

看護師長による看護大学卒業生の看護技術達成度の評価

飯島佐知子, 曾田 陽子, 片岡 純, 広瀬 会里, 深田 順子, 古田加代子,
百瀬由美子, 山口 桂子

Head Nurse Evaluation of Nursing Skill Proficiency of Nursing School Graduates

Sachiko Iijima, Yoko Sota, Jun Kataoka, Eri Hirose, Junko Fukada, Kayoko Furuta,
Yumiko Momose, Keiko Yamaguchi

臨床現場が求める就職時の新卒看護師の看護技術の達成度と、看護大学卒業生の就職時の看護技術の達成度の差について看護師長の評価によって明らかにした。

看護大学卒業生が就職した36病院の看護師長に179件の郵送式自己記入式質問紙調査を実施した(有効回答数71件, 有効回答率36.0%)。154の技術項目の就職時に期待される達成度(以下, 期待達成度)と卒業生の就職時の技術達成度(以下, 実際達成度)を1から5点の5段階評価で尋ねた。

その結果, 全154項目中の120項目(77.9%)は「実際達成度」と「期待達成度」の差がないと評価されていた。「期待達成度」が「実際達成度」より有意に高かった技術は, 34項目(22.0%)で基本的な日常生活援助技術であった。一方, 「実際達成度」は「期待達成度」より高かった技術は, 12項目(7.7%)であり, 処置, 輸血, 安全, 看護管理などに関連した項目であった。

キーワード: 看護技術教育, 看護実践能力, 評価, 看護師長, 達成度

I はじめに

日本看護系大学協議会は2004年に「看護実践能力の育成の充実に向けた大学卒業時の教育到達目標」¹⁾を提示した。また, 同年に厚生労働省医政局看護課が「新人看護職員研修到達目標」を発表した²⁾。到達目標には, 看護職員として必要な姿勢及び態度並びに卒後1年間に新人看護職員が修得すべき知識, 技術の目標が示された。しかし, 両者で求められている実践能力には大きな隔たりが存在する。このため, 卒業時まで一定水準の看護実践能力の修得を保証できる体制づくりが看護系大学に対する社会的要請といえる。これを踏まえて2007年4月に厚生労働省は「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書(以下, 2007年報告書)」³⁾を発表した。しかしながら, 実際の臨床現場の求める技術の達成度を複数施設の看護師を対象に調査した報告や, 看護系大学を卒業した看護

師の就職時の技術の達成度について他者評価を行った研究は極めて少ない⁴⁾⁵⁾。

A大学では卒業までに修得する看護実践能力育成の向上を図るために, 2003年からカリキュラムの改正や教育方法の工夫をしてきた。これらの実績を踏まえ2009年度以降のカリキュラムの内容を検討していくためには, 新卒看護師が就職時に看護現場で求められる看護技術の達成度とこれまでの看護大学卒業生の就職時の看護技術の達成度を知ることが必要である。本調査の目的は, 看護現場が求める新卒看護師の就職時の看護技術の達成度と, 看護大学卒業生の就職時の看護技術の達成度について明らかにすることである。これにより現行カリキュラムの教育評価ならびに新カリキュラムの内容を検討する上で資料として活用する。

II 研究方法

1. 「看護師長による技術教育の評価の質問紙の原案」作成

A大学看護学専門教育委員会が作成した「看護技術実施状況」の看護技術の分類を基本とし、フィジカル・アセスメントの項目、「看護実践能力の育成に向けた大学卒業時の教育到達目標」¹⁾、「新人看護職員研修到達目標」²⁾、2007年報告書³⁾を参考に、今後検討が必要と考えられる技術項目を加え174項目からなる質問紙の原案を作成した。回答は「就職時に求められる看護技術の達成度」(以下、「期待達成度」と記す。)について、「自立して実施できることが望ましい5、監督下で実施できることが望ましい4、院内で指導を受けて実施できることが望ましい3、実施できなくても知識があることが望ましい2、基礎教育は必要ない1」から択一することを求めた。また、就職時の4月から7月の間の「A大学卒業生の就職時の達成度」(以下、「実際達成度」と記す。)について、「自立して実施できた5、監督下で実施できた4、院内で指導を受けて実施できた3、実施できなかったが知識があった2、実施できなくてよい1、不明・その他0」から択一により評価を求めた。

2. 看護師長を対象とした面接調査と質問紙の原案のプレテスト

調査対象は2005年度から2007年度にA大学卒業生が5名以上就職している5病院において、卒業生が就職した病棟に勤務する看護師長10名とした。看護部長に、事前に電話で調査協力の可否について問い合わせ、その後、調査依頼書、承諾書、質問紙の原案を郵送した。看護部長にA大学卒業生が就職した病棟の看護師長2名を選んでもらった。質問紙の原案は看護部長から看護師長へ配布し、回答した本人に面接日に持参してもらい回収した。面接調査は、インタビューガイドに基づいて約90分のグループで行った。グループ面接調査の結果を踏まえて質問紙の原案を修正した。

