資　料

成人看護学実習における技術経験の実態と課題
—2005年度の技術経験状況から—

原田　秀子*　田中　周平*　中谷　信江*　張替　直美*

要約

成人看護学実習における看護技術の実施状況を把握し、今後の教育上の課題を明らかにすることを目的に看護技術経験の調査を行った。３年生40名を対象とし、成人看護学実習終了後に調査を行った。受け持ち患者での経験のうち、日常生活の援助技術の実施割合については、環境調整技術、食事援助技術、清潔・衣生活援助技術で高い傾向がみられた。侵襲を伴う治療処置や検査介助、救命救急処置の実施割合については、バイタルサインの測定および測定結果の判断と記録報告、症状・病態の観察および観察結果の判断と記録報告で高く、見学した割合は、特に点滴静脈内注射の技術で高かった。感染予防、安全管理、安楽確保の技術の実施割合については、いずれも高い傾向にあった。受け持ち患者以外での経験は、見学・実施割合共にほとんどの項目で低い傾向がみられた。今後の課題は、限られた経験の機会を有効に活用すること、また経験の機会を拡げることである。そのためには、事前準備の強化、看護行為を行う上で前提となる患者との関係性の確立のための支援、臨地実習における指導体制の強化が必要である。

キーワード：看護基本技術、成人看護学実習、技術経験

Ⅰ　はじめに

2002年に文部科学省より出された「看護学教育のあり方検討会」の報告[1]（第一次報告）の中で看護実践を支える技術学習項目が示された。これは看護学教育の主要な内容を「看護ケア基盤形成の方法」と「看護基本技術」とに大別した上で、看護実践能力の育成に向けた教育の内容のコアを示したものである。さらに2004年に出された第二次報告[2]では、看護実践能力の学士課程卒業時の到達目標が明示された。それによると、Ⅱ群「看護の計画的な展開能力」を構成する能力の１つとして「７．看護の基本技術の的確な実施」が位置づけられている。各基本技術を看護行為として実践する過程では、基本技術の正確な方法の熟知にとどまらず、利用者への説明と了解の確保、実施過程を通しての利用者の反応の判断など多くの能力が必要である。

また、2003年に出された厚生労働省の「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」報告書[3]では、卒業前の学生が実施する看護技術項目を３つの水準に分け、患者へのインフォームドコンセントや実習前の学内演習の充実や指導体制の強化など、技術を実施する上で整備すべき条件が示された。

臨地実習は、学内で学んだ基本技術を患者の問題を解決するための看護行為として実践する機会として極めて重要である。しかし、さまざまな事情から学生が看護技術を実施する機会は限定されているのが現状である。そこで成人看護学実習における看護技術の実施状況を把握し、今後の教育上の課題を明らかにすることを目的に看護技術経験の調査を行った。本調査で看護技術項目としてとり上げた項目は、第一次報告で示された看護実践を支える技術学習項目に基づいており、それを一部改変したものとした。

Ⅱ　成人看護学の科目構成

１．成人看護学の各科目の学習内容

2年前期	2年後期
成人看護学Ⅰ（概論） 成人看護学Ⅱ（セルフケア） 成人看護学Ⅲ（クリティカルケア）	成人看護学Ⅳ（援助技術論） 臨床看護技術演習Ⅰ （成人、老年）
3年前期	3年後期
成人看護学実習Ⅰ	成人看護学実習Ⅱ

２年次に成人看護学の講義と演習を行う。成人看護学Ⅰでは、成人期の発達や特徴、役割について学ぶと共に、成人期の健康の維持増進と健康障害を持つ利用者とその家族のライフサポーターとしての看護者の役割について学習する。成人看護学Ⅱでは、

＊山口県立大学看護学部

慢性の経過をたどる患者のセルフケアと看護援助について学習する。成人看護学Ⅲでは、疾病の急性期や生命の危機状況、周手術期にある対象に対して看護を提供するために必要な基礎的理論や援助方法について学習する。成人看護学Ⅳでは、健康問題を持ち治療を受ける成人期の対象への生活援助、治療関連技術を学習する。臨床看護技術演習Ⅰでは、疾患や生活背景が複雑な成人・老年期にある対象の看護過程を展開し、科学的・論理的思考に基づいた援助方法について学ぶと共に、心肺蘇生、吸引、心電図、創傷処置、輸液など臨床場面で必要度の高い援助技術について学ぶ。

