

実践報告

看護実践能力を育てるための日常生活援助技術演習の展開

竹内 貴子¹ 中島佳緒里¹ 前田 節子¹ 服部 美穂¹ 林 美希¹ 南 祐子¹

要旨

大学における看護技術教育について、2011 年に厚生労働省から卒業時の到達目標が示された。日本赤十字豊田看護大学の基礎看護技術教育ではアセスメント能力の向上を図るため、援助対象を設定しその対象の状態に合わせた援助ができるように演習を行っている。

我々が行う技術教育では、その人らしく生活を送ることができるために対象に合わせた援助方法を考えて実践できることを期待している。事例をもとに様々な技術を検討し、情報整理・アセスメントによる方法の検討→実施→評価→フィードバックを繰り返すことで、技術提供をする際のアセスメントの強化を行ってきた。このことが学生の思考力の強化にもつながると推察する。このような思考力の強化は、知識・思考・行動というステップを踏み自分自身の持つ知識・技術の中で最善の看護を考えることができる学生を育成し、看護実践能力の基盤を作ることになるであろう。

キーワード 日常生活援助 演習 看護実践能力 アセスメント

I. はじめに

近年、医療の進歩、患者の高齢化や在院日数の短縮など、多様に変化する医療環境において、国民の医療に対する意識は量から質の向上を重視する方向へ転換している。看護においても看護職員の看護実践能力の向上が求められ、2007 年「基礎看護教育の充実に関する検討会」では看護師教育で習得すべき 142 の技術項目と卒業時の到達度が示された（厚生労働省、2007）。この看護実践能力とは、看護実践における専門的責任を果たすために必要な個人適性、専門的姿勢・行動、そして専門的知識に基づいたケア能力という一連の属性を効果的に発揮できる能力と定義される（高瀬・寺岡・宮腰他、2011）。つまり、看護実践能力は、単に看護技術力だけではなく、専門職として看護技術を提供する看護師の判断過程や倫理的思考を含めた実践力が必要であることを示している。

大学における看護技術教育においては、2011 年に厚生労働省から提示された看護師の実践能力として、「ヒューマンケアの基本的な能力」「根拠に基づき、看護を計画的に実践する能力」「健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復にかかわる実践能力」「ケア環境とチーム体制を理解し活用する能力」「専門職者として研鑽し続ける基本能力」の 5 つを卒業時の到達目標としている（厚生労働省、2011）。また、技術教育の現状は、完成された技術モデルの模倣を中心とした学習形態が少なくない状況が指摘され、模擬患者の導入やグループワークなどの学習方法が試されている（樋之津・箭野・ジューバース、2002；石原・鷹居・半澤他、2001；野中・若尾、2002；岡本・村上・林、2002；大原、1999）。これらを受けて日本赤十字豊田看護大学（以下、本学）の基礎看護技術教育では、アセスメント能力の向上を図るため、より実践に近い対象を設定し、初学年より安全・安楽・自立・倫理面からその対象の状態に合わせた適切な援助を提供するとともに、準備から物品の配置、作業域といった動作、経済性を考えた援助ができるように訓練している。

¹ 日本赤十字豊田看護大学

さらに、学生をモデルにしたロールプレイではあるが、提供した看護技術が適切であったか否かを、対象の反応に合わせて評価・修正するまでをひとつのサイクルとしている。すなわち、技術教育を通して問題解決過程を展開しており、単なるハウ・ツーを覚える、ひな型を模倣するのではなく、厚生労働省が提唱する「如何なる状況に対しても、知識、思考、行動というステップを踏み最善の看護を提供できる人として成長していく基盤となる」教育を目指している。

本稿は、看護実践能力の向上を目指した技術教育内容と展開の実際について、2009 年度のカリキュラム変更時から実施している演習内容を、今後の課題を明らかにすることを目的として 2013 年度の状況をまとめた。

Ⅱ. 日常生活援助技術の授業概要

本学の基礎看護技術に関する授業科目は、基礎看護技術Ⅰ（看護技術の基本要素）、基礎看護技術Ⅱ（日常生活援助技術Ⅰ）、基礎看護技術Ⅲ（日常生活援助技術Ⅱ）、基礎看護技術Ⅳ（診療援助技術）、フィジカルアセスメントの計 5 単位である。そのうち、日常生活援助技術にかかわる単位は、2 単位 60 時間となっている。具

