

〈原著論文〉

看護系大学卒業生が卒業後6か月時点で認識する 看護技術到達度と困難度 - 卒業時との比較を通して -

The level of achievement of Nursing skills and sense of difficulties among the graduates
six months after the graduation.

菅野 由美子¹, 新井 祐恵², 伊藤 朗子³, 野原 留美⁴, 九津見 雅美⁵, 佐藤 文子⁶
仲下 祐美子⁷, 溝口 幸枝⁸, 森本 安紀⁹, 山中 純瑚¹⁰

要 旨

本研究の目的は、A大学卒業生の卒業時と卒業後6か月の時点における看護技術到達度と、卒業生が看護技術習得に関して直面した課題や困難を明らかにし、A大学における今後の看護技術教育の課題と方向性を明らかにすることである。卒業生86名（卒業後6か月）に質問紙にて調査を行い、32名の回答を得た。その結果、実習では実践することが難しく、卒業時に技術ができたとした学生が50%未満である診療補助技術が、早期より臨床現場において必要とされる技術であることが分かった。また、直面する困難としては、「未学習の看護技術が未熟」に困難であると回答した割合が最も高く、未経験技術への困難が高いことが明らかとなった。その一方で、方法や物品などが異なる事での不安も述べられており、看護技術の根拠を理解させる教育の必要性が再認識された。

キーワード：看護技術教育, 困難度, 新人看護師, 看護技術到達度

Education of Nursing skills, difficulty degree, Novice Nurse, Attainment of Nursing skills

I. はじめに

近年、高度医療の推進や医療技術の高度化などにより臨床では安全かつ高度な実践能力が求められている。そのような中、看護の専門課程を卒業した直後の新卒看護師の看護実践能力の低下は、患者に質の高い医療サービスを提供することを阻害するばか

りでなく、新卒看護師自身にも多大なストレスを生み出し、新人看護師個人のネガティブなストレス反応は離職願望と関連があることが報告されている¹⁾。また、自分の看護技術の未熟さや医療の複雑さから医療事故を起こすことに不安を感じている新卒看護師は多い。このような状況により、看護教育機関と医療機関の双方で、看護の専門課程の学生お

1	Yumiko KANNO	千里金蘭大学	看護学部
2	Sachie ARAI	千里金蘭大学	看護学部
3	Akiko ITOH	千里金蘭大学	看護学部
4	Rumi NOHARA	千里金蘭大学	看護学部
5	Masami KUTSUMI	兵庫県立大学	看護学部
6	Fumiko SATOH	千里金蘭大学	看護学部
7	Yumiko NAKASHITA	千里金蘭大学	看護学部
8	Yukie MIZOGUCHI	千里金蘭大学	看護学部
9	Aki MORIMOTO	千里金蘭大学	看護学部
10	Junko YAMANAKA	千里金蘭大学	看護学部

受理日：2014年10月15日
査読付

よび新卒看護師における看護実践能力の育成が大きな問題となっている。

2002年の看護学教育のあり方に関する検討会の報告「大学教育における看護実践能力の育成の充実に向けて」²⁾において、看護実践のための技術学習の項が設けられた。その中で、卒業時の看護技術の到達度について、「知る」、「わかる」項目だけではなく、一部は「使う」、「実践できる」ことが必要とされる項目もある。つまり、看護基礎教育の段階で、基本的な技術習得が要求されている。その反面で、現在のカリキュラムでは、看護技術習得のための時間が不足しているという指摘があり、臨床で必要とされるすべての看護技術の習得が困難とされている。

A大学看護学部では、厚生労働省が平成19年に出した「看護師教育における看護技術チェックリスト」³⁾に沿って、学内演習および臨地実習における看護技術の教育に取り組んでいる。また、技術実施状況の把握として、臨地実習終了後の卒業前の学生に、実施状況に関する調査を行ってきた。しかし、A大学を卒業した学生が就職し、臨床現場に出た後に看護技術の習得に向けてどのような経過を辿るのかは明らかになっていない。卒業生が看護技術をめぐって実際に直面した困難や、看護技術習得の程度、看護技術習得に関連する要因を明らかにすることで、看護基礎教育のさらなる充実にも役立つと思われる。

II. 研究目的

- 1) A大学卒業生の卒業時と卒業後6か月時点における看護技術到達度を明らかにする。
- 2) A大学卒業生が看護技術習得に関して実際に直面した課題や困難を明らかにする。
- 3) 1) 2) より看護技術教育の課題と今後の方向性を明らかにする。

III. 研究の意義

これらのことを明らかにすることで、A大学における看護技術教育のよりよいあり方を探索するとともに、卒業後も追跡することによって、看護技術教育内容について示唆が得られると考えられる。

IV. 研究方法

1. 研究対象者

A大学看護学部卒業生86名（卒業後6か月）

2. データ収集方法

自記式質問紙を作成し、2013年11月に郵送法にて配布・回収した。

3. 質問紙調査内容

質問紙では看護技術到達度、卒業後の困難度、大学教育に関する意見について尋ね、加えて、対象者の属性、職場環境についても質問を行った。

看護技術到達度は、『看護師の基礎教育のあり方検討会』（厚生労働省 平成19年）の「看護師教育における看護技術チェックリスト」³⁾において提示されている看護技術13技術142項目に関する卒業後6か月時点の到達度について「現時点でのあなたの看護技術の各項目の実施状況について当てはまるものに一つ○をつけてください」と質問し、回答形式は「3：単独で実施できる」「2：指導者のもと実施できる」「1：ベッドサイドで見学した」「0：知識としてわかる」の4段階リッカートスケールとした。

