



---

2006 年

## 第 2 回 東北大学看護教育ワークショップ報告書

臨地実習開始前に行う「共用試験」の看護学教育への導入の可能性と課題

---

2006 年 11 月 11 日(土曜日)

主催 東北大学医学部保健学科看護学専攻

東北大学病院看護部

## 目 次

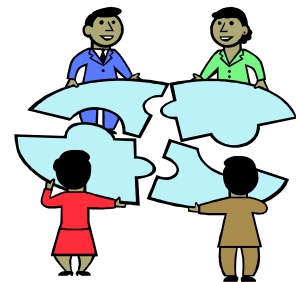
開会の辞 東北大学病院看護部長 高瀬チエ	1
あいさつ 東北大学医学部保健学科長 洞口正之	2
実施要項	3
日程表	4
参加者名簿	5
ワークショップのすすめ方	8
グループセッションのすすめ方	9
大学改革におけるファカルティ・デベロップメントの推進とその意義	11
基調講演 『臨地実習開始前に行う「共用試験」のねらいと導入』 国立大学法人 千葉大学大学院医学研究院教授 社団法人 医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長 福田康一郎先生	12
グループセッション 『看護版 OSCE の導入の課題と可能性』	29
アンケート集計結果	48
保健学科とのワークショップを終えて 東北大学医学部保健学科教授 吉澤豊予子	53

## 開会の辞

東北大学病院看護部長 高瀬チエ

紅葉の美しい時候 看護職の皆様には益々ご健勝のことと存じあげます。

年一回の東北大学看護教育ワークショップは保健学科学科長の洞口正之先生はじめ教職の方々と東北大学病院の看護部の看護師長・副看護師長と一堂に会して忌憚の無い意見・情報交換をする貴重な場であり二回目を迎えました。今回のテーマは臨地実習開始前に行なう「共用試験」の看護学教育への導入の可能性と課題という、この時期に最も適した興味ある課題であり、講師の先生にも医学教育に熱心な社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構の副理事長であります福田康一郎先生を講師にお招き致しました。医学部の学生にOSCEを導入し、臨床医学の全人間的教育を実施中のおり、臨床実習が看護専門学と臨床看護実践との統合を充実させる架け橋になり、学生にはより一層看護に関心を抱かせるような教育体制を考える場になる充実したワークショップに期待したいと思います。福田康一郎先生にはご多忙にも関わらず仙台までご足労いただきありがとうございました。



## あいさつ

東北大学医学部保健学科長 洞口 正之

このたび、「第二回東北大学看護教育ワークショップ」が開催される運びとなりましたことを、まず心からお慶び申し上げます。また、開催に向けご準備に当たられました関係各位には、大変ご苦労さまで御座いました。昨年この会におきましては、「東北大学におけるこれからの看護教育と人材育成」につき、貴重なご講演・活発なご討議がなされ、わが医学部保健学科看護学専攻の学生教育にも大きな成果が得られました。今回も、有意義な内容を期待いたします。

我が保健学科は平成15年10月に医療技術短期大学部から改組され、お陰様でなんとかちょうど3年目を迎えております。この間平成16年4月からは独立行政法人化が進み、効率化係数や外部資金獲得といった、速やかに結果の出ない「教育」という「夢のある未来への投資」的な作業には馴染まない流れの中で、現状は荒波の中に漂流中といった状況を呈しております。下らない愚痴はその辺にして、そんな中で、現在二つの大きな動きがございます。ひとつは、皆様お気づきかと存じますが校舎の改修で、医学部薬学科から受け継いだ40年前からの校舎の一部をリ・ニューアルし、多少でも学生の学習環境を整えようというものです。いま一つは、高度専門職業人の育成、およびこの領域の教育者・研究者の育成を目的とした、平成20年4月の大学院修士課程の立ち上げに向けた準備であります。いずれも、保健学、看護学の発展の為にも、より充実したものになるよう努力して参りたいと考えておりますが、この点に関しましても今後とも皆様のご理解ご支援を賜りたいと考えております。

東北大学経済の吉田先生が数年前の「まなびの杜」に執筆された記事によりますと、「我が国は嘗てない高齢化社会を迎え、といわれるが、既にその段階はとっくに過ぎて」、まさに「高齢社会」に突入しているのだそうです。これは、お年寄りの割合が7%を超えると「高齢化」社会で、14%を超えると立派な「高齢社会」だからだそうです。私はオリジナリティーの乏しい人間でよそ様の受け売りで生きて参りましたが、それはそれとして、この記事の中で「少子化」についてもこう書かれています。もしも「このままの状況」が、「千年続いた」としたら、日本の人口は「たった一人」になる勘定だそうです。「このままの状況」といいますのは合計特殊出生率が1.3を割りその後1.26、ネットの情報では札幌市では1.0を割ったとかという状況です。小さな命を限りなく大切に、老いた人々や傷ついた人々にも限りなく優しい、そんな社会を作り維持するために、今こそ保健、看護の必要性・重要性が増す時代は有りません。

「21世紀を迎えて久しい」というには早過ぎますが、新たな世紀を迎えたという高揚感が既に私には乏しく感じられてなりません。多分に私の不摂生による生活習慣病のためと思われるかもしれませんが、「健康で安心な社会、病気であっても安心な社会」の具現化は新たな世紀にぜひ求められるものの一つではないでしょうか。それを支え、未来を支える人材育成のためにも、このワークショップが、千年続く夢をみて、ご挨拶に代えさせて頂きます。日本の人口が一人にならないためにも・・・

## 実施要項

### 1. テーマ：

臨地実習開始前に行う「共用試験」の看護学教育への導入の可能性と課題

### 2. 目的

医学教育において先行している共用試験導入までの経緯と問題点などについて理解し、看護学教育への導入の可能性と課題について検討する。

### 3. 実施方法

1) 日時：2006年11月11日 土曜日 10：20－15：40

#### 2) 場所：

10：20－12：00 医学部第一講義室

13：00－15：40 医学部中講堂

3) 対象者 東北大学病院看護部看護師

東北大学医学部保健学科看護学専攻教員

4) 参加者数 78名



## 日程表

時間	内容	場所
10 : 00	受付開始 司会 東北大学医学部保健学科教授 佐藤喜根子	医学部 第一講義室
10 : 20	開会の辞 東北大学病院看護部長 高瀬チエ 挨拶 東北大学医学部保健学科学科長 洞口正之	
10 : 30－12 : 00	基調講演 「臨地実習開始前に行う「共用試験」のねらいと導入」 国立大学法人 千葉大学大学院医学研究院教授 社団法人 医療系大学間共用試験実施評価機構 副理事長 福田康一郎先生 座長 東北大学医学部保健学科看護学専攻主任 小林光樹	
12 : 00－13 : 00	休憩	
13 : 00－13 : 10	司会 東北大学病院副看護部長 菅原美知子 ワークショップの進め方について 東北大学医学部保健学科教授 塩飽 仁	医学部 中講堂
13 : 10－14 : 30	グループセッション 「看護版 OSCE の導入の課題と可能性」	
14 : 30－15 : 30	全体セッション	
15 : 30－15 : 40	閉会の辞 東北大学医学部保健学科教授 吉沢豊予子	

参加者名簿（50音順）

	氏名	所属	職名
1	赤間 和子	東北大学附属病院	看護師長
2	跡上 富美	東北大学医学部保健学科	助教授
3	阿部 由紀子	東北大学附属病院	副看護師長
4	石井 恵子	東北大学医学部保健学科	助教授
5	石井 幹子	東北大学附属病院	副看護部長
6	石田 真知子	東北大学医学部保健学科	教授
7	伊藤 美由紀	東北大学医学部保健学科	助手
8	岩石 裕子	東北大学附属病院	副看護師長
9	遠藤 佐智子	東北労災看護専門学校	教員
10	大高 徹也	東北大学医学部保健学科	教授
11	大槻 純子	東北大学附属病院	副看護師長
12	奥山 節子	東北大学附属病院	副看護師長
13	小山田 信子	東北大学医学部保健学科	助教授
14	柏倉 栄子	東北大学医学部保健学科	助教授
15	神 裕子	東北大学附属病院	副看護師長
16	上村 みさを	東北労災看護専門学校	教員
17	川上 和義	東北大学医学部保健学科	教授
18	川原 礼子	東北大学医学部保健学科	教授
19	菅野 恵美	東北大学医学部保健学科	助手
20	菊地 史子	東北大学医学部保健学科	助手
21	日下 由利子	東北大学附属病院	副看護師長
22	熊田 真紀子	東北大学附属病院	看護師長
23	小泉 裕子	東北大学附属病院	副看護師長
24	後藤 あき子	東北大学附属病院	看護師長
25	後藤 えり子	東北大学附属病院	副看護師長
26	後藤 久子	東北大学附属病院	副看護師長
27	小林 光樹	東北大学医学部保健学科	教授
28	小村 奈津子	東北大学附属病院	看護師
29	金野 嘉子	東北大学附属病院	副看護師長
30	齋 二美子	東北大学医学部保健学科	助教授
31	西條 慶子	東北大学附属病院	副看護部長

32	齋藤 秀光	東北大学医学部保健学科	教授
33	齋藤 真紀子	東北大学附属病院	看護師長
34	齋藤 美華	東北大学医学部保健学科	講師
35	佐々木 和美	東北大学附属病院	副看護部長
36	佐々木 夫起子	東北大学附属病院	看護師長
37	佐々木 ゆり	東北大学附属病院	副看護師長
38	佐々木 百合花	東北大学附属病院	副看護師長
39	佐藤 カク子	東北大学附属病院	副看護部長
40	佐藤 喜根子	東北大学医学部保健学科	教授
41	澤田 かおり	東北大学附属病院	看護師
42	穴戸 英子	東北大学附属病院	副看護師長
43	柴田 弘子	東北大学附属病院	看護師長
44	清水 ユリ子	東北大学附属病院	副看護師長
45	庄子 由美	東北大学附属病院	看護師長
46	白砂 たま子	東北大学附属病院	看護師長
47	塩飽 仁	東北大学医学部保健学科	教授
48	末永 カツ子	東北大学医学部保健学科	教授
49	菅原 美知子	東北大学附属病院	副看護部長
50	杉山 敏子	東北大学医学部保健学科	助教授
51	洞口 正之	東北大学医学部保健学科	教授
52	鈴木 和広	東北大学医学部保健学科	助手
53	鈴木 祐子	東北大学医学部保健学科	助手
54	鈴木 由美	東北大学附属病院	看護師長
55	仙石 美枝子	東北大学附属病院	看護師長
56	高瀬 チエ	東北大学附属病院	看護部長
57	高橋 香文	東北大学附属病院	看護師
58	竹田 春美	東北大学附属病院	副看護師長
59	橘 美紀	東北大学附属病院	看護師
60	千葉 友子	東北大学附属病院	看護師
61	千葉 良子	東北大学附属病院	副看護師長
62	坪内 啓子	東北大学附属病院	看護師
63	成田 徳子	東北大学附属病院	副看護師長
64	西村 由起子	東北大学附属病院	副看護師長
65	根本 良子	東北大学医学部保健学科	教授



66	半田 政子	東北大学附属病院	看護師
67	藤田 次夫	東北大学附属病院	副看護師長
68	松田 みち子	東北大学附属病院	看護師長
69	丸山 良子	東北大学医学部保健学科	教授
70	三浦 温子	東北大学附属病院	看護師
71	三浦 洋子	東北大学附属病院	看護師長
72	光永 憲香	東北大学医学部保健学科	助手
73	南 優子	東北大学医学部保健学科	教授
74	森鍵 祐子	東北大学医学部保健学科	助手
75	門間 典子	東北大学附属病院	看護師長
76	山内 泰子	東北大学附属病院	副看護師長
77	吉沢 豊子	東北大学医学部保健学科	教授
78	吉田 和子	東北大学附属病院	看護師長

## ワークショップのすすめ方

ワークショップでは、あらかじめ目標が定められています。その目標を達成するために参加者全員が効果的な討論・作業を行ない、一定の時間内に成果（Product）を生み出すという手順をとります。この方法によって、個人レベルで問題解決を行うのとは比較にならない有効な成果を得ることができます。

### 1. ワークショップの展開

ワークショップでは、全体セッションとグループセッション（討論～作業）を交互に繰り返して進行します。全参加者は数名ずつのグループに分かれて、グループセッションを進めます。

### 2. ワークショップの期待効果

- 1) 個人およびグループの行動が、他人または他グループを通じて客観化できます。  
(鏡映現象)
- 2) 課題達成によって、決断力や実行力が涵養できます。
- 3) 自由な討議・作業を通じて、人間関係の重要性に基づいて理解を深めることができます。
- 4) グループ活動を通じ、グループダイナミックス（チームワークや相互啓蒙等）の有用性を体験的に理解できます。

### 3. ワークショップ成功の条件

- 1) ワークショップは、全メンバーの積極的な参加があって、はじめて成り立つものです。全員が最初から終了まで参加し、途中で脱落者が出ないようにしましょう。
- 2) ワークショップの成功の責任は、参加者全員にあります。
- 3) 全メンバーは、互いに Resource Person として働きます。
- 4) グループとしての学習と円滑なコミュニケーションが目標を達成するために極めて重要です。
- 5) 参加者はグループ討議・作業をより効果的にするために、建設的で批判的な意見を述べます。
- 6) もっとも大切なことはどんな質問でも無意味ではないと認識することです。

