

③ グループワークにより学生が主体的に学習する

状況判断、知識と技術を統合;状況判断、知識と技術を統合して学べることを意図し、シナリオによる状況設定を行う。本シナリオについては、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「運動機能障害をもつ患者の看護」を主軸にして、脳梗塞を発症し片麻痺をもつ患者への看護援助とし、マトリックスを作成した。このマトリックスに基づいた学習内容から、「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」について、を取り上げた。このマトリックスにより、看護技術 142 項目のうち(小山ら,2005)、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、さらに、本シナリオにより、到達度Ⅰが7項目、到達度Ⅱが5項目、合計 12 項目を含み、知識とともに看護技術を複合的統合的に学習することを可能にできると考える。

臨場感:模擬患者への援助により、学生同士では得られにくい、臨床場面への接近が可能になることから(小山ら,2006)、模擬患者を活用する。

主体的学習:自己学習とグループ学習により、学生は主体的に取り組むことが可能であると共に、グループでの意見交換により、学生は思考し、看護技術のバリエーションが生じるものと考えられる。

上記の特徴をより効果的に活かし学生の学習を促すために、本研究では、以下の取り組みを行い、その上で看護技術教育プログラムの有効性を評価した。

(2) 技術教育プログラムをより効果的にするための方略

先行研究(小山ら,2006)では、状況設定と模擬患者を用いた技術プログラムが有効であることが示唆された。特に模擬患者への看護技術の実施は、学生にとっては想定外のことが発生し、状況判断が求められ、そこから多くの学びを得ていた。一方、シナリオによる患者の状況のイメージ化に限界があることと、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との乖離が生じる場合があること、が課題となった。そこで、(1)患者の運動機能レベルのイメージのための DVD の積極的活用、(2)模擬患者への訓練、を方略として取り入れた。

① 患者の運動機能レベルのイメージのための DVD の積極的活用

脳血管疾患の患者に接したことがない学生のイメージ化を助けるために、先行研究にて作成した DVD を活用した。この DVD は、本シナリオの状況設定にある患者のベッド上やリハビリテーション訓練室での様子、車椅子移乗の援助(全介助・部分介助)を映像化し作成したものである。この DVD を、技術教育プログラム内の小講義の場面で用い、朝食後のベッド上での患者の様子とリハビリテーション室での立位訓練の様子を学生に視聴させた。さらに学生には、演習課題である「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」を実施した後、患者は DVD で視聴した訓練を行うという、時間軸を意識させるように説明を加えた。また学生自身が自らの援助を振り返ることができるよう、模擬患者への援助を実施した後は自由に視聴できるようにした。これにより患者の運動機能レベルのイメージができ、学習効果が上がると考えた。

② 模擬患者へのトレーニング

模擬患者として模擬患者養成と派遣活動を行っている機関に所属している高齢男性 2 名の協力を得た。模擬患者に、脳梗塞による右半身麻痺による身体的特徴を演じてもらうために、先に示した DVD を視聴してもらい、研究者の指導のもとに、学生の問いかけに対する患者の反応速度や言語の不明瞭さ、麻痺側上下肢の脱力について、状況設定と同様のレベルを模擬患者が感覚としてつかむまでトレーニングを実施した。

3) 看護実践能力の視点を取り入れた評価の枠組みの導入

本技術教育プログラムは、看護実践能力を育成する看護技術教育方法であり、学生の看護技術の習得状況についても、看護実践能力の視点から評価することが必要と考える。しかし、看護実践能力を1つの側面から、あるいは看護技術の実施状況のみから評価することは困難である。そこで

看護実践能力の構成要素を評価の枠組みに置き、看護技術教育プログラムによる学生の看護技術の実施状況、その時の思考、行動を評価することとした。

看護実践能力の構成要素については、「看護学教育の在り方に関する検討会報告書」(看護学教育の在り方に関する検討会, 2004)による看護実践能力の構成について、Ⅰ群:ヒューマンケアの基本に関する実践能力、Ⅱ群:看護の計画的な展開能力、Ⅲ群:特定の健康問題を持つ人への実践能力、Ⅳ群:ケア環境とチーム体制整備能力、Ⅴ群:実践の中で研鑽する基本能力の5つが挙げられていることから、これらを構成要素として、評価の枠組みに置いた。但し、本プログラムにおいては、学内演習での学習が可能な細項目のうち、Ⅰ群では「1.人の尊厳の重視と人権の擁護を基本に据えた援助行動」、「2.利用者の意思決定を支える援助」、「3.多様な年代や立場の人との援助的人間関係の形成」、Ⅱ群は「4.看護の計画立案・実施・評価の展開」、「5.人の成長発達段階・健康レベルの看護アセスメント」、「7.看護の基本技術の的確な実施」、Ⅲ群では「11.治療過程・回復過程にある人への援助」から評価することとした。この構成要素の他に、「状況判断力・臨機応変さ」を加えた。このことについては、先行研究において、看護技術実施時の思考や行動に大いに影響し、看護実践において重要な要素であると考えられたものである。詳細については、研究方法において述べる。

4) 研究方法

作成した技術教育プログラムを実際に計画、実施、評価を行う。学生の技術の到達状況の評価には、看護実践能力の視点を含む評価の枠組みに基づいて、技術チェックリスト(評価者が記入)、実施後の学生へのインタビューを行う。尚、評価の枠組みを表7に示す。

また、技術教育プログラムについての教育方法の評価は、学生による授業評価、教育方法についての学生へのインタビュー、を実施した。技術教育プログラムの計画、実施、評価の詳細を以下に示す。

(1) 技術教育プログラムの計画

① シナリオについて

「右片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」について、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13名を対象とした講義、演習、学生個々の技術評価を実施し、教育効果を評価した。以にシナリオを示す。

単元名:運動機能障害のある人のADL自立に向けた看護援助

単元目標:運動機能障害のある人のADL自立に向けて日常生活援助を実施する

演習1:右片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

事例

平 良男(たいら よしお)さん(72歳、男性)は、平成20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・午後にファラー位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ください。

② プログラムの展開

調査 1 日目

a. 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、同意書を得る。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(資料1)にそって説明する。

b. 事例紹介と小講義(30 分)

科目構成および単元目標を説明し、「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」の事例を提示した。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(資料2)を講義し、さらに事例DVDを視聴する。

c. 個人で援助計画立案(60 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(資料3)に記述する。援助計画には援助の根拠も併記する。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する。個人の援助計画用紙の複写を教員が保管する。

d. グループで援助計画立案と援助の練習(90 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する。その内容は援助計画用紙に記述する。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する。この間教員はグループ間を巡回し、質問に対応し、ディスカッションを促進する役割を取る。そして立案した援助計画に基づいて援助を実施しながら、計画を修正する。教員は実習室にて学習を促進させるように対応する。自己学習日を 1 日設け、実習室を開放する。

