

「統合ケア実習」の効果 — 連想法を用いて —

大町いづみ¹・中原 和美²・糸山 景大³・井口 茂²
平瀬 達哉⁴・東 登志夫²・田中 浩二²・中尾理恵子¹
川崎 涼子¹・新田 章子¹・横尾 誠一¹・松坂 誠應²

保健学研究 24(2): 41-49, 2012

(2012年5月11日受付)
(2012年7月2日受理)

I はじめに

近年、診療報酬改定による在院日数の短縮化、療養病床の削減・転換とともに、在宅支援が推し進められている¹⁾。地域における関係機関や多職種との連携を図る機能の強化、運用が益々重要である。医療の質や安全性の向上および高度化・複雑化に伴う業務増大に対応するために、多種多様なスタッフが各々高い専門性を前提として、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、互いに連携・補完しあい、患者の状況に的確に対応した医療を提供する「チーム医療」が様々な医療現場で実践されている²⁾。

チームの質を向上させるためには、卒前・卒後の教育が重要であり、専門職種としての知識や技術に関する縦の教育と、チームの一員として他の職種を理解することや、チームリーダー・マネージャーとしての能力を含めた横の教育の重要性が指摘されている²⁾。専門職連携教育(Interprofessional Education 以下、IPEと略す)の定義は、「複数の領域の専門職者が連携及びケアの質を改善するために、同じ場所で共に学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと」であり、専門職としての資格を得る以前から、連携に対する意識を高め、体験を積ませることにより、専門職連携実践を可能にする資質の習得が図れるとしている³⁾。

長崎大学医学部保健学科では、2002年度から、保健・医療・福祉の連携・協働を学ぶ「統合ケア科目群(入門科目・統合ケア論・統合ケア実習・離島の暮らしと保健医療)」をカリキュラムに加え、看護学・理学療法学・作業療法学の3専攻、さらに医学科との共修で学べるように各学年での教育に導入している。「統合ケア実習」は「統合ケア科目群」の中で、最終学年で実施している。離島を含む県内22カ所の保健・医療・福祉施設で障害をもつ人や高齢者の生活や社会活動を国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)を通して理解し、チームアプローチ

の重要性を学習するものである。さらに、統合ケア実習後に開講する「離島の暮らしと保健医療」科目で、小グループおよび学年全体で実習事例の検討を行うことで学びを深め発展させることとしている。

IPEについての先行研究は、大学基礎教育内容を評価したものは十分とは言えず、チームアプローチの実践と症例報告についてであった^{4,6)}。専門職連携を実践できる人材を育成するための基礎教育では、実施した実習、授業内容を客観的に評価、検討しながらの教育実践が重要であると考えられる。

ここでは、平成23年度の統合ケア実習・授業準備過程と内容、及び糸山の連想法⁷⁾を用いて検討した授業成果について報告する。

II 「統合ケア実習」の内容と方法

1. 実習前の準備

統合ケア実習施設、指導者会議日時、学生オリエンテーション日時、実習日時、各実習施設学生人数については、長崎市老人福祉施設協議会への依頼、および本学年歴作成のため、前年度10月中旬までに、実習計画案を作成している。計画案は、専攻内の他の実習、行事等を考慮したうえで、担当教員間で協議し、作成している。統合ケア実習施設及び学生数については表1に、具体的な準備については表2に、学生オリエンテーション内容については表3に示す。尚、保健学科看護学・理学療法学・作業療法学専攻の教員8~9名で、1教員につき実習施設4~2施設(学生11名~24名)を担当している。実習指導者会議は、平成23年8月に、介護老人保健施設(4施設)、特別養護老人ホーム(1施設)、訪問看護ステーション(4施設)、病院(3施設)の実習指導者12名(看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士)と看護学専攻、理学療法学専攻、作業療法学専攻の教員らで行い、昨年の実習報告と今年度の実習計画について討議した。

1 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻看護学講座

2 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻理学・作業療法学講座

3 長崎大学生涯学習教育研究センター

4 介護老人保健施設ガイアの里

活動報告

表1. 平成23年度統合ケア実習施設及び学生数

	施設名	実習学生人数	看護	理学	作業
1	介護老人保健施設 A	6	4	1	1
2	介護老人保健施設 B	5	4		1
3	介護老人保健施設 C	5	3	1	1
4	介護老人保健施設 D	6	4	1	1
5	介護老人保健施設 E	5	4	1	0
6	介護老人保健施設 F	5	3	1	1
7	特別養護老人ホーム A	5	3	1	1
8	特別養護老人ホーム B	5	3	1	1
9	特別養護老人ホーム C	6	4	1	1
10	特別養護老人ホーム D	5	4	0	1
11	訪問看護ステーション A	5	3	1	1
12	訪問看護ステーション B	5	3	1	1
13	訪問看護ステーション C	5	3	1	1
14	訪問看護ステーション D	5	3	1	1
15	訪問看護ステーション E	5	3	1	1
16	訪問看護ステーション F	5	4	1	0
17	離島病院 A	5	3	1	1
18	離島病院 B	5	3	1	1
19	離島病院 C	5	3	1	1
20	地域病院 A	5	3	1	1
21	地域病院 B	5	3	1	1
22	障害福祉センター	6	4	1	1
	合計人数	114	74	20	20

表3. 実習オリエンテーション

全体	1. 実習目的, 展開方法 2. 実習時の注意点 3. 記録の方法と提出法
担当教員別	実習施設ごとの詳細オリエンテーション ・施設の概要 ・実習担当者 ・実習時間, 実習内容, 展開など
配布資料	1. 実習要綱 2. H23年統合ケア実習施設名簿 (交通手段入り) 3. 学生メンバー表 4. 記録用紙 5. 個人情報の取り扱いについて 6. 実習誓約書

