

原著論文

基礎看護技術としての「移動動作」の教授内容をめぐって

教科書にみる原則の記述を対象に

加東 弥生

キーワード：基礎看護技術、看護技術の原則、教科書

はじめに

看護基礎教育の中で看護実践の基本となる基礎看護技術教育は、きわめて重要である。多くの教育機関では、基礎看護技術の授業は、複数の教員が数名の学生を受け持ち演習を行うという形で進められる。その技術を教授するにあたっては、事前に教員間の教材の理解や看護技術の統一が必要となる。また、看護技術の習得にはそれを理解するための根本となる原理・原則が組み込まれることが必要であり、知的な思考過程を経て技術を学ぶことが重要である¹⁾。従って、基礎看護技術の演習前の「技術」の統一には、非常に多くの時間を要する。

看護技術を「原則に従って教授する」ことは学習者が、看護技術の反復練習によって習得するためには重要な要素である²⁾。その看護技術の基本原則は、安全・安楽・自立・個別性の4つである³⁾。さらに個々の看護技術にはエビデンスが重要である⁴⁾。原則が普遍的であれば、看護技術の統一に問題は生じないはずである。

教授する看護教員の資格は、看護師等養成所の運営に関する指導要領によると「看護師養成所の専任教員となることのできる者、ア 保健師、助産師又は看護師として5年以上業務に従事した者。イ 専任教員として「必要な研修」を受けた者又は看護師の教育に関し、これと同等以上の学識経験を有する者と認められるもの。ただし、保健師、助産師又は看護師として指定規則表3の専門分野の教育内容のうちの一つの業務に3年以上従事した者で、「大学において教育に関する科目を履修したものは、これにかかわらず専任教員となることができる」⁵⁾と規定されている。看護系大学の設置数は、1989年(平成元年)わずか12校であり⁶⁾看護教員資格の5年以上の臨床経験を考えると現在の多くの私立看護師養成所教員は看護師等養成所出身であると推測される。A 専門学校でも採用された看護教員全員が看護師等養成所出身で、5～10年以上の臨床経験を有していた。いわゆる臨床についてはベテランである。看護教員自身の実践能力について林⁷⁾は、臨床経験が長い教員は、看護実践能力が高いと認識していると報告している。しかし、教授する看護技術の統一に時間がかかることや教員同士で看護技術をやってみるとその動きについての原則が身についていないという問題が生じていた。このことは、それまでの経験によるところの実践能力が基礎看護技術教育における原則通りの「技術」になっていないのではないかと考えられる。特にベッドから車いすへの移乗は、移乗介助の方法についてはさまざまな

1) 山陽学園大学看護学部看護学科

方法があり、看護者の中にはボディメカニクスを考慮することなく、力まかせに、しかもどの患者にも一様の方法で移乗介助する場合も多くある⁸⁾。

基礎看護技術教育で技術の原則が書かれたものとしては教科書がある。教科書は、教育目的に沿って標準化された知識体系であるといえる⁹⁾。専門学校での講義は教科書に沿って行われることが多い。そこで、現在使用されている教科書と養成所出身の看護教員が学生時代に使用した教科書の看護技術の「移動動作」の記述内容を抽出し比較することで、移動に関する原則がいつ頃から重要視され始めたのか明らかにする。

1. 用語の定義

移動動作：人間が社会生活を営むうえで基礎となる一連の動作と姿勢群をいう。具体的には、起き上がる、座る、立つ、歩くがある。ある点から他の点へと、距離の長短にかかわらず、身体の重心の位置を変化させること¹⁰⁾

原則：他の諸命題が導き出される基本命題。人間の活動の根本的な規則。基本的なきまり¹¹⁾。

教科書：看護教育の教材として使用される図書。

移乗動作：ベッドから車いすへ移る動作、あるいは椅子から椅子へ移る動作のこと。移乗動作は、移動動作の中へ含まれる¹²⁾。

基礎看護技術：看護師として臨床に立つ前の学生が学習しておく範囲の技術¹³⁾

研究方法

看護師等養成所の教育では、主に教科書が用いられている。そのため本研究の看護に関する教科書は、日本看護協会図書館に所蔵されている看護基礎教育課程で使用された教科書 10 冊を対象とした。

