千葉科学大学紀要　11．119−125．2018
【報告】

成人看護学実習における看護技術到達度評価と実習課題の検討

Evaluation of the degree of acquisition of nursing techniques and problems in adult nursing science training

青木　君恵・梅田　君枝・澁佐　徳紀・高野　静子

Kimie AOKI, Kimie UMEDA, Noriki SHIBUSA and Shizuko TAKANO

【目的】成人急性期看護学実習と成人慢性期看護学実習における学生の看護技術到達度を評価し、実習課題を検討する。
【方法】平成28年度秋学期に、成人急性期看護学実習、成人慢性期看護学実習を履修した3年次生38名を対象とし、無記名自記式法による実態調査を行った。調査項目は、実習中に見学した看護技術、看護師とともに実施した看護技術である。記述内容については単純集計を行った。
【結果】本学の急性期実習と慢性期実習における看護技術到達度は、見学率が全項目で平均25名（33.7%）、実施率が全項目で平均15名（19.5%）であった。50%以上の学生が見学した項目は56項目中15項目、実施した項目は44項目中10項目と少なかった。到達度レベルが上がるほど、見学率も実施率も低下していた。
【考察】習得すべき技術項目であっても、レベルⅢ・Ⅳの多くは、実習中に見学や実施をするには困難な項目が含まれており、看護技術のイメージができるような演習を検討する必要がある。患者の必要に応じた技術実施の観点から優先度が低くなる項目は、見学・実施率も低いと考えられた。術後患者に対し、創部や術後合併症の観察以外は学生が見落としがちであり、意識して指導していく必要がある。さらに、外来の技術見学と病棟の技術実践が関連付けられるよう調整が重要である。

1．はじめに

医療の高度化、入院期間の短縮化、複雑な状況にある患者や単身高齢者の増加など、医療を取り巻く状況は年々変化している。その中で、新たな医療と看護師の役割が見直され、看護教育のあり方が問われている。厚生労働省は、平成15年「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」[1]にて、看護基礎教育における技術教育の現状と課題、臨地実習において学生が行う看護技術について、基本的な考え方を取りまとめた。さらに、平成19年「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」[2]が作成され、平成20年「助産師、看護師教育の技術項目の卒業時の到達度について」[3]の中で、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」[4]が提示された。この到達度は、平成23年「看護教育の内容と方法に関する検討会報告書」[5]における卒業時の到達目標「Ⅱ群　根拠に基づき、看護計画を実践する能力」にある、「看護援助技術を対象者の状態に合わせて適切に実施する」の具体的な内容を示したものと位置づけられている。

このように、看護基礎教育における看護技術は看護実践能力の向上にむけて重要であると認識されている。先行研究では、看護技術到達度の実態調査を始め、技術に関する課題が多く示されている[6-11]。例えば、与薬の技術、救命救急処置技術は経験率が低く、いずれも実習での実施が困難なため、学内演習の工夫や実習環境に応じた指導案の見直し、臨床との協力体制などを挙げていた。また、技術到達度と不安の関連から演習の効果を評価し、不安解消に影響する要因を明らかにする必要性が提言されているもの[12]などがあった。

連絡先：青木君恵　kaoki@cis.ac.jp
千葉科学大学看護学部看護学科
Department of Nursing, Faculty of Nursing, Chiba Institute of Science
（2017年10月2日受付，2017年11月14日受理）

本学看護学部は、平成26年度に開設され、平成28年度秋学期から、1期生に対し、初めて領域別実習が開講された。成人看護学領域では、成人急性期看護学実習（以下、急性期実習とする）と成人慢性期看護学実習（以下、慢性期実習とする）がある。複数の実習場所は立地や規模、特徴が異なり、実習方法や実習指導体制も実習施設の資源に応じて様々で、実習内容や看護技術の実践に影響を与えていると考えられる。そのため、2つの実習において、履修者の看護技術の到達度は適切であったのか評価し、実習課題を明らかにし、実習環境の改善や調整などの検討が必要である。

