

表 1 看護教員としての教育経験年数

5 年未満	5 年以上 10 年未満	10 年以上 20 年未満	20 年以上	不 明	合 計
62 名 (22.1%)	77 名 (27.5%)	103 名 (36.8%)	37 名 (13.2%)	1 名 (0.4%)	280 名 (100%)

表 2 看護教員としての専門領域

専門領域	人 数	%
基礎看護学	72 名	(25.7%)
成人看護学	39 名	(13.9%)
老年看護学	26 名	(9.3%)
小児看護学	29 名	(10.4%)
母性看護学	26 名	(9.3%)
精神看護学	15 名	(5.4%)
在宅看護学	26 名	(9.3%)
基礎看護学と成人・老年看護学などの他領域	33 名	(11.8%)
3 つ以上の複数の専門領域	7 名	(2.5%)
記載なし	7 名	(2.5%)

表 3 看護師としての臨床経験年数

5 年未満	5 年以上 10 年未満	10 年以上 20 年未満	20 年以上	不 明	合 計
6 名 (2.0%)	50 名 (17.1%)	128 名 (43.7%)	108 名 (36.9%)	1 名 (0.3%)	293 名 (100%)

表 4 病院の臨床実習指導者としての経験年数

5 年未満	5 年以上 10 年未満	10 年以上 20 年未満	20 年以上	不 明	合 計
132 名 (45.1%)	68 名 (23.2%)	65 名 (22.1%)	14 名 (4.8%)	14 名 (4.8%)	293 名 (100%)

表5 看護実践能力の育成に関する考え方の比較

	看護専門学校教員						病院の臨床実習指導者						p値		
	有効 回答数	基礎教育 での育成 n	%	新入研修 での育成 n	%	継続教育 での育成 n	%	有効 回答数	基礎教育 での育成 n	%	新入研修 での育成 n	%		継続教育 での育成 n	%
基本的責務															
看護師として果たすべき責務を理解する能力	279	230	(82)	31	(11)	18	(6)	293	190	(65)	71	(24)	32	(11)	**
看護師として果たすことのできる業務範囲を認識できる能力	278	102	(37)	137	(49)	39	(14)	291	82	(28)	138	(47)	71	(24)	**
自分の専門的判断と行為に対する説明責任を果たすことができる能力	280	32	(11)	112	(40)	136	(49)	290	27	(9)	77	(27)	186	(64)	**
看護ケアの効力とリスクについて十分な情報を説明できる能力	279	33	(12)	83	(30)	163	(58)	291	26	(9)	71	(24)	194	(67)	
倫理的実践															
医療・看護の倫理について熟知する能力	278	112	(40)	62	(22)	104	(37)	291	109	(37)	60	(21)	122	(42)	
患者のプライバシーや個人情報を保護する能力	280	255	(91)	17	(6)	8	(3)	291	212	(73)	63	(22)	16	(5)	**
患者の尊厳や人権を擁護するとともに、患者の意思決定を支える援助ができる能力	278	121	(44)	62	(22)	95	(34)	291	69	(24)	71	(24)	151	(52)	**
患者の価値観や信条、生活習慣などを尊重しながら、看護実践できる能力	279	141	(51)	55	(20)	83	(30)	291	79	(27)	82	(28)	130	(45)	**
患者の考えや意思を関係者に伝え、代弁できる能力	278	94	(34)	77	(28)	107	(38)	291	73	(25)	73	(25)	145	(50)	**
援助的人間関係															
自己を分析し、自己を理解できる能力	279	215	(77)	28	(10)	36	(13)	291	172	(59)	50	(17)	69	(24)	**
患者の価値・信条・文化や生活背景を理解する能力	280	201	(72)	41	(15)	38	(14)	291	154	(53)	72	(25)	65	(22)	**
患者と援助的なコミュニケーションが展開できる能力	279	174	(62)	63	(23)	42	(15)	291	144	(49)	88	(30)	59	(20)	**
ケアリングを基本とした援助関係を形成できる能力	276	88	(32)	75	(27)	113	(41)	293	72	(25)	92	(31)	129	(44)	
臨床判断															
看護の現象をクリティカルシンキングを用いて分析できる能力	280	131	(47)	73	(26)	76	(27)	289	89	(31)	73	(25)	127	(44)	**
観察やコミュニケーションを通じて、情報を収集し、患者の特性を把握する能力	280	234	(84)	30	(11)	16	(6)	290	163	(56)	69	(24)	58	(20)	**
フィジカルアセスメントが実践でき、患者の健康上の問題を判断できる能力	280	148	(53)	89	(32)	43	(15)	291	105	(36)	96	(33)	90	(31)	**
対象の成長発達を踏まえて、心理社会的アセスメントが実践できる能力	280	177	(63)	62	(22)	41	(15)	291	101	(35)	76	(26)	114	(39)	**
現在、患者が置かれている状況を分析・解釈し、看護上の問題や看護介入の必要性を判断できる能力	280	185	(66)	53	(19)	42	(15)	288	94	(33)	79	(27)	115	(40)	**
患者に必要なケアを状況に応じて判断し、優先度を定めることができる能力	280	131	(47)	99	(35)	50	(18)	291	66	(23)	123	(42)	102	(35)	**
家族の生活を把握し、家族員の健康状態との関連をアセスメントし、看護介入の必要性を判断できる能力	280	95	(34)	67	(24)	118	(42)	292	48	(16)	59	(20)	185	(63)	**
看護の計画的な展開															
患者の健康状態を回復・保持するために必要なケア計画を立案する能力	278	226	(81)	36	(13)	16	(6)	292	181	(62)	65	(22)	46	(16)	**
看護師間の連携のもとに看護技術や資源を用いて継続的に看護ケアを実施し、問題解決していく能力	279	65	(23)	109	(39)	105	(38)	293	30	(10)	110	(38)	153	(52)	**
患者に必要な看護について説明し、患者のセルフケア能力を引き出す能力	279	139	(50)	73	(26)	67	(24)	291	68	(23)	87	(30)	136	(47)	**
患者の状態に応じて、基本的な看護技術を発展させ、適切な看護ケアを実施する能力	280	115	(41)	92	(33)	73	(26)	291	64	(22)	108	(37)	119	(41)	**
ケアの評価															
実施したケアをその患者の安楽・安心・安全の観点から評価できる能力	280	223	(80)	35	(13)	22	(8)	293	155	(53)	83	(28)	55	(19)	**
実施したケアの評価から新たな工夫を生み出せる能力	280	107	(38)	96	(34)	77	(28)	292	71	(24)	86	(29)	135	(46)	**
実施したケアを費用対効果から評価できる能力	279	24	(9)	66	(24)	189	(68)	292	12	(4)	46	(16)	234	(80)	**
ヘルスプロモーション															
患者の回復する力を見出す能力	280	160	(57)	61	(22)	59	(21)	291	81	(28)	75	(26)	135	(46)	**
患者が自己管理能力を獲得できるように援助できる能力	280	102	(36)	80	(29)	98	(35)	292	54	(18)	78	(27)	160	(55)	**
患者のより良い日常生活を自立的に、家族を含めた継続的な援助を計画できる能力	278	63	(23)	61	(22)	154	(55)	292	35	(12)	36	(12)	221	(76)	**
リスクマネジメント															
医療安全の基本的な考え方に基いて看護実践できる能力	280	196	(70)	71	(25)	13	(5)	291	117	(40)	124	(43)	50	(17)	**
病棟における顕在的、潜在的なリスク等を明らかにできる能力	280	39	(14)	111	(40)	130	(46)	291	17	(6)	99	(34)	175	(60)	**
起こり得る事故の防止と発生に対応できる能力	279	60	(22)	125	(45)	94	(34)	293	21	(7)	132	(45)	140	(48)	**
感染防止対策、スタンダードプレコーションを実施できる能力	280	213	(76)	52	(19)	15	(5)	292	107	(37)	137	(47)	48	(16)	**
ケアコーディネーション															
ケアの提供システムを熟知する能力	279	61	(22)	110	(39)	108	(39)	292	43	(15)	113	(39)	136	(47)	
患者が継続的・効果的なケアが受けられるように、利用可能な人・場・情報を整理し、支援体制を構築できる能力	279	8	(3)	33	(12)	238	(85)	293	6	(2)	33	(11)	254	(87)	
看護管理(役割遂行)															
チーム(病棟等)の中で自分の役割を的確に判断し、メンバーシップ(フォロアーズ)を発揮できる能力	280	28	(10)	132	(47)	120	(43)	293	9	(3)	103	(35)	181	(62)	**
質の高い看護ケアが提供できる看護体制について考えることができる能力	280	8	(3)	37	(13)	235	(84)	291	6	(2)	30	(10)	255	(88)	

