

資 料

基礎看護技術教授内容の検討 基礎看護学実習における技術項目の実施経験の確認から

竹内 貴子¹ 中島佳緒里¹ 巻野 雄介¹ 酒井田由紀¹ 加藤 広美¹
高下 翔¹ 野崎 邦子¹ 山田 聡子¹

要旨

本学における基礎看護学実習は、日常生活における援助技術と診療の補助技術を学習する演習科目を履修した後に開講される。既習の技術を基礎看護学実習において実施する経験をもつことが、技術修得や学びの深まりに必須であると考えられる。そこで今回、基礎看護学実習Ⅱにおいて、本学の「看護師教育における卒業時の技術到達度自己評価」に示す技術項目の実施状況と実施機会の有無について確認を行った。その結果、実施率の高い看護技術は、授業で教授している内容であった。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、バイタルサイン測定については全員が実施していた。一方、便器・尿器の使用やストレッチャーの移送・移乗は実施が少なく、実施の機会もなかった。足浴・手浴については、実施する機会があるにも関わらず実施していないことが多く、教員の積極的な介入によって実施に至ると思われた。

キーワード 基礎看護学実習 看護技術 卒業時の技術到達度 実施状況

I. はじめに

平成 16 年 3 月 26 日に文部科学省の看護学教育の在り方に関する検討会から、看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標が報告された（文部科学省, 2004）。その後、厚生労働省から「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」が示された（厚生労働省, 2008）。さらには、看護師に求められる実践能力の育成についても「看護教育の内容と方法に関する検討会報告書」の中で教育方法が示された（厚生労働省, 2011）。これらを受け、本学においても独自に目標を定めて、2 年次の基礎看護学実習終了時、3 年次、4 年次の各看護学領域実習終了時に学生が技術到達度の自己評価を行っている。

学生が基礎看護学実習で経験する看護技術は、授業で学習していることが望ましい。看護教育の内容と方法に関する検討会報告書（厚生労働省, 2011）の中で

も、看護師に求められる実践能力を育成するための教育方法として、講義・演習・実習の効果的な組み合わせについて述べられ、「学内でシミュレーション等を行うなど臨地実習に向けて準備をしておくことにより、効果的に技術を習得することが可能となる」としている。本学の基礎看護学実習Ⅱは、実習開始までに日常生活援助技術（科目名：基礎看護技術Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）・診療の補助技術（科目名：基礎看護技術Ⅳ）に関する講義・演習を終えてから開講される。そのため、基礎看護学実習で実施する可能性のある援助技術を学習していることが必要である。

本学の看護師教育における卒業時の技術到達度自己評価は、到達レベルの評価を「実施できた」を基準としている。基礎看護学実習の開講は 4 施設にわたって、また受け持ち患者は安静度や自立度も様々であり、学生が技術到達度自己評価で「実施できた」と評価できない場合、実習において実施の機会がない場合が考えられる。そのため学生の到達度を上げるためには、基礎看護学実習Ⅱ終了時に学生が行っている技術

¹ 日本赤十字豊田看護大学

到達度の自己評価の「実施できた」だけでなく、技術到達度の評価を行っている技術の種類について実施する機会があったのか、無かったのかに着目することが必要である。実施する機会の有無を明確にすることにより、我々は次年度以降の教授する看護技術や演習時間について検討でき、その結果として到達度を上げられる可能性がある。

今回、本学における「看護師教育における卒業時の技術到達度自己評価表」をもとに、実習中に学生が技術を「実施したか」「実施する機会があったか」「実施する機会がなかった」について、実習病棟を担当した教員が確認した。これらの内容をまとめ、次年度以降の基礎看護技術の教授する技術項目の適切性を検討したため、その結果を報告する。

II. 基礎看護学実習Ⅱの概要

本学の基礎看護学実習は、基礎看護学実習Ⅰと基礎看護学実習Ⅱの2科目である。基礎看護学実習Ⅰは、1単位45時間の臨地実習でシャドーイングが中心であり、看護技術の実施は一部参加にとどまっている。基礎看護学実習Ⅱは、2単位90時間の科目であり、2年次の1月～2月に2週間ずつ3クールに分けて、約130名の学生を24グループ(5～6人/グループ)に分けて開講する。基礎看護学実習Ⅱでは初めて受け持ち患者を持ち、日常生活援助を中心として必要な看護技術を実施する。実習目的を「基礎看護学で学んだ内容を活用し、対象を一人の人間(統合された全体)として理解するとともに、看護過程を展開するための基礎的能力を養う。さらに、実習体験を通し、対象にとってよりよい看護実践について考察を深める」としている。

