

老年看護学実習における看護技術体験の現状と実践力強化を目指した技術教育について

山之井麻衣¹⁾ 松本佳子¹⁾ 高野真由美¹⁾

要 旨

本学の老年看護学実習Ⅱにおける看護技術体験状況を把握するため、3年次の学生75名を調査した。回収率は94.6%、有効回答率は、100%であった。その結果、60%以上の学生が「教員や指導者の助言を受けて1人で実施できた」、あるいは、「教員や指導者の実技指導を受けてほとんど実施できた」項目は、88項目中22項目みられた。その分類は、【症状生体機能管理技術】【活動と休息援助技術】【環境調整技術】【食事援助技術】【排泄援助技術】【清潔・衣生活援助技術】【感染予防の技術】【対象者との関係技術】で、老年看護の特徴の一つである高齢者の生活機能の観点からアセスメントし、直接的な援助を行うという看護実践が出来た。学生は、後期高齢者の方をほぼ1人受け持ち、体験が断片的にならず、積み重ねる経験につながったが、体験率向上に影響したかは不明である。今後は、体験率の低い項目の原因と次の学びにつながる教材化を含めた対策の検討や多様な視点での調査と分析も必要である。

キーワード：老年看護学、看護技術、技術到達レベル、技術体験、実践力

はじめに

高齢者は、加齢による身体の衰えに加え、疾患にかかることで更に身体機能が低下し、生活機能の障害へと影響していく。我が国の老年人口が上昇¹⁾している背景から、老年看護学で培った学びは、卒業後も看護師として役割を果たす中で発揮する機会が多い。社会的にも質の高い看護の需要は高く、高齢者への看護に関する教育において、基礎教育に課せられた役割は大きい。

本学の老年看護学領域の科目は、3つの学科目と2つの実習科目で構築している。最終学年で履修する老年看護学実習Ⅱは、老年期にある人とその家族を対象として、健康問題を総合的に把握し、対象に必要な看護を実践する基礎的能力を養う事を目的に、看護実践力強化をめざして指導計画を立て実習指導を行っている(表1)。

高齢者は、身体機能の衰えから、生活機能の低下を伴うという特徴があるため、実習の中では必然的に日常生活の援助を行う機会が多いことが考えられる。一方で、高齢者の身体的脆弱性、急性憎悪のしやすさ、認知症に代表されるコミュニケーションの困難さ等患者の安全や安楽面において、学生が一人

で、かつ主体的に高齢者に関わることの難しさがある。そして、高齢者の特徴である多様な個別性を追求し、理解するには、若年者である学生には難しい場面もある。

このように、老年看護学実習における教育の課題は多岐にわたり、その様相は複雑であると思われる。実習は、演習とは異なる環境の中で、実践の基盤となる知識、認知的能力、専門職的価値観、看護に必要な精神運動技能および技術的技能を習得する場である²⁾。そこで今回は、本学の老年看護学実習Ⅱにおける看護技術の体験状況を把握し、実践力強化に向けた実習のあり方や老年看護技術に関する講義や演習のあり方についての検討する資料として報告する。

I. 研究目的

本学学生の老年看護学実習Ⅱにおける技術体験率や到達度から、看護技術体験の状況を把握することで、学生の実践力強化に向けて、基礎教育における老年看護技術教育の内容を検討するための基本的資料とする。

II. 研究方法

1. 調査対象

本学(短期大学)3年次、1実習施設で2セクショ

1) 川崎市立看護短期大学

ンに分かれて老年看護学実習Ⅱを履修した学生75名。

2. 調査期間

平成20年5月から12月

3. 調査内容と方法

- 3年次の老年看護学実習Ⅱ履修終了後、「技術体験録」を回収・集計した。今回、94技術項目のうち、老年看護学実習Ⅱで体験することが不可能な6項目（褥婦復古状態、産婦の計測、胎児心音、骨盤外計測、新生児四計測、新生児全身チェック）は対象外とした。
- 実習で担当した対象者の人数や属性により、体験状況に影響を与えるため、受け持ち患者人数、受け持ち患者の年齢・主疾患についても集計した。

4. 分析方法

技術体験録より、各々の5段階の到達レベルA；教員や指導者の助言を受けて、1人で実施できた、B；教員や指導者の実技指導を受けてほとんど実施

できた、C；看護師・医師の実施を見学し目的・根拠を述べるができる、E；看護師・医師の実施を見学したが目的・根拠が言えない）ごとに単純集計し、百分率（分母を学生人数、分子を体験人数）で表した。その中で、到達レベルAとBに達し、かつ体験率60%以上の数値を抽出した。60%以上とした数値基準は、屋宜³⁾の集計結果を参考とした。特に体験率が高いものを80%以上とした。そして、抽出した項目以外においても、それぞれの数値、患者の状況を執筆者で協議し、分析した。

5. 倫理的配慮

学生には研究目的で技術体験録を回収することを説明した。その上で、研究への協力が成績や今後の学生生活には支障がないことと、技術体験録の結果が老年看護学実習Ⅱの成績に全く関係のないことを口頭で説明し、提出を持って同意を得られたものとした。

