

看護学生の卒業時における臨床看護技術の到達度の実態 ——「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」調査結果より——

峰村 淳子*, 山内 麻江*, 近藤 英二*

key words : 看護学生 臨床看護技術 看護基礎教育 卒業時 到達度

【要旨】 本研究の目的は、改正カリキュラム施行前の卒業時の学生の看護技術の到達度の実態を明らかにすると共に、看護技術教育内容の検討と技術の到達度の把握方法に関連する基礎的資料を得ることである。研究対象は、3年次臨地実習すべてが終了した本校学生80名であり、研究方法は自記式質問紙調査とし、実習終了1週間後と4週間後の2回法とした。

分析の結果、Ⅰ.単独で実施できるⅡ.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、のそれぞれの到達レベルに対し学生の30%以上ができないと捉えた項目は141項目中の44項目であった。Ⅳの習得の低さが目立ち、知識の関連統合に向けた教師の関わりの重要性が示唆された。実習や演習での経験、体験は自信につながり、肯定的な回答に反映していた。看護技術が思考と統合されながら確実に積み重なり、看護実践能力へと発展するように、実践経験を通して獲得する知の育成のための授業、臨地実習の具体的方法について、今まで以上に教師は研鑽を重ね教育技術を高めていかなければならないと考える。

はじめに

わが国では、多くの看護師等養成施設が独自に卒業時の臨床技術評価のための技術項目と到達目標を設定しており、本校にも従来から検討を重ねつつ活用している看護技術のチェックリストがある。しかしこれらは養成機関で差異があり、卒業直後の新人看護師の臨床技術能力の格差に結びついているとの指摘もあった^{1)~4)}。また、最近では臨床現場の看護業務の多様化・複雑化、患者の人権への配慮、医療安全確保対策の強化の中で、臨地実習で学生が実践できる臨床技術の範囲・機会が制限されているため卒業時に一人で実施できる臨床技術の種類は限られ、就職後は高度な医療を提供する現場に適応できず、不安を抱えていることが、早期離職の一要因として指摘されている^{1)~4)}。

このような事もあり、この度の平成21年4月施行の看護基礎教育改正カリキュラムにおいて、国として初めて具体的な『看護師教育の技術項目の卒業時の到達度』⁵⁾が提示された。これは、看護基礎教育卒業時に

すべての看護学生が修得しておく必要がある技術の種類と到達度を明確にし、看護基礎教育における技術教育の効果を評価する際の参考指標として作成されたものである⁵⁾。平成19年10月の看護課長通知においては、これらを各看護師養成所における教育目標のガイドラインとする旨も示された。

つまり看護基礎教育において看護実践能力につながるよう看護技術教育を充実させることが、改正カリキュラムの重要な課題なのである。

本校が所属する東京都私立医大系看護学校研究会では、全7校の3年次の実習終了後の学生に対し『看護師教育の技術項目と卒業時の到達度(案)』⁴⁾を活用した看護技術の到達度の実態調査を実施した。

そこで、その調査結果における本校の学生の看護技術の到達度の実態を把握し、本校における改正カリキュラム検討における基礎資料とすることとした。

* 東京医科大学看護専門学校専任教員

I. 研究目的

本校における改正カリキュラム施行前の卒業時の学生の看護技術の到達度の実態を明らかにし、改正カリキュラムにおける看護技術教育内容の検討と技術の到達度の把握方法に関連する基礎的資料を得る。

II. 研究方法

1. 調査方法：自記式質問紙調査、集合法

『看護師教育の技術項目の卒業時の到達度（案）』⁴⁾の13の大項目別に整理された141の技術項目は、卒業時の到達度として示してある“Ⅰ. 単独で実施できる”, “Ⅱ. 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”の特定レベルごとに並べ替えた設問構成とし作成した。141技術項目に対し、回答は学生の自己評価による「はい」と「いいえ」の2件法とする。

さらに個人特性として、基本属性、学習目標志向性、学校生活満足度、講義・臨地実習出席状況、学習環境要因等を加えた。

2. 調査対象者と調査時期：

平成19年度卒業生80名

1回目：3年次臨地実習すべてが終了した1週間後（2007年11月14日）

2回目：1回目調査後約4週間後（2007年12月12日）

3. 分析方法：単純集計による分析

4. 倫理的配慮：

対象学生には、調査前に本調査の主旨の説明と評価には一切関係しない事を口頭および書面で説明し、説明および回収は本校教員以外の他施設の研究者が担当した。無記名とし封筒に調査票を封入して提出を求め提出を持って同意を得た事とした。

※本研究は東京私立医大系看護学校研究会（計7校）の共同研究としての取り組みの一部のデータを活用しまとめるものであり、基幹研究において首都大学荒川キャンパス研究安全倫理委員会の承認を受けている。

III. 結果

対象学年80名中、1回目の調査の回収は77名（回収率87.5%）、有効回答数77名（有効回答率100%）であった。2回目の調査は、欠席者等もあり回収が66名であった。到達度結果としては、1回目調査を分析対象にした。尚、個人特性については2回目に調査したため、2回目の結果を活用する。

