

私立看護系大学と関連施設における連携と協働について — 現実化に向けてのグループワーク報告 —

呉大学看護学部
山 内 京 子

論文要旨 文部省主催、千葉大学実施のもとに、平成12年11月20日から22日の二泊三日の研修、平成12年度看護学教育ワークショップ「看護系大学における大学と実践の場の連携と協働の現実化に向けて」が開催された。本ワークショップは看護学教育者が、よりよい教育に必要な知識及び技術を修得・開発し、効果的な看護学教育を行うことにより、今後の看護学教育の内容の充実向上を図ることを目的に実施されている。

今回、私は機会に恵まれて上記研修に参加することができたので、以下にその報告をさせて頂きたい。

今回のワークショップは、昨年開催された第1回ワークショップの結果を受けての開催という設定であった。第1回めでは、大学教員と看護部長等との率直な意見交換から、現状分析と問題点が討議され、今後の方向性が検討された。今回はこの第1回めでの討議を踏まえ、連携・協働の現実化に向けて具体的検討を行うことになった。中でも、グループワークでは「看護技術教育」と「共同研究」の2つの課題について、現状把握から具体的方策の提起までを目標に展開することが課せられており、円滑なグループワークへの導入（話題提供）として、パネルディスカッションと特別講演が組まれていた。

グループワークにはあらかじめ目標が設定されており、その目標を達成するために各グループ参加者全員が効果的な討議・作業に取り組み、限られた一定の時間内に成果を生み出すという手順がとられた。なお、この方法により、個人レベルで問題解決を行うのとは比較にならないほど有効な成果を得られるものとの期待がされていた。

目標：連携と協働のあり方について、「看護技術教育」と「共同研究」の2つの課題で討議を進め、現実化に向けて、具体的方策を提起する。

パネルディスカッションの内容は以下の様であった。

パネルディスカッション「協働への試みの実際」

パネリスト：

東北大学医学部附属病院看護部長	高橋貞子
広島大学医学部教授	横尾京子
杉並区立上井草保健センター保健指導主査	諸沢洋子
旭川医科大学医学部教授	野村紀子
大阪府立看護大学教授	土居洋子

看護技術教育（新卒者の技術の未熟さへの対応）

高橋氏より、東北大学医療技術短期大学部看護学科との協働による「新卒ナースの看護技術の未熟さへの対応」の実際について紹介がなされた。東北大学医療技術短期大学部看護学科教官全員と看護部長室全員によるインシデント・アクシデントレポートでの情報交換の後、卒業前看護技術演習を展開、その有効性の検証の報告であった。

横尾氏からは、4年制大学教育における看護技術教育の位置付けについての提言がなされた。渡米先でのインタビュー等を交え、看護技術の定義の部分から入り、教育の実際までを含めた今後の課題が提示された。

諸沢氏は、今日の保健婦活動を取り巻く環境の変化について、行政の立場から分析・提言、さらに今後の社会情勢の中、看護大学に期待されることは何かについて、保健所との協働の視点からの

提言がなされた。

共同研究（実践の質向上をもたらす共同研究のあり方）

野村氏は、昨年度の第1回ワークショップを受けての成果を、旭川医科大学に持ち帰り、同様の企画・運営によるワークショップを実施することで得られた成果を報告した。

土居氏からは、大学教育経験の中から、共同研究における施設長の役割の重要さと研究費の確保の困難さ、さらには要求される研究内容のレベル格差についてまで幅広い意見が述べられた。

3日間、集中的に行われたグループワークの内容について、以下に述べていきたい。グループ分けは、事前に、国立大学とその関連諸施設者のグループ、公立大学とその関連諸施設者のグループ、私立大学とその関連諸施設者のグループの計6グループに分けられいた。なお、私は私立大学とその関連諸施設者のグループ15名の一員として、3日間の討議に参加、書記を務めた。私達のグループは、まずグループワークをどういう方向で実施していくのかにあたり、3日間の時間配分を決め、課題である「看護技術教育」と「共同研究」の2課題各々について、以下の枠組みで忌憚のない意見を出し合って討議していくことの了解を得た。

私立大学関係者グループワーク

I. 「看護技術教育」について

1. 看護技術の定義
2. 看護技術教育の問題
3. 具体策と今後の課題

II. 「共同研究」について

1. 共同研究の現状
2. 共同研究実施上の問題点
3. 共同研究実施に向けての具体策

■ 「看護技術教育」について

1. 看護技術の定義

グループワークをどういう方向で進めていくのかにあたり、まず、私たちのグループは、看護技術についての、グループ間での共通認識をはかるための討議から入っていくことにした。