表1 老年看護学実習Ⅱ 実習計画表

* CFは、conferenceの略

実習期間	週	日数	実習場所	実習概要		目標	テーマ	
				午前	午後			
Trial Week	1週目	1	病棟	月	挨拶、病棟内オリ、受け持ち患者決定、情報収集、個人面接、受持患者の看護援助の見学・参加	<ul style="list-style-type: none"> 実習目標が確認できる。 自己の実習課題が明確になる。 患者の生活および病状を把握し、翌日からのかかわりの計画が考えられる。 	受け持ち患者の紹介と着目点 (30分)	
		2	病棟	火	受け持ち患者への看護援助	<ul style="list-style-type: none"> 受け持ち患者に必要な観察点がわかる。 ケアを通して、受け持ち患者との関わりを深められる。 	実際に関わってみて (1時間)	
		3	病棟/学内	水	↓	帰校日	<ul style="list-style-type: none"> 着目した点について、主体的に計画を立て看護援助を安全に実施し評価できる。 	なし
		4	病棟	木	↓	The First Cf (中間Cf ①) 15:00~	<ul style="list-style-type: none"> 看護援助の目的、方法を明確にして実施、評価できる。 中間Cfで、関連図を用いて、患者紹介、看護上の問題として注目している点、優先順位を発表し、看護問題を明確にすることができる。 	看護の方向性について (1時間半)
		5	病棟	金	↓	<ul style="list-style-type: none"> モジュールCf参加 看護計画発表 	<ul style="list-style-type: none"> 援助計画に基づいた看護援助を主体的に行える。 モジュール別カンファレンスにおいて、看護問題、看護目標、看護計画を発表し、チームとの意見交換ができる。 	モジュールCfをうけての看護の今後の方向性について (1時間)
Practical Week	2週目	6	病棟	月	受け持ち患者への看護援助、SOAP記録	<ul style="list-style-type: none"> 各自の看護計画に基づいて看護援助を安全に実施し、患者の反応を評価できる。 患者の反応をもとに評価した内容を、計画の修正につなげることができる。 看護問題、計画に沿ってSOAP形式で実践記録を記載できる。 	計画に基づく介入の結果 (1時間)	
		7	病棟	火	↓		計画に基づく介入の結果 (1時間)	
		8	病棟/学内	水	↓	帰校日	なし	
		9	病棟	木	↓	The Second Cf (中間Cf ②) 15:00~	<ul style="list-style-type: none"> 学生カンファレンスにおいて、実施した看護の短期目標の評価と計画の修正点を述べる事が出来る。 今後の看護の方向性を明確に出来る。 カンファレンスを主体的に進行し、グループ学習できる。 	短期目標の評価と今後の方向性について (1時間半)
		10	病棟	金	↓		<ul style="list-style-type: none"> 各自の看護計画に基づいた看護援助を実施、評価できる。 患者の反応をもとにした評価内容を計画の修正につなげ、SOAP記録が書ける。 	学生でテーマを決める (1時間)
Advanced Week	3週目	11	病棟	月	↓	The Final Cf (最終Cf) 14:00~	<ul style="list-style-type: none"> 最終Cfにおいて、行った高齢者への看護についての報告と評価を発表できる。 老年看護学実習Ⅱの学びを共有できる。 病棟実習に関する感想、意見を伝え、実習環境について考える 	看護の報告と評価 (2時間)
		12	学内	火	Tutorial (個人面接)	記録整理	<ul style="list-style-type: none"> 実習の振り返りとまとめが行える。 自己課題達成状況を確認し、次の課題を明確にできる。 	なし

Ⅲ. 老年看護領域の科目構成と老年看護学実習Ⅱの実習内容と看護技術体験録について

1. 本学の老年看護学の構成

本学の老年看護学領域は3つの学科目と2つの実習科目で構成されている。1年次後期の老年看護学概論Ⅰにおいては、我が国の高齢社会の特徴と課題、高齢者の特徴、生活史等を学ぶ。2年次前期の老年看護学概論Ⅱではヘルスプロモーションの立場から、保健予防活動や社会資源等の活用と看護の役割について学ぶ。また、2年次前期には老年看護学実習Ⅰにて、地域や福祉施設で生活する高齢者とのふれあいの機会を通して老年看護の対象者を幅広く理解し、発達段階や特性について学ぶ。後期の老年看護方法で、高齢者の健康ニーズに対応した看護展開に必要な基礎的知識・技術・態度を学ぶ。そして、3年次（最終学年）に、老年看護学実習Ⅱの履修となる。

2. 老年看護学実習Ⅱの目的と実習計画（表1）

実習目的は、老年期にある人とその家族を対象として、健康問題を総合的に把握し、適応を促すために必要な看護を実践する基礎的能力を養うことである。12日間の臨地実習を‘Trial week’ ‘Practical week’ ‘Advanced week’の3段階に分けている。