	看護専門学校教員								病院の臨床実習指導者							
	有効 回答数	基礎教育 での育成		新人研修 での育成		継続教育 での育成		有効 回答数	基礎教育 での育成		新人研修 での育成		継続教育 での育成		p値	
		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		
専門性の向上																
看護専門職としての独自性を言語化する能力	280	60	(21)	58	(21)	162	(58)	291	58	(20)	56	(19)	177	(61)		
看護のはたらきと看護職の役割を社会的承認が得られるように表明することができる能力	280	17	(6)	38	(14)	225	(80)	291	20	(7)	39	(13)	232	(80)		
看護専門職として自律的に判断し、行動できる能力	280	24	(9)	102	(36)	154	(55)	291	17	(6)	76	(26)	198	(68)	**	
看護実践の中で 質の高い看護を提供することを目指して周囲の看護職と共に実践を変革できる能力	279	6	(2)	31	(11)	242	(87)	288	3	(1)	39	(14)	246	(85)		
医療チームの中で看護師の果たす役割を明確にすることができる能力	280	53	(19)	83	(30)	144	(51)	290	30	(10)	77	(27)	183	(63)	**	
看護専門職者として専門性を追究するとともに看護学の発展を探究していく能力	280	22	(8)	11	(4)	247	(88)	293	12	(4)	20	(7)	261	(89)		
看護実践から得た知識を活用し看護ケアを改善する能力	280	48	(17)	77	(28)	155	(55)	292	22	(8)	68	(23)	202	(69)	**	
看護研究の成果を活用して、ケアの質を向上させていく能力	280	14	(5)	44	(16)	222	(79)	292	5	(2)	29	(10)	258	(88)	**	
看護提供のためのシステムのあり方を提言する能力	280	5	(2)	16	(6)	259	(93)	292	2	(1)	12	(4)	278	(95)		
看護ケアの質の改善に向けての取り組みを行う能力	279	13	(5)	47	(17)	219	(78)	289	6	(2)	22	(8)	261	(90)	**	
継続学習																
学ぶことへの動機(モチベーション)をもち続ける能力	280	187	(67)	42	(15)	51	(18)	292	145	(50)	75	(26)	72	(25)	**	
自分自身を振り返り、専門職としての能力を保持・向上させていく能力	280	126	(45)	74	(26)	80	(29)	293	88	(30)	87	(30)	118	(40)	**	

** : p<0.01

Mann-Whitney 検定

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業
看護基礎教育の充実及び看護職員卒後研修の制度化に向けた研究
「看護基礎教育で育成する実践能力と新人看護師研修で育成する実践能力の明確化」

質 問 紙

1. どちらかを○で囲んで、(1)～(5)についてお答え下さい。

看護専門学校の教員

病院の臨床指導者

- (1) 看護師としての臨床経験は、何年ありますか。 () 年
(2) 看護教員としての教育経験は、何年ありますか。 () 年
(3) 病院の臨床指導者としての経験は、何年ありますか。 () 年
(4) 看護教員としての専門領域をお答え下さい。 ()
(5) 看護師として得意としている専門領域をお答え下さい。 ()

2. 次のページから、看護師に必要な看護実践能力について記述されています。

これらは「看護基礎教育」「看護師の新人研修」「看護師としての継続教育」のうち、どのレベルで育成することが適切な能力であると考えますか。あなたの考えをお聞かせください。

「基礎教育での育成」は、看護基礎教育における演習や実習の中で習得することができると考えられる実践能力

「新人研修での育成」は、病院における新人看護師研修の中で育成できると考えられる実践能力

「継続教育での育成」は、看護基礎教育や新人研修で学習しても、看護師としてのある程度の経験がなければ育成することができない実践能力を指しています。該当する欄に○を記入して下さい。○は1つの欄だけに記入して下さい。

本質問紙は、平成 18 年度～平成 21 年度 日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究(A)）「看護実践能力の発達過程と評価方法に関する研究」における看護実践能力の概念枠組みを基に、厚生労働省「看護教育の内容と方法に関する検討会」の報告書等を参考にして作成したものである。

※該当する欄に1つ〇を付けて下さい。

実践能力		基礎教育 での育成	新人研修 での育成	継続教育 での育成	
看護の 基本に 関する 実践 能力	基本的責務	<input type="checkbox"/> 看護師として果たすべき責務を理解する能力			
		<input type="checkbox"/> 看護師として果たすことのできる業務範囲を認識できる能力			
		<input type="checkbox"/> 自分の専門的判断と行為に対する説明責任を果たすことができる能力			
		<input type="checkbox"/> 看護ケアの効力とリスクについて十分な情報を説明できる能力			
	倫理的実践	<input type="checkbox"/> 医療・看護の倫理について熟知する能力			
		<input type="checkbox"/> 患者のプライバシーや個人情報を保護する能力			
		<input type="checkbox"/> 患者の尊厳や人権を擁護するとともに、患者の意思決定を支える援助ができる能力			
		<input type="checkbox"/> 患者の価値観や信条、生活習慣などを尊重しながら、看護実践できる能力			
		<input type="checkbox"/> 患者の考えや意思を関係者に伝え、代弁できる能力			
	援助的人間関係	<input type="checkbox"/> 自己を分析し、自分を理解できる能力			
		<input type="checkbox"/> 患者の価値・信条・文化や生活背景を理解する能力			
		<input type="checkbox"/> 患者と援助的なコミュニケーションが展開できる能力			
		<input type="checkbox"/> ケアリングを基本とした援助関係を形成できる能力			
看護 ケアの 展開 能力	臨床判断	<input type="checkbox"/> 看護の現象をクリティカルシンキングを用いて分析できる能力			
		<input type="checkbox"/> 観察やコミュニケーションを通じて、情報を収集し、患者の特性を把握する能力			
		<input type="checkbox"/> フィジカルアセスメントが実践でき、患者の健康上の問題を判断できる能力			
		<input type="checkbox"/> 対象の成長発達を踏まえて、心理社会的アセスメントが実践できる能力			
		<input type="checkbox"/> 現在、患者が置かれている状況を分析・解釈し、看護上の問題や看護介入の必要性を判断できる能力			
		<input type="checkbox"/> 患者の必要なケアを状況に応じて判断し、優先度を定めることができる能力			
		<input type="checkbox"/> 家族の生活を把握し、家族員の健康状態との関連をアセスメントし、看護介入の必要性を判断できる能力			

