技術の習得において、一足飛びに上達が約束されるようなものは何ひとつない。発達原則をふまえて、周到な計画を練る必要があろう。

何が看護を実践する場合の核になるかということは、今後も更に精選されなければならない。講義でも言えることだが、看護に関連する情報は余りにも多いので、それらを何でも学ばせねばならぬとしたら、厩大な量のものとなる。その中に、良い看護が実践できるための基礎的要素として抽出できるものが必ずある筈で、大学で看護を教える者は、誰でも関連情報を捨象し、典型教材を選び出す能力を持たなければならない。そうした準備をふまえて行われる実習こそが、真に学生の発達を支えるものとなり得ることを知るべきであらう。

図3は筆者らが考案する看護実習のモデルである。基本的には藤原らの試案をベースにしたものであるが、資料²⁾ 従来なおざりにされてきた基礎的領域の充実

を柱として、看護の基礎知識および技術・態度の発達を目ざしている。そして看護の場が病院の中以外にもあることを意識して、広範なフィールドを志向した。基礎の段階から地域に根ざした看護を学ぶことは、施設内・外に通用する看護婦を育てるために大切なことである。なお応用領域については、「生活援助にかかわる基本的看護技術を主体的に展開するかたわら、各診療科の特殊部分（医療行為補助を含む）は見学または部分参加にとどめる」²¹⁾という考え方を踏襲し、病院と地域とを按分する構想を立てた。

総合保健医療の考え方を重視するならば、実習場を広く求め、健康に関する広範な組織・機関に目を

向けられるような学び方が欠かせない。看護の実習が病院だけで行われるものでないことは、現在多くの看護婦の知るところとなったが、実際に地域ケアを体験したことのない者や、僅かの保健所実習だけで看護婦として働く者がほとんどという現状の中では、なかなか総合保健医療や継続看護の発想には結びつかないのである。フィールドを広げること、健康のあらゆるレベルの保健活動に関与すること、体験事例をもとに社会資源の活用や社会的支援のシステムに着目するような学びかたがどうしても必要となってくる。それはとりもなおさず既成概念としての看護実習の枠をはみ出るもので、相当の英断と勇気をもって取り組むに値する課題といえよう。

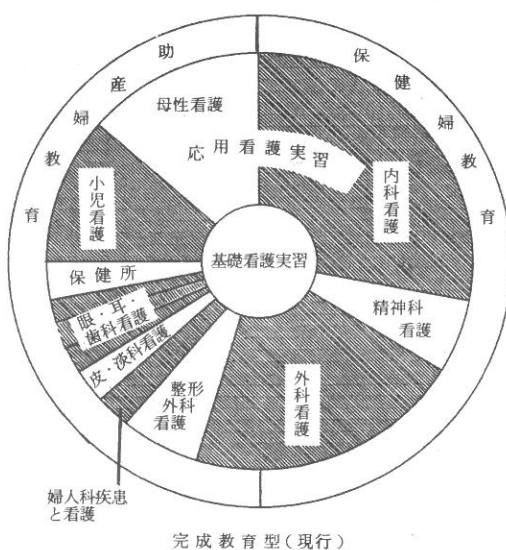


図3 現行法による看護実習と検討案の比較

図の3は、現行指定規則による実習配分と、筆者らの考案する基礎教育としての看護実習の配分を対比したものである。現行法では、総時間1,770時間の約12%が基礎実習で、ほとんどの時間が各論実習に割り当てられており、完全な完成教育型をなしている。しかも、実習の場所はほとんどが病院内で、僅かに45時間の保健所実習を指定するに過ぎない。

筆者らのそれは、基礎部分を大巾に広げて学内実習の充実をはかり、特に実験科目の導入をめざしているのが特徴である。また学内と学外の実習時間をほぼ半し、学外での基礎実習では、病院以外のフィールドを積極的に活用するようにした。