この3段階は、‘Trial week’においては、実習1日目より指導者の許可があれば、詳細に計画立案していなくても、毎日看護援助の見学・参加が出来るように配慮されている。高齢者と関わりながら5日間かけて看護問題・看護目標・看護計画まで学習する。次に、各自の看護計画に基づいてPractical、つまり実践的な関わりを行うことで、高齢者に毎

日看護計画を実践し、日々評価を行う。‘Advanced week’では、修正した看護計画を実施し、最終日に行った高齢者への看護を評価するという段階となっている。看護過程の理論はザ・ロイ適応看護モデル⁴⁾を使用している。

3. 看護技術体験録とは（以下技術体験録とする）

本学の技術体験録は、厚生労働省の水準3段階⁵⁾（水準1. 教員や看護師の助言・指導により学生が単独で実施出来る、水準2. 教員や看護師の指導・監督のもとで学生が実施出来る、水準3. 学生は原則として看護師・医師の実施を見学する）を参考に作成された。項目は学生に体験してほしい看護技術を14分類、94項目の技術体験録にわけ、一定の到達レベルの技術を習得出来るよう1年次から3年次までの各実習での体験を一覧した用紙になっている。活用目的・目標は、1. 卒業時までには到達すべき看護技術の目標を明確にする、2. 実習での看護技術の体験が確認出来る、3. 卒業時に一定の技術を習得出来るよう自らの受け持ち患者の選定や実習内容を工夫するとある。

卒業時の目標体験レベルは各項目にレベル設定され、その体験レベルを5段階A-Eまで（A; 教員や指導者の助言を受けて、1人で実施できた、B; 教員や指導者の実技指導を受けてほとんど実施できた、C; 教員や指導者の実技指導を受けて部分的に実施できた、D; 看護師・医師の実施を見学し目的・根拠を述べることが出来る、E; 看護師・医師の実施を見学したが、目的根拠が言えない）で、実習における看護技術の体験が確認出来るように94技術項目となっている（表2）。

表2 学生が卒業時までには体験する技術項目と水準のめやす

体験レベル	項目	内容
A	症状生体機能管理技術(観察)	体温、脈拍、血圧、呼吸、意識レベル、身体計測、呼吸音聴取、心音聴取、グロウ音聴取、MMT
	症状生体機能管理技術(検査)	SpO2モニター、尿検査、尿比重測定
	活動休息援助技術	体位変換
	環境調整技術	ベッドメーカーキング、環境整備
	食事援助技術	食事介助・セッティング
	排泄援助技術	尿器の挿入介助(男女)、便器の挿入介助、膀胱留置カテーテルの管理、おむつ交換、
	清潔・衣生活援助	清拭(タオル・石鹸・熱布)、手浴、足浴、陰部洗浄(男女)、入浴介助、洗髪、口腔ケア・含嗽介助、歯磨管理、洗面介助、髪剃り、爪切り、履衣交換
	安楽確保の技術	温電法、冷電法
	感染予防の技術	手洗い、滅菌物の取扱い、使用物品の消毒法、廃棄物の取扱い
	与薬の技術	処方箋の見方
対象者との関係技術	視聴、聞き沿う、共にいる、プロセスレコード	
B	症状生体機能管理技術(観察)	ROM
	症状生体機能管理技術(検査)	SMBG、心電図モニター
	活動休息援助技術	ベッド・車椅子間の移乗、車椅子操作、ストレッチャー移乗・操作
	環境調整技術	術後ベッド作成
	食事援助技術	経管栄養
	排泄援助技術	導尿、ポータブルトイレへの移乗、洗腸、排便
	呼吸・循環を整える技術	口腔・鼻腔吸引、ネブライザー、酸素療法の準備・管理、酸素ボンベの取扱い
	感染予防の技術	ガーゼ交換・固定、創部消毒
	与薬の技術	内服介助、服薬指導、点眼薬、外用薬貼付、坐薬挿肛
	C	症状生体機能管理技術(検査)
呼吸・循環を整える技術		気管内吸引
与薬の技術		静脈注射(CV・末梢・IV)、筋肉・皮下・皮内注射、輸液ポンプ
救命救急処置技術		気道確保、AEDの取扱い
D		症状生体機能管理技術(検査)
	与薬の技術	静脈注射(抗がん剤)、麻薬の管理、輸血

注：褥瘡復古状態、産婦の計測、胎児心音、骨盤外計測、新生児四計測、新生児全身チェックは除外した

IV. 結果

1. 受け持ち患者の状況

75名の学生が延べ82名の患者を受け持ち、学生一人当たりの平均受け持ち人数は、1.09人であった。その内、最も多く受け持ちした学生は1名で3人であった。受け持ち患者の年齢構成は、75-79歳が最も多く27%、次いで80-84歳20%、70-74歳18%、65-69歳15%、90歳以上10%、85-89歳7%、65歳未満が2%であった(小数点以下切り捨て)。

受け持ち患者の主疾患別で最も多かったのは、脳血管疾患28%、次いで循環器系疾患19%、呼吸器系疾患19%、消化器系疾患10%、腎・泌尿器系疾患5%、原因不明4%、代謝系疾患3%、その他は11%であった(小数点以下切り捨て)。

