

博士（保健学）学位論文

論文題目

基礎看護学の臨床技能習得における
標準模擬患者による教育の有効性に関する研究
—無作為化比較試験による検証—

The Effectiveness of Standardized Patients
as a Teaching Method for Clinical Skills
on Fundamentals of Nursing:
A Randomized Control Trial

2010 年

指導教員 鎌田 尚子 教授

氏名 野 中 静

NONAKA, Shizu

女子栄養大学

目 次

序論	1
I. 研究の背景	1
1. はじめに	1
2. 標準模擬患者 (Standardized Patient) の定義と役割	2
1) 標準模擬患者 (Standardized Patient) とは	2
2) 標準模擬患者 (Standardized Patient) の起源と進化	2
3) 標準模擬患者 (Standardized Patient) の有用性	4
3. 医学教育における標準模擬患者 (Standardized Patient)	4
4. 看護学教育における標準模擬患者 (Standardized Patient)	6
1) 北米の看護教育における標準模擬患者 (Standardized Patient) 導入の進展	6
2) わが国における標準模擬患者 (Standardized Patient) 導入の進展	7
II. 研究の概念	9
1. 医療者教育における評価の概念の変遷	9
1) 目標と評価	9
2) 評価の目的と評価対象とする能力	11
2. わが国の医療者教育における S P による教育法の意義	12
1) 医療者－患者関係の変化	12
2) S P の役割	13
本論 基礎看護学の臨床技能習得における標準模擬患者 による教育法の有効性に関する無作為化比較試験	14
I. 研究目的	14
II. 研究の意義	14
III. 研究仮説	14
IV. 文献レビュー	15

V. 研究方法	17
1. 研究デザインおよび対象者	17
1) 研究デザイン	17
2) 対象者	17
2. 実験期日および場所	18
3. 実験プロセスおよび実験内容	18
1) 実験プロセス	18
2) 実験内容	19
4. 指標とした技能および評価尺度	20
1) 指標技能としての「口腔ケア」	20
2) コミュニケーションスキル評価表	20
3) テクニカルスキル評価表	22
5. S P および評価者の採用基準と準備	23
1) S P の採用基準と準備	23
2) 臨床技能試験の評価者	24
6. データ分析方法	24
1) 臨床技能試験得点に関する 3 群間の統計解析	24
2) コミュニケーションスキル評価得点とテクニカルスキル評価得点との相関関係に関する統計解析	24
VI. 倫理的配慮	24
1) 対象者個人の人権への対応	25
2) 対象者の理解と同意を求める方法	25
VII. 結果	25
1. 対象者の概要	25
2. 評価尺度の妥当性および信頼性の検証	25
1) コミュニケーションスキル（因子的妥当性・信頼性）	25
2) テクニカルスキル（因子的妥当性・信頼性）	26
3. 臨床技能試験評価結果	27
1) 各群の評価得点と分布	27
2) 正規性の検定	28
3) コミュニケーションスキル（3群間の比較）	28

4)テクニカルスキル (3群間の比較)	・ ・ ・ ・ 29
5)コミュニケーションスキルとテクニカルスキル得点の相関	・ ・ ・ 30
4. 学習者によるSP教育法に関する評価	・ ・ ・ ・ 30
VIII. 考察	・ ・ ・ ・ ・ 32
1. 臨床技能試験	・ ・ ・ ・ 32
1)コミュニケーションスキル	・ ・ ・ ・ 32
2)テクニカルスキル	・ ・ ・ ・ 34
2. 学習者によるSP教育法に関する評価	・ ・ ・ ・ 35
1)「リアリティ」	・ ・ ・ ・ 35
2)「知識の基準」および「態度の基準」	・ ・ ・ ・ 36
3)「技術の基準」	・ ・ ・ ・ 37
4)「有益な体験」	・ ・ ・ ・ 38
5)「建設的なフィードバック」	・ ・ ・ ・ 38
6)「自信」	・ ・ ・ ・ 40
7)「満足度」	・ ・ ・ ・ 41
8)「演習の価値」	・ ・ ・ ・ 41
9)「また参加したい」	・ ・ ・ ・ 42
IX. 結論	・ ・ ・ ・ ・ 42
X. 研究の限界と今後の課題	・ ・ ・ ・ ・ 43
引用文献	・ ・ ・ ・ ・ 45
(別紙) 論文の要旨	

序論

I．研究の背景

1．はじめに

わが国への模擬患者（SP：Simulated patient/Standardized patient）の導入は、模擬患者の創始者 H. S. Barrows が 1975 年に来日し講演したことに始まる。翌 1976 年、Barrows は R. M. Tamblyn とともに再来日し、財団法人ライフプランニングセンター（LPC）で「模擬患者の養成と問題解決型学習による医療担当者教育の革新」というテーマでワークショップが開催された。これがわが国に“模擬患者（Simulated Patient）”という概念とそれを活用した医学・看護学教育のさきがけであった¹⁾。

模擬患者は早期にわが国に紹介されたにもかかわらず、その後 20 年あまりにわたり一部でわずかに利用された以上には広がりを見せなかった。

しかし、近年インフォームド・コンセントをはじめとする患者の権利意識の高揚とそれに伴う医師のコミュニケーション能力に対する社会的関心の高まりとともに、模擬患者の医学教育への利用が徐々に進みだした。特に 1992 年、模擬患者教育の先駆的指導者である P. L. Stillman が来日し、第 24 回日本医学教育学会大会で招聘講演したこと、一部の医学部において客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical examination: OSCE）が開始されたことが契機になり、模擬患者の利用が急速に拡大した²⁾。藤崎らが 1998 年に行った模擬患者活動の現状に関する全国調査によれば³⁾、全国に 15 の模擬患者グループ

が発足し、模擬患者総数は 108 名（男性 21 名、女性 87 名）であり、年齢的には男性は 60 歳以上、女性は 40～50 代が各々の半数近くを占めていた。

さらに、医学教育における共用試験 OSCE (Objective Structured Clinical Examination) 導入に伴い、模擬患者の養成は急速に活発化した。2002 年の調査によると 40 グループ 450 名に拡大し⁴⁾、2004 年調査では 59 グループ約 600 名を数えるに至った⁵⁾。そして今日では、模擬患者の質の向上を目指すことが新たな課題になっている。

2. 標準模擬患者 (Standardized Patient) の定義と役割

1) 標準模擬患者 (Standardized Patient: SP) とは

標準模擬患者教育者協会 (Association of Standardized Patient Educators: ASPE) は、標準模擬患者 (Standardized Patient: SP, 以下 SP と略す) について二者の定義を採用している⁶⁾。

「SP は患者の役を演ずるために養成された人であり、教育や臨床診査あるいはコミュニケーションの訓練や、ヘルスケア提供者の技能の試験に用いられる。(Gliva-Mc Comvey2006)」、「シミュレートされた患者および標準化された患者 (SP) は熟練した臨床家によっても見抜くことができないほど正確に、実際の患者を模倣するために入念に指導された人である。シミュレーションの遂行において SP は、単に病歴だけでなくボディランゲージや身体所見および情緒的かつ人格的特性についても患者のありのままの形態を表現する (Barrows 1987)」。

2) 標準模擬患者 (Standardized Patient) の起源と進化

アメリカの医学教育において模擬患者 (Simulated patient) が開発

されたのは 1960 年代前半である。南カリフォルニア大学病院で神経科医として臨床実習生の指導にあたった **Barrows** が、実習生の臨床試験のために芸術学部の女性をモデルにして症状や気持ちを演技してもらったことが発端となり、やがて医学生への指導と評価のために職業俳優を雇って訓練するようになった⁷⁾。

Barrows は模擬患者を医学教育カリキュラムに大々的に導入した最初の研究者であり、彼が “**Programmed Patient**” という名称で 1964 年に発表した論文⁸⁾ は、模擬患者の活躍が確認できる最古の文献とされている。これらの模擬患者は **Barrows** により作成されたシナリオに基づき、同じ徴候・症状・病歴・情緒状態を表現するように訓練され、場合によっては身体所見をとられるように訓練された。こうした手法を用いれば何回でも同じ患者を表現することができ、どの学生も安全でコントロールされた環境下で模擬患者を診査したり面接したりすることが可能になった。また同じ条件下で学生の能力を査定することも可能になった。これらの模擬患者は学生のパフォーマンス（課題遂行状態）に関するフィードバックを提供するようにも訓練され、次第に“標準化された患者”として知られるようになった⁹⁾。

「標準模擬患者（**standardized patient**）」という用語は「シミュレーテッド・ペイシェント」に取って代わる新しい用語として、カナダの心理測定者である **Geoff Norman** が考案した。「標準模擬患者」は、対面する医学生によってばらつきが生じることのない「標準化された模擬患者」を演じることができるという特徴を強調している。「標準模擬患者」という包括的名称となった **SP** は今日では多様な役割を提供している¹⁰⁾。

Barrows によれば、医学教育において、教育と評価のために活用さ

れるヒューマンシミュレーションにはさまざまな種類と役割(ロール)がある。SP は実際の患者に最も近い位置づけになっている¹¹⁾(表 1)。

3) 標準模擬患者 (Standardized Patient) の有用性 (value)

Barrows は SP を利用することの利点を次の 9 点を挙げている¹²⁾。すなわち、(1) いつでもどんな設定条件においても利用できる (availability)、(2) 何回でも繰り返し利用できる (repeatability)、(3) 常に一定の症状・徴候・心理社会的背景の患者役を再現できる (reliability)、(4) 実際の患者に害が及ぶことを回避できる (no risk for patient)、(5) 状況・条件・情報量を学生のレベルに合わせられる (controllability)、(6) 患者を傷つけないかという学生の不安がない (student anxiety)、(7) 教育目的に合わせて SP を駆使・操作することができる (adaptability)。この場合の操作とは「タイム・イン、タイム・アウト」を使ってインストラクターがリアルタイムで学生の思考形成を促すことや、学生の習熟度に応じて時間制限やタイムプレッシャーを加重したり、患者シナリオに合併症を盛り込んだりすることを意味している。(8) 時間の制限がない (no time restriction)、(9) SP からのフィードバックが得られる (feedback)。ただし、SP は実際の患者に置き換えられるべきではなく、医学生の学習のために実際の患者がもちうる意義を高めようとすることに意義がある。

3. 医学教育における標準模擬患者

医学教育において SP は幅広く用いられており、近年では米国のすべての医学部が固有の臨床技能実習室 (Clinical skills lab : スキルラボ) を有するに至った¹³⁾。1990 年代以降の医学文献は、医学教育

における SP の導入に伴う建設的な問題検討と SP の教育効果に関する多数の報告が累積されている^{14~22)}。中でも SP による教育法（以下 SP 法）の効果を検証した研究の大多数は、SP 法は現実的な臨床場面に関する高性能なシミュレーションを可能にしていることを結論付けている²³⁾。

1993 年における臨床技能の指導と評価についての SP 法の導入に対するアメリカ医科大学協会：Association of American Medical Colleges (AAMC) の統一見解によると、臨床技能評価の 15 年間の研究は、現代的評価方法の補助役としての SP 法の多様な導入の勧告を支持するものであった²⁴⁾。そして SP 法による評価に他の評価方法を併用したならば、学生の形成的および総括的評価に資する情報の質をかなり改善することができるとして年々 SP 法に関するエビデンスは拡大を重ね、その検証範囲は研修医のプログラム、さらには第一線の現役医師にまで及んだ²⁵⁾。さらに NBMB (The National Board of Examiners) は、医師免許試験の過程で SP 法の導入の実行可能性に関するエビデンスを蓄積し、試行の翌年に学生の能力査定における SP 法の妥当性と信頼性があることを認めた²⁶⁾。

2004 年 7 月より米国医師国家試験は筆記試験だけでなく、2 段階の臨床技能試験 (Clinical Skill Examination: CSE) を含むものに拡大された。CES は、12 人の SP 法による試験を通過するマルチステーションにおいて実施される。CSE は次の 3 つのセクションにおいて採点される。(1) 臨床参加総合力、(2) コミュニケーションと対人関係スキル、(3) 英会話習熟度。これらの 3 つのセクションすべてに合格するとアメリカ合衆国の医師免許が取得できる²⁷⁾。

以上のような SP の進化の中で、SP による教育の有効性についての

報告が蓄積され、わが国でも確固たる評価を得るに至った²⁸⁾。

4. 看護学教育における標準模擬患者 (Standardized Patient)

1) 北米の看護学教育における標準模擬患者 (Standardized Patient) 導入の進展

看護学教育においても SP 法導入への関心と実施が増加しているものの、医学教育に比べてその進展は遅い。2003 年に実施された L.S .Jenkins らによる SP 法を実施する臨床技能実習室 (スキルスラボ) の有無に関するインターネット調査によれば、看護学生を対象に SP 法を常時取り入れている大学は 17 施設のみであり、うち 15 施設はアメリカ合衆国内のものであった²⁹⁾。

SP 法に関する初期の看護文献の一つに、教師による“模擬的”患者に対する身体診査技術のデモンストレーションビデオが、1978 年に発行された³⁰⁾。しかしこの“模擬的”患者を厳密に言えば俳優的要素が強い。Yoo ら³¹⁾ は看護大学生を対象に、コミュニケーションスキルを含む 5 つの基礎的看護技術および臨床判断について、SP 法を用いた効果について 2 年間にわたる準実験的研究結果を報告している。それによると、講義とモデル人形による伝統的教育法を用いた前年度に比べて SP 法を導入した翌年度の学習効果について、5 つの臨床技能のすべてにおいて SP 法が有意に優れていることが認められたとしている。

北米における SP 法に関する研究報告は、卒後の実践的領域または専門看護師養成領域における効果を検証したものが多く、主な研究報告例には次のようなものがある。学部卒業生の精神看護ナースプラクティショナープログラム³²⁾、成人および小児看護のナースプラクティショナー³³⁾、遠隔医療におけるビデオ電話カンファレンスを介して訓

練を受ける成人看護ナースプラクティショナー³⁴⁾、家族看護ナースプラクティショナー³⁵⁾、ナースプラクティショナー教育機関の学生による文化に関する能力のアセスメント³⁶⁾、そして看護師現任教育の講習に SP 法導入した報告³⁷⁾がある。

SP 法の浸透が遅い理由として Vessey らは³⁸⁾、SP 法の教育的効果を肯定したうえで、導入にかかわる以下のような SP 法の欠点を挙げている。第一に SP 法で教育できる臨床技能は、少数の技能に限定されること。第二に、その効果の正確な評価が困難であること。そして第三に、シナリオ開発から実施に至るまでの教員および教育スタッフの労力と施設借用料・SP の人件費などの多大な経費がかかること。ただし、第一の欠点は、すでに Barrows によって SP が再現可能な多数のレパトリリーが示されている³⁹⁾。看護学の技能教育の範囲においてもコミュニケーション技能をはじめとしてフィジカルアセスメント技能、患者指導技術、さまざまなケア技能など広範囲多岐にわたり、技能評価としての OSCE（客観的臨床能力試験）や PBL チュートリアル（問題基盤型学習）への利用にも拡大されている⁴⁰⁾。また、第二の欠点とされる教育効果の正確な評価については、方法論的課題とその対策に関する研究が蓄積されている^{41) ~ 43)}。したがって、残る第三の欠点である教育スタッフの労力と SP の人件費が最大の障壁であると思われる。

2) わが国における標準模擬患者（Standardized Patient）導入の進展

（1）全国調査にみる看護学教育における模擬患者の普及状況

わが国の看護学教育における SP 法の進展については、看護系大学

の学部教育課程での SP 法導入の有無に関する全国調査が行われ、2007 年に報告されている⁴⁴⁾。井上らのその報告では、全国の看護大学・看護学部 129 校を対象に自記式郵送法によるアンケートを実施され、56 校から回答が得られた（回収率 43%）。それによると、2006 年末時点で授業に SP 法を導入している大学は 30 施設を数え、導入領域の内訳は基礎看護学が 26 施設、成人看護学が 8 施設、老年看護学が 6 施設となっている。また 30 施設中 SP 法を実技試験に導入している大学は 7 施設であり、そのうち OSCE（客観的臨床能力試験）の実施は 1 施設であった。低い回収率と有効回答のため詳細な分析が困難であったと前置きしたうえで、看護大学教育の SP 導入による今後の課題は、予算確保と SP の量的質的確保であると結論づけられている。

（２）学会発表にみる看護系大学教育における SP 法の普及状況

SP 法に関する看護系大学教育における直近の普及状況について、主な学会発表件数の過去 5 年間の推移を調査した。調査対象学会として、看護系大学の看護教育に関する研究報告が集中する全国規模の主要学会誌を 4 つ選択し、日本看護学教育学会学術集会講演集^{45) ~49)}、日本看護科学学会学術集会講演集^{50) ~54)}、日本看護学会看護教育論文集^{55) ~59)}、日本医学教育学会大会予稿集^{60) ~64)} の 4 タイトル計 20 誌の中から看護大学等教育課程の SP 法実施状況が確認できる報告を調査した。その結果、大学教育における SP 法導入効果に関する 5 年間の学会発表の総数は 60 件で、年間平均 12 件であった。SP 法の導入大学数はのべ 34 施設、実数は 24 施設であった。SP 一人当たりの学生数は 1 対 1 の個別的方法が 24 施設中 10 施設、PBL（問題基盤型学習）を含む 4 人～10 人までのグループによる方法が 6 施設、不明が 8 施設であった。SP 法の実施大学数の年次変化をみると、2005 年は 3 施設、2006

年は7施設、2007年は10施設、2008年は9施設、2009年は2施設であった。調査対象とした4学会の範囲では、学会発表を複数年続けている大学が約10施設ある半面、新たに増える傾向は見られない。

また、2005年までのわが国のSP法に関する看護学教育文献が宮崎により報告されている⁶⁵⁾。それによると、SP法の普及について「十分な養成を受けた既存の模擬患者を派遣するには費用がかかり、簡単に導入できないこと、学生の学習進度に応じた事例設定を熟慮する必要性が求められていることなど課題が指摘されている」と考察され、「今後、看護教育の中で、コミュニケーションスキル学習の手段をはじめとし、SP（模擬患者／標準模擬患者）の有効性を検討していくことが課題である」と結ばれている。

以上のように、わが国の看護学教育におけるSP法の実践報告や有効性に関する報告は、過去5年間の主要学会発表を基本にすると年間平均10件以上にのぼり、いずれもSP法の教育効果が確認されている。しかし、比較対照試験による有効性の検証例は乏しい。また、基礎看護技術をはじめとする看護学全般の臨床技能の教育形態として多用されている小グループによる見学法をSP法に適用した場合の検証研究は、例を見ない。時間と費用を要するSP法を効果的に適用するためには、それらの検証が急務である。

Ⅱ．研究の概念

1．医療者教育における評価の概念の変遷

1) 目標と評価

教育における評価とは、学習者の能力を向上させる働きかけであり、

通常は何らかの意図をもって行われる。その意図は教育目標として示されることが多い。

評価の対象となる能力の要素として医学・看護学分野で広く用いられている概念が **B.S.Bloom** の教育評価理論である。**Bloom** は教育評価を「知識」「技能」「態度」の3つの領域に分類した。この目標分類はタキソノミー (**taxonomy**) と呼ばれ、能力の分類としても用いられている⁶⁶⁾。目標の設定や表現方法には種々の異なる枠組みがあり、医学・看護学教育領域にかぎってみれば、観察可能な具体的目標（個別行動目標：**specific behavioral objectives: SBOs**）に細分化して記述することが推奨されてきた⁶⁷⁾。

