

〔資料〕

A看護大学3年生を対象とした看護師教育の技術到達度の自己評価と 臨地実習における技術経験の実態

Self-evaluation by a nursing college's third-year students of their skill attainment in nursing education and the reality of their experience in on-site clinical training

菅原 啓太¹⁾ 岡本 恵里²⁾ 中村 真弓³⁾

【要 旨】

A看護大学3年生の看護師教育の技術到達度の自己評価と臨地実習における技術経験の実態を明らかにすることを目的に、3年生90名を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。質問は厚生労働省が2008年に提示した「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」142項目を用い、調査時点における技術到達度と臨地実習における技術経験に関して自己評価してもらった。回収数は20名(22.2%)でありすべてを分析対象とした。厚生労働省が「技術到達度Ⅰ・Ⅱ」と示した88の技術項目のうち、学生の80%以上が技術到達したと回答した項目は38項目、50%以下は23項目であった。また、学生の80%以上が技術経験した項目は37項目、50%以下は25項目であり、学生の80%以上が経験した項目であっても、うち5項目は技術到達しておらず、逆に50%以下しか経験していない項目であっても、2項目は技術到達していた。

【キーワード】 看護大学生 技術到達度 臨地実習 技術経験

I. はじめに

A看護大学は、看護師及び保健師に必要となる知識・技術・態度を身につけた看護専門職者の育成を目指したカリキュラム構成としている。

看護学教育では、実践する能力を高めることを重要視しており、それには看護の対象となる人々や環境をアセスメントし、計画的に根拠に基づいた看護を提供することが必要となる。その教育において臨地実習における技術経験の影響は大きく、特定の健康課題を抱える対象者に安全・安楽・安心・自立を踏まえた看護を実践することで、学生らは自己の学修成果を実感したり、学修課題を見出しながら成長していく。自ら思考した看護が、いかに対象者の健康の保持や疾病の予防、健康の回復に資するかは、学生の看護技術の到達レベルの影響を受ける。厚生労働省は2008年に看護師教育の技術項目と卒業時の到達度¹⁾を提示している

が、A看護大学学生の技術到達度の実態は2008年以降把握できていない。

そこで本研究では、A看護大学3年生の看護師教育の技術到達度の自己評価および臨地実習における技術経験の実態を明らかにすることを目的とした。

看護師の技術到達度は、平成30年に見直しが行われている²⁾ものの調査時点の内容と大きく変わりがなく、近年の臨床看護の場では、患者の人権への配慮や、医療安全確保のための取り組みを強化しており、看護師になるための学習途上にある学生が実施できる看護技術の範囲や機会は限定されている³⁾。そのため、臨地実習だけではなく、シミュレーション教育など学内実習での技術修得も考慮しなければならない今日の状況を踏まえると、本調査結果を報告する意義があると考えた。

受付日：2021年9月1日 受理日：2021年12月8日

1) Keita SUGAWARA：三重県立看護大学

2) Eri OKAMOTO：富山県立大学

3) Mayumi NAKAMURA：国立病院機構 鈴鹿病院

II. 方法

1. 対象

平成28年にA看護大学に在籍する3年生90名を対象とした。3年生の調査時点の臨地実習の履修状況は、患者との援助関係を学ぶ基礎看護学実習Ⅰ（1単位）、患者を担当して看護過程の展開を学ぶ基礎看護学実習Ⅱ（2単位）、領域別看護学実習（母性、小児、成人Ⅰ：急性、成人Ⅱ：慢性・緩和、老年、精神、在宅：各2単位、公衆衛生：4単位）を修了しており、4年次には総合実習（3単位）を履修予定である。総合的能力を養うことを目的とする看護総合実習では、学生は配置された看護分野ごとの実習目的・目標に沿った学習を行う。そのため3年次の領域別看護学実習を修了した段階の技術到達度や技術経験の実態を把握することは、技術到達度を高める教育方法を検討する上で重要であると考え、3年生を対象とした。

2. 研究デザイン

無記名自記式質問紙調査法（留め置き法）

3. 調査期間

平成28年3月

4. 調査方法

授業の空き時間を利用して研究協力依頼文書および調査票を配布し、口頭および文書で説明した。説明に先立ち、学生には説明を聞くか否か選択できるように、事前に学内メールで説明時間を周知した。調査票の回収は、教務学生課に設置した回収ボックスへの個別投函とした。

5. 調査内容

1) 技術到達度

2008年に厚生労働省が示した、142項目からなる看護師の技術項目と卒業時の到達度（以下：看護師の技術到達度）を用いた。調査時点における技術到達度を、『Ⅰ. ひとりで実施できる、Ⅱ. 教員・指導者の指導のもとで実施できる、Ⅲ. 学内演習での実施はできる、Ⅳ. 知識としてわかるが実施はできない』の4段階で回答を得た。

2) 臨地実習における技術経験

1) で用いた142項目からなる技術項目を用いて、

入学してから調査時点までの臨地実習での技術経験を、『1. 実施した、2. 見学したが実施はしていない、3. 見学も実施もしていない』の3段階で回答を得た。

6. 分析方法

技術到達度および臨地実習における技術経験は、技術項目ごとに単純集計を行った。

次に、142項目のうち厚生労働省が卒業時に技術到達度Ⅰ（ひとりで実施できる）と、技術到達度Ⅱ（教員・指導者の指導のもとで実施できる）と示した技術項目（88項目）について、それぞれの到達度に達したと回答した学生の割合が80%以上の項目を“技術到達している項目”、50%以下の項目を“技術到達していない項目”と分類した。