2. 体験した技術内容と体験レベル

(表3; Eレベルは、記述がなかったため除外)

技術体験録の回収率は94.6%、有効回答率は100%であった。体験した項目の記載については、実習終了後の面接時に確認し、実際の体験が記録に残るように指導した。技術体験録全88項目中、60%以上の学生が体験した内容は、22項目であった。主な分類と項目は、【症状生体機能管理技術】<体温><脈拍><血圧><呼吸><呼吸音聴取><SpO₂モニター>、【活動と休息援助技術】<ベッド・車椅子間の移乗>、【環境調整技術】<ベッドメイキング><環境整備>、【食事援助技術】<食事介助・セッティング>、【排泄援助技術】<おむつ交換>、【清潔・衣生活援助技術】<タオル清拭><石鹸清拭><熱布清拭><足浴><陰部洗浄(男性)><口腔ケア、含嗽介助><寝衣交換>、【感染予防の技術】<手洗い>、【対象者との関係技術】<傾聴><聞き沿う><共にいる>であった(表3*印参照)。

一方、体験が60%未満の分類と項目は、66項目見られた。その内訳として、【症状生体機能管理技術】<意識レベル><身体測定><心音聴取><グル音聴取><MMT><ROM><採血><SMBG><心電図モニター><X-P検査の介助><CT検査の介助><MRI検査の介助><尿検査><尿比重測定><検体の取り扱い>、【活動と休息援助技術】<体位変換><ストレッチャー移乗><ストレッチャー操作>、【環境調整技術】<術後ベッド作成>、【食事援助技術】<経管栄養>、【排泄援助技術】<尿器の挿入介助(男性)><尿器挿入介助(女

性)><便器の挿入介助><膀胱留置カテーテルの管理><導尿><ポータブルトイレへの移乗><洗腸><摘便>、【清潔・衣生活援助技術】<石けん清拭><手浴><陰部洗浄(女性)><入浴介助><洗髪><義歯管理><洗面介助><髭剃り><爪切り>、【安楽確保の技術】<温罨法><冷罨法>、【呼吸循環を整える技術】<口腔・鼻腔吸引><気管内吸引><ネブライザー><酸素療法の準備><酸素療法管理><酸素ボンベの取り扱い>、【感染予防の技術】<ガーゼ交換・固定><滅菌物の取り扱い><創部消毒><使用物品の消毒法><廃棄物の取り扱い>、【与薬の技術】<処方箋の見方><内服介助><服薬指導><点眼薬><外用薬貼付><坐薬挿肛><静脈注射・CV・DIV・IV><静脈注射・抗がん剤><麻薬管理><輸血><筋肉注射><皮下・皮内注射><輸液ポンプ>、【救急救命処置技術】<気道確保><AEDの取り扱い>、【対象者との関係技術】<プロセスレコード>であった(表3)。

3. 卒業時到達目標 A ランクで体験レベル A・B 合計しても体験率 60%未満の看護技術について

厚生労働省の基礎看護教育における技術教育のあり方に関する検討会が、平成15年に報告した「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」の項目と技術内容を基準として、本学が作成した技術体験録には、卒業時の到達目標が設けられている。到達目標のAランク(教員や指導者の助言指導によりひとりでも出来る)技術49項目のうち、老年看護学実習Ⅱにおいて体験レベルA、Bを合計しても、体験率が60%に満たなかった【分類】と【技術項目】は以下のとおりであった(表3◎参照)

【症状生体機能管理技術】では、<意識レベル><身体計測><心音聴取><グル音聴取><MMT><尿検査><尿比重測定>、【活動と休息援助技術】では<体位変換>、【排泄援助技術】<尿器の挿入(男性)><尿器挿入(女性)><便器の挿入><膀胱留置カテーテルの管理>、【清潔・衣生活援助技術】<石けん清拭><陰部洗浄(女性)><入浴介助><洗髪><義歯洗浄><洗面介助><髭剃り><爪切り><寝衣交換>、【安楽確保の技術】<温罨法><冷罨法>、【感染予防の技術】<滅菌物の取り扱い><使用物品の消毒><廃棄物の取り扱い>、【与薬の技術】<処方箋の見方>、【対象者との関係技術】<プロセスレコード>の以上、28項目で、Aランクの技術項目の57%であった。到

達目標がC（教員や指導者の実技指導を受けて部分的に実施できた）や、D（看護師・医師の実施を見学し目的・根拠を述べる事が出来る）の項目にお

いての体験率はC: < 静脈注射: CV・DIV・IV > の17%、< 採血 > の15%、にとどまった。また、D: < X-P 検査の介助 > も14%であった。

