

## 資料

## 成人看護学Ⅰ（慢性期）領域における基礎看護技術教育の現状と課題

—— 技術項目到達度表の分析から ——

鈴木珠水<sup>1)</sup>・萩原英子<sup>1)</sup>・北林 司<sup>1)</sup>小池菜穂子<sup>1)</sup>・柴崎由佳<sup>1)</sup>・牛込三和子<sup>1)</sup>Current Status and Problems Associated with Education  
of Basic Nursing Skills in Nursing of Chronic Patients, Adult Nursing

—— Analysis of Attainment Level in Nursing Skills ——

Tamami SUZUKI<sup>1)</sup>, Eiko HAGIWARA<sup>1)</sup>, Tsukasa KITABAYASHI<sup>1)</sup>Nahoko KOIKE<sup>1)</sup>, Yuka SHIBASAKI<sup>1)</sup>, Miwako USHIGOME<sup>1)</sup>

キーワード：看護技術、技術到達度表、成人看護学、臨床実習、学内演習

## I. はじめに

近年の医療の高度化や疾病構造の変化に伴う、ケアニーズの複雑化や医療安全に関する意識の高まりから看護業務は多様化し、複雑化している。このような社会的背景の下、看護職者を育成する看護教育の場も、専門学校教育から大学教育へと大きくシフトチェンジし、多くの大学で各大学独自のカリキュラムを構築し、患者の多様なニーズに応えることのできる看護師を育成するべく看護教育を展開している。しかし、看護教育の中でも看護実践能力の育成に不可欠な看護技術教育においては、患者の人権への配慮や医療安全確保のための取り組みが強化される中で、学生が行う看護技術実習の範囲や機会が限定される傾向にあり、各看護師養成機関における技術教育目標の格差による卒業直後の技術能力の格差、卒業直後の看護師の技術能力と臨床現場が期待している能力との乖離が拡大してきている。これに対し、2003年厚生労働省が「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>をまとめ、看護基礎教育における技術教育の推進と発展を図るために、臨床実習で学生が実施可能な技術項目とその水準を分類し、看護技術教育の指針を明示した。また、2007年には「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」<sup>2)</sup>の中で、看護師に必須の技術

項目とその卒業時の到達度を明確化した。

これらの報告書を受け、いくつかの教育機関では、より効果的な看護技術教育を展開するために、この基準及び指針を活用して、学生の看護技術の評価を行っている<sup>3-4)</sup>。本学でも、「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」で示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」142項目に基づき、技術項目到達度表を作成し、2008年度より、学内演習及び臨床実習における学生の看護技術の到達・実施度の評価を行なっている。しかし、大学在学中の4年間を通して獲得する看護技術について、成人看護学Ⅰ（慢性期）領域における学内演習及び臨床実習の中で修習できる範囲には制限がある。

よって本研究では、本学の成人看護学Ⅰ（慢性期）領域における看護技術教育の現状と課題を明らかにすることにより、学内での技術演習の在り方及び臨床実習における看護技術教育の在り方を検討し、今後の看護技術教育への示唆を得ることを目的とした。

II. 成人看護学領域における  
看護技術教育の概要

## 1. カリキュラム上の位置づけ

成人看護学の技術演習は第3学年の前期に実施して

1) 群馬バース大学保健科学部看護学科

いる。授業科目名は、技術演習という項目で独立しておらず、成人看護学Ⅱの中で技術演習を行っている。この科目目的の中に「実習に必要な基礎的な看護技術を強化する」とあけて、授業科目の4単位60コマの中に、「看護技術演習」という講義題目で、2コマ続きの演習を4回行い、最後に2コマを技術試験としている。

## 2. 講義・演習概要

演習項目は、学習到達目標の「1. 創部処置、ストマケア」、「2. 呼吸管理」、「3. 循環管理」、「4. 栄養管理」の4つの柱によって構成される。

「1. 創部処置、ストマケア」では、実際の包交を想定した演習や各種ドレッシング材料の取り扱い、包帯法について、「2. 呼吸管理」では、ネブライザー、気管内吸引、非侵襲的陽圧換気療法(以下NPPV)、在宅酸素療法(以下HOT)、低圧持続吸引、パルスオキシメーター、「3. 循環管理」では、患者監視装置、12誘導心電図、輸液ポンプ・シリンジポンプ、「4. 栄養管理」では、経管栄養、中心静脈栄養法(以下IVH)、簡易血糖測定、糖尿病の食事療法献立立案、塩分測定を行っている。

具体的な演習の進め方は、予め教員の作成した技術演習資料を配布し、予習を促し、技術演習当日は実習グループ(1グループ5人単位)で、教員のいる各演習項目のブースに行き、技術の実際を見てから各自学生が演習に入るという方法で行っている。

## 3. 成人看護学Ⅰ(慢性期)実習概要

成人看護学実習は3年後期に行われ、4単位(4週間)で、3週間病棟実習、1週間学内実習としている。科目の目的は、「既習の知識、技術を用いて、慢性的健康障害をもつ成人期にある対象を総合的にとらえ、一連の看護過程を実践する能力を養うこと」である。

病棟実習は、1つの病棟に1グループ5人単位で行い、それに対し1人の教員及び病棟側から専任の臨床指導者を配置する実習指導体制で臨んでいる。

病棟実習を行う施設は、独立行政法人国立病院機構の病院で、主に慢性期の患者の入院治療を行っており、成人看護学Ⅰ(慢性期)実習には最適の病院である。学生は3週間の実習で、ほぼ9割が1人の患者を継続して受け持つことができ、看護過程の展開を深められている。実習病棟は、主に呼吸器、血液、消化器、循環器疾患の患者が入院している病棟で、学生が受け持つ患者の主要疾患は、肺がん、慢性呼吸不全、肺炎、

肺気腫、肺繊維症、肝がん、C型肝炎、胆管がん、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫、急性骨髄性白血病、心不全などである。

