

看護基礎教育における看護過程の理論モデルと 教育プログラムの検討

A Theoretical Model of the Nursing Process and Development of an Educational Program in Basic Nursing Education

東 サトエ¹⁾

Satoe Higashi

キーワード：看護過程，理論モデル，教育プログラム，看護基礎教育
the nursing process, theoretical model, educational program
basic nursing education

I. はじめに

大学での看護過程の教育に携わってから、約35年が経過する。これまでに自らが納得する『看護過程の理論モデル』を構築し、教育・実践・評価を行ってきたが、看護過程は教育する教員にとっても学習する学生にとっても難しいものである。これまでに形にしたものを再考し（参考文献参照）、今後の課題を明確にしておきたいと考える。わが国において看護過程は、1980年代にみられた形骸化の危機を乗り越え、ICT（Information and Communication Technology）にも親和性を持ち、今なお健在であり、多くの看護教育機関の基礎教育において講義・演習・臨地実習で活用されている。問題志向に偏重しやすい特徴や、記録に重点がおかれるなどの批判はあるが、一般システム理論（Bartalanfy, 1968）を土台にしているがゆえに、包括的かつ基盤となる看護の科学的実践方法論であることに変わりはない。看護過程の背景となる理論モデルは、柔軟な枠組みで構成され、看護学の知識・技術・態度のすべてを取り込み実践展開することを可能とし、様々な看護の実践理論・モデルによるアプローチにも相補性をもって

いる。看護過程を体系的に研究し、1967年に看護過程という名の著書を世界で初めて著したYura et al. (1983) も、看護過程は、「看護実践の核心であるとともに、欠くことのできない本質である。看護過程はあらゆる看護活動の中心となり、どんな準拠枠内でもどんな概念や理論にも応用することができる。それは、柔軟性に富み、応用範囲が広く、さまざまな変数に対しても調整可能で、しかも系統的な看護活動の基礎となるように十分組織されている。」とその特徴を述べている。

II. 看護過程の理論モデルの構築のプロセスについて

看護過程を教育する者は、自らが納得できる『理論モデル』を明らかにし、熟知している必要がある。わが国で看護過程の形骸化が生じた背景に疑問を抱き、Yura et al. (1983) による理論モデルの開発過程に関心を持ち、女史らが行った開発方法を援用し理論モデルの開発に着手し、3年課程の看護基礎教育課程で実践適用・検証してきた（構築期間：1991年4月～1997年3月）。構築後は、4年制大学での看護基礎教育にも実践適用し、検討

1) 宮崎大学医学部看護学科基礎看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

を加え今日に至っている。方法は文献検討により、①看護学における看護過程の位置を確認し、看護過程の概念の歴史的考察と比較分析から構成要件を明らかにし、②看護過程を支えている諸理論の検討を基にして、それらが示唆する条件を看護過程の定義及び構成要素に反映し、理論モデルを構想した。③構想した理論モデルは、3年課程の看護基礎教育カリキュラムにおいて教育内容に具体化し、④教材事例モデルによる検証後に講義・演習に適用・実施した。また、⑤臨地実習でのクライアントへの適用状況調査及び学習到達度評価により、本理論モデルの有効性を確認し、系統的教育プログラムの開発を試みた。⑥4年制大学のカリキュラムでは、サブテキストを作成し講義・演習を行い、臨床指導者とも共有し統一した指導により教育効果を高めた(2001年～2006年)。2007年以降は担当グループの演習と実習に限定されてきたが継続的に検討してきた。そこで、構築した看護過程の理論モデルと教育プログラムを提示し、本看護学科の課題と今後の期待を述べたいと思う。

Ⅲ. 看護過程の理論モデルの検討

1. 看護学における看護過程の位置と概念の歴史

看護学は、1970年以降の「看護概念モデル」の開発により急速に発展し、看護学のメタパラダイムは4つの主要概念、すなわち、「人間(The Human or Individual)、環境/社会(Environment/Society)、健康(Health)、看護(Nursing)」とする考え(Facett, 1989)が世界的に同意を得るに至った。看護概念モデルは、看護学の知識体系化を促進し、看護学全体を説明するものとなった。4つの主要概念において看護の概念は、「受け手に代わって、あるいは受け手と共同して看護師がとる活動を意味する。看護の下位概念は、看護の目的、看護の方法(看護のプロセス)、看護の役割・機能である。」と説明される。つまり、看護過程は看護の方法であり、看護師が看護過程を用いて看護実践する場合には前述の4つの主要概念を組み入れた実践展開を必要とする。従って、看護過程の成立条件は、1つには、看護の対象である「人

