

# 患者教育のできる看護婦養成のための ロールプレイ

— 効果判定方法の改善 —

川崎医療短期大学 一般教養

片山 英雄

(平成4年9月29日受理)

Role Play to train Nurses Responsible for Patient Education:  
An Improvement of Evaluation

Hideo KATAYAMA

*Department of General Education*

*Kawasaki College of Allied Health Professions*

*Kurashiki, 701-01, Japan*

*(Received on September 29, 1992)*

## 概 要

授業にロールプレイを取り入れその効果を判定する方法を開発してきた。本研究では評価にあたって同一の調査問題を二つの授業①②の前後に与えて比較したり、判定基準に望ましくない応答「水準D」を新設したりしてより詳細な分析ができるように改善しその効果を検討した。

研究対象；川崎医療短期大学 H1年度，1年生，第I看護科53名，第II看護科45名

上演したロールプレイ；食間の薬を食事中に飲んでしまった患者や早く退院したいと訴える患者などへの指導・助言をする場面

回答の分析法；患者への話しかけが共感的に理解し受容する程度によって次の4水準を立て、これを評価基準にして分析した。

水準A；患者の心情を共感的に理解している望ましい応答。

水準B；理解・受容している部分のある応答。

水準C；指導者サイドで探索・解釈・評価・説得など。

水準D；非難・拒否・威嚇など望ましくない応答。

学生の回答をそれぞれの集団での水準別頻数と個人別変動に集計した。さらに、個人別の変動を個々に追跡して検討した。その結果、授業①では著しい向上が認められた。しかし、この授業で高水準に達していたので、授業②ではあまり向上しないことが確認できた。また、水準Dを入れたので指導者サイドの応答の特色が明確に把握できた。

これらのことから改善の意図はおおむね達成されたといえよう。

## Abstract

In 1988, the author introduced the technique of "role play" into his lectures and developed a method for evaluating its effect.

In the present study, the method of evaluation was improved to achieve a more precise

analysis. The students were asked the same question (how to provide guidance for patients) before and after the lectures (1) (2). The author compared their answers, and added Level D for undesirable responses included in Level C of response used in the previous study.

Subjects: 53 freshmen in the Primary Nursing Course and 45 freshmen in the Secondary Nursing Course.

Period: September 1989 to February 1990.

Role play: Students were told to give guidance and advice to patients in a variety of situations, such as a patient who took between-meal medicine during meals and a patient who wished to be discharged as soon as possible.

Analysis of the responses:

Student responses were classified into four levels with regard to the grade of empathetic understanding they expressed for the patient.

Level A -- desirable responses including empathetic understanding for a patient.

Level B -- partly desirable responses including partial acceptance of the patient.

Level C -- responses of the nurse's one-side; e.g., making inquiries, explanations, judgements and using persuasion.

Level D -- undesirable responses; e.g., using threats, reproaches and refusals.

The responses were analyzed using these four levels and individually.

The author found remarkable improvement with the comparison of answers before and after the lecture (1), while the lecture (2) produced only a little improvement because the students' degree of empathetic understanding had already risen after the lecture (1).

By adding Level D, the characteristics of guidance provided unilaterally by a nurse could be defined more clearly.

### [研究の意図と目的]

急速に進んできた長寿社会の到来という現代の明るさの裏には、加齢にともなう成人病の増加というかげりがある。この成人病とどう取り組むかという問題、すなわち一病息災と成人病と適切なつき合いを続け老後の生活を充実させ質の高い人生 (Quality of Life) を送るためには、セルフケア能力を身につけておくことが最も大切である。

ところで、こうした知識や能力を身につける機会は十分用意されているとは言いがたい。職場での集団検診でたまたま発見されたり、風邪をこじらせたと思って診察を受けてはじめて成人病である事が明らかになったりして、医師や看護婦から医学的な知識やその対処法を一方向的に伝達されているのが現状であろう。

こうした指導に当たる人々は医学の専門家ではあるが、個々の患者の理解力や心情に即して援助・指導する方法について適切な研修を受けるチャンスにはあまり恵まれていないのが実情であろう。そこで一方的な押しつけになったり、時には患者の内面的苦悩を逆なですることさえ起こる。ここに「患者教育についての指導法」の研究の意義があると考え、1984より「患者教育のできる看護婦(栄養士)養成のための教授法開発」に当たってきた。これまでに、指導目標の明確化、個々の患者に適合した援助など指導上の問題点とその改善法を解明して発表を

