

看護における臨床判断力の教育方法に関する国内外の文献レビュー

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2019-05-09 キーワード (Ja): 臨床判断力, 教育, 文献レビュー キーワード (En): Clinical Judgement, Education, Literature review 作成者: 羽入, 千悦子 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/978

看護における臨床判断力の教育方法に関する国内外の文献レビュー

Review of Domestic and International Literature on
Educational Strategy of Clinical Judgment in Nursing羽 入 千悦子¹
Chieko Hanyu

要 旨

目的：看護における臨床判断力の教育方法に関する国内外の文献をレビューし、臨床判断力の教育方法と臨床判断力の定義を含めた評価指標、およびその効果について検討する。

方法：CHINAL, PubMed, 医学中央雑誌 Web 版に 2018 年 1 月までに公開された臨床判断力の教育に関する 16 文献を対象とした。

結果：臨床判断力の教育は国内外ともに学部生に行われ、教育方法はシミュレーションが最も使用されていた。臨床判断力の評価指標においては、国外は LCJR (Lasater Clinical Judgment Rubric) が最も多く用いられていた。わが国の評価指標は、臨床判断力に対するオリジナルの評価項目やデブリーフィング時の発言内容、カンファレンスシートの内容を用いていた。臨床判断力の教育の効果は 1 件を除き肯定的な成果がみられた。

考察：国外ではシミュレーションを用いた教育方法や LCJR といった評価指標が定着しているが、国内では臨床判断力の定義を含めた評価指標が課題であることが示唆された。

キーワード：臨床判断力 教育 文献レビュー

Key words : Clinical Judgement, Education, Literature review

I. はじめに

平成 22 年より、看護実践能力の低下が指摘され、新人看護師を対象とした研修が努力義務化となった（厚生労働省新人看護職員研修ガイドライン [改訂版], 2014）。小松, 和泉, 大久保 (2011) によると、基本技術については卒後 1～2 年目にかけて伸びるが、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、獲得にはある程度の期間が必要だと指摘している。しかし、新人看護師として教育を行う期間を 1 年とする施設もあり（川野, 重永 2014）、2 年目以降の看護師に対する継続教育は各施設・個人に委ねられている現状がある。一方、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・対応である、との報告があり（清原, 阿比留, 高橋, 藤本, 平山 2014; 丸山, 小出, 中野, 田村, 2015; 鶴田ら, 2012）、患者の状況を判断し対応する力、つまり臨床判断力は 2 年目以降も意図的に介入し教育する必要があると言える。

臨床判断力を育成するには、臨床状況の再現を特徴とするシミュレーション教育が有用とされている（増野, 2010）。国外では臨床判断力の教育方法にシミュレーションが選択され、技術の獲得だけでなく、クリティカルシンキング、クリニカルジャッジメントといった思考・判断においてもシミュレーション教育は評価されている（Jeffries & Kristen, 2012, p.36）。さらに 2007 年に Kathie Lasater が Christine A. Tanner の臨床判断モデルを基にルーブリックを作成した。それにより臨床判断力の評価が

1 東京慈恵会医科大学医学部看護学科 The Jikei University School of Nursing

可能となりルーブリックを使用したシミュレーション教育の効果が報告されている(田代ら, 2015)。国内でもシミュレーション教育に関する研究, 論文は増加しているとの報告がある(増野, 2010)。しかし, 国内での臨床判断力の構成要素は, 先行研究(藤内, 宮腰, 2005; 飯塚, 鴨田, 2010)によって示されているが, それらを統合し臨床判断力をとらえる定義は未だにない。

そこで, 看護における臨床判断力の教育に関する国内外の研究をレビューし, 臨床判断力の教育方法と臨床判断力の定義を含めた評価指標, およびその効果について検討し, 看護継続教育を考える上での基礎資料とする。

