

〈研究ノート〉

成人看護学実習における看護技術経験の実態

Experience of Nursing Procedures in the Clinical Practice of Adult Nursing

三浦 恭代¹, 山中 政子², 平賀 元美³
森岡 広美⁴, 中本 明世⁵, 藤原 尚子⁶

要旨

本研究の目的は、看護技術チェックリストを用いて成人看護学実習における看護技術の経験状況を明らかにし、成人看護学における臨地実習での教育・指導内容について検討することである。成人看護学実習Ⅰ（急性期実習）・Ⅱ（慢性期実習）を履修した学生に対し、看護技術チェックリスト90項目を用いて実習中の看護技術経験を調査した結果、急性期実習、慢性期実習ともに80%以上経験できた看護技術は、「快適な病床環境を作る」、「食事摂取状況のアセスメント」、「栄養状態のアセスメント」、「バイタルサイン測定」、「一般状態の変化」、「系統的な症状の観察」、「測定値・症状等からのアセスメント」、「スタンダード・プリコーションに基づく手洗い」、「防護用具の装着」、「療養病床を安全に整える」、「転倒・転落・外傷予防」の11項目であった。未経験が50%以上の項目は急性期実習で51項目、慢性期実習で64項目であった。臨地実習において学生が看護技術の経験を増やすことに限界はあるが、少ない経験からでも最大限の学びが得られるよう関わることや、看護技術の経験の機会を逃さない関わりが教員には必要であると示唆された。

キーワード：成人看護学実習，看護技術，看護学生

Clinical Practice of Adult Nursing, Nursing procedures,
Nursing students

1. はじめに

近年、わが国では、高齢化や医療の高度化、入院日数の短縮化、重症患者の増加など医療を取り巻く状況が変化しており、国民の医療安全に対する意識は向上している。そのような状況から、看護師は、人の生涯にわたるヘルスプロモーションに介入する職種として、重要な社会的機能のひとつを担っており、臨床現場においては、より専門性の高い知識と臨床実践能力が求められている。しかし、看護基礎教育で習得する看護技術と臨床現場で求められるものにはギャップが生じていることが指摘されている（厚生労働省,2007）。その要因として、看護基礎教育においては学ぶべき専門

的知識が多く、カリキュラムが過密であることがあげられる。また、臨地実習においては、看護過程の思考プロセスに重きを置いていることや、学生が看護師免許を持っていないが故に実施できる看護技術の内容や機会が制限されていることにも要因がある。このように、学生が臨地実習において経験できる看護技術には限界があり、卒業時点で習得している看護技術は十分とはいえない。新卒看護師の中にはリアリティ・ショックを受ける者や、高度な医療現場に無力感をもつ者がおり、早期離職が問題となっているが、自身の看護技術に自信が持てない不安がその一因であることは否めない。

2011年に厚生労働省は「看護教育内容と方法に

-
- | | | | |
|---|-----------------|--------|--------|
| 1 | Yasuyo MIURA | 千里金蘭大学 | 看護学部 |
| 2 | Masako YAMANAKA | 千里金蘭大学 | 看護学部 |
| 3 | Motomi HIRAGA | 千里金蘭大学 | 看護学部 |
| 4 | Hiroimi MORIOKA | 梅花女子大学 | 看護保健学部 |
| 5 | Akiyo NAKAMOTO | 千里金蘭大学 | 看護学部 |
| 6 | Naoko FUJIWARA | 千里金蘭大学 | 看護学部 |

受理日：2016年9月10日

関する検討会報告書」(厚生労働省,2011)において、卒業時の看護実践能力の到達目標と、演習・実習での効果的な教育および看護技術の習得の重要性を示した。これらのことを考慮して、本学では看護実践能力の育成を重視し、教育内容や方法について検討を重ねており、実習中は看護技術チェックリストを用いて看護技術の経験状況を確認し、積極的な看護技術の習得を目指している。成人看護学実習では、医療の高度化や効率化を背景に、さまざまな生活環境や病態を有する対象者に対して的確で効果的な看護援助の提供が求められており、基礎的知識や看護技術、応用力などの能力の獲得が必要となる。そこで、臨地実習の限界の中でも学生が看護技術経験における学びを得ることができるよう、成人看護学実習中の看護技術経験の状況を明らかにし、教員の関わり方や教育内容について検討する必要があると考えた。

II. 研究目的

本研究は、看護技術チェックリストを用いて、成人看護学実習Ⅰ(急性期実習)および成人看護学実習Ⅱ(慢性期実習)での看護技術の経験状況を明らかにし、成人看護学実習における教育・指導内容について検討することを目的とした。

III. 成人看護学実習の展開

1. 成人看護学実習Ⅰ(急性期)

1) 実習目的

急性の経過をたどる対象者への看護実践ができるための基礎的能力を養うとともに、専門職業人としての創造性を持った思考を深め、さまざまな急性期治療の場における看護の役割と看護援助の実際を、看護過程の展開を通して学ぶ。

