

臨地実習前後における看護技術習得状況

吉村洋子*・笠井恭子*・寺島喜代子*

はじめに

厚生労働省より2003年3月に「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」の報告書が各教育機関に送付された。報告書では、学生の実習における現状について、臨地で行うことができる看護技術実習の範囲や機会が少なくなっていること、学生の技術能力が低下し、臨床現場の期待との間で乖離がおこっていると指摘している。これらを踏まえ、臨地実習で学生が行う看護技術についての基本的考え方と実習指導のあり方、実習環境の整備等についての意見がだされた。これらの指摘は看護教育担当者であれば、日々実感していることであろう。

看護技術は、看護技術に関する一般的な知識と技術のみならず、個々人として生活している患者に関する情報に裏打ちされた看護判断を駆使しながら、自己という身体を通して具現化するものが多い。しかし、看護技術提供の場である臨床は、たえず流動的で変化に満ちている。さらに医療をとりまく社会情勢の変化にもなう医療現場の複雑化のなかで、学生は無資格者の立場で看護技術の提供体験をすることが必要になっている。また、医療事故をはじめとして医療の質が問われる事態が頻発しているが、必然的に看護技術の質も問われている。このような厳しい状況のなかで学生は実習するのであるが、臨床現場の医療スタッフはもとより、患者・家族にも看護学実習の理解を得ることが重要になっている。安全で安楽な看護技術の提供は、とくに看護学生や新卒看護師にとって患者の信頼を得ることができ、それが看護実践を深めることにつながるため、看護技術教育、臨地実習は看護教育の重要な位置を占めている。

看護技術の習得に関するこれまでの研究内容をみると、まず、卒業時点での臨地実習における看護技術の体験状況と、実践能力に関する学生の自己評価についてがあげられる¹⁾。その延長として学生の卒業後の医療機関での技術能力状況などに関するものがある²⁾。卒業時の技術体験状況は低下の傾向をみせ³⁾、技術能力の自己評価は全体として低い得点傾向にある。新卒看護師と新卒看護師を指導する臨床指導者との間の技術能力評価に関する研究⁴⁾では、就職後3ヶ月の時点では新卒看護師のほうがその指導者より高い評価をしていることがわかった。そして、特殊な処置、検査等を除いた看護技術については、新卒看護師は6ヶ月で自立できるとしている⁵⁾。また、教員と臨床指導者、教育機関側と臨床現場側の学生の看護技術実践能力についての到達目標に関する研究⁶⁾では、教育機関側が臨床側より高い到達目標を設定していた。教育機関のちがいによって、臨地実習での看護技術体験状況にも違いがあるといわれ、とくに

受理日 2003.12.19

所 属 *福井県立大学看護福祉学部

大学教育機関で体験状況の低下が指摘されている⁶⁾。

I 研究方法

1. 研究目的

平成11年に学科が設置され15年3月に卒業生がでたばかりであるが、本学の実習環境で、学生はどの程度看護技術体験ができてきているのか、また、実習終了時、看護技術実践に関してどの程度の自己評価をしているのかを知ることで、今後の看護技術教育のあり方、教育内容に示唆を得ることを目的とした。

2. 調査対象・時期

平成11年、12年度入学生（以後1回生、2回生）に対し、臨床看護学実習（以下専門実習とする）が始まる前の3年次後期（10月）に実習前の調査を、実習がすべて終了する4年次の7月に専門実習後の調査をした。同じ内容の調査票を用い自記式による集合調査法で実施した。各調査時には、教員が口頭で、調査目的を説明し学生に協力を求めた。なお、倫理的配慮として、調査の参加は任意であること、データは調査目的以外には使用しないこと、実習の評価とは関係がないことを伝えた。

3. 調査内容について

看護技術項目の選定方法は、本学基礎看護学で選定した項目（系統看護学講座 医学書院を参考にした）に、老年、成人看護学（急性期看護）担当者が、実習場や受け持ち患者の選択との関係で実践の可能性のある技術項目を選択追加した。検査・測定に関する技術項目15、処置に関する項目13、与薬に関する項目8、日常生活の援助技術項目25からなる総計61項目である。

各看護技術項目について、体験状況と看護技術を1人で実施できるかを自己評価するよう学生に依頼した。体験状況は「見学」「看護師・教員と一緒に実施」「学生が主体的に実施」「未体験」のいずれかを記入し、1人で実施できるかについては、「できない」から「できる」まで5段階尺度で記入するようにした。

