

## 資料

# 4年次臨地実習を終了した学生の看護技術到達度の現状と課題

## —看護技術項目チェックリストを使用して—

林 愛乃<sup>1)</sup>, 濱園 環<sup>1)</sup>, 池原 弘展<sup>1)</sup>, 野沢 和也<sup>1)</sup>

1)敦賀市立看護大学看護学部

キーワード：看護技術到達度，看護学生，看護基礎教育

### I はじめに

本学は、「豊かな教養と総合的な判断力，高度な専門的知識と実践力を有する人材を育成するとともに，看護の発展に貢献できる質の高い研究に取り組むことを通して，人々の健康と福祉の向上に貢献する。」を教育目標(基本理念)として開学し，2023年に創立10年目を迎えた。教育目標を具現化するために，各看護学領域では講義・演習・実習と連携したカリキュラム編成が行われている。そして，臨地実習の基本方針は，対象のニーズに合った援助を創造し，実際のケアを体験するといった看護過程を通して専門的知識・技術を修得することとしている。また，対象者を取り巻く保健・医療・福祉等の関連分野の人々との連携の中で看護の役割を明確にし，協働した活動が行える能力を身につけることとしているが，卒業時にはすべてを統合した結果として，社会が求める看護実践能力をどのような状況で修得できているかを把握する必要がある。

さらに，昨今の臨地実習の場は医療の高度化や在院日数の短縮化，看護業務の複雑・多様化，国民の医療安全に関する意識の向上，患者の人権への配慮等の点から，学生の学びの範囲や機会が限定されており(矢野，2012)，新型コロナウイルス感染症の流行があった影響から，この傾向が高まっているといえる。このような背景

から今回，教育評価の一環として卒業時の看護技術の到達状況を評価し，今後の看護技術教育の向上につなげたいと考えた。

本研究の目的は，教育上実施している看護技術到達度チェックリストの調査結果をまとめ，学生による自己評価の現状と今後の課題について明らかにすることである。

### II 方法

#### 1. 対象者

2024年度4年次実習履修生57名のうち，回答のあった43名の看護技術到達度チェックリスト回答結果である。

#### 2. 調査期間

2024年8月～10月

#### 3. 調査および回収方法

調査項目は，厚生労働省「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」(2007)に基づく，看護師教育の技術項目と卒業時の到達度(改正案)であり(厚生労働省，2019)，生活過程に関する援助技術である「環境調整技術」「食事の援助技術」「排泄援助技術」「移動援助技術」「清潔・衣生活援助技術」と，治療処置に関する援助技術である「創傷管理技術」「与薬の技術」「救命救急処置技術」，健康生活維持に関する技術である「呼吸・循環を整える技術」「症状・生体機能管理技術」「感染予防技術」「安全管理の技術」「安

「安楽確保の技術」の3分類・13大項目と、それぞれに含まれる技術の種類142小項目から抜粋した71小項目である。71の小項目の看護技術について臨地実習での到達レベルを評価することから、評価項目を「Ⅰ：単独で実施できる」「Ⅱ：指導の下で実施できる」「Ⅲ：実施が困難な場合は見学する」の3件法・択一式とした。

それぞれの看護技術には厚生労働省が求める卒業時の到達レベルが、「Ⅰ：単独で実施できる」

「Ⅱ：指導の下で実施できる」「Ⅲ：学内演習で実施できる」「Ⅳ：知識として分かる」と明記されているが、今回は臨地実習での到達レベルを評価することから、評価項目を「Ⅰ：単独で実施できる」「Ⅱ：指導の下で実施できる」「Ⅲ：実施が困難な場合は見学する」とした。

