

本学科学学生が卒業時までには経験した 看護技術項目の到達レベル：技術経験録の分析から

丸尾 智実・川村 千恵子・早瀬 麻子
岩瀬 貴美子・脇坂 豊美・前田 勇子

Student Achievement of Nursing Skills at
Graduation on Par with Education Goals:
From an Analysis of the Checklist of Nursing Skills

MARUO Satomi, KAWAMURA Chieko, HAYASE Mako,
IWASE Kimiko, WAKISAKA Toyomi and MAEDA Yuko

抄録：

【目的】本研究は本学科学学生が卒業時までには経験した看護技術項目の到達レベルに達した人数の割合を把握し、今後の課題を検討することを目的とした。

【方法】対象者は本研究の参加に同意し本学科で作成した技術経験録を提出した41名（回収率52.6%）で、分析は技術経験録の項目毎に各到達レベルの人数を集計し、目標として定めている卒業時の到達レベルに達した人数の割合を示すこととした。

【結果】83項目中、到達レベルに達した人数の割合が8割以上であった項目は11項目（13.2%）で、バイタルサインの測定（87.8%）、コミュニケーションの促進（87.8%）、感染予防の技術（85.4%）等であった。反対に、1割以下であった項目は16項目（19.2%）で、コロストミー・ウロストミーの観察と管理（0.0%）、摘便（2.4%）、胸骨圧迫法（2.4%）等であった。

【結論】看護技術項目の到達レベルの設定や評価方法を再考すること、学生が自ら看護技術項目の到達レベルを上げるための行動がとれるように指導すること、学生が経験した看護技術について学生と教員・実習施設指導者が共有する必要があることが示唆された。

キーワード：看護技術、到達レベル、技術経験、看護学実習

I. はじめに

近年、少子高齢化や医療の高度・専門化の進展、在院日数の短縮など、患者を取り巻く医療的背景が複雑化かつ多様化している。一方、国民の医療安全に関する意識の向上に伴い、医療機関において患者の安全が重要視されることから、看護学生が臨地実習で経験する看護技術の範囲や機会が限定される傾向にあることが指摘されている（厚生労働省，2007）。そのため、卒業時に1人でできる看護技術が少なく、就職

後に自信が持てないまま不安の中で業務を行うこととなり（厚生労働省，2007）、それが新卒看護師の早期離職の要因の1つとなっていることが指摘されている（平賀ら，2007）。このような背景から、看護基礎教育課程において看護実践能力を高める効果的な教育を行うことが求められており（松井ら，2015）、各看護系大学では、創意工夫をしながら教育活動を行っている現状がある。

看護実践能力は、看護実践における専門的責任を果たすために必要な個人的適性や態度、姿勢、価値観、知識そして技術などの一連の特性

を効果的に発揮できる能力である(高瀬ら, 2011)。本学看護学科(以下, 本学科)では, 完成年度を迎えた翌年に各看護学領域の教育内容の評価について教員全体で意見交換を行った結果, 看護実践能力のうち, 特に看護技術面において, 本学科学生が卒業時までに必要な看護技術を自身で網羅的に把握し意識的に経験を積み上げられるような仕組みが必要であることを認識した(前田ら, 2015)。このような課題から, 文部科学省(2011)が看護学士課程を修了する学生が習得すべき必要不可欠なコアとなる教育として示した「学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」を参考に, 各実習科目において経験することが望ましいと考えられる看護技術項目を抽出し, 本学科独自の「看護学実習技術経験録(以下, 技術経験録)」を作成した(前田ら, 2015)。今回, 技術経験録を卒業まで使用した最初の学年が卒業を迎えるにあたり, 本学科学生が卒業時まで経験した看護技術項目の到達レベルの概要を明らかにし, 今後の本学科の看護教育の課題を明確にする必要があると考えた。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は, 本学科学生が卒業時まで経験した看護技術項目の到達レベルの概要を明らかにし, 今後どのような教育的指導を行っていく必要があるかを検討することである。

Ⅲ. 方 法

1. 対象

本研究の対象候補者は, 本学科に所属する 4 年次生の 78 名とした。そのうち, 本研究の参加に同意し, 同意書と本学科で作成した技術経験録を提出した 41 名(回収率 52.6%)を対象者とした。

