

[Original Paper]

## **Challenges of Information Collection and Assessment Faced by Novice Nursing Students**

Mikiko Hirota\*, Yayoko Takemi\* and Emiko Wada\*

\* Aino University, Faculty of Health Science, Department of Nursing

### **Abstract**

This study examined second-year nursing students who had initially cared for patients and been exposed to the nursing process during clinical training as part of the Basic Nursing Training II course. The challenges faced by them during the process from information collection to assessment were analyzed based on NANDA- I Domain 13. For the students, it was easy to collect and assess information regarding physical factors, such as <nutrition>, <excretion and replacement>, <activity/ rest>, and <safety/ defense>. In contrast, they faced difficulty in assessing information regarding socio-psychological and integrating factors, such as <sexuality>, <growth/ development>, <coping/ stress tolerance>, <role relationships>, and <self-perception>, which was frequently unavailable, as it was not contained in medical or nursing records, and it was difficult for them to directly collect it from patients.

**Key Words :** Nursing process, information collection, assessment, basic training

## 看護過程初学者の情報収集及びアセスメントにおける 困難状況と指導方略

廣 田 美喜子\*, 竹 見 八代子\*, 和 田 恵美子\*

**【要 旨】** 看護学科2年次生は基礎看護学実習Ⅱにおいて一人の患者を受け持ち、初めて看護過程を展開する。看護過程における情報収集やアセスメントはNANDA-I (North American Nursing Diagnoses Association) の13領域の枠組みを用いた。本研究では学生が初めて看護過程を展開する際に、情報収集からアセスメントに至る過程で直面した困難状況を分析し、今後の学習方略を明らかにした。学生の自己申告による到達度を調査した結果、情報収集及びアセスメントしやすい領域は、身体的な情報である「栄養」「排泄と交換」「活動/休息」「安全/防御」であった。情報収集及びアセスメントが困難であった領域は、「セクシュアリティ」「成長/発達」「コーピング/ストレス耐性」「役割関係」「自己知覚」など心理、社会面、統合的な側面であった。これらの情報は診療録や看護記録への記載が無く、また患者自身や家族からも聴取しにくい領域であり、情報収集及びアセスメントをする際の困難な状況が明らかになった。

キーワード：看護過程、情報収集、アセスメント、基礎看護学実習Ⅱ

### I. はじめに

看護学生が看護過程を習得する方法は、学内での座学による講義や紙上患者を用いた演習で看護過程のプロセスを認識し、臨地実習において様々な疾患を抱える患者を受け持ち、看護過程展開を何度も繰り返し経験することによりその思考過程が身につくと考える。厚生労働省は2011年3月に「看護教育の内容と方法に関する検討会報告書」<sup>1)</sup>を公表した。その文中には看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標として、アセスメントの到達目標として情報を整理し分析、解釈、統合し課題を抽出すると表記されている。看護過程のプロセスに関する用語は、アセスメント、看護上の問題、看護診断、計画、実施、介入、成果、評価

等の用語があり様々な文献で定義されているが、日本国内で統一したものはなく明確な定義はなされていない。この件に関して福井は「わが国の看護基礎教育の場において看護過程、看護診断の教育にあたり、用いる用語は十分に議論され共通の認識のもとに定義される必要がある」<sup>2)</sup>と述べている。また看護診断に関しても、何をどのように指導するかについては規定された指導要領もなく、看護過程の授業は教員の裁量に任されているのが現状である。山勢は「看護診断は健康問題の1つの表現方法であって唯一絶対ではない。看護診断ラベルが全て完成しているわけでもなく、既存の看護診断ラベルでは表現できない健康問題はいくらかでもある。……大事なのは適切なアセスメントをして目の前にいる受け持ち患者の健康問題をしっかり捉

\* 藍野大学医療保健学部看護学科

えられているかどうかである<sup>3)</sup>とアセスメントすることの重要性を述べている。このように用語の議論がされていない現状において看護過程教育を委ねられる教員の課題は大きいと考える。

今回、基礎看護学実習Ⅱにおいて、初めて患者を受け持ち、「NANDA-Iの13領域<sup>4)</sup>」の枠組みを用いて看護過程を展開した。看護過程の初学者である学生が情報収集やアセスメントをする際にどのような点が困難であるかを明らかにするとともに、今後の看護過程展開教育について若干の示唆を得たので報告する。