※該当する欄に1つ○を付けて下さい。

実践能力		基礎教育 での育成	新人研修 での育成	継続教育 での育成	
看護 ケアの 展開 能力	看護の計画的な展開	<input type="checkbox"/> 患者の健康状態を回復・保持するために必要なケア計画を立案する能力			
		<input type="checkbox"/> 看護師間の連携のもとに看護技術や資源を用いて継続的に看護ケアを実施し、問題解決していく能力			
		<input type="checkbox"/> 患者に必要な看護について説明し、患者のセルフケア能力を引き出す能力			
		<input type="checkbox"/> 患者の状態に応じて、基本的な看護技術を発展させ、適切な看護ケアを実施する能力			
	ケアの評価	<input type="checkbox"/> 実施したケアをその患者の安楽・安心・安全の観点から評価できる能力			
		<input type="checkbox"/> 実施したケアの評価から新たな工夫を生み出せる能力			
		<input type="checkbox"/> 実施したケアを費用対効果から評価できる能力			
	ヘルスプロモーション	<input type="checkbox"/> 患者の回復する力を見出す能力			
		<input type="checkbox"/> 患者が自己管理能力を獲得できるように援助できる能力			
		<input type="checkbox"/> 患者がより良い日常生活をその人らしく営めるように、家族を含めた継続的な援助を計画できる能力			
	リスクマネジメント	<input type="checkbox"/> 医療安全の基本的な考え方に基づいて看護実践できる能力			
		<input type="checkbox"/> 病棟における顕在的、潜在的なリスク等を明らかにできる能力			
		<input type="checkbox"/> 起こり得る事故の防止と発生に対応できる能力			
		<input type="checkbox"/> 感染防止対策、スタンダードプレコーションを実施できる能力			
	ケアコーディネーション	<input type="checkbox"/> ケアの提供システムを理解する能力			
		<input type="checkbox"/> 患者が継続的・効果的なケアが受けられるように、利用可能な人・場・情報を整理し、支援体制を構築できる能力			
	看護管理(役割遂行)	<input type="checkbox"/> チーム(病棟等)の中で自分の役割を的確に判断し、メンバーシップ(フォロアーシップ)を発揮できる能力			
		<input type="checkbox"/> 質の高い看護ケアが提供できる看護体制について考えることができる能力			

※該当する欄に1つ〇を付けて下さい。

実践能力		基礎教育 での育成	新人研修 での育成	継続教育 での育成
看護実践 の中で研鑽 する能力	専門性の向上	<input type="checkbox"/> 看護専門職としての独自性を言語化できる能力		
		<input type="checkbox"/> 看護のはたらきと看護職の役割を社会的承認が得られるように表明することができる能力		
		<input type="checkbox"/> 看護専門職として自律的に判断し、行動できる能力		
		<input type="checkbox"/> 質の高い看護を提供することを目指して周囲の看護職と共に実践を変革できる能力		
		<input type="checkbox"/> 医療チームの中で看護師の果たす役割を明確にすることができる能力		
		<input type="checkbox"/> 看護専門職者として専門性を追究するとともに看護学の発展を探究していく能力		
	質の改善	<input type="checkbox"/> 看護実践から得た知識を活用し看護ケアを改善する能力		
		<input type="checkbox"/> 看護研究の成果を活用して、ケアの質を向上させていく能力		
		<input type="checkbox"/> 看護提供のためのシステムのあり方を提言する能力		
		<input type="checkbox"/> 看護ケアの質の改善に向けての取り組みを行う能力		
	継続学習	<input type="checkbox"/> 学ぶことへの動機(モチベーション)をもち続ける能力		
		<input type="checkbox"/> 自分自身を振り返り、専門職としての能力を保持・向上させていく能力		

■ コメント(看護基礎教育における実習のあり方、実践能力の育成について、ご意見・その他、ご自由にお書きください。)

臨床対話：臨床教育の再設計

Clinical Conversations: Clinical Education Redesign

Christine A. Tanner, RN, PhD, FAAN
Oregon Health & Science University
Oregon Consortium for Nursing Education

アメリカにおける臨床教育の現状

今日は私たちがアメリカのオレゴン州で取り組んでいます「臨床教育の再設計」についてお話しします。過去 70 年ほどアメリカでは臨床教育について同じアプローチを使ってきました。しかし、この 70 年の間に、看護の実践は大きく変わり、古い従来からの臨床教育のモデルを使うにあたって、いろいろな問題に直面してきました。皆様も同じ問題に直面しているかも知れませんが、私たちが検討してきたことのいくつかは役に立つと思います。

最初に、臨床教育の現在のモデルについてお話しします。アメリカでのやり方を説明しますと、まず、一般的に学生は病院に行きます。そこで患者さんを実際にケアすることによって看護を学びます。すなわち、基礎の看護学のコースを学んだ後、病院に実習に行き、実際に患者さんのケアをしながら看護を学ぶわけです。外科でも小児科でも産婦人科でも同じです。病院実習の指導体制ですが、学生 8 人を 1 人の教員が担当します。この指導体制を私たちは冗談めかして、お母さんのカルガモモデルと呼んでいます。お母さんのカルガモの後を 8 匹の雛、すなわち、学生がついていきます。お母さんカルガモのすることを雛たちは学ぼうとするわけです。しかし、お母さんカルガモのすることをすべて行うのは難しいのです。看護には複雑なことが多くありますので、雛たちは母親の後について行くだけで精一杯で、母親のすることをすべて同じようにやろうとするには課題があり過ぎます。たくさんの危険も待ち受けています。(スライド 1~3)

また、アメリカの入院期間は日本よりもかなり短く、平均入院期間は 3 日半です。これから推測してわかると思いますが、病院に入院している患者さんは病態が重いばかりです。さらに身体が衰弱し虚弱な高齢患者さんが多く入院しています。このように虚弱で状態の悪い患者さんを看護学生たちにケアさせるというのは非常に危険です。また、重篤な入院患者さんばかりですので、病棟の看護師たちは患者さんの看護ケアで手一杯で、学生たちの指導が十分にできません。ですから、臨床の看護師たちは、学生たちの指導をするにあたって、看護教員から期待されるレベルのことを行うのが非常に難しい状況にあります。

そこで教育の場では患者さんの安全性を確保するために、学生たちに病院で実習をさせる前には臨床のケアについての学習をさせます。実際に病棟に行ってケアを始める前に、学生たちは自分が担当する患者さんはどのような方であるのか、診断はどのようなのか、どのような医療処置が行われているのかについて事前に学びます。患者さんをケアする前に準備として学生たちは学習をしていくわけです。皆様の学生たちも同じような準備をしてから実習に臨んでいると思います。学生たちは、患者さんのケアを計画するために時には徹夜をすることもあります。しかし、翌日、学生たちが病棟に行きますと患者さんは退院してしまっている場合もあります。受け持つ患者さんのためにたくさんの準備をし

て臨んだのに、病棟に行ってみたら患者さんは退院していたということです。そのため教員たちは学生たちに安全に効果的にケアをさせるためにはどうしたらよいのか苦心しています。こういったことが臨床教育でみられる多くの課題の一部です。

さらに、1人の教員が担当する学生の数が多いために、学生たちは教員と話をしたり、指導を受けらるまでに長い時間、待っていなければなりません。例えば、ある教員が投薬について1人の学生に指導している時、他の7人の学生は待っていないてはならないのです。調査をして明らかになったことですが、病棟で学生たちが学んでいる時間をみますと、50%の時間を待ち時間として費やしてしましました。こういった状況がありますので、私たちは疑問を持ち始めました。いったい臨床教育の目的とは何なのだろうかと考えたのです。現状の中で、確実に臨床教育の目的を達成するためにはどうしたらいいのかということも考えました。私たちは、臨床教育というのは理論を実践に応用することだと言っています。教室で学んだことを臨床の実践に使うてみるということなのです。ただし、教室で教えらることと実際の臨床の場で行うことに直接の相関関係を見出すことはできないといった課題もあります。例えば、教室では心血管疾患の患者さんのケアについて学びますが、次の日に病院に行っても、同じ疾患の患者さんがいるというわけではありません。教室で教えたことと一致する、同じような事例を実際の臨床の場で学生たちが出会い学ぶというのは非常に難しいのです。学生たちが臨床の場でどのような経験をするることができるかということは、かなり偶然に左右されています。

