

図 V-5 技術実施状況:車椅子座位保持(n=22)

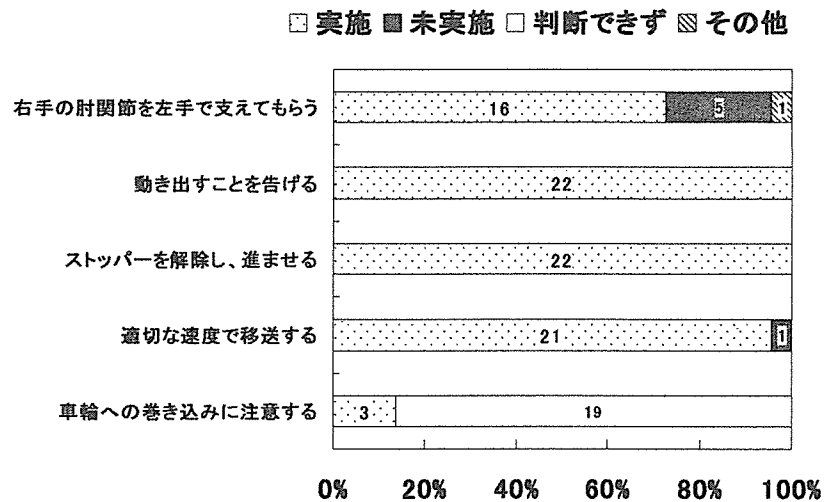


図 V-6 技術実施状況:移送(n=22)



図 V-7 授業評価:参加状況 (n=22)

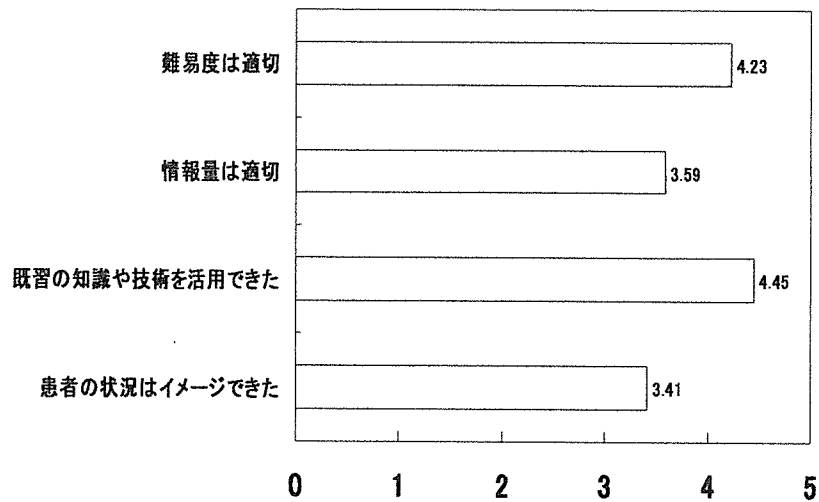


図 V-8 授業評価:課題の内容 (n=22)

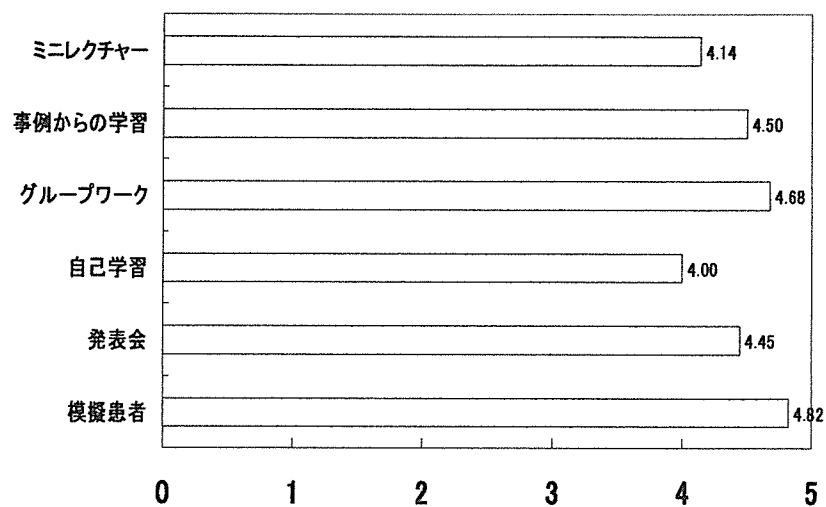


図 V-9 授業評価: 役立ち度 (n=22)

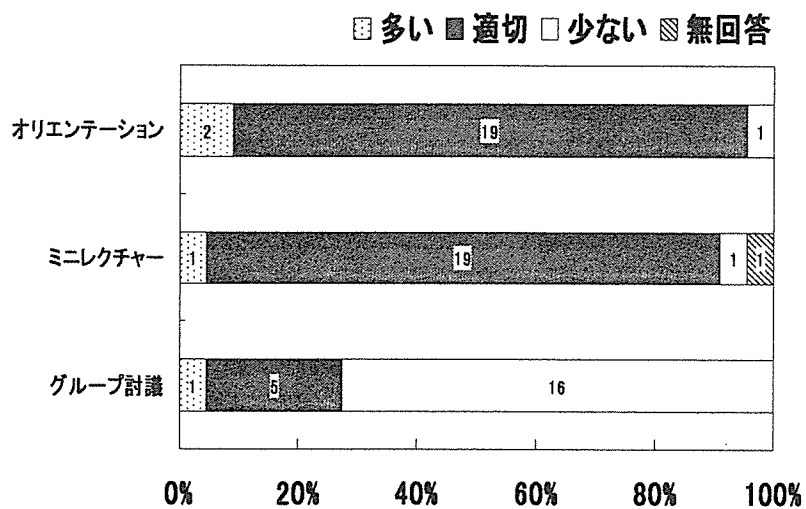


図 V-10 授業評価: 時間配分 (n=22)

資料

I-1	平成 17 年度研究にて明らかになった看護基礎教育卒業時の看護技術の到達 目標	57
III-1	神戸市看護大学看護学部のカリキュラムと技術教育	60
III-2	高知女子大学看護学部のカリキュラムと技術教育	64
III-3	医学教育における OSCE の導入	69
III-4	国内模擬患者看護文献	71
III-5	国内 OSCE 看護文献	78
V-1	「実践能力を高めるための看護技術の教育と評価」へのご協力をお願い	80
V-2	「実践能力を高めるための看護技術の教育と評価」への協力同意書	81
V-3	「実践能力を高めるための看護技術学習方法の評価」オリエンテーション	82
V-4	「実践能力を高めるための看護技術の学習方法の評価」資料	85
V-5	援助計画用紙	87
V-6	技術チェックリスト（移乗・移送）	89
V-7	授業評価用紙	90
V-8	インタビューガイド	91

