

その他(資料)

## ハイブリッド型のクリティカルケア看護実習で学生が抱くアセスメント に対する困難感と協同作業の認識—学生インタビューより—

具志堅翔子<sup>1)</sup>, 謝花小百合<sup>1)</sup>, 大城真理子<sup>1)</sup>, 源河朝治<sup>1)</sup>

キーワード: クリティカルケア看護, 遠隔実習, 看護過程, 困難感, 協同作業認識

Key words: critical care nursing, remote practice, nursing process, sense of difficulty, recognition of collaborative.

### I. はじめに

看護過程は①アセスメント、②看護上の問題を明らかにする、③目標設定、④看護計画立案、⑤実施、⑥評価という相互に関連しあう6つの段階から構成され、思考を整理し、臨床判断をするうえで重要(江川, 2019)である。一方で、初学者にとって困難が大きく、学生はアセスメントに困難を感じている(河村ら, 2015)ことが報告されている。

令和4年度に報告したA大学でのクリティカルケア看護実習における学生のアセスメントに対する困難感の実態調査(具志堅ら, 2023)では、アセスメントの段階では、「情報の総合」、「問題の統合」、「情報の分析」において困難の程度が強く、ゴードンの機能的健康パターン別では、心理的・社会的領域において困難の程度が強かったことが明らかとなった。

その結果を踏まえ、教授方法を変更した。そのため、質問紙調査に加えてグループインタビュー調査を実施し、より具体的な遠隔実習での特徴と課題を見出すことは重要である。

そこで、本研究の目的は、ハイブリッド型のクリティカルケア看護実習を終えた学生が抱く看護過程のアセスメントに対する困難感の特徴と協同学習の認識を明らかにすることである。本研究から得られた成果より、今後のクリティカルケア看護関連科目の授業方法改善への示唆を得ることにつながる。

### 用語の定義

- ・看護過程のアセスメント: アセスメントの思考過程を「観察」「情報の整理」「情報の解釈」「情報の総合」「情報の分析」「問題の統合」の6段階とする(江川, 2019)。本研究では、看護過程のアセスメントを『アセスメント』とした。
- ・看護過程のアセスメントにおける困難感: 本研究では、河村ら(2016)が「1. 看護過程のアセスメント」で示した思考過程の6段階について困難内容を明らかにし

た質問項目を用いて、看護過程のアセスメントにおける困難感とした。

- ・協同作業と協同作業の認識: 協同作業とは他者と協同して何らかの課題を達成しようとすることである(長濱ら, 2009)。本研究では、長濱ら(2009)が示した協同効用、個人志向、互惠懸念の3因子で構成された質問項目を用いて、協同作業の認識とした。
- ・クリティカルケア看護: A大学は、「クリティカルケア看護」と「緩和ケア」に関する内容を「クリティカル・緩和ケア」と1つの科目として、講義・演習・実習を構成している。クリティカル・緩和ケア実習は、10日間の内9日をクリティカルケア実習、1日を緩和ケア実習として構成している。今回は、9日間のクリティカルケア看護実習とする。

### II. 研究方法

#### 1. 研究デザイン: 混合研究デザイン

#### 2. 対象者

令和Y年度クリティカルケア看護実習を履修し、成績評価が確定したA大学4年次74名に対し調査を実施し、質問紙調査では17名から回答を得た(回答率: 22.9%)。そのうち、質問項目のすべてが回答されているもの、学内・遠隔実習を経験したものを分析対象とし、17名を有効回答(有効回答率: 100%)とした。インタビュー調査では、5名から参加の承諾を得た。

#### 3. クリティカルケア看護実習(遠隔・学内・臨地実習)の概要

クリティカルケア看護実習(2単位)は、4年次前期開講の授業で周手術期看護の実習を行っている(5~7月)。令和Y年度はCOVID-19の影響で、実習施設が学生の受け入れができない状況になり、A大学では授業方法を全面的に遠隔授業へ変更した。そのため、遠隔・学内・臨地実習のハイブリッド型の実習へ変更となった。10日間の臨地実習が経験できたのは、実習グループ14グループの内2グループであった。そのほかのグループは、学内実習は3日間(すべて半日)、遠隔実習は7日間であった。

1) 沖縄県立看護大学

### 1) 周手術期のシナリオ

大腸がんの事例であった。基本情報（氏名、年齢、疾患名、手術名、患者の疾患に対する認識、精神・社会的・経済的背景、家族構成など）を作成した。手術2日前に入院し手術後6日目までの状況を設定した。

### 2) 遠隔・学内実習を行うにあたっての組み立て

遠隔・学内実習では、半日ごとに「患者の術後経過に伴った観察と報告」のシミュレーションと看護過程の展開を実施した。遠隔実習ではZOOMを介して、学内実習はグループ毎にシミュレーションを実施した。シミュレーションでは、学生1名が実施している間、その他の学生は観察者として参加した。実施後のディスカッションでは、シミュレーションや報告の場を振り返り、グループメンバーの思考や行動の意図を共有できるよう

