

臨地実習における技術教育の検討
—基礎看護実習技術体験表の結果の分析を通して—

新城 慈, 溝口広紀, 伊波弘幸, 大城凌子

Analysis of the Actual State of Technical Experience in Basic
Nursing Practice: Towards Creating a Chart of Technical Experience
Corresponding to the New Curriculum

Megumi SHINJO, Hiroki MIZOGUCHI, Hiroyuki IHA, Ryouko OSHIRO

名桜大学

環太平洋地域文化研究 No. 2 抜刷

2021年3月

臨地実習における技術教育の検討 —基礎看護実習技術体験表の結果の分析を通して—

新城 慈*, 溝口広紀*, 伊波弘幸*, 大城凌子*

Analysis of the Actual State of Technical Experience in Basic Nursing Practice: Towards Creating a Chart of Technical Experience Corresponding to the New Curriculum

Megumi SHINJO*, Hiroki MIZOGUCHI*, Hiroyuki IHA*, Ryouko OSHIRO*

I. はじめに

地域包括ケアシステムにより、在宅医療、外来機能の拡充、入院期間の短縮化がすすんでいる。少子高齢化が一層進む中で、人口及び疾病構造の変化に応じた適切な医療提供体制の整備が必要である。(厚生労働省, 2019)。高齢化がすすむ入院患者においては、生活と治療をいかに両立するかが重要であり、医療施設での高齢者に対する日常生活援助において、看護師が果たす役割は大きい。しかし、卒業後の看護技術力と臨床現場が求める技術力の乖離が取り沙汰されて久しく、ギャップの改善は容易ではない。

看護学教育モデル・コア・カリキュラム(文部科学省, 2018)は、臨地実習では、学生の現実認識を広げ、看護実践能力の修得が期待されるとし、さらに現場で直接体験しなければならない内容やレベルを明確にすることは実習への動機づけに繋がるとしている。厚生労働省(2019)は、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度改正案」(以下、改正案とする)において、これまでの142項目から71項目へ収斂し、卒業までに「実施できる」レベルを目指す技術項目を明確にした。

A大学では、1年次の基礎看護実習Ⅰ、2年次の基礎看護実習Ⅱを地域の急性期病院、回復期、療養型病院において展開している。以前から実習での看護技術の体験を可視化し、学生の自己評価活動により技術学習に対するモチベーションを高めることを目的に技術体験表を使用している。現行カリキュラムにおいて基礎看護領域で

行っている看護技術の教授内容と方法、また前年度までの実習における技術体験の状況を検討し、基礎看護実習Ⅰ、Ⅱ共通の技術体験表として整理した。

本調査では、A大学の基礎看護実習Ⅱ終了時点における学生の看護技術の実施および自己評価の実態を、技術体験表の分析から明確にし、技術教育の課題について検討することを目的とする。

II. 研究方法

1. 対象者

A大学2年次看護学生で、基礎看護実習Ⅰ、Ⅱを履修した84名のうち、看護技術体験表の提供に同意が得られた64名を対象とした。

2. 技術体験表について

「環境調整技術」「食事の援助技術」「排泄の援助技術」「活動・休息の援助技術」「清潔・衣生活の援助技術」「呼吸・循環を整える援助技術」「創傷管理技術」「与薬技術」「症状・生体管理技術」「感染予防技術」「安全管理技術」「安楽の確保技術」「コミュニケーション技術」の13カテゴリ、64項目の技術項目で構成した。それぞれの項目に「目標レベルⅠ：指導者の助言の基で単独で実施できる」「目標レベルⅡ：指導者の監視下で一緒に実施する」のいずれかの目標レベルを示し、看護技術の実施状況、自己評価、振り返りが記入できるように一覧表にした。

看護技術の実施状況について、基礎看護実習Ⅰは「未

* 名桜大学人間健康学部看護学科 〒905-8585 沖縄県名護市為又1220-1 Department of Nursing, Faculty of Human Health, Meio University, 1220-1 Biimata, Nago, Okinawa 905-8585 Japan

