

訪問看護ステーション実習において学生が体験する看護技術の実態

Nursing Skills that University Students Experienced during Clinical Practices
at Visiting Nurse's Stations

桶河 華代, 川嶋 元子

Kayo Okegawa, Motoko Kawashima

キーワード 訪問看護ステーション, 実習, 学内演習, 看護技術

Key Words visiting nurse's stations, clinical practice, in-school education, nursing skills

抄 録

背景 在宅看護学実習においては、教育目標や学習内容が定まらないという問題が指摘されており、実習の内容を把握することは重要である。

目的 A大学の訪問看護ステーション実習における看護技術の体験内容を把握する。

方法 在宅看護学実習を終えた学生に看護体験内容の87項目の自記式質問紙による調査を行い、体験割合を求めた。

結果・考察 質問紙の回収は78人(回収率93.9%)、有効回答は78人(有効回答率100%)であった。A大学の学生が体験した看護技術の割合は、バイタルサイン測定等の【症状・生体機能管理技術】、【排泄援助技術】、【清潔・衣生活援助技術】、【創傷管理技術】、認知症等の【健康生活維持に関する対応技術】、【活動・休息援助技術】、【呼吸・循環を整える技術】が高かった。体験割合の低い看護技術は、【人の死の過程に関わる技術】、〈せん妄〉等の【健康生活維持に関する対応技術】、【安楽確保の技術】であった。

結論 他の領域との整合性や実習指導者と連携を取り、学内演習と実習で体験する看護技術の項目を検討していく必要がある。

I. 緒 言

看護教育の中で臨地実習は、実践教育として教育の中心におかれる。臨地実習は、講義で学んだ看護と実践で学んだ看護とが一致し、実習という体験をとおして看護に対する認識を深めるために重要である(金子, 2003)。在宅看護学実習においては、「実習の場・対象者の確保の困難」や「教育目標・焦点・学習内容が定まらない」という問題が指摘され(石垣, 2005)、実習の内容を把握することは重要である。

長谷川ら(2007)は、訪問看護ステーション実習での学生の看護技術の体験を調査し、バイタルサイン測定を除いては、実施を体験した学生の割合が低いと報告している。内藤ら(2014)は、訪問看護ステーション実習での指導者への調査を行い、リネン交換等の「環境調整技術」やバイタルサイン測定等の「症状・生体機能管理技術」など限定した技術は、一人で実施させる。しかし、他の看護技術についてはすべてを実施させるという

より、可能な限り指導者と一緒に体験させることが望ましいと述べている(内藤, 2014)。その理由は、学生の実習期間に訪問回数が限定されており、実際の訪問看護の場面では、「応用の看護」が求められていることから、学生が「基本的な技術」を体験するには制約が多いとの報告がある(内藤ら, 2013; 御田村ら, 2016)。

訪問看護ステーション実習は、学生が訪問看護師と同行し自宅に訪問する形態をとるため、教員は学生が体験する看護技術の内容を把握できない状況である。そこで、研究者らは、A大学で訪問看護ステーション実習において学生がどのような看護技術の体験をしているかの実態を把握し、今後の教育の一助にしたいと考えた。

II. 方 法

1. 在宅看護学領域の講義, 演習, 実習の概要

在宅看護学領域の科目は、2年前期の地域・在

1) 聖泉大学 看護学部 看護学科 Faculty of Nursing, Seisen University

* E-mail okegaw-k@seisen.ac.jp

在宅看護論（4単位・60時間）の講義，2年後期の在宅看護技術論Ⅰ（2単位・30時間）の演習と3年前期の在宅看護技術論Ⅱ（2単位・60時間）の演習である。演習では事例に基づいた看護過程の展開や訪問マナー，浣腸・排便・陰部洗浄，胃ろうの管理，気管切開部の吸引等の看護技術を行っている。在宅看護学実習は，3年後期から4年前期に2週間行う。実習施設は訪問看護ステーション13施設で，1施設に2～5人の学生が6日間の実習を行う。実習内容は，学生は1事例を受け持ち，実習中に2回以上の訪問をして看護過程を展開する。そのほか，訪問看護師に同行して，1日に2件以上の事例に訪問する。