指導体制は、各グループに1名の教員配置となっている。教員は、実習開講病棟で臨地実習指導担当看護師とともに技術・看護過程等の指導を行っている。

III. 本学の「看護師教育における卒業時の技術到達度自己評価」について

本学の卒業時の技術到達度の評価内容は、厚生労働省の「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」の13項目142種類に、さらに赤十字災害看護学の領域

について1項目6種類を追加した計148種類である。厚生労働省の卒業時の到達度レベルについては「Ⅰ：単独で実施できる、Ⅱ：看護師・教員のもとで実施できる、Ⅲ：学内演習で実施できる、Ⅳ：知識としてわかる」となっているが、本学の到達レベルは「Ⅰ：単独で実施できた、Ⅱ：看護師・教員の指導のもとで実施できた、Ⅲ：見学できた(学内演習で実施できた)、Ⅳ：実施・見学はしないが、知識としてわかった」としている。

IV. 方法

1. 対象者

調査期間中に基礎看護学実習Ⅱ2単位90時間を行った本学学生135名

2. 調査期間

2019年1月15日から2019年2月22日

3. 調査内容

本学における「卒業時の技術到達度自己評価」の赤十字災害看護学領域の項目を除いた技術の種類について、それぞれの実習病棟で実習期間中の受け持ち患者に対し「実施できた」、「実施する機会があったが実施していない」、「実施する機会がなかった」の3段階で、各グループの学生指導を直接担当した教務補佐を含む計10名の教員が確認した。実施する機会については、実習期間中の学生の受け持ち患者の状態から、各病棟の担当教員が判断した。

得られた結果から、本学の到達度レベルが「Ⅰ：単独で実施できた、Ⅱ：看護師・教員の指導のもとで実施できた」としている技術の種類であって、「学生間で実施した」「モデル人形で実施した」のように患者以外を対象とする実施状況の内容、および「〇〇がわかる」のように理解度を問う内容は除外し、基礎看護技術で教授している最終39種類の技術のみを分析対象とした。

4. 倫理的配慮

この調査は、基礎看護技術の教授内容の適切性を検討する目的で実施している。そのため、個人を特定して分析することは無いこと、成績評価には影響しない

ことを口頭で説明を行った。

V. 結果

1. 5 割以上の学生が実施した看護技術

今回の調査で、基礎看護学実習Ⅱにおいて5割以上の学生が実施した看護技術の実施率を表1に示す。

「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」、「バイタルサインが正確に測定できる」の2つの技術は100%の実施率であった。また、「必要な防護用具（手袋、ゴーグル、ガウン等）の装着ができる」は94.1%、「感染性廃棄物の取り扱いができる」は77.8%の実施率であった。その他、実施率の高かった援助技術は「患者にとって快適な病床環境をつくることができる」が94.8%、「基本的なベッドメイキングができる」が79.3%、「陰部の清潔保持の援助ができる」が77.8%、「患者のおむつ

交換ができる」が76.3%となり、環境調整技術、および清潔・衣生活援助技術、排泄援助技術が占める結果となった。

「実施する機会はあったが実施していない」が0%だった項目は、100%の実施率であった技術以外では、「感染性廃棄物の取り扱いができる」「使用した器具の感染防止の取り扱いができる」などの感染予防技術と「患者のおむつ交換ができる」「臥床患者の清拭ができる」などの7項目であった。

2. 実施率が5割に満たない看護技術

実施率が5割に満たない看護技術で、学内で演習を実施している日常生活援助技術の実施状況を表2に示す。「臥床患者の体位変換ができる」が47.4%、「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」が42.2%、「患者の状態に合わせた足浴・手浴ができる」が40.7%の実施率であった。次いで「臥床患