3. 卒業生が就職した病院の看護師長を対象とした郵送式質問紙調査

調査対象は、2005年度から2007年度にA大学卒業生が就職した57病院の病棟に勤務する看護師長約150名とした。調査手順は、看護部長に調査依頼書、承諾書を郵送

し、看護部長に対して研究の目的、方法、倫理的配慮等について調査依頼書により説明した。承諾書の返送をもって調査協力の同意が得られた病院に調査依頼書を添付した質問紙改訂版を郵送した。回答後の質問紙は、返信用封筒に入れて返送してもらった。

4. 分析方法

質問紙の回答は順序尺度であり、項目により平均値に偏りが見られたため、各項目の達成度の得点から求められる中央値を求め、「期待達成度」と「実際達成度」の差についてWilcoxonの符号付き順位検定を行った。なお、分析にはSPSS16.0を使用した。

5. 倫理的配慮

グループ面接調査では、調査対象者に会場で面接開始前に書面を用いて口頭で以下の事項について説明し書面で同意を得た。1) 面接は90分程度の時間を要する、2) 面接への参加は自由意思による、3) 同意後であっても途中で同意を撤回できる、4) 面接への不参加、同意の撤回、面接を途中で中止した場合でも不利益を被ることがない、5) 個人が特定できるデータは扱わず、得られたデータは調査終了後に破棄する、6) 研究結果は研究・教育目的以外に使用しない、7) 研究成果を公表するが、数量的な処理を行って個人や施設が特定されることはない。質問紙調査(プレテストを含む)では、調査対象者に郵送した書面で回答は自由意思に基づくこと、協力しなくても不利益を被らないこと、上記の6~8)の事項について説明し、「返送をもって同意を得られたものとする」旨を明記した。尚、本研究は愛知県立看護大学研究倫理審査委員会の承認を得た(19愛看大第153号)。

III. 結 果

1. 看護師長を対象とした面接調査と質問紙の原案のプレテスト

面接調査は4病院7名の看護師長より以下の回答を得た。「複数患者の受け持ちと夜勤時の看護は就職時に出来なくても、優先順位のつけ方の知識を身につけておいて欲しい。」「フィジカル・アセスメントは口腔内、呼吸音、動脈の触知、心音の聴取、腹部の聴診、触診はできで欲しい。」「若者のコミュニケーションの特徴として、年齢の違う患者、職員と会話できない、敬語が使えない。」「近年では掃除や基本的なベッド・メイキングは業者が

行い、看護師は全く行わない。臥床患者のリネンの交換は必ず看護師が行うので教えておいて欲しい。」「バイタルサインは異常について判断できるようにして欲しい。」「臥床患者や輸液ラインのある患者の寝衣交換は、危険性の知識をもち就職後にすぐ実施できることが望ましい。」「輸液管理は、就職後に必ず実施する看護業務なのに、新人はこの業務の重要性をあまり認識していない。」「事故防止の具体的な対策は病院によっても違うので、就職してから手順を学び実施できれば良い。インシデント報告は業務として必要なことなので実施できるレベルが望ましい。」などの意見があった。また、A大学卒業生の卒業時の技術レベルやA大学の教育への意見として、「A大学卒業生は自分の意見を大勢の職員の前で発表できる。就職当初は、技術について他の専門学校卒よりも戸惑うこともあるが、考えたり、文章にまとめたりすることが得意である。就職後3年くらい過ぎると、業務にも慣れて自己や病棟内の課題を整理し表現する能力を発揮し貢献している」との意見を得た。

プレテスト回答者は、グループ面接調査を行った7名の看護師長であり、全員から回答を得た。グループ面接調査と質問紙のプレテストの結果、質問紙の案174項目を削除または統合し、最終的に154項目から構成される質問紙に改訂した。

2. 卒業生が就職した病院の看護師長を対象とした郵送式質問紙調査

1) 回収率・有効回答率および病院と回答者の属性

57病院に調査依頼書を郵送した結果、36病院から承諾書を得た(回収率63.1%)。質問紙は卒業生数と同じ197件を配布し、72件を回収し(回収率36.5%)、このうち有効回答は71件(有効回答率36.0%)であった。

対象病院の設立主体は、国立または独立行政法人立13%、自治体立19%、日赤・済生会17%、学校法人11%、医療法人13%、その他27%であった。回答者の属する病棟は、急性期の42%が最も多く、次いで混合病棟が27%、産科・小児科が10%、ICU/CCUが6%、慢性期4%、その他11%であった。病棟の平均在院日数は、 16.4 ± 9.1 日、病床利用率は $87.7 \pm 10.2\%$ であった。回答者の平均年齢は、 47.0 ± 5.8 歳、看護師経験年数は 24.2 ± 6.5 年、看護師長経験年数は 5.6 ± 4.1 年であった。

回答者の病棟に就職したA大学卒業生の数は、2005～2007年の3年間で104名であり、3年間の全卒業生の197名の52.3%であった。このうち既に退職した卒業生は8

名(7.7%)であり、このうち2名(1.9%)が1年以内に退職していた。退職理由は技術不足によるもの1名、リアリティ・ショックによるもの1名、人間関係1名、体調不良1名、結婚・出産・育児1名、進学・転職1名、医療事故関連4名であった。

2) 「期待達成度」の中央値

154項目の5段階評価の得点の平均値は、「期待達成度」が 2.98 ± 0.85 であり「実際達成度」は 2.87 ± 0.82 で有意差があった($p < 0.00$)。