2. 研究期間

研究期間は, 2015 年 9 月~2016 年 3 月であった。

3. 分析内容および分析方法

分析内容は, 対象者が提出した技術経験録の

看護技術項目の到達レベルとした。なお, 本学科の技術経験録は, 文部科学省(2011)が定めた「学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」の「Ⅱ群 根拠に基づき看護を計画的に実践する能力」にある「9) 看護援助技術を適切に実施する能力」に含まれる 17 の技術コードを整理し, 「日常生活援助技術」, 「呼吸・循環を整える技術」, 「与薬の技術」, 「救命救急処置技術」, 「症状・生体機能管理技術」, 「感染予防の技術」, 「療養に関する相談」, 「健康に関する教育」の 8 つの技術内容に再構成し, 最終的に 83 項目を採用している(前田ら, 2015)。また, これらの項目は, 2~4 年次までに行う 9 つの看護学実習で経験することを目標としている。学生は, 各細目項目について, 【レベル 1】知識としてわかる(講義・演習・自己学習により知識を習得できる), 【レベル 2】見学(実施はしていないが見学を通して理解できる), 【レベル 3】指導の下で実施できる(指導や部分的な援助を受けながら実施できる), 【レベル 4】単独で実施できる(事前に指導を受け, 監督下でほぼ援助を受けることなく実施できる)の 4 つから, 自身の到達レベルを実習前, 実習中, 実習後に確認し, 最終的に 1 つを選択する。さらに, 各細目項目は, 各看護学実習終了時に学生に目指してほしい到達レベルをグレーで示し, 学生の看護技術習得の到達目標の参考として活用できるように表記している(前田ら, 2015)。

分析は, これら 83 項目の看護技術について, 対象者が卒業時まで経験した看護技術項目の到達レベルを集計し, 卒業時の目標として定めている看護技術項目の到達レベルに達した人数の割合を示すこととした。

4. 倫理的配慮および利益相反

対象者には, 本研究の目的や内容, 方法および個人情報厳守すること, 本研究への参加は自由意思であり参加に同意した後でもいつでも辞退できること, 参加辞退によって不利益を被らないこと等について, 文書を用いて口頭で 3 回説明を行った。その後, 同意の得られた対象者からは文書で同意を得るとともに, 技術経験録を提出してもらった。また, 本研究の説明および技術経験録の提出は, 実習や看護技術に関

わる演習がすべて終了した後に行い、看護技術に関わる授業評価・成績とは一切関係ないことを強調するよう配慮した。なお、本研究において利益相反は一切なく、甲南女子大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