1) 分析内容は、「車いすへの移動動作」の記述部分である。

大河原¹⁴⁾は、看護基礎教育で使われる教科書の中で紹介されている車いす移乗方法について 1980 年～2000 年の基礎看護学やりハビリテーション看護学などのテキストの分析を行い、患者・看護者の「構え」姿勢についての記述を分析している。本研究は、年代を追って患者の姿勢動作内容と看護師の姿勢動作内容の記述の変化を検索した。

車いす移乗動作は、「立ち上がり」「回転」「座り」の動作から構成されている¹⁵⁾。

そのため患者と看護師の動作を「立ち上がり」「回転の有無」「座り方」の 3 つに分類した。また、車いすの角度は、移乗を介助する上で重要と考え車いすの位置についても抽出した。

2) 教科書は、記述のプロセスを辿るため 1 社に限定し初版から改訂版毎に記述内容の抽出を行った。

結果

表 1 は、患者の姿勢動作の記述である。表 2 は、看護師の姿勢動作と車いすの位置の記述である。なお、年代の目安として高校を 18 歳で卒業し、3 年課程の専門学校に入学したと仮定した現在の看護教員のおおよその年齢を記入した。

表 1 患者の姿勢・動作と車いすの位置の記述

		記 述 内 容				
文献番号		1	2	3	4	5
発行年		1957 年	1961 年	1978 年	1982 年	1987 年
テキスト名		看護原理及び実際	看護原理	看護学総論	看護学総論	看護学総論
版		第 1 版	第 4 版	第 5 版	第 6 版	第 9 版
立ち上がり	上肢	記述なし	患者の両手を看護師の肩にかけさせる。	患者の手前の腕を看護婦の肩にかけさせる。	患者の手前の腕を看護婦の肩にかけさせる。	患者の手前の腕を看護婦の肩にかけさせる。
	体幹	記述なし	記述なし	記述なし	記述なし	記述なし
	下肢	記述なし	記述なし	記述なし	記述なし	記述なし
回転の有無		記述なし	記述なし	記述なし	記述なし	記述なし

		記 述 内 容				
文献番号		6	7	8	9	10
発行年		1995 年	2000 年	2002 年	2005 年	2006 年
テキスト名		基礎看護学 2	基礎看護学 2	基礎看護学 2	基礎看護学 2	基礎看護技術Ⅲ
版		第 11 版	第 12 版	第 13 版	第 13 版	第 14 版
立ち上がり	患者の手前の腕を看護婦の肩にかけさせる。	患者の両腕を介護者の首に回す。	患者の両腕を介護者の首に回す。	患者の両腕を介護者の首に回す。	患者には反対側のアームレストを把持させる。	
	記述なし	介護者の肩に患者の頭部を寄りかからせ、患者を前傾させ体重を介護者にかける。	介護者の肩に患者の頭部を寄りかからせ、患者を前傾させ体重を介護者にかける。	介護者の肩に患者の頭部を寄りかからせ、患者を前傾させ体重を介護者にかける。	前傾させる。	
	記述なし	肩幅程度に開く	肩幅程度に開く	肩幅程度に開く	肩幅程度に開く	
回転の有無	記述なし	回転あり	回転あり	回転あり	患者・介助者は一体となって回転する。	

