

## 看護基礎教育における看護技術教育

—本学の課題—

堀美紀子\*, 三浦浩美, 大浦まり子, 松村千鶴, 松村恵子

香川県立医療短期大学看護学科

## Nursing Art Education in the Basic Nursing Education

—The Disciplines of Our College—

Mikiko Hori\*, Hiromi Miura, Mariko Ooura  
Chizuru Matsumura and Keiko Matsumura

*Department of Nursing, Kagawa Prefectural College of Health Sciences*

### Abstract

The present study reports several aspects of the Nursing Art education. The educational systems of nursing curriculum were revised 4 times after World War II, and the education of the Nursing Art was decreased in time. Owing to the shortened time of the Nursing Art education, nursing skills were apparently lowered in the new graduates. In the Nursing Art education, it is necessary to clarify that we understand the core concept and how extensive we educate it on the undergraduate students in the Basic Nursing education. We have to solve the disciplines that confront us now with collaborating clinical sites, how to train the nursing skills to handle invasive treatment of patients such as injections and urinary drainage, and how to promote the clinical practicums in practice training sites.

**Key words :** 看護技術 (Nursing Art)  
看護基礎教育 (Basic Nursing Education)  
看護教育 (Nursing Education)

\*連絡先：〒761-0123 香川県木田郡牟礼町大字原281-1 香川県立医療短期大学看護学科

\*Corresponding address : Department of Nursing, Kagawa Prefectural College of Health Sciences,  
281-1 Hara, Mure-cho, Kita-gun, Kagawa, 761-0123, Japan

## 1. はじめに

2002（平成14）年3月に看護婦から看護師へと名称が変わった。社会の変革に伴う医療に対する認識の変化や看護職への従来にない役割期待などがその要因をなすものであり、診療の補助にとどまらない看護独自の機能に社会の目が向けられ、その価値が認められたのである。社会の人々の質の高い看護へのニーズは高まり、さらなる看護の専門性が問われている。

このような人々のニーズを満たし、質の高い看護を提供するために、看護教育の内容は高度化し、看護師は看護技術だけではなく、看護理論や倫理、研究など学ばなければならないものが増えてきている。しかし、知識の詰め込み教育からの脱却を図り、問題解決能力を学習するゆとりあるカリキュラムへと内容が改正されたことにより、カリキュラム全体の時間数が減少し、その結果、看護技術に関する講義・演習・臨地実習の時間数も減少し、新卒看護師の技術能力が低下したと言われている<sup>1-5)</sup>。技能訓練は卒後の教育に委ねられているのが現状である。

このような背景の中、文部科学省や厚生労働省などの行政をはじめ、看護学教育学会など看護学術団体においても看護基礎教育における看護技術教育のあり方の検討が始まった。本学においても2002（平成14）年3月に初めての卒業生を送り出したのを機に、看護技術教育を再考する時期となり、看護技術教育に関する学習会および検討会を重ねてきた。これまで各領域、各教員のそれぞれの認識のもとに進められていた看護技術教育を、互いの共通認識のもとに進め、さらに実習施設側にも共通認識を得て発展させていくことが必要であり、その上で看護技術をどう捉え、どのように教育していくかが検討課題となることを再確認した。本稿では、看護基礎教育における本学での看護技術教育の検討および課題を報告する。

## 2. 看護教育制度の変遷と看護技術

日本における看護教育は、明治10年代後半から開始され、1915（大正4）年に内務省から初めての全国統一法規として看護婦規則が制定された。第二次世界大戦後、連合軍の指導のもとで看護関係者に関する諸制度の抜本的な改革が進められ、保健婦・助産婦・看護婦の資質の向上とその有機的な総合化を目指した検討が重ねられ、1948（昭和23）年に“保

健婦助産婦看護婦法”が公布された<sup>6)</sup>。その後、約50年の間に看護教育カリキュラムは4回の改正が行われている（表1）。その歴史は学習内容が医師主導から看護職主導へ、医学の枠組みから看護学へと発展した過程である<sup>1)</sup>。

1967（昭和42）年に保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則が改正され、看護学が専門科目として独立し、対象別の科目立てになったことで、看護学の体系化が促進された。「看護技術」もそれまでの「看護原理及び実際」から科目として初めて看護教育の中に確立されることになる。また臨地実習が各教科目の授業に組み込まれ、講義同様に時間数が表示された。