また、臨地実習における技術経験は、『1. 実施した』と回答した学生の割合が80%以上の項目を“実習での技術経験が多い項目”、50%以下の項目を“実習での技術経験が少ない項目”と分類した。

最後に、臨地実習における技術経験と技術到達度との関連を検討した。厚生労働省が技術到達度Ⅰ・Ⅱと示した技術項目（88項目）で、①“実習での技術経験が多い項目”のうち“技術到達している項目”、②“実習での技術経験が多い項目”のうち“技術到達していない項目”、③“実習での技術経験が少ない項目”のうち“技術到達している項目”、④“実習での技術経験が少ない項目”のうち“技術到達していない項目”を、クロス集計により抽出した。分析にはSPSS 27.0 for Windowsを使用した。

7. 倫理的配慮

対象者への依頼文書には、研究の趣旨と目的、プライバシーの保護、データの取り扱い、成績評価等に不利益が生じないこと、研究結果の公表等を明記した。また、調査票は無記名とし、個別投函により匿名性と任意性を保証した。研究協力依頼時には強制力が働かないよう、説明者は調査票の配付後に速やかにその場を退出し、回答済みの調査票はその場では受け取らず、各自で投函する方法とした。なお本研究は、三重県立看護大学倫理審査会の承認を得て実施した（通知書番号152101）。

III. 結果

調査票は、在籍する3年生90名全員に配付するこ

とができた。回収数は20名(22.2%)であり、すべてを分析対象とした。

1. 技術到達度Ⅰ・Ⅱの実態

調査した142項目のうち、厚生労働省が提示した技術到達度Ⅰ(ひとりで実施できる)と、技術到達度Ⅱ(教員・指導者の指導のもとで実施できる)に該当する88項目(Ⅰ:34項目、Ⅱ:54項目)のうち、“技術到達している項目”は38項目(43.2%)であった(表1-1、1-2)。

技術到達度Ⅰ:34項目のうち、“技術到達している項目”は5項目(▲)で、「2)基本的なベッドメイキングができる:100%」、「63)バイタルサインが正確に測定できる:95%」、「1)患者にとって快適な病床環境を作ることができる:85%」、「74)スタンダード・プリコーションに基づく手洗いが実施できる:85%」、「80)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:85%」であった。

技術到達度Ⅱ:54項目のうち、“技術到達している項目”は7項目(△)で、「3)臥床患者のリネン交換ができる:100%」、「24)臥床患者の体位変換ができる:100%」、「41)臥床患者の清拭ができる:100%」、「7)患者の栄養状態をアセスメントできる:95%」、「16)患者のおむつ交換ができる:95%」、「40)陰部の清潔保持の援助ができる:95%」、「45)持続静脈内点滴注射実施中の患者の寝衣交換ができる:95%」であった。

一方、88項目のうち“技術到達していない項目”は23項目(26.1%)であった。

技術到達度Ⅰ:34項目のうち、“技術到達していない項目”は16項目であった。またこの16項目の中で到達度が30%以下と低かった6項目(▼)は、「6)経管栄養法を受けている患者の観察ができる:15%」、「47)酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる:15%」、「11)自然な排便を促すための援助ができる:25%」、「13)患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる:25%」、「50)末梢循環を促進するための部分浴・霏法・マッサージができる:25%」、「14)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:30%」であった。

技術到達度Ⅱ:54項目のうち、“技術到達していない項目”は7項目であった。またこの7項目の中で、到達度Ⅰ(ひとりで実施できる)の回答と合計しても、

到達度が30%以下と低かった2項目(▽)は、「10)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:15%」、「51)酸素吸入療法が実施できる:25%」であった。

2. 臨地実習での技術経験の実態

「技術到達度Ⅰ・Ⅱの実態」と同様の88項目のうち、“実習での技術経験が多い項目”は37項目(42.0%)であった(表2-1、2-2)。

そのうち技術到達度Ⅰ(ひとりで実施できる)に該当する項目は18項目であった。この18項目のうち100%の学生が『1. 実施した』と回答した6項目(▲)は、「1)患者にとって快適な病床環境を作ることができる」、「2)基本的なベッドメイキングができる」、「20)患者の歩行・移動介助ができる」、「34)清拭援助を通して、患者の観察ができる」、「63)バイタルサインが正確に測定できる」、「74)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」であり、技術到達度Ⅱ(教員・指導者の指導のもとで実施できる)に該当する項目は19項目であった。この19項目のうち100%の学生が『1. 実施した』と回答した1項目(△)は、「67)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」であった。同じく95%の学生が『1. 実施した』と回答した2項目(∴)は、「39)入浴の介助ができる」、「41)臥床患者の清拭ができる」であった。

一方、88項目のうち“実習での技術経験が少ない項目”は25項目(28.4%)であり、そのうち技術到達度Ⅰ(ひとりで実施できる)に該当する項目は6項目であった。またこの6項目の中で経験が30%以下と低かった3項目(▼)は、「81)災害が発生した場合には、指示に従って行動がとれる:10%」、「61)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:15%」、「80)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:30%」であった。

技術到達度Ⅱ(教員・指導者の指導のもとで実施できる)で『1. 実施した』に該当する項目は19項目であった。またこの19項目の中で経験が30%以下と低かった9項目(▽)は、「10)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:5%」、「51)酸素吸入療法が実施できる:5%」、「52)気道内加湿

表 1-1 看護師教育の技術項目別にみた技術到達度の自己評価（88項目）

(n=20)

