

在宅看護実習における学びの構造

小路ますみ*, 小森直美*, 笹尾松美*

Structure of Learning in Home Health Care Practice

Masumi SHOJI, Naomi KOMORI and Matsumi SASAO

要 旨

研究の目的

在宅看護実習レポートにおける学生の学びから、本学における在宅看護実習の学びを構造的に捉える。

研究方法

対象は、在宅看護実習を終了した本学の平成17年度看護学部看護学科3年生である。研究材料は、在宅看護実習を終了した学生のレポート「在宅看護実習における学びや気づき」から、定性的データ項目を抽出した。そのデータの分析はKJ法を用いた。導き出されたデータ項目を構造的図解に捉え、核となる抽象化5段階を導き出した。結果および結論

本校における学生の在宅看護実習レポートからの学びは、在宅看護を「生活の場」で行われる支援活動であることが導かれた。次に、「生活の場」であるがゆえに自ずとその支援活動は、「病院」で行われる看護と比較して、次の3点の特徴を捉えていた。

1. 在宅療養の主体（生活者）
2. ケアマネジメントと連携
3. 訪問看護の成立要件

であった。これらの関連から構造的図解に捉えると、「在宅看護」とは、「『生活の場』で、看護の視点からケアマネジメント・連携機能を活用しながら、在宅療養の主体である療養者やその家族の健康とQOLの向上を支える」ということであった。

キーワード：在宅看護実習, 学生の学び, 訪問看護, KJ法

緒 言

少子高齢化の社会構造や、医療の高度化、入院期間の短縮化は、今まで、医療機関の中で行われた医療が、利用者の「居宅等」で行うという変化を生じ、医療提供の場が拡大された。また、医療は人々の人権意識の高揚とともに、医療依存度が高くても自身の居宅生活を自身で決定していきたいという希望を支える方向へ向かっている。

平成18年厚生労働省は、介護保険の基本理念である「自立支援」をより徹底する観点から、現行の予

防給付について、対象者の範囲、サービス内容、ケアマネジメントを見直し、「新たな予防給付」への再編を行った。また、40歳から64歳の末期がん療養者は、平成18年4月に特定疾病に追加され、介護保険によるサービスの利用が可能となった。これらの変化により、在宅ケアに係わる看護職には、幅広い総合的な判断力やケアマネジメントと同時に、高度な医療的技術やケア能力が期待されている。

看護教育に在宅看護論が導入されて10年目を迎える。在宅看護の学問的構築は、確実に推し進められて

* 福岡県立大学看護学部家族在宅看護学講座
Department of Family & Home Care Nursing, Faculty of Nursing
Fukuoka Prefectural University
連絡先：〒825-8585 福岡県田川市伊田4395
福岡県立大学看護学部基礎看護学講座 小路ますみ
E-mail: shoji@fukuoka-pu.ac.jp

いる。しかし、在宅看護論教育について石垣(2005)の調査研究報告によると、「他の科目との関係・領域の整理と連携の不十分さ」「制度や資源が多様であり、変化してしまう」「多様な内容のどこに焦点をあてるのか」など、「教育目標・内容の不明確さ」などが教育上の問題点としてあがっている。また、実習についても「実習の場・対象者の確保の困難」について「教育目標・焦点・学習内容が定まらない」が多くあがっている。

看護教育の中で臨地実習は、実践教育として教育の中心におかれる。講義で学んだ看護と、実践で学んだ看護とが一致し、実習という体験をとおして看護に対する認識を深めるのである(金子, 2003)。よって、実習で得た学生の学びは、今年度教育の反省と次年度教育の示唆を与える。

本学における在宅看護論実習は、3年次領域別実習という独立型である。また、平成17年度在宅看護実習(3年生)は、本学開学(平成15年)後、初回の実習であった。そこで、在宅看護論教育の中心に位置づけられる在宅看護実習において、実習施設の指導者や利用者から学生は何を学んだか、何が課題として残ったかを分析・考察することで、学生の学びを構造的に捉え、本学における在宅看護論実習の構造を確立したいと考えた。その結果、在宅看護実習における学びの構造を捉えることができたので報告したい。

実習の概要

1. 実習目的：在宅療養支援における在宅看護の機能・役割およびその特性を理解し、在宅看護のあり方や課題について学ぶ。

資料1

平成17年度在宅看護実習施設一覧

1. あざみ訪問看護ステーション	10. 田川市立病院
2. 芦屋町訪問看護ステーション	11. 筑前山田赤十字訪問看護ステーション
3. アップルハート飯塚訪問看護ステーション	12. つくし訪問看護ステーション
4. 大原病院訪問看護ステーション	13. 福智町方城診療所
5. 桜台訪問看護ステーション	14. みずき訪問看護ステーション
6. 社会保険稲築病院訪問看護ステーション	15. ゆくはし訪問看護ステーション
7. 社会保険田川病院訪問看護ステーション	16. 行橋記念病院訪問看護ステーション
8. 社会保険二瀬病院訪問看護ステーション	17. 訪問看護ステーション百合の会
9. 新田原訪問看護ステーション	

