

すべきか検討することが必要である。

(2) 模擬患者導入の利点と課題

13 文献中、12 文献は、1 つの演習や試験で模擬患者を導入した成果を調査しており、その積み重ねが、看護実践能力の向上にどう寄与するのかが明らかではない。しかし、模擬患者導入の利点にあるような、「臨場感、臨機応変さ、アセスメントしながら判断する過程の学び」は、実践能力につながると考えられる。Becker ら(2006)の研究では、模擬患者を用いた教授法と従来の教授法を比較したところ、事後のテスト得点には有意差がなかったが、学生は全体的に模擬患者を導入した学習に肯定的であったこと、また、特に実施場面を録画したビデオの自己分析や、技術実施後のグループディスカッションが有益であったとの指摘があった。Yoo ら(2003)の研究では、臨床判断能力、臨床技術能力、コミュニケーション技術のいずれにおいても模擬患者を用いた教授法群は有意に高得点が取られ、同じデータを与えても、模擬患者で学んだ学生は複数の援助を考えられる傾向にあったとの報告があった。

一方、模擬患者導入には、効果的な教育方法、教材(シナリオ含む)作成、模擬患者の養成、評価・フィードバック方法と、課題が多い。宮崎(2005)のレビューにおいても、学生のレディネスに応じた事例設定や養成を受けた模擬患者の依頼費用が課題とされている。導入に見合う教育効果を示すことができれば、導入の必要性を訴えやすいのではないか。また、山口ら(2005)によると、学習方法として模擬患者を導入する場合は、学生の不安への対応が必要である。また、模擬患者導入の利点として、実習への導入に役立つとあるが、実習でどう活かされているのかという研究はなく、今後の課題である。

以上のように、模擬患者を導入した看護技術

教育には様々な利点があり、本研究で作成する学習モデルには模擬患者を導入した構成となることが望ましい。その際には、模擬患者を誰が行うのか、学生の不安や緊張をどのように緩和するのか、についての検討を要する。

3) OSCE に関する看護文献の整理

看護教育において OSCE を実施している教育機関は比較的少ないが、対象となった 7 件中 5 件で模擬患者を導入されており、OSCE の実施においては模擬患者を積極的に導入していることがうかがわれた。また、OSCE の実施時期は基礎看護技術の学習が終わった各論の臨地実習前または卒業前が多いこと、利点として自分のレベルを認識し、ステップアップのための動機づけに効果的であることなどがあげられる一方、技術評価の妥当性の確保や学生の負担の軽減などが課題であることが示された。

Major ら(2005)によると模擬患者を導入した OSCE は学生にとってはストレスであるが、口頭でのフィードバックが看護技術習得には重要であることが示唆されている。また、Brosnan ら(2006)が学生に質問紙調査を行なった結果では、学生は OSCE を適切かつ公正で意味ある査定法と捉えており、評価者の働きかけが学生のストレスの軽減に貢献していたことを指摘している。

本研究においては学習した看護技術の評価の検討をしていくが、OSCE の利点や課題を参照し、具体化していくことができるだろう。

以上の文献調査・訪問調査の結果から、本研究で作成する学習モデルに必要な要素として以下の 3 点でとした。

- ・事例および模擬患者を用いてより臨床に近い形での判断力や技術力の獲得を目指す
- ・最低保障になる minimum essentials を抽出する

・思考と統合した技術の評価が必要である

また、看護基礎教育における技術教育の中で様々な形で知識と技術を統合する取組みが模索されている実態が明らかになったが、部分的な取組みが多いことや、医学教育のような全国標準が作られていないことが課題としてあげられる。これらのことから、平成 17 年度に作成した看護基礎教育で必要とされる看護技術の目標を達成するための、カリキュラムの作成、単元構成、授業案と、一貫した学習モデルを作成するという本研究の意義が見出される。

IV. 到達目標を達成するためのカリキュラムの検討

1. 看護基礎教育卒業時の到達目標をもとにした看護実践能力を育成する看護技術教育モデルの検討

平成 17 年度の研究で明らかにされた看護技術 142 項目について、学生個々が確実にかつ効果的に到達していくためには、どのような教育方法が有効かを検討した。教育方法の検討にあたっては、看護実践能力の育成を重視し、実践力の性質が、それぞれの知識、技術、態度がばらばらに存在しているのではなく、統合して成り立っていることから、看護技術の修得においても、知識や態度とともに統合されながら学べること、臨床場面にすぐ適応できるよう、教育においても臨場感を重視したものでありたいと考えた。そこで、看護技術の到達目標のみを考えて教育方法を検討するのではなく、看護技術、知識、態度などが常に統合されながら学ぶことができるよう、カリキュラム全体から検討し、モデルを作り、そのなかで有効な教育方法を検討することとした。

以下の点が、カリキュラム検討の過程である。

- 1) 看護実践能力と看護技術教育モデルの検討
- 2) 142 項目の看護技術の段階的積み上げとカリキュラムモデルの検討
- 3) カリキュラムモデルと学習方法の検討

2. 看護実践能力を育成する看護技術教育モデルの検討

看護実践能力の特徴について検討し、さらに看護技術の到達目標との関係について検討した。その結果、クライアント中心の看護実践力であること、知識と行動が統合された形であること、

学習者が既にもつ教養の発展形であることが特徴として抽出され、これらを踏まえて看護技術教育モデルを検討するべきであることが見出された。

1) クライアント中心の看護実践能力

看護実践は看護のクライアント(消費者・コンシューマー)が中心にある。このクライアントの理解は、平成16年文部科学省「看護学教育の在り方に関する検討会報告書 看護実践能力の充実に向けた大学卒業時の到達目標」においては「Ⅰ群ヒューマンケアの基本に関する実践能力」として示され、平成16年厚生労働省「新人看護職員の臨床実践能力向上に関する検討会報告書」においては「Ⅰ看護職員として必要な基本的姿勢と態度」として求められる能力である。この概念は、「患者中心の看護」「ケアリング」など、さまざまに表現されてきた看護界の共通認識であり、看護の説明概念のうち「人間観」「健康観」に深くかかわる看護実践力の重要な要素である。

上記の認識に立ち、「患者にとって快適な」、「患者の状態にあわせて」もしくは「患者の自覚症状を配慮しながら」などという看護技術実施の条件としてあげたクライアントの状態の理解を、看護実践能力を育成する看護技術教育モデルの中心におくこととした。またクライアントの状態の理解とは、教育内容として何を理解することかの検討を重ねた。さらにクライアントの理解の基本的知識・教育内容と142の看護技術の教育内容との関係を示す看護実践能力を育成する看護技術教育モデルの開発に取り組んだ。

2) 思考と行動の統合としての看護実践能力

クライアントを中心に置き、それぞれのクライアントのその時々状態に即した看護実践を行

うには、142の看護技術の標準的手順を状況に応じて変化させる能力が必要である。

講義・学内演習で教示された知識をもとに標準的な手順を変化させる必要があるかどうか、どのように変化させることが必要かを特定するには、クライアントの状態の理解と看護の方法とを関連させてどのように行うのかを計画し、計画した看護を実践している最中にもクライアントの反応の意味を理解してさらに方法の修正を行っていくという知識と技術、態度の統合があつて初めて可能となる。

この知識、技術、態度の統合については、平成16年文部科学省「看護学教育の在り方に関する検討会報告書 看護実践能力の充実に向けた大学卒業時の到達目標」においては「Ⅱ看護の計画的な展開能力」として位置づけられ、平成16年厚生労働省「新人看護職員の臨床実践能力向上に関する検討会報告書」においては「看護技術を支える要素 3的確な看護判断と適切な看護技術の提供」としてⅠ看護職員として必要な基本的な姿勢と態度、「Ⅱ技術的側面」、「Ⅲ管理的側面」の全体を支えるものとして位置づけられている。