質問項目	厚労省基準	ひとり 実施		教員・指導 と実施		学内演習で の実施		実施は でき ない	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1)患者にとって快適な病床環境を作ることができる▲	I	17	85.0	3	15.0	0	0.0	0	0.0
2)基本的なベッドメイキングができる▲	I	20	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3)臥床患者のリネン交換ができる△	II	11	55.0	9	45.0	0	0.0	0	0.0
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）	I	10	50.0	9	45.0	1	5.0	0	0.0
5)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	11	55.0	9	45.0	0	0.0	0	0.0
6)経管栄養法を受けている患者の観察ができる▼	I	3	15.0	13	65.0	3	15.0	1	5.0
7)患者の栄養状態をアセスメントできる△	II	7	35.0	12	60.0	1	5.0	0	0.0
8)患者の疾患に応じた食事内容が指導できる	II	2	10.0	15	75.0	3	15.0	0	0.0
9)患者の個性を反映した食生活の改善を計画できる	II	3	15.0	15	75.0	2	10.0	0	0.0
10)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▽	II	1	5.0	2	10.0	6	30.0	11	55.0
11)自然な排便を促すための援助ができる▼	I	5	25.0	12	60.0	1	5.0	2	10.0
12)自然な排尿を促すための援助ができる	I	7	35.0	10	50.0	1	5.0	2	10.0
13)患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる▼	I	5	25.0	11	55.0	3	15.0	1	5.0
14)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▼	I	6	30.0	10	50.0	3	15.0	1	5.0
15)ポータブルトイレでの患者の排泄援助ができる	II	4	20.0	8	40.0	5	25.0	3	15.0
16)患者のおむつ交換ができる△	II	6	30.0	13	65.0	1	5.0	0	0.0
17)失禁をしている患者のケアができる	II	3	15.0	10	50.0	2	10.0	5	25.0
18)膀胱留置カテーテルの固定、ルート確認、感染予防の管理ができる	II	1	5.0	14	70.0	3	15.0	2	10.0
19)患者を車椅子で移送できる	I	15	75.0	5	25.0	0	0.0	0	0.0
20)患者の歩行・移動介助ができる	I	11	55.0	9	45.0	0	0.0	0	0.0
21)廃用性症候群のリスクをアセスメントできる	I	8	40.0	9	45.0	1	5.0	2	10.0
22)入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる	I	11	55.0	8	40.0	1	5.0	0	0.0
23)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	I	11	55.0	7	35.0	2	10.0	0	0.0
24)臥床患者の体位変換ができる△	II	9	45.0	11	55.0	0	0.0	0	0.0
25)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	5	25.0	13	65.0	2	10.0	0	0.0
26)廃用性症候群予防のための自動・他動運動ができる	II	6	30.0	10	50.0	4	20.0	0	0.0
27)目的に応じた安静保持の援助ができる	II	7	35.0	11	55.0	1	5.0	1	5.0
28)体動制限による苦痛を緩和できる	II	7	35.0	11	55.0	2	10.0	0	0.0
29)患者をベッドからストレッチャーへ移乗できる	II	2	10.0	7	35.0	6	30.0	5	25.0
30)患者のストレッチャー移送ができる	II	3	15.0	11	55.0	4	20.0	2	10.0
31)関節可動域訓練ができる	II	2	10.0	10	50.0	4	20.0	4	20.0
32)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	I	7	35.0	7	35.0	5	25.0	19	95.0
33)患者の状態に合わせた足浴・手浴ができる	I	10	50.0	10	50.0	0	0.0	0	0.0
34)清拭援助を通して、患者の観察ができる	I	10	50.0	10	50.0	0	0.0	0	0.0
35)洗髪援助を通して、患者の観察ができる	I	11	55.0	8	40.0	0	0.0	1	5.0
36)口腔ケアを通して、患者の観察ができる	I	10	50.0	8	40.0	1	5.0	1	5.0
37)患者が身だしなみを整えるための援助ができる	I	13	65.0	6	30.0	1	5.0	0	0.0
38)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	I	12	60.0	7	35.0	1	5.0	0	0.0
39)入浴の介助ができる	II	6	30.0	12	60.0	2	10.0	0	0.0
40)陰部の清潔保持の援助ができる△	II	10	50.0	9	45.0	1	5.0	0	0.0
41)臥床患者の清拭ができる△	II	11	55.0	9	45.0	0	0.0	0	0.0
42)臥床患者の洗髪ができる	II	6	30.0	10	50.0	4	20.0	0	0.0
43)意識障害のない患者の口腔ケアができる	II	6	30.0	6	30.0	4	20.0	4	20.0
44)患者の病態・機能に合わせて口腔ケアを計画できる	II	4	20.0	13	65.0	2	10.0	1	5.0
45)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	3	15.0	16	80.0	1	5.0	0	0.0
46)沐浴が実施できる	II	1	5.0	16	80.0	2	10.0	1	5.0

注1) 厚労省基準（I. ひとりで実施できる、II. 教員・指導者の指導のもとで実施できる）

注2) “技術到達している項目”をゴシック、“技術到達していない項目”を網掛で示した。

表 1-2 看護師教育の技術項目別にみた技術到達度の自己評価 (88項目)

(n=20)

