

《資料》

慢性期成人老年看護学実習におけるカリキュラム変更前後の
看護技術到達の現状と課題

川畑 美果, 生田 美智子, 粥川 早苗, 宇佐美 久枝, 池俣 志帆, 森脇 佳美,
中島 奈緒子, 坂 恒彦, 堀口 久子

梶山女学園大学看護学部

要 旨

【目的】慢性期成人老年看護学実習の病院実習におけるカリキュラム変更前後での看護技術到達の現状を明らかにし、今後の実習指導における課題について明らかにした。【方法】カリキュラム変更前後における2学年の学生の「成人老年看護学実習技術経験録」のデータを二次利用し、分析した。【結果】2016年度および2017年度ともに実施が80%以上であった技術は、到達度Ⅰでは4項目5種類、到達度Ⅱでは3項目4種類であり、【環境調整技術】【食事援助技術】【症状・生体機能管理技術】【感染予防技術】の看護の基礎技術であった。2016年度から2017年度の実施が10%以上増加した技術の種類は、到達度Ⅰでは6項目13種類、到達度Ⅱでは8項目15種類であり、【環境調整技術】【排泄援助技術】【清潔・衣生活援助技術】の日常生活援助技術、【活動・休息援助技術】【創傷管理技術】【安楽確保の技術】の廃用症候群や褥瘡予防に関する技術、安寧や安楽への技術であった。一方で、【安全管理の技術】にある、患者を誤認しないための防止策の実施では、実施および見学がともに10%以上減少した。【結論】慢性期成人老年看護学実習では、環境、排泄、清潔に関する日常生活援助技術、廃用症候群や褥瘡予防に関する技術、安寧や安楽に関する技術が増加した。成人期から老年期にある対象者を受け持ち、看護過程の展開を3週間実習したことで、学生の老年期にある患者と看護技術の理解が深まり、慢性期成人および老年看護学で達成する看護技術の到達に影響したと考えられた。

キーワード：慢性期成人老年看護学実習、看護技術、カリキュラム変更

I. はじめに

少子高齢化の進行による人口構造の変化、医療の高度化・複雑化や医療技術の進歩などの社会情勢の流れの中で、看護サービスに対する期待はますます高まっている¹⁾。看護基礎教育の充実に関する検討会報告書によれば、患者の安全が重要視される中で学生は臨地実習の範囲や機会が限定される傾向にあり、卒業時に1人でできるという看護技術が少なく就職後自信を持っていないまま不安の中で業務を行っているとの報告がされている²⁾。

我々の「慢性期成人看護学実習」の病院実習における先行研究では、実習中に学生が経験できる看護技術の種類に制限があること、受け持ち患者への看護技術の実施と見学の機会を確保する困難な状況を報告した³⁾。

看護教育の場においても変化に対応し、看護実践能力が担保できる教育内容の編成をする必要が考えられる。このような状況から、A大学では2015年度カリキュラムを変更した。変更に伴い、病院実習を含む「慢性期成人看護学実習」「老年看護学実習」を統合し、「慢性期成人老年看護学

実習」とした。在院日数の短縮化や医療の高度化など近年の状況を鑑みると、看護技術の到達状況に応じた教育が必要であると考えられる。

以上のことから、本研究では慢性期成人老年看護学実習の病院実習におけるカリキュラム変更前後の看護技術到達の現状を明らかにし、今後の病院実習での実習指導における課題を検討することとした。

II. 目的

慢性期成人老年看護学実習の病院実習におけるカリキュラム変更前後の看護技術到達の現状を明らかにし、今後の病院実習での実習指導における課題を検討することを目的とした。

III. 慢性期成人老年看護学実習の概要

カリキュラム変更前の慢性期成人看護学実習は3週間で構成され、成人期を中心とした慢性疾患患者の看護過程を展開する病院実習2週間と、診療の補助や日常生活援助などの病棟業務を担うスタッフ看護師への同行実習にて、複数患者の看護の見学と一部実施をする病院実習1週間の実習であった。カリキュラム変更後の慢性期成人老年看護学実習は、4週間で構成され、成人期から老年期にある慢性疾患患者の看護過程を展開する病院実習3週間と介護老人保健施設での施設実習1週間の実習である。