## Ⅱ. 研究方法

1. 対象：2013年度の基礎看護学実習Ⅱを修了したA看護大学看護学科2年生100名（回答率100%）
2. 調査期間：調査日は当該実習終了直後、調査期間は平成26年3月14日から3月30日
3. 調査方法：無記名自記式質問紙調査
4. 調査項目：
  - 1) 受け持ち患者の基本情報（性別、年代、疾患）
  - 2) NANDA-I 13領域の枠組み（ヘルスプロモーション、栄養、排泄/交換、活動/休息、知覚/認知、自己知覚、役割関係、セクシュアリティ、コーピングとストレス耐性、生活原理、安全/防御、安楽、成長/発達）における情報収集及びアセスメントの到達度を学生に自己申告させる。
  - 3) アセスメント（上記13領域に対する分析、解釈、逸脱の判断）の現状及び黒田<sup>5)</sup>が提唱する中範囲理論の側面からアセスメント状況を分類する。
  - 4) 情報閲覧に影響すると思われる情報媒体（電子カルテ・紙カルテ）の長所・短所を自由記述させる。
  - 5) 患者からの情報収集及びアセスメントに関して困難な点を自由記述させる。
5. 分析方法：
 

調査項目1)については単純集計、調査項目2)3)については学生の自己申告による主観的評価（できた4、だいたいできた3、あまりできなかった2、できなかった1）を得点化し、平均値と標準偏差を求めた。（SPSS21.0）

調査項目5)については情報収集する際に学生が直面した困難な点を内容の意味の「類似性」と「関係性」の側面からからカテゴリー毎に分類した。

## 6. 用語の定義：

### 1) 看護過程とは

日本看護科学学会では「看護過程とは、看護を実践するものが独自の知識体系に基づき対象者の必要に的確に答える為に、看護により解決できる問題を効果的に取り上げ、解決していくために系統的、組織的に行う活動である。この活動は看護に必要な情報の収集、解釈、問題の予測・確認・明確化、計画立案、実施、評価を構造とし実践されるものである<sup>6)</sup>」と定義している。

### 2) NANDA-Iとは

NANDA インターナショナル (NANDA-I) は看護診断用語の開発と分類を行っている国際学術団体である。その活動は1973年に始まり82年から北米看護診断協会 (NANDA ; North American Nursing Diagnoses Association) という名称がもちいられるようになった。そして2002年からは地域を特定しない国際的な学術団体となったが、NANDA という名称はすでに広く普及していたためそれをそのまま残した現在の名称になった。現在では、北米という地域に限定した活動ではなく日本や南米の国等世界的な活動を行っている。

看護診断とは、実在または潜在する健康問題/生命過程に対する個人・家族・地域社会の経験/反応についての臨床判断である。看護診断は看護師が責任をもって結果を出すための看護介入の選択根拠になる。』(看護診断の定義 2012-2014) 診断分類は分類法Ⅱとよばれており、13の領域と47のクラスの分かれておりそれぞれの看護診断焦点のもとに222に看護診断名が配列されている。

### 3) 基礎看護学における看護過程展開の指導体系 (図1)

A大学の基礎看護学における看護過程展開の指導体系を図1に示した。1年次では主に看護過程の前段階として問題解決過程について学習する。2年次では前期に看護過程論60時間、後期に20時間、座学とグループ演習を行う。演習は紙上患者を用い、2事例(内科系事例、外科系事例)を展開する。情報収集はNANDA-I 13領域の枠組みを用いる。情報収集と並行して受け持ち患者の疾患を理解するために病態生理を学ぶ。また疾患に対する標準看護を学び、実際に患者に行われている看護と比較をする。人間の成長発達課題は中範囲理論の学習をし、年代に則した課題を達成しているか否かを判断する。情報が膨大となり思考を整理する方法として患者のイメージ図をイラストで

- 1年生：看護過程とは何か(看護学概論) 問題解決過程を理解する  
 2年生：看護過程Ⅰ事例目展開(前期60時間)2事例目展開(後期12時間)  
 基礎看護Ⅱ実習で看護過程展開をする  
 3年生：成人(急性・慢性)母性・小児・在宅・老年・精神領域で看護過程を展開する  
 4年生：統合実習で複数患者(2名)の看護過程を展開する