4. 分析方法

3年次に行った専門実習前の調査結果と4年次の専門実習後の結果を比較した。技術項目別に3年次後期の時点で実習での体験率（基礎看護学実習に相当）と実習後調査による専門実習期間中の体験率をみた。また、体験状況である「主体的」「一緒に」「見学」「未経験」をそれぞれ3, 2, 1, 0と得点化して、実習前後の各技術項目の体験状況を比較した。同時にそれぞれの時点での実践能力に対する自己評価を得点化(できないを0、できるを1)しその平均値を比較した。平均値の検定はt検定を用いた。データの分析にはSPSS 10.0 j for Windowsを用いた。

II 結果

1. 調査対象者

調査対象者は、1回生が48名、2回生が48名の計96名であるが、回収できた調査票は1回生43通、2回生47通で回収率は93.8%であった。カリキュラム、実習場所・実習内容に差はなかったので、1、2回生をまとめて検討した。

2. 実習前後の看護技術体験状況

1) 専門実習前の体験状況

実習前の調査は3年次後期の専門実習開始前の状況であり、基礎看護学実習終了（実習は2年次3月までに終了している）後の状況を示している。基礎看護学実習は病棟実習を3単位実施している。

実習前調査で、学生全員が「主体的に実施」体験があるとした項目は、「脈拍測定」のみであった（表1）。「体験（主体的・一緒に・見学）あり」がなく未体験ばかりであった技術項目は、「尿潜血」「便潜血」のいずれも検査に関する2項目であった（表2）。「主体的に実施」体験がない項目は、「モニター心電図装着・管理」「褥創」「吸引」「胃ろう」「経鼻栄養」「中心静脈栄養」「浣腸」「導尿」「膀胱留置カテーテル」「坐薬」「点滴」「輸血」「尿比重」「尿潜血」「便潜血」「採血」の16項目であった。

「主体的に実施」体験した学生が80%以上あった技術項目は、「脈拍測定」「血圧測定」「体温測定」「環境整備」の4項目であった。70%でみると「呼吸測定」「ベッドメイキング・シーツ交換」が追加された（表1）。見学、一緒に体験も含めて70%以上の「体験あり」をみると、「主体的に実施」体験の6項目に加えて「移動」「移送」「清拭」「衣の交換」「体位変換」「おむつ交換」「洗髪」が加わった。

2) 専門実習終了後の体験状況

実習後は体験者（主体的・一緒に・見学）のいない技術項目はなかった（表2）。「主体的

表1 実習前後の技術体験状況

-実習終了後に主体的に実施体験が50%以上の技術-

	実習前	実習後
自動他動運動	3.3	52.2
歩行訓練(器具使用を含む)	15.6	52.2
指導	6.7	52.2
軟膏湿布などの塗布	11.1	53.3
おむつ交換	4.4	57.8
呼吸音聴取	5.6	61.1
指圧・マッサージ	22.2	65.6
口腔ケア	6.7	66.7
負荷後のvsのチェック・評価	18.9	67.8
移動	38.9	68.9
移送	35.6	70.0
洗髪	37.8	71.1
呼吸法(腹式・口すぼめ・排痰法)	1.1	74.4
体位変換	23.3	75.6
部分浴・入浴・シャワー	30.0	75.6
衣の交換	23.3	80.0
糞法	16.7	81.1
ベッドメイキング・シーツ交換	78.9	85.6
全身清拭・部分清拭	43.3	87.8
リハビリや遊び	12.2	87.8
食事介助	31.1	91.1
パルスオキシメーター	17.8	92.2
呼吸測定	73.3	98.9
環境整備	87.8	98.9
脈拍測定	100.0	100.0
血圧測定	98.9	100.0
体温測定	97.8	100.0

表2 実習前後の技術未体験状況

-実習終了後に未体験が30%以上の技術-

技術項目	実習前	実習後
薬液噴霧(ネブライザー)	64.4	30.0
吸引	55.6	31.1
皮下・皮内・筋肉注射	55.6	31.1
ガウンテクニク	85.6	34.4
便・尿器の与え方	73.3	37.8
浣腸	80.0	41.1
指導	87.8	41.1
坐薬の挿入	73.3	48.9
経管栄養法 経鼻	80.0	53.3
点眼	78.9	53.3
中心静脈栄養	60.0	54.4
包帯法	81.1	54.4
経管栄養法 胃ろう	88.9	64.4
輸血の準備・管理	81.1	66.7
尿潜血	100.0	67.8
尿比重	97.8	75.6
便潜血	100.0	94.4

に実施」体験者がいなかった技術項目は、「中心静脈栄養」のみであった。学生が術「主体的に実施」した割合が80%以上の技術項目をみると、「脈拍測定」「血圧測定」「体温測定」が全員「主体的に実施」しており、「糞法」「呼吸測定」「食事介助」「清拭」「衣交換」「体位変換」「リハ・遊び」「環境整備」「ベッドメイキング・シーツ交換」「パルスオキシメーター測定」を加えた13項目(表1)であった。これらはバイタルサインの測定項目と主として日常生活の援助技術項目から成っていた。なんらかの「体験あり」の学生が80%以上いる項目をみると、34項目に増加し(図1)、調査項目の半数以上が該当し、その多くは日常生活の援助技術項目であった。