重ねてきた (1985<sup>1)</sup>, 1986<sup>2)</sup>, 1987<sup>3)</sup>, 1988<sup>4)</sup>, 1989a<sup>5)</sup>, 1989b<sup>6)</sup>, 1991a<sup>7)</sup>。

しかし、研究を進める過程で指導者は患者にどう接すればよいかという原点にかえて検討する必要性を感じた。そこで、研究の焦点をここにあわせ患者に接する望ましいあり方を Rogers, C. R. (1962<sup>8)</sup>) によって提起された「共感的態度」に求めた。患者に共感的態度で接することの重要性は長谷川 (1980<sup>9)</sup>) が「看護は対人関係のプロセスであって、密接な対人関係を結びつつ、人間性になつたケアが実現するのである。…密接な対人関係をひとくちに定義するならば、それは、お互いが心理的な壁にじゃまされずに、あるがままに自分を表現でき、共感的に理解しあえる関係である」と述べて、指導・援助に当たる者にとってかくべからざる考えであることを示していることから明らかである。

そして、この共感的態度の養成にはロールプレイが最適であると考えているに到った。ロールプレイは Moreno, J.L. (1953<sup>10)</sup>) によって心理治療の技法として創始され、本邦へは村松 (1956<sup>11)</sup>) らによって紹介された心理劇から発展したものである。人間関係の理解に役立つことに着目され田中 (1983<sup>12)</sup>)、台 (1986<sup>13)</sup>) らによって普及されてきている。この手法は心理療法だけでなく企業では対人関係における感受性訓練のゼミナールとか、教員養成機関のマイクロティーチングにも適用されている。さらに、学校教育にも導入され外国語の習得、道徳教育の劇化指導などにも広く用いられるようになった。もちろん医学教育でも重要視され、中川・宗像 (1989<sup>14)</sup>) は医学生に集団の力動性の理解を深めさせるために、大段 (1978<sup>15)</sup>) は看護学生に患者との心的交流の緊密化をはかることをねらって、一谷 (1992<sup>16)</sup>) らは医療倫理観の養成をめざす研究にと幅広く研究・実践活動がなされている。

このように広範に活用されているにもかかわらず、その効果の判定は実施後の参加者の感想をまとめる程度にとどまり、組織的な評価方法の研究が十分なされているとはいえない。この点に着目しロールプレイを看護教育に取り入れ共感的態度を育成した時の効果判定の方法に関心をいただき新しい方法を開発して日本健康心理学会 (片山1989c<sup>17)</sup>) で報告した。それは、多人数の授業にロールプレイを取り入れた場合、とらえにくい参加者全員の意識の変化をとらえ、その効果を判定するために、「もし、自分が出演していたら〜と応答したであろう。」と考えて自由に回答した文章をキーワードと文脈から共感的態度の水準に従って分析するものである。

本研究はこの評価法をさらに改善し評価にあたって同一の評価問題を二つの授業①②の前後に与えて共感的態度の形成状態を個人別変動の追跡として確認できるように工夫した。これまでは、個々の授業それぞれに評価問題を与えていたので共通に比較することができなかった面を改めたのである。また、判定基準に望ましくない応答「水準D」を新設し、指導者サイドでの対応のようすをこれまでよりもより詳細に把握できるようにした。これらの改善点の効果を検証することを目的とする。

## 【方法】

### 1. 研究手続きの概要

ロールプレイを取り入れた実験的な授業を心理学・教育学の講義の中で実施し、その効果を実証する。

授業① 患者に対していろいろな接し方のあることをコミュニケーションの講義(心理学)で指導し、その中で与薬の場面で起こった問題事態を演示させ、ロールプレイに入る準備的な経験をさせる。そして、患者への応答のし方を考えるきっかけを与える。

授業② 望ましい患者への接し方について生活指導の講義(教育学)で指導し、その中で初歩的なロールプレイ(悪い例と良い例)を代表者に演じさせ全員で観察させ、患者への応答のし方について討議させ、より深い共感的理解へと導く。

各授業の前後に、患者に対する適切な応答のし方の向上度を評価するために「糖尿病患者の食事指導」の場面を示し、適切な応答を考えさせる。これは授業中にロールプレイで身につけた力を応用できるかどうか見ようとするものである。