その後社会は大きく変化を遂げ、高齢化社会、高学歴化、医療の進歩等、看護職に寄せる期待が変化し、看護職に専門職としての成熟が求められるようになり、約20年ぶりとなる1989（平成元）年に大幅な看護教育カリキュラムの改正がなされた。特にこの改正では専門科目が看護学だけになり、看護学が独立したことに意義がある。看護学は老年看護学が新しく設定され、基礎看護学、成人看護学、老年看護学、小児看護学、母性看護学の5領域で構成されることになった<sup>6)</sup>。その基本的な考え方は、①進展する医療に対応できる判断能力、応用能力、問題解決能力が身につく幅広い学習ができるように、ゆとりあるカリキュラムとする、②社会の要請に応じ、高齢化社会に向けて老人に対応できるよう継続看護、在宅看護の重視、③疾病の治療のみならず、健康教育、疾病予防、リハビリテーション、ターミナルケア等も含めた包括医療に対応できる基礎的知識の重視、④施設内外を問わず、多くの職種と協力しながらのチーム医療の重視、⑤各施設の教育理念のもとに弾力的に運用できるよう、選択科目の導入や自由裁量の時間を設ける、などである<sup>7,8)</sup>。この改正により総時間数は375時間、実習時間は735時間減少することになった（表1）。このゆとり教育の結果、技能訓練は卒後の教育に委ねられる部分が多くなり、看護基礎教育の実態を見据えること、連続性を考慮した卒業後の継続教育の重要性が打ち出された<sup>9)</sup>。

その後、高齢化の進展や少子化、医療の高度化・専門化に伴い、優秀な看護職員の人材確保のための施策が急務となり、再度カリキュラム改正の必要が出てきた。1996（平成8）年には、養成所において柔軟なカリキュラム編成を可能にし、独自性が発揮できるようにすること、看護を取り巻く環境の変化に対応し、それらの内容をカリキュラムに組み込ん

表1 看護教育カリキュラムの変遷

		1948年 (S. 23年) ~	1967年 (S. 42年) ~	1989年 (H. 元年) ~	1996年 (H. 8年) ~
特 徴		主に医師による看護婦教育	専門科目としての看護の独立看護教育	看護学の体系化看護学教育	統合カリキュラム看護学教育
学習内容	総時間数	5370時間	3375時間	3000時間	2895時間
	看護学(必修選択)看護学以外看護実習	690時間 460時間 4220時間	885時間 720時間 1770時間	945時間 (150時間) 870時間 1035時間	990時間 870時間 1035時間

でいくことを骨子とした改正が行われた。その改正内容は、①教育内容の充実として、看護3年課程に在宅看護論、精神看護学が加わった、②教育内容による科目表示に改めた、③単位制の導入、④保健婦・看護婦・助産婦の養成課程を合わせ、3年6ヶ月以上で国家試験の受験資格が同時に取得できる制度を新設したこと、であった。この改正では、①専門職として誇りうる社会的評価、②国民から信頼されるに足る専門的知識(サイエンス)と技能(アート)、③患者心理の理解、人間として感性高く受容することができる資質、④問題解決のための方法を的確に判断する能力、⑤他職種と協働しながら、患者が最適な療養生活を送れるよう調整役となり、リーダーシップを発揮できる、を目標としており、専門職としての看護職者が明確に打ち出されている<sup>9)</sup>。

現在、看護系の大学や短期大学、3年制課程の看護師養成機関においては、以上のような制度の変遷を踏まえて、それぞれが独自のカリキュラム編成に取り組みながら基礎教育が行われている。

しかしながら、このように看護学の体系化が進むにつれて技術教育の時間数の減少は、新卒看護師の臨床実践能力低下の問題などの大きな影響を及ぼしており、看護教育の高度化における技術教育のあり方の検討が緊急かつ重要な課題であることを示している。

### 3. 看護技術の概念と構造化

#### 1) 看護技術の概念

看護技術については、その定義に一般性を獲得したものがないのが現状である<sup>10)</sup>。2000(平成12)年の公的介護保険制度開始後、川島<sup>11)</sup>が「医療技術でもなく介護技術でもない看護技術があるとしたら、それを明確にし、その質を高めることは、生命や健康に責任をもつ看護職の差し迫った課題である」と述べたり、また岡谷<sup>12)</sup>は「看護がほかの職種と連携したり競合する上では、どんなこ

とが看護の技術であるのかを明確に示し、看護のアウトカムというものを見える形にしていけることが重要」と述べるなど、看護技術の概念とその具体的内容の不明確さの指摘と、それらを明確にし、成果を示す必要性を唱える声が高まっている<sup>10)</sup>。本学において看護技術教育を再考するにあたり、看護技術の概念を確認する必要がある。

氏家<sup>13)</sup>は「看護の技術とは、その人の人間性と創造性を背景とした科学的思考による熟練したartであるべきであり、知識として教育され伝承される技術(technique)、経験や模倣によって訓練され熟練する技能(skill)だけではない」と述べている。

看護学大辞典<sup>14)</sup>の説明によると、看護技術とは「看護の概念を具現し、看護方法を実践する、科学的原理に基づく看護行為の総称。看護技術は、看護の対象である人間への働きかけであり、その人との関係の中で実施されるものである。両者の相互作用のなかには、客観的なものだけでなく、主観的要素も存在するために、Nightingale以来今日まで、技術をtechniqueとするよりもartととらえる場合が多い。」とある。