慢性期成人老年看護学実習の目的を「慢性期成人・高齢者の健康問題・加齢現象および発達課題に対して、成人期から老年期の移行に伴う身体的・精神的・社会的反応と経験に関しても焦点をあてることによって、つながりを学ぶとともに違いを理解し、対象者のニーズに対応した看護の基礎的実践能力を育成する。」とし、高齢化が進む社会情勢を鑑み、受け持ち患者の対象を現場でのニーズがより深まる成人期から老年期へと幅を広げ、成人期を含め超高齢社会に柔軟に対応できる力を養うことを意図とした。

病院実習の実習施設は、がん診療連携拠点病院、地域中核拠点病院、高度急性期病院であり、カリキュラム変更後に2病院を追加し、5病院となった。追加した2病院は、回復期医療推進病院、地域医療支援病院である。病床数は300床以上が5病院であり、そのうち500床以上が2病院である。実習病棟の診療科は、呼吸器内科、循環器内科、神経内科、皮膚科、リウマチ・膠原病内科、血液内科など様々である。

実習指導体制は、1病棟5名から6名の学生に、成人看護学または老年看護学を専門とする実習指導教員1名、2病棟を総括する教員1名を配置した。

IV. 研究方法

1. 研究対象

A大学3年次後期から4年次前期の看護学生のうち、2016年9月から2017年6月までの実習期間に慢性期成人看護学実習を3週間受講し、研究への同意が得られた102名、および2017年9月から2018年3月までの実習期間に慢性期成人老年看護学実習の病院実習を3週間受講し、研究への同意が得られた101名の「成人老年看護学実習技術経験録」を分析対象とした。

2. 調査方法

A大学成人老年看護学実習の実習記録の一部である「成人老年看護学実習技術経験録」のデータを二次利用した。「成人老年看護学実習技術経験録」は、「看護基礎教育における技術教育の在り方に関する検討会報告書」⁴⁾により示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」の技術項目および到達度レベル（卒業時の到達度Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ）をもとに、独自の項目を追加した14項目146種類を調査項目とした。

到達度は、「看護基礎教育における技術教育の在り方に関する検討会議報告書」⁴⁾により示された到達度を参考に、臨地実習での評価となるように、「①単独で実施できる、②看護師・教員の指導のもとで実施できる、③見学した、④知識としてわかる、⑤学内演習で実施したのみ」の5段階を設定した。学生が到達度を記入した後、実習指導の担当教員が記入漏れを確認した。

3. 分析方法

「成人老年看護学実習技術経験録」にて収集したデータは、SPSS Ver.24を用いて記述統計を行った。「①単独で実施できる」、「②看護師・教員の指導のもとで実施できる」を「実施」、「③見学した」を「見学」、「④知識としてわかる」、「⑤学内演習で実施したのみ」、「未実施」を「未実施」として集計し、百分率で示した。「実施」「見学」については、技術の種類別に2017年度と2016年度の実施、見学の差を算出した。

4. 倫理的配慮

本研究は、相山女学園大学看護学部倫理審査委員会の承認（承認番号：173-1）を得て行った。研究対象者には、研究の意義、研究目的、研究方法、実習の評価に影響がないこと、研究に協力しない場合にも不利益は生じないこと、研究データをコード化して個人が特定できないようにすること、研究以外の目的には使用しないことなどを、実習前に文書を用いて該当者に説明し、同意書の署名と提出にて研究への承諾を確認した。

V. 研究結果

同意が得られた研究対象者である2016年9月から2017年6月102名、2017年9月から2018年3月101名のデータを分析し、前者を2016年度、後者を2017年度と表した。卒業時の到達度Ⅰ・Ⅱについて、技術の種類別に2017年度と2016年度の差を示した（表1、表2）。以下には、技術の項目を【】、技術の種類を「」で表した。

1. 卒業時の到達度Ⅰにおいて増減した技術の項目と技術の種類（表1）

2016年度および2017年度とも実施が80%以上であった技術は、4項目5種類であり、【環境調整技術】「患者にとって快適な病床環境を作ることができる」、【食事援助技術】「患者の食事摂取状況（食行動、摂取方法、摂取量）をアセスメントできる」、【症状・生体機能管理技術】「バイタルサインが正確に測定できる」「患者の一般状態の変化に気付くことができる」、【感染予防技術】「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」であった。

2016年度から2017年度の実施において10%以上増加した技術の項目と技術の種類は、6項目13種類であり、多い順に【活動・休息援助技術】「廃用症候群のリスクをアセスメントできる」