臨床教育の目的

私たちは引き続きいろいろ疑問を投げかけながら考え続けました。もし臨床教育の目的を達成すること、つまり教室で学んだ理論を実践に応用するという目的を果たせないのであれば、他にどのような臨床教育の目的があるのか。臨床の場でしか学べないことにはどのようなことがあるのか。臨床の場でしか学べないことを、限られた臨床の場の中で学生たちに学ばせるためにはどのようにしたらよいのか。どういったやり方が最もよいのか。

ここで臨床教育において私たちがどのようなことを行っているのか、どのようなことが達成できるのか、整理して考えてみましょう。(スライド 4, 5)

臨床教育の目的の一番目は、臨床知識の開発ということなのです。実践の場で経験を積むことによって知識を育成するということなのです。臨床知識の開発、育成といいますが、この中に少なくとも二つの意味が含まれています。まず、初めは、理論的な知識をさらに広げ、深めるということなのです。例えば学生たちはうっ血性心不全の兆候について学ぶとします。そして試験の時に学生たちはうっ血性心不全の兆候についてどんなものがあるのかリストアップして示すことができます。しかし、本当に理解するためには、実際にうっ血性心不全の患者さんを見る必要があります。例えば、状態はどのように見えるのだろうか。肺の中に水が貯まっていた場合はどのような音がするのだろうか。さらに、浮腫がある場合はどのような状態になるのだろうか。講義で聞き、教科書で読んで知ったうっ血性心不全のことを、実際に患者さんに会って見て知る機会を得るのです。さらに経験を積むことによってのみ得られる実践的知識があります。言葉では言い表すことができない、説明できないということがあるのです。例えば、患者さんの状態が悪化していく時にどのようなパターンがあるか認識することなどです。感染や呼吸器疾患を起こした患者さんは、どのように状態が変化していくのか、どのような呼吸音がするのかなどを認識することもそうです。

この実践的な経験というのはエレベーターに乗ったときの行動と同じようなものです。今日、ホテ

ルでエレベーターに乗った時に気がついたのです。アメリカでも同じことが見られます。人々はエレベーターの中に入りますと向きをかえて、それから各階の数字を見ます。私たちはこれを文化的に学び、みんな同じようにやっています。こうするのだと説明する言葉はありません。子供たちが成長しながら学んでいく行動と同じです。そしてみんなが同じような行動を学んでいきます。もちろん、社会的な距離などを説明する理論はありますので、その理論を使って説明することはできますが、エレベーターの中の行動を説明する理論は必要ないでしょう。このことは病棟の看護でも同様です。看護師たちにこの行動は適切であるとわかっている、それを説明する言葉というのがない場合があります。例えば、今は違っていますが、私が看護学部の学生だったとき、ナースステーションに医師が入って来ると私たちは起立しなければなりません。誰かが、そうしなさいと言葉で言ったわけではないのですが、私たちはそういった行動を期待されているのだと学びました。すなわち、臨床の場にいることによって初めて学ぶことができる看護の側面、医療の側面がたくさんあるのです。こういったものを実践的知識と呼ぶことができます。

二つ目の臨床教育の目的は、実践的技術を育成開発することです。どのように処置をしていくのか、精神運動的な技術をどう育成していくかということです。この二つ目の目的というのは、一つ目とは全く違う学習といえます。それぞれの目的を達成するためには異なる経験が必要です。実践的技術を学ぶこと、すなわち精神運動的な技術を学ぶためには、繰り返して練習することが必要です。神経伝達経路を作り上げるわけですから、そうしますと、身体を動かし運動神経を使って行う技術が自動的にできるようになります。例えば、技能に習熟した看護師は、点滴を開始すると同時に、患者さんに話しかけ、さらに医師に話しかけられたらそれにも対応するなど、同時にたくさんのことを行うことができます。このようになるためには、身体を動かし、運動神経を使った技能をしっかりと身につけなければならないし、そのためには繰り返し練習することが必要です。

これに対して、臨床知識をつくるということ、臨床知識を開発すること、これは気づき、認識能力を高めることです。重要な概念について理解を深めるということです。実践的知識の一つの例として、通常の術後の患者さんの回復過程はどういったものであるかを理解することがあげられます。術後の患者さんの看護を担当している看護師の場合は、通常の手術を受けた後の患者さんの回復の過程はどのようなものであるかを認識し、理解しておく必要があります。そして、そういった術後の患者さんのケアの経験を積み重ねていく中で、看護師は、術後1日、2日、3日とどのような過程を辿って患者さんの状態が変化していくのかについて理解していきます。これは実践的知識の開発、育成と言えます。アメリカでは学生たちは術後の患者さんのケアについては、2人から3人の例を経験します。2人から3人といった人数の患者さんしかケアしないので、通常の術後の患者さんの回復過程がどのようなものであるかについての実践的知識を開発することができません。学生は、術後の回復過程に関する知識を深めることはできないのです。そこで私たちは、こうした面を改善するためには何をしたら良いのかについて考えました。

今述べたこと以外にどのような臨床教育の目的があるかについても検討しました。そこであがってきた目的は、学生たちに看護師のような思考法を身につけてもらうというものです。先程から話しているような知識を身につけなくては、看護師のような思考法というのは得られません。さらに実践的な知識をしっかりと使えるようになっていく必要があります。加えて、考えることの習慣を持つようにしなくてはならないのです。考えることの習慣として例をいくつかあげますと、一つ目がクリニカルジャッジメント (Clinical Judgment) の習慣です。次に批判的思考 (Critical thinking)、系統的

に体系を考えること (Systems thinking)、倫理的な推論 (Ethical reasoning)、こういったことはすべて看護師が習慣的に考えている、または習慣的にもっている思考法です。

クリニカルジャッジメント

ここで、クリニカルジャッジメントについて説明します。経験を積んだ看護師は、毎日、毎分ごとに何らかの判断をしています。ただ、看護師たちはこういった判断を非常に素早くするので、自分が判断していることを認識していません。これは看護実践の中の見えない側面とも言えます。看護師というのは医師の指示に従っているだけだと思っている人がたくさんいます。私たちはそうではないことをよくわかっています。医師が出す指示というのはガイドラインにしかすぎません。看護師たちは患者さんにその医師の指示を適応するべきかどうか、医師の指示はその患者さんに勧めることができるものであるかどうか、よくわかっています。北米で過去 30 年間に 250 の研究が報告されています。これらの研究は、看護師たちはどのように考え、どのようにクリニカルジャッジメントをしているかを検討したものです。

クリニカルジャッジメントの第一段階は気づくということです。患者さんに健康上、医療上の問題があることに気づくために、パターンやきっかけ (兆し) を認識するというのが第一段階のクリニカルジャッジメントです。学生たちにはこうしたことに気づくことが難しいときがあります。学生たちは、自分は気がつかなかったとよく言います。学生たちはアセスメント評価を行っていても何が問題であるのかということに気がつかない場合があります。クリニカルジャッジメントの次の段階は解釈することです。すなわち、気づいたことの意味は何であるのか、気づいたことを解釈することです。例えば、患者さんが息切れしているのは不安のためなのか、それとも何か別の問題があるのかということを解釈するのです。このように患者さんに何か問題があるのを認識するためには、さらなる評価や分析的な、あるいは解釈的な推論が必要になります。次の段階は、患者さんに対応すること、行動をとることです。また何らかの介入、すなわち、医療行為を行うことです。さらに、クリニカルジャッジメントの中には、振り返りという要素も入っています。