従来の看護基礎教育では、知識、技術、態度について、つまり思考と行動は、別々に習得され、臨地実習の場で統合されるといった状況であった。しかし、実習の時間数が減り、かつ患者の権利の尊重から、看護技術の提供においても様々な制約があるなかでは、臨地実習の場で思考と行動の統合は難しい状況になっている。したがって、臨地実習の前段階である学内での講義・演習においても、思考と行動が統合されることが重要と考えた。

そこで、カリキュラム全体において思考と行動が統合されること、つまり、科目として分割され編成された教育課程において教育される基本的な知識群、典型として習得される標準的技術、積

み重ねられる臨地実習での体験を通して、学生は知ることと行うことを次第に統合し、考えて行う、行いつつ考えるという看護実践能力を獲得していくことを目指すこととした。

3) 学習者がすでにもつ教養の発展形としての看護実践能力

看護基礎教育は、青年後期にある学習者の成熟をめざす高等教育機関であり、生老病死などさまざまなクライアントの人権を養護するという職業倫理・行動規範に即した態度が育成される場でもある。看護技術教育は、これに取り組む学習者の入学前の教育段階における学習経験、家族など社会生活の基本的構成単位の一員としての生活経験、かけがえのない固有の価値観、個性を素地として、より教養を積み重ねて充実させて、看護実践能力へと発展していくものと考えられる。

平成 16 年文部科学省「看護学教育の在り方に関する検討会報告書 看護実践能力の充実に向けた大学卒業時の到達目標」では「看護学教育の特質」として「看護生涯学習の出発点となる基礎能力を養う課程」、「創造的に開発しながら行う看護実践を学ぶ課程」、「人間関係形成過程を伴う学習が中核となる課程」に加えて、「教養教育が基盤に位置付けられた課程」をあげている。「ものの見方、考え方、価値観の総体」として定義づけられる「教養」は、看護基礎教育以前にさまざまな生活体験の総体から生まれ、それぞれの個性として育まれている素地の上に、教育課程、あるいは学校文化としてさらに豊かになる。

そこで、深い人間理解、生活理解の上に立った人間関係能力、説明能力、生涯学習者として学び続ける能力としての教養を重視し、看護実践能力との関係を示した看護技術教育モデルの検討をすすめた。

4) 看護実践能力を育成する看護技術教育モデルの開発

前述の検討をもとに、看護実践能力を育成する看護技術教育モデルの図式化を図った(図IV-1 参照)。本モデルは以下の特徴を示すものである。

- (1) 生活体験からはぐくまれている人間観・職業観などの教養が基盤になっている。教養もまた積み重なり、看護実践能力へとつながる。
- (2) 倫理観・対人関係能力・問題解決能力に現れる看護観もまた基盤であり、看護実践能力の重要な要素である。
- (3) 看護技術教育の主要な柱は、思考と行動の統合、クライアントを捉える視点である。
- (4) クライアントを捉えるための主要な視点は、健康レベル、自立状態、発達段階、機能・役割、病態・治療である。
- (5) 看護実践能力を具現化しての行動として看護技術が存在し、それらは、医療安全の技術、生活行動を支える援助技術、ヘルスアセスメント技術、医療・療養(救命)を支える援助技術の群に分けられる。
- (6) 思考と行動(知識・技術・態度)とが統合されながら看護実践能力として積み重なっていく過程として看護技術教育があることを示すモデルであり、教育過程は、幅広い底をもつ逆円錐の形で示される。

なお、本研究で用いている用語の定義を以下に示す。

・看護実践能力

人々の安寧をめざす動機をもち人間にかかわる中で起きる事象を五感をもって知覚し、専門的知識を駆使してその事象もつ意味を科学的・論理的に把握し分析

し判断し、その人・その集団にとって最大の健康上の価値を実現するために看護技術を修正しつつ行う力をいう。

*参考文献 P Benner:ベナー
看護ケアの臨床知 行動しつつ考え
ること 井上智子監訳 医学書院
2005

・人間観

看護の受け手としての個人または集団に対する看護の担い手の価値観・定義づけ・自覚

安寧に生存する基本的人権と尊重されるべき固有の生活様式・価値観を有する存在

*参考文献 日本看護協会看護者の倫理綱領 2003

・職業観

自らが社会的自立の経済的基盤を得ることで生じる社会的な責務とその遂行と自らの成長との関係に対する受け止め方、構え、自覚

*参考文献 Web 系統看護学講座 基礎6 社会学 医学書院 1993

・倫理観

社会の一員として、看護の専門職としての行動・実践のあり様の道徳的基準であり、その結果について引き受けるべき責任の範囲についての自覚

*参考文献 日本看護協会 2003 看護者の倫理綱領 サラ T フライ:看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド 日本看護協会出版会 1998

・対人関係能力

人間の尊厳・権利の擁護者としての自覚をもって他者の利益に関心をよせ、言語的、非言語的表現を知覚し、自分の解釈を確認しながら理解しようという意思をも

ってかわりを継続できる能力

*参考文献 平成 16 年文部科学省報告書「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」 A ウィーデンバック:臨床看護の本質 現代社 1984 ミルトン メイヤロフ:ケアの本質 ゆみる出版 2003

3. 142 項目の看護技術の段階的積み上げ カリキュラムモデルの検討

看護実践能力を育成する看護技術教育モデルを基に、カリキュラム軸モデルを検討した。さらに、カリキュラム軸モデルに従って、142 項目の看護技術について、学習段階上の積み上げおよび配置を検討した。その結果、図IV-2 に示すカリキュラム軸モデルとして示すことができた(図IV-2 参照)。

このカリキュラム軸モデルは、思考と行動の統合をしめす看護技術教育モデルを、水平軸と垂直軸による平面で理解しやすいように示してある。また、モデルの単純化のために教養的な内容は示さず、クライアントの健康レベルと捉え方、看護技術修得に焦点を当てて構成したものである。

本カリキュラム軸モデルの構成は以下の通りである。

- (1)クライアントの健康レベル、すなわち健康、健康障害、複雑な健康障害、多様な健康状態・死の4つのレベルをカリキュラムの垂直軸に置く
- (2)クライアントの捉え方、すなわち自立状態、発達段階、機能・役割、病態・治療は、水平軸としてしめされる。ただし、レベルに応じて一部の内容は変化する。自立状態には、自立した状態、依存状態、部分的

に援助を要する状態が含まれる。発達段階には、成人・老年・小児期・母性が含まれる。ただし、本研究において母性看護特有の看護技術を網羅的に含んではいないので、学習方法の検討においては削除した。機能・役割、病態・治療には、全体的に捉える見方、身体機能・精神機能・社会的機能面から捉える見方を含む。

- (3) 看護の方法のなかに看護技術が含まれ、各看護技術が、生活行動の支援・ヘルスアセスメント、医療(救命)と療養生活支援、医療安全の群として、水平軸に位置づけられる。

本カリキュラム軸の特徴は、看護技術の項目のみをまとめて置くのではなく、水平軸として常にカリキュラムの全般に置かれることである。その際に、つねにクライアントの健康レベルや捉え方に関する思考と看護技術を含んだ看護実践としての行動が統合されて学習が進んでいく、カリキュラムモデルである。

本カリキュラム軸に従って、平成17年の研究にて明確になった看護技術の到達目標の大項目をレベルⅠ～Ⅳにそれぞれ配置したものを図Ⅳ-3に示す。(図Ⅳ-3参照)

さらに142項目の看護技術の到達目標をカリキュラムの軸(健康レベル)と看護技術の科目群ごとに配置したものを表Ⅳ-1に示す。(表Ⅳ-1)

看護技術の到達目標を配置するにあたっては、以下のことを考慮した。

- (1) 健康のレベルの軸に応じて看護技術の到達目標を配置した。すなわち、健康のレベルには主として到達度Ⅰ(単独で実施できる)、健康障害のレベルには到達度Ⅱ(看護師・教員の指導のもとで実施できる)が、複雑な健康障害のレベルには、到達

