

## 原 著

## 看護基礎領域における基礎技術項目に関する教育内容の検討（2） — 実習における技術経験状況と技術到達度自己評価分析から —

田中マキ子\* 川嶋 麻子\* 井上真奈美\* 田中 愛子\* 丹 佳子\* 野口多恵子\*

## 要 約

看護学生及び新卒看護師の看護基礎技術能力の低下を招いているという問題を背景に、我々は第一報において、基礎技術到達状況について学生の自己評価を用い、基礎看護学領域において展開してきた学内講義・演習の評価・見直しを行った。しかしながら、学内の教育検討のみならず、臨地場面での教育アプローチの見直しも必須である。

そこで、本報では臨地実習における技術の経験状況と技術到達状況について把握し、我々が展開してきた基礎技術教育における実習教育のあり方について見直しを行った。自作の基礎技術評価表をもとに、実習における基礎技術経験状況と技術到達状況について単純集計を行った。

集計結果からこれまでの実習教育アプローチとの関連性を検討した結果、学生が臨地場面で、基礎技術・日常生活援助を経験し、そして批判的・反省的に自己の技術を検証できる学習環境を準備する必要性が示唆された。

キーワード：技術経験、臨地実習、実習教育、自己評価

## I. はじめに

我々は第一報において、基礎看護学領域での講義・演習における基礎技術到達状況について学生の自己評価結果を用い、基礎技術に関する教育内容への評価・検討を行った。その結果、学内における講義・演習内容のさらなる工夫と評価方法の再開発の必要性が示唆された。

さらに、学内の教育検討のみならず、臨地実習場面での教育アプローチの見直し・検討も必要であると考えられた。Stockhausen (1999)<sup>1)</sup> は「臨地実習は、学内で学習した知識・技術を知る、わかる段階から実践できる段階に到達させるために必要不可欠な学習過程である」と指摘しているように、臨地実習は学生の基礎技術力の育成・向上に欠くことができない教育形態である。つまり、学生が学内で学んだ技術を、臨地場面で活用し、自己の技術を検証できる実習環境を準備することが教員の責務といえる。

そこで、本報においては、臨地実習での基礎技術の経験状況を把握することに加え、学生の自己評価結果から、実習における技術到達状況について検討することで、現在、本学において展開してきた基礎看護技術の育成に関する実習教育のあり方について検討を行うことを目的とした。臨地実習での技術の経験状況や技

術の学習プロセスを把握することは、学内における演習にリンクさせた教育アプローチを再考することへの刺激となるだろう。

## II. 研究方法

## 1. 対象

対象については、第一報と同様である。

## 2. 調査時期

臨地実習での技術経験状況と技術到達度について学生による自己評価を、基礎看護学実習Ⅱ（以下実習Ⅱと訳す）の終了時に行った。

## 3. 評価方法

## 1) 選択技術項目について

技術項目については、第一報で選定した項目とほとんど共通した項目内容とした。ただし、学内での演習が終了していない「排泄技術」に関しては、実習での経験評価を行うことの妥当性が疑われるので、本報では排泄技術の一部を除外し検討した。

以上のプロセスを経て、I. バイタルサイン技術分野5項目、II. 療養生活環境調整技術分野5項目、III. 食事援助技術分野5項目、IV. 活動・休息・安楽確保

\*山口県立大学看護学部

の技術分野12項目、V. 清潔・衣生活の援助技術分野9項目、VI. 排泄援助技術分野3項目の合計6分野、39項目を抽出し、実習Ⅱでの経験状況と技術修得状況について以下のとおり回答してもらった。

### 2) 実習での技術経験状況について

実習Ⅱでの技術経験状況について、a) 見学する機会が無かった、b) 見学できた、c) 教員あるいはNsと一緒にできた、d) 一人でできたの4段階に分けて回答を求めた。

### 3) 実習での技術到達状況について

実習Ⅱでの経験状況についての質問において、c)とd)に回答した項目を経験できた項目とみなし、その技術の到達状況について自己評価を行ってもらったことにした。

評価基準は、1. 一人でできなかった、2. かなりの支援を要したがなんとかできた、3. すこしの支援があればほとんど一人で実施できた、4. 一人でできたの4カテゴリーで自己評価を求めた。4段階の評価基準は、表1のとおりその定義を提示し使用してもらった。