卒業後の困難度については、小池らの先行研究⁴⁾を参考に、研究者により25項目の質問を作成し、「卒業後あなたが直面した困難について伺います。それぞれ、1～4のうち当てはまる内容に○をつけてください」と尋ね、回答形式は「4：非常に当てはまる」「3：やや当てはまる」「2：あまり当てはまらない」「1：まったく当てはまらない」の4段階とした。また、実際に直面した困難については、「上記（質問項目）以外で直面した困難があれば記載して下さい」と質問し、自由記載にて調査を行った。

また、大学の教育に関する意見については、「看護技術習得について、大学での教育（講義、演習、実習）について意見を書いてください」と質問し、自由記載にて調査を行った。

4. 分析方法

看護技術到達度については、卒業時に求められる到達度「Ⅰ. 単独で実施できる」「Ⅱ. 見守りのもと実施できる」群（以下Ⅰ・Ⅱ群）、学内演習で経験する「Ⅲ. 見学」「Ⅳ. 知識としてわかる」群（以下Ⅲ・Ⅳ群）に分け、行動レベルの技術「到達度Ⅰ・

Ⅱ群」12技術58項目、「到達度Ⅲ・Ⅳ群」8技術21項目について記述統計にて分析を行った。

卒業後の困難度については、25項目の内容について全体に対する割合を集計し記述統計にて分析を行った。実際に直面した困難、および大学教育への意見に関する自由記載については、意味内容の類似性に着目しながら分類し、整理した。

5. 倫理的配慮

A大学疫学研究倫理審査の承認を得て調査を実施した。研究の目的、方法・個人情報保護、回答したくない項目は回答しなくてよいという回答の自由に関して書面にて説明し、質問紙の返送をもって研究参加への同意を得たものとした。

データは個人が特定されないよう無記名、通し番号で管理した。また、卒業時の看護技術チェックリストの到達状況に関するデータの使用については、意思表示を示す欄を設け、同意を得た者のみを対象とした。

V. 結果

回収32名(回収率37%)、有効回答31名(有効回答率97%)であった。無効回答となった1名は、保健師として勤務しており、看護技術の到達度を比較検討できなかったため、今回は分析から除いた。

また、有効回答31名のうち、卒業時のデータの使用に同意を得たのは31名であった。

1. 調査対象者の属性(表-1)

有効回答者31名は、全員が病院の常勤看護師であり、500床以上10名(32%)、200~500床未満21名(68%)、病棟は一般診療科23名(74%)であり、その他は精神科、手術室、ICU、小児科、産婦人科、緩和ケア病棟などがあつた。

看護技術のサポートについては、回答者全てに1名以上の指導者がおり、うちプリセプターは23名(74%)であった。

2. 卒業後6か月時点での看護技術到達度について

看護技術到達度については、卒業時のデータが存在する、30名(有効回答率93%)を分析対象とした。

質問紙にて調査を行った13技術142項目のうち、知識ではなく実践可能な技術に限定するため「…わかる」「…アセスメントできる」「…計画できる」

表-1 調査対象者の属性

		n=31
		度数 (%)
病床数	200床以上500床未満	21 (67.7)
	500床以上	10 (32.3)
診療科	一般診療科	23 (74.2)
	ICU/CCU/SCU	2 (6.5)
	産婦人科	2 (6.5)
	精神科	1 (3.2)
	小児科	1 (3.2)
	緩和ケア	1 (3.2)
	手術室	1 (3.2)
看護技術についての指導者 (複数回答あり)	指導看護師	24
	プリセプター	23
	教育担当看護師	23
	その他	7
	なし	0
看護技術についての指導を、指導看護師・プリセプター・教育担当看護師・その他のうち、何人から受けているか (複数回答あり)	1人	4
	2人	10
	3人	15
	4人	2
	なし	0

「…観察できる」の項目を除いた、13技術79項目について分析を行った。

今回の結果では、「単独で実施できる」「指導者のもとで実施できる」を合わせ、「できる」として判断した。

1) 「Ⅰ・Ⅱ群」に分類される12技術58項目について

「単独実施」が100%の項目数は、卒業時は「患者にとって快適な病床環境をつくることができる」「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」の2項目、卒業後6か月では「基本的なベットメイキングができる」「バイタルサインの測定ができる」「スタンダードプリコーション(標準予防策)に基づく手洗いができる」の3項目であった。「単独実施」が80%以上の技術項目数は、卒業前が9項目で、卒業後6か月では26項目、50%以上の技術項目数では、卒業時が20項目、卒業後6か月時点では51項目であった。

また「できる」が100%であった技術項目数は、卒業時が12項目、卒業後6か月時は20項目であった。卒業時に「できる」が100%であったが卒業後6か月時には100%未満となっていた技術項目は、「患者のおむつ交換ができる」「患者を車椅子で移送できる」「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」の3項目であった。卒業時に「できる」が100%未満であったが、卒業後6

か月時に「できる」が100%となった技術項目には、「臥床患者のリネン交換ができる」「臥床患者の清拭ができる」「患者の歩行・移動介助ができる」「輸液ラインなどが入っている患者の寝衣交換ができる」「患者の状態に合わせた温罨法・冷罨法が実施できる」「患者の自覚症状に配慮しながら体温調節の援助ができる」「患者の安楽を促すためのケアができる」「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」「使用した器具の感染防止の援助ができる」「感染性廃棄物の取り扱いができる」「自然な排便を促すための援助ができる」の11項目であった。そして80%以上が「できる」項目数は、卒業時34項目、卒業後6か月時では54項目であった。