2. 実習内容

1) 実習目的

国際生活機能分類の理念をふまえながら、障害のある人々の日常生活（活動）や社会活動（参加）に、彼らの健康状態や身体・精神機能、環境因子 {物的環境（段差、福祉用具など）、人的環境（介護者、家族関係など）、社会的環境（差別、介護サービス、医療福祉制度など）、個人因子（年齢、体力、行動様式、心理状態など）が影響していることを体験し、チームアプローチの重要性を学習することである。

表2. 統合ケア実習準備

日時	連絡調整	準備内容
前年度10月中旬		統合ケア実習指導者会議日時、学生オリエンテーション日時、実習日時（案）の作成
前年度11月初旬	長崎市老人福祉施設協議会への依頼	
4月中旬～下旬	前年度実習施設の実習担当者へ、各実習施設担当教員から実習期間等についての連絡を入れ、実習受け入れ承諾の内諾を得る（1教員担当 4～2施設）	実習施設担当教員、実習に向けての各準備担当者について協議
5月上旬	実習施設22か所（長崎市、諫早市、大村市、平戸市、島原市、対馬市、五島市、南松浦郡新上五島町の7市1郡の介護老人保健施設6施設、特別養護老人ホーム4施設、訪問看護ステーション6施設、病院5施設、障害福祉センター1施設）へ実習依頼文書発送 実習施設の確定、調整	
6月上旬		学生実習メンバー表作成開始 担当教員ミーティングにて、実習要綱、実習記録様式、指導者会議の内容検討
6月下旬	実習要綱、実習記録用紙、学生メンバー表、「実習指導者会議開催のご案内」文書を実習施設へ発送	統合ケア実習学生メンバー表確定 （看護学専攻：80名、理学療法学専攻：20名、作業療法学専攻：20名の合計120名を各実習施設、原則看護学専攻4名、理学療法学専攻1名、作業療法学1名の学生混成実習グループ作成：表1参照） 4年次学生へ実習施設、学生メンバー、実習オリエンテーション日時、場所について学内掲示
7月下旬		担当教員ミーティング（実習指導者会議資料、指導者会議での各教員役割検討）
8月上旬	実習指導者会議開催 施設側実習指導者と担当教員との詳細打ち合わせ 指導者会議欠席施設指導者との担当教員個別調整、詳細打ち合わせ	実習指導者会議用資料準備 学生オリエンテーション用資料準備
8月下旬	実習全施設へ実習指導者会議議事録の送付	学生オリエンテーション実施

2) 内容および方法

学生は、病院、高齢者施設入所中の利用者および通所サービス（デイサービス、デイケア）や訪問サービス（訪問看護、訪問リハ、訪問診療、訪問介護）の利用者のうち、実習受け入れの同意が得られた利用者を各実習施設の指導者から紹介を受け、各実習グループにつき1～2名受け持つ。受け持ち利用者情報をケアや訪問を通して収集し、対象者の評価に基づき、対象者が抱える問題点（支援点）を整理する。情報は、ICFを活用して整理し、解決法、支援策についてグループメンバーで討論し考案する。導き出した問題の解決策について、さらに、実習施設指導者やスタッフ、担当教員等を交えて討論を行い、事例のケアマネジメントを検討する。また、担当スタッフとともに、在宅訪問の同行や通所サービスの経験、サービス提供者会議への参加、スタッフカンファレンス等に参加してケアのあり方について学習する（図1参照）。

実習期間中施設での実習は4日間とし、最終日の1日間は学内で、担当教員とともに事例のケアプランについて討議し、整理を行う。既存のサービスを組み入れるだけのケアプランではなく、対象者・家族の希望を基に生活支援のためのケアの立案、提案などが考えられているかなどを討議する。

実習記録については、施設実習の記録、事例カンファ

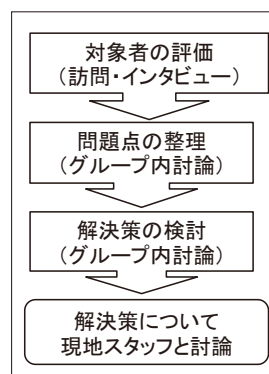


図1. 統合ケア実習内容の流れ

レンスの記録、グループの実習目標と評価、事例紹介およびケアマネジメント内容を提出することとしている。

III 「離島の暮らしと保健医療」授業の内容と方法

1. 授業前準備

各実習グループで検討したケアプランについて、各実習担当教員は事例のまとめを科目責任者へ提出する。事例の特徴から、各実習担当教員と協議の上、2～4グループ（学生12～24名程度）に分け、演習グループと担当教員を組み立てる。各グループに、施設ケアと在宅ケアの事例ができるだけ均等になるように構成する。23年度の詳細について表4に示す。