３年次に成人看護学実習を行う。３年前期に行う成人看護学実習Ⅰでは、主に、成人期にあり慢性または回復の経過をたどる患者を受け持ち、身体的・心理社会的側面からの理解を深め、患者のセルフケアへの援助を実践することを学ぶ。３年後期に行う成人看護学実習Ⅱでは、主に急性の経過をたどる患者を受け持ち、身体的変化、日常生活の変化、および心理社会的な変化について理解を深め、急性期に必要な援助を学ぶ。

２．成人看護学実習の展開

実習期間は15日間（約３週間）で、学生は２週間の病棟実習において、１～２名の患者を受け持ち、看護過程を用いて援助を行なう。受け持つ患者は１で述べた学習ができる対象の選択を実習病棟の臨床指導者にお願いしている。病棟実習の他、成人看護学実習Ⅰでは透析室実習と血液センターでの見学実習（各１日）を行う。成人看護学実習Ⅱでは救急部実習、手術部実習、集中治療部での実習（各１日）を行う。

Ⅲ　研究方法

１．調査対象

１）対象者

2005年度３年生40名を対象とした。対象者には、技術経験状況を把握することにより今後の指導に役立てることを口頭にて説明し、調査用紙の提出をもって協力に同意したとみなした。調査用紙は後日回収した。

２）対象者の背景

成人看護学実習での学生の受け持ち患者の内訳を表１に示す。

受け持ち患者の疾患別にみると、形成外科疾患（主に手術療法）が15名で最も多く、次いで整形外科疾患（主に手術療法）が14名、肝・胆・膵疾患12名であった。受け持ち患者の経過別にみると、成人看護学実習Ⅰでは急性～回復期が16名で最も多く、次いで急性期が11名であった。成人看護学実習Ⅱでは急性～回復期が21名で最も多く、次いで回復期が12名であった。

２．調査方法

成人看護学実習Ⅰ（以下成人Ⅰとする）の終了後と成人看護学実習Ⅱ（以下成人Ⅱとする）の終了後

表１　受け持ち患者内訳

経過 / 疾患	急性期		急性～回復期		回復期		ターミナル期		その他		計
	成人Ⅰ	成人Ⅱ	成人Ⅰ	成人Ⅱ	成人Ⅰ	成人Ⅱ	成人Ⅰ	成人Ⅱ	成人Ⅰ	成人Ⅱ	
形成外科疾患（主に手術療法）	3	1	6	2		3					15
脳神経系疾患（主に手術療法）		1		2		3					6
脳神経系疾患（主に保存療法）		1				2					3
血液疾患	1		1	2				1			5
肝・胆・膵疾患	5		1	4			1	1			12
糖尿病（＊血糖コントロール目的）									3＊		3
消化器疾患		1	1				2				4
腎・泌尿器疾患（主に手術療法）		1		4		1		3			9
耳鼻咽喉疾患（主に手術療法）		1		1							2
呼吸器疾患	2		5		2		1				10
皮膚疾患											0
整形外科疾患（主に手術療法）			2	6	3	3					14
計	11	6	16	21	5	12	4	5	3	0	83

注）網掛けは経過別・疾患別に多いところを示す

に調査を行った。調査に用いた技術項目は、看護実践を支える技術学習項目に基づき研究者が一部改変したものとした。

対象者には、実習中に経験した技術項目について、「見学」・「支援のもとで実施」・「一人で実施」を区別して技術経験表に記載するように依頼した。なお経験状況については、受け持ち患者での経験と受け持ち患者以外での経験とに分けて同様に記載するように依頼した。

3．分析方法

データーの分析には統計ソフトSPSSVer.13を使用した。

受け持ち患者および受け持ち患者以外での経験状況について、「見学」・「支援のもとで実施」・「一人で実施」の各々について単純集計を行い、経験割合を出し分析した。

Ⅳ　結果

回収数及び回収率は、40名（100％）であった。受け持ち患者での経験状況と受け持ち患者以外での経験状況を表２に示す。受け持ち患者での経験は、対象のセルフケア能力や受けている治療処置などによって差がみられることから、５割以上が経験できた項目を、実施割合の高い項目として結果に示した。

1．日常生活の援助技術について

受け持ち患者での経験のうち、一人で実施した割合が成人Ⅰ、成人Ⅱのいずれかの実習で５割を超えた技術項目は、環境調整、食事環境の調整、栄養状態・体液・電解質のバランスのアセスメント、部分浴、清拭、口腔ケア、寝衣交換の７項目であった。一方一人で実施した割合が成人Ⅰ、成人Ⅱのいずれの実習でも０であった項目は、経管栄養、摘便、膀胱内留置カテーテル法、浣腸、導尿、ストーマケア、ストレッチャーでの移送の７項目であった。支援のもとで実施した割合が高かった項目は、成人Ⅰでは、ベッドメイキングが47％、次いでリネン交換、おむつ交換、洗髪、寝衣交換がそれぞれ34％であった。成人Ⅱでは、栄養状態・体液・電解質のバランスのアセスメントが33％、次いでリネン交換が28％であった。見学した割合が高かった項目は、成人Ⅰ、成人Ⅱのいずれも膀胱内留置カテーテル法であった。

