

BULLETIN OF GUMMA *Paz* COLLEGE

No.14

CONTENTS

Forewords

- For Evidence of Physical Therapy
.....T.Matsuzawa 1

Original Articles

- Recognition of the Health Status of Students Among Teachers at Special Schools
for Physically Disabled Children
.....T.Noda, T.Kamata 3

Other

- For Better Teaching Methods in Basic Nursing Education
—How to Teach Nursing Skills in Adult Nursing Practice—
.....T.Suzuki, M.Sakai, E.Hagiwara, N.Koike, I.Fujimaki, C.Nishizawa, Y.Seki, M.Ushigome 13

- For Better Teaching Methods in Basic Nursing Education
—How to Teach Nursing Skills in Gerontological Nursing Practice—
.....E.Kawakubo, Y.Imoto, M.Ito 21

- For Better Teaching Methods in Basic Nursing Education
—How to Teach Nursing Skills in Maternal Nursing Practice—
.....K.Nakajima, Y.Hayakawa 31

- For Better Teaching Methods in Basic Nursing Education
—How to Teach Nursing Skills in Child Health Nursing Practice—
.....T.Noda, Y.Shibasaki 35

- Development Physical Therapy Knowledge for Primary Care in the Disaster 3. 11A.Kimura 43

- About the education before clinical training by OSCE in School of Physical Therapy,
Faculty of Health Science, Gunma Paz College.
.....H.Kato, S.Suzuki, M.Hiruma, N.Kurokawa, A.Kimura 49

巻頭言



理学療法のエビデンスを求めて

松澤 正¹⁾

For Evidence of Physical Therapy

Tadashi MATSUZAWA¹⁾

近年、理学療法の領域においても、その治療根拠が問われている。すなわち、理学療法の科学的根拠に基づいた治療 (evidence-based medicine (EBM)；エビデンスに基づく医療) が求められている。明らかな根拠に基づき、医療情報の妥当性や信頼性を十分に踏まえた治療が実施されることが望まれる。治療根拠の度合いについては、幸田らは研究方法によって決まるとして、表のようなエビデンスに関する分類を示してい

る。

理学療法の治療根拠の研究は、大きく分けると、比較実験研究と臨床研究に分けられる。近年は、理学療法分野においても大学教育が増加し、理学療法の研究が大学レベルで行われるようになった。その結果、理学療法の基礎研究が充実し、比較実験研究に、動物実験を用いた研究も盛んに行われるようになった。また、臨床現場では、臨床研究として治療の比較研究や治療

表 エビデンスに関する分類

エビデンスレベル分類

(Level 内容)

- 1 a ランダム化比較試験のメタアナリシス
- 1 b 少なくとも一つのランダム化比較試験
- 2 a ランダム割付を伴わない同時コントロールを伴うコホート研究(前向き研究、prospective study、concurrent cohort study など)
- 2 b ランダム割付を伴わない過去のコントロールを伴うコホート研究 (historical cohort study、retrospective cohort study など)
- 3 ケース・コントロール研究 (後ろ向き研究)
- 4 処置前後の比較などの前後研究、対照群を伴わない研究
- 5 症例報告、ケースシリーズ
- 6 専門家個人の意見 (専門家委員会報告を含む)

推奨の強さの分類と表示

- グレードA : 行うよう強く勧められる
- グレードB : 行うよう勧められる
- グレードC1 : 行うことを考慮してもよいが、十分な科学的根拠がない
- グレードC2 : 科学的根拠がないので、勧められない
- グレードD : 行わないよう勧められる

「根拠の強さ」の分類と表示

- グレードA : 言いきれぬ強い根拠がある
- グレードB : 言いきれぬ根拠がある
- グレードC : 言いきれぬ根拠がない

幸田剣・他：リハビリテーションのエビデンス。総合リハ40(5)、452-457、2012。

1) 群馬大学保健科学部長、理学療法学科長

日数の短縮の研究が行われている。

理学療法の研究の歴史的背景をみると、はじめは医師が行っていたが、次第に理学療法士自身によって積極的に行われるようになった。このような研究活動の指標としては学会活動を見ることで知ることができる。

我が国の理学療法の研究は、はじめは医師が中心であった。明治以降、西洋医学中心となった医療で、漢方医学や温泉療養は臨床医師からは見放されて行ったが、特に、温泉療法の必要性は見直されるようになった。昭和6年に九州大学に温泉治療学研究所が設けられたことを記に、国立大学にあった内科物理療法学教室が中心になって昭和10年に日本温泉気候学会が設立された。その後、温泉・気候・物理医学およびその他の理学療法に関する学術的研究を推進している。昭和37年には、日本温泉気候物理医学会と改名し、平成24年で77年になる。昭和40年代からは、医師以外の入会が認められ、鍼灸師を中心に学会活動が行われるようになっていく。

また、もう一つの理学療法の医師の研究領域として、昭和38年に日本リハビリテーション医学会が東京大学、大阪大学、九州大学の整形外科、物療内科、神経内科の医師が中心になって設立された。平成24年で、59回の学術大会を行っている。この学会には、一部医師以外の医療従事者の入会も認められ、理学療法士も多数入会し、学術研究活動を行っている。これらの二つの医学会は、医師を中心として、我が国のリハビリテーション医学や理学療法の治療根拠（エビデンス）の確立に重要な活動をしてきた。我が国のリハビリテーション医学の発展に貢献したことは大きい。

それでは、医師以外での物理療法や理学療法の学術研究活動はどのようになっているかを見てみたい。

昭和20年以前の我が国の病院における物理療法は、

医療マッサージとしてマッサージ師が行っていた。その時は、マッサージの監察制度（3年教育で取得）であった。それが昭和23年に免許制度になり、あんまマッサージ師（2年教育で取得）となり、医療マッサージの質の低下となった。そこで、当時病院勤務者が立ち上がり、病院勤務のマッサージ師達が昭和23年に日本医療マッサージ師会を設立した。その学術活動として、昭和27年に日本理学療法学会を開催したのが医師以外による学術研究活動のはじまりである。その後、理学療法士の制度の運動をしながら現在は、理学療法士協会とは、別の団体として全国病院理学療法協会となり活動をしている。同協会の学会活動は、第1回から平成24年で61回日本理学療法学会を開催している。また、同協会では、機関誌として昭和46年から「理療」を発行し、平成24年で第42巻となり、協会の学術論文の発表の場となっている。

これに対して、昭和40年に理学療法士制度が発足し、病院における理学療法担当者として活動が始まった。第1回国家試験が昭和41年に行われ、理学療法士の誕生となる。その年に資格取得者が日本理学療法士協会を設立し、その学術研究活動として、第1回日本理学療法士学会が同年に開催された。平成24年で第48回学会となっている。同協会の機関誌としては、昭和49年に「臨床理学療法」が創刊され、その後昭和59年からは、「理学療法学」となり、平成24年で第38巻となっている。その間同協会の学術活動の中心となっている。

このように、医師以外による理学療法の学術研究活動が盛んに行われることで、理学療法の治療根拠（エビデンス）が確かなものになり、理学療法が医療の中で医師からも患者からも信頼され、医療の発展に貢献できることを期待している。

原著論文

特別支援学校（肢体不自由部門）教諭の 児童生徒の健康状態に関する認識状況

野田 智子¹⁾・鎌田 尚子¹⁾

Recognition of the Health Status of Students Among Teachers at Special Schools for Physically Disabled Children

Tomoko NODA¹⁾, Naoko KAMATA¹⁾

要 旨

本研究は、特別支援学校教諭（肢体不自由部門）の児童生徒の健康状態に関する認識状況を明らかにするために、特別支援学校教諭に質問紙調査を行った。その結果、特別支援学校（肢体不自由部門）の教諭は、受け持ちの児童生徒の健康状態を認識するためにバイタルサイン、一般状態、随伴症状、発育経過といった健康観察指標を把握している者が多かった。しかし、肢体不自由児の健康異常を見極めることは難しく、看護師等専門職のサポートが必要と考えられた。また、肢体不自由児の教職経験による分析からは、教職経験が長くなるに従って、健康観察指標を把握している教諭が多くなり、重視する項目も画一的な項目から受け持ち児の障害の実態に応じた項目へと発展させ、健康異常を見極めることの困難度も低下していくことが明らかになった。また、バイタルサインの把握状況、随伴症状の把握状況、健康異常の見極め困難度については、教職経験「1年未満」「1～3年」と「4～9年」「10年以上」に差が見られ、特に教職経験3年までの教諭に対するサポートの必要性が示唆された。

キーワード：特別支援学校教諭、肢体不自由児、教職経験、健康観察、健康異常の見極め

I. はじめに

新生児医療の進歩と在宅生活に対する理念の高まりにより特別支援学校に在籍する児童生徒の障害は重度・重複化している。文部科学省は、平成21年5月1日現在で重複学級に在籍している児童生徒の割合は小学部・中学部が41.2%、高等部が21.0%¹⁾、日常的に医療的ケアを必要とする幼児・児童生徒数は6,981人（通学生が4,961人、訪問教育が2,020人）であり、医療的ケアを必要とする児童生徒の人数は年々増加していると報告している²⁾。また筆者らの調査では、特別支援学校肢体不自由部門に通学する児童生徒の約50.0%が重度の肢体不自由と精神遅滞をかかえる重症児であっ

た³⁻⁴⁾。

このような児童生徒は起因疾患や障害による健康への影響があり、しかも成長発達による変化もあるため、学齢期における健康異常のリスクは高く、健康管理が欠かせない。また、自ら訴えることの少ない児童生徒の健康管理を行うためには、実際に児童生徒と接し教育活動を行っている担任教諭（以下教諭）の健康観察が重要になってくる。ところが、肢体不自由児では障害に伴う随伴症状もさまざまに個別性が高く⁵⁾、健康観察によって児童生徒の健康状態を把握し健康異常を見極めることが難しいため⁶⁾、専門的な知識・技術と経験を要する。そこで看護師等専門職によるサポートが必要と考えられる。

1) 群馬バース大学保健科学部看護学科

特別支援学校肢体不自由部門（旧肢体不自由養護学校）では、「看護師の適正な配置など、医療安全の確保が確実になるような条件等が満たされれば教員によるたんの吸引等を許容することはやむを得ない」（2004）⁷⁾との報告を受け、看護師が配置されるようになった。その数は2005年の597人から2010年には1,148人へと増加しているが⁸⁾、その職務内容は医療的ケアに関するものが中心となっている⁹⁾。また、これまでの特別支援学校肢体不自由部門児童生徒の健康管理に関する調査・研究も医療的ケアに焦点を当てたものが多い。

しかし、医療的ケアはあくまでも肢体不自由児の健康管理の一部である。成長発達の変化による健康異常を早期に発見し対応するためには、医療的ケアの有無を問わず、肢体不自由児に対する系統的な健康管理が必要である。したがって、そのキーパーソンとなる教諭に対するサポートは重要と考えられる。

そこで、筆者らは教諭に対するサポートの示唆を得るために、特別支援学校肢体不自由部門教諭の児童生徒の健康状態に関する認識状況を明らかにしたいと考えた。

II. 目 的

特別支援学校肢体不自由部門教諭の教職経験と健康観察指標の把握状況、健康異常の見極め状況との関連を明らかにする。

III. 方 法

1. 調査対象

A県とB県の特別支援学校肢体不自由部門8校の教諭715名である。

2. 調査方法と調査期間

質問紙調査法で、調査は平成23年10月～平成24年2月に実施した。

3. 調査内容

調査内容は、【基本的属性】【健康観察指標の把握状況】【健康異常の見極め状況】の大項目である。【基本的属性】は、「性別」「肢体不自由児の教職経験年数」「受け持ちの子どもの所属学部」の3項目、【健康観察指標の把握状況】¹⁰⁻¹²⁾は、「バイタルサイン」「一般状

態」「随伴症状」¹³⁻¹⁴⁾「発育経過」「バイタルサインで重視する項目」「一般状態で重視する項目」の6項目、【健康異常の見極め状況】は「見極めの困難度」「重視する情報源」の2項目である。質問の回答形式は多肢択一形式で、「バイタルサイン」「一般状態」「随伴症状」⁸⁻¹⁰⁾「発育経過」の把握状況と、健康異常の「見極めの困難度」は5件法で質問した。

4. 分析方法

特別支援学校肢体不自由部門教諭全体の傾向については単純集計を行い分析した。肢体不自由の教職経験年数は、「1年未満」「1～3年」「4～9年」「10年以上」の4つに分類し、要因間の分析についてはクロス集計を行い、 χ^2 検定を実施した。

5. 倫理的配慮

学校長の許可を得たうえで、各学校の研究部長及び回答者である教諭への依頼文書に、研究の趣旨、方法、研究参加の任意性、途中辞退の保証についての説明を明記した。また、回答内容の公表に当たっては個人や学校名が特定されないようプライバシーの保護についても明記した。そして、質問紙調査の回答をもって研究への同意が得られたとみなすことを記載した。なお、調査は群馬パース大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号PAZ11-7）。

IV. 結 果

1. 対象者の基本的属性（表1）

回収数は715名中453名で回収率は63.4%、有効回答率は100.0%であった。

調査対象の男女別人数構成は、男子が156名（34.4%）、女子が297名（65.6%）で、肢体不自由の教職経験年数は1～3年が31.8%、4～9年が30.2%、10年以上が24.1%、1年未満が13.9%の順であった。また、受け持っている児童生徒の所属学部は小学部低学年（6～8歳）が31.3%、小学部高学年（9～11歳）が22.1%、高等部（15～17歳）が21.6%、中学部（12～14歳）が20.8%、その他複数学部の受け持ちが4.2%の順であった。

2. 健康観察指標の把握状況（図1・2・3）

健康観察指標の中で「把握している」（十分把握とほぼ把握を合わせて以下「把握している」とする）と回

答した教諭は、一般状態が98.1%で最も多く、次いで随伴症状の91.0%、発育の経過の89.2%、バイタルサインの78.1%の順であった。一方、「把握していない」（あまり把握していないと全く把握していないを合わせて以下「把握していない」とする）と回答した教諭

は、バイタルサインが19.9%、発育の経過が10.6%、随伴症状が6.8%、一般状況が2.0%、「どちらとも言えない」の回答は、随伴症状が2.2%、バイタルサインが2.0%、発育の経過が0.2%、一般状態は0.0%であった（図1）。

表1 対象者の基本的属性
(性別・教職経験年数・受け持ちの所属学部)

1) 性別	n	%
男子	156	34.4%
女子	297	65.6%
総計	453	100.0%
2) 肢体不自由児の教職経験年数	n	%
1年未満	63	13.9%
1～3年	144	31.8%
4～9年	137	30.2%
10年以上	109	24.1%
総計	453	100.0%
3) 受け持ち児の所属学部	n	%
小学部低学年	142	31.3%
小学部高学年	100	22.1%
中学部	94	20.8%
高等部	98	21.6%
その他(複数)	19	4.2%
総計	453	100.0%

バイタルサインの中で最も重視している項目については、体温が46.6%で最も多く、次いで呼吸の21.2%、経皮的動脈血酸素飽和度の13.9%、脈拍の1.8%の順で、分からない(決めかねる)との回答は16.6%であった(図2)。

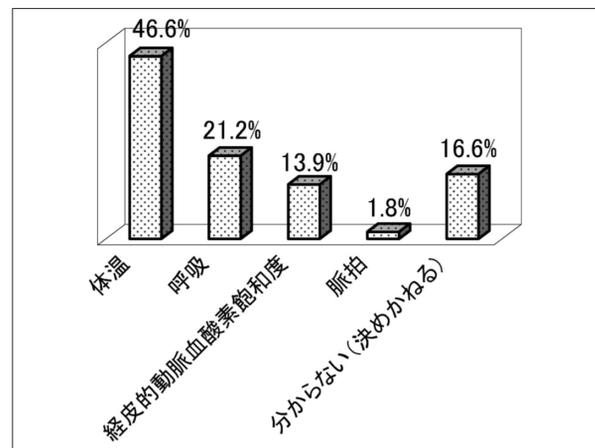


図2 バイタルサインで重視している項目

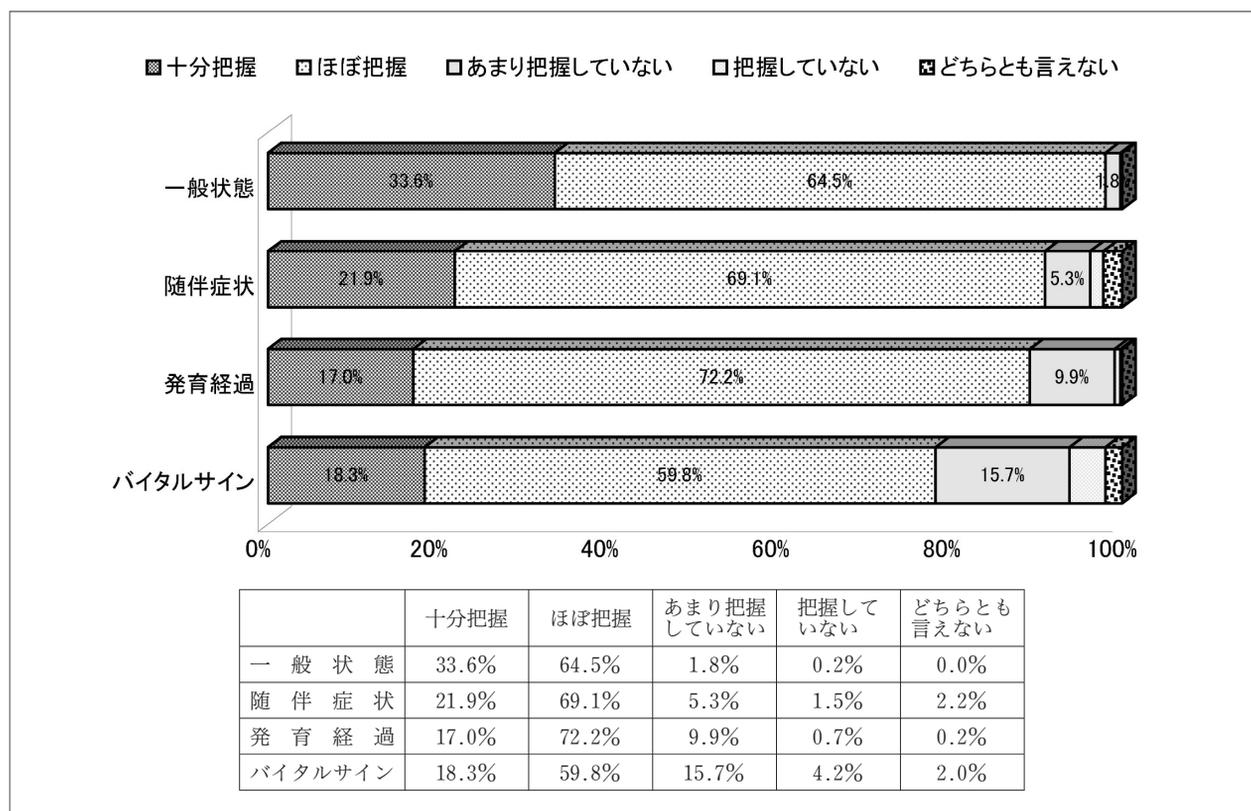


図1 健康観察指標(一般状態・随伴症状・発育経過・バイタルサイン)の把握状況

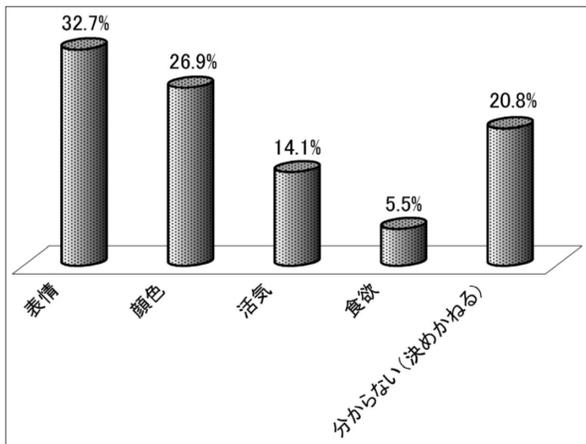


図3 一般状態で重視している項目

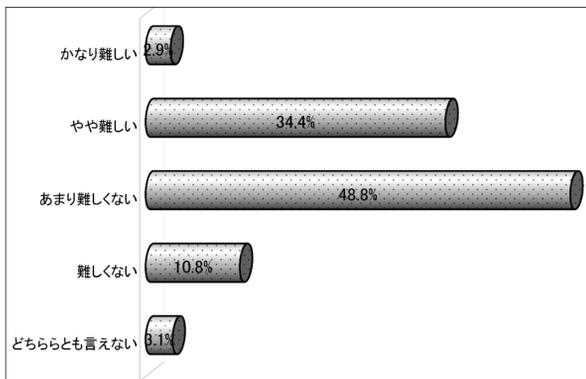


図4 健康異常見極めの困難度

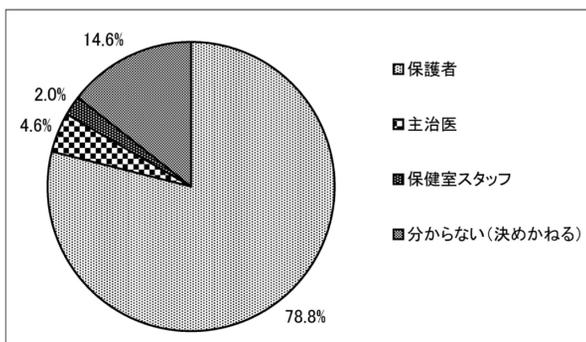


図5 健康異常見極め時に重視する情報源

また、一般状態の中で最も重視している項目については、表情が32.7%で最も多く、次いで顔色の26.9%、活気の14.1%、食欲の5.5%の順で、分からない(決めかねる)との回答は20.8%であった(図3)。

3. 健康異常の見極め状況(図4・5)

健康異常見極めの困難度については、「難しい」(やや難しいとかなり難しいを合わせて以下「難しい」とする)と回答した教諭は37.3%、「難しくない」(あまり難しくないと難しくないを合わせて以下「難しくない

い」とする)と回答した教諭は59.6%、どちらとも言えないとの回答は3.1%であった(図4)。

また、健康異常を見極めるために重視する情報源については、保護者の情報が78.8%と最も多く、次いで主治医の4.6%、保健室スタッフの2.0%の順で、分からない(決めかねる)との回答は14.6%であった(図5)。

4. 教職経験別健康観察指標の把握状況

1) 健康観察指標の把握状況(表2)

バイタルサインについて、「把握している」と回答した教諭は4~9年が85.4%で最も多く、次いで10年以上の79.8%、1~3年の73.6%、1年未満の69.8%の順で、バイタルサインを把握しているのは、教職経験が1年未満、1~3年よりも4~9年の教諭に多く有意差が見られた(1年未満と4~9年:p<0.01、1~3年と4~9年:p<0.05)。随伴症状について「把握している」と回答した教諭は10年以上が95.4%で最も多く、4~9年が91.2%、1~3年が90.3%、1年未満が84.1%の順で、随伴症状を把握しているのは、教職経験が1年未満の教諭よりも4~9年、10年以上の教諭の方が多く有意差が見られた(p<0.01)。

また、一般状態について、「把握している」と回答した教諭で最も多かったのは1~3年の98.6%で、最も少なかったのは1年未満の96.8%であった。発育経過について、「把握している」と回答した教諭で最も多かったのは10年以上の93.8%、最も少なかったのは1~3年の85.4%で、一般状態、発育経過ともに教職経験による有意差は見られなかった。

