

【報告】

2017 年度臨地実習におけるルーブリックを用いた 看護技術到達度の学生自己評価の報告

隆 朋也 森 一恵 小池 武嗣 小出 扶美子 檜原 理恵
入江 晶子 村松 美恵 小平 朋江 野崎 玲子 大山 末美

聖隷クリストファー大学 看護学部

Report on Students' Self-evaluation of Nursing Skills Achievement Using Rubric in Clinical Practicum in Fiscal Year 2017

Tomoya Taka, Kazue Mori, Takeshi Koike, Fumiko Koide,
Rie Kashihara, Shoko Irie, Mie Muramatsu, Tomoe Kodaira,
Reiko Nozaki, Suemi Oyama

School of Nursing, Seirei Christopher University

《抄録》

学生が卒業までに修得すべき看護技術について、技術内容の評価基準を明確化したルーブリックによる質的な評価表を作成した。学生がルーブリックによる自己評価を記録し、教員と共有する ICT システムを作成し、臨地実習にて学生の技術到達度の確認と指導に活用した。現状の教育内容の成果と課題を明確にするために、2017 年度秋セメスターから 2018 年度春セメスターに行われた臨地実習期間に入力された自己評価データを集計し、学生の技術修得状況を確認した。結果からは、臨地実習や学内演習での繰り返しの実践によって高い到達度評価が得られている技術項目が存在する一方で、臨地実習での実践や経験の機会に限られる項目に関しては、評価のレベルが上がらない傾向がみられた。また臨地実習を進めながらの 142 項目の技術評価は学生・教員とも負担が大きく、自己評価の更新頻度を向上させ学生の実態を客観的に把握するためには技術項目の精選による絞り込みが必要と考えられる。

《キーワード》

看護技術到達度、ルーブリック、自己評価、臨地実習

I. はじめに

2012年8月の中央教育審議会答申では、学修成果の公平で客観的な把握が課題として提示され、その具体的な測定方法としてルーブリックが示された(中央教育審議会、2012)。ルーブリックは、成功の尺度を示す数値的な尺度(scale)と、それぞれの尺度にみられる認識や行為の特徴を示した記述語(description)から成る評価指標(石井、2005)であり、テスト法では評価が困難な「思考・判断」や「関心・意欲・態度」、「技能・表現」の客観的な評価方法として用いられる(沖、2014)。またルーブリックは、事前に公開されることで「学習者にとって学習活動や自己評価の指針としての役割」を果たし、学習者自身が学習における課題を発見し、自ら改善することへとつながるものである(沖、2016)。

学生が卒業までに修得すべき看護技術について、その到達度と評価基準を明確にするために、教務・実習委員会は看護技術の到達度を質的に評価するルーブリックを用いた評価表を作成した。そして、学生の主体的な技術習得を促し、臨地実習における指導に活用できるように、オンライン学習管理システム Moodle を利用した自己評価入力システムを作成した。これらを活用することによって、学生は臨地実習中に修得した看護技術内容を随時評価することができ、教員と共有することが期待される。また、教員は技術教育に対する教員間の共通理解を得ることが期待される。

本研究の目的は、自己評価入力システムを利用し、臨地実習完了時までに入力された4年次生の自己評価データから現状の教育内容の成果と課題を明らかにすることである。

II. 研究方法

1. ルーブリックの作成

看護技術教育においては、学生自身の生活力の低下や臨地実習でのスキルトレーニングの機会の減少などが課題として指摘されてきた。このため、我々は講義・演習による技術教育だけでなく、臨地実習を通して学生の継続した学修状況の把握と看護技術の修得内容の確認が必要であると考えた。そこで、2008年2月の厚生労働省医政局看護課長通達による「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」(厚生労働省、2008)(以下「142の技術項目」と略す)をもとに、それぞれの看護技術に対して、学生の技術到達度の質的評価基準を明確に言語化したルーブリック評価表の作成を検討した。この「142の技術項目」を卒業までに修得すべき技術と到達度評価の指標として活用することを考えた。

「142の技術項目」では、卒業時に必要とされる技術到達度を、I：単独で実施できる、II：看護師・教員の指導のもとで実施できる、III：学内演習で実施できる、IV：知識としてわかる、の4つに分類し、142の各々の技術項目についていずれかを設定している。我々はルーブリック作成にあたり、全体の整合性を確保するために、まずIからIVの到達度それぞれについて、原理原則が説明できないレベル0から、卒業時に必要とされるレベルに到達しているレベル4まで、5段階の質的評価基準を示す汎用的な記述語を設定し、それに従って個々の看護技術についての具体的な質的評価基準を作成するという方針を立てた。作成した汎用的な質的評価基準を表1に示す。

汎用的な記述語の作成段階において、技術到達度Iについては、対象の個別性に配慮する必要がある技術と、個別性に配慮する必要のない技術が混在すると判断した。このため、前者の技術到達度をI a、後者の技術到達度をI bと定義しなおし、5つの技術到達度に

表 1. 汎用的な質的評価基準

技術の種類		レベル0	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
単独で実施できる (アセスメントをもとに 対象に合わせた技術 を提供できる)	I a	該当する技術の 原理原則が説明 できない	該当する技術の 原理原則を説明 できる	該当する技術を学内 の演習で確実に実 施することができる	該当する技術につい て複数の方法を考え ることができる	アセスメントをもとに 対象に合わせた技術 を自立して供でき る
単独で実施できる (原理原則に従って技 術を提供できる)	I b	該当する技術の 原理原則が説明 できない	該当する技術の 原理原則を説明 できる	該当する技術が対 象者に及ぼす影響を 説明できる	該当する技術を学内 の演習で確実に実 施することができる	該当する技術を臨床 で確実に提供するこ とができる
看護師・教員の指導 のもと実施できる	II	該当する技術の 原理原則が説明 できない	該当する技術の 原理原則を説明 できる	該当する技術を安 全・安楽に提供する 方法を説明できる	該当する技術を安全 安楽に配慮して演習 で確実に実施するこ とができる	該当する技術を臨床 で指導の下に提供 することができる
学内演習で実施でき る	III	該当する技術の 原理原則を説明 できない	該当する技術の 原理原則を説明 できる	該当する技術を安 全・安楽に提供する 方法を説明できる	該当する技術が対 象に及ぼす影響を説 明でき、安全・安楽 に実施するための留 意点が説明できる	該当する技術を安全 安楽に配慮して演習 で確実に実施するこ とができる
知識として分かる	IV	該当する技術や 情報の原理原則 を説明できない	該当する技術や 情報の原理原則 を説明できる	臨床場面での情報 の多様性について説 明できる	臨床場面での情報 の因果関係について 説明できる	臨床場面で対象者 の個別性を踏まえた 情報を分析しアセス メントができる

対するレベル0からレベル4までの5段階の汎用的な質的評価基準を作成し、到達度間の評価レベルの整合性と各レベルの記述語の妥当性を委員会のメンバー間で確認した。

次に、142の個々の看護技術について、5段階の質的評価基準に沿って具体的な評価基準を作成した。「142の技術項目」に挙げられた個々の技術項目の記述には、例えば学生間での静脈血採血など、本学で実施している学内演習では扱わない技術を含むものも存在した。このため一部の項目については、本学の実情に沿うように記述に修正を加えた。それぞれの評価基準に使われる語句の統一や技術間の整合性を確認し、ルーブリックの形にまとめた。