しかし、行動主義による目標設定にはいくつかの問題点が指摘されている。たとえば行動に直接あるいはすぐには現われにくい価値観や複雑な思考などを **SBO** では表現することが困難であると同時に、評価する行動は評価者の主観に左右されやすい。また **SBO** を綿密に作成するとすれば細分化しすぎて、運用が硬直化し改訂作業も困難になる。そうしたことから、現在では行動主義は海外の医学教育では古典的な理論として扱われ、その結果カリキュラム作成作業における **SBO** などの用語は減少している。

近年、医療者教育では **outcome-based education** が提唱されている⁶⁸⁾。ここで言うところの **outcome**（以下アウトカムと記す）は学習者の能力を指すことが多く、教育活動の成果のすべてを網羅するものではない。少なくとも医療教育の最終目的は医療系の学生や医療専門職者の能力向上に止まらず、それを通して医療に関する学問が発展し、患者や社会にその恩恵がもたらされることにある。したがって教育活動の評価を行う場合は、単に学習者の能力に関する評価のみならず、

最終段階のアウトカムをも検討すべきであろう。

アウトカムについて医学教育では4つのレベルに分類されており⁶⁹⁾ (表2)、この中のレベル4 (組織での実践の変革、患者またはクライアントへの恩恵) が最終段階のアウトカムに相当する。しかし、実際にはレベル4まで評価することは困難であり、主としてレベル2b (知識や技術の習得) およびレベル3までの一部 (行動の変化) をアウトカムとみなしている場合が多い。

2) 評価の目的と評価対象とする能力

医学教育の評価について、*New England Journal of Medicine* 誌では医学生や臨床医の能力評価の目的を3項目にまとめている⁷⁰⁾。すなわち (1) 学習者や実務担当者に対して、学習を動機づけ、学習すべき方向を示し、その潜在能力を将来に向けて最大限に引き出す、(2) 能力不足の医師を見つけ出すことにより公共の福祉を守る、(3) より高度な修練を受ける者を応募者から選抜する基礎資料とする。能力評価に関する前述の目的は、看護学教育にも通ずるものであり、評価はその目的に合った内容や運用方法を選ぶことが肝要である。

さて、評価はその対象とする能力に応じてそれに合った方法を選ばなければならない。*Miller GE* は、臨床能力の対象となる評価について “**Framework for clinical assessment**” という4層の分類を提唱している (図1)⁷¹⁾。第1層は “**Knows**” というレベルであり、「事実や原理および理論を想起する能力」である。第2層は “**Knows How**” というレベルであり、「問題解決のための知識の適用能力」である。第3層は “**Shows How**” というレベルであり、「人 (SP)、機械またはコンピュータシミュレーションなどの統制された疑似空間で技能を実演

する能力」。そして第4層は“Does”というレベルであり、「現場における実践活動能力」である⁷²⁾。

これは“Millerのピラミッド”として北米の医学教育学会に広く支持され、わが国にも紹介されている⁷³⁾。

医学生と医師の能力の中で最も評価すべきものは、第4層、つまり実際の臨床現場での実践医療行為（**action**）であり、そのための評価方法の開発が重ねられている。教育機関等で評価できる能力は、多くの場合臨床現場ではないところで能力を演じてみせる第3層の能力（**performance**）である。医学・歯学・薬学教育における客観的臨床能力試験（OSCE：Objective Structured Clinical Examination）、看護学教育における実技試験や臨地実習評価を含む多くの評価は、いわば“代理の指標”である。しかしこれが教育機関で成し得る、現場での実践行為に最も近い指標である。

SPはMillerのピラミッドにおける第3層（**performance**）および第4層（**action**）の能力を形成的または総括的に評価するために用いられると同時に、**performance**と**action**の育成のためにも威力を発揮するべく教育技法であり評価の手段と言える。

2. わが国の医療者教育におけるSPによる教育法の意義

1) 医療者－患者関係の変化

医療者－患者関係を検討する際に用いられる簡便なモデルに、SzaszとHollemdersが提唱したモデルがある。彼らは医療者と患者との関係を表3のように3種類に分けている⁷⁴⁾。

これら3種類のモデルの中で、日本の医療者の多くが最も慣れている関係は、2番目の「指導－協力関係型」であろう。しかし、医療の現

場では次第に 3 番目の「協同作業関係型」が求められるようになってきた。その理由は、疾病構造の変化により急性の感染症が減少する一方で、慢性疾患などの協同作業型の関係を要する患者が増加したこと、および医療情報の増加や死生観の多様化、患者の権利意識の高揚などにより、患者がより主導的になる協同作業型に変化してきているものと考えられる。ターミナルケアや在宅ケアの分野においてもこの協同作業型の関係が不可欠である。このような医療事情の変化は、患者側の自己決定権を高め、協同作業型の医療者－患者関係を必要とした場面を増やしている。

2) SP の役割

看護学教育において患者との接し方を実際に学ぶ方法としては、学生同士によるロールプレイや臨地実習がある。しかし協同作業型の関係をロールプレイで練習するだけで患者の感じ方を理解するには不十分である。また、臨地実習で実際の患者を相手に練習することは適当ではないし、安全や患者の権利を脅かす危険が伴う。

SP を利用した教育は、上記の問題を解決して教育効果を上げる方法として、患者と学習者の双方における利点があると言える。

本論

基礎看護学の臨床技能習得における標準模擬患者による教育の有効性 に関する無作為化比較試験

I．研究目的

基礎看護学教育課程を履修した学生の臨床技能における標準模擬患者による教育の有効性について、複数の教育技法を比較する。

II．研究の意義

看護学教育における標準模擬患者による教育技法（以下SP法と略す）の有効性に関する同時比較対照実験は国内外を問わず皆無に等しい。さらにわが国の看護学教育で多用される小グループによる見学法や学生同士のロールプレイなどの学習形態の違いによるSP法の有効性に関する検証例は乏しい。

本研究はSP法の有効性について、行動観察による客観的データに基づき、個別指導、グループ見学法そしてロールプレイの3つの学習形態に関する比較検証を試みたものである。

III．研究仮説

先行研究の知見と本研究の目的に基づき、以下の6つの仮説を設定した。

- 仮説 1．基礎看護学のコミュニケーションスキルについて、SP を相手に学習者が直接実施する形態（以下実施 SP 法）で学習した後の得点はそれを見学する形態（以下見学 SP 法）で学習した後の得点に比べて有意に高い。
- 仮説 2．基礎看護学のコミュニケーションスキルについて、実施 SP 法の得点は学生同士のロールプレイによる学習（以下 RP 法）の得点に比べて有意に高い。
- 仮説 3．基礎看護学のコミュニケーションスキルについて、見学 SP 法の得点は RP 法の得点に比べて有意に高い。
- 仮説 4．基礎看護学のテクニカルスキルについて、実施 SP 法の得点は見学 SP 法の得点に比べて有意に高い。
- 仮説 5．基礎看護学のテクニカルスキルについて、実施 SP 法の得点は RP 法の得点に比べて有意に高い。
- 仮説 6．基礎看護学のテクニカルスキルについて、見学 SP 法の得点は RP 法の得点に比べて有意に高い。

IV．文献レビュー

基礎看護学教育課程における臨床技能を訓練する伝統的方法是、行動主義的なアプローチに立脚して行われてきた。つまり、実際にやってみて試行錯誤を繰り返すことにより、あるいは各種の看護技術を習得するために学内実習室において長期間にわたり学生がお互い同士で反復練習を繰り返すことに焦点が当てられてきた。そのような流れの中で、Beason らは CAI:コンピューターアシストインストラクションを用いて学生が安全に臨床技能を練習できるような統制的実習環境に

における血圧測定 of 学習効果について準実験研究による比較研究を行っている⁷⁵⁾。しかしモニター画面を通した測定場面であっては、技能適用についてリアルな臨床設定で患者との相互作用を伴って学習することはできない。

このように、学内実習室において断片的技能の反復練習を積んだ学生は、臨地実習で初めて実際の患者に対する実習場でのケアの機会に遭遇する。学内演習から臨地実習への移行期に多くの学生は強度の不安を経験し^{76) ~78)}、そのストレス状態は学生の正確な技能遂行能力に少なからぬ影響を及ぼす。臨地実習までに多くの学生は学内実習室で習得した看護技術を忘れてしまい、実習現場で再び想起したうえで、その臨床的適用を学ばなければならない。

基礎看護学における臨床技能教育の初期的ゴールは、日常生活行動の援助技術を相手の状況に合わせて実施する能力を身につけることである。このゴールに近づくために学生は、一般的・標準的技能を個別の対象者の状況に置き換えて知識と技能の再構築をしなければならない。この方法の一例が構造的学習法である。つまり Miller のピラミッド⁷⁹⁾ に示された “Knows How (Competence)” から “Shows How (Performance)” への行動の転換である。そのためにはリアルで複雑な状況設定とリアルな教材（患者）が学習環境には不可欠である。SP 法は訓練された人間が患者を演じることによりリアルで複雑な学習環境を設定し、その中で学生は SP を相手に臨床技能を遂行し、SP は受けたケアについて学生にフィードバックを提供する^{80) 81)}。

SP 法を用いた教育効果について、Schwind ら⁸²⁾ は身体診査の技能を、Arthur⁸³⁾ は精神看護場面におけるインタビュースキルを、Colletti ら⁸⁴⁾ は病名告知におけるコミュニケーションスキルを各々の指標と

して、教育方法としての SP 法の効果について報告している。

V. 研究方法

1. 研究デザインおよび対象者

1) 研究デザイン

本研究では、「事後テストのみ」実験計画（Posttest-Only Experimental Design）を採用した（図 2）。本研究の独立変数を SP の教育的介入とし、従属変数を日常生活行動援助に関する基礎的臨床技能とする。従属変数としての臨床技能については、初学者が看護学教育課程の初期に履修する平易な技能とする。それゆえ、留年等の著しい成績不良または出席不足がなければ応募可能とする。また、参加学生の当該科目の筆記試験成績に影響を受けない程度の簡便な臨床技能の中より選択する。さらに本研究の従属変数の測定／評価については、臨床技能のパフォーマンスを観察評価する方法をとるため、当該行動のプレテストを行うデザインは適さない。それゆえ、本研究は下記の応募条件により参加者のレディネスに関する一定の条件を課すほかは無作為によるバラツキをもって標本は同質であるとみなす。よって「事後テストのみ実験デザイン」を採用する。

2) 対象者

研究対象者は、看護大学または看護学校 2 学年に在籍している学生 45 名以上とする。応募条件は以下のとおりとする。

第一に、2 年生に在籍中の年齢 19～21 歳までの男女であること。

第二に、基礎看護技術の日常生活援助技術に関する講義と演習科目の

うち、指標とする臨床技能（コミュニケーションスキルと口腔ケアスキルに関して各々講義 1 単位時間、演習 1 単位時間を半年前に修了していることと。第三に、指定規則⁸⁵⁾ *に定められた基礎看護学実習 I（45 時間）を 1 年次に修了し、以後臨床実習経験をしていないこと。第四は、指定規則に定められた基礎看護学実習 II（90 時間）を、本実験後 1 か月以内に控えていること。そして第五は臨床における患者サービスにかかわる課外活動またはアルバイトの経験がないこととした。（*指定規則：保健師助産師看護師学校養成所指定規則（別表 3）に定められた科目と時間数）

2. 実験期日および場所

1) 研究の実施時期および実施場所

第 1 回実験：平成 20 年 6 月 B 大学校舎内の看護学実習室

第 2 回実験：平成 20 年 9 月 B 大学校舎内の看護学実習室

3. 実験プロセスおよび実験内容

1) 実験プロセス

対象者を無作為に 3 つの群に分割し、全群に研究者らの著作・制作によるビデオ教材を用いた学習をさせ、それぞれの群で異なる形態の学習体験を設定する。学生が SP に 1 対 1 で直接ケアを実施する形態で学習する群を実施 SP 群（Ⅰ群）、他の学生が SP と関わっている様子を見学する群を見学 SP 群（Ⅱ群）、学生同士のロールプレイ形態で学習した群を RP 群（Ⅲ群）とする。その学習体験の違いが臨床技能に及ぼす効果を検証するために、研究者が独自に作成した評価尺度を用いて、コミュニケーションスキル（20 項目）とテクニカルスキル（18

項目) の 2 領域における学習者の実施行動を評価する。

2) 実験内容 (学習体験・臨床技能試験)

(1) 学習体験 (介入)

学習体験の際の看護場面の設定およびシナリオは資料 1 ～ 5 の通りである。実施 SP 群は SP を相手にケアを直接実施する。見学 SP 群は他の学生が SP に実施する様子を見学する。そして RP 群は患者役学生を相手にケアを直接実施する。学習課題は 3 群ともに「全介助による口腔ケア」とする。

SP は学習体験の実施にあたって、標準化マニュアル (資料 6) を遵守して訓練およびリハーサルを行う。また、学習後に Ende によるフィードバック提供ガイドライン 8 項目⁸⁶⁾ (資料 7) に基づくフィードバックマニュアル (資料 8) を作成し、それにそってフィードバックを提供するべく訓練を行う。

(2) 臨床技能試験

各群で異なる学習方法を体験した後に、臨床技能試験を全員に個別に実施する。臨床技能試験の看護場面の設定およびシナリオは資料 9、10 の通りである。学生は同一の試験課題である「全介助による口腔ケア」について、SP を相手にケアを実施する。試験課題は学習体験時とは異なる患者設定とシナリオとし、実施 SP および見学 SP 群の学生は、学習体験時と異なる SP のケアに当たるように配置する。

臨床技能試験の実施にあたって、SP は学習体験と同様の標準化マニュアルおよびフィードバックマニュアルにそって訓練・リハーサルを行う。

4. 指標とした技能および評価尺度

1) 指標技能としての「口腔ケア」

本研究では、臨床技能の指標とする看護技術を選定するに際し、先行研究⁸⁷⁾ および基礎看護学で履修する高頻度・主要な日常生活行動のケアの中⁸⁸⁾ から「口腔ケア」を選択した。小泉らは⁸⁹⁾、生涯を通して健康で清潔な口腔を保つことの重要性を強調し、口腔ケアは患者の QOL を維持・向上させる大切なケアであるとも述べている。口腔ケアは初学者でも容易に短時間で実施が可能でありながら、数ある看護技術の中でも広い対象に実施されるべきものであり、そのニーズも高いと考えられる。また、実施に際して対象者とのコミュニケーションが不可欠であり、ケアに対する反応を間近で確認可能である。

以上のように、ケア自体の汎用性や必要性の高さ、研究実施の際の時間的制約および実施者のケア行動の評価観察の容易さ等の観点を踏まえて「口腔ケア」が採用された。

2) コミュニケーションスキル評価表

(1) 評価項目

評価項目の作成にあたり、医学教育における臨床実習開始前の共用試験（社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構 2007）の「医療面接」のコミュニケーション評価項目を基本に、他の 2 つの既存の評価尺度「Item-list for Arizona Communication Interview Scale: ACIR 以下 ACIR と略す」⁹⁰⁾ および「薬学 OSCE コミュニケーション能力評価項目」⁹¹⁾ を参考にして 4 つの要素からなる 20 項目リストを作成した（表 4）。評価表の構成は以下のとおりとする。

第一要素は「マナー・身だしなみ」とし、評価項目を 1 項目すなわ

ち「適切で清潔感のある服装・髪型・身だしなみ」を設定した。

第二要素は「導入部分」とし、5項目すなわち「入室時に挨拶する」、「患者氏名を確認する」、「同じ目の高さで自己紹介する」、「訪室目的を説明する」、「ケアに対する同意を確認する」を設定した。

第三要素は「患者との良好なコミュニケーション」とし、11項目すなわち「対人空間を適切にとる」「適切なアイコンタクトを保つ」、「わかりやすい言葉で会話する」、「丁寧な言葉使いをする」、「患者にとって気になる動作をしない」、「適切な声の大きさ、話すスピード、声の音調(トーン)を保つ」、「積極的に傾聴しようとする」、「促し・うなずき・あいづちを適切に使う」、「患者の話を途中で遮らない」、「ケアの途中で患者に不安や質問がないかどうか尋ねる」そして「患者のおかれた状況に共感していることを言葉や態度で伝える」を設定した。

第四要素は「締めくくり部分」とし、3項目すなわち「聞きもらしや質問の有無を尋ねる」、「退室前に配慮する」そして「退室時に挨拶する」を設定した。

(2) 評定法

評価項目の評定法については、評価者間による評価のばらつきを最小限にし、信頼性の高い評価をするために、チェックリスト方式を採用した^{92) 93)}。

(3) 妥当性の検討

本研究の臨床技能試験で得られた全評価得点についてアルファ法バリマックス回転による因子分析を行い、因子的妥当性を検証する。因子負荷量 **0.35** 以上を項目の決定基準とする。

(4) 信頼性の検討

尺度の信頼性を検証するために、学習効果判定時の学生のパフォー

マンスをビデオ撮影した映像から、無作為に 3 例を抽出して SP3 名が個別に独立して評価し、合計 60 項目の一致度を検証する。

3) テクニカルスキル評価表

(1) 評価項目

はじめに研究者が、基礎看護技術の標準的テキスト 6 冊^{94) ~99)}の中から歯ブラシを用いた口腔ケアの高頻度な評価項目として 36 項目を抽出した。次に 5 名の基礎看護技術の専門家検討会にて 36 項目から 21 項目を精選した。専門家の該当基準は、大学および短期大学において 10 年以上の基礎看護技術に関する教育経験があり、看護学 OSCE の評価表に関する研究業績を有する者とした。次いで、プレテストを実施し理解困難な表現、判定困難な表現、類似項目の補正を行い、3 要素・18 項目の評価項目リストを作成した (表 5)。

第一要素は「準備」であり、6 項目すなわち「必要物品を準備する」、「患者の了解を得て歯磨きセットを準備する」、「手袋を装着する」、「実施中の合図方法を提案する」、「ベッドの角度を確認・調節し枕を整える」そして「タオルを胸元に掛ける」である。

第二要素は「実施」であり、9 項目すなわち「ケアの前に口腔内を観察する」、「水をゆっくり含ませる」、「ガーグルベースンをあて、吐き出すように促す」、「患者の希望の量を聞いてペーストをつける」、「自分の顔を患者と同程度の高さにする」、「奥歯から連続的に磨く」、「歯ブラシの角度を部位によって変える」、「歯ブラシの圧の強さを確認し加減する」そして「歯磨き終了後患者が満足するまで含嗽を繰り返す」である。

第三要素は「後片付け」であり、3 項目すなわち「含嗽後に口元の

水分を拭き取る」、「タオルをはずして寝衣と体位を整える」そして「歯ブラシセットを元に戻し使用した物品を片付ける」である。

（２） 評定法

評価項目の評定法については、コミュニケーションスキルの評価表と同様に、評価者間による評価のばらつきを最小限にして信頼性の高い評価をするために、チェックリスト方式を採用した。

（３） 妥当性の検討

本研究の臨床技能試験で得られた全評価得点についてアルファ法バリマックス回転による因子分析を行い、因子的妥当性を検証する。因子負荷量 **0.35** 以上を項目の決定基準とする。

（４） 信頼性の検討

尺度の信頼性を検証するために、対象者全員の臨床技能試験時のパフォーマンスをビデオ撮影した映像を評価者 2 名が独立して評価し、合計 **810** 項目の一致度を検証する。