2. 対象者

調査対象は，A大学看護学部の在宅看護学実習を終えた83人に対し，研究者から趣旨を説明し，同意を得られた78人とした。

3. 調査方法

調査期間は平成27年11月～平成28年5月である。実習初日の学内オリエンテーションで看護技術体験表を配布した。ここで使用する看護技術体験表は，A大学の初年度において，看護実践能力の高い学生を育成するために教員が実習において習得してほしいと考えた全領域の看護技術項目（桶河ら，2012）から，在宅看護学領域の項目について抜粋したものである。この項目を看護技術体験表にして，体験の有無について回答を求めた。なお，見学も含め，体験有とした。訪問看護ステーション実習では看護技術の実施は難しいという報告（内藤ら，2013）や実施か見学かを分ける境界の設定が教員と学生の間で必要である（長谷川ら，2007）ことから，本研究では見学も体験と捉えた。回収方法は実習終了後に成績をつけた後，1週間研究室前に回収ボックスを設けた。

4. 調査項目

在宅看護学領域の看護技術の87項目は，15の大項目と下位項目である。環境調整技術（小項目2）や症状・生体機能管理技術（小項目8），食事援助技術（小項目7），排泄援助技術（小項目11），活動・休息援助技術（小項目11），清潔・衣生活援助技術（小項目10），安全確保の技術（小項目2），呼吸・循環を整える技術（小項目9），創傷管理

技術（小項目4），与薬の技術（小項目7），感染予防の技術（小項目4），安全管理の技術（小項目2），入院退院時に関わる対応技術（小項目3），人の死の過程に関わる技術（小項目3），健康生活維持に関する課題への対応技術（小項目4）の15項目であり，小項目は計87項目である。

5. 分析方法

訪問看護ステーション実習で体験した看護技術（小項目87）について，「体験有」と「体験無」に分けて項目別の割合を求めた。すべてに無回答のものは有効回答から外した。

6. 倫理的配慮

調査用紙は無記名とし，学生には実習初日の学内オリエンテーションで調査目的，内容，自由参加であること，成績には影響のないことを口頭および書面で説明した。また，記録の提出とは別に回収ボックスを7日間設置し，調査用紙提出をもって研究参加への同意とみなした。本研究は聖泉大学研究倫理委員会の承認（承認番号：015-012）を得て実施した。

Ⅲ. 結果（表1）

看護技術体験表は83人に配布し，回収は78人（回収率93.9%），有効回答は78人（有効回答率100%）であった。看護技術の小項目毎に「体験有」と「体験無」の割合を表1に示した。体験有の割合が50%以上と10%以下の小項目を大項目毎に表す。大項目は【 】, 小項目は〈 〉で示す。

【環境調整技術】の体験有の割合は，〈療養生活環境調整〉は53人（67.9%）であった。【症状・生体機能管理技術（観察・援助）】の体験有の割合は，〈バイタルサインの測定〉は78人（100%），〈呼吸音聴取〉と〈経皮的動脈血酸素飽和度〉は74人（94.9%），〈腸蠕動音聴取〉は73人（93.6%）と高く，〈検査時の援助〉は6人（7.7%）と低く，〈腹圍測定〉の体験はなかった。【食事援助技術】の体験有の割合は，〈水分バランスの査定〉は40人（51.3%），〈食生活支援〉は39人（50.0%）であった。【排泄援助技術】の体験有の割合は，〈オムツ交換〉は75人（96.2%），〈排便〉は65人（83.3%），〈膀胱留置カテーテル法〉は51人（65.4%）と高く，〈尿器・便器の使用〉は7人（9.0%）と低かった。