今日の看護教育の中での技術教育のあり方は、

技術重視⇒思考重視を経て、双方を重要視するようになってきた。しかし、こうした流れの中「どのレベルまでを看護学の基礎教育で教えていくのか」についての合意は得られていないのが現状である。そこで、私立大学の現状を鑑みて（学生数が多い、教員数は増えない、予算は限られている等）の教育方法、発想の転換等の検討が必要となってくる。

私達のグループは「看護技術」を、

アセスメント・スキル

コミュニケーション・スキル

テクニカル・スキル

＋ クリティカルシンキング

上記3つのスキルの基盤に、クリティカルシンキングがあるものとして定義して討論を再開した。臨床の現場からの看護技術についての評価は、アセスメントはまずまずのレベルでおさえられているという評価が得られている（大学教育である程度まではしっかり教育されているという認識）。しかし、コミュニケーション・スキルとテクニカル・スキルについては不十分であるという意見がほとんどであった。

2. 看護技術教育の問題

臨床の立場からは次の様な意見が聞かれた。テクニカル・スキルは新人教育（1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、1年）の流れの中で習得させていくことができる。しかし、コミュニケーション・スキルの習得が今日課題となってきた。例えば、看護の対象者である患者さんからベッドサイドにおいて気持ちを聞くことができないでいる現実がある。対象への配慮性の不足がみられる（その背景には、カリキュラム上の問題があるのではないだろうか？）。しかし、この事象はここ数十年来ずっと問題になってきていることのようなので、今日の学生気質なのかもしれない。

これに対し、教育の立場からは、コミュニケーション技術は短期間では育たない。時間をかけての成長を期待したい。日常生活の中での人間関係不足の影響があるのではないだろうか？確認作業ができないということは医療事故（ニアミスを含め）につながる危険性を持っている。このことについては組織体制・業務体制上のバックアップが急務、重要になってくるという意見がみられた。

臨床においては、体験不足からくる知識と技術の融合の不完全性はプリセプターがサポートして

いるのが現状であるという意見が出された。そのため、実際にはプリセプターの過度負担、過重負担になっているという現実がある。新卒看護職のアセスメントがいかせるようになるのは1年位かかるのが現状である。例えば、学部生の時の受け持ち患者数は1名位であるが、就職と同時に受け持ち数は変化（部屋持ちだと4～6名）する。こうした変化の中、対象の状況を適切に読み取り臨機応変の看護が提供できるようになるまでには1年強かかっている（6ヶ月位で記録物等に変化がみられる）。そのフォローをプリセプターが実施しているのが現状である。その分プリセプターの負担が増加している。新人看護婦・士の方が今日においては十分にフォローされているのではないだろうか？就職したら、一スタッフとしての給料、待遇を提供されているのだから、どうしてもその分の仕事能力を期待してしまうのは当然のことである（医師のような研修期間があった方がよいのでは？という意見もあったが、理想として共感できるが、現実性は乏しいだろうという結果に落ち着いた。夜勤加算、看護料の問題等の面から考えると）。

そこで、教育の立場としては、上記の現状をふまえ、ゼロからの出発ではない、臨床のニーズに合わせた教育方法の検討が必要である。大学側は必要最低限、おくり出す学生の質の保証をしなければならないのではないだろうか？私学の抱える問題についての検討を考慮しながら（学生数は多く、教員は増えそうにない、予算も増えそうにない現状）、教育方法等や指導体制、実習先との連携によって、ある一定のレベルまでの技術習得を保証していかなければならないだろう。看護技術を大学教育の中で、どのレベルにまで到達させるのか？については、まず、目に見えるレベルの行為ではなく、その行為の背景にある部分が重要であるという考え方を重視しすぎた、大学教育の中で思考教育を偏重視している傾向の指摘がなされた。しかし、本当に大学の教育の中でこの部分（思考のレベル）の強調だけでいいのだろうか？大学教員の中には、行為そのものができなくてもいいという考え方をする者もいる。しかし、本当に思考レベルさえしっかりしていればそれでいいのだろうか？という指摘があった。教育の立場としては、卒後1年目では、即戦力としては無理なので研修期間としての位置付けが臨床において必要なのではないだろうか、という意見も出された。

これに対し、臨床からは研修期間としてのニーズはわかるけれど、病院経営上実際的ではない意見・提案のように思う。卒業時点でのレベルが明らかになれば、臨床側として、フォローする立場としては随分助かるという声も聞かれた。