に、教員が積極的に発問をした。

看護過程の展開では、シミュレーション場面から得た情報を基に、個別でアセスメントを行った後に、カンファレンスでグループワークを実施した。その際、問題と捉えた情報や解釈、予測される問題をメンバーで共有した。アセスメントの方向性が異なる場合は、教員がどの段階で解釈の違いが出たのか、グループメンバーへ発問し、全員が理解し翌日の準備へ進めるように介入した。

### 3) 遠隔・学内実習の実際（表1）

学内実習は、1グループ6名の学生で4～5グループで構成された。各グループに実習指導教員1名が配置された。実習室にベッドを配置し、各病室の環境を作った。

表1 遠隔・学内実習の実際

日数	方法	内容
1日目	遠隔	事例の基本情報の提示、記録の整理、事例の手術に関連するDVDの視聴、自己学習
2日目	遠隔	学生自身で、術前～術後1日目のアセスメントから看護計画立案まで実施
3日目	学内	午前：クリティカルケア看護演習の周手術期看護（術後の観察と管理）の授業、グループワークを実施
	遠隔	午後：看護過程の記録の振り返り、記録の整理、カンファレンス
4日目	遠隔	観察と報告（ISBARC*に沿って）を学生1名ずつ実施
		カンファレンス
		看護過程の記録の振り返り、記録の整理
5日目 ・ 6日目	学内 遠隔	午前：術後3日目と4日目のシミュレーションを実施（学生の立案した看護計画に沿って）、退院指導に向けた情報収集と準備、グループワーク
		午後：看護過程の記録の振り返り、記録の整理、カンファレンス
		<シミュレーションについて> 学生が実施する計画を看護師役の教員へ報告、その後実施、評価を行った。具体的には、各学生が30分間看護実践を行った。その内容は、看護計画の報告5分、実施10分、実施後の報告5分、ディスカッション10分であった。各ベッドで等身大の全身型マネキンタイプの低機能シミュレーターを用い、学生が患者への声掛け、質問をした際は教員が患者役としてコミュニケーションを行った。シミュレーション後は実践した内容、患者の状況を踏まえ、学生が個別でアセスメントを行った。その後、各自で行ったアセスメントの内容をディスカッションするなど、学内であれば対面、遠隔であればZOOMのいずれかの方法でグループワークを実施した。
7日目	学内	記録の整理、退院指導に向けた準備
8日目	学内 遠隔	午前：術後6日目の退院指導のシミュレーションを実施（学生の立案した看護計画、指導案に沿って）、グループワーク
		午後：看護過程の記録の振り返り、記録の整理、カンファレンス
9日目	遠隔	臨床判断のケース（離床に伴う転倒転落に関して）に沿った看護過程の展開 緩和ケア実習
10日目	遠隔	実習のまとめ（全グループが集合して学生1名ずつ発表する） 記録の整理・まとめ

\* ISBARC「I：報告者」「S：状況」「B：背景」「A：判断」「R：提案」「C：指示の再確認」の略

### 4) 看護過程のアセスメントの枠組み

看護過程のアセスメントの枠組みとして用いたゴードンの機能的健康パターン（以下、機能的健康パターン）は、11のパターン（健康知覚－健康管理、栄養－代謝、排泄、活動－運動、睡眠－休息、認知－知覚、自己知覚－自己概念、役割－関係、セクシャリティ－生殖、コーピング－ストレス耐性、価値－信念）で構成されている

（マージョリー・ゴードン，2006）。

### 4. 調査方法と調査時期

令和Y年12月に4年次が集まる教室で、研究の目的と方法ならびに倫理的配慮に関する説明を文書と口頭で行った。

#### 1) 自己記入式質問紙調査

令和Y年12月～令和Z年2月に、記名の自己記入式

質問紙調査を実施した。説明文と調査用紙を配布し、回答した調査用紙は密閉式質問紙回収箱への投函と、WebにおけるMicrosoft officeのFormsを用いて実施した。

## 2) グループインタビュー調査

令和7年2月にZOOMを利用して実施した。参加者5名を2名と3名のグループに分けて実施し、インタビューの時間は各グループ45分程度であった。インタビューは、研究参加者の了承を得てZOOMで録画した。

## 5. 調査内容

### 1) 自己記入式質問紙調査

#### (1) 看護過程のアセスメントの困難内容 (図1)

看護過程のアセスメントの困難内容は、先行研究で明らかにされた困難内容51項目を用いて、質問紙を作成した(河村ら, 2015)。これらの困難内容は、「A 観察 :

13項目」、「B 情報の整理 : 11項目」、「C 情報の解釈 : 22項目」、「D 情報の総合 : 1項目」、「E 情報の分析 : 2項目」、「F 問題の統合 : 2項目」で構成される。困難の程度は、河村ら(2016)の先行研究と同様に10段階「1点: 困難の程度が弱い」～「10点: 困難の程度が強い」で調査した。なお、先行研究で調査項目についての妥当性は検討されている。また、質問項目の本研究への使用にあたり、事前に開発者の許諾を得た。