体験」または「見学」、基礎看護実習Ⅱは「未体験」「見学」「実施」のいずれかを記述し、看護技術の自己評価は、各看護技術項目について、基礎看護実習Ⅱの終了時に「○：できる」「△：努力を要する」のいずれかの自己評価を記述することとした。

3. 調査期間

2019年2月～3月

4. 調査方法

基礎看護実習Ⅱの実習ガイダンスにおいて、技術体験表を使用する目的、記入方法とその活用について説明した。

技術体験表は13カテゴリ、64項目の技術項目について、基礎看護実習Ⅱでの技術体験を可視化し、自己評価するためのツールとして使用した。学生は基礎看護実習Ⅱの実習期間に、看護技術の実施状況、技術毎の自己評価、基礎看護実習Ⅰにおける技術項目の見学の有無について記述した。成績確定後に、技術体験表のデータ提供への同意が得られた対象者の体験表について分析を行った。

5. 倫理的配慮

調査対象者には、成績が確定し通知された後に、調査の目的、方法、意義を伝えた。また、いつでも同意の撤回が可能であること、データはコード化して使用し個人は特定されないこと、調査目的以外のデータ使用はしないことを、口頭及び、文書で説明した。対象者の同意を求める方法は、技術体験表の提供をもって同意とした。

6. 分析方法

各技術項目の技術体験状況、「未体験」「見学」「実施」の記述統計を行い、体験頻度が高い技術項目を明らかにした。また自己評価の「○：できる」「△：努力を要する」「未評価」についても同様に記述統計を行い、学生が「できる」と評価した技術項目を明らかにした。

Ⅲ. 結果

基礎看護実習Ⅱの科目登録者84名のうち、技術体験表のデータ提供に同意が得られた64名の技術体験表を調査対象とした。このうち、技術の実施状況は62部、自己評価では52部を分析した。実習を行った病棟の特徴は、療養型12名(18.8%)、回復期8名(12.5%)、急性期44名(68.8%)であった。

1. 看護技術の実施状況

64技術項目の「実施」の割合は96.8%から8.1%の間で平均は56.4%であった(表1)。

「実施」の割合が70%以上だった項目は、「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」(87.1%)、「患者が身だしなみを整えるための援助ができる」(83.9%)、「入浴の介助ができる」(83.9%)、「患者を車椅子で移送できる」(82.3%)「必要な防護用具(手袋、ゴーグル、ガウン等)の装着ができる」(82.3%)、「基本的なベッドメイキングができる」(80.6%)、「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」(75.8%)、「陰部の清潔保持の援助ができる」(74.2%)、「患者のおむつ交換ができる」(72.6%)、「系統的な症状の観察ができる(呼吸・循環・消化器系)」(71.0%)、「患者の安楽を促進するためのケアができる」(71.0%)等の23項目であった。このうち、「バイタルサインが正確に測定できる」(96.8%)、「患者にとって快適な環境を作ることができる」(91.9%)の2項目は、「実施」の割合が90%を超えた。

「実施」の割合が50%以上70%未満の技術は18項目で、「臥床患者の体位変換ができる」(67.7%)、「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」(61.3%)、「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」(61.3%)、「臥床患者のリネン交換ができる」(59.7%)、「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)」(58.1%)、「患者を誤認しないための防止策を実施できる」(58.1%)、「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」(53.2%)だった。

「実施」の割合が50%未満で、実施率が低かったのは、「患者のストレッチャー移送ができる」(45.2%)、「廃用症候群予防のための自動・他動運動ができる」(43.5%)、「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」(43.5%)、「臥床患者の清拭ができる」(38.7%)等24項目で、このうち特に「臥床患者の洗髪ができる」(19.4%)、「無菌操作が確実にできる」(17.7%)、「気道内加湿ができる」(11.3%)、「ポータブルトイレでの患者の排泄援助ができる」(8.1%)の5項目は「実施」の割合が20%以下と低かった。

