

臨地実習における看護系大学生のケア実施に伴う
看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わり
：成人看護学（急性期）実習に着目して

Interaction of Clinical Instructor to Develop Nursing Judgment
Ability by Nursing College Student Accompanied With Patient Care
：Focusing on Adult Nursing (Acute Stage) Clinical Practice

阿部 オリエ
Abe, Orië

2019年度 博士（看護学）論文

主研究指導教員：本田 多美枝

日本赤十字九州国際看護大学大学院

看護学研究科共同看護学専攻

提出年月日 2020年3月2日

抄録

I. 研究の背景

看護系大学においては、育成すべきコアコンピテンシーとして、「必要とされる看護を判断すること」という、学生自身で看護上の判断ができるようになることが喫緊の課題である。学生の臨床判断に関する研究も散見されるようになった（相野，森山，2011；山内，西菌，林，2015）が、臨床判断は、達人〔Expert〕に特有な意思決定や直観的というような感覚的な特徴がある（Tanner, 1987; 1990; 1993, Benner, Tanner, & Chesla, 1996）ことから、学生には備わっていない能力といえる。そこで、看護系大学生に対して、学生のうちに育成すべき看護上の判断があると考えた。

学生の看護上の判断に関する研究は、布佐（1999）や鶴田（2010）の研究に示されるように、学生が判断に困難を感じる場面における教育の在り方を検討したものであった。一方、学生の臨床判断能力を上げるには、シミュレーションや concept を設定し、ルーブリック評価を活用することが効果的とされている（Lasater, 2011）が、臨地実習の場における患者への学生の看護上の判断に着目した研究は見あたらない。さらに、学生の看護上の判断育成にあたり、その概念が必ずしも共通理解されている状況とは言い難い。そこで、臨地実習における「学生の看護上の判断」の概念分析を実施し、ケアの有無に対する決定、ケアの方法に対する決定、患者の反応に伴うケアの決定を包含した「ケア実施に伴う決定」を特定するに至った。現在、ケアの指導は、9割以上臨地実習指導者が行っている（日本看護系大学協議会，2016）ため、患者へのケアを学生と共に実施している臨地実習指導者の、学生へのケア実施に伴う看護上の判断に対する関わりを明らかにすることで、学生のケア実施における看護上の判断育成に向けた示唆を得ることができると考えた。

II. 研究目的

本研究では、臨地実習における看護系大学生の看護上の判断を育成するために、学生と共にケアを実施している臨地実習指導者に焦点をあて、臨地実習指導者が、学生が行う受け持ち患者へのケア実施に伴う看護上の判断をどのように捉え、学生に関わっているのかを明らかにすることを目的とした。

III. 研究方法

研究デザインは、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA と略す）

を用いた質的探索的研究である。M-GTA を選択した理由は、臨地実習指導者と学生との間には、相互作用に基づく関係性が成立していると考えられ、シンボリック相互作用論を哲学的背景とした、人間対人間の複雑な相互作用をプロセスとして描き出すことに長けていると考えたからである。研究参加者は、成人看護学（急性期）で実習指導にあたる臨地実習指導者とし、人数は20名程度で、理論的飽和化により増減するとした。半構造化面接でデータ収集を行い、データ分析は、分析ワークシートを用い、データ収集と同時並行で進めた。また、継続的比較分析を行い、概念相互の関係の検討、カテゴリーの生成、追加データ収集の検討後、終了の判断を行った。その後、結果図を作成しストーリーラインで説明した。

IV. 結果

学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わりは、ケア実施前の〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉、ケア実施中の〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉、ケア実施後の〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉というプロセスで示された。

1. ケア実施前の学生の看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わり

〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉は、臨地実習指導者が、ケア実施前に、【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】ができるように関わっていることを示している。臨地実習指導者は、【ルーチンに基づく学生の行動計画の確認】と【患者や学生の反応と自己の認識に対するズレのキャッチ】を契機とし、学生の解っていないをふまえた上で、【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】行動をとっていた。この【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】行動には、【実習目標をふまえた学生の自己学習の促進】が影響を与えていた。これらを経て、患者の状態に応じた【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】を行うに至っていた。その後、臨地実習指導者は、【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】を目指しながら学生に関わっていた。ケア実施前における臨地実習指導者の学生の看護上の判断育成に向けた関わりは、臨地実習指導者が学生の看護上の判断を確認した上で、患者の状態理解に向けて学生を揺さぶり、方法を決定した後は、学生が安定して主体的にケア実施ができるよう万全に整えていた。

2. ケア実施中の学生の看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わり

〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉は、ケア実施中の【患者の安全が最優先】という前提に基づき、臨地実習指導者が学生に関わっていることを示している。

臨地実習指導者は、【看護師としての即座の臨床判断】を行いつつ、学生が主体的にケアを実施できるよう【見守りの下学生を放つ】行動をとっていた。また、これら3つのカテゴリーは、【学生と患者の関係をつなぐ要という認識】や【患者と関わるからこそ得られる看護を意味づけたい】という臨地実習指導者の考えに影響を受けていた。さらに、臨地実習指導者は、【患者の安全が最優先】という前提の基、【看護師としての即座の臨床判断】を行いつつ、【見守りの下学生を放つ】という行きつ戻りつの行動をとりながら、同時に、【学生へのおさえ時の見極め】を行っていた。ケア実施中における臨地実習指導者の学生の看護上の判断育成に向けた関わりは、患者の安全が最優先という前提の下、看護師としての即座の臨床判断を行い、学生に判断に至るプロセスを体験させ、ケア続行の有無や方法の修正を臨機応変に判断しながら、学生が主体的にケアを実施できるよう、かつ、患者の反応の意味を捉えることができるよう関わっていた。

3. ケア実施後の学生の看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わり

〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉は、臨地実習指導者が、ケア実施後に【学生の知識と患者の状態をつなげていく】ことができるよう関わっていることを示している。臨地実習指導者は、【学生の無意識を意識化させる】ことや、【学生のネガティブをポジティブへと転換させる】ことを行い、【患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化】という行きつ戻りつの行動をとりながら、【学生の知識と患者の状態をつなげていく】関わりを行っていた。同時に、臨地実習指導者は、学生が次の学習段階に進むことができるよう、【学生を手放すタイミングの見計らい】を模索していた。その後、臨地実習指導者は、【学生の理解をふまえた次の局面へと放つ】、もしくは、【時間切れによる学生のその後の把握困難】を迎えていた。ケア実施後における臨地実習指導者の学生の看護上の判断育成に向けた関わりは、ケア実施前、実施中、実施後にかけて学生の想起を促しながら、判断するという1点だけではなく、継続的に学生へのおさえを行いながら、過去・現在・将来も見据えた深い患者理解ができるよう関わっていた。

V. 考察

1. 臨地実習指導者の関わりがプロセスとして描き出された意味

学生の看護上の判断育成に向けて、ケア実施前に臨地実習指導者は、患者の状態を予測し、学生の患者理解が促進できるよう相互にすり合わせを行いながら学生を揺さぶり、方法を決定した後は、学生が安定してケア実施ができるよう万全に整えていた。これらは、ケア実施中を見越した関わりと考えられ、臨地実習指導者は、学生が主体的にケアを実施

することによって学ぶことができるであろう、ケア実施中の看護上の判断を予測して、ケア実施前から万全に整えるといった一連の関わりを行っていたと考える。一方、ケア実施後に臨地実習指導者は、学生に対して、患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化を行い、学生個々の知識と患者の状態を緻密につなげていた。これらのことより、学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成するにあたっては、学生自身で看護上の判断が行えるようになるために、判断場面の1点だけではなく、ケア実施前、実施中、実施後にかけての継続的な一貫した関わりが求められていると推察された。また、決定を下した看護上の判断が妥当であったのかを検討するためにも、深い患者理解が不可欠であることが示唆された。

2. ケア実施を共有するからこそできる学生のケア実施に伴う看護上の判断への関わり

臨地実習指導者は、学生とケア実施を共有することにより、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けて、その時その場でインプットすべきことを見極めていた。また、臨地実習指導者は、学生とケアを実施した場面を共有し、振り返りの際に活用し、学生への直接的経験の意味づけ(安酸, 2015, p.91)を行っていた。臨地実習指導者は、看護師としての臨床判断を学生に直接伝えるのではなく、患者の安全が最優先という前提の下、学生に任せて大丈夫な範囲を見極めながら、学生の気づきを期待して、看護上の判断に至るプロセスを体験できるよう、学生をケア実施へと放っていた。また、学生自身で看護上の判断に対する手がかりがつかみきれない場合は、ケア実施後に学生の無意識を意識化させることで学生の知識と患者の状態をつなげていた。臨地実習指導者は、看護上の判断を行う主体は学生という認識の下、看護上の判断に至るプロセスを学生に体験させる一方で、学生にとっては、臨地実習指導者の優れた臨床判断に触れる機会につながっていたと考える。これらは、ケア実施を共有するからこそ可能な、学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成する機会であったといえる。

3. 学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた協働

学生がケア実施に伴う看護上の判断を行う際、ケア実施前に臨地実習指導者は、学生に対するケア実施のイメージ化、患者の急変への対応の準備、力量を見越した上でのスタッフ看護師への依頼、信頼関係を前提とした患者への根回しを行っていた。これらは、ユニットの環境を熟知し、患者との信頼関係を構築している臨地実習指導者だからこそ可能な学生への関わりであると考えられる。一方、学生の学習に責任を担う立場にある教員が、学生のケア実施に伴う看護上の判断に継続的に関わることによって、ケアの意味を深く掘り下げたり、学生がうまく判断できない場合は、個別的に、再度振り返りを行うことができる

と考える。このように、ケア実施における看護上の判断を育成するにあたっては、ケア実施を共有することで可能となる臨地実習指導者からの学生への刺激と、学生が受けた刺激を引き継いで、思考をまとめ深めていく教員との両者の協働が重要であると考ええる。

4. 臨地実習における学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けての提言

本研究の知見は、課題が多いとされている現在の臨地実習指導の中から描き出されたものであり、シミュレーションでは学ぶことができない患者への看護上の判断を育成するにあたっての指導モデルとして活用できる。臨地実習指導者にとっては、自身の指導を振り返る際の視点になり、本知見を参考に、学生と共に患者へのケアを実施しているスタッフ看護師や、今後臨地実習指導者になる人にとっての教育ツールとしても活用できると考える。また、学生の判断能力育成が求められている学士課程において、学生の看護上の判断育成に対して責任を担う立場にある教員にとっては、本知見を活用することで、学生の思考レベルに応じた関わりの在り方について具体的に検討する資料となる。さらに、本知見を活かし、地域包括ケアを見据えた実習等、急性期実習以外の学生の看護上の判断育成への適用可能性を検討することができると考える。

VI. 結論

学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けて、臨地実習指導者は、学生自身で看護上の判断ができるよう、ケア実施前、実施中、実施後に一貫したプロセスを伴う関わりを行っていた。本研究結果の知見より、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けては、看護上の判断自体の妥当性を検討するためにも深い患者理解と、判断するという1点だけではなく、継続的な学生へのおさえが不可欠であることが示唆された。

Interaction of Clinical Instructor to Develop Nursing Judgment Ability by Nursing College Student Accompanied With Patient Care: Focusing on Adult Nursing (Acute Stage) Clinical Practice

Objective

In this study, the authors aimed at focusing on clinical instructors who performed patient care with nursing college students in clinical practice, and clarifying how the instructors grasp judgments made by the students for their patient care, so as to obtain suggestion for betterment of students' nursing judgments during clinical practice.

Method

The study design is an exploratory study design based on the Modified Grounded Theory Approach (hereinafter called M-GTA). The study participants were clinical instructors instructing students for adult nursing (acute stage). Semi-structured interviews were employed as a data collection method. Data analysis was performed in parallel with data collection after analysis themes and analysis focuses were determined.

Result

Involvement of the clinical instructors for students' nursing judgments consisted of <fitting that drew the students to understanding of their patient> before care practice, <care practice with the students under the premise of patients' safety> while practicing care and <promoting students' consciousness and leading them to understanding on patients' conditions> after the care practice. The item <fitting that drew the students to understanding of their patient> before care practice indicates that the clinical instructors were involved in the practice so that [decision was made for methods by drawing the students to their understanding on patients] before care practice. Next, the item <care practice with the students under the premise of patients' safety> while practicing care indicates that the clinical instructors were involved with the students based on the premise [patients' safety has the top priority] during care practice. The item <promoting students' consciousness and leading them to understanding on patients' conditions> after the care practice indicates that the clinical instructors were involved with them so that

[students knowledge and patients conditions are connected] after care practice.

Discussion

From the period before to after care practice, clinical instructors placed importance on the care practice lead by the students. Moreover, during the care practice, the clinical instructors made immediate clinical judgment as a nurse and let the students perform care while ascertaining the job ranges that they could leave to them and watching them. Furthermore, after care practice, the instructors connected the students' knowledge and patients' conditions. The instructors gave inputs to the students while performing care with them. We infer that the students noticed nursing judgments and became able to interpret them while witnessing excellent clinical judgments made by a professional nurse. This is relation that can never be obtained without sharing care practice. It is necessary to study cooperation with instructors based on this result.

Conclusion

For betterment of students' judgment in their nursing care, the clinical practice instructors let them perform care independently so that they could make judgment by themselves. Furthermore, after care practice, the students traced back their behaviors before and while practicing nursing care while the instructors promoted the remembrance of the students for judgment in nursing care. Moreover, they involved in students' judgment with process so that the students could deeply understand about the patients while they continuously controlled the student.

Keywords: nursing judgment, clinical instructor, clinical judgment, interactive, nursing college student

目次

I. 序論	1
A. 研究の動機と背景	1
II. 文献検討	4
A. 臨地実習における「学生の看護上の判断」の概念分析	4
B. 臨地実習で育成すべき学生の看護上の判断の検討	8
1. 臨地実習で育成すべき学生の看護上の判断	8
2. 学生が臨地実習で学ぶべき看護上の判断	10
C. 学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた検討	11
1. 学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた支援の必要性	11
2. 学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた支援体制の検討	12
3. 学生がケア実施に伴う看護上の判断を行う上での臨地実習指導者の関わり	14
D. 文献検討のまとめ	16
III. 研究目的	17
A. 研究目的	17
B. 研究の意義	18
C. 用語の定義	19
1. 臨地実習指導者	19
2. 看護上の判断	19
3. ケア	19
4. 臨地実習指導者の関わり	19
IV. 研究方法	19
A. 研究デザイン	19
B. 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの哲学的、理論的基盤	20
C. 研究参加者の選定	21
1. 実施時期	21
2. 選定基準	21

3. 研究参加者の対象人数	21
4. サンプリング方法	22
D. データ収集方法	22
E. データ分析方法	22
F. 真実性と信憑性	24
G. 研究倫理の確保	24
H. 利益相反	24
V. 結果	25
A. 理論的飽和化に至った過程	25
B. 研究参加者の概要	25
C. 結果図とストーリーライン	26
D. ケア実施前の学生の看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わり	28
1. 学生のケア実施に伴う看護上の判断への関わりの契機	28
2. 臨地実習指導者が仕向ける学生への揺さぶり	30
3. 学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定	33
4. 学生が安定してケアが実施できることを目指した臨地実習指導者の関わり	34
E. ケア実施中の学生の看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わり	36
1. 患者の安全が最優先という前提の下での学生主体のケア実施の見極め	37
2. 看護師としての臨床判断を行いつつ学生が体験できるよう誘導する	38
3. 学生の看護上の判断育成を目指した見守りの下での学生主体のケア実施	39
4. 学生にケアを実施させながらの看護上の判断に対するおさえ時の見極め	41
5. 学生の看護上の判断育成に影響を与える臨地実習指導者の考え	42
F. ケア実施後の学生の看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わり	45
1. 臨地実習指導者による学生の知識と患者の状態との緻密なつながり	45
2. 学生の気づきの促進や知識へのおとしこみを目指した関わり	47
3. ネガティブをポジティブへと転換させての学生へのフィードバック	50
4. 学生に見える化を目指した、患者の過去・現在・将来の可視化	52
5. 学生を次の学習段階に進めるための模索	54

VI. 考察	58
A. 臨地実習指導者の関わりがプロセスとして描き出された意味	58
1. ケア実施中の学生の看護上の判断に対する関わりを見越したケア実施前の臨地実習指導者の関わり	59
2. 学生の看護上の判断育成に向けて不可欠なケア実施後の振り返り	60
B. ケア実施を共有するからこそできる学生のケア実施に伴う看護上の判断への関わり	61
1. 学生のケア実施中の看護上の判断に影響を与える臨地実習指導者の臨床判断能力	61
2. ケア実施を共有するからこそ可能な学生のケア実施に伴う看護上の判断への関わり	64
C. 学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた協働	66
1. 臨地実習指導者の強みを活かした協働への検討	66
2. 臨地実習指導者と教員の協働に対する検討	67
3. 実習指導にあたるスタッフ看護師との協働についての検討	69
D. 臨地実習における学生の看護上の判断育成に向けての提言	69
VII. 結論	70
VIII. 研究の限界と課題	72
謝辞	73
文献	73

<図・表一覧>

図 1 成人看護学（急性期）実習における学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わりのプロセス	83
表 1 『概念分析対象文献』	84
表 2 概念分析による臨地実習における「学生の看護上の判断」の先行要件	86
表 3 概念分析による臨地実習における「学生の看護上の判断」の属性	87

表 4	概念分析による臨地実習における「学生の看護上の判断」の帰結	91
表 5	研究参加者概要	91
表 6	成人看護学（急性期）実習における学生のケア実施に伴う看護上の判断 育成に向けたケア実施前の臨地実習指導者の関わり	92
表 7	成人看護学（急性期）実習における学生のケア実施に伴う看護上の判断 育成に向けたケア実施中の臨地実習指導者の関わり	93
表 8	成人看護学（急性期）実習における学生のケア実施に伴う看護上の判断 育成に向けたケア実施後の臨地実習指導者の関わり	94

<付録一覧：資料>

資料 1	臨地実習指導者推薦協力依頼書	96
資料 2	承諾書	98
資料 3	研究参加者宛説明書	99
資料 4	同意書	102
資料 5	同意撤回書	103
資料 6	フェイスシート	104
資料 7	インタビューガイド	105
資料 8	M-GTA 分析手順	108
資料 9	本調査分析ワークシート	110

I. 序論

A. 研究の動機と背景

現在、日本の学士課程においては、学生が生涯学び続け、主体的に考える力を育成するための教育について模索されるなど、教育の質的転換が進んでいる（中央教育審議会，2008）。この質的転換が行われる背景には、従来の教育モデルではなく、学習者主体の学習モデルへとパラダイム転換を目指す意図があると考えられる。それは、従来のどのように教えるかに着目した教育というよりも、学習者にとって必要な能力に着目し、その能力獲得に向けた教育への質的転換を目指すものである。これらの流れを受け、看護系大学においては、卒業時に学生自身が獲得すべき能力とは何かに着目し、看護実践能力が検討されるに至った。それらの検討は、コアとなる看護実践能力を基盤とする教育についての議論（野嶋ら，2011）へと進み、コアコンピテンシーの検討へと発展している（日本看護系大学協議会，2017）。これら、コアとなる看護実践能力を基盤とする教育の検討は、看護系大学における技術学習項目の検討から始まり、まず、看護実践を支える技術学習項目として「看護基本技術」と「看護ケア基盤形成の方法」が示された（文部科学省，2002）。次に、本技術学習項目を活かすために取り組むべき課題が検討され、看護実践能力としてV群19項目が示されるに至った（文部科学省，2004）。このV群19項目で示された看護実践能力は、教育内容や学習成果も含め体系化され、「学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」として提示された。

これらのことより、看護系大学においては、学生自身の看護実践能力を高めることが期待されており、その能力を高めるべく教育の検討が必須であると考えた。では、学生自身の看護実践能力を高めるには、どのような教育を行えば良いのであろうか。先述した看護学士課程におけるコアコンピテンシーに示された、「Ⅱ群：根拠に基づき看護を計画的に実践する能力」には、「必要とされる看護を判断すること」の重要性が述べられていた。また、「看護者には、様々な場面で人々の身体状況を観察・判断し、状況に応じた適切な対応ができる看護実践能力が求められている」（文部科学省，2017）ともされている。これらより、学生の看護実践能力の根幹には、「必要とされる看護を判断すること」や「将来、様々な場面において人々の身体状況を判断できるようになること」というような、学生自身が「看護上の判断」を行えるようになることが必須の能力として存在するのではないかと考える。中央審議会の答申においても、高大接続改革は、学生自身の判断力の向上を目指す（中央教育審議会，2014）とされていることから、看護系大学においては、学生の看護上

の判断をどのように育成するかが、学生の看護実践能力向上の重要な要素になるのではないだろうか。また、地域包括ケア時代の到来（厚生労働省，2018）にあたり、看護上の判断を行うことは、看護職にとって増々必要な能力となることが予測される。それ故、将来、看護職になる学生が、学生の時から自分自身で看護上の判断が行えるようになることが、今後さらに重要性を増すと考えられ、学生の看護上の判断育成に向けての検討が、看護基礎教育における喫緊の課題であると考えられる。

しかし、その一方で、学生の看護上の判断育成にあたり、学生の看護実践能力の根幹と考えられる「看護上の判断」は、その概念が必ずしも共通理解されている状況とは言い難い。そこで、まずは、学生の看護上の判断を文献検討によって明確にする必要があると考えた。その上で、学生の看護上の判断育成に向けた検討が必要であると考えられる。さらに、大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告においては、学生の看護実践能力育成における課題として、臨地実習の在り方等の検討が必要であることが指摘されている（文部科学省，2011,p.4）。中でも、看護系大学における臨地実習が見学実習になっており、学生の看護実践能力を身につけるものになっていない（日本看護系大学協議会，2016, p.77）との指摘もあることから、臨地実習における、学生の看護上の判断育成が急務であると考えた。

臨地実習における、学生の看護上の判断育成に向けた検討にあたり、現在、看護系大学における臨地実習指導体制は、臨地実習期間中、教員が臨床に常駐し学生に対して指導を行う Traditional Model (Kathleen, Marilyn, & Teresa, 2013,pp. 111-113) を採用しているところが多い。全国の看護基礎教育機関を調査対象として実施された、看護学教育の教育環境に関する実態調査プロジェクトにおける研究（大学回答数 161 校のうち回収数 86 校、回収率 53.4%）報告によると、「臨地実習の場に教員や臨地実習指導者が常在している」と回答した大学は、全体の 79.1%であり高値を示していた。しかし一方では、「教員が指導を行うが指導者に任せる日や時間帯がある」と回答した大学が全体の 45.3%を占めていた（日本看護学教育学会,2010）。これは、看護系大学における臨地実習指導体制において、8割近くは、教員や臨地実習指導者が常在しているが、約半数の大学では、臨地実習期間中、臨地実習指導者のみで実習指導を行う日や時間帯があり、教員と臨地実習指導者が連携・協働しながら臨地実習指導を行っている現状を表しているといえる。教員には、学生の学習における責任を担う役割がある。その一方で臨地実習指導者は、「患者へのケアに責任を持ち、患者に焦点をあてた立場で学生指導にあたる」ことが規定されている（文部科学省，2002, p21）。この役割規定が示すとおり、学生への教育の責任を担っているのは教員であるが、

主に患者へのケアに関することに責任を持ちながら学生へ指導する役割を担っているのは、臨地実習指導者であると考え。さらに、日本看護系大学協議会会員校 241 大学 248 課程を対象に実施された、看護系大学学士課程の実習とその基準策定に関する調査研究 (大学回答数 169 校、回答率 68.1%) によると、「ケア実施の調整」や「ケアの指導」に対する役割を担っているのは、9 割以上が臨地実習指導者であることが明らかにされていた (日本看護系大学協議会, 2016, pp. 16-17)。

他方、日本看護系大学協議会会員校 265 校を対象に実施されたグループインタビューにおける (120 校、122 名を対象にしたグループインタビューの実施) 看護系大学学士課程の臨地実習とその基準作成に関する調査研究報告書によると、「学生の体験、認知、思考、感情などを大事にし、自らの実践の意味を問えるような指導を重視」 (日本看護系大学協議会, 2018, p. 15) する必要のあることが、臨地実習指導における基準として示された。これは、臨地実習における、学生の看護上の判断育成に向けて検討する際、学生の体験や認知や思考や感情を大事にしながらい指導を行うことの重要性を述べたものであるといえる。かつ、臨地実習において、看護上の判断を行う主体は学生であり、その判断育成に対しては、学生の体験、認知、思考、感情を重要視する必要があることを示唆していると考え。それ故、患者へのケアにおける学生の看護上の判断を育成するには、学生と共に患者へのケアの場を共有しながら、学生自身の体験、認知、思考、感情などの反応に着目し、相互作用の中で学生へ関わるのが重要といえるのではないだろうか。そこで、現在、学生と共に患者へのケアを実施する機会が多い臨地実習指導者の関わりから、学生の看護上の判断育成に向けた示唆を得ることができるのではないかと考えた。なぜならば、患者へのケア場面において臨地実習指導者は、学生の反応を直に捉えることができると考えられ、その関わりに着目することによって、学生の患者へのケアにおける看護上の判断を育成するにあたっての糸口を見出すことができる可能性があると考えからである。

また、患者へのケアにおける学生の看護上の判断を育成するにあたり、現在、「ケアの振り返り」は、ほぼ 100%に近い状態で、教員が担っている (日本看護系大学協議会, 2016, p. 16) ことが明らかにされている。この、「ケアの振り返り」にあたっては、ケアを詳細に想起することが前提となり、教員と共にケアを実施した後に振り返りを行う場合であれば教育効果は高いと考える。しかし、先述のとおり、実際の臨地実習の場において、患者へのケアを学生と共に実施しているのは臨地実習指導者である場合が多く、患者へのケア場面において、学生がどのように看護上の判断を行うかについては、臨地実習指導者に委ねられている現状があると考え。そこで、現在の臨地実習の場において、患者へのケアを

共に実施する臨地実習指導者が、学生の患者へのケアにおける看護上の判断をどのように捉え、どのように関わっているのかを可視化することが急務であると考えた。これら臨地実習指導者の関わりを可視化することにより、ケアの場を共有していなくても、教員が学生に対して行う教育を検討することができる。また、教員が臨地実習指導者とどのように協働していくかの検討につながることも期待される。

一方、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう包括的な支援・サービスの提供を目指した地域包括ケア時代の到来にあたり、看護学実習においても、今後、地域包括ケアを担えるような看護職の育成を目指した実習が増えることは確実である。地域包括ケアを見据えた実習では、教員が学生と共に実習の場に出向き、患者へのケアを実施すること、および患者へのケアに対する直接的な教育が、現在よりも困難になることは明白である。よって、臨床において、臨地実習指導者が、学生の患者へのケアにおける看護上の判断をどのように捉え、どのように関わっているのかを可視化することで、地域包括ケアを見据えた実習においても、学生の患者へのケアにおける看護上の判断育成に向けた知見として活用できる可能性がある。このことは、教員がケアの場を直接共有していない場合でも、学生の看護上の判断をどのように育成するかについての提言につながる可能性があり、今後増々重要な知見となり得る可能性が高い。

以上をふまえ、本研究では、臨地実習における学生の看護上の判断とは何かを文献検討により明確にした上で、学生がケアにおける看護上の判断を行う上での臨地実習指導者の関わりを明らかにしたいと考えた。これらを探究することにより、学生自身の判断能力を含めた看護実践能力育成に向けた示唆を得ることが期待される。

Ⅱ. 文献検討

A. 臨地実習における「学生の看護上の判断」の概念分析

まずは、臨地実習における学生の看護上の判断の概念を明確にするための概念分析を行った。臨地実習における「学生の看護上の判断」に関して、概念のすべての用法の明確化、概念の要素や特性の明確化、概念の構造と用法を論理的に説明する必要があると考えた。臨地実習における「学生の看護上の判断」に関する用語の定義を行うには、概念の主要な属性 (defining attributes) ・先行要件 (antecedents) ・帰結 (consequences) を識別し、この概念の持つ意味や用語が示す範囲を明らかにする必要がある。そのため、分析方法には、

Walker & Avant の概念分析の方法 (Walker & Avant, 1995; Walker & Avant, 2005/2008, pp. 89-122) を参考に概念分析を実施した。分析の手続きとしては、1. 概念を選択する、2. 分析の目的を決定する、3. 選択した概念について発見したすべての用法を明らかにする、4. 選択した概念を定義づける属性を明らかにする、5. 先行要件と帰結を明らかにするという 5 つの手法に着目し概念分析を実施した。その後、反復的に検討し、対象概念がもつ属性を明確化し、概念の要素や特性を明らかにすると共に、対象概念の先行要件や帰結を明確化することを通じて、概念の構造と用法を論理的に説明することとした。

データ収集は、入手可能なものすべて (辞典、書籍、先行研究論文、総説、資料等) を対象として分析を行った。先行研究論文については、以下の手順で文献検索を行い、対象文献を選定した。海外対象文献の選定は、データベースとして‘CINAHL’および‘Pub Med’を用いて「nursing judgment」および「clinical judgment」、さらに「nursing student」をキーワードに、査読有の学術論文検索を行った結果 11 件の文献が検索された (2017 年 11 月 2 日検索)。これらの文献の要旨を参照し、内容において、「学生の看護上の判断」や「臨床判断」など「判断」に関する記述がないものは除外し、該当した 7 文献を対象文献とした。加えて、看護師を対象とした「臨床判断」についての主要文献として、Benner、Tanner の文献を追加した。看護師を対象とした「臨床判断」の文献を追加した理由は、看護の領域における「臨床判断」は、主に看護師を対象としている文献が圧倒的多数を占め、「看護師の臨床判断」として定義されているからである。さらに、「学生の臨床判断」は、「看護師の臨床判断」の定義がそのまま引用されていることが多いという理由もある。

また、国内対象文献の選定は、データベースとして、‘医中誌 Web (Ver. 5)’および‘J DreamIII’、‘CiNii’を用いて「看護上の判断」「学生」をキーワードに文献検索を行った。対象の文献は 5 件であり、文献の内容を精読した結果、該当した文献は僅か 2 件であった。そこで、「学生の看護上の判断」と意味内容が類似する、もしくは包含すると考えられる「学生」「判断」「臨床判断」「思考」「思考過程」をキーワードにして、再度文献検索を行った。その結果、対象文献は 36 文献であった。さらに、辞典等を追加し、総対象文献数は 58 件となった。対象とした文献リストは、表 1 に概念分析対象文献として掲載した。次に、分析は、以下の手順で実施した。はじめに概念を選択し、分析の目的を決定した。その後、対象文献を精読し、抽出概念、定義、先行要件、属性、帰結ごとに該当する記述内容を分類した。その際、臨地実習における「学生の看護上の判断」を定義づける基盤となる属性、概念に先立って生じる出来事である先行要件、概念が発生した結果として生じる出来事あるいは概念の成果である帰結について記述されている内容部分については、概念の要素や

特性を明らかにし、概念の構造と用法を論理的に説明することを目的としたため、質的内容分析を行った。具体的には、属性・先行要件・帰結を表す記述内容を著者の表現を可能な限りそのまま残しながらコード化し、意味内容ごとの抽出を行った。

その結果、現状において、辞典による「看護上の判断」の定義は行われていないことが明らかとなった。また、「学生の看護上の判断」の類似概念として、「学生の臨床判断」が存在した。さらに、「看護上の判断」および「臨床判断」という概念の中には、「判断」という用語が包含されているため、臨地実習において、学生の「判断」がどのように定義されているのかも分析する必要があると考えた。そこで、先行研究を調べたところ、学生の「判断」は、「思考」や「思考過程」の中に含まれていることが明らかになった。以上のことより、「看護上の判断」の類似概念として、「臨床判断」「判断」「思考」「思考過程」を挙げ、臨地実習における臨地を臨床に限定し、以下、概念の属性、先行要件および帰結について分析を進めていくこととした。なお、先行要件を表2、概念の属性を表3、帰結を表4にまとめた。ここでは、概念分析の結果、関連が深いと考える用語の定義と特徴および属性を中心に述べていくことにする。

まず、文献上で使用される、臨地実習における「学生の看護上の判断」の定義と特徴について述べる。臨地実習における「学生の看護上の判断」を定義していた文献は2つであった。布佐(1999)は、「看護上の判断」を、「看護学生が健康生活に関する援助を行うために、患者や家族が示す状況を認識したり、評価したり、援助を決定すること」と定義した。また、手術患者の受け持ちに限定した「看護上の判断」を「手術患者を受け持つ学生が、患者の状況を観察・アセスメントして、ケアの実施及び、どのように実施するかについての決定を下すこと」(小澤, 佐藤, 水野, 井上, 佐藤, 1995)との定義もある。これらの文献より、臨地実習における「学生の看護上の判断」は、ケア実施の有無や方法の決定および患者や家族を含めた観察およびアセスメントといった一時点での決定とされていた。

次に、「学生の看護上の判断」と類似概念である「学生の臨床判断」について概観する。「学生の臨床判断」は、「看護師の臨床判断」の定義がそのまま引用されていることが多く、次の2つの特徴に大別された。まず、「看護師の臨床判断」は、達人[Expert]に特有な意思決定や直観的というような感覚的な事象であることと、患者ケアについて決定を下すというような決定を特徴にしていた(Tanner, 1987; 1990; 1993; Benner, Tanner, & Chesla, 1996; Corcoran, 1990a)ことである。また、Tanner(2006)は、経験を積んだ看護師(experienced nurses)を対象とした臨床判断モデルを提唱し、臨床判断の定義を「患者のニーズ、懸念、または健康問題についての解釈や結論、もしくは、行動をとるかとならないか

という決定、また、標準的なアプローチをそのまま使用するか、または変更するかを決めること。また、もし必要であれば、新しいものを即座に考えて行うことの決定を患者の反応により決めていく行為」と定義した。この、Tanner の提唱した臨床判断モデルにより、「臨床判断」には、「Noticing」「Interpreting」「Responding」「Reflecting」といった一連のプロセスを伴う決定という特徴があることが明らかにされた。そして、この臨床判断モデルは、教育者がフィードバックやコーチングを行うことにより、学生が臨床の状況を洞察することに役立てることができるとされている。

以上のことより、臨地実習における「学生の看護上の判断」の定義は、ケア実施の有無や方法の決定および患者や家族を含めた観察およびアセスメントといった一時点での決定であることが明らかとなった。一方、類似概念である「学生の臨床判断」の定義は、達人〔Expert〕に特有な意思決定や直観的というような感覚的な事象を示し、一連のプロセスを伴う決定であることが明らかとなった。

次に、臨地実習における「学生の看護上の判断」に対する属性 (表 3) について分析した内容を概観したところ、属性は、「患者を理解する上での決定」「看護過程の各段階における決定」「ケア実施に伴う決定」「一時点における決定」「プロセスを伴う決定」「学習の土台となる基本的な学生自身の能力」「高度な学生自身の思考能力」「未熟な学生自身の能力」という 8 つに分類された。これらの属性を分析した結果、臨地実習における「学生の看護上の判断」には、次の 3 つの特徴があることが明らかとなった。それは、学生の看護上の判断には、決定の範囲があるということ、また、一時点における決定とプロセスを伴う決定があるということ、そして、影響を与える学生自身の能力が存在するということである。以下、この 3 つの特徴についての詳細を述べる。

まず、臨地実習における「学生の看護上の判断」には、決定の範囲があるということである。これは、「患者を理解する上での決定」「看護過程の各段階における決定」「ケア実施に伴う決定」に示されるように、学生は、何らかの範囲において決定を下すことが述べられていた。ここで述べた何らかの範囲とは、患者を理解することや看護過程の各段階や、ケア実施を指す。

次に、「一時点における決定」と「プロセスを伴う決定」が存在するということである。これは、先述した臨地実習における「学生の看護上の判断」の定義にも示された特徴であった。一時点における決定とは、表 3 に示した通り、二者択一における決定や解釈、根拠の明確化といったような、ある一時点における決定を示している。一方、プロセスを伴う決定とは、看護過程においては、アセスメントにおける決定が、次の段階である問題点の

抽出における決定につながっているということである。

3つ目の特徴として、臨地実習における「学生の看護上の判断」には、影響を与える学生自身の能力が存在するということである。すなわち、臨地実習における「学生の看護上の判断」という概念には、「学習の土台となる基本的な学生自身の能力」と、「高度な学生自身の思考能力」が含まれることが明らかとなった。その一方で、「未熟な学生自身の能力」も存在することが明らかとなった。よって、臨地実習における「学生の看護上の判断」には、学生自身で獲得することが困難な能力が存在すると考えられ、教育による支援が不可欠であることが明らかとなった。また、臨地実習における学生の「看護上の判断」の概念分析の結果からは、「患者を理解する上での決定」や、「看護過程の各段階における決定」など、育成すべき学生の看護上の判断は多岐に渡っていることが明らかになった。

B. 臨地実習で育成すべき学生の看護上の判断の検討

1. 臨地実習で育成すべき学生の看護上の判断

次に、臨地実習で育成すべき学生の看護上の判断について検討した内容を述べる。学生の看護上の判断に関する研究は、布佐 (1999) や鶴田 (2010) の研究に示されるように、学生が、看護上の判断に困難を感じる場面における教育の在り方を検討したものであった。布佐は、臨地実習指導者が、学生の考えや経験を支持することにより、学生自身に自信を提供し、臨床状況に入り込んでいくことを促すとしていた。また、臨地実習指導者が状況を洞察することを助けることによって、学生が患者や家族の状況を良く見通すことを促すことができると指摘していた。かつ、臨地実習指導者が、学生に十分認識されていない視点を提供し、学生の判断を刺激することで、学生の判断困難を克服することができるとしていた。また、その判断を刺激するのは、学生と臨地実習指導者間の患者に関する話し合いや、記録によるフィードバックなどの相互作用が重要であると指摘した (布佐, 1999, pp. 84-85)。

一方、鶴田 (2010) は、学生が判断に困った実習場面において、学生自身が学生と指導者 (教員と臨地実習指導者) からの教授活動をどのように認識したか、また、その認識の違いについて研究を行っていた。鶴田の研究は、専門学校の学生を対象としているため検討に限界はあるが、学生が認識した教授活動は、患者理解を深めるアセスメントの援助、学習活動を承認する援助、具体的・個別的な看護方法の理解促進、看護実践を保証する直接的な援助であることを明らかにしていた (鶴田, 2010, p. 39)。

これらのことより、学生が、看護上の判断に困難を感じる場面においては、教員や臨地

実習指導者の存在が不可欠であり、看護上の判断について教育的な支援が必要であることが明らかとなった。また、看護上の判断に関する支援は、学生が自信をもって臨床状況に入れること、患者や家族の状況を良く見通すことができるものであること、そして、学生が認識することができていない指導者側の看護上の判断に対する視点を提供することによって、学生自身の判断を刺激することが効果的であることが示唆された。さらに、看護上の判断に困難を感じた実習場面において学生は、指導者側からの患者理解を深めるアセスメントの援助、学習活動を承認する援助、具体的・個別的な看護方法の理解促進、看護実践を保証する直接的な援助などを認識し、判断困難の克服に向けて努力していることが示唆された。

他方、臨床判断について探究した Benner は、学生の臨床判断を育成することの重要性について述べ、熟練看護師 [Expert] の考察や判断、やりとりや介入が示されるといった実際の患者の状況における学習が、他の教育法よりも優れている (Benner, 2015, pp. 875-876) と指摘した。これは、学生の臨床判断を育成する場として、臨床実習が最も優れていることを示していると考えられる。しかし、臨床状況は、文脈の中に存在し、多くのなりゆきや傾向が現れる (Benner, 2011, p. 80) ことも指摘されているように、学生が臨床において判断を行うことは容易ではないと推察される。

そこで、学生の臨床判断に関する先行研究を概観すると、米国において Lasater (2007a) は、特定の状況下における高次元シミュレーションを活用し、学生の臨床判断の促進について検証を行った。Lasater は、重症度が高く複雑な患者ケアにおいても学生が臨床判断を行うことは不可欠である (Lasater, 2011) と指摘し、シミュレーションによる学習を推奨している。同時に、CBLA (Concept-based learning activities) による学習も推奨した (Heims & Boyd, 1990; Nielsen, Stragnell, Jester, 2007; Nielsen, 2009)。CBLA とは、水分出納や心拍出量不全など、看護における重要な概念を設定し、Tanner の臨床判断モデルを活用し、それぞれの概念における臨床判断を学習するツールである (喜吉, Nielsen, Lasater, 2016)。

一方、日本においても、シミュレーションを使用し、独自の調査表を用いて、学生の臨床判断を測定した研究 (相野, 森山, 2011; 山内, 西薊, 林, 2015; 深田, 熊澤, 吹田, 2010)、ADL 演習時の自己評価用紙を分析対象とし、学生の臨床判断能力を測定した研究 (新木, 東, 相野, 吉原, 丸山, 2012) がある。また、老年看護学実習において、学生の日々の記録を分析対象とし、排泄ケア場面における学生の臨床判断の特徴を明らかにした研究 (今井, 井上, 大谷, 鶴野, 2007) や、実習終了後のレポートを分析対象とし、移乗・移動動作における学生の臨床判断を明らかにした研究が存在する (平川, 須崎, 吉田, 山下,

2016)。他方、短期大学生を対象とした研究であるが、臨床判断に影響する因子を明らかにした研究 (塩月ら, 1996) や、教育的関わりによる学生の臨床判断の内容を明らかにした研究 (中野ら, 1997)、学生の臨床判断に活用された情報を明らかにした研究も見られる (上杉ら, 1998)。

このように、日米共に学生の臨床判断に関する研究は、シミュレーションや **concept** を設定した学習が発展を遂げている。これらの学習方法は、臨床においては、患者への安全を最優先に考慮する必要があり、学生が患者へ関わる機会も限定されてきた現状において有用な学習ツールであるといえる。そして、この状況は、日米共に同じであると推察される。しかし、先述した「看護師の臨床判断」の定義に示されるように、臨床判断とは、達人 [Expert] に特有な意思決定や直観的というような感覚的な事象を示すものである。また、「学生の臨床判断」の定義は、「看護師の臨床判断」の定義と比較して、実践的知識、直観の使い方、情報の重要性の識別、手がかり (**cues**) の使い方や結びつけ方、仮説検証の能力、個別的な援助計画の立案や実施という点において未熟であることが指摘されている (布佐, 1999, p. 79; 平川ら, 2016)。この、達人 [Expert] に特有な意思決定や直観は、学生にとっては未熟であるばかりでなく、そもそも、学生には存在し得ない能力とも考えられ、看護師が行う臨床判断を学生自身が実践することには限界がある。また、多くの文脈が存在し、何が起きるか想定できない状況が臨床であり、そのような場において患者に対して **concept** を設定すること自体が不可能なのではないかと考える。かつ、人に対する臨床判断と、シミュレーションに対する臨床判断は同一ではない。ただし、学生自身が臨地実習の場において、人である患者へ看護上の判断が行えるように、シミュレーションを使って臨床判断を学ぶというステップをふんだ学習効果は期待できる。そこで、学生は、シミュレーションを使って **concept** を設定した学習により臨床判断を学習した後、臨床という状況下において、「患者の状況を判断すること」や、「必要とされる看護を判断すること」というような「看護上の判断」を行えるようになることが期待されていると考える。

2. 学生が臨地実習で学ぶべき看護上の判断

次に、学生が臨地実習で学ぶべき看護上の判断とは何かについて検討する。大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告によると、「今後、全ての看護師等には、保健、医療、福祉等のあらゆる場において看護ケアを提供できる能力を、生涯を通じて獲得していくことが求められている」 (文部科学省, 2011, p. 4) とされている。このことより、学生は、将来に渡りより良い看護ケアを提供できるような能力の獲得が必須であり、

看護基礎教育課程においても本能力が獲得できるような育成が期待されているといえる。

そこで、より良い看護ケアを提供できるような能力を獲得するために、学生は、どのように看護上の判断を行えばよいかについての検討を行った。先に述べた臨地実習における「学生の看護上の判断」の概念分析において、「ケア実施に伴う決定」が抽出された。これは、ケアの有無に対する決定、ケアの方法に対する決定、患者の反応に伴うケアの決定により成り立っている(表3)。これは、学生が患者へのケア実施を行う際、ケアの有無に対して、ケアの方法に対して看護上の判断を行う必要があることを意味している。加えて、患者の反応に伴ったケア実施に伴う看護上の判断を行う必要もある。臨床において、学生が、これらのケア実施に伴う看護上の判断を行えるようになることで、より良い看護ケアを提供できるような能力を獲得することができるのではないかと考える。

このように考える理由を以下に述べる。臨地実習における「学生の看護上の判断」の概念分析において、「患者を理解する上での決定」「一時点における決定」「プロセスを伴う決定」「看護過程の各段階における決定」が抽出された。これらの看護上の判断については、紙面上でのペーパーペイシエントやシミュレーションによる学習でも獲得可能な学生の看護上の判断と考えることができる。一方、ケアの有無に対する決定、ケアの方法に対する決定、患者の反応に伴うケアの決定というような、ケア実施に伴う決定は、臨地実習における患者の存在なくしては、学生が実践できない看護上の判断であるといえる。それは、看護は実践の学問であり、実際の患者である人の存在なくしては学ぶことができない看護実践があるということを意味している。ケア実施に伴う決定という看護上の判断は、患者へのケア実施という、ケア前、ケア中、ケア後も含めた看護実践からでしか学ぶことができないことであるといえる。

以上のことより、臨地実習の場において学ぶべき学生の看護上の判断とは、学生が、将来に渡ってより良い看護ケアを提供できるようになるための、「ケア実施に伴う決定」と捉えることができる。なお、この「ケア実施に伴う決定」とは、ケアの有無に対する決定、ケアの方法に対する決定、患者の反応に伴うケアの決定を包含するものとする。

C. 学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた検討

1. 学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた支援の必要性

臨地実習における学生の看護上の判断は、看護過程という問題解決思考を用いて表現されることが多い。情報収集から始まる看護過程は、看護を系統的に考えるために有用(松谷, 三浦, 奥, 2015)とされており、日本においては、看護を学ぶ初学の学生には効果的

な教育ツールとして普遍化している。しかし、一方では、看護過程の展開において、収集した情報が正常か否かの判断が困難と考えている学生が多い (河村, 小松, 2015, p. 78) ことも明らかにされている。このことより、学生は、自身の判断に自信が持てずにいる現状があるのではないかと推察される。これは、学生自身が抱えている困難というだけではなく、臨床状況は、多くの文脈が存在し、何が起きるか想定できないということからも、学生自身が判断を行うこと自体が容易ではない環境にあることも困難の一因と推察される。

また、先述した、臨地実習における「学生の看護上の判断」の概念分析において、「未熟な学生自身の能力」というカテゴリーが抽出された。これは、臨地実習において、学生が看護上の判断を行うにあたっては、そもそも、学生自身で獲得することが困難な判断が存在するというを示している。これらのことより、臨地実習において学生がケア実施に伴う看護上の判断が行えるようになるには、教育による支援が不可欠と考える。

一方、看護ケアの臨床知について探究した Benner は、学生に対して臨床的論証を教えることの重要性を指摘している (Benner, 1996/2015a, pp. 544-545)。特に、学生が臨床的論証を学ぶにあたっては、熟練看護師 [Expert] の考察や判断、やりとりや介入が示されるといった実際の患者の状況における学習が他の教育法よりも優れている (Benner 2012/2015b, pp. 876) と述べている。現在、日本における臨地実習において、学生は、熟練看護師と考えられる教員や臨地実習指導者から指導を受けている。これらの指導者から、学生のケア実施に伴う看護上の判断が適切か否か、もしくは妥当なのか等のフィードバック (Diane, Judith, 2012/2014, pp. 275-277) を受けることによって、学生は、自信を持ってケア実施に伴う看護上の判断が行えるようになるのではないかと考える。

2. 学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた支援体制の検討

次に、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた支援体制の検討を行う。先述のとおり、日本においては主に、臨地実習期間中、教員が臨床に常駐し学生に対して指導を行う Traditional Model (Kathleen, Marilyn, & Teresa, 2013, pp. 111-113) が採用されている。2010年の調査において、「臨地実習の場に教員や臨地実習指導者が常在している」と回答した大学は、全体の 79.1%であり高値を示していた。しかし一方では、「教員が指導を行うが指導者に任せる日や時間帯がある」と回答した大学が全体の 45.3%を占めていた (日本看護学教育学会, 2010, p. 106)。これは、看護系大学における臨地実習指導体制において、8割近くは教員や臨地実習指導者が常在しているが、約半数の大学では、臨地実習期間中、臨地実習指導者のみで実習指導を行う日や時間帯があることを意味している。

また、臨地実習指導体制における課題として、教員や臨地実習指導者の不足、学生が患者への直接的な看護を十分に実施できる環境が整備されていないこと、臨地実習指導者は、通常業務との兼務を背景に実習指導を行うことが多く、多忙を増幅させる状況にあること等が指摘されている（厚生労働省，2010，p.9）。一方、教員の实習対応時間についての課題も指摘されており、実習指導での拘束時間の長さ、他の授業や学内運営、大学院教育などを掛け持ちしながらの過重労働であることなどが挙げられている。これらの指摘は、Traditional Model を例とした臨地実習指導体制を根本から見直す必要があることを意味しているとも考えることもできる。現在、臨地実習指導体制の見直しもされており、臨床現場で看護を実践している看護職員の導入が検討されている（厚生労働省，2010，p.10）。具体的には、経験年数や専門分野等の一定基準のもとに、臨床で働く看護師が契約を交わし、看護系大学などから「臨床教授」「臨床講師」「臨床教員」等の称号を付与され、学生の実習指導を行う臨床教員制（福地本，2016）の導入である。また、専門看護師や認定看護師の活用、修士課程に看護教育学上級実践コースの設置（奥，松谷，三浦，吉田ら，2015;2016）、TA（大学院生などによる Teaching Assistant）の導入等、臨床に軸足を置いた指導者の育成についても模索されているところである（日本看護系大学協議会，2017，p.15）。米国においては、CNE（Certified Nurse Educator）制度も始まり、臨床の場におけるアカデミックな看護教育者に対する認証が制度化された状況にある（www.nin.org Certified Nurse Educator (CNE) 2017 Candidate Handbook）。

このように、臨地実習指導体制を見直すための検討は、日米共に模索されている現状であり、今後は、制度改革も必要な状況であろう。しかし、臨地実習指導体制の検討にあたっては、現在の臨地実習指導体制から学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成するための方法を検討することが重要であると考えた。序論で述べた通り、学生に求められている看護上の判断は、「必要とされる看護を判断すること」であり、「様々な場面での人々の身体状況を判断すること」である。これら、学生の看護上の判断育成にあたり、臨地実習は、カリキュラムの中に位置づく授業科目の一部であるため、教育の最終責任が教員にあることは明白である。しかし、一方で、臨地実習指導者は、患者へのケアに責任を持ち、患者に焦点をあてた立場で学生指導にあたる（看護学教育の在り方に関する検討会，2002）ことが明確化されている。また、看護系大学学士課程の実習とその基準策定に関する調査報告においては、「ケア実施の調整」や「ケアの指導」に対する役割を担っているのは、9割以上が臨地実習指導者であることが明らかにされていた（日本看護系大学協議会，2016，p.17）。初学者である学生は、患者の健康状態の変化や健康問題が起こり始めるわずかな合

図を判断する能力をもっていない (Diane & Judith, 2012/2014, p. 275) と指摘されていることから、学生が看護上の判断を行うにあたり、学生に備わっていない能力が求められることも事実である。そこで、学生自身が患者のわずかな合図に気づき、判断できるようになるためには、どのように育成すればよいのかについての検討が必要である。具体的には、「ケア実施に伴う決定」という学生の看護上の判断育成に向けた支援体制を検討する必要があると考える。

3. 学生がケア実施に伴う看護上の判断を行う上での臨地実習指導者の関わり

臨地実習指導は、臨地場における学生への教育であり、学生は、教員と臨地実習指導者の両者から教育を受ける機会がある。先述の通り、臨地実習における教育の最終責任は教員にあるが、学生が効果的に学習し、実習目標を達成できるよう教授活動を展開するには、臨地実習指導者からの支援獲得が不可欠である (河内, 松田, 山下, 吉富, 2016, p. 23) との指摘もある。布佐は、状況を把握し、学生の思考レベルに合った働きかけを継続的に行えるのは教員、実践的立場から状況を解説し、患者に適したやり方を示し、評価を行うのに適しているのは臨床の看護師であると述べている (布佐, 1999, p. 85)。

それでは、学生が患者へのケア実施に伴う看護上の判断を行う上で、教員と臨地実習指導者はどのように協働していけばよいのであろうか。看護系大学学士課程の実習とその基準策定に関する調査研究において、「ケアの振り返り」は、ほぼ 100%に近い状態で教員が担っていることは先述した (日本看護系大学協議会, 2016, p. 16)。この、「ケアの振り返り」にあたっては、ケアを詳細に想起することが前提となり、教員と共にケアを実施した後には振り返りを行う場合であれば教育効果は高いと考える。しかし、教員と共にケアを実施していない場合、学生自身がケアの実際を詳細に想起できることが前提となり、学生によるケアの想起が不十分である場合、振り返りの効果は期待できないのではないだろうか。先述したが、「ケア実施の調整」や「ケアの指導」に対する役割を担っているのは、9割以上が臨地実習指導者である (日本看護系大学協議会, 2016, pp. 16-17)。そこで、学生の患者へのケア実施に伴う看護上の判断を育成するには、学生と共に患者へのケアの場を共有しながら、学生自身の反応を間近で感じとり、相互作用の中で関わるができる臨地実習指導者の関わりを明らかにする必要があるのではないだろうか。臨地実習指導者は、学生と患者へのケア場面を共有することによって、学生自身では気づき得なかったケア実施に伴う看護上の判断に対して、学生が気づくことができるような関わりをタイムリーに行うことができると考える。この気づきをきっかけに、ケア実施後の振り返りを教員と共に

行うことによって、学生の看護上の判断の理解を促し、看護上の判断を行う上での思考をさらに発展させることができる。また、これらをふまえ、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた教員と臨地実習指導者との協働について検討できる可能性があると考えられる。

また、ケア実施に伴う看護上の判断育成に向けて検討するにあたり、現在、患者への安全に対する配慮や医療の高度化により、教員ではなく、ケアに責任をもつ看護師でしか担えないケアは増えている。このことを理由に、教員ではなく臨地実習指導者と共に学生が患者へのケアを実施することが多いことも事実である。また、看護基礎教育課程に在籍している学生にとっては難しいとされる、高度かつ複雑な医療が提供されている患者を受け持つ機会も多くなっている。学生の学習において責任を担う役割は教員にあることは先述したが、大学教員の主な役割は、教育と研究である。一方、臨地における看護師の主な役割は、患者へのケアを中心とした看護実践であるといえる。看護は実践の学問であるからこそ、看護実践の中からでしか学べないことも多い。そこで、学生と共にケアを実施する機会が多い臨地実習指導者の関わりから、学生の患者へのケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた示唆を得ることができるのではないかと考えた。それは、学生が行っている患者へのケア実施に伴う看護上の判断に対して、臨地実習指導者が行っている優れた関わりを描き出すことにより、臨地実習指導に対する新たな実践の知を創出することにもつながると考える。具体的には、学生の患者へのケア実施に伴う看護上の判断に対して、これまで可視化されてこなかった臨地実習指導者が行っている一連の関わりから、育成に向けた方法を見出すということである。看護上の判断を行うという行為の主体は学生自身である。しかし、臨地実習の場においては、学生自身の能力では獲得できない判断も存在することは明白である。そこで、現在の臨地実習の場において、学生の反応を間近で捉えながら、相互作用の中で臨地実習指導者が、学生の患者へのケア実施に伴う看護上の判断をどのように捉え、どのように関わっているのかを明らかにすることにより、臨地実習における学生の看護上の判断育成に向けた示唆を得たいと考えた。

一方、患者へのケア実施に伴う看護上の判断を育成するにあたり、学生と共に患者へのケアを実施している機会が多い臨地実習指導者が、学生の判断をどのように捉え、どのように関わっているかについての先行研究を探索したが、日米共に、先行研究として明らかにされたものはなかった。大学教員を対象に研究されているものも探索したが、同様の結果であった。