## 2. 研究対象と実施スケジュール

研究対象 川崎医療短期大学 看護科学生 H1年度 1年次生

第I看護科；高等学校普通科より入学(3年制)53名

第II看護科；准看護婦有資格者が入学(2年制)45名

実施スケジュールは表1のとおりである。

表1 調査と授業スケジュール

調査・授業	①前	授業①	①後	②前	授業②	②後
第I看護科	H1 9/1	9/29	10/27	H2 2/ 1	2/ 9	2/ 9
第II看護科	H1 9/7	9/28	10/19	H2 1/22	1/29	1/29

①前；授業①の事前調査の略記，以下同じ

## 3. 上演したロールプレイ場面

授業① 第I・II看護科共通；与薬の問題場面

食間に服用するように指示した薬を、食事中に飲んでしまった患者への指導。

授業② 学生に上演したい場面上げさせ、全員で討議し、その中から次の主題を選定した。

第I看護科；早く退院したいと嘆く患者への応対

第II看護科；もう死にたいと訴える患者への応対

## 4. 指導効果の判定

(1) 次のような問題文を与えて患者への応答のし方を考えさせて記述させた。

### 問題文

Aさんは糖尿病のためエネルギー制限のある患者です。体重も標準を10数kgオーバーしています。病気について一応医師から説明されて、入院中は病院で出される物以外は食べてはいけないことをよく知っています。しかし、お腹がすくので間食が止められません。いくら指導しても、こっそり食べているようです。本人は「食べていません」と言いほります。

今日も床頭台の上に菓子パンの粉が少し残っているし、ゴミ箱の中へパンの袋が捨ててありました。

そこへ、看護婦であるあなたが行きました。どう言って話しかけ、どのように指導しようと思いますか？

## (2) 学生回答の分析法（発言分析の評価基準）

本研究では「共感的な理解・受容」を基本の考えとしてそれへの達成度を見る到達度評価の方法に重点をおいた。このような評価法を考えるに到ったのは次のような経緯がある。

共感の考えの提唱者であるRogers, C.R. (1942<sup>18</sup>)はカウンセラーとクライアントの会話の克明な記録を逐語的に分析して心情の変化を解説する方法をとっている。この手法は分析の一番基本的なものでありきわめて学ぶべき点が多い。知的場面の分析と研究対象は異なるが思考過程の変容をプロトコル分析によって把握しようとするSimon, H.A. (1980<sup>19</sup>)などのアプローチもこれに通ずる手法といえよう。こうした心情の変容過程を辿る試みは生々しい現実の姿を把握できる有効な方法であるが、反面いくつかの事例を共通の見方で比較・考察する一般化が困難になり個々の事例の解釈にとどまりがちになるおそれがある。

他方, Snyder, W.U. (1945<sup>20</sup>)はカウンセリング過程の分析に当たって発言をいくつかのカテゴリーに分けて全体の傾向を見ようとしている。これによりそれぞれの心的交流の特色を類型化して量的に把握できるようになった。これは教授学習過程の分析において著名なFlanders, N.A. (1970<sup>21</sup>)の発問カテゴリー分析などに共通にみられる特性を含んでいる。それは、カテゴリー化したので全体の傾向がつかめる効果的な方法であるが、質的な面とくに会話の中で大きな影響を与えた発言があってもそれが生き生きと浮かび上がってこないという弱点もある。

そこで、これらの分析法を参考にしながら新しい観点から分析する方法を開発した。それは、かつて「誤認識の coding の試み」(片山・坂田1984<sup>22</sup>)として報告した「目標行動の明確化とそれへの接近程度の判定」という到達度水準をきめて評価する方法をロールプレイの効果判定に適用するもの(Katayama, H. 1991<sup>23</sup>, 片山1991b<sup>24</sup>)である。今回はさらにこれを改善してより詳細な分析ができるように工夫した。以下、この方法の要点を説明する。

患者に対する話しかけを記述した文章をキーワードとそれの使われた文脈から判断し、患者の内面を共感的に理解し受容する程度によって次の4水準に判定する。これまでは3水準であったが、今回は指導者サイドの応答の中、非難・拒否など望ましくないものを水準Dとして新設し判定基準に加えた。

水準A；患者の心情を共感的に理解し受容する望ましい応答

～で空腹なのですね。

水準B；理解・受容している部分を含んでいる応答

～で空腹でつらいと思いますが～

水準C；その他指導者サイドで探索・解釈・評価・説得など

水準D；非難・拒否・威嚇・叱責など望ましくない応答

また～をしていますね。もう知りませんよ。

これによって単なる事例分析にとどまることなく、いろいろなロールプレイに当てはめて一

一般的に比較することが可能となる。すなわち、自由な思考の展開を妨げること無くしかも発言の傾向を分析できるようになった。選択肢法などのようにあらかじめ決められた枠にしたがって反応させたり、カテゴリー分析のようにいずれか単一のパターンに当てはめて検討したりするといった制約なしに、さまざまな回答を共感的態度という基本の考えを基準尺度にして、その達成段階を考察することができるという方法なのである。