表2 看護師の姿勢・動作と車いすの位置の記述

		記 述 内 容				
文献番号		1	2	3	4	5
発行年		1957年	1961年	1978年	1982年	1987年
現在の看護師の推定年齢		72歳	68歳	51歳	47歳	42歳
テキスト名		看護原理及び実際	看護原理	看護学総論	看護学総論	看護学総論
版		第1版	第4版	第5版	第6版	第9版
立ち上がり	上肢	患者の腋窩の下に両手を深く入れて立たせる。	患者の直前に立ち、両手を患者の脇の下に当て、患者の両手を看護婦の両肩にかけさせる。	両手を患者の腋窩にあて、患者の両手を看護婦の両肩にかけさせる。	両手を患者の腋窩にあて、患者の両手を看護婦の両肩にかけさせる。	両手を患者の腋窩にあて、患者の両手を看護婦の両肩にかけさせる。
	体幹	記述なし	記述なし	記述なし	記述なし	記述なし
	下肢	記述なし	記述なし	記述なし	記述なし	記述なし
回転の有無		ぐるりと回す	記述なし	記述なし	記述なし	記述なし
座り方		椅子に腰掛けさせる。	片方の手を患者の脇の下から離し、他方は脇の下から背部に回して椅子に腰かけさせる。	患者を支えて椅子のところで歩かせ、椅子に背部を向けて立たせる。一方の手を腋窩から離し、他方は腋窩から背部に回して患者が腰をおろすのを保護する。	患者を支えて椅子のところで歩かせ、椅子に背部を向けて立たせる。一方の手を腋窩から離し、他方は腋窩から背部に回して患者が腰をおろすのを保護する。	患者を支えて椅子のところで歩かせ、椅子に背部を向けて立たせる。一方の手を腋窩から離し、他方は腋窩から背部に回して患者が腰をおろすのを保護する。
車いすの位置		ベッドにできるだけ近く、そしてベッドと並行に置く。	車いすをベッドに斜めの位置に置き、必要時踏み台を用意する。	記述なし	記述なし	記述なし

		記 述 内 容				
文献番号		6	7	8	9	10
発行年		1995年	2000年	2002年	2005年	2006年
現在の看護師の推定年齢		34歳	29歳	27歳	24歳	23歳
テキスト名		基礎看護学2	基礎看護学2	基礎看護学2	基礎看護学2	基礎看護技術Ⅲ
版		第11版	第12版	第13版	第13版	第14版
立ち上がり		両手を患者の腋窩にあて、患者の両手を看護婦の両肩にかけさせる。	患者の腋窩から背部に両腕をまわして両手を組む。	患者の腋窩から背部に両腕をまわして両手を組む。	患者の腋窩から背部に両腕をまわして両手を組む。	患者の後頭部に左腋窩をかぶせるようにする。その後、両手を患者の腋窩に差し込む。
	記述なし	記述なし	介助者の肩に患者の頭部を寄りかからせ、患者を前傾させ体重を介助者にかけてさせながら立たせる。臀部を引き上げるように介助する。	介助者の肩に患者の頭部を寄りかからせ、患者を前傾させ体重を介助者にかけてさせながら立たせる。臀部を引き上げるように介助する。	介助者の肩に患者の頭部を寄りかからせ、患者を前傾させ体重を介助者にかけてさせながら立たせる。臀部を引き上げるように介助する。	患者の体幹を前軽させる。上に凸となるようなカーブを描いて、車いすの斜め前方に引き出す。
	記述なし	記述なし	介助者は患者に對面に立ち、患者の足を肩幅程度に開き、その間に介助者は車いすから遠い方の足をおく。膝折れに注意し、介助者の膝で患者の膝を支える。	介助者は患者に對面に立ち、患者の足を肩幅程度に開き、その間に介助者は車いすから遠い方の足をおく。膝折れに注意し、介助者の膝で患者の膝を支える。	介助者は患者に對面に立ち、患者の足を肩幅程度に開き、その間に介助者は車いすから遠い方の足をおく。膝折れに注意し、介助者の膝で患者の膝を支える。	介助者は、回転の軸となる患者の足の前方に左足を構に向けて置く。右足は患者の足の左脇に置く。