2) 実習目標

(1) 急性期にある患者の看護：疾病の急性増悪や突然発症または、周手術期における患者とその家族への看護を実践する。

①成人期にある患者の発達課題や社会的背景、生活背景を理解し、患者およびその家族と効果的なコミュニケーションを図り、信頼関係を築くことができる。

②急性期の患者の身体的症状を的確に把握し、状況に応じた看護過程を展開し、合併症予防または身体的苦痛を軽減させる看護を実践できる。

③患者に行われる術式や麻酔方法を理解し、術後に起こりうる合併症を予測したアセスメントおよび計画立案ができる。

④検査や手術を受ける患者と家族の心理を推察し、治療に対する心身の準備への援助の必要性を理解する。

⑤術中の看護の実際とその役割を理解する。

⑥治療に関わる医療チームにおける看護職の役割を理解し、チームメンバーの一員としての自己の責任を自覚することができる。

(2) 重篤な状態にある患者の看護：生命の危機的状況にあり、集中治療中の患者の看護を理解する。

①ICUやCCUの特殊性と役割を理解する。

②重篤な状態にある患者の観察方法や、安全・安楽を考えた日常生活援助の方法を理解する。

3) 展開方法

実習期間は3週間あり、3年後期から4年前期に履修する。主な実習病棟は、泌尿器科、外科、心臓血管外科、呼吸器外科、整形外科の診療科である。1名の患者を受け持ち、看護過程の展開を行いながら、援助技術を実践する。また、受け持ち患者の手術見学やICU見学も実施している。受け持ち患者の選定は、実習目標が達成しうる対象を、臨床指導者と相談のうえ行っている。

2. 成人看護学実習Ⅱ(慢性期)

1) 実習目的

長期にわたる療養生活や徐々に進行する慢性疾患を持つ対象を受け持ち、看護過程を展開するなかで、病気体験の意味を考慮し、心理・社会的側面や家族の抱える問題を明確にするなど対象を多面的・統合的に捉えることのできる基礎的能力を養う。その上で、日常生活の支援を行いながら、セルフケアの確立にむけた看護実践を行うとともに、看護専門職として必要な態度を養う。また、リハビリテーションの過程における看護の特徴や、がんおよび終末期患者の理解に努め、生命の尊厳および看護のあり方について考えを深める。

2) 実習目標

(1) 成人期にある人の発達課題および価値観・信条や生活背景を理解し、対象者ならびにその家族の意思を尊重した信頼関係を築くことができる。

(2) 対象者を全人的に捉え、健康の回復と、

今後の療養生活に向けた看護援助のために必要な情報収集ができる。

(3) 対象者の治療や生活機能に関する主観的・客観的情報を論理的思考とエビデンスに基づきアセスメントし、個別性を捉えた問題抽出から実施・評価までの一連の看護過程が展開できる。

(4) 対象者の援助に必要な看護の基本的技術の目的・必要性が説明でき、安全な方法でそれらを提供できる。

(5) 常に対象者の反応を観察し、その意思を確認しながら日常生活支援を行うことができる。さらに対象者の立場から、行った看護ケアを評価することができる。

(6) 対象者に実施されている治療や教育支援を通して、他の医療スタッフとの連携の重要性が理解でき、チームメンバーとしての自己の役割、責任を自覚した行動をとることができる。

(7) 文献や教育資源の活用などにより、自己の看護実践能力向上に向けて主体的に取り組むことができる。また、実習全般において客観的な自己評価を行うことができる。

3) 展開方法

実習期間は3週間あり、3年後期から4年前期に履修する。主な実習病棟は、呼吸器内科、神経内科、内分泌内科、血液内科の診療科である。1名の患者を受け持ち、看護過程の展開を行いながら、援助技術を実践する。受け持ち患者の選定は、急性期と同様に、実習目標が達成しうる対象を、臨床指導者と相談のうえ行っている。

IV. 研究方法

1. 調査対象

A大学看護学部で成人看護学実習Ⅰ（以下、急性期実習）・Ⅱ（以下、慢性期実習）を履修し研究参加の同意が得られた学生77名を対象とした。

2. 調査期間

2014年10月～2016年2月

3. 調査内容

調査に用いた看護技術チェックリストは、看護基礎教育の充実に関する検討会報告書（厚生労働省、2007）に基づき作成されたものである。本研究では、卒業時到達度レベルⅠ（単独で実施できる）34項目と大学独自に考案された「ミキシング」と「軟

膏塗布・湿布の貼用・点眼」を含む卒業時到達度Ⅱ（看護師・教員の指導のもとで実施できる）56項目の計90項目を用いた。90項目は13に分類されており、その内訳は【1. 環境調整技術】3項目、【2. 食事の援助技術】7項目、【3. 排泄援助技術】8項目、【4. 活動・休息援助技術】13項目、【5. 清潔・衣生活援助技術】15項目、【6. 呼吸・循環を整える技術】6項目、【7. 創傷管理技術】4項目、【8. 与薬の技術】6項目、【9. 救命救急処置技術】2項目、【10. 症状・生体機能管理技術】11項目、【11. 感染予防技術】6項目、【12. 安全管理の技術】6項目、【13. 安楽確保の技術】3項目である。これら90項目について、単独実施・見守り下実施・見学・未経験の4段階で学生が自己評価した。