## グループセッションのすすめ方

### 1. 役割

まず司会者、記録者を決めます。いつも同じ人が役割にならないように、積極的に役割を担いましょう。発表者も早めに決めておきましょう。

#### 1) 司会者の役割

参加者全体が討議に参加し十分に意見交換ができるように、質問を投げ掛けたり意見をまとめます。また、時間内に目的が達成できるように調整を図りながら進行します。そのためには、グループセッションの課題を把握し、展開の仕方を計画するなどの準備が大切です。

#### 2) 記録者の役割

グループセッションの経過を記録します。記録の内容は、日時・テーマ・参加者・グループセッションの概要・討議された内容の要点です。司会者の求めに応じて、それまでの論点や経過を発表します。一語一句を記録するのではなく、要点をまとめて記録します。

#### 3) メンバーの役割

グループセッションの進行や成果は、参加者全員の責任です。司会者や記録者、発表者に任せきりにせず、積極的に参加する姿勢が大切です。手際よく共同作業が進められるように、他のメンバーの意見をよく聞き簡潔に自分の意見を述べます。

#### 4) タスクフォースの役割（今回はありません）

タスクフォースは、グループセッションを進める上での役割が不明確なとき、話し合いが困窮しているとき、皆さんの話し合いがうまく進むようにお手伝いします。みなさんのリーダーではありません。見守ってくれる人です。

### 2. 準備

- 1) 学習目標やテーマに基づいて自己学習したり資料を読んで、自分の意見や考えをまとめておきます。
- 2) メンバー全員が協力しあい、定刻に始められるように開始時間の確認を行います。
- 3) 席の配置は参加者全員の顔がお互いに見えるように工夫します。

### 3. マナー

- 1) 発言するときには、他の発言が終了してから司会者の指名・許可を得て発言しましょう。
- 2) 発言の意図がうまく伝わらない時は、説明し直したり、言い変えて他のメンバーに正しく伝わる工夫をします。
- 3) 発言に対する意見・質問がある場合は、司会者の許可を受けてから参加者全員に対し

て発言します。

- 4) 発言した「人」を批判するのではなく、「内容」に対して自分の考えを述べるのが大切です。
- 5) 討議中の私語や、テーマと直接関係ない発言は慎みます。
- 6) 司会者が軌道修正を行う場合は、それに従います。異議のある場合は、許可を得て発言しましょう。
- 7) 1人の発言はできるだけ1回1分以内にしましょう。
- 8) 日常の職務上の人間関係にとらわれることなく平等であることを意識し、互いを「○○さん」と呼ぶようにしましょう。

#### 4. 資料作成

- 1) 見やすい資料を作り、活用しましょう。
- 2) 口頭だけの発表より視覚的にも訴えた方がわかりやすくなります。
- 3) 文字は大きく見やすく。会場の広さによって見やすい文字の大きさを決めます。
- 4) 文字は黒、ポイントは青、マークなどは赤が色の使い方の基本です。この色にこだわることはありませんが、落ちついてハッキリとした色を使いましょう。
- 5) 内容をまとめて見出しをつけましょう。大きな見出しと小見出しをうまくつけるとわかりやすくなります。
- 6) 番号や記号をつけるとスッキリします。
- 7) 文字だけでなく、図や表にまとめるとわかりやすくなります。
- 8) イラストなどを入れると興味をそそります。
- 9) 発表には、プロジェクターを使用します。Power Point を使用してもよいですし、使っていない場合はWord や一太郎などのソフトで作成した資料を使用も可能です。
- 10) 発表資料には、最初の頁にグループ名、グループメンバー名をいれ、資料番号を記入します。

#### 5. 発表

- 1) 伝えたいという気持ちを高め、ポイントをしぼります。
- 2) 発表前に時間配分を考え、時間を厳守しましょう。  
(発表時間:全体セッション 7分+質疑 3分、今回は時間に限りがありますので半分  
のグループに発表していただきます)
- 3) マイクは近づけすぎず、遠すぎず。
- 4) 口は大きくあけて発音し、特に語尾をハッキリと発音します。
- 5) なるべくゆっくりと発表します。
- 6) 視線は会場を「Z」の字を描くように動かします。
- 7) 資料のポイントを示しながら説明します。自分一人では示しにくい場合は仲間に示してもらっていいでしょう。

## 大学改革におけるファカルティ・デベロップメントの推進とその意義

大学の役割には教育・研究の推進という二本の柱がある。また同様に社会貢献という役割もある。

現在、大学の改革が進んでいるが、受け入れる側の教員の意識には、研究至上主義のような意識がまだ根強く残っており、教育に関しての対応が非常に乏しいと言われている。

教員は講演や専門家を対象にした発表の経験は豊富だが、わかりやすく印象に残る、学生の意欲を引き出す授業実践については、教育学部など一部の教員を除いて、必ずしも系統的な訓練を受けていない状況がある。

また、社会貢献の視点から、入学後の学生に「特色ある教育実践」を行うことによって、いかに付加価値を付けて社会に送り出すかということが、今日的な大学の重要な戦略的課題となっている。

そのためにも、教育理念・目標を明示して、それに基づいた教育カリキュラムの編成を行うことは非常に重要であり、それと同時に教員自身が教育者としての責任を自覚して自己教授能力の技術向上に不断の努力を重ねることが一層強く要請されている。

これらを実現するために、まず教員や教育に携わる者の教育方法の訓練を行って教育技能を向上させ、そのなかで、それぞれの大学や学部、学科等の理念、目標、教育方法、内容についての組織的な取り組みや研修に努めることが極めて重要である。

これらをファカルティ・デベロップメント (Faculty Development ; FD) と呼んでいる。

大学設置基準では、大学は授業の内容および方法の改善をはかるために組織が研修・研究の実施に努めなければならない、とされており FD は各大学における努力義務になっている。

---

基調講演

『臨地実習開始前に行う「共用試験」のねらいと導入』

国立大学法人 千葉大学大学院医学研究院教授

社団法人 医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長

福田康一郎先生

---

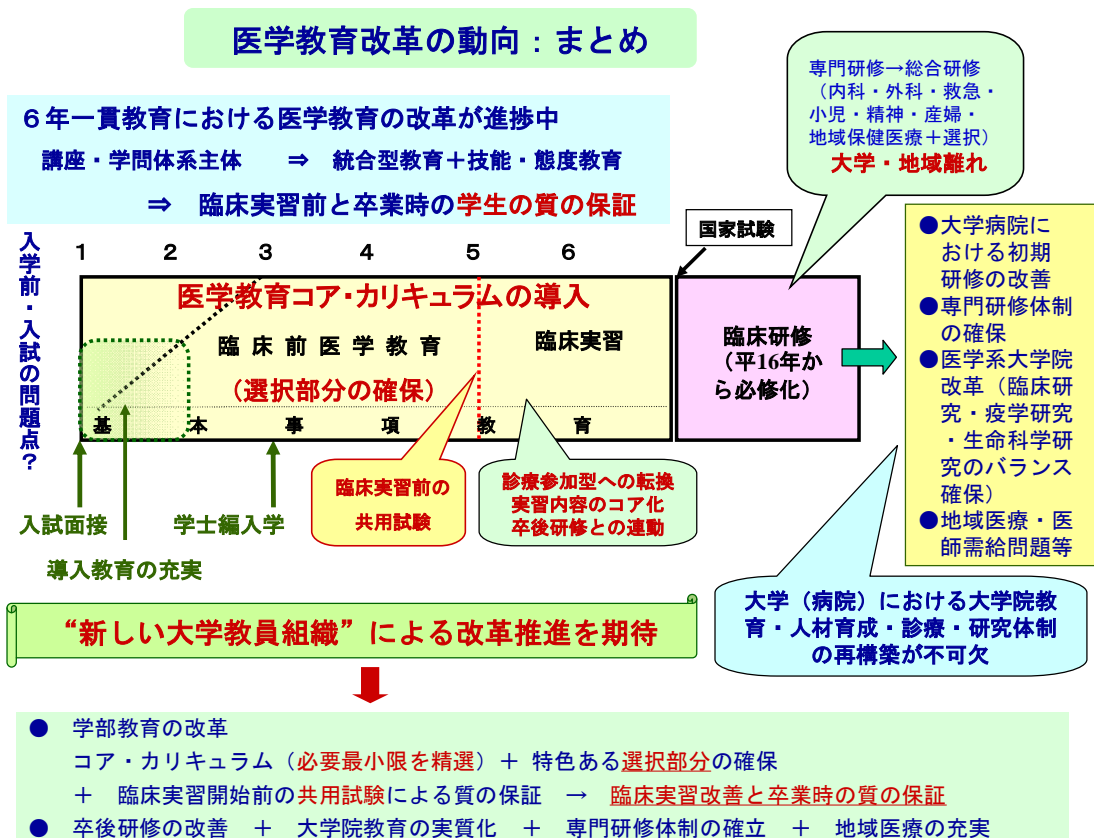
# 医学教育改革の動向

1. 学部教育の再構築  
(モデル・コア・カリキュラム導入等)
2. 臨床実習開始前の共用試験  
(診療参加型臨床実習への転換)
3. 卒後臨床研修・専門研修・大学院
4. 新たな「大学教員組織」

平成18年11月11日

千葉大学大学院医学研究院 福田康一郎

## 医学教育改革の動向：まとめ



# 1. 学部教育の再構築

## 1) 従来の医学教育の問題点

- 入学者選抜の在り方？
- 医師となる明確な使命と目的のないまま入学？
- 講座・学問体系主体の講義中心、知識伝授・情報量過多？
- 態度・技能教育不十分、倫理・安全確保教育不足？
- 卒業時までの一貫した教育システム欠如？  
(一般教育／基礎医学／臨床医学)
- 臨床実習の内容？(診療科単位、見学型)
- 卒業時の適性と能力が確保されていたか？

## 2) 改革の方向性

- 「臨床実習検討委員会」、「21世紀医学医療懇談会」、「医学・歯学教育の改善充実に関する調査研究協力者会議」等からの多くの報告・提言(平成8年～13年に集中)
- 入試面接導入、入学後早期の動機付け教育導入  
多様な人材の選抜(学士編入学)、地域枠の設定
- 学部教育の再構築：医学教育モデル・コア・カリキュラム提言
- 臨床実習開始前の全国共通の標準評価試験システムの導入



### 3) 入試面接、入学後早期導入教育、学士編入学

#### ●面接による適性の評価

- ・構造化された面接、評価基準の明確化
- ・適性に明らかに問題のある例、入学取消裁判の例

#### ●入学後早期の動機付け教育

- ・医学教育の早い時期から医学・医療の現場に
- ・平成9年～全医科大学で導入早期体験学習 early exposure
- ・1年次が主（平均日数＝8～10日間、最多＝30～40日間）
- ・指導体制、事前訓練、安全確保、傷害保険等が必要

#### 自大学内での実習（組合せは多様）

病院外来・病棟・中央部門、看護部・看護実習、当直見学、患者付き添い、体験入院、高齢者・小児との対話、SP（模擬患者）を用いた医療面接実習、体験入院、ボランティア患者の病歴聴取実習、心肺蘇生実習、行動科学演習、コミュニケーションスキル実習、心理学実習、研究室の見学および配属など

#### 学外施設での実習（組合せは多様）

地域医療（診療所等）・保健・福祉・介護・リハビリ施設の見学実習、救急センター当直体験、救急車同乗、検診車同乗心肺蘇生実習（資格取得義務化の場合もあり）

#### ●学士編入学

5～20名／大学程度、地域枠・MD-PhDコースとの併用も

### 4) モデル・コア・カリキュラム＋選択性カリキュラム

#### ●学部教育の再構築：学問体系・講義主体の授業からの転換

##### 医学教育・モデル・コア・カリキュラム（教育内容ガイドライン）

（\*平成13年3月提示、現在必要な改訂作業中）

- ・必要不可欠な授業内容の精選、学問体系でない統合型教育内容提示
- ・受身の授業から自主的学習へ（題解決能力育成）  
少人数チュートリアル教育、PBL
- ・技能・態度教育導入、臨床実習を見学型から診療参加型へ転換
- ・臨床実習開始前の到達度を**共用試験**で評価（質の評価）

#### ●各大学のカリキュラム等改革状況

- ・コア・カリキュラム内容を約7割（統合型）  
＋特色ある選択カリキュラム（アドバンスト、研究等）を約3割
- ・チュートリアル教育、共用試験実施のための施設・設備の充実に
- ・FDの開催
- ・教育担当責任部門の設置