受け持ち患者以外での経験割合は、ほとんどの項目で低い傾向がみられた。一人で実施した割合をみると、成人Ⅰでは環境調整が16％で最も高く、成人Ⅱでも環境調整が20％、次いで食事環境の整備が18％であった。支援のもとで実施した割合をみると、成人Ⅰではいずれも経験割合は低かった。成人Ⅱでは食事環境の整備が15％、リネン交換13％の順であった。見学した割合をみると、成人Ⅰ、成人Ⅱのいずれもほとんどの項目で低かった。

2．侵襲を伴う治療処置や検査介助、救命救急処置

受け持ち患者での経験のうち、一人で実施した割合が成人Ⅰ、成人Ⅱのいずれの実習でも５割を超えた項目は、呼吸・脈拍・血圧の測定、測定結果の判断と記録報告、症状・病態の観察、観察結果の判断と記録報告、酸素飽和度の測定の５項目であった。それ以外の技術項目は実施割合が少なく、中でも吸引、創傷管理、与薬管理、救命救急処置、検査時の援助技術については、その多くが一人で実施した割合は０であった。支援のもとで実施した割合が高かった項目は、成人Ⅰ・成人Ⅱのいずれの実習でも症状・病態の判断と記録報告、次いで薬理作用と副作用の観察であったが、それ以外の技術項目は実施割合が少なかった。見学した割合が高かった項目は、成人Ⅰでは点滴静脈内注射が59％、次いで検体採取（主に採血、採尿）が44％、薬品の取り扱いおよび皮下・皮内・筋肉注射が34％であった。成人Ⅱでは点滴静脈内注射が75％、次いで創傷処置が38％、皮下・皮内・筋肉注射が35％であった。見学した割合は、成人Ⅰ、成人Ⅱともに与薬管理や検体採取で高い傾向がみられ、特に点滴静脈内注射をはじめとする注射の技術で高かった。

受け持ち患者以外での経験割合は、一人で実施した割合、支援のもとで実施した割合ともにほとんどの項目で低い傾向がみられた。見学した割合をみると、成人Ⅰではほとんどの項目で低い傾向がみられ、成人Ⅱでは心電図測定と損傷部の適切な処置が25％、次いで創傷処置、心電図モニターの管理および意識レベルの観察が23％、点滴静脈内注射20％であった。成人Ⅱでは成人Ⅰに比較して、受け持ち患者以外での見学の割合は高い傾向にあった。