2. 学習目標

- 1) 訪問看護の実践を経験することによって、日常生活の支援に係る在宅看護の理解を深める。
- 2) 地域の中で生活する療養者とその家族を総合的にとらえ、療養者とその家族が抱える問題をアセスメントし、問題解決能力を養う。
3. 実習施設：訪問看護ステーションならびに病院訪問看護部署 全17施設(資料1)
4. 実習期間：平成17年5月～12月
5. 実習形態：20人による2週間の実習を1単位とする4クルーの実習で計80人。
学生は1名の受け持ち事例を持ち、情報収集から分析・評価と一連の在宅看護過程を踏む。受け持ち以外に、複数の訪問事例に同行させていただき、一日の訪問看護過程を踏む。
6. 実習時期と関連実習
1年次：入学当初の病院・老人保健施設・地域(市町村保健センターなど)見学実習
2年次：基礎・精神看護実習
3年次：領域別実習(在宅・地域・成人・老人・女性・小児看護)は、並行して行われる。家庭訪問による保健指導は地域看護の市町村実習で行われる。
4年次：領域別実習で捉えた課題について研究的に取り組む総合実習。

研究方法

1. 調査対象：在宅看護実習を終了した学生3年生の協力を得られた80名。
2. 研究材料収集：在宅看護実習を終了した学生のうち協力を得られた学生80名に対し、テーマ「在宅看護実習における学生の学びや気づき」つい

て, レポート提出を求めた。レポート約80枚, 約80,000字から定性的データ約450個を抽出した。そのデータを意味内容の類似性に基づきカテゴリー化し, 研究者3人で5回(延15回)の反復作業を経て, KJ法で言う「志」を明確に表す文脈単位を決定し, 定性的データ120個を抽出した。

3. KJ法(川喜田, 1986)による分析: 定性的データ120個を, 数回の反復作業を経て, 意味・内容の類似するデータごとにグループ編成し, KJ法で言う「表札」を作った。この「表札」を, より抽象度の高い方向にグループ編成し, 4段階で導き出された表札を空間配置し, 表札間の関連を観ながらそれぞれの表札を構造的に捉え図解化した。その図解から, 抽象化5段階の核となる「学生の学び」を導き出した。

4. 信頼性・妥当性の確保

- 1) 定性的データ抽出やグループ編成と図解化は, 研究者の先入観, 仮説, 理論への当てはめを避けるために, 在宅看護実習担当教員3人の討議によって進めた。
- 2) KJ法によるデータ抽出・分析の方法については, 学会公認のKJ法指導者を研究者に交え, 信頼性を確保した。
- 3) 抽象化およびデータ抽出内容について, 対象学生ならびに実習指導者に確認していただき, 立証確立の承諾を得た。
5. 倫理的配慮: 調査対象者に研究の趣旨とともに, 協力は自由意思であること, 研究目的以外には使用しないこと, 個人が特定されないこと, 研究協力の有無は成績(評価)には関係しないことを文書にて説明し, 了承を得た。実習施設にも結果を提示し, 公表の承諾を得た。

結 果

1. 在宅看護実習における学生の学び(表1)

学生の学びは, 抽象化1段階で34項目を導き出した。さらに抽象化を深め, 下記のとおり2段階で19項目, 3段階で7項目, 4段階で3項目を導きだせた。

- 1) 在宅療養の主体は, 療養者・家族であり, 長い歴史の中で養ってきた関係性を保持し, 双方のQOLに互いに大きな影響力を持ちながら主体的に生活を営んでいる。
- (1) 在宅療養の主体は, 療養者・家族であり, 在宅は主体的な生活の場であることから, 訪問看護は療

