



札幌医科大学学術機関リポジトリ *ikor*

SAPPORO MEDICAL UNIVERSITY INFORMATION AND KNOWLEDGE REPOSITORY

Title	「看護技術学習ノート」に見る看護技術到達度の実態
Author(s)	佐藤, 公美子、鳥谷, めぐみ、仲田, みぎわ、中村, 円、澄川, 真珠子、田畑, 久江、横山, まどか、齋, 若奈、大日向, 輝美
Citation	札幌保健科学雑誌 5号 59 - 68 2016
Issue Date	2016年3月
DOI	10.15114/sjhs.5.59
Doc URL	http://ir.cc.sapmed.ac.jp/dspace/handle/123456789/6748
Type	Journal Article
Additional Information	
File Information	n2186621X559.pdf

- ・コンテンツの著作権は、執筆者、出版社等が有します。
- ・利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用等の範囲内で行ってください。
- ・著作権法に規定されている私的使用や引用等の範囲を越える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。

研究報告

「看護技術学習ノート」に見る看護技術到達度の実態

佐藤公美子¹⁾、鳥谷めぐみ¹⁾、仲田みぎわ¹⁾、中村 円¹⁾、澄川真珠子¹⁾、
田畑久江¹⁾、横山まどか¹⁾、齋 若奈²⁾、大日向輝美¹⁾

¹⁾ 札幌医科大学保健医療学部看護学科

²⁾ 札幌医科大学附属病院看護部

目的は、A大学看護学生3年次及び4年次の看護技術到達度の実態を明らかにし、今後の看護技術教育に関する検討資料とすることである。対象はA大学看護学生50名である。方法は、3年次及び4年次の看護技術到達度について厚生労働省が指標とした「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度（以下、到達度）」に本学科独自の項目を加えた152項目に関して、学生が到達度を5段階で評価したデータを調査した。分析は、到達度について記述統計を求め、さらに学年の到達率の差を χ^2 検定により比較した。結果、4年次において到達度「I；単独で実施できる」37項目中、到達率80%以上を示したのは20項目あり、3年次より8項目多かった。各項目の到達率を学年比較したところ有意な差はなかった。また、到達率の低い項目は、臨地実習での実践経験が少ない技術であると思われた。

キーワード：看護基礎教育、看護技術到達度、看護技術学習ノート、看護実践能力

Evaluation for Achievements Levels in Nursing Skills based on the "Nursing Skills Learning Notebook"

Kumiko SATO¹⁾、Megumi TORIYA¹⁾、Migiwa NAKADA¹⁾、Madoka NAKAMURA¹⁾、
Masuko SUMIKAWA¹⁾、Hisae TABATA¹⁾、Madoka YOKOYAMA¹⁾、Wakana SAI²⁾、Terumi OHINATA¹⁾

¹⁾ Nursing Department, School of Health Sciences, Sapporo Medical University

²⁾ Sapporo Medical University Hospital

Objectives: This study aims to identify the achievement levels in nursing skills of third and fourth year nursing students at university A, and obtain data to improve nursing skills education.

Method: Evaluation was of the achievement levels in nursing skills of 50 third and fourth year nursing students at the university. Data were analyzed by descriptive statistics with a five-point scale for 152 items including items for our institution and in the "Skill Items and Graduation Achievement Levels in Basic Nursing Education (achievement levels)", detailed in a guideline by Ministry of Health, Labor and Welfare. The chi-square test was employed to determine differences between different school years.

Results and Discussion: Among 37 items of the "I: conduct independently" category, 20 showed 80% or higher achievement levels, an increase of 8 items over the previous year. Comparison of separate item by school year showed no significant differences between the two school years. The result suggests that the fourth school year does not influence the achievement levels in nursing skills. Items with low achievement levels in the fourth year included skills where students had few opportunities to experience clinical practical training.

Key words: basic nursing education, achievement levels of nursing skills, learningnotebook, nursing competency

Sapporo J. Health Sci. 5:59-68(2016)

DOI:10.15114/sjhs.5.59

I. 研究の背景

今日、わが国の看護は少子高齢化の進展や医療技術の高度化に伴い日々多様に変化しており、看護職者にはより質の高い看護技術の提供が求められている。このように医療に対する国民のニーズが向上する一方で、昨今の在院日数の短縮化も影響し臨地実習において学生が看護技術を経験する機会そのものが減少傾向にある¹⁾。

看護教育をとりまく現状に関して、平成14年文部科学省による「看護学教育の在り方に関する検討会」²⁾や平成15年厚生労働省（以下、厚労省）の「新たな看護のあり方に関する検討会」³⁾が発足し検討が始まった。その後、平成18年に日本看護協会は、新人看護師の看護実践能力と早期離職率は密接に関係していることを明らかにした⁴⁾。

これらを受けて、平成19年に厚労省は「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」⁵⁾を纏め、看護教育の現状と課題を通達した。その中で、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度（案）」として、看護基礎教育における技術教育の効果を評価する際の参考指標が提案された。

そこで、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度（案）」を用いて、新人看護師の看護技術の習得状況と早期離職の実態が多数、報告された。久保ら⁶⁾は、新人看護師の早期離職理由の背景には病院側から「就職時に一人でできる」と求められている技術103項目中、7割以上の者がわずか4項目しかできないことを報告した。他にも、離職を考えた者の52%は看護技術に不安を抱えているとの報告⁷⁾、新人看護師が看護技術の習得状況にストレスを感じているとの報告^{8), 9)}、就職後「一人では実施できない」技術項目が多いほどバーンアウトの可能性が高いとの報告¹⁰⁾などが見られる。早期離職への対策として、高橋ら¹¹⁾は看護師のリアリティショックの改善に向けた教育プログラムを報告している。これら先行研究から、看護実践能力の強化が教育側と病院側の共通課題であることは明らかである。

本学科では新人看護師の現状に対応して、看護実践能力の基礎・基本の修得を目標とした教育環境を整備してきた。例えば、学内で反復して学べる教材やシミュレーターの整備、コンピューターネットワークを利用したe-learning（ナーシングスキル®）の導入などである。それと同時に、厚労省が示した「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」¹²⁾を参考にして、本学科独自で「看護技術学習ノート」を作成した。本ノートは、学生個々が卒業時に習得すべき看護技術の種類とその到達レベルを認識し、さらに自己の到達状況を評価するためのものであり、学生自らが目標を明確にして技術を研鑽していくことを意図している。

「看護技術学習ノート」から学生の看護技術到達度の実態を把握し、看護実践能力の育成に向けた課題を明らかにしていきたい。

II. 研究目的

本研究は、A大学看護学科3年次及び4年次の看護技術到達度の実態を明らかにし、今後の看護技術教育に関する検討資料とすることである。

III. 研究方法

1. 対象：A大学、平成23年度入学生50名

2. 調査期間：平成26年4月～平成27年3月

3. 「看護技術学習ノート」の概要

A大学看護学科教員が厚労省「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」と、本学科における看護師課程の教育内容を照らし合わせながら、看護技術項目と到達度を検討した。以下、看護技術項目の大項目は【 】で示し、小項目は〈 〉と記述した。また、看護技術到達度（以下、到達度）は「 」で表記した。