そこで、成人看護学における成人急性期看護学実習、成人慢性期看護学実習での学生の看護技術体験調査を実施した。

2．研究目的

成人急性期看護学実習と成人慢性期看護学実習における学生の看護技術到達度を評価し、適切な看護技術の実践に向けて実習課題を検討する。

3．研究方法

3．1　研究デザイン

無記名自記式法による実態調査である。

3．2　対象者

平成28年度秋学期に、成人急性期看護学実習、成人慢性期看護学実習を履修した3年次生38名であった。

3．3　データ収集期間

各実習が終わったあとの平成28年10月～12月であった。

3．4　データ収集方法

「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」[4]を参考に、オリジナルの看護技術体験調査票を作成した。体験調査票は、各実習前に配布し、実習終了後に回収した。

調査項目は、受け持ち患者の年齢、性別、疾患名、実習中の見学部署、実習中に見学した看護技術56項目、看護師とともに実施した看護技術44項目である。

なお、各実習は病棟実習2週間、外来・他部署実習1週間の計3週間で構成されている。急性期実習は2施設で行い、外来・他部署は、外科外来、循環器内科外来、婦人科外来、泌尿器科外来、手術室、集中治療室、初療室、内視鏡室、血管造影室である。病棟は、消化器外科、心臓血管外科、婦人科、泌尿器科での実習である。慢性期実習は2施設を使用し、外来・他部署は、内科外来、化学療法室、透析室、内視鏡室、リハビリ室での見学実習である。病棟は消化器内科・消化器外科、神経内科での実習である。

3．5　データ分析方法

記述内容について、単純集計を行った。また、各技術項目は、卒業時の到達度レベル別に、Ⅰ：単独で実施できる、Ⅱ：看護師・教員のもとで実施できる、Ⅲ：学内演習で実施できる、Ⅳ：知識として分かる、の4つに分けた。各到達レベルの実施率の集計後、実施率50％を区分点として設置し、項目ごとに検討した。

3．6　倫理的配慮

厚生労働省の人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を遵守した。体験調査票は無記名で実施し、記載した内容が評価に関わることはないこと、今後の授業、演習、実習に反映するため、統計処理や内容分析を行うこと、調査票の記入により同意を得られたものとすることを文章と口頭で説明した。

4．結果

4．1　体験調査票回収結果

38名中、急性期実習、慢性期実習ともに38名が実習を行い、いずれも回収率は100％であった。（急性期実習と慢性期実習各38名、延べ76名の調査票を回収した。）

4．2　実習期間中に学生が受け持った患者数（表1）

慢性期実習では、1名の学生を除き実習期間中に受け持った患者は1名であった。急性期実習では、26.3％の学生が実習期間中に2名の患者を受け持っていた。

表1　実習期間中に学生が受け持った患者数と年齢層

	急性期実習	慢性期実習
受け持ち患者1名の学生数（割合）	28名（73.7%）	37名（97.4%）
受け持ち患者2名以上の学生数（割合）	10名（26.3%）	1名（2.6%）
受け持ち患者の平均年齢±標準偏差	66.9±15.6歳	72.0±13.2歳
65歳未満の患者を受け持った数（割合）	5名（13.2%）	8名（21.1%）
65歳以上の患者を受け持った数（割合）	33名（86.8%）	30名（78.9%）

４．３　学生が受け持った患者の年齢層（表１）

受け持ち患者の平均年齢は、急性期実習66.9±15.6歳、慢性期実習72.0±13.2歳であった。65歳以上の患者を受け持った割合は、急性期86.8％、慢性期78.9％と多く、成人看護学の対象は成人期にある患者ではあったが、多くは老年期にある患者を受け持っていた。

