看護過程における情報収集上の問題点
――臨床実習カンファレンスを通して――

川崎医療短期大学　看護科

林　喜美子　　中　石　久美江

（昭和58年8月29日受理）

The Problem of the Information Collecting on the Early Stage of the Nursing Process − through the Conference during the Nursing Clinical Practice −

Kimiko HAYASHI, Kumie NAKAISHI

Department of Nursing, Kawasaki College of Allied Health Professions
Kurashiki 701-01, Japan

(Received on Aug. 29, 1984)

Key words：　臨床実習，カンファレンス，看護過程，情報収集

概　　要

臨床実習の初期において，事例カンファレンスを通して看護過程を展開するための，情報収集上の問題点を見い出して検討した。

カンファレンスでは，①看護に必要な情報が収集できているか，②収集されている情報間の関連性が判別できているかという，二つの点を主なねらいとして意見交換を行った。

カンファレンスの場で，質問・意見・助言の多かった17項目を基に分析した結果

1）項目として示してある情報は収集できているが，個別性をとらえた具体的な書き方ができていない。

2）身体面に比べて，心理・社会面の情報が少ない。

3）身体面の情報が治療・検査・病状など疾患の関連からとらえられていない。

4）情報の分類が不十分であり，情報間の関連性が理解できていない。

5）看護をする上での情報収集の重要性には気付いている。

これらのことは，教育科目や学内実習の方法の面からも検討しなければならないが，臨床実習の初期の段階において，患者とのかかわり方，意図的な情報収集の仕方について指導することが大切である。看護は実践されて初めて看護となる，ということから考えると，カンファレンスのみの指導では不十分であるが，看護過程の展開における学生のつまずきをそこに見い出し，方向づけをすることは可能であり必要である。

はじめに

看護過程を展開する上で，情報収集は問題・計画・実践・評価に続く基になる最初の段階である。ここでは，看護に必要な情報が収集できているか，そして収集されている情報間の関連性が判別できているか，という視点から臨床実習初期における情報収集上の問題点を考えてみた。

臨床実習指導の一つの方法として，受け持ち患者の事例を基に，看護過程における情報収集の部分を中心に，合同カンファレンスを行った。そしてカンファレンスで出た質問，意見，助言等をその場でカンファレンス記録用紙に書いて提出させた。

今回は，入院時看護記録の項目と追加情報項目を併せて，事例記録とカンファレンス記録用紙から17項目について分析を試みたので報告する。

1　方　　法

1）カンファレンスに提供された事例と記録用紙から，情報に関する部分を入院時看護記録（実習病院である川崎医科大学附属病院のもので，学生も同じ様式のものを使っている資料１）と，それに追加情報項目を併せて分析した。

2）対象：３年課程２年次学生の事例11例

　　２年課程１年次学生の事例９例

3）時期：昭和58年２月から昭和59年７月（成人看護実習初期）

4）場所：成人内科系病棟（腎・血液・呼吸器・神経系疾患）

5）カンファレンスの方法

資料１

FOR STUDENT　　KAWASAKI MEDICAL SCHOOL HOSPITAL

看　護　記　録

入院時記録（成人）

患者氏名（ふりがな）	（　）才 男 女	職業	
連絡先	自宅 その他	TEL 自宅 その他	
病名		本人	
入院	月　日　時　分	普通・救急	歩行：車椅子：ストレッチャー

主訴		T－　P－　整　不整 R－　Bp－　/ Wt－　Ht－	
入院迄の経過		服用中の薬　有（　　）無 アレルギー　有（薬　）（食物　）無 入院経験　有（当院：他院　）無 機能障害　有（　）無 聴力障害　有（　）無 視力障害　有（　）無 言語障害　有（　）無 装具器具　有（　）無 今迄の生活習慣　酒（　）煙草（　） その他（　）	
既往歴		今迄の食事習慣 普通食：粥食：半流動食：流動食：特別食 食欲	
治療方針 月/日		睡眠習慣 薬剤使用　有（　）無 排便　/日　便性	
看護目標 月/日		排尿　/日　排尿障害　有　無 月経　順　不順 家族歴　両親　兄弟・配偶者　子供 □祖父　○祖母　□祖父　○祖母　父□　母○　1 2 3 4 5 6　1 2 3 4 5 6　同居人（　）人 署名	

