

報告

臨地実習における看護技術修得状況の実態（2009年報告）

東雅代¹ 村井嘉子¹ 大場みゆき¹ 阿部智恵子¹ 天津栄子²多久和典子¹ 武政奈保子³ 林一美¹ 吉田和枝¹

概要

臨地実習における看護技術の修得状況を把握するために15項目、174種類の技術項目を選定し、冊子『臨地実習における看護技術の修得状況—スキルアップへのチャレンジ—』を作成した。これを用いて、第V段階ライフサイクル・健康問題別看護実践の臨地実習における看護技術修得状況の実態を調査した。6科目（6領域）全てのデータが入力されていた63名について分析した結果、学生がどのような形態であっても実施に携わっていることを示す水準Ⅱ以上は4.5～68.5%（平均33.4%）であり、より自立度が高い水準Ⅲ以上は4.1～60.8%（平均30.7%）であった。修得率が高かった項目は水準Ⅱ以上、水準Ⅲ以上ともに「環境調整技術」「安全管理技術」「感染予防技術」であった。修得状況は先行研究と近似する結果であった。今後、臨地実習指導者との連携を強化し、卒業前の技術教育の充実を図る必要性が示唆された。

キーワード 看護基礎教育、看護技術、臨地実習、技術修得、看護技術教育

1. 緒言

2007（平成19）年4月に「看護教育の充実に関する検討会報告書」¹⁾が出され、看護基礎教育（以下、基礎教育とする）で修得する看護技術と臨床現場が期待する能力にはギャップがあることが指摘された。その背景には、医療の高度化や国民の医療に対する要求の高まりに伴い、看護師に高い知識・技術が求められている²⁾にもかかわらず、臨床においては患者の安全が重視され、学生の実習における技術経験の範囲や機会が限定される方向にあり、卒業時に一人でできる技術が少なくなっていることがあげられている。新卒看護師の看護基本技術に関する実態調査³⁾では、新人看護師の7割以上が「入職時一人でできると認識している技術」は103項目中4項目にとどまっていたという結果がある。これらの課題から、学生の看護実践能力を強化することに重点をおいたカリキュラム改正案が示され、基礎教育課程で修得すべき技術項目が精選され、その到達度も明らかにされた。

これを受けて、2008（平成20）年2月に厚生労働省医政局から「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」⁴⁾が発令された。これにより、国レベルで看護技術の到達度が示されたことになる。

これまでも基礎教育における技術教育や修得状況に関する検討がなされている。稲垣ら⁵⁾は、学部学生の卒業時に、看護技術の修得状況を調査している。この調査では、日常生活援助に関する項目は経験が多く、診療の補助に伴う援助項目は経験が少なかったという結果であった。また、大場ら⁶⁾は、看護師養成3年課程における看護技術の修得状況を調査している。85項目のうち、修得率が高い項目は環境調整、入浴介助を除く清潔・衣生活援助であった。一方、経験率が低い項目は救命救急処置という結果であった。これらから、対象の日常生活援助に関するものの経験率や技術としての修得率は高いといえるが、対象に侵襲的な援助についてはやはり経験しにくい状況であるといえる。

A大学においても、看護の基礎となる知識や領域に共通、あるいは、各領域に特化した技術の手技とそれに伴う生体反応について学内で講義と演習を実施している。演習では、学生同士のロールプレイングやシミュレーターを用いて学習を深める工夫をしている。また、看護技術の修得のためには反復して練習を積む必要があることから、講義の空き時間を利用して繰り返して自己学習することを推奨し、実習室を開放するなど、確実な看護技術修得を目指して様々な工夫を行っている。

また、これまで学内の講義および演習での技術修得状況について横断的調査をした経緯はある

¹ 石川県立看護大学

² 元石川県立看護大学

³ 東都医療大学

が、臨地実習における調査は行っていない。基礎教育機関として学生の卒業時の技術修得を担保する責務があることを考えた時、その実状の把握は必要不可欠である。また、通達として示されている「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」⁷⁾の枠組みを用いて調査を行うことは、今後の教授方法の検討や教育評価のあり方を考える上でも有益と考える。

2009（平成 21）年、A 大学において臨地実習における看護技術の修得状況を把握するための取り組みを行った。本取り組みの目的は 2 点ある。その第 1 は、学生各自が各学年次における実習において、自身の看護技術修得状況を確認し、在学期間において不確実な技術、あるいは未経験技術の修得に向けて積極的に取り組むことができるようにすることである。第 2 は、教授する側が各臨地実習における看護技術修得状況を把握することで、学内の授業のみならず、看護技術教育を充実するための教育方法を検討することである。そのために、冊子『臨地実習における看護技術の修得状況－スキルアップへのチャレンジ』⁸⁾を作成した。また、本取り組みでは技術を習い覚える段階に留まらず、様々な経験を積み重ねることを通して自立した実践が可能になることから「修得」と表記する。

