

COVID 19は看護学教育を変える：臨地実習再考

著者	菱沼 典子
雑誌名	聖路加看護学会誌
巻	24
号	1-2
ページ	37-39
発行年	2021-01-31
URL	http://doi.org/10.34414/00016510



【特集：COVID-19と看護実践】

COVID-19は看護学教育を変える

——臨地実習再考——

菱沼 典子

I. はじめに

実践科学を標榜している看護学であるからこそ、臨地実習は最も重要な教育方法であると考えていた。現象から学ぶ方法として、学習の動機づけとして、1年生の臨地実習は意味があると考えていた。大学評価等で他学を訪問すると、看護学のカリキュラムの過密さと教員の忙しさが必ず話題になる。臨地実習に時間を要し、研究時間がなく論文が書けないというのである。それでも臨地実習は行うものと考えてきた。

2020年1月からCOVID-19 (Coronavirus disease 2019) の感染拡大により、看護界は臨地実習ができないという事態に遭遇した。4月から7月に、公立大学では60.5% (公立大学協会看護・保健医療部会, 2020)、看護系大学全体では74.1% (日本看護系大学協議会, 2020) が、臨地で実習ができなかった。2月28日に、文部科学省ならびに厚生労働省から、実習場や時期の変更、代替プログラム等により、各教育機関の責任において実習単位を認定するよう、通知が来た。所管する官庁もCOVID-19の臨地実習への影響を想定していたのであろう。

COVID-19による教育の危機を体験し、看護学教育、特に臨地実習について再考し、今後に向けていくつかの提案をしたい。

II. COVID-19以後の世界

これからの世界は、“With Corona” といわれるが、COVID-19に限らず、新興・再興感染症との“With 感染症”の世界と考えるべきである。

世界の健康課題が感染症から慢性疾患へ移行しつつあり、日本は上下水道の整備、栄養状態の向上、予防接種の実施、健康診断の実施等により、すでに感染症は押さえられ、健康転換相は慢性疾患と高齢化による退行性疾患に移行したという認識であった(武藤, 1994; 菱沼ら, 2002)。その一方で、グローバル化による人やものの往来が、輸入感染症をもたらす可能性が指摘されていた。さらに、産業革命に始まった地球温暖化は、病原体や媒介

動物の分布の変化、媒介する水資源の変化をもたらすに至っている(環境省, 2007)。

病原体は地球から撲滅できるものではなく、グローバル化と地球温暖化によって、次々と新興・再興感染症が発生すると考えると、長期的に感染症と共存する社会を前提にすべきである。これは常に感染防止策がとられている社会であり、だれもが罹患する可能性があるという認識の下、感染者やその周囲の人々と共生する社会を意味する。COVID-19後は、この2つがそろった社会を目指すべきと考える。

医療機関はどうなるか。COVID-19の感染予防で、入院は必要最小限になり、家族の面会は中止になった。今後、入院期間はより短く、かつ重症者に限られ、他者が入ることが制限される可能性が高い。在宅医療への移行が必至になり、少子高齢社会の観点のみならず、感染症の観点からも、在宅医療、地域包括ケアが進むであろう。

III. 臨地実習はなにを学ぶために必要なのか

看護学教育では、何のために臨地実習を行ってきたのか。看護師国家試験受験資格には23単位、保健師国家試験受験資格には5単位、助産師国家試験受験資格には11単位の臨地実習が指定されている。

看護基礎教育検討会(2018年4月～2019年9月、厚生労働省)で、子どもの入院患者がいない、お産、なかでも正常分娩が減っている、入院患者には高齢者が多い、地域では困難事例が多い等々、現状とカリキュラムの乖離が指摘された。しかし筆者を含め、臨地実習は教育の根幹、専門領域はどれも大事という思いから脱せられず、抜本的な改定はされなかった。

ところが今回、臨地実習ができなくなり、臨地実習の意味が問われたのである。教員は何度も病院と連絡し合い、学生の健康管理、生活管理を指示して準備した挙句、感染防止の観点から多くが中止になった。なにを学ばせる科目であったのかを考えながら、学内で可能な学習方法を編み出し、試行錯誤で教育を進めている。看護過程の学習は、シミュレーションで可能であろう。看護技術、医療技術も相当部分はシミュレーションで学習可能であろう。ではなにが実際の病者からでなければ学べないのか。

