

臨地実習の技術経験実態調査からみた技術教育への一考察

寺山範子^{1*} 蛭子真澄^{2*} 大野かおり³ 安藤幸子 池田清子 江川幸二 岡永真由美
二宮啓子 沼本教子 吉永喜久恵

^{1*}東海大学, ^{2*}関西福祉大学, ^{3*}園田学園女子大学, 神戸市看護大学

キーワード：看護技術, 技術教育, 看護実践能力, 経験, 学内演習, 臨地実習

Study of Methods of Learning Nursing Skills : — Survey on Experience of Nursing Skills in Clinical Practice —

Noriko TERAYAMA^{1*}, Masumi EBISU^{2*}, Kaori Ohno^{3*}, Sachiko ANDO, Sugako IKEDA,
Koji EGAWA, Mayumi OKANAGA, Keiko NINOMIYA, Kyoko NUMOTO, Kikue YOSHINAGA

I. はじめに

看護基礎教育課程には看護することの「できる」力を修得させる目的がある。この力は文部科学省の「看護学教育のあり方に関する検討会報告書：大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」（2002）のなかで看護実践能力として説明されている。そのなかで技術教育は看護学の教育内容のコアとして位置づけられている。看護実践能力は多様な能力によって構成されるものであり、技術単独の能力でないことは言うまでもない。しかし少なくとも卒業直後であっても、ある程度の看護ケアを実施できる能力は身につけておかなければならない。ところが国家試験では技術習得のレベルを問うことはないため、最低限身につけておくべき技術教育とは何であるのかについて必ずしも共通理解は得られておらず、模索は続いている。2003年に厚生労働省の「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」と、看護系大学協議会による「看護実践能力検討委員会」から報告書が出された。このなかでは看護技術の教育内容や到達目標、臨地実習で看護学生が行う基本的な看護技術の水準などが示された。これらは看護基礎教育課程の技術教育にとって大きな助けとなり、具体的な取り組みとして卒業時の到達目標を意識しての技術テストの組み込み（藤内2005）や、看護技術の意識的・継続的な習得方法の工夫（小泉2005）などが報告されている。

本学においては上記報告書をもとに、身につけさせたい技術内容の選択や到達目標の設定などは基本的に各領域の判断で行っている。ただし技術内容の抜け落ちを防ぐために必要に応じて情報交換を行なっている。技術教育においては、学内での知識・技術の学習が最終的に実習での主体的体験となって結実するよう、とりわけ実習指導において意図的に関わっている。こうした関わりは暗黙裡になされていることも手伝って、残念ながら本学としての卒業時到達目標を示すまでには至っていない。そこで技術教育という観点に着目し、看護実践能力を育成するための学生への支援方法を模索する試みとして、臨地実習での看護技術経験の実態調査を行った。その結果、技術教育に関するいくつかの示唆が得られたので報告する。

II. 研究目的・方法

1. 目的

学生が臨地実習で経験した看護技術の技術項目と、経験のレベルの状況を明らかにする。

2. 研究対象者

本学2年生, 4年生

3. 研究期間

平成17年6月～平成18年3月

4. データ収集方法

1) チェックリストの作成手順

看護技術教育に関わる2つの報告書、すなわち①「看護学教育のあり方に関する検討会報告書：大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」文部科学省（平成14年）、②「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：臨床実習で実施させてよい技術項目とその水準」厚生労働省（平成15年）をもとに、本学で行われる臨地実習で経験可能と推測される内容を含めた独自の「看護技術経験チェックリスト（144項目）」を作成した。このうち2年生が実習していない領域にかかわる19項目（妊産褥婦・小児に対する専門的な技術、地域看護における技術）を削除し、さらに内容が重複する項目を統合したため、最終的に＜生活援助系＞48項目、＜治療処置系＞72項目の計120項目を調査項目とした。本文中、「看護技術経験チェックリスト」の系統を〈〉で表記し（例＜生活援助系〉）、大項目を《》（例《栄養と食事》）、小項目を〇（例〔食事指導〕）と表記した。