33.9%,【環境調整技術】「基本的なベッドメイキングができる」26.1%,【創傷管理技術】「患者の褥瘡発生の危険をアセスメントできる」24.1%【清潔・衣生活援助技術】「清拭援助を通して、患者の観察ができる」20.4%,「患者の状態に合わせた足浴・手浴ができる」16.2%,【排泄援助技術】「自然な排便を促すための援助ができる」16.0%,【活動・休息援助技術】「入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる」15.1%,【排泄援助技術】「自然な排尿を促すための援助ができる」15.0%,【清潔・衣生活援助技術】「洗髪援助を通して、患者の観察ができる」14.1%,【清潔・衣生活援助技術】「臥床患者以外の清拭ができる」12.3%,【呼吸・循環を整える技術】「患者の自覚症状に配慮しながら体温調節の援助ができる」11.2%,【排泄援助技術】「患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる」11.0%,【呼吸・循環を整える技術】「患者の状態に合わせた温電法・冷電法が実施できる」10.9%と続いた。

実施が10%以上減少した技術は、【安全管理の技術】「患者を誤認しないための防止策を実施できる」-11.3%であった。

見学が10%以上増加した技術はなかった。また、見学が10%以上減少した技術は、【排泄援助技術】「膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察ができる」-15.6%,【食事援助技術】「経管栄養を受けている患者の観察ができる」-14.7%,【呼吸・循環を整える技術】「酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる」-11.7%,【安全管理の技術】「患者を誤認しないための防止策を実施できる」-10.7%であった。

表1 慢性期成人老年看護学実習における卒業時の到達度Ⅰ(単独で実施できる)^aの技術での到達状況

技術の項目	技術の種類	2016年度 n=102		2017年度 n=101		2017年度-2016年度(差)	
		実施(%) ^b	見学(%)	実施(%) ^b	見学(%)	実施(%) ^b	見学(%)
1. 環境調整技術	患者にとって快適な病床環境を作ることができる	81.4	2.0	85.1	0.0	3.7	-2.0
	基本的なベッドメイキングができる	39.2	2.0	65.3	0.0	26.1	-2.0
2. 食事援助技術	患者の状態に合わせて食事介助ができる(嚥下障害のある患者を除く)	19.6	10.8	18.8	5.0	-0.8	-5.8
	患者の食事摂取状況(食行動、摂取方法、摂取量)をアセスメントできる	82.4	1.0	83.2	1.0	0.8	0.0
	経管栄養を受けている患者の観察ができる	9.8	16.7	16.8	2.0	7.0	-14.7
3. 排泄援助技術	自然な排便を促すための援助ができる	16.7	7.8	32.7	2.0	16.0	-5.8
	自然な排尿を促すための援助ができる	7.8	3.9	22.8	1.0	15.0	-2.9
	患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる	3.9	10.8	14.9	1.0	11.0	-9.8
	膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察ができる	19.6	17.6	19.8	2.0	0.2	-15.6
4. 活動・休息援助技術	患者を車椅子で移送できる	45.1	17.6	46.5	7.9	1.4	-9.7
	患者の歩行・移動介助ができる	48.0	13.7	45.5	7.9	-2.5	-5.8
	廃用症候群のリスクをアセスメントできる	32.4	2.9	66.3	0.0	33.9	-2.9
	入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる	32.4	4.9	47.5	1.0	15.1	-3.9
	患者の睡眠状況のアセスメントし、基本的な入眠を促す援助を計画できる	26.5	2.0	26.5	1.0	0.0	-1.0
5. 清潔・衣生活援助技術	入浴・シャワー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	38.2	6.9	32.7	2.0	-5.5	-4.9
	患者の状態に合わせた足浴・手浴ができる	28.4	5.9	44.6	2.0	16.2	-3.9
	清拭援助を通して、患者の観察ができる	60.8	7.8	81.2	0.0	20.4	-7.8
	洗髪援助を通して、患者の観察ができる	26.5	5.9	40.6	3.0	14.1	-2.9
	口腔ケアを通して、患者の観察ができる	22.5	7.8	26.7	5.9	4.2	-1.9
	患者が身だしなみを整えるための援助ができる	43.1	4.9	50.5	5.0	7.4	0.1
	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ができる	24.5	6.9	31.7	1.0	7.2	-5.9
	臥床患者以外の清拭ができる ^b	39.2	9.8	51.5	2.0	12.3	-7.8
	洗髪台での洗髪ができる ^c	21.6	9.8	23.8	3.0	2.2	-6.8
6. 呼吸・循環を整える技術	酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる	15.7	13.7	19.8	2.0	4.1	-11.7
	患者の状態に合わせた温電法・冷電法が実施できる	6.9	9.8	17.8	1.0	10.9	-8.8
	患者の自覚症状に配慮しながら体温調節の援助ができる	22.5	8.8	33.7	2.0	11.2	-6.8
	末梢循環を促進するための部分浴・電法・マッサージができる	18.6	0.0	24.8	2.0	6.2	2.0
7. 創傷管理技術	患者の褥創発生の危険をアセスメントできる	33.3	4.9	57.4	3.0	24.1	-1.9
9. 救命救急処置技術	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	10.8	4.9	15.8	3.0	5.0	-1.9
10. 症状・身体機能管理技術	バイタルサインが正確に測定できる	97.1	2.0	100.0	0.0	2.9	-2.0
	正確に身体計測ができる	22.5	8.8	13.9	7.9	-8.6	-0.9
	患者の一般状態の変化に気付くことができる	95.1	0.0	94.1	1.0	-1.0	1.0
11. 感染予防技術	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	96.1	1.0	97.0	0.0	0.9	-1.0
12. 安全管理の技術	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	9.8	6.9	9.9	0.0	0.1	-6.9
	災害が発生した場合には、指示に従って行動がとれる	4.9	0.0	5.9	0.0	1.0	0.0
	患者を誤認しないための防止策を実施できる	55.9	20.6	44.6	9.9	-11.3	-10.7

