

新卒看護師に期待される看護実践能力達成度の検討

——病棟師長および指導看護師に対する意識調査より——

看護実践能力育成プロジェクトチーム

Nursing Practice Ability of Freshman Nurses by Nurse Instructor Evaluation

Project Team for Improving Student's Nursing Practice Ability

全国の100床以上の総合病院より無作為に抽出した250施設の、新卒看護師を指導する看護師長または指導者に対する意識調査より、臨床現場において新卒看護師が就職時に期待される看護実践能力達成度と、平成19年度に実際に就職した看護師の同達成度の差異を明らかにした。

その主な結果として、生活行動援助にかかわる技術では期待値が高く、そのため実態値との差が大きいこと、また、診療介助の技術に関しては就職後の指導による習得でもよいという回答が多く、実態値との差が少なかったことが明らかになった。今後は、今回の結果をもとに新カリキュラムに設定した応用技術論などの技術演習科目の運用に生かしていきたいと考える。

キーワード：看護実践能力、期待値、実態値、意識調査、新卒看護師

I. はじめに

医療・看護分野に対する国民の要望は安全で質の高いサービスの提供であり、そのためには、質・量ともに充実した看護専門職の育成が重要となる。しかし、昨今の新人看護師の離職率は年々増加し、平成16年度は9.3%と新人看護師の11人に1人が就職からの1年間に何らかの理由によって離職し、慢性的な看護師不足に拍車をかけている現状を鑑みると、看護基礎教育の現場におけるこの問題への対応は急務となっている。

また、平成16年の日本看護協会の調査によると、新人看護師の職場定着を困難にしている第1の要因は「看護基礎教育終了時点の能力と看護現場で求められる能力とのギャップ」であると報告されているが、その早期離職理由の背景として、新卒看護師の7割以上が「就職時に一人のできる」と認識している技術が103項目中わずか4項目であったことが指摘され、新人看護師が看護援助

技術等を十分に習得しないまま基礎教育課程を終了して就職している状況が問題視されている。

このような看護基礎教育と臨床現場の乖離には種々の要因があげられるが、厚生労働省や文部科学省をはじめ多くの関係機関がそれぞれの立場からの検討を開始し、その結果としての対策や指針が報告書として提示されつつある^{1)~3)}。

愛知県立看護大学（以下、本学とする）においても、看護基礎教育の立場から、この問題については十分に認識し、平成15年度から開始したカリキュラムの中に看護学演習Ⅰ・Ⅱとして全領域の看護系教員が横断的に参加してその実践能力を高める科目設定を行ってきたが、このような教育方法の工夫や改善が今後ますます必要になると考えられる。また、本学は、平成21年度、愛知県立大学と統合し、(新)愛知県立大学看護学部として新たな出発を迎えるが、上記の実績と評価を十分に生かした新カリキュラムを作成し、これを実践していくことが求められている。

本報告は、新カリキュラムを作成し、具体的に運用していくための基礎資料として、まずは昨今の臨床現場で求められている看護実践能力を明らかにすることを目的として実施した調査結果に若干の考察を加えてまとめたものである。(なお、本報告は、愛知県公立大学法人が募集した「平成19年度魅力あふれる大学づくり事業」に採択された「領域横断的取り組みによる看護実践能力育成のための看護学カリキュラム開発」の一部である。また、本報告のもとになっている実態調査の結果についてはすでに報告書⁴⁾としてまとめた。)

II. 研究目的

新卒看護師を指導する看護師長または新卒看護師を指導する看護師に対する意識調査より、臨床現場において求められている新卒看護師の就職時の看護実践能力達成度と、平成19年度に実際に就職した看護師の同達成度をそれぞれ調査し、その差異についてあきらかにする。

III. 研究方法

1. 調査対象施設

全国の100床以上の総合病院より無作為に抽出した250施設の中で、病院看護部責任者の調査協力への承諾の得られた病院を対象施設とした。

2. 調査対象者

調査対象者は、臨床現場で新卒看護師等の教育を担当している病棟師長(以下、病棟師長とする)または新卒看護師の指導経験を5年以上有する看護師(以下、指導者とする)とした。調査用紙の配布数は、各施設、最大20名までの範囲で看護部に一任した。

