

看護基礎教育におけるリハビリテーション看護の専門的技術の習得に関する研究

—臨地実習での見学回数、実践回数との関係について—

丹羽さよ子¹⁾、徳久朋子¹⁾、林 愛子²⁾

要旨： 本研究の目的は、脳血管障害患者に必要なリハビリテーション看護の専門的技術の習得レベルの向上のために、臨地実習がどのような影響を及ぼすかを明らかにすることである。そこで、看護学生70名を対象に、リハビリテーション看護の専門的技術28項目について臨地実習でのこれらの見学回数および実践回数とこれらの習得の程度について学生自身が自己評価した結果との関係を分析した。その結果、臨地実習での実践が有効であった技術は17項目、見学が有効であった技術は4項目であり、以下のことが示唆された。1. より複雑な構造をもつリハビリテーション看護の専門的技術ほどその習得レベルの向上には臨地実習での見学よりも実際に患者に実施することの方が有効である。2. 見学回数と実践回数のいずれにも関係のなかったリハビリテーション看護の専門的技術があり、他の要因の考慮も必要である。

キーワード： 看護基礎教育、リハビリテーション看護、脳血管障害、臨地実習

I. はじめに

日本は近年、高齢人口の増加に伴い、老人医療費の増大、さらに最近では介護保険の給付の増大など、社会的に大きな問題となっており、高齢者や障害者ができるだけ自立した生活を送れるように、医療においては回復期リハビリテーション病棟などの新設や、介護保険制度においても予防的介護としてリハビリテーション（以下リハ）を積極的に行うなど、その重要性が広く認知されてきている。

リハにおいて「できるADL」を「しているADL」「するADL」へと効果的につなげるためには、それぞれの生活の場（病室）で「できるADL」を最大限に活かしながらそれぞれに必要なADLを行うことが重要である。この際に、患者の日常生活の援助を通して看護を行っている看護職の果たすべき役割は大きく¹⁾、看護職がリハ看護に関する専門的知識と能力を習得しておくことは非常に重要である。しかし、現状としては、リハ看護に必要な能力を現在の看護基礎教育のなかでは習得というレベルまでには教育できているとは言い難く^{2) 3) 4)}、看護

教育におけるリハ看護に関する教育方法についてさらに検討し、今後改善していく必要があると考える。

看護基礎教育において専門科目の教育方法としては、大きくは講義・演習、臨地実習の二つに分かれるが、新道⁵⁾は講義や演習で学んだ理論的な知識を実習における体験によって「分かる」レベルへと統合して実践力を得ていくことになる、と実践力を高める教授・学習方法としての実習の有効性を述べている。そこで、今回は主に脳血管障害患者に必要なリハ看護の専門的技術（以下リハ看護技術）の習得レベルの向上に臨地実習がどのような影響を及ぼすかを明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

縦断研究

2. 対象

1) 大学の看護学専攻の四年生のうち、研究協力の同意が得られた70名。

2) 学習背景：実習については二年次までに見学実習、

¹⁾ 鹿児島大学医学部保健学科看護学専攻

²⁾ 鹿児島純心女子大学大学院人間科学研究科在学中

三年次の前期に基礎看護学実習、後期に地域看護学以外の領域別実習（成人看護学、老年看護学Ⅰ、精神看護学、小児看護学、母性看護学）を修了している。また、看護教育学、看護管理システム論、卒業研究、および助産師課程の必修科目以外の看護専門教育必修科目は修了している。

リハ看護については講義と演習を三年次の前期に計30時間受講している。

3. 方法

- 1) 調査時期：平成16年6月～7月の間に実施されるリハセンターでの臨地実習前と終了後の2回。
- 2) 調査内容：リハ看護に関する教科書を参考に脳血管障害患者のリハ看護技術として28項目を選定し、各技術について上記のリハセンターでの実習期間中の見学回数および実践回数と、その習得の程度を「全くできない」「ややできる」「できる」「自信をもってできる」の4段階評定で学生自身に評価（以下、自己評価）してもらった。
- 3) 分析方法：自己評価の4段階評定それぞれに1～4点を付け点数化し、実習後の自己評価の点数から実習前の自己評価の点数を引いた値を自己評価変化量とした。そして、自己評価変化量と実習での見学回数および実践回数との関係について単相関、重回帰分析を行った。分析には統計パッケージSPSSバージョン10.0J for Windowsを用いた。