日本看護科学学会の看護学術用語検討委員会<sup>15)</sup>では、看護技術をNursing Artとし、「看護の専門知識に基づいて、対象の安全、安楽、自立を目指した目的意識的な直接行為であり、実施者の看護観と技術の修得レベルを反映する。看護技術には様々な種類があり、「対人関係の技術」「看護過程を展開する技術」「生活援助技術」「診療に伴う援助技術」などと類別することができる」と概念規定している。

このように看護技術に関する基本的な考え方はartとしての技術であり、科学的側面を持ち合わせるartといえる。ただし、このartは芸術ではなくて、「心情的なものを根底において、それをどのような技として表現するのか、その表現する技を行うにあたって、どのような考え方がそこにあるかということ」<sup>16)</sup>である。artである看護技術を習得するということは、「手わざとしての技術(skill)を身につけることと同時に、個別的な対象一人ひとりの目的を達成するために何が必要かを多角的に、分析・判断し、実行していく能力を身につけること」<sup>9)</sup>である。繰り返し身体を使って手順を反射的に身につける訓練とは違い、それを身につけるための根本となる原理原則が同時に組み込まれる必要がある。何故その技術を用いる

のか、この状況でこの技術が及ぼす影響はどのようなものか、その技術を用いた効果をどのようにして測定するのか、同じ技術を用いれば常に同じ効果が得られるのか、あるいは対象によって異なる反応が生じるのは何故か、などの知的な思考過程を経て技術を学んでいくことが重要である<sup>9)</sup>。すなわち、クリティカル・シンキング (critical thinking) の能力を高めていくことが求められる。

## 2) 看護技術の構造化

実践につながる効果的な技術教育を行うためには、看護技術を分析的・系統的に捉えること、すなわち看護技術を構造化する必要がある。

鎌田ら<sup>17,18)</sup>は、臨床で行われる看護技術を図1のように看護行為の構成要素として捉えている。看護基本技術と対象の特徴を理解するための知識を“問題解決力”および“自己の感情や反応を知性でコントロール”しつつ、“患者の感情を読みとり共感するための内容”によって統合させるという3つの分野で構成している。臨床で行われる看護技術は、知識や手技だけが単独で存在することはあり得ず、患者－看護師間の相互関係、看護