## Ⅲ. 研究方法

### 1. 研究対象

平成21年度に成人看護学Ⅱ学内演習及び成人看護学Ⅰ(慢性期)実習を履修した本学保健科学部看護学科3年生、全70名のうち、技術項目到達度表が提出され、本研究に対し同意が得られた学生69名(98.6%)を対象とした。分析対象は、研究対象者約69名の成人看護学Ⅰ(慢性期)実習の実習記録のうち、実習及び学内演習における看護技術項目の実践度及び到達度を学生自身が評価し、記載した技術項目到達度表とした。

### 2. 倫理的配慮

平成21年度に成人看護学Ⅱ学内演習及び成人看護学Ⅰ(慢性期)実習を履修した学生計70名に対し、研究の目的・方法・内容、研究参加についての自由の保障と内容の守秘、個人特定を避けることに関する配慮、辞退してもその後受ける教育や成績に影響がないことについて記した書面を配布し、口頭で説明をした。参加同意書への署名と提出をもって、研究参加への同意とみなした。

### 3. データ収集方法

#### (1) 技術項目到達度表の収集

全ての臨床実習が終了した後に提出された技術項目到達度表のうち、研究参加に同意が得られた学生の到達度表を一旦回収し、コピーをしたものをデータとした。

#### (2) データ収集期間

2009年9月～2010年3月

### 4. 分析方法

技術項目到達度表のうち、成人看護学Ⅰ(慢性期)領域における技術項目到達度について、Microsoft Excel 2007を用いて単純集計した。

### 5. 用語の説明

#### (1) 卒業時の到達度

厚生労働省「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」にて設定された水準であり、その水準に達した

学生の割合。

水準は、表1 卒業時の到達度の水準に示す。

表1 卒業時の到達度の水準

水準	定義
I	教員や看護師の助言・指導により単独で実施できる
II	教員や看護師の指導・監視のもとで実施できる
III	学内演習で実施できる
IV	知識として分かる

(2) 成人看護学実習 I (慢性期) の到達割合

看護学基礎教育における成人看護学 I (慢性期) の位置づけに基づき、成人看護学 I (慢性期) 領域を担当する教員で検討して設定した到達・実施基準に達した学生の割合。到達・実施基準は、全員が到達・実施、機会があれば到達・実施の2段階とした。

6. 臨床実習指導者への看護技術到達度の説明

実習開始前に、臨床実習病院において、実習病棟看護師長及び臨床実習指導者との打ち合わせの場を設けている。その中で、技術項目到達度表を配布し、成人

看護学実習 I (慢性期) 領域で主に到達・実施する技術項目と、学内演習で実施している項目を具体的に挙げ、看護技術到達度の説明及び報告を行っている。

IV. 結 果

研究対象となった学生69名から回収した技術項目到達度表の有効回答率は100%であった。到達度の高い項目、低い項目、成人看護学 I (慢性期) における到達・実施基準に着目して結果を述べる。

1. 成人看護学 I (慢性期) 領域において看護技術の到達割合が高い項目

各技術項目別の卒業時の到達度に達した学生の割合のうち、特に到達割合が高い項目 (80%以上) について表2に示し、そのうち、単独で実施、または看護師・教員の指導のもとで実施できるという、卒業時の到達度水準 I 及び II で到達割合が高かった項目については表中に網掛けを付して表記した。

水準 I 及び II で到達割合が高かった項目は、「1. 環境調整技術」の<1><2>、「2. 食事の援助技術」の

表2 卒業時の到達度が80%以上の項目

■卒業時の到達度レベル

I：単独で実施できる II：看護師・教員の指導のもとで実施できる III：学内演習で実施できる IV：知識としてわかる

技術項目		卒業時の到達度	到達・実施基準	到達割合
1. 環境調整技術	1 患者にとって快適な病床環境をつくることができる	I	◎	97.1
	2 基本的なベットメイキングができる	I	◎	87.0
2. 食事の援助技術	2 患者の食事状況 (食行動、摂取方法、摂取量) をアセスメントできる	I	◎	95.7
	4 患者の栄養状態をアセスメントできる	II	◎	95.6
	9 電解質データの基準値からの逸脱がわかる	IV	◎	91.3
	10 患者の食生活上の改善点がわかる	IV	◎	91.3
6. 呼吸・循環を整える技術	12 酸素の危険性を認識し、安全管理の必要性がわかる	IV	◎	82.6
	13 人工呼吸器装着中の患者の観察点がわかる	IV	◎	81.2
7. 創傷管理技術	15 循環機能のアセスメントの視点がわかる	IV	◎	82.6
	5 学生間で基本的な包帯法が実施できる	III	◎	81.2
8. 与薬の技術	10 輸液ポンプの基本的な操作ができる	IV	◎	87.0
	11 経口薬の種類と服用方法がわかる	IV	○	82.6
	20 抗生物質を投与されている患者の観察点がわかる	IV	◎	81.2
10. 症状・生体機能管理技術	1 バイタルサインが正確に測定できる	I	◎	100.0
	3 患者の一般状態の変化に気づくことができる	I	◎	94.2
	4 系統的な症状の観察ができる	II	◎	97.1
	5 バイタルサイン・身体測定データ・症状などから患者の状態をアセスメントできる	II	◎	97.1
11. 感染予防技術	1 スタンダード・プリコーション (標準予防策) に基づく手洗いが実施できる	I	◎	97.1
	2 必要な防護用具 (手袋、ゴーグル、ガウン等) の装着ができる	II	◎	81.2
12. 安全管理技術	4 患者の機能や行動特性に合わせて療養環境を安全に整えることができる	II	◎	85.5
	5 患者の機能や行動特性に合わせて転倒・転落・外傷予防ができる	II	◎	87.0
13. 安全確保の技術	1 患者の状態に合わせて安楽に体位を保持することができる	II	◎	84.1
	2 患者の安楽を促進するためのケアができる	II	◎	87.0
		I・II	平均	91.8
		III・IV	平均	84.6
		I-IV	平均	89.0

〈2〉〈4〉、「10. 症状・生体機能管理技術」の〈1〉〈3〉〈4〉〈5〉、「11. 感染予防技術」の〈1〉〈2〉、「12. 安全管理技術」の〈4〉〈5〉、「13. 安全確保の技術」の〈1〉〈2〉の14項目であり、これらの到達割合の平均は91.8%と高値を示した。