間」の理解を基盤に、対象の生活状況や「健康状態」を観察し、対象を取り巻く「環境/社会」がどのように「健康」に影響しているかを総合的に判断し、対象のニーズを明らかにしてゆく必要がある。2つには、ニーズを充足するために、「看護の目的・目標」を目指し、「看護過程」を用いて、看護の役割と機能を効果的に発揮してゆく必要がある。3つには、看護実践の質を高めるために、個々の看護師の看護観や人間観ならびに、必要な技術・態度を看護過程に統合させながら展開することであり、これら3つが必要不可欠な条件となる。

次に、看護過程の概念について、現在、主流であり、問題解決的アプローチの要素の強い看護過程の歴史的経緯をみると、始期は看護計画という用語であった。アメリカで1940年代から用いられた「看護計画」は、1950年代にわが国に導入されたと言われている。また、現在用いられている看護過程の構造にもっとも近いものがわが国へ紹介されたのは、バークレーンら(1969)のものである。女史らの看護過程の関心は、その概念を用いることにより、看護教育カリキュラムに統一性を与え、教育効果を高めることであり、当時の看護教育に影響を及ぼした。1980年代に入ると看護過程は再考の時期を迎え、看護過程が本来もつ概念の主旨が実践の場に十分生かされていないのではないかといった反省の声が聞かれるようになった。しかし、海外では1980年以降から、看護過程の研究の焦点は「看護診断」に移行し、北米看護診断協会(NANDA)とアメリカ看護師協会(ANA)の協力体制のもとで、看護診断分類システムの開発が精力的に行われるようになっていった。また、看護過程をも内包した看護概念モデルの開発により、看護の概念と方法論に一貫性がもたらされるようになった。わが国の看護過程の歴史はアメリカの影響を強く受けており、1991年には日本看護診断研究会の設立総会と学術集会が開催され看護教育・研究・実践に浸透し今日に至っている。

2. 看護過程の構成要件と定義

看護過程の定義と構成要素を導くために、4つの代表的な定義と構成要素を比較分析し、看護過程に内包すべき核となる構成要件を明らかにした。1つは、Yura et al. (1983) の看護過程である。2つ目は、Nursing Theories Conference Group (1980) の考え、3つ目は日本看護科学学会の専門用語検討委員会が1989年に発表した「看護過程」に対する見解である(松木, 1991)。4つ目は、「看護診断」の考え方を取り入れた Gordon (1982) のものであり、独自に開発した「11の機能的健康パターン」の概念枠組みを用いて NANDA の看護診断名を分類し、健康問題への診断ラベル適用を容易にしたことから採用した。比較検討により、看護過程の主要な構成要件は、①看護の目的を達成するために(目標指向性)、系統的・組織的に行う活動であり、②クライアントを中心に把握され、看護によって解決できる健康上の問題を取り扱うものである。③クライアントを全体的に把握することが重視され、④クライアントと看護師との人間関係(相互関係)を基盤とする。⑤看護の知識と理論に裏づけされた技術、及び人間尊重の態度を統合させながら展開されるものであることが明らかとなった。また、看護過程の構成要素は、Yura et al. (1983) の「アセスメント・計画・実施・評価」を基準にすると、アセスメントを「アセスメントと看護診断」の2つに分け5要素としたもの、「情報収集・解釈・問題の予測と確認及び問題の明確化」の3つに分け6要素としたものに分類された。これらの分析結果と、看護過程の歴史的考察から、⑥看護過程は、看護診断を1つの要素として捉え、複数の意味を持つアセスメントという用語は使用せず、「情報収集、看護診断、計画立案、実施、評価」の5つの構成要素から捉えることが妥当と考えた。