振り返りには 2 種類あります。一つ目の振り返りは、実際に行動をしながら振り返ること、すなわち看護師は患者さんの状態をモニタリングし、どのような反応が見られるかを考え、そして患者さんの反応を見ながら自分のとる行動を調整していきます。例えば、看護師が患者さんにどのように健康に気をつけたらよいか指導しているとします。そのとき看護師は患者さんの言葉ではなく、様子を見て、患者さんが実際に自分の指示を理解しているかどうかを考えます。あるいは患者さんに質問をして理解しているかどうかを確認したりします。学生は、患者さんの反応に合わせて、自分の行動を変えたり、患者さんを観察することができないのです。ですから、学生には行動しながら振り返るということはほとんどできません。振り返りの二つ目ですが、行動した後に振り返ることです。その出来事、事象が終わった後に振り返ることです。臨床で学ぶためにはこの振り返りというのは重要な活動です。

クリニカルジャッジメントのモデル

簡単にクリニカルジャッジメントのモデルについて紹介したいと思います。日本の雑誌にはまだ翻訳されておりません。スライド (スライド 6, 7) に示されているのは、クリニカルジャッジメントの重要な要素です。一つ目が気づき (Noticing)、次が解釈 (Interpreting)、その次が対応 (Responding)、

そして振り返り（Reflecting）です。そして二つ目に重要なのが、振り返りを行いますと看護師は自分たちの知識をさらに高めることができるということです。自分たちの知識の育成に振り返りは役に立つのです。実際の臨床の現場で、看護師は何に気がつくか、何を観察できるかというのは、看護師自身が何を知っているか、何を身につけているかによって、大きく左右されます。例を挙げましょう。最近、私は息子と一緒にイタリアに行きました。息子は絵画の歴史を勉強していました。イタリアに行ってたくさんの宗教的絵画とか彫刻などの芸術作品を見たのですが、私にとってはすべて同じように見えました。私の息子は芸術の歴史について知識がありますので、例えば 12 世紀の絵画と 13 世紀の絵画にどんな違いがあるのかを説明してくれました。私にはそういった知識がありませんので違いに気がつかず、見えなかったのです。新人看護師も臨床の場に行った時に同じことが言えると思います。その臨床の場でどんなことが期待されるのか、どんなことが予測されるのかをわかっていませんので、実際の場では気がつかないのです。気づくための知識として、経験から学んだ知識、または書物から学んだ知識などが助けになります。経験を積んだ看護師の場合は、その状況であれば次にどんなことが起こると予測されるのかわかりますし、その予測に反した状態に直面しますと気がつきます。例えば、手術後の患者さんが、通常の回復の過程を辿っていない場合は、経験を積んだ看護師なら気がつきます。これに対して、実践的な知識が不足している学生の場合は、気づけないかも知れません。私たちは学生たちの実践的な知識を高めるために、学生たちが気づけるように、そして、気づいたことをどのように解釈するのか、こうした気づきや解釈の練習をさせています。

考えることの習慣化

次に考えることの習慣化についてお話ししましょう。（スライド 8, 9）

私たちは臨床の状況を改善するために批判的思考（Critical thinking）を教えています。実務的なスキルと考えることの習慣を教えています。これまでクリニカルジャッジメントについてお話ししましたが、もう 1 つの考えることの習慣化として学生にすすめているのが批判的思考です。この批判的思考の例をあげますと、常に何らかの質問を投げかけるということです。例えば、実践したケアが本当に患者さんの助けになっているのかと疑問を投げかけていく思考法です。私たちの看護実践ではルーチンだからとやっていることが多々ありますが、その中には実際は役に立っていないことがあります。したがって、行っている実践が本当に不可欠なものであるかどうかを考えるように、疑問を持つようにと学生たちに指導しています。

もう 1 つ、私たちが習慣的にこういった考え方をしなければならないと教えていることがあります。それはシステム、仕組みについて考えることです。この過去 10 年間アメリカでは医療ミスの増加に懸念してきました。看護師が投薬のミスをすることはあります。時には投薬のミスは個々の看護師のせいではなく、体制に問題がある場合があります。例をあげます。アメリカのカイザーシステムです。その施設の 1 つに投薬ミスが多い病棟がありました。看護師たちはなぜこのような投薬のミスが起こるのかを考えました。薬の回数や量が多すぎるのだろうか、患者さんの数が多すぎるのだろうか、様々な要素を検討しました。その過程で気づいたのは、看護師たちが投薬の準備をしているときに邪魔をされることが非常に多いことでした。看護師が投薬の準備をしているときに、医師やその他の看護スタッフ、理学療法士、呼吸療法士などがやってきて、作業中の看護師に質問をしたりします。この問題を防ぐために投薬の準備の時には、看護師たちは明るいオレンジ色の安全医療ベスト、工事現場で作業員が着ているベストを着用することにしました。この安全用のベストを着ている場合はその

看護師の邪魔をしてはいけないというルールを作りました。その結果、投薬のミスは50%減少しました。これはシステムについて疑問を投げかけるという1つの例です。

考えることの習慣化についての最後は、実践の振り返りです。これについては先ほど述べました。例えば看護師がその一日の業務が終わった後にその日起きたことを振り返り、どうしたらもっとうまくできたかとか、何か違う方法はあったらどうかと振り返るわけです。

臨床教育の最後の目的について説明します(スライド10)。これは私たちが今取り入れている臨床教育の最後の目的ですが、学生たちが看護師としてのアイデンティティを形成できるようにサポートすることです。学生たちは看護を学ぼうとしてやってくるときにすでにたくさんの能力などを身につけています。学生によっては非常に感情豊かに、心豊かにコミュニケーションを行う能力があります。ただそういった才能を看護の中で活かし、看護師として活用できるように能力を育成するためには臨床の経験と実践が必要なのです。そのために患者さんと長期的な関係を持たせる機会を与えることが重要になります。

このように臨床教育の目的を考えることによって、私たちは臨床の場でしか学生たちが学ぶことができない重要な分野として4つの分野を確認しました(スライド11)。これまでの伝統的なモデルよりもより良い臨床教育を行うモデルはないか、確認した4つの目的を達成できるよりよいモデルはないかということを検討し始めたのです。

臨床教育におけるアプローチ

臨床教育のことで、非常に短い入院期間の中で学生たちにどのように技術を習得させることができるのか、どのようにすれば学生たちの技術演習を手助けすることができるのかということに私たちは努力をしています。そのために臨床教育のカリキュラムからアプローチをしようと考えました。これまで臨床教育といえますと様々な診療科をローテーションすることであると考えられてきました。様々な診療科のローテーションの例をあげますと、学生は6週間で内科で実習し、次の6週間は外科、そのあとに産婦人科、小児科などとローテーションします。それぞれの診療科の病棟で実習する際にどのようなことが必要とされるか、その一部を少なくとも学ぶことができます。ただこうしたアプローチでは学生たちがカリキュラム全体をカバーするような臨床的なスキルを習得できるのかということについては示されません。1年目の学生と2年目の学生を比較した時に、2年目の学生になればどのようなことに違いがでるのかということが明らかではありませんでした。さらに学生たちが重要な経験を得る機会を逃しているのだということにも気がつきました。現在の病院は、非常に専門化が進んでいます。外科で実習をした学生は、移植手術についての経験を積むことができても、一般的に見られる手術については経験を積むことができません。全員の学生が実習を通して積まなくてはならない経験があると私たちは考え、必須の臨床経験を積ませるための実習計画を作ることを考えました。学生たちが一定の実践能力を身につけることができるように、どのように臨床経験の目的を明確にしながらか臨床教育のデザインをすることができるのかについて検討しました。例えば、小児看護ですと、小児科でよくみられる急性症状について学びます。小児でよくみられる急性症状について把握し、それを看護師としてどのように対応し、その問題をどこにどのように報告すればよいかなどを理解することです。すなわち、小児期によくみられる共通の問題に学生たちが気づくように学習させるためにはどういった経験を積ませればいいのかを考えました。

