

大分看護科学研究

Journal of Oita Nursing and Health Sciences

Vol. 5 No. 2

June 2004

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 1345-6644

「大分看護科学研究」編集委員会

編集顧問:	小泉明	(日本医師会)
	近藤潤子	(天使大学)
	樋口康子	(日赤看護大学)
	見藤隆子	(長野県看護大学)
編集委員:	江崎一子	(別府大学)
	太田勝正	(名古屋大学)
	柏崎 浩	(国立健康・栄養研究所)
	野並葉子	(兵庫県立看護大学)
	三宅晋司	(産業医科大学)
委員長	草間朋子	(大分県立看護科学大学)
幹事	稲垣 敦	(大分県立看護科学大学)
英文校閲:	Gerald Thomas Shirley	(大分県立看護科学大学)
事務局:	定金香里	(大分県立看護科学大学)
	高波利恵	(大分県立看護科学大学)

編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文:	2名
	総説:	1名
	資料・報告:	2名
	短報:	1名
	トピックス:	1名

大分看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を発表し、交流を図ることを目的とする。

2. 投稿資格

特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。他の雑誌等に投稿していないことを確認するために、所定の用紙に署名する。

5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

6. 投稿原稿の査読

原則として、短報・トピックスは1ヶ月、その他の投稿原稿は2ヶ月以内に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものとして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。また著作権は、大分看護科学研究編集委員会に所属する。

7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに再投稿すること。返送の日より6ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。なお、返送から6ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWW ページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物におけるbiomedical研究(実験的治療を含む)は、ヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に従い、関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文中に記載すること。
- 2) 調査研究などについては、調査・研究上の倫理的原則に則った発表であることを明示すること。
- 3) 資料の目的外使用については、調査などの責任者の許可を得たことを記載すること。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要領

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 原稿送付先

〒870-1201 大分郡野津原町廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学内

大分看護科学研究編集事務局

TEL 097-586-4452 (ダイヤルイン)

FAX 097-586-4389

E-mail journal@oita-nhs.ac.jp

表1

カテゴリー	内容	制限字数
1 原著 (original article)	独創的な研究論文及び科学的な観察	5,000~10,000
2 総説 (review article)	研究・調査論文の総括及び解説	5,000~10,000
3 短報 (short communication) /short note)	独創的な研究の短報または手法の改良 提起に関する論文	~3,000
4 資料・報告 (technical report)	看護・保健に関する有用な資料・調査報告	5,000~10,000
5 トピックス (topics)	海外事情、関連学術集会の報告など	~5,000
6 読者の声 (letter to editor)	読者からの掲載論文等にたいする意見など	~2,000

大分看護科学研究

Journal of Oita Nursing and Health Sciences

Vol. 5, No. 2 (2004年6月)

目次

原著

Nursing in China: Historical development, current issues and future challenges 16

Derek R Smith, Sa Tang

報告

看護の視点の広がりを育成するための地域看護学実習 - 実習効果を上げるための特徴的な取り組み - ... 21

工藤 節美、宇都宮 仁美、時松 紀子、大村 由紀美

「総合看護学」導入の試み - 専門基盤教育と看護専門教育の融合と自律性を目指して - 27

伊東 朋子、藤内 美保

トピックス

ラオス人民民主共和国の看護教育の過去・現在・将来 34

小西 清美、草間 朋子

Nursing in China: Historical development, current issues and future challenges

Derek R Smith

National Institute of Industrial Health

Sa Tang

University of Yamanashi

Received 29 January 2004; Accepted 5 March 2004

Abstract

Chinese health treatment was traditionally provided by medical personnel and the profession of nursing did not really exist. Modern nursing evolved following the arrival of Western missionaries in the late 19th century. Throughout the 20th century, nursing development was significantly influenced by the political climate, particularly during the Cultural Revolution of 1966 - 1976, when most nursing schools were closed. There are now over 1.2 million Chinese nurses, with around 98.6 nurses per 100,000 population. Education and training is heavily influenced by the medical model, with the majority of Chinese nurses educated in secondary programs of 2 to 4 years duration. An important aspect of nursing practice is reflected in the Chinese cultural understanding of health. For Chinese people, illness occurs when there is disharmony between the patient and their environment. As such, a large component of traditional Chinese medicine focuses on restoring this overall balance, rather than simply treating the symptoms. Future issues for Chinese nursing include upgrading all nurse education programs to a bachelor degree level, expanding the scientific research base and increasing the international focus.

Key words

China, nurse, development, education, history

Introduction

With 1.3 billion people living in a land area of around 10 million square kilometres, China is the world's most populated country. Since the late 1970s, political and social reforms have drastically changed the country's economic structure from agricultural to manufacturing. Industrialisation brought relative prosperity, with economic growth now exceeding 10%, making China the world's sixth-largest economy (Gill, 2003). Overall health status and standard of living has also increased for many Chinese. Average life expectancy at birth is around 70 years for males and 73 years for females, with child mortality currently at 157 per 1000 births for males and 106 per 1000 births for females (World Health Organization, 2004). Although government health expenditure has increased in recent years to reach 5.3% of gross domestic product, this figure still remains somewhat less than other Asian countries such as Japan (7.8%). The purpose of our paper is to present and discuss the historical development, current status and future challenges for Chinese nursing. Given that the Chinese cultural understand-

ing of health heavily influences contemporary nursing practice, this important issue will also be explored.

Historical overview of nursing in China

Chinese health treatment was traditionally provided by various paramedical and medical personnel, with family members dispensing everyday care for their sick relatives. In these early times, the profession of nursing did not really exist (Watt, 2004). Modern Chinese nursing evolved due to the influence of Western missionaries who began arriving after China lost the Opium War in 1842 (Xu et al., 2000). Shortly before this time however, in 1835, the first Western influenced hospital was established in Canton. The first American nurse, Elizabeth McKechnie, arrived in 1884 and began to introduce the Florence Nightingale system of nursing. In 1888 the first school for Chinese nurses was opened in Fuchou by another American, Ella Johnson (Chan & Wong, 1999). She was later supplemented by Nina Gage, who arrived in 1908 and then established a nurse training program in 1910 as part of the Yale mission (Xu et al., 2000).

Nina Gage later served as president of the Chinese Nursing Association between 1912 and 1914. By 1915, China established an examination system for the professional certification of nurses, followed by Asia's first 5-year bachelor of nursing degree at the Peking Union Medical College in 1920 (Hong & Yatsushiro, 2003). This facility became the first of many nursing schools to flourish between the 1920s and 1930s, with 183 registered facilities by 1937 (Chan & Wong, 1999). In 1930 the first government-funded nursing school was established, and this number gradually increased. By 1936, there were at least 6000 nurses officially registered with the Nursing Association of China (Watt, 2004). By 1949, a total of 216 three or four year nurse-training programs were underway. Overall, during the first half of last century it can be said that tertiary education was a reasonably successful undertaking for Chinese nursing. Between 1924 and 1952 for example, the Peking Union Medical College graduated a total of 264 bachelor-degree level nurses (Xu et al., 2000).

In 1949, a major upheaval of Chinese nursing began following the government's takeover by the Communist party. By 1952 a Soviet-modelled education reform program had come into effect, during which time all post-secondary nursing education was abolished (Xu et al., 2000). The remaining programs consisted of 3-year training following 9 years of primary and secondary school (Hong & Yatsushiro, 2003). There was some resistance to these policies however, with the establishment of the Beijing Second Medical College in 1961, although it quickly failed due to significant political pressure. Nonetheless, the State Planning Commission and Ministry of Education listed nursing as one of 10 important health-related specialities in 1963. Unfortunately, this list proved futile as the Cultural Revolution of 1967 to 1977 effectively brought nursing education to a halt in China. Education itself was considered non-essential by the ruling government and as such, most nursing schools were closed (Chan & Wong, 1999). After the fall of government in 1977, things slowly improved for Chinese nursing, although it would eventually leave a 30-year gap in the training and development of nursing as a respected profession. Bachelor degree education was revived in 1983 with the establishment of the Tainjin Medical College nursing course, which graduated its first class in 1988 (Chan & Wong, 1999).

Current nursing and health care issues

At the present time, around 95% of all Chinese nurses are trained for 3 years at a health school following 9 years of primary and secondary schooling. Most of these schools are attached to hospitals and the majority of entrants come directly from junior high school. Senior high school graduates are usually offered an equivalent 2 or 3 year course in nursing at the same facility (Chan & Wong, 1999). These schools graduate about 40,000 nurses per year. By 2000, there were 530 such institutes, comprising the vast majority in China. A higher level university diploma in nursing was re-introduced in the 1980s, of which there are now 99 programs (Hong & Yatsushiro, 2003). Graduates from both programs are required to sit the state registered nurses examination in order to gain their RN licence. Alternatively, the RN title is automatically bestowed following graduation from one of China's 42 bachelor-degree schools of nursing. The highest level qualification, the university bachelor degree in nursing, is often viewed as elite because it takes 5 years of full-time study and only graduates about 300 nurses per year (Chan & Wong, 1999). Although some bachelor-degree qualified nurses choose to work in clinical areas, many of them quickly move into management or education positions. By composition, the curriculum in most nursing schools comprises: Nursing Theory (32%), Practical Experience (27%), General Education (24%), Professional Foundations (15%) and Electives (2%) (Xu et al., 2002).

China also has two novel strands to the national nursing program, namely the Chinese medicine program and the foreign language program. In the first course, students are specifically trained to become nurses familiar with the principles of Chinese medicine, with many of them eventually working in this field (Xu et al., 2000). The other strand involves most lessons and lectures given in a foreign language, usually English or Japanese, which increases fluency and prepares them for an international career. Chinese postgraduate nursing programs are still in their infancy, with the first established at Beijing Medical University in 1992. By 1998 however, this number had grown to 5 and then to 7 by 2000 (Hong & Yatsushiro, 2003). Admission criterion is fairly strict and includes written examinations, clinical experience and the demonstration of various nursing skills. The Master of Science in Nursing (MSN) course takes 3 years full-time and undoubtedly produces high quality graduate nurses for management, research or education po-

sitions (Li, 2001). China's first Doctoral program in nursing was originally planned to start in 2000, but it failed to gain approval from the central government (Xu et al, 2002).