3. 調査内容

調査内容は、1)対象属性(年齢、看護師経験年数、看護師長経験年数)、2)所属施設の属性(設置主体、病院病床数、所属病棟の特性および、実習協力など)、3)臨床現場で求められる看護実践能力の中から選択した67項目に対する「新卒看護師への就職時に期待する達成度」と「平成19年度に就職した新卒者の達成度」(ともに5段階評定)、について調査した。この67項目は、筆者らが、「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⁾「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」²⁾等

を参考として学内で検討を重ね、本調査のために作成したものである。

4. 倫理的・社会的配慮について

研究対象となる施設の看護部門責任者に対し、参加の自由、不参加による不利益を受けないことの保障、対象となる個人の人権の擁護や回答の自由、匿名性の保障、プライバシーの保持などについて文書による説明を行い、承諾が得られた場合のみ、対象者への配布を依頼した。また、対象者に対しても同様の説明を文書で行い、調査用紙の返送によってこの調査への参加に同意したものと見なすことを明記した。

なお、本研究は本学研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

IV. 研究結果および考察

1. 回答者の属性

調査を依頼した250施設のうち87施設(34.8%)より承諾が得られ、計1168名に対して配布された。そのうち回答が得られたのは、875名で回収率は74.9%であった。

回答者の概要を表1に示した。回答者のうち、病棟師長は464名59.3%、指導者は318名40.7%で、平均年齢は病棟師長48.2(SD6.3)歳、指導者は37.5(SD7.6)歳であった。回答者の約60%が病棟師長であったが、師長経験年数では、4~9年が約半数を占めており、4年未満・10年以上はそれぞれ25%程度であった。

また、所属施設の病床数では最少100床~最多1308床で、平均502(SD213)床と、小・中規模および大規模施設それぞれからの幅広い回答が得られた。一方、回答者の所属病棟についてみると、急性期病棟、混合病棟がそれぞれ30%以上を占め、慢性期病棟は約10%であった。

2. 新卒看護師の看護実践能力

「就職時に期待する達成度」と「平成19年度新卒者の達成度」

新卒看護師を指導する看護師長または指導者に対する意識調査より、新卒看護師が就職時に期待される看護実践能力達成度(以下、期待値とする)と、平成19年度に実際に就職した看護師の同達成度(以下、実態値とする)をそれぞれ調査し、その差異について明らかにした。

以下に、看護臨床現場で求められる看護実践能力に対する「期待値」(5:自立して実施できることが望ましい

表1 回答者（病棟師長・指導者）の属性など

		病棟師長 (464名)		指導者 (318名)		合計	
		(人数)	(%)	(人数)	(%)	(人数)	(%)
年齢	～30 (歳)	5	1.1	67	21.3	72	9.4
	31～40	46	10.1	143	45.5	189	24.5
	41～50	229	50.2	90	28.7	319	41.4
	51～	176	38.6	14	4.5	190	24.7
看護師歴	～10 (年)	6	1.3	88	27.8	94	12.0
	11～15	20	4.3	76	24.0	96	12.3
	16～20	71	15.3	77	24.2	148	19.0
	21～	367	79.1	76	24.0	443	56.7
施設の設置主体	国	40	8.7	32	10.4	72	9.4
	自治体	160	34.9	99	32.0	259	33.8
	日赤・済生会	30	6.6	15	4.9	45	5.9
	学校法人	32	7.0	16	5.2	48	6.3
	医療法人	93	20.3	66	21.4	159	20.7
	独立行政法人等	103	22.5	81	26.2	184	24.0
施設の病床数	～299 (床)	40	8.8	39	12.8	79	10.4
	300～399	94	20.8	65	21.5	159	21.0
	400～499	88	19.4	81	26.7	169	22.4
	500～599	89	19.6	49	16.2	138	18.3
	600～799	80	17.7	35	11.6	115	15.2
	800～	62	13.7	34	11.2	96	12.7
所属病棟の診療科	急性期	170	41.2	92	32.3	262	37.5
	慢性期	40	9.7	31	10.9	71	10.2
	産科・小児科	22	5.3	17	6.0	39	5.6
	ICU/NICU	18	4.4	12	4.2	30	4.3
	混合	109	26.4	107	37.5	216	30.9
	その他	54	13.1	26	9.1	80	11.5