5 SP および評価者の採用基準と準備

1) SP の採用基準と準備

本研究における **SP** は、財団法人ライフプランニングセンターにおける模擬患者のための養成研修会（2 日間）を 3 回連続して受講し基礎的な講義および訓練を体験した者の中から、看護基礎教育機関において 7 年以上の標準模擬患者の実施経験を有する **50** 代の女性 3 名とする（資料 13）。

SP はシナリオとフィードバックの標準化を図るために、実験 3 か月前から検討会と訓練を開始し、実験当日までに合計 **23** 時間におよぶ会合を重ねて臨む（資料 14）。

2) 臨床技能試験の評価者

コミュニケーションスキルの評価は、臨床技能試験を担当した SP が試験直後にチェックリストに基づいて採点する。

テクニカルスキル評価は、大学および短期大学において基礎看護学に関して 10 年以上の教育経験を有し、2002 年 7 月医学教育学会学術集会時に開催された「OSCE 医療面接の評価に関するワークショップ」において評価の訓練を受け、その後看護学教育機関における OSCE の評価者を多数実施した学外教員 2 名が担当する。

対象者の割り付け情報が評価者にわからないように、ランダムに ID 番号をふって識別する措置をとる。

6 データ分析方法

1) 臨床技能試験得点に関する 3 群間の統計解析

コミュニケーションスキル評価得点とテクニカルスキルの評価得点を、統計解析ソフト SPSS Ver.16 のノンパラメトリック検定 (Mann-Whitney の U 検定) を用いて分析する。有意水準 5 %未満 ($p<0.05$) で統計的に有意差があるものとする。

2) コミュニケーションスキル評価得点とテクニカルスキルの評価得点との相関関係に関する統計解析

VI. 倫理的配慮

本研究は、平成 20 年 5 月 7 日に山形県立保健医療大学倫理委員会

の承認を受け、掲示と講義室でのアナウンスにより参加者を公募した。

1) 対象者個人の人権への対応

研究への参加は任意であり、協力の有無による不利益は被らないことおよびデータの匿名性を保障した。

2) 対象者の理解と同意を求める方法

口頭と文書にて研究の目的・方法・協力内容、研究により生じ得る危険と不快に対する配慮や対処について説明し、同意者には同意文書の提出を求めた。

Ⅶ. 結果

1. 対象者の概要

被検者は、第1回実験ではA看護学校15名（男子学生4名，女子学生11名）、第2回実験ではB看護大学30名（男子学生2名，女子学生28名）が、各群15人ずつ無作為配置され、合計45人であった。

2. 評価尺度の妥当性および信頼性の検証

1) コミュニケーションスキル（因子的妥当性・信頼性）

（1）因子的妥当性

コミュニケーションスキル評価項目に対してアルファ因子法、バリマックス回転による因子分析をおこなった結果を表6に示す。20項目のうち全員ができた3項目を除外した17項目の因子的妥当性が確認され、7因子構造が確認された。因子分析から除外した項目5・6・8のうち、項目5・6は医学OSCEにおける医療面接の評価項目であ

り、項目 8 は医学 OSCE、ACIR および窪田らの薬学 OSCE における評価項目に採用されていることより、医療面接における基本的な評価項目であると認められ、当評価尺度において採用した。7 つの因子名は「誠意・配慮・確認」、「マナー・身だしなみ」、「共感的態度」、「オープニング・クロージング」、「わかりやすい話し方」、「自己の傾向」および「積極的傾聴」であり、いずれも情意領域に関する因子名であると考えられる。除外した項目 5・6 は因子名「誠意・配慮・確認」、項目 8 は「共感的態度」に該当するものと考えられる。

（２）評価者間の信頼性

尺度の信頼性を検証するために、評価者間の信頼性に関する検証を実施した。学習効果判定時の学生のパフォーマンスをビデオ撮影した映像から、無作為に 3 例を抽出したものを SP 3 名が個別に独立して評価し、合計 60 項目の一致度を検証した。Fleiss の k 係数は 0.62

（ $p<0.001$ ）であり、評価者間の信頼性は高いと言える。結論として全 18 評価項目における妥当性および評価者間の信頼性が確認された。

2）テクニカルスキル（因子的妥当性・信頼性）

（１）因子的妥当性

コミュニケーションスキル評価項目に対してアルファ因子法、バリマックス回転による因子分析をおこなった結果、7 因子構造が確認された（表 7）。18 項目のうち全員ができた 3 項目を除外した 15 項目の因子的妥当性が確認され、7 因子構造が確認された。因子名は「ブラッシングのスキル」、「観察と導入・片付け」、「患者の希望への配慮」、「患者の持ち物を借りる」、「含嗽のスキル」、「安全・安楽の留意」および「体位を整える」と解釈された。

残る 3 項目については、標準的テキストの高頻度項目であること、専門家会議全員の支持および検証実験における評価者間の高い信頼性が得られたことから、評価項目として妥当性および信頼性が高いものと判断された。

(2) 信頼性

尺度の信頼性を検証するために、対象者全員の臨床技能試験時のパフォーマンスをビデオ撮影した映像を評価者 2 名が独立して評価し、合計 810 項目の一致度を検証した。Cohen の k 係数は 0.92 ($p<0.001$) であり、評価者間信頼性は高いと言える。

3. 臨床技能試験評価結果

1) 各群の評価得点と分布

各群のコミュニケーションスキル評価得点、テクニカルスキル評価得点の平均は表 8 の通りである。

コミュニケーションスキルの平均点と標準偏差は、実施 SP 群は $18.4 \pm 1.5SD$ 、見学 SP 群は $16.5 \pm 2.8SD$ 、RP 群は $14.3 \pm 2.2SD$ であり、テクニカルスキルでは、実施 SP 群は $14.7 \pm 1.6SD$ 、見学 SP 群は $12.8 \pm 1.6SD$ 、RP 群は $11.5 \pm 2.2SD$ であった。

各群の中央値と四分位範囲値は表 9 の通りである。

コミュニケーションスキル評価得点の実施 SP 群の中央値は 19 点、25 パーセンタイル値が 18 点、75 パーセンタイル値が 20 点であった。見学 SP 群の中央値は 17 点、25 パーセンタイル値が 15 点、75 パーセンタイル値が 19 点であった。RP 群の中央値は 14 点、25 パーセンタイル値が 12 点、75 パーセンタイル値が 16 点であった。

テクニカルスキル評価得点の実施 SP 群の中央値は 15 点、25 パーセン

タイル値が13点、75パーセンタイル値が16点であった。見学SP群の中央値は13点、25パーセンタイル値が12点、75パーセンタイル値が14点であった。RP群の中央値は12点、25パーセンタイル値が10点、75パーセンタイル値が13点であった。

各スキルの点数の分布を箱ひげ図を用いて図3、図4に示す。

2) 正規性の検定

Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定の結果、正規分布しているものは見学SP群のコミュニケーションスキル得点とRP群のテクニカルスキル得点だけであった(表10)。それ以外は正規分布しておらず、パラメトリック検定は不適切であるため、今回の検定ではノンパラメトリックな手法を用いて解析した。

3群間の比較をするために、Kruskal Wallis 検定を行った結果、漸近有意確率 0.000 が得られた(表11)。学習方法の違いが3つの群におけるコミュニケーションスキル得点およびテクニカルスキル得点に有意に影響したと言える($p < 0.05$)。

3) コミュニケーションスキル (3群間の比較)

(1) 実施SP群と見学SP群の比較

0.05を有意水準とし、Mann-WhitneyのU検定の結果、コミュニケーションスキル得点では漸近有意確率0.046が得られ、コミュニケーションスキル得点は実施SP群と見学SP群で有意差が認められた($p < 0.05$)(表12)。

これにより、仮説1すなわち「基礎看護学のコミュニケーションスキルについて、実施SP法の学習後の得点は見学SP法の得点に比べて有

意に高い。」は支持された。

(2) 実施 SP 群と RP 群の比較

0.05を有意水準とし、Mann-WhitneyのU検定の結果、コミュニケーションスキル得点では漸近有意確率0.000が得られた。

このことから、コミュニケーションスキル得点において実施SP群はRP群より有意に高い得点を得ていると言える ($p < 0.05$) (表13)。これにより、仮説2すなわち「基礎看護学のコミュニケーションスキルについて、実施SP法による得点はRP法による得点に比べて有意に高い」は支持された。

(3) 見学 SP 群と RP 群の比較

0.05を有意水準とし、Mann-WhitneyのU検定の結果、コミュニケーションスキル得点では漸近有意確率0.020が得られた。

このことから、コミュニケーションスキル得点において見学SP群はRP群より有意に高い得点を得ていると言える ($p < 0.05$) (表14)。これにより、仮説3すなわち「基礎看護学のコミュニケーションスキルについて、見学SP法による得点はRP法による得点に比べて有意に高い」は支持された。

4) テクニカルスキル (3 群間の比較)

(1) 実施SP群と見学SP群の比較

0.05を有意水準とし、Mann-WhitneyのU検定の結果、テクニカルスキル得点では漸近有意確率0.005が得られた。

このことから、テクニカルスキル評価得点は実施SP群の方が見学SP群より有意に高いと言える ($p < 0.05$) (表12)。これにより、仮説4すなわち「基礎看護学のテクニカルスキルについて、実施SP法によ

る得点は見学SP法による得点より有意に高い」は支持された。

(2) 実施SP群とRP群の比較

0.05を有意水準とし、Mann-WhitneyのU検定の結果、テクニカルスキル得点では漸近有意確率0.000が得られた。

このことから、テクニカルスキル評価得点は実施SP群の方がRP群より有意に高いと言える ($p < 0.05$) (表13)。これにより、仮説5すなわち「基礎看護学のテクニカルスキルについて、実施SP法による得点はRP法による得点より有意に高い」は支持された。

(3) 見学SP群とRP群の比較

0.05を有意水準とし、Mann-WhitneyのU検定の結果、テクニカルスキル得点で漸近有意確率0.101が得られた。

このことから、テクニカルスキル得点において見学SP群とRP群との間で有意な差はなく ($p > 0.05$) (表14)、仮説6すなわち「基礎看護学のテクニカルスキルについて、見学SP法の得点はRP法の得点に比べて有意に高い。」は支持されなかった。

5) コミュニケーションスキルとテクニカルスキル得点との相関

コミュニケーションスキル得点とテクニカルスキル得点との間には、かなり相関が認められた (0.561, ピアソンの累積相関) (表15)。

4. 学習者によるSP教育法に関する評価

学習体験終了後に、SP法またはRP法の学習に関する評価を5段階のリッカートスケールによる質問紙で求めた。この質問紙は米国メリーランド州立大学ボルチモア校看護学部内のSP専用演習室において使用されているもの¹⁰⁰⁾を一部改編して用いた(資料16)。10の設問

文に対して「強くそう思う」と回答した場合には「5点」、「全くそう
思わない」と回答した場合には「1点」とし、その中間に「4点」「3
点」「2点」を配した。10の設問文は以下の通りである。

「設問1：この演習で SP はリアリティがあった」、「設問2：この
演習で SP は私の知識の基準になった」、「設問3：この演習で SP は私
の技術の基準になった」、「設問4：この演習で SP は私の態度の基準
になった」、「設問5：この演習は有益な学習体験になった」、「設問6：
SP より提供されたフィードバックは建設的であった」、「設問7：SP
とのこの演習は私の能力に対する自信を高めた」、「設問8：SP とのこ
の演習はケア技術の実施について私の満足度を高めた」、「設問9：SP
とのこの演習は価値がある」および「設問10：機会があればこのよう
な演習にまた参加してみたい」。

上記の設問文に対する回答において、実施 SP 群と RP 群との比較検
定を行った。Mann-Whitney の U 検定の結果、以下の9つの設問につ
いて漸近有意確率 0.00 が得られた。すなわち、設問1（リアリティが
あった）・設問2（知識の基準になった）・設問3（技術の基準になっ
た）・設問4（態度の基準になった）・設問5（有益な体験だった）・設
問6（建設的なフィードバックだった）・設問8（満足度が高まった）・
設問9（演習の価値があった）・設問10（また参加したい）の9つの
設問では、実施 SP 群の方が RP 群より有意に高い評点であった（ $p < 0.01$ ）。しかし、設問7（自信を高めた）では漸近有意確率が 0.28 で
あり、2群間に有意差が認められなかった（ $p < 0.01$ ）（表 16-a）。

見学 SP 群と RP 群との比較では、Mann-Whitney の U 検定の結果、
以下の7つの設問について漸近有意確率 0.00 が得られた。すなわち設
問1（リアリティがあった）・設問2（知識の基準になった）・設問4

(態度の基準になった)・設問 5 (有益な体験だった)・設問 6 (建設的なフィードバックだった)・設問 9 (演習の価値があった)・設問 10 (また参加したい) の 7 つの設問では、見学 SP 群の方が RP 群より有意に高い評点であった ($p < 0.01$)。しかし、設問 3 (技術の基準になった) は漸近有意確率が 0.46、設問 7 (自信を高めた) は漸近有意確率が 0.54、設問 8 (満足度が高まった) は漸近有意確率が 0.73 であり、これら 3 つの設問については、2 群間に有意差は認められなかった ($p < 0.01$) (表 16-b)。

VII. 考察

1. 臨床技能試験

1) コミュニケーションスキル

実施 SP 群および見学 SP 群のコミュニケーションスキル得点は、学生同士のロールプレイ群より有意に高い得点であった。この結果は、SP 法が基礎看護学におけるコミュニケーションスキルの習得に有効な教育法であることを示唆している。後述する 2 つの比較対照試験が同様の知見を報告しており、本研究はそれらを再確認したことになる。Colletti らは、患者に対して悪い知らせ (bad news) を切り出さなければならない医療面接において、SP 法を体験した医学生は体験しない医学生よりもコミュニケーションスキルのパフォーマンスに対する評価が有意に優れていたことを明らかにした¹⁰¹⁾。また Yoo らは、基礎看護学教育課程の大学生を対象にして、ケア場面でのコミュニケーションスキルについて SP 法で学習した学生と、講義とモデル人形を用いる伝統的な方法で学習した前年度の学生の評価を比べた結果、SP 法

の学生が有意に高得点であったと報告している¹⁰²⁾。

これらの研究で立証されたように、よく準備された SP であれば、学生を実際の医療現場に近いリアルな状況下でコミュニケーションスキルを上達させることができるのである。本研究において実施 SP 群の学生は、SP との主導的コミュニケーションを体験し、SP からの肯定的な反応を間近に受ける立場に置かれ、その後に SP から 3 分間のフィードバックが提供された。こうした SP 法の実践的体験とフィードバック効果により、ベッドサイドでのコミュニケーションスキルの習得が促されたことが明らかになった。

また、コミュニケーションスキルの習得に関しては、1 対 1 の実施 SP 法だけでなく、見学するだけの学習体験であっても、学生同士のロールプレイに比べて有効であることが明らかになった。見学 SP 法と RP 法の比較対照実験の先行例はないが、藤岡らは見学について、気持ちを揺さぶられるような感動の体験により注意が喚起され対人関係技能や態度が育つと解釈している¹⁰³⁾。SP という非日常的存在とその反応を目前で見学することにより、学生同士の体験以上に強く印象付けられたことの反映と解釈される。

現在の看護学教育では、看護技術演習の授業方法として学生同士のロールプレイが多く実施されている。ロールプレイの効果として、富沢は、コミュニケーション技術や観察技術の必要性を認識させ、対象を通しての意識付けとなり、より具体的な、学生の興味・関心へと結びつくと報告している¹⁰⁴⁾。しかしその一方で藤崎は、ロールプレイは最も簡単なシミュレーションの形態であるが、役割を演じる学生の経験や能力の差異に全体のリアリティや深まりが依存するため、低学年ではその役割の人物についてのイメージを十分に膨らませておかない

と、ロールプレイ全体が平板な深まりのないものになりやすいと述べている¹⁰⁵⁾。実際にロールプレイは、一般に学生同士が役割を演じるという特性上、学生同士の遠慮や気恥ずかしさというものが存在する。そのためどうしてもその体験は表面的なものになりがちで、前述の藤岡らのいう「気持ちを揺さぶられるような感動の体験」をすることは困難である。

以上のように、SP法のリアリティのある感動体験に対してロールプレイの限界が影響して、RP群のコミュニケーションスキル得点は、SP法の2つの群と比較して低い得点となったことが示唆された。

2) テクニカルスキル

実施SP群のテクニカルスキル得点は、RP群より有意に高い得点であった。この結果から、SP法が基礎看護学におけるテクニカルスキルの習得に有効な教育法であることが示唆された。これは、以下の2つの先行研究結果を再確認したことになる。

Yooらの研究では、基礎看護技術の口腔ケア・背部ケア・体位変換・ネラトンカテーテルによる導尿・グリセリン浣腸の5つの技能のすべてにおいて実施SP法が講義とモデル人形による伝統的教育法より有効であることが確認されている¹⁰⁶⁾。リアルな状況下で行われる教育法では、テクニカルスキルを自分のものとする内在化

(**internalization**)に貢献し、テクニカルスキルの獲得段階が促進されることが影響するものと見られる¹⁰⁷⁾。

一方、Davidsonらの研究では、医学生の手技検査技能についてSP法と教員による指導とをOSCE(客観的臨床能力試験)で比較した場合、6つのステーションのうち4つのステーション(血圧測定・胸部

診察・脳神経診察・頸部診察)でSP法による得点が有意に高いと報告されている¹⁰⁸⁾。これは医学教育におけるSPインストラクターの有効性をも検証したものである。インストラクターとして訓練されたSPであれば、教員の指導力を超えるほどの教育効果が実証されており、看護学教育においてもSPの可能性を拡大する示唆が提供されている。

次に、テクニカルスキル得点は、実施SP群は見学SP群より有意に高い得点であった。この結果は、SP法であっても実施体験をしなければテクニカルスキルの獲得には有効ではないことを示唆している。同様の見解をOrmannも示唆しており、テクニカルスキルは実際の体験によって手技の獲得が容易になるものであることが明らかにされた¹⁰⁹⁾。本研究の結果は、実施体験とテクニカルスキル獲得との関連について再確認することとなった。

以上のことから、テクニカルスキル習得では、リアルな状況下での学習がスキルの獲得を促進することにより、実施SP法の得点が見学SP法およびRP法の得点より高くなったものと示唆された。

2 学習者によるSP教育法に関する評価

設問ごとのSP群(実施SP群・見学SP群)とRP群との群間比較の結果9つの項目に有意な差が認められたことは、SP法が学習者にとって極めて肯定的な評価を受けたことを意味する。以下に設問ごとに考察する。

1)「リアリティ」

本研究の介入段階におけるSPと学生患者役に対するリアリティ(reality: 現実性・迫真性)に関する質問紙調査結果から、SPの存在

や反応が実際の患者に迫真したものとして学習者に受け取られたことが確認された。国内外の看護学教育での SP のリアリティについては、学習者の多数の支持が確認できた報告例は少なくない^{110~112)}。本研究においてもそれを再確認する結果が得られた。

SP のリアリティは、医療現場での実践行動に近似した訓練環境のために不可欠な要素である¹¹³⁾。また、リアリティは SP を演ずる者の生活経験によって左右されるため、実年齢相応の SP を調達することがリアリティ確保の条件であり、本研究のシナリオと SP の組み合わせの妥当性が確認されたことになる。