これらの結果より、卒業時より卒業後6か月の時では、「単独実施」または「できる」技術項目数は増加していた。

また、卒業時に「できる」が50%未満であったが、卒業後6か月時で50%以上が「できる」となった項目は10項目あり、「簡易血糖測定ができる」96.7%、「針刺し事故防止の対策が実施できる」86.7%、「ポータブルトイレでの患者の排泄援助ができる」76.7%、「酸素吸入療法が実施できる」73.3%の順で

割合が高かった(図1)。

2) 「Ⅲ・Ⅳ群」に分類される8技術21項目について

卒業後6か月時で、単独実施ができるようになった技術項目は「点滴静脈内注射の輸液管理ができる」97%、「誤薬防止手順に沿った与薬ができる」90%、「静脈血採血ができる」87%の順で割合が高かった。一方、「人工呼吸が正しく実施できる」「気道確保が正しくできる」「閉鎖式マッサージが正しく実施できる」「除細動の原理が分かりAEDをもちいて正しく実施できる」など救急処置に関する4項目は、「できる」と回答したものは40%未満であった。

「Ⅲ・Ⅳ群」の技術に関しては、A大学では演習科目においてモデル人形を用いて看護技術の習得のトレーニングを行っており、卒業生全員が卒業時点でモデル人形を用いて「単独実施」もしくは「見守りのもと実施」レベルに達していると評価できるため、卒業後6か月時での実施状況のみを表に表した(図2)。

卒業時には演習で実施できた「Ⅲ・Ⅳ群」の項目

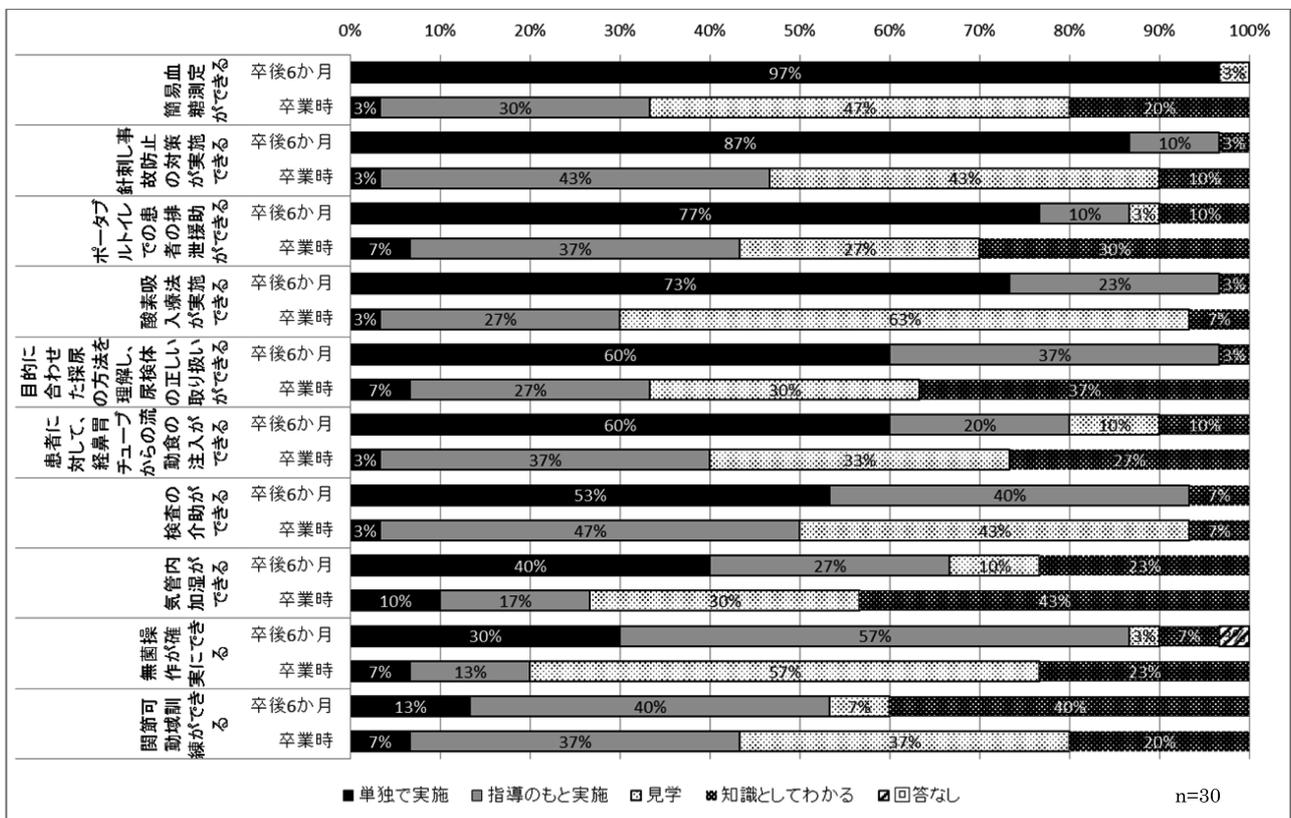


図1 卒業時の到達度Ⅰ・Ⅱ群レベルで50%以下の実施項目で、卒業後の単独実施割合の降順

でも、卒業後6か月時では、救急救命処置の項目以外の17項目で、60%以上が「できる」になっていた。

3. 看護技術習得に関して卒業後に直面する困難について

卒業後に直面した困難度について、31名（有効回答率100%）より25項目について回答を得た。そのなかで、プリセプターに関する質問項目については、プリセプター制を導入していない施設もあり、結果が十分に現状を表すものではないと判断した2項目について削除し、23項目について分析を行った（図3）。