2) バイタルサインで重視する項目(表3)

バイタルサインで最も重視する項目はどれかの質問で、体温と回答した教諭は1年未満が50.8%で最も多く、次いで1~3年の49.3%、4~9年の46.0%、10年以上の41.3%の順であった。

一方、脈拍との回答で最も多かったのは10年以上の26.6%、呼吸との回答で最も多かったのは1~3年の2.8%、経皮的動脈血酸素飽和度との回答で最も多かったのは1~3年の17.4%であった。

なお、検定では教職経験による有意差は見られなかった。

3) 一般状態で重視する項目(表4)

一般状態で最も重視する項目はどれかの質問で、顔色と回答した者は1年未満が28.6%、1~3年が27.8%、4~9年が24.8%、10年以上が27.5%であ

表2 教職経験別健康観察指標（バイタルサイン・随伴症状・一般状態・発育経過）の把握状況

1) バイタルサイン				
	把握している	把握していない	どちらとも言えない	検定
1年未満	69.8%	28.6%	1.6%	* **
1～3年	73.6%	22.9%	3.5%	
4～9年	85.4%	12.4%	2.2%	
10年以上	79.8%	20.2%	0.0%	
2) 随伴症状				
	把握している	把握していない	どちらとも言えない	検定
1年未満	84.1%	15.9%	0.0%	* **
1～3年	90.3%	7.6%	2.1%	
4～9年	91.2%	4.4%	4.4%	
10年以上	95.4%	3.7%	0.9%	
3) 一般状態				
	把握している	把握していない	どちらとも言えない	検定
1年未満	96.8%	3.2%	0.0%	ns
1～3年	98.6%	1.4%	0.0%	
4～9年	98.5%	1.5%	0.0%	
10年以上	97.2%	2.8%	0.0%	
4) 発育経過				
	把握している	把握していない	どちらとも言えない	検定
1年未満	88.9%	11.1%	0.0%	ns
1～3年	85.4%	13.9%	0.7%	
4～9年	89.8%	10.2%	0.0%	
10年以上	93.6%	6.4%	0.0%	

* : p<0.05 ** : p<0.01

表3 教職経験別バイタルサインで重視している項目

	体温	脈拍	呼吸	経皮的酸素飽和度	分からない (決めかねる)	検定
1年未満	50.8%	20.6%	1.6%	9.5%	17.5%	ns
1～3年	49.3%	16.0%	2.8%	17.4%	14.6%	
4～9年	46.0%	22.6%	0.7%	13.9%	16.8%	
10年以上	41.3%	26.6%	1.8%	11.9%	18.3%	

表4 教職経験別一般状態で重視している項目

	顔色	表情	活気	食欲	分からない (決めかねる)	検定
1年未満	28.6%	23.8%	11.1%	11.1%	25.4%	ns
1～3年	27.8%	31.3%	12.5%	4.2%	24.3%	
4～9年	24.8%	36.5%	16.1%	3.6%	19.0%	
10年以上	27.5%	34.9%	15.6%	6.4%	15.6%	

た。

一方、表情との回答は、10年以上が34.9%、4～9年が36.5%と多く、1～3年は31.3%、1年未満は23.8%と少なく、活気との回答も10年以上が15.6%、4～9年が16.1%と多く、1～3年は12.5%、1年未満は11.1%と少なかった。また、分からない（決めか

ねる）との回答は、1年未満が25.4%で最も多く、次いで1～3年の24.3%、4～9年の19.0%、10年以上の15.6%の順で少なくなっていた。

なお、検定では、重視する一般状態の項目についても教職経験による有意差は見られなかった。

表5 教職経験年別健康異常見極めの困難度

	難しい	難しくない	どちらとも言えない	検定
1年未満	39.7%	53.0%	6.3%] *] **
1～3年	45.2%	50.7%	4.2%	
4～9年	35.0%	64.2%	0.7%	
10年以上	28.5%	68.8%	2.8%	

* : p<0.05 ** : p<0.01

表6 教職経験別健康異常見極め時に重視する情報源

	保護者	主治医	保健室スタッフ	分からない (決めかねる)	検定
1年未満	76.2%	6.3%	3.2%	14.3%	ns
1～3年	80.6%	4.9%	1.4%	13.2%	
4～9年	81.0%	4.4%	0.7%	13.9%	
10年以上	75.2%	3.7%	3.7%	17.4%	

5. 教職経験別健康異常の見極め状況 (表5・6)

健康異常見極めの困難度について、「難しい」と回答したのは1～3年が45.2%と最も多く、次いで1年未満の39.7%、4～9年の35.0%、10年以上の28.5%の順で、児童生徒の健康異常を見極めることが難しいと回答したのは教職経験10年以上、4～9年の教諭よりも1～3年の教諭に多く有意差が見られた(1～3年と10年以上: $p<0.01$ 、1～3年と4～9年: $p<0.05$)。またどちらとも言えないとの回答で最も多かったのは1年未満が6.3%で、次いで1～3年の4.2%、10年以上の2.8%、4～9年の0.7%の順であった(表5)。

健康異常を見極めるために重視する情報源について、保護者と回答した教諭は4～9年が81.0%で最も多く、次いで1～3年の80.6%、1年未満の76.2%、10年以上の75.2%であった。また主治医と回答した教諭は1年未満が6.3%で多く、保健室スタッフと回答した教諭は、10年以上が3.7%、1年未満が3.2%と多くなっていた。さらに、分からない(決めかねる)との回答は10年以上が17.4%が多くなっていた。検定では教職経験と重視する情報源とに有意差は見られなかった(表6)。

V. 考 察

1. 健康観察指標の把握状況

特別支援学校肢体不自由部門教諭は、100.0%近くが一般状態を、約90.0%が随伴症状と発育経過、約80.0%がバイタルサインを把握していると回答しており、受け持ち児の健康観察指標を把握している教諭は多かつ

た。特別支援学校肢体不自由部門(旧肢体不自由養護学校)児童生徒の障害の重度・重複化が指摘されるようになったのは昭和50年代頃からである。村田は、養護学校の義務制施行は昭和54年であるが、それまでは周産期に原因のある脳性疾患を起因疾患とする者が70.0%を占めていたが、その後は徐々に低下し、胎生期に原因のある脳性疾患を起因疾患とする者が増加してきた。胎生期に原因のある脳性疾患は肢体不自由が重度であり、加えて知的障害を併せ持っている者が多く、このことが肢体不自由養護学校児童生徒の障害の重度・重複化の主たる理由になっていると述べている¹⁵⁾。さらに平成に入ってからはこのような肢体不自由児の医療的ケア問題が浮上してきた。このような特別支援学校肢体不自由部門児童生徒の障害の重度・重複化が指摘されるようになってから30年余りが経過しており、その間、東京都教育委員会から健康・安全ハンドブック¹⁶⁾、日本肢体不自由協会から障害児療育ハンドブック¹⁷⁾が発行されるなど、肢体不自由児の健康観察に関する知識も広まってきている。こうした背景と経緯があり、健康観察指標を把握している教諭が多かったと考えられる。

バイタルサインの中で重視する項目については、体温と回答した者が約50.0%と最も多くなっていた。秋原らの調査⁶⁾でも教諭の約50.0%が体温から児童生徒の健康状態を把握しており、教諭にとって体温は最も重視するバイタルサイン項目となっている。学齢期は感染症に罹患しやすい。肢体不自由児では免疫力が弱いためさらに感染は起こりやすい。また、体温調節の未発達な児が多いため環境温の影響によって高体温や低体温に陥りやすく¹⁸⁾、筋緊張による体温上昇もき

たしやすい。このため体温を重視している教諭が多いものと考えられる。

なお、一般状態の中で重視する項目としては、表情と顔色が約30.0%と他の項目と比較して多くなっていた。秋原らの調査⁶⁾でも顔色と表情から健康状態を把握している教諭は他の一般状態の項目と比較して多くなっており、表情や顔色を重視している教諭は多いと言える。肢体不自由児は心身の異常や苦痛を自覚できなかったり、言葉や身振り等で明確に訴えることのできないことが多い。このような肢体不自由児の平常ではない状態に気付く項目として、顔色や表情は認知しやすいということであろう。

2. 健康異常の見極め状況

しかし、このような健康観察指標を用いても健康異常を見極めることが困難であるという教諭は約40.0%であった。また秋原らの調査⁶⁾でも児童生徒の健康管理で困ることの3位に体調の見極めを挙げ、「言葉による訴えがないことを合わせると多くの教諭が健康状態のアセスメントに不安を感じている」と述べており、肢体不自由児の健康異常を見極めることの難しさが伺える。肢体不自由児の場合、障害の程度、種類、経過などから個別性が強い⁵⁾ため、健康異常を見極めるための基準も個別性が大きく、このことを見極めを困難にしていると考えられる。このために、教諭は個々の平常の状態を知るために上記のような一般状態・随伴症状・発育経過・バイタルサインといった健康観察指標を用いて日々の健康観察と家族の情報から健康状態を把握している。しかし、それでも健康異常を見極めることは難しく、見極めに自信が持てないといった様子が見える。そこで看護師等専門職のサポートが必要と考えられる。

また、健康異常を見極めるために重視する情報源として保護者と回答した教諭は約80.0%で、教諭のほとんどが保護者の情報に信頼を寄せていることが分かる。先にも記したが、肢体不自由児の健康異常を見極めるには平常の状態を知ることが重要である。この平常の状態を知っているのは長年養育をしてきた保護者である。このような理由から、教諭は保護者の情報源を重視しているものと考えられる。しかし、長年療育してきたという慣れは時として成長発達による健康状態の変化を見逃すことにもつながる¹⁹⁻²⁰⁾。したがって、保護者と教諭が両輪になって健康観察し、健康異常を見極めていくことが望ましい。ゆえに教諭が自信

を持って受け持ち児の健康異常を見極めることができるようになることは、成長発達による健康異常のリスクが高い肢体不自由児の健康管理にとって重要であり、そのためにも教諭に対するサポートは必要と考えられる。

3. 教職経験と健康観察指標の把握状況との関連

教職経験による健康観察指標の把握状況を見ると、一般状態と発育の経過については教職経験1年未満からすでに約90.0%以上の教諭が把握している。一方、バイタルサインは、教職経験が「4～9年」と「10年以上」では把握している教諭が約80.0%であるが、「1年未満」と「1～3年」では把握している教諭が70.0%であり、教職経験4年以上になるとバイタルサインを把握する教諭が多くなっている。また随伴症状については、教職経験が「1年未満」で把握している教諭が約80.0%であるのに対し、「1～3年」「4～9年」「10年以上」では90.0%以上であり、1年以上からは随伴症状を把握する教諭が多くなっている。このことから、一般状態や発育の経過については教職経験の比較的早い時期から把握しているが、バイタルサインや随伴症状については教職経験が長くなるに従って把握する教諭が増えてくるものと考えられる。バイタルサインは観察のために技術を要する指標であり、随伴症状は障害の程度によってさまざまであり、個別性も大きいために専門的な知識を要する指標である。このことから、バイタルサインや随伴症状を把握するためには、ある程度の教職経験が必要と考えられる。

なお、重視するバイタルサインの項目については、1年未満で体温を重視する教諭は約50.0%であるが、10年以上では約40.0%と、教職経験が長くなるに従って体温を重視する教諭は少なくなり、その他の項目等を重視する教諭が多くなる傾向にある。一般状態の項目については、教職経験の全てにおいて顔色を重視する教諭は約30.0%である。しかし、分からない（決めかねる）は1年未満の約30.0%から10年以上は20.0%未満へと教職経験が長くなるに従って少なくなる一方で、表情や活気を重視する教諭が多くなる傾向にある。つまり、教職経験が長くなるに従って重視する項目は拡大傾向にあり、画一的な項目から受け持ち児の障害の実態に応じた項目へと発展させていくものと考えられる。

4. 教職経験と健康状態の見極め状況との関連

健康異常見極めの困難度については、教職経験が1～3年の教諭の約50.0%が難しいと回答しているが、4～9年では約40.0%、10年以上では約30.0%となっており、教職経験が長くなるに従って困難度は低下している。教職経験が長くなることで、肢体不自由児に対する知識が向上し、受け持ち児の障害の実態に応じた健康観察ができるようになり、健康異常を見極めることの困難度も低下していくものと思われる。なお、教職経験が1年未満の困難度は1～3年よりも困難度は低くなっているが、その理由として、1年未満では子どもの健康状態の異常を見極めることの難しさを十分に認識するまでには至っておらず、そのために1～3年よりも低くなっているのではないかと推察される。

健康異常を見極めるために重視する情報源については教職経験にかかわらず保護者の情報が約80.0%となっている。ただし、1年未満と10年以上では保護者の情報を重視する傾向が若干少なく、1年未満では主治医や保健室スタッフといった専門職の情報を重視する教諭が多く、10年以上では分からない(決めかねる)との回答が多くなっている。その理由として、1年未満では経験が浅いゆえに保護者の情報を重視しながらも他の専門職からの情報を重視するが、10年以上になると肢体不自由児の障害の実態から、保護者の情報が必ずしも万全ではないと認識するのではないかと推察される。

VI. おわりに

本研究から、特別支援学校肢体不自由部門の教諭は、受け持ち児の健康状態を認識するためにバイタルサイン、一般状態、随伴症状、発育経過といった健康観察指標を把握しているが、それでもなお肢体不自由児の健康異常を見極めることの難しさが明らかになった。そして教諭が適切に健康異常を見極めるためのサポートの必要が示唆された。さらに教職経験による分析からは、特に教職経験3年までの教諭に対するサポートの必要性が示唆された。

現在、特別支援学校肢体不自由部門には、専門職である看護師の配置が進められている。しかし、その雇用状況は教諭の代わりとして看護師に教諭(自立活動等)の特別免許状を与えて配置するといった「教職員定数活用」であり、しかも7割の看護師が非常勤であ

る⁹⁾との現実がある。このような状況で、職務の中心となっている医療的ケアのみならず、肢体不自由児全体の健康把握・管理へと業務を拡大するには限界がある。したがって、看護師の雇用体制を見直していくことが重要と思われる。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、A県とB県における調査の結果によるものであり、本研究の結果がすべての特別支援学校肢体不自由部門教諭に適用するとは言い切れない。しかし、特別支援学校肢体不自由部門教諭の児童生徒の健康観察指標の把握状況と健康異常の見極め状況、そして教職経験と健康観察指標の把握状況と健康異常の見極め状況との関連について、その概要は明らかにすることができたと考えられる。ただし、実際に教諭が受け持ち児の実態に応じてどのような健康観察指標を用い、どのような基準で健康異常を見極めているのか、そしてどのような点に困難さを抱えているのかといった詳細は明らかにされていない。今後は、受け持ち児の障害との関連からこれらを明らかにし、必要なサポート内容を具体的にしていくこと、また、同時に特別支援学校肢体不自由部門に配置されている看護師の雇用体勢を見直していくことが課題と考える。

本研究は平成12年度群馬パース大学特定研究費の助成を受けた研究である。

謝辞

本研究を実施するにあたり、質問紙調査にご協力いただいたA県とB県の特別支援学校肢体不自由部門の先生方に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 文部科学省：特別支援教育資料(平成21年度)。文部科学省初等中等教育局特別支援教育課：2012/5/10アクセス。http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1297212.htm
- 2) 文部科学省：平成21年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査(別紙)。文部科学省初等中等教育局特別支援教育課：2010。
- 3) 野田智子・鎌田尚子：学齢期脳性麻痺児の身体発育に影響する要因—横断データから—。群馬パース

- 大学 11：2011：pp.3-12.
- 4) 野田智子・鎌田尚子：特別支援学校に通学する脳性まひ児の身体発育の評価—身体発育に影響する要因と身体発育の特徴から—。小児保健研究 70(3)：2011：pp.393-401.
 - 5) 芝原美由紀・田代千恵美：肢体不自由児特別支援学校の健康観察の調査。小児保健研究 68(6)：2009：pp.692-899.
 - 6) 秋原志穂・篠木絵里・山本美佐子ら：肢体不自由養護学校教職員の行う健康管理。小児保健研究 64(6)：2005：pp.811-819.
 - 7) 文部科学省：盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて(通知)。文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 2004.
 - 8) 文部科学省：平成22年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査結果。文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 2011.
 - 9) 池田友美・郷間英世・永井利三郎ら：肢体不自由養護学校における看護師と養護教諭の役割に関する調査。小児保健研究 68(1)：2009：pp.74-80.
 - 10) 三木とみ子編：養護概説。ぎょうせい、東京 2007：pp.113-116.
 - 11) 飯野順子・岡田加奈子：養護教諭のための特別支援ハンドブック。大修館書店、東京 2007：pp.15-32.
 - 12) 日本肢体不自由教育研究会監修：これからの健康管理と医療的ケア。慶応義塾大学出版会、東京 2008：pp.29-40.
 - 13) 舟橋満寿子：随伴障害をもつ脳性麻痺児への対応。小児看護 1：1989：pp.82-89.
 - 14) 松石豊次郎・北住映二・杉本健郎：医療的ケア研修テキスト。クリエイツかもがわ、京都 2008：p.29.
 - 15) 村田 茂：日本の肢体不自由教育。慶応義塾大学出版会、東京 1997：pp.129-131.
 - 16) 東京都教育委員会編：健康。安全ハンドブック。日本肢体不自由協会、東京 1997：pp.10-13.
 - 17) 日本肢体不自由協会：障害児療育ハンドブック。日本肢体不自由協会、東京 2004：pp.5-7.
 - 18) 東京都教育委員会編：健康。安全ハンドブック。日本肢体不自由協会、東京 1997：pp.96-111.
 - 19) 伊藤善也・加藤則子：特別対談 身長・体重のデータ活用 成長曲線で健康度を知る。教育維持新聞 2005年7月25日.
 - 20) 小谷裕美・三木裕和：重症児・思春期からの医療と教育。クリエイツかもがわ、京都 2002：pp.128-130.

Abstract

In the present study, a questionnaire survey was conducted on teachers at special schools for physically disabled children in order to elucidate their recognition of the health status of students. The results showed that many of the teachers monitored vital signs, general status, accessory symptoms, and growth and development as health indicators for determining the health status of their students. However, identification of health problems in physically disabled children was difficult, and was thought to require the support of nurses and other specialists. Analysis of teaching experience with physically disabled children showed that more experienced teachers were more likely to monitor health indicators, and also to have less difficulty identifying health problems because they shifted their items of emphasis from uniform items to items selected based on the actual impairment of each child. In addition, differences were observed in the monitoring of vital signs and accessory symptoms as well as the difficulty of identifying health problems among teachers with “<1 year” or “1-3 years” of teaching experience and those with “4-9 years” or “≥10 years” of experience. In particular, teachers with no more than three years of experience were thought to require support.

Key words : teachers at special schools, physically disabled children, teaching experience, health monitoring, identification of health problems

その他

看護基礎教育における教授方法の工夫

——成人看護学領域における演習科目の授業展開——

鈴木珠水¹⁾・酒井美絵子¹⁾・萩原英子¹⁾・小池菜穂子¹⁾
藤巻郁朗¹⁾・西澤千春¹⁾・関 夕佳¹⁾・牛込三和子¹⁾

For Better Teaching Methods in Basic Nursing Education

——How to Teach Nursing Skills in Adult Nursing Practice——

Tamami SUZUKI¹⁾, Mieko SAKAI¹⁾, Eiko HAGIWARA¹⁾, Nahoko KOIKE¹⁾
Ikuro FUJIMAKI¹⁾, Chiharu NISHIZAWA¹⁾, Yuka SEKI¹⁾, Miwako USHIGOME¹⁾

キーワード：看護技術、演習、成人看護学、看護基礎教育

I. はじめに

近年、わが国の疾病構造の変化や医療の高度化は著しく、それに伴い治療の複雑化、ニーズの多様化が見られ、医療に対する期待は増大している。このような医療環境の中で看護職者は、患者の安全・安楽を前提とした高い水準の知識・判断・技術が求められている。しかし、熟練した看護師を養成することは容易ではなく、特に看護師1年目に乗り越えなければいけない課題は山積し、緊迫状態を作り出している。これらの状況から、看護基礎教育課程で多くの実践や経験を積むことが肝要であるが、臨地実習においては、医療の高度化・複雑化により、学生が受け持つには難しい患者が増加し、また在院日数の短縮化により受け持ち患者の十分な確保が困難となっている。医療安全の観点から見ると、高度治療を受けている受け持ち患者に対する看護技術の実践は限られるため、看護実践力の修習機会は年々減少している。

これらに対する解決策を模索するにあたり、医療を取り巻く環境変化だけでなく、学生側の資質傾向も考慮すべきであると考え。2011年の厚生労働省の報告書¹⁾では、看護師教育の現状と課題の項において、「若い世代においては生活体験が乏しくなっている。その

ため、看護師養成機関で学ぶ学生も全体的に生活体験が乏しく、教育を行う上では教員の丁寧な関わりが必要となっている。一方で、丁寧な関わりが学生の主体性や自立性を育ちにくくしている側面もあり、教員は葛藤を感じている。」と指摘している。

看護基礎教育では、この学生像を加味しながら高度化・多様化する医療の中で最大の教育効果を狙うべく、看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会²⁾や、看護基礎教育の充実に関する検討会³⁾で、看護師に必要な技術項目と、その卒業時の到達度を明確化した報告書を活用し、本大学でも成人看護学領域における基礎看護技術教育の検討⁴⁻⁵⁾を行ってきた。

臨地実習においては、受け持ち患者の状態により看護技術の提供が必要とされない場合は、実践機会を得られず、受け持ち患者によって経験できる看護技術に差が出るため、学内における演習が重責を担うこととなる。例年、どのように成人看護学演習を展開すべきか講座の教員で検討しているが、常に改善方法を模索している状態である。本稿では、成人看護学領域における演習科目の授業展開について振り返り、課題について検討する。

1) 群馬バース大学保健科学部看護学科成人看護学講座

II. 成人看護学演習の概要

成人看護学演習は、看護学科の第3学年を対象として、前期に開講される15コマ1単位の必修科目である。成人看護学演習の目的・学習到達目標は、表1に示した通りである。また、この目的・学習到達目標に基づき、15コマの授業配分を行ったシラバスが表2である。具体的には、成人看護学演習は2コマ続きで授業を展開しており、看護過程演習6コマ(3回)、看護技術演習9コマ(4回)としている。

本授業では、準備学習(予習と練習を含む復習)が重要となってくるため、学生に対して準備学習の内容をシラバスで明記し、授業開始時にも「看護過程演習では、事前に配布された事例を読み、課題を行うこと。技術演習では、その日に行う技術に関する配布資料を

用いて事前学習を行ってから参加すること。」を伝え、予習を行うことを義務付け、復習に関しては放課後の決まった時間に演習室を開放し、予習・復習ができるようにしている。

成績評価は、定期試験70%、提出物30%とした。定期試験70%(70点)の配点内訳は、成人看護学技術演習の授業中に取り上げた技術項目に関する筆記試験問題40点、同じく授業中に取り上げた技術項目に関する実技試験(口頭試問を含む)30点、計70点となっている。提出物30%(30点)はペーパー・ペイシエントの事例の看護展開に対して配点し、定期試験70点と合わせて100点となる。実技試験や看護過程の提出物の採点に関しては、複数の教員で対応しているため、評価表を作成し、教員によって採点結果に差が生じないように細心の注意を払った。