度Ⅲ(学内演習で実施できる)およびⅣ(知識としてわかる)が、多様な健康状態・死のレベルには、到達度Ⅰ、Ⅱ、Ⅳの到達目標が配置された。

- (2) 到達目標の表現に、「患者の機能に合わせて」など、アセスメント能力、判断力を要する項目は、健康のレベルおよび多様な健康状態・死のレベルなど2段階で配置した。

- (3) 主には健康レベルと到達目標の到達度が段階的に応じるように配置したが、なかには応じない内容があった。例えば、「患者の褥瘡発生の危険をアセスメントできる」は、通常健康、健康障害のレベルに配置されるものとするが、内容の複雑さを考慮して、複雑な健康障害のレベルに配置された。このように本研究者間で検討して、看護技術の習得の困難さを考慮しながら、健康レベルに応じて配置した。

4. カリキュラムモデルと教育方法の検討

カリキュラム軸に沿って、学習方法について検討した。さらにその学習方法により習得される看護技術が、現行の看護師国家試験出題基準の内容を網羅しているかどうか、対照しながら検討した。その結果、表Ⅳ-2(1)～(7)に示すように、主にシナリオ(事例)を用いての学習方法により、ほぼ看護技術の各到達目標を達成する可能性が示された。以下、カリキュラム軸に沿って述べる。

- 1) カリキュラム軸：<健康のレベル>生活行動の支援技術を軸としての看護技術到達目標と教育方法
(表Ⅳ-2 (1) (2)参照)

健康のレベルで、修得すべき看護技術は、

34 項目であり、安全管理、ヘルスアセスメントの技術を含みつつ、多くは生活行動の支援技術である。この段階は、カリキュラムのタイプによるが、教養や基礎なる知識の習得と、看護技術の修得が並行して進んでいくものであろう。この段階において看護技術を習得するには、2つの学習方法および内容によって可能と考える。健康を見直し、よりよい健康を考えるためには、まずは、身近な健康状態について見直すことが効果的と考えられることから、学習タイトル「自分が生まれ成長・発達する過程・保健サービスをたどる」「自分の生活行動を見直す」「自分の両親・祖父母の健康生活を見直す」が挙げられた。この初段階の時期は、学んでいないことや出会っていないことをイメージ化することは容易ではなく、従って、教育方法は講義や個人ワーク、グループ討議が望ましいと考える。これらの方法によって、13 項目の看護技術が習得されるものと考ええる。

2つ目の健康レベル軸での教育方法もまた、学生にとって身近なこと、起こりうることから組み立てることで、動機づけが高く、イメージ化しやすいものとする。それを学習する方法には一部知識習得のために講義はあるものの、シナリオ学習が有効と考える。学習タイトルを「成人期の外傷後の生活を援助する」として、21 項目の看護技術を習得する。ただし、この段階は、看護の方法である看護過程(問題解決過程)を学ぶことを重視する。また、医療(救命)・療養生活の支援技術は、健康レベルの時期には適当ではなく、この段階では、まだ統合は必要ではないであろう。

**2)カリキュラム軸：〈健康障害のレベル〉
生活行動の支援技術・療養生活の支援技術
を軸としての看護技術到達目標と教育
方法 (表IV-2 (3) (4)参照)**

健康障害のレベルでは、最初から生活行動の支援技術と医療(救命)・療養生活支援技術が組み合わさっての習得を目指す。教育方法は一部講義とシナリオ学習とする。シナリオは成人・老年・小児期の特徴を踏まえて、比較的理解しやすい疾患・病態、看護の方法がよいであろう。なお、学習タイトルは以下7つが例として挙げられた；

「栄養摂取・代謝障害を持つ成人の看護」「排泄機能障害をもつ成人の看護」「感染症に伴う呼吸機能障害のある成人の看護」「高齢者の看護」「腎障害により治療を受ける子どもの看護」「認知機能・コミュニケーション障害を持つ患者の看護1、2」

これら7つのシナリオ学習により、51 項目の看護技術を修得することが可能になると推測される。

**3)カリキュラム軸：〈複雑な健康障害のレベル〉
生活行動の支援技術・療養生活の
支援技術を軸としての看護技術到達目標
と教育方法(表IV-2 (5) (6)参照)**

複雑な健康障害のレベルでは、生活を支える援助技術と医療(救命)・療養生活を支える援助技術の両方を習得していくものの、重きは医療(救命)・療養生活を支える援助技術の習得に置かれる。このレベルの看護技術項目は、到達度Ⅲ、あるいはⅣであり、また、到達度Ⅱであっても、臨地実習中に必ずしも、その看護技術を要する患者に出会う可能性の少ない技術と言える。

このレベルでの学習もまた、一部講義とシナリオ学習によって看護技術を習得することが可能である。むしろ、このレベルの看護技術の習得は臨地実習では、必ずしも習得できるとは限らないため、クライアントの条件や病態、事例設定を工夫することができ、かつ学

生のペースで学ぶことが可能なシナリオ学習は、有効と考えられる。複雑な健康障害のレベルでは、49 項目の看護技術の到達目標について、7 つのシナリオにより学習することが可能である。これらの学習タイトルは;

「急激な身体侵襲を受けている患者の看護」「心機能が低下している患者の看護」「免疫機能が低下している患者の看護」「自己管理を必要とする患者の看護」「難病により生活習慣の変更を余儀なくされた患者の看護」「在宅で療養している高齢者の看護」「終末期にある患者の看護」である。

4) カリキュラム軸：＜多様な健康状態・死＞生活行動の支援技術・療養生活の支援技術を軸としての看護技術到達目標と教育方法(表Ⅳ-2(7)参照)

多様な健康状態・死のレベルでは、生活を支える援助技術と医療(救命)・療養生活を支える援助技術の両方を、患者の生活の質への考慮や生活の場の条件によって多様であることを踏まえて学習する。また、国際看護や災害看護など、臨機応変な看護技術の実施を目指していく。この段階の学習方法は、シナリオ学習およびグループ討議学習とし、学生がそれまでの学びの統合を目指し、より主体的に学ぶことが可能な方法を重視する。

このレベルでは、23 項目の看護技術の到達目標について、在宅看護を中心としたシナリオ学習および1つの事例について回復経過を追い各期に応じた看護の展開を目指したシナリオ学習を行うなかで習得することを目指す。

このレベルでの学習タイトルは、多様であつてよいであろうが、例としては、「終末期にある患者の看護」「難病をもつ患者の在宅看護」「多様な健康状態、経過に応じた看護」が挙げられる。

以上のように、クライアントの健康レベルを軸として、大いにシナリオ学習を取り入れ、それにしたがって看護技術を習得することにより、知識と技術を統合しての学びが可能であることが示された。従来、基礎看護学、成人看護学、老年看護学というように、対象特性を含んだ柱(カリキュラム軸に相当する)ではあつたものの、看護技術の大半は、基礎看護学で学ぶということが主流であり、そのことで知識と技術が乖離して学ぶこと、とくに看護技術はクライアントの想定がない、つまり実態感の乏しい教育方法になっていたことは否めない。このようにシナリオを用いた教育方法は、クライアントの想定を置くことで、より実態感のある、臨地実習での学びに近い臨場感のある学びを可能にすると考えられる。本研究においてカリキュラム軸に基づき、複数の看護技術項目を含む教育方法としてシナリオ学習によって習得しうること、その内容は、現行看護師国家試験出題基準に対応することが明確になったことは、看護実践能力を育成する看護技術教育の教育方法としての有効性を高めることになると考える。