また、具体的にどのような問題や悩みに直面したのかについて自由記載の回答を得たのは31名中17名であった。

直面する困難について「非常にあてはまる」の割合が高かった項目は、「終末期の看取りの看護における経験が不足」65%、「終末期の看取りの看護における知識不足」61%であった。「非常にあてはまる」「ややあてはまる」の割合が最も高かったものは、「未学習の看護技術が未熟」100%、「既習の技術の経験不足」97%、「医療処置時不測の事態に対応できない」「専門用語・略語の知識不足」93%、「複数受け持ちによる仕事の繁忙さ」87%であった。

さらに、自由記載に回答した17名のうち6名が「大学で学んだ手順と病棟のやり方が異なり、慣れ

るのに時間がかかった」「学校で使用した物品と異なった」「指導された方法とチェックリストの内容が異なりどうすれば良いか不安になった」など、物品や技術の手順の違いによる不安や戸惑いを述べていた。

しかし、一方で「習得した技術と臨床での技術が違い注意を受けたが、説明すれば納得してもらうことができた」と学習した基本的な内容と臨床で指導を受けた技術の違いと内容を理解し、対処できたという回答が1名あった。

また、「受け持ち患者の業務をやり遂げることに精一杯で未経験の技術を積極的に経験していく余裕がない」という記述もあり、実際得られた回答でも、「ややあてはまる」「非常にあてはまる」を合わせた割合でみると「複数受け持ちによる日頃の繁忙さ」87%、「複数受け持ちによる時間調整が困難である」84%など、高い割合が見られ、多重課題に対応することへの困難を感じていた。

逆に、「非常にあてはまる」「ややあてはまる」が低かった項目は「自分から注射薬の見方を聞けない」0%、「自分から医療用具の場所を確認できない」3%、「忙しさのため先輩看護師に聞くことを躊躇する」35%であった。