さらに各論実習でも、病院以外の施設や地域での実習を大巾に採用することを提案したい。内容は大きく、成人領域と母子および老人の領域に分けた。時間

的には現行のものと比較にならないほどの減少が起こるが、基礎教育としての考え方に徹しているの、試案では実践的な技能の多くは期待しない。実務者としての修練に関しては、卒業後、2か年程度の研修期間を設け、それぞれの分野を専門的に研鑽することとした（修士コース相当）。このコースは更に4か年に延長して、研究者の育成に資することが望ましい。

こうした実習のあり方は、単なるBed side Nurseを育てるという従来の考え方から、臨床看護と地域看護を統合的に扱えられるような看護婦の輩出に道を開くものであり、総合保健医療の場に活躍できる有為な人材の養成を約束するものである。

基礎・各論を含めての実習時間を、どの程度に限るかにについては、現在のところ有効な資料がない。筆者らが取り寄せた現行4年制大学の実習を通観した限り

では、11単位～32単位の実習が開講されており、その時間数は推定495～1,440時間となっている(表3)。いずれも指定規則のそれより少なく、最少と最大の開きは21単位(945時間)で、かなりの差がみられる。

表3 看護実習にかかわる授業科目と単位数

区分	A 大学	B 大学	C 大学	D 大学	E 大学	F 大学	G 大学	H 大学
実習内容 (学生便覧に表示のもの)	基礎看護実習 2	母子疾病論 1	総論 1	基礎看護Ⅰ 2	看護基礎実習 2	看護方法Ⅱ 2	看護技術実習 2	基礎看護実習 2
	公衆衛生実習 3	成人疾病論 1	成人 4	基礎看護Ⅱ 1	精神衛生学実習 1	基礎実習 2	総合実習 3	総合実習 3
	成人看護実習 6	精神疾病論 1	小児 2	成人・老人看護実習 8	成人保健実習 2	領域別Ⅰ 4	成人内科看護学実習Ⅰ 3	成人・老人看護実習 14
	特殊看護実習 1	看護技術実習 2	母性 2	精神看護実習 2	小児看護実習 2	領域別Ⅱ 成人・老人看護実習Ⅰ 3	成人内科看護学実習Ⅱ 3	公衆衛生看護実習Ⅰ 2
	小児看護実習 2	母性看護実習 2	精神 2	小児看護実習 3	母性看護実習 2	成人・老人看護実習Ⅱ 3	精神看護学実習 2	公衆衛生看護実習Ⅱ 2
	母性看護実習 2	小児看護実習 2		母性看護実習 3	成人看護実習 5	小児看護実習 3	成人外科看護学実習Ⅰ 3	小児看護実習 3
	精神看護実習 2	成人看護実習 8			地域看護実習 3	母性看護実習 3	成人外科看護学実習Ⅱ 3	母性看護実習 3
		精神看護実習 2			地域保健実習 2	精神看護実習 3	成人外科看護学実習Ⅲ 2	
		地域看護実習 1				地域看護実習 3	小児看護学実習Ⅲ 3	
		産業看護実習 1				総合実習 3	母性看護学実習 4	
		学校看護実習 1					地域看護学実習Ⅰ 2	
		看護管理実習 1					地域看護学実習Ⅱ 2	
計	18	23	11	19	19	29	32	29

実習(教育)の効果は、教員の数や能力、準備される教材や教具などとも関係が深いので、一概に多いからよいとか少ないからよいとは言えない。実習の場となる臨床の条件も大いに関係する筈である。