養者・家族の生活の流れにあわせ, 生活を乱さないように支援することが大切だ。

- ①在宅療養の主体は療養者・家族であり, 訪問看護は, 療養者と家族の生活の流れに応じた支援活動をする。
- ②在宅療養は, 自分らしく生きていける, 主体的な生活の場であることから, その生活を乱さないように注意しながら, 支援しなければならない。
- (2) 療養者やその家族の生活に介入するには, 在宅療養にもたらす家族の影響力と, 療養者と家族が長い歴史の中で養ってきた関係性をとらえることが必要だ。
 - ①療養者にとって家族は前向きな療養生活を支える柱であり, その心身の健康は療養者の励みになる。
 - ②療養者やその家族の生活に介入するには, 療養者と家族が長い歴史の中で養ってきた関係性を捉えることが必要である。
- 2) 訪問看護の対象は, 個別のかつ多様で, 総合的理解が必要であり, 対応するには住民や関係職種の協力が欠かせない。
 - (1) 訪問看護は, 地域の生活ルール, 経済性, 医療設備の不備を勘案した安全安楽の追求にあり, 地域の住民や関係職種との理解と協力が必要だ。
 - ①在宅で療養するということは, 地域の生活ルールに従うことであり, 地域の方々の理解が必要だ。
 - ②訪問看護は, 療養にかかる経費節減のために, 家庭にあるものを精一杯活用し, 無駄を省きながら安全安楽を追求する。
 - ③在宅における看護は, 急変時の対応や清潔管理に, 在宅ならではの最大限の努力を強いられる。
 - ④他職種との連携とはそれぞれの見えない部分を補うために, 情報交換して役割の確認をおこない, 療養者に一貫した支援をすること。
 - (2) 在宅看護の対象は, 病態や症状, 家族の有無や有様, 住居環境, 周囲のサポート状況など個別のかつ多様であり, 対応するには多面的な視点による総合的理解が必要だ。
- 3) 訪問看護の成立には, 対象との信頼関係が必要不可欠であり, 訪問看護師の姿勢, 能力と資質が問われる。