回転の有無	記述なし	患者の身体を車いす側に回旋させ、座らせる。麻痺のある患者の場合は健肢を軸に回旋させる。	患者の身体を車いす側に回旋させ、座らせる。麻痺のある患者の場合は健肢を軸に回旋させる。	患者の身体を車いす側に回旋させ、座らせる。麻痺のある患者の場合は健肢を軸に回旋させる。	患者の足を回転の軸として、患者・介護者は一体となって回転する。回転が終わるまで対象者の重心が車いす側に偏らず右足に残るようにする。
座り方	患者を支えて椅子のところまで歩かせ、椅子に背部を向けて立たせる。一方の手を腋窩から離し、他方は腋窩から背部に回して患者が腰をおろすのを保護する。	介助者は車いすの背後にまわり、患者が深く腰掛けるのを助ける。	介助者は車いすの背後にまわり、患者が深く腰掛けるのを助ける。	介助者は車いすの背後にまわり、患者が深く腰掛けるのを助ける。	重心を足に残したまま、ゆっくりと座らせる。
車いすの位置	記述なし	30～45度の位置に置き、麻痺がある場合は健側におく。	30～45度の位置に置き、麻痺がある場合は健側におく。	30～45度の位置に置き、麻痺がある場合は健側におく。	車いすは健側45度に置く。

1) 1957年(第1版)

患者の立ち上がりに関連する記述はない。看護師の立ち上がりに関する動作は、上肢のみ記述がある。移動するのに用いる車いすは、車いすという言葉ではなく腰掛車という表現になっている。腰掛車の置く位置と角度に関する記述はないが、椅子に腰かけさせるとき患者をぐるりと回すという表現があり回転動作に関する記述がある。足台の調整に注意するという座位の基本姿勢に関する記述があり、安全の原則に沿っている。全体的に根拠の記述はなく手順の記述のみになっている。

2) 1961年(第4版)

車いすという言葉が出てくる。椅子に柔らかいクッション、円座の使用など安楽の原則に対する具体的な援助の記述が出てくる。安定した座位への配慮が記述されている。端座位という体位の名称は出てこないが、移動のときベッドの端に腰掛けさせるという移動の準備が記載されている。患者の立ち上がり時の上肢に関する記述が出てきている。看護師の姿勢・動作では、座らせ方が記述されている。また、ベッドに対して車いすをどのような角度で配置するか記述はないが、車いすをベッドに斜めの位置に置くと記述されている。これは、安全・安楽の原則に基づいていると考えられる。

3) 1978年(第5版)～1995年(第11版)

患者の立ち上がり時の上肢に関する記述はあるが、体幹と下肢に関する記述はない。看護師の上肢に関する記述はあるが、体幹と下肢に関する記述と回転についての記述はない。座り方の記述は、1961年より詳細になっている。しかし、患者の両手を看護師の両肩にかけさせるという記述から全介助を想定した患者設定のように思えるが、座らせる内容は、患者を支えて椅子のところまで歩かせ座らせるという内容になっており、患者は全介助か半介助なのかは、明確に記述していない。これらのことから自立・個別性の原則の記述には至っていない。

4) 2000年(第12版)～2005年(第13版)

患者の立ち上がりの動作は、患者を前傾させ体重を介護者にかけてという体幹の動作と下肢を肩幅に開くという下肢の動作が初めて記述されている。また、回転の動作も記述されている。看護師の動作にも、立ち上がりの体幹動作と膝折れ防止についての記述がある。また、下肢の動作と回転時の体重移動についての動作があり、麻痺のある患者の場

合、健肢を軸に回旋させるという記述がある。これは、個別性の原則に沿っている。

ベッドに対して車いすを置く角度と患者に麻痺があった場合の位置の記述があり、自立・個別性の原則が記述されている。また、ボディメカニクスの説明があり移動の方法について患者と看護師の姿勢動作の具体的な記述がある。

車いすへ移動した際の深く腰掛ける方法の記述はないが、安定した座位には注目しており安全の原則に沿っている。

5) 2006年(第14版)

トランスファーという言葉が出てくる。移動動作を立つ 回転する 座る動作があると説明している。椅子からの立ち上がり動作の記述があり患者の「自然な移動動作」を助けるというキネスティックの原則に基づいた援助の仕方の記述がある。