体的な授業進行・内容を表 1、2 に示す。

基礎看護技術Ⅰでは、環境調整の方法、安全を守る感染予防行動としてのスタンダードプリコーション、身体の使い方をメタ認知するためのボディメカニクス、バイタルサインの測定方法をはじめとした観察の基本を学習する。その後、看護援助を提供する方法を基礎看護技術Ⅱ・Ⅲで学習するという形態になっている。基礎看護技術Ⅱでは、活動・食事・排泄を中心に行い、基礎看護技術Ⅲでは、身体の清潔・更衣・整容の援助技術と睡眠と休息の援助技術に焦点を当てている。

本学では専門科目を 1 年生から開始する楔形教育を行っており、形態機能学を始めとする専門基礎系の学習が十分に進んでいない時期から基礎看護技術に関する演習が始まる。そのため疾患にかかわる知識が不十分であっても、対象の生活に視点をおいて、学生の習得した知識のレベルで対象を理解して援助を考えることに重点を置いている。専門職者の教育においては、知識から応用、現場という教育方法で分けるのではなく、はじめから状況的に学ぶ教育を行うことで、学生が直感的に必要な援助を全体で捉えて学ぶようになる（佐伯・前川，2008）。このように初期の段階から、行動主義的に方法や根拠を教えるのではなく、学生が状況を判断して必要なことを

表 1 基礎看護技術Ⅱ（日常生活援助技術Ⅰ）

回	授業内容
1	生活援助技術概論
2	活動の援助技術 1 活動・運動の意義、安静の弊害、身体可動性障害
3	活動の援助技術 2（移動・移乗障害のある人への援助技術）
4	演習：車いす・ストレッチャーへの移乗、移送
5	食事の援助技術 1：食べることの意義、栄養評価
6	食事の援助技術 2：食事援助の実際 1
7	食事の援助技術 3：食事援助の実際 2（食欲を増す援助技術） 演習：口腔ケア、スタンダードプリコーションに基づく手袋の取り扱い
8	技術確認：体位変換、車いすへの移乗
9	演習：食事介助
10	食事の援助技術 4：非経口的栄養
11	排泄の援助技術 1：排泄の意義、排泄のアセスメント 排泄援助の実際
12	演習：床上排泄、便器・尿器のあて方
13	排泄の援助技術 2：排泄障害のある人への援助
14	演習：排泄障害のある人への援助（オムツ交換）
15	日常生活援助：活動、食事、排泄 まとめ

表 2 基礎看護技術Ⅲ（日常生活援助技術Ⅱ）

回	授業内容
1	身体の清潔、更衣・整容の援助技術 演習：寝衣交換
2	身体（皮膚・粘膜）の清潔 1 身体の清潔の意義と目的、洗浄剤、対象のニーズにあわせた援助 入浴・シャワー浴
3	頭皮・頭髪の清潔
4,5	演習：洗髪
6	身体（皮膚・粘膜）の清潔 2：部分浴（手浴・足浴）陰部洗浄
7	演習：部分浴（手浴・足浴）
8	身体（皮膚・粘膜）の清潔 3：全身清拭
9,10	演習：全身清拭・寝衣交換
11	演習：陰部洗浄
12	睡眠と休息の援助技術、安楽（気持ちよさ）を提供する技術（リラクセーション技術）
13,14	技術確認：全身清拭・寝衣交換
15	演習：温熱刺激によるリラクセーション、ハンドリフレクソロジー

発見し、身につけることが実践で行動できることにつながると考えられる。

Ⅲ. 演習の進め方と学生の状況

1. 事例の設定

演習には、すべての援助を通して一つの事例を基に実施方法の検討ができるように、片麻痺のある T 氏を設定した。事例の概要を表 3 に示す。事例は演習の内容に合わせて検討できるように、発症後の経過を踏まえた情報を適宜追加している。T 氏の事例だけでは実施方法の検討が困難な場合は、原因不明の発熱が続いて倦怠感が強い A 氏（麻痺はない）を設定して、臥床患者に対する実施方法の検討も行っている。さらに、清潔援助技術（全