資料 I-1 平成17年度研究にて明らかになった看護基礎教育卒業時の看護技術の到達目標

看護技術の到達度を下記の色別で示した。

到達度 I : 単独で実施できる

到達度 II : 看護師・教員の指導のもとで実施できる

到達度 III : 学内演習(モデル人形、あるいは学生間)で実施できる

到達度 IV : 知識としてわかる

状況に応じた内容が含まれる表現は、赤字で示した。

看護技術の種類(卒業時の到達度)
<1>環境調整技術
・患者にとって快適な病床環境をつくることできる (到達度 I)
・基本的なベッドメイキングができる(到達度 I)
・看護師・教員の指導のもとで、 臥床患者 のリネン交換ができる(到達度 II)
<2>食事の援助技術
・ 患者の状態に合わせて 食事介助ができる(嚥下障害のある患者を除く)(到達度 I)
・患者の食事摂取状況(食行動、摂取方法、摂取量)をアセスメントできる(到達度 I)
・経管栄養法を受けている患者の観察ができる(到達度 I)
・看護師・教員の指導のもとで、患者の栄養状態をアセスメントできる(到達度 II)
・看護師・教員の指導のもとで、 患者の疾患に応じた 食事内容が指導できる(到達度 II)
・看護師・教員の指導のもとで、 患者の個別性を反映した 食生活の改善を計画できる(到達度 II)
・看護師・教員の指導のもとで、患者に対して、経鼻胃チューブからの流動食の注入ができる(到達度 II)
・モデル人形での経鼻胃チューブの挿入・確認ができる(到達度 III)
・電解質データの基準値からの逸脱がわかる(到達度 IV)
・患者の食生活上の改善点がわかる(到達度 IV)
<3>排泄援助技術
・自然な排便を促すための援助ができる(到達度 I)
・自然な排尿を促すための援助ができる(到達度 I)
・ 患者に合わせて 便器・尿器を選択し、排泄援助ができる(到達度 I)
・膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察ができる(到達度 I)
・看護師・教員の指導のもとで、ポータブルトイレでの患者の排泄援助ができる(到達度 II)
・看護師・教員の指導のもとで、患者のおむつ交換ができる(到達度 II)
・看護師・教員の指導のもとで、失禁をしている患者のケアができる(到達度 II)
・看護師・教員の指導のもとで、膀胱留置カテーテルを挿入している患者のカテーテル固定、ルート管理、感染予防の管理ができる(到達度 II)
・モデル人形に導尿または膀胱留置カテーテルの挿入ができる(到達度 III)
・モデル人形にグリセリン浣腸ができる(到達度 III)
・失禁をしている患者の皮膚粘膜の保護がわかる(到達度 IV)
・基本的な排便の方法、実施上の留意点がわかる(到達度 IV)
・ストーマを造設した患者の一般的な生活上の留意点がわかる(到達度 IV)
<4>活動・休息援助技術
・患者を車椅子で移送できる(到達度 I)
・患者の歩行・移動介助ができる(到達度 I)
・廃用性症候群のリスクをアセスメントできる(到達度 I)
・入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる(到達度 I)
・患者の睡眠状況をアセスメントし、基本的な入眠を促す援助を計画できる(到達度 I)
・看護師・教員の指導のもとで、臥床患者の体位変換ができる(到達度 II)
・看護師・教員の指導のもとで、 患者の機能に合わせて ベッドから車椅子への移乗ができる(到達度 II)
・看護師・教員の指導のもとで、廃用性症候群予防のための自動・他動運動ができる(到達度 II)
・看護師・教員の指導のもとで、 目的に応じた 安静保持の援助ができる(到達度 II)
・看護師・教員の指導のもとで、体動制限による苦痛を緩和できる(到達度 II)
・看護師・教員の指導のもとで、患者をベッドからストレッチャーへ移乗できる(到達度 II)
・看護師・教員の指導のもとで、患者のストレッチャー移送ができる(到達度 II)
・看護師・教員の指導のもとで、関節可動域訓練ができる(到達度 II)
・廃用性症候群予防のための呼吸機能を高める援助がわかる(到達度 IV)
<5>清潔・衣生活援助技術
・入浴が生体に及ぼす影響を理解し、入浴前・中・後の観察ができる(到達度 I)
・ 患者の状態に合わせて 足浴・手浴ができる(到達度 I)
・清拭援助を通して、患者の観察ができる(到達度 I)
・洗髪援助を通して、患者の観察ができる(到達度 I)

看護技術の種類(卒業時の到達度)
・口腔ケアを通して、患者の観察ができる(到達度Ⅰ)
・患者が身だしなみを整えるための援助ができる(到達度Ⅰ)
・輸液ライン等が入っていない臥床患者の寝衣交換ができる(到達度Ⅰ)
・看護師・教員の指導のもとで、入浴の介助ができる(到達度Ⅱ)
・看護師・教員の指導のもとで、陰部の清潔保持の援助ができる(到達度Ⅱ)
・看護師・教員の指導のもとで、臥床患者の清拭ができる(到達度Ⅱ)
・看護師・教員の指導のもとで、臥床患者の洗髪ができる(到達度Ⅱ)
・看護師・教員の指導のもとで、意識障害のない患者の口腔ケアができる(到達度Ⅱ)
・看護師・教員の指導のもとで、患者の病態・機能に合わせた口腔ケアを計画できる(到達度Ⅱ)
・看護師・教員の指導のもとで、輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換ができる(到達度Ⅱ)
・看護師・教員の指導のもとで、沐浴が実施できる(到達度Ⅱ)
<6>呼吸・循環を整える技術
・酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる(到達度Ⅰ)
・患者の状態に合わせた温罨法・冷罨法が実施できる(到達度Ⅰ)
・患者の自覚症状に配慮しながら体温調節の援助ができる(到達度Ⅰ)
・末梢循環を促進するための部分浴・罨法・マッサージができる(到達度Ⅰ)
・看護師・教員の指導のもとで、酸素吸入療法が実施できる(到達度Ⅱ)
・看護師・教員の指導のもとで、気道内加湿ができる(到達度Ⅱ)
・モデル人形で、口腔内・鼻腔内吸引が実施できる(到達度Ⅲ)
・モデル人形で、気管内吸引ができる(到達度Ⅲ)
・モデル人形あるいは学生間で体位ドレナージを実施できる(到達度Ⅲ)
・学内演習で酸素ボンベの操作ができる(到達度Ⅲ)
・気管内吸引時の観察点が変わる(到達度Ⅳ)
・酸素の危険性を認識し、安全管理の必要性が変わる(到達度Ⅳ)
・人工呼吸器装着中の患者の観察点が変わる(到達度Ⅳ)
・低圧胸腔内持続吸引中の患者の観察点が変わる(到達度Ⅳ)
・循環機能のアセスメントの視点がかわる(到達度Ⅳ)
<7>創傷管理技術
・患者の褥創発生の危険性をアセスメントできる(到達度Ⅰ)
・看護師・教員の指導のもとで、褥創予防のためのケアが計画できる(到達度Ⅱ)
・看護師・教員の指導のもとで、褥創予防のためのケアが実施できる(到達度Ⅱ)
・看護師・教員の指導のもとで、患者の創傷の観察ができる(到達度Ⅱ)
・学生間で基本的な包帯法が実施できる(到達度Ⅲ)
・学内演習で創傷処置のための無菌操作ができる(ドレーン類の挿入部の処置も含む)(到達度Ⅲ)
・創傷処置に用いられる代表的な消毒薬の特徴が変わる(到達度Ⅳ)
<8>与薬の技術
・看護師・教員の指導のもとで、経口薬(パッカル錠・内服薬・舌下錠)の服薬後の観察ができる(到達度Ⅱ)
・看護師・教員の指導のもとで、経皮・外用薬の投与前後の観察ができる(到達度Ⅱ)
・看護師・教員の指導のもとで、直腸内与薬の投与前後の観察ができる(到達度Ⅱ)
・看護師・教員の指導のもとで、点滴静脈内注射をうけている患者の観察点が変わる(到達度Ⅱ)
・モデル人形に直腸内与薬が実施できる(到達度Ⅲ)
・学内演習で点滴静脈内注射の輸液の管理ができる(到達度Ⅲ)
・モデル人形または学生間で皮下注射が実施できる(到達度Ⅲ)
・モデル人形または学生間で筋肉内注射が実施できる(到達度Ⅲ)
・モデル人形に点滴静脈内注射が実施できる(到達度Ⅲ)
・学内演習で輸液ポンプの基本的な操作ができる(到達度Ⅲ)
・経口薬の種類と服用方法が変わる(到達度Ⅳ)
・経皮・外用薬の与薬方法が変わる(到達度Ⅳ)
・中心静脈内栄養をうけている患者の観察点が変わる(到達度Ⅳ)
・皮内注射後の観察点が変わる(到達度Ⅳ)
・皮下注射後の観察点が変わる(到達度Ⅳ)
・筋肉内注射後の観察点が変わる(到達度Ⅳ)
・静脈内注射の実施方法が変わる(到達度Ⅳ)
・薬理作用をふまえて静脈内注射の危険性がわかる(到達度Ⅳ)
・静脈内注射実施中の異常な状態が変わる(到達度Ⅳ)
・抗生物質を投与されている患者の観察点が変わる(到達度Ⅳ)
・インシュリン製剤の種類に応じた投与方法が変わる(到達度Ⅳ)
・インシュリン製剤を投与されている患者の観察点が変わる(到達度Ⅳ)
・麻薬を投与されている患者の観察点が変わる(到達度Ⅳ)
・薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬・血液製剤を含む)方法が変わる(到達度Ⅳ)
・輸血が生体に及ぼす影響をふまえ、輸血前・中・後の観察点が変わる(到達度Ⅳ)