3. 具体策と今後の課題

看護技術教育の中で、臨床と大学双方において、アセスメント・スキルの習得レベルについては、ある一定レベルまで到達しており、現在の教育内容・方法を維持するというものでいいのではないだろうかということで異論は見られなかった。そこで、残りの2つの技術教育についての討議を再開することとした。

〈コミュニケーション・スキルの習得〉

臨床に対して、役割モデルとしての看護職を期待している。できれば、そのまま学習になるようなロールモデル、関わりを期待する。また、教員は学生のモデルになれる様な関わりがもてることが大切である。看護の対象としての患者との関わりや、看護を展開していく上での同僚、コメディカルスタッフとのコミュニケーション・スキルを実際に学生に見せることも必要である。

手順としてのコミュニケーション・スキルはしめにくいものだけにその場面、場面を通して意識づける気づかせることが大切となる（支援的、治療的コミュニケーションもあるということを意識づける必要がある）。学生の関わりのその場面を通して、流れの中で学生の感性を引き出し、伸ばしていける関わりが持てるということが重要である。

学生は「感じる→考える」この過程に時間がかかるので、このことを確認しながら、この思考過程の中での関わりの重要性を支援していく必要がある。

〈テクニカル・スキルの習得〉

学生は、日常生活面での援助技術と最低でも救急方法ABCの習得を目標に教育方法を考慮する必要がある。

臨床の立場としては、就職時に取り合えずの確認事項として、呼吸管理（吸引）、点滴管理、移動技術等を確認している。大学の技術習得レベルと臨床サイドの技術習得状況チェック、大学と臨床双方の情報交換と確認が必要、大学としてはまず学部体験の内容レベルを臨床サイドに提供することができる。

〈技術教育方法〉

教育の中で、技術の構成要素の重要性のみが強調されすぎていないだろうか。例えば、清拭を手足のみで（原理のみで）実施することの意味（危険性）は？ないのか。一連の動作、全体性の中で理解はどうなっているのか？教育方法の中で何が求められているのか？等、幾つかの論点が出された。

臨床に出たときのリアリティショックを少なくするためにも、最低限きちんとおさえておかなければならない技術があるのではないだろうか？例えば、排泄援助等についての大学内実習体験の希薄さは、臨床において実際に排泄援助を行った際、大便の臭いががまんできずに辞めたいにつながるという新人看護師も実際に昨年度いた。こうした例に対しては、プリセプターがフォローにまわっているのが現状である。

例えば、技術習得課程の全国標準化があればよいのではないだろうか？大学基準協会等での検討が望まれる（看護技術教育レベルの全国統一化）。教育担当者個々人によっていろいろなレベルが生じている。技術についても頭で理解ができていればいい、実際にはできなくてもいい、仕方がない等の考え方で教育・実習にあたっている教員もいる。しかし、果たして本当にできなくてもいいのだろうか？本当にやってみることの大切さ。特にあるレベルの技術については必要なのではないだろうか？との提言がなされた。

さらには、学部内の科目担当者の講義内容の話し合いは？どうなっているのか？基礎看護学ではどこまでで、成人看護学では？等、縦割りでの改善は学部内でも割にスムーズにできるのに、横串ではなかなかできていない現状がある。例えば、実習配置の順序性、どういう理論をどこでどこまでおさえているのか？これら連携の意識づけを大学全体で実施していくことの大切さが強調された。

看護学教育が専門学校では看護技術等に対しても、理念的にも話し合って、統合された教育が展開しやすかったのが短大になるとそれが徐々に難しくなり、大学化につれさらに困難となっている。大学化の中でセクショナリズムが進行することによる技術教育の弊害についての指摘もあった。

■ 「看護技術教育」の連携と協働のあり方について

1. 大学における看護技術教育で何をどこまで行うのか？

〈具体策〉

- 1) アセスメントについては、卒業までにある程度の実践可能な力をつける。
- 2) コミュニケーション技術については、大学教育の中で、さらに深めていく必要なある（援助的、支援的コミュニケーションを含め）。
- 3) テクニカル・スキルについては（特に日常生活援助技術）、構成要素の一部だけでなく、一連の動作として習得できる様にする必要がある。生命に直結するいくつかの技術を習得するとともに教育方法として大学側で卒業時、どのレベルまで到達しているのかのチェック機構としてもサポートが必要である。

〈提案〉

- 1) 大学基準協会のようなところで、全国的レベルでの統一をはかれるようにする必要があるのではないだろうか？
- 2) 各教員間の講座間、教室間での連携、話し合いをする横の連携が重要である。

