

令和5年度 博士後期課程学位論文

2年目看護師のKolbの経験学習論から捉えた省察と臨床判断力

武蔵野大学大学院
看護学研究科 博士後期課程

羽入 千悦子

目 次

I. 序章	1
1. 研究の背景	1
2. 研究の意義	3
II. 研究目的	4
1. 研究の目的	4
2. 用語の定義	4
1) 臨床判断	4
2) 臨床判断力	4
3) 2年目看護師	4
4) 省察	4
5) 経験学習サイクル	5
III. 文献検討	6
1. 臨床判断の構成要素	6
2. 臨床判断力に対する国内外の評価指標	8
3. 省察と臨床判断力	11
4. 省察の方法と評価	12
5. 2年目看護師の省察と臨床判断力	14
VI. 理論的枠組み	16
V. 研究方法	18
1. 研究デザイン	18
2. 調査期間	18
3. 研究参加者の基準	18
4. 研究参加者の募集方法	18
5. 調査内容	19

6. データ収集方法	20
7. 分析方法	22
8. 研究における倫理的配慮	23
9. 研究倫理審査	24
VI. 結果	
1. 研究参加者の概要	25
2. 2年目看護師の省察	25
3. 省察記録に対する自己評価と省察に対する2年目看護師の捉え方	29
4. シミュレーションで測定された2年目看護師の臨床判断力の実態	31
VII. 考察	
1. Kolbの経験学習サイクルから捉えた2年目看護師の省察	45
2. 2年目看護師の臨床判断力の実態	47
3. 省察内容と臨床判断力	49
4. 2年目看護師の省察及び臨床判断力を促す継続教育への示唆	50
VIII. 結論	53
IX. 本研究の限界と研究上の課題	54
X. 利益相反	54
謝辞	55
引用文献	56

図表

図 1. 臨床判断モデル

図 2. 経験学習サイクル

図 3. 研究の理論的枠組み

図 4. 研究の流れと介入方法

表 1. 研究参加者の概要

表 2. 省察記録に記載された場面

表 3. 省察記録からの気づきと学び

表 4. 省察記録からの学びの活用

表 5. 省察記録の気づきと学びにおける省察レベル

表 6. 省察記録の学びの活用における省察レベル

表 7. 日々の省察記録に対する自己評価

表 8. インタビューでの省察に対する捉え方と実践や臨床判断の変化

表 9. LCJR 高得点群と低得点群を示した省察記録からの気づきと学び

表 10. LCJR 高得点群と低得点群を示した省察記録からの学びの活用

表 11. LCJR を用いた臨床判断の評価得点

表 12. LCJR 高得点群と低得点群でみた各項目の差

資料

資料 1. 所属機関への研究協力依頼

資料 2. 研究対象者の募集案内

資料 3. 病棟師長への研究協力依頼

資料 4. 研究対象者個人への依頼文

資料 5. 研究協力の同意書

資料 6. 同意撤回書

資料 7. 省察の記録

資料 8. ラサター臨床判断ルーブリック(Lasater Clinica Judgement Ruburic:LCJR)

日本語版

資料 9. インタビュー項目

資料 10. 事例

資料 11. LCJR の省察記録

資料 12. ラサター臨床判断ルーブリック(Lasater Clinica Judgement Ruburic:LCJR)

日本語版(クライテリア付き)

資料 13. NART-Broad classification tool analysis of students reflective writing

資料 14. 臨床看護師のリフレクティブジャーナルのアセスメント指標 Ver.1

I. 序論

1. 研究の背景

看護師にとって臨床判断は看護を行う上での根拠であり、臨床判断力は看護師にとって重要な能力である。平成 22 年 4 月 1 日より新人看護職員を対象とした臨床研修が努力義務となった。その背景には、臨床現場で求められる臨床実践能力と看護基礎教育で修得した能力との乖離があり、その乖離が新人看護職員の離職の一因であると指摘されている(厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン[改訂版]2014)。ガイドラインに示された臨床実践能力の構造では、基本姿勢と態度、技術的側面、管理的側面、の 3 つの側面が示されている。その中で技術的側面を支持する「看護技術を支える要素」には的確な看護判断と適切な看護技術の提供、と表記がある。つまり、看護技術を実施するには患者の状態を含めた臨床状況を捉える力、臨床判断力が必要であり、これは臨床実践能力にとって基本となる能力である。小松ら(2011)によると、基本技術については、卒後 1～2 年目にかけて伸び、卒後 2～3 年目の実践能力とあまり変化はないが、生命の危機状態を判断し対応するといった、瞬時の判断を伴う、呼吸循環、救命救急時における看護技術や、その場の状況に応じた判断力、行動力、調整力は 2 年目になっても到達が難しく、修得にはある程度の期間が必要だと指摘している。そのため 2 年目看護師が求める支援は、急変を含め変化する状況に合わせた看護判断・対応との報告がある(清原ら, 2014;丸山ら, 2015;鶴田ら, 2012)。しかし、その一方で新人看護職員の教育期間を 1 年とする施設もあり(川野,重永,2014)、2 年目看護師の課題として、特に患者の状況を判断し対応する力、つまり臨床判断力に対する教育の必要性があると考えられる。

Tanner は、看護師が判断を必要とする複雑で決定的ではない臨床状況に陥っているときの看護師の考え方を「臨床判断モデル」として示した(Tanner,2006;Tanner et al.,2022,p225)。このモデルには、4 つの要素、「Noticing:気づき」「Interpreting:解釈」「Responding:反応」「Reflecting:省察」が示されている(図 1)。その中の「省察」について、経験からの学習を促進し、臨床知識を深め、より複雑な状況の判断を改善するとし、臨床判断を高めるためには省察することの重要性を述べている(Tanner,2006,p208)。Tanner は、行為中の省察と行為後の省察があることを示し、特に後者の省察により経験から看護師が何を得ているかを可視化することで、臨床知識の発達と将来の状況における臨床判断の能力に貢献すると指摘している。さらに省察を誘引する出来事(trigger event)として、実践で

の「挫折(breakdown)」があることを示し、過ちから学ぶというベナーの語りの学習を例に挙げ、臨床判断の向上には省察を誘引する出来事の存在と臨床判断と省察との関連を示している(Tanner, 2006,p208)。

これまで省察は、看護基礎教育においても看護継続教育においても実践からの学習方法として用いられている。上田,宮崎(2010)は、看護師を対象とした省察(リフレクション)に関する文献レビューより、省察によって生じる看護実践への効果や、看護者自身の内面的変化として自己成長・自己実現、患者の理解や認識の深まり、看護実践への自信等を示し、省察による一定の効果を明らかにしている。その一方で、省察への取り組みに看護師が抵抗を示すといった報告もある(木下,荻野,2017)。その理由を Burns and Bulman(2000)は省察に取り組む過程で自分の感情や考え方向き合うことに恐れを抱くこと、自分の概念的な見方が変化することに対して不安を感じるなど個人的な痛みを伴うことを挙げ、省察には困難さが伴うことを指摘している。そのため、省察は安心できる環境で時間を確保して行うことが必要だと言える。

Tanner は省察を誘引する出来事、実践で認識された「挫折(breakdown)」は臨床判断を高める機会と捉えている。日本において省察が意識的に活用される出来事とは、インシデント・アクシデントが考えられる。インシデント・アクシデントは看護師がある反応・結果を予想して行ったことと異なる事が起こり、自分の行為と結果のズレが生じることで省察が誘引されやすい。しかし、インシデント・アクシデントは当事者の心理的負担が大きく省察までに時間がかかることも明らかとなっている(奥田,2006;安藤,2016)。本来省察とは、個人が自分の行為を振り返り、そのプロセスの中で考え方(概念)を手に入れ、その得た概念によって経験を変化させていくものである。つまり、個人が経験を意味づけするといった内側から起こるものである。さらに、省察は思考そのものを振り返ることであり、田村(2017)によると5つのスキル(自己への気づき、描写、批判的分析、統合、評価)が必要とされ、すぐに省察ができることではない。そのため、インシデント・アクシデントの特殊な事例より、日頃から自分の実践を省察する機会を設け、省察を通して経験から学ぶよう意識することが重要と考える。2年目看護師は、業務を効率よく遂行する等の仕事の余裕ができる反面、仕事の質と量、役割責任が増加することが明らかとなっている(内野ら,2017)。そのため、2年目になると自らの判断で行動する範囲が広がると言える。しかし、2年目になって感じるフォロー体制の減少、相談への躊躇を体験しており、手探りで仕事に取り組んでいることも報告され(内野ら,2017)、臨床判断力を習得するのは2年目看護師からの課題だと言える。こ

のように日々拡大する業務の中で初めての経験であれば、立ち止まり考えるが、そうでなければこれまでの経験にあてはめ、意識せずに判断をしている可能性も考えられる。よって日々の実践を振り返り、自分の実践した看護に向き合う機会を意図的に設けることが重要である。

Tanner が示す省察には、単に出来事を振り返るだけでなく、学びや知識に転換する力を必要とする。そこで、経験からの学習のプロセスを明らかにした、Kolb の経験学習理論を用いて省察を捉えることとした。経験からの学習のプロセスを示す経験学習サイクルでは、具体的な経験の後に振り返り(内省的観察)を行い、その結果を概念化(抽象的概念化)し、それらを実践の中で活用する(能動的実験)ことによって経験からの学習が成立する、と示されている(Kolb,1984,p51)。このサイクルでは、省察にあたる部分が内省的観察というプロセスの一部分で表現されているが、サイクル全体を回すことを省察とすることで、経験から学ぶことができる(図 2)。Tanner は、省察が臨床判断を高めるとしその重要性を示してきた。これまでの研究では、Nielsen et al.(2007)は、Tanner の臨床判断モデルを使用し、臨床経験のための構造化された省察プロセスを提供することで学生の思考を構造化するツールを開発し、臨床判断を向上させるために様々な学習環境でガイドを使用することを報告した。さらに Glynn(2012)は看護学生に構造化した省察の実践を授業で行うことで、臨床判断や自信の向上を学生が認識したことを報告した。しかし、Glynn(2012)によると臨床判断と省察との関連に矛盾を示す報告もあり、省察と臨床判断の関連を示す研究は十分ではないと指摘している。一方国内においては 2 年目看護師の省察の実態や臨床判断を調査したものは少なく、省察内容や臨床判断力の実態が明らかになっていない。

そのため、本研究では看護師の臨床判断力の差が生じる前の 2 年目看護師を対象に、日々の看護実践の省察を実施しその内容を Kolb の経験学習論から捉え省察の実態を明らかにする。さらに省察内容による臨床判断力の違いを明らかにし、臨床判断力を向上するための一助とする。

2. 研究の意義

本研究において 2 年目看護師の省察の実態が明らかになることで、2 年目看護師が臨床状況を如何に把握し、自分の実践を捉えているのか、2 年目看護師の思考に対する示唆が得られる。さらに 2 年目看護師の思考の前提となる状況の認識の仕方がわかり、教育的支援に繋がると考える。また、省察内容による臨床判断力の違いが明確になることで、臨床判断力

の向上を戦略的に伸ばすためのエビデンスとなり、教育プログラムを構築する一助となる。

II. 研究目的

1. 研究の目的

臨床経験 2 年目看護師を対象に Kolb の経験学習サイクルから捉えた「省察」を実施し、2 年目看護師の省察の実態と、省察内容による臨床判断力の違いを明らかにする。

2. 用語の定義

1) 臨床判断

Tanner(2022)の定義を用いる。臨床判断とは「患者のニーズ、関心事、健康問題についての理解または推論と定義する。臨床判断は行為をするかしないか、患者の反応に応じて認識されたアプローチを使用または変更するか、新しいアプローチを開始するか、何も行動を起こさないか、の選択も意味する」(p223)。そのプロセスには、「気づき」、「解釈」、「反応」、「省察」があり、影響要因として看護師の背景(知識・価値観・先入観)、その人を知る(反応の典型的パターン・価値観と嗜好)、文脈(文化・日常の実践)がある。

2) 臨床判断力

臨床判断力とは、Tanner の臨床判断を実施する力であり、具体的には 4 つのプロセス「気づき」「解釈」「反応」「省察」を思考・実践する力とする。それには<初歩的><発展途上><達成><模範的>というレベルがある(Lasater,2007)。さらに臨床判断力は LCJR(Laster Clinical Judgment Rubric)で測定可能なものと定義する。

3) 2 年目看護師

2 年目看護師とは、看護基礎教育を卒業し看護師として就業してから 1 年が経過した者をさす。准看護師の経験があるものは含めない。

4) 省察

経験が学習に変わるサイクルを示した、経験学習サイクルのプロセス(具体的経験、内省的観察、抽象的概念化、能動的実験)を踏むことを本研究では省察と定義する。さらに省察にはレベルがあり(Findlay et al.,2009)、省察のレベルとは、省察内容によって分けられる。①説明する記録のみに留まる、<Non Reflector>、②出来事や反応をどのように感じ、これまでの知識または経験とどのように異なるのか、これまでの実践との結びつきや新しい知識に価値を見出しているか、新しい知識や理解を記録している、といった<Reflector

>、③今後の態度や実践にどのように影響するのかについても記述がある、<Critical Reflector>という、3段階のレベルがある。

5) 経験学習サイクル

経験学習サイクルとは、経験が次の新しい経験を選択する際のガイドとなる概念に如何に変換されていくのかを明らかにしたプロセスである。経験学習サイクルには、具体的経験と抽象的概念化、内省的観察と能動的実験、により経験の変容を通して知識が作り出されるプロセスが示されている。

Ⅲ. 文献検討

本研究のテーマに関して、次の項目に従い文献を検討する。

1. 臨床判断の構成要素
2. 臨床判断力の評価指標
3. 省察と臨床判断力
4. 省察の方法と評価
5. 2年目看護師の省察と臨床判断力

本研究では、クリニカルジャッジメント、臨床判断、臨床判断能力等、表現が多様に用いられているため統一して「臨床判断力」と表記する。ただし、臨床判断の構成要素については、臨床判断と表現する。

1. 臨床判断の構成要素

臨床判断には、認知的・合理的側面と直感的側面という2つの側面が含まれる。臨床判断という用語は1970年代に入って用いられるようになるが、それまでは臨床判断の認知的・合理的側面に焦点があっていた(羽山,1993)。1980年代に入り、Bennerが看護実践の中に現象学的・解釈学的視点を新たに取り入れたことにより、分析的な方法よりも統合的な方法で看護実践を捉えようとした。文脈から切り離してものを伝えたり理解したりすることはせず、状況が生じた前後関係や文脈の中での経験を理解することに焦点をあて、実践に根ざした知識と理論的な知識とを分けることが必要だと指摘している。その結果、臨床判断には因果関係で全て説明づけるような認知的・合理的側面だけでなく、感性や直感に基づいた判断を含むという、幅広い概念の理解に影響を及ぼした。この影響を受けたCorcoranは臨床判断を、「患者ケアについて決定を下すこと。それには、認知的な熟考および直感的な過程が関与する。適切な患者のデータ、臨床的な知識および状況に関する情報が考慮される」と定義しているが(Corcoran,1990,p 6)、認知的プロセスと直感的プロセスの両方が統合的に存在しているため、臨床判断は複雑なプロセスであると指摘している。こうして臨床判断には、認知的、直感的な側面という二重性が認識されるようになった。

CorcoranだけではなくTannerもBennerからの影響を受け、臨床判断の定義を「患者の健康に関するニーズや心配、懸念、健康の問題に対しての解釈をしたり結論づけたりする、

もしくはある行動をとるかとらないかということを決定する。また標準的なアプローチをそのまま使うのか、それを修正して使うのかを決めていく。またもし必要であれば新しいアプローチを考えて、それを実践していくか、患者さんの反応によって決めていく行為」とした(Tanner,2006;Tanner et al.,2022)。これにより臨床判断という言葉に不確かな状態を内包させ、さらに看護実践と同等に様々な要因・プロセスを含むことを示した。さらに Tanner は認知的、直感的という視点を相互補完的なものと捉え、作成した臨床判断モデルの中に、その 2 つの視点を示した(Tanner, 2000)。その後も、Tanner は文献レビューを重ね、① Noticing:気づき、② Interpreting : 解釈、③ Responding : 反応、④ Reflection : 省察という臨床判断のプロセスにおける 4 つの様相とその関係を示した臨床判断モデルを改良した(Tanner et al.,2022)(図 1)。Laster は、Tanner の臨床判断モデルにおける 4 つの様相に対して 4 段階の到達度(①初歩的 ②発展途上 ③達成 ④模範的)を示すルーブリックを開発した(Laster, 2007)。このルーブリックは臨床判断の評価指標として学部教育、大学院教育で用いられ、一定の評価を得ている(田代ら, 2015)。Tanner の臨床判断モデル以降、新たに臨床判断を定義したものはなく、Tanner の臨床判断モデルの妥当性が支持されている(Cappelletti et al.,2014)。

一方わが国においては、臨床判断という言葉が用いられたのは、1989 年の佐藤の研究である。佐藤は看護師としての成熟の差が行為として表れ、その成熟の差は行為を決める判断の差であると捉えており、Benner の研究結果をもとに経験年数が異なる看護師を比較し、臨床判断の 5 つの構成要素(知識・状況の把握・行為・行為の効力・満足感)とそれぞれの質的な差異を 3 つの段階(第 1 段階・第 2 段階・第 3 段階)として示した(佐藤,1989)。佐藤(1989)の後、臨床判断の構成要素に関する国内での研究では、藤内,宮越(2005)が文献レビューから臨床判断の要素(1. 臨床判断のプロセスやパターン、2. 看護行為に結びつく臨床判断の内容、3. 臨床判断の根拠、4. 臨床判断に影響を及ぼす要因)を分類した。飯塚,鴨田(2010)は同じく文献レビューより、1. 判断内容、2. 看護師が用いる情報、3. 影響要因、4. プロセスとパターン、5. 看護師の思考、6. 関わり方、7. 構造、8. 場面・事例の 8 つを抽出し、藤内,宮越(2005)が挙げた、構成要素と判断内容、看護師が用いる情報、影響要因、プロセスとパターンが一致していると述べている。これらの構成要素は、Tanner の臨床判断モデルの、「気づき」、「解釈」というモデルの中に含まれる要素である。Tanner は「気づき」には、看護師の知識や経験、患者との関係、病棟の文化が影響するとし、これは藤内、飯塚らの影響要因、看護師が用いる情報と一致する。さらに Tanner のこの「気づき」には予測

が含まれ、患者に出会うと、看護師は自らの予測と照らし合わせ、情報を探索し、患者の状態を分析的に、直感的に、説話的に「解釈」する。これも藤内、飯塚らの要因に含まれる、判断内容、プロセスとパターンに一致する。国内ではその後、特定の科での臨床判断として山梨(1998)は ICU 看護師のみにみられる臨床判断力の構成要素(状態悪化に伴う精神的苦痛・円滑な治療遂行・自己の看護能力の限界)を、江口,明石(2014)は文献レビューからクリティカルケア看護領域の看護師の臨床判断力の構成要素(臨床判断の内容、臨床判断に用いる情報・手がかり、臨床判断に影響を及ぼす要因)を分類し、その要素の関連性を示した。乙黒(2008)は精神科特有の症状、不穏に焦点をあて不穏を呈する患者への臨床判断を明らかにし、木村(2016)は分娩第一期の分娩進行に関する熟練看護師の臨床判断について明確にした。尾形(2011)は臨床判断力の最初のきっかけとなる状況の把握に焦点をあて、その際の構成要素を明らかにした。しかし、これらの構成要素は、Tanner の臨床判断モデルで示されている構成要素(気づき、解釈)を詳細に示しているものや、その科特有の臨床状況を看護師が何を手がかりに情報を集め判断しているのか、さらにその後どのように対処しているのかといった看護実践を分析しているものもあるが、Tanner の 4 様相以外の新たな内容を抽出するまでには至らない。また、国内においては臨床判断力の定義は Tanner か Corcoran を用いるものが多く、国内で概念分析を行い、その上で臨床判断の定義を示すものはみられない。その理由の一つとして、臨床判断とは直感的側面と認知的側面の両方が含まれ、非常に複雑と言える。そのため、看護過程とは違い、ステップを踏むような明確なプロセスではなく、看護師の臨床判断を如何に区切るか、場面や状況が研究者によって違い、結果の抽象度が異なる。また、国内での臨床判断の研究では定義がないものがあり、安易に比較検討することが難しいという状況がある。ゆえに臨床判断という概念を共通の認識で捉える枠組みは国内にはなく、Tanner の臨床判断モデルの他に構成要素とその要素の関連を示したものはない。

2. 臨床判断力に対する国内外の評価指標

臨床判断力の教育方法について、医学中央雑誌 Web 版 Ver.5、CHINAL、PubMed を用い、収載誌発行年を 1997 年～2017 年の 20 年間で検索した(2018 年 1 月)。国内ではキーワードを、「臨床判断」「臨床判断力」「臨床判断能力」のそれぞれと「教育」を and でつないで検索し、対象を看護文献、原著論文とした。国外ではキーワードを「Clinical Judgement」「In Nursing」「Education」を and でつないで検索した。さらに対象文献を

国内では学会誌、紀要に掲載されているものとした。国外では、言語を English とし、国内で入手可能なものとした。その結果、医学中央雑誌 78 件、CHINAL36 件、PubMed24 件、計 138 件の論文が抽出された。次にアブストラクトレビューを実施しその結果、臨床判断、臨床判断能力、臨床判断力を教育する内容ではないもの、重複するものを除外した。次にアーティクルレビューを実施し、対象文献は 16 件(医学中央雑誌 3 件、CHINAL13 件)となった。これらの対象文献を臨床判断力の評価指標について分析したことを述べる。

国内の 3 件の論文では、山内ら(2015)は国内での臨床判断力の評価指標として、学生の術前看護に関する臨床判断力の習得・観察方法を判断することができる、患者に必要な援助を判断することができる、援助方法を判断することができる、術前の情報収集が実施できる、術前オリエンテーションが実施できる、という項目を使用した。相野,森山(2011)は、学生の臨床判断の経験を、シミュレーション時の学生のデブリーフィング内容より、知識・技術の統合、コミュニケーションの重要性を学んだことに基づき評価した。坂口ら(2007)はカンファレンス記録から、臨床判断力の種類(援助活動の為に用いる技術の選択に関する臨床判断力、患者に情報を伝え効果的に指導につなぐ際に用いられる臨床判断力、急変時の効果的な対応に関する臨床判断力、救急医療チームの組織化のために用いられる臨床判断力、看護チームの組織化のために用いられる臨床判断力)と判断に至る手掛かり(症状および生体情報、生体情報の経時的変化、以前の類似した経験、場の雰囲気、ただならぬ予感)を抽出した。これらから国内では、臨床判断力の評価指標は、必要な援助や援助方法の判断と実施までを含むものや、知識の統合といった臨床判断力を経験したときの学び、判断を導きだすための情報と導き出された臨床判断力の種類、があり国内での臨床判断力の概念が定まっていな
いと言える。

国外での臨床判断力の評価指標として、LCJR(Lasater Clinical Judgment Rubric 以下 LCJR と略す)を用いたものが 6 件(Ashcraft et al.,2013;Mann,2012;Johnson et al.,2012; Lasater & Nielsen,2009; Lasater et al.,2014; Marianiet al.,2013)、Tanner の臨床判断モデルに基づくオリジナルの指標を用いたものが 3 件(Gerdeman et al.,2013;Lavoie et al.,2013;Lindsey & Jenkins,2013)であった。LCJR は、Tanner の臨床判断モデルを基に Lasater が開発したルーブリックである。そのためこれらの 9 件の論文は、臨床判断力については Tanner の定義を使用していると言える。Tanner の臨床判断の定義とは、「患者の健康に関するニーズや心配、懸念、健康の問題に対しての解釈をしたり結論づけたりする、もしくはある行動をとるかとらないかということを決定する。また標準的なアプローチを

そのまま使うのか、それを修正して使うのかを決めていく。またもし必要であれば新しいアプローチを考えて、それを実践していくか。患者さんの反応によって決めていく行為」である。さらに Tanner の臨床判断モデルのプロセスには、目の前の状況を知覚的に把握する「気づき」、対処する状況の理解を十分に深める「解釈」、その状況に適切と考えられる行為を決定する「反応」、実施しているときに看護行為に対する患者の反応に目を向ける「省察」という、4つの様相が含まれる。さらに LCJR では、4つの様相それぞれに「効果的な気づき：焦点を絞った観察、予測されるパターンからの逸脱の認識、情報探索」、「効果的な解釈：データの優先順位づけ、データの意味づけ」、「効果的な反応：冷静で自信のある態度、明確なコミュニケーション、十分に計画された介入・柔軟性、技能的である」、「効果的な省察：評価・自己分析、改善へのコミットメント」の11の観点を作成し、＜初歩的＞＜発展途上＞＜達成＞＜模範的＞という4つのレベルを得点化して用いることができる(細田ら,2018)。

その他に、既存の尺度である評価指標として、TAI(Triage Acuity Instrument 以下 TAI と略す)を用いたものが2件(Weatherspoon et al.,2015;Weatherspoon & Wyatt,2012)であった。TAIは信頼性、妥当性のある測定指標であり、使用されていたのは救急室のトリアージ看護師としてのシミュレーション時に用いられ、TAIによってトリアージの際の意思決定の「正確さ」と「効率性」を測定していた。さらに他の指標として SBAR(Situation Background Assessment Recommendation)が1件(Lancaster et al.,2015)であった。

国内では臨床判断力の評価はオリジナルの評価指標が用いられているのに対し、国外では LCJR を用いたものが多かった。これは、国外では臨床判断力の枠組みとして Tanner の臨床判断モデルが浸透していると言える。その理由として、Tanner の臨床判断モデルを基に Lasater によりルーブリックが作成され、そのルーブリックの信頼性、妥当性が検証されている。それ故、臨床判断力という大きな概念を測定することが可能となった。最も着目すべき点はこの「省察」であり、LCJR では省察を評価することができる。Tanner は臨床判断モデルの4様相に省察を入れ、「省察」というプロセスが臨床判断力の向上にとって重要だと位置づけている。先行研究より臨床判断力の教育方法では最もシミュレーションが用いられていることが明らかとなっており(田代ら,2015;羽入,2019)、その中でシミュレーション後のデブリーフィングが重要だと指摘されている(Cantrell,2008)。これは Tanner が示す臨床判断力と省察との位置づけと重なる。シミュレーションや看護実践を通して経験したことを振り返ることで、体験の意味づけができ、さらにそこから学びを得ることで知の再

構築が生じる。それを含めて評価可能な LCJR は、臨床判断力を評価するものとして妥当であると言える。国内においては、臨床判断力の評価内容としてオリジナルの評価表が用いられていることから、国外ほど臨床判断モデルの枠組みは浸透していない。まずは臨床判断力を如何に捉えるのか、その枠組みに基づいた上で評価指標を用いることが必要だと考える。

3. 省察と臨床判断力

省察は個人の内面で行われる思考過程である。この個人的な作業である「省察」と臨床判断力との関連について述べる。

省察については、Dewey が最初に紹介し、批判的思考におけるその重要性を示した(Dewey,1933)。その後、Schön は「技術的合理的モデル」にとって、非科学的だと捉えられてきた実践からの知識を正当化し、専門家による実践の省察は知を形成するということを示した(Schön,1983)。Boud も学習者にとって省察は探索的な方法を通して学びを分類する機会を与えるとし(Boud & Walker,1998)、経験を振り返ることが学習と発達につながる重要なきっかけだと示している。このように省察によってもたらされることは、学びの機会であり、経験を意識して見直すことで学びに気づき、新たな知識・概念を獲得することだと言える。

これまでの国内の研究では、上田,宮崎(2010)の文献レビューより、看護師が実践を省察することによって生じた内面的変化として、「自己成長・自己実現」、「患者の理解や認識の深まり」、「看護実践への自信」、「仕事のやりがいやケアの糧」「新たな気づき」「看護への意欲・患者への関心の高まり」「楽しさ・感謝の気持ち」だと示している。また、新垣ら(2015)の文献レビューにおいても、「自己への気づき」「対話による気づき」「実践知への気づき」「看護の価値への気づき」「看護へのやりがい」「看護実践への自信」が示され、ほぼ同じ内容であるが、上田,宮崎(2010)が「新たな気づき」とした項目をさらに4つに分け、その1つに「実践知への気づき」としたことが注目される。これは、Tanner が臨床判断モデルのサイクルで示されているように行為後の振り返りにより、「臨床的な学び」が起こることを裏付けるものであり、その実践知により、次の判断・実践に繋がる「気づき」に影響を及ぼす、看護師の知識になるからである。さらに杉山,朝倉(2017)は、看護師が他職種の影響を受けずに自らが判断すること、「自律的な臨床判断」が磨かれるプロセスを明らかにし、その中で「判断の中身を振り返る」という、省察が含まれていることを明らかにした。このよう

に、実践を省察することによって実践知が形成されること、臨床判断力が向上する中で省察というプロセスが含まれることは示されてきているが、省察と臨床判断力との関連について研究したものは殆どない。

国外では、Nielsen et al.(2007)は、Tanner の臨床判断モデルを使用し、臨床経験のための構造化された省察プロセスを提供することで学生の思考を構造化するツールを開発し、臨床判断を向上させるために様々な学習環境でガイドを使用することを報告した。さらに Glynn(2012)は看護学生に構造化した省察の実践を授業で行うことで、臨床判断や自信の向上を学生が認識したことを報告した。しかし、Glynn は、多くの定性的研究が省察の使用を支持してきたが、省察の定義、実施の枠組み、実践での効果、臨床判断の向上に関して、矛盾があると報告している(Glynn,2012,p135)。さらに、Capelletti et al.(2014)は、Tanner が行った臨床判断、臨床推論に関する文献レビュー(Tanner,2006)を、再度行い Tanner の臨床判断モデルの4 様相<気づき><解釈><反応><省察>について検証した。その中で、臨床判断と省察の関連を裏付ける文献として報告されていたのは、Glynn(2012)のみであった。これらのことより、臨床判断力と省察の関連については国内外ともに十分に検証されているとは言えない。

4. 省察の方法と評価

省察の方法として、国内の文献レビュー(新垣ら,2015;上田,宮崎,2010)より、自分自身で省察を行う方法には日記・記録があり、他者が関わる方法では、面接があった。また、記録用紙に書かれた省察内容をもとに面接する、といった方法やカンファレンスや事例検討、研修といった複数人で行う方法も示されていた。田村(2017)は、リフレクションに必要な5つのスキルのうち、描写のスキルを示し、さらにリフレクションの基盤として、自分の経験を自分だけでなく他者に伝えることの重要性を述べている。その方法は、対話や記録という2つの方法があるが、「記録に書く」ことで自分の文章を読み、描写のスキルを看護師自身が認知することができると思う。さらに、そのスキルが上達することを看護師自身が実感できることが重要であり、対話よりも文字として残る記録の方が看護師自身が自分の成長を把握できると思う。また省察した内容が実践で活用され、記録により自分の成長を看護師自身が捉えられることにより、省察に対する意味づけや省察へのモチベーションに繋がると言える。

Kolb は省察には発達段階があり Humphrey(2009)が最も明確に示していると紹介し、

reflect : 省察, reframe : 枠組みの再構築, reform : 改善の 3 つを提示した。さらに、和栗(2010)は「ふりかえりの深度」として、Moon(2004)の 4 段階のレベル(描写的な書き方・描写的なふりかえり・対話的ふりかえり・クリティカルなふりかえり)を示した。その他に、Wong et al.(1995)は、省察のプロセスを「感情の気づき」「関連」「統合」「検証」「流用」「省察の成果」の 6 つのカテゴリーとしてレベルを示し、Findlay et al.(2009)は、Newcastle Reflective Analysis Tool(以下 NART とする)を作成し、Non Reflector : 省察内容が説明する記録のみに留まる、Reflector : 出来事や反応をどのように感じ、これまでの知識または経験との違い、実践との結びつき、新しい知識への価値や理解の記録、Critical Reflector : 今後の態度や実践にどのように影響するのかの記述、の 3 つのレベルを挙げた。

このように省察には、省察のプロセスを識別するレベルが明らかとなっている。しかし、省察のプロセスは直線的に進むものではなく、省察の終点に到達しても全てのレベルが順番に完了しているわけではない(Findlay et al.,2009)。そのため、レベルを細かく設定するほど、相互に関連するプロセスの場合に評価が難しく、信頼性が下がることが報告されている(Wong et al,1995)。そのため Wong らは作成した 6 つのカテゴリーを最終的には Non Reflector と Reflector : 「感情の気づき」「関連」「統合」、Critical Reflector : 「検証」「流用」「省察の成果」の 3 つに分類し、信頼性を確保した。その後、Findlay らがこのカテゴリーを基に NART(省察分析のための「幅広い分析ツール」と「深い分析フレームワーク」)を作成した。

池西は、国内における省察の課題として省察のアセスメント指標がないことを挙げ、省察の内容を看護師自身がアセスメントする指標を開発した(池西ら,2013;池西,2017)。【状況の描写】【評価・推論・分析の描写】【発見・課題・学びの描写】の 3 つの分類と 9 つの項目、30 の下位項目からなり、それぞれ「全くあてはまらない」「あまりあてはまらない」「少しあてはまる」「とてもあてはまる」の 4 段階で評価ができる。この指標は信頼性・妥当性が既に検証されている。

このように、国外では省察の内容をアセスメントする指標は多く開発されているが、国内では 1 件しかなく、この指標の有用性や他の指標の開発といったさらなる調査が必要だと言える。

5. 2年目看護師の省察と臨床判断力

佐藤(1989)は、臨床判断力は看護師の臨床能力の段階が反映されるとし、3つの段階で臨床判断力は発展すると述べている。その後、経験年数による臨床判断力の違いを明らかにした研究(岩本ら,2014;吉田ら,2002;中野ら,1993)により、経験が臨床判断力に影響すること、経験年数により行動の選択肢が増え予測する力が向上する等が示された。また中野らは、臨床経験年数が3年目以降から、臨床判断力に違いがみられることを明らかにしている(中野ら,1993)。しかし、臨床判断力の影響要因として経験年数は明らかとなったが同じ経験年数でもその臨床判断力に差があり、経験を積めば臨床判断力が深まるということではないことも明らかとなっている。Bennerも「経験は単に時間の経過や長さをさしているのではない。むしろそれは理論に微細な、あるいはわずかばかりの違いが付け加わった現実の多くの実践状況に出会って、あらかじめ持っている概念や理論を洗練することである」と述べている(Benner,2008,p30)。これは、看護師がある一定の期間実践を重ねることで理論的知識の発展につながることを述べているが、その一方で看護師が日々繰り返される実践から、自分の考えを深め、知識を高めようとする意識がなければ、経験を積んでも知識は蓄積されないとと言える。