看護技術の種類(卒業時の到達度)

<9>救命救急処置技術

- ・緊急なことが生じた場合にはチームメンバーへの応援要請ができる(到達度Ⅰ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、患者の意識状態を観察できる(到達度Ⅱ)
- ・モデル人形で気道確保が正しくできる(到達度Ⅲ)
- ・モデル人形で人工呼吸が正しく実施できる(到達度Ⅲ)
- ・モデル人形で閉鎖式心マッサージが正しく実施できる(到達度Ⅲ)
- ・除細動の原理がわかりモデル人形にAEDを用いて正しく実施できる(到達度Ⅲ)
- ・意識レベルの把握方法がわかる(到達度Ⅳ)
- ・止血法の原理がわかる(到達度Ⅳ)

<10>症状・生体機能管理技術

- ・バイタルサインが正確に測定できる(到達度Ⅰ)
- ・正確に身体計測ができる(到達度Ⅰ)
- ・患者の一般状態の変化に気づくことができる(到達度Ⅰ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、系統的な症状の観察ができる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、**バイタルサイン・身体測定データ・症状などから患者の状態**をアセスメントできる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、**目的に合わせた**採尿の方法を理解し、尿検体の正しい取り扱いができる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、簡易血糖測定ができる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、正確な検査が行えるための患者の準備ができる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、検査の介助ができる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、検査後の安静保持の援助ができる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、検査前、中、後の観察ができる(到達度Ⅱ)
- ・モデル人形または学生間で静脈血採血が実施できる(到達度Ⅲ)
- ・血液検査の目的を理解し、**目的に合わせた血液検体**の取り扱い方がわかる(到達度Ⅳ)
- ・身体侵襲を伴う検査の目的・方法、検査が生体に及ぼす影響がわかる(到達度Ⅳ)

<11>感染予防の技術

- ・スタンダード・プリコーション(標準予防策)に基づく手洗いが実施できる(到達度Ⅰ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、必要な防護用具(手袋・ゴーグル、ガウン等)の装着ができる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、使用した器具の感染防止の取り扱いができる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、感染性廃棄物の取り扱いができる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、無菌操作が確実にできる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、針刺し事故防止の対策が実施できる(到達度Ⅱ)
- ・針刺し事故後の感染防止の方法がわかる(到達度Ⅳ)

<12>安全管理の技術

- ・インシデント・アクシデントが発生した場合には、速やかに報告できる(到達度Ⅰ)
- ・災害が発生した場合には、指示に従って行動がとれる(到達度Ⅰ)
- ・患者を誤認しないための防止策を実施できる(到達度Ⅰ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、**患者の機能や行動特性に合わせて**療養環境を安全に整えることができる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、**患者の機能や行動特性に合わせて**転倒・転落・外傷予防ができる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、放射線暴露の防止のための行動がとれる(到達度Ⅱ)
- ・学内演習で誤薬防止の手順にそった与薬ができる(到達度Ⅲ)
- ・人体へのリスクの大きい薬剤の暴露の危険性および予防策がわかる(到達度Ⅳ)

<13>安楽確保の技術

- ・看護師・教員の指導のもとで、**患者の状態に合わせて**安楽に体位を保持することができる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、患者の安楽を促進するためのケアができる(到達度Ⅱ)
- ・看護師・教員の指導のもとで、患者の精神的安寧を保つための工夫を計画できる(到達度Ⅱ)