1. 対象の基本属性（表1）

年齢は21～22歳が75.7%であり、23歳以上が12.1%であった。男性3.0%、女性97.0%で、社会人経験のある者6.1%、ない者92.4%であった。臨地実習はほとんど出席100%、講義はほとんど出席80.3%、講義は規則に触れない程度出席19.7%であった。3年次実習終了直後の時期における学校生活の満足度は、満足68.2%、どちらとも言えない28.8%、不満3.0%であった。

2. 技術項目の到達度（表2-1, 2-2, 2-3, 2-4）

“Ⅰ. 単独で実施できる”, “Ⅱ. 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”のそれぞれの到達レベル（以後は、Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳレベルと称す）をふまえ学生の実感として「はい」と応えた者の人数の比率が70%以下であった項目、つまり自己評価でこのレベルで“できない”と捉えている学生の人数が30%以上であった項目は、全141項目中本校は44項目、7校全体では48項目であった。

その内訳はⅠレベルは本校4項目・7校全体3項目、Ⅱレベルは本校4項目・7校全体8項目、Ⅲレベルは本校13項目・7校全体13項目、Ⅳレベルは本校24項目・7校全体23項目であった。ⅢレベルとⅣレベルが本校も7校全体もその項目数は多かった。本校の実態と7校全体との差はあまりなかった。

1) Ⅰレベル：単独で実施できる

到達度の低い項目は、「経管栄養法を受けている患者の観察ができる」、「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」、「廃用性症候群のリスクをアセスメントできる」、「酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる」の4項目であった。

2) Ⅱレベル：指導のもとで実施できる

到達度の低い項目は、「看護師・教員の指導のもとで、関節可動域訓練ができる」、「看護師・教員の指導のもとで、気管内加湿ができる」、「看護師・教員の指導のもとで、直腸内与薬の投与前後の観察ができる」、「看護師・教員の指導のもとで、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」の4項目であった。

3) Ⅲレベル：学内演習で実施できる

到達度の低い項目は、「モデル人形での経鼻胃チューブの挿入・確認ができる」、「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」、「モデル人形にグリセリン浣腸ができる」、「モデル人形で気管内吸

表1 対象の属性
n=66

項目	カテゴリー	人数	%
年齢	不明	8	12.1
	20歳	0	0.0
	21歳	49	74.2
	22歳	1	1.5
	23歳以上	8	12.1
性別	女性	64	97.0
	男性	2	3.0
社会人経験	不明	1	1.5
	ある	4	6.1
	ない	61	92.4
講義の出席状況	ほとんど出席	53	80.3
	規則に触れない程度	13	19.7
臨地実習の出席状況	ほとんど出席	66	100.0
	規則に触れない程度	0	0.0
現在の学校生活の満足度	満足している	45	68.2
	不満である	2	3.0
	どちらとも言えない	19	28.8
現在の学校生活以外の個人生活満足度	満足している	37	56.1
	不満である	5	7.6
	どちらとも言えない	24	36.4
看護への関心度	3	3	4.62
	4	3	4.62
	5	5	7.69
	6	9	13.85
	7	6	9.23
	8	22	33.85
	9	8	12.31
	10	9	13.85

※2回目(2007.12.12調査結果より)

引ができる], 「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」, 「学生間で基本的な包帯法が実施できる」, 「モデル人形に直腸内与薬が実施できる」, 「モデル人形または学生間で皮下注射が実施できる」, 「モデル人形に点滴静脈内注射ができる」, 「学内演習で輸液ポンプの基本的な操作ができる」, 「モデル人形で閉鎖式心マッサージが正しく実施できる」, 「モデル人形または学生間で静脈血採血が実施できる」の13項目であった。

4) IVレベル: 知識としてわかる

到達度の低い項目は, 「電解質データの基準値からの逸脱がわかる」, 「失禁をしている患者の皮膚粘膜の保護がわかる」, 「基本的な排便の方法, 実施上の留意点がわかる」, 「ストーマを造設した患者の一般的な生活上の留意点がわかる」, 「廃用性症候群予防のための呼吸機能を高める援助がわかる」, 「気管内吸引時の観

察点がわかる」, 「人工呼吸器装着中の患者の観察点がわかる」, 「低圧胸腔内持続吸引中の患者の観察点がわかる」, 「循環機能のアセスメントの視点がわかる」, 「創傷処置に用いられる代表的な消毒薬の特徴がわかる」, 「経皮・外用薬の与薬方法がわかる」, 「中心静脈内栄養を受けている患者の観察点がわかる」, 「皮内注射後の観察点がわかる」, 「皮下注射後の観察点がわかる」, 「薬理作用をふまえて静脈内注射の危険性がわかる」, 「静脈内注射実施中の異常な状態がわかる」, 「抗生物質を投与されている患者の観察点がわかる」, 「インシュリン製剤の種類に応じた投与方法がわかる」, 「インシュリン製剤を投与されている患者の観察点がわかる」, 「麻薬を投与されている患者の観察点がわかる」, 「輸血が生体に及ぼす影響をふまえ, 輸血前・中・後の観察点がわかる」, 「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方がわかる」, 「身