令和Y年度はCOVID-19の影響で、臨地実習から遠隔・学内・臨地実習へ変更となったため、「カルテからの情報収集」の1項目を省いた50項目へ改編した質問項目を用いた。「A 観察」から「C 情報の解釈」は、アセスメントの枠組みとして機能的健康パターン(マージョリー・ゴードン, 2006)で構成されている。

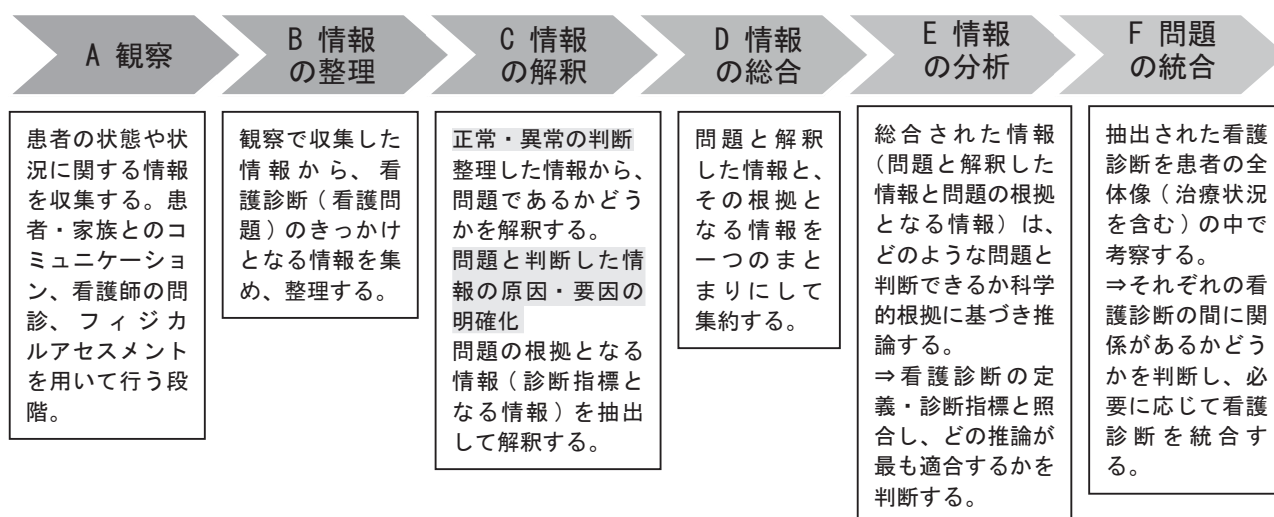


図1 アセスメントの6段階\*

\*先行研究(江川, 2019; 河村ら, 2016)の内容を基に作成した

#### (2) 協同作業の認識

先行研究で作成された協同作業認識尺度(長濱ら, 2009)を使用した。この尺度は、協同効用(9項目)、個人志向(6項目)、互惠懸念(3項目)の3因子から構成される。18項目に対し、5段階「1点: 全くそう思わない」～「5点: とてもそう思う」で調査をした。協同作業認識尺度は、協同効用(協同作業が効果的であると認識)を高く評価し、個人志向(個人作業を好む傾向)と互惠懸念(協同作業による利益を得ることが難しいという認識)を低く評価するほど、協同作業に対する認識が肯定的であると判定される。なお、先行研究において探索的・確証的因子分析が行われ、尺度の信頼性と妥当性は確認されている(長濱ら, 2009)。また、尺度の本研究への使用にあたり、事前に開発者の許諾を得た。

## 2) グループインタビュー調査

「グループワークについて感じたこと」、「学内や遠隔

実習で感じたこと」の2つのテーマについて尋ねた。

## 6. 分析方法

### 1) 自己記入式質問紙調査

看護過程のアセスメントの困難の程度に関しては、50項目を「A 観察」から「F 問題の統合」の6つの段階ごとに分類した。また、アセスメントの段階「A 観察」から「C 情報の解釈」の計44項目を、11の機能的健康パターン毎(1パターン4項目)に整理した。協同作業の認識は、18項目を3因子ごとに分類した。

それぞれの項目・分類ごとに、記述統計を用いて平均値と標準偏差を算出した。

### 2) グループインタビュー調査

録画した音声データから逐語録を作成し、2つのテーマ(グループワーク、学内や遠隔実習について)毎に学生の語りからキーセンテンスを抜き出した。それを意味内容ごとに分類、要約として集約し、質的帰納的に分析

表2 アセスメントの困難内容 50 項目と段階ごとの困難の程度<sup>☆</sup> (n = 17)