4. 倫理的配慮

今回のデータは、「老年看護学実習Ⅱ」の実習方法・内容の評価のために実習担当者が学生に実習前後に調査したものである。そこで、実習終了後に、研究目的、研究方法、研究の費用、個人情報保護、研究に協力する人の権利、研究成果の公表、研究協力による利益と不利益、等についての説明を文書を提示しながら研究者が行った上で、研究協力の同意を署名により得た。

III. 結果

表1は各リハ看護技術についての実習期間中の見学回数、実践回数、自己評価変化量の平均値と標準偏差を示したものである。

1. 単相関の結果

各リハ看護技術について自己評価変化量と実習期間中の見学回数および実践回数とのピアソンの相関係数を表2に示す。「良肢位の保持」「歩行器による歩行介助」「入浴時の移動・移乗の部分介助」「排便障害の原因のアセスメント」「下剤使用とその評価」「片麻痺患者の車椅子操作」については見学回数、実践回数との有意な相関関係はなかった。見学回数と有意な相関が認められた項目は「引き金現象など自発排尿の誘発の工夫」「時間帯

を設定して排便を促す」であった。また、実践回数と有意な相関が認められた項目は「関節可動域維持訓練」「起き上がり訓練」「坐位バランス訓練」「立ち上がり訓練」「平行棒内歩行の介助」「杖歩行の介助」「車椅子～ベッド・トイレなどの移乗の全介助」「車椅子～ベッド・トイレなどの移乗の部分介助」「入浴時の移動・移乗の全介助」「摂取可能な食品形態の観察・工夫」「嚥下時の体位の工夫」「何らかのコミュニケーション手段の工夫」「失語症訓練」「排尿障害のタイプの把握」であった。見学回数および実践回数と相関が認められた項目は「直接的嚥下訓練」「間接的嚥下訓練」「計画的なトイレへの排尿誘導」「エコーによる残尿測定」「失認・失行のある患者に対する日常生活援助」であった。

2. 重回帰分析結果

各リハ看護技術について自己評価変化量を目的変数、実習期間中の見学回数および実践回数を説明変数とした強制投入法による重回帰分析の結果を表2に示す。「良肢位の保持」「歩行器による歩行介助」「入浴時の移動・移乗の部分介助」「排便障害の原因のアセスメント」「下剤使用とその評価」「片麻痺患者の車椅子操作」については見学回数、実践回数との有意な相関関係はなかった。また、回帰式全体の説明率にも有意性はなかった。

「関節可動域維持訓練」については見学回数の標準偏回帰係数は.168 ($t(64)=1.476, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は.377 ($t(64)=3.317, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.183$ であり、有意であった ($F(2,64)=7.153, p<.01$)。「起き上がり訓練」については見学回数の標準偏回帰係数は-.103 ($t(55)=-.746, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は.454 ($t(55)=3.289, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.174$ であり、有意であった ($F(2,55)=5.783, p<.01$)。「坐位バランス訓練」については見学回数の標準偏回帰係数は-.070 ($t(54)=-.543, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は.441 ($t(54)=3.402, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.180$ であり、有意であった ($F(2,54)=5.934, p<.01$)。「立ち上がり訓練」については見学回数の標準偏回帰係数は-.140 ($t(60)=-1.199, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は.403 ($t(60)=3.455, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.197$ であり、有意であった ($F(2,60)=7.344, p<.01$)。「平行棒内歩行の介助」については見学回数の標準偏回帰係数は-.062 ($t(55)=-.508, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は.416 ($t(55)=3.398, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.180$ であり、有意であった ($F(2,55)=6.021, p<.01$)。「杖歩行の介助」については見学回数の標準偏回帰係数は.146 ($t(54)=1.212, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は.456 ($t(54)=3.790, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.222$ であり、有意であった