表2-1 各技術項目に対し「はい」の回答比率(その1)

レベル	技術の種類	技術項目	本校(n=77)	7校全体(n=636)
			%	%
I・単独で実施できる	環境調整技術	患者にとって快適な病室環境を作ることができる	97.4	97.17
		基本的なベッドメイキングができる	97.4	98.74
	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)	90.91	89.62
		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	90.91	91.5
		経管栄養法を受けている患者の観察ができる	53.25*	54.96
	排泄援助技術	自然な排便を促すための援助ができる	92.21	90.88
		自然な排尿を促すための援助ができる	83.12	72.28
		患者に合わせた便器・尿器を選択し, 排泄援助ができる	71.43	66.98
		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	64.94*	83.31
	活動・休息援助技術	患者を車椅子で移送できる	100	98.43
		患者の歩行・移動介助ができる	92.21	95.28
		廃用性症候群のリスクをアセスメントできる	54.55*	75.00
		入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる	81.58	89.76
		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	72.73	80.5
	清潔・衣生活援助技術	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	75.32	84.43
		患者の状態に合わせた足浴・手浴ができる	100	97.17
		清拭援助を通して, 患者の観察ができる	98.7	98.74
		洗髪援助を通して, 患者の観察ができる	93.51	93.08
		口腔ケアを通して, 患者の観察ができる	84.42	84.25
		患者が身だしなみを整えるための援助ができる	96.1	97.32
		輸液ライン等が入っていない臥床患者の寝衣交換ができる	93.51	93.71
	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	49.35*	62.83
		患者の状態に合わせた温療法・冷療法が実施できる	84.42	88.21
		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	85.71	83.94
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		88.31	84.43	
褥瘡管理技術	患者の褥瘡発生の危険をアセスメントできる	70.13*	83.02	
救命救急処置技術	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	87.01	90.55	
症状・生体機能管理技術	バイタルサインが正確に測定できる	96.1	98.58	
	正確に身体計測ができる	92.21	71.23	
	患者の一般状態の変化に気付くことができる	70.13*	85.20	
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	100	96.37	
安全管理の技術	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	90.91	96.54	
	災害が発生した場合には, 指示に従って行動がとれる	88.31	83.78	
	患者を誤認しないための防止策を実施できる	90.91	89.62	

※ 網かけ部分は、「はい」が70%未満のもの (*は7校全体より本校が低いもの)

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」, 「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」の24項目であった。

3. 看護技術の到達度の回答に“影響”したもの(表3)

看護技術の到達度についての学生自身の回答に影響したものを複数回答で求めた結果, 実習での技術の経験の有無(97.0%)と経験の回数(81.8%)が一番影響していた。また経験した時期(81.8%)も影響していた。教員の指導の仕方(66.7%)と看護師の指導の仕方(60.6%)も影響が高かった。受け持ち患者の人数(10.6%)は, あまり影響していなかった。

IV. 考 察

1. 技術項目の到達度

1) Iレベルについて

このレベルには, 計34の技術項目が含まれ, その内容は複雑な症状をもたない患者の日常生活援助技術や基本的な手洗いや安全管理技術である。

本校の習得の低い項目は4項目であり, 「経管栄養法・膀胱留置カテーテル・酸素吸入療法に関する観察」は, 臨地実習での経験の不足が考えられる。「廃用性症候群のリスクのアセスメント」については, 本校の主な実習施設である病院の特性として, 高度医療や短期入院が殆どで療養型病床群がなく慢性的経過の患者との遭遇が少なくなっている事も関係していると考えられる。老年科病棟で実習した一部の学生には実際の体験の機会があるが, 現在の本校の実習環境における結果として受け止めなければならない。しかし3年時の訪問看護実習などでも意図的に体験させ学ばせる事もできる。また, 学内での講義・事例演習等で, アセスメント能力が養えるような工夫が必要である。

このレベルの技術項目は, 基礎看護学の中でも早い時期に学び, どの臨地実習でも学生が経験する可能性は高いものでもある。2年生の基礎看護学実習から3年時まで教師が意図的に経験できる機会をつくっていくこと等, 実習での授業展開能力の必要性が示唆された。

表2-2 各技術項目に対し「はい」の回答比率(続き)