西(2018)は2年目看護師教育に関する文献レビューより、2年目看護師に関する研究が2014年以降増えていると報告している。2年目が望む支援としては、変化する状況にあわせた看護判断・対応への支援、増えた責任と力量との差への支援、経験不十分な技術への理解と支援(丸山ら,2015)、とされ、特に看護判断、技術は2年目の学習ニーズ(倉本ら,2018;佐藤ら,2014)にも反映される内容であった。また2年目看護師の教育の現状として、技術習得のための研修(横山ら,2018;岡村ら,2015)や臨床判断能力を対象とした研修(櫻井ら,2014)、フィジカルアセスメント力の向上を目的とした研修(石川ら,2015)、が行われていた。だが臨床判断とあるが、フィジカルアセスメント力と混同しており、臨床判断の明確な定義はない。児玉,東(2017)は2年目看護師を対象に省察を行い、その結果、自己の気づきや経験を意味づけるための思考のプロセスの理解や実践した看護の学びの発展につながると報告している。しかし、キャリア支援としての省察であり、2年目を対象とした研究は増えているが、省察と臨床判断力との関連をみた研究は殆どない。

以上の文献レビューより、臨床判断の構成要素は、国内では様々な研究がされてきたがTannerの4様相に含まれる内容であり、臨床判断を捉える共通の枠組みはない。国外でもTannerの臨床判断の定義が用いられ、Tannerの臨床判断モデルを基に作成されたLCJR

が臨床判断の評価指標として最も多く使用されていた。また LCJR は信頼性、妥当性が検証されていることから、評価指標として有用であることが分かった。臨床判断力と省察の関連について、Tanner は臨床判断モデルの 4 様相の 1 つとして省察を位置づけ、さらに臨床判断力を高めるには省察が重要だと指摘したが、国内外において関連を裏付ける研究は少ないままであることが明らかとなった。省察方法は、対話、記録があり、1 人で行う場合と複数で行う場合と多様であるが、省察の内容をアセスメントする指標は、国内では 1 件のみであり、国外のような省察内容のプロセスを識別するレベルの分類はなかった。さらに 2 年目看護師への教育の必要性や 2 年目看護師側から看護判断、技術への学習ニーズは高まっているが、判断力に対する教育はフィジカルアセスメント力と混同されており、臨床判断力を明確に定義しその上で評価する研究は少ない。そこで、役割の拡大に伴い様々な状況で判断が求められる 2 年目看護師を対象に、臨床判断力ならびに省察について明確な定義とそれに基づく評価指標を使用し、省察内容による臨床判断力の違いを明らかにする。

VI. 研究の理論的枠組み

本研究は、Tanner の臨床判断モデルのリフレクション部分を Kolb の経験学習サイクルを用いて振り返りを行うといった理論的枠組みを用いる(図 3)。

臨床判断モデルとは、Tanner が臨床判断の 4 つの様相を、1. 気づき(Noticing)、2. 解釈(Interpreting)、3. 反応(Responding)、4. リフレクション(Reflection)とし、その関係を示した(図 1)。Tanner は、臨床判断とリフレクションを結びつける文献は少ないとしながら、先行研究より、リフレクションをすることは経験からの学習を促し、学生が臨床的知識を身に付ける事を助け、複雑な状況での判断と臨床的推論を向上させると捉え、リフレクションを包含した臨床判断モデルを構築した。このモデルの中で、リフレクションには行為中と行為後の 2 種類があるとしている。看護師は、実践しながら、その実践のアウトカムを判断し評価している。しかし、そのアウトカムが期待されるものにならない場合は、すぐに「interpreting : 解釈」から修正をし、介入を調整する。それが行為中のリフレクションである。また、行為後のリフレクションも同様に、期待された結果が得られないと、看護師は実践を振り返り、患者の状況を把握する「気づき」はどうか、その後の「解釈」はどうだったのか、それに基づく自分の「介入」は適切であったかを看護師個人、またはチームカンファレンスの中で省みる。このように Tanner は、モデルの中で看護師は常にリフレクションをしていることを示している。このリフレクションをするきっかけは、日々の実践では特に、看護師の行為が期待される結果を導くことができなかつた場合である。その際、自分の行為を振り返ることはできるが、行為中に実施している「リフレクション」を意識化することは難しいとしている。リフレクションには、この意識化が重要である。また、Tanner のモデルの中では、この行為中・行為後のリフレクションと、「臨床的な学び」が「リフレクション」という一つの要素にまとめられている。だが、このリフレクションから臨床的な学びへと導くための効果的なリフレクションが明確にされず課題となっていたため、経験から知識が生じるプロセスを外化し、臨床的な学びへと繋がるようリフレクションの部分に Kolb の経験学習サイクルを用いた(図 3)。

経験学習サイクルとは、4 つの要素が含まれる。①具体的な経験、②内省的な観察、③抽象的な概念化、④能動の実験である。①具体的な経験とは、学習者が環境(他者・人工物)に働きかけることで起こる相互作用のことである(図 2)。②内省的観察とは、予測された結果を実際の結果に結びつけ、新しい知識を構築するための自己評価のことである。③抽象的な概念化とは、経験を一般化、概念化し他の状況でも応用可能な知識とルール、スキーマやル

一チンを自ら作りあげることである。④能動の実験とは、経験を通して構築されたスキーマや理論を実践することである(Kolb,1984)。Kolb は、学習とは経験の変容を通して知識が作り出されるプロセスだと定義し、知識は経験を捉えることと変えることの組み合わせから生じるとしている。また Kolb は「経験を捉えること」は、具体的経験を通して抽象的概念化を図ることであり、「経験を変えること」とは内省的観察を通して能動的な実験に結びつけることであるとし、経験学習サイクル(図 2)では、2 組の弁証法的に関連する状態を表現している。また経験からの学びが次の行動を導くガイドになり、経験が学習となるプロセスも示している。そのため、リフレクションを通してこの4つのステップを踏むことが、患者の状況を最初に捉える「気づき」に影響を与え、看護師の経験的知識、教科書上の知識といったバックグラウンドの積み重ねと相まり、看護師の臨床判断力に関連すると考える。

V. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザインとする

2. 調査期間(データ収集期間)

2021 年度研究倫理審査終了後から 8 カ月

3. 研究参加者の基準

1) 本研究は関東近郊の総合病院に勤務する 2 年目看護師を対象とする。この総合病院の規模としては 500 床以上とし、かつ附属の看護教育機関を併設する病院とする。これは、水谷ら(2014)が 500 床以上の大規模病院の特徴として、附属の看護教育機関の併設など、看護専門職養成の土壌がある、と報告しており、参加者の入職後の教育背景を均一にするためこの基準とした。

2) 2 年目とは、看護基礎教育を卒業し看護師として就業してから 1 年が経過した状態を指す。就業場所が他院であっても病棟での勤務経験があり、合わせた経験年数が 1 年以上 2 年未満である場合は対象となる。現在の勤務場所が集中治療室・手術室・冠疾患集中治療部・外来・産婦人科・小児病棟である場合、また 2 年目であっても准看護師の経験があるものは対象としない。

3) 参加者の年齢による制限は設けないが、看護基礎教育機関を卒業した 2 年目の看護師と、大学院、社会人等を経て看護基礎教育を卒業した 2 年目看護師の最終学歴、年齢を考慮する。

4. 研究参加者の募集方法

1) 看護部長に研究協力の依頼(資料 1)をし、研究協力が得られた場合、研究者が看護部長に研究内容について説明をした。

2) 1 週間後承諾を得られた場合、研究対象者の募集案内(資料 2)の掲示と 2 年目看護師に配布するよう病棟師長に依頼した(資料 3)。

3) 2)で参加者の募集が得られなかったため、看護部長に相談し 2 年目研修の終了時に研究者が研究の目的・方法について(資料 3)を配布し直接研究への参加をよびかけた。

4) 研究への参加協力の意思を示した被験者に研究者は個人への依頼文書(資料 4)を用

いて研究の趣旨や目的を説明し、研究協力を依頼する。その際に同意書(資料 5)、同意撤回書(資料 6)を渡した。

5) 1 週間程度考慮する時間をとり、メールで研究協力の諾否をもらい研究協力の承諾が得られた場合は、スケジュールを調整しデータ収集初回時に署名された同意書(資料 5)を持参してもらい、研究者も同意書に署名したものを取り交わし確認をした。

5. 調査内容

1) 省察の内容

(1) 省察は、記録用紙(資料 7)を用いて研究参加者の日々の実践における臨床判断の記述とする。記録の項目は、「看護場面」「臨床判断：気づいたこと、判断したこと、行動したこと、その行動による反応」「その場面に関わって生じた感情」「判断の評価と理由」「気づき・学び」「同じ場面に遭遇したらどう行動するか、今後の実践での活用」とした。これは Kolb の経験学習サイクルの 1. 具体的経験、2. 内省的観察にあたるのが、「看護場面」「臨床判断：気づいたこと、判断したこと、行動したこと、その行動による反応」「その場面に関わって生じた感情」「判断の評価と理由」であり、3. 抽象的概念化が「気づき・学び」、4. 能動的実験が「同じ場面に遭遇したらどう行動するか、今後の実践での活用」にあたる。

(2) 看護場面の抽出については、2018 年度 5 名の看護師を対象にパイロットテストを行い、「印象に残った」「意識して臨床判断をした」という表現で看護場면을抽出し省察を実施した。その結果、上手くいった看護場面が記述され、省察の深まりが乏しい内容となった。Tanner は省察を引きおこす出来事を、「臨床判断の崩壊(breakdown)」と述べているように、理論と実践のギャップを指摘している。そのため、ギャップのある看護場面に遭遇した看護師の心情として、「心に引っかかる」「困った」「気持ちがすっきりしない」が想定され、今回はそのような場面の抽出とした。

また、看護場面の状況を記録する項目がなかったため、臨床判断の中に患者の情報・状況、自分の状況が混ざりこみ、伝わりにくい内容となった。これは、池西ら(2013)が臨床看護師のリフレクション思考の要素を明らかにした 3 つのカテゴリー【場面における状況の描写】【思考の認識と分析の描写】【新たな気づきの描写】の特に【場面における状況の描写】と一致するものであった。そのため、この視点を参考に看護場面を記述し、その上で臨床判断を省察できるよう項目を追加した。

2) 臨床判断力

臨床判断力の測定は、日本語版 LCJR を用いてある状況に対する参加者の実践を評価する。LCJR の信頼性はクローンバック $\alpha 0.825 \sim 0.91$ と確認されており (Chmil et al., 2015)、細田ら(2018)が日本語版 LCJR を作成した。さらに細田ら(2023)は、日本語版 LCJR の構成概念妥当性と内的整合性を確認し、適合度指標は許容水準を示し、0.7 以上のクローンバック α 係数を示した。LCJR は 4 要素〈気づき〉〈解釈〉〈反応〉〈省察〉と下位項目があり、合計 11 項目となる。その項目を模範的、達成、発展途上、初歩的の 4 段階で評価し 11 点~44 点の総計で評価した(資料 8)。

3) 研究参加者の省察と臨床判断力に対する捉え方

3 回の省察を実施後、省察をすることに対する参加者の意味づけ、さらに実践での臨床判断力に変化があったかどうかを、半構成的インタビュー(資料 9)を行った。

これは、本研究の理論的枠組み(図 3)における看護師の「背景」であり、看護師自身が省察への捉え方や意味づけによっても、省察内容や臨床判断力に影響があると考えたため調査内容とした。

さらに省察内容について 2 年目看護師自身が自己評価をするために、池西ら(2013)が作成した臨床看護師のリフレクティブジャーナルのアセスメント指標 Ver1 を用いて行った。この評価指標は、I. 状況の描写、II. 評価・推論・分析の描写、III. 発見・課題・学びの描写の 3 つの分類と下位項目があり、合計 30 項目となる。その項目を全くあてはまらない 1~とてもあてはまる 4 の 4 段階で評価し、30 点~120 点の総計で評価した(表 7)。

6. データ収集方法

事前のリクルートによって同意が得られた参加者に対して図のプロセスの通り実施した(図 4)。

1) 省察

(1) 経験学習(経験学習サイクル)・臨床判断・省察の説明を研究者が所属する施設で 10 分ほど実施した。次に、記録用紙(資料 7)を用いて書き方について 5 分ほど説明した。その後、記録用紙を渡し、参加者が病棟で省察を 1 週間に 1 回程度行い、3 回実施した。

(2) 参加者は、1 回目の省察を終えた際、研究者に連絡をし、「書き方について」「不足の項目の有無」「疑問について」、記録をみながら研究者からフィードバックを受けた。

書き方のフィードバックについては、パイロットテストから得た、臨床判断の省察記録

の結果、状況の言語化が不十分であり、さらに<気づき><解釈><反応><省察>という臨床判断力の項目通りに記述されていなかった。故に他者の記録についての確認が必要であることが示唆され、本研究では省察1回目の後に介入を追加した。また、3回の記録による省察だけでなく、この書き方のフィードバックの中で研究者と2年目看護師とのやりとりもデータとして収集した。

2) 参加者の省察と臨床判断力に対する捉え方

参加者は3回の省察を実施後、1週間以内に研究者と連絡をとり臨床判断力の測定日を調整した。臨床判断力の測定後、半構成的インタビュー(資料9)をうけ、参加者の同意を得た上でICレコーダーに録音し、データ収集をした。このインタビューは、参加者が所属する施設内または研究者が所属する施設内で行った。

3) 臨床判断力の測定方法

(1) 臨床判断力は、シミュレーター(シマン3G)を用いてある事例(資料10)を再現し、その状況に参加者が関わる様子、参加者の言動、実践の省察を研究者が参加観察しながらLCJRで測定する。LCJRは、研究者による評価と参加者が自分の実践を省察した記録(資料11)、の2種類のデータで評価する。参加者には、了承を得た上で、シミュレーションでの実践をビデオで録画しその画像を参加者自身が振り返った。

事例は、診療科に関係なく遭遇しやすい誤嚥性肺炎の事例とし、臨床経験8年以上の呼吸器・循環器病棟に勤務する看護師2名の協力を得て作成した。また、LCJRはあらゆる事例において評価ができるよう作成されているため、肺炎の事例に即して言動を評価できるよう、下位項目に評価基準を設けたLCJRで測定した(資料12)。LCJRでの評価については研究者の他、臨床判断力のシミュレーターを操作した研究者の2名で行った。9名がどのような行動をしたのかビデオから記録し、この行動がルーブリックのどの基準になるのか、3回行い評価が一致するまで検討した。点数の最も高い得点と低い得点の対象者を、別な研究者で評価を依頼し評価の妥当性を確認した。

(2) 対象者の属性として、①所属する病棟の診療科、②基礎教育機関での省察の教育経験の有無、③最終学歴、④事例の経験の有無、⑤シミュレーション教育の経験の有無、を臨床判断力の測定を終えた時点でデータとして収集した。

7. 分析方法

1) 2年目看護師の省察の内容とレベル

(1) 省察の内容を、学習化が出来た箇所に着目し抽出する。内容が抽象的概念化までか、能動的実験までか、Kolbの学習サイクルのどの部分にあたるかを質的に分析した。評価の基準は、Kolbの経験学習サイクルの、抽象的概念化(何を学んだのか)が記述されているか、さらに能動的実験の内容(経験から学んだことの活用)について評価した。

(2) 省察のレベルについては、Findlay et al.(2009)によって作成された、Newcastle Reflective Analysis Tool(NART) : Broad classification tool for analysis of students reflective writing(学生の省察記録の分析のための幅広い分類ツール)を参考に、省察内容によって3段階に分けた(資料13)。それぞれの基準は、省察内容が説明する記録のみに留まるものを、<Non Reflector>、出来事や反応をどのように感じ、これまでの知識または経験とどのように異なるのか、これまでの実践との結びつきや新しい知識に価値を見出しているか、新しい知識や理解を記録している、といった<Reflector>、今後の態度や実践にどのように影響するのかについても記述がある、<Critical Reflector>である。

NARTにて分類したレベルをさらに、池西ら(2013)が開発したアセスメント指標(資料14)を用いて得点化することで、同じレベル内の省察の深さを評価した。

2) 省察内容と臨床判断力

(1) LCJRによって得点化された臨床判断力と、対象者の省察レベルとの違いをみた。

(2) Lasater and Nielsen(2009)によると、学生を対象にLCJRで臨床判断力を測定した結果、介入群は合計25.67、コントロール群は20.46であった。本研究では看護師を対象としているため、介入群の得点を参考に26点を基準として2群に分け、それぞれの群の省察内容を分析した。

(3) 半構成的インタビューについては、省察を3回繰り返す中での省察の取り組み、意味づけ、実践の変化、経験と気づきや学びの結びつき、臨床判断力への変化について逐語録にし、分析した。

3) 分析方法の信頼性、妥当性について

(1) 省察内容のレベル評価やカテゴリー化については、研究者以外の質的研究者に結果を確認し妥当性を確保する、さらに指導教員よりスーパーバイズを受けた。

8. 研究における倫理的配慮

1) 被験者の研究への参加・協力の自由意思、拒否権の確保

(1) 研究への協力は、個人または病棟に配布された募集案内に掲載されている研究者へのメールアドレスに被験者から意思表示をしてもらい、被験者が研究参加の判断を自由に意思表出できる場と機会を保証した。

(2) 被験者が意思表示をし、研究者と会って協力を依頼したとしてもその場での承諾をもらわず、被験者が考慮する期間を1週間程度設け、意思決定のための十分な時間を確保した。

(3) 研究への参加、研究途中での参加をとりやめることも自由意思であることを説明し、研究参加・中途離脱の任意性を確保した。

(4) 研究への参加については、病棟管理者から参加者に確認をしないこと、また参加者も病棟管理者に報告しないことを伝えた。

(5) 同意撤回については、臨床判断力測定後1週間までであればいつでも同意撤回が可能とした。臨床判断力測定後1週間を経過するとデータ分析が始まり、それ以降は個人の特定が不可能となるため、それまでであれば同意撤回の機会があることを伝え、同意撤回の機会と方法を確保した。同意撤回の方法は、同意撤回書の郵送(資料5)、研究者へのメールでの連絡とし、同意撤回書が郵送された時は研究者が署名し確認した。メールで連絡があった場合には、同意撤回書を郵送し署名の後に返送してもらい、研究者が署名し確認した。

2) 個人情報及びプライバシー保護の方法

(1) データは個人が特定されないようにし、対象者の個人を特定するデータはすべて匿名加工情報とし、研究参加者ごとの分析を行うために対応表を作成した。対応表については鍵のかかる場所で厳重に保管し、個人情報の管理・保護を行った。

プライバシーを厳守し個人情報の保護に努め、研究で得た個人情報は厳重に保管・管理し、研究データはすべて鍵のかかる場所に保管した。データを扱うコンピューターは、インターネットに繋いでいないものを使用し、セキュリティ管理の整った環境のものを使用した。データはパスワードをつけるなどセキュリティ対策を講じた電子媒体で取り扱った。病棟での看護実践の振り返り用紙、臨床判断力の測定用紙などの紙媒体は、ファイルに綴じるなど工夫し紛失しないよう留意した。

電子媒体のデータ、紙媒体のデータ、VTRの録画データの全ての研究データは、論文

発表後 3 年間の保存期間まで、厳重に鍵のかかる場所に保管・管理し、保存期間終了後は責任を持って破棄する。

(2) 研究結果は、研究者の博士論文となること、大学紀要、看護系学術誌への発表で公表すること、公表においては、研究参加者の匿名性・個人情報プライバシーの保護を厳重にした。なお、希望する研究参加者には研究論文を配布し研究終了後のデータの保存、利用、廃棄方法等を明確にした。

(3) 撤回したデータは、研究者が責任を持って、紙データはシュレッダーで裁断する。電子媒体や録音・録画のデータは完全に消去、復元できないようにした状態で破棄し、同意撤回後のデータ利用の有無、データの破棄等管理等について明記した。

3) 予想される被験者の不利益とそれを回避する方法および対象者が得る利益

(1) 予想される被験者への危険や不利益とその対応として、直接的な身体侵襲はないが、シミュレーション後の振り返り時にこれまでの経験や知識を語ることで、想起された内容により心理的な影響が生じる可能性は否定できない。研究者は振り返り場面で、被験者が話にくいことを無理に聞き出したり、無理に発言を求めたりするようなことをしないように努めた。次に考えられる不利益としては、時間の拘束である。シミュレーション、実践の振り返りに要する時間的拘束があるが、研究者はシミュレーション時の運営方法を工夫し時間をかけすぎないように努めた。

(2) 研究参加により得られる利益として、経験学習の学びと、シミュレーションによる経験の振り返り、病棟での看護実践の振り返りを行うことで、新たな気づきを得られる可能性があり、経験による概念化、知識の獲得が促進され、臨床判断力が促進されることがある。なお、被験者に対し本研究において費用負担はない

9. 研究倫理審査

本研究は、武蔵野大学看護学部研究倫理委員会の承認を得て行った(承認番号 1902-2)。

VI. 結果

1. 研究参加者の概要

研究に最後まで参加したのは9名であった。9名の所属する施設は4施設、診療科は、精神・神経内科、腎臓内科、呼吸器内科、脳神経外科、呼吸器外科など、内科も外科も含まれていた。最終学歴は、大学6名、専門学校3名であった。臨床判断の測定に用いた事例(誤嚥性肺炎)は全員が受け持ったことがあり、シミュレーション教育も全員が基礎教育機関で経験をしていた。研究参加期間は、11月から3月であり、看護師2年目後半での参加となった。3回の省察記録にかかった日数は14日から110日であり、勤務先の感染状況の影響を受けた参加者もいた(表1)。

2. 2年目看護師の省察

1) 省察の場面

9名の看護師が3回の省察を行うために選んだ場面、計27場面を示す(表2)。

27場面中特に多かったのは【関わり、援助に苦慮した場面】が10件であった。この場面は、“患者も症状に苦しみ、1年目看護師も援助に苦慮していた”、“研修で修得した知識・技術を試みるも患者が興奮し結果的に活用できなかった”、“夜間不穏状態の患者の対応に苦慮した”等の関わりや援助に困った場面であった。次に多かったのは【患者の症状・状態の変化に遭遇した場面】が9件であった。この場面は、“心電図モニターの異常波形に気づいた”、“下血した患者から死にそうだ、歩けないとナースコールがあった”、等の急変時に対応する場面であった。次に【患者や家族の思いに触れた場面】3件であり、“BIPAP装着に対して拒否や不安を訴えてきた”、“インフォームド Consent 時の家族の選択が葛藤を抱えながらの決断であった”等の患者の気持ちや家族の思いを理解した場面であった。【指示・アセスメントへの疑問を感じた場面】は同様に3件であり、“先輩看護師の受け持ち患者に対するアセスメント内容(優先順位)に疑問を感じた”、等であった。最も少なかったのは【インシデント・アクシデントの場面】2件であった。

2) 省察内容

(1) 省察記録からの気づきと学び

9名がそれぞれの看護場面を省察した記録から、Kolb の経験学習サイクルの抽象的概念

化(何に気づき学んだのか)の表現した箇所を意味内容が損なわないよう抽出し、45 コードから 16 サブカテゴリー、6 カテゴリーを生成した。コードは「」 カテゴリー【】 サブカテゴリーは『』で示す。

カテゴリーは【既存の知識、捉え方の視点、リスクの予測と対応、関わりを含めた援助の工夫についての学び】【知識や技術不足、患者への配慮不足と患者状態の確認不足の気づき】【自分の行動、心理反応の認識と知識不足を補う必要性】【患者・家族、看護師、医師との連携、調整をしながら対応する必要性】【患者・家族の状況をふまえて気持ちを理解すること、考えることの大切さ】【患者を捉え、援助を実施するためのアセスメントの必要性和正確さ】であった(表 3)。

【既存の知識、捉え方の視点、リスクの予測と対応、関わりを含めた援助の工夫についての学び】は、「ユマニチュードの手法自体は有効的であり、今後は先述の患者特性を踏まえたうえで、使用できたら、より効果が高まる」等の『関わりや援助の評価と改善と効果の期待』、「既往からもどのようなことが起こる可能性があるのか予測し、起きたときの対応をシミュレーションし準備しておくことも大切」等の『急変のリスクや異常を予測し迅速に対応できるようにする』、「夜間の睡眠を確保するための日中の過ごし方の大切さを実感した」等の『既存の知識の大切さ、自分にはない視点の気づき』、の 3 つのサブカテゴリーから抽出した。

【知識や技術不足、患者への配慮不足と患者状態の確認不足の気づき】は、「勉強不足だと思った」等の『知識・技術不足』、「日勤帯での O₂ 投与量と労作時の Sat 低下を把握していなかった」等の『患者の情報、他の勤務帯での患者の様子や状況の確認不足』、「最も重要なのは本人の意見なのに IC を行う前に話し合う機会を設けず本人の意思確認をすることができなかった」等の『患者の意思の確認不足や患者の気持ちへの配慮不足』、の 3 つのサブカテゴリーで構成された。

【自分の行動、心理反応の認識と知識不足を補う必要性】では、「目の前の吸引のことだけを考えるのではなく患者の身体全体をみて考えられるようになるべきだと気づいた」「急変時の対応に慣れておらず、知識が不足していることで怖くなり動けなくなることがあった」、等の『自分の心理反応と対策、捉え方の気づき』、「イレウスの移行はなかったが気づいた段階で相談をするべきだった」等の『相談しない、相談のタイミングの遅さ』、「分からないことは本当に怖い、不足に感じた知識はすぐに修得する必要がある」等の『知識不足を補う必要性』の 3 つのサブカテゴリーから生成した。

【患者・家族、看護師、医師との連携、調整をしながら対応する必要性】は、「事例で受け持つ患者に関わらず、自分でアセスメントし、先輩からも合意が得られたものについては、行動レベルで分かりやすく看護指示に反映する必要があると学んだ」「不安であることを医師に伝えることで医療者間のチームワーク連携が図れ素早い処置につながることを学んだ」等の『他の看護師と医師に患者の状況を共有し、協力を得る』、「Ptにもそれ(安全対応としてのナースコールやマットコール)の必要性を理解してもらう必要がある」等の『患者の協力を得る』、「BSC方針の患者であり、患者の希望や医師の方針も確認していく必要がある」等の『医師の方針、患者・家族の意思の確認の必要性』といった3つのサブカテゴリーから生成した。

【患者・家族の状況をふまえて気持ちを理解すること、考えることの大切さ】は、「どの場面においても大切なことであるが患者の訴えや発言に耳を傾け患者の頭の中に入り込みながら思いや気持ちを考えることが大切だと学んだ」「患者・家族の言葉がどのような意図から来ているのか、言い方を変えたり場面を変えたりして聞くのは大事」等の『患者、家族の立場にたち状況や気持ちの理解とそれらを考えることの大切さ』、「今回の発言は知らないことを伝えられた戸惑いや焦りから出たものと考えられる」等の『患者の気持ちの表し方と言動の背景にある気持ちの理解』の2つのサブカテゴリーから抽出した。

【患者を捉え、援助を実施するためのアセスメントの必要性と正確さ】は、「患者状況が正確に把握できていない場合でも起こりうるリスクを考えて、可能な範囲で患者を観察し状況をアセスメントすることは重要」等の『患者の状態と起こりうるリスクを捉えるためのアセスメントの重要性』、「コール依頼だけでなく、マットコールを敷くことやボディコールをつけるなど安全対応をとるためにアセスメントは必要」等の『必要な援助や関わりのためのアセスメントの正確さ』の2つのサブカテゴリーで構成された。

(2) 省察記録からの学びの活用

9名の省察記録から「同じ状況が起きた場合、どのように活用するか」の表現した箇所を意味内容が損なわないよう抽出し、40コードから、13サブカテゴリー、5カテゴリーを生成した。カテゴリーは【自分の知識・技術不足、スタッフや医師との連携不足、疑問があっても言えない行動の改善】【患者の状況をふまえた援助の工夫】【患者を精神・身体面から正確にアセスメントし、アセスメントに基づいて実践する】【自分の心理的反応、行動の傾向についての対策、課題への対応】【患者の立場になって状況や言動から気持ちを汲みとり関

わる】であった(表 4)。

【自分の知識・技術不足、スタッフや医師との連携不足、疑問があっても言えない行動の改善】は、「先ず自分で患者の状況を確認して必要な処置をする。それでも改善なければ他スタッフを頼るようにする」「日曜日などの祝日や夜勤帯での急変は医師が不在の場合もあるため、先輩Nsや来棟している医師とも連絡し患者対応・処置が早くできるようにつなげていきたい」等の『自分でアセスメントし対応しても、難しい場合は他スタッフ・医師と連携しながら行動する』、「勤務帯の変わり目で、患者認識のズレが生じた時は早めに共有して必要な看護が提供できるようにする」等の『患者情報、援助内容、アセスメントを他スタッフと共有する』、「それでも納得出来ない場合は自分で患者の状態を確かめたり他看護師や医師に相談する」等の『自分が気になること、疑問を抱いたときは質問したり他者に確認する』、「自分で状況判断できるように知識や技術を磨く」等の『知識を補い技術を磨き、深める』の4つのサブカテゴリーで構成された。

【患者の状況をふまえた援助の工夫】は、「せん妄症状がみられる前に予防できるように日中の活動を考えていく」「どんな効果があるのか具体的に説明を行う」等の『患者に合わせてよりよい援助を考え実践する』、「次に患者に同じような思いをさせないようにするためには自分はどのような行動をとったら良いのか行動・関わりを見直せるようにしたい」等の『行為や関わりを見直しながら、患者にとって良い方法を模索し考えながら実施する』、「私はこうと思いますが、Aさんはどう思いますか?というように一緒に考え、共有すると言った関わりを実践する」等の『患者と一緒に考え、協力を得る』の3つのサブカテゴリーから抽出された。

【患者を精神・身体面から正確にアセスメントし、アセスメントに基づいて実践する】は、「患者の言動・行動の一つ一つがどこから影響しているのかしっかりアセスメントして、その原因を軽減できるようにしたい」「予防出来ない事もあるが軽減出来る部分はあるので先のことをみずえて関わっていきたい」等の『患者の言動、状況、援助をアセスメントしたうえで実践する』、「目の前にいる患者の精神状態や身体機能の変化をまずは客観的に専門的に情報収集して、アセスメントする」等の『精神・身体機能の変化を客観的に情報収集し、正確にアセスメントする』の2つのサブカテゴリーから抽出した。

【自分の心理的反応、行動の傾向についての対策、課題への対応】は、「吸引など緊急を要するものなのか考えて行動できるようにしたい。对患者だけでなく他の業務でも同じことが言えるので気をつけていきたい」等の『自分の心理的反応、自分の傾向をふまえた実践』

「自分の心理反応がありながらも客観的に患者をみるためにはどうしたらいいのかを対応前に指導してもらおう」等の『自分の心理的反応が生じる前、生じているときの対応とその後の対策』、の2つのサブカテゴリーから生成した。

【患者の立場になって状況や言動から気持ちを汲みとり関わる】は、「拒否の原因となっていることを患者の様子や発言から汲みとりそれを解消できるように関わりたい」等の『患者の状況や言動から気持ちを汲みとり関わる』、「患者の思いを汲みとり話をよく聞き共感する」等の『患者の思いをよく聴き、患者の立場になって考えられるようにする』の2つのサブカテゴリーで構成された。

(3) NART を用いた記録の省察レベル

27 場面に対する 9 名の 3 回の省察記録を NART の 3 つの基準(Non Reflector:説明する記録,Reflector:新しい知識理解がある,Critical Reflector:将来の行動・実践にどう影響するかの説明)に分けた(表 5, 6)。また、記録には省察の枠組みとして a 気づきと学び、b 学びの活用、を設けたため、それぞれの枠組みで複数の省察内容が記述されている箇所は表記をわけ、別々にレベルをつけた。

a. 省察記録からの気づきと学びにおける省察レベル

27 場面から、気づきと学びについて記された省察レベルは、Reflector のレベルが 22 場面、残り 5 場面は、Reflector と CriticalReflector の 2 つのレベルが混在したのが 4 場面、残り 1 場面は NonReflector と Reflector の 2 つのレベルが混在したのが 1 場面となった(表 5)。ケースでは No1、No3、No9 の記述内容が CriticalReflector と Reflector の両方の省察レベル、No6 は NonReflector と Reflector の両方の省察レベルであった。

b. 省察記録からの学びの活用における省察レベル

学びの活用について記述された省察レベルは、27 場面中 26 場面が、Critical Reflector のレベルであった(表 6)。1 場面のみ Reflector のレベルであり、No4 のケースであった。

3. 省察記録に対する自己評価と省察に対する 2 年目看護師の捉え方

1) 臨床看護師のリフレクティブジャーナルのアセスメント指標(Ver.1)を用いた省察内容の自己評価

対象者自身が 3 回の省察記録を池西ら(2013)が作成した、臨床看護師のリフレクティブジャーナルのアセスメント指標(Ver.1)を用いて評価をした(表 7)。

評価項目は次のⅠ.状態の描写、Ⅱ.評価／推論／分析の描写、Ⅲ.発見／課題／学びの描写の3つの大項目である。そのうち最も自己評価の平均が高かったのはⅠ.状態の描写、Ⅲ.発見／課題／学びの描写、Ⅱ. 評価／推論／分析の描写の順であった。

Ⅰ. 状態の描写の下位項目の中で自己評価の平均が高かったのは、1. どのような場面であったのか(3.5/4点)、2. そのとき患者はどういう状態にあったのか(3.5/4点)、であった。次にⅢ.発見／課題／学びの描写の下位項目の中で自己評価の平均が高かったのは、1. どのようなことに気づき／意味づけができたのか(3.0/4点)であった。Ⅱ. 評価／推論／分析の描写の下位項目の中で自己評価の平均が高かった項目は、1. その関わりの中でどのような判断を行ったのか(3.0/4点)、であった。

次に、Ⅰ. 状態の描写の下位項目の中で自己評価の平均が最も低かったのは、3. その時私はどのような状態に関わっていたのか、「その状況に関連する知識を記述している」(2.6/4点)であった。Ⅲ.発見／課題／学びの描写の下位項目の中で自己評価の平均が最も低かったのは、2. どのような課題が明らかになったのか、「次の実践への準備として学習した内容を記述している」(2.1/4点)であった。Ⅱ. 評価／推論／分析の描写の下位項目の中で自己評価の平均が最も低かったのは、2. その経験がどのような影響を与えたのか、「この経験が患者(家族・重要他者)にどんな影響を与えているのか記述している」「この経験が組織にどんな影響を与えているのかを記述している」がともに(2.0/4点)であった。

2) インタビューでの省察に対する捉え方と実践や臨床判断の変化

下記の質問を通して省察に対する捉え方と省察を通して実践や判断の変化についてインタビューを行った(表 8)。

(1) 1週間に1回省察することは大変だったかという質問に対して、9名中3名が大変ではなかったとの意見が聞かれた。その3名の中でも「意識をしないと振り返りができないということがわかった」「引っかかる部分を考えていなかったが(省察する場面は)意外とあることに気づいた」という意見があり、1名は「自分の看護を省みる有効的な時間になった」と答えていた。残りの6名は「思い出して振り返るのは大変だった」と答えており、普段の実践の中で省察場面を思い出すのは大変だったことが明らかになった。その6名の中でも「大変は大変かなと思ったが、学習のきっかけにはなった」と捉える参加者もいた。