以上を基に、「看護過程は、看護の目的を達成するために系統的・組織的に行う活動であり、クライアントと看護師との人間関係(相互作用)を基盤にして、看護が介入できるクライアントの健康上の問題を明確化し(可能ならば診断名のラベルづけを行い)、問題解決を行う過程である。また、

その過程は看護の知識と理論に裏づけされた技術及び人間尊重の態度を統合させながら展開することが重要である。看護過程の構成要素は、情報収集・看護診断・計画立案・実施・評価の5つの要素(サブシステム)から構成される。」と定義づけた。

3. 看護過程における関係性と看護の概念枠組み及び構成要素に具備すべき条件

看護過程は、一般システム理論を土台とし、人間ニーズ理論、知覚理論、問題解決理論、意志決定理論、情報理論及びコミュニケーション理論等が直接的かつ具体的な理論背景にある。従って、これらの理論の意味・条件を看護過程に反映する必要がある。

1) 望ましいクライアント—看護師—看護過程の関係性

一般システム理論をもとに、人間社会や医療における看護の位置と他の領域との相互関係を明確化し、看護における看護過程の位置と看護過程に参加するクライアントと看護師の望ましい関係性を明らかにしておく必要がある。保健医療ケアシステムを例に考えると、そのサブシステムである看護学、医学、栄養学、薬学などは、各々が独自の専門性を持ち、統合的に協働しながら医療の目的達成を目指して機能している。また、医療における看護システムに焦点を当てるならば、クライアントと看護師は、地域社会あるいは家族の一員として存在しており、全体としての社会システムの中に属するサブシステムになると考えられ、看護過程は両者の間に位置するものとなり、クライアントと看護師は看護過程を介して力動的な相互作用を営みながら、看護システムの効果を高めてゆくことができる。従って、クライアントは看護過程に参加する権利を尊重されると共に、クライアント役割を發揮する責務を持つ存在として理解される。

2) 看護過程に用いる看護の概念枠組みの選択決定

看護過程に用いる看護の概念枠組みの選択決定は重要であり、看護の目的や役割・機能、看護の

対象である人間の見方を明らかにし、看護過程に方向づけを与える必要がある。看護の概念枠組みは、看護に必要な情報収集の領域と内容ならびに介入する健康上の問題領域を明らかにするものでもある。そこで、看護学の発展過程、わが国の看護の文化及び看護基礎教育の特徴を吟味した結果、看護の概念枠組みには、ニーズ理論が最適であると判断した。ニーズ理論は人間を基本的ニーズに向けて動機づけられている統合的で組織的な1つの統一体と捉えており、看護における全体論的な対象理解に有用である。また、基本的ニーズの未充足の状況が一定水準以上持続するならば、人間の内的緊張状態は健康障害を惹起し、なんらかの反応や行動（痛みの知覚や不穏行動など）となり表現される。看護師がそれらを注意深く観察し、専門的な知識をもとに解釈・分析するならば、健康上の問題を科学的に判断し、ニーズの充足に向けた援助（保護、安寧、育成、予防、解決、緩和、更生、保持・増進）を可能にできる。Yura et al. (1983) もニーズ理論の性質を看護に適用可能と認め、独自に開発した「人間ニーズ理論（35のニーズ）」を看護過程の支柱と捉え、看護の概念枠組みに採用している。ニーズ理論と看護の4つの主要概念との関係性を別途陳述した結果、「ニーズと人間」、「ニーズと健康」、「ニーズと環境／社会」、「ニーズと看護」について説明することが可能であった。

3) 看護過程の構成要素に具備すべき条件

前述した理論が示唆する条件と予測可能な弊害を考慮に入れ、看護過程の5つの構成要素（サブシステム）の定義と内容に組み込み、各サブシステムが看護の目的に向かって機能し、看護過程の全体システムが最大効果を発揮できるようにすることが重要である。

看護過程は問題解決と意志決定の過程であると言っても過言ではない。まず、看護過程に必要な問題解決は、科学的問題解決行動に位置付けられ、問題を根底から究明し解決してゆくプロセスである。しかも、心理学的観点からは、再生的問題解決を必要とする問題というより、生産的問題解決（過去においては、無関係であった幾つかの経験