表1

ケースカンファレンス記録用紙

記録者○○ ○○

病棟	11F 東	科 学年	2N 1年	発表者 氏名	○○ ○○○	発表 年月日	59年2月28日

事例の主な背景

氏名	S Y	男 ☆	M (T) S 6年12月29日生（66）歳
入院年月日	昭和58年12月26日	受け持ち年月日	昭和59年2月7日
診断名	PSS（進行性全身性硬化症）、鉄欠乏性貧血 肺線維症，脳梗塞症 脳炎		
現在の主訴	微熱，四肢のしびれ，全身 咳嗽 喀痰		
健康の段階	過去 入院 ～～～ 現在		
事例のポイント	慢性の経過をたどり，入院を繰り返しているので精神状態の把握を主に看護していく。		

出席者

臨床指導者　○○副主任
教　員　○先生
学　生　10名

質問、助言事項と具体的内容（質問者 S. N. T）

基礎情報に関すること Ⓐ，目標に…… Ⓑ，問題に…… Ⓒ，計画に…… Ⓓ，実施に…… Ⓔ，要約に…… Ⓕ，その他 Ⓖ

Ⓐ 入院時ラ音聴取されることが出来た時の状態は？
座位の所見 看護婦の所見だけでなく自分で聴取してみたか（S）
Ⓐ ラ音とはどういうものかっさんで聞いたか 湿性ラ音なのか？（S）
Ⓔ 看護はどのように考えたか，自分で考えたか，また体位ドレナージで考えたか（S）
Ⓐ ECGの結果右脚部閉塞 T波逆転，このことは何を意味しているか（T）
Ⓐ 既往歴のところで1981年 ステロイド注腰椎病とあるが 現在の状態は（M）
Ⓐ 入院時BG 496 一般 BG 261 一般 ？ 糖尿を指摘されていたなりであるが，現在のデータはくらべるのが 糖尿を引いていたのか（T）
Ⓐ 現在，患者さんが一番困っていること，主病 なぜ？（T）
Ⓐ 今の治療には，どの薬剤を使用されているのか（T）
Ⓐ ステロイド服用しているのか（S）