(2) 省察をすることで自分の実践が変化したか、に対して8名がなんらかの変化があったと回答した。「次の実践に活かすためにはどのような視点や知識、技術が必要だったかとい

う視点をもてるようになった」「自分の判断したことやその判断から行動した意味を考え、次に活かしていこうかな」から「声掛けの仕方が変わった」「振り返ると同じ患者に関わる時に言葉のかけかた、アプローチの仕方も変わった」「患者の言動の背景にある気持ちを理解し(自分がそのような態度をとって)申し訳なくなった」など変化に幅がみられたが実感していた。1名が実践できるまではまだ変化がない、という意見があった。

(3) 省察での学びや気づきが活かされたという経験はあるか、に対して6名が回答した。

6名中1名が「同じ場面に出会ってないため活かされた経験はない」との意見があった。残り5名は「気にとめなかったことがひっかかるようになった」から「自分の感情を出さず何故こうなっているかと若干冷静にみられるようになった」「認知症患者に対するケアの際は認知症だけでなく患者の病歴や被害妄想、希死念慮等の症状を予め情報収集できるようになった。その結果、個別性のあるケアが実践でき、易怒性を高めずに関われるようになった」「振り返りをしたことで行動が変わった」など省察での学びや気づきの活用について、事象について意識することや自分の感情をみつめるといった内省的な変化から行動の変化まで、を語っていた。残り3名は(2)の設問と同様との回答であった。

(4) 自分の判断力は省察することで変化があったか、に対して9名中2名が変化はなかったと答え、残り7名が変化はあったと回答した。変化はなかったという意見には、「様々な診療科があり振り返った場面が活かせていない」「3回の振り返りは、それぞれ判断も質も違うのでそれをどうやって活かしているのか」といった内容が含まれていた。一方残り7名の回答には「省察を行うことで自分の心理反応やアセスメントの傾向を理解することが出来た。自分の傾向を踏まえうえて、客観的な判断ができるよう努めるよう心掛けるようになった」「記録を書いている時に何気なく自分がやっていたことも書き出してみると(患者に対して)こんなことまで考えて判断(していた)。また、その時のことだけでなく生活状況だったり前後の日のこととかを考えながら判断できていたのだと(わかった)」「医師へのつながり方(報告・連絡・相談)や先輩看護師への関わり方が分かった」という意見があった。

4. シミュレーションで測定された2年目看護師の臨床判断力の実態

1) LCJRを用いた臨床判断の得点

2年目看護師9名の臨床判断力については、誤嚥性肺炎の患者(80代)を担当するという状況設定を行い10分の制限時間を設け、必要な援助を行うよう促した。その行動をLCJRで評価を行った結果22~37点となった(表11)。LCJRの項目の中で最も得点が高かった

のは効果的な反応に含まれるものであった。最も低かったのは効果的な省察に含まれるものであった。次に9名の行動が、LCJRの4つの大項目“効果的な気づき”、“効果的な解釈に含まれるもの”、“効果的な反応に含まれるもの”、“効果的な省察に含まれるもの”、において研究者が模範的(4点)・達成(3点)・発展途上(2点)・初歩的(1点)と評価したのか、参加者の行動を含めて記述する。また点数が高かった順に表記する。斜体で示した箇所は本人が記述した内容、アンダーラインで示した箇所は行動を確認できた内容として示す。

(1) No2

LCJR 評価合計 37/44 点、11 項目中 5 項目が「模範的」、5 項目が「達成」、1 項目が「発展途上」であった。

a. 効果的な気づき

No2 は重要な情報(SpO₂)を見逃すことなく主観的と客観的双方を含む多様なデータ(意識状態・コミュニケーション状態・酸素投与・点滴投与・体温・血圧測定・脈拍)を観察できていること、さらにデータにおける顕著なパターンと逸脱(モニターより SpO₂ の低下ありと判断し、呼吸音の聴診より痰が貯留している)を認識し、情報(SpO₂)を継続的にアセスメントするために活用していること、介入計画(吸引・口腔ケア・体位の調整・スクイーピング)を裏付けるために主観的情報を求めていることから、3 項目全てを達成と評価した。

b. 効果的な解釈に含まれるもの

No2 は有用で最も関連し重要なデータ(SpO₂、呼吸音)に着目し、SpO₂ の低下や呼吸音から痰がたまっていると判断し、理にかなった介入計画(吸引、スクイーピング、酸素流量をあげる)を立案、実施していることから、2 項目全てを模範的と評価した。

c. 効果的な反応に含まれるもの

No2 は、患者が高齢であり緊急入院であること、炎症データが高いことからせん妄のリスクが高いとアセスメントし、せん妄を予防するために患者に安心する声掛けを行った。SpO₂ が下がった時も呼吸苦や痰の貯留を本人に確認し、スクイーピング後吸引を行った。その間常に患者に介入の説明や声かけを行い、安心する態度で関わっていた。介入は患者に合わせて(うがいができなさそう(倦怠感があり意識レベルが下がっていると判断)だったため、スワブで拭いた)実施しており、実施した介入は看護技術の活用に習熟していることから模範的・達成と評価をした。

d. 効果的な省察に含まれるもの

No2 は発熱がわかった際の対応が不十分だったこと、 SpO_2 が低下した際に原因を調べ対応することができ、患者に声をかけながら行うことができた、と評価・自己分析していた。また、発熱があり倦怠感で辛そうにしていたため、担当医へ解熱剤の投与について相談、クーリング等を行うことを改善していく、と改善へのコミットメントも表現していた。

No2 は自身の選択を評価する際に自己防衛的ではないが、 SpO_2 が下がった際に酸素流量をあげた判断については振り返りまで至らず、その他の代替案を考慮するまでには至らなかった。次のパフォーマンスについて改善させたいという意欲が表現されていたため、達成・発展途上と評価をした。

(2) No9

LCJR 評価合計 36/44 点、11 項目中 3 項目が「模範的」、8 項目が「達成」であった。

a. 効果的な気づき

No9 は重要な情報(呼吸音、 SpO_2)を観察し、主観的と客観的双方を含む多様なデータ(呼吸苦、胸の聴診、モニターにて SpO_2 を観察し、血圧、体温測定)を観察できていること、さらにデータにおける顕著なパターンと逸脱(患者からあまり反応がないことに対し熱が高いこと、咳に対しても患者が辛い状況と推測、咳嗽があったため聴診し、吸引が必要なか評価)を認識し、情報から継続的にアセスメントをしていた。介入後の評価、介入の説明を行い患者の反応をまつなど、患者から追加情報を求めようとしていたため、3 項目全てを達成と評価をした。

b. 効果的な解釈に含まれるもの

No9 は有用で最も重要なデータに着目し、吸引による患者の負担を最小限になるよう自己喀出を促すよう対応し、介入前後で評価を行っていたため達成と評価をした。

c. 効果的な反応に含まれるもの

No9 は患者の反応を丁寧にひろいタッチングをしながら安心させるように関わっていた。また、患者の反応をひろうだけでなく、顔きができるかを聞き話すのが辛そうなので安楽にコミュニケーションを図れる方法を検討した。介入前は必ず説明をし、平易な言葉を用いて説明していた。一連の対応(口腔ケア・吸引)は患者の反応にあわせて行っており手技は習熟しているため、模範的・達成と評価をした。

d. 効果的な省察に含まれるもの

No9 は、訪室時点で咳嗽頻回だったため、最初に呼吸のアセスメントをしたのは、肺炎の改善、コミュニケーション方法や意識レベル評価する上で大切だったので良かったと思う。全体的に患者の身体面中心になってしまい、心理面にはあまり寄り添えていなかった、身体中心になってしまい、心理面にも焦点をもっとあてられるようにしたい。そのために、患者の身体面やコミュニケーション方法を早く見つけられるようにアセスメントしてから、患者の思いも引き出していきたいと思う。とし改善へのコミットメントも表現していた。

No9 は自己評価、分析について述べ、今回の不足していた視点(心理面)について改善させたいと意欲がみられたため、達成と評価した。

(3) No1

LCJR 評価合計 36/44 点、11 項目中 3 項目が「模範的」、7 項目が「達成」、1 項目が「発展途上」であった。

a. 効果的な気づき

No1 は重要な情報(SpO₂)を見逃すことなく主観的と客観的双方を含む多様なデータ(意識状態・コミュニケーション状態・苦しさ等の不快症状・胸の聴診・体温・血圧測定・呼吸数・脈拍)を観察できていること、さらにデータにおける顕著なパターンと逸脱(呼吸音の聴診より右下葉に痰が貯留している)を認識し、情報(SpO₂)を継続的にアセスメントするために活用していること、介入計画(吸引・口腔ケア・体位の調整)を裏付けるために主観的情報を求めていることから、3 項目全てを達成と評価した。

b. 効果的な解釈に含まれるもの

No1 は有用で最も関連し重要なデータ(SpO₂、呼吸苦)に着目し、理にかなった介入計画(吸引・体位の調整・医師への連絡)を立案し、実施していることから模範的、達成と評価をした。

c. 効果的な反応に含まれるもの

No1 は、最初の訪室から患者の反応を確認しながら関わり、SpO₂が下がった時も体位を調整し吸引後、ナースコールを押し医師を呼ぶよう他のスタッフに依頼した。さらに、他のスタッフに患者の状態を伝え、自分は医師が来るまで患者と会話しながら患者の傍におり、患者を安心させる態度であった。介入は患者に合わせて実施しており、最終的

に SpO_2 は 95 まで回復したが、医師を呼ぶことについて変更はしなかった。実施した介入は看護技術の活用に習熟していることから模範的・達成と評価をした。

d. 効果的な省察に含まれるもの

No1 は自身のニーズを表出することが難しい患者に対しては、身体症状や V/S 等から専門的に判断して、表情や口調から快・不快を判断してのケアが求められるため、今後は意識していきたい。ケアによる体調の変化(SpO_2 、V/S 等)が観察できると次のケア(可能な体位がわかる)につながるなのでケアによる患者の反応や V/S の変化には留意したい、誤嚥の危険性があるためスポンジブラシを使うとよかった、と評価・自己分析をしながら改善へのコミットメントも表現していた。No1 は自身の選択を評価する際に自己防衛的ではないが、医師を呼ぶという判断について振り返りまで至らず、その他の代替案を考慮するまでには至らなかった。しかし次のパフォーマンスを改善させたいという意欲が表現されていたため、達成・発展途上と評価をした。

(4) No3

LCJR 評価合計 33/44 点 11 項目中 1 項目が「模範的」、9 項目が「達成」、1 項目が「発展途上」であった。

a. 効果的な気づき

No3 は重要な情報(SpO_2)を見逃すことなく主観的と客観的双方を含む多様なデータ(患者の反応(咳や苦しそうな反応)・聴診・体温・血圧測定・脈拍・不快症状の有無)を観察できていること、さらにデータにおける顕著なパターンと逸脱(呼吸音の聴診より、右肺下葉に貯留、咽頭貯留音を認め、禁飲食のため口腔内の汚染が強い。バイタルサイン測定の結果、炎症が高く敗血症のリスクが高い)を認識し、情報(SpO_2)を継続的にアセスメントするために活用していること、介入計画(吸引・口腔ケア・スクイーピング)を裏付けるために主観的情報を求めていることから、3 項目全てを達成と評価した。

b. 効果的な解釈に含まれるもの

No3 は有用で最も関連し重要なデータ(SpO_2 、呼吸音、呼吸苦)に着目し、呼吸音の聴診より、右肺に痰が貯留しているため体位ドレナージの必要性、禁飲食のため口腔内の汚染が強い、炎症反応が高く敗血症のリスクが高い、発熱しており体力の消耗があるため、医師に相談し解熱剤のオーダーを相談していく(ただし敗血症のリスクがある患者のため、血圧低下をまねく解熱剤は用検討)、と判断していた。その後理にかなった介入計画(吸引、

口腔ケア、スクイージング、酸素流量をあげる)を立案、実施していることから、2項目全てを達成と評価した。

c. 効果的な反応に含まれるもの

No3は、患者の反応を確認しながら関わり、介入についての説明やその介入が辛いものであるなど伝えてから実施していた。患者が咳き込むと「辛いですね」「苦しいですね」と共感的態度でタッチングをするなど安心させる態度であった。介入は患者に合わせて(吸引前に口腔内が汚染されていることを想定し口腔ケアを実施、吸引(口腔・鼻腔)、体位ドレナージ行い、実施した介入は看護技術の活用¹に習熟していることから模範的・達成と評価をした。

d. 効果的な省察に含まれるもの

No3は患者の主訴や症状に合わせて、呼吸状態や敗血症症状を冷静に観察できたと思う、「喀痰」など患者に理解しづらい言葉で説明したり手技の声かけが少なかったりして恐怖感を与えてしまったかもしれない、と評価・分析していた。IN/OUT バランスや浮腫の有無などの観察もできればよかった、主訴の状態観察だけでなく、血液データなどから考えられる脱水などの症状を観察できるようにする、患者に分かりやすい言葉や優しい声掛けでケアの恐怖感を与えない、と改善へのコミットメントも表現していた。No3は自身の選択を評価する際に自己防衛的ではないが、酸素流量を40/分に上げたままで退室したことについては何も触れられていなかった。次のパフォーマンスについて改善させたいという意欲が表現されていたため、達成・発展途上と評価をした。

(5) No7

LCJR 評価合計 32/44 点、11 項目中 2 項目が「模範的」、6 項目が「達成」、3 項目が「発展途上」であった。

a. 効果的な気づき

No7は重要な情報(SpO₂)を観察していたが、本人の呼吸苦といった主観的な情報を介入前に定期的に求めるまでには至らなかった。データにおける顕著なパターンと逸脱(6時の時点で熱があること、酸素投与、CRP13台と高いため急変する可能性がある²と予測、急変前には先にバイタルサインの変化があると判断)を認識し、情報((SpO₂)を継続的にアセスメントするために活用していること、介入(吸引)後の評価のために主観的情報を求めようとしていたため、発展途上・達成と評価をした。

b. 効果的な解釈に含まれるもの

No7 は有用で最も関連し重要なデータ(SpO₂、呼吸音)に着目してはいるが、SpO₂の低下や吸引よりもギャッチアップに伴う不快を優先して行っていた。SpO₂の値が戻らないことで介入を口腔から鼻腔への吸引に変更して対応していたため、発展途上・達成と評価をした。

c. 効果的な反応に含まれるもの

No7 は、患者の反応をじっくりと待ち、しっかり患者に声かけしながら行えたので良かった、と評価している。介入前は必ず説明をし、吸引といった侵襲のある介入については「ちょっと苦しくなりますね」と声をかけ患者を安心させる態度であった。一連の対応(口腔ケア・吸引・背抜き)は患者の反応にあわせて行っているが、SpO₂が下がってアラームが鳴っているときに、背抜きをしている状況があった。そういう場合は吸引後に背抜きをするといった計画の順番を変更する予期をしていない。一連の主義は習熟しているため、よって模範的・達成と評価をした。

d. 効果的な省察に含まれるもの

No7 は、10分間もあったのに、やりたいところまでできなかった。しっかり患者に声掛けしながら行えたのは良かったが、1つひとつの観察・ケアに時間がかかってしまった。1つひとつの観察とケアの動線を考えてテキパキできるようにする、とし一定の自己評価、分析については述べているが、改善については当たり前のことを述べており具体的にどう改善するのかがみえないため、達成・発展途上とした。

(6) No4

LCJR 評価合計 25/44 点 11 項目中 3 項目が「達成」、8 項目が「発展途上」であった。特に低かったのが“効果的な反応に含まれるもの”であった。

a. 効果的な気づき

No4 は重要な情報(SpO₂)を見逃すことなく必要なデータ(体温測定、呼吸困難感や肺の air 入り、どこに雑音があるか、点滴刺入部、必要な薬剤、水分が体内に入っているか、UTI(細菌性尿路感染症)の早期発見のため Ba(膀胱留置カテーテル)内の確認、入院前の脱水状況)を観察できていること、さらにデータにおける顕著なパターンと逸脱(SpO₂低下が痰貯留によるもの)を認識し、情報(SpO₂)を継続的にアセスメントするために活用していた。しかし患者から「息苦しさはありますか？」と追加情報を求めようとはしているが、

患者の反応をしっかりと確かめるまでには至らず努力が限定的であるため、達成・発展途上と評価をした。

b. 効果的な解釈に含まれるもの

No4 は有用で最も関連し重要なデータに着目してはいるが、一般的な肺炎の状況で介入にとどまっている。患者本人の苦痛や侵襲を少なくする方法は考えられていない。また、患者の反応を確実に観察することなく、自分が考えたことをやった後早々に退室しようとしていたため、達成・発展途上と評価をした。

c. 効果的な反応に含まれるもの

No4 は、 SpO_2 の低下に伴い O_2 を 50/分まであげるも、 SpO_2 の改善がみられたため、 O_2 を 30/分まで戻した。「酸素よくなりましたね」と、改善を説明する発言が1度あったが、自分のボードを見ていることが多い。また自分の介入を説明した後患者の顔をみて反応を確認はするが、すぐに手元のボードを確認し患者から逸らすため、患者を安心させる態度とは言えない関わりであった。介入(口腔ケア・吸引・ローリング)は患者に合わせて実施しているようであるが患者の反応を捉えた行為ではなく、自分のボード、モニターを見ながらの実施であるため効果的とは言えない。よって全項目を発展途上と評価をした。

d. 効果的な省察に含まれるもの

No4 は、吸引前に口(腔)内をスワブでぬぐっていた方がより安楽に吸引できたと思う、今回は吸引で Sat が元に戻ったが、今後もマスク等も必要になる可能性があると考えた、物品の準備や整理を忘れてしまいがちなので、常に先を考え物品を準備、使いやすい状況にしておこうと思った、と方法についての一定の自己評価、分析、改善については述べているが、 O_2 を 50/分まで上げたことの判断がなく、患者とのコミュニケーションや患者の反応を確認することなどには言及していない。次のパフォーマンスについて改善しようと努力はみられるが、実践そのものではなく物品の準備などの当たり前のことを述べていたため、発展途上と評価をした。

(7) No5

LCJR 評価合計 24/44 点 11 項目中 2 項目が「達成」、9 項目が「発展途上」であった。特に低かったのが“効果的な気づき”“効果的な反応に含まれるもの”であった。

a. 効果的な気づき

No5 はモニター上重要な情報(SpO₂)が低下していたが、気づかずに見逃し退室してしまった。他に必要なデータとして、意識レベルの確認、咳嗽があったため呼吸音の確認、血圧測定・体温測定・呼吸測定を実施し観察した。データにおける顕著なパターンと逸脱は、認識されていなかった。患者に「息苦しさどうですか?」と追加情報を求めようとはしているが、患者の反応をしっかりと確かめるまでには至らず努力が限定的であるため、達成・発展途上と評価をした。

b. 効果的な解釈に含まれるもの

No5 は SpO₂の低下について、吸引刺激によるものか判断をつけられていなかった、と意味づけていた。No5 は、一般的な肺炎の状況で介入はできていたが、本人の苦痛や侵襲を少なくする方法は考えられておらず、患者の反応を確実に観察することなく、自分が考えたことをやった後、モニターの SpO₂が低下していたが気づかずに退室したため、発展途上・達成と評価した。

c. 効果的な反応に含まれるもの

No5 は、介入について説明したり患者の反応を確認はするが、他のことをしながら行ったり自分のボードを見ていることが多かった。息苦しさはどうか、咳が出ますね、と患者の状況に反応口認はするが、患者ではなくボードを確認しており安心を与える関わりではなかった。介入(Sat 低下時に聴診をし、酸素量を上げ、体位を横向きにし、その後医師に報告する)は患者に合わせて実施していたが患者の反応を捉えた行為ではなく、自分のボード、モニターを見ながらの実施であるため効果的とは言えない。よって全項目を発展途上と評価した。

d. 効果的な省察に含まれるもの

No5 は、異常の早期発見のためバイタルサインに気を付けていたが吸引後の評価が欠けていた、吸引刺激によるものか判断がつけられていなかった、と評価、分析をしていた。吸引前後での評価、Sat の確認が抜けていた。吸引時も Sat を確認し低酸素状態を短くできるようにしたいと思った、と改善へのコミットメントを表現していた。No5 は方法についての一定の自己評価、分析、改善については述べているが、患者とのコミュニケーションや反応を確認していることなどには言及していない。そのため発展途上と評価した。

(8) No6

LCJR 評価合計 24/44 点、11 項目中 2 項目が「達成」、9 項目が「発展途上」であった。特に低かったのが“効果的な気づき”“効果的な解釈に含まれるもの”“効果的な反応に含まれるもの”であった。

a. 効果的な気づき

No6 は重要な情報(SpO₂)が低下したときにはベッドを下げ酸素を上げたが SpO₂が 91 のまま退室した。また、自己喀出が可能との情報があり、積極的な吸引は実施しなかったが、SpO₂低下時酸素投与前に一度吸引してみても良かったのではないかと振り返っており予期されるパターンの逸脱について認識していなかった。さらに患者から咳が聞かれた際に「呼吸は苦しいですか？」と追加情報を求めようと努力はしているが患者の反応をしっかりと確かめる努力が限定的であるため、達成・発展途上と評価をした。

b. 効果的な解釈に含まれるもの

No6 は有用で最も関連し重要なデータに着目し、一般的な肺炎の状況で介入できている。しかし、本人の苦痛や侵襲を少なくする方法は考えられていない。また、患者の反応を確実に観察することなく、自分が考えたことをやった後、モニターの SpO₂が低下していたがそのまま退室したため、発展途上と評価をした。

c. 効果的な反応に含まれるもの

No6 は、介入について説明したり患者の反応を確認はするが、他のことをしながら行っていたり自分のボードを見ていることが多く患者を不安にさせることはないが安心まではいたらない。一連の対応(口腔ケア・吸引)は行っているが患者の反応を捉えての実施ではなかった。技術は行っているが自分のボード、モニターを見ながらの実施であるため、効果的ではない。よって全項目を発展途上と評価をした。

d. 効果的な省察に含まれるもの

No6 は、咳=肺炎による症状としてみていたところを本当は痰が出したくても出せない、のみこみにくさから違和感があり咳をしているのだろうか?など症状がおきている意味を深く考えて看護をしていきたい、とし改善へのコミットメントも表現していた。

No6 は方法についての一定の自己評価、分析、改善については述べているが、患者とのコミュニケーションや反応を確認していること、SpO₂が 91 のまま退室したことな

どには言及していない。次のパフォーマンスについて改善しようと努力はみられるため、達成・発展途上と評価をした。

(9) No8

LCJR 評価合計 22/44 点、11 項目中全ての項目が「発展途上」であった。

a. 効果的な気づき

No8 は重要な情報(SpO₂)の値が 89 まで下がっているがそのまま退室した。さらに予期されるパターンの逸脱として、ショックになっていないかを確認するためバイタルサインを測定していた。また「体調はどうか」「痰はだせますか」と追加情報を求めようとする努力はしているが患者の反応をしっかりと確かめるまでは至らず全項目を発展途上と評価をした。

b. 効果的な解釈に含まれるもの

No8 は有用で関連したデータ(体調(本人の自覚症状)・意識レベルの確認、ルートもれの有無(2 次的合併症)、肺音(状況の確認、必要なケアを判断するため)、バイタルサイン(ショックになっていないか)、尿量)には着目し、一般的な肺炎の状況で介入できている。しかし SpO₂、呼吸苦のデータという重要なデータについては着目していない。さらに本人の苦痛や侵襲を少なくする方法は考えられていない。また、患者の反応を確実に観察することなく、自分が考えたことをやった後、モニターの SpO₂が低下していたが気づかずに退室したため、全項目を発展途上と評価をした。

c. 効果的な反応に含まれるもの

No8 は、介入について説明し患者の反応を確認はするが、反応を待たず次の動作に移っている。患者のせき込みについては何も反応せず、「体調はどうか」「痰はだせますか」と自分が確認したいことを質問していた。介入として、痰を吸引した後、聴診器で胸を聴診しその結果右側に痰が溜まっているため体位ドレナージを計画するが、その間 SpO₂が 89 まで低下していることに気づかず退室した。一連の対応(口腔ケア・吸引)は行っているが患者の反応を捉えての実施ではない。技術は行っているが自分のボード、モニターを見ながらの実施であり、効果的ではないため、全項目を発展途上と評価をした。

d. 効果的な省察に含まれるもの

No8 は誤嚥性肺炎に対する呼吸の確認はできたが、全身を確認はできていない、昨日受診して入っているため患者にねぎらいの言葉など精神面でのサポートが出来ていない。入室前からどこをみるか、何をしにいくのかを決めてから入室するようにした。また、患者の今の状況はどんなかを意識した声かけを行えるように情報をあつめたい、とし改善へのコミットメントも表現していた。No8 は誤嚥性肺炎に対する呼吸の確認はできたと自己評価をしているが、呼吸苦や SpO₂を見逃していたことに気づかないままであった。また、患者とのコミュニケーションや反応を確認していることなどには言及していない。次のパフォーマンスについて、患者の状況を理解した声掛けについて改善しようと努力はみられるため、発展途上と評価をした。

2) LCJR の高得点群、低得点群からみた各構成要素における評価の違い

9名のLCJRの得点は22~37点と幅がみられた。その中で26点未満が4名、26点以上が5名となり、2つの群での評価(行動、省察内容)の違いを述べる(表12)。

(1) 効果的な気づき

26点未満の群は、6~8/12点となり、発展途上の評価が多かった。4名中2名がSpO₂の低下に気づかない、1名はSpO₂が低いまま(91%)退室するといった行動がみられた。また、SpO₂の低下時、吸引前後の呼吸苦の増減など、主観的情報の探索をしようとする姿勢がなかった。一方26点以上の群は、全員がSpO₂の低下、吸引前後の呼吸苦の増減など、主観的な情報の追加を積極的に行っていたため、9/12点と全員が達成の評価となった。

(2) 効果的な解釈に含まれるもの

26点未満の群は、4~5/8点となり、発展途上の評価が多かった。4名中2名がSpO₂の低下に気づかない、1名がSpO₂が低いまま(91%)退室するといった行動がみられSpO₂というデータの優先順位が異なっていた。また、一般的な肺炎の状況で介入はしているが本人の苦痛や侵襲を少なくする方法は考えられていない。一方26点以上の群は、全員がSpO₂の低下に気づき、吸引、体位ドレナージ、スクイーピングなど理にかなった介入計画を実施していたため、5~8/8点の評価となった。

(3) 効果的な反応に含まれるもの

26点未満の群は、8/16点となり、全員が発展途上の評価となった。4名とも共通し

ていたのは自分のボードを終始みて行動しており、患者を不安にさせることはないが安心を与えるような関わりではなかった。さらに一連の対応は行っているが、患者の反応を捉えての実施ではなく、自分のボードまたはモニターをみながらの実施であった。一方 26 点以上の群は、患者の反応を丁寧にひろい、またはくみ取ろうとする姿勢がみられ患者を安心させる関わりであった。さらに患者の反応によって処置を調整しており効果的な技術であったため、13～15/16 点と全員が達成、模範的の評価となった。

(4) 効果的な省察に含まれるもの

26 点未満の群と 26 点以上の群と省察の記述内容に違いはなく、達成または発展途上と評価にばらつきがあった。しかし、26 点未満の群の省察内容は、方法に対する一定の自己評価、分析、改善について述べてはいるが、特に患者からの主観的な情報の探索、データの解釈、患者とのコミュニケーション等の自分の関わりや対応について言及する内容が乏しかった。

3) LCJR 高得点群と低得点群の省察内容

LCJR 得点の 26 点未満と 26 点以上の群でわけた際、26 点未満の群は省察内容が、データの解釈(SpO₂の見逃し)や対象との関わりについてではなく、一般的な方法や対応にとどまっていたことから、日々の振り返りの省察内容(気づきと学び、学びの活用)についても 26 点未満と 26 点以上の群での内容の違いに着目し記述する。

(1) LCJR 高得点群と低得点群を示した省察記録からの気づきと学び

26 点未満の群をピンク、26 点以上の群をブルーに色をつけて示す(表 9)

省察内容は前述したように 6 つのカテゴリーが得られた。その中で、26 点未満の群の省察内容が全くなかったのは、【患者を捉え、援助を実施するためのアセスメントの必要性和正確さ】というアセスメントに関する内容であった。また【患者・家族の状況をふまえて気持ちを理解すること、考えることの大切さ】という対象の理解に関する内容も 1 名のみであることがわかった。26 点未満の群の省察内容は【知識や技術不足、患者への配慮不足と患者状態の確認不足に対する気づき】や【自分の行動、心理反応の認識や知識不足を補う必要性の気づき】【既存の知識、捉え方の視点、リスクの予測と対応、関わりを含めた援助の工夫についての学び】といった自分の不足部分、対応や援助方法の気づきに関する内容であった。また、高得点群の方が低得点群よりもコードの数が多く記述する量

が多かった。

(2) LCJR 高得点群と低得点群を示した省察記録からの学びの活用

省察内容は前述したように 5 つのカテゴリーが得られた(表 10)。その中で、26 点未満の群が全くなかったのは、【患者の立場にたち状況や言動から気持ちを汲みとり関わる】という対象の理解に関する学びであった。また【患者を精神・身体面から正確にアセスメントしアセスメントに基づいて実践する】というアセスメントに関する学びについては 1 名しか含まれていなかった。26 点未満の群の省察内容は【自分の知識・技術不足、スタッフや医師との連携不足、疑問があっても言えない行動の改善】や【患者の状況をふまえた援助の工夫】といった看護師個人の不足に対する学びや援助の工夫といった対応に関する学びであった。また、高得点群の方が低得点群よりもコードの数が多く記述する量が多かった。

VII. 考察

本研究は臨床経験2年目看護師を対象にKolbの経験学習サイクルから捉えた省察を実施し、2年目看護師の省察及び臨床判断力の実態と、省察内容による臨床判断力の違いを明らかにすることを目的に研究参加者9名の協力を得て取り組んだ。その結果、2年目看護師の省察と臨床判断の実情について明らかにすることができた。ここからは次の視点で述べていく。

1. Kolbの経験学習サイクルから捉えた2年目看護師の省察
2. 2年目看護師の臨床判断力の実態
3. 省察内容と臨床判断力
4. 2年目看護師の省察及び臨床判断力を促す継続教育の示唆

1. Kolbの経験学習サイクルから捉えた2年目看護師の省察

Kolbは個人の学習過程に焦点をあて、具体的経験、内省的観察、抽象的概念化、能動的実験という経験学習サイクルを示しているが、このサイクルの始まりとなる具体的経験として9名の2年目看護師が挙げたのは、患者との「関わり援助に苦慮した場面」「患者の症状・状態の変化に遭遇した場面」等の複雑な状況の患者との関わりや自らの判断を求められるような出来事であった。瀧口ら(2013)は、2年目が直面する困難として、急変時の対応、事故発生時の対応、重症患者の対応、医師への報告などを明らかにし、朝比奈,平木(2020)も、看護師2年目初期において実施中・実施後と振り返りをする出来事として、患者の急変と患者の訴えが20事象中11事象と半数以上であったことを報告している。2年目になるとこれまでの指導体制から自立が求められ1人で判断し実践することが必要となり(鈴木,河津,2018)、役割責任も増加する(内野ら,2017)。このような背景の中、先行研究と同様に2年目にとって日々の実践の中でこれまでの経験では対応が難しい場面や想定外の場면을具体的経験として捉えていたと考える。具体的経験は、他者などとの相互作用の中で「偏見に捕らわれずオープンな態度で新しい経験を取り込むこと」であり、視覚、聴覚、感情などによって感知される(Kolb,1984)。そのため対応に苦慮し想定外のことが起こったときに生じる苛立ち、不安、緊張感、対処できた安堵感のような感情を伴う場면을2年目看護師は具体的経験として捉えたと考える。しかし、本研究におけるインタビューでの省察に対する捉え方について、9名中6名が日々の実践で遭遇した経験を思い出して振り返ることが大変だっ

たとえ、他 2 名が大変ではないが意識しないと振り返ることができないと答えていた。内野ら(2017)は、2 年目看護師が 1 年目と大きく変わる職場環境の中で精一杯対応し、看護の体験を通して専門職者としての自覚と行動が芽生え始めていることを明らかにした。このように役割が拡大し病態や状況がより複雑な対象者に対し感情を伴う経験の中で、専門職者としての成長をしていると考える。だが、精一杯で余裕がないためこのような日々の実践は具体的経験をしていると自覚しにくく、振り返るには記憶に残りにくいという可能性もあると考える。

次にサイクルで「内省的観察」とされる省察の深さとその深さが関与する「抽象的概念化(得られた気づき・学び)」、続いて行われる「能動的実験(学びの活用)」について、本研究において【既存の知識、捉え方の視点、リスクの予測と対応、関わりを含めた援助の工夫についての学び】といった実践を通して得た学びや、【知識や技術不足、患者への配慮不足と患者状態の確認不足の気づき】【自分の行動、心理反応の認識と知識不足を補う必要性】の知識不足や技量不足等の自分の課題に関する内容、さらに【自分の知識・技術不足、スタッフや医師との連携不足、疑問があっても言えない行動の改善】【自分の心理反応、行動の傾向についての対策、課題への対応】という内容が挙げられた。これらの結果は、2 年目が実践を通して得られた気づきや学び(抽象的概念化)を活かして自身の行動の改善や課題への対応といった能動的実験へと対策を考えていると言える。阿部, 關戸(2021)は、卒後 2 年目の看護師が看護実践を通して成長していくプロセスを明らかにしており、「出来ていない自分と向き合う」ことによって「乗り越える力を付けている」ことを明らかにした。本研究においても自分の知識不足・技量不足といった自分の課題と向き合いその課題に対処しようと考えていることが明らかとなり、専門職として成長していると考えられる。

今回参加者が記述した 3 回の実践における省察記録から 2 年目の看護師の省察(内省的観察)の深さを NART の分類でレベルを分けた結果、新しい知識や理解を記録している Reflector のレベルと、今後の態度や実践にどのように影響するのかを記録している Critical Reflector のレベルとなった。インタビューにおいても「省察をして実践が変化したか」という質問では 9 名中 8 名が何らかの変化があったと回答し、「気づきや学びが活かされた経験があったか」という質問では 9 名中 5 名がその経験について答えた。しかし、その経験の内容が行動として語られたのは 5 名中 3 名であり、残りの 2 名は「感情をださず、冷静にみられるようになった」「今まで気に留めなかったことがひっかかるようになった」とい