a 卒業時の到達度レベルは、厚生労働省の「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」に独自に「見学した」を追加し、以下の通りである。

b 独自に追加した技術の種類である。

c 実施:①単独で実施できる、②看護師・教員の指導のもとで実施できる

2. 卒業時の到達度Ⅱにおいて増減した技術の項目と技術の種類（表2）

2016年度および2017年度とも実施が80%以上であった技術は、3項目4種類であり、【食事援助技術】「患者の栄養状態をアセスメントできる」、【症状・生体機能管理技術】「系統的な症状の観察ができる」「バイタルサイン・身体測定データ・症状などから患者の状態をアセスメントできる」、【感染予防技術】「必要な防護用具（手袋、ゴーグル、ガウン等）の装着ができる」であった。

表2 慢性期成人老年看護学実習における卒業時の到達度Ⅱ^a(看護師・教員の指導のもとで実施できる)の技術での到達状況

技術の項目	技術の種類	2016年度 n=102		2017年度 n=101		2017年度-2016年度(差)	
		実施(%) ^b	見学(%)	実施(%) ^b	見学(%)	実施(%) ^b	見学(%)
1. 環境調整技術	臥床患者のリネン交換ができる	26.5	2.9	43.6	0.0	17.1	-2.9
2. 食事援助技術	患者の栄養状態をアセスメントできる	86.3	0.0	92.1	1.0	5.8	1.0
	患者の疾患に応じた食事内容が指導できる	26.5	7.8	23.8	3.0	-2.7	-4.8
	患者の個性を反映した食生活の改善を計画できる	21.6	5.9	25.7	2.0	4.1	-3.9
	患者に対して、経鼻胃チューブからの流動食の注入ができる	2.9	19.6	4.0	0.0	1.1	-19.6
3. 排泄援助技術	ポータブルトイレでの患者の排泄援助ができる	4.9	2.9	4.0	1.0	-0.9	-1.9
	患者のおむつ交換ができる	34.3	28.4	51.5	5.0	17.2	-23.4
	失禁をしている患者のケアができる	16.7	10.8	28.7	1.0	12.0	-9.8
	膀胱留置カテーテルを挿入している患者のカテーテル固定、カテーテル管理、感染予防の管理ができる	12.7	24.5	9.9	11.9	-2.8	-12.6
	臥床患者の体位変換ができる	27.5	17.6	42.6	3.0	15.1	-14.6
4. 活動・休息援助技術	患者の機能に合わせてベッドから車椅子への移乗ができる	24.5	27.5	27.7	17.8	3.2	-9.7
	応用症候群予防のための自動・他動運動ができる	15.7	11.8	36.6	15.8	20.9	4.0
	目的に応じた安静保持の援助ができる	27.5	4.9	33.7	2.0	6.2	-2.9
	体動制限による苦痛を緩和できる	8.8	2.9	19.8	1.0	11.0	-1.9
	患者をベッドからストレッチャーへ移乗できる	2.0	14.7	4.0	6.9	2.0	-7.8
	患者のストレッチャー移送ができる	1.0	14.7	9.9	5.0	8.9	-9.7
	関節可動域訓練ができる	8.8	22.5	11.9	23.8	3.1	1.3
5. 清潔・衣生活援助技術	持続静脈内点滴注射実施中の患者の寝衣交換ができる	32.4	16.7	44.6	4.0	12.2	-12.7
	陰部の清潔保持の援助ができる	43.1	23.5	50.5	6.9	7.4	-16.6
	臥床患者の清拭ができる	36.3	16.7	44.6	2.0	8.3	-14.7
	臥床患者の洗髪ができる	2.0	2.0	13.9	4.0	11.9	2.0
	意識障害のない患者の口腔ケアができる	8.8	10.8	13.9	2.0	5.1	-8.8
	患者の病態・機能に合わせた口腔ケアを計画できる	13.7	2.0	20.8	1.0	7.1	-1.0