身清拭と部分清拭）では T 氏と A 氏の比較を行い、安全・安楽・自立・倫理面のどこに焦点をおいて援助方法を立案すればよいのかを検討させる材料とした。

2. 援助の実施方法の検討

学生が援助の実施方法の検討をする際の用紙を、図 1 に示す。この援助の検討用紙は順序を追って実施するのではなく、対象の状況に合わせて手順を考えることに重点をおいている。まず、事例で示した情報を①個人内要因（その人のニーズ、価値観）、②病理的要因（対象の治療方針、疾病による生活機能の変化や制限）、③環境要因（病室の状況）の 3 つの視点で情報の整理をさせる。その情報から対象に合わせた方法を検討させるために、安全・安楽・自立・倫理面・動作経済性の 5 つの視

表 3 事例の概要

【基本情報】	T 氏 性別：女性、年齢：58 歳 職業は、着付け教室を自宅で開いている。家族は夫と二人暮らしであり、子供は娘と息子の 2 人であり、結婚し独立している。温泉が大好きで、夫や友人と温泉旅行に出かけることが多い。
【診断名・現病歴】	診断名：脳梗塞 7～8 年前より、高脂血症、高血圧を指摘。平成 25 年 5 月 20 日の朝、歩行時の平衡感覚に違和感、左上下肢に重い感じがあった。その日の午後、居間で倒れている対象を家族が発見し、救急車で緊急入院となった。入院後の MR I（磁気共鳴画像診断装置）にて右側脳室後部（中大脳動脈の枝の一部が閉塞）の梗塞（ラクナ梗塞）と診断された。現在（6/5）は病状も安定しており、退院目指してリハビリテーションに励んでいる。
【入院時情報】	T：36.5℃ P：68 回/分・リズム不整なし R：16 回/分・規則的・深さ一定 B P 190/104mmHg 意識清明 現在の病状は、左半身の感覚はあるが全体にしびれている（感覚鈍麻）。左半身の運動麻痺（随意的運動不可）がある。但し、頸部から上の麻痺は軽く、外観上の変化はない。言語障害はなく、会話が可能である。 治療方針は、リハビリテーションによる日常生活動作の拡大を目指し、介護保険申請中である。看護方針は、残存機能の活用と合併症を予防し、日常生活の自立を目指している。
【日常生活】	食事は減塩食（7g/日以下）、主食は全粥である。1600Kcal/日、「濃い味付けを好んでいたから味がしなくてね」と発言がある。 排泄は、尿 7 回/日、便 1 回/2～3 日、以前より便秘体質である。 清潔・整容・更衣については、毎日のリハビリテーションで汗をかくため。リハビリテーションの前の身なり（髪や服装）を気にかけている。前開きのパジャマを着用しているが、リハビリテーション時はトレーニングウェアを着用している。以前の清潔習慣は、歯磨きは毎食後、洗髪は毎日行っていた。
【検査データ】	検査データは、総蛋白 TP6.7g/dl、アルブミン 3.9g/dl、中性脂肪 180mg/dl、身長 155cm、体重 58kg である。

援助の実施方法の検討

援助内容（援助項目）：

1. ミニアセスメント（起こりうる問題（望ましくない影響）とその原因・誘因を個人内要因、病理的狀態から安全・安楽・自立性および倫理面の視点から考え、対策を立案する）

2. 援助の目的： 一般的内容ではなく、その人個人の目的とする

3. 具体的援助計画

1) 必要物品

物品	数量	使用目的

2) 物品の配置（動作経済性）

(1) ワゴン車に乗せるものを上段、下段に分け図示

上段

下段

(2) 物品の位置関係を図示（動作経済性）

3) 手順、留意点、根拠（安全性、安楽性、自立性、倫理面、動作経済性から考える）

時間配分	看護師の行動（what）	留意点（how）	根拠（why）

図 1 援助の実施方法の検討用紙 1

点からアセスメントを実施させている。その上で、援助の目的を対象の状況に応じた目的とさせ、対象に合わせて考えた援助を実施するため、物品をどのような目的で使用するのか、配置をどうするかを記載させ、動作経済性を確認している。また、アセスメントした内容が手順に反映されているか、安全・安楽・自立の視点での手順が組み立てられているか、倫理面に考慮した説明や配慮がなされているかを演習時の指導の視点としている。演習では、学生のアセスメントに沿った方法の実施と共に、演習時に教員の考えた援助方法も提案しており、学生が多様な視点をもって援助を考えられる機会としている。