1) 大項目の整理

厚労省が設定した大項目は【1. 環境調整技術】【2. 食事の援助技術】【3. 排泄援助技術】【4. 活動・休息援助技術】【5. 清潔・衣生活援助技術】【6. 呼吸循環を整える技術】【7. 創傷・褥瘡管理技術】【8. 与薬の技術】【9. 救命救急処置技術】【10. 症状・生体機能管理技術】【11. 感染予防の技術】【12. 安全管理の技術】【13. 安楽確保の技術】の13項目である。これに本学科独自で設定した【14. 対人・コミュニケーション技術】【15. 健康保持増進の技術】【16. チーム連携・社会資源活用技術】の3項目を加えて、16項目とした。

2) 小項目及び到達レベルの整理

厚労省が設定した小項目142項目に、本学科では技術の種類を10項目追加し152項目に設定した。さらに、厚労省の示した卒業時の到達度は「Ⅰ；単独で実施できる」「Ⅱ；看護師・教員の指導のもとで実施できる」「Ⅲ；学内演習で実施できる」「Ⅳ；知識としてわかる」の4段階である。それに「Ⅴ；学習していない」という段階を加え、本学科では5段階とした。その5段階の各々には、次のような解釈を加えた。本学科の「Ⅰ；単独で実施できる」は、指導者や教員の許可を事前に得て主体的に援助が実施できたこと、指導者や教員に事前に確認し主体的に対象者の観察ができたこととした。また、「Ⅱ；看護師・教員の指導のもとで実施できる」は、指導者や教員が主に実施したが自分もその場で一緒に実施したこと、指導者や教員に助言を得ながら一緒に実施したこととした。「Ⅲ；学内演習で実施できる」は、学内演習でモデル人形や学生同士で実施したことを示し、「Ⅳ；知識としてわかる」は講義・学内演習で学習し理解したこと、臨地実習時に指導者や教員から指導を

受け理解したこととした。本学科独自の「V；学習していない」は、学生が学内や臨地実習において学習機会がなかったとした。

さらに、厚労省が示した到達度と本学科の現状から併せて検討し、4項目の到達度を変更した。厚労省設定「II」を「I」へと高いレベルに設定したのは、〈対象者の栄養状態をアセスメントできる〉の1項目であった。一方、〈経管栄養法を受けている対象者の観察の視点がわかる〉を厚労省設定「I」から「IV」に、〈学内演習で酸素ボンベ・バックの操作ができる〉を「III」から「IV」に、〈放射線曝露の防止のための行動がとれる〉を「II」から「IV」へと、3項目を低いレベルに設定した。

こうして本学科の「看護技術学習ノート」が平成25年度に完成した。本研究の対象者は2年次から本ノートを活用してきた。学生には自分の看護技術習得状況を把握するために、各学年末に5段階の解釈を参考にして自己評価することを説明し全員に配布した。

4. 調査方法及び内容（図1参照）

1) 調査1：3年次「看護技術学習ノート」の記載内容

3年次の臨地実習（成人、老年、母性、小児、在宅の5領域の実習）が終了した学年末に学生が5段階で自己評価した「看護技術学習ノート」の看護技術到達度を調査した。

2) 調査2：4年次「看護技術学習ノート」の記載内容

4年次の臨地実習（精神、地域の2領域の実習）が終了した卒業前に、3年次と同様、学生が5段階で自己評価した「看護技術学習ノート」の看護技術到達度を調査した。

5. 分析方法

「看護技術学習ノート」から得られた調査結果を、以下のように分析した。

1) 小項目の分析

小項目152項目の全てを、「I」から「V」の5段階で記述統計を求めた。そして、本学科が設定した到達度に達している割合を“到達率”とした。さらに、3年次と4年次の到達率の差を明らかにするために、 χ^2 検定を用いて比較した。すべての統計解析はSPSSVer.21.0で行い有意水準は5%とした。また、先行研究^{13),14)}を参考にして、小項目の各々の到達率が80%以上を示す項目を「高い」として分析をすすめた。

2) 大項目の分析

先ず、小項目152項目のうち、本学科が設定した到達度のうち「I」と「II」に該当する96項目を抽出し、到達度Iの項目に「I」と回答した到達率、および到達度IIの項目に「I」あるいは「II」と回答した到達率を算出した。次に、この小項目96項目を、大項目の16項目に分けた。そして、大項目ごとに先で算出した到達率の平均値を求め、それを“平均到達率”とした。この方法は犬飼ら¹⁵⁾を参考にした。

6. 倫理的配慮

「看護技術学習ノート」の回収とデータ収集は、実施責任者及び実施分担者が口頭および書面で調査を依頼した。説明書を配布後、同意するものは同意書と本ノートを鍵のかかる回収ボックスに各自で投函するよう依頼した。同意

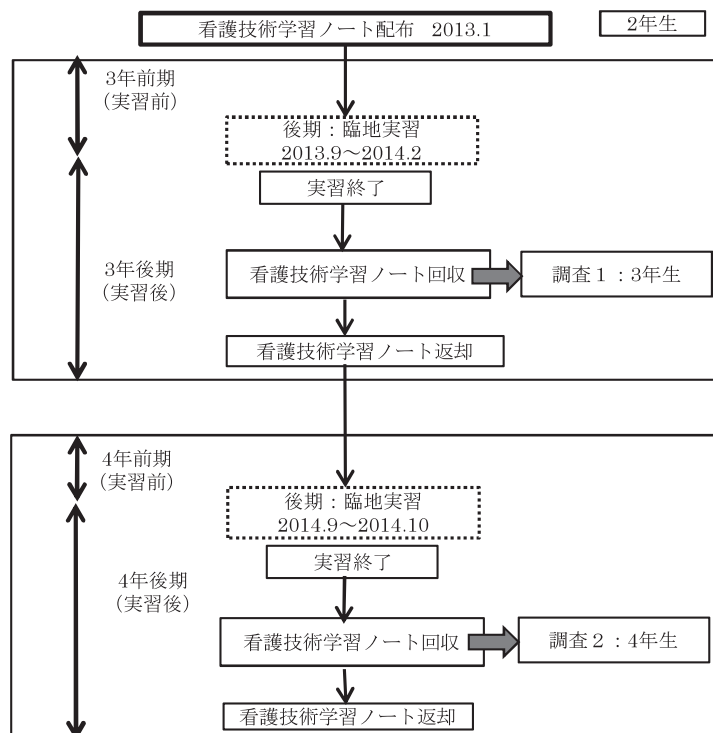


図1 調査方法のフローチャート

書と本ノートの提出先はそれぞれ別の回収ボックスとし、実施責任者及び実施分担者の監視下とならないように配慮した。本ノートには学籍番号と氏名が記載してあるため連結可能匿名化で処理した。同意の有無は成績に一切関係しないことや提出後の同意撤回は同意撤回書をもって行えることを説明した。データ入力後、学生個々に返却した。

調査の倫理的配慮に関して、対象となる個人の人権擁護のための対策や対象となる個人に理解を求め同意を得る方法などの項目において、所属機関倫理委員会の承認を得た後、実施した。