序論にも述べたとおり、看護基礎教育における臨地実習は、地域包括ケアを見据えた実

習へと転換の時期を迎えている。地域包括ケアを見据えた実習では、教員が学生と共に実習の場に出向き、患者へのケアを実施すること、および患者へのケアに対する直接的な教育が、現在よりも困難になることは明白である。そのような中、臨床において臨地実習指導者が、学生の患者へのケア実施に伴う看護上の判断をどのように捉え、どのように関わっているのかを可視化することで、教員がケアの場を直接共有していない場合でも、学生の看護上の判断をどのように育成するかについての提言につながる可能性があり、今後増々重要な知見となり得る可能性が高い。

D. 文献検討のまとめ

Walker & Avant の概念分析の方法を用いて臨地実習における「学生の看護上の判断」の概念分析を行った。概念分析を実施するにあたり、「看護上の判断」の類似概念として、「臨床判断」「判断」「思考」「思考過程」を挙げ、臨床に限定し、概念の属性、先行要件および帰結について分析を進めた。その結果、臨地実習における学生の看護上の判断として、ケアの有無に対する決定、ケアの方法に対する決定、患者の反応に伴うケアの決定といった「ケア実施に伴う決定」が重要であることが明らかとなった。一方、臨地実習における学生の看護上の判断には、学生自身で獲得することが困難な能力も存在すると考えられ、教育による支援が不可欠であることも明らかになった。

次に、学生の看護上の判断育成に向けた教育体制を検討した。日本における現在の臨地実習指導体制においては、教員側、臨地実習指導者側それぞれに課題が多く、制度改革も含めた検討が必要とされている。しかし、制度改革につなげるためにも、現在の臨地実習指導体制から、学生の看護上の判断育成に向けての検討を行うことが重要であると考えた。日本の看護系大学における臨地実習指導体制は、臨地実習期間中、教員が臨床に常駐し学生に対して指導を行う形態となっているところが多い。しかし、「ケア実施の調整」や「ケアの指導」に対する役割を担っているのは、9割以上が臨地実習指導者である（日本看護系大学協議会，2016，pp.16-17）といった先行研究の結果が示すように、学生と共に患者へのケアを実施しているのは、教員ではなく、臨地実習指導者であるといえる。また、患者への安全に対する配慮や医療の高度化により、教員ではなく、ケアの責任を担う臨地の看護師でしか担えないケアは増えているのも事実である。そこで、学生と共にケアを実施する機会が多い臨地実習指導者の関わりから、学生の患者へのケア実施に伴う看護上の判断育成に向けての示唆を得ることができるのではないかと考えた。それは、学生が行っている患者へのケア実施に伴う看護上の判断に対して、臨地実習指導者が行っている優れた関

わりを描き出すことにより、臨地実習指導に対する新たな実践の知を創出することにつながるとも考える。具体的には、学生には十分に備わっていないとされる患者へのケア実施に伴う看護上の判断に対して、臨地実習指導者が学生の反応をどのように捉え、相互作用の中で、学生にどのように関わっているのかを明らかにすることで、これまで可視化されてこなかった、臨地実習指導者が行っている学生への関わりの中からケア実施に伴う看護上の判断育成に向けての示唆を得るということである。他方、本関わりを明らかにすることによって、患者へのケア実施に伴う学生の看護上の判断育成に向けた教員と臨地実習指導者との協働についての議論へつながる可能性がある。

一方においては、看護基礎教育における臨地実習は、地域包括ケアを見据えた実習へと転換の時期を迎えている（宮澤，野池，2016，p. 52）。地域包括ケアを見据えた実習では、教員が学生と共に実習の場に出向き、患者へのケアを実施すること、および患者へのケアに対する直接的な教育が、現在よりも困難になることが予測される。そのような中、臨床において臨地実習指導者が、学生の患者へのケア実施に伴う看護上の判断をどのように捉え、どのように関わっているのかを可視化することで、地域包括ケアを見据えた実習における学生の患者へのケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた知見として活用できる可能性がある。このことは、教員がケアの場を直接共有していない場合でも、学生の看護上の判断をどのように育成するかについての提言につながる可能性があり、今後増々重要な知見となり得る可能性が高い。

以上のことより、臨地実習指導者が、学生の患者へのケア実施に伴う看護上の判断をどのように捉え、どのように関わっているのかを明らかにすることで、臨地実習における学生の看護上の判断の育成に向けた示唆を得たいと考えた。

Ⅲ. 研究目的

A. 研究目的

本研究では、臨地実習における看護系大学生の看護上の判断を育成するために、学生と共にケアを実施している臨地実習指導者に焦点をあて、臨地実習指導者が、学生が行う受け持ち患者へのケア実施に伴う看護上の判断をどのように捉え、学生に関わっているのかを明らかにすることを目的とした。

B. 研究の意義

本研究の意義は、第 1 に修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach : 以下 M-GTA と略す) を用いた理論的飽和化 (木下, 2016, pp. 220-222) を目指すことにより、今まで明らかにされてこなかった、臨地実習指導者が、看護系大学生が行う受け持ち患者へのケア実施に伴う看護上の判断をどのように捉え、学生に関わっているのかを描き出すことができることである。このことは、シミュレーションでは学ぶことが困難な、臨床の場における患者へのケア実施に伴う看護上の判断育成に向けての検討を可能にすると考ええる。

第 2 に、学生の患者へのケア実施に伴う看護上の判断に対する臨地実習指導者の関わりを可視化することで、臨地実習指導者にとっては、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた指導をどのように行えばよいかについての具体的な示唆になると考える。本研究で描き出された臨地実習指導者の関わりを参考に学生に関わることで、患者へのケア実施に伴う看護上の判断を行う際、学生の思考が促進されるような関わりがタイムリーに行えるのではないかと考える。さらに、臨地実習指導者による学生への関わりによって、学生にとっては十分認識されていない視点を提供し、学生の判断を刺激できると考える。これは、学生には十分備わっていないとされるケア実施に伴う看護上の判断育成にもつながる可能性がある。また、学生の患者へのケア実施に伴う看護上の判断を育成するにあたり、今後、臨地実習指導者になる看護師向けの教育ツールとしても活用できる可能性がある。

第 3 に、教員にとっては、学生の患者へのケア実施に伴う看護上の判断育成にあたり、患者へのケア実施に伴う看護上の判断に対する臨地実習指導者の関わりが明らかになることで、本知見を学生との振り返りに活用することができると考える。これは、学生と共に患者へのケアの場を共有していなくとも、ケア実施に伴う看護上の判断に対する関わりがどのように行われていたかの示唆になると考える。具体的には、学生と共に振り返りを行う際、ケア実施後に学生の看護上の判断の理解を促し、ケア実施に伴う看護上の判断を行う上での思考をさらに発展させることができると考える。また、十分に判断する能力をもち合わせていないとされる学生に対して、継続的に学生の思考レベルに応じた関わりができるようになると考える。さらに、学生の教育に責任をもつ教員が、学生の患者へのケア実施に伴う看護上の判断育成に向けて、どのように臨地実習指導者と協働していくかを検討するためにも、本知見が有用な示唆となる可能性が高い。今後は、本知見を活かして、「患者を理解する上での決定」や、「看護過程の各段階における決定」など、多岐に渡る学生の看護上の判断育成に向けた示唆を得ることができると考える。これらは、看護基

礎教育の課題とされている学生の判断能力育成、看護実践能力向上に向けた継続的な検討につながることを期待される。

C. 用語の定義

本研究で用いる用語を以下のように定義する。

1. 臨地実習指導者

成人看護学（急性期）実習を受け入れており、周手術期の患者が入院している病棟で実習指導に携わる看護師とする。

2. 看護上の判断

判断とは、ある基準・情報・論理などに基づいて、自分の考えを決めること、またその決めた内容とされている。本研究における看護上の判断とは、「ケアの有無に対する決定」、「ケアの方法に対する決定」および「患者の反応に伴うケアの決定」を包含した『ケア実施に伴う決定』とする。

3. ケア

学生が患者へ実施する看護援助とし、身体侵襲を伴わない看護援助とする。

4. 臨地実習指導者の関わり

成人看護学（急性期）実習を受け入れている病棟における臨地実習指導者が、学生や患者の反応を捉えながら行う相互作用の中でのプロセスを伴うやりとりとする。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究における研究デザインは、M-GTA を用いた質的探索的研究デザインである。このデザインにした理由を簡単に触れておく。本研究において M-GTA を選択した理由としては以下の点が挙げられる。まず、臨地実習という場において、臨地実習指導者は、学生や患者の反応を捉えながら、学生への関わりを行っており、相互作用に基づく関係性が成立していると思えることができ、シンボリック相互作用論を哲学的背景とした、人間と人間の複雑な相互作用をプロセスとして描き出すことに長けているとされる M-GTA が適して

いると考えたためである。また、患者へのケア実施において、学生が看護上の判断を行う上での臨地実習指導者の一連の関わりといった、限定された範囲の説明に関して優れた方法論であるとも考えた。M-GTAは、データに密着した継続的比較分析を行い、理論的飽和化に至るまで分析を行うことで、独自の説明概念を作ることができるという特性を持っている。そのため、臨地実習において看護系大学生と共にケアを実施している臨地実習指導者に焦点をあて、臨地実習指導者が、学生が行う受け持ち患者へのケア実施に伴う看護上の判断をどのように捉え、学生に関わっているかのかを明らかにするという本研究の目的を達成するにあたり、有用な方法論であると考えた。また、実践的活用を促す説明概念として有用であるため、臨地実習における学生の看護上の判断育成に向けての示唆を得ることができると考えたからである。

B. 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの哲学的、理論的基盤

本研究では、M-GTAを用いるが、M-GTAを用いる理由をグラウンデッド・セオリー (Grounded Theory : 以下 GT と略す) について述べながら説明する。

グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Grounded Theory Approach : 以下 GTA と略す) は、データに密着した (grounded on data) 分析から、独自の理論を生成する研究方法として注目された (Corbin & Strauss, 2008/2012)。GTAは、Blumer (1969/1991) のシンボリック相互作用論とプラグマティズムを理論的前提としている。現在、GTAは、4つのタイプに分化した状態である (Glaser & Strauss, 1965; Glaser, 1978; Strauss, 1978, 1987, 1993, 1995; Strauss, Corbin, 1988)。木下は、1990年代後半 M-GTAを提唱し (木下, 2003)、M-GTAの主要特性として、以下の7つを挙げた。

第1に、GTの理論特性5項目と、内容特性4項目を満たしていることである。GTの理論特性5項目とは、①データに密着した分析から独自の説明概念を作り、それらによって統合的に構成された説明力に優れた理論であること。②継続的比較分析法による質的データを用いた研究で生成された理論であること。③人間と人間の直接的なやりとりというような社会相互作用に関係し、人間行動の説明と予測に有効であり、同時に、研究者によって意義が明確に確認されている研究テーマによって限定された範囲内における説明力に優れた理論であること。④他者との相互作用の変化を説明できる動態的説明理論であること。⑤実践的活用を促す理論であることである。また、内容特性4項目とは、現実との適合性 (fitness)、理解しやすさ (understanding)、一般性 (generality)、コントロール (control) とされている。第2に、データの切片化をしないこと。第3に、データの範囲や、分析テーマ

の設定、理論的飽和化の判断において、方法論的限定を行うことで分析過程を制御できること。方法論的限定とは、分析対象とするデータの内容と範囲を限定し、特徴的な点を概念間のまとまりとして提示することである。第4に、データに密着した分析をするためのコーディング方法を独自に開発したこと。第5に、研究者である「研究する人間」の視点を重視したことである。これは、個々の研究が取り上げた問いとそれに対する結果を含めて研究が社会的活動として成立するため、研究者の視点を重視すべきという立場を述べたものである。第6に、面接型調査に有効に活用できること。第7に、解釈の多重的同時並行性を特徴とすることで、理論的サンプリングと継続的比較分析を実行しやすくしているという点である。

以上のことから、臨地実習指導者が、学生のケア実施に伴う看護上の判断をどのように捉え、学生に関わっているのかを明らかにするという本研究の目的を達成するにあたり、有用な方法論であると考えた。

C. 研究参加者の選定

1. 実施時期

2018年12月～2019年4月

2. 選定基準

研究参加者の選定基準は、下記のa～eの全てを満たした臨地実習指導者とした。

- a. 学生が患者へのケアを実施する機会が多い、成人看護学(急性期)実習を受け入れており、周手術期の患者が入院している病棟で実習指導にあたる臨地実習指導者
- b. 臨地実習指導経験年数3年以上であること
- c. 原則、実習指導者講習会を受講した経験のある看護師であること
- d. 大学より「臨床教員」として委嘱を受け、臨地実習指導を行っている看護師もしくは、大学教員より以下の推薦基準①②に合致し推薦された臨地実習指導者(推薦基準：①学生と共に患者へのケアを実施していること、②患者へのケア実施前、ケア実施後に学生と関わっていること)
- e. 1年以内に臨地実習指導を行った経験のある看護師

3. 研究参加者の対象人数

研究参加者は20名程度であり、理論的飽和化(木下, 2007, pp.223-229)により増減す

ることとした。

4. サンプリング方法

合目的的サンプリング (Grove, Burns, & Gray, 2013/2015, p. 241) を行った。本サンプリング方法を選定した理由は、通常、臨地実習指導者の教育背景は多岐に渡っており、臨地実習指導者講習会の受講や、臨地実習指導者としての経験年数だけでは本研究目的に合致した研究参加者は得られないと判断したためである。

D. データ収集方法

データ収集方法は、インタビューガイド (資料 7) を基に、半構造化面接を実施した。具体的には、日々の実習指導において、学生の看護上の判断 (ケアの有無に対する決定、ケアの方法に対する決定、および、患者の反応に伴うケアの決定を含んだ、ケア実施に伴う決定) を、臨地実習指導者自身が何をきっかけに、どのように捉え、学生にどのように関わっているのか、その結果、学生や受け持ち患者がどのようなようになったのかについて、具体的な指導場面をもとに詳細に語ってもらった。

研究参加者への面接までの手続きとして、臨地実習指導者推薦協力依頼書 (資料 1) を作成し、教員へ研究目的や依頼内容を説明し協力を依頼した。推薦の承諾が得られた場合、承諾書 (資料 2) への記載を依頼し推薦を得た。推薦された臨地実習指導者に、研究参加者宛説明書 (資料 3) を渡し、同意を得られた臨地実習指導者に対して面接の日程調整を行った。その際、フェイスシート (資料 6) を渡し、面接当日に持参してもらうよう説明した。また、面接で尋ねる内容について追加して説明した。

面接当日は、同意書 (資料 4) への記載を依頼し、フェイスシートを回収し、インタビューガイド (資料 7) を基に面接を実施した。面接は正確なデータを得るために、同意を得た後録音した。

E. データ分析方法

データ分析は、M-GTA の分析手順 (資料 8) に則り実施した。まず、研究参加者の語りを逐語録にまとめた。次に、分析ワークシートを用いて、研究参加者のインタビューデータから概念を生成した。その際、分析テーマは、grounded on data の分析がしやすいところまでの絞り込みとされているため、本研究における分析テーマは、研究参加者自身が、患者のケア実施に伴う学生の看護上の判断をどのようなタイミングで、どのように捉え、学

生に関わっているのかという一連のプロセスを描き出すために、<関わりのきっかけ>、<状況把握の内容やその時の考え、行動>、<結果>についての詳細とした。また、分析焦点者は、面接の対象者であるが、特定の個人に焦点を置いたものではないとされているため、本研究における分析焦点者は、大学から委嘱を受けた臨床教員もしくは大学教員から推薦された臨地実習指導者とした。分析テーマは分析焦点者を中心に分析ができていないか、変更はないかの確認を分析の中で適宜実施した。その分析結果をふまえて、次の研究参加者のインタビューを行い、継続的比較分析を行った。生成した概念相互の関係を検討し、複数の概念のまとまりが見られたものをサブカテゴリー、カテゴリーとした。その後、コアカテゴリーの検討を行い、結果図を作成し、ストーリーラインを作成した。

具体的には、データは、切片化をしないように注意しながら解釈し、概念を生成した。概念とは、分析の最小単位であり、データの解釈から生成するもの全てとされている。データ収集と分析は同時並行で進め、解釈に沿って、他のデータに類似例、対極例がないかを検討し、継続的比較分析を行いながら、1 概念ごとに分析ワークシートを作成した。理論的飽和化に関しては、分析ワークシートごとに、データの範囲と分析結果の完成度を継続的に検討し、小さな理論的飽和化に達したと判断するまで検討した。さらに、分析結果全体については、分析焦点者から解釈され、分析テーマに対応しているかを含め、概念相互の関係を検討し、複数の概念のまとまりが見出されたものをサブカテゴリー、カテゴリーとした。また、木下 (2007, pp.210-212) は、概念相互の関係を検討する際、コアカテゴリーを設定することも可能であると述べている。コアカテゴリーの設定にあたっては、プロセスの中心をひとつに絞り、それをコアカテゴリーとすることもあるが、分析テーマに対応して、最終的に明らかになる内容が、重要な変化のダイナミズムを捉えていれば、敢えてひとつに絞らないことが、説明や予測に有効であり、実践への応用力をもつと指摘している。これらのことから、本研究では、分析テーマに対応した重要なプロセスや、変化のダイナミズムを捉えることが重要であると考え、カテゴリーの上位概念としてひとつに絞らない形で、解釈の中心となるカテゴリーをコアカテゴリーとして検討することとした。同時に、抽象度を上げた段階において、概念の可能性が浮かんできた場合には、分析対象としたデータに具体例がないか否かの検討を行い、全体としての統合性を見ながら、大きな理論的飽和化に達したと判断するまで、データ収集と分析を繰り返した。さらに、生成したカテゴリーおよびコアカテゴリーを用いて、結果図を作成し、結果を簡潔に文章化したストーリーラインを作成した。

F. 真実性と信憑性

本研究の真実性の確保のために、本調査の前に予備調査（2017年10月～2018年1月）を実施し、研究目的の具体的内容の生成、分析が適切に行えているか、実現可能性を確認後、本調査を実施した。また、分析テーマに基づき概念生成が行えているか、概念に対して継続的比較分析が行えているかなど、オープンコーディングを行う際、M-GTAの手法に基づいているかの検討を行った。また、信憑性の確保は、データ分析過程において、質的研究の分析に長けている指導教員ならびにM-GTA研究者のスーパーバイズを受けた。

G. 研究倫理の確保

本研究計画を作成するにあたり、CITI (Collaborative Institutional Training Initiative) Japan Programを受講した。また、予備調査の実施にあたり、本学研究倫理審査を受けた（承認番号17-020）。本調査を実施するにあたっては、本学における研究倫理審査委員会（承認番号18-013）および共同看護学専攻研究倫理審査委員会（承認番号18-01）の承認を得た。研究参加者の選定にあたっては、大学教員から推薦が得られたら、承諾書（資料2）への記載を依頼した。また、研究参加者へ、推薦者の情報は開示しなかった。

研究参加者へは、研究者が直接研究参加への依頼を行うことで、強制力を排除した。研究参加者には、研究の目的や内容を説明し、個人の評価を目的とした研究ではないことを説明（資料3）した。研究参加は自由意思であることを説明し、同意が得られたら、同意書（資料4）への記載を依頼した。また、研究参加者の研究協力の諾否は、推薦者には伝えないことを約束した。なお、研究参加者には、いつでも研究辞退が可能であることを約束し、同意撤回（資料5）の説明を実施した。

分析においては、個人が特定されないよう匿名性を保証し、得られたデータは、本研究の目的以外には使用しないことを約束した。面接は、正確なデータを得るために、承諾を得た後にボイスレコーダーに録音した。また、逐語録としてテープ起こしをしたものは、論文完成後速やかに消去することを約束した。研究成果は、学会発表や学会誌投稿にて開示する予定であるが、その際、個人が特定されることはないことを約束した。なお、加工したデータは、10年間保存することの同意を得た。

H. 利益相反

利益相反はない。

V. 結果

A. 理論的飽和化に至った過程

研究参加者から得られたデータより、分析ワークシートを用いて概念を生成した。その際、分析ワークシートごとのデータ範囲と分析結果の完成度を検討し、次のデータ収集と分析を繰り返した。継続的比較分析を行うにあたり、5人目のデータ収集を行った後に、分析焦点者として、ケア実施場面の語りが得られる研究参加者が必要であると考え、学生と共にケアを実施していると推察された、推薦基準①②に合致する臨地実習指導者を中心に選定した。研究参加者10名のデータ分析を行った時点で、ケア実施前の語りについては新たな概念が生成されない状況となった。そこで、ケア実施前の状況も確認しながら、ケア実施中、実施後を中心にデータ収集を行った。研究参加者13名のデータ分析が終了した時点で、ケア実施中、実施後も含め新たな概念の生成が見られなくなったため、不足しているデータは何かに着目して継続的比較分析を行った。その結果、臨地実習指導者を専任で行っている臨地実習指導者のデータは、僅か2名であったため、分析焦点者として、専任で臨地実習指導を行っている4名のデータを収集した。更に、新たな概念生成がないかを確認するために1名のデータを追加してデータ収集を行い、研究参加者18名のデータ分析が終了した時点で新たな概念が生成されないことを確認した。そのため、小さな理論的飽和化に達したと判断しデータ収集を終了した。同時に、分析結果全体について、分析焦点者から解釈し、分析テーマに対応しているかを検討した。さらに、概念相互の関係を検討し、新たな概念の生成はなく、大きな理論的飽和化に達したため追加データ収集の必要はないと判断した。

B. 研究参加者の概要

以下、表5に研究参加者18名の概要を示す。面接時間は最短43分～最長80分(平均57.7分)、年代は、30代～40代が多く、看護師歴は、最長27年、最短8年(平均15.7年)、臨地実習指導者経験年数は、最長15年、最短3年(平均6.6年)であった。看護教育最終学歴は、博士1名、修士3名、学士6名、短期大学3名、専門学校5名であった。実習指導を行っているユニットは、呼吸器外科、消化器外科、整形外科、脳外科、一般外科などの病棟の他、ICU、CCU、高度救命救急センターであった。職務は、スタッフ看護師9名、副主任4名、主任3名、係長1名、看護次長1名であった。なお、研究参加者の中に3名の臨床教員が含まれていたが、臨床教員は、大学より委嘱を受けており、病院内での役職

をもちながら、臨地実習指導者としての役割を担う看護師であったため、研究参加者として選定した。

C. 結果図とストーリーライン

本研究では、理論的飽和化に達したと判断するまで継続的比較分析を行った結果、80 概念、41 サブカテゴリー、19 カテゴリーが生成された (表 6、表 7、表 8)。それを基に、結果図 (図 1) とストーリーラインを描いた。生成内容として、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは [], 概念は『 』で示し、研究参加者の生データをヴァリエーション (具体例) として斜体で示す。なお、ヴァリエーション中の () には、研究参加者の ID と逐語録のページ数を記載した。分析に用いた分析ワークシートは、資料 9 にまとめた。また、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わりは、ケア実施前・中・後のプロセスとして描き出されたため 〈 〉 で示した。

学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成するための臨地実習指導者の関わりは、ケア実施前の〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉、ケア実施中の〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉、ケア実施後の〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉というプロセスであった。以下、それぞれの特徴について述べる。

まず、〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉は、臨地実習指導者が、ケア実施前に、【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】ができるように関わっていることを示している。臨地実習指導者は、【ルーチンに基づく学生の行動計画の確認】と【患者や学生の反応と自己の認識に対するズレのキャッチ】を契機とし、学生の解っていないをふまえた上で、【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】行動をとっていた。この【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】行動には、【実習目標をふまえた学生の自己学習の促進】が影響を与えていた。これらを経て、患者の状態に応じた【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】を行うに至っていた。その後、臨地実習指導者は、【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】を目指しながら、学生に関わっていた。ここで、【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】をコアカテゴリーと捉えた理由は、臨地実習指導者が学生を揺さぶるという行動が、【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】というプロセスを経て、【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】という安定へ向かうための要のカテゴリーと捉えたからである。これらのことより、ケア実施前における臨地実習指導者の学生の看護上の判断育成に向けた関わりは、患者の状態を予測しつつ、学生の患者理解が促進できるように相互にすり合わせを行いながら、学生を揺さぶり、方法を決定した後は、学

生が安定して主体的にケア実施ができるよう万全に整えるといった、その時その場の判断があることが明らかとなった。

次に、〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉は、ケア実施中の【患者の安全が最優先】という前提に基づき、臨地実習指導者が学生に関わっていることを示している。臨地実習指導者は、【看護師としての即座の臨床判断】を行いつつ、学生が主体的にケアを実施できるように、【見守りの下学生を放つ】という行きつ戻りつの関わりを行っていた。また、これら3つのカテゴリーは、【学生と患者の関係をつなぐ要という認識】や【患者と関わるからこそ得られる看護を意味づけたい】という考えに影響を受けていた。さらに、臨地実習指導者は、【患者の安全が最優先】という前提の基、【看護師としての即座の臨床判断】を行いつつ、【見守りの下学生を放つ】という行動をとりながら、同時に、【学生へのおさえ時の見極め】を行っていた。ここで、【患者の安全が最優先】をコアカテゴリーと捉えた理由は、【患者の安全が最優先】という前提の下、臨地実習指導者は、【看護師としての即座の臨床判断】を行い、学生が主体的にケア実施できる範囲を見極めながら、【見守りの下学生を放つ】という行動をとっていたからである。これらのことより、ケア実施中における臨地実習指導者の関わりには、患者の安全が最優先という前提の下、看護師としての即座の臨床判断を行いつつ、学生に判断に至るプロセスを体験させ、ケア続行の有無や方法の修正を臨機応変に判断しながら、学生が主体的にケアを実施できるよう、かつ、患者の反応の意味を捉えることができるように関わるという特徴があった。

最後に、〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉は、臨地実習指導者が、ケア実施後に【学生の知識と患者の状態をつなげていく】ことができるように関わっていることを示している。臨地実習指導者は、看護上の判断に対する学生の理解を確認した上で、【学生の無意識を意識化させる】ことや、【学生のネガティブをポジティブへと転換させる】ことを行い、【患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化】という行きつ戻りつの関わりを行いながら、【学生の知識と患者の状態をつなげていく】という関わりを行っていた。同時に、臨地実習指導者は、学生が次の学習の段階に進むことができるよう、【学生を手放すタイミングの見計らい】を模索していた。その後、臨地実習指導者は、【学生の理解をふまえ次の局面へと放つ】、もしくは、【時間切れによる学生のその後の把握困難】を迎えていた。これらのことより、ケア実施後における臨地実習指導者の関わりには、学生の看護上の判断に対する理解を確認した上で、患者の過去・現在・将来を見据えた反応を学生に理解させ、学生自身が患者理解を深めることができるよう学生の知識と患者の状態をつなげるという特徴があった。また、臨地実習指導者は、ケア実施における看護上の

判断育成に向けて、ケア実施後に学生の無意識を意識化させたり、学生のネガティブをポジティブへと転換させることを行いながら、ケア実施前、ケア実施中に遡り、継続的に学生に想起させながら、学生の知識と患者の状態をつなげていた。

以上のように、臨地実習指導者の、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた関わりは、【ルーチンに基づく学生の行動計画の確認】もしくは、【患者や学生の反応と自己の認識に対するズレのキャッチ】を契機としていた。その後、【学生の理解をふまえた次の局面へと放つ】もしくは【時間切れによる学生のその後の把握困難】で帰結を迎える一連のプロセスであった(図1)。このプロセスは、ケア実施前の〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉、ケア実施中の〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉、ケア実施後の〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉で示された。以下、詳細について述べる。

D. ケア実施前の学生の看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わり

ケア実施前の〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉は、臨地実習指導者のケア実施前の学生への看護上の判断に対する関わりを示している。臨地実習指導者は、【ルーチンに基づく学生の行動計画の確認】もしくは、【患者や学生の反応と自己の認識に対するズレのキャッチ】を契機として学生と関わり始めていた。その後、臨地実習指導者は、【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】行動をとっていた。この、【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】は、【実習目標をふまえた学生の自己学習の促進】に影響を受けていた。さらに、臨地実習指導者は、【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】を経て、【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】という行動をとっていた。ここで、【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】をコアカテゴリーと捉えた理由は、臨地実習指導者が学生を揺さぶるという行動が、【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】というプロセスを経て、【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】という安定へ向かうための要のカテゴリーと捉えたからである。表6に、ケア実施前のカテゴリー、サブカテゴリー、概念一覧を示す。以下、これらのカテゴリー、サブカテゴリー、概念を用いながら、ケア実施前の〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉の詳細を述べる。

1. 学生のケア実施に伴う看護上の判断への関わりの契機

ケア実施前に、臨地実習指導者は、学生のケア実施に伴う看護上の判断を【ルーチンに基づく学生の行動計画の確認】もしくは、【患者や学生の反応と自己の認識に対するズレの

キャッチ】を契機として捉え、学生と関わり始めていた。【ルーチンに基づく学生の行動計画の確認】は、[実習目標に照らした行動計画の確認]が含まれていた。また、【患者や学生の反応と自己の認識に対するズレのキャッチ】は、[患者と学生をどのようにつなげるかの試行錯誤]、[学生と患者の距離感に対する迷い]、[予測内でのズレのキャッチ]が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

まず、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、朝の時点で学生の行動計画を確認したり (V-3)、大学側から提示された実習目標の確認 (Q-4) をしたりすることが、学生への関わりの契機となっていた。そのため、[実習目標に照らした行動計画の確認]と捉えた。

- ・まず最初に行動計画というものを学生は立ててきますので、その行動計画を基に今日実践したい内容というのを確認します。(V-3)
- ・学校の実習指導要綱があるので、それであらかたの、どこまでに何をしないと行けないっていう目標達成値みたいのがあるやないですか。ああいうのをちょっと参考にしながら (中略) 学生さんのやっぱり学習能力にも差が出てくるので、基本はそこを目安に動いています。(Q-4)

一方、臨地実習指導者は、学生を患者のベッドサイドに誘導するために発破をかけていた (H-13)。そのため、[患者と学生をどのようにつなげるかの試行錯誤]と捉えた。

- ・初日はナースステーションにいることが多いです。「そろそろベッドサイドに行きなさい」って言わないと、ずっと記録を見てる。(H-13)

また、臨地実習指導者は、看護の意味を考えず、患者の言いなりでケアを実施しようとする学生に対して迷いを抱いていた (T-3)。そのため、[学生と患者の距離感に対する迷い]と捉えた。

- ・清潔ケアに関しても、脊損の患者さんに手浴をしようとなったきっかけが、ご本人さんが、手がずっとしびれているので、「マッサージしてもらったり、温めてもらおうと、すごく気持ちがその時だけはいいいんだよね」っていうから、(中略) ただ、患者さんが

やってほしいと言うからやりますといったところに、看護としての意味を持たせるのが難しくて。(T-3)

さらに、臨地実習指導者が予測していたことではあるが、起立性低血圧を起こした患者を目のあたりにすることが、もう一方の学生への関わりの契機となっていた。そのため、[予測内でのズレのキャッチ]と捉えた。

・結構みんな起立性低血圧になって、もう冷や汗かいて倒れる人が多いですよ、食道がんの術後って。(中略)主にあんまり手伝わないので、私。基本的には、もう君は受け持ちのスタッフの一員だから、君がやるんだよっていうスタンスでいくんですよ。(中略)
「じゃあ、歩ける状態にして」と言って、ずーっとこうやって見てます。(S-8)

以上のように、臨地実習指導者の学生へのケア実施に伴う看護上の判断に対する関わりの契機には、臨地実習指導者が、ルーチンに基づく学生への行動計画の確認を行う時と、予測の下での患者の異変や、学生からのケアの申し出の意図に対する違和感等、患者や学生の反応と臨地実習指導者の認識との間でズレが生じた時の2通りあることが明らかとなった。

2. 臨地実習指導者が仕向ける学生への揺さぶり

【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】は、[学生が考えた計画の実施に向けて門を開く]、[学生の解っていないを見据えた方法のすり合わせ]、[学生の考えより優先すべきケアがあるとの判断]という3つのサブカテゴリーが含まれていた。これらは、学生が考えているケア実施に伴う看護上の判断を捉えた上での、臨地実習指導者の関わりを示していた。[学生が考えた計画の実施に向けて門を開く]には、『学生が立案してきたケアを実施するためのすり合わせ』、『患者の安全を考慮した行動計画の確認』が含まれていた。また、[学生の解っていないを見据えた方法のすり合わせ]には、『学生が判断できないことをふまえて、知識を実際の患者とどのようにつなげるかについてのやり取り』、『学生の想像力欠如の把握と代替ケア方法の提案』、『必要なケアが想起できるような投げかけとやりとり』、『離床が合併症の予防になることをつなげていく』、『患者のニーズに合わせて学生の計画を修正する』、『効率性を考えて他のケアと組み合わせる』が含まれていた。さらに、[学生の考えより優先すべきケアがあるとの判断]は、『患者の状態から学生が考えて

きたケアは実施できないと判断しつつその意図を学生に説明する』が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、学生が考えたケアの有無や方法に対する決定をふまえ、学生が考えた計画の実施に向けての手立てを考えていた(F-3)。そのため、[学生が考えた計画の実施に向けて門を開く]と捉えた。

- ・ こうしたいとか、こう思っているとか、問題点はこうみたいなことを言っていて、あまりにもかけ離れていると、そこで違うというか、ちょっと話し合いというか、打ち合わせをするけれど、基本的にはしたいことを確認するという感じですかね。

(F-3)

その後、臨地実習指導者は、学生とのすり合わせを行っていた。下記ヴァリエーションに示されるように、そのすり合わせは、臨地実習指導者が、学生自身の看護上の判断が結びつけられていない現状をふまえ、学生の考えを導けるようにヒントを与えながら想起させる(V-3)といったやりとりであったり、学生自身では看護上の判断が解らないであろうことを理解した上での発問による学生の知識と患者の状態とをどのようにつなげるかであった(S-15)。そのため、[学生の解っていないを見据えた方法のすり合わせ]と捉えた。

- ・ 看護問題からはできるだけ導かせるように結び付けて、彼女が立案している看護問題を挙げて、「自分が実践しようと思った、このケアは何の看護問題なんだ？」というふうに戻していきながら、「じゃあ、この看護問題に対しての立案がないよね」とか、そんなふう全部一連の看護展開のサイクルに乗れるような形で。(中略) 少しずつその子が導けるようにヒントをちょっとずつ言いながら想起させるようにはしています。(V-3)
- ・ 観察項目で何を挙げてたのか、事前に入る前に確認し合って、例えば硬膜外カテーテルがずれてないかとか、ちゃんと量が減っているかとか、傷が炎症徴候がないのかとか(中略)「基本的には硬膜外カテーテルが入っていると足の感覚ってどうなるんだっけ？」とか、「下半身の感覚って鈍くなるからスキントラブルがしやすいです」って、「じゃあ、背中しっかり見てあげないとね」とか、そんな感じで入る前にちょっと言って。(S-15)

一方において、臨地実習指導者は、学生が行った看護上の判断の下、立案してきたケアに対して必要性は認めているものの、患者の状態から考えると優先度は高くないと判断している状況もあった。下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、何もしないことが学生には引っ掛かると思うが、今の患者のバイタルサインを見て、何もしないということもケアであるということを伝える (U-3) ことや、学生は、自分たちが介入しやすい清潔ケアを挙げる傾向にあり、清潔ケアは確かに大事であるが、患者の状態が落ち着くのが先である (D-3) と述べていた。そのため、[学生の考えより優先すべきケアがあるとの判断] と捉えた。

- ・今のところバイタルは何とかぎりぎり保ててるけど、たぶん今ここで横を向けたりとかするだけで、この人、呼吸状態も悪くなる、サチ (経皮的酸素飽和度) がたぶん下がるし、本人さんはきつい思いまでしてそこまでしたいかなとか。(中略) 何もしないというのがたぶん学生さんの中ですごい引っ掛かると思うんですけど、今その実際の患者さんのバイタルを見て、何もしないというのもケアなんだよというのは伝えました。(U-3)
- ・1番に出てくるところは、やっぱり清潔とか、そういう自分たちが介入しやすいところになっているなという印象はあるんです。(中略) 私たちからしたら、いや、そこも大事やけど、そこはやっぱり二の次、二の次というか、状態が落ち着かないと清潔のケアだってできないし。そういう身の回りのケアの前に、やっぱりちょっとしないといけない病態に対しての介入というのが必要なのが、やっぱり集中ケア、集中のクリティカルの現場なのかなというのを思うから。(D-3)

他方、【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】は、【実習目標をふまえた学生の自己学習の促進】より影響を受けていた。【実習目標をふまえた学生の自己学習の促進】は、[実習目標と行動計画に戻りながら学生と対峙する]、[学生の自己学習を促進させる] が含まれていた。

下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、大学より示された実習目標と学生が立てた行動目標が一致しているかの確認を行ったり (H-3)、学生に先に答えを言って、学習してくるようになり、後から肉付けを行う (P-12) という行動をとっていた。そのため、【実習目標をふまえた学生の自己学習の促進】と捉えた。

- ・実習に来ている時の目的とその行動目標が一致しているかというところで、立ててきた行動計画と、学校側が指定する目標というのが一致するのかというところを確認する手段として、なぜ立ててきたのかという理由とかは言葉で言ってもらおうとは思っています。(H-3)
- ・明らかにここの観察は必要だよねとか、そういうのがある時には伝える時もありますね。答えを先に言って、後から肉付けしてという場合もあります。(中略) 伝えて最低限のところを調べてもらって、また来てもらってから患者さんのところに行くっていうような感じですね。(P-12)

以上のように、【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】は、【実習目標をふまえた学生の自己学習の促進】の影響を受けていた。臨地実習指導者は、学生が考えたケア実施に伴う看護上の判断を確認しながら発問を行い、学生の解っていないを見据えた上で方法のすり合わせを行い、時には、学生の考えより優先すべきケアがあるとの判断を行い、その意図を学生に説明するなど、患者の状態理解に向けて学生を揺さぶりながら関わっていることが明らかとなった。

3. 学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定

ケア実施前のコアカテゴリーである【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】は、[患者の状態に応じた方法の決定]が含まれていた。下記、ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、ケアの種類を選択、時間、患者の自立度に応じたケアの方法に対する決定の提案 (L-11)、患者のニーズやケアの目的の確認 (H-3)、看護者側が手を出す範囲の匙加減 (L-13) を学生と共にやり取りした上で方法の決定を行っていた。そのため、[患者の状態に応じた方法の決定]と捉えた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

- ・まず最初に全身清拭にするか、シャワー浴ができるかみたいなところだとか。全身清拭にするにしてもどれぐらいの時間でやるか。それによって石鹸清拭を取り入れるかどうかとか。あと時間だけじゃなくて長期臥床の人だったら石鹸清拭にして、2日後にシャワーに入れる人だったらお湯拭きだけにするとか。(中略) 学生は結構、通り一遍、全身清拭だったら教科書どおりのをまずは出してくるので、「この患者さんだったら、こういう方法がいいんじゃない？」というのは伝えるようにはしています。(L-11)

- ・そうすると、まずケアの有無に対する決定という判断を促すじゃないですけど、なぜそのケアを立ててきたニーズはあるのかとか、あとはなぜ立ててきたのか、それが身体的な疾患的なものなのか、精神的なものなのか、そういったのを多角的に捉えているのかというところをまず引き出して確認して、それが本当にやる必要があるのか、ないのかというのを確認します。よくあるのが、「お散歩をしたいと思います」って学生がよく言うんですけど、そのお散歩というのはどの目的で、患者さんにおいてはリフレッシュなのか、それとも身体機能を維持するためなのか、それともリハビリ段階のリハビリの過程の1つなのか、それともコミュニケーションを取って仲良くなりたいための手段なのか、そこを学生はどんなふうに捉えて計画を立ててきたのか、その考えを引き出したい。(H-3)
- ・患者さんって意外と元気だったみたいなことに気づいたり。こんな上肢は拭ける、自分で拭けるんだ、下肢だけやればいいんだとかいうことがわかったりとかいうのは反応としては感じます。(L-13)

以上のように、【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】は、臨地実習指導者が、学生がケア実施に伴う看護上の判断を行う上で必要な患者の状況を理解できるように、また、学生が患者に対してケアを行う範囲の匙加減を見極めることができるように関わっていることが明らかとなった。

4. 学生が安定してケアが実施できることを目指した臨地実習指導者の関わり

【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】は、[学生にイメージトレーニングさせることで実施のイメージ化を図る]、[患者の急変にも対応可能な準備の徹底]、[患者との信頼関係を前提とした事前の根回し]、[指導の力量を見越した上でのスタッフ看護師への依頼]が含まれていた。[学生にイメージトレーニングさせることで実施のイメージ化を図る]は、『患者に応じた方法で実施できるよう学生の思考を修正しながらイメージトレーニングも兼ねた準備を行う』が含まれていた。また、[患者の急変にも対応可能な準備の徹底]は、『患者の急変にも対応可能な準備の徹底』が含まれていた。[患者との信頼関係を前提とした事前の根回し]は、『学生がケアを行いやすくするため事前の患者への根回し』、『普段患者と接しているからこそ解るケア前の鎮痛剤投与』が含まれていた。さらに、[指導の力量を見越した上でのスタッフ看護師への依頼]は、『学生との相互作用を確認し指導の力量を見極めた上でのスタッフ看護師への依頼』、『患者の安全を考慮した上での他の看護師への

学生指導の依頼』が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、学生がケア実施に伴う看護上の判断ができるようになるために、学生が考えたケアの方法を患者に合わせて修正しながら、実際にケアを実施する場所を学生に見学させたり、患者のケア時の体勢の確認を行ったりと実施に向けてのイメージトレーニング (R-7) を実施していた。そのため、[学生にイメージトレーニングさせることで実施のイメージ化を図る]と捉えた。

- ・自分でADLが自立していてシャワーに入れるんだったら、シャワー室で足をきれいにするっていうところに少しずつ導いていくというか、そんな感じで修正したりはしまさかね。修正する時にまた何かちょっとやり方を困っていそうだったら、実際に場所を見せたりとか。あとはなんか体勢も、「じゃあ、どういう体勢でやると楽だろうね」とか一緒に考えて。その前に、実施する前にある程度、「じゃあ、こういうふうにやったら患者さんは楽に負担なくできるかな」というのを一緒に話しながら、やっています。(R-7)

また、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、患者の急変を予測し対応するために、学生に血圧計を持参するよう指示し、急変時に測定できるよう意識付けを行っていた (L-9)。そのため、[患者の急変にも対応可能な準備の徹底]と捉えた。

- ・たまたまなんか起立性の低血圧って、ちょっとわかりやすい感じ。もうそもそも、「そういうことを起こすかもしれないね」って言って、学生にはちゃんと血圧計とか持たせて、必ず初回離床の時は一緒に行って、「ちゃんと測りながらやろうね」っていうふうになって。(L-9)

一方、臨地実習指導者は、患者への働きかけも行っていた。下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、患者の特性をうまくキャッチし、それまでに築いた信頼関係を基に、学生がケアに入りやすいように事前の根回しを行っていた (S-12)。そのため、[患者との信頼関係を前提とした事前の根回し]と捉えた。

- ・本当にちょっと癖が強いぞという患者さんに対しては、事前にジャブは打っておきま

す。学生さんが行って1回断られて、「まあまあそうだね。あの人、少しそういうところもあるもんね」っていう感じで。ちょっとスーッといなくなって、その患者さんのところへ行って、「でもね、こういうことでこうだから歩かないとあれですよ。たぶんまた誘いに来るとは思いますけど」というような感じでやって、うまくやって。(S-12)

他方、臨地実習指導者は、専任ではなく、兼務しながら実習指導を行っていることも多いという勤務状況であった。そのため、臨地実習指導者は、学生と患者へのケアを共有できないという語りも聞かれた。そこで、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、スタッフ看護師へ学生に指導してもらいたい範囲を明確に提示し、学生の指導を依頼していた (H-6)。そのため、[指導の力量を見越した上でのスタッフ看護師への依頼] と捉えた。

- ・責任者として私はいるけど、目的とかそういったのは確認しているんですけど、実際の行動の場面というところをスタッフに任せる時もあります。「今日は学生がリハビリの計画を立ててきて、こういうところはわかっているのでここは任せて学生主体でさせて、あとは安全が妨げられないようにスタッフはサポートしてほしい」とか。具体的に学生にこう指導してほしいというのは、やっぱりスタッフのキャリアにもよるので、ちょっとそこを求めるのも難しいかなと思うところがあるので、とりあえず安全を確保してもらえればというところになる。(H-6)

以上のように、【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】は、臨地実習指導者が、ケア実施に伴う看護上の判断を学生自身で行うために、学生が安定して主体的にケアが実施できるよう整えるといった関わりであった。

E. ケア実施中の学生の看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わり

ケア実施中の〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉は、臨地実習指導者のケア実施中の学生への看護上の判断に対する関わりを示している。臨地実習指導者は、【患者の安全が最優先】という前提に基づき、【看護師としての即座の臨床判断】を行いながら、【見守りの下学生を放つ】という行きつ戻りつの関わりを行っていた。同時に、【学生へのおさえ時の見極め】を模索していた。また、【患者の安全が最優先】、【看護師としての即座の臨床判断】、【見守りの下学生を放つ】は、【学生と患者の関係をつなぐ要という認

識】や【患者と関わるからこそ得られる看護を意味づけたい】という考えより影響を受けるプロセスであることが明らかとなった。

なお、【患者の安全が最優先】をコアカテゴリーと捉えた理由は以下の通りである。まず、【看護師としての即座の臨床判断】において、臨地実習指導者は、患者を安全な状態へと誘導していた。また、【見守りの下学生を放つ】において、臨地実習指導者は、判断を誤ったらいけないため、学生と共に血圧測定を実施し、患者への安全確保に向けて即座にフォローできるよう準備していた。これらの状況より、ケア実施中に臨地実習指導者は、患者の安全を前提とした上で学生への関わりを行っていると考えたため、【患者の安全が最優先】をコアカテゴリーと捉えた。表7に、ケア実施中のカテゴリー、サブカテゴリー、概念一覧を示す。以下、これらのカテゴリー、サブカテゴリー、概念を用いながら、ケア実施中の〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉の詳細を述べる。

1. 患者の安全が最優先という前提の下での学生主体のケア実施の見極め

ケア実施中のコアカテゴリーである【患者の安全が最優先】には、[患者の安全・安楽を阻害しない範囲における学生主体のケア実施]、[学生に任せて大丈夫な範囲の見極め]が含まれていた。[患者の安全・安楽を阻害しない範囲における学生主体のケア実施]には、『患者の安全・安楽を阻害しない範囲における学生主体のケア実施』、『患者に悪影響を及ぼさない範囲における学生の手技のステップアップ』が含まれていた。また、[学生に任せて大丈夫な範囲の見極め]には、『学生の状況を察知し止めるか見守るか代行するかの見極めを行う』が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、患者の安楽に悪影響を及ぼさない範囲で学生の主体的なケア実施を促し (S-16)、手技のステップアップを図っていた (L-13)。そのため、[患者の安全・安楽を阻害しない範囲における学生主体のケア実施]と捉えた。

- ・患者さんが、「いや、もう寒い」とか、なんかそういう感じだったら、ちょっとバースと拭いちゃいますけど、そういう以外は学生に任せてます。(S-16)
- ・学生が2回目とかだったら、この間はなんか患者さんの後ろに立ってたけど、今日はこっちで立ってみようとか、あとなんかタオル絞りをこの間は頑張ってたけど、今日は患者さんを拭くのをちゃんとやろうとか、あとは点滴通すのとかをやってみよう

か。そういうのはレベルというか、ステップアップはします。(L-13)

また、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、学生の状況を察知し、ラインが抜けそうな場合は止めるか見守るかの判断を行い (D-8)、洗い残しがあれば代行する (V-5) というような見極めを即座に行っていた。そのため、[学生に任せて大丈夫な範囲の見極め]と捉えた。

- ・点滴、抜けそうとか。A ライン抜けそうとか、なんかそういう事故につながりそうだなって思う時は「ちょっと待って」って言う。「ちょっと一緒にしようか」って言って、止めますけど。(D-8)
- ・清拭の拭き方。そして陰部の洗い方ですね。あまりにも洗い残しがたくさんあれば手を出しますけれども。(V-5)

以上のように、【患者の安全が最優先】は、臨地実習指導者が、学生がケア実施に伴う看護上の判断を行えるようになるために、患者の安全を最優先としつつ、患者の安楽を阻害しない範囲で、学生に任せる範囲を見極めながら、学生とケアを共有する関わりであることが明らかとなった。

2. 看護師としての臨床判断を行いつつ学生が体験できるよう誘導する

次に、【看護師としての即座の臨床判断】は、[患者の安全をふまえた即座の臨床判断]が含まれていた。[患者の安全をふまえた即座の臨床判断]は、『患者への即座の臨床判断を行い、学生にも触れさせ体験させる』、『患者の状態を即座に判断し患者をより安全な状態へと誘導する』が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、患者が起立性低血圧を起こしていることを即座に判断し、同時に、学生にも観察や触診ができるよう体験させることに重きを置き (L-8)、患者の冷汗を即座に捉え、これ以上の離床は危険と判断し、学生と共に患者の安全を考慮しベッドに臥床させていた (S-10)。そのため、[患者の安全をふまえた即座の臨床判断]と捉えた。

- ・なんかもう焦点が若干合わなくなってきたなっていうふうに思って、顔も青ざめてた

し。とりあえずちょっと脈触れるかなと思って、学生にも一緒に、「ちょっと脈触れてみようか」って言って、一応触れたから、80 ぐらいは今あるかなっていうふうに思っているけど、ちょっと手はじっとりしてる感じで。学生も (中略) 一緒に手に触ってもらって、そうするともう末梢がすごい冷たくて、こう冷や汗かいてるような状況だったので。そういうのをなるべく一緒に触ってもらったりとか、見てもらったりとかしてというのは気を付けています。(L-8)

- ・ふらつとして、「いや、もう駄目だ」って言って汗びっしょりかいて、もう立つまでも至らない患者さんが結構多いので。なので、そうしたら、「じゃあ、1 回寝かせようか」と言って、寝かせたりする判断はしますけど。(S-10)

以上のように、【看護師としての即座の臨床判断】は、臨地実習指導者が、患者の安全に配慮しながら、即座に看護師としての臨床判断を行い、その判断を学生に押し付けるのではなく、判断に至った触診や血圧測定を学生に体験させることで、学生自身が看護上の判断ができるようになるための関わりであった。

3. 学生の看護上の判断育成を目指した見守りの下での学生主体のケア実施

臨地実習指導者は、学生自身で看護上の判断ができるようになるために、【見守りの下学生を放つ】関わりを行っていた。【見守りの下学生を放つ】には、[自信のあるが故の学生主体のケア実施]、[学生の気づきを期待しての意図的な行動]が含まれていた。[自信のあるが故の学生主体のケア実施]には、『誤っていたらいけないため学生と共に血圧測定を実施する』、『患者へ即座にフォローができること、学生が学習しやすいことを前提にして学生を立たせる位置を決める』が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、学生自身で看護上の判断を行えるよう、学生に患者の血圧測定を行うよう指示するが、誤った測定ではいけないため、自身も血圧測定を行い、確認を行っていた (L-8)。また、ケア実施中に何かが生じて、臨地実習指導者自身が即座に患者への対応ができること、学生が観察やケアを実施しやすいことをふまえ、学生をどこに立たせるかについても配慮していた (V-5)。そのため、[自信のあるが故の学生主体のケア実施]と捉えた。

- ・血圧測ってもらいました、学生さんには。一緒に測りましたけど、私も一応、間違っ

てるといけないので。(中略)普通に臥床してもらって足を上げて、血圧が戻るかっていうのをちょっと一緒に見たいな。(L-8)

- ・呼吸器がついてる患者さんを見ることのほうが多いので、私はどちらかというと呼吸器側に立つほうが多いです。呼吸器のアラームが鳴ったりとか何かの対応ができなくなるので。挿管チューブはやっぱり死守しなければいけない大事なデバイスになるので、そのほうに学生は立たせないです。呼吸器の前に私が立って、私の横に1人、私の目の前に1人。おそらくこの目の前にいるこの子が主体的に実践するほうになるので、もうそこは事前に伝えて、「点滴を、ここ、気を付けるんだよ」とかいうことも伝えながら実践はしますね。(V-5)

一方、臨地実習指導者は、ケア実施中に、自身のアクションを意図的に学生に伝えることで、看護上の判断に対する思考に気づかせようとしたり(L-15)、学生がケアに手を出しやすくするために、患者への声かけを意図的に行ったりしていた(O-10)。そのため、[学生の気づきを期待しての意図的な行動]と捉えた。

- ・なるべく自分が考えていることとかは患者さんの前でいえることは言うように、言語化するようにはしてて。「寒くないですか」とか、あとタオルの温度とか、「温度どうですか」とか、「背中もう1回拭きましょうか」とか、なるべく。1人でやってしまうと、あんまり言語化しないでもパパッとできちゃうんですけど、なんかそれをあえて言語化して、そういうことを聞きながらというか、看護師は考えながらやっているんだなというのは間接的に伝わるように、それは工夫してます。(L-15)
- ・集中しちゃって。陰洗とかになると集中をしてしまって、もう陰部洗浄をすることだけを学生は見ているので、結構つらそうな表情をしてるなとかを、「あ、何か苦しいですか」とかを言うと、「はっ!」と見て、「あ、何かつらいですか」とか言ってたので。この子、ここしか見てないなというと、「ちょっとなんか、顔苦しそうですけど、傷、痛いんです?」とかを言ってましたね。(O-10)

以上のように、【見守りの下学生を放つ】は、臨地実習指導者が、患者に何かあっても、自身がフォローできるので大丈夫という自信の下、学生自身で看護上の判断ができるようになるために、学生に患者へのケアを実施させながら、臨地実習指導者自身も確認を行うという関わりであった。また、学生の看護上の判断に対する気づきを期待して、看護師の

アクションを意図的に学生に伝えたり、学生が手を出しやすくするために、患者への声かけを意図的に伝えながら関わっていたことが明らかとなった。

4. 学生にケアを実施させながらの看護上の判断に対するおさえ時の見極め

【患者の安全が最優先】、【看護師としての即座の臨床判断】、【見守りの下学生を放つ】は、【患者の安全が最優先】を前提として相互に行き来することで、学生の主体的なケア実施が実現していた。同時に、臨地実習指導者は、これら3つのカテゴリーを往来しながら、ケア実施に伴う看護上の判断に対しての【学生へのおさえ時の見極め】を模索していた。

【学生へのおさえ時の見極め】には、[おさえ時のタイミングの吟味]と[その時その場での学生へのインプット]が含まれていた。[おさえ時のタイミングの吟味]には、『一点集中の学生には後でおさえるという即座の判断』、『学生のプライドに配慮して、患者の前で注意せずタイミングを図る』が含まれていた。また、[その時その場での学生へのインプット]には、『患者の負担がなければその時その場で学生にインプットする』、『五感を使ってバイタルサインから読み取れる患者の病態を紐解く』、『学生のできないを捉えケアの実演と説明を付加しながら理解を促す』が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、ケア実施に伴う看護上の判断に対して、ケア実施に精一杯な学生には、後でおさえるという即座の判断を行ったり(L-15)、学生のプライドに配慮して、患者の前では注意せず、タイミングを計っていた(M-6)。また、ケア実施中におさえることとして、五感を使ってのおさえを重要視している語りも聞かれた(U-6)。そのため、[おさえ時のタイミングの吟味]と捉えた。

- ・なんか今言ってもたぶん頭に入らないだろうなって思うというか。(中略) たぶん今自分が動くことに精一杯な学生に、「今これはこういう根拠だから」とか、「これはもっとしなきゃ」とかいうふうに言っても、たぶん右から左へ流れていくだけなので、今言うのが得策じゃないなみたいな考えで。なんかきちんと振り返ったほうがいい時は、その場じゃなくて、後からやるようにはしています。(L-15)
- ・患者さんの目の前で、あまり学生ができてないみたいなことを言ってしまうと、2人の場面での、その後の信頼関係(中略)にも影響するかなと思いますので、あんまりそこで叱るといふか、これは良くないっていうことは言わないようにはしているんですけど。(M-6)