看護実践は、健康課題をもつ人あるいはもつ可能性のある人と、看護職者の人間関係を基盤に、看護職者が看護技術を提供し、技術提供の目的の達成に加えて、双方にプラスの効果(病者にはホッとした、これでいい、やっていけそう等、看護職者にはよかった、もっとやりたい等)をもたらすものと、筆者は考えている。看護はケアの一分野であり、看護実践は看護職者が相手に専心することから成り立つので(Mayeroff, 1971)、人形とはもちろん、模擬患者とも、ケアは成立しないのである。

看護実践の体験は、健康課題に直面している患者との関係のなかからしか得られない。臨地実習でなければならぬのは、看護実践の体験と、それを通してケアとしての看護を学生が自分のなかに根づかせ、語れることではないか。

IV. COVID-19以後の臨地実習への提案

1. 医療機関における臨地実習

看護実践の体験には、医療機関での臨地実習を何単位、想定すればよいのであろうか。筆者は4～8単位程度と思う。ただし看護実践を体験できるまで実習しなければ、単位取得はできないと考えたい。

感染症との共生社会の側面から考えると、医療機関に学生が実習で入れるのは、医療職に準じる立場であろう。入院期間が短くなり、心身の負荷が大きい状態の病者、場合によっては家族の面会も制限されるなかに、早期体験や動機づけのために、また看護過程を学ぶために、学生を入れるべきではない。

看護実践の体験ができる準備ができた学生、すなわちコミュニケーションをとれる、病気を知っている、病床における生活支援方法を使える、治療方法を知っている、社会資源を知っている、問題解決技法(看護過程)を使える、病むということや病気と共に生活すること、あるいは死を迎えることについて色々な考え方を学んでいるなど、このような学習が済んだ学生が、医療機関で1か月、1か所で、1病棟1～2人が学ぶ臨地実習を提案したい。

実習場に慣れたところに終わる現行の2週間程度の領域実習はやめ、1か所に腰を据えて実習する。教員がずっとつくのではなく、最終学年で、長期間、その職業人のなかで、チームの一員になれるような実習を行えば、看護実践の体験もでき、職業としての看護職の予備体験もできるのではないか。

これはいま、病院がさまざまな教育機関から、学年も目的も違う実習を受け入れ、混乱、疲弊していることの解決にもなるであろう。実習生のレベルが同じとなれば、病院の受け入れ方も変わるのではなかろうか。

2. 地域での臨地実習

現象から学び、学生自らが探索的に学ぶのは、大学教

育のあり方である。早期に看護現象を知るためや、アクティブラーニングには、病院外の人々の生活を教材とすることを、もっと導入すべきである。

今回 COVID-19の感染拡大は、日本国内で一様ではなく、臨床実習もその代替プログラムも一様ではなかった。同一の教育方法で全国どこも同じにならなかったのである。常に感染症に向き合う今後の少子高齢社会では、大学が立地する地元の健康課題に焦点を当てて、そこで可能な実習の場で学ぶことが適切であろう。地域包括ケアや在宅での療養者の増加に対応するには、地区踏査による地域の把握や、その地域の医療保健福祉資源での臨地実習を取り入れる必要がある。たとえば地区踏査を、地域包括ケアにおける基本的な臨地実習と位置づけ、その地域の暮らしや健康課題の発見から、学習を始めてはどうか。

3. 感染症の健康教育プログラムでの臨地実習

COVID-19後の社会に重要なことは、感染症に対する啓発活動である。今回の COVID-19では罹患した人がそこに住めなくなった、医療者が差別された等の、倫理的課題を伴う出来事の報道があった。感染症が発生するたびに、これが繰り返されてはならない。

COVID-19のような新興感染症に対し、病態がわからない、治療法がわからない、薬がない、ワクチンがない、そのうえ死亡者が出るとなって、当然ながら不安が生まれ、排斥につながった。逃れられない未知のものへの不安は、みなで分かち合うしかない。不安を軽減する第一歩は、感染症に関する知識をもつことである。

看護職には感染症とはなにかをだれにでもわかりやすく話し、なにを恐れ、どのように予防するかを伝える役割がある。それには、病原体、感染の機序、免疫の仕組み、薬の作用機序などを理解し、具体的な清潔行為、予防方法、さらに価値観や行動の変容を求める方法も知ったうえで、プレゼンテーションできなければならない。これを学生が行うことを提案したい。子どもからお年寄りまでどの年代に話すかで、領域別実習にも、地域在宅や公衆衛生看護学の実習にもなる。