IV. 結果

対象者が卒業時までには経験した看護技術項目の到達レベルに達した人数とその割合を表1に

表1 各看護技術項目の到達レベルに達した人数とその割合

項目	n	到達レベル (n)*1				到達レベルに達した人数 (n)	割合 (%)**2
		1	2	3	4		
I. 日常生活援助技術							
1. 環境調整							
1) 環境整備	41	5	2	0	34	34	82.9
2) ベッドメイキング	41	6	1	3	31	31	75.6
3) シーツ交換	41	8	1	1	31	31	75.6
2. 活動・休息							
1) 睡眠を促す援助	41	10	0	5	26	26	63.4
2) マッサージ・リラクゼーション	41	12	3	7	19	19	46.3
3) 安楽な体位の保持	41	4	1	8	28	28	68.3
4) 体位変換	41	5	1	8	27	27	65.9
5) 移動・移送 (歩行など)	41	7	1	2	31	31	75.6
6) 移動・移送 (車椅子など)	41	6	0	5	30	30	73.2
7) 移動・移送 (抱っこなど)	41	14	0	6	21	21	51.2
8) 活動の援助 (レクリエーションなど)	41	5	1	0	35	35	85.4
9) 身体的リハビリテーション	41	5	9	7	20	20	48.8
10) 心理・社会的リハビリテーション	41	10	7	5	19	19	46.3
3. 清潔							
1) 入浴	41	5	2	27	7	34	82.9
2) シャワー浴	41	7	2	25	7	34	78.0
3) 清拭	41	8	1	7	25	25	61.0
4) 洗髪	41	8	3	8	22	22	53.7
5) 手浴	41	22	2	6	11	11	26.8
6) 足浴	41	19	1	5	16	16	39.0
7) 陰部洗浄	41	9	1	11	20	20	48.8
8) 寝衣交換	41	6	3	3	29	29	70.7
9) 口腔ケア	41	6	2	3	30	30	73.2
10) 整容	41	7	1	3	30	30	73.2
4. 食事・栄養管理							
1) 食事介助	41	6	1	1	33	33	80.5
2) 経管栄養	41	23	9	9	0	9	22.0
5. 排泄援助技術							
1) 自然排泄を促す援助	41	11	4	5	21	21	51.2
2) 便器介助	41	27	4	2	8	8	19.5
3) 尿器介助	41	25	6	2	8	8	19.5
4) ポータブルトイレ介助	41	30	6	3	2	2	4.9
5) おむつ交換	41	9	0	6	26	26	63.4
6) 浣腸	41	17	22	2	0	2	4.9
7) 摘便	41	15	25	1	0	1	2.4
8) 膀胱内留置カテーテルの観察と管理	41	11	7	15	8	8	19.5
9) コロストミー・ウロストミーの観察と管理	41	33	4	4	0	0	0.0
II. 呼吸・循環を整える技術							
1. 呼吸							
1) 吸引 (口腔・鼻腔)	41	16	18	7	0	7	17.1
2) 吸引 (気管)	40	17	23	0	0	23	57.5
3) 噴霧吸入/気管内加湿法	41	30	4	4	3	3	7.3
4) 酸素吸入	41	14	17	3	7	7	17.1
5) 酸素ボンベの操作	41	21	12	6	2	2	4.9
6) 呼吸法/呼吸訓練	41	15	5	9	12	12	29.3
7) 体位ドレナージ/呼吸リハビリテーション	41	22	6	12	1	13	31.7
8) 人工呼吸器の管理	41	25	12	3	0	3	7.3
9) 低圧胸腔内持続吸引の管理	40	32	3	6	0	6	15.0
10) 誤嚥時の援助	41	35	4	2	0	2	4.9

表 1 各看護技術項目の到達レベルに達した人数とその割合 (つづき)

項目	n	到達レベル (n)*1				到達レベル に達した人数 (n)	割合 (%)*2
		1	2	3	4		
2. 循環							
温罨法・冷罨法	41	9	4	5	23	23	56.1
III. 与薬の技術							
1) 誤薬防止	41	11	17	9	4	4	9.8
2) 経口与薬	41	9	17	6	9	9	22.0
3) 外用薬与薬	41	9	15	4	13	13	31.7
4) 経腸与薬・坐薬	41	23	16	2	0	2	4.9
5) 皮下注射	41	22	19	0	0	19	46.3
6) 筋肉内注射	41	30	11	0	0	11	26.8
7) 末梢静脈内輸液の管理	41	7	22	5	7	7	17.1
8) 中心静脈内輸液の管理	40	25	12	2	1	1	2.5
IV. 救命救急処置技術							
1) 気道確保	41	26	15	0	0	15	36.6
2) 人工呼吸	41	32	9	0	0	9	22.0
3) 胸骨圧迫法	41	40	1	0	0	1	2.4
4) AED	41	39	2	0	0	2	4.9
V. 症状・生体機能管理技術							
1. フィジカルイグザミネーション							
1) バイタルサイン測定	41	4	1	0	36	36	87.8
2) 身体計測	41	7	8	8	18	18	43.9
3) 呼吸音の聴取	41	6	2	0	33	33	80.5
4) 腸蠕動音の聴取	41	7	2	1	31	31	75.6
2. モニタリング							
1) 心電図	41	11	17	13	0	13	31.7
2) 経皮的酸素飽和度	41	7	1	0	33	33	80.5
3. 検査							
1) 検体採取と取扱い	41	16	20	5	0	5	12.2
2) 血糖測定	41	14	22	5	0	5	12.2
VI. 感染予防の技術							
1. 感染予防							
1) 感染予防の技術 (感染成立の輪)	41	5	1	0	35	35	85.4
2) 衛生的な手洗い	41	5	1	0	35	35	85.4
3) 滅菌物の取扱い	41	12	18	11	0	11	26.8
4) 滅菌ガウンテクニック	41	22	19	0	0	19	46.3
5) 滅菌手袋の着脱	41	17	24	0	0	24	58.5
6) 個人防護用具の着脱	41	9	5	0	27	27	65.9
7) 感染性廃棄物の取り扱い	41	7	2	1	31	31	75.6
8) 清潔・不潔の取り扱い	41	5	3	0	33	33	80.5
VII. 療養に関する相談							
コミュニケーションの促進	41	4	1	0	36	36	87.8
VIII. 健康に関する教育							
1. 治療を受ける患者に関わる指導							
1) 治療に伴う指導 (化学療法・薬物療法など)	41	12	11	18	0	18	43.9
2) 自己血糖測定の指導	41	32	5	4	0	4	9.8
3) インスリン自己注射の教育・指導	41	31	8	2	0	2	4.9
2. 手術を受ける患者の指導							
術前・検査オリエンテーション／術前訓練	41	17	21	3	0	3	7.3
3. 退院後の生活に関わる指導							
1) 生活指導 (食事・運動など)	41	8	2	13	18	18	43.9
2) 退院 (退所) 支援・調整	41	6	19	16	0	16	39.0
3) 退院 (退所) 指導	41	6	8	27	0	27	65.9
4) 家族への指導	41	11	15	15	0	15	36.6
5) 社会資源の説明	27	10	9	8	0	8	29.6