表1 看護技術の実施の状況

	目標 レベル	実施 n=62	見学 n (%)	未実施
環境調整				
患者にとって快適な環境を作ることができる	I	57 (91.9)	3 (4.8)	2 (3.2)
基本的なベッドメイキングができる	I	50 (80.6)	5 (8.1)	7 (11.3)
臥床患者のリネン交換ができる	II	37 (59.7)	7 (11.3)	18 (29.0)
食事の援助技術				
患者の食事摂取状況（食行動、摂取方法、摂取量）をアセスメントできる	I	50 (80.6)	5 (8.1)	7 (11.3)
患者の栄養状態をアセスメントできる	II	45 (72.6)	5 (8.1)	12 (19.4)
患者の食生活上の改善点が見える	II	39 (62.9)	5 (8.1)	18 (29.0)
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 (58.1)	19 (30.6)	7 (11.3)
患者の個性を反映した食生活の改善を計画できる	II	30 (48.4)	5 (8.1)	27 (43.5)
電解質データの基準値からの逸脱が見える	II	23 (37.1)	5 (8.1)	34 (54.8)
経管栄養法を受けている患者の観察ができる	I	17 (27.4)	20 (32.3)	25 (40.3)
排泄の援助技術				
自然な排便を促すための援助ができる	II	29 (46.8)	14 (22.6)	19 (30.6)
自然な排尿を促すための援助ができる	II	26 (41.9)	11 (17.7)	25 (40.3)
患者に合わせた便器・尿器・を選択し、排泄援助ができる	II	24 (38.7)	7 (11.3)	31 (50.0)
ポータブルトイレでの患者の排泄援助ができる	II	5 (8.1)	5 (8.1)	52 (83.9)
患者のおむつ交換ができる	II	45 (72.6)	4 (6.5)	13 (21.0)
活動・休息の援助技術				
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	38 (61.3)	17 (27.4)	7 (11.3)
患者を車椅子で移送できる	II	51 (82.3)	4 (6.5)	7 (11.3)
廃用症候群のリスクをアセスメントできる	II	31 (50.0)	8 (12.9)	23 (37.1)
入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる	II	42 (67.7)	6 (9.7)	14 (22.6)
患者の睡眠状況をアセスメントし、基本的な入眠を促す援助を計画できる	II	26 (41.9)	4 (6.5)	32 (51.6)
臥床患者の体位変換ができる	II	42 (67.7)	5 (8.1)	15 (24.2)
廃用症候群予防のための自動・他動運動ができる	II	27 (43.5)	10 (16.1)	25 (40.3)
患者のストレッチャー移送ができる	II	28 (45.2)	10 (16.1)	24 (38.7)
関節可動域訓練ができる	II	21 (33.9)	17 (27.4)	24 (38.7)
清潔・衣生活の援助技術				
患者が身だしなみを整えるための援助ができる	I	52 (83.9)	7 (11.3)	3 (4.8)
口腔ケアを通して患者の観察ができる	II	48 (77.4)	10 (16.1)	4 (6.5)
義歯の手入れができる	II	18 (29.0)	16 (25.8)	28 (45.2)
清拭援助を通して患者の観察ができる	II	34 (54.8)	9 (14.5)	19 (30.6)
洗髪援助を通して患者の観察ができる	II	26 (41.9)	13 (21.0)	23 (37.1)
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	II	27 (43.5)	5 (8.1)	30 (48.4)
入浴の介助ができる	II	52 (83.9)	7 (11.3)	3 (4.8)
陰部の清潔保持の援助ができる	II	46 (74.2)	6 (9.7)	10 (16.1)
臥床患者の清拭ができる	II	24 (38.7)	10 (16.1)	28 (45.2)
臥床患者の洗髪ができる	II	12 (19.4)	6 (9.7)	44 (71.0)
意識障害のない患者の口腔ケアができる	II	16 (25.8)	8 (12.9)	38 (61.3)
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	13 (21.0)	2 (3.2)	47 (75.8)
呼吸循環を整える技術				
酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる	II	16 (25.8)	9 (14.5)	37 (59.7)
患者の状態に合わせた温罨法・冷罨法が実施できる	II	13 (21.0)	4 (6.5)	45 (72.6)
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	II	38 (61.3)	2 (3.2)	22 (35.5)
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	II	42 (67.7)	2 (3.2)	18 (29.0)
気道内加湿ができる	II	7 (11.3)	8 (12.9)	47 (75.8)
創傷管理技術				
患者の褥創発生の危険をアセスメントできる	II	38 (61.3)	6 (9.7)	18 (29.0)
褥創予防のためのケアが計画できる	II	36 (58.1)	6 (9.7)	20 (32.3)
褥創予防のためのケアが実施できる	II	35 (56.5)	7 (11.3)	20 (32.3)
患者の創傷の観察ができる	II	32 (51.6)	13 (21.0)	17 (27.4)