表２　成人看護学実習での技術経験割合（単位：％）

n＝40

			成人Ⅰ受け持ちでの経験			成人Ⅱ受け持ちでの経験			成人Ⅰ受け持ち以外での経験			成人Ⅱ受け持ち以外での経験		
			見学	支援のもとで実施	1人で実施	見学	支援のもとで実施	1人で実施	見学	支援のもとで実施	1人で実施	見学	支援のもとで実施	1人で実施
1日常生活の援助技術	環境調整技術	療養生活環境調整	3	6	66	0	15	78	3	3	16	0	8	20
		ベッドメイキング	0	47	28	3	25	45	3	9	0	0	10	13
		リネン交換（就床患者）	3	34	22	3	28	15	0	3	0	0	13	0
	食事援助技術	食事環境の整備	0	28	47	0	15	75	6	3	9	0	15	18
		食事介助	3	9	25	3	3	18	0	0	3	0	3	3
		経管栄養	6	0	0	8	3	0	6	0	0	3	0	0
		栄養状態・体液・電解質バランスのアセスメント	0	28	53	3	33	55	0	0	3	0	0	0
		食生活指導	3	19	16	3	8	15	3	3	0	0	0	0
	排泄援助技術	自然排尿・排便援助	6	13	19	5	10	35	0	0	0	3	3	0
		便器・尿器の使い方	3	9	13	3	10	15	0	0	0	3	3	0
		ポータブル便器使用時の援助	0	0	13	0	13	13	0	0	3	3	0	0
		摘便	13	3	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0
		おむつ交換	6	34	22	3	20	13	0	3	0	0	5	0
		失禁ケア	0	16	0	3	3	8	0	0	0	0	0	0
		膀胱内留置カテーテル法	28	0	0	40	8	0	0	0	0	5	0	0
		浣腸	22	3	0	5	10	0	0	0	0	3	0	0
		導尿	13	3	0	13	0	0	0	0	0	3	0	0
		ストーマケア	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
	活動・休息援助技術	杖・歩行器使用時の歩行援助	3	3	6	8	3	13	3	0	3	0	0	0
		車椅子移乗と移送の援助	6	19	34	5	8	38	0	3	0	3	0	5
		ストレッチャー移乗と移送の援助	0	25	0	8	25	0	0	0	0	5	10	0
		自動・他動運動の援助	9	6	28	8	20	13	3	0	0	0	0	0
		廃用性症候群予防	6	13	16	8	13	8	3	0	0	3	0	0
		体位変換	6	19	41	0	20	28	0	6	6	3	8	3
		義肢装着時の援助	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
		入眠・睡眠援助	0	13	13	0	5	10	0	0	0	0	0	0
	清潔・衣生活援助技術	入浴介助	0	13	0	0	10	13	0	0	0	0	3	0
		部分浴	3	9	50	0	10	48	0	3	3	0	0	0
		陰部ケア	6	9	41	5	23	23	0	6	0	5	3	0
		清拭	3	31	56	3	23	58	3	6	3	0	8	0
		洗髪	0	34	13	0	13	28	3	3	0	0	5	0
		口腔ケア	3	16	50	3	3	35	0	0	3	3	0	0
		整容	6	9	47	5	10	45	0	0	0	0	3	0
		寝衣交換など衣生活援助	0	34	41	5	23	50	0	0	3	0	5	3
2侵襲を伴う治療処置や検査介助・救命救急処置	呼吸・循環を整える援助	酸素吸入療法	16	6	0	20	5	3	0	0	0	8	0	0
		吸引（口腔・鼻腔）	19	0	0	10	0	0	0	0	0	8	0	0
		吸引（気道内）	13	0	3	10	0	0	0	0	0	8	0	0
		気管内加湿法	0	3	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0
		体位ドレナージ	9	3	3	0	3	3	0	0	0	3	0	0
		体温調整	0	19	22	8	10	33	0	0	3	13	0	0
	創傷管理	包帯法	9	0	0	15	0	0	0	0	0	8	0	0
		創傷処置	16	0	0	38	5	0	0	0	0	23	0	0
		褥瘡処置	13	0	0	10	3	0	0	0	0	5	0	0
		褥瘡予防ケア	3	22	13	5	5	13	0	3	0	10	0	0
	与薬管理	薬理作用と副作用の観察	16	28	25	5	25	30	0	0	3	3	0	0
		薬品の正しい取り扱いと保管	34	13	3	28	5	8	3	0	0	5	0	0
		経口・外用薬の与薬法	25	22	9	25	5	28	3	0	0	10	0	3
		皮下・皮内・筋肉注射	34	0	0	35	0	0	3	0	0	15	0	0
		静脈内注射	28	0	0	33	0	0	6	0	0	15	0	0
		点滴静脈内注射	59	0	0	75	0	0	6	0	0	20	0	0
		輸液ポンプの管理	25	0	0	33	5	0	6	0	0	10	0	0
		中心静脈栄養	3	0	0	18	0	0	0	0	0	3	0	0
		輸血の管理	3	0	0	8	0	0	3	0	0	5	0	0
	救命救急処置	意識レベルの観察	0	19	13	18	13	30	0	3	0	23	8	0
		気道確保	0	0	0	15	0	0	0	0	0	18	5	0
		人工呼吸	0	0	0	5	0	0	0	0	0	10	5	0
		閉鎖式心マッサージ	0	0	0	3	0	0	0	0	0	15	3	0
		異物除去、適切な体位、保温	0	3	3	5	3	3	0	0	0	15	0	0
		止血	3	0	0	15	0	0	3	0	0	8	0	0
		損傷部の適切な処置（安静、固定、洗浄など）	9	0	3	20	0	3	6	0	0	25	0	0
	症状・生体機能管理技術	呼吸・脈拍・血圧の測定	0	6	94	0	8	93	3	0	0	5	3	0
		呼吸・脈拍・血圧の測定結果の判断と記録報告	0	12	88	0	8	93	0	0	0	3	0	0
		身体計測	6	9	19	5	3	18	0	3	0	0	0	0
		症状・病態の観察	0	25	72	0	23	78	0	6	0	5	0	0
		症状・病態の観察結果の判断と記録報告	0	34	63	0	28	73	0	3	0	5	0	0
		検体採取（採血、採尿など）	44	0	6	33	5	3	3	0	0	13	0	0
		心電図測定	9	3	0	15	3	0	0	3	0	25	3	0
		心電図モニターの管理	9	3	0	20	0	0	3	0	0	23	0	0
		酸素飽和度の測定	0	16	59	5	10	73	0	0	3	10	0	0
		呼吸機能検査	3	6	0	5	5	5	0	0	0	3	0	0
		胃内視鏡検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		気管支鏡検査	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		骨髄穿刺	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
		腰椎穿刺	0	0	0	3	0	0	0	0	0	8	0	0
3感染予防・安全管理・安楽確保	感染予防の技術	スタンダードプリコーションの理解	0	34	41	0	28	63	0	6	3	8	0	20
		洗浄・消毒・滅菌の内適切な方法の選択	0	34	16	18	20	28	3	3	0	10	8	8
		手洗い	0	9	91	0	10	90	0	3	22	0	3	33
		無菌操作（滅菌物の取り扱い）	25	3	6	38	8	8	6	0	0	20	3	3
		ガウンテクニック	3	6	22	8	15	23	3	0	0	20	5	10
		医療廃棄物管理	22	9	19	35	10	8	6	0	0	15	0	3
	安全管理技術	療養生活の安全確保	3	56	28	3	13	80	3	3	9	3	0	5
		転倒・転落・外傷予防	3	25	59	0	10	75	3	0	6	3	0	8
		医療事故予防	19	13	16	25	10	20	6	3	3	8	0	0
		リスクマネジメント	13	9	9	8	0	0	6	0	0	8	0	0
	安楽確保の技術	安楽な体位保持	3	19	50	8	18	53	3	6	3	8	0	5
		罨法	3	6	38	3	13	28	0	0	0	3	0	0
		音・香りの工夫	0	3	19	0	8	13	0	0	0	3	0	0
		指圧	0	3	22	0	8	20	0	0	0	0	0	0
		マッサージ	3	6	50	0	10	38	0	0	0	0	0	0