今回は、3 年次生の臨地実習すなわち、第 V 段階ライフサイクル・健康問題別看護実践（母性看護学実習、小児看護学実習Ⅱ、成人看護学実習Ⅱ A、成人看護学実習Ⅱ B、老年看護学実習、精神看護学実習Ⅱの 6 領域のローテーション実習である。以下、第 V 段階実習とする）における看護技術修得状況の実態について報告する。第 V 段階実習は 3 年次の後期に行われる。この実習の目標は①ライフサイクル各期の対象の特徴や健康問題を理解し疾病予防や健康増進への援助、看護問題に対応した適切な看護を実践する能力を養うこと②保健・医療・福祉分野における関連職種の役割や機能について理解すると共に他職種・関連機関との連携や社会資源の活用を通して、看護職者の役割と機能、チーム医療について理解を深めるとしている。第 V 段階実習までに看護の基本の学習及び基礎看護学実習を終え、各看護学の看護援助の方法を学んでいる。

2. 調査方法

2.1 調査内容・修得状況の確認（チェック）方法・データの集約方法

(1) 各領域の技術項目と種類の検討（調査内容）

看護学実習専門部会のワーキンググループが中心となって調査項目の精選作業を行った。その際、厚生労働省医政局看護課長発令の「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」⁹⁾に示された技術の項目と種類を基本的枠組みとした。

技術の項目と種類は、臨地で遭遇する技術を分かりやすく表現した。また、知識や判断の有無を問うのではなく、その技術行為そのものをどの程度実践したかを問うことが必要と考えた。実践のためには知識は当然持ち合わせていることが前提であると判断し、知識・観察・アセスメントに関わる項目と、全ての技術提供に必要な不可欠であるコミュニケーションに関する項目、検査に関する項目は多岐にわたるため除外した。1 つの技術の種類において、援助過程を細分化して表現することで、技術修得の内容が詳細に分かるようにした。ワーキンググループと領域間の繰り返しのやり取りの結果「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」¹⁰⁾に示された技術の項目に「子どもの成長・発達を促す技術」「指導技術」の 2 項目を加え全 15 項目、174 種類の技術を選定した（表 1）。看護学実習科目（領域）ごとにチェックできるように構成し、各実習科目で経験不可能と考えられる項目や領域に特化した項目は他領域実習では除外し、冊子『臨地実習における看護技術の修得状況－スキルアップへのチャレンジ』（以下、冊子とする）としてまとめた。

(2) 修得状況の確認（チェック）方法

経験や自立度が確認できるように、技術の経験方法を 4 つに区分した。水準Ⅰは指導者が実施しているのを見学した、水準Ⅱは指導者が主体となって学生ができることを実施した、水準Ⅲは学生が主体となって指導者とともに実施した、水準Ⅳは監督下、または少しの助言で自立して実施したとした。

(3) 電子媒体を用いての入力とメール送信によるデータの集約方法

学生には、第 V 段階実習オリエンテーション時に冊子と入力フォームについて説明した。また、看護学実習専門部会より、全学生へ冊子と同様の入力用フォームをメール送信した。入力方法は、オリエンテーションでの口頭説明と入力フォームの配信時に説明文を添付した。実習中冊子を活用

してチェックした内容を入力用フォームに入力(転記)することとし、6科目(6領域)全ての実習終了後2週間以内に、入力したデータを指定のメールアドレスへ送信するよう依頼し、提出されたデータを集約した。

2.2 調査対象・調査期間

2009～2010年(平成21年度)に第V段階実習を履修した3年次生84名を対象とした。

調査期間は、2010(平成22)年2月～3月である。

2.3 分析方法

15項目の技術において各水準で経験した割合を算出することで、各水準での修得状況を評価した。また、水準Ⅱ以上の技術の割合を算出することで、見学でなく学生自身が実施できたかどうかを評価した。さらに、水準Ⅲ以上の技術の割合を算出することで、その技術項目での自立度の高さをみた。最初に個人別に修得状況の集計を行った。次に全てのデータを集約し、単純集計を行った。

2.4 倫理的配慮

本調査の目的、方法について、調査への参加は自由意思であること、参加の中断も可能であること、結果の公表について、また、公表に際し個人が特定されないようにすること、提出された結果が成績評価に影響しないことを口頭と書面で説明し、同意書に署名を得た。学内倫理審査委員会の承認を得た。

3. 結果

84名の学生にデータ入力・返送の依頼をし、77名からの返送が得られた(回収率91.7%)が、6領域全てのデータ入力がされていた63名について分析した。よって、有効回答率は81.8%となった。

3.1 技術項目に対する各水準での経験状況

各技術項目の修得状況を表2に示す。

水準Ⅰ(見学)の割合は、5～38.0%(平均25.5%)であった。その割合が高かった項目は、10.「症状・生体機能管理技術」38.0%、2.「食事の援助技術」36.4%、8.「与薬の技術」31.1%、1.「環境調整技術」30.4%であった。一方で9.「救命救急処置技術」は5%であった。

水準Ⅱ(指導者が実施主体となって実施)の割合は、1.4～21.4%(平均6.6%)であり、10%未満の項目が15項目中12項目と全体的に水準Ⅱ

での経験が低かった。割合が高かったものは1.「環境調整技術」21.4%、5.「清潔・衣生活援助技術」16.6%、4.「活動・休息援助技術」13.8%の経験であった。