調査 2 日目

e. 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る。意見交換後、学生は各自の援助計画の最終案をまとめ、自己練習を行う。

f. 学生個々の技術評価についてのオリエンテーション

「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する。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する。

g. 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する。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する。評価者は技術チェックリスト(資料4)に基づいて評価を実施する。援助については準備から終了までをDVDに撮影する。模擬患者からのコメントは評価者が聞き取り、学生には評価者からフィードバックする。

h. 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(資料5)に記述し、研究者に提出する。

(2) 評価のためのデータ収集方法

① 技術チェックリスト

先行研究において看護技術を客観的に短時間で評価するために技術チェックリストを作成した。それをさらに改善し、本プログラムの看護技術課題内容に合わせて、準備 7 項目、移乗 16 項目、移送 5 項目、全体 5 項目の計 33 項目の技術チェックリスト(資料5)とした。すべての項目が看護実践能力の視点の評価の枠組み内の項目である。評価方法は、実施したことは◎、一部実施したことは○、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。さらに評価者が聞き取った SP のコメントと、評価者自身が気づいたことを簡潔に記述した。また模擬患者の安全を確保するために評価者が介入する基準を 4 段階に示し、実施した。

② 学生への技術の実施後のインタビュー

看護実践能力を構成する能力について演習を通してどのような学びをしたのか、また評価の枠組みに含むことが妥当であるのか、を明らかにすることを目的として、学生の思考を知るためのインタビューガイドを作成した(資料6)。インタビュー内容は、実践能力の構成要素の 3 群に基づき、①人間の尊厳、人権の擁護:「患者を人としてどのようにとらえているか」、②意思決定:「患者の意思をどのように確認したか」、③多様な年代との援助的人間関係:「自己紹介、挨拶、言葉がけ、相手の反応の確認などコミュニケーションで気をつけたことは何か」、④計画立案・実施・評価の展開:「援助計画立案時の注意点と実施状況および評価したか」、⑤高齢者のアセスメント:「高齢者への援助で注意したことがあったか」、⑥基本技術の確実な実施:「患者の安全性についてどのようなことを考えたか」、⑦回復過程にある人への援助:「リハビリテーションを開始した患者への援助で意識したことはあったか」をインタビューの視点とした。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 7 つの視点に関して発問により引き出した。

状況判断力・臨機応変さについては、学生にとっての想定外の状況が生じたときに、はじめてその反応(思考・感情)や行動が捉えられることから、「自分が予測していたことと違っていたこと」「困ったこと」のインタビューを行った。そこから、その時の状況、思考・感情、どう対処行動をとったか、対処行動に影響しているものは何かを語ってもらった。

③ 学生による授業評価

教育方法の評価のために学生の授業評価を実施する。本教育プログラムの内容・構成について問う項目として、課題の内容 5 項目、授業の感想 6 項目、時間配分の適切性に関する 2 項目、担当教員の対応 2 項目、教育プログラムの効果を問う項目として、学習効果 6 項目、参加状況 5 項目、その他に実施する援助技術に関する学生の経験を問う 3 項目、総合的な満足度 1 項目、から構成した(資料5)。

参加状況、授業の感想、課題の内容、担当教員の対応、学習効果は「とても当てはまる」5 点から「まったく当てはまらない」1 点のリッカートスケールを用い、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、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。

④ 教育方法についての学生へのインタビュー

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インタビューを行った。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。インタビューは、一対一、ひとりにつき 30 分程度とする。内容の録音は対象者の同意を得て行う。

⑤ 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。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。

⑥ 分析方法

統計ソフト SPSS Vol.15 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。インタビュー内容は、録音したものを逐語録を作成して質的帰納的に分析し、研究者間で相互に分析検討することにより信頼性を高めた。

⑦ 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・中止は自由意志であること、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、以後教材用の DVD は自由に視聴することができるようにした。

4) 結果

(1) 学生の援助計画の実際

学生がグループワークで立案した援助計画の概要について述べる。

援助目標は、1グループは「移乗・移送時における安全・安楽と患者の自立を促す援助」2グループは「安全・安楽・自立の視点から考え、バランスの不安定さによる転倒の危険を防ぐ」としており、安全、安楽、自立を援助の視点としてもつことを確認していた。

学生の自己紹介、バイタルサインの測定・確認、床上やベッド周囲の環境整備というよそについて援助方法を計画していた。また、椅子の設置位置、声かけをしながら体位を移動する、体位の移動方法、患側を健側で保持・保護する、患者と看護者の重心を近づける、車椅子座位を確実に行う、座位保持を行う、という要素について学生の行動を計画していた。座位の保持、移送のスピード、患側の車椅子のタイヤへの巻き込み防止、という要素について援助方法を計画していた。

(2) 学生の技術の到達状況についての評価

① 移乗・移送援助に関する学生の経験(図1)

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13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1名(7.7%)、実習等で「患者に提供したことがある」は、4名(30.8%)であった。

② 技術チェックリストによる学生の技術評価

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2～図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2)は、「リハビリテーションが可能な状態かを確認する」13名(100%)と最も実施率が高かった。以降、「患者に車椅子移乗の目的を説明し同意を得る」「安全に移動できるようにベッド周囲を整える」「車椅子側の柵をはずす」が12名(92.3%)となっていた。

車椅子設置から端座位になるまで(図3)は、「車椅子を健側頭側もしくは患側足元側の適切な距離・角度に置く」で「実施」が3名(23.1%)にとどまり、「一部実施」が10名(76.9%)であった。全員が健側頭側に設置したが、ベッドからの距離が離れていたためである。「車椅子のストッパーをかける」「車椅子のフットレストをあげる」は全員が実施できていた。「健側上下肢で患側上下肢をそれぞれ保持したかを確認する」では「実施」は6名(46.2%)にとどまっていた。「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」という方法をとったのは6名であり、そのうち「実施」できた評価されたのは3名(23.1%)であった。7名(53.8%)は学生が全介助する方法で実施したために「未実施」とした。

立位から車椅子座位になるまで(図4)は、「患者の体を(端座位)前に出す」の「未実施」が11名(84.6%)と多く、これにより立位になるときに学生は患者の身体を引き上げるという動作を全介

助の方法で行うことになっていた。「靴を履かせる」では 2 名(15.4%)がスリッパを履かせていた。「立位がとれるよう患者の健側上下肢を車椅子肘掛に置く」は全員が「未実施」であった。これは学生の肩に患者の両上腕を回して立位にするという方法を取っていたためである。

移送(図5)の項目は、「動き出すことを告げる」以降の 4 項目で 11 名~13 名が「実施」しており、比較的实施率が高かった。「右手の肘関節を左手で支えさせる」は「未実施」が 7 名(53.8%)あったが、この場合右上肢を小枕で支えるという方法を取っていた。

全体を通して(図6)では、「実施」率が高かったのは「車椅子移乗方法を患者に聞こえる声の大きさを説明する」13 名(100%)、「適宜患者の反応を確認しながら援助する」10 名(76.9%)であった。「安全に配慮した」で「一部実施」6 名(46.2%)「未実施」が 4 名(30.8%)になった主な理由は、車椅子の設置位置が離れていたこと、立位が安定しなかったことである。

③ インタビューによる学生の技術評価

看護実践能力の視点から評価するためのインタビューの結果を、表8~表 14 に示す。人の尊厳重視、人権擁護を問う質問として「どのように人を捉えたか」に対して、表8に示すとおり『身体的側面からの捉え』『性格・心理特性からの捉え』『自立度からの捉え』『一般特性からの捉え』が挙げられた。直接的な表現において、人間の尊厳等を重視しているとの発言は得られず、その事例のもつ各特性に目を向けていることが述べられていた。