2. Moodle を活用した自己評価入力システムの作成

学生がルーブリックを用いた看護技術到達度の自己評価を記録し、実習指導を担当する教員とのタイムリーな共有を可能とするため

に、本学既設の学習管理システム Moodle を利用したオンラインでの自己評価入力システムを作成した。

Moodle はインターネット上でひとつの授業科目 (Moodle ではこれを「コース」と呼ぶ) に関連する資料や提出課題、小テストをまとめた Web ページを作るためのソフトウェアである。学生が Moodle を用いることでルーブリックによる看護技術の自己評価を行い、現在の到達度を記録できる方法を検討した。そこで、「看護技術の到達度チェック」のコースを作成し、学生が画面上のルーブリックをクリックすることで自己の看護技術到達度を入力するページを作成した。「142の技術項目」では看護技術項目が「環境調整技術」「食事の援助技術」などの13のカテゴリーに分類されているため、「看護技術の到達度チェック」コース上でも、このカテゴリーごとに入力画面を区切って自己評価を入力できるようにした。

Moodle に備えられたルーブリック機能は

教員が学生の学習成果（課題）を評価するためのもので、初期設定では学生が自分自身の評価を入力することはできない。しかし、Moodleに備えられたグループ機能を利用して学生をグループ化し、「グループメンバーの課題を評価する」権限を学生に付与することで、グループワーク等においてグループ内の学生間で相互評価を行えることがわかった。そこで、「看護技術の到達度チェック」コースに登録された個々の学生をそれぞれ自分だけがグループメンバーとなるように別々のグループに所属させ、その上で、学生に「グループメンバーの課題を評価する」権限を与えた。この設定変更により、学生は自分自身の看護技術到達度のみ Moodle 上で入力・保存・変更できるようになった。グループメンバーは自分自身だけなので、学生は他の学生の評価を閲覧・変更することはできない。一方で、臨地実習を担当する教員はすべての学生の看護技術到達度を確認できるように設定されている。

3. 臨地実習指導での活用

本システムを臨地実習における技術指導に活用するため、看護学部教員への周知のための研修会を2017年1月に開催し、使用方法の共有化、評価の目的と方法についての意見交換を行った。その意見交換の中で、グループ評価の実施者（学生）と評価者（教員）の技術に関する評価の共有だけでなく、共有する過程で学生の技術提供における患者や対象者のアセスメント内容、提供する技術の選択理由、技術提供後の効果とその評価等について話しあう必要があることが指摘された。このような実施者と評価者の共有の過程で、実施した技術についての多角的な考察を学生が学ぶ機会を得ることができ、評価の視点だけでなく今後の課題を実施者自身が明確にできる効果があると話しあわれた。そのためには、教員が臨地実習において学生と Moodle

画面を見ながら個別面談を行い、個々の学生の技術の修得内容を確認しながら細やかな指導を行うことが必要となる。教務・実習委員会は、実習の中間評価や最終評価の場面を利用して自己評価入力システムを活用してもらうように教員に依頼した。

4. データ収集の方法

2017年度秋セメスターから2018年度春セメスターにかけて行われた臨地実習にて、個々の学生の看護技術到達度の確認と指導に本システムを活用した。2018年度春セメスターまでに統合実習を含むすべての臨地実習を完了した2018年度4年次生148名のうち、本システムに142項目すべての自己評価を入力した84名の学生（有効回答率56.8%）のデータを用いて、学生の技術修得状況を集計した。個々の技術項目について、レベル0～4のそれぞれに到達した学生数を集計し、その構成比を算出した。

5. 倫理的配慮

データ収集の対象となる2018年度4年次生全員に対して、臨地実習が完了した2018年7月末に配布資料を用いて研究の目的と方法、協力による利益・不利益について口頭で説明し、協力を依頼した。依頼にあたっては、集計するデータには個人に結びつく情報が含まれず、成績評価には一切影響しないことを説明した。本研究は聖隷クリストファー大学の倫理審査を受け承認を得た（承認番号17035）。

Ⅲ. 結果

1. 環境調整技術

環境調整技術の集計結果を図1に示す。到達度I aの1項目（1）では、レベル0「原理原則が説明できない」と回答した学生はおらず、レベル1「原理原則が説明でき

る」と回答した学生は 3.6%であった。レベル 2 以上の学内演習あるいは臨床で「実施できる」は 96.4%であった。

到達度 I b の 1 項目 (2) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 1.2%、レベル 1 「原理原則が説明できる」と回答した学生は 3.6%であった。レベル 3 以上の学内演習あるいは臨床で「実施できる」は 88.1%であった。

到達度 II の 1 項目 (3) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 1.2%、レベル 1 「原理原則が説明できる」と回答した学生は 3.6%であった。レベル 3 以上の学内演習あるいは臨床で「実施できる」は 77.4%であった。

以上の結果から、環境調整技術は多くの学生が学内演習あるいは臨床で「実施できる」レベルまで到達していることがわかった。到達度 I a、I b の項目は実習の場で経験する機会が多く、半数程度の学生がレベル 4 まで到達していた。一方、到達度 II の項目では、レベル 4 まで到達した学生は到達度 I よりも

少なく 38.1%だった。

2. 食事の援助技術

食事の援助技術の集計結果を図 2 に示す。

到達度 I a の 2 項目 (4, 5) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 1.2%~2.4%、レベル 1 「原理原則について説明できる」は 23.8%~25.0%であった。レベル 2 以上の学内演習あるいは臨床で「実施できる」は 72.6%~75.1%であった。

到達度 I b の 1 項目 (6) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 14.3%、レベル 1 「原理原則について説明できる」は 33.3%であった。レベル 3 以上の学内演習あるいは臨床で「実施できる」は 23.8%であった。

到達度 II の 4 項目 (7~10) では、レベル 0 「説明できない」と回答した学生は 10.7%~15.5%、レベル 1 の「原理原則を説明できる」は 15.5%~40.5%であった。レベル 3 以上の学内演習あるいは臨床で「実施できる」は 15.5%~56.4%であった。