表1 成人看護学演習の目的・学習到達目標

科目の目的	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1～2年次に学習した看護過程の知識に基づき、健康問題を有する成人の事例を用いて、自身の看護過程展開能力を強化する。 2. 実習に必要な基礎的な看護技術を強化する。
学習到達目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 与えられた情報についてアセスメントできる。 2. 介入計画を具体的に提案することができる。 3. 創部処置、ストーマケアの方法を理解し実践できる。 4. 呼吸管理に用いる器具の種類と使用法が理解できる。 5. 循環管理に用いる器具の種類と使用法が理解できる。 6. 栄養管理の方法が理解できる。

表2 成人看護学演習の講義内容

回	講義題目	講義内容
1	看護過程演習1	看護過程の展開について—看護問題・看護目標の抽出
2	看護過程演習2	看護記録の書き方—慢性期の事例(糖尿病)を用いた看護展開
3	看護過程演習3	看護過程の展開について—看護問題・看護目標の抽出
4	看護過程演習4	看護記録の書き方—急性期の事例(直腸癌：術後、ストーマ造設)を用いた看護展開
5	看護過程演習5	疾患を持つ成人の看護について、事例(白血病、胃がん：術後)に基づいて看護過程を展開する
6	看護過程演習6	グループ発表と討論
7	看護技術演習1	循環管理：12誘導心電図、患者監視装置、輸液ポンプ・シリンジポンプ
8	看護技術演習2	〃
9	看護技術演習3	呼吸管理：気管内吸引、低圧持続吸引、非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)、在宅酸素療法(HOT)、ネブライザー
10	看護技術演習4	〃
11	看護技術演習5	栄養管理：ストーマケア、血糖測定、中心静脈栄養管理
12	看護技術演習6	〃
13	看護技術演習7	各看護技術の演習、確認(呼吸、循環、栄養)
14	看護技術演習8	〃
15	看護技術演習9	〃

Ⅲ. 成人看護学演習の授業展開

1. 看護過程演習

看護過程演習 6 コマ (3 回) のシラバスは、表 2 の通りである。慢性期の事例として糖尿病のペーパー・ペイシエント、急性期の事例として直腸がん (マイルス術後、ストーマ造設) のペーパー・ペイシエントを取り上げ、実際の看護過程の展開を講義形式で各 2 コマ説明した。この際、成人看護学実習に用いる記録用紙を活用し、実習に即しての記載方法などを具体的に説明している。また、復習となるが、基礎看護学領域の講義で用いられた配布資料なども活用し、看護目標の立案は RUMBA の法則* で行うよう指導している。

* RUMBA: Real 現実的、Understandable 理解可能、Measurable 観察・測定可能、Behavioral 行動的表現、Achievable 到達可能

3 回目の看護過程演習では、慢性期の事例として白血病、急性期の事例として胃がんのペーパー・ペイシエントを用いて、実習記録用紙に看護展開するよう指導し、実習グループで討論を通して看護記録を完成するよう導き、グループ発表の中で意見交換の場を設けている。実際の演習展開としては、実習グループの半分を白血病事例、残り半分を胃がん事例に割り当ててグループで看護展開を行い、評価対象となる提出物は演習時間内で取り組んだ事例ではない方の事例 (例えば、演習時間内にグループで白血病の看護展開をした場合、提出物の事例は胃がんとなる) を提出するように設定している。

2. 看護技術演習

看護技術演習 9 コマ (4 回) は、技術演習の内容や、演習に要する時間、医療機器の台数などにより、1 回の演習で行う技術項目を組み合わせて行っている。看護技術演習は、まず全体オリエンテーションを 10 分程度で行う。これにより学生は演習の流れを具体的にイメージでき、自分がどのような順番で各技術演習のブースに行くか確認できる。次に、各ブースで行われる各技術演習の目的、手技などを配布資料、教科書、パワーポイント、DVD などを用いて説明する。この説明は 1 つの技術演習につき 10 分程度で行い、これにより各ブースでは実際の医療機器を用いた技術演習に集中できるようにしている。この説明が終わると、各ブー

スでの技術演習開始となり、1 つのブースに 3～4 グループ (1 グループ 5～6 人の実習グループ) で 25～30 分の演習を行う。1 回の演習で 4～5 の技術項目に取り組むことになる。

各看護技術 (呼吸・循環・栄養管理) の統合と、術直後の管理の位置づけで、場面設定した技術演習として「創傷・ドレーン管理」を取り上げた。シラバスには挙げていないが、こういった演習形態は現在の学生にとって必要であると判断し、今年度より開始した。この演習内容や展開方法は、Ⅳ-2 で後述する。

Ⅳ. 技術演習における授業展開

1. 技術演習の項目と卒業時到達度

本学の成人看護学演習技術項目と卒業時到達度との関連を表 3 に示した。

看護学科 2 年生を対象として開講される看護援助学 I、II (講義) と看護援助学演習 I、II (演習) は基礎看護学領域の科目であるが、その中で実施される技術演習項目と重複する成人看護学演習技術項目は、「12 誘導心電図」、「ネブライザー」、「輸液・シリンジポンプ」、「経管栄養」である。また、成人看護学演習の技術演習の中で、「創傷・ドレーン管理」については、上記の基礎看護学領域で実施される技術項目の「無菌操作」と一部重複する部分があるが、2 年次の「無菌操作」が習得できていなければ、3 年次の「創傷・ドレーン管理」や「気管内吸引」の実施も困難になる。よって、「無菌操作」の項目では 2 年次に全員が〈II: 看護師・教員の指導のもと実施できる〉レベルになることを目標とし、その技術レベルを維持した状態で、3 年次の「創傷・ドレーン管理」や「気管内吸引」の演習を行い、無菌操作の技術を活用することがより高度な技術の習得の鍵となる。

この「創傷・ドレーン管理」の技術演習項目は、今年度新しい取り組みとして開始した内容を含むため、後述することとするが、「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)」は、技術項目の卒業到達度⁹⁾で、〈III: 学内演習で実施できる〉レベルに規定されているため、成人看護学演習で行う技術項目として選出している。

このように、他領域の演習内容と重複する技術演習の項目はあるが、反復することで修習、習得が可能になると考える。例えば、基礎看護学領域で行われている 12 誘導心電図の技術演習は 2 コマ続きでの展開だ

が、学生全員が心電計を装着する事は困難な状況である。成人看護学演習においては、2グループ約10人の学生が、30分という短時間で1台の心電計を用いて演習を行うので、全員の実施は至難であるが、知識を定着化する機会としては十分であると考えられる。12誘導心電図に関する卒業到達度は大項目である『症状・生体機能管理技術』の「正確な検査が行えるための患者の準備ができる」、「検査の介助ができる」、「検査後の安静保持の援助ができる」、「検査前・中・後の観察ができる」に関係すると考えられるが、設定されている卒業時到達度は〈II：看護師・教員の指導のもとで実施できる〉レベルとなっている。12誘導心電図は技術項目名としては挙げられていないが、卒業時到達度IIを目指して良いと考える。同様の項目として「患者監視装置」があるが、これは周手術期・クリティカルケアにおいては必須の医療機器である。12誘導心電図と同様に、技術項目名としては挙げられていないが、『症状・生体機能管理技術』の「患者の一般状態の変化に気づくことができる」は〈I：単独でできる〉、「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」は〈II：看護師・教員の指導のもとで実施できる〉のレベルとなっている。患者が装着している患者監視装置から得られるデータが意味することをアセスメントすることは難しく、IIのレベルを習得して卒業することは高いレベルであり、文献でも、入職直後の看護師は「バイタルサイン測定」は83.1%が『1人でできる』と回答しているが、「観察した症状、アセスメントの記録と報告」となると20.2%まで落ち込む結果⁷⁾が出ている。演習や実習でアセスメント力をどのように強化していくべきか検討することは、新人看護師教育にもつながり、非常に重要であると考えられる。

「血糖測定」は成人看護学実習では実習施設の判断に基づき、患者に実施して良い技術とされていたが、昨年度より幾つかの実習施設で、患者の安全面を考慮し、無資格者の看護学生が患者に対し診療の補助業務を行う是非が検討され、現在、学生の「血糖測定」実施は難しい状況である。しかし、「血糖測定」は練習すれば確実に習得することのできる看護技術であるため、学生にとっての自己効力感を高めるためにも演習で実施することは有効であると考えられる。技術項目の卒業時到達度では、血糖測定は〈II：看護師・教員の指導のもとで実施できる〉というレベルに規定されている。

また、「気管内吸引」や経鼻胃チューブの挿入をする「経管栄養」は、実習中に見学ができたとしても実施は困難な項目である。「気管内吸引」の卒業時到達度は「モデル人形で気管内吸引ができる」という技術項目で、〈III：学内演習で実施できる〉というレベルに規定されているため、成人看護学演習で行う技術項目として選出している。「経管栄養」は、「モデル人形で経鼻胃チューブの挿入・確認ができる」という技術項目として設定されており、卒業時到達度表では「気管内吸引」と同様にIIIのレベルに規定されている。

「シリンジ・輸液ポンプ」に関しては、基礎看護学領域の演習でも行っているが、実習中に操作はできずとも、患者に装着されている医療機器、行われている輸液内容と点滴速度などを含む輸液管理、1日の水分出納状況などを理解できるよう、演習を通して技術やアセスメント能力を身につけることが必要である。実際の演習内容は、シリンジポンプや輸液ポンプの操作方法であり、卒業時到達度では〈IV：知識としてわかる〉レベルに規定されている。

技術項目の卒業時到達度がIVに規定されており、成人看護学演習で選出した技術項目は、上記の他に「低圧持続吸引」、「非侵襲的陽圧換気療法（以下“NPPV”と略す）」、「ストーマケア」がある。ストーマケアの演習に関しては、30分で4グループが演習を行うため、ストーマケアのスキル習得は困難である。そのため、ストーマケア製品に興味を抱き、それを装着する患者の生活を想像することを目標としている。卒業時到達度では、「ストーマを造設した患者の一般的な生活上の留意点が（IV、知識として）わかる」ことを目標としている。これを意識し、演習時間の不足を補うために、演習中にストーマの大きさに応じて穴をあけた簡易的なパウチを家で装着して生活し、その感想を提出することを学生に課している。教員は学生に、「装着したパウチの中に水やソースなどを入れて活動してみること」を提案している。学生はそれらが外に漏れてしまうかもしれない恐怖感やスキントラブルへの憂慮、皮膚に装着する違和感などを実感することで、ストーマを造設した患者の一般的な生活上の留意点を体得することができる。学生たちは、生き生きとした感性でパウチ装着の感想を表現しており、患者体験をすることで患者の気持ちや想いに寄り添うことが可能となり、そういった情報をとらえる感性が磨かれていくのではないかと考える。

成人看護学演習で選出した技術項目の「ネブライ

表3 本学の成人看護学演習技術項目と卒業時到達度³⁾との関連

本学の成人看護学演習 技術項目		卒業時到達度表の技術項目	卒業時到達度*	
循環管理	12誘導心電図	症状・生体機能管理技術	正確な検査が行えるための患者の準備ができる	II
			検査の介助ができる	II
			検査後の安静保持の援助ができる	II
			検査前・中・後の観察ができる	II
呼吸管理	患者監視装置	症状・生体機能管理技術	患者の一般状態の変化に気づくことができる	I
			系統的な症状の観察ができる	II
			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	II
輸液ポンプ・シリンジポンプ	与薬の技術	輸液ポンプの基本的操作ができる	IV	
呼吸管理	気管内吸引	呼吸・循環を整える技術	モデル人形で、気管内吸引ができる	III
			気管内吸引時の観察点わかる	IV
	低圧持続吸引	呼吸・循環を整える技術	低圧胸腔内持続吸引中の患者の観察点わかる	IV
	非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV)	呼吸・循環を整える技術	人工呼吸器装着中の患者の観察点わかる	IV
			酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる	I
	在宅酸素療法 (HOT)	呼吸・循環を整える技術	酸素吸入療法が実施できる	II
			酸素ポンベの操作ができる	III
酸素の危険性を認識し、安全管理の必要性がわかる			IV	
ネブライザー	呼吸・循環を整える技術	参照：気道内加湿ができる	II	
栄養管理	血糖測定	症状・生体機能管理技術	簡易血糖測定ができる	II
	ストーマケア	排泄援助技術	ストーマを造設した患者の一般的な生活上の留意点わかる	IV
	経管栄養	食事の援助技術	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 モデル人形での経鼻胃チューブの挿入・確認ができる	II III
創傷管理	創傷・ドレーン管理	創傷管理技術	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)	III

* I：単独でできる 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

ザー」に関しては卒業時到達度が不明であるが、「気道内加湿ができる」は〈II：看護師・教員の指導のもとで実施できる〉レベルになっている。他には「在宅酸素療法 (以下“HOT”と略す)」があるが、「酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる」に関しては〈I：単独でできる〉レベルとなっており、「酸素吸入療法が実施できる」は〈II：看護師・教員の指導のもとで実施できる〉レベル、「酸素ポンベの操作ができる」は〈III：学内演習で実施できる〉レベル、「酸素の危険性を認識し、安全管理の必要性がわかる」は〈IV：知識としてわかる〉というレベルになっている。NPPVとHOTの技術演習に関しては、それらの医療機器を取り扱う一般企業の協力を得て、最新の医療機器を持参してもらい、実際に学生はNPPVやHOTの装着体験をし、それらの体験を通して知識と技術を深められる演習となっている。

2. 場面を設定した技術演習

成人看護学演習で行っている技術演習は、技術の習得に特化している傾向があるが、今年度より「創傷・

ドレーン管理」の技術演習では場面を設定した技術演習を取り入れて行なった。設定は、45歳男性胃がん患者が手術 (幽門側胃切除術、ビルロートI法再建、腹部正中切開) を受け、病室に帰室した直後に、帰室時の観察を一連の流れで行い、アセスメントを行う場面とした。

術後帰室時の患者情報としては2種類のデータを用意した。一方は呼吸不全の問題、もう一方は術後出血の問題を読み取れるようなデータとし、学生にはどちらの患者データが提示されるかわからないようにした。演習では、術後の患者が手術室から病棟に帰室して、どのような観察を行い、得られたデータをどうアセスメントすべきか、学生たちが主体的に考えられるように指導した。また、帰室直後の患者の観察を実際に行えるよう、全身モデル人形に酸素マスク、胃管、硬膜外カテーテル、中心静脈ライン、末梢ライン、閉鎖型吸引ドレーナーの1つであるJ-VAC[®]、膀胱留置カテーテル、弾性ストッキングを装着し、術創も作成し、ガーゼを貼付した。

具体的な演習の流れは以下の通りである。まず、事

例を演習日の前週に配布し、事前に学習が不十分な用語について調べるなどの予習を課す。技術演習当日は簡単に事例の説明を行い、2つのグループ毎に各ブース（全身モデル人形のあるベッドのあるブース）に分かれ、事例を元に術直後の観察項目をグループで検討し、観察項目に基づき観察を実施する。観察により得た患者データを記入用紙に記載し、その状態が「正常」なのか「正常ではない」のかをアセスメントし、「正常ではない」場合には、その対処方法も考え、創傷の観察と処置を実施する。その後、演習の振り返りを行い、どのような点が問題で、なぜそのようにアセスメントしたかをグループ毎に発表するという流れで演習を展開した。

演習後のミニットペーパーを介しての学生の反応は、「講義で学習したことが今回の演習で繋がった」、「ペーパー・ペイシェントが、モデル人形であるが実際に目の前にいて、実習に近い感じで考えることができた」、「臨場感があるのでアセスメント項目が頭に入った」、「総合的に患者を観察するためには知識が必要だとわかったので、今までの復習をする必要を感じた」、「実際に目で見て体験する事と、事例を出さずに技術演習を行う事の違いを感じ、目で見て体験することで深い理解が得られた」、「いつもは受動的に授業を受けているが、今回は能動的に考える必要があったので学びが深かった」、「グループ内の人の積極的な意見や、他のグループの発表で刺激を受けた」など、肯定的な意見が多かった。自分たちが講義で学び、記憶した内容を、必死に引き出して考える作業が能動的な学習に繋がり、学生の学習に対する満足が高まったのだと考えられる。また、講義ではイメージできなかった術後の全体像が、場面を設定した技術練習を行うことでイメージしやすくなり、理解が深まったことから、断片的な知識が自発的体験型の学習により、連鎖的に結びついたと考えられる。

このように場面を設定して演習を展開する方法⁸⁾や、所見を設定し、シミュレーターを用いて臨床判断の習得を目指す方法⁹⁾は看護実践能力を身につけるための方法として有効であると考えられる。また医学教育分野だけでなく、看護学教育でも取り入れ始められているOSCEは、模擬患者を通して看護アセスメントや援助を実施・評価する¹⁰⁾ため、面接技法も含めた看護実践能力の習得に有効であると考えられる。「看護に必要な患者の情報を収集し、知識に基づいた判断を行い、何を実施し、どう評価するのか」という一連の看

護過程を学内で展開することは容易ではないが、看護実践能力を少しでも高められるよう、学生の状況に応じた演習の展開方法は検討し続ける必要がある。

V. お わ り に

成人看護学領域における演習科目の授業展開については、15コマという決して多くはないコマ数の中で、臨地実習と技術項目の卒業時到達度を意識しながら看護過程演習と看護技術演習を組み込んでいる。しかし、学生が能動的に演習内容を習得するためには演習項目の選出だけでなく、教授方法の工夫が必要である。ストーマ体験や場面を設定した技術演習等は、学生の感性に働きかけ、学生の主体性を育み、講義で得た知識との統合を可能にし、患者の状況を現実的に想像する手助けとなっており、演習展開方法として効果的であることがうかがえた。体験する演習という点では、医療機器のメーカーに協力を得ることで最新の医療機器に触れる機会を得ていることも、学生の知識習得を深めていると考えられる。

また、成人看護学演習で行う技術項目は、技術項目の卒業時到達度において重責を担っているため、どのような看護技術を選定して演習項目とするか十分に検討していく必要がある。臨地実習における診療の補助に関する看護技術の実施が、年々困難になっている状況から、看護学演習が担う責務も大きく変化しているため、今後も成人看護学演習の効果的な展開方法を模索していきたい。

文 献

- 1) 厚生労働省：看護教育の内容と方法に関する検討会報告書。平成23年2月28日：2011。
- 2) 厚生労働省医政局看護課：看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書：2003。
- 3) 厚生労働省医政局看護課：看護基礎教育の充実に関する検討会報告書：2008。
- 4) 鈴木珠水・萩原英子・北林 司ら：成人看護学 I（慢性期）領域における基礎看護技術教育の現状と課題—技術項目到達度表の分析から—。群馬パース大学紀要 10：2010：45-55。
- 5) 北林 司・小池菜穂子・萩原英子ら：成人看護学 II（周手術期・クリティカルケア）領域における基礎看護技術教育の現状と課題—技術項目到達度表の

- 分析から一. 群馬パース大学紀要 10:2010:57-65.
- 6) 前掲3)
- 7) 福井トシ子:新卒看護師の基本的看護技術習得状況に関する実態調査. 看護管理 19(4):2009:254-261.
- 8) 大塚久美子:場面設定を用いた看護技術演習の検討. 聖隷学園浜松衛生短期大学紀要 24:2001:5-11.
- 9) 深田順子・熊澤友紀・吹田麻耶ら:看護基礎教育における周手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 16:2010:31-39.
- 10) 中村恵子:OSCEの概要と看護教育における意義. 看護展望 36(6):2011:516-520.

その他

看護基礎教育における教授方法の工夫

—— 老年看護学領域における演習科目の授業展開 ——

川久保悦子¹⁾・井本由希子¹⁾・伊藤まゆみ¹⁾

For Better Teaching Methods in Basic Nursing Education

—— How to Teach Nursing Skills in Gerontological Nursing Practice ——

Etsuko KAWAKUBO¹⁾, Yukiko IMOTO¹⁾, Mayumi ITO¹⁾

キーワード：老年看護学、演習、看護過程、援助技術、授業展開

I. はじめに

わが国の高齢化率は23.1% (2010年) となり¹⁾、超高齢化社会を迎えている。2017年 (平成29年) には後期高齢者人口は前期高齢者人口を上回ると推定され²⁾、後期高齢者が増え続けている。それに伴い、要介護者及び認知症高齢者も増加しており、2012年 (平成24年) 現在の推計では、65歳以上の10人に1人が認知症を患っていると報告されている³⁾。このように、増え続ける高齢者に対して、病院、施設、在宅で質の高い看護を提供しなければならず、看護師の責務は重大となっている。老年看護の専門知識や技術の習得には、エビデンスを踏まえたケアはもちろんのこと高齢者それぞれの個性を考慮した看護が求められる。また、高齢者を尊重しながら接する倫理的態度も同時に習得すべきことがらである。

そして、看護教育の場でも、このような社会情勢に対応できる人材教育の標準化をめざすため「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度表」を平成20年度に厚生労働省が指標として示している。本学では、これを用い臨地実習における援助技術到達割合の平均を集計した結果、基礎看護学がもっとも高く、約6割の学生は技術到達ができていた。続いて成人看護学、在宅看護学であり、老年看護学は約4割であったと報告されている⁴⁾。また老年看護学領域で、学生の達成割合の高かった項目は「快適な病床環境をつくることができる」「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」といった日常生活技術援助であった。これは他の援助技術に比べ学生が主体的に実施でき、比較的達成されやすい状況である技術項目であることによる⁵⁾と指摘されている。

老年看護学の臨地実習では、老年看護学看護技術全般のアセスメント技術とコミュニケーション技術、日常生活援助技術、認知症ケア技術についての知識が要求される。しかし、現在、高齢者と生活を共にする等、身近に高齢者と関わっている学生は少ない。そのため、実習で高齢者に関わる前に、高齢者看護をイメージしやすいように、演習科目案が設定されている。具体的には、臨地実習で体験することの多い看護技術の習得である。第一は、老年期に特徴的な疾患をもつ高齢者の事例を用い看護過程の展開を行うこと。第二は、その事例にある対象者の個性や条件を踏まえ、援助計画に基づいた看護技術の実施である。最終回に技術テストを設け、学生の技術レベル向上を図っている。

そこで本研究では、老年看護学領域における演習科目である「老年看護学演習」の授業展開の工夫を述べ、今後の内容と方法を検討する基礎資料とすることを目的とした。

II. 老年看護学の科目概要

必修4単位、選択1単位の構成である。2年前期に「老年看護学総論」、2年後期に「老年看護学Ⅰ」、「老年看護学Ⅱ」各必修1単位を学習済みである。「老年看

1) 群馬バース大学保健科学部看護学科

「看護学演習」は、3年次前期に行われ必須1単位である。「老年看護学実習」は、専門科目群の臨床看護学分野の実習であり、全16単位の内4単位を占める。実施時期は3年次後期である。「老年看護学実習」の主な目的は、「老年期にある対象者を総合的に理解し、保健医療福祉チームの一員として、既習の知識・尊重する態度・技術を活用し、対象者に応じた看護を展開する能力を養う」である。小項目として「認知症高齢者の理解と日常生活におけるケアの習得をめざすこと」も加えられている。実習施設と期間は、病院実習2週間、グループホーム実習1週間、学内実習が1週間としている。実習病院は、高齢者の多く入院している病院の一般病棟と療養型病床である。その後「老年看護学特論」は4年次後期に履修する選択科目となっている。

III. 方 法

1. 整理・検討

「老年看護学演習」の授業内容と方法の整理及び本学看護学科3年生が記入したミニレポートのうち1つの援助技術について、カテゴリー化して分析検討した。調査期間は2012年5月～7月であった。