2. 成人看護学 I（慢性期）領域における看護技術の到達割合が低い項目

各技術項目別の到達度に達した学生の割合のうち、特に到達割合が低い項目（30%以下）について表3に示し、そのうち、卒業時の到達度水準 I 及び II で到達割合が低かった項目には網掛けを付して表記した。

水準 I 及び II で到達割合が低かった項目は、「2. 食事の援助技術」の〈3〉〈7〉、「3. 排泄援助技術」の〈4〉〈5〉〈7〉〈8〉、「4. 活動・休息援助技術」の〈8〉〈12〉〈13〉、「5. 清潔・衣生活援助技術」の〈7〉〈11〉〈12〉、「6. 呼吸・循環を整える技術」の〈1〉〈5〉〈6〉、「7. 創傷管理技術」の〈3〉、「8. 与薬の技術」の〈3〉〈5〉、「10. 症状・生体機能管理技術」の〈6〉〈7〉、「11. 感染予防技術」の〈5〉〈6〉の計22項目であった。これらの項目の平均到達割合は、

19.5%であった。

3. 全員が到達・実施すべき項目での到達割合

各技術項目別の卒業時の到達度に達した学生のうち、成人看護学 I（慢性期）領域において、◎：全員が到達・実施と設定した項目（表中◎印）の到達割合を表4に示し、到達割合が高い項目（80%以上）と低い項目（30%以下）については、それぞれ網かけを付して表記した。

成人看護学 I（慢性期）領域において、全員が到達・実施と設定した項目は、技術項目全142項目中64項目（45.0%）である。

64項目の中で特に到達割合が高かった項目は（以下、表中の項目番号で示す）、「1. 環境調整技術」の〈1〉〈2〉、「2. 食事の援助技術」の〈2〉〈4〉〈9〉〈10〉、「6. 呼吸・循環を整える技術」の〈12〉〈13〉〈15〉、「7. 創傷管理技術」の〈5〉、「8. 与薬の技術」の〈10〉〈20〉、「10. 症状・生体機能管理技術」の〈1〉〈3〉〈4〉〈5〉、「11. 感染予防技術」の〈1〉〈2〉、「12. 安全管理技術」の〈4〉〈5〉、「13. 安全確保の技術」の〈1〉〈2〉の計22項目（34.3%）であり、こ

表3 卒業時の到達度が30%以下の項目

■卒業時の到達度レベル

I：単独で実施できる II：看護師・教員の指導のもとで実施できる III：学内演習で実施できる IV：知識としてわかる

技術項目		卒業時の到達度	到達・実施基準	到達割合
2. 食事の援助技術	3 経管栄養法を受けている患者の観察ができる	I	○	10.1
	7 患者に対して、経鼻胃チューブからの流動食の注入ができる	II	○	14.4
3. 排泄援助技術	4 膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察ができる	I	◎	23.2
	5 ポータブルトイレでの患者の排泄援助ができる	II	○	28.9
	7 失禁をしている患者のケアができる	II	○	21.7
4. 活動・休息援助技術	8 膀胱留置カテーテルを挿入している患者のカテーテル固定、カテーテル管理、感染予防の管理ができる	II	◎	26.1
	8 廃用症候群予防のための自動・他動運動ができる	II	○	27.5
	12 患者のストレッチャー移送ができる	II	◎	27.5
5. 清潔・衣生活援助技術	13 関節可動域訓練ができる	II	○	17.3
	7 持続静脈内点滴注射を実施していない臥床患者の寝衣交換ができる	I	○	8.7
	11 臥床患者の洗髪ができる	II	○	15.9
6. 呼吸・循環を整える技術	12 意識障害のない患者の口腔ケアができる	II	○	24.6
	1 酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる	I	◎	27.5
	5 酸素吸入療法が実施できる	II	◎	24.6
7. 創傷管理技術	6 気道内加湿ができる	II	◎	18.8
	3 褥創予防のためのケアが実施できる	II	○	26.1
8. 与薬の技術	3 直腸内与薬の投与前後の観察ができる	II	○	20.3
	5 モデル人形に直腸内与薬が実施できる	III	○	7.2
10. 症状・生体機能管理技術	6 目的に合わせた採尿の方法を理解し、尿検体の正しい取り扱いができる	II	○	13.0
	7 簡易血糖測定ができる	II	◎	11.6
11. 感染予防技術	5 無菌操作が確実にできる	II	○	21.7
	6 針刺し事故防止の対策が実施できる	II	○	13.0
12. 安全管理技術	7 誤薬防止の手順に沿った与薬ができる	III	○	4.3
		I・II	平均	19.5
		III・IV	平均	4.3
		I-IV	平均	18.9