4. 調査方法

急性期実習および慢性期実習終了後、学内のパソコンに保存しておいた看護技術チェックリストに学生が入力する方法で収集した。

5. 分析方法

看護技術チェックリスト90項目について、単独実施・見守り下実施・見学・未経験の単純集計を行った。さらに、単独実施・見守り下実施・見学を合わせた『経験』と『未経験』に分類し、急性期実習と慢性期実習それぞれの人数の割合を算出した。

6. 倫理的配慮

対象学生の成績確定後、全員が集合する国家試験自己採点会の場で、研究目的、任意性、匿名性、個人情報保護、参加の有無による不利益がないこと等について、文書と口頭で説明し同意を得た。本研究は、筆者が所属する大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号240）。

V. 結果

1. 学生の受け持ち患者の概要

受け持ち患者の概要について表1に示す。患者の平均年齢は、急性期実習67.4歳、慢性期実習74.5歳であった。男女比は、急性期実習1.4：1で男性の割合が多く、慢性期実習1：1.2で女性の割合が多かった。1回の実習で受け持つ患者数の平均は、急性期実習1.6人、慢性期実習1.2人であった。

表1 受け持ち患者概要

	成人看護学実習Ⅰ	成人看護学実習Ⅱ
平均年齢	67.4歳	74.5歳
男女比	1.4 : 1	1 : 1.2
受け持ち患者数 平均	1.6人	1.2人

2. 看護技術項目の経験の実態

急性期実習および慢性期実習における看護技術経験項目の集計結果を表2に示す。

急性期実習で50%以上の学生が経験できた項目は38項目あり、【1. 環境調整技術】の「快適な病床環境を作る」「基本的なベッドメイキング」、【2. 食事の援助技術】の「食事摂取状況のアセスメント」「栄養状態のアセスメント」、【3. 排泄援助技術】の「膀胱留置カテーテル法の観察」「膀胱留置カテーテル法の管理」、【4. 活動・休息援助技術】の「歩行・移乗の介助」「廃用症候群のリスクアセスメント」「入眠・睡眠を意識した日中の援助」「入眠を促す援助計画」「安静保持の援助」「体動制限による苦痛の緩和」、【5. 清潔・衣生活援助技術】の「入浴前・中・後の観察」「清潔援助を通して観察」「洗髪援助を通して観察」「口腔ケアを通して観察」「身だしなみ」「陰部の清潔保持」、【6. 呼吸・循環を整える技術】の「酸素吸入療法の観察」「体温調節」、【7. 創傷管理技術】の「褥創発生の危険をアセスメント」「褥創予防のためのケア計画」「創傷の観察」、【8. 与薬の技術】の「経口薬の服薬後の観察」「点滴静脈内注射の観察」、【9. 救命救急処置技術】の「意識状態の観察」、【10. 症状・生体機能管理技術】の「バイタルサイン測定」「一般状態の変化」「系統的な症状の観察」「測定値・症状等からのアセスメント」、【11. 感染予防技術】の「スタンダード・プリコーションに基づく手洗い」「防護用具の装着」「使用器具の感染防止の取り扱い」「感染性廃棄物の取り扱い」、【12. 安全管理の技術】の「患者誤認防止策の実施」「療養病床を安全に整える」「転倒・転落・外傷予防」、【13. 安楽確保の技術】の「安楽な体位の保持」「安楽を促進するためのケア」「精神的安寧を保つための工夫」であった。そのうち、80%以上の学生が経験できた項目は18項目あり、「快適な病床環境を作る」、「食事摂取状況のアセスメント」、「栄養状態のアセスメント」、「膀胱留置カテーテル法の観察」、「清潔援助を通して観察」、「創傷の観察」、「意識状態の観察」、「バイタルサイン測定」、「一般状態の変化」、「系統的な症状の観察」、「測定値・症状等からのアセスメント」、

「スタンダード・プリコーションに基づく手洗い」、「防護用具の装着」、「療養病床を安全に整える」、「転倒・転落・外傷予防」、「安楽な体位の保持」、「安楽を促進するためのケア」、「精神的安寧を保つための工夫」であった。一方、50%以上の学生が未経験だった項目は51項目あり、分類別に【1. 環境調整技術】1項目、【2. 食事の援助技術】5項目、【3. 排泄援助技術】6項目、【4. 活動・休息援助技術】7項目、【5. 清潔・衣生活援助技術】10項目、【6. 呼吸・循環を整える技術】4項目、【7. 創傷管理技術】1項目、【8. 与薬の技術】4項目、【9. 救命救急処置技術】1項目、【10. 症状・生体機能管理技術】7項目、【11. 感染予防技術】2項目、【12. 安全管理の技術】3項目であった。