「期待達成度」の中央値が5の看護技術は、「バイタルサインの測定」、「基本的なベッド・メイキング」、「身体測定」であった。「期待達成度」の中央値が4以上の項目は、154項目中27項目(17.5%)であった(表1)。例えば、「バイタルサインの測定」「基本的なベッド・メイキング」「身体測定(身長・体重・座高・頭囲・胸囲・腹囲)」「臥床患者のリネン交換」「患者とのコミュニケーション」など臨床での使用頻度の高い日常生活援助技術であった。「期待達成度」が3の項目は、88項目(57.1%)であった。例えば、「体位変換・褥瘡の予防」「歩行器での移動の介助」「療養環境の不備や物品の破損に気づき報告できる」などの項目であった。(表2)。「期待達成度」が3未満の項目は38項目(26.4%)であり、「膝蓋腱やアキレス腱等の反射の診察」「深部知覚、表在知覚、複合知覚の診察」「関節可動域の測定」「小脳機能の診察」「対人交流の援助」「呼吸機能検査(スパイロメーター使用)時の援助」など特定の診療科で用いられる特殊な検査や処置やケアをであった。(表3)。

3) 「期待達成度」と「実際達成度」の差

全154項目中の120項目(77.9%)は「実際達成度」と「期待達成度」の差がないと評価されていた。「期待達成度」の中央値が「実際達成度」の中央値より高く有意差が見られた項目は34項目(22.0%)であった。

「期待達成度」の中央値が「実際達成度」の中央値より高く有意差が見られた項目は、「期待達成度」4以上の27項目中17項目(62.9%)であった。具体的には、「バイタルサインの測定」「基本的なベッド・メイキング」「身体測定(身長・体重・座高・頭囲・胸囲・腹囲)」「療養環境調整(温度・湿度・換気・採光等)」「臥床患者のリネン交換」「冷罨法」などであった(表1)。

「期待達成度」3の項目で中央値に有意差が見られた項目は88項目中10項目(11.3%)であった。具体的には

表1 期待達成度4以上の項目と実際達成度の差の検定

	技術項目	中央値		平均ランク	順位和	Z	漸近有意確率 (両側)
		期待達成度	実際達成度				
1	バイタルサインの測定	5	4	17.31	450	-3.697c	0.00
2	基本的なベッドメイキング	5	4	21.15	782.5	-5.160c	0.00
3	身体測定(身長・体重・座高・頭囲・胸囲・腹囲)	5	4	22.23	711.5	-3.360b	0.00
4	臥床患者のリネン交換	4	4	20.98	671.5	-4.167c	0.00
5	冷罨法	4	4	17.12	428	-3.221a	0.00
6	整容(整髪, 結髪を含む)	4	4	25.03	801	-2.239c	0.03
7	部分浴(手, 足, 臀部, 肘)	4	4	26.09	887	-2.178c	0.03
8	車椅子での移送	4	4	21.2	530	-1.001c	0.32
9	患者とのコミュニケーション	4	4	14.35	186.5	-.063a	0.95
10	ストレッチャーでの移送	4	3.5	14.9	298	-1.856a	0.06
11	療養環境調整(温度・湿度・換気・採光等)	4	3	20.26	668.5	-4.440c	0.00
12	患者の安全を守る療養環境の整備	4	3	20.12	563.5	-3.349a	0.00
13	温罨法	4	3	16.62	415.5	-2.961a	0.00
14	日常的手洗い・衛生的手洗い	4	3	27.53	936	-2.959a	0.00
15	洗髪	4	3	22.88	755	-2.781c	0.01
16	自然排便の支援	4	3	23.12	693.5	-2.728c	0.01
17	自然排尿の支援	4	3	24.23	775.5	-2.634c	0.01
18	臥床患者の全身清拭	4	3	23.6	731.5	-2.495c	0.01
19	口腔ケア(歯磨き・義歯のケア・含嗽を含む)	4	3	29.41	1088	-2.464c	0.01
20	陰部洗浄	4	3	23.8	666.5	-2.068c	0.04
21	おむつ交換	4	3	22.31	714	-1.949c	0.05
22	便器による床上排泄介助	4	3	19.79	514.5	-1.780c	0.08
23	ポータブルトイレの排泄介助	4	3	20.59	556	-1.677c	0.09
24	尿器による床上排泄介助	4	3	19.16	479	-1.620c	0.11
25	臥床患者の寝衣交換	4	3	23.32	653	-1.599c	0.11
26	ベッドから車椅子への移乗	4	3	22.39	604.5	-1.328c	0.18
27	入浴, シャワー浴の介助	4	3	18.67	392	-1.313c	0.19

a. 負の順位に基づく b. 正の順位に基づく c. Wilcoxon の符号付き順位検定

「食事の摂取状況のアセスメント」「BLS(一次救命)の実施」「AED(体外式除細動)の使用法」などであった(表2)。

「期待達成度」3未満の項目で中央値に有意差が見られた項目は7項目(18.4%)を占めていた。具体的には「膝蓋腱やアキレス腱等の反射の診査」「深部知覚, 表在知覚, 複合知覚の診査」などであった(表3)。