2) データ収集

基礎看護学実習終了直後の2年生と、総合実習終了直後の4年生に対して行った。学生には自己の看護技術経験を思い出してもらい、その経験が4つのレベル、すなわち「指導者の見守りのもとで実施した」「（指導の上で）単独で実施した」「見学した」「未経験」のいずれであったか記載してもらった。

5. 本学の看護学実習スケジュール

表1 本学の看護学実習スケジュール

実習科目	実習期間	開講年次	開講月
基礎看護学実習	2週間	2年生	9月
小児看護学(保育所実習)	1週間	2年生	11月
領域別実習	成人看護学実習	3年生～4年生	10月～7月
	老年看護学実習		
	母性看護学実習 (母子で)		
	小児看護学実習		
	精神看護学実習		
地域看護学実習	3週間		
総合実習	3週間	4年生	7月
看護管理学実習	1週間	4年生	10月

6. 倫理的配慮

調査目的および調査協力によって学業に不利益を被らないことを口頭で説明し、無記名によるアンケートへの回答をもって調査への同意とみなした。回収時の匿名性を確保するため大学事務室に専用の回収箱を設

置し、提出期限後に回収した。

7. 用語の定義

結果の整理にあたり、看護技術経験のレベルを経験と非経験に二分した。ここでの経験とは、学生が自ら実際に看護技術を行った場合、すなわち「指導者の見守りのもとで実施した」「（指導の上で）単独で実施した」場合のみとし、「見学」は経験に含めなかった。J.Deweyの経験の理論（「行われた経験は本人を修正し、その後の経験の質に影響を及ぼす」）に依拠しながら、主体的・体験的な認識となりうる場合を経験とみなし、「見学」は客観的な認識にとどまるものと判断して区別した。

III. 結果

1. 調査票の回収率

看護技術経験チェックリストの回収は、2年生が41/84名で48.8%、4年生が59/79名で74.7%であった。

2. 経験率の高い項目と低い項目

技術経験の結果は表2＜生活援助系＞、表3＜治療処置系＞のとおりである。経験率は100%から0%の項目までであった。はじめに大多数の学生が経験した技術と経験しなかった技術の項目について、2年生と4年生のそれぞれの状況を紹介する。学生には調査項目をどのように解釈して回答したかは質問していないので回答はあくまでも学生の主観である。その条件を踏まえつつ技術経験のミニマムの概要を示したい。そこで恣意的に経験率90%ラインを「大多数の学生」とみなし、結果を整理した。

1) 2年生

経験率90%以上を示したものは、＜生活援助系＞では0項目、＜治療処置系＞では4項目（〔手洗い〕〔血圧測定〕〔脈拍、心拍数の測定〕〔体温測定〕）であった。

逆に経験率10%未満を示した項目は、＜生活援助系＞では4項目、〔食事指導〕〔人工肛門の看護〕〔人工膀胱の看護〕〔ストマケアの教育・指導〕であった。＜治療処置系＞では34項目、〔ガーゼ交換〕〔創部消毒〕〔褥瘡部位の処置〕〔針刺し事故防止手順の遵守〕〔酸素吸入療法〕〔気管内吸引〕〔肺理学療法〕〔ドレーン