レベル	技術の種類	技術項目	本校(n=77)	7校全体(n=636)
			%	%
II・指導のもとで実施できる	環境調整技術	看護師・教員の指導のもとで、臥床患者のリネン交換ができる	100	98.58
	食事の援助技術	看護師・教員の指導のもとで、患者の栄養状態をアセスメントできる	97.4	98.43
		看護師・教員の指導のもとで、患者の疾患に応じた食事内容が指導できる	90.91	87.2
		看護師・教員の指導のもとで、患者の個性を反映した食生活の改善を計画できる	88.31	82.81
		看護師・教員の指導のもとで、患者に対して、経鼻胃カテーテルからの流動食の注入ができる	74.03	58.04
	排泄援助技術	看護師・教員の指導のもとで、ポータブルトイレでの患者の排泄援助ができる	88.31	85.98
		看護師・教員の指導のもとで、患者のおむつ交換ができる	100	97.96
		看護師・教員の指導のもとで、失禁をしている患者のケアができる	84.42	79.06
		看護師・教員の指導のもとで、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、ルート確認、感染予防の管理ができる	87.01	87.26
	活動・休息援助技術	看護師・教員の指導のもとで、臥床患者の体位変換ができる	100	98.58
		看護師・教員の指導のもとで、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	97.4	98.43
		看護師・教員の指導のもとで、廃用性症候群予防のための自動・他動運動ができる	79.22	77.01
		看護師・教員の指導のもとで、目的に応じた安静保持の援助ができる	98.7	94.49
		看護師・教員の指導のもとで、体動制限による苦痛を緩和できる	80.52	80.82
		看護師・教員の指導のもとで、患者をベッドからストレッチャーへ移乗できる	93.51	89.15
		看護師・教員の指導のもとで、患者のストレッチャー移送ができる	98.7	95.6
		看護師・教員の指導のもとで、関節可動域訓練ができる	64.94	61.83
	清潔・衣生活援助技術	看護師・教員の指導のもとで、入浴の介助ができる	94.81	96.38
		看護師・教員の指導のもとで、陰部の清潔保持の援助ができる	100	98.27
		看護師・教員の指導のもとで、臥床患者の清拭ができる	100	99.69
		看護師・教員の指導のもとで、臥床患者の洗髪ができる	93.51	92.61
		看護師・教員の指導のもとで、意識障害のない患者の口腔ケアができる	77.92	69.13
		看護師・教員の指導のもとで、患者の病態・機能に合わせた口腔ケアを計画できる	87.01	85.49
		看護師・教員の指導のもとで、輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換ができる	97.4	95.59
		看護師・教員の指導のもとで、沐浴が実施できる	97.4	92.45
	呼吸循環を整える技術	看護師・教員の指導のもとで、酸素吸入療法が実施できる	70.13	68.08
		看護師・教員の指導のもとで、気管内加湿ができる	61.04	48.5
	褥瘡管理技術	看護師・教員の指導のもとで、褥瘡予防のためのケアが計画できる	94.81	92.44
		看護師・教員の指導のもとで、褥瘡予防のためのケアが実施できる	90.91	88.49
		看護師・教員の指導のもとで、患者の創傷の観察ができる	90.91	93.39
	与薬の技術	看護師・教員の指導のもとで、経口薬(パッカ錠・内服薬・舌下錠)の服薬後の観察ができる	85.71	77.36
		看護師・教員の指導のもとで、経皮・外用薬の投与前後の観察ができる	84.42	76.73
		看護師・教員の指導のもとで、直腸内与薬の投与前後の観察ができる	64.94	56.85
		看護師・教員の指導のもとで、点滴静脈内注射を受けている患者の観察点が変わる	89.61	91.94
	救命救急処置技術	看護師・教員の指導のもとで、患者の意識状態を観察できる	90.91	91.17
	症状・生体機能管理技術	看護師・教員の指導のもとで、系統的な症状の観察ができる	90.79	90.08
看護師・教員の指導のもとで、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		93.51	97.33	
看護師・教員の指導のもとで、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		61.04	57.95	
看護師・教員の指導のもとで、簡易血糖測定ができる		84.42	87.87	
看護師・教員の指導のもとで、正確な検査が行えるための患者の準備ができる		90.91	87.22	
看護師・教員の指導のもとで、検査の介助ができる		93.51	83.75	
看護師・教員の指導のもとで、検査後の安静保持の援助ができる		98.7	92.59	
感染予防の技術	看護師・教員の指導のもとで、検査前、中、後の観察ができる	84.42	87.97	
	看護師・教員の指導のもとで、必要な防護用具(手袋・ゴーグル・ガウン等)の装着ができる	100	88.66	
	看護師・教員の指導のもとで、使用した器具の感染防止の取り扱いができる	94.81	91.65	
	看護師・教員の指導のもとで、感染性廃棄物の取り扱いができる	97.4	93.07	
	看護師・教員の指導のもとで、無菌操作が確実にできる	77.92	64.67	
安全管理の技術	看護師・教員の指導のもとで、針刺し事故防止の対策が実施できる	94.81	87.54	
	看護師・教員の指導のもとで、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	96.1	98.11	
	看護師・教員の指導のもとで、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	98.7	98.27	
安楽確保の技術	看護師・教員の指導のもとで、放射線暴露の防止のための行動がとれる	84.42	75.71	
	看護師・教員の指導のもとで、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	98.7	97.16	
	看護師・教員の指導のもとで、患者の安楽を促進するためのケアができる	96.1	96.38	
	看護師・教員の指導のもとで、患者の精神的安寧を保つための工夫を計画できる	89.61	86.77	