調査した技術61項目のうち、なんらかの「体験あり」の率が7割に満たない項目(未体験が30%以上)は、「ネブライザー」「吸引」「胃ろう」「経鼻栄養」「中心静脈栄養」「便尿器の与え方」「浣腸」「指導」「点眼」「坐薬」「注射」「輸血」「尿比重」「尿潜血」「便潜血」「包帯法」「ガウンテクニク」の17項目(表2)で、与薬、検査・処置に関する技術項目がほとんどであった。

一方、「主体的に実施」率が学生の50%未満の項目は、「モニター心電図の装着・管理」「心電図」「褥創」「呼吸楽にする体位」「酸素吸入」「ネブライザー」「吸引」「坐位」「立位」「良肢位」「胃ろう」「経鼻栄養」「中心静脈栄養」「便尿器の与え方」「浣腸」「導尿」「膀胱留置カテーテル」「洗面」「経口与薬」「点眼」「坐薬」「注射」「点滴」「輸血」「身体計測」「尿比重」「尿潜血」「便潜血」「採血」「血糖検査」「包帯法」「無菌操作」「ガウンテクニク

臨地実習前後における看護技術習得状況

ク」「診察介助」の34項目（図1）で、与薬、検査・処置に関する技術項目がほとんどであった。

3) 専門実習前後の看護技術体験状況

体験状況の違いである「主体的」「一緒に」「見学」「未経験」を得点化して平均値を比較した。55項目では実習後に有意に得点が上昇した（表3）。実習前後で体験状況に有意な差のなかった項目は、「脈拍測定」「血圧測定」「体温測定」「脈拍測定」「血圧測定」「体温測定」「ベッドメイキング・シーツ交換」「リハビリ遊び」「清拭」「食事介助」「環境整備」「輸血管理」「注射」「浣腸」「座薬」「点滴準備管理」「点眼」「経口薬」「軟膏」「中心静脈栄養」「膀胱留置カテーテル」「胃ろう」「導尿」「包帯法」「経鼻栄養」「酸素吸入」「無菌操作」「吸引」「褥創」「診察介助」「ワンリクク」「ネブライザ」「便潜血」「モニタ心電図」「採血」「尿比重」「心電図」「尿潜血」「血糖」「身体計測」「呼吸音聴取」「負荷vsハルスオキシメタ」「呼吸測定」「体温」「血圧」「脈拍」