各項目で卒業時の到達レベルに達した人数の割合が 8 割以上の項目を黒太字、1 割以下の項目を斜文字で示している。

*1 各項目の卒業時の目標到達レベルをグレーで示している。

【レベル 1】知識としてわかる (講義・演習・自己学習により知識を習得できる)

【レベル 2】見学 (実施はしていないが見学を通して理解できる)

【レベル 3】指導の下で実施できる (指導や部分的な援助を受けながら実施できる)

【レベル 4】単独で実施できる (事前に指導を受け、監督下でほぼ援助を受けることなく実施できる)

*2 割合 = 到達レベルに達した人数 / 各項目の n 数

示す。

卒業時の目標として定めている看護技術項目の到達レベルに達した人数の割合が8割以上であったのは83項目中11項目(13.2%)で、その内容は、バイタルサインの測定(36人, 87.8%), コミュニケーションの促進(36人, 87.8%), 活動の援助(レクリエーションなど)、感染予防の技術(35人, 85.4%), 衛生学的手洗い(35人, 85.4%), 環境整備(34人, 82.9%), 入浴(34人, 82.9%), 食事介助(33人, 80.5%), 呼吸音の聴取(33人, 80.5%), 経皮的酸素飽和度(33人, 80.5%), 清潔・不潔の取り扱い(33人, 80.5%)であった。反対に、看護技術項目の到達レベルに達した人数の割合が1割以下であったのは16項目(19.2%)で、その内容は、コロストミー・ウロストミーの観察と管理(0人, 0.0%), 排便(1人, 2.4%), 胸骨圧迫法(1人, 2.4%), 中心静脈内輸液の管理(1人, 2.5%), ポータルトイレ介助(2人, 4.9%), 浣腸(2人, 4.9%), 経皮的酵素ポンベの操作(2人, 4.9%), 誤嚥時の援助(2人, 4.9%), 経腸与薬・坐薬(2人, 4.9%), AED(2人, 4.9%), インスリン自己注射の教育・指導(2人, 4.9%), 噴霧吸入/気管内加湿法(3人, 7.3%), 人工呼吸器の管理(3人, 7.3%), 術前・検査オリエンテーション/術前訓練(3人, 7.3%), 誤薬防止(4人, 9.8%), 自己血糖測定の指導(4人, 9.8%)であった。

V. 考 察

本研究の特徴は、本学科が作成した技術経験録を初めて使用した学生が卒業時までには経験した看護技術項目の到達レベルの概要を把握したことである。

1. 看護技術項目数からみた到達レベルの評価

本学科が卒業時の目標として定めている看護技術項目において、対象者が到達レベルに達した人数の割合が8割以上であった項目は、83項目中11項目(13.2%)であった。反対に、1割以下の項目は16項目(19.2%)であった。この結果から、技術経験録作成時に想定していた到達レベルよりも低かったと考えられた。