４．４　実習中に見学した看護技術（表２）

急性期実習と慢性期実習を通して、各看護技術項目について、卒業時の到達度レベル別に見学できた割合を算出した。見学の平均人数は、全項目が26名（33.7%）、レベルⅠが30名（39.4%）、レベルⅡが31名（40.9%）、レベルⅢが22名（29.8%）、レベルⅣが12名（16.1%）であった。

50％以上の見学率であった項目は、56項目中15項目（26.8％）であった。到達度レベル別に50％以上の見学率をみると、レベルⅠはバイタルサイン測定や清拭など6項目（10.7％）、レベルⅡはおむつ交換や体位変換など8項目（14.3％）、レベルⅢは点滴の管理1項目（1.8％）、レベルⅣは該当がなかった。レベルⅣの見学率は、NIPPVケア0％～気管内吸引35.5％であった。

表2　実習中に見学した看護技術と看護師とともに実施した看護技術

N(%)

卒業時の到達度	技術項目	見学した看護技術 *N*=38*	看護師とともに実施した看護技術 *N*=38*
Ⅰ	V/S測定	63 (82.9)	72 (94.7)
	清拭	66 (86.8)	60 (78.9)
	寝衣交換(点滴なし)	49 (64.5)	50 (65.8)
	環境整備	55 (72.4)	48 (63.2)
	車いす移送	56 (73.7)	37 (48.7)
	シーツ交換	0 (0.0)	36 (47.4)
	移動介助	44 (57.9)	26 (34.2)
	足浴	14 (18.4)	24 (31.6)
	食事介助	19 (25.0)	20 (26.3)
	洗髪	19 (25.0)	20 (26.3)
	口腔ケア	19 (25.0)	10 (13.2)
	手浴	2 (2.6)	5 (6.6)
	温罨法	3 (3.9)	5 (6.6)
	冷罨法	13 (17.1)	2 (2.6)
	膀胱留置カテーテルケア	31 (40.8)	0 (0.0)
	酸素吸入	26 (34.2)	0 (0.0)
Ⅱ	フィジカル：視診	46 (60.5)	48 (63.2)
	フィジカル：聴診	50 (65.8)	47 (61.8)
	おむつ交換	57 (75.0)	43 (56.6)
	寝衣交換(点滴あり)	45 (59.2)	41 (53.9)
	フィジカル：触診	41 (53.9)	39 (51.3)
	体位変換	49 (64.5)	39 (50.0)
	陰部洗浄	52 (68.4)	29 (38.2)
	入浴介助	24 (31.6)	20 (26.3)
	術後の観察	30 (39.5)	20 (26.3)
	意識状態確認	24 (31.6)	19 (25.0)
	酸素療法の観察	0 (0.0)	12 (15.8)
	ストレッチャー移送	25 (32.9)	11 (14.5)
	血糖測定	29 (38.2)	10 (13.2)
	服薬管理	38 (50.0)	7 (9.2)
	創傷処置	32 (42.1)	6 (7.9)
	関節可動域訓練	11 (14.5)	5 (6.6)
	フィジカル：打診	11 (14.5)	4 (5.3)
	経皮外用薬の処置	15 (19.7)	3 (3.9)
	検査前処置	23 (30.3)	1 (1.3)
	術前処置	20 (26.3)	0 (0.0)
Ⅲ	点滴の管理	51 (67.1)	16 (21.1)
	輸液ポンプの管理	36 (47.4)	8 (10.5)
	無菌操作	30 (39.5)	7 (9.2)
	シリンジポンプの管理	22 (28.9)	7 (9.2)
	経管栄養の観察	16 (21.1)	5 (6.6)
	救急蘇生法	8 (10.5)	0 (0.0)
	静脈採血	33 (43.4)	0 (0.0)
	ドレーン管理	27 (35.5)	0 (0.0)
	導尿	16 (21.1)	0 (0.0)
	経鼻チューブケア	6 (7.9)	0 (0.0)
	浣腸	4 (5.3)	0 (0.0)
Ⅳ	患者指導(内容)		13 (17.1)
	退院指導(内容)		12 (15.8)
	嚥下訓練	1 (1.3)	1 (1.3)
	口腔内吸引	14 (18.4)	0 (0.0)
	気管内吸引	27 (35.5)	0 (0.0)
	人工呼吸器	21 (27.6)	0 (0.0)
	麻薬の管理	16 (21.1)	0 (0.0)
	ストマケア	15 (19.7)	0 (0.0)
	皮下注射	14 (18.4)	0 (0.0)
	輸血	14 (18.4)	0 (0.0)
	CVケア	9 (11.8)	0 (0.0)
	皮内注射	4 (5.3)	0 (0.0)
	NIPPVケア	0 (0.0)	0 (0.0)
全体の平均人数(%)		26 (33.7)	15 (19.5)
レベルⅠの平均人数(%)		30 (39.4)	26 (34.1)
レベルⅡの平均人数(%)		31 (40.9)	20 (26.5)
レベルⅢの平均人数(%)		22 (29.8)	4 (5.1)
レベルⅣの平均人数(%)		12 (16.1)	2 (2.6)