表4 全員が到達すべき項目の到達割合

■卒業時の到達度レベル

I：単独で実施できる II：看護師・教員の指導のもとで実施できる III：学内演習で実施できる IV：知識としてわかる

技術項目		卒業時の到達度	到達・実施基準	到達割合	
1. 環境調整技術	1 患者にとって快適な病床環境をつくることができる	I	◎	97.1	
	2 基本的なベットメイキングができる	I	◎	87.0	
	3 臥床患者のリネン交換ができる	II	◎	71.0	
2. 食事の援助技術	2 患者の食事状況（食行動、摂取方法、摂取量）をアセスメントできる	I	◎	95.7	
	4 患者の栄養状態をアセスメントできる	II	◎	95.6	
	8 モデル人形での経鼻胃チューブの挿入・確認ができる	III	◎	63.7	
	9 電解質データの基準値からの逸脱がわかる	IV	◎	91.3	
	10 患者の食生活上の改善点がわかる	IV	◎	91.3	
3. 排泄援助技術	4 膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察ができる	I	◎	23.2	
	8 膀胱留置カテーテルを挿入している患者のカテーテル固定、カテーテル管理、感染予防の管理ができる	II	◎	26.1	
	13 ストーマを造設した患者の一般的な生活上の留意点がある	IV	◎	78.3	
4. 活動・休息援助技術	3 廃用症候群のリスクをアセスメントできる	I	◎	58.0	
	4 入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる	I	◎	71.0	
	5 患者の睡眠状態をアセスメントし、基本的な入眠を促す援助を計画できる	I	◎	66.7	
	11 患者をベッドからストレッチャーへ移乗できる	II	◎	31.9	
5. 清潔・衣生活援助技術	12 患者のストレッチャー移送ができる	II	◎	27.5	
	10 臥床患者の清拭ができる	II	◎	50.7	
6. 呼吸・循環を整える技術	1 酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる	I	◎	27.5	
	5 酸素吸入療法が実施できる	II	◎	24.6	
	6 気道内加湿ができる	II	◎	18.8	
	7 モデル人形で、口腔内・鼻腔内吸引が実施できる	III	◎	78.3	
	8 モデル人形で、気管内吸引ができる	III	◎	79.7	
	11 気管内吸引時の観察点がある	IV	◎	76.8	
	12 酸素の危険性を認識し、安全管理の必要性がある	IV	◎	82.6	
	13 人工呼吸器装着中の患者の観察点がある	IV	◎	81.2	
	14 低圧胸腔内持続吸引中の患者の観察点がある	IV	◎	73.9	
	15 循環機能のアセスメントの視点がわかる	IV	◎	82.6	
	7. 創傷管理技術	1 患者の褥創発生の危険をアセスメントできる	I	◎	78.3
		4 患者の創傷の観察ができる	II	◎	50.7
		5 学生間で基本的な包帯法が実施できる	III	◎	81.2
		6 創傷処置のための無菌操作ができる（ドレーン類の挿入部の処置も含む）	III	◎	66.7
		7 創傷処置に用いられる代表的な消毒薬の特徴がある	IV	◎	79.7
8. 与薬の技術		6 点滴静脈内注射の輸液の管理ができる	III	◎	63.8
		7 モデル人形または学生間で皮下注射が実施できる	III	◎	66.7
	8 モデル人形または学生間で筋肉内注射が実施できる	III	◎	55.1	
	9 モデル人形に点滴静脈内注射が実施できる	III	◎	55.1	
	10 輸液ポンプの基本的な操作ができる	IV	◎	87.0	
	13 中心静脈内栄養を受けている患者の観察点がある	IV	◎	75.4	
	20 抗生物質を投与されている患者の観察点がある	IV	◎	81.2	
	21 インシュリン製剤の種類に応じた投与方法がある	IV	◎	76.8	
	22 インシュリン製剤を投与されている患者の観察点がある	IV	◎	76.8	
	23 麻薬を投与されている患者の観察点がある	IV	◎	75.4	
9. 救命救急処置技術	25 輸血が生体に及ぼす影響をふまえて、輸血前・中・後の観察点がある	IV	◎	76.8	
	2 患者の意識状態を観察できる	II	◎	76.8	
	7 意識レベルの把握方法がある	IV	◎	75.4	
10. 症状・生体機能管理技術	1 バイタルサインが正確に測定できる	I	◎	100.0	
	2 正確に身体計測ができる	I	◎	50.7	
	3 患者の一般状態の変化に気づくことができる	I	◎	94.2	
	4 系統的な症状の観察ができる	II	◎	97.1	
	5 バイタルサイン・身体測定データ・症状などから患者の状態をアセスメントできる	II	◎	97.1	
	7 簡易血糖測定ができる	II	◎	11.6	
	12 モデル人形または学生間で静脈血採血が実施できる	III	◎	58.0	
11. 感染予防技術	1 スタンダード・プリコーション（標準予防策）に基づく手洗いが実施できる	I	◎	97.1	
	2 必要な防護用具（手袋、ゴーグル、ガウン等）の装着ができる	II	◎	81.2	
	3 使用した器具の感染防止の取り扱いができる	II	◎	76.8	
12. 安全管理技術	1 インシデント・アクシデントが発生した場合には、速やかに報告できる	I	◎	68.1	
	2 災害が発生した場合には、指示に従って行動がとれる	I	◎	50.7	
	3 患者を誤認しないための防止策を実施できる	I	◎	66.7	
	4 患者の機能や行動特性に合わせて療養環境を安全に整えることができる	II	◎	85.5	
	5 患者の機能や行動特性に合わせて転倒・転落・外傷予防ができる	II	◎	87.0	
	6 放射線暴露の防止のための行動がとれる	II	◎	49.3	
13. 安全確保の技術	1 患者の状態に合わせて安楽に体位を保持することができる	II	◎	84.1	
	2 患者の安楽を促進するためのケアができる	II	◎	87.0	
	3 患者の精神安寧を保つための工夫を計画できる	II	◎	75.4	
80%以上の項目の平均				89.3	
30%以下の項目の平均				22.8	
全体の平均				69.8	

80%以上 30%以下

これらの平均到達割合は89.3%と高値を示した。

特に、「10. 症状・生体機能管理技術」の〈1〉は100.0%の到達割合であり、研究対象となった学生全てが到達できたと判断していた。

また、64項目の中で到達割合が低い項目は、「3. 排泄援助技術」の〈4〉〈8〉、「4. 活動・休息援助技術」の〈12〉、「6. 呼吸・循環を整える技術」の〈1〉〈5〉〈6〉、「10. 症状・生体機能管理技術」の〈7〉の計7項目であった。これらの到達割合の平均は22.8%であり、64項目中の10.9%を占めていた。

この7項目の中でも、特に「6. 呼吸・循環を整える技術」の〈6〉、「10. 症状・生体機能管理技術」の〈7〉の2項目は、到達割合が10.0%台と低値を示した。

#### 4. 機会があれば到達・実施すべき項目での到達割合

各技術項目別の卒業時の到達度に達した学生のうち、特に、成人看護学Ⅰ（慢性期）領域において、機会があれば到達・実施と設定した項目（表中○印）の到達割合を表5に示し、到達割合が高い項目（80%以上）と低い項目（30%以下）については網かけを付して表記した。