一方、「実際達成度」と「期待達成度」の差がマイナスになり、「実際達成度」が「期待達成度」より高いと評価された項目は、154項目中12項目(7.7%)みられた。具体的には、「処置伝票など看護関連の診療報酬請求の手続き」「ME機器使用時の事故防止」「行動制限, 拘束・抑制帯の使用法」などであった。

IV. 考 察

1. 看護師長を対象とした面接調査と質問紙の原案のプレテスト

4病院にはいずれもA大学の卒業生が毎年複数就職している病院であるため、A大学の卒業生の卒業時の技術レベルについて質問する対象としては適切であった。しかし、就職時に求められる看護技術については、回答者は800床以上の特定機能病院の看護師長であるため、特定機能病院で求められる水準に関する見解であり、全国の平均的な病院を代表しているとは言えない。

厚生労働省による保健師助産師看護師養成所指定規則の2009年度の改定では、総合実習として夜勤実習や複数受持ち実習の導入が掲げられている。看護系大学では指定規則の適用除外とすることが「21世紀の看護系大学・

表2 期待達成度3の項目と実際達成度の差の検定(その1)

技術項目	中央値		平均ランク	順位和	Z	漸近有意確率 (両側)
	期待達成度	実際達成度				
28 看護過程の展開	3	3	19.03	552	-4.069c	0.00
29 食事の摂取状況のアセスメント	3	3	20.45	572.5	-3.527c	0.00
30 BLS(一次救命)の実施	3	3	18	432	-3.297b	0.00
31 AED(体外式除細動)の使用法	3	2	18.1	470.5	-3.133b	0.00
32 精神・情緒、心理・社会的・家族のアセスメント	3	3	19.32	541	-3.008c	0.00
33 栄養状態・電解質バランスのアセスメント	3	3	15.17	318.5	-2.760c	0.01
34 安楽な体位	3	3	16.98	390.5	-2.535a	0.01
35 松葉杖での移動の介助	3	3	9.33	112	-2.368a	0.02
36 新人として職務と自分の健康の管理ができる	3	3	25.64	846	-2.056a	0.04
37 スタンダードプリコーション(標準予防策)	3	3	19.5	409.5	-2.016a	0.04
38 体位変換・褥瘡の予防	3	3	15.85	364.5	-1.998a	0.05
39 歩行器での移動の介助	3	3	9.14	128	-1.922a	0.06
40 療養環境の不備や物品の破損に気づき報告できる	3	3	23.06	599.5	-1.906a	0.06
41 腹部の触診	3	3	12	96	-1.864a	0.06
42 事故を予防する看護師の労働環境の整備	3	3	12.38	210.5	-1.823a	0.07
43 導尿(女性)	3	3	18.64	391.5	-1.656c	0.10
44 病院の理念や看護部目標と個人目標を統合する	3	3	13.96	181.5	-1.596b	0.11
45 滅菌手袋の装着	3	3	15.17	136.5	-1.561b	0.12
46 針刺し・切創の防止	3	3	22.87	617.5	-1.504a	0.13
47 誤薬の防止(間違いやすい薬の情報の収集)	3	3	15	300	-1.472a	0.14
48 皮下注射(自己注射を含む)	3	3	21.35	277.5	-1.437a	0.15
49 輸液ポンプの取り扱い	3	3	20.22	323.5	-1.435a	0.15
50 経粘膜与薬(点眼、点鼻)	3	3	19.5	292.5	-1.415a	0.16
51 歩行介助	3	3	12.13	182	-1.408a	0.16
52 筋肉注射	3	3	17.21	206.5	-1.398a	0.16
53 低流量酸素吸入法(鼻カニューラ・マスク)の管理・観察	3	3	13.5	135	-1.377a	0.17
54 患者の状態に合わせた食事介助の方法	3	3	18.98	417.5	-1.374c	0.17
55 転倒・転落の防止対策の立案・実施・評価	3	3	15.55	311	-1.345a	0.18
56 誤嚥の予防	3	3	20.86	459	-1.335c	0.18
57 ネブライザー	3	3	11.36	79.5	-1.322a	0.19
58 動脈の触診	3	3	16.33	294	-1.318c	0.19
59 一般薬品の管理	3	3	18.94	303	-1.305a	0.19
60 インシデント・アクシデントの報告	3	3	21.03	357.5	-1.229b	0.22
61 輸液ラインの取扱い	3	3	21.97	329.5	-1.156a	0.25
62 転倒・転落リスクのアセスメント	3	3	16.32	359	-1.122a	0.26
63 睡眠を得るための援助	3	3	12.56	201	-1.117a	0.26
64 物品の洗浄・消毒・消毒薬の作り方	3	3	14.82	207.5	-1.103b	0.27
65 浣腸	3	3	18.92	359.5	-1.096c	0.27
66 止血法	3	3	11.12	144.5	-1.091b	0.28
67 1日の業務計画を立て時間内に終わらせる	3	3	17.84	339	-1.075a	0.28
68 杖での移動の介助	3	3	8.91	98	-1.063a	0.29
69 心電図モニター使用時の援助	3	3	15.31	199	-1.046a	0.30
70 輸液ライン等のある臥床患者の寝衣交換	3	3	24.2	605	-1.032c	0.30
71 経皮的動脈血酸素飽和度の測定	3	3	15.29	214	-.994a	0.32

a. 負の順位に基づく b. 正の順位に基づく c. Wilcoxon の符号付き順位検定

表2 期待達成度3の項目と実際達成度の差の検定(その2)