- ・呼吸音とか胸郭の動きだったりとか、触って、その皮膚がじっとりしているとか、乾燥しているとか。そのモニターの数値だけじゃなくて、自分の目と耳と手で測定できるっていうのを教えています。(U-6)

一方、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、タオルの絞り方など、その場で学生に伝えなければならないと判断したこと (L-15)、バイタルサインから読み取れる病態の紐解き (U-4)、学生のできないを捉え説明を付加しながらケアの実演 (S-15) というような、ケア実施に伴う看護上の判断に対して、その時その場で学生へおさえなければならないことへの関わりを行っていた。そのため、[その時その場での学生へのインプット] と捉えた。

- ・ただ、なんか学生の駄目そうなところとか、例えばタオルの絞りが甘いみたいなのはちよっともうその場で言わないと、「もうちよっときつく絞って」とかは言うんですけど。(L-15)
- ・一応バイタルを、うちは2時間おきに測定するという決まりがありますし、この方は2時間おきにしたほうがいいという私も判断をしてたので、そのバイタルを測って、その数値から、じゃあ、今の体、どういうことが起こっているのかというのを深く考えるように関わりました。(U-4)
- ・陰洗とかもフォーリー (カテーテル) 入っている患者さんは必ず1日1回洗うので、よくやっているんですけど。結局、陰洗もしっかりやらないと尿路感染になっちゃうから、「もうこれ、こうしないとこうだよ。ちゃんと管が入っている所を、ちゃんと泡立てて、このカスを取ってあげないとここに菌が付着するでしょ」みたいな、そういうできてないところはその場で指導しますけど。(S-15)

以上のように、【学生へのおさえ時の見極め】は、臨地実習指導者が、ケア実施中に、学生へのおさえ時のタイミングを吟味しながら、ケア実施に伴う看護上の判断に対して、その時その場で学生にインプットしなければならないことを選択し関わっていることが明らかとなった。

5. 学生の看護上の判断育成に影響を与える臨地実習指導者の考え

【患者の安全が最優先】、【看護師としての即座の臨床判断】、【見守りの下学生を放つ】

というカテゴリーは、【学生と患者の関係をつなぐ要という認識】と【患者と関わるからこそ得られる看護を意味づけたい】という考えより影響を受けていた。

【学生と患者の関係をつなぐ要という認識】には、[患者と学生とをつなぐ]が含まれていた。[患者と学生とをつなぐ]には、『信頼関係を深めるために学生と患者の世界を作る』、『学生がケアに入りやすいように患者や学生への代弁者として橋渡しを行う』が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、学生と患者の信頼関係を深めるために、二人の世界を作るよう配慮したり (T-10)、学生や患者の代弁者として行動したりしていた (H-4)。そのため、[患者と学生とをつなぐ]と捉えた。

- ・準備は周到にして、あとは学生が一生懸命に足だけ見ながら足浴してたら、そこでちょっと患者さんに声をかけて、「どうですか。どこが気持ちいいですか。お湯の温度どうですか」と私が言い出すと、ふっと気づいて学生も、「あ、強くないですか」とか何か言いながらやっていって、いい雰囲気になったら、「じゃあ、ちょっと失礼するわ」みたいな感じで失礼しちゃう時もあります。2人がもう大丈夫だなというふうに思ったら、2人きりになってもらったりもします。(中略)終わるころに戻ると、なんかほんわかした感じがあって。(T-10)
- ・じゃあ、やりましようとなった時に実際患者さんのところに行って、(中略)学生、言葉が足りないところを患者さんに補足しながら一緒に説明するとか。逆に患者さんが思っていることを、「やっぱり今日はこんな状態だからやりたくないんですね。時間ずらしてほしいんですね」というのを、間に立って解釈を学生に伝えるという時もあります。(H-4)

他方、【患者と関わるからこそ得られる看護を意味づけたい】には、[患者と関わるからこそ得られる看護の意味づけを学生に伝えたい]が含まれていた。また、[患者と関わるからこそ得られる看護の意味づけを学生に伝えたい]には、『学生であってもケアにおける看護の意味を理解してほしいという願い』、『患者と関わるからこそ得られる充実感や看護の意味づけ方についての伝授』が含まれていた。

下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、患者の気持ち良いという反応からだけでなく、学生であっても看護の意味を理解してもらいたいという願いや

(T-4)、患者と関わることで得られる充実感や看護の意味づけ方を伝えたいという認識を持っていた (T-10)。そのため、[患者と関わるからこそ得られる看護の意味づけを学生に伝えたい]と捉えた。

- ・患者さんの反応も、「おお、気持ち良かったよ」と言ったということが全てになってしまっただけ。「じゃあ、その手浴をやったことの効果とか、何のために手浴をやるのか、じゃあ、それは1回やってみて、毎日やったほうがいいのかどうなのか、そういうところを深めていこうよ」と言っても、「次は、今度はシャンプーしてほしいな」と患者さんが言うので、今度は洗髪をします。「いや、でも手浴は、あれはどうだったのかな」と言っても、「あ、気持ちいいと言っていました。喜んでもらえました」。でも、そこにやっぱり看護としてやるからには、「じゃあ、お湯を持って浸けるだけだったら看護助手さんでも誰でもできるけど、そこにやっぱり看護の意味を持たすってどういうことなんだろうね」と言っても、なかなかやっぱり出てこなくて。(T-4)
- ・私も清潔ケアが一番大好きです。大好きなんです。やっぱり患者さんに触れて、患者さんもやっぱり気持ちいいと気分いいじゃないですか。すごく、この人、気持ちいいことしてくれるんだなと思うと、そういう場面ですごく心を開いてくれますし。清潔ケアしていると本当に患者さんに触るので、いっぱい触って。あとはもう身の回りのこと、お着替えとか。この方は、お着替えが、いっぱいきて、ご家族がいつも持ってきてくれる。この人はいつもお着替えがないなとかいうこととか。何となくその人の背景も、よく情報収集しなくても何かいろいろなことが見えてきて、患者さんがすごく満足されるじゃないですか。やっぱり「気持ちいい」とか、「ああ、ありがとう」とか、「すっきりしたよ」とかいう言葉をもらえた時に、単純に、やって良かったなとか、うれしいなと思うので、それも味わってほしいと思いますから。(T-10)

以上のように、【学生と患者の関係をつなぐ要という認識】は、臨地実習指導者の、学生と患者の信頼関係を深めるための配慮や、学生および患者の代弁者としての認識であることが明らかとなった。これらは、学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成する上で土台となる臨地実習指導者の考えであった。また、【患者と関わるからこそ得られる看護を意味づけたい】は、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成だけに留まらず、学生であっても看護の意味を理解してもらいたい、患者と関わることで得られる充実感や看護の意味づけ方を学生に伝えたいという臨地実習指導者の考えであることが明らかとなった。

これらのように、ケア実施中における臨地実習指導者の関わりには、ケア実施に伴う看護上の判断を学生自身ができるようになるために、看護師としての即座の臨床判断を行いつつ、その判断に至る過程を学生に体験させ、患者の安全が最優先という前提の下、ケア続行の有無や方法の修正を臨機応変に判断しながら、学生が主体的にケアを実施できるよう、かつ、患者の反応の意味を捉えることができるように関わるという特徴があった。

F. ケア実施後の学生の看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わり

ケア実施後の〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉は、臨地実習指導者のケア実施後の学生への看護上の判断に対する関わりを示している。臨地実習指導者は、ケア実施後に、【学生の知識と患者の状態をつなげていく】関わりを行っていた。これは、臨地実習指導者の、【学生の無意識を意識化させる】ことや、【学生のネガティブをポジティブへと転換させる】ことや、【患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化】を行きつ戻りつしながら、【学生の知識と患者の状態をつなげていく】という関わりであった。同時に、臨地実習指導者は、学生が次の学習段階に進むことができるよう、【学生を手放すタイミングの見計らい】を模索していた。その後、臨地実習指導者は、【学生の理解をふまえた次の局面へと放つ】、もしくは、【時間切れによる学生のその後の把握困難】を迎えていた。ケア実施後の〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉では、コアカテゴリーとして【学生の知識と患者の状態をつなげていく】が生成された。このカテゴリーをコアカテゴリーとした理由は、ケア実施後に臨地実習指導者は、学生の無意識を意識化させたり、学生のネガティブをポジティブへと転換させたり、患者の過去・現在・将来を見据えた状態を可視化しながら、看護上の判断を育成する上で重要な学生の知識と患者の状態をつなげていくことを行っていると捉えたからである。表8に、ケア実施後のカテゴリー、サブカテゴリー、概念一覧を示す。以下、これらのカテゴリー、サブカテゴリー、概念を用いながら、ケア実施後の〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉の詳細を述べる。

1. 臨地実習指導者による学生の知識と患者の状態との緻密なつなぎ

学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた、ケア実施後の臨地実習指導者の関わりのコアカテゴリーである【学生の知識と患者の状態をつなげていく】には、[学生の知識と患者の状態をつなぐ]が含まれていた。[学生の知識と患者の状態をつなぐ]には、『ケア時の手の挙上がMMT(徒手筋力測定法)の確認につながるというおさえ』、『持続的にモニタ

一管理がされていることも含め、バイタルサインの変動を確認する意味を一つ一つつなげる』、『患者との関わりの場면을想起させ、知識と現象をつなげる』、『患者の状態と知識をどのようにつなげるかについてのやり取り』の4つの概念が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、患者の状態理解を深めることで、観察事項を看護上の判断につなげ、ケア時の手の挙上がMMTの確認につながるというおさえを行ったり (D-10)、持続的にモニター管理がされていることも含め、バイタルサインの変動を確認する意味を一つ一つつなげたり (V-7)、患者との関わりの場면을想起させ、知識と現象をつなげたり (I-14)、学生の知識と患者の状態をどのようにつなげるかのやり取りに対する関わりを行っていた (F-13)。そのため、[学生の知識と患者の状態をつなぐ]と捉えた。

- ・「そう、そう、そう」みたいな、「気づいた？」って。そういうのもやっぱりケアして見えるところもある。ただ、「手を上げてください」とかいう確認だけじゃなくて、「横向いた時に手が上がったとなったら、MMT とかは手が上がるとかそういう判断にもなるから」とかいう話とかはしたり。(D-10)
- ・なんか多くの学生が挙げてきても、「バイタルサインを確認する」とかですね、前後のみたいな。そういう感覚でしかないですね。とても賢い学生は、「バイタルサインの変化を観察する」とか言うてくる子もいます。でも、自分たちが実践するケアに対して、患者さんがどう反応するかを予測する人はいないですね。(中略) バイタルサインを測る時には見る。別の意味でベッドサイドにいたら見ないみたいな感じです。一つ一つそれをつなげていくのが役割かなと思っています。(V-7)
- ・何でこのドレーンが入ってて何を見なきゃいけなかったんだよっていうところを、(中略) 「実際、関わってきてどうだった？」じゃないですけど、その話をしながら、「なんかこれこれこうでした」、「そうだよね。ここ大事だよね」っていう感じで、その知識と現象をまとめてあげるじゃないですけど。(I-14)
- ・じゃあ、1回ベッドに戻して、なぜこういうことが起きたのかということと一緒に振り返った時に、まず降圧剤が効いてくる時間は一体どれぐらいなんだろうとか、そういうことを振り返るといろいろな要因があって血圧が下がったんだみたいなことを。だから、せん妄とかで夜間起きていて、昼間寝ちゃうというだけではないということの気づきを最後のほうには得られて、だから食後は1回休んだほうがいいんだ

とか、ちょっとまめに見ないといけないんだみたいな行動計画に変わっていった学生とかもいましたかね。(F-13)

以上のように、【学生の知識と患者の状態をつなげていく】は、患者の反応に伴うケアの決定に対して、臨地実習指導者が、ケア実施中の患者の状態を学生に想起させ、学生の知識に応じて緻密につなげていくという関わりであることが明らかとなった。

2. 学生の気づきの促進や知識へのおとしこみを目指した関わり

【学生の無意識を意識化させる】には、[学生の思考の世界へと入り込む]、[学生の気づきを促進するための投げかけ]、[オーダーメイドによる学生の知識へのおとしこみ]、[患者への意図的な声かけに対する学生の気づきを誘う]、[学生のやる気を高めるための賞賛]が含まれていた。[学生の思考の世界へと入り込む]には、『学生が立案した計画の実施に対する評価としての振り返り』、『患者の安全は自身が守れるのでとりあえず学生を入れて学生が見ていたことを確認する』、『学生の気づきの洗い出し』が含まれていた。次に、[学生の気づきを促進するための投げかけ]には、『学生が気づいていない患者の状態や学生自身の行動に対する投げかけ』、『患者へのフォローをしつつ学生が患者からの反応で気づくことができるよう患者からのフィードバックを得る機会を作る』が含まれていた。また、[オーダーメイドによる学生の知識へのおとしこみ]には、『患者の変化をどのように分析するかを学生の知識に戻しながらのおさえ』、『学生に達成感を得るために時間をかけて思考を整理させたり患者の反応を想起させ振り返りを行う』、『教員と共に学生の話聴くことで学生へ理解してもらうための策を練る』、『患者の状態に気づかない学生は自分のことに置き換えて捉えられるよう諭す』が含まれていた。さらに、[患者への意図的な声かけに対する学生の気づきを誘う]には、『看護師の意図的な声かけに学生が気づいていたかの確認と励行』が含まれていた。最後に、[学生のやる気を高めるための賞賛]は、『感心したことへの賞賛を与えることで学生のやる気を高める』が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、ケアの有無や方法に対する決定を中心として、学生が立案したプランを遡って振り返りを行い (R-9)、患者の反応に伴うケアの決定に対して重要と思われることを学生が気づいていたかを確認し (V-6)、学生の気づきの洗い出しを行っていた (H-5)。そのため、[学生の思考の世界へと入り込む]と捉えた。

- ・そのやり方の手順とか、もう1回その学生には実際のプランがうまくいったのかとか、いかなかったのかとか、じゃあ、何でいかなかったのかとか、そこら辺は一緒に学生とは振り返るようにしています。(R-9)
- ・バイタルの変化とかも私しか見ないです、大体。「気づいた？」って、後から言います。別に私が見ていれば十分なことなので、患者さん自体はですね。「見てた？」「見てませんでした」「ああした時に、ああなってたよ」って伝えます。(V-6)
- ・お散歩とかリハビリの場面であったら、(中略)最後の足取りは、最後疲れちゃって足取りがおぼつかなくなっているのを学生は気づいたかどうかというのを、最初は遠回しに聞いていきます。学生が気づいたかどうかというところを確認したいので、(中略)学生がちゃんと患者さんのことを確認、観察できているかというところを話しながら確認しようとしています。(H-5)

次に、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、患者の反応に伴うケアの決定に対して、学生が気づいてない患者の反応についての投げかけを行ったり(M-9)、学生が患者からの反応で気づくことができるよう、患者からのフィードバックをもらう機会を作っていた(R-8)。そのため、[学生の気づきを促進するための投げかけ]と捉えた。

- ・やはり何回やっても自分の実施に集中しちゃう学生に関しては、初日、例えば、「患者さんの表情ってどうだった？」とかいうところも返して、じゃあ、まあ、「そこはあんまりやっぱり見てなかった。どういう表情かもわかんなかった」っていうふうにもし返ってきた場合には、「私はこういうふうに見えたよ」というようなところを伝えます。(M-9)
- ・実際に患者さんに足浴して準備している時に、なんかちょっとぬるそうだなってもう最初から思った時があったんですけど、とりあえず温度のことを聞いて、それなりに彼女なりの判断があったので、その温度でとりあえず実施してもらって。でも、やっぱり患者さんにとってはぬるかったみたいなんですね。それはもう本人に気づかせたかったので、ちょっと患者さんには申し訳なかったんですけど、そのまま実施していただいて。「患者さんの反応を聞いてごらん」って言いながら、どうだったって患者さんからフィードバックをもらって、学生に、「ちょっとぬるかったみたいです」ってフ

ィードバックをもらってもらって。(R-8)

また、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、学生に合わせて、患者の反応を想起させ振り返りを行ったり (J-5)、学生に達成感を得てもらうために時間をかけて思考を整理させることを行っていた。そのため、[オーダーメイドによる学生の知識へのおとしこみ] と捉えた。

- ・導き出さなきゃいけない。(中略) 「何で痛いんですか」とか、「どうして痛いんですか」って。わかんない時は、「今、痛み止めって何か使っていますか」とか。エビ^o(持続的硬膜外麻酔)とか取れちゃった場合に、「何か使っていましたか？昨日は」とか、聞くと大体わかってくるので。(J-5)
- ・そのタイムリーに反応がというところで、なるべく私は直後に確認するようにしていますね。もう簡単にでもいいので。その時の学生さんはやってみてどうだったかもそうですし、患者さんの反応を見てどうだったかというのもそうですし。完結はしないで。なので、午前、また、まとまった時間で、(中略)一緒に振り返りしています。その時間までにたぶん学生さんも少し記録ができるので、思考が整理できているんですね。(P-9)

さらに、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、振り返りの際、ケア実施中に遡って、臨地実習指導者の意図的な声かけを学生が気づいていたかの確認を行っていた (Q-9)。そのため、[患者への意図的な声かけに対する学生の気づきを誘う]と捉えた。

- ・どうしても拭いたりとか、ゆすぐことに目が行ってしまっていて、患者さんはどうやろうねって。(中略)私、その後に振り返りをした時に、「こういう声かけをしたけど、こういうのって必要じゃないんかね」っていうところは、「必要です」って言います。「ですよ」って、「じゃあ、しょうか」って言ってやっています。(Q-9)

最後に、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、感心したことへの賞賛を与えることで、学生の嬉しそうな表情をキャッチしたりと、学生のやる気を高める関わりを行っていた (U-5)。そのため、[学生のやる気を高めるための賞賛]と捉えた。

- ・その方がもうオープフロアにいて、もう、ICU みたいな環境のベッドだったので、外も見えないですし、ずっと電気もついてますし、モニターもずっと鳴っているので、確かに昼夜逆転をしやすい環境でもありますので、何かそういった日中のリズムを整えるような関わり方をしようというのはすごい見えました。手作りのカレンダーとか、時計を設置したりとか。それ、すごいびっくりして。言って1日、2日くらいのうちにすぐ作ってきたんで。ほかのスタッフも、「すごいね」って。感動しましたね。学生、なんかうれしそうな反応はしてましたけど。(U-5)

以上のように、【学生の無意識を意識化させる】は、臨地実習指導者が、ケア実施に伴う看護上の判断において重要だと考えていることを学生に気づいてもらうため、学生の思考の世界に入り込み、学生の気づきを促進するための投げかけを行いつつ、学生個々に合わせた、オーダーメイドによる知識へのおとしこみというような、学生の状況を見極めながらの関わりであった。臨地実習指導者は、学生の状況を見つつ、患者のケア実施に伴う看護上の判断に対して、ケア実施前の学生が行ったアセスメントやケア実施中の患者の反応を遡り、見落としとしてはならないことを学生に想起させ、知識へのおとしこみを行っていた。このことより、臨地実習指導者は、ケア実施前のことやケア実施中に遡り、学生に想起させながら、継続的に学生の知識へのおとしこみを行っていたことが明らかとなった。

3. ネガティブをポジティブへと転換させての学生へのフィードバック

次に、【学生のネガティブをポジティブへと転換させる】は、[予想通りではないことに潜む価値の言語化]、[学生のできないを活かす改善点の提案]、[失敗しつつ経験から気づきを得ることが重要]の3つのサブカテゴリーが含まれていた。まず、[予想通りではないことに潜む価値の言語化]には、『患者にとってベストではなくともベターなケアを目指す意味を学生に伝える』が含まれていた。また、[学生のできないを活かす改善点の提案]には、『事前学習だけでは理解し難い患者の状態理解と学生が実施するケアのスピード不足』、『学生が手を出せなくても次のケアに活かせる工夫の提案』、『学生のモチベーションを下げないために良かった点から話し、学生の状況をくみ取りつつ改善点を指摘する』が含まれていた。さらに、[失敗しつつ経験から気づきを得ることが重要]には、『失敗しつつ経験から気づきを得ることが重要という考え』が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

まず、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、患者の反応に伴うケアの決定について、学生が患者の離床後の歩行を計画し、実施しようとしたが、患者の状態では実施できず、学生は、失敗したと捉えたようだということが語られた。このヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、歩行というベストの状態ではなくとも、起こす、動かすというベターな看護上の判断をした上でのケアを目指すことにも意味があることを学生に伝えていた (S-11)。そのため、[予想通りではないことに潜む価値の言語化] と捉えた。

- ・歩けなくても歩くまでの過程が大事だったりするのかなど。上ずっと見て寝かせっぱなしは良くないですけど、でも動かすというか、そういうのもいい。歩くのはベストではないのかなと思うので、「その人その人のベストはあるからね」というので、「歩けなかったら歩けなかったで、座ることがこの人の今の限界なんだよ」というような感じで返してはいますけど。(S-11)

次に、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、学生が予想外にケアに手間取った状況を、事前学習だけでは理解し難い患者の状態理解と学生が実施するケアのスピード不足としていた (M-7)。また、学生が手を出せなくとも、患者の言動や自立度を確認し、次のケアに活かす工夫の提案を学生に行っていた (L-13)。さらに、学生のモチベーションを下げないために良かった点から話し、危険を予測して慎重になり時間を要したとの推測を行い、学生の状況をくみ取りつつ改善点を指摘していた (S-11)。そのため、[学生のできないを活かす改善点の提案] と捉えた。

- ・CV (中心静脈カテーテル) が入ってたりとか、ドレーンが複数入っていて、なんかたぶんそこを整理していたりとか、あとはなんかモニターを取って、また付けるようなところでいろいろチューブがあるのに結構慣れてないので、そういう場面でたぶん時間を要してしまったかなと思います。(中略) あとは痛みがやはり出てきちゃってて、ちょっと動くと、「あ、イタタタタ」ってなってしまって、その体勢がなかなか保持そのままでできないってなると、やっぱりちょっと支えながらなると時間がかかったりとか。痛みでたぶん思ったよりも患者さんが動けないとかいうのが、ちょっと予想と違ったところかなと思います。(M-7)
- ・そこで手が出なかったとしても、それこそ、「患者さんがこういうふうに言ってたよ

ね」とか、「このぐらいできてたよね。だから、私たちはこのぐらいの援助でいいよね」みたいな話とかは後でするにして。(L-13)

- ・良かった点から話すのは、悪かった点をばんばん言ってもかわいそうかなと思うので、できるだけ本当にひどい離床、初めての離床でも、「でも、やっぱりこれだけ時間がかかったのは、ちゃんといろいろなことが危ないなと思ったから慎重になってやったんだよね」みたいなそういうくみ取りつつ、「でもね」っていう感じで、ちょっといいところを探して伝えるようにはしていますけどね。(S-11)

最後に、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、何回失敗しても繰り返し経験していくことで、学生自身が気づくことが重要だという考えをもっていた(U-10)。そのため、「失敗しつつ経験から気づきを得ることが重要」と捉えた。

- ・もう繰り返し経験していくことかなと思うので。本人さんが、その学生さん自身が気づかないとやっぱりそこは変わらないと思うので。まだ学生のうちに何回も失敗して学んでもらえたらなと思いますけどね。今回のうちでそれを絶対に学ばないといけないというのは、もうそういうのは思ってないので。(U-10)

以上のように、【学生のネガティブをポジティブへと転換させる】は、学生が、失敗したと考えているケアに対しても、ケア実施前、実施中に遡り、ベストではなくベターを目指す看護上の判断に基づくケアの意味を学生に伝えたり、学生のできないを活かすことができる改善点の提案や、学生が失敗しつつ経験から看護上の判断に対する気づきを得ることが重要という認識による関わりであることが明らかとなった。

4. 学生に見える化を目指した、患者の過去・現在・将来の可視化

【患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化】は、「患者からの直接的な学生へのフィードバックの誘導」、[患者の現在の状態から過去に遡る改善点の指摘]、[患者の今後も視野に入れたケアのイメージ化]の3つのサブカテゴリーが含まれていた。[患者からの直接的な学生へのフィードバックの誘導]には、『患者に配慮しつつ本音を聴き出し学生へフィードバックを行う』が含まれていた。次に、[患者の現在の状態から過去に遡る改善点の指摘]には、『ケア終了後に事前に改善を行っておいた方が良かったことの投げかけ』が含まれていた。また、[患者の今後も視野に入れたケアのイメージ化]には、『患者の現在

だけではなく今後の方向性も視野に入れた学び方に気づかせる』、『現在、今後に渡っての患者の経過を伝えることでケアのイメージ化を図り行動につなげる』が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

まず、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、患者がストレスを貯めないよう、また、患者が遠慮して学生には直接言えないであろうことを予測して、患者の反応に伴うケアの決定に対して、患者の反応を確認するため、学生が帰宅後に患者の元へ訪室し、ネガティブなことも含めて患者の本音を聴き出し、後日、学生に考えてもらうことができるようフィードバックを行っていた (R-10)。そのため、[患者からの直接的な学生へのフィードバックの誘導] と捉えた。

- ・その時その時によって、「やっぱりちょっと痛かったのよ」とか言う方もいらっしゃる。「でも、一生懸命、頑張ってくれているからね」って、患者さんも結構気遣ってくださっているのよ。(中略) そこら辺で昨日患者さんに言われてこうだったというところは、「こういうところは気にできた?」とかというのはもう1回フィードバックをして。(R-10)

次に、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、ケアの方法に対する決定について、事前に修正しておいた方が良かった点についての確認を行っていた (P-6)。そのため、[患者の現在の状態から過去に遡る改善点の指摘] と捉えた。

- ・術後の痛みとか疼痛とかが出現してくる時には、学生さんの安楽な体位だったりとかを考えて、声かけだったりとかそういったところを考えて実践されてはいるんですけど、その時に事前に痛みのコントロールとして薬剤を投与すべきだったのとか。(P-6)

また、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、患者の反応に伴うケアの決定において、患者の現在の反応 (L-7)や、今後の治療や状態を学生に伝えることで、どのようなケア実施に伴う看護上の判断が必要かをイメージさせ、行動につなげてもらうことができるように関わっていた (I-5)。そのため、[患者の今後も視野に入れたケアのイメージ化] と捉えた。

- ・なんか自分がバイタルサイン測定するとか、患者さんに例えば痛みを聞くとかだけじ

やなくて、離床した時に患者さんの表情がどうだったかとか、顔面の顔色がどうだったかとか。(I-7)

- ・その後、この人、これからこういうふうな治療をしていって、「こんな感じのことを明日までにやっていくよ」みたいな話をしたところで本人が、「ぜひそこも見てみたい」ということを言ってくれたので、そこを時間調整して、その後の実習につなげていってもらったんですけれども。(I-5)

以上のように、【患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化】は、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けて、臨地実習指導者が、患者から直接的な思いを得た上で、患者の現在の状態から、過去に遡ってケア実施に伴う看護上の判断を行う上での改善点について学生にフィードバックを行うという関わりであると同時に、学生が患者の将来も見据えたケア実施に伴う看護上の判断に対するイメージ化が図れるといった関わりであった。これらは、学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成するにあたり、過去・現在・将来も見据えた深い患者理解が必要であることを示していた。

5. 学生を次の学習段階に進めるための模索

臨地実習指導者は、学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成するために【学生の無意識を意識化させる】ことや、【学生のネガティブをポジティブへと転換させる】ことや、【患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化】を行いながら、【学生の知識と患者の状態をつなげていく】という関わりを行うと同時に、【学生を手放すタイミングの見計らい】を模索していた。

ここでは、【学生を手放すタイミングの見計らい】の詳細を述べる。【学生を手放すタイミングの見計らい】は、[学生の思考の仕上がりの確認]、[役割が完結した後の教員への委譲]、[学生への不十分な関わりへの葛藤]の3つのサブカテゴリーが含まれていた。また、[学生の思考の仕上がりの確認]には、『その場では把握しきれなかった記録による学生の理解状況の確認』、『振り返りが計画の修正に反映できているかの確認』が含まれていた。一方、[役割が完結した後の教員への委譲]には、『学生の目標達成度について教員とやり取りを行うが最終的な目標達成度は教員の判断を仰ぐ』が含まれていた。さらに、[学生への不十分な関わりへの葛藤]には、『学生と共にケアに入らないことにより振り返りが十分にできない葛藤』が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

まず、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、ケア実施に伴う看護上の判断に対して、学生が提出した記録を見ることで、ケアの方法に対する決定についての理解状況を確認したり (F-8)、ケア実施に伴う看護上の判断に対して、前日の振り返りが翌日の計画に反映されているか確認していた (M-8)。そのため、[学生の思考の仕上がりの確認] と捉えた。

- ・記録から、例えばなんかシャワー入れる時にこういうことに気を付けなければいけなかったみたいなことが書いてあれば、あの時のことわかったのねみたいな判断ですけど。(F-8)
- ・その次、こういう計画をもう修正してくるように指導をしてるから、翌日の実施の時には、そこ、ちゃんと修正されてきたかを確認して、実施と一緒に入ってというような形での引き継ぎをしています。(M-8)

次に、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、どのように関わっても、学生の知識と患者の状態をつなげていくことが困難な学生に対して、学生にケアを実施させるかも含めた最終的な目標達成度をどこにするかは、教員の判断に委ねたいと考えていた (O-7)。そのため、[役割が完結した後の教員への委譲] と捉えた。

- ・「ここまで言っても、ちょっと無理そうですね」とか、「まだこの情報が足りてないから、ここは見れてなくてもしょうがないですかね」とかは先生たちと話して、「ちょっと目標を下げます?」とか、「ケアさせますか? どうしますか?」とか。(O-7)

最後に、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、兼務での実習指導である場合、ケア実施に伴う看護上の判断が学生のプランの中でどうつながっているか、また、振り返りを他の看護師に依頼する場合は、尚更、学生が考えてきたケアの有無や方法、患者の反応に伴うケアの決定が妥当であったのかといったことが、臨地実習指導者の中で思考としてつながらないと認識していた (H-6)。そのため、[学生への不十分な関わりへの葛藤] と捉えた。

- ・私、指導係とかが見るのは、日々の行動計画に対しての評価。自分はこういう行動計画を立ててきて、こういう行動をして、その評価をこうしているんだというのは見て

いるんです。そのプランとどうつながっているかというのは、2、3日に1回とか。小まめに見る機会は時間がない。(中略) 時間がなくて、ちょっと担当の人に報告してとかで、その振り返りが甘い振り返りになった時とかはやっぱり書いてない学生とかも多いですね。(中略) 私も受け持ちを持ちながら学生を見るっていう状況になると、ちょっと振り返りのところを別の指導係の受け持ち看護師とかに依頼したりとかもするので。そうなるとうまく自分の考えてきたこととやったことと、やったことがどうであったかというところがつながらないところもありますね。(H-6)

以上のように、【学生を手放すタイミングの見計らい】は、判断場面の1点ではなく、ケア実施前、実施中、実施後にかけて、学生自身で看護上の判断が行えるようになるために、臨地実習指導者は、ケア実施前、実施中に遡り、学生の看護上の判断に対する理解度を確認しながら継続的に関わっていた。これらのことは、臨地実習指導者が、学生が次の学習段階に進むことができるよう模索している関わりであることが明らかとなった。

一方、臨地実習指導者は、【学生の理解をふまえ次の局面へと放つ】、もしくは、【時間切れによる学生のその後の把握困難】を迎えるという帰結に至っていた。以下詳細を述べる。

まず、【学生の理解をふまえ次の局面へと放つ】は、ケア実施に伴う看護上の判断に対して、[学生がリアリティをもって思考が腑に落ちたという手応え]、[学生の気づきを活かす工夫]が含まれていた。[学生がリアリティをもって思考が腑に落ちたという手応え]には、『学生の思考が腑に落ちたであろうという手応え』、『リアリティを持って理解ができた学生』が含まれていた。また、[学生の気づきを活かす工夫]には、『学生の気づきを次の学習に活かすための病院内リソースの活用』、『学生同士での学びの共有』が含まれていた。以下、サブカテゴリーについて、ヴァリエーションの一部を使い、詳細を述べていく。

下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、学生とのケア実施に伴う看護上の判断に対するやり取りの中で、学生自身が納得した反応を示したり (I-5)、実際の患者の反応より、学生が、患者の反応に伴うケアの決定を理解したと認識していた (L-9)。

- ・ 勉強してきたものと実際を見たものがかなりつながっていたような反応はしてくれました。「これ何ですか。これ何ですか」というふうに結構聞いてくれて、「このドレーンはこういうドレーンだよ」ということを言って、「そうなんですね」って。(中略) なんか本人の中で、なるほどというふうに納得してくれたというんですかね。そういうような反応を示してくれてはいたので、入って良かったかなという風には自分的に

は思っています。(I-5)

- ・実際にそうなったから、あ、やっぱりこうなるんだみたいに学生は思って。やっぱりこうなるんだのリアリティーが、たぶん最初に予測してた時は血压が下がるのかなとか、そのぐらいにしか多分思わなかったと思うんですけど、実際に患者さんの体が冷たくなった。末梢が冷たくなったりとか、冷や汗かいてたりとか、本当に意識が朦朧としたりとかいうのを目の当たりにして、こういう風になるのが起立性低血压なんだみたいなのは、たぶん解ってくれたのではという風に思っています。(L-9)

また、下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、患者の反応に伴うケアの決定について、学生の気づきをキャッチし、その看護上の判断をふまえた上で、学生が次の学習に活かせるようにPT（理学療法士）を活用していた(S-8)。また、カンファレンスの場において、ケアの方法に対する決定や、患者の反応に伴うケアの決定に対して、同じケアでも患者によって看護上の判断が異なるという学生の気づきを、患者の個別性の理解へと発展させるといった関わりを行っていた(O-11)。

- ・「じゃあ、術後のリハビリというところで、今、気づけたじゃん。じゃあ、病棟にいるリハビリの人に聞いてみようか」と言って、一緒にリハビリのPTさんとかに聞きに行つて。(S-8)
- ・学生が好きな安全・安楽というのが、このAさんにとってはこのやり方で良かったかもしれないけれど、カンファレンスとかでもよく共有させるのが、同じ胃がんの手術をした患者さんに陰洗をしました。でも、「Aさんの安楽はこんなやり方をすると良かったです」とか、「Bさんはこういうやり方をしたら、すごい良かったです」と言うと、そこで違いがわかって、「ああ、なんかそれが個別性なんですね」とか気づいたりすることもあったので。(O-11)

一方においては、ケア実施に伴う看護上の判断に対して、学生の思考を確認する機会がないといった【時間切れによる学生のその後の把握困難】を迎えていた。【時間切れによる学生のその後の把握困難】は、[学生の思考を最後まで確認できる機会はない]が含まれていた。

下記ヴァリエーションに示されるように、臨地実習指導者は、学生の思考を確認する機会がなく実習終了を迎える状況もあった(D-11)。そのため、[学生の思考を最後まで確認

できる機会はない] と捉えた。

- ・もう看護師が忙しすぎて全然つけない時もあるんで。その時は先生と一緒に見てくれて、アセスメントを一緒にしてくれています、(中略) 行動調整もできないぐらい忙しい時とかもあるじゃないですか。結局、最後は確認できないことも多い。(D-II)

以上のように、ケア実施に伴う学生の看護上の判断に対する臨地実習指導者の関わりの帰結は、【学生の理解をふまえ次の局面へと放つ】もしくは、【時間切れによる学生のその後の把握困難】であった。

VI. 考察

ここでは、まず、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わりについて、臨地実習指導者の関わりがプロセスとして描き出された意味という観点から考察を行う。次に、臨地実習指導者が、ケア実施を共有するからこそできる学生のケア実施に伴う看護上の判断への関わりについて考察する。最後に、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた協働について述べる。

A. 臨地実習指導者の関わりがプロセスとして描き出された意味

本研究では、臨地実習における「学生の看護上の判断」の概念分析を行い、臨地実習で育成すべき学生の看護上の判断を、「ケアの有無に対する決定」、「ケアの方法に対する決定」および「患者の反応に伴うケアの決定」を含んだ【ケア実施に伴う決定】と特定していた。研究参加者の語りから、学生のケアの有無に対する決定、ケアの方法に対する決定、患者の反応に伴うケアの決定を含んだ、ケア実施に伴う決定に対する臨地実習指導者の関わりは、それぞれを分断せず、ケア実施前から実施中、実施後にかけての一連のプロセスとして描き出された。臨地実習指導者は、ケア実施前、実施中、実施後にかけて、学生がケアの有無に対する決定、ケアの方法に対する決定、患者の反応に伴うケアの決定ができるよう臨機応変に学生の看護上の判断に対する関わりを行っていると考えられた。そのため、学生のケア実施に伴う看護上の判断に対する臨地実習指導者の一連の関わりが、プロセスとして描き出された意味について検討を行うことにする。

1. ケア実施中の学生の看護上の判断に対する関わりを見越したケア実施前の臨地実習指導者の関わり

臨地実習指導者は、ケア実施前、〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉を行っていた。ケア実施前に臨地実習指導者は、ルーチンである学生の行動計画の確認と、患者や学生の反応と自己の認識に対するズレのキャッチをタイミングよく捉え、学生のケア実施に伴う看護上の判断に対する関わりを行っていた。その後、患者の状態を予測しながら学生を揺さぶり、患者理解ができるよう学生を引き寄せ、方法を決定していた。

本研究結果では、学生のケア実施に伴う看護上の判断に関わる契機として、臨地実習指導者全員が、学生の行動計画の確認を挙げた。これは、先の臨地実習における「学生の看護上の判断」の概念分析の属性の一つである「ケア実施に伴う決定」に対して学生の思考を確認するためのルーチンであると考えられた。しかし、それだけではなく、臨地実習指導者は、患者や学生の反応と自己の認識に対するズレのキャッチに関わりの契機としていた。植田は、臨地実習指導者が、学生へ指導が必要と判断する時の認識として、意識が向かう先、患者像、患者像の描き方から成る学生との不一致を挙げていた (植田, 2007, p. 115)。この、ズレや不一致は、臨地実習指導者が、患者の状態や学生の反応を見逃さず、関わりの契機としてキャッチしている状況を示したものであり、看護上の判断育成に向けて、学生へ関わるチャンスをつかえたものであったといえる。

また、臨地実習指導者は、学生が考えるケア実施に伴う看護上の判断を確認した上で、学生が主体的にケアを実施できるよう行動していた。ケア実施前の【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】において、臨地実習指導者は、学生が実施したいと考えていることを確認するというような、学生が考えた計画の実施に向けての手立てを考えていた。また、【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】では、学生が主体的にケアの実施ができるように、臨地実習指導者が、学生、患者、スタッフ看護師に対して万全の整えを行っている状況が描き出された。これら、学生の看護上の判断育成に向けたケア実施前の臨地実習指導者の関わりには、患者の状態を予測しつつ、学生の患者理解が促進できるように相互にすり合わせを行いながら、学生を揺さぶり、方法を決定した後は、学生が安定してケア実施ができるよう万全に整えるといった、その時その場の判断があることが明らかとなった。これらは、ケア実施中の学生の看護上の判断に対する関わりを見越した上での関わりであると推察された。具体的に、臨地実習指導者は、起立性低血圧を起こしやすい患者の状態をケア実施前から予測し、学生自身がケア実施における看護上の判断ができるように、起立性低血圧について学生の学習状況を確認したり、学生が気づいていない観察の視点につ

いてのやり取りを行ったり、患者が起立性低血圧を起こした時のイメージを学生に伝え、対応ができるように学生に血圧計を持参させていた。このように、臨地実習指導者は、学生が主体的にケアを実施することによって学ぶことができるであろう、ケア実施中の看護上の判断を予測して、ケア実施前から万全に整えるといった一連の関わりを行っていたと考える。

2. 学生の看護上の判断育成に向けて不可欠なケア実施後の振り返り

ケア実施後に臨地実習指導者は、学生に対して、患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化を行い、学生個々の知識と患者の状態をつなげていくといった関わりを行っていた。具体的に臨地実習指導者は、ケア実施に伴う看護上の判断に対する患者の反応を得るために、ケア実施後に患者に確認をしていた。また、事前に鎮痛剤の投与が必要であったかといったケア実施前に遡ったケアの方法に対する決定についての振り返りを行っていた。さらに、臨地実習指導者は、患者の現在の反応だけではなく、今後の治療や状態を学生に伝えることで、どのようなケア実施に伴う看護上の判断が必要となるかを学生にイメージさせていた。このように、ケア実施後の振り返りにおいて臨地実習指導者は、学生に対して、患者の現在の状態から過去に遡って看護上の判断ができるような関わりを行い、かつ、患者の将来も見据えて看護上の判断ができるように、ケアのイメージ化を図るといった関わりを行っていた。これらのことより、学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成するにあたっては、決定を下した看護上の判断に対する妥当性の検討も含め、ケア実施前から実施中、実施後にかけての深い患者理解が不可欠であることが示唆された。

一方、ケア実施後に臨地実習指導者は、学生の看護上の判断を確認した上で、ケア実施中の患者の反応を捉えるための意図的な声かけに学生が気づいていたかを確認し、学生が気づいていない場合は、その意図を学生に説明しながら意識化させ、学生の知識と患者の状態を緻密につなげていた。具体的には、臨地実習指導者自身がケア実施に伴う看護上の判断において重要だと考えていることを学生に気づいてもらうため、学生の無意識を意識化させていた。また、学生が、失敗したと考えているケアに対しても、ケア実施前、実施中のことをふまえて、ベストではなくベターを目指す看護上の判断に基づくケアの意味を学生に伝えることで、臨地実習指導者は、ネガティブをポジティブへと転換させながら学生個々の知識と患者の状態をつなげていくといった関わりを行っていた。

他方、ケア実施中に、臨地実習指導者は、学生へのおさえ時の見極めを行っており、ケア実施中のその時その場で学生に関わることを、ケア実施後の振り返りでおさえることを

瞬時に選別していた。これらのことは、学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成するには、判断場面の1点のみに関わるのではなく、ケア実施前、実施中に遡り、継続的に関わる必要があるということを示している。これを意図していたと考える。

このように、臨地実習指導者は、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けて、学生にケア実施前から実施中、実施後にかけて、深く患者理解ができるように関わり、学生の看護上の判断を基に立案したケアの有無が適切であったか、ケアの方法が妥当であったか、患者の反応に気づいていたかについて、学生に体験させたことを中心に振り返りながら、学生の思考を緻密につなげるという行動をとっていた。これらの振り返りと同時に、臨地実習指導者は、ケア実施前、実施中、実施後に行った看護上の判断そのものが妥当であったのかについても患者の反応をふまえた上で検討し、学生とやりとりを行っていた。安酸は、経験型実習教育において、教師が実施すべきこととして、「臨地実習の場を調整し、学生に多くの体験をさせ、その体験を学生とともに振り返り、体験の意味づけができるように学生を支援すること」(安酸, 2015, p.92)と指摘している。本研究において、臨地実習指導者は、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けて、看護上の判断に対する妥当性の検討、学生が気づいていないことや、過去・現在・将来も見据えた患者の反応を学生に意識化させ、ネガティブをポジティブへと転換させながら、患者の状態と学生個々の知識とをつなげていくという振り返りを行っていた。これらは、学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成するには、学生の体験を振り返り、学生の思考をつなげていくことが重要であることを意味していたと考える。具体的には、ケア実施前から実施後にかけての深い患者理解と、判断場面の1点だけではなく、ケア実施前、実施中、実施後にかけて、学生自身で看護上の判断を行えるようになるために、継続的に関わらなければならないということを示していると考えられる。先の、看護系大学学士課程の実習とその基準策定に関する調査研究において、「ケアの振り返り」は、ほぼ100%に近い状態で教員が担っている(日本看護系大学協議会, 2016, p.16)と報告されていたが、臨地実習指導者は限られた時間の中で、ケア実施に伴う看護上の判断に対する振り返りを学生と共に実施している現状が明らかとなり、学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成するには、ケア実施前から実施中、実施後にかけてのプロセスの中で、一貫した関わりが不可欠であることが明らかとなった。

B. ケア実施を共有するからこそできる学生のケア実施に伴う看護上の判断への関わり

1. 学生のケア実施中の看護上の判断に影響を与える臨地実習指導者の臨床判断能力

学生の看護上の判断育成に向けたケア実施中の臨地実習指導者の関わりの特徴として、〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉が明らかとなった。ここでは、コアカテゴリーの【患者の安全が最優先】を含めた、【看護師としての即座の臨床判断】、【見守りの下学生を放つ】に着目し考察する。臨地実習指導者は、ケア実施中に、【看護師としての即座の臨床判断】を行っていた。【看護師としての即座の臨床判断】のヴァリエーションに示される、「ふらっとして、いや、もう駄目だって言って汗びっしょりかいて、もう立つまでも至らない患者さんが結構多いので。なので、そうしたら、じゃあ、1回寝かせようかと言って、寝かせたりする判断はします」という語りより、臨地実習指導者は、患者を注意深く観察し、わずかな異変をキャッチし、学生と共に必要なケアを行っていたことが明らかとなった。Brunt は、クリティカルシンキングは、看護実践場面において、看護師が吟味する考え、仮説、主義、信条、行動を通じた、意図的な思考の過程と熟考された臨床推理と定義されてきたと述べ、看護基礎教育への臨床推理の導入を模索している (Brunt, 2005, 60-67)。これをふまえ、Lillian らは、学生が臨床推理能力を獲得するには、わずかな関連のある合図を特定することを手助けし、問題を取り除く、もしくは必要とされる介入を臨床教授が示すことの重要性を指摘している (Lillian et al., 2012/2014, p. 275)。本研究参加者は、わずかな関連の合図の特定、患者にとっての問題を取り除く、必要とされるケアへの介入に対して、ケア実施中に、臨地実習指導者の看護師としての臨床判断を一方的に学生に教えるのではなく、患者の安全が最優先という前提の下、看護師としての臨床判断を行いながら、学生に任せて大丈夫な範囲を見極め、見守りの下学生をケア実施へと放っていた。このように、臨地実習指導者は、自身の臨床判断を、学生がケアに参入できる範囲の見極めに使用していたと考えられた。これらは、ケア実施に伴う看護上の判断を行う主体は学生であり、学生自身でケアを実施しなければ学ぶことができない看護上の判断を行うための、臨地実習指導者の意図的な関わりであったと考えられる。

また、臨地実習指導者は、ケア実施後の振り返りにおいて、[学生の思考の世界へと入り込む] ことを行い、学生がケア実施中における看護上の判断に対して、何を見て、何に気づき、どのように考えていたかに着目していた。同時に、臨地実習指導者がケア実施に伴う看護上の判断に対して重要だと考えていることを学生に気づいてもらうために、患者の状態や学生自身の行動に対する投げかけを行い、患者からの反応で気づく機会を作るといった [学生の気づきを促進するための投げかけ] を行っていた。一方において、ケア実施に伴う看護上の判断に対して、学生の知識に戻しながらのおさえを行ったり、時間をかけて患者の状態を想起させたりという、学生個々に応じた [オーダーメイドによる学生の知

識へのおとしこみ]を行っていた。これらは、【学生の無意識を意識化させる】に集約され、ケア実施に伴う看護上の判断に対して、学生が気づいていないことも含め意識化させるための臨地実習指導者の関わりであったといえる。ケア実施中およびケア実施後の振り返りにおいて、ケア実施中のことを学生に意識化させるといった臨地実習指導者の関わりは、Brunt の述べた、看護師が吟味する考え、仮説、主義、信条、行動を通じた、意図的な思考の過程と熟考された臨床推理であり、Lillian の述べた、学生が、わずかな関連のある合図を特定することを手助けし、患者にとっての問題を取り除いたり、必要とされるケアへの介入についての関わりであったと考える。

一方、松谷は、講演会記録において、Tanner は、臨床判断の看護基礎教育での活用として、看護の臨床での判断を教育することの重要性を述べていたことを指摘している (松谷, 2016, p. 706)。また池田らによって、米国の学士課程においては、学生向けの臨床判断や臨床推論を可能にするために、系統立てた科目として、カリキュラムに組み込まれていることも紹介されている (池田, 2015, p. 497)。本研究結果が示す、臨地実習指導者の、患者への注意深い観察、わずかな異変のキャッチ、必要なケアの実施は、看護師の優れた臨床判断そのものであった。臨地実習指導者は、学生がケア実施を行える範囲を見極めるだけでなく、学生がケア実施に伴う看護上の判断を行った上で計画として立案したケアを、目の前の患者の状態に応じて変化させ、ケア続行の有無や方法の修正を臨機応変に行うといったやり取りを学生と行っていた。具体的に、臨地実習指導者は、自身の看護師としての臨床判断を学生に直接伝えるのではなく、患者の安全が最優先という前提の下、学生に大丈夫な範囲を見極めながら、学生の気づきを期待して、看護上の判断に至るプロセスを体験できるよう、学生をケアに放っていた。学生は、ケア実施に伴う看護上の判断に至るプロセスを体験し、多くのなりゆきや傾向が現れる (Benner, 2011, p. 80) 臨床状況の中から、ケア実施に伴う看護上の判断を行う手がかりをつかんでいたと推察された。また、学生自身で手がかりをつかみきれていない場合は、ケア実施後に学生の無意識を意識化させることで学生の知識と患者の状態を緻密につなげていた。

千葉らは、主任看護師の立場にある臨地実習指導者の意識の特徴として、看護実践に自信がある者の自己教育力が高いと述べている (千葉, 富田, 2017, p. 36)。一方において、臨地実習指導者は、指導者として必要な学習機会を得られないまま役割を担っている現状も指摘されている (中山, 舟島, 2015, p. 73)。本研究結果に示された、臨地実習指導者の、患者に何かあっても自身でフォローできるので大丈夫という自信や、千葉らの先行研究に示された看護実践に自信がある臨地実習指導者は、自己教育力が高いという結果より、臨

地実習指導者が認識している看護実践への自信とは何かを明確にし、学生のケア実施に伴う看護上の判断への教育に活かす方法を模索する必要があると考える。なぜならば、臨地実習指導者の患者ケアを含めた看護実践への自信次第で、学生が患者へのケア実施に参入できる範囲が決まると推察されるからである。学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成するには、学生自身で患者のケアを実施することが不可欠である。加えて、学生自身がケア実施に伴う看護上の判断ができるようになるためには、学生が、臨地実習指導者の看護師としての臨床判断に触れ、看護上の判断に至るプロセスを体験しながら学習していくことが効果的であると考え。なぜならば、医療が高度化し、学生自身が患者へのケアに入る機会も限られる現状において、学生がケア実施に伴う看護上の判断を行うには、優れた臨床判断を行う臨地実習指導者の見守りの下で学ぶことが、最善の教育と考えるからである。一方、臨地実習指導者自身が、患者の安全を最優先にした看護師としての臨床判断に対する自信があれば、学生は、難しいとされるケアにも参入できる機会に恵まれ、ケア実施に伴う看護上の判断を学ぶ機会が増すのではないかといえる。

2. ケア実施を共有するからこそ可能な学生のケア実施に伴う看護上の判断への関わり

本研究参加者は、ケア実施に伴う看護師としての臨床判断を行いつつ、それを学生に押し付ける行動はとらず、看護上の判断を行うのはあくまでも学生であるため、ケア実施に伴う看護上の判断に至るプロセスを学生に体験させることに重きを置いていた。また、体験から学生がどのようにケア実施に伴う看護上の判断を行ったかについては、ケア実施後の振り返りも含め、学生の思考を辿り確認を行っていた。安酸は、学生の直接的経験を意味づけするのは教員の役割と述べている (安酸, 2015, p. 91)。しかし、学生が自身の経験を言語化するには限界があるため、ケアを共有した者でしか意味づけられない経験も存在すると考える。

本研究参加者は、看護師歴平均 15 年以上、臨地実習指導者平均経験年数 6 年以上であり、Benner (2005) が述べた第 4 段階：中堅 [Proficient] レベル、第 5 段階：達人 [Expert] レベルで占めていた。Expert nurse は、「非常にすばらしい臨床判断をたびたび下し、複雑な臨床状況に見事に対処している」とされている (Benner, 2001/2005, p. 28)。また、小林らは、10～12 年目の看護師は、患者の全体を瞬時に捉え判断していることを明らかにしている (小林, 本間, 國岡, 2015, pp. 93-100)。このように、学生は、臨地実習指導者の優れた臨床判断に触れることによって、自身の看護上の判断に刺激を受ける可能性が高い。そのため、学生のケア実施における看護上の判断育成に向けて、学生とケア実施を共有する際

の臨地実習指導者は、患者の安全が最優先という前提の下、看護師としての臨床判断が確実に行え、学生の体験を意味づけできる看護師が望ましいと考える。また、大谷らは、学生への臨床判断の教育方法として、学生が気づくことの大切さを知ること、臨床判断が学生自身の身体に馴染むことの重要性を指摘している (大谷, 小川, 2017, p.38)。看護基礎教育における学生にとって、臨床判断が身体に馴染むのは容易なことではない。そのため、学生は、ケア実施中、看護師の優れた臨床判断に触れることで、患者へのケア実施に伴う看護上の判断を学ぶ糸口につながるのではないかと考える。

さらに、ケア実施後に臨地実習指導者は、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けて患者との関わりの場면을想起させながら、学生の知識と患者の状態をつなげていくという関わりを行っていた。具体的には、患者が、持続的にモニター管理されている場合のバイタルサインの変動の意味の確認や、ケア時の患者の手の挙上が MMT の確認につながるなどという、学生の知識と患者の状態をどのようにつなげるかのやり取りであった。また、急性期場で患者がモニター管理されている状況下であっても、看護師の五感を使いながらケア実施に伴う看護上の判断を行う重要性を語る臨地実習指導者も存在した。このような臨地実習指導者の関わりは、学生と共有したケア実施中の看護上の判断を学生に想起させ、振り返りの際に活用し、学生の無意識を意識化させながら学生の知識と患者の状態を緻密につなげるものであった。学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成するにあたり、ケア実施後に学生が気づいたことを言語化させ、また、学生が気づいておらず、臨地実習指導者が気づいていたことを学生に意識化させるといった関わりは、その場面が想起できなければ成し得ない振り返りと考えられ、臨地実習指導者が、ケア実施を共有するからこそできる、学生のケア実施に伴う看護上の判断への関わりと考えられた。他方、これら学生のケア実施に伴う看護上の判断に対する臨地実習指導者の関わりは、成人看護学(急性期)実習だからこそ可能なことといえる。臨床の場において、患者の在院日数が短くなり、学生が、変化の多い急性期患者を受け持つことが多くなったという現状より、臨地実習指導者の負担も懸念されている (二十軒, 2017)。しかし、成人看護学急性期の実習は、看護系大学におけるカリキュラムの中でも、メインとなる各論実習として行われることが多い。学生は、学年を積み重ね、看護上の判断に対する知識も豊富になる時期である。急性期にある患者の刻一刻と変化する病態、それらの状況をふまえた看護上の判断といった、成人看護学(急性期)実習を履修する学生だからこそ学べるケア実施に伴う看護上の判断があるといえる。また、ケア実施後に臨地実習指導者は、ケア実施に伴う看護上の判断に対して、共有した場면을学生に想起させながら振り返りを行い、学生の無意識を意識

化させ、学生の知識と患者の状態を緻密につなげていた。これらは、ケアの有無や方法に対する決定、患者の反応に伴うケアの決定に加えて、ケア実施前、実施中、実施後にかけて、看護上の判断そのものが妥当であったのかについてのリフレクションとなっており、臨地実習指導者の実践の中に直観的なものとして埋め込まれた知を学ぶ機会 (Chris, 2013/2014, pp. 168-169) につながっていた可能性もある。