本学が構成する実習では、これらの事情を考慮して、最も有効と考えられるカリキュラムを試案していきたい。

Ⅲ 要 約

看護教育の4年制大学化を志向するにあたって、社会的必要の観点からその重点課題を検討した結果は、以下のように要約される。

1 近年の医学および医療技術の進歩にかんがみ、生

命倫理の重視をはからねばならない。

- 2 高齢化社会の到来をふまえて、「老人看護学」の確立が望まれる。
- 3 傷病者の「療養上の世話」行為を、基礎理論に立脚して専門的に行えるようにするため、生活科学の導入が必要である。
- 4 情報科学の進歩がもたらした産業構造の変化に対応できるように、初歩的なデータ処理を学ぶ必要がある。また、各種の視聴覚器機操作の基礎を学ぶ。
- 5 看護実習は、基礎教育としての実があがるように組み換えられなければならない。基礎・応用、および学内・外の実習構成やその内容、時間配分などを、抜本的に改善する必要がある。

引用・参考文献

- 1 金子道子：4年制大学における看護基礎教育の教育内容の検討と試案，看護，Vol 37，No 10，(1985)
- 2 樋口康子：これからの看護教育，教育と医学
- 3 壁島あや子：4年制の国立看護大学設置を望む，看護教育，Vol 14，No 4，(1973)
- 4 井上幸子：日本看護協会が考える新しい看護制度・教育制度，保健婦雑誌，Vol 40，No 1，(1984)

保健婦助産婦看護婦の統合教育を目標としたカリキュラムの検討（その２）

- 5) 石塚和子・岡本喜代子：日本看護協会提案の看護師（仮称）制度，教育制度について考える，助産婦雑誌 Vol 38，No 5，（1984）
- 6) 杉森みどり：看護基礎教育課程におけるカリキュラム構成，看護教育，Vol 28，No 2，（1987）
- 7) 宮入正人他：看護系大学の設置基準に関する総合的研究，（1978）
- 8) 日本医師会：生命倫理想談会，朝日新聞，1月（1988）
- 9) 河野博臣：末期癌の医療，金原出版 108（1986）
- 10) ウィリアム・M・ラマーズ：死別と悲嘆について，第13回医療と教育に関する国際セミナー，末期癌患者への全人約アプローチ，54（1987）
- 11) 鎌田ケイ子：老人看護と看護教育，看護，Vol 31，No 5，75～76（1979）
- 12) 仙田洋子・片山信子：特別養護老人ホームにおける成人看護学，内科系看護実習Ⅰの試み，看護，Vol 33，No 12，（1981）
- 13) 掛橋千賀子：高齢化社会における看護の課題，岡山県立短期大学紀要第31号，69～72（1987）
- 14) 辻 哲夫：社会福祉士・介護福祉士について，社会の中の看護，199～206，（1988）
- 15) 季羽倭文子：在宅ケアサービス多様化のきざしとその看護への影響，看護展望，Vol 13，No 1，39（1988）
- 16) 平山登志夫：老人保健施設モデル事業をひきうけて，社会の中の看護，176（1988）
- 17) 滝沢秀次郎：なぜ，いま地域医療計画か，社会の中の看護，100（1988）
- 18) V. Henderson，湯楨ます訳：看護の基本となるもの，日本看護協会（1979）
- 19) 長谷川浩：看護のための臨床心理学，日本看護協会出版会，（1986）
- 20) 藤原宰江他：臨床実習における学習効果の検討，岡山県立短期大学紀要第20号，61～69（1976）
- 21) 同 上；69

昭和63年5月17日受理

(教員組織)