The Chinese Nursing Association

At the present time, the Chinese Nursing Association (CNA) serves as the peak professional body for uniting, developing and promoting nursing. The association was originally founded in 1909 as the Chinese Nurses' Society, before changing its name to the current title in 1964. Headquarters were originally located in Jiangxi province before settling in Beijing in 1952. One initial priority was to change the symbolic title for nurses from kanhu to hushi, while another sought to introduce a national RN qualifying examination (Watt, 2004). The first annual meeting took place in 1914, and the council has consisted of an elected body since that time. There are now over 330, 000 members incorporating 31 branches, 7 working committees and 13 academic committees (Chinese Nursing Association, 2004). The CNA's main focus includes protecting the rights of nurses, disseminating advanced nursing knowledge, fostering academic exchange and publishing academic journals. In this regard, the Chinese Nursing Association publishes its premier academic work in *The Chinese Journal of Nursing*. The association also organises and sponsors national and international academic conferences to develop the scientific and professional potential of its members and Chinese nursing in general (CNA, 2004).

Traditional Chinese medicine and the Chinese nursing ethos

Chinese nursing ethos reflects the underlying beliefs of Chinese people and their cultural understanding of health (Wong et al., 2003). As such, their way of thinking is heavily rooted in Confucian thought and the theoretical foundations of traditional Chinese medicine. In this paradigm, which continues to play a significant role in contemporary Chinese health care, the central tenants are yin-yang and the 5 phases. Traditional Chinese medicine emphasises the human organism, its place within the universe and the interaction of 5 evolutive phases: wood, fire, earth, metal and water. Illness results from disharmony, and disease primarily occurs when the human body gets out of balance with its environment (Wong & Pang, 2000). Traditional medicine therefore, does not simply focus on treating symptoms, rather

it attempts to restore the patient's balance with their total environment. Therapeutic surroundings also serve a central role in these beliefs, with a traditional Chinese saying that thirty percent of healing depends on treatment and seventy percent on nursing care (Wong & Pang, 2000).

The moral characteristics required of nurses is deeply engrained in Chinese culture and is therefore, very familiar for most Chinese people. As such, Chinese nurses have a moral obligation to treat patients with sincerity (Pang, 1998). Another important cultural belief relates to a common theme defined by ones` hierarchical relationship with others. In the teachings of Confucius, this refers to relationships between parents and children, ruler and subjects, husband and wife, older and younger people, and the relationship among friends (Wong & Pang, 2000). Social order is maintained when all members of society respect these relationships. The family unit is another central tenant of traditional Chinese beliefs and plays a key role in the structure of Chinese society. It has traditionally been the domain of family members to make health care decisions and care for their sick relatives. Being cared for by nurses, who are essentially strangers, therefore places Chinese people in somewhat of a paradoxical situation. In this regard, Pang et al. (2000) has described how nurses may conceptually enter the patients' family sphere and even act as a surrogate family member. This in turn, increases confidence in the patient's therapeutic regimen and also helps overcome the stigma attached with being cared-for by a stranger. On the other hand, it places great responsibility on Chinese nurses, which reinforces their moral obligation to treat patients with the utmost sincerity (Pang, 1998). Chinese medical and nursing ethics are also interwoven with Confucian doctrine, with the moral standard for caregivers is similar to that expected of an ideal Confucian person (Tsai, 1999). Interestingly however, nursing ethics do not always mean telling the truth to the patient. Pang (1999) has suggested how Chinese nurses only wish to tell the truth when it will be directly beneficial to the patient. Conversely, nurses would feel insincere if patients were to lose confidence in their treatment by hearing the truth about serious illnesses. All of these deep-seated cultural issues clearly have a profound influence on the thought, practice and daily life of Chinese nurses.

Occupational health issues for Chinese nurses

Various occupational health issues have begun to emerge among Chinese nurses in recent years. Among them, nurse burnout appears to be increasingly important and is known to relate to age, gender, place of work, total work years, job setting and speciality (Sun et al., 1996). Skin diseases, especially hand dermatitis, have recently been documented as a common workplace issue for hospital nurses in China (Smith et al., 2004a). Musculoskeletal disorders, particularly low back pain, are also known to occur at reasonably high rates (Smith et al., 2004b). There are a few reasons for this. Chinese nurses suffer a high turnover rate, most likely due to their heavy work-load and a high hospital bed-to-population ratio. Physical factors are also important, such as a lack of rest areas, general overcrowding, poor ventilation and excessive noise (Sun et al., 1996). Nurses are often required to clean wards as part of their job, which further adds to their burden. For largely traditional reasons, Chinese women are still expected to do the majority of child rearing and domestic duties, adding additional strain for nurses with families. All of these factors may contribute to work-related disease and injury. Other health and safety issues also represent important hazards for Chinese nurses, particularly needlestick and sharps injuries. Nonetheless, various educational programs have now been trialled and are beginning to show results in this regard (Huang et al., 2002).

Future challenges for Chinese nursing

Although there are at least 1.2 million nurses in China today (Xu et al., 2000), the overall proportion of nurses remains rather low at 98.6 per 100, 000 population. This latter result compares unfavourably with other countries such as Japan (744.9 per 100, 000) and Australia 830.0 per 100, 000 (WHO, 2004). Nonetheless, it is still a marked improvement from seventy years ago when the ratio was only 0.5 nurses per 100, 000 population (Watt, 2004). As the vast majority only have an associate degree or diploma in nursing, there is also a pressing need to narrow the gap in education levels between China and other developed countries such as Australia and Japan (Chan & Wong, 1999). For example, during an international study of registered nurses in 11 countries, Arthur et al. (1999) found that only 3% of Chinese nurses held a post-registration bachelor degree; the lowest of all countries studied. Nonetheless, significant

reforms are beginning to occur throughout the Chinese nursing education system in order to correct this shortfall. In a similar way, there have been regular attempts to strengthen the professional identity of nurses in contemporary China. In 1982 for example, the outstanding contributions of 301 nurses to Chinese society were published and distributed nationwide. Nevertheless, research in 1987 showed that many Chinese nurses still suffered from low self-esteem, predominately because they did not get the public respect they deserved (Pang et al., 2000).

Although the outbreak of SARS in 2003 was a crucial period for Chinese nursing, it also highlighted some deficiencies in the Chinese health care system for patients and nurses. New problems such as a rapid influx of in-patients and the (as then) unknown nature of SARS provided significant challenges for Chinese nursing (Zhang et al., 2003). Prior to its arrival, the national capacity to diagnose, treat and later, prevent the spread of novel infections was limited. Many of these shortcomings directly effected nurses, hundreds of thousands of whom were eventually mobilised in the fight against SARS. Although some ultimately lost their lives in the course of nursing work, their proud achievements were not overlooked by the international community. In August 2003, 10 Chinese nurses received the coveted Florence Nightingale Medal from the International Red Cross as a reward for their great contribution to health care work (Gu, 2003). Their achievements are all the more impressive considering that only 38 Chinese nurses have ever received such an award.

Summary

In summary, it can be seen that modern Chinese nursing evolved rapidly since the late 19th century. Although significant modernization has now occurred, an important aspect of nursing practice is still reflected in the Chinese person's cultural understanding of health. Future issues for Chinese nursing include upgrading all nurse education programs to a bachelor degree level, expanding the scientific research base, increasing the international focus and forging new cooperative programs throughout the world.

References

- Arthur, D. et al. (1999). Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of registered nurses in eleven countries. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 387-396.
- Chan, S., Wong, F. (1999). Development of basic nursing education in China and Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1300-1307.
- Chinese Nursing Association Website. <http://www.tcmtoday.com/cna> (15 Jan. 2004).
- Gill, B. (2003). China in transition: Is real change imminent? *Great Decisions*, 6, 69-80.
- Gu, J. (2003). Ten Chinese nurses honoured Florence Nightingale Medal. *Chinese Medical Journal*, 116, 1365.
- Hong, Y.S., Yatsushiro, R. (2003). Nursing education in China in transition. *Journal of Oita Nursing and Health Sciences*, 4, 41-47.
- Huang, J. et al. (2002). Changing knowledge, behaviour and practice related to universal precautions among hospital nurses in China. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33, 217-224.
- Li, S.Z. (2001). Today's nursing education in the People's Republic of China. *Journal of Nursing Education*, 40, 217-221.
- Pang, M.C.S. et al. (2000). Drawing a qualitative distinction of caring practices in a professional context: The case of Chinese nursing. *Holistic Nursing Practice*, 15, 22-31.
- Pang, M.C.S. (1999). Protective truthfulness: The Chinese way of safeguarding patients in informed treatment decisions. *Journal of Medical Ethics*, 25, 247-253.
- Pang, M.C.S. (1998). Information disclosure: The moral experience of nurses in China. *Nursing Ethics*, 5, 347-361.
- Smith, D.R. et al. (2004a). Work environment and hand dermatitis among nurses in a Chinese teaching hospital. *Environmental Health and Preventive Medicine*, (in press)
- Smith, D.R. et al. (2004b). Musculoskeletal disorders among professional nurses in Mainland China. (manuscript currently under review)
- Sun, W.Y. et al. (1996). Burnout among nurses in the People's Republic of China. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 2, 274-279.
- Tsai, D.F.C. (1999). Ancient Chinese medical ethics and the four principles of biomedical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 25, 315-321.
- Watt, J. (2004). Breaking into public service: The development of nursing in modern China, 1870-1949. *Nursing History Review*, 12, 67-96.
- Wong, T.K.S. et al. (2003). A Chinese definition of nursing. *Nursing Enquiry*, 10, 79-80.
- Wong, T.K.S., Pang, M.C.S. (2000). Holism and caring: Nursing in the Chinese health care culture. *Holistic Nursing Practice*, 15, 12-21.
- World Health Organization Website. <http://www.who.int> (15 Jan. 2004).
- Xu, Y. et al. (2002). A comparison of nursing education curriculum in China and the United States. *Journal of Nursing Education*, 2002, 41, 310-316.
- Xu, Y. et al. (2000). The nursing education system in the People's Republic of China: Evolution, structure and reform. *International Nursing Review*, 47, 207-217.
- Zhang, L. et al. (2003). The responses of nursing system to the outbreak of SARS in a general hospital. *Chinese Medical Journal*, 116, 834-837.