IV. 結 果

調査1（3年次）は同意の得られた44名を分析対象とした（回収率88.0%）。調査2（4年次）は同意の得られた43名から看護技術学習ノートを回収したが（回収率86.0%）、無回答が30項目以上あった1名を分析から除外し42名（有効回答率97.7%）を分析対象とした。

調査1及び調査2より、A大学看護学生の看護技術の到達状況を明らかにした。

1. 調査1：3年次の看護技術到達度の実態

本学が設定した到達度「I」の結果を、「I」の到達率が高い順にして表1に示した。到達度「I」の小項目は37項目あり、「I」と80%以上が回答した項目は12項目あった。特に〈バイタルサインが正確に測定できる〉と〈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〉の2項目は到達率44名（100%）であった。次に90%台の項目は〈対象者にとって快適な病床環境を作ることができる〉42名（95.5%）や〈基本的なベッドメイキングができる〉42名（95.5%）、〈対象者を車椅子で移送できる〉41名（93.2%）などであった。また、本学科独自で設定した〈患者の個人情報保護のための行動がとれる〉43名（97.7%）、〈コミュニケーションの基本的要素を意識して対象者の話が聞ける〉42名（95.5%）、〈対象者に対して共感・受容を伝えることができる〉41名（93.2%）も高い到達率を示した。

一方、到達率80%未満は25項目に及び、最も低い項目は〈対象者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる〉8名（18.2%）であった。次いで〈自然な排尿を促すことができる〉14名（31.8%）、〈酸素吸入療法を受けている対象者の観察ができる〉14名（31.8%）、〈自然な排便を促すことができる〉15名（34.1%）、〈膀胱留置カテーテルを挿入している対象者の観察ができる〉16名（36.4%）、〈輸液ライン等が入っていない対象者の寝衣交換ができる〉16名（36.4%）であった（表1参照）。

本学が設定した到達度「II」の結果を、「II」の到達率が高い順にして表2に示した。到達度「II」の小項目は59項目あり、到達率80%以上は28項目あった。特に高い項目は〈看護師・教員の指導のもとで系統的な症状の観察がで

きる〉や〈看護師・教員の指導のもとでバイタルサイン・身体測定データ・症状などから対象者の状態をアセスメントできる〉の43名（97.7%）であった。到達率80%未満は31項目あり、最も低い項目は〈対象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〉6名（13.6%）であった。さらに〈気管内加湿ができる〉9名（20.5%）、〈ポータブルトイレでの対象者の排泄援助ができる〉13名（29.5%）、〈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〉14名（31.8%）と続いた（表2参照）。

本学が到達度「III」に設定した小項目20項目においては、到達率80%以上は11項目あった。特に高い項目は〈モデル人形で静脈血採血ができる〉44名（100.0%）、〈モデル人形に導尿または膀胱留置カテーテルの挿入ができる〉41名（95.3%）、〈学内演習で創傷処置のための無菌操作ができる〉39名（90.7%）、〈モデル人形で筋肉内注射が実施できる〉39名（90.7%）であった。一方、到達率80%未満のうち、特に低いものは〈モデル人形に直腸内与薬ができる〉21名（47.7%）や〈モデル人形で経鼻胃チューブの挿入・確認ができる〉23名（52.3%）、〈モデル人形または学生間で皮下注射が実施できる〉24名（54.5%）であり、約半数の学生しか到達していなかった。

本学が到達度「IV」に設定した36項目すべてが到達率50%以上であった。しかし、到達率が最も低かったものは〈低圧胸腔内持続吸引中の対象者の観察点がわかる〉22名（50.0%）、〈経管栄養法を受けている対象者の観察の視点がわかる〉23名（52.3%）であった。

2. 調査2：4年次の看護技術到達度の実態

本学が設定した到達度「I」の結果を、「I」の到達率が高い順にして表3に示した。到達度「I」の小項目37項目において到達率80%以上は20項目あり、3年次よりも8項目増えていた。表3に示したように、3年次に加えて増えたものは〈対象者の食事摂取状況をアセスメントできる〉37名（88.1%）、〈入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる〉36名（85.7%）などであった（表3参照）。

一方、到達率80%未満は17項目であり3年次よりも減少していたものの、この17項目は3年次とほぼ同様であった。それは〈対象者に合わせた便器・尿器を選択し排泄援助ができる〉18名（42.9%）、〈膀胱留置カテーテルを挿入している対象者の観察ができる〉20名（47.6%）などであった。

本学が設定した到達度「II」の結果を、「II」の到達率が高い順にして表4に示した。到達度「II」では小項目59項目のうち到達率80%以上は37項目あり、3年次より9項目増えていた。一方、到達率80%未満は22項目あり、3年次とほぼ同様の項目が達していなかった。最も低値の項目は〈看護師・教員の指導のもとで対象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〉13名（31.0%）であった（表4参照）。

到達度「III」の結果は3年次と同程度であった。到達度

表 1 看護技術到達度「I」の3年次の到達状況

技術の種類 到達度「I」の小項目	到達度					n=44
	I	II	III	IV	V	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
バイタルサインが正確に測定できる	44 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
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	44 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
患者の個人情報保護のための行動がとれる (匿名化、記録の扱い方)	43 (97.7)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者にとって快適な病床環境を作ることができる	42 (95.5)	2 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
基本的なベッドメイキングができる	42 (95.5)	2 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
コミュニケーションの基本的要素を意識して対象者の話が聞ける	42 (95.5)	2 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者を車椅子で移送できる	41 (93.2)	2 (4.5)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者に対して共感・受容を伝えることができる	41 (93.2)	3 (6.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の一般状態の変化に気付くことができる	38 (86.4)	6 (13.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の歩行・移動介助ができる	37 (84.1)	6 (13.6)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者が身だしなみを整えるための援助ができる	37 (84.1)	6 (13.6)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
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	37 (84.1)	3 (6.8)	1 (2.3)	3 (6.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者を誤認しないための防止策を実施できる	35 (79.5)	6 (13.6)	1 (2.3)	2 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の食事摂取状況 (食行動、摂取方法、摂取量) をアセスメントできる	34 (77.3)	10 (22.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の褥瘡発生の危険をアセスメントできる	34 (77.3)	8 (18.2)	1 (2.3)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
正確に身体計測ができる	33 (75.0)	11 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の栄養状態をアセスメントできる	33 (75.0)	9 (20.5)	2 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
廃用性症候群のリスクをアセスメントできる	32 (72.7)	10 (22.7)	1 (2.3)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
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	31 (70.5)	12 (27.3)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
清拭援助を通して、対象者の観察ができる	30 (68.2)	14 (31.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
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 *	30 (68.2)	4 (9.1)	4 (9.1)	5 (11.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる	29 (65.9)	13 (29.5)	1 (2.3)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
洗髪援助を通して、対象者の観察ができる	26 (59.1)	16 (36.4)	2 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象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	25 (56.8)	13 (29.5)	2 (4.5)	4 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の自覚症状に配慮しながら体温調節の援助ができる	25 (56.8)	15 (34.1)	4 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
災害が発生した場合には、指示に従って行動がとれる *	23 (52.3)	4 (9.1)	2 (4.5)	9 (20.5)	5 (11.4)	5 (11.4)
対象者の状態に合わせて食事介助ができる (嚥下障害のある対象者を除く)	22 (50.0)	10 (22.7)	9 (20.5)	2 (4.5)	1 (2.3)	1 (2.3)
口腔ケアを通して、対象者の観察ができる	22 (50.0)	13 (29.5)	9 (20.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の状態に合わせた温療法・冷療法が実施できる	22 (50.0)	16 (36.4)	5 (11.4)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の状態に合わせた足浴・手浴ができる	20 (45.5)	13 (29.5)	10 (22.7)	0 (0.0)	1 (2.3)	1 (2.3)
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 *	19 (43.2)	14 (31.8)	10 (22.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
膀胱留置カテーテルを挿入している対象者の観察ができる	16 (36.4)	23 (52.3)	2 (4.5)	3 (6.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
輸液ライン等が入っていない臥床している対象者の寝衣交換ができる	16 (36.4)	16 (36.4)	9 (20.5)	2 (4.5)	1 (2.3)	1 (2.3)
自然な排便を促すための援助ができる	15 (34.1)	24 (54.5)	4 (9.1)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
自然な排尿を促すための援助ができる	14 (31.8)	16 (36.4)	6 (13.6)	8 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
酸素吸入療法を受けている対象者の観察ができる	14 (31.8)	15 (34.1)	7 (15.9)	6 (13.6)	2 (4.5)	2 (4.5)
対象者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる	8 (18.2)	19 (43.2)	15 (34.1)	2 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)