を結びつけて、新たな解決の発見を必要とする）を要する複雑な問題が多い。従って、問題を発見してゆく過程では、複雑な状況を「分析—総合」という論理的操作に基づいて解きほぐし構造的再体制化をはかり、洞察することが求められる。看護過程で分析した情報を基に、一連の出来事の関連図（sequence of event）を描き健康問題を決定するのはこのためである。また、科学的問題解決行動では原因に対応した幾つかの代替案を吟味し、最適案の選択決定による問題解決が求められることから、計画立案に反映することが重要である。

次に人間の意志決定には、定型的な意志決定と非定型的な意志決定があることを理解しておく必要がある。定型的な意志決定とは繰り返し現れる問題に対してなされる決定であり、標準化（看護基準や看護業務基準、クリティカルパスなど）が可能なものである。しかし、健康上の問題は、非定期的な意志決定の割合が高く、個別的な対応を要するものが多いため、多角的な分析を怠り、定型的な意志決定を行った場合には看護の質の低下を招く危険性がある。コンピュータ化においては回避システムを講じておく必要がある。また、看護師は一般に社会的規範意識が高いため、計画立案の目標設定では、十分水準の意志決定をする傾向がある。必要な条件の吟味により、達成可能な満足水準の目標を段階的に設定し、評価・修正を繰り返すことが適切と考える。

更に、一般システム理論を土台とする看護過程は、クライアントと看護師の出会いから展開が始まり、常に相互作用しながら循環する性質をもつ。この過程に深く関連する理論は知覚理論、情報理論、コミュニケーション理論である。「知覚」はクライアントと看護師が相互に情報を得る唯一の手段であり、知覚の在りようが以後の看護過程の展開に大きく影響する。看護師は人間に備わっている3つの受容器（外受容器、内受容器、自己受容器）と、各受容器の特異性（知覚し得る範囲と認知および刺激に対する反応）を熟知しておく必要がある。例えば、治療目的で感覚遮断を要するクライアントの場合、受容器は一定の刺激に順応し

てしまうので、変化に乏しい環境がクライアントの知覚能力に影響することを認識し、継続的に観察する必要がある。また、人間の知覚は現在のみでなく、過去の刺激によっても反応を起こし、各個人の「知覚の場」に制約を受ける性質をもっている。それ故に、クライアントの情報収集においては、健康生活の状況（生活習慣、一般的な身体的背景、発達段階と発達課題など）、社会的背景、健康障害と健康障害への対応を把握し、クライアントの行動や反応への影響を適切に解釈・分析することが重要である。また、看護師も過去の体験が自身の知覚の場を狭小化させ、正確な情報収集を阻害する場合があることを認識しておく必要がある。看護師に五感を磨き豊かな感性を備えることが求められるのは知識を補い、広い視野からの確かな情報収集を可能にするからである。

しかしながら、情報化社会の今日では情報の量・質ともに人間の情報処理能力を上回り、情報に振り回される嫌いがある。情報理論では、情報を取捨選択するにあたり、目的意識をもった注意深さと「推論」により問題の核心に迫ることを重視している。理論知と実践知から「おや？」と直感した看護現象を感じ取る能力を軽視することなく、焦点を定め科学的に推論するならば、より細やかにクライアントの個別的ニーズを見極めることが可能になると考える。そして、コミュニケーション理論は、コミュニケーションが人間対人間の相互作用の必要条件であり、クライアント・家族・看護師の人間関係成立の基盤であることを指摘している。看護過程におけるコミュニケーションは、「sharing（分かち合う）」という情報交換の概念を補完することにより、連続的な相互作用を可能にし、ラポールを形成することで、クライアントの内面にあるニーズを汲み取ることが重要と考える。

4. 看護過程の構成要素と主な機能

看護過程のプロセスを分析することにより、5つの構成要素は更に24の機能で構成されていることがわかった（図1）。各構成要素の定義と機能について述べる。

1) 情報収集:「情報収集とは、看護の目的に叶った人間観をもとに、対象者の健康状態や健康障害によって生じるさまざまな反応と生活行動の変化及び対象者を取り巻く状況について、主観的情報、客観的情報を意図的、系統的、多面的に収集し、ニーズの充足状況とそれに影響する因子（関連因子）及び促進条件（強み）を把握することである」と定義し、サブシステムの機能は、情報収集の領域であるニーズの充足状況、健康生活の状況、健康障害と健康障害への対応、社会的背景、情報収集の仕方、情報の整理と記録の6項目から構成した。