回収方法は、本学ポータルシステムからオンラインでの回答とし、結果は個人情報(IPアドレス、学籍番号、氏名)を削除してExcelファイルへ変換して保管した。

#### 4. データの分析方法

分析方法は、各小項目に対し、厚生労働省が求める卒業時の到達度が、「Ⅰ：単独で実施できる」「Ⅱ：指導の下で実施できる」「Ⅲ：学内演習で実施できる」「Ⅳ：知識として分かる」と明記されており、今回対象とした結果の各技術項目については、厚生労働省が到達度を提示しているレベル毎にMicrosoft office Excelによる単純集計を行った。そして、厚生労働省が到達度Ⅰと提示している項目はⅠと回答した者、到達度Ⅱと提示している項目はⅠまたはⅡと回答した者、到達度ⅢはⅠまたはⅡまたはⅢと回答した者として達成率を算出した。次に13大項目ごとに小項目到達度の平均を算出し、80%以下の内容を含む13大項目を3分類ごとに明らかにした後、それぞれの小項目達成率が50%以下の援助技術を明らかにした。

#### 5. 倫理的配慮

敦賀市立看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:24-23)。本研究は、侵襲及び介入を伴わない既存のデータを用いる研

究であり、対象者本人の同意を得ることが困難であるため、対象者から文書または口頭による同意は得ず、研究についての目的、意義、方法と個人情報の取り扱い、本研究による負担やリスクはないこと、学生生活や成績への影響もないことを研究対象者に大学ホームページで公開(オプトアウト)し、研究が実施されることについて、対象者が拒否できる機会を保障した。

### Ⅲ 結果

2024年度4年次実習履修生57名のうち、回答が得られた43名の看護技術項目チェックリストを対象とした。また、オプトアウトの機会を設けた後、データ使用について拒否した学生はいなかった。回収率は75.4%、有効回答率は75.4%であった。以下、13大項目を「」, 71小項目を『』で示す。

#### 1. 看護師教育の技術項目と卒業時の到達度(改正案)における13大項目の到達度の実態

71小項目を前述の通り、厚生労働省の提示水準毎に合計割合を算出し、13大項目毎の平均を求めてグラフ化したものを図1に示す。達成率が高い順に、「安楽確保の技術」88.4%、「環境調整技術」88.3%、「移動援助技術」88.0%、「排泄援助技術」84.1%、「清潔・衣生活援助技術」83.5%、「感染予防の技術」70.1%、「症状・生体機能管理技術」69.4%、「呼吸循環を整える技術」66.7%、「食事の援助技術」66.3%、「創傷管理技術」65.1%、「安全管理の技術」62.4%、「与薬の技術」59.2%、「救命救急処置技術」34.9%であった。