※ 網かけ部分は、「はい」が70%未満のもの (*は7校全体より本校が低いもの)

表2-3 各技術項目に対し「はい」の回答比率(続き)

レベル	技術の種類	技術項目	本校(n=77)	7校全体(n=636)
			%	%
Ⅲ・学内演習で実施できる	食事の援助技術	モデル人形での経鼻胃チューブの挿入・確認ができる	46.75*	48.66
		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	55.84	53.86
	排泄援助技術	モデル人形にグリセリン浣腸ができる	67.53	65.35
		モデル人形で、口腔内・鼻腔内吸引が実施できる	80.52	76.06
	呼吸循環を整える技術	モデル人形で気管内吸引ができる	66.23*	66.93
		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	62.34	58.9
		学内演習で酸素ボンベの操作ができる	77.92	74.13
	褥瘡管理技術	学生間で基本的な包帯法が実施できる	44.16*	50.95
		学内演習で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)	84.42	72.51
	与薬の技術	モデル人形に直腸内与薬が実施できる	49.35	49.05
		学内演習で点滴静脈内注射の輸液管理ができる	75.32	75.99
		モデル人形または学生間で皮下注射が実施できる	49.35	48.5
		モデル人形または学生間で筋肉内注射が実施できる	85.71	56.85
		モデル人形に点滴静脈内注射ができる	68.83	46.14
	救命救急処置技術	学内演習で輸液ポンプの基本的な操作ができる	46.75	45.9
		モデル人形で気管確保が正しくできる	80.52	82.52
モデル人形で人工呼吸が正しく実施できる		90.79	84.23	
モデル人形で閉鎖式心マッサージが正しく実施できる		67.53	72.13	
症状・生体機能管理技術	除細動の原理がわかりモデル人形にAEDを用いて正しく実施できる	77.92	67.51	
	モデル人形または学生間で静脈血採血が実施できる	59.74	54.17	
安全管理の技術	学内演習で誤薬防止の手順に沿った与薬ができる	96.1	86.93	

※ 網かけ部分は、「はい」が70%未満のもの (*は7校全体より本校が低いもの)

表2-4 各技術項目に対し「はい」の回答比率(続き)

レベル	技術の種類	技術項目	本校(n=77)	7校全体(n=636)
			%	%
Ⅳ・知識としてわかる	食事の援助技術	電解質データの基準値からの逸脱がわかる	45.45*	66.93
		患者の食生活上の改善点がわかる	70.13	86.93
	排泄援助技術	失禁をしている患者の皮膚粘膜の保護がわかる	46.75*	66.82
		基本的な排便の方法、実施上の留意点がわかる	40.26*	49.45
		ストーマを造設した患者の一般的な生活上の留意点がわかる	48.05*	55.92
	活動・休息援助技術	廃用性症候群予防のための呼吸機能を高める援助がわかる	41.56*	54.89
	呼吸循環を整える技術	気管内吸引時の観察点がわかる	66.23	74.17
		人工呼吸器装着中の患者の観察点がわかる	41.56*	45.43
		低圧胸腔内持続吸引中の患者の観察点がわかる	16.88	16.85
		循環機能のアセスメントの視点がわかる	50.65*	67.46
	褥瘡管理技術	創傷処置に用いられる代表的な消毒薬の特徴がわかる	31.58*	37.7
	与薬の技術	経口薬の種類と服用方法がわかる	72.73	72.91
		経皮・外用薬の与薬方法がわかる	64.94*	66.61
		中心静脈内栄養を受けている患者の観察点がわかる	55.84*	70.66
		皮下注射後の観察点がわかる	45.45*	56.69
		皮下注射後の観察点がわかる	50.65*	60.47
筋肉内注射後の観察点がわかる		72.73	65.2	
静脈注射の実施方法がわかる		72.73	69.29	
薬理作用をふまえて静脈内注射の危険性がわかる		57.14*	62.15	
静脈内注射実施中の異常な状態がわかる		58.44*	69.87	
抗生物質を投与されている患者の観察点がわかる		42.86*	54.19	
インシュリン製剤の種類に応じた投与方法がわかる		51.95*	59.69	
インシュリン製剤を投与されている患者の観察点がわかる		62.34*	74.02	
麻薬を投与されている患者の観察点がわかる		46.75*	53.31	
救命救急処置技術	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	76.62	70.5	
	輸血が生体に及ぼす影響をふまえ、輸血前・中・後の観察点がわかる	48.05*	59.87	
症状・生体機能管理技術	意識レベルの把握方法がわかる	85.71	85.67	
	止血法の原理がわかる	77.92	79.81	
安全管理の技術	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方がわかる	49.35*	49.61	
	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	61.84*	66.77	
感染予防の技術	針刺し事故後の感染防止の方法がわかる	94.81	90.39	
安全管理の技術	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	61.04	57.5	