従来のカリキュラムでは、小児科の経験を全く積むことができない場合もありました。また、昔の

モデルでは一部の学生は病院で急性期治療の小児科の場面だけを学習する場合があります。現在の小児科病棟に十分な入院患者がない状態の中で、小児科で全ての学生たちが経験しなくてはならない経験をどのように積ませたらいいか考えたのです。その他の診療科についても同じ質問を投げかけました。例えば妊娠した女性で何か問題がある場合、全ての学生が知らなくてはいけないことは何であるかを考えました。よく見られる精神疾患にかかっている患者さんについては何について知っておかなくてはいけないかを考えました。そこで全ての学生に必要とされる臨床教育の経験について私たちはプランをつくりました。これは学生たちを病棟に連れて行き、必要な経験を学生たちが積み重ねればよいといった、ただ期待しているというだけの状況とは全く違うアプローチです。私たちは該当する適切な患者群にアクセスできる場に学生たちを連れていき、そこで対象となる患者さんのケアを実施します。例えば最初のコースでは学生たちは小さな子供たちの健康の評価を行わなくてはなりません。デイケアのセンター、または託児所とか学校に学生たちを連れていき、基本的な発達面での評価や健康評価を行わせます。このコースは、臨床の現場で2日から3日行われますが、学生たちは5人から10人の子供たちの評価を行います。そして学生たちは1群の子供たちを観察し、それぞれの年齢群でどのような違いがあるのかなどを観察します。発達について何か問題がある時には学生たちはすべてそれを認識しなくてはいけない、学習しておかなくてはいけないと考えているからです。発達上の異常について認識できなければ、成長発達面での問題について対応する行動をとることができないからです。このように学生たちは現場でスクリーニング評価を行うことによって、基本的な能力について学び、練習することができるのです。

同じ学生が次の週には介護を必要としている高齢者の施設に行く場合があります。そこで例えば認知障害がある高齢者に対して、どのように問診を行ったらいいのかについて学びます。この能力もまた学生がすべて身につけなくてはいけない能力だと考えていますので、こういった活動を学習の一環として計画しました。学生たちが必要とされている能力を得られるように臨床の場での活動について私たちは非常に目的を明確にさせながら設計を行っているのです。このようにして学習活動の過程をつくりましたが、ここに示されていることはすべて学習の要素であると私たちは考えました。

臨床教育のモデル

その他に成長や発達について臨床的な知識や深い概念上の知識を身につけることも学習の一つです。また繰り返し練習をしてスキルを身につけることも重要です。例えば血圧を測るスキルなどです。それからクリニカルジャッジメントといった思考方法を習慣化して身につけることもそうです。そしてどのようにコミュニケーションのスキルを改善していったらいいのか、看護師として自分が得意なことは何かを考えることもそうです。例えば、学生たちは、自分は高齢者と話をする時非常に楽しめるし、高齢者のケアが非常に得意だということに気がつく場合があります。ですから私たち、カリキュラムを設計する中でこういった4つの点を身につけることが必要であると考え、これらを身につけることができるように設計を行いました。現在臨床教育のモデルの変更は行っていますが、従来のモデルでも非常に良い面があると思っていますので、そちらの良い面については残しています。従来型のモデルでの良い点の例がここに示されています。(スライド 12)

最初ですが、臨床の現場に行く前に学生たちが準備を行うことは非常に優れたやり方であることは研究でも示されていますし、経験的にも分かっています。従来型のモデルでは学生たちに臨床の現場に行く前に準備をさせています。準備をさせることによって、現場で学生たちがケアをした時に安全

を確保できるようにしているのです。また自分がどういった経験をするのか理論的にしっかり学んで準備しておけばより良く学習することができるというのも真実です。例えば小児科に行く際の準備としては正常な小児の発達についてどういったものであったか復習していくのです。どういったモデルであるかに関わらず、私たちは重要な点については臨床の経験に対応するため準備を行うことは続けています。

現在の教育モデルでも学生たちは患者さんと接することはありますが、やはり患者さんのケアの感覚をつかむためには患者さんとのある一定期間の関係を体験することは重要です。患者さんにどれだけ関わっていくかということについてのスキルもあります。看護師または学生で患者さんに関わりすぎてしまう、深く入り込みすぎてしまう場合があることはご存じだと思います。さらに患者さんに全く心を傾けようとしない、感情的に関わろうとしない場合もやはりよい成果は生まれません。患者さんとの関係を確立していくことは、一種の技術であり、経験によって学ぶことができることを私たちの研究は示しました。ですから学生たちの経験について設計する際に、学生たちが患者さんと長期的な関係を持ち、またその長期的な関係について振り返りができるような機会を与えるようにしました。

また従来からのやり方の3つ目のよい点は、教員とスタッフがコーチングを行うことです。スポーツのコーチと同じようにコーチングによって学生たちがその現場で学ぶように手伝いをするのです。例えばコーチングでは学生たちにその一定の状況の中で何が重要なのか、何が意味があることなのか気がつくように促したりします。教員や経験を積んだ看護師たちは臨床的な知識を豊富に持っていますので、それぞれの場面で何が重要なのかは分かっています。教員や経験を積んだ看護師たちが学生の横に立って、その特定の状況の中でその患者さんに対して何が重要なのか指摘するのです。その状況について学生たちが自分で考えることができるように質問をする場合もあります。またコーチは自分で声に出して自分がどう考えているか話す場合もあります。その状況の現場の説明を実際に声に出して行います。コーチングはどのようなモデルでも使うことができますし、非常に教師にとって効果的なやり方であるといえます。

次に4つ目ですが、積極的な学習環境です。アメリカではこれが問題だと考えられているのですが、経験を積んだベテランの看護師というのは新しい学生に対して意地悪だと言われる場合があります。日本でもそうでしょうか。アメリカでは看護師たちは若者を食べてしまうと云います。ただ、環境として誰もがいつでも学べる環境をつくることができれば皆が力を発揮できます。また経験を積んだ看護師たちは、学生たちが神経を研ぎ澄ませているいろいろな疑問を持つように手助けをすることができます。ですからどのようなモデルを使うにしても看護師、教員、そして臨床のスタッフが協力しながら積極的な学習の環境を整えることが重要です。

看護学およびその他の学問についても多くの研究が行われ、学習パフォーマンスを改善するためにはフィードバックが非常に重要であることが明らかになってきました。このフィードバックの重要性を覚えておくために略語が使われています。FIDLTy というのが略語です。まず F は frequent、つまり「頻繁に」ということで、フィードバックを頻繁に行うことが必要だということを示しています。次の I は、immediate で「すぐに」ということです。実際に実施した直後すぐに、またはその行為を行っているときすぐにフィードバックを与えることが有効だということ。次の discerning は「洞察力を持って」ということを示しています。フィードバックを与える側は、何が上手くできていて、何が上手くできなかったのか、洞察力を持って理解していなくてははいけないということです。E は、engage で「学生たちに自ら自己評価を行うように仕向ける」ということです。これは非常に重要な