水準Ⅲ(指導者が実施主体となって実施)の割合は、2.0～25.1%(平均8.4%)であった。10%を越えて経験していたのは、1.「環境調整技術」25.1%、5.「清潔・衣生活援助技術」15.4%、10.「症状・生体機能管理技術」11.4%、4.「活動・休息援助技術」10.4%、11.「感染予防技術」10.0%であった。

水準Ⅳ(指導者の監督下または少しの助言で、自立して実施)の割合は3.2～56.9%(平均27.0%)であった。割合の高かった順に12.「安全管理技術」56.9%、11.「感染予防技術」56.2%、1.「環境調整技術」52.9%であった。

3.2 水準Ⅱ以上の経験率

水準Ⅱ以上の経験は、見学に留まった技術の種類を除外し、学生がどのような形態であっても実施に携わっていることを示す。経験率は4.5～68.5%(平均33.4%)であった。経験率が高かった項目は、1.「環境調整技術」68.5%、12.「安全管理技術」60.3%、11.「感染予防技術」56.6%であった。

3.3 水準Ⅲ以上の経験率

水準Ⅲ以上の経験は、学生が実施主体となっており、水準Ⅱより自立度が高いことを示す。その割合は4.1～60.8%(平均30.7%)であった。経験率が高かった項目は、水準Ⅱ以上の項目と同様1.「環境調整技術」60.8%、12.「安全管理技術」59.0%、11.「感染予防技術」56.6%であった。

3.4 水準Ⅲ以上(自立度が高い経験率)と水準Ⅰ(見学率)の関連性

水準Ⅲ以上での割合が低かった技術項目の6.「呼吸・循環を整える技術」は、水準Ⅲ以上は6.7%に対して水準Ⅰは28.0%であり、8.「与薬の技術」については、水準Ⅲ以上は8.1%に対して水準Ⅰは31.1%、7.「創傷管理技術」においては、水準Ⅲ以上は16.5%に対して水準Ⅰは22.9%となっており、技術経験が見学にとどまっている傾向にあることより、自立度に反映されなかった。

また、9.「救命救急処置技術」は水準Ⅲ以上の経験が4.1%、水準Ⅰの見学も5.0%となっており、見学の機会も実施機会も少なかった。

4. 考察

4.1 全技術項目の傾向

今回の分析は、技術の種類でなく項目で行った。水準Ⅲ以上で自立して実施できた割合の高い技術項目は1.「環境調整技術」、12.「安全管理技術」、11.「感染予防技術」であった。これらの技術は、対象に直接提供する技術というより間接的援助技術の要素が強く、対象が安全・安楽に生活できるように配慮することや対象の安全を守る、あるいは看護者自身を守るために看護において最も基本的かつ重要な項目である。全ての看護に共通し重要度も高いこれらの技術項目は、学生が確実に修得すべき技術と考えられる。対象へ直接提供する8.「与薬の技術」は、臨地においてもヒヤリ・ハットやインシデント報告が生じる割合の高い項目であり、臨地実習指導の過程においても慎重な対応がなされていることから、学生が経験する機会が少ないと考えられる。筆者らの調査と同じ枠組みで、13項目141種類の技術について調査した堀越ら¹¹⁾は、卒業時における基礎看護技術の修得状況を調査しているが、本調査と同様に環境調整技術、感染予防の技術、安楽確保の技術で修得率が高く、与薬の技術においては修得率が低い結果となっている。また、吉川ら¹²⁾の調査では、本調査との枠組みは若干異なるが、環境調整、安楽に関するケアを経験する傾向が高いという結果であった。これらのことより、基礎教育課程にある学生が臨地実習で修得する看護技術の内容は限定される傾向が顕著になっている。

4.2 実習展開方法と技術修得

A大学における第Ⅴ段階実習では、ライフサイクルにおける健康問題別(6領域)に1領域2週間の実習期間において1～2名の患者を受け持ち、看護過程を展開している。看護過程の展開を通して学生は対象を見つめ、その事実から意味のある事実を捉える観察力や、対象特性をつかむ認知能力を育む。また、対象のもてる力を引き出すように働きかける表現能力、そして意図的な働きかけに対する対象の反応を観察することによって、自己の実践を評価することを学んでいる。学生がこの学習プロセスを辿ることで、対象とじっくり関わりながら看護援助の意味やその方法について思考し看護実践力を向上させることのみならず、自己を形成することに繋がる。基礎教育課程において学生の問題解決型思考を習慣化するための教育方法は、幅広い看護技術の修得には代え難

い教育内容と考える。しかしながら今回の結果より、自立度の高い水準Ⅲ以上の割合が4.1～60.8%と差があり、全技術の修得率の平均が3割程度にとどまっていることから、現状の教育方法では一人の学生が受け持つ対象を通して経験する看護技術は限られること、あるいはタイムリーに技術提供場面に立ち会う限界などが予測され、修得率に反映されなかったと考えられる。今後、異なる実習展開、あるいは各領域における健康問題に特化した技術の種類を明確にするなど、教授内容における技術の構造化が必要であろう。