※ 網かけ部分は、「はい」が70%未満のもの (*は7校全体より本校が低いもの)

表3 技術習得の回答への影響 n=66

内 容	カテゴリー	人数	%
1.技術の“経験”の有無	あてはまらない	2	3.0
	あてはまる	64	97.0
2.技術の経験の“回数”	あてはまらない	12	18.2
	あてはまる	54	81.8
3.技術を経験した“時期”	あてはまらない	43	65.2
	あてはまる	23	34.8
4.受け持ち患者の“人数”	あてはまらない	59	89.4
	あてはまる	7	10.6
5.その技術への自分の“関心”	あてはまらない	34	51.5
	あてはまる	32	48.5
6.教員の指導の仕方	あてはまらない	22	33.3
	あてはまる	44	66.7
7.教員の説明の仕方	あてはまらない	39	59.1
	あてはまる	27	40.9
8.看護師の指導の仕方	あてはまらない	26	39.4
	あてはまる	40	60.6
9.看護師の説明の仕方	あてはまらない	40	60.6
	あてはまる	26	39.4
10.その他	あてはまらない	64	97.0
	あてはまる	2	3.0

※2回目(2007.12.12調査結果より)

2) IIレベルについて

このレベルには、計54の技術項目が含まれ、項目数は最も多い。

本校の習得の低い項目は4項目であり、「関節可動域訓練」については、実習病院内にリハビリテーションセンターが設けられていること、専門スタッフによる訪問機能訓練も行われており、学生が積極的に実施する機会が不足していると考えられる。しかし、専門家の関わりだけでは十分とは言えず、日常看護の中でも行う必要のある技術であり意識化させる事が必要である。「目的に合わせた採尿・尿検体の正しい取り扱い」については、検体としての採尿は、ほとんどが早朝に行われているため、学生の実習時間に実施できる機会が少ないことによる影響と考えられる。「気管内加湿」、「直腸内与薬の投与前後の観察」についても、臨地実習での直接的経験の不足が考えられる。

教師が、学生の技術の習得状況についてチェックリストを活用し把握を行い、意図的に学生の未習得の技術を実施できる機会を実習の場で作っていくことが求められる。

このレベルの技術の項目内容は臥床患者の日常生活行動援助技術や、患者の状態や個性に合わせた看護技術、患者の安全性に関連のある検査技術、感染予防の技術である。教員・看護師の指導のもとではあるが、単純な条件や状況に応じた援助ができる事、あるいは十分な注意をしなければ安全面に影響を及ぼしうる援助を実施する能力が、卒業時まで求められているのである。このことを踏まえ、本校でも今後のさらなる教育的関わりの必要性が示唆された。

3) IIIレベルについて

このレベルには、計21の技術項目が含まれ、主に診療に伴う看護技術である。

本校の習得の低い項目は13項目であり、「経鼻胃チューブの挿入・確認」、「体位ドレナージの実施」、「包帯法の実施」、「直腸内与薬の実施」、「皮下注射の実施」については、本校は学内演習で実施していないための影響が考えられる。しかし、「膀胱留置カテーテルの挿入」、「グリセリン浣腸」、「気管内吸引」、「点滴静脈内注射」、「輸液ポンプの基本的な操作」、「閉鎖式心マッサージの実施」、「静脈血採血の実施」については、

学内演習で実施している技術である。しかし、これらは難易度も高い技術でもあり、学生が自信を持つためには経験の回数も必要であり、その技術習得のためには、学内での学生間での練習やさらに教材としてのモデル人形やシュミレーターの活用が必須である。学生全員が達成するために、さらなる教材設備の充実化と、演習内容・方法の工夫や自己学習の機会や方法の検討が必要である。

またこのレベルの技術項目は、臨床では頻回に実施されており習得することが望まれる看護技術である。しかし患者の状況や条件、実習指導体制上の理由から臨地実習の場では学生は体験しにくい技術項目でもある。今後は、機会があれば積極的に臨地実習の場で指導のもとに実施、見学が行えるように教師と臨床側で調整をする必要がある。

一方、本校の習得度の高い項目として、「筋肉内注射の実施」「人工呼吸の正しい実施」「誤薬防止の手順に沿った与薬」の3項目があった。鈴木ら⁶⁾は実技試験による学習強化の効果、技術習得に及ぼす影響を報告しており、本校の今回の結果にも筋肉注射等はその成果として高く出ていたと考えられる。誤薬防止の手順に沿った与薬も、本校では現実感のある患者設定、場面設定として演習の強化をしており、その結果として習得度が高くなったと考えられる。引き続き本項目も含め実技試験の技術項目や演習方法の検討を重ね効果的な技術の習得に向けた授業設計を目指す必要がある。

