

資 料

在宅看護実習における学生による基本的看護技術の自己評価の試み

小林和成¹⁾・王麗華¹⁾・矢島正榮¹⁾
 小林亜由美¹⁾・桐生育恵¹⁾・大野絢子¹⁾

Experiment by Students' Self-Evaluation of the Fundamental Nursing Skills in Home Care Nursing Practice

Kazunari KOBAYASHI¹⁾, Lihua WANG¹⁾, Masae YAJIMA¹⁾
 Ayumi KOBAYASHI¹⁾, Ikue KIRYU¹⁾, Ayako OHNO¹⁾

キーワード：在宅看護実習、看護技術、卒業時の到達目標、自己評価

I. はじめに

近年、医療技術の進歩や多様化する社会的なニーズに関連した看護の専門性と責任の明確化、医療事故の問題等を背景に、看護技術教育への国民の期待が高まっている¹⁾。これらのことに適切に対応していくため、国は看護職員の臨床実践能力の向上を図ること、特に新人看護職員が学生時代と大きく異なる環境の中で安全に看護業務を遂行できるようになることを重視し、看護基礎教育のあり方に関する検討会にて新人看護職員、及び学生の教育に必要な要件や指導方法等を示した組織的、体系的な取り組みの指導指針を提示した²⁾。また、平成19年には看護基礎教育の充実に関する検討会報告書³⁾が出され、看護師に必須の技術項目と卒業時の到達度が明確化された。さらに、大学基準協会の「21世紀の看護学教育」の看護学教育に関する基準⁴⁾や看護基礎教育のあり方に関する懇談会⁵⁾の中でも、卒業直後から指導や助言のもとに独力で看護ケアができる実力を付与することが謳われており、看護基礎教育における看護技術教育の充実を図るために、技術到達度表を用いた技術到達度の評価を行うことの重要性が高まっている。

看護教育の中で実習は、講義や演習で身につけた基本技術を実際の看護場面で適応できる能力を育成する重要なプロセスである。特に在宅看護では、対象の年

齢や疾患等の幅が広く、生活の場で、療養者と家族を継続してケアすること等から実習方法に工夫を要する。在宅看護実習における看護技術教育に関わる先行研究⁶⁻⁸⁾では、重要な技術項目の抽出や各技術の実施状況に基づく実習の評価等が行われているものの、技術の習得に対する学生の自己評価に視点を当てた研究は見当たらない。実習は、学内で学んだ理論と基本技術を実際の看護場面で展開することをとおして、自己の看護技術を客観的に見直すための機会となる。在宅看護実習における基本的看護技術の到達に対する学生の自己認識の変化を検討することは、実習における学生の技術学習支援の課題を明らかにする上で重要であると考えられる。

厚生労働省医政局看護課長通知による「助産師、看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」⁹⁾を受け、本学においては、平成20年度から「技術項目の卒業時到達度」を本学の教育課程に照らして改編し、実習評価の一部として使用を開始した。本研究の目的は、在宅看護実習における「技術到達度表」を用いた学生による実習前後の自己評価の試みをとおして、来年度の実習に向けての課題を検討することである。

1) 群馬パース大学保健科学部看護学科

II. 方 法

1. 在宅看護実習について

本学のカリキュラム上は、3年次後期の在宅看護領域を除く臨床看護実習を終了し、4年次前期に地域看護学実習と並行して在宅看護実習を行う。

在宅看護実習は、「在宅療養者とその家族に対する理解を深め、在宅の場における看護の方法と在宅ケアチームにおける看護の役割を学ぶ。」ことを目的とし、平成20年度にはじめてとなる実習を行った。実習の展開方法は、訪問看護ステーション5施設でサービスを利用している利用者1名について、情報収集、アセスメントを行い、看護計画を立案し、実習指導者の指導のもと看護計画に基づいた援助の一部に継続的に参加する形を取っている。