考察

1) カリキュラムの変遷による教授内容

発行された年代と教育背景になっている保健師助産師看護師学校養成所指定規則の内容との関連を考察する。

わが国において看護師という職業の養成が始まってその水準を最低限一定にする必要から官公立、私立病院の看護師の取締り規定として1900年(明治33年)に東京府看護婦規則が制定された。この看護婦規則の趣旨は、現行の指定規則にまで連綿と引き継がれている¹⁶⁾。

1957年(第1版)発行のテキストは、1951年(昭和26年)の指定規則の下にあった。1951年(昭和26年)の「保健婦助産婦看護婦学校養成指定規則」は文部省・厚生省両省令第1号として占領軍の強力な指導のもと制定された。この指定規則は、従来からの医学診療モデル構成を保ちつつ、看護史および看護倫理ならびに職業的調整という内容となっている¹⁷⁾。移動の内容は、看護者の「患者を支える」「患者が腰をおろすのを保護する」という記述はあるが、患者の姿勢動作に関する記述はなく、手順だけになっている。これは、次の1961年(第4版)まで大きな変化はない。

1978年(第5版)～1995年(第11版)のテキストは、1968年(昭和43年)の指定規則下である。1968年(昭和43年)の指定規則は実に17年ぶりの改正であり、教育内容も大きく変化した。その背景を杉森¹⁸⁾らは、次のようにまとめている。1948年(昭和23年)WHOの健康大憲章の制定以後、健康の概念拡大に伴い、世界における看護の概念は次第に拡大していった。しかし、我が国の看護師教育は医学の学問体系に基づき疾患を持った人への看護に傾いた教育が継続していた。しかしそのような治療医学に偏重した治療看護や対症看護に対する教育だけでは、世界的に拡大した看護概念に対応できないうえ、保健医療の中における主体性のある看護への志向性を発展的に教育することは不可能であった。そのような背景から人間の成長発達段階の区分による領域別看護を基盤とした教育課程が誕生した。このように看護学を、看護の対象である人間の成長・発達に伴い新しく体系化し4部門に整理統合させた指定規則が1968年(昭和43年)である。従来の教育内容による教育課程の概念枠組みと大きく異なっていた。この指定規則は、従来の技能の習熟ばかりを目標にせず、人間形成および専門技術の基礎理解とその応用能力を養うこと。また正系の学校教育の場合と同様に、一般教育と専門教育の調和を図ること。さらに時間制を大

学・短大などに編入する際の単位制に換算できるようにすることなどが盛り込まれた。看護技術は、看護学総論の中に組み込まれ 90 時間となった。しかし、大きな指定規則の改正があったにも関わらず 1978 年（第 5 版）～1995 年（第 11 版）のテキストは、座り方の記述が詳細になっただけで大きな変化はない。

2000 年（第 12 版）のテキストは、1989 年（平成元年）と 1996 年（平成 8 年）の指定規則改正の影響を受けている。1989 年（平成元年）の改正の特徴は、学科目の構成を「基礎科目」「専門基礎科目」「専門科目」によって構成され、専門科目がすべて看護学で統一されたことである。さらに看護学総論および各論を基礎看護学および臨床看護学と整理し、学的分類を明確に成文化したことは、看護学の体系化を目指す研究者に対して大きな示唆を与えた¹⁹⁾。また、1996 年（平成 8 年）指定規則の改正の特徴は、在宅看護論および精神看護学の独立表示である。また、従来の科目による表示から教育内容への表示となった。従来の基礎科目が基礎分野となり教育内容に「科学的思考の基盤」「人間と人間生活の理解」に関する科目を 13 単位以上と規定した。従来の人文科学、自然科学、社会科学、外国語および保健体育に関する科目を、すべて基礎分野の中に包括し、各教育機関の実情に応じた弾力的な科目設定ができるようになった。