表1 5割以上の学生が実施した看護技術

技術の種類	実施できた		実施する機会はあったが実施していない		実施する機会がなかった	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
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	135	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
バイタルサインが正確に測定できる	135	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
患者にとって快適な病床環境をつくることができる	128	(94.8)	7	(5.2)	0	(0.0)
必要な防護用具(手袋、ゴーグル、ガウン等)の装着ができる	127	(94.1)	0	(0.0)	8	(5.9)
基本的なベッドメイキングができる	107	(79.3)	11	(8.1)	17	(12.6)
陰部の清潔保持の援助ができる	105	(77.8)	1	(0.7)	29	(21.5)
感染性廃棄物の取り扱いができる	105	(77.8)	0	(0.0)	30	(22.2)
患者のおむつ交換ができる	103	(76.3)	0	(0.0)	32	(23.7)
使用した器具の感染防止の取り扱いができる	101	(74.8)	0	(0.0)	34	(25.2)
患者が身だしなみを整えるための援助ができる	99	(73.3)	10	(7.4)	26	(19.3)
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ことができる	98	(72.6)	6	(4.4)	31	(23.0)
臥床患者の清拭ができる	87	(64.4)	0	(0.0)	48	(35.6)
患者を車椅子で移送できる	86	(63.7)	2	(1.5)	47	(34.8)
患者の機能や行動特性に合わせて転倒・転落・外傷予防ができる	80	(59.3)	1	(0.7)	54	(40.0)
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	79	(58.5)	2	(1.5)	54	(40.0)
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	79	(58.5)	0	(0.0)	56	(41.5)
患者の歩行・移動介助ができる	76	(56.3)	6	(4.4)	53	(39.3)
失禁をしている患者のケアができる	68	(50.4)	0	(0.0)	67	(49.6)

表2 実施率が5割に満たない看護技術（授業で演習を行っている日常生活援助技術）

技術の種類	実施できた		実施する機会はあったが実施していない		実施する機会がなかった	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
臥床患者の体位変換ができる	64	(47.4)	1	(0.7)	70	(51.9)
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	57	(42.2)	9	(6.7)	69	(51.1)
患者の状態に合わせた足浴・手浴ができる	55	(40.7)	23	(17.0)	57	(42.2)
臥床患者のリネン交換ができる	38	(28.1)	4	(3.0)	93	(68.9)
臥床患者の洗髪ができる	31	(23.0)	6	(4.4)	98	(72.6)
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)	26	(19.3)	0	(0.0)	109	(80.7)
患者のストレッチャー移送ができる	11	(8.1)	1	(0.7)	123	(91.1)
患者をベッドからストレッチャーへ移乗できる	11	(8.1)	1	(0.7)	123	(91.1)
患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる	9	(6.7)	2	(1.5)	124	(91.9)

者のリネン交換ができる」が28.1%、「臥床患者の洗髪ができる」が23.0%であった。

実施率が5割に満たない看護技術の中で、実施する機会があったにも関わらず実施していなかった学生が多かったのが、「患者の状態に合わせた足浴・手浴ができる」(17.0%)、「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」(6.7%)、「臥床患者の洗髪ができる」(4.4%)であった。

「患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる」(6.7%)、「患者のストレッチャー移送ができる」(8.1%)、「患者をベッドからストレッチャーへ移乗できる」(8.1%)については、学内で演習を行っているにも関わらず実施率が低かった。またこれらは、実施する機会についてもほとんどなかった。

実施率が5割に満たない看護技術で、診療の補助技術の実施状況を表3に示す。診療の補助技術の実施率は日常生活援助と比べて低く、どれも15%以下の実施率であった。その中でも「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」の実施率が一番高く、14.8%であった。次いで「点滴静脈内注射の輸液の管理ができる」が14.1%であった。これらの診療の補助技術は、実施する機会があったが実施しなかった学生も多い。実施しなかった学生は「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」については5.9%、「点滴静脈内注射の輸液の管理ができる」については14.8%であった。その他、「簡易血糖測定ができる」の実施率は5.9%であり、実施する機会があったが実

施しなかった学生は11.9%であった。「気道内加湿ができる」の実施率は0%であり、「輸液ポンプの基本的な操作ができる」も0%であったが、輸液ポンプについては4.4%の学生は実施する機会があったという結果であった。

VI. 考察

1. 実施率の高い看護技術

全学生がスタンダード・プリコーション（標準予防策）に基づく手洗いを実施できたこと、および防護用具の装着や感染性廃棄物の取り扱いについて実施機会のある学生の全員が実施していたことから、基礎看護学実習Ⅱにおいて感染予防に関する技術が確実に実施されていることが明らかになった。手洗いや防護用具の装着や感染性廃棄物の扱いは、1年次前期の演習科目である。基礎看護技術Ⅰのガイダンスから感染予防対策を意識させ、講義と演習で具体的な手洗い方法・個人防護用具の使用方法を教授し、その後も毎回の演習内容に応じて臨床現場に準じた防護具を使用して習慣化させるように行った教育が反映された結果と思われる。