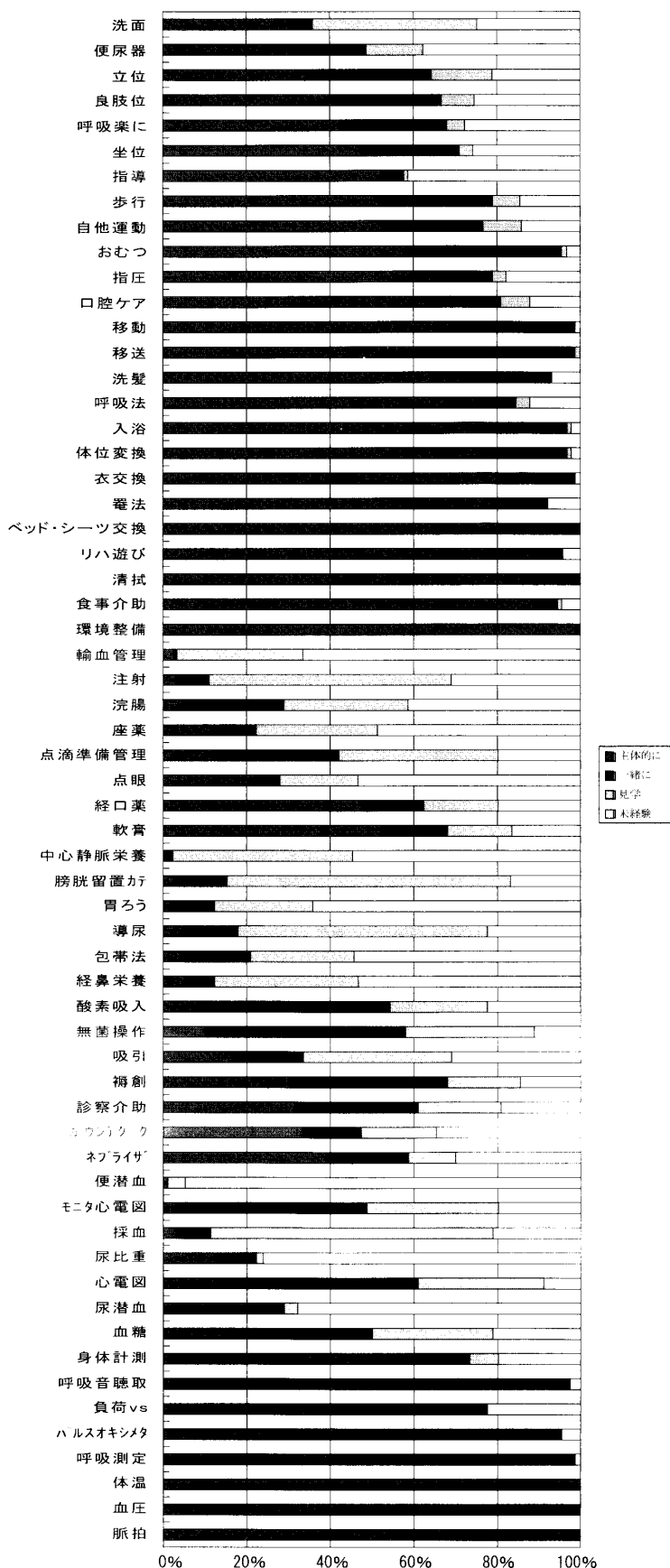


図1 専門実習後の看護技術体験状況

表3 技術体験状況と自己評価の実習前後比較 (平均値)

技術項目	技術体験			自己評価		
	実習前	実習後	t検定	実習前	実習後	t検定
脈拍測定	3.00	3.00		4.66	4.97	***
血圧測定	2.99	3.00		4.45	4.91	***
負荷後のVSのチェック・評価	0.88	2.23	***	3.27	3.95	**
モニター装着・管理	0.26	1.32	***	1.63	2.63	***
心電図	0.26	1.32	***	2.08	3.10	***
褥瘡に関するケア(予防・処置)	0.81	1.83	***	2.42	3.09	***
指圧・マッサージ	0.86	2.27	***	3.27	3.97	***
体温測定	2.94	3.00		4.77	4.99	***
嚥法	0.93	2.66	***	3.48	4.33	***
呼吸測定	2.22	2.97	***	4.56	4.85	***
呼吸音聴取	0.53	2.57	***	2.57	3.60	***
呼吸を楽にする体位の工夫	0.49	1.82	***	2.86	3.38	***
呼吸法(腹式・口すぼめ・排痰法)	0.17	2.47	***	2.67	3.79	***
酸素吸入	0.51	1.40	***	2.03	3.03	***
薬液噴霧(ネブライザー)	0.48	1.68	***	2.35	3.45	***
吸引	0.46	1.19	***	1.89	2.54	***
移動	2.01	2.67	***	3.72	4.23	***
移送	2.00	2.69	***	3.96	4.47	***
自動他動運動	0.34	2.14	***	2.54	3.39	***
坐位訓練	0.36	1.93	***	2.82	3.88	***
立位訓練(器具使用を含む)	0.44	1.78	***	2.80	3.51	***
歩行訓練(器具使用を含む)	0.92	2.17	***	2.98	3.84	***
体位変換	1.76	2.70	***	3.88	4.30	***
良肢位	0.64	1.82	***	3.15	3.56	**
食事介助	1.18	2.81	***	3.83	4.20	**
経管栄養法 胃ろう	0.12	0.51	***	1.36	2.19	***
経管栄養法 経鼻	0.21	0.66	***	1.50	2.19	***
中心静脈栄養	0.42	0.48		1.25	1.63	**
おむつ交換	1.31	2.50	***	3.05	4.10	***
便・尿器の与え方	0.44	1.42	***	3.02	3.62	***
洗腸	0.24	0.92	***	2.30	2.91	***
導尿	0.50	1.00	***	2.09	2.25	
留置カテーテル法	0.47	1.01	***	1.89	2.12	
全身清拭・部分清拭	2.33	2.88	***	4.11	4.51	***
部分浴・入浴・シャワー	1.56	2.70	***	3.74	4.30	***
洗髪	1.86	2.58	***	4.03	4.42	***
口腔ケア	0.51	2.36	***	3.76	4.26	***
洗面	0.53	1.42	***	3.81	4.30	***
衣の交換	1.81	2.78	***	3.60	4.35	***
リハビリや遊び	0.59	2.79	***	2.82	4.13	***
指導	0.27	1.69	***	3.00	3.67	
環境整備	2.77	2.99	**	4.58	4.46	
ベットメーカーキング・シーツ交換	2.70	2.86		4.60	4.80	*
経口与薬	0.66	1.90	***	3.53	4.43	***
点眼	0.34	0.97	***	3.35	3.85	*
軟膏、湿布などの塗布	0.93	2.04	***	3.41	4.14	***
坐薬の挿入	0.30	0.84	***	2.44	3.42	***
皮下・皮内・筋肉注射	0.48	0.83	***	1.71	2.68	***
点滴静脈内注射の準備・管理	0.66	1.37	***	1.60	2.22	***
輸血の準備・管理	0.20	0.39	*	1.53	1.95	*
身体計測	0.43	1.99	***	4.06	3.44	**
尿比重	0.03	0.60	***	2.50	3.30	**
尿潜血	0.00	0.83	***	1.93	2.93	**
便潜血	0.00	0.08		1.76	2.60	**
採血	0.52	0.93	***	1.86	2.04	
血糖測定	0.60	1.59	***	3.38	3.35	
パルスオキシメーター	0.99	2.83	***	3.89	4.39	**
包帯法	0.23	0.72	***	2.57	3.54	***
無菌操作(ガーゼ交換など)	0.90	1.57	***	3.21	3.02	
カウンテクニク	0.29	1.47	***	2.74	3.19	*
診察の介助	0.57	1.74	***	2.54	3.17	**