与薬の技術				
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	33 (53.2)	10 (16.1)	19 (30.6)
経皮・外用薬の投与前後の観察ができる	II	22 (35.5)	9 (14.5)	31 (50.0)
点滴静脈内注射をうけている患者の観察点に分かる	II	12 (19.4)	5 (8.1)	45 (72.6)
経口薬の種類と服用方法に分かる	II	33 (53.2)	8 (12.9)	21 (33.9)
症状・生体管理技術				
バイタルサインが正確に測定できる	I	60 (96.8)	2 (3.2)	0 (0.0)
患者の一般状態の変化に気づくことができる	I	48 (77.4)	3 (4.8)	11 (17.7)
系統的な症状の観察ができる（呼吸・循環・消化器系）	II	44 (71.0)	5 (8.1)	13 (21.0)
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	I	55 (88.7)	2 (3.2)	5 (8.1)
感染予防の技術				
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	54 (87.1)	3 (4.8)	5 (8.1)
必要な防護用具（手袋、ゴーグル、ガウン等）の装着ができる	I	51 (82.3)	3 (4.8)	8 (12.9)
使用した器具の感染防止の取り扱いができる	I	45 (72.6)	3 (4.8)	14 (22.6)
無菌操作が確実にできる	II	11 (17.7)	12 (19.4)	39 (62.9)
安全管理の技術				
患者を誤認しないための防止策を実施できる	II	36 (58.1)	11 (17.7)	15 (24.2)
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	44 (71.0)	3 (4.8)	15 (24.2)
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	48 (77.4)	4 (6.5)	10 (16.1)
安楽確保の技術				
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	47 (75.8)	5 (8.1)	10 (16.1)
患者の安楽を促進するためのケアができる	II	44 (71.0)	6 (9.7)	12 (19.4)
コミュニケーション技術				
傾聴し患者を尊重した対応ができる	I	54 (87.1)	1 (1.6)	7 (11.3)
スタッフ・グループメンバーと連絡や調整ができる	I	52 (83.9)	3 (4.8)	7 (11.3)
合計		2,237	455	1,276

2. 技術の自己評価

64技術項目中「できる」の割合は82.7%から7.7%の間で平均は48.2%であった（表2）。

自己評価で70%以上の学生が「できる」とした技術は、「患者にとって快適な環境を作ることができる」（82.7%）、「患者を車椅子で移送できる」（82.7%）、「患者が身だしなみを整えるための援助ができる」（80.8%）、「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」（80.8%）、「基本的なベッドメイキングができる」（76.9%）、「バイタルサインが正確に測定できる」（76.9%）、「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」（71.2%）等の11項目だった。

「できる」の割合が50%以上70%未満の項目は、「必要な防護用具（手袋、ゴーグル、ガウン等）の装着ができる」（69.2%）、「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」（66.7%）、「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」（62.7%）、「患者の安楽を促進するためのケアができる」（61.5%）、「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）」（59.6%）、「陰部の清潔保持の援助ができる」（55.8%）、「系統的な症状の観察ができる（呼吸・循環・消化器系）」（55.8%）、「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」

（51.9%）、「患者のおむつ交換ができる」（50.0%）、「臥床患者の体位変換ができる」（50.0%）、「入浴の介助ができる」（50.0%）等23項目だった。

「できる」の割合が50%未満の項目は、「患者を誤認しないための防止策を実施できる」（48.1%）、「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」（46.2%）、「褥創予防のためのケアが実施できる」（46.2%）、「臥床患者のリネン交換ができる」（44.2%）、「患者のストレッチャー移送ができる」（40.4%）、「廃用症候群予防のための自動・他動運動ができる」（36.5%）、「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」（34.6%）、「患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる」（30.8%）、「臥床患者の清拭ができる」（30.8%）、「関節可動域訓練ができる」（28.8%）、「意識障害のない患者の口腔ケアができる」（21.2%）等の31項目であった。