演習は 140 名を 2 クラスに分け、1 名の教員に対して 3～4 ベッド、12 名程度を担当する少人数担当制としている。学生からは、「疑問があった時にすぐに対応してくれる」「細かいところまで指導を受けることができ

る」と指導体制について高い評価を受けている。また少人数の演習形態に関しても「普段あまり話さない人とも仲良くなる機会である」「グループで話し合うことができ、色々な意見が聞けてよい」「それぞれの役割の視点で考え、共有することができた」などの意見が得られている。

3. 実施後の評価

演習は、学生が患者役となりロールプレイを用いて、その発言（subjective data；以下、S データ）と観察した結果（objective data；以下、O データ）を援助目的ならびに援助方法の評価項目としている。また、実施した技術については、安全・安楽・自立・倫理面・動作経済性の 5 つの視点での自己の振り返りを行っている（図 2）。

<p>4. 実施・結果・評価</p> <p>1) 援助計画について</p> <p>(1) 実施：実際の自分の実施状況：考えてきた手順をどのように実施したのか（特に注意した点、変更した点など）</p> <p>(2) 結果・評価</p> <p>対象の実施中・後の観察結果</p> <p>患者の反応（S情報）実施者が客観的に観察した内容（O情報）</p> <p>援助の目的は達成されたか（その根拠および達成されなかったとしたら、それはなぜか）</p> <p>2) 自己の技術評価</p> <p>(1) 手順は妥当であったか、手順を変更したならば、なぜ変更に至ったのか要因は何か。</p> <p>(2) 上記の観察結果（SとO）から安全・安楽・自立および倫理面、動作経済性を考慮して行えたか、できなかったとしたらそれはなぜか、改善策は何か</p>

図2 援助の実施方法の検討の記録用紙2（実施・結果・評価）

4. 学生の状況

1) 援助の検討用紙の記載内容（実施前のアセスメント）について

基礎看護技術Ⅱの「活動の援助技術」までは、教員側で作成したものを提示して、必要箇所のみ記入する形態をとっている。その後、「食事の援助技術」の段階で初めて自分で援助計画を書くことを試みるが、この段階では提示された患者情報を、どのようにアセスメントに生かしていくのか理解できる学生は少ない。そのため思考のモデルとして、情報をどのように安全・安楽・自立・倫理面でアセスメントするのかを毎回の演習後にフィードバックし、自分で作成した援助計画との違いを確認することで、次回の演習に活かせるようにしている（図3、4）。さらに、学習の中間点である基礎看護技術Ⅱの15回目には、援助を検討する際の思考過程や、情報・アセスメント・目的・手順・結果・評価の関連性を理解できるようにグループワークを行っている。この段階で疑問を解決できると、アセスメント内容に大きな変化がみられ、学生が対象の状況を捉えて援助を考えられるようになる。

また、基礎看護技術ⅢではA氏とT氏の援助の内容を比較させているが、自立に向けた援助を考えるT氏と、倦怠感が強いためにエネルギーを消耗させないように援助を行うA氏の実施方法の違いを学生が理解するのは難しい。学生の多くは、A氏は四肢の不自由がないため自分で行ってもらい、T氏は麻痺があるから安楽のために看護師が援助するという短絡的な判断になりやすい。対象の状況を理解できても、援助方法を考える際にアセスメントの主眼がずれてしまうと、対象にとって適切でない援助になる可能性が生じる。アセスメントを行う第1段階の思考として、自立に主眼を置くのか安楽に主眼を置くのかといった看護の方向性を確認することが重要であり、授業の中で具体的な説明を行っている。その後、部分浴や全身清拭等の方法の検討の際に、病理的状态として対象の治療方針を捉え、個人内要因（その人のニーズ、価値観）、環境要因（病室の状況など）を考慮するといった細かい部分の検討を行うことは、対象の全体像を捉えた上で援助を考える必要性を体験することにつながる。