った具体的な経験ではなかった。Kolb は経験から情報をとりこみ、経験を変容させることで知識となると説明している (Kolb, 2015,p.51) が、2 年目看護師は、経験から気づきや学びを記述することはできても、それを次の行動に活かすまでには至っていない。このことは経験を変容させるまで省察の深まりではなかったことを示していると考えられる。Kolb は省察には 3 つの段階があり、最も深い省察は“Reform”と表現し統合レベルでの振り返りとし、この Reform とは批判的省察が行われることであり、振り返りによって行動や結果が再形成され、その再形成が行動によって知られるというプロセスであると述べている (Kolb,2015,p58)。田村(2017)も、リフレクションを行うための 5 つのスキルを挙げ、その中でも総合のスキルは、新しい知識や感情、態度とそれまでの知識や感情、態度とをまとめることを指し、習得・向上が難しいと述べている。また武藤,前田(2016)は、対話リフレクションによる看護師の学びの深化を明らかにし、学びを促すファシリテーターの存在の必要性を示唆している。故に、今回の省察は 2 年目看護師が記録用紙に 1 人で実践を振り返ったものであり、自らの経験を 1 人で分析しこれまでの知識や実践、自分の態度を含めて新たに統合するといった省察が深まるまでには至らなかったと考える。

2. 2 年目看護師の臨床判断力の実態

2 年目の臨床判断力を評価した LCJR 合計得点は 22~37 点と個人差があった。2 年目全体として LCJR 評価項目の 4 つの大項目の中で最も得点が高かったのは、“効果的な反応に含まれるもの”であり、最も低かったのは“効果的な省察に含まれるもの”であった。“効果的な反応に含まれるもの”の評価項目には 4 つの下位項目があり、最も高かったのは“明確なコミュニケーション”であった。齊田,阿蘇品(2010)は、新卒看護師が就職後 2 年間で獲得する看護実践能力について、6 領域(リーダーシップ、クリティカルケア、教育・協調、計画・評価、対人関係コミュニケーション、専門職開発)で評価した結果、対人関係コミュニケーション領域が自己・他者ともに最も評価が高くなったことを報告している。本研究も研究参加の時期が 2 年目の後半であり、省察記録からも【患者・家族の状況をふまえて気持ちを理解すること、考えることの大切さ】について気づき、学んでおり、これまでの日々の関わりによる経験が積み重なった結果だと考える。

一方、最も低くなった評価項目は“効果的な省察に含まれるもの”であった。この下位項目である“評価・自己分析”では、9 名中 6 名が「発展途上」の評価となった。これは 6 名が SpO₂ が低下した際の行動に対し振り返りの記述がなかったためである。6 名中 1 名のみが

終始 SpO₂ の観察をしておらずそのため SpO₂ の低下を示すモニターの点滅にも気づかず退室し、別の 1 名は SpO₂ を観察してはいたが低下に気づかなかった。後者の参加者は振り返りとして、異常の早期発見のためバイタルサインに気を付けていたが吸引後の評価が欠けていた、と記述していた。この 2 名は事例の情報から SpO₂ についての優先順位が低い、または下がることを予測していなかったのではないかと考える。また、もう 1 名は SpO₂ が低いことに気づいてはいたが、そのまま退室した。この行為について、吸引をすればよかったと振り返ってはいたが、SpO₂ が低いまま退室した自己判断については記載をしていなかった。残りの 3 名は SpO₂ が低下した際、吸引をする時に酸素流量を自然に上げる行為が観察されたが、それに対する記述がなかった。この 6 名に共通することは、臨床判断測定時の省察がシミュレーション時の行動を 1 人でビデオを観ながら記述し、自分の行動や判断を本人の視点でしか捉えられなかったため、客観視できず記述できなかつたと考えられる。省察の方法について近藤(2020)は、看護専門職へのリフレクション支援に関する文献レビューにおいて、リフレクションの方法は対象者個々がリフレクティブな記述を行い、その後個別面談、グループ討議を実施していることを明らかにした。また田村(2017)は、リフレクションスキルの中の描写のスキルについて、自分の経験を第三者が聞いたり読んだりしたときに理解できるか、さらに自分の経験を語り他者に伝えることが大切だと述べている。このように他者が入ることで、自分が経験したことを客観的に捉えることが可能となり、省察が深まることが明らかとなっている。今回の調査では個人作業にとどまり他者の介入が無かったことで視点が広がらず、得点が低くなつたと考える。

9 名の臨床判断力を示す LCJR 評価合計得点は 26 点以上の高得点群と 26 点未満の低得点群の 2 群に分かれた。その中で特に差がみられたのは、LCJR の 4 つの大項目のうち、“効果的な解釈に含まれるもの”と“効果的な反応に含まれるもの”であった。

“効果的な解釈に含まれるもの”において、特に得点の差があったのは下位項目である“データの意味づけ”(平均得点差 0.8)であった。臨床判断の測定で状況設定に用いた誤嚥性肺炎は参加者全員が受け持った経験のある事例であった。Tanner の臨床判断モデルでは、“解釈”に関する“気づき”と、“気づき”に接続する“予期”と、“予期”に影響する要素として、“看護師の背景”“その人を知る”“文脈”がある。“看護師の背景”には、知識・価値観・先入観があり、“文脈”として文化・日常の実践がある(Tanner,2022;細田ら,2022)。今回のシミュレーションに用いた誤嚥性肺炎は参加者によっては、1 カ月に 2~3 回受け持つ頻度であり、全く経験のない設定ではなかった。高得点群は状況設定で提示した誤嚥性肺炎のデータからだ

のようなリスクがあるかを予期し、何を注意して観察すべきかを自分の行動の理由として記述していた。このような記述内容は、今までの誤嚥性肺炎を受け持った日々の実践から知識が蓄積され、その知識が誤嚥性肺炎の予期に影響し結果として解釈の得点に繋がったものと考えられる。

次に差のあった“効果的な反応に含まれるもの”において、今回の得点が高得点群と低得点群で得点が分かれたのは、下位項目である“自信のある態度”(平均得点差 1.8 点)、と“明確なコミュニケーション”(平均得点差 2.0 点)であった。低得点の参加者は自分の観察項目が書いてあるボードから目を離さず、時折患者に声をかけるときに視線を患者に移すが、患者の反応よりもボードやモニターを観察していた。特に 1 名は、誤嚥性肺炎に付随するリスクも考え観察をしているが、患者の反応を見ずに一方的に関わっていた。吉田ら(2002)は、臨床判断パターンを 5 段階に分類し、経験年数とともに患者中心の上位の段階のパターンが増加することを明らかにした。その中で経験年数の浅い臨床判断は、判断プロセスを持たないことが特徴のパターン I、看護師中心の判断プロセスであるパターン II に多いことが明らかとなっていた。本研究で低得点群となった参加者は、人形を対象にシミュレーションを実施したため、反応を確認し、呼吸が苦しくないかなどの主観的情報を確認することに躊躇があった可能性があるが、患者に対する関わりが一方的な内容で、反応を見ずに自分が計画したことを実施している様子から、看護師中心の臨床判断パターン II と類似するものと考えられる。

3. 省察内容と臨床判断力

参加者が記述した 3 回の看護実践における省察記録から、NART の分類でレベルを分けた結果、2 年目は Reflector と Critical Reflector のいずれかの評価となった。

臨床判断力の高得点群の参加者 5 名のうち、No1,3,9 の省察記録は他の参加者よりも Critical Reflector の記述内容が含まれていた。また、高得点群の省察内容の特徴は、対象者への理解についての気づき、学びであり、学びの活用においても対象者のアセスメントや理解に関する内容であった。一方、26 点未満となった低得点群は省察内容の特徴において、自分の不足部分、対応や援助方法の気づきに関する内容であった。これらのことから、省察レベルと臨床判断力には違いがみられる可能性があると考えられる。NART の Critical Reflector は、将来の行動・実践にどう影響するかについての説明を基準としている。高得点群であった参加者の No1 の内容の中で、研修で学んだ援助方法を患者に対し実践したが

思うような結果を得られず、今後は対象者の特性を踏まえて実践するとより効果が高まる、と援助方法の評価と実践への影響を説明していた。このように No1 は実践で得た学びを具体的に認識しており、Tanner の臨床判断モデルに示されている臨床学習と合致していると言える。杉山,朝倉(2017)は、看護師の自律的な臨床判断が磨かれるプロセスは、看護師が自ら知識を蓄え看護実践を省察することによる、と報告している。よって、臨床判断力は省察により日々の実践から知識や学びを得ることと関連しており、また経験から具体的に知識や学びを引き出し、それによる実践への影響について表現できることを示す省察レベルと関連する可能性があると考えられる。

次に省察内容では、臨床判断力が 26 点以上の高得点群では対象者やアセスメントに焦点があたり、もう一方の 26 点未満の低得点群では自分や方法に焦点が当たる視点の違いという別の傾向がみられた。Hatton & Smith(1995)は、リフレクションについて視点の広がりから 4 つのタイプに分類している。本研究において、26 点未満の低得点群のように自分のみの 1 つの視点で記述された省察内容は、タイプ 2: 描写的な振り返り(描写し振り返るが、2 つ以上の視点からの振り返りが無い)となり、26 点以上の高得点群のように自分ではなく他者に向けられた省察の内容は、タイプ 3: 対話的な振り返り(多様な見方から俯瞰できている、分析的かつ統合的)となる。よって、臨床判断力の高得点群と低得点群には省察の視点の広がりという違いがあることが明らかとなった。佐藤(1989)は、看護師の臨床判断の構成要素と 3 段階の臨床判断を明らかにし、第 1 段階の臨床判断は、状況の把握を、患者の身体的な部分に注目し患者の反応には注目せず、患者の気持ちから離れており、歩み寄りの姿勢はない、としている。26 点未満の群は、LCJR の項目においても、日々の実践からの省察内容においても、自分に焦点が当たる記述やシミュレーターに対する関わりが一方的であることを観察でき、佐藤が示す第一段階の臨床判断の特徴がみられた。

4. 2 年目看護師の省察及び臨床判断力を高める継続教育の示唆

本研究において、臨床判断力の高得点群となる 26 点以上の参加者らは、省察することを「自分の看護を省みる有効的な時間」「学習のきっかけ」と捉え、自分なりに意味づけていた。また、省察をすることで「個別性のあるケアが実践でき、易怒性を高めずに関わることができるようになった」などの実践の変化を実感していた。さらに、省察によって「自分の心理反応やアセスメントの傾向を理解することが出来た。自分の傾向を踏まえたうえで客観的な判断ができるよう努めた」「自分の行動を書き出してみると(患者に対して)こんなことまで考え

て判断(していた)」と判断力の変化とともに、自己の成長を実感していた。松尾(2021)は、経験から学ぶ力の構成要素を「思い、つながり、ストレッチ、リフレクション、エンジョイメント」の5つとし、ストレッチとは挑戦的な仕事を求めること、リフレクションとは仕事を振り返ること、エンジョイメントとは仕事にやりがいや面白さを感じることにしている(松尾,2021,p5)。これらの構成要素の関係は、思いとつながりの2つの要素を中心に、その周りをストレッチ、リフレクション、エンジョイメントの3つの要素が取り囲んでいる。これは挑戦的な業務(ストレッチ)を振り返る(リフレクション)だけでは燃え尽きてしまう可能性があり、そこに必要な要素として仕事のやりがい(エンジョイメント)がある、と松尾は説明している。本研究でも臨床判断力の高得点群は省察を通して成長を感じ、関わりが変化しよりよいケアに繋がった、と仕事の中でやりがいを見出すエンジョイメントの内容がみられた。一方、低得点群では省察によって「患者の言動の背景にある気持ちを理解し(自分がそのような態度をとって)申し訳なくなった」「医師へのつなげ方(報告・連絡・相談)や先輩看護師への関わり方が分かった」「患者への声かけが変わった」といった対象への理解の深まり、実践の変化についての学びが記述されたが、それにより仕事の面白さややりがいを感じたといった内容はみられなかった。このように、臨床判断力の得点が高い群で仕事のやりがいといったエンジョイメントの内容があったことは、よりよい実践をするための創意工夫といった動機づけとなり、経験からの学びが促されることで、看護師としての知識を積み重ね、臨床判断力に反映される可能性があると考えられる。児玉,東(2017)は、2年目看護師に、講義を行いリフレクティブジャーナルの記述とフィードバック面接によるリフレクションを3回実施した結果、「自己理解と自己をエンパワメントする力の高まり」といった、リフレクション本来の目的である専門職としての成長がみられ、「リフレクションに必要なスキルの向上」「継続的にリフレクションする力の獲得」を報告している。よって、リフレクションの意義やリフレクションによってもたらされる効果、自分が専門職として自律するための省察のスキルを培う必要性とともに、仕事のやりがいといったエンジョイメントの視点も加え、病棟の教育体制が変わる2年目研修に組み入れるとともに、自分の成長や看護のやりがいを表現する場を看護基礎教育から設ける必要性が示唆された。また2年目看護師が何に焦点をあてて省察をしているのか、省察内容が重要であることも明らかとなった。本研究において2年目は、技量不足や知識不足などに焦点があたる傾向があり、これは不足を結論とした反省であり、不足となった背景へ踏み込んだ考察までいかず、省察とは言えない。その振り返りから成長を促すには、不足という自分のみの視点に留めるのではなく、

対象者にとってどのような影響を与えるのか、またどのように不足を補っていくかを一緒に考え、振り返りの内容や視点を確認することが必要である。よってこのような省察のトレーニングは、第三者の介入や複数回の教育機会が必要だと考える。省察の支援について武藤、前田(2020)は、教育を受けている他者でも「一方的な助言」や「新人の状況を理解しない断定的な指導」という、新人看護職員に対する複数回のリフレクション支援において非効果的な支援が抽出されたと報告している。そのため、支援者自身が2年目看護師の省察の妨げとならないよう、支援者側の教育や教育内容を検討するとともに、先輩看護師が仕事の面白さ、やりがいといったエンジョイメントを後輩に伝えていく機会が必要だと考える。

VIII. 結論

本研究の目的は臨床経験 2 年目看護師を対象に Kolb の経験学習サイクルから捉えた「省察」を実施し、2 年目看護師の省察及び臨床判断力の実態と、省察内容による臨床判断力の違いを明らかにすることであった。本研究において 9 名の研究参加者の協力を得て、3 回の省察記録の後、臨床判断力の測定、省察記録の自己評価と省察に対するインタビューを行いこれらの結果を分析したことから、次の結論を得た。

1. 2 年目看護師が Kolb の経験学習サイクルでの抽象的概念化(経験からの気づきと学び)を記述した内容は、【既存の知識、捉え方の視点、リスクの予測と対応、関わりを含めた援助の工夫についての学び】【知識や技術不足、患者への配慮不足と患者状態の確認不足の気づき】【自分の行動、心理反応の認識と知識不足を補う必要性】【患者・家族、看護師、医師との連携、調整をしながら対応する必要性】【患者・家族の状況をふまえて気持ちを理解すること、考えることの大切さ】【患者を捉え、援助を実施するためのアセスメントの必要性と正確さ】であった。
2. 2 年目看護師が Kolb の経験学習サイクルにおける能動的実験(学びの活用)を記述した内容は、【自分の知識・技術不足、スタッフや医師との連携不足、疑問があっても言えない行動の改善】【患者の状況をふまえた援助の工夫】【患者を精神・身体面から正確にアセスメントし、アセスメントに基づいて実践する】【自分の心理反応、行動の傾向についての対策、課題への対応】【患者の立場になって状況や言動から気持ちを汲みとり関わる】であった。
3. 省察からの記録では、Kolb の経験学習サイクルでの能動的実験の内容まで記述を確認できたが、経験からの学びを実践に活用できた(能動的実験)と答えた参加者は 9 名中 5 名となった。
4. 2 年目看護師の日々の実践からの省察記録を NART 分類にてレベルを分けた結果、9 名の参加者全員の記述内容が、Critical Reflector か Reflector のレベルのどちらかであった。参加者でみると 3 名の参加者が Critical Reflector のレベルの記述が含まれていた。

5. 参加者 9 名の臨床判断力を測定した結果、LCJR 得点は 22 点～37 点と個人の幅がみられ、LCJR の 4 つの大項目のうち“効果的な反応にふくまれるもの”“効果的な解釈に含まれるもの”“効果的な気づき”“効果的な省察に含まれるもの”の順で得点が低かった。
6. LCJR の 26 点以上の高得点群となった 5 名の参加者のうち、3 名の省察レベルが **Critical Reflector** を含む記述であり、高得点群の省察内容は、対象の理解やアセスメントであった。一方 26 点未満の低得点群の省察内容は、自分と実践方法に焦点があたっており、省察における視点の違いがあることが明らかになった。
7. 省察に対する 2 年目看護師の捉え方は、省察により実践に変化があったと答えたのは 9 名中 8 名であり、省察による学びが役立ったと答えたのは個人差があるが 9 名中 5 名だった。さらに LCJR 評価得点が 26 点以上の高い群では、省察を通して自分の成長を感じよりよいケアに繋がったと、達成感を得ていた。一方 26 点未満の低得点群は対象への理解の深まりや実践の変化について記述はしていたが、達成感といった内容はなかった。

IX. 本研究の限界と研究上の課題

今回の調査において、今回の対象となった 2 年目の省察内容やレベルは、それぞれが所属する施設、病棟によって経験する内容や受けてきた教育・研修の影響を受けること、また対象者の入職時に COVID-19 による非常事態宣言が出され、集合教育の変更を余儀なくされたという影響も考えられる。

臨床判断力と省察レベルとの関連を明らかにする予定だったが、9 名の参加者での質的な分析にとどまった。今後は参加者の数を増やし、省察レベルと臨床判断力との関連を量・質の側面から明らかにしていく必要がある。

X. 利益相反

本研究に利益相反はない。

謝辞

本研究を行うにあたり、多くの方々にご支援、ご協力をいただきました。ここに深く御礼申し上げます。

研究調査におきましては、9名の2年目看護師の皆様からご協力をいただきました。COVID-19の感染が終息せず、勤務病棟の閉鎖など日々目まぐるしく感染状況が変化する中、3回の省察記録に取り組んでいただき、さらにシミュレーターによる臨床判断測定のために勤務を調整し、研究に最後までご参加いただき誠に感謝申し上げます。2年目看護師の皆様はもとより、参加者が集まらない状況に手を差し伸べてくださった看護部長の皆様、病棟師長の皆様のご協力がなければ研究を進めることはできませんでした。本当にありがとうございました。

そして3年の休学を含む9年間の長きにわたり、指導教員の香春知永教授には、研究の着想から論文執筆のすべての期間をとおして、終始温かなご指導をいただきましたことに深く感謝申し上げます。また、論文をまとめるにあたり、分析の一部を担ってくださり終始励ましてくださった同期入学の永井睦子さん、9名の参加者の臨床判断力測定に協力くださった高塚綾子さんに深く感謝いたします。

研究計画作成ならびに学位論文作成におきまして、ご指導・ご助言をいただきました秀明大学 齋藤やよい教授、武蔵野大学大学院 酒井美絵子教授に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 阿部真理, 關戸啓子(2021). 卒後2年目看護師の看護実践における成長のプロセス. *日本看護科学会誌*, 41, 175-183.
- 相野さとし, 森山美知子(2011). 終末期看護場面におけるシミュレーション学習法を用いた実習前の学生のレディネス向上と臨床判断の育成に関する効果の検討の試み. *日本看護学教育学会誌*, 21(2), 45-55.
- 朝日奈まこと, 平木民子(2020). 看護師2年目初期における反省的実践. *香川県立保健医療大学雑誌* 11巻, 25-34.
- 安藤幸枝(2016). 看護師のインシデント体験と仕事を継続できた理由. *武蔵野大学看護学研究所紀要*, 10, 37-45.
- Ashcraft, A.S., Opton, L., Bridges, R.A., Caballero, S., Veasart, A., & Weaver. (2013). Simulation evaluation using a modified lasater clinical judgment rubric. *Nursing Education Perspectives*, 34(2), 122-126.
- Benner, P./井部俊子監訳(2008). *ベナー看護論 初心者から達人へ* 新訳版. 東京: 医学書院.
- Boud, D. & Walker, D. (1998). Promoting reflection in professional courses: the challenge of context. *Studies in Higher Education*, 23(2), 191-206.
- Burns, S. & Bulman, C. (2000) / 田村由美, 中田康夫, 津田紀子監訳(2005). *看護における反省的実践 専門的プラクティショナーの成長*. 東京: ゆみる出版.
- Cantrell, M.A. (2008). The importance of debriefing in clinical simulations. *Clinical Simulation in Nursing*, 4(2), 19-23.
- Cappelletti, A., Engel, J.K., & Prentice, D. (2014). Systematic review of clinical judgment and reasoning in nursing. *Journal of Nursing Education*, 53(8), 453-458.
- Chmil, J.V., Turk, M., Adamson, K., & Larew, C. (2015). Effects of an experiential learning simulation design on clinical nursing judgment development. *Nurse Educator*, 40(5), 228-232.
- Corcoran, S.A. (1990). 看護におけるClinical Judgmentの基本的概念. *看護研究*, 23(4), 3-12.
- Dewey, John. (1933). *How We Think: A Restatement of the Relation of Reflective Thinking to the Educative Process*. New York: D.C. Health and Company.
- 江口秀子, 明石恵子(2014). 我が国のクリティカルケア看護領域における臨床判断に関する文献レビュー. *日本クリティカルケア看護学会誌* 10(1), 18-27.
- Findlay, N., Dempsey, S., & Warren-Forward, H.M. (2009). Development of the Newcastle Reflective Analysis Tool. *A multi-disciplinary Journal*, 11(1), 32-40.

- Gerdeman, J.L., Lux, K., & Jacko, J. (2013). Using concept mapping to build clinical judgment skills. *Nursing Education in Practice*, 13, 11-17.
- Glynn, D.M. (2012). Clinical judgment development using structured classroom reflective practice: a qualitative study. *Journal of Nursing Education*, 51(3), 134-139.
- 羽入千悦子(2019).看護における臨床判断力の教育方法に関する国内外のレビュー. *武蔵野大学看護学研究所紀要*, 13, 41-48.
- Hatton, N., & Smith, D. (1995). Reflection in teacher education: Towards definition and implementation. *Teaching & Teacher Education*, 11(1), 33-49.
- 羽山由美子(1993).臨床看護の概念化に関する1つの問題提起-看護診断と臨床判断を巡って. *看護研究*, 26(3), 2-10.
- Humphrey, C. (2009). By the light of the Tao. *European Journal of Social Work*, 12(3), 377-390.
- 細田泰子, 根岸まゆみ, Lasater, K. (2018). 臨床判断を拓評価に向けて ラサター臨床判断ルーブリック 日本語版の作成. *看護教育*, 59(1), 40-47.
- 細田泰子, 根岸まゆみ, 三浦友理子, 奥裕美 (2022). 臨床判断モデルの改定ポイントを読みとき、活用につなげる. *看護教育*, 63(4), 458-463.
- 細田泰子, 勝山愛, 金山悠, 北島洋子, 根岸まゆみ, 片山由加里, 土肥美子 (2023). 教育指導者による看護学習者の臨床判断能力の評価と支援の必要性 - 測定用具の信頼性・妥当性の検討 -. *日本医学看護学教育学会誌*, 31(3), 21-30.
- 飯塚麻紀, 鴨田玲子 (2010). 臨床判断研究の文献レビュー. *福島県立医科大学看護学部紀要*, 12, 31-32.
- 池西悦子 (2017). 第7章 リフレクションのアセスメント. 田村由美, 池西悦子 (著), *看護の教育・実践にいかす リフレクション 豊かな看護を拓く鍵*, 149-170. 東京: 南江堂.
- 池西悦子, 田村由美, 山下鉄平, 津田紀子 (2013). 臨床看護師を対象としたリフレクション思考のアセスメント尺度の開発-尺度開発の信頼性、妥当性の検証-. *日本看護科学学会学術集会講演集*, 33, 418.
- 石川幸司, 中村恵子, 菅原美樹 (2015). フィジカルアセスメント能力を向上させるシミュレーション学習の効果 準実験研究による分析. *日本救急看護学会雑誌*, 17(2), 45-55.
- 岩本満美, 岩本幹子, 高岡勇子 (2014). 救急初療看護における臨床経験による臨床判断の差異 - 初療経験1年目と5年目以上の看護師のインタビューから. *日本救急看護学雑誌*, 16(2), 13-22.

- Johnson,E.A., Lasater,K., Hodson-Carlton,K., Siktberg,L., Sideras,S., & Dillard,N(2012). Geriatrics in simulation: Role modeling and clinical judgment effect. *Nurse Education Perspectives*,33(3),176-180.
- 川野マキ,重永康子(2014).卒後2年目看護師の育成の現状と課題九州地方の一般病院に勤務する看護師長を対象としたアンケート調査を通して. *日本看護学会論文集：看護管理*, 44,19-22.
- 木村亜矢(2016).病院勤務の熟練助産師が行う臨床判断の特徴—分娩第1期の分娩進行を判断していく一連のプロセス. *日本助産学会誌*, 30(2),312-322.
- 木下美智子,萩野雅(2018).看護継続教育におけるリフレクションへの抵抗の捉え方とその支援 教育指導者に焦点をあてて. *茨木キリスト教大学看護学部紀要*,9(1),21-28.
- 清原直美,阿比留美由岐,高橋紀子,藤本華織,平山章美(2014).卒後2年目看護師の継続研修において看護係長による支援がもたらす効果. *徳島赤十字病院医学雑誌*,19(1),128-133.
- 児玉みゆき,東サトエ(2017).卒後2年目の行うリフレクションがキャリア開発に与える意味と継続教育の検討. *南九州看護研究誌*,15(1),11-20.
- 小松光代,和泉美枝,大久保友香子(2011).【看護実践能力向上のためのストラテジー】看護学士課程修了時と卒後1～3年目の看護実践能力と能力向上を目指した教育課題. *京都府立医科大学雑誌*,120(10),781-791.
- Kolb,D.A.(1984) *Experiential Learning:Experience as the Source of Learning and Development*.Englewood Cliffs ,New Jersey,Prentice-Hall,Inc.
- 近藤絵美(2020).看護実践における看護専門職へのリフレクション支援の効果に関する評価方法—文献レビュー—. *千葉看護学会誌*,26(1),1-6.
- 厚生労働省新人看護職員研修ガイドライン[改訂版](2014). https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf.
- 倉本春佳,佐藤朱美,中村一美(2018).2年目看護師の学習の実態 学習に影響を与える因子との関係. *北海道看護研究学会集録*,平成30年度,124-126.
- Lancaster,R.J., Westphal,J., & Jambunathan,J.(2015).Using SBAR to promote clinical judgment in undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Education*,54(3),31-34.
- Lasater,K.(2007).Clinical Judgment development: Using simulation to create an assessment rubric. *Journal of Nursing Education*,46(11),496-503.

- Lasater,K., Johnson,E.A., Ravert,P., & Rink,D.(2014).Role modeling judgment for an unfolding older adult simulation. *Journal of Nursing Education*,53(5),257-264.
- Lasater,K., & Nielsen,A.(2009).The influence of concept-based learning activities on students' clinical judgment development. *Journal of Nursing Education*,48(8),441-446.
- Lavoie,P., Pepin,J., & Boyer,L.(2013).Reflective debriefing to promote novice nurses' clinical judgment after high-fidelity clinical simulation: A pilot test. *Dynamics Canadian Association of Critical Care Nurses*,24(4),36-41.
- Lindsey,P.L., & Jenkins,S.(2013).Nursing students' clinical judgment regarding rapid response: The influence of a clinical simulation education intervention. *Nursing Forum*,48(1),61-70.
- 中野静子,豊田ゆかり,北原悦子,三瀬直子,奥村純子,岡部喜代子(1993).看護婦の臨床判断力の形成過程に関する研究—看護場面における状況判断の実態(その2).*愛媛県立医療短期大学紀要*,6,55-65.
- Nielsen,A., Strangnell,S., & Jester,P.(2007).Educational innovations.guide for reflection Using the clinical judgment model. *Journal of Nursing Education*,46(11),513-516.
- 新垣洋美,岩脇陽子,柴田明美,滝下幸栄,山中龍也(2015).看護実践におけるリフレクションによる効果に関する文献検討.*京都府立医科大学看護学科紀要*,25,9-18.
- 西千秋(2018).2年目看護師教育に関する文献検討.*大阪医科大学看護研究雑誌*,8,84-91.
- Mann,J.(2012).Critical thinking and clinical judgment skill development baccalaureate nursing students. *The Kansas Nurse*,87(1),26-31.
- Mariani,B., Cantrell,M.A., Meakim,C., Prieto,P., & Dreifuers,K.T.(2013).Structured debriefing and students' clinical judgment abilities in simulation. *Clinical Simulation in Nursing*,9,147-155.
- 松尾睦(2021).経験から学ぶ能力と職場学習.*経済学研究*,71(2),1-51.
- 丸山訓子,小出智子,中野佳奈子,田村充千子(2015).卒後2年目看護師への先輩からの指導を考える 困った場面で受けた支援からの分析.*日本看護学会論文集,看護教育*,45,218-221.
- 水谷聖子,東野督子,大野晶子,柿原加代子,杉村鮎美,石黒千映子,三河内憲子(2014).教育計画・教育支援環境からとらえた大規模病院における看護師のキャリア支援.*日本赤十字豊田看護大学紀要*,9(1),95-104.
- Moon,J.(2004).*A Handbook of Reflective and Experiential Learning:Theory and Practice*,London:Routledge.
- 尾形裕子(2011).経験3年以上の看護師における臨床判断の検討—状況の把握に焦点をあてて.*日本看護学教育学会誌*,20(3),1-14.

- 岡村由紀子,宇美洋美,早川ひと美,佐々木百合花,庄子由美(2015). 卒後 2 年目看護師の教える経験からの学び 屋根瓦方式教育・シミュレーション教育による基礎看護技術指導研修を通して. *日本看護学教育学会誌*,24(3),111-119.
- 奥田清子(2006). インシデントあるいはアクシデント後の看護師の感情体験. *日本赤十字看護大学紀要*,20,45-53.
- 乙黒仁美(2008). 入院治療を受けている統合失調症患者への不穏時の看護介入における構成要素－ベテラン看護師の不穏の認識と臨床判断を中心に. *日本精神科看護学会誌*51(2),207-211.
- 齊田菜穂子,阿蘇品スミ子(2010). 新卒看護師の看護実践能力評価における 2 年間の変化. *九州看護福祉大学紀要*,12(1),143-151.
- 坂口桃子,作田裕美,佐藤美幸,中嶋美和子,山田美佐子,梶原優子,田村美恵子(2007). 臨床判断能力の向上に向けた「暗黙知」伝授の一方略. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*,5(1),38-43.
- 櫻井美紀,村田輝乃,山澤美樹,岡本陽子,丸山恵美,廣明由子,杉浦なおみ,水口由美,加藤恵理子,野末聖香,新藤悦子(2014). 2年目看護師を対象としたフィジカルアセスメント教育の効果の検討 デブリーフィング手法の強化を試みて. *日本シミュレーション医療教育学会雑誌*,2,18-23.
- 佐藤紀子(1989). 看護婦の臨床判断の「構成要素と段階」と院内教員への提言. *看護*,41(4),127-143.
- 佐藤亜紀,玉置千春,村上由美子,山出誓子,大家恵子(2014). 当院における卒後2年目の教育ニーズ・学習ニーズの実態 卒後2年目看護師の魅力的な院内教育プログラムの構築を目指して. *市立札幌病院誌*,73(2),207-213.
- Schön, D.A.(1983). *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*. New York :Basics Books.
- 杉山祥子,朝倉京子(2017). 看護師の自律的な臨床判断が磨かれるプロセス. *日本看護科学会誌*,37,141-149.
- 鈴木洋子,河津芳子(2018). 卒後2年目看護師のリアリティショック. *日本看護研究学会雑誌*,41(1),47-57.
- 武藤雅子,前田ひとみ(2016). 新人看護師に対する複数回の臨床体験のリフレクション支援の効果. *日本看護科学会誌*,36,85-92.
- 田村由美(2017). 第5章 リフレクションのスキルとトレーニング. 田村由美,西池悦子(著), *看護の教育・実践にいかすりフレクション 豊かな看護を拓く鍵*.101-128. 東京：南江堂.

- Tanner,C.A.(2000).看護実践におけるClinicalJudgment インターナショナルナーシング
レビュー,23(4),66-77.
- Tanner,C.A.(2006).Thinking like a nurse: A reseach-based model of clinical judgment
in nursing.*Journalof Nursing Education*,45,204-211.
- Tanner,C.A.,Massecar,D.C.,&Delawska-Elliot,B.(2022).Evidenced-Based Practice.
Lucille A.Joel.(Ed),*Advanced Practice Nursing:Essentials for Role Development*,
5th,Edition,221-238,Philadelphia : F.A.Davis.
- 田代順子,松谷 美和子,織方 愛,上田 貴子,嶋津 多恵子,堀井 聡子(2015).諸外国の看護学部
生・大学院生への臨床判断能力強化学習支援法とその成果 文献レビュー.*聖路加国際
大学紀要*,1,20-28.
- 瀧口裕子,麻植真弓,千郷ひとみ,尾田睦美,堀八千代(2013).卒後2年目看護師の思いや支援ニ
ーズの実態調査ー係長としての教育的サポートー.*徳島赤十字病院雑誌*,18(1),88-91.
- 藤内美保,宮腰由紀子(2005).看護師の臨床判断に関する文献的研究 臨床判断の要素および
熟練度の特徴.*日本職業・災害医学会誌*,53(4),213-219.
- 鶴田晴美,高橋理津子,田島恵子,柿澤由紀子,丸山なみ子,内田良子(2012).F 病院に就業する看
護職者の教育ニード・学習ニード.*東邦医療大学紀要*,2(1),41-49.
- 内野恵子,石塚淳子,酒井太一(2017).2 年目看護師の体験から考える成長発達過程.*順天堂保
健看護研究*,5,59-66.
- 上田修代,宮崎美砂子(2010).看護実践のリフレクションに関する国内文献の検討.*千葉看護
学会会誌*,16(1),61-68.
- 和栗百恵(2010).「ふりかえり」と学習-大学教育におけるふりかえりと支援のために-.*国立教
育政策研究所紀要*,139,85-100.
- Weatherspoon,D.L., & Wyatt,T.H.(2012).Testing computer-based simulation to enhance clinical
judgment skill in senior nursing students. *Nursing Clinics*, 47,481-491.
- Weatherspoon,D.L., Phillips, K., & Wyatt,T.H.(2015). Effect of electronic interactive simulation on
senior bachelor of science in nursing students' critical thinking and clinical judgment skill.
Clinical Simulation in Nursing,11,126-133.
- Wong,F.,Kember,D.,Chung,L., & Yan,L.(1995).Assessing the level of student reflection from
reflective .*Journal of Advanced Nursing*,22,48-57.