＊網掛けは、1の項目のうち経験割合の高い項目を示す

＊網掛けは、2の項目のうち経験割合の高い項目を示す

＊網掛けは、3の項目のうち経験割合の高い項目を示す

3．感染予防、安全管理、安楽確保の技術

受け持ち患者での経験のうち、一人で実施した割合が成人Ⅰ・成人Ⅱのいずれかの実習で5割を超えた項目は、スタンダードプリコーション、手洗い、療養生活の安全確保、転倒・転落・外傷予防、安楽な体位保持、マッサージの6項目であった。支援のもとで実施した割合が高かった項目は、成人Ⅰでは療養生活の安全確保が56%、次いで洗浄・消毒・滅菌のうち適切な方法の選択とスタンダードプリコーションが34%であった。成人Ⅱではスタンダードプリコーションが28%、洗浄・消毒・滅菌のうち適切な方法の選択が20%であった。見学した割合が高かった項目は、成人Ⅰ、成人Ⅱのいずれも無菌操作(滅菌物の取り扱い)、医療廃棄物管理であった。

受け持ち患者以外での経験割合のうち、一人で実施した割合、支援のもとで実施した割合ともに、手洗いとスタンダードプリコーション以外はほとんどの項目で低い傾向がみられた。見学した割合をみると、成人Ⅰではほとんどの項目で低い傾向がみられ、成人Ⅱでは無菌操作とガウンテクニックが20%、次いで医療廃棄物管理が15%であった。

Ⅴ　考察

1．日常生活の援助技術について

受け持ち患者での経験のうち、一人で実施した割合は環境調整技術、食事援助技術、清潔・衣生活援助技術で高い傾向がみられ、そのうち成人Ⅰ、成人Ⅱのいずれかの実習で5割を超えた技術項目は、7項目であった。一方一人で実施した割合が0であった項目は、経管栄養や排泄援助技術を中心に7項目であった。支援のもとで実施した割合は、成人Ⅰ、成人Ⅱのいずれも環境調整技術、清潔・衣生活援助技術で高い傾向がみられ、成人Ⅱでは、他に栄養状態・体液・電解質のバランスのアセスメントが高いという結果であった。見学した割合が高かった項目は膀胱内留置カテーテル法であった。

臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術の水準[3]によると、日常生活援助の多くの項目は、教員や看護師の助言・指導により学生が単独で実施できるものとなっている。このことと比較すると、今回の結果は実習中一人で実施した項目がかなり少ないことを示している。一人で実施した割合及び支援のもとで実施した割合が高かった項目は、学内演習や実習前の技術練習でも経験を積んでいる技術であり、実習においても機会があれば躊躇することなく実施できる技術であるといえる。学内演習等で経験していても経験割合が少ない項目は、排泄援助や食事介助、入浴介助、歩行介助等であり、特にプライバシーに関わることの多い排泄援助技術は実施が難しいことが伺える。1人で実施した割合が0であった項目は、侵襲を伴う技術が多く含まれているためやむをえない結果であるともいえるが、支援のもとで実施あるいは見学の機会を増やしていく必要があると考える。

2．侵襲を伴う治療処置や検査介助、救命救急処置

受け持ち患者での経験のうち、一人で実施した割合は、呼吸・脈拍・血圧の測定および測定結果の判断と記録報告、症状・病態の観察および観察結果の判断と記録報告、酸素飽和度の測定で高かったが、それ以外の技術項目は実施割合が少なく、中でも吸引、創傷管理技術、与薬管理、救命救急処置技術、検査時の援助については、その多くが一人で実施した割合は0であった。支援のもとで実施した割合は、症状・病態の判断と記録報告、薬理作用と副作用の観察で高かったが、それ以外の技術項目は実施割合が少なかった。見学した割合は、与薬管理や検体採取で高く、特に点滴静脈内注射の技術で高かった。菊池ら[4]も、点滴管理は見学の割合が最も多かったと報告しているように、実習では見学する機会は多いが実施は困難な技術であるといえる。

臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術の水準[3]によると、輸血や救命救急処置技術は見学レベルになっているが、それ以外の多くは教員や看護師の指導監視のもとで学生が実施できるものとなっている。このことと比較すると、今回の結果は、支援のもとでの実施を含めても実施した項目が少ないことを示している。吸入、吸引、与薬管理、検体採取（主に採血、採尿)、心電図検査、心肺蘇生法については、学内演習の中で経験している技術である。特に静脈注射については、看護師の行う業務のうち、診療の補助行為の範疇に入るという行政解釈が示されたこともあり、学内演習の中でも強化している技術である。しかし、リスク管理の点や患者の同意が得られないなどの臨床側の理由や、学内演習での経験だけでは確実に行う自信が持てないという学生側の理由により今回のような結果となったと考える。今回、見学した割合の高かった技術とし

て与薬の技術や検体採取が挙がっていたことからも、たとえ実施が困難であってもできるだけ見学の機会を逃さないよう学生に意識付けていく必要がある。

呼吸・脈拍・血圧の測定、症状・病態の観察は、対象の病状を把握する上で不可欠な技術であり、学内演習やこれまでの実習でも繰り返し経験を積んでいるため、実施割合は高いと考える。しかし測定・観察したことをアセスメントし、患者の状態の変化を適切なタイミングで報告し記録をするという過程は、患者の病態や治療についての幅広い学習が必要となる。そのためアセスメントの過程には教員や看護師の支援が必要であり、それが今回支援の下で実施した割合が高かった背景にあると考える。

3．感染予防、安全管理、安楽確保の技術

受け持ち患者での経験のうち、一人で実施した割合は、感染予防、安全管理、安楽確保の技術のいずれも高い傾向にあった。支援のもとで実施した割合は、療養生活の安全確保、洗浄・消毒・滅菌のうち適切な方法の選択、スタンダードプリコーションで高かった。見学した割合は、無菌操作、医療廃棄物管理で高かった。

臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術の水準[3]によると、感染予防、安全管理、安楽確保の技術の多くの項目は、教員や看護師の助言・指導により学生が単独で実施できるものとなっている。しかし感染予防の技術のうち、無菌操作については医療現場で必要とされることが多い技術にもかかわらず、新卒看護師が自信を持ってできないという報告[5]もある。学内演習では経験を積んでいる技術であるが、現場では不潔にしてしまうのではという危惧から実施が困難になっているとも考えられる。安全管理の技術については実施割合も比較的高く、受け持ち患者の事故防止のための対策を考え実施していることが伺えるが、組織的な取り組みとしてのリスクマネジメントの視点を学生に意識付けていくことも必要と考える。安楽確保の技術については実施割合も比較的高く、安楽な体位やリラクセーションの方法を学生なりに考え取り入れていることが伺える。今後学内演習等を通して、リラクセーションのためのマッサージや指圧などに関する効果的な方法を学習する機会を作ることが、更なる技術の活用と向上につながると考える。