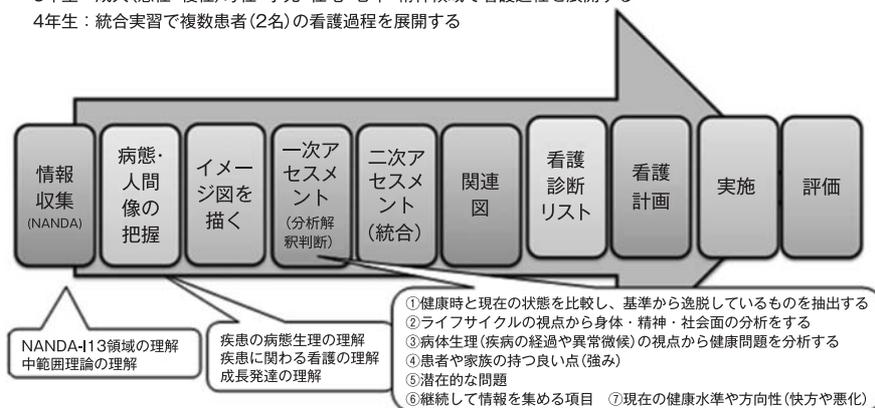


図1 A 大学における看護過程教育

描く場合もある。

#### 4) 看護アセスメントの方法とは

分析・解釈・逸脱の視点として、①健康時と現在、正常、高い、低い、過剰、不足等の状況を比較して基準から逸脱しているものを抽出する。②ライフサイクルの視点から精神面・身体面・社会面の分析を行う。③病態生理では疾病の経過や異常徴候に関する視点から健康問題を示すデータを分析する。④患者や家族の持つ良い点(強み)は患者を支える力となる。⑤現在起こっていることだけではなく、これから起きる可能性が高いもの(潜在的な問題)は何か。⑥継続して集めなければならない情報は何か。⑦現在の健康水準や方向性(快方に向かっているのか、悪化しているのか、同様の状態か)を判断する。

上記7つの視点でアセスメントを行う。

#### 5) 基礎看護学実習Ⅱとは

2年次後期に行う臨地実習で実習時間は90時間(約2週間)である。実習目的は対象者を身体面、心理面、生活・社会面から包括的に理解し、看護過程の展開ができる能力を養うことが目標であり、基礎看護学実習Ⅱで初めて受け持ち患者の看護過程を展開する。

#### 6) NANDA-I 13領域と中範囲理論との関係

黒田は「NANDA-Iが定めている分類法Ⅱの13領域に関する患者情報を収集したり、アセスメントをしたりする際に、その背景にある中範囲理論を理解しておかなければならない<sup>7)</sup>と述べている。身体的側面は「栄養、排泄/交換、活動/休息、知覚/認知、安全/防御」領域であり、医学的知識が必要である。行動的側面は「ヘルスプロモーション、コーピング/ストレ

ス耐性、生活原理」領域で危機理論や悲嘆理論、不安理論が必要である。統合的側面は「セクシュアリティ、安楽、成長/発達」領域で成長と発達に関する理論や文化的な性に関する理論が必要である。心理的側面は「自己知覚」領域であり心理学的な知識や自己概念の理論が必要である。社会的側面は「役割関係」領域であり役割理論、家族理論、家族看護学が必要である。

#### 7. 倫理的配慮:

本研究は所属する大学の研究倫理委員会の承認後実施した。

- ① 学生には研究目的や自由意思に基づく参加、途中辞退の保証など対象者が不利益を被らないことを書面と口頭にて説明し、同意書の提出後に調査を実施した。
- ② 質問紙は無記名とし、研究協力者である個人が特定されないように配慮した。
- ③ 回収された質問紙は研究者が施錠できる場所に保管し、研究終了後はすみやかにシュレッダーにて破棄する事を明示した。
- ④ 研究成果発表を学会及び学術誌に投稿することの同意を得た。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 受け持ち患者の年齢層と患者の性別

学生が受け持った患者の年齢層は50歳代(5.5%)、60歳代(9.9%)、70歳代(24.3%)、80歳代(42.4%)、90歳代(17.2%)、100歳代(3.3%)であり、85%が70歳以上の高齢者であった。