山内栄子,西薊貞子,林優子(2015).看護基礎教育における臨床判断力育成を目指した周手術期看護のシナリオ型シミュレーション演習の効果の検討.大阪医科大学看護研究雑誌,5,76-86.

山梨伊津子(1998).ICU 中堅看護婦の臨床判断構成要素の特性—一般病棟看護婦との比較検討から.神奈川県看護教育大学校看護教育研究集録,23,513-520.

横山麻美,佐々木明日美,賀古千亜紀,長嶋大輔,野口直美,上嶋かえで,菅原ひろみ,萩原直美(2018).日本看護学会論文集：看護管理,48,71-74.

吉田沢子,久世恵美子,上山和子,菅田節子,弓場茂子,安酸史子(2002).看護師の臨床判断力の実態.日本看護学教育学会誌,12(1),27-35.

图 表

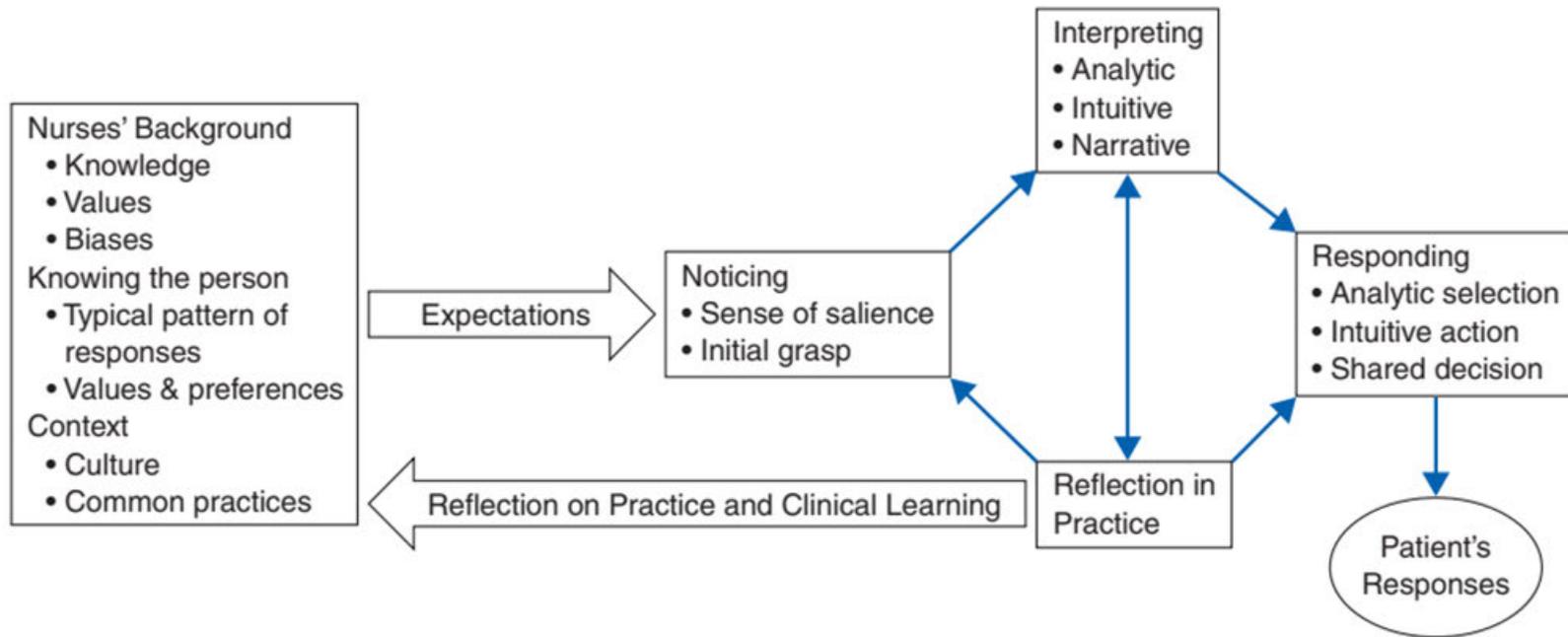


図1. 臨床判断モデル

Tanner, C.A., Masecar, D.C. & Delawska-Elliot, B. (2022). Evidenced-Based Practice. Lucille A. Joel. (Ed), Advanced Practice Nursing: Essentials for Role Development, 5th, Edition, p225, Philadelphia : F.A. Davis.

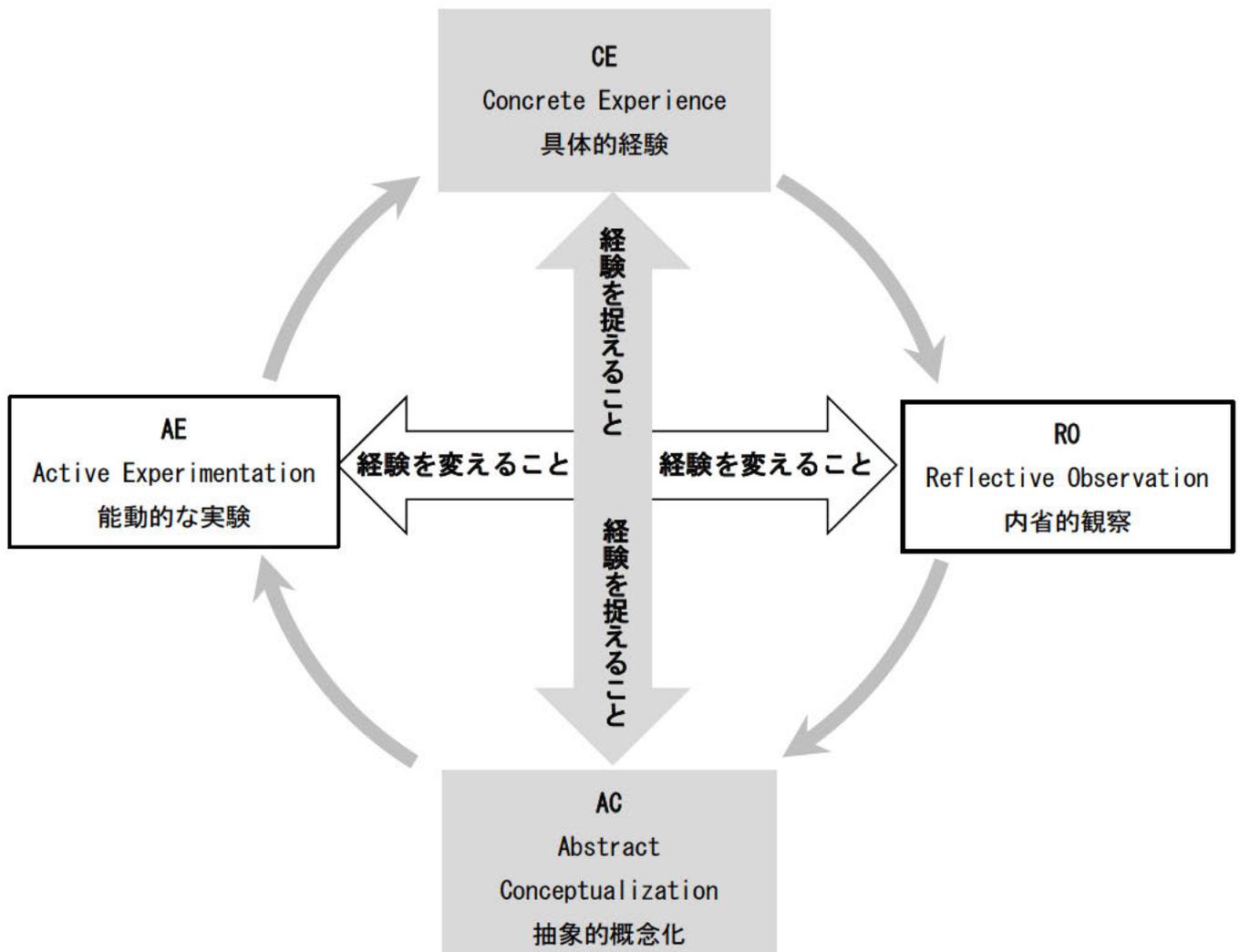


図 2. 経験学習サイクル

Kolb, D.A. (1984). Chapter 2 The Process of Experiential Learning. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*, p51, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, Inc. Figure 2.5 を著者が日本語に表記し一部改変。

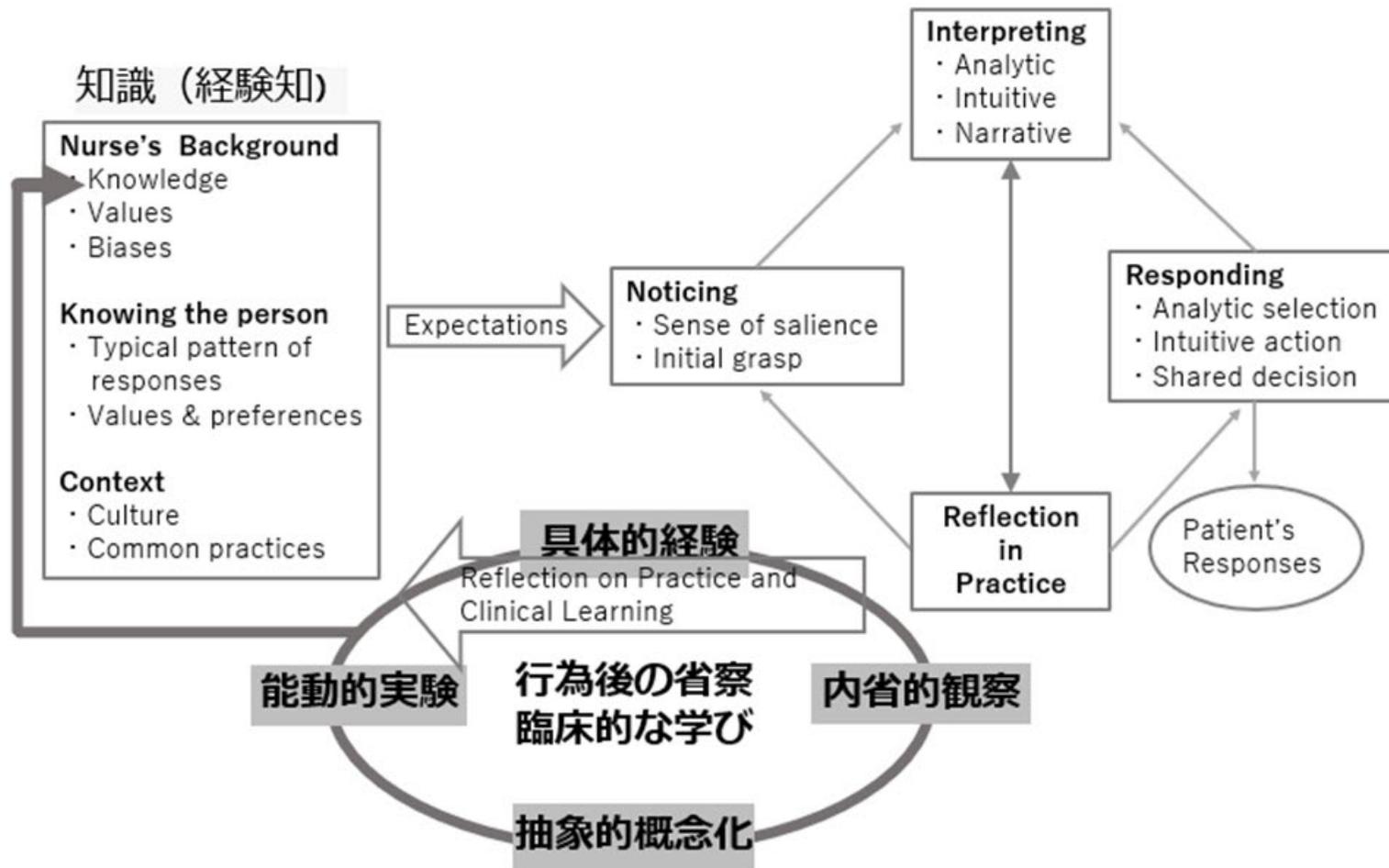


図 3. 研究の理論的枠組み

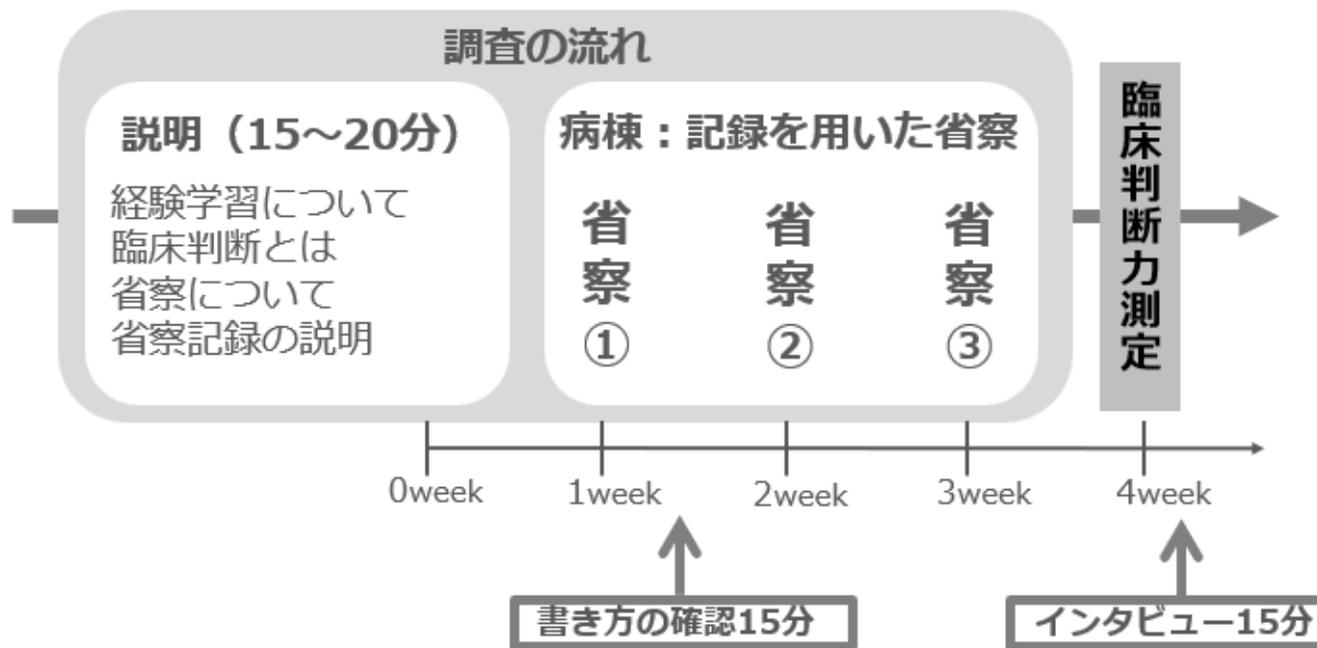


図4. 研究の流れと介入方法

表1 研究参加者の概要

	No1	No2	No3	No4	No5	No6	No7	No8	No9
所属施設	A	B	C	D	C	D	C	D	C
所属する病棟の診療科	精神・神経科	腎臓内科	脳神経外科 腎臓内科 泌尿器・皮膚科 眼科・歯科	リウマチ内科 腎臓内科・眼科	呼吸器外科 呼吸器内科 耳鼻科	脳神経外科 内科	脳神経外科・外科 消化器内科 神経内科	脳神経外科 腎臓内科 泌尿器・皮膚科 眼科・歯科	脳神経外科 腎臓内科 泌尿器・皮膚科 眼科・歯科
最終学歴	4年制看護系大学	4年制看護系大学	4年制看護系大学	4年制看護系大学	4年制看護系大学	4年制看護系大学	3年課程看護専門学校	3年課程看護専門学校	3年課程看護専門学校
看護基礎教育機関での省察の学習経験	有	有	有	有	有	有	有	有	有
シミュレーション教育の経験(看護基礎教育)	有	有	有	有	有	有	有	有	有
シミュレーション教育の経験(卒後教育)	有(3回/年)	無	無	無	無	有(院内)	有(院内)	無	有(院内)
事例(誤嚥性肺炎)の経験	有	有	有	有	有	有	有	有	有
1) 頻度		1) 2～3回/月	1) 2～3回/月	1) 1回/月	1) 1回/月		1)		1)
2) 最近受け持った時期		2) 1か月以内	2) 3日前	2) 当日	2)		2) 1か月		2) 当日
研究参加期間	11月～12月	11月～1月	1月～2月	12月～3月	11月～3月	1月～3月	2月～3月	1月～3月	1月～3月
1～3回の省察記録を記載した期間	14日	28日	20日	38日	110日(勤務先感染状況の影響)	33日	41日	29日	25日

表2 省察記録に記載された場面 n=27

関わり、援助に苦慮した場面 (10)	<ul style="list-style-type: none"> ・患者も症状に苦しみ、1年目看護師も援助に苦慮していた場面 (No1-1) ・自殺企図があった患者に告知をした直後の患者との関わり。患者の言動から違和感を感じ自殺企図を疑った場面 (No1-2) ・研修で修得した知識・技術を試みるも患者が興奮し、結果的に活かせなかった場面 (No1-3) ・夜勤で他のチームを担当した。胸腔ドレーンが抜けていることに気づき迅速に対応したが患者から怒られた場面 (No2-1) ・対応に時間がかかり酸素量の調整が間に合わずトイレに 患者が移動してしまった場面 (No2-2) ・人工呼吸器の低換気アラームに対応できなかった場面 (No3-3) ・患者から腹膜透析の手順に対して注意された場面 (No4-2) ・夜間不穏状態の患者の対応に苦慮した場面 (No4-3) ・患者が望むICの内容とならなかった場面 (No6-2) ・術後3日目の患者の離床が進まない場面 (No8-3)
患者の症状・状態の変化に遭遇した場面 (9)	<ul style="list-style-type: none"> ・隔離中の患者のせん妄状態と夜間の睡眠状況が気になった場面 (No2-3) ・BSC方針の患者が息が苦しいと訴えがあった場面 (No3-1) ・心電図モニターの異常波形に気づいた場面 (No3-2) ・食事が開始となった患者が食止めになった場面 (No5-1) ・酸素投与中の患者が体動後にSpO₂が低下し、戻らない場面 (No5-2) ・膀胱留置カテーテル挿入中の患者が尿閉となり疼痛による苦痛を訴えてきた場面 (No5-3) ・下血した患者から死にそうだ、歩けないと訴えがあった場面 (No7-1) ・意識障害・肺炎をおこし臥床している患者の病室から湿性咳嗽が聴こえてきた場面 (No8-1) ・朝転倒した患者から昼頃「なんか話にくい」と発言があった場面 (No8-2)
患者、家族の思いに触れた場面 (3)	<ul style="list-style-type: none"> ・Bipap装着に対して拒否したり、不安を訴えてきた場面 (No7-2) ・患者がナースの対応について不満を訴えてきた場面 (No7-3) ・IC時の家族の選択が、葛藤を抱えながらの決断であったことを理解した場面 (No9-3)
指示・アセスメントへの疑問 (3)	<ul style="list-style-type: none"> ・せん妄・不穏状態が続く患者に対して転落などのリスクを回避しよう対応していたが主治医より鎮静剤投与の指示を受けた場面 (No6-1) ・先輩看護師の受け持ち患者に対するアセスメント内容 (優先順位) に疑問を感じた場面 (No9-1) ・手術を予定している患者がセクハラする患者として対応されていたことに違和感を感じた場面 (No9-2)
インシデント・アクシデント (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・患者がベッドから転落した場面 (No4-1) ・歩行器で歩行をしていた患者が転倒した場面 (No6-3)

注) (No3-1)は、参加者の番号と省察記録の回数を示す

表3 省察記録からの気づきと学び

カテゴリー (6)	サブカテゴリー (16)	コード (45)
既存の知識、捉え方の視点、リスクの予測と対応、関わりを含めた援助の工夫についての学び (9)	関わりや援助の評価と改善と効果の期待 (5)	ユマニチュードの手法自体は有効的であり、今後は先述の患者特性を踏まえたうえで、使用できたら、より効果が高まる。(No1-3)
		患者の性格をふまえた声かけ。(No4-1)
		一人で歩いても転倒・転落リスクが低い環境整備の必要性。(No4-1)
急変のリスクや異常を予測し迅速に対応できるようにする (2)	既存の知識の大切さ、自分にはない視点の気づき (2)	患者にリスクを説明する・伝えるという関わりより、安全に離床を進める方法を相談するような関わりや(アイ)メッセージを用いて看護師としての意見を伝えてみるのも良かった。(No6-3)
		転倒後には看護師の発言を受け入れるような反応があったため、本人を否定せず環境面に配慮した声掛けであれば納得していただけることもあると気づいた。(No6-3)
		既往からもどのようなことが起こる可能性があるのか予測し、起きたときの対応をシミュレーションし準備しておくことも大切。(No7-1)
知識、技術不足 (3)	患者の情報、他の勤務帯での患者の様子や状況の確認不足 (3)	異常の早期発見につなげたい。(No5-2)
		夜間の睡眠を確保するための日中の過ごし方の大切さを実感した。(No2-3)
		医師の指示に対する疑問について先輩看護師に伝えると「夜は寝れた方がいいよね」と返答があり、自分は患者の安全に配慮するあまり生活面に目を向けられていなかったことに気づいた。(No6-1)
知識や技術不足、患者への配慮不足と患者状態の確認不足の気づき (8)	患者の意思の確認不足や患者の気持ちへの配慮不足 (2)	自信がない場合は根拠がないケアはしない。(No3-3)
		短時間で繰り返し行う吸引は身体に負担がかかるので、それほど緊急ではなかったため休息をはさんで吸引すれば良かった。(No8-1)
		勉強不足だと思った。(No8-3)
自分の行動、心理反応の認識や知識不足を補う必要性 (8)	自分の心理反応と対策、捉え方の気づき (4)	何に被害的な思考を抱きやすいかは人によって異なるため、精神症状(被害妄想)につながる経緯を予め情報収集できると良かった。(No1-3)
		1年目の看護師から引き継いだ患者であり、日中の様子を確認しながら看護するべきだった (No3-1)
		日勤帯でのO ₂ 投与量と労作時のSat低下を把握していなかった。(No5-2)
患者・家族、看護師、医師との連携、調整をしながら対応する必要性 (8)	他の看護師と医師に患者の状況を共有し、協力を得る (4)	病態に気をとられ、連日何度も帯交をされている患者の気持ちを考慮できなかった。(No2-1)
		最も重要なのは本人の意見なのにICを行う前に話し合う機会を設けず本人の意思確認をすることができなかった。(No6-2)
		(自殺企図の患者に対して) 自分の心理反応を優先してしまう。(No1-2)
患者・家族、看護師、医師との連携、調整をしながら対応する必要性 (8)	医師の方針、患者・家族の意思の確認の必要性 (2)	自分が感情に流されてしまう時、他者の意見もきき状況を整理するのも大事。(No9-3)
		目の前の吸引だけを考えるのではなく患者の身体全体をみて考えられるようになるべきだと気づいた。(No8-1)
		急変時の対応に慣れておらず、知識が不足していることで怖くなり動けなくなることがあった。(No8-2)
患者・家族の状況をふまえて気持ちを理解すること、考えることの大切さ (8)	患者の気持ちの表し方と言動の背景にある気持ちの理解 (3)	先輩看護師でも優先順位が異なることがあり(それに対して)気になる点等、私自身相談するのが遅い。(No9-1)
		イレウスの移行はなかったが気づいた段階で相談をするべきだった。(No5-1)
		分からないことは本当に怖い、不足に感じた知識はすぐに修得する必要がある。(No3-3)
患者を捉え、援助を実施するためのアセスメントの必要性と正確さ (4)	患者の状態と起こりうるリスクを捉えるためのアセスメントの重要性 (2)	急変時はどうしたらいいのか、一から学び直す必要がある。(No8-2)
		事例で受け持つ患者に関わらず、自分でアセスメントし、先輩からも合意が得られたものについては、行動レベルで分かりやすく看護指示に反映する必要があると学んだ。(No1-1)
		1年目看護師を含む他看護師は他の患者対応もあり時間が少なく、患者の特徴までは理解できない可能性があるため、患者の個性も看護指示に反映できたら良い。(No1-1)
患者を捉え、援助を実施するためのアセスメントの必要性と正確さ (4)	必要な援助や関わりのためのアセスメントの正確さ (2)	今回のような緊急時は先輩など他スタッフの力を借りる。(No3-3)
		不安であることを医師に伝えることで医療者間のチームワーク連携が図れ素早い処置につながることを学んだ。(No5-3)
		Ptにもそれ(安全対応としてのナースコールやマットコール)の必要性を理解してもらう必要がある。(No2-2)
患者・家族の状況をふまえて気持ちを理解すること、考えることの大切さ (8)	患者の状況が正確に把握できていない場合でも起こりうるリスクを考え、可能な範囲で患者を観察し状況をアセスメントすることは重要。(No3-2)	精神疾患等で患者がパニック様の時は寄り添い、患者の思いをできる限りサポートする一方で一線を引き、できないことはできないと伝えていく必要がある。(No4-3)
		BSC方針の患者であり、患者の希望や医師の方針も確認していく必要がある。(No3-1)
		DrへのICに疑問が生じないために、IC前に打ち合せの時間を設ける必要があった。(No6-2)
患者・家族の状況をふまえて気持ちを理解すること、考えることの大切さ (8)	患者の状況と起こりうるリスクを捉えるためのアセスメントの重要性 (2)	消灯時間も過ぎていたため、睡眠不足につながっていたかもしれない。(No2-1)
		どの場面においても大切なことであるが患者の訴えや発言に耳を傾け患者の頭の中に入り込みながら思いや気持ちを考えることが大切だと学んだ。(No7-2)
		患者が不安な気持ちを抱いているとき自分も同じ立場になって考え、どのような気持ちになるのかを想像して関わるともう一歩患者の思いに近づける関わりが出来ると感じた。(No7-3)
患者・家族の状況をふまえて気持ちを理解すること、考えることの大切さ (8)	患者の気持ちの表し方と言動の背景にある気持ちの理解 (3)	認知機能が低下し、理解度があいまいな中での手術や入院は不安・恐怖がより伴うものであると分かった。(No9-2)
		患者・家族の言葉がどのような意図から来ているのか、言い方を変えたり場面を変えたりして聞くのは大事。(No9-3)
		その表出(手術や入院の不安・恐怖)も人によって異なることも分かった。(No9-2)
患者を捉え、援助を実施するためのアセスメントの必要性と正確さ (4)	必要な援助や関わりのためのアセスメントの正確さ (2)	今回の発言は知らないことを伝えられた戸惑いや焦りから出たものと考えられる。(No4-2)
		患者の訴えには憤りや攻撃的なものも時折あり、落ち込むこともあるが看護師個人を攻撃する意図はほぼなく、患者の焦りといった感情が背景にあると再認識した。(No4-2)
		患者状況が正確に把握できていない場合でも起こりうるリスクを考え、可能な範囲で患者を観察し状況をアセスメントすることは重要。(No3-2)
患者を捉え、援助を実施するためのアセスメントの必要性と正確さ (4)	必要な援助や関わりのためのアセスメントの正確さ (2)	患者に今起きている症状やバイタルサインを測定することはとても大切。(No7-1)
		ナースコールを依頼するだけでなく、マットコールを敷くことやボディコールをつけるなど安全対応をとるためにアセスメントは必要。(No2-2)
		看護師の捉え方で、患者への関わり方も大きく変わってしまうためアセスメントをしっかり行っていきたい。(No9-2)

注) (No3-1)は、参加者の番号と省察記録の回数を示す

表4 省察記録からの学びの活用

カテゴリー (5)	サブカテゴリー (15)	コード (40)
自分の知識・技術不足、スタッフや医師との連携不足、疑問があっても言えない行動の改善 (15)	患者情報、援助内容、アセスメントを他スタッフと共有する (4)	<p>まず自分で患者の状況を確認して必要な処置をする。それでも改善がなければ他スタッフを頼るようにする。(No3-3)</p> <p>自分1人では対応しきれないときはスタッフコールなども活用し周囲にも発信しながら患者の安全を第一に考えて看護実践していきたい。(No7-1)</p>
		<p>自分でアセスメントし対応しても、難しい場合は他スタッフ・医師と連携しながら行動する (5)</p> <p>1人で考えず先輩と話しながら多数の視点で見ているよう行動していきたい。(No5-1)</p>
		<p>日曜日などの祝日や夜勤帯での急変は医師が不在の場合もあるため、先輩Nsや来棟している医師とも連絡し患者対応・処置が早くできるようにつなげていきたい。(No5-3)</p> <p>冷静に今の状況をみてアセスメントを行い、リーダーに報告を行うようにしていく。(No8-2)</p>
		<p>今後の看護指示や患者特性を周知する方法へ生かしていきたい。(No1-1)</p>
		<p>時間があるときに、今回の1年目看護師が看護指示や患者の現状を見て、考えたアセスメントがどのようなものだったのか、そこがどう現状と相違があり、判断に迷ったのかを確認したい。(No1-1)</p> <p>勤務帯の変わり目で、患者認識のズレが生じた時は早めに共有し必要な看護が提供できるようにする。(No3-1)</p>
		<p>指導内容を統一する必要があるが、看護師がそれぞれのやり方を持ってしまっており統一の機会が設けにくい。ため掲示板などで指導内容を共有していく必要がある。(No4-2)</p>
		<p>自分が気になる点や納得出来ない場合は自分で患者の状態を確かめたり他看護師や医師に相談する。(No9-1)</p>
		<p>自分が気になること、疑問を抱いたときは質問したり他者に確認する(3)</p> <p>このモヤモヤした気持ちを先輩に相談し他のアセスメントを考える。Drの指示に迷った時、どのように行動しているか先輩に聞いてみる。(No6-1)</p> <p>IC前に自分が思っている疑問はDrに聞いて解決する。(No6-2)</p>
		<p>コミュニケーション技術についてより学びを深めていく。(No1-3)</p>
		<p>知識を補い技術を磨き、深める (3)</p> <p>分からないことはすぐに調べたり、先輩に質問したりしてすぐ解決する。(No3-2)</p> <p>自分で状況判断できるように知識や技術を磨く。(No3-3)</p>
患者の状況をふまえた援助の工夫 (10)	患者に合わせてよりよい援助を考え実践する (3)	<p>せん妄症状がみられる前に予防できるように日中の活動を考えていく。(No2-3)</p> <p>異なる意見を患者から提示された場合には両者の中間をとるような解決方法を考える。患者を否定するような言い方ではなく、患者以外の問題因子を医療者目線で伝え、ナースコールが必要となりそうな場面のイメージをつけてもらう。患者の羞恥心や自尊心に配慮した声掛けを行う。(No6-3)</p> <p>どのような効果があるのか具体的に説明を行う。(No8-3)</p>
		<p>訪室前の情報収集にて、殺害されるという被害妄想があるという情報を得る。患者には触らずに言語的コミュニケーションや、目線・口調といったコミュニケーション方法を使用して、より安心感を与えてから、貼付薬についての説明を行う。(No1-3)</p> <p>次に患者に同じような思いをさせないようにするためには自分はどういう行動をとったらいいのか行動・関わりを見直せるようにしたい。(No7-3)</p> <p>病状の段階が変わったタイミングで本人や家族と今後について話し合う機会を設け、本人にとって一番良い方法を、時間をかけて模索する。(No6-2)</p>
		<p>この患者は術後せん妄になってしまったが、予想出来ていたので医師と相談しながら予防的な対応は出来た。(No9-2)</p>
		<p>発見者のNsが「Aさんの気持ちは嬉しいですが、危ないですからね。私たちも気をつけますが、Aさんも協力して気をつけていきましょう」と声をかけていた。環境の整えに加え自身の眠前の声かけの際、A氏も協力も必要となる旨を伝えることで転落を防ぐことができたのではないかと思う。(No4-1)</p>
		<p>「私はこう思いますが、Aさんはどう思いますか？」というように一緒に考え、共有すると聞いた関わりを実践する。(No6-3)</p>
		<p>今後も精神疾患の患者を担当することをふまえ、ある程度のよりそいは必要だが、時間を決めて関わる必要があると感じた。(No4-3)</p>
		<p>何となく安全対策をとっている患者さんがいなくなるよう、毎日評価を行い記録していく。(No2-2)</p>
		<p>患者の既往や生じている症状、バイタルサインからアセスメントをしてその状況で何が必要なのか考えて行動する。(No7-1)</p> <p>患者の言動や行動の一つ一つがどこから影響しているのかしっかりアセスメントして、その原因を軽減できるようにしたい。(No9-2)</p> <p>予防出来ない事もあるが軽減出来る部分はあるので先のことをみずえて関わっていきたい。(No9-2)</p>
		<p>異常の早期発見ができるよう酸素量とSpO2値の変動を記録に残し評価ができるようにしておく、その上で医師に相談できるよう整える。(No5-2)</p>
		<p>目の前にいる患者の精神状態や身体機能の変化をまずは客観的に専門的に情報収集し、アセスメントする。(No1-2)</p> <p>波形を正確に読み取り、その他の患者状況も把握しながら緊急性をアセスメントする。(No3-2)</p>
患者を精神・身体面から正確にアセスメントし、アセスメントに基づいて実践する (7)	自分の言動、状況、援助をアセスメントしたうえで実践する (5)	<p>自分の心理反応はついてくるものであるが、まずは目の前にいる患者に集中する。(No1-2)</p> <p>吸引など緊急を要するものなのか考えて行動できるようにしたい。对患者だけでなく他の業務でも同じことが言えるので気をつけていきたい。(No8-1)</p> <p>一旦持ち帰ってリーダー看護師等に自分の心理反応をともに振り返ってから患者対応を行う。(No1-2)</p>
		<p>自分の心理的反応が生じる前、生じているときの対応とその後の対策 (2)</p> <p>自分の心理反応がありながらも客観的に患者をみるためにはどうしたらいいのかを対応前に指導してもらう。(No1-2)</p>
		<p>(胸腔)ドレーンの状況や呼吸状態を観察し、医師へ相談するとともに患者さんの気持ちも考慮し、ねぎらいの言葉をかける。(No2-1)</p> <p>拒否の原因となっていることを患者の様子や発言から汲みとりそれを解消できるように関わりたい。(No7-2)</p> <p>患者の思いを汲みとり話をよく聞き共感する。(No7-3)</p>
		<p>患者の状況を言動から気持ちと関わる (2)</p> <p>患者の思いをよく聴き、患者の立場になって考えられるようにする (2)</p> <p>自分の感情に流されないよう何故そう思ったのか、相手の立場になって考えられるようにしたい。そのため言い方や状況などを変えながらとらえていきたい。(No9-3)</p>
		<p>自分の心理的反応、自分の傾向をふまえた実践 (2)</p>
		<p>自分の心理的反応が生じる前、生じているときの対応とその後の対策 (2)</p>
		<p>自分の心理的反応が生じる前、生じているときの対応とその後の対策 (2)</p>
		<p>自分の心理的反応が生じる前、生じているときの対応とその後の対策 (2)</p>
		<p>自分の心理的反応が生じる前、生じているときの対応とその後の対策 (2)</p>
		<p>自分の心理的反応が生じる前、生じているときの対応とその後の対策 (2)</p>