表3 平成20年度 老年看護学実習Ⅱにおける看護技術体験一覧表

項目	No.	内容	卒業時の目標	体験者別人数(N=71)人				TOTAL	体験率%(N=71)				TOTAL		
				A	B	C	D		A	B	C	D			
症状生体機能管理技術1(観察)	1	体温	A	71	0	0	0	71	100	0	0	0	100	*	
	2	脈拍	A	71	0	0	0	71	100	0	0	0	100	*	
	3	血圧	A	69	0	0	0	69	97	0	0	0	97	*	
	4	呼吸	A	61	0	0	0	61	86	0	0	0	86	*	
	5	意識レベル(JCS/GCS)	A	20	2	1	0	23	28	3	1	0	32	◎	
	6	身体測定(体重・腹囲)	A	6	2	0	0	8	8	3	0	0	11	*	
	7	呼吸音聴取	A	47	5	1	0	53	66	7	1	0	75	*	
	8	心音聴取	A	21	1	0	0	22	30	1	0	0	31	◎	
	9	ググル音聴取	A	40	1	0	0	41	56	1	0	0	58	◎	
	10	MMT	A	6	3	0	0	9	12	4	0	0	17	◎	
	11	ROM	B	3	2	1	0	6	12	4	3	1	8	17	
症状生体機能管理技術2(検査)	18	採血	C	2	0	1	8	11	3	0	1	11	15	*	
	19	SMBG	B	3	2	0	3	8	4	3	0	4	11	*	
	20	SpO2モニター	A	47	0	0	1	48	66	0	0	1	68	*	
	21	心電図モニター	B	3	0	1	5	9	4	0	1	7	13	*	
	22	X-線検査の介助	D	0	0	0	10	10	0	0	0	14	14	◎	
	23	CT検査の介助	D	0	0	0	2	2	0	0	0	3	3	◎	
	24	MR検査の介助	D	0	0	0	2	2	0	1	0	3	4	◎	
	25	造影検査(造影剤)	A	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	◎	
	26	尿比重測定	A	1	0	0	1	2	1	0	0	1	3	◎	
	27	検体の取り扱い(末梢血など)	D	0	0	0	4	4	0	0	0	6	6	◎	
	活動と休息援助技術	28	体位変換	A	29	12	2	0	43	41	17	3	0	61	◎
29		ベッド・車椅子間の移乗	B	21	31	9	2	63	30	44	13	3	89	*	
30		車椅子操作	B	37	29	1	0	67	52	41	1	0	94	*	
31		スリッパ移乗	B	1	3	4	3	11	1	4	6	4	15	*	
32		スリッパ操作	B	0	3	3	2	8	0	4	4	3	11	*	
環境調整技術	33	ヘッドネーキング	A	63	6	0	0	69	89	8	0	0	97	*	
	34	環境整備	A	66	4	0	0	70	93	6	0	0	99	*	
	35	術後ベッド作成	B	2	0	0	0	2	3	0	0	0	3	*	
食事援助技術	36	食事介助・セッティング	A	48	4	0	0	52	68	6	0	0	73	*	
	37	経管栄養(準備・実施)	B	5	4	2	3	14	7	6	3	4	20	*	
排泄援助技術	38	尿管の挿入介助(男性)	A	9	0	0	2	11	13	0	0	3	15	◎	
	39	尿管の挿入介助(女性)	A	0	8	0	1	9	0	11	0	1	13	◎	
	40	尿管の挿入介助	A	8	6	0	2	16	11	8	0	3	23	◎	
	41	膀胱留置カテーテルの管理	A	7	7	3	3	20	10	10	4	4	28	◎	
	42	導尿	B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	*	
	43	おむつ交換	A	26	26	2	0	54	37	37	3	0	76	*	
	44	おむつおむつへの移乗	B	2	10	2	0	14	3	14	3	0	20	*	
	45	洗滌	B	0	0	0	3	3	0	0	0	4	4	*	
清潔・衣生活援助技術	46	簡便	B	0	0	0	7	7	0	0	0	10	10	*	
	47	タオル交換(全身)	A	34	18	2	0	54	48	25	3	0	76	◎	
	48	石けん洗拭(全身)	A	6	7	1	0	14	8	10	1	0	20	◎	
	49	簡便洗拭	A	33	16	5	0	54	46	23	7	0	76	◎	
	50	手洗	A	17	13	3	1	34	24	18	4	1	48	◎	
	51	足洗	A	35	19	2	0	56	49	27	3	0	79	◎	
	52	陰部洗淨(男性)	A	29	14	1	0	44	41	20	1	0	62	◎	
	53	陰部洗淨(女性)	A	11	9	1	2	23	15	13	1	3	32	◎	
	54	入浴介助	A	11	21	10	0	42	15	30	14	0	59	◎	
	55	洗髪	A	22	18	4	3	47	31	25	6	4	66	◎	
	安楽確保の技術	56	口腔ケア・嚥下介助	A	39	4	6	1	50	55	6	8	1	70	◎
57		嚥下管理	A	9	5	1	0	15	13	7	1	0	21	◎	
58		洗髪介助	A	16	1	0	0	17	23	1	0	0	24	◎	
59		髪剃り	A	15	13	5	3	36	21	18	7	4	51	◎	
60		爪切り	A	18	18	5	0	41	25	25	7	0	58	◎	
61		履衣交換	A	29	22	8	0	57	41	31	8	0	80	◎	
62		褥瘡法	A	5	3	0	0	8	7	4	0	0	11	◎	
63		褥瘡法	A	6	0	0	1	7	8	0	0	1	10	◎	
呼吸循環を整える技術		64	口腔・鼻腔吸引	B	1	2	3	5	11	1	3	4	7	15	*
		65	気管内吸引	C	1	0	0	1	2	1	0	0	1	3	*
		66	ネブライザー	B	1	0	0	1	2	1	0	0	1	3	*
	67	酸素療法(準備)	B	0	2	0	2	4	0	3	0	3	6	*	
	68	酸素療法管理(マスク・おろ)	B	2	2	3	3	10	3	3	4	4	14	*	
	69	酸素ボンベの取り扱い	B	2	3	2	2	9	3	4	3	3	13	*	
	70	手洗	A	64	0	0	0	64	90	0	0	0	90	*	
感染予防の技術	71	ガーゼ交換・固定	B	7	0	2	5	14	10	0	3	7	20	◎	
	72	滅菌物の取り扱い	A	3	0	3	5	11	4	0	4	7	15	◎	
	73	創部消毒	B	1	1	2	4	8	1	1	3	6	11	◎	
	74	使用物品の消毒法	A	23	5	2	1	31	32	7	3	1	44	◎	
	75	廃棄物の取り扱い	A	39	2	0	0	41	55	3	0	0	58	◎	
	76	地方置の見方	A	28	11	2	1	42	39	15	3	1	59	◎	
与薬の技術	77	内服介助	B	8	17	11	4	40	11	24	15	6	56	*	
	78	眼薬指導	B	1	3	0	3	7	1	4	0	4	10	*	
	79	点眼薬	B	0	3	0	3	6	0	4	0	4	8	*	
	80	外用薬貼付	B	0	5	0	3	8	0	7	0	4	11	*	
	81	坐薬挿入	B	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	*	
	82	静脈注射: CV-DIV-IV	C	0	1	3	8	12	0	1	4	11	17	*	
	83	静脈注射: 抗がん剤の管理	D	0	0	0	2	2	0	0	0	3	3	*	
	84	薬液の管理	D	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	*	
	85	輸血	D	0	0	0	3	3	0	0	0	4	4	*	
	86	筋肉注射	C	0	0	0	3	3	0	0	0	4	4	*	
救急救命処置技術	87	皮下・皮内注射	C	0	0	1	3	4	0	0	1	4	6	*	
	88	輸液ポンプ	C	0	0	1	7	8	0	0	1	10	11	*	
	89	気道確保	C	0	1	0	1	2	0	1	0	1	3	*	
	90	AEDの取り扱い	C	0	1	0	1	2	0	1	0	1	3	*	
	対象者との関係技術	91	傾聴	A	61	7	1	0	69	86	10	1	0	97	*
92		聞き返す	A	63	5	0	0	68	89	7	0	0	96	*	
93		共にいる	A	64	3	2	0	69	90	4	3	0	97	*	
94		プロセスレコード	A	5	0	0	0	5	7	0	0	0	7	◎	
自由記載欄	95	その他		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	◎	