表2 <生活援助系>の看護技術の経験率

大項目	中項目	小項目	経験率	
			4年生	2年生
栄養と食事	経口摂取の援助	①摂取状況に応じた経口摂取の介助	90	20
		②摂取量の観察とカロリー計算	90	30
		③食事指導	80	10未満
	経管栄養	①経管栄養の実施	45	25
		②カロリー計算	35	10
排泄	排泄の援助	①排便調整の援助	80	20
		②床上排泄（便尿器）の援助	60	20
		③ポータブルトイレ/トイレの介助	50	10
		④おむつ交換	95	50
		⑤浣腸	20	10
		⑥導尿	10	10
		⑦摘便	40	20
	留置カテーテル	①留置カテーテル挿入中の看護	60	20
	人工肛門・人工膀胱	①人工肛門の看護	10未満	0
		②人工膀胱の看護	10未満	0
③ストマケアの教育・指導		10未満	0	
清潔と衣生活	清潔の援助	①入浴介助	100	40
		②シャワー浴介助	80	30
		③ベッドバス	90	70
		④手浴	40	25
		⑤足浴	98	40
		⑥口腔ケア（歯磨き、含漱）・義歯の手入れ	90	50
		⑦洗髪	90	50
		⑧耳、爪、眼の保清	70	40
		⑨陰部・肛門部洗浄	90	60
	整容の援助	①整容（ひげそり、結髪など）	60	20
	衣生活の援助	①衣服の着脱	100	80
環境の調整	療養生活環境調整	①温度、湿度、換気、採光、臭気、騒音調整	90	50
		②病室の整備（危険因子除去・外傷予防など）	90	60
	ベッドメイキング	①ベッドメイキング	95	80
	リネン交換	①リネン交換	95	80
安楽	身体的・心理的苦痛の緩和	①患者に応じた適切な体位の工夫	95	70
		②指圧、あんま、マッサージ	70	50
		③温冷罨法	90	30
		④気晴らし法・リラクゼーション	50	40
		⑤積極的傾聴	95	80
睡眠・休息	睡眠の援助	①患者の睡眠パターンの把握	95	80
		②睡眠に適した環境調整	60	20
	休息の援助	①患者の疲労の程度の観察と休息の必要性の判断	90	70
		②休息に適した環境調整	90	40
活動・運動	活動・運動の援助	①患者の活動・運動能力のアセスメント	90	70
		②体位変換	95	50
		③関節可動域訓練・廃用性症候群の予防	70	20
		④歩行の介助（杖歩行・歩行器・松葉杖歩行の介助）	80	30
		⑤車椅子移乗・移動の介助	90	70
		⑥ストレッチャー移乗・移動の介助	40	30
		⑦良肢位への配慮	60	50
		⑧活動・運動に関する患者指導	70	40

* 妊産褥婦・小児に対する専門的な技術・地域看護における技術は除外した。
経験率が90%を超えているものについて網掛け処理により強調した。

表3 <治療処置系>の看護技術の経験率

大項目	中項目	小項目	経験率	
			4年生	2年生
創傷管理技術	包帯交換	①ガーゼ交換	50	10未満
		②創部消毒	50	10未満
	褥瘡管理	①褥瘡予防ケア（除圧、体位、循環促進など）	60	20
		②褥瘡部位の処置（洗浄、皮膚保護材の使用など）	20	10未満
感染予防技術	感染防止	①湿性物質取り扱い時の手袋の使用	80	60
		②手洗いの実施	95	90
		③ガウンテクニックの実施	60	10
		④無菌操作の実施	60	10
		⑤医療廃棄物処理規定に従った廃棄物処理	90	50
		⑥針刺し事故防止手順の遵守	80	0
		⑦使用物品の適切な洗浄・消毒	80	60
症状・生体機能管理技術	呼吸	①呼吸アセスメント（回数、深さ、リズムなど）	100	85
		②呼吸音聴取	100	70
		③パルスオキシメーターによる酸素化の測定	100	60
		④呼吸法の指導	70	10
		⑤酸素吸入療法	50	10未満
		⑥ネブライザー	50	10
		⑦気管内吸引	30	10未満
		⑧肺理学療法（体位ドレナージ、咳嗽法、パーカッションなど）	40	10未満
	循環	①末梢循環障害の観察	50	10
		②血圧測定	100	100
		③脈拍、心拍数の測定	100	90
	水分出納バランス	①in take-out putのバランスチェック	95	50
		②水分摂取量の過剰、不足の判断	90	50
		③異常（過不足）の原因、誘因のアセスメント	80	30
	体温	①体温測定	100	100
		②体温の変化に伴う生体の反応の観察	90	50
		③体温の調節	90	50
	意識レベル	①意識レベルの測定	60	20
	感覚・運動	①視力、聴力障害の程度のアセスメント	40	30
		②運動障害の程度のアセスメント	50	40
	皮膚・外観	①皮膚の状態の観察とアセスメント	95	70
	消化器	①消化器症状・腸蠕動のアセスメント	100	60
	精神・情緒	①精神・情緒状態のアセスメント	90	40
	身体計測	①身体各部の計測（身長、体重、胸囲、腹囲など）	80	10
	ドレーン類の管理	①排液の観察とアセスメント	90	20
		②ドレーン挿入部位のスキンケアと固定	40	10未満
		③ドレーン挿入中の患者の安全・安楽の確保	60	10
④ドレーンの閉塞予防		50	0	
検査・検体の採取	検体採取	①採血	50	0
		②採尿	30	10未満
		③採便	10未満	0
		④痰採取	10未満	10未満
		⑤培養検体採取（痰、血液など）	10未満	0
	検査	①血糖測定	50	10未満
		②尿検査（テストテープによる）	20	0
	検査介助	①腰椎穿刺	0	0
		②胸腔穿刺	0	0
		③腹腔穿刺	0	0
		④内視鏡検査	0	0
		⑤各種X線検査	10未満	0