神戸市看護大学看護学部のカリキュラムと技術教育

インタビュー対象者：高田早苗教授、登喜和江助教授、森下晶代講師、川上由香助手、池川清子学科長

1. 神戸市看護大学のカリキュラムの現況

- 大学改革の1つに将来構想委員会があり、その一環として、平成18年度より、第2回目カリキュラム改訂があった。実践能力を重視する看護系大学協議会の報告などをふまえ、看護学の枠組みを変更した。「今日の看護を学ぶ学生に必要な能力」(コミュニケーション能力や感性)の育成と、“融合”をねらいとして、講座制から、学科目群へ変更した。オムニバス形式を積極的に取り入れ、また、科目表現もやわらかく、イメージしやすいものにした。
- カリキュラム改訂前は講座制であり、基礎看護学講座、成人・老人看護学講座、母子看護学講座、保健看護学講座、看護組織学講座、総合科目となっていた。しかし、基礎看護学講座が主に技術教育を担当しており、基礎看護学講座の担当科目が終了する2年次前期には学生の看護技術は一定水準が保たれていたが、4年次の総合実習前には、忘れていた看護技術も少なくないという状況であった。
- これまで、基礎看護学講座が主に看護技術の教授を担当し、毎週2コマで、1つの技術を教授してきた。学生にとっては、毎週新しい技術を習得するには、授業時間だけでは不足し、自己練習がかなり必要である。しかし、個々の学生の時間割によって自己練習量に差が出てしまい、技術習得の差につながっていたため、科目間の調整が必要になっていた。また、これまでは基礎看護学講座のみで技術を完結してきたが、2年次以降にも技術演習の科目が組み込まれるようになった。これは、平成9年4月からの新カリキュラム以前に基礎看護学領域が教授していた「臨床看護学総論」にあたることを、どの領域が担うことを明確にした形になると考えることができる。
- これまでの状況をふまえ、カリキュラム枠組みを変え、学科目群にした。看護学科目は、「看護実践の基盤科目」、「利用者支援能力育成科目」、「組織開発能力育成科目」からなる。「看護実践の基盤科目」は、基礎看護学と看護技術学からなり、実習もある。「利用者支援能力育成科目」は、健康生活支援学、療養生活支援学、周手術期・クリティカルケア学、終末期ケア学、災害看護学からなる。「組織開発能力育成科目」は、看護管理学と看護教育学からなる。技術教育は、「看護実践の基盤科目」、「利用者支援能力育成科目」を通して行う。分担する内容は今後話し合い、教授する技術にもれがないようにしていく予定である。
- 看護技術を教授する人員として、基礎看護学領域の教員が他の科目群の技術演習に入ったり、他の科目群の教員が基礎看護学領域の技術の教授に入ることは可能であるが、検討中である。
- 看護技術の捉え方として、これまでの生活援助技術、療養生活援助技術のほか、インタビューや相談、指導、グループ支援も加えている。これは、看護実践のなかで、利用者への説明が求められている昨今の状況を反映している。
- カリキュラム変更は非常に大変であったが、看護学科教員は実践能力強化の必要性の認識と言う点で一致していたことが、カリキュラム変更ができた要因のひとつである。また、単科大学であり、すばやく決断を下せるという強みもあった。

2.看護技術の卒業時の到達目標・到達度

- ・卒業生に看護技術について、アンケートを実施した。その結果、診療の補助に関する技術が不十分であることがわかった(生活援助技術は、総合実習で体験していることが多いためか、アンケート結果にはあまり記載されていなかった)。そこで、今年度は、アンケート結果を分析し、最終学年の国家試験受験が終わった後に、技術トレーニングをすることを計画している(単位にはかかわらない)。
- ・今後実習病院である神戸市民病院(卒業生も多く就職する病院)と連携し、卒業前の技術トレーニングを行いたいという希望がある。

3.カリキュラムにおける看護技術教育の順序(方法・評価を含む)、積み重ね

- ・1年次前期に、利用者の視点を学ぶために、老人保健施設や作業所、病院外来などで、早期体験演習(5日間・1単位)を行っている。指導は基礎系の教員であり、看護の単位ではない。
- ・技術を学ぶ体をつくる、感じ考えていることを身体で表現することをねらう「感性・身体表現」という科目も選択で、2年次に開講する予定である。知識が活性化するには、感性が必要である。
- ・1年次後期に基礎看護技術演習Ⅰ(1回/週)、2年次前期に基礎看護技術演習Ⅱ、Ⅲ(2回/週)がある。また、健康生活支援学、療養生活支援学のそれぞれにも技術演習が組み込まれている。基礎看護技術演習では、学生が、対象となる患者のイメージができるよう、状況設定をして行っている。また、講義の時点から、簡単な事例を用いて看護技術を教えている。基礎看護技術演習では、学生約80名を2グループに分け、2コマずつの演習に基礎看護学領域の7名の教員がすべて参加し、1教員が3ベッド6人の学生を指導する体制である。
- ・基礎看護演習Ⅲ(従来はフィジカルアセスメントと看護過程に相当)では、最後にA4用紙3,4枚程度の情報量のペーパーペイシエントで、グループワーク(1グループ6人程度)で看護計画を立案することを行っている。そして、グループで話し合っ、個々に立てた看護計画を、他のグループの学生が、患者役となり、他の学生の前で実施するというかたちで演習のまとめを行っている。自分自身が立てた計画ではなく、他の学生の計画をもとに実施するため、学生はそれぞれ、自分以外のひとにも内容が分かっもらえるような看護計画を立てなければならない。ここでは、総合的な技術が要求される。この演習の評価はグループの評価として、フィードバックされる。基礎看護技術演習Ⅲの科目では、フィジカルアセスメントの筆記試験と、このまとめの演習の計画～実施までの個人記録用紙をもとに評価を行う。また、情報収集から計画立案までは、実習で用いる記録用紙を用いており、実習記録を演習で使用すると、学生が実習記録に早くなじむようである。
- ・各科目終了時には、技術チェックがある。さらに、上記のまとめの演習とは別に、授業時間外を使って、基礎看護演習Ⅰ、Ⅱのまとめの技術テストを行っている。今年度は、清拭・導尿・筋肉内注射の3つのテーマで技術テストを行った。直前までどのテーマが当たるか、学生には分からないようになっている。各テーマとも、看護師役(受験生)の学生には3行くらいの状況設定の情報を渡し、患者役の学生にも状況設定の情報を渡し、20分の制限時間を設けて援助を行うものであった。
- ・臨床実習前には実習で、受け持つであろう患者に、行うことが予想される技術のチェックをオリエンテーションの一環として行っている。
- ・総合実習(3週間)は、4領域(成人、母性・小児、精神、老人・地域)の中から1つを選んで行う。複数患者(2名から4名)を受け持ち、夜勤実習(ある病院では21時まで、2日間など)も行う。総合実習の担当は各領域の助手(大学に22人在籍)がメインであり、講師以上の教員がサポートに入る。学生は1病棟

約4名でおこなっている。総合実習では学生が多くの看護技術を体験できるよう、病院の看護部長にまず依頼している。また、現場のスタッフにも実習を理解してもらい、できるかぎり学生に技術を体験させてもらっている。学生は複数患者を受け持ち、チームとして動くようになると、スタッフから学生の個人名で呼ばれる、頼りにされるなどの経験を得て、チームへの帰属意識や、意欲の向上ができる。また、チームに受け入れられると、看護技術を行うチャンスも増え、学生自身も充実感を持つことができるため、学生評価も非常に高い実習である。スタッフと援助を行うと、学生の経験の幅が広がる。教員は、学生がスタッフから指導を受けられるように、学生の背中を押したり、学生の受け持ちでない患者のケアをおこなって臨床指導者が学生指導に当たる余裕を作るように努めたりして、チームの一員として働いている。