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

2. 看護技術の実践能力に対する自己評価

1) 専門実習前後の看護技術の実践能力に対する自己評価

各技術項目をひとりで実施できるかを得点化してその平均値をみた。専門実習前後の自己評価の平均値をみると、専門実習後に有意に自己評価が下降していたのは「身体計測」のみである(表3)。「環境整備」「血糖値測定」「無菌操作」は、有意ではないが実習後の評価は低下していた。「導尿」「膀胱留置カテーテル」「指導」「採血」は、実習後に自己評

臨地実習前後における看護技術習得状況

値は上昇したが、平均値の差は有意ではなかった。その他の項目はすべて実習後に有意に自己評価が上昇していた。

自己評価の平均値が実習前後ともに4以上の項目は、「脈拍測定」「血圧測定」「体温測定」「呼吸測定」「清拭」「洗髪」「環境整備」「ベッドメイキング・シーツ交換」の8項目で、測定技術と日常生活の援助技術項目であった。専門実習後に自己評価の平均値が4以上であった項目は、先の実習前後ともに4以上の8項目以外では、「罨法」「移動」「移送」「体位変換」「食事介助」「おむつ交換」「部分浴・入浴・シャワー」「口腔ケア」「洗面介助」「衣の交換」「リハビリや遊び」「経口与薬」「軟膏処置」「パルスオキシメーター」の15項目であった。日常生活の援助項目で自己評価が高い。

自己評価の平均値が3未満の項目は、「モニター心電図装着・管理」「吸引」「胃ろう」「経鼻栄養」「中心静脈栄養」「浣腸」「導尿」「膀胱留置カテーテル」「皮下・皮内・筋肉内注射」「点滴の準備・管理」「輸血の準備・管理」「尿潜血」「便潜血」「採血」の14項目であった。

表4は専門実習後の自己評価レベルでみた「主体的に実施」の体験率(%)をみたものである。全体として自己評価が高くなれば主体的実施の体験率も高くなる傾向があった。しかし、「経口与薬」「洗面介助」は自己評価で4以上の高得点であったが、「主体的に実施」の体験率は50%以下であった。また、「包帯法」「坐薬挿入」「心電図」「酸素吸入」「尿比重」「無菌操作」は「主体的に実施」の体験率が2割以下であるが、自己評価は3～4に位置していた。これらの技術項目の未体験率(表2)をみると「坐薬挿入」「尿比重」「包帯法」は未体験率が高いが、「心電図装着」「酸素吸入」では未体験率は低い。自己評価レベルは同じであるが体験内容には違いがあるものがあつた。

表4 実習後の自己評価レベルからみた技術体験状況

自己評価レベル 主体的に実施体験率	2未満		2～3未満		3～4未満		4以上	
		%		%		%		%
	中心静脈栄養	0	便潜血	1.1	包帯法	5.6	洗面介助	31.1
	輸血の準備・管理	2.2	膀胱留置カテーテル法	2.2	酸素吸入	7.8	経口与薬	47.8
			モニター装着・管理	3.3	無菌操作	10.0	軟膏湿布などの塗布	53.3
			皮下・皮内・筋肉注射	3.3	坐薬の挿入	11.1	おむつ交換	57.8
			経管栄養法 胃ろう	3.3	尿比重	13.3	口腔ケア	66.7
			採血	3.3	心電図	18.9	移動	68.9
			導尿	4.4	点眼	22.2	移送	70.0
			浣腸	4.4	血糖測定	30.0	洗髪	71.1
			経管栄養 経鼻	6.7	褥創に関するケア(予防・処置)	30.0	部分浴・入浴・シャワー	75.6
			点滴注射の準備・管理	14.4	便・尿器の与え方	31.1	体位変換	80.0
			吸引	16.7	診察の介助	32.2	衣の交換	80.0
			尿潜血	22.2	ガウンテクニック	33.3	罨法	81.1
					立位訓練(器具使用を含む)	34.4	ベッドメイキング・シーツ交	85.6
					薬液噴霧(ネブライザー)	38.9	リハビリや遊び	87.8
					良肢位	41.1	全身清拭・部分清拭	87.8
					呼吸を楽にする体位の工夫	42.2	食事介助	91.1
					身体計測	45.6	パルスオキシメータ	92.2
					坐位訓練	47.8	呼吸測定	98.9
					自動他動運動	52.2	環境整備	98.9
					歩行訓練(器具使用を含む)	52.2	脈拍測定	100.0
					指導	52.2	血圧測定	100.0
					呼吸音聴取	61.1	体温測定	100.0
					指圧・マッサージ	65.6		
					負荷後のVSのチェック・評価	67.8		
					呼吸法(腹式・口すぼめ・排痰法)	74.4		