大項目	中項目	小項目	経験率	
			4年生	2年生
与薬技術	経口与薬	①経口与薬	80	20
	注射	①使用薬剤の注射器への吸い上げ、ミキシング	80	10未満
		②皮内注射	10未満	0
		③皮下注射	10未満	0
		④筋肉内注射	10未満	0
	点滴静脈内 輸液管理	①点滴針挿入部の管理	50	20
		②点滴ルートの管理	50	10未満
		③フィルター、輸液ルートの交換	30	0
		④滴下量の調整	60	20
		⑤輸液ポンプの使用	10未満	10未満
	輸血	①輸血の実施	10未満	0
	坐薬	①坐薬の挿入	30	10未満
	点眼・点耳・点鼻	①点眼	40	10
		②点耳	0	0
		③点鼻	10未満	0
	外用(軟膏・湿布)	①外用薬の使用	70	30
	中心静脈栄養	①輸液量の滴下調整	20	10
		②合併症(血糖変動など)の観察	30	10未満
		③カロリー計算	20	10
	薬物療法時の 誤薬防止	①誤薬防止のための手順の遵守	60	10未満
		②服薬に関する患者指導	40	10未満

* 妊産褥婦・小児に対する専門的な技術・地域看護における技術は除外した。
経験率が90%を超えているものについて網掛け処理により強調した。

挿入部位のスキンケアと固定)〔採血)〔採尿)〔採便)〔痰採取)〔培養検体採取)〔血糖測定)〔尿検査)〔検査介助(5種類)〕〔使用薬剤の注射器への吸いあげ)〔皮内注射)〔皮下注射)〔筋肉注射)〔フィルター輸液ルートの交換)〔輸液ポンプの使用)〔輸血)〔坐薬挿入)〔点耳)〔点鼻)〔CV合併症の観察)〔誤薬防止のための手順遵守)〔服薬に関する患者指導)であった。

2) 4年生

経験率90%以上を示したものは、<生活援助系>では20項目、すなわち〔経口摂取の介助)〔摂取量観察・カロリー計算)〔おむつ交換)〔入浴介助)〔ベッドバス)〔洗髪)〔衣服の着脱)〔療養環境の調整)〔病室の整備)〔ベッドメイキング)〔リネン交換)〔患者に適した体位の工夫)〔温冷罨法)〔積極的傾聴)〔睡眠パターンの把握)〔疲労程度観察と休息必要性の判断)〔休息に適した環境調整)〔活動・運動能力アセスメント)〔体位変換)〔車椅子移乗・移動の介助)であった。

<治療処置系>では、2年生の項目に加えた計15項目、すなわち〔医療廃棄物の適正処理)〔呼吸音聴取)〔パルスオキシメータによる酸素化測定)〔IN-OUTバランスのチェック)〔水分摂取量過剰・不足の判断)

〔体温変化に伴う生体の観察)〔体温の調節)〔皮膚の観察アセスメント)〔消化器症状・腸蠕動アセスメント)〔精神・情緒状態アセスメント)〔排便観察アセスメント)であった。

経験率10%未満の項目は、<生活援助系>では3項目、〔人工肛門の看護)〔人工膀胱の看護)〔ストマケアの教育・指導)であった。<治療処置系>では15項目、〔採便)〔痰採取)〔培養検体採取)〔検査介助(5種類)〕〔皮内注射)〔皮下注射)〔筋肉内注射)〔輸液ポンプの使用)〔輸血)〔点耳)〔点鼻)であった。