さらに、SP のリアリティの度合いについて、実際の患者と比較実験を行った報告がある。研修医の診断技能評価に関する Norman らの実験によれば、SP が実際の患者以上に説明的に発言しすぎると、通常よりも詳細なデータが得られるため診断基準を充たすデータが多くなるという結果が報告されている¹¹⁴⁾。SP のリアリティはあくまでも実際の患者に似せるべきで、理想的な結果を誘導するためのものではないとの警告である。また、実際の患者に比べて過不足のある演技は不自然な印象を学習者に与え、臨場感が損なわれる恐れがある。それゆえ、看護ケア場面における SP の表現の程度に関する検討が今後必要と思われる。

2) 「知識の基準」および「態度の基準」

学習者による演習評価の質問紙調査結果から、SP 法を体験した学習者は、SP が知識の基準 (measure of one's knowledge) および態度の基準 (measure of one's manner) になったと認識していることが明らかになった。これは、学習者の既習の知識やコミュニケーション時の

態度を適用する際の基準として、SP の反応やフィードバックが利用されたことを意味する。なぜならば、von Glasersfeld の理論に立脚すれば¹¹⁵⁾、系統的に学習された知識と態度について学習者は、リアルなセッティングと教材 (SP) を与えられると、個別の文脈の中で知識や態度の使い方を理解するからである。また、先行研究において成人看護学の授業で SP とのコミュニケーション演習後に約 8 割の学生が患者に対する理解が深まったと回答された報告があり¹¹⁶⁾、さらに基礎看護学での SP を用いた看護過程演習では、患者の理解とコミュニケーションのあり方について役に立ったとの自由記載が最も多かったことも報告されている¹¹⁷⁾。本研究ではそれらの裏付けとなるデータを確認されたと言える。

3) 「技術の基準」

学習者による演習評価の質問紙調査結果から、SP に対して直接実施体験をした学習者は、SP を技術の基準 (**measure of one's skills**) になったと回答されているが、見学や学生同士のロールプレイを体験した学習者では低い評点であった。

学習者の技術獲得の実際モデルとして Veda による 5 段階の枠組みがある¹¹⁸⁾。それは、模倣 (**imitation**)、操作 (**manipulation**)、精確化 (**precision**)、分節化 (**articulation**)、自然化 (**naturalization**) の順に段階的に獲得していくとするモデルである。本研究の臨床技能試験はこの中の「精確化」の獲得段階に相当し、「一応できるようになった行為が、速く正確に、そして洗練された形で行われるようになることであり、そのために必要な統制 (**control**) の能力を獲得することまでを含む¹¹⁹⁾」という技能段階である。これを達成するためには、

その場の状況や相手のニーズに応じて自分の臨床技能を適用しなければならず、その判断基準は相手の反応である。学生同士のロールプレイでは、技術適用の基準を提供することは患者役学生では経験不足であることは否めない。それゆえ、学習者は実習に出てみるまで自分の技能をその場の状況や相手のニーズに応じて適用できるかについて不安があり、ミスにつながる危険性をも感じていることが報告されている¹²⁰⁾。先行研究の中には、周手術期患者のケアに関して SP 法により変化の状態がイメージでき、実習前にケア行為の良否を判断する訓練ができるようになったとの報告がある^{121) 122)}。いずれにおいても SP の反応は学習者の技術を適用する基準とされていることが示唆されている。本研究はこれを再確認することとなった。

4) 「有益な体験」

学習者による演習評価の質問紙調査結果から、SP 法は学習者にとって有益な学習体験 (useful learning experience) であることが明らかになった。SP 法に対する学習者の自由記載を分析した先行研究では、リアリティに次いで有益または効果的との回答が多数を占める傾向にあったことが報告されている^{123) 124)}。本研究ではその裏づけとなるデータが示されたことになる。

また、有益な理由として「患者とのふれあいがイメージできたこと」や「実習の課題がわかったこと」と回答されていることが報告されている¹²⁵⁾。それゆえ、学習者の有益性の判断理由は、実習の準備段階としての体験ができるかどうかにある可能性が示唆された。

5) 「建設的なフィードバック」

学習者による演習評価の質問紙調査結果から、本研究における SP によるフィードバックは建設的（constructive）であることが明らかになった。これは、SP のフィードバックが学習者に受け入れられたことを示唆している。また、本研究で設定したフィードバックマニュアルの肯定的なフィードバックを先行させる方針と、SP の提供内容が適切であったことが支持された。

臨床技能教育におけるフィードバックは、学習者に今後のよりよいパフォーマンスを導くことを意図して情報を提供する活動である¹²⁶⁾。本研究で SP が行ったフィードバックの目的は、学習者の対人関係スキルについて患者の視点で感じたことや見解を学生に提供することであった。こうしたフィードバック機能は SP の重要な利点であり、実際の患者には担えない機能である¹²⁷⁾。しかしフィードバックが批判的であると学生は心を閉ざしてしまい、それを受け入れないばかりか立ち直れないと訴える例が報告されている¹²⁸⁾。また、SP が肯定的なフィードバックから開始した場合、その後に改善を要する事項のフィードバックをしたとしても学習者には前向きに受け止められることが報告されている¹²⁹⁾¹³⁰⁾。それゆえ、フィードバックは肯定的なものから改善を要するものへと進めていくことが建設的であり、学習者の外傷体験にならないように最大限配慮されなければならない。

さらに、米国の例にみられるように厳しく率直なフィードバックが学習者の向上意欲を刺激する場合もあり¹³¹⁾、教育目的と学習者のレディネスを勘案したフィードバックの標準化が行われている¹³²⁾。本研究で学習者に建設的であると受け止められた要因として、本研究のフィードバックガイドラインに沿って、「特定の行為」について「直接的データに基づき」、患者の立場から「説明的かつ非評価的言葉で表現

する」ことに重点を置き、肯定的な内容を強調した進行方法をとったことが挙げられる（資料8）。

SP のフィードバックは重要な教育的関わりであり、フィードバック能力を向上させるには基礎的な学習と豊富な経験を要する。事実、わが国の多くの模擬患者にとってフィードバックは「難しく」「ストレスになる」と言われている¹³³⁾。学習者の特徴と学習目標や学習段階に応じて SP と教員双方による詳細な検討が必要であり、学習者からのフィードバックを得ながら改善し続けることが重要である。

6)「自信」

学習者による演習評価の質問紙調査結果から、SP 法の体験が学習者の自信（**confidence**）を有意に高めたことは確認できなかった。SP 法による訓練は、医療の学習者にとって実際の患者に移行するための準備段階としてのシミュレーションであり、学習者が自信を持って臨床技能を発揮できるようになるまで利用できることが SP の利点でもある¹³⁴⁾。それゆえ高い自信を得るに至らないことは、学習者が自らのケア能力に自信が持てるまでには訓練回数をさらに重ねる必要のあることが示唆された。また、SP 法の体験では想定外の状況が多く、特に臨地実習経験の乏しい初学者ほどその傾向がみられる¹³⁵⁾。さらに、SP 法の初回の体験者には強度の緊張感が8割の学生から回答された報告があり¹³⁶⁾、SP 法に慣れていない学習者は、自信を実感するより SP と対峙する緊張感の方が勝ることが示唆されている。それゆえ学習者が自信を得るようになるまでには、ある程度場数を踏むことや学習者個々の体験の意味づけをサポートする必要性が明らかになった。

7)「満足度」

学習者による演習評価の質問紙調査結果から、本研究の SP 群の中で実施 SP 群のみが RP 群より有意に満足（comfort）であると回答されているが、見学 SP 群と RP 群との差は認められなかった。

学習者は、課題とされた臨床技能に挑戦し、目標を達成した時に満足（comfort）を感じる。そして満足はフィードバックにより一層強化され¹³⁷⁾、SP の肯定的な反応により学生の満足度が増強すると言われている¹³⁸⁾。本研究の実施 SP 群では、SP に対して直接ケアをやり遂げたことと SP の肯定的な反応やフィードバックにより満足がもたらされたことが示唆された。これは、ナースプラクティショナーの養成課程の途中に SP 法のプログラムを入れた場合、学習者は SP プログラム前に比べて有意に高い満足度を得たとする Ebbert らの研究¹³⁹⁾を再確認したことになる。

また、課題に挑戦した当事者としての手ごたえは見学者には実感することができない。見学と実施を比較した先行研究はないため前例との比較検討はできないが、見学 SP 群と RP 群の間には有意差がなかったことから、「満足度」は直接的な挑戦体験の有無と関連することが示唆された。

8)「演習の価値」

学習者による演習評価の質問紙調査結果から、実施 SP 群および見学 SP 群の両群において演習方法は価値がある（valuable）と認められたことが明らかになった。

受けた教育に対して価値を認識するためには、学習者が自分の学習体験の意味づけや行動の良否を認識することが不可欠である。SP 法の

場合、その意味づけや行動評価の基準は SP による適切なフィードバックによってもたらされる¹⁴⁰⁾。前述の Ebbert らの研究では SP のフィードバックによって学習者の価値認識の高まりがもたらされたと報告されている。本研究においても、SP の建設的なフィードバックにより、学生同士のフィードバックでは得られないような学習者の行動の評価や意味づけに必要な情報を提供され、学習者の価値認識の高まりに関連したことが示唆された。

9) 「また参加したい」

学習者による演習評価の質問紙調査結果から、SP 法は学生同士のロールプレイに比べて再参加の希望が高いことが明らかになった。類似した結果として、里光らの研究¹⁴¹⁾では「学生の多くが再度の SP 法の実施を申し出る」と報告されている。清水らが行った SP 法による実技試験調査においても SP 法に対する「今後の意欲・期待」の回答が多かったと報告されている¹⁴²⁾。学習者は、学習成果が有益なものであることを知ったり課題が見つかったりすると、それが新たな学習ニーズとなりモチベーションにつながり、その学習が再び使用されることにより習慣化されて行く¹⁴³⁾。それゆえ再参加を希望することは、SP 法が学習ニーズとなり、モチベーションが高められた結果であると言える。

IX. 結論

基礎看護学の臨床技能に関するコミュニケーションスキルの習得において、実施SP法、見学SP法、RP法の順に、各々の間に有意な有効性

が検証された。また、テクニカルスキルの習得において、実施SP法は見学SP法およびRP法に比べて有効な教育法であることが検証された。このことから見学SP法は、テクニカルスキルの習得においてはRP法と有効性に差がないが、コミュニケーションスキルの習得においてはRP法に比べて有効であることが確認された。したがって、よく訓練され標準化されたSPによるプログラムであれば、実施SP法はもとより見学SP法がコミュニケーションスキル習得に関して効果的な演習形態として期待できることが示唆された。

また、SP法は学習者から「リアリティ」「知識・技術・態度の基準」「有益な学習体験」「建設的なフィードバック」「高い満足度」「価値ある学習」「また参加したい」と評価され、SP法により学習者のモチベーションが高められたことが明らかになった。

X．研究の限界と今後の課題

本研究では、SP法の有効性についてコミュニケーションスキルと口腔ケア固有のテクニカルスキルの2つの臨床技能を指標とした。それらは基礎看護学で習得すべき臨床技能の一部に過ぎない。さらに学習体験と臨床技能試験は、各々10分ずつという極めて短時間の持ち時間による評価に基づく検証である。それゆえ今後の研究課題として、他の看護技術を指標とする検証および臨床判断のような複雑な思考プロセスを指標とする検証が必要である。また本研究で得られた因子分析から、SP法による教育効果に関する要因や条件についてさらに追究することも今後の課題である。

謝 辞

本論文の作成に当たり、実験にご理解とご協力を賜りました看護教育機関の先生方、参加してくださった学生の皆様そして実験スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。また、女子栄養大学保健養護学研究室の皆様に大変お世話になりました。

最後に、大学院修士課程在籍以来、常に心強い励ましと示唆に富むご助言をもって教え導いてくださいました鎌田尚子教授に、心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 日野原重明:ライフプランニング・センターにおける SP (模擬患者) 導入の取り組み 臨床能力を高める SP(模擬患者)の活用 1-3,財団法人ライフプランニング・センター,東京(2005)
- 2) 伴信太郎:客観的臨床能力試験－臨床能力の新しい評価法－, 医学教育,26,157-163(1995)
- 3) 藤崎和彦,尾関俊紀:わが国での模擬患者(SP)活動の現状,医学教育, 30(2), 71-76(1999)
- 4) 藤崎和彦:新しい卒後教育 3:模擬患者・標準模擬患者とコミュニケーション教育,医学教育白書 2002 年版 (医学教育学会編) 篠原出版 新社,東京, 48-52(2002)
- 5) 安部恵子,鈴木富雄,藤崎和彦,伴信太郎:模擬患者 (SP) の現況及び 満足感と負担感:全国意識調査第一報, 医学教育, 38(5):301-7(2007)
- 6) Gliva-McConvey G,: What is standardized patient? *Association of Standardized Patient Educators* (2006) .Retrieved September16,2009,from http://www.aspeducators.org/sp_info.htm.
- 7) Barrows, H.S.: *Simulated (Standardized) patients and other human simulations a comprehensive guide to their training and use in teaching and evaluation*. Southern Illinois University, Illinois (1987)
- 8) Barrows, H.S.: *Simulated (Standardized) patients and other human simulations a comprehensive guide to their training and use in teaching and evaluation*. Southern Illinois University,

Illinois(1987)

- 9) Barrows, H.S. and Abrahamson, S.: The programmed patients: a technique for appraising student performance in clinical neurology. *Med Educ*, 802-805(1964)
- 10) Jenkins, L.S. and Schaivone, K.: Standardized patients in nursing education. *Annual Review of Nursing Education*, Volume5, 3 -23(2007)
- 11) Barrows, H.S.: An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med*, 68, 443-453(1993)
- 12) Wallace, P.(2006).Following the threads of an innovation: The history of standardized patient in medical education. Retrieved January 10 ,2006, from http://www.aspeducators.org/sp_info.htm
- 13) Barrows, H. S.: An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med*, 68, 443-453(1993)
- 14) Anderson, B.M. , Stillman, P.L. and Wang, Y.: Growing use of standardized patients in teaching and evaluation. *Teaching and learning Medicine*, 6, 15-22(1994)
- 15) 大滝純司：模擬患者（SP）によるコミュニケーション教育の有効性, *JIM*, 5, 812-7(1995)
- 16) Beullens, J., Rethans, J.J., Goedhuys, J. and Buntix, F.: The use of standardized patients in research in general practice. *Family practice*, 14, 58-62(1997)
- 17) Stillman, P.L., Wag, Y., Ouyang, Q., Zhang, S., Yang, Y., and

- Sawyer, W.: Teaching and assessing clinical skills: a competency-based program in China. *Med Educ*, 31, 3-40(1997)
- 18) Colliver, J.A., Swartz, M.H., Robbs, R.S., Lofquist, M., Cohen, D. and Verhulst, S.J.: The effect of using multiple standardized patients on the inter-case reliability of large-scale standardized patient examination administered over an extended testing period. *Acad Med*, 75, S81-S83(1998)
- 19) Nagoshi, M.H.: Role of standardized patients in medical education. *Hawaii Med J*, 60, 323-4(2001)
- 20) Davidson, R., Duerson, M., Rathe, R., Pauly, R. and Watson, R.T.: Using standardized patients as teachers: a concurrent controlled trial. *Acad Med*, 76, 840-3(2001)
- 21) Bennet, A.J., Arnold, L.M. and Welge, J.A.: Use of standardized patients during a psychiatry clerkship. *Acad Psychiatry*, 30, 185-90(2006)
- 22) Williams, B.C., Hall, K.E., Supiano, M.A., Fitzgerald, J.T. and Halter, J.B.: Development of a standardized patient instructor to teach functional assessment and communication skills to medical students and house officers. *J Am Geriatr Soc*, 54, 1447-52(2006)
- 23) Colliver, J.A. and Swartz, M.H. : Assessing clinical performance with standardized patients. *Journal of the American Medical Association*, 278, 790-791(1997)
- 24) Anderson, J.A. and Kassebaum, D.G.: Proceedings of the AAMC's consensus conference on the use of standardized patients in the teaching and evaluation of clinical skills. *Acad Med*, 68,

437-478(1993)

- 25) Anderson, B.M., Stillman, P.L. and Wang, Y.: Growing use of standardized patients in teaching and evaluation. *Teaching and learning Medicine*, 6, 15-22(1994)
- 26) 大滝純司：模擬患者（SP）によるコミュニケーション教育の有効性，JIM， 5， 812-7(1995)
- 27) Federation of State Medical Boards of the United States, Inc., and National Board of Medical Examiners. (2005).United States Medical Licensure Examination. Retrieved March 28, 2006. from <http://www.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1048&context=ijnes>
- 28) 安部恵子,鈴木富雄,藤崎和彦,伴信太郎:模擬患者(SP)の現況及び満足感と負担感:全国意識調査第一報，医学教 38(5):301-7(2007)
- 29) Jenkins, L.S. and Schaivone, K.: Standardized patients in nursing education. *Annual Review of Nursing Education*, Volume5, 3 -23(2007)
- 30) Lincoln, R., Layton, J., and Holdman, H. : Using simulated patients to teach assessment. *Nursing Outlook*, 26, 316-320(1978)
- 31) Yoo, M.S. and Yoo, I.Y.: The effectiveness of standardized patients as a teaching method for nursing fundamentals. *Journal of Nursing Education*, 42 (10), 444-448(2003)
- 32) O'Connor, F.W., Albert, M.L. and Tomas, M.D.: Incorporating standardized patient into a psychosocial nurse practitioner Program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13, 240-247 (1999)

- 33) Vessey, J.A., and Huss, K.: Using standardized patients in advanced practice nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 18(1), 29-35 (2002)
- 34) Seibert, D.C., Guthrie, J. T. and Adamo, G.: Improving learning outcomes: Integration of standardized patients and telemedicine technology. *Nursing Education Perspectives*, 25, 232-237(2004)
- 35) Ebbert D.W. and Conners, H.: Standardized patients experiences: Evaluation of clinical performance and nurse practitioner student satisfaction. *Nursing Education Perspectives*, 25 (1), 2-5(2004)
- 36) Rutledge, C.M., Garzon, L., Scott, M. and Karlowicz, K.: Using standardized patients to teach and evaluate nurse practitioner students on cultural competency. *International Journal of Nursing Scholarship*, 1(1) (2004) Retrieved January 10, 2006.from
<http://www.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1048&context=ijnes>
- 37) Konkle-Parker, D.J., Cramer, C.K., and Hamill, C.: Standardized patient training: A modality for teaching interviewing skills. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33, 225-230 (2002)
- 38) Vessey, J.A. and Huss, K.: Using standardized patients in advanced practice nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 18(1), 29-35 (2002)

- 39) Barrows, H.S.: An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med*, 68, 443-453(1993)
- 40) 吉田一郎:模擬患者による医療者教育の意義と今後の展望,月刊 Nurse Data, 26(10),34-40(2005)
- 41) Norcini J, Boulet J: Methodological issues in the use of standardized patients for assessment, *Teaching and Learning Medicine*, 15(4), 293-297(2003)
- 42) Colliver, J.A. and Williams, R.G.: Technical issues: Test application. *Acad Med*, 68, 454-460(1993)
- 43) Williams, R.G.: Status of standardized patient assessment. *Teaching and Learning Medicine*, 16(2), 215-222(2004)
- 44) 井上千鹿子, 村上純子, 浅川和美: 看護教育における模擬患者協力型教育の実施状況, 医学教育,37 補冊, 21(2007)
- 45) 日本看護学教育学会第 15 回学術集会企画委員会編:日本看護学教育学会第 15 回学術集会講演集, 日本看護学教育学会第 15 回学術集会,埼玉(2005)
- 46) 日本看護学教育学会第 16 回学術集会企画委員会編:日本看護学教育学会第 16 回学術集会講演集, 日本看護学教育学会第 16 回学術集会,愛知(2006)
- 47) 日本看護学教育学会第 17 回学術集会企画委員会編:日本看護学教育学会第 17 回学術集会講演集, 日本看護学教育学会第 17 回学術集会,福岡(2007)
- 48) 日本看護学教育学会第 18 回学術集会企画委員会編:日本看護学教育学会第 18 回学術集会講演集, 日本看護学教育学会第 18 回学術集会