6. 呼吸・循環を整える技術	酸素吸入療法が実施できる	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	気道内加湿ができる	0.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0
7. 創傷管理技術	褥創予防のためのケアが計画できる	17.6	4.9	36.6	3.0	19.0	-1.9
	褥創予防のためのケアが実施できる	15.7	8.8	34.7	6.9	19.0	-1.9
	患者の創傷の観察ができる	28.4	9.8	43.6	3.0	15.2	-6.8
8. 与薬の技術	経口薬(パッカ錠・内服薬・舌下錠)の服薬後の観察ができる	30.4	16.7	30.7	7.9	0.3	-8.8
	経皮・外用薬の投与前後の観察ができる	12.7	6.9	14.9	4.0	2.2	-2.9
	直腸内与薬の投与前後の観察ができる	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	-1.0
	点滴静脈内注射をうけている患者の観察点がわかる	34.3	13.7	48.5	7.9	14.2	-5.8
9. 救命救急処置技術	患者の意識状態を観察できる	39.2	4.9	34.7	1.0	-4.5	-3.9
10. 症状・生体機能管理技術	系統的な症状の観察ができる	90.2	2.0	92.1	2.0	1.9	0.0
	バイタルサイン・身体測定データ・症状などから患者の状態をアセスメントできる	96.1	1.0	99.0	0.0	2.9	-1.0
	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	1.0	2.0	4.0	0.0	3.0	-2.0
	簡易血糖測定ができる	26.5	9.8	32.7	7.9	6.2	-1.9
	正確な検査が行えるための患者の準備ができる	9.8	18.6	1.0	2.0	-8.8	-16.6
	検査の介助ができる	6.9	24.5	6.9	12.0	0.0	-12.5
	検査後の安静保持の援助ができる	6.9	11.8	3.0	9.9	-3.9	-1.9
	検査前、中、後の観察ができる	11.8	13.7	9.9	7.9	-1.9	-5.8
11. 感染予防技術	必要な防護用具(手袋、ゴーグル、ガウン等)の装着ができる	86.3	6.9	91.1	0.0	4.8	-6.9
	使用した器具の感染防止の取り扱いができる	72.5	8.8	85.1	1.0	12.6	-7.8
	感染性廃棄物の取り扱いができる	76.5	11.8	82.2	1.0	5.7	-10.8
	無菌操作が確実にできる	10.8	19.6	12.9	6.9	2.1	-12.7
	針刺し事故防止の対策が実施できる	14.7	15.7	15.8	7.9	1.1	-7.8
12. 安全管理技術	患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	67.6	4.9	73.3	2.0	5.7	-2.9
	患者の機能や行動特性に合わせた転倒・転落・外傷予防ができる	64.7	9.8	66.3	2.0	1.6	-7.8
	放射線曝露の防止のための行動がとれる	6.9	4.9	6.9	1.0	0.0	-3.9
13. 安楽確保の技術	患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	51.0	6.9	60.4	2.0	9.4	-4.9
	患者の安楽を促進するためのケアができる	46.1	3.9	59.4	1.0	13.3	-2.9
	患者の精神的安寧を保つための工夫を計画できる	32.4	0.0	49.5	0.0	17.1	0.0
14. 教育指導技術 ^b	教育計画書を作成できる ^b	39.2	0.0	35.6	0.0	-3.6	0.0
	教育計画書にもとづき実施できる ^b	35.3	0.0	35.6	0.0	0.3	0.0

a 卒業時の到達度レベルは、厚生労働省の「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」に独自に「見学した」を追加し、以下の通りである。