表4. 平成23年度「離島の暮らしと保健医療」グループおよび事例概要

組	担当教員	実習施設名	事例区分	性別	年齢	要介護度	疾患名・障害名	事例の特徴	備考
A組 (3)	2名	介護老人保健施設	施設	女性	80代前半	要介護3	右大腿骨転子部骨折術後認知症	主介護者は夫。娘は別に生活しているが、協力的。本人は在宅復帰を希望しているが、家族は介護負担のため在宅は無理と考えている。	本人と家族の方向性が異なるケースにどのように介入するか議論できる。
		訪問看護ステーション	在宅	男性	70代前半	要介護3	慢性腎不全(腹膜透析)、脳出血後遺症(左片麻痺)	妻、長女との3人暮らし。麻痺側を補いながらの腹膜透析を妻の介助で利用中。訪問リハとこじれて自分で選んだ整形外科へリハ目的で通院中。自宅でのほとんどの時間をベッドで過ごしている。頑固な性格。	食事内容や排便に関する自己管理の指導に拒否的で、本人の意思が強い。リハビリには積極的であり、医療関係者が望む変化と本人の望みとのギャップについて議論できる。
		介護老人保健施設	在宅	男性	80代後半	要介護3	腰部脊柱管狭窄症、認知症	妻と二人暮らし。近所に四女が住み生活をサポートしている。立ち上がりや歩行に介助を要し、屋内での移動は手引き歩行やいざり動作にて移動。通所リハでは歩行訓練を継続中。	身体機能や認知機能の低下を予防していく介入方法や、本人の生きがいを見出すため趣味を生かしたケアサポートについて議論できる。
B組 (3)	2名	介護老人保健施設	施設	男性	90代前半	要介護3	アテローム血栓性脳梗塞、骨粗鬆症、2型糖尿病	本年7月下旬、リハビリ目的で当施設入所。HDS-R5点。簡単な質問に少し理解し答えることができる。車いす一部介助。転倒歴あり。長男夫婦（60歳代）と同居しており、5か月後自宅へ退所予定である。家族の受け入れ良好。	認知症を持った事例の自宅退所に向けた、支援や調整について検討できる。
		訪問看護ステーション	在宅	女性	70代後半	要介護3	多発性硬化症	10年前多発性硬化症発症。長女、次女、長男との4人暮らしだが、娘たちとのけんかが絶えず、家族からの介護協力なし。訪問介護、訪問リハ、訪問看護、通所リハサービスを受けながら、生活している。排尿は、バルーン留置、その他のADLは、車いす自走で一部介助。	自宅は、急な坂を上った高台にあり、車横づけは不可。本人は、住み慣れた自宅での生活を望んでいるが、家族関係がよくないことから、これ以上ADLレベルが低下すれば、施設入所を考えている。本人への支援を視野に入れつつ家族への支援や介入について議論できる。
		病院	在宅	夫婦	共に80代後半	要介護1	夫)腎不全、認知症 妻)認知症、腰・膝痛	夫は2か月前までは外出できていたが、現在歩かなくなりほぼ1日中が自宅でテレビをみて過ごしている。妻は、夫の世話で外出できず介護が大変と言う。認知症が進行し鍋ががしなどがある。浴室、トイレは屋外にある。	妻の介護負担を軽減するために夫のすることは自力でするような意欲面への働きかけが必要。転倒や火災などを予防するための安全面への支援も。