3. 系統別にみた4年生の技術経験

次に4年生の<生活援助系>と<治療処置系>の技術経験を紹介する。<生活援助系>では、経験率100%を示した項目として〔入浴介助)〔衣服の着脱)の2項目があった。また〔人工肛門の看護)〔人工膀胱の看護)〔ストマケアの教育・指導)〔睡眠に適した環境調整)を除いた項目では50%以上の経験率を示した。<治療処置系>で経験率100%を示した項目は6項目あり、すなわち〔呼吸のアセスメント(回数、深さ、リズムなど)〕〔パルスオキシメータによる酸素化の測定)〔血圧測定)〔脈拍・心拍数の測定)〔体温測定)

〔消化器症状・腸蠕動のアセスメント〕であった。

逆に経験率10%未満では、各種の検体採取（〔採便〕〔痰採取〕〔培養検体採取〕〔尿検査〕）や、検査介助（〔腰椎穿刺〕〔胸腔穿刺〕〔腹腔穿刺〕）、与薬関連各種技術（〔皮内注射〕〔皮下注射〕〔筋肉内注射〕〔輸液ポンプの使用〕〔輸血の実施〕〔点耳〕〔点鼻〕）などがあった。経験率10%以上50%未満であった項目は、〔肺理学療法（体位ドレナージ、咳嗽法、パーカッションなど）〕〔視力、聴力障害の程度のアセスメント〕〔採尿〕〔内視鏡検査〕〔点眼〕〔(CV) 輸液量の滴下調整〕〔(CV) 合併症の観察〕〔(CV) カロリー計算〕などであった。それ以外の技術項目は経験率50%以上を示した。

IV. 考 察

1. 最低限経験できる技術項目

大多数の学生が経験した技術項目と経験しなかった項目に注目したことで、本学の実習で学生が経験できる最低限の技術項目が見えてきた。

1) 2年生

まず2年生の大多数が経験した技術項目はバイタルサインズ測定に関連した4項目の技術であった。基礎実習でバイタルサインズ測定の経験率が高いことは小泉ら（2005）の結果とも一致している。バイタルサインズ測定は患者の状態を把握する基本技術のひとつであり、この技術の経験率が高かったということは学生が積極的に実習を行っていると考えられる。また実施しやすい技術であることも経験率の高さと関係しているだろう。身体的侵襲が低く、どのような健康レベルであっても測定には意味があり、〔バイタルサインズ測定〕技術は2年生が経験できるミニマムの技術項目のひとつといえる。

2) 4年生

総合実習を終えた段階で大多数の4年生が経験した技術項目は<生活援助系><治療処置系>を合わせると36項目、2年生の9倍増となった。<生活援助系>は7つの大項目に区分されているが、その大項目に含まれるそれぞれの項目でまんべんなく経験率の伸びが見られた。<治療処置系>では2年生の項目（4項目）に加えた計15項目において経験率の伸びが見られた。以上の項目のそれぞれは、身体侵襲が低い項目で、学

生が行いやすい技術であること、どの患者にも為すべきアセスメントの全体性にかかわる観察技術である点の特徴といえる。このことから<生活援助系><治療処置系>の技術項目のうち、身体侵襲の低い技術および観察・アセスメント項目は4年生が経験できるミニマムの技術項目といえる。

2. 経験の積み上げと連携

1) 2年生

ミニマムとはいえないが、たとえば経験率が70~50%程度の技術項目は数多くあり、それらは2年生が実習で経験しやすい技術項目のようである。具体的には<生活援助系>では、〔ベッドメイキング〕〔リネン交換〕〔車椅子移乗〕〔活動のアセスメント〕〔体位の工夫〕〔身体の清潔ケア〕などである。しかし<生活援助系>項目でも経験率の低い項目があり、それらは〔おむつ交換〕〔食事介助〕〔カロリー計算〕〔排泄の観察〕などであるが、低だけでなく項目によって経験率が異なった。これについては受け持ち患者の援助の必要性に関連することなので経験率の高低を判断するのは難しい。比較するにも過去の情報はなく、実習施設の条件も影響するので今後の情報が必要である。