II. 研究目的

看護における臨床判断力の教育方法に関する国内外の文献をレビューし, その教育方法と定義を含めた評価指標, および効果について検討する。

III. 研究方法

1. 対象文献の抽出方法

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, 掲載誌発行年を 1997

年～2017年の20年間で検索した(2018年1月)。藤内, 宮腰(2005)によると, 国内での臨床判断力に関する文献は1989年が最初であるが, 1997年以降から毎年論文が増加しているとの報告があり, 国外ではTannerが初めて臨床判断モデルを2000年に示したため(Tanner, 2000), 1997年～2017年を検索期間とした。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。その結果, 医学中央雑誌205件, CHINAL 169件, PubMed 233件, 計607件となった。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, CHINAL 36件, PubMed 24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, 臨床判断, 臨床判断能力, 臨床判断力を教育する研究ではないもの, 重複するものを除外し, その結果医学中央雑誌10件, CHINAL 29件, PubMed 10件, 計49件となった。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, CHINAL 13件)となった(図1)。

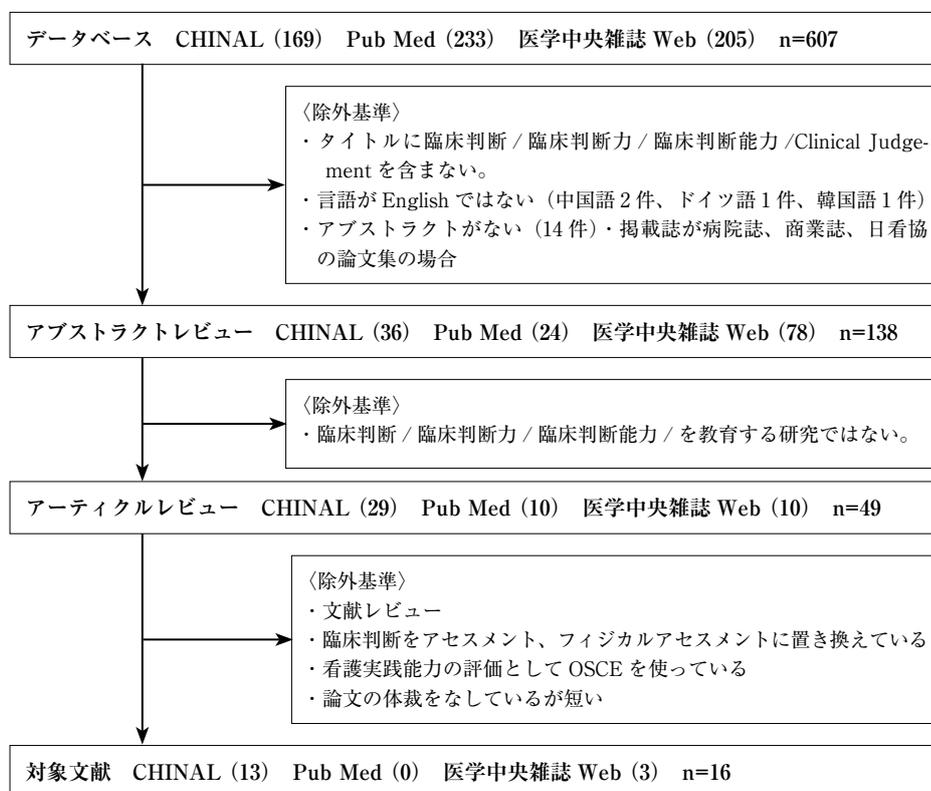


図1 対象文献の抽出プロセス

2. 分析方法

先行研究（田代ら, 2015; 松澤, 白木, 津田, 2017）を参考に, 著者, 発行年, 国, 対象者, 研究デザイン, 臨床判断力の教育方法, 臨床判断力の定義を含めた評価指標, 効果, のマトリクスを作成した（表1）。

IV. 結果

1. 臨床判断力の教育の研究動向

対象論文の発行年は, 2009年以前は3件（18.7%）, 2010年以降が13件（81.3%）であった（図2）。国外は13件（81.3%）国内は3件（18.7%）であった。研究デザインは量的研究8件（50.0%）, 量的・質的研究5件（31.3%）, 質的研究は3件（18.7%）, 準実験デザインが10件（62.5%）, 介入後の評価は4件（25%）, 記述研究は2件（12.5%）, であった。