表1 評価基準の定義

1. 一人でできない：
指導教員あるいは臨床指導者の口頭による指示・ロールプレイあるいは、一部援助を手伝ってもらっても技術の実施ができなかった。
2. かなりの支援を要するがなんとか実施できる：
ひとりではうまく安全に行えず、クライアントよりも自己の技術・技術の手順や自分自身に注意が向いている。指導教員あるいは臨床指導者による口頭の指示・ロールプレイ、あるいは一部手伝ってもらうことがかなりあれば技術の実施がなんとかできた。
3. すこしの支援があればほとんど実施できる：
指導教員あるいは臨床指導者の口頭による指示・ロールプレイあるいは、一部援助を手伝ってもらうことがすこしあれば技術の実施がほとんどひとりですべてできた。クライアントに焦点をあてて援助ができた。
4. 一人でできる：
指導教員あるいは臨床指導者の口頭による支持がなくても、独力で技術が安全に正確に実施できる。 クライアントに焦点をあてて援助ができた。

## Ⅲ. 分析方法

集計結果の分析は、統計ソフトVersion 11 SPSSを用い、以下のとおり分析を行った。

### 1. 実習での技術経験状況について

実習での技術経験状況については、a) 見学する機会が無かった、b) 見学できた、c) 教員あるいはNsと一緒にできた、d) 一人でできたの4段階で回答してもらった結果を、a). 見学する機会が無かったとb). 見学できたに回答した群を「非経験群」、c). 教員あるいはNsと一緒にできたとd). 一人でできたに回答した群を「経験群」とし、両群について単純集計を行った。

### 2. 実習後の技術到達状況について

実習後の技術到達度について、1. 一人でできなかった、2. かなりの支援を要したがなんとかできた、3. すこしの支援があればほとんど一人で実施できた、4. 一人でできたの4段階で回答してもらった結果を、1. 「一人でできなかった」と2. 「かなりの支援を要したがなんとかできた」を「評価が低い群」、3. 「すこしの支援があればほとんど一人で実施できた」と4.

「一人でできた」に回答した群を「評価が高い群」とし、両群について単純集計を行った。

## Ⅳ. 結果・考察

### 1. 回収数および回収率

回収数(39名)、回収率(86.6%)、有効回答数・率(38名・97.4%)。回収数は以上のとおりであるが、回収数の男女比は不明である。

### 2. 実習での技術経験状況についての結果・考察

実習時の技術経験状況について、経験群の度数(割合)と非経験群の度数(割合)に分けて集計した結果を、経験群が高かった順に並び替えたものを表2に示した。

表2 実習での技術経験状況

技術項目	Total: 38			
	経験群 <sup>1)</sup>		非経験群 <sup>2)</sup>	
	n	%	n	%
水銀血圧計を用いて上腕での血圧測定（触診法を含む）	38	100.0		
橈骨動脈での脈拍測定	38	100.0		
電子体温計を用いた腋窩温測定	37	97.4	1	2.6
呼吸の測定	34	89.5	4	10.5
睡眠状態のアセスメント	34	89.5	4	10.5
食事の摂取状態・栄養状態のアセスメント	32	84.2	6	15.8
体液・電解質バランスのアセスメント	27	71.1	11	28.9
病床環境整備	25	65.8	13	34.2
車椅子移送	23	60.5	15	39.5
湿度・温度・換気・臭気・採光・騒音の測定	22	57.9	16	42.1
対象に応じた食事環境整備	20	52.6	18	47.4
快適な睡眠を促進するための援助	20	52.6	18	47.4
安静臥床中の対象への石鹸清拭あるいは清拭タオルを用いた部分清拭	20	52.6	18	47.4
安静臥床中の対象への石鹸清拭あるいは清拭タオルを用いた全身清拭	19	50.0	19	50.0
対象に応じた安楽な体位の工夫	17	44.7	21	55.3
対象に応じた部分浴、例えば手浴、足浴等	14	36.8	24	63.2
臥床中の対象への洗髪台を用いた洗髪援助	13	34.2	25	65.8
湿度・温度・換気・臭気・採光・騒音の調整	12	31.6	26	68.4
体位変換時のボディーメカニクスの活用	12	31.6	26	68.4
対象に応じた整容動作の援助、例えば整髪、髭剃り、洗面介助等	12	31.6	26	68.4
橈骨動脈以外での脈拍測定	10	26.3	28	73.7
一人で動くことができない対象の体位変換	9	23.7	29	76.3
長期臥床・麻痺のある対象の体位の工夫	8	21.1	30	78.9
対象に応じた口腔清拭	8	21.1	30	78.9
対象に応じた自然排泄の工夫	8	21.1	30	78.9
ベッドメイキング（クローズドベッドの作成）	6	15.8	32	84.2
臥床中で、和式寝衣を着用している対象への寝衣交換	6	15.8	32	84.2
一人で移動ができない対象へのベッドから車椅子への移乗援助	5	13.2	33	86.8
杖・歩行器を用いた対象への歩行援助	4	10.5	34	89.5
食事摂取が自力でできない対象の食事介助	3	7.9	35	92.1
片麻痺のある対象へのベッドから車椅子への移乗援助	3	7.9	35	92.1
ストレッチャー移送	3	7.9	35	92.1
臥床中の対象への陰部洗浄	3	7.9	35	92.1
臥床中の対象への便尿器を用いた排泄援助	3	7.9	35	92.1
自力で動くことができない対象に対するシーツ交換	1	2.6	37	97.4
一人で移動ができない対象のベッドからストレッチャーへの移乗援助	1	2.6	37	97.4
安静臥床中の対象へのケリーパットを用いた洗髪援助	1	2.6	37	97.4
経管栄養法（胃チューブの挿入）必要な対象への食事援助			38	100.0
対象に応じたオムツ交換			38	100.0