表 1 看護技術体験割合表

n = 78

大項目	小項目	体験有 (2回+1回)		体験無	
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
環境調整技術	療養生活環境調整(温度・湿度・換気・採光・臭気・騒音・安全性・快適性)	53 (67.9)	25 (32.1)	25 (32.1)	53 (67.9)
	ベッドメイキング(一般・ドレーン類が留置・活動制限がある)	25 (32.1)	53 (67.9)	53 (67.9)	25 (32.1)
症状・生体機能管理技術 (観察・援助)	バイタルサインの測定(体温・脈拍・呼吸・血圧・意識)	78 (100.0)	0	0	78 (100.0)
	呼吸音聴取	74 (94.9)	4 (5.1)	4 (5.1)	74 (94.9)
	経皮的動脈血酸素飽和度(SpO2)	74 (94.9)	4 (5.1)	4 (5.1)	74 (94.9)
	腸蠕動音聴取	73 (93.6)	5 (6.4)	5 (6.4)	73 (93.6)
	検体の採取、取り扱い方(血糖測定)	29 (37.2)	49 (62.8)	49 (62.8)	29 (37.2)
	身体測定(身長・体重)	22 (28.2)	56 (71.8)	56 (71.8)	22 (28.2)
	検査時の援助(心電図モニター、パルスメーター、スパイロメータの使用)	6 (7.7)	72 (92.3)	72 (92.3)	6 (7.7)
食事援助技術	腹囲測定	0	78 (100.0)	78 (100.0)	0
	水分バランスの査定	40 (51.3)	38 (48.7)	38 (48.7)	40 (51.3)
	食生活支援(栄養指導・食事の工夫・家族指導)	39 (50.0)	39 (50.0)	39 (50.0)	39 (50.0)
	栄養状態の観察	38 (48.7)	40 (51.3)	40 (51.3)	38 (48.7)
	経管栄養法	31 (39.7)	47 (60.3)	47 (60.3)	31 (39.7)
	誤嚥予防ケア	25 (32.1)	53 (67.9)	53 (67.9)	25 (32.1)
	食事介助	13 (16.7)	65 (83.3)	65 (83.3)	13 (16.7)
排泄援助技術	中心静脈栄養法	10 (12.8)	68 (87.2)	68 (87.2)	10 (12.8)
	オムツ交換	75 (96.2)	3 (3.8)	3 (3.8)	75 (96.2)
	排便	65 (83.3)	13 (16.7)	13 (16.7)	65 (83.3)
	膀胱内留置カテーテル法	51 (65.4)	27 (34.6)	27 (34.6)	51 (65.4)
	ストーマ造設患者のケア	38 (48.7)	40 (51.3)	40 (51.3)	38 (48.7)
	洗腸	36 (46.2)	42 (53.8)	42 (53.8)	36 (46.2)
	ポータブルトイレ使用	24 (30.8)	54 (69.2)	54 (69.2)	24 (30.8)
	トイレ使用	19 (24.4)	59 (75.6)	59 (75.6)	19 (24.4)
	導尿	12 (15.4)	66 (84.6)	66 (84.6)	12 (15.4)
	排尿困難時の援助	12 (15.4)	66 (84.6)	66 (84.6)	12 (15.4)
活動・休息援助技術	失禁ケア	11 (14.1)	67 (85.9)	67 (85.9)	11 (14.1)
	尿管・便器の使用	7 (9.0)	71 (91.0)	71 (91.0)	7 (9.0)
	体位変換(麻痺・呼吸困難がある患者)	55 (70.5)	23 (29.5)	23 (29.5)	55 (70.5)
	移乗・移動の介助(ベッド⇄車椅子(ポータブル))	49 (62.8)	29 (37.2)	29 (37.2)	49 (62.8)
	歩行の介助	47 (60.3)	31 (39.7)	31 (39.7)	47 (60.3)
	関節可動域の観察・訓練	40 (51.3)	38 (48.7)	38 (48.7)	40 (51.3)
	杖歩行・歩行器介助	39 (50.0)	39 (50.0)	39 (50.0)	39 (50.0)
	下肢運動(血栓予防)	38 (48.7)	40 (51.3)	40 (51.3)	38 (48.7)
	廃用症候群予防	29 (37.2)	49 (62.8)	49 (62.8)	29 (37.2)
	移送の介助(車椅子)	26 (33.3)	52 (66.7)	52 (66.7)	26 (33.3)
清潔・衣生活援助技術	神経麻痺の観察と予防	19 (24.4)	59 (75.6)	59 (75.6)	19 (24.4)
	アクティビティ(散歩)	14 (17.9)	64 (82.1)	64 (82.1)	14 (17.9)
	補装具装着	8 (10.3)	70 (89.7)	70 (89.7)	8 (10.3)
	陰部ケア(洗浄)	69 (88.5)	9 (11.5)	9 (11.5)	69 (88.5)
	整容(洗面・歯磨き・結髪・ひげ剃り・爪切り)	50 (64.1)	28 (35.9)	28 (35.9)	50 (64.1)
	口腔ケア	46 (59.0)	32 (41.0)	32 (41.0)	46 (59.0)