- 総合実習によって学生は卒業後のイメージができると思う。また、学生にとっては、患者の情報を十分には得られないまま、ケアが始まるため、分からないながらも体を動かしていかなければならない実習である。しかし、指導者とケアを一緒に行っていくことの中で分かることがあったり、ケアを提供ができたという充実感があるため、「精神的に健康な実習」「楽しい」という声をきき、また、学生も楽しそうに実習をしていると思う。学生は、1週目は、「患者の病名くらいしかわからない」という感じだが、2週目には病棟チームの一員となり、最後には、受け持ち患者のナースコールにも対応できるようになり、また、スタッフからも頼られる存在になっている。
- 総合実習の評価は、目標にそった評価(自己評価を教員との面接で修正する)とレポートである。評価項目には管理の視点も含めている。患者の状況などは学生自身が看護師に尋ねないとわからないことも多く、働く場の中で必要なことを相手に聞けるということも大切な能力なので、看護師にわかるよう聞くということも、目標にしている。

4.学生の実践能力向上にむけての取り組みの工夫

1)学内

- 各演習で事例を用いている。それは、学生は技術の手順だけを覚えており、実際の状況を考えて患者に技術を応用できていなかったからである。また、実践能力としてコミュニケーションの大事さを感じているからである。事例を用いることによって、学生が対象を意識する、状況にあわせることの大事さを実感し、実践できるようになることを目指している。
- これまでは、講座を越えた技術指導は行なっていなかったが、講座の壁が取り払われたため、今年度のカリキュラム導入で行われるようになる可能性はある。

2)学外

- 総合実習で複数患者を受け持つ、出来る限りの技術を学生に体験させるという、実習を実施するには、臨床の協力が非常に重要だと思う。看護部長たちは、管理実習を受けてきており、その大切さを理解しているので、実習依頼にいくと、ころよく了承してもらえる。実際に学生をうけいれる病棟は様々ではあるが、看護部長の指示のもと、引き受けるという覚悟でのぞんでくれるところが多いように感じる。教員は、事前に実習の趣旨の説明を含め、綿密な打ち合わせを行っている。問題が起きたときにこそ、教員は現場と十分に話し合う。
- 総合実習を行うには、教員の意識改革が必要である。教員が臨床に慣れていないと患者をみることができない。教員に実践能力がなければ、学生に実践能力を求められない。教員にその能力がないなら、

研修などをしなくてはいけないと思う。教員に実践能力がないと、現場と対等に話せない。教員もナースカンファレンスで意見を発言したり、リーダーの指示でも動けるように努めている。具体的には、事前研修に4日行っている。

- 看護は、実践し身体で表現できてこそ看護である。思考だけでは看護ではない。看護実習では、患者の協力をいただいてこそできる。患者の協力に対して、出来る限りのことをすることは、倫理的にも大事なことである。しかし、思考がないと実践に結びつかないことは前提としてある。
- 学生や新人看護師は、従来の看護過程に重きをおいた実習に満足していない。その意見をどのように受け止めるかが大事である。ここから、基礎教育の課題がみえるのではないか。現場は非常な速さで変わっている。教育も変わらないといけないのではないか。
- 教授と実習病院の看護部長が1回/2ヵ月程度、定期的に話し合う場をもっている。また、よい実習環境をつくるためには、大学が必要なときにのみお願いに行くのではなく、共同研究を行うなど多くのつながりをもっていることが必要である。

5. 取り組みへの評価

- 病院院長からの卒業生評価は高い。
- 就職した病院への適応は早いと聞いている。

高知女子大学看護学部のカリキュラムと技術教育

インタビュー対象者: 藤田佐和教授、大川宣容講師、益守かづき助教授、野嶋佐由美学部長

1. 高知女子大学看護学部のカリキュラムの現況

平成10年 家政学部看護学科から看護学部へ 定員20名から40名へ

平成21年 県立看護専門学校閉校のため、学生数80人の予定

- ・平成13年に看護学部になって4年目を迎えてカリキュラムの見直しをし、以降2年に1回大きな見直しを行っている。
- ・カリキュラムは「人間」「健康」「生活」「環境」「看護」を主要概念とし、看護者としてのアイデンティティの構築、看護援助を行うための基本的知識・技術の習得を目指して編成されている。
- ・【看護基礎科目】として、「看護管理学」「看護援助学」「基礎看護学」の3領域があり、【看護臨床科目】として、「老人看護学」「母性看護学」「精神看護学」「慢性期看護学」「急性期看護学」「小児看護学」「地域看護学」の7領域がある。各々の領域は講師以上2名・助手1名の計3名で構成されている。
- ・科目数は多いが、各教員の担当時間数が均等になるように担当を決めている。
- ・オリエンテーション
 - ・入学当初にオリエンテーションを学部長が90分行い、4年後に到達するべき高知女子大学の教育目標を新入生に伝える。さらに具体的な各学年・領域での教育内容は教務委員の教員から半日かけて説明される。別枠で4月中に学部長のオリエンテーション講義が1コマ(90分)行われる。4年目に同じ内容について、到達度はどうであったかなどを問いかける。
 - ・教員も1年目は同じオリエンテーションを受け、看護学部の目指しているものや、その中での自分の領域の位置づけを理解する。

【看護基礎科目】

- ・「看護管理学」の開講時期は3年生後期から4年生であるが、すべての各論のベースになっているため、【看護基礎科目】に位置づけられている。
- ・「看護援助学」は狭義の基礎看護技術に相当し、必修単位は12単位である。この中の「生活援助論」は基礎的な看護技術、「治療援助論」は治療に関わる看護技術、「症状と看護」は症状に焦点を当てた看護技術、「看護過程論」は看護過程、「援助関係論」はコミュニケーションを扱う。どの科目のベースにもなるということから、担当は基礎の教員のみではなく、各論の教員(小児・母性は除く)が参入している。
- ・「看護援助学」の組み立て
 - ・「生活と看護」「生活援助論Ⅰ」「生活援助論Ⅱ-1, 2」を看護援助学の教員と老人看護学の教員が担当。ここでは清拭・洗髪など、臥床患者の生活を支える基本的な技術を扱う。
 - ・「生活援助論Ⅲ-1」「生活援助論Ⅲ-2」は急性期看護学の教員と慢性期看護学の教員が担当する。注射・採血・IVH・経管栄養・酸素療法・人工呼吸・吸引などの侵襲的技術や治療に関わる技

術を扱う。しかし、生活をベースに置き、人が生活していく中で健康障害の度合いが大きいときに必要な援助技術として看護技術を捉える。

- ・「援助関係論」は精神看護学の教員が担当し、「フィジカルアセスメント」は急性期看護学、地域看護学の教員と全領域の助手が担当している。
- ・演習については、時間数を多く取り、学生全員が体験できるように努めている。他学部との兼ね合いから、他学部では時間数から換算すると2単位にあたるものも1単位とみす科目があり、学生の負担は大きいことも事実である。

【看護臨床科目】

- ・「急性期看護援助論」は3年生で開講し、場の設定がICUであったり、トリアージという概念を扱うなど、急性期の治療を受けている患者にどのように援助するかを中心としている。
- ・「慢性期看護援助論」は患者教育などを扱い、慢性状態の患者の療養法獲得への援助患者を中心とし、インシュリンの注射など「生活援助論」で行った技術を事例の患者教育の中で応用する。
- ・看護基礎科目を各論の教員が担当することについて
- ・公衆衛生看護と看護基礎科目がベースだという考え方がもともとあり、基礎領域は各論と並行ではなく、各論の基盤になるという考え方でカリキュラムを構築している。
- ・基礎領域を手伝っているという感覚ではなく、自分たちの教育の土台を作っているという意識で行っている。また、教員自身が学生のときから急性期の先生に基礎を学んだという経験がある。
- ・教員は専門分化されているかもしれないが、学生の頭の中は専門分化されていないので、専門性を押し付けてはいけないと考える。カリキュラムは学生のためのものである。