性別は、男性 (21%), 女性 (79%) であり女性患者を受け持った学生が多かった。

### 2. NANDA-I 13 領域の枠組みにおける情報収集の現状 (図 2)

(図 2) の黒棒グラフは 13 領域における情報収集の到達状況である。「ヘルスプロモーション 3.11 (±0.44)」, 「栄養 3.24 (±0.33)」, 「排泄と交換 3.23 (±0.34)」, 「活動/休息 3.32 (±0.40)」, 「知覚/認知 2.99 (±0.40)」, 「自己知覚 2.69 (±0.45)」, 「役割関係 2.58 (±0.48)」, 「セクシュアリティ 2.29 (±0.50)」, 「コーピング・ストレス耐性 2.45 (±0.51)」, 「生活原理 2.39 (±0.54)」, 「安全/防御 2.39 (±0.35)」, 「安楽 2.78 (±0.45)」, 「成長・発達 2.41 (±0.54)」であった。自己評価得点の上位は「活動/休息」「栄養」「排泄/交換」「安全/防御」「ヘルスプロモーション」であった。また、下位は「セクシュアリティ」「成長/発達」「コーピング/ストレス耐性」「役割関係」「自己知覚」であった。

### 3. NANDA-I 13 領域の枠組みにおけるアセスメントの現状 (図 2) (図 3)

(図 2) の白棒グラフは 13 領域におけるアセスメントの到達状況である。「ヘルスプロモーション 2.93 (±0.38)」, 「栄養 3.05 (±0.31)」, 「排泄と交換 3.05 (±0.33)」, 「活動/休息 3.12 (±0.35)」, 「知覚/認知 2.82 (±0.44)」, 「自己知覚 2.51 (±0.45)」, 「役割関係 2.47 (±0.55)」, 「セクシュアリティ 2.22 (±0.58)」, 「コーピング/ストレス耐性 2.31 (±0.47)」, 「生活原理 2.28

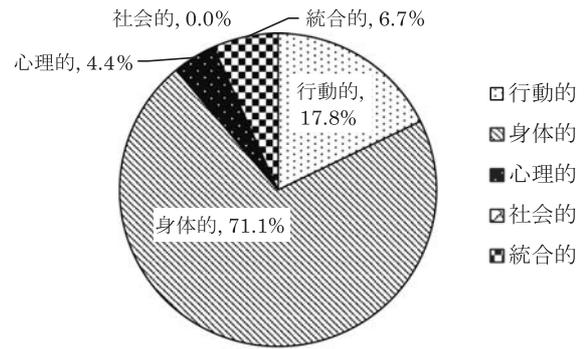


図 3 情報収集とアセスメントの側面的分類

(±0.61)」, 「安全/防御 3.02 (±0.31)」, 「安楽 2.61 (±0.35)」, 「成長/発達 2.30 (±0.58)」であった。自己評価得点の上位は「活動/休息」「栄養」「排泄/交換」「安全/防御」「ヘルスプロモーション」であった。下位は「セクシュアリティ」「成長/発達」「コーピング/ストレス耐性」「役割関係」「自己知覚」であった。

NANDA-13 領域を中範囲理論に基づき身体的, 行動的, 心理的, 社会的, 統合的の 5 つの側面に分類した。(図 3) は学生の自己評価得点を 5 つの側面に分類した結果である。到達度において「できた」「ややできた」と高い評価をした学生は、身体的側面 (栄養, 排泄/交換, 活動/休息, 知覚/認知, 安全/防御) は 71.1%, 行動的側面 (ヘルスプロモーション, コーピング/ストレス耐性, 生活原理) は 17.8%, 統合的側面 (セクシュアリティ, 安楽, 成長/発達) は 6.7%, 心理的側面 (自己知覚) は 4.4%, 社会的側面 (役割関係) は 0.0% であった。