#### ●コア・カリキュラムは**医・歯・薬分野**で導入済み

学部教育の各分野でのコア・カリキュラム導入の必要性が「我が国の高等教育の将来像」中央教育審議会答申（平成17年1月）で指摘

コア・カリキュラム(項目)	内 容	約7割
A : 基本事項	医の原則、医療における安全性への配慮と危機管理、コミュニケーションとチーム医療、課題探求・解決と論理的思考	
B : 医学一般	個体の構成と機能、個体の反応、病因と病態	24単位
C : 人体各器官の正常構造・機能・病態・診断・治療	血液・造血器、神経、皮膚、運動器、循環器、呼吸器、消化器、腎尿路・体液、生殖、妊娠・分娩、乳房、内分泌・代謝、眼・視覚、耳鼻咽喉口腔、精神	31 "
D : 全身におよぶ生理的変化・病態・診断・治療	感染症、免疫アレルギー、物理化学的因子、成長と発達、加齢と老化、人の死、死と法	7 "
E : 診療の基本	症候・病態からのアプローチ(発熱等36項目)、基本的診療知識、基本的診療技能	7 "
F : 医学・医療と社会	社会・環境と健康、疫学・予防医学、生活習慣病、保健・医療・福祉・介護、診療情報、臨床研究	6 "
D : 臨床実習(診療参加型)	基本診察・診療技能、内科系(内科・精神・小児)、外科系(外科・産婦人科)、救急医療	26 "
選択カリキュラム	例：生命科学研究、フィールド疫学研究、選択臨床実習など (各大学の特色に応じて設定)	約3割

- ・平成13年3月提示、平成14年度入学者からコア・カリキュラムに準拠した教育改革
- ・準備教育コア・カリキュラム(物理現象と物質の科学、生命現象の科学、情報科学、行動と心理)も作成

## 2. 臨床実習開始前の共用試験 (診療参加型臨床実習への転換)

## 臨床実習開始前の共用試験

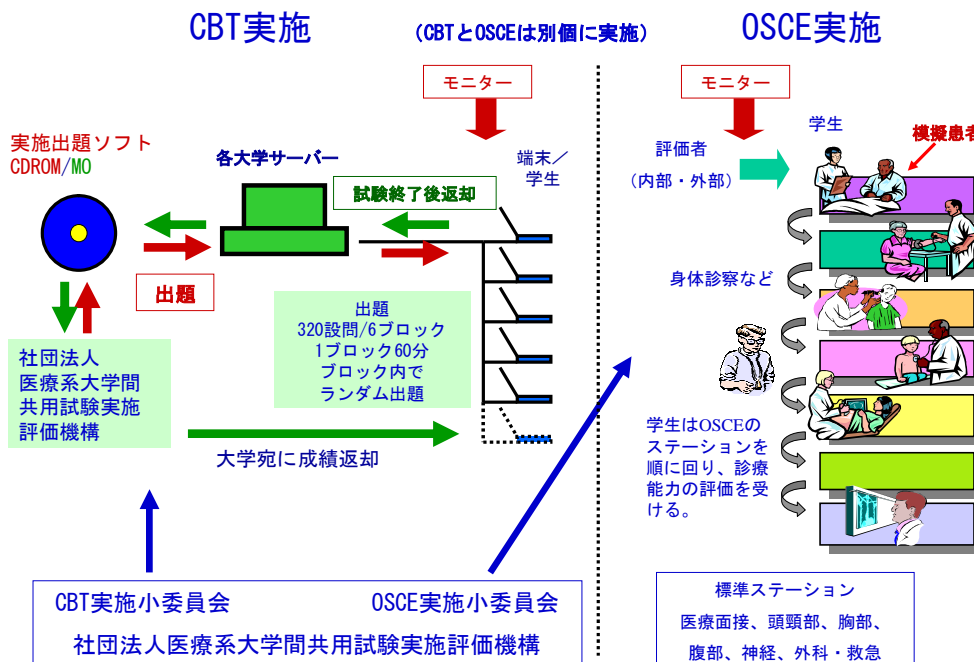
- 共用試験は、医学教育モデル・コア・カリキュラム：教育内容ガイドラインに準拠して臨床実習開始前に、
  - 1) コンピューターを用いた客観試験（Computer Based Testing, CBT）によって知識の総合的理解度を評価し、
  - 2) 客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination, OSCE）によって態度・基本的臨床技能を評価することにより、一定水準以上の学生を臨床実習に参加させる。
- このために、大学間で協力して共通の評価システム（共用試験）を構築する。
- 共用試験の導入により、これまで各大学の裁量にまかされてきた臨床実習開始前の学生の適性と能力を全国的に一定水準のレベルに確保し、診療参加型臨床実習の充実をはかる。

◎ 「共用試験」＝大学間で共に用いる試験 ≠ “強要” 試験

◎ 医師・歯科医師育成の質の向上を目指して社会の要請に応える

共用試験は平成14年からトライアル4回、平成17年12月から正式実施されている。  
 2006年度共用試験前期分（平成17年12月～平成18年3月）医学系が主  
 2006年度共用試験後期分（平成18年 6月～平成18年9月）歯学系が主

## 共用試験の実施概要



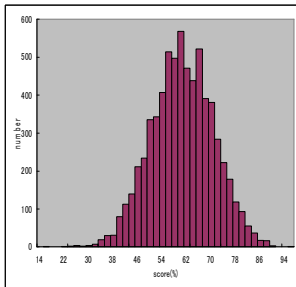
## 共用試験のCBTトライアルと正式実施

### トライアル（平成13年から4回）

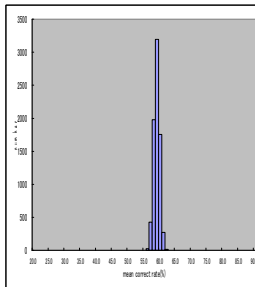
- 基本方針の決定から正式実施の準備
  - ・一斉試験方式 < ランダム出題方式\*
  - ・策問・ブラッシュアップ・実施ソフト開発
  - ・トライアルによりプール問題蓄積
  - ・出題問題数（学生1名当たり320設問）
  - ・項目反応理論の適用・難易度調整\*

### 正式実施（平成17年12月～）

- 円滑・安全な実施体制の確保とシステム改善
  - ・良質な問題の蓄積と蓄積問題の見直し・入替え
  - ・多選択肢連問・順次解答連問が不足
  - ・分野別問題数がやや不均一
  - ・ブラッシュアップ・実施ソフトの継続的改善
  - ・各大学の要望に可及的に対応

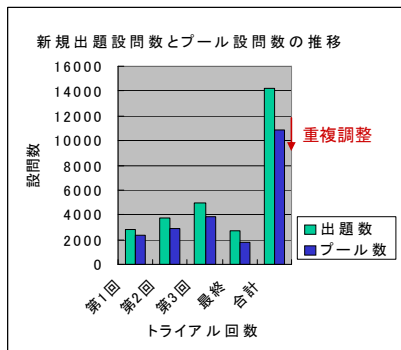


平均点=59.4±10.1



平均難易度の標準偏差=0.90

最終トライアル結果 7664名受験



正式実施開始前の状況

第1回正式実施では全国平均正答率=71.7%

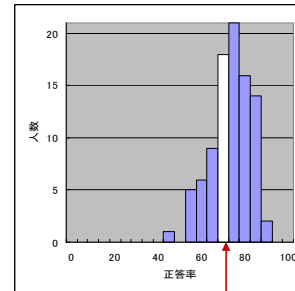
## 学生へのCBT返却例

【コアカリ別・問題形式別集計】

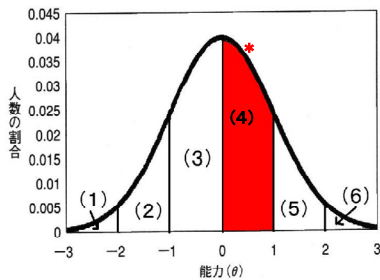
コアカリ・形式	正答率	大学平均	大学最低値	大学中央値	大学最高値	大学SD
A	100.00	83.28	50.00	87.50	100.00	11.90
B	62.50	71.87	47.50	71.25	97.50	10.87
C	73.00	71.21	44.00	72.00	96.00	10.22
D	55.88	68.24	26.47	69.11	94.11	12.47
E	88.88	73.18	22.22	72.22	100.00	14.88
F	43.75	67.79	43.75	68.75	87.50	11.60
単純5肢択一	68.51	71.22	42.59	70.83	90.74	9.26
多選択肢	75.00	77.57	41.66	77.08	100.00	12.05
順次解答	57.14	63.42	35.71	64.28	85.71	10.68
合計	# 67.91	70.98	42.16	70.52	89.17	8.96

#あなたの順位は92人中62位です。

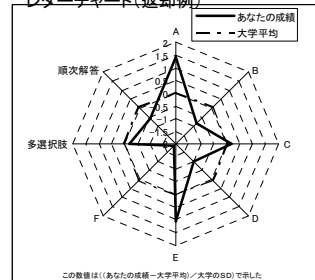
大学別の正答率分布(返却例)



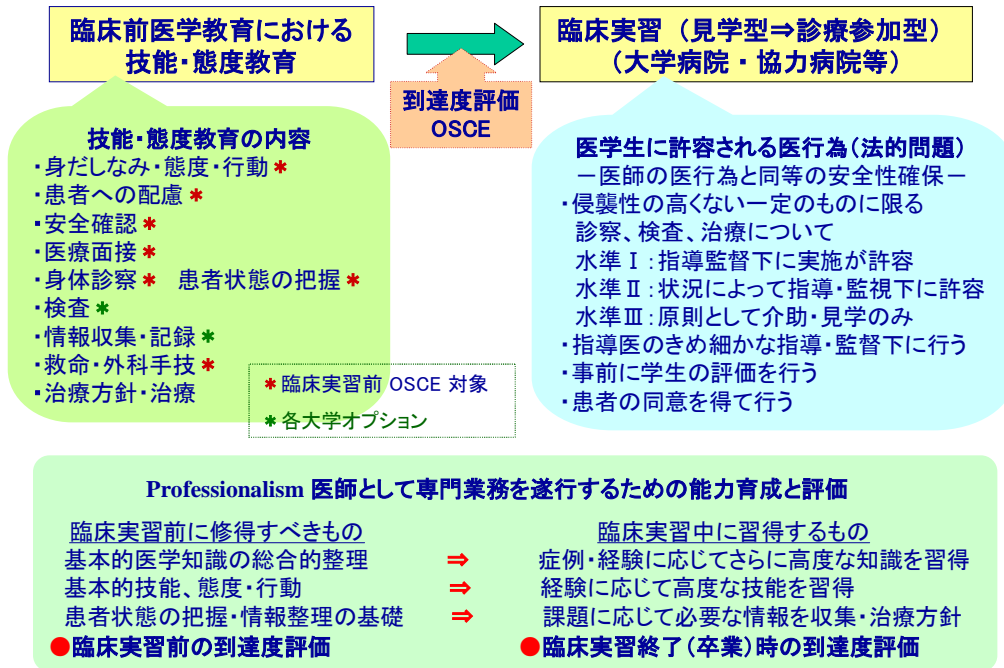
学内における学生個人の位置



学生個人のコア・カリ項目別等成績のレーダーチャート(返却例)



## 臨床実習前の技能・態度教育と共用試験OSCE



## 技能教育・OSCEの準備と実施に必要な事項等

- 1. 技能・態度教育の重要性（高度専門職業人養成に不可欠）**  
断片的知識だけでは診断・治療はできない  
知識・科学的根拠に基づいた技能  
症状・症候からの確に病態を判断するための技能、治療のための技能  
安全性を確保した技能
- 2. 技能・態度教育とその評価に必要な学習評価項目の設定**  
臨床実習開始前と卒業時のアウトカムの区別
- 3. 技能教育・OSCE実施に必要な大学の教育体制の整備**  
OSCE実施前の教育体制、優れた教育担当教員の確保と育成
- 4. 技能教育・OSCE実施に必要な大学の施設・設備等の整備**  
外来の利用、部屋・Skills Laboratory、Simulator等の確保 ⇔ 経費
- 5. OSCEの標準評価者の育成、“客観性”確保**  
外部評価者およびモニターの育成と派遣
- 6. OSCE評価基準の設定**  
技能・態度評価の難しさ  
個別分析的評価と概略（総括）評価の組合せ

## 診療参加型臨床実習に参加する学生に必要なとされる技能と態度に関する学習評価項目の設定

### 1. 診療に関する共通の学習・評価項目

プライバシーや苦痛への配慮、身だしなみ、言葉使い、挨拶・説明

### 2. 医療面接

導入、コミュニケーション、患者からの情報収集、診察への移行

### 3. 頭頸部診察

頭部、耳、鼻、口唇・口腔・咽頭、唾液腺、甲状腺、気管、頸静脈

### 4. 胸部診察

前胸部・背部診察(視診・聴診・打診)、心臓診察、頸部血管診察、乳房診察

### 5. 腹部診察

基本的診察(視診、打診、触診)、病態に応じた診断(腹水、腹膜刺激、腫瘍、直腸)

### 6. 神経診察

脳神経系診察、上肢、起立歩行、下肢、感覚系、反射、髄膜刺激、認知機能

### 7. 脈拍・血圧の測定

上肢の脈拍・血圧、下肢の脈拍・血圧

### 8. 外科系基本手技

病棟・手術時の手洗い、ガウンテクニック、縫合

### 9. 救命・救急

意識障害患者への初期対応、バイタルサイン測定、心肺蘇生の実施 \*  
(\* AHAガイドライン2005で改訂)

参考: Early warning score = 血圧・心拍数・体温・意識レベルのスコアで重症化するかどうかを判断(EBM)

## 技能態度 (OSCE) 評価の問題点 (困難さの克服)

### ○ステーション

- ・多いことが理想的だが、実現可能な範囲で拡大
- ・標準6(7)ステーションを最少、今後充実へ
- ・ステーション内の複数課題の設定  
(パターン化した学習に陥るため、異なる場面を設定)