2. 看護技術の卒業時の到達目標・到達度

- ・「臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術の水準」(厚生労働省,2004)が出たときに、各領域から代表が出て、どの領域でどの水準で看護技術の教育を行うか会議をもち、合意を得た。平成16年に技術項目と水準のリストを作成したが、カリキュラム変更とともに見直すことになるだろう。

3. カリキュラムにおける看護技術教育の順序(方法・評価を含む)、積み重ね

- ・学生数40人である現在はローテーション方式をとらずに実習ができ、1つ1つの実習での学びをある程度積み上げてできていると感じている。
- ・ふれあい実習:1年後期に45時間で行う。発達課題・段階を学んだ後、臨床ではなく、公園などに行って別の世代の話を聞いてくる。
- ・基礎看護援助実習:看護基礎科目のほとんどが終わった、2年生後期の最初の3週間に行う。基礎看護学の助教授 1名 講師2名および全領域の助手が担当する。全領域の助手が担当することは、各論に入る前の学生のレディネスが分かるというメリットがあり、また、一時期に全2年生が実習に出るので教員数の確保が必要だからという面もある。
- ・チーム医療実習:看護管理学に位置づけられるように変更された。3年生後期に、チーム医療をしている施設に行って他職種の活動や透析室、検査部門などを見学する。時間数は45時間でいくつかのグループにわけてローテーションする。

- ・看護管理実習:4年生の総合実習(希望の領域で3週間実習)とセットになっており、その領域・グループで2週間の実習を行う。臨床の何らかのシステムに焦点を当て(在宅酸素療法、記録など)、1週目に臨床で情報収集をする。2週目に学内でシステム改善の方法をグループで検討し、発表する。

4.学生の実践能力向上にむけての取り組みの工夫

学内)

・TAの活用

- ・修士・博士課程の大学院生をTAとして、学部清野学内演習指導、自己学習時の看護技術指導を行っている。
- ・TA一人当たり1時間千円で、予算は各領域に配分している。
- ・国家試験後の3月に希望者に対し、2-3週間の期間を設けて助手またはTAをつけて技術指導している。TAの費用は県から獲得している。
- ・教員が行う技術は現実感がないと学生は感じるようだが、臨床経験に近いTAによる指導によって、臨床の現状との乖離が埋まるという利点がある。また、院生の成長にも役立つ。TA制度を立ち上げて2年目であり、現在評価のためのアンケートを作成中である。

・ポートフォリオの活用

- ・実習前に、実習要項とともに各実習で経験できる技術リストを渡す。チェックされたものを実習後に回収し、実習指導にあたった教員などが確認する。このリストをもとに、病棟、グループによって技術経験に差が出ていないか確認することにも使う。
- ・学生ごとに看護技術のポートフォリオのファイルを持ち、実習ごとの技術リストから転記することになっている。実習前の指導や、病棟配置の決定にも活用し、卒業後は就職先の看護部長に提出するよう指導している。
- ・「臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術の水準」(厚生労働省,2004)と、実習において看護技術が経験できにくくなっている現状を根拠にして、看護技術教育の充実に向けて、県から特別予算を得ている。モデル人形の購入などにあてて、モデルを使って学内での演習を充実させている。

・事例の活用

- ・2年生の「生活援助学Ⅲ-2」では1つの事例を利用している。COPD患者を取り上げ、急性増悪から回復に向かう過程の情報を毎週提供し、経過にそって事例に必要な技術を5コマに分けて演習している。疾患の学習はまだ進んでいないので、解説しながら事例を使っている。
- ・各論では、科目に特徴的な状況設定の事例を用いて看護過程を展開している。
- ・実習では技術を抽出して評価を出している領域は少なく、看護過程展開の中に含まれている。

・各領域での工夫

(小児看護学)

- ・基礎・各論で今まで学んだことを振り返るよう指導するようにしている。小児の技術に特化して学ばせるのではなく、小児の特性も踏まえるが、原則を押さえるように意識付けている。これは、小児看護学の開講時期が総合実習前であるためである。

- ・小児看護学の実習は4年前期・5月連休明けであるため、事例を渡して、春休みに課題を行うように指導している。
- ・実習前準備として自己学習の機会を設け、予約制でTAが技術指導を行う。学生の3/4は申し込みがある。

(急性期看護学)

- ・技術の科目は2年生でほぼ終わっているのに、3年前期の急性期援助論の最初に1コマ、グループワークをして、記憶を呼び戻すようにしている。今まで学んだことを患者に合わせて行うということを確認する。ここでもTAを利用している。学生は臨床のイメージができないので、事例と臨床をつなげる役割をTAにしてもらう。
- ・領域間のコミュニケーションのとり方
- ・「看護援助学」での科目ごとの技術項目は一覧になって教員に配布される。
- ・担当教員が異なるため、どの程度ふみこんで担当内容をおさえているのか不明確な場合があり、そのつど担当者に相談したり、関係領域で話し合いを持っている。
- ・学生配布資料などは科目ごとに一式ファイルして保管されており、他の領域の教員が参照できるようにしている。

(学外)

- ・実習において学生が体験できる看護技術を多くするための取り組み
- ・各実習の事前打ち合わせの段階で看護技術のリストを持参し、病棟ごとに体験できる技術を挙げってもらう。
- ・挙げられた看護技術を見て、学内で合意した看護技術項目と水準のリストに沿って、実施・見学してほしい技術をピックアップする。
- ・次に、受け持ち患者でなくても見学、または看護師と一緒に実施させてほしい旨を交渉する。
- ・実習目標に看護技術の実施を挙げて交渉することも大切である。
- ・最新実践講座の開講:授業科目とは別に、在宅看護やガン看護のCNSなどの臨床の専門家を招聘し、講義をしてもらっている。内容は3, 4年生に分かるものを依頼し、学生だけでなく、一般看護師にも公開している。
- ・ユニフィケーション:隣接する高知医療センター(県立・市立病院が統合、病院組合になった)と協定書を作成中。現在、事務レベルでの話し合いの段階であり、今後、臨床看護師に技術教育を担ってもらえる可能性が高い。
- ・実習施設の看護部長と大学教員の会議を年度初めと終わりに持っている。

5. 課題

- ・卒業時の技術到達について
- ・「生活援助論ⅠⅡ」「生活援助学Ⅲ-2」では筆記試験をやめ、技術テストを行っているが、1、2年生のその時にはできる技術が、実習や卒業時にはできなくなってしまうことが課題である。
- ・卒業時点での技術力をどのように評価するかは課題である。事例を提示し、準備から実施までの過程を評価することはできるが、状況設定の中の問題解決の評価をもって卒業時点での看護実践能力・技術の評価とすることには疑問がある。
- ・個々の領域の中での到達度は各教員の中で見えているが、卒業時については明らかでない。