1) 経験群：教員あるいはNsと一緒にできた・一人でできたと回答した群  
 2) 非経験群：見学する機会がなかった・見学できたと回答した群

1) 経験率が70%以上の技術項目

臨地実習における技術経験率が70%以上を示した項目は39項目中わずか7項目であった。そのうち、水銀血圧計を用いた血圧測定と橈骨動脈での脈拍測定の項目については、対象者全員が経験できた。次いで、経験率が高かった項目は、電子体温計を用いた腋窩温測定（97.4%）、呼吸の測定（89.5%）、睡眠状態のアセスメント（89.5%）、食事摂取状態・栄養状態のアセスメント（84.2%）、体液・電解質バランスのアセスメント（71.1%）であった。

以上の結果から、技術経験率が70%以上を示した項目は、バイタルサインとアセスメント技術であったといえる。バイタルサイン技術の経験率が高かった要因

としては、第一報で考察したように、技術評価を課すなど反復練習できる機会が多い他に、臨地実習での経験も加わり、自己の技術に対し、自信を持って実施することができたのではなかろうか。食事摂取状態・栄養状態、体液・電解質バランスについてのアセスメント技術の経験率が高かった要因として、基礎実習Ⅱの課題として学生に提示してあるニーズ把握の項目の一つである「食事・栄養・水分・電解質のニーズ」と重なり、課題設定されたアセスメント技術であったことが影響したと思われる。

2) 経験率が50~60%台の技術項目について

経験率が50~60%台の項目は7項目であった。そのうち、60%台の項目は病床環境整備（65.8%）と車椅子

子移送(60.5%)の2項目であった。

50%台の項目は5項目で、湿度・温度・換気等の調整(57.9%)、対象に応じた食事環境整備(52.6%)、快適な睡眠を促進するための援助(52.6%)、安静臥床中の対象への石鹸清拭あるいは清拭タオルを用いた部分清拭(52.6%)、安静臥床中の対象への石鹸清拭あるいは清拭タオルを用いた全身清拭(50.0%)であった。

50~60%台を示した項目の中に、病床環境整備と湿度・温度・臭気等の測定技術が含まれたことについては、以下のように考える。療養生活環境のニーズは課題設定ニーズの一つであったが、このニーズに取り組むにあたって、臨地実習場面における教育の関わりとして、湿度・温度・臭気・採光等の測定について注目するだけでなく、広く受け持ち患者のベッド周辺の生活環境整備に注目した援助に取り組むように指導をしている。このことが、湿度・温度・臭気・採光等の測定技術の経験率が伸びなかった一つの理由として考えられる。一方で、このような指導方針を考慮すると、病床環境調整技術は、対象者全員が経験すべき技術であるといえるが、この技術の経験率は65.8%であった。この要因は、受け持ち対象の多くが、慢性期で日常生活行動が自立しているため、直接的な日常生活援助の必要性が低い患者であり、学生の病床環境調整に対する注目度が低かったのではないかと考えられる。こうした受け持ち患者の特性に加え、学生の事象の捉え方が影響したのではないだろうか。

