

## 成人看護学におけるOSCEの試み

# On trial of Objective Structured Clinical Examination in Adult Nursing

内田 倫子<sup>\*1</sup>・土屋八千代<sup>\*1</sup>・赤星 成子<sup>\*1</sup>・山田美由紀<sup>\*1</sup>・緒方 昭子<sup>\*1</sup>・奥 祥子<sup>\*1</sup>

Rinko Uchida<sup>\*1</sup>・Yachiyo Tsuchiya<sup>\*1</sup>・Nariko Akahoshi<sup>\*1</sup>  
Miyuki Yamada<sup>\*1</sup>・Shoko Ogata<sup>\*1</sup>・Shoko Oku<sup>\*1</sup>

キーワード：OSCE（客観的臨床能力試験）、看護実践能力、教育評価、慢性期  
OSCE (Objective Structured Clinical Examination),  
practical nursing competence, education evaluation, chronicity

### I. はじめに

医療機関では医療の高度化と技術の進展に伴い、在院日数の短縮や患者の高齢化などと相まって、高密度で総合的な看護が求められており、看護基礎教育における技術教育の重要性は増している<sup>1)</sup>。一方、看護基礎教育の状況は臨地実習時間の減少、患者の人権への倫理的配慮や医療安全確保のため看護技術実習の範囲や機会が限定され、実習での体験が減少してきている<sup>2)</sup>。このことは、平成15年の「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」<sup>1)</sup>においても指摘され、看護の基礎技術が確実に修得できるように教育内容、方法を充実させる方針が打ち出され、看護実践能力育成のため臨地実習における学生の到達レベルの適正評価が必要であることが提言された。

近年、医学教育を中心とした専門職育成において、知識・技能・態度・適正に優れた人材育成を目指して客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination；以下、OSCE）が導入されてきている<sup>3)~7)</sup>。OSCEは精神運動領域及び情意領域の学習効果を評価するのに適しており、臨床技能の到達度を客観的に評価するために開発された評価方法である。現在全国的に普及が進展している様子であり、先行研究ではOSCEを導入するため技術内容の判定基準や、

試験を実施するための内容の絞り込みとその有効性等が報告されている<sup>3)~7)</sup>。

本学科は大学附属病院を併設しており、高度な医療・技術に対応できる資質の高い看護専門職の育成をめざしている。臨床看護学を教授する当講座の援助技術教育においても、対象者の状況やニーズを総合的に配慮できる実践能力の高い看護専門職としての技術修得をめざした教育を展開し、看護実践能力育成に効果的な臨地実習教育システムの構築を検討中である。第1回生から臨地実習での展開を視野に入れた授業展開<sup>2)8)</sup>を試行しており、中でも技術試験をOSCEとして位置づけ臨地実習前に導入し、毎年評価<sup>9)</sup>を重ねながら実施している。

今回は、当講座が試みているOSCEについて成人看護学分野での評価を行い、その教育効果と課題を明らかにすることを目的とした。

### II. 当講座OSCEの経緯

当講座OSCEは、設定した対象の状況を判断して複合的な課題技術をロールプレイで体験させることで、対象理解と提供する技術の根拠の確認を行わせ、その作業を通して、臨地実習での学びを統合できることをねらいとしている。成人看護学の臨地実習は、急性期・慢性期の各3単位（135

※1 宮崎大学医学部看護学科 成人・老年看護学講座  
School of Nursing Faculty of Medicine University of Miyazaki

時間)を大学附属病院で実施し、OSCEは実習前週に実施している。第1回生は、臨床実習での実施頻度の高い技術として、『血圧測定』、『タッピング・ドレナージ』を選定・実施した。全領域実習終了後に学生の同意を得て実施したアンケート(36人分;回収率64.3%)から、『血圧測定』はどの領域実習でも役立つ技術であることや、『タッピング・ドレナージ』は受持ち対象や病棟の状況にあわずに実施することがなかった等の意見を得た。それらを基に、第2回生以降は、臨床実習での実施頻度や技術の知識・手順に加えて、対象理解、実践上の安全性考慮、対人技術の施行におけるコミュニケーション技術はもとより、対象の状況からニーズを総合的に配慮した上で技術提供できること、観察と諸現象との統合的思考が育成されること等を期待した。そのため、15分程度の所要時間を目安とした以下の技術内容で、準備から後片づけまでを一連の技術として修得できるようにした。