表1

平成17年度在宅看護実習における学生の学び

第5表札 (抽象化5段階)	第4表札 (抽象化4段階)	第3表札 (抽象化3段階)	第2表札 (抽象化2段階)	第1表札 (抽象化1段階)
訪問看護は、「生活の場」で、看護の視点からケアマネジメント連携機能を活用しながら、主体である療養者・家族の健康とQOLの向上を支える。	訪問看護は、地域の生活ルール、経済性、医療設備の不備を勘案した多面的な視点による総合的理解が必要で、住民や関係職種との協力が欠かせない。	訪問看護は、地域の生活ルール、経済性、医療設備の不備を勘案した安全安楽の追求にあり、地域の住民や関係職種との協力と理解が必要だ。	1.在宅で療養するということは、地域の生活ルールに従うことであり、地域の方々の理解が必要だ。 訪問看護は、療養にかかる経費節減のために、家庭にあるものを精一杯活用し、無駄を省きながら安全安楽を追求する。 4.在宅における看護は、急変時の対応や清潔管理に、在宅ならではの最大限の努力を強いられる。 他職種との連携とはそれぞれの見えない部分を補うために、情報交換して役割の確認をおこない、療養者に一貫した支援をすること。	2.訪問看護は医療設備のない家庭で、そこにあるものを精一杯活用し、安全・安楽を追求する。 3.訪問看護は、療養者や家族に経済的負担をできるだけかけないように、看護処置に精一杯の無駄を省く。 5.連携とは、それぞれの職種が役割を確認しあい、お互いの情報を交換することで、在宅療養を支える。 6.他職種との連携とは、それぞれが見えない部分やできない部分を互いに補いあいがら、療養者の全体像をとらえること。 7.連携とは、他職種とともに、その人がその人らしく生活できるように支援することを目標に、一貫したサポートをすること。 8.家族のいる人、いない人、人々の生活は多様であり、療養者の理解には多面的な視点が必要だ。 9.在宅看護の対象は、病態や症状、家族、住居環境、周囲のサポートなど、療養者と周りにおける全て(生活環境)であることから、総合的な理解が必要だ。
	在宅療養の主体は、療養者・家族であり、長い歴史の中で築ってきた関係性を保持し、双方のQOLに互いに大きな影響力を持ちながら主体的に生活を営んでいる。	在宅療養の主体は、療養者・家族であり、在宅は主体的な生活の場であることから、訪問看護は療養者・家族の生活の流れにあわせ、生活を乱さないように支援することが大切だ。	在宅療養の主体は療養者・家族であり、訪問看護は、療養者と家族の生活の流れに応じた支援活動をする。 在宅療養は、自分らしく生きていける、主体的な生活の場であることから、その生活を乱さないように注意しながら、支援しなければならない。	10.在宅療養の主体は療養者・家族であり、訪問看護は主体者の意志を尊重し、その中で何ができるかを考えながら支援する。 11.病院では、病院での流れに家族は合わせていたが、在宅では、療養者と家族の生活の流れに訪問看護師が合わせてケアをさせていく。 12.在宅では、療養者やその家族のそれぞれの生活があり、その中におさまる訪問看護師は、その生活を乱さないよう注意することが大事だ。 13.在宅では、療養者が病と向き合い、好きな時間に好きなことができる主体性ももっていた。 14.訪問看護は、療養者や家族が自分らしく生きていけるように、安楽・快適な生活を支援する。 15.在宅療養者については、医療に縛られた生活を送っている療養者像をイメージしていたが、実際の療養者は、自分らしい生活を送っていて、療養は生活の一部になっていた。
		療養者やその家族の生活に介入するには、在宅療養にもたらす家族の影響と、療養者と家族が長い歴史の中で築ってきた関係性をとらえることが必要だ。	療養者にとって家族は前向きな療養生活を支える柱であり、その心身の健康は療養者の励みになる。 療養者やその家族の生活に介入するには、療養者と家族が長い歴史の中で築ってきた関係性を捉えることが必要である。	16.療養者が在宅療養を維持していくには、介護者の心身の健康が必要であり、家族へのケアや気配りも重要である。 17.在宅における主たる看護(介護)者は家族であり、療養者のQOLを支えるには、その家族のための心身のケアが必要だ。 18.療養者と家族との間に愛情があり、ともに生きようとする思いがあれば、療養者は心にゆとりができ、前向きに療養に励むことができる。 19.療養者やその家族は、一生懸命生きてきた、また今を生きる、長い歴史を刻む社会生活者である。 20.生活に介入するとは、療養者や家族という人を観るのではなく、どのように影響しあっているのか、その関係性をとらえることにある。
	訪問看護の成立には、対象との信頼関係が必要であり、訪問看護の能力と資質、姿勢が問われる。	訪問看護師に求められる能力は、コミュニケーションを駆使した鋭敏なアセスメント力、健康に係る予測力、それぞれの個別性に対応する応用力であり、基盤に確かな専門的知識・技術が必要だ。	訪問看護師には、専門職としての見解を療養者や家族に納得していただくための調整力・説得力が必要であり、その根底には人間尊重と協働の姿勢に基づく信頼関係が必要だ。 訪問看護には、表出される言葉だけでなく、何気ない会話や顔の表情、動作、沈黙などから不安や問題をアセスメントする能力が要る。 訪問看護は、30分から1時間の訪問で、24時間を把握する。	21.訪問看護は、療養者や家族の思いを尊重理解しながらも、危険因子を発見したら、療養者や家族の思いとの食い違いを埋めていく作業を大切にすること。 22.看護は一方通行ではなく、看護師と療養者やその家族との相互関係で成り立つものであり、療養者・家族から救われることもある。 23.継続した定期的な訪問は、療養者や家族に説明や相談など考える時間を与え、療養者や家族が問題を心待ちするようになる。 24.家の事情がわかっている訪問看護は、療養者や家族にとって不安や悩みを話せる相手であり、医療を提供するだけではなく、愚痴や不安を傾聴しながら心からの元気を導く。 25.訪問看護師と療養者やその家族との信頼関係は、その人の人生観や価値観を大事にすることから生まれ、その関係が成立し、はじめて看護師の働きかけが意味をもつ。 26.療養者さんと訪問看護師とのコミュニケーションは、会話だけではなく、顔の表情、行動、沈黙もコミュニケーションであり、言葉以上に語りかけてくるものがある。 27.訪問看護師は、何気ない会話の中からも、療養者が抱える不安・問題点を見逃さず、アセスメントする能力が要る。
		訪問看護師に求められる資質とは、責任を持った看護の提供ができること、自己洞察ができること、自律性があることだ。	訪問看護は、一人一人の出来る部分・出来ない部分などを正確に判断し、個性に応じた対応を考えなければならない。 31.訪問看護師の医療・看護の専門的知識に基づくケアや家族への指導は、療養者や家族に安心感を与え、心の支えとなる。 32.決められた30分から1時間の訪問は、その人だけの看護師として向き合い、その人のために精一杯の看護を提供する。 33.訪問看護では療養者さんの生き方そのものに関わっていくため、「看護師の〇〇さん」ではなく「〇〇さんという看護師」という感覚で、自分の人間性も問われる。 34.訪問看護師の誇りと情熱は、自分自身による情報収集と洞察力で看護診断をおこない、自律的に対応できることにある。	28.在宅看護は、30分から1時間の訪問で、24時間を把握する。 29.訪問看護は、一人一人の出来る部分・出来ない部分などを正確に判断し、個性に応じた対応を考えなければならない。 30.在宅では、それぞれの家族のケア方法に違いがあり、その方法を尊重したアセスメント・アドバイスが必要である。

(1) 訪問看護師には、専門職としての見解を療養者や家族に納得していただくための調整力・説得力が必要であり、その根底には人間尊重と協調の姿勢に基づく信頼関係が必要だ。

①訪問看護は、療養者や家族の思いを尊重理解しながらも、危険因子を発見したら、療養者や家族の思いとの食い違いを埋めていく作業を大切にする。

②看護は一方通行ではなく、看護師と療養者やその家族との相互関係で成り立つものであり、療養者・家族から救われることもある。

③訪問看護師と療養者やその家族との信頼関係は、継続した定期的な訪問により捉えた、その家の人生観や価値観を大切にするところから生まれる。

(2) 訪問看護師に求められる能力は、コミュニケーションを駆使した鋭敏なアセスメント力、健康に係る予測力、それぞれの個別性に対応する応用力であり、基盤に確かな専門的知識・技術が必要だ。