注釈＊ 38名の急性期実習と慢性期実習の体験を加算している(延べ76名)。

≪卒業時の到達度レベル≫
Ⅰ：単独で実施できる。
Ⅱ：看護師・教員のもとで実施できる。
Ⅲ：学内演習で実施できる。
Ⅳ：知識として分かる。

４．５　実習中に看護師とともに実施した看護技術（表２）

急性期実習と慢性期実習を通して、各看護技術項目について、卒業時の到達度レベル別に実施できた割合を算出した。実施の平均人数は、全項目が15名（19.5%）、レベルⅠが26名（34.1%）、レベルⅡが20名（26.5%）、レベルⅢが4名（5.1%）、レベルⅣが2名（2.6%）であった。

50%以上の実施率であった項目は、44項目中10項目（22.7%）であった。到達度レベル別に50%以上の実施率をみると、レベルⅠはバイタルサイン測定や清拭など4項目（9.1%）、レベルⅡはおむつ交換やフィジカルアセスメントの視診など6項目（13.6%）、レベルⅢ・Ⅳは該当がなかった。レベルⅢの実施率は、救急蘇生法0%～点滴の管理21.1%であった。レベルⅣの実施率は、口腔内吸引0%～患者指導17.1%であった。到達度Ⅰである清拭以外の清潔ケアと移動介助の実施率は50%未満と低かった。レベルⅢの点滴の管理についても、実施率が21.1%と低かった。

項目別に見ると、バイタルサイン測定は94.7%とほとんどの学生が実施できていた。半数以上の学生が実施していたのは、環境整備・清拭・点滴のない寝衣交換・点滴中の寝衣交換・おむつ交換・フィジカルアセスメント（視診・聴診・触診）であった。フィジカルアセスメントにおいては、視診・聴診・触診の実施率は50%以上であるのに対し、打診の実施率は5.3%とほとんどの学生が実施していなかった。

４．６　急性期実習・慢性期実習別にみた実習中に見学した看護技術（表３）

50%以上の到達度であった項目は、急性期実習で22項目（39.3%）、慢性期実習は10項目（17.9%）であった。急性期実習は、術後の患者を受け持つことによる特徴的な技術項目である膀胱留置カテーテル管理・点滴中の寝衣交換・無菌操作などで半数以上の学生が見学できた。車椅子移送やシーツ交換は、急性期実習では半数以下の見学であるが、慢性期実習では半数以上の学生が見学していた。急性期実習・慢性期実習ともに見学率10%以下の項目は、嚥下訓練・手浴・NIPPVケア・温罨法・皮内注射・浣腸であった。