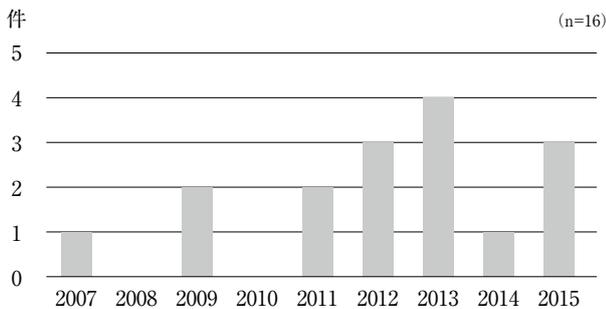


図2 対象論文の年次推移

2. 臨床判断力の教育方法

1) 教育の対象

国内の3件の論文では, 臨床判断力の教育について看護学生を対象としたものが2件（相野, 森山, 2011; 山内, 西菌, 林, 2015）, 看護師を対象としたものが1件（坂口ら, 2007）であった。一方国外では, 臨床判断力の教育対象は13件中1件のみが看護師であり（Lavoie, Pepin, & Boyer, 2013）, 他は全て学生であった。

2) 教育方法

教育方法として, 国内の3件の論文では, シミュレーションが2件（相野, 森山, 2011; 山内ら, 2015）であり, いずれもデブリーフィングが含まれていたがデブリーフィングを行うためのガイドや枠組みはなかった。シミュレーションのツールとしては, フィジカルアセスメントモデル“Physiko”（相野, 森山, 2011）が用いられていたが, もう1つは明記がなかった。残り1件（坂口ら, 2007）は, 看護師の判断力は個人個人の経験に基づく暗黙知に依拠し,

個人に内在化された暗黙知を共有することが知の創造へと繋がり知の伝授の促進がされるとして, ナレッジマネジメント（Socialization: 共同化, Externalization: 表出化, Combination: 連結化, Internalization: 内面化）の手法を援用したカンファレンスを用いていた。

一方国外の13件の論文では, 教育方法としてシミュレーションを用いたものは11件であった。そのうちデブリーフィングを含むものは7件（Ashcraft et al. 2013; Bambini, Washburn, & Perkins, 2009; Johnson et al. 2012; Lindsey & Jenkins, 2013; Lavoie et al. 2013; Lasater, Johnson, Ravert, & Rink, 2014; Mariani, Cantrell, Meakim, Prieto & Dreifuerst, 2013）であった。この7件中, デブリーフィングを行うためのガイドや枠組みを示していたものは3件であった（Ashcraft et al. 2013; Lavoie et al. 2013; Mariani et al. 2013）。シミュレーションのツールとして, HFS（High-Fidelity-Simulation 以下HFSとする）を使用したものが4件（Ashcraft et al. 2013; Bambini et al. 2009; Lavoie et al. 2013; Lasater & Nielsen, 2009）, Sim Manの使用は2件（Johnson et al. 2012; Lasater et al. 2014）であった。その他, Electronic Interactive Simulationを使った救急室でのトリアージ看護師のシミュレーション1件（Weatherspoon, Phillips, & Wyatt, 2015）, Emergency Room Triage というソフトウェアのオンライン学習が1件（Weatherspoon & Wyatt, 2012）であった。シミュレーション以外の教育方法では, 概念マッピングを使用した教育（Gerdeman, Lux, & Jacko, 2013）, 事例の提示（Mann, 2012）がそれぞれ1件であった。

3. 臨床判断力の定義と評価指標

臨床判断力の定義として, 国内では, CorcoranとTannerを組み合わせて定義をしたものが1件（山内ら, 2015）, その他は定義がなかった。評価指標としては, 独自に作成した臨床判断力と実施の自己評価（山内ら, 2015）や, シミュレーション時のデブリーフィング内容として, 学生がシミュレーション時に学んだこと（相野, 森山, 2011）, カンファレンス記録からの臨床判断力の種類と判断に至る手がかり（坂口ら, 2007）であった。

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とする）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; Mariani et 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。その他に, 臨床判断力の定義はないが, 既存の尺度である評価指標として, TAI（Triage Acuity Instrument: 意思決定の「正

表1 臨床判断力の教育方法に関する研究の概要 (N=16)