アセスメントの困難内容	平均値±標準偏差	
	各項目	各段階
<b>A 観察</b>		
非言語的コミュニケーションにより患者から情報収集	4.53 ± 1.55	
健康知覚—健康管理パターン	3.47 ± 1.84	
栄養—代謝パターン	3.71 ± 1.80	
排泄パターン	3.82 ± 1.67	
活動—運動パターン	4.00 ± 1.87	
睡眠—休息パターン	3.35 ± 1.37	4.52 ± 1.37
認知—知覚パターン	4.76 ± 2.56	
自己知覚—自己概念パターン	5.12 ± 2.69	
役割—関係パターン	4.29 ± 2.34	
セクシャリティ—生殖パターン	6.59 ± 2.74	
コーピング—ストレス耐性パターン	4.71 ± 2.26	
価値—信念パターン	5.82 ± 2.27	
<b>B 情報の整理</b>		
健康知覚—健康管理パターン	4.82 ± 3.07	
栄養—代謝パターン	4.71 ± 2.91	
排泄パターン	3.76 ± 2.14	
活動—運動パターン	4.47 ± 2.72	
睡眠—休息パターン	3.47 ± 2.18	4.32 ± 1.90
認知—知覚パターン	4.35 ± 2.42	
自己知覚—自己概念パターン	4.65 ± 2.62	
役割—関係パターン	3.94 ± 2.38	
セクシャリティ—生殖パターン	4.71 ± 2.52	
コーピング—ストレス耐性パターン	4.59 ± 2.24	
価値—信念パターン	4.06 ± 2.28	
<b>C 情報の解釈</b>		
健康知覚—健康管理パターン	4.41 ± 2.53	
栄養—代謝パターン	4.06 ± 2.22	
排泄パターン	4.06 ± 2.11	
活動—運動パターン	4.06 ± 2.25	
睡眠—休息パターン	3.59 ± 2.00	
認知—知覚パターン	4.18 ± 2.46	
自己知覚—自己概念パターン	4.71 ± 2.82	
役割—関係パターン	4.82 ± 2.70	
セクシャリティ—生殖パターン	5.24 ± 2.61	4.77 ± 1.71
コーピング—ストレス耐性パターン	4.82 ± 2.53	
価値—信念パターン	5.18 ± 2.86	(4.46 ± 1.87 †)
		(5.07 ± 2.01 §)
原因・要因の明確化	健康知覚—健康管理パターン	4.88 ± 2.50
	栄養—代謝パターン	5.00 ± 2.40
	排泄パターン	4.76 ± 2.08
	活動—運動パターン	5.12 ± 2.21
	睡眠—休息パターン	4.29 ± 2.26
	認知—知覚パターン	5.24 ± 2.56
	自己知覚—自己概念パターン	5.35 ± 2.45
	役割—関係パターン	5.18 ± 2.48
	セクシャリティ—生殖パターン	5.41 ± 2.50
	コーピング—ストレス耐性パターン	5.35 ± 2.37
	価値—信念パターン	5.24 ± 2.64
<b>D 情報の総合</b>		
問題と考える情報とその原因となる情報を、1つのまとまりに集約	6.71 ± 2.39	6.71 ± 2.39
<b>E 情報の分析</b>		
予測される問題を科学的根拠に基づき推論	5.94 ± 3.05	5.82 ± 2.36
予測される問題を看護診断の定義・診断指標と照合	5.71 ± 2.54	
<b>F 問題の統合</b>		
抽出された問題と問題の関連性があるか判断	5.88 ± 2.42	5.79 ± 2.44
必要に応じて問題を統合	5.71 ± 2.62	
50 項目の平均値と標準偏差 †	4.73 ± 1.52	

<sup>☆</sup>各項目で「1点：困難の程度が弱い～10点：困難の程度が強い」の10段階で調査

† A 観察「電子カルテから情報収集」の1項目を除く、50項目の平均値と標準偏差

‡ C 情報の解釈の正常・異常の判断の平均値と標準偏差

§ C 情報の解釈の原因・要因の明確化の平均値と標準偏差

した。分類や要約の表現の適切性について、共同研究者と検討し洗練性を高めた。

### 7. 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属機関の倫理審査委員会の承認(承認番号:21013-変更1)を得て実施した。研究協力を依頼するにあたり、メーリングリストの使用については、A大学看護学部長より承諾を得て実施した。また、メールの送信は学生への強制力が働かないように、研究者以外の第三者へ依頼した。

## III. 結果

### 1. 自己記入式質問紙調査

#### 1) 看護過程のアセスメントの困難内容とその程度

##### (1) 50項目の困難の程度(表2)

50項目のアセスメントの困難の程度の平均値と標準偏差は、 $4.73 \pm 1.52$ 点であった。

##### (2) アセスメントの段階ごと困難の程度(表2)

アセスメントの段階別にみた困難の程度は、「D情報の総合」が $6.71 \pm 2.39$ 点と最も困難の程度が強く、次いで「E情報の分析」が $5.82 \pm 2.36$ 点、「F問題の統合」が $5.79 \pm 2.44$ 点、「C情報の解釈」が $4.77 \pm 1.71$ 点、「A観察」が $4.52 \pm 1.37$ 点と続いた。最も困難の程度が弱かったのは「B情報の整理」で $4.32 \pm 1.90$ 点であった。また、「C情報の解釈」は「正常・異常の判断」と「問題と判断した情報の原因・要因の明確化」の2つに分けられる。「正常・異常の判断」は $4.46 \pm 1.87$ 点だったのに対し、「問題と判断した情報の原因・要因の明確化」は $5.07 \pm 2.01$ 点と困難の程度が強かった。