1. ミニアセスメント（提示された情報から対象にとって適切な方法を推論する）

事例のT氏の情報を踏まえたうえで、【安全】【安楽】【自立】【倫理面】の多角的な視点から援助方法を考える。より具体性のある表現が望ましい。

【安全】

1. 左半身の運動麻痺があるため、左上・下肢を自分自身で動かすことが難しい（病理的状態）。→右側を使って無理に動かそうとすると、不自然な肢位になり、麻痺側の姿勢維持は難しく、バランスを崩し転倒しやすい。従って、起き上がりや立位時は、左側を支えるように援助する。（上肢の重みで肩関節の脱臼を生じやすい。）
2. 座位バランスは不安定である（病理的状態）。→ベッドに端坐位になった際には看護者が体幹を支える、あるいは健側に重心を傾けることで、姿勢を崩して転倒することを予防する必要がある。靴を履く時の前傾姿勢は前へ転倒する危険性も高いため、右側は自分で靴に足を入れ踵は介助する【自立】、左側は全介助にする。
3. 立位は支えによって可能であるが、体重移動をする際に転倒しやすい（病的状態）。→移乗時は安定した立位姿勢を取り、転倒を予防するためT氏と看護者の重心を合わせて、右足を軸に向きを変える、車椅子に座る動作を援助する必要がある。

【自立】

1. T氏の場合、自立に向けたリハビリにも意欲をもち毎日訓練を起こっているが、座位バランスの保持、仰臥位から座位への体位変換は訓練中であり、座位・立位などの移乗動作が安全にできない（病理的状態 6/7現在）。→健側でできること（左上肢を抱える、体幹の支持、看護師の援助を受けたもとの右足を軸にした立位、右足の動作）は実施してもらい自立を促しながらも、常に左側を支持する等の転倒予防を主体にした援助を考える【安全】。

【安楽】

1. リハビリがあるので、体力の消耗を減らせるように5分程度で実施する。
2. 左の上・下肢の感覚が鈍いため、座る位置がずれても気がつくことができない（病理的状態）。→座位姿勢がずれないように、移乗後は車椅子に深く座り、背部と臀部を適切な位置に修正する。

【倫理面】

1. 身なりに気を使っている（個人要因）。→T氏の希望を聞いて容姿を整える。
2. リハビリ室に向かう途中でトイレに寄るかどうかを、T氏と相談する。

2. 援助の目的

単に「車椅子に移乗し、リハビリテーション室まで移送する」だけでなく、ミニアセスメントを反映した目的が望ましい。また、「残存機能を生かして、その機能をさらに向上させ、退院時の目標である麻痺側を健側で補い、日常生活がおくれるようになること」はゴールではあるが、現在の情報からどのように援助をすると、対象にとって適切な移乗・移送となるのか考える。

6/7の目的

T氏の患側（左）を支持しながら【安全】、健側（右）の援助はできる限り少なく、自分で出来ること（患側上肢の保持、端坐位の支え、右の靴に足を入れる、右を軸にして立つ）を行い【自立】、ふらつきや重心が不安定になり転倒することなく【安全】、身体的な負担が少なく【安楽】車椅子への移乗ができる。さらに、移乗後は本人の希望を聞いて容姿を整えることができる【倫理面】。

図3 演習後のフィードバック1

演習記録

車椅子の移乗・移送

4-2) 結果・評価

実施中・後の観察結果（Sデータ、Oデータ）から、援助目的が達成できたかを対象を主体に記載する。従って、適切に評価するためには、援助目的をより具体的にすることが必要。

ミニアセスメント：安全、自立

<ul style="list-style-type: none"> ・ 患側（左）を支えながら 健側（右）の援助はできる限り少なく 	<p>→O-①患側上肢の保持は自ら左手を右手で持ち、体幹に乗せていた</p> <p>O-②端坐位時は指示をすると右手をベッドにおき、体幹をささえることができた</p>
---	---

ミニアセスメント：安全、自立

<ul style="list-style-type: none"> ・ ふらつきや重心が不安定になることなく 	<p>→S-①立ち上がったときちょっとふらついて怖かったね</p> <p>O-③車椅子に移乗する時に軸足がぶれた</p> <p>O-④座位時に座面には臀部のみがのっていた</p> <p>O-⑤車椅子のシートにどすとんと腰をおろした</p>
--	---

ミニアセスメント：安楽

<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的な負担が少なく 	<p>→S-②ちょっとつかれちゃったね</p> <p>O-⑥苦笑いをしていたが苦痛を示す表情はなかった</p> <p>O-⑦ P 80回/分 リズム不整なし</p>
--	--