技術項目	中央値		平均ランク	順位和	Z	漸近有意確率 (両側)
	期待達成度	実際達成度				
72 患者誤認の防止	3	3	22.89	503.5	-.989a	0.32
73 経口与薬(パッカ錠, 内服薬, 舌下錠)	3	3	24.94	598.5	-.960b	0.34
74 口腔・鼻腔吸引	3	3	21.32	362.5	-.938a	0.35
75 ベッドからストレッチャーの移乗	3	3	14.15	240.5	-.926a	0.35
76 酸素流量計・酸素濃度計の取り扱い	3	3	15.05	165.5	-.926a	0.35
77 災害発生時の患者への対応	3	3	16	192	-.906b	0.37
78 静脈血液の採取と取扱い	3	3	14.73	191.5	-.900a	0.37
79 上司や同僚に相談したり支援を得ることができる	3	3	22.04	595	-.894a	0.37
80 経粘膜与薬(座薬)	3	3	19.4	388	-.832a	0.41
81 高流量酸素吸入法の管理・観察	3	3	14.23	156.5	-.822a	0.41
82 皮内注射	3	3	19.14	268	-.817a	0.41
83 滅菌物の取り扱い(滅菌ガーゼ)	3	3	21.3	490	-.815a	0.42
84 誤薬の防止(処方箋の確認方法)	3	3	13.11	236	-.784a	0.43
85 酸素ボンベの取り扱い	3	3	14.33	172	-.758a	0.45
86 褥瘡のケア	3	3	12.7	127	-.726a	0.47
87 心音の聴診	3	3	14.3	214.5	-.671c	0.50
88 誤薬の防止(薬剤変更時の確認方法)	3	3	14.5	261	-.621a	0.53
89 失禁のケア	3	3	16.47	247	-.616a	0.54
90 無菌操作(滅菌物・鉗子の取り扱い)	3	3	16.47	313	-.607a	0.54
91 便の採取と取扱い	3	3	15.12	242	-.570b	0.57
92 血糖の測定	3	3	14.31	257.5	-.559b	0.58
93 経皮膚与薬(外用薬, 貼付薬)	3	3	21.5	430	-.543a	0.59
94 呼吸音の聴診	3	3	16.17	291	-.541c	0.59
95 膀胱内留置カテーテルの管理	3	3	23.03	391.5	-.541a	0.59
96 創傷の観察とドレッシング	3	3	15.17	182	-.539a	0.59
97 腹部の聴診	3	3	13.33	160	-.409a	0.68
98 包帯法	3	2.5	8.28	74.5	-.354b	0.72
99 口腔・舌・歯の観察	3	3	14.39	201.5	-.322c	0.75
100 滴下速度の調節	3	3	19.42	369	-.315a	0.75
101 尿の採取と取扱い	3	3	15.3	229.5	-.279b	0.78
102 体温調節(保温法・冷却法)	3	3	21.71	412.5	-.242a	0.81
103 経管栄養法(胃管・胃瘻)	3	3	24.88	497.5	-.238a	0.81
104 静脈注射(点滴を含む)	3	3	22.28	356.5	-.212a	0.83
105 摘便	3	3	18	270	-.200a	0.84
106 ガウンテクニック(予防衣・マスク・ゴーグル)	3	3	20.97	377.5	-.183b	0.86
107 感染性廃棄物の取り扱い	3	3	19.15	325.5	-.183a	0.86
108 超音波ネブライザー	3	3	12.18	134	-.126a	0.90
109 気管内吸引	3	3	22.25	445	-.087a	0.93
110 服薬行動のアセスメントと援助	3	3	20.44	347.5	-.064a	0.95
111 誤薬の防止(新しい容器の製剤の取り扱い)	3	3	16.72	301	-.062a	0.95
112 麻薬の取り扱いと管理	3	3	24.5	490	-.063b	0.95
113 医療廃棄物の取り扱い	3	3	18.66	298.5	-.018a	0.99
114 喀痰の採取と取扱い	3	3	14.5	188.5	-.013a	0.99
115 JCSまたはGCSを使った意識レベルの観察	3	3	14.5	203	.000b	1.00