### 【結果と考察】

#### 1. 実際の学生回答の代表例と個人別回答状況

学生の考えた応答はもっと長い文章でありいろいろな水準の文を含んでいる。その中のそれぞれの水準の特徴を表す典型的な回答部分を示す。

( ) の中は解説

水準A；望ましい応答 第II看護科 no 20 H.K. 授業②後

入院してからずっとお腹がすいているでしょう(理解)。今日もお腹がすいてしまって我慢ができなかったのね(理解)。自分の好きなものが食べられないってものすごく辛いでしょう(共感・受容)。

水準B；部分的受容 第I看護科 no 16 M.K. 授業①後

あなたの身体を健康にするためにはどうしてもしなくてはならないことで(説明)、これを行わないと病気が回復しないから(説得)辛いでしょが(部分的理解)、一緒に(援助)がんばりましょう(激励)。

水準C；探索・解釈・説得 第II看護科 no 22 K.S. 授業②後

病院の食事はいかがですか、おいしく食べられていますか(探索)。病院食は病気のためにカロリー制限をされていて(説明)好みではないかもしれませんね(解釈)。でもこうしなくては治療の意味がなくなるんですよ(説得) …。

水準D；好ましくない応答 第I看護科 no 46 J.H. 授業②前

いいかげんに甘えるのは止めて下さい(叱責)。あなたは病気がなおらなくてもいいんだったらそれでかまわない(悪化するとの脅し)。あなたは好きなものを何でもたくさん食べればいい(突き放し)。だけど、あなたのためを思うから、先生だって家族だって、私たちナースだってこんなに一生懸命やってるんじゃないですか(非難) ……。

これらの基準に即して回答された文をキーワードから分析し、さらに文章全体の文脈から回答者の考えを総合的に判断した。こうしてとらえられた学生の個人別の回答状況(各調査時の水準と調査間の変動)を表2に示した。

この表2の項目は次のようになっている。

番号；学生の学籍番号である。欠席などでデータの不完全な者を除いているので続き番号にはなっていない。



①前；授業①の事前調査時の回答状況を水準（A,B,C,D）で示す。

→ ；→の前後の調査時の比較，数字は変動の程度，（+，-）は変動の上昇・下降を示す。

英字は変動がなくその水準の維持を示す。

第I看護科 no1 N.A.（表2の最初の学生）を例にして説明する。

①前はC；授業①の事前調査では水準Cであった。

→ は1；授業①によって変動し事前調査・事後調査の間で水準1だけ上昇した。

①後はB；授業①の事後調査では水準Bになった。

→ はB；授業①後と授業②前の間では変動がなく水準Bを維持した。

②前はB；授業②の事前調査では水準Bのままであった。

→ は1；授業②によって変動し事前調査・事後調査の間で水準1だけ上昇した。

②後はA；授業②の事後調査では水準Aになった。

以上のように表している。→（変動）の数字にマイナス記号のついている場合は下降していることを示している。

## 2. 水準別頻数と個人別変動集計

個人別の回答（表2）を整理し，授業①と授業②の前後の各調査時の水準別の頻数を表3に示す。また，授業①の前後，授業①後と授業②前，授業②の前後に個々の学生がどれだけ変動（→）したかをまとめて表4に示した。個人別の変動は変化のある場合を上昇（3段階上昇D→A，2段階上昇C→A，D→B，1段階上昇B→A，C→B，D→C）と下降（3段階下降A→D，2段階下降A→C，B→D，1段階下降A→B，B→C，C→D）に，変化のない場合を維持として水準別（A.B.C.D.）にまとめている。