4．受け持ち患者状況からみた技術経験について

受け持ち患者の疾患別では、形成外科疾患（主に手術療法）、整形外科疾患（主に手術療法）が多かった。手術療法では、主に周手術期に必要な観察と判断、日常生活の援助技術、創傷処置を経験することができる。それに加えて整形外科疾患では手術後のリハビリに関わることも多く、活動に伴う援助も学ぶことができる。しかし受け持ち患者の経過別にみると、急性期～回復期が多く、そのうち急性期の期間が短く、比較的早く回復期に移行する患者を受け持つことが多かったため、上記のような経験可能な技術についても経験の回数が限られるという限界があった。そのため、自信のない技術についてはまず見学し、それから実施しようと考えていると、実施の機会を逃してしまうこともあった。2005年度より、実習病棟として成人Ⅱで新たに脳神経外科病棟を加えたことにより、侵襲の大きい手術も受け持つことができるため、今後は術後に必要な観察と判断、日常生活の援助技術、創傷処置を経験する機会が増えると考える。

成人Ⅰでは、セルフケアの援助が比較的多い患者を受け持つため、疾患の急性期にある患者や周手術期の患者が多くなる傾向にあった。そのため日常生活援助だけでなく急性期や術後に必要な観察と判断、感染予防、安全管理、安楽確保の援助を学ぶことができる。しかし、回復期にある患者や血糖コントロール目的で入院している糖尿病の患者では、退院後の生活指導が援助の中心となるなど、受け持つ対象によって経験内容に差が生じることになる。しかし、そのような場合でも受け持った患者に適切な援助を提供するという実習の目的を達成することが重要であり[6]、そのために必要な援助技術を習得することを優先することが望ましいと考える。

成人Ⅱでは周手術期や術後の回復期の患者を受け持つことが多かった。そのうち形成外科や整形外科、泌尿器科、耳鼻科疾患では比較的侵襲の少ない手術を受ける患者を受け持つことが多かった。侵襲の少ない手術では急性期の期間が短く、比較的早く回復期に移行するため、受け持ち患者の経過では、急性～回復期、回復期の患者が多くなったと考える。そのため日常生活援助や創傷処置も比較的早期に必要がなくなる場合も多く、前述した通り経験の機会の得にくさにつながっていることが伺える。

5．今後の教育上の課題

臨床の現場では、看護業務の多忙、リスクマネジメントの強化、患者の権利意識の高まりなどから、学習途上にある学生の技術経験の範囲や機会が限定されている現状がある[7]。

また、受け持ち患者の看護の展開を中心とした実習をしていることも技術経験に影響している。特に侵襲性の高い看護技術については、実施の機会が少なくなっている。その限られた経験の機会を有効に活用すること、また経験の機会を拡げることが課題である。

そのためには、第1に実習前の学内演習の充実など、患者の安全確保のための事前準備の強化が必要である。具体的には、各大学での取り組みとして、段階的な技術チェックプログラムの実施[5]やセルフラーニングユニットの活用[4]、学生同士で実施手順を確認しながらの小集団学習の有効性[8]などが報告されている。臨床で頻繁に行われるが、実習では行う機会が限られる技術（輸液ラインのある患者の寝衣交換や吸引など）を組み合わせた総合技術演習の取り組みも学生の学習課題が明確になるという点で有効である[9][10]。学習へのモチベーションが高まる時期として、実習の直前や卒業直前に行うことが有効であるという報告[5]もあるように、必要性を感じて学習することが技術習得においても重要といえる。時期も考慮した学内演習の検討および強化が課題である。

第2に、学生の実習に対する患者、家族の理解と協力を得ることが必要である。そのためには、患者、家族への十分な説明をした上で、文書で協力の同意を得る必要があるが、このような取り決めだけでなく、学生の行う看護行為を患者が安心して受けられるよう患者との関係性を確立することが重要である。入院期間の短縮化により受け持つ期間が短くなってきており、学生の側もコミュニケーション能力が未熟になっている現状では、患者との関係性を確立するうえで看護師および教員の支援が必要[4]といえる。

第3に、臨地実習における指導体制の強化が必要である。一人では自信がなく実施を躊躇する技術であっても、教員や看護師の指導や助言があれば行えることもある。また臨床看護師側も、実習で経験する技術のうち多くの技術は指導の下で行ったほうが良いと認識しているという報告[11]もあるように、学内で学んだ看護技術を看護行為として患者に提供するためには看護師や教員による指導が必要といえる。そのためには学生が何に躊躇しているのかを把握し、どの部分を支援すれば実施可能かを判断して指導することが望ましい。教員は自らその役割を果たすとともに、臨床看護師にも学生の現状を伝え、適切な指導のもとで学生が技術を実施できるように配慮する必要がある。そのためには、基本的な看護技術について具体的な行動目標を示し、卒業時までに達成すべき技術の到達レベルを明らかにして[12][13]、大学側と臨床側が看護基本技術の到達レベルについて共通認識を持った上で指導に当たることが必要である。具体的な行動目標を示すことで、学生にとっては学習や評価の視点が明確になり、主体的な学習につながるとともに、指導者側にとっても指導ポイントが明確になる。このように、学生の自己評価や指導に活用できる、看護技術修得のための学習目標の検討が課題といえる。