2) 看護診断:「看護診断とは、看護が介入できる対象者がもつ健康上の問題とその影響因子（関連因子）を明らかにすることである。健康上の問題には、看護が独自に介入できる問題（狭義の看護診断）と保健医療従事者と共同で扱う共同問題があり、両者に看護は介入する。つまり、看護診断とは、分類・整理された対象者の情報を解釈・分析し、総合を経て問題を明確化していく過程であると同時に問題の決定である。これらの問題は看護の介入によって予防・解決、緩和され、さらには健康の維持が可能となるものである」と定義し、サブシステムの機能は診断過程に沿って、情報の分類・整理、情報の解釈・分析、情報の総合（情報の再体制化）、長期の見通しの設定、問題とその影響因子の明確化と表明（可能ならば診断基準との照合と命名）に至る5項目から構成した。

3) 計画立案:「看護診断の過程で明確化された健康上の問題の優先順位を決定し、対象者と看護師が協力して目標を定め、それを達成できるように、看護活動について具体的な方法・手段などの行為までを示すことである」と定義し、サブシステムの機能は、問題（看護診断と共同問題）の優先順位の決定と記述、問題の根拠づけと記述、目標の設定と記述、看護活動の決定と記述の4項目から構成した。

4) 実施:「実施とは、看護診断の過程で導き出された問題を解決するために、計画立案に基づいて看護活動を行うことである。実施においては、対象者の状態の変化や生活の流れを考慮し、良い人

間関係を築いてゆくとともに、看護活動の効果を検証することである」と定義し、サブシステムの機能は、1日の援助計画、看護活動の実施、看護活動の評価、看護記録、報告、看護活動の継続の6項目から構成した。

5) 評価: 「評価とは、計画的に実施した看護活動によって、設定した目標がどの程度達成されたか、その理由は何かを判定することである。目標の達成状況は、対象者が示した反応や変化をもとに判断される。また、評価は看護過程における最終段階であると同時に、各段階で必要な修正を加え、もう一度実施するフィードバック機能をもつ。さらに、評価は看護診断及び問題解決に有効な看護活動の検証にも不可欠であり、看護実践の質を高める性質を持つものである」と定義し、サブシステムの機能は、目標達成度の評価、看護過程の各段階の評価、修正の3項目から構成した。

IV. 構築した看護過程の理論モデルについて

本理論モデルでは、看護の概念と看護過程につ

いて、「看護は、基本的ニーズの充足に向けて、クライアントが生活過程を整えられるように援助することによって、健康を保持・向上、あるいは安らかな死を迎えることができることを目的とする。そして、看護過程を介してクライアントと看護師は力動的な相互作用を営みつつ、問題解決に向かって循環しながら発展してゆくものである」と整理した。看護過程の土台に一般システム理論を用いたことにより、看護過程はクライアントと看護師の間に位置づけられた。図1で、クライアントから伸びる双方向の矢印は看護過程を用いる看護師との相互作用を示している。また、看護過程の構成要素を「情報収集」「看護診断」「計画立案」「実施」「評価」で構成しサブシステムとしての役割・機能を持たせている。今なお開発過程にある「看護診断」については、問題の明確化を経て、診断基準と照合可能な場合に限り診断名を命名するとした。更に、5つのサブシステムは、それらの下位のサブシステムとなる24の機能を具備することによって、固有の目的を達成できるよう