5. 教育モデル作成のプロセス

1) 教育モデルのねらい

カリキュラムの検討の結果、本教育モデルのねらいを以下の3点に絞った。

- (1)シナリオを用いて患者の状況を判断し、知識と技術を統合して援助を実施・評価する
- (2)模擬患者を対象として臨場感を出す
- (3)グループワークにより学生が主体的に学習する

2) 教育内容のマトリックスによる検討

- (1)第1段階…単元に何をとり上げるか
カリキュラム軸の＜健康障害＞の看護援助技術は比較的広い範囲を学習内容として含んで

いるため、このレベルを取り上げることにした。水平軸(看護技術項目)における生活行動の支援のなかでも日常生活援助(ADL)に関する看護技術は、基礎的技術として重要かつ援助頻度が高いことから、国家試験の出題基準の成人看護学「8. 運動機能障害をもつ患者の看護」を主軸にし、単元構成案を作成した(表IV-2(4)、図IV-4参照)。また水平軸(対象の捉え方)は、発達段階の基本となる「成人・老年期」を対象とし、さらに自立度の「依存状態」は急性期で、「部分的に援助を要する状態」は回復期とすることで学べると考えた。これらのことを踏まえ、運動機能障害の原因となる疾患として、学生が基礎実習などで接している可能性が高い脳血管障害を取り上げた。

(2) 第2段階・・・急性期と回復期のマトリックスの検討

単元名を「脳梗塞を発症した人のADL自立に向けた看護援助」とし、学習内容を急性期と回復期にわけてマトリックスを作成した。マトリックスの横軸には看護過程の「情報収集」「アセスメント」「計画」「実施・評価」を置き、さらに看護技術到達目標を加えた。縦軸には学習要素として看護技術項目を置いた。急性期と回復期のマトリックスをそれぞれに作成し、最終的に統合、整理した。結果、看護技術到達目標142項目のうち、到達度Ⅰが30項目、到達度Ⅱが37項目、合計67項目と約半数が含まれていた。

(3) 第3段階・・・単元「脳梗塞を発症した人のADL自立に向けた看護援助」の作成

単元構成案(図IV-4)のなかの単元4を取り上げ、演習1「右半身麻痺のある人の車椅子移乗動作の獲得に向けた、移乗・移動介助」とし、学習内容をマトリックスに整理した(表IV-3)。看護技術到達目標は、到達度Ⅰが7項目、到達度Ⅱが5項目、合計12項目が含まれていた。このマトリックスを基に、これらの看護技術を習得す

るためのシナリオを作成した。

3) 授業展開方法の検討

援助の手順を習うという従来の学習方法とは異なり、学生自らがシナリオから患者の状況をアセスメントして援助計画を立案して援助を実施するため、個人作業よりも既習の知識と技術さらに援助計画に広がりが出ると考え、グループワークを取り入れることにした。

4) 臨場感を出すための検討

学内で練習し技術チェックを受けていても、実習場面での援助になると学生は計画通りに実施できないことが多いため、このギャップを小さくするような演習方法を用いる必要がある。学内では学生同士で練習することが多く、相互に援助内容や手順を知っている者同士での練習の限界と考えられた。しかし実際の患者で練習するわけにはいかないため、医学教育のOSCEでは、対象を模擬患者にしている。文献検討の結果、近年看護演習でも模擬患者での学習が取り入れられているが、報告されているものの学習内容はコミュニケーションに関するものが多かった。模擬患者の利点としては臨場感があげられており、また評価者がいる前で援助を実施することにより緊張感をもつことができると考えた。学生の看護技術の実施体験は、実習施設や受け持ち患者により様々であることから卒業時の看護技術到達目標を達成するには、実習で体験できなくても、模擬患者などで技術を実施・評価していることが求められると考え、模擬患者による援助を実施することにした。

5) 配当年次の検討

学生が「部分的に援助を要する状態」対象の状況をアセスメントし援助計画を立案することから、学習配当年次は2年後期と設定した。

6. 教育モデルの構成

1) 単元構成

単元名 : 脳梗塞を発症した人のADL自立に向けた看護援助

単元目標: 脳梗塞を発症した人のADL自立に向けて日常生活援助を実施する

演習1 : 右半身麻痺患者の車椅子移乗動作の獲得に向けた、移乗・移動介助

行動目標:

- ① 患者の状態を観察し、アセスメントする
- ② 患者が安全に車椅子移乗するための環境を整える
- ③ 患者の残存機能を活かし、安全に車椅子に移乗できるよう援助する
- ④ 患者が正しい移乗動作を身につけることができるように援助する
- ⑤ 一連の援助を評価する

演習2 : 右半身麻痺患者の車椅子トイレにおける排泄の自立に向けた排泄介助

演習3 : 右半身麻痺患者の摂食の自立に向けた食事介助

演習4 : 右半身麻痺患者の清潔保持と更衣動作の自立に向けた清潔援助

2) シナリオ

平 良男(たいら よしお)さん(72歳、男性)は、平成19年2月6日、起床後に排泄を済ませ居間に行く途中、右足に力が入らなくなり座り込んだところを妻に発見された。右上肢の脱力、呂律の回りにくさも出現したため、救急車で来院し、頭部CTの結果、脳梗塞(中大脳動脈領域)と診断され入院となった。右片不全麻痺と構音障害があり、入院時より安静療法、薬物療法、禁飲食が開始された。血圧は収縮期

血圧140mmHgで経過し、意識も明瞭で安定した。既往歴は高血圧、便秘である。家族構成は妻(70歳)と二人暮らしである。

入院後の経過

病日4日目に座位耐性訓練(午前・午後)にギャッジ座位30°で30分)実施。意識、血圧などに変化、自覚症状(気分不快、嘔気、めまいなど)なく経過した。以後患者の様子を観察しながら、座位耐性訓練、ベッド上での関節可動域訓練、寝返り訓練を実施した。病日9日目には点滴が中止となり、起き上がり訓練と端座位から介助にて車椅子に移動して30分過ごした。病日11日から訓練室での起き上がり訓練、車椅子移乗訓練が開始予定である。リハビリに対して「リハビリを頑張れば、動けるようになる」と思っている。

運動機能(病日10日現在)

右上肢は、肩関節・肘関節・手関節・手指を別々に動かすことは難しく、全体的に屈曲方向または伸展方向の運動しか行えない。右下肢は、ベッド上で膝を立てることができ、座位で踵を床につけたままつま先を持ち上げる動作は可能である。ベッド上ではベッド柵を活用しながらの体位交換や移動はほぼ自立しているが、起き上がりでは患側の上下肢保持をしないで動こうとするため、起き上がりきれないことがある。座位バランスが不安定なため患側に倒れやすい。将来的には、右上肢は補助手レベルで、利き手交換が予測されている。右下肢は、杖歩行までの回復が予測されている。

演習課題

貴方は病日 11 日目に平さんを受け持ちました。午前 10 時に「訓練室からリハビリの連絡があったので移送してください」と師長から指示を受けました。平さんの状態をアセスメントし、安全に訓練室に移送し、さらに訓練室から病室に移送してベッドに臥床するまでを援助してください。

3) 授業展開方法

- ・事例紹介とミニレクチャー(45分)
- ・個人で援助計画立案(45分)
- ・グループで援助計画立案(60分)
- ・援助の練習(30分)
- ・グループの行動計画発表と学生個々の最終案作成(90分)
- ・模擬患者に対して援助を実施(15分)
ただし援助実施日までの間、自己学習のために実習室を開放する
- ・実施した援助内容を振り返り援助計画用紙に評価を記入(30分)

V. 学生への授業の実施と評価

1. 評価の目的

作成した『実践能力を高めるための看護技術教育モデル』が、看護基礎教育課程において実施可能であるか、また教育効果について評価することを目的とした。科目「脳梗塞を発症した人の ADL 自立に向けた看護援助」における5つの単元のうち、「右片麻痺患者の車椅子移乗動作の獲得にむけた移乗・移動介助」について講義、演習、学生個々の技術評価を実施し、教育効果を評価した。