2. 倫理的配置

学生に対し提出物であるミニレポートが研究に使用されること、研究協力は任意であること、成績や個人

に不利益がないこと、個人が特定されないこと等説明し、文書にて同意を得た。なお、本研究は群馬パース大学研究倫理委員会の承認を得ている。

IV. 結 果

1. 「老年看護学演習」の目的・目標

基礎看護学、老年看護学Ⅰ・Ⅱで学んだ知識・技術を活用し、高齢期に特徴的な疾患をもつ高齢者の看護過程の展開方法を学習する。また、演習を通して高齢者への援助技術を学習する。これらの学習を深めることで、老年看護学実習に必要な知識・技術・態度の準備を整え、実習に臨む。到達目標は以下の通りである。

- ① 高齢者に特徴的な疾患（認知症・脳梗塞・大腿骨頸部骨折）についての症状・診断・看護・リハビリテーションの知識を確認できる。
- ② 事例を用いて、情報の整理、アセスメント、看護診断、計画立案ができる。
- ③ 事例で設定された個別性、条件を踏まえ、援助計画に基づいた看護技術を実施できる。

2. 「老年看護学演習」の内容と展開方法（表1）

老年看護学演習の15回の授業展開は表1の通りである。全15回の内、1～6回目までが看護過程の展開の演習であり、7～14回目までが援助技術の演習である。15回目にまとめ、評価を設けている。

表1 「老年看護学演習」の授業展開

回数	時間	内 容	方法
1	1.5	認知症・脳梗塞・大腿骨頸部骨折の知識の確認	講義
2	1.5	看護過程の展開：グループワーク（事例内容の確認）	グループワーク
3	1.5	看護過程の展開：グループワーク（情報整理）	グループワーク
4	1.5	看護過程の展開：グループワーク（アセスメント・関連図作成）	グループワーク
5	1.5	看護過程の展開：グループワーク（計画立案・まとめ）	グループワーク
6	1.5	看護過程の展開：発表、まとめ	学生発表
7	1.5	「食事」摂食・嚥下障害への食事介助	技術演習
8	1.5	「経管栄養」胃瘻の理解と手順	技術演習
9	1.5	「口腔ケア」嚥下障害で寝たきりへの口腔ケア・義歯の取り扱い	技術演習
10	1.5	「移乗・活動」半身麻痺、自力座位のとれる車椅子移乗	技術演習
11	1.5	「体位・褥瘡予防」自力で体動が行えない体位、褥瘡予防	技術演習
12	1.5	「排泄ケア」脳梗塞後遺症を持つ左半身不全麻痺のある高齢者	技術演習
13	1.5	技術の復習	技術演習
14	1.5	技術テスト	技術テスト
15	1.5	まとめ 看護計画、援助技術の評価、まとめ	教員評価

(1) 看護過程の展開 (6回)

①看護過程の展開の概略

高齢者に特徴的な疾患（認知症・脳梗塞・大腿骨頸部骨折）をもつ高齢者の看護過程の展開方法の学習をする。看護過程の展開方法の基礎学習は、1、2年次の「基礎看護学」で履修済みである。さらに2年次に学習した「老年看護学Ⅰ」、「老年看護学Ⅱ」の知識・技術を活用する。本科目では、実際に現場で看護過程、計画立案の展開や援助技術がスムーズに進行するように、グループ学習に入る前に学生は、3つの疾患の基礎知識の確認の講義を受ける。その後看護過程の展開をしたい事例を1つ選択し、各回グループ前に自己学習を行う。グループ学習では、自己学習で学んだ知識をグループに提供しながら、1つの看護過程を完成させる。教員のアドバイスを得ながら、看護過程の展開の不慣れな学生をフォローしつつ、グループで看護過程の展開を完成させている。最後にグループでの発表討議を行い、他グループの発表を聞くことで、新たな発見がみつけられるような、グループダイナミクスの効果をねらっている。

②看護過程の展開の教材について

看護過程の展開の3つの事例は、認知症、脳梗塞、大腿骨頸部骨折である。これらは実習中に受けもつケースの多い疾患である。その事例の情報に、障害高

齢者日常生活自立度判定や認知症高齢者日常生活自立度、MMSE (Mini-Mental State Examination) 等の点数や、処方薬、関節可動域、MMT (Manual Muscle Testing: 徒手筋力テスト)、検査データを盛り込んでいる。これにより、実際に多く取り上げられる看護診断が導かれる。記録用紙は、臨地実習時と同じ用紙である。その内容は、フェイスシート1は既往歴、医師からの説明、DNR (Do Not Resuscitate: 蘇生処置拒否)の有無、介護保険の要介護度、家族構成である。フェイスシート2はADL (障害高齢者日常生活自立度)、認知症度 (認知症高齢者日常生活自立度)、食事、排泄、清潔、移動、1日の平均的な過ごし方となっている。次に続くアセスメント用紙は、基礎・成人・精神看護学等の各領域と共通の書式である。本学ではNANDA-I看護診断を用いており、患者の状態を11領域に区分している。

(2) 高齢者への援助技術 (8回)

①援助技術の概略

学生が、老年看護学臨地実習に必要な知識・技術・態度の準備をもち、実習に臨むことができるように、看護過程の展開後に、1グループ5～6名で1ベッドを使用して、援助技術演習を行う。援助技術項目は、「食事」「経管栄養」「口腔ケア」「移乗・活動」「体位・褥瘡予防」「排泄ケア」である。これらの項目は、いず

表2 高齢者への援助技術「食事」の授業案 (90分)

時間	目標	内容と方法	留意点
嚥下・摂食の復習と確認、講義 30分	1. 高齢者への食事援助がわかる。 事例B氏 (脳梗塞) への食事援助を実施できる。	1) グループごとに出席の確認をする。 2) 本時の授業の目標・進め方を説明する。 3) 事前課題の解答あわせ、重要点の説明。 4) 誤嚥の映像、ゼリーのスライス法、介助法の映像 (DVD) を見る。 5) 教員がデモンストレーションを行う。	自前学習に記入していることで、授業ポイントの把握はできている。イメージがわくように、視覚教材を見る。デモンストレーションを行い実践を見る。
援助技術演習 30分	2. 間接訓練、直接訓練の違いを理解し、実施できる。 3. ころみの適量がわかる。 4. 脳梗塞で、麻痺のある患者への食事介助が実施できる。	1) 間接訓練: アイスマッサージ (全員経験する)。 2) ころみのつけかた (全員経験する)。 3) 直接訓練: スライス法、一口量、スプーンの使い方 (2ペアが経験する)。 4) B氏 (左上下肢麻痺患者) への援助 ・摂食時の姿勢を整える。 ・介助方法	看護過程のB氏への援助を想定する。対象者の個性を考えながら、間接訓練と直接訓練、介助方法を学生に行ってもらおう。
かたづけ 10分		器材ベッドを整える。	
レポート作成 15分		実施内容を振り返り、分析、解釈する。	レポートに記載している、よい気づきや、疑問を次週の演習の冒頭に学生にフィードバックする。
まとめ 5分		1) 援助時に気づいたこと、留意点を再度強調する。 2) 質問を受ける。	

れも実習の現場で毎日行われるケアである。これらを前もって練習することにより、より実践的な物品の準備や、ケア方法の手順及び留意点を習得することができる。表2に高齢者の援助技術「食事」の授業案を1例として示した。概要は、復習と確認及びDVD視聴を含む講義に30分、学生同士による援助技術演習に30分、ミニレポート（振り返り用紙）作成に15分である。

②援助技術演習の教材について

技術項目の、「食事」「経管栄養」「口腔ケア」「移乗・活動」「体位・褥瘡予防」「排泄ケア」の詳しい内容は以下の通りである。スプーンの使い方とアイスマッサージ、胃瘻・経鼻による経管栄養、スポンジブラシ、舌ブラシ、歯ブラシによる口腔ケア、車椅子移乗、クッションによる除圧の方法や体圧測定、オムツ交換や陰部洗浄等である。今日やることのタイムテーブル1枚、復習と確認の用紙（前の週に、次回の演習項目について教科書から抜粋した基礎知識の確認の用紙を配り、穴埋め式の答えを記入する）1枚、講義の資料、学生が時間内に演習を実際に行う時の資料である。その他は、援助技術で使用する看護物品である。

(3) 技術テスト

14回目に、技術テストを行う。テストを設定することで学生の援助技術の評価の向上をめざす。テスト前に、演習室を開放し、学生の自由練習の場を設けている。

(4) ミニレポート（振り返り用紙）

演習後、学生はミニレポートを記入し、提出をして終了する。教員はミニレポートの内容から学生が理解できなかった点や、困難であった看護技術演習の事柄をまとめ、次回の授業開始前に、補足事項や注意点を述べ、学生の理解を再度おさえる。

ミニレポートの内容は、1項目目が自分自身の振り返りである。「看護師役を行って感じたこと、考えたこと、改善した方がよい点、今後どのようにしたらよいと思うか」、「患者役を行って感じたこと考えたこと」である。2項目目は観察者としての振り返りである。「観察者として気付いたことについてよかった点、改善した方がよい点、あなただったらどうしたいと思うか」である。3項目目は「今回の演習を通して学んだこと」である。

3. 「老年看護学演習」の高齢者への援助技術のミニレポートの記述結果

1例として記載した、高齢者への援助技術「食事」

の授業案（表2）後のミニレポートの記述結果を以下に示す。学生のミニレポートから173件の文節が抽出され、55のサブカテゴリーに分類された。そのサブカテゴリーから7つのカテゴリーと3つの大カテゴリーが構成された（表3）。大カテゴリーは【看護技術に関する学びと実感】83件の文節、【患者の気持ちの実感】74件の文節、【自己の客観性】16件の文節であった。以下、サブカテゴリーを〈〉、カテゴリーを〔 〕、大カテゴリーを【 】で示す。

〈声かけ、説明方法〉〈目線の高さ〉〈表情観察〉〔コミュニケーション〕、〈一口量〉〈スプーンの大きさの選択〉〈トロミのつけ方〉〈アイスマッサージの仕方〉〈スライスの仕方〉〈食べるペース〉〈ベッドの角度によって飲み込みが違う〉〈スプーンの入れ方〉〈口腔内観察〉〈アイス棒の効果〉〔手技・手順〕、〈体位調整〉〈病室内整頓〉〈ベッド up の角度〉〔環境〕以上3つのカテゴリーを【看護技術に関する学びと実感】の大カテゴリーとした。

〈トロミで味が変わる、苦痛〉〈スライス法は嚥下しやすい〉〈タイミングが大切〉〈アイス棒は冷たいので驚いた〉〈患者に合った技術〉〈患者に合った量〉〈座った方がよい〉〈苦痛を感じないように、快適に整えてほしい〉〈口の中が刺激された〉〈口の中の残渣が不快〉〈ファーラー位は座位より食べにくい〉〈説明してほしい〉〔援助技術による患者の気持ち〕、〈患者の心理面に合わせる〉〈声かけで安心〉〈患者は食べさせられるストレスがある〉〈恥ずかしい〉〈どんな食物が食べやすいか、好みかを聞くことが大切〉〈苦痛を感じないように、快適でほしい〉〈介護される側の気持ちが分かった。いやだ〉〈目の高さで安心感がある〉〈笑顔で行ってほしい〉〈技術がよいと患者のQOLも上がる〉〈普段からのコミュニケーションが大切〉〈明るい気持ちになるよう音楽を流すとよい〉〔介護されている患者の心理〕以上2つのカテゴリーを【患者の気持ちの実感】の大カテゴリーとした。

〈皆でどの食べ方が食べやすいか試した〉〈ビデオで嚥下のしくみを見てよく分かった〉〈どの程度がその人によいかを声かけして観察する〉〈介助には慣れが必要〉〈道具の準備が必要〉〈患者によってどの方法がいいか選ぶ必要あり〉〈アイスマッサージのやり方が分かったけれど、これで嚥下障害が改善できるのかな〉〈安全を知った〉〈間接訓練と直接訓練が分かった〉〔自分の技術を振り返る〕、〈嚥下困難の高齢者は難しい〉〈嚥下障害の高齢者は多いので復習したい〉〈ただ、食

表3 高齢者の援助技術「食事」で学んだこと

大カテゴリー	サブカテゴリー	コード	件数(件)
看護技術に関する学びと実感	コミュニケーション	声かけ、説明方法	8
		目線の高さ	2
		表情観察	1
	手技・手順	一口量	13
		スプーンの大きさの選択	10
		トロミのつけ方	6
		アイスマッサージの仕方	6
		スライスの仕方	5
		食べるペース	4
		ベッドの角度によって飲み込みが違う	3
スプーンの入れ方		2	
口腔内観察		2	
アイス棒の効果	1		
環境	体位調整	10	
	病室内整頓	9	
	ベッド up の角度	1	
患者の気持ちの実感	援助技術による患者の気持ち	トロミで味が変わる、苦痛	11
		スライス法は嚥下しやすい	4
		タイミングが大切	4
		アイス棒は冷たいので驚いた	3
		患者に合った技術	3
		患者に合った量	3
		座った方が良い	2
		苦痛を感じないように、快適に整えてほしい	2
		口の中が刺激された	2
		口の中の残渣が不快	1
		ファーラー位は座位より食べにくい	1
		説明してほしい	1
	介護されてる患者の心理	患者の心理面に合わせる	9
		声かけで安心	7
		患者は食べさせられるストレスがある	5
		恥ずかしい	4
		どんな食物が食べやすいか、好みかを聞くことが大切	3
		苦痛を感じないように、快適でほしい	2
		介護される側の気持ちが分かった。いやだ	2
目の高さで安心感がある	1		
笑顔で行ってほしい	1		
技術がよいと患者の QOL も上がる	1		
普段からのコミュニケーションが大切	1		
明るい気持ちになるよう音楽を流すとよい	1		
自己の客観性	自分の技術を振り返る	皆でどの食べ方が食べやすいか試した	2
		ビデオで嚥下のしくみを見てよく分かった	1
		どの程度がその人によいか声かけして観察する	1
		介助には慣れが必要	1
		道具の準備が必要	1
		患者によってどの方法がいいか選ぶ必要あり	1
		アイスマッサージのやり方が分かったけど、これで嚥下障害が軽減できるのかな	1
		安全を知った	1
		間接訓練と直接訓練が分かった	1
	自分の不足を振り返る	嚥下困難の高齢者は難しい	1
		嚥下障害の高齢者は多いので復習したい	1
		ただ、食事の介助をするだけでこんなに大変とは思わなかった	1
		復習をして身につけたい	1
久しぶりの実習で意識が低かった	1		
どの患者にも対応できる知識がいる	1		

事の介助をするだけでこんなに大変とは思わなかった〉〈復習をして身につけたい〉〈久しぶりの実習で意識が低かった〉〈どの患者にも対応できる知識がある〉〔自分の不足を振り返る〕以上2つのカテゴリーを【自己の客観性】という大カテゴリーとした。

V. 考 察

1. 看護過程の展開

(1) 授業方策について

老年看護学実習の行動目標は、1. 老年期にある人の加齢変化や疾病による健康問題、生活行動、人生観、やニーズ等の特性を観察し、フィジカルアセスメント、コミュニケーション等を通して全人的に理解できる。2. 老年期にある人の看護問題に応じた個別的なケアプランを立案、実施、評価し、看護過程を展開できるである。授業で看護過程の展開を行う疾患は、「認知症」「脳梗塞」「大腿骨頸部骨折」であり、これらは行動目標1及び2を達成するのにふさわしい疾患であることや、実習施設ではこれらの疾患を持つ高齢者が多く、実習前にこの3疾患を学習することは有効であると考えられる。講義後、アセスメントし、看護過程展開で再度確認するが、受動的な講義の直後にアセスメントを実施して能動的に知識を活用することは、理解の深まりや記憶の定着に効果がある⁶⁾ため、学生の学びに有効であると考えられる。

事前課題として個人で対象者の看護過程の展開を行ってから、グループワークに入った。演習・グループワークは時間を多く取るわりに、インプットする情報量自体はそう多くないため、そこを埋めるためにも事前課題を与えることは有効である⁷⁾と述べられており、グループワークに入る前に事前課題を行うことは、学習効果があったと考えられる。

また、記録用紙であるフェイスシート1、2は老年看護学実習で使用するものと同じものであることから実習時、学生が戸惑わないように設定されているが、その項目は、ライフヒストリー、ADLに関する情報(障害高齢者日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度判定)、レクリエーション余暇(趣味・習い事)、興味(ボランティア、老人会活動)としている。これらは、行動目標2の個別的なケアプラン作成に必要な項目であり、加齢による心身の変化にとらわれず、障害やできないことばかりに着目するのではなく、できる部分に着目する、ICFの提唱するプラス面に着目でき

る⁶⁾ものである。この項目によって、個別性を尊重しつつ、社会資源の活用も視野に入れたアセスメントができると考えられる。しかし、ペーパーペイシエントは生の患者情報でないため、学生は「そのひとならではの視点」のイメージがつきにくいようであった。板倉⁸⁾は、学生は老年看護学実習で「病気を見るのではなく、生活を見なさい」「病態関連図ではなく、老化現象と生活能力を中心とした関連図を書いてみよう」「看護目標は、現状の維持、または向上で」といわれても簡単に理解できないと述べているように、本学の学生も、この看護過程の展開にあたっては、2年次の基礎看護実習IIに学んだ問題解決型、リスクの提示が中心の看護診断のラベルづけに留まっていた。これに対して教員は学生の作成した記録を授業毎に回収し、修正個所のコメントを入れ、老年看護学の視点からのアドバイスを入れていった。フィードバックの時期は、学生が記録を作成してからより短期間がのぞましい⁶⁾ことより、教員は1週間以内に学生の記録を修正し返却しており、学生はそれに修正を加え、看護過程を完成することができていた。教員修正を入れ、サポートしていくことは、効果的な学習となっていると考えられる。

(2) 学生の反応

機能しやすいグループとは、6人がベストであり、自由に組ませるのではなくランダムにするべき、半期の授業の後半で少し難しい課題に取り組ませる場合は固定グループを1か月程度継続してもよい⁷⁾ことから、本授業の人数や、グループメンバーの選び方、継続期間は、条件に合っており上手く機能するための編成といえる。よって、グループダイナミクスとして効果が得られたのではないかと考える。グループ内で学習不足の学生と、知識のある学生の差があることも予測できた。しかし、最後にグループ発表を行い、学生の制作した関連図やケアプランを配布し共有したことで、あまり積極的に関わらなかった学生は、自分のできない点を確認でき、上手く立案できる学生の看護過程の資料を参考にしながら実習に臨むことができると考えている。また、看護過程の展開における教授法として、学生は脳梗塞の患者といわれても、実際に出会った経験がなく、脳梗塞と嚥下障害、失語、構音障害など関連する語句の症状の理解ができにくかった。この点を考慮して、学内での看護過程展開時に語句の説明を加えていく必要があると考えた。

2. 援助技術

(1) 授業方策について

援助技術は、各回とも、復習と確認の講義、教員によるデモンストレーション、学生同士の援助技術、ミニレポートの記入、技術テストという流れである。

事前課題により、事前知識・問題意識がある程度共有された状態で演習を行うことは、有効であり⁷⁾本研究の授業においても効果が発揮されていたと考える。しかし中には課題をしてこない学生があり、あまり簡単すぎると行わないことから、普通の努力で1時間程度の課題⁷⁾とするべきであった。「食事」の技術演習で誤嚥の嚥下造影(VF)とビデオ内視鏡検査(VE)のDVDを視聴行った結果、学生は実際の誤嚥のイメージを理解することができたという意見が聞かれた。DVDの視聴は、誤嚥の実際など、学生の理解がビジュアルとしてイメージできると効果が高まる¹⁰⁾ため、理解しにくい演習は、適宜視聴覚教材を取り入れるとよいと考える。学生同士が、看護師と患者役になり援助技術を行う。実際に患者役の学生に援助を行ってみる。また、反対に患者役として援助されてどのように感じるかを、実習に行く前に学生が体感する機会となっている。これは、佐藤⁹⁾が述べているように、共同学習においては、多様なイメージや多様な考え方を交流し合うことが要求されて、そこでのコミュニケーションが、新しい世界との出会いと対話を喚起し、仲間との対話による一人ひとりの背伸びとジャンプをよびおこすと述べているように、学生同士工夫して演習することにより学びの質が高まったと考えられる。最終回の技術演習テストについては、授業時間内では、学生は一回しか技術を体験することができず、技術習得までには至らない。しかし試験を設定することで、学生同士で繰り返し練習を重ねることとなり、技術の習得につながると考える。

(2) ミニレポートからの学生の反応について

授業終了後記入するミニレポートの内容は、援助技術を受けて看護師と患者役と観察者が考えたことを記載する用紙である。学生の質問に対して、その次の授業で教員が回答した。これは、授業後能動的な活動を促す取り組みとして教員との紙ベースのやりとりが重要であり、教員側からのフィードバックとして、次の授業の冒頭でいくつかの代表的な感想を口頭で説明し、レベルの高い感想や質問を褒めれば、学生にとって良い刺激になる⁷⁾ことや、矢坂¹¹⁾は学生自身の捉え方を客観視させる「振り返りの重要性」を述べており、

フィードバックする教授法は学生の考えが明確と述べており、授業後に振り返りを書くことは、学生の考察が深めることができたと考えている。本研究で1例としてまとめたレポート結果を考察すると、看護師役の考えたことについての記載は主に技術面の内容に偏っていたが、患者役が考えたことの記載は、病床環境や看護師の手技によって、患者の気持ちに変化することが分かった。また、観察者の記載は、看護師役の気付かない細かな患者の反応が書かれていた。学んだことをカテゴリー分類した結果、【援助技術に関する学びと実感】に関するものは、〈スライス法の手技が分かった〉〈スプーンの大きさの選択が大切である〉〈トロミのつけ方が難しい〉等、実体験にもとづく感想が述べられていた。これは日下部¹⁰⁾が、学生同士の身体を使った演習は、学生たちは聞くだけでなく、視覚、触角など体験を通して具体的にイメージができ、記憶の定着に効果的であると述べているように、援助技術をお互いに行うことで、より適切な援助方法を体得でき、援助される方も、効果的な援助技術について深く考察することができたと考えられる。【患者の気持ちの実感】では、〈介助される気持ちは恥ずかしい〉〈明るい気持ちになるよう、食事中音楽を流すとよい〉等、患者の心理状態にまで、考察することができた。荻宿¹²⁾は、人それぞれの生活をどのようにとらえるかという看護の視点は、文字や言葉だけでは、獲得することが困難であるため、それぞれの教員が講義や演習、課題の設定を工夫して、覚えるのではなく、身についた、納得して腑に落ちる感覚のもてる、自分の看護体験と密着した「知識の獲得の方法」を臨地実習の場面ばかりではなく、講義や演習の場面で体験して欲しいと述べており、このように患者の側に立って看護を実感したことは、個別的な状況を考慮した看護を行う姿勢につながるのではないかと考える。【自己の客観性】では、〈ただ、嚥下障害の人に食事介助をするだけでこんなに大変とは思わなかった〉〈復習して身につけたい〉〈皆でどの食べ方がたべやすいか試した〉であった。早坂¹³⁾は、実践現場では、学生自身の振り返りとデブリーフィングの場面を大切にすることが大切であり、多くの気づきを言語化して発言することは、今後に向けての「手がかり」に変えることができると、これを繰り返し行うことで、学生が将来起こる状況に必要な判断力を養うことができると述べており、自己を客観的に振り返る方法は、看護実践に不可欠と考えられる。