*回答なしは省略

～1：基礎教育では必要ない」と「実態値」（5：自立して実施できた～1：実施できなくてもよい，0：不明・その他）の回答について、それぞれを5点～1点に得点化した場合の平均値とその差について示す。（なお、得点化に際し、「不明・その他」については無回答とみなし、有意差の検定は「対応のある2群間の差の検定」による。）また、分析にあたっては、67項目を内容的に「フィジカルアセスメントと看護過程」20項目、「生活行動援助などの技術」24項目、「診療介助などの技術」17項目、「職業人としての行動」6項目の4領域に分けて行った。

表記にあたり、以下の3点について統一した。

①「期待値」は、5：自立して実施できることが望ましいを「自立してできる」、4：監視下で実施できることが望ましいを「監視下でできる」、3：院内で指導を受けて実施できることが望ましいを「指導後にできる」、2：実施できなくても知識があることが望ましいを「知識があればよい」、1：基礎教育では必要ないを「必要ない」と略す。同様に、「実態値」は、5：自立して実施できたを

「自立してできた」、4：監視下で実施できたを「監視下でできた」、3：院内で指導を受けてから実施できたを「指導後にできた」、2：実施できなかったが知識があったを「知識があった」、1：実施できなくてよいを「できなくてよい」と略す。

②全ての表において、領域ごとの平均値分布をもとに全項目の平均値+1標準偏差を基準として、高値とみなされるものを「網掛け」した。

③すべての表において有意差の検定については「*」をもって示すが、いずれも「*：P<.05 **：P<.01 ***：P<.001」であることを示す。

1) フィジカルアセスメントと看護過程の達成度の比較 (表2)

調査項目1から20まではフィジカルアセスメントと看護過程に関わる内容であるが、「期待値」として高い平均値を示したのは4. バイタルサインの測定 (4.41)、2. 身体測定 (4.39)、1. 患者とのコミュニケーション

表2 フィジカルアセスメントと看護過程

	看護技術項目	期待値と実態値の比較					所属病棟による期待値の差	
		A期待値	SD	B実態値	SD	A-B		差
1	患者とのコミュニケーション	4.14	0.93	3.93	0.93	0.22	***	
2	身体測定 (身長・体重・座高・頭囲・胸囲・腹囲)	4.39	0.84	4.09	0.86	0.31	***	**
3	JCSまたはGCSを使った意識レベルの観察	3.18	0.97	2.95	0.94	0.23	***	
4	バイタルサインの測定	4.41	0.77	4.13	0.80	0.28	***	**
5	頭部・甲状腺・リンパ節の触診・観察	2.64	1.01	2.33	1.07	0.31	***	
6	目・耳・鼻の観察	3.10	1.02	2.88	1.07	0.22	***	
7	口腔・舌・歯の観察	3.12	1.00	2.95	1.01	0.17	***	
8	呼吸音の聴診	3.34	0.92	3.18	0.91	0.15	***	
9	動脈の触診	3.75	0.99	3.46	1.01	0.29	***	
10	心音の聴診	3.23	1.07	2.89	1.12	0.34	***	
11	乳房・腋窩の触診	2.58	1.02	2.15	1.05	0.43	***	**
12	腹部の聴診	3.24	0.97	3.16	0.99	0.08	*	
13	腹部の触診	3.01	1.00	2.89	1.01	0.12	**	
14	関節可動域の測定	2.56	0.95	2.18	1.01	0.38	***	
15	嗅覚・視力・聴覚・触覚・味覚の診査	2.36	0.98	2.03	1.02	0.33	***	
16	顔面, 口腔, 舌の運動の診査	2.38	0.99	2.04	1.01	0.34	***	
17	小脳機能の診査	2.05	0.92	1.73	0.92	0.32	***	
18	膝蓋腱やアキレス腱等の反射の診査	2.12	0.88	1.76	0.87	0.36	***	
19	深部知覚, 表在知覚, 複合知覚の診査	2.10	0.89	1.79	0.94	0.30	***	
20	看護過程の展開	3.63	0.86	3.17	0.80	0.46	***	
	1~20の平均	3.07	0.73	2.78	0.76	0.29		