b 独自に追加した技術の種類である。

c 実施:①単独で実施できる、②看護師・教員の指導のもとで実施できる

2016年度から2017年度の実施が10%以上増加した技術は、8項目15種類であり、多い順に【活動・休息援助技術】「廃用症候群予防のための自動・他動運動ができる」20.9%、【創傷管理技術】「褥創予防のためのケアが計画できる」19.0%、「褥創予防のためのケアが実施できる」19.0%、【排泄援助技術】「患者のおむつ交換ができる」17.2%、【環境調整技術】「臥床患者のリネン交換ができる」17.1%、【安楽確保の技術】「患者の精神的安寧を保つための工夫を計画できる」17.1%、【活動・休息援助技術】「臥床患者の体位変換ができる」15.1%、【創傷管理技術】「患者の創傷の観察ができる」15.2%、【与薬の技術】「点滴静脈内注射をうけている患者の観察点がわかる」14.2%、【安楽確保の技術】「患者の安楽を促進するためのケアができる」13.3%、【感染予防技術】「使用した器具の感染防止の取り扱いができる」12.6%、【清潔・衣生活援助技術】「持続静脈内点滴注射実施中の患者の寝衣交換ができる」12.2%、【排泄援助技術】「失禁をしている患者のケアができる」12.0%、【清潔・衣生活援助技術】「臥床患者の洗髪ができる」11.9%、【活動・休息援助技術】「体動制限による苦痛を緩和できる」11.0%と続いた。また、実施が10%以上減少したものはなかった。

見学が10%以上増加した技術はなかった。また、見学が10%以上減少した技術は、【排泄援助技術】「患者のおむつ交換ができる」-23.4%、【食事援助技術】「患者に対して、経鼻胃チューブからの流動食が注入できる」-19.6%、【清潔・衣生活援助技術】「陰部の清潔保持の援助ができる」-16.6%、【症状・生体機能管理技術】「正確な検査が行えるための患者の準備ができる」-16.6%、【清潔・衣生活援助技術】「臥床患者の清拭ができる」-14.7%、【活動・休息援助技術】「臥床患者の体位変換ができる」-14.6%、【清潔・衣生活援助技術】「持続静脈内点滴注射実施中の患者の寝衣交換ができる」-12.7%、【感染予防技術】「無菌操作が確実にできる」-12.7%、【排泄援助技術】「患膀胱留置カテーテルを挿入している患者のカテーテル固定、カテーテル管理、感染予防の管理ができる」-12.6%、【症状・生体機能管理技術】「検査の介助ができる」-12.5%、【感染予防技術】「感染性廃棄物の取り扱いができる」-10.8%であった。

VI. 考察

看護技術の到達状況について、到達度Ⅰの技術では、2016年度および2017年度ともに実施が80%以上のものは4項目5種類であり、【環境調整技術】「患者にとって快適な病床環境を作ることができる」、【食事援助技術】「患者の食事摂取状況（食行動、摂取方法、摂取量）をアセスメントできる」、【症状・生体機能管理技術】「バイタルサインが正確に測定できる」「患者の一般状態の変化に気付くことができる」、【感染予防技術】「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」であった。また、到達度Ⅱの技術では、2016年度および2017年度ともに実施が80%以上のものは3項目4種類であり、【食事援助技術】「患者の栄養状態をアセスメントできる」、【症状・生体機能管理技術】「系統的な症状の観察ができる」「バイタルサイン・身体測定データ・症状などから患者の状態をアセスメントできる」、【感染予防技術】「必要な防護用具（手袋、ゴーグル、ガウン等）の装着ができる」であった。

豊島ら⁵⁾の慢性期成人看護学実習、佐々木ら⁶⁾の成人看護学実習における調査においても、これらの環境調整、バイタルサイン測定、スタンダード・プリコーションは実習において実施率が高いと報告されている。これらの技術は、看護における基礎技術であり、カリキュラム変更前後ともに実施可能な技術であると考えられる。

カリキュラム変更後に実施が増加した技術について、到達度Ⅰでは、【環境調整技術】「基本的なベッドメイキングができる」、【排泄援助技術】「自然な排便を促すための援助ができる」「自然な排尿を促すための援助ができる」「患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる」、【活動・休息援助技術】「入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる」、【清潔・衣生活援助技術】「患者の状態に合わせた足浴・手浴ができる」「清拭援助を通して、患者の観察ができる」「洗髪援助を通して、患者の観察ができる」「臥床患者以外の清拭ができる」、【呼吸・循環を整える技術】「患者の状態に合わせた温罨法・冷罨法が実施できる」「患者の自覚症状に配慮しながら体温調節の援助ができる」が10%以上増加した。