一方で、文部科学省(2011)の「学士課程に

おいてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」では、技術経験録のⅠ～Ⅷの8つの技術内容のおおよその到達レベルについての記載はあるが、本学科が独自に作成したような細かな83項目の看護技術の到達レベルについては記載されていない。そのため、この到達レベルに達した人数の割合が一般的にみて低いかといった点で議論をすることは難しい。したがって、8つの技術内容を83項目に細かに分けたことによって、学生の看護技術の到達レベルは具体的に評価しやすく、学生が何の技術が経験できていないかを具体的に視覚化できるといった点で本学科の技術経験録は評価できるものの、文部科学省(2011)が定めている到達レベルから評価する場合は、8つの技術内容の到達レベルを別途評価する必要性も考えられた。

以上を踏まえ、技術経験の実際の状況の評価した上で看護技術項目や到達レベルが適切であるかを見直す必要があると指摘されていることから(前田ら, 2015)、実習状況および学生の実習経験の実情に合わせて到達レベルの設定を見直すこと、また、卒業時の到達レベルの評価を83項目毎とするのか、8つの技術内容毎とするのかについても再考する必要があると考えられた。

2. 看護技術項目内容からみた到達レベルの評価

卒業時の到達レベルに達した人数の割合が8割以上であった看護技術項目の内容は、環境整備や清潔といった日常生活の援助技術、バイタルサインの測定や呼吸音の聴取といった症状・生体機能管理技術、衛生学的手洗いや清潔・不潔の取り扱いといった感染予防の技術、コミュニケーションの促進といった相談援助で、基本的な看護技術であった。また、1割以下の看護技術項目の内容は、コロストミー・ウロストミーの観察と管理や排便といった日常生活援助の排泄援助技術、胸骨圧迫法やAEDといった救命救急処置技術、中心静脈内輸液の管理や経腸与薬・坐薬といった与薬の技術、インスリン自己注射の教育・指導や術前・検査オリエンテーション/術前訓練といった健康に関する教育、噴霧吸入/気管内加湿法や人工呼吸器の管理といった呼吸・循環を整える技術で、患者の緊急

性や重症度が高いとき、身体的な侵襲があるときに行われる看護技術が中心であった。

看護技術項目の到達レベルに達した人数の割合が高かった看護技術の内容は、1, 2 年次の基礎看護学の演習から着実に積み重ねている基本的な看護技術であり、実習で受け持つ患者の病態の状態によっては高度な技術が必要になる場合もあるものの、比較的、学生が単独で実施しやすい看護技術であった。これらの内容は、評価時期や到達レベル、評価項目の表現は異なるものの、先行研究（森田ら, 2007, 綿貫ら, 2008, 吾妻ら, 2010, 大平ら, 2010, 井上ら, 2014）で報告されている看護技術とほぼ同様であった。また、看護技術項目の到達レベルに達した人数の割合が低かった内容においても、先行研究で報告されている看護技術とほぼ同様であった（森田ら, 2007, 綿貫ら, 2008, 大平ら, 2010）。この理由として、1 人の学生が実習において担当する患者数と病態が限定されるため、経験できる看護技術に限られることがあげられる。しかしながら、実習は個人ではなくグループで行い、学生は他の学生が受け持つ患者の看護について日々学びを共有しており、他の学生がどのような看護技術を体験しているかを情報共有していることが多い。したがって、先行研究（大平ら, 2010）で指摘されているように、自分が受け持つ患者では体験しにくい看護技術を他の学生が経験する機会があれば、他の学生が受け持っている患者や家族の許可を得た上で同行し、看護技術項目の到達レベル（到達レベル 1 から到達レベル 2）を上げるといった調整を図ることも必要であると考えられた。同時に、本学科の技術経験録は、領域別ではなく大学在学中の実習すべてを通して活用することができるように作成している（前田ら, 2015）ことから、学生自身が到達レベルに達していない看護技術項目を把握し、教員と現状を共有して、看護技術項目の到達レベルを上げるための行動がとれるように工夫する必要性も考えられた。

一方、先行研究（大平ら, 2010, 吾妻ら, 2010）の結果から、100% に近い看護技術項目の到達レベルが期待できると考えていたバイタルサインの測定やコミュニケーションの促進、感染予防の技術、衛生学的手洗い、環境整備と