(4.14) の3項目であり、これに9. 動脈の触診 (3.75)、20. 看護過程 (3.63) が続いていた。しかし、4. バイタルサインの測定以外の3.~19. までのフィジカルイグザミネーションの項目では、16項目中、8項目が2点台の期待値であり、その他の8項目についても9. 動脈の触診 (3.75) を除いた7項目すべてが3.3以下と、期待値の低さを示していた。すなわち、これらの項目には3. 意識レベルの観察、8. 呼吸音の観察、10. 心音の聴診、12. 腹部の聴診なども含まれているが、「知識があればよい」と回答した割合が高く、4. バイタルサインの測定、2. 身体測定、1. 患者とのコミュニケーションとの期待値の違いが明らかになった。

一方、「実態値」として高い値を示した項目も4. バイタルサインの測定 (4.13)、2. 身体測定 (4.09)、1. 患者とのコミュニケーション (3.93) の3項目であり、その他の項目でも得点順位では「期待値」と同様の傾向を示した。しかし、全体としてその平均値は低く、フィジカルイグザミネーションの項目では、8項目が1点台

から2点台前半の値であった。また、これらの項目では、「不明・その他」の回答の多いことが特徴的であったが、17. 小脳機能の検査、18. 膝蓋腱やアキレス腱等の反射の診査では、「実施できなくてよい」が約25%を占め、「不明・その他」が50%を超えていた。

これを両者間の差で見ると、期待値の高い上述の5項目は、期待値が非常に高く、実態値としてみると他の項目よりもかなり高い値ではあるものの、期待値と実態値の差 (A-B) は大きく、特に20. 看護過程では0.46の差が見られた。

この結果から、臨床現場においては、バイタルサインの測定、身体測定、患者とのコミュニケーションの3項目については、卒業時の習得状況として「自立してできる」が必須と考えられているにもかかわらず、「自立して実施できていない」現状が再確認された。

これについて、特に、バイタルサインの測定、身体測定では、基礎課程における完全な習得を目標とすることは、教育・臨床共に一致した見解であろうと思われるが、

ICU/CCUや小児など、配属病棟における対象特性の違いによつての実態値の差も大きいことから、臨地実習等における経験をよりバリエーションの多いものにする工夫が必要であろう。

また、患者とのコミュニケーションについても上述の2項目と同様の対策が必要と思われるが、一方では、看護職として必須の能力であるにも関わらず、人とのコミュニケーションは苦手であると自己評価している学生も少なくはない。しかし、コミュニケーション能力は幼少期からの家庭教育や学校教育において徐々に培われてきたものであり、短期間の演習や実習で育成できるものではないことが予想される。このことをふまえ、コミュニケーション能力を育成するための長期的なプログラムの開発が必要であると考えられる。

次に、フィジカルイグザミネーションの項目についてみると、これらは教育課程において必須化され、多くの時間を費やしているが、臨床側の求める期待値にはばらつきのあること、また、実態値の低さから卒業時の習得レベルも低いと予測される項目が多いこと、が示された。先に述べたように実態値における「不明・その他」の多さはその一端と見ることができ、現在のカリキュラムの問題点として過密化が指摘され、その改善のためには、教育内容のコアの設定や教育内容の精選、到達目標の明確化が提言されているが¹⁾、臨床側と学校側が、卒業時の臨床現場での必要度に即して、いつの時点で習得することが望ましいのかについての共通認識をもちながら、卒業後の継続教育との連携において、整理・調整する必要がある項目が含まれているのではないかと考えられる。

また、看護過程については、期待値と実態値の差が最も大きかったものであるが、各施設において使用されている看護援助システムの形式・方法や記録様式が異なっていることから、このような結果になっているのではないかと考えられる。看護過程は、基本的には問題解決過程であることから、就職時に、施設ごとに運用されている形式についてのオリエンテーションを十分に実施することで、基礎課程での習得を生かすことが可能なのではないかと考える。

2) 生活行動援助などの技術の達成度の比較 (表3)

調査項目21から44までは生活行動援助などの技術に関わる内容であるが、「期待値」として高い値を示したのは21. 基本的なベッドメイキング (4.62) で、全67項目中最も多い値を示した。その他では同様に、22. 臥床患者

のリネン交換 (4.17)、29. 部分浴 (手、足、臀部、肘) (4.19)、30. 臥床患者の全身清拭 (4.02)、37. 温電法の方法 (4.02)、38. 冷電法の方法 (4.12) などがあり、いずれも4点台と期待の高さを示していた。