No	著者、年号	研究デザイン	対象/数	枠組み	教育方法	CJの定義・評価項目	評価方法	効果
1	相野森山 2011 日本	量・質/ 準実験 (RCT・前後 比較)	学生/ 18	記載なし	1. シミュレーション (シナリオベース) 2. シナリオ：終末期看護 3. ツール：フィジック 4. 進め方：アリアーフィング (有) デブリーフィング (有) デブリーフィングの枠組み (無)	定義なし デブリーフィングの記述	質問紙 振り返り質問票へ の自由記載	1. 患者の性格や価値観などの背景をよく理解して関わることの重要性 2. コミュニケーションスキルの重要性 3. 知識、臨床技術に関すること 4. 患者だけではなく家族を含めた看護の重要性
2	Ashcraft et al. 2013 米国	量/ 記述研究	学生/ 1回目 86 2回目 102	LCIR	1. シミュレーション (シナリオベース) 2. シナリオ：急性心筋梗塞・慢性腎不全・うつ病性心不全・糖尿病性ケトアシドーシスの情報収集、診断、介入 3. ツール：High-fidelity manikin 4. 進め方：アリアーフィング記載なし デブリーフィング (有) デブリーフィングの枠組み 学生のみ (デブリーフィング) / 教員 (無)	LCIR	LCIRに基づき学 生の行動を評価	第1段階の平均点は 2.27 (10~33) 第2段階の平均点は 8.66 (66~121) 第1と第2の対になった項目は11項目中8項目で有意な差を示し、総計評価でも同様の結果となった。
3	Bambini et al. 2009 米国	量/ 準実験 (反復計測)	学生/ 112	記載なし	1. シミュレーション (シナリオベース) 2. 産後のアセスメント、新生児の沐浴、アセスメント 3. ツール：忠実性の低いマネキン 忠実性の中等度のマネキン 忠実性の高いマネキン 4. 進め方：アリアーフィング記載なし デブリーフィング (有) デブリーフィングの枠組み (無)	定義なし 調査後、フォローアップ時の 自由回答	質問紙 (自信に関するス ケール) 自由回答	質的データ (3つのテーマが示された) 1 患者との言語-非言語的コミュニケーション 2 精神運動スキルと患者との相互作用の自信 3 優先順位をつける力、異常所見を特定する力、介入する方法 と時期を知るといった、フリニカルジャッジメント
4	Gerleman et al. 2013 米国	質/ 介入後評価	学生 / 8	constructivist theory	concept map を用いた教育方法 事例が提示され、グループでコンセプトマップは45分で行われた。その後30分のデブリーフィングによって学生はフォローされた。この間、学生は互いに介入・判断スキルかを、ガイドするためにルーブリックを用いた。	Tannerの臨床判断モデル clinical judgment self-evaluation rubric ① Noticing ② Interpreting ③ Responding ④ Reflecting	グループディス カッション	学生は概念マップ活動とルーブリックがより良い判断を下 し、臨床判断力を高めることを導いていると表現した。
5	Johnson et al. 2012 米国	量/ 準実験	学生/ 275 UK 54 US 221	observational learning and mastery mod- eling (Bandura) 観察学習・習熟 モデル	1. シミュレーション (シナリオベース) と、臨床判断をモデル化した熟練看護師を記録したビデオの試験 2. シナリオ：大腿骨骨折の患者、術前、術後と症状管理 (せん妄を含む) 3. ツール：Sim man 4. 進め方：アリアーフィング (記載無し) デブリーフィング (有) デブリーフィングの枠組み (無)	LCIR	質問紙 (満足度：リッケー トスケール) ビデオ (デブリーフィング の様子)	LCIRではUSの学生においては noticing interpreting re- sponding の3つが介入群の方が有意に差があった。 UKの学生においては、reflecting も含めた4項目が全て有意 に差があった。