a. 負の順位に基づく b. 正の順位に基づく c. Wilcoxon の符号付き順位検定

表3 期待達成度2の項目と実際達成度の差の検定

技術項目	中央値		平均ランク	順位和	Z	漸近有意確率 (両側)
	期待達成度	実際達成度				
116 輸血管理 (製剤の確認, 前・中・後の観察)	2.5	3	21.77	283	-1.561a	0.12
117 処置伝票など看護関連の診療報酬請求の手続き	2	3	18.47	332.5	-1.955a	0.05
118 ME 機器使用時の事故防止	2	3	22.07	309	-1.909b	0.06
119 行動制限, 拘束・抑制帯の使用法	2	3	21.74	369.5	-1.583b	0.11
120 廃用性症候群予防	2	3	11.04	132.5	-1.094a	0.27
121 他の部門との連携が理解できる	2	3	23.61	425	-.867a	0.39
122 放射線暴露の防止	2	3	20.43	306.5	-.728b	0.47
123 死後の処置	2	3	15.91	175	-.357a	0.72
124 持続的吸引	2	3	12.38	148.5	-.339b	0.73
125 向精神薬の副作用に対する援助	2	3	19.41	330	-.050a	0.96
126 目・耳・鼻の観察	2	3	14.62	190	-.026c	0.98
127 臨死時のケア	2	2.5	12.92	168	-.160b	0.87
128 膝蓋腱やアキレス腱等の反射の診査	2	2	7.5	97.5	-3.207c	0.00
129 深部知覚, 表在知覚, 複合知覚の診査	2	2	5.56	50	-2.496c	0.01
130 関節可動域の測定	2	2	10.89	152.5	-2.434c	0.02
131 小脳機能の診査	2	2	6.5	65	-2.309c	0.02
132 対人交流の援助	2	2	9.15	119	-2.236a	0.03
133 呼吸機能検査 (スパイロメーター使用) 時の援助	2	2	10.08	131	-2.129b	0.03
134 リラクゼーション	2	2	7.88	94.5	-2.057a	0.04
135 頭部・甲状腺・リンパ節の触診・観察	2	2	10.25	123	-1.755c	0.08
136 嗅覚・視力・聴覚・触覚・味覚の診査	2	2	8.95	98.5	-1.713c	0.09
137 関節可動域訓練	2	2	7.5	60	-1.704a	0.09
138 顔面, 口腔, 舌の運動の診査	2	2	8.73	96	-1.606c	0.11
139 遊びを企画実施する	2	2	6.67	80	-1.178a	0.24
140 呼吸法 (深呼吸, 腹式呼吸, 口すぼめ呼吸)	2	2	16.8	252	-1.072a	0.28
141 レクリエーションを企画実施する	2	2	6.09	67	-.951a	0.34
142 腰椎穿刺の援助	2	2	10.5	84	-.827a	0.41
143 乳房・腋窩の触診	2	2	9.17	82.5	-.790c	0.43
144 創傷用携帯型低圧持続吸引の管理	2	2	10	110	-.688b	0.49
145 自殺・自傷防止	2	2	17.26	293.5	-.591a	0.55
146 胸郭呼吸助法	2	2	15.79	221	-.554a	0.58
147 人工呼吸器装着中の患者の観察・管理	2	2	12.89	180.5	-.536b	0.59
148 咳嗽法・排痰法	2	2	18.36	257	-.520b	0.60
149 ストーマ造設患者のケア	2	2	15.23	198	-.458a	0.65
150 胃管の挿入と確認	2	2	21.5	408.5	-.271b	0.79
151 外科的手洗い	2	2	14.5	188.5	-.013b	0.99
152 指圧・マッサージ	2	1.5	5	35	-.832a	0.41
153 内視鏡検査時の援助	2	1	5.43	38	-1.115b	0.27
154 気管支鏡検査時の援助	2	1	5.29	37	-.372b	0.71

a. 負の順位に基づく b. 正の順位に基づく c. Wilcoxon の符号付き順位検定

大学院教育の方向性 (声明)」において提示されている⁶⁾。A大学では、選択実習の看護管理学実習において、新卒看護師の複数受け持ち業務に同行する実習を行っている。管理実習を履修した学生の一部からは、複数患者の受持ち、夜勤体験の希望があった⁷⁾。しかし、教員配置や実習病院の確保と夜間や早朝通学時の学生の安全が確保でき

ないため実現していない。したがって、今回の本調査の項目からは除外した。

コミュニケーションやバイタルサインの測定は、基本的技術として自立して実施できることが要求されており、先行研究と同様の結果であった⁶⁾。2007年報告書では、基本的なベッド・メイキングは単独で実施できること、

臥床患者のリネンの交換は、指導のもとで実施できることが求められていた。しかし、本調査の一部の病院では、掃除や基本的なベッド・メイキング業者が行う業務となっており、看護師は全く行わないので必要ないという意見があった。輸液管理は、2007年報告書では、学内演習で実施できることが求められている。しかし、就職後の急性期の臨床現場では、投薬、注射、輸液管理などの診療補助が主要な看護行為となるため、単独で実施できることが求められていた。

2. 卒業生が就職した病院の看護師長を対象とした郵送式質問紙調査

1) 病院と回答者の属性

本調査の回答者は、A大学卒業生が就職している病院を対象としているため、在院日数や病床利用率も全国平均より高く、大規模急性期公的病院に偏っている。しかし、回答者の病棟に就職したA大学卒業生の数は3年間の全卒業生の197名の52.3%であった。したがって、就職時の技術レベルとして、A大学卒業生が就職している病院の意見をほぼ代表していると考えられる。

A大学卒業生の離職率は全国平均よりも低い値であった。離職の原因として、先行研究では、基礎看護教育終了時点の能力と看護現場で求める能力のギャップ、ヒヤリハットの報告書を書いたことなどが関連しているといわれている⁸⁾。A大学卒業生の退職理由としては、技術不足は1件のみであったが、医療事故関連が4件であったことから安全教育の強化が必要と考えられた。