点です。というのも学生は卒業後には自分の業務を改善していくために自分自身で自己評価を行っていかなくてはならないからです。この例をお話しましょう。私はピアノを習っています。私のピアノの先生は、私が1曲弾くと、そのパフォーマンスについてどう思いますかといつも聞いてきます。このピアノの先生が何年にもわたって「今の演奏をどう思いますか」と質問してくれたおかげで、私は自分自身で聴く能力を上達させることができました。質問により、私自身自分の演奏を批判的に聞くことを学びました。テンポやリズム、動的な感覚がどうであるのか、ペダルの使い方がどうであるのか、自分自身で評価できるようになりました。同じようなことを学生に対しても行うことができます。学生に質問するのです。「今、実施したことについてあなたはどう思いますか」と聞きます。教員がそういった質問をすると、学生たちはそういった質問をされるとわかっていますから実際にその行為をする時に答えを準備しようとして学生はより注意をして実施するようになるでしょう。略語に戻りますが、Lは、lovingly ということ。「愛情をもってフィードバックを行う」ということです。学生が、看護業務を上手くこなせなかった場合でも、洞察力を持って優しく具体的に言わなくてはなりません。

最後ですが、臨床での経験を積んだ後に事後カンファレンスを行ったり報告会を行うことです。継続して学習するためにはこうした活動が重要であることが研究によって示されています。経験を積んだ臨床の教員や看護師は、すでにこうしたことをすれば上手くいくということを知っているかもしれませんが。私たちが臨床教育について検討を行った際に、こうした事後カンファレンス、報告会、振り返りといったやり方が非常に効果的であることが示されていました。

これまで言ってきましたように臨床教育の設計については、目的を明確にして行うこと、必要な能力を育成することをしっかり考えること、これまで長年培われた優れた実践方法については注意して維持していくことについてお話ししましたが、最後の点は、臨床の看護スタッフとのパートナーシップに基づいて行うということです。(スライド 13)

臨床学習体験の類型

ここで臨床学習体験の類型について簡単に説明します。(スライド 14)

これは臨床学習活動の枠組みです。まず初めにケアを行うことになる患者群に対して学生たちは何を知らなくてはいけないか、何ができなくてはいけないかを認識します。それには一種の参加型の学習過程が必要だと考えました。その必要とされる能力を学生たちが身につけ、育成するために求められる経験を私たちはデザインしました。それが臨床学習体験の5つの類型として示されています。この5つのタイプについて学習できるように私たちは臨床教育カリキュラムの目的を明確にしながらカリキュラムをつくりました。昔は、学生たちは病棟に連れて行かれて、その日に起きた出来事について対応して学ぶというやり方でしたが、それが新しい形に置き換わることとなります。現在、この新しいやり方については実験中です。実施してから2年目です。まだ完全な結果は出ていないのですが、結果は非常に有望に思えます。ただ典型的な臨床的な教育方法に対してこれで置き換えたとしても、いくつかは追加として行った方がよいアイデアもあります。それについてどういったものであるか説明したいと思います。

この臨床学習体験の類型について述べますと、一番目が技能に基づくもの、治療技術に基づく学習体験があげられます。ここではスムーズに体を動かしてその処置ができるようになるまで繰り返して練習することが含まれます。昔のアメリカでのやり方では、「見て」「やって」「教えて」というジョークがありました。つまり、「見て」「やって」「教えて」といったやり方では、十分な技能が身につか

いということです。これが問題と考え、学生たちが全員スムーズに体を動かしてできるようにならないければならない技術は何であるかを私たちは明確にしました。学生たちが十分練習してスムーズにその処置をできるようになる技術で、それを行っている間、患者さんにも注意を払えるようになるということです。例えば、必ず必要な技術の一つに筋肉注射があります。まず学生たちはモデル人形を使いましてスキルラボで筋肉注射の練習を行います。お互いに練習を行います。その次に予防接種を行っているクリニックへ行きます。そこでは1日に50回予防注射を行う場合があります。オレゴン州の学生ですが、去年は新型インフルエンザに対する予防接種を全て学生が行うことが可能でした。アメリカでは500人の学生が新型インフルエンザの予防接種を行いました。非常に良かったです。このような技術としては他にもいくつも例があります。ここで重要なのは学生たちは繰り返し練習することです。この繰り返しがこの学習で重要な点です。またもう1つ学ばなくてはならないのは、その技術を使うのはどのような文脈であるのか、その文脈を理解して学ぶことです。以前の教育方法では技術を教えるために、例えば学生たちは2週間、実習室で毎日毎日、技術を練習する、40のスキルについて練習するということがありました。実際には6ヶ月後までその技術は実施しませんでした。今ではやり方を変え、それぞれの学期ごとに、必要な時にはそのつど技術の練習をするようにしています。そうしますとその技術が、他の学習している教材と関連がある場合もあります。例えば予防接種のクリニックに行くのは健康増進のコースに参加しているときです。

技術に基づく臨床学習体験に続いて次に重要な学習体験は概念を深める体験です。例としては術後の回復についての概念があげられます。術後にどのように患者さんが回復していくかを学習するためには手術を受けた後の患者さんのところに行く必要があります。様々な年齢層の患者さん、様々な種類の術式を受けた患者さんを見る必要があります。そして患者さんの年齢、健康状態、受けた手術の種類によってどのような回復過程を辿るのかに関心を向けていきます。臨床の現場で1日か2日を取り、手術を受けた後の患者さんを見るために様々な病棟に回っていきます。それぞれの患者さんにとって何が重要であるのかをその場で教員がコーチングして教えます。これにより学生たちは認識する能力を育成することができます。術後の患者さんではどういったことが予測されるのか、期待される状況は何であるのかを学生たちは理解することができるからです。私の二人の同僚がこうしたアプローチを臨床的な教育に使った場合どういった効果があるかどうか研究しました。その結果、クリニカルジャッジメントの能力を向上させることができることが分かりました。

臨床学習体験の3つ目のタイプですが、これは事例に基づく体験です。この体験では学生は様々な臨床の事例、シナリオを経験します。そのある一定の臨床の状況について説明を受け、その臨床の状況、事例が刻々と変わっていく中で、学生はどのように対応するかを迫られます。例えば教師がある一定の臨床の事例をあげ、それが1分ごとにどのように変わっていくかを説明し、学生たちにはそれぞれの段階ではどんな情報が必要であるか、どんな行動をとるかを質問します。私たちは、この体験学習をモデル人形や訓練を受けた俳優によって臨床のシミュレーションとして行っています。学生たちは臨床シミュレーションセンターに行きます。そこである一定の臨床のシナリオが展開され、学生たちは実際の現場で行われるように対応しなければなりません。これによって、学生たちは看護師のように考えることを学ぶ機会が与えられます。また、シミュレーションがクリニカルジャッジメントの能力を向上させることを示す根拠を出すことができました。

次に4つ目のタイプですが、直接ケアに焦点を当てた臨床学習体験があります。これほとんど私たちが現在やっていることと同じで、学生たちが患者さんの直接ケアを行うということです。例えば1

名から3名の患者さんに対してトータルケアを行う場合があります。最後の段階の統合的な臨床学習体験です。この統合的な学習体験では、学生たちはこれまでばらばらに学んだことを一つに統合しまとめることができます。これまであげた4つ（Skill-based, Concept-based, Case-based, Focused Direct Care）は、すべて基本的な事項となり、最初の4つの上に5つ目の統合的な学習体験

（Integrative）が乗っているのです。そしてこういった臨床学習体験が臨床教育カリキュラムの中でどのようにアレンジされているのかどうかを図によって示しました（スライド15～17）。私たちのプログラムは4年の課程ですが、そのうちの3年間で看護のカリキュラムがカバーされます。まず、看護学コースの1年目では直接的な患者さんへのケア、トータルケアというのはほとんど行われません。実際の焦点を当てたケアの代わりに概念に基づく臨床学習や事例に基づく学習、またスキルに基づく学習など、それぞれ目的を明確にしながらいわれます。2年目ですが、これは今のやり方と似ています。学生たちは焦点を当てた直接的な患者さんのケアをかなり多く行います。ただその他の3つの学習体験も継続して行います。例えば、学生たちは午前中は病院でケアを行い、午後には概念に基づく学習を行うなどの時間割りになる場合があります。最後の段階は3年目です。最後の5カ月につきましては実習として1人の看護師について学習体験を行います。また自分たちが実習する分野によりまして、中の3つの丸、スキルや概念、事例に基づいた学習なども自分が働く分野によりまして学習を続けます。このような統合学習を行いますと、看護師（RN）への移行がより容易にできると考えられています。