〈助言〉
この患者さんのとらえ方は適切であったか 看護婦として 感覚の違 してるどうしたらどうか？（T）

（T）より 病態の理解，一般的予後を十分理解する

① 1病棟の実習は4週間で，その3週間目にカンファレンスを行った。

② カンファレンスは事例提供した学生の発表を中心に教員，臨床指導者が参加して意見交換を行った。

③ 質問，意見，助言など参加者の一人がカンファレンスの記録用紙（表1）に書いて提出した。

④ 情報収集の部分を中心に

ⓐ看護上の問題を抽出するのに必要な情報が集められているか。

ⓑ情報間の関連性が判別できているか。

という二つの点を主なねらいとして，意見交換を行った。

⑤ 事例の記録方法は，情報項目を示してレポート用紙に自由に記載させている。

2 結果及び考察

カンファレンスに提供された20事例の情報に関する部分を，書いてないもの，重要な点が見落とされているもの等の17項目について分析した結果が，図表Ⅰである。

これは，カンファレンスで質問・意見・助言の多かった項目でその主なものを表2に示してある。

図表Ⅰの17項目を，割合が大体同率のものでまとめると

1）治療方針及び治療内容　15例（75％）

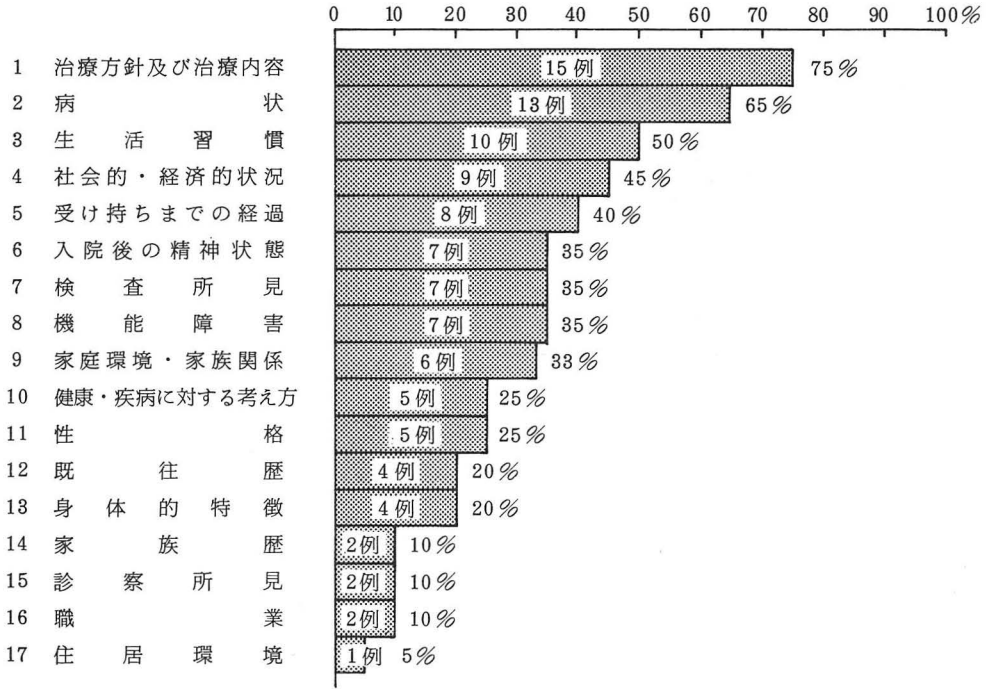
2）病状　13例（65％）

3）生活習慣　10例（50％）

4）社会経済的状況　9例（45％）

5）受け持ちまでの経過　8例（40％）

図表Ⅰ　情報収集の不足していた項目



6）入院後の精神状態
　検査所見
　機能障害
　家庭環境・家族関係　　6～7例（約35%）

7）健康・疾病に対する考え方
　性格　　5例（25%）

8）既往歴，身体的特徴　　4例（20%）

9）診察所見，職業　　2例（10%）

10）住居環境　　1例（ 5%）

のように10項目になった。

それらの各々の項目について質問内容と事例の記録からみると1)の治療方針及び治療内容では，全く書いてないか，精密検査いずれ腎生検，あるいは保存的療法（治療薬内服）という書き方のものがある。表3はカンファレンスに提供された一事例である。

書いてないものの中には，受け持ちまでの経過の項に治療の経過が書いてあってそこから治療方針を推測できるものもある。

また，書いていても上記のような表現から，入院時看護記録やチャートから転記されたと思えるものが多い。

これは，各項目に何をどのように書いたらよいのかの理解が不十分であることと併せて得た

表2　質問，助言の主な内容（カンファレンス記録用紙から抜粋）

情報項目	質　問　事　項
治療方針及び治療内容	●予後・疾患に対して家族にはどの様に説明されているのか ●現在使用されている薬は何か ●治療方針を把握しているか，安静度と食事内容は？ ●診断名は，いつ診断されたのか ●プレドニン何mmg服用中なのか ●栄養は以前粥食ですが，今は点滴だけですか ●手術は，しないということですが，化学療法のみですか ●前回の入院治療はどういう内容であったのか ●主訴の腰背部痛に対してどういう治療がなされているのか ●患者に病気について，どのように説明されているのか ●治療は，今の方針で継続なのか，最終の治療としてどこまでされるのか ●減塩食になっているのはどうしてか，胸水が溜まっているからか
病　状	●尿量，飲水チェック，呼吸状態を具体的に自分で見てどうなのかを書く ●肝障害はどの程度なのか，症状や検査データも書く ●血ガスの状態はどうなのか ●老人性痴呆があるとあるが，具体的な症状はどの程度なのか，どういうところからそう判断したのか ●白内障の程度は，どのくらいか ●低栄養状態で呼吸が障害されると，どうなっていくのか ●肺Caの場合，一番どこに転移しやすいか？　何をみて転移したというのがわかるか ●主訴は現在どのような状態なのか
生活習慣	●睡眠習慣で不眠があるが，型とか熟睡度はどうか ●食欲不振に対し，偏食はないか，好きな食物に関する情報を収集した方がよい ●食習慣で，食事の量（副食によって摂取量が違う），カロリー的な面も把握した方がよい ●入院迄の生活習慣を詳しく収集することが必要である（子供の世話，家事，一日の過ごし方） ●便秘でラキソベロン服用とあるが，便秘傾向はいつからか，ラキソベロンはどのくらいの間隔で服用されていたのか ●入院迄の経過中で，便秘のコントロールはされていたのか，排泄習慣を詳しく把握する ●食欲減退ぎみであれば，食生活像を聴取してはどうか
社会・経済的状況	●主婦であるが，入院したことにより経済的な負担はないのか ●休職中であるが，仕事に関しての心配はないのか
受け持ちまでの経過	●治療内容の経過中心でケアー，患者の反応に対する経過はどうなのか ●記録からの情報が中心で，他の看護者，患者との面接などからの収集が不足している