回答を得た31名には、全て指導者が付いて新人の指導が行われていた。

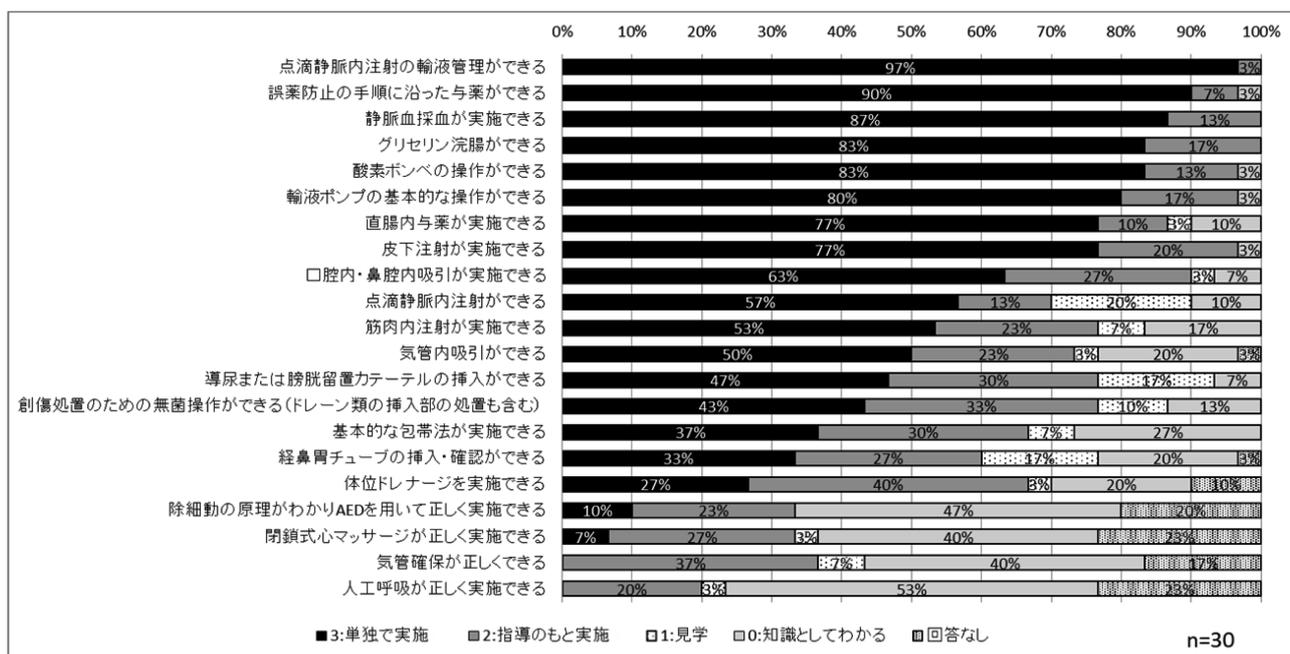


図2 卒業時の到達度Ⅲ・Ⅳレベルの卒業後の単独実施割合の降順

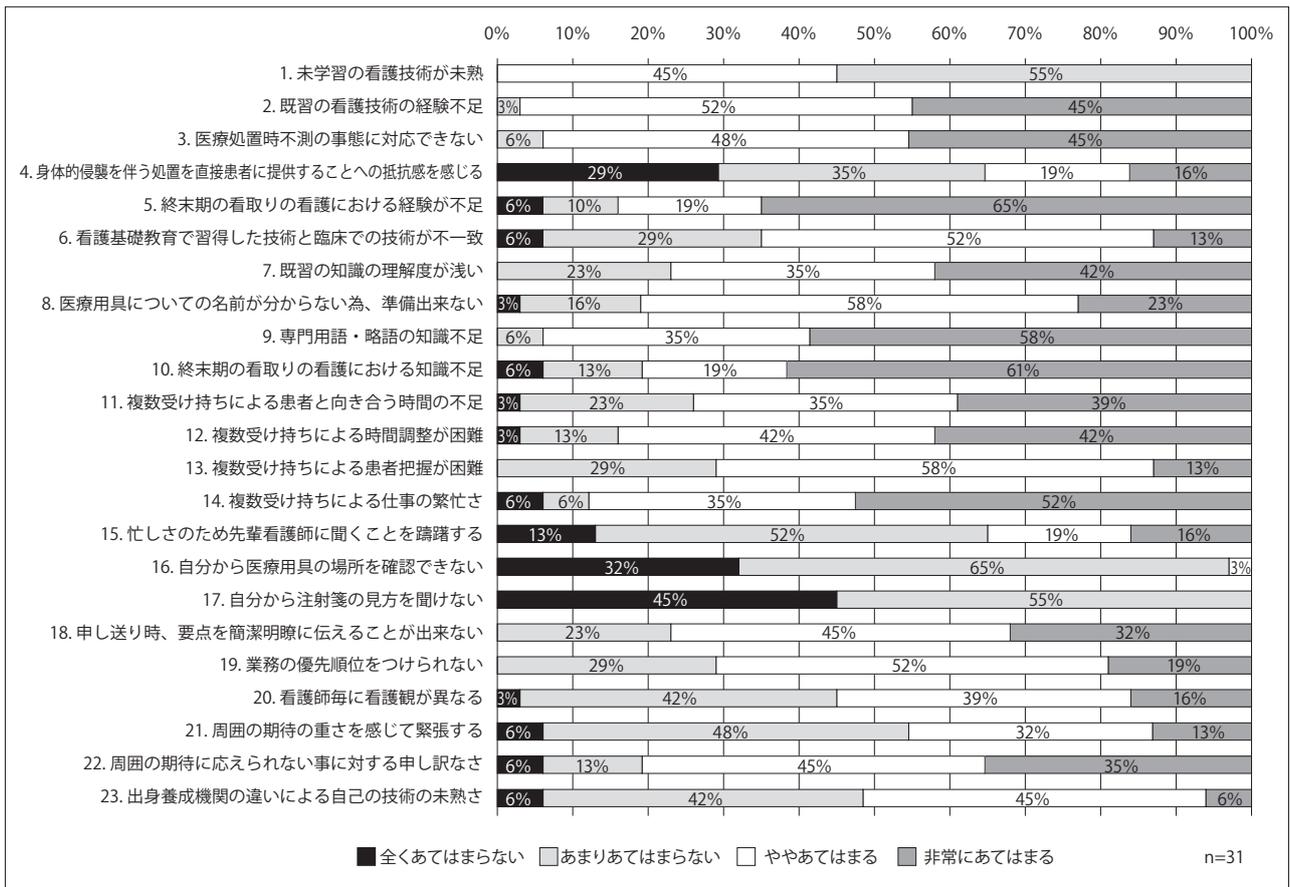


図3 卒業後に直面した困難

4. 看護技術習得における大学教育への要望について

看護技術習得における大学教育への意見について、12名の自由記載があった。そのうち、「もっと多くの繰り返し練習を行う機会があればよかった」と回答したのは5名であり、「演習を行っても1度きりである」ことや「実習で行った技術を振り返り、練習を行う機会があればよかった」という意見もあった。

また、「特に困ることはなかった」と記載したのは4名であり、「講義や演習で基本的な根拠を学ぶことができたため、多少やり方が異なっても困ることがなかった」「実習でケアの多い患者や介護度の高い患者を受け持ちした経験がとても活かされた」と回答していた。

その他としては、「附属の専門学校の人たちは、基本的看護技術に対しては全て技術チェックリストがあったと聞いて、A大学はその点が不足していると感じた」「自己学習日は設けられているが、教員の指導を受け新たな気づきや自信をつけたい」な

どの意見があった。また、「4月の時点では演習を行っておきたかったと思っていたが、根拠を理解していれば対応できた」と述べていた。

VI. 考察

1. 看護技術到達度と技術習得に関する困難度との関連について

今回の結果から、卒業後6か月の時では「単独実施」および「できる」となった技術項目数が増加していたことから、卒業後6か月時までには臨床の現場において、看護技術の経験する機会が増え、習得するに至っていると考えられる。

卒業時Ⅰ・Ⅱレベルの看護技術で、卒業後6か月時点で「単独実施」が100%であった「基本的なベッドメイキングができる」「バイタルサインの測定ができる」「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」の3項目からは、既に学習し身についた技術が、卒業後も患者の特性に関係なく日々実施される技術であり、看護

師として患者のケアにあたる際に必要不可欠な技術として、大学教育での学びがそのまま活かされる形となった。また「臥床患者のリネン交換ができる」「臥床患者の清拭ができる」「患者の歩行・移動介助ができる」「輸液ラインなどが入っている患者の寝衣交換ができる」などの技術項目が100%「できた」となっていたことから、患者の自立度や介護度により、看護助手や介護士ではできない看護師として専門的な知識が必要な看護援助が求められていると考えられる。また「患者の状態に合わせた温罨法・冷罨法が実施できる」「患者の自覚症状に配慮しながら体温調節の援助ができる」「患者の安楽を促すためのケアができる」「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」などからは、患者の状態に合わせて看護援助を実施する必要性が求められている現状が窺えた。「使用した器具の感染防止の援助ができる」「感染性廃棄物の取り扱いができる」からは感染予防の観点で、手洗いだけでなく、器具や廃棄物への対応を確実に求められ、対応できる幅の広がりや自信につながったのではないかと考えられる。