Author for correspondence

Derek R Smith
Department of Health Effects Research
National Institute of Industrial Health
Kawasaki 214-8585, Japan
smith@niih.go.jp

看護の視点の広がりを育成するための地域看護学実習

- 実習効果を上げるための特徴的な取り組み -

Practical training through a community health nursing course to enhance the perspective of students for providing care: characteristic activities to increase efficacy of practical training

工藤 節美 Setsumi Kudo, RN, PHN, MS

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 地域看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

宇都宮 仁美 Hitomi Utsunomiya, RN, PHN

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 地域看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

時松 紀子 Toshiko Tokimatsu, RN, PHN

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 地域看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

大村 由紀美 Yukimi Ohmura, RN, PHN

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 地域看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2004年2月18日投稿, 2004年2月19日受理

要旨

大分県立看護科学大学における地域看護学実習では、実習を通して個人、集団、地域への看護の視点の広がりを育成するために、県下全域で一斉に、同一保健所管内で訪問看護ステーション、市町村、保健所の順に実習を行っている。短期間での実習効果を上げるために、施設毎の学生の配置数は2~4名の小人数とし、実習施設確保では県医務薬事課や保健所との連携を図り、指導体制では行政保健師に臨地での実習指導を依頼し、さらに、広域看護学講座以外の看護系の全教員の協力を得て指導にあたっている。実習後の学生の評価を総合的にみると、各施設の機能と役割、活動内容の理解、看護職の役割と態度については十分理解が深まり、学生の主体性を伸ばす効果的な実習になっていた。今後の課題は、実習施設・期間の調整、実習指導の平準化、市町村合併等に伴う新たな実習形態の検討等である。

Abstract

Practical training through the community health nursing course at Oita University of Nursing and Health Sciences aims to enhance the perspective of students for caring for individuals, groups, and the community. Students are required to train at visiting nursing stations, health organizations in municipalities, and public health centers, in this order. Students who are taking the community health nursing course are assigned to practical training at the same time, in facilities located all over the prefecture. Students are assigned to training at facilities governed by one public-health center in small groups of 2-4 students, in order to increase efficacy of training over a short period of time. The nursing school collaborates with the Medical and Pharmaceutical Affairs Division of Oita prefecture and public health centers to obtain approval for practical training from the facilities. The school asks public health nurses to supervise the practical training in clinical settings. We also provide supervision for students through collaboration with all faculty members teaching nursing except for those teaching public health nursing. Overall evaluations of students after the end of practical training demonstrate significant improvements in their understanding of the function and role of each facility and the roles and attitudes of nursing personnel. The training is effective in promoting initiative in students. Further evaluation is needed for arrangements with facilities and the duration of practical training, uniformity of content in practical training, and new methods of practical training through consolidation of municipalities.

キーワード

統合カリキュラム、地域看護学実習、訪問看護ステーション、保健所、市町村保健師

Key words

integrated curriculum, community health nursing practice, visiting nursing stations, public health center, municipal public health nurse

1. はじめに

近年の医療・保健・福祉をとりまく環境の急激な変化に伴い、多様な社会ニーズに柔軟に対応できる質の高い看護が求められる中、4年制看護系大学・学部・学科においては、そのほとんどが看護師および保健師の国家試験受験資格を付与する教育を行っている。

看護師、保健師の統合カリキュラムにより、施設内の看護と地域の看護等を視野に入れて看護を提供できる能力を有する人材(田中, 1997)の育成を目指し、各校が特色ある教育活動の展開や、独自の教育方法を模索している状況である。

本学では、看護の対象を総合的に判断し、社会のニーズに沿った看護を自律的に提供できる人材の育成

を目指した看護教育を行っており、地域看護においては、開学以来3回の地域看護学実習(以下、実習)を経験したところである。講義、演習、実習の連動性を考慮しながら、限られた一定期間において効果的な実習となるよう、実習方法や実習前の演習内容の改善を重ね、現在の実習形態に至った。そこで、本学の実習の現状をここに報告する。

2. 実習効果を上げるための工夫

実習を通して、全ての学生が以下の事項を理解し、学びを深めることを目指している。

- i) 施設の特性と機能および看護の役割と活動内容



図 1. 平成 15 年度地域看護学実習施設

ii) 個人、家族、社会集団の健康問題の解決方法とその過程

iii) 地域看護に携わる看護職者としての技術と態度
 なお、地域看護学の実習は、3年次から4年次にわたって行う各専門領域（成人老人看護学、小児看護学、母性看護学、精神看護学）の実習の最後に位置づけ、他の領域の実習を修了していない学生は履修できないことにしている。

(1) 地域看護学実習の展開

それぞれの地域の特性に配慮して、個人、集団、地域へと視点を広げながら地域を包括的に捉え、主体的に取り組めることに重点を置いた実習を行うために、学生は同一の地域で在宅看護は訪問看護ステーション（以下、ステーション）公衆衛生看護は市町村および保健所の3箇所の施設で実習できるように各施設に依頼している。

4年次の5~6月の4週間に、県下全域で一斉に実習を行い（図1）、同一保健所管内において、原則的にステーション1週間、市町村2週間、保健所1週間の順に実習を行う。

また、施設毎の学生の配置数はステーション及び市町村で2名、保健所では2~4名とするなど、少人数の配置としている。

平成15年度の全施設数はステーション32、中核市を除いた市町村35、中核市を含む保健所および支所14の計81施設であった。

実習内容は、個から地域への視点の広がりを目指したものとし、実習に先立ち学生のモチベーションを高めるために、学内で全体および実習地域別のオリエ

ンテーションをきめ細かく行っている。

ステーションでは実習期間中に継続訪問が可能な対象者最低1名について、看護計画の立案から評価までを必ず行っている。市町村では保健・医療・福祉システムを踏まえて、母子または成人・老人等最低1名の訪問指導、集団を対象とした健康教育、地区視診を必須としている。市町村での訪問指導の1名については、ステーションと同じく看護計画の立案から評価までを行い個別性のあるきめ細かな訪問指導のあり方を学んでいる。保健所では、精神、難病、結核等の訪問指導、管内全体を視野に入れた取り組みを行い、さらに看護職以外の職種との協働、デイケアなど保健所の広域性、専門性について学びを深めている（図2）。

(2) 実習施設確保のための県医務薬事課および保健所との連携

施設との連携は、実習内容の決定や実習成果に大きな影響を及ぼすものである。本学では、施設確保のための調整として県医務薬事課（以下、県）保健所との連携に重点を置いている。

具体的には、保健所実習は県に、市町村実習は保健所に受入れ調整の一部を依頼し、併せて実習に伴う情報交換を行っている。本学から実習開始8か月前に県に対して施設確保計画を提出し、県からは他教育機関との実習重複や施設の受入れ状況等の情報提供を受け、さらに施設確保に関する助言を得ている。保健所に対しては、本学からは各保健所の保健指導課長に管内の市町村の実習受入れ調整を依頼し、実習受入れ市町村名の報告を受けている。このような連携をとり実習に対する理解と協力を得るためには、日常的な県や