また、受け持ち以外の利用者宅や介護保険関連施設への同行訪問をはじめ、訪問リハビリテーションやサービス担当者会議等の見学、スタッフミーティングやカンファレンス等にも可能な範囲で参加することとしている。訪問看護サービス利用者への学生の具体的な関わりは、実習指導者が提供する看護ケアの見学を基本として、利用者および利用者の家族、実習指導者の了解を得た上で実習指導者が提供する看護ケアの一部分に補助的に関わっている。

2. 技術項目の卒業時到達度について

「技術到達度表」は、厚生労働省医政局看護課長通知による「助産師、看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」⁹⁾に提示された13領域142項目について、一部の目標、及び到達レベルの修正を加えて使用している。各専門領域が技術演習、及び実習においても「技術到達度表」を有効に活用し、本学卒業時までに全ての学生に確かな看護技術を習得させることを教員間の共通認識としている。在宅看護領域では、全員が到達（実施）するべき項目、機会があれば到達（実施）するべき項目が13領域112項目、4段階レベル（Ⅰ：単独でできる、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）で設定されている。

3. 調査対象

本学の平成20年度の看護学科4年次学生69名とした。

4. 調査方法および内容

平成20年度の在宅看護実習オリエンテーション時、及び実習終了後に「技術到達度表」（表1）を用いた技術項目の自己到達度チェックを実施した。自己到達度チェックは、技術項目毎の到達度レベルに対応させて「到達していると思う」、「どちらとも言えない」、「到達していないと思う」の3段階で行った。

5. 分析方法

「技術到達度表」の項目毎の集計を行い、実習前と実習後で到達状況の比較を行った。

集計には、Microsoft Excel 2000を用いた。

6. 倫理的配慮

本調査は、群馬パース大学研究倫理委員会の審査を経て実施した。

また、調査を実施するにあたり、平成20年度の在宅看護実習オリエンテーションの際に、実習指導上、実習前は「技術到達度表」の提出を必須とするが、実習終了後は、同意する場合のみ提出する旨を説明した。

7. 調査期間

平成20年5月～8月

III. 結 果

在宅看護領域に関連した技術項目の到達度に対する学生の自己評価結果を以下に述べる。

1. 実習前の技術到達度

42名から「技術到達度表」を回収し（回収率60.9%）、全てを分析の対象とした（有効回答率100%）。実習前の技術到達度を表の左側に示す。

13領域における技術項目に対して、卒業時の到達度レベルに応じて「到達していると思う」と回答した者は、Ⅰ. 環境調整技術では、「2. 基本的なベットメイキングができる」が41人（97.6%）と最も多く、次いで「1. 患者にとって快適な病床環境をつくることができる」40人（95.2%）、「3. 臥床患者のリネン交換ができる」37人（88.1%）の順であった。

Ⅱ. 食事の援助技術では、「4. 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）」および「5. 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」がともに42人（100%）と

最も多く、次いで「7. 患者の栄養状態をアセスメントできる」37人(88.1%)、「6. 経管栄養法を受けている患者の観察ができる」29人(69.0%)の順であった。

III. 排泄援助技術では、「14. 自然な排便を促すための援助ができる」および「19. 患者のおむつ交換ができる」がともに39人(92.9%)と最も多く、次いで「15. 自然な排尿を促すための援助ができる」38人(90.5%)、「17. 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」36人(85.7%)の順であった。

IV. 活動・休息援助技術では、「27. 患者を車椅子で移送できる」が42人(100%)と最も多く、次いで「28. 患者の歩行・移動介助ができる」41人(97.6%)、「32. 臥床患者の体位変換ができる」39人(92.9%)の順であった。

V. 清潔・衣生活援助技術では、「43. 清拭援助を通して、患者の観察ができる」が42人(100%)と最も多く、次いで「42. 患者の状態に合わせた足浴・手浴ができる」および「45. 口腔ケアを通して、患者の観察ができる」、「46. 患者が身だしなみを整えるための援助ができる」、「49. 陰部の清潔保持の援助ができる」がそれぞれ40人(95.2%)、「44. 洗髪援助を通して、患者の観察ができる」38人(90.5%)の順であった。