##### (3) 機能的健康パターンごとの困難の程度(表3)

アセスメントの困難内容50項目のうち、アセスメントの段階「A観察」から「C情報の解釈」の計44項目を11の機能的健康パターン毎に整理した。「セクシャリティー生殖パターン」が $5.49 \pm 2.18$ 点と最も強く、次いで「価値-信念パターン」が $5.07 \pm 2.15$ 点であった。逆に、最も弱かったのは「睡眠-休息パターン」が $3.68 \pm 1.55$ 点、次いで「排泄パターン」が $4.10 \pm 1.48$ 点であった。

#### 2) 協同作業の認識(表4)

協同作業認識尺度の3つの下位因子の平均値±標準偏差を算出した。「協同効用」は $4.14 \pm 0.64$ 点、「個人志向」は $2.80 \pm 0.83$ 点、「互惠懸念」は $1.61 \pm 0.62$ 点であった。

### 2. インタビュー調査

以下に、テーマごとの結果を述べる。要約は【】を用いて示す。

#### 1) グループワークについての学生の思い(表5)

分析の結果、13のキーセンテンスから、7つの要約として集約した。この7つの要約は【グループワークを通して他者の思考を知ることで、自己の考えの拡充】、【グループでの主体的な取り組みを優先的に行い、必要な時

に教員の活用】、【他者の意見を聞くことで苦手意識の増幅】、【大人数のグループにおける、個人の負担感やグループワークへの貢献度の偏り】、【グループ討議が活性化しない場合は、教員の参加を要望】、【グループメンバーの力量をみて、自分の行動を決定】、【4年間の学生生活でできた人間関係が、グループ内での関係性に影響】であった。

#### 2) 学内や遠隔実習に対する学生の思い(表6)

分析の結果、8つのキーセンテンスから、5つの要約として集約した。この5つの要約は【術後の詳細な状況設定を通して一般的な回復過程の理解】、【同じ患者を受け持つことで不足している点を補い合いそれぞれの視点や考察の違いを実感】、【実習中に感じたことを教員にすぐに確認できる安心感】、【グループ活動をすることで一人で実践する場面を想起させ不安や懸念の増大】、【様々な理由から生じる遠隔でのグループワークへの不平等感】であった。

## IV. 考察

### 1. 看護過程のアセスメントに対する困難感の特徴とその要因

本研究において、アセスメントの段階ごとでは「D情報の総合」、「E情報の分析」、「F問題の統合」で困難の程度が強かった。これは先行研究で示された調査結果(河村ら, 2016)と近似の結果であった。また、令和4年度の調査報告(具志堅ら, 2023)においても、困難の程度は本研究結果と同様であった。「D情報の総合」から「F問題の統合」は、解剖生理学や病態学、薬理学等の基礎医学の分野、発達段階、心理・社会的背景などの複数の知識を必要とされる。また、それらを推論・統合する能力が求められる段階であり、学生はより複雑な思考を求められるため、本研究結果でも困難の程度が強かったと考えられる。

アセスメントの機能的健康パターンごとの困難の程度は「セクシャリティー-生殖」、「価値-信念」パターンで強かった。マージョリー・ゴードン(2009)は、「11の機能的健康パターンの順序は、アセスメントをうまく進める順序でもある。自己、気分状態、人間関係、性的側面については、信頼関係を築いてから後半で質問する」と述べている。調査時は、臨地実習から学内・遠隔のハイブリッド型実習へ変更となり、シミュレーション場面では実際の患者とのコミュニケーションが行えなかった。学生は対象との信頼関係の構築という経験が不十分であり、スムーズな情報収集が行えなかったことが、困難の程度が増強する要因として考えられる。

一方で、50項目の困難の程度の平均値は $4.73 \pm 1.52$ で、令和4年度の調査報告(具志堅ら, 2023)と比較すると困難の程度が弱かった。また、11の機能的健康パターンの中でも、術後疼痛に関連した「認知-知覚パターン」と危機理論を用いて心的変化を捉える「自己知

表3 機能的健康パターンごとのアセスメントの困難内容とその程度<sup>\*</sup> (n = 17)