2. 臨床での受け入れ体制をどう整えるのか？

〈具体策〉

- 1) 院内研修のプログラムをつくる。研修制度の定着化、強化をはかる。
- 2) 大卒の卒後教育プログラムが必要なのでは？とのことで検討中である（他のスタッフとは別に5、6年めレベルで）。
- 3) 新人の基本的技術の未習得によるミスへの対応が必要である。針刺し事故が最も多い。次にチューブ管理トラブル、転倒・転落等について多い。新人教育の内容と方法の検討（1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、1年の到達レベルに応じて）、入職時のスキルレベルの確認、1ヶ月後実務研修を実施（実習室でME 機器等を含め）する。
- 4) 臨床と大学の連携、フィードバックシステムが重要である。3ヶ月に1回等の新人の技術チェック、大学側へのデータのフィードバック、大学側としては、卒後の学生のフィードバック等数量化されたデータも今後の検討資料として欲しい。

■ 「共同研究」について

1. 共同研究の現状

- 1) ある大学では研究委員会が常設されており、臨床側の施設からは看護研究者が委員となって参加している。また、研究の登録に際してはテーマによって臨床側と共同研究を行っている。
- 2) 大学教育の実状と研究を知るという目的で臨床ナースが2年間学部の助手として入り、科研番号をもらい、臨床に戻り共同研究者として研究することができる制度のある大学がある。
- 3) 大学教員が臨床スタッフのテーマ選択から発表までの研究指導を臨床側に出向いて行っている。
- 4) 大学の共同研究費で大学教員と臨床スタッフとの研究が始めて認められた。
- 5) いくつかの大学では共同研究に至っていないが、研究のまとめ方の講義や院内研究発表会の講評、公開講座等を行っている。また、個人レベルでの研究指導に応じている。
- 6) Give & take で臨床サイドへは講義を行い、臨床からは卒論や研究フィールドとして協力をお願いしている。

以上のことから、共同研究が容易ではない現状が明らかになった。

2. 共同研究実施上の問題点

- 1) 研究には、人、物、金、時間が不可欠であるが、大学教員は業務が多く、研究者と教育者が一体になれるかが問題である。しかし、臨床からの希望があれば共同研究や研究指導に応じる用意はある。
- 2) 臨床と大学と双方で研究について話し合う場を持っていない。組織の違いから治外法権的な現状にあったために話し合いが持てなかった。
- 3) 臨床も大学も共同研究を行うシステムを持っていない。
- 4) 研究テーマに対してお互いのニーズが合わない。教員はカリキュラムや教育方法、専門分野の研究に関心があり、臨床は現在の問題解決を求めるテーマを希望するためである。

- 5) 臨床も大学も研究のための時間確保が難しい。
- 6) 研究費用を捻出することが難しい。
- 7) 協働のあり方について臨床と大学との間に見解の相違が過去にあり、そのいきさつが今日の共同研究を困難にしている。
- 8) 大学化が進み、看護の質が問われる時代を迎えたが、看護についての社会の評価に関して大学と臨床に危機感がない。

3. 共同研究実施に向けての具体策

- 1) 臨床と大学が共同研究について話し合う場を持つ。次の段階として組織の長の合意や2つの組織の代表から成る研究委員会等のシステムづくりを行う。
- 2) 大学と臨床の双方から研究に関してのニーズを出し合い、お互いのニーズの合うものから共同研究に取り組むようにする。
- 3) 費用については、文部省科研、厚生省科研、各種助成金の活用を積極的に行う。
- 4) 臨床側の研究時間に関して一定時間を業務時間帯の中に認める等時間上の支援体制を整える。具体的には年間計画の中で申し出によって何時間／年間等の研究時間を保証する。週2日等定期的に利用できる研修・研究制度を設ける。また、これらの体制が円滑に機能するようにフローティングナース制度を設ける。
- 5) 大学と臨床の交流研究制度を設ける。具体的には臨床から一定期間大学に派遣し、研究・教育に携わる制度を設ける。
- 6) 協働のあり方を検討し、お互いに主体的に関わり、満足感を高めるような分担・分業を行う。
- 7) 協働の必要性について意識の改革が求められる。

今回、大学と実践の場の連携と協働の現実化に向けて、15名で3日間話し合う機会を得ることができた。疑問を確認し合い、問題点を明らかにし、解決への糸口を探る作業の中で、お互いの理解を深め、信頼関係を築くことができた。また、お互いの情報を交換する中で、新たな視点も見え、発想の転換もできたように思う。今後、これらの検討内容をより具体化に向けて活かしていきたいと考えている。