VI. 呼吸・循環を整える技術では、「57. 患者の状態に合わせた温罨法・冷罨法が実施できる」が39人(92.9%)と最も多く、次いで「59. 末梢循環を促進するための部分浴・罨法・マッサージができる」37人(88.1%)、「58. 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」35人(83.3%)の順であった。

VII. 創傷管理技術では、「71. 患者の褥創発生の危険をアセスメントできる」が42人(100%)と最も多く、次いで「72. 褥創予防のためのケアが計画できる」38人(90.5%)、「74. 患者の創傷の観察ができる」35人(83.3%)の順であった。

VIII. 与薬の技術では、「78. 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」および「79. 経皮・外用薬投与前後の観察ができる」、「87. 輸液ポンプの基本的な操作ができる」がそれぞれ25人(59.5%)と最も多く、次いで「85. モデル人形または学生間で筋肉内注射が実施できる」24人(57.1%)、「81. 点滴静脈内注射を受けている患者の観察点が変わる」および「99. インシュリン製剤を投与されている患者の観察点が変わる」がそれぞれ20人(47.6%)の順であった。

IX. 救命救急処置技術では、「103. 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」が41人(97.6%)と最も多く、次いで「105. モデル人形で気道確保が正しくできる」36人(85.7%)、「104. 患者の意識状態を観察できる」34人(81.0%)の順であった。

X. 症状・生体機能管理技術では、「111. バイタルサインが正確に測定できる」が42人(100%)と最も多く、次いで「112. 正確に身体計測ができる」40人(95.2%)、「117. 簡易血糖測定ができる」39人(92.9%)の順であった。

XI. 感染予防技術では、「125. 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」が41人(97.6%)と最も多く、次いで「126. 必要な防護用具(手袋、ゴーグル、ガウン等)の装着ができる」37人(88.1%)、「130. 針刺し事故防止の対策が実施できる」35人(83.3%)の順であった。

XII. 安全管理技術では、「132. 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」が41人(97.6%)と最も多く、次いで「133. 災害が発生した場合には、指示に従って行動がとれる」40人(95.2%)、「136. 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」39人(92.9%)の順であった。

XIII. 安全確保の技術では、「140. 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」が39人(92.9%)と最も多く、次いで「141. 患者の安楽を促進するためのケアができる」38人(90.5%)、「142. 患者の精神安寧を保つための工夫を計画できる」32人(76.2%)の順であった。

2. 実習後の技術到達度

実習後の技術到達度を表の右側に示す。

13領域における技術項目に対して、卒業時の到達度レベルに応じて「到達していると思う」と回答した者は、I. 環境調整技術では、「1. 患者にとって快適な病床環境をつくることができる」が31人(73.8%)と最も多く、次いで「2. 基本的なベットメイキングができる」25人(59.5%)、「3. 臥床患者のリネン交換ができる」18人(42.9%)の順であった。

II. 食事の援助技術では、「5. 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」が23人(54.8%)と最も多く、次いで「6. 経管栄養法を受けている患者の観察ができる」19人(45.2%)、「7.