ミニアセスメント：倫理面

<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の希望を聞いて容姿を整える 	<p>→S-③ぼさぼさだったけど、少しは良くなったかしら</p> <p>O-⑧鏡を見ながら、右手で櫛をもって髪を整えていた</p>
---	---

ここから判断できること

O-①②から、できることは実施してもらい自立を促すことはできたが、S-①、O-③から立位時にふらつきがあり、O-④⑤から車椅子に浅く腰をかけてしまったため、転倒や車椅子からずり落ちる危険が生じ、安全への配慮が足りなかった。このことから、安全に対する目的は到達しなかった。車椅子移乗時の身体的な負担については、O-⑥⑦から客観的な身体変化はなかったが、S-②の発言があったため安楽の目的は十分に達成できなかった。援助時に重心が不安定であったため無駄な力がかかったことが原因と考えられる。倫理面については、S-③、O-⑧から本人の希望に沿った行動がとれたと判断できる。

図4 演習後のフィードバック2

2) 技術の習得度、評価について

技術の習得度については、援助項目毎に実施した内容を安全・安楽・自立・倫理面・動作経済性の評価項目に沿って、観察役が実施時に評価する方法をとっている。演習時間に限りがあるため、全員が看護師役を体験するのではなく、患者役・観察役と役割分担をしている。観察役を置くことで客観的に実施手順やその内容が評価でき、説明や方法が妥当であったのか学生の視点で気づくことができる。また、患者役の学生は援助を実施する機会がない項目も出てくるが、援助を受ける側として実施された援助の適切性をグループメンバーにフィードバックし、対象に合わせた方法であったかを評価する上で、重要な役割を担っている。基礎看護技術Ⅱの部分浴や全身清拭の段階になると、看護師役の視点、患者役の体験、評価役の視点で話し合われ、よりよい方法を検討することができ始める。しかし学生全体の傾向として、目的を達成するのに十分な状態であっても「達成できた」とする学生が多く、「できていない」とすることが良くないと考える傾向が強い。特に実施前に安全・安楽・自立の視点でアセスメントできない学生は、実施後のSデータ、Oデータからの評価が難しく、「気持ちよいと言われたので安楽は確保できた」など、一部分の情報から感覚的に結論付けることも多く見られた。技術の評価においては、「できていない」ことを客観的に捉え、次の援助に活用することがより適切な援助を提供する上で重要であり、単に援助ができていたかどうかを判断することではないことを強調していく必要がある。

一方、このようなグループでの技術演習の展開は、習得すべき技術を全員の学生が実施できないという問題が生じる。そのため基礎看護技術Ⅱでは車椅子の移乗を、基礎看護技術Ⅲでは全身清拭について技術確認試験を実施し、技術の習熟度を一人ひとりの学生に確認している。看護技術は「頭で知る、わかる、考える」だけでなく、「体がわかる、体でわかる」「使う」「実践できる」レベルまで到達してはじめて技術としての意味をなす。そのためには、技術練習は不可欠である。技術確認試験を設けることは練習の機会を作り、効率よく援助を実施するための工夫や思考をもたらしと考える。また、その時点での課題を明確にするとともに、結果が科目評価に反映されることによって学生のモチベーションも上がり、技術修得の自信にもなる。川島（2012）は、看護技術はまず型を覚え、それを自分自身の技にするために

繰り返して行う反復練習が必要なことを述べており、技術確認試験のためにどのように体を拭いたらよいのか、タオルはどのように持つと効率よくできるのか等、学生が自己研鑽する中で自分自身の技として習得することを期待している。異なった状況に対する適応性を失わせる盲目的な反復ではなく、このような自己の技術を客観的に評価し修正をはかっていくメタ認知を身につけることが、看護実践能力を育てる上においても重要と考える。実際に技術確認においては9割以上の学生が合格し、繰り返して行った練習によって型に沿いながらも自分のやり方を体得した学生は高得点を獲得しており、技術を自分自身のものになっていることが窺える。