・慢性期実習状況設定:「冠動脈造影検査2時間後(ベッド上安静・持続輸液中)の成人期患者の、尿取りこぼしによる汚染寝衣と横シーツの交換」とした。これは前述した報告書<sup>1)</sup>の安全管理と清潔・衣生活技術を主軸にして、環境調整、活動・休息、創傷管理、与薬、症状・生態機能管理、感染予防、安楽確保、人間関係形成の方法などの技術分類項目が包含される。

・急性期実習状況設定:「胃切除術後1日目(胃管・硬膜外チューブ留置、持続輸液中)の成人期患者の、創部浸出液による汚染したガーゼ・腹帯・寝衣の交換」で、感染予防(特に無菌操作)と安全管理を主軸にして、慢性期と同様の技術分類項目が包含される。

### Ⅲ. 方法

1. 対象者:平成17年10月~平成18年7月の間に、成人看護学臨地実習を実施したA大学看護学生56名。

2. 内容:技術項目は予告し、実習室を開放して学生の主体的な練習を奨励した。本試験は原則として臨地実習前週に実施。特に安全確保が不足し

危険行為がある不合格者は、実習開始までに安全確認を行い、再試験は合格基準に到達するまで実施した。評価法については、教員間の評価の差異が生じないように項目内容・点数配分等については検討会とマニュアルを作成し共通理解をした。今回は分析を終了した慢性期のみを対象とした。評価項目と基準、OSCEの具体的展開は以下の通りである。

1) 評価項目;交換前の準備~片づけ・報告までの合計40項目について、「できる(2点)~「できない(0点)」の3段階評価とした。

2) 合格基準と再試験条件;第1.2回生のOSCEと臨地実習の評価を踏まえて、実習での経験が対象特性のアセスメント能力に左右されること、臨地における看護技術は何よりも対象の安全性が優先されることを考慮して項目の重み付けを行った。更に実習の進行と共に実習場において要求される技術レベルを考慮して実習クールにおける重みづけを導入した。評価点数は、1~4クールは48点(60%)以上、5~6クールは56点(70%)以上、7~8クールは60点(75%)以上を合格とした。評価は点数のみでなく患部の安静不保持や転落に繋がるような場合は危険行為として不合格、時間内に終了できなかった場合も不合格とした。

3) 具体的展開方法:学生は2人1組となり、患者役と看護師役を分担する。実施後に自己評価→患者役評価→教員評価を行う。その後、教員評価のチェック表に学生の自己評価と感想欄を設け自由記載してもらい当日中に教員へ提出する。

3. データ分析方法:評価項目を単純集計し、「平均値+1標準偏差」以上の点数を修得の高い技術項目、「平均値-1標準偏差」以下の点数を修得の低い技術項目と見なした。学生の自己評価と感想は、ラベルとなる短文を抽出後、意味の類似性に従ってカテゴリー化した。信頼性・妥当性の確保のために、主に研究者3名が分類・整理したものを研究者全員で合意が得られるまで検討した。

4. 倫理的配慮:全ての評価が終了し卒業した対象者に、文書にて研究の趣旨と意義、評価点数・

内容は統計的処理により個人は特定されないこと、データは本研究の目的以外は使用しないこと等を記し、H19年8月に郵送又は直接手渡し、署名による同意を得た。

#### IV. 結果

同意の得られた48名（有効回収率は85.7%）を

解析対象とした。

1. 得点評価（表1）；本試験での合格者28名（58.3%）、不合格20名であり、不合格者は実習の全時期に存在した。その内訳は、点数不足15名（75.0%）、時間切れ3名（15.0%）、危険行為2名（10.0%）であり、全員が再試験は1回で合格していた。本試験の平均値は56.60（±9.79）点で、