阿曾<sup>2)</sup>は、「最近の看護学生の特性として、生活体験が少ないため、患者とのコミュニケーションをとるのに時間がかかることに加えて、主体的行動をとるのが苦手な学生が多い」と述べているが、このような学生の特徴は本学の多くの学生についても同様にみられる。このような特性を持つ学生にとって、上記のような日常生活行動が自立している患者に対し、病床環境整備を実践する介入方法の工夫、例えば患者と共に実施したり、コミュニケーションを通じて何気なくベッド周囲を整備するなどのテクニックを見出すことが困難であったと考えられる。

また、実習施設の業務体制とも関係し病床環境調整技術の経験率が6割にとどまったことに影響していると考えられる。実習経験の少ない学生は、臨床看護師が実践する日頃のケアや業務を観察しつつ学習を行っているが、本学の実習施設では、毎日の環境整備の実施について病棟間格差があるため、学生は毎日の生活環境整備の必要性を認識できなかったと推測する。

### 3) 経験率が50%未満の項目について

経験率が50%未満の項目は、23項目であり、経験率が50%以上を示した項目数よりはるかに多かった。そのうち、経験率が30~40%台の技術は、対象に応じた安楽な体位の工夫(44.7%)、対象に応じた部分浴(36.8%)、臥床中の対象への洗髪台を用いた洗髪援助(34.2%)、湿度・温度・換気等の調整(31.6%)、体位変換時のボディメカニクスの活用(31.6%)、対象に応じた整容動作(31.6%)の6項目であった。

経験率が20%台の技術は、橈骨動脈以外での脈拍測定(26.3%)、一人で動くことができない対象の体位変換(23.7%)、長期臥床・麻痺のある対象への体位の工夫(21.1%)、対象に応じた口腔清拭(21.1%)、対象に応じた自然排泄の工夫(21.1%)の5項目であった。

経験率が10%台の項目は、ベッドメイキング(15.8%)、臥床中で和式寝衣を着用している対象への寝衣交換(15.8%)、一人で移動ができない対象へのベッドから車椅子の移乗(13.2%)、杖・歩行器を用いた対象への歩行援助(10.5%)であった。

経験率が10%以下の項目は11項目もあった。そのうち、7.9%の学生が経験した技術は、食事が自力でできない対象の食事介助、片麻痺のある対象へのベッドから車椅子への移乗援助、ストレッチャー移送、臥床中の対象への陰部洗浄、臥床中の対象への便・尿器を用いた排泄援助であった。経験率がわずかに2.9%の項目は安静臥床中の対象へのケリーパットを用いた洗髪援助、一人で移動ができない対象のベッドからストレッチャーへの移乗援助、自力で動くことができない対象へのシーツ交換の3項目であった。経管栄養法と対象に応じたオムツ交換の技術は経験者がいなかった。

経験率が50%未満の項目を概観すると、食事、排泄、活動・清潔等の日常生活行動ができない患者に対する日常生活援助技術である。つまり、大多数の学生は、学内で学習した多くの日常生活援助技術を臨地実習において活用できずにいるといえる。この要因について、以下のように考察する。

経管栄養法、おむつ交換、一人で動けない対象へのベッドから車椅子への移乗援助等については、第一報で述べたように、難易度が高く、患者に侵襲を与える技術であること、あるいは学内での教員によるデモンストレーション見学のみで技術体験ができなかった技術のため、学生が自信を持って臨地場面で実施できなかったと思われる。

しかし、技術に対する自信の欠如だけが、実習での

技術経験率を低くめた要因とは言い難く、他の要因として、受け持ち患者の状況的特性が強く関係していると思われる。現在、実習Ⅱにおける受け持ち対象の選定基準は、日常生活行動が自立している患者を受け持つ場合が多いため、直接的な日常生活援助の必要性は低い。このことが、経験率を低めた主な要因と考えられる。

本報では、経験率の高低から検討しているが、経験率が低くてもよい技術も中にはある。たとえば、ケリーパットを用いた洗髪などは、在宅ケア等では必要度が高い方法になるが、病院等においては機械・器具の進