以上のように、臨地実習指導者は、ケア実施中、ケアの有無や方法に対する決定、患者の反応に伴うケアの決定という一連のケア実施に伴う看護上の判断に対して、学生に向けて、その時その場でインプットしなければならないことを見極めながら学生に関わり、可能な限り学生に体験させながら意味づけを行っていた。また、ケア実施後に臨地実習指導者は、ケア実施に伴う看護上の判断に対して、共有した場面を学生に想起させながら振り返りを行い、学生の無意識を意識化させ、学生の知識と患者の状態を緻密につなげていた。臨地実習指導者は、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けて、ケア実施中におさえなければならない看護上の判断を見極めながら学生に関わりつつ、一方において、ケア実施後には、共有した場面を学生に想起させながら、学生自身で看護上の判断が行えるように学生の知識と患者の状態をつなげるといった関わりを行っていた。これらは、学生にとって、ケア実施における看護上の判断に対する解釈について、タイムリーなフィードバックを臨地実習指導者よりもらえる機会にもつながると予測され、これは、Benner が述べた、臨床的にケア実施に伴う看護上の判断をどのようにすべきかといった、学生へのコーチングとなる可能性がある (Benner, 2010/2011, p. 82-83)。このような臨地実習指導者の関わりは、ケア実施場面を共有しているからこそ可能な、学生のケア実施に伴う看護上の判断を育成する機会であったといえる。

C. 学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた協働

1. 臨地実習指導者の強みを活かした協働への検討

学生が臨地実習において、ケア実施に伴う看護上の判断を行う際、臨地実習指導者は、学生を主体としたケア実施に向けて万全の準備を整えていた。これは、【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】のカテゴリーが示すように、ケア実施のイメージ化、患者の急変への対応といった学生への準備の徹底、力量を見越した上で指導を依頼するといったスタッフ看護師への準備の徹底、信頼関係を前提とした根回しといった患者側への準備の徹底である。これらは、臨地実習指導者が、学生のレディネスを理解していること、ユニット内の人間関係も含めた環境を熟知していること、および、患者との信頼関係が成り立って

いるからこそできる万全の整えであると考えられた。先の、看護系大学学士課程の実習とその基準策定に関する調査研究において、教員からの臨地実習指導者への要望として、「実習指導者の役割、責任を明確にし学生がケアを提供しやすい環境づくりをしてほしい」（日本看護系大学協議会，2016，p. 67）との指摘がされていた。本研究において、学生のケア実施に伴う看護上の判断に対して、臨地実習指導者は、学生を主体としたケア実施に向けて、学生、スタッフ看護師、患者に対して万全の準備を整えているという結果が得られた。学生が、ケアを実施できなければ、ケア実施に伴う看護上の判断を学べない。そのため、臨地実習指導者により、学生を主体としたケア実施に向けて、万全の整えが行われていることは、学生がケア実施に伴う看護上の判断を学ぶ上で最善の環境が整えられているといえる。

これらの結果より、実習指導を依頼するにあたっては、実習指導者の役割、責任を明確にした上で、臨地実習指導者が学生のケア実施に伴う看護上の判断を学べる最善の環境が整えられるよう、学生への指導の意図を明確にした上での大学側からの依頼が重要となると考える。他方、本研究結果で示された、【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】は、学生を中心に熟知している教員ではなく、ユニットの環境を熟知し、患者との信頼関係を構築している臨地実習指導者だからこそ可能な学生への関わりであると考えられる。

2. 臨地実習指導者と教員の協働に対する検討

一方、ケア実施後に、臨地実習指導者は、【学生の無意識を意識化させる】行動をとっており、その中には、[教員と共に学生の話聴くことで学生へ理解してもらうための策を練る]が含まれていた（表8）。また、臨地実習指導者は、【学生の知識と患者の状態をつなげていく】ことを行いながら、同時に、【学生を手放すタイミングの見計らい】を模索していた。このカテゴリーには、[役割が完結した後の教員への委譲]が含まれていた。さらに、臨地実習指導者は、【学生の理解をふまえ次の局面へと放つ】行動をとっていた。これは、臨地実習指導者が、振り返りにより、学生の知識と患者の状態をつなげた後は、学生が次の学習段階に進めるように、手を放すタイミングを模索していることを表していたと考える。本研究結果より、臨地実習指導者は、ケア実施後に教員との協働を模索していることが明らかとなった。他方、学生の看護上の判断を行う上での臨地実習指導者の関わりのプロセスの帰結として、【時間切れによる学生のその後の把握困難】が生成された。これは、臨地実習指導者が学生に関わった結果、学生の看護上の判断能力がどのようになったのか確認する機会がないことを示していると考えられた。その要因としては、実習期間が終了

したことや、兼務であるが故に学生に関わる機会がなかったためか、勤務時間帯の都合による可能性が高い。先述した通り、臨地実習は、カリキュラムの中に位置づく授業科目の一部であるため、教育の最終責任が教員にあることは明白である。本研究結果で得られた知見より、教員が、臨地実習指導者との協働の基、学生の看護上の判断をどのように育成していくかについての検討が重要であるといえる。そのため、どのタイミングで臨地実習指導者より教員に引き継ぐか、学生が体得した看護上の判断を臨地実習指導者に確認してもらう機会をどのように設定していくか、日々のショートカンファレンスには必ず参加してもらうなどの具体的な検討が必要である。その検討に向けて今後は、教員側からの調査が必要であり、今後の研究課題に設定する必要性が示唆された。

また、先述の通り、学生のケア実施に伴う看護上の判断に対する臨地実習指導者の関わりのプロセスの帰結の一つとして、【時間切れによる学生のその後の把握困難】が抽出された。この結果が示す通り、学生のケア実施に伴う看護上の判断に対しては、実習期間内に学生の中で腑に落ちないこともあるといえる。先の、看護系大学学士課程の実習とその基準策定に関する調査研究において、「ケアの振り返り」は、ほぼ 100%に近い状態で教員が担っている（日本看護系大学協議会，2016，p. 16）と述べられていた。そこで、臨地実習指導者と協働しながら、教員が学生に関わることによって、ケアの意味を深く掘り下げたり、学生がうまく判断できない場合は、個別的に、再度振り返りを行ったりすることを可能にすると考えられる。本研究で描き出された学生のケア実施に伴う看護上の判断のプロセスへの関わりは、一人の臨地実習指導者が全てのプロセスに関わったものではない。よって、プロセスのどの部分に誰が関わるのかについての検討が必要である。いわゆる、どのタイミングで臨地実習指導者から教員へ引き継ぐかについては、その時の状況判断に委ねられるであろうが、臨地実習指導者が行っていた、【学生の無意識を意識化させる】、【学生のネガティブをポジティブへと転換させる】、【患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化】を行うといった、学生への関わりを活用できる可能性がある。さらに、学生のケア実施に伴う看護上の判断を思考としてまとめることや、それを記録として表すという行為には、学生にとって別の能力が要求される。奥原らは、臨地実習における学生の思考過程を明確化するための分析枠組みの開発に着手したが、課題も多く開発するには限界があったと述べている（奥原ら，1998，pp. 9-19）。そのため、学生のケア実施に伴う看護上の判断をどのようにまとめるかについては、既存のもので良いのか否かの検討も必要である。このように、ケア実施における看護上の判断を育成するにあたっては、ケア実施を共有することで可能となる臨地実習指導者からの学生への刺激と、学生が受けた刺激を引き継いで、思考

をまとめ深めていく教員との両者の協働が重要であると考える。

3. 実習指導にあたるスタッフ看護師との協働についての検討

一方、臨地実習におけるケア実施には、臨地実習指導者ではなく、スタッフ看護師が学生と共に実践している状況もあった。これら、スタッフ看護師は、将来、臨地実習指導者の役割を担う可能性が高い。学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けて、学生とケア実施を共有する際の臨地実習指導者は、患者の安全を最優先にした看護師としての臨床判断が確実に行え、学生の体験を意味づけできる看護師が望ましいことは先述した。しかし、現在、看護師の臨床判断に着目した研究は、領域別 (栗田, 2019 ; 小澤, 2017)、経験年数別 (江口, 2017 ; 岩本, 2014) に分けられ、それぞれ、看護師の臨床判断能力をいかに上げていくかが中心の論点になっている。さらに、臨床判断能力は、看護師の経験を積み獲得できるという能力ではないと指摘する文献もある (原, 林, 2015, p. 22)。そこで、経験年数が浅い、もしくは、臨床判断能力に自信のないスタッフ看護師にも、本研究で明らかになった臨地実習指導者の関わりを参考に、学生のケア実施に伴う看護上の判断に対する関わりをスタッフ看護師に実践してもらえるよう協働することも必要であると考え。佐々木は、急性期実習を受け入れている病棟看護師が実習指導に関わる際、指導に対する不安を抱えたり、自信がないと感じていることを明らかにした (佐々木, 2017, p. 417)。これらのことより、学生とケアを共有する機会の多いスタッフ看護師に、臨地実習の場で育成すべき学生のケア実施に伴う看護上の判断とは何かを理解してもらうことが重要であると考え。また、臨地実習指導者の指導能力向上に向けて、臨床の現場で必要とされる臨床推論や臨床判断が自信をもって行うことができるように、状況下で学習すること (Benner, 2011/2012, pp. 872-873) をどのように支援していくかも看護継続教育の中で引き続き検討すべき課題であると考え。

D. 臨地実習における学生の看護上の判断育成に向けての提言

本研究において、臨地実習で育成すべき学生の看護上の判断を概念分析により「ケア実施に伴う決定」と特定し、学生のケア実施に伴う看護上の判断に対する臨地実習指導者の関わりを可視化するに至った。この臨地実習指導者のケア実施に伴う看護上の判断に対する関わりプロセスにおいては、学生自身でケア実施に伴う看護上の判断が行えるようになるために、臨地実習指導者が、ケア実施前からケア実施中の学生の看護上の判断に対する関わりを予測し、学生が患者へのケア実施を体験できるよう万全に整えるという関わり

であった。また、患者の安全が最優先という前提の下、看護師としての即座の臨床判断を行い、学生が主体的にケアを実施できる範囲を見極めながら、学生をケア実施へと放っていた。さらに、ケア実施後の振り返りにおいて、判断場面の1点だけではなく、学生自身で看護上の判断を行えるようになるために、患者理解が深められるよう、かつ、継続的な関わりを行っていた。これら、臨地実習指導者の関わりは、課題が多いとされている現在の臨地実習指導の中から描き出されたものであり、臨地実習指導者は、学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けて重要な関わりを担っていることが明らかとなった。本研究結果で示された、臨地実習指導者の関わりは、シミュレーションでは学ぶことができない患者への看護上の判断を育成するにあたっての指導モデルとして活用でき、臨地実習指導者にとっては、自身の指導を振り返る際の視点とも成り得ると考える。一方、本研究で可視化された臨地実習指導者の関わりを参考に、学生と共に患者へのケアを実施しているスタッフ看護師や、今後臨地実習指導者になる人にとっては、表6、表7、表8、図1などを教育ツールとしても活用することができると考える。また、学士課程において、学生の判断能力育成が求められている現状をふまえ、教員側からの調査を早急に行う必要はあるが、学生の看護上の判断育成に対して責任を担う立場にある教員にとっては、本知見を活用することで、学生の思考レベルに応じた関わりの在り方について具体的に検討する資料となる。さらに、本知見を活かし、地域包括ケアを見据えた実習等、急性期実習以外の学生の看護上の判断育成への適用可能性を検討することができると考える。

Ⅶ. 結論

本研究より、明らかになった結論を以下に示す。

1. 学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わりは、ケア実施前からケア実施後に至るプロセスを伴うものであった。これらは、ケア実施前の〈学生を患者理解に引き寄せたすり合わせ〉、ケア実施中の〈患者の安全を前提とした上での学生とのケア実施〉、ケア実施後の〈学生の意識化を促し患者の状態理解へとつなげていく〉というプロセスであることが明らかとなった。
2. ケア実施前の学生の看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わりは、臨地実習指導者が、ケア実施前に、【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】ができるように関わっていることを示していた。臨地実習指導者は、【ルーチンに基づく学生の行動

計画の確認】と【患者や学生の反応と自己の認識に対するズレのキャッチ】を契機とし、学生の解っていないをふまえた上で、【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】という行動をとっていた。この【患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる】という行動には、【実習目標をふまえた学生の自己学習の促進】が影響を与えていた。これらを経て、臨地実習指導者は、患者の状態に応じた【学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定】を行っていた。その後、臨地実習指導者は、【学生の主体的な実施に向けて万全の整え】を目指しながら、学生に関わっていた。以上のことから、ケア実施前における臨地実習指導者の学生の看護上の判断育成に向けた関わりは、学生の看護上の判断を確認した上で、学生の患者理解が促進できるように相互にすり合わせを行いながら、学生を揺さぶり、方法を決定した後は、学生が安定して主体的にケア実施ができるよう万全に整えるといった、その時その場の判断があることが明らかとなった。

3. ケア実施中の学生の看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わりは、ケア実施中の【患者の安全が最優先】という前提に基づき、臨地実習指導者が学生に関わっていることを示していた。臨地実習指導者は、【看護師としての即座の臨床判断】を行いつつ、学生が主体的にケアを実施できるように、【見守りの下学生を放つ】という行きつ戻りつの関わりを行っていた。また、これら3つのカテゴリーは、【学生と患者の関係をつなぐ要という認識】や【患者と関わるからこそ得られる看護を意味づけたい】という考えに影響を受けていた。さらに、臨地実習指導者は、【患者の安全が最優先】という前提の基、【看護師としての即座の臨床判断】を行いつつ、【見守りの下学生を放つ】という行動をとりながら、同時に、【学生へのおさえ時の見極め】を行っていた。以上のことから、ケア実施中における臨地実習指導者の学生の看護上の判断育成に向けた関わりは、看護師としての即座の臨床判断を行いつつ、ケア続行の有無や方法の修正を臨機応変に判断しながら、学生自身で看護上の判断ができるようになるために、学生が主体的にケアを実施できるよう、かつ、患者の反応の意味を捉えることができるように関わるという特徴があった。

4. ケア実施後の学生の看護上の判断に対する臨地実習指導者の関わりは、臨地実習指導者が、ケア実施後に【学生の知識と患者の状態をつなげていく】ことができるように関わっていることを示していた。臨地実習指導者は、【学生の無意識を意識化させる】ことや、【学生のネガティブをポジティブへと転換させる】ことを行い、【患者の過去・現在・

将来を見据えた状態の可視化】という行きつ戻りつの関わりを行いながら、【学生の知識と患者の状態をつなげていく】という関わりを行っていた。同時に、臨地実習指導者は、学生が次の学習の段階に進むことができるよう、【学生を手放すタイミングの見計らい】を模索していた。その後、臨地実習指導者は、【学生の理解をふまえ次の局面へと放つ】、もしくは、【時間切れによる学生のその後の把握困難】を迎えていた。以上のことから、ケア実施後における臨地実習指導者の学生の看護上の判断育成に向けた関わりは、ケア実施後に、ケア実施前、実施中のことを含めて遡り、看護上の判断に対する学生の想起を促しながら、判断するという1点だけではなく、継続的に学生へのおさえを行いつつ、過去・現在・将来も見据えた深い患者理解ができるよう関わるといったプロセスを伴うものであった。

5. 本研究結果で示された、臨地実習指導者の関わりは、シミュレーションでは学ぶことができない患者への看護上の判断を育成するにあたっての指導モデルとして活用できる。また、臨地実習指導者にとっては、自身の指導を振り返る際の視点になり、学生と共に患者へのケアを実施しているスタッフ看護師や、今後臨地実習指導者になる人にとっては、教育ツールとしても活用できると考える。一方、教員側からの調査を早急に行う必要はあるが、教員にとっては、本知見を活用することで、学生の思考レベルに応じた関わりの在り方について具体的に検討する資料となる。さらに、本知見を活かし、地域包括ケアを見据えた実習等、急性期実習以外の学生の看護上の判断育成への適用可能性を検討することができると思う。

VIII. 研究の限界と課題

本研究は、臨地実習における「学生の看護上の判断」の概念分析を行い、その属性の一つである、「ケア実施に伴う決定」に対する臨地実習指導者の関わりを可視化したものである。よって、概念分析で明らかになった他の「学生の看護上の判断」への適用可能性については今後の課題である。また、研究参加者の選定基準として領域を成人看護学(急性期)実習と限定した。そのため、他の実習領域への適用可能性についても検討する必要があると考えている。

加えて、本研究結果で得られた知見より、教員が、学生のケア実施に伴う看護上の判断をどのように育成していくかについての検討が早急に必要であることが示唆された。そ

のため、今後は、さらに、学生のケア実施に伴う看護上の判断に対する教員の関わりを探究する必要があると考える。

謝辞

本研究において、お忙しい中快く研究に参加して下さった、臨地実習指導者の皆様に深く感謝し、お礼を申し上げます。また、研究参加者をご紹介下さった、大学教員の皆様にも深く感謝し、お礼を申し上げます。

また、共同看護学専攻博士課程でご教授いただきました先生方に感謝いたします。特に、俯瞰の重要性について、一貫して緻密かつ丁寧にご教授いただいた、日本赤十字九州国際看護大学大学院、本田多美枝教授に深く感謝いたします。本田先生より頂きました知の財産を糧に、今後も精進して参りたいと思います。また、ゼミを中心にご指導いただきました、日本赤十字広島看護大学、小山真理子学長、日本赤十字豊田看護大学、山田聡子教授に感謝いたします。さらに、ご支援いただいた職場の同僚、共に学んだ共同看護学専攻の学友の皆様にも深く感謝いたします。

最後に、研究に専念できる環境を整え、心身共に支援してくれた家族にも心より感謝しています。あなた方の我慢や協力なくしては、ここまで辿り着くことはできませんでした。

なお、本研究は、2018年度日本赤十字九州国際看護大学奨励研究費の助成を受けて実施した。

文献

相野さところ，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), 45-56.

新木真理子，東玲子，相野さところ，吉原悦子，丸山泰子 (2012). 日常生活援助動作における看護学生の臨床判断能力 ―学内演習を通して―. 西南女学院大学紀要,16,1-14.

Benner, P. (2001) /井部俊子 (訳) (2005). ベナー看護論 新訳版 ―初心者から達人へ. 医学書院.

Benner, P., Tanner, C. Clinical Judgment (1987). How Expert Nurses Use Intuition. AJN, 87

(1), 23-31.

Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1996). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment and ethics*. New York, Springer.

Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009)/早野 ZITO 真佐子 (訳) (2015). ベナー 看護実践における専門性 達人になるための思考と行動. 医学書院.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010)/早野 ZITO 真佐子 (訳) (2011). ベナー ナースを育てる. 医学書院.

Benner, P., Hooper, P. K., & Stannard, D. (2012)/井上智子 (訳) (2015b). ベナー 看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること 第2版. 医学書院.

Blumer, H. (1969). /後藤将之 (訳) (1991). シンボリック相互作用論. 勁草書房.

千葉今日子, 富田幸江 (2017). 主任看護師の立場にある実習指導者の実習指導に対する意識の特徴 —自己教育力とその関連要因に焦点をあてて—. 埼玉医科大学看護学科紀要, 10 (1), 29-39.

Chris, B., & Sue, S. (2013)/田村由美, 池西悦子, 津田紀子 (訳) (2014). 看護における反省的実践 原著第5版. 看護の科学社.

Corbin, J., & Strauss, A. (2008). /操華子, 森岡崇 (訳) (2012). 質的研究の基礎 グラウンデッド, セオリー開発の技法と手順. 医学書院.

Corcoran, S. A. (1990a). 看護における Clinical Judgment の基本概念. 看護研究, 23 (4), 351-360.

Corcoran, S. A. (1990b). Clinical Judgment の教育と研究の動向. 看護研究, 23 (4), 361-370.

Diane, M., & Judith, A. (2012)/奥宮暁子, 小林美子, 佐々木順子 (2014). 看護を教授すること 大学教員のためのガイドブック. 医歯薬出版株式会社.

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.

江口秀子, 明石恵子 (2017). 救急部で勤務する看護師の臨床判断の実態および救急経験年数と所属施設の救急医療体制との関連. 日本クリティカルケア看護学会誌, 13 (3), 49-60.

深田順子, 熊澤友紀, 吹田麻耶, 鎌倉やよい, 竹内麻純, 鈴木さおり, 兵藤千草 (2010). 看護基礎教育における周術期の臨床判断力の向上を目指した教育実践. 愛知県立大学看護学部紀要, 16, 31-39.

- 福地本晴美 (2016). 臨床教員導入による臨床実習教育の変化について. 聖路加看護学会誌, 19 (2), 79-81.
- 布佐真理子 (1999). 臨床実習において看護学生が看護上の判断を感じる場面における指導者の働きかけ. 日本看護科学学会誌, 19 (2), 78-86.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Publishing Company. New York.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013) / 黒田裕子, 中木高夫, 逸見功 (訳) (2015). *バーズ&グローブ 看護研究入門 原著第7版 -評価, 統合, エビデンスの生成*. エルゼビア, ジャパン.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. New York, Sage.
- 林健司, 梶谷みゆき, 上田純子, 玉川廣美, 恒松美輪子 (2012). 脳血管障害による運動機能障害のある患者のトランスファーに関する看護師の臨床判断の特徴. 日本医学看護学教育学会誌, 21, 34-38.
- 原明子, 林優子 (2015). クリティカルケア看護領域における看護師の臨床判断と影響要因との関係. 大阪医科大学看護研究雑誌. 5, 15-27.
- Heims, M. L., & Boyd, S. T. (1990). *Concept-based learning activities in clinical nursing education*. *The Journal of Nursing Education*, 29 (6), 249-254.
- 平川美和子, 須崎友里子, 吉田尚代, 山下知子 (2016). 老年看護学実習における学生の臨床判断能力の分析 -移乗, 移動動作に焦点をあてて-. 弘前医療福祉大学紀要, 7 (1), 39-47.
- 飯塚麻紀, 鴨田玲子 (2009). 臨床判断研究の文献レビュー (1998年~2007年). 福島県立医科大学看護学部紀要, 12, 31-42.
- 池田葉子, 金子あや, 島田伊津子, 中村加奈子, 吉松祐佳 (2015). 学習者の「臨床判断力」を育む適切な学習支援方法とは. *看護管理*, 25 (6), 496-501.
- 今井宏美, 井上映子, 大谷眞千子, 鶴野澄世 (2007). 老年看護実習における学生の臨床判断の特徴 -排泄ケア場面の分析-. 千葉県立衛生短期大学紀陽, 26 (1), 105-109.
- 石川ふみよ (2015). *看護過程の解体新書*. 学研, 38-49.
- 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-. 日本救急看護学会誌, 16 (2), 13-22.

- 貝瀬友子, 真野響子 (2011). 看護学生のための疾患別看護過程 Vol.1 よくわかる BOOK. メヂカルフレンド社, 11.
- 鎌田美智子 (2004). 臨地実習における看護学生の思考の特徴 — 「思考過程の分析枠組み」と「思考パターンの類型」による分析. *Quality Nursing*, 10 (2), 51-63.
- Kathleen, B., Marilyn, H., & Teresa, S. (2013). *Clinical Teaching Strategies in NURSING FOURTH EDITION*. SPRINGER, 111-113.
- 河内直美, 松田安弘, 山下暢子, 吉富美佐江 (2016). 実習指導者からの支援を獲得するために看護学教員が実践している教授活動 — 実習目標達成に向けて—. 群馬県立県民健康科学大学紀要, 11, 23-48.
- 河村治代, 小松妙子 (2015). 看護過程のアセスメントにおける困難な内容と困難に影響する要因. *岐阜看護研究会誌*, 7, 75-85.
- 木下康仁 (2003). *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践*. 初版 1 刷, 弘文堂.
- 木下康仁 (2007). *ライブ講義 M-GTA—実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて*. 弘文堂.
- 木下康仁 (2009). *質的研究と記述の厚み —M-GTA, 事例, エスノグラフィー*. 弘文堂.
- 木下康仁 (2016). *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践*. 初版 14 刷, 弘文堂.
- 木内祐二 (2015). *アルゴリズムで考える薬剤師の臨床判断*. 南山堂.
- 喜吉テオ紘子, Nielsen, A., & Lasater, K. (2016). 臨床判断モデルに基づいた学習の内容と評価について コンセプトを基盤にした学習 (Concept-based learning activities) と、ラサター臨床判断ルーブリック評価 (Lasater Clinical Judgment Rubric). *看護教育*, 57 (9), 720-726.
- 厚生労働省 (2010). 今後の看護教員のあり方に関する検討会報告書.
- 厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-hohoukat/[2018年6月12日検索]
- 栗田麻美, 小竹久実子 (2019). 我が国の訪問看護に関わる臨床判断研究のシステマティックレビュー. *日本在宅看護学会誌*, 7 (2), 62-72.
- 黒田裕子 (1998). 事例で学ぶ 看護過程実践マスター. 日総研出版, 8-11.
- 黒田裕子, 棚橋泰之, 原田竜三, 斎藤紋子, 林みよ子 (2005). 成人看護学実習における看護学生の思考発展に関する研究 —2 学生の実習記録から見た分析を通して—. *日本赤十字看護大学紀要*, 19, 20-34.

- 黒田裕子 (2012). しっかり身につく看護過程. 照林社, 38-41.
- Lasater, K. (2007a). High-Fidelity Simulation and the Development of Clinical Judgment : Students' Experiences. *Journal of Nursing Education*, 46 (7), 269-276.
- Lasater, K. (2007b). Clinical Judgment Development : Using Simulation to Create an Assessment Rubric. *Journal of Nursing Education*, 46 (11), 496-503.
- 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. (2011). Clinical Judgment: The last frontier for. *Nurse Education in Practice*, 11 (2), 86-92.
- 松木光子 (2007). ケーススタディ看護過程 根拠に基づく看護診断から評価まで. 医学書院, 23-32.
- 松谷美和子 (2016). クリスティーン・タナー氏講演録より臨床判断モデルの概要と, 基礎教育での活用. *看護教育*, 57 (9), 700-706.
- 松谷美和子, 三浦友理子, 奥裕美 (2015). 看護過程と「臨床判断モデル」. *看護教育*, 56 (7), 616-622.
- 宮澤美津子, 野池光子 (2016). 地域包括ケアシステム構築を反映した看護学士課程における臨地実習の検討. *長野保健医療大学紀要*, 52-55.
- 文部科学省 (2002). 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて. *看護学教育の在り方に関する検討会報告*.
- 文部科学省 (2004). 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標. *看護学教育の在り方に関する検討会報告*.
- 文部科学省 (2011). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告. *大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会*, 11-14.
- 文部科学省 (2017). 看護学教育モデル・コア・カリキュラム ～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～. *大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会*, 11-14.
- 中野静子, 上杉純美, 酒井淳子, 濱田弘子, 塩月ぬい子, 日野洋子, 梶本市子 (1997). 看護学生の臨床判断に関する研究 ー臨床判断の内容と教育的かかわりー. *愛媛県立医療技術短期大学紀要*, 10, 21-30.
- 中山登志子, 舟島なをみ (2015). 「教育ニードアセスメントツール ー実習指導者用ー」の開発 ー実習指導者の役割遂行を支援する看護継続教育の実現に向けてー.

- 日本看護研究学会雑誌, 38 (1), 73-83.
- Nielsen, A., Stragnell, S., & Jester, P. (2007). Guide for reflection using the clinical judgment model. *Journal of Nursing Education*, 46, 513-516.
- Nielsen, A. (2009). Concept-based learning activities using the clinical judgment model as a foundation for clinical learning. *Journal of Nursing Education*, 48 (6), 350-354.
- 日本理学療法士学会. http://jspt.japanpt.or.jp/ebpt_glossary/clinical-decision-making.html
[2018年2月5日閲覧]
- 日本整形外科学会 (2015). https://www.joa.or.jp/media/comment/pdf/20150515_locomo_clinical_judgment.pdf[2018年2月5日閲覧]
- 日本看護系大学協議会 (2016). 「看護系大学学士課程における臨地実習の現状並びに課題に関する調査研究」報告書.
- 日本看護系大学協議会 (2017). 「看護学士課程におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標 (案)」報告書.
- 日本看護系大学協議会 (2017). 「看護系大学学士課程における臨地実習の先駆的取り組みと課題 —臨地実習の基準策定に向けて—」報告書.
- 日本看護系大学協議会 (2018). 看護系大学学士課程の臨地実習とその基準作成に関する調査研究報告書.
- 日本看護教育学会 (2010). 看護学教育の教育環境に関する実態と質向上に資するための提言. *日本看護学教育学会誌*, 19 (3), 87-148.
- 新村出 (2008). 広辞苑 第6版. 岩波書店.
- 二十軒温美 (2017). 看護学先行研究からみた臨地実習指導者の現状と課題. *園田学園女子大学論文集*, 51. 53-60.
- 日本看護系大学協議会 (2018). 看護系大学学士課程の臨地実習とその基準作成に関する調査研究報告書.
- 野嶋佐由美, 中山洋子, 井上智子, 太田喜久子, 片田範子, 香春知栄, 小西美智子, 小山真理子, 佐藤エキ子, 高橋真理, 宮崎美砂子, 横尾京子 (2011). 看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム導入に関する調査研究.
- 岡本陽子 (1985). 看護における臨床判断の一考察. *九州大学医療技術短期大学部紀要*, 12, 1-8.
- 岡崎美智子, 道重文子, 石垣恭子, 仲前美由紀, 梶谷佳子, 中橋苗代 (2014). 看護過程を基盤として臨床判断力を育成する学習支援システムの開発. 第15回日本医療

- 情報学会看護学術大会論文集, 178-180.
- 奥原秀盛, 坂口千鶴, 守田美奈子, 常盤文枝, 大野和美, 松本智美, 黒田裕子 (1998). 臨地実習における看護学生の思考過程の明確化 (第1報) - 思考過程を明確化する分析枠組みの開発 -. 日本赤十字看護大学紀要, 12, 9-19.
- 奥裕美, 松谷美和子, 三浦友理子, 吉田千文, 八重ゆかり, 永森久美子, 池口佳子, 倉岡有美子, 大隈香, 佐藤普巨, 森島久美子, 森川雪絵, 長岡陽子 (2015). 聖路加国際大学フューチャー・ナースファカルティ育成プログラム実施報告・1. 聖路加国際大学紀要, 1, 83-87.
- 奥裕美, 松谷美和子, 三浦友理子, 吉田千文, 五十嵐ゆかり, 池口佳子, 松本直子, 森島久美子, 森川雪絵, 江本桂 (2016). 聖路加国際大学フューチャー・ナースファカルティ育成プログラム実施報告, 2, 聖路加国際大学紀要, 83-87.
- 大谷則子, 小川明佳 (2017). 看護師の臨床判断に関する検討 - F 看護師の看護実践の記述より -. 淑徳大学看護栄養学紀要, 9, 31-40.
- 小澤桂子, 佐藤まゆみ, 水野照美, 井上智子, 佐藤禮子 (1995). 手術患者を受け持つ学生の看護上の判断に関する研究. 日本看護学教育学会誌, 5 (2), 44-45.
- 小澤知子, 川原理香 (2017). 開腹術後の早期離床援助における看護師の離床中止の判断. 東京保健医療大学紀要, 1, 9-17.
- Rosalinda A. L. (2006)/江本愛子, 本郷久美子 (訳) (2009). 基本から学ぶ看護過程と看護診断. 医学書院, 27-75.
- 佐藤登志郎 (2005). 医学英和大辞典 第12版. 南山堂.
- 齋藤悦子, 内田陽子 (2004). 看護過程学習ガイド 思考プロセスからのアプローチ. 学習研究社, 20-22.
- 坂口千鶴, 平田暁子, 伊藤美也子, 黒田裕子 (1996). 4年制大学の看護基礎教育における学生の看護アセスメント能力の実態. 日本看護教育学会誌, 6 (2), 89.
- 坂口千鶴, 守田美奈子, 奥原秀盛, 常盤文枝, 大野和美, 松本智美, 黒田裕子 (1998). 臨地実習における看護学生の思考過程の明確化 (第2報) - 学生の思考過程のパターンとその影響要因 -. 日本赤十字看護大学紀要, 12, 20-33.
- 佐々木仁美 (2017). 急性期実習を受け入れている病棟看護師が実習指導に関わる支援方法の検討 - 病棟看護師が抱く実習指導に対する認識や仕事と実習指導のバランスのとり方に関する意識調査 -. 昭和学会誌, 77 (4), 415-422.
- 茂野香おる (2017). 系統看護学講座 専門分野I 基礎看護学[2] 基礎看護技術I. 医

- 学書院, 226-239.
- 塩月ぬい子, 濱田弘子, 中野静子, 上杉純美, 酒井淳子, 日野洋子, 梶本市子 (1996). 学生の臨床判断に影響する因子 –学生の思いに焦点をあてて–. 愛媛県立医療技術短期大学紀要, (9), 21-30.
- 杉本厚子, 堀越政孝, 高橋真紀子, 齋藤やよい (2005). 異常を察知した看護師の臨床判断の分析. *The Kitano Medical Journal*, 55 (2), 123-131.
- Strauss, A. (1978). *Negotiations: Varieties, contexts, processes, and social order*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Strauss, A. (1993). *Continual permutations of action*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Strauss, A. (1995). Notes on the nature and development of general theories. *Qualitative Inquiry*, 1 (1), 7-18.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1988). *Shaping a new health care system*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tanner, C. A. (1982). Instruction in the diagnostic process: An experimental study. In M. J. Kim & D. Moritz (Eds.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the Third and Fourth National Conferences*. (p. 145-152). New York: McGraw-Hill.
- Tanner, C. A. (1984). Stages of Development in Diagnostic Expertise: Characteristics, Constraints, and Strategies. Miller, D.T., *Diagnostic Reasoning in nursing*. (p. 57-104) . Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Tanner, C. A., Padrick, K. P., Westfall, U. E., & Putzier, D. J. (1987). Diagnostic Reasoning Strategies Of Nurses and Nursing Students. *Nursing research*, 36 (6), 358-363.
- Tanner, C. A. (1993). Re-thinking Clinical Judgment: Implications for RN Education. Nancy, D (Eds.). *Transforming RN Education: Dialogue and Debate*. (p. 15-41). New York: National League for Nursing Press.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse : A Research- Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45 (6), 204-211.
- Tanner, C. A. (1990)/堀内成子, 片田範子(訳) (1990). クリニカルジャッジメントの教育 –文献検索–. *看護研究*, 23 (4), 118-131.
- Tanner, C. A. /和泉成子 (訳) (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.

- 高畑和恵, 佐々木吉子, 井上智子 (2015). 看護学士課程教育における臨地実習指導での
大学教員と実習指導者との協働に関する研究. 日本看護教育学会誌, 25 (2), 1-14.
- 田島桂子 (2002). 看護実践能力育成に向けた教育の基礎. 医学書院, 75-76.
- 中央教育審議会 (2008). 学士課程教育の構築に向けて (答申).
http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2008/12/26/1217067_001.pdf[2018年6月2日検索]
- 中央教育審議会 (2014). 新しい時代にふさわしい高大接続の実現に向けた高等学校教育、大学教育、大学入学者選抜の一体的改革について ～すべての若者が夢や目標を芽吹かせ、未来に花開かせるために～ (答申).
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/_icsFiles/afieldfile/2015/01/14/1354191.pdf [2018年6月2日検索]
- 鶴田晴美 (2010). 看護学生が判断に困った実習場面における学生と指導者が認識した教授活動. お茶の水看護学雑誌, 5 (1), 25-40.
- 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・災害医学会会誌 JJOMT, 53 (4), 213-219.
- 上杉純美, 中野静子, 酒井淳子, 塩月ぬい子, 浜田弘子, 梶本市子, 日野洋子 (1998). 看護学生の臨床判断に活用された情報. 愛媛県立医療技術短期大学紀要, 第11号, 1-9.
- 植田彩 (2007). 指導が必要と判断する時の指導者の認識に関する研究 ―基礎看護実習における指導過程を分析対象として―. 千葉看護学会誌, 13 (1), 111-118.
- 内田陽子 (2013). 看護アセスメント力 鍛え方&教え方. 日総研出版, 8-32.
- 内田陽子 (2013). ベストティーチャーが教える! 看護過程目からウロコの教え方&学び方. 日総研出版, 10-11.
- 和田攻, 南裕子, 小峰光博 (2010). 看護大事典. 医学書院.
- Walker, L., & Avant, K. (2005)/中木高夫, 川崎修一 (訳) (2008). 看護における理論構築の方法. 医学書院.
- www.nln.org. [http://www.nln.org/docs/default-source/professional-development-programs/certified-nurse-educator-\(cne\)-examination-candidate-handbook.pdf?sfvrsn=2](http://www.nln.org/docs/default-source/professional-development-programs/certified-nurse-educator-(cne)-examination-candidate-handbook.pdf?sfvrsn=2)
[2017年10月20日検索]
- 安酸史子 (2015). 経験型実習教育 ―看護師をはぐくむ理論と実践. 医学書院.

山内栄子，西蘭貞子，林優子 (2015). 看護基礎教育における臨床判断力育成をめざ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.

〈図・表一覧〉

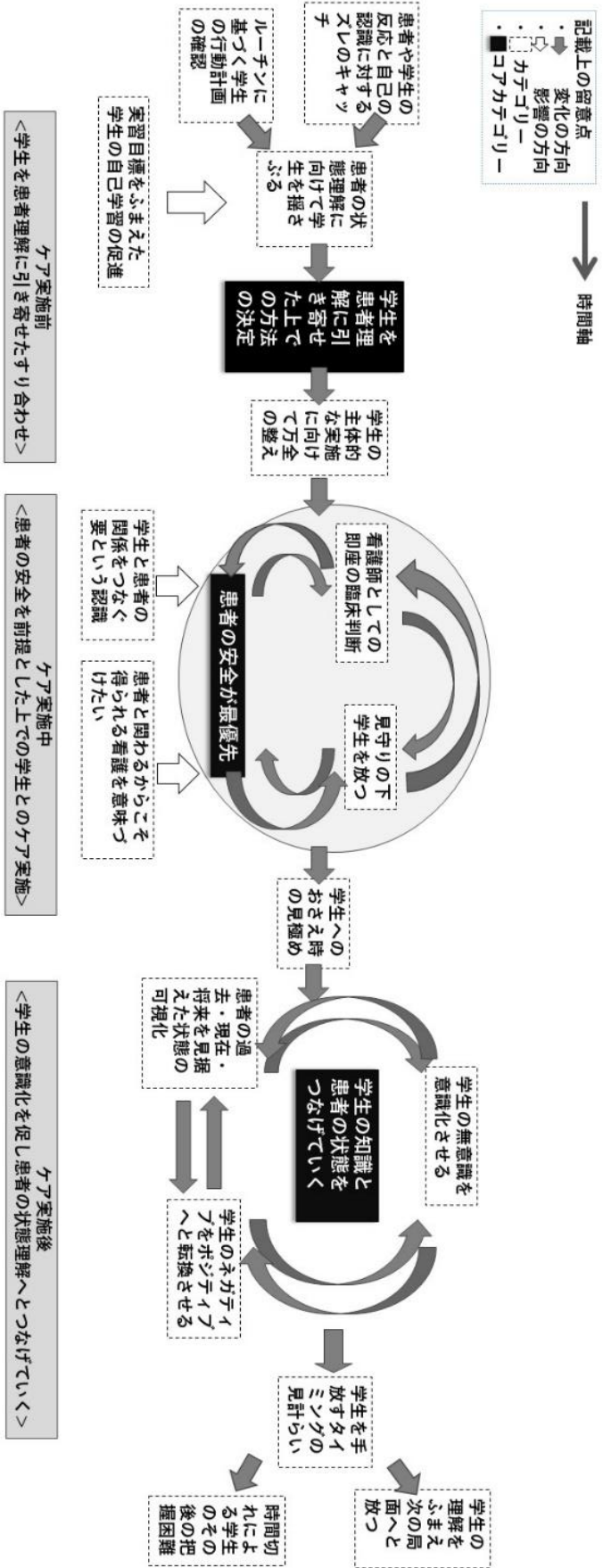


図 1 成人看護学（急性期）実習における学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けた臨地実習指導者の関わりのプロセス

表1 『概念分析対象文献』

文献No.	文献
1	Tanner, C. A. (1982). Instruction in the diagnostic process: An experimental study. In M. J. Kim & D. Moritz (Eds.), Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the Third and Forth National Conferences. (pp. 145-152). New York: McGraw-Hill.
2	Tanner, C. A. (1984). Stages of Development in Diagnostic Expertise: Characteristics, Constraints, and Strategies. Miller, D.T., Diagnostic Reasoning in nursing.(pp. 57-104). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
3	Tanner, C. A., Padrick, K. P., Westfall, U. E., & Putzier, D. J.(1987). Diagnostic Reasoning Strategies Of Nurses and Nursing Students. Nursing research, 36(6), 358-363.
4	Benner, P., Tanner, C. Clinical Judgment(1987). How Expert Nurses Use Intuition. AJN, 87(1), 23-31.
5	Tanner, C. A. (1990)/堀内成子,片田範子(訳)(1990).クリニカルジャッジメントの教育 一文献検索一. 看護研究,23(4),118-131.
6	Tanner, C. A. (1993). Re-thinking Clinical Judgment: Implications for RN Education. Nancy, D(Eds.). Transforming RN Education: Dialogue and Debate. (pp. 15-41). New York: National League for Nursing Press.
7	Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C.(1996). Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment and ethics. New York, Springer.
8	Tanner, C. A. /和泉成子(訳)(2000). 看護実践におけるClinical Judgment. インターナショナルナースingleレビュー,23(4),2000.
9	Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse : A Research- Based Model of Clinical Judgment in Nursing. Journal of Nursing Education, 45(6), 204-211.
10	Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. (2009)/早野ZITO真佐子(訳)(2015). Benner 看護実践における専門性 一達人になるための思考と行動. 医学書院.
11	Corcoran, S. A. (1990a). 看護におけるClinical Judgmentの基本概念. 看護研究,23(4),351-360.
12	Corcoran, S. A. (1990b). Clinical Judgmentの教育と研究の動向. 看護研究,23(4),361-370.
13	Lasater, K. (2007a). High-Fidelity Simulation and the Development of Clinical Judgment : Students' Experiences. Journal of Nursing Education, 46(7), 269-276.
14	Lasater, K. (2007b). Clinical Judgment Development : Using Simulation to Create an Assessment Rubric. Journal of Nursing Education, 46(11), 496-503.
15	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.
16	Lasater, K. (2011). Clinical Judgment: The last frontier for evaluation. Nurse Education in Practice, 11(2), 86-92.
17	岡本陽子(1985). 看護における臨床判断の一考察. 九州大学医療技術短期大学部紀要,12,1-8.
18	杉本厚子,堀越政孝,高橋真紀子,齋藤やよい(2005). 異常を察知した看護師の臨床判断の分析. The Kitano Medical Journal, 55(2), 123-131.
19	原明子,林優子(2015). クリティカルケア看護領域における看護師の臨床判断と影響要因との関連. 大阪医科大学看護研究雑誌,第5巻,15-27.
20	林健司,梶谷みゆき,上田純子,玉川廣美,恒松美輪子(2012). 脳血管障害による運動機能障害のある患者のトランスファーに関する看護師の臨床判断の特徴. 日本医学看護学教育学会誌,21,34-38.
21	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 一臨床判断の要素および熟練度の特徴一. 日本職業・災害医学会会誌 JJOMT,53(4),213-219.
22	布佐真理子(1999). 臨床実習において看護学生が看護上の判断を感じる場面における指導者の働きかけ. 日本看護科学学会誌,19(2),78-86.
23	鶴田晴美(2010). 看護学生が判断に困った実習場面における学生と指導者が認識した教授活動. お茶の水看護学雑誌,5(1),25-40.
24	小澤桂子,佐藤まゆみ,水野照美,井上智子,佐藤禮子(1995). 手術患者を受け持つ学生の看護上の判断に関する研究. 日本看護学教育学会誌,5(2),44-45.
25	塩月ぬい子,濱田弘子,中野静子,上杉純美,酒井淳子,日野洋子,梶本市子(1996). 学生の臨床判断に影響する因子 一学生の思いに焦点をあてて一. 愛媛県立医療技術短期大学紀要,第9号,21-30.

表1 『概念分析対象文献』 (続き)

文献No.	文献
26	中野静子,上杉純美,酒井淳子,濱田弘子,塩月ぬい子,日野洋子,梶本市子(1997). 看護学生の臨床判断に関する研究 - 臨床判断の内容と教育的かかわり-. 愛媛県立医療技術短期大学紀要,第10号,21-30.
27	上杉純美,中野静子,酒井淳子,塩月ぬい子,浜田弘子,梶本市子,日野洋子(1998). 看護学生の臨床判断に活用された情報. 愛媛県立医療技術短期大学紀要,第11号,1-9.
28	坂口千鶴,平田暁子,伊藤美也子,黒田裕子(1996). 4年制大学の看護基礎教育における学生の看護アセスメント能力の実態. 日本看護教育学会誌,6(2),89.
29	奥原秀盛,坂口千鶴,守田美奈子,常盤文枝,大野和美,松本智美,黒田裕子(1998). 臨地実習における看護学生の思考過程の明確化(第1報) - 思考過程を明確化する分析枠組みの開発 -. 日本赤十字看護大学紀要,No.12,9-19.
30	坂口千鶴,守田美奈子,奥原秀盛,常盤文枝,大野和美,松本智美,黒田裕子(1998). 臨地実習における看護学生の思考過程の明確化(第2報) - 学生の思考過程のパターンとその影響要因 -. 日本赤十字看護大学紀要,No.12,20-33.
31	黒田裕子,棚橋泰之,原田竜三,斎藤紋子,林みよ子(2005). 成人看護学実習における看護学生の思考発展に関する研究 - 2学生の実習記録から見た分析を通して -. 日本赤十字看護大学紀要,No.19,20-34.
32	鎌田美智子(2004). 臨地実習における看護学生の思考の特徴 - 「思考過程の分析枠組み」と「思考パターンの類型」による分析. Quality Nursing,10(2),51-63.
33	深田順子,熊澤友紀,吹田麻耶,鎌倉やよい,竹内麻純,鈴木さおり,兵藤千草(2010). 看護基礎教育における周術期の臨床判断力の向上を目指した教育実践. 愛知県立大学看護学部紀要,16,31-39.
34	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めざ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.
35	新木真理子,東玲子,相野さとこ,吉原悦子,丸山泰子(2012). 日常生活援助動作における看護学生の臨床判断能力 - 学内演習を通して -. 西南女学院大学紀要,16,1-14.
36	松谷美和子,三浦友理子,奥裕美(2015). 看護過程と「臨床判断モデル」. 看護教育,56(7),616-622.
37	喜吉テオ紘子, Nielsen, A., & Lasater, K. (2016). 臨床判断モデルに基づいた学習の内容と評価について コンセプトを基盤にした学習 (Concept-based learning activities) と、ラサター臨床判断ルーブリック評価 (Lasater Clinical Judgment Rubric). 看護教育,57(9),720-726.
38	飯塚麻紀・嶋田玲子(2009). 臨床判断研究の文献レビュー(1998年～2007年). 福島県立医科大学看護学部紀要,12,31-42.
39	今井宏美・井上映子・大谷眞千子・鶴野澄世(2007). 老年看護実習における学生の臨床判断の特徴 - 排泄ケア場面の分析 -. 千葉県立衛生短期大学紀陽,26(1),105-109.
40	平川美和子・須崎友里子・吉田尚代・山下知子(2016). 老年看護学実習における学生の臨床判断能力の分析 - 移乗・移動動作に焦点をあてて -. 弘前医療福祉大学紀要,7(1),39-47.
41	岡崎美智子,道重文子,石垣恭子,仲前美由紀,梶谷佳子,中橋苗代(2014). 看護過程を基盤として臨床判断力を育成する学習支援システムの開発. 第15回日本医療情報学会看護学術大会論文集,178-180.
42	茂野香おる(2017). 系統看護学講座 専門分野I 基礎看護学[2] 基礎看護技術I. 医学書院,226-239.
43	内田陽子(2013). 看護アセスメント力 鍛え方&教え方. 日総研出版,8-32.
44	内田陽子(2013). ベストティーチャーが教える! 看護過程目からウロコの教え方&学び方. 日総研出版,10-11.
45	黒田裕子(2012). しっかり身につく看護過程. 照林社,38-41.
46	齋藤悦子,内田陽子(2004). 看護過程学習ガイド 思考プロセスからのアプローチ. 学習研究社,20-22.
47	Rosalinda A. L. (2006)/江本愛子,本郷久美子(訳)(2009). 基本から学ぶ看護過程と看護診断. 医学書院,27-75,261.
48	貝瀬友子,真野響子(2011). 看護学生のための疾患別看護過程Vol.1よくわかるBOOK. メヂカルフレンド社,11.
49	黒田裕子(1998). 事例で学ぶ 看護過程実践マスター. 日総研出版,8-11.
50	松木光子(2007). ケーススタディ看護過程 根拠に基づく看護診断から評価まで. 医学書院,23-32.
51	石川ふみよ(2015). 看護過程の解体新書. 学研,38-49.
52	新村出(2008). 広辞苑 第6版. 岩波書店.
53	佐藤登志郎(2005). 医学英和大辞典 第12版. 南山堂.
54	和田攻,南裕子,小峰光博(2010). 看護大事典. 医学書院.
55	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.
56	日本整形外科学会(2015). https://www.joa.or.jp/media/comment/pdf/20150515_locomo_clinical_judgment.pdf [2018年2月5日閲覧]
57	木内祐二(2015). アルゴリズムで考える薬剤師の臨床判断. 南山堂.
58	日本理学療法士学会. http://jspt.japanpt.or.jp/ebpt_glossary/clinical-decision-making.html [2018年2月5日閲覧]

表2 概念分析による臨地実習における「学生の看護上の判断」の先行要件

先行要件	コード
臨地実習における状況下	臨床実習 ²⁶
	臨床における状況下 ¹²
受け持ち対象者との関わりの場面	手術患者の受け持ち ²⁴
	患者との相互作用場面 ²⁸
	受け持ち患者に対する関わり ³¹
学生自身が実践するケア場面	排泄ケア場面 ³⁹
	移乗・移動の援助を行う際の安全や残存機能への着目 ⁴⁰
	学生が注目したケア場面 ³⁹
	学生自身が実践するケア ²⁶
	受け持ち患者の看護を実施する際に生じる現象 ²³
	学生の行動 ²⁸
学生自身が判断に困った場面	学生が健康生活に関する援助の実施 ²²
	学生が判断に困った実習場面 ²³
	学生が臨床実習中に看護上の判断に困難を感じる場面 ²²
学生自身の思考が始まる場面	臨地実習における学生の思考 ³²
	臨床判断に影響している学生の思い ²⁵
	情報の取得 ²⁷

[注] コード欄の肩付き番号は、表1に示した概念分析対象文献のNo.に対応

表3 概念分析による臨地実習における「学生の看護上の判断」の属性

属性	内容	コード
対象者を理解する上での決定	対象者とのコミュニケーションを基にした決定	学生がいただく患者像 ²⁷
		患者との関係の築き方 ²²
		患者への接近感 ²⁵
		患者への思い入れ ²⁵
		患者の喜びに対する思い ²⁵
		患者との対応の決定 ²³
		患者への接し方 ²²
対象者の状態を予測したことに伴う決定	対象者の状態を予測したことに伴う決定	患者の行動を促す動機づけ ²⁶
		患者の現状・以前と現在の比較・予測される変化(将来)の存在 ²⁶
		問題を解決するための方法を決定するにあたり、いくつかの選択肢を考え、どの方法をとればどのような結果になるかを判断すること ²⁶
		患者が期待することの認識 ^{12,26}
対象者の現在を捉えた結果生じる決定	対象者の現在を捉えた結果生じる決定	患者の言動の奥に潜む患者心理 ²⁶
		対象者の問題を解決しようとする ³⁹
		対象者の抱える問題点や課題 ⁵¹
		対象者の強み ⁵¹
看護過程の第一段階(アセスメント)に伴う決定	看護過程の第一段階(アセスメント)に伴う決定	アセスメント ²³
		患者や家族が示す状況の認識評価 ²²
		患者の状況の観察・アセスメント ²⁴
		看護過程の第1段階は情報の収集と分析(アセスメント)である。情報とは判断を下したり行動を起こしたりするために必要な種々の媒体を介しての知識とされる ⁴²
看護過程の各段階における決定	看護過程の各段階における決定	①情報収集+②情報のもつ意味=③アセスメント ⁴³
		アセスメントとは解釈、判断、推理、推論である ^{45,49}
		看護過程の第三段階(計画立案)に伴う決定
		計画立案 ⁴⁴
看護過程の第四段階(実施)に伴う決定	看護過程の第四段階(実施)に伴う決定	実施 ⁴⁴
		評価 ⁴⁴
		看護過程の第五段階(評価)に伴う決定
		①情報のinput+②臨床的判断力clinical judgment=③評価assessment ⁴³
ケア実施に伴う決定	ケアの有無に対する決定	学生が効果的であろうと考えて実施したケアによっておこった患者の変化に対する判断 ²⁶
		行動を取るかとらないかという決定 ¹¹
		ケアの判断 ²³
		援助の決定 ²²
		ケアの実施についての決定を下すこと ²⁴
	ケアの方法に対する決定	患者ケアについて決定を下すこと ²²
		ケア行動の選択 ³⁹
		ケア実施の必要性の有無 ²³
		ケアをどのように実施するかについての決定を下すこと ²⁴
		標準的なアプローチをそのまま使用するか、または変更するかを決めること ¹¹
対象者の反応に伴うケアの決定	必要であれば、新しいものを即座に考えて行うことの決定を患者の反応により決めていく行為 ¹¹	

表3 概念分析による臨地実習における「学生の看護上の判断」の属性（続き—No.2）

属性	内容	コード
二者択一における決定		異常と正常 ⁴⁹
		異常なデータの発見 ⁴⁷
		逸脱した現象に着目 ²¹
		基準からの逸脱の有無の判断 ⁵⁰
		そうである、そうでないという判断 ⁴⁶
		正しい、正しくないという判断 ⁴⁶
		よいか悪いかの白黒を判定すること ⁴⁶
		問題の有無 ⁴⁹
解釈		どうなっているか、その要因は何か、今後どのようなことが生じうるかについて考えたこと ⁵¹
		事象の解釈内容 ²⁷
		患者のニーズ、心配事、または健康問題についての解釈や結論 ¹¹
		意味のあるデータかどうかの判断 ⁴⁷
		観察の解釈 ³⁹
		収集した情報が示す意味を解き明かす ⁴⁸
		解き明かした意味を言語化する ⁴⁸
		各データの意味を解釈 ⁵⁰
一時点における決定	根拠の明確化	当て推量ではなく証拠に基づいて判断を下す ⁴⁷
		事実との一致 ⁵¹
	結論付ける	判断の基準や根拠を明確にする ⁴⁸
		キュー（証拠）が多いほど正確な判断が行える ⁴⁷
	情報の活用	結論付ける ⁴⁸
		情報の意味からひとまずの決定をすること ⁴⁹
	推理・推論	過去に得た情報と現在の情報が一緒になり新たな情報として活用された ²⁷
		逸脱がない場合、強化の必要の有無の判断 ⁵⁰
		推論 ³²
		事実に基づく推論 ³³
仮説の設定	クリティカルに推論を行うことが必要 ⁵¹	
	逸脱がある場合、情報の推理から予測される問題や力を判断 ⁵⁰	
	自分の考えを仮説として明確化 ⁴⁴	
矛盾のない説明の実施	患者が示す状態の可能性を仮説として導くこと ³³	
	最も確率が高い仮説の選択と他の仮説を棄却するプロセスでの判断 ³³	
状況における決定	矛盾のない説明を行うこと ⁵¹	
	自分の考えを決定すること ²³	
状況・問題の認識	状況判断力 ³¹	
	患者や家族が示す状況の認識 ²²	
看護過程の全段階において生じる決定のプロセス		問題の認識 ⁴⁴
		看護過程の原理に基づく ⁴⁷
		意思決定と判断は看護過程の全段階に固有のもの ⁴⁶
プロセスを伴う決定	思考のプロセスに含まれる決定	看護過程の全段階（アセスメント、問題点の抽出、看護計画立案、実施、評価）で行うこと ⁵¹
		「手がかり」→「疑問」→「疑問解決のための確認」→「仮説」→「仮説の検証」→「意図した関わり」→「関わった効果の確認」 ²⁸
		注目（サイン）→疑問→疑問の解決→推測→推測に関する検証→意図した関わり→関わった効果の確認 ²⁸
気づき、解釈、反応、省察という決定のプロセス		対話を通じた気づき→解釈→反応→省察 ^{11,12,36}