表1 成人看護学慢性期分野の技術評価項目の得点

| 評価項目                       | 全体                      | 合格者         | 不合格者        |             |           |
|----------------------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
|                            | 本試験<br>n=48             | 本試験<br>n=28 | 本試験<br>n=20 | 再試験<br>n=20 |           |
| 1 目的・方法説明（了承を得る）           | 1.38±0.57               | 1.32±0.48   | 1.45±0.69   | 1.55±0.51   |           |
| 2 物品準備・環境調整                | 必要物品準備                  | 1.83±0.38   | 1.93±0.26   | 1.70±0.47   | 1.85±0.37 |
|                            | 室温・プライバシー・周囲環境          | 1.65±0.67   | 1.68±0.61   | 1.60±0.75   | 1.65±0.67 |
| 3 患者状態観察                   | バイタルサイン測定               | 0.77±0.69   | 1.04±0.64   | 0.40±0.60   | 1.85±0.37 |
|                            | 患者全身状態観察                | 0.65±0.56   | 0.86±0.45   | 0.35±0.59   | 1.05±0.60 |
|                            | 重要観察部位の観察               | 0.96±0.65   | 1.29±0.46   | 0.50±0.61   | 1.45±0.51 |
| 4 保温・プライバシー配慮のための掛物        | 1.81±0.45               | 1.82±0.48   | 1.80±0.41   | 2.00±0      |           |
| 5 シーツ交換手順：準備               | 1.83±0.43               | 1.75±0.52   | 1.95±0.22   | 1.95±0.22   |           |
| 6 寝衣交換手順：袖を脱がせる            | 寝衣を脱がせる準備               | 1.83±0.48   | 1.93±0.26   | 1.70±0.66   | 1.90±0.45 |
|                            | 袖を脱がせる                  | 1.90±0.37   | 1.86±0.45   | 1.95±0.22   | 1.85±0.49 |
| 7 寝衣・シーツ交換手順：側臥位へ          | 安全配慮し側臥位へ               | 1.52±0.50   | 1.57±0.50   | 1.45±0.51   | 1.60±0.60 |
|                            | 安楽配慮                    | 1.19±0.61   | 1.11±0.69   | 1.30±0.47   | 1.75±0.55 |
|                            | 寝衣・シーツ交換手順：汚染分の敷き込み・除去  | 1.85±0.41   | 1.79±0.50   | 1.95±0.22   | 2.00±0    |
| 8 清拭（半身）                   | 1.56±0.80               | 1.68±0.67   | 1.40±0.94   | 1.90±0.31   |           |
| 9 寝衣交換手順：袖を着せる             | 1.65±0.67               | 1.75±0.59   | 1.50±0.76   | 1.65±0.59   |           |
| 10 寝衣交換手順：襟位置を確認して寝衣を広げる   | 1.85±0.36               | 1.86±0.36   | 1.85±0.37   | 1.65±0.67   |           |
| 11 寝衣・シーツ交換手順：交換分の敷き込み     | 寝衣：交換分の中央位置確認、汚染分との混合注意 | 1.54±0.62   | 1.75±0.44   | 1.25±0.72   | 1.65±0.49 |
|                            | シーツ：中央位置確認・考慮           | 1.79±0.41   | 1.82±0.39   | 1.75±0.44   | 1.85±0.37 |
| 12 寝衣・シーツ交換手順：反対側臥位へ       | 安全・安楽配慮し側臥位へ            | 1.52±0.50   | 1.54±0.51   | 1.50±0.51   | 1.45±0.51 |
|                            | 残りの半身清拭                 | 1.60±0.71   | 1.68±0.61   | 1.50±0.83   | 1.60±0.50 |