表 技術項目の卒業時到達度

項目	卒業時の到達レベル		I: 単独で出来る		II: 看護師・教員の指導のもとで実施できる		III: 屋内演習で実施できる		IV: 知識としてわかる (n=42)			
	到達している患者数	到達している患者%	到達している患者数	到達している患者%	到達している患者数	到達している患者%	到達している患者数	到達している患者%	到達している患者数	到達している患者%		
I. 環境調整技術	1 患者にとって快適な環境を整えることができる	40	95.2	0	0.0	2	4.8	31	73.8	10	23.8	
	2 基本的なベッドメイキングができる	41	97.6	0	0.0	2	4.8	0	0.0	16	38.1	
	3 臥床患者のケアができる	37	88.1	0	0.0	5	11.9	0	0.0	22	52.4	
	4 患者の衣服に合わせ食事を介助ができる (嚥下障害のある患者を除く)	42	100.0	0	0.0	0	0.0	12	28.6	3	7.1	
II. 食事の援助技術	5 患者の食生活に合わせた食事の観察ができる	42	100.0	0	0.0	0	0.0	23	54.8	2	4.8	
	6 経管栄養法を受けている患者の観察ができる	29	69.0	0	0.0	13	31.0	0	0.0	19	45.2	
	7 患者の栄養状態をアセスメントできる	37	88.1	0	0.0	5	11.9	0	0.0	18	42.9	
	8 患者の衣服に合わせた食事内容が指導できる	17	40.5	0	0.0	25	59.5	0	0.0	5	11.9	
	9 患者の個別性を反映した食事の改善を計画できる	21	50.0	1	2.4	30	71.6	0	0.0	3	7.1	
	10 患者に対して、経管胃チューブからの流動食の注人ができる	10	23.8	0	0.0	31	73.8	0	0.0	3	7.1	
	11 モデル人形での経管胃チューブの挿入・確認ができる	17	40.5	1	2.4	23	54.8	1	2.4	4	9.5	
	12 電解質データの基準値からの逸脱がわかる	19	45.2	0	0.0	22	52.4	1	2.4	7	16.7	
	13 患者の食生活上の改善点が見られる	21	50.0	0	0.0	20	47.6	1	2.4	14	33.3	
	14 自然な非 verbal によるコミュニケーションがとれる	39	92.9	0	0.0	3	7.1	0	0.0	13	31.0	
	15 自然な非 verbal によるコミュニケーションがとれる	38	90.5	0	0.0	4	9.5	0	0.0	9	21.4	
	16 患者にかきかいた器具・容器を選択し、排泄援助ができる	35	83.3	0	0.0	7	16.7	0	0.0	13	31.0	
	17 膀胱置換カテーテルを挿入している患者の観察ができる	36	85.7	0	0.0	6	14.3	0	0.0	22	52.4	
	18 ホーナーホルトカテーテルでの患者の排泄援助ができる	32	76.2	0	0.0	10	23.8	0	0.0	8	19.0	
	19 患者のおむつ交換ができる	39	92.9	1	2.4	2	4.8	0	0.0	32	76.2	
	20 失禁を受けている患者のケアができる	16	38.1	0	0.0	25	59.5	1	2.4	10	23.8	
III. 排泄援助技術	21 尿管置換カテーテルを挿入する患者の観察ができる	12	28.6	1	2.4	28	66.7	1	2.4	7	16.7	
	22 モデル人形にカテーテルを挿入する練習ができる	13	31.0	2	4.8	26	61.9	1	2.4	3	7.1	
	23 モデル人形にカテーテルを挿入する練習ができる	17	40.5	2	4.8	22	52.4	1	2.4	3	7.1	
	24 失禁を受けている患者の皮膚粘膜の状態がわかる	8	19.0	1	2.4	37	88.1	1	2.4	5	11.9	
	25 基本的な看護の原則、実施上の留意点がわかる	14	33.3	1	2.4	26	61.9	1	2.4	10	23.8	
	26 ストーマを単独で移設できる	42	100.0	0	0.0	0	0.0	23	54.8	2	4.8	
	27 患者の歩行・移動援助ができる	41	97.6	0	0.0	1	2.4	0	0.0	29	69.0	
	28 患者の歩行・移動援助ができる	31	73.8	1	2.4	10	23.8	0	0.0	18	42.9	
	29 歩行器具の装着・調整ができる	34	81.0	0	0.0	7	16.7	1	2.4	13	31.0	
	30 入浴・更衣を援助した日中の活動の援助を計画できる	39	92.9	0	0.0	2	4.8	1	2.4	30	71.4	
	31 入浴・更衣を援助した日中の活動の援助ができる	34	81.0	0	0.0	7	16.7	1	2.4	11	26.2	
	32 臥床患者の体位変換ができる	39	92.9	0	0.0	2	4.8	1	2.4	4	9.5	
	33 患者の体位変換を促すための指導ができる	20	47.6	0	0.0	22	52.4	0	0.0	15	35.7	