４．７　急性期実習・慢性期実習別にみた実習中に看護師とともに実施した看護技術（表３）

50%以上の到達度であった項目は、急性期実習で11項目（25.0%）、慢性期実習で8項目（18.2%）であった。急性期実習は、術後の患者を受け持つことによる特徴的な技術項目である点滴中の寝衣交換・体位変換・フィジカルアセスメント（視診・聴診・触診）において半数以上の学生が実施していた。車椅子移送やシーツ交換は、急性期実習は半数以下の実施であるが、慢性期実習では見学同様に半数以上の学生が実施していた。急性期実習・慢性期実習ともに実施率10%以下の項目は、関節可動域訓練・嚥下訓練・手浴・口腔内吸引・冷罨法・検査前処置・術前処置・救急蘇生法・経管栄養の観察・経皮外用薬の処置・フィジカルアセスメント（打診）であった。慢性期実習ではリハビリテーション室実習を取り入れており、51.3%の学生がリハビリテーション室で実習しているが、受け持ち患者への関節可動域訓練はほとんどしていなかった。

５．考察

５．１　成人看護学における看護技術の見学と実施状況

本学の急性期実習と慢性期実習における看護技術体験は、50%以上の学生が見学した項目は56項目中15項目、実施した項目は44項目中10項目と少なかった。到達度レベルが上がるほど、見学率も実施率も低下していた。レベルⅢには、経管栄養、救急蘇生法、導尿、浣腸などの項目が含まれている。レベルⅣには、人工呼吸器、皮内注射・皮下注射、嚥下訓練、口腔内吸引などの項目がある。実習では、人工呼吸装着患者、吸引や嚥下訓練が必要な患者を受け持つことはほとんどなく、急性期実習のICU実習で状況により見学できる程度である。経管栄養、導尿、浣腸、皮内注射・皮下注射が必要な患者は限られ、そのような患者を受け持つことは多くない。救急蘇生法についても、実習中に見学する機会はほとんどない。そのため、習得すべき技術項目であっても、レベルⅢ・Ⅳの多くは、実習中に見学や実施をするには困難な項目が含まれており、先行研究と同様であった。織井[6]は、看護基礎教育で必要とされている看護技術の到達度から習得が困難な項目を用いてシナリオを作成し、シミュレーション教育プログラムを導入した。技能や知識の獲得のためには、「理解する」と「納得する」という2つの段階が有機的に連携する必要があると述べており、つまり、このプログラムでは「知識」を「技術」に変える機会を学生に与えることができるとしている。「看護教育の内容と方法に関する検討会報告書」[2]においても、臨地実習で経験できない内容（技術など）は、シミュレーション等により学内での演習で補完する等の工夫が求められるといわれている。本学では、急性期実習の実習前演習にBasic Life Support（BLS）の講義・演習を組み込んでいる。このように、見学や実施ができない項目においては、少しでも看護技術のイメージができるような取り組みを早急に検討していく必要がある。

本学では、病棟実習において受け持ち患者の看護計画を立案して看護技術を実施している。現在は受け持つ患者の入院期間も短く、看護技術を実施できる機会自体が減少しているため、外来・他部署実習での見学実習を盛り込み、見学をすることによって看護技術の考察もでき

るような実習体制をとっている。「見て」「考えて」「看護技術のイメージをする」ということは、実際に実施するための前段階として必要なプロセスであると考える。

「看護教育の内容と方法に関する検討会報告」[2] では、実習場でしか体験できないことは確実に体験ができるよう積極的に調整し、その後の振り返りを充実させることが重要であると述べられている。やはり、看護技術の到達度を上げるためには、学内演習だけでの取り組みでは十分ではない。峰村[7] は、自信度の高い技術は実習での経験率が高いと報告しており、実習で経験することのメリットは大きい。看護師に求められる実践能力をつけるための卒業時の到達目標として技術到達度があり、自信をもてる技術が身につけられるということは看護師になった際の即戦力となる。できるだけ看護技術の見学や実施ができるよう実習場で調整することは重要である。急性期実習では、病棟実習で 2 名以上の患者を受け持つ学生は約 25%いる。1 名の患者のみを受け持つ学生の多くは、実際は患者の実習中の退院や急変などにより受け持ち患者がいない期間がある。そのような場合は、看護師のシャドーイングを依頼したり、他の学生が受け持って