### (1) 授業別の指導効果（表3参照）

授業①について結果を検討する。第I看護科・第II看護科ともに著しい向上が認められた。授業①の事前調査・事後調査の間には第I看護科は水準A；0→16，B；15→20と増加し，C；25→13 D；13→4と減少し（ $\chi^2$ 検定で $\chi^2 = 25.268$  危険率0.1%），第II看護科も水準 A；15→21，B；9→16と増加し，C；14→7，D；7→1と減少し（ $\chi^2 = 9.793$  危険率2%）有意差がそれぞれ認められた。また，授業①の事前調査では第II看護科のほうが高水準であり第I看護科との間に $\chi^2 = 20.889$  危険率0.1%の有意差があった。これは高等学校衛生看護科や准看護学校などに在学中，看護の専門教育を受けたり，患者に実際に接する臨床実習経験を持ちたりしているからであろう。しかし，向上の度合いは第I看護科の方が大きい。それはこの科の学生が授業前に低い水準だったためである。授業①の事後調査では両群の差は縮まってきた（ $\chi^2 = 4.095$  危険率20%）。

授業②については，授業①ほど顕著な変化はみられない。第I看護科はほとんど変化していない。授業①で相当高い水準に達したのでそれを維持しているといえよう。第II看護科とはほぼ同じ程度に達している。第II看護科でもこの授業の効果はあまり認められなかった。また，授業①後と授業②前の間には若干低下の傾向すらみられた（ $\chi^2 = 6.068$  危険率20%）。



表3 授業前後の比較（水準別頻数）

調査	第I看護科		第II看護科	
	授業① 前後	授業② 前後	授業① 前後	授業② 前後
A	16	23 22	15 21	16 21
B	15 20	10 13	9 16	11 7
C	25 13	14 11	14 7	13 10
D	13 4	6 7	7 1	5 7

表4 個人別変動（授業別比較）

	第I看護科			第II看護科			
	授業① 前→後	授業 ①→②	授業② 前→後	授業① 前→後	授業 ①→②	授業② 前→後	
上 昇	3 2 1	4 16 11	1 6 12	1 6 8	3 6 11	1 1 7	1 5 12
維 持	A B C D	9 6 7 1	12 4 3 1	11 4 6 3	11 5 3	11 5 3	10 2 2 1
下 降	1 2 3	7 1	9 8	6 4 3	5 1	9 8 1	6 3 3

## (2) 個人別変動のようす（表4参照）

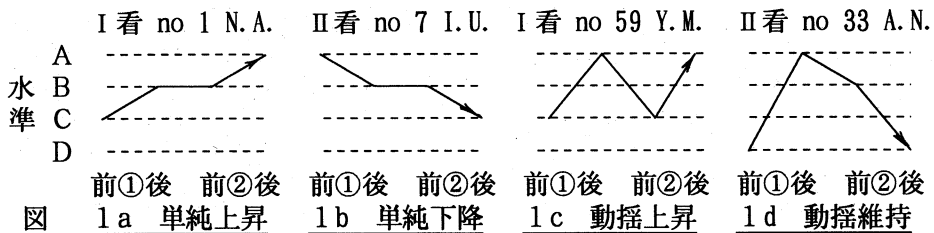
第I看護科の授業①の上昇はきわめて顕著で（上昇，3段階4，2段階16，1段階11）授業別に集団で認められたと同じことが確認できた。この上昇を授業②と比較すると  $\chi^2=6.285$  危険率5%の有意差があった。これは授業①の事前調査時に低い水準の者が多かったのもそれだけ上昇する者も多くなったのである。授業②ではこの授業①で得た高水準をそのまま維持している者（A；12，B；4）が多くみられた（授業①に比べて  $\chi^2=6.340$  危険率2%の有意差）。

第II看護科では授業前から高水準の者が多く，授業①でその高水準をしっかりと維持している者が多い（A；11，B；5）。これは第I看護科と比較して  $\chi^2=6.203$  危険率2%の有意差であった。そしてその状態を維持していった。ところが，授業①後から授業②前には低下の傾向（下降，3段階1，2段階8，1段階9）がみられた（授業①に比べて  $\chi^2=20.889$  危険率0.1%の有意差）。これは臨床実習が始まり日々現実に患者に接し，指導困難な場面に実際に出会うというきびしい経験を重ねていることが影響しているであろうと思われる。授業②ではまた少し回復している。