成人看護学Ⅰ（慢性期）領域において、機会があれば到達・実施と設定した項目は、技術項目全142項目中73項目（51.4%）である。

73項目中、到達割合が高かった項目は、「8. 与薬の技術」の〈11〉のみであった。

一方、73項目の中で到達割合が低かった項目は、「2. 食事の援助技術」の〈3〉〈7〉、「3. 排泄援助技術」の〈5〉〈7〉、「4. 活動・休息援助技術」の〈8〉〈13〉、「5. 清潔・衣生活援助技術」の〈7〉〈11〉〈12〉、「7. 創傷管理技術」の〈3〉、「8. 与薬の技術」の〈3〉〈5〉、「10. 症状・生体機能管理技術」の〈6〉、「11. 感染予防技術」の〈5〉〈6〉、「12. 安全管理技術」の〈7〉の計16項目（21.9%）であり、これらの平均到達割合は、17.2%であった。

これらの項目の中でも、「5. 清潔・衣生活援助技術」の〈7〉、「8. 与薬の技術」の〈5〉、「12. 安全管理技術」の〈7〉の3項目は、到達割合が10.0%以下と極めて低かった。

## V. 考 察

### 1. 成人看護学Ⅰ（慢性期）領域における看護技術の到達状況

成人看護学Ⅰ（慢性期）領域における看護技術の到達度の状況について、到達割合が高かった項目、低かった項目の視点から考察する。

#### (1) 到達割合が高い項目

成人看護学Ⅰ（慢性期）領域において、全員が到達・実施（表中◎印）と設定し、卒業時の到達度の水準がⅠの項目の中で、全員が単独で実施できた項目は、「10. 症状・生体機能管理技術」の〈1. バイタルサインが正確に測定できる〉の1項目のみであった。この看護技術は、基礎看護学実習でも経験している技術であり、また、他の領域の臨床実習の中でも必ず経験する技術である。学生は一度実施した看護技術は躊躇なく実施する傾向がある<sup>5)</sup>ことから、様々な実習の場面で繰り返し看護技術を実施することが、学生の技術修得には重要であることが考えられる。

最も基本的な技術であり、臨床実習中、日常的に行われているはずの「1. 環境調整技術」や、どのような患者を受け持ったとしても必須の「2. 食事の援助技術」の〈2. 患者の食事状況をアセスメントできる〉〈4. 患者の栄養状態をアセスメントできる〉、「10. 症状・生体機能管理技術」の〈4. 系統的な症状の観察ができる〉〈5. バイタルサイン・身体測定データ・症状などから患者の状態をアセスメントできる〉の項目において、約5%の学生が単独で実施、または看護師教員の指導のもとで実施できていないと回答していた。これらの項目は、成人看護学Ⅰ（慢性期）実習で使用している受け持ち患者記録のゴードンによる機能的健康パターンに基づくアセスメントシートでも「栄養／代謝パターン」や「活動／運動パターン」という欄が設けられており、実習を行う学生は必ず、学生自身で記載し、看護師または教員からの指導を受けて修正をしている。それにもかかわらず、到達・実施できていないという回答があったのは、たとえ学生が実施していても、観察や情報収集、アセスメントを看護過程の1段階として捉え、看護技術としては認識されないまま実施されていたことが考えられる。

また、機会があれば到達・実施（表中○印）と設定した項目の中で、到達割合が高かった項目は、「8. 与薬の技術」の〈11. 経口薬の種類と服用方法がわかる〉のみであった。機会があれば到達・実施と設定したに