6	Lasater et al. 2014 米国	量・質/ 準実験 (RCT)	学生/ 275 UK 54 US 221	CJ (Tanner's (2006) model)	1. シミュレーション (シナリオベース) と、臨床判断をモデル化した熟練看護師を記録したビデオの試験 2. シナリオ：大腿骨骨折の患者、術前、術後と症状管理 (せん妄) 3. ツール：Sim man 4. 進め方：アリアーフィング (記載無し) デブリーフィング (有) デブリーフィングの枠組み (無) ※コンセプトベースドラーニングアクティビティを実施	LCIRのディメンションに基づ く11個の自由回答式質問	質問紙 4週間後の現実の 患者のケア後にも 実施	シミュレーション後の結果：介入と対照群との間で最も劇的な 違いがあった。その違いは、何を期待し信頼を高めるかという ことを知ることにあった。 4週間後の実際の患者ケア後の結果：介入と対照群との間の 違いはわずかであった。ケア後のデータから気づきが増えたこと と、信頼が増したことで、シミュレーションから現実の患者への 学びの継続的な転位、のテーマが含まれた。
7	Lasater & Nielsen 2009 米国	量・質/ 準実験	学生/ 28 グループ フォーカ スイインタ ビュー5	concept-based learning activi- ties	1. シミュレーション 2. シナリオ：記載なし 3. ツール：HFS 4. 進め方：アリアーフィング (記載無し) デブリーフィング (有) デブリーフィングの枠組み (無) ※コンセプトベースドラーニングアクティビティを実施	LCIR	LCIRに基づき学 生の行動を評価 フォーカスグルー プインタビュー ビデオに録画	LCIR： 1. noticing (介入 6.80 対象 5, 15) 2. Interpret (介入 4. 33 対象 3, 46) 3. respond (介入 9.77 対象 8,00) 4. reflect (介入 4. 77 対象 3, 85) total score (介入 25. 67 対象 20,46) 統計的に有意差が あった フォーカスグループインタビューについて 1. 学習ガイドの構造化の重要性、2. 臨床学習へのコンセプト ベースの学習活動の使用、3. 理論と実践の橋渡し、4. 学生 の思考と臨床判断の発展
8	Lavoie et al. 2013 カナダ	質/ 介入後評価	1 看護師/ 5	GJ (Tanner's (2006) model)	1. シミュレーション (シナリオベース) 2. シナリオ：脳判断にクリッピングをし、心臓合併症を起こす 3. ツール：HFS 4. 進め方：アリアーフィング (記載無し) デブリーフィング (有) デブリーフィングの枠組み (有) リアクションガイド ※90分のリアクションと45分のシミュレーションが結びついた教授 介入	Tannerの臨床判断モデル CJモデルに沿った認知プロセ スの評価	質問紙	・自分のケアの優先順位と組織化、看護評価能力、および状 況において臨床判断にリアクションが寄与したと報告した。 ・デブリーフィングが患者の状況に関するどのような決定に選 択されたかを理解する助けとなることを示した。 ・デブリーフィングが理論と実践を結びつけるための有用なも のであると認識していた。