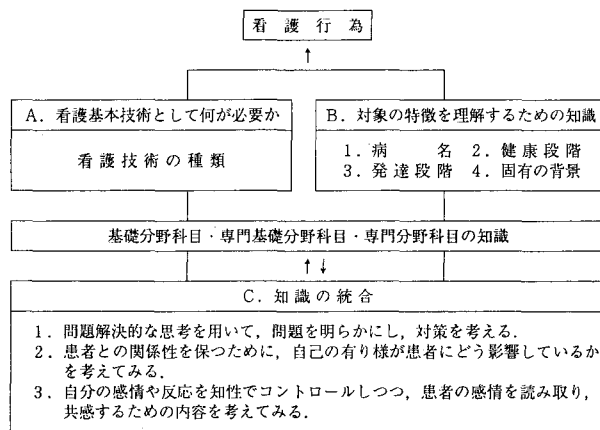


図1 看護行為の構成要素

出典：文献18) p. 16

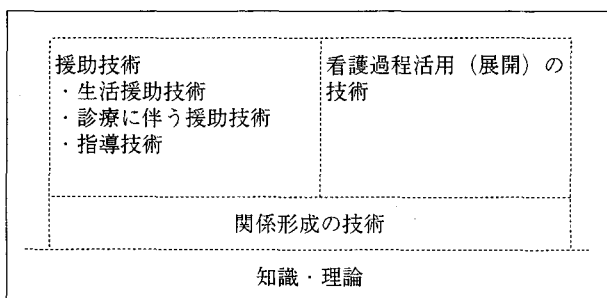


図2 看護の技術の関連性

出典：文献19) p. 34

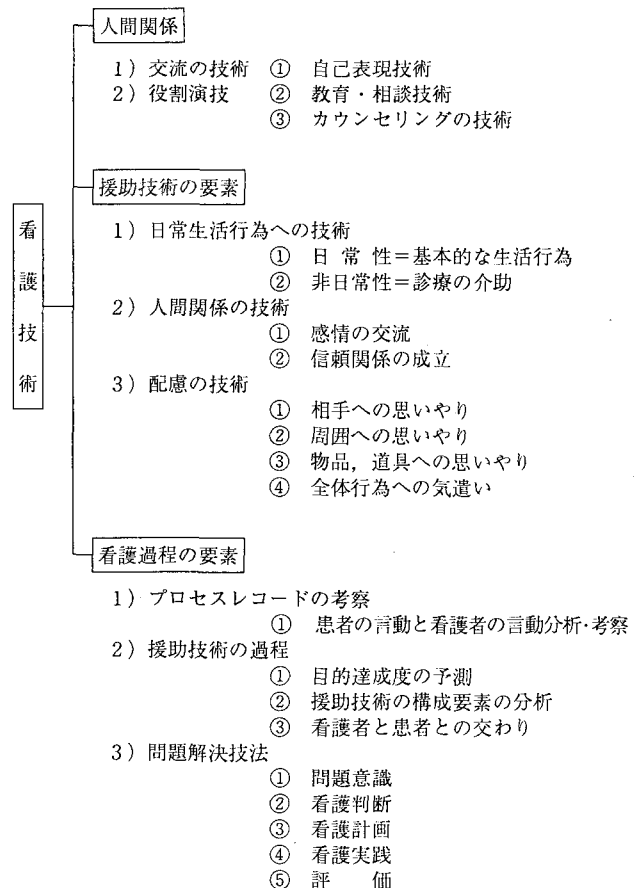
師の思考力や感情抑制の能力などに関連する内容を省いては成立しないことを明らかにしている。

中井<sup>19)</sup>は看護の技術の関連性を図2のように示し、基本的な概念や要素的な知識や技能の学習が基盤となり、患者との関係形成のもとに看護過程の展開の技術、援助技術（生活援助技術、診療に伴う技術、指導技術）が十分活用されて、はじめて個別性を考慮した看護となると述べている。

持永<sup>20)</sup>は、看護技術と援助技術の位置づけと要素を表2のように表し、看護技術教育は3つの枠組み（人間関係、援助技術の要素、看護過程の要素）の関連と、3つの援助技術（日常生活行為、人間関係、配慮）が総体となって行われる行為であることを、を教育するのが目的であると述べている。

これらを参考にすると、看護技術は人間関係形成の技術、援助技術、看護過程展開の技術の要素で構成され、artである看護技術を実践するために知的な思考過程を経るための知識が重要であるといえる。

表2 看護技術の要素と構造



出典：文献20) p. 923

#### 4. 看護技術教育における看護基礎教育の役割

前述したように新卒看護職者の技術能力低下が言われて久しいが、看護技術の習得とは、対象一人ひとり個別に、目的を達成するために科学的な知識を用いて、多角的に分析・判断し、実行していく能力を身につけることである。そのような能力を看護基礎教育の限られた学内演習、臨地実習だけで完全に習得するには限界があり、卒後教育に委ねられている部分が多い。それゆえ看護技術教育のどこまでが教育機関の役割であり、どこまでを看護基礎教育の中で習得させるのかについて明確にし、実習施設側と共通認識を持つ必要がある。

まず、看護者としての資格取得を目指す以上、大学、短期大学、専門学校など教育機関が異なっても、患者の安全・安楽、尊厳を守るという原則は共通のものであり、必ず押さえておくことが求められる<sup>9)</sup>。

2001(平成13)年度看護学教育ワークショップの報告<sup>21)</sup>では、看護における技術習得過程のモデルを図3のように示している。このモデルでは、「基礎となる知識」を土台として「スタンダードな手技」を習得し、その上に「生体として想定される反応への対応」「生きた人間・個性」を考慮した技術の習得が可能になるということが示されている。

また、「基礎となる知識」「スタンダードな手技」は学内講義、学内演習により学習可能であるが、「生体として想定される反応への対応」は高機能の教材により学習可能な部分と、実際に臨地実習での体験を通さないと学習できない部分がある。「生きた人間・個性」を考慮した看護技術の習得には、臨地実習における患者との関わりを通しての直接的な学習が必要不可欠であることが示されている。

看護基礎教育における到達点は、原理・原則を踏まえた「基礎となる知識」「スタンダードな手技」を習得することだと考える教育機関が多い<sup>1,9,22)</sup>。しかし、できるだけ本物の人体に近いようにと工夫されたさまざまな高機能の生体モデルやシミュレーターが開発されているので、それらを効果的に活用することによって、「生体として想定される反応への対応」のある部分は学習が可能である。本学ではこの領域までは基礎教育の責任として、学生が学習できるように努力することが必要なのではないかと考える。また、それと同時に、看護技術の「基礎となる知識」「スタンダードな手技」を対象の個別性に合

わせた応用ができるよう、artである看護技術を目指して、クリティカルに考える能力を育成するような教育が重要である。

しかし、いくら本物に近いとはいえ、絶対に失敗が許されない人体に行く場合と、何度でも繰り返すことができるシミュレーターで学習するのでは大きな違いがある。手技の熟練のみに主眼を置くなら、シミュレーターは現時点では最も有用であるが、実際に実施する時の緊張感や、人間的な関わりで成り立つ看護技術の習得ということまでも含めると、やはりシミュレーターでは限界がある<sup>21)</sup>。