|                            | 交換分の取り出し                | 1.77±0.47   | 1.79±0.42   | 1.75±0.55   | 1.75±0.44 |
| 13 寝衣・シーツ交換手順：安全配慮し仰臥位へ    | 1.60±0.68               | 1.71±0.53   | 1.45±0.83   | 1.30±0.80   |           |
| 14 寝衣交換手順：寝衣を脱がせる          | 輸液に注意し、袖を脱がせる           | 1.35±0.70   | 1.50±0.64   | 1.15±0.75   | 1.50±0.61 |
|                            | 汚染分（不潔）の取り扱い            | 1.77±0.59   | 1.96±0.19   | 1.50±0.83   | 1.75±0.55 |
| 15 寝衣交換手順：寝衣を着せる           | 輸液注意し、袖に輸液を通す           | 1.52±0.55   | 1.50±0.58   | 1.55±0.51   | 1.45±0.69 |
|                            | 袖を着せる                   | 1.79±0.41   | 1.82±0.39   | 1.75±0.44   | 1.75±0.44 |
| 16 寝衣・シーツ交換手順：しわを伸ばす       | 協力を得る                   | 1.35±0.76   | 1.39±0.74   | 1.30±0.80   | 1.85±0.49 |
|                            | 不具合確認                   | 1.56±0.68   | 1.79±0.42   | 1.25±0.85   | 1.65±0.67 |
| 17 寝衣交換手順：整え、帯を結ぶ          | 1.81±0.49               | 1.93±0.26   | 1.65±0.67   | 1.90±0.31   |           |
| 18 シーツ交換手順：しわを伸ばし、ベッドメイキング | 1.69±0.62               | 1.82±0.48   | 1.50±0.76   | 1.90±0.31   |           |
| 19 掛物を整え、ねぎらいの言葉かけ         | 1.52±0.68               | 1.61±0.57   | 1.40±0.82   | 1.65±0.67   |           |
| 20 患者状態観察                  | バイタルサイン測定               | 0.75±0.67   | 0.93±0.47   | 0.50±0.83   | 1.80±0.62 |
|                            | 患者全身状態観察                | 0.58±0.54   | 0.86±0.45   | 0.20±0.41   | 1.10±0.64 |
|                            | 重要観察部位観察                | 0.88±0.70   | 1.32±0.48   | 0.25±0.44   | 1.40±0.60 |
|                            | 輸液確認                    | 0.98±0.86   | 1.46±0.64   | 0.30±0.66   | 1.40±0.75 |
| 21 片づけ                     | 寝衣片づけ                   | 0.88±0.94   | 1.39±0.88   | 0.15±0.37   | 0.95±0.94 |
|                            | 環境調整                    | 1.04±0.97   | 1.43±0.88   | 0.50±0.83   | 1.55±0.76 |
| 22 全体を通して                  | 説明・声かけ                  | 1.23±0.83   | 1.64±0.56   | 0.65±0.81   | 1.70±0.47 |
|                            | 褥瘡好発部位皮膚状態観察            | 1.02±0.93   | 1.39±0.83   | 0.50±0.83   | 1.45±0.83 |
|                            | 報告                      | 0.79±0.87   | 1.25±0.84   | 0.15±0.37   | 1.40±0.75 |
| 総計                         | 56.60±9.79              | 62.50±4.86  | 48.30±8.94  | 65.40±4.74  |           |
| 平均                         | 1.41±0.40               | 1.56±0.30   | 1.21±0.59   | 1.64±0.25   |           |