表5 機会があれば到達する項目の到達割合

■卒業時の到達度レベル

I：単独で実施できる II：看護師・教員の指導のもとで実施できる III：学内演習で実施できる IV：知識としてわかる

技術項目		卒業時の到達度	到達・実施基準	到達割合	
2. 食事の援助技術	1 患者の状態に合わせて食事介助ができる(嚥下障害のある患者を除く)	I	○	36.2	
	3 経管栄養法を受けている患者の観察ができる	I	○	10.1	
	5 患者の疾患に応じた食事内容が指導できる	II	○	49.2	
	6 患者の個性を反映した食生活の改善を計画できる	II	○	48.2	
3. 排泄援助技術	7 患者に対して、経鼻胃チューブからの流動食の注入ができる	II	○	14.4	
	1 自然な排便を促すための援助ができる	I	○	52.2	
	2 自然な排尿を促すための援助ができる	I	○	36.2	
	3 患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる	I	○	33.3	
	5 ボータブルトイレでの患者の排泄援助ができる	II	○	28.9	
	6 患者のおむつ交換ができる	II	○	43.5	
	7 失禁をしている患者のケアができる	II	○	21.7	
	9 モデル人形に導尿または膀胱留置カテーテルの挿入ができる	III	○	42.0	
	10 モデル人形にグリセリン浣腸ができる	III	○	34.7	
	11 失禁をしている患者の皮膚粘膜の保護がわかる	IV	○	47.8	
	12 基本的な排便の方法、実施上の留意点がわかる	IV	○	40.6	
	4. 活動・休息援助技術	1 患者を車椅子で移送できる	I	○	60.9
2 患者の歩行・移動介助ができる		I	○	63.8	
6 臥床患者の体位変換ができる		II	○	42.0	
7 患者の機能に合わせてベッドから車椅子への移乗ができる		II	○	39.1	
8 廃用症候群予防のための自動・他動運動ができる		II	○	27.5	
9 目的に応じた安静保持の援助ができる		II	○	46.4	
10 体動制限による苦痛を緩和できる		II	○	31.8	
13 関節可動域訓練ができる		II	○	17.3	
14 廃用症候群予防のための呼吸機能を高める援助がわかる		IV	○	50.7	
1 入浴が生体に及ぼす影響を理解し、入浴前・中・後の観察ができる		I	○	49.3	
2 患者の状態に合わせた足浴・手浴ができる		I	○	53.6	
3 清拭援助を通して、患者の観察ができる		I	○	72.5	
4 洗髪援助を通して、患者の観察ができる		I	○	43.5	
5 口腔ケアを通して、患者の観察ができる		I	○	40.6	
6 患者が身だしなみを整えるための援助ができる	I	○	72.5		
7 持続静脈内点滴注射を実施していない臥床患者の寝衣交換ができる	I	○	8.7		
8 入浴の介助ができる	II	○	37.7		
9 陰部の清潔保持の援助ができる	II	○	55.1		
11 臥床患者の洗髪ができる	II	○	15.9		
12 意識障害のない患者の口腔ケアができる	II	○	24.6		
13 患者の病態・機能に合わせた口腔ケアを計画できる	II	○	55.1		
14 持続静脈内点滴注射実施中の患者の寝衣交換ができる	II	○	33.3		
6. 呼吸・循環を整える技術	2 患者の状態に合わせた温湯法・冷湯法が実施できる	I	○	46.4	
	3 患者の自覚症状に配慮しながら体温調節の援助ができる	I	○	60.9	
	4 末梢循環を促進するための部分浴・巻法・マッサージができる	I	○	56.5	
	9 モデル人形あるいは学生間で体位ドレナージを実施できる	III	○	36.2	
	10 酸素ボンベの操作ができる	III	○	39.1	
	7. 創傷管理技術	2 褥創予防のためのケアが計画できる	II	○	36.2
		3 褥創予防のためのケアが実施できる	II	○	26.1
		1 経口薬(パッカル錠・内服薬・舌下錠)の服薬後の観察ができる	II	○	78.3
	8. 与薬の技術	2 経皮・外用薬投与前後の観察ができる	II	○	55.1
		3 直腸内与薬の投与前後の観察ができる	II	○	20.3
4 点滴静脈内注射を受けている患者の観察点がわかる		II	○	63.8	
5 モデル人形に直腸内与薬が実施できる		III	○	7.2	
11 経口薬の種類と服用方法がわかる		IV	○	82.6	
12 経皮・外用薬の与薬方法がわかる		IV	○	66.7	
14 皮内注射後の観察点がわかる		IV	○	56.5	
15 皮下注射後の観察点がわかる		IV	○	55.1	
16 筋肉内注射後の観察点がわかる		IV	○	56.5	
17 静脈内注射の実施方法がわかる		IV	○	60.9	
18 薬理作用をふまえた静脈内注射の危険性がわかる		IV	○	59.4	
19 静脈内注射実施中の異常な状態がわかる	IV	○	60.9		
9. 救命救急処置技術	24 薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬・血液製剤を含む)方法がわかる	IV	○	68.1	
	1 緊急なことが生じた場合にはチームメンバーへの応援要請ができる	I	○	42.0	
	8 止血法の原理がわかる	IV	○	50.7	
10. 症状・生体機能管理技術	6 目的に合わせた採尿の方法を理解し、尿検体の正しい取り扱いができる	II	○	13.0	
	8 正確な検査が行えるための患者の準備ができる	II	○	56.5	
	9 検査の介助ができる	II	○	59.4	
	10 検査後の安静保持の援助ができる	II	○	55.1	
	11 検査前、中、後の観察ができる	II	○	62.3	
	13 血液検査の目的を理解し、目的に合わせた血液検体の取り扱いがわかる	IV	○	53.6	
11. 感染予防技術	14 身体侵襲を伴う検査の目的・方法、検査が生体に及ぼす影響がわかる	IV	○	60.9	
	4 感染性廃棄物の取り扱いができる	II	○	66.7	
	5 無菌操作が確実にできる	II	○	21.7	
	6 針刺し事故防止の対策が実施できる	II	○	13.0	
	7 針刺し事故後の感染防止の方法がわかる	IV	○	55.1	
	12. 安全管理技術	7 誤薬防止の手順に沿った与薬ができる	III	○	4.3
		8 人体へのリスクの大きい薬剤の暴露の危険性および予防策がわかる	IV	○	44.9
		80%以上の項目の平均		82.6	
		30%以下の項目の平均		17.2	
		全体の平均		44.8	

80%以上 30%以下

もかわらず、多くの学生が到達できていたのは、講義中に、疾患に関連する薬剤名と服用方法を具体的に挙げ、説明をしていることや、実習で使用する受け持ち患者記録のフェイスシート中に、薬剤について記載する欄を設け、薬剤名及び服用方法を意識的に記載するように指導していることによるものと考えられる。

## (2) 到達割合が低かった項目

成人看護学Ⅰ（慢性期）領域において、全員が到達・実施（表中◎印）と設定した項目の中で、到達割合が低かった項目は、「3. 排泄援助技術」の〈4. 膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察ができる〉〈8. 膀胱留置カテーテルを挿入している患者のカテーテル固定、カテーテル管理、感染予防の管理ができる〉、「4. 活動・休息援助技術」の〈12. 患者のストレッチャー移送ができる〉、「6. 呼吸・循環を整える技術」の〈1. 酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる〉〈5. 酸素吸入療法が実施できる〉〈6. 気道内加湿ができる〉、「10. 症状・生体機能管理技術」の〈7. 簡易血糖測定ができる〉であった。これらの看護技術のうち、膀胱留置カテーテル及びストレッチャー移動については、基礎看護学領域の学内演習ですでに実施している項目である。また、特に到達割合の低かった酸素吸入及び簡易血糖測定は、成人看護学領域の学内演習で、各々の学生が技術を経験している項目である。しかし、これらの身体的侵襲を伴う技術は、学生の不安も強く、患者に対する積極的な実施には結び付きにくい<sup>6)</sup>傾向にある。更に、臨床実習においては、受け持ち患者により経験できない可能性の高い技術項目でもあるため、学生が時間外に自己学習や練習をする機会を増やすなど学内演習を充実することにより、学生が臨床実習で自信を持って実施できるよう学習環境を調整する必要があると考える。また、本学が実習を行っている病棟は、上記4つの技術を実施する機会が少なく、実習中、見学もできない場合があることを勘案すると、成人看護学Ⅰ（慢性期）領域における全員が到達・実施（表中◎印）という設定についても、実習病棟の特性と照らし合わせて、成人看護学Ⅰ（慢性期）実習の到達・実施基準を再検討する必要があるだろう。