利用者の意思決定、多様な年代や立場の人と援助的人間関係の形成を問う質問に対しては、それらを合わせての発言が聞かれ、『患者の意思の確認』『構音障害を踏まえた配慮』『理解を促す説明の仕方』などが挙げられ、ほとんどの者がこれらを意図して援助を実施していた(表9)。しかし、『患者の意思を尊重する』という表現そのものは、1名が語ったのみであった。高齢者であることへの配慮として、『身体的な配慮』『心理的な配慮』が挙げられ、ほとんどの者が、本事例の高齢者の特徴を捉え配慮して援助を行っていた(表10)。

計画立案・実施・評価の展開を問う質問として「計画立案で注意したこと」については、『患者の安全、安楽、自立』『麻痺について』『身体面について』『看護師の負担軽減』などが述べられた(表11)。事例において、注目してほしい情報に注目し、援助計画を立てていた。

看護の基本的な看護技術の実施では、安全な実施に着目し、「安全面で気をつけたところはどこか」の質問を行ったところ、『身体的な配慮』『環境への配慮』『精神的な配慮』などが挙げられた(表12)。特に麻痺側保護、ボディメカニクスの活用が多く挙げられるとともに、細かな工夫・配慮が多く挙げられていた。

自立を促す援助の実施を問う質問には、『自立への配慮』『身体的な配慮』『その他』が語られ、全員が、自立への配慮に注目して援助を行っていた(表13)。

④ 学生の想定外の状況とその対処行動

学生が模擬患者への援助実施の際に起きた想定外の状況とその対処行動を学生事例毎にまとめたものを表14に示す。学生にとっては、模擬患者の身長が高かったことで、ベッドから車椅子へ移乗するときに移動先の車椅子位置が確認できなかったことや、患者の足が床につかなかったことなど、患者の安全な移動にかかわることが多く挙げられていた。その時の思考・感情として「混乱した・パニックになった」学生が多かった。また、「なんとかしなくてはいけない」と考えていた。うまく対処行動をとり、想定外の状況を切り抜けた学生は3事例(A、B、C)であり、その対処行動に影響していることを聞くと、【類似体験からの学びの適用】【直接情報を求め、判断する】が挙げられた。一方、自らの対処行動ができなかった学生にそのことに影響したことについて聞いたところ、<事前情報不足><計画の重視><経験不足><必要以上の緊張><自己判断>が挙げられた。

(3) 教育方法についての評価

① 学生による授業評価

本技術教育プログラムに対する学生の授業評価を図7~図12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7)は、全ての項目で全員が肯定的に評価していた。なかでも「とても当てはまる」の割合が多かったのは、「興味深かった」「臨場感があった」の11名(84.6%)、「グループで協力できた」の9名(69.2%)であった。

授業の感想(図8)で「とても当てはまる」の割合が多かったのは、「看護技術への関心が高まった」「自分自身の課題に気がついた」の11名(84.6%)で、「内容は理解できた」6名(46.2%)で、この3項目は全員が肯定的に評価していた。他の3項目も肯定的評価が多くを占めたが、「どちらともいえない」と回答した者が、「内容は理解できた」は1名(7.7%)、「患者をイメージするのにDVDは効果的だった」「この授業方法はよい」で2名(15.4%)あった。

課題の内容(図9)については、「とても当てはまる」の割合が多かったのは「課題を通して既習の知識や技術を活用できた」6名(46.2%)で、「まあ当てはまる」の6名(46.2%)を合わせると、肯定的評価をしたのは92.4%であった。次いで肯定的評価が多かったのは「課題の難易度は適切だった」「実際の看護場面をイメージすることが出来た」の11名(84.7%)で、「課題の中の患者の状況はイメージできた」9名(69.2%)、「情報量は適切だった」8名(61.6%)とやや低下した。

担当教員の対応(図10)について、「教員による講義の内容は役立った」は13名(100%)が肯定的評価であったが、「グループ討議中の教員の関わりは役立った」は9名(69.2%)と低くなっていた。

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11)について、「とても当てはまる」の割合が多かったのは「グループワーク」11名(84.6%)、「発表会」「事例からの学習」「模擬患者への援助」10名(76.9%)であった。「小講義」「自己学習」「発表会」は全員が肯定的に評価していたが、「事例からの学習」「グループワーク」「模擬患者への援助」は各1名(7.7%)が「どちらでもない」とし、「模擬患者への援助」が1名(7.7%)が「あまり当てはまらない」とした。

授業の時間配分(図12)では、「小講義」は「適切」と答えた者が11名(84.6%)であったが、「グループ討議」では「少ない」と答えた者が7名(53.8%)を占めた。

全体的な満足度は10点を満点とした評定において7点から10点の間で回答しており、平均は8.31点(SD1.03)であった。

② 学生のインタビューの結果

教育方法の評価についての学生のインタビュー結果を表15～18に示す。

教育方法の評価のうち「事例から発見的に学習することについて」のインタビュー結果では、『患者の視点からの学習』『自らが考える機会となる』『事例学習の復習』が肯定的な意見として述べられた(表15)。しかし、課題となる意見として『事例学習の限界』も挙げられた。「一斉授業・演習と比較しての事例によるグループ学習の特徴について」の質問に対しては、『グループ学習の方がその内容を深く学習できる』『グループ学習の方が視点の広がり、学習の共有がある』『グループ学習の方が自分で考えて進められる』『グループ学習の方が協力して学習できる』と肯定的な意見として挙げられた。一方で、課題となる意見として『グループ内の分離』が挙げられた(表16)。

「事例についてのイメージ化について」の質問では、『DVDビデオ視聴によりイメージ化を可能』『紙上の情報によりイメージ化を可能』などが挙げられた。一方で、課題となる意見が多く、『可動性把握の限界』『実施環境の限界』『イメージの広がりすぎ』『経験の乏しさによるイメージの困難』が挙げられた(表17)。

「模擬患者に援助を行ったことについて」は、『臨床場面への接近』『援助への自信』『心構えの発生』『初対面での援助の学び』『多方面からの学び』が肯定的な意見として挙げられた。一方、『緊張』『演技の限界』など課題となる意見も挙げられた(表18)。

E. 考察

1. 看護基礎教育の現場が抱える技術教育の課題と今後の取り組みの方向性

本研究で10校の看護技術教育機関における技術教育の取り組みを共有した結果、教育現場が抱える課題としていくつか挙げられた。

1) 学内演習と臨床実習をどのようにつなげていくか

学内で臨床に近い条件を整えるのには限界があるものの、それぞれの教育機関ではさまざまな取り組みをしている。しかし学生は、学内で出来た看護技術が臨床では出来なかったということがよく見られる。このことは、学内演習には限界があることを踏まえ、学内と臨床実習をどのようにつなげていくのが今後も課題である。現在は学内と臨床実習で使用する物品が違うという状況がある場合、何を使用するかではなく、どのような看護技術が必要かを考えるように常に学生にメッセージを送ることが必要である。

また、学生が標準的な手順に固着する場合には、場の状況に合わせて方法を変える必要のあるものとは何かを学内演習で伝えることも必要である。

特に1年次は、正確であること、安全であることの他に、ケアを受ける対象者への影響を考え、単位時間内の効率性を考慮し、一定の時間内に行うという能力を身につける必要がある。時間の制約を課すことは、看護技術をどのように行うかを考える構成能力を育成することにつながる。

さらに、1年次ではどのような技術をどこまで身につけることが必要か、その後、どのように積み上げていくかを検討する必要がある。看護基礎教育において看護技術を身につけるためには、学び方の順序性に考慮し、それに合わせた教育方法論を選択する必要がある。