【環境調整技術】「基本的なベッドメイキングができる」の実施は20%以上の増加であった。受け持ち患者のベッドメイキングがある際には、学生が実施をする機会が多く、増加につながったと考える。齋藤ら⁷⁾は、「成人看護学実習を行っている実習病院では、学生の実習期間は病棟スタッフだけでなくリネン交換を行う看護助手も学生が受け持っている患者のリネン交換を学生に委ねている。」と報告している。日常生活援助が必要な対象者が受け持ちとなったことで、シーツを交換する頻度も増加したと考える。

到達度Ⅱでは、【環境調整技術】「臥床患者のリネン交換ができる」、【排泄援助技術】「患者のおむつ交換ができる」「失禁をしている患者のケアができる」、【活動・休息援助技術】「臥床患者の体位変換ができる」「体動制限による苦痛を緩和できる」、【清潔・衣生活援助技術】「持続静脈内点滴注射実施中の患者の寝衣交換ができる」「臥床患者の洗髪ができる」が10%以上増加した。そのうち【排泄援助技術】「患者のおむつ交換ができる」、【活動・休息援助技術】「臥床患者の体位変換ができる」、【清潔・衣生活援助技術】「持続静脈内点滴注射実施中の患者の寝衣交換ができる」は見学が10%以上減少した。

これらの【環境調整技術】【排泄援助技術】【活動・休息援助技術】【清潔・衣生活援助技術】は日常生活援助技術であり、受け持ち患者の看護過程の展開を3週間実習するという期間と機会が増えたことで、技術は見学に留まらず実施につながり、到達状況に影響した可能性が考えられる。

山内ら⁸⁾は、看護学生の卒業時における看護技術到達度の実態（第3報）において、「技術は繰り返し行う事で上達するものであり、そのために必要な学内における教材や機会を充実させ、学生の実施体験が増やせる学習環境の整備が重要である。」と報告している。受け持ち患者の看護過程において、繰り返し行うことにより実施が増えた可能性が推察される。

到達度Ⅰの【活動・休息援助技術】「廃用症候群のリスクをアセスメントできる」、【創傷管理技術】「患者の褥瘡発生の危険をアセスメントできる」が20%以上の増加であった。さらに、到達度Ⅱの【活動・休息援助技術】「廃用症候群予防のための自動・他動運動ができる」、【創傷管理技術】「褥創予防のためのケアが計画できる」「褥創予防のためのケアが実施できる」「患者の創傷の観察ができる」、【安楽確保の技術】「患者の精神的安寧を保つための工夫を計画できる」「患者の安楽を促進するためのケアができる」が10%以上の増加であった。

これらの【活動・休息援助技術】【創傷管理技術】は、老年期看護において重要な廃用症候群や褥瘡予防に関する技術である。学生が老年期にある対象者を受け持つ機会が増えたこと、老年看護学を専門とする教員が実習指導を行うことで、廃用症候群や褥瘡予防に関する看護に対する学生の理解が深まり、到達状況に影響した可能性が考えられる。

老年期は人生のエンドオブライフ期であるといえ、生活の場がどこにあってても高齢者自身の尊

厳を重視し、苦痛の少ない、より豊かな生活を送ることができるよう多様な技術をもって支援することが重要である⁹⁾。【安楽確保の技術】の増加は、学生がこのような老年期の特徴と技術を捉え、患者の安寧や安楽への援助を実施したことを示すものと考えられる。

我々のカリキュラム変更前の老年看護学実習における看護技術到達度の分析では、患者の食事摂取状況のアセスメント、栄養状態のアセスメント、おむつ交換、廃用症候群のリスクのアセスメント、清拭援助を通しての患者の観察の技術は多くの学生が実施できたことを報告した¹⁰⁾。カリキュラム変更前後の実習科目の特徴はあるが、カリキュラム変更前の老年看護学実習で到達度が高かった看護技術は、カリキュラム変更後の慢性期成人老年看護学実習においても、実施ができたため、と考えられる。

カリキュラム変更後に実施が減少した技術のうち、到達度Ⅰの【安全管理の技術】「患者を誤認しないための防止策を実施できる」は、実施および見学が10%以上減少した。認知機能障害や認知症、コミュニケーション障害を併せ持つ高齢者の看護では、本人に生年月日、フルネームの確認が取れない場合には、臨床ではIDやベッドネーム、家族に確認するなどの誤認防止策を講じている。学生は本人に確認が取れない場合に、実施できないと判断した可能性があると考えられる。高齢化が進み、認知機能障害や認知症、コミュニケーション障害などを併せ持つ高齢者を看護する機会は増えるため、学生が誤認防止策の実際の方法を理解して実施できるように、臨床側とともに教育することが必要であると考えられる。