Ⅵ　結論

1．受け持ち患者での経験のうち、日常生活の援助技術の実施割合については、環境調整技術、食事援助技術、清潔・衣生活援助技術で高い傾向がみられ、見学した割合が高かった項目は膀胱内留置カテーテル法であった。

2．受け持ち患者での経験のうち、侵襲を伴う治療処置や検査介助、救命救急処置の実施割合については、呼吸・脈拍・血圧の測定および測定結果の判断と記録報告、症状・病態の観察および観察結果の判断と記録報告、酸素飽和度の測定で高く、見学した割合は、与薬の技術や検体採取で高く、特に点滴静脈内注射の技術で高かった。

3．受け持ち患者での経験のうち、感染予防、安全管理、安楽確保の技術の実施割合については、いずれも高い傾向にあり、見学した割合は、無菌操作、医療廃棄物管理で高かった。

4．受け持ち患者以外での経験は、見学・実施割合共にほとんどの項目で低い傾向がみられた。

5．学生の技術経験の範囲や機会が限定されている現状では、その限られた経験の機会を有効に活用すること、また経験の機会を拡げることが今後の課題である。そのためには、患者の安全確保のための事前準備の強化、看護行為を行う上で前提となる患者との関係性の確立のための支援、臨地実習における指導体制の強化が必要である。

文献

1）看護学教育のあり方に関する検討会報告：大学における看実践能力の育成の充実に向けて、2002

2）看護学教育のあり方に関する検討会報告：看護実践能力の育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標、2004

3）厚生労働省医政局看護課：「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

4）菊池美香、大野和美：成人看護学急性期領域の実習におけ看護技術教育の検討―学生が経験した看護技術の内容から―、天使大学紀要第４号、53－67、2004

5）藤内美保、関根剛、玉井保子、姫野稔子、小林みどり、神田貴絵、安部恭子、伊東朋子：看護基本技術能力向上のための技術チェックプログラムの実施、看護教育、VOL.46 No.１、８－12、2005

6）菊池美香、大野和美：成人看護学急性期領域の実習における看護技術教育の検討（第２報）―実習前技術演習を取り入れたことによる変化―、天使大学紀要、VOL.５、39－50、2005

7）石井邦子：「看護学教育のあり方に関する検討会（第二次）」を終えて、看護教育、VOL.45 No.６、435－462、2004

8）中谷信江、張替直美、宮腰由紀子：気管内吸引技術の看護基礎教育における授業方法の検討―卒業生へのアンケート調査をもとに―、山口県立大学看護学部紀要第８号、49－57、2004

9）小林たつ子、中谷千尋、松本美富士、北村愛子：学生の看護実践能力を育む取り組み、看護教育、VOL.47 No.４、292－296、2006

10）中谷千尋、小林たつ子、巴山玉蓮、古屋洋子、松本美富士、武田洋子、大久保ひろ美、望月美鶴、渥美一恵：統合講義・総合技術演習の取り組み、看護教育、VOL.47 No.４、309－316、2006

11）井上真奈美、田中愛子、川嶋麻子、丹佳子、野口多恵子：学生の看護基本技術経験に関する臨床看護職の認識、山口県立大学看護学部紀要第９号、７－15、2005

12）武田洋子、小林たつ子、中谷千尋、松本美富士、寺田あゆみ、田邊千夏、巴山玉蓮、上田康子、渡邊裕子、依田純子、登坂有子：臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術の水準１・２に関する教育目標の検討、看護教育、VOL.47 No.４、301－308、2006

13）吉川洋子、井山ゆり、平野文子、三島三代子、松岡文子、小池千晶、加藤真紀、長崎雅子、曽田陽子、三原真琴：「看護基本技術自己評価表」による臨地実習後の評価、看護展望、VOL.31 No.２、68－74、2006

Title : The actual situation and a problem of technical experience in adult nursing clinical practicum
Through the technical experience situation of 2005

Author : Hideko Harada*, Shuhei Tanaka*, Nobue Nakatani*, Naomi Harikae*

*School of Nursing, Yamaguchi Prefectural University

Key words : basic nursing skills, adult nursing clinical, practicum, technical experience

---