	34 歩行器具の装着・調整のための指導・他動援助ができる	26	61.9	0	0.0	16	38.1	0	0.0	14	33.3	
IV. 活動・休息援助技術	35 目的に応じた姿勢保持の援助ができる	21	50.0	0	0.0	20	47.6	1	2.4	6	14.3	
	36 姿勢保持による苦痛を軽減できる	33	78.6	0	0.0	9	21.4	0	0.0	5	11.9	
	37 患者を安全かつ楽に移動させることができる	34	81.0	0	0.0	8	19.0	0	0.0	19	45.2	
	38 周囲の環境調整ができる	18	42.9	0	0.0	24	57.1	0	0.0	16	38.1	
	39 周囲の環境調整ができる	8	19.0	1	2.4	37	88.1	1	2.4	5	11.9	
	40 入浴が身体に及ぼす影響を理解し、入浴前・中・後の観察ができる	35	83.3	0	0.0	7	16.7	0	0.0	22	52.4	
	41 患者の状態に合わせて足浴・手浴ができる	40	95.2	0	0.0	2	4.8	0	0.0	29	69.0	
	42 浴槽の温度・水量の調整ができる	42	100.0	0	0.0	0	0.0	33	78.6	0	0.0	
	43 浴槽の温度・水量の調整ができる	38	90.5	0	0.0	4	9.5	0	0.0	24	57.1	
	44 浴槽の温度・水量の調整ができる	40	95.2	0	0.0	2	4.8	0	0.0	18	42.9	
	45 口腔ケアを通して、患者の観察ができる	40	95.2	0	0.0	2	4.8	0	0.0	32	76.2	
	46 患者が身体が冷たがるのを防ぐための援助ができる	36	85.7	0	0.0	6	14.3	0	0.0	13	31.0	
	47 褥瘡予防のための観察・ケアができる	36	85.7	0	0.0	5	11.9	1	2.4	26	61.9	
	48 褥瘡の予防ができる	37	88.1	0	0.0	4	9.5	0	0.0	34	81.0	
	49 褥瘡の予防ができる	37	88.1	0	0.0	4	9.5	1	2.4	20	47.6	
	V. 清潔・衣生活援助技術	50 臥床患者の清潔ができる	24	57.1	0	0.0	17	40.5	1	2.4	12	28.6
		51 臥床患者の清潔ができる	23	54.8	0	0.0	18	42.9	0	0.0	8	19.0
52 意識障害のない患者の口腔ケアができる		22	52.4	0	0.0	20	47.6	0	0.0	12	28.6	
53 意識障害のない患者の口腔ケアを計画できる		19	45.2	1	2.4	1	2.4	5	11.9	7	16.7	
54 褥瘡予防のための観察・ケアができる		33	78.6	0	0.0	18	42.9	1	2.4	7	16.7	
55 沐浴が実施できる		26	61.9	0	0.0	15	35.7	1	2.4	18	42.9	
56 患者の衣服に合わせた洗濯・乾燥ができる		39	92.9	0	0.0	3	7.1	0	0.0	19	45.2	
57 患者の衣服に合わせた洗濯・乾燥ができる		35	83.3	0	0.0	7	16.7	0	0.0	19	45.2	
58 患者の自覚症状に合わせた体位調整の援助ができる		37	88.1	0	0.0	5	11.9	0	0.0	28	66.7	
59 非経管栄養法を用いた部分経管・経口・経鼻・経腸栄養法ができる		12	28.6	0	0.0	29	69.0	1	2.4	1	2.4	
60 経管栄養法の観察ができる		14	33.3	0	0.0	27	64.3	1	2.4	2	4.8	
61 経管栄養法の観察ができる		27	64.3	1	2.4	13	31.0	1	2.4	6	14.3	
62 モデル人形での経管栄養法の観察ができる		20	47.6	1	2.4	20	47.6	1	2.4	6	14.3	
63 モデル人形での経管栄養法の観察ができる		16	38.1	0	0.0	25	59.5	1	2.4	4	9.5	
64 モデル人形での経管栄養法の観察ができる		19	45.2	1	2.4	31	73.8	1	2.4	3	7.1	
VI. 呼吸・循環を養える技術		65 経管栄養法の観察ができる	16	38.1	1	2.4	31	73.8	1	2.4	0	0.0
		66 気管内吸引時の観察ができる	16	38.1	0	0.0	25	59.5	1	2.4	12	28.6
	67 呼吸の危険性を認識し、安全管理の必要性がわかる	27	64.3	0	0.0	14	33.3	1	2.4	17	40.5	
	68 人工呼吸器使用中の患者の観察ができる	12	28.6	0	0.0	29	69.0	1	2.4	7	16.7	
	69 低圧胸腔内吸引中の患者の観察ができる	6	14.3	0	0.0	35	83.3	1	2.4	1	2.4	
	70 循環機能のアセスメントの観察ができる	9	21.4	0	0.0	32	76.2	1	2.4	8	19.0	
	71 循環機能のアセスメントの観察ができる	9	21.4	0	0.0	32	76.2	1	2.4	8	19.0	