注: レベルEは学生の記述がなかったため割愛した
 注: *は、水準AおよびBの体験率が60%以上のものを示す
 注: ◎は、卒業時の到達目標Aであっても、体験率が到達レベルA・B合わせ
 注: No. 12~17は母性系の体験項目のため、割愛した

VI. 考察

1. 受け持ち患者の主疾患と抽出された技術体験と体験率について

受け持ち患者の64%が高齢者の特徴が現れやすい後期高齢者であった。また、受け持ち患者の主疾患は「脳血管疾患」、「循環器系疾患」、「呼吸器系疾患」と高齢者の罹患しやすい疾患であった。これらの疾患が高齢者全ての健康障害であるとは位置づけられないが、一般的に身体的機能低下による生活機能の障害を抱えている高齢者が、罹患することによって更に生活機能の障害を起こす。よって、老年看護学実習Ⅱで学生は、高齢者の特徴的な看護を体験する機会が得られたことが考えられる。例えば脳血管障害の後遺障害として、片麻痺があることで、日常生活動作に影響し更に生活機能が障害されることになる。また、心不全等の循環器疾患や呼吸器疾患では、酸素化の障害より、活動耐性が低下することで更に生活機能に影響する。これらの受け持ち患者の状況から、日常生活援助の必要があり、学生にとって援助を実施する機会が得られたと考えられる。

実際の日常生活援助技術に関連する分類では、【活動と休息援助技術】、【環境調整技術】、【食事援助技術】、【排泄援助技術】、【清潔・衣生活援助技術】、【対象者との関係技術】で、体験率が60%以上と高くなった。

体験率の高かった理由を項目別に考えると、【活動と休息援助技術】〈ベッド・車椅子間の移乗〉の援助により、高齢者は離床の機会から、活動範囲の拡大につながる。骨折や麻痺といった直接的な運動機能障害ではなく、呼吸困難や活動範囲制限からの筋力低下による生活機能の低下があることで、体験率が高くなったと考えられる。同様に、【食事援助技術】〈食事介助・セッティング〉は、受け持ち患者の嚥下機能の低下や、上肢の運動機能障害ため、体験率が高くなったと考えられる。