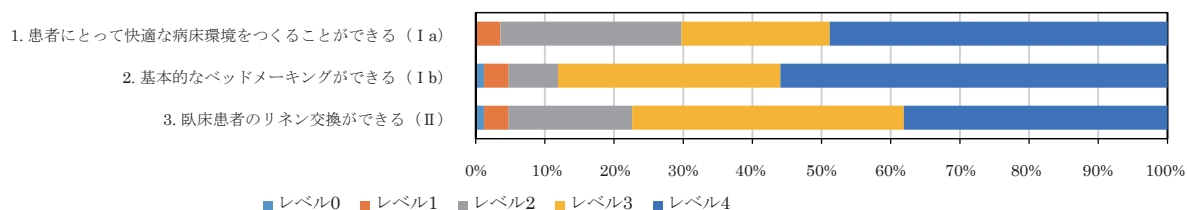


図 1. 環境調整技術

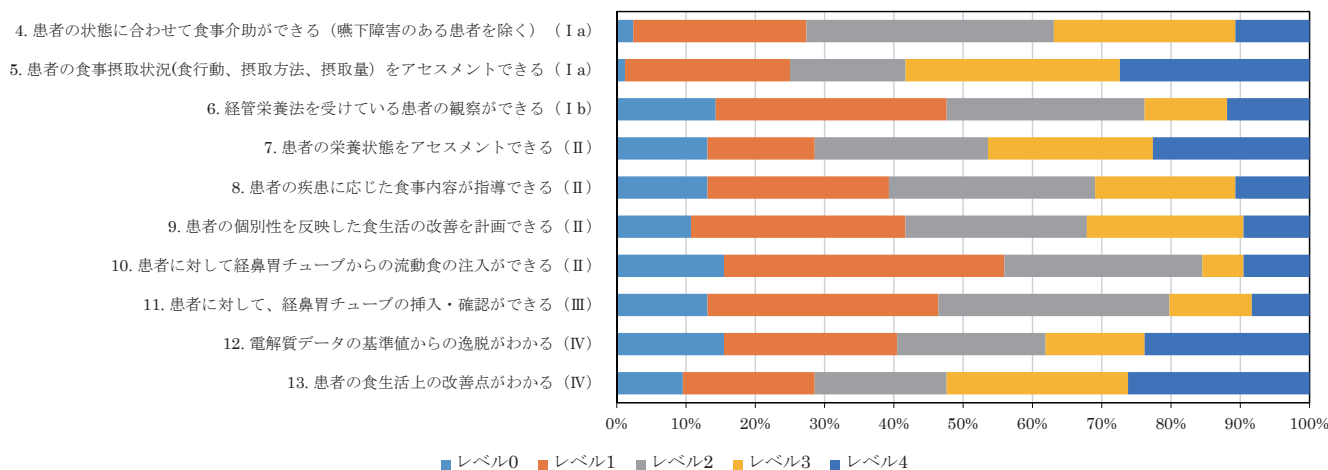


図 2. 食事の援助技術

到達度Ⅲの1項目(11)では、レベル0「原理原則が説明できない」と回答した学生は13.1%、レベル1「原理原則を説明できる」は33.3%であった。レベル2以上の「安全・安楽に提供する方法の説明ができる」および「学内の演習で実施できる」は53.5%であった。

到達度Ⅳの2項目(12, 13)では、レベル0「原理原則を説明できない」と回答した学生は9.5%～15.5%、レベル1「原理原則を説明できる」は19.0%～25.0%であった。レベル2以上については59.5%～71.4%であった。

3. 排泄援助技術

排泄援助技術の集計結果を図3に示す。

到達度Ⅰaの3項目(14～16)では、レベル3「複数の援助方法を考えることができる」と回答した学生は31.0%～34.5%であったが、レベル4「臨床で実施できる」まで到達した学生は7.1%～17.9%であった。プライバシーに配慮しなければならない援助であるため、実践までは難しい状況にあることがわかった。

到達度Ⅰbの1項目(17)では、レベル4「臨床で実施できる」が20.2%であった。実習場

所によっては臨床での体験が可能であることが示されている。

到達度Ⅱの4項目(18～21)では、おむつ交換・失禁患者のケアでは半数以上の学生がレベル2「安全・安楽に提供する方法を説明できる」以上と回答した。特に「19. 患者のおむつ交換ができる」は38.1%の学生がレベル4「指導のもとで実施できる」まで到達していた。これは老年看護学実習において失禁によるおむつ着用の高齢者を受け持つことが多いためである。

到達度Ⅲの2項目(22, 23)では、レベル1「原理原則を説明できる」またはレベル2「提供する方法を説明できる」と回答した学生が65.4%～72.6%であった。モデル人形に対しても浣腸・導尿を行う機会が少ないのか、実施できるまでの到達が難しい状況が伺える。

到達度Ⅳの3項目(24～26)では、レベル2「臨床場面での情報の多様性について説明できる」以下の回答が58.4%～82.1%と高く、知識が問われる項目であっても方法や留意点の説明まで到達する学生は少なかった。