4.3 技術修得に関わる課題

今回の調査で、水準Ⅲ以上の割合が3割に満たない、臨地実習における修得が困難と考えられる看護技術が明らかになった。特に、日常生活援助技術の中でも「排泄援助技術」の修得率が低値であることは、佐々木ら¹³⁾の調査と同様であった。これは看護が人々の療養上の世話を本分とする専門職でありながら、対象が日常生活を安楽にかつ円滑に送れるようにすることに支障が生じることになる。浅川ら¹⁴⁾は臨地実習における看護技術経験状況と自信の程度を調査しており、経験度と自信度には正の相関が見られ、経験率が高い技術では自信度を示す得点も高くなっていた。このことから臨地実習での経験には重要な意味があり、基礎教育期間において学生が経験することができる教育カリキュラムの構築とその展開、これまで以上に学内及び臨地における学習環境の整備など、学生が技術提供に対する自信を高める工夫が必要と考えられる。

診療の補助に伴う援助項目に相当する「救急救命処置技術」「呼吸・循環を整える技術」「与薬の技術」「創傷管理技術」は、実施の自立度は低く見学に留まっていた。これらの技術は、今日の医療の高度化・複雑化の中において、その時々安全かつ確実に実施しなければならない技術であることより、学生が介入する機会が少なくなる。また、「清潔・衣生活援助技術」のように、対象の特性が異なれば技術提供の方法も複雑になり留意点も変化するものがある。教授する側は、看護過程を展開する中で対象や家族とのかかわりの一つ一つの行為(技術の提供)が意図的であることを、学生に対して意識して教授していく必要がある。

4.4 今後の教育方法の検討

技術の修得率を変化させる教育方法の一つとし

て、学生指導を専任で行う臨地実習指導者の存在は不可欠である。現在の臨地実習指導体制は、その日のスタッフ業務と学生指導を兼ねている現場は少なくない。臨地実習指導者は、日々のスタッフ業務から離れ学生の専任指導者として、ゆとりをもって学生と関わり技術提供の意味を伝え、その技術を丁寧に行動化していくことが期待される。また、教員は学生のレディネス、学びによる気づきや変化を専任の臨地実習指導者へ伝えるなど、臨地との連携を図りながら学生の学習支援に努める。

山居ら¹⁵⁾は、卒業前看護技術トレーニングはその後の技術学習への動機付けにもなることを明らかにしている。A大学においても卒業前技術練習を実施しており、個々の学生が今回の調査結果を振り返り、自身が修得不十分な技術を自ら学習するための学習プログラムを立案することの支援を行う。また複数の技術の組み合わせや侵襲的技術の修得などは、学内の看護スキル・ラボを積極的に活用することも有意義と考えられる。

「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律」が一部改正された。これには看護師国家試験の受験資格として「4年制大学を卒業した者」が筆頭に示されており¹⁶⁾、大学における看護専門職養成のための基礎教育の意味は重大になっている。臨床現場の実情とその環境に応じた臨地実習指導のあり方について、教員が主体性をもってこれまで以上に臨地実習指導者との連携を図ることが必要不可欠と考えられる。

4.5 調査の限界と今後の課題

今回調査した各技術項目に含まれる技術の種類は5から26と開きがあり、一律に修得状況を評価したとは言い難い。また、今回は174種類の技術別に修得状況を集計していないため、他の調査結果との比較は難しい。今後、174種類の技術を個別に評価すること、実習科目ごとに評価することも有効であろう。また、自立度が高いことが望ましいと考えられる看護技術でも、結果として自立度が低いものもあり、174種類を個別に見て、臨地実習での修得の機会や自立度を高める工夫も必要となってくる。

「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」¹⁷⁾の枠組みを用いて、臨地実習において経験可能と考えられる技術項目を選定し調査を行った。卒業時の到達度としての評価を行うには学内での講義・演習を含めた教育内容、卒業前の技術演習を

含めて、総合的に評価できるようなシステムの検討も必要であろう。

5. 結論・まとめ

今回、臨地実習における看護技術の修得状況を調査した結果、水準Ⅲ以上で自立度が高い項目は1.「環境調整技術」、12.「安全管理技術」、11.「感染予防技術」については修得率が50%を越えていた。水準Ⅲ以上が10%に満たない技術は9.「救命救急処置技術」、6.「呼吸・循環を整える技術」、8.「与薬の技術」であった。

現時点の「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」¹⁸⁾に沿って状況調査を行ったことで、学生の技術力強化への早期の取り組みにつなげることができると思われる。

謝辞

本調査実施にあたり、項目選定にご協力いただいた各看護学領域の先生方、煩雑な過程の調査に協力いただいた学生の皆様に感謝致します。

なお、本調査研究はA大学の平成21年度学内共同研究助成を受けて実施した。

引用文献

- 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」
< <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> >
- 2) 平成18年度看護師臨床研修必修化推進検討委員会：看護師臨床研修必修化推進検討委員会報告
< <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/rinshou-18.pdf> >
- 3) 日本看護協会：新人看護師の看護基本技術に関する実態調査、2002.
- 4) 厚生労働省医政局「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」
< http://www.hospital.or.jp/pdf/15_20080208_01.pdf >
- 5) 稲垣美紀，土居洋子，西上あゆみ：学部学生の卒業時における看護技術の習得状況（第2報）. 大阪府立看護大学紀要. 9巻1号，7-14，2003.
- 6) 大場みゆき，荒谷喜代美，斎藤了他4名：看護師養成3年課程における「看護技術の習得状況」の実態(1). 静岡県立大学短期大学部研究紀要，第18号，13-22，2004.
- 7) 前掲4)
- 8) 石川県立看護大学平成21年教務委員会・看護学実

習専門部会：臨地実習における看護技術の修得状況
－スキルアップへのチャレンジャー－. 2009.