3. 看護過程の展開後に援助技術演習を行う課題

老年看護学実習で、事例の看護過程の展開後、援助技術演習を導入した利点は2つあった。1つは、学生は高齢者のイメージがつきにくい、事例展開をじっくり行うことで、対象となる疾患・ケア方法の理解のみならず、疾患以外の高齢期の社会的、心理的側面があることに気付くことができたこと、2つめは、それらの疾患を持つ高齢者を想定した上で援助し、援助される体験をしたことで、患者の心理まで気づくことができたことである。佐藤ら¹⁴⁾は、実習において事前にイメージ学習を取り入れることにより、実習の導入がよりスムーズになると述べていることから、学生同士の援助は有効であったと考えられる。

一方、看護過程の展開後に援助技術を行う課題として、「もう少しゆっくりと技術を行いたかった」という学生の意見があった。授業時間内にじっくりと援助技術をマスターすることは、時間的に無理であり、学内で援助技術を習得するまでには至らない点がある。

本学の先行研究⁵⁾によると、老年看護学領域実習において到達割合が80%以上の項目は「必ず実施」と目標設定した項目の達成割合が高かったと述べられており、「環境調整技術」「食事援助技術」「排泄援助技術」「活動・休息援助技術」「清潔・衣生活援助技術」などであった。これらは、他の援助技術と比べ、学生が主体的に実施する機会が多くあり、学内の演習や自己練習のできるものであり、学内で技術の習得をしている項目である。そのため、最終日に技術テストを設定し、合格を目指して学生は実習室で自己練習しており、今後も学内で行うことのできる技術が行えるように支援していきたい。

VI. ま と め

老年看護学領域における演習は、看護過程演習と援助技術演習により、臨地実習時の的確な看護のアセスメント能力、看護展開及び援助技術実施を目的としている。また技術達成度も考慮した取り組みも図っている。さらに、「老年看護学ならではの視点」すなわち、対象者のニーズは何かについて方向性を考えながら、個別性を考慮し、QOLを維持できるような看護実践を学生に伝えることができればと考える。学生の記述の1つに、「食事の形、量、体位、その人に合った方法や食事の好みを考慮することが大切である」と知識と技術だけではなく、高齢者の特性やそのひとらしさまで

考慮した記載があった。これは、授業で講義資料の説明に文献を用い、エビデンスをきっちりと理解してから、個別的工夫のある援助技術を行うことの大切さを伝えたが、学生は僅かながら老年看護学の本質を感じとることができたようである。今後の課題は、これまでの老年看護学演習の授業の問題点を分析し、問題点を文献など用いて解決していき、より効果的な老年看護学演習の授業を行っていきたい。

引用文献

- 1) 一般財団法人厚生労働統計協会：国民衛生の動向・厚生指針2011/2012. 増刊58(9)：2011：p.41.
- 2) 内閣府：高齢化の状況。
www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011
- 3) 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室。介護保険最新情報「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上の高齢者数及び「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)の公表について。vol.298：9月6日2012 <http://www.mhlw.go.jp>
- 4) 伊藤まゆみ・真砂涼子・鈴木珠水ら：基礎看護技術教育の現状と課題—技術項目到達度表の分析から—。群馬パース大学紀要 12：2011：pp.45-53.
- 5) 大平奈津美・伊藤まゆみ：老年看護学領域における基礎看護技術教育の現状と課題—技術達成度表の分析から—。群馬パース大学紀要 第10：2010：pp. 67-74.
- 6) 木島輝美・安川揚子・武田かおりら：高齢者の生活機能に焦点をあてた看護過程演習の授業方策にたいする学生の学びと評価—講義とリンクさせた看護過程演習とフィードバックの取り組み—。札幌医科大学保健医療学部紀要 13：2011：pp.79-84.
- 7) 大島 武：マネジメントスキルアップ特集プロに学ぶ「教え方」。看護展望 36(7)：2011：pp.34-47.
- 8) 板倉勲子：特集中小病院や施設に実習を求めて大学が中小病院や施設に実習を求めること。看護教育 52(3)：2011：pp.172-176.
- 9) 佐藤 学：教育の方法。左右社。
- 10) 日下部浩子：特集[看護教員が教える形態機能学]への道 看護教員が形態機能学を教えるための教材や参考図書を選定。看護教育 52(1)：2011：pp. 14-18.
- 11) 矢坂 房：看護基礎教育における「看護理論と看護過程の展開の教授方法」に関する文献的考察。神

奈川県立保健福祉大学実践教育センター 看護教育
研究集録 35：2010：pp.68-75.

- 12) 苅宿俊文・屋宜譜美子：看護教育にワークショップを取り入れて学生中心の授業を！. 看護教育 52(11)：2011：pp.924-929.
- 13) 早坂直子・篠原千鶴子・小池邦美ら：「臨床看護の実践」の授業構築「看護の統合と実践」教授の具体例. 看護教育 52(9)：2011：pp.750-758.
- 14) 佐藤佐津紀・萩田妙子：高齢者施設で看護実習を受け入れて. 看護教育 52(3)：2011：pp.194-197.

その他

看護基礎教育における教授方法の工夫

——母性看護学領域における演習科目の授業展開——

中島久美子¹⁾・早川有子¹⁾

For Better Teaching Methods in Basic Nursing Education

——How to Teach Nursing Skills in Maternal Nursing Practice——

Kumiko NAKAJIMA¹⁾, Yuko HAYAKAWA¹⁾

キーワード：母性看護学、演習科目、教授法、基礎看護教育

I. はじめに

母性看護学実習では、妊娠・分娩・産褥及び新生児を総合的に捉え看護過程を展開することを目的としている。また、母子の特性を理解し、看護に必要な基礎的实践能力を養うことが重要である。そのため、2週間という短期間に効果的な学習を図るためには、学内での演習において、臨地実習での学びを深化できるような教授方法の工夫が求められる。母性看護学の演習に関しては、各大学で臨地実習の学びを深める効果的な演習について報告されている^{1,2)}。また、疑似体験による妊婦健診や褥婦の看護を実施する等の演習の取り組みが、対象の身体的・心理的・社会的側面の理解と基本的な看護技術の体験に繋がり、学生の学習課題が明確になったと報告されている²⁾。このように母性看護学の演習は、臨地実習前の準備として学生の知識や技術の学習に繋がると考えられる。よって、演習科目の授業内容を検討し、効果的な教授法を検討することは、臨地実習前の学生の課題の明確化と実習への不安軽減となり意義があると考えた。そこで、本学における母性看護学の演習科目を振り返り、母性看護学の演習科目の授業展開から効果的な教授法のあり方を検討したので報告する。

II. 演習科目の概要

1. 母性看護学Ⅱの概要

母性看護学Ⅱは専門科目群であり、母性看護学領域の講義・演習科目として3年次前期に2単位30コマが開講される。科目の目的は、妊娠・分娩・産褥期及び新生児期における母子の身体的・心理的・社会的変化を理解し、母性看護の特徴と看護の役割について考え、母性看護に必要な基礎的知識・技術を学ぶことである。教授方法は講義と演習であり、授業全体に占める演習の割合は、1/3である。演習は、看護の思考過程を学ぶ看護過程の演習と看護技術を実施する実技演習の主に2つである。看護過程の演習は、紙上事例を用いて産褥期の母子1事例を対象に、情報の収集から計画立案に至るまでの、個別・グループ学習を合わせた学習方法である。授業の最後に集中して6コマが開講される。実技演習は看護技術の学びが臨地実習での看護の実践へと深まるように演習項目を選定し、妊娠・分娩・産褥期及び新生児期の母子の特性に合わせた看護技術で構成され、講義と演習がセットの学習方法である。看護技術は妊娠期・分娩期と産褥期・新生児期の2回、各々4コマが開講される。母性看護学Ⅱの授業日程を表1に示した。

2. 母性看護学Ⅱにおける演習の授業展開

1) 看護過程の演習(表2)

看護過程の演習では、講義で予め母性看護学特有の

1) 群馬バース大学保健科学部看護学科

表1 母性看護学Ⅱの授業日程 平成24年度開講(前期)

コマ数	講義・演習題目	
1	ガイダンス	
2		
3	妊娠の経過とその看護、ハイリスク妊娠 妊婦の心理・社会的側面のアセスメント	
4		
5		
6		
7		
8	分娩の経過とその看護、異常分娩 産婦の心理・社会的側面のアセスメント	
9		
10		
11	実技演習【妊娠期・分娩期の看護技術】	2コマ
12		
13	褥婦の経過とその看護 褥婦の心理・社会的側面のアセスメント	
14		
15		
16	新生児の経過とアセスメント 健康障害のある新生児	
17		
18		
19	不妊治療とその看護	
20		
21	母乳育児支援	
22		
23		
24	実技演習【産褥期・新生児期の看護技術】	2コマ
25	看護過程の演習	
26		
27		
28		
29		
30		
回		6コマ

* 1回の講義は90分であり、2コマ(180分)で開講される
* 太枠は演習を示す

ウェルネス思考を学んだ後、産褥期の母子1事例に焦点を当て、学生個々が事例に取り組みアセスメントを実施する。この際、産褥期は妊娠・分娩期の母子の経過が影響していることを理解できるように、妊娠・分娩期の情報の収集とアセスメントについても演習している。

その後、5～6名の小グループ間で話し合いを持ち、対象の個性を活かした看護計画の立案を行い、最終日に看護計画を発表し合う。教員は、学生が情報の収集からアセスメント、健康課題の抽出において、看護の焦点からずれていないか、計画の一貫性があるか等を随時、確認・補足をしながら学生の理解が深まるよ

うに教授している。また、教員3名でグループ間を巡回しながら学生の質問にその場で対応している。紙上事例は複数の臨床事例を組み合わせ、妊娠経過、分娩記録、産褥・新生児期の経過記録と褥婦の心理・社会的側面に関する資料を作成し使用している。また、学生が臨地実習で短期間の間に情報の整理とアセスメントができるように実習施設の記録用紙を使用している。

母性看護学の対象は正常な経過の母子とその家族であるため、母性看護学のアセスメントの視点は、看護上の問題を探るのではなく、看護上の健康課題を明確化することである³⁾。例えば、妊娠・出産体験や健康課題に対する対象の反応などから明らかにした、看護として解決すべき課題を表現することが重要である。母性看護学実習では疾患を持つ患者を対象としないことから、実習で初めて母子を受け持つ学生は、ウェルネス思考の看護過程に戸惑いを抱くことが懸念される。そこで、演習の場で紙上事例を用いて母性看護のアセスメントの視点、健康課題の抽出と計画立案のプロセスを学ぶことにより、臨地実習における対象に合わせた看護を提供するための思考過程が学習できると考える。

2) 看護技術の実技演習(表3)

母性看護学に必要な看護技術は、演習や体験を通して理解することが重要である。看護技術の実技演習は、母性看護学実習において看護の実践に活用できるように、厚生労働省および文部科学省が定めた看護基礎教育のカリキュラムに基づき、「全員が到達すべき項目」、「機会があれば到達する項目」を中心に看護技術の項目が選定されている⁴⁾。

妊娠期の実技演習は、正常経過をたどる妊婦と胎児の健康状態のアセスメントをする上で重要な「腹部・子宮底長の計測」と「レオポルド触診法」及び「胎児モニタリングの装着と判定」である。分娩期の実技演

表2 看護過程の演習の授業展開

平成24年度開講(前期)

開講日	X時限	Y時限	「課題」
7/A(火) 25・26回	* ウェルネス思考の看護過程の説明・グループ編成 * 紙上事例の紹介 * 情報整理・アセスメントの視点・記録の説明	○一般背景・妊娠・分娩期記録の情報の整理・アセスメント [個別整理⇒グループ意見交換]	・「課題1」一般背景・妊娠・分娩期までの情報の整理とアセスメント
7/B(火) 27・28回	* 前回「課題1」の確認、アセスメントの補足・説明 ○産褥経過の情報の整理・アセスメント [個別整理⇒グループ意見交換]	○新生児経過の情報の整理・アセスメント [個別整理⇒グループ意見交換] ○看護計画の健康課題の根拠の抽出	・「課題2」産褥経過・新生児経過の情報の整理とアセスメント ・「課題3」看護計画の立案
7/C(火) 29・30回	* 前回「課題2」の確認、アセスメントの補足・説明 ○看護計画 (看護方針・健康課題の根拠・看護目標の抽出) [個別整理⇒グループ意見交換]	○看護計画の修正 [グループ意見交換] ○グループの看護計画の成果発表 * 講評	

・*は教員の行動、○は学生の行動を示す。
・「課題」は当日内に終えなかった記録であり、学生個別に次週までの提出期日とする。

表3 看護技術の実技演習の授業展開

平成24年度開講（前期）

[妊娠期・分娩期の看護技術]				
開講日	時間	第1ブース	第2ブース	第3ブース
5/D(火) 11・12回	13:00-13:50	妊婦の計測・レオポルド触診法	産婦の看護(分娩第1期の看護)	胎児モニタリングの装着と判定
	14:00-14:50	胎児モニタリングの装着と判定	妊婦の計測・レオポルド触診法	産婦の看護(分娩第1期の看護)
	15:00-15:50	産婦の看護(分娩第1期の看護)	胎児モニタリングの装着と判定	妊婦の計測・レオポルド触診法
[産褥期・新生児期の看護技術]				
開講日	時間	第1ブース	第2ブース	第3ブース
7/E(火) 23・24回	13:00-13:50	褥婦の看護・育児支援	新生児のフィジカルアセスメント	新生児の沐浴
	14:00-14:50	新生児の沐浴	褥婦の看護・育児支援	新生児のフィジカルアセスメント
	15:00-15:50	新生児のフィジカルアセスメント	新生児の沐浴	褥婦の看護・育児支援

- ・1グループあたりの学生数は5・6名、計16グループである。
- ・1ブースあたりのグループ数は、5-6グループが配置される。
- ・教員は各ブースに1名、計3名で指導にあたる。

習は、産婦役と看護師役、夫・家族役など、グループ毎に配役を決め、フリースタイル分娩のシミュレーションを通して「産痛緩和法」と「呼吸法」を実施している。

産褥期の実技演習は、退行性変化の観察とアセスメントを強化するため「子宮復古や悪露の観察とアセスメント」を実施している。また、進行性変化の観察とアセスメントでは「乳房・乳頭の観察とアセスメント」を行い、母親にとって子育てが楽に行えるような授乳援助が実施できるよう、学生がペアになり「授乳時のポジショニングとラッチオン」を実施している。新生児期の実技演習は、臨地実習で特に重要な「新生児のフィジカルアセスメント」と「沐浴」である。これらの実技演習では、看護技術に合わせて数種類のモデル人形や模型、器具や道具を活用している。

看護技術の実技演習は、事前に開講された妊産婦・褥婦及び新生児の特性と看護を講義で学んだ後、5～6名の小グループ毎に3カ所の演習ブースを順番に回り、各演習ブースの看護技術を演習する。演習後は看護技術の理解を深めるため、演習の考察や質問等の記録を提出する。教員は3カ所の演習ブースに分かれて、担当した看護技術の解説とデモンストレーションを行い、学生が適切な方法で安全に看護技術を実施できるように指導する。また、臨地実習では、産褥期の母子を受け持つ病棟実習と妊婦健診や不妊外来等の外来および分娩見学を選択する選択実習が週毎に組まれている。その点を考慮し、病棟担当の教員が産褥期の看護技術を担当し、選択実習担当の教員が妊娠期の看護技術を担当するというように、実技演習を担当した教員が臨地実習での担当と概ね一致するように配置され、実技演習と臨地実習との指導法の一貫性を図って

いる。また、実技演習は、実習初日のオリエンテーション日と学内演習日の2日間、演習室を開放して学生個々の技術演習を強化する機会を与えている。

III. 演習科目の評価と課題

1. 看護過程の演習科目の評価と課題

看護過程の演習は、学生個々が事例から情報収集とアセスメントを実施し、その後グループ学習により健康課題の抽出といった一連の思考プロセスを踏まえて、個別性のある計画立案が実施できるよう取り組んでいる。個々の学生の取り組み姿勢やアセスメント能力にバラつきが見られるものの、グループ学習による計画立案と成果の発表により、学生間で学びを共有している。これにより、グループ全体のアセスメントや看護計画の質が向上し、ボトムアップの効果が期待されると考えられる。課題としては、看護計画の立案が実習で受け持つと想定される産褥期の母子1事例に限定されているという点である。今後は、看護計画の立案を妊娠・分娩期などの時期に焦点を当てること、また、初産婦・経産婦など多様な事例を提示することにより学生のアセスメント能力の向上を図りたい。

2. 看護技術の演習科目の評価と課題

看護技術の実技演習は、母性看護学実習に活かせるように、妊娠・分娩・産褥期および新生児期にそれぞれ必要な基礎的看護技術の演習を実施している。よって、実技演習後に提出された学生の考察の内容から、実技演習を検討したい。まず、妊娠期の実技演習の学びでは、妊婦の腹部の計測・レオポルド触診を実施する際には、妊婦への声掛けと羞恥心の配慮を行うこと

が重要であるという学びが多かった。また、胎児モニタリングでは、モニター装着時の妊産婦の体位を考慮して低血圧症候群に注意すること、胎児心拍の判定としては根拠を持って胎児の健康状態をアセスメントすることが重要であるという学びが多かった。分娩期の実技演習では、分娩第1期の産婦の産痛緩和のマッサージの演習を通して予想以上にマッサージの力が必要であるということ、産婦の安楽な体位の工夫と産婦の呼吸に合わせた声掛けの重要性が理解できたという意見が多かった。

産褥期の実技演習では、褥婦の経過に応じた子宮底の高さと硬度について正常と異常の違いを理解できた、外陰部の観察では羞恥心への配慮と外陰部の清潔保持について褥婦のセルフケアを確認するためには良好なコミュニケーションが重要であるという学びが多かった。また、授乳時の乳房・乳頭の触診、ポジショニング・ラッチオンの観察とアセスメントの重要性について、授乳時の身体的負担や安楽な体位の工夫について学んだという意見が多かった。新生児期の実技演習では、新生児のフィジカルアセスメントや沐浴の意義と注意点を理解できた、実習までに新生児の観察の視点や沐浴の手順を身につけたいという意見が多かった。これらの学生の学びの考察から、学生は実技演習を通して母性看護学領域において必要な知識と看護技術を理解し、対象とのコミュニケーションや羞恥心への配慮といった看護において重要な態度を学習していると考えられた。

一方、演習を通して理解できなかった、不安が残ったという意見としては、妊娠・分娩・産褥期に一貫して、実際の妊婦・産婦・褥婦ではどの位の力で触診やマッサージをしてよいか解らない、演習では理解できても実際に正確な測定とアセスメントができるか不安になった、実際の新生児ではスムーズに沐浴ができるか心配になったという意見があった。これらの学生の意見から、看護技術の実技演習を一通り経験するだけでは、学生の看護技術の不安は解消されないことが予測された。よって、実習前に学生個々が繰り返し実技演習に取り組み、看護技術力の習得と看護判断力を

強化することが求められると考えられた。

以上、実技演習終了後の学生の考察から看護技術の理解度が明確になり、本学における実技演習の内容は、臨地実習前の学生の準備として、母性看護学実習において基本的な知識と看護技術、態度の学びに繋がっていると考えられた。しかし、学生個々の看護技術の達成度については評価しておらず、学生の看護技術力や看護判断力を強化し、実習への不安軽減を図るためにも OSCE（客観的臨床能力試験）等を取り入れ、基本的な看護技術を客観的に評価することが求められると考えられた。

IV. おわりに

本学における母性看護学の演習科目を振り返り、演習科目の授業展開から効果的な教授法のあり方を検討した。今後は、産褥期以外の時期の設定や属性を広げた紙上事例を活用し、学生のアセスメント能力の向上を図るとともに、実際の臨地実習で必要とされる看護技術の客観的評価を取り入れていく必要がある。また、学生の臨地実習における困難や演習で学びたかった点など、学生の視座から調査し、講義と演習が臨地実習に活かされるような演習方法の効果的な教授法を工夫していきたいと考える。

文 献

- 1) 廣門三千子・岡田佐枝子：看護実践能力の向上を目指す新カリキュラム—各領域看護学演習の展開—。看護展望 34(12)：2009：80-88。
- 2) 片倉裕子・小堀ゆかり：疑似妊婦体験学習と母性看護学実習で学んだ妊婦理解の検討。母性衛生 53(3)：2012：317。
- 3) 森 恵美：母性看護に必要な看護技術（第4章）。母性看護学概論 医学書院、東京：2012：142-170。
- 4) 早川有子・中島久美子：母性看護学領域における基礎看護技術教育の現状と課題。群馬パース大学紀要 10：2010：75-82。

その他

看護基礎教育における教授方法の工夫

——小児看護学領域における演習科目の授業展開——

野田 智子¹⁾・柴崎 由佳¹⁾

For Better Teaching Methods in Basic Nursing Education

——How to Teach Nursing Skills in Child Health Nursing Practice——

Tomoko NODA¹⁾, Yuka SHIBASAKI¹⁾

1. はじめに

少子化に伴う小児病棟の閉鎖が社会問題になっているが、医療の進歩・発展に伴う NICU 問題、小児在宅医療、臓器移植などの新たな課題も出現してきており、小児医療の担い手である看護師教育の充実が求められている。ところが、小児看護学臨地実習における病棟実習期間は短縮傾向にあり、子どもと接した経験のない学生の増加とも相まって、小児看護技術の習得が困難になってきている¹⁻³⁾。そのため、小児看護技術教育における学内演習が重要視されてきており、グループ方式やチェックカードを取り入れた学内演習の取り組みなどが報告されている⁴⁻⁷⁾。

しかし学内演習を展開するには演習のための備品・物品、授業時間数、教員数の確保が必要である。そのため、限られた条件の中で効果的な学内演習を行うにはどうしたらよいか、筆者らは試行錯誤を重ねてきた。その結論には至っていないが、実習で学生が戸惑うことなく積極的に子どもと関われるよう、実習中に体験することの多い看護技術については学内演習を実施している。

そこで、筆者らが実施している小児看護学領域における学内看護技術演習（バイタルサイン測定、発育測定、清拭、着脱、ベッド柵の取扱い）の授業展開を紹介する。

2. 小児看護学の位置づけ

本学における小児看護学は、専門科目群の中に位置づけられている。その科目は成長発達過程にある子どもと家族の特徴を学習する「小児看護学総論」、小児に多くみられる疾患を学習する「小児看護学Ⅰ」、健康障害による影響と介入方法を学習する「小児看護学Ⅱ」、健康問題を抱えた子どもの看護過程の展開と看護援助技術を学習する「小児看護学Ⅲ」、子どもの健康問題と関連する医療・保健・福祉の動向を学習する「小児看護学特論」である。履修時期は、「小児看護学総論」と「小児看護学Ⅰ」は2年次前期、「小児看護学Ⅱ」は2年次後期、「小児看護学Ⅲ」は3年次前期、「小児看護学特論」は4年次後期である。なお、「小児看護学特論」は選択科目となっている。

3. 小児看護学実習の状況

小児看護学実習は、成人看護学実習、老年看護学実習、母性看護学実習、精神看護学実習とともに臨床看護学実習に位置している。実施時期は3年次後期で、実習期間は2週間である。実習は保育園、小児科関連部門（産科病棟・新生児集中治療室・小児集中治療室・特別支援学校）、病棟の3施設で実施し、実習日数は保育園が3日間（含む学内1日）、小児科関連部門が2日間、小児病棟実習が5日間（含む学内1日間）である。