また、39. 患者の安全を守る療養環境の整備以外の安全管理にかかわる5項目 (40.~44.) は、「指導後にできる」の回答が多く、「卒業教育による習得でよい」項目と位置づけられている傾向が見られた。

これに対し、平成19年度に就職した新卒看護師の実態値で、「自立してできた」の回答をみると、4点に達したものは21. 基本的なベッドメイキング (4.25) のみであったが、全体的に見ると3点台が多く、極端に低い項目がないことから、生活行動援助の技術については比較的早い時期に自立できているのではないかと考えられる。

しかし、期待値と実態値の差では、21. 基本的なベッドメイキングで0.37と大きな差がみられたのをはじめ、期待値の高さに実態値が追いつかない状況が如実に現れていた。それに対し、期待値が3点台であっても、比較的、差が小さい項目としては、33. 輸液ライン等のある臥床患者の寝衣交換、41. 誤薬の防止 (処方箋の確認方法)、40. 転倒・転落リスクのアセスメント、35. ストレッチャーでの移送などがあつた。

以上の結果から、生活行動援助の項目に関する期待値は4領域の中で最も高く、中でもより基本的な技術に対する期待値が高かつた。このことは、基礎教育に対する要求度、新卒看護師個人に対する要求度、さらには自立できていない場合の個人評価など、フィードバック時の厳しさにつながっているのではないかと推察される。よつて、基礎教育におけるより基本的な生活行動援助に関する技術の習熟化を図る必要性が指摘されているといえよう。

3) 診療介助などの技術の達成度の比較 (表4)

調査項目45から61までは診療介助などの技術に関わる内容であるが、「期待値」において4点台を示したものはなく、全体として3.50以下と低い値にとどまっていた。その中で最も高い項目では、61. 経皮的動脈血酸素飽和度の測定 (パルスオキシメーターの使用) の3.49で、続いて50. 経皮膚与薬 (外用薬、貼付薬) (3.39)、47. 無菌操作 (滅菌物・鉗子の取り扱い) (3.36) であり、診療介助などの技術では「指導後にできる」レベルを期待している回答が多いことが明らかになった。

これに対し、実態値でも全体的には低い値であつたが、

表3 生活行動援助などの技術

	看護技術項目	期待値と実態値の比較						所属病棟による期待値の差
		A期待値	SD	B実態値	SD	A-B	差	
21	基本的なベッドメイキング	4.62	0.69	4.25	0.82	0.37	***	
22	臥床患者のリネン交換	4.17	0.79	3.82	0.80	0.35	***	
23	食事の摂取状況のアセスメント	3.65	0.92	3.35	0.88	0.30	***	
24	患者の状態に合わせた食事介助の方法	3.51	0.88	3.30	0.85	0.22	***	**
25	便器による床上排泄介助	3.89	0.90	3.52	0.90	0.37	***	
26	浣腸	3.52	0.88	3.35	0.90	0.18	***	
27	導尿(女性)	3.29	0.90	3.09	0.91	0.20	***	
28	ストーマ造設患者のケア	2.51	0.89	2.39	1.01	0.12	**	
29	部分浴(手, 足, 臀部, 肘)	4.19	0.85	3.82	0.87	0.37	***	
30	臥床患者の全身清拭	4.02	0.83	3.72	0.80	0.30	***	
31	口腔ケア(歯磨き・義歯のケア・含嗽を含む)	3.91	0.89	3.58	0.85	0.33	***	
32	臥床患者の寝衣交換	3.93	0.86	3.62	0.81	0.31	***	
33	輸液ライン等のある臥床患者の寝衣交換	3.54	0.84	3.44	0.82	0.10	**	
34	ベッドから車椅子への移乗	3.74	0.84	3.55	0.81	0.20	***	
35	ストレッチャーでの移送	3.82	0.86	3.65	0.84	0.17	***	
36	廃用性症候群予防	3.08	0.92	2.91	0.89	0.18	***	
37	温罨法の方法	4.02	0.93	3.70	0.94	0.32	***	
38	冷罨法の方法	4.12	0.89	3.88	0.90	0.24	***	*
39	患者の安全を守る療養環境の整備	3.81	0.93	3.39	0.88	0.42	***	
40	転倒・転落リスクのアセスメント	3.26	0.88	3.10	0.79	0.16	***	
41	誤薬の防止(処方箋の確認方法)	3.21	0.87	3.08	0.79	0.13	***	
42	患者誤認の防止	3.49	0.93	3.28	0.82	0.20	***	
43	行動制限, 拘束・抑制帯の使用法	2.99	0.84	2.92	0.84	0.06		
44	スタンダードプリコーション(標準予防策)	3.33	0.94	3.07	0.79	0.26	***	
	21~44の平均	3.65	0.46	3.41	0.39	0.24		