(教員組織)				講座制		学科目制		(教員組織)			
教授	助教授	講師	助手	講座数		講座	科目	教授	助教授	講師	助手
4~5	4~5		8~10	4~5	I	心身の機構に関する講座 構造, 機能 代謝, 栄養 病態 (微生物, 病理) 人間発達 (精神心理)	I 心身のしくみとはたらき (正常と異常) → I 心身の正常と異常のしくみ 人体の形態と働き (栄養, 代謝を含む) 病気のなりたちと治療 人間の成長発達 生活と環境	5	3	3	3
1~3	1~3		2~6	1~3	II	生活環境に関する講座 社会生活環境 物理, 化学, 生物的環境 疫学, 統計	II 人間の生活と環境 社会人類学 生活環境科学 疫学, 統計 健康を維持する社会のしくみ (健康管理, 健康教育)	3	1	2	2
2~4	2~4		2~4	2~4	III	基礎看護に関する講座 哲学 (含歴史) 人間 (人間生物学的側面) 環境 (生活環境的側面) 人間関係 (社会心理的側面)	III 保健行政 } 保健医療のシステム 社会が健康を維持するシステムとサービス 社会福祉 (管理) 健康を維持する社会のしくみ (健康管理, 健康教育) 社会福祉, 社会保障, 保健行政 (家族)	3			
5~7	5~7		15~21	5~7	IV	臨床看護に関する講座 小児 母性 (含助産) 成人 (内科系, 外科系, 精神)	(主要学科目) 看護の基礎 基礎理論 基本技術 看護の応用 母性 小児 成人 I 内科系 II 外科系 老人 精神 地域 産業 学校 看護管理 (施設及び地域を含む)	11	4	5	5
3	3		9	3	V	地域看護に関する講座 学校 産業 家庭		1	1	1	1
1~2	1~2		2~4	1~2	VI	看護管理に関する講座		1	1	1	1
1	1		2	1	VII	看護教育に関する講座		1	1	1	1
合17	合17		44~	17~25				1	1	1	1
計25	計25		64	25				13	13	13	18
								24	17	18	18

(注) 看護の専任教員数は看護実習指導に必要な相当数をおく)

(注) 看護の専任教員数は看護実習指導に必要な相当数をおく)

保健婦助産婦看護婦の統合教育を目標としたカリキュラムの検討（その２）

資料２ 授業科目と時間数・単位数一覧表

（1976年藤原による）

授 業 科 目	指定 規則	48年度入学生の場合				文部省の 基 準	試 案				
		時間 数	学内	学外	単位		授 業 科 目	時間 数	学内	学外	単位
基礎領域	看護技術	時間 90	時間 90	時間 90	時間 0	2	看護生理学実験	時間 45	時間 45	時間 0	1
	総合実習Ⅰ	120	90	0	90	2	基礎看護技法Ⅰ	45	45	0	1
	総合実習Ⅱ		45	0	45	1	基礎看護技法Ⅱ	45	45	0	1
							基礎看護技法Ⅲ	45	45	0	1
							看護技術実験Ⅰ	45	45	0	1
							看護技術実験Ⅱ	45	45	0	1
							総合実習Ⅰ	90	0	90	2
							総合実習Ⅱ	45	0	45	1
							総合実習Ⅲ	45	0	45	1
							総合実習Ⅳ	180	45	135	4
小 計		210	225	90	135	5	小 計	630	315	315	14
応用領域	内科疾患と看護	435	450	135	315	7	成人看護実習Ⅰ	135	45	90	3
	精神科疾患と看護	90	90	0	90	1 $\frac{1}{3}$	成人看護実習Ⅱ	135	45	90	3
	外科疾患と看護	330	315	135	180	4 $\frac{2}{3}$	精神科看護実習	135	0	135	3
	整形外科疾患と看護	90	90	22	68	1 $\frac{1}{3}$	小児看護実習	135	45	90	3
	皮膚科疾患と看護	45	45	0	45	$\frac{2}{3}$	母性看護実習	135	45	90	3
	泌尿器科疾患と看護										
	婦人科疾患と看護	45	45	0	45	$\frac{2}{3}$					
	眼科疾患と看護	90	90	0	90	1 $\frac{1}{3}$					
	耳鼻咽喉科疾患と看護										
	歯科疾患と看護										
	保健所実習	45	45	0	45	1					
	小児保健	180	180	45	135	3					
	小児疾患と看護										
	母性保健	210	225	45	180	3					
	母性疾患と看護										
小 計		1,560	1,575	382	1,193	24	小 計	675	180	495	15
合 計		1,770	1,800	472	1,328	29	合 計	1,305	495	810	29

岡山県立短期大学紀要20号より