活動報告

C組 (3)	1名	特別養護老人ホーム	施設	女性	90代前半	要介護3	変形性脊椎症 両変形性膝関節症	ヘルパーを利用しながら在宅生活を送っていたが、ADL低下のため2年前に老健入所。当該施設には今年、3月入所。施設内移動は車いす自走で行っているが、歩行器使用での歩行訓練を行っている。	入所してから他療養者との交流も少なく、施設での生活をその人らしく送るための支援について議論できる。
		病院	在宅	男性	60代前半	要介護3	脳出血(左片麻痺)	上下肢の緊張強く、長下肢装具、四点杖で介助歩行。ADLほとんど介助が必要、構音障害あり。介護力は良好。通所リハと通所介護を週3日ずつ利用。	退院後、6ヶ月経過されており、在宅生活の自立に向けた介入を議論できる。
		病院	在宅	女性	80代後半	要介護2	脳梗塞後遺症(左片麻痺) 高血圧、変形性膝関節症 気管支喘息	12年前に脳梗塞による左片麻痺となる。ADLは排泄が尿漏れのためリハビリパンツを使用(トイレは使用可)以外はほとんど自立。近隣在住の嫁が食事の世話、娘も近所在住で洗濯や日常の世話をしている。12年の経過で要支援から要介護2へ変更。自宅周辺の環境がきびしく外出に支障あり。性格は社交的で人と話すことを好む。	環境要因がきびしく、外出困難なため機能的に低下している事例。環境整備と徐々に低下している身体活動をどのように促すかの視点から議論できる。
D組 (3)	1名	特別養護老人ホーム	施設	女性	80代前半	要介護3	変形性股関節症 血栓性静脈炎	本年1月、老人保健施設より特養へ入所。認知障害もなく、コミュニケーションも良好。施設内移動は車いす自走で、リハビリに対する意欲も高い。自宅への退所を希望されているものの、家族の希望にて入所となっている。	50代の息子と2人暮らしであり、家族の希望と、本人の望みが食い違っている事例。本人の望みをかなえるための支援について検討できる。
		介護老人保健施設	在宅	男性	70代前半	要介護3	脳出血右方麻痺、 両側人工股関節置換術	主介護者は妻。通所リハと月2回のジョウステイを利用しながら、在宅で生活を継続している。麻痺のレベルが低く、移乗時は介助を要す。車椅子座位は可能。夫婦関係は良好。	介護量の負担と本人の生きがいを見出すためのサポートについて議論できる。
		訪問看護ステーション	在宅	男性	60代前半		頸髄損傷C6レベル	受傷後3年。ストホイ、自助具、車椅子(電動)で在宅生活(食事・更衣自立)。入浴は介護サービスを利用。本人・妻の障害受容は良好であるが、時々、心が揺れることがある。	現在のところ、在宅生活可能であるが、妻の年齢(60代後半)を考えると将来のケアを考慮しておく必要あり。
E組 (3)	1名	特別養護老人ホーム	施設	女性	80代前半	要介護4	脳梗塞	ADLは全介助で、寝たきりレベル。高次脳機能障害あり。今まで、ロングスティ等を利用し、在宅で生活していたが、施設入所となった症例。	ADL全介助で身体機能も徐々に低下していく中で、現状を維持するための介入と本人の生きがいや楽しみを見出す方法について議論。
		訪問看護ステーション	在宅	男性	50代	身体障害者1種1級	脳性麻痺、排泄障害 (バルーンカテ留置中)	独居。ADL全介助であるが、電動車いすで移動可能。パソコンを使いコミュニケーションを確立している。ブログやDVD鑑賞が趣味。両親は他界、兄妹とは疎遠。	他者との関わりが少なく、社会参加の機会がない。本人はリハを行い、遠出ができるようになりたいと希望している。
		病院	在宅	男性	80代前半	要介護5	広範性脊柱管狭窄症、 頸腫瘍、変形性腫瘍による四肢麻痺	ADL全介助。四肢に拘縮あり。デイケア3回/週、訪問リハ1回/週利用。社交的で外出好き。主たる介護者は妻(70代前半)。息子夫婦・孫と同居。	機能維持および廃用症候群の予防を主体としつつ、QOL維持と介護負担軽減の方策について議論できる。
F組 (3)	1名	訪問看護ステーション	在宅	女性	80代後半	要介護3	廃用症候群、狭心症、不眠	廃用による全身的な筋力低下や耐久力の低下が見られる。端座位は自力で可能。立位も一部介助で可能であるが、動く意欲がなく、自ら進んで動くことはない。「早く死にたい」といううつ的な発言がある。長男家族と同居。	生活に刺激を与え、他者との関わりを増やすことで意欲面への働きかけを行なう。
		介護老人保健施設	通所	男性	80代後半	要介護2	頸椎性病性脊髄症	自宅では杖歩行可能であるが、施設内では車椅子を使用。右片麻痺があるが、座位保持可能であり歯磨き等も自力でできる。しかし、妻が介護を全面的に行い自立できることも介護してしまっている。	本人の自立への意欲を向上させる働きかけが必要である。身体機能の維持向上を支援する。
		特別養護老人ホーム	在宅	女性	90代後半	要介護1	右大腿骨頸部骨折(H21) 高血圧、心肥大、膝痛 白内障	杖歩行にて外出可能だが、自宅周辺に階段約20段、坂道100mあり、休みながら歩行。ADLは入浴をデイサービスで利用している以外は自立。サービスはデイサービスのみで楽しく参加されている。娘夫婦と同居で良好な関係にある。	超高齢者(90代後半)の事例で自立生活が維持できている。今後とも維持していくためのケアについて議論できる。
G組 (4)	1名	訪問看護ステーション	在宅	男性	70代後半	要介護3	心不全(他循環器系術後、 慢性心房細動)、総胆管結 石術後、認知症(Ⅲa)、 パーキンソン症候群	夫婦2人暮らし、斜面地区住居。認知症に加え最近の入院時にせん妄があり、退院後も意欲の低下、表情の乏しさが継続している。訪問リハ(OT、PT)、訪問介護(入浴介助)を利用中。	歩行障害による活動範囲の縮小に、認知症と抑うつによる意欲の低下、夫婦間の関係性が絡む事例。意欲を引き出す介入について議論できる。
		介護老人保健施設	在宅通所	女性	80代	要介護5	多発性脳梗塞、 認知症(寝たきり)	主介護者は、70代の弟。姉は通所も利用している。介護者の弟は在宅ケアへのこだわりが強いが、弟の身体的問題で自宅での介護が十分でない場合もある。本人は認知症があるが、在宅を希望しているようだ。	本人家族の希望を支援するためにどのような支援調整が必要か議論することができる。
		訪問看護ステーション	在宅	女性	80代前半	要支援2	骨盤骨折・恥骨骨折(転倒による)、視力障害(右目視力なし)	脳梗塞の夫の介護をしているが、本人の骨折後の支援が必要になってきた。るいそう(体重37kg)、下肢筋力低下、視力障害がある。	老老介護の状況であり、本人の体力も低下しつつある。しかし夫の介護に生きがいをもってやっけており、どうバランスをとるのかが課題。
		病院	在宅	女性	70代前半	要介護5	ALS	4年前発症。2年前人工呼吸器装着、胃ろう栄養。現在はうなずきができるのでyes、noのコミュニケーションはとれる。筋力の低下に伴ってうなずきも困難になりつつある。介護者は夫と長女(他県から介護のため帰省中)	コミュニケーションが取りにくくなるにつれて娘がイライラすることがある。本人はコミュニケーションをとることをあきらめてしまいうため、支援を検討したい。

2. 授業目標と内容

授業到達目標は、ケアマネジメントとチームアプローチを理解することである。講義を通して、主に利用辺地の保健医療を理解し、グループ討論を通して、具体的な症例に対して、看護学、理学療法学、作業療法学の立場から評価を行い、事例の疾病・障害の構造とチームの在り方を理解することとしている。授業は講義と演習の2時限で構成する。演習は、演習グループ内の各実習グループが展開した事例について討論する。その後、全体の中の2事例について、学年全体で事例の検討を行うことによりさらに、学びを深め発展させる。グループでの演習の運営は、学生が主体的に企画運営し、教員はファシリテーターとして関わる。学年全体での事例検討時は、教員が演習の運営をしている。