また、限られた時間の中で、臨床で必要となる看護技術の全てについて「基礎となる知識」「スタンダードな手技」「生体として想定される反応への対応」を習得するのは困難であり、やはり卒後教育に委ねざるを得ない状況がある。そのため看護基礎教育の中で習得させる看護技術を厳選し、到達目標を明確に設定することが必要である。本学では、看護技術について、内容と教授法の適切さを考慮して、①講義で教授する技術、②講義と演習で教授する技術、③講義と実習で教授する技術、④講義と演習、実習で教授する技術、の4つに分類し、学生の看護技術に関する到達目標の設定を試みている。

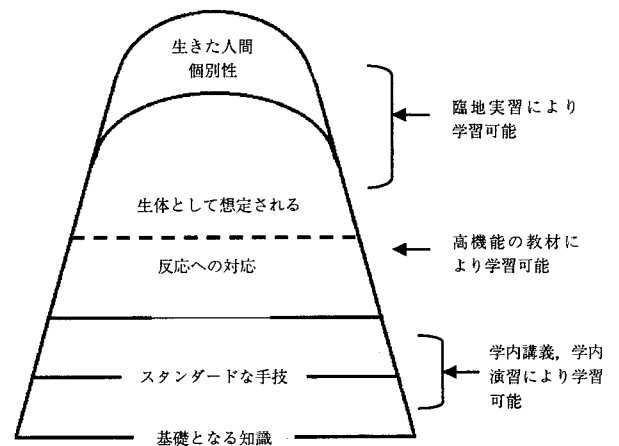


図3 看護における技術習得過程のモデル

出典：文献21) p.23

#### 5. 本学における看護技術教育の検討内容 と課題

##### 1) 看護技術教育の捉え方と教育内容

本学では前述したような看護技術の概念を踏まえ、看護技術の構成要素として“人間関係形成の技術”、“援助技術”、“看護過程活用の技術”、“知

識”の4つを挙げ、図4のように捉えた。“知識”は中井<sup>19)</sup>のように基盤であるとともに、知識が顕在化して看護技術が形成されると考え、それぞれの構成要素に関する知識が重要であると位置付けた。また、artである看護技術を目指すために、それぞれの要素を相互に関連付けながら分析、統合する知的な思考(クリティカル・シンキング)を矢印で表している。

看護技術は源泉となる看護理論を反映した認識、判断をもとに行動として展開される。したがって、看護技術を分類する際には、看護理論を踏まえる必要がある。「星空を見て星座を発見できるのは、星座について学習している人だけである」と例えられるように、理論枠を持っていると、現象を見たときの観察力が高まり、看護技術を応用しやすくなるといえる<sup>23)</sup>。

本学では、各看護学領域(基礎、在宅、老年、成人、精神、母性、小児)の特性に合わせ異なる看護理論が用いられているため、各領域が主軸として使用している理論枠を横軸に、看護技術の構成要素のうちの3つ“人間関係形成の技術”、“援助技術”、“看護過程活用の技術”を縦軸に看護技術を分類し、看護学7領域の看護技術のマトリックスの作成を試みている。また、残る構成要素の“知識”は前述したように、それぞれの構成要素の知識を顕在化させることが重要であり、知識に関しても同様のマトリックスの作成を試みている。

さらに看護学7領域全体の教育内容を把握するためには、統一した様式のマトリックスが必要である。領域により主軸とする理論枠が異なるため、全体を統合するマトリックスの様式は看護理論をもとにせず、看護学教育の在り方に関する検討会

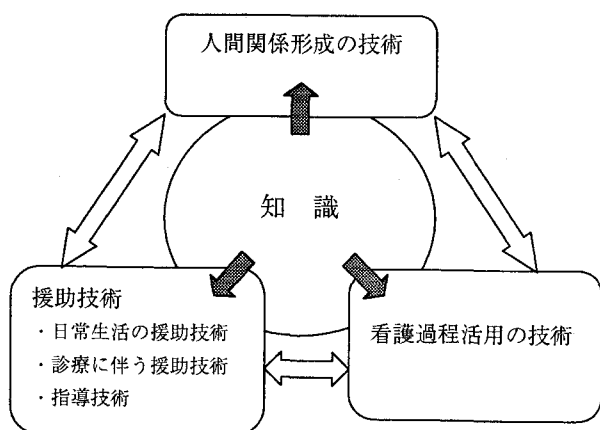


図4 本学で考える看護技術の関連性

報告<sup>24)</sup>の『看護基本技術』の学習項目(表3)に生殖に関する技術を加えた14項目を縦軸に、看護学7領域を横軸に当てたものを考案し、検討している。