表3　急性期実習・慢性期実習別にみた実習中に見学した看護技術と看護師とともに実施した看護技術

N(%)

技術項目	見学した看護技術		看護師とともに実施した看護技術	
	急性期 N=38	慢性期 N=38	急性期 N=38	慢性期 N=38
到達度Ⅰ				
V/S測定	34 (89.5)	29 (76.3)	37 (97.4)	35 (92.1)
清拭	33 (86.8)	33 (86.8)	30 (78.9)	30 (78.9)
寝衣交換(点滴なし)	24 (63.2)	25 (65.8)	24 (63.2)	26 (68.4)
環境整備	28 (73.7)	27 (71.1)	21 (55.3)	27 (71.1)
車いす移送	28 (73.7)	28 (73.7)	15 (39.5)	22 (57.9)
シーツ交換			16 (42.1)	20 (52.6)
移動介助	21 (55.3)	23 (60.5)	13 (34.2)	13 (34.2)
足浴	7 (18.4)	7 (18.4)	10 (26.3)	14 (36.8)
食事介助	11 (18.9)	8 (21.1)	11 (28.9)	9 (23.7)
洗髪	11 (28.9)	8 (21.1)	14 (36.8)	6 (15.8)
口腔ケア	8 (21.1)	11 (28.9)	4 (10.5)	6 (15.8)
手浴	1 (2.6)	1 (2.6)	2 (5.3)	3 (7.9)
温罨法	3 (7.9)	0 (0.0)	1 (2.6)	4 (10.5)
冷罨法	7 (18.4)	6 (15.8)	0 (0.0)	2 (5.3)
膀胱留置カテーテルケア	24 (63.2)	7 (18.4)		
酸素吸入	17 (44.7)	9 (23.7)		
到達度Ⅱ				
フィジカル:視診	30 (78.9)	16 (42.1)	30 (78.9)	18 (47.4)
フィジカル:聴診	28 (73.7)	22 (57.9)	27 (71.1)	20 (52.6)
おむつ交換	30 (78.9)	27 (71.1)	22 (57.9)	21 (55.3)
寝衣交換(点滴あり)	27 (71.1)	18 (47.4)	26 (68.4)	15 (39.5)
フィジカル:触診	24 (63.2)	17 (44.7)	24 (63.2)	15 (39.5)
体位変換	27 (71.1)	22 (57.9)	23 (60.5)	15 (39.5)
陰部洗浄	28 (73.7)	24 (63.2)	14 (36.8)	15 (39.5)
入浴介助	7 (18.4)	17 (44.7)	8 (21.1)	12 (31.6)
術後の観察	29 (76.3)	1 (2.6)	20 (52.6)	0 (0.0)
意識状態確認	16 (42.1)	8 (21.1)	13 (34.2)	6 (15.8)
酸素療法の観察			7 (18.4)	5 (13.2)
ストレッチャー移送	12 (31.6)	13 (34.2)	6 (15.8)	5 (13.2)
血糖測定	12 (31.6)	17 (44.7)	1 (2.6)	9 (23.7)
服薬管理	22 (57.9)	16 (42.1)	2 (5.3)	5 (13.2)
創傷処置	23 (60.5)	9 (23.7)	4 (10.5)	2 (5.2)
関節可動域訓練	5 (15.8)	6 (15.8)	3 (7.9)	2 (5.3)
フィジカル:打診	8 (21.1)	3 (7.9)	3 (7.9)	1 (2.6)
経皮外用薬の処置	7 (18.4)	8 (21.1)	0 (0.0)	3 (7.9)
検査前処置	12 (31.6)	11 (28.9)	0 (0.0)	1 (2.6)
術前処置	17 (44.7)	3 (7.9)	0 (0.0)	0 (0.0)