バイタルサインも全学生が実施できていた。バイタルサインの測定技術は1年次前期の演習科目で教授し、血圧測定についての技術試験を実施している。技術試験項目にしているために学生たちは他の技術より自己練習を重ねており、技術の習得度が向上し、さらに基礎看護学実習Ⅱの初日に受け持ち患者のバイタルサインを測定することを学生に勧奨していることか

表3 実施率が5割に満たない看護技術（診療の補助技術）

技術の種類	n=135			
	実施できた 人数 (%)	実施する機会があったが 実施していない 人数 (%)	実施する機会が なかった 人数 (%)	
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	20 (14.8)	8 (5.9)	107 (79.3)	
点滴静脈内注射の輸液の管理ができる	19 (14.1)	20 (14.8)	96 (71.1)	
酸素吸入療法が実施できる	9 (6.7)	0 (0.0)	126 (93.3)	
検査の介助ができる	9 (6.7)	0 (0.0)	126 (93.3)	
簡易血糖測定ができる	8 (5.9)	16 (11.9)	111 (82.2)	
正確な検査が行なえるための患者の準備ができる	3 (2.2)	2 (1.5)	130 (96.3)	
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	2 (1.5)	1 (0.7)	132 (97.8)	
検査後の安静保持の援助ができる	2 (1.5)	1 (0.7)	132 (97.8)	
酸素ポンプの操作ができる	1 (0.7)	3 (2.2)	131 (97.0)	
針刺し事故防止の対策が実施できる	1 (0.7)	0 (0.0)	134 (99.3)	
気道内加湿ができる	0 (0.0)	0 (0.0)	135 (100.0)	
輸液ポンプの基本的な操作ができる	0 (0.0)	6 (4.4)	129 (95.6)	

ら、実施率が高くなったと考える。

陰部の清潔を保つ援助やおむつ交換の技術は、約 8 割弱の実施率であった。これらは学生の受け持ち患者の特徴が反映されており、おむつを使用している患者や陰部洗浄等の援助を要する患者を受け持つことが多いことによるものと考えられる。また、実施の機会があったが実施していないということもほとんどなく、多くの学生が実施できている技術であった。病床環境の整備やベッドメイキングも実施率の高い技術であった。

これらの実施率の高い看護技術は、先行研究（青木、徳永、岡田他、2006; 吾妻、前川、重松他、2011; 井上、今井、松永他、2014）においてもほぼ 7 割以上の実施率になっており、基礎看護学実習で共通して経験できる技術と考えられる。特に、バイタルサインの測定、感染対策や療養環境整備に関する技術は、受け持ち患者の状態に関わらず実施が可能な技術である。しかし、病床環境の整備やベッドメイキングは実施する機会があったにも関わらず実施していない学生が少数ながらも存在していた。実施に至らなかった理由は不明ではあるが、実施率を上げるために学生の意識付けや実習指導教員からの促し方法を工夫していきたい。ベッドメイキングは看護助手が担当する場合が多い技術であるが、療養環境整備のための技術として修得が必要な技術である。学生が実施できるよう臨地実習指導者との調整を進めていきたい。

また、5 割以上の学生が経験した技術は、「臥床患者の清拭」「車椅子の移送」「安楽な体位」など、受け持ち患者の ADL に合わせた技術であった。これらの技術は、吾妻ら（2010）や井上ら（2014）の報告とも一致していた。これらの技術と患者の安全確保に関する技術である「転倒・転落・外傷予防」の実施率は、ほぼ同率であった。1・2 年生の基礎看護技術演習では、事前課題として安全・安楽・自立・倫理面に考慮した留意点を抽出させており、常に患者の安全にも留意した技術の習得を目指している。演習での学びが活かされた結果となったと推測する。

「患者が身だしなみを整えるための援助ができる」については、7 割を超える学生が実施できているが、実施する機会があったが実施していない学生も 1 割には満たないが存在している。この技術は授業の演習項目として取り上げる内容ではなく、すべての日常生活援助の共通する内容である。演習の中で十分に意識づ