表1 実習におけるリハ看護技術の経験回数と自己評価変化量の平均値

() 標準偏差

	経験回数		自己評価 変化量
	見学	実践	
筋肉の痙性・関節の拘縮予防に関する技術			
良肢位の保持	1.68(2.17)	1.69(2.28)	0.61 (0.85)
関節可動域維持訓練	2.95(2.00)	1.22(1.24)	0.49 (0.82)
姿勢と動作の基本の習得に関する技術			
起き上がり訓練	2.26(1.84)	0.73(1.27)	0.59 (0.96)
坐位バランス訓練	1.83(1.87)	0.44(0.96)	0.68 (0.97)
立ち上がり訓練	3.15(1.78)	1.36(1.71)	0.98 (1.04)
平行棒内歩行の介助	1.69(1.63)	0.28(0.79)	0.22 (0.92)
歩行器による歩行介助	0.70(1.11)	0.086(0.48)	-0.31 (0.99)
杖歩行の介助	2.46(1.95)	0.73(1.70)	0.053 (1.19)
移動・移乗に関する技術			
「車椅子～ベッド・トイレなど」全介助	1.75(2.50)	0.67(1.36)	0.43 (0.77)
「車椅子～ベッド・トイレなど」部分介助	2.98(2.77)	2.64(2.64)	0.65 (0.83)
入浴時の「浴槽～洗い場・いすなど」全介助	0.69(0.98)	0.40(0.77)	0.46 (1.02)
入浴時の「浴槽～洗い場・いすなど」部分介助	1.37(1.36)	1.19(1.46)	0.46 (0.95)
摂食・嚥下障害に関する技術			
摂取可能な食品形態の観察・工夫	2.37(2.37)	1.56(2.23)	0.84 (0.81)
嚥下時の体位の工夫	1.54(1.84)	1.09(1.85)	0.68 (0.87)
直接的嚥下訓練	0.80(1.42)	0.56(1.47)	0.76 (0.80)
間接的嚥下訓練	1.04(1.62)	0.91(1.85)	1.02 (1.07)
失語症に関する技術			
何らかのコミュニケーション手段の工夫	0.80(1.65)	1.69(2.25)	0.98 (1.10)
失語症訓練	0.40(0.80)	0.11(0.52)	0.35 (0.69)
排尿障害に関する技術			
排尿障害のタイプの把握	0.35(0.76)	0.52(1.23)	0.85 (0.79)
計画的なトイレへの排尿誘導	0.93(1.58)	1.59(2.07)	1.27 (0.97)
引き金現象など自発排尿の誘発の工夫	0.099(0.37)	0.21(1.27)	0.45 (0.71)
エコーによる残尿測定	0.30(0.75)	0.062(0.29)	0.45 (0.78)
排便障害に関する技術			
時間帯を設定して排便を促す	0.46(1.03)	0.49(1.10)	0.64 (1.03)
排便障害の原因についてアセスメントする	0.037(0.25)	0.48(0.94)	0.45 (0.90)
適宜薬剤を使用しその評価をする	0.38(0.75)	0.37(0.95)	0.25 (0.96)
腹部マッサージ・湿布などによる排便誘発	0.19(0.57)	0.31(0.78)	0.48 (0.91)
その他			
片麻痺患者の車椅子操作	2.70(2.33)	2.78(3.37)	1.54 (1.04)
失認・失行のある患者に対する日常生活援助	0.70(1.50)	0.94(2.12)	0.73 (0.80)