情報を判別する力が養われてないと考えられる。

またこの時点は，臨床実習の初期であったり（２年課程），患者を受け持って看護するという実習になってから，初めの時期であるため（３年課程）病棟の環境にも不慣れで，医師や臨床指導者に質問して助言を受けるということが，出来難い状況にあるともいえる。

この時期の学生に「治療について医師と話して助言を得るように」と言うと，「先生に尋ねるのですか，なかなか会えませんけど」という返事が返ってくることからも察せられる。

臨床実習が進んだ二人の学生の治療方針及び治療内容の項をみると

A学生のもの

診断名　ネフローゼ症候群，溶血性貧血

表3　カンファレンスに提供された一事例（基礎情報の部分のみ引用）

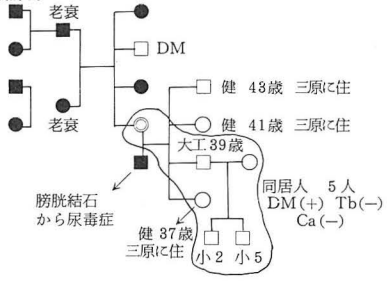
第2看護科1年　氏名　○○○○○　　実習病棟　成人内科病棟

基礎情報　　受け持ち期間　1984年2月7日～2月24日

患者：S Y
　大正6年12月29日生　66歳　女性
住所：広島県三原市○○町
職業：無職（以前，酒屋の店員として働いていた）
入院：1983年12月26日　PM 0:55　車椅子にて救急，入院

病名：進行性全身性硬化症，鉄欠乏性貧血，肺繊維症，肺梗塞症，肺炎

〔生活歴〕（入院前）
家族構成



〔既往歴〕1975年10月　閉塞性動脈硬化症，右鎖骨下動脈急性血栓症にて当病院へ入院
　右鎖骨下動脈血栓除去術，右上腕動脈静脈移植術施行
　1976年5月　閉塞性動脈硬化症，強皮症，両手レーノー現象，環状白癬にて当院へ入院
　右胸部交感神経切除術，右肺生検，右中指皮膚生検施行
　1979年10月　強皮症，肺繊維症にて当院へ入院
　1980年1月　閉塞性動脈硬化症，強皮症，両手レーノー現象，左第1～5趾，右第1～4趾，右第4，5指壊死にて当院へ入院
　指趾壊死切断術，断端形成術施行
　1983年2月　強皮症，陰部潰瘍（カンジタ性外陰膣炎）
　ステロイド性糖尿病，肺炎，肺繊維症にて入院

体格：身長 147cm　体重 40kg
体質：アレルギー
月経：48歳頃閉経

〔服用中の薬剤〕：当院外来処方のもの
　ベネトリン(3T)，ダーゼン(3T)，ビソルボン(3T)，ネオフィリン0.4mg，ヘキサシニット(3T)，コベラN(6cap)，カルナクリン(6cap)，ベンザリン(5T)，トレンタール(3cap)，アルサルミン(3.0mg)，ワッサーV(3.0mg)，インダシン(30T)