保育園実習の主な目標は「健康な乳幼児の特性を理解し、成長発達に応じた関わりができる」、小児科関連

1) 群馬バース大学保健科学部看護学科

表1 小児看護技術教育の内容と方法

項目	内容	方法	授業科目名
子どもの権利を守る技術	プレパレーション	講義、VTR 視聴、実技演習	小児看護学Ⅱ
子どもの健康状態を知る看護技術	バイタルサインの測定と評価 身体計測と評価 発達の観察と評価	講義、VTR 視聴 実技演習 講義、VTR 視聴、事例、実技演習 講義 事例	小児看護学Ⅲ
検査・処置に必要な看護技術	採尿 腰椎穿刺 骨髄穿刺 静脈血採血 輸液管理 経口与薬 座薬 吸入	講義 講義、VTR 視聴 講義、VTR 視聴 講義、VTR 視聴 講義、VTR 視聴 講義 講義 講義	
生活援助に必要な看護技術	排泄（おむつ交換） 食事（授乳） 清拭 着脱	講義 実技演習 講義 母性にて実技演習 講義、実技演習 講義、実技演習	
安全	保育所における安全技術 病院における安全技術	講義、VTR 視聴 講義、VTR 視聴	
子どもへの接近方法	成長発達に応じた遊び	講義、レポート課題	

部門実習の主な目標は「子どもが医療を受けるさまざまな場と看護師の役割について理解できる」、病棟実習の主な目標は「健康障害をかかえる子どもと家族の健康問題に応じた看護過程が展開できる」と「子どもの特性を踏まえた基本的な看護援助が実施できる」である。

4. 小児看護技術教育の内容と方法（表1）

基礎看護技術については、すでに基礎看護学領域で実施しているが、小児看護の対象は成長発達過程にある小児であることから、小児特有のアプローチを必要とする。このため、小児看護学領域ではすでに基礎看護学領域で学習した内容を含みつつも、母性看護学領域との重なりを調整した内容の看護技術教育を実施している。

方法としては、子どもと接した経験のない学生が多いことから、「大人用と子ども用の実物の備品・物品を見て比較する」「VTRなどの視聴覚教材で実際の子どもの様子を視聴する」「事例を基に考える」により、学生が実際の子どもの家族の状況をイメージできるようにしている。

5. 小児看護学領域における学内看護技術演習の展開方法

学内演習は、5～6名を1グループとしてグループ

形式で実施している。今年度の「小児看護学Ⅲ」を履修している学生は82名のため16グループを編成した。さらに、備品・物品が限られていることから16グループを半分の8グループに分け、前半、後半で看護技術演習を実施した。前半8グループが看護技術演習をしている間、後半8グループは看護過程展開演習を行い、翌週は前半と後半をチェンジした。指導体制は専任教員2名、非常勤の演習補助教員1名の計3名で、1名は看護技術演習グループと看護過程展開演習グループの統括を行った。看護技術演習の展開方法は以下の通りである。

1) 事前学習（図1）

はじめに講義を行い、看護技術演習ノート用紙を配布する。看護技術演習ノート用紙は「目的」「必要物品と手順」「発達段階に応じた留意事項」を記入するようになっている。学生は講義を参考に各自で看護技術演習ノート用紙を完成させ教員へ提出、教員はこれに確認のサインをして学生に返却する。演習当日はこの看護技術演習ノート用紙を持参し、演習を実施する。その際、新たな留意事項があれば追加記入していく。なお、この看護技術演習ノート用紙は各自でファイリングし、病棟実習時には持参するよう指導している。

2) 看護技術演習の実施

小児では発達段階、疾患、処置や治療状況により看護援助のアプローチ方法が異なる。したがって、演習

バイタルサインとモニタリング	身体計測
<p>1) 目的と必要物品は何だろう？</p> <p>呼吸</p> <p>脈拍・心拍</p> <p>体温</p> <p>血圧</p> <p>★マンシェットの幅</p> <p>サチュレーションモニター</p> <p>2) 標準値を調べておこう！</p> <p>呼吸</p> <p>脈拍・心拍</p> <p>体温</p> <p>血圧</p> <p>サチュレーションモニター</p> <p>3) 子どもの成長発達に合わせた援助のポイントは何だろう？</p>	<p>1) 目的と必要物品は何だろう？</p> <p>身長</p> <p>体重</p> <p>頭囲</p> <p>胸囲</p> <p>2) アセスメントのための指標と標準値を調べておこう！</p> <p>3) 子どもの成長発達に合わせた援助のポイントは何だろう？</p>

図1 小児看護技術演習ノート用紙（バイタルサイン、発育測定の例）

ではあらかじめこれらの状況設定を行い、学生が子どもの状況に応じた看護技術を実施できるようしている。

2)ー1. 「バイタルサインの測定」(図2)

先行研究では、臨地実習で学生が子どものバイタルサインの測定を適切に行えない要因として、「子どもの小さく弱い心音や呼吸音が聞き取れない」「子どもの協力が得られない場合の対応ができない」といったことが挙げられている⁷⁾。このため、発達段階に応じた対応ができるように①乳児のバイタルサインを測定するブースと、②幼児のバイタルサインを測定するブース、さらに子どもの心音、呼吸音、脈拍を体験できるように③バイタルサインズ人形ブースの3か所を設置して

いる。なお、②のブースではベッド柵の取扱いの演習もできるようにしている。教員はブースごとに1名を配置して指導を行い、学生はローテーションによってすべてのブースで演習を行う。

状況設定は、①の発達段階は乳児期前半と乳児期後半、②の発達段階は幼児期後半で、疾患名は①②ともに肺炎である。

バイタルサイン測定の項目は「呼吸測定」「脈拍・心拍の測定」「体温測定」「血圧測定」「経皮的動脈血酸素飽和濃度測定」で、チェックポイントは「子どもの発達段階に応じて必要な物品や玩具を準備できる」「子どもの発達段階に応じた手順と方法（声掛け、説明、協力を仰ぐ）で測定することができる」「子どもの発達段

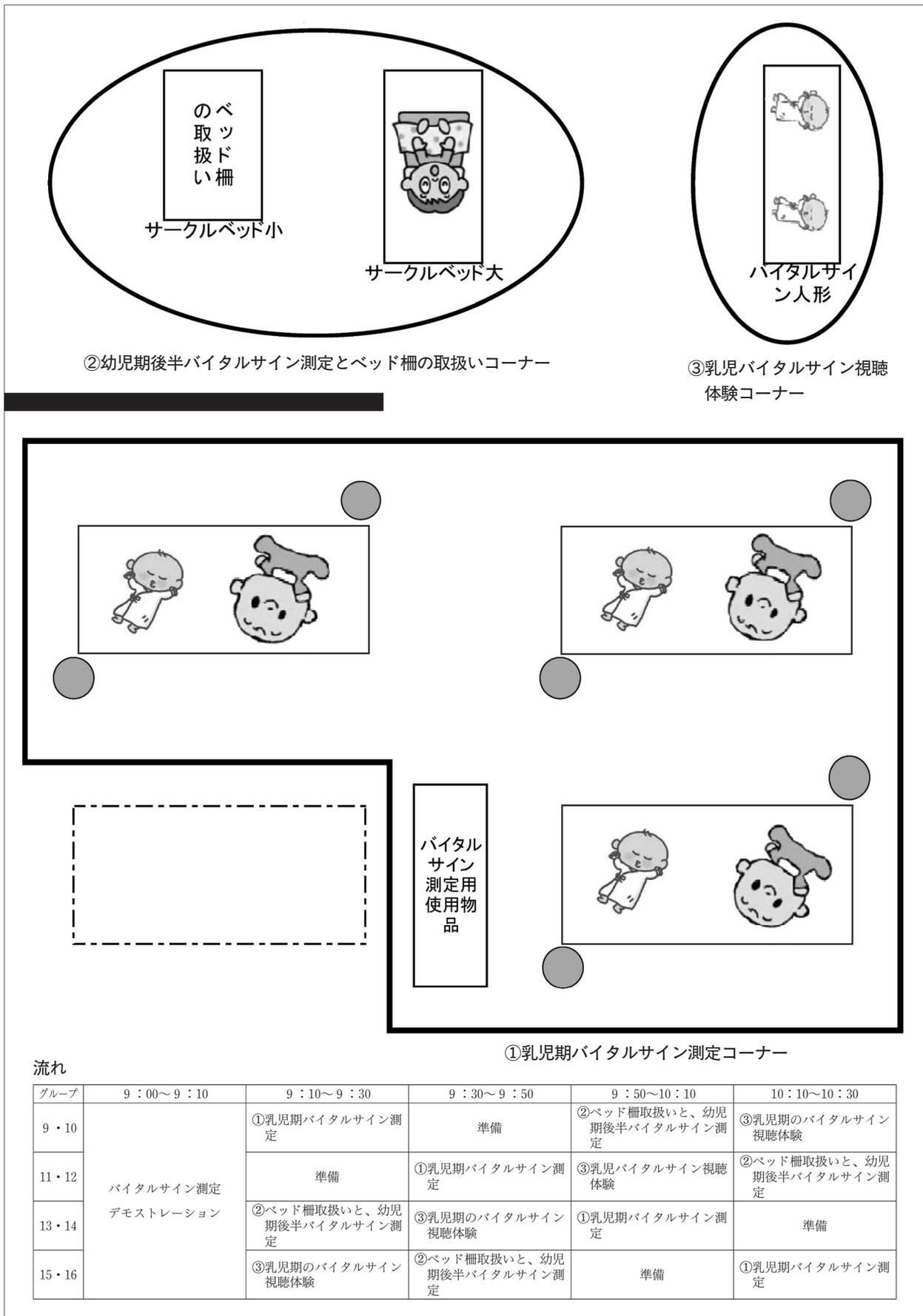


図2 バイタルサイン測定演習の配置と流れ

階や疾患（肺炎）に応じた着眼点をもって測定することができる」「安全に留意して測定することができる」である。

なお、③のバイタルサイン人形では、「心拍音・呼吸音の聴取」「頸動脈・橈骨動脈の触知」「腹式呼吸の観察」を体験してもらっている。

2)ー2. 「発育測定、清拭、着脱」(図3)

①発育測定と着脱を行うブースと、②清拭と着脱を行うブースの2か所を設置し、教員はブースごとに1名を配置して指導を行い、学生はローテーションにより演習を行う。

状況設定は、①の発達段階は乳児期前半、②の発達段階は乳児期後半と幼児期で、②はさらに輸液療法のヘパリンロック中と経鼻カテーテル挿入中である。

発育測定項目は「体重測定」「身長測定」、清拭項目は「全身清拭」、着脱項目は「ベビー服（肌着・上着）の着脱」「幼児服（上着・ズボン）の着脱」「おむつ（含むパンツ式）交換」で、チェックポイントは「子どもの発達段階に応じて必要な物品や玩具を準備できる」「子どもの発達段階と状況に応じた手順と方法（声掛け、説明、協力を仰ぐ）で発育測定や清拭・着脱することができる」「子どもの発達段階と状況に応じて安全（含む感染防止）に留意して発育測定、清拭・着脱することができる」「疾患や治療状況に留意して発育測定、清拭・着脱することができる」である。

3) ミニツツペーパーの提出

学生は演習終了後に演習での学びを記入し、その日のうちに提出する。

6. 学内演習における学生の学び (表2)

学生のミニツツペーパーの言葉を簡条書きにしてデータ化したところ、学生の学びの内容総数は446件であった。この中で読み取れないデータ7件を除いた439件をカテゴリ化したところ、【看護技術に関する学び】が321件、【小児特有のアプローチ方法に関する学び】が71件、【小児の特性の理解に関する学び】が41件であった。さらに【看護技術に関する学び】は6つのサブカテゴリに分類され、「バイタルサイン測定技術に関する学び」が85件、「清拭技術に関する学び」が82件、「発育測定技術に関する学び」が58件、「着脱技術（含むおむつ交換）に関する学び」が46件、「ベッド柵の取扱いに関する学び」が44件、「その他の技術に関する学

び」が6件であった。【小児特有のアプローチ方法に関する学び】は2つのサブカテゴリに分類され、「子どもへのアプローチ方法に関する学び」が72件、「親へのアプローチ方法に関する学び」が5件であった。さらに、【小児の特性の理解に関する学び】は2つのサブカテゴリに分類され、「精神的特性からの学び」が37件「身体的特性からの学び」が4件であった。

【看護技術に関する学び】の「バイタルサイン測定技術に関する学び」では、〈呼吸音が聞き取りにくいことが分かった〉〈脈拍が早くて測りにくいことが分かった〉などの測定の難しさに関する内容、〈体型に合わせてマンシットや聴診器を選ばなければならない〉などの準備に関するもの、〈子どもが落ち着いている時を見計らって測定する〉などの測定時の工夫に関する内容が多かった。「清拭技術に関する学び」では、〈末梢から中枢に向かって拭く〉〈体を冷やさないようにする〉など基礎看護技術の再確認に関する内容、〈子どもでもプライバシーを考える〉などの人権に関する内容であった。「発育測定技術に関する学び」「着脱技術（含むおむつ交換）に関する学び」「ベッド柵の取扱いに関する学び」では、〈身長計測では関節が脱臼しないように関節を伸展させる〉〈股関節脱臼をしないようにオムツ交換の時足を引っ張らずにお尻を上げる〉〈ベッド柵を動かす時は子どもの身体を挟まないように注意する〉などの実施時の注意事項に関する内容が多かった。また「その他の技術に関する学び」は〈赤ちゃんの抱き方が難しい〉といった抱っこに関する内容であった。

【小児特有のアプローチ方法に関する学び】の「子どもへのアプローチに関する学び」では〈声かけをしながら行うことが大切〉〈終わったときや、何かができただけにはほめてあげることも大切〉〈子どもの成長発達に合わせて子どもに協力してもらいながら行うことも大切〉といった声掛け・褒める・できることは自分でさせるといった内容、「親へのアプローチに関する学び」では〈親への説明が大切〉など説明に関する内容であった。

【小児の特性の理解に関する学び】では「身体的特性からの学び」よりも「精神的特性からの学び」が多く、「身体的特性からの学び」は〈動くので転落防止に対する注意が必要〉などの安全配慮に関する内容であった。

なお、ミニツツペーパーの内容を公表するにあたっては、「個人情報」は厳重に管理すること」「公表は個人が特定されないようにすること」「研究報告以外には利

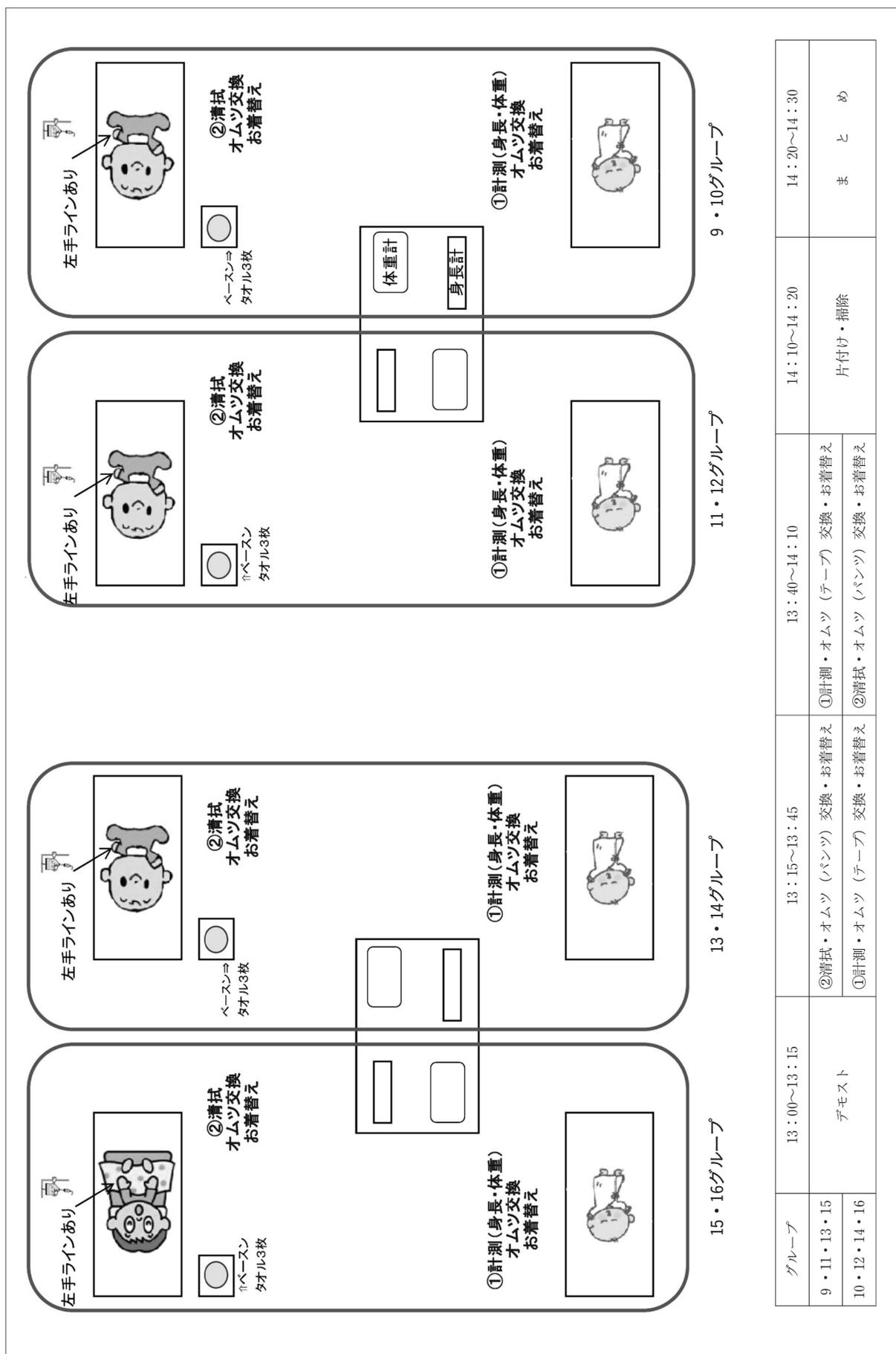


図3 発育測定、清拭、着脱演習の配置と流れ

表2 演習における学生の学び

カテゴリ	サブカテゴリ	件数
看護技術に関する学び	バイタルサイン測定技術に関する学び	85
	清拭技術に関する学び	82
	発育測定技術に関する学び	58
	着脱技術（含むおむつ交換）に関する学び	46
	ベッド柵の取扱いに関する学び	44
	その他の技術に関する学び	6
	小 計	321
小児特有のアプローチ方法に関する学び	子どもへのアプローチ方法に関する学び	72
	親へのアプローチ方法に関する学び	5
	小 計	77
小児の特性の理解に関する学び	精神的特性からの学び	37
	身体的特性からの学び	4
	小 計	41
	総 計	339

用しないこと」を学生に説明し同意を得た。

7. お わ り に

毎回、限られた時間の中で2つ以上の技術演習を実施するため、学生1人の実施する時間は短く、学生にとって満足できる十分な授業展開ができたのか、課題は多い。

学生が小児看護学実習中に遭遇する困難さについて、西田らは子どもが泣いて拒否することにより看護技術を実施できないことと報告しており⁸⁾、また学生はこのような子どもの状況を予想し、あらかじめ準備する力が弱いとの報告もある⁹⁾。したがって、事前にこのような状況のあることを認識し、対処行動を考えておかなければならないことを学んでおくことは、実習中に遭遇する困難の解決につながると谷口らは述べている⁷⁾。本学学生の学びの内容を見ると、小児へ看護技術を実施することの困難さと工夫の必要性を記しているものが多かった。このことから、子どもに接する際の心構えを学ぶことはできており、臨地実習における戸惑いの軽減には繋がっていると考えられる。今後はさらに学生が積極的に子どもと関われるレベルをめざした学内看護技術演習を検討していきたい。

文 献

1) 子迫幸恵・森田秀子・塩川朋子：小児看護実習における看護技術経験の現状と課題。山口県立大学看

護栄養学部紀要 創刊号、2008：28-38。

2) 田島有希子・渡邊タミ子：小児看護学における学生の実習状況—病棟実習を中心に—。山梨医大紀要 15, 1998：65-69。

3) 野田智子・柴崎由佳：小児看護学領域における基礎看護技術教育の現状と課題—技術項目到達度表の分析から—。群馬パース大学紀要 10, 2010：83-91。

4) 中新美保子・山中福恵：小児看護学における技術教育の方法論に関する検討—状況設定チェックリスト作成を課題とした学内演習に対する実習終了後の学生の反応—。川崎医療福祉学会誌 13(1), 2003：37-45。

5) 野口明美・佐野明美・服部淳子ら：小児看護技術教育の効果的な演習プログラムの検討。日本将棋学会誌 16(2), 2007：24-32。

6) 今西誠子：小児看護技術チェックカード作成をめざした学内演習の試み。京都市立看護短期大学紀要 32号, 2007：103-112。

7) 谷口恵美子・石井康子・長谷川桂子ら：小児看護実習前に行う技術演習での学び。岐阜県立看護大学紀要 12(1), 2012：33-40。

8) 西田みゆき・北島靖子：小児看護学実習での学生の困惑感のプロセスと学生自身の対処。日本看護学会研究誌 28(2), 2005：59-65。

9) 枝川千鶴子・西田慎太郎：小児看護学実習におけるバイタルサイン測定時の段取り—実習経験による段取り力の変化—。日本看護学会論文集小児看護 41, 2010：207-210。

その他

公衆衛生における理学療法実践知開発の課題

—— 震災原発事故地域でのプライマリケアで理学療法士に求められた技能 ——

木村 朗¹⁾

Development Physical Therapy Knowledge for Primary Care in the Disaster 3. 11

Akira KIMURA¹⁾

要 旨

目 的：本資料は、2011年（平成23年）3月11日に発生した東日本大震災および原子力発電所爆発事故（震災事故）後、同年9月、医療スタッフがいなくなり医療の提供が困難となった南相馬市総合病院におけるプライマリケアに理学療法士への医療協力が求められた時の医療協力情報の記録を基に、公衆衛生における理学療法の実践知課題を明らかにすることである。

対象と方法：震災事故後、研究者が経験した福島県南相馬市立総合病院での医療協力の実践記録からプライマリケアにおける理学療法士が必要な情報リテラシーとコンピテンツを列挙する。列挙した項目について、日本の理学療法士法で規定されていない行為を挙げる。

結 果：本学および厚生労働省の指定規則にある理学療法士養成施設の教育内容では補えないものは、疫学情報の利用と判断に関する行為、心電図をモニターしながら起立訓練をする場面で、心機能に異常はないという情報を得ていた患者が、心室性期外収縮が起立に伴って出現し、中止または継続の判断をPTが判断し続行した行為があった。本来、医師の判断を必要とする事象に対し、PTが医学的判断を自らの責任を自覚して下した。この行為を実行した理学療法士は、これらの能力を身に着ける経験を有していた。プライマリケアにおいて事故につながるような事態は生じなかった。

結 論：プライマリケアにおける医療協力はPTが独立して判断を伴う行為を遂行する能力が必要である。このような多重災害時の医療協力を想定したプライマリケアの意義、公衆衛生活動における理学療法に求められる基本的な知識を加えなければならないだろう。併せて、学部レベルでは到達目標として困難な実務能力を大学院修士課程以上で用意することも研究すべきであろう。

キーワード：プライマリケア、理学療法士、災害

は じ め に

2011年（平成23年）3月11日に発生した東日本大震災および原子力発電所爆発事故（震災事故）後、同年9月、医療スタッフがいなくなり医療の提供が困難となった南相馬市総合病院におけるプライマリケアに理学療法士への医療協力が求められた。震災事故下に福