#### 2. 生活過程・治療処置・健康生活維持援助技術の3分野に関する13大項目の到達度の実態(表1)

##### 1) 生活過程に関する援助技術

大項目平均が80%以下だったのは「食事の援助技術」66.3%だけであり、このうち小項目で50%以下だったのは『食事指導』48.8%であった。

##### 2) 治療処置に関する援助技術

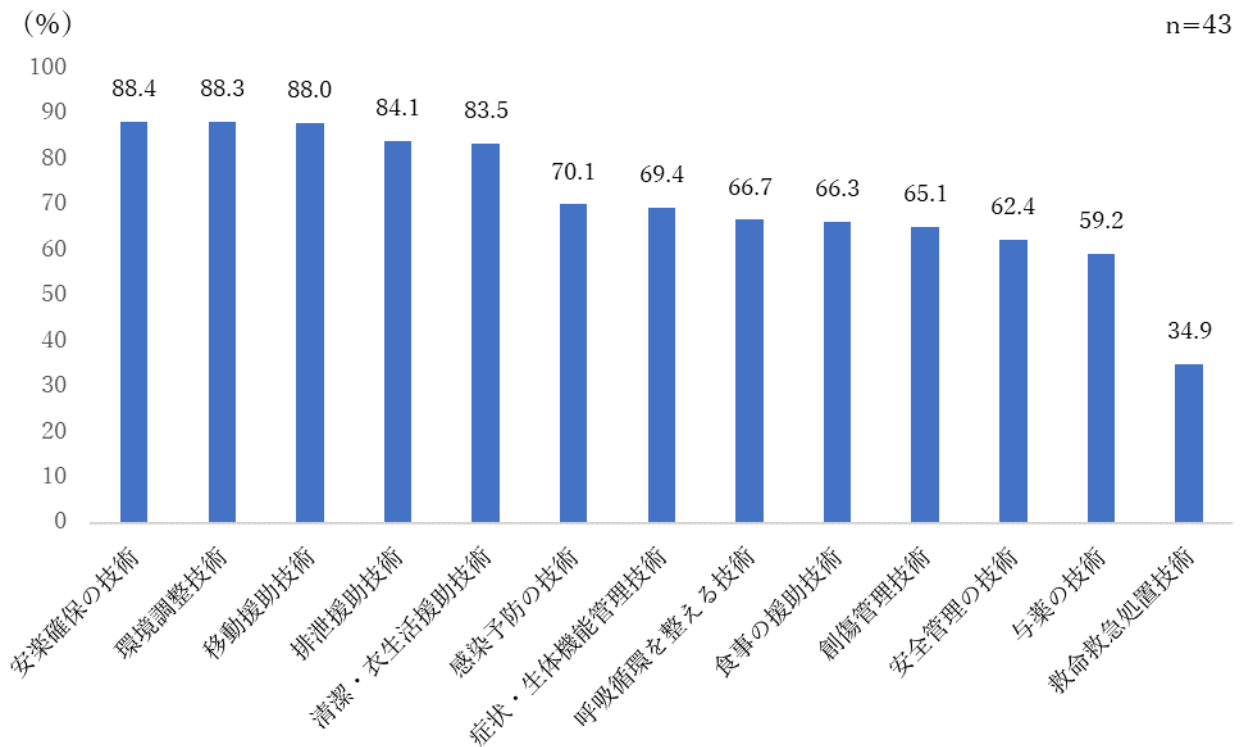


図1 看護師教育の技術項目と卒業時の到達度（改正案）における13大項目の到達度の実態

すべての大項目平均が80%以下で、「創傷管理技術」65.1%、「与薬の技術」59.2%、「救命救急処置技術」34.9%であった。小項目で50%以下だったのは、「創傷管理技術」の『創傷処置(創洗浄、創保護、包帯法)』44.2%、「与薬の技術」の『坐薬の投与』7.0%、『点滴静脈内注射の管理』20.9%、「救命救急処置技術」の『緊急時の応援要請』25.6%、『一次救命処置:BLS』23.3%であった。

### 3) 健康生活維持援助技術

大項目平均が80%以下だったのは、「感染予防の技術」70.1%、「症状・生体機能管理技術」69.4%、「呼吸循環を整える技術」66.7%、「安全管理の技術」62.4%であった。このうち小項目で50%以下だったのは「感染予防の技術」の『無菌操作』39.5%、『針刺し事故の防止・事故後の対応』30.2%、「症状・生体機能管理技術」の『検体(尿、血液等)の取り扱い』34.9%、「呼吸循環を整える技術」の『酸素吸入療法の実施』41.9%、『ネブライザーを用いた気道内加湿』32.6%、「安全管理の技術」の『インシデント・アクシデント発生時の速やかな報告』48.8%、『放射線

の被ばく防止策の実施』25.6%であった。

## IV 考察

### 1. 看護師教育の技術項目と卒業時の到達度(改正案)における13大項目の到達度の実態

「安楽確保の技術」は、達成率が8割以上であり、到達度Iを経験している学生が半数以上みられ、他の技術に比べ最も高い値を示していた。先行研究において、到達度IIと報告している看護基礎教育機関は6割程度であったことから(石川, 2017)、本学の方が高い結果であった。多くの学生がいずれの実習においても対象にとっての安楽とは何かを考え、対象の個別性に配慮した実践ができていたことが達成率の高さに繋がったと考える。これは“あらゆる健康レベルにある看護の対象者を専門的知識と技術を用いて全人的にとらえ、対象者に適合した具体的な援助を計画・実施・評価する”という本学の実習目標を反映していると考えられる。