備考 1. 小項目の*は、無回答のあった項目とした。

2. 本学で設定した到達度「I」における到達率の高い項目から順に表記した。

「IV」の結果は3年次より上昇していた。

3. 小項目別にみた到達度「I」と「II」の学年比較

調査1 (3年次) と調査2 (4年次) の小項目152項目に関して、学年による到達度の差を明らかにするために χ^2 検定を行った。しかし、全ての項目に有意な差はなかった。

4. 4年次における到達度「I」「II」の平均到達率

4年次における本学設定の到達度「I」と「II」を併せた到達状況を把握するために、看護技術大項目16項目の平均到達率を図2に示した。到達度「I」及び「II」の平均到達率が80%以上は12項目あった。平均到達率が高いものは【対人・コミュニケーション技術】98.6%、【チーム連携・社会資源活用技術】96.8%、【健康保持増進の技術】90.5%であり、この3項目は本学科独自の項目であった。その他、厚労省の大項目のうち高いものは【安楽確保の技術】

94.4%、【創傷・褥瘡管理技術】89.3%、【環境調整技術】88.9%であった。しかし、到達率が80%に満たないものは4項目あり、【呼吸循環を整える技術】56.0%が最も低く、次いで【排泄援助技術】63.7%、【食事の援助技術】71.9%、【活動・休息援助技術】78.7%となった (図2参照)。

V. 考 察

1. 看護技術到達度の評価

学生が自己評価した「看護技術学習ノート」から学生の看護技術到達度の実態を調査した。3年次でほぼ全員が「I: 単独でできる」と答えた技術はバイタルサイン測定やスタンダード・プリコーションに基づく手洗い、基本的なベッドメイキング、病床環境の整備であり、先行研究¹⁴⁾と同様の結果を示した。これらは学内演習で繰り返し学び、その後、臨地実習で経験する機会が多かった技術であると