島県南相馬市、南相馬市立総合病院を核とする地域住民の医療ニーズが日本プライマリケア連合会に伝達され、日本医師会をはじめ、各医療団体が協力を行ったが、リハビリテーションニーズに対して、放射線障害の研究と臨床を手掛けてきた広島大学に要請がなされ、同大学理学療法学科が医療協力を担った。

筆者は広島大学より要請を受け、医療協力に参加す

1) 群馬バース大学保健科学部理学療法学科

る機会を得た。大学病院等、高度医療技術を提供する医療機関での臨床経験を有し、一定のリスク管理が可能な者が選別された。

本稿では、この時の医療協力情報の記録を基に、公衆衛生における理学療法の実践知課題を明らかにすることを目的に記録し、平時以外に緊急時対応の場で必要とされる理学療法行為の遂行を可能にする大学院レベルの教育内容について考察する。

対象と方法

震災事故後、2011年11月20日から25日にかけて、筆者が経験した福島県南相馬市立総合病院での医療協力の実践記録からプライマリケアにおける理学療法士が必要な情報リテラシーとコンピテンツを列挙する。列挙した項目について、日本の理学療法士法で規定されていない行為を挙げる。

非常時の医療行為について、2012年度における日本の理学療法士法および理学療法士養成にかかわるカリキュラムでは補えない知識と技能を必要とした行為に関する遂行能力を付与するために想定される大学院レベルでのカリキュラムを検討する。

本稿では、以下の手順でプライマリケアでの理学療法士の医療協力に必要な能力について、以下の作業手順で進める。

1. 医療協力が必要とされた技術、知識、情報を整理し、筆者が経験した日本の理学療法士法の範疇を超えと思われる行為をリストアップする。
2. 厚生労働省の示す理学療法士養成課程のカリキュラムで示されていない場合、プライマリケアに協力できる理学療法士養成に必要な教育内容の概要を大学院レベルで実施する場合を想定し、筆者の経験をもとに（コンピテンツモデルの考え方（成功者の見本）として）提示する。

資料（データの呈示）

2011年11月、震災事故下の福島県、南相馬市立総合病院における理学療法士によるプライマリケアの実践の中で、通常の業務の範囲を超えと思われたのは、PT 独自の判断が求められたことは以下の2点であった。

1. PT がいない病院への転院直前で、その場で自助具の使用継続について、理学療法の効果と有効性について教示を求められ、やむなくアドバイスをを行った。
2. 心電図をモニターしながら起立訓練をする場で、心機能に異常はないという情報を得ていた患者が、旧型の心電図計における波形から心室性期外収縮が起立に伴って出現し、リスク範囲内と判断し続行した。（新型のもの、あるいはインテリジェンス型と呼ばれる、人工知能を搭載したものでは、心電図の異常を、その機序を推定して警告、表示するものが平時の医療機関では一般的になっているが、それらの機器が破損している場合、旧型の単純な ECG を使用しなければならなかった。）

日本の理学療法士法の規定との関係

1. 理学療法士法において医用機器や補助具の使用法は想定範囲に含まれると考えられるが、有効性を含めた効能の説明、義務と責任までは規定されていないと思われる。公衆衛生学、プライマリケアの実践、疫学情報に関する理学療法士法の規定はない。
2. 心電図をモニターしながらリスク範囲内であるか否か、その判断を伴う業務に関する理学療法士法の規定はない。

考察

理学療法士法に、公衆衛生の場での職務を規定する記述は明確に示されていない。

2011年（平成23年）3月11日に発生した東日本大震災および原子力発電所爆発事故（震災事故）は、深刻な医療ニーズとして理学療法士を必要とする状況を現した。

リハビリテーションは公衆衛生活動の一分野であるが、プライマリケアにおいて、医療人材資源として理学療法士を位置づけることが求められる。

これは、教育の場における新たな教育課題をもたらしていると言ってよい。

南相馬市立総合病院での医療協力では、日本の理学療法士法の想定範囲を超えた公衆衛生的対応と知識を必要とした。特筆すべきことは、限りなく医行為の

判断に近い、障害の予防を求められたケースでは、経験と EBM に裏打ちされた知識によって、限界状況の中で患者さんと家族の不安を軽減するための助言を必要としたことである。行動科学の知識と、EBM の活用は現在、日本の理学療法士法および養成校のカリキュラム指定規則に含まれていない。すでに北米においては行動科学の知識と、EBM の知識の習得を目的としたプログラムを必至とする DPT 課程と MPH の抱き合わせによる教育が始まっている。その狙いはコンサルタントとしての能力を担保するとしている。北米では、現在、公衆衛生活動としての理学療法コンサルタントの信頼性と頼りがいの高さから、利用者が急増しているという報告がある。ダイレクトアクセス権がある北米の DPT は、無保険者層の増加する北米の医療を経済的な面からも下支えしているようである。北米におけるプライマリケアの戦力になっていることは間違いない。

日本の理学療法士が公衆衛生活動に徴用されにくい（実際、この件が発生するまでは意識にさえなかったかもしれない）理由には、厚生労働省が認識している現在の日本の理学療法士の活用範囲がきわめて限局的であることが、原因の 1 つと思われる。第二次大戦後、高度成長期に日本の医療技術は医師、看護師を筆頭に一定水準のものが浸透し普及して行く中で、リハビリテーションの必要性が叫ばれた。このリハビリテーションの中だけで理学療法士等の機能を定めたことが、諸外国と比べて理学療法士を医療人材資源として新たに活用するという北米の有能な政策立案者と、日本の関係者の違いをもたらしたのではないかと思われる。

それは、脳血管障害者の死亡率が減少する経過の中で、後遺症を持ちながら寿命を全うする人が増加するという予測の下で、理学療法士の養成課程が誕生した。このことが、公衆衛生の部分集合であるリハビリテーションの枠内に留まった原因であろう。

平時のみならず、災害時や緊急事態を想定して、大型の医療機器に依らずに実施可能な理学療法の利点に注目すると、プライマリケアを行うための公衆衛生の場での職務を想定した理学療法（士）は有力な健康障害に起因する社会の安全性と生産性の低下を防ぐ役割を持つものと考えられる。

このような既存の国家資格化した医療技術者のリニューアルには、新たな教育と、既資格者への再教育が欠かせないであろう。その方略立案は保健学が担う

ことになる。

保健学・保健科学は公衆衛生学と密接な結びつきを持った学問体系であり、英語では Health Sciences である。健康障害に起因する社会の課題に対し、安全と生産性を保つために医師を含めた医療従事者の能力開発、適正配分・適正配置に基づく最適化を図ることが保健学の役割の 1 つである。

プライマリケアに従事しうる理学療法を提供しうる能力を付与するための大学院レベルのプログラムは 2012 年現在、日本国内の保健学研究科では見当たらない。

筆者が経験した琉球大学大学院保健学研究科のカリキュラムは、いわゆる北米公衆衛生学大学院タイプのものであった。そのカリキュラムは、疫学の活用、行動科学を応用した患者教育、相談、EBM の活用、プライマリケアに耐える基本的看護技術の習得（バイタルサインの診断から問診まで）を目的としたカリキュラムが組まれていた。

このカリキュラムは 20 年後において、平時ではない非常事態において実践可能な技能を理学療法士に与えた。

教育の場において課題の認識と、平時のみならず、国際的な医療協力、日本国内にあっても、非常事態下での医療協力可能なコンピテンツモデルによる教育課題改善の必要性があらう。

平時の理学療法士の養成範囲を超える、レベルの技能および実務能力を与えるための大学院修士課程で教授すべき内容の検討も必要であらう。震災時の医療協力に対応するためには、救急医学の基本技能（いわゆるパラメディックプログラムと呼ばれるもの）、疫学の活用、行動科学を応用した患者教育、相談、EBM の活用、プライマリケアに耐える基本的看護技術の習得（バイタルサインの診断から問診まで）、心電図モニタリングの判断能力、コンサルタント能力の取得を目的としたカリキュラムによる専門職的プログラムを提案したい。

さらに、平時のみならず災害時などにも対応可能な、複合要因からなる医療技術と用意すべき健康障害を防ぐための情報リテラシーを俯瞰的にとらえて問題解決するための大学院博士課程レベルで教授すべき内容も含め、具体的な学習到達目標設定方法の開発を系統的に行う研究が必要であらう。

結 論

現時点において非常時におけるプライマリケアおよび公衆衛生活動で求められる理学療法士法の規定は明確でない。

平時に加え、非常事態時の医療協役に役立つ理学療法士の提供が可能な体制を人材養成面から考慮すると、実践能力の習得を目的としたカリキュラムの提供や独自のプログラム持つ大学院修士課程以上の教育の機会を研究する必要がある。

参 考 文 献

1. 村山正子、大野絢子、斉藤泰子ら、新たな地域保健に対応した保健婦の基礎教育のあり方に関する研究、保健婦雑誌 52(9), 725-734, 1996.
2. 松田亮三、欧州における健康の不平等に関する政策的対応、日本医療経済学会会報 25(2), 1-19, 2006.
3. 張 兵、丸地信弘、仲間秀典、山本美由紀、現代の共生ニーズに対応した医学教育の研究開発：公衆衛生学教育の10年間の見直しに基づく見通し、信州大学教育システム研究開発センター紀要 6：57-75, 2000.
4. 米増直美、英国・米国における地域看護教育の現状、岐阜県立看護大学紀要 4 (1), 191-196, 2004.
5. 田辺直紀、医療情報リテラシーの授業アンケート調査における統計学的解析、日本大学歯学部紀要36, 5-16, 2008.
6. 島田康弘、植村和正、松尾清一、武澤 純、医学部における専門職教育再構築の試み、名古屋高等教育研究, v.4, p.13-31, 2004.
7. <http://www.arcadia.edu/academic/default.aspx?id=28610> (2010.9.25)

付 録

現地の写真



1. 警戒区域（小高地区）と原町の境界で警備する全国から召集された警察官の皆さん



2. 南相馬市原町から北に2km行ったところは、海拔が低く、根こそぎ津波で建物は削り取られた。



3. 南相馬市立総合病院（遠景では外見は何ともないように見える）



4. 当時、スタッフとして残っていた2人の理学療法士（PT）向って左のPTは、南相馬市の意向で、集団避難の責任者となり、3か月間群馬県草津町で住民の避難を誘導した。右のPTは震災後、ずっと南相馬市に残り、病院で必要とされるケアと支援を行ってきた。



5. 地震と津波で老健の浴槽は、このようになった。



6. 医療支援に出向いたボランティア（5人）とスタッフ、前列中央は筆者



7. この南相馬市立総合病院での医療ボランティアは内部被ばくの検査を必ず受診する。



9. 廊下の踊り場を緊急医局事務に仕立て上げ事務作業を行っていた。写真は筆者。



8. 病院は電力の不足を補うため、廊下の電気が最小限に抑えられていた。

その他

本学理学療法学科における OSCE による臨床実習前実技教育について

加藤仁志¹⁾・鈴木 学¹⁾・蛭間基夫¹⁾
黒川 望¹⁾・木村 朗¹⁾

About the education before clinical training by OSCE in School of Physical Therapy, Faculty of Health Science, Gunma Paz College.

Hitoshi KATO¹⁾, Satoru SUZUKI¹⁾, Motoo HIRUMA¹⁾
Nozomi KUROKAWA¹⁾, Akira KIMURA¹⁾

キーワード：OSCE、臨床実習前実技教育、基本的臨床能力

はじめに

OSCE (Objective Structured Clinical Examination: 客観的臨床能力試験) は1975年 Hardenらにより発表された臨床能力を客観的に評価する方法¹⁾であり、精神運動領域(技能)や情意領域(態度)の一部の学習効果を評価するものである²⁾。元来、医学部を中心に実施されてきたが、山路ら³⁾は、理学療法版 OSCE を作成、実施し臨床能力を客観的に評価可能で主体的学習を引き出すことができると報告している。福山ら⁴⁾は、OSCE を応用した教育を取り入れて、評価実習後にその効果に関する学生アンケートの結果、90.4%の学生が「欠点が明確になった」と回答し、学生の潜在的な問題を発見し事前に解決策を諮るのにも役立つと報告している。

本学理学療法学科での理学療法教育における OSCE は、2006年度から導入を開始した。本学理学療法学科での OSCE の対象学生は2年生であり、実施時期は見学実習前である。本学学生にとって見学実習は初めての臨床実習であり、その前に実施することによって、基本的臨床能力のうち、情報収集、バイタルチェック、トランスファーなどの技能とそれを実施する際の態度を確認することを、OSCE を実施する目的としている。また、学生、教員ともに学生の潜在的な問題を発

見することや基本的臨床能力を習得することも目的としている。OSCE は実習前実技試験、共用試験として実施される⁵⁾が、本学理学療法学科では OSCE を臨床実習前実技教育と捉えて実施している。我々は OSCE による臨床実習前実技教育が基本的臨床能力の情意領域に与える影響および各項目間の関係について検討することを目的とした報告⁶⁾を行い、OSCE を Examination ではなく Exercise として繰り返し実施することにより情意領域向上により影響をもたらすことが考えられた。しかし、この報告では情意領域のみの検討であり、情報収集やバイタルチェック、トランスファーなどの基本的臨床能力については検討していない。

本稿では、見学実習前後に実施した OSCE の結果を分析し学生の情報収集やバイタルチェック、トランスファーなどの技能の変化、および各項目間の関係についてまとめた。

対象と方法

対象は本学理学療法学科2年生56名(男性29名、女性27名)とし、平均年齢は19.8±0.4歳であった。対象には調査の目的、方法、参加による利益と不利益、自らの意志で参加し、またいつでも参加を中止できること、個人情報の取り扱いと得られたデータの処理方法、

1) 群馬パース大学保健科学部理学療法学科

結果公表方法等を記した書面による説明を十分に行い、参加に同意を得た。

OSCEの実施時期は見学実習前(2年後期)とし、事前に実施内容と模擬症例を簡単に説明し自主学習を促したのちに実施した。実施内容は、実際の理学療法実習を想定し、患者への挨拶、簡単な情報収集、バイタルチェック(血圧、脈拍測定)、車椅子からプラットホームへの移乗動作とした。1人あたりの持ち時間は12分間とし、全てが実施できていなくても12分間で終了とした。実施場所は課題毎にブースを変えるのではなく、理学療法学生の実習を想定して1ブースにて連続で実施した。全学生を2グループに分けて実施し、OSCEを実施していないグループは実施しているグループの学生の他者評価をさせた。模擬症例は、前半グループは右大腿骨頸部内側骨折後の人工骨頭置換術後の症例であり、後半グループは左大腿骨骨幹部骨折手術後の症例とした。模擬患者役は先輩学生(4年生)に依頼した。

実施後、模擬患者役である先輩学生(4年生)と教員からフィードバックを受け、自記で結果のふり返りをまとめさせた。全行程終了後、学生にはOSCEでの自己評価を実施した。自己評価表は独自に作成したもので、情報収集に関する項目が3項目、バイタルチェックに関する項目が11項目、トランスファーに関する項目が15項目の計29項目で構成されている(表1)。評価は良、やや良、どちらともいえない、やや不良、不良の5段階評価とし、結果を良(5)～不良(1)というように数値化した。さらに見学実習終了後に同一内容で再度OSCEを実施し、その後に自己評価も実施し、第1回目と同様に5段階評価で結果を数値化した。第1回目と第2回目のOSCEの結果についてWilcoxonの符号付き順位検定を実施し、またSpearmanの順位相関係数を算出して相関分析を実施し、各項目間の相関関係について検討した。統計処理は、統計ソフトウェアSPSS statistics 20を用いて行い、危険率は5%未満とした。

結 果

OSCEによる情報収集の自己評価得点は第1回目が3.57～4.42、第2回目が3.56～4.19であった。バイタルチェックの自己評価得点は第1回目が3.40～4.43、第2回目が3.23～4.33であった。トランスファーの自己評価得点は第1回目が2.45～3.50、第2回目が

2.90～4.25であった。情報収集、バイタルチェックの自己評価得点は概ね5.00満点中3.00以上であったが、トランスファーの自己評価得点は他2項目もよりも低い傾向であった。情報収集の自己評価結果は、第1回目では「障害の状況の聴取」、「本日の体調の確認」が比較的高く、「リスクに必要な内容の確認」が比較的低かった。第2回目でも同様であった。バイタルチェックの自己評価結果は、第1回目では「言葉遣い」、「脈拍の触れ方」、「血圧計のコックの確認」、「マンシエットの巻き方」、「水銀柱(ポンプ)の操作」、「終了の声掛け」が比較的高く、「脈拍、血圧測定の説明」、「誠実な対応」、「測定に合わせた声掛け」、「違和感等の確認」、「測定結果の説明」が比較的低かった。トランスファーの自己評価結果は、「ブレーキ、フットレストの確認」、「健側からのトランスファー」は比較的高く、「トランスファーの説明」、「状況に合わせた声掛け」、「言葉遣い」、「手順の説明」、「プラットホームと車椅子の位置関係」、「介助可能な位置、体勢」、「事前情報の確認」、「重心を前にもってきて立たせたか」、「荷重制限、脱臼等の配慮」、「衝撃の少ない殿部接地」、「動作の安定度」、「自己の腰痛予防体勢」が比較的低かった(表2)。

第1回目と第2回目の自己評価結果において、トランスファーの「動作の安定度」、「自己の腰痛予防体勢」がいずれも第2回目の方が有意に高かった。トランスファーにおける他の項目の自己評価結果も第2回目の方が高い傾向であったが、有意差は認められなかった。情報収集とバイタルチェックの自己評価結果は有意差は認められなかった(表2)。

各項目間の相関関係は多くの項目で認められた。第1回目ではトランスファーの「状況に合わせた声掛け」と「声掛けの言葉遣い」($r=0.720$, $p=0.000$)に高い相関が認められた(表3)。「適切な水銀の操作」と「正しいマンシエットの巻き方」($r=0.689$, $p=0.000$)、「バイタル測定説明の言葉遣い」と「バイタル測定での誠実な対応」($r=0.681$, $p=0.000$)、「トランスファーする旨の説明」と「トランスファー手順の説明」($r=0.663$, $p=0.000$)、情報収集の「障害の状況の聴取」と「リスクに必要な内容の確認」($r=0.638$, $p=0.000$)、「バイタル測定に合わせた適切な声掛け」と「バイタル測定終了の声掛け」($r=0.626$, $p=0.000$)、「適切な水銀の操作」と「バイタル終了の声掛け」($r=0.625$, $p=0.000$)、「適切な水銀の操作」と「血圧計のコックの操作」($r=0.621$, $p=0.000$)、「トランスファーの安定度」と「トランスファー終了時の確認」($r=0.611$,

表1 自己評価表

OSCEの実施状況

学籍番号 実習者氏名
判定基準

良 : 正確に実施でき、時間も適切
 や や 良 : ほぼ正確に実施できるが時間がかかる
 どちらともいえない : 瞬時に良否の判断ができない
 や や 不 良 : 一部正確にできていない
 不 良 : 2ヶ所以上の誤りがあるか、全くできない

医療面接		良	やや良	どちらともいえない	やや不良	不良
情 意	身だしなみ					
	適切な挨拶 (含む)					
	自己紹介					
	医療面接の説明と同意					
	離しやすい距離、聞き取りやすい声					
	不快感を与えない姿勢で話していたか					
	誠実な対応 (目線、笑顔) をしていたか					
	言葉遣いは相手に敬意を表していたか					
医 療 面 接	障害の状況の聴取をしていたか					
	本日の体調の確認をしていたか					
	リスクに必要な内容を確認していたか					
Vital check (血圧と脈拍の測定)		良	やや良	どちらともいえない	やや不良	不良
測 定 準 備	脈拍、血圧を測定する旨の説明					
	言葉遣い					
	誠実な対応をしていたか					
測 定 の 実 施	測定にあわせて適切な声かけをしていたか					
	違和感等の確認をしていたか					
	脈拍の触れ方は正しいかったか					
	血圧計のコックは倒したか					
	マンシェットの巻き方は正しいかったか					
	水銀の操作は適切であったか					
	終了の声かけをしていたか					
	測定結果の説明 (脈拍数、不整脈、血圧)					
Transfer (車椅子→プラットホーム)		良	やや良	どちらともいえない	やや不良	不良
移 乗 の 準 備	移乗する旨の説明					
	状況に合わせて正しく声をかけたか					
	声かけの時の言葉遣い					
	移乗手順の説明					
移 乗 の 準 備	治療台と車椅子の位置関係					
	ブレーキ、フットレストを確認					
	介助可能な位置、体勢					
	事前情報の口頭での確認					
実 施	重心を前にもってきて立たせていたか					
	健側回りに回転しているか					
	荷重制限・脱臼の配慮					
	衝撃の少ない殿部接地					
	動作の安定度					
	動作終了時の確認					
	自己の腰痛予防の体勢をとっていたか					
コ メ ン ト						

表2 OSCEによる自己評価得点

		第1回目	第2回目	P値	
情報収集	障害の状況の聴取をしていたか	3.81±1.08	4.02±0.92	0.269	
	本日の体調の確認をしていたか	4.42±0.86	4.19±0.93	0.132	
	リスクに必要な内容を確認していたか	3.57±1.25	3.56±1.00	0.719	
バイタルチェック	脈拍、血圧を測定する旨の説明	3.35±1.10	3.23±1.18	0.422	
	その時の言葉遣い	3.80±0.86	3.79±0.91	0.447	
	誠実な対応をしていたか	3.63±0.94	3.73±0.95	0.927	
	測定にあわせて適切な声掛けをしていたか	3.56±1.14	3.60±1.00	0.899	
	違和感等の確認をしていたか	3.54±1.25	3.61±1.17	0.786	
	脈拍の触れ方は正しいかったか	3.80±1.07	4.00±0.99	0.556	
	血圧計のコックは倒したか	4.43±0.96	4.33±0.96	0.493	
	マンシエットの巻き方は正しいかったか	4.02±1.04	3.92±1.07	0.263	
	水銀の操作は適切であったか	3.85±1.17	3.92±1.06	0.940	
	終了の声掛けをしていたか	3.96±1.08	4.00±1.07	0.857	
	測定結果の説明(脈拍数、不整脈、血圧)	3.40±1.34	3.54±1.20	0.765	
	トランスファー	トランスファーする旨の説明	3.48±1.02	3.35±1.01	0.228
		状況に合わせて正しく声を掛けたか	3.09±1.05	3.25±0.95	0.595
声かけの時の言葉遣い		3.50±0.97	3.62±0.93	0.779	
トランスファー手順の説明		3.00±1.15	3.00±0.99	0.666	
治療台と車椅子の位置関係		3.11±1.27	3.29±1.35	0.803	
ブレーキ、フットレストを確認		3.96±1.21	4.25±0.88	0.480	
介助可能な位置、体勢		2.93±1.11	2.90±1.16	0.763	
事前情報の口頭での確認		3.43±1.11	3.21±1.18	0.197	
重心を前にもってきて立たせていたか		3.06±1.33	3.17±1.26	0.817	
健側回りに回転しているか		3.78±1.34	4.19±0.79	0.087	
荷重制限・脱臼の配慮		3.06±1.35	3.25±1.14	0.263	
衝撃の少ない殿部接地		3.23±1.12	3.40±1.12	0.432	
動作の安定度		2.45±1.03	2.90±1.01	0.008**	
動作終了時の確認		3.47±1.14	3.71±1.07	0.475	
自己の腰痛予防の体勢を取っていたか		2.96±1.18	3.46±1.04	0.033*	