4. 活動・休息援助技術

活動・休息援助技術の集計結果を図4に示

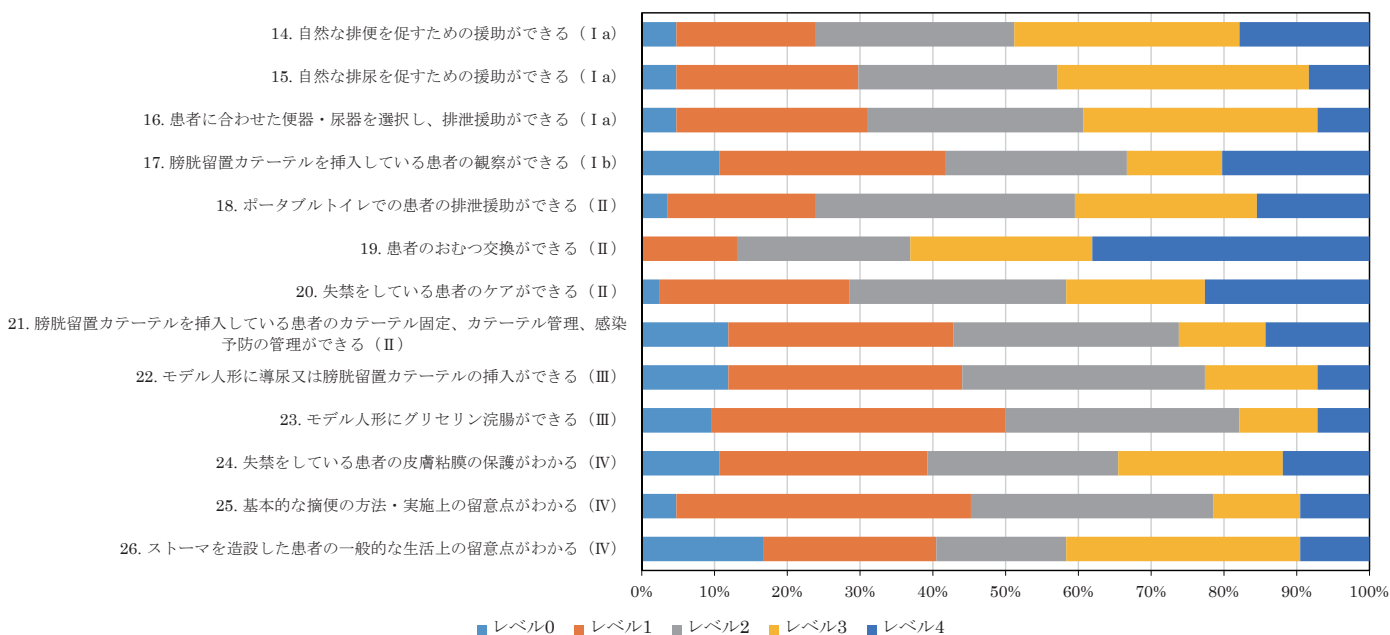


図3. 排泄援助技術

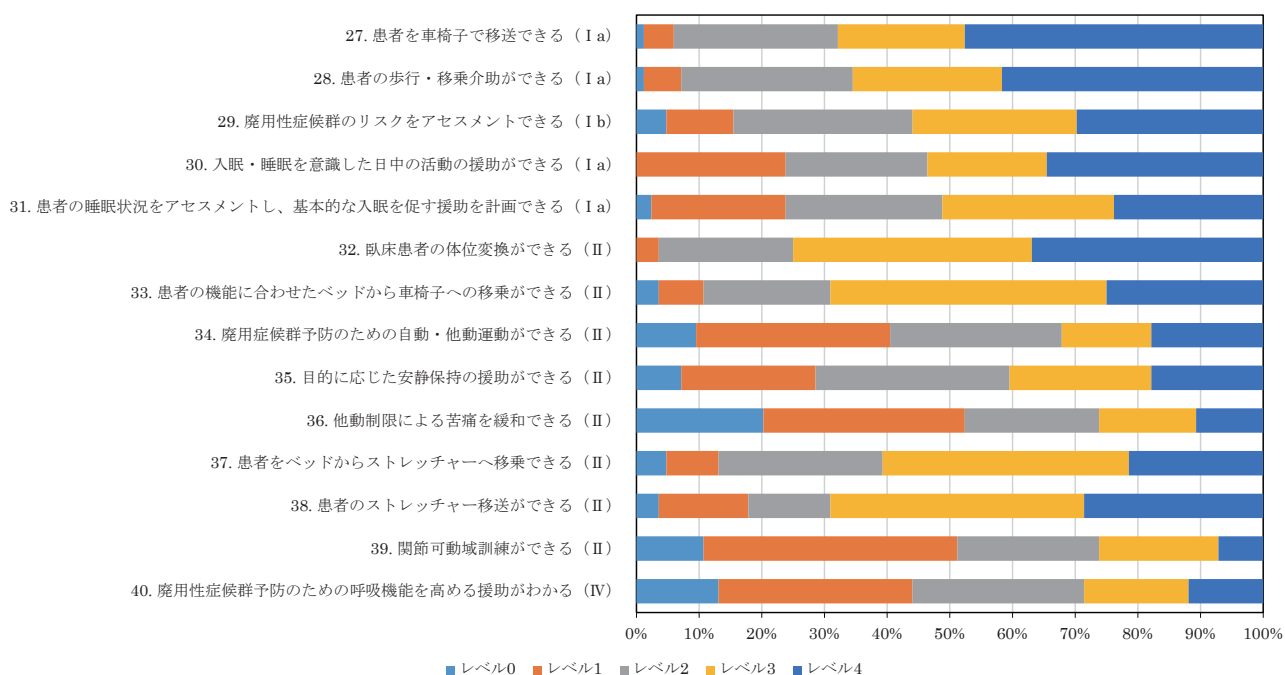


図 4. 活動・休息援助技術

す。

到達度 I a の 4 項目 (27, 28, 30, 31) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 0%～4.8%であり、レベル 1 「原理原則が説明できる」は 4.8%～23.8%であった。レベル 3 「学内の演習で実施できる」は 19.0%～27.4%、レベル 4 「単独で実施できる」は 23.8%～47.6%であり、4 割以上の学生が学内演習あるいは臨床で実施できていた。

到達度 I b の 1 項目 (29) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 4.8%であり、レベル 1 「原理原則が説明できる」は 10.7%であった。レベル 3 「学内の演習で実施できる」は 26.2%、レベル 4 「単独で実施できる」は 29.8%であり、学内演習あるいは臨床で実施できた学生は 6 割を超えていた。

到達度 II の 8 項目 (32～39) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 0%～20.0%、レベル 1 「原理原則が説明できる」は 3.6%～40.5%であった。レベル 2 「安全安楽に提供する方法を説明できる」は 13.1%～31.0%であった。レベル 3 「学内の演習で確実に実施できる」は 15.5%

～44.0%であり、レベル 4 「臨床で指導の下に提供することができる」は 7.1%～36.9%であった。項目内で最も臨床での実施率が低かったのは「36. 他動制限による苦痛を緩和できる」10.7%であった。

到達度 IV の 1 項目 (40) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 13.1%、レベル 1 「原理原則が説明できる」は 31.0%であった。レベル 2 「廃用性症候群が呼吸機能に与える影響を説明できる」以上の学生は 55.9%であった。

5. 清潔・衣生活援助技術

清潔・衣生活援助技術の集計結果を図 5 に示す。

到達度 I a の 5 項目 (42～46) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 0%～2.4%、レベル 1 「原理原則が説明できる」は 8.3%～28.6%であった。レベル 2 以上の学内演習あるいは臨床で「実施できる」は 71.4%～90.4%であった。

到達度 I b の 2 項目 (41, 47) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 1.2%、レベル 1 「原理原則が説明で