経験率の低かった技術項目は、指導的技術と診療補助技術である。〔食事指導〕〔運動指導〕〔呼吸法指導〕は経験率10%以下であった。看護場面で教育的に活動するには、先を見通した説明力や、時には指示的にリードする力を必要とし、患者とともに話し合う相談力も必要になるなど、いわゆる総合的なコミュニケーション能力が必要となる。次に、診療補助的技術や検査技術のいくつかは経験率0%であった。項目は〔無菌操作〕〔与薬（輸液を含む）〕〔気管内吸引〕〔酸素吸入〕〔肺理学療法〕〔ネブライザー〕〔創傷管理〕〔各種ドレイン類〕〔経管栄養〕〔浣腸〕〔導尿〕〔ガウンテクニック〕、《与薬》《検査・検体採取》などである。これらの項目には生体侵襲の高い技術や未履修項目が多く含まれており、教育の進度からみてアドバンスレベルの内容だった。基礎看護学実習の目的として、援助者としての自己を形成していくところに学習の関心を置いていることも大きいかもしれない。また初めての実習なので教員も学生も経験を広げる状態までいかないという状況も考えられる。経験率の低かった項目を通して言えることは、2年生にとってアドバンスレベルの技術項目とは、学習進度を待つ必要がある技術項目かどうか

かという点と、総合力を必要とする技術項目であるかというこの2点である。

2) 4年生

2年生の経験の多様なありさまは、4年生へと引き継がれ、ある技術項目は反復の、また別の技術項目は新しい挑戦となってバトンタッチされている状況が見える。2年生にはアドバンスレベルであった指導的技術や生体機能の観察ケア技術は、経験率が60%以上へと上昇した。項目数としては97項目である。〔食事指導〕〔運動指導〕〔呼吸法指導〕〔服薬の患者指導〕、〔肺理学療法〕〔創傷管理〕〔ドレーン〕類の観察とケア、〔経管栄養〕〔浣腸〕〔導尿〕〔与薬技術〕など、生体侵襲の比較的高い技術においても経験したことになる。反復経験となった技術項目も当然あるだろうし、学習進度を待っての満を持しての経験となった技術項目もあるだろう。

3. 積み残した技術項目

4年間を通して経験率0%という項目もあった。とりわけ《検査・検体の採取》では未経験項目が多かった。なかには〔排便〕〔痰採取〕〔採血〕など日常的に行われている項目も含まれていた。しかし〔採血〕のほとんどは早朝に採取されるため、学生の実習時間帯とは合わないことが多い。スクリーニング検査として臨床で頻繁に行われる技術項目であっても、日中に実習する条件のなかでは機会そのものが少ない。〔人工肛門のケア〕は経験率10%程度であった。本学の周手術期実習では例年消化器系病棟を使用しているが、人工肛門を造設するというケースがめったになかった。治療技術の変化等も含めて実習病院の診療特性が反映していることも考えられるが、この傾向が本学の特徴なのかどうかは比較できる情報がないため判断できない。〔皮内注射〕〔皮下注射〕〔筋肉内注射〕などは、教員や看護師の指導・監視のもとで学生が実施できる技術水準の項目（厚生労働省「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」2003）にあげられている。しかし経験した学生は1割に満たなかった。〔皮内注射〕は薬剤感受性テストとして医師が実施することが多く、〔皮下注射〕〔筋肉注射〕は経験できる実習の領域が限られる。学生の場合に最も考えられる機会は周手術期の前投薬であるが、最近は経口薬に置き換えられることもあり、機会自体が少なくなってい

る。機会があったときにタイミングよく経験させられれば問題はないが、経験させる以上、事前に技術を確認し、準備して臨み、安全に行える環境を整えなくては実行に移せない。それらの状況が経験の機会を低くしていると考えられる。

4. 技術教育への示唆

2年生と4年生の技術経験の結果から、学習進度を待つ必要がある技術項目と総合力を必要とする技術項目という二つの基準で振り分けられ、積み重なる経験の状況を確認することができた。技術教育においては現場に流れる時間と環境を最大限に生かすことが重要である。それを保証するためには学内での周到的な学習準備が必要になるだろうし、意図的な実習指導も欠かせない。そこでつぎにこの点について考えてみる。