技術項目	見学した看護技術		看護師とともに実施した看護技術	
	急性期 N=38	慢性期 N=38	急性期 N=38	慢性期 N=38
到達度Ⅲ				
無菌操作	23 (60.5)	7 (18.4)	6 (15.8)	1 (2.6)
点滴の管理	33 (86.8)	18 (47.4)	7 (18.4)	9 (23.7)
輸液ポンプの管理	22 (57.9)	14 (36.8)	3 (7.9)	5 (13.2)
シリンジポンプの管理	13 (34.2)	9 (23.7)	3 (7.9)	4 (10.5)
救急蘇生法	8 (21.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
経管栄養の観察	6 (15.8)	10 (26.3)	2 (5.3)	3 (7.9)
経鼻チューブケア	1 (2.6)	5 (13.2)		
ドレーン管理	22 (57.9)	5 (13.2)		
静脈採血	20 (52.6)	13 (34.2)		
導尿	10 (26.3)	6 (15.8)		
浣腸	2 (5.3)	2 (5.3)		
到達度Ⅳ				
患者指導(内容)			2 (5.3)	11 (28.9)
退院指導(内容)			10 (26.3)	2 (5.3)
嚥下訓練	0 (0.0)	1 (2.6)	0 (0.0)	1 (2.6)
口腔内吸引	8 (21.1)	6 (15.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
気管内吸引	18 (47.4)	9 (23.7)		
人工呼吸器	16 (42.1)	5 (13.2)		
麻薬の管理	14 (36.8)	2 (5.3)		
ストマケア	11 (28.9)	4 (10.5)		
輸血	9 (23.7)	5 (13.2)		
CVケア	6 (15.8)	3 (7.9)		
皮下注射	4 (10.5)	10 (26.3)		
皮内注射	1 (2.6)	3 (7.9)		
NIPPVケア	0 (0.0)	0 (0.0)		

≪卒業時の到達度レベル≫
Ⅰ:単独で実施できる。
Ⅱ:看護師・教員のもとで実施できる。
Ⅲ:学内演習で実施できる。
Ⅳ:知識として分かる。

いる患者のケアの見学を依頼するなど、様々な見学や可能な範囲で実施ができるように教員が調整している。その際に、到達度が低い項目を意識しながら依頼をする、あるいは事前に指導者へ到達度が低い項目の見学や実施することの必要性を説明し、実習指導にあたってもらうことも可能であると考える。

５．２　注目すべき低実施率の技術項目

注目すべき結果の1つとして、フィジカルアセスメントの打診の見学率が14.5％、実施率が5.3％と低かったことが挙げられる。フィジカルアセスメントは、看護の専門科目となっていることからも看護技術として習得すべき重要なものである。横山ら[13]の研究において、看護師のフィジカルアセスメントの打診実施率は胸部・横隔膜・肝濁音界打診は5％以下、腹部打診でも30％未満であるとの結果が示されている。その理由については、呼吸器系のアセスメントであれば聴診結果が最も重要な情報であり、触診、打診で得られる情報よりも優先されると述べているように、必要に応じた技術の実施という点で考えると優先度が低くなる項目であったと考えられ、見学・実施率も低かったと言える。

また、清拭以外の清潔ケアと移動介助の実施率は50％未満、点滴の管理の実施率は21.1％と低かった。清潔ケアや移動介助を必要とする患者は筋力低下や治療によるADLの低下がある人に限られる。近年、在院日数が短くなり、自宅退院を考えたケアが行われていることや、実習の受け持ち患者のADLが比較的自立している人が多いことが実施率を低下させた理由として考えられた。点滴の管理については、特に急性期実習において、術後患者は点滴をしているが、学生は点滴を観察することの必要性を十分認識していないものと考えられる。学内の事前演習において、術後患者の観察点を考えられるような技術評価を行っているが、創部や術後合併症に関する観察（管理）については注目できているが、輸液の観察など基本的な観察は不足している傾向にあると考えられる。教員は、意識して学生が見落としがちな観察（管理）を指導していくべきであると言える。