2. 評価方法

1) 対象

基礎看護技術の授業と基礎看護実習を終了している時期の2年次看護大学生を対象とした。A

大学 12 名と B 大学 13 名の計 26 名が研究参加の意思を表明した。そのうち 3 名が途中で参加を中止したため分析対象は 23 名となった。

2) 調査方法

(1) 調査 1 日目

① インフォームドコンセントおよびオリエンテーション (30 分)

研究参加の意思表示をした学生に対して倫理的配慮に関する諸説明を実施し、同意書を得た。さらに授業方法と評価方法についてオリエンテーション資料にそって説明した。

② 事例紹介とミニレクチャー (45 分)

科目構成および単元目標を説明し、単元4「右片麻痺患者の車椅子移乗動作の獲得にむけた移乗・移動介助」のシナリオを提示した。事例の状況についてのイメージ化を助けるために、脳梗塞と片麻痺患者のリハビリテーションについての基礎知識を講義し、さらに事例の運動機能についてDVDを用いて解説した。

③ 個人で援助計画立案 (45 分)

まず、学生個人でシナリオから患者の状況をアセスメントして援助目標を立て、具体的な援助計画を学生自身が行動できるように計画し、援助計画用紙に記述した。援助計画には援助の根拠も併記した。この間教員は、学生の質問に対応できるように教室に待機した。個人の援助計画用紙の複写を教員が保管した。

④ グループで援助計画立案 (60 分)

学生は個人で立案した援助計画や文献を手がかりにしたグループディスカッションにより、グループの援助目標と援助計画を立案した。その内容は援助計画用紙に記述した。計画用紙の複写を各学生に配布して、以後の学習に活かすようにした。この間教員はグループ間を巡回し、質問に対応したり、ディスカッションを促進する役割を取った。

⑤ 援助の練習 (30 分)

立案した援助計画に基づいて援助を実施しながら、計画を修正した。教員は授業時間として確保している30分間は、実習室にて学習を促進させるように対応した。以後の2時間は学生の自己学習とした。さらに自己学習日を1日設け、実習室を開放した。

(2) 調査2日目

①グループの行動計画発表と学生個々の最終案作成 (90分)

各グループの計画を実演発表し、意見交換を実施。教員は有意義な意見交換になるようファシリテーターの役割を取った。意見交換後、学生は各自の援助計画の最終案をまとめ、自己練習を行った。

②学生個々の技術評価についてのオリエンテーション

単元4「右片麻痺患者の車椅子移乗動作の獲得にむけた移乗・移動介助」の学習において、学生の習得した技術を評価する方法についてオリエンテーションを実施した。技術評価のための課題を提示し、準備から実施、実施後の行動について説明した。

③学生個々の技術評価

この単元で習得する援助技術についての学生個々の習得状況を把握するために、模擬患者の養成と派遣活動を行っている外部機関に所属している男性2名を患者役として、学生は援助を実施し、それを研究者が評価した。学生はひとり15分のなかで、患者をベッド上臥床状態から車椅子に移乗、リハビリテーション室に移送するまでの援助を実施した。評価者は技術チェックリストに基づいて評価を実施した。援助については準備から終了までをDVDに撮影した。

④援助計画用紙への記録と授業評価用紙への記入

援助終了後、援助計画用紙の「実施・評価」欄に、実施した方法とそれに対する評価を記述、さ

らにこの教育モデルに対する評価を授業評価用紙に記述し、研究者に提出した。

⑤インタビュー

学生が援助を提供している時の思考(意図、思っていたこと、意識していたことなど)を吐露させることと、本研究の学習方法の特徴について学生の反応を知ることを目的に、撮影したDVDを再生しながらのインタビューを実施した。インタビューと学生は1対1であり、ひとりにつき30～50分を要した。

3) 調査内容

(1) 学生個々の技術評価

患者をベッド上臥床状態から車椅子に移乗、リハビリテーション室に移送するまでの援助について、安全と安楽を前提として確実に実施するために必要な要素を準備5項目、移乗16項目、移送5項目設定し、技術チェックリストを作成した。評価方法は、実施したことは○、実施しなかったことは×、実施の有無が判断できないことは△、と表記し、確認できなかった行為については空白とした。さらに評価者が気づいたこと、SPのコメントを簡潔に記述した。

また患者の安全を確保するために評価者が介入する基準を、第1段階は「ちょっと待って。行動に移る前にもう一度確認してください」と注意を促す、第2段階は問題箇所を口頭で指摘する、第3段階は学生の援助に評価者が手を添える、第4段階は援助を中止させる、という4段階設定した。

(2) 授業評価

この学習方法に対する学生からの評価について質問紙を作成した。単元4で実施する援助技術に関する学生の経験を問う3項目、時間配分の適切性に関する5項目、参加状況8項目、課題の内容4項目、担当教員の対応2項目、授業の役立ち度6項目、総合的な満足度1項目で構

成した。

学生の経験は「はい」「いいえ」「わからない」の三肢選択、時間配分の3項目は「多い」「適切」「少ない」の三肢選択で問い、自己学習時間と内容は自由記載とした。参加状況、課題の内容、担当教員の対応、学習効果は「とてもあてはまる」5点から「まったくあてはまらない」1点のリッカートスケールを、さらに総合的な満足度は「非常に満足」10点から「非常に不満足」1点までのリッカートスケールを用いた。

(3) インタビュー

インタビュアーごとの差異をなくすために、インタビューガイドを作成した。

学生が援助を提供している時の思考を引き出すために、個々の学生の技術評価の場面のDVDを再生しながら援助の場面ごとに「…の時、何を考えていましたか」「今、…していますが、どのようなことを考えていましたか」と、何を実施している場面かわかるように言葉を補いながら質問をした。学生に自由に語ってもらうことを主体とし、学生から話が出なかった場合でも環境整備、車椅子操作、床上体位変換、車椅子への移乗の際の思考については必ず問いかけを行った。

また学習方法の特徴について学生の反応を知るために、事例を用いる学習方法、個人で学習した後グループで学習すること、グループごとに実演すること、模擬患者に援助をすること、疑問点や困惑について問いかけを行った。最後に授業が本教育モデルに変わったらどう思うかとその理由について質問した。

3. 信頼性の保持

調査においては学生と面識のない教員1名が講義、演習を担当し、さらにインタビューは講義・演習担当者以外で学生と面識のない者が実施することにより、日ごろの教員と学生関係が影響しないよう配慮した。また講義・演習担当者と

模擬患者は施設差を最小限にするために両大学に同一者を配置した。技術評価者とインタビュアーは事前にトレーニングをして調査に臨み、調査者による差異をなくすようにした。

4. 分析方法

統計ソフトはSPSS Vol.14を用い、技術チェックリスト、授業評価の度数分布を算出した。授業評価の自由記載は内容分析を行った。インタビュー内容は、録音したものを逐語録を作成して内容分析を行った。内容分析は研究者間で相互に分析検討し、信頼性を高めた。

5. 倫理的配慮

神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には研究の主旨、匿名性の保障、研究参加・中止は自由意思であること、学生評価とは無関係であることを書面と口頭で説明し、同意書を得た。学生個々の技術評価の結果については、開示を希望する学生に技術チェックリストを郵送した。

6. 結果

1) 移乗・移送援助に関する学生の経験

(図V-1参照)

車椅子移乗・移送援助に関する学生の経験は、「授業で習った」が22名(100%)であった。この技術に関して「技術チェックを受けたことがある」は7名(31.8%)、実習等で「患者に提供したことがある」は4名(18.2%)であった。

2) 学生個々の技術評価

技術チェックリストの項目ごとの学生の技術実施状況を図V-2～6に示す。援助手順に沿って結果を述べると、まず準備に関して(図V-2)実施した者は、「移動目的と意思、状態を確認」22名(100%)と最も実施率が高かった。以降、「車椅子点検」16名(72.7%)、「ベッドの高さ調節」