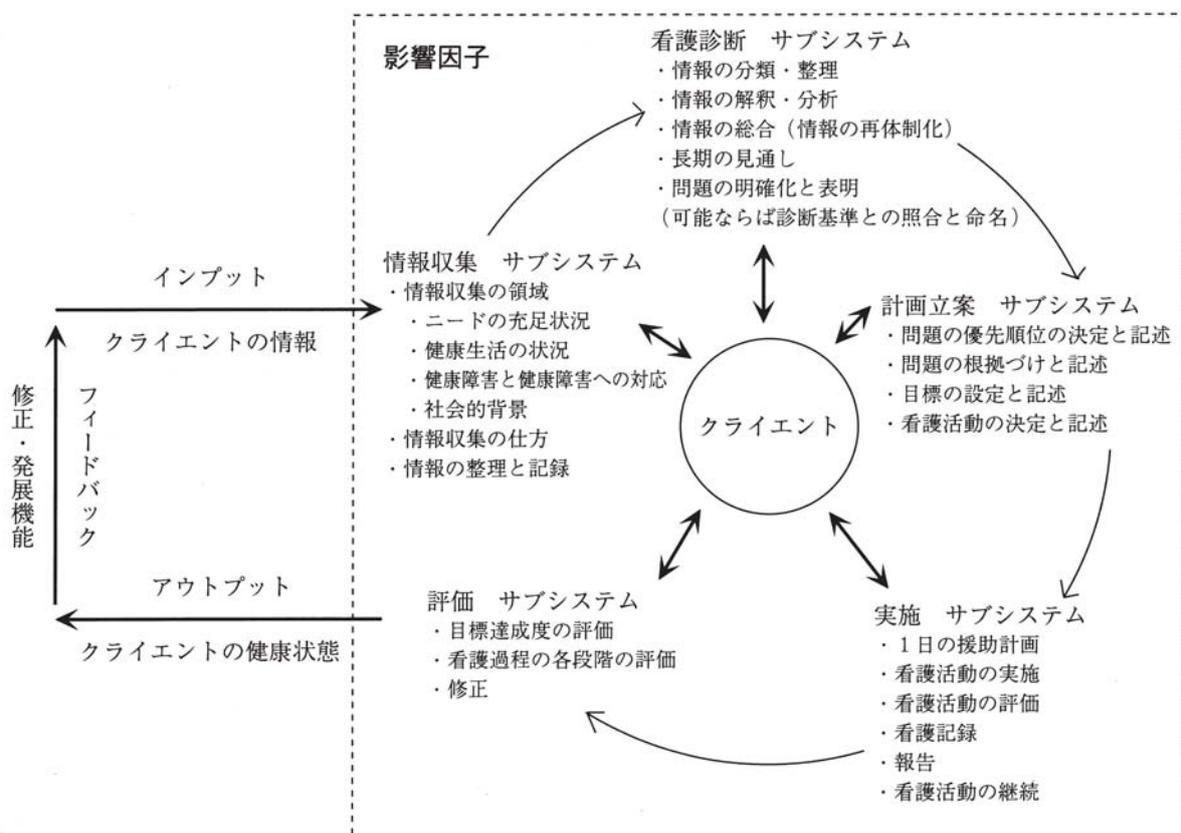


図1 看護過程のモデル (東)

にした。そして、看護過程の循環によりアウトプットしたクライアントの健康状態は、フィードバックによる修正・発展機能により、新たなクライアントの情報を生成し、必要に応じて再び看護過程にインプットされることで、目的達成に向けて新たに循環してゆくことを示している。本モデルは、構築過程において、作成した成人期にある肺がんで放射線療法中の男性のクライアントの教材事例と綿密に照合する方法で検証を行った。また、臨床実践への適用可能性について、調査対象患者総数：361例の健康問題をGorden（1982）による11の機能的健康パターンの概念枠組みを用いて分類し、全領域において適用されていることが確認された。

V. 看護基礎教育における看護過程の教育プログラム

Brunner（1961）は、特殊な題目や技能をある知識の領域のより包括的な基本構造の中でそれらが占める文脈の上の位置を明らかにして教えることの重要性を強調している。また、適切な学習によって、大量の一般的転移を得ることができ、最適条件のもとで適切に学習するならば、『学習の仕方を学習する（learn how to learn）』ようにさえなると述べている。また、一般的転移を生み出すような学習のためには、教科の構造を明らかにして教授することが重要であり、構造の理解（ものごとの関連性）を重視している。看護教育者が看護過程の理論モデルを構築する理由はまさにそこにあり、看護過程の構造を明らかにすることにより、学生は、成人看護学の学内演習（第Ⅱ段階に当たる）による学びを基に、以後の臨床実習での学びへと転移させてゆけると考えた。