9	Lancaster et al. 2015 米国	量/記述研究	学生/80	CJ (Tanner's Model)	1. シミュレーション (シナリオベース) 2. 術後の患者がモルヒネが入った鎮痛ポンプをコントロールしている状況 3. ツール: 記載無し 4. 進め方: フリーフィンギング (記載無し) デブリーフィングの枠組み (記載無し) ※ SBAR を使い、学生がシミュレーション時の報告をする	定義なし SBAR Situation / Background Assessment / Recommendation	質問紙	SBAR の分析から 3 つのテーマが抽出された。Go check / need to / missed (チェックすること、必要なこと、ミスをした)、殆どの学生が PCA ポンプが処方されていること、SBAR へ正しい量を記録した。27% の学生が PGA の痛み止め最後の量を記録していた。そして 47.5% の学生が、次におこる症状の可能性と PCA の保険と計画書の存在を記録した。全ての学生が患者の意識レベルが下がっていることに気づいた。しかし、28% の学生が正しいバイタルサインの最後の様子を記録した。1 人の学生が寝がたいと気づいた。
10	Lindsey & Jenkins 2013 米国	量/準実験 (RCT)	学生/79	CJ (Tanner's (2006) model)	1. シミュレーション (シナリオベース) 2. シナリオ: コードブルー (Rapid Response: 迅速な反応の教育) 3. ツール: 記載無し 4. 進め方: フリーフィンギング (有) デブリーフィングの枠組み (無)	Tanner の臨床判断 オリジナル調査用紙 11 項目多岐選択式 1. システムの目的・機能・および予想される結果に関する知識の評価 2. 迅速な応答呼び出しへの参加と行動の中の、臨床判断の評価 3. 参加者が迅速な応答呼び出しにさらされる程度の評価	質問紙	介入群の方が、テスト後のスコアが優位に高くなった。 M = 64.8 SD = 19.69 M = 90.91 SD = 8.73 t (77) = 7.65, P < .001
11	Mann 2012 米国	量・質/準実験前後比較	学生/	記載なし	事例 (内容: ヘルステアアのシレンマ) を提示し、学生側からの質問を受けた。	LCJR	観察ビデオ インタビュー 記録	介入群の臨床判断と対照群の臨床判断に有意差が認められた (t=1.833 p=0.082)。
12	Mariani et al. 2011 米国	量・質/準実験	学生/86	LCJR	1. シミュレーション (シナリオベース) 2. シナリオ: ①股関節全置換後の出血および体液量が不足している術後ケア、②電解質不均衡、および小腸の交差、小腸閉塞に関連する脱水である主な診断を有する状況 3. ツール: 記載なし 4. 進め方: フリーフィンギング (記載無し) デブリーフィング (有) ※ DML (Debriefing for Meaningful Learning) の構造化された方法を用いたデブリーフィング	LCJR LCJR に基づき、それぞれの教員が評価 フォーカスグループ インタビュー 録音	LCJR の全体的平均尺度スコアは、介入群が 1 回目ではより低いが、2 回目ではより高いことを実証した。しかし、平均スコアの 1 回目と 2 回目の差は統計的に有意ではなかった。フォーカスグループでは、構造化されたデブリーフィングと非構造化されたデブリーフィングのグループの間に差があった (学習者中心と指導者中心の学習)。	
13	坂口ら 2007 日本	質/介入後評価	看護師/23	ナレッジマネジメント	ナレッジマネジメントの手法 (共同化: Socialization 表出化: Externalization 内面化: Internalization 連結化 Combination) を採用し「臨床判断トレーニングシート」を用いて意図的に事例カンファレンスをする。	定義なし 下記の項目があるカンファレンスシートの内容 ①問題状況の認識と共有 ②アクションプランの策定 ③アクションプランの実施 ④アクションプランの評価	記録用紙	調査期間中に 40 例の事例カンファレンスが開催され、5 種類の「臨床判断: 1. 適切な援助活動のために用いる適切な選択に関する判断 2. 患者に情報を伝え効果的な対応に関する判断 3. 急変時の効果的な対応に関する判断 4. 救急医療チームの組織化のために用いられる判断 5. 看護チームの組織化のために用いられる判断」に判断に用いた「手分け」: 1. 症状および生体情報 2. 生体情報の経時的変化 3. 以前の類似した経験 4. 場の雰囲気 5. ただならぬ予感」が抽出された。
14	Weather- spoon et al. 2015 米国	量/準実験 (RCT・前後比較)	学生/117	ELT: Experiential Learning theory (by Kolb)	ES: electronic interactive simulation (single-player computer-based ES) 仮の救急室でのトリアージの役割	CC T D I: the California Critical Thinking Disposition Inventory T AI, the Triage Acuity Instrument	使用状況の記録 質問紙	TAI は差がない CC T D I は、3 つの要因 (truth seeking, open mindedness, confidence in reasoning) で ES の方がスコアが高かった。
15	Weather- spoon et al. 2015 米国	量/準実験 (前後比較)	学生/23	ELT: Experiential Learning theory (by Kolb)	コンピューターベースのシミュレーション シミュレーションの内容 救急外来のトリアージというタイトルのソフトウェアを使って経験教育の体験を促す。シミュレーションはメッセージを進めさせ、例えば緊急性の高い患者を入院させたというメッセージを送り、シミュレーションは展開しなくなる。	TAI (Triage Acuity Instrument)	質問紙	プレテストの得点において介入と対照群の間に大きな差があった。ポストテストの得点はそれぞれ大きく変化した。 介入: 56.25 → 96.56 対照: 74.27 → 94.27
16	山内ら 2015 日本	量/介入後評価	学生/84	記載なし	1. シミュレーション (シナリオベース) 2. シナリオ: 周手術期患者の看護 3. ツール: 中階能シミュレーター 4. 進め方: フリーフィンギング (有) デブリーフィング (有) デブリーフィングの枠組み (無)	定義: Corcoran と Tanner を混合させた定義 オリジナルの調査項目	質問紙	質問紙調査から有効回答が得られた 49 名の回答を分析した。その結果、調査項目は 6 因子に分類され、第 4 因子「術前看護に関する臨床判断力の習得」(p < .01)、第 1 因子「自己学習行動へのつながり」と第 6 因子「術後疼痛に関する看護の実践力の習得」(p < .05) において演習後と実習後得点に有意な上昇があった。