一方、卒業時全員が「単独実施」または「できた」が、卒業後6か月時に全員が「単独実施」に至らなかった「患者にとって快適な病床環境をつくることができる」「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」「患者のおむつ交換ができる」「患者を車椅子で移送できる」は、看護助手や介護士などの他職種と連携し実施している施設も多く、短期入院やADLの自立度が高い患者が多い病棟などから、卒業後の経験が低下している結果であると考えられる。片平によると、経験者率が高いにも関わらず、自信度が低めの看護技術は「患者の状態にあわせた」といった表現の技術項目や幅広い状況が想定できるものが多い⁵⁾と述べており、今回、卒業時に全員が「できる」に至っていなかったが、卒業後6か月時で全員が「できる」となった項目は、11項目について同様の結果であると言える。廃棄物に対しても対応できるかという幅広い視点において全員が卒業時で「できる」に至らなかったものの、経験を積み重ねる中でどの患者においても、どの廃棄物に関しても対応できるという対応の幅の広がりや自信につながったのではないかと考えられる。

卒業時Ⅲ・Ⅳレベルの看護技術で卒業時「できる」が50%未満であったが、卒業後6か月時で「で

きる」に移行する割合の高かった技術項目「点滴静脈内注射の輸液管理ができる」「誤薬防止手順に沿った与薬ができる」「静脈血採血ができる」が85%以上であったことから、臨床現場では特に診療補助の看護技術習得が早期より求められることが窺えた。

一方で、「気道確保が正しくできる」「人工呼吸が正しく実施できる」「閉鎖式マッサージが正しく実施できる」「除細動の原理が分かりAEDを用いて正しく実施できる」など救急処置に関する項目のほとんどで、「できる」は40%に到達していなかった。西尾らの報告⁶⁾においても、卒業後6か月時点で救急救命処置に関する看護技術到達度の低下は指摘されており、同様の結果であった。

今回の対象者は、一般診療科、精神科、小児科、産婦人科、緩和ケアの病棟に勤務が90.3%であったこともあり、救命救急処置を実際に経験することや、その場面に立ち会うことも少ないのではないかと予測され、病棟特性による経験の差異や院内教育のクリニカルラダーにおいて、救急救命に関する技術をどこに位置づけているかなどを考慮する必要があると思われる。

これらのことより、卒業後6か月時で50%未満の到達度が低い項目はあるが、配属された病棟での処置や患者の特徴により未経験看護技術がある状況で、その他の技術項目については「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」(厚生労働省 平成21年)で提示された「新人看護師技術チェックリスト」⁷⁾で卒業後6か月時での到達度と比較して大差はない。そのため、大学での看護技術教育は、基本的な技術を習得出来た上で対応できる能力を培うため、根拠となる知識と技術を行う上での対象者の理解に重点を置いた教育が必要であると考えられる。

しかし、一方で看護技術習得に関する困難を感じている現状もある。今回の協力者は全てプリセプターなど指導を行う役割が付いていることもあり、先輩に尋ねることができない、確認できないなど、周囲の指導看護師に対してわからないことを確認していくことに関する困難度は高くないことがわかったが、「未学習の看護技術が未熟」「既習の看護技術の経験不足」はほぼ全員が困難と回答しており、未経験技術や既習の看護技術について、経験不足から実際に行う際に困難を感じていた。また、「専門用語・略語の知識不足」や「医療用具の名前がわから

ない」など、学生の時に見たり、聞いたりした経験がない言葉や物品への知識不足や、終末期の看取りや医療処置時の不測の事態への対応など、応用力を求められる状況や実習で経験しなかった状況への力不足が窺えた。

卒業時に「できる」が50%未満で、卒業後6か月時ですぐにでも必要となる技術項目に、検体や針、点滴、酸素の取り扱いなどがあつた。これらの看護技術項目は、臨地実習では学生が取り扱うことが少ない技術であることや、実習では急性期実習でも早期離床を促すため移乗やストレッチャーでの移動、尿器・便器の使用などを行う機会が少ないことなどから、卒業後すぐに必要となる看護技術であるにも関わらず、実習において経験する機会が乏しい状況が明らかになった。また、「終末期の看取りの看護における知識不足」「専門用語の知識不足」「不測の事態への対応」に対して困難と感じている割合が高かったことについては、先行研究においても、同様に「終末期の看取りに関する看護技術」「終末期の看取りの際の家族対応」などの看取りの場面での困難を感じており、終末期の患者・家族への対応を含む看取りの看護の理解に至っていない状況が指摘されている⁴⁾。また、その背景には、臨床実習で終末期にある患者を受け持つ経験の乏しさ、核家族化や地域交流の減少により、学生にとって、死が身近になく、死を語り考える機会がないまま青年期を迎えていることがある⁸⁾と言われており、実習で十分に体験できない状況があることに加え、学生の生活体験の乏しさが、看護技術への理解、経験の未熟にもつながることが考えられた。

厚生労働省「第1回新人看護職員の臨床実践能力向上に関する検討会」資料⁹⁾において、臨地実習での経験が30%未満の看護技術項目では、「一人でできる」と認識している新卒看護師は30%未満であり、看護基礎教育の臨地実習で未経験の技術項目は入職後も一人でできない傾向があると指摘されている。また、学生は経験した看護技術の項目数と自信度には中程度の正の相関があり⁵⁾、自信に影響を与えた要因として体験を繰り返すことの必要性が報告されている¹⁰⁾。