### ○適切な評価・チェック項目(主観性<<客観性)

- ・評価項目・チェックリストの厳選
- ・項目別分析評価と概略(総括)評価の組合せ

### ○評価者

- ・複数評価者(内部・外部)による評価(一致度の解析)
- ・標準評価法の必要性(評価者育成講習会、WS等)

### ○OSCE成績の合否判定・進級判定への利用

- ・評価の妥当性と根拠を示す必要
- ・全国的標準に基づいて実施するが、評価成績は各大学の裁量で総合的判定の一つとして用いる

### ○評価の数値化と全体成績の解析

- ・統計処理と解析はどこまで可能か?
- ・各大学の協力による成績提出が必要
- ・専門家の意見を求める必要

### OSCE評価の実際

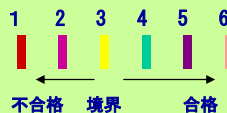
- ・ステーション単位
- ・同一学生に複数評価者  
(別々に評点フォーマットに記入)
- ・外部評価者+モニター派遣
- ・評価と判定は各大学の裁量
- ・評価成績(匿名化)を機構で分析

#### ●項目別分析評価

患者への配慮 + 診察技能  
= 合計得点(%)

#### ●全体的観点から概略評価

概略評価(6段階評価)



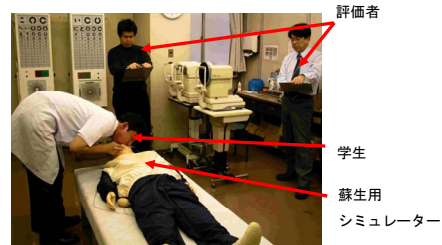
- 項目別合計得点と概略評価は相関



## 医学系OSCE実施場面



医療面接の場面



救急の例  
シミュレーター使用



胸部診察の例  
(シミュレーター使用)



腹部診察の例  
患者役は医学生(3年次)

## 技能教育・OSCEに必要な教育体制と施設・設備等の整備

### ○技能教育に必要な教育体制

- ・教員の責務 (講義≫実習 → 講義=演習・実習)
- ・教育能力の向上
- ・教育全体を統括する部門の設置
- ・教員の教育評価と待遇
- ・教育担当事務系職員的能力向上

### ○施設設備(実習設備等)

- ・少人数教育用施設、Clinical Skills Laboratory
- ・学生同士の練習、モデル・Simulator機器導入

### ◎知識・技能修得の効率化

- ・統合型教育システムの必要性
- ・個別学科目単位の実習施設・設備
  - 多目的への有効活用、基礎・臨床の連携
- ・簡単な技能・検査等は臨床前医学教育実習でも可
  - 例: 基礎知識修得後 → 血圧測定・心電図・呼吸機能・超音波エコー → 解析の訓練 → 知識・技能評価
- ・臨床実習前～臨床実習への連動
  - 例: 知識修得(臓器単位の学習、PBL tutorial)
  - 症状・症候の病態(PBL tutorial)
  - 関連した診療技能習得
  - **知識・技能態度評価** → 指導下に初診外来実習



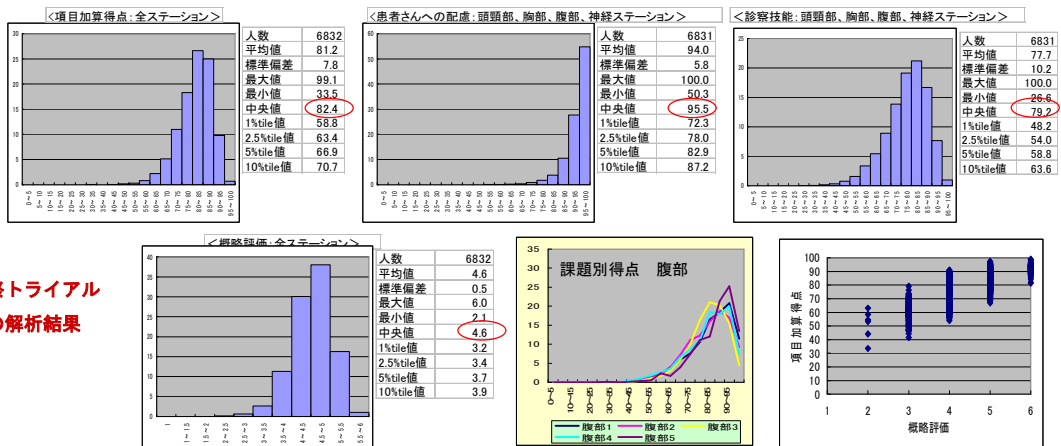
## 共用試験OSCEのトライアルと正式実施

### トライアル（平成13年から4回）

- 基本方針の決定から正式実施への準備
  - ・学習・評価項目の設定
  - ・標準（最小限）OSCEステーションの設定
  - ・各大学の導入の遅れへの対応
  - ・OSCE実施の課題・評価法・評価表の準備
  - ・客観的評価法の検討、全体成績の解析
  - ・学生の評価は各大学の評価者 + 外部評価者

### 正式実施（平成17年12月～）

- 円滑・確実な実施体制の確保とシステム改善
  - ・学習評価項目の改善
  - ・全大学で標準6（最小限）ステーションの設定と実施
  - ・課題シナリオの準備、標準評価法・評価シートの準備
  - ・外部評価者・モニターの派遣、SPは各大学で準備
  - ・評価者の育成（評価者講習会）
  - ・全体成績の解析法（簡易版を使用）



## 3. 卒後臨床研修制度、地域医療、大学院教育・研究の問題



## 1) 新医師臨床研修制度の導入と地域医療の問題点

- 平成16年度から新医師臨床研修制度（2年）導入（歯は17年度～、1年）
- 導入の背景：大学病院における専門研修優先、指導と処遇の不備
- 導入の影響：マッチング制度
  - ・大学病院と一般病院が研修プログラムを提示して公募 → 学生が研修希望先に応募（希望先に順位） → 研修病院が学生を選択して採用
  - ・研修内容、指導体制、処遇の優れた市中病院等に研修医が集中（過疎地域は敬遠）  
大学離れ（従来の7割から4割に減） → 市中病院（6割以上に増）
  - ・大学（病院）における人材確保（研修医・専門医等）と人材育成体制の再構築が必要
  - ・大学と地域医療機関の連携に亀裂（医師の引き上げ等）
- 地域医療における医師確保に危機的問題
  - ・平成19年度から必要な地域における医科大学入学定員の臨時増加措置
  - ・大学、地域医療機関、自治体等の緊密な連携体制構築が不可欠
  - ・激務、訴訟、病院の経営効率優先、生活の安定等から分野別偏在や開業へ  
激減領域：救急、産婦人科、小児科、麻酔科、外科系等

## 2) 大学院教育・研究の問題点

- 従来からの問題点が顕在化（特に臨床系大学院の指導不足・診療要員等）
- 新医師臨床研修制度により、大学院入学の遅れと**充足率の減少**に拍車（ただし著しい地域格差、地方大学では深刻）
- 臨床研究・展開研究・疫学研究の遅れ、研究に携わる人材確保に問題
- 大学院教育の実質化への対応が進行中（中教審答申への対応）
  - ・講座制・閉鎖性からの脱却、ポストドク、若手教員への支援と活性化が不可欠、専門研修との連動も必要、一部大学では4年博士課程定員減と他への振替も

# 4. 大学教員組織の編成

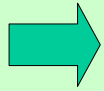
- 1) 大学教員組織の問題点
- 2) 新しい大学教員組織
- 3) 分野別の問題（医学系の課題）

## 1) 大学教員組織の問題点(1)

### 講座制・学科目制のメリット・デメリット

#### ・メリット

- 教育研究の一貫性・自主性の確保
- 学問（体系）の継承
- 専門分野のバランス確保



教員の帰属意識・学問の自由  
→ 閉鎖性・硬直化

#### ・デメリット

- 新分野の教育研究への対応が困難（統合・再編しても旧態依然の場合も）
- 改革改善への障害
- 円滑な人事交流が出来にくい
- 共同研究の実施が困難
- 弾力的な予算執行が困難
- 若手教員の研究の活性化・大学院教育に弊害（タコツボ、抱え込み等）

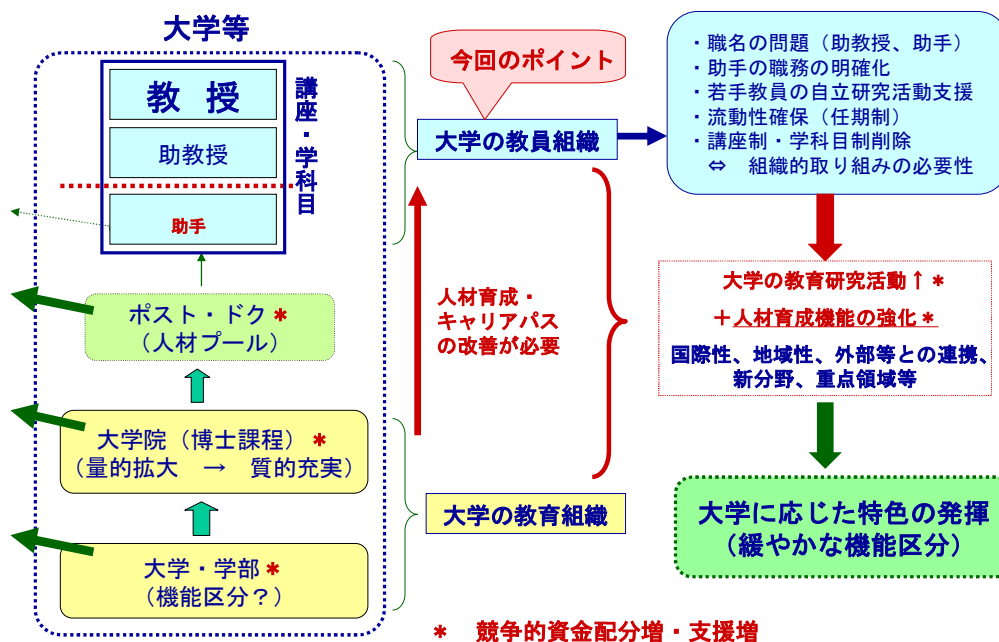
連動

### 助手の問題点

#### ・デメリット

- 助手が担当している業務が多様（分野による顕著な差）、用語も不適切
- 講座制・学科目制の枠内で専任教員としての資格がない
- テニユアとしての年功序列の最下位位置付け（隷属？ 任期制も必要）
- 国際的通用性（英文名称）に問題
- 分野による配置数の差

## 1) 大学教員組織の問題点(2)



## 2) 新しい大学教員組織(1)

### 経緯 ●平成8年 大学審議会答申

↓ 助手の職務内容、名称の見直しを含めた早期の検討が必要

●平成13年 第2期科学技術基本計画【閣議決定】

助教授・助手の位置付けの見直しを図る

●平成13年 中央教育審議会への文部大臣諮問

↓ 助教授・助手の位置付けをはじめ教員組織の在り方について検討

●平成15年11月～平成17年1月 中央教育審議会「大学教員組織の在り方に関する検討委員会」

平成17年1月「我が国の高等教育の将来像」において答申

### 学校教育法上の職の種類と職名・職務内容

○教授\* (学生を教授し、その研究を指導し、または研究に従事する)

→新 教授\* : 特に優れた知識、能力および実績を有する者 (教授に同じ)

○助教授\* (教授の職務を助ける)

→新 准教授#: 優れた知識、能力及び実績を有する者 (教授に同じ)

○講師 (教授または助教授に準じる職務に従事する)

○助手\* (教授および助教授の職務を助ける)

→新 助教#: 知識および能力を有する者 (教授に同じ)

助手#: (所属組織の教育研究の円滑な実施に必要な業務を行う)

\* \* 必ず置かなければならない

# 基本的に置かなければならないが、教育研究組織として適切な場合は置かないことができる。

### 大学設置基準上の教員組織

○講座制・学科目制を例示し、その内容を詳細に規定

→新 講座制・学科目制に関する諸規定を削除し、各教員の役割の分担および組織的な体制の確保や責任の明確化についての規定を新設

## 2) 新しい大学教員組織(3) 関連事項

### ●「我が国の高等教育の将来像」中央教育審議会答申(平成17年1月)

・早急に取り組むべき重点施策12の提言の1つ

### ●「新時代の大学院教育」中央教育審議会答申(平成17年9月)

- ・3 各大学院の人材養成目的の明確化と教育体制の整備。  
具体的取組: 助教の新設に伴う大学院の教員組織体制の見直し。
- ・助教を研究指導教員、専任教員に含める。
- ・学士課程の教育担当教員が助教に偏ることのないバランスのとれた構成。

### ●「大学院振興施策要綱」(平成18年3月)

- ・第四 具体的な取組施策 1 大学院教育の実質化
- (1) 課程制大学院制度の趣旨に沿った教育の課程と研究指導の確立  
イ 教員組織体制の見直し等: 助教を専任教員、関係する教員が養成しようとする人材像についての認識を組織的に共有し、学生に修得させるべき知識・能力の具体化を図るとともに、社会の要請等に的確に対応した人材養成を行っているかを確認。
- (3) 若手教員等の教育研究環境の改善  
博士課程学生、ポストドク、助教等の若手教員等が安全で効果的に教育研究に専念できる教育研究環境の整備を進めるため、計画的な施設設備の充実を支援。