III 考 察

1. 専門実習前後の看護技術の体験状況

専門実習前に、臨地実習で80%以上の学生が主体的に実施体験をしているのは、バイタルサインの測定の他は「環境整備」であった。これらの技術項目は、学内演習では、身につける技術として位置づけられ、臨地実習で体験する技術としては、基本的なもので繰り返し体験する機会があり、看護師や教員からの援助も多くを必要としない技術といえる。患者に対する身体的侵襲は少ないが重要な技術である。そのため学生は主体的に実施体験ができたと考えられる。これらの項目は、専門実習後の調査でも当然実施体験の機会は多く、自己評価が実習前後ともに平均4以上あったことは当然といえる。

実習後調査では、80%以上の学生が主体的に実施体験をしている技術項目は13項目である。それらはいわゆる日常生活の援助技術とバイタルサインの測定の項目であった。この結果は、稲垣ら¹⁾の調査結果と比較すると、教員・看護師と一緒に1人で実施を含めているという違いはあるが、日常生活の援助技術の体験率が6～9割を占めるという結果を支持している。なお、彼らの結果では、「ガウンテクニック」を除いた処置に関連する技術項目が2割の体験率、与薬に関する項目ではほとんどが2割以下の体験率で、「心電図」「採血」では経験有りはゼロであったとしている。本学の調査も同様に「主体的に、教員・看護師と一緒に体験」を含めると、「ガウンテクニック」が5割弱、「心電図」は6割が体験し、「採血」は1割が体験していたことになり、本学の方が体験状況はやや高いといえる。とくに本学では「心電図」は学生の2割弱が主体的に実施体験していた。体験状況に影響することとして、実習時間は短縮化の傾向があるので、どのような病棟で実習するかや実習場での教員・看護師のかかわりかたなどが大きく影響することが考えられる。たとえば本学では救急外来実習を取り入れていること、患者の動きとともにICUなども実習病棟のひとつとして取り入れていることの影響などが考えられる。各専門実習別の体験状況を分析して確認してみる必要がある。このような高度医療提供の場を実習に取り入れるためには、現場の理解と協力、そして患者・家族の承諾が欠かせない。そのためには、教員の実習病棟での活動のあり方も考えていく必要があると考える。

病棟実習の場合、本学の教員による実習へのかかわりかたは、3～4名の学生に1名の教員が実習時間中は全面的にかかわるという形で実習している領域が半数を占める。さらに1教員が複数の病棟を担当するということはできるだけ避けている。実習施設が多くはないので、教員は担当施設や実習病棟を変更することは極力さけることができ、病棟の状況を把握できているといえる。とくに最近では患者の平均入院期間はますます短縮され、学生が受け持つ患者もその影響をうけ、重症化の傾向も否めない。それに伴い教員・看護師の実習への介入の必要度が高まっている。とくに教員が臨床の状況を十分に把握し、学生の実習内容に反

臨地実習前後における看護技術習得状況

映させることが、体験率の高さに影響していると考えられる。

2. 専門実習前後の看護技術の実践能力に対する学生の自己評価

ほとんどの技術項目では、実習前調査より実習後に自己評価は上昇していた。しかし、「身体計測」は有意に下降していた。また、「環境整備」「血糖値測定」「無菌操作」は有意ではないが実習後の評価は下がっていた。これらの技術は、受け持ち患者の状況によっては比較的体験の機会のあるものである。実習後調査の自己評価が低下したのは、専門実習では主体的に実施の体験率が上がることによる、体験の質の相違が評価に影響したと考える。おなじ技術項目であっても、基礎看護学実習と専門実習では体験する技術適用の難易度が異なり、その影響が自己評価を下げていることが考えられる。