また、今回の自由記載の中に、「受け持ち患者の業務をやり遂げることに精一杯で未経験の看護技術を積極的に経験していく余裕がない」という記述もあり、「複数受け持ちによる時間調整が困難」「複数受け持ちによる仕事の繁忙さ」に困難が高い傾向が

見られた。経験不足・未経験の看護技術があること、知識が乏しいことは自覚し、技術練習の必要性を感じているものの、学生の時と異なり、業務に追われ積極的に技術習得に向けての練習や経験を増やすことが難しいと感じていることが窺えた。これら、多重課題に関して、A大学では、4年次の統合実習として総合看護学実習を位置づけている。その実習の中では、複数受け持ちを行い、リアリティーショックの軽減を目的に多重課題をこなすトレーニングを行っている。しかし、今まで一人の患者と向き合い、看護展開してきた学生にとって、2名の患者を受け持つ際の課題は多く、実習目標を達成する過程において、指導を要する場面も多い。

教育課程別の看護技術の自信度は、大学生は養成所・短大生より有意に看護技術の経験者率が低く、自信度も低い傾向にあり、さらに大学生は看護技術の経験数は個々のばらつきが大きい⁵⁾と言われていた。このことから、学生の時に看護技術経験項目をできるだけ多く持てるようにすること、また、リアリティーショックの軽減だけでなく、卒業後の自己学習時間を確保するための気持ちの余裕や時間管理、早期からの多重課題をこなす経験を行うなど、教育内容・方法を検討していく必要がある。

2. 今後の大学における看護技術教育のあり方について

今回の結果では、「Ⅲ・Ⅳ群」に分類される技術項目においても、卒業後6か月時で看護技術習得が概ね順調に進んでいると言えるが、これらの看護技術は身体的侵襲を与える技術が多く含まれ、学内ではモデルを用いた技術経験の項目がほとんどである。臨地実習において、患者への侵襲が高い看護技術に関しては、経験することはほぼ皆無の状況がある中で、直面する困難については「身体的侵襲を伴う処置を直接患者に提供することへの抵抗感を感じる」に、64%が「あてはまらない」と回答している。このことから、モデル人形などを用い、侵襲の高い看護技術を体験しておくことは、経験からの知識として理解を促し、侵襲の高い処置への抵抗感の軽減につながり、卒業後の看護技術習得への困難度を軽減するためにも重要であることが示された。

しかし、「大学で学んだ手順と病棟のやり方が異なり、慣れるのに時間がかかった」「学校で使用した物品と異なった」「指導された方法とチェックリストの内容が異なりどうすれば良いか不安になっ

た」など、学生時代に習得したものであったとしても、看護技術の根拠や意味が十分に理解できていないと、方法や物品が変わることで困惑し戸惑いを感じてしまう場合があり、根拠を理解する看護技術教育が必要であると再認識された。

また、終末期における看取りの看護や家族対応に困難を感じる状況においては、終末期の患者・家族への対応について、臨床実習で経験させる機会を作ることとは極めて難しい。しかし、これらの背景には、先述したように、前澤による先行研究⁷⁾において、核家族化や地域でのつながりの希薄さから、学生自身の身近に死を感じる環境が少ないことが指摘されている。そのため、学生時代より、死について考え、学生自身の死生観を形成するなど、死を身近に感じ、考える機会を作る工夫も必要であると考えられる。

また、「医療用具についての名前が分からないため、準備できない」「専門用語・略語の知識不足」についても困難を感じる割合が高かった。看護技術演習や授業においては、基本的な方法や物品を使用するのが一般的であり、その名称についてもできる限り正式名称を使い、教授している。しかし、実際には、臨床の現場で「通称」で呼ばれていることが多く、その「通称」と既存の知識とがつかない場合も多い。そのため、正式名称に加え、略語の紹介や実際に物品を見て、触れる機会を作るなど、現場のやり方に触れる工夫を行うことも一つであると考えられる。

未経験看護技術、未学習の看護技術に関する困難が高いことはすでに指摘されており⁴⁾、臨地実習での経験を増やすことの重要性が言われている⁵⁾。また、今回の自由記述の中でも「実習でケアの多い患者や介護度の高い患者を受け持ちした経験がとても生かされた」という記載もあり、実習での経験がその後の看護技術習得においても重要であることが窺える。しかし、臨地実習では、実習を行う病棟や出会う患者によって、学生一人一人の経験が異なり、学生により経験が偏ることも致し方ない状況である。その中で、いかに経験を増やし、臨床の現場に触れさせるかなど、授業や演習の組み立てを再度検討していく必要がある。また、多重課題についても、できる学生には早期から機会を与え、トレーニングしていくことも重要であると思われる。

また、卒業直後は技術面での困難を抱えていたが、根拠を理解していれば様々な状況に対応できるという経験を積み重ねる中で実感できている状況が

分かった。実習でケアの多い患者を受け持つなど、学生時に行った技術があるという経験は、卒業後の看護技術習得にもつながっていた。看護技術教育は、知識としての理解だけでなく、実際の現場での学びも重要である。そのため、大学と実習病院が連携をとり、看護技術教育に取り組むことが重要になってくると言える。

VII. 結語

今回、A大学卒業生の卒業後6か月時での看護技術到達度と卒業後の看護技術習得に際して直面する困難について明らかにする目的で研究を行った。その結果、以下のことが明らかになり、看護技術教育への今後の方向性に関して示唆が得られた。