19名(86.4%)、「車椅子側の柵をはずす」19名(86.4%)、「車椅子移乗方法を説明する」12名(54.5%)であった。

車椅子設置から端座位に関して(図V-3)は、「車椅子を健側頭側または麻痺側足元側の適切な距離・角度に置く」「車椅子のストッパーをかける」は22名(100%)、「車椅子のフットレストを上げる」21名(95.5%)、「健側上下肢で麻痺側上下肢をそれぞれ保持する」14名(63.6%)、「健側で柵利用または麻痺側の重みを利用して端座位にする」13名(59.1%)であった。

端座位から車椅子座位に関して(図V-4)は、「患者の身体を前に出す」12名(54.5%)、「安定した端座位を保持させる」21名(95.5%)、「靴を履かせる」17名(77.3%)、「立位がとれるよう患者の健側上肢を車椅子肘掛に置く」10名(45.5%)、「看護師が患者の体幹を保持する」「掛け声をかけてタイミングを合わせて立位にする」「立位から車椅子方向へ向きをかえる」はそれぞれ22名(100%)、「ゆっくりと腰かけさせる」は21名(95.5%)であった。

車椅子座位保持に関して(図V-5)は、「患者を深くねじれなく座らせている」21名(95.5%)、「足底をフットレストに置くよう指示している」17名(77.3%)、「安全に留意して身支度を整える」16名(72.7%)であった。

車椅子での移送に関して(図V-6)は、「右手の肘関節を左手で支えてもらう」16名(72.7%)、「動き出すことを告げる」「ストッパーを解除し、進ませる」22名(100%)、「適切な速度で移送する」21名(95.5%)であった。「車輪への巻き込みに注意する」は実施が確認できた学生は3名(13.6%)であり、残りの19名(86.4%)は判断できなかった。

3) 授業評価

教育モデルに対する学生の評価を図V-7～10に示す。「とても当てはまる」「まあ当てはまる」

の回答を授業に対する肯定的評価ととらえた。

授業への参加状況(図V-7)で肯定的に回答した人数が多かったのは、「グループで協力できた」22名(100%)、「興味深かった」「臨場感があった」21名(95.5%)、「楽しかった」20名(90.9%)であった。「達成感があった」18名(81.8%)であった。「内容は理解できた」18名(81.8%)であった、「内容に満足した」17名(77.3%)、「この授業法はよい」15名(68.2%)は、それぞれ若干減少し、「どちらともいえない」と回答する者の割合が増えていた。

課題の内容(図V-8)については、「既習の知識や技術を活用できた」21名(95.5%)、「難易度は適切」18名(81.8%)と肯定的評価が多い一方で、「情報量は適切」では16名(72.7%)とわずかに低下し、「患者の状況はイメージできた」で10名(45.5%)となっていた。

移乗・移送に関する援助技術を習得するうえで、このモデルを構成している授業内容それぞれの役立ち度(図V-9)については、「模擬患者」が22名(100%)と最も評価が高く、次いで「グループワーク」「事例からの学習」「発表会」がともに21名(95.5%)となっていた。

授業の時間配分(図V-10)では、「オリエンテーション」と「ミニレクチャー」に「適切」と答えた者が19名(86.4%)であったが、「グループ討議」では「少ない」と答えた者が16名(72.7%)を占めた。

担当教員の対応について、「教員による講義の内容は役立った」「グループ討議中の教員の関わりは役立った」はともに18名(81.8%)であった。学生の自己学習時間は0.5時間から4時間と幅があり、平均1.95時間(SD1.17)であった。全体的な満足度は10点を満点とした評定において8.05点(SD1.09)であった。

自由記載の内容を表V-1に示す。内容は【グループワーク・発表会について】【模擬患者に対

する技術実施について】【授業全体を通した意見・感想】に分けることができた。

【グループワーク・発表会について】は、＜自分では気づかない視点に気づくことができる＞8件などの肯定的記述14件であった。【模擬患者に対する技術実施について】は、＜実際の患者を想定して援助を実施できる＞＜技術以外の会話の取り方や動作に気がつくことができる＞各3件などの肯定的記述が13件あった。一方＜緊張した＞が3件あった。【授業全体を通した意見・感想】では、＜具体的な方法を考えることができる＞＜既存の知識を活用する機会になる＞各2件など肯定的記述が13件あった。今後の課題となる記述として＜時間・情報不足＞3件、＜未習の技術は困難である＞＜実際の授業となると個人評価が厳しくなるおそれがある＞＜模擬患者の設定を統一してほしい＞各1件があった。

4) インタビュー内容

(1) 援助中の学生の思考

① 床上臥床から端座位になるまでの学生の思考 (表V-2 参照)

床上臥床から端座位になるまでの援助中の学生の思考は、【安全・安楽】【自立】【原理原則】の3つのコアカテゴリに集約された。これらのコアカテゴリは、それぞれ下位カテゴリで構成されていた。

a. 安全・安楽

【安全・安楽】は体位の保持や麻痺側の保護を意図した考えで、患者が端座位をとったときに麻痺側に倒れやすいことや座位になる動作を獲得していないことを踏まえたことが援助行動の根拠になっていた。これは＜移動時の支持・保護＞＜事故予防・早期発見＞＜移動動作の理解を促す＞＜移動による負担の軽減＞というカテゴリで構成されていた。

＜移動時の支持・保護＞は5つのサブカテゴリを含んでいた。学生は、患者が端座位になったときに麻痺側に倒れやすく、麻痺側を患者自身で保持しながらの座位動作を獲得していないという事例の情報から、麻痺側を保護しながら体位変換をしてさらに座位を安定させるための方法を考えていた。枕などを用いて座位を保持しようとする《道具を使用した麻痺側の支持》11件、側臥位から座位になる際に援助者が支持しようとする《援助者による麻痺側の支持》5件、麻痺上肢の損傷の可能性を予測して健側上肢で支えることを患者に促す《麻痺側の保護》6件、側臥位になるときに看護師が背中と大腿を支える《広範な支持》1件、看護師の支えによって患者に安心感をもってもらうことを意図した《安心感を得る配慮》1件があった。

＜事故予防・早期発見＞は2つのサブカテゴリで構成されていた。まず起き上がり動作が身につけていないことや座位が安定していないことから、ベッド柵へのぶつかりやベッドからの転倒を予防するための行為である《事故を念頭においた援助》5件、さらに起立性低血圧など座位になることでの患者の体調変化を予測し観察する《患者の状態確認》3件があった。

＜移動動作の理解を促す＞は2つのサブカテゴリで構成されていた。次に行う動作を指示したり、手をそえたりして動作をスムーズに行うことを目的とした《動作時の指示・説明》5件と、看護師の支持を声に出して伝える《支持していることを伝える》1件があった。

b. 自立

【自立】は日常生活行動(ADL)の自立に向けてリハビリテーションを開始している患者への援助ということを意識した行動で、＜自立を意識した身体機能の援助＞＜自立に向けた心理的援助＞＜移動動作の獲得を意識した教育的関わり＞の3つのカテゴリで構成されていた。

＜自立を意識した身体機能の援助＞は3つのサブカテゴリがあった。健側の左上下肢を使って身体を起こりたり、支えたりすることを促す《健側の活用》16件、患者が自分ではできない部分について手を添えたり、支えたりする《できない動作の援助》9件、起き上がり動作を患者が見に付けていくことはADLの自立につながるの考えをもって援助した《ADL向上の意識》1件があった。

＜自立に向けた心理的支援＞は2つのサブカテゴリがあった。患者が自分でできることを確認しながら行動を促す《できる動作の確認・実施》2件と、できることをやってもらうことで患者のやる気を大切にする《意欲を活かす》2件であった。