IV 授業評価

1. 調査時期・調査対象

「統合ケア実習」オリエンテーション時（授業前）、および「離島の暮らしと保健医療」全授業終了時（授業後）に調査を実施した。

本学科4年次生、看護学専攻74名、理学療法学専攻20名、作業療法学専攻22名の合計116名のうち、本調査に協力同意が得られ回答があった授業前102名、看護学専攻67名、理学療法学専攻17名、作業療法学専攻18名（回答率89.5%）、授業後98名、看護学専攻59名、理学療法学専攻17名、作業療法学専攻22名（回答率84.5%）を解析対象とした。

2. 調査方法

統合ケア実習・授業の評価について、連想法による調査を行った。連想法とは、1997年に、糸山らにより開発された授業評価手法^{7,9)}である。①授業の「キーワード」を刺激語として授業前後に単一自由連想によって学習者の概念の変容を連想マップによってみる方法、②授業の「面白かったこと」「面白くなかったこと」、「難しかったこと」「易しかった事」のような対立語を用い自由連想により学習者の情意面を情意ベクトルにより評価する、2種類の方法がある。連想とは、刺激語から受けるイメージを表現したものであるといえる。したがって、イメージが持てること（もの）については連想できるけれども、イメージできないこと（もの）については反応語を出すことはできない。つまり、事物のイメージができる状態とは、そのことについて概念が獲得されているか、されつつある状態であると考えられる。ある概念について連想できるイメージの量をとらえることは、その概念の獲得状況を判断する良い資料となるとしている。

今回は、概念の変容を連想マップによってみる方法を実施した。「チーム」「支援」「生活」を刺激語として、それぞれの語句で連想できることを自由に調査用紙に記述してもらった。連想時間は、各々50秒間とした。

3. 分析方法

得られた反応語を、糸山の連想諸量計算方法、確率算出方法に従い⁷⁾、専攻ごとに授業前、授業後に分けて集計した。反応語の質の数量化と検討のために、連想マップを作図した。反応語の散らばり具合を検討するために、連想エントロピー（反応語の散らばり具合）を、および反応語種数、反応語総数を算出した。各専攻の、授業前後の変化の検討のために、反応語総数についてWilcoxon検定を行った。統計解析は、SPSS Windows Ver.16.0を用いた。

4. 倫理的配慮

質問紙は無記名とし、調査の目的、方法、協力の自由意思、匿名性の確保と研究以外にデータを使用しないこと、成績評価には関係ないこと等を明記した研究協力依頼書を各調査票に添付し、口頭での説明を行った後、回答をもって研究の同意とした。なお、本研究は長崎大学大学院医歯薬学総合研究科倫理審査委員会の承認を受けて実施した（審査承認番号08050870）。

5. 結果

ここでは、刺激語「チーム」「支援」の結果について述べる。

各専攻授業前後の連想マップを図2、3、4に、一人平均刺激語種数、刺激語総数の授業前後の変化を図5、6に示す。連想マップの同心円の中心になるほど、多くの学生がその反応語を記述したことを示す。

刺激語「チーム」の看護学専攻授業前連想エントロピーは、5.608、反応語種数112種（一人平均1.7種類）、反応語総数337語（一人平均5.0語）、授業後連想エントロピーは、5.813、反応語種数118種（一人平均2.0種類）、反応語総数307語（一人平均5.2語）であった。連想マップでは授業前は『助け合い』『協力』『コミュニケーション』が、授業後は『連携』『役割』『医療』が中央に現れていた（図2）。理学療法学専攻の授業前連想エントロピーは、5.028、反応語種数42種（一人平均2.5種類）、反応語総数74語（一人平均4.4語）、授業後連想エントロピーは、4.876、反応語種数41種（一人平均2.4種類）、反応語総数80語（一人平均4.7語）であった。連想マップでは授業前は『協力』『連携』が、授業後は『協力』『アプローチ』がより中央に近く現れていた（図3）。作業療法学専攻の授業前連想エントロピーは、4.949、反応語種数41種（一人平均2.3種類）、反応語総数75語（一人平均4.2語）、授業後連想エントロピーは、5.358、反応語種数60種（一人平均2.7種類）、反応語総数114語（一人平均5.2語）であった。連想マップでは授業前は『チームワーク』『コミュニケーション』が、授業後は『コミュニケーション』『協力』がより中央に近く現れていた（図4）。刺激語「支援」の看護学専攻の授業前連想エントロピーは、6.229、反応語種数112種（一人平均1.7種

類), 反応語総数276語 (一人平均4.1語), 授業後連想エントロピーは, 6.496, 反応語種数132種 (一人平均2.2種類), 反応語総数272語 (一人平均4.6語)であった. 理学療法学専攻の授業前連想エントロピーは, 5.265, 反応語種数44種 (一人平均2.6種類), 反応語総数64語 (一人平均3.8語), 授業後連想エントロピーは, 5.648, 反応語種数54種 (一人平均3.2種類), 反応語総数67語 (一人平均3.9語)であった. 作業療法学専攻の授業前連想エントロピーは, 5.293, 反応語種数42種 (一人平均2.3

類), 反応語総数50語 (一人平均2.8語), 授業後連想エントロピーは, 5.840, 反応語種数69種 (一人平均3.1種類), 反応語総数105語 (一人平均4.8語)であった. 授業前後の反応語総数は, 刺激語「チーム」で看護学専攻 ($p=0.025$), 理学療法学専攻 ($p=0.025$), 作業療法学専攻 ($p=0.025$), 刺激語「支援」で看護学専攻 ($p=0.025$), 理学療法学専攻 ($p=0.046$), 作業療法学専攻 ($p=0.025$)ともに, 有意に増加していた (図5, 6).