「採血」は実習前調査ではほぼ全員が見学か未体験であったが、実習後には未体験が2割で、主体的に実施体験は3.3%、見学が7割を占めた。自己評価も低い技術のひとつで、実習前後で自己評価の平均値に有意な差はなかった。しかし、「採血」は臨床では必須の技術で頻度の高い技術である。採血の機会が多いが、実施時間帯が早朝が多いので、学生の実習時間と合わない事が多い。また、身体侵襲性を考慮すると、患者の安全を優先する必要性が高い。また学生側の技術能力によって実習体験をさせるか否かを判断する必要性もあるので、今後も主体的に実施の体験率は高くないと考えられる。このような技術は学内演習などで確実な修得体験の方法を考えていく必要がある技術といえる。

実習前から一貫して自己評価が高く平均が4以上あった技術項目は8項目で、バイタルサインの測定項目以外では「清拭」「洗髪」「環境整備」「ベッドメイキング・シーツ交換」である。これらの項目は学内演習では、身につけるレベルの技術であり、臨地実習では実施の機会に恵まれている。実習前の主体的体験率をみても「環境整備」「ベッドメイキング・シーツ交換」では主体的に実施の体験率は8割前後であり、「清拭」「洗髪」でも4割前後であった。実習後では未体験者は「洗髪」の6.7%がもっとも高く、「清拭」の2.2%の他は、全員が体験していた。このように高い自己評価は、主体的に実施体験ができていていることであると考えられる。

専門実習後調査で自己評価が4以上であった項目は全部で22項目であった。そのほとんどが日常生活の援助技術と測定技術である。これらは主体的実施の体験率が高く、未体験率が1割以下のものが多かった。日常生活の援助技術の体験率、自己評価の高さは、受け持ち患者の実習を中心に進める実習形態では当然の結果であろう。しかし、与薬や処置、検査に関連する技術の体験は患者の病状などにも規定されるため、これらの体験率を上げるためには、どのような実習を企画するか、患者選択の考え方、あるいは実習における看護技術の修得をどのように考えていくかに依拠する。

ところで、「包帯法」は主体的体験率が1割以下で未体験率が5割を超えるにもかかわらず、自己評価は比較的高かった。これは学内演習で行われる基本的包帯法に比して、臨床現場ではネットや弾力包帯など簡便法が多い事が影響しているかもしれない。宮崎ら⁷⁾は、学内演習率が高く看護技術として定着している技術は、臨地実習体験がなくてもできるとして、「食事介助」「包帯法」「体位」「注射」をあげている。「包帯法」はこれらのなかでも学内で繰り返し訓練しやすく、身体侵襲性もそれほど高くないこと、学生の自己評価も高いことから、宮崎らの主張も支持できる。しかし、「注射」「食事介助」は到達目標との関連もあるが、学内での練習といっても限界がある。人体模型などの教材の普及もすすんでいるが、確かな知識、臨床的な判断力が要求される技術でもある。技能的側面の体験だけでは限界がある技術であり、技術適用のプロセスをしっかりとさえる必要のある技術と考える。

3. 看護教育への示唆

今回、1、2回生の専門実習前後における看護技術の体験状況をまとめた。調査の結果から看護技術の性質をみきわめること、すなわち主体的体験までもつていける技術か、1度きりの技術（患者の状況や実習期間に影響される）か等を考えた対応が必要であることがわかった。また、患者の安全の権利、学生の身分を配慮して、学生レベルではどのような技術体験が妥当なものかなど、看護技術の適用、体験に関しては、その状況に応じて教員あるいは臨床指導者の判断が問われると考えた。さらに同じ技術項目であっても、実習の進捗や学生の学習状況によって、あるいは患者と学生の信頼関係の程度等によって体験できるレベルが異なってくる。この実習という個別の教育環境をどのように展開していくかが、学生の実習を支援する教員・臨床実習指導者に問われる。現場は学習という環境としては統制がとれにくい、それゆえに教員・臨床実習指導者の教育的かかわりの意義があると言える。

全体として、専門実習後の結果では自己評価は高い傾向にあったが、専門実習後の主体的な実施体験率の高さが実践能力の自信となって高い自己評価につながったと考えられる。しかし、この結果は実習直後の時期の調査であることが影響しているかもしれない。先行研究は卒業時に調査しており、就職を間近にひかえた学生の不安な心理状態が影響していることが考えられるが、本調査は専門実習直後であり、達成感の方が強く影響していると考えられる。学生時代と就職後を考えると、学生時代は日常生活の援助技術の体験率は高く自信もあるが、臨床現場では診療の協力技術である検査・処置・与薬に関する技術項目が多くなり、これらは学生時代には未体験や見学が多く、主体的な実施体験が少ないという事情がある。今回の調査結果も例外ではなかった。就職直後の調査結果のように、新卒看護師が「ゼロからの出発」と言わなくてもよい教育を提供しなければならないと考える。