注) (No3-1)は、参加者の番号と省察記録の回数を示す

表5 省察記録からの気づきと学びにおける省察レベル

	No1	No2	No3	No4	No5	No6	No7	No8	No9
省察記録 1回目	<p>・事例で受け持つ患者に関わらず、自分でアセスメントし、先輩からも合意が得られたものについては、行動レベルで分かりやすく看護指示に反映する必要があると学んだ。</p> <p>・また、1年目看護師を含めたほか看護師は、他患者対応もあり自分のように事例の対象患者に与えられる時間が少なく、患者の特徴までは理解できない可能性があることをふまえ、患者の個性も看護指示に反映できたら良いと思った。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【患者対応の共有の必要性】 【患者の個性の共有】</p>	<p>・病態ばかりに気をとられ、<u>連日何度も加療交換をされている患者さんの気持ちを考慮できていなかった。</u></p> <p>・消灯時間も過ぎていたため、<u>睡眠不足につながっていたかもしれない。</u></p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【患者の気持ちを考慮していない】 【患者の状況を推測していない】</p>	<p>・1年目から引き継いだ患者であり、<u>日中の様子を確認しながら看護するべきだった。</u></p> <p>・今回の事例ではBSC方針の患者であり、<u>患者の希望や医師の方針も確認していく必要がある。</u></p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【自分の勤務帯以外の患者の様子を確認する必要性】 【方針ではあるが患者の希望、医師の方針を確認する必要性】</p>	<p>・A氏の性格をふまえた声かけ。</p> <p>・一人で歩いても転倒・転落リスクが低い環境整備が必要であった</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【性格をふまえた声かけ】 【環境整備の必要性】</p>	<p>イレウスの移行はなかったが気づいた段階で相談をするべきだったと思う。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【気づいた段階で相談をするべきだった】</p>	<p>Dr指示への疑問をどのように解消して良いかわからず、疑問が残ったままである。先輩に少しこの気持ちを伝えると、「夜は寝れた方がいいよ」と返答があり、自分は患者の安全に配慮するあまり生活面に目を向けられていなかったことに気づいた。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【安全だけでなく生活面にも目をむける】</p>	<p>・今回の場面から、患者に今起きている症状やバイタルサインを測定することはとても大切だと考えた。</p> <p>・また、患者の既往からも今後どのようなことが起こる可能性があるのか、それが起きたときに自分はどう対応すべきなのか、事前にシミュレーションして準備しておくことも大切だと感じた。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【症状・バイタルサインから患者の状況をアセスメントすることの大切さ】 【患者の急変をシミュレーションし準備する大切さ：自分の行動】</p>	<p>・短時間で何度も吸引を行うと身体に負担がかかってしまうので、そんなに急ぎではなかったことから一度休息をばさんでから吸引でも良かったと考えられた。</p> <p>・目の前の吸引のことだけを考えるのではなく患者の身体全体をみて考えられるようになるべきだと気づいた。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解があるか) 【ケアの方法の検討】 【ケアによる患者への影響】</p>	<p>先輩看護師でも優先順位が異なることがあると思った。気になる点等、私自身相談するのが良いと思った。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【先輩看護師との優先順位の相違】 【相談するのが良い：自己の振り返り】</p>
省察記録 2回目	<p>・自分の心理反応を優先してしまう。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【自分の心理反応を優先：自己の振り返り】</p>	<p>コール依頼だけでなく、マットコールを数多くやボディコールをつけるなど安全対応をとるためにはアセスメントが必要であり、Ptにもその必要性を理解してもらう必要がある。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【安全対応のためのアセスメントの必要性】 【安全対応に対する患者の理解】</p>	<p>・患者状況が正確に把握できていない場合でも起こりうるリスクを考慮して、可能な範囲で患者を観察し状況をアセスメントすることは重要。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【起こりうるリスクをふまえ、患者の状況をアセスメントすることの大切さ】</p>	<p>今回の発言は知らないことを伝えられた戸惑いや焦りから出たものと考えられる。Ptの訴えには憤りや攻撃的なものも時折あり、落ち込むこともあるが看護師一人を攻撃する意図はほぼなく、患者の焦りといった感情が背景にあると再認識した。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【患者の言動の分析・患者理解】</p>	<p>・日勤帯でのその患者のO2投与量と労作時のSat低下が把握ができていなかった。</p> <p>・異常の早期発見につなげたい。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【患者状況の確認不足】 【異常の早期発見】</p>	<p>・ご家族にどこまで伝えたら良いかと相談された時に責任を強く感じてしまってなんと答えたらいかが分からなかった。そのためその葛藤は解決に至らずICが進んでしまった。 (Non Reflector:説明する記録) 【ICに対する自分の準備】</p> <p>Ns、Dr、家族、本人それぞれ意見が違っても、最も重要であるのは本人の意見でありICを行う前から、本人と話し合う機会を創出して意思確認をする必要があったが、うまく話を聞いていなかった。DrへのICに疑問が生じないために、IC前に打ち合わせの時間を設ける必要があった。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【ICの打ち合わせの必要性】</p>	<p>どの場面においても大切なことであるが患者の訴えや発言に耳を傾け患者の頭の中に入り込みながら思いや気持ちを考えることが大切だと学んだ。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【患者の思いや気持ちを考えること大切さ】</p>	<p>急変時の対応に慣れておらず、自分の知識が不足していることで怖くなり動けなくなってしまうことがあった。急変時はどうしたらいいのか、一から学び直す必要があると感じた。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解があるか) 【急変時の対応の学び直し】</p>	<p>・認知機能が低下し、理解度があいまいな中での手術や入院は不安・恐怖がより伴うものであると分かった。</p> <p>・またその表出も人によって異なることも分かった。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【認知機能低下中の手術・入院に伴う不安・恐怖はより伴う】</p> <p>・看護者の捉え方で、患者への関わり方も大きく変わってしまうのでアセスメントをしっかり行っていきたいと思う。</p> <p>(Critical Reflector:将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【患者を正確に捉えるアセスメントの必要性】</p>
省察記録 3回目	<p>・被害妄想と一概にいつても、どんなことに対して被害的な思考を抱きやすいのかは人によって異なる。よって、<u>精神症状につながる経緯もはじめに情報収集できると良い。</u></p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【精神症状につながる経緯の情報収集の必要性：患者理解】</p>	<p>夜間の睡眠を確保するためには、日中どう過ごすかが大切であることを実感した。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【睡眠の確保には日中の過ごし方(活動)が大切】</p>	<p>・自信がない場合は根拠のないケアはしない。</p> <p>・今回のような緊急時は先輩など他スタッフの力を借りる。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【自信がない場合は根拠のないケアはしない：自分の行動】 【緊急時は他者の力を借りる：自分の行動】</p>	<p>精神疾患等で患者がパニック様の時は寄り添い、患者の思いをできる限りサポートする一方で一線を引き、できないことはできないと伝えていく必要があると考えた。</p> <p>(Critical Reflector:将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【患者の思いをサポートする一方でできない一線を引く】</p>	<p>不安であることを医師に伝えることで医療者間のチームワーク連携が図れ素早い処置につなげることを学んだ。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【医療者間の連携をはかった患者対応】</p>	<p>ご本人にリスクを説明する・伝える、と言った関わりより、安全に離れを進める方法を相談するような関わりの方がA氏には適していたかもしれない。I(アイ)メッセージを用いて看護師としての意見を伝えてみるのも良かったかも。また、転倒後には看護師の発言を受け入れるような反応があったことから、歩行練習の時はうまくいっていても状況が違うと同様にいかないこともある、<u>というように本人を否定せず横断面に配慮した声掛けであれば納得していただけるともあつたと気づいた。</u></p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【患者の性格をふまえた関わり気づき】</p>	<p>患者が不安な気持ちを抱いているとき自分も同じ立場になって考え、どのような気持ちになるのかを想像して関わるともう一歩患者の思いに近づける関わりが出来ると感じた。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【患者の立場を理解した関わり可能性】</p>	<p>勉強不足だと思った。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【勉強不足】</p>	<p>患者・家族の言葉がどのような意図から来ているのか、言い方を変えたり場面を変えたりして聞くのは大事だと思った。</p> <p>(Reflector:新しい知識・理解がある) 【患者・家族を理解するために方法を変えてアプローチすること大切さ】</p> <p>・また自分が感情に流されてしまう時、他者の意見も聞き、状況を整理するのも大事だと思う。</p> <p>(Critical Reflector:将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【感情に流されてしまう時、他者の意見を聞くといった状況の整理が大切】</p>

注) 【】は記述内容のコード化、アンダーラインはそれを示すデータ

- Non Reflector:説明する記録 レベルの省察内容
- Reflector:新しい知識・理解がある レベルの省察内容
- Critical Reflector:将来の行動実践にどう影響するかの説明 レベルの省察内容

表6 省察記録の学びの活用における省察レベル

ID	No1	No2	No3	No4	No5	No6	No7	No8	No9
省察記録 1回目	<p>・時間が許せば、今回の1回目看護師が看護指示や患者の現状を見て、考えたアセスメントがどのようなものだったのか、そこがどう現状と相違があり、判断に迷ったのかを確認したい。</p> <p>・それを今後の看護指示や患者特性を周知する方法へ生かしていきたい。</p> <p>(Critical Reflector:将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【他者のアセスメントの確認】 【担当患者の看護の周知】</p>	<p>・今回のようにドレーンの状況や呼吸状態を観察し、医師へ相談するとともに患者さんの気持ちも考慮し、ねぎらいの言葉をかける。</p> <p>(Critical Reflector：将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【患者の状況を観察、報告すると共に患者への配慮も行う】</p>	<p>勤務帯の変わり目で、患者認識のズレが生じた時は早めに共有して必要な看護が提供できるようにする。</p> <p>(Critical Reflector：将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【患者の認識のズレを共有し看護を提供する】</p>	<p>・発見者のNsが「Aさんの気持ちは嬉しいですが、危ないですからね。私たちも気をつけましょう。」と声をかけていた。環境の整えに加え自身の眼前の声かけの際、A氏も協力も必要となる旨を伝えることで転落を防ぐことができたのではないと思う。</p> <p>(Reflector：新しい知識・理解がある) 【患者の協力も得ることで転落が防げた】</p>	<p>・1人で考えず先輩Nsと話しながら多数の視点で見ているよう行動していきたい。</p> <p>(Clitical Reflector:将来の行動にどう影響するかの説明) 【1人で考えず先輩に話し多角的にみて行動する】</p>	<p>このモヤモヤを先輩に相談し他のアセスメントを考える。 Drの指示に迷った時、どのように行動しているか先輩に聞いてみる。</p> <p>(Clitical Reflector:将来の行動にどう影響するかの説明) 【先輩に相談しアセスメントする】 【医師の指示に納得がない時はどのようにするか先輩に聞く】</p>	<p>・患者の既往や生じている症状、バイタルサインからアセスメントをしてその状況で何が必要なのか考えて行動する。</p> <p>・自分1人では対応しきれないときはスタッフコールなども活用し周囲にも発信しながら患者の安全を第一に考えて看護実践していきたい。</p> <p>(Clitical Reflector:将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【アセスメントをした上で状況に必要なことを実践する】 【周囲に発信して患者の安全を第一に実践する】</p>	<p>・吸引など緊急を要するものなのか考えて行動できるようにしたい。</p> <p>・对患者だけでなく他の業務でも同じことが言えるので気をつけていきたい。</p> <p>(Critical Reflector:将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【緊急性を考えて行動する】 【業務でも（優先順位をつけて）きをつける】</p>	<p>・自分が気になる点については発信する。</p> <p>・それでも納得出来ない場合は自分で患者の状態を確かめたり他看護師や医師に相談する。</p> <p>(Critical Reflector：将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【自分が気になることは表現する】 【自分が納得するまで、患者の状態を確認し他者に相談する】</p>
省察記録 2回目	<p>・一旦持ち帰ってリーダー看護師等に自分の心理反応をともに振り返ってから患者対応を行う。</p> <p>・自分の心理反応がありながらも客観的に患者をみるためにはどうしたらいいのかを対応前に指導してもらう。</p> <p>・目の前にいる患者の精神状態や身体機能の変化をまずは客観的に専門的に情報収集して、アセスメントする。</p> <p>・自分の心理反応はついてくるものであるが、まずは目の前にいる患者に集中する。</p> <p>(Critical Reflector:将来の行動・実践にどのように影響するかの説明) 【心理反応を他者と振り返ってから患者対応をする】 【客観的に情報収集しアセスメントする】 【心理反応がもたらす、患者に集中する】</p>	<p>・なんとなく安全対策をとっている患者さんが0になるように、毎日評価を行い記録していく。</p> <p>(Critical Reflector：将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【安全対策の見直し・安全対策への評価・記録】</p>	<p>・波形を正確に読み取り、その他の患者状況も把握しながら緊急性をアセスメントする。</p> <p>・分からないことはすぐに調べたり、先輩に質問したりしてすぐ解決する。</p> <p>(Critical Reflector：将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【データを正確に読み取り緊急性をアセスメントする】 【わからないことはすみやかに解決する】</p>	<p>・指導する側が内容を統一しておく必要がある一方で、私の所属病棟は様々な科が入っており、看護師がそれぞれ自身のやり方を持ってしまっており統一の機会が設けにくい。掲示板などで指導内容を共有していく必要があると考える。</p> <p>(Critical Reflector：将来の実践・行動にどのように影響するかの説明) 【患者への指導内容の共有】</p>	<p>・異常の早期発見ができるように酸素量とSpO2値の変動を記録に残し評価ができるようにしておく、その上で医師に相談できるよう整える。</p> <p>(Clitical Reflector:将来の行動にどう影響するかの説明) 【早期発見のための記録と評価をする】 【記録と評価をした上で医師に相談する】</p>	<p>・病状の段階が変わったタイミングで本人や家族と今後について話し合う機会を設け、本人にとって一番良い方法を、時間をかけて模索する。</p> <p>・IC前に自分が思っている疑問はDrに聞いて解決する。</p> <p>(Clitical Reflector:将来の行動にどう影響するかの説明) 【患者に良い方法を模索する】 【自分の疑問は医師に確認する】</p>	<p>同じように拒否の原因となっていることを患者の様子や発言から汲みとりそれを解消できるように関わりたい。</p> <p>(Clitical Reflector:将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【患者の言動から原因を探し、その原因を解消できるように関る】</p>	<p>・冷静に今の状況をみてアセスメントを行い、リーダーに報告を行うようにしていく。</p> <p>(Critical Reflector:将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【今の状況をアセスメントし報告をする】</p>	<p>・患者の言動・行動の一つ一つがどこから影響しているのかしっかりとアセスメントして、その原因を軽減できるようにしたい。</p> <p>・今回この患者は術後せん妄になってしまったが、予想出来ていたので医師と相談しながら予防的な対応は出来た。予防出来ない事もあるが軽減出来る部分はあるので先のことをみずせて関わってきたい。</p> <p>(Critical Reflector：将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【患者の言動を正確にアセスメントした上でその影響要因に対応する】 【先を予測しながら対応をする】</p>
省察記録 3回目	<p>・訪室前の情報収集にて、殺害されるという被害妄想があるという情報を得る。</p> <p>・患者には触らずに言語的コミュニケーションや、目線・口調といったコミュニケーション方法を使用して、より安心感を与えてから、貼付薬についての説明を行う。</p> <p>・また、コミュニケーション技術についてより学びを深めていく。</p> <p>(Critical Reflector:将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【精神症状が惹起される情報を得た上で関わる】 【コミュニケーションを工夫して安心感を与える】 【コミュニケーション技術を深める】</p>	<p>・せん妄症状みられる前に予防できるように日中の活動を考えていく。</p> <p>(Critical Reflector：将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【せん妄予防の対策・ケア】</p>	<p>・まずは自分で患者の状況を確認して必要な処置をする。それでも改善なければ他スタッフを頼るようにする。</p> <p>・自分で状況判断できるように知識や技術を磨く。</p> <p>(Critical Reflector：将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【対応しても改善がない場合は他のスタッフに協力を依頼する】 【状況判断ができるよう知識・技術を磨く】</p>	<p>・今後も患者の入院は続き、精神疾患の患者も出てくると考える。ある程度のよりそいは必要だが、時間を決めて関わることが必要だと感じたい。</p> <p>(Critical Reflector：将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【時間をきめて関わる】</p>	<p>・日曜日などの祝日や夜勤帯での急変は医師が不在の場合もあるため、先輩Nsや来棟している医師とも連絡し患者対応・処置が早くできるようにつなげていきたいと思った。</p> <p>(Critical Reflector：将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【主治医不在の急変時は先輩や他の医師と連絡し対応ができるようにする】</p>	<p>・「私はこう思いますが、Aさんはどう思いますか？」というように一緒に考える・共有すると言った関わりを実践する。</p> <p>・私と異なる意見を提示された場合は両者の中間をとるような解決方法を考える。患者を否定するような言い方ではなく、患者以外の問題因子を医療者目線でお伝えし、ナースコールが必要となりそうな場面のイメージをつけてもらう。</p> <p>・特に午後の歩行訓練の段階では「現在は歩行に集中しているのでとても上手に歩行できています。まだ歩行に慣れていない様子も伺えますので疲れや歩行時の状況によっては転倒のリスクがあるので、お一人での歩行器の使用は控えましょう。歩行器を使用したい場合は看護師を呼んでください」と声掛けする。「既にご理解いただいているかと思いますが」というように、患者の羞恥心や自尊心に配慮した声掛けを行う</p> <p>(Clitical Reflector:将来の行動にどう影響するかの説明) 【患者と一緒に考え、共有する関りをする】 【異なる意見の場合は両者の中間をとる解決策を考える】 【患者以外の問題因子を伝え、羞恥心や自尊心</p>	<p>・患者の思いを汲みとり話をよく聞き共感する。</p> <p>・次に患者に同じような思いをさせないようにするためには自分はどういう行動をとったら良いのか行動・関わりを見直せるようにしたい。</p> <p>(Clitical Reflector:将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【患者の思いをよく聞き、共感する】 【自分の行動・関りを見直す】</p>	<p>・どんな効果があるのか具体的に説明を行う。</p> <p>(Critical Reflector：将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【どのような効果があるのかといった具体的な説明をする】</p>	<p>・自分の感情に流されないように何でそう思ったのか、相手の立場になって考えられるようにしたい。そのために言い方や状況などを変えながらとらえていきたいと思う。</p> <p>(Critical Reflector：将来の行動・実践にどう影響するかの説明) 【感情ではなく様々な角度から捉え、患者の立場になって考えたい】</p>

注) 【】は記述内容のコード化、アンダーラインはそれを示すデータ
 Reflector：新しい知識・理解がある レベルの省察内容
 Critical Reflector：将来の行動実践にどう影響するかの説明 レベルの省察内容

表7 日々の省察記録に対する自己評価

分類	項目	下位項目	No1	No2	No3	No4	No5	No6	No7	No8	No9	平均		標準偏差				
I 状態の描写	1. どのような場面であったのか	取り上げた場面がいつどこで起こったのか記述している	4	4	3	3	4	3	4	3	4	3.55	3.5	3.1	0.85			
		私、患者を取り巻く状況を記述している	4	4	3	4	4	3	4	3	2	3.44						
	2. そのとき患者はどういう状態にあったのか	患者の基本的な事実(性別、年齢等)を記述している	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3.66	3.5					
		患者の病状に関する事を記述している	4	4	3	2	4	3	3	4	3	3.33						
		その時の患者の言動を記述している	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3.44						
	3. その時私はどのような状態で関わっていたのか	その状況に関連した過去の経験を記述している	2	3	2	2	1	3	4	4	3	2.66	2.7					
		その状況に関連する知識を記述している	4	3	2	2	2	3	3	2	2	2.55						
		その時の私の言動を記述している	3	4	3	3	2	2	3	1	3	2.66						
		私の言動の理由や目的を記述している	3	4	3	4	3	3	3	1	3	3						
	4. その関りの中でどのような感情があったのか	私の感情(思い)を記述している	1	4	2	4	3	4	2	3	3	2.88	2.8					
		私がなぜそのような感情を抱いたのかを記述している	1	3	2	4	3	3	2	4	3	2.77						
	II 評価／推論／分析の描写	1. その関わりの中でどのような判断を行ったのか	患者の状態についてどのような判断をしたのか記述している	4	4	3	4	3	3	4	1	3	3.22			3	2.7	0.85
患者に必要な援助についてどのような判断をしたのかを記述している			4	4	3	3	3	3	4	3	3	3.33						
その時の援助が患者に与える影響についてどのように判断したのかを記述している			4	3	2	2	3	3	2	3	2	2.66						
関わった人の行動や状況についての分析を記述している			4	4	2	2	3	3	2	3	3	2.88						
2. その経験がどのような影響を与えたのか		この経験が看護職である私にどんな影響を与えているのかを記述している	4	2	2	2	3	3	2	2	3	2.55	2.2					
		この経験が患者(家族・重要他者)にどんな影響を与えているのかを記述している	3	2	2	2	2	3	1	1	2	2						
		この経験が組織にどんな影響を与えているのかを記述している	2	2	2	1	3	3	1	1	3	2						
3. 結果にどのような影響を与えたのか		私の(性格や考え方の)特性が結果に与えた影響について記述している	4	3	3	4	1	3	2	1	3	2.66	2.7					
		活用した知識やスキルの妥当性について記述している	4	3	3	2	3	3	2	3	2	2.77						
		他に活用できる知識やスキルについて記述している	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2.55						
III 発見／課題／学びの描写		1. どのようなことに気づき／意味づけができたのか	自己の(考え方の特徴や)傾向についての気づきを記述している	4	2	3	3	1	4	4	2	3	2.88	3	2.9	0.86		
			この経験の意味づけを記述している	4	3	3	2	3	3	4	2	3	3					
	看護についての新たな気づきを記述している		4	4	3	3	3	3	4	1	2	3						
	看護についての新たな知識につながる気づきを記述している		4	3	3	2	3	3	3	2	2	2.77						
	次回はもっと良い関わりができそうだという気持ち(意識)の変化を記述している		4	4	3	4	4	4	3	3	3	3.55						
	2. どのような課題が明らかになったのか	自分に必要な学習課題を記述している	3	4	3	3	4	3	2	3	3	3.11	2.6					
		学習課題を達成するために必要な行動目標を記述している	4	3	3	2	3	3	2	2	3	2.77						
		行動目標を達成するための方法を具体的に記述している	4	4	3	1	3	3	2	1	2	2.55						
		次の実践への準備として学習した内容を記述している	2	3	3	2	2	3	1	1	2	2.11						
		計	103	100	81	82	85	92	83	70	82	86.4		10.26				

注) 1:全くあてはまらない 2:あまりあてはまらない 3:少しあてはまる 4:とてもあてはまる

2.5未満

2.5以上～3.0未満

表8 インタビューでの省察に対する捉え方と実践や臨床判断の変化

質問	No1	No2	No3	No4	No5	No6	No7	No8	No9
1週間に1回と省察することは大変でしたか。	<p>・大変ではなく、<u>自分の看護を省みる有効な時間になった。</u></p> <p>・大変ではなかったが、<u>意識しない(省察が)できないということ</u>がわかった。</p>	<p>・忙しい意識しないと振り返ることができない</p> <p>・大変ではなかったが、<u>意識しない(省察が)できないということ</u>がわかった。</p>	<p>・正直、<u>大変は大変かなと思っただけ</u>、自分の中で引かったところをうやむやにすることも結構多かったので、ちゃんと紙とか媒体に基づいて振り返って「ああ、これまづかったな」とか、自分の中でちゃんとそれが引かったのが、ちゃんとしっかり引かったっていうのが、<u>学習のきっかけにはなかったけど良かったかなと思う。</u></p> <p>・この紙自体はそんなにすごい、設問がちゃんとあるので、レポートで何百字とかそういうわけじゃないので、そんなに大変ってわけじゃないけど、「あれ？何引っこかったかな」って思い出すのが大変っていうか、<u>結構同期で何書いてるっていうのを、「何か最近引っこかったことあった？」みたいな話をちょっとしたりして、思い出しちゃえばもう書けるんですけど。</u></p>	<p>・そうですね、<u>なかなかかやっしてしたことを覚えてなくて、「あったかな？」</u>と思って、だからそれ以降は、思った瞬間に「もうこれ書くこう」って思っ、したら出てきたんですけど、<u>思い付くのが最初大変だった。</u></p>	<p>・振り返り自体は大変ではなかったんですけど、<u>もやっとしたこと</u>とってというのがなかなか出てこなくて。そこはちょっと挙げるのが難しかった。</p>	<p>・「これ」って思い当たった方がいいが、<u>例えば2回目の事例とか結構メンタル的にしんどくて、あの話が。なんで、それをちょっと思い起こして書くっていうのがつらかったりとか、結構、全部事例の種類違ってたじゃないですか。</u></p> <p>・なんで、どういことを、例えば最初のを見て一緒に話したとか、ああいう感じの基準で書いてほうがいいのになって選んで、<u>患者の場面の切り取りに悩むこともあったっていうところがちょっと大変だったかもしれない。</u></p>	<p>・そうですね、大変っていうか、<u>思い出し振り返るのは大変でしたな。どうだったっけみたいな。</u></p> <p>・そうですね、大変っていうか、<u>思い出し振り返るのは大変でしたな。どうだったっけみたいな。</u></p>	<p>・大変っちゃ大変だったけど、まあ普段、働いて振り返りとかあんまりないっていうか、自分で、自分の中で「あれ駄目だったかな」と思うかもしれないけど、<u>しっかり紙に書いて振り返ること</u>で、<u>やっぱり自分ができたことできないことがはっきり分かる</u>ので、<u>やっぱり必要なかなとは思います。大変なんですけど。</u></p>	<p>普段、多分引っこかる部分とかはあるんですけど、先輩に聞いたりとか患者さんに聞いて納得したりとかしてたので、<u>あんまりそこまで引っこかった部分っていうのを覚えてなかった</u>、<u>気づいてなかったって思ったので、1カ月とかこの研究の期間で振り返ること</u>をして、<u>意外とあるんだなっていうのがあった、そこがちょっと今まで引っこかかってなかったんだなって思った</u></p>
省察をすることで自分の実践が変わったことはありますか。	<p>・実践に疑問を持った際に、<u>次の実践に活かすためにどのような視点や知識、技術が必要だったのかという視点を持つようになった。</u></p>	<p>・改めて自分の判断したことや、<u>その判断から行動した意味を考えること</u>によって次に活かせるようになったというか、<u>していいかなというようになった。</u></p>	<p>・自分の知識不足で挙げてるもの(省察の記録の内容)なので、<u>それちょっと参考書読んでみたりとかはして、そこまですごい分りましたわね</u>じゃないけど、<u>同じようなことが起きた時にちょっと強気な態度取ってしまったり、ううのはちょっと。</u></p> <p>・結構自分の自信ないところを、家帰ったら「疲れたやつ。寝よう」とか、そんな感じでもううやむやにして勉強してこなかったところもあったので、<u>この紙に書いて「さすがにやろう」とっていう気持ちになって、やりました。ちゃんと勉強、少し</u></p>	<p>・結構私はその時に、感情でもやっとするっていう時はやっぱり私がいらっしやっする部分もあるので、そうすると「はい、分りました」みたいな、<u>こっちもちょっと冷たいじゃないか、ちょっと強気な態度取ってしまったり、後から振り返って、「これはこういう思いだったから、あんな態度自分も取ったんだな」</u>っていう。じゃあ、何でこの人はそういう態度になっちゃったかな、<u>そういう強気な態度に相手もなっちゃってしまってる、なっちゃったっていうのを考えると、その裏にはちょっと不安だったりとか、意見だったりとかがあると思うので、「そういうのだったんだな」と思って申し訳なくなりました。</u></p>	<p>・最初の1回目の時に、こういうのがある、振り返るっていうのをちょっと意識し始めて、<u>だんだん「振り返ることであるか」というのが、ちこちこ考えながら普通に仕事をしていた、先生(医師)とつなげたりとか、<u>そういう時に「ああ、こうしてこう」「ああしてこう」</u>っていうのが自分で分かって、<u>じゃあ「次こうしてこう」「ああしてこう」</u>っていうのが分かりやすくなったのと、<u>先生(医師)がオンコールでなかなかかまれない状況だったから「早く来てください」</u>っていうふうにつなげられたかなっていうのがあって、そこは良かった。</u></p>	<p>・最後の人のやつとかは、私は意識しなかったっていうか、<u>ちょっと確かにやりづらじゃないんですけど、微妙に「こういう人、得意じゃないんだな」「みたいなのがうっすらあったけど、それが何でなのとか、関わっていくうちにわがかりがちょっと二階裏になる時とかもあって、そのことを書いてたんですけど、それってこういう理由でこうだったのかなみたいなのが、裏付けが自分の中で取れた気がして、それはちょっと自分の中でいい方向に変わったかなって思った。</u></p>	<p>・でもやっぱり振り返ると、<u>何も振り返らない時より、次振り返る。自分の行動を振り返ると、何がその時に足りてなかったとかっていう考えにもつながるので、次患者さん、同じ患者さんに行く時に、言葉のかけ方っていうか、<u>アプローチの仕方もちょっと変わったかなと思う。</u></u></p>	<p>・一番最後の人とか、結構離床の時とかに「血圧が」って言って離床できなかったんですけど、<u>やっぱりそれも紙に書いて、自分の言い方、「離床しましょう」</u>っていう言い方一つでも、その患者さんに、<u>いろんな患者さんがいる中で扱え方だったりとか違ってくるので、そういうところも紙に書いて、どんな言い方をしたか</u>がいかなかった、<u>この人を離床させられなかったかかっていうのとか、そういうのを……。</u></p> <p>・振り返ったから、<u>今後離床とかする時にどうい声かけをしたりとか、したほうがいいのかっていうのを、もっと意識して、この人にはこう言ったほうがいいんじゃないかっていうところ、声かけの仕方が変わったかなっていう。</u></p>	<p>・一つ一つまではいてないんですけど、でも患者さんが言った言葉とか結構引っこかるようににはなった。</p> <p>・<u>考えることはあるんですけど、それを自分でいくまで、実践でやるまでがまだ情けが足りなかったりとか知識が足りなかったの</u>で、<u>引っこかかって相違してっていう感じで、今は止まっています。</u></p>
省察での学びや気づきを実践に活かされたという経験はありますか。	<p>・第3回目の省察を経て、<u>認知症患者に対するケアの際は、「認知症」という疾患だけでなく患者の感情や被害妄想、希死念慮等の症状を予め情報収集できるようにした。その結果、個別性のあるケアを行うことができ、患者の悪化性を高めずに関われるようになった。</u></p>	<p>・同じ場面にはまだ出会ってなかったんで、あときあーしたからまた今回もこうしようという場面にはまだ出会ってないのも少ししたらこれからは出会うかもしれないと思っている。</p>	<p>・なので、もやっとした時でも、<u>最初に「この人何か裏があるのかな」</u>っていうふうで考えられるようになって、<u>そうするとこっちも、こっちの感情で出すんじゃないかって、何でこうなってるのかなっていう、若干冷静な目で見られるようになってはななな気がする。</u></p>	<p>・そうですね、先生(医師)につなげる時に、<u>やっぱり最初に先輩につなげたほうが、「じゃあ、これも見とこう」</u>って言って、「これも伝えよう」<u>っていうふうになれたっていうのが2回目か1回目の時であって、3回目の今回、まあちょっといろいろあったんですけど、その時も先輩と見て「じゃあ、これはこういうところを相談しよう」</u>っていった上でつなげられて、<u>先生(医師)にも「ここが心配です」</u>っていうのをしっかりと最初に言ったから、<u>先生(医師)がオンコールでなかなかかまれない状況だったから「早く来てください」</u>っていうふうにつなげられたかなっていうのがあって、そこは良かった。</p>	<p>・そうですね、さっきも話したんですけど、<u>これも見なまやい</u>はないんだなっていうのがだんだん増えてくから、<u>その時の振り返りってすごく重要だと思って</u>。呼吸回数もやっしてこ最近しっかり見るようになったし、とか、<u>そういうのもササSat(サチュレーション)とかの変化だったりとか、今他科とかも受け入れてるので、そういう時の観察項目もだんだん増えていくから、そういう時に言わなまやいけないうのが、<u>毎回毎回多分振り返ってるからできてるんだなっていうのは、臨床判断の力なのかなと思う。</u></u></p>	<p>・何だろうな。でもそんなに振り返った内容を気にして業務に当たることがなかったんで、<u>正直いうと、そんなに影響もなかったって言うの難しくて、あと判断っていうところが、その話</u>しっかり見るようになったし、とか、<u>そういうのもササSat(サチュレーション)とかの変化だったりとか、今他科とかも受け入れてるので、そういう時の観察項目もだんだん増えていくから、そういう時に言わなまやいけないうのが、<u>毎回毎回多分振り返ってるからできてるんだなっていうのは、臨床判断の力なのかなと思う。</u></u></p>	<p>・何気なく患者さんに声かけたりとか、質問したりとかしてたが、<u>結構曖昧に返ってくる</u>ことが多くて、<u>それって結局どういことなんだらうって思っ、自分もそのままにしちゃったりとかしてた。だけど、自分は色々思う、もう一歩踏み込んで聞くことで、患者さんがどう思ってるんだとか、あと思ってることを自分が聞きたいって思ったときにポイントで質問したことで、そういう例で、理由、拒否してる理由などが分かったの</u>で、<u>その振り返りしたこと、そういう行動に変わったっていうふう</u>に。</p>	<p>・でも引っこかるようになったので、<u>今まで多分スルーしてた部分とか、受け持ちの中で、自分が多分先に引っこかかっていうのが何回もあった部分があったので、そこは多分引っこかるポイント</u>を研究でやって、<u>そこ身に付いたのかなって思います。</u></p> <p>・事例で細かいいうと、<u>おうちに帰る方、部屋で意識消失しちゃったっていうこと、おうちに帰る方、部屋で意識消失している感じで、透断を今回導入したっていう人なんですけど、それで家族も本人ももうちょっと過ごしたいけど、家族は何も手伝いたくないっておっちゃんって、今まではそれで過ごしてたので、ご本人さんも娘さんも意見が合ってるからおうちに帰らせようっていうふうに進めてたんですけど、<u>カルテとかで結構在宅のものがあったりとか結構分かれているんですけど、それが情報が散らちやあって、そこでじゃあどこに介入するのかなって引っこかりました。</u></u></p>	
自分の判断力は省察することで変化がありましたか。	<p>・あった。省察を行うことで<u>自分の心理反応やアセスメントの傾向を理解することが出来た。そのため自分の傾向を踏まえたうえで、客観的な判断ができるよう努めるよう心掛けるようになった。</u></p>	<p>・変化はなかった。</p>	<p>・1つ目に挙げた、<u>観察モニターの件は、どちらかという自分</u>のミスというよりは、<u>他の人がやっていたことに気付いてあげた</u>みたいな感じなんで、<u>そこで何かっていうはないが、この2枚目と3枚目は、自分の分らなかつたところを先輩に教えてもらったりいろいろして分かったみたいな感じだった。</u></p> <p>・モニターとか例えれば見た時も、<u>どれくらい大変な(状態か)もう早く行かまやいけないかとか、じっと、もうちょっと様子見ていいのかみたいなとか、<u>人工呼吸器にしてみても今のアラーム鳴ってるけど、うやむやに何かないで、これすればいいのかなとか、誰か呼べばいいのかなとか何となく分かったっていうのが、<u>確かにちょっと判断としては、少しは伸びたのかなって。</u></u></u></p>	<p>・自分を振り返る時ですか、<u>振り返るようになって、その場合に先輩とかがそれで助けてくれた</u>じゃないですけど、<u>その対応とかも後で見ることがあって、そういうのを振り返って、「あの先輩のここがすごい良かったんだな」</u>っていうのを、<u>いつもなら流してしまってる部分を、「先輩ありがとございます」</u>ぐらいしか思わないところを、「<u>こういう観察取れば良かったな、私も」</u>みたいな、<u>ちょっと今後に生かすようなことを考えられるようになった気がする。</u></p>	<p>・そうですね、さっきも話したんですけど、<u>これも見なまやい</u>はないんだなっていうのがだんだん増えてくから、<u>その時の振り返りってすごく重要だと思って</u>。呼吸回数もやっしてこ最近しっかり見るようになったし、とか、<u>そういうのもササSat(サチュレーション)とかの変化だったりとか、今他科とかも受け入れてるので、そういう時の観察項目もだんだん増えていくから、そういう時に言わなまやいけないうのが、<u>毎回毎回多分振り返ってるからできてるんだなっていうのは、臨床判断の力なのかなと思う。</u></u></p>	<p>・これを書いてる時に、<u>何気なく自分がたことでも書い出</u>てみると、<u>自分はこの時にこういうことあるというところも、こんなとまで考えてたんだなっていう判断、<u>こういうことから、どんな状況だけじゃなくても、生活状況だったり前日とかその前後の日のこととか考えながら判断までたんにじゃないかかっていうふう</u>に、<u>その時のことだけじゃなくて。</u></u></p>	<p>・判断力、1回失敗したこととか疑問に思ったことを書いて、<u>自分はその時はこういう判断をしたけど、後から冷静に考えてみると、<u>こうしたほうがいいんじゃないかっていうところ、2番目の人</u>の時とか先輩に聞いて、もうちょっと何かこう、もうちょっと知識がある人を見てもうらうかはしたけど、<u>自分で勉強して知識を持ってたら、先輩を呼ばなくてもその場でできた</u>ようにもなってるかなって思います。その上で相談したりと介入点絞って、自分のアセスメントが合ってるのか開けた部分があったので、それですすね。</u></p>	<p>ありました。今までは多分、分らなかつたら、<u>ちょっと考えて</u>自分はその時はこういう判断をしたけど、<u>後から冷静に考えてみると、こうしたほうがいいんじゃないかっていうところ、2番目の人</u>の時とか先輩に聞いて、もうちょっと何かこう、もうちょっと知識がある人を見てもうらうかはしたけど、<u>自分で勉強して知識を持ってたら、先輩を呼ばなくてもその場でできた</u>ようにもなってるかなって思います。その上で相談したりと介入点絞って、自分のアセスメントが合ってるのか開けた部分があったので、それですすね。</p>	