### ●「第3次科学技術基本計画」(平成18年3月)

- ・第3章 科学技術システム改革 1. 人材の育成、確保、活躍の促進
- (1) 個々の人材が生きる環境の形成 ② 若手研究者の自立支援  
若手研究者にテニュアトラック制、自主性と活躍の機会、助教の確保と活躍の場の整備。

## 2) 新しい大学教員組織(2)

### 学校教育法施行規則等の一部改正(省令)

#### ○学科目制・講座制に関する規定の削除

- ・教育研究上の目的を達成するため、必要な教員を置く。
- ・主たる授業科目は原則として専任の教授、准教授が担当、主要授業科目以外の授業科目についてはなるべく専任の教授、准教授、講師又は助教が担当。
- ・教授、准教授、助教等の全ての教員について、役割分担および連携の組織的な体制の確保、かつ、責任の所在の明確化。

#### ○助教の数を専任教員数に算入

- ・助教の主たる職務として学校教育法上に規定する職務内容として教育と研究の両方とする。
- ・授業科目の担当、大学院生の研究指導にも関わることができることから自ら教育研究を行うことを主たる職務とする。
- ・大学の「専任教員」に含める。

#### ○助教の資格

- ・教授等と同様に教育を担当するに相応しい教育上の能力を有すること
- ・キャリアパスの一段階に位置付け、修士以上・専門職学位の資格  
(医・薬・獣医・薬の6年制卒は学士以上、**実質的には博士の学位が必要**)

#### ○大学院関係

- ・各教員が役割の分担および連携の下で、組織的に大学院学生の教育を行う体制を確保するよう教育組織を編成するものとする。

## 3) 大学教員組織：分野別の問題(3)

### 医学系の課題(教育・研修・大学院・研究)

#### 1. 学部教育の改善・改革(平成13年～大規模改革進行中)

- 医学教育改善の多くの提言(コア・カリキュラム、臨床実習前の共用試験)。
- 中央教育審議会答申(平成17年1月)でも分野別にコア・カリキュラムの導入を!
- 講座制・専門性からの脱却が不可欠、教育改革に助教の登用が効果的。

#### 2. 新医師臨床研修制度(平成16年度から)

- 導入の背景：大学病院における研修体制の不備。
- 導入の影響：大学離れ→大学(病院)における人材育成体制の再構築が必要。
- 大学・附属病院における専任教員としての助教の位置付けは効果的。

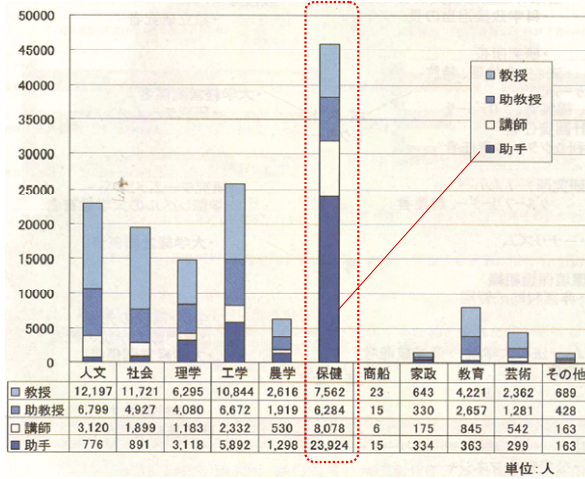
#### 3. 大学院教育・研究の問題点

- 医学系では従来からの問題点が顕在化(特に臨床系大学院)、充足率低下。
- 大学院教育の実質化には、講座制・専門性からの脱却、助教など若手教員への支援と活性化が不可欠。

#### ◎ 助教等の導入に当たっての留意事項等

- 教授等の意識改革が不可欠、助教の処遇に留意、流動性確保(任期制・再審査制等)、安易な助教への登用・安易な助手定員の削減は問題。
- 教育・研究・診療とも組織的取組みが必要：“助ける”規定の削除に伴う混乱を回避し、責任体制を明確にする必要。

### 3) 大学教員組織：分野別の問題(1)



保健系（医学系等）：国・私立の比較

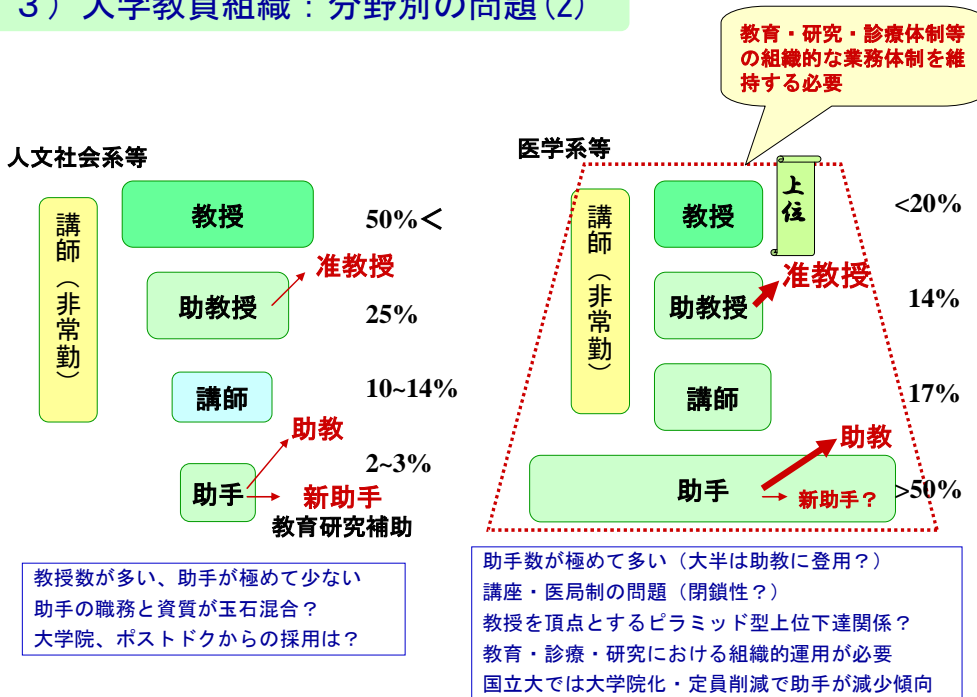
	国立	私立
教授	3185 人 19.2%	3588 人 14.5%
助教授	2792 16.8%	2852 11.6%
講師	2574 15.5%	4708 19.1%
助手	8619 52.0%	13491 54.8%
合計	16570 人	24639 人

平成13年10月現在、文部科学省調べから

#### 保健系（医学系等）の特徴

- ・ 大学設置基準上学生当たりの教員数が多い
- ・ 助手の多くが博士学位、専門医資格をもつ
- ・ 附属病院にも教員配置
- ・ 助手が実質的に教育研究診療に携わっている
- ・ 助手数が多い
- ・ 助手の年齢が高い、流動性は比較的高い

### 3) 大学教員組織：分野別の問題(2)

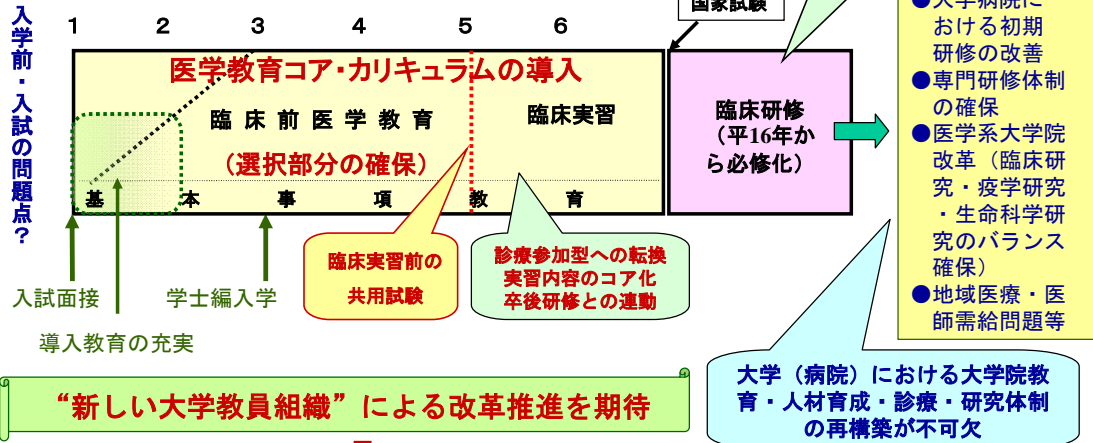


## まとめ

6年一貫教育における医学教育の改革が進捗中

講座・学問体系主体 ⇒ 統合型教育+技能・態度教育

⇒ 臨床実習前と卒業時の学生の質の保証



- 学部教育の改革  
コア・カリキュラム (必要最小限を精選) + 特色ある選択部分の確保  
+ 臨床実習開始前の共用試験による質の保証 → 臨床実習改善と卒業時の質の保証
- 卒後研修の改善 + 大学院教育の実質化 + 専門研修体制の確立

---

グループセッション

『看護版 OSCE の導入の課題と可能性』

---

## 1 グループ 「臨地実習を行う際、最低限身につけておくべき知識・技術・態度」

### 1. 学生に求めること（臨地実習指導者を指導する立場の方からの意見が中心）

- ・ 専門的な知識や技術以前に、挨拶ができ、きちんと話を聞くことができるといった、社会人としてのマナーが身につけていることは基本的だが大変重要な点である。
- ・ また、行動する前に不明な点を明らかにする姿勢が備わっているとよい。
- ・ 実習は臨地実習指導者によって大きく影響されるが、学生は指導者に自分の意思を伝え、積極的に実習に取り組めると充実したものになる。

#### ※ 臨地実習指導者に求めること

- ・ 臨地実習指導者により実習の濃度が異なるため、大変ではあるが病棟スタッフ、患者さま、学生間の調整者としての役割が求められている。

### 2. 学生の現状を振り返り、困っている点について

- ・ 学生間での意思疎通も困難な学生がおり、グループワークが成立しない場合がある。  
→ 全体的にコミュニケーション能力の低下が気になる点である。
- ・ 髪型や化粧など、ファッションと身だしなみの区別ができていない学生が時々目に付く。  
→ 学科内での演習時から注意はしているが、目に付いた時点で指摘していただきたい。
- ・ 時刻や報告の仕方など、あらかじめ説明していても規則が守れないことがある。  
→ この点に関しても、その都度ご指摘をお願いしたい。

### 3. 臨地実習を行う際に見につけておくべき知識・技術・態度

#### <保健学科>

- ・ やはりコミュニケーション能力
- ・ 社会的な身だしなみ、姿勢
- ・ 考える能力

#### <臨床側>

- ・ 経験が乏しいため、学内で学んだ知識や技術を応用できないのは当然であり、状況に応じて対応できる能力が備わっていればよいのではないかと。

#### ※ 保健学科教員、臨床側ともほぼ同様の意見

#### ※ 社会生活の中で行動を調整する機会が減っており、そのことがコミュニケーション能力の低下をはじめ、様々な「目に付く点」に影響している可能性がある。

→ 気づいた時にご指摘を！！



## 臨地実習を行う際、最低限身につけておくべき 知識・技術・態度

1G

第2回東北大学看護教育ワークショップ  
2006 / 11 / 11

### <学生に求めること>

#### 臨床側の要望

- ・挨拶がきちんとできるとよい
- ・話を聞く態度が備わっているとよい
- ・不明な点を明らかにしようという姿勢がみられるとよい
- ・学生は指導者によって大きく影響されるが、積極的な姿勢で指導者にアプローチできるとよい

#### 臨地実習指導者に求めること

- ・学生は処置がないとベッドサイドにいきにくいいため、調整者としての役割を担う必要がある
- ・実習指導者により、実習の濃度が変わるため、実習の構成は重要である

### <現 状>

#### 困った学生

- ・グループワークができない  
(学生間でさえ意思の疎通が困難)  
→ コミュニケーション能力の欠如
- ・ファッションと身だしなみの区別ができていない
- ・規則が守れない(時刻、報告の仕方など)

### <保健学科が身につけて欲しい知識・技能・態度>

- ・コミュニケーション能力
- ・社会的な身だしなみ、姿勢
- ・考える能力

### <臨床側が身につけておいて欲しい知識・技術・態度>

現在:学内では患者設定をして授業を展開しているが、  
臨床で実際に患者さまに接すると実施できない

↓

**当然!**

**状況に応じて対応できる能力が  
備わっていればいいのでは!?**

※ 生活の中で行動を調整する機会が減っている?