### 2. 生活過程に関する援助技術について

環境調整, 排泄援助, 移動援助に関する技術

表1 生活過程・治療処置・健康生活維持援助技術に関する13大項目到達度の実態

n=43

13大項目	小項目	厚労省の求める卒業時到達度	I：見守りの下で単独で実施できる		II：指導の下で実施できる		III：実施が困難な場合は見学する		到達度ごとの集計	13大項目平均	
			回答者数	%	回答者数	%	回答者数	%			
I 生活過程に関する援助技術	環境調整技術	1.快適な療養環境の整備	I	41	95.3	1	2.3	1	2.3	95.3	88.3
		2.臥床患者のリネン交換	II	25	58.1	10	23.3	5	11.6	81.4	
	食事の援助技術	3.食事介助（嚥下障害のある患者を除く）	I	37	86.0	5	11.6	1	2.3	86.0	66.3
		4.食事指導	II	5	11.6	16	37.2	15	34.9	48.8	
		5.経管栄養法による流動食の注入	II	7	16.3	21	48.8	12	27.9	65.1	
		6.経鼻胃チューブの挿入	III	0	0.0	4	9.3	24	55.8	65.1	
		7.排泄援助（床上、ポータブルトイレ、オムツ等）	II	15	34.9	23	53.5	4	9.3	88.4	
	排泄援助技術	8.膀胱留置カテーテルの管理	III	2	4.7	8	18.6	30	69.8	93.0	84.1
		9.導尿または膀胱留置カテーテルの挿入	III	0	0.0	1	2.3	37	86.0	88.4	
		10.浣腸	III	0	0.0	0	0.0	25	58.1	58.1	
		11.摘便	III	0	0.0	0	0.0	36	83.7	83.7	
		12.ストーマ管理	III	0	0.0	3	7.0	37	86.0	93.0	
	移動援助技術	13.車椅子での移送	I	41	95.3	1	2.3	1	2.3	95.3	88.0
		14.歩行・移動介助	I	38	88.4	5	11.6	0	0.0	88.4	
		15.移乗介助	II	15	34.9	26	60.5	2	4.7	95.3	
		16.体位変換・保持	I	28	65.1	15	34.9	0	0.0	65.1	
		17.自動・他動運動の援助	II	15	34.9	25	58.1	2	4.7	93.0	
	清潔・衣生活援助技術	18.ストレッチャー移送	II	8	18.6	31	72.1	2	4.7	90.7	83.5
		19.足浴・手浴	I	35	81.4	6	14.0	1	2.3	81.4	
		20.整容	I	37	86.0	6	14.0	0	0.0	86.0	
		21.点滴・ドレーン等を留置していない患者の寝衣交換	I	25	58.1	15	34.9	3	7.0	58.1	
		22.入浴・シャワー浴の介助	II	10	23.3	26	60.5	7	16.3	83.7	
		23.陰部の保清	II	8	18.6	32	74.4	3	7.0	93.0	
		24.清拭	II	16	37.2	26	60.5	1	2.3	97.7	
		25.洗髪	II	15	34.9	19	44.2	6	14.0	79.1	
		26.口腔ケア	II	15	34.9	25	58.1	3	7.0	93.0	
		27.点滴・ドレーン等を留置している患者の寝衣交換	II	3	7.0	28	65.1	11	25.6	72.1	
	II 治療処置に関する援助技術	創傷管理技術	28.新生児の沐浴・清拭	III	10	23.3	20	46.5	9	20.9	90.7
35.褥瘡予防ケア			II	6	14.0	24	55.8	13	30.2	69.8	
36.創傷処置（創洗浄、創保護、創帯法）		II	2	4.7	17	39.5	22	51.2	44.2		
37.ドレーン部の挿入部の処置		III	1	2.3	7	16.3	27	62.8	81.4		
与薬の技術		38.経口薬（パッカル錠・内服薬・舌下錠）の投与	II	8	18.6	24	55.8	11	25.6	74.4	
		39.経皮・外用薬の投与	II	12	27.9	16	37.2	13	30.2	65.1	
		40.坐薬の投与	II	0	0.0	3	7.0	24	55.8	7.0	
		41.皮下注射	III	1	2.3	3	7.0	26	60.5	69.8	