表2 実習におけるリハ看護技術の見学回数および実践回数と自己評価変化量との関係

	ピアソンの相関係数		標準偏回帰係数	
	見学回数	実践回数	見学回数	実践回数
筋肉の痙性・関節の拘縮予防に関する技術				
良肢位の保持	.081	.026	.136	.219 ⁺
関節可動域維持訓練	.205	.394**	.168	.377**
姿勢と動作の基本の習得に関する技術				
起き上がり訓練	.106	.407**	-.103	.454**
坐位バランス訓練	.067	.419**	-.070	.441**
立ち上がり訓練	-.192	.421**	-.140	.403**
平行棒内歩行の介助	-.086	.419**	-.062	.416**
歩行器による歩行介助	-.091	.203	-.149	.239
杖歩行の介助	.122	.448**	.146	.456**
移動・移乗に関する技術				
「車椅子～ベッド・トイレなど」全介助	.149	.425**	-.011	.429**
「車椅子～ベッド・トイレなど」部分介助	.037	.318**	-.085	.348**
入浴時の「浴槽～洗い場・いすなど」全介助	.130	.361**	.135	.363**
入浴時の「浴槽～洗い場・いすなど」部分介助	.046	.189	-.016	.194
摂食・嚥下障害に関する技術				
摂取可能な食品形態の観察・工夫	.144	.401**	.122	.394**
嚥下時の体位の工夫	.126	.376**	-.009	.380**
直接的嚥下訓練	.439**	.463**	.326*	.361**
間接的嚥下訓練	.370**	.435**	.221	.337*
失語症に関する技術				
何らかのコミュニケーション手段の工夫	.181	.447**	-.036	.464**
失語症訓練	.172	.324**	.123	.304*
排尿障害に関する技術				
排尿障害のタイプの把握	.161	.457**	.000	.457**
計画的なトイレへの排尿誘導	.310*	.494**	.165	.440**
引き金現象など自発排尿の誘発の工夫	.340*	.196	.321*	.156
エコーによる残尿測定	.584**	.392**	.511**	.164
排便障害に関する技術				
時間帯を設定して排便を促す	.447**	.233	.463*	-.028
排便障害の原因についてアセスメントする	-.069	-.064	-.051	-.043
適宜薬剤を使用しその評価をする	.073	.040	.076	.046
腹部マッサージ・湿布などによる排便誘発	-.115	.194	-.266	.320*
その他				
片麻痺患者の車椅子操作	.129	.047	.138	.066
失認・失行のある患者に対する日常生活援助	.489**	.517**	.275 ⁺	.348*

⁺p<.10 *p<.05 **p<.01

($F(2,54)=7.697, p<.01$)。「車椅子～ベッド・トイレなどの移乗の全介助」については見学回数の標準偏回帰係数は $-.011$ ($t(51)=-.080, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.429$ ($t(51)=3.145, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.181$ であり、有意であった ($F(2, 51)=5.634, p<.01$)。「車椅子～ベッド・トイレなどの移乗の部分介助」については見学回数の標準偏回帰係数は $-.085$ ($t(63)=-.666, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.348$ ($t(63)=2.738, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.108$ であり、有意であった ($F(2, 63)=3.798, p<.01$)。「入浴時の移動・移乗の全介助」については見学回数の標準偏回帰係数は $.135$ ($t(49)=1.026, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.363$ ($t(49)=2.757, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.146$ であり、有意であった ($F(2, 49)=4.287, p<.05$)。「摂取可能な食品形態の観察・工夫」については見学回数の標準偏回帰係数は $.122$ ($t(60)=1.035, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.394$ ($t(60)=3.353, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.175$ であり、有意であった ($F(2, 60)=6.378, p<.01$)。「嚥下時の体位の工夫」については見学回数の標準偏回帰係数は $-.009$ ($t(57)=-.069, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.380$ ($t(57)=2.890, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.142$ であり、有意であった ($F(2,57)=4.704, p<.05$)。「直接的嚥下訓練」については見学回数の標準偏回帰係数は $.326$ ($t(51)=2.659, p<.05$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.361$ ($t(51)=2.950, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.310$ であり、有意であった ($F(2,51)=11.468, p<.01$)。「間接的嚥下訓練」については見学回数の標準偏回帰係数は $.221$ ($t(51)=1.607, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.337$ ($t(51)=2.453, p<.05$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.228$ であり、有意であった ($F(2, 51)=7.543, p<.01$)。「何らかのコミュニケーション手段の工夫」については見学回数の標準偏回帰係数は $-.036$ ($t(53)=-.260, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.464$ ($t(53)=3.340, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.201$ であり、有意であった ($F(2,53)=6.669, p<.01$)。「失語症訓練」については見学回数の標準偏回帰係数は $.123$ ($t(48)=.900, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.304$ ($t(48)=2.218, p<.05$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.120$ であり、有意であった ($F(2, 48)=3.268, p<.05$)。「排尿障害のタイプの把握」については見学回数の標準偏回帰係数は $.000$ ($t(50)=.002, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.457$ ($t(50)=3.398, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.209$ であり、有意であった ($F(2, 50)=6.595, p<.01$)。「計画的なトイレへの誘導」については見学回数の標準偏回帰係数は $.165$ ($t(52)=.1316, p>.10$)、実践回数の標準偏回帰係