会,茨城(2008)

49) 日本看護学教育学会第 19 回学術集会企画委員会編:日本看護学教育学会第 19 回学術集会講演集,日本看護学教育学会第 19 回学術集会,北海道(2009)

50) 第 25 回日本看護科学学会学術集会編:第 25 回日本看護科学学会学術集会講演集,第 25 回日本看護科学学会学術集会,青森(2005)

51) 第 26 回日本看護科学学会学術集会編:第 26 回日本看護科学学会学術集会講演集,第 26 回日本看護科学学会学術集会,大阪(2006)

52) 第 27 回日本看護科学学会学術集会編:第 27 回日本看護科学学会学術集会講演集,第 27 回日本看護科学学会学術集会,東京(2007)

53) 第 28 回日本看護科学学会学術集会編:第 28 回日本看護科学学会学術集会講演集,第 28 回日本看護科学学会学術集会,福岡(2008)

54) 第 29 回日本看護科学学会学術集会編:第 29 回日本看護科学学会学術集会講演集,第 29 回日本看護科学学会学術集会,千葉(2009)

55) 日本看護協会編:第 35 回日本看護学会論文集(看護教育),日本看護協会出版会,東京(2004)

56) 日本看護協会編:第 36 回日本看護学会論文集(看護教育),日本看護協会出版会,東京(2005)

57) 日本看護協会編:第 37 回日本看護学会論文集(看護教育),日本看護協会出版会,東京(2006)

58) 日本看護協会編:第 38 回日本看護学会論文集(看護教育),日本看護協会出版会,東京(2007)

59) 日本看護協会編:第 39 回日本看護学会論文集(看護教育),日本看護協会出版会,東京(2008)

60) 日本医学教育学会編:第 37 回日本医学教育学会大会予稿集,医学教

- 育,36 卷補冊, 篠原出版新社,東京(2005)
- 61) 日本医学教育学会編:第 38 回日本医学教育学会大会予稿集,医学教育,37 卷補冊, 篠原出版新社,東京(2006)
- 62) 日本医学教育学会編:第 39 回日本医学教育学会大会予稿集,医学教育,38 卷補冊, 篠原出版新社, 東京(2007)
- 63) 日本医学教育学会編:第 40 回日本医学教育学会大会予稿集,医学教育,39 卷補冊, 篠原出版新社, 東京(2008)
- 64) 日本医学教育学会編:第 41 回日本医学教育学会大会予稿集,医学教育,40 卷補冊, 篠原出版新社, 東京(2009)
- 65) 宮崎貴子:日本の看護教育における SP (模擬患者／標準模擬患者) 参加型学習の実態に関する文献検討,日本赤十字武蔵野短期大学紀要,18 号,51-56(2005)
- 66) 梶田叡一:教育評価,有斐閣双書,東京, 32-38(1983)
- 67) 医学教育学会教育開発委員会:医学教育の原理と進め方 (医学教育マニュアル 1) , 篠原出版新社, 東京(1978)
- 68) Harden, R.M.: Learning outcome and instructional objectives is there a difference? *Med Teach*, 24(2), 151-55(2002)
- 69) Morrison, J.評価. Cantillon, P.他編 (吉田一郎監訳):医学教育 ABC 学び方, 篠原出版新社, 東京,44-56(2004)
- 70) Epstein, R.M.: Assessment in medical education. *New Engle J Med*, 356 ,387-96(2007)
- 71) Miller, G.E.: The assessment of clinical skills /competence /performance. *Acad Med*, 6563-7(1990)
- 72) Epstein, R.M. and Hundert, E.M.: Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287, 226-235(2002)

- 73) 大滝純司編著:OSCE の理論と実際, 篠原出版新社, 東京, 2・9 (2007)
- 74) Szasz, T. S. and Hollender, M.H.: The basic models of the doctor-patient relationship. *Arch Intern Med*, 97: 585-589(1976)
- 75) Beeson, S., and Kring, D.L.: The effects of two teaching methods on nursing students' Factual Knowledge and performance of psychomotor skills. *Journal of Nursing Education*, 38, 357-359(1999).
- 76) Kleehammer, K., Hart, A.L. and Keck, J.F.: Nursing students' perceptions of anxiety-producing situations in the clinical setting. *Journal of Nursing Education*, 29, 183-187(1990)
- 77) 長戸和子, 山崎美恵子: 基礎看護実習(1期)に臨む看護学生の不安に関する研究:STAI を用いて, 高知女子大学紀, 29-36(1996)
- 78) 竹下弘子, 小林典子, 朝永恵美子, 東八千代, 磯野広美, 木下歌寿美:九州国立看護教育紀要, 10 巻 1 号 32-41(2008)
- 79) Miller, G.E.: The assessment of clinical skills /competence /performance. *Acad Med*, 65:63-7(1990)
- 80) Merrick, H.W., Nowacek, G., Boyer, J. and Robertson, J.: Comparison of the objective structured clinical examination with the performance of third-year medical students surgery. *The American Journal of Surgery*, 179, 286-288(2000).
- 81) Jenkins, L.S. and Schaivone, K.: Standardized patients in nursing education, *Annual Review of Nursing Education*, Vol.5, 15 -17(2007)
- 82) Schwind ,C.J., Boehler, M., Folse, R., Dunnington, G., and Markwell, S.J.: Development of physical examination skills in a

- third-year surgical clerkship. *The American Journal of Surgery*, 181, 338-340 (2001)..
- 83) Arthur, D. :Assessing nursing students' basic communication and interviewing skills: the development and testing of a rating scale. *The Journal of Advanced Nursing*, 29, 658-665 (1999)
- 84) Colletti, L., Gruppen, L., Barclay, M. and Stern, D. :Teaching students to break bad news. *The American Journal of Surgery*, 182(1), 20-23(2001).
- 85) 保健師助産師看護師法(法第 203)保健師助産師看護師学校養成所指定規則(別表 3).
- 86) Ende, J.: Feedback in clinical medical education. *JAMA* ,250(6),777 -781(1983)
- 87) Yoo, M.S. and Yoo, I.Y.: The Effectiveness of standardized patients as a teaching method for nursing fundamentals. *Journal of Nursing Education*,42 (10), 444-448(2003)
- 88) 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におけるあり方に関する検討会報告書(2003)
- 89) 小泉仁子:根拠に基づいた基礎看護技術 口腔ケア, クリニカルスタディ,25(5),30-35(2004)
- 90) Gude, T., Vaglum, P., Anvik, T., Baerheim, A. Eide, H., Fasmer, O. B., Graugaard, P., Grimstad, H., Hjortdahl, P., Holen, A., Nordoy, T., Skirbekk, H. and Finset, A.: Observed communication skills. *BMC Med Education*,7(43), 31-39(2007)
- 91) 窪田愛恵,矢野義孝,森本剛,関進,高田香織,蔵本伸生,前田祐子,赤池昭紀,平出敦:薬学 OCSC におけるコミュニケーション能力評価の信

- 頼性に関する検討,薬学雑誌,129(5),609-616(2009)
- 92) Hodges, B., McNaughton, N., Regehr, G., Tiberius, R. and Hanson, M.:The Challenge of creating new OSCE measures to capture the characteristics of expertise. *Medical Education*,36,742-8(2002)
- 93) Hodges, B., Regehr, G., McNaughton, N., Tiberius, R. and Hanson, M. : OSCE checklists do not capture increasing levels of expertise. *Acad Med*, 74, 1129-34(1999)
- 94) Taylor, C. R., LeMone, P., Lillis, C. and Lynn, P. :Fundamentals of nursing 6th ed, Lippincott ,1163-1164 (2008)
- 95) Perry, A. G.and Potter, P. A.: Clinical nursing skills techniques 6th ed, 397-399, Mosby(2006)
- 96) 村上美好監修, 吉田みつ子, 本庄恵子, 菊岡祥子, 奥田清子:写真でわかる基礎看護技術 2, インターメディカ,東京,56-60(2006)
- 97) 氏家幸子, 阿曾洋子, 井上智子:基礎看護技術Ⅰ第6版, 医学書院, 東京, 347-351(2005)
- 98) 坪井良子, 松田たみ子編:考える基礎看護技術Ⅱ第3版, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 182(2006)
- 99) 川島みどり監修:看護技術スタンダードマニュアル作成委員会編:看護技術スタンダードマニュアル, メヂカルフレンド社,東京, 351-358(2006)
- 100) Jenkins, L.S. and Schaivone, K.: Standardized patients in nursing education. *Annual Review of Nursing Education*, Vol.5, 18(2007)

- 101) Colletti, L., Gruppen, L., Barclay, M. and Stern, D.: Teaching students to break bad news. *The American Journal of Surgery*, 182(1), 20-23, 59 (2001)
- 102) Yoo, M.S. and Yoo, I.Y.: The Effectiveness of standardized patients as a teaching method for nursing fundamentals. *Journal of Nursing Education*, 42 (10), 444-448(2003)
- 103) 藤岡完治,野村明美:わかる授業をつくる看護教育技法 3 シミュレーション・体験学習,医学書院,東京,140-144(2000)
- 104)富沢美幸:看護過程演習におけるロールプレイング導入の効果,足利短期大学研究紀要,26,119-123(2006)
- 105) 藤崎和彦:模擬患者による面接技法教育,Pharma Medica, 13 (1) 76-78(1995)
- 106) Yoo, M.S. and Yoo, I.Y.: The Effectiveness of standardized patients as a teaching method for nursing fundamentals. *Journal of Nursing Education*, 42 (10), 444-448(2003)
- 107) 梶田勲一:教育目標の分類体系 (タキノミー) とその教育的活用 教育評価 第2版補訂版,有斐閣双書,東京,147-148(2002)
- 108) Davidson, R., Duerson, M., Rathe, R., Pauly, R. and Watson, R.T.: Using standardized patients as teachers: A concurrent controlled trial. *Acad Med*, 76,840-843(2001)
- 109)Ormann, M. H. : Psychomotor skill development. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 21 (5), 2002-204(1990)
- 110) 吉川洋子,高橋恵美子,長島玲子,松本亥智江,松岡文子,木村幸弘,長崎雅子,磯村由美,飯塚桃子:情報収集場面に模擬患者・役割モデルを導入した教育方法,第37回日本看護学会論文集(看護教

- 育), 413-415(2006)
- 111) 鈴木玲子,高橋博美,常盤文枝,藤田智恵子,山田皓子:コミュニケーション学習に SP (Simulated patient) を取り入れた教育方法の開発,埼玉県立大学紀要,4:19-26(2002)
- 112) Ebbert, D. W. and Connors, H.: Standardized patient experiences: evaluation of clinical performance and nurse practitioner student satisfaction. *Nursing Education Perspectives*, 25(1), 2-5(2004)
- 113) Colliver, J. A. and Williams, R. G.: Technical issues: test application. *Acad Med*, 68, 454-63(1993)
- 114) Norman, G. R., Tugwell P. and Feightner, J. W.: A comparison of resident performance on real and simulated patients. *Journal of Medical Education*. 57, 708-715(1982)
- 115) von Glasersfeld, E.: Cognition, construction of knowledge, and teaching. *Synthesis*, 80, 121-140(1997)
- 116) 鈴木玲子,高橋博美,藤田智恵子,常盤文枝,山田皓子:成人看護学における対象理解を深める教育方法の検討 (1) -SP を取り入れたコミュニケーション授業の導入と展開-,看護展望, 28 (3) ,334 - 340(2003)
- 117) 吉川洋子,高橋恵美子,長島玲子,松本亥智江,松岡文子,木村幸弘,長崎雅子,磯村由美,飯塚桃子:情報収集場面に模擬患者・役割モデルを導入した教育方法,第 37 回日本看護学会論文集 (看護教育), 413-415(2006)
- 118) Dave, R. H.: Developments in educational testing Vol. 1, University of London Press, London, 203-214(1969)

- 119) 梶田 叡一:教育目標の分類体系 (タキシノミー) とその教育的活用 教育評価 第2版補訂版,有斐閣双書,東京,147-157(2002)
- 120) Kleehammer, K., Hart, A.L. and Keck, J.F.: Nursing students' perceptions of anxiety-producing situations in the clinical setting. *Journal of Nursing Education*, 29, 183-187 (1990)
- 121) 模擬患者を用い、患者の状態の違いを提示する周手術期学内演習の効果, 第38回日本看護学会論文集 (看護教育), 18-20(2007)
- 122) 常盤文枝, 鈴木玲子, 高橋博美, 藤田智恵子, 山田皓子: 成人看護学における対象理解を求める教育方法の検討[2]—SPを取り入れたコミュニケーション授業の結果と評価—, 看護展望 28 (4) 56 - 61(2003)
- 123) 鈴木玲子,大場良子,常盤文枝,山口乃生子,高橋博美:模擬患者(SP)を利用した看護診断学習の検討(第1報)—学習内容からみたSP導入の効果について—,第16回日本看護学教育学会学術集会講演集,162(2006)
- 124) 吉川洋子,高橋恵美子,長島玲子,松本亥智江,松岡文子,木村幸弘,長崎雅子.磯村由美,飯塚桃子:情報収集場面に模擬患者・役割モデルを導入した教育方法, 第37回日本看護学会論文集 (看護教育), 413-415(2006)
- 125) 長尾厚子,丸岡洋子,十九百君子,鎌田美智子,尾崎雅子,野崎由香:看護対人関係論におけるSP(模擬患者)導入の効果—不安のある患者への関わりをとおして—, 第17回日本看護学教育学会学術集会講演集,173(2007)
- 126) Ebbert, D. W. and Connors, H.: Standardized patient experiences: Evaluation of clinical performance and nurse

- practitioner student satisfaction. *Nursing Education Perspectives*, 25(1), 2-5(2004)
- 127) Barrows, H. S.: Simulated (standardized) patients and other human simulation. Southern Illinois University, 39-43(1987)
- 128) 吉田一郎:模擬患者による医療者教育の意義と今後の展望,月刊 Nurse Data, 26(10), 34-40(2005)
- 129) 野中 静,若尾ふさ:基礎看護学における模擬患者 (SP) 参加型授業の試み,看護教育,43(10),842 - 844(2002)
- 130) 藤崎和彦;日本医学教育学会臨床能力教育ワーキンググループ編:模擬患者／標準模擬患者 (SP) の養成と導入 5. フィードバック 基本的臨床技能の学び方・教え方,南山堂,東京,183-188(2002)
- 131) 植村研一;日本医学教育学会監修:医学教育におけるシミュレーションの種類と役割.シミュレーションの応用医学教育マニュアル 5, 篠原出版新社,東京, 34-54(1978)
- 132) Jenkins, L.S. and Schaivone, K.: Standardized patients in nursing education. *Annual Review of Nursing Education*, Vol.5, 15 -17(2007)
- 133) 川上ちひろ,藤崎和彦:模擬患者のための「フィードバックワークシート」の提案,医学教育,39 (6) , 417- 420(2008)
- 134) Barrows, H. S.: An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med*, 68, 443-453(1993)
- 135) 水戸優子,小山真理子,野崎真奈美,間瀬由記,片平伸子,屋宜譜美子:状況設定と模擬患者を用いた看護技術学習方法の検討 その2 学生にとっての「想定外」の学び,第 27 回日本看護科学学会学術

集会講演集, 313(2007)

- 136) 清水裕子, 大学和子, 野中静: 基礎看護技術実技試験における SP を導入した OSCE の試み, 聖母女子短期大学紀要, 15, 53 - 63, 2002.
- 137) Barrows, H. S.: Simulated (standardized) patients and other human simulation. Southern Illinois University, 30-43(1987)
- 138) Yoo, M.S. and Yoo, I.Y.: The Effectiveness of standardized patients as a teaching method for nursing fundamentals. *Journal of Nursing Education*, 42 (10), 444-448(2003)
- 139) Ebbert, D. W. and Connors, H.: Standardized patient experiences: evaluation of clinical performance and nurse practitioner student satisfaction. *Nursing Education Perspectives*, 25(1), 2-5(2004)
- 140) Jenkins, L.S. and Schaivone, K.: Standardized patients in nursing education. *Annual Review of Nursing Education*, Vol.5, 15 -17(2007)
- 141) 里光やよい, 中原るり子: 模擬患者を用いた技術演習の効果に関する実験的検討ー教員 SP と学生 SP との比較ー, 第 16 回日本看護学教育学会学術集会講演集, 176(2006)
- 142) 清水裕子, 大学和子, 野中静: 基礎看護技術実技試験における SP を導入した OSCE の試み, 聖母女子短期大学紀要, 15, 53 - 63(2002)
- 143) 植村研一; 日本医学教育学会監修: 医学教育におけるシミュレーションの種類と役割. シミュレーションの応用医学教育マニュアル 5, 篠原出版新社, 東京, 16(1978)

資料

図・表・資料の目次

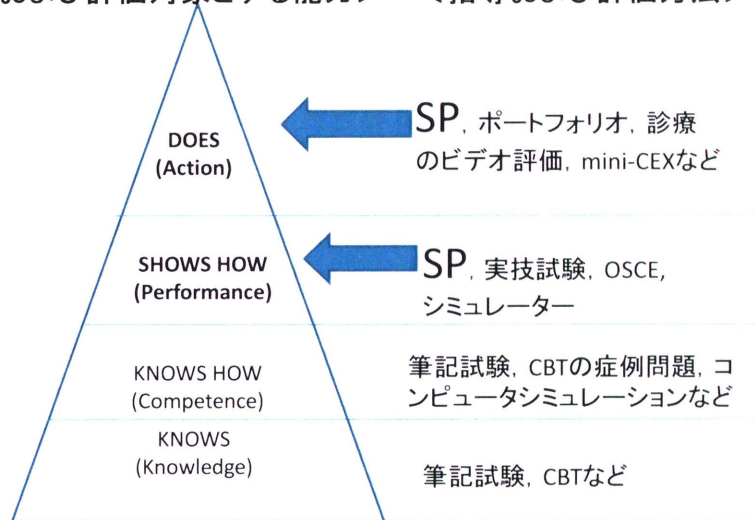
図 1	Miller のピラミッド	1
図 2	研究デザイン	2
図 3	コミュニケーションスキル評価得点（箱ひげ図）	3
図 4	テクニカルスキル評価得点（箱ひげ図）	4
表 1	医学教育におけるヒューマンシミュレーション	5
表 2	教育評価の 4 つのレベル	6
表 3	医療者と患者の関係	7
表 4	コミュニケーションスキル評価項目リスト	8
表 5	テクニカルスキル評価項目リスト	9
表 6	因子分析結果（コミュニケーションスキル評価項目）	10
表 7	因子分析結果（テクニカルスキル評価項目）	11
表 8	コミュニケーションスキル・テクニカルスキル評価得点 の平均点±SD	12
表 9	中央値および四分位範囲値	12
表 10	正規性の検定	13
表 11	3 群間の比較：Kruskal Wallis 検定	13
表 12	コミュニケーションスキル得点における 実施 SP 群と見学 SP 群の比較：Mann-Whitney の U 検定	14
表 13	コミュニケーションスキル得点における 実施 SP 群と RP 群の比較：Mann-Whitney の U 検定	14
表 14	コミュニケーションスキル得点における 見学 SP 群と RP 群の比較：Mann-Whitney の U 検定	14
表 15	コミュニケーションスキル得点とテクニカルスキル得点との ピアソン累積相関	15