＜移動動作の獲得を意識した教育的関わり＞はこの1つのサブカテゴリで、内容としては起き上がり動作が獲得できるように関わることを意識したものが1件と、麻痺側の扱いを説明して行動を促す1件があった。

c. 原理原則

【原理原則】は＜体位変換の原理原則に基づいた援助＞というひとつのカテゴリであった。内容はベッド上仰臥位から端座位になるときのボディーメカニクスを踏まえて体動の手順を組み立てていたものが3件あった。

②車椅子移乗に関する学生の思考

(表V-3参照)

端座位から車椅子に移乗するまでの援助中の学生の思考は、【準備】【安全・安楽】【自立】【原理原則】の4つのコアカテゴリに集約された。これらのコアカテゴリは、それぞれ下位カテゴリで構成されていた。

a. 準備

【準備】は《患者の準備を整える》というひとつのカテゴリであった。これはリハビリテーションに行くことについて《患者の意志の確認》1件と、《患者の持ち物の確認》1件というサブカテゴリが

あった。

b. 安全・安楽

【安全・安楽】は患者の車椅子移乗を安全に行うための援助行為で、＜移乗時の支持・保護＞＜適切な位置への移乗＞＜事故予防・早期発見＞＜移乗動作の理解を促す＞＜援助者の負担軽減＞という5つのカテゴリが含まれていた。

＜移乗時の支持・保護＞は、車椅子に座ったときに麻痺側に倒れてくるのを防ぐためにバスタオルなどを用いる《道具の使用による麻痺側の支持》8件、靴を履くときや立位時など患者の重心が変動するときに看護師の上下肢を用いて支持する《援助者による麻痺側の指示》5件、《麻痺側への注意》1件、麻痺側の上肢を患者の健側上肢で保持する《麻痺側の保護》2件で構成されていた。

＜適切な位置への移乗＞は、車椅子の位置について患者の健側上肢が車椅子の肘掛にとどく位置であることや、距離が離れていないこと、立位から回転してそのまま座れることに留意して設置し、さらに患者に位置が適切かを確認してもらう《車椅子の位置の確認・調整》7件、また患者の身体の位置が適切かを確認しながら立位から回転して車椅子に座らせる《身体の位置の調整》9件、患者を車椅子に安定した状態で座位をとらせる援助行為である《深く座らせる》13件、患者が安心できることを意図して深く座らせる《安心感を与える配慮》1件で構成されていた。

＜事故予防・早期発見＞は、車椅子への移乗時の転倒予防を第一に考えた援助行為であり、《安全な移乗》7件、《健側に重心を置く》3件、《ペースを合わせる》1件、《ひっかかりの予防》3件、《患者の状態確認》4件で構成されていた。

＜移乗動作の理解を促す＞は、看護師の援助内容を患者に伝えて呼吸を合わせることを意図した《移動動作の説明》3件と、移乗動作の最

中に患者がどのように動いたらよいか理解を促すための《動作時の指示》2件から成っていた。

〈援助者の負担軽減〉はこれひとつのカテゴリで、ボディーメカニクスを用いることで看護師への負担を軽減使用としていた内容が2件あった。

c. 自立

【自立】は日常生活基本行動(ADL)の自立に向けてリハビリテーションを開始している患者への援助ということを意識した行動で、〈自立を意識した身体機能の援助〉〈自立に向けた心理的援助〉の2つのカテゴリで構成されていた。

〈自立を意識した身体機能の援助〉は、健側上下肢に力を入れてもらい身体を支持したり、軸足として使うことを促す《健側の活用》9件、自分でできるところはやってもらい必要な部分を援助する《できない動作の援助》4件で構成されていた。

〈自立に向けた心理的支援〉は、患者のできる動作を確認しながら援助に活かそうとし、それを患者にも認知してもらい働きかけである《できる動作の確認》2件と、患者自身が自分で動いていることを実感できるよう心がける《意欲を活かす》1件であった。

d. 原理原則

【原理原則】は、立位をとったときに看護師の下肢を広げて基底面を広く取ったり、患者の右足を看護師の左下肢で支えるようにするなどの《ボディーメカニクスに基づいた援助》5件というひとつのカテゴリであった。

(2) 教育モデルの評価

① 事例から発見的に学習することについて (表V-4 参照)

事例を用いて学習することについては、〈実習後なので実施しやすかった〉5件、〈患者のイメージがしやすい〉4件、〈患者に適した援

助を考えやすい〉3件など、患者をより身近にとらえられるという【臨床場面や患者への接近】という効果があったとしていた。また〈危険性がわかり、注意点を考えられた〉2件など【多様な学び】を述べていた。一方、【情報量の不足】6件、【学習課程での不安】11件、【事例の限界】1件があげられ、これらは今後の課題となった。

② 個人で学習した後、グループで学習することについて (表V-5)

〈個人学習からの流れがよかった〉8件など、【個人学習は効果的】とする内容が計15件あった。その後のグループ学習では〈お互いの意見を共有し、計画を立てることができた〉18件、〈様々な視点から考えられ視野が広がった〉13件などの【視点の広がりや学習の共有】があったとし、その他の【多様な学び】9件が述べられた。課題となるものとして【学びのグループ差への危惧】4件、【経験の差】2件、【個人学習の負担】4件があがっていた。

③ グループごとに実演して発表したことについて (表V-6)

グループで立案した援助計画をグループごとに発表したことについては、〈違う方法を知ることができ、新しい視点ができ、勉強になった〉12件など、グループ学習同様【視点の広がりや学習の共有】と【実演による学習の深まり】4件を効果として述べていた。その反面【不慣れによる戸惑い】が7件述べられていた。

④ 模擬患者に援助を行ったことについて (表V-7)

模擬患者に対して援助を実施したことについては、〈臨床に近い形で援助ができ、実際の感じがつかめた〉18件など【臨床場面への接近】が22件あり、さらに【模擬患者からの学び】12件、【学生同士では学び得ない学び】3件、【良い経験】18件と、この体験からの学びが大きかったことを述べていた。また〈高齢者という点を考慮し

工夫すべきだった>2件など【実施した援助からの反省】が計4件あったが、これらは新しい体験から生まれるものであり次の学習へのステップになるものである。一方、<緊張した>18件のように【学生の心理面への影響】が27件あり、【模擬患者の限界】が3件あった。

⑤学校の授業がこのモデルのように変わったらどう思うかについて（表V-8）

【本学習方法全般の有効性】について18件の意見があり、【模擬患者導入の有効性】7件、【自己学習・グループ学習の有効性】9件、【シナリオ学習の有効性】9件述べられた。その他【実習との連動の可能性】が3件あり、【一般的授業方法への意見】が4件あった。今後、教育モデルを充実させるための課題としては、【学習時期の検討】18件、【学習にかかる時間の検討】7件、【事例のイメージ化の検討】1件、【学習方法と学生への適合性】3件があげられた。

VI. 考察

1. 技術教育にシナリオを用いることの学習効果について

本研究では臨場場面を設定したシナリオを用いて患者の状況を判断し知識と技術を統合して援助を実施した。その結果、授業評価における課題の内容については「既習の知識や技術を活用できた」「難易度は適切」等肯定的評価をした学生が多かった。インタビュー内容からは、床上臥床から車椅子移乗を終えるまでの学生の思考として「安全・安楽」「自立」「原理原則」のカテゴリが抽出された。「安全・安楽」「原理原則」は、移乗の援助を行う際の最も重要な要素であり、これがシナリオ学習でも押さえることができることが明らかになった。さらにこれまでの授業では全介助での援助技術を習得することが多かった学生に、「患者の自立」というメッセージを示したことで、「自立」にむけての援助について考える機会を与えていた。また、移動時の支持や保護だけでなく、異常の早期発見のための患者の観察や安心感を与えるような配慮、移乗動作の自立に向けた教育的関わり、意欲を活かすことなど、いわゆる技術の手順・方法論以外の要素に気づき、それを実行しようとしていた。このことは、シナリオから患者の状況を読み取る能力、および既習の知識と技術がなければ成立しない思考過程と考える。このようにシナリオを用いることでより臨床状況に近い複合的な要素について学習することができることが示唆された。