アセスメントの困難内容 機能的健康パターン (11項目別) †	平均値±標準偏差
50項目の平均値と標準偏差	4.73 ± 1.52
<b>健康知覚—健康管理パターン</b>	4.47 ± 1.91 †
A 情報収集	3.47 ± 1.84
B 収集した情報の情報整理	4.82 ± 3.07
C 正常・異常の判断	4.41 ± 2.53
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	4.88 ± 2.50
<b>栄養—代謝パターン</b>	4.37 ± 1.99 †
A 情報収集	3.71 ± 1.80
B 収集した情報の情報整理	4.71 ± 2.91
C 正常・異常の判断	4.06 ± 2.22
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.00 ± 2.40
<b>排泄パターン</b>	4.10 ± 1.48 †
A 情報収集	3.82 ± 1.67
B 収集した情報の情報整理	3.76 ± 2.14
C 正常・異常の判断	4.06 ± 2.11
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	4.76 ± 2.01
<b>活動—運動パターン</b>	4.41 ± 1.73 †
A 情報収集	4.00 ± 1.87
B 収集した情報の情報整理	4.47 ± 2.72
C 正常・異常の判断	4.06 ± 2.25
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.12 ± 2.21
<b>睡眠—休息パターン</b>	3.68 ± 1.55 †
A 情報収集	3.35 ± 1.37
B 収集した情報の情報整理	3.47 ± 2.18
C 正常・異常の判断	3.59 ± 2.00
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	4.29 ± 2.26
<b>認知—知覚パターン</b>	4.63 ± 2.12 †
A 情報収集	4.76 ± 2.56
B 収集した情報の情報整理	4.35 ± 2.42
C 正常・異常の判断	4.18 ± 2.46
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.24 ± 2.56
<b>自己知覚—自己概念パターン</b>	4.96 ± 2.34 †
A 情報収集	5.12 ± 2.69
B 収集した情報の情報整理	4.65 ± 2.62
C 正常・異常の判断	4.71 ± 2.82
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.35 ± 2.45
<b>役割—関係パターン</b>	4.56 ± 2.17 †
A 情報収集	4.29 ± 2.34
B 収集した情報の情報整理	3.94 ± 2.38
C 正常・異常の判断	4.82 ± 2.70
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.18 ± 2.48
<b>セクシャリティー生殖パターン</b>	5.49 ± 2.18 †
A 情報収集	6.59 ± 2.74
B 収集した情報の情報整理	4.71 ± 2.52
C 正常・異常の判断	5.24 ± 2.61
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.41 ± 2.50
<b>コーピング—ストレス耐性パターン</b>	4.87 ± 1.91 †
A 情報収集	4.71 ± 2.26
B 収集した情報の情報整理	4.59 ± 2.24
C 正常・異常の判断	4.82 ± 2.53
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.35 ± 2.37
<b>価値—信念パターン</b>	5.07 ± 2.15 †
A 情報収集	5.82 ± 2.27
B 収集した情報の情報整理	4.06 ± 2.28
C 正常・異常の判断	5.18 ± 2.86
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.24 ± 2.64

<sup>\*</sup>各項目で「1点：困難の程度が弱い～10点：困難の程度が強い」の10段階で調査

†表1のA観察、B情報の整理、C情報の解釈に含まれる項目を、ゴードンの機能的健康パターン毎に整理した †パターン毎に含まれる4つの下位項目(A観察、B情報の整理、C情報の解釈)の平均値±標準偏差

表4 協同作業の認識<sup>☆</sup>

(n = 17)

	協同効用 (9項目) †	個人志向 (6項目) ‡	互恵懸念 (3項目) †
A 大学 4 年次	4.14 ± 0.64 §	2.80 ± 0.83 §	1.61 ± 0.62 §