以上私たちが使用しようとしているモデルについてご紹介しました。

<質疑応答>

ここで質問を受けたいと思いますので、質問がありましたらお願いします。

質問者：これから先のお話の中に出てくるかもしれないのですが、例えば3.5日の在院日数の実習では、その後、患者さんたちは、地域に帰る、自宅に帰ることになると思いますが、病院の実習と地域で生活する、家庭で生活するということのつなぎの実習のようなものが考えられているのか、行われているのかということについてお聞きしたいです。

必要とされているほどは行われていません。患者さんや患者さんを介護する人たちは、自宅でどのように介護または健康状態の管理を行わなくてはいけないのか書いた文章を渡されます。在宅で看護師の訪問を受けることができる場合もあります。質問がある時は電話で看護師に連絡することができます。しかし実際の自宅での介護はほとんど家族が行っています。また、患者さんの状態がどれだけ重篤であるかにより、高い実践能力を持った看護師のいる施設に入所する場合があります。つまり中間のケアの場所ということです。

質問者：日本の場合ですと、病院と自宅の間に外来があるのですが、オレゴン州の場合、病院の病棟で実習したら、外来で実習するというのもあるのでしょうか。

ほとんどありません。外来でケアしているスタッフはメディカルアシスタントがほとんどです。患者さんたちはクリニックに来て医師の診察を受ける場合がありますが、看護師に会うことはほとんど

ありません。ここにケアにおける大きなギャップがあるわけです。オバマ大統領が採択した改革法案ですが、その法案の中にこのケアのギャップについての課題が含まれています。例えば、高齢者の場合は、移行期のケアのサービスというものが看護師によって提供されます。新しい議会がまた法律を変えてしまうかも知れませんが、そういったことがなければこうしたサービスは続くでしょう。

こういった背景がありますので、私たちは、学生たちが、新たに改正される医療保健システムの中で必要だと考えられるさまざまな経験を積むことができるようにしたいと考えているところです。アメリカにおいては、ケアの場所、医療の場所を病院の外に移そうという動きがありますので、今後、より多くの看護師がクリニックや外来の場で仕事をするようになっていくだろうと思います。まだこういった状況が実際に実現している訳ではありませんので、学生たちにクリニックや外来などの場での経験を積ませるのは非常に難しいです。

質問者：クリニカルジャッジメントのことについて伺います。このプロセスをみると日本で行われている看護過程に近いものがあると思いますが、3 日半という短い期間の中でこれらのクリニカルジャッジメントを学生に身につけさせるために、具体的にどのような方策をとられているのかを伺いたしたいと思います。

いい質問です。まず看護過程ということですが、アメリカでは看護過程を 50 年間使っています。この看護過程というのは看護に関する非常に大きな枠組みを提供しています。しかし、看護師たちは実際そういった方法で思考しているわけではないことが研究によって示されました。アセスメント、評価、計画、介入ですが、こういったことを直線的に行うのではなく、その代わりに看護師たちは直観的に気づいて対応しているのです。看護における判断のプロセスは、看護師たちが毎分ごとに行っている判断のプロセスとして示されています。また臨床の場では、どういったことがこれから起こると予測されるのかという予測をすることの重要性とそれに基づいて判断することの重要性が示されています。さらに、完全なアセスメント、評価を行っても問題に気がつかないという可能性を指摘しています。気がつかなければ臨床的な推論の過程に入っていくことはできません。ですから看護過程のプロセスとクリニカルジャッジメントのプロセスは似ているように見えますが違うものです。

質問者：オレゴン州では、実習で患者さんを受け持たせていただき、技術、つまり看護行為をするときに患者さんの同意はいらぬのかどうか。

大学病院、教育のための病院ですと、患者さんは学生が患者さんのケアを行うということについて同意書に署名をします。他の実務的なケア、長期的なケア、在宅介護等では、クライアントは学生がケアをすることに対して拒否をすることができます。ただ、患者さんが学生のケアを受けることを拒否することはほとんど見受けられません。

質問者：トータルケアを看護師さんについて学生と一緒に実施する中で、分野を選べるという話があったのですが、そこをもう少し具体的に教えていただきたい。自分が働くところに応じて選べると言われたように思うのですが。

統合的体験学習について補足したいと思います。学生たちは自分がより深く理解したい、より多くの技能を身につけたい分野、患者群を選択します。例えば学生は腫瘍学の看護を選ぶという例をあげましょう。がん病棟で夕方のシフトで働く看護師が、その学生の担当として割り当てられたとしましょう。その時、この腫瘍学の看護に関係する知識をさらに深めるために必要だと思われる他の経験について、教員や学生、病棟の看護スタッフが共同で計画を立てます。例えば、その学生が2日か3日、時間をとって化学療法の病棟に行く場合もあります。外来で治療を受けている患者さんについての経験を積むためです。追加の経験として、シミュレーションとして終末期医療の経験する場合もあります。ICUに行く学生はシミュレーションで準備的な体験を積んでから病棟に行きます。この統合的な学習体験に実際に入る前に、シミュレーションで危機的な状況に対する対応の体験を練習していくのです。例えば心肺蘇生とか、その他に急速に容態が変わっていく危機的な状況についてシミュレーションをしてから病棟に行きます。学生たちが自分で選んだ分野以外にも経験を積むというのはそういったことです。

質問者：学生の主体性を引き出すというところの先生のお考えとか、どのようにされているのかということをお聞きしたいと思います。

非常に大きな、幅の広い質問だと思います。一つ言えるのは私たちアメリカの学生は日本の学生さんより年齢が高くて成熟した学生が多いということです。18歳の時に看護師になろうというのではなく、例えば20代の半ば頃に看護師としてのキャリアを選択した学生たちです。ほとんどの学生は他の学問分野の学位を持っていて、二つ目の学位として看護学を勉強している学生たちです。時には非常に学ぼうとするモチベーションが高い、あまりにやる気がありすぎることが問題になります。学習の分野によりましては、若い学生さんは関心を持たないこともありますから、年齢層が若い学生の場合は大変なことも多いと思います。例えば、若い学生は高齢者に関心を持たない場合があります。高齢者とともに活動する機会がなく、高齢者の特別な観点について理解していない場合があります。高齢者につきまちは、カリキュラムの1年目から最後の段階まででカリキュラムの中で数回にわたって触れあう経験を積んだ方が学生にとって良いと考えています。と言いますのは、高齢者のケアは非常に複雑ですので、学習を始めたばかりの学生ですと完全に理解できない場合があるからです。また、こういった方法によって学生たちのやる気を高めることができますと思います。

質問者：先ほど看護過程の話がありました。私自身も看護過程の学習を学生にさせて、実習の中で記録を書かせているのですが、先ほど先生のおっしゃられた臨床教育の中でそんなことしていたら患者さんは退院してしまっているとありました。看護過程の記録などはどうされているのか。あとは看護診断という言葉があったと思うのですが、そういうのは実際に使われているのでしょうか。

いろんなやり方があります。学生たちが実際にケアを行うために臨床に行く前の準備として、学生たちはその患者さんの診断やその他の情報に基づいて、どんなことが予測されるか、どんなことが観察されるかという要旨を書きとめます。ケアを行う時の優先順位は何なのか、どの点に注意すべきなのか、ケアをする時にどんなことが予測されるのかを書きます。また、患者さんに関するレポート