以上水準別頻数と個人別変動の集計を通して学生の意識の変化がとらえられたことから効果判定の方法としての有効性が集団の傾向として確認できた。

## 3. 個人別変動の追跡 (表5, 図1a~d, 図2参照)

先の個人別の回答状況(表2)で具体例として引用して説明した第I看護科no1 N.A.の場合は「授業①前は水準C, 授業①後は水準B, 授業②前は水準Bのまま, 授業②後で水準A」と一歩一歩向上するタイプである。授業によって確実に進歩することが確認できた典型的なパターンである。これを図示すると図1aのようになる(図1では第I看護科をI看, 第II看護科をII看と略記)。これは単純上昇タイプといえよう。しかし, 個々の学習者の考えの推移を追跡すると必ずしもこのように単純に進歩・向上しないで上昇したり下降したり動揺する者が多い。中には授業の効果が認められず授業①前で水準Aであったにもかかわらず授業②後には水準Cに下降する者(第II看護科no7 I.U. 図1b)もいるし, 最終的には水準Aになるのだがその途中上下に動揺する者(第I看護科no59 Y.M. 図1c)や, 最初も最後まで水準Dだが同じ水準Dを維持したのではなく一度は水準Aまで達したのに再び下降してしまった者(第II看護科 no33 A.N. 図1d)もいる。このように実にさまざまな過程を辿るのでこの傾向をまとめるのはきわめて困難である。



こうした個人の考えの変化を追跡するのに吉田・栗山(1991<sup>25</sup>)は「分数概念の習得過程の研究」でテストごとの方略の変化の状況をいくつかの典型的なパターンを設定して分類する手法をとっている。この方法はかつてわれわれが「個別学習進行過程の軌跡としての表示法(片山・坂田 1988<sup>26</sup>)」として発表した学習者の考えの変化を追跡して表示・検討する考えに共通している。そこでこの手法をこの研究でも取り入れて整理することにした。まず, 図1a~dのように個々の学生の回答状況を図示した。次に, 指導をはじめ前の授業①前とすべての指導の終わった授業②後の水準を比較して上昇・維持・下降の3つに大別した。さらに, 途中の授業①後と授業②前のようにすを加えてそれぞれ単純・動揺に分類・整理し表5, 図2に表した。

このように整理して表すと第I看護科・第II看護科の特徴がいっそう明確に表れてくる。第I看護科は上昇する者が過半数を越え(単純; 15, 動揺; 19, 計34)授業による効果が明確に確認できる。それに対して第II看護科は上昇(単純; 9, 動揺; 8, 計17)と維持(単純; 3, 動揺; 14, 計17)が同数となっている。表2に当たって詳細に調べると, この維持の内, 水準A(単純; 3, 動揺; 5)と水準B(動揺; 2)を合わせて10になり高水準を維持する者が多いことがわかる。しかし, また下降も多く(単純; 8, 動揺; 3, 計11), この上昇・維持・下降

表5 個人別変動の追跡（授業①前→授業②後）

変動のタイプ	上昇		維持		下降	
	単純	動揺	単純	動揺	単純	動揺
第I看護科	15	19	2	13	1	3
第II看護科	9	8	3	14	8	3

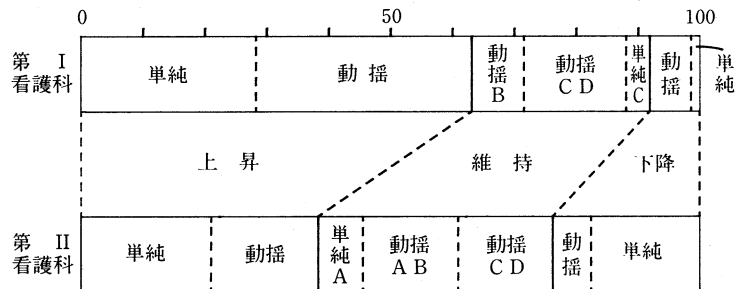


図2 個人別変動タイプ（割合）

の状況を第I看護科と比較すると  $\chi^2=8.46$  危険率2%の有意差が認められ、両群が違った傾向を示していることが確認できた。

実際の学生の回答原文を引用して上昇・下降のようすを検討する。これらはそれぞれの傾向の特徴を表しているものである。

第I看護科 no 33 M.T. 単純上昇タイプ

授業①前 [水準D] 「本当に食べていらっしやらないんですね (D；疑惑)。それじゃあ結構です(D；突き放し)。けれどももし食物の制限をしっかりなさらないとなおる病気も決してなおらないことを (D；悪化) 忘れないようにして下さいね (C；説教的)。あなたの努力次第なのですよ (D；訓戒)。がんばってください (C；激励)」

授業②後 [水準A] 「エネルギー制限はうまくいっていますか？ (C；探索) 思うように食べたいものが食べられないのは本当につらいですよ (A；苦痛の理解)。なにか特にご希望はありますか？ (C；探索) できるかぎりドクターと相談してみます (C；改善)」