表3 概念分析による臨床実習における「学生の看護上の判断」の属性（続き—No.3）

属性	内容	コード
学習の土台となる基本的な学生自身の能力	知識の活用	知識 ³¹
		援助技術に関する知識 ²⁷
		物品の取扱い ²³
		「援助技術に関する知識」は画一化した活用と複数の知識を組み合わせた活用が存在する ²⁷
		患者を観察した結果と学生自身の周術期看護に関連する知識との照合 ³³
		知識の再確認 ⁴¹
		「事象の解釈内容」は学生が実習中の経験を通して得た実践的知識の特徴をもつ ²⁷
	現象の明確化	理論的知識と実践的なノウハウの相互作用 ²²
		看護現象の明確化 ⁴¹
	感情・感性・適正・自信	感情 ³¹
		感性 ³¹
	気づき	Aptitude(適性) ¹³
		Confidence(自信) ¹³
	意思決定	対話を通じた気づき ¹²
経験	意思決定 ⁴⁶	
技術	Experience(経験) ^{10,13,31}	
理解	Skill(技術) ¹³	
修正	理解 ³²	
主体性	修正 ⁴⁴	
知識・技術の活用	観察や実験で自ら情報収集を行うという主体的な活動が求められる ⁴⁴	
高度な学生自身の能力	省察	その場面に応じて効果的なかかわりを予測し実践するための知識・技術を活用しようとする能力 ²⁶
		対象者と自己との関係を発展させる ³⁹
		援助者としての自己と向き合う ³⁹
		援助者としての責任感 ²⁵
		自分を役立てたい思い ²⁵
		看護実践を通して得た看護の実感や発見に基づいた、学生の看護に対する考え方の広がり ²⁶
		自己の看護能力を分析する ³⁹
		自己モニタリング ³¹
		自己開示 ³¹
		看護のあり方 ²²
	よりよい看護への積極性 ²⁵	
	学ぶ力	学ぶ力 ³⁴
	直観	直観を働かせる ^{10,47}
	概念形成	概念形成などの機能を含む ³²
複雑な内的過程を経た反射的反応ではない決定	複雑な内的過程を経て判断や行動が行われる ³²	
認知的な熟考	ある状況に対して反射的に反応するのではない ³²	
クリティカルシンキング	認知的な熟考によるケア行動の決定要素 ³⁹	
	問題解決 ³²	
	科学的方法の原理に基づく ⁴⁷	

表3 概念分析による臨地実習における「学生の看護上の判断」の属性（続き—No.4）

属性	内容	コード
未熟な学生 自身の能力	困難に感じる学生自身が決定できる範囲	学生が実施する範囲の決定 ²³
		学生としての立場の意識 ²⁵
		学生が一人でどこまでしてよいか ²³
	自信のないことへの決定	看護者との対応 ²³
		看護師の存在に対する思い ²⁵
		教師との考えの違いをどのようにするか ²³
		他者からの助言 ²⁷
	不足している知識	知識不足 ²³
		病態の知識不足 ²¹
		実践的知識に違いがある ¹
		過去の知識が乏しい ²²
	不足している直観	看護師の臨床判断と比較して直観の使い方に違いがある ¹
	経験による決定の乏しさ	過去の経験に乏しい ²²
	未熟な看護技術	看護技術の未熟さ ²⁵
	意図的な情報収集の乏しさ	何を観察するかを選択 ³⁹
		情報収集の仕方 ²³
	非効率的な根拠の明確化	手がかり(cues)の使い方や結びつけ方が非効率的 ²²
	非効率的な検証	仮説検証の能力が非効率的 ²
		踏み込んだ検証がない ²¹
	手がかりの少なさ	手がかりの情報量が少ない ²¹
患者の言葉に限定された手がかり ²¹		
不足した理解	情報間の関係性の理解不足 ²¹	
根拠のない想像・思い込み	根拠のない想像や思い込み ²¹	
重要性の識別不足	情報の重要性が識別できない ²²	
ケア選択肢の不足	看護行為の選択肢が少ない ²¹	
個性に合わせたケア決定の困難さ	患者に応じた看護行為が困難 ²¹	
	患者の個性の認識不足 ²¹	

[注] コード欄の肩付き番号は、表1に示した概念分析対象文献のNo.に対応

表4 概念分析による臨地実習における「学生の看護上の判断」の帰結

帰結	コード
クリティカルシンキング・ 看護過程の思考法の定着	対象者の解決すべき問題を明らかにする ⁴²
	自ら考え判断する科学的思考の定着＝看護過程の思考法の定着 ⁴⁴
	看護過程の展開 ⁴⁶
	看護におけるクリティカルシンキングの実施 ^{47,51}
アセスメントの向上	アセスメントの視点が明確となる ⁵¹
	分析的なアセスメントができる ⁴⁵
	情報の持つ意味の明確化 ⁴⁶
正確な対象理解	患者理解やケアが適切かを決定する重要な根拠となる ⁴⁸
	患者に関するデータ収集と分析・統合 ⁵⁰
適切なケアの実践	適切な援助を提供する ⁴²
	正しいケア実践 ⁴³
	ケアにおける判断 ²⁶
状況における判断	状況における判断 ²⁶
	患者のみに偏る状況判断 ²⁶

[注] コード欄の肩付き番号は、表1に示した概念分析対象文献のNo.に対応

表5 研究参加者概要

ID	インタビュー 時間(分)	年代	看護師歴 (年数)	看護教育 最終学歴	実習指導者 経験年数	勤務ユニット	職務
D	53	30	12	学士	5	HCU	スタッフ
E	80	30	8	専門学校	4	混合外科	副主任
F	51	40	15	修士	10	消化器外科	臨床教員・主任
H	48	40	18	専門学校	4	脳外科	主任
I	48	30	8	学士	6	ICU	スタッフ
J	50	50	27	博士	8	外科系病棟全て	臨床教員・看護次長
K	63	40	21	専門学校	8	整形外科	スタッフ
L	69	30	11	修士	5	消化器外科・整形外科	臨床教員・スタッフ
M	69	30	15	短期大学	9	消化器外科	係長
N	60	40	22	専門学校	15	高度救命救急センター	主任
O	53	30	15	学士	5	呼吸器外科	スタッフ
P	59	30	9	短期大学	3	消化器外科	スタッフ
Q	57	40	19	専門学校	10	外科	スタッフ
R	56	40	19	学士	4	呼吸器外科	副主任
S	70	30	15	学士	5	消化器外科	副主任
T	65	40	20	短期大学	10	整形外科	副主任
U	43	30	9	学士	3	HCU	スタッフ
V	45	40	20	修士	5	HCU	スタッフ

表6 成人看護学（急性期）実習における学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けたケア実施前の臨地実習指導者の関わり

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
ルーチンに基づく学生の行動計画の確認	実習目標に照らした行動計画の確認	学生の行動計画の確認 実習目標に照らし患者の病態に応じた事前学習状況のすり合わせ
	患者と学生をどのようにつなげるかの試行錯誤	患者のベッドサイドに行かせるために学生へ発破をかける 全身清拭は観察のチャンスとしての捉え
患者や学生の反応と自己の認識に対するズレのキャッチ	学生と患者の距離感に対する迷い	難しい患者へのケアに入れてよいか否かの迷い 学生からのケア申し出の意図に対する違和感
	予測内でのズレのキャッチ	予測の下での患者の異変のキャッチ 学生との患者の反応の捉え方のズレのキャッチ
	学生が考えた計画の実施に向けて門を開く	学生が立案してきたケアを実施するためのすり合わせ 患者の安全を考慮した行動計画の確認 学生が判断できないことをふまえ、知識を実際の患者とどのようにつなげるかについてのやり取り 学生の想像力欠如の把握と代替ケア方法の提案
患者の状態理解に向けて学生を揺さぶる	学生の解ってないを見据えた方法のすり合わせ	必要なケアが想起できるような投げかけとやりとり 離床が合併症の予防になることをつなげていく 患者のニーズに合わせて学生の計画を修正する 効率性を考えて他のケアと組み合わせて実施させる
	学生の考えより優先すべきケアがあるとの判断	患者の状態から学生が考えてきたケアは実施できないと判断しつつその意図を学生に説明する
	実習目標と行動計画に戻りながら学生と対峙する	大学側の実習目標と学生の行動目標のすり合わせ
	実習目標をふまえた学生の自己学習の促進	ケアを実施するにあたっての学生の学習状況の確認 学生に向けて先に答えを教えて自己学習へと振る 患者の術後がイメージできるよう事前に講義を行う
学生を患者理解に引き寄せた上での方法の決定	患者の状態に応じた方法の決定	学生が患者の状況を理解した上での実施方法の決定 患者の自立度に応じて手を出す範囲の匙加減に対するやり取り
	学生にイメージトレーニングさせることで実施のイメージ化を図る	患者に応じた方法で実施できるよう学生の思考を修正しながらイメージトレーニングも兼ねた準備を行う
学生の主体的な実施に向けて万全の整え	患者の急変にも対応可能な準備の徹底	患者の急変にも対応可能な準備の徹底
	患者との信頼関係を前提とした事前の根回し	学生がケアを行いやすくするため事前の患者への根回し 普段患者と接しているからこそ解るケア前の鎮痛剤投与 学生との相互作用を確認し指導の力量を見極めた上での
	指導の力量を見越した上でのスタッフ看護師への依頼	スタッフ看護師への依頼 患者の安全を考慮した上での他の看護師への学生指導の依頼

表7 成人看護学（急性期）実習における学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けたケア実施中の臨地実習指導者の関わり

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
患者の安全が最優先	患者の安全・安楽を阻害しない範囲における学生主体のケア実施	患者に悪影響を及ぼさない範囲における学生の主体的なケア実施 患者に悪影響を及ぼさない範囲における学生の手技のステップアップ
	学生に任せて大丈夫な範囲の見極め	学生の状況を察知し止めるか見守るか代行するかの見極めを行う
看護師としての即座の臨床判断	患者の安全をふまえた即座の臨床判断	患者への即座の臨床判断を行い、学生にも触れさせ体験させる 患者の状態を即座に判断し患者をより安全な状態へと誘導する
	自信のあるが故の学生主体のケア実施	誤っていたらいけないため学生と共に血圧測定を実施する 患者へ即座にフォローができること、学生が学習しやすいことを前提にして学生を立たせる位置を決める
見守りの下学生を放つ	学生の気付きを期待しての意図的な行動	看護師のアクションを意図的に学生に伝えることにより看護師の思考に気付かせる 学生が手を出しやすくするために患者への声かけを意図的に行う
	学生と患者の関係をつなぐ要という認識	信頼関係を深めるために学生と患者の世界を作る 学生がケアに入りやすいように患者や学生への代弁者として橋渡しを行う
患者と関わるからこそ得られる看護を意味づけたい	患者と関わるからこそ得られる看護の意味づけを学生に伝えたい	学生であってもケアにおける看護の意味を理解してほしいという願い 患者と関わるからこそ得られる充実感や看護の意味づけ方についての伝授
	学生へのおさえ時の見極め	おさえ時のタイミングの吟味
その時その場での学生へのインプット		患者の負担がなければその時その場で学生にインプットする 五感を使ってバイタルサインから読み取れる患者の病態を紐解く 学生のできないを捉えケアの実演と説明を付加しながら理解を促す

表8 成人看護学（急性期）実習における学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けたケア実施後の臨地実習指導者の関わり

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
学生の知識と患者の状態をつなげていく	学生の知識と患者の状態をつなぐ	ケア時の手の挙上がMMTの確認につながるというおさえ
		持続的にモニター管理がされていることも含め、バイタルサインの変動を確認する意味を一つ一つつなげる
		患者との関わりの場面を想起させ、知識と現象をつなげる
学生の無意識を意識化させる	学生の思考の世界へと入り込む	患者の状態と知識をどのようにつなげるかについてのやり取り
		学生が立案した計画の実施に対する評価としての振り返り
	学生の気づきを促進するための投げかけ	患者の安全は自身が守れるのでとりあえず学生を入れて学生が見ていたことを確認する
		学生の気づきの洗い出し
	オーダーメイドによる学生の知識へのおとしこみ	学生が気づいていない患者の状態や学生自身の行動に対する投げかけ
		患者へのフォローをしつつ学生が患者からの反応で気づくことができるよう患者からのフィードバックを得る機会を作る
		患者の変化をどのように分析するかを学生の知識に戻しながらのおさえ
		学生に達成感を得てもらうために時間をかけて思考を整理させたり患者の反応を想起させ振り返りを行う
	患者への意図的な声かけに対する学生の気づきを誘う	教員と共に学生の話聴くことで学生へ理解してもらうための策を練る
		患者の状態に気付かない学生は自分のことに置き換えて捉えられるよう諭す
看護師の意図的な声掛けに学生が気づいていたかの確認と励行		
学生のやる気を高めるための賞賛	感心したことへの賞賛を与えることで学生のやる気を高める	
	予想通りではないことに潜む価値の言語化	
学生のネガティブをポジティブへと転換させる	学生のできないを活かす改善点の提案	患者にとってベストではなくともベターなケアを目指す意味を学生に伝える
		事前学習だけでは理解し難い患者の状態理解と学生が実施するケアのスピード不足
	失敗しつつ経験から気づきを得ることが重要	学生が手を出せなくても次のケアに活かせる工夫の提案
		学生のモチベーションを下げないために良かった点から話し、学生の状況をくみ取りつつ改善点を指摘する
		失敗しつつ経験から気づきを得ることが重要という考え

表8 成人看護学（急性期）実習における学生のケア実施に伴う看護上の判断育成に向けたケア実施後の臨地実習指導者の関わり（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
患者の過去・現在・将来を見据えた状態の可視化	患者からの直接的な学生へのフィードバックの誘導	患者に配慮しつつ本音を聴き出し学生へフィードバックを行う
	患者の現在の状態から過去に遡る改善点の指摘	ケア終了後に事前に改善を行っておいた方が良かったことの投げかけ
	患者の今後もし視野に入れたケアのイメージ化	患者の現在だけではなく今後の方向性も視野に入れた学び方に気づかせる 現在、今後に渡っての患者の経過を伝えることでケアのイメージ化を図り行動につなげる
学生を手放すタイミングの見計らい	学生の思考の仕上がりの確認	その場では把握しきれなかった記録による学生の理解状況の確認 振り返りが計画の修正に反映できているかの確認
	役割が完結した後の教員への委譲	学生の目標達成度について教員とやり取りを行うが最終的な目標達成度は教員の判断を仰ぐ
	学生への不十分な関わりへの葛藤	学生と共にケアに入らないことにより振り返りが十分にできない葛藤
学生の理解をふまえた次の局面へと放つ	学生がリアリティをもって思考が腑に落ちたという手応え	学生の思考が腑に落ちたであろうという手応え リアリティを持って理解ができた学生
	学生の気づきを活かす工夫	学生の気づきを次の学習に活かすための院内リソースの活用
		学生同士での学びの共有
時間切れによる学生のその後の把握困難	学生の思考を最後まで確認できる機会はない	学生の思考を最後まで確認できる機会はない

〈付録一覽：資料〉

大学名

●● 先生

日本赤十字九州国際看護大学大学院 看護学研究科
共同看護学専攻 博士課程 阿部 オリエ**臨地実習指導者推薦ご協力のお願い**

拝啓、時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私、阿部オリエは、日本赤十字九州国際看護大学大学院看護学研究科共同看護学専攻博士課程に在籍しております。現在、「看護系大学生が臨地実習において対象者へのケア実施における看護上の判断を行う上での臨地実習指導者の関わり」をテーマに研究を進めております。つきましては、下記に記載しております選定条件に適した臨地実習指導者の方をご推薦いただきたいと思いますと考えております。研究の目的や意義・方法は以下の通りでございます。研究の主旨をご理解いただき、ご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 研究のテーマ

「看護系大学生が臨地実習において対象者へのケア実施における看護上の判断を行う上での臨地実習指導者の関わり」

2. 研究の目的と意義

研究目的：臨地実習において看護系大学生と共にケアを実施している臨地実習指導者に焦点をあて、臨地実習指導者が、学生が行う受け持ち対象者へのケア実施における看護上の判断をどのように捉え、学生に関わっているのかという一連のプロセスを明らかにし、臨地実習における学生の看護上の判断育成に向けた示唆を得ることを目的とする。

研究の意義：可視化されてこなかった臨地実習指導者が行っている、学生の対象者へのケア実施における看護上の判断への関わりを明らかにすることができると考えております。本成果は、学生が対象者へのケア実施における看護上の判断を育成する際のツールとなり、今後の実習指導に活かすことができると考えます。また、本成果は、教員や臨地実習指導者の役割を検討する際にも活用できる可能性があると考えております。

3. 依頼したいこと

下記、選定条件①～⑥を満たした臨地実習指導者をご推薦くださいますようお願い致します。

1) 選定条件

- | |
|--|
| ①成人看護学（急性期）実習を受け入れており、周手術期の対象者が入院しておられる病棟で実習指導にあたっておられる方 |
| ②臨地実習指導経験年数3年以上の方 |
| ③原則として、実習指導者講習会を受講した経験のある方 |

- ④大学より「臨床教員」として委嘱を受け、臨地実習指導を行っている方もしくは、以下の推薦基準(1)(2)に合致しておられる方 (推薦基準：(1) 学生と共に対象者へのケアを実施しておられる方、(2) 対象者へのケア実施前、ケア実施後に学生と関わっておられる方)
- ⑤1年以内に臨地実習指導を行った経験のある方
- ⑥現在、役職があるが、1年以内に臨地実習指導を行った経験のある方

ご推薦いただける場合は、下記の連絡先阿部までご連絡いただくと幸いです。

4. 推薦者への個人情報保護

推薦者や研究参加者への強制力をなくすために、研究参加者へは、推薦者の個人情報は開示いたしません。また、研究参加者の研究協力の諾否を推薦者にお伝えすることはございません。このようにさせていただくことで、ご推薦いただいた先生のプライバシーおよび個人情報を保護することをお約束致します。

5. 承諾

このご推薦や本研究は、個人の評価を目的としたものではございません。また、ご推薦の諾否は自由意思でございます。研究の主旨や内容をご理解いただき、承諾いただける場合は、別紙の「承諾書」に必要事項の記載をお願い致します。承諾書は、双方で保管することと致します。

6. 利益相反

本研究の実施にあたり、利益相反はありません。

研究の実施にあたり、ご迷惑をおかけしないよう十分配慮致しますので、ご協力のほど、どうぞ、よろしくお願い申し上げます。なお、本研究へのご質問やご意見に際しましては、下記研究者までいつでもお尋ねください。どうぞ、よろしくお願い申し上げます。

[連絡先]

日本赤十字九州国際看護大学大学院 看護学研究科共同看護学専攻 博士課程 阿部 オリエ
〒811-4157 福岡県宗像市アスティ 1-1 TEL&FAX : 0940-35-7038 E-Mail : o-abe@jrckicn.ac.jp
※不在時は留守番電話にメッセージをお願いいたします。折り返しご連絡申し上げます。

指導教員 日本赤十字九州国際看護大学大学院

教授 本田 多美枝 TEL&FAX : 0940-35-7037 E-Mail : t-honda@jrckicn.ac.jp

承諾書

この度、私は、阿部オリエ氏が実施する「看護系大学生が臨地実習において対象者へのケア実施における看護上の判断を行う上での臨地実習指導者の関わり」に関する臨地実習指導者推薦について以下の説明を受けました。

説明を受け理解した項目

1. 研究の目的・意義について
2. 研究参加者の選定条件
3. 推薦にあたっては自由意思で行うこと
4. 推薦者および研究参加者への個人情報保護
5. 承諾書の提出方法および承諾撤回の任意性と方法
6. 推薦者への利益及び不利益
7. 利益相反について
8. 研究者の氏名、所属及び連絡先

以上の説明について理解しましたので、私の自由意思に基づき選定条件に適した臨地実習指導者を推薦します。

〈承諾者〉

同意日 平成 年 月 日

御芳名

〈説明者〉

所属 日本赤十字九州国際看護大学大学院
看護学研究科共同看護学専攻博士課程

氏名

[連絡先]

研究者

日本赤十字九州国際看護大学大学院 看護学研究科共同看護学専攻博士課程 阿部オリエ
〒811-4157 福岡県宗像市アスティ 1-1 TEL&FAX : 0940-35-7038 E-Mail : o-abe@jrckicn.ac.jp
※不在時は留守番電話にメッセージをお願いいたします。折り返し、ご連絡差し上げます。

指導教員

日本赤十字九州国際看護大学大学院 看護学研究科共同看護学専攻 教授 本田 多美枝
〒811-4157 福岡県宗像市アスティ 1-1 TEL&FAX : 0940-35-7037 E-Mail : t-
honda@jrckicn.ac.jp

所属施設名

●● 様

日本赤十字九州国際看護大学大学院
共同看護学専攻 博士課程 阿部 オリエ

研究参加ご協力をお願い

拝啓、時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私、阿部オリエは、日本赤十字九州国際看護大学大学院共同看護学専攻博士課程に在籍しております。現在、「看護系大学生が臨地実習において対象者へのケア実施における看護上の判断を行う上での臨地実習指導者の関わり」をテーマに研究を進めております。つきましては、大学生に対する臨地実習指導に携わっておられる臨地実習指導者の方へインタビューのご協力をお願いしたいと考えております。研究の目的と意義・方法・参加要件は下記のとおりです。研究の主旨をご理解いただき、ご協力賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 研究テーマ

「看護系大学生が臨地実習において対象者へのケア実施における看護上の判断を行う上での臨地実習指導者の関わり」

2. 研究の目的と意義

研究目的：臨地実習において看護系大学生と共にケアを実施している臨地実習指導者に焦点をあて、臨地実習指導者が、学生が行う受け持ち対象者へのケア実施における看護上の判断をどのように捉え、学生に関わっているのかという一連のプロセスを明らかにし、臨地実習における学生の看護上の判断育成に向けた示唆を得ることを目的とする。

研究の意義：可視化されてこなかった臨地実習指導者が行っている、学生の対象者へのケア実施における看護上の判断への関わりを明らかにすることができると考えております。本成果は、学生が対象者へのケア実施における看護上の判断を育成する際のツールとなり、今後の実習指導に活かすことができると考えます。また、本成果は、教員や臨地実習指導者の役割を検討する際にも活用できる可能性があると考えております。

3. 研究方法

半構造化インタビューを行い、分析方法は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた質的研究デザインを用います。

1) データ収集

フェイスシート（別紙）に記載いただいた後、実際の実習指導の様子を想起していただきながら、一人一回60分程度のインタビューを実施させていただきたいと思っております。

[インタビュー概要]

実習指導において、学生が、受け持ち対象者へケアを実施する場面を思い出していただきます。ここでのケアは、学生が受け持つ対象者への援助で、身体侵襲を伴わない看護援助に限定することに致します。学生

が受け持ち対象者へのケアを実施する際、学生自身が看護上の判断を行うと思います（看護上の判断とは、「ケアの有無に対する決定」、「ケアの方法に対する決定」および「対象者の反応に伴うケアの決定」を含んだ【ケア実施に伴う決定】と致します）。日々の実習指導において、学生の看護上の判断を捉えながら指導をされていると思います。その指導を行う際、学生の看護上の判断を、あなた自身が何をきっかけに、どのように捉え、学生にどのように関わっていらっしゃるのか、その結果、学生や受け持ち対象者がどのようになられたのかについて、具体的な指導場面をもとに詳しくお話しいただけたらと思います。

2) 期間

ご協力のお返事を頂いてから、一ヶ月以内でインタビューを実施いたします。

3) 研究参加に伴う選定事項

- ①成人看護学（急性期）実習を受け入れており、周手術期の対象者が入院している病棟で実習指導にあたっておられる方
- ②臨地実習指導経験年数3年以上である方
- ③原則、実習指導者講習会を受講した経験がある方
- ④大学より「臨床教員」として委嘱を受け、臨地実習指導を行っている方もしくは、以下の推薦基準（1）（2）に合致し大学教員より推薦された方
（推薦基準：（1）学生と共に対象者へのケアを実施している方、（2）対象者へのケア実施前、ケア実施後に学生と関わっている方）
- ⑤1年以内に上記①の病棟で臨地実習指導を行った経験がある方も可
- ⑥1年以内に上記①の病棟で臨地実習指導を行った経験がある方で、現在役職に就いておられる方も可

4) インタビューの実施場所

参加者の方々の負担を軽くし、かつ、プライバシー保護のため、ご希望の場所・時間帯をご相談の上決定させていただきます（インタビュー時の交通費はお支払いたします）。

4. 研究データの取り扱い

インタビューは、同意が得られれば、録音させていただきます。ご記入いただきましたフェイスシート、インタビューにより得られました内容と私自身が記載しましたメモを研究データとさせていただきます。データは、全て匿名化し、セキュリティ付電子媒体に保存致します。その際、データは暗号化し、パスワード設定を行い、大学院内の鍵付の場所に保管いたします。使用するコンピューターは、インターネット接続ができない環境とし、情報流出防止に努めます。録音した音声データ、逐語録およびフェイスシートは、研究結果公表後10年が経過した後に再現不可能な状態に消去もしくはシュレッダーによる破棄を行います。なお、匿名化し加工した後のデータは、博士論文としてまとめ公表する予定ですが、その際、個人が特定されることは一切ありませんことをお約束いたします。

5. 研究に参加することで予測される利益、不利益

本研究に参加することで、直接的な利益はないものと考えます。インタビューへの参加の有無が勤務評価に影響を及ぼすことはなく、業務に支障のない状態でインタビューを実施致します。また、勤務時間外の1時間程度のインタビューとなりますので、心身に疲労が生じることが予測されます。よって、適宜休憩をとり、十分な配慮を行いたいと考えております。

6. プライバシー及び個人情報保護

研究協力の諾否を推薦者に伝えないことを約束致します。また、本研究は、個人の評価を目的とした研究ではございません。分析においては、個人が特定されないよう匿名性を保証し、得られたデータは、本研究の目的以外には使用致しません。

7. 研究成果の公表、開示

研究成果は、博士論文として公表の他、学会発表および学会誌への投稿を行う予定でございます。その際、個人が特定されることはないことをお約束致します。

8. 費用・謝礼

研究に必要な費用の負担は発生致しません。また、金銭の授受も発生致しません。なお謝礼と致しまして、僅かではございますがクオカード 2,000 円分を謹呈させていただきます。

9. 同意及びその撤回

この研究は、自由意思による参加としております。研究の主旨や内容をご理解いただき、同意いただける場合は、下記連絡先阿部までご連絡をお願い致します。ご連絡いただいた後に「同意書」の手続きに入らせていただきます。「同意書」に署名された後、同意を撤回されたい場合は、いつでも同意撤回をすることができます。その際、「同意撤回書」をお渡ししておきますので、「同意撤回書」2枚に必要事項を記載の上、下記連絡先へお渡しした封筒で郵送していただきますようお願い致します。同意を撤回されましても、不利益が生じることはございませんが、分析が進み、データを分離できない場合がございます。お早目にお尋ねくださいますようお願い申し上げます。

10. 利益相反

本研究の実施にあたり、利益相反はありません。

本研究の主旨に賛同しご協力いただける場合は、下記研究者阿部の連絡先までご連絡賜りますようお願いいたします。なお、本研究へのご質問やご意見に関しましても、下記研究者までいつでもお尋ねください。忌憚のないご意見をお待ち申し上げます。なお、お問い合わせいただきましたことで、不利益が生じることは一切ございません。ご協力のほど、どうぞ、よろしく願い申し上げます。

[連絡先]

日本赤十字九州国際看護大学大学院 看護学研究科共同看護学専攻 博士課程 阿部 オリエ

〒811-4157 福岡県宗像市アスティ 1-1 TEL&FAX : 0940-35-7038 E-Mail : o-abe@jrckicn.ac.jp



※不在時は留守番電話にメッセージをお願いいたします。折り返しご連絡差し上げます。

なお、左記のQRコードを読み取っていただき、ご氏名、ご連絡先（電話番号、メールアドレス）をご記入後送信いただきますと、こちらからご連絡させていただくことも可能です。どうぞ、よろしく願いいたします。

指導教員 日本赤十字九州国際看護大学大学院 教授 本田 多美枝

TEL&FAX : 0940-35-7037 E-Mail : t-honda@jrckicn.ac.jp

同意書

この度、私は、阿部オリエ氏が実施する「看護系大学生が臨地実習において対象者へのケア実施における看護上の判断を行う上での臨地実習指導者の関わり」に関する研究について以下の説明を受けました。

説明を受け理解した項目

1. 研究の目的・方法・意義・内容について
2. 研究への参加予定期間
3. 研究の参加について自由意思で行うこと
4. 同意書の提出方法および同意撤回の任意性と方法
5. 研究参加者のプライバシー保護
6. 研究期間中及び終了後の資料・データ等の取り扱い
7. 研究参加者への利益及び不利益
8. 利益相反について
9. この研究から生じる費用、謝礼
10. 研究成果の公表、研究成果の学術目的のための使用
11. 研究への問い合わせ先
12. 研究者の氏名、所属及び連絡先、指導教員の連絡先

以上の説明について理解しましたので、私の自由意思に基づき本研究に参加することに同意します。

〈同意者〉

同意日 平成 年 月 日

〈説明者〉

所属 日本赤十字九州国際看護大学大学院
共同看護学専攻博士課程

御芳名 _____

氏名 _____

[連絡先]

研究者

日本赤十字九州国際看護大学大学院 看護学研究科共同看護学専攻博士課程 阿部オリエ
〒811-4157 福岡県宗像市アスティ 1-1 TEL&FAX : 0940-35-7038 E-Mail : o-abe@jrckicn.ac.jp

※不在時は留守番電話にメッセージをお願いいたします。折り返し、ご連絡差し上げます。

指導教員

日本赤十字九州国際看護大学大学院 看護学研究科共同看護学専攻 教授 本田 多美枝
〒811-4157 福岡県宗像市アスティ 1-1 TEL&FAX : 0940-35-7037 E-Mail : t-

honda@jrckicn.ac.jp

同意撤回書

私は、「看護系大学生が臨地実習において対象者へのケア実施における看護上の判断を行う上での臨地実習指導者の関わり」の実施に際し、同研究についての説明を研究者から受け参加することに同意しましたが、その同意を撤回します。よって、以後、私の提供した情報の使用を取りやめてください。

研究参加者氏名 _____

同意日 平成 年 月 日

撤回日 平成 年 月 日

本人署名または記名・捺印 _____

本研究に関する同意は撤回されたことを確認します。

研究者所属

研究者氏名

※要：切手付返信用封筒

同封の返信用封筒に入れ、研究者宛送付をお願い致します。確認手続き後、書類をお渡し致します。

※本同意撤回書は、御本人と研究者が一部ずつ保管する

フェイスシート

このたびは、お忙しい中、インタビューにご協力いただきまして誠にありがとうございます。インタビューに先立ちまして、差支えのない範囲で次の設問に回答をお願いします。記入方法は、()にはご記入いただき、※は、あてはまるところに○印をお願いします。なお、このフェイスシートは、インタビュー当日に活用させていただきますので、ご持参くださいますようお願いいたします。

1. 年齢 () 歳 , 看護師歴 () 年

2. 看護教育最終学歴 ()

3. 実習指導者講習会について

1) 受講の有無 ※あてはまるところに○印をお願いします

受講経験有 受講経験無

※受講経験有の方は、引き続き設問3-2)にお進みください。

受講経験無の方は、設問4)にお進みください。

2) 受講期間

() 年 () 月から () 年 () 月まで

3) 設置主体 ※あてはまるところに○印をお願いします

看護協会主催 厚生労働省主催 都道府県主催 その他

()

4) 受講状況 ※あてはまるところに○印をお願いします

自ら希望した 上司からの推薦があったが自ら希望した 上司からの推薦

4. 実習指導者としての経験年数

() 年

5. 現在の勤務施設および役職

勤務施設 () 役職 ()

お忙しい中、ご記入ありがとうございました。インタビュー時に活用させていただきます。

インタビューガイド

A. インタビュー内容

実習指導において、学生が、受け持ち患者へケアを実施する場面を思い出してください。ケアは、学生が受け持つ患者への援助で、身体侵襲を伴わない看護援助に限定することに致します。学生が受け持ち患者へのケアを実施する際、学生自身が看護上の判断を行うと思います（看護上の判断とは、「ケアの有無に対する決定」、「ケアの方法に対する決定」および「患者の反応に伴うケアの決定」を含んだ【ケア実施に伴う決定】と致します）。日々の実習指導において、学生の看護上の判断を捉えながら指導をされていると思います。その指導を行う際、学生の看護上の判断を、あなた自身が何をきっかけに、どのように捉え、学生にどのように関わっていらっしゃるのか、その結果、学生や受け持ち患者がどのようになったのかについて、具体的な指導場面をもとに詳しくお話しください。

患者へのケア実施における看護上の判断に関して、学生の決定とあなた自身の決定がズレていたり、学生の判断内容が違っていた経験をなさったことがありますか。ありましたら詳しくお話しください。

患者へのケア実施における看護上の判断に関して、学生にこのことをわかってほしいと考え指導された経験がありましたら詳しく教えてください。

患者へのケア実施における看護上の判断に関して、学生自身がよく理解しているなどいう事例がありましたら詳しく教えてください。

上記の問いに関して、自由に語ってもらいながら、以下の点について掘り下げていく。

1. 研究参加者自身が、学生や患者の状況をどのようなタイミングで、どのように捉え、学生に関わっているのかといった一連のプロセスを描き出すために<関わりのきっかけ>、<状況把握の内容やその時の考え>、<行動>、<結果>についての詳細。また、一連の語りの中で、患者のケア実施における学生の看護上の判断に関わる際の<事前準備>や<事後の連携（教員や多職種を含む）><工夫点>についても明

らかにする。

2. 学生の実習状況（学年、科目、領域など）や患者の状況（年代、疾患名や症状、治療内容、ADL、学生の受け持ちに対する反応など）というような、その時の背景となる情報の詳細
3. 学生へそのように関わった背景にある研究参加者自身の考えや経験

B. 留意事項

1. 環境への配慮

インタビューの場所は、原則研究参加者の希望する場所にて行う。その際、研究参加者への負担の軽減、かつプライバシーを確保できる場所を設定することとする。また、威圧感を与えないために、着座する位置や場所を考慮し、緊張緩和に向けて飲食物を準備する。

2. インタビュー時間、疲労に対する配慮

挨拶などの導入も含めて 60 分程度とし、心身の疲労に配慮し適宜休憩を取る。インタビューの途中でも断ることができる旨を伝える。

3. インタビュー時の基本姿勢

- 1) 指示的には関わらず、研究参加者の語りを受容的に聴く
- 2) 温かな表情で相槌を打つなど、話しやすい雰囲気を作る
- 3) インタビュー中は聴くことに徹し、研究参加者の話を遮らないよう注意する
- 4) 研究参加者の気持ちを考えながら行う
- 5) 先入観を持たず、研究参加者の話す内容をそのまま受け止める
- 6) 語られた内容をインタビュアーが解釈して相手に返すことはしないが、内容の要約をして相手に確認し、事実状況を明確化していく
- 7) 言いたくないようなそぶりがあった場合は無理に聞かない
- 8) 自分自身の体調を整え、インタビューに支障を来さない様にする

C. インタビューの実際

1. インタビュー開始前の手順

- 1) インタビュアーは、インタビュー前に落ち着いた気持ちで準備する
- 2) 自然な笑顔、声、態度であいさつをする

「〇〇さんこんにちは。今日はお忙しい中、お時間を作っていただきありがとうございます

います」「どうぞ、おかけください」

3) インタビューの主旨や時間を説明する。その後、同意書を得る。

4) インタビューの前に、ICレコーダーによる録音の諾否を得る

「〇〇さん、ICレコーダーに録音させていただいてもよろしいですか」

5) 事前に配布していたフェイスシートをいただく。フェイスシートで答えにくいところはなかったかなどの感想を伺う

2. インタビュー中の留意点

1) 質問を行う（質問事項はA. インタビュー内容参照）

2) 話の詳細を聞きたいときには、「先ほどの〇〇について、もう少し詳しく教えてください」などと話を掘り下げ、研究参加者が話しやすいようにする

3) 再度語ってもらいたい内容には、「〇〇の部分について、もう一度詳しく教えてくださいませんか」「この時あなたはどのように考え、どう行動しましたか」「その時の学生や患者さんの様子はどうでしたか」など、話を遮らないように質問し、研究参加者の語りを促す。

3. インタビュー後の手順

1) インタビュー終了の挨拶を行う

「〇〇さん、これで、インタビューを終了します。長時間お疲れ様でした。調査にご協力いただきましてありがとうございました。深く感謝いたします。」

2) 質問で答えにくいことがなかったか、答えにくかった場合、どのように改善したらよいか、終了後の感想についても尋ねる

3) 同意及びその撤回についての説明を行い、同意撤回書を渡す

「同意を撤回されたい場合は、いつでも同意撤回をすることができます。その際、同意撤回書をお渡ししておきますので、同意撤回書2枚に必要事項を記載の上、下記連絡先へお渡しした封筒で郵送してください。同意を撤回されましても、不利益が生じることはございませんが、分析が進み、データを分離できない場合がございます。お早目にお尋ねくださいますようお願い申し上げます。」

4) 謝礼を渡す

M-GTA 分析手順

1. 分析テーマと分析焦点者の決定

分析テーマとは、研究テーマを **grounded on data** の分析がしやすいところまでの絞り込みのことをいう。分析テーマは、研究テーマと同じ場合や別の場合もある。分析テーマの設定は、データ収集後に行うことを原則とし、分析テーマがデータ内容とかけ離れた時は、分析テーマの調整が必要になるとされている（木下，2016，p 131-137）。

一方、分析焦点者とは、通常、面接の対象者であるが、特定の個人に焦点を置いたものではないとされている（木下，2016，p 138-139）。

2. 分析ワークシートの作成

分析ワークシートの目的は、データから概念を生成するが、概念ができればデータは捨てるという分析特性を作業化することにあるとされている。概念とは、分析の最小単位であり、データの解釈から生成するもの全てである。また、分析ワークシートの完成が概念の完成を意味し、概念化していく作業をオープンコーディングというとされている。次に、定義とは、自分が解釈した意味を短文で表すことである。さらに、ヴァリエーション（具体例）とは、着目したデータの箇所であり、切片化はしないとされている。一方、理論的メモとは、解釈の思考プロセスを最もよく記録したものとされている（木下，2016，p 190-199）。

分析ワークシートの活用法として、概念名には、1 ワークシートに 1 概念名を記載し、定義は、自分が解釈した意味を短文で記入し、ヴァリエーション（具体例）は、逐語録より得られた生データをヴァリエーション（具体例）として記載するとされている。また、理論的メモには、解釈の思考プロセスで発生した他の解釈案や比較する視点アイデアなどを記載するとされている。

3. 分析ワークシートを用いたオープンコーディングの実施

1 概念につき 1 ワークシートの作成を行い、分析ワークシートには、「概念名」、「定義」、「ヴァリエーション（具体例）」、「理論的メモ」を記載した。その後、合目的的サンプリングで収集したデータを同様に分析する。

4. 継続比較分析の実施

オープンコーディングにより生成中の概念や定義と照らし合わせ、類似例と対極例両方向での継続比較分析の実施を行う。現象がみられる最大幅、解釈の最大幅を確認し恣意的な偏りを回避する。対極例がない場合は、その点も明示する。分析ワークシート以外の検討内容に関しては、全て「理論的メモ」およびノートに記録する。

5. 概念相互の関係の検討

生データに対して概念の完成度を上げていく作業を行いつつ、同時に概念相互の関係の検討を行った。

6. カテゴリーの生成

複数の概念のまとまりが見出されたものをサブカテゴリー、カテゴリーとする。その際、抽象度を上げた段階において、概念の可能性が浮かんできた場合には、分析対象としたデータに具体例がないか否かの検討を行う。なお、コアカテゴリーの設定についても検討を行う。

7. 追加データ収集の検討

データから具体例が見出せない場合には、その概念の可能性についてのみ追加のデータ収集を検討する。

8. データ収集終了の判断

データ収集終了の判断は、理論的飽和化が得られたと研究者自身が判断した際終了とする。理論的飽和化には二つのレベルがあり、第一に、分析ワークシートごとに概念の完成度を判断する小さな理論的飽和化に達した場合と、第二に、分析結果全体について比較分析が終了したかを判断する大きな理論的飽和化である。この二つのレベルにおいて、研究者自身が追加データの収集を検討する。

9. 結果図の作成とストーリーラインでの説明

結果図の作成として、カテゴリー間の相互関係を表す図を作成する。その後、分析結果を確認するために、生成したカテゴリーを用いて、結果を簡潔に文章化したストーリーラインを作成する。

分析ワークシート 1-1

概念名	学生の行動計画の確認
定義	学生が考えた行動計画を聴くことから始まる
ヴァリエーション (具体例)	<ul style="list-style-type: none"> ・今日はこのケアをしたいと学生が計画を立ててくるじゃないですか。(H-3) ・まず最初に行動目標というものを学生は立ててきますので、その行動目標を基に今日実践したい内容というのを確認します。(V-3) ・日々の目標というか、日々の目標と、あと行動計画を自宅で書いてきてくれるので、まずそれを私と学校の教員と学生と3人で一緒に見ながら、今日の行動計画、どういうことをやろうと思っているのかとか、そういったことをまず確認をします。(R-3) ・朝、学生が受け持つ患者を持っているナースと行動計画、話し合いというよりはこうしたいということをして学生から聞く。(F-3) ・朝に来て、大体もう計画を立てるので、看護計画を立ててきます。例えばケアといたら、清拭だったりとか、手浴、足浴、洗髪ぐらいですかね、普通のケアといたら。(J-2) ・まず計画発表をしてもらって。実習目標と1日の行動計画の流れ。(K-3)
理論的メモ	行動計画として調整することがきっかけ。1-2の対極例となる。

分析ワークシート 1-2

概念名	予測の下での患者の異変のキャッチ
定義	元々起立性低血圧を起こしやすいということを予測した上で離床させた患者の異変を目の当たりにした場面
ヴァリエーション (具体例)	<ul style="list-style-type: none"> ・離床をして離床できたなと思って、5メートルぐらい歩いたところで血圧がなんか下がってそうだなっていう表情をしたので、患者さんが。(L-7) ・でも、結構みんな起立性低血圧になって、もう冷や汗かいて倒れる人が多いですよ、食道がんの術後って。なので、それを目の当たりにすると結構、何ていうんですかね、その学生自身も、あ、これはしっかりやらないといけないやつだというのが、たぶんそこでもまた感じるんですかね。主にあんまり手伝わないので、私。基本的には、もう君は受け持ちのスタッフの一員だから、君がやるんだよっていうようなスタンスでいくんですよ。そうじゃない子もいるんですけど。なので、たぶんそれでこっちがお膳立てして何かこれを整えてとかもあまりやらないので、「じゃあ、歩ける状態にして」と言って、ずーっとこうやって見てます。(S-8)
理論的メモ	・患者の異変をきっかけに始まるプロセス。予定通りにはじまるきっかけて何だろう？1-1で解決

分析ワークシート 1-3

概念名	学生との患者の反応の捉え方のズレのキャッチ
定義	学生のケア実施における患者の反応の捉え方と一緒にいった看護師の捉え方が異なっていることをキャッチしたり、離床ができないと判断する学生に対して、離床可能という判断を行ったり、患者の反応に対する事前学習が十分にできていなかったりと、患者の反応に対して看護師側との捉え方のズレをキャッチした瞬間
ヴァリエーション (具体例)	・例えば学生がベッドバス一緒にこのスタッフと入ってと言って、行かせた後に、学生が戻ってきてどうだったか聞いて。まず学生に聞いて、学生がこうだ、こうだ言うので、じゃあ、どうだったんだろうな、実際は、と思って行って、そのスタッフに、「どんな感じだった？」と聞いたら、本当はこうこう、こうでした

とか、あと違う意見が聞けたりとかするので。なので、ああ、そうなんだ、結構乖離があるとか、面白いとか思いながら聞いていますけど。学生が計画してきたケアというのは、たぶん学生が思ったようにできたと思うんですよ。例えば、私がそのとき思ったのは、ベッドバスでなんかたぶんいろいろここをこういうふうに拭いてとか、そういうのをたぶん細かく計画してきた子だったんでしょけど、そのスタッフに聞いた感じだと、何て言ってたかな。すごく寒そうだったとかいうんじゃないで、たぶん学生はもうこうなっているんで、なんかほかの所が見えてないんですけど。患者さんがそんな気持ち良さそうじゃなかったりだとか、あとはもう陰洗とかもそんな、何ていうんですかね、やりすぎちゃうぐらい頑張ってくれいにしてくれたんだと思うんですけど。あんまりそこまで求めてなかったとか。そういう細かいところなんですけど。というのは最近あったかな。あと離床したときですかね。全身状態が少しあんまり良くない患者さんで、学生的には歩けるって判断して歩いたんですけど、患者さんがもう息切れるような感じの歩き方をして、でも歩いているから、「頑張らしましょう。もう1周行きましょう」と言って歩かせてたんですけど、それって、今、患者さんに対してはどうなのかなというところじゃないですか。例えば、体的にリハビリって安全領域があって、どこまで安全なのかなというのをたぶんちょっと見えてなくて。やっぱり学生に聞くと、「何とかさん、何周も歩けたんです。明日は何周を目指します」と言っているんですけど、でも、「ちょっと結構患者さん、疲れていました」とか、そういうのをスタッフからまた聞けたりするので。何とかさんって、そのスタッフから聞いたのを基に、「患者さんって歩いている間どうだったの？」というような感じで質問をかける感じですかね。(学生は) 結構息は切れていましたけど——息が切れてましたけどというか、「いや、でもすごくやる気があって、でも全然スタスタ歩いてました。だから、良かったです」という感じのなんですけど。(S-7)

・思っていた以上に学生って、ペーパー・ペイシェントみたいなやつでやってくるじゃないですか。ドレーンが何本、何本というのを頭ではわかっているんですけど、具体的にその術直後の患者さんを歩かせるときに、ドレーンが5本ぐらい入っている患者さんで、点滴も3、4本つながっていて、酸素もつけて、すごくふらふらして今にも倒れそうという状況を、そのペーパー・ペイシェントではたぶんそこまで考えてないでやっていたのが、目の前に来て、これ、歩けるの？って、たぶん思うんですよ。なので、「いや、これは調べてきたことだから、ちゃんとできるよね」というところで、「じゃあ、この人は歩ける？ 歩けない？」というような質問を。バイタル、必ず朝測るので、そのときに、「血圧はこれでこうなので歩けると思いますが」、「そうか。じゃあ、歩かせようか」って、「じゃあ、どうやって歩かせようか」というところからスタートするんですよ。「今、患者さん、寝てるから、この状態でいきなり立たせたらどうなるんだろうね」みたいな、そういう一個一個質問しながらですかね、初回のときは。なので、「いきなり立たせるとどうなるんだっけ？」とか質問しながらなんですかね、というところは。(S-10)

・一番多いのが、「痛くて歩けないから後にして」というのは多いんです。明日にしようとか、そういうのが多いので。そうしたら、「今日は歩けません」って、普通に自信満々に言うんですけど、「あのさ、早期離床のメリットとデメリットさ、勉強したよね」っていう、「じゃあ、この人、歩かないことによってどうなるの？」とかいうのは返していますよね。そうすると、「え、でも、痛いつて言っているんで」、「じゃあ、痛かったらどうするの？」って、「あつ、痛み止め落とすつて。そうです。痛み止め、落とします」とか、「そうだよ。痛み止めを落とせば」、「じゃあ、準備します」みたいな。「じゃあ、痛みどれぐらい？ じゃあ、スケールでどのくらいになったの？ 今痛いのは何段階中、何なの？」とか、「今こうです」、「じゃあ、今は?」、「あつ、落としたらこうなりました」、「じゃあ、いけるんじゃないの」とか、そういうような

感じで。だから、「それは痛いから歩けないというのは、それは違うと思うよ。だって、君は術前に早期離床しますって約束してるからね。そのために説明したんでしょ」という感じで返しますね。大体みんな通る道ですよ。(S-12)

- ・呼吸器の肺のがんか何かで、肺の部分切除の術後の患者さんだった記憶があるんですけども、合併症として術後の出血、あと気胸が見なきゃいけない。だから、胸腔ドレーンが入っているんだよっていうところまで自分的には勉強してほしいな、この患者さんだったらという感じだったんですけども。ドレーンが入ってるけど、何見ればいいのかわからない。うーん、微妙って思った記憶もありまして。確かにドレーンが入っているということはわかっているけども、そのドレーンが何のために何で何を見るために入っているのかがあまり整理できてなくて。ということは、術後の合併症が何かも、いまいち、この子、わかってないんだなという捉え方をした記憶はあるんですよ。(I-12)

- ・あと必要なケア、必要でないで、必要なケアが挙げられてない場合 (V-3)

- ・バイタルサインの測定。それこそ、つい、去年の冬に来た学生さんで、バイタルサインの測定と言って、「今日はバイタルサインの測定をします」、「何を測るのかな？」って聞くと、いわゆるステレオタイプの、「瞳孔を見て、血圧を測って……」、幾つか挙げてきて。でも、その患者さんはもう別に瞳孔なんかを見なくていい方だったんですよ。神経学的所見も問題ないし、術後すぐというわけでもなくて、いわゆるお話をして意思疎通さえ確認できればもう十分な範ちゅうの方で、わざわざ目にピカッと光を当てる必要性はない。ないけれども、ピカッと当てて、ちょっと眩しいかもしれないけれども、まあいいかと思って、患者さんには、「わかりました」と言って実践してもらった。(V-8)

- ・全然レベルはしっかりしている、認知症とかもないようしっかりしている方で。やっぱり熱も39度とかまでちょっと炎症が高かったのが上がって、ちょっとじっとりしてたりとかで、たぶんそういうところで学生さんもやっぱり保清してあげたいとかいう、何かやっぱりしてあげたいっていう気持ちがたぶんすごいもう見えてて、「保清をしたいです」という、「しようと思います」というふうに相談を受けたんですけど。実際の患者さんのところを見てみると、酸素化もあまり良くないですし、サチュレーションも90%、NPPV管理で90%とかですし、ちょっと動くだけでも「ゼーハー、ゼーハー」になっちゃうような患者さんで、夜もきつくて寝れてないという状況だった。(U-3)

- ・ADLが自立してる人で、ただ、なんか足にちょっと潰瘍があつて、その処置を毎日しなきゃいけない人がいたんですよ、足の。普通にシャワーにも入れる人なんですけど、ベッドサイドでなんかバケツにお湯を入れた足浴を学生が考えてきたことがあって、「足浴ね」って言って、足きれいにしなきゃいけないっていうアセスメントをしてきて、感染予防でとか、そこら辺を見て、「そうだね」って言って、「じゃあ、足浴いいね。やろうね」っていう話になったんですけど、方法がそうなって。「この人のADLっていうのはどうなっているんだっけ？」って、「自立してます」。「自分で体きれいにできるんだっけ？」という話になって、「できます」、「シャワーも入っています」みたいな。「うん、うん、うん。シャワー入ってるのにバケツですか？」っていう話になって、「ああ、そうですね」っていう。(R-7)

- ・周手術期の実習において、そうですね、術後のケアとして術後1日目には清潔ケアですね。全身清拭・陰部洗浄・更衣ということを行っているんですが、学生さんの日々のケアとして一応スケジュール通して立てては来るんですよ、その行動調整する際に。立てては来るんですが、ケアの有無というところなんですけど、そこに関しては、学生さん、ケアが立案できてないことが多々ありますね。そこで私から、清潔ケアはないの？っていうよりか、なぜないのかというところを確認して、あとは患者さんがどのようにな

	ってもらいたいのかというところ、あとは術後の状態の変化というところでの確認というところを意識して、そのケアの有無に対する決定というところの支援を行っています。(P-3)
理論的メモ	きっかけ ケアを共有しない時もする時にも発生するきっかけ、ズレ。

分析ワークシート1-4

概念名	全身清拭は観察のチャンスとしての捉え
定義	全身清拭は全身観察のチャンスとして捉えている為、学生が立案してきた計画の観察項目が見れるように段取りを行うことができるきっかけとしてとらえる
ヴァリエーション (具体例)	<ul style="list-style-type: none"> ・手かかる患者さんとか、術直後は結構痛かったりとかするので、ベッドバスもかなり2人がかりじゃないといけないようなこともあるので、そういうときはベッドバスのときはもう全身観察のチャンスなので、このときに何を見るかというので全部見させますね。(S-15) ・清潔ケアのときってやっぱり患者さんの清潔ケアに関しては全身の状態がよくわかると思うので、感染の何か問題で清潔ケアを組んでいたとしても、そのほかに患者さんの看護問題もいろいろ挙がっていたりもするので、(M-12)
理論的メモ	一つのケアに付随して他のケアを行うチャンスという捉え方。きっかけ

分析ワークシート1-5

概念名	学生からのケア申し出の意図に対する違和感
定義	「手浴をしてほしい。」「足でも洗ってみるかい。」という患者からの要望に応えるためだけにケアを実施したいと希望する学生からの申し出を受け違和感を覚える
ヴァリエーション (具体例)	<ul style="list-style-type: none"> ・清潔ケアに関しても、脊損の患者さんに手浴をしようとなったきっかけが、ご本人さんが、手がずっとしびれているので、「マッサージしてもらったり、温めてもらおうと、すごく気持ちがそのときだけはいいいんだよね」って言うのから、「じゃあ、私、手浴ならできるので手を温めてみませんか」と学生が言って、そうするともう別にその手浴のプランは必要ないじゃないですか。少しやり方とか、お湯の温度とかを確認して、ただ、患者さんがやってほしいと言うからやりますといったところに、看護としての意味を持たせるのが難しく。結構やっぱり患者さんたち、整形の患者さんとはとてもクリアなので要望も、せっかくそういう勉強をしに来てくれたとなると、お題も与えてくれるんですよ。「今日は足でも洗ってみるかい？」みたいな感じで。手とかを洗えるんだったら、「手をお湯で温めてもらいたいな」とか提案をしてくれるので、それにすぐ学生は乗るんですけども。その要望=ニードみたいなところに関してはカンファレンスを通して話したりはするんですが、それでも勘がいいというか、そこをうまくニュアンスをキャッチできる子と、患者さんがやってほしいと言ってることに応えることしかできない子が出てきて。(T-3) ・今度、頭洗ってほしいというので、「じゃあ、ケリーパットで洗髪をします」と言ったんですけど、その方はオルソカラーを付けて、カラーを付けてたんですよ、首に。(T-4)
理論的メモ	患者がやってほしいといったことに応えるだけと捉え、指導者は違和感を感じている。 きっかけ ズレと捉えてもよいかも <u>1-3</u> との検討

分析ワークシート1-6

概念名	実習目標に照らし患者の病態に応じた事前学習状況のすり合わせ
定義	大学側の実習要綱に基づく目標達成度に照らし合わせながら、学生の事前学習状況と患者の状態に応じた解剖生理学の理解を発問しやり取りしながらすり合わせを行う
ヴァリエーション	・まずは解剖生理学がどこまで理解できているのかっていうのと、この人がどんな治療をしたのか、今か