- ・現在、希望者のみに行っている国家試験後の技術指導を、卒業生全員に対して行いたい、3月初めに卒業認定を全学で行っている、実際は難しい。希望者に対する技術指導には、技術が不十分な学生が来ていないという印象を持っている。
- ・4年生を対象に4年間の学びについてアンケートを行い、学生自身の看護技術の到達度について尋ねる予定である。
- ・学生数が増加し、80人体制になったときには、実習病院が不足し、ローテーション方式での実習を考えなければならない。(現在、成人系は高知赤十字病院(428床)と高知医療センター(648床)で実習を行っている。母性・小児はさらに多くの病院で実習し、精神は私立病院2箇所を利用している)
- ・国家試験、就職試験が早まっている社会の動きを考えて、4年後期の総合実習・看護管理実習をどの時期にするか検討が必要である(現在11月半ばまで実習)。4月に看護師として働くことを考えると、4年後期に実習をすることは意味がある。また、卒業研究で学んだことについて、総合実習で再び発見がある。しかし、卒業研究と実習を並行するのが学生には苦しいようだ。

医学教育における OSCE の導入

インタビュー対象者:後藤英司教授

1.医学教育の動きについて

- 平成 16 年から卒後研修(2 年間)が義務化された。そこで、臨床研修の到達目標が明示されている。一方、卒前教育において、13年にモデル・コア・カリキュラムを踏まえたカリキュラム改革がおこなわれている。また、医学部 5,6 年生の学生は、クリニカル・クラークシップ(診療参加型臨床実習)を行い、学生が実習に参加するようになった。そこで、卒後研修目標と、クリニカル・クラークシップの学生の目標の整合性が問題になっている。
- 現在、文部科学省の会議として、医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議があり、その中には、①「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂に関するワーキンググループ、②診療参加型臨床実習に関するワーキンググループ、③教育者・研究者養成方策の充実に関するワーキンググループがある。②臨床実習の整合性について話し合う検討会では、卒後研修の目標と、クリニカル・クラークシップの学生の目標の整合性についても検討している。
- 現在、医学教育における実習で学生の医行為許容範囲は、平成 3 年の臨床実習検討委員会最終報告(通称前川レポート)に基いて実施されている。しかし、検討会から 10 年以上経過しており、社会情勢が変化していることから、医行為は医師免許を取得してから行うことがのぞましく、学部の実習では臨床推論や診断について学習していくべきだという意見もある。一方、大学側は、義務化された卒後研修との一貫性を重視し、卒後研修の年限の変更、6 年次に医行為の基準を修正する意見などを有している。
- 現在は、医学の大学卒業が、医師免許国家試験の受験資格である。
- 4 年次には、全 80 医学系大学・学部等が共通して、共用試験(CATO:社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構による)が実施され、その試験に合格した学生のみ、実習に行くことができるシステムができている(準国家試験的位置づけ)。共用試験は、CBT(Computer Based Testing-知識・問題解決能力の客観的評価試験:コンピュータ試験)と OSCE(Objective Structured Clinical Examination-客観的臨床能力の評価)からなる。そのため、4 年次までの医学教育のスタンダードはでき、全体としての教育レベルは上がったと思う。しかし、5,6 年次生のクリニカル・クラークシップにおいては、みるべき疾患や症候が明記されている程度であり、スタンダードは必ずしも明確ではない。
- CATO(社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構)は、共用試験の実施にかかわる業務を公正にかつ円滑に運用するため、平成 17 年に設立された。メンバーは、上記協力者会議の委員が主になって立ち上げた。最初は、文部科学省が出資した。現在、社団法人で文部科学省の指導下にある。
- 今後、学生がどの程度医行為を実施することが許容されるのかという見解がでてから、実習内容や 6 年次の advanced OSCE などの導入などが決定されてくる可能性もある。
- 現在、国家試験への OSCE 導入を視野にいれ、advanced OSCE のトライアルとして、臨床推論、採血、縫合などを、シミュレータを用いて実施しているところもある。

2.共用試験(CBT と OSCE からなる)が実施されるまでの経緯

- 最初から OSCE を企画していたわけではない。平成 13 年にコアカリキュラムが提示され(平成 9 年から研究開始)、その到達度を評価するものとして、共用試験がとり入れられるようになった。コアカリキュラム

作成メンバーは、文部科学省委員会のコアメンバー5人でスタートし、徹夜の激論を繰り返しつつ、ようやく作成できた。コアカリキュラムについては、その水準などについて賛否両論があるが、全体としての教育水準はあがったと思う。

- 医学教育において、コアカリキュラムが作成できたのは、文部科学省の後押しがあったこと、優秀なトップ、ボランティア精神のあるメンバーが偶然集まったこと、医療事故が相次いで起こり、社会の医療不信に対し、教育水準を示すことの必要性が重なったことによると思う。

3.共用試験の実施について

- OSCEは4回のトライアル(平成14年から)をへて、平成17年度から実施に至った。現在、各大学が出資して試験を実施している。
- CBT用の問題は、CATOが各大学に毎年約100題問題を作成するよう依頼し、メンバーが40人程度でブラッシュアップする。そして、問題を学生に一度受けさせ、正答率を調べて良問題をプールしている。現在1万題の問題がプールされており、ここから、1学生につき、360題(6時間で実施、持込禁止)がサーバからランダムに送られる。各学生用の問題は同一ではない。
- OSCEは、全国一律に6つのステーション(医療面接、胸部診察、腹部診察、神経系診察、頭頸部診察、外科・救急診察)があり、時間は各ステーション7分程度(医療面接は10分)で行っている。試験内容は、CATOから内容が指示されたものを実施する。学生は1日かけて、全6つのステーションを回る。医療面接の患者役は、模擬患者に依頼している。評価者は2~3人(大学教員と外部教員)で行っており、外部教員はCATOの依頼で全国の大学教員が派遣される。また、不正なくおこなわれているか(例:試験が終わった学生と交わったりしないよう、動線への配慮など)監視するモニターもCATOを通して派遣されている。

4.OSCE実施における課題について

- ステーションが、現在の6つでよいのか検討を要する。また、医療面接以外の現行のステーションの評価基準に関して、マンシエットの下に聴診器を入れる、あるいは、入れないとか、各教員によって、意見が分かれる点もあるが、ほぼ集約されてきている。
- 心音などは、本当に学生が聞こえているのか、確かめられない。聴診器の当てている位置が適切なら、聞こえているだろうと評価しているが、心雑音などが聞こえているのかどうか、本当はわからない。この点は、シミュレータを使用して確認することも可能であるが、時間内に実施することはできない。
- 医療面接の評価が難しい。例えば、共感は何をもつて共感とするのか、挨拶をした場合の点数もあるが、必ずしも状況に応じていないなど、人によって意見は分かれる。
- 教員の時間とエネルギーが非常に甚大である。事務職員の協力について、文部科学省もワークショップを開いたが、公立大学などの事務職員は出向が多く、サポートがえられにくい状況にある。そこで、大学によっては、教員に、不満が蓄積している。