また、1つの方法論で十分ではなく、一度に学習する技術内容と、ひとつひとつ分割して丁寧に学習する必要がある技術があり、それぞれの学習が可能となるさまざまな刺激を与える教育方法の開発が必要である。

2. 臨床の技術と教育で教える技術、カリキュラム全体を通じた技術教育の積み上げについて

ベッドメイキングの方法が臨床と学校で違っていることが指摘されたことをきっかけに、臨床の現状に合わせた技術を学内で教えるかどうかについては、多様な意見があった。各技術で何を学習させるかによって、技術の手順や使用する物品が異なること、技術の取捨選択を裏付けるための根拠が不足していることなどが指摘された。看護実践能力につながる技術教育にむけて、看護教員はジレンマを抱えながら教育に従事していることが推察される。

また、どの教育機関でも、基礎看護学で看護技術を学習した後、各論の科目ではなかなか技術演習の時間を十分とれない現実があった。そのような状況でも、年度初めに教員がデモンストレーションを行い、技術の共有化を図っている学校や、入職した教員全員の技術をチェックし、誰が演習を担当しても対応できるようにしているなど、努力している教育機関もあるが、教員の数を確保するのが難しく、試験の前の個別指導や出欠席の管理など教員が多大な負担を担っていた。教員の負担感を少しでも少なくしつつも、学生が技術を積み上げることができるシステム作りが必要である。

3. 評価基準の必要性

看護技術教育の成果をどのように評価するかについて、評価基準、実践能力評価基準については、多くの教育機関で評価の基準を求めている現状があった。特に、看護技術を行動の観察だけで評価することの限界について多くの意見があり、学生が技術を実施した時の思いを聞いたり、何を考えていたかの思考過程について聞いている教育機関もみられた。看護技術の評価方法が変わることにより、教育方法にも影響を与えるが、教育の現場では技術教育の評価の在り方を見直したいという動きがある。技術教育の評価について更なる研究が必要である。

4. 状況設定と模擬患者を用いた学内での技術教育プログラムの有効性

1) 状況設定について

状況設定による看護技術の学習および評価について、学生の到達状況を見る技術チェックリスト、インタビューの結果からみると、同様の方法で行った先行研究の結果よりも達成できており、学生が看護技術を状況設定のなかで総合的にかつ統合的に学習することができていたといえる。教育

方法についても、授業評価、インタビューの結果からも、学生は、主体的に看護技術を状況設定のなかで、広く、内容によって深く、学習する方法として有効と考えており、かつ課題して挙げられる項目が少なかったことから、概ね有効な方法と言えるのではないかと考える。しかし、状況設定を用いた技術教育には、従来の技術教育と比較して、より有効な部分と今後さらに改善・工夫が必要な点があるとも考えられた。

本研究では、特に事例のイメージ化を促すため DVD を積極的に活用したところ、「課題の中の患者の状況はイメージできた」を肯定的に評価した者が 9 名(69.2%)であり、このことから状況設定し、その一部を事例の映像化することは、援助を考える上で有効な方法であるといえる。しかし、一方で同じ映像を視聴しても、臥位から端座位になる方法として部分介助の方法を考えたグループと、全介助の方法を考えたグループがあり、そのとらえ方に差が認められた。また、インタビューの結果においても、『イメージの広がりすぎ』が挙げられており、必ずしも状況設定における状況の解釈に個人差が生じることは否めず、実際の患者に接する機会の少ない学生には、間接的な情報からのイメージ化には限界があると考えられる。この点については、学生のイメージの方向性を導く、教員のかかわりが重要と考えられる。

2) 模擬患者による臨場感

学生の技術の実施および評価の場面において、模擬患者を用いたことについては、授業評価やインタビューにおいて肯定的な意見が多いこと、『臨床場面への接近』『心構えの発生』が挙げられたように、学生の看護技術実施の体験に臨場感を持たせること有効に働いたと言える。本研究における模擬患者に対しては、より事例に近い状況を学生に提示できるよう、事前にトレーニングし、脳梗塞による身体症状の特徴や麻痺側の状態のみならず、高齢者の特徴についても患者に対して学生が援助できるように模擬患者へのトレーニングを加えた。その結果により、「課題の中の患者の状況はイメージできた」を肯定的に評価した者が多かったこと、「臨場感があった」は全員が肯定的に評価したことにつながったと考える。しかし、一方で、学生は、模擬患者が演じていた高齢者の特徴としての動作が緩慢であることに気づき、その点を配慮して援助したものは、約半数にとどまっていたこと、学生からみて『演技の限界』を感じたこと、『緊張』をもたらすことなど、模擬患者を用いることの限界ともいえる状況が発生していた。このことから、模擬患者の演技にトレーニングを要する状況への、模擬患者の適用には限界があり、この点を踏まえて学内演習を計画することが必要と考えられた。

模擬患者を用いることで学生は、計画どおりにいかず想定外の状況を体験しており、そこから学びを得ていた。想定外の状況に対しての対処行動、そのことに影響するものをみると、対処できている学生は、【類似体験からの学びの適用】を行っており、一方、対処できなかった学生は【事前情報不足】<経験不足>など、学生の中の判断材料の不足が挙げられ、いかに学生のこれまでの体験を増やし、それを学生の経験として積み重ねていくかが重要と考えられた。また、類似の体験を別の体験に結び付けていく機会をもつことも大切と考えられ、その意味から学生が、模擬患者に看護技術を実施する機会そしてそれを振り返る機会として、本技術教育プログラムに意義を見出すことにつながると考えられる。

3) 本技術教育プログラムを実施する時期の検討

今回の技術教育プログラムでは、患者の自立や残存機能を生かすことを含めた状況設定であり、全介助ではなく自立に向かう援助、技術の提供を期待したが、学生が考えた方法は、全介助による手順が認められた。このことは、従来の基礎看護技術のレベルや文献には全介助の方法を取り上げていることが多く、学生は援助目標に「自立」をあげて意識しながらも、自立を促す体位変換の原理原則にたどり着けなかった可能性がある。さらにボディメカニクスが使えていない場面も認められた。学生のインタビューにおいても、事例学習の限界として「学んでいない技術であったら何もできなかった」と挙げられていたことから、援助方法を構成している技術の柱となる技術についての学習を先行させ、その技術を定着、応用する機会として事例を用いた学習方法を用いると効果的であると考えられる。この点からすると、看護基礎教育の課程では、2 年次後期や 3 年次の教育方法として有効な方法ではないかと考える。

4) 看護実践能力の視点からの技術評価について

本技術教育プログラムは、学生の知識と技術の統合を目指したものであることから、評価も統合あるいは総合的な評価を行う必要があると考えた。そこで本技術教育プログラムが、看護実践能力を育成する技術教育方法として有効であるか、また、学生の技術の達成状況を看護実践能力の視点から評価することが可能であるかを分析するために、看護実践能力の視点からの評価の枠組みにより、評価を試みた。その結果、いくつかの可能性と課題が見いだされた。

人間の尊厳重視、人権擁護については、学生の行動からこれらを読み取ることの限界から、学生の思考から評価することを試みたが、実際には、学生の思考を問うことも困難で、人間の尊厳を重視していることを示す発言は得られなかった。インタビューにおける質問も「どのように人を捉えたか」という抽象的な表現であったことにも関係しているであろう。いずれにしても、看護の本質的な態度にかかわる思考や行動を客観的にかつ明確に評価することの困難さが示された。学生の行動として、「患者の目を見て説明できる」ことは、本研究結果にも挙げられており、このような行動をひとつひとつ明確にして評価の項目に入れることは可能と考え、今度取り組んでいきたい。