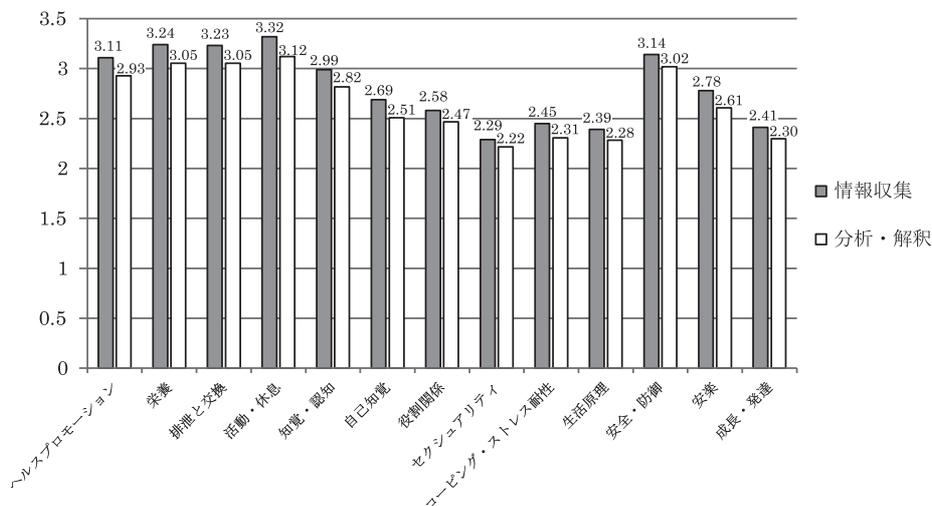


図 2 NANDA13 領域の情報収集と一次アセスメント (分析・解釈) の自己評価得点

#### 4. 情報収集及びアセスメントに影響する情報閲覧上の長所・短所 (表1)

実習施設は4病院であった。そのうち3病院は電子カルテを用い、1病院は紙カルテであった。

情報を閲覧するために用いた電子カルテや紙カルテの長所及び短所について学生に自由記述式に回答してもらった結果を(表1)に示した。電子カルテと紙カルテを対比すると、文字の読み取りに関しては、電子カルテは《文字の読み取りが容易である》に対し、紙カルテは《文字が判読しにくい》となっている。情報収集に関しては、電子カルテは《必要な情報がすぐに検索できる》に対し、紙カルテは《入院日数が長いほど最新情報がわかりにくい》と述べている。看護記録に関しては、電子カルテは《特にバイタルサインが見やすい》に対し、紙カルテは《叙述的経過記録がわかりやすい》と述べている。利便性においては、電子カルテは《電子カルテ操作方法の不慣れなため情報閲覧方法が困難》に対し、紙カルテでは《ページをめくるだけで手間がかからない》と述べている。閲覧時の心理面に関しては、電子カルテは《看護師への気遣い、閲覧時間の制限があり焦る》、に対し、紙カルテは《自分のペースで閲覧できる、周囲に気を遣わない》と述べている。

#### 5. 情報収集及びアセスメントでの困難状況 (表2)

情報収集及びアセスメントにおいて困難であった点を自由記述式に回答してもらった。カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》データを( )で示した。抽出されたカテゴリーは5つ、サブカテゴリーは7つであった。データは得られた数の多い順に表記した。5つのカテゴリーは【患者のパーソナリティの問題】【学生の知識不足】【観察能力不足】【コミュニケーションスキル】【情報の取捨選択能力】であった。《患者のパーソナリティに係る困難》においては(患者の気分のムラがあり発語をしない時がある)、(毎日

言う事が常に変化する)、(患者からの拒否的言動)であった。《疾患の理解に係る困難》としては(カルテには、今後おきるかもしれない疾患が多数書いてあるが、今はどの疾患に注目するべきかわからない)、(教科書に書いてある主要症状が出現しているのかわからない)、(薬物の副作用が出現しているのか、いないのかわからない)、(突発的に検査が入ったが何故必要かわからない)、(日々状態が変化する)、(急変し新たな疾患名が加わったが病態がわからない)であった。《身体面の把握に係る困難》では、(皮膚の状態が正常か否かわからない)、(身体の障害のレベルがわからない)、(ADLの状況が把握できない)、(転倒リスクの要因がわからない)、(排泄パターンや栄養が日々変化する)であった。《心理・社会面の把握に係る困難》では、(患者の表情から意図することが汲み取れない)(身体面はカルテから情報が読み取れるが、心理社会面はカルテにほとんど記載がない)、(患者との会話から心理面は読み取ることができない)であった。《コミュニケーション成立に係る困難》では、(患者の構音障害)、(どこまで踏み込んでいいのかわからない)、(会話が成立しないと情報がとれないと思える)、(会話が続き、患者がどのように思っているのか、話をどのように繋いだら良いのかわからない)(日中、寝ている事が多く、会話ができない)であった。《聴取しにくい領域に係る困難》では(役割関係は家族との関係性なので深入りできず、家族の面会も無い)、(生活原理は何をどのように聞いたらよいかかわからない)、(セクシュアリティは性に関するプライバシーなので、聞く事にためらいがある)であった。《情報の取捨選択の困難》では(膨大な情報から必要な情報を見つけ出すのが困難)、(自分の主観的な観察なので、確たる情報なのか自信が持てない)、(情報の選択を間違えると患者の生命に関わるので重大な責任)などであった。