そこで、3年課程の成人看護学実習において検証を試みた。調査は、看護過程の理論モデルを構成する24の機能をもとに質問紙を作成し、成人看護学領域における3つの実習段階（第Ⅲ段階：各論基礎実習終了時、第Ⅳ段階：各論実習中間時、第Ⅳ段階：各論実習終了時）において追跡調査を行った。教員による成績評価（高・中・低群）を独立変数に実習段階別の学生の自己評価を従属変

数として一元配置分散分析を行った。その結果、第Ⅳ段階：各論実習終了時では、全体平均値及び5つの構成要素の平均値において有意な主効果が見られた（有意水準：5%未満）。これは、教員評価と学生の自己評価に有意な関連があることを意味している。つまり、学生の適切な自己評価が可能になっており、看護基礎教育の最終目標にきわめて近づき教育効果が見られた結果と考えられた。なお、成人看護学での教育実践の前段階には基礎看護学での学習内容と終了後に開講される総合実習があり、5段階の教育プログラムを編成し、実証した内容を基に段階ごとに説明する。

（1）第1段階：最も基礎的部分であり、看護過程の概念と構造及び看護の4つの主要概念との関連性を理解することをねらいとする。「実践科学としての看護学における看護過程の位置と成立条件、看護過程の概念の歴史と課題、看護過程の定義や構成要素とその機能、看護過程を支える諸理論、看護過程＝看護師＝クライアントの関係性」を内容とする。教材事例を用いる場合はシンプルな健康障害をもつ事例で基本的ニーズに関する情報を多く含むものが良い。臨床実習では本モデルの前提となる人間関係のアプローチによる看護過程の展開を中心に学習し、看護場面における気づきに重点を置くことが望ましい。

（2）第2段階：看護過程の5つの構成要素の理解に重点を置き、科学的・論理的な思考に基づいた問題の明確化と解決のための基本的な学習をねらいとする。演習の教授形態により、「シミュレートされた臨床場」を設定し、看護過程の構造を確実に理解することが重要である。教材事例は理論モデルの構造や教授内容と内的関連性をもたせ、指導者間で共通理解しておくことが重要である。授業は教授形態を組み合わせた展開を行う。また、事前評価・形成的評価・総括的評価により学生のニーズに応じて細やかな指導を行い、自己評価能力の基礎を育成し、臨床実習での課題を明確化できるように支援する。

（3）第3段階：臨床実習でクライアントとの相互作用を通して、実施・評価を含めた看護過程の全体的な理解を深めることをねらいとする。学生

のレディネスに応じたクライアントの選択が鍵となる。臨床場の学習のみでなく、学内での個別学習を組み合わせ、着実に学びを整理できるようにする。臨床指導者と教員との一貫した指導体制が必要不可欠である。

(4) 第4段階：各看護領域の本格的な臨床実習に該当する。クライアントの特殊性（発達段階、性別、健康レベル、健康障害など）に応じた看護過程を主体的に展開できることをねらいとする。次第に複雑なクライアントを担当し、学生の創造・発見を支援し、看護活動の評価・修正や医療チームとの連携・協働にも目を向け、広い視野から看護の役割・機能を理解できるようにする。学生の自己評価が教員評価とほぼ一致し、学生が自己の展開能力を客観視できるようにフィードバックする。

(5) 第5段階：看護基礎教育の最終段階である。医療における看護の位置、役割・機能を現実的に理解し、看護の概念（個々の看護観）を看護過程に統合しながら、継続的に看護活動し、評価・修正・発展できることをねらいとする。看護過程の構成要素のすべてが有機的に関連づけられ、看護の科学的方法論として個別的で柔軟な展開に至ることである。複数のクライアントに対して、チームアプローチを行い、看護の継続性と看護過程のフィードバック機能を実体験する必要がある。また、看護診断のみにとらわれることなく、「看護のテーマ」を設定し質の高い看護実践を探究する姿勢を育成する必要がある。

5つの段階をカリキュラムに配列するには Toress et al. (1978) の理論に基づき、カリキュラムの水平的要素に看護過程を垂直的要素に「個人—家族—地域社会」、「健康—疾病連続体」を位置づけることで統合したカリキュラム構成が可能である。