※全体を通して ■ は「修得の高い技術項目」、□ は「修得の低い技術項目」

実習の進行に伴い高くなっていた。合格者のみは62.50 (±4.86) 点, 不合格者のみは48.30 (±8.94) 点で, 再試験では65.40 (±4.74) 点であった。

得点の高い項目は〈必要物品準備〉, 〈袖を脱がせる〉, 〈汚染分の敷き込み・除去〉, 〈襟位置を確認して寝衣を広げる〉, 〈整え, 帯を結ぶ〉などの8項目であり, 低い項目は交換前と後の〈患者状態観察〉, 〈寝衣片づけ〉, 〈報告〉などの9項目であった。合格者・不合格者の得点傾向は類似して

いたが, 特に不合格者は〈患者の状態観察〉や〈環境調整〉, 〈褥瘡好発部位皮膚状態観察〉が低かった。また, 不合格者の平均点が約半分以下となっている項目もある一方で, 〈目的・方法説明〉, 〈安全配慮〉, 〈輸液に注意し, 袖に輸液を通す〉は合格者より高かった。再試験では〈患者状態観察〉や〈全体を通して〉の項目を始めとした21項目で合格者の点数を上回っていた。

2. 自由記載による自己評価 (表2); 本試験で

表2 成人看護学慢性期分野の技術評価における学生の自己評価・感想

| 本試験 n=48 (ラベル総数 167) |             |      |                      |      | 再試験 n=20 (ラベル総数 61) |            |      |                   |      |
|----------------------|-------------|------|----------------------|------|---------------------|------------|------|-------------------|------|
| 順位                   | カテゴリー (9)   | ラベル数 | サブカテゴリー (30)         | ラベル数 | 順位                  | カテゴリー (10) | ラベル数 | サブカテゴリー (27)      | ラベル数 |
| 1                    | 患者状態観察不足    | 32   | 検査後観察の不足             | 14   | 1                   | 習得できたこと    | 21   | 患者状態観察            | 6    |
|                      |             |      | 一般状態観察の不足            | 9    |                     |            |      | 根拠を踏まえた援助         | 3    |
|                      |             |      | 交換後の循環動態の観察の不足       | 4    |                     |            |      | 時間内での援助           | 3    |
|                      |             |      | 行為ごとの観察の不足           | 3    |                     |            |      | スムーズな手順           | 3    |
|                      |             |      | 造影剤の副作用の観察の不足        | 2    |                     |            |      | 安全を考えた援助          | 2    |
| 2                    | 安全への配慮不足    | 26   | 点滴ルートへの不注意           | 14   | 2                   | 説明不足       | 7    | 患者への配慮 (片づけ・環境整備) | 2    |
|                      |             |      | 患側下肢の屈曲              | 8    |                     |            |      | 患者設定を意識した援助       | 1    |
|                      |             |      | 転倒・転落の危険 (側臥位時のベッド柵) | 4    |                     |            |      | 行為ごとの説明           | 1    |
| 3                    | 安楽への援助不足    | 22   | 患者への負担: 無駄な動き・やり直し   | 8    | 2                   | 安全への配慮不足   | 7    | 行為ごとの説明           | 3    |
|                      |             |      | 側臥位時の不安定な体位          | 7    |                     |            |      | 根拠の説明             | 3    |
|                      |             |      | 安楽の保持; 安楽枕の使用の仕方     | 5    |                     |            |      | 安心感を与える説明         | 1    |
| 4                    | 技術の練習不足     | 20   | 交換の不手際 (しわ, 手順の誤り)   | 2    | 4                   | 根拠に基づく観察不足 | 6    | 輸液ルートへの注意         | 3    |
|                      |             |      | 時間内に終わらない            | 10   |                     |            |      | 患部の安静の保持          | 3    |
|                      |             |      | 拭き忘れ, 拭き残し           | 6    |                     |            |      | 言葉使い              | 1    |
| 5                    | 根拠に基づく観察不足  | 18   | 交換手順がイメージできない        | 4    | 5                   | 安楽への援助不足   | 5    | 根拠をもった患者観察        | 5    |
|                      |             |      | 一般状態観察の根拠が不十分        | 16   |                     |            |      | 対象特性の把握           | 1    |
|                      |             |      | 検査に伴う観察項目の根拠がわからない   | 11   |                     |            |      | 不安定な体位: 安楽枕       | 3    |
| 6                    | 血圧測定技術の習得不足 | 17   | 根拠を踏まえない援助           | 1    | 7                   | 事前学習・練習不足  | 4    | 長時間の同一体位: 側臥位     | 2    |
|                      |             |      | マンシエットの巻き方           | 9    |                     |            |      | 行為ごとの観察が必要        | 2    |
|                      |             |      | 上腕動脈の位置              | 4    |                     |            |      | 対象特性を踏まえた援助       | 2    |
|                      |             |      | 測りっ放し                | 2    |                     |            |      | 予測をもった観察          | 1    |
| 7                    | 説明と声かけ不足    | 13   | 測り直し                 | 1    | 8                   | 再試験の意義     | 3    | 検査についての知識不足       | 2    |
|                      |             |      | 聴診器の扱い方              | 1    |                     |            |      | 技術練習不足            | 1    |
|                      |             |      | 患者説明: 安心し納得できる説明     | 7    |                     |            |      | 観察項目の理解不足         | 1    |
| 8                    | 患者への配慮不足    | 12   | 行為ごとの声かけ             | 6    | 9                   | 学習への意欲     | 2    | 再試験の意義            | 3    |
|                      |             |      | プライバシー               | 6    |                     |            |      | 学習への意欲            | 2    |
|                      |             |      | 身の回りの整理              | 3    |                     |            |      | 緊張感: 思うようにできなかった  | 1    |
| 9                    | 患者に合わせた援助不足 | 7    | 片づけ                  | 3    | 10                  | 緊張感        | 1    | 緊張感: 思うようにできなかった  | 1    |
|                      |             |      | 対象特性を踏まえない援助         | 5    |                     |            |      |                   |      |
|                      |             |      | 手順に気がとられた            | 2    |                     |            |      |                   |      |