患者の栄養状態をアセスメントできる」18人(42.9%)の順であった。

Ⅲ. 排泄援助技術では、「19. 患者のおむつ交換ができる」が32人(76.2%)と最も多く、次いで「17. 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」22人(52.4%)、「16. 患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる」13人(31.0%)の順であった。

Ⅳ. 活動・休息援助技術では、「32. 臥床患者の体位変換ができる」が30人(71.4%)と最も多く、次いで「28. 患者の歩行・移動介助ができる」29人(69.0%)、「29. 廃用症候群のリスクをアセスメントできる」18人(42.9%)の順であった。

Ⅴ. 清潔・衣生活援助技術では、「49. 陰部の清潔保持の援助ができる」が34人(81.0%)と最も多く、次いで「43. 清拭援助を通して、患者の観察ができる」33人(78.6%)、「46. 患者が身だしなみを整えるための援助ができる」32人(76.2%)の順であった。

Ⅵ. 呼吸・循環を整える技術では、「59. 末梢循環を促進するための部分浴・罨法・マッサージができる」が28人(66.7%)と最も多く、次いで「58. 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」19人(45.2%)、「66. 気管内吸引時の観察点が見える」および「67. 酸素の危険性を認識し、安全管理の必要性が見える」がそれぞれ12人(28.6%)の順であった。

Ⅶ. 創傷管理技術では、「71. 患者の褥創発生の危険をアセスメントできる」が35人(83.3%)と最も多く、次いで「72. 褥創予防のためのケアが計画できる」30人(71.4%)、「74. 患者の創傷の観察ができる」28人(66.7%)の順であった。

Ⅷ. 与薬の技術では、「81. 点滴静脈内注射を受けている患者の観察点が見える」が8人(19.0%)と最も多く、次いで「79. 経皮・外用薬投与前後の観察ができる」および「88. 経口薬の種類と服用方法が見える」、「89. 経皮・外用薬の与薬方法が見える」がそれぞれ7人(16.7%)、「78. 経口薬(バツカル錠・内服薬・舌下錠)の服薬後の観察ができる」および「90. 中心静脈内栄養を受けている患者の観察点が見える」がそれぞれ6人(14.3%)の順であった。

Ⅸ. 救命救急処置技術では、「104. 患者の意識状態を観察できる」が17人(40.5%)と最も多く、次いで「103. 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」11人(26.2%)、「105. モデル人形で気道確保が正しくできる」および「106. モデル人

形で人工呼吸が正しく実施できる」がそれぞれ9人(21.4%)の順であった。

Ⅹ. 症状・生体機能管理技術では、「111. バイタルサインが正確に測定できる」が39人(92.9%)と最も多く、次いで「115. 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」29人(69.0%)、「113. 患者の一般状態の変化に気づくことができる」27人(64.3%)の順であった。

Ⅺ. 感染予防技術では、「125. 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」が36人(85.7%)と最も多く、次いで「126. 必要な防護用具(手袋、ゴーグル、ガウン等)の装着ができる」28人(66.7%)、「127. 使用した器具の感染防止の取り扱いができる」22人(52.4%)の順であった。

Ⅻ. 安全管理技術では、「136. 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」が23人(54.8%)と最も多く、次いで「135. 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」20人(47.6%)、「132. 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」10人(23.8%)の順であった。