表2 看護技術到達度「Ⅱ」の3年次の到達状況

技術の種類 到達度「Ⅱ」の小項目	到達度					n=44
	I	II	III	IV	V	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
～系統的な症状の観察ができる	1 (2.3)	43 (97.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～バイタルサイン・身体測定データ・症状などから対象者の状態をアセスメントできる	1 (2.3)	43 (97.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～チームで共有すべき情報を報告できる	0 (0.0)	43 (97.7)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～対象者の対人傾向をアセスメントし、対象者に合った援助ができる	2 (4.5)	42 (95.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～臥床している対象者の体位変換ができる	1 (2.3)	41 (93.2)	2 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～沐浴が実施できる	1 (2.3)	41 (93.2)	2 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～場と関係性を考慮したコミュニケーションがとれる	3 (6.8)	41 (93.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～自己一致を意図したコミュニケーションがとれる	0 (0.0)	41 (93.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (6.8)	
～入浴の介助ができる	2 (4.5)	40 (90.9)	1 (2.3)	1 (2.3)	0 (0.0)	
～点滴静脈内注射を受けている対象者の観察点がわかる	1 (2.3)	40 (90.9)	2 (4.5)	1 (2.3)	0 (0.0)	
～使用した器具の感染防止の取り扱いができる	0 (0.0)	40 (90.9)	3 (6.8)	1 (2.3)	0 (0.0)	
～感染性廃棄物の取り扱いができる	0 (0.0)	40 (90.9)	3 (6.8)	1 (2.3)	0 (0.0)	
～対象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	2 (4.5)	40 (90.9)	2 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～対象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	1 (2.3)	40 (90.9)	2 (4.5)	1 (2.3)	0 (0.0)	
～目的に応じた安静保持の援助ができる	1 (2.3)	39 (88.6)	1 (2.3)	1 (2.3)	2 (4.5)	
～対象者の創傷の観察ができる	0 (0.0)	39 (88.6)	1 (2.3)	3 (6.8)	1 (2.3)	
～対象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	3 (6.8)	39 (88.6)	2 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～対象者の安楽を促進するためのケアができる	1 (2.3)	39 (88.6)	3 (6.8)	1 (2.3)	0 (0.0)	
～対象者に合った社会資源についてアセスメントすることができる	0 (0.0)	39 (88.6)	4 (9.1)	0 (0.0)	1 (2.3)	
～対象者に合った社会資源を活用した看護計画を立てることができる*	0 (0.0)	39 (88.6)	2 (4.5)	0 (0.0)	2 (4.5)	
～経口薬（パッカ錠・内服薬・舌下錠）の服薬後の観察ができる	1 (2.3)	38 (86.4)	1 (2.3)	3 (6.8)	1 (2.3)	
～対象者に合わせた健康相談・健康教育・退院指導ができる *	1 (2.3)	38 (86.4)	2 (4.5)	1 (2.3)	1 (2.3)	
～対象者の個別性を反映した食生活の改善を計画できる	1 (2.3)	37 (84.1)	4 (9.1)	2 (4.5)	0 (0.0)	
～対象者の機能に合わせてベッドから車椅子へ移乗できる	2 (4.5)	37 (84.1)	5 (11.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～臥床している対象者の清拭ができる	1 (2.3)	37 (84.1)	6 (13.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～対象者の意識状態を観察できる	1 (2.3)	37 (84.1)	5 (11.4)	1 (2.3)	0 (0.0)	
～必要な防護用具（手袋・ゴーグル・ガウン等）の装着ができる	5 (11.4)	37 (84.1)	2 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～褥瘡予防のためのケアが計画できる	3 (6.8)	36 (81.8)	3 (6.8)	2 (4.5)	0 (0.0)	
～褥瘡予防のためのケアが実施できる	2 (4.5)	35 (79.5)	2 (4.5)	5 (11.4)	0 (0.0)	
～正確な検査が行えるための対象者の準備ができる *	0 (0.0)	35 (79.5)	5 (11.4)	2 (4.5)	1 (2.3)	
～検査後の安静保持の援助ができる	0 (0.0)	35 (79.5)	2 (4.5)	4 (9.1)	3 (6.8)	
～陰部の清潔保持の援助ができる	2 (4.5)	34 (77.3)	5 (11.4)	3 (6.8)	0 (0.0)	
～経皮・外用薬の投与前後の観察ができる *	1 (2.3)	34 (77.3)	4 (9.1)	3 (6.8)	1 (2.3)	
～検査前、中、後の観察ができる	0 (0.0)	34 (77.3)	3 (6.8)	5 (11.4)	2 (4.5)	
～対象者の精神的安寧を保つための工夫を計画できる *	1 (2.3)	34 (77.3)	6 (13.6)	2 (4.5)	0 (0.0)	
～対象者の病態・機能に合わせた口腔ケアを計画できる	0 (0.0)	33 (75.0)	8 (18.2)	1 (2.3)	2 (4.5)	
～検査の介助ができる	0 (0.0)	33 (75.0)	5 (11.4)	2 (4.5)	4 (9.1)	
～膀胱留置カテーテルを挿入している対象者のカテーテル固定、ルート確認、感染予防の管理ができる	1 (2.3)	32 (72.7)	7 (15.9)	4 (9.1)	0 (0.0)	
～体動制限による苦痛・弊害を緩和できる	0 (0.0)	32 (72.7)	4 (9.1)	6 (13.6)	2 (4.5)	
～失禁をしている対象者のケアができる	1 (2.3)	31 (70.5)	4 (9.1)	4 (9.1)	4 (9.1)	
～補助具を使用した対象者の歩行介助ができる	0 (0.0)	31 (70.5)	3 (6.8)	7 (15.9)	3 (6.8)	
～対象者のおむつ交換ができる *	3 (6.8)	30 (68.2)	8 (18.2)	1 (2.3)	1 (2.3)	
～廃用性症候群予防のための自動・他動運動ができる	1 (2.3)	30 (68.2)	3 (6.8)	8 (18.2)	2 (4.5)	
～輸液ライン等が入っている対象者の寝衣交換ができる	0 (0.0)	30 (68.2)	14 (31.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～臥床している対象者のリネン交換ができる	4 (9.1)	27 (61.4)	13 (29.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
～対象者のストレッチャー移送ができる	0 (0.0)	24 (54.5)	3 (6.8)	10 (22.7)	7 (15.9)	
～直腸内与薬の投与前後の観察ができる *	0 (0.0)	19 (43.2)	4 (9.1)	14 (31.8)	6 (13.6)	
～意識障害のない対象者の口腔ケアができる	0 (0.0)	18 (40.9)	18 (40.9)	7 (15.9)	1 (2.3)	
～酸素吸入療法が実施できる *	0 (0.0)	18 (40.9)	8 (18.2)	10 (22.7)	7 (15.9)	
～無菌操作が確実にできる	1 (2.3)	18 (40.9)	23 (52.3)	2 (4.5)	0 (0.0)	
～対象者をベッドからストレッチャーへ移乗できる	0 (0.0)	17 (38.6)	5 (11.4)	15 (34.1)	7 (15.9)	
～臥床している対象者の洗髪ができる	2 (4.5)	17 (38.6)	23 (52.3)	1 (2.3)	1 (2.3)	
～簡易血糖測定ができる	1 (2.3)	17 (38.6)	25 (56.8)	1 (2.3)	0 (0.0)	
～針刺し事故防止の対策が実施できる	1 (2.3)	17 (38.6)	17 (38.6)	7 (15.9)	2 (4.5)	
～関節可動域訓練ができる	1 (2.3)	15 (34.1)	3 (6.8)	19 (43.2)	6 (13.6)	
～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	1 (2.3)	14 (31.8)	14 (31.8)	11 (25.0)	4 (9.1)	
～ポータブルトイレでの対象者の排泄援助ができる *	0 (0.0)	13 (29.5)	26 (59.1)	2 (4.5)	2 (4.5)	
～気管内加湿ができる *	0 (0.0)	9 (20.5)	7 (15.9)	11 (25.0)	16 (36.4)	
～対象者に対して、経鼻胃カテーテルからの流動食の注入ができる *	0 (0.0)	6 (13.6)	9 (20.5)	18 (40.9)	10 (22.7)	

備考 1. 小項目の*は、無回答のあった項目とした。

2. 本学で設定した到達度「Ⅱ」における到達率の高い項目から順に表記した。

3. 小項目の文頭の表記である「看護師・教員の指導のもとで」を省き、「～」と略し表記した。

表3 看護技術到達度「I」の4年次の到達状況

技術の種類 到達度「I」の小項目	到達度				
	n=42				
	I	II	III	IV	V
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
バイタルサインが正確に測定できる	42 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
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	42 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者にとって快適な病床環境を作ることができる	41 (97.6)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
コミュニケーションの基本的要素を意識して対象者の話が聞ける	41 (97.6)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者に対して共感・受容を伝えることができる	41 (97.6)	0 (0.0)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者を車椅子で移送できる	41 (97.6)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
患者の個人情報保護のための行動がとれる (匿名化、記録の扱い方)	41 (97.6)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
基本的なベッドメイキングができる	40 (95.2)	2 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の歩行・移動介助ができる	39 (92.9)	3 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者が身だしなみを整えるための援助ができる	39 (92.9)	2 (4.8)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の一般状態の変化に気付くことができる	38 (90.5)	4 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の食事摂取状況 (食行動、摂取方法、摂取量) をアセスメントできる	37 (88.1)	5 (11.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる	36 (85.7)	5 (11.9)	0 (0.0)	1 (2.4)	0 (0.0)
廃用性症候群のリスクをアセスメントできる	36 (85.7)	5 (11.9)	0 (0.0)	1 (2.4)	0 (0.0)
正確に身体計測ができる	36 (85.7)	6 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の褥瘡発生の危険をアセスメントできる	36 (85.7)	6 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
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	36 (85.7)	2 (4.8)	1 (2.4)	3 (7.1)	0 (0.0)
対象者を誤認しないための防止策を実施できる	35 (83.3)	5 (11.9)	0 (0.0)	2 (4.8)	0 (0.0)
対象者の栄養状態をアセスメントできる	35 (83.3)	7 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
清拭援助を通して、対象者の観察ができる	34 (81.0)	8 (19.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
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	33 (78.6)	9 (21.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
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 *	32 (78.0)	4 (9.8)	2 (4.9)	3 (7.3)	0 (0.0)
口腔ケアを通して、対象者の観察ができる	30 (71.4)	9 (21.4)	3 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
洗髪援助を通して、対象者の観察ができる	30 (71.4)	11 (26.2)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象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	29 (69.0)	11 (26.2)	0 (0.0)	1 (2.4)	1 (2.4)
対象者の自覚症状に配慮しながら体温調節の援助ができる	29 (69.0)	11 (26.2)	2 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の状態に合わせて食事介助ができる (嚥下障害のある対象者を除く)	28 (66.7)	9 (21.4)	3 (7.1)	2 (4.8)	0 (0.0)
対象者の状態に合わせた温巻法・冷巻法が実施できる	28 (66.7)	10 (23.8)	4 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
災害が発生した場合には、指示に従って行動がとれる *	26 (63.4)	3 (7.3)	2 (4.9)	7 (17.1)	3 (7.3)
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	25 (59.5)	11 (26.2)	6 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
対象者の状態に合わせた足浴・手浴ができる	25 (59.5)	11 (26.2)	6 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
自然な排便を促すための援助ができる	24 (57.1)	17 (40.5)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
自然な排尿を促すための援助ができる	23 (54.8)	14 (33.3)	3 (7.1)	2 (4.8)	0 (0.0)
酸素吸入療法を受けている対象者の観察ができる	21 (50.0)	10 (23.8)	4 (9.5)	6 (14.3)	1 (2.4)
輸液ライン等が入っていない臥床している対象者の寝衣交換ができる	21 (50.0)	11 (26.2)	7 (16.7)	2 (4.8)	1 (2.4)
膀胱留置カテーテルを挿入している対象者の観察ができる	20 (47.6)	19 (45.2)	1 (2.4)	2 (4.8)	0 (0.0)
対象者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる	18 (42.9)	14 (33.3)	9 (21.4)	1 (2.4)	0 (0.0)