※下線ありは, 患者役の体験からの学び・気づきも加えられた評価



は総数167のラベルから、9カテゴリーが抽出され、[検査後観察の不足]、[一般状態観察の不足]、[交換後の循環動態観察の不足]等の《患者状態観察不足》が最多で、順に《安全への配慮不足》、《安楽への援助不足》であり、指摘された不足点を中心に評価がなされていた。また、教員や患者役の学生による他者評価や患者役の体験によって《説明不足》や《観察不足》、《配慮不足》などに気づかされ、患者の立場に立った安全・安楽への配慮や援助に繋がったことが記載されていた。再試験は総数61のラベルから10カテゴリーが抽出された。[患者状態観察]・[根拠を踏まえた援助]・[時間内での援助]・[スムーズな手順]等の《習得できたこと》が最多で、他《説明不足》や《安全への配慮不足》を始めとした具体的不足点と、《再試験の意義》や《学習への意欲》等も記載されており、指摘された不足点に加えて習得できたことや学びが評価されていた。

## V. 考察

本試験で約6割は合格したが、OSCEで目的とした主技術である安全管理に関しては、危険行為があった者は2名であり、技術の〈患者状態観察〉が低かったことは、設定した項目が専門的な検査に伴う看護が要求されたためと考える。清潔・衣生活に関する技術は平均的に高かったが、輸液をしている側（患側）の袖を脱がせることは平均値以下であった。寝衣交換は基礎的看護技術であるが、患側設定の場合は専門的な技術が要求されるためと考える。また、不合格者の9割は点数不足と時間切れであった。今回の対象学生には時間制限と実習時期による点数の重みづけを導入したことで、実習の全期間を通して点数不足者がでたと考えられる。学生の修得が高い技術項目は、〈必要物品準備〉や寝衣・シーツ交換の手順等、練習を重ねることによって上達する項目であり、反対に低いのはアセスメント能力や知識を最も必要とする〈患者状態観察〉、〈報告〉であった。清水ら<sup>10)</sup>は、技術習得の困難な部分は患者への説明、観察、声かけ、体位の工夫など患者を人間として捉えた配慮が引き起こす行動である、と述べている。看護基