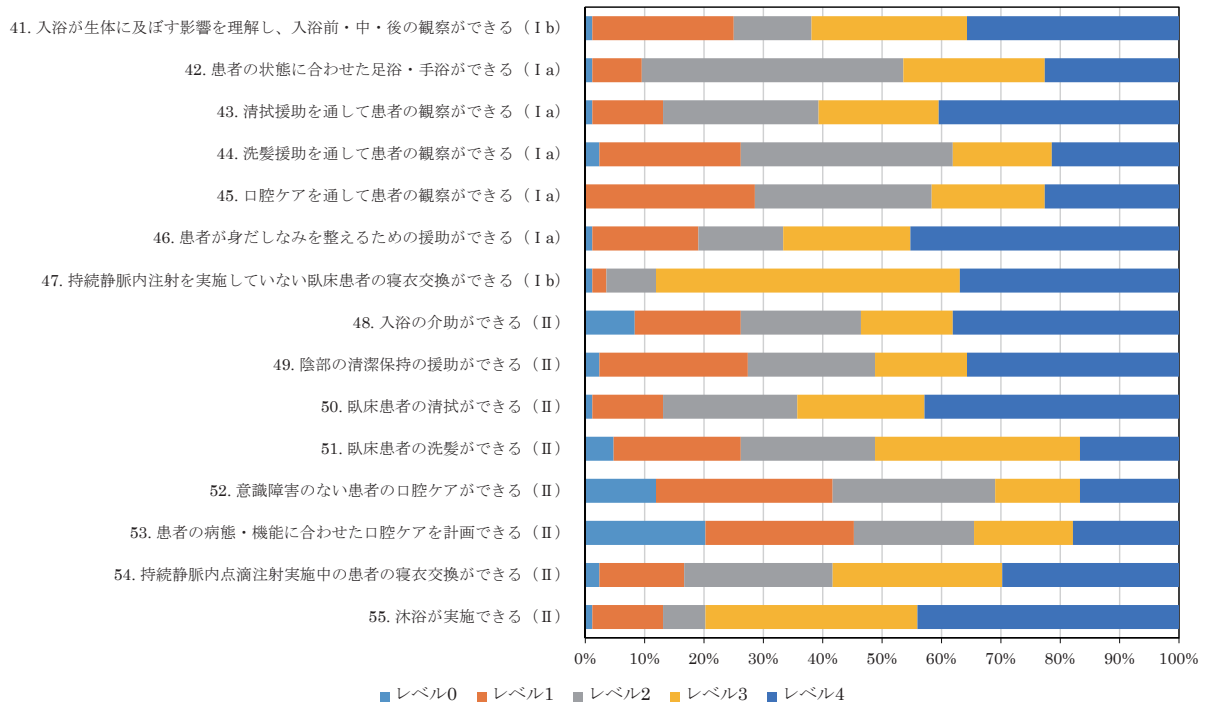


図5. 清潔・衣生活援助技術

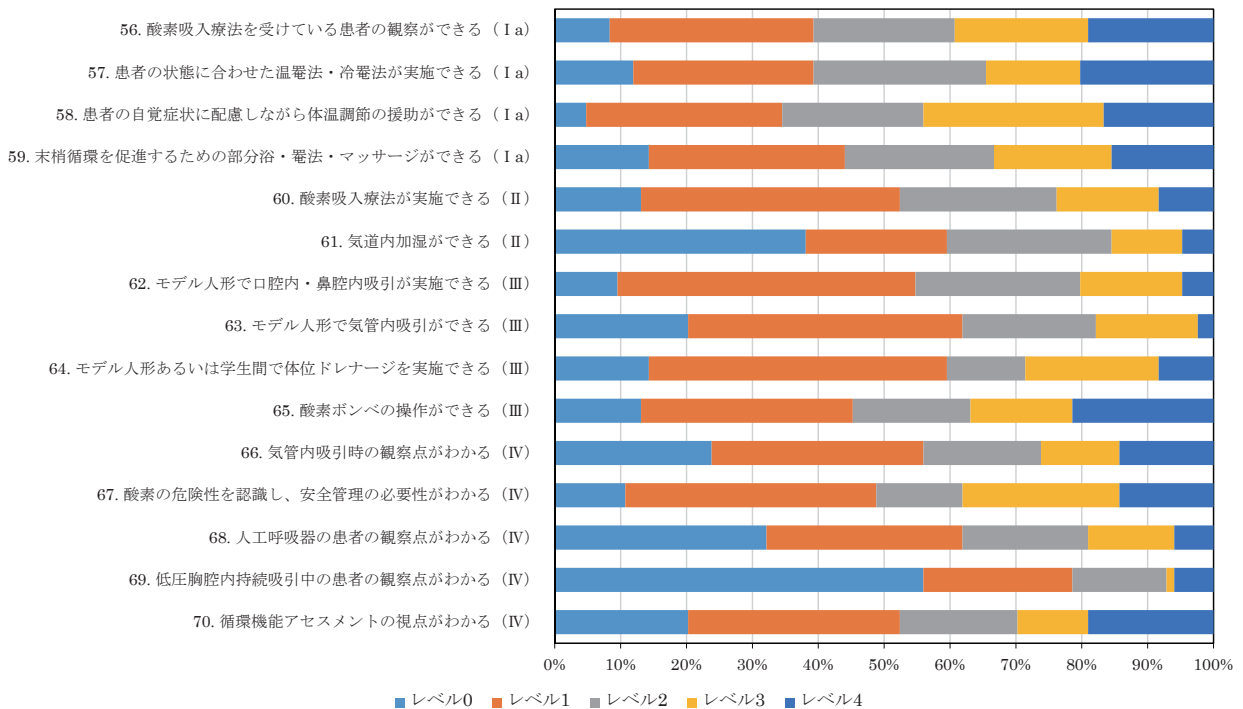


図6. 呼吸・循環を整える技術

きる」は2.4%～23.8%であった。レベル3以上の学内演習あるいは臨床で「実施できる」は61.9%～88.1%であった。

到達度IIの8項目(48～55)では、レベル0「原理原則が説明できない」と回答した学生は1.2%～20.2%、レベル1「原理原

則が説明できる」は11.9%～29.8%であった。レベル3以上の学内演習あるいは臨床で「実施できる」は31.0%～79.7%であった。

6. 呼吸・循環を整える技術

呼吸・循環を整える技術の集計結果を図6

に示す。

到達度 I a の 4 項目 (56 ~ 59) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 4.8% ~ 14.3%、レベル 1 「原理原則が説明できる」は 27.4% ~ 31.0%であった。レベル 2 以上の学内演習あるいは臨床で「実施できる」は 56.0% ~ 65.5%であった。

到達度 II の 2 項目 (60, 61) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 13.1% ~ 38.1%、レベル 1 「原理原則が説明できる」は 21.4% ~ 39.3%であった。レベル 3 以上の学内演習あるいは臨床で「安全に実施できる」は 15.5% ~ 23.8%であった。

到達度 III の 4 項目 (62 ~ 65) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 9.5% ~ 20.2%、レベル 1 「原理原則が説明できる」は 32.1% ~ 45.2%、であった。レベル 2 「安全・安楽に提供する方法の説明ができる」以上は 38.1% ~ 54.8%であった。

到達度 IV の 5 項目 (66 ~ 70) では、レベル 0 「原理原則、観察点及び視点が説明できない」と回答した学生は 10.7% ~ 56.0%、レベル 1 「原理原則、観察点及び視点が説明できる」は 22.6% ~ 38.1%であった。レベル 2 「危険性や合併症をふまえた安全な実施や評価の説明ができる」以上は 21.5% ~ 51.2%であった。

到達度 I a の 1 項目 (71) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生はおらず、レベル 1 「知識を深め説明できる」は 25.0%であった。レベル 2 以上の「思考・評価できる」は 75.0%であった。

到達度 II の 3 項目 (72 ~ 74) では、レベル 0 「説明できない」と回答した学生は 0% ~ 7.1%で、レベル 1 「知識を深め説明できる」は 27.4% ~ 39.3%であった。レベル 2 以上の「アセスメントできる、評価できる、実施できる」などは 53.6% ~ 71.4%であった。

到達度 III の 2 項目 (75, 76) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 14.3% ~ 25.0%、レベル 1 「説明できる」は 27.4% ~ 34.5%であった。レベル 2 以上の「アセスメント、実施できる」は 47.6% ~ 51.2%であった。

到達度 IV の 1 項目 (77) では、レベル 0 「説明できない」と回答した学生は 45.2%、レベル 1 「知識を深め説明できる」は 33.3%であった。レベル 2 以上の「創傷に対応した消毒薬の選択などができる」については 21.5%であった。

以上の結果から、創傷管理については、褥創に関する技術は高いレベルで修得できているが、無菌操作・包帯法に関しては「説明できる」レベルにとどまっていることがわかった。

7. 創傷管理技術

創傷管理技術の集計結果を図 7 に示す。

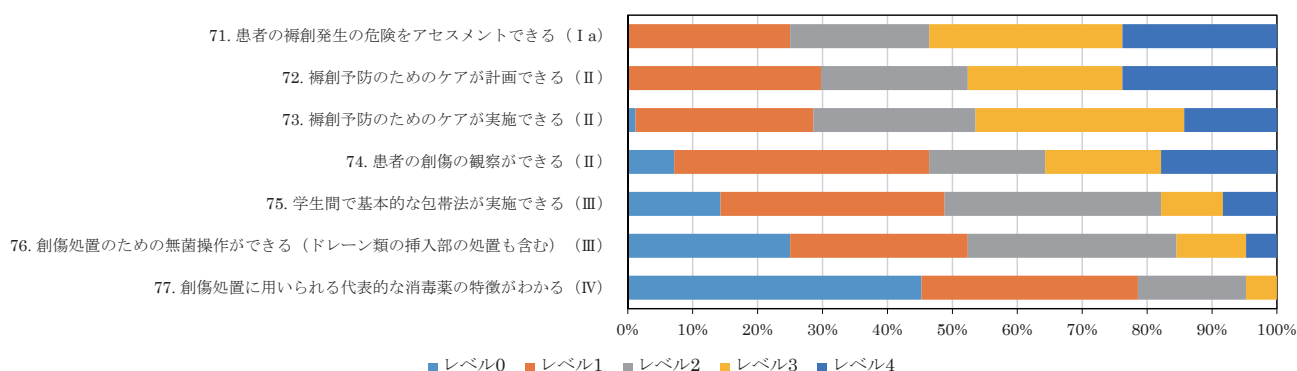


図 7. 創傷管理技術

8. 与薬の技術

与薬の技術の集計結果を図8に示す。

到達度Ⅱの4項目(78～81)では、レベル0「原理原則が説明できない」と回答した学生は4.8%～26.2%、レベル1「原理原則が説明できる」は28.6%～34.5%であった。レベル3「アセスメントができる」と回答した学生は9.5%～22.6%、レベル4「必要なケアを考案できる」は6.0%～16.7%であった。