期待値との差は小さく、54. 輸液ポンプの取り扱い、61. 経皮的動脈血酸素飽和度の測定(パルスオキシメーターの使用)、57. 超音波ネブライザー、51. 経粘膜与薬(座薬)、などの9項目では、わずかながら実態値のほうが上回っていた。その中には54. 輸液ポンプの取り扱い、57. 超音波ネブライザー、61. 経皮的動脈血酸素飽和度の測定(パルスオキシメーターの使用)などの器械・器具の操作を行う項目が含まれており、現在の新卒者の能力あるいは教育方法の特徴を示す一側面が現れているともいえる。また、45.~47. までの無菌操作にかかわる技術と59. 包帯法は期待値はさほど高くはないが、実態値がさらに低く、差の大きい項目であった。

以上より、診療介助の技術については、演習や実習での習熟が難しい、あるいは実習での遭遇頻度が少ない、

などを予測してか期待値が低く、実態値との差が小さい項目が多いことが示された。

従来、新卒看護師のストレスや職場不適應に関する研究など^{5)~7)}においても、処置場面や診療介助場面での技術力の不足がストレスとなっていることが指摘されてきたが、各施設における新卒教育におけるプログラムでも、「できないことは当然」という認識の中でそこに重点が置かれるようになってきている。これに甘んじるわけではないが、現行の基礎教育をこれまでどおり続けていくことによって、卒後教育がさらに効果的に生かされることを念頭において、基礎教育の充実を図ることが重要と考える。

4) 職業人としての行動の達成度の比較 (表5)

調査項目62から67までは職業人としての行動に関わる内容であるが、65. 新人として職務と自分の健康の管理ができる (3.90), 67. 上司や同僚に相談したり支援を得ることができる (3.83) の2項目での期待値が高く、ほかの4項目は「指導後にできる」レベルを期待している回答が多かった。

これに対し、新卒看護師の実態値との差では、期待値の高いものほど差が大きい結果となっており、実態値の低さに対して修正を求めることの現われとして、期待値

が高くなっているようにも推察される。中でも、自分自身の精神的・身体的健康管理への要求度が高くなっているものと思われるが、この点については、学生の準備性の低下に伴い基礎教育の時点においても問題視されている点である。看護教育の一環としての社会人教育の比重がより大きくなりつつある現状においては、入学者に対して明確なアドミッションポリシーを提示し、それに適する人材の確保に努める必要があるのではないかと考える。

表4 診療介助などの技術

	看護技術項目	期待値と実態値の比較						所属病棟による期待値の差
		A期待値	SD	B実態値	SD	A-B	差	
45	外科的手洗い	2.72	1.08	2.47	1.10	0.26	***	
46	滅菌手袋の装着	3.03	1.03	2.82	1.00	0.22	***	
47	無菌操作 (滅菌物・鉗子の取り扱い)	3.38	0.96	3.13	0.85	0.25	***	*
48	医療廃棄物の取り扱い	3.28	0.90	3.19	0.82	0.09		
49	胃管の挿入と確認	2.60	0.86	2.47	0.94	0.13	***	
50	経皮膚与薬 (外用薬, 貼付薬)	3.39	0.98	3.44	0.93	-0.04		
51	経粘膜与薬 (座薬)	3.36	0.93	3.41	0.92	-0.05		
52	筋肉注射	3.19	0.86	3.19	0.88	0.00		
53	輸液ラインの取扱い	3.14	0.83	3.18	0.83	-0.03		
54	輸液ポンプの取り扱い	2.99	0.85	3.07	0.85	-0.07	*	
55	口腔・鼻腔吸引	3.08	0.80	3.09	0.86	-0.02		
56	気管内吸引	2.89	0.81	2.88	0.92	0.02		
57	超音波ネブライザー	3.07	0.87	3.12	0.91	-0.05		
58	低流量酸素吸入法 (鼻カニューラ・マスク) の管理・観察	3.19	0.83	3.21	0.86	-0.02		
59	包帯法	3.15	0.99	2.85	0.98	0.30	***	
60	静脈血液の採取と取扱い	3.13	0.81	3.14	0.84	-0.01		
61	経皮的動脈血酸素飽和度の測定 (パルスオキシメーターの使用)	3.49	1.00	3.55	0.94	-0.06		
	45~61の平均	3.12	0.23	3.07	0.30	0.05		