<sup>☆</sup>3 因子の各項目で「1 点：全くそう思わない～5 点：とてもそう思う」の5段階で調査

† 協同効用（協同作業が効果的であると認識）を高く評価するほど、協同作業に対する認識が肯定的と判定する

‡ 個人志向（個人作業を好む傾向）と互恵懸念（協同作業による利益を得ることが難しいという認識）を低く評価するほど、協同作業に対する認識が肯定的と判定する

§ 3 因子ごとの項目の平均値±標準偏差

表5 グループワークについての学生の思い

要約	キーセンテンス
グループワークを通して他者の思考を知ることで、自己の考えの拡充	他の人の考え方や知識を知ること、そんな考察もあるんだなということが分かって、物の見え方が広がった。 視野や考え方が広がった。 自分1人だけだと、1つの考えに固執してしまうので、他の人の意見を聞くと、こういう考えもあるんだと、新しい学びにつながった。
グループでの主体的な取り組みを優先的にを行い、必要な時に教員の活用	グループをメインに動いていたので、その都度分からないことがあると聞きに行った。例えば、「こういう情報を取り、自分たちはこう考えたが、これで合っていますか」などのやりとりができたのはすごく良かった。 分からないことがあったら先生に聞き、先生がアセスメントを見て「ここ、あったらいいね」などのアドバイスがあったので、教員と学生との関わりはよかった。 グループの仲の良さとかもあるが、自分たちで考えて、分からなかったところは、先生に聞こうっていう流れが多かった。どこのグループも、そう（同じだと）思う。
他者の意見を聞くことで苦手意識の増幅	個人的にゴードンに対して苦手意識があって、他の人の意見を聞くたびにすごく不安になっていた。精神的にも「ああ、自分駄目だ」って、追い詰められた。
大人数のグループにおける、個人の負担感やグループワークへの貢献度の偏り	グループ学習は、先生たちはどんなふうに（グループ内で）役割分担しているというのは、分からないと思う。あと、個人の努力というか、そういうのがグループワークの現場では分からないと思う。 5～6人以上のグループだと、やらない人は出てくる。やりたくないって思う人はやらなくなる。あと、5～6人で話し合うっていうのが難しく、大人数になればなるほどやらない人は増えていくので、4人グループとかがベストで、役割分担もできる。少人数のグループを組んだときは、同じぐらいの負担感でできた。
グループ討議が活性化しない場合は、教員の参加を要望	あんまり発言できない人とか、できるだけみんなが積極的に発言できるように……。先生たちが一緒にいたほうが（発言ができない人は）発言できるのかな。 和気あいあいと先生たちも（話を）振ってくれれば、そういう人たち（発言ができない人）も意見を言いやすいかもしれない。
グループメンバーの力量をみて、自分の行動を決定	（学生だけの場面だと）自分はここだったらしゃべったほうがいいな、自分はここだったらリーダーとかじゃなくてちょっと意見言うぐらいでいいかなと、周りのメンバーを見て、自分もどうやって動こうかって決めてしまう。だから、平等に意見を言えるような環境ができればいいなと思ってた。
4年間の学生生活でできた人間関係が、グループ内での関係性に影響	2年生から実習が始まって、4年生になるといろんなところで（学生同士が）交わる機会が増えて、顔見知りや友達も増えてくる。その中で段々と「あ、この人やってくれる」というような、みんなの中でこの人できる人とか、仕切ってくれる人、発表してくれる人みたいなイメージが定着している。 やらなくても、この人いるからたぶん回ると思うみたいな感じで考えている人もいるので、グループメンバーの編成も大事。自分としても、任せてしまっていた部分があったかな。

表6 学内・遠隔実習に対する学生の想い

要約	キーセンテンス
術後の詳細な状況設定を通して一般的な回復過程の理解	学内実習は、病院に比べたら楽そうという感じがあると思う。状況設定がしっかりしていて、経過が順調な患者さんを通して、一般的なことを学べた。
同じ患者を受け持つことで不足している点を補い合いそれぞれの視点や考察の違いを実感	学内（実習）だったから、1人の患者さんをみんなで見るという感じだったので、賢い人からの意見を取り入れ、自分では発見できなかったことも見ることで勉強になった。 病棟（実習）だと、自分1人で患者さん1人を受け持つという状況だが、今回は（学内だったので）、1人（の患者さん）を5人とかで見て、足りない情報をみんなで共有したという形だった。グループだからこそ、スムーズに情報収集ができたような感じがした。 今回は（学内だったので）、1人（の患者さん）を数名で受け持たせていただいたので、お互いこういう情報を取ったほうがいいのか、このやりとりができたのはすごく大きな学びにつながった。
実習中に感じたことを教員にすぐに確認できる安心感	（感じた）不安は、先生に相談して、少しずつ解消することはできた。そういった点は良かった。
グループ活動をする中で一人で実践する場面を想起させ不安や懸念の増大	いざ現場に出たときに一対一で情報収集するってなると、結構抜けていた部分とかもあったのかなど。 実際にもし看護師として配属された場合、1人で全部情報を取るのかなっていう、ふとした想い（不安）もある。
様々な理由から生じる遠隔（ZOOM）でのグループワークへの不平等感	（遠隔実習では）ZOOMでの話し合いも多く、グループの人数か1人がずっと画面と音声オフで話し合いに参加しない人もいた。その人に対してグループの人数が「あの人って、いつも人の意見は奪うけど自分の意見言わないよね」みたいな感じ（の想いがあった）。 平等性がZOOMにすることによって何か変わってくる。その子が「環境が悪いので」というと、先生たちもたぶん何も言えない。でも、（そういう学生と）同じ成績が付くとすると、ちょっと嫌な部分はある。 環境面はしょうがないかもしれないが、学校に行ってるなどの特別措置（配慮）をしたら、平等なWi-Fi環境の下にできる。

覚—自己概念パターン」の困難感とは令和4年度の調査報告（具志堅ら，2023）と比較し、困難の程度が弱かった。困難の程度に変化があった要因として2点考えられる。一つ目は、令和4年度の調査報告（具志堅ら，2023）を踏まえて、教員が演習や実習の中で、周手術期看護に必要な知識（ムーアが提唱した術後の生体反応と回復過程、フィンクの危機理論など）、潜在的な問題を捉え予測される合併症の予防と早期対処が重要であることを強調し、教育実践したことが挙げられる。二つ目に、先行研究では遠隔学習への移行に伴い、多くの学生が対処能力と創造性を高めるようになり、通学時間の縮小により余分な学習時間や家族との時間が増え、セルフケアの時間が確保できたと示された（Sharon Wallace et al, 2021）。本研究対象は、緊張感のある臨地実習ではなく、学内と遠隔を中心とした落ち着いた実習環境が心理的な安定につながり、それが深い思考に導きアセスメントへの困難感を弱めた要因として考えられる。