礎教育の充実に関する検討会の中間的なとりまとめ<sup>11)</sup>の中にも、強化すべき教育内容についてコミュニケーション技術とフィジカルアセスメントがあげられている。患者の状況を的確に観察し、アセスメントできる能力を培うことができれば、患者が安心して納得できる説明や、行為ごとの声かけもできると考えられるため、この部分を強化するためにどのような状況設定が妥当であるか、また実施時間と体験させるべき技術項目については検討を要する。

今回本試験において、不合格者が合格者よりも点数が高い項目があったことから、学生によっては得手不得手があることがわかる。不合格者は設定状況に直ちに対応できずに戸惑った結果、不合格となってしまったことも考えられる。それは、再試験を受けることによって不合格者が高い水準にまで到達できた項目が多いことや、平均値が本試験の合格者よりも高くなったことが示している。これらのことから技術習得は、場への適応、状況を反芻しながら技術を行うこと等、反復練習によって学習効果があがることが明らかとなった。

自由記載による自己評価では、本試験では主に患者状態観察や安全配慮等の不足点が記載されていた。再試験では観察のポイントと根拠について学習が必要であること、状態をアセスメントしながら技術を提供することなど、学習への意欲等がみられた。また更に学んだことや習得できたこと、不足点等が具体的内容で評価にできており、学習が深まったことが示唆される。

看護技術教育における技術修得過程について薄井ら<sup>12)</sup>は、「知る段階」、「身につける段階」、「使う段階」があるとし、看護基礎教育の中で繰り返し練習し身につけなければ、その人に応用して「使う段階」にまでは至らないとして、思考しながら提供する技術を反復練習で習得することの重要性を説いている。今回の結果、学生は患者状態をアセスメントしながら根拠に基づいた援助を提供することの気づきや必要性を記載できていたことから、知る段階～身につける段階には至ったこと、及び使う段階は類似の状況設定での同じ技術項目の実施の範疇内での到達であることが推測さ

れる。これは当講座が目標とするレベル（状況をアセスメントする能力を身につけ「使う段階」までの技術修得）の第一歩と考える。それぞれの状況を迅速・的確にアセスメントするにはもっと時間をかけての反復練習と臨地実習での体験を通しての統合作業が必要であろう。土岐ら<sup>13)</sup>はアセスメント能力を身につけるには、さまざまな体験を基に患者の問題やケアについて多様な角度から自分自身で考えていく主体的な学習姿勢が重要で学習法が大きく関与することを報告している。技術の習熟モデルを提唱しているベナー<sup>14)</sup>が、経験は単に時間の経過や長さを指しているのではなく、演繹的な知識（概念や理論）を現実の多くの実践状況を通して洗練させていくことであると述べている。これらのことを踏まえて、設定状況を反芻しながら複合的な技術を反復練習（経験）させることの意味を教員自身が理解しながら、学生の主体性への支援ができることが重要となる。

一般的なOSCEでは、複数のブース毎に10分程度の時間内に問題解決能力や態度・技能の評価を評価者・学生双方から行うこと、即ち自己評価と他者評価を行うことが、臨床能力の評価法として有用であるとされている。梶田<sup>15)</sup>は自分自身が的確に自己評価する力を身につけるために、客観的な情報のフィードバックが必要であると述べている。自己評価の記載から、他者評価から自分では気づけなかった部分への気づきが学びになったことや、自身が患者役を担うことで、より対象の立場に立った思考展開が深まっている。学生は相互に看護師役と患者役を体験することによって、看護者としての一方的な学びだけでなく、技術を提供される側の思いを体験できている。これらのフィードバックの有用性を高めるには、評価者としての教員の質の向上は不可欠となる。つまり、教員は学生のわかることとわからないこと、及びできることとできないことを、学生自身が明確に出来るように関わることである。

今回の分析より、看護実践能力を育成する方法としてOSCEの学習効果は高いことが明らかとなった。今回設定した状況と技術項目は、成人看護学臨地実習が大学病院という特殊性から検討すると