1) 学内演習

実習で経験できるか否かにかかわらず、基本技術としていくべき技術はある。たとえば患者の状態に合わせて確実にタイムリーに行なわなければならないような技術や、身体的侵襲の大きな技術などは、実際に臨床の場で患者に提供する前にモデルや健康な人体でできるようにしておくべきである。それらの技術は実際に行うときに患者への倫理的な配慮や医療事故防止のための準備を必要とし、また経験の機会のタイミングがつかみにくいなどの条件を伴っている。経験にいたるまでのプロセスは複雑であるが、条件を整えていくステップには教育的な意味が含まれていて、実際に経験することの意義は大きい。実習中に経験できるようにするためにも、以下は基本的知識と技術の習得項目としていきたい。

〔浣腸〕〔導尿〕〔腰椎穿刺〕〔皮内注射〕〔皮下注射〕〔筋肉内注射〕〔輸液ポンプの使用〕〔ガーゼ交換〕〔創部消毒〕〔ガウンテクニックの実施〕〔ネブライザー〕〔気管内吸引〕〔肺理学療法〕〔採血〕〔ストレッチャー移乗・移動の介助〕

身体の清潔に関連する技術は範囲が広い。限られた演習時間のなかで、例年〔全身清拭〕〔洗髪〕〔足浴〕を優先的項目として演習プログラムを組んでいる。今回の調査では〔手浴〕の経験率が約50%であったが、もっと身近に経験できてよい技術に思われる。受け持

ち患者にその必要があったかどうかはわからないが、演習プログラムが実習でのケア技術の創意工夫に影響を及ぼすことも考えられる。また、実習中に経験する機会は少なくとも、排泄方法や食事摂取のバリエーションについては在宅療養生活をする患者のニーズの高さからいって知っておく必要はあるだろう。

2) 実習指導

系統的なアセスメントも、受け持ち患者にそのアセスメントを必要とする状態があるならば抜け落ちることない。しかし対象者の外見や印象から問題がないようにみえる場合、それでも自覚的に観察できているかどうかが問題である。そもそも系統的なアセスメントは人の全体性に着目しているものなので、系統的にみることではじめて人の全体性がみえる。4年生では《症状・生体機能管理技術》の小項目のうち経験率90%を超えるものもあれば、50%程度の経験率の項目もあった。自覚的に観察・アセスメントを行なうからこそスクリーニングの意義がある。観察・アセスメントは身体的侵襲の少ない技術なのでもっと経験率が高くてよいのではないか。50%程度の経験率だった項目は〔視力、聴力障害の程度のアセスメント〕〔運動障害の程度のアセスメント〕などであるが、項目名を見る限り「できなかった」のではなく、「しなかった」だけのようにも推測される。これら項目は、現実には見落とせない項目のはずである。同じ意味で〔留置カテーテル挿入中の看護〕があるが、経験率は約60%であった。留置カテーテルを挿入している患者に出会えないという状況はあまり考えにくく、これも意識的に見ることができなかったのではないかと推測される。どうしても患者の存在がなくては経験できない技術がある。たとえばリアルな創部である。創部を毎日開かないために実際を見る機会がなく、処置をする機会もなく、ドレーンを挿入する術式も少なくなっているなど経験の機会は少ないが、患者の存在があって可能になる以下の技術は実習で意識的に指導していきたい項目である。

〔呼吸音聴取〕〔CV合併症の観察〕〔ガーゼ交換〕〔創部消毒〕〔排液の観察とアセスメント〕〔ドレーン挿入部位のスキンケアと固定〕〔ドレーン挿入中の患者の安全・安楽の確保〕〔ドレーン閉塞予防〕

通常の実習をしていると時間帯が符合せずに経験できない技術もある。たとえば〔採血〕や睡眠・休息の介入技術である。ひととおりのアセスメントはできても、具体的に環境調整の介入をするのは難しい。そうしたなかで〔採血〕は50%の経験率であった。総合実習で経験する機会を得たことが大きかった。学生は総合実習ではじめて夜勤実習を経験し、病院で夜を過ごす患者のリアリティに接する機会になっていた。技術の訓練は繰り返し行うことで身につく。実習では今後もできるかぎり機会を見つける努力を重ねていきたい。