<p>シオン (具体例)</p>	<p>らするののかというのがきちんと理解できて、それに対する勉強ができてきているのか。というのがまず1つで、もしそこでできていなければ、ちょっと持ってきた資料とかで見てもらうということをやまずしていません。その後にはたぶん症状とかが出てくると思うんですね。この人、痛みがあるからとか、ADLが下がっているからという症状が出てくるときに、それがなぜそこで気になったのかという根拠というところをやまず確認しています。そこは現病歴と既往歴が絡まってくるのでその対象者によって関わりはちょっと変わってくるし、学生の理解度というか、やっぱり個人差があるので。理解できている子はたぶんスムーズに返ってくるし、理解できていても頭の中で整理ができていない子はすつと返ってこないで、そこはどこがどうなんだよというのをもうちょっと掘り下げて発問していくようにはしています。わかっていない子はたぶん解剖生理学でわかってないので、どうしようかねという話をしているんですけど。結構段階立ててやったほうが効率はいいので。私はたぶん行動計画に結構時間をかけて掘り下げていくタイプなので。(Q-3)</p> <p>・学校の実習指導要綱があるので、それであらかたの、どこまでに何をしないといけないという目標達成値みたいのがあるやないですか。ああいうのをちょっと参考にしながら今日までに行動計画を立てないといけないとかであれば、やっぱりその段階で、例えば問題点がどこにあるのかというところを重点的にやっていないといけないし、それはちょっと学生さんのやっぱり学習能力にも差が出てくるので、基本はそこを目安に動いています。なので、ずっと同じ関わりをするというよりは、私は実習指導要綱の学校側が提示した目標達成に対する、こちらのアプローチみたいな……、日程表みたいなところを確認しながら動いています。なので、記録物とかも基本的に、今日大体ここまでできとるねというところで、ちらちら見たりとかはするんですけど、なかなか記録物まで読み込むことができないので、結構それでこうやって口頭でやりとりすることが多いです。(Q-4)</p>
<p>理論的メモ</p>	<p>きっかけ</p>

分析ワークシート1-7

<p>概念名</p>	<p>患者のベッドサイドに行かせるために学生へ発破をかける</p>
<p>定義</p>	<p>患者の情報を知るために患者のベッドサイドに行かせたいが、発破をかけないとカルテばかりを見て患者のところに行かない学生も存在するという捉え</p>
<p>ヴァリエーション (具体例)</p>	<p>・初日はナースステーションにすることが多いです。「そろそろベッドサイドに行きなさい」って言わないと、ずっと記録を見てるのが。やっぱり最初からそういうコミュニケーションに長けている子とか、要領がいい子とかは、「ちょっと情報を取ってきます。患者さんのところで情報を取ってきていいですか」って言って行ったりもしますけど。要領の悪い子はやっぱりずっとカルテでやっている子もいますよね。(H-13)</p>
<p>理論的メモ</p>	<p>きっかけ 行動計画をバッチリ立ててケアが始まる学生ばかりではなく、ケアのとっかかりを作ったために誘導しなければならないこともあるということの意味している</p>

分析ワークシート1-8

<p>概念名</p>	<p>難しい患者へのケアに入れてよいか否かの迷い</p>
<p>定義</p>	<p>新人看護師でも難しいような侵襲の大きな手術後の患者に対してケアに入れるか否かの迷いがあったため、学生の事前学習状況を確認したり、精神的に乗り越えられるかについて一緒に患者の元へ行き確認を行う</p>
<p>ヴァリエーション (具体例)</p>	<p>・食道がんの術後って結構、侵襲、大きい手術なんですよね。うちのスタッフでも1年目には基本見させてないぐらいなので、学生さん、よく、これ、付いたなというのが最初の自分の印象だったんですね。一般病棟でたぶんわかっていたはずなのに、よくこの患者さんを選んできたなというのが最初の印象で。一般的</p>

	<p>うちのスタッフでその疾患を最初見るよというときも、結構、勉強大変そうなんですよね。そんな自分の中に背景があったので、実際、実習目標を見たときに、できるだけ介助、関わりを持ちながら看護過程を展開していくというところもあったので、どういうことやっていくというのを学生さんと確認したんですよね。そうしたら、「手術に関してはちょっと勉強してきてます」ということをご本人から言ってくれたんです。結構ばきばきしゃべる子だったので。「手術は一応勉強してきました。どんな合併症が出るかも自分なりに勉強してきています。だから、こんなところを見たいです」というふうに、「例えばドレーンがどんなふうに入っていて、廃液の状態がどんな廃液が出てくるのかとか、量はどんなのかとかを確認したいです」みたいなことを言ってくれたんです。だったので、最初そこまで勉強できてなかったらどうしようかなと思ってはいたんですけども、一応手術に関しては勉強してくれているし、そもそも術前から関わっていて、それはわかった上でたぶん来てるといってご本人の気持ちもあったので、一緒にまず患者さんのところに行ってみようかということに入って。ドレーン、こんなふうに入っているよとか、あとはこんなものがこういうふうに入っているよというのは、受け持ちの方と一緒に学生さんが確認してもらっていて、「実際どう？ ちょっと関われそう？」ということでも学生さんと相談したら、「大丈夫そうです」というふうな返事をくれたんです。だったので、じゃあ、大丈夫かなということで普通の術後の実習に来るような学生さんと同じようなスタンスで関わらせてもらって。これから例えば、「清拭するけど、どうする？」というのを聞いてみたら、「じゃあ、一緒に入ります」ということに入ったんです。そこでケアの有無に対する決定ですけども、自分は最初、勉強全然してなかったら入らせるのをやめようと思ったんですよ。何の患者さんかわかるけど、どういう合併症があるのかわからないですとか、手術がどんなことをしているのかわかんないという状態だったら、それはもう1回ちょっと勉強してからじゃないと関わる価値がないと思いますか、何もその後の効果がないなと思ったので。そこを最初確認したところ、学生さん自身がちゃんと自分で勉強してきたよって言ってくれたことと、内容を確認したら、簡単ですけど、それがちゃんと勉強してたんです。この合併症が多いですとか、「ドレーンはこんなところを見ます。量、性状、色」とかいうのを言ってくれてたので。これだったらいいかな、学生さんでここまで勉強してくれれば十分かなというのが自分の中であつたので、一緒に入ってもらおうということを許可と言い方は良くないですけども、そうですね、自分の中でも決めたというのがありました。学生もたぶん最初に見たときに、自分の知識となんか全然違ったらどうしようみたいなのが結構あったんですけども、見て、なんか表情がいけそうだなという感じの顔をしたので大丈夫かなということで、一緒に清拭に入ってみたりとか、患者さんのもとに行くことを決めたと思いますか、そんな感じでした。(I-4)</p>
理論的メモ	<p>きっかけ 1-1 の前段階に来る概念</p>

分析ワークシート2-1

概念名	患者への即座の臨床判断を行い、学生にも触れさせ体験させる
定義	患者の焦点が合わなくなっていること、顔面蒼白なこと、触診による脈拍測定で80mmHg程度という即座の臨床判断を行い、学生にも触れさせて体験させる
ヴァリエーション (具体例)	<p>・なんかもう焦点が若干合わなくなってきたなというふうにして、顔も青ざめてたし。とりあえずちよつと脈触れるかなと思って、学生にも一緒に、「ちよつと脈触れてみようか」と言ってみたら、一応触れたから、80ぐらいは今あるかなというふうにして思っているけど、ちよつと手はじっとりしてる感じで。学生も一緒に触ってもらってそのときに一緒に手に触ってもらって、そうするともう末梢がすごい冷たくて、こう冷や汗かいてるような状況だったので。そういうのをなるべく一緒に触ってもらったりとか、見ても</p>

	らったりとかしてというのは気を付けています。(L-8)
理論的メモ	・患者の状態を説明ではなく患者に触れるという体験をすることで理解してほしいという願い？-4-3とつながる <u>考え</u> <u>行動</u> <u>実施中</u>

分析ワークシート 2-2

概念名	患者に悪影響を及ぼさない範囲における学生の主体的なケア実施
定義	患者が苦痛を感じなければ、できるだけ学生が主体的にケアが実施できるように整える
ヴァリエーション (具体例)	<p>・もうこれは続けるのはさすがに患者さんがつらそうとか、だからもう患者さんが嫌な思いをしなければ私はOKだと思っているので。しかも患者さんには主に、「受け持ちをさせていただいているので、必ず私は後ろで見えますので、安心してちょっと任せてください」って言って、ずっとこうやって見えています。(S-10)</p> <p>・患者さんが、「いや、もう、もう寒い」とか、なんかそういう感じだったら、ちょっとバーツと拭いちゃいますけど、そういう以外は学生に任せてます。(S-16)</p> <p>・右腕、点滴、何も付いてないです。この右腕を袖通すだけだったら、すごい簡単じゃないですか。体勢的にもそんなに袖に通すのが難しくて、その体勢だったら、「じゃあ、右腕、ちょっと袖通してもらっていい？」じゃないですけど、それだったら別にそんなに大きなリスクないしと。(I-13)</p> <p>・学生2人と、私はお手伝いという感じでしか介入しません。(V-4)</p>
理論的メモ	<u>考え</u> <u>行動</u> <u>実施中</u>

分析ワークシート 2-3

概念名	患者に悪影響を及ぼさない範囲における学生の手技のステップアップ
定義	患者が寒がったり辛かったりする場合は学生と交代して実施するが、それ以外の場合は、学生自身ケアのステップアップができるように配慮する
ヴァリエーション (具体例)	<p>・それは、患者さんが第一というか、患者さんが寒くなったりとか、つらくなったりしないレベルで学生の準備状況と合わせていつも考えて。もう手が出なそうな学生だったら、もう本当やってほしいけど、それはもう目をつぶって、患者さんが寒かったりとか、つらかったりするといけないので一緒にやっちゃいますね。それは絶対自分が手を出さないとかいうのは決めていないです。学生が2回目とかだったら、この間はなんか患者さんの後ろに立ってたけど、今日はこっちで立ってみようとか、あとなんかタオル絞りをこの間は頑張ってたけど、今日は患者さんを拭くのをちゃんとやろうとか、あとは点滴通すのとかをやってみようとか。そういうのはレベルというか、ステップアップはしますけど、特に初回は学生もなんかイメージできてないこととかもあって、そんなに手がすごい出るっていう学生が多いわけじゃないので。そのときは患者さんのケア優先にしています。(L-13)</p> <p>・一緒に入ってみないとわかんないところがあるんですけど、患者さんとの距離感、なんか引いてたりとか、あとはなんか焦っていたりとかする表情だったりとかがある人とか。あと患者さんと全然会話できてない、余裕、全くないみたいな、もうとにかく、次、何やるんだっけみたいなことを考えているような学生の場合はちょっとまだ自分でケアをするみたいな、主体的にやるみたいなのはちょっと無理なんだろうなというは、判断、こちらでしてます。(L-14)</p> <p>・寒くないかと、痛くないか。あとやっぱり長時間、端座位とかになっていると気分不快が出てくる人とかもいるので。(L-14)</p> <p>・最初のうちはまずチームの看護師について、日々の業務を見ていただくんですね。看護師の流れとかいう</p>

	<p>のを見てもらって。あとは担当の患者さんを決めるので、その患者さんに例えば看護師がもともと体拭きとか、今日は何か離床のケアをすとか、もともと決まっているケアがあるときにはそこに一緒に入ってやってもらいます。最初の1日、2日はほぼシャドウイングで終わって、情報収集を午後ぐらいにやって、3日目くらいまで情報をもたらしたら、4日目ぐらいにプランを立て始めて、金曜日くらいに関連図とかいろいろ書いて、大体金曜日くらいにプランを立て始めて、翌週にケアを実施みたいな感じなので。なので、そこが最初のうちはシャドウイングの時期にバイタルの測り方だったり、どういうふうに患者さんを観察しているとか、そういったところを見てもらいつつ、1週目のうちでも、もう担当患者さんが決まっているので、例えばバイタルサインの測定とかは、担当の患者さんに、3日目くらいですかね。1日目はもうほぼシャドウイングで、2日目の午前中もちょっとシャドウイングして、午後一緒に行ければ午後一緒に血圧測りに行ったりしますけど。一緒にまずは行って、大丈夫だということを判断したら、後は1人でバイタルサインの測定とかに行ってもらって、大体1人でバイタルサイン測定しに行くのも、3日目、4日目くらいですかね。</p> <p>(R-4)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「どうする？」って言って、「あ、血圧、測ります！」みたいな、そんな感じで動ける子と、動けない子がいますけど。最初は動けなくても2回目から動けるようになりますね。なので、ある程度ちょっと、少しは放って。(S-10) ・何回その患者さんにそのケアをやったことがあるかというところでも少し違うかなと思うんですけど、1週目、一切清潔ケアですとか、患者さんに関わらないっていうわけではなくて、例えば看護師、その部屋持ちの看護師が例えば清拭なり、洗髪なりしている場面を見学して、2週目、自分の実施という形にはなるので。初回でしたらちょっと比較的手を出す場面がもしかすると多いかなと思うんですけど。ただ、あまり自分のペースで、私、指導者のペースでやってしまうと学生が考えてきた援助ではなくなってしまうので。ちょっとやっぱり術後の患者さん、いろいろドレーンとかが複数入っているというところもありますので、そこを触れるようなときは、「ちょっと、あ、もう少しここの持ったほうがいいよ」とかいうところを多めに。あまりそういうドレーンが抜去されちゃうとかいうようなところがないところは、もう学生のペースで初回でもさせてるかなと思います。あとはちょっと患者さんの疲労度とか見ながら、学生、どうしても自分がやることに集中してしまって、あんまり、疲れてきたかなとかいうのって捉えにくいと思うので、ちょっとそんな疲れてきたかなみたいなところの表情とかがありましたら、少しちょっとペースアップを促すような。そこでもうちょっと早くとは言えないので、ちょっと、手伝う回数を多くする。(M-5) ・やっぱり初回だと、患者さんにとっても初回だと、いろいろ計画は立てるけれども、基本、見学が多い。見学というか、たぶんシャワーのいすの位置はこうとか考えてきたりとかしていると思うんですけど、基本は一緒に話し、こうしながらとか、セッティングとか、ここの位置はこうするとかは全部たぶん見せている状況で、一緒に入って行って、「じゃあ、背中を洗ってみよう」ぐらいとか、そういう一部分を学生ができるような関わりをしますね。「とりあえず考えてきたことを一からやってみて」って言って一緒に入って見守るというよりは、まず見せる。もし、それが2日目、2回目だったとなつて、私がまたそのとき同じ担当であれば見せる——見せるというか、やってもらう、この間言ったところを。どちらかという、こっちはサブに回るんですけど。初回は私のほうが主体的にやることのほうが多いですかね。(F-6)
理論的メモ	<p>2-42 との関係。患者に害を与えない範囲で学生のケアをステップアップさせている状況</p> <p><u>考え</u> <u>行動</u> <u>実施中</u></p>

分析ワークシート2-4

概念名	看護師のアクションを意図的に学生に伝えることにより看護師の思考に気付かせる
定義	患者への声掛けや看護師のアクションを意図的に学生に聞かせたり見せたりすることによって、看護師の思考を学生に気付かせようとしている
ヴァリエーション (具体例)	<p>・なるべく自分が考えていることとかは患者さんの前で言えることは言うように、言語化するようにはしてて。「寒くないですか」とか、あとタオルの温度とか、「温度どうですか」とか、「背中もう1回拭きましょうか」とか、なるべく。1人でやってしまうと、あんまり言語化しないでもパパッとできちゃうんですけど、なんかそれをあえて言語化して、そういうことを聞きながらというか、看護師は考えながらやっているんだなというのは間接的に伝わるように、それは工夫してます。なんか手が出なかったこととか、うまくできなかったことをその場で言ってもしょうがないなって思うので、あんまりそこは言わないですかね。直接患者さんに今影響がある、タオルがびしょびしょで患者さんが冷たそうとか、拭き取りが甘いとかは、「もうちょっとうちよっこして」というのは言いますけど。(L-15)</p> <p>・集中しちゃって。陰洗とかになると集中をしてしまって、もう陰部洗浄をすることだけを学生は見ているので、「顔は見てみた？」とか。結構つらそうな表情をしてるなとかを、そうですね、言ってましたね。そういう人に、「あ、何か苦しいですか」とかを言うと、「はっ！」と見て、「あ、何かつらいですか」とか言ってたので。この子、ここしか見てないなというとか、「ちょっとなんか、顔苦しそうですけど、傷、痛いんです？」とかを言った。言ってましたね。(O-10)</p> <p>・たぶん指導者側としても、「あそこでパッと拭いてたけど」って言っているよりは、たぶんそこでなんかケアの場面で自分がアクション起こすと、アクション起こしたことにに対して学生がまず反応するというか、意識に何か残ると思うんですね。だから、そこで、じゃあ、そこを持って帰って、「でき……」っていうところはしたほうがいいのかなどは思うので。そこで気付ける子と気付けない子の差はあるから、そこはもう個人の差だからレベルとしては求められないと思うんですよ。(Q-10)</p> <p>・「寒いからお湯を当てないといけないから当てるんだよ」みたいに場面によってはそういうふうには言わず、でも意図としている「今なぜお湯を出しているのか」みたいな。でも、学生によってはそれで、はっと気付く者もいれば、なんかFが何か言ってるのな、みたいなぐらいで通り過ぎちゃう人ももしかしたらいるかもしれないんですけど。なるべくやっていることを、指導しているというよりは、状況をこうしましょうとか患者さんに対しても言ったりとかいうふうにして、気付いてもらうような感じですかね。(F-7)</p>
理論的メモ	患者への声掛けが、看護師の思考を学生に伝えるチャンスになっている。意図的に患者に声をかけている。 <u>考え</u> <u>行動</u> <u>実施中</u> <u>core</u>

分析ワークシート 2-5

概念名	患者の状態を即座に判断し患者をより安全な状態へと誘導する
定義	患者の血圧が低下し立ってられないほどだと即座に判断し、患者の安全を考えスタッフに車いすを持ってきてもらいベッドに戻す。
ヴァリエーション (具体例)	<p>・もうちょっと立ってられなさそうだなと思ったので、スタッフを呼んで、車いす、座って、もうベッドに戻りました。(L-8)</p> <p>・著しくやっぱり血圧が低下してしまったので、すぐ車いすを持ってきてもらって、近くにいるスタッフに。(L-7)</p> <p>・ふらつとして、「いや、もう駄目だ」って言って汗びっしょりかいて、もう立つまでも至らない患者さんが結構多いので。なので、そうしたら、「じゃあ、1回寝かせようか」と言って、寝かせたりする判断は</p>

	<p>しますけど。(S-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なんか学生さんが関わっているときに、何か事故だけは起こしてほしくないじゃないですけど。双方のために。学生さんのためにも患者さんのためにも、ちょっとそれは防ぎたいなというのを思っているの。(I-14) ・ちょっとまた術後の話になるんですけど、初回の離床の場面だったりとか、そういったときにはいったんストップするような形を取ることもあります。それは一応、病棟のマニュアルで安全に離床を進めるためにやっている書類だったりとか、そういう確認をしたり、もちろん朝の行動調整のときに注意事項を確認しているんですけど、十分、起立性低血圧のことを意識していながらも、やはりベッドアップですね、ベッドアップをどんどん進めたりとか、安楽な体の使い方が実践できなさそうなときとかは、ちょっといったん止めて、「そのまま大丈夫？」っていうふうな確認でやってますね。ベッドアップの、いや、スピードではなくて、例えば60度で体を慣らしてから上げていくとか。それを段階踏まずにこう、いきなり上げてしまったりとか、いきなりもう端座位にさせてしまうとか、ですね。(P-6) ・ただ、あまりにも危ないというか、これは駄目みたいな、まあそんなに侵襲のあるようなケアではないので、それはないと思うんですけど。とにかく、例えばドレーンに意識が向かないで引っ張られてしまうようになりそうだという場面は、「ちょっとそこは、もう少し体、こっちにしたほうがいいよ」とかいうようなところでは、ちょっと早めにストップというような形ではするかなとは思いますが。(M-6) <p>患者さんももう慣れているから、「ああ、はい、はい、はい」みたいな、「できる、できる」みたいな感じで、そこはちょっといいかげんにシャッとやる場合もあるし。シャンプーするときもストレッチャー下げてから柵を上げてとかだけど、ストレッチャーが一番高いままで柵をいきなり上げたりとか、患者さんを起こそうとしたりする学生とかもいますよね。(K-18)</p>
理論的メモ	<p>2-1からの続き <u>患者の安全を最優先</u>に考え行動するということ。安全はいたるところに出てきた。</p> <p><u>考え</u> <u>行動</u> <u>実施中</u></p>

分析ワークシート2-6

概念名	一点集中の学生には後でおさえるという即座の判断
定義	自分が動くことに精いっぱいな学生に対して、今言っても頭に入らないだろうと思うときは、ケア中ではなく後の振り返りを活用する
ヴァリエーション (具体例)	<ul style="list-style-type: none"> ・なんか今言ってもたぶん頭に入らないだろうなって思うというか。いっぱい一度に言っても、たぶん今自分が動くことに精いっぱいな学生に、「今これはこういう根拠だから」とか、「これはもっとしなきゃ」とかいうふうに言っても、たぶん右から左へ流れていだけなので、今言うのが得策じゃないなみたいな考えで。なんかきちんと振り返ったほうがいいときは、その場じゃなくて、後からやるようにはしています。(L-15) ・でもなんかその学生さんが捉えている、私は、この学生さんがこのケアをしてるんだったら、こんなことを考えてるんじゃないかなというのを、事前のプラン用紙とか話を聞いて思っているんですけど。結構なんか学生、全然違うことを考えてたりとか、やり始めちゃうと違うことに気が飛んでいて、もうそれどころじゃなかったですとか。最初にちょっと痛いとか言われちゃったらもう怖くなっちゃって、その後のことは覚えてませんとか、そういうことはよくあったなと今考えても思うので。自分がいくら、これ気付いてね、気付いてねと思っても、一度そのスポットに入っちゃうと、そこから抜け出せない学生さんとかいると、もう何を言っても駄目なんだなとかは思うときがありますね。ちょっとこれは言わないでもいい

	<p>や。ちょっと、とりあえず観察してみよう、どうやってるか、という。(O-7)</p> <p>・気付けてないことのほうがやっぱり多いと思います。なんかたぶんああいうケアとかの場面ってすごく緊張してると思うんですよ。たぶんほかの情報がいろいろあってもキャッチできないというか、もうシャットダウンしちゃっているから、このケアというところしか目が行ってないから、たぶんその場で行っても耳に届いてないというか、気持ちに届いてないときがあるのかなと思います。だから、もう時間を置いてというか、場所を変えたほうが、あのときああ言ったのによって思わなくてもいいのかなと思って。(Q-9)</p>
理論的メモ	9の具体例として捉えられる？一点集中 <u>考え</u> <u>行動</u> <u>実施中</u>

分析ワークシート2-7

概念名	学生が判断できないことをふまえ、知識を実際の患者とどのようにつなげるかについてのやり取り
定義	学生が判断できていないことをふまえ、事前学習をどのように活用したらよいか、具体的につなげられるよう発問や学生の理解度の確認をするためのやり取りを行う
ヴァリエーション (具体例)	<p>・観察項目で何を挙げてたのか、事前に入る前に確認し合って、例えば硬膜外カテーテルがずれてないかとか、ちゃんと量が減っているかとか、傷が炎症徴候がないのかとか、ドレーンがちゃんと留まっているか、日付は大丈夫かとか。「基本的には硬膜外カテーテルが入っていると足の感覚ってどうなるんだっけ？」とか、「下半身の感覚って鈍くなるからスキントラブルがしやすいです」って、「じゃあ、背中しっかり見てあげないとね」とか、そんな感じで入る前にちょっと言って。(S-15)</p> <p>・術後の生体反応というところで、例えば熱が上がってるとか、術後1日目なので。あと電気毛布とか使用されている、発汗しているというところからだったりとか、あと皮膚の状態の確認だったりというところ。そういった視点が不足しているというところから、徐々に清潔ケアの必要性ってあるねっていうところで、学生さんに気付いてもらえるように促していますね。実際、本当に状態が、例えばすごい熱が上がってしんどいだったりとか、術後の疼痛があつて体がしんどくて、ちょっとケアができないという状況も中にはあると思うので、それを知るために、じゃあ、事前にバイタルサインの測定だったりとか、全身状態の観察をしてからというところをセットで一応できるようにしていますね。(P-3)</p> <p>・ナースの記録上、夜間せん妄がひどい。だから、もう夜間せん妄がひどいという目で見てはいるけれども、夜間せん妄だからもうずっとせん妄だという認識で見ているけれども、「その人も本当にそうなのか。受け答えはどうだったのか」とか言って、「違うかも」とか、「ここはできるようにになっていた」とかいうことに気付いてもらったりとか、あとは何だかな。ちょっと血圧のコントロールが高すぎても駄目、低すぎても駄目。要は、脳出血を起こしちゃっているから高くしちやいけないんだけど、低すぎると狭窄している部分もあるので脳血流が低くなっちゃうというのを、患者さんが食後かなんかに結構やっぱりレベルが落ちたというか。でも、それは時々やっぱり日中眠くて寝ちゃってるって判断をするところを、「本当にそうですか」みたいな。「なんか今、眠いみたいで、リハビリできなさそうです」ということを、「本当に眠いんですか」みたいな、「じゃあ、そういうバイタルを見てみようか」とか言ったら、「血圧が振れません」みたいな。(F-12)</p> <p>・大腸の術後の。大体、消化器なので。消化器のオペ後、出してきたんですけど、「どこが痛いんですか」って聞いたら、「おなか全体」と言ったんですよ。「え、おなか全体って、この人、手術どこしましたっけ？」って確認をして、「大腸」って。「大腸のどこですか」って言ったら、「大腸、ここ。ここの部位を切りました。手術をしました」って、「じゃあ、そこだけの傷ですか」って言ったら、「あと、この何カ所かある」って自分で指を指すので。「じゃあ、どこが痛いんですか、患者さんは」って言ったら、もう1回言い直した</p>

	<p>んですよ。「なぜ痛いんですか」って言って、「その術後の傷の痛みを」、「じゃあ、痛み止め、今までどうしましたか」って聞いても、「は？」みたいな感じで全然。「今まで痛み止め、使ってないんですか」って聞くと、「あ、使ったかも」とか言っちゃって、全然わかってないですよ。情報は取っているんですけど、情報が入ってないんです、頭の中に。だから、そうやって一緒にカルテ見て、電カル見て、「ここでこういう手術のときに入れてましたよね。これで、さらに痛いから点滴しましたよね」って言って、「ああ」って、「それで痛み緩和してたんですよ」とか言って、もうこっちから全部教えていくしかないですよ。もう全然、書いてはいるときあるんですよ。書いてはいるんですけど、学校のを応用して。だけど、それがわかってないんです。痛みはどこなのか、どういう痛みなのか、どういう軽減しているのかわかんないので、確認していったら全部を教える。この間その学生には、全部、一から十まで教えました。(J-7)</p> <p>・人工股関節の手術だったら脱臼にまず注意しないといけない。洗髪するにしても洗髪するまでの、ストレッチャーに移っていただくときも注意しないといけないじゃないですか、危険肢位を取らないように。「ああ」って言ったのに、発表するときになったらそれがガタッと抜け落ちている。それも行動計画にも全然反映されていなかったりするんですよ。何を目標して実習しようとしてるのかなというぐらい。1個、固執したらそこばかり注目して、術後の患者さんはそれ以外にも痛みがあつてリハビリがちょっとなかなかスムーズに進まなかったり、ほかにも腓骨神経麻痺の観察だったりとか、あと血栓予防の弾性ストッキングをはいたりとか、いろいろあるけど、1個脱臼だと思ったら、もう脱臼のことしか毎日毎日挙がってきてなくて。だから、もう積極的に最初から言います。(K-4)</p>
理論的メモ	<p><u>実施前</u> 事前に学習したことを実際にどのようにつなげて思考すればよいのかを学生とやり取りしている。<u>考え</u> <u>行動</u></p>

分析ワークシート2-8

概念名	学生であってもケアにおける看護の意味を理解してほしいという願い
定義	できるだけ学生にケアをさせてあげたいが、ケアの目的や効果の確認、今後の継続性など患者のニードや看護の意味を考えられなければケアに入る意味がないという考え
ヴァリエーション (具体例)	<p>・そうやってやっていると、その患者さんの反応も、特に一生懸命、手を見てマッサージしながら温めてくれて、患者さんは「おお、気持ち良かったよ」と言った。ということが全てになってしまっ。「じゃあ、その手浴をやったことの効果とか、何のために手浴をやるのか。じゃあ、それは1回やってみて、毎日やったほうがいいのかどうなのか。そういうところを深めていこうよ」と言っても、「次は、今度はシャンプーしてほしいな」と患者さんが言うので、今度は洗髪をします。「いや、でも手浴は、あれはどうだったのかな」と言っても、「あ、気持ちいいと言ってました。喜んでもらえました」。でも、そこにやっぱり看護としてやるからには、「じゃあ、お湯を持って浸けるだけだったら看護助手さんでも誰でもできるけど、そこにやっぱり看護の意味を持たすってどういうことなんだろうね」と言っても、なかなかやっぱり出てこなくて。(T-4)</p> <p>・やっぱりそれも一緒にやってみて、やってみた上でどういうふうに思うかなというところを期待したんですけど。やっぱりそこにも、その目的というものがしっくりなかったの、患者さんがやってほしいことをどうにかしてやったというところで、やったら患者さんは喜んでたというところには深まらなくて。はて、困ったなと思った。(T-4)</p> <p>・成人の実習だと、一応、統合がその後にはあるんですけど、だいぶ集大成というか。もう少し看護過程を展開するといったところで、一つ一つにもう少し意味を持たせたり、あとは本当の患者さんのニードって何</p>

	<p>なのかというところをもうちょっと深めたいなと思いながらも、なかなかその対象者の反応に伴うケアの決定の反応とかいったところも、その表面上のやってほしい、やってくれてありがとう、みたいなところに学生も満足をするので、そこが難しいな。(T-4)</p> <p>・その患者さんが喜んでいましたで終わってしまっ。例えばそれを、サイクルを回すというか、じゃあ、手浴もそのとき良くなったんであれば、本来はその1回だけじゃなくて毎日やるとかいうふうにもつながらなかったです。次々と患者さんが言ったことに対して翻弄されながら、ずっと最後まで突き進んでしまったんです。</p> <p>ちょっとボタンを留めるのが、手がうまく使えないよみたいなことを言われたら、ネットで針金を丸める道具を作ってきて、それを渡すとか、すぐくもうその一つ一つの事象に短絡的な考えしかいかなくて。でも、教員と私とでそれをいかにどうやって深めていこうかというので、かなり長い時間、話をしたんですけども、いろいろな。でも、やはり何となく最後まで、「私の何がいけませんか」みたいなことを彼女は言っていました。(T-5)</p> <p>・ただ、私、もうずっと実は隣の病棟に長くいて、呼吸器病棟に長くいたときは、やっぱり患者さんの重症度と、あとは症状の重症さみたいなところで、学生がやりたいと言ったことをやらせてあげようという許容範囲が、整形に来てからはすごく広がって。やっぱり患者さんが学生を待っててくれるというか、楽しみに待っててくれる。1日のうちのリハビリが30分～1時間しかない中で、ずっともう暇をしていて、話し相手の若い子が来てくれて、いろいろ身の回りのことをやってくれるし、なんていうのを非常に喜んでくれたり。症状といっても、向こうの苦しいとかつらいとかいうところに比べると、ちょっと痛いとかいうところだったり。リハビリも学生が一生懸命ついていって一緒に考えて、リハの時間以外にもリハビリを実施したりするので、そういうことでも非常に関係もつくりやすいですし、患者さんに迎え入れてもらえる状況なので、ある程度、学生たちがこれやろう、あれやろうという提案には、なるべくやらせてあげられるのはこっちに来てからで。やはりそこにやっぱり命の危機というか、症状が差し迫った重症なものであると、患者さんに何かあまりやらせてあげるといふ気持ちには、向こうでは実際にならなかったの。</p> <p>ちょっとここは本当に学生には向いているというか、すごく学生を受け入れるのに適している病棟だなというふうな。私、ここに来て3年目なんです、今年で。そういうふうに思いますね。(T-5)</p>
理論的メモ	<p><u>看護の意味づけが重要</u> <u>考え(4-8)</u>としていたが2-8へ変更。<u>実施中</u></p> <p>最終的にはレポートで確認しているので2-21とつながっている</p>

分析ワークシート2-9

概念名	学生がケアを行いやすくするため事前の患者への根回し
定義	学生が、患者からストレスをぶつけられたり、悩んだりしないで済むように、患者にとって必要と判断したケアに対して、学生が主体的にケアを実施しやすいように、事前に患者に根回しをしたり、受持ちを中止する
ヴァリエーション (具体例)	<p>・本当にちょっと癖が強いぞという患者さんに対しては、事前にジャブは打っておきます。学生さんが行って1回断られて、「まあまあそうだね。あの人、少しそういうところもあるもんね」っていう感じで。ちょっとスーッといなくなって、その患者さんのところへ行って、「学生、来ましたよね。ちょっと痛いんですかね」と言って、「ああ、痛いから無理だ、今日」、「でもね、こういうことでこうだから歩かないとあれですよ。たぶんまた誘いに来るとは思いますけど」というような感じでやって、うまくやって、学生がその後行くと、やっぱ歩くという人もいれば、歩かないという人もいますけど。でも、やっぱりちょっと介入し</p>

なくちゃいけない人は介入しなくちゃいけないと思うので、その辺はちょっと人を見てやっています。(S-12)

・ある程度、患者さんで、これはちょっと駄目だなという患者さんは外しますが、実は手術してやってみたら、うん？ ちょっと変わったな、この人、という人もたまにいるじゃないですか。だから、そういうときはちょっとうまく介入してあげないと、学生が悩んで何もできなくなっちゃうので。なので、そういうちょっと患者のキャラクターが濃いときは、その子に比重をちょっと置きますね。(S-13)

・なんか患者さんは、私たちの前では、看護師の前では、「学生つけていいよ」って言うんですけど、学生が来るとやっぱりちょっと不器用だったりとか。声が発声できない人だったので、ニュアンスで私たちは長い経験とかで、発言はこれですかということが予測して言えるんですけど、学生はやっぱりそういうのができないじゃないですか。患者さんもいら立ちちゃって、すごく学生に強く当たるという場面があつて。だったら、もうお互いに良くないからちょっと受け持ちを、「今回はいいですよ」って言ったんですけど、その患者さんは、「いやいやいや、全然学生、受け持ってもらってOK」って言うんです。いざ、学生と2人きりになると強く当たってしまうというのがあって、ちょっとかわいそうだったかなと思って、それがなんかどうしようかなという場面はありました。たぶん心臓の手術だったと思うんですけど、その後に気管切開されて、永久気管孔でずっともうしゃべれない、発声できないという状況。若い方だったので、結構体力はあるけれども、いっぱいしゃべりたいけど、伝わらないっていう。でも、学生も受け持たせてもらっているから、「替えようか」って言うと、「ちょっとあなたもつらいから替えようか」って言うと、「いや、私が悪いんで」って言って。女子学生。「頑張ります」って言うんですけど。患者さんのほうも、「いや、受け持たせて全然いいよ。ストレスじゃない」って言う。でも、実際のやりとりを見てると、かなり学生にストレスをかけているような場面があるので。最初は一緒に行って、血圧を測るときとかも些細なことを一緒に行つてやろうとはするんですけど、そのときは穏やか。でも、ちょっと学生がやるとイラッとする感じはあるんですけど、思い切り感情をぶつけることはなくて、患者さんも制御しているような印象はあるんですけど、やっぱりコミュニケーションを一对一で取りに行くとなったときに、結構激しいっていう感じですね。やっぱり学生もあるじゃないですか。課題でプロフィールを仕上げるとか、ニーズを書いていくとか、それを聞きに行くときとすごく言われるっていう感じですね。「拒否されました」みたいな感じで最初言っていたんですけど、ただの拒否じゃなくて、これはなんかストレスをぶつけられている感じだなとは思ったので、ちょっとそれはかわいそうだなと思って印象に残っていますね。選択ミスだったなと思って、患者さんのチョイス。(H-9)

・あとは前日に、もし連日実習で来ている場合には、「じゃあ、今日はこういうやつをやって、明日ちょっとこういうことを考えているんだけど、いいでしょうか」とか。清潔ケア、援助という清潔ケアとかが多いのかなと思いますけど、結構指導に関連するようなところとかも前日のうちに、「明日はこれについてちょっとご説明したいと思っているんだ」とかいうところを、ちょっとジャブを入れるというんじゃないですけども、患者さんのほうにちょっと伝えて、じゃあ、明日やりましょうとか。そうすると学生も、じゃあ、明日やる気になってくるので、前日のうちからちょっと準備をして、患者さんへもお伝えしてというような形にしています。(M-4)

・患者さんには事前に同意を取るときに、「どうしてもこういう病院は教育機関だから、看護師を育てたり、医者を育てたりする場所なので、患者さんにも協力をいただいています。なので、嫌な場合は嫌って言っていただければ、基本的には私が全てやりますし、言っていただければもう大丈夫なので。なので、学生に主

	に関わっていただくようにしますけど、大丈夫ですか」という、事前にもうちゃんと同意は取っているんですね。なので、それで途中でやっぱり嫌だと言われる場合も過去に何例かあったんですけど、それはちょっと学生が至らないところが結構あったんですけど。(S-17)
理論的メモ	学生がケアをしやすいように患者側へ準備を行うということ <u>考え</u> <u>行動</u> <u>実施前の準備</u>

分析ワークシート 2-10

概念名	学生のできないを捉えケアの実演と説明を付加しながら理解を促す
定義	学生の知識が希薄だったり、手技ができていないところはその場で実演して説明しながら理解を促す
ヴァリエーション (具体例)	<p>・そのベッドバス自体はそこまで、「もっときれいに拭いてあげて」とかは言わないですけど。拭き方はいろいろさまざまで、患者さんが気持ちいいと思ってくれればいいかなと思っているので。「結局はベッドバスで菌はあまり減らない」とか、「結局は爽快感を得るためのものだから、だから爽快感を得てもらえればいいんじゃないのかね」という話はして、それでやってもらうので。陰洗とかもフォーリー入っている患者さんは必ず1日1回洗うので、よくやっているんですけど。結局、陰洗もしっかりやらないと尿路感染になっちゃうから、「もうこれ、こうしないとこうだよ。ちゃんと管が入っている所を、ちゃんと泡立てて、このカスを取ってあげないとここに菌が付着するでしょ」みたいな、そういうできてないところはその場で指導しますけど。(S-15)</p> <p>・知識的には結構薄いといえますか、不足している部分を感じられていたので、あまり、看護過程の内容を話せるかも、まずは関わりを持ってもらって、患者さんの言葉を聞いてもらうというような関わりにどちらかというシフトしてもらった記憶があります。こういうところを見なきゃいけないんだよというのを自分が説明しながら、実際のドレナージ管理を、チェスト・ドレーン・バックについても見てもらいながら、「足りないところは勉強してね」の感じで、こういうところでこういうところを見ているんだよ、こういう手術はこういう合併症が多いんだよというのを簡単に説明しながら関わった記憶はあります。(I-12)</p>
理論的メモ	<u>考え</u> <u>行動</u> <u>実施中</u>

分析ワークシート 2-11

概念名	患者へ即座にフォローができること、学生が学習しやすいことを前提にして学生を立たせる位置を決める
定義	患者の反応を即座に見越して対応できること、かつ、学生自身も手を出しやすく、学習しやすいことを前提にした上で、ケア時に学生にどこに立ってもらうかを定める
ヴァリエーション (具体例)	<p>・私がここにいたら、学生はここです。対面。主には学生にやってもらいたいと思っているので。たまに、ゴンってやったり、そうやって「ビーン」って鳴ったりするので、「ちょっと戻ろうか」みたいな感じのことはやりますけど。なんか患者さんがちょっとイライラしたりだとか。なんかちょっと早くしてほしい。今、痛いの、我慢してやっているのに、何で時間かけるんだみたいな、そういうときはもう何となく察するじゃないですか。なので、「ちょっと急ごうか」とかそんな感じで。そういうときは、学生はずっとこうやって拭いてる。(S-16)</p> <p>・呼吸器がついている患者さんを見ることのほうが多いので、私はどちらかという呼吸器側に立つほうが多いです。呼吸器のアラームが鳴ったりとか何かの対応ができなくなるので。挿管チューブはやっぱり死守しなければいけない大事なデバイスになるので、そのほうに学生は立たせないです。呼吸器の前に私が立って、私の横に1人、私の目の前に1人。おそらくこの目の前にいるこの子が主体的に実践するほうになるので、もうそこは事前に伝えて、「点滴を、ここ、気を付けるんだよ」とかいうことも伝えながら実践はしますね。(V-5)</p>

	<p>・ちょっとスペース作って、いろいろやっぱり物品とかがありますので、ワゴンとか置けるスペース側に学生が立って、逆サイドに指導者が入るってことが多い。で、患者さんを挟んでいるって場面が多いかなど。そうすると何かちょっと困ったときに手が出しやすい。あんまり後ろで見ててもちょっと威圧的だったりもしますし、患者さんの反応も学生越しになっちゃうので、一応患者さんを挟むような立ち位置を取っていることがほとんどかなと思います。(M-5)</p> <p>・モニターというか、モニターのほうが頭元なんですよ。頭元なので、ちょっとその間にレントゲンが来たり、先生たちがエコーしたりするのに邪魔にならない位置が、一番頭元。頭元とか、斜めちょっと頭元。まるで頭元は呼吸器があるので、頭元の袖ぐらいが。横つちよ辺にモニターがあって、モニターのちょっと裏側の辺、横辺が一番邪魔にならない所なので。でも、全体が見渡せるから。という意味で、「そこで見とってね」って言っていますけど。(N-13)</p> <p>・学生がついても大丈夫な側に学生についてもらってとか。あとは観察しやすいところ、例えば皮膚の状態とか。やっていることにも意味があるんだよというのを説明するから、保清するだけじゃなくて皮膚トラブルがないかとかをやっぱり全身見たりしているとか。そういう話のときに皮膚の状態とか見るのに見にくいほうとかあるじゃないですか。だから、危なくない、見にくくないほうに行ってみてもらおうとか。(D-9)</p>
理論的メモ	考え 行動 実施中

分析ワークシート 2-12

概念名	学生の想像力欠如の把握と代替ケア方法の提案
定義	学内で学んだことが全てになっていることや、ケア実施中に学生の想像力が豊かではないことに気づき、最近の学生の傾向であると理解を示し、その背景をふまえ実施方法の提案を行う
ヴァリエーション (具体例)	<p>・じゃあ、その手浴をとにかくやってみようというふうと一緒にいってやっても、少し想像力が豊かじゃないというのがちょっと。私も長い間学生と関わっていて、特に最近の人の傾向だなというふうに思うのは、寝ながら、じゃあ、洗面器にお湯を用意して、寝た状態で手を浸けます。「指先しか浸かりません」って、私の顔を見て言うんです。それは想像できなかったんだと思いながら、でもそこで、「じゃあ、少し体を上げられるから、角度を付けてみようとか、ご本人さんが寝たままが良ければ、横を向いて反対の手を入れてもらおうとか、あとは体を上げてオーバーテーブルに洗面器を置いて入れるという方法も、いろいろありますよ」と言ったら、患者さんが横を向いて、「こう入れたい」とか言ってくれて、「じゃあ、そうします」。(T-3)</p> <p>・例えば陰部洗浄の場面ですと、術後数日たっても歩ける患者さんの場合ですね、これは。学生さんは学校のほうでベッド上で行う陰部洗浄の方法を学習してきているので、対象に合った方法でというところで、例えば検討ができない。そのまま、陰部洗浄はもうベッド上で行うものっていうふうを考えて、立案してきてる学生さんの中にはいますね。そういったときには、今の患者さんの状態ってどうなんだろうっていうところと一緒に確認して、果たしてその方法は適切なかどうか、何もベッド上で必ず必要はないっていうところで、トイレに行って使用するだったりとか、実施するっていうところに私としては、病棟ではよく実際トイレで行うこともあるので。まずそれに持っていくために離床をつなげたりとかですね。ほかに何かプラスαの意図を考えられるように。(P-10)</p> <p>・初め、ケアの実施に関しては患者さんへの同意、毎日こういうケアを考えてきたのでやりたいっていうことは学生自身にしてもらおうようにしている。さっきは、「清潔ケアはいいや」って言われたけれども、おなかの音とか聴診とか、体の装具の状況を見させてもらう、ついでにと言っちゃ……、ついでにち</p>

	<p>よっとその部分だけ拭かせてもらえないかとかいうような形で。ちょっと患者さんも、あ、それだったらやってみようかなって思うような方法でもう1回提案してみて、「あ、それだったらいいよ」って言われて、「そう言われました」って言ったら、ちょっと自分が考えてきた方法とは違うので、一緒にちょっとなんか、持っていく方も学生よりは患者さんのキャラクターとか関わり方とかもわかっているんで、一緒にちょっと援助の場面に入る。ということで、学生もこういうふうによればこういう反応があったとか、じゃあ、やれないって終わっちゃうんじゃないかって、違う方法をちょっと臨機応変に考えてみようならいいんだねということ気付くような場面もあって。そういうふうによっと患者さんがやらないって言ったからもうやりませんじゃなく、ちょっと別の方法とか、本当にやらなければいけないことだったら、違う方法を提案してみるとかいうようなことをちょっと気を付けて私は関わっているつもりです。(M-3)</p> <p>・救急車が来ないとか、あまりない日もあるので。そこが見れたとか。ないときには、シミュレーションの実習を自分たちがしているんで、それをやっているとやるとか。あとは、どんな処置が見れたとか。あとは、ウォークインで来られる患者さんの救急外来での診察に立ち会うことができたとか。先生の診察が終わったら、先生だけじゃない、看護師が指導もするので、そこを見ることができたとか。そのチェック項目を作っています。あと救急車の1報がドクターに入って、2報は、2報制なんですけど、うちは。救急隊との連絡を、ツールを知ることができるとか。私たち自身も、学生さんが来られたらこれだけは伝えようねじゃないけど、見てもらおうねっていうリスト的なものを作っているんで。そう。救急隊とのやりとりがどうだったとか。それを作っていて、これをやったださいねというのはみんなに通達しています。(N-5)</p> <p>・あとは一部じゃなくても、できることを考える。例えばシャワーでお湯を浴びせたいということがあれば、別な方法。例えば足浴だったらできるかもねとか、そういう代替とか。なんかできない、全部自分できなかったってならないような、少し、そうですね、そんなふうにはしているかな。(F-6)</p> <p>・「じゃあ、そのカラーは洗髪をするときに、ケリーパットを乗せるときにどうする？汚れてしまうし、頭が不安定になるよね」と言ったら、「いや、外して頭を支えます」、「それは、どこかにそういう方法が書いてあったのかな」、「いや、でもこうやって支えたら首が動かないので、そうやってやります」という話になって。「手浴はさせたけど、洗髪はさせません。それは患者さんの安全が私は保てないと思ったからですよ」という話をしたら、今度彼女はカンファレンスでその話題を持ってきたんです。「私はそうやってプランして、患者さんもやってほしいと言っているんだけど、指導者さんがちょっとやらないほうがいいという話になって、みんなはどう思いますか」と言ったときに、やっぱり学生の1人は、「じゃあ、あなたは命懸けで洗髪をするんですか」というふうに言ってくれたんですけど、それでもやっぱりピンと来ないんですよ。でも、やっぱり患者さんはやってほしいと言っている。私はこういう方法を考えてやりたいと思う。でも、指導者さんから反対される。といったところを時間かけて少しつなげていって、どういう問題があるねと。じゃあ、結局はシャワー室で、ポリネックという、ちょっと水に濡れてもいい物に替えて、首が真っすぐな状態で全身のシャワーを浴びながら、頭も洗いましょうということを提案しながら。(T-4)</p>
理論的メモ	<p>考え 行動 場面は<u>行動調整、実施中</u>に渡っている</p>

分析ワークシート 2-13

概念名	信頼関係を深めるために学生と患者の世界を作る
定義	学生が落ち着いていて、ケア実施中に学生と患者だけにしておいた方が信頼関係が深まると判断したらその場から離れる

<p>ヴァリエーション (具体例)</p>	<p>・準備は周到にして、あとは学生が一生懸命に足だけ見ながら足浴してたら、そこでちょっと患者さんに声をかけて、「どうですか。どこが気持ちいいですか。お湯の温度どうですか」と私が言い出すと、ふっと気付いて学生も、「あ、強くないですか」とか何か言いながらやっていって、いい雰囲気になったら、「じゃあ、ちょっと失礼するわ」みたいな感じで失礼しちゃうときもあります。2人がもう大丈夫だなというふうになったら、2人きりになってもらったりもします。実際その患者さん、足浸けて、「この温度でいいよ。気持ちいいよ」とか言ってくれたら、あと少し、「じゃあ、ちょっと私、ほかの方を見てくるので」なんて言いながら席を外して、終わるころに戻ると、なんかほんわかした感じがあって。(T-10)</p> <p>・離れていいなというときは離れます。離れられないなというときはもうずっと離れないです。もう学生さんに本当に余裕がなかったり、患者さんの痛みがちょっと強かったり、具合が悪かったり、離れられないなって。(T-10)</p> <p>・まずは学生と患者さんとの関係性がもうできているので、ある程度、指導が介入することはないのかなと思っているんですね。そこでどうしても手を出したくなるんですけど、ただ出してしまったらたぶん学生はそれに乗ってくるので、実習にならないんじゃないかな。臨床に近い実習にはならないのかなと思うんですね。どうしてもですね、こう。そうっと見守るって感じです。手は出さないって。(Q-7)</p>
<p>理論的メモ</p>	<p>ケアには信頼関係が前提 <u>考え</u> <u>行動</u> <u>実施中</u></p>

分析ワークシート 2-14

<p>概念名</p>	<p>患者と関わるからこそ得られる充実感や看護の意味づけ方についての伝授</p>
<p>定義</p>	<p>患者に触れたり、患者の持ち物から背景を推察したりすることで、看護の意味づけもしやすくなったり、患者からの感謝の言葉での充実感を学生にも味わってほしいという考え</p>
<p>ヴァリエーション (具体例)</p>	<p>・私も清潔ケアが一番大好きです。大好きなんです。やっぱり患者さんに触れて、患者さんもやっぱり気持ちいいと気分いいじゃないですか。すごく、この人、気持ちいいことしてくれるんだなと思うと、そういう場面ですごく心を開いてくれますし。清潔ケアしていると本当に患者さんに触るので、いっぱい触って。あとはもう身の回りのこと、お着替えとか。この方は、お着替えが、いっぱい来て、ご家族がいつも持ってきてくれる。この人はいつもお着替えがないとかいうこととか。何となくその人の背景も、よく情報収集しなくても何かいろいろなことが見えてきて、だからもう清潔ケアが大好きなんですけど。患者さんがすごく満足されるじゃないですか。やっぱり「気持ちいい」とか、「ああ、ありがとう」とか、「すっきりしたよ」とかいう言葉をもらえたときに、単純に、やって良かったとか、うれしいと思うので、それも味わってほしいと思いますから。(T-10)</p> <p>・ベッドサイドでの本当に患者さんと学生との会話もですし、「ベッドサイドのオーバーテーブルの上にこういうのがあったね」とか、「お孫さんの写真があったね」とか、あと、「患者さんがこういう話をしたときに何かちょっと声のトーンが違ったね」とか、そういう意味付けは最初のうちは少しこちらで意図的に。学生が何気なくやってることとか、何気なく見ている景色に意味があるよということをわかってほしいなと思いつつ。でも、直接言うときもあります。「私はそこにそういう意味があると思ったよ」と言うこともあります。(T-11)</p>
<p>理論的メモ</p>	<p><u>考え</u> <u>行動</u> 患者に<u>触れる</u>ことの重要性 <u>場面は特定できない</u>→<u>実施中</u></p>

分析ワークシート 2-15

<p>概念名</p>	<p>学生がケアに入りやすいように患者や学生への代弁者として橋渡しを行う</p>
<p>定義</p>	<p>学生がケアに入りやすいように学生と共に患者の元へ出向き同意を得たり、学生の説明不足を補うために</p>

	患者へ説明したり、患者の思いの代弁者として学生に説明を行う
ヴァリエーション (具体例)	<ul style="list-style-type: none"> ・じゃあ、やりましょうとなったときに実際患者さんのところに行って、学生が患者さんに説明するときとかには一緒に言って補足するとか。学生、言葉が足りないところを患者さんに補足しながら一緒に説明するとか。逆に患者さんが思っていることを、「やっぱり今日はこんな状態だからやりたくないですよね。時間ずらしてほしいですよね」というのを、間に立って解釈を学生に伝えるというときもあります。(H-4) ・学生と一緒に患者さんのほうに同意を得るような形で声かけをしています。そのときにスケジュールですよ。今日はこういった流れで考えていますっていうのを伝えていきますね。(P-4)
理論的メモ	考え 行動 <u>実施前、実施中</u> 学生がケアに入りやすいように、患者には学生の説明不足を説明し、学生には患者の思いを代弁する。それぞれの橋渡し

分析ワークシート 2-16

概念名	学生との相互作用を確認し指導の力量を見極めた上でのスタッフ看護師への依頼
定義	スタッフ看護師と学生とのやり取りや反応を見て、指導の力量を見極めて、任せて大丈夫な範囲を決めて、任せられないと判断すれば自分が入り、学生とスタッフ看護師とを離す
ヴァリエーション (具体例)	<ul style="list-style-type: none"> ・やっぱりスタッフは学生がどんな実習の目的で来ているのかとか、そういうのを把握してないので、やっぱりスタッフ目線の指導になっちゃうので、「今日は術後何日目だから、これ、こうしなきゃ」みたいな業務的なことを教えちゃったりとかすることがあるので、そこの修正が難しかったりとか。あとはスタッフが今まで学生のときどういう指導をされていたかだと思うんですけど。それが厳しい指導をされてたんじゃないかなと思う人は、やっぱり新しい学生にも厳しいようなところがあるので、ちょっとそこら辺のやりとりは難しいかなと。(H-7) ・一応、「なんか今日、学生付いていたけど、大丈夫だった？」みたいな、「あの学生、ちゃんとできた？」って言うと、「いや、なんか準備が全然できてなくて」とかそういうのも聞こえてくるので。そうしたら私もその情報不足だったと思うので、「次、準備のことは言えるように、できるように、ちょっと言っておくね」とか、そういうのはやっています。スタッフから聞く情報も結構あります。(H-8) ・遠回しに。直接実習をさせてもらっている側という、学生もたぶん意識があるので、直接、「あの人が」とは言いませんけど、何となくちょっとみたいなのはありますね。ナースが報告を聞いてくれない。立てきて、私と学生の間でこれでやろうと決めたことを否定される。実習が何しに来たかわからないって。(H-7) ・もうそうなりそうだなと思ったら、「じゃあ、私が替わります」って言って、スタッフにはちょっと離れてもらったりするので、そこはつまづかないようにはしようとしています。でも、ナースステーションとかのみんなが見える所で話してない。ちょっと隠れた所で長く話しているとか。あとはそのときの表情。スタッフ側の表情とか、学生側の表情を見ると、あれ？って思うことがあるので、そこは入ろうかなと。でも、大っぴらな所で指導している分には、ナースステーションとかそういうみんなが聞こえる所にいると、やっぱり感情で怒ったりとかできないじゃないですか。だから、そこの指導の場面はやっぱり正しいことをスタッフも言っているんだろうなと思うので、変なことを言っていないんだろうなと思うので。見えない所で何かやっているのは、ちょっと気を付けて見に行くようにはしています。 ・この患者さんにこういう学生さんがついているということをまず伝えるのと、あとはそういう1週目でもうバイタルサインを自分たちで測れるようになったら、「この患者さんのバイタルサインは私と学生さんと観

	察に行くので、あとで報告だけするのでお願いします」って言ったり。(R-5)
理論的メモ	考え 行動 場面は実施前～実施後にまたがる 2-19の後? これは学生とケアを共有できない時