### <まとめ>

#### 臨地実習を行う際、最低限身につけておくべき 知識・技術・態度

- ・コミュニケーション能力
- ・社会的な身だしなみ、姿勢
- ・考える能力  
→状況に応じて対応できる能力

臨床側、保健学科ともほぼ同様の意見

## 2 グループ 「臨地実習を行う際、最低限身につけておくべき知識・技能・態度は何か？」

### ①臨床側（病院側）が、実習学生に求めることは何か？

#### 1. 技能面について

- ・ 実習学生には、技能は期待していない。技術は臨床現場で後からでも習得できる。
- ・ 看護技術に対する基本的な知識。（例：洗髪、清拭、足浴などの最低限の知識）
- ・ 安全に関して基本的なデータの見方は必要。（例：血圧、血糖の正常値と異常値が判断できる）

#### 2. 社会性、基本的な態度について

- ・ きちんとあいさつができる。正しい言葉遣いができること。相手の話を聴く姿勢。
- ・ TPO に応じた身だしなみ、態度がとれること。
- ・ 話を聴いているのか、理解できたのか、反応を返してほしい。
- ・ 社会性や態度の問題は、学生自身の生活体験が乏しいことにも原因があるのではないか。

#### 3. 実習に望む際の心構え

- ・ 短い実習期間で効率良く学ぶために、学生自身が、何を学びたいのか、明確な目標を持つこと。
- ・ 患者の立場・目線にたち、安全と安楽を重視した考え方ができること。
- ・ 人（患者）に対する謙虚さを持ち合わせてほしい。
- ・ 細かいデータ等についての知識は後から身につければよい。

### ②大学としては、どの程度の内容まで身につけさせたいか？

#### 1. 社会性、基本的な態度について

- ・ 身だしなみやあいさつについては、大学入学以前に身に付いていることが前提だが、学内の授業でも、学生には注意を呼びかけている。
- ・ 実習直前に、担当教員からも注意はしているが、実習当日の朝にチェックはしていない（できない）状態。
- ・ 教員が説明した内容を、学生自身の言葉で表現させ、理解度を確認している。

#### 2. 技術面について

- ・ 安全に注意する視点、事故予防の視点を持って実習に出したいと考えている。（例：塗れた床を拭き取る、障害物を避けるなど）
- ・ 授業の中では、看護技術の基本的な部分については学んでいるが、2年次の学生はまだ修了していない部分が多い。

### ③両者の意見のまとめ

- ・ 臨床が実習学生に求める内容と、大学側が実習にでる前の学生に身につけさせておきたい内容は、本質的には一致している。
- ・ 技術は後から習得していくものであり、人（患者）を対象とする謙虚な心構えや安全・安楽への配慮などが大切である。

### ④看護版オスキーについて

- ・ 看護の臨床実習の開始前に、実習技能の評価が必要。さらに CBT（試験）によるチェックも必要になるのではないか。
- ・ 看護職に必要とされる専門的視点を盛り込む必要がある。

## 実習を行う際に、最低限身につけておくべき知識・技能・態度は何か？

### 2グループ

## 1. 臨床側は、学生がどのくらいの能力を持って実習に来てほしいか。

- 技術面は期待していない。
- 基本的な姿勢、態度
- 社会性が必要
- TPOにあった言動がとれること
- 短い実習期間で効果的・効率的に学ぶために、具体的な目標を持つこと。
- 人(患者)に向き合う謙虚な姿勢

## 2. 大学側は、学生にどのような能力を持たせて実習に出したいか。

- 実習前に、各領域ごとの専門的な知識・技術について確認。
- 態度は、入学以前に身につけていることが前提だが、授業や実習前にも指導する。
- 安全面に配慮できる視点を大切にする。
- 基本的な態度・社会性については、学生自身の言葉によって、理解度を確認。

## 臨床側と大学側が、学生に求めるレベルは一致している。

- 大学では、基本的な知識・考え方を身につける。
- 技術面は、臨床実習を通して学ぶことができる。
- 患者の立場で、安全・安楽を配慮できる姿勢、謙虚な姿勢が必要。

## 看護版オスキーについて

- 看護の専門性に基づくCBT(試験によるチェック)も必要。
- 患者と関わる際の、看護職の専門的視点を盛り込んだ内容が必要。

### 3 グループ

「臨地実習を行う際、最低限身につけておくべき知識・技能・態度は何か」

－病院側・大学側が実習前の学生に求めるレベル－

#### 1. 臨地実習で学生と関わってみての感想

- ・ 短大生と大学生は、同じ時期に実習しても違いがあると思っていたが、予想していた以上に大学生の気持ちは患者さんに近いと感じた。
- ・ ナースステーションに待機しているよりも患者さんの側にいることの方が多く、最初の印象としてはよかった。
- ・ 積極的に質問が出た。また、こちらが広く話せば、それに応じた質問が返ってきてよかった。
- ・ 学生は、頭では分かっているが、いざ手を出すときには困惑していた。書けるが、動けない。
- ・ 引いてしまったり、手が出せなくなる学生には、説明し、一緒にケアを行って対応している。
- ・ 卒後すぐに現場に入れるために、実習を受け入れていない部門でも実習を受け入れた方がよい。
- ・ 大学の看護学生について臨床志向がないといわれているが、それは偏見だという学生の意見がある。
- ・ 患者さんに触ろうとしない、患者さんに直接聞こうとしない新人看護師もいる。患者さんが情報源だという認識が低く、教育の場での情報収集と臨床での情報収集にずれがあるのではないか。
- ・ 看護師のインシデントが、やってしまったインシデントではなく、やらなかったインシデントが増えている。患者さんのところへ行って確認するところまで実習していれば防げるのではないか。
- ・ 他大学卒の看護師が、現場と教育がうまくいっていないところで実習してきているため現場を怖がっている。そのような恐怖心はもってほしくない。
- ・ 実習を恐れてほしくないが、危機管理意識、危機感を持ってほしい。
- ・ 大学生は、探究心が深い。考えることが得意で、原理を納得するまで動かない。
- ・ やり方(方法・技術)がわからなくて手が出せないのか、どうしてか(目的・原理)がわからなくて手が出せないのか。
- ・ 対応策としては、やってみせて、一緒にやって、一人でやるのをみてもらうのがよいのではないか。
- ・ 何の目的で、どのような方法で、どうして必要かということまでは教育で、技術は現場で。
- ・ 専門領域の知識よりも療養上の世話の基本を抑えてほしい。どういう目的で行うのか、患者さんの立場になって考えることが欠けている。
- ・ 積極的な反面怖いもの知らずの面もあり。復習してから実習に臨んでほしい。
- ・ できなかったときにできませんでしたと言える、あやまることができるという素直さが出せない人がいる。失敗した時に素直に認められず、理由がいっぱいでてくる。自分を守るのはとても上手だ。
- ・ 失敗する経験が少なく、ほめられて順調にきた学生がくじけた時にどう対応するかが重要。
- ・ コミュニケーション能力や倫理観が大切。

#### 2. 病院側(学生の実習を受け入れる側)は、どれぐらいのレベルの学生を求めるのか

- ・ 看護技術の原理やなぜかということが分かっているならば足りないところは病院側でフォローできる。
- ・ 患者やスタッフに対する態度・コミュニケーション能力は大学で身につけてほしい。
- ・ 知識の習得は今のレベルで十分ではないか。 ・ 素直なところをもってほしい。
- ・ “どうしてかがわからなくて手が出せない”ではなく、“わからなくて手がだせない”ことはかまわない。
- ・ 情報収集の基本はカルテではなく患者さんであることを分かってほしい。

#### 3. 大学側(学生を実習に送り出す側)は、どれぐらいのレベルなら実習に出せるのか

- ・ 知識の習得。技術については、何の目的で、どのような方法で、どうして必要かというレベルまで。
- ・ コミュニケーション能力。 ・ 倫理観を養い、対象が”ひと”であることを忘れずに実習に臨む姿勢。
- ・ 最低限の基礎看護技術の習得。 ・ 危機感を持ちつつも、実習をおそれない姿勢。

## 臨地実習を行う際、最低限身につけて おくべき知識・技能・態度は何か

—病院の指導者・大学の教員が実習前の学生に求めるレベル—

### 3グループ

## 病院の指導者側が習得してほしいと思う 実習前の学生のレベル

- 看護技術の原理やなぜかということが分かっている  
いけば足りないところは病院側でフォローできる
- 患者やスタッフに対する態度・コミュニケーション  
能力は大学で身につけてほしい
- 知識の習得は今のレベルで十分ではないか
- “わからなくて手がだせない”ことはかまわない
- 情報収集の基本はカルテではなく患者さんである  
ことを分かってほしい
- 素直なところをもってほしい

## 大学の教員側が習得させたいと思う 実習前の学生のレベル

- 知識の習得
- コミュニケーション能力
- 最低限の基礎看護技術の習得
- 危機感を持ちつつも、実習をおそれない姿勢
- 倫理観を養い、対象が“ひと”であることを  
忘れずに実習に臨む姿勢

#### 4 グループ 今日の発表の目標について、「看護版のオスキーの導入の課題と可能性」

- ・オスキーの導入、この波は医学部だけでなく、今後、看護学でもやってくる。しかし、オスキーを構造的に行っているところがない。
- ・就職試験前にぜひ、看護学生にオスキー的な指導をしていただきたい。学問上はレベルアップしているが、臨床的には問題がある看護師として向いている、向いていないという問題がある。
- ・オスキーは人を知識だけでなく、看護師の技能、向き不向きなども分かる可能性があるのか。
- ・このオスキーの項目の中身で不足、追加できることはありますか？
- ・看護はこのままでは使えない。項目を決めるのはとても大事なことで穴埋め調書が医療面接になるのではないかと、情報収集についてなど。面接は、あくまで医師が行う面接なのではないか。情報収集・記録はそのまま使えるかもしれない。治療方針・治療は、看護でいえば看護計画に繋がるのではないかと。
- ・実際の教育現場では、現在の学生を見てどのように感じているのか？
- ・実習では、身だしなみ、態度、挨拶という点で、短大時代に比べ、劣っている。学力の面では、とても優秀。考える頭はいい。でも、対応が出来ない。慣れてくると、出来るようだ。
- ・医師の教育でも同じことがいえるのだろう。小児の採血の前で、小児は食事を取れず待っているときに、医学生は、目の前でパンを食べていた。対象への配慮を学んでいくことが大事。
- ・学生の差はある。身だしなみ、態度、行動は以前から問題があった。それを大学教育でするのか？というところに疑問があったが、それをこれからは大学教育で行っていく必要がある。
- ・私たちの病棟では、医学生がきたら、まず清拭をしてもらう。わざと年配の方の清拭をしてもらうそれをする事で、学生の個別性もわかる。相手への配慮も身につくと期待している。
- ・学生に指導するときに、学生の認識として技術に対してはどうでしたか？
- ・洗髪とかに対しては、技術としてはできる。でも、患者さんへの声かけなどができない。
- ・相手の立場になることが難しいのかな。相手への配慮が難しいようだ。相手への配慮などは知識としてはあるけれど、実際自分がするのは出来ない。学生の態度がとても目立つ。社会人としてのルールを身につけていくことが大事なのではないか。知識と技術が繋がらないのではないかと。
- ・一番、身だしなみ、態度、行動や患者への配慮などを身につけないと現場では働けない。
- ・看護の展開も最初は分からない。段々とできる。病態、疾患について、薬についてなどの知識が分からないようだ。視点は広い。気になったところは徹底的に調べる。ネットなどで調べる。探究心は強い。答えを出そうとする。身だしなみ、態度、行動、患者への配慮と病態などが身につけば見所ある
- ・オスキーでそこをうめていけばいいのではないかと。あとはコミュニケーションをどう使えるようになるかというところ。
- ・現場に入って、伸びる子、伸びない子がいる。伸びない子は、スタッフ間とのコミュニケーションが出来ない子が多い。こちらの指導を素直に聞いて、自分を変えていける子は伸びる。
- ・医療スタッフ全員にオスキーを実施することも大切なのではないかと。
- ・医学生のオスキーのチェックポイントは、目を合わせたのかな、言葉をかけたのかななど、模擬臨床の場で、様々な項目でチェックされていて、その後、学生にフィードバックされている。そのような、細かいところまで、チェックされることで、細やかな視点を学ぶことが出来ている。
- ・臨地実習に行く前に、大学ではどのような指導をしているのか？
- ・昔同様、身だしなみ、態度、行動、患者への配慮などの指導はしている。実習の場で、学生も少しずつ身につけているが、国試など挟み、現場に出る際には、すっかり忘れていないのではないかと。就職前、就職後にオスキーをしたほうがいいのか？

臨地実習を行う際、最低限身につけておくべき知識・技能・態度は何かを検討する

4グループ

## 学生の現状(教育現場)

- 挨拶ができない
- 身だしなみ、態度などが不適切
- 知識、手技は出来る
- 患者への配慮やコミュニケーションが不得手
- 相手の立場に立てない

## 学生(新人Ns)の現状 (医療現場)

- スタッフ同士のコミュニケーションが不得手
- 患者さんへの対応が不得手
- 相手の立場に立てない

## 最低限身につけておくもの

- 技術・知識:経験はないがある程度は出来る
- 現場で大事なものは、  
身だしなみ、態度、行動、患者への配慮  
が優先される。

## 新たな教育とは

- 身だしなみ、態度、行動、患者への配慮などは、これまでは、大学教育以前のものがあり、大学で行うべきことではなかった。



- これからは、大学教育でも、身だしなみ、態度、行動など基本的な教育を行っていくことが重要！→オスキーの活用が必要

## オスキーの活用時期

- 臨地実習前
- 卒業直前(就職前)
- 就職後

実行可能な方法があるのか？

### 学校側)

実習終わった段階で自己評価、評価項目を記入している。

達成目標は、病棟と共有しているが、終了後の評価については病棟には連絡はしていない。実習前には、評価していない。

### 臨床側)

態度グループの中でも、個人差がある。居眠りをしている。

実習中の学生としての表明。患者の用事を聞いてしまう。他の患者へ配慮。

患者様とのコミュニケーションうまくとれない。話をしていない。ずっと看護室にいる。

指導する際の、資料を自分なりに集めない、まとめない。インターネットの資料のだったりすことがある。前回の学生の資料をそのまま。

教員と実習指導者との連携時々密ではないことがある。

実習指導者からの宿題をやってこない学生がいる

**\*\* 「患者さんへの配慮」「コミュニケーション」の意味がわからない。**

ではどんな教育で「配慮」できるようになるのか？

⇒ひとつひとつを注意事項として指導。プロセスレコードの書き方を指導し、患者への関心の向け方が発見されるように促す。このことによって、学生は、自分のニーズを中心にしがちであるが、患者のニーズを考えられるようになるのか？安全確認、危険行動を考えることで患者のことが考えられるようになるのではないのか？