これらの作業により、看護技術教育内容について各領域間の連携を図ることや、実習施設側にも学内での知識や技術の習得状況等をわかりやすく提示することができると思う。今後必要とされる看護技術はますます増加すると予測される。限られた時間内で効果的に教育するために、各領域間で連携を図り、各看護学領域における進捗と連動性や、重複して教授していく必要があると考えられる看護技術の精選などの看護技術教育の構造を検討していくことが今後の課題である。

## 2) 身体侵襲を伴う看護技術教育

学内演習や臨地実習での看護技術教育のなかで、習得が困難な技術として身体侵襲を伴う看護技術がある。注射や導尿をはじめとする診療の補助に分類される技術、身体侵襲を伴う看護技術は、もともと患者の安全性や倫理的問題から、臨地実習で実施することは容易ではなく、患者への実施の是非が議論されてきた。近年は社会の人々の権利意識の向上や医療行為に対する安全性や責任に対する緊張の高まりから、看護師資格を持たない学生が患者に実施することはますます困難になっている。また、医療の高度化や専門化、入院期間の短縮等による入院患者の重症化、それに伴うスタッフの多忙化等からも困難さは助長されている。

一方で学生側の問題も大きい。実習中は知識、技術という基本的な準備状態が不十分なことが多い。このような状態で実習をさせることが問題との指摘もある。また、入院患者の重症化に伴い、重症患者を受け持つことも多くなり、学生の心身のストレスや不安は以前にもまして高まっている。学生は自分自身の技術に対する不安のほか、忙しいスタッフの迷惑になることや、無資格という意識も強く、積極的に声をかけられない状況もみられる。身体侵襲を伴う看護技術は、患者に危険を及ぼし、実習で実施することで、場合によっては学生自身を傷つける可能性もある<sup>25)</sup>。

こうした理由により、本学においても身体侵襲を伴う看護技術の患者への実施については消極的なのが現状である。

2002(平成14)年3月に文部科学省高等教育局教育課看護教育係・医療技術係の主導により発足した看護教育の在り方に関する検討会から出され

表3 『看護基本技術』の学習項目

学習項目	学習を支える知識・技術
a. 環境調整技術	療養生活環境調整 (温・湿度, 換気, 採光, 臭気・騒音, 病室整備), ベッドメイキング, リネン交換
b. 食事援助技術	食事介助, 経管栄養法, 栄養状態・体液・電解質バランスの査定, 食生活支援
c. 排泄援助技術	自然排尿・排便援助, 便器・尿器の使い方, 摘便, オムツ交換, 失禁ケア, 膀胱内留置カテーテル法, 浣腸, 導尿, 排尿困難時の援助, ストーマ造設者のケア
d. 活動・休息援助技術	歩行介助・移動の介助・移送, 関節可動域訓練・廃用性症候群予防, 体位変換, 入眠・睡眠の援助, 安静
e. 清潔・衣生活援助技術	入浴介助, 部分浴・陰部ケア, 清拭・洗髪, 口腔ケア, 整容, 寝衣交換など衣生活援助
f. 呼吸・循環を整える技術	酸素吸入療法, 吸引, 気道内加湿法, 体位ドレナージ, 体温調整
g. 創傷管理技術	包帯法, 創傷処置, 褥創予防ケア
h. 与薬の技術	薬理作用, 薬物療法, 経口・外用薬の与薬方法, 皮下・皮内・筋肉内・静脈内注射の方法, 点滴静脈内注射・中心静脈栄養の管理, 輸血の管理
i. 救命救急処置技術	救急法, 意識レベル把握, 気道確保, 人工呼吸, 救命救急の技術, 閉鎖式心マッサージ, 止血
j. 症状・生体機能管理技術	バイタルサインの観察, 身体計測, 症状・病態の観察, 検体の採取 (採血, 採尿・尿検査, 血糖測定) と扱い方, 経皮的・侵襲的検査時の援助 (心電図モニタ・パルスオキシメータ・スパイロメータの使用, 胃カメラ, 気管支鏡, 腰椎穿刺)
k. 感染予防の技術	スタンダードプリコーション (標準予防策), 洗浄・消毒・滅菌, 無菌操作, 医療廃棄物管理
l. 安全管理の技術	療養生活の安全確保, 転倒・転落・外傷予防, 医療事故予防, リスクマネジメント
m. 安楽確保の技術	体位保持, 罨法等身体安楽促進ケア, リラクゼーション, 指圧, マッサージ

出典: 文献24) p.17

た「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」では、看護基本技術の学習項目 (表3) に身体侵襲を伴う看護技術項目が挙げられている。また、臨地実習に関して、「実地に体験し学習したか否かは、卒業直後からの技術の習得の方法に大いに関連してくる。実習体験は無資格であるから実施しなくても良いというものではなく、条件を整えて可能な限り実地に体験させるべきものである」との記述がある<sup>24)</sup>。