専門基礎科目は専門基礎分野となり「人体の構造と機能」「疾病の成り立ちと回復の促進」による 15 単位と「社会保障制度と生活者の健康」6 単位により構成する。

専門科目は、専門分野となり、各看護学に看護の対象と目的の理解・健康保持増進および疾病・障害時の看護方法を統合した教育内容を含むことを前提に、従来の各看護学における概論、保健、臨床看護の区分をはずした表示となった²⁰⁾。また、基礎看護学は各看護学や在宅看護論の共通の基礎的理論や基礎的技術を学ぶ科目として位置づけられ根拠となるエビデンスに基づいた教育が重要となり、2000 年（第 12 版）の、「患者を前傾させ体重を介助者にかけてさせながら立たせる」という記述は、患者の姿勢動作に関する記述であり、看護師の姿勢動作も詳細となり手順だけではなく援助するときの注意点とその根拠が記述されるようになってきた。

大津²¹⁾は看護教員の力量形成に影響を与える要因分析で、専門学校で看護教員 1019 名を対象に調査を行っている。それによると教員の平均経験年数は、8～9 年であった。従って現在看護教員となっている年代が受けた教育は、1968 年（昭和 43 年）の指定規則下のカリキュラムである。専門科目が看護学で統一されておらず、疾患と看護の体系であった。看護技術は看護学総論の中に包括されており、講義が 90 時間、実習が 90 時間であった。このような背景から看護学生の時代に学んだ看護は、疾患に対する看護と看護技術の原則は、安全と安楽であったと考える。

2) 移動動作を構成する看護技術の基本原則の重要性

今回取り上げた車いすへの移動動作は、「立ち上がり」「回転」「座り」の動作から構成されている²²⁾。「立ち上がり」の動作は、安定している座位から支持基底面積の狭い立位へと体位を変化させなければならない。体幹を支える上肢や下肢の筋力が低下している患者にとって転倒の危険性があり、その移動は安全でなければならない。2000 年（第 12 版）のテキストは、「介助者の肩に患者の頭部を寄りかからせ、患者を前傾させ体重を介助者にかけてさせながら立たせる」と記述している。このことにより、看護師と患者の身体が近づ

き支持基底面積を広げることができる。その広がった支持基底面積の中で患者の重心を移動させることによって、より安全な移動動作を行うことができる。2000年（第12版）のテキストからは、安全の原則がより具体的に記述されていると考えられる。「回転」は、私たちが車いすあるいは椅子に移乗するときの自然な動きである。その動きを助けることは、安楽と自立につながる。また、片麻痺の患者の場合、健肢を軸に回転することを助けることは自立と個別性の原則につながる。「座り」は、前傾姿勢を取りやすいよう援助することで、安楽・自立性の原則に沿っている。さらに、2000年（第12版）のテキストから車いすを置く角度が30～45度と記述されている。この角度は、回転時フットレストが健肢の邪魔にならずベッドからの移動距離が最小になるため安全・安楽の原則に沿っている。また、健側の上肢でアームレストを把持しやすい角度であるため自立・個別性の原則にもつながっていると考える。濱田²³⁾は、技術の習得について「技術の習得は、教育として具現化する方法を持つことが必要である。原理・原則を理解し、それに基づき実践していく方法論が示されなければ、机上の空論に終わる」と述べている。技術を習得するには一定の手順をただ覚えるだけでなく看護技術の基本原則に沿って技術を習得することが重要となる。

3) EBNの提唱と教授内容における原則

看護技術の基本原則をテキストごとに見ていくと、1957年（第1版）から1995年（第11版）までは、「患者を支える」「患者が腰をおろすのを保護する」「円座の使用」など安全・安楽の原則が中心となっている。しかし、2000年（第12版）のテキストからは、安全・安楽の原則に加え「患者には反対側のアームレストを把持させる」「麻痺のある患者の場合は健側を軸に回旋させる」など自立・個別性の原則が記載されるようになってきた。この背景にあるのは、エビデンスに基づいた教育の考え方である。1990年代に入り看護においてもエビデンスに基づいたケアや教育が必要であると言われるようになってきた。エビデンスは、1990年代に入って提唱された「信頼できる最新データに基づいた、理に適った医療」である。Evidence-Based Medicine (EBM) は、(1) 臨床上の疑問点の抽出、(2) 信頼の高い結果(エビデンス)を示す文献の効率的検索、(3) 臨床疫学と生物統計学の原則に則った、文献の批判的吟味、(4) 得られたエビデンスの患者への適用性の判断という4段階からなる²⁴⁾。