9) 前掲 4)

10) 前掲 4)

11) 堀越涼子, 松坂由香里, 寺山範子他 1 名：基礎看護技術の充実に向けた取り組みについて (報告 2). 東海大学健康科学部紀要, 第 14 号, 73-82, 2008.

12) 吉川洋子, 平野文子, 三島三代子他 7 名：臨地実習における看護基本技術の経験・到達状況と課題. 第 36 回日本看護学会看護教育論文集, 143-145, 2005.

13) 佐々木秀美, 松井秀俊, 金子潔子他 5 名：成人看護学実習における看護技術修得状況の実態調査報告. 看護学統合研究, 19 (2), 19-29, 2008.

14) 浅川和美, 高橋由紀, 川波公香他 4 名：看護基礎教育における看護技術教育の検討－看護系大学生の臨地実習における看護技術経験状況と自信の程度－. 茨城県立医療大学紀要, 第 13 巻, 57-67, 2008.

15) 山居輝美, 登喜和江, 坂本雅代他 3 名：卒業前看護技術トレーニングの効果－実施直後と就職後 1 ヶ月のアンケート調査より－. 大阪府立大学看護学部紀要, 12 (1), 11-22, 2006.

16) 社団法人日本看護協会広報部：ニュースリリース
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2009pdf/20090709.pdf>

17) 前掲 4)

18) 前掲 4)

表1 技術項目一覧

| 項目 | 番号 | 技術の種類 |
|---------------|----|--|
| 1. 環境調整技術 | 1 | 病床周囲の整理・整頓・清掃 |
| | 2 | 病室全体の換気・室温等の環境整備 |
| | 3 | ベッドメイキング(患者の状況により、手術後患者を収容する手術後ベッドの作成) |
| | 4 | 小児用ベッド、コットのシーツ交換 |
| | 5 | 臥床患者のシーツ交換 |
| | 6 | 点滴・チューブ類がゆとりのある状態で活動できるベッドサイドの整備 |
| 2. 食事の援助技術 | 1 | 食事のセッティング |
| | 2 | 直接授乳(母乳)の介助 |
| | 3 | 搾乳の介助 |
| | 4 | 安静臥床など活動制限のある患者の食事介助 |
| | 5 | 自力で摂食できない患者の食事介助 |
| | 6 | 嚥下障害のある患者の食事介助* |
| | 7 | 哺乳びんを使用した授乳、調乳 |
| | 8 | 食事や水分摂取の把握 |
| | 9 | 経鼻胃チューブの注入開始時の空気音等の確認 |
| | 10 | 経鼻胃チューブの挿入* |
| | 11 | 経管栄養剤、流動食の保温状態、患者名、指示内容の確認 |
| | 12 | 経管栄養法の滴下調節と患者の状態確認 |
| 3. 排泄援助技術 | 1 | 排便を促す腹部マッサージ |
| | 2 | 排便を促す腰背部の温罨法 |
| | 3 | 尿器の介助 |
| | 4 | 便器の介助 |
| | 5 | 膀胱留置カテーテルの挿入* |
| | 6 | 膀胱留置カテーテルの抜去* |
| | 7 | 膀胱留置カテーテル挿入中のラインの屈曲の確認 |
| | 8 | ポータブルトイレの介助 (小児看護学実習ではオマルの使用を含む) |
| | 9 | 室内のトイレへ行くための誘導、または介助 |
| | 10 | おむつ交換 |
| | 11 | 新生児のおむつ交換 |
| | 12 | 失禁時の皮膚ケア |
| | 13 | 一時的導尿* |
| | 14 | グリセリン浣腸* |
| | 15 | 摘便* |
| | 16 | ストーマの観察 |
| | 17 | ストーマの装具交換 |
| 4. 活動・休息援助技術 | 1 | 活動制限のある患者の車椅子移送(マヒなし) |
| | 2 | マヒ等の機能障害のある患者の車椅子移乗・移送 |
| | 3 | ベッドからストレッチャーへの移乗 |
| | 4 | ストレッチャーでの移送 |
| | 5 | ベビーカーでの移送 |
| | 6 | 松葉杖・歩行器を使用した移動 |
| | 7 | 転倒リスクのある患者の歩行介助 |
| | 8 | 臥床中で活動制限のある患者の体位変換 |
| | 9 | マヒ等の機能障害のある患者の体位変換 |
| | 10 | 関節可動域訓練 |
| | 11 | 臥床患者(あるいは、術後患者)の合併症を予防するため床上での下肢の運動 |
| | 12 | 段階的に(徐々に)活動範囲拡大への援助 |
| | 13 | リハビリ部門等との訓練時間の調整や訓練内容等の情報交換 |
| | 14 | チューブ・ラインが装着された患者の移動・歩行介助 |
| | 15 | 患者と共にレクリエーション活動に参加 |
| | 16 | 入眠を促すための寝かせ方 |
| 5. 清潔・衣生活援助技術 | 1 | 入浴介助(シャワー浴含む) |
| | 2 | 臥床中で活動制限、マヒ等のある患者の全身清拭 |
| | 3 | 介助を必要とする患者の部分清拭(背部に手が届かない等) |
| | 4 | 臥床中で活動制限、マヒ等のある患者の手浴(仰臥位、あるいは側臥位で実施) |
| | 5 | ベッド上で座位、または洗面所や浴室での手浴 |
| | 6 | 臥床中で活動制限、マヒ等のある患者の足浴(仰臥位、あるいは側臥位で実施) |