また、2002 (平成14) 年9月には、看護師等による静脈注射の実施について、これまでの静脈注射は看護師の業務の範疇を超えるものであるという法的解釈が変わった。静脈注射は保健師助産師看護師法第5条に規定する診療の補助行為の範疇として取り扱われることとなり、看護基礎教育の

なかで薬理作用、静脈内注射に関する知識・技術、感染・安全対策などの教育を見直し、必要に応じた強化が厚生労働省より求められている。

このように身体侵襲を伴う看護技術が基本的な看護技術であるならば、本学においてもそれらを看護基礎教育の中で展開していく必要がある。個々の状況に合った、また人に対する倫理観や態度も含めた安全・安楽な看護技術としてどのように習得させるのかが大きな課題であり、臨地実習施設等との連携を図り、組織的に検討していかなければならない。

### 3) 臨地実習の展開方法

臨地実習は、看護の実践の場に学生が身を置き、看護師の立場でケアを行うことである。学内で学んだ看護技術の4つの構成要素 (人間関係形成の

技術、援助技術、看護過程活用の技術、知識)の統合を図りつつ、学内で学んだものを自ら検証し、より一層理解を深めていく場である。

また、看護実践に不可欠な援助の人間関係の形成能力や専門職者としての役割や責務を果たす能力は、対象と相対し、緊張しながら学生自ら看護行為を行うという過程で生まれてくるものである。実習の場で学生は、看護する喜びや難しさを知り、自己の新たな発見を実感したりする。また、学生自身ができることとできないことを深く自覚し、対象に対する責任を認識しつつ、看護の特質を理解し、学習を深めていく。この過程を通して学生は大きく成長していくのである<sup>24)</sup>。

このように看護実践能力を培うには、実習は極めて重要であるが、種々の課題がある。以下に本学における臨地実習に関する課題を述べる。

本学では臨地実習の展開方法として、1つのローテーションの期間中に1～2名の患者を受け持ち、看護過程を展開しているが、まず受け持ち患者の選定が困難となってきている。その理由として、入院患者が重症化してきていることや、学生の安全を考慮し、感染症の患者を受け持たないようにしていることがある。また、患者に実習への協力を求めても、患者や家族から断られることも多くなってきた。学生が未熟であるということが大きな要因なので、臨地実習の前には学内演習などを通して、学生が自信を持って行えるように取り組むことや、受け持ち患者の条件等の検討、患者への実習協力の同意の求め方の組織的な検討も必要である。

また、受け持ち患者によって経験できる看護技術の差が大きいことも問題である。看護技術を実践するということは単なる手技の実践ではなく、看護過程を展開することで、対象を個別的に科学的知識を用いてアセスメントを行い、その対象に一番効果的な方法で実行していくものである。教員によっては、受け持ち患者で経験できない看護技術について、学生に技術を体験させるために、患者についての把握のないまま受け持ち以外の患者で実施することに関してジレンマに陥っている者もいる。

森山ら<sup>26)</sup>は、「看護過程を展開することにこだわりが見られるように思う。1つの事例を最後まで展開することは人間関係の形成や一連のプロセスを体験することにおいて重要ではあるが、看護実践能力の育成の観点からは必ずしもそうでなく

てもよい。」と述べている。受け持ち方式のみでは、学習内容や範囲の制約をもたらしているため、必要に応じて複数の患者を受け持つなど、看護ケアに焦点を置いた実習方式を採用し、効果的な方法を考える必要もある<sup>24)</sup>。本学においてもこの点について検討の必要がある。また、同時に看護技術習得の評価について、経験項目や経験回数で捉えるのではなく、到達目標を明らかにすることが重要である。

また、学内で学んだ「基礎となる知識」「スタンダードな手技」とはかけ離れたように見える看護が臨床の現場で行われている場面に接し、戸惑いを感じている学生が多い。患者の重症化や業務の煩雑化に伴い、看護職者は非常に忙しい状況であることも理解できるが、看護技術教育に向けた理解を求め、看護の専門職者として、自分たちが経験している看護技術を学生に伝え、教育するという認識を持ってもらうために、さらに実習施設との連携を深めて協働していく必要がある。

## 6. おわりに

看護基礎教育における看護技術教育について、看護教育制度の変遷、看護技術の捉え方、看護基礎教育の役割、本学における今後の課題について述べてきた。

社会のニーズは医療の安全、事故防止に向けられており、医療現場の現実を踏まえた教育内容の早急な検討が必要である。また、看護技術教育は基礎教育から卒後教育へと継続されていくため抱える課題は多いが、実習施設との連携を実効あるものにして取り組んでいく必要がある。