表 16-a 「学習者による演習評価」:実施 SP 群と RP 群との比較	16
---------------------------------------	----

表 16-b 「学習者による演習評価」:見学 SP 群と RP 群との比較	16
---------------------------------------	----

資料 1	看護場面の設定 (I 群体験学習用)	17
資料 2	看護場面の設定 (II 群介入用)	18
資料 3	看護場面の設定 (III 群:コントロール群)	19
資料 4	I・II 群 体験学習用シナリオ	20
資料 5	III 群 ロールプレイ用シナリオ	22
資料 6	標準模擬患者 (SP) の標準化マニュアル	24
資料 7	フィードバック提供のガイドライン	26
資料 8	標準模擬患者 (SP) のフィードバックマニュアル	27
資料 9	臨床技能試験の看護場面の設定 (全群共通用)	29
資料 10	全群共通用臨床技能試験シナリオ	30
資料 11	コミュニケーションスキルチェックリスト	32
資料 12	テクニカルスキルチェックリスト	33
資料 13	標準模擬患者 (SP) の概要	34
資料 14	SP 標準化準備進行表	35
資料 15	学習者による演習評価 (SP 群用)	36
資料 16	学習者による演習評価 (学生同士ロールプレイ群用)	37

<指導および評価対象とする能力> <指導および評価方法>



(Framework for clinical assessment)

出典: G. E. Miller : The assessment of clinical skills / competence / performance, ACADEMIC MEDICINE 65(9), 563-67, 1990. および大滝純司: OSCEの理論と実際, 篠原出版新社, 2007, 3-4, をもとに野中が一部改変

図1 Miller のピラミッド

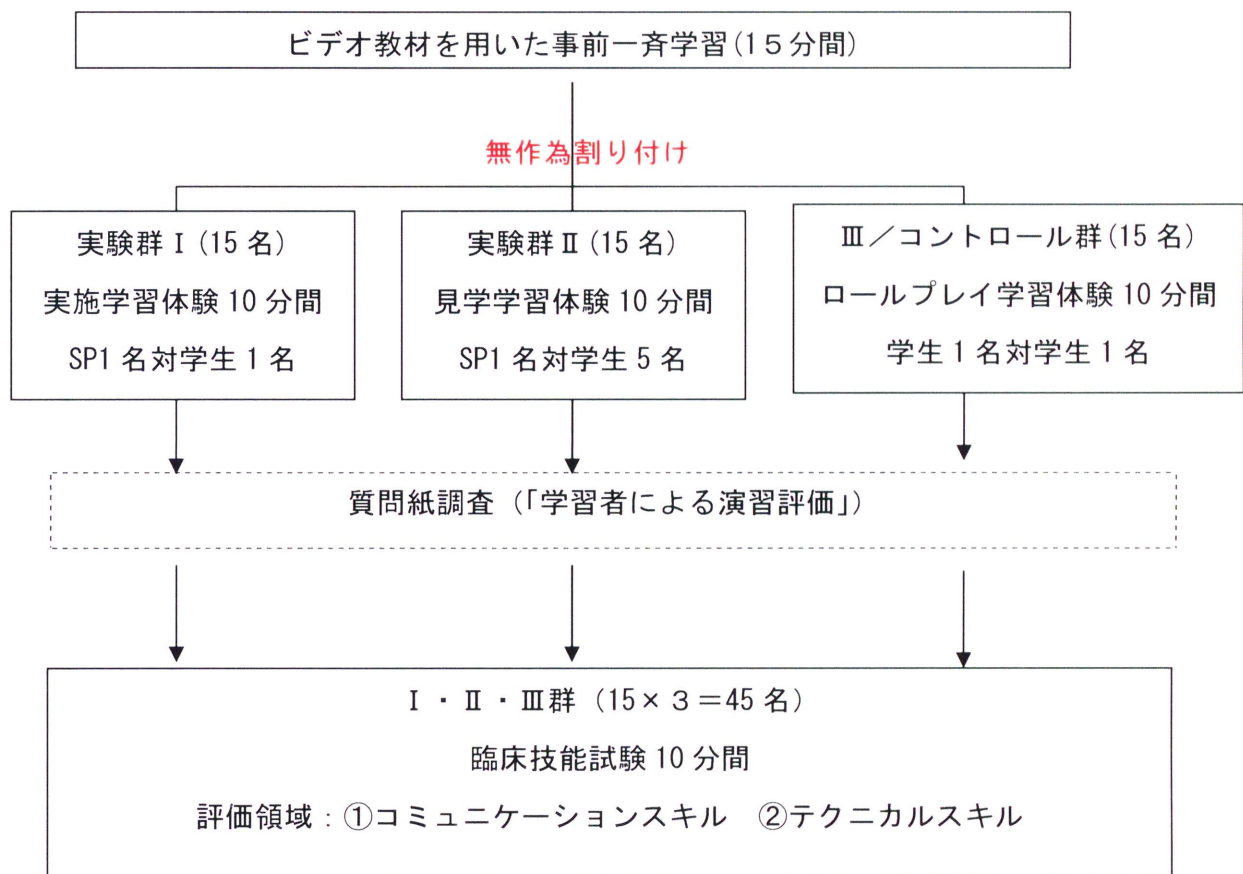


図2 研究デザイン

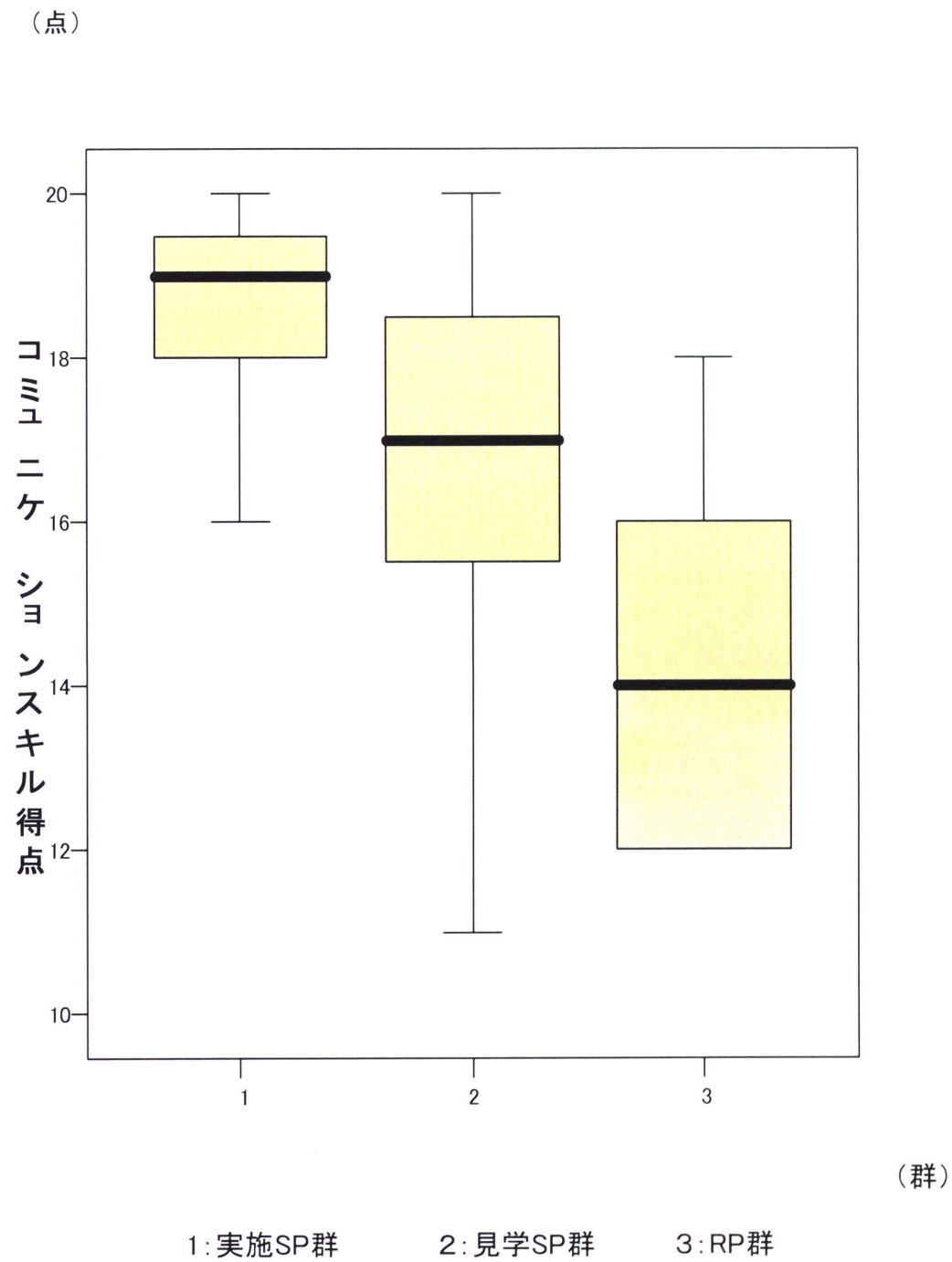


図3 コミュニケーションスキル評価得点

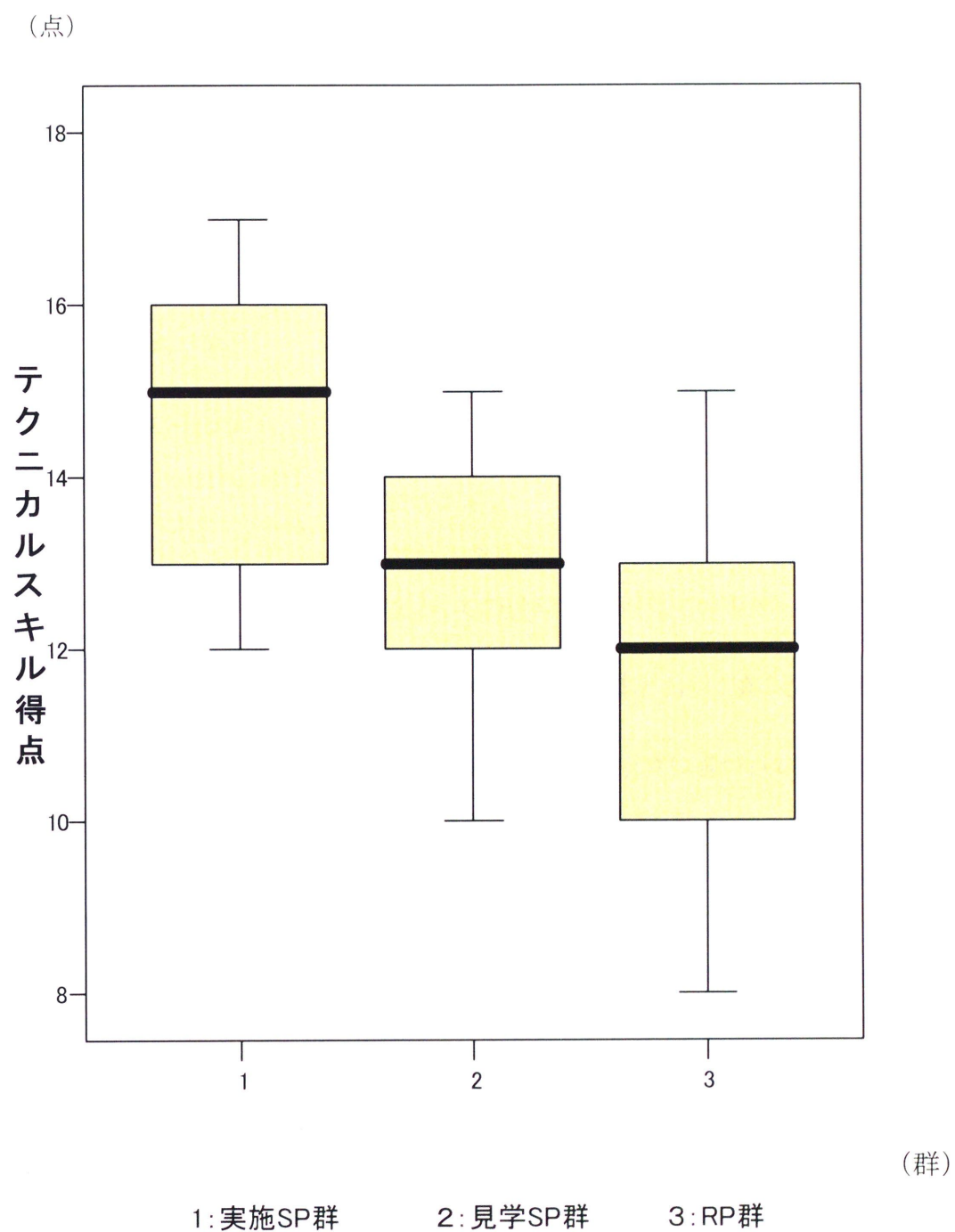


図4 テクニカルスキル評価得点

表 1 医学教育におけるヒューマンシミュレーション

	名 称	役 割
1	実習インストラクター (practical instructor)	骨盤内または生殖器の診察方法を医学生に教育するために訓練され、インストラクター自身が患者を演じながら学生を指導できる
2	サブジェクト (subject)	生体解剖学をデモンストレーションするために利用され、教育者としての役割も患者としての役割ももたない
3	役者 (actor)	教育ビデオに出演し台本どおりに演じる職業俳優
4	模擬患者 (simulated patient)	与えられた病歴や身体所見に基づいて特定の患者を正確に演じるように十分訓練された人
5	標準模擬患者 (standardized patient)	一定の標準的な方法でリアルな患者を演じるように綿密に訓練された人(対面する学生によってばらつきが生じることなく標準化された模擬患者を演じることができることが特徴的)
6	実際の患者 (actual patient)	

文献: Barrows, HS: An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills, Academic Medicine, 68, 443-453, 1993.

表2 教育評価の4つのレベル

レベル	アウトカム	評価の可否
レベル1	学習者の反応	可
レベル2	a 態度や気づきの変化	可
	b 知識や技術の習得	可
レベル3	行動の変化	可
レベル4	a 組織での実践の変化	不可
	b 患者,クライアントへの恩恵	不可

文献: Morrison ; 吉田一郎監訳 : 医学教育 ABC 学び方, 篠原出版新社, 2004, 44-56 をもとに作成

表3 医療者と患者の関係 (Szasz & Hollender 1976)

医療者－患者関係モデル	臨床の場面	具体例
能動－受動関係 (active-passivity)	昏睡状態、救命救急	心停止、呼吸停止、意識消失など
指導－協力関係 (guidance-cooperation)	比較的急性の疾患	急性肺炎、狭心症、尿管結石の痙攣発作、骨折など
共同作業 (mutual)	食事療法や運動療法などのセルフケアを必要とする慢性疾患	糖尿病、高血圧症など

文献： Szasz TS & Hollender MH: A contribution to the philosophy of medicine.

Archives of Internal Medicine, 97: 585-592, 1976. をもとに作成

表4 コミュニケーションスキル評価項目リスト（野中 2008）

要 素	項 目
導入部分	1 適切で清潔感のある服装・髪型・身だしなみ
	2 入室時に挨拶する
	3 患者氏名を確認する
	4 同じ目の高さで自己紹介する
	5 訪室目的を説明する
	6 ケアに対する同意を確認する
患者との良好なコミュニケーション	7 対人空間を適切にとる（患者との距離・体の向き・姿勢）
	8 適切なアイコンタクトを保つ
	9 わかりやすい言葉で会話する（専門用語を使わない）
	10 丁寧な言葉使いをする
	11 患者にとって気になる動作をしない（時計を見るなど）
	12 適切な声の大きさ、話すスピード、声の音調（トーン）を保つ
	13 積極的に傾聴しようとする
	14 促し・うなずき・あいづちを適切に使う
	15 患者の話を途中で遮らない
	16 ケアの途中で患者さんに不安や質問がないかどうか尋ねる
締めくり部分	17 患者のおかれた状況に共感していることを言葉や態度で伝える
	18 聞きもらしや質問の有無（やり残しや他の援助の要望など）を尋ねる
	19 退室前に配慮する（ナースコールの確認など）
	20 退室時に挨拶する

表5 テクニカルスキル評価項目リスト（野中,2008）

要素	項目
準備	1 必要物品を準備する(水、吸いのみ等、ガーグルベースン、タオル)
	2 患者の了解を得て歯磨きセットを準備する
	3 手袋を装着する
	4 実施中の合図方法を提案する
	5 ベッドの角度を確認・調節し枕を整える
	6 タオルを胸元に掛ける
実施	7 ケアの前に口腔内を観察する
	8 水をゆっくり含ませる
	9 ガーグルベースンをあて、吐き出すように促す
	10 患者の希望の量を聞いてペーストをつける
	11 自分の顔を患者と同程度の高さにする
	12 奥歯から連続的に磨く
	13 歯ブラシの角度を部位によって変える
	14 歯ブラシの圧の強さを確認し加減する
	15 歯磨き終了後患者が満足するまで含嗽を繰り返す
後片付け	16 含嗽後に口元の水分を拭き取る
	17 タオルをはずして寝衣と体位を整える
	18 歯ブラシセットを元に戻し使用した物品を片付ける

表6 因子分析結果(コミュニケーションスキル評価項目)

因子名	項目	因子Ⅰ	因子Ⅱ	因子Ⅲ	因子Ⅳ	因子Ⅴ	因子Ⅵ	因子Ⅶ
誠意・配慮・ 確認	16) ケアの途中で患者に不安や質問がないかどうか尋ねる	0.931	-0.038	-0.003	-0.134	-0.020	-0.195	0.063
	10) 丁寧なことば使いをする	0.890	-0.073	0.260	-0.121	0.052	0.326	0.011
	7) 対人空間を適切にとる(患者との距離・体の向き・姿勢)	0.777	0.326	0.242	0.093	-0.178	0.254	0.053
	3) 患者氏名を確認する	0.663	-0.076	0.100	0.231	0.260	0.245	0.041
	18) 聞き漏らしや質問の有無(やり残しや他の援助の要望など)を尋ねる	0.538	-0.252	0.114	-0.086	-0.229	0.242	-0.431
	15) 患者の話を途中で遮らない	0.476	-0.045	-0.117	-0.073	0.062	-0.86	0.045
身だしなみ・ マナー	4) 同じ目の高さで自己紹介する	-0.074	0.890	-0.092	0.233	0.365	-0.091	-0.039
	1) 適切で清潔感のある服装・髪型・身だしなみ	-0.036	0.717	0.158	-0.097	-0.240	0.028	0.111
共感的態度	14) 促し・うなづき・あいづちを適切に使う	0.189	0.298	0.887	-0.128	-0.043	-0.042	0.100
	17) 患者のおかれた状況に共感していることを言葉や態度で伝えていく	-0.021	-0.121	0.692	0.032	0.238	-0.011	0.000
オープニン グ・クロー ズング	20) 退室時に挨拶をする	-0.189	-0.201	0.007	0.751	0.143	0.251	0.144
	19) 退室前に配慮する(ナースコールの確認など)	0.367	0.018	0.338	0.543	-0.225	0.067	0.310
	2) 入室時に挨拶する	-0.018	0.178	-0.137	0.524	0.103	-0.074	0.015
わかりやす い話し方	9) わかりやすい言葉で会話する(専門用語を使わない)	0.347	-0.046	0.189	0.019	0.732	0.192	0.134
	12) 適切な声の大きさ、話すスピード、声の音調(トーン)を保つ	-0.211	0.082	0.113	0.398	0.570	-0.153	0.088
気になる言 動	11) 患者にとって気になる動作をしない(時計を見るなど)	0.095	-0.019	-0.051	0.059	0.034	0.844	0.017
積極的傾聴	13) 積極的に傾聴しようとする	-0.074	-0.023	-0.052	-0.096	-0.062	-0.031	-0.515