備考 1. 小項目の*は、無回答のあった項目とした。

2. 本学で設定した到達度「I」における到達率の高い項目から順に表記した。

思われた。実習で受け持った患者を通して必然的に経験する機会が多かったことが伺える。このように学内演習における反復学習と臨地での看護実践の双方が相まって「単独でできる」として学生は自己認識するものとする。

一方、表3で示したように、4年次において「I:単独でできる」の到達率が60%未満の項目は対象者への足浴・手浴や口腔ケア、洗髪の援助、食事介助など、日常生活の援助技術が多く含まれていた。これらは、演習において学生間で全員が演習している技術であった。つまり、学内で既習したものの、臨地では対象者の状態に応じた援助が実施できなかったものと思われる。到達状況の低い技術内容は、西田ら¹⁶⁾とほぼ同様であったが、清潔の援助に関する結果は先行研究によって様々であった。臨地実習を行う医療施設の病院・病床機能や学生が受け持つことができる患者の状態、状況に影響するものと思われた。

臨地実習での看護技術の経験の有無と看護技術到達度の

関係性について、折山ら¹³⁾は、一人でできるまで到達するには経験の有無が影響していること、さらに経験の有無だけではなく3回以上経験することが有効であると述べている。また、Billings¹⁷⁾は、教員は学内や臨地において全ての学生がその体験に参加する機会があるかを確認する必要があると提言している。教員は学生の受け持ち患者を決定する際に、どのような看護技術の経験が可能なのかを臨地側と詳細に確認する必要がある。

さらに、田中ら¹⁸⁾が「学内で学習する知識と理論を応用する実習との間の時間の開きがないように科目を準備する」と述べており、学生が習得した知識や看護技術は時間とともに曖昧になっていくものと思われる。学内演習で学んだ技術を直ちに臨地場面で実施でき確かな学習経験として身につくよう、時間的に大きな開きがなく段階的な学習機会を準備することが理想である。3年次の学内演習と臨地実習を繋ぐ工夫や4年次の卒業時に基礎となる看護技術から