最後に、本稿は2002(平成14)年3月より、本学看護学科教員全員で看護技術教育に関する学習会にて検討を重ねてきたことを、本学科において看護技術教育検討委員である著者らがさらに系統的に内容を深めてまとめたものである。

## 文 献

- 1) 小松美穂子(2002) 看護技術教育の課題—現代学生の特性を踏まえた教育。インターナショナルナーシングレビュー 25(2):41-44.
- 2) 田島桂子(1994) 看護教育における看護技術教育の再検討。看護教育 35(13):1059-1065.
- 3) 川島みどり(1997) 今、求められる基礎教育の質—看護



- 教育を左右する看護観と技術観. 看護教育 38 (11): 874-886.
- 4) 井部俊子 (2001) 看護婦の卒後臨床研修はなぜ必要か. 看護展望 26 (5): 17-23.
- 5) 宗村美恵子, 佐藤八重子 (2001) 新卒者の実践能力: 臨床側からの問題意識と対策についての考え方. 看護展望 26 (5): 29-37.
- 6) 杉田暉道, 長門谷洋治, 平尾真智子, 石原明 (2002) “系統看護学講座別巻9看護史”, 第6版, 医学書院, 東京, p182-199.
- 7) 平尾真智子 (2001) “資料にみる日本看護教育史”, 第1版, 東京, 看護の科学社, p96-128.
- 8) 高橋みや子, 三上れつ (1996) 看護教育は何を模索し, 何を積み重ねてきたのか, “新カリキュラムの改正のポイント①” (“看護教育” 編集室 編), 医学書院, 東京, p81-98.
- 9) 山崎美恵子, 長戸和子 (2002) クリティカルに考える能力の育成 看護系大学における看護技術教育. インターナショナルナーシングレビュー 25 (2): 36-40.
- 10) 高橋有里, 柴田千衣, 菊池和子, 平野昭彦, 伊藤道子, 石井トク, 布佐真理子, ほか (2001) 医療の進歩と看護ニーズの変化に対応する「基礎看護学」の教育内容の検討—基礎看護技術科目の分析から—. 岩手県立大学看護学部紀要 3: 113-120.
- 11) 川島みどり (2000) 今求められる看護技術の質—経験的知と科学をつないで—. 看護技術 46 (2): 3-7.
- 12) 岡谷恵子, 正木治恵, 五明文子, 松月みどり, 落合芙美子 (2000) 継続教育の視点で見直す看護技術教育. ナースエデュケーション 1 (1): 4-19.
- 13) 氏家幸子 (1995) ケア技術とは何か—患者との相互関係によって成り立つ看護の技術. 臨床看護 21 (13): 1846-1849.
- 14) 内菌耕二, 小坂樹徳 (2002) “看護学大辞典”, 第5版, メヂカルフレンド社, 東京, p364.
- 15) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 (1995) 看護学術用語. p5.
- 16) 氏家幸子 (1990) 看護技術の構造と研究方法の思索. 日本看護科学会誌 10 (1): 1-7.
- 17) 鎌田美智子, 金川治美 (2001) 看護技術のとらえかたと指導方法—効果的な実践力となるための構造化と指導方法—. 看護実践の科学 26 (4): 69-72.
- 18) 長尾厚子, 金川治美, 鎌田美智子, 十九百君子, 尾崎雅子 (2002) カリキュラム・教育内容の見直しから始める看護技術指導. ナースエデュケーション 3 (1): 16-24.
- 19) 中井英子 (1995) 臨床(地) 実習の評価の考え方と諸問題. Quality Nursing 1 (6): 32-35.
- 20) 持永静代 (2001) 看護技術と指導の視点. 看護教育 42 (11): 922-924.
- 21) 看護学教育の在り方に関する検討会・臨地実習ワーキンググループ (2001) 新卒者の支援の在り方を検討する〈平成13年度看護学教育ワークショップ資料C〉, 文部科学省, p23.
- 22) 松田たみ子 (2002) 大学教育における「身体侵襲を伴う看護技術」教育の実際と課題—基礎看護学を中心に—. 看護展望 27 (10): 23-28.
- 23) 薄井坦子, 小玉香津子, 三瓶真貴子, 新田なつこ (2001) “系統看護学講座専門2 基礎看護学2 基礎看護技術”, 第12版, 医学書院, 東京, p5.
- 24) 看護学教育の在り方に関する検討会報告 (2002) 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて. 文部科学省高等教育局医学教育課, p1-39.
- 25) 升谷英子, 井上智恵, 河村葉子, 今井雪香, 黄田美香 (2002) 「身体侵襲を伴う看護技術」を臨地実習につなぐ教育の実際. 看護展望 27 (10): 35-45.
- 26) 森山美知子, 田村やよひ (2002) 厚生労働省の考えるこれからの看護技術教育—現状の分析から. インターナショナルナーシングレビュー 25 (2): 57-61.

---

受付日 2002年12月2日