けられていない可能性があるため、整容の講義内容等と演習時の指導で意図的に指導を行っていく必要がある。

2. 実施率の低い看護技術

日常生活援助技術のうち、5 割未満の実施率だったのは「臥床患者の体位変換」「車椅子への移乗」「足浴・手浴」「臥床患者のリネン交換」「臥床患者の洗髪」など 9 項目であった。これらの技術の実施率が低いことは、青木ら（2006）、本田らの研究（本田、升田、青山、2016）でも同様の傾向だった。「臥床患者の清拭」の実施率が 6 割以上であったにもかかわらず、「臥床患者の体位変換」「臥床患者のリネン交換」「臥床患者の洗髪」が低い実施率であったことは、臥床が手術などの術後で一時的であった可能性が考えられる。また、学生の「卒業時の技術到達度自己評価」の技術の実践について、「清拭をした」「洗髪をした」と表現されている技術は、「臥床患者の」という表現になっており、座位等の別の体位については問われていない。そのため、座位での清拭の介助・座位での洗髪の実施に着眼した場合、もう少し多くの学生が実施している可能性がある。例えば、洗髪の実施率でみると、青木ら（2006）の報告では臥床あるいは洗髪車を使用した洗髪は 3.4% であったが、実際に洗髪台を使用した洗髪では 16.9% と増加していた。井上ら（2014）が報告した実施率では、ケリーパッド・洗髪車・洗髪台による洗髪の集計であり洗髪台での実施を含めて 32.5% の実施である。しかし、「臥床患者の清拭」を 6 割実施していたことと比較すると、「臥床患者の洗髪」を実施したのは 2 割であり、臥床患者の半数に満たない結果であった。臥床患者の洗髪は学生にとって難易度の高い技術であり（横山、小澤、香春他、2003）、技術の実施に自信がないために消極的になりやすい状況が窺えた。また、臥床患者の洗髪の演習を本学では洗髪車を用いて行っており、実習施設に洗髪車がない場合には援助の手順が十分に考えられないことも実施率を下げた理由の一つである。

「便器・尿器を使用した排泄援助」は先行研究と同様に実施率が低く、1 割台にとどまっていた。本田ら（2016）は、排泄の援助は在院日数が短縮される中で実施機会が非常に少なくなっていることを指摘しており、便器や尿器を適用する患者そのものが少なくなっ

ている現状が反映された結果だと考える。患者のおむつ交換の援助の実施が8割に近い結果であったことから、臨床では便器・尿器が使用されていない現状があると思われた。また、ストレッチャー移送・移乗についても1割に満たない実施率であった。これも臨床ではベッドのままの移送が主となっているためと思われる。これらの「便器・尿器を使用した排泄援助」「ストレッチャー移送・移乗」については実施率が低い技術であるが、現在は講義のみではなく演習も実施している。病院での看護技術の実施の現状を捉えて、授業方法についても検討が必要と思われた。

表2の実施率が5割に満たない看護技術の中で、足浴・手浴の技術の実施率は約4割であった。足浴は、吾妻ら(2010)が8割以上の実施であると報告しているように、基礎看護学実習においては学生が積極的に実施できる援助技術のひとつである。実施機会があったにも関わらず実施していない学生が2割近く存在しており、全身清拭や陰部洗浄と比較すると学生にとって援助の優先順位が低くなっていることは明らかである。これは、教員は足浴・手浴の実施が必要と判断したが、学生のアセスメントの不足により実施の判断に至らなかったと考えられる。足浴や洗髪は、患者のできない部分を補うとともに安楽を提供できる技術の一つであり、患者の療養生活をより快適に安楽にすることは、人間の持つ自然な回復過程を整えるという看護の専門性である(川島, 2011)。受け持ち患者の療養生活を整えるためには、清潔保持を目的にした清拭にとどまらずに、足浴や洗髪などの患者にとってより爽快感や安楽が得られる援助を基礎看護学演習の段階から積極的に計画できるよう指導する必要性が確認できた。

同じく、表2の実施が5割に満たない看護技術の中で車椅子への移乗の技術について、実施は約4割であり、実施する機会はあったが実施していない学生は6.7%で、表1の車椅子で移送する技術については約6割の実施であったことから、移送は行っているが移乗の実施は少ない状況があった。移乗の援助は、片麻痺のある患者や骨折の治療による免荷の患者への実施が多いため、移乗時の転倒の可能性を考慮し、患者の安全を優先した結果と考えられる。手浴足浴については積極的に介入して実施する必要があるが、車椅子への移乗は患者の安全を優先し、患者の状況に応じて学生