数は $.440$ ($t(52)=3.503, p<.01$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.268$ であり、有意であった ($F(2, 52)=9.541, p<.001$)。「引き金現象など自発排尿の誘発の工夫」については見学回数の標準偏回帰係数は $.321$ ($t(46)=.1316, p<.05$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.156$ ($t(46)=1.128, p>.10$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.140$ であり、有意であった ($F(2, 46)=3.734, p<.05$)。「エコーによる残尿測定」については見学回数の標準偏回帰係数は $.511$ ($t(48)=3.965, p<.001$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.164$ ($t(48)=1.275, p>.10$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.363$ であり、有意であった ($F(2,48)=13.654, p<.001$)。「時間帯を設定して排便を促す」については見学回数の標準偏回帰係数は $.463$ ($t(47)=2.930, p<.001$)、実践回数の標準偏回帰係数は $-.028$ ($t(47)=-.180, p>.10$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.200$ であり、有意であった ($F(2, 47)=5.893, p<.01$)。「腹部マッサージ・湿布などによる排便誘発」については見学回数の標準偏回帰係数は $-.266$ ($t(51)=-1.758, p<.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.320$ ($t(51)=.115, p<.05$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.093$ であり、有意ではなかった ($F(2, 51)=2.608, p<.10$)。「失認・失行のある患者に対する日常生活援助」については見学回数の標準偏回帰係数は $.275$ ($t(52)=1.893, p<.10$)、実践回数の標準偏回帰係数は $.348$ ($t(52)=2.395, p<.05$)、回帰式全体の説明率は $R^2=.315$ であり、有意であった ($F(2, 52)=11.942, p<.001$)。

IV. 考察

単相関・重回帰分析の結果、「関節可動域維持訓練」「起き上がり訓練」「坐位バランス訓練」「立ち上がり訓練」「平行棒内歩行の介助」「杖歩行の介助」「車椅子～ベッド・トイレなどの移乗の全介助」「車椅子～ベッド・トイレなどの移乗の部分介助」「入浴時の移動・移乗の全介助」「摂取可能な食品形態の観察・工夫」「嚥下時の体位の工夫」「何らかのコミュニケーション手段の工夫」「失語症訓練」「排尿障害のタイプの把握」の13項目は臨地実習において実践することがその習得レベルに影響を及ぼすということ、また「引き金現象など自発排尿の誘発の工夫」「時間帯を設定して排便を促す」の2項目は臨地実習において見学することがその習得レベルに影響を及ぼすということがわかった。さらに、「間接的嚥下訓練」「計画的なトイレへの排尿誘導」「失認・失行のある患者に対する日常生活援助」「エコーによる残尿測定」「直接的嚥下訓練」の5項目は単相関の結果では、臨地実習での見学も実践もその習得レベルに影響を及ぼしてはいるが、重回帰分析の結果をみると、「間接的嚥下訓練」「計画的なトイレへの排尿誘導」「失認・失行のある

患者に対する日常生活援助」は見学するよりも実践することの影響が大きいこと、「エコーによる残尿測定」は見学することの方が影響が大きいことがわかった。「直接的嚥下訓練」は実践することも見学することもその習得には重要であることがわかった。