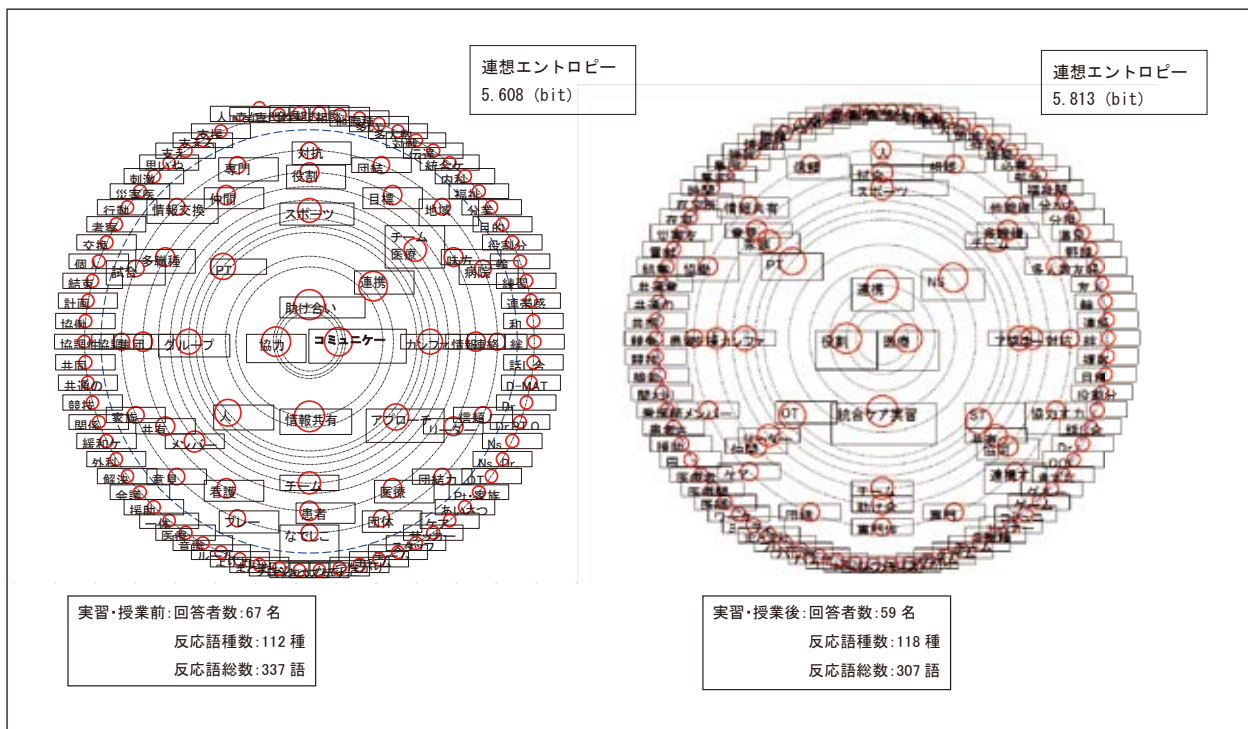


図2. 看護学専攻連想マップ: 刺激語: チーム

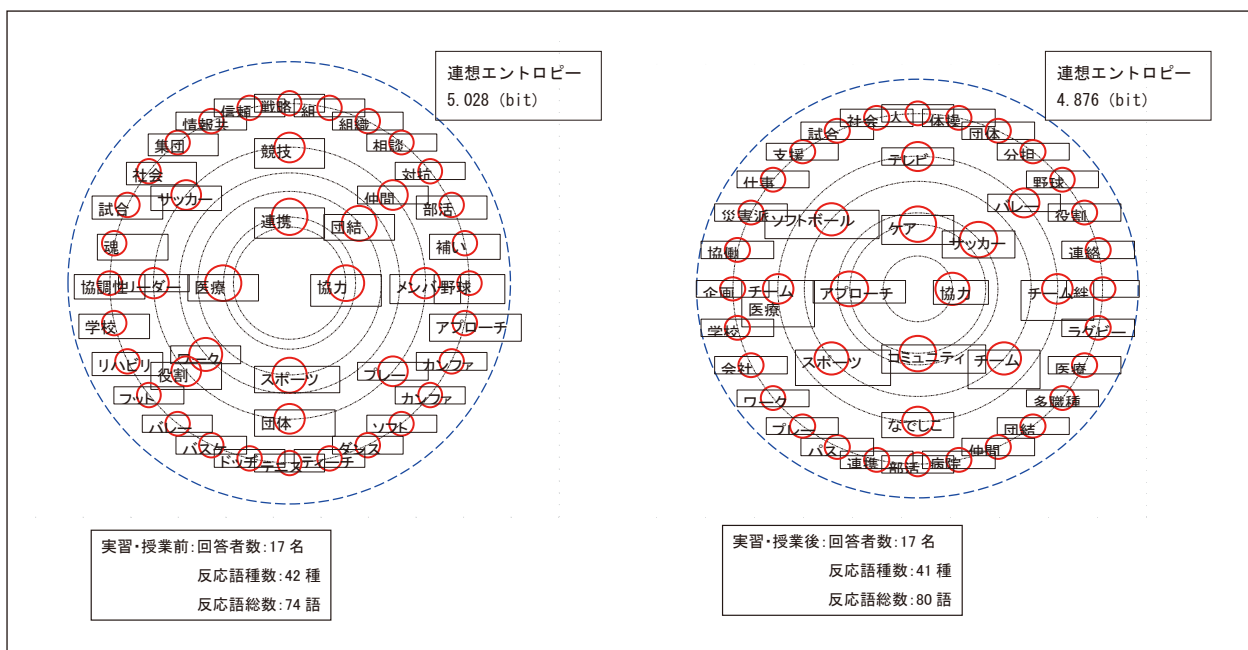


図3. 理学療法学専攻連想マップ: 刺激語: チーム

活動報告

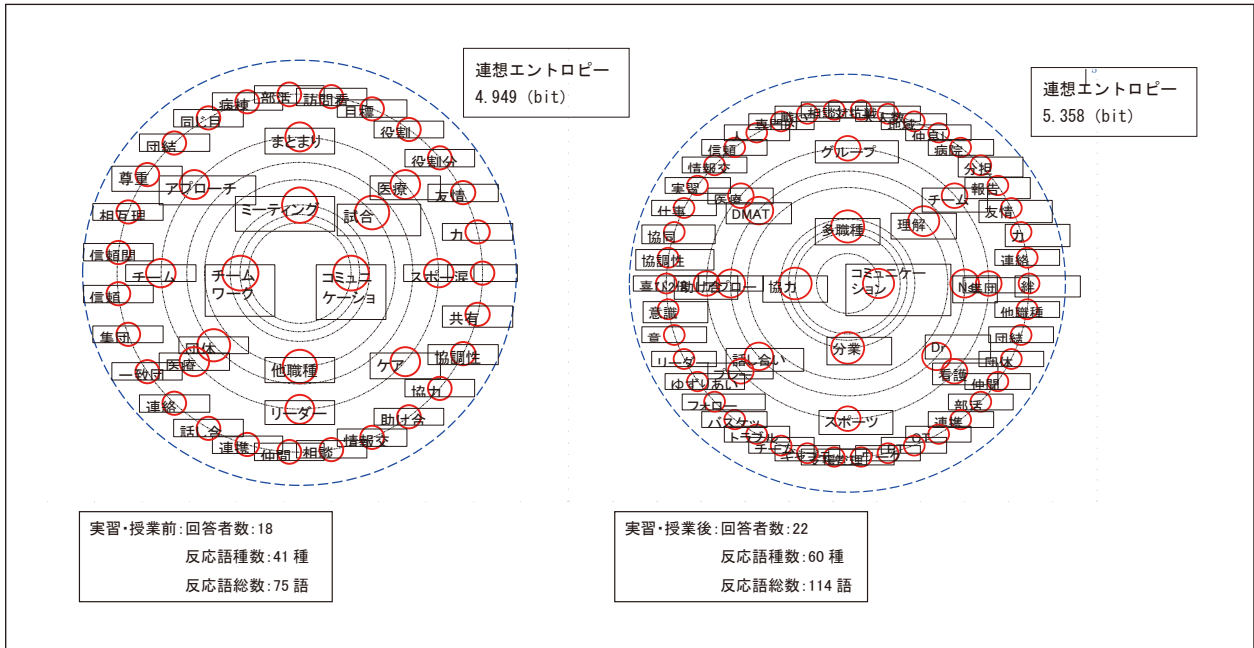


図4. 作業療法学専攻連想マップ： 刺激語：チーム

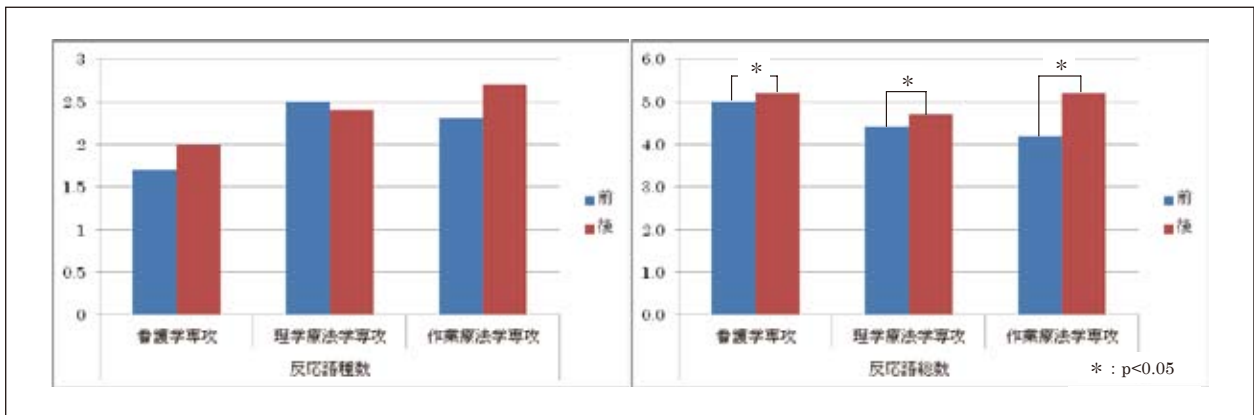


図5. 授業前後における刺激語「チーム」：一人平均反応語種数・平均反応語総数

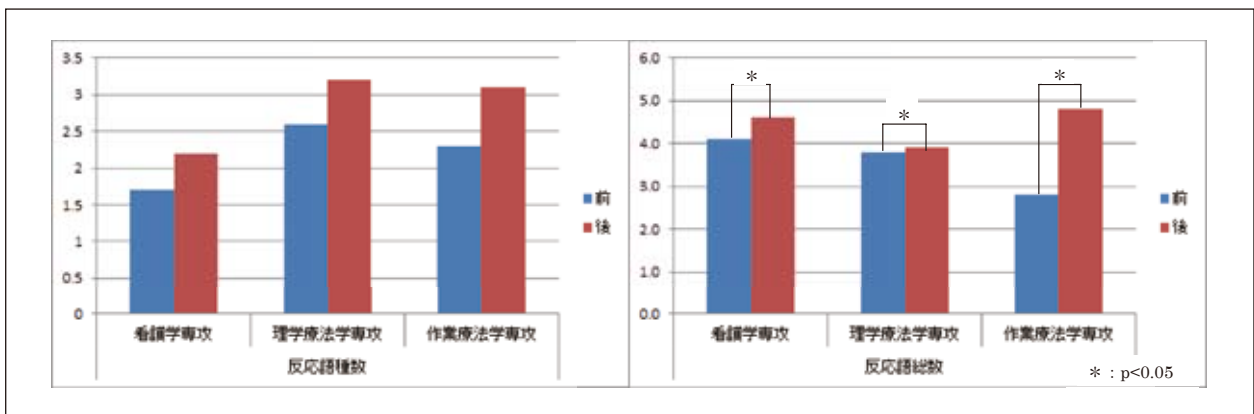


図6. 授業前後における刺激語「支援」：一人平均反応語種数・平均反応語総数

IV 考察

糸山は、これまでの200例を超える連想法による授業評価事例で、授業前後で、反応語総数が増加し、反応語種数が減じ、連想エントロピーが減少する授業とは、系

統学習のStep by step式の授業で、学習用素材として、要点だけを示した概略図を用いた、いわゆる教え込み型の集約的な授業で多く見かける。発見学習の形態では、むしろ教師の意図以外のものを発見する事例が非常に多

く、反応語種数、反応語総数、連想エントロピーが増加するとしている¹⁰⁾。今回の調査結果において、授業前後の結果から、全専攻において、反応語総数は増加しており、反応語種数、連想エントロピーも増加傾向にあった。「統合ケア実習」その後が続く、「離島の暮らしと保健医療」科目の学習は、IPEにおいて、拡散型、つまり、知識、概念を増加させる発見学習としての授業形態であったと考えられる。

マップ中央に位置する反応語に注目すると、「コミュニケーション」「協力」「連携」が多く連想され、「具体的職種名」もより中央近くに出現している。

金谷ら⁴⁾の報告によれば、IPE教育セミナー参加後における学生の感想記述から、「専門性」「連携・協働の意義」「目標の共有」の категория が抽出されたとしている。本調査結果からも、他専攻とのグループ実習、演習を通して「多職種チームで協力しケアを提供する」という、専門職チームとしてのアプローチとしてとらえることができたのかもしれない。また、具体的な職種名の連想反応は、コミュニケーションを通して、他職種に対する理解や仲間意識が深まった結果であるとも考えられる。