このうち特に「持続静脈内点滴注射実施中の患者の寝衣交換ができる」（19.2%）、「無菌操作が確実にできる」（19.2%）、「臥床患者の洗髪ができる」（17.6%）、「気道内加湿ができる」（11.5%）、「ポータブルトイレでの患者の排泄援助ができる」（7.7%）等の6項目は「できる」の割合が20%未満と低かった。

表2 看護技術の自己評価の結果

	目標 レベル	できる	努力を要する	未評価
		n=52	n (%)	
環境調整				
患者にとって快適な環境を作ることができる	I	43 (82.7)	3 (5.8)	6 (11.5)
基本的なベッドメイキングができる	I	40 (76.9)	2 (3.8)	10 (19.2)
臥床患者のリネン交換ができる	II	23 (44.2)	11 (21.2)	18 (34.6)
食事の援助技術				
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	31 (59.6)	8 (15.4)	13 (25.0)
患者の食事摂取状況（食行動、摂取方法、摂取量）をアセスメントできる	I	40 (76.9)	4 (7.7)	8 (15.4)
経管栄養法を受けている患者の観察ができる	I	11 (21.2)	8 (15.4)	33 (63.5)
患者の栄養状態をアセスメントできる	II	32 (61.5)	7 (13.5)	13 (25.0)
患者の個別性を反映した食生活の改善を計画できる	II	18 (34.6)	14 (26.9)	20 (38.5)
電解質データの基準値からの逸脱が分かる	II	11 (21.2)	14 (26.9)	27 (51.9)
患者の食生活上の改善点が見える	II	32 (61.5)	5 (9.6)	15 (28.8)
排泄の援助技術				
自然な排便を促すための援助ができる	II	17 (32.7)	13 (25.0)	22 (42.3)
自然な排尿を促すための援助ができる	II	18 (34.6)	10 (19.2)	24 (46.2)
患者に合わせた便器・尿器・を選択し、排泄援助ができる	II	16 (30.8)	10 (19.2)	26 (50.0)
ポータブルトイレでの患者の排泄援助ができる	II	4 (7.7)	9 (17.3)	39 (75.0)
患者のおむつ交換ができる	II	26 (50.0)	16 (30.8)	10 (19.2)
活動・休息の援助技術				
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	27 (51.9)	12 (23.1)	13 (25.0)
患者を車椅子で移送できる	II	43 (82.7)	2 (3.8)	7 (13.5)
廃用症候群のリスクをアセスメントできる	II	20 (38.5)	13 (25.0)	19 (36.5)
入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる	II	33 (63.5)	8 (15.4)	11 (21.2)
患者の睡眠状況をアセスメントし、基本的な入眠を促す援助を計画できる	II	19 (36.5)	9 (17.3)	24 (46.2)
臥床患者の体位変換ができる	II	26 (50.0)	12 (23.1)	14 (26.9)
廃用症候群予防のための自動・他動運動ができる	II	19 (36.5)	13 (25.0)	20 (38.5)
患者のストレッチャー移送ができる	II	21 (40.4)	10 (19.2)	21 (40.4)
関節可動域訓練ができる	II	15 (28.8)	14 (26.9)	23 (44.2)
清潔の援助技術				
患者が身だしなみを整えるための援助ができる	I	42 (80.8)	6 (11.5)	4 (7.7)
口腔ケアを通して患者の観察ができる	II	39 (75.0)	7 (13.5)	6 (11.5)
義歯の手入れができる	II	16 (30.8)	9 (17.3)	27 (51.9)
清拭援助を通して患者の観察ができる	II	21 (40.4)	14 (26.9)	17 (32.7)
洗髪援助を通して患者の観察ができる	II	19 (37.3)	6 (11.8)	26 (51.0)
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	II	18 (34.6)	11 (21.2)	23 (44.2)
入浴の介助ができる	II	26 (50.0)	19 (36.5)	7 (13.5)
陰部の清潔保持の援助ができる	II	29 (55.8)	14 (26.9)	9 (17.3)
臥床患者の清拭ができる	II	16 (30.8)	11 (21.2)	25 (48.1)
臥床患者の洗髪ができる	II	9 (17.6)	7 (13.7)	35 (68.6)
意識障害のない患者の口腔ケアができる	II	11 (21.2)	10 (19.2)	31 (59.6)
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	10 (19.2)	9 (17.3)	33 (63.5)
呼吸循環を整える技術				
酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる	II	14 (26.9)	6 (11.5)	32 (61.5)
患者の状態に合わせた温罨法・冷罨法が実施できる	II	11 (21.2)	8 (15.4)	33 (63.5)
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	II	32 (62.7)	6 (11.8)	13 (25.5)
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	II	24 (46.2)	10 (19.2)	18 (34.6)
気道内加湿ができる	II	6 (11.5)	10 (19.2)	36 (69.2)
創傷管理技術				
患者の褥創発生の危険をアセスメントできる	II	34 (65.4)	6 (11.5)	12 (23.1)
褥創予防のためのケアが計画できる	II	28 (53.8)	9 (17.3)	15 (28.8)
褥創予防のためのケアが実施できる	II	24 (46.2)	10 (19.2)	18 (34.6)
患者の創傷の観察ができる	II	29 (55.8)	3 (5.8)	20 (38.5)