慢性期実習で50%以上の学生が経験できた項目は27項目あり、【1. 環境調整技術】の「快適な病床環境を作る」「基本的なベッドメイキング」、【2. 食事の援助技術】の「食事摂取状況のアセスメント」「栄養状態のアセスメント」、【4. 活動・休息援助技術】の「車椅子の移送」「歩行・移乗の介助」「入眠・睡眠を意識した日中の援助」、【5. 清潔・衣生活援助技術】の「入浴前・中・後の観察」「清潔援助を通して観察」「口腔ケアを通して観察」、【7. 創傷管理技術】の「褥創発生の危険をアセスメント」、【8. 与薬の技術】の「経口薬の服薬後の観察」、【9. 救命救急処置】の「意識状態の観察」、【10. 症状・生体機能管理技術】の「バイタルサイン測定」「一般状態の変化」「系統的な症状の観察」「測定値・症状等からのアセスメント」、【11. 感染予防技術】の「スタンダード・プリコーションに基づく手洗い」「防護用具の装着」「使用器具の感染防止の取り扱い」「感染性廃棄物の取り扱い」、【12. 安全管理の技術】の「患者誤認防止策の実施」「療養病床を安全に整える」「転倒・転落・外傷予防」、【13. 安楽確保の技術】の「安楽な体位の保持」「安楽を促進するためのケア」「精神的安寧を保つための工夫」であった。そのうち80%以上の学生が経験できた項目は12項目あり、「快適な病床環境を作る」、「基本的なベッドメイキング」、「食事摂取状況のアセスメント」、「栄養状態のアセスメント」、「バイタルサイン測定」、「一般状態の変化」、「系統的な症状の観察」、「測定値・症状等からのアセスメント」、【スタンダード・プリコーションに基づく手洗い」、「防護用具の装着」、「療養病床を安全に整える」、「転倒・転落・外傷予防」であった。一方、50%以上の学生が未経験だった項目は64項目あり、分類別

成人看護学実習における看護技術経験の実態

表2-1 成人看護学実習Ⅰ・Ⅱにおける看護技術経験項目の集計結果(分類1～5)

分類	項目	成人看護学実習Ⅰ(n=77)				成人看護学実習Ⅱ(n=77)			
		経験(%)			未経験(%)	経験(%)			未経験(%)
		単独実施	見守り下 実施	見学		単独実施	見守り下 実施	見学	
1 環境調整技術	快適な病室環境を作る	89.87	6.33	2.53	1.27	97.50	2.50	0.00	0.00
	基本的なベッドメイキング	37.97	21.52	1.27	39.24	85.00	6.25	1.25	7.50
	臥床患者のリネン交換	3.80	7.59	0.00	88.61	23.75	8.75	0.00	67.50
2 食事の援助技術	嚥下障害のない患者の 食事介助	25.32	1.27	5.06	68.35	30.00	2.50	5.00	62.50
	食事摂取状況のアセスメント	81.01	13.92	2.53	2.53	83.75	6.25	0.00	10.00
	経管栄養法を受けている 患者の観察	1.27	1.27	0.00	97.47	0.00	1.25	1.25	97.50
	栄養状態のアセスメント	83.54	11.39	1.27	3.80	85.00	3.75	1.25	10.00
	食事指導	7.59	21.52	6.33	64.56	10.00	7.50	2.50	80.00
	食生活改善の計画	12.66	24.05	2.53	60.76	21.25	7.50	1.25	70.00
	経鼻胃チューブからの 流動食注入	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	1.25	98.75
3 排泄援助技術	自然排便	24.05	12.66	8.86	54.43	31.25	7.50	1.25	60.00
	自然排尿	13.90	13.90	5.10	67.10	18.75	5.00	3.75	72.50
	便器・尿器の選択と排泄介助	0.00	2.50	3.80	93.70	13.75	1.25	1.25	83.75
	膀胱留置カテーテル法の観察	21.52	39.24	25.32	13.92	10.00	2.50	1.25	86.25
	ポータブルトイレの排泄介助	0.00	0.00	1.30	98.70	0.00	3.75	1.25	95.00
	おむつ交換	1.27	5.06	3.80	89.87	23.75	12.50	0.00	63.75
	失禁のケア	2.53	5.06	1.27	91.14	8.75	3.75	0.00	87.50
	膀胱留置カテーテル法の管理	12.66	26.58	39.24	21.52	3.90	2.60	1.30	92.20
4 活動・休息援助技術	車椅子の移送	11.39	15.19	16.46	56.96	38.75	12.50	3.75	45.00
	歩行・移乗の介助	44.30	26.58	5.06	24.05	41.25	17.50	2.50	38.75
	廃用症候群のリスク アセスメント	39.24	15.19	1.27	44.30	30.00	3.75	0.00	66.25
	入眠・睡眠を意識した 日中の援助	54.43	15.19	1.27	29.11	46.25	8.75	0.00	45.00
	入眠を促す援助計画	45.57	11.39	5.06	37.97	37.50	5.00	2.50	55.00
	臥床患者の体位変換	3.80	12.66	15.19	68.35	20.00	8.75	1.25	70.00
	ベッドから車椅子への 移乗介助	3.80	15.19	8.86	72.15	23.75	20.00	2.50	53.75
	廃用症候群予防	15.19	12.66	1.27	70.89	8.75	6.25	6.25	78.75
	安静保持の援助	34.18	24.05	15.19	26.58	28.75	7.50	2.50	61.25
	体動制限による苦痛の緩和	20.25	27.85	11.39	40.51	17.50	8.75	1.25	72.50
	ベッドからストレッチャー への移乗介助	1.27	0.00	13.92	84.81	0.00	7.50	1.25	91.25
	ストレッチャー移送	1.27	1.27	17.72	79.75	0.00	3.75	3.75	92.50
	関節可動域訓練	4.11	4.11	15.07	76.71	2.50	6.25	6.25	85.00
5 清潔・衣生活援助 技術	入浴前・中・後の観察	37.97	16.46	2.53	43.04	53.85	5.13	1.28	39.74
	足浴・手浴	5.06	13.92	1.27	79.75	37.50	8.75	1.25	52.50
	清潔援助を通して観察	31.65	59.49	1.27	7.59	58.75	11.25	1.25	28.75
	洗髪援助を通して観察	20.25	36.71	3.80	39.24	28.75	6.25	2.50	62.50
	口腔ケアを通して観察	6.33	2.53	1.27	89.87	46.25	1.25	2.50	50.00
	身だしなみ	34.18	25.32	2.53	37.97	30.00	8.75	3.75	57.50
	臥床患者の寝衣交換 (輸液ライン等なし)	5.06	11.39	2.53	81.01	8.75	11.25	0.00	80.00
	入浴介助	13.92	12.66	2.53	70.89	18.75	15.00	6.25	60.00
	陰部の清潔保持	7.59	32.91	15.19	44.30	26.25	12.50	1.25	60.00
	臥床患者の清拭	2.53	21.52	5.06	70.89	16.25	11.25	1.25	71.25
	臥床患者の洗髪	1.27	5.06	0.00	93.67	11.25	5.00	5.00	78.75
	意識のない患者の口腔ケア	2.53	0.00	0.00	97.47	8.75	2.50	1.25	87.50
	口腔ケアの計画	6.33	1.27	1.27	91.14	31.25	3.75	0.00	65.00
	寝衣交換 (輸液ライン等入っている)	1.27	29.11	5.06	64.56	11.25	12.50	2.50	73.75
沐浴	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00	100.00	