	寝衣交換など衣生活支援	45 (57.7)	33 (42.3)	33 (42.3)	45 (57.7)
	入浴介助(シャワー浴介助含む)	41 (52.6)	37 (47.4)	37 (47.4)	41 (52.6)
	部分浴(手浴、足浴など)	40 (51.3)	38 (48.7)	38 (48.7)	40 (51.3)
	部分清拭	39 (50.0)	39 (50.0)	39 (50.0)	39 (50.0)
安楽確保の技術	全身清拭	36 (46.2)	42 (53.8)	42 (53.8)	36 (46.2)
	洗髪(仰臥位・坐位)	23 (29.5)	55 (70.5)	55 (70.5)	23 (29.5)
呼吸・循環を整える技術	義歯の手入れ	9 (11.5)	69 (88.5)	69 (88.5)	9 (11.5)
	温電法	12 (15.4)	66 (84.6)	66 (84.6)	12 (15.4)
	冷罨法	2 (2.6)	76 (97.4)	76 (97.4)	2 (2.6)
	吸引(口腔内・鼻腔・気管切開内)	49 (62.8)	29 (37.2)	29 (37.2)	49 (62.8)
	体温調整	38 (48.7)	40 (51.3)	40 (51.3)	38 (48.7)
	在宅酸素療法(HOT)	35 (44.9)	43 (55.1)	43 (55.1)	35 (44.9)
	酸素吸入(カニューラなど)	28 (35.9)	50 (64.1)	50 (64.1)	28 (35.9)
	人工呼吸器	25 (32.1)	53 (67.9)	53 (67.9)	25 (32.1)
創傷管理技術	呼吸法(腹式呼吸・口すぼめ呼吸・呼吸・吸気練習)	15 (19.2)	63 (80.8)	63 (80.8)	15 (19.2)
	褥瘡ケア	57 (73.1)	21 (26.9)	21 (26.9)	57 (73.1)
	酸素ポンベの操作	7 (9.0)	71 (91.0)	71 (91.0)	7 (9.0)
	PEGを用いた経管栄養	31 (39.7)	47 (60.3)	47 (60.3)	31 (39.7)
	ネプライザー	6 (7.7)	72 (92.3)	72 (92.3)	6 (7.7)
	気管切開口	27 (34.6)	51 (65.4)	51 (65.4)	27 (34.6)
	中心静脈カテーテルの刺入部	6 (7.7)	72 (92.3)	72 (92.3)	6 (7.7)
与薬の技術	体位ドレナージ、スクイーピング	5 (6.4)	73 (93.6)	73 (93.6)	5 (6.4)
	経口薬(舌下錠含む)の説明・指導	41 (52.6)	37 (47.4)	37 (47.4)	41 (52.6)
	自己注射の方法と指導	21 (26.9)	57 (73.1)	57 (73.1)	21 (26.9)
	薬品管理(水薬・座薬など)	21 (26.9)	57 (73.1)	57 (73.1)	21 (26.9)
	抗生物質を投与されている患者の観察	12 (15.4)	66 (84.6)	66 (84.6)	12 (15.4)
	向精神薬	9 (11.5)	69 (88.5)	69 (88.5)	9 (11.5)
	坐薬	7 (9.0)	71 (91.0)	71 (91.0)	7 (9.0)
感染予防の技術	特殊薬(抗がん剤・麻薬など)	3 (3.8)	75 (96.2)	75 (96.2)	3 (3.8)
	スタンダードプリコーション(標準予防策)	46 (59.0)	32 (41.0)	32 (41.0)	46 (59.0)
	洗浄・消毒・滅菌など	44 (56.4)	34 (43.6)	34 (43.6)	44 (56.4)
	無菌操作	21 (26.9)	57 (73.1)	57 (73.1)	21 (26.9)
安全管理の技術	医療廃棄物管理	21 (26.9)	57 (73.1)	57 (73.1)	21 (26.9)
	インシデント・アクシデント(転倒・転落・外傷予防等)に関わる対応	21 (26.9)	57 (73.1)	57 (73.1)	21 (26.9)
	問題行動(暴言・暴力・虐待等)に関わる対応	7 (9.0)	71 (91.0)	71 (91.0)	7 (9.0)
入院退院時に関わる対応技術	社会資源の活用と調整	42 (53.8)	36 (46.2)	36 (46.2)	42 (53.8)
	在宅での看護・介護指導	38 (48.7)	40 (51.3)	40 (51.3)	38 (48.7)
	退院後の生活指導	6 (7.7)	72 (92.3)	72 (92.3)	6 (7.7)
人の死の過程に関わる援助技術	死を迎える人への援助	8 (10.3)	70 (89.7)	70 (89.7)	8 (10.3)
	臨終を迎える人の家族への援助	6 (7.7)	72 (92.3)	72 (92.3)	6 (7.7)
	死後の遺体への対応	1 (1.3)	77 (98.7)	77 (98.7)	1 (1.3)
健康生活維持に関する課題への対応技術	認知症	56 (71.8)	22 (28.2)	22 (28.2)	56 (71.8)
	不安状態	16 (20.5)	62 (79.5)	62 (79.5)	16 (20.5)
	拒否(拒食・拒薬)	6 (7.7)	72 (92.3)	72 (92.3)	6 (7.7)
せん妄	1 (1.3)	77 (98.7)	77 (98.7)	1 (1.3)	