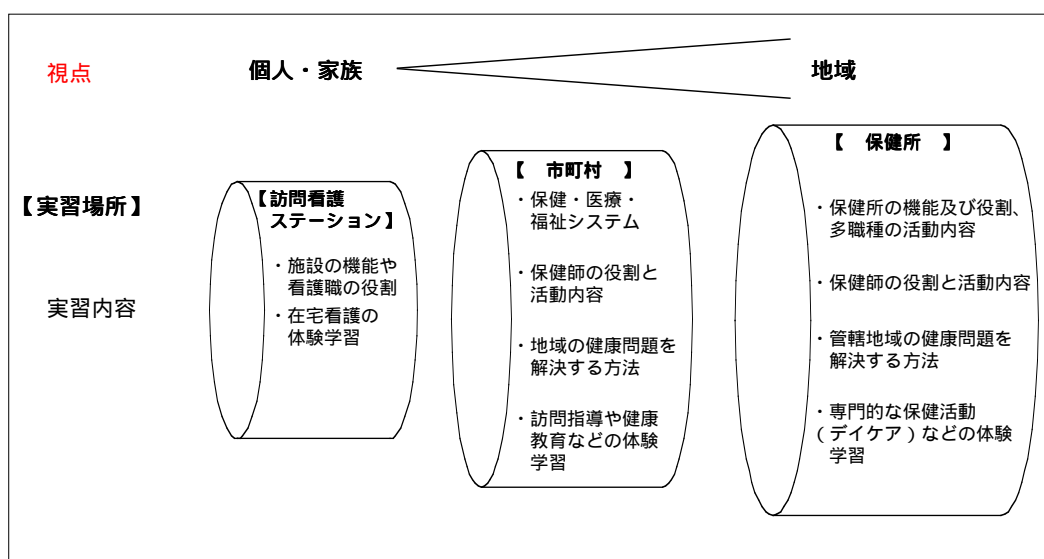


図2. 実習内容と視点の広がり

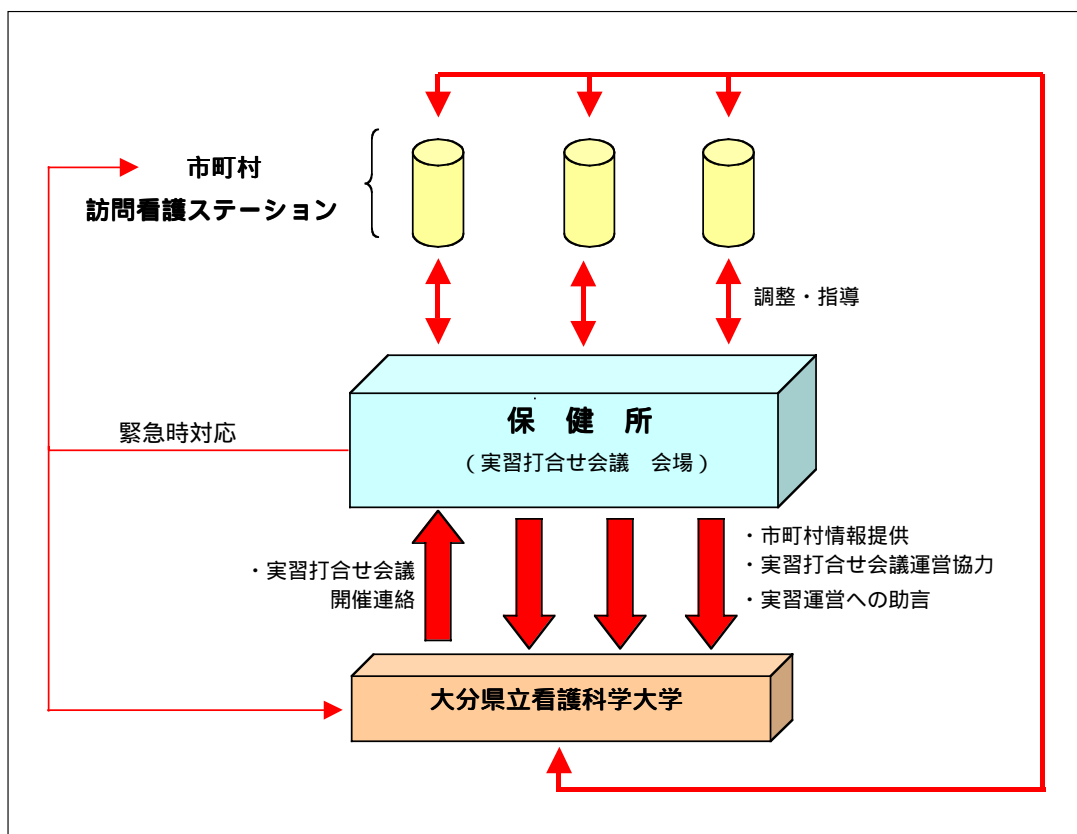


図3. 実習施設決定以降の保健所へ依頼している事項等

保健所との信頼関係の形成が必須である。

(3) 実習施設との連携

施設決定後、保健所に対して実習打合せ会議の会場提供や運営協力を依頼し、実習中は管内市町村からの問い合わせへの対応を依頼している。さらに、市町村、ステーション実習における緊急時対応の協力も保健所をお願いしている（図3）。

これらの連携体制は、初回実習時には十分に整っていなかった。これまでの実習を振り返り、施設確保の段階からスムーズな実習運営と充実した実習を目指して、県、保健所等の調整機能を活用して連携を図ってきた成果である。さらに、日頃から大学と施設が双方向性の関係で実習運営、学生指導に関われるよう、より良い連携を築くことが重要である。

(4) 指導教員の配置と指導体制

学生に対して個別かつ多角的な指導が行えるように、指導教員は専任教員2名と担当教員16名で構成されている。

専任教員は、広域看護学講座（地域看護学、保健管理学、国際看護学）の教授、助教授が担当し、実習全体の統括及び担当教員への助言や指導、そして必要時

には巡回指導を行っている。

担当教員は、A（8名）とB（8名）の2つの群に分け、それぞれ直接担当する施設を巡回し、学生の指導をすると共に各施設の実習指導者（以下、指導者）との連絡、調整を行っている。

担当教員A（以下、教員A）は、広域看護学講座の教員があたり、保健所管轄毎に配置し、担当教員B（以下、教員B）は、広域看護学講座以外（基礎看護学、アセスメント看護学、精神看護学、小児看護学）の教員があたり、大学近郊のステーションを巡回し、学生指導にあたる。したがって、大学近郊のステーションで実習する学生は、保健所、市町村では教員Aが、ステーションでは教員Bが指導を行っている。各教員の担当施設は、スムーズかつ効果的な実習にするため可能な範囲で毎年同じ施設になるよう配慮している。

担当教員は、事前に施設に向き指導者と具体的な実習内容や事例選定、カンファレンス時期等を決定する。実習中は、カンファレンス日には必ず担当教員が巡回し、学生、指導者、教員の3者で目標達成状況を確認した後、その後の実習の修正を行う。実習終了後は、指導者と教員とで意見交換を行い次年度の実習に反映させている。

このような指導体制を構築するためには、3者(専任教員、教員A、教員B)の密な連絡や調整が必要であり、人員や時間などの面で難しい点もあるが、学生にとっては丁寧な指導が受けられ、充実した実習となっている。また、広域看護学領域以外の教員にとっては、地域看護の視点をさらに広げそれぞれの専門領域に活かすことができるため教員自身の資質向上へも繋がっている。

(5) 学生の事前学習

実習に向け様々な形で事前学習を行っているが、実習前1か月間で実施する地域看護診断および個人を対象とした実践技術(以下、実践技術)に関する演習には特に力を入れている。

演習は5名の教員が担当し、約80名の学生を40名ずつ2群に分け、前半に地域看護診断を行った群は後半に実践技術という形で展開している。

地域看護診断では、実習目標(以下、目標)の一つである市町村における健康情報を収集し、地域の健康問題を解決する方法やその過程を学ぶために、学生を実習市町村毎にグループ編成(1グループ2名)して行っている。学生は実習市町村の既存資料や文献、インターネット等により情報収集を行う。収集した健康情報を解釈・判断して、実習地域における健康問題を抽出し、レポートとしてまとめる。教員はこの過程に詳細に関わりレポートが実習に直接役立つように指導している。

実践技術は、目標の一つである直接的な対人支援を体験学習し、保健師としての態度を身につけるために、学生を6グループに編成(1グループ6~7名)して行っている。具体的には、在宅療養者の移動や入浴援助、家庭訪問事例の検討とロールプレイ、訪問靴の扱い方などの最低限必要な技術・態度について実技やグループワークを行う。確実に技術習得できるように2グループを1人の教員が担当し、指導を行っている。この演習では、具体的に実習地域をイメージし、実践に即した技術を習得した上で実習に臨めるように教員と学生が密に関わる時間を設け、各々の学生の到達状況に応じた個別的な指導を行っている。

3. 実習に対する教員の評価

実習は地域看護学研究室以外の研究室の協力を得て行っているため、実習終了後に教員の意見交換会の場を設け、実習の反省および改善に向けての参考にすることにしている。

実習目標に即してみると、施設の機能の理解や地域を包括的に捉えることについては、概ねプラスの評価であった。これは、実習全般を通して体験学習の充実、対象者とのコミュニケーションの徹底、学生と関係職者とのディスカッションの機会などを積極的に取り入れた成果である。さらに、同一保健所管内で実習を行うことで、ステーション実習では家庭での療養者に対する支援を、市町村実習や保健所実習では疾病予防や健康づくりの側面からの支援を通して第一次予防から第三次予防までの一連の関わりを理解させ、各施設の役割、生活者としての対象者、生活の場としての地域の理解が体験的に学習できたと考えている。学生の看護職者としての態度に関しては、「実習経過とともに看護職としての成長と自覚が感じられた」という感想がある反面、「対象者に対してケアを積極的に提供しようとする意欲が不十分である」等の意見もあった。これらは、看護職者としての資質に関わる重要な課題であるが、実習のみでは培えないものである。そのためには、教員は現代の学生の気質や特性を理解したうえで、日頃の学習指導や各段階の実習指導等と連動させ、学生個々の成長を助け見守っていくことが必要である。

いずれにしても学生の学びを深め、効果的な実習にするためには、学内外の実習指導体制をさらに充実させていくことが重要であると考えられる。

4. 実習に対する学生の評価

実習終了後、学生にはファイナルレポートと実習に対する自己評価表を提出させている。ファイナルレポートは実習全体を通じた学びについて自由記述とし、自己評価表は「各施設の機能と役割」「看護職の役割と活動内容」「健康情報の収集、健康問題の解決方法と過程」「体験学習」「看護職者としての態度」「実習態度」の6項目について5段階評価としている。

平成15年度のファイナルレポートを分析すると、多機関・多職種との連携、保健活動の内容と看護職の役割の関連性、専門職としての態度と能力、ステーション・市町村・保健所への視点の広がり、法的根拠に基づいた事業展開などの順で学びがあったとしている。中でも約8割の学生が多職種・多機関との連携の実際を目の当たりにし、その重要性を実感している。また、「情報収集、地区診断の必要性や重要性を認識した」などの表現も目立った。

自己評価表では、「各施設の機能・役割」「看護職の役割と活動内容」「看護職としての態度」「実習態度」

の4項目は約9割が「できた」もしくは「ほぼできた」と回答し、「健康情報の収集・健康問題の解決方法と過程」「体験学習」の2項目は約8割が「できた」もしくは「ほぼできた」と回答した。「健康情報の収集、健康問題の解決方法と過程」については、幅広い知識と技術を身につけることと、それを実践に結び付けていくことなどを学生自身が今後の課題としてあげており、実際に看護展開の過程を限られた期間で実践することは難しかったようである。また、「体験学習」については、保健事業に参加する対象者がいなかったなど体験学習を行う機会が不足していた地域もあり、自己評価ができなかったという学生もいた。