５．３　急性期実習・慢性期実習別にみた看護技術の見学と実施状況

急性期実習だからこそできる技術、慢性期実習だからこそできる技術がある。急性期実習は、術前後の患者を受け持つことが多いため、術前処置から術後処置・観察まで行う機会は多い。患者の安全面を考慮すると実施ができずに見学になる技術項目も多いが、手術を受ける患者は毎日の身体状況が変わるため、同じ看護技術を繰り返すことができない。そのため、見学のみになってしまうことも致し方ないと考える。しかし、見学は実施のイメージを具体化させ、十分な学びにつながるため、今後も引き続き見学・実施できる環境調整が必要である。

一方、慢性期実習では、約半数の学生がリハビリテーション室見学を行っていたが、関節可動域訓練の見学・実施率ともに低かった。学生の学習状況として、見学したことを実践できると学びが深められると考えられるため、外来の技術見学と病棟の技術実践が関連付けられるような調整ができるか検討し、学習環境を整えるための実習場との調整が必要である。

６．本研究の限界と今後の課題

本研究は、3年生秋学期に成人急性期看護学実習と成人慢性期看護学実習を履修した学生のみを対象としている。本学部1期生であり、指導教員、実習場の指導者にとっても最初の取り組みであったため、教員と指導者間の認識の不一致や、十分な意思疎通が図れていなかったことも考えられる。また、学生にとっても、実習場の情報が限られ、緊張や不安から積極的に実習に臨めなかった可能性がある。

今後は、教員と指導者間の意思疎通を十分取り、共通認識のもと、学生が看護技術を経験できる実習環境を整えていくことが課題である。また、学生が積極的に実習に臨めるよう安心できる実習体制を提供していくことも教員の課題である。

引用文献・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あり方に関する検討会報告書，平成15年

2）　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

3）　厚生労働省：助産師、看護師教育の技術項目の卒業時の到達度について，平成20年

4）　前項3)：看護師教育の技術項目と卒業時の到達度，平成20年

5）　厚生労働省：看護教育の内容と方法に関する検討会報告書，平成23年

6）　織井優貴子：看護基礎教育におけるシミュレーション教育プログラム導入の試み．日本シミュレーション医療教育学会雑誌，4，54-63，2016.

7）　峰村淳子：看護学生の卒業時における看護技術到達度の実態（第5報）―「看護実践能力の自信度」と「看護技術の経験と自信度」に焦点をあてて―．東京医科大学看護専門学校紀要，24（1），1-12，2014.

8）　犬飼智子，名越恵美，北村亜希子，他：看護実践能力向上のための学士過程における看護基礎教育の改善とその評

価方法の構築に向けて（第3報）―平成24年度卒業時看護技術到達度と前年度までの比較―．岡山県立大学保健福祉学部紀要，20（1），69-77，2013.
9） 佐藤公美子，鳥谷めぐみ，仲田みぎわ，他：「看護技術学習ノート」に見る看護技術到達度実態．札幌保健科学雑誌，559-68，2016.
10）戸田由美子，高橋美美，笠原聡子，他：一看護系大学における「卒業時看護技術到達度チェックリスト」の作成報告．高知大学看護学会誌，4（1），33-42，2010.
11）秋葉沙織，大堀昇：医療現場が求める看護基礎教育での看護技術教育方法とA看護系大学における看護技術到達度の実態．埼玉医科大学看護学科紀要，8（1），1-8，2015.
12）佐々木俊子，武田かおり，阿部準子，他：看護大学生の卒業前看護技術演習の効果．名寄市立大学紀要，9，117-125，2015.
13）横山美樹，佐居由美：看護師のフィジカルアセスメント技術の臨床現場での実施状況―フィジカルアセスメント開講前後の卒業生の比較からみたフィジカルアセスメント教育の検討―．聖路加看護大学紀要，（33），1-16，2007.