歩により、ケリーパット等を使用する頻度は低い。また、こうした技術の習得が他のケア実施へ発展させるための応用的要素を持っているとも言い難く、一概に経験率の高低のみだけから評価することの危険性が示唆された。

### 3. 実習で経験した技術の到達状況

実習で経験した技術の到達状況について、評価の高い群と低い群に分け、技術評価が高い群数の多かった順に並び替えた結果を表3に示した。

表3 実習で経験した技術の到達状況

技術評価項目	到達状況			経験数 <sup>3)</sup>
	評価が低い群 <sup>1)</sup>	評価が高い群 <sup>2)</sup>	無回答	
	n	n	n	
水銀血圧計を用いて上腕での血圧測定（触診法を含む）		38		38
橈骨動脈での脈拍測定		38		38
電子体温計を用いた腋窩温測定		37		37
呼吸の測定	4	30		34
睡眠状態のアセスメント	4	29	1	34
食事の摂取状態・栄養状態のアセスメント	5	27		32
車椅子移送		23		23
病床環境整備	4	21		25
体液・電解質バランスのアセスメント	6	21		27
湿度・温度・換気・臭気・採光・騒音の測定	2	20		22
対象に応じた食事環境整備	1	18	1	20
安静臥床中の対象への石鹸清拭あるいは清拭タオルを用いた部分清拭	3	17		20
快適な睡眠を促進するための援助	4	16		20
対象に応じた安楽な体位の工夫	2	15		17
安静臥床中の対象への石鹸清拭あるいは清拭タオルを用いた全身清拭	4	15		19
対象に応じた部分浴、例えば手浴、足浴等	1	13		14
橈骨動脈以外での脈拍測定		10		10
湿度・温度・換気・臭気・採光・騒音の調整	2	10		12
体位変換時のボディーメカニクスの活用	2	10		12
対象に応じた整容動作の援助、例えば整髪、髭剃り、洗面介助等	2	10		12
臥床中の対象への洗髪台を用いた洗髪援助	4	9		13
一人で動くことができない対象の体位変換	2	7		9
長期臥床・麻痺のある対象の体位の工夫	1	7		8
対象に応じた口腔清拭	2	6		8
ベッドメイキング（クローズドベッドの作成）	1	5		6
対象に応じた自然排泄の工夫	3	5		8
一人で移動ができない対象へのベッドから車椅子への移乗援助	1	4		5
臥床中で、和式寝衣を着用している対象への寝衣交換	2	4		6
片麻痺のある対象へのベッドから車椅子への移乗援助		3		3
杖・歩行器を用いた対象への歩行援助	1	3		4
食事摂取が自力でできない対象の食事介助	1	2		3
ストレッチャー移送	1	2		3
臥床中の対象への陰部洗浄	1	2		3
臥床中の対象への便尿器を用いた排泄援助	1	2		3
自力で動くことができない対象に対するシーツ交換		1		1
一人で移動ができない対象のベッドからストレッチャーへの移乗援助		1		1
安静臥床中の対象へのケリーパットを用いた洗髪援助	1			1
経管栄養法（胃チューブの挿入）必要な対象への食事援助				0
対象に応じたオムツ交換				0

1) 評価が低い群：一人でできない・かなりの支援があればできると回答した群

2) 評価が高い群：少しの支援があればできる・一人でできると回答した群

3) 経験数：実習で経験した人数

表3の結果から、実習で経験できたすべての技術について、評価の高い群の人数が圧倒的に多いことがいえる。池田ら<sup>3)</sup>は、「臨地実習での技術経験が増すことで、学生は自己の技術修得度を高く評価する傾向にある」と報告するように、臨地実習での技術経験は学生の自信につながり、その結果、経験した技術について肯定的な自己評価が得られると考えられる。しかし、日常生活援助や基礎技術は、患者の個別性に加え、患者の安全・安楽・自立を配慮した技術の実施として、評価する必要がある。しかし、学生がどこまでこれらを考慮し、客観性をもって評価したかは明らかにできず、今後の課題といえる。また、本調査では、実習での技術経験数が非常に少なかったため、評価の高い群数と低い群数を比較しつつ、実習を通じての技術修得状況を把握するには限界があった。