V まとめおよび今後の課題

連想法を用いて本学科の「統合ケア実習」（その後の「離島の暮らしと保健医療」授業演習含む）の効果について検討した結果、IPE教育方法として、効果的である可能性を示唆した。

今後、4年間を通しての検証、コントロール群との比較検証、連想法情意面での検証などを重ね、結果をフィードバックすることなどによる討議から、教員、施設間および担当教員間の連携と教育方法、内容の向上を図っていけるのではないかと考える。大塚は、IPEの取り組みの効果として、実践の場のケアの改善となって現れる事であると報告している³⁾。IPEの効果が実践の場に反映されるにはまだ時間がかかるが、今後卒業生への教育・評価も課題である。

謝 辞

本実習に御協力、御指導頂いています関係施設の方々に心より御礼申し上げます。また、本調査に御協力頂きました、本学学生の皆さま、諸先生方に深く感謝申し上げます。尚、本研究調査は、平成23年度特別研究支援経費の助成を受けて実施した。

文 献

- 1) 厚生労働省：平成24年度診療報酬改定の概要
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken15/dl/gaiyou.pdf>.
- 2) 厚生労働省：チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/g0319-9.html>.
- 3) 大塚眞理子：看護教育におけるIPEの必要性・有効性と今後の可能性、看護展望, 34 (8) : 9-18, 2009.
- 4) 金谷光子, 真柄彰, 遠藤和男, 永井洋一, 松井由美子, 丸山敬子, 島貫秀樹, 高橋榮明：「多職種連携協働を目指す学生のための連携教育の実際」第1報 - チームアプローチを通して -, 3 (1) : 10-19, 2011.
- 5) 宮崎美佐子：IPEに向けた組織体制づくり-IPEモデル地域構築を目指して, 34 (8) : 755-760, 2009.
- 6) 石井伊都子：医・看・薬の専門職連携教育 (IPE), 17 (9) : 75-79, 2011.
- 7) 糸山景大：授業の科学, 東京書籍, 東京, 2011, 62-71.