2) 「期待達成度」と「実際達成度」の中央値と差

本研究では、臨床看護師が就職時に「自立して実施できることが望ましい」とする技術の看護技術は、「バイタルサインの測定」、「基本的なベッド・メイキング」、「身体測定」のみであった。2002年の日本看護協会による「新卒看護師の看護技術に関する実態調査」では2110人の新卒看護師の7割が「入職時に一人で行える」と認識している技術を尋ねたところ103項目中「基本的なベッド・メイキング」、「基本的なリネン交換」「呼吸・脈拍・体温・血圧を正しく測定」「慎重体重を正しく測定」の4項目しかなかったと報告した⁹⁾。本研究による臨床現場が一人でできることを求めている技術の種類と看護協会調査の新卒看護師の主観による回答結果は対応していた。しかし、それらの新卒看護師の技術の看護師長による客観的評価は「監督下で実施できた4」であった。また、看護

協会の2006年の看護教育機関を対象にした調査では、「80%以上の学生が一人で行える」とした項目は80項目の看護技術うち、18項目(22.5%)であり、新卒看護師の技術習得は低いと結論づけていた¹⁰⁾。日本看護協会の2つの調査は日本看護協会の「新卒看護師の実践能力が臨床現場で求められる水準に達していない」という主張の根拠となっている¹¹⁾。また、佐藤らは、849名の大卒新卒看護師を対象に108項目の看護技術について「よくできる」から「全くできない」の4段階で自己評価を求めたところ就職直後は「できる」技術は14項目(13%)であったと報告した¹²⁾。しかし、これらの調査は、上記主張の根拠とするためには2つ点で調査方法に問題がある。第1に「就職時に臨床現場で求められる水準」を臨床現場に尋ね、その回答と就職時の新卒看護師の技術達成度を比較したものではないこと、第2に新卒看護師の技術達成度を新卒看護師自身の主観や基礎教育機関に尋ねたものであり、就職時の新卒看護師の技術について臨床の看護師による客観的な評価を受けたものではないことである。本研究の結果から、臨床現場において就職時に一人でできることを求められる技術の種類は極めて少ないことが明らかになった。

次に、「看護教育の技術項目と卒業時の到達度(案)(資料3)」では「単独で実施できるI」の項目が全141項目の33項目(23.4%)であり、「指導のもとで実施できるII」は全141項目の62項目(43.9%)であった³⁾。しかし、本調査では、臨床看護師が就職時に「自立して実施できることが望ましい」とする技術の看護技術は、3項目(1.9%)のみであった。また、「監督下で実施できることが望ましい4」院内で指導を受けて実施できることが望ましい3」を合わせると112項目(72.7%)であった。臨床現場では就職時には多くの技術について監督下や指導を受けて実施できることを求めている。その理由として、看護師の養成機関には2年制の専門学校から大学まで様々であり、ごく基本的な看護技術でさえも就職時の修得状況も方法もさまざまであることが考えられる¹³⁾。また、臨床では看護の手順や方法に加えて必要とされる看護技術の種類も病院や病棟により様々である。このため、その病院独自の看護に沿った様々な新人研修によって、その病院独特の看護が実施できるように教育しているのが現状である。

また、本研究では就職時の新卒看護師の実践能力について臨床現場が求める水準と等しいと評価された技術は、全技術項目の約8割に達していた。前述の看護の協会の

2つの調査は、「臨床現場では就職時に全ての看護技術が一人でできることが求められている」という実態を反映していない不適切な仮定をおいた調査方法のために、看護基礎教育機関の教育効果を低く評価する誤った解釈を導いていたと考えられる。

厚生労働省の研究班に参加した看護教育の専門家の意見により構築された教育到達目標は、看護基礎教育の卒業時の標準を示したものとして意義あるものではある。しかし、今後科学的な調査に基づいて臨床のニーズを明らかにし、看護教育者や研究者の求める理想の看護師像との調和を図るべきであろう。

一方、本研究において新卒看護師の実践能力が臨床現場で求められる水準より低いと評価された技術は、34項目(22.0%)であった。具体的には、基本的なベッド・メイキング、環境整備、看護過程の展開、自然排尿、排便の支援、身体測定など日常生活援助技術が「期待達成度」より低い評価を受けていた。その理由として、A大学は大学附属病院を持たないため様々な医療機関に学生が就職していることが上げられる。早出らは、新卒看護師の実践力の不足に関する評価者側の要因として、実習病院と就職病院が異なる場合が増えており、特に大卒看護師は実習病院と異なる病院に就職するケースが増えていることを指摘している¹⁴⁾。すなわち、学校で学んだ看護技術の提供方法と就職した病院の看護技術の提供方法が異なるために、新卒看護師はその病院の方法を教してもらえないと一人ではできないという現状におかれている。病院施設の付属の看護専門学校の学生に比較して、A大学卒業生は実習で培ったことが就職した病院でそのまま適用できないことや、実習中にリネン交換や環境整備、全身清拭や排泄介助を体験できる場面が少ないことが考えられる。今後実施回数を増やすなど達成度を高める方法や、教育機関と臨床の場が協働によって基本的な看護技術の標準化の検討が必要である。

本研究において新卒看護師の実践能力が臨床現場で求められる水準をより高いと評価された技術は、12項目(7.7%)であった。酒井らによる「看護師長への調査結果から見た大卒看護師像」の調査の結果では、大卒看護師は技術力(回答者の9割以上)とコミュニケーション力(5割)が劣っていると回答した看護師長が多かったと報告している⁴⁾。しかし、A大学卒業生は、処置、輸血、安全管理、看護管理などに関連した項目については、「期待達成度」を越えていた。また、コミュニケーション能力は「期待達成度」と有意差はなかった。