看護においては、Evidence-Based Nursing (EBN) が提唱され、日本においても2001年第11回日本看護学教育学会でエビデンスに基づく看護学教育として学会のテーマにも取り上げられ、エビデンスに基づいた看護教育が急速に広まった。阿曾²⁵⁾は、看護にエビデンスを活用することの意味と必要性を次のようにまとめている。

看護援助の開発的取り組みに有効に作用する。

看護援助の質の向上には欠かせない。

患者中心の看護を展開するために必要である。

看護のアイデンティティをより強固なものにするために不可欠である。

また、基礎看護教育とって上記を基盤として

看護教育の内容を理論的に教授することができる。

看護教育を学生のカリキュラム進度に合わせて体系化できる。

体系化した看護学を教授できる。などエビデンスの活用は専門分野と言える学問の発達には不可欠なものである。

次に看護技術の移乗動作の原則について見ていく。2000年(第12版)のテキストからボディメカニクスの説明がありその原則について記述されている。ボディメカニクスの原則は、今や周知の原則となっている。しかし、この原則は1960年代から関心が寄せられていたが、看護においてボディメカニクスが多く取り上げられ論文が発表され始めたのが、1995年以降である²⁶⁾。この1990年代から2000年代は、看護の高等教育化推進のために看護系大学が増設され始めた時期である。看護系大学は、1990年の11校から2001年4月には91校²⁷⁾になった。看護系大学の増設が看護技術教育へ大きな影響をもたらしたと言える。

移動動作のエビデンスとして、ボディメカニクスの原則は必要不可欠である。ボディメカニクスという言葉は、看護師ならば誰でも周知しているはずである。確かに移動動作は、力任せに行っても結果的にはできる動作である。しかし、看護技術は基本原則の安全・安楽・自立・個別性を実践するものでなければならない。下野・大津²⁸⁾は、専門的知識をもとに主体的に判断し実践できる看護師には、とりもなおさず看護技術(体位変換、排泄、全身清拭、移動、食事介助、注射などの看護技術)に関して、単に必要な知識の習得にとどまらず、理論的根拠に基づく判断のもとに行動として表現できる(行動化)ことが求められると述べている。だが、ボディメカニクスの原則はあくまでも原則であるため実践の場面では適応できない場合も多い²⁹⁾ことも指摘されている。実際に臨床で応用する場合、看護師と患者の体格の違いや麻痺の状態など様々であるため、個別性が重要となる。では、臨床の看護経験を通して実践力が高まっているのだろうか。三好³⁰⁾らは、看護師に必要な臨床判断能力に関する研究の中で「一般的に臨床判断力の高さは、臨床経験年数に相関すると考えられたが、本研究結果からは有意な差はみられなかった」と報告している。また、下野³¹⁾らは、三好³²⁾らの経験年数別の側仰位における看護行為の実施割合のデータにおける患者の“転落予防のために柵を使用している”という安全に関する看護行為に着目し分析している。それによると「経験年数1年未満の新人看護師グループでは半数以上が実施しているのに対し、経験年数5年以上10年未満および、経験年数10年以上の看護師グループでの実施率は3割にとどまり、臨床経験年数が全く活かされていない」とし、さらに「看護基礎教育で教えられた看護技術が臨床の場で劣化している可能性が大きい」と指摘している。まして看護基礎教育で学んでいない原則については卒業後の自己研鑽に依るしかない。さらに日本では卒業3年目以降看護技術に関する職場研修はほとんど行われていない³³⁾。臨床経験の長さと同原則に沿った技術の行動化は必ずしも一致していないと言える。特に1968年(昭和43年)の指定規則下のカリキュラムで教育を受けたものは、看護技術の基本原則の安全・安楽に加え自立・個別性という視点と理論的根拠に基づく判断のもとに技術を統合していくことが必要であると考えられる。