①訪問看護には、表出される言葉だけでなく、何気ない会話や顔の表情、動作、沈黙などから不安や問題をアセスメントする能力が要る。

②在宅看護は、30分から1時間の訪問で、24時間を把握する。

③訪問看護は、一人一人の出来る部分・出来ない部分などを正確に判断し、個性に応じた対応を考えなければならない。

④訪問看護師の医療・看護の専門的知識に基づくケアや家族への指導は、療養者や家族に安心感を与え、心の支えとなる。

(3) 訪問看護師に求められる資質とは、責任を持った看護の提供ができること、自己洞察ができること、自律性があることだ。

①決められた30分から1時間の訪問は、その人だけの看護師として向き合い、その人のためだけに精一杯の看護を提供する。

②訪問看護師の誇りと情熱は、自分自身による情報収集と洞察力で看護診断をおこない、自律的に対応できることにある。

③訪問看護では療養者の生き方そのものに関わっていくため、『看護師の〇〇さん』ではなく『〇〇さんという看護師』という感覚で、自分の人間性も問われる。

2. 表札問の関連で捉えた「学びの構造」(図1)

抽象化4段階で導き出された3項目に共通した内容は、「生活の場」で行われる支援活動であるということであった。この3項目のキーワードは、1. 在宅療養の主体(生活者) 2. ケアマネジメントと連携 3. 訪問看護の成立要件である。これらのキーワードは、「生活の場」で行われる支援活動の特徴であった。

それらの関連は、次のとおり述べることができる。在宅療養の主体は、生活者である療養者とその家族である。その主体は個別のかつ多様であり、訪問看護には多面的な視点による総合的理解が必要である。さらに地域の生活ルール、経済性、医療設備の不備を勘案した安全・安楽を追求しなければならず、地域の住民や関係職種との理解と協力が必要である(ケアマネジメントと連携)。このような生活の場で行われる訪問看護には、療養者やその家族との信頼関係が不可欠であり、訪問看護師の姿勢と、能力や資質が問われる(訪問看護の成立要件)。

その構造図(図1)を概観して捉えた「抽象化5段階の核項目」は、「訪問看護は、『生活の場』で、看護の視点からケアマネジメント・連携機能を活用しながら、在宅療養の主体である療養者やその家族の健康とQOLの向上を支える」ということであった。