**\*\* 倫理上の問題（学生と新人看護師をみて）**

「やりました」がやっていない。自分の都合悪いことを言わない。自分をきちんと評価できない。学生は自分を高く評価している。交渉能力が乏しい。報・連・相ができない。

年齢が違くと新人と先輩の関係がうまくつかめない（プリセプター制度）

**基本的看護技術より人間性が重い**、また**看護師としての適性が重要視されている。**

しかしこれらは、OSCEでは評価できないことでは無いのか？目に見える技術より、見えないことが重要ではないのか？しかし、何を具体的にしたらいいのか？

**看護者として、専門職としてということを目的として教育していくことが重要！！**

**学生・新人看護師の「いえない」「聞けない」現象！！**

⇒看護実践する前の克服すべきことではないか？こういったことをクローズアップしていくことが、教育現場、臨床現場において必要ではないか？

しかし・・・どういったことを具体的にすればいいのか？新人看護師を見たときに臨床にでたときに、「自分」が中心的。「患者中心」に考えられない。学生と現場の違いをより認識。もっと看護師の仕事を見てほしい。自己評価が高いまま就職していることが多い。技術のできない背景をよく吟味していく。

**\* 学生に対する臨床の立場**

実習中に、臨床指導者だけでなく病棟全体で関わる。

学生を支える柱を増やす。病棟でも後輩を育てるという意識が必要ではないか。

「安心できる実習環境」「病棟の雰囲気作り」「先輩の接遇」



## 看護臨床実習前の技能・態度教育 と共用試験OSCE 実行可能な方法があるのか？

6G  
2006/11/11

### 臨床側

- 態度グループの中でも、個人差がある。居眠りをしている。
- 実習中の学生としての表明。患者の用事を聞いてしまう。他の患者へ配慮。
- 患者様とのコミュニケーションうまくとれない。話をしていない。ずっと看護室にいる。
- 指導する際の、資料を自分なりに集めない、まとめない。インターネットの資料のだ
- たりすることがある。前回の学生の資料をそのまま。
- 教員と実習指導者との連携時々密ではないことがある。
- 実習指導者からの宿題をやってこない学生がいる

### 倫理上の問題として

- 「やりました」がやっていない。
- 自分の都合悪いことを言わない。
- 自分をきちんと評価できない。
- 学生は自分を高く評価している。
- 交渉能力が乏しい。
- 報・連・相ができない。
- 年齢が違くと新人と先輩の関係がうまくつかめない(プリセプター制度)
- 基本的看護技術より人間性が重い。
- 看護師としての適性

### 学校側

- 実習終わった段階で自己評価、評価項目を記入している。
- 達成目標は、病棟と共有しているが、終了後の評価については病棟には連絡はしていない。実習前には、評価していない。

### 「患者さんへの配慮」「コミュニケーション」の意味がわからない。

- ではどんな教育で「配慮」できるようになるのか？  
⇒ひとつひとつを注意事項として指導。プロセスレコードの書き方を指導し、患者への関心の向け方が発見されるように促す。このことによって、学生は、自分のニーズを中心にしがちであるが、患者のニーズを考えられるようになるのか？  
⇒安全確認、危険行動を考えることで患者のことが考えられるようになるのではないのか？

### OSCEでは評価できないことが難しい

- 目に見える技術より、見えないことが重要ではないのか？
- 看護者として、専門職としてということを目的にして教育していくことが重要！！
- 「いえない」「聞けない」事  
看護実践する前の克服するべきことではないか？  
こういったことをクローズアップしていくことが、教育現場、臨床現場において必要ではないか？

## 7 グループ グループセッション報告

「臨地実習に際して学生に身につけて欲しい知識・技能・態度への希望」

### 1. 態度について

学生気分が抜けていないので、社会的常識は身につけてきて欲しい

例：言葉遣い、はなし言葉、宿題を出しても返事が無い、反応が返ってこない

挨拶、時間をまもる、約束をまもる

接遇に関連する教育が必要なのではないか

コミュニケーションが取りづらい

言葉の使い方（TPO や対象の特徴に配慮した言葉の使い方など）を身につける

分からないことはきちんと聞いて確認してほしい（「報告・連絡・相談」の徹底）

レポートの内容を口頭で表現できるようになって欲しい

礼を尽くして、謙虚に耳を傾ける姿勢をもって欲しい

\*病棟に慣れていない、患者になれていないのでは？

\*OSCE にはいる以前に習得しておくべき態度教育があるのではないだろうか？

### 2. 技能について

報告ができていない→コミュニケーションが取りづらいということにも通じる

侵襲の少ないケアは練習してきて欲しい（基礎的な清潔操作など）

臨床側でも「どのレベルまで実技を体験させてよいか」戸惑うこともある（排泄援助等）

→学生の持っている小冊子にある「経験して欲しい技術の内容・レベル」を参考にして欲しい

→実習を通して「技術の応用」に目を向けるところは良い。しかし、大学での学習のレベルの段階で、看護技術には応用がついてくるということころまで理解してきて欲しい

### 3. 知識について

過度の期待はしていない

4年制大学なのだから、基礎医学（解剖学・生理学）のきちんとした教育が必要なのではないか

### 4. その他（質問・意見）

実習に出る際のみだしなみについて

医学科では、「診療の際にはネクタイをつける」などの規定がある。看護部でも頭髪の色スケールがあるが、保健学科の学生にも遵守してもらえるのか

臨床指導者と教員の連携と臨床指導者と病棟スタッフ間の調整が今後益々必要なのではないか？

臨地実習に際して学生に身につけて欲しい知識・技能・態度への希望

7G

### 臨地実習を行う際、最低限身につけておくべき知識・技能・態度

- 社会常識に沿って態度、身だしなみ、挨拶、礼儀などを身につけてほしい
- 医療現場では、社会的常識加えて、倫理的な配慮・行動が求められる
- 社会常識については、家庭教育が基本
- 正しい知識を身につけるために、誰にでもいいから、わからないことをその場できちんと口に出せるようにしてきて欲しい

- 対象に合わせた言葉遣い(TPOにあわせて)で伝える努力をしよう!
- いろんな機会に積極的に参加する努力をしてみよう
- 知識については、過度の期待はしていない
- 態度・知識・技能以前に備えておくべきことがあるのでは?
- 約束を守る(時間を守る、期限を守る、報告をする)

## 8 グループ 「臨地実習を行なう際、最低限身につけておくべき知識・技能・態度は何か」

### <討議経過>

1. 資料7ページ技能・態度とは何を指すのか確認をしたい。

●技能とは、技術を提供するには、その根拠や知識が無ければ提供できないものであり、知識を含んだ技術を指す。知識・技術・態度を表しているとの事で、共通理解した。

2. 話し合う方法として、知識・技術・態度について個別に出し合うか、または、実習に来ている学生についての現状を出し合ってみる方法があるが。

● 現状を出し合ってみる事になる。

- ・ 接遇的なもの、身だしなみや態度は出来ている。新卒者より良い。
- ・ 技術的なところは未熟だが良いのではないか、安全に体が拭ければ良いのではないか。実習指導者は目標高い？
- ・ 新卒で勤めてから、すぐ対応できない。次々行動できない。考えられない、考えて行動していない。学生時の教育はどうなっているのか疑問。
- ・ 就職してから困らない教育。判断から援助が出来ない。アセスメントが出来ていない。
- ・ 言われた事はやる。判断が無い。
- ・ 報告が無い。また、何でも学生のように報告してくる。
- ・ 自分の計画に当てはめて実践している。患者の実態が把握できていない。
- ・ 分からないことを教えると出来る。
- ・ どうやって挨拶したらいいか分からない。自分たちから声をかけない。ただ立っていた。
- ・ 看護職についてほしくない人。食べ物をもらって食べた。患者を思いやれない。やはり人間性が大事な。
- ・ 受け持ち患者とコミュニケーションをとれず、看護室にいる学生をみかける。情報収集をするにしても話が出来ることは重要。年齢の違う人とのコミュニケーションをとる練習をしてきてほしい。
- ・ 就職時の看護師像を話し合えばよいのか。
- ・ 全てが看護職になるわけではない、単位が取れば良いという人もいる。教養を高め広い意味で人材教育をしている。教えると出来る。指導者を捜して報告が遅れるなど、こういう時はこうしてなど、指導者側が指示の出し方を再確認、動機付けの大切さなど、一つ手助けが必要。患者と話が出来ない様子であれば、仲介役になるなど手助けが必要。現在、学生の相談・指導として、学年担任制ではなく、各教員が数人の学生を担当するチューター制をとっている。
- ・ 大学は広い意味で教養を高めた人材教育ではあるが、看護大学なので、看護職としての人材育成をしてほしい。
- ・ 大学側と現場では望む人材のずれがあるのか？

3. 時間となりまとめに入る。

●学生を受け入れる立場として、教員側より現状を聞いたのは良かった。

●テーマについて、別紙にまとめる。

臨地実習を行う際、  
最低限につけておくべき  
知識、技能、態度は何かの検討

---

8グループ

最低限につけておくべき知識

---

- 判断できる能力
  - 人間を相手にしているという意識、  
人間をみる知識
  - 安全と安楽に関する知識
- 

最低限につけておくべき技術

---

- 手技、技術は、最初から高度なことは求めない
  - コミュニケーション技術
  - バイタルサインの測定
- 

最低限につけておくべき態度

---

- 挨拶
  - 積極的に発言する態度
  - 連絡、報告、相談する態度
- 

自分たちは先輩として

---

- 看護への動機付けを大切にしよう
  - 行動できるような具体的指示をしよう
  - まずは一緒にやってみて、知識、技術、  
態度を伝えよう
  - モデル看護師になろう
-

## 9 グループ 看護版の臨床実習前の技能・態度教育と共用試験 OSCE の検討

### 入院患者を迎える場面から臨地実習前教育と共用試験 OSCE を検討する

\* 患者は高齢者、障害者など疾患や発達段階のパターンを考え、それに合わせた対応をみる。

1. 記録の読み取り  
事前に情報収集し、患者様への適した対応を考える。
2. 患者様を迎えて部屋に案内する  
身だしなみ、挨拶、自己紹介、言葉使い、話の進め方、患者様との距離の取り方、安全確認  
患者様やご家族に配慮しながら行えるか。
3. 面談・情報収集・身体診察  
VS, 身長体重測定、患者様の状態把握  
身だしなみ、態度に注意し、患者様に配慮しながら話しができるか。
4. 症状アセスメント  
集めた情報や計測した値の正常異常の判断、疾患などとの関連  
Dr.への報告が必要かどうかの判断
5. 報告・連絡・相談  
情報収集し、症状アセスメントした内容を報告・連絡・相談する。  
正しく必要なことを判断して、報告・連絡・相談ができているか。  
自己の判断だけではなく、他者の意見も取り入れることができているか。
6. 環境整備  
患者様を正しくとらえ、患者様の背景を考えながら、患者様や家族に配慮しながら、事故防止に  
注意しながら、環境整備が行われるか。
7. 家族への対応
8. 看護技術  
車いす・ストレッチャーの移送移乗、清潔の援助（清拭・足浴・洗髪）、寝衣交換  
患者の立場も考えるためには、患者役にもなってみる。

#### 《まとめ》

1～8のステーションを設定することによって、以下の臨床実習前の技能・態度教育の項目が網羅されると考える。

- ◆ 身だしなみ・態度・行動
- ◆ 患者への配慮
- ◆ 安全確認
- ◆ 医療面接
- ◆ 身体診察、患者状態把握
- ◆ 情報収集・記録
- ◆ 看護技術

## 臨床実習前の技能・態度教育 と共用試験OSCE

9G

### 入院患者様を迎える場面から

1. 記録の読み取り
2. 患者様を迎えて部屋に案内する
3. 面談・情報収集・身体診察
4. 症状アセスメント
5. 報告・連絡・相談
6. 環境整備
7. 家族への対応
8. 看護技術