到達度Ⅲの6項目(82～87)では、レベル0「原理原則が説明できない」と回答した学生は4.8%～26.2%、レベル1「原理原則が説明できる」は23.8%～39.3%であった。レベル3「留意点を説明できる」と回答した学生は8.3%～27.4%、レベル4「モデル人形に確実に実施できる、確実に操作できる」は4.8%～14.3%であった。

到達度Ⅳの15項目(88～102)では、レベル0「原理原則が説明できない」と回答した学生は8.3%～29.8%、レベル1「原理原則が説明できる」は26.2%～59.5%であり、半数以上の学生がレベル1以下と回答してい

た。

9. 救命救急処置技術

救命救急処置技術の集計結果を図9に示す。

到達度Ⅰbの1項目(103)では、レベル3「演習で確実に実施できる」以上の回答をした学生が53.5%で、救急対応についての応援要請は過半数の学生が実施できていた。

到達度Ⅱの1項目(104)では、レベル4「臨床で指導のもとに提供できる」が17.9%、レベル3「演習で確実に実施できる」と合わせると48.9%となった。

到達度Ⅲの4項目(105～108)では、レベル4「モデル人形に確実に実施できる」が42.9%～54.8%で、およそ半数の学生がモデル人形を用いた演習で決められた方法でなら「できる」と実感していることがわかった。

到達度Ⅳの2項目(109, 110)では、レベル3「因果関係について説明できる」以上が21.5%～34.5%であり、自分の使える知識としての自信がないことが推察される。