		42.筋肉内注射	III	0	0.0	3	7.0	22	51.2	58.1	
		43.静脈路確保・点滴静脈内注射	III	0	0.0	3	7.0	33	76.7	83.7	
		44.点滴静脈内注射の管理	II	0	0.0	9	20.9	32	74.4	20.9	
		45.薬剤等の管理（毒薬、劇薬、麻薬、血液製剤、抗悪性腫瘍薬を含む）	III	2	4.7	3	7.0	36	83.7	95.3	
	46.輸血の管理	III	2	4.7	1	2.3	22	51.2	58.1		
	救命救急処置技術	47.緊急時の応援要請	I	11	25.6	4	9.3	8	18.6	25.6	
48.一次救命処置（Basic Life Support:BLS）		I	10	23.3	3	7.0	7	16.3	23.3		
49.止血法の実施		III	4	9.3	5	11.6	15	34.9	55.8		
呼吸循環を整える技術	29.体温調節の援助	I	37	86.0	5	11.6	1	2.3	86.0	66.7	
	30.酸素吸入療法の実施	II	2	4.7	16	37.2	18	41.9	41.9		
	31.ネブライザーを用いた気道内加湿	II	2	4.7	12	27.9	14	32.6	32.6		
	32.口腔内・鼻腔内吸引	III	0	0.0	3	7.0	36	83.7	90.7		
	33.気管内吸引	III	0	0.0	2	4.7	34	79.1	83.7		
症状・生体機能管理技術	34.体位ドレナージ	III	1	2.3	9	20.9	18	41.9	65.1	69.4	
	50.バイタルサインの測定	I	41	95.3	1	2.3	1	2.3	95.3		
	51.身体計測	I	26	60.5	8	18.6	8	18.6	60.5		
	52.フィジカルアセスメント	II	22	51.2	18	41.9	2	4.7	93.0		
	53.検体（尿、血液等）の取り扱い	II	4	9.3	11	25.6	21	48.8	34.9		
	54.簡易血糖測定	II	13	30.2	11	25.6	19	44.2	55.8		
	55.静脈血採血	III	2	4.7	3	7.0	32	74.4	86.0		
III 健康生活維持援助技術	感染予防の技術	56.検査の介助	II	7	16.3	19	44.2	17	39.5	60.5	70.1
		57.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	I	40	93.0	1	2.3	1	2.3	93.0	
		58.必要な防護用具（手袋、ゴーグル、ガウン等）の選択・着脱	I	37	86.0	5	11.6	1	2.3	86.0	
		59.使用した器具の感染防止の取扱い	II	19	44.2	19	44.2	4	9.3	88.4	
		60.感染性廃棄物の取扱い	II	15	34.9	21	48.8	7	16.3	83.7	
	安全管理の技術	61.無菌操作	II	5	11.6	12	27.9	24	55.8	39.5	
		62.針刺し事故の防止・事故後の対応	II	5	11.6	8	18.6	21	48.8	30.2	
		63.インシデント・アクシデント発生時の速やかな報告	I	21	48.8	5	11.6	8	18.6	48.8	
		64.患者の誤認防止策の実施	I	27	62.8	8	18.6	7	16.3	62.8	
		65.安全な療養環境の整備（転倒・転落・外傷予防）	II	28	65.1	12	27.9	3	7.0	93.0	
安楽確保の技術	66.放射線の被ばく防止策の実施	I	11	25.6	9	20.9	7	16.3	25.6	62.4	
	67.人体へのリスクの大きい薬剤のばく露予防策の実施	III	1	2.3	5	11.6	16	37.2	51.2		
	68.医療機器（輸液ポンプ、シリンジポンプ、心電図モニター、酸素ボンベ、人工呼吸器等）の操作・管理	III	0	0.0	5	11.6	35	81.4	93.0		
安楽確保の技術	69.安楽な体位の調整	II	24	55.8	16	37.2	2	4.7	93.0	88.4	
	70.安楽の促進・苦痛の緩和のためのケア	II	23	53.5	14	32.6	4	9.3	86.0		
	71.精神的安寧を保つためのケア	II	24	55.8	13	30.2	4	9.3	86.0		