因子分析法: アルファ法バリマックス回転, 項目採択基準: 因子負荷量0.35以上

表 7 因子分析結果(テクニカルスキル評価項目)

因子名	項目	因子 I	因子 II	因子 III	因子 IV	因子 V	因子 VI	因子 VII
ブラッシングの スキル	13) 歯ブラシの角度を 部位によって変える	0.882	0.124	0.001	0.385	0.174	-0.115	-0.059
	14) 歯ブラシの圧の強 さを確認し加減する	0.792	-0.109	0.268	0.221	-0.082	0.151	0.160
	9) ガーグルベースンを あて、はき出すように促 す	0.689	0.051	-0.028	-0.067	0.473	0.130	0.004
	15) 歯磨き終了後患者 が満足するまで含嗽を 繰り返す	0.657	0.211	0.110	-0.348	-0.370	-0.002	0.008
含嗽のスキル	7) ケアの前に口腔内 を観察する	-0.259	-0.786	-0.029	-0.039	-0.046	-0.103	0.062
	8) 水をゆっくり含ませ る	-0.039	0.569	0.254	0.162	0.001	0.147	0.539
	16)含嗽後に口元の水 分を拭き取る	0.418	-0.531	-0.112	-0.171	0.004	0.035	0.185
体位の調節	17) タオルをはずして 寝衣と体位を整える	0.170	0.111	0.964	0.025	0.133	-0.100	-0.068
	5) ベッドの角度を確 認・調節し枕を整える	-0.026	0.114	0.387	0.317	-0.313	0.176	0.328
感染予防	3) 手袋を装着する	0.161	0.148	0.064	0.822	-0.123	-0.013	0.039
物品の扱い	18) 歯ブラシセットを元 に戻し使用した物品を 片付ける	0.055	0.071	0.096	-0.067	0.627	-0.061	0.035
	1)必要物品を準備する (水、吸飲み、ガーグル ベースン、タオルなど)	0.022	0.262	0.252	0.078	-0.388	-0.335	0.292
生活習慣の 確認	10)患者の希望を聞い てペースをつける	0.223	0.303	-0.021	0.087	0.009	0.666	-0.088
	2) 患者の了解を得て 歯磨きセットを準備する	0.466	0.257	0.055	0.222	0.213	-0.543	0.151
安全手段の 確保	4) 実施中の合図方法 を提案する	-0.083	0.128	0.074	0.010	-0.023	0.160	-0.559

因子分析法: アルファ法, パリマックス回転

項目採択基準: 因子負荷量0.35以上

表8 コミュニケーションスキル・テクニカルスキル評価得点の平均点±SD

(点)

群 (n)	コミュニケーションスキル	テクニカルスキル
	評価得点 (20 項目)	評価得点 (18 項目)
実施 SP 群 (15)	18.4±1.5	14.7±1.6
見学 SP 群 (15)	16.5±2.8	12.8±1.5
RP 群 (15)	14.3±2.1	11.5±2.2

表9 中央値および四分位範囲値

(点)

		パーセンタイル		
		25	50 (中央値)	75
コミュニケーション スキル 評価得点	実施 SP 群	18.00	19.00	20.00
	見学 SP 群	15.00	17.00	19.00
	RP 群	12.00	14.00	16.00
テクニカ ルスキル 評価得点	実施 SP 群	13.00	15.00	16.00
	見学 SP 群	12.00	13.00	14.00
	RP 群	10.00	12.00	13.00

表10 正規性の検定

		Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定 (探索的)		
群		統計量	自由度	有意確率
コミュニケーションスキル 評価得点	実施 SP 群	.195	15	.129
	見学 SP 群	.167	15	.200*
	RP 群	.201	15	.106
テクニカルスキル 評価得点	実施 SP 群	.255	15	.009
	見学 SP 群	.185	15	.178
	RP 群	.148	15	.200*

* 正規分布

表 11 3 群間の比較

Kruskal Wallis 検定		
	コミュニケーションスキル 評価得点	テクニカルスキル 評価得点
カイ2乗	17.712	15.431
自由度	2	2
漸近有意確率	.000*	.000*

* $p < 0.05$

表12 実施SP群と見学SP群の比較

Mann-Whitney の U検定

	コミュニケーションスキル 評価得点	テクニカルスキル 評価得点
Mann-Whitney の U	65.000	45.500
Z	-1.997	-2.827
漸近有意確率（両側）	.046*	.005*

* $p < 0.05$

表 13 実施SP群とRP群の比較

Mann-Whitney の U検定

	コミュニケーションスキル 評価得点	テクニカルスキル 評価得点
Mann-Whitney の U	14.000	28.000
Z	-4.124	-3.547
漸近有意確率（両側）	.000*	.000*

* $p < 0.05$

表 14 見学SP群とRP群の比較

Mann-Whitney の U検定

	コミュニケーションスキル 評価得点	テクニカルスキル 評価得点
Mann-Whitney の U	57.000	73.500
Z	-2.325	-1.642
漸近有意確率（両側）	.020*	.101

* $p < 0.05$

表15 コミュニケーションスキル得点とテクニカルスキル得点とのピアソン累積相関

		コミュニケーション スキル得点	テクニカルスキル 得点
コミュニケーションスキル 得点	Pearsonの相関係数	1	0.561**
	有意確率(両側)		0.000
	N	45	45
テクニカルスキル 得点	Pearsonの相関係数	0.561**	1
	有意確率(両側)	0.000	
	N	45	45

** 相関係数は1%水準で有意(両側)

表16-a 「学習者による演習評価」 実施SP群とRP群との比較

Mann-Whitney のU 検定

	問1	問2	問3	問4	問5	問6	問7	問8	問9	問10
Mann-Whitney の U	0.00	42.00	32.00	15.50	12.50	3.00	88.50	22.50	1.50	18.50
Wilcoxon の W	120.00	162.00	152.00	135.50	132.50	123.00	208.50	142.50	121.50	138.50
Z	-4.88	-3.38	-3.67	-4.27	-4.54	-4.82	-1.08	-3.90	-4.97	-4.10
漸近有意確率(両側)	** 0.00	** 0.00	** 0.00	** 0.00	** 0.00	** 0.00	0.28	** 0.00	** 0.00	** 0.00

** $p < 0.01$

表16-b 「学習者による演習評価」 見学SP群とRP群との比較

Mann-Whitney のU 検定

	問1	問2	問3	問4	問5	問6	問7	問8	問9	問10
Mann-Whitney の U	0.00	49.50	68.00	17.50	22.50	3.00	99.00	105.00	4.50	12.00
Wilcoxon の W	120.00	169.50	188.00	137.50	142.50	123.00	219.00	225.00	124.50	132.00
Z	-4.79	-2.98	-1.99	-4.16	-4.04	-4.82	-0.62	-0.35	-4.74	-4.41
漸近有意確率(両側)	** 0.00	** 0.00	0.46	** 0.00	** 0.00	** 0.00	0.54	0.73	** 0.00	** 0.00

** $p < 0.01$

資料 1 看護場面の設定 (I 群体験学習用)

【体験学習課題】

下記の患者に対する「歯ブラシによる口腔ケア」を実施して下さい。

患者: 岡本由美子さん (48 歳・女性)

病名: 両手関節骨折、左膝部打撲

両上肢をシーネと三角巾で固定しています。左膝部は包帯で保護しています。

歩行禁止のため日中はベッド上座位にて過ごしています。

今日は入院 3 日目の朝食後です。

【留意事項】

1. 入室から退室までの制限時間は 7 分ですが短縮する場合があります。
2. 進行係の指示に従って開始してください。
3. 開始後 3 分、4 分、残り 30 秒の経過時間を進行係がお知らせします。
4. 残り 3 分間でフィードバックを受けてください。
5. 終了後 2 種類の質問紙にお答えください。

資料 2 看護場面の設定(Ⅱ群介入用)

【体験学習課題】

整理番号が 200 の方は、下記の患者への「歯ブラシによる口腔ケア」を実施して下さい。

整理番号が 201 以降の方は、その実施する様子を見学して下さい。

患者：岡本由美子さん(48 歳・女性)

病名：両手関節骨折、左膝部打撲

両上肢をシーネと三角巾で固定しています。左膝部は包帯で保護しています。

歩行禁止のため日中はベッド上座位にて過ごしています。

今日は入院 3 日目の朝食後です。

【留意事項】

1. 入室から退室までの制限時間は 7 分ですが短縮する場合があります。
2. 進行係の指示に従って開始してください。
3. 開始後 3 分、4 分、残り 30 秒の経過時間を進行係がお知らせします。
4. 終了後 3 分間でフィードバックを受けてください。
5. 最後に質問紙にお答えください。

資料3 看護場面の設定(Ⅲ群:コントロール群)

(1)「歯ブラシによる口腔ケア」患者設定 No.Y-080628a/ Y-080913a(制限時間 7 分)

(野中 2008)

【体験学習課題】

整理番号が●●の方は、下記の患者情報をもとに、患者役を演じてください。

整理番号が●●以降の方は、下記の患者への「歯ブラシによる口腔ケア」を実施して下さい。

患者:岡本由美子さん(48 歳・女性)

病名:両手関節骨折、左膝部打撲

両上肢をシーネと三角巾で固定しています。左膝部は包帯で保護しています。

歩行禁止のため日中はベッド上座位にて過ごしています。

今日は入院 3 日目の朝食後です。

【留意事項】

1. 入室から退室までの制限時間は 7 分です。
2. 進行係の指示に従って開始してください。
3. 開始後 3 分、5 分、6 分 30 秒(残り 30 秒)の経過時間を係員がお知らせします。
4. 終了後 3 分間で患者役よりフィードバックを受けてください。
5. 最後に質問紙にお答えください。

資料4 I・II群 体験学習用 シナリオ

(1)「歯ブラシによる口腔ケア」標準シナリオ No.Y-080628a/ Y-080913a(制限時間 7 分)

(野中 2008)

実習生:岡本由美子さん、おはようございます。実習生の〇〇と申します。

食後の歯磨きに参りました。ご気分はいかがですか？今行ってよろしいですか？

岡本:はい、お願いします。

実習生:ベッドの頭側をもう少し上げてもいいですか？(了解を確認してハンドルを回す)

実習生:枕の位置を直しますね。首は痛くないですか？

岡本:大丈夫です。

実習生:お手持ちの歯磨きセットはありますか？

岡本:そこの引き出しの中です。(床頭台の方を向く)

実習生(引き出しから歯磨きセットを取り出し、歯ブラシをコップの水に浸す)

岡本:歯磨き粉は少しだけにしてください。(又は)今回はつけなくてください。

実習生:わかりました。ブラッシング中にお口の中に唾液が貯まったり、苦しくなったり、ブラッシングの力が強すぎたりしたら、首を横に振って合図してください。

岡本:はい。

実習生:では始めにお口の中を見せてください。(観察する) はい、閉じて楽にしてください。

襟元が汚れないようにタオルを掛けます。(タオルを掛ける)(手袋をする)

それでは、うがいをしましょう。お口に水を含んですすいたら、この容器にゆっくりと出してください。(吸い飲みとガーグルベースンを近づける)

実習生:では上の歯、外側から磨きます。何かありましたら、首を横に振って合図してください。

頬の力を抜いてお口を開けてください。(左外側から磨く)上顎: 外側左→右 内側右→左

力加減はいかがですか？

岡本(黙って頷く)

実習生(ブラッシングを続ける)

岡本(経過時間 5 分の合図を目処に、急に首を振る)

実習生:どうしましたか？

岡本:手が痛い……(小声で言う)

実習生:わかりました。吐き出してください。(ガーグルベースンを当てて促す)

岡村:右腕の痛みが少しひどくなってきました。ここまでで結構です。歯磨きは中止して担

当の看護師さんをお呼びくださいませんか？痛み止めをいただきたいのです。

実習生:わかりました。ではうがいをして終わりましょう。(うがいをさせ、口元を拭き取る)

実習生(素早く片付け)担当看護師をお呼びにいけますので少々お待ちください。

実習生(一礼して退室する)

資料5 Ⅲ群 ロールプレイ用 シナリオ

「歯ブラシによる口腔ケア」標準シナリオ No.Y-080628a/ Y-080913a(制限時間 7 分)

(野中 2008)

実習生:岡本由美子さん、おはようございます。実習生の〇〇と申します。

食後の歯磨きに参りました。ご気分はいかがですか？今行ってよろしいですか？

岡本:はい、お願いします。

実習生:ベッドの頭側をもう少し上げてもいいですか？(了解を確認してハンドルを回す)

実習生:枕の位置を直しますね。首は痛くないですか？

岡本:大丈夫です。

実習生:お手持ちの歯磨きセットはありますか？

岡本:そこの引き出しの中です。(床頭台の方を向く)

実習生(引き出しから歯磨きセットを取り出し、歯ブラシをコップの水に浸す)

岡本:歯磨き粉は少しだけにしてください。(又は)今回はつけなくてください。

実習生:わかりました。ブラッシング中にお口の中に唾液が貯まったり、苦しくなったり、
ブラッシングの力が強すぎたりしたら、首を横に振って合図してください。

岡本:はい。

実習生:では始めにお口の中を見せてください。(観察する) はい、閉じて楽にしてください。

襟元が汚れないようにタオルを掛けます。(タオルを掛ける)(手袋をする)

それでは、うがいをしましょう。お口に水を含んですすいたら、この容器にゆっくり
と出してください。(吸い飲みとガーグルベースンを近づける)

実習生:では上の歯、外側から磨きます。何かありましたら、首を横に振って合図してください。

頬の力を抜いてお口を開けてください。(左外側から磨く)上顎:外側左→右 内
側右→左

力加減はいかがですか？

岡本(黙って頷く)

実習生(ブラッシングを続ける)

実習生: それでは下側を磨きます。(ブラッシングを続ける) **下顎**: 外側左→右 内側右→左

実習生: 今度は噛み合わせ面を磨きます。まっすぐ正面を向いてお口を開けてください。

咬合面: 上顎左→右 下顎右→左 の順番でブラッシングする。

実習生: 歯磨きが終わりましたので、舌の表面を軽くブラッシングします。痛くありませんか？

岡本(無言で頷く)

実習生: それでは、うがいをしましょう。(終わると、口元のしずくをタオルで拭き取る)

実習生: もう一度お口の中を見せてください。磨き足りないところはないですか？

岡本: 大丈夫です。

実習生: ベッドの角度をもとの位置に戻します。(ハンドルを回す)

実習生: 枕の位置を直しますね。(頭を支えて枕を移動する)

実習生(物品を元に戻し、後片付けをする)

実習生: お疲れ様でした。ご気分や手足の痛みはいかがですか？

岡本: 大丈夫です。とてもさっぱりしました。

実習生: ほかにご用はありませんか？

岡本: 特にありません。どうもありがとうございました。

実習生: ではこれで失礼します。

実習生(一礼して退室する)

資料6 SP標準化マニュアル
想定される被験者の言動とその対応

1. SP 演技の基本原則

- 1) シナリオどおりの演技をキッチリする。事前にイメージ・トレーニングをしておく。
- 2) シナリオから外れそうになった場合には、シナリオに戻すことを心がける。
- 3) 聞かれないことは言わない、答えない。

2. 学生の入室から退室までの平常時標準対応

- 1) 被検者の入室時目を開けたまま表情を変えずに学生に視線を向ける。
笑顔をつくらずかつ不機嫌な表情もみせない。
- 2) 自己紹介なく、ケアを始めようとしたら・・・
「学生さんですか？」と聞く。
- 3) 患者の都合を確認せずに、ケアを始めようとしても・・・
心に止めておいて、後でフィードバックの時にコメントする。
- 4) ベッドの傾斜角度を45度のまま、ケアを始めようとしても・・・
心に止めておいて、後でフィードバックの時にコメントする。
- 5) 体位を仰臥位にされそうになったら・・・
「起きていられるので、起こして下さい」と表現して、希望を伝える。
- 6) 黙って引き出しを明けようとしたら・・・
「何をさがしているのですか？」と怪訝そうに聞く。
- 7) 歯磨き粉の量を確認してもらえなくても、そのまま続行する。
- 8) 襟元にタオルを掛けることを忘れても・・・
心に止めておいて、後でフィードバックの時にコメントする。
- 9) ゴム手袋の装着を忘れても・・・
(患者として不快気分を味わう訳ではないので、)ノーコメントとする。
- 10) 最初に口腔内を水で潤すことを忘れたら・・・
「少しお水を下さい」と表現して、希望を伝える。
- 11) ブラッシングシが、弱い(くすぐったい)、痛いなどで、不快だったら・・・
痛い場合のみ「痛い」と表現して伝える。
- 12) 口もとについた水分を拭き取ってもらえなくて、不快だったら・・・

「口の周りを拭いてもらえますか？」と表現して、希望を伝える。

13) 磨き足りないと感じたら…

「〇〇あたりをも、もう少し磨いてもらえますか？」と表現して、希望を伝える。

14) ゆすぎ足りないと感じたら…

「もう一度お水を下さい」と表現して、希望を伝える。

15) ベッドの傾斜角度を基に戻すことを忘れても…

心に止めておいて、後でフィードバックの時にコメントする。

16) 枕、オーバーテーブル、椅子などの位置を元に戻すことを忘れても…

心に止めておいて、後でフィードバックの時にコメントする。

17) ケア後の言葉かけが不足していても…

心に止めておいて、後でフィードバックの時にコメントする。

18) 「他に何かご用はありますか？」と聞かれても…

新たな用事を依頼しない。

19) 学生の忘れ物に気づいても…

心に止めておいて、後でフィードバックの時にコメントする。

3. 痛みの発生時(学習体験)または嘔気の発生(臨床技能試験)時の標準対応

20) 学生の狼狽が激しく、30 秒以上続くようなら…

「(痛む／吐き気があることは)よくあることなので、そんなに心配なくていいですよ。歯磨きを中止して、看護師さんと呼んでくれると助かります。」

21) 学生が泣き出してしまったら…

最後のセリフを繰り返した上で、「痛み止めの薬が切れてきたせいです…／お食事が脂っこかったのでちょっともたれたせいです…。あなたのせいではないですよ。」と痛みまたは嘔気の原因が学生ではないことを伝える。

以上

2008 年 6 月 27 日初回改訂

2008 年 9 月 12 日最終改訂

首都圏看護系大学 SP・OSCE 研究会

(担当:野中 豊田 里光 大久保)

資料7 フィードバック提供のガイドライン(Ende 1983)

-
- ・ フィードバックは共通の目標をもった共同体として作業している教師と学習者との間で行われるべきである。
 - ・ フィードバックはタイミングよく、予期されているべきである。
 - ・ フィードバックは直接のデータに基づくべきである。
 - ・ フィードバックは量的に統制されていて、修復可能な行動に限定されるべきである。
 - ・ フィードバックは記述的または説明的かつ非評価的な言葉で表現されるべきである。
 - ・ フィードバックは特定の行為を扱うものであり、新しい行為を生み出すものではない。
 - ・ フィードバックは主観的データ与えるものであり、「何々のような」との例をつけるべきである。
 - ・ フィードバックは推量した意図や解釈を扱うのではなく、判断と行為を扱うべきである。
-