第II看護科 no37 T.H. 単純下降タイプ

授業①前 [水準A] 「お腹がすくのですね (A；空腹の理解)。食べてはいけないと分かっているけどもほしくなりますね… (A；理解)。つらいでしょうが (B；部分的共感)、糖尿病の治療にはエネルギー制限がとても大切なのです (C；説明)。少しずつでもいいですから (C；改善) 間食を減らしていきましょう (C；勧め)」

授業②後 [水準D] 「Aさんどうですか？ (C；探索) エネルギー制限をしているからお腹がすいてしまうんじゃないですか？ (C；探索) この病気をなおすには根気が入りますよ (C；

説明)。糖尿病という病気についてお医者さんから説明されていますね (C; 確認)。あなたは今体重を10数kg減らすという目標で食事制限をされているのですよ (C; 解説)。自分で自分の首を絞めるようなことはやめましょう (D; 説教)。頑張ってください (C; 激励)。私達ばかりたよっていたら (D; 突き放し・拒否) いつまでたっても良くなりませんよ (D; 悪化すると脅し)。まず、あなたがなおすという気持ちにならないと (C; 説教的) …。

上昇タイプの第I看護科 no 33 M.T. はロールプレイによる効果が明らかに表われている。授業①前では指導者サイドで一方向的に話しているが、授業②後では苦痛を理解・受容する言葉がだんだんみられるようになってきた。

下降タイプの第II看護科 no 37 T.H. は全面的に悪くなった例とは言えないかもしれないが、下降傾向の特徴を示している。授業①前では患者の心情を理解する発言がいくつかみられていた。授業②後の前半は「お腹がすくのでは？」と探索的ではあるが理解を表しかけてはいる。しかし、後半は「悪化する」と脅したり、「自分の首を絞めることになる」と説教になって総合的にみると指導者サイドの望ましくない話しかけと言えよう。現実の指導の中にはこのような場合もよくみられ、この学生も実習現場でこうした会話を見聞する機会を持ったかもしれない。

ロールプレイはあくまで役割演技であり現実から離れ想像的な次元での話題展開となる。それだけにいろいろの制約を受ける。ロールプレイに参加して共感の大切さを学習するにしても限界がありこれだけで十分な理解に達するとは言えない。今後の検討を必要とする面も多いと思われる。しかし、いずれにしても指導効果の判定に当たって、今回のように授業で上演されていない評価問題を授業①と②の前後に与え、その間におこった学生の意識の変化をとらえる方法は、一般的な共感的態度の育成状態を検証する適切なものであると考えてもよいであろう。

#### 4. 水準Dを設定したこと

これまでの研究では水準Cの中に望ましくない応答も含めていたが、今回のようにこれを別枠にして取り出すと指導者サイドの指導の特色がいつそう明白になってきた。第I看護科では授業①前にこの水準Dにとどまる者が多いこと (53名中水準D; 13名, 約25%), 授業が終了した授業②後の時点でも両群とも水準Dが7名ずつも残っていること、全体で水準Dと判定されたケースが延べ50もあること (以上表3参照) などが明らかになり患者を受容することの困難さを把握することができた。また、上昇・下降の変動についても3段階の上昇 (D→A) が延べ10, 下降 (A→D) が延べ7みられ (表4参照), さらに表2を詳細に調べると2段階上昇の中 (D→B) が12, 1段階上昇の中 (D→C) が8, 2段階下降の中 (B→D) が8, 1段階下降の中 (C→D) が8, と水準Dを含む変動の総延べ数は53にも達し、水準Dを維持している場合6も合わせると59にもなる。これらは水準Dを設けたためにはじめて確認できるようになったもので、精緻な分析ができるようになったことの表れと言ってよからう。

以上、同一評価問題により異なった授業の効果を連続的に比較・追跡できたこと、水準Dにおいて指導者サイドの接し方の特色が明らかになったことからこの評価方法の改善の試みは一

応成果を上げたと考え、今後はこの方法を活用してよりよい授業設計をはかりその効果を確認しようと考えている。

本研究は日本健康心理学会 no 3 大会 (1990. 9. 24) において「患者教育のできる看護婦養成のための教授法 — ロールプレイング導入とその効果 —」と題して発表したものにさらに詳細な資料を加えてまとめたものである。

研究を進めるに当たって共同研究者である川崎医療短期大学太湯好子助教授より面接技法としての non-directive technique の考えやその分析法について適切な助言を受けた。また、Abstract 作成について川崎医科大学特別講師 Mr. Waterbury, D.H.・川崎医療短期大学名木田恵理子講師からご援助をいただいた。これらの諸先生に厚く感謝する。