妥当であったと考える。臨地実習では検査や治療上安静などの制限を必要としたり、持続輸液中であったりする患者を受け持つことが多く、持続輸液中で安静制限のある患者の寝衣・シーツ交換の援助は、清潔保持などの日常生活援助場面で体験する機会が多く、OSCEの設定状況との整合性があつた。今後も、実習上での実施頻度や受け持ち患者状況を考慮しながらより効果的な模擬患者の設定や技術の精選を検討していく。但し、状況を生み出す根拠となる検査や治療に関しては検討を要すること、組み合わせる技術項目や制限時間については急性期（外科系）実習と併せて検討していくこと、実習進行による合格基準点の妥当性や各項目の重みづけについても検討していきたい。

## VI. おわりに

看護学生が医療の場で援助に参加するためには、事前に一定水準の臨床能力を習得していることが要求される。そのためには臨床能力を適正に評価していくことが必要とされる。今回のOSCEの評価から、学生の苦手とする技術の確認ができ、臨地実習での留意点が明瞭になったこと、学生の自己評価記述から、評価のフィードバックによる教育効果及び患者役での対象理解と援助を受ける立場での技術評価ができたことなどの教育効果が確認できた。今後は、臨地実習中・後の技術修得状況や臨地実習評価と併せて評価することで、教育システムとしての構築を検討していきたい。

今回、学生の協力を得て技術教育上の課題が明確になり、今後の方向性が示唆されたことに関して学生に感謝したい。

## 文献

- 1) 厚生労働省：看護基礎教育における技術－看護基礎教育における技術教育の現状と課題－，2003
- 2) 土屋八千代，内田倫子，古家明子：成人・老年看護学における看護技術教育－第1期生の実践・評価を踏まえて－看護展望，30(7)，94-99，2005
- 3) 宮本学，出口寛文，北浦泰，他：一般化可能

- 性理論を用いた客観的臨床能力試験における評価の信頼性の検討, 大阪医大誌, 65(3), 18-23, 2006
- 4) 井誠一, 佐藤成, 國島広之, 他: 医学科生の臨地実習開始前教育および客観的臨床能力試験における感染対策技能教育に関する考察, 環境汚染, 22(1), 52-55, 2007
- 5) 森田正治, 清水和代, 宮崎至恵, 他: 理学療法教育におけるOSCEの試み, PTジャーナル, 40(3), 233-240, 2006
- 6) 吉川奈緒美, 皆田良子: 看護技術教育へのOSCE導入(第3報) - OSCEで実施する技術内容の判断基準の検討 -, 日本看護学会論文集 - 看護教育 -, 41-43, 2003
- 7) 宮菌真美, 村瀬恭子, 本田久美, 他: 臨床判断能力向上をめざした実習前看護技術演習の取り組み, 九州厚生年金看護専門学校紀要, 4, 63-76, 2003
- 8) 土屋八千代: 臨地実習での展開を視野に入れた看護過程の指導方法, 看護人材教育, 3(4), 118-124, 2006
- 9) 土屋八千代, 及川朋実, 内田倫子, 他: 老年看護学実習前技術チェックの評価, 第37回日本看護学会抄録集 - 看護総合 -, 256, 2006
- 10) 清水裕子, 野中静, 大学和子: 基礎看護技術演習に関する研究, 聖母女子短期大学紀要, 15, 39-51, 2002
- 11) 厚生労働省: 「看護基礎教育の充実に関する検討会」の中間的なとりまとめ, 2006
- 12) 薄井坦子: Module方式による看護方法実習書(改訂版), 10, 現代社, 1996
- 13) 土岐初恵, 大島弓子, 高嶋敬子, 他: 臨床経験による看護婦のアセスメント能力の変化 - 卒業直後と4年目の縦断調査から - 日本看護学教育学会誌, 8(1), 1-14, 1998
- 14) パトリシア ベナー, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子: ベナー看護論, 25, 医学書院, 1999
- 15) 梶田叡一: 自己教育への教育(新書), 明治図書, 1985