■ 経験が50%以上のものを示す

■ 経験が80%以上のものを示す

表2-2 成人看護学実習Ⅰ・Ⅱにおける看護技術経験項目の集計結果 (分類6~13)

分類	項目	成人看護学実習Ⅰ (n=77)				成人看護学実習Ⅱ (n=77)			
		経験 (%)			未経験 (%)	経験 (%)			未経験 (%)
		単独実施	見守り下 実施	見学		単独実施	見守り下 実施	見学	
6 呼吸・循環を整える技術	酸素吸入療法の観察	15.19	12.66	29.11	43.04	20.00	1.25	2.50	76.25
	温罨法・冷罨法	17.72	11.39	13.92	56.96	32.50	10.00	2.50	55.00
	体温調節	31.65	12.66	17.72	37.97	37.50	5.00	0.00	57.50
	末梢循環促進のためのケア	10.13	15.19	13.92	60.76	27.50	5.00	1.25	66.25
	酸素吸入療法の実施	1.27	2.53	39.24	56.96	2.50	5.00	12.50	80.00
	気管内加湿	2.53	0.00	12.66	84.81	2.50	0.00	1.25	96.25
7 創傷管理技術	褥創発生の危険を アセスメント	53.16	13.92	8.86	24.05	48.75	2.50	0.00	48.75
	褥創予防のためのケア計画	30.38	5.06	16.45	48.10	36.25	6.25	0.00	57.50
	褥創予防のためのケア実施	8.86	15.19	21.52	54.43	25.00	15.00	1.25	58.75
	創傷の観察	34.18	53.16	1.27	11.39	15.00	10.00	1.25	73.75
8 与薬の技術	経口薬の服薬後の観察	40.51	10.13	7.59	41.77	48.75	8.75	3.75	38.75
	経皮・外用薬の投与前後の 観察	6.33	5.06	5.06	83.54	31.25	1.25	0.00	67.50
	直腸内与薬の投与前後の観察	1.27	2.53	3.80	92.41	3.75	0.00	0.00	96.25
	点滴静脈内注射の観察	32.91	26.58	8.86	31.65	37.50	6.25	3.75	52.50
	ミキシング	1.27	11.39	12.66	74.68	13.75	6.25	5.00	75.00
	軟膏塗布・湿布の貼用・点眼	2.53	3.80	3.80	89.87	20.00	3.75	7.50	68.75
	9 救命救急処置	緊急時の応援要請	44.30	1.27	1.27	53.16	32.50	0.00	1.25
意識状態の観察	59.49	16.46	6.33	17.72	53.75	6.25	0.00	40.00	
10 症状・生体機能 管理技術	バイタルサイン測定	92.41	5.06	1.27	1.27	96.25	0.00	1.25	2.50
	身体計測	5.06	2.53	2.53	89.87	2.50	1.25	1.25	95.00
	一般状態の変化	77.22	17.72	0.00	5.06	90.00	1.25	0.00	8.75
	系統的な症状の観察	70.89	20.25	1.27	7.59	81.25	5.00	0.00	13.75
	測定値・症状等からの アセスメント	82.28	13.92	0.00	3.80	90.00	3.75	0.00	6.25
	採尿方法と尿検体の 取り扱い	0.00	1.27	3.80	94.94	0.00	0.00	1.25	98.75
	簡易血糖測定	0.00	0.00	15.19	84.81	6.25	1.25	16.25	76.25
	検査のための患者の準備	10.13	8.86	16.46	64.56	10.00	15.00	3.75	71.25
	検査の介助	6.33	5.06	8.86	79.75	3.75	2.50	11.25	82.50
	検査後の安静保持	3.80	8.86	3.80	83.54	7.50	8.75	3.75	80.00
	検査前・中・後の観察	7.59	13.92	3.80	74.68	15.00	5.00	2.50	77.50
11 感染予防技術	スタンダード・プリ コーションに基づく手洗い	96.20	1.27	1.27	1.27	98.75	0.00	0.00	1.25