| | | | |
|---------------|----------------|-------------------------------------|----------------------------|
| 5. 清潔・衣生活援助技術 | 7 | ベッド上で端座位、または洗面所や浴室での足浴 | |
| | 8 | 臥床中で活動制限のある患者の寝衣交換 | |
| | 9 | マヒ等の機能障害のある患者の寝衣交換 | |
| | 10 | 臥床患者の洗髪（洗髪車・ケリーバードを使用） | |
| | 11 | 活動制限のある患者の洗髪（シャンプー台を使用、あるいは浴室で実施） | |
| | 12 | 活動制限のある臥床患者の口腔ケア（歯ブラシ使用）・洗面（意識障害なし） | |
| | 13 | 意識障害のある患者の口腔ケア（綿棒・巻綿子使用）・洗面* | |
| | 14 | 義歯の洗浄 | |
| | 15 | 爪切り* | |
| | 16 | 機能障害のある患者の結髪などの身だしなみを整える | |
| | 17 | 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 | |
| | 18 | 持続静脈内点滴注射をしている臥床患者の寝衣交換 | |
| | 19 | 臥床患者の陰部ケア（陰部洗浄含む） | |
| | 20 | 膀胱留置カテーテル挿入中の陰部洗浄 | |
| | 21 | 除毛（*剃毛） | |
| | 22 | 悪露交換 | |
| | 23 | 新生児の寝衣交換 | |
| | 24 | 沐浴 | |
| | 25 | 臍処置 | |
| | 6. 呼吸・循環を整える技術 | 1 | 経鼻カテーテルによる酸素吸入療法 |
| | | 2 | フェイスマスクによる酸素吸入療法 |
| | | 3 | コネクター等の酸素吸入機材を用いた酸素濃度の調節 |
| | | 4 | 口腔・鼻腔内吸引（*小児） |
| | | 5 | 気管内吸引* |
| | | 6 | ネブライザー吸入、超音波ネブライザーによる気道内加湿 |
| 7 | | 体位ドレナージ* | |
| 8 | | 酸素ボンベの操作 | |
| 9 | | 人工呼吸器の動作確認* | |
| 10 | | 低圧胸腔内持続吸引の動作確認* | |
| 11 | | 呼吸を整え、酸素化を促進するための深呼吸、咳嗽等の促し | |
| 7. 創傷管理技術 | 1 | ネット包帯 | |
| | 2 | 巻軸帯 | |
| | 3 | 三角巾 | |
| | 4 | 無菌的なガーゼ交換* | |
| | 5 | ドレーン挿入中のドレーンの確認 | |
| 8. 与薬の技術 | 1 | 経口薬（バカカル錠・内服薬・舌下錠）の与薬 | |
| | 2 | 内服を確実にを行うための工夫 | |
| | 3 | 経皮・外用薬の与薬 | |
| | 4 | 直腸内与薬* | |
| | 5 | 皮下注射* | |
| | 6 | 皮内注射* | |
| | 7 | 筋肉内注射* | |
| | 8 | 静脈内注射* | |
| | 9 | 薬剤の作用と副作用の観察 | |
| | 10 | 点滴静脈内注射の輸液の滴下調節（輸液ポンプを使用しない滴下調節） | |
| | 11 | 輸液ポンプの基本的な操作 | |
| | 12 | 中心静脈内栄養の実際（挿入、観察事項、管理方法等、いずれも可）* | |
| | 13 | 三方活栓、シュアプラグの使用* | |
| | 14 | 自己注射（インスリン製剤、ホルモン剤、インターフェロンなど）* | |
| | 15 | 薬剤（毒薬・劇薬・麻薬）の取り扱い | |
| | 16 | 血液製剤の取り扱い* | |
| | 17 | 輸血の実際* | |
| 9. 救命救急処置技術 | 1 | 緊急なことが生じた場合のチームメンバーへの応援要請 | |
| | 2 | ICSを使用して意識レベルの判定 | |
| | 3 | 頭部後屈、下顎挙上した気道確保 | |
| | 4 | エアウェイ、あるいは気管内挿管* | |
| | 5 | 人工呼吸（アンビューバック使用）* | |
| | 6 | 閉鎖式心臓マッサージ | |
| | 7 | AED* | |
| | 8 | 局所の圧迫止血* | |