学生の評価を総合的にみると、目標である各施設の機能と役割、活動内容の理解、看護職の役割と態度については十分理解が深まったものと考えられる。そして、本実習の特徴の一つである、同一管内でのステーション、市町村、保健所の順番で実習を行った学生では、「視点の広がりがより実感でき具体化された」などの表現が目立った。さらに、実習態度に対する自己評価では9割が高く評価し、レポートでは「他の学生に頼らず、問題解決をする積極性を養うことができた」「人間的に成長した」などの表現もあり、少人数の実習体制が、学生の責任感、積極性など主体性を伸ばす効果的な実習になったと考えている。

5. 今後の課題

(1) 実習施設・期間の調整

県内の他の教育機関との地域看護学実習を行う施設、期間等の調整が今後の大きな課題のひとつである。本学では実習準備を実習開始8か月前から行っているが、施設確保計画作成の段階で、他教育機関と施設や期間の重複が生じている。現在は、教育機関の担当者レベルでの話し合いで決めているが、希望通りにはなりにくく、調整にもかなりの時間を費やしている。この状況は、実習運営面で少なからず支障をきたしている。

各校が平等で、しかも効果的な実習を行えるために全体を調整できる組織が必要であり、県の協力を得て、施設や期間の調整を担う組織を明確に位置づけていくことが必要である。

(2) 実習指導の平準化

学生の学習内容の平準化についてである。様々な施設や指導者のもとで実習を行うことに伴い、施設によって実習内容が限定されたり、指導者や教員の指導

方法が異なることによる差が生じることは否めない。

全ての学生が戸惑うことなく、整った環境のもとで目標にそった実習成果が得られるように指導者、教員間での情報交換をさらに密接に図ること等による実習環境の整備が重要である。

(3) 市町村合併等に伴う課題

県内市町村では、平成17年度を目途に市町村合併に関する協議が行われているが、まだ具体的な方向性は定まっていない状況である。合併に伴い、市町村数や各自治体のシステム、さらに保健所数にも変化が生じることが予測される。これらの動向を見据え、学内においても今後の実習展開について十分な検討を重ね、関係者からの的確な助言や協力を得て早期に試案を作成する必要がある。

6. おわりに

近年、行政改革と共に地域保健の動向はますます変化し、住民のニーズも多様化しつつある。地域で活動する看護職にも、社会の動向に即した柔軟な対応が求められ、地域保健活動の役割もより重要となる。大学教育においても、看護師、保健師の統合的な教育が可能となった中で、広い視野を持った質の高い看護職の育成が求められる。教育カリキュラムにおける臨地実習の意義もますます大きくなり、施設との連携の強化を図る必要がある。より効果的な実習を展開していくために、今回までの実習を踏まえ、今後も地域保健の動向に即した実習環境の整備や、学生の社会性の希薄さなど変化に応じた指導の改善を図りつつ、常に学生の能力を伸ばす効果的な実習を模索していきたい。

参考文献

田中英雄. (1997). 看護教育カリキュラム. :第一法規出版株式会社.

著者連絡先

〒 870-1201
大分県野津原町廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 地域看護学研究室
工藤 節美
kudo@oita-nhs.ac.jp

「総合看護学」導入の試み - 専門基盤教育と看護専門教育の融合と自律性を 目指して -

The challenge of introducing an "Integrated Nursing Study": Aiming at organic integration of basic education and technical education of nursing and at students' autonomous learning

伊東 朋子, Tomoko Ito

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 基礎看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

藤内 美保, Miho Tonai

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護アセスメント学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2004年1月10日投稿, 2004年5月28日受理

要旨

大分県立看護科学大学では4年次生を対象に「総合看護学」を導入し、人間科学関連の科目を中心とした専門基盤教育と看護専門教育との有機的な融合を図るとともに、看護実践能力の向上もめざした取り組みを行った。科目目標は、医療・保健現場において遭遇しやすい状況・場面について、より専門的な知識に基づき適切なアセスメント、看護ケアを提供できる能力を養うことである。履修時期は、4年次後期とし、就職、国家試験を目前にしているため、自律的な学習ができ、総合的な判断力を身につける最も効率的な時期として設定した。グループワークによる学習形態とし、課題事例に対して演習およびロールプレイを実施した。医療・保健現場で遭遇しやすく専門性の高い事例を展開することで、実践現場を想起した学習ができたと感じており、また事例に対する学びだけではなく、物事を深く追求していく姿勢、根拠に基づいた対応姿勢などの重要性を認識できたと感じている。

Abstract

This paper describes the introduction of an "Integrated Nursing Study" course in Oita University of Nursing and Health Sciences. This course aims at integrating organically basic education and technical education of nursing. It is also intended that the skills required for nursing practice will be improved. The goal of this subject is to master the nursing skills necessary to provide appropriate assessment and proper nursing care, according to more theoretical, technical and practical knowledge, in the ordinary situations of medical and public health services, which nurses are likely to encounter. The course is set in the second semester of the senior-year curriculum. This period seems the most effective for fourth year students to take the course because they can make integrated judgments about nursing care after studying for over three years at the university. It is also expected that the nursing students can concentrate on the subject autonomously before the busy period of obtaining employment and of preparation for the national examination for a nursing license. The course is conducted in group work. Practices and roll-playing activities are made based on case studies of medical/nursing services. It is assumed that the course takers have had pseudo-clinical experiences by performing the highly specialized tasks which are close to real situations in medical/nursing places. It is also believed that the students have not only acquired knowledge of practical cases of medical/nursing services, but also realized the importance of the nursing attitudes required to pursue things profoundly on the basis of clinical evidence.

キーワード

総合看護学、自律性、アセスメント、グループワーク、ロールプレイ

Key words

Integrated Nursing Study, autonomy, assessment, group work, role play

1. はじめに

総合的な判断力を育成し、自律した看護職の育成をめざすためには、4年間の大学教育で受けた一般教養を含む基礎的な教育と看護の専門的な教育とを自らが統合できる能力を養うことが不可欠である。一方では、大学における基礎看護教育で育成される看護実践能力と医療現場から求められる看護実践能力との間の乖離が指摘され、看護技術を含めた看護の基礎教育強化が求められている。そこで本学では平成15年度から4年次生を対象に後期の科目のひとつとして「総合看護学」を導入し、人間科学関連の科目を中心とした専門基盤教育と看護の専門教育との有機的な融合を図るとともに、看護実践能力の向上もめざした取り組みを行った。4年次後期は、卒業研究、就職、国家試験の準備など学生の緊張度が高まっている時期であり、学習に対するモチベーションは最高潮となっており、学習のレディネスは十分な時期である。「総合看護学」を通じて、これまで学習してきた生体構造学、生体機能学、生体反応学、人間関係学などの専門基盤教育と専門の看護学の有機的な統合を学生自らができると考えている。

2. 総合看護学の進め方

本学では、看護実践能力向上をめざして、3年次生から4年次生にかけての特に看護基本技術のレベルアップの取り組みを図1に示すように3段階に分けて行っており、「総合看護学」はこの第2段階のプログラムである。第1段階では最低限習得すべき看護基本技術を、看護系教員全員が協力して技術チェックリストに基づき、チェックする。第2段階では今回紹介する「総合看護学」プログラムを展開する。第3段階は、卒業直前に行うもので、確実な無菌操作の習得、採血や筋肉内注射、静脈内注射などの各種注射に関する技術、救急処置技術などの看護技術の強化を目指している。4年次生は、就職を前にし、専門的で高度な看護技術に対して不安をもっている時期でもある。近年、実習現場である医療の場では、診療技術が高度で複雑になるにしたがい、実習の際に看護学生が実際に手を下して実践する機会が減少している。そのため、見学のみに終わることも少なくない。実習時間が限られている大学教育の中では、実習ローテーションの組み方によっては、専門的技術を見学する機会すらない学生もいる。「総合看護学」では、知識の学習のみならず、より専門的な看護実践を提供できることにも目標をおいている。この時期こそ、学生のモチベーションが高

く総合的な判断力を身につける最も効率的な履修時期であると考え、短期集中型カリキュラムで実施することにした。総合看護学の単位数は1単位で、表1に示すように、4年次後期前半の10月～11月にかけて実施した。基礎看護科学講座、専門看護学講座、広域看護学講座の教員が関わったが、学生自身が計画的な学習が主体的に行えるよう教員はできるだけ介入せず、学生より質問や相談のあった時のみに、指導助言を与えることとした。グループワークを原則とし、1グループ6～7名として全体で12グループの編成とした。各グループに教員を1人、配置するというようなことはせずに、主として関わった2名の教員も出席確認以外には、グループへの介入は極力、行わなかった。卒業研究に忙しい中でグループワークが持ちやすいように卒業研究の配置研究室を考慮して、グループ編成を行った。同一の事例に対して2グループが検討を行い、発表会の場でお互いのグループの検討結果が比較できるようにした。グループワークを通して、学生相互のコミュニケーションを図り、看護学の知識・技術を自ら整理統合する機会となり、実践能力のレベルアップにつながると考えている。総合看護学の学習目標は、医療・保健現場において遭遇しやすい状況・場面について、より専門的な知識に基づいて適切にアセスメントでき、適切な看護を提供できる能力を養うことである。そこで国家試験の準備期間中でもあることも考え、国家試験の状況設定と類似する場面・事例を提示して学生がより興味を持って自律的な学習ができるように配慮した。成人・老人看護領域、地域看護領域、母性看護領域、小児看護領域から、医療や保健現場で遭遇しやすい16事例を各専門領域の教員に作成してもらい学生に提示した。各事例に対する課題は、