	防護用具の装着	82.28	7.59	1.27	8.86	82.50	2.50	0.00	15.00
	使用器具の感染防止の 取り扱い	60.76	10.13	3.80	25.32	61.25	1.25	0.00	37.50
	感染性廃棄物の取り扱い	58.23	11.39	3.80	26.58	63.75	0.00	2.50	33.75
	無菌操作	13.92	12.66	21.52	51.90	8.75	2.50	5.00	83.75
	針刺し事故防止対策	6.33	5.06	17.72	70.89	3.75	5.00	15.00	76.25
12 安全管理の技術	インシデント・アクシデ ント後の速やかな報告	24.05	3.80	1.27	70.89	26.25	1.25	1.25	71.25
	災害時の行動	10.13	1.27	0.00	88.61	11.25	0.00	1.25	87.50
	患者誤認防止策の実施	29.11	8.86	32.91	29.11	37.50	6.25	11.25	45.00
	療養病床を安全に整える	63.29	15.19	2.53	18.99	75.00	6.25	0.00	18.75
	転倒・転落・外傷予防	58.23	21.52	5.06	15.19	72.50	7.50	1.25	18.75
	放射線暴露防止	11.39	5.06	0.00	83.54	5.00	0.00	1.25	93.75
13 安楽確保の技術	安楽な体位の保持	55.88	17.65	11.76	14.71	50.00	11.25	1.25	37.50
	安楽を促進するためのケア	46.84	32.91	10.13	10.13	50.00	11.25	1.25	37.50
	精神的安寧を保つための 工夫	60.76	25.32	3.80	10.13	62.50	5.00	0.00	32.50

■ 経験が50%以上のものを示す
 ■ 経験が80%以上のものを示す

に【1. 環境調整技術】1項目、【2. 食事の援助技術】5項目、【3. 排泄援助技術】8項目、【4. 活動・休息援助技術】10項目、【5. 清潔・衣生活援助技術】13項目、【6. 呼吸・循環を整える技術】6項目、【7. 創傷管理技術】3項目、【8. 与薬の技術】5項目、【9. 救命救急処置技術】1項目、【10. 症状・生体機能管理技術】7項目、【11. 感染予防技術】2項目、【12. 安全管理の技術】3項目であった。

VI. 考察

1. 看護技術経験の特徴

看護技術チェックリストを用いて成人看護学実習を履修する学生の看護技術経験を調査した。その結果、急性期実習・慢性期実習ともに経験できた割合が80%以上の看護技術は、「快適な病床環境を作る」、「食事摂取状況のアセスメント」、「栄養状態のアセスメント」、「バイタルサイン測定」、「一般状態の変化」、「系統的な症状の観察」、「測定値・症状等からのアセスメント」、「スタンダード・プリコーションに基づく手洗い」、「防護用具の装着」、「療養病床を安全に整える」、「転倒・転落・外傷予防」であった。急性期実習のみで経験できた割合が80%以上の項目は、「膀胱留置カテーテル法の観察」、「清潔援助を通して観察」、「創傷の観察」、「意識状態の観察」、「安楽な体位の保持」、「安楽を促進するためのケア」、「精神的安寧を保つための工夫」であり、慢性期実習のみで経験できた割合が80%以上の看護技術は、「基本的なベッドメイキング」であった。これらの結果は、受け持ち患者が周手術期にあることやセルフケア不足にあること、平均年齢が高いことを反映していると考えられる。これら経験できた割合の高い看護技術は、【1. 環境調整技術】や【2. 食事の援助技術】、【10. 症状・生体機能管理技術】、【11. 感染予防技術】、【13. 安全管理の技術】に分類されており、入院環境の中で患者の安全・安楽を守るための基本的な技術であり、看護者が自身を守るための技術でもあると言える。また、対象理解に必要な情報を根拠に基づいてアセスメントし看護援助を見出すために重要な技術でもある。したがって、学生が臨地実習で習得すべき看護技術は経験できていると考える。しかし、成人看護学実習では対象の状態によって看護技術の難易度が大幅に異なることがあり、経験回数や技術到達度を評価していない本研究の