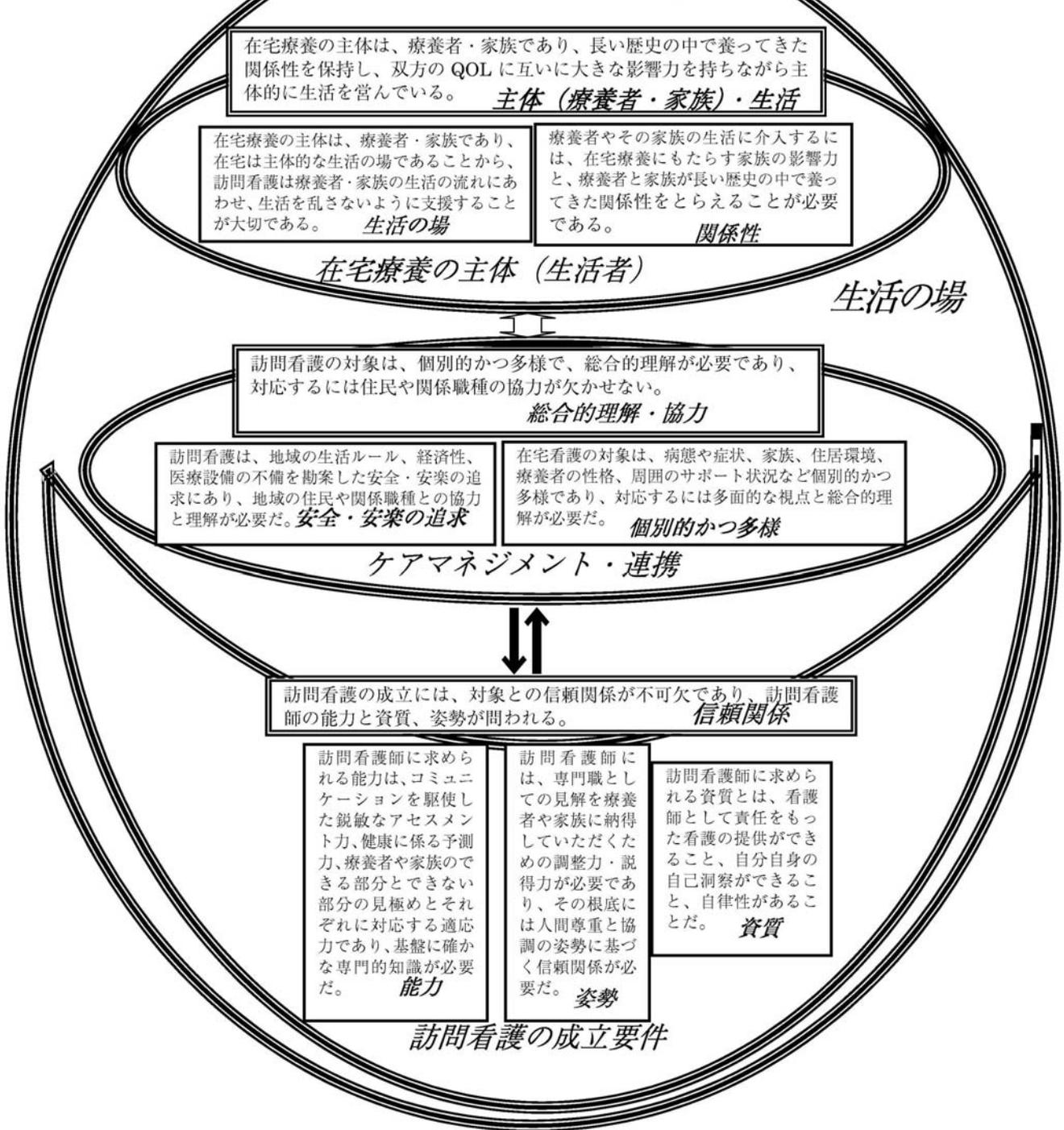
考 察

1. 在宅(訪問)看護の特徴：在宅療養の主体(生活者)

在宅看護と訪問看護は、ほぼ同義語であるが、在宅看護は看護が行われる“場”を表し、訪問看護は“手段”を表している。

金川(2003)は、「在宅看護は、療養をしている人を対象に生命の維持や日常生活の遂行を目的にしたものであり、入院患者を対象にした看護の目的と本質的には同じと考える。しかし、療養者の反応が生活の場に特有な状態があり、提供者側も提供の場が医療施設ではないという提供環境に相違がある。」として、病院での看護と比較して次のような在宅看護の特徴を示している。①病院は治療を中心とした医療の場であるが、家庭は家族を単位にした生活の場である。②病院は医療従事者が主体になっているが、家庭は家族が主体となっており、療養者は家族の一員である。③病院では患者は24時間医療の専門家による医療的管理のもとにあるが、家では医療については非専門家である家族との関連が大きい。④自宅で生活する看護の利用者は、自身の生活を大切にしており、

訪問看護は、「生活の場」で、看護の視点からケアマネジメント・連携機能を活用しながら、主体である療養者・家族の健康とQOLの向上を支える。



2006.9 福岡県立大学研究室 小路 小森 笹尾

図1
在宅実習の学び、その構造図

健康問題の解決を含めたQOLの強い意志をもっている。このような利用者のニーズをもとに行われる訪問看護は、医療を受けることを目的として入院している人々とは異なった視点に立って看護を提供しなければならない。家庭では、療養者の生活や健康状況は、ともに生活をし、介護を行っている家族の考え方や介護力の影響が大きいので、療養者と家族の関係や健康状況に常に配慮し、家族全体の健康や生活の向上を意図する在宅看護が望ましい。

本調査における学生の学びも、在宅は自分らしく生きていける主体的な「生活の場」であること、療養者は健康問題の解決を含めたQOLの強い意志をもっていること、そして、療養生活における家族の影響力の大きさ、歴史性を保持した関係性に留意した支援活動の重要性を捉えていた。学生は、「在宅の療養者については、医療に縛られた生活を送っている療養者像をイメージしていたが、実際の療養者は、自分らしい生活を送っていて、療養は生活の一部になっていた」とあるように、実習における在宅の療養者やその家族との実際の触れ合い体験から、病院での療養者とは違う在宅の療養者の主体性（生活者）を感じ取ったと思われる。

2. 在宅(訪問)看護の機能：ケアマネジメントと連携

川村(2003)は、「地域ケアにおいて、それまで保健師や訪問看護師が実践したことのなかにケアマネジメントの活動が含まれている」とし、訪問看護ステーションの看護をみても、そのステーションが地域の独立した在宅ケアサービス機関であるがために、包括的なケアを提供するためには、地域のさまざまなサービスをマネジメントすることなくして利用者の在宅での生活を支えることは不可能であると言っている。また、「在宅生活をしている利用者は看護だけではなく、治療や家事、介護、家庭経済、教育、楽しみ・宗教活動など幅広い課題をもっており、これらに対応するサービスは看護職者だけで提供できるものでも、看護職者が所属している機関や施設だけで提供できるものでもない」として、訪問看護師は、所属を異にする職員が構成するチーム活動に参加していることを理解して、チーム員間のコミュニケーションを大切に、連携のよい支援活動を行うための配慮が重要になることを述べている。同様に、金川(2000)・渡辺(2003)・杉本(2006)らもケアマネジメントや連携機能の重要性を述べている。