4) IVレベルについて

このレベルには、計34の技術項目が含まれ、現在の医療の場で看護師にとって重要な技術である。

本校の習得の低い項目は24項目であり、「電解質データの基準値からの逸脱」、「失禁患者の皮膚粘膜の保護」、「基本的な摘便方法実施上の留意点」、「ストーマ造設患者の一般的な生活上の留意点」、「廃用性症候群予防のための呼吸機能を高める援助」、「気管内吸引時の観察点」、「人工呼吸器装着患者の観察点」、「低圧胸腔内持続吸引中の患者の観察点」、「循環機能のアセスメント」、「創傷処置の代表的な消毒薬の特徴」、「経皮・外用薬の与薬方法」、「中心静脈内栄養中の患者の観察点」、「皮内注射後の観察点」、「皮下注射後の観察点」、「薬理作用をふまえた静脈内注射の危険性」、「静脈内注射実施中の異常な状態」、「抗生物質投与患者の観察点」、「インシュリン製剤の種類に応じた投与方法」、「インシュリン製剤を投与中の患者の観察点」、

「麻薬を投与中の患者の観察点」、「輸血が生体に及ぼす影響をふまえた、輸血前・中・後の観察点」、「血液検査の目的的理解と・目的に合わせた血液検体の取り扱い方」、「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」、「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」であり、いずれも現在の医療の場で看護師にとっては重要な技術である。新卒看護職員の早期離職等実態調査³⁾において新卒職員の職場定着を困難にしている要因の一番目に看護基礎教育修了時点の能力と看護職場で求められる能力のギャップが挙げられた事を鑑みても、これらのすべての項目は、学内の授業ではおさえてある知識であるにも関わらず、この時期に知識があると自信を持って応えられない状況は重要課題である。

確かに臨地実習の場で、これらの技術が必要になる場面に学生が会うことは、見学であっても難しくなっている。学内演習であっても、看護技術の提供を必要とする状況・場面設定の複雑さから、困難なものばかりである。しかし明確な知識を持っていれば継続教育において実践する能力へとつながっていくことが容易になると考える。本校でも今後は、看護基礎教育としての知識内容の強化に向けて教育の在り方を検討していく必要がある。実習体験と統合をした知識となれば、さらに価値は高い。そのためにも、習得の低い項目の実習時の指導の在り方が重要となる。全教員が一貫した知識内容で、意識して意図的に実習中にも知識を獲得できるような教授方法が必要である。講義・演習での知識強化は言うまでもない。

5) 到達レベル全体を通して

I～IVレベル全体で観察・アセスメントに関連する項目の習得の低さが目立った。学生は患者の状況を真にイメージ化できず、さらに問題を抽出するアセスメント能力が弱く、観察項目や関連性を踏まえた思考が難しいためと考えられる。

IVの看護技術の内容が複雑、高度なものの習得の低さが目立ち、その中には学内の講義や校内実習で教授されている内容もあり、学内で得た知識と現場（実習場）での体験・見学との関連統合が弱いと言える。知識の関連統合に向けた教師の関わり的重要性が示唆された部分である。看護基礎教育において“IV. 知識としてわかる”レベルの設定ではあるが、実際の臨床の現場においては、当然最低限必要とされる内容である。そして今回、国としてはじめて基準が示されたわけであり、今後の教育において、知識強化のための授業設

計の検討が必要である。

看護技術の習得に一番影響したものは、実習での技術の経験であり、教師と看護師の指導のあり方であった。教師の実習での教育力、実習の授業展開能力が、求められている事は言うまでもないが、体験の拡大と共有化のための実習の方法も今後は積極的に考えてよいのではないだろうか。

学生は看護師の関わりも教師と同じ位の影響と意識しており、看護師にも同じ内容レベルでの指導を求めている事がわかった。今後は看護師達に、まずは看護基礎教育における看護技術教育内容等の理解のための関わりを行い、『看護師教育の技術項目の卒業時の到達度』の取得レベルと臨床の求めている一年目の技術習得度との乖離を少なくするための、連携に向けた関わりが大切である。お互いが目標レベルの共有をした中で、協力しつつ実習指導を行える環境づくりが必要である。

これまでの臨地実習では、看護技術の実施よりも根拠に基づいた看護実践のための思考過程に重きが置かれる状況があった事は否めない。今後は学生の技術習得に向け、臨地実習では臨地でしか学べない実践知を確実に学べるよう、教師と実習指導者が、患者との調整や指導体制など実施・見学にかかわる諸条件をより整えていく必要がある。そのためにも、現在実習施設と取り決めをしている臨床で“実施可能な項目”、“準備まで可能な項目”、“見学なら可能な項目”の見直しも必要と考える。看護技術を取り巻く教育環境は、学内の整備調整と教育だけでは充実したものにならないことは明らかであり、臨床との連携が重要である。

7校全体で結果に差が出た項目は、学内の授業に取り入れているか否か、実習施設の配置の違いによるものも考えられた。今後は本校における学内演習の技術項目の見直しや精選も必要である。そして学内演習の場における臨場感ある教育方法の工夫をし、事例を通して思考しつつ看護技術を組み合わせる実施できるような授業になることを目指したい。そのためにも、今後は模擬患者の導入等も、考えていく必要があると捉えている。そこから“実践の場で活用できる”技術つまり、実践能力に繋がる看護技術の教育にしていきたい。