〔障害の有無〕：機能障害……四肢しびれ，手指の変形と関節の痛み，指趾切断み，指趾切断
　聴力障害……難聴
　視力障害……老眼
　意識障害……無
　装具器具……眼鏡，補聴器，総義歯

〔特に注意している健康法〕：別になし

〔生活習慣〕：平均的な一日の過ごし方

睡眠－睡眠薬の使用なし
清潔－入浴　夏は毎日　冬は1日おき　洗髪は1回／1W間
　寝衣交換1回／1W間　下着交換毎日　洗濯は嫁がしていた
食事－普通食　主食は米飯，茶碗1杯　偏食なし，濃味を好む
　入院10日くらい前より食欲不振　嘔吐があり食事をひかえていた。
排泄－排尿7～8回／day　洋式トイレ使用
　排便0～1回／day　排便，排尿障害なし

〔生活環境〕：家族状況：
　大工をしている次男と，スーパーで働いている嫁，小学校2年生と5年生の孫5人で暮らしている。夫との死別後20年間ほど酒屋で働いていたが病気のため退職し，今は隠居している。
　嫁との人間関係は問題なく，家族関係良い。入院中は長男と次男の嫁，次女が交替で付き添っていた。
　経済的問題：
　進行性全身性硬化症は難病の一つとされ，治療費の必要はない。

〔住居環境〕：自宅は木造建築，駅より15分の所に位置している。
　工場，線路，道路からも離れており騒音等公害問題なし。

〔現病歴〕：主訴　呼吸困難，四肢冷感，胸痛
　入院までの経過：
　約20年前から喘息発作あり，以後季節の変わりめ（春，秋）に発作あり，時折漢方薬服用し様子をみていた。昭和54年5月頃より夜間早朝に喘息発作出現し，咳嗽と膿性喀痰と努力呼吸がみられるようになり，本院呼吸器内科に入院，イムランと抗生剤投与するが改善なく，外来にて住過観察していた。昭和56年2月尿糖(+)ソ径部にびらんがみられ入院，プロタミン，インシュリンでコントロールしていた。昭和58年12月16日頃から食欲不振，嘔気のため嘔吐，吸気性呼吸困難出現し12月26日本院外来受診し P_{O_2} 5ℓの酸素投与受け緊急入院となる。
　入院時の状態：
　バイタルサイン　T＝37.4℃　P＝76(整)　R＝24　BP-186/100 mmHg　PaO_2 49.6mmHg　$PaCO_2$ 26.1mmHgで5ℓの酸素を投与していた。チアノーゼなし，四肢冷感，喘鳴，軽度の呼吸困難あり，咳嗽も持続し膿性痰の喀出みられる。AM9:00～PM3:00まで自尿なかったがラシックス投与後自尿みられる。両肺野ラ音聴取，心電図の検査にて左室肥大の疑いあり。

〔治療方針〕：保存的療法：
　副腎皮質ホルモン，免疫療法をおこなうと抵抗力がおち，肺炎を悪化させ全身状態を悪くするので，進行性全身性硬化症に対しては血管拡張剤などを用いて保存的に治療する。

〔入院から受け持ちまでの経過〕：
　喘鳴，呼吸困難，胸痛は軽減していた。両肺野のラ音は聴取される。血圧は徐々に下降し120～140/70～90mmHgに落ち着いた。入院後より蓄痰開始され，緑黄色性痰が20～40mℓみられたが，淡黄色～乳白濁色の痰に移行し10～15mℓに減少した。
　12月28日の血液検査で鉄欠乏性貧血を指摘される。GRPの上昇，血沈の促進，RAテスト陽性，抗核抗体の出現，寒冷凝集反応の高値がみられた。2～3年前から血小板増多症があり，鼻出血がみられることもあったが，出血傾向テストは正常範囲内だった。
　PSPテスト，クレアチニンクリアランスで腎機能低下がみられた。ECGでは右胸部誘導T波の逆転がみられた。
　食事はNaCl 7g の塩分制限食である。発熱があると3～5割程度の摂取であるが，発熱がない場合は10割摂取。
　薬剤は外来処方のものに12月27日ペルサンチン150mg，1月5日フェルム，シチール追加される。
　口腔内の潰瘍に対し――硼砂グリセリン，発熱時――インダシン坐薬，頭痛時――セデス，吸入――ビソルボン，ベネトリン0.9％NaCl.