表4 看護技術到達度「Ⅱ」の4年次の到達状況

技術の種類 到達度「Ⅱ」の小項目	到達度					n=42					
	Ⅰ		Ⅱ		Ⅲ		Ⅳ		Ⅴ		
	n	(%)	n	(%)	n		(%)	n	(%)	n	(%)
～対象者に合った社会資源についてアセスメントすることができる	1	(2.4)	40	(95.2)	1	(2.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～対象者に合った社会資源を活用した看護計画を立てることができる	1	(2.4)	40	(95.2)	1	(2.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～対象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	1	(2.4)	40	(95.2)	1	(2.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～系統的な症状の観察ができる	3	(7.1)	39	(92.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～バイタルサイン・身体測定データ・症状などから対象者の状態をアセスメントできる	3	(7.1)	39	(92.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～自己一致を意図したコミュニケーションがとれる	2	(4.8)	39	(92.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.4)	
～対象者の安楽を促進するためのケアができる	1	(2.4)	39	(92.9)	1	(2.4)	1	(2.4)	0	(0.0)	
～対象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	4	(9.5)	38	(90.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～点滴静脈内注射を受けている対象者の観察点がわかる	2	(4.8)	38	(90.5)	2	(4.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～使用した器具の感染防止の取り扱いができる	2	(4.8)	38	(90.5)	1	(2.4)	1	(2.4)	0	(0.0)	
～感染性廃棄物の取り扱いができる	2	(4.8)	38	(90.5)	1	(2.4)	1	(2.4)	0	(0.0)	
～臥床している対象者の体位変換ができる	1	(2.4)	38	(90.5)	2	(4.8)	0	(0.0)	1	(2.4)	
～目的に応じた安静保持の援助ができる	1	(2.4)	38	(90.5)	0	(0.0)	2	(4.8)	1	(2.4)	
～経皮・外用薬の投与前後の観察ができる	1	(2.4)	38	(90.5)	1	(2.4)	2	(4.8)	0	(0.0)	
～対象者の創傷の観察ができる	0	(0.0)	38	(90.5)	2	(4.8)	1	(2.4)	1	(2.4)	
～対象者の対人傾向をアセスメントし、対象者に合った援助ができる	5	(11.9)	37	(88.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～場と関係性を考慮したコミュニケーションがとれる	5	(11.9)	37	(88.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～入浴の介助ができる	4	(9.5)	37	(88.1)	1	(2.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～チームで共有すべき情報を報告できる	3	(7.1)	37	(88.1)	2	(4.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～経口薬（パッカ錠・内服薬・舌下錠）の服薬後の観察ができる	2	(4.8)	37	(88.1)	1	(2.4)	2	(4.8)	0	(0.0)	
～褥瘡予防のためのケアが計画できる	2	(4.8)	37	(88.1)	2	(4.8)	1	(2.4)	0	(0.0)	
～対象者の個別性を反映した食生活の改善を計画できる	1	(2.4)	37	(88.1)	2	(4.8)	1	(2.4)	1	(2.4)	
～沐浴が実施できる	4	(9.5)	36	(85.7)	2	(4.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～臥床している対象者の清拭ができる	3	(7.1)	36	(85.7)	3	(7.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～対象者に合わせた健康相談・健康教育・退院指導ができる *	2	(4.9)	36	(87.8)	2	(4.9)	1	(2.4)	0	(0.0)	
～正確な検査が行えるための対象者の準備ができる *	0	(0.0)	36	(87.8)	2	(4.9)	2	(4.9)	1	(2.4)	
～検査後の安静保持の援助ができる	0	(0.0)	36	(85.7)	0	(0.0)	3	(7.1)	3	(7.1)	
～検査前、中、後の観察ができる	0	(0.0)	36	(85.7)	0	(0.0)	4	(9.5)	2	(4.8)	
～対象者の機能に合わせてベッドから車椅子へ移乗できる	3	(7.1)	35	(83.3)	3	(7.1)	0	(0.0)	1	(2.4)	
～対象者の精神的安寧を保つための工夫を計画できる *	3	(7.3)	35	(85.4)	1	(2.4)	2	(4.9)	0	(0.0)	
～対象者の意識状態を観察できる	2	(4.8)	35	(83.3)	5	(11.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～褥瘡予防のためのケアが実施できる	2	(4.8)	35	(83.3)	1	(2.4)	4	(9.5)	0	(0.0)	
～失禁をしている対象者のケアができる	2	(4.8)	35	(83.3)	3	(7.1)	1	(2.4)	1	(2.4)	
～対象者の病態・機能に合わせて口腔ケアを計画できる	0	(0.0)	35	(83.3)	4	(9.5)	1	(2.4)	2	(4.8)	
～必要な防護用具（手袋・ゴーグル・ガウン等）の装着ができる	7	(16.7)	34	(81.0)	1	(2.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～補助具を使用した対象者の歩行介助ができる	1	(2.4)	34	(81.0)	3	(7.1)	3	(7.1)	1	(2.4)	
～膀胱留置カテーテルを挿入している対象者のカテーテル固定、ルート確認、感染予防の管理ができる	0	(0.0)	34	(81.0)	6	(14.3)	2	(4.8)	0	(0.0)	
～対象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	9	(21.4)	33	(78.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～陰部の清潔保持の援助ができる	3	(7.1)	33	(78.6)	4	(9.5)	2	(4.8)	0	(0.0)	
～対象者のおむつ交換ができる	3	(7.1)	33	(78.6)	6	(14.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～検査の介助ができる	0	(0.0)	33	(78.6)	3	(7.1)	2	(4.8)	4	(9.5)	
～輸液ライン等が入っている対象者の寝衣交換ができる	1	(2.4)	32	(76.2)	9	(21.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～体動制限による苦痛・弊害を緩和できる	0	(0.0)	32	(76.2)	3	(7.1)	5	(11.9)	2	(4.8)	
～廃用性症候群予防のための自動・他動運動ができる	1	(2.4)	30	(71.4)	1	(2.4)	8	(19.0)	2	(4.8)	
～対象者のストレッチャー移送ができる	0	(0.0)	27	(64.3)	2	(4.8)	7	(16.7)	6	(14.3)	
～臥床している対象者のリネン交換ができる *	5	(12.2)	26	(63.4)	9	(22.0)	1	(2.4)	0	(0.0)	
～直腸内与薬の投与前後の観察ができる *	0	(0.0)	26	(63.4)	2	(4.9)	9	(22.0)	4	(9.8)	
～臥床している対象者の洗髪ができる	1	(2.4)	25	(59.5)	16	(38.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～針刺し事故防止の対策が実施できる	2	(4.8)	24	(57.1)	10	(23.8)	5	(11.9)	1	(2.4)	
～意識障害のない対象者の口腔ケアができる	1	(2.4)	24	(57.1)	11	(26.2)	5	(11.9)	1	(2.4)	
～無菌操作が確実にできる	1	(2.4)	24	(57.1)	15	(35.7)	2	(4.8)	0	(0.0)	
～ポータブルトイレでの対象者の排泄援助ができる	1	(2.4)	21	(50.0)	17	(40.5)	2	(4.8)	1	(2.4)	
～対象者をベッドからストレッチャーへ移乗できる	0	(0.0)	21	(50.0)	2	(4.8)	12	(28.6)	7	(16.7)	
～簡易血糖測定ができる	2	(4.8)	20	(47.6)	20	(47.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	
～酸素吸入療法が実施できる *	1	(2.4)	20	(48.8)	5	(12.2)	11	(26.8)	4	(9.8)	
～関節可動域訓練ができる	1	(2.4)	19	(45.2)	1	(2.4)	15	(35.7)	6	(14.3)	
～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	0	(0.0)	18	(42.9)	9	(21.4)	11	(26.2)	4	(9.5)	
～気管内加湿ができる *	0	(0.0)	17	(41.5)	2	(4.9)	14	(34.1)	8	(19.5)	
～対象者に対して、経鼻胃カテーテルからの流動食の注入ができる	0	(0.0)	13	(31.0)	4	(9.5)	19	(45.2)	6	(14.3)	

備考 1. 小項目の*は、無回答のあった項目とした。

2. 本学で設定した到達度「Ⅱ」における到達率の高い項目から順に表記した。

3. 小項目の文頭の表記である「看護師・教員の指導のもとで」を省き、「～」と略し表記した。

患者個々に対応した複合的な看護技術へと発展する学習方略などを検討する必要性も示唆された。

2. 看護技術の習得にむけた学内演習での課題

到達度「Ⅲ；学内演習で実施できる」の結果より、到達率80%未満のものは半数に及び、これらの項目は3年次と4年次と同様であった。また、「Ⅲ」段階の小項目のほとんどは1年次から3年次の学内演習で全員が体験している看護技術内容であるが、どの項目も100%ではなかった。学内で数回、経験したからといって「できる」「習得した」と自己評価できない学生の自信のなさも伺われる。学生は、失敗や成功の経験を幾度も積み重ね、技術練習を反復して行うことによって自己を振り返り、その結果として自信をもって看護実践ができるようになる。これを支援する教員の関わりが、これまで以上に必要であると思われた。

到達度「Ⅲ」の到達率を高くする試みとして、学内演習の充実が考えられる。その一つの方法として、本学科が整備してきたシミュレーターやe-learning（ナーシングスキル®）を活用した看護技術学習会を開催するなど、学生の学習意欲に働きかけた上で、看護技術の向上をもねらいとするような学内演習の工夫、検討が必要と思われた。

3. 看護技術・大項目の平均到達率の評価

図2に示したように、大項目16項目のうち到達度「Ⅰ」「Ⅱ」の平均到達率が80%以上は12項目あった。厚労省が設定した大項目13項目にのみ注目してみても、平均到達率が80%以上は9項目あった。本学科で最も低い到達率の【呼

吸循環を整える技術】は、昨今、臨床で実施する機会そのものが少なくなっている「罨法の技術」も含まれている。または、本学科学生が酸素吸入療法や気管内加湿などを必要とする患者を受け持つことが少ない状況を反映しているものと思われる。よって、看護技術の到達状況を検討する場合は、学生の臨地実習における経験の有無を確認する必要がある。しかし、今回の実態から明らかになった大項目における平均到達率の低い項目に関しては今後の課題として早急に検討していきたい。

VI. おわりに

本研究では、A大学看護学科が独自で作成した看護技術学習ノートの調査をもとに、3年次及び4年次における看護技術到達度の実態の概観を捉えた。しかし、調査に用いたデータは学生の自己評価によるものであり、梶田¹⁹⁾が「自己評価はどうしても独善的なものになりやすい。特別に指導を要しない者は厳しく自己評価し、指導側が心配する者は甘い自己評価しかししないということがある」と述べているように、必ずしも看護技術の到達度を正確に評価しているとはいえず、本研究の限界として認識する。しかしながら、厚労省が指標とした「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」において、本学科4年次の実態が明らかとなり、今後の看護技術教育の検討資料として意義がある。