結果においては、看護技術経験が十分であるとは言えない。

また、急性期実習、慢性期実習ともに50%以上の学生が未経験だった看護技術は、それぞれ51項目、64項目と多かった。これは、受け持ち患者の病状や状態によって看護技術経験に差が生じることや、看護師免許を持っていない学生が受け持ち患者以外の看護技術の実施や見学を許可されていないことに起因すると考えられる。急性期実習および慢性期実習の目標は、看護技術の習得のみを重視しているわけではないが、成人期にある患者への日常生活援助を通して看護過程を展開するという実習目標を踏まえると、患者の反応を直接捉えることができる看護技術の経験は重要となる。岡田ら(2008)が、実習中の見学が将来の領域実習や卒後の技術修得にも影響すると考え、積極的に見学学習を促すことを推奨しているように、教員には、臨地実習における看護技術の経験の機会を意図的にもつことや、経験の少なさを補う関わりが必要になると考える。

2. 学生の看護技術経験に対する教員の関わり

東ら(2011)が、基礎教育課程にある学生が臨地実習で習得する看護技術の内容は限定される傾向が顕著になっていると述べているように、臨地実習の場で学生が看護技術の経験を増やすことには限界がある。しかし、受け持ち患者の看護過程を展開する成人看護学実習であるからこそ、看護技術は看護過程のプロセスの基盤をなすものであり、看護技術経験は軽視されるべきでない。そこで重要となるのは教員の関わりであり、その具体的方策を次に提案する。

1) 経験した看護技術から最大限の学びを得る関わり

学生が経験する看護技術は限られているが、少ない経験からでも最大限の学びが得られるよう関わる必要があると考える。

成人看護学実習では看護技術を経験した後に臨地実習指導者または教員と口頭でその振り返りを行っているが、その思考が実習記録に整理して記述されているか、援助計画は修正・追加されているかを確認し、行った看護援助が看護過程のプロセスにどのように反映しているのかを学生が理解できるよう確認、指導していく必要がある。鈴木(2006)は、看護技術を対象の特性に合わせてアレ

ンジして提供したとき、初めて対象に適した看護ケアになりうると述べている。学生が自身の看護技術を評価し、根拠ある思考に基づいて次の援助計画を立案して実施するというプロセスの中で看護援助を構成していけるよう導くことが重要となる。

また、成人看護学実習では患者の状態によって予定外の検査や処置、看護援助が行われることがある。平木(2002)が、臨地実習前の学内演習の意義は臨地実習での応用力・判断力、統合する能力を発揮するための準備として重要であると述べているように、事前学習は不可欠である。しかし、学生が事前学習を行っていない事柄が発生する機会は多く、その機会を無駄にすることはできない。原田ら(2007)が、学生は一度実施した看護技術は躊躇なく実施する傾向にあると述べているように、看護技術の経験を積み重ねていくことは重要である。そこで、予定外の検査や処置、看護援助についても可能な限り見学するようにし、見学後にその意義や方法、手順、患者の反応を学習することで、後追いであっても学びが深まるよう関わる必要があると考える。

さらに、成人看護学実習では、実習中のカンファレンスを活用して、手術見学や看護技術を経験した学生の学びを共有している。仲間の実体験に基づいた経験を聞くことで、学生はまるで自分が経験したかのような感覚を得て、主観的にも客観的にもその場面を捉えることができる。そして、学生間でよりよい看護援助について意見交換を行えば、未経験であっても学びを補うことができるものとする。このように、教員は学生の看護技術の経験を学生間で共有する機会を設け、学びを深める働きかけが必要であると考える。

2) 看護技術経験の機会を逃さない関わり

佐々木ら(2008)は、受け持ち患者の看護過程を展開する実習では思考能力の育成に焦点化されるため、技術習得のための学習の機会が限られると指摘している。看護過程の展開を中心に置く成人看護学実習において、思考の整理や実習記録の充実化に重きを置く学生が多く、積極的な看護技術の実践にまで行動が及んでいない場合がある。また、学生によっては、看護技術を看護過程とは切り離れた単独の援助行為として捉える者もあり、そのために看護技術の経験の機会を逃している可能性が考えられる。