文献 Ende, J.: Feedback in clinical medical education. *JAMA*, 250(6), 777 -781(1983) をもとに作成

資料8 フィードバックマニュアル(SP用)

【導入時の言葉】

「ケアをしてくださってありがとうございました。どんなことを感じましたか？」

学生の発言をそのまま受け止めて、それに関連した1)または2)から始める。

【内容例】

- 1) 嬉しい、心地よい、受け止めてもらえたと感じた言動について、患者の立場から具体的かつ肯定的にフィードバックする。

例:態度に対して

「あなたが〇〇のようにしてくれたとき、わたしは大切にされていると感じました。」

「あなたが〇〇と言ったとき、わたしは安心しました。」

例:ケア技術に対して

「あなたが〇〇したとき、わたしは心地よく感じました。」

「あなたが〇〇したとき、わたしはとても楽になりました。」

- 2) 気になった言動について、努力を認めたいうえで、患者としてやって欲しいことを具体的かつ建設的にフィードバックする。

例:学生の意図に同意できる場合

「そう思ったのですね。私のことを思ってそうしたのですね。実はあなたがそうした理由がわからなくて、わたしもちょっと不安になりました。ひとこと理由を言ってくれと安心できたと思います。」「〇〇が少し足りなかったですね。もう少し〇〇してもらえるとスッキリできたと思います。」

例:学生の意図に同意できない場合

「そのように気にかかったのですね。わたしはそれほど不快に感じませんでした。心配な場合はわたしに確認の問いかけをしてくれるととってもよかったですね。」

- 3) 学生の質問を受ける(時間がない場合は省略する)

【終了時の言葉】

学生が自信を持てるように全面的に承認し、支持する。

「あなたはとても努力されました。」

「また機会があればあなたにケアをして欲しいと思います。」
「ありがとうございました。」

2008 年 6 月 27 日初回改訂

2008 年 9 月 12 日最終改訂

首都圏看護系大学 SP・OSCE 研究会

(担当:野中・豊田・里光・大久保)

フィードバックメモ

整理番号()

SP 署名()

1) 嬉しい、心地よい、受け止めてもらえたと感じた言動

2) 気になった言動

2) その他

ご協力ありがとうございました。

資料9 臨床技能試験の看護場面の設定(全群共通実習用)

「歯ブラシによる口腔ケア」患者設定No.Y-080913c(制限時間 5～7 分)

(野中 2008)

実習では、以下の課題を実施していただきます。

この用紙は実習会場にて回収します。

【実習課題】

下記の患者に対する「歯ブラシによる口腔ケア」を実施して下さい。

患者:野村恵子さん(55 歳・女性)

病名:両前腕部熱傷第 2 度、左大腿部熱傷第 1 度

両前腕を軟膏で被覆包帯し三角巾で固定しています。左膝部は包帯で保護しています。

歩行禁止のため日中はベッド上座位にて過ごしています。

今日は入院 3 日目の昼食後です。

【留意事項】

1. 入室から退室までの制限時間は 7 分ですが、短縮する場合があります。
2. 進行係の指示に従って開始してください。
3. 開始後の経過時間を進行係がお知らせします。
4. 残り 3 分間でフィードバックを受けてください。

資料 10 全群共通臨床技能試験用シナリオ

「歯ブラシによる口腔ケア」標準シナリオNo.Y-080913c(制限時間 5～7 分)

(野中 2008)

実習生:野村恵子さん、こんにちは。実習生の〇〇と申します。

食後の歯磨きに参りました。ご気分はいかがですか？今行ってよろしいですか？

野村:はい、お願いします。

実習生:ベッドの頭側をもう少し上げてもいいですか？(了解を確認してハンドルを回す)

実習生:枕の位置を直しますね。首は痛くないですか？

野村:大丈夫です。

実習生:お手持ちの歯磨きセットはありますか？

野村:その引き出しの中です。

実習生(引き出しから歯磨きセットを取り出し、歯ブラシをコップの水に浸す)

野村:歯磨き粉は少しだけにしてください。(又は)今回はつけなくてください。

実習生:わかりました。ブラッシング中にお口の中に唾液が貯まったり、苦しくなったり、ブラッシングの力が強すぎたりしたら、首を横に振って合図してください。

野村:はい。

実習生:では始めにお口の中を見せてください。(観察する) はい、閉じて楽にしてください。

襟元が汚れないようにタオルを掛けます。(タオルを掛ける)(手袋をする)

それでは、うがいをしましょう。お口に水を含んですすいたら、この容器にゆっくりと出してください。(吸い飲みとガーグルベースンを近づける)

実習生:では上の歯、外側から磨きます。何かありましたら、首を横に振って合図してください。

頬の力を抜いてお口を開けてください。(左外側から磨く)上顎: 外側左→右 内側右→左

力加減はいかがですか？

野村(黙って頷く)

実習生(ブラッシングを続ける)

野村(経過時間 5 分の合図を目処に、急に咳込む)

実習生:どうしましたか？

野村:吐きそう・・・中止して・・・(小声で言う)

実習生:・・・？！わかりました。吐き出してください。(ガーグルペースンを当てて促す)

野村:(歯磨き水を吐き出す)ムカムカします。(嘔吐反射のしぐさを 3 回繰り返す)

実習生(背中をさするなど、何らかの行為をする)

野村:すみません・・・ここまで結構です。もう一度うがいをさせて下さい。

実習生:わかりました。ではうがいをして終わりましょう。(うがいをさせ、口元を拭き取る)

野村:ありがとう。まだ少し吐き気がするので看護師さんをお呼びに来て下さい。

実習生(素早く片付け)担当看護師をお呼びにいけますので少々お待ちください。

実習生(一礼して退室する)

資料11 コミュニケーションスキルチェックリスト

「歯ブラシによる口腔ケア」

(整理番号)

評価項目	できた	できない	備考
1 適切で清潔感のある服装・髪型・身だしなみ			
2 入室時に挨拶する			
3 患者氏名を確認する			
4 同じ目の高さで自己紹介する			
5 訪室目的を説明する			
6 ケアに対する同意を確認する			
7 対人空間を適切にとる(患者との距離・体の向き・姿勢)			
8 適切なアイコンタクトを保つ			
9 わかりやすい言葉で会話する(専門用語を使わない)			
10 丁寧な言葉使いをする			
11 患者にとって気になる動作をしない(時計を見るなど)			
12 適切な声の大きさ、話すスピード、声の音調(トーン)を保つ			
13 積極的に傾聴しようとする			
14 促し・うなずき・あいづちを適切に使う			
15 患者の話を途中で遮らない			
16 ケアの途中で患者に不安や質問がないかどうか尋ねる			
17 患者のおかれた状況に共感していることを言葉や態度で伝える			
18 聞きもらしや質問の有無を尋ねる(やり残しや他の援助の要望など)			
19 退室前に配慮する(ナースコールの確認など)			
20 退室時に挨拶する			
合 計			
特記事項	SP署名		

資料12 テクニカルスキルチェックリスト

「歯ブラシによる口腔ケア」

(整理番号)

評価項目	できた	できない	備考
1 必要物品を準備する(水、吸いのみ等、ガーグルベースン、タオル)			
2 患者の了解を得て歯磨きセットを準備する			
3 手袋を装着する			
4 実施中の合図方法を提案する			
5 ベッドの角度を確認・調節し枕を整える			
6 タオルを胸元に掛ける			
7 ケアの前に口腔内を観察する			
8 水をゆっくり含ませる			
9 ガーグルベースンをあて、吐き出すように促す			
10 患者の希望の量を聞いてペーストをつける			
11 自分の顔を患者と同程度の高さにする			
12 奥歯から連続的に磨く			
13 歯ブラシの角度を部位によって変える			
14 歯ブラシの圧の強さを確認し加減する			
15 歯磨き終了後患者が満足するまで含嗽を繰り返す			
16 含嗽後に口元の水分を拭き取る			
17 タオルをはずして寝衣と体位を整える			
18 歯ブラシセットを元に戻し使用した物品を片付ける			
合 計			
特記事項	SP署名		

山形県立保健医療大学看護学科

資料13 標準模擬患者(SP)の概要

	SP-1	SP-2	SP-3
年齢	54歳・女性	47歳・女性	46歳・女性
職業	看護大学教員	看護大学教員	看護大学教員
受講歴	2002年 日本医学教育学会 SPワークショップOSCE医療面接	2002年 日本医学教育学会 SPワークショップ	2002年 日本医学教育学会 SPワークショップ
	2003年 第1回全国模擬患者学研究大会 SP養成講座	2003年 第1回全国模擬患者学研究大会 SP養成講座	2003年 第1回全国模擬患者学研究大会 SP養成講座
	2004年 第2回全国模擬患者学研究大会 SP研修講座	2004年 第2回全国模擬患者学研究大会 SP研修講座	2004年 第2回全国模擬患者学研究大会 SP研修講座
	2004年 ライフプランニングセンター主催 模擬患者養成講座	2004年 ライフプランニングセンター主催 模擬患者養成講座	2004年 ライフプランニングセンター主催 模擬患者養成講座
	2008年 第3回全国模擬患者学研究大会 SP研修講座	2008年 第3回全国模擬患者学研究大会 SP研修講座	2008年 第3回全国模擬患者学研究大会 SP研修講座
SP歴	2002年 自治医科大学看護学部 基礎看護学OSCE(学生担当数20名)	2002年 自治医科大学看護学部 基礎看護学OSCE(学生担当数20名)	2002年 自治医科大学看護学部 基礎看護学OSCE(学生担当数20名)
	2002年 聖母女子短期大学看護学科 基礎看護技術試験(8名)	2002年 聖母女子短期大学看護学科 基礎看護技術試験(8名)	2002年 聖母女子短期大学看護学科 基礎看護技術試験(8名)
	2003年 聖母女子短期大学看護学科 基礎看護技術試験(12名)	2003年 聖母女子短期大学看護学科 基礎看護技術試験(12名)	2003年 聖母女子短期大学看護学科 基礎看護技術試験(12名)
	2005年 埼玉県立大学公開講座 デモンストレーション(対象40名)	2004年 マロニエ看護専門学校 在宅看護論訪問看護演習(対象75名)	2004年 マロニエ看護専門学校 在宅看護論訪問看護演習(対象75名)
	2006年 埼玉県立大学看護学科 看護過程の展開(対象65名)		
	2007年 埼玉県立大学看護学科 看護過程の展開(対象70名)	2005年 埼玉県立大学公開講座 デモンストレーション(対象40名)	2005年 埼玉県立大学公開講座 デモンストレーション(対象40名)
	2008年 埼玉県立大学看護学科 看護過程の展開(対象68名)	東邦大学医学部看護学科 基礎看護学 技術演習(対象50名)	
所属研究会	白鳳女子短期大学 総合人間学科看護学科専攻 基礎看護技術OSCE(80名)		
	首都圏看護系大学SP・OSCE研究会 看護教育SP・OSCE研究会	首都圏看護系大学SP・OSCE研究会 看護教育SP・OSCE研究会	首都圏看護系大学SP・OSCE研究会 看護教育SP・OSCE研究会

資料14 SP標準化に関する準備進行表

時 期	準 備 内 容	
	SP標準化に向けての準備	フィードバックの準備
実験3ヶ月前	シナリオ・標準化マニュアルの説明会(3時間)	フィードバックマニュアルの説明会(2時間)
	・シナリオを読み込んで、役作りをする	
	・セリフを身体(耳と口など)を使って覚える	
1か月前	合同練習および検討会(8時間)	
1週間前	第1回 リハーサル(2時間)および検討会(2時間)	リハーサルおよび検討会(1時間)
前日	第2回 リハーサル(2時間)および検討会(2時間)	リハーサルおよび検討会(1時間)

所要時間 19時間

所要時間合計 4時間

資料15 学習者による演習評価(SP群用)
山形県立保健医療大学

演習期日: 2008年 月 日
グループ番号: I ・ II ・ III
個人整理番号: _____

以下のコードを使い、あなたが同意する選択肢の数字を○で囲んでください。
5=強くそう思う 1=全くそう思わない

1) この演習でSPはリアリティがあった。

5 4 3 2 1

2) この演習でSPは私の知識の基準になった。

5 4 3 2 1

3) この演習でSPは私の技術の基準になった。

5 4 3 2 1

4) この演習でSPは私の態度の基準になった。

5 4 3 2 1

5) この演習は有益な学習体験になった。

5 4 3 2 1

6) SPより提供されたフィードバックは建設的であった。

5 4 3 2 1

7) SPとのこの演習は私の能力に対する自信を高めた。

5 4 3 2 1

8) SPとのこの演習はケア技術の実施について私の満足度を高めた。

5 4 3 2 1

9) SPとのこの演習は価値がある。

5 4 3 2 1

10) 機会があればこのような演習にまた参加してみたい。

5 4 3 2 1

この演習の全体的印象について自由にお書きください。

--

ありがとうございました。

資料16 学習者による演習評価（学生同士ロールプレイ群用）
山形県立保健医療大学

演習期日：2008年 月 日
グループ番号：Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
個人整理番号：

以下のコードを使い、あなたが同意する選択肢の数字を○で囲んでください。

5＝強くそう思う 1＝全くそう思わない

1) この演習で患者役の学生はリアリティがあった。

5 4 3 2 1

2) この演習で患者役の学生は私の知識の基準になった。

5 4 3 2 1

3) この演習で患者役の学生は私の技術の基準になった。

5 4 3 2 1

4) この演習で患者役の学生は私の態度の基準になった。

5 4 3 2 1

5) この演習は有益な学習体験になった。

5 4 3 2 1

6) 患者役の学生より提供されたフィードバックは建設的であった。

5 4 3 2 1

7) 患者役の学生とのこの演習は私の能力に対する自信を高めた。

5 4 3 2 1

8) 患者役の学生とのこの演習はケア技術の実施について私の満足度を高めた。

5 4 3 2 1

9) 患者役の学生とのこの演習は価値がある。

5 4 3 2 1

10) 機会があればこのような演習にまた参加してみたい。

5 4 3 2 1

この演習の全体的印象について自由にお書きください。

ありがとうございました。

出典：Clinical Education and Evaluation Laboratory, University of Maryland Baltimore, 2003.(一部改変)

論文要旨

【序論】

近年、医療に対する国民のニーズが高まり多様化している。それに伴い、医療者の教育課程においても臨床能力を高める教育改革が急務になっている。教育用シミュレーションの中でも、よりリアルな体験を可能にする標準模擬患者（SP: Standardized Patient, 以下 SP と略す）を用いた教育が導入されるようになり、教育実践が数多く報告されている。しかし、看護学教育における標準模擬患者による教育技法（以下 SP 法と略す）の有効性に関する同時比較対照実験は国内外を問わず皆無に等しい。さらに我が国の看護学教育で多用される小グループによる見学法や学生同士のロールプレイなどの学習形態の違いによる SP 法の有効性に関する検証例は乏しい。

本研究は SP 法の有効性について、行動観察による客観的データに基づき、個別指導、グループ見学法そしてロールプレイの 3 つの学習形態に関する比較検証を試みたものである。

【研究目的】

基礎看護学教育課程を履修した学生の臨床技能における標準模擬患者による教育の有効性について、複数の教育技法を比較する。

【研究仮説】

本研究の目的に基づき、以下の 6 つの仮説を設定した。

1. 基礎看護学のコミュニケーションスキルについて、SP を相手に学習者が直接実施する形態（以下実施 SP 法）の学習後の得点はそれを見学する形態（以下見学 SP 法）の学習後の得点に比べて有意に高い。
2. 基礎看護学のコミュニケーションスキルについて、実施 SP 法の得点は学生同士のロールプレイによる学習（以下 RP 法）の得点に比べて有意に高い。

3. 基礎看護学のコミュニケーションスキルについて、見学 SP 法の得点は RP 法の得点に比べて有意に高い。
4. 基礎看護学のテクニカルスキルについて、実施 SP 法の得点は見学 SP 法の得点に比べて有意に高い。
5. 基礎看護学のテクニカルスキルについて、実施 SP 法の得点は RP 法による得点に比べて有意に高い。
6. 基礎看護学のテクニカルスキルについて、見学 SP 法の得点は RP 法の得点に比べて有意に高い。

【研究方法】

無作為化 3 群による「事後テストのみ」実験計画 (Posttest-Only Experimental Design) を採用した。研究対象者は、看護大学および看護学校の 2 年生で、基礎看護技術の日常生活援助技術に関する規定の講義と演習を履修した 19～21 歳までの男女 45 名とする。事前に 45 名が一斉に「歯ブラシを用いた口腔ケア」の自作のビデオを 15 分間視聴後、無作為に 45 名を 3 群に割り付けた。その後、口腔ケアの同一課題を群ごとに異なる学習方法で 10 分間体験学習した。Ⅰ群は SP に対して 1 対 1 でケアを実施する群 (以下実施 SP 群)、Ⅱ群は SP に他の学生が実施するケア場面を見学する群 (以下見学 SP 群)、Ⅲ群は学生同士がロールプレイでケアを実施する群 (以下 RP 群) とした。体験後 10 分間の臨床技能試験を行い、コミュニケーションスキルと口腔ケア固有のテクニカルスキルの実施について、独自に作成した 2 つのチェックリストを用いて評価し、因子分析により妥当性を検証した。コミュニケーションスキル評価は 20 項目 / 20 点満点で、臨床技能試験を担当した SP 1 名が評価し、テクニカルスキル評価は 18 項目 / 18 点満点で、全員のビデオ映像を教員評価者 2 名が独立して評価し、その平均値を評点とした。評価者間の信頼性については、SP 3 名間の一致度は Fleiss の k 係数が 0.62、教員 2 名間の一致度は Cohen の k 係数が 0.92 であり、いずれも高値を示した。

本研究は平成 20 年 5 月 7 日、山形県立保健医療大学倫理委員会の承認を受けて実施した。

【結果および考察】

Mann-WhitneyのU検定の結果、以下のように仮説検証された。

コミュニケーションスキル得点では、実施SP群は見学SP群およびRP群に比べて有意に高く ($p < 0.05$)、仮説 1 および 2 は支持された。また、見学SP群はRP群に比べて有意に高く ($p < 0.05$)、仮説 3 は支持された。以上の結果より、基礎看護学のコミュニケーションスキルの習得において、実施SP法は見学SP法に比べて有効であり、見学SP法はRP法に比べて有効な教育法であることが示唆された。

テクニカルスキル得点では、実施SP群が見学SP群に比べて有意に高く ($p < 0.05$)、仮説 4 は支持された。実施SP群はRP群に比べて有意に高く ($p < 0.05$)、仮説 5 は支持された。しかし、見学SP群とRP群との間で有意な差はなく ($p > 0.05$)、仮説 6 は支持されなかった。以上の結果より、基礎看護学のテクニカルスキルの習得において、実施SP法は見学SP法およびRP法に比べて有効な教育法であることが示唆された。

【結論】

基礎看護学の臨床技能に関するコミュニケーションスキルの習得において、実施 SP 法、見学 SP 法、RP 法の順に、各々の間に有意な有効性が検証された。また、テクニカルスキルの習得において、実施 SP 法は見学 SP 法および RP 法に比べて有効な教育法であることが検証された。このことから見学 SP 法は、テクニカルスキルの習得においては RP 法と有効性に差がないことが確認されたが、コミュニケーションスキルの習得においては RP 法に比べて有効であることが確認された。したがって、実施 SP 法はもとより、見学 SP 法がコミュニケーションスキル習得に関して効果的な演習形態として期待できることが示唆された。