の実施については検討する必要があると思われる。

診療の補助技術の実施状況については、いずれも2割に満たない結果であった。これらの技術は先行研究においても同様の結果であり、2年生では診療の補助技術に対する学生のレディネスも不十分で、実施する機会があっても実施するには難しい技術である。西田らが臨地実習を終了した4年生に実施した報告(西田, 矢野, 青木他, 2008)では、「膀胱留置カテーテルの管理」「輸液の管理」「輸液ポンプの操作」「酸素吸入療法」「酸素ボンベの取り扱い」「針刺し事故の予防」について8割以上の実施率であることが報告されており、各論実習で経験できる可能性の高い技術であると予測される。従って、診療の補助技術については基礎看護学実習で経験ができなくても、卒業までの4年間で経験できる可能性が示唆された。基礎看護学実習Ⅱにおいては、看護過程の展開と日常生活援助を実施することを実習の目標に置いているが、病気をもったその人を全人的にとらえるためには、治療に伴う処置や検査の補助技術は必須である。膀胱留置カテーテルの管理や点滴の滴下管理は2年生でも実施可能な技術であり、実習中に学生が観察や管理の視点を持てるよう積極的に意識づける必要があるが、診療の補助技術についてどの程度の実施が可能であるのか、検討の必要もあると思われる。

Ⅶ. まとめ

基礎看護学実習Ⅱにおいて、教員が学生の「卒業時の技術到達度自己評価」の技術実施を確認することにより、臨地実習における「看護技術の実施状況」と「看護技術の実施機会」について明らかにできた。実施率の高い看護技術は、授業で教授している内容であることが明確になった。反対に実施率の低い内容について、教授の方法を演習で実施するか講義のみとするかは今後の検討と思われる。また、実施機会があるのに実習での実施率が低い足浴・手浴については、積極的に教員が介入することで学生の実施率が上がると思われる。今回の確認で明らかになったことを、今後の教授内容に反映させたい。

文献

青木光子, 徳永なみじ, 岡田ルリ子, 関谷由香里, 酒

- 井淳子, 岡部喜代子 (2006). 基礎看護学実習における看護技術の経験状況. 愛媛立医療技術大学紀要, 3, 7-44.
- 吾妻知美, 前川幸子, 重松豊美, 服部容子, 阿部朋子 (2010). 基礎看護学実習において学生が経験した看護技術の現状－「基礎看護技術経験録」の分析から－. 甲南女子大学研究紀要, 4, 105-113.
- 本田由美, 升田茂章, 青山美智代 (2016). 基礎看護学実習において学生が経験した看護技術. 奈良県立看護紀要, 2, 79-88.
- 井上美代江, 今井恵, 松永早苗, 辻俊子, 井上照代, 上野範子, 森下妙子 (2014). 基礎看護学実習 I・II における看護技術の経験状況と課題. 聖泉看護学研究, 3, 83-91.
- 川島みどり (2011). 触れる・癒やす・あいだをつなぐ手 TE-ARTE 学入門. 東京: 看護の科学社.
- 厚生労働省 (2008). 平成 20 年 2 月 8 日付け厚生労働省医政局課長通知, 医政看発第 0208001 号「助産師、看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」について.
https://www.hospital.or.jp/pdf/15_20080208_01.pdf (2019 年 10 月 31 日閲覧)
- 厚生労働省 (2011). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書 (平成 23 年 2 月 28 日).
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf> (2019 年 10 月 31 日閲覧)
- 文部科学省 (2004). 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標 (看護学教育の在り方に関する検討会報告) (2004 年 3 月 26 日).
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm
(2019 年 10 月 31 日閲覧)
- 西田慎太郎, 矢野紀子, 青木光子, 豊田ゆかり, 中平洋子, 西田佳世, 室津史子, 中西純子 (2008). 臨地実習における看護技術経験の実態. 愛媛県立医療技術大学紀要, 5, 105-112.
- 横山美樹, 小澤道子, 香春知永, 大久保暢子, 佐伯由美 (2003). 基礎実習におけるフィジカルアセスメント技術. 基礎看護技術の実態. 聖路加看護大学紀要, 29, 40-46.