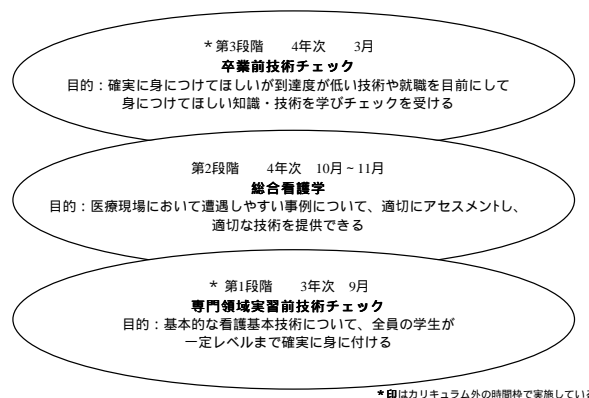


図1 本学における看護基本技術教育プログラム

表1 総合看護学スケジュール

月日	1限・2限	場所
10月6日	オリエンテーション/演習	各演習室
10月13日	休日	
10月20日	演習	各演習室
10月27日	演習	各演習室
11月3日	休日	
11月10日	演習	演習室/実習室
11月17日	発表	実習室

*2003年度は休日が2回入ってしまったが、カリキュラム上の時間以外に学生が主体的に演習を行った。

ロールプレイ発表会スケジュール

		発表：20分	質疑応答：20分
事例1 (母性)	Aグループ	9:00~9:20	9:40~10:00
	Bグループ	9:20~9:40	
事例2 (小児)	Cグループ	10:00~10:20	10:40~11:00
	Dグループ	10:20~10:40	
事例3 (在宅)	Eグループ	11:00~11:20	11:40~12:00
	Fグループ	11:20~11:40	
	講評	12:00~12:10	
事例4 (成人肺癌)	Gグループ	13:00~13:20	13:40~14:00
	Hグループ	13:20~13:40	
事例5 (成人胸痛)	Iグループ	14:00~14:20	16:40~17:00
	Jグループ	16:20~16:40	
事例6 (パーキンソン)	Kグループ	17:00~17:20	17:40~18:00
	Lグループ	17:20~17:40	
	全体講評	18:00~18:10	

*IグループとJグループとの間に総合人間学の講義が入り、2時間空いている。

事例の看護に関する専門的知識を整理し、看護過程を展開するというものであった。表2に1つの事例を示す。胸痛発作を起こした救急場面の事例であり、具体的な課題として入院時の観察とそのアセスメント、救急処置技術とその根拠、および使用薬剤と類似薬剤の違い、心電図の分析などが提示されている。発表の際にロールプレイを行う看護技術は緊急入院時の観察と血管確保および側管からのモルヒネの静脈注射、心電図モニター、酸素吸入、留置カテーテル挿入等であった。これらの看護技術について、ケアの順序性、的確さ、時間的配慮、緊急時の患者および家族への心理的側面からの援助などの技術が発表の際にできることを期待した。発表までの演習と技術練習なども含めた時間配分は学生達が考え、グループごとに計画を立てて実施することとし、学生の主体的な学習を尊重した。オリエンテーションでも、学生が主体性をもって学習することが重要であることを強調した。演習では、学生どうしが活発に検討しあえるように1グループ1演習室が使えるように場所の配慮もした。実際の演習場面では、学生どうしが気軽に意見を出し合い、また役割分担した課題について質問したり、教え合う場面が

みられ、知識不足を反省しながら前向きに取り組んでいた。看護技術の練習は実習室を利用し、課外の時間も利用し、何度も繰り返し練習する姿がみられた。最終日の発表は各グループ20分として、学内実習室で行った。課題ごとに質疑応答の時間をもうけ、また教員からの指導コメントをもらうようにした。発表の際には提示した課題についてA3用紙1枚程度のレジюмеプリントを作成させた。またすべての事例に対する検討結果(レジюме)を全学生が事前に熟読できるよう学生及び教員に発表の4日前に冊子にして配布した。またロールプレイを交えて行う発表の場では患者、看護師、医師、家族などの役割や人数もすべて学生が設定し、臨場感のある発表が行われるように指示した。提供する看護技術や優先する看護技術の適切さ、効率性などを比較することができるよう同一事例について2グループが連続して発表した。その後20分の質疑応答を行い、学生の主体的な質問ができるように配慮した。発表風景を図2~図5に示す。発表会には看護系教員だけでなく専門基盤領域の教育を担当している人間科学講座の教員にも参加してもらった。教員からの具体的なコメントによって、学びの再確認と

表2 総合看護学の課題事例(成人・老人看護系)

あなたは、循環器病棟に勤務する新卒の看護師です。午後7時、3人で夜勤をしているところに、狭心症の既往のある57歳の男性が、激しい胸痛を訴え救急車で運ばれて来ました。救急処置は直接病棟で行うことになりました。ニトログリセリンも効かなかったという情報が入っています。妻が心配そうに付き添っています。

血管確保、酸素吸入、心電図モニター装着、尿留置カテーテルの準備をするように先輩看護師から言われました。

看護ケアおよび入院時の身体所見の観察を行うとともに上記の準備をし、これらの処置の理由、根拠について考えなさい。また側管から塩酸モルヒネ(1A=10 mg)を20 ml 5%グルコースで希釈し、静注しなさい。

また、下図のような心電図波形があらわれました。この心電図の波形について考察しなさい。

緊急的な処置の後、緊急冠動脈造影検査を行い、左前下行枝近位部に99%狭窄を認め、TIMI分類1度と判断され、同部位に経皮的冠動脈形成術およびステント留置術を施行して残存狭窄率4%まで開大できました。開大直後に胸痛は消失しました。以降、ヘパリン、ACE阻害薬、ニトロールが投与されました。

これらの治療薬について、患者および家族にわかりやすく説明しなさい。またアスピリン、ワーファリンおよび遮断剤、Ca拮抗薬との関連を考察しなさい。

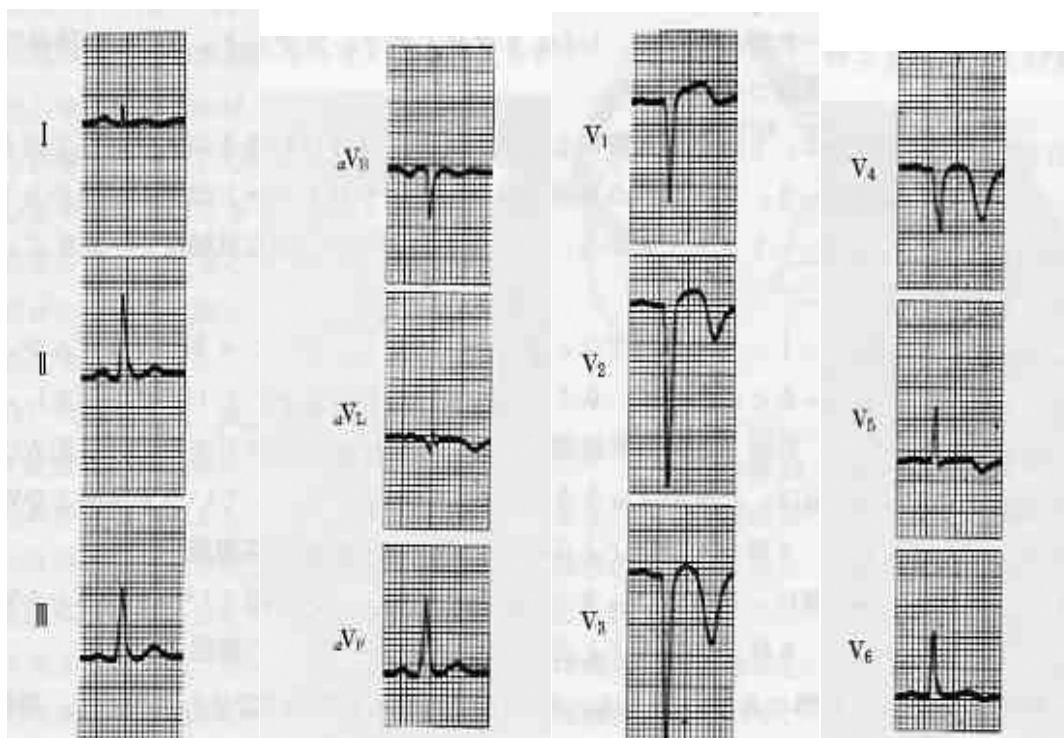




図2 肺ガン術後事例の発表風景



図3 排痰促進援助の発表風景



図4 胸痛発作時の救急場面の発表風景



図5 訪問看護事例の発表風景

新たな発見もあった。また学生どうしの質疑応答を促進するようにしたことで、学生どうしの議論が活発になり、それぞれの事例について担当しなかった領域についても共有できる発表会となった。評価方法は出席状況や学習の参加度、発表内容、レジュメプリントの内容などを加味して総合的に評価した。

3. 総合看護学に対する教員の評価

4年次生にとっては、就職や進学、国家試験、卒業研究など複数の課題が凝縮する1年間である。実際に「総合看護学」を担当した教員としては、提示された事例に対する学びだけではなく、物事を深く追求していく姿勢、根拠に基づいた対応姿勢などを持つことの重要性を学生が気づくことができ、また、4年次の後期という時期だからこそ、効果があったのではないかという感想を持っている。しかし、卒業研究に全力投球させたいと思う時期に学生が「総合看護学」での発表会の準備に追われ、卒業研究への力の不均衡配分と学生への過重負担を懸念する教員もいた。一方、学生の潜在力は計り知れないものがあり、複数の課題に対処する備蓄力は持っており、学生の持てる力を引き出すことが教員の役目でもあるとする意見も聞かれた。人間科学講座の教員からは事例を展開したことやロールプレイにより、実践現場を想起することができたという意見が目立った。就職先もほぼ決定している4年次の段階で、現実的な場面をイメージしながら学習することが可能で、「総合看護学」を通じてプロとしての自覚が芽生えはじめたと評価している教員もいる。3年次生と比較しても単なる1年間の相違という以上に4年次生の成長の度合いを評価する教員もいた。また発表は、1日で12グループの発表と質疑応答を行ったために、十分な議論ができない事例もあったとの批判もあった。今回の発表では、各専門領域の教員の参加があったので、学生の学びも深まり、理解もしやすいという意見も得られたが、時間的制約のため細かいことの指摘ができなかった事例もあったとする意見も聞かれた。実習事例による検討で国家試験の状況設定問題に類似する形式としたことも、学生の学習意欲を高められた一要因であったとする意見があり、今後さらに提示事例を適正化するための検討を重ねていく必要があるという意見が多かった。大多数の教員は大学は自分自身で学習し、その方法を身につけるところであり、このようなグループワークという学習形態を通じて、最終的には学生の自律性を高めることに役立ち、「総合看護学」はこれまでの知識を統合して