【活動・休息援助技術】の体験有の割合は、〈体位変換〉は55人(70.5%)、〈移乗・移動の介助〉は49人(62.8%)、〈歩行の介助〉は47人(60.3%)、〈関節可動域の観察・訓練〉は40人(51.3%)、〈杖歩行・歩行器介助〉は39人(50.0%)であった。【清潔・衣生活援助技術】の体験有の割合は、〈陰部ケア〉は69人(88.5%)、〈整容〉は50人(64.1%)、〈口腔ケア〉は46人(59.0%)、〈寝衣交換など衣生活支援〉は45人(57.7%)、〈入浴介助〉は41人(52.6%)、〈部分浴〉は40人(51.3%)、〈部分清拭〉は39人(50.0%)であった。【安楽確保の技術】の体験有の割合は、〈冷罨法〉は2人(2.6%)と低かった。【呼吸・循環の整える技術】の体験有の割合は、〈吸引〉が49人(62.8%)と高く、〈酸素ボンベの操作〉は7人(9.0%)、〈ネブライザー〉は6人(7.7%)、〈体位ドレナージ、スクイーピング〉は5人(6.4%)と低かった。【創傷管理技術】の体験有の割合は、〈褥瘡ケア〉は57人(73.1%)と高く、〈中心静脈カテーテルの刺入部〉は6人(7.7%)と低かった。【与薬の技術】の体験有の割合は、〈経口薬の説明・指導〉は41人(52.6%)と高く、〈坐薬〉は7人(9.0%)、〈特殊薬〉は3人(3.8%)と低かった。【感染予防の技術】の体験有の割合は、〈スタンダードプリコーション〉は46人(59.0%)、〈洗浄・消毒・滅菌など〉は44人(56.4%)であった。【安全管理の技術】の体験有の割合は、〈問題行動に関わる対応〉は7人(9.0%)と低かった。【入院退院時に関わる対応技術】の体験有の割合は、〈社会資源の活用と調整〉は42人(53.8%)と高く、〈退院後の生活指導〉は6人(7.7%)と低かった。【人の死の過程に関わる援助技術】の体験有の割合は、〈臨終の迎える人の家族への援助〉は6人(7.7%)、〈死後の遺体への対応〉は1人(1.3%)と低かった。【健康生活維持に関する課題への対応技術】の体験有の割合は、〈認知症〉は56人(71.8%)で高く、〈拒否〉は6人(7.7%)、〈せん妄〉は1人(1.3%)と低かった。

IV. 考 察

1. 看護技術の体験有の割合が高い項目

【症状・生体機能管理技術】の〈バイタルサインの測定〉が100%、〈呼吸音聴取〉と〈経皮的動脈血酸素飽和度〉が各94.9%、〈腸蠕動音聴取〉が93.6%と体験有の割合が特に高く、長谷川ら