は、臨地実習において経験頻度の多い技術と考えられる。とくに環境整備は全ての看護学領域の臨地実習で経験でき、臨地実習で複数回経験できる項目であると報告されていることから(椎葉, 福澤, 新地, 田出, 2014), 今回の結果においても達成率が高値であったと考えられる。一方、食事の援助の中で達成率の低かった食事指導や経管栄養法、経鼻胃チューブの挿入は、受け持ち患者の健康レベルや健康問題の特徴に依るところが大きく、学生は食事指導や経管栄養法を受ける患者の援助に関わる機会が得られなかったと推察する。しかし、『食事指導』と『経管栄養法による流動食の注入』は求められる到達度がⅢよりⅡの方が高い傾向にあり、先行研究(竹中, 泉川, 中山, 2017)と比較すると本学は高い値といえる。

### 3. 治療処置に関する援助技術について

身体侵襲の高い創傷管理、与薬、救命救急処置技術は全てが8割以下の到達率であったが、昨今の医療を取り巻く社会情勢の変化に伴い、看護学実習を行う実践現場の現状も著しく変化し、学生が看護実践を行う機会が制約されていることが一因として考えられる。中でも「救命救急処置技術」は、到達度Ⅰが求められる『緊急時の応援要請』と『一次救命処置(Basic Life Support :BLS)』の割合が最も少なく2割強であり、“対象となる患者がない”という理由から到達度に満たない看護基礎教育機関が8割以上あるとの調査結果(石川, 2017)と同様に、本学でも、見学も難しい状況にあると考えられる。また、「創傷管理技術」の『創傷処置(創洗浄, 創保護, 包帯法)』において、求められる到達度がⅡで5割に満たなかったのも、前述同様、対象となる患者の援助に関わる機会が実習中に無かったと考えられる。従って、今後は対象者の安全・安楽を最優先として可能な限り指導体制を整備することで、臨地実習での学生の学修機会を担保し、同時に学内演習による補完教育を行う必要がある。

一方、「与薬の技術」の『点滴静脈内注射の管理』が求められる到達度がⅡで約2割の結果だったのは、持続点滴を受ける患者を受けもつ機会が無かったというより、医療行為であることや、輸液ポンプを装着することで機械任せとなり、観察の必要性に対する意識を低下させ、学生が自分の目で刺入部位や輸液ルートを確認し、薬剤の副作用などを観察する習慣が不十分なのではないかと推察する。大西, 山田, 中島(2020)は新人看護師研修と比較して、看護基礎教育においては感染予防と安全な薬剤投与(6R)の技術の習得が必要であると述べている。このことから受け持ち患者の点滴実施中は定期的には何度かチェックを行い、正確で安全な輸液投与や感染および皮膚トラブルの防止などに努める必要性を学内での演習や臨地実習において教授する必要がある。

### 4. 健康生活維持援助技術について

感染予防、症状・生体機能管理、呼吸・循環を整える技術、安全管理が8割以下の達成率であった。その中で「感染予防」は、他の項目が高値である一方、『無菌操作』『針刺し事故の防止・事故後の対応』は求められる到達度がⅡで、それぞれ約4割と約3割、「症状・生体機能管理技術」の『検体(尿, 血液等)の取り扱い』も求められる到達度がⅡで3割強、「安全管理の技術」の『インシデント・アクシデント発生時の速やかな報告』と『放射線の被ばく防止策の実施』は求められる到達度がⅠで、それぞれ5割弱、2割強であった。これらの援助技術は、治療処置に関する援助技術と同様、昨今の医療安全に対する意識の向上から、学生が看護実践を行う機会が制約されていることが原因として考えられる。特に『検体(尿, 血液等)の取り扱い』は検体を扱うことの多い夜間や早朝に実習することが難しいことが原因として先行研究でも言及されている(石川, 2017)。

一方、「呼吸循環を整える技術」の他の項目が高値である中で、『酸素吸入療法の実施』と『ネ

ブライザーを用いた気道内加湿』は、求められる到達度がⅡで、それぞれ約4割、約3割であるが、これは先行研究(竹中ら, 2017)と比較しても少ないため、酸素吸入療法とネブライザーを用いた気道内加湿を受ける患者が少ないとは相対的にいえない。従って、今後は各領域実習の事前オリエンテーション時に、他領域で学生が経験したレディネスとして援助技術内容を確認した上で、受け持ち患者を決定するような教育上の配慮や、臨地実習での経験の機会を逃さないよう、臨地の指導者と教員との連携・協働を行う必要がある。学生の看護技術の経験度を高めるための臨地実習指導者と教員との連携の重要性はこれまでも多くの研究で言及されており(浅川, 2011), (井上, 田中, 川嶋, 丹, 野口, 2005), 学生が自らの技術習得状況について確認し、意欲的に取り組めるような環境作りが求められていると考える。