以上の結果から、全体について考察し、実習Ⅱでの基礎技術・日常生活援助の経験状況と技術到達状況についてまとめ、今後の教育方法に対する検討を行いたい。

バイタルサインとアセスメント分野に関する技術以外の経験率は非常に低かった。この要因について、学生の自己技術に対する自信の欠如や実習施設の業務体制が指摘されるが、受け持ち患者の状況的特性に加え学生の特性が大きく影響していると推測された。

阿曾<sup>2)</sup>が指摘するように、生活体験が少なく、患者とのコミュニケーション及び、主体的な行動をとるのが苦手な傾向にある学生にとって、直接的な日常生活援助や基礎技術を実施できない状況下では、「対象のニーズに対する援助の必要性を学習する」という実習Ⅱの学習目的を達成するのは困難であると考えられる。したがって、直接的日常生活援助や基本的技術の実施を通じて、援助の必要性を学習できる実習環境を整える必要があり、そのためにはまず、患者選定の基準について、施設側の協力を得ながら再検討していく必要がある。

さらに重要なこととして、学生の特性を配慮した臨地場面での指導環境について検討する必要がある。阿曾<sup>2)</sup>がすでに述べた学生の特性に加えて、大下<sup>4)</sup>は「学生は指導看護師あるいは病棟スタッフに準備してきた計画を申し出るタイミングを逃してしまいがちであり、時間内に看護援助を実施できにくい状況にある」と指摘しているが、このような学生の特性は、本学の多くの学生にあてはまる。したがって、学生が受け持ち患者や実習指導者・病院スタッフとのコミュニケーションを円滑に図れるような教育法を検討してい

く必要がある。そこでは、実習中における教員の役割として、実習の場で学生が計画したことが実施しやすいような環境調整や看護師との連携を、これまで以上に積極的に行っていくことの重要性が確認できた。

また、実習スケジュールの検討も重要である。実習Ⅱでは、毎週金曜日に病棟実習を展開しているため、次の実習までに時間的に大きな開きがある。しかし学生には、受け持ち対象の経過を的確に予測し、実践可能な日常生活援助計画を立案することが求められる。大下<sup>4)</sup>が「学生は援助を計画していても患者の状況の変化に対応できず、学生が準備した内容では実施できない」と述べるように、まだ実習経験の少ない学生にとって、一週間後の対象の状況変化を予測した上での援助内容の準備や修正は難しい。従って、援助が十分に実施できないことも仕方ないことも言える。今後、実習スケジュールについても施設側の協力を得ながら検討を進めていく必要がある。

なお、実習スケジュールの見直しをする上で必要なこととして、「学内で学習する知識・理論を応用するはずの実習との間に時間的な大きな開きがないような科目構成を準備する必要がある」と、ペトリーニ<sup>5)</sup>は述べている。なぜなら、学生が臨地実習の時期を迎える頃には、学内での学習内容は記憶から消えていくからである。したがって、学内演習で学んだ技術を直ちに臨地場面で経験・検証でき確かな経験として身につくよう、時間的ギャップが生じないよう段階的に学習プロセスを準備することも、実習施設側との調整を図りながら進めていくことが重要である。

ジョン・デューイ (1933)<sup>6)</sup>が「経験することによって学習する」と述べているように、学生は臨地実習の学習過程で、学内で学んだ看護基礎技術・知識を、自ら臨床場面で経験し、検証することから、一層深い理解を進めることができる。このことから、今後、学内講義・演習で学んだ援助技術や基礎技術を、学生が実際の臨地実習の場において基礎的かつ応用的な内容を学べる機会を増やしていけるような、実習環境整備を施設側との調整を図りつつ準備していく必要がある。

さらに重要なこととして、実際の個別状況に応じた基礎技術や日常生活援助技術の習熟は、基礎看護学の講義・演習・実習だけで達成できるものではなく、基礎看護学に続く各論のそれにおいて、繰り返し経験することにより、技術の習熟度が高まっていく。したがって、基礎領域のみならず他領域を交えて、段階に応じた基礎技術や日常生活援助の技術・能力の到達目標の明確化を図るとともに、卒業時の技術到達度について

明確化していくことが必要と思われる。

また、注射をはじめとする身体侵襲を伴う診療補助技術についての修得もコアカリキュラムで要請されている。しかし、このような診療補助技術は、学生が看護師免許を有さないことによる患者への倫理面の配慮や医療過誤の問題等から、本学の演習並びに臨地実習において消極的な取り組みとなってきた。しかしながら今後は、身体侵襲に関わる診療補助に関する技術についても、実践力強化の観点から看護基礎技術教育における位置づけと教育方法について考えていかななくてはならない。