質問項目	厚労省基準	実施		ひとり		教員・指導と実施		学内演習での実施		実施はできない	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		47) 酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる ▼	I	3	15.0	12	60.0	1	5.0	4	20.0
48) 患者の状態に合わせた温巻法・冷巻法が実施できる	I	7	35.0	12	60.0	1	5.0	0	0.0		
49) 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	I	8	40.0	10	50.0	2	10.0	0	0.0		
50) 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 ▼	I	5	25.0	11	55.0	3	15.0	1	5.0		
51) 酸素吸入療法が実施できる ▽	II	0	0.0	5	25.0	4	20.0	11	55.0		
52) 気道内加湿ができる	II	1	5.0	6	30.0	1	5.0	12	60.0		
53) 患者の褥瘡発生の危険をアセスメントできる	I	10	50.0	7	35.0	2	10.0	1	5.0		
54) 褥瘡予防のためのケアが計画できる	II	9	45.0	9	45.0	2	10.0	0	0.0		
55) 褥瘡予防のためのケアが実施できる	II	7	35.0	12	60.0	0	0.0	1	5.0		
56) 患者の創傷の観察ができる	II	5	25.0	11	55.0	2	10.0	2	10.0		
57) 経口薬 (パッカ錠・内服薬・舌下錠) の服薬後の観察ができる	II	4	20.0	9	45.0	2	10.0	5	25.0		
58) 経皮・外用薬の投与前後の観察ができる	II	3	15.0	8	40.0	4	20.0	5	25.0		
59) 直腸内与薬の投与前後の観察ができる	II	0	0.0	8	40.0	4	20.0	8	40.0		
60) 点滴静脈内注射をうけている患者の観察点がわかる	II	6	30.0	10	50.0	2	10.0	2	10.0		
61) 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	I	9	45.0	6	30.0	3	15.0	2	10.0		
62) 患者の意識状態を観察できる	II	4	20.0	9	45.0	5	25.0	2	10.0		
63) バイタルサインが正確に測定できる ▲	I	19	95.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0		
64) 正確に身体計測ができる	I	12	60.0	7	35.0	1	5.0	0	0.0		
65) 患者の一般状態の変化に気付くことができる	I	11	55.0	9	45.0	0	0.0	0	0.0		
66) 系統的な症状の観察ができる	II	6	30.0	13	65.0	1	5.0	0	0.0		
67) 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	II	11	55.0	8	40.0	1	5.0	0	0.0		
68) 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	II	2	10.0	6	30.0	3	15.0	9	45.0		
69) 簡易血糖測定ができる	II	12	60.0	4	20.0	3	15.0	1	5.0		
70) 正確な検査が行えるための患者の準備ができる	II	4	20.0	12	60.0	1	5.0	2	10.0		
71) 検査の介助ができる	II	2	10.0	10	50.0	3	15.0	5	25.0		
72) 検査後の安静保持の援助ができる	II	5	25.0	8	40.0	3	15.0	4	20.0		
73) 検査前、中、後の観察ができる	II	5	25.0	9	45.0	5	25.0	1	5.0		
74) 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	17	85.0	2	10.0	1	5.0	0	0.0		
75) 必要な防護用具 (手袋・ゴーグル・ガウン等) の装着ができる	II	13	65.0	5	25.0	2	10.0	0	0.0		
76) 使用した器具の感染防止の取り扱いができる	II	12	60.0	5	25.0	3	15.0	0	0.0		
77) 感染性廃棄物の取り扱いができる	II	15	75.0	4	20.0	1	5.0	0	0.0		
78) 無菌操作が確実にできる	II	3	15.0	11	55.0	4	20.0	2	10.0		
79) 針刺し事故防止の対策が実施できる	II	8	40.0	5	25.0	6	30.0	1	5.0		
80) 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 ▲	I	17	85.0	1	5.0	1	5.0	1	5.0		
81) 災害が発生した場合には、指示に従って行動がとれる	I	12	60.0	5	25.0	1	5.0	2	10.0		
82) 患者を誤認しないための防止策を実施できる	I	11	55.0	6	30.0	2	10.0	1	5.0		
83) 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	14	70.0	3	15.0	1	5.0	2	10.0		
84) 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	12	60.0	5	25.0	2	10.0	1	5.0		
85) 放射線暴露の防止のための行動がとれる	II	4	20.0	6	30.0	2	10.0	8	40.0		
86) 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	9	45.0	10	50.0	1	5.0	0	0.0		
87) 患者の安楽を促進するためのケアができる	II	10	50.0	9	45.0	1	5.0	0	0.0		
88) 患者の精神的安楽を保つための工夫を計画できる	II	6	30.0	10	50.0	3	15.0	1	5.0		

表 2 - 1 看護師教育の技術項目別にみた臨地実習における技術経験 (88 項目)

(n = 20)