## 2. 協同作業の認識からみた課題と教育方法への示唆

表4の協同作業認識に関して、令和4年度の調査報告（具志堅ら，2023）と比較し、本研究の4年次はいずれの下位尺度でも協同作業に対する認識が肯定的な結果ではなかった。

今回の協同作業の認識の結果とインタビュー調査の結果を併せると、学生はグループワークを通して【自己の考えを拡充】し、【グループでの主体的な取り組みを優先的に実施】するという協同学習による効果を体験していた一方で、【個人の負担感やグループワークへの貢献

度の偏り】や【遠隔でのグループワークへの不平等感】が表出された。これらの様々な想いから、本調査対象の学内・遠隔を中心としたハイブリッド型実習という学習環境が、協同作業に対する認識へ影響を及ぼした可能性が考えられる。

遠隔での看護学生の経験を通しての課題として、インターネットの接続性やネット上で守るべきルールが示され、遠隔学習の成功に向けて教員は学生が技術的に困っている場合の対処法を準備することが必要だと示されている（Sharon Wallace et al, 2021）。そのため、遠隔学習時のルールの明確化、自宅の学習環境に応じて積極的な支援を行うことが、遠隔でのグループワークにおいて学生同士の良好な関係性の構築につながり、学生同士で協同することへの否定的な認識を改善に導く手助けとなると考える。また、先行研究では「他のチームメンバーの貢献度を正確に評価するための十分な情報をもっているのはチームメンバーだけなのでピア評価は肝要である」（Larry K. Michaelsen et al, 2009）や、ピア評価はこれまで教員が見えていなかった学生の本当の頑張りを見出すことができる有益な方法であり、それを通して学生はチームの一員として個々の役割（学習責任）について理解が深まることで学習のモチベーションにつながる（齊藤ら，2019）ことが示されている。これらの知見を考慮し、学生が感じている「貢献度の偏り」や「不平等感」の改善に向けて、自己評価や学生同士の他者評価の導入を検討する必要性が示唆された。



## V. 結論

Nursing Forum, 1-7.

1. アセスメントの困難の程度で強かったのは「D情報の総合」、「F問題の統合」、「E情報の分析」であった。機能的健康パターンでは「セクシャリティ-生殖」、「価値-信念」パターンで困難の程度が強かった。
2. 協同作業に対する認識は、肯定的ではなかった。
3. 協同作業をより効果的にするために、遠隔実習時のルールの明確化や自宅の学習環境に応じた積極的な支援、評価方法の検討の必要性が示唆された。

## VI. 謝辞

本研究にご協力を賜りましたA大学4年次の学生の皆さまに心より感謝申し上げます。

本研究は、沖縄県立看護大学学長奨励教育研究費の助成を受け、実施した。本研究における利益相反は存在しない。

## VII. 文献

- 江川隆子 (編). (2019). ゴードンの機能的健康パターンに基づく看護過程と看護診断. 第6版. ヌーヴェルヒロカワ.
- 具志堅翔子, 謝花小百合, 大城真理子. (2023). クリティカルケア看護科目における学内実習でのアセスメントに対する学生が抱く困難感と協同作業の認識の実態調査. 沖縄県立看護大学紀要, 24, 89-96.
- 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, 75-86.
- 河村治代, 小松妙子. (2016). 卒業年次の学生が看護過程のアセスメントで感じている困難の程度. 岐阜看護研究会誌, 8, 13-22.
- Larry K. Michaelsen, Michael Sweet. (2009). チーム基盤型学習の基本原則と実践. 瀬尾宏美. (監修). TBL Team-Based Learning 医療人を育てるチーム基盤型学習 成果を上げるグループ学習の活用型(pp11-13). シナジー.
- マージョリー・ゴードン. (1998/2006). 江川隆子(監訳), ゴードン博士の看護診断アセスメント指針 よくわかる機能的健康パターン. 第2版. 照林社.
- マージョリー・ゴードン. (2008/2009). 上鶴重美(訳), アセスメント覚え書 ゴードン機能的健康パターンと看護診断. 医学書院.
- 長濱文与, 安永悟, 関田一彦他. (2009). 協同作業認識尺度の開発. 教育心理学研究, 57, 24-37.
- 齊藤史恵, 漆沢舞. (2019). ピア評価がもたらす看護学生の学習の責任性への認識と課題~学生の語りからの分析~. 弘前学院大学看護紀要, 14, 1-14.
- Sharon Wallace, Monika S. Schuler, Michelle Kaulback, et al. (2021). Nursing student experiences of remote learning during the COVID-19 pandemic.