次に【排泄援助技術】では、〈おむつ交換〉の体験率が高い。これは、運動機能や活動耐性の低下、認知機能の低下等に伴い、排泄の援助が必要となり、おむつに頼らざるを得ない状況が考えられる。

【清潔・衣生活援助技術】〈タオル清拭〉〈石鹸清拭〉〈熱布清拭〉〈足浴〉〈陰部洗浄〉〈口腔ケア、含嗽介助〉〈寝衣交換〉といった内容は、受け持ち患者の清潔セルフケア能力の低下という状態から、体験率が高くなったと考えられる。

このほか、【環境調整技術】〈ベッドメーカー

〉〈環境整備〉も体験率が高い。高齢者の身の回りの整理整頓は、清潔で安全な環境を確保するという必要から、意図して指導した結果と考える。

以上の体験率が高かった援助技術は、患者の日常生活に直接かかわるものであり、高齢者のQuality of Lifeの向上に直結する援助技術であると考えられる。疾患や後遺症を持ちながらも高齢者のこれまでの生活史を尊重しながら、生活機能に視点をむけ、日常生活全般にわたって幅広く高齢者に援助を行う老年看護の特徴の一部が実践できたと考えられる。

また、実践する際、援助の前後で高齢者のフィジカルアセスメント【症状生体機能管理技術】や【感染予防の技術】〈手洗い〉が実施されるため、本学で卒業時までには到達するレベルに達し、かつ体験率もおおよそ80%以上と高い経験率がみられたと考えられる。

また、体験率の低かった項目【活動と休息援助技術】で、〈ベッド・車椅子間の移乗〉する際に必要な、観察として、〈MMT〉〈ROM〉といった身体機能評価の項目や、〈意識レベル〉といった認知状態の評価の項目の体験率が15～35%と低い。これは、学生が目の前で実施されていることを見学し、自分自身も観察しているにもかかわらず、意図的にスケールを活用して高齢者を観察していないために、意識化されていないことが考えられる。理学療法やリハビリテーション科医師の診察を見学する際に、学生には治療状況や生活機能を意図的に観察するため、スケールを用いるよう指導することが必要である。

更に、【呼吸循環を整える技術】、【与薬の技術】、【救急救命処置技術】の体験率が低いのは、患者の生命に直接かかわる項目であるため、学生が1人での実施は安全面で難しい上、学生が積極的に参加し難い場面であるため、見学の機会が少なかったと考えられる。また、【症状生体機能管理技術】の内、検査に関する項目も低い体験率である。これは、高齢者の病状が慢性化し、検査に遭遇する機会が減少したということも考えられる。

以上のことを臨床実習指導者と共有し、臨床指導者と臨床場面における教材化について検討を重ね、教授方法を工夫して、学生が卒業時までには体験出来るよう連携して指導していく必要があると考えられる。

【対象者との関係技術】の体験率は80%以上と高く、かつ到達レベルも目標に達していた。観察だけにとどまらず、援助機会の多い老年看護では、説明

と同意の場面も多い。また、対象者との関係性は見藤⁶⁾が「信頼関係の成立している患者から得られる情報と、不信の塊のような患者から得られる情報とは全く情報の質は異なってくる」としており、対象との関係は重要である。よって、学生は対象との関係性を構築するために「傾聴」「聞き浴う」「共にいる」が実践されたと考える。これらは、今回の体験率向上につながったと思われるが、体験回数や客観的な高齢者と学生の関係性等の情報がなく、検証することはできなかった。

2. 老年看護学実習Ⅱの指導計画(表3)と体験率について

本学の老年看護学実習Ⅱの指導計画(表3)では、早い段階から毎日実施される高齢者への看護援助に見学・参加する。これは、看護問題が焦点化されていない段階から、学生は高齢者と向き合うこととなる。この時、学生の看護技術が、当初は到達度がEランクから始まったと思われるが、繰り返し実施することで、徐々に向上していき、技術体験録で集計された到達レベルAあるいはBなどの到達度になったと考えられる。到達度の向上は、実践能力の向上や強化につながる。しかし、プロセスについては、客観的なレベル向上の情報を集めていないため、検討することはできなかった。

今回の受け持ち患者人数の平均は1.09人で、学生はほぼ1人の受け持ち患者に2週間あまり関わっている。学生は時間をかけ、高齢者と落ち着いて関係性が取れたのではないかと考えられる。これは、臨床側による学生の学習環境を配慮いただいた結果と考えられる。実習1日目は、学生にとって看護問題が焦点化されない段階と考えられる。実習1日目という早い段階から繰り返し日常生活援助を実施し、援助を通して高齢者との関係構築にもつながるが、看護の基本となる関係構築に関連性のある【対象者との関係技術】「傾聴」「聞き浴う」「共にいる」が高い体験率であったことは、常に高齢者との関係性を意識し、実習を行ったと考えられる。これは、専門職業人としての倫理観の育成にもつながる。坪井⁷⁾は、高齢者への看護実践能力として12項目をあげているが、その中で【倫理的基盤に則り、高齢者個々の人権を擁護し、意思決定を支え、その人らしい生き方を支える援助が出来る】や【人生の終末期にある高齢者とその家族の心身の苦痛や苦悩を緩和し、安寧に過ごせるようにし、高齢者の自己実現に向けた援助が出来る】こと等をあげている。老