質問項目	厚労省基準	実施した		見学のみのみ		見学・実施なし	
		n	%	n	%	n	%
1) 患者にとって快適な病室環境を作ることができる▲	I	20	100	0	0.0	0	0.0
2) 基本的なベッドメイキングができる▲	I	20	100	0	0.0	0	0.0
3) 臥床患者のリネン交換ができる	II	13	65.0	4	20.0	3	15.0
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)	I	15	75.0	1	5.0	4	20.0
5) 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	18	90.0	1	5.0	1	5.0
6) 経管栄養法を受けている患者の観察ができる	I	8	40.0	3	15.0	9	45.0
7) 患者の栄養状態をアセスメントできる	II	18	90.0	1	5.0	1	5.0
8) 患者の疾患に応じた食事内容が指導できる	II	13	65.0	3	15.0	4	20.0
9) 患者の個性を反映した食生活の改善を計画できる	II	12	60.0	4	20.0	3	15.0
10) 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▽	II	1	5.0	3	15.0	16	80.0
11) 自然な排便を促すための援助ができる	I	12	60.0	4	20.0	4	20.0
12) 自然な排尿を促すための援助ができる	I	11	55.0	3	15.0	6	30.0
13) 患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる	I	11	55.0	4	20.0	5	25.0
14) 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	I	15	75.0	3	15.0	2	10.0
15) ポータブルトイレでの患者の排泄援助ができる	II	8	40.0	2	10.0	10	50.0
16) 患者のおむつ交換ができる	II	18	90.0	0	0.0	2	10.0
17) 失禁をしている患者のケアができる	II	7	35.0	2	10.0	11	55.0
18) 膀胱留置カテーテルの固定、ルート確認、感染予防の管理ができる	II	9	45.0	8	40.0	3	15.0
19) 患者を車椅子で移送できる	I	19	95.0	0	0.0	1	5.0
20) 患者の歩行・移動介助ができる▲	I	20	100	0	0.0	0	0.0
21) 廃用性症候群のリスクをアセスメントできる	I	12	60.0	4	20.0	4	20.0
22) 入眠・睡眠を意図した日中の活動の援助ができる	I	18	90.0	2	10.0	0	0.0
23) 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	I	17	85.0	0	0.0	3	15.0
24) 臥床患者の体位変換ができる	II	18	90.0	1	5.0	1	5.0
25) 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	14	70.0	4	20.0	2	10.0
26) 廃用性症候群予防のための自動・他動運動ができる	II	13	65.0	2	10.0	5	25.0
27) 目的に応じた安静保持の援助ができる	II	16	80.0	1	5.0	3	15.0
28) 体動制限による苦痛を緩和できる	II	13	65.0	2	10.0	5	25.0
29) 患者をベッドからストレッチャーへ移乗できる▽	II	3	15.0	8	40.0	9	45.0
30) 患者のストレッチャー移送ができる▽	II	5	25.0	5	25.0	10	50.0
31) 関節可動域訓練ができる▽	II	6	30.0	6	30.0	7	35.0
32) 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	I	13	65.0	4	20.0	2	10.0
33) 患者の状態に合わせた足浴・手浴ができる	I	19	95.0	0	0.0	1	5.0
34) 清拭援助を通して、患者の観察ができる▲	I	20	100	0	0.0	0	0.0
35) 洗髪援助を通して、患者の観察ができる	I	19	95.0	0	0.0	1	5.0
36) 口腔ケアを通して、患者の観察ができる	I	17	85.0	0	0.0	3	15.0
37) 患者が身だしなみを整えるための援助ができる	I	19	95.0	0	0.0	1	5.0
38) 持続静脈内点滴注射を実施していない臥床患者の更衣交換ができる	I	17	85.0	0	0.0	3	15.0
39) 入浴の介助ができる	II	19	95.0	1	5.0	0	0.0
40) 陰部の清潔保持の援助ができる	II	18	90.0	0	0.0	2	10.0
41) 臥床患者の清拭ができる	II	19	95.0	0	0.0	1	5.0
42) 臥床患者の洗髪ができる	II	11	55.0	3	15.0	6	30.0
43) 意識障害のない患者の口腔ケアができる	II	11	55.0	0	0.0	9	45.0
44) 患者の病態・機能に合わせた口腔ケアを計画できる	II	11	55.0	2	10.0	7	35.0
45) 持続静脈内点滴注射実施中の患者の更衣交換ができる	II	18	90.0	0	0.0	2	10.0

注 1) 厚労省基準 (I. ひとりで実施できる、II. 教員・指導者の指導のもとで実施できる、III. 学内演習での実施はできる、IV. 知識としてわかるが実施はできない)

注 2) “実習での技術経験が多い項目”をゴシック、“実習での技術経験が少ない項目”を網掛けで示した。

表 2-2 看護師教育の技術項目別にみた臨地実習における技術経験 (88項目)

(n=20)