例えば結果より、「点滴静脈内注射の観察」の経験は、急性期実習で32.91%・26.58%・8.86%(単独実施・見守り下実施・見学;以下同様)、慢性期実習で37.50%・6.25%・3.75%であるが、「ミキシング」の経験は急性期実習で1.27%・11.39%・12.66%、慢性期実習で13.75%・6.25%・5.00%、「針刺し事故防止対策」の経験は急性期実習で6.33%・5.06%・17.72%、慢性期実習で3.75%・5.00%・15.00%と、「点滴静脈内注射の観察」の経験より低かった(表2-2)。「ミキシング」と「針刺し事故防止対策」はいずれも点滴静脈内注射の与薬の一連の過程にあり、本来、経験できているはずである。学生の立案した看護計画や看護手順が看護技術を最大限経験できる内容まで立案できているか、という視点でも指導する必要があると考える。

また、学内演習で習得している看護技術であっても、臨地実習では自信のなさから見学を申し出る学生が多い。臨地実習では個々に病状や健康問題の異なる患者に対し、学生が実施を躊躇することは当然である。しかし、看護技術の一連の手順の中で、準備や後片付けはもちろん、患者への援助前の説明や実施者の補助など実施できることはある。学生がこれまで習得してきた知識や技術のレディネスを教員は十分理解し、実施できること、見学すべきことを学生が判断して臨地実習指導者に説明できるよう導く関わりが必要となる。学生のレディネス把握には、看護技術チェックリストの活用が役立つと考える。臨地実習が終了した後に経験項目にチェックするツールとして利用するだけではなく、臨地実習の開始前に教員、学生の双方で看護技術経験の内容を共通理解しておき、実習中は学生が立案した看護計画の中に、看護技術の経験の機会を逃していないかを確認し、不足の場合は学生が適時適切に気付いて経験できるよう関わる必要がある。

このようにして、看護技術を経験した学生は、自信を得て、さらなる看護技術の経験に意欲を示し、技術の習得につながっていくという良い循環が生まれるのではないかと考える。

VII. 結論

今回、看護技術チェックリストを用いて成人看護学実習を履修する学生の看護技術経験を調査した結果、急性期実習、慢性期実習ともに経験できた割合の高い看護技術は、「快適な病床環境を作

る)、「食事摂取状況のアセスメント」、「栄養状態のアセスメント」、「バイタルサイン測定」、「一般状態の変化」、「系統的な症状の観察」、「測定値・症状等からのアセスメント」、「スタンダード・プリコーションに基づく手洗い」、「防護用具の装着」、「療養病床を安全に整える」、「転倒・転落・外傷予防」であった。急性期実習・慢性期実習で未経験の項目は、それぞれ51項目、64項目と多かった。

臨地実習において学生が看護技術の経験を増やすことには限界はあるが、少ない経験からでも最大限の学びが得られるよう関わることや、看護技術の経験の機会を逃さない関わりが教員には必要であると示唆された。

VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、1大学による調査であり、対象学生が3年生後期から4年生前期までと幅があること、学生の看護技術経験の自己評価と、教員や臨地実習指導者の認識に齟齬がある可能性から、一般化には限界がある。

今後は、看護技術の習得度を明らかにし、学内演習や実習目標の達成度との関連性について検討する必要がある。

謝辞

研究にご協力いただきましたA大学看護学部の学生の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究の結果の一部は、日本看護学教育学会第26回学術集会にて発表を行った。

文献

- 東雅代・村井嘉子・大場みゆき・阿部智恵子・天津栄子・多久和典子・武政奈保子ほか。(2011). 臨地実習における看護技習得状況の実態(2009年報告). 石川看護雑誌, 8, 61-71
- 原田真理子・新田純子・長内志津子・漆坂真弓・中村令子・木村紀美・村田千代。(2009). 成人看護臨床実習における看護技術の実施・習得状況および今後の課題－慢性期・周術期の特徴の明確化と学内演習の充実にむけて－. 弘前学院大学看護紀要, 4, 11-24
- 平木民子。(2002). 看護学教育における臨地実習前の学内演習の意義－日本赤十字広島看護大

学のカリキュラム－. Quality Nursing, 8(10), 6-10

厚生労働省。(2007). 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書(アクセス日 2016.9.1) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>

厚生労働省。(2011). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書(アクセス日 2016.9.1) <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf>

岡田ルリ子・青木光子・相原ひろみ・徳永なみじ・和田由佳里・関谷由佳里・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－. 愛知県立医療技術大学紀要, 5(1), 65-73

佐々木秀美・松井英俊・金子潔子・岩本由美・松原みゆき・田村和恵・迫田千加子ほか。(2008). 成人看護学臨地実習における看護技術取得状況の実態調査報告. 看護学統合研究, 9(2), 19-29

鈴木純恵。(2006). 看護教育における看護技術教育－成人看護学－. 阿曾洋子ら(編), 実践へつなぐ看護技術教育, 16-19. 医歯薬出版.