分析ワークシート 2-17

概念名	必要なケアが想起できるような投げかけとやりとり
定義	必要なケアが挙げられていない場合には、学生が考えている看護問題に結び付けて想起させたり、患者の状態から考えさせる
ヴァリエーション (具体例)	・看護問題からはできるだけ導かせるように結び付けて、彼女が立案している看護問題を挙げて、「自分が実践しようと思った、このケアは何の看護問題なんだ？」というふうに戻していきながら、「じゃあ、この看護問題に対しての立案がないよね」とか、そんなふうにより全部一連の看護展開のサイクルに乗れるような形で。ICUの問題点というのは毎日介入しなきゃいけない、毎日評価をしなきゃいけない問題点ばかりだと思うんですね。だから、逆に言えば、1日のうちに介入しなくていい問題は1つも無いはずなので、その彼女が挙げている問題点の中にそれを結び付ける。もし挙げられてないのであれば、こういう問題は考えられないだろうかということバイタルの問題とかいろいろなところから、少しずつその子が導けるようにヒントをちょっとずつ言いながら想起させるようにはしています。(V-3)
理論的メモ	考え 行動 行動調整

分析ワークシート 2-18

概念名	現在、今後に渡っての患者の経過を伝えることでケアのイメージ化を図り行動につなげる
定義	現在や今後の患者の状態や治療を学生に伝えることで、どのようなケアが必要かをイメージさせ行動につなげてもらう
ヴァリエーション (具体例)	<p>・その後、この人、これからこういうふうな治療をしていって、「こんな感じのことを明日までにやってくよ」みたいな話をしたところで本人が、「ぜひそこも見てみたい」ということを言ってくれたので、そこを時間調整して、その後の実習につなげていってもらったんですけども。(I-5)</p> <p>・清潔ケアというと清拭とかが多いと思うんですけど、ずっと入院中、清拭じゃなくて、シャワー浴になったりとか、家に帰れば入浴になるということもあるので。じゃあ、ずっと体を拭くんじゃなく、自分で今度はやってもらえるような方向性に計画を修正したり。もうそろそろシャワー浴になるからシャワー浴のことをちょっと一緒に事前に考えてみたり、家でどうやって、例えば器具ある患者さんにゴシゴシ、結構高齢の方だとなんかすごいタワシみたいな硬いので、体、垢すりのように洗っているような方とかもいるので、どういうふうな生活してたんだろうとかいうようなところで、同じような清潔ケアだったらそういうところにつなげて。でも、「そういう情報は取れていません」というような、行動調整とかで話すところがあるので、今清拭だけ見るんじゃなく、今後のシャワー浴のことまで少し考えていこうというふうなふうに持っていったのかなと思うんですけど。(M-10)</p> <p>・もう本当に寒さだけでなく、例えばカーテンを閉めるだったりとか、男性もいるし、女性もいるし、若い方もいるし、気にされる人もいるし、気にしない人もいるんですけど、やっぱり4人部屋とか個室とかでもカーテンはあるわけだから、じゃあ、何であるのかなっていうと、プライベート空間というところだし、おなかを見たり、胸を見たりすることがどうしてもうちの病棟は多いから、創部を見るといって、乳がんの方もいらっしゃるんで、傷を見るということがどういうふうな、「恥ずかしいよね」と言ってる。だから、観察のときにも本当にバイタルサインの観察だったりとか、その後に創部の観察とかも一緒に入ることもあるんですけど、カーテンを閉めない子がいたりとかすると、「閉めようか」と言ってる、その後</p>

	にまた同じような段階を持っていくことはあります。(Q-10)
理論的メモ	考え 行動 場面は <u>振り返り、行動調整、実施中に渡っている</u>

分析ワークシート 2-19

概念名	患者の安全を考慮した上での他の看護師への学生指導の依頼
定義	他の業務と兼務の中での実習指導であり、学生と共にケアに入れなかったり、振り返りができなかったりと、他の看護師に依頼せざるを得ない時があるが、依頼の柱は患者の安全が守れた上での学生への指導である
ヴァリエーション (具体例)	<p>・責任者として私はいるけど、学生が困ったときは聞くという感じのときはあるんですけど、あと現場のところは普通のスタッフナースと一緒にやるというときもありますね。行動調整は必ず関わるようにはしているんですけど、目的とかそういったのは確認しているんですけど、実際の行動の場面というところをスタッフに任せるときもあります。「今日は学生がリハビリの計画を立ててきて、こういうところはわかっているのでここは任せて学生主体でさせて、あとは安全が妨げられないようにスタッフはサポートしてほしい」とか。具体的に学生にこう指導してほしいというのは、やっぱりスタッフのキャリアにもよるので、ちょっとそこを求めるのも難しいかなと思うところがあるので、とりあえず安全を確保してもらえればというところになる。(H-6)</p> <p>・時々やっぱり部屋の担当に依頼するときは、やはりその回数としてはこなしてきたときに、「こういうようなケアをこういう方法でやるから、ちょっと後ろで大丈夫かどうかを確認してほしい」とかいうような形で、ちょっと自分たちで全部やれないときもあるので、そこをちょっと使い分けて、部屋持ちのスタッフにも協力してもらってというような形です。(M-6)</p>
理論的メモ	考え 行動 <u>実施前</u> 自身が学生と一緒にできず、他者に依頼しながら指導を行っている。

分析ワークシート 2-20

概念名	学生が手を出せなくても次のケアに活かせる工夫の提案
定義	ケア時に学生が手を出せなかったとしても患者の言っていたことや自立度を確認することで次のケアに活かせる工夫を提案している
ヴァリエーション (具体例)	<p>・そこで手が出なかったとしても、それこそ、「患者さんがこういうふうに言ってたよね」とか、「このぐらいできてたよね。だから、私たちはこのぐらいの援助でいいよね」みたいな話とかは後でするにして、(L-13)</p> <p>・一連の行動が終わった後に、「さっきのあれはどうだった？」って。もちろん足りてないところは私がもうそのままやったりしてしまうので、それはもう患者さんのデメリットになるので、そこは私がカバーをして介入して。最後に、「あそこで私がこう行動したのはなぜだと思う？」って振り返ったりだとか、「自分の手技の中で何を改善したほうがいいと思うか」とかいう振り返りをして、次につなげられるようには残していますね。(V-4)</p>
理論的メモ	<u>振り返り</u> の場面。学生が手を出せる出せないは問題ではなく、次にどう活かすかの評価を大事にしている様子 <u>結果(4-2)</u> <u>考え 行動</u>

分析ワークシート 2-21

概念名	その場では把握しきれなかった記録による学生の理解状況の確認
定義	学生の提出した記録やレポートを見ることで、観察ポイントやケアにより起こり得る可能性、現場では気づいていなかった気づきについて学生の理解状況を確認する

<p>ヴァリエーション (具体例)</p>	<p>・記録もします、はい、学生が。そうすると記録が、まあもう少しやっぱり見ないといけない観察ポイント、次の離床のときはこういうことを見たほうがいいのか、こういうことが起こる可能性があるのかを記録に残してもらい感じにします。(L-9)</p> <p>・振り返ると同時に、それは記録としても来るので、記録の確認をする。(L-9)</p> <p>・なので、最終のレポートでは、やはりなんか自分が見えなかった部分というものがあったんだということが書いていました。そこで最後のまとめもして学生同士での意見の共有とかもして、やっぱりその私のがいけないんですかというところから一呼吸置いて、ちょっと自分を客観視して、看護というのはそれだけじゃないとか、私はそこにとらわれていたとか、そういうことに気付くことはできていたのが最後のレポートだったので。もう本当に最終回まで、ずっとそのやりとりは続いていたんです。「じゃあ、今、患者さん、足洗ってほしいと言ってるので、私はそれをやりたいです」とかいうこと、「じゃあ、今日、足を洗うことに、やっぱり意味を持たせたいんだけど、私としては」みたいなことのそういうやりとりが続いて、何となくもう彼女も納得いかない。私たちもうまい言葉で彼女に説明ができないという不全感もあり。周りの学生たちもやっぱり彼女のことを空回っているように評価しているんですけど、なかなか学生同士で率直な意見を言い合うということはあるみたいで、やっぱりそれぞれが自分の課題に大変なので。そうですね。何かそういうふうにもう少し、そうですね、同級生とかの横のつながりも、ちょっとやっぱり最近の人の傾向なのかなという感じは。(T-6)</p> <p>・基本的にはそのやりとりの中で終わらせて、たぶん記録の中にも反映はされていると思うので。どうしても実習期間内、時間内で記録を見る時間を作るのがちょっと難しいときもあるので。だから、最後に必ず記録物の提出はあるから、そこで確認したりだとか、それが評価につながったりというところにはなってくるのかなと思います。(Q-11)</p> <p>・何があったと?」みたいのを聞いたら、「看護師さんも同じことしてるのに、何で私ばかりこんな言われなくちゃいけないんですか」みたいな感じで言っていたので、「そうか」みたいな。だから、「ちょっと学びで来てあるから、ちょっと私たちもできてなかったりしたことなのに言ったのは、ちょっと悪かったけど」みたいな感じで言って、「安全安楽な病状を整えるためには、何かちょっと患者さんの立場になって考えてもらうことを指導者は言いたかったんじゃないかな」って言って。ちょっと仲介役じゃないけど、そこで、「ごめんね、なんか」とは言って、ちょっとフォローはしたんですけど。何かほかにもあったんですけど、ちょっと忘れた。結局、最終のまとめの、実習を終えてという何かレポートを書くときに、でも最終的には、「あのとき指導していただいてありがとうございました」みたいな感じで言っていましたね。「自分から見た視点と看護師さんからの視点が何か違って、自分のために言ってくれていたのは本当にそうだと思います」みたいな感じで納得はされていたんですけどね。(E-9)</p> <p>・記録から、例えばなんかシャワー入れるときにこういうことに気を付けなければいけなかったみたいなことが書いてあれば、あのときわかったのねみたいな判断ですけど、それを見れるチャンスが毎回あるわけではないので。(F-8)</p>
<p>理論的メモ</p>	<p><u>後日の場面</u> 記録を確認する意図。振り返りに追加しているだけで終わらない。 結果 (4-4) 考え 行動</p>

分析ワークシート 2-22

<p>概念名</p>	<p>患者の現在だけではなく今後の方向性も視野に入れた学び方に気づかせる</p>
<p>定義</p>	<p>学生が自身の手技に集中したり、一つのことに囚われてケアを実施しようとするあまり、患者の反応を全</p>

	く見れていなかったという判断の下、振り返りにおいて、患者の反応、今後の方向性、気がかり事項、学生自身の行動など、それだけではなく視野を広げた学びができるように気づかせる機会を作る
ヴァリエーション (具体例)	<p>・なんか自分がバイタルサイン測定するとか、患者さんに例えば痛みを聞くとかだけじゃなくて、それでなんか離床したときに患者さんの表情がどうだったかとか、なんか表情だけでなく顔面の顔色がどうだったかとか。(L-7)</p> <p>・なんか患者さんの反応をやっぱり見てほしいっていうふうに思うので。(L-7)</p> <p>・ドレーンが5本、6本入っているので、患者さんに座ってもらった状態で、点滴棒にこうやってなんかヒモでこうやってぶら下げなくちゃいけないので、これを一生懸命ぶら下げているんですよ。その間、患者さんはこうなっているんです。「あれ、良くないよね。患者さん、見ながらやらないと。そのまま前へ倒れちゃうから」とか。あとは患者さんの、顔をあまり見ない。転ばせないに一生懸命になっちゃったりとかで、結構もう顔を見ないで、もうずっとこんな感じでやっちゃっている子もたまにはいるので。だから、患者さんの表情を見ながら、ちゃんとやろうとか。あとモニターつけても、やりながらそういうのでモニター全然見てなかったりとか、そういうのは結構あるんですよ。なので、「それは見たほうが良かったよね」とか、そういう関わりはしていますね。(S-11)</p> <p>・なんかバイタルを測るにしても、測ってるときに一生懸命、血圧を測って。「あっ、もう1回させてもらっていいですか」と言ってもう1回やって、「あっ」と言ってもう1回やって。やってる間にもう患者さん、「あれ？ あれ？」という顔をしているのにその反応はもちろん見ないで、「あっ、ああ」とか言いながら血圧を測ったりして。でも、そういうふうに言ったら、「誰もが、あれ？ この子大丈夫かなとか、自分の血圧、大丈夫かなというふうに思うよね？」というふうに言うと、もうなんか頭が真っ白なんでしょうね。「え、そんなこと、私、言っていましたっけ？」みたいなことだったり。(T-8)</p> <p>・リハビリとか行って、どういうことができていた。あとは本人がどういうふうになりたいと思っているのかというのをちゃんと聞いてくるようにとか。確かその方、ご高齢で転倒したから硬膜下血腫まで診ているんですけど、転ばないようにということが目標には挙がっていて、確かに転倒を防ぐというのはすごく大事なことなんだけれども、それによって動かさないほうがいいのかということではないということを知付けてもらうように。例えば、やっぱりどうしても安全対策とかがされている方で、でも本人はそれをどう思っている。実際に学生自身が、「あなた、リハビリとか一緒に見てきて、どこまでできているのかというのを見てきたらいいんじゃない？」みたいなことを言って、実は動けるとか、実はちゃんと意識がクリアだと思われてないかもしれないけれども、わかっていらっしゃるとかいうことを知付けてくると、なんか安全にととか、病気で転ばしちゃういけないとかだけではないみたいな視点に変わっていったりとかいう人もいましたね。(F-12)</p>
理論的メモ	<p>そこだけに集中するだけではなく、他も見れるようになってほしいという願いのようなもの</p> <p><u>考え</u> <u>価値観</u> <u>振り返り</u>による重要なポイント <u>結果(4-5)</u> <u>4-1との関係は？</u></p>

分析ワークシート 2-23

概念名	学生が患者の状況を理解した上での実施方法の決定
定義	ケアの目的や所要時間、患者の傷の状態や自立度に応じた体位、今後の離床状況やニーズをふまえた上で方法を学生とやり取りした上での実施方法の決定
ヴァリエーション	<p>・まず最初に全身清拭にするか、シャワー浴ができるかみたいところだとか。全身清拭にするにしてもどれぐらいの時間でやるか。それによって石鹸清拭を取り入れるかどうかとか。あと時間だけじゃなくて長期臥</p>

<p>(具体例)</p>	<p>床の人だったら石鹸清拭にして、2日後にシャワーに入れる人だったらお湯拭きだけにするとか。なんかその辺りは学生と一緒に相談というか、私はこう思うっていうの。学生は結構、通り一遍、全身清拭だったら教科書どおりのをまずは出してくるので、「この患者さんだったら、こういう方法がいいんじゃない？」というのは伝えるようにはしています。(L-11)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予測と、患者さんが今後どういう保清の方法ができるようになるかという予測と、あとは傷の状態とか、急性期だと。(J-8) ・術後1日目からあんまりシャワーに入らないので、傷の状態見てとか。あとは年齢とか。結構学生が気付けないなって思うのが、高齢者でも肌が乾燥すごいひどいときに、結構石鹸で長くやって乾燥を助長するなっていう感じもするので。そういう場合はお湯だけにして、保湿剤を使おうねとかいう話をしたりはしています。あと痛みが強かったりとか、バイタルサインが安定してない患者さんを清拭するときに、どういう体位。臥位でやるのか。あと逆に言うと離床が必要な人だったら端座位を取ってやるとか、そういうところもアドバイスするようにしています。(L-12) ・うちのベッドバスの方法に準じてやってもらうんですけど。準じてというか、どうしても強い希望があれば桶にお湯を張ってとかやってもらってもいいんですけど、それは患者さんが望むんだったらそれでもいいと思うんですけどね。なので、別にホットタオルもあるし、ディスポのやつなんですけど、それでやっても構わないし。たぶん演習で技術を学校で勉強してきていることもあると思うので、好きなほうでいいよっていう、だから選択式にしています。ディスポで全然やりますという人はもうそのままやりますし、温かく絞ったタオルでやる人もいますし、その辺は任せていますね、まず。まあ半々ぐらいですかね。半々、うーん、いや、3:7ぐらいですかね。結構ディスポでやっちゃう。(S-15) ・朝に来た時点で行動調整みたいなところで、「今日は何々をしたいと思います」って学生が言ってきたところで、「じゃあ、それは何で立てたい？ 何でそれをしたと思ったの？ なぜそれが必要だと思ったの？」というところを詳しく言語化させて、引き出そうと関わっています。(H-15) ・準備をしながら、その流れをイメージさせるんです。(T-10) ・そうすると、まずケアの有無に対する決定という判断を促すじゃないですけど、なぜそのケアを立ててきたニーズはあるのかとか、あとはなぜ立ててきたのか、それが身体的な疾患的なものなのか、精神的なものなのか、そういったのを多角的に捉えているのかというところをまず引き出して確認して、それが本当にやる必要があるのか、ないのかというのを確認しますよくあるのが、「お散歩をしたいと思います」って学生がよく言うんですけど、そのお散歩というのはどの目的で、リフレッシュの目的なのか、患者さんにおいてはリフレッシュなのか、それとも身体機能を維持するためなのか、それともリハビリ段階のリハビリの過程の1つなのか、それともコミュニケーションを取って仲良くなりたいための手段なのか、そこを学生はどんなふうに捉えて計画を立ててきたのか、その考えを引き出したいというのと、(H-3) ・本人が実践するというふうに判断をした場合には、実践方法を実践する前に確認するので、その技術が、その方法が患者さんに適正かどうかのディスカッションはするようにしています。実践の最中はもう手技的なところもあったりするし、正直うちに病院にあるものとなないものというのもあって、物の違いによってできないこともあるので、その辺りをちょっと修正しながら、ここではこういうふうにしましょうという形で最終的にやり方を導いて。(V-4) ・その行動計画を見ていく中で、「何でそのケアをやろうと思ったのか」とか、「そのケアをするときにどういうことに注意をしないといけないのか」とか、あとは、「それを行うことでの患者さんに対するメリット
---------------------	--

や、ケアにはきっとメリットだけではなくてデメリットが何かしらあるんじゃないか」という話をして、「じゃあ、このケアをすることによって患者さんにどういうメリットとデメリットがあるんだろうね」というのを一緒に考えて、「患者さんの状態に合わせて、患者さんがそのケア本当に望んでいるのか」とか、「必要なのか」とか、そういったものを一緒にその行動計画の中で話しながら、じゃあ、その方法で実践してやってきてくれた看護ケア、プランを立ててきてくれるので、そのプランを見られるので、そのプランを見て、そのプランで患者さんに実施できるのかとかいうのを一緒に、「何でこう書いたの?」とか聞きながらやっています。(R-3)

・術後ってなると手術用のガウンを着ています。ガウンを着て、寝衣の洗濯ですね。パジャマの洗濯のときなんですけど、この後、患者さんのスケジュールはどうなってるのかなってところで、離床があるのでズボンタイプがいいのかとか、例えばなんですけど。あとは消化器外科なので、おなかの傷がありますので、パジャマのサイズだったりとか、そこの選択というところでは考えてはいますね。もう事前の、その準備のときにですね。ガウン着たのでガウンを準備してまうとかっていう学生さんも中にいるので。この後のスケジュールはどうなんだろうってところで一緒に考えたりしてますね。結構細かいところで言うと、ズボンタイプのパジャマに切り替えるんですけど、ちょうどおなかのところに当たってしまって痛みが出るってということもあるんですね。それは実際やってみて、すぐ取り替えることはできるので、じゃあ、1つ上のサイズのパジャマにしてみようかっていうところ。(P-9)

・ケアの有無に対する決定という場面を考えてみると、結構急性期の患者さまで直後痛みを伴ったりした場合、自分はこの清潔ケアが必要だと思ったんだけど、今、痛くてとてもやれるような状況ではなさそうだというような、それも看護上の判断、ケアの有無というところではなるのかと思って、ちょっとこの場面を考えてみるんですけども。そういうことって、前の、移動する前の部署は慢性期の実習を受け入れていたりしたので、そうするとあまり患者さんの状態が大きく変わらなかったりすると、自分が、——今の実習では1週目で患者さんのアセスメントをして計画立案で、2週目に自分の立てた計画に基づいて実施評価というところで取り組んでいるので。例えば、いざ、計画実施しようと思ったときに、土日、例えば月と挟むと患者さんの状態が良くもなっているし、悪くもなっているというようなところで。あまり、例えば1週目の金曜日、そんな痛みがなさそうだからこの方法で考えてきたけれども、術後、例えばエピが切れて、痛みが強くなって、できなさそうってというような、ちょっと悪くなるような、想像していたのと違くなっている患者さんを目の前にすると、もうケアはきないっていうように捉える学生さんも中にはいて、なので、私は、ちょっと清潔ケアは実施しませんというように考えてしまうような学生さんに対しては、やはり清潔ケアが必要だと思って立てたことなので、もうそれは本当にやらなくていいのかどうかというところをまず一緒に考えるようにしています。例えば連日清拭をされていて本当に今やらなくていいのだろうかというところと、あとは自分が考えてきた計画だと、例えば学生が援助するってなると、結構時間もかかるというか、当然だと思うんですけど。なので、例えばもう少し手術した直後であれば腹帯を巻いていたりするので、そこ、汗がかいている部分だけに限定して援助を実施する方法はどうかとか。そういうような、自分の考えてきたものを一から十までやれて実践できればいいと思うんですけど、そういう状況じゃなかった場合に、例えばこの部分だけを援助として実施しようとかいうような形で、一緒に考えるような関わりをしています。

(M-3)

・発熱とか倦怠感とかがあったときに、車いすに乗って足浴をしたいとかいう場面だったら、やっぱり車いすに、その患者さんによるんですけど、車いすに乗ることで体力を使ったりとか、やりやすいはやりやすい

	<p>かもしれないけど、なんかちょっとベッドから起きたくないというときはちょっとその方法を変えてもらって、ベッド上でできるケアに変更してもらったりとかするのを、こっちから言うんじゃなく、「こうしてください」って指示を出すんじゃなくて、「今こういう状況だよ。どうかな？」って聞いて、学生さんにちょっとそんなふうに誘導するというのはあれなんですけど。学生さんの判断を聞いて、「でも、こんな状況だよ」って言ったら、「じゃあ、ちょっと方法を変えてみます」っていうところまでちょっと促していきけるように、ちょっと何か気付かせるというか、そういう関わりをしているような気がします。(E-3)</p> <p>・それをするには、まず何をするのかということ、どうしてする、何をするのか、根拠を指導者が聞いてくれるんですね。私はそこで横で聞いていますけど。なぜするのか、目的をしっかり確認をして、注意点だったりとか。ケアの、だから注意点、あとは、患者さんが今そのケアを必要としているのかどうかということを確認していますね。何をすべきか。そう、注意点。今、本当にすべきか。患者さんを決定します。あと時間に関しては、ケースだったりとか、いろいろ妨げにならない時間を決定して、あと指導者が学生を3、4人見ているので、時間ちょっとそこで合わせてもらって、やったりとかはしていますね。(J-2)</p>
理論的メモ	<p>core1-1 から変更。行動調整で何をしているか</p> <p>考え 行動 2-50、2-54・からの帰結 もっと細分化できる→完成</p>

分析ワークシート 2-24

概念名	患者にとってベストではなくともベターなケアを目指す意味を学生に伝える
定義	離床の際、動かしたり、歩けなくても歩くまでの過程が大切である。ベストではなくとも患者の限界を踏まえつつ、よりベターな選択が必要であることを学生に分かりやすく伝える
ヴァリエーション (具体例)	・歩けなくても歩くまでの過程が大事だったりするのかなど。上ずって見て寝かせればなしは良くないですけど、でも動かすというか、そういうのもいい。歩くのはベストではないのかなと思うので、「その人その人のベストはあるからね」というので、「歩けなかったら歩けなかったで、座ることがこの人の今の限界なんだよ」というような感じで返してはいますけど。(S-11)
理論的メモ	患者の状態を考慮した判断を行っている 振り返りの場面。結果(4-7) 考え 行動

分析ワークシート 2-25

概念名	教員と共に学生の話聴くことで学生へ理解してもらうための策を練る
定義	いくら伝えても理解してもらえない学生に対して、教員と共に話を聴いたり、学生にどのように伝えるかの検討を行う
ヴァリエーション (具体例)	・先生はもうずっと実習しながらも、あの子にどういうふうに伝えていったらわかるんだろうかということは2人で話し合いはして。やっぱり彼女の納得いかない部分に関して、私も先生もとことんそちらの話を聴いたと思うんですけど。
理論的メモ	困った時の教員頼みではなく、学生に理解してもらう手段を探るために教員と共にそちら(学生)の話を聴くというスタンス 考え 行動 後日

分析ワークシート 2-26

概念名	学生の目標達成度について教員とやり取りを行うが最終的な目標達成度は教員の判断を仰ぐ
定義	疾患との結びつけや目的とのずれがないか、学生の最終達成度をどこにおくか、最終的な目標達成度をどこにおくかについて教員とのやり取りを重ねるが、最終的な線引きは単位認定に関わることなので、教員の判断に委ねたいと考えている
ヴァリエーション	・中間でつまづいてる子とか、やっぱり日々の行動計画は発展してない学生とかは、中間評価も最終評価も、

<p>シヨン (具体例)</p>	<p>あれ、ポイントがずれてるよね、目的とずれてるよねっていうところはあります。ちょっと私じゃ、修正がきかないとなったら先生に言って、教員に、やっぱり学校の先生に言って、「なかなか急性期のこの展開に付いてこれてない」とか、「疾患の理解がまだできてない」とか。そういったところを先生と言って、先生と調整しながら、「じゃあ、この子の目標はもうちょっと下げて、問題が3つあるうちの、この大事な1個だけ見れるようになればいいか」とかいうのを教員と私の中で調整して、求めない。求めすぎないようにポイントを絞るじゃないですけど、するようにしています。最終の、私も迷うんですけど、この子はここまでいいという線引きを学校の先生がやってもらえると、その判断を学校の先生がやってもらえるとこつちも次に生かせやすいというか、次に、じゃあ、私もそこに絞っていいんだというのがわかるんですけど。なんか私が勝手に、「じゃあ、この子はちょっと難しいから、この1個だけに絞りたい」って言っても、学校側が求めている実習はそこではなかったりとかするので、私がそこを線引きするのは難しいかな、駄目なのかなとはいつも思うので、ちょっと学校の先生とそこは相談して。私が絞っちゃったことで学生が単位落とすとか、そういう目標が達成できないということになると困るので、学校の先生とちょっと相談してます。先生側から、「ちょっとこの子、記録、全然書けてないからちょっと記録に時間を使いたい」とか。あとはちょっともう先生のほうから、「今回はここまで求めなくていい」、例えば術前後との関わりだったら、「もう術前だけ、まとめてもらえばいい」って。あとは、「展開できなくても、記録でちょっとそこがプランを立てられていれば、評価は今回しないけれども、OKとする」とかいうところもあります。(H-12)</p> <p>・「ここまで言っても、ちょっと無理そうですね」とか、「まだこの情報が足りてないから、ここは見れてなくてもしょうがないですかね」とかは先生たちと話して、「ちょっと目標を下げます?」とか、「ケアさせますか? どうしますか?」とか、そういうところはありますね。(O-7)</p>
<p>理論的メモ</p>	<p>教員との連携についての具体例 考え 行動</p>

分析ワークシート 2-27

<p>概念名</p>	<p>学生の気づきの洗い出し</p>
<p>定義</p>	<p>ケア時の患者の様子や反応について学生とやり取りを行い、学生が気づいていた点と気づいていなかった点について洗い出しを行う</p>
<p>ヴァリエーション (具体例)</p>	<p>・「すごいびっくりした」って言って。はい。「本当にああいうふうになると思わなかったというか」っていうふうに言われました。(L-8)</p> <p>・その学生はたぶん結構センスというか、自分のセンサーもある学生だったのか、「でも、あのとき脈は一応触れたよね」みたいな話とか、「ああ、触れてました」とか。あと、「手冷たかったよね」みたいな話ししたりとか。あと、「焦点合っていないの、わかった?」、「それは見てませんでした」とかいうのはして。その後、そのときはどういう起立性、たぶん起立性の低血圧起こしてたから、そのときはどういうふうに、ああいうふうにはベッドにすぐ戻ってもらって下肢挙上してというふうにすると、比較的意識もすぐ戻るし。戻ったねみたいなことを一緒に。(L-9)</p> <p>・それを実際起こる起こらないにしてもやって、その後に振り返る。その場のことを。(L-9)</p> <p>・歩けた、歩けないにしても、じゃあ、歩き終わって患者さんが寝て、「じゃあ、一段落ついたね。あつち行こうか」って言ってナースステーションに戻って、そこで振り返りですね。実際良かった点はどこかなみたいな感じで、また2人で話し合っ。かなり気付いてないことがたくさんあるので。(S-11)</p> <p>・お散歩とかリハビリの場面であつたら、「途中で息が上がっているのを気付きましたか」とか、「お話を夢中になって、息が上がっているのをあなたは気付きましたか」とか、最後の足取りは、最後疲れちゃ</p>

	<p>って足取りがおぼつかなくなっているのを学生は気付いたかどうかというのを、最初は遠回しに聞いていきます。学生が気付いたかどうかというところを確認したいので、「どうでしたか」って言いながら、「スピードはどうでした？スピードはどうでしたか？」とか、「最後に辺は付いてこれましたか」とかそんな感じで、ちょっと学生がちゃんと患者さんのことを確認、観察できているかというところを話しながら確認しようとしています。(H-5)</p> <p>・実施中でもそうなんですけど、終わってからの振り返りは行っている状況なんですけど、実施中、ここ見れてるのかな、例えば皮膚の状態だったりとか、あと実施中の、術後だったら大きいベッドサイドモニターがあったりするので、モニタリング。その、脈だったり、呼吸数だったりとかいうところを注意しながら。実際たぶん学生さんは手技に夢中になってしまって、患者さんとのコミュニケーションとかいうところで、なのでそれは実施中にしか、後々終わってから見てきてというところでは声かけたりはしてますね。振り返りすると、ほぼほぼできてないときもあれば、気が付いて、例えば体の向きを変えたときに患者さんが痛って言ったときには、そのときには呼吸の状態、病識ですかね、(それ)が、やはり少し呼吸が促迫されてましたとか、実施後の振り返りでそういうふうなことを気が付いている学生も中にはいますね。(P-8)</p> <p>・基本的に、ベッドバスとかやった後はバイタルを測ったりとかして、その報告に来るので、実際にやってみてどうだったかというのは聞くようにはしてます。自分の手技とか、実際やってみて何か気になったことだったりとかいうのは、まあ返すようにしてて、それで特にケア中に気になったこと、なんかやっぱり体の向きだったりとか、痛い表情をしていたのを見てなかったかねというところはもう1回確認するようにはしてます。(Q-8)</p>
理論的メモ	振り返り <u>結果(4-1)</u> ではなく、 <u>考え 行動</u>

分析ワークシート 2-28

概念名	学生が気づいていない患者の状態や学生自身の行動に対する投げかけ
定義	一つのケアに注意するだけではなく、実施しながら患者の反応を見たり、他の部分にも視野を拡げたりすることができるように、実施の時に観察した患者の状況や学生の状況を伝える
ヴァリエーション (具体例)	<p>・なんか自分がバイタルサイン測定するとか、患者さんに例えば痛みを聞くとかだけじゃなくて、それでなんか離床したときに患者さんの表情がどうだったかとか、なんか表情だけでなく顔面の顔色がどうだったかとか。(L-7)</p> <p>・なんか患者さんの反応をやっぱり見てほしいっていうふう思うので。(L-7)</p> <p>・ドレーンが5本、6本入っているので、患者さんに座ってもらった状態で、点滴棒にこうやってなんかヒモでこうやってぶら下げなくちゃいけないので、これを一生懸命ぶら下げているんですよ。その間、患者さんはこうなっているんです。「あれ、良くないよね。患者さん、見ながらやらないと。そのまま前へ倒れちゃうから」とか。あとは患者さんの、顔をあまり見ない。転ばせないに一生懸命になっちゃったりとかで、結構もう顔を見ないで、もうずっとこんな感じでやっちゃっている子もたまにはいるので。だから、患者さんの表情を見ながら、ちゃんとやろうとか。あとモニターつけても、やりながらそういうのでモニター全然見てなかったりとか、そういうのは結構あるんですよ。なので、「それは見たほうが良かったよね」とか、そういう関わりはしていますね。(S-11)</p> <p>・なんかバイタルを測るにしても、測ってるときに一生懸命、血圧を測って。「あっ、もう1回させてもらっていいですか」と言ってもう1回やって、「あっ」と言ってもう1回やって。やってる間にもう患者さん、</p>

「あれ？ あれ？」という顔をしているのにその反応はもちろん見ないで、「あっ、ああ」とか言いながら血圧を測ったりして。でも、そういうふうに分ったら、「誰もが、あれ？ この子大丈夫かなとか、自分の血圧、大丈夫かなというふうに思うよね？」というふうに言うと、もうなんか頭が真っ白なんだろうね。「え、そんなこと、私、言っていましたっけ？」みたいなことだったり。(T-8)

・もうそのケアに関して、その患者さんに回数をこなしてきているような場面では、あまり積極的には手を出さないようにしています。そういう患者さんの表情とか疲労感みたいなところにやっぱり気付いてなくてというときには、ケアをやった後の振り返りで、ちょっと表情見れてたかとか。そういうときって一応、朝の行動調整で、準備にどれぐらい、ケアの実施にどれぐらいっていう時間を想定させて実施をさせているので、そうするときって結構実施にもっと思ったよりも時間がかかっちゃっていたりとかすることが多いので、じゃあ、所用時間どうだったかとか、自分が考えてたやり方ができてたかとか。あとはもう少し実際には患者さん、体を動かしていたけど、床上での清潔ケアを、端座位で背中を拭いたりとかいうようなところでも良かったのかとか。そういうところを自分たちとか、指導者が援助の場面に一緒に入れているときには、そういうような振り返りがしっかりできるのかなとは思っています。(M-5)

・振り返りの場面だともう少し突っ込むとか、患者さんがどう思ってたかとか、じゃあ、これはどうだったのかとかいうところを少し、しっかり言わせるとか、しています。(M-6)

・やはり何回やっても自分の実施に集中しちゃう学生に関しては、初日、例えば、「患者さんの表情ってどうだった？」とかいうところも返して、じゃあ、まあ、「そこはあんまりやっぱり見てなかった。どういう表情かもわかんなかった」っていうふうにもし返ってきた場合には、「私はこういうふうに見えたよ」というようなところを伝えます。次の日、じゃあ、患者さんが結局、反応を捉えていかないと自分のケアがどうだったかがしっかり評価できないから、「気持ち良かったですか」、「はい」じゃなくて、やっぱり実習中の患者さんの表情も見るようにしようっていうところ。1日目、振り返りしたとしたら、2日目も、じゃあ、今日、行く前に昨日の課題は、ケアに対する課題にどこだったのかなというところも確認して、患者さんのところへ行って、少しでもそこが、100%見れてなかったとしても、こういう状況でしたというのがもし返ってきたとしたら、「あ、そう。私もそう思った」というような形で返していくことで、ちょっとずつ気付けるようになっていくのかなって思うので。なんか学生さん、何て言うんですかね、患者さんから言われたその意味をなんかそのまま受けとめるじゃないけど、じゃあ、本当はどうだったんだろうとか、患者さんからの反応の、その真意みたいなところをしっかりと考える。「気持ち良かった。良かった」の感想で終わらないように、それだと看護じゃないかなって思うので。そこをちょっと振り返りながら深めていくのかなと思うんですけど。(M-9)

・やっぱり患者さんの表情とかですね。動いたときにこういう表情だったりとか、痛い、まあ痛いような雰囲気を出している患者さんでケアをそのまま続行しようとしたときとかは、その終わった後に、「どうやったらろうか」って言って、「顔見てみた？」とか「声かけた？」とかいうことはしています。あとは声かけが少ないことですね。「なんか寒くないですか」とか、そういう本当に普通のことなんですよ。普通のこと。でも、演習ではたぶん学生同士で暖かい部屋の中でやっているとかが環境と、高齢者の痩せてる患者さんで4人部屋でしてるとかいう環境ではやっぱりちょっと違うから。(Q-9)

・人にはよるとは思うんですけど、ちゃんとした理由があってこうしているんですけどっていう人もいれば、なんか、「何、何々？」みたいな感じで言うような、思っている人があって、「こんなふうじゃない？」って私の気持ちを言ったら、「そうですね」みたいな感じで、そこで納得はしてくれるんですけど。それをケ

	<p>アに、次からのケアに生かしてくれたりとか。(E-8)</p> <p>・例えば保清が終わって、ちょっと振り返りするときとか。「あのときこういうことを見てたんだよ」とか、「患者さん、こうやってできてたけど、自分でつかんで動けるんだね」とか、「そこまで回復しとるね」とか、何かそういうことは伝えて、そこに気付く子もいるんですよ。(D-10)</p> <p>・実際やってみるときにはもうそれに一生懸命になっちゃうので、患者さんはこのときどういう表情してたとか、このときどうするみたいのは終わった後とか、もしくはちょっと後にしようかみたいはそのときの判断は、対象者の反応に伴うケアの決定は、私がしたことをどうしてあのときはこうしたのかみたいなことで学生に、「痛いって言ってたよね」とか、「少し起きて血圧下がったよね」とか、なんかそういうことはこちら側から言っているというイメージのほうが強いかな。(F-4)</p>
理論的メモ	<p>そこだけに集中するだけではなく、他も見れるようになってほしいという願いのようなもの</p> <p><u>考え</u> <u>価値観</u> <u>振り返り</u>による重要なポイント <u>考え</u> <u>行動</u> 2-27との関連?</p>

分析ワークシート 2-29

概念名	<p>学生のモチベーションを下げないために良かった点から話し、学生の状況をくみ取りつつ改善点を指摘する</p>
定義	<p>振り返り時は、悪かった点を指摘するのではなく、学生のモチベーションを下げないために良かった点から話し、危険を予測して慎重になり時間を要したとの推測や、患者の捉え方が適切ではなかったことなど、学生の状況をくみ取りつつ改善点を指摘する</p>
ヴァリエーション (具体例)	<p>・「でも、思っていた以上にスムーズにできた」とか。あとは、「中止基準に引っかかったと思ったのでやめました」とか言える子は言えるんですよ。なので、そういう子は、「それはいい判断だと思うよ」とか、そういう確認はしたりしますよね。でも、良かった点から話すのは、悪かった点をばんばん言ってもかわいそうかなと思うので、できるだけ本当にひどい離床、初めての離床でも、「でも、やっぱりこれだけ時間がかかったのは、ちゃんといろいろなことが危ないなと思ったから慎重になってやったんだよね」みたいなそういう酌み取りつつ、「でもね」っていう感じで、ちょっといいところを探して伝えるようにはしていますけどね。でも、大体もうボロボロな状況で初回離床は終わっちゃいますけどね。午前・午後トライできるので、なので、午後はもう少し成長した感じでできますけど。(S-11)</p> <p>・あとはそのできてる子とできてない子ですよ。できてない子は、「自分はこういうところを観察するって立てたんですけど、今日はどうでしたか」とか、こう立てたけど、患者さんはもうちょっと、もっと先のこと、全然余裕でしたよねっていう、「私たちの考えがちょっと甘かったですよね。もうちょっと患者さん、先のところに行っているからもうちょっとプランの修正が必要ですよね」とか、そういったところを評価という形で振り返りをしていると思います。(H-5)</p> <p>・全部終わった後に、「あんなふうに言ってたね」って言ってから、「今度そうしたら違うのも入れてみたら、患者さんがやる気が上がるんじゃない？」みたい感じで言ったりします。患者さんの前でいろいろ指導したりとかするのはしてないような気がします。学生さんがたぶん患者さんの前で指導とかしたら、学生さんのモチベーションを下げるような感じがするかなと思うから、ちょっと部屋から出てから、「何であのとき、ああしたの？」って聞いたりして、その反応を聞いたりしてますね。(E-8)</p>
理論的メモ	<p><u>振り返り</u>の場面の工夫点、学生のプライドを傷つけないように配慮しながら指摘している。4-2とも関連している？ <u>結果</u> (4-6) <u>考え</u> <u>行動</u></p>

分析ワークシート 2-30

概念名	失敗しつつ経験から気づきを得ることが重要という考え
定義	何回失敗しても繰り返し経験していくことで学生自身が気づくことが重要だという考え
ヴァリエーション (具体例)	・もう繰り返し経験していくことかなと思うので。本人さんが、その学生さん自身が気付かないとやっぱりそこは変わらないと思うので。まだ学生のうちに何回も失敗して学んでもらえたらなと思いますけどね。今回のうちでそれを絶対に学ばないといけないというのは、もうそういうのは思っていないので。(U-10)
理論的メモ	価値観 IV-4 → 2-30 へ

分析ワークシート 2-31

概念名	患者の変化をどのように分析するかを学生の知識に戻しながらのおさえ
定義	学生の思考過程を言わせるだけではなく、患者の変化をどのように分析すればよいかについて、学生の事前学習による知識に戻しながら理解を促す
ヴァリエーション (具体例)	・導き出さなきゃいけない。思考過程をただ言うんじゃなくて、「それは、いつもと違うのは何ですか」って聞くと、いろいろ言うてくるので。消去法じゃないけど、「何か不安があったんですかね」とか言うときもあるんで、「どういう不安ですか。不安な顔をしてましたか」とか聞くと、「いやー」って。「ほかに何かありますか」って言ったら、「ああ、痛みかも」とか言うてくるので。大体ゴードンを使っているんですよ。ゴードンで痛みのアセスメントをしてから来るので、術後の痛みとか書いてくるので。歩いたのとか、なんか急に起きたりとか、何かそういうことがあったら痛みがあるって、大体アセスメントをしてから計画を立ててきているので。学生は戻すと大体わかるんですよ。だから、「何で痛いんですか」とか、「どうして痛いんでしょうね」って。わかんないときは、「今、痛み止めて何か使っていますか」とか。エビとか取れちゃった場合に、「何か使っていました？ 昨日は」とか、聞くと大体わかってくるので。(J-5)
理論的メモ	2-59 より 1 歩進む。 <u>考え</u> <u>行動</u> <u>振り返り</u>

分析ワークシート 2-32

概念名	持続的にモニター管理がされていることも含め、バイタルサインの変動を確認する意味を一つ一つつなげる
定義	HCU の特性として、自分たちのケア一つが患者にとって大きな侵襲と成り得る可能性があるため、バイタルサインの変動を細かに確認しなければならないことを重視している。その一つとしてモニターで持続的に管理されているのだということも含め、一つ一つ思考をつなげ学生に理解させている
ヴァリエーション (具体例)	・なんか多くの学生が挙げてきても、「バイタルサインを確認する」とかですね、前後のみみたいな。そういう感覚でしかないですね。とても賢い学生は、「バイタルサインの変化を観察する」とか言うてる子もいます。でも、自分たちが実践するケアに対して、患者さんがどう反応するかを予測する人はいないですね。やりながらモニターを見たりとか、バイタルサインの変化を見たりとかいう行動になる人はもういない。アラームが鳴りゃ、こうやって見ます。でも、たぶん何だろうと思っていると思うんですよ。A ラインが入っていて、持続モニタリングしていて波形もきちんと出てる患者さんに対して、実測を毎回するべきなのかとかいう問題には全く着目できないので。だから、でも気付けりゃ御の字かなと思うので。見なきゃいけないからこそ付いているわけで、だからこそ集中治療領域の実習なので、そこはやっぱり自分たちのケア一つで、病棟の患者さんとは違う侵襲がこの方には当たるんだよということをわかってもらいたいの。なんか SpO2 とかは比較的病棟でも測っているから、馴染みが深いので見る。でも、心電図とか A ラインとか、心外の患者はあんまり見ることはないかもしれないけども、時々つくのは PAP——肺動脈内圧とかになると、侵襲モニターとかになるとか、とんちんかんですね。言って勉強してきて、やっとながらってくるという

	<p>ころですかね。だけど、それが、じゃあ、ケアをすることでどういうふうに変化をして、どう見ていかなきゃいけないのかということには全く行き着かないので。バイタルサインを測るときには見る。別の意味でベッドサイドにいたら見ないみたいな感じですね。そんな感じですね、学生は。一つ一つそれをつなげていくのが役割かなと思っています。(V-7)</p> <p>・学生に本当に瞳孔がこの人は、瞳孔は、とは言わなかったです、そのときは。「今、測ったバイタルサインは、本当にこの患者さんにとって必要な観察項目だったでしょうか」という振り返りをします。そうすると学生は、「え？」って顔をするので。OK もらってやっているんで、いいんだと思ってやっているわけですよ。結果を見てどうでしたか」って言ったら、「2.5、2.5 ありました、対光反射」みたいな感じの答えが返ってきて、そうだろうみたいな。それで、「では、瞳孔所見はなぜ見たんですか」って言うと、そこからハテナが学生たちは浮かぶんですね。「この患者さんの疾患は何でしょう？」って振り返って、「瞳孔所見がこの方に2時間ごと必要でしょうか」というふうに入ると、もう学生はそこで徐々になんかパニックになるので、「ちょっとそこを考えてみて」って。バイタルサインって確かに意識・呼吸・循環で、あと代謝、代謝はちょっとあれですけど、そういつたのを見る。お熱も測らなければいけない。血圧も測定しなければいけない。意識はゼロだったら瞳孔を見るって思うのかもしれないけど、瞳孔だけなんだろうとか、意識レベルの確認方法はほかにあるんじゃないだろうかとか。循環を見るのに心電図が付いている人の脈を取るのには、じゃあ、なぜだろうとか。なんかもうそういうことを全部返しながら、その自分たちがやっている手技の一つ一つには全て意味があって、その意味をきちんと捉えてその患者さんに実践しなければ、何の意味もない手技でしかないんだよということに気付いてもらうように進めますね。そうすると賢い学生は、少しずつその意味付け、自分たちの行動、この患者さんだったら、何でこのバイタルサインの項目を測らなければいけないのかというのを少しずつ紐解いて意味付けてくるので、そこからどんどん、どんどん引っ張り出して、「だよ、だよ」って言って。大体簡単なのは血圧辺りから入ってくるので、心拍数とかその辺りをちょっと引っ張り出しながら。「じゃあ、瞳孔は？」とか、「じゃあ、意識は？」とか、「意識の確認ってどうした？」って言ったら、「名前と年齢と言ってもらいます。場所と」、「毎回？ それも必要な？」って。正答できてる、きちんと受け答えもできてる、ナースコールも押せる人に、毎回、「お名前、お願いします。この場所はどこですか。日付はどこですか」って2時間ごとに聞かれたら、患者さんはどう思うだろう、その必要性は何だろうというのを気付けるように振り返っていきます。そうするともう賢い学生はもう紐解くように、ポンポン、ポンポンと芋づる式にわかってきてくれます。「じゃあ、瞳孔はどう？」って言うと、「は一、は一」みたいな感じで。だから、なんかそこが気付ける子は次に応用が利いてくるので。ちょっと駄目な子もいますけど。なんか毎回同じものを繰り返してきてくれる子もいるはいるんですけど。(V-9)</p>
<p>理論的メモ</p>	<p>考え 行動 実施中～実施後の振り返りの場面 2-35 と関連しているがつなげるデバイスが違っている</p>

分析ワークシート 2-33

<p>概念名</p>	<p>患者の状態に気付かない学生は自分のことに置き換えて捉えられるよう諭す</p>
<p>定義</p>	<p>自分が行ったケアが患者の状態に合致していないことに全く気付かない学生に対しては、自分のことに置き換えて捉えられるように学生を諭す</p>
<p>ヴァリエーション (具体例)</p>	<p>・なんか一回一回、毎回毎回、返しはするんですけど、やっぱりなかなか難しいですね。なんかキョトンとして、何がいけないんだろうみたいな感じの顔をしている子が多いし。もう一番そういう子にするのは、「自分にされたらどう？ 自分だったらどう思う？」というふうに。だから、たぶん遠いんだろうなと思うんです、患者さんがそういう子ってすごく。だから、この人もあなたと同じ、この日本で暮らして</p>

	<p>いて、おうちがあつてみたいなことを思い出してくれたらいいなと思って。そうすると身近になるじゃないですか、患者さんが。(V-9)</p> <p>・私たちがしがちなときもあるんですけど、もう全部一緒に、わっとやっちゃうから、前も開けて、全部開けて、わーってしていく感じがあるから。それが学生だから駄目とかじゃなくて、やっぱり私たちが気を付けないといけないところだなとは思んですけど。例えば、ちょっと布団をはいだらそのまんまとか、そういうのはあるから。私はなんか自分とか、自分が患者さんだったら、自分の家族が患者さんだったときに、やっぱりされて嫌なことはしないのがモットーなんです。だから、それを伝えて。「いや、今この状態で、じゃあ、自分のおじいちゃんが寝てる。で、面会の来たときに、担当の看護師さんがこの状態でどうぞって面会に会わせてくれたらどう？」っていうふうな問いかけをしたりとか。「嫌です」って。「何でって思います」、「じゃあ、どうすればいいの？」っていう感じで返していった。「自分がされて嫌だなんて思うことは患者さんも嫌だから。嫌じゃないかもしれないけど、嫌かもしれないやろう。嫌かもしれないから、だったら嫌かもしれないことはしないほうがいいよね」っていうことを言っています。(D-7)</p>
理論的メモ	<p>考え 行動 実施後の場面</p>

分析ワークシート 2-34

概念名	患者の状態から学生が考えてきたケアは実施できないと判断しつつその意図を学生に説明する
定義	患者の状態から、ケアを行うことで全身状態が悪化したり、優先させるケアが他にあると見越して、学生が考えてきたケアを行わないという判断し、その意図を学生に説明している
ヴァリエーション (具体例)	<p>・今のところバイタルは何とかぎりぎり保ててるけど、たぶん今ここで横を向けたりとかするだけで、この人、呼吸状態も悪くなる、サチがたぶん下がるし、本人さんは……きつい思いまでしてそこまでしたいかなとか。あと夜も寝れてないから、もうちょっとした昼間の時間とかで、うとうととして寝られたりするような人なので、休めるときにもう休んでもらって、夜は何か薬とかを使って鎮静をかけて、しっかり寝てもらってというのが今は大事なんじゃないかなというのを、そうですね、そのまま伝えて。何もしないというのがたぶん学生さんの中ですごい引っ掛かるとは思んですけど、今その実際の患者さんのバイタルを見て、何もしないというのもケアなんだよというのは伝えました。ケアをするかしないかとか、患者さんの意思も含めて、するかしないかというところにしたかったんですけど、そのときはもう患者さんがきつかったんで別にもう何もなくていいという、私は判断をしたので。(U-3)</p> <p>・1番に出てくるところは、やっぱり清潔とか、そういう自分たちが介入しやすいところになっているという印象はあるんです。確かに大事なんですよ、清潔のケアだって。あとは排便コントロールとかだって挙がってくるんですけど。それはわかるけど、私たちからしたら、いや、そこも大事やけど、そこはやっぱり二の次——二の次というか、状態が落ち着かないと清潔のケアだってできないし。排便コントロールはどうにかしていかないといけないというところはあるんですけど。そういう身の回りのケアの前に、やっぱりちょっとしないといけない病態に対しての介入というのが必要なのが、やっぱり集中ケア、集中のクリティカルの現場なのかなというのを思うから、特にですね。なので、そこに対して、「先にそれが出てくるの？」みたいなことは言わないようにはしてて、学生なりの考えがあつてだと思ふから。そこは話を聞いて、じゃあ、これ1番に持ってきたとして、この患者さんに対して、じゃあ、今、体拭きしますみたいなときにすぐできる状態なのかというところを考えてほしいって思つて。(D-3)</p> <p>・書いていない人はほとんど、聞いても言ってるのが欲しい答えじゃないことを言ったりすることが多いので。そうすると、「ちょっとケアはできないね」というのはもう言っちゃいます。「この状態だったら</p>

	<p>ケアはできないよね」というのは直接学生にも言っていましたね、できないことは。でも、できないのはなぜかという、というところで何もわかってないと、実際ケアを受けるのは患者さんになってしまうので、安全とか安楽とかも考えられないで、「ただ、やりに、技術を学びに来てるだけではないから、それだけだったらもう自分の練習、演習とかのときにやってね」というのを言って。なので、根拠とか、そういうところは常に言ってました。「何でそれをするの?」とか。「また始まった、何で?が」とか言われちゃいましたけど。でも、それも最初に自己紹介のときとかに、「私はすごく根拠を大切にしているので」というのを伝えていたので、「私の看護観は根拠が大事だから、たぶん実習中にもたくさんその言葉を使うけど、そこを大切にしているので皆さんもそれについてきてください」みたいなのは言っていましたね。なので、それで、「また言われちゃった」とか、「また先生、言ってる」みたいな感じのことを、休憩とかのときになると学生が言ったりするので。でも、わかってくれてるなというのは反応で見てて思うので。(O-9)</p>
理論的メモ	<p>考え 行動 行動調整の場面</p>

分析ワークシート 2-35

概念名	<p>五感を使ってバイタルサインから読み取れる患者の病態を紐解く</p>
定義	<p>バイタルサインは、数値からの判断だけが重要なのではなく、数値から患者の身体に何が起きているのかの把握、病態の重篤度の把握、他の症状との関連などを学生自身が考えられるように発問をしながらやり取りを行い、そのメカニズムについて学生が紐解けるように関わっている。その前提にあるのは、患者に触れて五感で感じとることの重要性のため、患者の目の前で。その時その場でおさえている。</p>
ヴァリエーション (具体例)	<ul style="list-style-type: none"> ・一応バイタルを、うちは2時間おきに測定するという決まりがありますし、この方は2時間おきにしたいほうがいいという私も判断をしたので、そのバイタルを測って、その数値から、じゃあ、今の体、どういふことが起こっているのかというのを深く考えるように関わりました。(U-4) ・クリティカルではもう、バイタルの測定と、そこからのアセスメントがもう全てだと思うので。それは別にクリティカルじゃなくても一般病棟でも一緒だと思うんですけど、クリティカルは特にそこに特化して学んでもらったら、ほかの実習とかでも生かせるんじゃないかなと思って、そこに意識して関わっています。(U-6) ・呼吸音とか胸郭の動きだったりとか、触って、その皮膚がじっとりしているとか、乾燥しているとか。そのモニターの数値だけじゃなくて、自分の目と耳と手で測定できるっていうのを教えています。(U-6) ・例えば心不全とかだったら、「じゃあ、バイタルどうだった?」って聞いたときに、「血圧こうで、脈こうで、サチュレーションこうでした」って、じゃあ、それはどういうことなの? その心不全、いいのか、悪いのか、どうなのかなというところで、「その数値だけじゃなくて、じゃあ、浮腫とかはどうだった?」とか、「呼吸の音はどうだった?」とか、「あ、聞いてませんでした」とかになる。なので、前の段階では、こういう所を見ていきますというところでそういった項目って出てきてはいるんですけど、実際にバイタルを測ると、そういった数値だけの報告になることが多いというのは実感していたので。その数値以外でのバイタルの取り方、あと取る癖をこの段階で学んでもらえたら、すごい後々楽になるだろうと思うので。(U-6) ・足りないところは、「じゃあ、呼吸音どうだった?」とか、「頸静脈怒張はある?」とか、患者さんの目の前で。ちょっと目の前になっちゃうんですけど、言いながら。(U-7)
理論的メモ	<p>コアコンセプト 考え 行動 実施中</p> <p>2-32 とは対極例。2-32 は急性期ならではのモニター管理。こちらは、急性期であろうとも五感の重視</p>