〔受け持ち時の状態〕：
　1日の尿量700～2,000mℓ，排尿回数5～12回/日，尿糖(－)尿蛋白(＋)～(＋＋)，排便1回/1～2日，便潜血(＋)～(＋＋)
　蓄痰量25ℓ，粘稠な淡黄色，発熱はなく血圧も落ち着いている。胸痛，下肢のしびれ訴えなし。
　表情乏しく，口数少なく返答される。ベッド臥床されていることが多く窓の外の景色をぼんやり見ている。歩行時は膝を伸ばしたまま足をすべらせるようにしている。自分の病気については，膠原病の一つで強皮症といい難病なんよ。なおらんのんよね」と淡々と言われる。「お昼から熱が出るかも…」と発熱に対しては神経質になっている。

①ステロイド剤投与により，溶血性貧血の改善をはかる。

②食事摂取を促し全身状態の改善をはかる。

B学生のもの

診断名　リンパ節腫脹，蛋白漏出性胃腸症，消化管多発性ポリポーシス

①リンパ腺腫脹は組織学的には良好であるが，消化管ポリポーシス，蛋白漏出症状がみられるため症状的には悪性であると考え，軽いリンパ系腫瘍療法としてVP療法（抗悪性腫瘍剤と副腎皮質ホルモン剤の併用）をする。

というように具体的で看護計画に活用しやすい書き方になっている。

臨床実習経験を重ねると，医師に尋ねたり相談して助言をもらうことも出来るようになり，また，治療方針が看護計画を立てる上で重要な情報であることに気付いてくるともいえる。

初期では，教員あるいは臨床指導者が医師との連絡をとり助言指導を得られるようその仲介をする必要がある。

2)の病状についても発熱，頭重感，倦怠感，といった患者の訴える自覚症状を書いているものが多い。

また，老人性痴呆，尿路感染症と書いてありどんな症状があってその診断がつけられたのか，現在どの程度であるのか等は分からない。

診断名や疾病の経過との関連とも併せて，自分の目で観察したり，聴取したものが加わった記録になっていない。

3）生活習慣の項では

食事，排泄，睡眠，身体の清潔について質問が多かった。

書いてあるが食欲減退，便秘傾向あるいは不眠のため眠剤を使用していたという表現が多く，患者の訴えをそのまま書いていたり，客観的に判断しやすい数値を使うなど記録上の工夫がされてない。

事例の質問内容からみると「食欲減退とあるが何をどのくらい食べていたのか，好きな食べ物は何なのか」

「便秘傾向というのは，何日に1回の排泄なのか，不快感はないのか，下剤などは服用していなかったのか」

「不眠時，眠剤を使用すると何時間くらい眠れるのか，熟睡感はあるのか」というものである。

これらの事から考えられるのは，その人，個人の情報としての個別性に乏しく，問題抽出のためにそのまま活用できる情報となっていない。このことは，食事・排泄といったプライベートな面であるということと，実習の初期の段階で，患者とのコミュニケーションが十分とれていないことから，具体的な書き方ができていないとも考えられる。

4）社会・経済的状況について

家族構成や家族における患者の位置づけは図式化されている。職業も書いてある。

しかし，その人が家族や社会の中で役割が果たせなくなった時どういう問題が生じるか，生きがいを失う，身近な人たちが離れたことによる疎外感を持つ，経済的に不安定になる，などという事には気付かない者が多い。