本研究にて独自に作成した【教育指導技術】「教育計画書を作成できる」「計画書に基づき実施できる」は、カリキュラムの変更に伴い実施が減少することが予測されたが、10%以上の変化はなかった。

見学が10%以上減少した技術には、到達度Ⅰの【食事援助技術】「経管栄養を受けている患者の観察ができる」、【排泄援助技術】「膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察ができる」、【呼吸・循環を整える技術】「酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる」があった。また、到達度Ⅱの【症状・生体機能管理技術】「正確な検査が行えるための患者の準備ができる」「検査の介助ができる」、【感染予防技術】「無菌操作が確実にできる」も減少した。

これらは、医療処置や検査に関する技術であり、カリキュラム変更前の実習において診療の補助や日常生活援助などの病棟業務を担うスタッフ看護師への同行実習を行う複数患者の看護において、経験の機会を得ていたと考えられる。受け持ち患者にこれらの処置や検査がない場合には、経験の機会を得ることは困難である。そのため、到達の増減が生じたが、変更した実習目的・目標にかなったものであり、さらに教育効果を上げるために見学実習などを取り入れた実習の調整が必要と考えられる。

VI. 結論

A大学の慢性期成人老年看護学実習の病院実習における、2016年度および2017年度の「成人老年看護学実習技術経験録」を分析した結果、以下が明らかとなった。

1. 2016年度および2017年度ともに実施が80%以上であった技術は、到達度Ⅰでは4項目5種類、到達度Ⅱでは3項目4種類であり、【環境調整技術】【食事援助技術】【症状・生体機能管理技術】【感染予防技術】に含まれる看護の基礎技術であった。
2. 2016年度から2017年度において、実施が10%以上増加した技術は、到達度Ⅰでは6項目13種

類,到達度Ⅱでは8項目15種類であった。増加した技術は【環境調整技術】【排泄援助技術】【清潔・衣生活援助技術】に含まれる日常生活援助技術であった。受け持ち患者の看護過程の展開を3週間実習することで、看護技術の実施につながり、到達状況に影響した可能性が考えられた。また、【活動・休息援助技術】【創傷管理技術】【安楽確保の技術】に含まれる廃用症候群や褥瘡予防に関する技術、安寧や安楽への技術が増加した。実習で老年期にある対象者を受け持つことで、学生の老年期看護に特徴的な技術の理解が深まり、到達に影響したと考えられた。一方で、【安全管理の技術】にある、患者を誤認しないための防止策の実施では、実施および見学がともに10%以上減少した。そのため、学生が誤認防止策の実際の方法を理解できるように、臨床において教育することが必要であると考えられた。

文献

- 1) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会, 2019, 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 第一次報告, https://www.mext.go.jp/content/20200616-mxt_igaku-000003663_1.pdf (検索日: 2020年9月24日)
- 2) 厚生労働省医政局看護課, 2007, 看護基礎教育の充実に係る検討会報告書, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> (検索日: 2020年9月24日)
- 3) 生田美智子, 佐原弘子, 土屋裕美他: 慢性期成人看護学実習における看護技術の到達状況と課題, 椋山女学園大学看護学研究, 10, 39-50, 2018
- 4) 厚生労働省医政局看護課, 2007, 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, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0317-4.html>, (検索日: 2020年9月24日)
- 5) 豊島由樹子, 萩 弓枝, 深谷志通子他: 慢性期看護実習における看護基本技術体験の実態, 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 16, 67-76, 2008
- 6) 佐々木秀美, 松井英俊, 金子潔子他: 成人看護学臨地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, 9(2), 19-29, 2008
- 7) 齋藤貴子, 萩原麻紀, 新田純子他: A大学病院における看護技術経験の経時的推移, 日本赤十字秋田看護大学紀要・日本赤十字秋田短期大学紀要, 21, 55-61, 2016
- 8) 山内麻江, 峰村淳子, 堀香純: 看護学生の卒業時における看護技術到達度の実態(第3報), 東京医科大学看護専門学校紀要, 22(1), 11-21, 2012
- 9) 亀井智子: 根拠と事故防止からみた老年看護技術, 3, 医学書院, 2012
- 10) 池俣志帆, 粥川早苗, 佐原弘子他: 老年看護学実習における高齢者の生活機能を整える援助技術の到達度の分析, 椋山女学園大学看護学研究, 10, 29-37, 2018