## V 研究の限界と課題

本研究は、学生の自己評価による結果であるため、正確な到達度については把握できない。今後は、講義・演習・臨地実習と各科目で具体的にどの技術が修得できるのかを学生に提示し、学生が主体的に修得状況を自己評価し、卒業時の到達水準の達成を目指せるよう支援する必要がある。

## VI 結論

本研究では、2024年度4年次生を対象に看護技術到達度について調査を行い、43名の学生の自己評価から以下のことが明らかとなった。

1. 看護師教育の技術項目と卒業時の到達度(改正案)における13大項目の到達度の実態では、求められる到達度がⅡである「安楽確保の技術」の達成率が8割以上である。
2. 生活過程に関する援助技術では、環境調整、排泄援助、移動援助に関する技術の到達率は高いが、受け持ち患者の健康レベルや健康問題の特徴に依るところが大きい食事指導や

経管栄養法の到達率は低い。

3. 治療処置に関する援助技術については、身体侵襲の高い創傷管理、与薬、救命救急処置技術は8割以下の到達であり、社会情勢の変化に伴う影響が考えられるが、『点滴静脈内注射の管理』は、学生が技術到達水準に到達するための工夫を行う必要がある。
4. 健康生活維持援助技術については、感染予防、症状・生体機能管理、呼吸・循環を整える技術、安全管理が8割以下の到達率であり、医療安全に対する昨今の意識の向上が影響していると考えられるが、『酸素吸入療法の実施』と『ネブライザーを用いた気道内加湿』の到達率が低いのは経験の機会が少ないとはいえ、教育上の配慮や、臨地の指導者と教員との連携・協働が必要である。

## 謝辞

本研究にご協力いただきました学生の皆様に深く感謝申し上げます。

## 利益相反

本研究に関して、開示すべき利益相反はない。

## 文献

- 浅川和美(2011). 基礎看護技術教育に関する現状と課題:2004年～2010年に発表された基礎看護技術教育研究の分析, 山梨大学看護学会誌, 9(2), 1-6.
- 石川倫子(2017). 看護基礎教育課程における看護技術の到達度の実態調査—到達度「単独で実施できる」および「指導のもとで実施できる」の看護技術に着目して—, 日本看護学教育学会誌, 27(1), 61-67.
- 井上真奈美, 田中愛子, 川嶋麻子, 丹佳子, 野口多恵子(2005). 学生の看護基本技術経験に関する臨床看護職の認識, 山口県立大学看護学部紀要, 9, 7-15.
- 大西幸恵, 山田聡子, 中島佳緒里(2020). 看護基礎教育において学生が身に付けておくべ

き注射技術に関する研究:看護教員と新人  
看護師研修担当者の認識(第1報), 日本看護学教育学会誌, 29(3), 57-68.

厚生労働省(2019). 看護師教育の技術項目と卒業時の到達度(改正案). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会資料, p30-35.

[https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/098/gijiroku/\\_icsFiles/afieldfile/2019/05/27/1417062\\_5.pdf](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/098/gijiroku/_icsFiles/afieldfile/2019/05/27/1417062_5.pdf).(検索日:2024年9月5日)

椎葉美千代, 福澤雪子, 新地裕子, 田出美紀(2014). 看護基礎教育における教育課程別比較による学生の技術経験と自信度, 福岡女学院看護大学紀要, 4, 3-14.

竹中泉, 泉川孝子, 中山由美(2017). 看護学部2015年度における1期生看護技術到達度の現状と課題, 摂南大学看護学研究, 5(1), 19-26.

矢野章永(2012). 看護学教育臨地実習実践ガイド, 東京, 医歯薬出版株式会社.

(受付日:2024年12月27日)

(受理日:2025年2月27日)