5.その他

- 学生は、スキルス・ラボで練習しているが、試験前などは、場所の確保も問題である。正確な技術を身につけるに、授業を複数回行い、ビデオ学習や自己練習もできるようにしている。

資料Ⅲ-4 国内模擬患者看護文献 (14文献)

番 号	書誌事項	学校名	科目・目的	研究対象者／研究方法／学生のレディネス	模擬患者	方法の特徴・設定	利点	課題	他(文中より)
06-1	渡辺暢子, 嶋根久美子, 瀧泉, 坂口正樹. 2006. 学生の技術力をつけるための臨床実習教育. 模擬患者活用による学内技術演習. 臨床実習との連動. 看護展望 31(2): 40-47.	静岡県立静岡専門学校	・2004年から実施。「模擬患者基礎看護技術演習」 ・目的①現実にあわせて基本技術を使うときの判断過程を学ぶ。②現時点での自己の基本技術修得レベルを知る	・初めて看護過程を開く(2年次5月、48名) ・演習の紹介	教員	・1週間前に、演習グループ(3人)と模擬患者(教員)を発表する。設定は8事例。 ・演習は、模擬患者(教員)に、既習の技術を使う。 ・学生3名で、模擬患者(教員)に、既習の技術を使う。 ・1つの事例に2グループが対抗戦でおこなう ・患者役の教員と学生の援助を観察した臨床指導者が、評価の視点に添って評価 ・評価は、模擬患者役の教員と、実習病院の指導者が評価の視点をもとに、評価する。評価の視点は、①援助技術は基本どおりできたか、②患者(家族)の反応を確認しながら援助者の意図を表現したか、③患者の思いを想像しながら、表現力豊かな看護師になりきれたか、④グループメンバー全員が協力できたか ・対抗戦終了後に全体会を行い、学生はまとめを発表し、臨床指導者が公表する。	・学生に自分の技術のレベルを自覚させ、課題をもたせることができる。 ・看護技術を援助という視点で捉えなおす機会となり、臨地実習直前に臨床指導者にと協力して指導することは、学生に安心感をもたらす。		(05-3の継続研究)
06-2	大学和子, 西久保秀子, 土蔵愛子. 2006. 基礎看護学における客観的臨床能力試験 (OSCE)の実践. ポランティアによる模擬患者と現任看護師による標準模倣患者の記録から各グループによる評価傾向を明らかにし、模擬患者との評価から、聖母大学紀要. 27-34.	聖母子短期大学	・2002年から基礎看護学領域でOSCEを実施 ・目的: ポランティアによる模倣患者と現任看護師による標準模倣患者の記録から各グループによる評価傾向を明らかにし、模倣患者との評価方法について考える。	2004年: 短期大学1年生47名 / 2005年: 短期大学1年生44名 / ポランティアと現任看護師による標準模倣患者の評価表の記述を文脈単位で内容を抽出してカード化し、分析	2004年: ポランティアの模倣患者6名 (大学との打合せとNPOにより準備) 2005年: 現任看護師(臨床5年以上、5ヶ月間で大学が養成)6名	・課題: 右足関節捻挫の患者のバジャマとパンツの交換 ・学生には事前に出題予定課題3項目を提示。 ・課題を6ステーション、8クールで実施。 ・1課題40分(説明5分、実施15分、自己評価15分、フィードバック5分) ・模倣患者7項目・教員15項目の各々の評価項目に沿って評価した。	・一般市民のボランティアのある患者として体験できる ・現任看護師: 臨床実習に受けられる ・看護教員: 学生のレディネスを理解した教育的なフィードバックが受けられる	・模倣患者の評価の自由記述には、模倣患者の個人差が反映 ・模倣患者に何を求めるかを明確にすることが最も重要(患者としてのリアリティ、技術の詳しい評価、臨床の実情にあった技術の視点)	・一般市民のボランティア: 学生を具体的に捉え情懷領域を多く評価 ・現任看護師: 技術を分析的に捉え精神運動領域を評価 (02-1の継続研究・OSCE文献 06-2と同じ)

番号	書誌事項	学校名	科目・目的	研究対象者／研究方法 任意か全員か、学生のし ん意か	模擬患者	方法の特徴・設定	利点	課題	他(文中より)
05 -1	南家貴美代, 森田敏子, 有松操, 木子莉瑛, 早野恵子, 岩本テルヨ, 松永保子. 2005. 達成動機を刺激する模擬患者教育方法の開発. 模倣患者を導いた自由記述に対する自由記述から. 日本看護学会論文集: 看護教育. 36. 308-310.	A短期大学	研究目的で、授業とは別枠で行う。 ・模擬患者を導入した看護教育が自己教育力にどのようかを模倣患者を導いた自由記述に対する自由記述から、日本看護学会論文集: 看護教育. 36. 308-310.	・協力のえられた2年生30名。 ・吸引の演習は1年次に終了している。 ・技術試験の感想を、技術協力学生に、自由記載で求めた。	B大学に登録して訓練を受けている6名	・有志30名に対し、2年次11月に研究協力が得られた学生同士で吸引の演習、その後技術試験までに2回の練習を指示 ・2年次12月に模倣患者を対象に試験(試験に用いる課題は試験の1ヶ月前に指示、実施10分)	・臨場感が良い学び。 ・コミュニケーション・説明能力・技術の学び。 ・効果的な教育方法。	・初學者である学生が適度な臨場感、緊張感をもちつつも自分の能力を十分に発揮することができるよう、学習環境を整えること ・演習や試験後のフィードバックのあり方についての検討が必要である	他(文中より) 科研費助成あり
05 -2	森田敏子, 南家貴美代, 有松操, 木子莉瑛, 早野恵子, 岩本テルヨ, 松永保子. 2005. 達成動機を刺激する模擬患者教育方法の開発. 模倣患者を導いた自由記述に対する自由記述から. 日本看護学会論文集: 看護教育. 36. 311-313.	A短期大学	研究目的で、授業とは別枠で行う。 ・模倣患者から看護学生の説明責任の果たし方などの態度領域を評価し、教育方法への示唆を与える	・B大学に登録して訓練を受けている模倣患者6名 ・技術試験直後に、模倣患者に学生に対する認識を自記式回答を求めた	B大学に登録して訓練を受けている6名	・1年次吸引の演習 ・学生有志30名に対し、2年次11月に学生同士で吸引の演習、その後技術試験までに2回の練習を指示 ・2年次12月に模倣患者を対象に試験(試験に用いる課題は試験の1ヶ月前に指示、実施10分)	・模倣患者による学生の態度領域の評価が明らかになった。 ・良い評価・マナーの適切性、ユニフォームの清潔感。 ・悪い評価・説明の仕方、話を聞き受け止める、気持ちの理解	・学生は、患者の話を聴く、受け止める、気持ちを理解する、適切に対応するといった、態度領域の強化が必要である。	科研費助成あり