※表中のアンダーラインで示した箇所は質問に対する答えの内容と著者が捉えた箇所

表9 LCJR高得点群と低得点群を示した省察記録からの気づきと学び

カテゴリー (6)	サブカテゴリー (16)	コード (45)
既存の知識、捉え方の視点、リスクの予測と対応、関わりを含めた援助の工夫についての学び (9)	関わりや援助の評価と改善と効果の期待 (5)	ユマニチュードの手法自体は有効的であり、今後は先述の患者特性を踏まえたうえで、使用できたら、より効果が高まる (No1-3)
		患者の性格をふまえた声かけ (No4-1)
		一人で歩いても転倒・転落リスクが低い環境整備の必要性 (No4-1)
		患者にリスクを説明する・伝えるという関わりより、安全に離床を進める方法を相談するような関わりや(アイ)メッセージを用いて看護師としての意見を伝えてみるのも良かった (No6-3)
		転倒後には看護師の発言を受け入れるような反応があったため、本人を否定せず環境面に配慮した声掛けであれば納得していただけることもあると気づいた (No6-3)
	急変のリスクや異常を予測し迅速に対応できるようにする (2)	既往からもどのようなことが起こる可能性があるのか予測し、起きたときの対応をシミュレーションし準備しておくことも大切 (No7-1)
		異常の早期発見につなげたい (No5-2)
		夜間の睡眠を確保するための日中の過ごし方の大切さを実感した (No2-3)
		医師の指示に対する疑問について先輩看護師に伝えると「夜は寝た方がいいよね」と返答があり、自分は患者の安全に配慮するあまり生活面に目を向けられていなかったことに気づいた (No6-1)
知識や技術不足、患者への配慮不足と患者状態の確認不足の気づき (8)	知識、技術不足 (3)	自信がない場合は根拠がないケアはしない (No3-3)
		短時間で繰り返し行う吸引は身体に負担がかかるので、それほど緊急ではなかったため休息をはさんで吸引すれば良かった (No8-1)
		勉強不足だと思った (No8-3)
	患者の情報、他の勤務帯での患者の様子や状況の確認不足 (3)	何に被害的な思考を抱きやすいかは人によって異なるため、精神症状(被害妄想)につながる経緯を予め情報収集できると良かった (No1-3)
		1年目の看護師から引き継いだ患者であり、日中の様子を確認しながら看護するべきだった (No3-1)
		日勤帯でのO2投与量と労作時のSat低下を把握していなかった (No5-2)
	患者の意思の確認不足や患者の気持ちへの配慮不足 (2)	病態に気をとられ、連日何度も包帯交換をされている患者の気持ちを考慮できなかった (No2-1)
		最も重要なのは本人の意見なのにICを行う前に話し合う機会を設けず本人の意思確認をすることができなかった (No6-2)
自分の行動、心理反応の認識や知識不足を補う必要性 (8)	自分の心理反応と対策、捉え方の気づき (4)	(自殺企図の患者に対して) 自分の心理反応を優先してしまう (No1-2)
		自分が感情に流されてしまう時、他者の意見もきき状況を整理するのも大事 (No9-3)
		目の前の吸引だけを考えるのではなく患者の身体全体をみて考えられるようになるべきだと気づいた (No8-1)
	相談しない、相談のタイミングの遅さ (2)	急変時の対応に慣れておらず、知識が不足していることで怖くなり動けなくなることがあった (No8-2)
		先輩看護師でも優先順位が異なることがあり(それに対して)気になる点等、私自身相談するのが遅い (No9-1)
		イレウスの移行はなかったが気づいた段階で相談をするべきだった (No5-1)
	知識不足を補う必要性 (2)	分からないことは本当に怖い、不足に感じた知識はすぐに修得する必要がある (No3-3)
		急変時はどうしたらいいのか、一から学び直す必要がある (No8-2)
患者・家族、看護師、医師との連携、調整をしながら対応する必要性 (8)	他の看護師と医師に患者の状況を共有し、協力を得る (4)	事例で受け持つ患者に関わらず、自分でアセスメントし、先輩からも合意が得られたものについては、行動レベルで分かりやすく看護指示に反映する必要があると学んだ (No1-1)
		1年目看護師を含む他看護師は他の患者対応もあり時間が少なく、患者の特徴までは理解できない可能性があるため、患者の個性も看護指示に反映できたら良い (No1-1)
		今回のような緊急時は先輩など他スタッフの力を借りる (No3-3)
	患者の協力を得る (2)	不安であることを医師に伝えることで医療者間のチームワーク連携が図れ素早い処置につながることを学んだ (No5-3)
		Ptにもそれ(安全対応としてのナースコールやマットコール)の必要性を理解してもらう必要がある (No2-2)
		精神疾患等で患者がパニック様の時は寄り添い、患者の思いをできる限りサポートする一方で一線を引き、できないことはできないと伝えていく必要がある (No4-3)
	医師の方針、患者・家族の意思の確認の必要性 (2)	BSC方針の患者であり、患者の希望や医師の方針も確認していく必要がある (No3-1)
		DrへのICに疑問が生じないために、IC前に打ち合せの時間を設ける必要があった (No6-2)
患者・家族の状況をふまえて気持ちを理解すること、考えることの大切さ (8)	患者、家族の立場にたち状況や気持ちの理解とそれらを考えることの大切さ (5)	消灯時間も過ぎていたため、睡眠不足につながっていたかもしれない (No2-1)
		どの場面においても大切なことであるが患者の訴えや発言に耳を傾け患者の頭の中に入り込みながら思いや気持ちを考えることが大切だと学んだ (No7-2)
		患者が不安な気持ちを抱いているとき自分も同じ立場になって考え、どのような気持ちになるのかを想像して関わるともう一歩患者の思いに近づける関わりが出来ると感じた (No7-3)
		認知機能が低下し、理解度があいまいな中での手術や入院は不安・恐怖がより伴うものであると分かった (No9-2)
		患者・家族の言葉がどのような意図から来ているのか、言い方を変えたり場面を変えたりして聞くのは大事 (No9-3)
	患者の気持ちの表し方と言動の背景にある気持ちの理解 (2)	その表出(手術や入院の不安・恐怖)も人によって異なることも分かった (No9-2)
		今回の発言は知らないことを伝えられた戸惑いや焦りから出たものと考えられる (No4-2)
		患者の訴えには憤りや攻撃的なものも時折あり、落ち込むこともあるが看護師一人を攻撃する意図はほぼなく、患者の焦りといった感情が背景にあると再認識した (No4-2)
		患者状況が正確に把握できていない場合でも起こりうるリスクを考え、可能な範囲で患者を観察し状況をアセスメントすることは重要 (No3-2)
		患者に今起きている症状やバイタルサインを測定することはとても大切 (No7-1)
患者を捉え、援助を実施するためのアセスメントの必要性と正確さ (4)	必要な援助や関わりのためのアセスメントの正確さ (2)	ナースコールを依頼するだけでなく、マットコールを敷くことやボディコールをつけるなど安全対応をとるためにアセスメントは必要 (No2-2)
		看護師の捉え方で、患者への関わり方も大きく変わってしまうためアセスメントをしっかり行っていきたい (No9-2)
		LCJR26点以上の高得点群 (26)
		LCJR26点未満の低得点群 (19)

表10 LCJR高得点群と低得点群を示した省察記録からの学びの活用

カテゴリー (5)	サブカテゴリー (15)	コード (40)
自分の知識・技術不足、スタッフや医師との連携不足、疑問があっても言えない行動の改善 (15)	自分でアセスメントし対応しても、難しい場合は他スタッフ・医師と連携しながら行動する (5)	まず自分で患者の状況を確認して必要な処置をする。それでも改善がなければ他スタッフを頼るようにする (No3-3)
		自分1人では対応しきれないときはスタッフコールなども活用し周囲にも発信しながら患者の安全を第一に考えて看護実践していきたい (No7-1)
		1人で考えず先輩と話しながら多数の視点で見ているよう行動していきたい (No5-1)
		日曜日などの祝日や夜勤帯での急変は医師が不在の場合もあるため、先輩Nsや来棟している医師とも連絡し患者対応・処置が早くできるようにつなげていきたい (No5-3)
		冷静に今の状況をみてアセスメントを行い、リーダーに報告を行うようにしていく (No8-2)
	患者情報、援助内容、アセスメントを他スタッフと共有する (4)	今後の看護指示や患者特性を周知する方法へ生かしていきたい (No1-1)
		時間があるときに、今回の1年目看護師が看護指示や患者の現状を見て、考えたアセスメントがどのようなものだったのか、そこがどう現状と相違があり、判断に迷ったのかを確認したい (No1-1)
		勤務帯の変わり目で、患者認識のズレが生じた時は早めに共有し必要な看護が提供できるようにする (No3-1)
		指導内容を統一する必要があるが、看護師がそれぞれのやり方を持ってしまっており統一の機会が設けにくい。ため掲示板などで指導内容を共有していく必要がある (No4-2)
		自分が気になる点や納得出来ない場合は自分で患者の状態を確かめたり他看護師や医師に相談する (No9-1)
自分が気になること、疑問を抱いたときは質問したり他者に確認する (3)	このモヤモヤした気持ちを先輩に相談し他のアセスメントを考える。Drの指示に迷った時、どのように行動しているか先輩に聞いてみる (No6-1)	
	IC前に自分が思っている疑問はDrに聞いて解決する (No6-2)	
	コミュニケーション技術についてより学びを深めていく (No1-3)	
知識を補い技術を磨き、深める (3)	分からないことはすぐに調べたり、先輩に質問したりしてすぐ解決する (No3-2)	
	自分で状況判断できるように知識や技術を磨く (No3-3)	
	せん妄症状がみられる前に予防できるように日中の活動を考えていく (No2-3)	
患者の状況がふまえた援助の工夫 (10)	患者に合わせてよりよい援助を考え実践する (3)	異なる意見を患者から提示された場合には両者の中間をとるような解決方法を考える。患者を否定するような言い方ではなく、患者以外の問題因子を医療者目線で伝え、ナースコールが必要となりそうな場面のイメージをつけてもらう。患者の羞恥心や自尊心に配慮した声掛けを行う (No6-3)
		どのような効果があるのか具体的に説明を行う (No8-3)
		訪室前の情報収集にて、殺害されるという被害妄想があるという情報を得る。患者には触らずに言語的コミュニケーションや、目線・口調といったコミュニケーション方法を使用して、より安心感を与えてから、貼付薬についての説明を行う (No1-3)
	行為や関わりを見直ししながら、患者にとって良い方法を模索し考えながら実施する (3)	次に患者に同じような思いをさせないようにするためには自分は何のような行動をとったら良いのか行動・関わりを見直せるようにしたい (No7-3)
		病状の段階が変わったタイミングで本人や家族と今後について話し合う機会を設け、本人にとって一番良い方法を、時間をかけて模索する (No6-2)
	術後せん妄の予想をし医師と相談しながら対応した (1)	この患者は術後せん妄になってしまったが、予想出来ていたので医師と相談しながら予防的な対応は出来た (No9-2)
	患者と一緒に考え、協力を得る (2)	発見者のNsが「Aさんの気持ちは嬉しいですが、危ないですからね。私たちが気をつけますが、Aさんも協力して気をつけていきましょう」と声をかけていた。環境の整えに加え自身の眠前の声かけの際、A氏も協力が必要となる旨を伝えることで転落を防ぐことができたのではないと思う (No4-1)
		「私はこう思いますが、Aさんはどう思いますか？」というように一緒に考え、共有すると聞いた関わりを実践する (No6-3)
		今後も精神疾患の患者を担当することをふまえ、ある程度のよりそいは必要だが、時間を決めて関わる必要があると感じた (No4-3)
	患者を精神・身体面から正確にアセスメントし、アセスメントに基づいて実践する (7)	患者の言動、状況、援助をアセスメントしたうえで実践する (5)
患者の既往や生じている症状、バイタルサインからアセスメントをしてその状況で何が必要なのか考えて行動する。 (No7-1)		
患者の言動や行動の一つ一つがどこから影響しているのかしっかりアセスメントして、その原因を軽減できるようにしたい (No9-2)		
予防出来ない事もあるが軽減出来る部分はあるので先のことをみずすえて関わっていきたい (No9-2)		
異常の早期発見ができるよう酸素量とSpO2値の変動を記録に残し評価ができるようにしておく、その上で医師に相談できるよう整える (No5-2)		
精神・身体機能の変化を客観的に情報収集し、正確にアセスメントする (2)	目の前にいる患者の精神状態や身体機能の変化をまずは客観的に専門的に情報収集し、アセスメントする (No1-2)	
	波形を正確に読み取り、その他の患者状況も把握しながら緊急性をアセスメントする (No3-2)	
	自分の心理反応はついてくるものであるが、まずは目の前にいる患者に集中する (No1-2)	
自分の心理的反応、行動の傾向についての対策、課題への対応 (4)	自分の心理的反応が生じる前、生じているときの対応とその後の対策 (2)	吸引など緊急を要するものなのか考えて行動できるようにしたい。对患者だけでなく他の業務でも同じことが言えるので気をつけていきたい。 (No8-1)
		一旦持ち帰ってリーダー看護師等に自分の心理反応をともに振り返ってから患者対応を行う (No1-2)
		自分の心理反応がありながらも客観的に患者をみるためにはどうしたらいいのかを対応前に指導してもらおう (No1-2)
患者の立場になって状況や言動から気持ちを汲みとり関わる (4)	患者の状況や言動から気持ちを汲みとり関わる (2)	(胸腔)ドレーンの状況や呼吸状態を観察し、医師へ相談するとともに患者さんの気持ちも考慮し、ねぎらいの言葉をかける (No2-1)
		拒否の原因となっていることを患者の様子や発言から汲みとりそれを解消できるように関わりたい (No7-2)
	患者の思いをよく聴き、患者の立場になって考えられるようにする (2)	患者の思いを汲みとり話をよく聞き共感する (No7-3)
		自分の感情に流されないよう何故そう思ったのか、相手の立場になって考えられるようにしたい。そのため言い方や状況などを変えながらとらえていきたい。 (No9-3)

LCJR26点以上の高得点群 (26)

LCJR26点未満の低得点群 (14)

表11 LCJRを用いた臨床判断の評価得点

LCJR項目	No1	No2	No3	No4	No5	No6	No7	No8	No9	計	平均
焦点を絞った観察	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	26	
焦点を絞った観察の逸脱	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	24	23.6
情報探索	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	21	
効果的な解釈に含まれるもの	模範的 (4)	模範的 (4)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	26	25
データの優先順位づけ	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	24	
データの意味づけ	達成 (3)	模範的 (4)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	24	
冷静で自信のある態度	模範的 (4)	模範的 (4)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	27	
効果的な反応に含まれるもの	模範的 (4)	模範的 (4)	模範的 (4)	達成 (3)	28	25.7					
明確なコミュニケーション	達成 (3)	模範的 (4)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	25	
十分に計画された介入・柔軟性	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	23	
効果的な省察に含まれるもの	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	22	22
評価・自己分析	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	22	
改善へのコミットメント	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	達成 (3)	22	
評価合計点	36	37	33	25	24	24	32	22	36		

注) 発展途上 (3) は、4段階評価 (模範～初歩的) とその得点

表12 評価得点の群別でみたLCJRの各項目の差

LCJR項目	高得点群	低得点群	得点の差
焦点を絞った観察	3	2.75	0.25
焦点を絞った観察	3	2.25	0.75
情報探索	2.6	2	0.6
効果的な解釈に含まれるもの			
データの優先順位づけ	3.2	2.5	0.7
データの意味づけ	3.2	2	1.2
効果的な反応に含まれるもの			
冷静で自信のある態度	3.8	2	1.8
明確なコミュニケーション	4	2	2
十分に計画された介入・柔軟性	3.4	2	1.4
技能的であること	3	2	1
効果的な省察に含まれるもの			
評価・自己分析	2.6	2	0.6
改善へのコミットメント	2.6	2.25	0.35
評価合計点	34.6	23.75	10.85

得点差が1.0以上見られた項目

付 録

令和〇年 〇〇月〇〇日

看護部長 様

2年目看護師のKolbの経験学習論から捉えた“省察レベル”と臨床判断力との関連
に関する研究協力へのお願い

早春の候、貴職にはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、現在武蔵野大学大学院看護学研究科博士課程に在学しております、羽入千悦子と申します。博士論文のテーマとして、看護継続教育に関心を持ち特に臨床判断の教育支援について研究をしております。看護師にとって臨床判断とは看護実践の根拠であり、臨床判断をする力は実践をする上で必須の能力であります。先行研究より臨床判断力に差が出るのは3年目以降であることから、臨床判断力が育つには経験を必要とします。しかし、臨床経験が長ければ臨床判断力が高いとも限りません。また、臨床判断に重要な要素として、省察（振り返り）が挙げられ、実践を振り返ることによって知識が生じ、臨床判断力が向上すると指摘されています。そこで、経験からの学習を可視化した、Kolbの経験学習論を基に日々の実践を省察し、省察内容と臨床判断力との関連を明らかにしたいと考えました。

この度「2年目看護師のKolbの経験学習論から捉えた“省察レベル”と臨床判断力との関連」を計画しております。つきましては、下記の内容をお読みいただき、研究の趣旨をご理解いただき、①研究対象者の募集、②プライバシーが確保された個室の使用、についてご協力を賜りますようお願い申し上げます。

研究にご協力いただける場合は、研究者までご連絡をお願いいたします。

記

1. 研究課題名

2年目看護師のKolbの経験学習論から捉えた“省察レベル”と臨床判断力との関連

2. 研究目的・意義

2年目看護師の方を対象に、Kolbの経験学習論を用いて省察を実施し、2年目看護師の省察内容と臨床判断力との関連を明らかにすることです。2年目看護師の省察内容が明らかになることで臨床状況や自分の実践をどのように捉えているのかが分かり、2年目看護師の思考についての共通理解や支援に繋がると考えます。

3. 研究方法・手順

1) 研究に要する期間は4週間です。説明を含めて研究者と4回会います。1回の所要時間は15分～30分です。

2) 方法は大きく、(1)個人で行う省察、(2)シミュレーションによる臨床判断力測定、です。

(1)個人で行う省察は、記録用紙を用いて1週間に1回程度行います。それを3回実施します。記録にかかる時間は15～20分です。

省察1回目が終わった後、研究者と書き方の確認を15分程度します。次に3回目の省察が終わった後、研究者からインタビューを15分程度受けます。

(2)シミュレーションによる臨床判断力測定は、(1)が終了した後、ある状況設定の患者さんに必要だと判断したケアを実施していただきます。実施時間は10分、振り返りとして、何故そのケアを実施したのか、何を判断したのか等10分行き、計20分程度予定しています。研究者はLCJR (Lasater Clinical Judgment Rubric) を用いて参加者の実践の様子を参加観察しながら臨床判断力を評価します。

4. 研究対象

成人病棟に勤務する看護師2年目の方 30名

- 1) 現在の勤務場所が集中治療室・手術室・冠疾患集中治療部・外来・産婦人科・小児病棟である場合また2年目であっても准看護師の経験がある方は対象となりません。
- 2) 2年目とは、看護基礎教育を卒業し看護師として就業してから1年が経過した状態を指します。
- 3) 就業場所が他院であっても病棟での勤務経験があり、合わせた経験年数が1年以上2年未満である場合は対象となります。

5. ご協力いただきたいこと

- 1) 研究の協力について承諾する場合、研究者のメールまたは電話にご連絡をお願い申し上げます。研究者が説明をしに伺いますので、都合のよい日程もご教示ください。説明後、研究協力にご承諾下さる場合は、再度研究者のメールまたは電話にご連絡をお願い申し上げます。
- 2) 貴職には、上記4の条件に該当する病棟と勤務する2年目看護師の人数をお知らせくださいますようお願い申し上げます。
- 3) 2)の病棟師長に、研究参加者の募集案内を病棟に掲示し、さらに各病棟に勤務する2年目看護師に用意した書類（募集案内・返信用紙・返信用封筒）の配布をご依頼くださいますようお願い申し上げます。
- 4) 研究への参加を薦めたり、参加の諾否を師長又は対象者に直接確認することのないようご配慮ください。
- 5) 参加者が希望した場合、病院内のプライバシーが確保された個室をお借りしたいと存じます。ご協力のほどどうぞお願い申し上げます。また、病院内の個室を使用するにあたり、研究の参加を知ったとしてもそれ以上は詮索しないようご協力お願い申し上げます。

6. 倫理的配慮

- ・本研究は武蔵野大学にて倫理審査を受け、承認されております（承認番号G1902-2）
- ・研究成果は看護系学会、論文で公表する予定です。その際には施設や個人が特定されないことがないように十分配慮いたします。また研究成果はご報告いたします。
- ・研究協力の諾否は自由意思によりご決定頂くため、拒否できることを保障します。この依頼をお断りすることによって、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。また、一度同意したとしても、撤回することも可能です。その際は、下記までメールまたは電話でご連絡ください。

7. その他

本研究に関する書類として、対象者の募集案内（資料2）、返信用紙（資料3）病棟管理者への依頼文（資料4）、研究対象者個人への依頼文（資料5）、同意書（資料6）、同意撤回書（資料7）、省察記録用紙（資料8）、LCJR日本語版（資料9）、も添付いたしました。

お忙しいところ、誠に恐縮ですが、以上、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

2021年4月 吉日

武蔵野大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程 羽入千悦子

Mail : @stu.musashino-u.ac.jp

電話 :

2年目看護師の皆さまへ

2年目看護師のKolbの経験学習論から捉えた”省察レベル”と臨床判断力との関連
に関する研究協力をお願い

私は武蔵野大学大学院看護学研究科博士課程に所属しております、羽入千悦子と申します。博士論文のテーマとして、臨床判断の教育支援について研究をしております。看護師にとって臨床判断とは実践の根拠であり、臨床判断をする力は必須の能力です。その臨床判断力が育つには経験と省察の必要性が指摘されていますが、その関連についてはまだ十分に検証されていません。そこでKolbの経験学習論を用いて皆さんが日々行っている臨床判断を振り返っていただき、その省察の内容と、臨床判断力に**関連があるかどうか**を明らかにしていきたいと考えています。ご協力を賜りますよう、お願い申し上げます。

研究者の依頼事項

- ・説明を受け、記録用紙を受け取る（15～20分）。
- ・1週間に1回程度、看護実践での臨床判断について記録用紙を使って省察（振り返り）する。（1回の記録にかかる時間は15～20分です）
- ・省察を3回繰り返す。1回目と3回目の省察が終わったら、研究者と15分程度会う。
- ・3回目の省察終了後、1週間～10日間後に臨床判断力を測定（20分）する。

<対象者>

1. 研究協力をお願いしたい方の条件としては下記の通りです。
 - 1) 看護師2年目の方
 - ・看護師2年目とは看護基礎教育を卒業し看護師として就業してから1年が経過した状態
 - ・就業場所が他院であっても病棟での勤務経験があり、現在と合わせた病棟勤務の経験年数が1年以上2年未満である場合
 - 2) 勤務場所が、集中治療室・手術室・冠疾患集中治療部・産婦人科・小児病棟・外来以外、の**成人病棟に勤務している方**

<調査の流れと実施場所>



1. **病院内または研究者の所属施設**で経験学習論、臨床判断力と省察、省察の書き方について **15～20分程度**説明をします。
2. **病棟**で2年目看護師の方それぞれで、日々の実践から臨床判断について記録用紙に従い省察をします。1回の記録にかかる時間は個人差はありますが **15～20分程度**です。
3. 1回目の省察終了後、記録用紙の書き方について**病院内または研究者の所属施設にて15分程度**確認をします。
4. 2回目・3回目の省察は個人で進めていただきます。3回目の省察が終わりましたら、**病院内または研究者の所属施設にて15分程度**インタビューを実施します。
5. 日程を調整し臨床判断力を研究者の**所属施設(実習室)にて20分程度**測定します。

<インタビュー内容・臨床判断力測定について>

- 1) 全3回の省察が終わった後に実施するインタビューは、や省察に対する感想、実践への影響、臨床判断力に対するあなたの認識について伺います。
- 2) 臨床判断力は、3回の省察後、7日～10日間程度で日程を調整させていただき、研究者が所属する機関で、シミュレーションを実施します。シミュレーションの内容は、病棟で遭遇する誤嚥性肺炎の事例を再現しその状況に関わっていただきます。その時の言動をルーブリックで研究者が測定します(10分)。その後、振り返り(10分)をしていただきます。

<調査期間>

2021年6月以降3カ月の期間で、ご都合がよい日程を調整させていただきます。

<研究参加への考慮>

本研究に参加するにあたり勤務外の時間を拘束することとなります。そのため時間的拘束を最小とすること、勤務に影響が出ることがないように配慮します。また、忙しさ等を考慮し省察の記録や臨床判断力測定の時期についても負担がないよう調整いたします。

<研究参加の連絡先>

研究に参加していただける場合は、同封しました、返信用紙に必要な事項を明記の上、研究者まで郵送いただくか、下記のメールまたは電話に連絡をお願いいたします。

<問い合わせ連絡先>

研究への参加についての返信は、**6月末までに**連絡をいただけますと幸いです。
また、研究に関する質問についてはいつでも下記のメールまたは電話にてご連絡をください。
お忙しいところ、大変恐縮ですが、研究へのご理解とご協力をいただきたくお願い申し上げます。

武蔵野大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程 羽入千悦子

Mail : @stu.musashino-u.ac.jp

電話 :

研究協力の承諾

研究（2年目看護師のKolbの経験学習論から捉えた“省察レベル”と臨床判断力との関連）への協力を承諾します。そのため、研究者（羽入千悦子）より説明を受けることを希望します。

1. 説明の希望日時（複数挙げてください 記載例 6月12日（水）13:30～ ）

1) _____ 2) _____ 3) _____

2. 説明を受ける場所（どちらかに○をつけてください）

慈恵医大医科大学医学部看護学科校舎内 ・ 所属病院内の個室

3. 氏名 _____

メールアドレス : _____ (研究者より返信をするため必ずご記入ください)

電話番号 : _____ (上記のアドレスが繋がらなかった場合のみお電話します)

返信用封筒にて、6月末までにご連絡ください。

看護師長 様

2年目看護師のKolbの経験学習論から捉えた“省察レベル”と臨床判断力との関連

研究参加者の募集案内配布のお願い

早春の候、皆様におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

私は武蔵野大学大学院看護学研究科博士課程に所属しております、羽入千悦子と申します。博士論文のテーマとして、臨床判断の教育支援について研究をしております。看護師にとって臨床判断とは看護実践の根拠であり、臨床判断をする力は実践をする上で必須の能力であります。先行研究より臨床判断力に差が出るのは3年目以降であることから、臨床判断力が育つには経験を必要とします。しかし、臨床経験が長ければ臨床判断力が高いとも限りません。また、臨床判断に重要な要素として、省察（振り返り）が挙げられ、実践を振り返ることによって知識が生じ、臨床判断力が向上すると指摘されていますが、省察と臨床判断力の関連を示す研究は少なく根拠として示すには十分ではありません。そこで、経験からの学習を可視化した、Kolbの経験学習論を基に日々の実践を省察し、省察内容と臨床判断力との関連を明らかにしたいと考えました。

1. 研究目的・意義

2年目看護師の方を対象に、Kolbの経験学習論を用いて省察を実施し、2年目看護師の省察内容と臨床判断力との関連を明らかにすることです。2年目看護師の省察内容が明らかになることで臨床状況や自分の実践をどのように捉えているのかが分かり、2年目看護師の思考についての共通理解や支援に繋がると考えます。

2. 研究対象

病棟に勤務する看護師2年目の方

- ・看護師2年目とは看護基礎教育を卒業し看護師として就業してから1年が経過した状態
- ・就業場所が他院であっても病棟での勤務経験があり、現在と合わせた病棟勤務の経験年数が1年以上2年未満である場合

3. 調査の流れと実施場所



- 1) 病院内または研究者の所属施設にて経験学習論、臨床判断力と省察、省察の書き方について 15～20分程度説明をします。
- 2) 病棟で2年目看護師の方が日々の実践から臨床判断について記録用紙に従い省察をします。
1回の記録にかかる時間は個人差はありますが 15～20分程度です。

- 3) 1回目の省察が出来た後、記録用紙の書き方について病院内または研究者の所属施設にて15分程度確認をします。
- 4) 3回目の省察が終わりましたら、病院内または研究者の所属施設にて15分程度インタビューを実施します。
- 5) 日程を調整し臨床判断力を研究者の所属施設（実習室）にて20分程度測定します。

4. ご協力いただきたいこと

- 1) 研究参加者の募集案内を病棟に掲示または周知し、病棟に勤務する2年目看護師の方に個別に用紙した封書（募集案内・協力への返信用紙・返信用封筒）の配布をお願い申し上げます。
- 2) 研究に参加するかは、本人の自由意思であるため研究への協力を薦めることや参加の確認は行わないようお願い申し上げます。
- 3) 本研究に参加するにあたり時間的拘束による勤務への影響が生じないよう努めます。そのため参加者の希望をふまえながら、臨床判断力測定以外は可能な限り病院内のプライバシーが確保された個室で実施します。そのため、研究参加について知った場合、それ以上詮索をすることのないようご協力をお願い申し上げます。

5. 倫理的配慮

- 1) 本研究は武蔵野大学にて倫理審査を受け、承認されております（承認番号G1902-2）
- 2) 研究成果は看護系学会、論文で公表する予定です。その際には施設や個人が特定されないよう十分配慮いたします。また研究成果はご報告いたします。
- 3) 研究協力の諾否は自由意思によりご決定頂くため、拒否できることを保障します。この依頼をお断りすることによって、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。また、一度同意したとしても、撤回することも可能です。その際は、下記までメールまたは電話でご連絡ください。

6. その他

本研究に関する書類として、対象者の募集案内、返信用紙、研究対象者個人への説明文章、同意書、同意撤回書、省察記録用紙、LCJR日本語版、も添付いたしました。
お忙しいところ、誠に恐縮ですが、以上、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

2021年4月 吉日

武蔵野大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程 羽入千悦子
Mail : @stu.musashino-u.ac.jp
電話 :

〇〇 〇〇様

2年目看護師のKolbの経験学習論から捉えた「省察レベル」と臨床判断力との関連

研究協力をお願い

看護職員の皆様におかれましては、ご多忙な日々をお過ごしのことと思います。

私は武蔵野大学大学院看護学研究科博士課程に所属しております、羽入千悦子と申します。この度は、研究への協力を申し出ていただき、ありがとうございます。

看護師にとって臨床判断とは看護実践の根拠であり、臨床判断をする力は実践をする上で必須の能力であります。その臨床判断力はどのように育つのか、臨床判断力を伸ばすための教育支援について、研究をしています。

これまでの研究で、臨床判断力に差が出るのは3年目以降であることが分っており、臨床判断力が育つには経験が必要だとされていますが、臨床経験が長ければ臨床判断力が身に付くとは限りません。Tannerは、臨床判断に重要な要素として、省察（振り返り）を挙げ、この省察によって経験から何を学んだのかを可視化することによって臨床判断力が向上する、と説明しています。しかし、臨床判断力と省察の関連を裏付ける根拠は十分ではありません。そこで、経験から学習することを可視化した、Kolbの経験学習論を基に日々の実践での臨床判断を省察し、その内容と臨床判断力との関連を明らかにしたいと考えました。