年看護学実習Ⅱは、この高齢者への看護実践能力の一部につながる学びが出来たのではないかと考える。

今回は関わった回数や関わるたびに何をどのように工夫して個別性に合わせていったのか、それが体験率や到達レベルにどのように反映させているかは調査していないため、不明である。引き続き検討し、今後も臨床と調整を重ねる必要がある。

3. 卒業時到達目標 A ランクで、体験レベル A・B 合計しても体験率 60%未満の看護技術について

卒業時到達目標 A (教員や指導者の助言指導によりひとりでも出来る) 技術内容のうち、老年看護学実習Ⅱにおいて A と B あわせても体験率が 60% 満たなかった項目は 28 項目見られ、卒業時到達レベル B・C・D を除く 49 項目全体のおよそ 57% にも上る。その理由は、学生へ意識化するための意図的な関わり不足、学生の主体的な学習不足や教員・臨床間の連携不足が考えられる。

実習病棟の特徴を踏まえながら教材化し、意味づけする関わりを再検討することが必要である。また、老年看護学実習Ⅱは、援助機会が多いので、授業内での演習内容や授業方法、臨床指導者との連携強化などについても考える必要がある。これらの取り組みは、実践力強化につながるため大切であると考えられる。

VI. まとめ

1. 老年看護学実習Ⅱにおいて、受け持ち患者は、後期高齢者の方が64%であり疾患は「脳血管疾患」、「循環器系疾患」、「呼吸器系疾患」と高齢者が罹患し、高齢者の代表的な疾患がみられ、健康障害による生活機能障害に対する援助を行う看護を体験することが出来た。
2. 学生は、【活動と休息援助技術】、【環境調整技術】、【食事援助技術】、【排泄援助技術】、【清潔・衣生活援助技術】、【対象者との関係技術】の分類で、体験率が60%以上と高く、高齢者のQuality of Lifeに関連する援助を行う老年看護の特徴の一部が実践出来た。体験率の数値の低い項目や到達レベルが満たない項目は、体験率や到達レベルの向上も重要であるが、体験で終わらず教材化して意味づける関わり方の再検討と臨床との連携強化が必要である。
3. 体験率が60%項目に満たない項目は66項目あり、その内、卒業到達レベル A (A; 教員や指

導師の助言を受けて、1人で実施できた) 49項目の内、到達できない項目は22項目57%も見られた。学生1人での援助は、安全面で実施が難しく、学生が積極的に参加し難い場面も考えられる。また、高齢者の病状が慢性化し、援助場面に遭遇する機会の減少も考えられるが、学生の意識化への不足も考えられ、教授方法を工夫する必要がある。また、学生が卒業時までには体験出来るよう授業内容の見直しや臨床指導者と臨床の場面における教材化について検討を重ね、看護技術の学びも大切にしながら臨床指導者と連携を強化して指導していく必要があると考える。

4. 体験率や到達レベルの向上はカリキュラムにおいて、実践能力の向上にもつながるため、技術教育については今後も検討を重ねる必要がある。

文 献

- 1) 財団法人厚生統計協会. 国民衛生の動向・厚生指標増刊(通巻880号). Vol.56, no.9, 2009.
- 2) 舟島なをみ. 看護学教育における講義・演習・実習の評価. 医学書院, 2005.
- 3) 屋宜譜美子. 臨床実習での技術項目・水準の検討過程とその結果—神奈川県内看護基礎教育機関における技術教育調査より—. 看護展望. Vol.31, no.2, 2006, p.145-151.
- 4) Sister Callista Roy, RN, FAAN, 監訳松木光子. ザ・ロイ適応看護モデル. 医学書院, 2004.
- 5) 厚生労働省. 看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討報告書. 2003.
- 6) 見藤隆子. 人を育てる看護教育. 医学書院, 1987.
- 7) 坪井桂子. 高齢者看護の実践能力を構成する項目作成の試み. 老年看護学. Vol.13, no.1, 2008, p.13-22, 2008.

おわりに

今回の研究は、調査期間内での老年看護学実習Ⅱにおける看護技術体験を調査したもので、学生の実習の一部を検討したものである。したがって、広い視野での調査と検討をする必要がある。例えば、他の教科での体験率との比較といった縦断的な視点や看護技術の体験回数など情報不足がある。また、老年看護学実習における実習への期待感など、学習心理や態度も技術体験に影響をもたらすため、多様な視点での調査と検証が必要である。

今回の報告にあたりまして、実習でお世話になりました患者様、病院スタッフの皆様、そして研究にご協力いただきました学生の皆様に感謝いたします。