A大学では2005年からこれら実践能力の向上のために学内教員が協働して看護学演習Ⅰ(フィジカル・アセスメント、救急処置、全身清拭、静脈注射、プリパレーション、安全管理、事故分析等)、看護学演習Ⅱ(倫理的判断能力、輸液準備、静脈採血等)に取り組み、学内で繰り返し学習している。また、「期待達成度」を越えていた項目のひとつに、「処置伝票など看護関連の診療報酬請求の手続き」があったが、これはA大学独自の看護管理学領域の講義に含まれている項目である。以上のようにA大学の特色ある教育カリキュラムの成果が確認できたものとする。

大室らは看護系大学を卒業した新卒看護師の看護実践力の修得状況を就職直後と就職後6ヶ月後に自己評価を行った。これによると、就職直後に実施できたのは108項目中15項目(13.9%)であったが、6ヶ月後には102項目(94.4%)が実施できていた¹⁵⁾。本調査は就職時の4月から7月期間の技術の達成度を尋ねているため、この時点で評価の低かった日常生活援助技術も6ヶ月後、1年後には自立して実施できるものと予測される。また、就職後2年を経過すると教育による実践能力の差はなくなるという報告もある。

2004年の「新人看護職員研修到達目標」の発表について現在、看護師の臨床研修の必修化が検討されている¹¹⁾。これらの動向と、大学の教育理念を踏まえて、教育成果としてあるべき看護師像とその達成時期および、教育する看護技術の優先順位を明確にする必要があると考える。

V 結 論

A大学卒業生の就職する病院の看護師長が、新卒看護師の実践能力が臨床現場で求められる水準と差がないと評価した技術は、全154項目中の120項目(77.9%)であった。「期待達成度」が「実際達成度」より有意に高かったのは、34項目(22.0%)であり、バイタルサインの測定や排泄介助など日常生活援助技術であった。一方、有意差はなかったものの「実際達成度」が「期待達成度」より高いと評価された項目は12項目(7.7%)であり、処置、輸血、安全、看護管理などに関連した項目であった。今後、大学の理念や教育目標を達成するために、限られた教育時間の中で教育すべき看護技術について優先順位を明確にする必要がある。

謝 辞

調査にご協力いただいた看護師長の皆様に心よりお礼申し上げます。尚、本研究は平成19年度愛知県公立大学法人「魅力あふれる大学づくり事業」の「看護実践能力向上のための学内における技術教育と臨床現場への適応支援プログラムの開発と評価」の一部として実施した。

引用文献

- 1) 看護学教育の在り方に関する検討会：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報告書。厚生労働省，2004.
- 2) 新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会：「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」の概要。厚生労働省医政局看護課，2004.
- 3) 看護基礎教育の充実に関する検討会：「看護基礎教育の充実に関する検討会」報告書。厚生労働省医政局看護課，2007.
- 4) 酒井郁子，湯浅美千代，佐藤まゆみ，大室律子：看護系大卒者の特徴と育成・活用に関する看護師長の認識。看護管理，13(7)，517-522，2003
- 5) 中村久美子，竹内智恵子，出井美智子，吉田直子，飯田加奈恵：新卒看護師の実践能力の特徴（第2報），自己評価と他者評価の比較。杏林大学研究報告，20，66-41，2003.
- 6) 日本看護系大学協議会：21世紀の看護系大学・大学院教育の方向性（声明）。日本看護系大学協議会，2007
- 7) 飯島佐知子，平井さよ子，賀沢弥貴：看護管理学実習病院の新卒看護師業務および組織的支援を早期体験する。看護教育，48(9)，817-818，2007
- 8) 日本看護協会：2007年度新卒看護師早期離職実態調査。日本看護協会，2004.
- 9) 日本看護協会：「新卒看護師の看護基本技術に関する実態調査」。日本看護協会，2002.
- 10) 日本看護協会：2007年「看護教育基礎調査」。日本看護協会，2006.
- 11) 平成18年度看護師臨床研修必修化推進検討委員会：看護師臨床研修必修化推進検討委員会報告。日本看護協会政策企画部，2006.
- 12) 佐藤まゆみ，大室律子，根元敬子，佐藤禮子，大田節子，門川由紀江，濱野孝子：新卒看護師の看護実践能力を育成する教育プログラム開発—看護系大学を卒業した看護職者における看護実践能力の習得状況。看護管理，16(8)，676-681，2006.
- 13) 川島みどり：新人研修の制度化をめぐる一まずは技術教育についての共通理解を一。看護展望，30(1)，23-35，2005.
- 14) 早出晴美，前田樹海：新卒看護師の能力評価を考えるための新たな基盤に関する一考察。長野県立看護大学紀要，9，45-54，2007.
- 15) 大室律子，佐藤禮子，大田節子，佐藤まゆみ，根元敬子，濱野孝子，門川由紀江：なぜ看護政策を学ぶのか？ 新人看護職者の看護技術修得状況と課題 大卒看護師の調査研究から。看護教育，46(10)，868-871，2005.