* : p<.05 ** : p<.01

表3 各項目の相関関係

	評価項目1	評価項目2	相関係数
第1回目	状況に合わせた声掛け	声掛けの言葉遣い	0.720**
	正しいマンシエットの巻き方	適切な水銀の操作	0.689**
	バイタル測定説明の言葉遣い	バイタル測定での誠実な対応	0.681**
	トランスファーする旨の説明	トランスファー手順の説明	0.663**
	障害の状況の聴取	リスクに必要な内容の確認	0.638**
	測定にあわせて適切な声掛け	バイタル測定終了の声かけ	0.626**
	適切な水銀の操作	バイタル測定終了の声かけ	0.625**
	血圧計のコックの操作	適切な水銀の操作	0.621**
	トランスファーの安定度	トランスファー終了時の確認	0.611**
第2回目	バイタル測定説明の言葉遣い	バイタル測定時の誠実な対応	0.644**
	トランスファー手順の説明	トランスファーの事前情報の確認	0.641**
	バイタル測定終了の声掛け	トランスファー終了時の確認	0.636**
	バイタル測定での誠実な対応	バイタル測定での違和感などの確認	0.634**
	介助可能な位置、体勢	衝撃の少ない殿部接地	0.612**

** : p<.01

p=0.001) にやや高い相関が認められた(表3)。第2回目では「バイタル測定説明の言葉遣い」と「バイタル測定時の誠実な対応」(r=0.644、p=0.000)、「トランスファー手順の説明」と「トランスファーの事前情報の確認」(r=0.641、p=0.000)、「バイタル測定終了の声掛け」と「トランスファー終了時の声掛け」(r=0.636、p=0.000)、「バイタル測定での誠実な対応」と「バイタル測定での違和感などの確認」(r=0.634、p=0.000)、トランスファーの「介助可能な位置、体勢」と「衝撃の少ない殿部接地」(r=0.612、p=0.000)にやや高い相関が認められた(表3)。

考 察

近年、理学療法領域において、育成校だけでなく、臨床施設においてもOSCEを実施している施設は少なくない⁷⁻¹¹⁾。OSCEの目的は基本的臨床能力の評価だけでなく、学習支援の面も含まれている。本学においても同様に学生の基本的臨床能力の評価と自主的な学習を促すことを目的としている。

本研究の結果から基本的臨床能力のうち情報収集とバイタルチェックに関しては比較的得点が高く、トランスファーでは比較的得点が高いことが示唆された。トランスファーは必要な技能が高く、2年生まででは身に付きにくい項目であることが示唆された。見学実習後の第2回目のOSCEではトランスファーの項目で2項目(動作の安定度、自己の腰痛予防の姿勢を取っていたか)で有意に得点が上がり、第1回目のOSCEによって示されたトランスファーの技能の低さを省みることによって自主的な学習を行い、技能が向上した部分が認められたと考えられ、本学OSCEは学生に対して基本的臨床能力の評価(自己の振り返り)と自主的な学習の促しという、よい影響をもたらすことが示唆された。しかし、得点が上がっていない項目も多く、2回のOSCE間での自主的な学習だけでは十分な成果を上げることは困難であることも示唆されており、OSCE間での教員の関わり方について検討が必要であると考えられた。また、OSCEの実施回数、OSCE間の期間などの検討も必要であろう。

相関関係がやや高く認められた項目に着目すると、言葉遣い、声掛け、誠実な対応、説明など模擬患者とのコミュニケーション技能に関する各項目間でやや高い相関が認められ、OSCEでの臨床実習前教育の繰り返しにより、これらの技能のうち、どちらかが向上す

れば、他方も向上することが可能であることが示唆された。このことからOSCEをExaminationでなくExerciseとして繰り返し実施することによって技能向上によい影響をもたらすと考えられた。我々は情意領域において同様のことを報告しており⁶⁾、情報収集、バイタルチェック、トランスファーにおいても同様であった。しかし、コミュニケーション技能とバイタルチェック(血圧測定、脈拍測定)やトランスファーの技術そのものとの相関関係は高くなく、これらの技術の向上のためには、OSCEとは別の学習機会を設けることの検討が必要であることが示唆された。臨床実習において、コミュニケーション技能は評価されるが、バイタルチェックやトランスファーの技術で指摘を受ける学生もしばしば見受けられ、このことは今後、検討していくべき課題であると考えられた。

本学のOSCEはExaminationでなくExerciseとして繰り返し実施することによって技能向上によい影響をもたらすことが示唆された。しかし、これはあくまでも学内でのOSCEの結果が良くなるということであり、このような学習は実際の臨床において有用な効果が得られるべきである。今後、実際の臨床において有用な学習効果を得られているかどうか判定する方法の検討や、その結果により今後の学習方法の検討を行っていかなくてはならない。

文 献

- 1) Harden RM, Stevenson M et al.: Assessment of clinical competence using objective structured examination. Br Med J 1: 447-451, 1975.
- 2) 伴信太郎: 臨床能力とは何か. 理学療法学33(4)、165-169、2006.
- 3) 山路雄彦、渡邊 純 他: 理学療法教育における客観的臨床能力試験(OSCE)の開発と試行. 理学療法学31(6)、348-358、2004.
- 4) 福山勝彦、細木一成 他: 客観的臨床能力試験(OSCE)を応用した実習前教育の紹介. 第44回理学療法学術大会(於:東京)、2009年5月.
- 5) 大滝純司: OSCEの理論と実際. 篠原出版新社、東京、2007、pp.1-165.
- 6) 鈴木 学、加藤仁志 他: 模擬OSCEによる実習対応教育が学生の情意領域に与える影響について. 第24回リハビリテーション教育研究大会(於:浜松) 2011年8月.

- 7) 山路雄彦、中澤理恵 他：理学療法における臨床技能の評価と学習支援の試み 1. 群馬大学での例。PT ジャーナル46(4)、305-307、2012.
- 8) 阪井康友、青木主税：理学療法における臨床技能の評価と学習支援の試み 2. 帝京平成大学での例。PT ジャーナル46(4)、308-310、2012.
- 9) 森田正治、宮崎至恵 他：理学療法における臨床技能の評価と学習支援の試み 3. 福岡国際医療福祉学院での例。PT ジャーナル46(4)、311-313、2012.
- 10) 青山 誠：理学療法における臨床技能の評価と学習支援の試み 5. 手稲溪仁会病院での例。PT ジャーナル46(4)、317-320、2012.
- 11) 宮本明輝美、飯塚 陽 他：理学療法における臨床技能の評価と学習支援の試み 6. 筑波記念病院での例。PT ジャーナル46(4)、321-323、2012.

群馬パース大学紀要投稿規程

(資格)

第1条 群馬パース大学紀要（以下「紀要」という。）に投稿することができる者は、次に掲げる者、及びこれらの者と共同研究を行っている者とする。

- (1) 群馬パース大学の教員
 - (2) 群馬パース大学附属研究所研究員
 - (3) 群馬パース大学の卒業生、研究生、大学院生、大学院修了生
 - (4) 群馬パース大学関連医療機関・施設の従事者
- 2 前項とは別に、委員会は、必要に応じて特別のテーマについて原稿を依頼することができる。この場合は、原則として総説に準じた扱いとする。

(発行)

第2条 紀要は、年1回以上発行する。

(投稿原稿の種類)

第3条 投稿原稿の種類は、次のとおりとする。

- (1) 投稿は、群馬パース大学の学術研究の発展に寄与する総説、原著論文、研究ノート、資料、事例報告、その他（書評、資料紹介など）のいずれかとし、未発表のものに限る。
- (2) 総説とは、研究の動向、成果など当該分野の研究の全般について広く解説するものとし、図表・注等一切を含め20,000字以内とする。
- (3) 原著論文とは、新しい価値ある理論・結論あるいは事実を含むと認められるものとし、12,000字以内とする。
- (4) 研究ノートとは、論文として十分な結論を得るに至らないが、限定された部分についての知見・発見や新たな実験方法などによる速報的な内容をもつものとし、8,000字以内とする。
- (5) 資料とは、調査、統計、文献検索、実験などの結果の報告で、研究の資料として役に立つものとし、12,000字以内とする。
- (6) 事例報告とは、注目すべき事例の記述や、先行の研究成果や方法を実践に適用して得られた結果を記述したものとし、8,000字以内とする。
- (7) その他とは、紹介、翻訳、書評、随筆などで、4,000字以内とする。
- (8) 上記の原稿の区分は、投稿者が行うが、群馬パース大学研究委員会紀要部会（以下「紀要部会」という。）が区分およびそれに伴う必要な変更を求めることがある。

(投稿の手続き)

第4条 投稿の手続きは、次のとおりとする。

- (1) 投稿原稿は、群馬パース大学紀要投稿に関するガイドラインに従って作成したものでなければならない。群馬パース大学紀要投稿に関するガイドラインは別に定める。
- (2) 投稿から掲載までにかける期間（編集等に要する期間）は、原則1年以内とする。
- (3) 投稿原稿がきめられた枚数を超える分については、投稿者の実費負担とする。
- (4) 英文投稿、英文要旨については、校閲を受けたものを提出する。その際、校閲を受けたことを証明できる書類（校閲証明書、領収書等のコピー）を添付する。

(審査および採否)

第5条 原稿の審査および採否は、査読を経て紀要部会において決定する。

(校正)

第6条 校正は、初校から校了まで投稿者の責任とする。また、校正時における内容の変更や追加は、認めない。

(別刷り)

第7条 別刷りは、30部とする。なお、30部を超える別刷りに要する費用は、投稿者の負担とする。

(著作権)

第8条 紀要に記載された論文等の著作権は、群馬パース大学に帰属する。

(論文掲載証明書)

第9条 本紀要に採用が決定し、掲載予定の論文に対して、本人の求めに応じ、「論文掲載証明書」を発行する。

(改廃)

第10条 この規程の改廃は、教授会の議を経てこれを行う。

附則 この規程は、平成10年12月2日から施行する。

この規程は、平成12年9月1日から施行する。

この規程は、平成12年9月11日から施行する。

この規程は、平成17年4月1日から施行する。

この規程は、平成17年10月19日から施行する。

この規程は、平成23年4月1日から施行する。

この規程は、平成23年1月18日から施行する。

この規程は、平成24年4月1日から施行する。

群馬パース大学紀要投稿に関するガイドライン

- 1 投稿原稿は、横書きで、原則ワードプロセッサによるものとする。
- 2 和文原稿の場合は、A 4 判用紙に40字・30行で印字する。
- 3 英文原稿の場合は、A 4 判用紙を用いて、ダブルスペース20行で印字する。

1. 投稿原稿

(1) 添付票

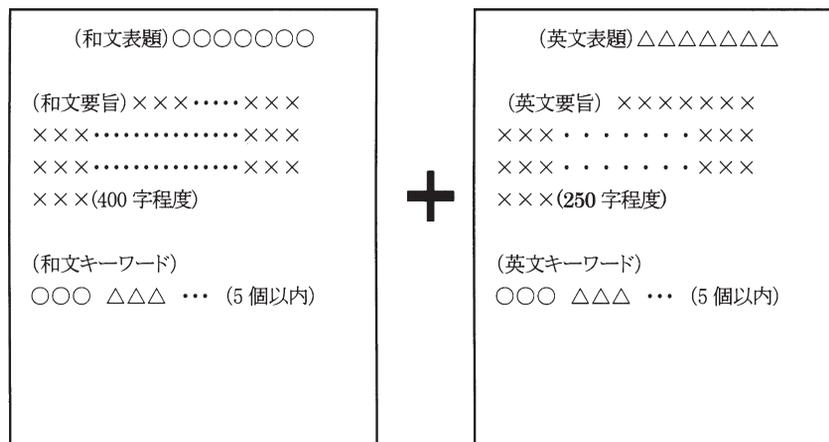
グループウェア上の共有ファイル、または紀要の巻末ページをコピーして使用する。

(2) 要旨等

【和文の総説および原著論文の場合】

- ・和文表題、400字程度の和文要旨、和文キーワード（5個以内）をつける。
- ・英文表題、250字程度の英文要旨、英文キーワードをつける（5個以内、固有名詞・略語等を除き小文字とする）。
- ・英文投稿、英文要旨については、校閲を受けたものを提出する。その際、校閲を受けたことを証明できる書類（校閲証明書、領収書等のコピー）を添付する。

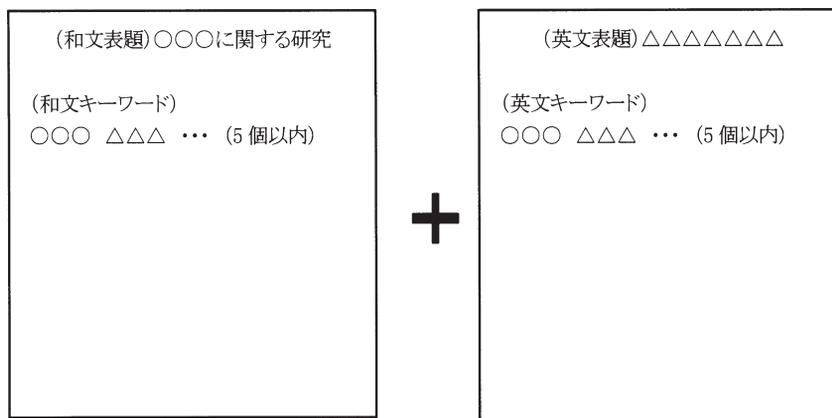
例)



【和文：研究ノート、資料、事例報告、その他の場合】

- ・和文表題、和文キーワード（5個以内）をつける。
- ・英文表題、英文キーワードをつける（5個以内、固有名詞・略語等を除き小文字とする）。
- ・和文／英文要旨は要さない。

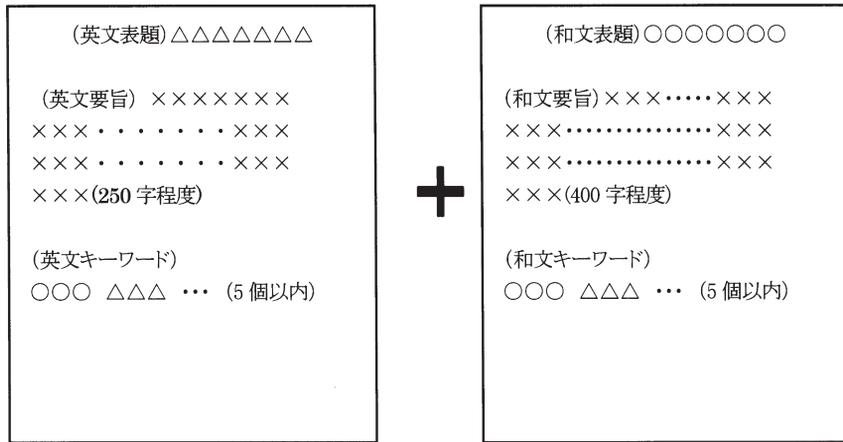
例)



【英文論文の場合】

- 英文表題、250字程度の英文要旨、英文キーワードをつける（5個以内、固有名詞・略語等を除き小文字とする）。
- 和文表題、400字程度の和文要旨、和文キーワード（5個以内）をつける。この場合、和文要旨は印刷される。

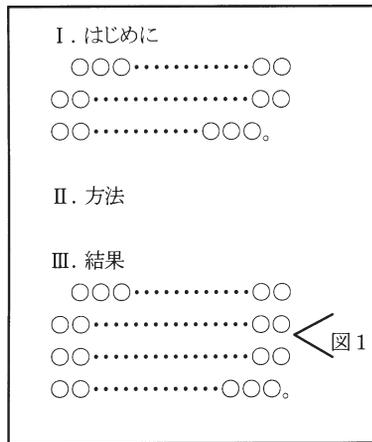
例)



(3) 本文

- 「I. はじめに」等から書き始め、表題、著者名等は記載しない。
- 見出しの付け方などの形式は、投稿者の自由とする。
- 原則として、当用漢字・新仮名遣いとするが、専門分野によってはこの限りでない。
- 文中に、元号と西暦は混用せず、一方または両記する。
- 原稿枚数は群馬パース大学紀要投稿規程に従うものとし、これを超える分については投稿者の実費負担とする。
- 本文の欄外に、各図表の挿入箇所を指定する。

例)



- 注、脚注、文献の記入の仕方は、投稿者の所属学会で慣用されている形式に従うものとするが、文献の記載例を以下に示す。

〈雑誌論文〉

和文 著者名：論文名、雑誌名、巻（号）：発行年（西暦）：頁〇－〇，引用頁 p.

英文 著者名（例 Okada, R）：表題，雑誌名（イタリック）、Vol. No.：発行年：頁〇－〇，引用頁 p.

〈著書・編著〉

和文 単著の場合 著者名：書名、出版社名，発行地：発行年（西暦）：引用頁 p.

共著の場合 著者名：論文名，書名，編名，出版社名、発行地：発行年(西暦)：頁〇－〇，引用頁 p.

英文 単著の場合 著者名 (例 Okada, R) : 書名 (イタリック)、出版社名、発行地 : 発行年 (西暦) : 頁
○-○, 引用頁 p.

共著の場合 著者名 (例 Okada, R) : 論文名, 書名 (イタリック), 編名、出版社名 : 発行年 (西暦) : 頁
○-○, 引用頁 p.

(注1) 著者が3名以上の場合は、「～ら」、「et. al」で略記する。

(注2) 編者は、氏名の後に「編」、「ed.」をつける。

(注3) 雑誌名は、慣用略称を用いる。医学系の場合は、医学中央雑誌収載誌目録および Index Medicus
に従う

(4) 図表等

- ・図表は原稿用紙と同大の別紙に書き、写真は別紙に貼付けする。いずれも1ページ1枚とし、一括して原稿末尾に添付する。
- ・本文原稿の欄外に各図表の挿入箇所を指定し、印刷時の大きさの特定を希望する場合は、縦横の寸法も記入する。図表の枚数および大きさは、全原稿の制限内に納めることとする。
- ・特殊印刷の場合の経費は、投稿者が負担する。

2. 投稿原稿の提出

①添付票、②要旨等、③本文、④図表等 (原本1部、ダブルクリップ綴じ、ホッチキス使用不可) に、以下のものを添えて、群馬パース大学研究委員会紀要部会に提出する。郵送等の場合は、宛名を「群馬パース大学研究委員会紀要部会」とする。

(1) 初回、査読修正後の場合

- ・上記②～④ (コピー) を2部 (1部毎にダブルクリップで綴じる、ホッチキスは使用しない。)
- ・臨床研究/疫学研究/遺伝子研究の場合は、研究倫理に関する承認書のコピー1部を添付する (初回のみ)。
- ・総説、原著論文、英文論文の場合は、英文校閲を受けたことを証明できる書類 (校閲証明書、領収書等のコピー1部) を添付する (初回のみ)。

(2) 査読後最終提出の場合

- ・投稿原稿が収録された電子媒体 (FD、CD、USB のいずれかとする。Win/Mac、Word/一太郎等の区別を明記する。)

群馬パース大学紀要 添付票

該当項目について記入し、にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 査読後提出(回目)	<input type="checkbox"/> 査読後最終提出	<input type="checkbox"/> 取り下げ希望	提出日	年	月	日
-----------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-----	---	---	---

(1) 論文の種類 総説 原著論文 研究ノート 資料 事例報告 その他(書評、資料紹介など)

(2) 表題 (和文) _____

(3) 表題 (英文) _____

(4) 所属機関および連絡先

著者名 (和文) _____ 著者名 (英文) _____

所属機関 (和文) _____ 所属機関 (英文) _____

連絡先 (校正原稿送付先: 自宅 所属機関)

〒 _____

住所: _____

TEL: _____ E-mail: _____

共同著者名 (和文) _____ 共同著者名 (英文) _____

所属機関 _____

* 臨床研究/疫学研究/遺伝子研究の場合は、研究倫理に関する承認書のコピー1部を添付して下さい(初回のみ)。

投稿者用チェックリスト

<input type="checkbox"/> 原稿スタイルは群馬パース大学紀要の投稿に関するガイドラインに従っている。 <input type="checkbox"/> 用紙 A 4 <input type="checkbox"/> 1 ページ字数 ワードプロセッサ: 1,200字 <input type="checkbox"/> 全体字数 総説: 20,000字、原著論文: 12,000字、研究ノート: 8,000字 資料: 12,000字、事例報告: 8,000字、その他: 4,000字 <input type="checkbox"/> 本文中の図表番号と図表の番号が正しく対応している。 <input type="checkbox"/> 本文原稿の欄外に各図表の挿入箇所を指定している。 <input type="checkbox"/> 本文中の注、脚注、引用文献の番号と注釈、文献の番号が合致している。 <input type="checkbox"/> 本文中の引用と文献のつづり、発行年が合致している。 <input type="checkbox"/> 句読点は、「、」「。」を使用している。 <input type="checkbox"/> 投稿規定の範囲内の原稿枚数に収まっている。 <input type="checkbox"/> 原稿の順序は①添付票、②要旨等(題目、キーワード含む)、③本文(文献含む)、④図表(資料、写真含む)の順になっている。 <input type="checkbox"/> 原稿を3部(①~④原本1部、②~④コピー2部)/査読後(最終)の場合は①~④1部(原本)と電子データ(FD、CD、USBのいずれか)を準備した。 <input type="checkbox"/> 臨床研究/疫学研究/遺伝子研究の場合は、研究倫理に関する承認書のコピー1部を添付した(初回のみ)。 <input type="checkbox"/> 英文校閲を証明する書類を添付した(総説、原著論文、英文論文の場合、初回のみ)。
--

編集後記

高山村から問屋町にキャンパスが移転して二年半、そして開学十五年目の節目の年である二〇一三年の完成を目指し、二号館（検査学科棟）の建設工事がはじまっています。まだ基礎工事の段階で、建物の姿はありませんが、これからどんな素晴らしい建物が建つのか、想像するだけで心が躍ります。思えば私たち教員の仕事も、この基礎工事のようなものではないでしょうか。将来どんな専門職になっていくのか、その成長を楽しみに、土台作りの大切な時を学生たちと共に過ごしていきたいと思います。

紀要十四号は教育に関わるテーマを集めました。野田氏の原著論文は、特別支援学校の教諭が、普段受け持っている肢体不自由の児童生徒の健康状態を、どの程度認識して指導にあたっているかを明らかにしたものであり、教職経験三年までの教諭に対するサポートの必要性が示唆されました。また、「その他」として、鈴木氏、川久保氏、中島氏、野田氏の各領域担当者が、成人看護学、老年看護学、母性看護学、小児看護学の四つの領域における演習科目の授業展開を素材に、看護基礎教育の教授方法の工夫をまとめました。さらに、加藤氏による理学療法学領域の臨床実習前実技教育に関する論文も加わり、本学教員の専門教育への熱意が伝わる内容となっています。最後に木村氏の論文は、二〇一一年に発生した東日本大震災、および原子力発電所爆発事故後の被災地病院において、医療協力した理学療法士の実践記録から、公衆衛生における理学療法の実践知課題を明らかにするとともに、必要とされる教育内容について言及しています。

これまでの紀要は、各々の専門分野に関する報告が主でしたが、分野を超えて教育という共通のテーマの元、報告し合う今回のような機会の高意は高いと思われます。このような試みが一回だけに終わらず、今後も一定周期ごとに行われていくことを期待しています。

群馬パース大学

研究委員長

伊藤まゆみ

群馬パース大学紀要 第14号

2012年9月30日 印刷発行

発行人	小林 功	伊藤まゆみ	小林亜由美
	木村 朗	鈴木 学	野田智子
	萩原英子	加藤仁志	高橋克典
	関崎淳二	福島 望	

発行所 群馬パース大学

〒370-0006 群馬県高崎市問屋町1-7-1

Tel 027(365)3366 Fax 027(365)3367

E-mail paz@paz.ac.jp