分析ワークシート 2-36

概念名	患者の負担がなければその時その場で学生にインプットする
定義	患者の負担を考慮しつつその場で学んだ方が学生の頭に残ると判断することはその場でおさえる
ヴァリエーション (具体例)	<p>・足りないところは、「じゃあ、呼吸音どうだった？」とか、「頸静脈怒張はある？」とか、患者さんの目の前で。ちょっと目の前になっちゃうんですけど、言いながら。いや、帰ってきてから言って、また行くというのも1つの方法だとは思いますが、患者さんもすごい協力的な方だったりするので、「いいよ、いいよ。見ていいよ」と言う方なので、そういう方の場合は目の前で言わせてもらいます。またいったん引き下がって、こう行って、また足りなくて、引き下がって、また行ってって、その患者さんからしてみれば何回も、ちょこちょこ、ちょこちょこ来るよりは、1回のタイミングで全部バンと見てもらったほうが、患者さんが気を使わなくて済むかなって私の独断です。その場で学んだほうが絶対頭に残ると思うので。もうすぐやってほしい、覚えてもらいたいとか、実際に行動してもらうすぐやってほしいなというところなので、たぶんそういう関わり方はしていますし。(U-8)</p> <p>・ただ、なんか学生の駄目そうなところとか、例えばタオルの絞りが甘いみたいなのはちょっともうその場で言わないと、「もうちょっときつく絞って」とかは言うんですけど。(L-15)</p> <p>・あとは学生さんってどうしても、学校でやった手技がベースになるので時間がかかるので、その時間がかかること、実際に入ったときに時間がかかりすぎているなと思ったときにはそこでアドバイスをしたりします。掛けようとか、例えばタオルを掛けたりとか。部分的にどうしても、何ていったらいいんですかね、手技を守っている分、時間がかかってしまうっていうところ。事前に確認することと、している間に患者さんに影響が出てないかというところをちょっとまず、学生よりもまず患者さんのほうがちょっとやっぱり優先させないといけないのかなとは思っているの。そこはちょっと一番気を付けているのかなと思います。ケアに入ったときとかですね。(Q-6)</p> <p>・ちょっと患者さんには悪いですけど、その途中でも言います。忘れるかなと思うから。「今、それ、そのまま家族が、自分が患者さんだったときどう？」って。その場で。(D-8)</p> <p>・割と私はその場で言ってしまうので、患者さんによってはなんか説明されてるふうに聞こえ、でもそうですね、患者さんにあんまり不快を与えないような範囲内でその場で説明しながら、「傷口をよく見たほうがいいよね」とか、あとは患者さん自身にも、「こうやって傷を見ながらやるんです」とか同時に。学生のAさんも、「あなたも見るのよ」みたいに、そんなふうを持っていたりしていますかね。(F-7)</p> <p>・患者さんがいるからあまり言わないようにするとか、そういうことはあまりないです。ちゃんと患者さんの目の前で、「ここはこうだから、こうしないといけないから。患者さんはつらいでしょ」とか、そういうのを言うようにはしていますよね。(S-17)</p>
理論的メモ	考え 行動 2-6 との対極例? 実施中

分析ワークシート 2-37

概念名	感心したことへの賞賛を与えることで学生のやる気を高める
定義	学生へのちょっとしたアドバイスに反応して即プランを実行してきた学生や、前回できなかったことに配慮してケアが改善できた学生に対して賞賛を与えることで、学生のやる気を高めている
ヴァリエーション (具体例)	<p>・次の日とかは、なんかカレンダーとかを。うち、その方がもうオープンフロアにいて、もう、ICU みたいな環境のベッドだったので、外も見えないですし、ずっと電気もついてますし、モニターもずっと鳴っているの、確かに昼夜逆転をしやすい環境でもありますので、何かそういった日中のリズムを整えるような関</p>

	<p>わり方をしようというのはすごい見えました。手作りのカレンダーとか、時計を設置したりとか。それ、すごいびっくりして。言ってみると1日ぐらい、1日かな、2日たってたかもしれないですけど、すぐ作ってきたんで。ほかのスタッフも、「すごいね」って。感動しましたね。学生、なんかうれしそうな反応はしてましたけど。(U-5)</p> <p>・すごくいいことをしたら、ちょっと大きめに褒めました、患者さんの前で。「いやー、今のやり方、すごい痛くなかったよね」とか。そういうのは患者さんにとってプラスになりそうなこととか、あとは患者さんがずっとそういうふうには、「こうやってもらおうと痛くないよ」と言っていたのに、その学生さんは気付かずに、ちょっとぎゅっと起こしちゃったりとかしてて、そこに気付けたときとかは、「ああ、もうなんかすごい今日は楽そうだね」とか言うと、「ああ、こうゆっくり起こせば楽だったんですね」とか、「自分で起き上がるじゃなくて、ギャッチアップすれば痛くなかったんですね」とかに気付けると、よし、やっと気付いたみたいな、そういうのはあるので。ベッドサイドに行くことが多かったですね。紙に書くことはおうちでやってきてほしいので、なるべくもう患者に触れて感じてくださってという指導方法だったと思うので。(O-6)</p>
理論的メモ	<p>考え 行動 <u>ケア実施中～後日</u>→ケアのサイクルは関係ないかも</p>

分析ワークシート 2-38

概念名	患者に応じた方法で実施できるよう学生の思考を修正しながらイメージトレーニングも兼ねた準備を行う
定義	学内で学んだケアの方法に固執している学生に対して、実際の患者の状態からやり方を導き出し、学生が自分でケアの実施ができるようイメージさせながら準備を行う
ヴァリエーション (具体例)	<p>・自分でADLが自立していてシャワーに入れるんだしたら、シャワー室で足をきれいにするっていうところに少しずつ導いていくというか、そんな感じで修正したりはしますかね。学生さんって、どっちかという学校で習ったやり方に固執しちゃうじゃないですか。だから、足浴となるとバケツによる足浴しか思い浮かばなくて、たぶんそういうやり方になってくるので。だから、手浴となると、車いすに乗れる人でもベッドの横で桶を持ってきて、桶で洗うみたいな感じで、ちょっと限定してしまうところがあるので、そこを少し、「この人の今の状況ってどうなんだっけ？」って言いながら修正して行って、「ほかの方法でもやれる方法ない？」っていうふうには持っていくますかね。そうすると、「あつ、ああ、そういうやり方もありますよね」ってなって、受け入れてくれることはあります。修正するときにはまたなんかちょっとやり方を困っていただいたら、実際に場所を見せたりとか。あとはなんか体勢も、「じゃあ、どういう体勢でやると楽だろうね」とか一緒に考えて。その前に、実施する前のある程度、「じゃあ、こういうふうにはやったら患者さんは楽に負担なくできるかな」というのを一緒に話しながら、やっています。そのときは最終的には、シャワー室で患者さんの足を、シャワーを掛けながらきれいに傷を洗って、という修正を最終的にその日の午前中ぐらいにやってもらって、午後に実施しました。(R-7)</p>
理論的メモ	<p>考え 行動 <u>行動調整</u>の時にやっていること 2-50の後</p>

分析ワークシート 2-39

概念名	患者へのフォローをしつつ学生が患者からの反応で気づくことができるよう患者からのフィードバックを得る機会を作る
定義	患者の反応より学生自身が気づくことが重要であると考えているため、湯の温度のぬるさに気付いていたが、患者へ危険が及ぶことではないと判断し、ケアを実施させた。その後、患者からのフィードバックをもらった上で、こちらから患者の個別性に応じた対応の違いや、集中するあまりに学生自身の視野が狭くなっていることなど必要な視点を学生に伝えながら振り返りを実施する

<p>ヴァリエーション (具体例)</p>	<p>・実際に患者さんに足浴して準備しているときに、なんかちょっとぬるそうだなってもう最初から思ったときがあったんですけど、とりあえず温度のことを聞いて、それなりに彼女なりの判断があったので、その温度でとりあえず実施してもらって。でも、やっぱり患者さんにとってはぬるかったみたいなんです。それはもう本人に気付かせたかったんで、ちょっと患者さんには申し訳なかったんですけど、そのまま実施していただいて。「患者さんの反応を聞いてごらん」って言いながら、どうだったって患者さんからフィードバックをもらって、学生に、「ちょっとぬるかったみたいです」ってフィードバックをもらって。「そうだね」って、気持ちいい温度って人それぞれ違うから、そこはやっぱり患者さんに。たぶんもうやることに集中してしまって、やり始めたらその温度とか気にできなくなっちゃったみたい。なので、そこも患者さんにフィードバックしてもらって気付いてもらえるように。ちょっと患者さんには申し訳なかったんですけど。やっぱり私たちが実践する看護って、自分がやって満足することじゃないじゃないですか、看護って。やっぱり同じことをしても患者さん一人一人に反応は違うわけで、同じ対応をすればいいわけではないので。ちゃんと患者さんから自分のやったケアがどうだったかという評価というか、返しをもらって、この患者さんにはこういう看護、この患者さんにこういう看護が必要なんだなって個別性というか、そこら辺を学生に学んでほしいなと思うので。「温度ぬるいんじゃない？」ってそれは私を感じるから、私から言うことはできるけど、やっぱり患者さんからもらうこともすごく大事だなと思うので。そこはできるだけ、私はもうちょっとこうしたほうが本当はいいだろうなと思うこともあるんですけど、とりあえず患者さんに危険が及ばないことであれば実践してもらって、患者さんからフィードバックをもらって、彼女自身というか、彼ら自身に気付いてもらうことを意識しています。(R-8)</p> <p>・まずは患者さんと学生さんと一緒にいるところで、患者さんに学生からどうだったか聞いてもらっているんですけど、必ず学生が帰った後に私も行って、患者さんのところに行って、「どうでした？」って。学生の前ではたぶん言えないことも、きっと患者さんにはあるじゃないですか。気を使って、学生が一生懸命、頑張ってくれてるから。「ちょっと、まあ、熱かったけど」とか「冷たかったけど」「痛かったけど」みたいなやつがあったりとかすると思うので。そういうのはちょっと後で自分で、自分だけで行って、必ず患者さんからのもう1回の反応をもらうようにしているのと。(R-9)</p>
<p>理論的メモ</p>	<p>考え 行動 実施前～実施中～実施後の振り返りにまたがっての場面→分断したら意味が通じない！</p>

分析ワークシート 2-40

<p>概念名</p>	<p>患者に配慮しつつ本音を聴き出し学生へフィードバックを行う</p>
<p>定義</p>	<p>患者がストレスを貯めないよう、また、遠慮して学生には直接言えないであろうことを予測して、学生が帰宅後に患者の元へ訪室し、ネガティブなことも含めて患者の本音を聴き出し、後日、学生に考えてもらうことができるようフィードバックを行う</p>
<p>ヴァリエーション (具体例)</p>	<p>・そのときそのときによって、「やっぱりちょっと痛かったのよ」とか言う方もいらっしゃるし。「でも、一生懸命、頑張ってくれているからね」って、患者さんも結構気遣ってくださっている。なので、そこは直接学生には言わなくても、昨日のケア、たぶん家でもう1回学生ってそういうところを修正してきてくれるので。そこら辺で昨日患者さんに言われてこうだったというところは、「こういうところは気にできた？」とかというのはもう1回フィードバックをして。直接、患者さんから痛いつて言われたとかいうことは伝えないんですけど。そういうふうに患者さんから言われたところをもう1回指摘を、指摘じゃないけど、聞いて、考えられていたかだけは振り返らせるようにしています。一応そこら辺は、やっぱりなんか見ていればわかるじゃないですか、患者さん、ちょっと我慢してるなとかいうのは。でも、直接学生には言わなかった</p>

	りすることがあるので、そこは。基本的に患者さんには毎日、「今日もありがとうございました」って言いながら回って、実習の終わった後に、「今日は学生から何かありませんでしたか」とか、「何か失礼なことはなかったですか」とか、「大丈夫でしたか」とか、そういうのは聞いて、患者さんにストレスがたまらないようにはしています。(R-10)
理論的メモ	考え 行動 後日

分析ワークシート 2-41

概念名	患者の術後がイメージできるよう事前に講義を行う
定義	事前に術後の合併症である呼吸、循環、意識レベルなど見なければならない看護のポイントを1週目に講義を行い、術後のイメージがつけられるよう学生に伝えておく
ヴァリエーション (具体例)	・今の状況がわかっている、術後の急性期ってかなりもう様子が変わるので。事前に術後の合併症ですとか、呼吸とか循環とか意識レベルとか、そういう見なければいけない看護のポイントというところを、1週目のどこかで、私の場合は学生さんにプチ講義というか、事前にこういうところを見ていくといいよというような話をしたことで知りつつ、今の術前の患者さんですとか、シャドウイングとかをしながらも、その患者さんはたぶん術後はああいう感じになってるからねとかいうところを指導するというか、イメージできるような形に気を付けて指導していました。
理論的メモ	考え 行動 事前準備

分析ワークシート 2-42

概念名	学生の状況を察知し止めるか見守るか代行するかの見極めを行う
定義	ケアを渋る患者に対する関わり方のヒントを与えたり、学生のケア実施の状況を察知し、止めるか、黙って見守るか、代行するかの見極めを行う
ヴァリエーション (具体例)	・でも、行くとまず、「じゃあ、誰々さん清拭しますね」って入っても、何か結構患者さんは、「いやー、何か痛くてさ」とかで、「清拭しますね」って学生は言ってるんですけど、患者さんがなんかそういう清拭の姿勢じゃないとか、「ああ、いいところに看護婦さん来てくれたよ。ちょっと、今さあ……」とか、そういうときに学生が困るとか。なんか一生懸命やっているけど、患者さんの反応が、反応を見ていないとか、そういう場面はよくあったので。最初に、「清拭しますね」で入って、違う話とかをされちゃったときは、学生は大体なんかもうきょんとしちやってるので、ちょっと後ろからつつんして、「ほら、もうちょっと大きい声で言わないと」とか、「今は、これ、後でお話聞きますよとか、ちゃんと伝わらないよ」とかを、ちょっとつつんとかして、したりとか。あとは、どうしてもそういうことが難しそうな患者さんだったら、もう直接言って。「今ちょっと話は後で聞くから、こっちさせてもらっていいですか」とかを言うと学生が、「じゃあ、やっていますね」とか言って、やっていたので。陰洗とかの場面だと、なかなか手順、学生が思っている手順どおりに患者さんが動かないとか、それをやろうとしているのに患者が動いちゃったとか、そうなったときはもう黙って見守って。どう学生が判断しているかを見て、困っているようだったら、もう、「じゃあ、こうやりますね」とかを手を出してやっちゃいますし。ちょっと見ていて、何か進めてるなという学生さんであればもうそれをやらせて、見てて、動きを見ていて、大体何となく学生の様子というのはわかるので。この子、もう固まっちゃって動けない子だなとか、そういうのは日々の話してる様子から、この子はやっちゃう子だなというのは何となくわかっている。そう言われてみるとそうですね。この子は危ないかもと思ったら事前に言っちゃうとか、「これ、こうやるね」とか。状態を見た上で、この子は結構言わなかったらどンドンやっちゃう子だから、ここは気を付けようとか、その辺は見てた

	<p>ような気がしますね。(O-5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・もうちょっと危ないなと思えば止めますけど。(V-4) ・ご挨拶をせず——ご挨拶はしてるけど、声をかけずに始めてしまうとか結構あるんですよね。そういうときには、なんかもう患者さんが、「え？」って顔をすれば私がかけますし。(V-4) ・清拭の拭き方。そして陰部の洗い方ですね。あまりにも洗い残しがたくさんあれば手を出しますけれども。(V-5) ・この間あったのは清拭に40分近くかけてしまって、予想だとたぶん20分ぐらいで全部やる予定だったんですけど。患者さんのところから準備するとかいうところもちょっと含めると、やっぱりそれぐらいの倍近い時間がやっぱりかかってくると、動く前に痛み止めを使おうとか言って、痛み止め使ってやったんですけど、思ったよりも時間がかかってしまって、もう患者さんがちょっと疲れてきちゃっているというか。なんか途中で、初め目開けてくれてたんですけど、ちょっと目をつぶってしまうような場面では、ちょっと初めは任せてたけれども、途中からはやっぱりちょっと手を出す量を増やして、時間を少し短縮できるようなことは……。あとはそうですね、ちょっと学生のサポート側に回るじゃないけど、「じゃあ、次これ。じゃあ、次これ」みたいな感じで渡していくと、選ぶところからというのじゃなくなるので少し短くなるので、そういうような時間的なところはそうですね。(M-6) ・基本的に学生が、受け持ち患者さん自体が術後だったりとかになるので、ドレーンの管理。腹腔内とか胸腔内にドレーンが入っている患者さんに対しての清拭だったりとかになると、その周囲というのはちょっとリスクが高いので、やっぱりそこは一緒に手伝ったりはします。(Q-8) ・やっぱり時間がかかりすぎるときだったりとか、明らかに患者さんがきつい感じにいるけど、自分の挙げてきた手順でやろうとしているときとかはやっぱり口を出します。状況をやっぱり見極める力がないと思っているので。指摘があればやっぱりそこを気にしたり、体位を変えたりとかいうことをするので、たぶん意識の中にはあるのかなと思うんですよね。(Q-8) ・でも、危ないなと思ったときは止めます。「ちょっと待って」って。点滴、抜けそうとか。Aライン抜けそうとか、なんかそういう事故につながりそうだなって思うときは「ちょっと待って」って言う。「ちょっと一緒にしようか」って言って、止めますけど。(D-8)
理論的メモ	考え 行動 <u>実施中</u>

分析ワークシート 2-43

概念名	学生が手を出しやすくするために患者への声かけを意図的に行う
定義	次にやることを意図的に言葉にすることで、患者が反応し体勢を変えたり、学生は手順をイメージできるよう配慮する
ヴァリエーション (具体例)	<ul style="list-style-type: none"> ・「まず私がちょっと、じゃあ、やって。はい、じゃあ、ここやって」というふうに。やらなきゃ駄目だよというよりは、止まっちゃったところで、「じゃあ、こっちは拭きますね」とか、「次、お尻やりますね」とか、前のほうが終わったら、「じゃあ、横向いてください」とかいうのを促して、次にやることが飛んじやってそうだったら、「次、お尻だから、横向いてお尻洗います」とかを言うと患者がもう向いてくれるので、学生さんも、あ、そうだ、お尻だったとか。なんかちょっと具体的なイメージじゃないかもしれないですけど。患者さんに声をかけたりであるとか、次の手順を示してあげたりとかですね。(O-6)
理論的メモ	考え 行動 <u>実施中</u> 2-4 と関係しているが、考え（意図）が違う

分析ワークシート 2-44

概念名	学生のプライドに配慮して、患者の前で注意せずタイミングを図る
定義	学生が傷つかないように、患者に不安を与えないように、患者の前では学生をできるだけ注意せず、振り返りの際学生に気づいてもらえるよう関わる
ヴァリエーション (具体例)	<p>・基本的にはあんまり患者さんの前では、なんかその学生と患者さんの関係とかもあったと思うので、患者さんも、もう学生とわかっていますけど、なるべく傷つけ——結構傷ついちゃう子たちが多いので、患者さんの前でいろいろ注意というか、何でも怒られたふうに関わり取っちゃう学生さんたちが多いので、なるべくは褒めたいんですけど。でも、やっぱり手順で、例えば陰洗とかだったら、汚い手袋のままきれいなおむつを触ってしまうとかそういうところに関しては、そこは別に患者さんは気付いてなかったりすることであればそこで言わなくてもいいなとか。ただ、顔はちょっと何か……とか、顔で、「え？」とかをしておくとか、「え？」とかかなりながらも、「まあ、いいよ、いいよ」って言うと、やっちゃってて。出ていくと、「あ、手袋でしたよね？」とかを言ってくれたりとかするので。直接言葉で、「駄目でしょう」とか「えっ！」というのは言わないようにしてて、ただ顔で送る。目線とかで。目線とか、つんつんとかで合図は送ってました。それは、今のは、ちょっとあれだねとか。(O-6)</p> <p>・実施中に関してはやはりその場に患者さんがいらっしゃるということで、不安を与えないように。そういった指導を心掛けていますね。あの場でどうこう私が例えば、私、見た。ここ、こうしたほうがいいとか何か学生さんに伝えると、あれ、大丈夫なのかな？って、きっと思われるので、そういうのはやっぱり最後。振り返り。実施後ですね。本当に直後。病室、お部屋のほうを出られた後にすぐに確認するようにしています。(P-8)</p> <p>・例えばその疲労感みたいなどころでしたら、患者さんに、「そろそろちょっと疲れてきましたか」とかいうのを、まあ聞くというか。それで、「大丈夫」なり、「ちょっと疲れてきたね」とかいうような言葉を引き出すと言っちゃあれですけど、というような形で。患者さんの目の前で、あまり学生ができてないみたいなことを言ってしまうと、2人の場面での、その後の信頼関係じゃないけど、(そこ)にも影響するかなと思いますので、あんまりそこで叱るというか、これは良くないっていうことは言わないようにはしているんですけど。(M-6)</p> <p>・実践しながら指導を少し入れる場合もあるんですけど、基本的には患者さん、意識がある方とかがいらっしゃるし、大体学生さんが受け持っている患者さんって意識がない方があんまりいないので、あんまり患者さんのベッドサイドでは話さないようにはしていますね。学生さんだというふうに案内はするけれども、そこで患者さんを跨いでやりとりというのは、学生さんにとってもあんまりいいことではないと思うので。(V-4)</p>
理論的メモ	考え 行動 実施中

分析ワークシート 2-45

概念名	患者の安全は自身が守れるのでとりあえず学生を入れて学生が見ていたことを確認する
定義	学生が100パーセント準備や理解ができていなくても、患者の安全は自分が守れるので、とりあえずその場に学生を入れることが重要だという捉え方
ヴァリエーション (具体例)	<p>・まあ、ある程度の理解、100%理解してたりとか、100%の準備ができてなくても一緒にとりあえず入ってみる。私が患者さんの安全は守れるし、バイタルのチェックもできるから、学生にはいてもらって一緒に見るということが大事だというふうに思っていて。(L-12)</p> <p>・バイタルの変化とかも私しか見ないです、大体。「気付いた？」って、後から言います。別に私が見てい</p>

	れば十分なことなので、患者さん自体はですね。「見てた?」「見てませんでした」「ああしたときに、ああなっていたよ」って伝えます。表情とかも、もちろん全部そうですね。観察項目自体は私が見ていけば、基本、学生が見ていなくてもスルーはしますね。なんか目の前のなんかやっぱりちょっと怖いというのも、ICUの患者さんなので、おそらくあるんだと思うんですよね。そういう緊張と恐怖感と、それが見て取れるので、学生は。だから、そこでもモニターまでをちゃんと見れるかと言われたら当然無理だろうなというのは、こちら側としてもわかっていることとか、そこまで求めてもないというのが正直なところで。(V-6)
理論的メモ	振り返りの場面急変があっても自身が対応できるという自信へとつながっている 無価値観IV-2 考え 行動 2-5 と関係が深そう

分析ワークシート 2-46

概念名	ケア終了後に事前に改善を行っておいた方が良かったことの投げかけ
定義	ケアを行ってみた後に、事前に修正しておいた方がよかったことの確認
ヴァリエーション (具体例)	・やっぱりケアを実施してる最中ですかね。術後の痛みとか疼痛とかが出現してくるときには、学生さんの安楽な体位だったりとかを考えて、声かけだったりとかそういったところを考えて実践されてはいるんですけど、そのときに事前に痛みのコントロールとして薬剤を投与すべきだったのとか。そうですね。(P-6)
理論的メモ	鎮痛剤を事前に投与すべきであったかを学生と共に振り返る場面 考え 行動

分析ワークシート 2-47

概念名	学生に達成感を得てもらうために時間をかけて思考を整理させたり患者の反応を想起させ振り返りを行う
定義	ケア実施直後に学生がやってみてどうだったか患者の反応に対するの確認は行うが、そこで完結しないため、学生に達成感をもてもらうためにも、学生が記録を行い思考を整理したり、患者の反応を想起したりできるように、時間をかけて振り返りを行う
ヴァリエーション (具体例)	・そのタイムリーに反応がというところで、なるべく私は直後に確認するようにしてますね。もう簡単でもいいので。そのときの学生さんはやってみてどうだったかもそうですし、患者さんの反応を見てどうだったかというのもそうですし。ですね。うーん、そこで完結はしないです。完結はしないです。実際直後の振り返りでそれはそれでもうタイムリーにあれなんですけど、後々あのときどうだったかとかが出てくるんですよね。なので、午前、またまとまった時間で……、配膳前ぐらいですかね、12 時ちょっと前ぐらいにまた、学生さんの控え室が病棟にあるので、ちょっと座って話を聞くような形にしていますね。そのとき報告と一緒に。例えばバイタルだったりとかもそうですし、観察の報告もそうなんですけど、そのときにまた、被っていることもあるかもしれないんですけど、振り返りしてます。その時間までにたぶん学生さんも少し記録ができるので、思考が整理できているんですね、このときより。このときはたぶん思いとか感想。患者さんの例えば良かったとか気持ち良かったとか、そういった感情だったりとかもそうですし、やってみて自分が達成感が得られるような。(P-9)
理論的メモ	振り返りの場面 時間をかけることに意味がある 考え 行動

分析ワークシート 2-48

概念名	離床が合併症の予防になることをつなげていく
定義	離床が麻痺性イレウスや創部感染の予防になることを具体例を挙げながら学生の思考をつなげている
ヴァリエーション (具体例)	・なかなかやっぱり術後の離床というところではとても大事にしています。ので、清潔ケアに関してでも、もうドレーンも抜けてシャワーが入れるような状態になっているときには、そのときにもやっぱり清潔ケアってなったら、なかなかシャワー浴とかも考えられない子は考えないので、ベッドバスでというふうにケア

	を立案してくるんですけど。そのときには、離床とベッドバスみたいな感じで書いてくるんです。その離床プラス、シャワー室まで歩いたら離床にもつながるよねっていうところだったりとか。あとはそうですね、シャワー浴で温熱刺激を与えることによって、離床って麻痺性イレウスするとかの予防を意図しているので、じゃあ、もっとシャワーだったら、そこも麻痺性イレウスの予防という観点だったりとか、あと創部感染の予防というところでもベッドバスより有意だよねというところで、なんかつながるように思考の整理ができるようにですね。(P-11)
理論的メモ	考え 行動 行動調整の場面

分析ワークシート 2-49

概念名	学生に向けて先に答えを教えて自己学習へと振る
定義	指導に時間を十分割けない状況であるため、学生に先に答えを言って、学習してくるように振り、後から肉付けを行う
ヴァリエーション (具体例)	・明らかにここの観察は必要だよねとか、そういうのがあるときには伝えるときもありますね。答えを先に言って、後から肉付けしてという場合もあります。やっぱり時間をすごい割けるわけではないので、伝えて最低限のところを調べてもらって、また来てもらってから患者さんのところに行くっていうような感じですね。(P-12)
理論的メモ	考え 行動 実施前

分析ワークシート 2-50

概念名	患者のニーズに合わせ学生の計画を修正する
定義	学生が考えていた、学生がやりたいプランではなく、患者のニーズに合わせて修正させ実施の方向へと導いている
ヴァリエーション (具体例)	<p>・透析の患者さんとかだったら透析後はなんか倦怠感が強く出る患者さんもいて、そういうときとかに無理に、例えば足浴じゃなくなるんですけど。上下肢の運動、何か運動とかをケアに入れている人がいて、その運動を何セットか決めて、3セットするとか決めているんですけど。それを3セット。透析終わって倦怠感が出る方に、いつもと同じ、非透析日と同じように3セット、この後、時間かけてするのか。と思ったら、やっぱり患者さんもなんか、「もうきつか。疲れた。もう休んできたか」って言葉が出てるのに、「どんなふうにする？」って聞いたら、「また昨日と同じふうにします」って言われてたから。だから、そういうときに、「今、何て言ってた？ 患者さんは」って、「表情どんな感じだった？」って聞いて、「えー」みたいな悩んでいたの、「何か言ってたよね？」って聞いたら、「透析終わりだから、ちょっときつかったのかもしれない。いつもよりなんか笑顔がなかったかもしれないです」みたいな感じで言われて。「そうしたら、じゃあ、そうか、ちょっとする運動も内容を変えたほうがいいね」って言って。そうしたら、じゃあ、ちょっとそこで相談で、向こうから相談が来るので、ちょっと減らそうとか、内容、変えようとかして。最終的に患者さんに何かこうしてもいいか、患者さんに頑張るって言わせたら、「ちょっと、じゃあ、頑張ってみましょうか」になるんですけど。患者さんが、「ちょっと今日はもうやめとく。きつか」って言われたら、もうそれ、ちょっと今日はやめておくような形にしますね。(E-4)</p> <p>・いやいや、よく考えたら、「この人、もう術後3日目だし」みたいな、「リハビリも進んでいるし、そんなに全部拭いてあげることなくない？」みたいな話をして、学生は仰臥位でやろうと思ってたけど、「じゃあ、端座位でやってみよう。」(L-13)</p> <p>・よくあるのは、学生は学んだことをやりたいから、「今日は、清拭をこの前習ったので、清拭をしたいと</p>

	<p>思います」みたいな、自分が決めたことをやりたいというところで。でも、看護師というか、私から見たら、「え、頭の髪の毛バタバタじゃん。今日は洗髪でしょう」というときも。清拭とか、何か呼吸訓練とか。だけど、今日はなんか眠そうだから、今は寝せてあげてよとか。たぶん24時間患者さんを見ているこっちとしては、ご飯の後は眠いよねとか。その患者さんのパターンじゃないけど、今は眠たいとか、今は起きて頑張れる時期とか、なんかそういう日内変動なんですけど、そういうのも見えるじゃないですか。でも、学生は短い実習期間の中でこなさないといけないポイントみたいなものもあるから、そこを計画として立ててくることが多いので、そこをどう患者さんの生活サイクルとすり合わせていけばいいのかとか。(H-14)</p>
理論的メモ	<p><u>考え 行動</u> <u>実施前、準備の段階、行動計画発表後</u> 行動調整の時の患者の状態に合わせると同じ？2-23との関連→修正済み</p>

分析ワークシート 2-51

概念名	事前学習だけでは理解し難い患者の状態理解と学生が実施するケアのスピード不足
定義	予想外にケアに手間取った状況を、学生の事前学習だけでは理解し難い患者の状態の理解とスピードを有したケアの実施困難と分析する
ヴァリエーション (具体例)	<p>・右向いて、左向いてと言われたら、さっさと手が入ったりとかするかなっていうふうに思っていたのと、あとは、そうですね……。あんまり脱ぎ履きの介助をしたことないような、弾性ストッキングの装着に手こずってしまったとか。さっと自分だったら靴下はかせられると思ったんだけど、それがなかなかはけなくてとか、そういうことですかね。あとは点滴は1本入っているとかには、たぶん末梢のルートとかは今まで実習したことあったと思うんですけど、それにCVが入ってたりとか、ドレーンが複数入っていて、なんかたぶんそこを整理していたりとか、あとはなんかモニターを取って、また付けるようなところでいろいろチューブがあるのに結構慣れてないので、そういう場面でたぶん時間を要してしまったかなと思います。点滴とかのことはたぶん言えてなかったと思うんですけど、ただ、自分が考えてきたよりも、患者さんが思ったよりも動けなかったというのはわかって。あとは痛みがやはり出てきちゃってて、ちょっと動くと、「あ、イタタタ」ってなってしまって、その体勢がなかなか保持そのままでできないってなると、やっぱりちょっと支えながらってなると時間がかかったりとか。やっぱり痛い中でやるからこそ、もうちょっとスムーズにやれるように、学生だからそこはこれからの実習とかの練習というようなところを気付くようにというような形ですかね。痛みでたぶん思ったよりも患者さんが動けないとかいうのが、ちょっと予想と違ったところかなと思います。(M-7)</p>
理論的メモ	<p><u>考え 行動</u> <u>振り返りを分析している</u> 2-27へとつながる</p>

分析ワークシート 2-52

概念名	普段患者と接しているからこそ解るケア前の鎮痛剤投与
定義	土・日に勤務していた時、持続的鎮痛薬の投与が終了した患者の痛みが強くなり、動きたくない、ベッドにいる方が楽という状況を捉えていた。そこで、月曜日に学生が清潔ケアをする前に、鎮痛剤の投与を提案するに至った。
ヴァリエーション (具体例)	<p>・痛み止めを実際投与したのはもう学生じゃないんですけど、結構、これ月曜日にやったんだっけな。そうですね。月曜日とかでもう自分が立てた計画で援助するのは初日というときで、土日とか自分も勤務してて、エピソードが切れてから痛みが結構強くなっちゃってて、なんかもう動くのも嫌だ。もう早期離床とか声かけるけれども、もうベッドにいたほうが楽だからみたいな患者さんがおっしゃっていたので、ちょっと、じゃあ、早めに日中動けるように痛み止め使って、ちょっと効いてきたタイミングを見計らって清潔</p>

	ケアをしたほうがいいかもねっていうような、「ああ、そうですね」みたいな。(M-8)
理論的メモ	考え 行動 2-9 との関係解決 ケア前の準備

分析ワークシート 2-53

概念名	振り返りが計画の修正に反映できているかの確認
定義	振り返りを行ったことが計画の修正に反映されているか確認し実施ができるよう関わる
ヴァリエーション (具体例)	・その次、翌日、もしかすると自分じゃなかったのかもしれないですけど、指導者が替わるときもやっぱりあるので、その場面だとしたらこういう振り返りをして、こういう計画をもう修正してくるように指導をしてるから、翌日の実施のときには、そこ、ちゃんと修正されてきたかを確認して、実施と一緒に入ってというような形での引き継ぎをしています。今回の場面、たぶん翌日年中、私、関われなかったんですけど、例えばそういうふうになにか修正をしなきゃいけないような計画だったときにも、翌日も自分が関われば前回の反省点じゃないですけど、ここを改善というか、こういうところを気を付けてやろうというところの挙げてきた内容を確認してから、患者さんの状態は毎日毎日変わるので、それが今日の状態と合っているかというところを朝もう一度、行動調整の確認をして実施というような形にしています。(M-8)
理論的メモ	考え 行動 振り返りのあと翌日 1-1 へとつながっていく

分析ワークシート 2-54

概念名	患者の自立度に応じて手を出す範囲の匙加減に対するやり取り
定義	学生には、ケアをやってあげるのではなく、患者の自立度に応じて手を出す範囲を変えることができるようになってもらいたいという願い
ヴァリエーション (具体例)	・学生さんって、やっぱり何かやってあげたいじゃないけど、自分が援助してこそみたいなどころがあるので、その周手術期、急性期ですと患者さんにもやってもらうように、全部手を出すのじゃなく、やれるところはやってもらったり。あとはそのケアをきっかけに、ずっとベッド上ではなくて、例えば歩行練習しながら、足浴の場面、場所まで行ってみたいという形で。やっぱり早期離床を促せるように、全部なんか手を出すことだけでなくてというようなところはちょっと意識してるかなと思うんですけど。初め寝たままでやっていた清潔ケアを、じゃあ、少しやっぱりもうこの時期でもう動けるようになってもらいたいし、患者さんは痛みも減ってきたから、じゃあ、座位でのケアの方法に変えてみようかとかいうようなところを。朝の結構直後って、挨拶のときも寝てたけど、朝ご挨拶したときにはもう座ってましたとかいうようなところも学生自身が気付く。良くなってきているというのをやっぱり実感しているときもあるので、そういう患者さんにもともと立てた計画が適切なのか。今のその患者さんに適切かというところを、そうやって事前に計画立ててきたとしても、その日の患者さんの状態でちょっと修正をさせて実施するとかいうような形かな。(M-11) ・患者さんって意外と元気だったみたいなことに気付いたり。こんな上肢は拭ける、自分で拭けるんだ、下肢だけやればいいんだとかいうことがわかったりとかいうのは反応としては感じます。(L-13)
理論的メモ	考え 行動 実施前

分析ワークシート 2-55

概念名	効率性を考えて他のケアと組み合わせて実施させる
定義	全身清拭と陰部洗浄を同時に行うという発想がない学生に対して、効率性を考え実施できるよう配慮する
ヴァリエーション (具体例)	・例えば全身清拭をしますとなって、一緒に陰部洗浄とかもできるじゃないですか。それなのに例えば身体だけ拭いて、陰部洗浄はしてなかったりとか。そういうとき、え、一緒に良かったよねと。一緒にしたほう

(具体例)	<p>がなんか効率的でもあるし、患者さんにもまた再度、「じゃあ、今度は陰部洗浄します」っていうよりもいいんじゃないかなって思うときはある。わざわざ別にしなくても、一緒にできることは一緒にできるよねとかいうのはありますね、なんか言われたりしてから。なんか学生さんもちゃんと考えているので、あんまり多くはないんですけど、たまにあるので。そのときに、「じゃあ、今やとったほうがいいんじゃない？」って言って、ちょっと準備をしてもらって、やるような感じになるんですけど。(E-7)</p> <p>・体位変換できるから、呼吸状態悪い人とかはちょっと体位ドレージ的な感じとか。ああとどれぐらい動けるかとか、ADLの確認とかはしてると思います、保清1つにしても。(D-9)</p> <p>・「端座位、取れるんだったら、足汚れてたから一緒に足浴もしちゃおうか」とか、なんかそういうことは印象に残っていますかね。そうすると学生は、たぶんそういうふうと一緒に、なんか全身清拭と足浴を一緒にやるなんていう技、知らなかったみたいなこととか。(L-13)</p>
理論的メモ	<p>考え 行動 準備 実施中</p>

分析ワークシート 2-56

概念名	<p>学生が立案してきたケアを実施するためのすり合わせ</p>
定義	<p>学生の立案してきたケアが実施できるように学生の思考を確認したり、予定に組み込んだりしている</p>
ヴァリエーション (具体例)	<p>・こうしたいとか、こう思っているとか、問題点はこうみたいなことを言っていて、あまりにもかけ離れていると、そこで違うというか、ちょっと話し合いというか、打ち合わせをするけれど、基本的にはしたいことを確認するという感じですかね。例えば、そのしたいと言ったことが、調整をしてやれるときに声をかけたりとか、学生に声をかけて、「じゃあ、今からやろうか」みたいな予定を立てるところですかね。(F-3)</p>
理論的メモ	<p>考え 行動 実施前</p>

分析ワークシート 2-57

概念名	<p>ケア時の手の挙上が MMT の確認につながるというおさえ</p>
定義	<p>横向きで手が挙がったら MMT の確認にもつながるということを振り返りの際おさえている</p>
ヴァリエーション (具体例)	<p>・「そう、そう、そう」みたいな、「気付いた？」って。そういうのもやっぱりケアして見えるところもある。ただ、「手を上げてください」とかいう確認だけじゃなくて、「横向いたときに手が上がったとなったら、MMT とかは手が上がるとかそういう判断にもなるから」とかいう話とかはしたり。(D-10)</p>
理論的メモ	<p>考え 行動 2-55 との関連 振り返り</p>

分析ワークシート 2-58

概念名	<p>患者の急変にも対応可能な準備の徹底</p>
定義	<p>離床時に起立性低血圧を起こす可能性については、事前に予測し、学生にも伝えているため、学生には、血圧計、聴診器、SPO2 モニターを持参してもらい、患者のケアにあたる</p>
ヴァリエーション (具体例)	<p>・たまたまなんか起立性の低血圧って、ちょっとわかりやすい感じ。もうそもそも、「そういうことを起こすかもしれないね」って言って、学生にはちゃんと血圧計とか持たせて、必ず初回離床のときは一緒に行って、「ちゃんと測りながらやろうね」っていうふうになって、(L-9)</p> <p>・聴診器、血圧計。あとはサチュレーションのモニターですかね。(L-9)</p>
理論的メモ	<p>急変しても大丈夫なように準備しておく。準備は学生にしておいておく 実施前 2-11 との関連→済 I-1⇒2-58 へ 考え 行動 core</p>

分析ワークシート 2-59

概念名	患者との関わりの場면을想起させ、知識と現象をつなげる
定義	患者との関わりの場면을想起させ、行動調整の際の注意点が実施できたのかを引き出ししたり、知識と現象をまとめてやる
ヴァリエーション (具体例)	<p>・その行動調整するとき、散歩をする時、何を注意します？ その目的は何ですかというのを確認すると、その散歩中は何を注意しますかというところを確認してから、それがその安全面とかを考えててOKだったら行動に移すじゃないですか。行動を移した後にその評価じゃないですけど、やってみてどうでしたかというところで、自分が注意しなきゃいけないというところは守れましたかとか、そういったのがちゃんとできたかなというのを引き出すようにする。(H-5)</p> <p>・何でこのドレーンが入ってて何を注意しなきゃいけなかったんだよっていうところを、もう1回なんか知識を持っている中で1回関わってもらって、で、「実際、関わってきてどうだった？」じゃないですけど、その話をしながら、「なんかこれこれこうでした」、「そうだよ。ここ大事だよ」っていう感じで、その知識と現象をまとめてあげるじゃないですけど。(I-14)</p>
理論的メモ	2-27 から分けた <u>振り返り</u> <u>考え</u> <u>行動</u> ポイントの説明としていたが、ポイントとは何なのかを精鋭化した

分析ワークシート 2-60

概念名	学生が立案した計画の実施に対する評価としての振り返り
定義	学生が考えていた計画がうまくいったのかいかなかったのか、予想していた実施だったのか、時間がかかりすぎた実施は方法が良くなかったのか、患者の状態に合っていなかったのかなど実施に対する評価について振り返りを行う
ヴァリエーション (具体例)	<p>・そのやり方の手順とか、もう1回その学生には実際のプランがうまくいったのかとか、いかなかったのかとか、じゃあ、何でいかなかったのかとか、そこら辺は一緒に学生とは振り返るようにしています。(R-9)</p> <p>・まず予想、自分が考えていたとおりの実施だったかどうか。その学生さんはよくわかっていたので、もう倍ぐらいの時間がかかってしまったというように。じゃあ、何であんなにというか、時間がかかってしまったのか。じゃあ、自分が考えてきた方法が良くなかった、何か患者さんの状態に合っていなかったのかとかいうところを振り返るようにしてるかなと思うんですけど。(M-7)</p>
理論的メモ	<u>振り返り</u> <u>考え</u> <u>行動</u>

分析ワークシート 2-61

概念名	看護師の意図的な声掛けに学生が気づいていたかの確認と励行
定義	看護師の意図的な声掛けに気づいていたかの確認を行い、学生が気づいていた時は、実施を励行する
ヴァリエーション (具体例)	<p>・どうしても拭くことに、拭いたりとか、ゆすぐことに目が行ってしまっていて、患者さんはどうやろうねって。だから、そこで私が一緒に入ったときは、「寒くないですか」とかいうところは声をかけて。私、その後に振り返りをしたときに、「こういう声かけをしたけど、こういうのって必要じゃないんかね」っていうところは、「必要です」って言います。「ですよ」って、「じゃあ、しようか」って言ってやっています。(Q-9)</p>
理論的メモ	<u>考え</u> <u>行動</u> <u>振り返り</u> 2-4 と類似例

分析ワークシート 2-62

概念名	誤っていたらいけないため学生と共に血圧測定を実施する
定義	学生に血圧測定させるが、誤っていたらいけないため自身も測定を行った。その後、下肢挙上を行い、患

	者の血圧が戻るかを学生と一緒に確認した
ヴァリエーション (具体例)	・血圧測ってもらいました、学生さんには。一緒に測りましたが、私も一応、間違ってるといけないので。行って、頭部を、何ていうの、普通に臥床してもらって足を上げて、血圧が戻るかというのをちょっと一緒に見たみたい。 (L-8)
理論的メモ	<u>考え</u> <u>行動</u> <u>実施中</u>

分析ワークシート 2-63

概念名	患者の安全を考慮した行動計画の確認
定義	患者の苦痛や安全を考慮しつつ、ベッドへの移動を計画に挙げていても、その時に安全の確認でなにを行うのかの確認を実施する
ヴァリエーション (具体例)	・一番は苦痛がない、あ、一番は安全ですね。まずは安全が保てて、その後で苦痛がないかどうかっていうところを。みんないい人なので。(Q-7) ・安全に実施できる。上手か上手じゃないかというよりも、まず安全にできるということが一番大事だと思うんですけど。でも、学生は、なんかそこはあんまり重要と思ってない学生が結構多くて。その一番最初に何するの？って、「ベッドに移ります」とかいうんでも、「そのときに何を確認するの？」って言っても、なかなかブレーキの確認とか、フットレストを上げてあるかどうかとか、そういうのがなかなか出てこないんですよ。(K-18)
理論的メモ	<u>考え</u> <u>行動</u> <u>実施前</u>

分析ワークシート 2-64

概念名	患者の状態と知識をどのようにつなげるかについてのやり取り
定義	学生が判断できないことをふまえ、ケア時の患者の反応から、知識をどのように活用したらよいか、具体的につなげられるよう、患者の反応から知識につなげられるよう、発問をしながらやり取りを行う
ヴァリエーション (具体例)	・「でも、それってさ、中止基準ってあったじゃん。その人の脈拍ってどうだったの？」とか、そういうところでやると、「あ、測っていません」、「だよね」とか、そんな感じです。あとはすごいコアなところは求めていないんですけど、例えば、「術後の患者さんの体というのは、治すのにもタンパクを使わなくちゃいけないし、リハビリにもタンパクは使うんだけど、それは全部リハビリに持って行っていいと思う？」とか、そんな感じの話ですかね。(S-8) ・「え！ あ、駄目なんですか」「駄目だったんですかね」って。だから、その子的には一応調べてはきているんですけど、つながってないんですよ。たぶん離床させた患者さんの反応と、自分が調べてきた中止基準だったり、そういうところがうまくつながってない。なので、それはつなげてあげられるようにうまく持っていこうとは思いますが。(S-8) ・じゃあ、1回ベッドに戻して、なぜこういうことが起きたのかということと一緒に振り返ったときに、まず降圧剤が効いてくる時間は一体どれぐらいなんだろうとか、そういったことを振り返るといろいろな要因があって血圧が下がったんだみたいなことを。だから、せん妄とかで夜間起きていて、昼間寝ちゃうというだけではないということの気付きを最後のほうには得られて、だから食後は1回休んだほうがいいんだとか、ちょっとまめに見ないといけないんだみたいな行動計画に変わっていった学生とかもいましたかね。(F-13)
理論的メモ	<u>考え</u> <u>行動</u> <u>振り返り</u> 2-7とは、時期の違い

分析ワークシート 2-65

概念名	学生と共にケアに入らないことにより振り返りが十分にできない葛藤
定義	日々行動計画の評価は行うが、兼務での実習指導である場合、学生のプランとどうつながっているか、コミュニケーションの状態により振り返りが甘いと学生は記録にも書けない。振り返りを他の看護師に依頼する場合は、尚更、学生が考えてきたことと、実施したこと、評価が繋がらないということもあるという捉え
ヴァリエーション (具体例)	・私、指導係とかが見るのは、日々の行動計画に対しての評価。そこは見るので。自分はこういう行動計画を立ててきて、こういう行動をして、その評価をこうしているんだというのは見ているんです。そのプランとどうつながっているかというのは、2、3日に1回とか。小まめに見る機会は時間がない。ここでその評価をするときに具体的にいい振り返りじゃないですけど、具体的にこれができたよね、次はこういったところを気を付けたほうがいいよねというところが、お互いにコミュニケーションが取れているときにはしっかり振り返りはできるんですけど、この記録にも書けるんですけど。時間がなくて、ちょっと担当の人に報告してとかで、その振り返りが甘い振り返りになったときとかはやっぱり書いてない学生とかも多いですね。じっくり学生だけに、自分は受け持ちを持たずに学生担当というときだとしっかり関われるんですけど、私も受け持ちを持ちながら学生を見るっていう状況になると、ちょっと振り返りのところを別の指導係の受け持ち看護師とかに依頼したりとかもするので。そうなると全く自分の考えてきたこととやったことと、やったことがどうであったかというところが繋がらないところもありますね。(H-6)
理論的メモ	<u>考え</u> <u>行動</u> <u>振り返り</u>

分析ワークシート 2-66

概念名	大学側の実習目標と学生の行動目標のすり合わせ
定義	大学が立てた実習目標と学生が立てた行動目標が一致しているか、学生の行動計画を基に確認している
ヴァリエーション (具体例)	・あとは実習に来ているときの目的とその行動目標が一致しているかというところで、立ててきた行動計画と、学校側が指定する目標というのが一致するのかというところを確認する手段として、なぜ立ててきたのかという理由とかは言葉で言ってもらおうとは思っています。(H-3)
理論的メモ	<u>行動調整</u> <u>考え</u> <u>行動</u>

分析ワークシート 2-67

概念名	ケアを実施するにあたっての学生の学習状況の確認
定義	ケアを実施するにあたり、学生自身が知識、技術的な手順、注意点を学習できているか、患者の個別性、安全性が捉えられているかの確認を行う
ヴァリエーション (具体例)	・その中には患者さんにとって必要なもの、もしくは必要でないもの、いろいろあるんですけども、まず必要なものに関してはそれを実践するに当たって必要な知識と技術的な手順等をきちんと学習できているかとか、それをわかっているかというところを確認した上で、実際に実践したいのか、見学したいのかという行動レベルを確認して、その意向に添ってできる介入をするようにしています。(V-3) ・まず清潔ケアしますというところでベッドバスとかが上がってきたときに、例えば片麻痺があった人でそこら辺があんまり理解できてなくて、介入をするときにまずそこ、ベッド、ケアをする前にそういう注意点を確認して一緒に入るようにはしているのと。(Q-5) ・計画に書いてきたりするので、そこで一般的なところはたぶん書けてると思うんですけど、患者さんの個別性というところが抜けてることもあるので。例えば傷が痛い人だったらどういうふうなところに、どういう体位がきつくて、どういう格好で拭きますかとか。じゃあ、この人のADLはどうですかとか。まずはそ

	こを確認して、じゃあ、安全にするためにこれでいいですかっていったところで、もし不備があるときは戻しています。「ケアができるまでに考えておいで」って言って、「事前にまた言って」って言って。(Q-6)
理論的メモ	考え 行動 実施前

分析ワークシート 4-1

概念名	学生の気付きを次の学習に活かすための病院内リソースの活用
定義	気付きを次の学習に活かすために一緒にPTへとリハビリについて聞きに行く
ヴァリエーション (具体例)	<p>・「じゃあ、術後のリハビリというところで、今、気付けたじゃん。じゃあ、病棟にいるリハビリの人に聞いてみようか」と言って、一緒にリハビリのPTさんとかに聞きに行つて。(S-8)</p> <p>・他職種に聞くとかいうのも目標で最近立てていらっしゃるので、関わる栄養士さんとかリハビリのOT・PTの人とかがいたら一緒につかまえて、こういうことを聞いてみたらいいんじゃないって具体的に言うセリフも言うんですけど。学生に聞かせて、自分でも聞いたという、聞いてアドバイスをもらったという実感があるので、楽しそうですね、それは。(H-12)</p>
理論的メモ	考え 行動 1-3からのプロセスと考えると結果になる

分析ワークシート 4-2

概念名	学生の思考が腑に落ちたであろうという手応え
定義	学生がもちろん一人じゃ動けないが、積極的に質問してくれたり、それに答えるなどのやりとりを行うことで、事前学習の知識と実際の患者の状況について学生の納得が得られたのではないかという満足感をもつ
ヴァリエーション (具体例)	<p>・でも、実際に入ってみて、ほとんど1人じゃ動けない。もちろん動けないので、指導者の受け持ちになっている人と。受け持ちになっている人もかなり大ベテランの先輩。その方も認定看護師を持っているような方ですので、いろいろもちろん慣れていらっしゃるので、学生と一緒に関わりながら、「これ、こんなだよ。これ、こんなだよ」と言いながら、自分も一緒に外回りして手伝いながら関わったんですけれども。勉強してきたものと実際を見たものがかなりつながっていたような反応はしてくれました。「これ何ですか。これ何ですか」というふうに結構聞いてくれて、「このドレーンはこういうドレーンだよ」ということを言って、「そうなんですね」って。「うん？ 何だ、それ？」というようなリアクションではなくて、なんか本人の中で、なるほどというふうに納得してくれたというんですかね。そういうような反応を示してくれてはいたので、入って良かったかなというふうには自分的には思っています。(I-5)</p>
理論的メモ	考え 行動 (2-17) 前半は2-7と同じ。結果としてとらえた方がよさそう

分析ワークシート 4-3

概念名	リアリティを持って理解ができた学生
定義	実際に患者が起立性低血圧を起こしたことで、やっぱりこうなるんだと学生はリアリティーを持って理解できたという印象を持つ
ヴァリエーション (具体例)	<p>・実際にそうなったから、あ、やっぱりこうなるんだみたいな、学生は思つて。やっぱりこうなるんだのリアリティーが、たぶん最初に予測してたときは血圧が下がるのかなとか、そのぐらいにしかたぶん思わなかったと思うんですけど、実際に患者さんの体が冷たくなった。末梢が冷たくなったりとか、冷や汗かいてたりとか、本当に意識が朦朧としたりとかいうのをたぶん目の当たりにして、こういうふうになるのが起立性の低血圧なんだみたいなのは、たぶんわかってくれたのではというふうには思っています。(L-9)</p>
理論的メモ	・教科書などである程度は理解していても、実際に起立性低血圧を起こした患者の状況でリアリティーを持

って学ぶことができたのではないかという印象を持つ **結果**

分析ワークシート 4-4

概念名	学生同士での学びの共有
定義	学生同士で気づきを共有してくれることでライバル意識も含めて学習できる機会となっている
ヴァリエーション (具体例)	<p>・あとペアの2人で見ていたり、3人で見たりすると、誰かがそれに気付けると何かヤバイと思うらしく、わちゃわちゃしてくれるので。(V-9)</p> <p>・学生が好きな安全・安楽というのが、このAさんにとってはこのやり方で良かったかもしれないけれど、カンファレンスとかでもよく共有させるのが、同じ胃がんの手術をした患者さんに陰洗をしました。でも、「Aさんの安楽はこんなやり方をすると良かったです」とか、「Bさんはこういうやり方をしたら、すごい良かったです」と言うと、そこで違いがわかって、「ああ、なんかそれが個別性なんですね」とか気付いたりすることもあったので。そうですね。結構あと学生同士も話をさせました。大体ケアを通して立ててくるところが偏っちゃうんですね、清潔ケアとかになっちゃうので。そうなるとお互いの、せっかくこの5人の中で同じようなことをやってるから、「ちゃんと話してるの?」とかすると、最近の学生さんは結構、私は私というのが多いのかなという傾向を感じていて。一緒に残ってやるというのもやってる人はやってるんですけど、やってないグループは全くやってないとか。なので、「せっかく同じことをやってて1人だとも気付かない視線とかがあるから、お互い交換して見せてもらいなよ」とか言うと、最初はその子の自分が書いてないのを写してくるだけだったりするんですけど、その意味がわかったとか、実践をしてみて、とかなるので、やっぱり共有学習も大事なかなと思って、それもよく言っていましたね。「チームワークでしょう。チームワークでしょう」と言っていた気がします。「看護はチームだよ」とか、「ここもチームなんだから」と言って。(O-11)</p> <p>・やっぱり緊張する場だし、人はいっぱいいるし、はらはらはするし、この患者さん、助かるんだろうかとも思ったかどうかまでちょっと聞けなかったけど。そうは言っても、まだ生きてきた過程の中で、そんなにそんな場面をたくさん見たわけでもないことが脳裏にたぶん映っちゃうから。だから目を対処行動的に伏せたのかなとか。「ちょっと怖かったんです」って言っていたので。でも、その振り返りというか、一方の学生さんのおかげでと言ったらおかしいけど、ちょっと、違う学びをもらっているのかなとか。1人だとそれがないですよね。もし1人で来たら、そういう振り返りを聞くことないから、といったところなんですかね。(N-15)</p>
理論的メモ	結果

分析ワークシート 4-5

概念名	学生の思考を最後まで確認できる機会はない
定義	学生の思考や理解状況を最後まで確認できる機会はなく、教員へ委ねたり、実習終了を迎えることになっているが納得している
ヴァリエーション (具体例)	<p>・記録は、大学の場合はほとんど教員が見るんです。教員の先生が見て。(E-11)</p> <p>・本当看護の展開とかも私は詳しくないけど、先生とかも本当大変だろうと思う。理論を使って、本当とんちんかんなこととか。(K-19)</p> <p>・もう看護師が忙しすぎて全然つけないときもあるんで。そのときは先生と一緒に見てくれて、アセスメントを一緒にしてくれています、先生と一緒に。今のこの状態がどうなのかというところは一緒にしてくれて、ちょっと私が自分もちょっと落ち着いたころとかに、「先生とちょっと話していた」って、「先生と、い</p>

	ろいろ説明聞けた？」って言ったら、「一緒にアセスメントをしました」という話で、じゃあ、今どんな状況かというのは一緒に。その後、結局その行動調整しないといけないから。行動調整もできないぐらい忙しい時とかもあるじゃないですか。結局、最後は確認できないことも多い (D-11)
理論的メモ	結果