Ⅳ. 今後の課題

基礎看護技術教育において、本学では学習すべき技術の習得過程が、単に「実践してみる」というレベルにとどまること無く、その人らしく生活を送ることができるように対象に合わせた援助方法を考えて実践できることを期待している。看護大学生に期待される学習には、学生自らが学習課題を発見し主体的に学ぶこと、現状をそのまま肯定するのではなく、疑問を持ち、考えを変化させていくための批判的思考を育てていくことなどがある（永嶋，2001）。看護技術教育においても思考力の強化が求められ、技術教育の中に看護過程の展開を求めた報告（長谷部・石井・佐々木他，2000）やデモンストレーションを学生がすることで主体的に学習ができた報告（伊藤・駿河・藤井，2009）等があるが、数ある技術項目をこの方法で展開するには時間の限界が否めない。我々が行う技術教育は、事例を1～2事例に絞り様々な技術を検討する中で、情報整理・アセスメントによる方法の検討→実施→評価→フィードバックを繰り返すことで、技術提供をする際のアセスメントの強化につながり、学生の思考力の強化につながると推察する。このような思考力の強化は、如何なる状況に対しても知識・思考・行動というステップを踏み、自分自身の持つ知識・技術の中で最善の看護を考えることができる学生を育成し、看護実践能力の基盤を、看護を学ぶ初期の段階で作ることにつながるであろう。

問題点は、疾患の学習をする前から演習が始まるため、事例のイメージが十分に形成されないことである。臨場感のある演習にするためにも、画像を用い対象のイ

メージを一人ひとりの学生が形成できるようにする必要があるだろう。また、提供した援助の評価が短絡的になりやすいために、毎回のフィードバックに安全・安楽・自立・倫理面で展開したアセスメントを強化し、援助の目的をより具体的に考えることができるよう支援することも必要であろう。さらに、演習時間以外のグループワークでは短絡的な思考を招きやすいために、演習内にグループワークの時間を確保し、技術評価項目を用いて何ができて何ができないかを具体的に検討するよう導くことで、自分自身の行動を客観的にとらえ評価することができると思えられる。

V. おわりに

アセスメント・思考力の強化を図るためには、学生の思考過程を確認する必要がある。演習ごとに提出されたレポートを確認し、学生個々にフィードバックすることには多くの時間や労力を要する。このような教育の成果はすぐには期待できず、学生たちが看護師になった臨床の場で、あるいは実習の場でいかに発揮されるかである。我々が行っているこの演習が、看護実践能力の基盤であるアセスメント・思考力の向上になり、自分たちの援助を常にリフレクションし、看護を考えることができる学生を育てることにつながることを願う。

文献

長谷部真木子, 石井範子, 佐々木真紀子, 工藤由紀子, 煙山晶子, 猪股祥子, 長岡真希子(2004). 事例を取り入れた基礎看護技術演習の評価. 秋田大学医学部保健学科紀要, 12, 18-26.

樋之津淳子, 箭野育子, ジーバース 能里子(2002). 基礎看護技術の知識・技術修得に対するグループ学習

の効果 生活援助技術を中心に. 日本看護研究学会雑誌, 25(3), 364.

石原和子, 鷹居樹八子, 半澤節子, 永田耕司, 黒岩かおる(2001). 模擬患者(SP)を導入したロールプレイ演習に対する看護学生の評価. 長崎大学医学部保健学科紀要, 14(2), 85-92.

伊藤綾子, 駿河絵里子, 藤井美和(2008). 基礎看護技術の主体的な学習法に対する学生の反応. 東京医療保健大学紀要, 1, 29-35.

川島みどり(2010). 優れた看護実践: 新しい知の創出と技の精錬. 日本看護研究学会雑誌, 33(1), 15-18.

厚生労働省(2007). 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書.

厚生労働省(2011). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書.

永嶋由理子(2001). 看護学生の学習意欲の検討. 山口県立看護大学看護学部紀要, 5, 39-45

野中静, 若尾ふさ(2002). 臨床能力を高める教育の試み—基礎看護学における模擬患者(SP)参加型授業の試み. 看護教育, 43(10), 842-844.

岡本寿子, 村上愛子, 林 牧子(2002). 基礎看護技術実習の進め方とその成果 グループワークによる事例演習の取り組みへの課題. 京都市立看護短期大学紀要, 27, 105-119.

大原美香(1999). 実感的に納得した理解を促す教育技法. Quality Nursing, 5(7), 26-31.

佐伯胖, 前川幸子(2008). 看護教育への警鐘. 看護教育, 49(5), 388-394.

高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子, 川田綾子: 看護実践能力に関する概念分析 国外文献のレビューを通して. 日本看護研究学会雑誌, 34(4), 103-109.