1) CJ: Clinical Judgment 2) LCJR: Lasater Clinical Judgment Rubric

確さ」と「効率性」を測定、以下TAIと略す)を用いたものが2件(Weatherspoon et al. 2015; Weatherspoon & Wyatt, 2012), SBAR (Situation Background Assessment Recommendation, 以下SBARと略す)が1件(Lancaster, Westphal, & Jambunathan, 2015)であった。

4. 臨床判断力の教育効果

教育効果では、16件中全て肯定的な結果が報告された。その中でも統計的に有意差が認められたと報告していたのが8件であり、臨床判断力をLCJRで評価し有意差が認められたのは4件(Ashcraft et al. 2013; Mann, 2012; Johnson et al. 2012; Lasater & Nielsen, 2009), TAI, CCTDI (the California Critical Thinking Disposition Inventory) で評価し有意差が認められたのは2件(Weatherspoon et al. 2015; Weatherspoon & Wyatt, 2012), オリジナルの評価表を用いて有意差が認められたのが2件(Lindsey & Jenkins, 2013; 山内ら, 2015)であった。残り8件は質的データから内容を分析し、教育効果を評価していた。

V. 考察

1. 臨床判断力の教育の動向と教育の対象

2010年以降から臨床判断力の教育に関する研究が増えた1つの要因として、2007年にKathie.LasaterがChristine. A. Tanner氏が提案した臨床判断モデルをベースとした、LCJRを開発したことが考えられる。Tannerの臨床判断モデルには、1.気づき、2.解釈、3.反応、4.省察という4つの臨床判断のプロセスの様相が示されている(Tanner, 2006)。Lasaterは、4つの様相における11の観点を、1.気づき：焦点を絞った観察・予期されるパターンからの逸脱の認識・情報探索、2.解釈：データの優先順位づけ・データの意味づけ、3.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・技能的であること、4.省察：評価／自己分析・改善へのコミットとし、それぞれに模範的、達成、発展途上、初歩的の4段階を設定しルーブリックを作成した(Lasater, 2007; 細田, 根岸, Lasater, 2018)。

また、国内においても国外においても対象が殆ど学部生であることから、臨床判断力の教育は学部を中心に行われていると言える。これは、米国において高度実践看護師の育成を大学院修士・博士過程で行っており、その基盤となる学部教育において臨床判断力の教育が盛んに行われていると考える。

2. 臨床判断力の教育方法

臨床判断力の教育方法については、国内・外ともにシミュレーションが多く選択されており、HFSといった高性能のシミュレーションが用いられていた。

教授方法としてのシミュレーションは、ある技能や概念の獲得といった目標達成を目指して模擬的状况が設定され、学生はその状況と関わりながら知識や技能を獲得していくものである(藤岡, 野村, 2000)。しかし、近年はシナリオベースのシミュレーションが用いられ臨床状況により即した内容となっている。そのため、学生は状況に関わることにより、思考力・判断力も習得が可能となると指摘されており、臨床判断力の教育にはシミュレーションが適切だと言える。

さらに、国内でも国外でも、シミュレーションを用いた教育方法の中にデブリーフィングが多く取り入れられている。デブリーフィングとは、学生と指導者が起きたことから学び、熟慮して経験を再考するよう、模擬的な臨床経験を辿ること(Dreifuerst & Decker, 2012, p.106)とされ、「振り返り」と言われる。この中で、学習者がシミュレーションの間に起きた行為や感情、思考を統合し、分析し理解をするといったシミュレーション教育にとっては重要な時間である(Cantrell, 2008)。その際のインストラクターは学習者がデブリーフィングに主体的に参加し、自分の行為・思考・感情を振り返り、そこから内発的な気づき、疑問が生じるよう促すことが求められる(阿部, 2015, p.102)。しかし、デブリーフィングは重要だと指摘されているにも関わらず、どのような視点や枠組みで行っているのかを示すものは少なく、国内においても国外においてもデブリーフィングの方法については課題があると言える。

3. 臨床判断力の評価指標

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。また、LCJR以外でもTannerの臨床判断モデルに基づいた評価表が用いられていた。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定着していると言える。Tannerの臨床判断モデルには、1.気づき、2.解釈、3.反応、4.省察という4つの臨床判断のプロセスの様相が示されている(Tanner, 2006)。最も着目すべき点は、この「4.省察」である。Tannerは、省察は経験からの学習を促しその結果、臨床的知識が身に付き、複雑な状況下での判断と臨床的推論が向上すると捉えている(Tanner, 2006)。それ故それを含めて評価ができる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と言える。まずは臨床判断力をどのように捉えるのか、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。