表1 情報閲覧上の長所・短所

電子カルテ	紙カルテ
文字の読み取りが容易である 必要な情報がすぐに検索できる 過去のデータが検索しやすい バイタルサインが見やすい PC台数の不足(見たい時見れない) 看護師への気遣い(カルテを開いてもらう時) 情報閲覧の方法がわからない 閲覧時間の制限がある(落ち着いて見れない) 電子カルテの操作に不慣れ	文字が判読しにくい 最新情報がどれかわかりにくい 過去のデータがわからない(長期入院) 看護計画・叙述的経過記録はわかりやすい 誰かが独占すると情報がとれない 看護師(周囲)に気を遣わなくてよい ページをめくるだけ手間がかからない 自分のペースで見れる カルテの中の情報を見出すのに時間がかかる

表2 情報収集及びアセスメントでの困難状況

カテゴリー	サブカテゴリー	サブカテゴリー件数
患者のパーソナリティ	パーソナリティ把握	気分のムラがあり発語しないことがよくある (6)
		毎日言う事が違う (4)
		患者からの拒否的言動 (2)
知識不足	疾患の理解	複数の疾患が合併し、主な疾患がわからない (8)
		使用薬物の副作用があるのか、無いのかわからない (5)
		検査の目的が不明 (3)
		日々の状態の変化が把握できない (3)
観察能力不足	身体面の把握	皮膚の状態が正常か否かわからない (3)
		ADLが把握できない (3)
		転倒リスクの要因がわからない (2)
		排泄パターンの変化がわからない (2)
	心理・社会面の把握	何故、食事が変化するのかわからない (1)
		表情から意図することが汲み取れない (6)
		記録から心理社会面が読み取れない (5)
コミュニケーションスキル	コミュニケーション成立	患者との会話から心理面は読み取れない (3)
		構音障害で聞き取れない (5)
		どこまで踏み込んで聞いていいかわからない (4)
		会話が成立しないと焦る (3)
	聴取しにくい領域	寝ている事が多く会話する機会がない (3)
		家族間の役割関係が聴きづらい (8)
		生活原理をどのように聴いたらよいか (8)
情報の取捨選択能力	情報の取捨選択	セクシュアリティのプライバシーは聴きにくい (6)
		膨大な情報から必要な情報を見つけ出すのが困難 (10)
		自分の主観が確たる情報になる自信が無い (7)
		情報選択を誤ると患者の命に関る (2)

#### IV. 考 察

基礎看護学実習Ⅱで、初めて患者を受け持ち NANDA-I 13 領域の枠組みを用いて情報収集を行い、得られた情報やアセスメント内容を学生が自己評価した結果を基に考察を行った。鹿毛らは「自己評価は自分を対象化する作業であり学習者自身により評価手続きや価値判断を設定することで自己を深く見つめることにつながる<sup>8)</sup>とし、後の学習に対して意識的・意欲的に取り組むきっかけになると述べている。特に成人学習者の自己評価について冬木は「そこから得た知見によって自分を確認し今後の学習や行動を改善、調整するという自発的、自立的な機能をもつ<sup>9)</sup>と述べている。学生の自己評価から得られた結果から今後の看護過程教育の学習方略をまとめてみた。

受け持ち患者は80歳代から90歳代の高齢者が多く、患者からの情報の聞き取りに困難を要した。実習病院の特性によっても情報収集に大きな差異が生じた。例えば某実習病院では患者の多くが高齢の認知症患者であり、寝たきり状態であったため情報の引き出し方かなりの困難を要した。歯が無い事による構音障害や