利用者の意思決定、援助的人間関係形成については、学生は言葉として表現できており、また行動としても観察可能な行動が見られた。同様に高齢者への配慮についても、学生は思考し、計画立案のなかに取り入れていた。そのほか看護技術の実施は、思考と行動の両側面ともに評価ができるものであった。また、自立を促す援助も学生の思考に挙げられ、援助の計画のなかにも挙げられていた。

以上のことから、人間の尊厳、人権擁護については、思考、行動ともに評価が難しいものの、そのほかの実践能力の構成要素については、技術を実施する場面を客観的に評価すること(技術チェック)と学生の思考をインタビューあるいはそのほかの手段を用いて評価することを組み合わせて行うことで、可能ではないかと考える。ただし、本研究では、学生の技術実施の評価とは別に学生へのインタビューを十分に行っていることで、様々な視点からの評価をすることが可能であったが、実際の教育場面で、これほどの多くの時間を費やして、学生への技術チェックやインタビューを行うことは困難である。したがって、評価すべき項目を最小限にし、短時間で観察を中心とした技術チェックとインタビューで評価できることが望まれるであろう。また、本技術教育プログラムは、2年次後期のものとして実施したが、卒業前の総合的な技術の評価を行う場合には、このような看護実践能力育成の視点を含めた看護技術の評価は、特に有効と考える。実際に看護実践能力育成の視点を入れた技術の評価指標の作成が今後の課題である。

F. 結論

10 校の看護基礎教育機関の学内演習における技術教育の取組みについてのフォーカグループインタビューの結果、以下のことが明らかになった。

1. 看護基礎教育機関では、学生の技術の習得に向けて、教員間で技術の手順を統一する、基礎看護学領域と各領域の連携など、教育の質の保証、効率的な積み重ねのために努力していたが、さらなる検討が必要である。
2. 看護技術を習得するには、カリキュラムの時間外の活動が多く、学生および教員の負担と熟意によって成り立っている部分が多い。負担感を少しでも少なくしつつも、学生が技術を積み上げることができるシステム作りが必要である。
3. 臨床への移行を潤滑にできるように、卒業前演習を行っている教育機関もあるが、カリキュラム上の位置づけや運営方法に課題がある。
4. 養成所では、学習環境の整備、教材購入、模擬患者確保に充てる経費が不足しており、困難な現状があった。
5. 看護技術教育の成果をどのように評価するかについて、評価基準、実践能力評価基準については、多くの教育機関で評価の基準を求めている現状があった。特に、看護技術を行動の観察だけで評価することは限界があり、技術教育の評価の在り方を見直したいという動きがある。また、状況設定と模擬患者を用いた学内での技術教育プログラムの有効性に関する研究成果から、以

下のことが明らかになった。

6. 状況設定と模擬患者を用いた看護技術教育については、学生が主体的に知識と技術を統合し、幅広く、内容によって深く学習する方法として有効であった。そのなかでDVDの積極的活用は、学生のイメージ化に有効ではあるものの、イメージが広がりすぎる懸念もある。
7. 模擬患者の導入は、学生に心構えを作り、臨場感をもたらすとともに状況判断を学ぶよい機会になった。しかし、模擬患者の演技の限界もあり、それに対してトレーニングを十分に行うことも大切であるが、学習内容、時期を選んで、模擬患者を活用することが重要と考えられた。
8. 看護実践能力の構成要素からの看護技術の到達状況の評価については、看護実践能力の構成要素によっては評価が難しいものの、多くの構成要素については、学生の行動の客観的評価と思考についてのインタビューによる評価を組み合わせることで可能性は見出された。実際に看護技術を総合的に評価するためには、看護実践能力の構成要素を単純かつ明確にし、評価指標を作成していく必要がある。また、実施する時期の検討も必要である。

G. 文献

- 明石恵子・中川雅子・中西貴美子他(2004). 看護職新規採用者の臨床能力の評価と能力開発に関する研究(1)―新卒看護師の臨床能力の習得状況―, 三重看護学誌, 6. 137-148.
- 有松操・宇佐美しおり・木子莉瑛他(2005). 看護ケアの質に関連した看護師の臨床能力の特徴, 熊本大学医保健学科紀要, 1. 7-9.
- 石井邦子(2005). 看護系大学における看護実践能力育成の基準. 日本看護協会編, 平成 17 年版看護白書, 日本看護協会出版会.
- 大室律子(2005). 看護系大学卒業後1年間の新人看護職者の看護実践能力を育成する教育システムの開発. 平成 15-16 年度文部科学研究費補助金基盤研究 C2 研究成果報告書.
- 大室律子・佐藤まゆみ・根本敬子他(2006). 新人看護職者の看護実践能力を育成する教育プログラム開発 大卒新人看護実践能力の到達度評価, 看護管理, 16(12). 1055-1060.
- 看護学教育の在り方に関する検討会(2002). 大学における看護実践能力の育成の充実にむけて-看護学教育の在り方に関する検討会報告, 文部科学省高等教育局医学教育課.
- 看護学教育の在り方に関する検討会(2004). 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標 -看護学教育の在り方に関する検討会報告, 文部科学省高等教育局医学教育課.
- 看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会(2003). 看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書, 厚生労働省医政局看護課.
- 小山真理子(2007a). 新カリキュラムが目指すこと. 看護教育, 48(7), 555-562.
- 小山真理子(2007b). 看護基礎教育における看護技術教育の充実に関する研究. 平成 18 年度厚生労働科学研究医療安全・医療技術評価総合研究事業.
- 小山真理子(2006). 看護基礎教育における看護技術教育の充実に関する研究. 平成 17 年度厚生労働科学研究医療技術評価総合研究事業.
- 佐藤紀子・牛田貴子・内藤理英他(2007). 「キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度 ver.3」作成の試み, 日本看護管理学会誌, 10(2). 32-39.
- 佐藤まゆみ・大室律子・根本敬子他(2006a). 新人看護職者の看護実践能力を育成する教育プログラム開発 看護系大学を卒業した新人看護職者における看護実践能力の習得状況, 看護管理, 16(8). 676-681.
- 佐藤まゆみ・根本敬子・大室律子他(2006b). 新人看護職者の看護実践能力を育成する教育プログラム開発 看護技術の精選, 看護管理, 16(11). 959-963.
- 新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会(2004). 新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書, 厚生労働省医政局看護課.
- 高島尚美・樋之津淳子・小池秀子他(2004). 新人看護師 12 ヶ月迄の看護実践能力と社会的スキルの修得過程―新人看護師の自己評価による―, 日本看護学教育学会誌, 13(3). 1-17.
- 田村やよい(2005). 看護基礎教育および新卒 1 年目において習得すべき看護能力. 日本看護協会編, 平成 17 年版看護白書, 日本看護協会出版会.
- 戸田肇(2004). 看護実践能力を育む―看護学的な認識の形成と発展過程の法則性が示すもの 2 看護過程を展開していく能力を育む(その 1), Quality Nursing, 9(5). 443-449.
- 中西貴美子・明石恵子・中川雅子他(2004). 看護職新規採用者の臨床能力の評価と能力開発に関する研究(3) 新卒看護師の臨床能力開発に関する研究, 三重看護学誌, 6. 161-176.
- 南家貴美代・宇佐美しおり・有松操他(2005). 看護ケアの質と看護実践能力との関連, 熊本大学医学部保健学科紀要, 1. 39-46.