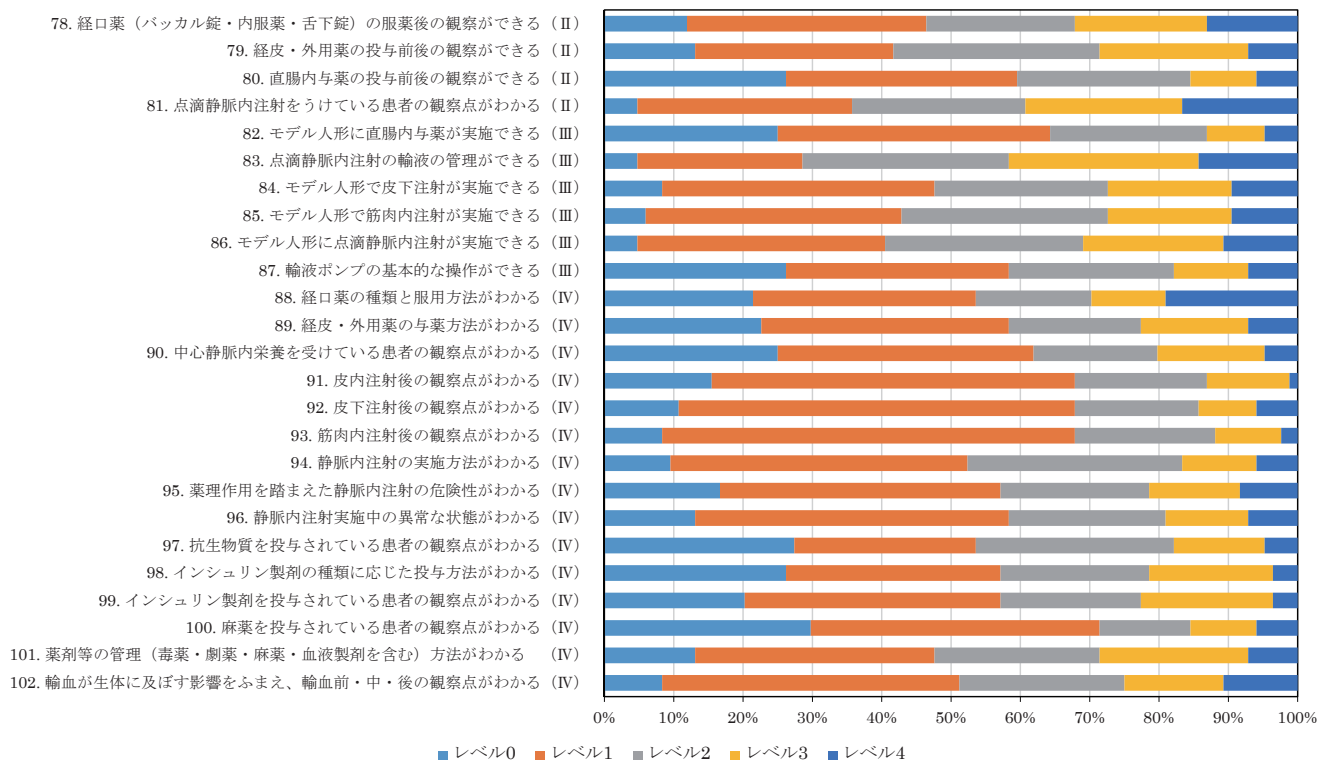


図8. 与薬の技術

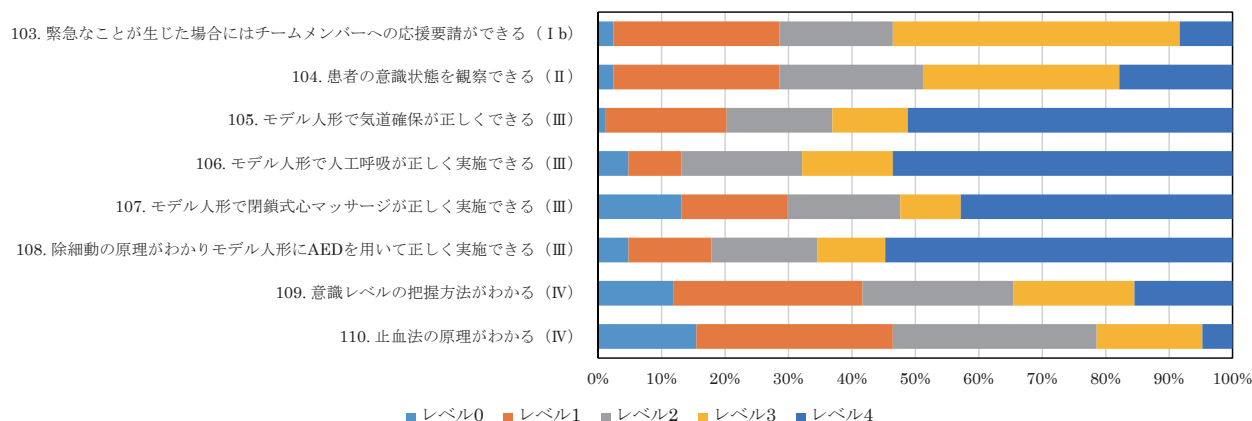


図9. 救命救急処置技術

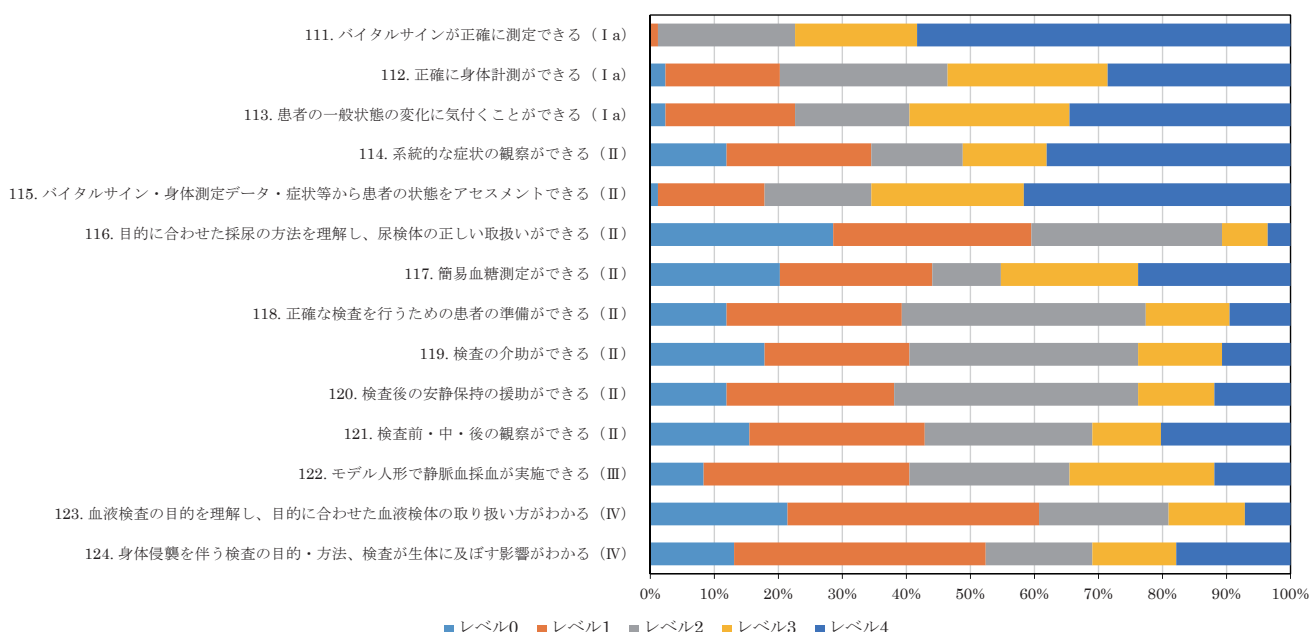


図10. 症状・生体機能管理技術

10. 症状・生体機能管理技術

症状・生体機能管理技術の集計結果を図10に示す。

到達度 I a の 3 項目 (111 ~ 113) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 0% ~ 2.4%、レベル 1 「原理原則が説明できる」は 1.2% ~ 20.2%であった。レベル 2 以上の学内演習あるいは臨床で「実施できる」は 77.4% ~ 98.7%であった。

到達度 II の 8 項目 (114 ~ 121) では、症状の観察やデータのアセスメントからケアの考案に関する 2 項目 (114, 115) と、検体の取り扱いや検査介助、検査を受ける患者の観

察や検査後の援助にかかわる 6 項目 (116 ~ 121) で異なる傾向が見られた。前者ではレベル 4 「指導のもとで実施できる」と回答した学生が 38.1% ~ 41.7%と多く、レベル 0 「原理原則が説明できない」は 1.2% ~ 11.9%であった。一方後者では、3.6% ~ 23.8%の学生が、レベル 4 「指導のもとで実施できる」と評価していたが、ほぼ同数の学生がレベル 0 「原理原則が説明できない」と回答していた。特に、「117. 簡易血糖測定ができる」では、レベル 3 「演習で確実に実施できる」以上の評価が 45.2%であった一方で、44.0%がレベル 1 「原理原則が説明できる」以下と回答し

ていた。

到達度Ⅲの1項目(122)では、レベル0「説明できない」と回答した学生は8.3%、レベル1「説明できる」は32.1%であった。レベル4「モデル人形に確実に実施できる」は11.9%であった。

到達度Ⅳの2項目(123, 124)では、レベル3「因果関係について説明できる」以上と回答した学生は19.0%~31.0%、一方でレベル1「取り扱い、影響が理解できる」以下の回答は52.4%~60.7%であった。

11. 感染予防技術

感染予防技術の集計結果を図11に示す。

到達度I bの1項目(125)では、レベル0「原理原則が説明できない」と回答した学生はおらず、レベル3「演習で確実に実施できる」が27.4%、レベル4「臨床で確実に実施できる」は69.0%であった。

到達度Ⅱの5項目(126~130)では、レ

ベル0「原理原則が説明できない」と回答した学生は0%~2.4%、レベル1「原理原則が説明できる」は3.6%~10.7%であった。レベル2「安全安楽に提供する方法を説明できる」は4.8%~27.4%であった。レベル3「学内で確実に実施できる」は31.0%~56.0%であり、レベル4「臨床で指導の下に提供できる」は6.0%~53.6%であった。項目内で最も臨床での実施率が少なかったのは「129.無菌操作が確実にできる」の6.0%であった。

到達度Ⅳの1項目(131)では、レベル0「方法について説明できない」と回答した学生は7.1%、レベル1「方法について説明できる」は16.7%であった。レベル2「針刺し事故後の感染防止の方法を理解し、感染防止を行う必要性について説明できる」以上の学生は76.3%であった。