与薬の技術				
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	28 (53.8)	6 (11.54)	18 (34.6)
経皮・外用薬の投与前後の観察ができる	II	14 (26.9)	12 (23.1)	26 (50.0)
点滴静脈内注射を受けている患者の観察点に分かる	II	10 (19.2)	10 (19.2)	32 (61.5)
経口薬の種類と服用方法に分かる	II	21 (40.4)	17 (32.7)	14 (26.9)
生体管理技術				
バイタルサインが正確に測定できる	I	40 (76.9)	10 (19.2)	2 (3.8)
患者の一般状態の変化に気づくことができる	I	34 (65.4)	8 (15.4)	10 (19.2)
系統的な症状の観察ができる（呼吸・循環・消化器系）	II	29 (55.8)	11 (21.2)	12 (23.1)
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	I	33 (63.5)	16 (30.8)	3 (5.8)
感染予防の技術				
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	42 (80.8)	2 (3.8)	8 (15.4)
必要な防護用具（手袋、ゴーグル、ガウン等）の装着ができる	I	36 (69.2)	6 (11.5)	10 (19.2)
使用した器具の感染防止の取り扱いができる	I	31 (59.6)	8 (15.4)	13 (25.0)
無菌操作が確実にできる	II	10 (19.2)	9 (17.3)	33 (63.5)
安全管理の技術				
患者を誤認しないための防止策を実施できる	II	25 (48.1)	6 (11.5)	21 (40.4)
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	34 (66.7)	3 (5.9)	14 (27.5)
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	31 (59.6)	8 (15.4)	13 (25.0)
安楽確保の技術				
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	37 (71.2)	2 (3.8)	13 (25.0)
患者の安楽を促進するためのケアができる	II	32 (61.5)	6 (11.5)	14 (26.9)
コミュニケーション技術				
傾聴し患者を尊重した対応ができる	I	37 (71.2)	7 (13.5)	8 (15.4)
スタッフ・グループメンバーと連絡や調整ができる	I	31 (59.6)	13 (25.0)	8 (15.4)
		1,598	578	1,148

IV. 考察

厚生労働省（2019）は、改正案において、「技術」をテクニカル・スキルと整理し、観察やアセスメントの表現を削除し、免許取得前の必要最小限の技術項目を示した。項目数にして、これまでの142項目から71項目へ整理され、卒業までに「実施できる」レベルを目指す技術項目が明確にされている。この改正で卒業時の目標レベルが、〈実習〉I：単独で実施できる、と設定されたのは、「快適な療養環境の整備」「食事介助（嚥下障害のある患者を除く）」「車いすでの移送」「歩行・移動の介助」「体位変換・保持」「足浴・手浴」「整容」「点滴・ドレーンを留置していない患者の寝衣交換」「体温調節の援助」「緊急時の応援要請」「一次救命処置」「バイタルサインの測定」「身体計測」「スタンダードプリコーションに基づく手洗い」「必要な防護用具（手袋、ゴーグル、ガウン等）の選択・着脱」「インシデント・アクシデント発生時の速やかな報告」「患者の誤認防止策の実施」「放射線被ばく防止策の実施」の18項目である。