つきましては、研究の目的と意義、研究方法、研究期間、研究により予測される利益および不利益、データ保存および使用方法、個人情報の取り扱い、研究参加への任意性、研究結果の公表、問い合わせ連絡先などにつきましてご理解をいただいた上で、ご協力いただけますようお願いいたします。

1 本研究が倫理委員会の承認および研究機関の長の許可を受けていることについて

本研究は武蔵野大学にて倫理審査を受け承認されております（承認番号 G1902-2）

2 研究の意義・目的について

臨床経験2年目看護師を対象にKolbの経験学習サイクルから捉えた「省察」を実施し、2年目看護師の省察の実態と、省察レベルと臨床判断力との関連を明らかにすることです。

本研究において2年目看護師の省察の実態が明らかになることで、2年目看護師が臨床状況を如何に把握し、自分の実践を捉えているのか、2年目看護師の思考に対する示唆が得られます。さらに2年目看護師の思考の前提となる状況の認識の仕方がわかり、教育的支援に繋がると考えます。

<用語の定義>

臨床判断とは、Tannerの定義によると、「患者のニーズ、関心事、健康問題に関する解釈や結論、行為をするかしないか、標準的なやりかたを用いるか、変更するか、または患者の反応によって適切だと考える新たなことを即興で行うのかの決断とする」、です。そのプロセスには、「気づき」、「解釈」、「反応」、「省察」があり、臨床判断力の影響要因として、状況の文脈、看護師の背景、患者との関係があります。

臨床判断力とは、LCJR (Lasater Clinical Judgment Rubric) で測定可能なものです。LCJRとはTannerの臨床判断モデルの4つ(気づき・解釈・反応・省察)の要素、気づき3項目、解釈2項目、反応4項目、省察2項目の計11の観点について、<初歩的><発展途上><達成><模範的>という4つのレベルで得点化できるものです。

省察とは、経験を通して学習する全体的なプロセスの中の1面であり、経験、内省、思考、行動を含みます。そのため、経験が学習に変わるサイクルを示した経験学習サイクルのステップを踏むことを本研究では省察と定義します。さらに省察にはレベルがあり (Findlay, Dempsey, & Warren-Forward, 2009)、省

察のレベルとは、省察内容によって分けられる。①説明する記録のみに留まる、<Non Reflector>、②出来事や反応をどのように感じ、これまでの知識または経験とどのように異なるのか、これまでの実践との結びつきや新しい知識に価値を見出しているか、新しい知識や理解を記録している、といった<Reflector>、③今後の態度や実践にどのように影響するのかについても記述がある、<Critical Reflector>という、3段階のレベルがあります。

経験学習サイクルとは、経験が次の新しい経験を選択する際のガイドとなる概念に如何に変換されていくのかを明らかにしたプロセスのことです。経験学習サイクルには、具体的経験と抽象的概念化、内省的観察と能動の実験、により経験の変容を通して知識が作り出されるプロセスが示されています。

3 研究方法について

1) 研究対象

病棟に勤務する2年目の看護師の方です。2年目とは看護基礎教育を卒業し看護師として就業してから1年が経過した状態をさします。就業場所が他院であっても病棟での勤務経験があり、合わせた経験年数が1年以上2年未満である場合は対象となります。30名程度を予定しています。

ただし、現在の勤務場所が、集中治療部・手術室・冠疾患集中治療部・外来・産婦人科病棟・小児科病棟である場合、また2年目であっても准看護師の経験がある看護師の方は今回の対象とはなりません。

2) 研究の進め方

(1) 研究への同意が得られましたら下記の図の通り進めていきます。

①病院内または看護学科校舎で経験学習論、臨床判断力と省察、省察の書き方について15～20分程度説明をします。

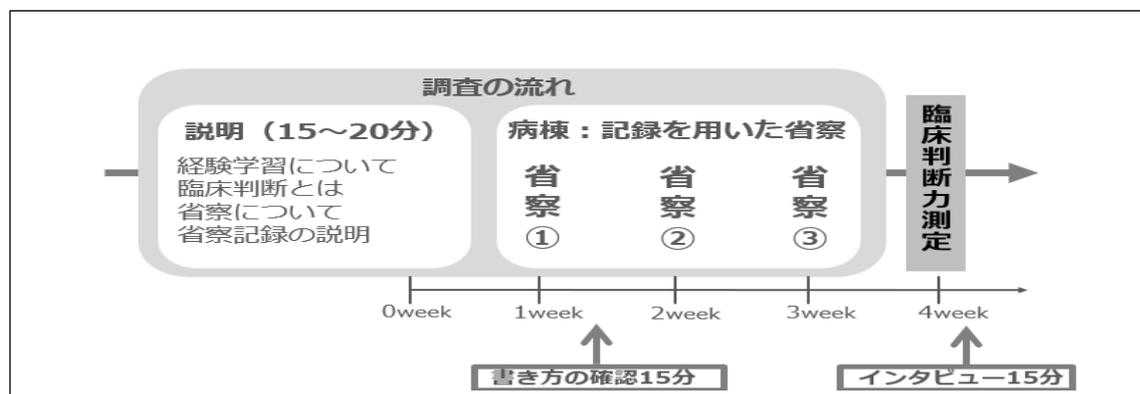
②病棟で2年目看護師の方が日々の実践から臨床判断について記録用紙に従い省察をします。

1回の記録にかかる時間は個人差はありますが15～20分程度です。

③1回目の省察が出来た後、記録用紙の書き方について病院内または看護学科校舎にて15分程度確認をします。

④2回目・3回目は個人で進めていただきます。3回目の省察が終わりましたら、病院内または看護学科校舎にて15分程度インタビューを実施します。

⑤日程を調整し臨床判断力を看護学科2階実習室にて20分程度測定します。



3) 調査内容

(1) 省察の内容

・省察は、記録用紙を用いて研究参加者の日々の実践における臨床判断の記述とします。

(2) 臨床判断力

・臨床判断力の測定は、日本語版 LCJR を用いてある状況に対する参加者の実践を評価する。LCJR は4要素<気づき><解釈><反応><省察>と下位項目があり、合計11項目となります。その項目を模範的、達成、発展途上、初歩的の4段階で評価し11点～44点の総計で評価します。

(3) 研究参加者の省察と臨床判断力に対する捉え方

・3回の省察を実施後、省察をすることに対する参加者の意味づけ、さらに実践での臨床判断力に変化

があったかどうかを、半構成的インタビューを行います。

4) データ収集方法

(1) 省察

- ・ 経験学習（経験学習サイクル）・臨床判断・省察の説明を研究者が所属する施設で30分ほど実施します。次に、記録用紙を用いて書き方について15分ほど説明します。その後、記録用紙を渡しますので、病棟で省察を1週間に1回程度行い、3回実施します。
- ・ 1回目の省察が終わる日程にあわせて、研究者から参加者の希望する方法（メールまたは電話にて）で連絡をします。日時・場所を調整した後、「書き方について」「項目の確認」「疑問について」、記録をみながら研究者と確認をします。

(2) 参加者の省察と臨床判断力に対する捉え方

- ・ 3回の省察が終わる日程にあわせて、研究者から参加者の希望する方法（メールまたは電話にて）で連絡をします。日時・場所を調整した後、半構成的インタビューを受けます。同意を得た上でICレコーダーに録音します。このインタビューは、あなたが希望する場所（病院内または看護学科校舎のどちらか）で行います。インタビュー終了後、7～10日以内に臨床判断力の測定日を調整します。

(3) 臨床判断力の測定方法

- ・ 臨床判断力は、シミュレーター（シムマン3G）を用いてある事例を再現し、その状況にあなたが関わる様子、言動、実践の省察を研究者が参加観察しながらLCJRで測定します。LCJRは、研究者による評価とあなたが自分の実践を省察した記録の2種類のデータで評価します。あなたの了承を得た上で、シミュレーションでの実践をビデオで録画しその画像をご自身で振り返ります。場所は、研究者が所属する看護学科校舎で行います。

5) 分析方法

- ・ 省察の内容を学習化が図れている箇所を抽出します。省察内容についてレベルをつけます。
- ・ 認識の変化、捉え方の違いについてカテゴリー化します。

6) データ収集期間

2021年6～9月の間でご都合がよい日を調整させていただきます。

4 データ・書類等の保管・廃棄と、他の研究への利用について

本研究で得た、臨床判断力を測定したループブック、シミュレーションを振り返った記録用紙、病棟での看護実践の振り返り用紙、シミュレーション場面を録画したデータ、インタビューデータは、電子化しパスワードをかけて保存します。また紙媒体のデータは、ファイルに綴じ紛失しないよう管理します。電子データは外部から遮断されたパソコンの外付けのハードディスクまたはUSBメモリで保存します。

研究目的以外で使用することはありません。また、他の研究に利用することもございません。研究論文にまとめた後5年間は、厳重に鍵のかかる場所に保管・管理し、保存期間終了後、紙媒体は溶解、あるいは裁断処理し、インタビューデータは逐語録にした時点でデータを消去します。さらに電子データを保存したUSBはデータの消去が可能なソフトウェアで復元不可能とするか、物理的に破壊し、責任を持って破棄します。

5 予想される結果（利益・不利益）について

本研究に参加することで、経験学習の学びやシミュレーションによる経験の振り返り、病棟での看護実践の振り返りを行うことで、新たな気づきが得られる可能性があります。

本研究に参加することで直接的な身体侵襲はありませんが、シミュレーション後の振り返り時にこれまでの経験や知識を語ることで、想起された内容により心理的な影響が生じる可能性は否定できません。心理的な影響が生じた場合は無理をして語る必要はありません。また、速やかに研究を中断します。また、シミュレーション、実践の振り返りに要する時間的拘束があるため、最小限となるよう配慮します。

6 研究協力の任意性と撤回の自由について

研究協力への同意は自由意思であり、研究協力を断ることによって何ら不利益を生じることはありません。研究についての説明の後、1週間程度考慮する時間を取ります。研究への参加を承諾される場合のみ連絡をしていただき、その後同意書をお願いいたします。また同意書を記入いただいた後でも、研究の開始前から開始後に関わらず、臨床判断力測定後1週間までは、同意をいつでも撤回することができ、撤回

武蔵野大学看護学研究科研究科長 殿

研究責任者 羽入千悦子（武蔵野大学大学院看護学研究科博士後期課程）殿

同意書

私は「2年目看護師のKolbの経験学習論から捉えた“省察レベル”と臨床判断力との関連」（承認番号：G1902-2）について、別紙説明文書を用いて下記の説明を受け、その方法、危険性、研究結果の取り扱い等について十分理解しましたので、自らの自由意思で研究協力の同意しました。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でチェック（レ印）をつけてください。）

- 本研究が倫理審査委員会の承認及び研究機関の長の許可を受けていることについて
- 研究の意義・目的について
- 研究の方法について
- 試料・データ・書類等の保管・廃棄と、他の研究への利用について
- 予想される結果（利益・不利益）について
- 研究協力の任意性と撤回の自由について
- 個人情報の保護について
- 研究に関する情報公開について
- 費用について
- 研究資金および利益相反について
- 問い合わせ等の連絡先

同意日： 年 月 日

氏名（署名） _____

- 同意書の控えを受け取りました

説明日： 年 月 日

研究者署名 _____

武蔵野大学看護学研究科研究科長 殿

研究責任者 羽入千悦子（武蔵野大学大学院看護学研究科博士後期課程）殿

同 意 撤 回 書

私は「2年目看護師の Kolb の経験学習論から捉えた“省察レベル”と臨床判断力との関連」（承認番号：G1902-2）について、参加に同意しましたが、同意を撤回します。今後、わたしの試料・情報を研究に使用しないようお願いいたします。

同意撤回日： 年 月 日

氏名（署名） _____

研究責任者確認日： 年 月 日

研究者署名 _____

1 回目：日付 _____

ID： A _____

1. 今週を振り返って、あなたが看護を実践していた中で「あなたの心にひっかかった場面」(例：予想したことと異なる状況がおきた、困った状況になった、すっきりしない感情が残る等)を選んでください。その場面で何か起きたかを下記の視点を参考に書いてください。

- 1) どのような場面でしたか？：①いつ・どこで起きたか ②私・患者をとりまく状況
- 2) その患者はどういう状態にありましたか？：

①患者の基本的な事実 (性別・年齢)、②患者の病状に関する事実、③その時の患者の言動

2. 次に①～④のワード に留意し、あなたのその時の場面を振り返ってみましょう。

- ① あなたがその場面で最初に「気づいた」ことは何でしたか？② そこから何を「判断した」のでしょうか、
- ③ その後どのような「行動をした」のか、④ その結果、どのような「反応」があったのか

2. その場面の関わりの中で、生じた感情はありますか？ その感情が起きたのは何故ですか？

[]

3. 今回の場面での自分の判断をどのように評価しますか？それは何故ですか？

[]

4. 今回の場面を振り返り、気づいたこと、学んだことはありますか？

[]

5. 同じ状況が起きた場合どのように行動しますか？/気づきを今後の実践にどのように活用できますか？

[]

1回目・3回目の記録が終わるころ研究者から連絡をしますが、可能であれば下記の連絡先に終了後すみやかにご連絡ください。

Mail : @stu.musashino-u.ac.jp

電話 :

研究者 羽入千悦子

効果的な気づき	模範的	達成	発展途上	初歩的
焦点を絞った観察	適切に観察の焦点を絞る。有用な情報を見出すために、多種多様な客観的データと主観的データを定期的に観察し、モニターする。	主観的と客観的の双方を含む多様なデータを定期的に観察・モニターする。最も有用な情報には気づくが、最も微妙なサインを見逃すことがある。	多様な主観的および客観的データのモニターを試みるが、データの多さに圧倒される。顕著なデータには着目するが、いくつかの重要な情報を見逃す。	臨床状況とデータの量、タイプに困惑する。観察が系統立てられておらず、重要なデータを見逃し、アセスメントの間違いを起こすこともある。
予期されるパターンからの逸脱	データにおける微細なパターンと予期されたパターンからの逸脱を認識し、これらをアセスメントの指針として活用する。	データにおける顕著なパターンと逸脱を認識し、これらを継続的にアセスメントするために活用する。	明らかなパターンと逸脱を識別するが、いくつかの重要な情報を見逃す。どのようにアセスメントを続けていくか不確かである。	一度にひとつのことにしか着目せず、予期されたパターン・逸脱の大部分を見逃す。アセスメントを改善する機会を逃す。
情報探索	介入を計画するために情報を積極的に求める。クライアントを観察することやクライアントおよび家族と関わることから有用な主観的データを入念に収集する。	介入計画を裏付けるためにクライアントと家族からクライアントの状況についての主観的な情報を積極的に求める。時折、重要な手がかりを追わないことがある。	クライアント・家族から追加情報を求めようとする努力が限定的である。度々何の情報を求めればよいかわからず、無関係な情報を追うこともある。	情報探索が非効果的である。客観的データに頼ることが殆どである。クライアント・家族との関わりが困難で重要な主観的データを収集することができない。
効果的な解釈に含まれるもの:	模範的	達成	発展途上	初歩的
データの優先順位づけ	クライアントの状態を説明するために有用で最も関連し重要なデータに着目する。	大抵は最も重要なデータに着目し、さらなる関連情報を求めるだけでなく、あまり関連のないデータにも関心を向けることもある。	データの優先順位づけに努め、最も重要なことに着目するだけでなく、あまり関連のない・有用でないデータにも関心を向ける。	どのデータが診断に最も重要であるのか着目するのが難しく、わかっていないように見える。すべての利用可能なデータに関心を向けようとする。
データの意味づけ	例え複雑で矛盾または紛らわしいデータに直面しても、(1)クライアントのデータのパターンに気づき、意味づけし、(2)これらを既知のパターン(看護の知識基盤、研究、個人の経験、直観)と比較し、(3)成功の見込みに関して理にかなった介入計画を立案することができる。	ほとんどの状況で、クライアントのデータパターンを解釈し、介入計画と付随する理論的根拠を展開するために既知のパターンと比較する。例外は、専門家もしくは経験豊かな看護師の指導を求めることが適切となる稀なケースまたは複雑なケースである。	単純な状況または一般的な・よくある状況で、クライアントのデータパターンと既知のパターンを比較し、介入計画を立案・説明することができる。しかし、学習者の想定内にあるやや難しいデータ・状況でも困難があり、アドバイスや援助を適切に求められない。	単純な状況またはよくある・一般的な状況でも、データの解釈や意味づけが困難である。さまざまな説明や適切な介入について見分けることが難しく、問題を診断し、介入を計画する際に援助を必要とする。
効果的な反応に含まれるもの:	模範的	達成	発展途上	初歩的
冷静で自信のある態度	責任をもつ。チームに責務を委譲し、クライアントをアセスメントし、クライアントとその家族を安心させる。	大抵はリーダーシップと自信を示し、ほとんどの状況をコントロールすること・収めることができる。特に困難または複雑な状況ではストレスを示すかもしれない。	リーダー的役割にはためらいがちである。日常的で比較的単純な状況では、クライアント・家族を安心させられるが、ストレスを感じ、混乱をきたしやすいく。	単純で日常的な状況以外では、ストレスを感じ、混乱をきたし、コントロールができず、クライアントと家族を不安にさせる。協力を得られにくい。
明確なコミュニケーション	効果的にコミュニケーションを取る。介入を説明する。クライアントを家族を落ち着かせ、安心させる。チームメンバーに説明を指示しながら指導し関わり、理解しているか確認する。	大抵はコミュニケーションをよく取る。クライアントに慎重に説明し、チームに明確な方向性を与える。信頼関係の構築をより効果的に成し得る。	ある程度のコミュニケーション力を示す(例:方向性を与える)。クライアント・家族・チームメンバーとのコミュニケーションは部分的にしかうまくいかない。ケアリングをしているが能力に欠ける。	コミュニケーションを取ることが難しい。説明がわかりにくく、方向性が不明確または矛盾し、クライアント・家族が混乱・心配させられ、安心しない。
十分に計画された介入・柔軟性	介入は個々のクライアントに合わせて。クライアントの経過を綿密にモニターし、クライアントの反応によって、処置を調整することができる。	関連性のある患者データに基づいて介入を展開する。定期的経過観察をするが、処置を変更する必要があると予期していない。	顕著なデータに基づき介入を展開する。経過観察をするが、患者の反応によって調整することができない。	解決が見込める一つの介入を展開することに焦点をあてるが、曖昧、混乱、未完成なことがある。何らかの観察を行うことがある。
技能的であること	必要な看護技術に熟練している。	大抵の看護技術の活用に習熟している。速度や正確さに改善の余地がある。	看護技術を活用する際にためらいがある。または効果的でない。	看護技術を選択することができない。
効果的な省察に含まれるもの:	模範的	達成	発展途上	初歩的
評価・自己分析	自己の臨床パフォーマンスを主体的に評価・分析し、決定点に気づき、代替案を練り、選択したものや代替案と対比して的確に評価する。	わずかな促しで自己の臨床パフォーマンス、主要な事柄・意思決定を評価・分析する。重要な決定点を特定し、代替案を考慮する。	促された時でも、顕著な評価を簡単に言語化することしかできない。他の選択を考えるのが困難である。自身の選択を評価する際に自己防衛的である。	促されても、評価は簡略、おまかでパフォーマンスを改善することに使われない。自己の決定・選択を評価せずに正当化する。
改善へのコミットメント	進行中の改善へのコミットメントを示す:看護経験を振り返り批評する。強み・弱みを正確に確認し、弱みをなくすために具体的な計画を立案する。	看護のパフォーマンスを改善させたいという意欲を示す:経験を振り返り、評価する。強み・弱みを確認する。弱みの評価ではより系統的に成し得る。	継続的な改善の必要性の認識を示し、経験から学びパフォーマンスを改善しようとするが、当たり前のことを述べる傾向があり、外部評価を必要とする。	パフォーマンスを改善させることに無関心またはそうすることができない様子である。稀にしか振り返りを行わない。自分自身に対し、批判的ではない。また批判的すぎる(発展のレベルに対して)。欠点または改善の必要性に気づくことができない。

事例

秋山太郎さん 78歳 男性

咳・痰が1週間前から続き、自宅で市販の感冒薬を内服し様子を見ていた。しかし熱がすっかりと下がり、咳と痰は続いている状況であった。また食欲も落ち、摂取量も減ったため、家族に付き添われ昨日受診をした。採血・胸部レントゲンの結果、肺炎と診断され、加療目的で緊急入院することになった。今朝6:00の時点で、鼻カニューラで酸素2ℓ/分、SpO₂95~96%で経過。呼吸音は左肺が弱く雑音も聴かれる。自力で黄色の痰を喀出している。体温は37.2℃、倦怠感が強く言葉数も少ない。医師の指示より、右前腕から補液、抗生剤の投与も開始となっている。

検査所見：WBC 8600/ $\mu\ell$ RBC $355 \times 10^4 / \mu\ell$ Hb 10.8g/dℓ TP 6.8g/dℓ
Alb 2.8 g/dℓ CRP 10.6mg/dℓ Na 146mEq/ℓ K 4.6mEq/ℓ
Cl 118mEq/ℓ

尿量：300ml(0時~9時)

点滴内容：抗生剤 スルバシリン 3g 3回/日

補液：1500ml/日 24h ①ソルアセト 500ml
②ビーフリード 500ml
③ソルデム3A 500ml

これから患者さんに朝の挨拶をしに行きます。患者さんの状態を確認し、適切な対応をしてください。現在の時刻は9:00です。

1. ビデオでのあなたの実践を振り返り、気づいたこと、感じたことを具体的に書いてください。

1) 何を実施しました、何故それを行いましたか、

2) その実施した援助をどのように評価しますか、また何故そう評価しましたか？

2. もう一度実施するとしたら、どのように行いますか？

3. シミュレーションを実施してみて、何か気づいたこと、学んだこと、今後に活用できることはありますか？

ラサター臨床判断ルーブリック(Lasater Clinica Judgement Rubric:LCJR) 日本語版(クワイテリア付き)

効果的な気づき	模範的	達成	発展途上	初歩的
焦点を絞った観察	適切に観察の焦点を絞る。有用な情報を見出すために、多種多様な客観的データと主観的データを定期的に観察し、モニターする。	主観的と客観的双方を含む多様なデータを定期的に観察・モニターする。最も有用な情報には気づくが、最も微妙なサインを見逃すことがある。	多様な主観的および客観的データのモニターを試みるが、データの多さに圧倒される。顕著なデータには着目するが、いくつかの重要な情報を見逃す。	臨床状況とデータの量、タイプに困惑する。観察が系統立てられておらず、重要なデータを見逃し、アセスメントの間違いを起こすこともある。
1. 肺炎による呼吸状態の観察:呼吸音、呼吸回数、痰の性状(粘稠・色)、SpO ₂ 、酸素投与量と吸入状態の確認 2. 飲食禁、発熱による脱水の観察:尿量の観察、HR、点滴の残量、点滴刺入部位の観察、口腔内の観察、皮膚の観察 3. せん妄のリスク				
予期されるパターンからの逸脱	データにおける微細なパターンと予期されたパターンからの逸脱を認識し、これらをアセスメントの指針として活用する。	データにおける顕著なパターンと逸脱を認識し、これらを継続的にアセスメントするために活用する。	明らかなパターンと逸脱を識別するが、いくつかの重要な情報を見逃す。どのようにアセスメントを続けていくか不確かである。	一度にひとつのことにしか着目せず、予期されたパターン・逸脱の大部分を見逃す。アセスメントを改善する機会を逃す。
SpO ₂ の低下・息苦しさを訴え・呼吸回数の上昇 尿量の少なさ、口渴の訴え せん妄の有無				
情報探索	介入を計画するために情報を積極的に求める:クライアントを観察することやクライアントおよび家族と関わることから有用な主観的データを入念に収集する。	介入計画を裏付けるためにクライアントと家族からクライアントの状況についての主観的な情報を積極的に求める。時折、重要な手がかりを追わないことがある。	クライアント・家族から追加情報を求めようとする努力が限定的である。度々何の情報も求めればよいのかかわからず、無関係な情報を追うこともある。	情報探索が非効果的である。客観的データに頼ることが殆どである。クライアント・家族との関わりが困難で重要な主観的データを収集することができない。
息苦しさ(主観的)、倦怠感の有無、痰の自己喀出が可能か、痰はたまっているか、咳は出そうか 口腔内の乾燥、口渴の有無、点滴刺入部位の圧痛、夜間の睡眠状況				
効果的な解釈に含まれるもの:	模範的	達成	発展途上	初歩的
データの優先順位づけ	クライアントの状態を説明するために有用で最も関連し重要なデータに着目する。	大抵は最も重要なデータに着目し、さらなる関連情報を求めるだけでなく、あまり関連のないデータにも関心を向けることもある。	データの優先順位づけに努め、最も重要なことに着目するだけでなく、あまり関連のない有用でないデータにも関心を向ける。	どのデータが診断に最も重要であるのかに着目するのが難しく、わかっていないように見える。すべての利用可能なデータに関心を向けようとする。
1. 肺炎による呼吸状態 2. 脱水 3. せん妄のリスク				
データの意味づけ	例えば複雑で矛盾または紛らわしいデータに直面しても、(1)クライアントのデータのパターンに気づき、意味づけし、(2)これらを既知のパターン(看護の知識基盤、研究、個人の経験、直観)と比較し、(3)成功の見込みに関して理にかなった介入計画を立案することができる。	ほとんどの状況で、クライアントのデータパターンを解釈し、介入計画と付随する理論的根拠を展開するために既知のパターンと比較する。例外は、専門家もしくは経験豊かな看護師の指導を求めることが適切となる稀なケースまたは複雑なケースである。	単純な状況または一般的なよくある状況で、クライアントのデータパターンと既知のパターンを比較し、介入計画を立案・説明することができる。しかし、学習者の想定内にあるやや難しいデータ・状況でも困難があり、アドバイスや援助を適切に求められない。	単純な状況またはよくある一般的な状況でも、データの解釈や意味づけが困難である。さまざまな説明や適切な介入について見分けることが難しく、問題を診断し、介入を計画する際に援助を必要とする。
1. 肺炎による気道クリアランスの低下、ガス交換の低下、気道閉塞の恐れ ⇒吸引、体位ドレナージ、ギャッチアップ、吸入、歯磨き・口腔ケア 2. 発熱の持続と飲食禁による脱水を引き起こす恐れ ⇒ 口渴による本人の苦痛の軽減:口腔ケア、 3. せん妄のリスク ⇒ 日中の覚醒を促す(清潔ケア 歯磨き) 何故自分が入院しているかを説明する。				
効果的な反応に含まれるもの:	模範的	達成	発展途上	初歩的
冷静で自信のある態度	責任をもつ:チームに責務を委譲し、クライアントをアセスメントし、クライアントとその家族を安心させる。	大抵はリーダーシップと自信を示し、ほとんどの状況をコントロールすること、収めることができる。特に困難または複雑な状況ではストレスを示すかもしれない。	リーダーの役割にはためらいがちである。日常的で比較的単純な状況では、クライアント・家族を安心させられるが、ストレスを感じ、混乱をきたしやすい。	単純で日常的な状況以外では、ストレスを感じ、混乱をきたし、コントロールができず、クライアントと家族を不安にさせる。協力を得られにくい。
明確なコミュニケーション	効果的にコミュニケーションを取る。介入を説明する。クライアントに家族を落ち着かせ、安心させる。チームメンバーに説明を指示しながら指導し関わる。理解しているか確認する。	大抵はコミュニケーションをよく取る。クライアントに慎重に説明し、チームに明確な方向性を与える。信頼関係の構築をより効果的に成し得る。	ある程度のコミュニケーション力を示す(例:方向性を与える)。クライアント・家族・チームメンバーとのコミュニケーションは部分的にしかうまくいかない。ケアリングをしているが能力に欠ける。	コミュニケーションを取ることが難しい。説明がわかりにくく、方向性が不明確または矛盾し、クライアント・家族が混乱・心配させられ、安心しない。
眼をみて話す。患者の反応を待つ。				
十分に計画された介入・柔軟性	介入は個々のクライアントに合わせて行われる。クライアントの経過を綿密にモニターし、クライアントの反応によって、処置を調整することができる。	関連性のある患者データに基づいて介入を展開する。定期的に経過観察をするが、処置を変更する必要があると予期していない。	顕著なデータに基づき介入を展開する。経過観察をするが、患者の反応によって調整することができない。	解決が見込める一つの介入を展開することに焦点をあてるが、曖昧、混乱、未完成なことがある。何らかの観察を行うことがある。
吸引、口腔ケア、歯ブラシ、体位ドレナージ、吸入、を本人ができるかどうか確認し、実施する。患者の状態に合わせて方法を修正する。 患者の反応あわせてケアを止めたり、継続したりする。				
技能的事であること	必要な看護技術に熟練している。	大抵の看護技術の活用に習熟している。速度や正確さに改善の余地がある。	看護技術を活用するためにためらいがある。または効果的でない。	看護技術を選択することができない。
段取り、効率的、スピード、ケアが効果的である。				
効果的な省察に含まれるもの:	模範的	達成	発展途上	初歩的
評価・自己分析	自己の臨床パフォーマンスを主体的に評価・分析し、決定点に気づき、代替案を練り、選択したものを代替案と対比的に的確に評価する。	わずかな促しで自己の臨床パフォーマンス、主要な事柄・意思決定を評価・分析する。重要な決定点を特定し、代替案を考慮する。	促された時でも、顕著な評価を簡単に言語化することしかできない。他の選択を考へるのが困難である。自身の選択を評価する際に自己防衛的である。	促されても、評価は簡略、おおまかでパフォーマンスを改善することに使われない。自己の決定・選択を評価せずに正当化する。
何故その援助をしたのか、観察や援助をした自分の意思決定を振り返ることができる ほかは何ができたか、代替案と比較し評価することができる				
改善へのコミットメント	進行中の改善へのコミットメントを示す:看護経験を振り返り批評する。強み・弱みを正確に確認し、弱みをなくすために具体的な計画を立案する。	看護のパフォーマンスを改善させたいという意欲を示す:経験を振り返り、評価する。強み・弱みを確認する。弱みの評価ではより系統的に成し得る。	継続的な改善の必要性の認識を示し、経験から学びパフォーマンスを改善しようとするが、当たり前のことを述べる傾向があり、外部評価を必要とする。	パフォーマンスを改善させることに無関心またはそうすることができない様子である。稀にしか振り返りを行わない。自分自身に対し、批判的ではない。また批判的すぎる(発展のレベルに対して)。欠点または改善の必要性に気づくことができない。
具体的にどのような学びを得たのか、次にどのように活かすのか表現することができる				

NART-Broad classification tool for analysis of students reflective writing
 (学生の省察記録の分析のための幅広い分類ツール)

カテゴリー	期待される結果	例
Non Reflector	説明レポートのみ	今日、私は患者にどのように進んでいるかについて多くのことを話しました。
Reflector	彼らが出来事と彼らの反応についてどのように感じたか	彼女が最初に死ぬことを知っているので、最初はより悲しくなりましたが、彼女はサポーターティブな家族を持っていることをとても嬉しく思います。
	出来事又は知識が以前の知識または経験とどのように異なるか	
	既存と実践とのつながり	それが少し混乱する前に、私はその感情の混合を本当に感じていませんでした。
	彼らはこの新しい知識にどのくらい価値をおくか	
	新しい知識や理解があるか	あなたが患者のために仕事を人間らしくするよう、それが何であるかのスナップショットを本当に手に入れる瞬間を持っていることが、常によいです。
Critical Reflector	感情または知識の有効性を質問または議論する	そのような感情を持つことは奇妙に感じたが、それらを持っていることは適切かつ有効だと思う。
	これが将来の行動にどのように影響するかについて説明する。	患者ケアに関する私の見解が本当に新たになったので、これは私の実践を変えるだろう。
	これが将来の実践にどのように影響するかについて説明する。	

Findlay,N.,Dempsey,S., & Warren-Forward,H.M (2009) .Development of the Newcastle Reflective Analysis Tool.*A multi-disciplinary Journal*,11(1),38. 研究者が日本語訳にして表示。

分類	項目	下位項目	全くあてはま	あまりあてはま	少しあてはま	とてもあてはま	
			ない	らない	まる	まる	
I 状態の描写	1. どのような場面であったのか	1 取り上げた場面がいつどこで起こったのか記述している	1	2	3	4	
		2 私、患者を取り巻く状況を記述している	1	2	3	4	
	2. そのとき患者はどういう状態にあったのか	1 患者の基本的な事実(性別、年齢等)を記述している	1	2	3	4	
		2 患者の病状に関する事を記述している	1	2	3	4	
		3 その時の患者の言動を記述している	1	2	3	4	
	3. その時私はどのような状態で関わっていたのか	1 その状況に関連した過去の経験を記述している	1	2	3	4	
		2 その状況に関連する知識を記述している	1	2	3	4	
		3 その時の私の言動を記述している	1	2	3	4	
		4 私の言動の理由や目的を記述している	1	2	3	4	
	4. その関りの中でどのような感情があったのか	1 私の感情(思い)を記述している	1	2	3	4	
		2 私がなぜそのような感情を抱いたのかを記述している	1	2	3	4	
	II 評価／推論／分析の描写	1. その関わりの中でどのような判断を行ったのか	1 患者の状態についてどのような判断をしたのか記述している	1	2	3	4
2 患者に必要な援助についてどのような判断をしたのかを記述している			1	2	3	4	
3 その時の援助が患者に与える影響についてどのように判断したのかを記述している			1	2	3	4	
4 関わった人の行動や状況についての分析を記述している			1	2	3	4	
2. その経験がどのような影響を与えたのか		1 この経験が看護職である私にどんな影響を与えているのかを記述している	1	2	3	4	
		2 この経験が患者(家族・重要他者)にどんな影響を与えているのかを記述している	1	2	3	4	
		3 この経験が組織にどんな影響を与えているのかを記述している	1	2	3	4	
3. 結果にどのような影響を与えたのか		1 私の(性格や考え方の)特性が結果に与えた影響について記述している	1	2	3	4	
		2 活用した知識やスキルの妥当性について記述している	1	2	3	4	
		3 他に活用できる知識やスキルについて記述している	1	2	3	4	
III 発見／課題／学びの描写		1. どのようなことに気づき／意味づけができたのか	1 自己の(考え方の特徴や)傾向についての気づきを記述している	1	2	3	4
			2 この経験の意味づけを記述している	1	2	3	4
	3 看護についての新たな気づきを記述している		1	2	3	4	
	4 看護についての新たな知識につながる気づきを記述している		1	2	3	4	
	5 次回はもっと良い関わりができそうだという気持ち(意識)の変化を記述している		1	2	3	4	
	2. どのような課題が明らかになったのか	1 自分に必要な学習課題を記述している	1	2	3	4	
		2 学習課題を達成するために必要な行動目標を記述している	1	2	3	4	
		3 行動目標を達成するための方法を具体的に記述している	1	2	3	4	
		4 次の実践への準備として学習した内容を記述している	1	2	3	4	