「主婦であるが，入院費の一部負担による，経済上の問題はないのか」，「休職中となっているが，仕事の心配や経済的不安はないのか」という質問がある。

5）受け持ちまでの経過について

記録から1例を引用すると，入院時からプレドニン療法をするも，下肢倦怠感，胸部圧迫感あり輸血・酸素投与によって一時的に症状は軽減する。また，皮膚の膿疹から排膿出血あり，掻痒感あるも抗生物質により軽減する，と書いてある。症状や治療が主であり，看護者として身体的・心理的・社会的な面から総合してとらえた患者の経過を書いているものは少ない。これは，実習生が入院した時点でその患者を受け持つとは限らず，多くの場合すでに療養を続けている患者を看護することになるという状況にもよると考えられる。内科病棟であるため，慢性疾患で長期療養をしている患者の場合，受け持ちまでの経過が長く看護記録に要約した記録がなかったり，患者から直接聞くことが出来ない等の状況もある。この事は，臨床実習初期における受け持ち患者の選定という指導者が考慮しなければならない問題でもある。

以上多い項目5位までについて述べてきたが，治療や病状に大きく関係する検査所見，患者把握の基になる性格や健康・疾病に対する考え方についてみると

検査所見

検査の数値が羅列されているものから，経過を追って表にしているものなど書き方は様々である。これは検査用紙やチャートから得られたものであるが，そのままの転記になっているものが多い。転記した検査成績を基に値の変動が意味するもの，またそれに伴う症状や，訴えなど患者の病状の変化として看護する上に必要な情報として，総合的にとらえることが望まれる。

健康・疾病に対する考え方

患者自身の健康観や疾病をどうとらえているか，ということであるが，不安を抱いている，早くよくなりたいと思っている，という表現に止まっている。またある学生は，精神状態というところで，疾病に対して早くよくなりたいと思うが高齢なので長くなっても仕方がない，という気持ちを持っていると書いてある。ここでも項目に何をどう書けばよいのかの理解が不十分であることが，指摘できる。そして，患者の考え方を知るという心理面の把握であることから，コミュニケーションの良否，不安，よくなりたい，という気持ちを客観的に表現する力も必要になる。

臨床実習の中で，患者という一人の人間に接して，必要な情報を収集するためには，コミュニケーションや観察の知識・技術がいる。そしてその段階ですでに，資料を情報として選び出す判断力が必要となる。また，収集された情報は相互に関連づけられ判別されて，目的を達成するために活用されなければならない。情報収集に当たっては，看護学的な視点と問題意識をもち，さらに看護する者の人生観・職業観が大きく影響すると考えられる。

まとめ

1）項目として示してある情報は収集できているが，個別性をとらえた具体的な書き方ができていない。

看護問題の抽出にすぐ活用することができない。

2）身体面に比べて，心理・社会面の情報が少ない。

記録物から得られる情報は書けているが患者に接して自分の目で観，感じてとらえなければならない，心理・社会面の情報は書けてなかったり，不十分である。

3）身体面の情報が治療・検査・病状など疾患との関連からとらえられていない。

日常生活行動における身体面の把握はできているが，疾患を持った一人の人間というとらえ方ができていない。

4）情報の分類が不十分であり，情報間の関連性が理解できていない。

こういう看護をしたいという目的を持った意図的な収集ができていない。また，チャートや看護記録から転記しただけのものもある。

5）看護をする上での情報収集の重要性には気付いている。

おわりに

臨床実習の初期において，看護過程を展開するための情報収集上の問題点について考えてみた。

いくつかの問題から臨床実習指導，人間理解のための教育科目，看護学総論，学内実習の方法等について検討する必要を感じた。

臨床における看護実践は，単なる知識の伝達だけでなく，体と頭と心を通して伝えなければならないし，それが臨床実習指導の本質である。

カンファレンスという記録を基にした指導は，臨床実習指導の本質からはかけ離れたものになるが，実習初期の学生の看護する上でのつまずきに気付き，方向づけをすることが出来るしそれは，重要なことであると気付かされた。

参考文献

1）佐々木裕子：看護過程の理解についての一考察　群馬大学医療技術短期大学部　紀要4　13～25　1983.
2）田島桂子：臨床実習指導の現状と課題　看護教育4　4～25　1984.
3）高橋百合子：看護学生のためのケース・スタディ　メヂカルフレンド社　1975.
4）持永静代：看護学の方法・看護教育への提言　看護教育6　6～25　1984.