質問項目	厚労省基準	実施した		見学のみ		見学・実施なし	
		n	%	n	%	n	%
46) 沐浴が実施できる	II	10	50.0	7	35.0	3	15.0
47) 酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる	I	9	45.0	4	20.0	7	35.0
48) 患者の状態に合わせた温電法・冷電法が実施できる	I	16	80.0	0	0.0	4	20.0
49) 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	I	17	85.0	1	5.0	2	10.0
50) 末梢循環を促進するための部分浴・電法・マッサージができる	I	14	70.0	3	15.0	3	15.0
51) 酸素吸入療法が実施できる▽	II	1	5.0	8	40.0	11	55.0
52) 気道内加湿ができる▽	II	2	10.0	4	20.0	13	65.0
53) 患者の褥瘡発生の危険をアセスメントできる	I	14	70.0	3	15.0	3	15.0
54) 褥瘡予防のためのケアが計画できる	II	16	80.0	0	0.0	4	20.0
55) 褥瘡予防のためのケアが実施できる	II	13	65.0	3	15.0	4	20.0
56) 患者の創傷の観察ができる	II	14	70.0	2	10.0	4	20.0
57) 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	8	40.0	5	25.0	7	35.0
58) 経皮・外用薬の投与前後の観察ができる	II	8	40.0	4	20.0	8	40.0
59) 直腸内与薬の投与前後の観察ができる▽	II	2	10.0	2	10.0	16	80.0
60) 点滴静脈内注射をうけている患者の観察点ができる	II	14	70.0	2	10.0	4	20.0
61) 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▼	I	3	15.0	2	10.0	15	75.0
62) 患者の意識状態を観察できる	II	11	55.0	0	0.0	9	45.0
63) pO₂が正確に測定できる▲	I	20	100	0	0.0	0	0.0
64) 正確に身体計測ができる	I	15	75.0	0	0.0	4	20.0
65) 患者の一般状態の変化に気付くことができる	I	17	85.0	2	10.0	1	5.0
66) 系統的な症状の観察ができる	II	18	90.0	2	10.0	0	0.0
67) pO₂・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▲	II	20	100	0	0.0	0	0.0
68) 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▽	II	2	10.0	3	15.0	15	75.0
69) 簡易血糖測定ができる	II	13	65.0	2	10.0	5	25.0
70) 正確な検査が行えるための患者の準備ができる	II	11	55.0	2	10.0	6	30.0
71) 検査の介助ができる	II	7	35.0	6	30.0	0	0.0
72) 検査後の安静保持の援助ができる	II	9	45.0	3	15.0	8	40.0
73) 検査前、中、後の観察ができる	II	11	55.0	1	5.0	8	40.0
74) 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	20	100	0	0.0	0	0.0
75) 必要な防護用具 (手袋・ゴーグル・ガウン等) の装着ができる	II	18	90.0	1	5.0	1	5.0
76) 使用した器具の感染防止の取り扱いができる	II	18	90.0	0	0.0	2	10.0
77) 感染性廃棄物の取り扱いができる	II	18	90.0	1	5.0	1	5.0
78) 無菌操作が確実にできる	II	8	40.0	6	30.0	6	30.0
79) 針刺し事故防止の対策が実施できる	II	7	35.0	5	25.0	8	40.0
80) 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▼	I	6	30.0	0	0.0	14	70.0
81) 災害が発生した場合には、指示に従って行動がとれる▼	I	2	10.0	0	0.0	18	90.0
82) 患者を誤認しないための防止策を実施できる	I	10	50.0	2	10.0	8	40.0
83) 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	16	80.0	0	0.0	4	20.0
84) 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	16	80.0	1	5.0	3	15.0
85) 放射線暴露の防止のための行動がとれる▽	II	4	20.0	1	5.0	15	75.0
86) 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	18	90.0	0	0.0	2	10.0
87) 患者の安楽を促進するためのケアができる	II	17	85.0	1	5.0	2	10.0
88) 患者の精神的安寧を保つための工夫を計画できる	II	16	80.0	2	10.0	2	10.0

ができる：10%」、「59)直腸内与薬の投与前後の観察ができる：10%」、「68)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：10%」、「29)患者をベッドからストレッチャーへ移乗できる：15%」、「85)放射線暴露の防止のための行動がとれる：20%」、「30)患者のストレッチャー移送ができる：25%」、「31)関節可動域訓練ができる：30%」であった。

3. 臨地実習における技術経験と技術到達度との関連

臨地実習における技術経験の分析で得られた“実習での技術経験が多い項目：37項目”と“実習での技術経験が少ない項目：25項目”について検討した(表3)。

【“実習での技術経験が多い項目”のうち、“技術到達している項目”】は、23項目が該当した。また【“実習での技術経験が多い項目”のうち、“技術到達していない項目”】は5項目が該当し、「33)患者の状態に合わせた足浴・手浴ができる」、「34)清拭援助を通して、患者の観察ができる」、「36)口腔ケアを通して、患者の観察ができる」、「48)患者の状態に合わせた温電法・冷電法が実施できる」、「49)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」であった。この5項目はすべて、厚生労働省では卒業時の到達度を『I. ひとりで実施できる』に設定している。

次に、【“実習での技術経験が少ない項目”のうち“技術到達している項目”】は2項目が該当し、「46)沐浴が実施できる」、「80)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」であった。

最後に、【“実習での技術経験が少ない項目”のうち“技術到達していない項目”】は7項目が該当し、「10)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」、「29)患者をベッドからストレッチャーへ移乗できる」、「51)酸素吸入療法が実施できる」、「52)気道内加湿ができる」、「59)直腸内与薬の投与前後の観察ができる」、「61)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」、「85)放射線暴露の防止のための行動がとれる」であった。うち「61)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」は、厚生労働省では卒業時の到達度を『I. ひとりで実施できる』に設定している。

IV. 考察

厚生労働省が卒業時の技術到達度を『I. ひとりで実施できる、II. 教員・指導者の指導のもとで実施できる』とした技術項目(88項目)のうち、本調査で“技術到達している項目”は43.2%に留まっており、“技術到達していない項目”は26.1%に及んだ。「足浴や手浴、温電法・冷電法、体温調節の援助」や「清潔援助・口腔ケア時の観察」など、“実習での技術経験が多い項目”であっても、“技術到達していない項目”も認められた。これらの技術項目は患者の要望に左右されたり、全身状態や使用物品・設備に応じて援助方法を変更する必要があったりと、判断力や応用力が必要な技術であることから、学生は自信を持ちにくいものと考えられた。先行研究においても、看護基本技術習得における課題として、「優先順位を考慮した観察・対応の不足」や「状況に応じた対応の不的確さ」が挙げられており⁴⁾、臨地実習で実際に患者に関わるからこそこの課題であると言える。臨地実習において、適切なアセスメントやアセスメントと援助方法を結びつける支援を行うと共に、学生の判断を支持したり、個々の患者に合わせた個別のケアを実施できていることを評価するなどの意図的な教育により、学生が技術に自信を持てるようにしていく事も必要となる。