本調査における学生の学びも、訪問看護の対象は、

病態や症状、家族の有無や有様、住居環境、周囲のサポート状況など個別のかつ多様であり、対応するには多面的な視点による総合的理解が必要であることを捉えていた。その支援には、地域の生活ルール、経済性、医療設備の不備を勘案した安全安楽の追求にあり、地域の住民や関係職種との理解と協力が必要であることを捉えていた。学生は、対象の個性や多様性に伴う情報量の多さに戸惑いながらも、訪問看護師が療養者の家を訪問しながらサービス機関や地域の人々と連絡をとり、さまざまなサービスを調整し、利用者や家族の意向を確かめながらサービスを導入している姿に、ケアマネジメントや連携が在宅看護の重要な機能であることを認識できたと思われる。

3. 在宅(訪問)看護の成立要件

杉本ら(2006)は、在宅看護に携わる看護師に求められる基本姿勢について最も重要なものとして、①療養者・家族の主体性の尊重②信頼関係③チームによる援助を挙げている。特に信頼関係については、「在宅での援助提供は、訪問先の療養者・家族との信頼関係が前提となる」としている。本調査における学生の学びでも、「専門職としての見解を療養者や家族に納得していただくための調整力・説得力が必要であり、その根底には人間尊重と協調の姿勢に基づく信頼関係が必要だ」と、信頼関係が、援助活動には必要不可欠であること、その基盤に療養者・家族の主体性を尊重した協調の姿勢が必要であることを捉えていた。

また、川村・島内(2002)は、質の高い訪問看護師に求められる能力について、次の7つを挙げている。①療養者や家族と信頼関係を築くことができる能力と人間性、②専門職としての熟練した観察力・判断能力、③安全で確実な看護技術、④療養者と家族の主体性・個別性を尊重し、それをもって看護過程を展開できる能力、⑤療養者や家族を指導できる能力と予測能力、⑥コミュニケーション能力、⑦ケアマネジメントできる能力。これらの能力に加え、杉本ら(2006)は、①原則を踏まえた技術の応用力②臨機応変に対応できる柔軟な対応力③社会資源の最新情報を把握する情報収集力をあげている。

本調査における学生の学びでも、「訪問看護師に求められる能力は、コミュニケーションを駆使した鋭敏なアセスメント力、健康に係る予測力、それぞれの個別性に対応する応用力であり、基盤に確かな専門

的知識・技術が必要だ」と、コミュニケーション力、アセスメント力、健康に係る予測力、それぞれの個性に対応する応用力、確かな専門的知識・技術力を挙げている。ケアマネジメント力、信頼関係を築く能力については先に述べたとおりであるが、情報収集力は今回の調査では挙がっていなかった。社会保障改革が進む在宅の現場における情報収集への関心は重要であり、今後の教育で強化すべき項目と考える。

資質について、学生は、「決められた30分から1時間の訪問は、その人だけの看護師として向き合い、その人のためだけに精一杯の看護を提供する」「訪問看護師の誇りと情熱は、自分自身による情報収集と洞察力で看護診断をおこない、自律的に対応することにある」「訪問看護では療養者の生き方そのものに関わっていくため、『看護師の〇〇さん』ではなく『〇〇さんという看護師』という感覚で、自分の人間性も問われる」等、訪問看護師に求められる資質を、責任を持った看護の提供ができること、自分自身の人間性について自己洞察ができること、自律性があることを捉えていた。学生は訪問看護師の責任ある毅然とした姿勢に触れ、憧れにも似た訪問看護師像を感じたのではないかと考える。

学生は、受け持ち事例1例と、他の訪問事例平均8～9例を体験し、個を基本に家族、地域、そして生活環境からとらえ、保健・医療・福祉の連携へと視点を広げ、さらに、年齢も生活状況も健康レベルも、さまざまな地域で生活する人々に対する看護へと立体的・多角的にとらえることができたように思われる。また、訪問看護師の実際の活動やその人柄に触れ、学生にとって、看護職者としての心の糧を蓄積していくことにもなったであろう。このことで、学生は切磋琢磨しなければならない自分自身に気づき、取り組むべき課題を認識できたのではないかと考える。

本研究の意義

服部ら(2004)、井上ら(2004)、平尾ら(2005)は、訪問看護実習における学生の学びから分析し、同様の結果を報告している。岡田ら(2003)は、市町の保健センターと訪問看護ステーションで行われた在宅看護実習の学生の学びを、KJ法で構造的に捉え、対象の主体性や訪問看護師の能力や姿勢、連携活動を挙げ、地域活動における看護職の役割を捉えている。これらの研究活動と本研究を比較してみると、本研究の意義は、学生の学びを構造的に捉え、「訪問看護とは、