12. 安全管理の技術

安全管理の技術の集計結果を図12に示す。

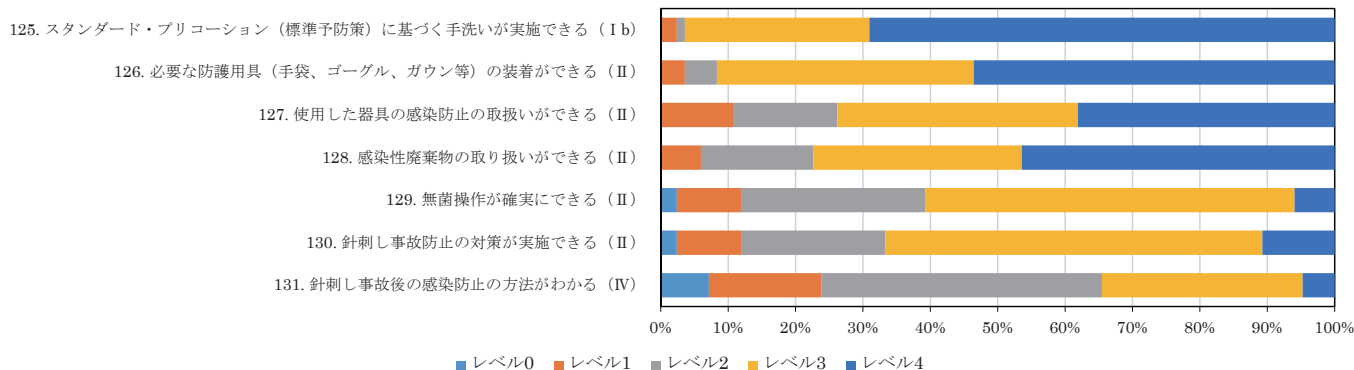


図11. 感染予防技術

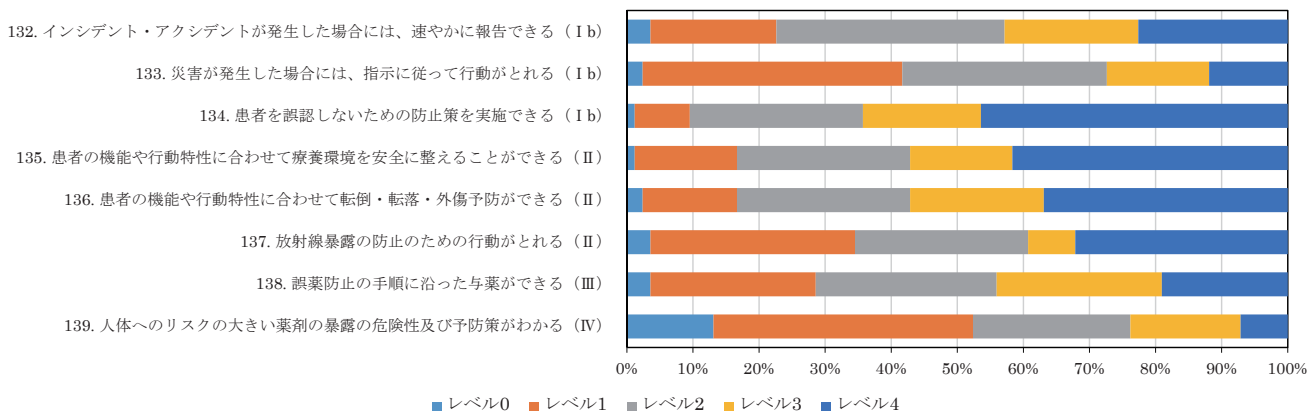


図12. 安全管理の技術

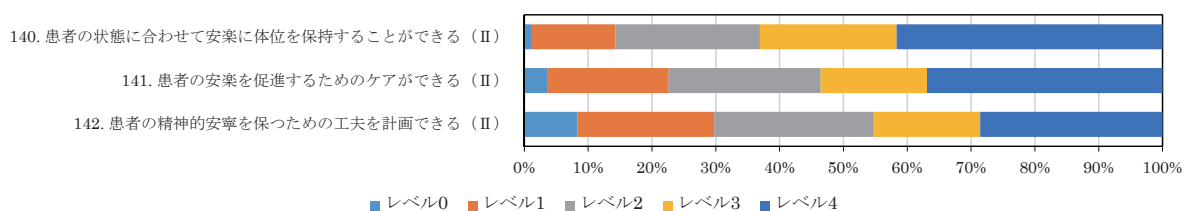


図13. 安楽確保の技術

到達度 I b の 3 項目 (132 ~ 134) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 1.2% ~ 3.6%、レベル 1 「原理原則が説明できる」は 8.3% ~ 39.3%であった。レベル 3 以上の学内演習あるいは臨床で「実施できる」は 27.4% ~ 64.3%であった。

到達度 II の 3 項目 (135 ~ 137) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 1.2% ~ 3.6%、レベル 1 「原理原則が説明できる」は 14.3% ~ 31.0%であった。レベル 3 以上の学内演習あるいは臨床で「実施できる」は 39.2% ~ 57.2%であった。

到達度 III の 1 項目 (138) では、レベル 0 「原理原則が説明できない」と回答した学生は 3.6%、レベル 4 「演習で確実に実施できる」は 19.0%であった。

到達度 IV の 1 項目 (139) では、レベル 0 「危険性及び予防策が説明できない」と回答した学生は 13.1%、レベル 1 「危険性および予防策が理解できる」は 39.3%であり、過半数がレベル 1 以下と回答していた。

13. 安楽確保の技術

安楽確保の技術の集計結果を図 13 に示す。

到達度 II の 3 項目 (140 ~ 142) では、レベル 0 「原理原則を説明できない」と回答した学生は 1.2% ~ 8.3%、「原理原則を説明できる」と回答した学生は 13.1% ~ 21.4%であった。レベル 3 以上の学内演習あるいは臨床で「提供できる、計画できる」は 45.3% ~ 63.1%であった。

安楽確保の技術は、約半数の学生が学内演習あるいは臨床で「提供できる」または「計画できる」レベルまで到達していることがわ

かった。

IV. 考察

1. 現状の教育内容での成果

到達度 I a, I b, II の項目については、「1. 環境調整技術」、「4. 活動・休息援助技術」、「5. 清潔・衣生活援助技術」、「6. 呼吸・環境を整える」、「10. 症状・生体機能管理技術」、「11. 感染予防技術」、「13. 安楽確保の技術」ではレベル 3 以上が 60% を超えており、学内演習や臨地実習の経験だけでなく、それぞれの事前・事後学修により関連する知識の充足ができ、高い到達度の評価につながっている。これらには実習中に受け持ち患者を通して実践できる内容も含まれており、学生が原理原則を説明できるレベルに留まらないような実習中の指導が行われていると考えられる。「12. 安全管理の技術」における危機管理についても、さまざまな講義の中で取り上げられていることが推察され、知識とその理解は十分学生に修得されている。

一方、「9. 救命救急処置技術」については、学内で実技試験を課し、集中した演習を行っているが、技術を身に着けても知識面で自信が持てない状況にあることが分かった。卒業時まで技術の到達度を維持するためには、繰り返し実践する機会があることが望ましいと考える。

2. 現状の教育内容の課題

到達度 II, III の項目については、「2. 食事の援助技術」、「3. 排泄援助技術」、「6. 呼吸・循環を整える技術」、「8. 与薬の技

術」において個別性やプライバシーに配慮することを求められる項目は、学内演習では経験していても、臨地実習で学生が実践する機会が限られ、見学する機会もあまり無いために、評価のレベルが上がらないことが推察される。また「12. 安全管理の技術」において、放射線や薬剤の暴露のような臨地実習で経験する機会の少ない項目については、実践の機会が持てるような教員の働きかけが必要である。各領域別実習で実施できる機会を逃さず、実施を積み重ねることによって、レベル4まで到達させていく必要がある。

「10. 症状・生体機能管理技術」に含まれる検体の取り扱いに関する項目は、学生の巧緻性や緊張などの個別な要素が関係しているため、学生の学内演習時の学びにおいて差が生じている。このため、学生の個別性を考慮した丁寧なシミュレーション教育が有効と考えられる。

3. 評価項目やルーブリックの改善点

現在のルーブリックでは、自己評価を行う技術項目が142項目もあるため、学生がそれぞれの内容を精査しながら本システムに自己評価を入力するのに1～2時間が必要となり、評価入力の負担が大きくなっている。今回は142項目すべての自己評価を入力した学生を分析対象としたが、対象外となった学生の大半は自己評価の入力率が全体の2割以下にとどまり、継続的な自己評価入力の困難さがうかがえる。また、Moodle上のルーブリックへの評価入力は、システム上の制約からスマートフォンでの入力も不可能ではないものの著しく困難なため、実質的にはPCあるいはタブレット端末からの入力が必須となることも、入力の負担を増大させる一因と考えられる。

到達度IVの項目については、卒業時に獲得している知識を問う内容になっているため、臨地実習に関連した技術項目に含めるかどうか

かを個々に精選する必要がある。学生に課される評価入力の負担が軽減されれば、実習進行過程において学生が自己評価を更新する頻度の向上が期待でき、教員も学生のその都度の到達度を客観的に把握することが可能になると考える。同様の理由から、臨地実習での実施機会が得られず学内演習での実施に限定される技術項目についての精選も今後の課題といえる。

参考文献

- 中央教育審議会(2012):新たな未来を築くための大学教育の質的転換に向けて～生涯学び続け、主体的に考える力を育成する大学へ～(答申), http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2012/10/04/1325048_1.pdf (2018/12/20 取得).
- 石井秀真 (2005) : ルーブリック, 田中耕治編著, よくわかる教育評価, ミネルバ書房, 東京.
- 厚生労働省 (2008) : 『助産師, 看護師教育の技術項目の卒業時の到達度』について, 医政看発第0208001号平成20年2月8日.
- 沖裕貴 (2014) : 大学におけるルーブリック評価導入の実際—公平で客観的かつ厳格な成績評価を目指して—, 立命館高等教育研究, 14, 71-90.
- 沖裕貴 (2016) : ルーブリックとは, https://www2.chubu.ac.jp/quest/about/documents/rubric_what_full.pdf (2018/12/20 取得).