V. 結 論

看護学実習の入り口と出口に相当する2年生と4年生の技術経験を調査したことで、実習の積み重ねによる技術経験の状況が具体的に把握できた。看護技術は単なるスキルではなく、本来的にクリティカルシンキングやアセスメントを含むものなのであるが、今回の調査では技術経験の有無に特定して回答してもらった。そのため学生の認知部分を把握することはできなかったが、「行われた経験は本人を修正し、その後の経験の質に影響を及ぼす」というJ.Deweyの理論や、何かを知るためにはその何かに向かって飛び込み、行為することによってのみ初めて見えてくるという主体的・体験的な理解のしかたからみれば、経験の意義は大きいと考える。

1. 2年生のほぼ全員が経験できたと回答した技術は、120項目中4項目、項目名は〔バイタルサインズ測定〕技術であった。〈生活援助系〉技術は項目によって経験率の差があった。経験率が極端に低かった技術は、指導的活動に関する技術と診療補助的な技術や検査に関わる技術であった。
2. 4年生のほぼ全員が経験した技術項目は、125項目中36項目であった。項目名としてはほとんどの〈生活援助系〉技術、〈治療処置系〉の《生体機能管理技術》《感染防御技術》であった。指導的活動に関する技術と生体機能の詳細な観察とケアに関する技術でも、半数以上が経験しており、項目数も97項目であった。未経験の技術として14項目が残り、それらの技術は通常の実習方法では経験することが困難なものが多かった。

VI. おわりに

今回のデータ収集では前述の2つの報告書をもとに「看護技術チェックリスト」を作成したが、調査結果を見ると通常の実習では経験することが困難な看護技術が含まれていることがわかった。そこには治療方法や実習環境の影響などが考えられたが、これらの条件は今後ますます変化していくことが予測される。報告書で示された技術項目や水準を現実的に生かすうえでも、これらの条件に対して注意をはらっていく必要がある。

謝 辞

本研究の調査を快く引き受けてくださった本学2年生と4年生の皆様のご協力によって、臨地実習での看護技術経験の実態が明らかになり、卒業時到達目標を設定する際の指標や技術教育への示唆が得られました。心から感謝いたします。

参考文献

- 文部科学省：看護学教育の在り方にかかわる検討会報告書，大学における看護実践能力育成の充実に向けて，2002年3月26日。
- 文部科学省：看護学教育の在り方にかかわる検討会（第二次）報告書，看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標，2004年3月26日。
- 文部科学省：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，看護技術についての到達目標，2004。
- 厚生労働省：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。
- 看護系大学協議会：看護実践能力検討委員会平成15年度事業報告書，看護実践をさせる技術学要項とコア教育内容の構造的布置，2003。
- 看護基礎教育における看護技術および認知領域面の教育のあり方に関する研究：日本看護学教育学会誌，2003，13(2)，81-127。
- 阿曾洋子（2002）：身体侵襲を伴う看護技術の教育を考える，看護展望，27(10)，1089-1100。
- 井部俊子（2002）：看護系大学新卒者の臨床実践能力，病院61(4)，288-295。

小泉仁子他（2005）：看護実践能力育成の充実に向けた電子媒体による技術チェックリストの検討，看護教育，46(1)，13-22。

新藤幸恵（2002）：看護大学の展望，病院，61(4)，278-287。

藤内美保他（2005）：看護基本技術能力向上のための技術チェックリストプログラムの実施，看護教育，46(1)，08-12。

屋宜譜美子他（2004）：神奈川県における看護技術の水準に関する研究，看護教育，45(8)，680-687。

吉川由希子他（2007）：臨地実習環境の変化に伴う実習到達度と実習形態についての検討，H17-18科研究費基盤研究C，研究成果報告書。

*本研究は2006年8月，第37回日本看護学会にて発表した。

（受付：2007.11.30；受理：2008.1.30）