しかし、診療補助技術や日常生活援助技術を実習場でただ単に経験するだけでは、患者の状況・ニーズを判断し、対象に応じた確かな技術を実施できるまでのレベルに学生を到達させることはできない。

ショーン(1987)<sup>7)</sup>は、実習で実施した看護技術は適切であったか、なぜ自分はそうしたのかを患者の反応を含め、自分自身の看護を振り返り、後に批判的・反省的に検証すること(reflection on action)で、あらたな状況でも的確な技術が提供できると主張している。しかしながら、経験した技術について、学生は肯定的に評価する傾向にあることが本調査結果から明らかとなった。このことから考察すると、ショーンが指摘する批判的・反省的思考能力を持って、学生が自己の技術やケアを検証できているのか、いないのか疑問である。

このことから、今後、学生の批判的・反省的思考能力向上への刺激も含めて、修得技術の種類やその到達レベルについて、検討すべきである。具体的には、学生の学内・臨地での学習状況の観察や面接法による学生への個人アプローチなど、質的視点をを用い把握しつつ、学生の反省的思考能力や問題解決能力の育成に焦点をあてた教育方法の検討・開発を準備していく必要がある。

## V. まとめ

以上の検討より、以下にまとめると、まず臨地実習での経験項目とその質の抽出が重要であると示唆された。さらに、学生がどのように経験することが望ましいのか、あるいは介入を行うことが望ましいかの検討など、各技術項目にわたる詳細な到達レベルを明確にしていかななくてはならない。次ぎに、経験すればよしということではなく、批判的・反省的思考法を身につけた上で、一度の経験をより高い次元へ引き上げるよ

うな活動へ繋がるよう、発展・応用できるような展開が、学生個々に育成できるような教授方法・教授内容及び教育環境等を準備することが重要とわかった。そのためにも、講義・演習・実習における時間等ハード面での有機的連携、そして各担当領域での教授内容等ソフト面における有機的連携をより一層整備・調整する必要性が確認された。

## 文 献

- 1) Stockhausen L: The clinical learning spiral: a model to develop reflective practitioners. *Nursing Education Today*, 14(5), 363-371, 1994.
- 2) 阿曾洋子: 新卒者の臨床実践能力; 教育側からの問題認識と対策についての考え方、看護展望、26(5)、24-28.
- 3) 池田敏子、近藤並子、太田にわ、富田幾枝: 看護カリキュラム別の基礎看護技術修得度の変換、日本看護学教育学会誌 8(1)、51-62.
- 4) 大下美智代: 基礎看護教育における基礎技術教育の現状と課題、九州厚生年金看護専門学校紀要、(2)、19-37、2001.
- 5) Petrini M A: 看護教育の指針となるもの: 科目デザイン *Design of Course*, 7(10)、67-75、2001.
- 6) Dewey J: *How we think*(revised edn), Boston, MA, D. C. health, 1933.
- 7) Schon D M: *Education the reflective practitioner*, London, Temple Smith, 1987.

---

**Title:** Teaching and learning methods for basic nursing skills (2): Student self-evaluation of skills learnt through practical training

**Author:** Makiko Tanaka\*, Asako Kawashima\*, Manami Inoue\*, Aiko Tanaka\*, Yoshiko Tan\*, Taeko Noguchi\*  
\*School of Nursing, Yamaguchi Prefectural University

**Abstract:**

Against a background of deteriorating basic technical nursing skills for nursing students and new graduates, Report 1 evaluated and reviewed nursing teaching methods, through student self-evaluation of basic nursing skills learnt in class. However, not only in-class study, but also teaching methods used in practical training must be reviewed.

This report outlines the experiences and skills, gained through practical training, and reviews the practical training teaching methods of basic nursing skills. Students self-evaluated their level of basic nursing skills learnt through practical training, using the "basic skills evaluation checklist", designed by faculty. These results were then used for data analysis.

The relationship between this data and previous teaching approaches and coursework were examined, confirming the need to provide a learning environment for student which not only allows them to use the skills they have learned in clinical situations, but also to critically evaluate and reflect on their own skills.

**Key words:** Experiences of basic skills, Practical training, Practical training teaching, Self-evaluation

---