- 8) 糸山景大, 上藺恒太郎：連想法を用いた情意ベクトルによる授業評価, 長崎大学教育学部紀要 - 教育科学, 67 : 1-11, 2004.
- 9) Kagehiro ITOYAMA, Teruo NITTA: The Evaluation for Teaching by Using Association Method, The 3rd Int'l Conf.on Education, Information Systems, Technologies and Applications, ELSTA'05, July 2005 (Florida, USA), 156-161.
- 10) 糸山景大：授業の科学, 東京書籍, 東京都, 2011 : 66-71.

Effectiveness of “Integrated Care Practice”: Using the association method

Izumi OHMACHI¹, Kazumi NAKAHARA², Kagehiro ITOYAMA³,
Shigeru INOKUCHI², Tatsuya HIRASE⁴, Toshio HIGASHI²,
Koji TANAKA², Rieko NAKAO¹, Ryoko KAWASAKI¹,
Akiko NITTA¹, Seiichi YOKOO¹, Nobuo MATSUSAKA²

1 Department of Nursing, Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University

2 Division of Physical and Occupational Therapy,

Department of Health Sciences, Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University

3 Research Center for Lifelong Learning, Nagasaki University

4 Geriatric Health Services Facility, Gaianosato

Received 11 May 2012

Accepted 2 July 2012