A大学の基礎看護実習における、改正案の18項目の看護技術の実施状況をまとめた。

1. 技術の実施率について

「バイタルサインが正確に測定できる」、「患者にとっ

て快適な環境を作ることができる」の実施率が高く、先行研究（青木ほか、2006；岡田ほか、2008；佐藤ほか、2008；吾妻ほか、2010；成ほか、2012）と同様であった。更に、「車いすでの移送」「整容」「スタンダードプリコーションに基づく手洗い」「必要な防護用具（手袋、ゴーグル、ガウン等）の選択・着脱」についても、80%以上が実施できていた。これらの技術は、受け持ち患者の状況によって、実施の可否が左右されにくいいため、多くの学生が臨地実習で安定して実施できる技術である。

しかし、「食事介助」(58.1%)「体位変換・保持」(67.7%)「足浴・手浴」(67.7%)「点滴・ドレーンを留置していない患者の寝衣交換」(43.5%)「体温調節の援助」(61.3%)「患者の誤認防止策の実施」(58.1%)の6項目については、実施率が70%以下と低く、技術を見学できた学生も少ない。基礎看護実習では、受け持ち対象者の条件として、コミュニケーションが取りやすく、状態が安定していることを優先事項とするため、受け持ち患者は日常生活動作が自立していることが多く、これらの技術の実施率が低くなることが考えられる。岡田ら（2008）は、実施率が70%以下の項目について、受け持ち患者以外で実施または見学が十分に可能な技術とし、学生の技術習得への積極性や、指導者側の共通認識が必要だと指摘している。改正案の、技術項目や到達目標の明確さを強みとして、学生、教員、指導者が技術教育に

関して共通理解のもと、方針を統一して進めるように準備するべきである。

「歩行・移動の介助」「身体計測」「放射線被ばく防止策の実施」「緊急時の応援要請」「一次救命処置」「インシデント・アクシデント発生時の速やかな報告」の6項目は、A大学技術体験表において、調査項目となっていなかったため、今後は設定する必要がある。また、「緊急時の応援要請」「一次救命処置」「インシデント・アクシデント発生時の速やかな報告」については、この場面に遭遇しない限り経験できないことから、繰り返し実施し、到達レベルIに達することは難しい。学内での講義や演習において、実践的に方法を学び、機会を逃さずに、臨地実習での学習に繋げる必要がある。

2. 学生が「できる」と自己評価する技術について

基礎看護実習の終了時点で実施率が高く、8割以上の学生が「できる」と評価する技術は、「療養環境の整備」、「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」「患者の身だしなみを整える」の3つであった。

これらの技術も、対象の状況に左右されず、毎日実施されるべき技術である。吾妻ら（2010）は、3項目の技術に加え、「清拭」「バイタルサイン測定」は、臨地実習中に複数回実施することが可能で、技術の自己評価が高かったことを報告している。A大学においても、繰り返し経験でき、上達しやすい技術は、自己評価が高く学生の自信につながっていた。しかし、学生が「できる」と評価した技術が3項目にとどまったことは今後の課題である。

坂下ら（2012）の、看護学生の看護技術習得に対する認識の調査では、技術に関連する知識や、継続的な練習といった7つの要素と共に、「自信の獲得」が含まれていた。学生が技術を修得する上で、「できる」という自信を得ることは必要な要素である。臨地実習では、対象に必要なケアを見極め、計画し実施するまでに数日を要する。これは、看護技術を根拠に基づき、対象に合わせた方法で実施するプロセスを踏むためには、必要な期間である。しかし、入院期間の短縮化も相まって、受け持ち患者に対し、繰り返し看護技術を行う機会は限られ、技術を修得するためには困難が伴う。