機会があれば到達・実施（表中○印）と設定した項目の中で、到達割合が低かった項目の中でも、到達割合が10%以下と顕著に低値を示したのが、「5. 清潔・衣生活援助技術」の〈7. 持続静脈内点滴注射を実施していない臥床患者の寝衣交換ができる〉、「8. 与薬

の技術」の〈5. モデル人形に直腸内与薬が実施できる〉、「12. 安全管理技術」の〈7. 誤薬防止の手順に沿った与薬ができる〉の3項目である。本学では臥床患者の寝衣交換、直腸内与薬及び誤薬防止の手順に沿った与薬は、基礎看護学領域の学内演習で指導している。臥床患者の寝衣交換については、成人看護学Ⅰ（慢性期）実習で受け持つ患者の多くは、比較的ADLが自立している患者であったため、実習の中で臥床患者の寝衣交換を実施する機会が少なかったものと考えられる。しかし、臥床患者の寝衣交換は臨床の現場では実施する機会も多く、卒業時の到達度も水準Ⅰ（教員や看護師の助言・指導により単独で実施できる）である。臨床看護学実習全領域のなかで、学生が経験できるよう、各領域間の連携を図る必要がある。また、与薬について、臨床実習の学生が実施することは、医療安全の側面からも懸念が示されている<sup>7)</sup>ことから、学内演習での実施が重要となると言える。

卒業時の到達度が水準Ⅰであるにもかかわらず、到達割合が低かった項目としては、臥床患者の寝衣交換の他に、「2. 食事の援助技術」の〈3. 経管栄養法を受けている患者の観察ができる〉、「3. 排泄援助技術」の〈4. 膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察ができる〉、「6. 呼吸・循環を整える技術」の〈1. 酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる〉がある。実習病棟の特性や受け持ち患者の病状により経験できなかった可能性が高いと推察する。その他の理由として、経験しているが、学生自身が経験したことを実感できていない、または、経験したことに自信を持つことができず、経験していないのと同様であると評価していることも考えられる。

## 2. 成人看護学Ⅰ（慢性期）領域における看護技術教育

### (1) 臨床実習における看護技術教育の在り方

本研究より、成人看護学Ⅰ（慢性期）実習を行っている病棟及び患者の特性により、学生が経験することのできる技術項目が制限されていることが明らかになった。

実習病棟及び患者の特性における制限については、病棟の特性を踏まえて、この実習で学生が修習すべき技術項目の内容を精選し、その技術を学生が経験できるように意図的に患者選定を行なっていく必要がある。本学では、学生が実習で担当する患者の選定を実習病棟の看護師長および臨床実習指導者に一任してい



る。このような患者選定を実施するためには、学生の技術到達度を把握する教員側と患者の状況を熟知する臨床側の双方向での努力がより適切な患者選定に繋がるものとする。

また、本学の成人看護学Ⅰ（慢性期）実習では、基本的には受け持ち患者のみにおいて看護技術を経験させている。しかし、実習での技術の経験を重視するのであれば、一人の患者のみを受け持つ事で、多くの技術項目を網羅することは不可能である。受け持ち患者以外の患者において看護技術の見学や経験をすることの可能性について、臨床側と検討していく必要がある。

### (2) 学内演習における看護技術教育の在り方

本学の成人看護学領域における学内演習は、看護過程演習と看護技術演習で構成されている。観察や情報収集、アセスメントについては、看護過程演習の中で重点的に取り組んでおり、また臨床実習でも必ず実施している技術であるにもかかわらず、実施していないと認識していることが明らかとなった。観察や情報収集、アセスメントは正確な医学的知識に基づいた看護師の基本的看護技術の根幹である。看護過程を看護問題抽出のための単なるプロセスと位置づけるのではなく、看護過程を展開することそのものが看護技術のひとつであり、それが患者への具体的な看護支援に繋がることを意識付けるためにも、看護過程から看護技術の提供までを一連の流れとして実施できるよう、患者の状況設定をより具体化した学内演習を構築する必要がある。これにより、学内演習から臨床実習へのつながりもまた、円滑に進むと考える。

また、看護技術は大学在学中の4年間を通して修得されるものであり、演習や実習において全領域で行われるものである。本学での成人看護学領域の演習は、成人看護学Ⅱの一部分という位置付けであり、限られた講義・演習時間、実習期間の中で、指導できる技術項目には制限がある。よって、他の看護学領域での演習や実習との関連性から、成人看護学Ⅰ（慢性期）領域において、優先及び指導を強化すべき技術項目の抽出を抽出し、他領域との演習項目を検討し、協働して演習を展開するなど演習内容の充実を図ることが必要であるとする。学生は、何度も繰り返し訓練する事で、その技術を獲得する<sup>9)</sup>ことができる。学内で、学生が納得できるまで、反復して練習できる環境を整えることも重要である。