表3 総合看護学終了後の学生の意見(一部抜粋)

グループワークについて

- ・ 病態や薬物のことなども調べる良い機会となった。
- ・ 技術の根拠や病態のメカニズムなど、深く調べ、あやふやだった知識が確かなものになった。
- ・ 国家試験の模試の問題に似た事例が出て、以前ならわからなかったことがよく理解できた。
- ・ 7月に行った看護技術チェックは基本的なものばかりであったが、今回は専門的なことが増えて復習の面でとても良かった。
- ・ 事例でいろいろな分野が総合されていたので、いろいろな点から見直しができ根拠を考えることができ学びが深まった。
- ・ 事例にそって調べていくことは楽しく覚えやすかった。
- ・ ロールプレイで行うことで援助方法や患者の症状など具体的にわかって良かった。しかしそれまでの準備は本当に大変だった。
- ・ 事例の難易度にばらつきがあった。難しい事例の急性期などは勉強になった。
- ・ 人間科学系の科目との関連はわからない事例があった。
- ・ 今回はグループで学習したが、7月の技術チェックは個人でやったのでよかった。

ロールプレイ・技術について

- ・ 自分がよくわかっていない部分が見えて、改めて技術の練習をしなければならぬことを自覚し実際にロールプレイで技術をおこなったことは良かった。
- ・ 事例で技術を実施し、技術と技術の流れや根拠が理解できた。
- ・ ロールプレイで現場イメージができやすく、先生から指摘をうけることで講義や模試のやり直しよりも、すんなりと頭に入っていた良かった。
- ・ 実際に就職して遭遇しやすいということなので、学ばなければならない技術を知ることができた。
- ・ 医療機器の使い方などわかって良かった。
- ・ もっと技術的にどこが悪かったのか、また一連の技術の見本を見せてもらいたかった。
- ・ みんなにみられて緊張したが、実際現場では一人で責任をもって行うこともあって、この場で間違っていたと思う。
- ・ 客観的に他のグループをみると、自分が実際にやってみて技術の未熟さを実感できた。
- ・ 1つ1つの技術についてはもっと勉強して正確に行えるようにしておけばよかった。講義で習っていなかったり実習の場面をみているロールプレイの場面を、正しいと思ってしまいそう。
- ・ グループ発表のあとの討論は視野が広がり先生方のアドバイスも参考になった。
- ・ 先生たちの教科書にのっていない技術の細かいアドバイスで理解できた。

発表方法について

- ・ 1つの事例を2グループで比較してできたので、互いに学びができた。
- ・ グループ内でよく話し合い、全員が納得して臨んだ発表だったが、もう1つのグループと比較するとまだまだ落とし穴があることがわかった。
- ・ 質疑などの時間が短かったので、十分に討論できなかった。
- ・ 発表が20分と制約があったので細かい技術まで行えなかった。自分の事例以外はあまり読み込んでなくて理解できないものもあった。
- ・ 発表は2日間に分けてほしかった。休憩なしだったので、きつかった。
- ・ 20分間の発表で、A3サイズ1枚に要領よく分かりやすくまとめることも勉強になった。

時期について

- ・ この時期にすることでさらに学びがあった。しかし就職試験などでグループメンバーが集まらないこともあり負担が集中した学生もいた。
- ・ 先生のアドバイスは今だからすごく納得して理解しなおせたと思う。

いく学習として取り組むことができた」と評価している。

4. 総合看護学に対する学生の感想

学生の感想と今後の改善点についてアンケートを行った。その中から主な意見を一部抜粋したものを表3に示す。学生の全体的な反応は、取り組みは大変ではあったがこれまでに学んだことを深く掘り下げることができた」と前向きに捉えている学生が多かった。グループワークによる学習を通して、一つの事例に対して解剖生理学や病態、薬理学など総合的に考えることができ、理解が深められたという意見が目立つ一方で、事例によっては専門基盤科目との関連がわかりにくいという意見や質問時間が少なかったという意見もあった。確かに質疑応答については時間的制約もあり、学生全員に理解ができたかどうかは疑問の残るところとなった。専門的な知識や技術課題の設定では、グループ学習によってさまざまな視点から議論され学びにつながるという意見が多かったため、今後、課題事例のさらなる精選が必要であると考えられる。また、数ヶ月後に卒業を控えた学生にとっては、現場のイメージ化ができたことの意義も大きかったようである。またその技術の根拠となる資料も作成したことで、他のグループが、その場では質問できなかつたり理解ができなかった場合でも、資料をもとに考えていくことが可能となったと学生は感じている。1事例を2グループが担当したので、学びが共有されやすかったことや2グループが異なった展開になっても、行った技術の判断や根拠を明確にすることで、他グループとの違いや実践した技術の適切さの判断について学んだという感想を持った学生が多かった。

5. おわりに

自然科学の科目を中心とした専門基盤教育と看護の専門教育との有機的な融合を図る科目を設けることにより、看護実践能力を向上させる可能性のあることがわかった。具体的にはロールプレイやグループワークという学習形態を通じて「総合看護学」という新たな科目を設置することで、臨地実習では十分学びきれなかった内容や不足した項目を補わせることができる。必ずしも臨地現場に行かなくても提示された模擬事例を通して大学の4年間で学んだ知識・技術を総合的に捉えさせることが可能であることが分かった。より臨場感のある看護過程の展開ができるためにはどのような事例を提示するかがきわめて重要であり、今

後、提示事例の検討や発表方法、発表時間の検討も行い、事例担当グループ以外の学生にもその事例を十分に共有させることが可能で、理解が深まる授業展開方法の工夫と、教材の精選を行う必要がある。そして教育現場と社会現場とで求める看護実践能力の乖離を少しでも埋めることができる看護教育として改善していきたい。

著者連絡先

〒 870-1201

大分県野津原町廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学 基礎看護学研究室

伊東 朋子

ito@oita-nhs.ac.jp

ラオス人民民主共和国の看護教育の過去・現在・将来

小西 清美 Kiyomi Konishi

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 母性看護学・助産学 Oita University of Nursing and Health Sciences

草間 朋子 Tomoko Kusama

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 保健管理学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2004年3月20日投稿, 2004年4月27日受理

キーワード

ラオス人民民主共和国、看護教育、看護大学、看護職、国際協力

Key words

Laos People's Democratic Republic, nursing education, nursing university, nursing profession, international cooperation

1. はじめに

大分県立看護科学大学は、開学以来、国際交流・協力を力を入れ、アジア諸国の看護大学や医療保健に係わる行政機関等と交流を重ねてきた。本年6月からラオスの看護学校5校が日本のODAにより、建設・整備されることをきっかけに、ラオスにおける看護教育、看護実践の現場が改善されることを期待して、日本の看護実践現場、看護教育の現場を見て頂くために、JICAの協力を得て、ラオスのサターポンさん(人事・組織省研修教育局部長、看護師)とカントンさん(保健省母子保健センター研修課長、医師)に平成16年2月23日から3月5日の2週間、本学で研修をして頂いた。研修期間中に大分県立病院や別府発達医療センター、生野助産院、国立別府病院附属大分中央看護学校等を訪問し、さらに本学の教員、学生とさまざまな交流の機会を持った。お二人の研修を通して、知り得たラオスの看護教育について紹介する。

2. ラオスの保健・医療状況と看護職の役割

ラオス人民民主共和国は、面積23.7万km²(日本の面積の約6割)で、人口520万人(女性50.8%)を有し、首都はヴィエンチャンにある。農村人口が85%を占め、異なった47の少数民族が存在し、仏教を信仰している国である。

1953年にフランスの植民地から独立し、1975年に社会主義国家としてラオス人民民主共和国を建国した。しかし、1980年代後半から市場経済化が図られ、1997年アジア自由貿易協定(AFTA)に加盟し、経済の自由化が進められている。

表1に示す保健指標から明らかなように、平均寿命は59歳と低く、近隣諸国のベトナム、タイ、マレーシアと比較しても低い水準であり、医療サービスも都市部と農山村部の地域間格差が著しい。特に農山村部の少数民族が居住している辺鄙な地域では、医療・保健サービスを受けることが難しく、医療・保健指標は、特に劣悪な状態にある(World Bank, 2002)。

健康上の問題としては、マラリア、デング熱、急性呼吸器感染症、胃腸炎等の感染症、周産期死亡、不発弾による事故、交通事故があげられる。とりわけ大きな問題となっているのは感染症である。マラリア、デング熱等は、池や貯水槽の非衛生的な所で繁殖した蚊を介して感染が広がり、下痢症は不適切な水の供給や糞便の処理が関係し、不衛生な環境条件が感染症の大量発生 of 大きな原因である。ベトナム戦争時に投下された不発弾の爆発事故、オートバイの増加に伴う交通事故も増えている。

乳児死亡率(1000人に対して82人)、妊産婦死亡率(1000に対して5.3人)等に見られるように、母子保健の状態は近隣諸国と比較しても劣悪である(World Bank, 2002)。ラオスの高い乳幼児死亡率(1000人に対し102人)の原因として、マラリア、急性呼吸器感染症、下痢症、髄膜炎等、予防可能な感染症や寄生虫等の疾患、栄養不良があげられている。