なお、本研究は文部省より平成4年度科学研究費補助金試験研究B04557130の交付を受けてまとめたものである。

## 文 献

- 1) 片山英雄・渡辺ふみ子・林喜美子 1985 患者教育のための指導技法を習得させる教授法の開発 目標分析の手法を中心に 川崎医学会誌 一般教養篇11 15-32
- 2) 片山英雄・寺本房子・林喜美子 1986 患者教育のための指導技法を習得させる教授法の開発 その2 栄養科への導入 川崎医学会誌 一般教養篇12 7-20
- 3) 片山英雄・林喜美子・寺本房子 1987 患者教育のための指導技法を習得させる教授法の開発 その3 糖尿病食事療法の指導目標の分析能力 川崎医学会誌 一般教養篇13 1-16
- 4) 片山英雄・林喜美子・寺本房子 1988 患者教育のための指導技法を習得させる教授法の開発 その4 糖尿病食事療法の指導上の問題点の分析 川崎医学会誌 一般教養篇14 33-43
- 5) 片山英雄 1989a 患者教育のできる看護婦・栄養士養成のための教授法の開発 日本保健医療行動科学会年報4 229-236
- 6) 片山英雄・林喜美子・寺本房子 1989b 患者教育のための指導技法を習得させる教授法の開発 その5 指導方法の工夫点について、実地指導経験の影響と講義の効果 川崎医学会誌 一般教養篇 15 27-38
- 7) 片山英雄 1991a 第14章 患者教育の心理と方法 岡堂哲雄編 健康心理学 誠信書房 235-250
- 8) ローリアズ C. R.・島瀬直子 (訳) 1967 第3章 対人関係；ガイダンスの核心 ローリアズ全集6 人間関係論 岩崎学術出版社 (Rogers, C. R. 1962 The interpersonal relationship; the core of guidance Harvard Educ. Rev. 32 (4) 416-429)
- 9) 長谷川浩 1980 社会心理学 協同出版 93
- 10) Moreno, J. L. 1953 Who Shall Survive? Beacon House Inc.
- 11) 松村康平 1956 心理劇 児童心理 金子書房10 (11) (12)
- 12) 田中熊次郎 1983 ロール・プレイング サイコロジー42 サイエンス社
- 13) 台 利夫 1986 ロールプレイング 日本文化科学社
- 14) 中川米造・宗像恒次 1989 医療・健康心理学 福村出版 337-339
- 15) 大段智亮 1978 面接の技法 メジカルフレンド社
- 16) 一谷 彊・伊藤みな子・相田貞夫 1992 役割演技における態度変容 (1) 臓器移植問題の役割演技へのフィードバックが意見変容に及ぼす効果 京都教育大学紀要81 15-43
- 17) 片山英雄 1989c 患者教育のできる医療人育成をめざす教授法の開発 role playing による患者への接し方の指導 日本健康心理学会 no 2 発表論文集 34-35
- 18) ローリアズC. R. 友田不二男 (訳)1966 カウンセリング ローリアズ全集2 岩崎学術出版社 (Rogers, C.

- R. 1942 Counseling and Psychotherapy Houghton Mifflin Company)
- 19) Simon, H. A. 1980 Verbal Reports as Data, *Psychological Review* 87 (3) 215-251
  - 20) Snyder, W. U. 1945 An investigation of nature of non-directive therapy. *J. General Psychol.* 33 193-223
  - 21) Flanders, N. A. 1970 Analyzing teaching behavior, Reading; Mass; Addison-Wesley
  - 22) 片山英雄・坂田 注 1984 小学校児童の関数概念の形成過程 — 誤認識のcodingの試み 日本教育心理学会 no 26 発表論文集 702-703
  - 23) Katayama, H. 1991 Methods of Instruction for Training Nurses Responsible for Patient Education; for understanding and support of patient. *Proceedings of the 2nd International conference of Health Behavioral Science* 90-91
  - 24) 片山英雄 1991b 患者教育のできる医療従事者のためのロールプレイングの効果 その1 評価方法について 健康心理学研究 4 (2) 21-28
  - 25) 吉田 甫・栗山和宏 1991 分数概念の習得に関する発達的研究 教育心理学研究39 (4) 382-391
  - 26) 片山英雄・坂田 注 1988 個別学習進行過程の軌跡としての表示法 — その4 小学校算数科式表示 (3年ことばの式) の授業分析に適用して—日本教育心理学会 no30 発表論文集 742-743