Ⅼ. 安全確保の技術では、「140. 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」が27人(64.3%)と最も多く、次いで「141. 患者の安楽を促進するためのケアができる」23人(54.8%)、「142. 患者の精神安寧を保つための工夫を計画できる」16人(38.1%)の順に多かった。

3. 実習前後での技術到達度の比較

実習前後で技術到達度の比較を行った結果、実習前よりも実習後で卒業時の到達度レベルに応じて「到達していると思う」と回答した者の割合が増えた項目は1項目も無く、全ての項目において「どちらとも言えない」「到達していないと思う」と回答した割合が増加した(表)。「到達していないと思う」と回答した割合の増加(実習後-実習前)が最も大きかったのは「133. 災害が発生した場合には、指示に従って行動がとれる」2人(4.8%)→33人(78.6%)<73.8%増>で、以下、「132. 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」1人(2.4%)→31人(73.8%)<71.4%増>、「117. 簡易血糖測定ができる」3人(7.1%)→32人(76.2%)<69.0%増>、「103. 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」1人(2.4%)→28人(66.7%)<64.3%増>、

「57. 患者の状態に合わせた温罨法・冷罨法が実施できる」3人(7.1%)→30人(71.4%)〈64.3%増〉、「105. モデル人形で気道確保が正しくできる」および「134. 患者を誤認しないための防止策を実施できる」5人(11.9%)→32人(76.2%)〈64.3%増〉、「119. 検査の介助ができる」10人(23.8%)→37人(88.1%)〈64.3%増〉、の順であった。

他方、実習前後の差が少なかったのは「39. 関節可動域訓練ができる」24人(57.1%)→17人(40.5%)〈16.7%減〉で、以下、「25. 基本的な摘便の方法、実施上の留意点が見える」27人(64.3%)→23人(54.8%)〈9.5%減〉、「66. 気管内吸引時の観察点が見える」25人(59.5%)→25人(59.5%)〈増減なし〉、「77. 創傷処置に用いられる代表的な消毒薬の特徴が見える」35人(83.3%)→35人(83.3%)〈増減なし〉の順であった。

IV. 考 察

在宅看護領域においては、基礎看護学、臨床看護学の他領域で取り扱う基本的な看護技術を在宅場面で応用する形で、ほぼ全ての技術を全員が到達(実施)、あるいは機会があれば到達(実施)するという目標を掲げている(表)。また、在宅看護実習は臨床看護学実習の最終段階であることから、学生個々に習得状況の確認をさせる関わりが求められる。

「技術到達度表」を用いた実習前の技術項目の到達度チェックにおいては、13領域の中では「I. 環境調整技術」と「XIII. 安全確保の技術」で「到達していると思う」と回答した学生の割合が多く、その他の領域においては項目によって割合の幅が広いことから、看護技術の項目、及び学生間の技術習得状況ともに格差があることが明らかになった。特に、「II. 食事の援助技術」、「III. 排泄援助技術」、「IV. 活動・休息援助技術」、「VI. 呼吸・循環を整える技術」、「VII. 創傷管理技術」等のアセスメントから実際の技術提供まで技術項目が多岐に渡る領域においては、学生が思う技術習得状況に幅があることが明らかになった。学生自身の自己の技術に対する評価を教員が共有することは、実習前の学生の技術を強化するはたらきかけをはじめ、実習中の学生への補助的な関わりや臨地での学生に対応する実習指導者との調整等を適切に行える点からも有益な試みであると考えられる。