表1 養成所・短大参加校の教育機関の教育体制

学校	1 学年定員	教員数	備考
A校	80名	20名	40名×2クラス編成
B校	70名	14名	
C校	40名	12名、パート1名	
D校	80名	17名、パート1名	40名×2クラス編成
E校	80名	20名	平成19年度開校 基礎看護学教員4名のところ2名欠員
F校	第1看護学科80名 第2看護学科40名	併せて教員20名	

表2 全学をあげて技術教育で工夫している点(養成所・短大)

学校	発言内容
A校	<ul style="list-style-type: none"> 卒業到達度レベルでみた看護技術の各領域マトリックスを作成している。しかし、十分な検討はしていない。マトリックスを元に演習を行っている。 基礎から各論まで一覽に載せているが、連動して考えるところまで及んでいない
B校	<ul style="list-style-type: none"> 事例の中で座学と演習の連携を意識している。 技術演習で単位認定評価のあるものが数項目ある。
C校	<ul style="list-style-type: none"> 基礎看護学援助論年間予定を作成している。 2年次12月からの基礎看護実習Ⅱ開始までに技術習得を図っている。
D校	<ul style="list-style-type: none"> 看護技術のマトリックスを作成しているが、各論では十分評価できていない。

表3 基礎看護学領域における工夫の実際(養成所・短大)

学校	発言内容
A校	<ul style="list-style-type: none"> 学生は1ベッドに3～4名。25ベッドに6人の教員を配置。 実習と講義の連動を意識し、臨場感のある演習を心がけている。 例) 模擬患者・シミュレータを使用し、聴覚、触覚を意識して取り組めるようにしている。
D校	<ul style="list-style-type: none"> 演習を行う前後には手順書を必ず提出させ、教員が確認している。 演習では40人を1クラスとし、2ベッドに対し1人の教員を配置している。
E校	<ul style="list-style-type: none"> 2単位60時間では技術演習時間が不足した。 学習方法としては体験学習、演習、技術試験などを設定している。人体(学生)を対象に実施する項目を含む。 次年度からは模擬患者を使用する予定である。
F校	<ul style="list-style-type: none"> カリキュラム設定は平成9年。1年生は日常生活行動援助、診療補助技術の技術中心、2年生は看護過程、コミュニケーションの座学中心という設定になっており、技術が身につけにくかった。このため科目を移動させるなど調整を図った。 看護学概論が60時間になっており、この中で演習もおこなっている。 紙面上の情報からでも患者の状態や条件にあった援助を考えられるよう、2年生では机上での看護過程展開にとどまらず、実習室で実際に実施しながら計画立案を試みる形にした。 1年生の基礎看護実習Aはearly exposureを意図して見学実習を行っている。しかし2年生になって患者のところに行けない、接遇ができないという状況。このため、3年前よりSPを導入している。経費節減のため、SPは近所の方や、学生の親に無償でお願いしている。 学生に対する負荷(緊張感など)も与えるが、臨場感をもたせるために注射、採血は学生間で行っている。 経管栄養のチューブ挿入体験は希望者のみ体験している。40名ずつ2クラスに別れて実施したが、3分の2が実施して、そのうち半分くらいは挿入に成功している。 各領域でも技術演習を取り入れてきており、成人では包帯交換などを実施している。

表4 看護学各領域における技術教育の工夫(養成所・短大)

学校	発言内容
A校	<p>【基礎看護学】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実習で受け持った患者との会話をもとにプロセスレコードを作成、コミュニケーションの講 ・ フィジカルアセスメントに生体シュミレーターを使用 ・ 看護課程の講義で主観的情報の収集に模擬患者を導入 <p>【成人看護学】・実際に臨床で使用している物品を用いている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 手技だけにとどまってしまう、患者が視野に入らない上、集中力の持続が困難である。 <p>【老年看護学】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ インスタントシニア体験・麻痺のセットで片麻痺体験を行っている。 ・ 健康老年者の理解に市役所を活用した。高齢者の地域活動の活性化にもつながった。 ・ 演習の評価をしていないため、実習にいつはじめてできないことがわかることもあった。 ・ 車椅子移乗の援助などは、学生同士だと協力し合ってしまうため患者の重さを体験できない。 <p>【精神看護学】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ロールプレイをビデオ撮りしているが、観察者役の学生の学びに関しては不明。 <p>【母性看護学】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 妊婦体操、妊婦ジャケットを着てみるなど体験できるようにしている。 <p>乳児を抱いた経験のない学生が多いため、沐浴指導には時間をかけている。ただし、実習で経験できないケースもある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 演習は8時間（15時間1単位）で、他は講義に当てている。演習は基礎看護学で十分おこなって <p>【小児看護学】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の体を使って演習していないのでわかりにくい。モデル人形の数に限りがある。 ・ 演習は8時間（15時間1単位）で、他は講義に当てている。演習は基礎看護学で十分おこなって <p>【在宅看護学】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2場面について計画書を作成する。作成段階で教師とやり取りしているが、課題については時間が不足している。
F校	<p>【成人看護学】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 各領域でも技術演習を取り入れてきており、成人看護学では包帯交換などを実施している。

表5 養成所・短大における卒業前(就職前)技術演習

学校	発言内容
A校	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基礎看護学Ⅷの単位の中で卒業前演習を行っており、1月下旬の3日間で12時間に及ぶ。国家試験前だが、計算する、流量計を見るなど国家試験対策としても有効である。内容としては採血、輸液ポンプ、無菌操作、包帯交換などである。 ・ 学生は一生懸命とりくんでおり、不満等は特になかった。
B校	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国家試験終了後に実施している。2日間から3日間へ時間を増やした。アンケートや臨床指導者会議などで意見を聞き、評価している。技術の種類も追加した。 ・ 電話対応など多重課題を取り入れ、他者活用の判断力やコミュニケーション能力の脆弱さも補っている。 ・ 卒業前演習は単位認定外で評価対象外であり、研修時間としている。全員参加を半強制的に義務づけているが、再実習の学生は欠席する。非常に役に立ったとの反応が返ってきている。
C校	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康人を対象としているため、障害や疾患を抱える患者への橋渡しとして4日間の演習を設けているが、不十分である。条件を持つ患者へのケア提供方法を強化していきたい。
D校	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大学病院にほとんどが就職するため、看護部と提携し、卒業直前に就職後の不安軽減を図っている。与薬（内服、輸液ポンプ）、フィジカルアセスメント、危険環境がないかのシミュレーション学習など臨床により近い状況を設定し、3日間実施する。 ・ 卒業後であるため単位に含まれず、病院からの賃金も発生しない。病院も学校も人材、物品はボランティアで実施。手術室勤務以外は役に立ったと話す（60%程度）。教員がいるということでも不安は軽減されているようだ。
E校	<p>新設校のため、まだ卒業生を送り出していない。今後検討する。</p>