### 1. 記録の読み取り

情報収集し、患者様への対応を考える。

### 2. 患者様を迎えて部屋に案内する

身だしなみ  
挨拶、自己紹介  
言葉使い、話の進め方  
患者様との距離の取り方  
安全確認

患者様やご家族に配慮しながら行えるか。

### 3. 面談・情報収集・身体診察

VS、身長体重測定  
患者様の状態把握

身だしなみ、態度に注意し、患者様に  
配慮しながら話しができるか。

### 4. 症状アセスメント

計測した値の正常異常の判断  
疾患などとの関連  
Dr.への報告が必要かどうかの判断

## 10グループ 「臨地実習を行う際最低限身につけておくべき態度は何か」

臨床実習開始前に最低限身につけておくべきことはなにか？

- ・挨拶、社会人としてのマナー。新人には「ほうれんそう」を徹底して教えている。

「態度」に焦点をしばって話し合う。

### 1. 学生の態度やマナーに関する教育は？

- ・全学教育1年間（国立大で一番多い）。多くの時間をさいて全人教育を実施している。

全人教育に対する学生自身の評価は高い。

社会人としての教育はされているというのは前提として学部教育へ。

しかし、現場に出たときに社会人としてのマナーができていないのであれば検討が必要。

学校として、学生の行動（社会人としてのマナーを習得しているか）はチェックしているのか？

- ・人間としての態度・ふるまい、看護職としての態度・ふるまい・・・

どこまでが大学での教育の範囲なのか？

全学教育を受けてきた学生の社会人としてのマナーの習得度はどうか？（臨床からの疑問）

- ・社会人としてのマナーは細かく確認しているが、習得しているかの確認をするところからはスタートしていない。学生担当チューターが社会人としてのふるまいを確認？学生時代に臨床側から話をしてもらう？

- ・大学の放任主義 前社会人への教育も必要

全学教育は人間的に豊かにはなるが OSCE によって看護職としてのマナーをチェックすることは重要では？大学側として OSCE は可能なのか？

- ・OSCE のようなチェック体制は必要。どのようにしたら可能かを考えていく必要がある。
- ・OSCE のような実習（演習）を意識して取り入れていけばよいのではないか？（部屋をノックするところから退室するまで・・・など）

### 2. 人間性の豊かさを行動に生かせるか？どこまで求めるのか？そのチェックをどのようにするか？言語化はできるが行動できない。

- ・OSCE が入ることで学生への刺激にはなる。一回で身につくものではない。
- ・学生自身に大学や臨床が伝えたいことをわかってもらうことも必要。
- ・学内での演習は、一連の流れで行うことで学生の意識がかわってくるのではないか？（助産学生のロールプレイング。学生が患者様役をし看護者のふるまいをフィードバック）

### 3. 臨床実習前に行ってほしい具体的項目：多重課題への対応方法 基本的な方法（看護の流れ）は大学、実際の場面での対応については臨床で、というように役割分担できる。

臨床実習の効果・・・臨床での実践モデル：実習を行うことでの変化。臨床ではロールモデルを常に提供してもらえ意義は大きい。それによって学生の態度も変化する場合もある。

○臨床と大学でのやりとりをよりオープンにし連携して、大学側の教育を臨床でチェックし、フィードバックしていく必要がある。

○新人にとっては、多重課題をこなせないことが自信喪失の大きな原因になっている。OSCE を実施することで臨床に入った時点での落ち込みを減らすことができると思う。新人の離職低下にもつながると思う。



## 臨地実習を行う際 最低限身につけておくべき態度は何か

10G

## 臨床実習開始前に 最低限身につけておくべきことは？

臨床からの意見

- 新卒者を見て・・・  
挨拶、社会人としてのマナーが身につけていない  
報・連・相ができない

↓  
態度に焦点をしばって考える

## 学生の「態度」に関する状況

- 全学教育1年間(国立大で一番多い)  
多くの時間をさいて全人教育を実施している
- しかし、現場に出たときに社会人としてのマナーができていない。
- 学生の社会人としてのマナーの習得度はどうなのだろうか？  
(臨床側の疑問)

わかっているけど行動できない。  
人間性の豊かさをどう行動に生かせるか？  
どこまで求めるのか？

OSCEなどによって看護職としてのマナーをチェックすることも必要では？

## 看護職としてのマナー(態度)を 身につけるために

- OSCEを実施することは学生への刺激(動機づけ)になる。
- 一回で身につくものではないので大学と臨床での継続教育は必要。
- 学生自身に大学や臨床が伝えたいことをわかってもらうことも必要。
- OSCEのような実習(演習)を意識して取り入れていく  
学内での演習は一連の流れで行う  
(ロールプレイングで学生が患者様役をし看護者のふるまいをフィードバックすると、実際に学生の意識が変わってくる)

## 臨床実習前に実施しておくべき具体的項目(例)

多重課題への対応方法。

看護場面での基本的な個別対応の方法は大学で教育、評価し、実際の場面での対応のしかたについては臨床、というように役割分担が可能。

大学側の教育をチェックし、フィードバックしていくことも可能。

(新人にとっては、多重課題をこなせないことが自信喪失の大きな原因になっている。OSCEを実施することで臨床に入った時点での落ち込みを減らすことができると思う。新人の離職低下にもつながると思う。)

---

資料 アンケート集計結果

---

## アンケート結果

第2回東北大学看護教育ワークショップの評価を行うために、参加者に向けて評価アンケートを行った。その結果を報告する。

参加者78名のうち、回答者は47名であった。

### 1. 全体の構成について

「Q1. 全体のプログラムの構成はいかがでしたか？」に対し、「非常に良かった」3名6.5%、「良かった」33名71.7%、「普通」9名19.6%、「悪かった」1名2.2%であった。78%強が「非常に良かった」「良かった」と評価をしていた。

Table1 プログラム構成 n=46

	非常に良かった	良かった	普通	悪かった	非常に悪かった
数	3	33	9	1	0
%	6.5	71.7	19.6	2.2	0

### 2. 基調講演の内容について

「Q2. 基調講演の内容はグループワークを行う上で役に立ちましたか？」に対し、「非常に役立った」8名17.0%、「役に立った」32名68.1%、「普通」7名14.9%であり、およそ85%が基調講演に対し、「非常に役立った」「役に立った」と評価していた。

Table2 基調講演 n=47

	非常に役に立った	役に立った	普通	役に立たなかった	非常に役に立たなかった
数	8	32	7	0	0
%	17.0	68.1	14.9	0	0

### 3. グループ討論への姿勢について

「Q3. グループ討議へは、積極的に参加できましたか？」で参加者のグループ討議への姿勢を評価した。「非常に積極的だった」2名4.3%、「積極的だった」24名51.1%、「普通」18名38.3%、「消極的だった」3名6.4%であった。ほとんどの参加者が真剣にグループワークに参加していた。

Table3 討論の姿勢 n=47

	非常に積極的だった	積極的だった	普通	消極的だった	非常に消極的であった
数	2	24	18	3	0
%	4.3	51.1	38.3	6.4	0

#### 4. グループ討論の時間配分について

「Q4. グループ討論の時間配分はいかがでしたか？」では、「長かった」1名 2.1%、「ちょうど良い」41名 87.2%、「短かった」5名 10.6%であった。8割強が時間配分を適当と答えていた。

Table4 グループ討論配分時間 n=47

	非常に長かった	長かった	ちょうど良い	短かった	非常に短かった
数	0	1	41	5	0
%	0	2.1	87.2	10.6	0

#### 5. 全体報告会について

「Q5. 全体報告会はいかがでしたか？」では、「非常に効果的だった」2名 4.3%、「効果的だった」が36名 78.3%と8割以上が報告会を「非常に効果的・効果的であった」と評価していた。

Table5 全体報告会 n=46

	非常に効果的だった	効果的だった	普通	効果的でなかった	非常に効果的でなかった
数	2	36	8	0	0
%	4.3	78.3	17.4	0	0

#### 6. 全体報告会の時間配分について

「Q6. 全体報告会の時間配分はいかがでしたか？」では、「長かった」2名 4.3%、「ちょうど良い」43名 93.5%、「短かった」1名 2.2%であり、9割強が時間配分は適当であると評価していた。

Table6 全体報告会配分時間 n=46

	非常に長かった	長かった	ちょうど良い	短かった	非常に短かった
数	0	2	43	1	0
%	0	4.3	93.5	2.2	0

#### 7. ワークショップ満足度

「Q7. 今回のワークショップに満足はしていますか？」では、「非常に満足している」1名 2.1%、「満足している」30名 63.8%、「普通」15名 31.9%であった。約6割強がこのワークショップに満足しているようであった。

Table7 ワークショップ満足度

n=47

	非常に満足している	満足している	普通	不満足	非常に不満足
数	1	30	15	1	0
%	2.1	63.8	31.9	2.1	0

## 8. 実践へのいかし

「Q8. 今回のワークショップを看護教育の実践の場にかして行きたいと考えていますか？」では、「非常に考えている」6名 12.8%、「考えている」24名 51.1%、「機会があれば」17名 36.2%であった。大方の人が実践の場にかして行きたいと考えているようであった。

Table8 実践へのいかし

n=47

	非常に考えている	考えている	機会があれば	考えていない	全く考えていない
数	6	24	17	0	0
%	12.8	51.1	36.2	0	0

## 9. 自由記述について

自由記述は、14件寄せられた。その内容は下記のとおりである。

### 1) 日程や会場、グループセッションの設定について

「自分の休みを使つての出席なので午前か午後にしてほしい」という日程の設定について意見が寄せられた。また「講演の際のマイクが聞き取りにくい感じがしたので、調整をしっかりとお願いしたい」という会場設定への要望があった。

グループセッションでは、「パソコン入力で記録などしていかなければならず、ついていくのに大変だと感じた」と、グループでのディスカッションと同時進行でパソコン入力をする事への大変さが意見として寄せられた。

### 2) 今後への要望

今後への要望については、「臨床と教育が連携して看護教育を考えられるようになったことは大変喜ばしいことだと思うので次回もこのような場を設けて欲しい」、「是非、看護版オスキーを立ち上げて欲しい」など、臨床と教育が協働で行うワークショップが今後も継続されることへの要望および看護版オスキーを確立することへの要望が寄せられた。

### 3) 感想

ワークショップに参加しての感想としては「ワークショップで出てきた内容で素晴らしいものは、実行できるように計画していくことが必要」、「病棟では学生に対して態度に重点をおいていることが分かったが、態度面を客観的に評価するのは難しい」という感想が

あげられていた。また、「オスキーの導入について実行できるように考えていきたい」、「臨床と教育の連携が大事であることを痛感。是非、実現させていきたい」というオスキーの導入について、臨床と教育の場が協同し、実現できるように行動したいという抱負があげられていた。

グループセッションに対して、「臨床と大学が共に考える機会がもててよかった」、「グループセッションの意見交換が有用だった」、「グループセッションでは保健学科の先生の話が聞けて参考になった」など、臨床と教育の場が意見交換し共に考える場がもてたことに対して評価していた。また、「ワークショップに参加して大変勉強になった」、「知らなかったのが勉強になった」とワークショップの最大のテーマであるオスキーについて知識を得ることができたことを評価していた。



## 第2回 東北大学看護教育ワークショップを終えて

医学部保健学科

吉沢豊予子

第2回東北大学看護教育ワークショップを無事終えることができました。開会の挨拶で洞口保健学科長は学術集会、研究会の第1回とつくものは数多くある、しかし、これが第2回、3回と続くものは少なく、いつの間にか消滅してしまっていることがある。その中で、この会が第2回を迎えることができたことは非常に喜ばしいことであり、関係者の努力の賜物というような内容を話されたと記憶しています。一時、第2回が本当に開催できるのであろうかと老婆心ながら心配していた私にとってもうれしい限りです。

今年のワークショップは、大学病院看護部職員と保健学科看護系教員の交流と看護教育に関する研鑽の場であることはもとより、保健学科教育教員研修を兼ねたものにもなりました。ワークショップの基調講演で社団法人 医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長の福田康一郎先生が、「臨地実習開始前に行う「共用試験」のねらいと導入」についてお話くださったこともあり、看護学専攻の教員だけでなく、他専攻の教員もお話を聞く機会を得ることができました。現在国を挙げ、大学教員のファカルティ・デベロップメントには力を入れています。そして、これらは大学の努力義務から義務に変わりつつもあります。研究第一主義の理念を持つ東北大が学生の教育向上のために自身の教授技術のアップにどのように取り組んでいくのかを問われることにもなりました。このような意味でも非常に価値あるワークショップになったと思います。

今回のワークショップの課題は臨地実習前に行う「共用試験」の看護学教育への導入の可能性と課題でしたが、看護の実践能力を問われる看護教育にとって、教育側からの取り組みを臨地の方々と一緒に考えるものになりました。臨床側では、新卒1年生が身に付けておきたい看護実践能力とは何かを日ごろの経験から話され、教育側はそれを学校教育の中でどのように確実な能力にするにはどのように取り組むことが大切か考えることができました。

このように臨地、教育側両方から話し合うことは非常に有意義であり、参加者の皆様もそれを実感したことと思います。肌寒い1日でしたが、皆様、ご苦労様でした。

準備委員（五十音順）

赤間和子	東北大学病院看護部
小山田信子	東北大学医学部保健学科看護学専攻
齋藤美華	東北大学医学部保健学科看護学専攻
佐藤喜根子	東北大学医学部保健学科看護学専攻
柴田弘子	東北大学病院看護部
菅原美知子	東北大学病院看護部
杉山敏子	東北大学医学部保健学科看護学専攻
門間典子	東北大学病院看護部

---

2006年看護教育ワークショップ報告書

編集 東北大学医学部保健学科看護学専攻  
東北大学病院

発行 2007年1月

東北大学医学部保健学科

〒 980-8575 仙台市青葉区星陵町2番1号

---