聴覚器機能の障害により、患者が喋っている事が聞き取りとれない、学生の言っていることが伝わらない等、患者と学生の会話のキャッチボールが続かない状況であった。身体的側面である「活動/休息」「排泄/交換」「栄養」「安全/防御」「ヘルスプロモーション」領域は比較的情報量が多く、アセスメントしやすい領域であり、身体的な情報は医師の診療録からも情報を得る事が可能である。情報収集やアセスメントが困難な領域は「セクシュアリティ」「成長/発達」「コーピング/ストレス耐性」「役割関係」「自己知覚」であった。これらの領域は心理社会的、統合的な側面であること、学生にとっては聴取しにくく、また聴取してもアセスメントしにくい領域であることが考えられる。黒田は13領域の諸側面における情報収集やアセスメントに関して、「看護師は看護基礎教育で主要な疾患やその症状、看護援助方法を学習し、臨床現場では疾患、治療、処置に焦点を当てた看護ケアを経験的に積み重ねてきた。領域でいえば、《栄養》、《排泄/交換》、《活動/休息》、《知覚/認知》、《安全/防御》については関連する情報の収集及びアセスメントに困難をきたすことは少ない。しかし心理的な側面である領域の《自己知

覚》, 社会的な側面の《役割関係》, 行動的な側面の《ヘルスプロモーション》, 《コーピング/ストレス耐性》, 《生活原理》, 心身が内包されている統合的な側面の《セクシュアリティ》, 《安楽》, 《成長/発達》については, これまでの経験的な知識だけでは理解が困難である<sup>10)</sup>と述べている。

今回の学生評価でもほぼ同様の結果であった。すべての情報を得る事はとうてい困難であるが, 必要でかつ得る事が可能ならば収集する必要がある。今後の学習方略としては, 社会経験も人生経験も乏しい学生には平易な事例を用い, その中に心理面や社会面の情報を組み入れ, 代表的な中範囲理論で説明を加えていきたい。

高齢者の加齢に伴う変化や, 疾患の病態の理解の難しさについて福田らは「老年期の理解は加齢による身体機能への影響や複数の疾患・障害による機能低下が絡み合うため, 身体面の理解をするだけでも難しい。しかし高齢者の生活歴や人生背景から総合的に理解できる事を教員は求めるが, 老年者との接触体験の少ない学生にとってはイメージできない<sup>11)</sup>」と述べている。また高齢者とのコミュニケーションについて平松らは「学生は高齢者と一緒に暮らす生活経験や日常の中で接触する体験が少ないため, 臨地実習の場で高齢者とのように対応したらよいか戸惑うことが多く, 高齢者とのように接したらよいか戸惑う学生が多く, 高齢者とのコミュニケーションがとれない, 個別的なニーズの変化を捉えられない<sup>12)</sup>」という報告がある。今回の調査でも高齢者との会話に困難を要した学生が多かった。また患者から援助を拒否され, 学生の実習に対する落ち込みや意欲が削がれるという問題もあった。今後の学習方略としては, 高齢者への理解を深めるための教育として, 紙事例では高齢者の事例を用いて展開する事や看護技術演習時に高齢者の心身の状況を加味した応用技術を実践し, 高齢者とのコミュニケーション技術の学びも必要である。

情報を得る為の電子カルテや紙カルテの閲覧状況に関しては, (表1)のとおりである。情報媒体に長所や短所があるが, 与えられた媒体から情報を読み取る訓練をする必要がある。今後の学習方略として, 紙カルテを使用している施設では実習前に記録フォーマットを提示し, どこに何が記載されているかを学生に指導する必要がある。電子カルテについては, 情報が階層化して存在するため, 多数ある項目の中のどれを選択すれば効率的に情報が得られるのかを知っていなければ長時間にわたりパソコンの前で時間を費やす事に

なる。永松らは学生が効率的に情報収集するためには「実習で最も使用頻度が高くなると考えられる項目を事前に抽出し操作訓練を行う<sup>13)</sup>」としている。若林らはどの画面に必要な情報があるかわからないという点に困難を感じている学生には「電子カルテの看護支援システムの構造は看護過程を基に構成されている事を事前に教育する必要がある<sup>14)</sup>」と述べている。いずれにおいても臨床現場と教員との協力体制を整えて実施する必要がある。

竹内らは「基礎実習における学生の到達度自己評価のうち達成度が低かった項目は情報の収集と分類である。受け持ち患者に対し初めて看護過程を展開する学生にとっては情報収集とアセスメントに困難を感じやすいことは明らかである<sup>15)</sup>」と述べている。その理由として学生の知識の少なさと知識を関連づけて活用する経験の乏しさがあげられる。その対策としては, 実習前に患者情報を病院側から頂き病態生理を事前に把握しておくことは勿論であるが, 実習初日に指導者から該当患者の看護方針や看護実践の内容を伝えてもらうことが必要である。紙から得られるデータと異なり, 口述から得られるデータは生き生きとした患者の動きが感じられる。また学生は多くのデータから必要なデータを取捨選択することができないため正常値からの逸脱の判断や収集したデータ群を関連させて意味のある情報にまとめる方法を具体的に口述していかなければならないと考える。