(2007)とも共通していた。山内ら(2003)は、バイタルサインの測定などの【症状・生体機能管理技術】は、訪問看護師が療養者一人ひとりに向き合い、状態を観察し必要なケアを判断するアセスメント技能を必要とされると述べている。そのため、実習では多くの学生が体験できたと考えられる。【排泄援助技術】の〈オムツ交換〉が93.6%、〈摘便〉が83.3%、〈膀胱内留置カテーテル〉が65.4%と日常生活援助と医療処置を含めた管理技術の体験が多かった。高齢者が訪問看護を利用している療養者の調査(社団法人全国訪問看護事業協会, 2003)によると、訪問看護師が行う処置内容では「浣腸・摘便」が一番多いと報告しており、A大学の学生も【排泄援助技術】の体験が多かったと考える。また、病院や施設に比べて在宅での褥瘡の発生率が高く(武田, 2010)、【排泄援助技術】の〈オムツ交換〉、【清潔援助技術】の〈陰部ケア〉、【創傷管理技術】の〈褥瘡ケア〉の体験も多かった。

全国の65歳以上の高齢者の認知症有病者数は約462万人で、今後ますます増加することが予想されている(厚生労働省, 2013)。実習施設の地域でも認知症対策として、できる限り住み慣れた地域で暮らせるように医療機関や介護サービスの整備を目指しており(滋賀県, 2012)、【健康生活維持に関する課題への対応技術】の〈認知症〉の体験有が71.8%と高かったと考える。【環境調整技術】の〈療養生活調整〉67.9%と体験有の割合が高かったのは、Florence Nightingale(1859)が、「看護はその「生命力」を高めるように環境を調整する営みである」と看護覚え書で述べているように、訪問看護師は環境調整を実践し、学生も体験できたと考える。【活動・休息援助技術】の〈体位変換〉、〈移乗・移動の介助〉、〈歩行の介助〉の体験有が60%以上とリハビリテーションに関して高かった。13の実習施設には、看護師以外にリハビリ専門職である理学療法士等が常勤または病院と兼務等の体制で配置されており、学生のなかには理学療法士と同行訪問する機会もあったからだと考える。【呼吸・循環を整える技術】の〈吸引〉や【排泄援助技術】の〈膀胱内留置カテーテル〉の体験が多かった理由として、実習施設の地域では、在宅での難病療養者の増加から、人工呼吸器装着による吸引や留置カテーテル使用、経管栄養の増加がある。また、計画停電対応に係る調査によると、自宅療養者の方が施設利用者より人工呼

吸器や在宅酸素等の医療機器を使用している人が多く（滋賀県，2012），吸引や膀胱内留置カテーテルの学生の体験が多かったと考える。

2. 看護技術の体験有の割合が低い項目

【人の死の過程に関わる援助技術】の体験有の割合は、〈死後の遺体への対応〉が1.3%、〈臨終を迎える人の家族への援助〉が7.7%と低かった。しかし、学生が訪問看護ステーション実習中に極少数でも体験できたことは、貴重な体験である。訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合（厚生労働省，2010）をみると、訪問看護利用者数が多い地域は、在宅で死亡する者の割合が高い傾向があり、実習施設の地域も訪問看護利用数も多く、極少数の学生が体験できたと考える。【健康生活維持に関する対応技術】の〈せん妄〉1.3%と体験有の割合は低かった。せん妄とは、意識障害の特殊な型の1つで、比較的軽い意識障害に活発な内的体験と精神運動性興奮の加わったものであり、手術後や大酒家に多い（看護・医学事典）。そのため、在宅では学生の体験は少なかったと考える。【安楽確保の技術】の体験有の割合が2.6%と低かったのは、療養者が発熱した時に、冷罨法等の対処を行うのは主に家族であり、訪問看護師が限られた回数や決められた時間では、タイムリーに温罨法や冷罨法等の実施できないことが考えられる。

在宅での【排泄援助技術】はオムツ交換が多く、尿器や便器を利用した排泄援助は長谷川（2007）と同様に少なかった。川嶋ら（2015）は、病棟看護師が行う退院支援の中で日常生活動作では「オムツ交換」「清潔の援助」「移乗方法」を行っていると報告している。自宅では手術や検査のためにベッド上で安静を制限されることが少なく、学生が体験する割合では便器や尿器でなく、オムツ交換の援助が多いと考えられる。【創傷管理技術】の体験有の割合では、胃ろうやストーマケアに関するケアは高いが、在宅中心静脈栄養管理が低かった。在宅中心静脈栄養法の問題点として、介護力の問題、保険制度上の取り扱いの相違、受け皿となる在宅医療の環境整備上の問題がある（白石，2015）。療養生活では経済的な背景も配慮する必要があり、在宅中心静脈栄養を選択するニーズが低く、学生も体験が低かったと考えられる。