4. 臨床判断力の教育効果

殆どの研究結果から教育効果が得られたのは、国内外ともに教育手法としてシミュレーションが確立されてきたこと、さらに国外では臨床判断力を測定する指標の開発により臨床判断力が可視化できるようになったことが影響していると考えられる。国内においては臨床判断力そのものを測定する指標がこれまでなかった。そのため質的データやオリジナルの測定指標が用いられていたが、LCJRの日本語版が作成されたことにより（細田ら、2018）、国内においても質的データだけでなくこのループリックでの評価の活用が期待できる。

VI. おわりに

臨床判断力の教育方法について、国内外の文献レビューを行った。日本では論文として報告される件数が少なく、臨床判断力の定義や評価指標についてもまだ試行錯誤している段階である。一方国外での臨床判断力の教育は、シミュレーション教育が主流であり、臨床判断力の定義、評価指標も確立されている。高度実践看護師の教育が盛んであるといった背景や看護師の業務範囲も異なるが、日本にとっても、臨床判断力の教育方法を検討する上で国外の文献は示唆を得るものであり、看護継続教育に参考としながら取り入れていきたい。

文献リスト

相野さとこ, 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.

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.

Bambini, D., Washburn, J., & Perkins, R. (2009). Outcomes of clinical simulation for novice nursing students: Communication, confidence, clinical judgment. *Nursing Education Research*, 30 (2), 79-82.

Gerdeman, J. L., Lux, K., & Jacko, J. (2013). Using concept mapping to build clinical judgment skills. *Nursing Education in Practice*, 13, 11-17.

Johnson, E. A., Lasater, K., Hodson-Carlton, K., Siktberg, L., Siderras, S., & Dillard, N (2012). Geriatrics in simulation: Role

modeling and clinical judgment effect. *Nurse Education Perspectives*, 33 (3), 176-180.

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., & Nielsen, A. (2009). The influence of concept-based learning activities on students' clinical judgment development. *Journal of Nursing Education*, 48 (8), 441-446.

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.

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.

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., & Dreifuerst, K.T. (2013). Structured debriefing and students' clinical judgment abilities in simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 9, 147-155.

坂口桃子, 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.

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.

山内栄子, 西園貞子, 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.

引用文献

阿部幸恵 (2015). *看護のためのシミュレーション教育*. pp86-108. 東京：医学書院.

Cantrell, M. A. (2008). The importance of debriefing in clinical simulations. *Clinical Simulation in Nursing*, 4 (2), 19-23.

Dreifuerst, K. T., & Decker, S. I. (2012). Debriefing: An essential component for learning in simulation. In P. Petragogy, J. Jeffries, P. R (ed). *Simulation in nursing education From conceptualization to evaluation 2ed*. pp105-129. New York, NY: NLN.

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プリック 日本語版の作成. *看護教育*, 59 (1), 40-47.

藤岡完治, 野村明美 (2000). *わかる授業をつくる看護教育技法3 シミュレーション・体験学習*. 東京：医学書院.

- 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.
- Jeffries, P. R., & Kristen, J. R. (2012). Theoretical framework for simulation design. Jeffries, P. R. (ed). *Simulation in nursing education From conceptualization to evaluation 2ed.* pp25-41. New York, NY: NLN.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Lasater, K. (2007). Clinical Judgment development: Using simulation to create an assessment rubric. *Journal of Nursing Education*, 46 (11), 496-503.
- 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*, 5, 218-221.
- 増野蘭恵 (2010). 看護基礎教育におけるシミュレーション教育の展望. *近大姫路大学看護学部紀要*, 3, 1-7.
- 松澤明美, 白木裕子, 津田茂子 (2017). 看護基礎教育課程における小児看護学シミュレーション教育の課題: 文献レビュー. *日本看護科学学会誌*, 37, 390-398.
- Tanner, C. A. (2000). 看護実践における Clinical Judgment 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 research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45, 204-211.
- 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.
- 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ズ・学習ニーズ. *東都医療大学紀要*, 2 (1), 41-49.