おわりに

今回は、看護教育で使用されたテキストの記述内容の分析を行った。移動動作の記述内容を見る限り、看護技術の基本原則の自立・個別性の視点が明確になったのは、2000年(第12版)のテキストからであった。今後は、看護教員の臨床経験の長さと同原則に沿った技術

の行動化ができているかどうかの検証が必要となってくる。

本研究をまとめるにあたり、ご協力、ご指導いただいた先生方に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 山崎美恵子、長戸和子：クリテカルに考える能力の育成 看護系大学における看護技術教育 インターナショナルナーシングレビュー 25(2) P36-P40
- 2) 内藤寿喜子他：新版看護学全集 第13巻 基礎看護学2 2000
- 3) 藤崎郁、川村治子：系統看護学講座 基礎看護技術 医学書院 2010
- 4) 佐藤エキ子：Evidence-Based Medicine(EBN) 看護におけるエビデンス THPA. Vol48 No6 P369-P374 1999
- 5) 門脇豊子、清水嘉与子、森山弘子：看護法令要覧 平成22年版 日本看護協会出版会 2010
- 6) 日本看護協会出版会：平成19年看護関係統計資料集 日本看護協会出版会 2008
- 7) 林美栄子：看護教員の看護実践能力についての自己認識 看護展望 30(9) 110-111 2005
- 8) 大河原千鶴子、酒井一博：看護の人間工学 医歯薬出版株式会社 P116 2006
- 9) 川島みどり：看護の技術と教育 勁草書房 P42 2002
- 10) 井口恭一：イラストわかりやすい移動のしかた 三輪書店 1997
- 11) 新村出編：広辞苑第5版 岩波書店
- 12) 前掲書 10) P9
- 13) 藤崎郁、川村治子：系統看護学講座 基礎看護技術 医学書院 2010
- 14) 前掲書 8) P115-P122
- 15) 前掲書 8) P115-P122
- 16) 杉森みどり、舟島なをみ：看護教育学 医学書院 P88-P91 2005
- 17) 前掲書 16) P88-P91
- 18) 前掲書 16) P88-P91
- 19) 前掲書 16) P88-P91
- 20) 前掲書 16) P88-P91
- 21) 大津廣子、望月章子、足立みゆき、渡邊亜紀子：看護教員の力量形成に影響を与える要因分析 日本看護医療学会雑誌 Vol8 No1 P21-P30 2006
- 22) 前掲書 8) P115-P122
- 23) 濱田佳代子：看護技術教育における原理・原則の概念に関する検討 The Japanese Red Cross Hiroshima Coll Nurs 3 P73 2003
- 24) 福井次矢：Evidence-Based Medicine の手順と意義 日本内科学会雑誌 87(10)P157-170
- 25) 阿曾洋子：看護基礎教育におけるエビデンスの活用 日本看護学教育学会誌 P62-P63 11(2) 2001
- 26) 武末希子他：看護におけるボディメカニクスに関する文献検討 東京都立医療技術短期大学紀要 第11号 P175-P181 1998
- 27) 日本看護協会編：平成13年版 看護白書 日本看護協会出版会 2001

- 28) 下野恵子、大津廣子：看護師の熟練形成 名古屋大学出版会 P130 2010
- 29) 前掲書 8) P115-P122
- 30) 三好さち子、大津廣子、望月章子、浅井優子、南美智子、今西芳子、大平政子：看護師に必要な臨床判断能力に関する研究 広島県立保健福祉大学誌 人間と科学 3(1) 27-35 2003
- 31) 前掲書 28) P51
- 32) 前掲論文 30)
- 33) 前掲書 28) P169