感染症を恐ろしいもの、忌むもの、隔離するものではなく、だれもがかかる可能性があるもの、正しい予防法によって予防可能なものという認識をもつ社会をつくる役割を、看護学も担っていくべきではないか。

V. 看護学部(学科)に附属の実践施設を必置とする

医学部には病院、薬学部には薬草園、教育学部には附属学校等が、教育研究に必要な付属施設の設置(大学設置基準第39条)が求められているが、看護学部(学科)には実践活動ができる施設の設置は求められていない。医学部内の学科や、大学が附置施設として病院等を有し

ている大学では、今回の COVID-19において、他機関に実習を依頼している大学とは事情が異なったことと思う。

現在大学では、卒業に必要な124単位のうち、23単位が他機関の協力がなければ実施できないというカリキュラムになっている。実習病院を届け出て、医療機関から多大な協力を得るのが当たり前で、これを疑問なく継続してきた。実習病院の確保と連携に、教員も病院もエネルギーを費やしている。病院附属の看護師養成のカリキュラムが、そのまま大学教育に転用されたためであるが、大学教育は、大学の教育施設において、完結可能なカリキュラムを準備すべきではないのか。

COVID-19を体験して、自らの看護実践の場をもつべきことに、改めて気がついた。実践場を付置し、教員の実践現場、研究フィールドにすると同時に、学生の実習場とするのである。感染症の健康教育プログラムを、その付置施設で学生が展開すれば、全国300近い大学が、それぞれの地元で情報提供ができる。

今後は各大学が付置施設をもち、そこを臨地実習施設とし、学びの場を確保することが必須と考える。

VI. おわりに

地球環境を変化させたわれわれが呼び込んでいる感染症を体験し、次世代、次々世代にどのような地球を残すのかを考える機会にもなった。COVID-19後、元に戻るのではなく、新しい発想で、働き方、学び方の多様性を進め、地球環境も守らなければならない。時差通学は、学生を守ると同時に社会の密を避ける機能も果たすうえに、エネルギーの削減にもなる。目的によって遠隔教育も日常になろう。

教員の研究や大学院教育には、専門領域が示されるが、学部教育は専門領域から離れ、学生が能動的に学ぶ仕掛けとなる教材開発、カリキュラム開発に知恵を出し合ってはどうか。日本学術会議看護学分会は、大学が

ある地域の文化に基づき、変化する健康ニーズに対応しながら、地元の人々が主人公となってその地域をつくることに看護学はどう貢献するかを問い、『地元創成看護学』を提言しているが、この発想は時宜を得たものになっている（日本学術会議、2020）。

「病院に行けない！実習ができない！」ではなく、本当に必要な臨地実習はなにかを考え、COVID-19後の感染症との共生世界における、新たな看護学教育に取り組みたい。

引用文献

- 菱沼典子, 成瀬和子, 酒井禎子, 他 (2002): 日本の都市型保健所における保健活動の変遷; 1935年から1999年までの東京都中央区の活動. 聖路加看護大学紀要, 28: 1-17.
- Mayeroff M (1971)/田村 真, 向野宣之 (1989): ケアの本質; 生きることの意味. ゆみる出版, 東京.
- 武藤正樹 (1994): 健康転換の国際比較分析と QOL に関する研究. 第1回ヘルスリサーチフォーラム1994年度講演集, 36-41, https://www.health-research.or.jp/library/pdf/forum1/fo01_036.pdf (2020/7/4).
- 日本学術会議健康生活科学委員会看護学分会 (2020): 「地元創成」の実現に向けた看護学と社会との協働の推進. www.scj.go.jp/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t292-8.pdf (2020/9/2).
- 日本看護系大学協議会 (2020): 新型コロナウイルス感染症拡大の影響により臨地実習に影響を受けた令和3年度新人看護職研修の支援に関する要望書. <https://www.janpu.or.jp/wp/wpcontent/uploads/2020/08/youbousyo-MHLW20200825.pdf> (2020/8/25).
- 一般社団法人公立大学協会看護・保健医療部会 (2020): 「新型コロナウイルス感染状況下での遠隔教育システムと医療系実習」に関する調査報告書.
- 環境省地球温暖化と感染症に係る影響に関する懇談会 (2007): 地球温暖化と感染症; 今, 何がわかっているのか. http://www.env.go.jp/earth/ondanka/pamph_infection/full.pdf (2020/7/3).