『生活の場』で、看護の視点からケアマネジメント・連携機能を活用しながら、在宅療養の主体である療養者やその家族の健康とQOLの向上を支える。」ことを導き出したことにある。よって、本校の在宅看護実習の目的である本研究の「在宅療養支援における在宅看護の機能・役割およびその特性を理解し、在宅看護のあり方や課題について学ぶ。」については、ほぼ到達したように思われる。

実習の意義は、講義で学んだ看護と、実践で学んだ看護とが一致し、実習という体験をとおして看護に対する認識を深めるものである(金子ら, 2003)。「生活の場」における支援活動の特徴は、授業の中でも重視した点であった。

授業で学んだことが実践の場で体験され、知識と体験とが結びつき理解されたようである。本調査によって導かれた学生の学びは、実習施設での訪問看護の現状を捉え、本学の在宅看護論教育の講義・演習の方向性を示す基盤となった。

結 論

本校における在宅看護実習の学びを構造的に捉えると、まず、在宅看護は、「生活の場」で行われる支援活動であるということである。次に、「生活の場」であるがゆえに、自ずとその支援活動には、「病院」で行われる看護と比較して、次の3点に特徴が観られる。

1. 在宅療養の主体(生活者)
2. ケアマネジメントと連携
3. 訪問看護の成立要件。

これらの関連から捉えた「在宅看護」とは、『生活の場』で、看護の視点からケアマネジメント・連携機能を活用しながら、在宅療養の主体である療養者やその家族の健康とQOLの向上を支える。」ことである。

研究の限界と課題

本調査における個々の学生の学びは、集積したデータにすることで、本学における在宅看護実習の構造となった。17年度在宅看護実習における学びを、本調査結果を学生に報告することで実習指導終了としたい。しかし、この学びは個々のものであり、全員が全てを学び取っているとはいえない。今後、この学びをどのようにして、個々の学生の学びから全員の学びに広げるか、学生の実習目標の明確化を実習へ、そ

して総合的理解と系統的に取り組む教育戦略を立てたい。また、このデータの中から学びの項目を抽出し、個別の実習評価表を作成し、量的評価も図りたい。さらに、1日の訪問看護記録や受け持ち事例記録の分析を行い、在宅看護支援技術についても検討を行い、その強化を図る必要があると考える。

謝 辞

最後に、本調査にご協力いただきました学生諸子ならびに在宅看護実習にご尽力していただき、またこの調査レポートに対して助言・ご指導をいただきました実習施設の皆様方に深謝いたします。

文 献

- 石垣和子 (2005). 「在宅看護論」教育の推進に向けた調査研究報告書, 1-44.
- 金子道子, 石井八恵子 (監修企画). (2003). 看護学臨地実習ガイドンス1. 東京: 医学芸術社, 8-32, 286-296.
- 川喜田二郎. (1986). KJ法-渾沌をして語らしめる一. 東京: 中央公論社.
- 金川克子. (2000). 標準看護学講座 在宅看護論11. 東京: 金原出版, 1-10, 55-67.
- 川村佐和子 (監修). (2003). 在宅看護論 実践看護技術学習支援テキスト. 東京. 日本看護協会出版会, 55-67.
- 杉本正子, 眞船拓子. (2006). 在宅看護論. 東京. HIROKAWA, 53-56.
- 川村佐和子, 島内節監修. (2002). 訪問看護マニュアル. 東京: 日本看護協会. 20-21.
- 渡辺裕子著. (2003). 家族看護学を基盤にした在宅看護論. 東京. 日本看護協会出版会, 66-71.
- 服部素子, 能川ケイ, 西浦郁絵ほか. (2004). 訪問看護実習における学習効果-新カリキュラムでの実習目標の到達状況-. 神戸市看護大学短期大学部紀要, 神戸市看護短期大学, 兵庫, 47-57.
- 井上郁子, 目黒会津子. (2004). 在宅看護論実習で学生の満足度に影響を与えたこと-実習後のアンケート調査から考える-. 神奈川県立よこはま看護専門学校紀要, 神奈川県立よこはま看護専門学校, 8-12.
- 平尾恭子, 山田和子, 熊谷幸恵, 前馬理恵, 堀内恵美子. (2005). 在宅看護実習におけるQOLを考慮した看護活動に関する学び. 和歌山県立医科大学保健

看護学部紀要, 和歌山県立医科大学, 和歌山, 1, 71-78.

岡田初恵, 岡田淳子, 宇野恵子, 林みつる. (2003). 看護学生がとらえた在宅看護論実習の構造, 日本看護学会論文集録(看護教育), 26-28.

受付 2006. 10. 16

採用 2006. 12. 20