表6 養成所・短大における学内での看護技術の修得度評価

学校	発言内容
A校	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドメイキング、全身清拭、洗髪の技術試験を時間内で実施、他の領域の教員の応援を得る ・講義のみでは身につかないため自主練習を促し、技術の到達度を確保している。
B校	<ul style="list-style-type: none"> ・1年次のバイタルサインと清拭の技術試験に関しては、全教員を動員して実施している。 ・母性、小児においても技術評価を成績に含めている（母性100点中100点、小児100満点中30
C校	<ul style="list-style-type: none"> ・29項目の技術試験を実施しており、試験項目に関してはビデオ教材を作成している。 ・教員が学生を3～4名受け持ち、1、2年次を通して技術チェックを担当する。 ・基礎実習Ⅱの直前には、事例に対する看護技術習得を目的に4日間の取り組みを行っている。 ・技術試験には合格の期限が設けられており、学生と教員相談の上で試験日を決定している。 ・現行の時間数では不可能であるため、技術試験を課すことで自己練習を促している。 ・学生同士で実施するため、健康者に対する技術になってしまうが、自分の体験を通して安楽な技術について考える機会としている。
D校	<ul style="list-style-type: none"> ・技術テストを行っているが、単位に含んでいない。1年次の実習前と2年次の看護過程の前に実施しており、合格を条件に実習に出席できる。 ・技術テストは学生と教員、1対1で評価を行う。 ・技術テストの合格率は50%程度。技術が身につかないと態度面がおろそかになると考えている。テストを3回受ける学生もいる。 ・発熱、片麻痺などの条件設定をし、車椅子移送とバイタルサイン測定やシーツ交換などの技術テストをしている。演習後のチェックリストを用いて、技術、知識、態度の確認を行っており、学生に自己評価をさせている。
E校	<ul style="list-style-type: none"> ・技術試験にはOSCEを採用した。

表7 本研究における看護実践能力を育成する看護技術教育の評価の枠組み

看護実践能力の構成		思考からの評価	行動からの評価
Ⅰ:ヒューマンケアの基本に関する実践能力	人の尊厳重視、人権の擁護を基本に据えた援助行動	人の捉え方:インタビュー	安全に関わる行動:技術チェックリスト(1項目)
	利用者の意思決定を支える援助	コミュニケーションでの配慮、高齢者への配慮:インタビュー	説明と同意の行動:技術チェックリスト(2項目)
	多様な年代や立場の人と援助的人間関係の形成		聞こえる声の大きさでの説明:技術チェックリスト(1項目)
Ⅱ:看護の計画的な展開能力	計画立案・実施・評価の展開	計画立案で注意したこと:インタビュー	援助計画用紙の記載内容:内容分析 状態確認:技術チェックリスト(1項目)
	人の成長発達段階・健康レベルの看護アセスメント		
	看護の基本的な看護技術の実施	安全への配慮:インタビュー	看護技術の原則・手順・留意点:技術チェックリスト(26項目)
Ⅲ:特定の健康問題を持つ人への実践能力	自立を促す援助の実施	リハビリを開始した患者への援助:インタビュー	自立を促す方法:技術チェックリスト(2項目)
状況判断力・臨機応変さ		想定外の状況が生じたときの思考と対処行動:インタビュー	

表8 実践能力の構成要素① 人の尊厳重視、人権擁護 :どのような人と捉えたか

n=13 重複回答あり

カテゴリ	内容	件数
身体的側面からの捉え	・右の不全麻痺がある人	7
	・疾患・症状から日常生活に困難が生じている人	3
	・構音障害がある人	2
	・麻痺の程度を把握し残存機能を活かす必要のある人	2
	・リハビリが開始になった人	1
性格・心理特性からの捉え	・患者の性格特性をふまえる	3
	・本人の自立に対する意思を尊重する	3
	・構音障害によるもどかしさを感じていることを推測	2
自立度からの捉え	・自立状況からの捉え	3
一般特性からの捉え	・72歳、男性の人	2

表9 実践能力の構成要素② 利用者の意思決定、多様な年代や立場の人と援助的人間関係の形成

:コミュニケーションでの配慮

n=13 重複回答あり

カテゴリ	内容	件数
患者の意思の確認	・患者の目の表情や仕草、発声などを見て、患者の意思や状態を確認	12
	・客観情報と併せてリハビリに行くことへの理解を取る	2
構音障害を踏まえた配慮	・構音障害を踏まえたコミュニケーション	10
	・話に割り込まず待つようにしようと思う体験があった	1
理解を促す説明の仕方	・細かく説明しながら行った	3
	・一つの説明が長すぎたことへの反省	1
その他	・できないことを見られる患者心理を配慮した一緒に動かすような援助	1
	・患者の意思を尊重しなくてはいけないと考えているため	1
	・安心して援助を受けて欲しいので意識して目を見て話した	1

表10 実践能力の構成要素③ 高齢であることへの配慮

n=13 重複回答あり

カテゴリ	内容	人数
身体的な配慮	・高齢者の特性を考慮した話しかけ	9
	・高齢であることから考えられる皮膚や関節の衰えを考慮した援助動作	4
	・10日間の臥床が及ぼす筋力低下への配慮	2
	・高齢者の身体的特徴を配慮した転倒転落への注意	2
	・自分の高音が聞こえているか不安	1
	・残存機能を活用することで負担があるという予想	1
	・移乗時の腰部軽打が患者に負担を与えたという予想	1
	・男性の体格を考慮	1
心理的な配慮	・年上の相手に対して敬語を使う	2
	・患者の視界に入るところで動くようにする	2
その他	・家族の体験を生かした注意	2
	・自分へ負担がかからない援助動作の実施	1
	・ゆっくりと体位変換すると自分が支えきれない部分もあった	1
	・年齢への配慮は特に計画せず	1

表11 実践能力の構成要素④ 計画立案・実施・評価の展開 :計画立案で注意したこと

n=13 重複回答あり

カテゴリ	内容	人数
患者の安全・安楽・自立	・患者側の安全・安楽・自立を考慮した計画立案	9
麻痺について	・麻痺側の保護と補う援助	3
	・自立一拘縮予防のため健側を動かす	1
身体面への配慮	・構音障害への援助	1
	・脳梗塞の再発予防を考慮した水分摂取の必要性	1
看護師の負担軽減	・看護師側の動きやすさを考慮した計画立案	4
その他	・病態と早期リハビリの重要性などを考慮して動作の自立度を予測した計画立	1
	・動作の説明の仕方と患者の理解	1
	・患者の特性を考慮して座位までの介助方法を修正	2
	・不安軽減のために声をかけるタイミングを考える	1

表12 実践能力の構成要素⑤ 看護の基本的な看護技術の実施 :安全への配慮

n=13 重複回答あり

カテゴリ	内容	人数
身体的な配慮	・ボディメカニクスの活用	12
	・麻痺側を保護した動作介助・計画立案	7
	・患者の負担軽減	4
	・患者から離れて行う作業時の患者の安全保持	3
	・移乗、リハビリが可能な血圧かを確認	1
	・脳梗塞の再発予防を考慮した食事の飲水状況の確認	1
	・残存機能を活用することで負担があるという予測	1
環境への配慮	・障害物がない安全な環境の提供	2
	・安楽物品等の巻き込まれ予防	1
精神的な配慮	・行為の禁止ではなく安全な動作が身につくような説明	1
	・自分の体を急に動かされる不安を軽減するために細かく説明	1
	・患者の足が床についている安心感に着目	1
負担について	・ベッドの高さ調節ができなかったことで自分、患者双方への負担がかかった。	3
	・看護者の負担軽減への工夫	2
声かけについて	・回転・移乗の際に左手で右手を持つよう声かけ	1
	・声かけをし、患者も力を入れられるよう工夫	1
その他	・患者の安全への工夫	1
	・安全よりも楽に出来る方法を選択	1
	・自立可能なところは自立	1
	・車椅子上で枕の利用を患者体験から導きだす	1
	・テレビで得た情報の活用	1