現在活用している技術チェックリストを検討し、今後はそれを活用して実習中に場面に応じ意識した知識のチェックの機会をつくる必要があると考える。学生自身の習得状況の認識に任せず、技術チェックリスト

へ教員が介入し、教員と学生両方が習得状況を確認していくことが必要である。

自己評価は自分を対象化する作業であり、自己を深く見つめることにつながり、後の学習に対して意識的、積極的に取り組むきっかけになる。従って、学生による技術チェックリストを活用した自己評価は、今後も意図的に行う意味がある。このためにも教師として実践能力の育成に効果的に繋がるように、適切な評価基準やより客観的に自己の対象化ができるチェックリストの作成、また学生自身が適切な自己評価ができる態度の育成にも配慮が必要である。

V. 結 論

看護基礎教育における実習終了後の本校学生に、『看護師教育の技術項目の卒業時の到達度』を用いた自己評価法での看護技術到達度実態調査を行い、実習終了直後の看護技術に対する到達度の受け止め方が明らかになった。従来から卒業時の教育側の考える到達度と臨床現場の求めている到達度の乖離が指摘されていたが、今回の調査において、本校学生の習得の低い技術が具体的になった。改正カリキュラムにおける本校の看護技術項目と卒業時の到達度の検討の基礎的資料として今後に活かしていきたい。また『看護師教育の技術項目の卒業時の到達度』を用いた評価方法の具体的運用についての検討時の基礎資料も得られた。

学生は実習や演習での経験、体験が自信につながり、肯定的な回答に反映していた。看護学における実践知の重要性を再認識させられた。

今後は、到達度Ⅰ・Ⅱの技術について、“患者に実施できる”よう、学内での講義・演習に加えて、臨地実習において実施する機会をできるだけ多く作る必要がある。到達度Ⅲ・Ⅳの技術は、看護技術の内容が複雑、高度なものであることから、学内での教育方法・内容を洗練していくことが課題となる。そして機会があれば実施や見学につなげられるよう調整することが教員や実習指導者の役割である。

技術は繰り返し実施することにより身につくものである。看護技術が思考と統合されながら確実に積み重ねられ、看護実践能力へとつながっていくように、“実践の知”つまり実践経験を通して獲得する知の育成のための具体的教育方法について、今まで以上に教師は研鑽を重ね教育技術を高めていかなければならないと考える。

終わりに

今回の調査では30%以上の学生が「いいえ」の回答は問題として取り扱った。技術項目の中で、低い回答のものの中には、学生が項目の文脈が読み取れていないのではないかと、更には設問項目に二つの要素が入っていると捉えられるものもあった。今後、この『看護師教育の技術項目の卒業時の到達度』評価の具体的な活用方法については、慎重に検討していく必要を感じている。学生による自己評価であれば、設問の文面を学生のイメージや理解が統一できるものにする、評価を行う時期と場、評価者の検討などである。

本研究の限界として、今回は学生の自己評価であるため主観的判断での結果であること、3年次実習終了時の一斉調査であったことで直前の実習の印象が強くなり回答した影響が考えられる。大項目別の技術項目を特定レベルごとに並べ替えた設問構成とした回答方法の結果への影響も否めない。今後の到達度の判断と結果の一般化に向けた研究デザインとしての検討の必要を実感している。

最後に、本研究の調査にご協力頂いた学生の皆様にこの場を借りて感謝致します。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省. 看護基礎教育における技術教育の在り方に関する検討会報告書. 2004.
- 2) 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) 日本看護協会. 2005年新卒看護職員の入職後早期離職防止対策報告書. 2006.
- 4) 厚生労働省. 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書. 平成19年4月16日 「看護基礎教育の充実に関する検討会」報告書提示. 『看護師教育の技術項目と卒業時の到達度(案)』. 2007.
- 5) 平成20年2月8日 医政看発0208001号通知. 『看護師教育の技術項目の卒業時の到達度』
- 6) 鈴木玲子, 村本淳子, 國澤尚子他. 血圧測定技術の習熟に関する研究—教示5ヵ月後での学習強化が習熟過程に及ぼす影響—, *Quality Nursing*, 4(12), 1016-1023, 1998.
- 7) 水戸優子, 小山真理子, 間瀬由紀他. 卒業時の到達度を踏まえた看護技術教育—到達度を教育内容にどう落とし込むか—についての考察, *看護展望*, 33(3), 264-269, 2008.
- 8) 齊藤茂子, 清水順子. 学内演習と臨地実習の位置づけをどう考えるか—卒後を見据えた学内演習の強化・実習の新たな展開. *看護展望*. 33(3), 270-277, 2008.
- 9) 鹿毛雅治, 那須正裕, 藤岡寛治他. 学ぶこと教えること. 東京, 金子書房, 1997.
- 10) 佐藤紀子. 看護師の臨床の「知」. 看護生涯発達学の視点から. 東京, 医学書院, 2008.