| | | |
|--------------------------------|----|---|
| 10. 症状・ 生体機 能管理 技術 | 1 | バイタルサイン（体温、脈拍、呼吸、血圧）の測定 |
| | 2 | 新生児のバイタルサイン（体温、脈拍、呼吸）の測定 |
| | 3 | 経皮的黄疸計を使用して黄疸の測定 |
| | 4 | 身体計測（身長、体重、腹囲、胸囲、頭囲） |
| | 5 | 新生児の体重測定 |
| | 6 | 妊婦の腹囲・子宮底長の測定 |
| | 7 | 尿検体の取り扱い |
| | 8 | 簡易血糖測定（耳朶、指など）* |
| | 9 | 自己血糖測定指導 |
| | 10 | 12誘導心電図 |
| | 11 | 心電図モニターの装着 |
| | 12 | 酸素飽和度の測定 |
| | 13 | 静脈血採血時に静脈を露出するためのマッサージ・温罨法 |
| | 14 | 経時的な水分摂取・食事摂取・排泄量の計算（患者によって輸液量の計算） |
| | 15 | 子どもの検査前、中、後の安静保持のための声かけや働きかけ |
| | 16 | 保育器の管理 |
| | 17 | レオポルド触診法 |
| | 18 | 胎児心音の聴取 |
| | 19 | ノンストレステスト |
| | 20 | 胎児心拍数陣痛図の判定 |
| | 21 | 陣痛の観察 |
| | 22 | 子宮復古の観察 |
| | 23 | 悪露の観察 |
| | 24 | 乳房、乳頭、母乳分泌の観察 |
| | 25 | 授乳状況の観察 |
| | 26 | 胎児付属物の計測 |
| 11. 感 染 予 防技術 | 1 | 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・含嗽 |
| | 2 | 防護用具（手袋・ゴーグル・ガウン等）の装着 |
| | 3 | 滅菌手袋の装着 |
| | 4 | 使用物品の後始末（清拭タオル、ガーゼ交換等、処置後の後始末） |
| | 5 | 使用物品の分別 |
| | 6 | 滅菌物の有効期限・パック破損の確認 |
| | 7 | 滅菌物の取り出し |
| 12. 安 全 管 理 の 技 術 | 1 | インシデント・アクシデントの報告 |
| | 2 | 非常口・避難経路の確認 |
| | 3 | 患者の確認（ネームバンド、シールなどを活用した患者確認対策） |
| | 4 | ベッド柵・ベッドの高さ調整による転落の予防 |
| | 5 | 生活の場で安全に過ごすことができるような誘導や声かけ |
| | 6 | 自己の放射線暴露の防止 |
| 13. 安 楽 確 保 の 技 術 | 1 | 氷枕・氷頸・アイスノンによる冷罨法 |
| | 2 | 電気製品（アンカ・毛布・温枕）による温罨法 |
| | 3 | 末梢循環を促進するためのマッサージ |
| | 4 | 香の工夫 |
| | 5 | リラックスを導くための深呼吸の促し |
| | 6 | 検査・処置時の音楽・ビデオの選択使用 |
| | 7 | 産痛緩和のためのケア |
| | 8 | 新生児の抱っこ |
| 14. 子ども の成長・発 達を促す 技術 | 1 | 発達状態に応じた遊びの援助 |
| | 2 | ディベロップメンタルケア （ポジショニング、ミニマルハンドリング、刺激の調整、ホールディングなどのステートコントロール） |
| | 3 | 基本的な生活習慣や社会的な生活習慣の確立にむけた関わり（しつけ、褒める、モデルを見せる、ルールをつくる） |
| | 4 | 学習活動の支援（教材の工夫、励まし、時間の共有） |
| 15. 指 導 技 術 | 1 | 入院中の生活指導、退院指導のためのパンフレット作成 |
| | 2 | 産婦の退院指導（生活指導、家族計画指導） |
| | 3 | 育児支援のための指導（パンフレット作成、説明、沐浴手技の確認） |
| | 4 | 検査・手術前・処置へのプリパレーション |
| | 5 | 社会的相互性の乏しい患者（引きこもりの人）への声かけや接近 |
| | 6 | 状況にそぐわない、あるいは危険がおよぶ状況に対する安全を維持するための声かけや接近 |