脳血管疾患の患者に接したことのない学生は、シナリオから患者の状況をイメージするには限界があることが予想され、ミニレクチャーでイメージを膨らませるための知識と既存DVDからシナリオに近い患者の動作を映像として見てもらったが、授業評価の「患者の状況はイメージできた」

に肯定的に回答した者が、約半数にとどまった。またインタビューからも「情報量の不足」が指摘され「事例のイメージ化の検討」を求められていた。イメージ化は、視覚的に情報を与るのが効果的だと考えるが、シナリオに合致した映像があるとは限らないため、シナリオにある患者の様子を映像化したり模擬患者が演じるなどの工夫が必要になる。また、ある程度の知識がないとイメージ化が難しく、援助計画も立案できないため、どの時期にどの技術演習を配置するのか、どの技術を組み合わせれば漏れなく学ぶことができるのかについての検討が必要である。

2. 模擬患者を対象とすることと臨場感

模擬患者に対する援助を実施することについての学生の反応は、授業評価において全員が「模擬患者」が役立ったと回答し、また「臨場感があった」21名(95.5%)と肯定的にとらえていた。インタビューでも「臨床場面への接近」「模擬患者からの学び」が語られ、学生にとって有意義な経験であったことが伺える。特に「臨床場面への接近」では「臨床に近い形で援助ができ、実際の感じがつかめた」だけでなく、小数ではあったが「常に患者の安全に配慮できなければいけない」や「臨床で経験する心理的なことを学ぶことができた」という意見があり、教授するだけでは身に付かないことにも学生自ら注目していた。さらに「実施した援助の反省」でも「高齢者という点を考慮し工夫するべきだった」や「説明不足を感じた」があげられ、お互いに顔見知りと同じ年代を相手とした学生同士の練習では気づけないことを振り返ることができていた。今回は模擬患者への援助は1回の体験であったが、本モデルでの演習を積み重ねていくことで、さらに臨床に近い複合的な学びを得ることができると考える。また1回の経験であってもこの経験によって、以後の学生同士での練習への取り組み方も変わってくると思われる。

一方で「学生への心理面への影響」として「緊張した」「焦り・戸惑いがあった」が語られていた。これは患者に援助を実施するときにも覚える感覚であり、その緊張感が学習への取り組みを促す原動力の一つになると考える。しかし過度の緊張感や焦りは援助を行う際の妨げとなり、失敗経験となる場合があるため、学習プロセス全体を通して学生の心理状況を把握し、また援助実施後のフォローアップをするように教員のサポートが必要となる。

課題となる回答として「事例の設定通りでないところがあった」「臨機応変に対応出来なかった」などが挙げられていた。シナリオから学生がイメージした患者の運動機能レベルと模擬患者の動きが乖離していると、立案した計画が通用しなくなり援助の提供ができなくなってしまうことから、シナリオの状況について模擬患者と教員との綿密な打ち合わせが必要になる。

3. 学生が主体的に学習すること

本モデルでは、講義はシナリオのイメージを膨らませるための内容にとどめ、援助計画は個人で立案した後に、グループ学習で完成させるという方法をとった。この方法について授業評価では、全員が「グループで協力できた」とし、「グループ」が役立ったと回答したのは21名(95.5%)であった。インタビューからは、「個人学習からの流れがよかった」8件を含め「個人学習は効果的」が15件あり、各自がある程度準備をしてグループワークに臨む方法は、学生にとって取り組みやすいことが伺えた。その後のグループ学習は「お互いの意見を共有し計画を立てることができた」18件や「様々な視点から考えられ視野が広がった」13件など、グループ学習の肯定的側面を活かした学習をしていた。しかしグループ学習で方向性を決める場合、リーダーシップをとる学生の思考に引きずられる

傾向があり、方向性が誤っていても強化されてしまふ可能性があることから、グループ学習時に教員は方向性を見極め、グループ発表や学生同士の練習のなかで発問をするなどの方法で適宜修正をしていくが必要になる。

VII. 結論

看護基礎教育で全ての学生が卒業時に習得すべき看護技術を出るだけ効果的に、実践能力につなげつつ習得するための教育方法として、単に1つ1つの技術を教え込むのではなく、複数の技術を統合させながら、シナリオから学習することにより、技術と思考を統合させながら学習できる。また、模擬患者からは、学生同士ではできない臨場感を得ることができ、臨床の場ではなく学内においても臨場感を得られる技術教育が可能である。今後の課題として、他の単元でのシナリオ作成と技術効果の検証およびどのような技術が複合して学習できるかの検証がさらに必要である。また、このような教育方法を用いたときの技術評価のあり方について、さらに研究を重ねる必要がある。

VIII. 文献

- 仁平雅子, 登喜和江, 山下裕紀, 柴田しおり, 川西千恵美. (2002). 複数の模擬患者を活用した「観察」に関する教育方法. 神戸市看護大学紀要, 6, 19-27.
- 大池美也子, 山本千恵子, 長家智子. (2005). 看護技術教育プログラムの再構築と実践 模擬患者を用いた基礎看護技術テスト導入の成果. 看護展望, 30(10), 1174-1180.
- 大久保祐子, 里光やよい, 角田こずえ, 亀田真美, 豊田省子, 野中静. (2004). 看護実践能力試験の試み SPへの看護体験は成長のチャンス. 看護教育, 45(10), 839-844.
- 長戸和子, 池添志乃, 大川宣容, 青本さとみ, 佐藤美緒. (2007). 学生の看護実践能力を高めるための取り組み 知識と技術の統合、実践のイメージ化を可能にするために. 看護展望, 32(4), 81-87.
- 安川仁子. (2004). ポートフォリオ評価に対する学生の認識と教育的意味 ポートフォリオの内容分析をとおして. 日本看護学教育学会誌, 14 巻, 228.
- 吾郷美奈恵, 山下一也, 吾郷ゆかり, 灘久代, 加藤真紀. (2005). 看護基礎教育でのポートフォリオ活用. 看護展望, 30(11), 1217-1222.
- 小泉仁子, 日下和代, 千葉由美, 二宮彩子, 清水清美, 森田久美子, 岡光基子, 矢富有見子, 乙丸晶世, 美濃由紀子, 松岡恵, 宮本真巳, 香月毅史, 小谷野康子. (2005). 看護実践能力育成の充実に向けた電子媒体による技術チェックリストの検討 東京医科歯科大学の取り組み 看護教育, 46(1), 13-22.
- 藤内美保, 関根剛, 玉井保子, 姫野稔子, 小林みどり, 神田貴絵, 安部恭子, 伊東朋子. (2005). 看護基本技術能力向上のための技術チェックプログラムの実施 大分県立看護科学大学の取り組み. 看護教育, 46(1), 8-12.
- 浅川和美, 市村久美子, 小室佳文, 富田美加, 金子昌子, 梶原祥子, 池田智子, 島田智織, 丹下幸子, 糸嶺一郎, 黒木淳子, 加納尚美, 田村麻里子, 間野聡子, 角智美, 前田和子. (2005). 領域別実習の中間期における OSCE による形成的評価の有効性 OSCE 実施後の学生アンケート調査から. 日本看護研究学会雑誌, 28(3), 179.
- 皆田良子, 吉川奈緒美. (2005). 看護技術教育への OSCE の導入(第7報)因子分析による注射法(診療の補助技術)の評価項目の検討. 日本看護学教育学会誌, 15, 92.
- 中村恵子. (2003). 臨床と教育のユニフィケーション