逆に、「沐浴」や「インシデント・アクシデント時の報告」は、“実習での技術経験が少ない項目”にも関わらず技術到達している項目”であった。沐浴には、抱っこ、脱衣、着衣、臍消毒などの複数の看護技術が含まれており、手順や留意点が多いという特徴がある。医療安全の側面からも、臨地実習の前に学内において十分に沐浴演習を行うことが求められている⁵⁾。A看護大学の「沐浴」に関する教育は、事前に学生が沐浴方法について、目的と特徴、方法と根拠、観察のポイントと留意点を自己学修したうえで、学内演習を行っている。演習では学生同士が事前学修を基に相談しながらモデル人形を用いた沐浴を実施するといった能動的な授業が行われている。この学修経験から、臨地実習前にモデル人形を用いた実践的な自己学修を行う学生は多いという。

臨地実習における技術経験が少ない技術項目であっても、このように学内演習における教育方法を工夫することにより、学生の技術到達度に関する自己評価を高める可能性を示唆しているといえる。

表3 臨地実習における技術経験と技術到達度との関連

(n=20)

質問項目	厚労省基準	実施した		見学のみ		見学・実施なし		各基準において技術到達している と回答した学生	
		n	%	n	%	n	%	n	%
【“実習での技術経験が多い項目”のうち“技術到達している項目”】									
1)患者にとって快適な病床環境を作ることができる	I	20	100	0	0.0	0	0.0	17	85.0
2)基本的なベッドメイキングができる	I	20	100	0	0.0	0	0.0	20	100
7)患者の栄養状態をアセスメントできる	II	18	90.0	1	5.0	1	5.0	19	95.0
16)患者のおむつ交換ができる	II	18	90.0	0	0.0	2	10.0	19	95.0
24)臥床患者の体位変換ができる	II	18	90.0	1	5.0	1	5.0	20	100
27)目的に応じた安静保持の援助ができる	II	16	80.0	1	5.0	3	15.0	18	90.0
39)入浴の介助ができる	II	19	95.0	1	5.0	0	0.0	18	90.0
40)陰部の清潔保持の援助ができる	II	18	90.0	0	0.0	2	10.0	19	95.0
41)臥床患者の清拭ができる	II	19	95.0	0	0.0	1	5.0	20	100
45)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	18	90.0	0	0.0	2	5.0	19	95.0
54)褥瘡予防のためのケアが計画できる	II	16	80.0	0	0.0	4	20.0	18	90.0
63)パルスオキシメーターが正確に測定できる	I	20	100	0	0.0	0	0.0	19	95.0
66)系統的な症状の観察ができる	II	18	90.0	2	10.0	0	0.0	19	95.0
67)パルスオキシメーター・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	II	20	100	0	0.0	0	0.0	19	95.0
74)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	20	100	0	0.0	0	0.0	17	85.0
75)必要な防護用具（手袋・ゴーグル・ガウン等）の装着ができる	II	18	90.0	1	5.0	1	5.0	18	90.0
76)使用した器具の感染防止の取り扱いができる	II	18	90.0	0	0.0	2	10.0	17	85.0
77)感染性廃棄物の取り扱いができる	II	18	90.0	1	5.0	1	5.0	19	95.0
83)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	16	80.0	0	0.0	4	20.0	17	85.0
84)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	16	80.0	1	5.0	3	15.0	17	85.0
86)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	18	90.0	0	0.0	2	1.0	19	95.0
87)患者の安楽を促進するためのケアができる	II	17	85.0	1	5.0	2	1.0	19	95.0
88)患者の精神的安寧を保つための工夫を計画できる	II	16	80.0	2	10.0	2	1.0	16	80.0
【“実習での技術経験が多い項目”のうち“技術到達していない項目”】									
33)患者の状態に合わせた足浴・手浴ができる	I	19	95.0	0	0.0	1	5.0	10	50.0
34)清拭援助を通して、患者の観察ができる	I	20	100	0	0.0	0	0.0	10	50.0
36)口腔ケアを通して、患者の観察ができる	I	17	85.0	0	0.0	3	15.0	10	50.0
48)患者の状態に合わせた温電法・冷電法が実施できる	I	16	80.0	0	0.0	4	20.0	7	35.0
49)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	I	17	85.0	1	5.0	2	10.0	8	40.0
【“実習での技術経験が少ない項目”のうち“技術到達している項目”】									
46)沐浴が実施できる	II	10	50.0	7	35.0	3	15.0	17	85.0
80)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	I	6	30.0	0	0.0	14	70.0	17	85.0
【“実習での技術経験が少ない項目”のうち“技術到達していない項目”】									
10)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	II	1	5.0	3	15.0	16	80.0	3	15.0
29)患者をベッドからストレッチャーへ移乗できる	II	3	15.0	8	40.0	9	45.0	9	45.0
51)酸素吸入療法が実施できる	II	1	5.0	8	40.0	11	55.0	5	25.0
52)気道内加湿ができる	II	2	10.0	4	20.0	13	65.0	7	35.0
59)直腸内与薬の投与前後の観察ができる	II	2	10.0	2	10.0	16	80.0	8	40.0
61)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	I	3	15.0	2	10.0	15	75.0	9	45.0
85)放射線暴露の防止のための行動がとれる	II	4	20.0	1	5.0	15	75.0	10	50.0

注) “実習での技術経験が多い項目 (37 項目)” と “実習での技術経験が少ない項目 (25 項目)” を分析した。

「インシデント・アクシデント時の報告」については、A看護大学では、4学年すべての実習科目の目的や留意事項等をまとめた冊子（全実習概要）を毎年4月の段階で全学生に配布している。冊子には、「臨地実習における事故とは」や「臨地実習のために学生が準備すること」等、臨地実習における事故がどのようなものか、どう対応したらよいか、具体的に記載されている。また、最終ページには「実習事故報告書」を付け、インシデント・アクシデントに関する報告内容を提示している。実習前のオリエンテーションや実習中の指導において、この冊子を活用していることの影響も考えられた。