## V. 結 論

基礎看護実習Ⅱにおいて学生は初めて看護過程を展開した。情報収集とアセスメントの到達度を自己評価させた結果, 身体的側面の領域は自己評価が高く, 心理, 社会, 統合, 行動的側面の領域の自己評価は低かった。その結果を基に看護過程の初学者である学生への指導方略を考察した。基礎看護学実習Ⅱは学内での講義と紙上患者のシミュレーション的な演習の後, 初めて自分自身で情報収集を行いアセスメントし看護過程を展開しなければならない。膨大な情報の中で必要な情報を絞り込む作業の大変さに加え高齢患者とのコミュニケーションの問題や慣れない電子カルテとの格闘がある。専門領域実習を終えた3年生の学生の多くは「2年次の基礎看護学実習Ⅱが4年間の実習で一番辛い実習であった」と振り返る。病態生理や発達課題の知識が無いので気がつかない, 知識を関連づけて活用できない, 経験が少ないので自分の中にモデルが

ないから実践で足踏みする等、困難な状況は多々ある。今後も学生が直面する困難状況を早期に把握し、状況に応じた指導方略について考えたい。

#### 引用文献

- 1) 看護教育の内容と方法に関する検討会. 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. 2011 [引用: 2015-09-23]. URL: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf>
- 2) 福井公明. 看護診断とその文献的考察. 看護技術 1976; 24 (10): 90-107.
- 3) 山勢博彰. 基礎教育における看護診断の教授: 看護診断の基礎と臨床応用の教育. 日本看護診断学会抄録集 2011; 第17回: 93-4.
- 4) T. ヘザー・ハードマン編; 中木高夫訳. NANDA-I 看護診断: 定義と分類 2012-2014. 東京: 医学書院; 2012.
- 5) 黒田裕子監修. 看護診断のためのよくわかる中範囲理論. 東京: 学習研究社; 2009. p. 2-22.
- 6) 薄井坦子ほか編. 看護学術用語. 千葉: 日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会; 1995.
- 7) 黒田裕子監修. 看護診断のためのよくわかる中範囲理論. 東京: 学習研究社; 2009. p. 14.
- 8) 鹿気雅春, 那須正裕. 学ぶ事教えること. 東京: 金子書房; 1997. p. 145-6.
- 9) 冬木佳代子. 学生の自己評価からみた基礎看護学実習Ⅱの目標到達状況. 東京医科大学看護専門学校紀

要 2011; 21(1): 31-41.

- 10) 黒田裕子監修. 看護診断のためのよくわかる中範囲理論. 東京: 学習研究社; 2009. p. 16.
- 11) 福田峰子, 安藤好恵, 田中和奈. 老年看護学臨地実習における学生の困難状況と対処行動. 生命健康科学研究所紀要 2011; 18: 92-105.
- 12) 平松知子, 正源寺美穂. 施設で生活する高齢者を対象とした看護過程の展開: 高齢者個人の理解を支える教育. 看護展望 2004; 29 (3): 706-12.
- 13) 永松有紀, 金山正子, 吉岡真他. 電子カルテシステム利用に向けた看護学臨地実習前の準備教育の実際. 産業医科大学雑誌 2006; 28 (4): 431-8.
- 14) 若林由香, 原祥子, 江角弘道, 他. 病院実習における電子カルテの効果的利用の分析. 鳥根県立短期大学紀要 2000; 5: 41-9.
- 15) 竹内貴子, 杉浦美佐子. 「観察・情報収集」「アセスメント」の苦手克服の方法. 看護きらくと看護過程 2012; 22(4): 3-9.

#### 参考文献

- 1) 有田清子, 今井宏美, 榎本麻里他. 基礎看護技術Ⅰ(系統看護学講座専門分野Ⅰ). 東京: 医学書院; 2013. p. 180-223.
- 2) 井部俊子, 中西睦子. 看護情報管理論 第5巻. 東京: 日本看護協会出版社; 2014. p. 41-92.
- 3) 江川隆子. ゴードンの機能的健康パターンに基づく看護過程と看護診断 第3版. 東京: ヌーベルヒロカワ; 2011. p. 60-84.