これについては、看護技術として実際に使えるためには、ただその看護技術の基本的な手法の理解だけではなく、対象の状態や状況をきちんとアセスメントした上で対象の個別性に合わせたかたちで実践できる能力が必要である。そこで、まず、臨地実習での実践がその習得に有効であったりハ看護技術と見学が有効であったりハ看護技術の構造を比較してみると、その看護技術を実際に対象（患者）に実施するためには、前者の看護技術の方が後者よりもアセスメントしなければならない対象の状態や状況が複雑であり、実際に実施する際には転倒・転落や事故等の身体的な危険性が伴うなど、技術そのものの難易度も高い。たとえば、車椅子～ベッド・トイレ、浴槽～洗い場・いすなどの移乗・移動に関する技術には対象の現在の身体能力・残存機能の把握と分析、残存機能を十分に引き出すための方法等についてのアセスメントが必要であり、実際に行う際には転倒・転落予防などの安全性に十分配慮する必要がある。直接的嚥下訓練についても対象の嚥下障害の把握と分析をし、対象の状態に適した方法を選択し、誤嚥に十分注意しながら介助しなければならない等、がある。

次に、臨地実習での見学と実践という学習方法について考えてみると、学習の成立要因である、学習者自身のモチベーションという観点からは、実際の臨床現場ということからいずれの方法でも学生自身に学習に対する構えが生じやすく、学生の能動的・主体的な学習が促進されやすいが、実践の方が見学よりも内的関与が強いのでモチベーションはより高いと思われる。さらに講義・演習で学習した看護技術を臨床現場で実際に患者に実施することは、対象のニードや反応に対応できる実際に使える看護技術として組織化できる機会になる⁶⁾。

以上のようなことから、より複雑な構造をもつ看護技術ほど臨地実習で実践することがその習得には有効であ

るといえる。

また、「良肢位の保持」「歩行者による歩行介助」「入浴時の移動・移乗の部分介助」「排便障害の原因のアセスメント」「下剤使用とその評価」「片麻痺患者の車椅子操作」については、回帰式全体の説明率にも有意性はなかったことから、見学回数、実践回数以外の要因も考慮する必要があると考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

調査対象に見学および実践についての定義の確認をしないまま調査を行ったので、データの信頼性への影響が懸念される。

臨床現場とは何が起こるか予測できない未知の状況があるので、今後、臨地実習の学習効果を明らかにするためには、臨床での学生の経験の内容をさらに明らかにできる質的な研究も必要であると考えられる。

文献

- 1) 大川弥生：回復期リハビリテーション病棟の望ましいありかた，看護実践の科学，6，42-45，2001
- 2) 石川ふみよ：看護基礎教育におけるリハビリテーション看護教育の実態と課題，日本看護学教育学会誌，9（1），35，1999
- 3) 佐藤紀久江，風岡たま代，大塚邦子：看護基礎教育におけるリハビリテーション看護についての一考察，日本看護研究学会雑誌，24（4），45-55，2001
- 4) 坪井良子，奥宮暁子，津曲裕次：看護教育カリキュラムにおけるリハビリテーション教育の変遷，筑波大学リハビリテーション研究，4（1），23-31，1995
- 5) 新道幸恵：実践力を高める教授・学習方法としての実習－実習に関与する人々の関係性に着目して－，日本看護学教育学会誌，7（3），48，1997
- 6) 早坂鈴子：実践経験をとおして看護技術習熟を考える 紙屋の体位変換看護技術を身につけることについて見えてきたもの，看護教育，43（10），884-887，2002

Study on Learning of Technical Skills in Rehabilitation

Nursing in Basic Nursing Education

— Focusing on the Clinical Training Practice and the Clinical Training Trip —

Sayoko Niwa¹⁾, Tomoko Tokuhisa¹⁾, Aiko Hayashi²⁾

1) School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagoshima University

2) Graduate School, Kagoshima Immaculate Heart University

Abstract : The purpose of this study was to clarify the relationship between the learning of technical skills in rehabilitation nursing of stroke survivors and experience in the clinical training which includes the practice and the trip. We carried out a survey on the degree of self-assessed skillfulness at 28 technical skills in 70 nursing students, and performed the statistical analysis on the data. The findings were as follows:

1. The clinical training practice of technical skills in rehabilitation nursing is more effective than the clinical training trip as technical skills in rehabilitation nursing in which the approach has a complicated structure.
2. There were technical skills in rehabilitation nursing unrelated to the clinical training trip and the clinical training practice, and it is necessary to consider other factors.

Key words: basic nursing education, rehabilitation nursing, stroke survivors, clinical training trip, clinical training practice