“実習での技術経験が少ない項目”で“技術到達していない項目”であった「流動食の注入、ストレッチャーの移乗、酸素吸入、気道内加湿、直腸内投与」などの7項目は、先行研究においても実施する割合が低い項目であった⁶⁾。これらの項目は『Ⅱ. 教員・指導者の指導のもとで実施できる』に該当するが、学生が担当する患者の治療やケアに該当しないことが多く、現在の1名の患者を担当して看護過程を展開することを主流とした臨地実習の教育方法では、経験すること自体が難しい技術項目である。加えて近年の臨床看護の場では、患者の人権への配慮や、医療安全確保のための取り組みを強化しており、看護師になるための学習途上にある学生が実施できる看護技術の範囲や機会は限定されている³⁾。特に、「流動食の注入、酸素吸入療法」などの身体侵襲が大きい技術については、見学する機会があったとしても学生が実施するまでには至らない場面が多い。臨地実習での技術経験が難しい状況にある項目は、学内でのシミュレーション教育や能動的な学修方法を工夫することにより、技術修得が望めるのではないかと考えている。シミュレーション教育では、学習目標に合わせて患者の状態を正常から異常まで設定することができる。コンピューター制御のシミュレータであればさらにリアリティを高めて学習者に提供することができる⁷⁾。以上のことから、シミュレータを用いた能動的な学修方法により学生の技術到達度を高めることのできる技術項目を抽出していくことも課題となる。

A看護大学のカリキュラムでは、分析対象とした3年生は調査した3月時点において、基礎看護学実習を含むすべての領域別看護学実習の履修を終えており、

残すのは4年次開講科目の「看護総合実習：3単位」である。「看護総合実習」は、既習の看護知識、理論、技術を統合して活用しうる総合的能力を養い、自らの看護観や看護技術を創意し発展させて看護実践能力を高めることを目的としている。今後はこの「看護総合実習」が、学生の技術到達度の自己評価にどう影響を与えるのか、3年次と4年次の自己評価を比較するといった縦断的調査により明らかにしていきたい。また、2018年6月には日本看護系大学協議会から「看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標」が示された⁸⁾。看護学士課程教育において求められる卒業時の到達度は、社会の変遷と共に変化していくことが予測される。今後も在学生の到達度を把握すると共に、社会の変遷に対応し、看護師として必要となる能力を備えた質の高い人材を養成するため、学士課程教育の内容の充実を図ること⁹⁾がA看護大学にも求められる。

本研究の限界として、今回の技術到達度の評価は対象者の主観的判断であり、実際に各看護技術を安全・安楽に実施できるかを明らかにしていない点にある。また、本調査は回収率が22.2%と低く、看護技術の修得に関心が高い学生の協力が得られた可能性もある。しかし、A看護大学学生の技術到達度の実態は2008年以降把握できておらず、本研究で領域別看護学実習を終えたばかりの3年生の実態が把握できたことの意義はあると考える。

V. 結論

1. 技術到達度Ⅰと技術到達度Ⅱに該当する88項目のうち、“技術到達している項目”は38項目（43.2%）であり、“技術到達していない項目”は23項目（26.1%）であった。
2. 技術到達度Ⅰと技術到達度Ⅱに該当する88項目のうち、“実習での技術経験が多い項目”は37項目（42.0%）であり、“実習での技術経験が少ない項目”は25項目（28.4%）であった。
3. 臨地実習で学生の80%以上が経験した項目であっても5項目は技術到達しておらず、逆に50%以下しか経験していない項目であっても、2項目は技術到達していた。
4. “実習での技術経験が少ない項目”のうち“技術到達していない項目”は7項目が該当した。これ

ら臨地実習での技術経験が難しい状況にある項目については、学内でのシミュレーション教育や能動的な学修方法を工夫することが課題となる。

【謝 辞】

本研究におきまして研究の主旨にご理解を頂き、お忙しい中ご協力頂きました対象者の皆様に心から感謝致します。本研究は平成27年度三重県立看護大学学長特別研究費の助成を受けたものです。

【文 献】

- 1) 厚生労働省：看護基礎教育の充実に関する検討会報告書，2021.07.18，
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>
- 2) 厚生労働省：厚生労働省「看護基礎教育検討会」における検討状況，2021.07.18，
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/098/gijiroku/_icsFiles/afieldfile/2019/05/27/1417062_5.pdf
- 3) 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，2021.07.18，
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0317-4.html>
- 4) 松本玄智江，井山ゆり，吉川洋子，他：看護実践能力向上に向けた看護基本技術習得上の課題，島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要，2，75-80，2008.
- 5) 布原佳奈，服部律子，小澤和弘，他：沐浴演習の事前学習のためのWeb教材作成と学生による評価，岐阜県立看護大学紀要，10（2），29-34，2010.
- 6) 中橋苗代，梶谷佳子：臨地実習における看護学生の看護技術の経験状況と到達度－実践看護学実習Ⅲを終了した本学看護学部3回生への調査から－，京都橘大学研究紀要，42，147-161，2016.
- 7) 阿部幸恵：看護のためのシミュレーション教育，p.58，医学書院，東京，2013.
- 8) 日本看護系大学協議会：看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標，2021.07.18，
<https://www.janpu.or.jp/file/corecompetency.pdf>
- 9) 文部科学省：看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～，2021.10.15，
https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1217788_3.pdf