「実施」が困難な場合であっても、「見学」を技術習得のチャンスへ繋げることも必要だと考える。「見学」した技術を「実施」することが技術習得においては、最も効果的であろう。しかし「実施」に繋がらないまでも、「見学」した技術に関連する知識を確認することや、学生間または学生-指導者間でディスカッションをする機会を作るなどの、補完的な学習により、「見学」を技術習得へ繋げることが可能となる。

また、繰り返し技術を実施することを、学生へ動機づ

け、指導者側の共通理解により、学生が技術を実施できる場面を広く設定することが必要である。

V. 結論

A大学の基礎看護実習において、「バイタルサインが正確に測定できる」「患者にとって快適な環境を作ることができる」等の7項目で実施率が高かった。実施率が低い「食事介助」や「体位変換」などの多くの項目については、改正案の到達目標などの明確さを強みとして、教員、臨地実習指導者が共通の認識のもと積極的に技術習得にむけて連携するべきである。

基礎看護実習の終了時点で、8割以上の学生が「できる」と評価する技術は、「療養環境の整備」「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」「患者の身だしなみを整える」の3項目のみであった。受け持ち患者に対し、繰り返し看護技術を行う機会は限られ、技術を習得するためには困難が伴う。臨地実習で看護技術を「実施」、または「見学」することを通して、学生へ動機づけ、学生が技術を実施できる場面を広く設定することが必要である。

最後に、学生の技術習得において、実際の患者に技術を提供する経験を積み重ねることは重要である。しかし、患者の安全性や権利を尊重し、実習を行うことは優先事項である。黒田ら（2015）は、卒業時の技術の実態を調査しており、看護技術習得のための、学習方法について、「シミュレーションと臨地実習が同等」で、シミュレーションを活用することが、技術習得に効果的であったと報告している。臨地実習の場に近い環境を、学内演習で設定し、シミュレーション学習を取り入れることも、今後のA大学における技術教育の課題であることが示唆された。

<引用文献>

- 青木光子, 徳永なみじ, 岡田ルリ子, 関谷由香里, 酒井淳子, 岡部喜代子. (2006). 「基礎看護学実習における看護技術の経験状況」. 愛媛県立医療技術大学紀要, 3 (1), 37-44.
- 黒田暢子, 市村久美子, 高橋由紀. (2015). 「看護技術の修得状況とシミュレーションとの関連—第1報卒業時の学生に焦点をあてて—」. 茨木県立医療大学紀要, 20, 37-50.
- 厚生労働省. (2019). 『看護基礎教育検討会報告書』. [閲覧日: 2020年10月30日] https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07297.html
- 文部科学省. (2018). 看護学教育モデル・コア・カリキュラム—「学士課程でコアとなる看護実践能力」の修得を

- 目指した学修目標－. [閲覧日2020年10月30日] http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1217788_3.pdf
- 成順月, 佐々木秀美, 山内京子, 加藤重子, 松井英俊, 岡平美佐子. (2012). 「臨地実習による看護技術の経験及び技術水準の到達状況－看護学生の「看護技術録」から－」. 看護学総合研究, 14(1), 1-12.
- 岡田ルリ子, 青木光子, 相原ひろみ, 徳永なみじ, 和田由香里, 関谷由香里, 野本百合子. (2008). 「基礎看護学実習における技術教育の課題－2年間の看護技術経験状況の分析から－」. 愛媛県立医療技術大学紀要, 5(1), 65-73.
- 佐藤晶子, 馬髻世志子, 城生弘美. (2008). 「基礎看護実習において学生が経験する看護基本技術についての研究－「環境調整技術」と「バイタルサイン測定」－」. 群馬パース大学紀要, 6, 71-79.
- 坂下貴子, 今井宏美, 茂野香おる. (2012). 「看護学生の看護技術習得に対する認識. 城西国際大学紀要」, 21(1), 40-56.
- 吾妻知美, 前川幸子, 重松豊美, 服部容子, 阿部朋子. (2010). 「基礎看護学実習において学生が経験した看護技術の現状: 「基礎看護技術経験録」の分析から」. 甲南女子大学研究紀要, 4, 105-113.