VI. まとめ

近年、看護学の発展に伴い、各専門領域に応じた看護の概念枠組みを用いた看護過程の教育が盛んになり、学生はさまざまな記録フォーマットに翻弄され、看護過程の本質を見失いがちである。

教育者は自らが用いる看護過程の理論モデルを明らかにし、検証した教材事例による授業展開で学習の転移効果をもたらす必要がある。全教員により、限られた時間内での教育内容の精選・配列を検討し、統合的なカリキュラムとして編成する必要がある。反省と共に10年間を振り返り、臨床指導者との具体的な学習内容の共有を図り、臨床指導者と教員が一貫した思考過程で教育指導ができる環境づくりが重要課題と感じている。看護過程の教育を発展させていく為に、継続的に取り組み、学習の最大効果を発揮できるような看護基礎教育に向けて、本看護学科の教育が発展してゆくことを期待する。

引用文献

- Bertalanffy, L.V. (1968) / 長野敬, 太田邦昌 (1973) : 一般システム理論, みすず書房, 東京
- バークレン, H., ザゴーニク, A.H. (1969) : 初学者に対する看護プロセスの教育, 看護教育, 10 (6), 21-26
- Brunner, S.S. (1961) / 鈴木祥蔵, 佐藤三郎 (1963) 教育の過程, 40, 岩波書店, 東京
- Facett, J. (1989) / 小島操子 (1990) : 看護モデルの理解 分析と評価, 7-9, 医学書院, 東京
- Gorden, M. (1982) / 野島良子, 草刈淳子 (1988) : 看護診断—その過程と実践への応用—, 315-316, 医歯薬出版株式会社, 東京
- Yura, H., Walsh, M. B. (1983) : The Nursing Process—Assessing, Planning, Implementing, Evaluating (4th), Appleton—Century—Crofts / 岩井郁子, 伊奈侑子, 木下幸代他 (1984) : 看護過程—ナーシング・プロセス アセスメント・計画立案・実施・評価, 医学書院, 東京
- 松木光子 (1991) : 看護過程の基礎知識, 松木光子 (編), ケーススタディ看護過程, 19, 医学書院, 東京
- Nursing Theories Conference Group (1980) / 南裕子, 野嶋佐由美 (1982) : 看護理論集—看護過程に焦点をあてて, 14-33, 日本看護協会出版会, 東京
- Toress, G., Yura, H. (1978) / 看護教育におけるカリキュラムの概念枠組みセミナー準備委員会 (1978) : 看護学部教育課程における今日概念枠組み, 看護教育, 19(11), 673-678

<筆者参考文献>

- 東サトエ (1993) : 看護過程の教育に関する基礎的研究—看護過程の理論モデルの構築をもとにして—, 大

- 阪教育大学教育学教室教育学論集, 22, 151-158
- 東サトエ (1994) : 看護過程の理論モデルの構築に関する研究(1)看護過程の概念の史的考察, 神戸市立看護短期大学紀要, 13, 61-73
- 東サトエ (1994) : 看護過程の理論モデルの構築に関する研究(2)看護過程の理論モデルの構想, 神戸市立看護短期大学紀要, 13, 75-86
- 東サトエ (1997) : 看護過程の理論モデルの構築に関する研究(3)看護教育における検証と教育プログラムの開発, 鹿児島大学医療技術短期大学部紀要, 7, 25-38
- 東サトエ (1995) : 臨床実習の教授 = 学習構造に関する実証的研究 - 看護過程の展開能力・学習態度形成・教育的支援の関連性 -, 鹿児島大学医療技術短期大学部紀要, 5, 35-46
- 東サトエ (2002) : 患者像の把握についての指導力をどう高めるか, 看護展望, 27(5), 30-36
- 東サトエ (2002) : 悪性リンパ腫, メディカルフレンド社 (編), 実習に役立つ病態マップ, 158-161, メディカルフレンド社, 東京
- 東サトエ (2006) : 臨地実習における実習記録の位置付け・指導・課題 - 基礎看護学実習の視点から, 看護展望, 31(11), 17-25