臨床実習では、実習病棟や受け持ち患者の特性により、経験できる技術に限られるため、学内演習でのモ

デル人形や視聴覚教材の活用もまた有効であるとする。しかし、モデル人形での演習は手技の習得には効果的であるが、実際の患者に対して実施するときの、身体面・心理面への配慮や学生自身の緊張感という点では課題<sup>10)</sup>があった。よって、より、現実に近い形での演習を展開できるような教育方法として、例えば模擬患者を活用した演習を導入することも効果的である。模擬患者を用いた学内演習は近年、多くの大学で実施されている<sup>11-12)</sup>。教員が模擬患者を行うほうが演習の意図を反映しやすい場合もあるが、模擬患者としての訓練を受けた専門家を採用した場合、学生は緊張感をもって演習に臨むことができ<sup>13)</sup>、学内演習にリアリティをもたらすことが可能になる。特に、全員が到達・実施すべきと位置づけられているにも関わらず到達割合が低値を示した、ストレッチャー移動や酸素吸入療法を受けている患者の観察及び実施等は、患者の情報を収集し、的確にアセスメントすることにより、患者の状態及び特性に合わせた援助が可能になる技術項目である。このような、患者の看護技術について、手技だけでなく、一連のプロセスとして、学生がより臨床に近い場面で看護技術を修習することができるという点で、模擬患者は重要な役割を果たすと考える。しかし、全員が到達・実施すべきと位置づけられているにも関わらず到達割合が30%以下を示した、3. 排泄援助技術の4, 8の膀胱留置カテーテルの看護支援や、6. 呼吸・循環を整える技術の1, 5, 6 酸素吸入療法の看護支援は、模擬患者に依頼しにくい項目であるため、リアリティを出しつつモデル人形などの代用で学内演習を行うことが必須となってくる。一方、4. 活動・休息援助技術の12. ストレッチャー移送に関しては、安全を確保できれば模擬患者に協力を依頼することができる項目である。このように、模擬患者を用いた演習教育の効果は大きいとされているが、項目によっては難しいものも多く、演習では患者設定の情報をアセスメントする重要性と、モデル人形の活用などを含め臨場感を持たせる場面設定により、患者の看護支援を、手技だけでなく、一連のプロセスとして学生がより臨床に近い場面で看護技術を修習することができるように、教育支援を行っていく課題が明らかになった。

### (3) 技術到達度表の活用方法

本研究結果より、酸素吸入、簡易血糖測定などの項目において、実際は演習で実施しているにもかかわらず実施と評価されていないことが明らかになった。本

評価表は学生の自己評価であり、3年次後期の臨床実習終了後に記載させていることから、学生が、成人看護学Ⅰ（慢性期）実習内での実施という観点で評価した可能性と、成人看護学領域の学内演習は3年次前期の開講であるため、学生の記憶の曖昧さが影響した可能性が否定できない。また、実施しているのにその認識がないため、実施と評価されていないことも推察される。よって今後は、適切な評価が行なえるよう、技術項目の内容及び評価方法に関する十分な説明を行い、学内演習終了時、臨床実習終了時の2回に分けて評価する等の工夫を行なっていきたい。

本学では、学生は技術到達度表を持参してそれぞれの実習に参加することとしている。学生がこれまでの実習で、どのような看護技術を経験できているのか、経験できていない項目はどれかを教員側がその場で確認できるという点で、この評価表は有効なツールであるといえる。教員は実習開始前に、その学生が経験できていない技術項目を把握し、多くの技術を体験できるように環境調整を図るだけでなく、実習終了後には、学生の到達度を学生と共に評価し、次の実習における学生の課題を明確にすることが重要である。

## VI. お わ り に

本研究において、成人看護学Ⅰ（慢性期）領域における看護技術教育の実態を明らかにし、臨床実習及び学内実習における技術教育の在り方について検討した結果、成人看護学Ⅰ（慢性期）領域として検討が必要な課題が明らかとなった。

しかし、本研究は、成人看護学Ⅰ（慢性期）領域での技術教育の実態のみに主眼を置いたものであり、看護基礎教育における技術教育の実態を明らかにするには、全8領域各々の実態を明らかにし、本学における看護技術教育の全体像を把握することが必要である。より効果的な臨地実習及び学内演習の展開ができるよう、看護学科全体としての取り組みが必要であると考える。

また、本研究は学生の看護技術到達度を示すものであり、学生がどの程度、その看護技術を理解している、または実践できるのかという質の部分での評価はなされていない。学生の看護実践能力を高めるためにも、学生の看護技術の質の客観的評価として、教員による学生の修習状況の評価を行うことや、客観的臨床能力試験（OSCE）<sup>14)</sup>の導入を今後検討していく必要がある。

る。

## 謝 辞

本研究を遂行するにあたり、快くご協力いただいた本学2006年度入学の看護学科学生の皆様に心より感謝いたします。

## 引用・参考文献

- 1) 厚生労働省医政局看護課：看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書 2003。
- 2) 厚生労働省医政局看護課：看護基礎教育の充実に関する検討会報告書 2008。
- 3) 郡司理恵子・安藤悦子・岡田純也ほか：成人看護学における技術教育についての検討—成人看護学実習における看護基本技術の経験状況から—。保健学研究 19(1)：2006：pp.27-30。
- 4) 辻村弘美・堀越政孝・武居明美ほか：成人看護学実習における看護基本技術の経験度に関する検討—新カリキュラム導入前後の比較—。群馬保健学紀要 29：2008：pp.21-30。
- 5) 原田秀子ほか：成人看護学実習における技術経験の実態と課題—2005年度の技術経験状況から。山口県立大学看護学部紀要 11：2007：pp.45-52。
- 6) 前掲3)
- 7) 屋宜譜美子：臨地実習での技術項目 水準の検討過程とその結果—神奈川県内看護基礎教育機関における技術教育調査より—。看護展望 1月増刊号：2006：pp.32-39。
- 8) 藤内美保・安部恭子・神田貴絵ほか：大学における看護基本技術に関する教育のあり方—看護者と在学生の実態調査から。看護教育 44(9)：2003：pp.788-793。
- 9) 佐々木秀美・松井英俊・金子潔子ほか：成人看護学臨地実習における看護技術習得状況の実態調査報告。看護学統合研究 9(2)：2008：pp.19-29。
- 10) 前掲3)
- 11) 嶋根久美子・瀬瀬美保子・榎本康世ほか：看護基礎教育における学内技術演習の検討—模擬患者への基礎看護技術演習の効果。日本看護学会論文集：看護教育 36：2005：pp.12-14。
- 12) 城戸滋里・猪又克子・本戸史子ほか：看護基礎技術演習への模擬患者（SP）導入に関する学生の評価。

- 北里看護学誌 8(1)：2006：pp.38-47.
- 13) 山本裕子・池田由紀・今戸美奈子ほか：模擬糖尿病患者を利用した慢性看護学演習の効果と課題。大阪府立大学看護学部紀要 12(1)：2006：pp.1-10.
- 14) 浅川和美：全領域での OSCE（客観的臨床能力試験）による技術習得度の評価。看護展望 1月増刊号：2006：pp.75-81.