卒業時の看護技術到達度「Ⅰ」「Ⅱ」において、学内演習で繰り返し学び、その後、臨地実習で経験する機会が多かった技術は、学生の到達率が高い傾向にあった。学内演

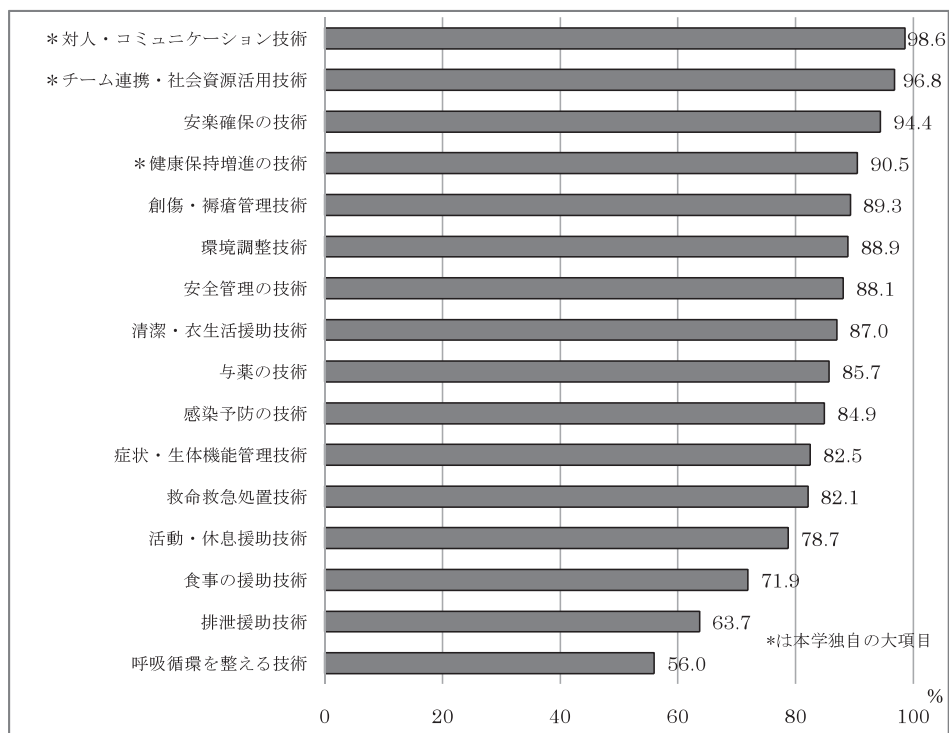


図2 大項目ごとの到達度「Ⅰ」「Ⅱ」項目における平均到達率

習における反復学習と臨地での看護実践の経験が合致するような教育側の工夫が必要である。

一方、卒業時に到達度「I：単独で実施できる」が求められている技術のうち、到達率80%未満の技術項目は19項目あり、これら未習得の学生が多い技術をどのように設定していくのかなど今後の検討課題である。

学生の看護技術到達度をさらに維持・向上させていくために、教育現場では基礎的な知識・技術・態度の統合を繰り返し求め、臨床現場では学生が参加学習できるような経験の機会を設けるなど、双方の協同で検討する必要性が示唆された。

謝 辞

本研究は、平成26年度札幌医科大学・学術振興事業（教育研究事業）の助成を受けて実施した。

Ⅶ. 引用文献

- 1) 文部科学省高等教育局医学教育課：大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告（平成23年3月11日）。2011
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/_icsFiles/afldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf, (2015-11-14)
- 2) 文部科学省高等教育局医学教育課：大学における看護実践能力の育成の充実に向けて。看護学教育の在り方に関する検討会報告（平成14年3月26日）。2002
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm, (2015-11-18)
- 3) 厚生労働省医政局看護課：新たな看護のあり方に関する検討会報告書（平成15年3月24日）。2003
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0324-16.html>, (2015-11-18)
- 4) 日本看護協会：「2005年病院における看護職員需給状況調査」。2006
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/seisaku/pdf/76.pdf>, (2015-11-04)
- 5) 厚生労働省医政局看護課：看護基礎教育の充実に関する検討会報告書（平成19年4月20日）。2007
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>, (2015-11-4)
- 6) 久保江里，前田ひとみ，山田美幸他：新卒看護師の仕事に対する予想とギャップとの対処の実態－就職3ヵ月後と6ヵ月後の縦断的調査から－。南九州看護研究誌5(1)：45-52，2007
- 7) 篁宗一，山下典子，笠城典子他：4年制看護系大学卒業生の入職後6ヶ月時点での看護技術到達度と卒前・卒後教育の関連。米子医学雑誌60(6)：212-223，2009
- 8) 福井トシ子：新卒看護師の基本的看護技術習得状況に関する実態調査。看護管理 19(4)：254-261，2009
- 9) 並川聖子：新人看護師の入職後直面する困難に関する研究－入職1ヵ月後と1年後に焦点をあてて－。旭川大学保健福祉部研究紀要5：25-31，2013
- 10) 野口英子，當目雅代，金正貴美他：新卒看護師の看護基本技術習得の実態と指導者・看護師長の期待に関する研究。日本看護研究学会雑誌34(4)：73-82，2011
- 11) 高橋友子，米山直樹：日本における新人看護職職場適応に関する研究の現状と課題。臨床教育心理学研究37：11-17，2011
- 12) 厚生労働省医政局看護課：「助産師、看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」について（平成20年2月8日）。2008
http://www.hospital.or.jp/pdf/15_20080208_01.pdf(2015-11-16)
- 13) 折山早苗，岡本重紀：看護学生の実習での技術経験の実態と主観的到達度に影響を及ぼす因子－中国地方の複数の看護系教育機関を対象とした分析－。日本看護科学会誌35：127-135，2015
- 14) 小島悦子，草薙美穂，鹿内あずさ他：看護大学3・4年次生の臨地実習における看護技術の経験と到達度の認識。天使大学紀要12：1-13，2012
- 15) 犬飼智子，渡邊久美，高林範子他：看護実践能力向上のための学士課程における看護基礎教育とその評価方法の構築に向けて（第1報）－平成21～23年度卒業時看護技術到達度の分析－。岡山県立大学保健福祉学部紀要19(1)：81-89，2012
- 16) 西田慎太郎，矢野紀子，青木光子他：臨地実習における看護技術経験の実態。愛媛県立医療技術大学紀要5(1)：105-112，2008
- 17) Billings D.M., Halstead J.A.(奥宮暁子他監訳)：Teaching in Nursing (看護を教授すること)。第10章カリキュラムの目標に到達するための学習体験の選択。東京，医歯薬出版株式会社，2014，p147-165
- 18) 田中マキ子，川嶋麻子，井上真奈美他：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－。山口県立大学看護学部紀要7：59-66，2003
- 19) 梶田叡一：教育評価。東京，有斐閣双書，1983，p97-99