実習後の技術項目の到達度チェックでは、実習前と

比較して卒業時の到達度レベルに応じて「到達していると思う」と回答した者の割合が増えた項目は1項目も無く、全ての項目において「どちらとも言えない」、「到達していないと思う」と回答した者の割合が増加した結果であった。実習前は、3年次後期の臨床看護学実習を終えてから4年次の在宅看護実習を行うまでの時間の経過により、特定の看護技術に対する学生自身の到達度の主観が曖昧になっているのに対して、実習後は実際に技術を用いる場面に遭遇し、自己の技術力の低さを目の当たりにした影響が大きいと推測できる。看護技術は習得するまでに時間と労力を要し、場面に応じた高度な判断、技術の応用等を求められるため、より質の高い技術の習熟を目指していくべきものである。在宅看護実習は在宅の場で看護技術を用いることの困難さを実感することをとおして、技術の更なる習熟の必要性への気づきの機会となっていたと考えられる。今年度においては、学内で在宅看護に関わる技術を練習するスペースを確保し、利用者に提供する技術の質の確保に努めたが、卒業時の技術到達度全てを網羅した学習環境を整えることには限界があった。看護学科全体として、学生が何の技術の習得に困難や不安を感じているのかを把握した上で、看護学の理論的な学習進度に応じ、継続的に看護技術が身につけられるような学習環境について、課題の共有や課題に対する討議等を行っていくことが重要と考える。

在宅看護領域において、全員が到達(実施)すべき技術項目である19項目に着目すると、実習終了後に「到達していると思う」と回答した学生の割合は「111. バイタルサインが正確に測定できる」39人(92.9%)、「125. 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」36人(85.7%)、「115. 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」29人(69.0%)の順であり、いずれの項目においても全員が到達することはできなかった。このことは、学生の基本的な看護技術の不熟さに加えて、様々な疾患や障害、症状を有する在宅療養者が技術を用いる対象であることをはじめ、それらの疾患や障害に対する多様なケアが求められること、及び医療機関と比較して機器や物品が整備されていない療養者の個別性の影響を強く受ける環境のもとで技術を実施すること等が関係していると考えられる。また、在宅看護実習として受け持ちの療養者と継続して関われる形態は取っているものの、ほとんどの学生は訪問できる頻度が1-2回/週程度であり、限

られた時間の中で19の全ての項目を到達することに限界があったことも考えられる。本学の「技術項目の卒業時到達度」を見据えた在宅看護実習の目標の設定を検討することや、実習目標の到達度を踏まえた学生一人ひとりの個別実習プログラムを見直すことをとおして、受け持ち療養者の選択や実習施設の特徴に沿った実習指導の展開等に反映させる必要がある。そのためには、学生の技術到達を支援する教員、及び実習指導者の連絡調整や協働体制等の強化を図る必要性があると考えられる。

V. お わ り に

在宅看護実習における「技術到達度表」の学生の自己評価を試みて、教員や実習指導者等が行う客観的な評価とは異なった視点に基づく結果を得ることができた。今回の調査の結果を在宅看護領域の教員間で分析を進めるとともに、本学の他領域の教員、及び各実習施設の指導者等と課題の共有、解決方法の検討を行っていくことが重要と考える。

最後に、多忙な中、学生の臨地指導をして下さった在宅看護実習施設のスタッフの皆様、並びに関係者の皆様に心よりお礼申し上げます。

引 用 文 献

- 1) 看護教育の在り方に関する検討会：大学における看護実践能力の育成の充実に向けて 2002：1-2.
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-14f.html>、厚生労働省：「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書 2004.
- 3) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/d1/s0420-13.pdf>、厚生労働省：「看護基礎教育の充実に関する検討会」報告書 2007.
- 4) 大学基準協会：21世紀の看護学教育 2002：3-10.
- 5) <http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/aCategoryList?OpenAgent&CT=30&MT=070&ST=030>、WAM NET.
- 6) 杉本幸枝・土井英子・中山亜弓：「基本的な看護技術の水準」における経験度からみた看護技術演習の検討、新見公立短期大学紀要 27：2006：57-65.
- 7) 長谷川珠代・鶴田来美・五十嵐久人他：在宅ケア実習における基本的看護技術実施と課題、南九州看護研究誌 5 (1)：2007：53-60.
- 8) 中下富子・伊藤まゆみ・星野泰栄他：訪問看護職が提供している在宅看護技術の実施頻度と難易度に関する研究、上武大学看護学部紀要 1：2000：17-33.
- 9) 厚生労働省医政局看護課長通知：「助産師、看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」 2008.