3. 本研究の意義と限界

A 大学における訪問看護ステーション実習における学生の看護技術の体験内容の実態を調査により把握できた。しかし、看護技術項目は初年度に作成した項目であり、数年が経過している。今後は他の領域との整合性や訪問看護ステーションの指導者やスタッフと連携を取りながら、項目を再検討し、実習で体験する項目、学内演習で体験する項目に分けて検討していく必要がある。

V. 結論

A 大学の学生が訪問看護ステーション実習で体験した看護技術は、日常生活援助と医療処置を含めて、バイタルサインの測定等の【症状・生体機能管理技術】、オムツ交換、摘便等の【排泄援助技術】、体位変換、移乗・移動の介助等の【活動・休息援助技術】、陰部ケア、整容等の【清潔・衣生活援助技術】と吸引等の【呼吸・循環を整える技術】、褥瘡ケア等の【創傷管理技術】、認知症等の【健康生活維持に関する課題への対応技術】が多かった。体験割合が低い看護技術は、【人の死の過程に関わる技術】、せん妄等の【健康生活維持に関する課題への対応技術】や冷罨法等の【安楽確保の技術】、【排泄援助技術】では尿器・便器の使用等であった。

謝辞

本研究にご協力いただきました学生の皆様に心より感謝申し上げます。

文献

- 長谷川珠代，鶴田来美，五十嵐久人，他（2007）：在宅ケア実習における基本的看護技術実施と課題，南九州看護研究誌，5（1），53-60。
- 石垣和子（2005）：「在宅看護論」教育の推進に向けた調査研究報告書，1-44。
- 金子道子，石井八恵子（2003）：看護学臨地実習ガイドンス1，医学芸術社，東京。
- 川嶋元子，森昌美，松宮愛，他（2015）：病棟看護師の退院支援の現状と課題—患者が地域へ安心して戻るために—，聖泉看護学研究，4，29-38。
- 厚生労働省（2013）：社会保障審議会 介護保険部会（第

- 47回) 平成25年9月4日 認知症施策の推進について.
- 厚生労働省 (2010) : 在宅医療の最近の動向, www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/.../h24_0711_01.pdf, [検索日 2016年8月20日].
- 御田村相模, 内藤恭子 (2016) : 在宅看護実習における学生のアセスメント力支援の方法を検討する—日常生活援助技術経験率から—, 日本看護学会論文集 看護教育, 46, 27-30.
- 内藤恭子, 深谷由美, 伊奈派秀, 他 (2013) : 訪問看護 臨地実習における看護技術の経験に関する報告 (Ⅱ) —卒業時到達度の検討—, 日本看護学会論文集 地域看護, 43, 167-170.
- 内藤恭子, 深谷由美, 篠田晃子, 他 (2014) : 訪問看護実習における学生の看護技術経験に関する研究 アンケートにみる臨床指導者の認識, 日本在宅看護学会誌, 3 (1), 91.
- 中西睦子, 大石実 (2002) : 看護・医学事典 第6版, 医学書院.
- Nightingale, Florence (1860) / 湯楨ます・薄井坦子・小玉香津子・他 (2011), 看護覚え書—看護であること・看護でないこと—, 現代社.
- 桶河華代, 流郷千幸, 上野範子, 他 (2012) : 新設看護学部における看護実践能力育成のための看護技術項目の検討, 聖泉看護学研究, 1, 11-27.
- 社団法人全国訪問看護事業協会 (2003) : 訪問看護ステーションのサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書.
- 滋賀県 (2012) : 1. 滋賀県における在宅医療等の現状 www.pref.shiga.lg.jp/e/lakadia/files/honbun.pdf, [検索日 2016年8月20日].
- 白石丈也 (2015) : 在宅での静脈栄養法—HPNをいかに安全・安心に継続するか, 薬事, 57 (9), 87-92.
- 武田利明 (2011) : 第2回 (平成21年度) 日本褥瘡学会実態調査委員会報告1 療養場所別褥瘡有病率, 褥瘡の部位・重症度 (深さ), 褥瘡会誌, 13 (4), 625-632.
- 山内豊明, 三管里香, 志賀たずよ (2003) : 訪問看護実践に必要とされるフィジカルアセスメントについての現状調査, 日本看護医療学会雑誌, 5 (1), 35-42.