表13 実践能力の構成要素⑥ 自立を促す援助の実施 :リハビリが開始した患者への援助

n=13 重複回答あり

カテゴリ	内容	人数
自立への配慮	・自立への考慮	15
	・坐位の際、バランス保持のための声かけをした。	1
	・どこまで自分でやってもらうかの難しさ	1
身体的な配慮	・構音障害があるので反応を待つこと	1
	・運動前の水分補給の必要性	1
	・患者の疲労に配慮した関わり	1
その他	・事例情報を活用した援助計画	2
	・特に意識していなかった	2
	・動けるようになれば自然に動かしていくので援助しながら介助の程度がわかる	1
	・ベッドの高さや引き寄せの際の力の要り具合のちがいは予想していた	1
	・配慮しなかったのは、起き上がり訓練についての自分の理解不足があった。	1

表14 実践能力の構成要素⑦ 模擬患者への援助実施の際に起きた想定外の状況とその対処行動

事例	想定外の状況	想定外の状況が生じたときの思考・感情	どう対処行動をとったか(切り抜けたか)	対処行動に影響しているものは何か 【】<は解釈
事例A	思ったよりも模擬患者の身長が高かった。患側・関節をどのくらい動かして良いのかと考えた。	どのくらい動かしてよいのか悩み、意識したら怖くなった。	その場で模擬患者の状況把握を行いながら援助しようと考え、実施しスムーズに援助できた。	自分の祖父への援助の経験と練習時に背の高い男子と練習したことを励みに援助した。【類似体験からの学びを適用】 患者の表情・状態を捉える。【直接情報を求め、判断する】
事例B	ベッドが高すぎて端座位になったときに足が床につかなかった。	どうしようと思った。	一度浅くベッドに腰掛け直し、足がつくようにしてから立位にした。	学生同士の練習の時にも床に足がつかないことがあった。【類似体験からの学びを適用】
事例C	重いすの移乗時、ベッドと車椅子の距離があった。	(実習での体験があったので)余裕というより若干安心感があった。	患者には柵につかまってもらい、とりあえず患者の右側を自分で支えて、車椅子を近づけた。	実習で患者を移乗させてもらえた体験が大きい。【類似体験からの学びを適用】
事例D	背が高く体格のよい模擬患者であったため、車椅子との距離が確認できず、移乗し座らせることができない。	混乱した。	単独で安全に移乗できず、教員による介入を受けた。	身長・体格などの事前情報がなかった。<事前情報不足>
事例E	患者が重くてパニックになり、柵に足をひっかけながら回ってしまったり、左足に重心をかけられないまま立たせてしまった。	パニックになってしまったあふたした。		事前に患者の体重に関する情報がなかった。<事前情報不足>
事例F	焦って、患者を端座位にした状態から、ベッドを下げようとした時に、教員に待たせられた。	焦りと、自分がなんとかしなくちゃいけないという気持ちがあった。	教員に待たせられたのをかけられ、介入してもらった。また、その状況では別の方法があることもアドバイスをしてもらった。	計画どおりに進めなくてほっと思っていた。<計画の重視>
事例G	自分の計画通りに車椅子をベッドの傍に配置したが、遠くとアドバイスされ修正した。それでも、おかしいと指摘され、自分でどうしようもできなくなった。	どこがおかしいか分からなくて、自分でどうしようもできなくなった。	教員にアドバイスを受け、どのくらい近づければ良いかというのを聞いた。	勉強不足だということを感じた。計画どおりに行おうとした。<計画の重視>
事例H	男性患者への介助の経験がないところで、男性の模擬患者の体重の重さと背の高さで、ベッドからの移乗時、車椅子が模擬患者の影で見えず、よたついてしまった。	患者をベッドに戻すべきか、車椅子を見つけることが先か優先順位が分からなくなった。患者に無理をさせていることが分かり、頭が真っ白になった。	教員に車椅子を動かしてもらい、それで位置が確認できて移乗ができた。	男性患者への介助の経験がない。<経験不足>
事例I	緊張があり、力加減や重いすとの距離感が掴めず、車いすに移乗するときに患者の臀部を車いすのアームレストにぶつけてしまった。	緊張して、分からなかった。		友人同志との練習とは違い距離感などがつかめなかった。<経験不足>
事例J	足を移動するときは、右足の下に左足を入れてと説明したが、伝わらなかった。	パニックになってしまった。	自分が患者の足を動かした。他のことで一度教員に止められた。	先生に見られていることでの焦りがあった。友達ではない人に援助することへの緊張があった。<必要以上の緊張>
事例K	患者をベッドの端に寄せてから、ベッドを下げたが、最初からベッドが下がっていたので、そのまま実施し、自分の腰がつかなくなった。	ベッドの高さや腰が曲がっていることも重なって慌てた。	動作の途中だったのでしようがなく腰がつかないまま続行した。	動作の途中だったのと、自分が変な体勢(腰がつかない状態のまま)であれば動作が続けられると思った。<自己判断>

表15 教育方法の評価① 事例から発見的に学習することについて

n=13 重複回答あり

肯定的な意見		件数	課題となる意見		件数
カテゴリ	内容		カテゴリ	内容	
患者の視点からの学習	・事例情報から必要な援助を 考えることができる	3	事例学習の限界	・実際には事例情報はもらえないので、すぐにできるかは不安である	1
	・意見交換によりより良い援助が発見できた	1			
	・学生同士で演習し患者の視点を獲得した	1		・学んでいない技術であったら何もできなかった	1
	・実習の前に患者事例に合わせた応用を学ぶことができる	1			
自らが考える機会となる	・自分で考える機会となる	2			
	・自分で計画を立てることで真剣に取り組める	1			
	・自ら楽しく学習を進められる	1			
事例学習の復習	・以前にも事例学習をしていたので抵抗はない	2			
	・一度学んだ技術を用いる事例であったので復習になった	1			

表16 教育方法の評価② 一斉授業・演習と比較しての事例によるグループ学習の特徴について

n=13 重複回答あり

肯定的な意見		件数	課題となる意見		件数
カテゴリ	内容		カテゴリ	内容	
グループ学習の方がその内容を深く学習できる	・時間をかけて学習するのでその分野においてかなり勉強が進むと思う	6	グループ内の分離	・グループ学習は、発言する人とならない人で分かれてしまうことがある	1
	・普段の授業は自己学習が中心で間違っても気付かず、不安が残る	1		・仲がいい者同士が集まり、グループ内で更にグループができることがある	1
グループ学習の方が視点の広がり、学習の共有がある	・他者の意見が聞けて新しい気付きが得られる	5			
	・ディスカッションは原則を外れたときにどうするか悩みを解決する	1			
グループ学習の方が自分で考えて進められる	・一斉の講義では自分たちが考えることは少ない	3			
	・自分が考えて詳しく援助計画を考えることができる	1			
グループ学習の方が協力して学習できる	・みんな協力して学習できる	1			