1. 就職した病院や配属された病棟特性による経験や入職後の院内ラダー教育による差はあるものの、卒業後6か月時点での看護技術到達度は「新人看護師技術チェックリスト」(厚生労働省 平成21年)と差はなく、概ね順調であることが分かった。
2. 卒業時Ⅲ・Ⅳレベルの看護技術において卒業後6か月時で「できる」に移行する割合の高かった技術項目「点滴静脈内注射の輸液管理ができる」「誤薬防止手順に沿った与薬ができる」「静脈血採血ができる」が85%以上であったことから、臨床現場では特に診療補助の看護技術習得が早期より求められることが窺えた。
3. 既習の看護技術であっても「大学で学んだ手順と病棟のやり方が異なり、慣れるのに時間がかかった」や「学校で使用した物品と違った」など根拠や意味を十分に理解できていないと困惑し戸惑いを感じる場合も多く、根拠を理解させる看護技術教育の重要性が再認識された。
4. 身体侵襲が高く、臨床実習での経験ができない技術であっても、モデル人形を用いて看護技術を理解し、経験することは、侵襲の高い処置への抵抗感の軽減につながり、卒業後の看護技術習得への困難度の軽減つなると示唆された。
5. 卒業後に複数受け持ちを行うことでの時間管理や繁忙による困難を感じている割合が高く、看護技術の知識・技術の未熟さを感じているものの、業務に追われ、積極的に技術練習や経験を増やすことが難しい現状が窺えた。

6. 看護技術習得において、未学習の技術への不安や困難度が高い傾向にある。実習での経験も学生により偏りを生じる状況があるため、看護技術項目の経験による偏りについても、授業や演習の組み立ての再検討が必要である。

VIII. 研究の限界と今後の課題

今回の研究では、有効回答数が少なく、卒業生の状況を十分に反映できるものとはならなかった。今後、卒業生の看護技術習得状況と大学教育との関連を見るためには、授業や実習に関連する質問内容なども再度検討し、調査を継続していく必要がある。また、卒業後教育としてクリニカルラダーを導入している施設も多く、卒業後の看護技術習得状況は施設のクリニカルラダーが反映されたものであるとも言える。そのため、卒業後の看護技術習得状況が大学教育の影響を大きく受けているとは限らず、卒業後の看護技術習得状況から大学の技術教育のあり方を検討するには限界があると考えられる。

看護技術教育は臨床での教育が重要であり、卒業後も継続して実施されていく必要がある。A大学の卒業生の多くは、実習病院に就職している状況から、看護技術教育における臨地実習や演習などの看護基礎教育から卒業後の継続教育への移行についても、大学と臨床との連携をとり、関わっていくことが今後の課題であると言える。

IX. 謝辞

本研究を実施するにあたり、ご協力くださった卒業生の皆様に心より感謝申し上げます。

尚、本研究は、平成25年度千里金蘭大学特別研究B助成を受けた研究の一部である。

引用文献

- 1) 山住康恵ほか, 日本看護学教育学会誌 21 (2), 13~22(2011)
- 2) 厚生労働省, 看護学教育の在り方に関する検討会報告 平成14年3月26日, 16~19(2002)
- 3) 厚生労働省, 第1回看護教育の内容と方法に関する検討会 参考資料4-3, 5~7(2009)
- 4) 小池菜穂子ほか, 群馬パース大学紀要 13, 3~12(2012)

- 5) 片平伸子ほか, 日本看護学教育学会誌22(2), 65~71(2012)
- 6) 西尾重理砂ほか, 愛知県立大学看護学部紀要 8, 31~38(2012)
- 7) 厚生労働省, 新人看護職員の臨床実践能力向上に関する検討会 第2検討会 資料3, (2009)
- 8) 前澤美代子ほか, 山梨県立看護大学短期大学部紀要12(1), 1~13(2006)
- 9) 厚生労働省, 第1回新人看護職員の臨床実践能力向上に関する検討会 配布資料3. 1~3 (2003)
- 10) 林幸子ほか, 日本看護学会集録22回看護教育, 194~197(1991)

参考文献

- 1) 原明子ほか, 日本看護研究学会雑誌 36(3), 227(2013)
- 2) 椎葉美千代ほか, 日本看護研究学会雑誌 36(3), 227(2013)
- 3) 伊藤愛ほか, 日本看護研究学会雑誌 36(3), 222(2013)
- 4) 高塚綾子ほか, 聖母大学紀要 7, 31~40(2010)
- 5) 大室律子ほか, 看護教育 46(10), 86(2005)
- 6) 山崎美恵子ほか, 高知学園短期大学紀要 41, 73~80(2010)
- 7) 岡田ルリ子ほか, 愛媛県立医療技術大学紀要 5(1), 65~73(2008)
- 8) 金城忍ほか, 沖縄県立看護大学紀要 12, 105~112(2011)
- 9) 荒川裕美ほか, 北日本看護学会誌 9(2), 34~45(2007)
- 10) 浅川和美ほか, 茨城県立医療大学紀要 13, 57~67(2008)
- 11) 小元まき子ほか, 順天堂大学医療看護学部 衣装看護研究 4, 72~78(2008)
- 12) 中岡亜希子ほか, 千里金蘭大学紀要 8, 132~143(2011)
- 13) 津田智子ほか, 日本看護研究学会雑誌 36(3), 204(2013)
- 14) 浅川和美ほか, 茨城県立医療大学紀要13, 57~67(2008)
- 15) 戸田由美子ほか, 高知県立看護学会誌14(1), 33~42(2010)