就職3ヶ月の新卒者の自己評価と、その新卒者の指導者による技術評価を比較した⁸⁾結果

臨地実習前後における看護技術習得状況

では、新卒者自身の自己評価のほうが高い結果であった。とくに測定や日常生活の援助の動作をとまなう技術の評価は高かった。しかし、その技術に関連する判断や問題の予測については自己評価は低く、指導者の評価はさらに低かった。学生時代の自己評価は、学生の少ない体験状況のなかでの行為的側面に対する自己評価であることは否めない。「看護学教育の在り方に関する検討会」⁹⁾の報告にあるように、看護実践能力は「看護基本技術」とその技術を支える態度・行為の構成要素から成り立ち、その実践は「看護ケア基盤形成の方法」によって支えられている。これらをリンクさせる一つの場合が臨地実習であるが、この3側面から学生が評価できるように教育環境としての実習に関わっていく必要を改めて指摘したい。

IV. まとめ

本学1回生、2回生の専門実習前後の臨地実習における看護技術の体験状況と実践能力に対する学生の自己評価を調査した。

1. 専門実習前後の体験状況を得点化したところ、実習後で「脈拍測定」を除いたすべての技術項目が高くなったが、その差が有意であったのは55項目であった。
2. 主体的に実施の体験が高率であったのは、専門実習前ではバイタルサインの測定技術と「環境整備」「ベッドメイキング・シーツ交換」であった。専門実習後では、バイタルサインの測定技術、日常生活の援助技術が高かった。
3. 未体験率が高いのは専門実習後では、「便潜血」「尿比重」「尿潜血」「輸血の準備・管理」「経管栄養法 胃ろう」で6割を超えた。
4. ひとりで実践できるかの自己評価では、「身体計測」は有意に実習後に低下し、「血糖測定」「無菌操作」などの項目でも実習後に自己評価は低下していた。その他はほとんどが実習後に有意に自己評価は高くなっていた。
5. 専門実習後の自己評価レベルごとに主体的に実施体験の状況をみると、自己評価レベルが高い項目は、主体的に実施体験率が高い傾向にあった。しかし、「包帯法」のように主体的に実施の体験率が低いにもかかわらず比較的高い自己評価をしている技術があった。
6. 本学学生の技術体験の結果は、日常生活の援助技術の体験率は高い傾向をしめし、検査・処置、与薬等に関連する技術の体験率は低く、他の先行研究と同様の結果であった。しかし、「心電図」「採血」のような一部の技術項目では先行研究結果より高い体験率や自己評価も高い項目があった。これは利用する実習病棟や実習への教員の関わり方などが影響していると考えられた。

V. おわりに

臨地実習で看護技術の体験率をあげるには、ほとんどの専門領域実習がとっている看護過程の展開を中心にした受け持ち制の実習のやりかたのみでは、看護技術体験の機会を増やすことには限界がある。とくに診療に協力する技術に関しては見学実習が多かったという結果であり、技術適用の機会はあるが主体的、一緒に実施するという体験が少ないことがわかった。一度の機会でも主体的な実施体験ができる技術もあるが、通常は複数回の機会があつて主体的に実施体験になることが多い。実習時間が少ないため体験の機会も少なくなるが、どのようにして学習の機会とするかを考えていきたい。また、講義、演習、実習の有機的な関連を推進する必要があることはいうまでもない。とくに基礎看護学と専門領域との連携は重要である。また、変化する看護教育界で看護基礎教育とは、を常に問い続けることも必要と考える。

引用文献

- 1) 稲垣美紀他：学部学生の卒業時における看護技術の習得状況（第1報）8. 1 47-52 2002
- 2) 前田真紀子他：卒業時の基礎看護技術到達度に関する自己評価の比較—カリキュラム改正前後—日本看護教育学会 5. 2 36-37 1995
- 3) 池内佳子他：日常生活援助と診療への協力技術に対する新卒看護婦及び病院指導者の評価の推移からみた看護基礎教育の検討（第1報）看護展望 23. 4 88-96 1998
- 4) 岡本寿子他：基礎看護技術教育の課題—卒業時と就職3ヶ月以内の体験調査から—京都市立看護短期大学紀要 第22号 25-37
- 5) 吉田喜久代他：臨地実習に求める看護技術の到達目標 看護教育 42. 11 1009-1023 2001
- 6) 平山朝子他：看護学教育の在り方に関する検討会報告 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて 平成14年
- 7) 宮崎和子・千田敏恵：看護技術の卒業前学習と卒業後体験に関する調査研究 看護教育 32. 1 19-27 1991

参考文献

- 1) 岡本寿子他：基礎看護技術教育の課題—卒業時の臨床側の期待と就職3ヶ月以内の体験調査から—京都市立看護短期大学紀要 第21号 33-41
- 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 2001