一方、妊産婦死亡率が高い理由として、自宅分娩が86%で、出産に関する母児の衛生管理、栄養状態が悪いことがあげられる。自宅分娩では、助産師や医療従事者の介助はなく、親戚や伝統的出産介助者(TBA)等のトレーニングを受けていない人々による介助を受

表1 ラオスの保健指標の一部 (1994年)

・平均寿命: 59歳 (女性: 61歳、男性: 57歳)
・合計特殊出生率: 4.9
・死亡率: 6.3/1000
・乳児死亡率: 82/1000
・乳幼児死亡率: 102/1000
・妊産婦死亡率: 5.3/1000

けての出産である。さらに、山村地帯の民族は、今だに幽霊を信じており、妊娠した女性は森の中に行き、一人で出産する風習が残っている。臍帯は竹を使って切断するなどの行為も行われているようである。また、出産後の女性は、ご飯しか食べてはいけないという、タブーがあり、栄養状態も悪い。都市部の一部では、母子健康手帳がわずかに活用されているが、法制化はされていない。出産前後の適切なケアが行われていないことが、母児の死亡率が高い原因である。

表2に、ラオス保健省(1994年)の統計資料による保健施設の状況を示す。国立病院は8ヶ所あり、そのうちの2ヶ所は、ベッド数が合計600床、その他の6ヶ所は産婦人科と皮膚科を含み、ベッド数268床である。県病院18ヶ所、郡病院122ヶ所、村の施薬所・診療所等のヘルスセンターは、553ヶ所である。医療保健サービスは、都市部と農山村部の地域格差が大きく、地方では、医師、薬剤師、臨床検査技師ともに不足している。例えば、医師1人あたりの人口は首都のヴィエンチャンでは1,280人、地方では1万1,000人である。このような保健・医療状況において、とくに地方において、看護職の果たす役割は大きいと思われる。しかし、看護職は、自律的に判断してケアを提供することはなく、医師の指示によって注射をしたり、ガーゼ交換を行ったりの医師の診療の補助的な役割を担っているのみである。

表2 保健施設 (1994年)

Level	Numbers	Facilities	Total Number of Beds
Central	2	Hospital	600 (450 & 150)
	6	Special care centre	268
Provincial	18	Hospital	1908
District	122	District Hospital	2350
Sub-district	533	Health Centre	1241

3. ラオスの看護教育

(1) ラオスの初等教育

ラオスの初等中高等教育は、小学校5年間の義務教育と、その後、中学3年、高校3年の11年間を普通教育としている。看護教育は、現在、高等学校修了者、すなわち11年間の初等中高等教育終了者に対して実施されている。

初等義務教育の就学率は77.3% (2000年)、中学校の就学率は45.8% (2000年)、高校の就学率は22.6% (2000年)となっている。なお、ラオスの識字率は、全体で43%、15~40歳では83% (2000年)と、若い世代では識字率が上昇してきている (Ministry of Education, 2001)。

(2) ラオスにおける2003年までの看護教育

ラオスの看護教育は、2003年までは日本と同じように大変複雑であった。

1960年、ヴィエンチャンに2年制(中学校卒業後)の准看護師(Auxiliary nurse)・助産師を養成する看護学校が創設され、その後1967年には、ルアンプラバン、サバンナケット、およびチャンパサックにも同様な看護学校が設置された。1969年、ヴィエンチャンのマホソト病院に3年制(高校卒業後)の正看コースが開始された。1975年に、医師の補助的な役割を担うメディカルアシスタントの養成コースが設立されたために、この3年制の正看教育は停止した。1978年には、全国各地(16県)に准看護師養成コース(中学校卒業後)が設立されたが、このコースは、教員の供給状況により、各県ごとに養成期間は3~24ヶ月と異なっていた。

1981年、3年制(高校卒業後)の看護師の教育が、マホソト病院で再開され、1985年にはヴィエンチャンの医療技術短期大学に移管された。1993年、2年制(高校卒業後)の看護師あるいは助産師養成学校がカムアンに設置され、その後1994年には、ルアンプラ

パン、サバナケット、チャンパサク、1997年には、ヴィエンチャンに設置された。

このように、看護師(国家試験はない)として働いている人々は、中学校卒業(8年間の初等中等教育)後、3～24ヶ月の看護教育を受けた者、高校卒業後(11年の初等中高等教育)後、2年または3年の看護教育を受けた者とが混在している。

(3) ラオスにおける 2003 年の看護教育改革

ラオスの複雑な看護教育の現状を改善するために、保健省は、2002年以降、「就業前教育の一本化」、「大学レベルの看護師教育の強化」、「継続教育の強化」の3点の看護教育改編計画を立て、これに沿って、以下の改善を実行している。

i) 2年制と3年制の看護教育を廃止し、11年の初等中高等教育後の、2.5年の看護教育(Diplomanurses=中級看護師養成)に統一する。

ii) 2.5年制の中級看護師の教育は、ラオスの地理的分布を考慮して、ルアンブラバン、カムアン、サバナケット、チャンパサクの4保健学校において、2003年10月からスタートさせ、ウドムサイ保健学校は2005年からスタートする。

日本のODAにより、上記の5つの保健学校の建物・設備などが2004年6月から整備される。また、2005年からは、ヴィエンチャンの医療技術短期大学において、高校卒業(11年の基礎教育)後の5年制の看護学士養成コース(Bachelor Course)が開設される予定である。なお、看護学校の教員養成あるいは中級看護師のキャリアアップのために2002年からブリッジコースとして、2年4か月間(4か月は教養・基礎教育)のBachelor Courseがヴィエンチャンの医療短期大学の中に設置されており、1学年30名程度の学生が学んでいる。このブリッジコースは、今後2.5年の看護教育を終了した者がステップアップのために修学することができる。

一方、看護師が赴任したがない、僻地の農山村部のプライマリーヘルスケア(PHC)を担う人材を養成するために、2003年1月から、PHCワーカーの養成を5つの保健学校(ルアンブラバン、カムアン、サバナケット、チャンパサク、ウドムサイ)で行っている。看護師になるための保健学校への入学は、高校卒業が必須要件であるが、PHCワーカーは、中学校を卒業していればよく、中卒後5年間の教育により養成される。2010年までに1000人のPHCワーカーを養成する計画である。PHCワーカーを目指す学生は、それぞれ

の出身の地方のコミュニティや県から推薦され、奨学金等(手当および修学に必要な制服、寝具など)を受けているので、教育を終了した後は、出身地のヘルスケアセンターに勤務することが義務づけられている。また、PHCワーカーを修了した者についても継続教育のシステムを導入し、同コースの修了者は、高校卒業者と同等とみなされ、一定の実務経験を経た後に保健学校の看護師養成コース2.5年コースの入学を可能とし、その後のステップアップは、看護師と同様になる予定である(国際協力事業団, 2003)。

(4) 看護教育に関する課題

ラオスには看護協会のような職能集団はなく、看護職同志で、看護方針や看護教育の計画について議論する場がほとんどない状態であることを、今回のラオスの方々との意見交換を通して感じた。

日本の現在の看護教育と比較してみた場合に、ラオスの看護教育の問題点として、主に、次の3点があげられる。

i) 「看護」に対する概念が確立されていない。したがって、「看護」に揃った教育が行われていない。

ii) 看護教育に関する教育内容、設備などの最小限のものを規定したもので、日本の指定規則に相当するものが整備されていない。

iii) 看護師のライセンスに関する統一試験(国家試験など)がない。

入学に際して適切な試験を実施し、学生の質を確保すること、2.5年制看護教育の中でClient-Oriented Nursingに関する教育が確実に行えるように、カリキュラム編成を行い、教員の数、教材を確保すること、教員の質向上のために教員資格を明確にすること、看護師のライセンスに関する統一試験を行うことなどの改善のための検討を積極的に行っていく必要があるだろう。

4. おわりに

本学での2週間の研修を通して、お二人は、大学の4年間で看護師・保健師・助産師の3つの資格が取れるカリキュラムがあることや看護師が医療現場で自主的に働いている様子を見て驚き、看護が「サイエンスであると同時にアートである」ことを実感したとのこと。これらのことを帰国後、上司や同僚に伝えたいと、目を輝かせながら語っておられた。

ラオスの看護教育の変遷と同様な流れで、戦後の日本も看護師不足から准看護師養成が始まった。時代

の変化に伴い、看護職も「量より質」に変化し、平成4年以降、高度な看護の専門性を目指して看護系大学が次々と設置され、現在120校近くまでに増加した。2003年のラオスの看護教育の一本化政策を伺いながら、大学、大学院教育が進む中、依然として准看護師教育も継続して行われているという日本の看護師養成課程の複雑さを改めて痛感した。さまざまな機会に准看護師養成教育の廃止が要請されているにも係わらず、遅々として改善されない日本は、アジアの中でも看護教育の後進国になってしまう可能性さえあるのではないかとさえ感じている。

参考文献

国際協力事業団 . (2003). ラオス国保健医療訓練施設整備計画基本設計調査: 現地調査結果概要報告書 . 多摩: パシフィックコンサルタントインターナショナル .

Ministry of Education. (2001). "Educational strategic Planning 20Years(2001-2020)". <http://www.ipic.go.jp/Japanese/oec/environ/pdf/laos-fr.pdf> (4 Mar. 2004).

World Bank. (2002). "Public Expenditure Review Country Financial Accountability Assessment" Vol.2.100. <http://www.ipic.go.jp/Japanese/oec/environ/pdf/laos-fr.pdf> (4 Mar. 2004).

著者連絡先

〒870-1201
大分県野津原町廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 母性看護学・助産学研究室
小西 清美
konishi@oita-nhs.ac.jp