* =対象への侵襲度が高いことより、学生が自立して実施しなくてよい技術

表2 各技術項目の修得状況

| | 技術項目 | | 水準Ⅰ | 水準Ⅱ | 水準Ⅲ | 水準Ⅳ | 水準Ⅱ 以上 | 水準Ⅲ 以上 |
|----|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|-----------|
| 1 | 環境調整技術 (6) | 平均(%) | 30.4 | 21.4 | 25.1 | 52.9 | 68.5 | 60.8 |
| | | SD | 0.250 | 0.190 | 0.226 | 0.217 | 0.194 | 0.210 |
| 2 | 食事の援助技術 (12) | 平均(%) | 36.4 | 7.0 | 7.8 | 30.8 | 36.1 | 33.3 |
| | | SD | 0.238 | 0.108 | 0.093 | 0.117 | 0.131 | 0.104 |
| 3 | 排泄援助技術 (17) | 平均(%) | 23.7 | 7.6 | 8.6 | 16.2 | 22.3 | 19.8 |
| | | SD | 0.139 | 0.071 | 0.072 | 0.081 | 0.080 | 0.075 |
| 4 | 活動・休息援助技術 (16) | 平均(%) | 25.6 | 13.8 | 10.4 | 28.8 | 40.9 | 33.3 |
| | | SD | 0.192 | 0.115 | 0.106 | 0.115 | 0.142 | 0.119 |
| 5 | 清潔・衣生活援助技術 (25) | 平均(%) | 29.6 | 16.6 | 15.4 | 19.2 | 38.0 | 30.3 |
| | | SD | 0.117 | 0.099 | 0.121 | 0.104 | 0.124 | 0.131 |
| 6 | 呼吸・循環を整える技術 (11) | 平均(%) | 28.0 | 2.2 | 2.2 | 5.6 | 8.1 | 6.7 |
| | | SD | 0.222 | 0.045 | 0.042 | 0.062 | 0.077 | 0.069 |
| 7 | 創傷管理技術 (5) | 平均(%) | 22.9 | 5.1 | 6.3 | 13.7 | 17.8 | 16.5 |
| | | SD | 0.212 | 0.095 | 0.118 | 0.113 | 0.135 | 0.122 |
| 8 | 与薬の技術 (17) | 平均(%) | 31.1 | 2.6 | 2.6 | 6.7 | 9.3 | 8.1 |
| | | SD | 0.169 | 0.048 | 0.049 | 0.060 | 0.070 | 0.062 |
| 9 | 救命救急処置技術 (8) | 平均(%) | 5.0 | 1.4 | 2.0 | 3.2 | 4.5 | 4.1 |
| | | SD | 0.099 | 0.046 | 0.046 | 0.059 | 0.073 | 0.065 |
| 10 | 症状・生体機能管理技術 (26) | 平均(%) | 38.0 | 6.7 | 11.4 | 31.4 | 42.0 | 38.2 |
| | | SD | 0.172 | 0.084 | 0.097 | 0.113 | 0.106 | 0.101 |
| 11 | 感染予防技術 (7) | 平均(%) | 21.5 | 3.9 | 10.0 | 56.2 | 56.6 | 56.6 |
| | | SD | 0.278 | 0.093 | 0.137 | 0.140 | 0.137 | 0.137 |
| 12 | 安全管理技術 (6) | 平均(%) | 28.3 | 4.2 | 9.5 | 56.9 | 60.3 | 59.0 |
| | | SD | 0.219 | 0.099 | 0.158 | 0.174 | 0.173 | 0.172 |
| 13 | 安楽確保の技術 (8) | 平均(%) | 18.1 | 3.4 | 7.1 | 18.3 | 24.5 | 22.5 |
| | | SD | 0.172 | 0.064 | 0.077 | 0.123 | 0.120 | 0.114 |
| 14 | 子どもの成長・発達を促す技術 (4) | 平均(%) | 15.1 | 2.0 | 2.0 | 39.3 | 41.7 | 40.5 |
| | | SD | 0.218 | 0.082 | 0.082 | 0.265 | 0.262 | 0.260 |
| 15 | 指導技術 (6) | 平均(%) | 28.3 | 1.9 | 6.1 | 25.7 | 30.7 | 30.2 |
| | | SD | 0.200 | 0.061 | 0.125 | 0.196 | 0.198 | 0.202 |
| 合計 | | 平均(%) | 25.5 | 6.6 | 8.4 | 27.0 | 33.4 | 30.7 |

()内の数値は技術の種類数を示す

The Current Situations of Nursing Skills Acquired through Nursing Clinical Practice

Masayo AZUMA, Yoshiko MURAI, Miyuki Ooba, Chieko ABE, Eiko AMATSU, Noriko TAKUWA, Nahoko TAKEMASA, Kazumi HAYASHI, Kazue YOSHIDA

Abstract

To gain a better understanding of nursing skills acquired through nursing clinical practice, we selected 15 categories and 174 types of skills, and produced the booklet entitled "*Current Situations of Nursing Skills Acquirement through nursing clinical practice: the Challenge of Upskilling.*" Based on this booklet, we then examined the actual conditions of nursing skills acquirement through nursing clinical practice of stage V life cycle, and nursing practice with specific health issues. We analyzed the data from 63 subjects from six areas of practice. Results show that experience rates in Level II and above, which indicated participation in any form of practice, were between 4.5–68.5% (average of 33.4%), whereas experience rates in Level III and above, which indicated a higher degree of independence, were between 4.1–60.8% (average of 30.7%). Among all categories, "environmental coordination skills," "safety management skills," and "infection prevention skills" showed high experience rates in Level II and above as well as Level III and above. Current situations of skill acquirement approximate previous research. Our study suggests the necessity of reinforcing cooperation with nursing clinical practice supervisors and aiming to enrich nursing skills education before graduation.

Key words basic nursing education, nursing skills, nursing clinical practice, nursing skills acquirement, nursing skills education