いった項目について、到達レベルに達した人数の割合が 8 割超にとどまったことが課題としてあげられた。これは、対象者が実習で受け持つ患者の病態などが複雑であったため到達レベルが低かったのか、対象者の看護技術そのものの到達レベルが低かったのか、到達レベルの解釈が異なるのか、実際に経験できていないのかといった詳細について、今回の研究では把握できなかった。したがって、実施できると考えられた項目が実施できていない場合は、その理由を確認し、学生の学習環境を整えたり、技術経験録の活用に困難がないかを確認する必要があると考えられた。

3. 本研究の限界と今後の展望

その他の本研究の限界として、約半数の回収率であったことがあげられる。この要因の 1 つに研究依頼と技術経験録の回収を実習が終了してから数か月後に行ったことが考えられる。実習評価に影響しないといった点では適切な時期であったと考えられるものの、学生にとっては国家試験や卒業研究といった実習以外の関心が高まる時期であった。そのため、学生が実習で経験した看護技術経験について十分振り返る機会を持つことができる時期に協力を依頼するなど、協力が得られやすい工夫をする必要があると考えられた。

また、学生が経験した看護技術項目の到達レベルに達した人数の割合が全体的に低かった要因については、これまで記述した以外に、実習において 1 人の学生が担当できる患者数と病態が限定されること、対象者以外の研究対象候補者が経験した看護技術項目が含まれていないことが影響したと考えられた。そのため、看護技術項目の到達レベルが 0% に近かった項目についても学生が全く経験できなかったとは言い難い。

さらに、今回は技術経験録を初めて使用した学年であったことから、卒業時の看護技術の到達レベルに達した人数の割合のみを明らかにした。今後は、学年や領域別実習前後での比較など、学生が大学生活を通して段階的にどのような看護技術を経験できているかについて検討していく必要がある。そして、技術経験録を通じて行う教育が学生の看護実践能力向上の一端と

なるように、技術経験録を用いてどのように指導をすることが望ましいかなど共通した認識をもって教員が看護学教育を行えるように連携を図ることも重要であると考えられた。

謝辞

本研究にご協力いただいた学生の皆様に感謝申し上げます。なお、本研究は、甲南女子大学学術研究及び教育振興奨励基金（研究代表：川村千恵子）を受けて実施した。

引用文献

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」『甲南女子大学研究紀要 看護リハビリテーション学編』4, 105-113.

井上美代江, 今井恵, 松永早苗, 辻俊子, 井上照代, 上田範子, 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.

大平奈津美, 伊藤まゆみ (2010). 「老年看護学領域における基礎看護技術教育の現状と課題－技術到達度表の分析から－」『群馬バース大学紀要』10, 67-74.

厚生労働省 (2007). 「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> (2016年11月11日アクセス可能)

高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子, 川田綾子 (2011). 「看護実践能力に関する概念分析 国外文献のレビューを通して」『日本看護研究学会』34(4), 103-109.

平賀愛美, 布施淳子 (2007). 「就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討」『日本看護研究学会雑誌』30(1), 97-107.

前田勇子, 谷口清弥, 服部容子, 牧野裕子, 岩瀬貴美子, 兼田美代, 藤永新子, 他 (2015). 「臨地実習における各看護学領域共通の技術経験録の導入」『甲南女子大学研究紀要 看護リハビリテーション学編』9, 29-49.

松井晴香, 足立みゆき (2015). 「看護基礎教育におけるシミュレーション教育の現状と課題に関する文献検討」『滋賀医科大学看護学ジャーナル』13(1), 31-34.

森田恵子, 永田美和子 (2007). 「老年看護学実習における看護技術体験率と技術教育のあり方」『桐生短期大学紀要』18, 49-54.

文部科学省 (2011). 「学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/47/siryo/_icsFiles/afieldfile/2011/11/04/1312488_5.pdf (2016年11月11日アクセス可能)

綿貫成明, 大町弥生, 辻村史子, 伊藤良子, 中山由美, 宮地真澄, 平木尚美, 他 (2008). 「成人看護学実習および老年看護学実習において看護学生が見学または実施した看護基本技術の実態－学生による自己評価調査の分析より－」『藍野学院紀要』22, 101-115.