表5 職業人としての行動

	看護技術項目	期待値と実態値の比較						所属病棟による期待値の差
		A期待値	SD	B実態値	SD	A-B	差	
62	インシデント・アクシデントの報告ができる	3.39	0.99	3.25	0.82	0.14	***	
63	病院の理念や看護部目標と個人目標を統合する	3.05	0.87	2.98	0.78	0.07	*	
64	1日の業務計画を立て時間内に終わらせる	3.09	0.90	2.84	0.87	0.24	***	
65	新人として職務と自分の健康の管理ができる	3.90	1.08	3.49	1.01	0.42	***	*
66	療養環境の不備や物品の破損に気づき報告できる	3.56	1.04	3.19	0.93	0.37	***	
67	上司や同僚に相談したり支援を得ることができる	3.83	1.04	3.37	0.90	0.46	***	
	62~67の平均	3.47	0.36	3.19	0.24	0.28		

V. 本学カリキュラムの具体的運用にむけてのまとめ

以上より、新卒看護師を指導する看護師長または指導者に対する意識調査より、臨床現場において新卒看護師が就職時に期待される看護実践能力達成度と、平成19年度に実際に就職した看護師の同達成度の差異が明らかにされた。その主な結果として、生活行動援助にかかわる技術では期待値が高く、そのため実態値との差が大きいこと、また、診療介助の技術に関しては就職後の指導による習得でもよいという回答が多く、実態値との差が少なかったことが明らかになった。この結果は、当然、新卒者の能力や教育現場の現状分析による最低限の期待値であることは想像に難くないが、教育現場ではこれらの調査結果から、基礎教育で行われるべき必要な基準について、具体的な検討をしていきたいと考える。

本学では、これまでの看護実践能力向上のための種々の取り組みをもとに、平成21年度実施の新カリキュラムを作成し、現在、認可申請中である。その中では、平成15年から行ってきた、全領域の看護系教員が横断的に参加してその実践能力を高める科目である「看護学演習Ⅰ・Ⅱ」の実績をふまえ、同様に全領域の横断的な科目設定として、新たに「応用技術論：成人」「応用技術論：母性・小児」「応用技術論：老年・在宅」「看護の統合と実践」を科目設定して、一貫した目標の中での技術教育を行う予定である。今回の調査結果は、これまでに行ってきた「看護学演習Ⅰ・Ⅱ」の内容についての貴重な検証資料であり、また、新たな科目を運用していく上での具体的な指標を得たと考える。すなわち、看護学演習Ⅰで実施しているフィジカルアセスメントは領域Ⅰで示された実態値の低い項目であるが、本学における演習では、少人数教育と実技試験によってこの習得度を高めている。また、看護学演習Ⅱの中で4年次生が卒業直前に行う6時間の演習では、より臨床現場に即した設定としての寝衣交換や採血を選択して、これも少人数教育による徹底を図ってきた。永田ら⁶⁷⁾は新人看護師との面接結果から、新人看護師自身が困難を感じ、強化が必要な項目と感じているものとして、①点滴、輸液ポンプ、筋肉・皮下注射、採血、吸引 ②麻痺やルートのある患者などの生活援助技術をあげているが、本学が選択して実施している項目とほぼ合致するものであった。今後は、今回の結果をさらに詳細に分析し、新人看護師自身が強化し

たいと感じているものと、臨床現場が期待するものとの比較対照によって、両者のずれを明らかにするなど、今後の技術演習科目の運用に生かしていきたいと考える。

謝 辞

本調査の実施に際し、ご協力をいただきました各施設看護部長様をはじめとする多くの病棟師長様、指導者様に心から感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 文部科学省看護学教育の在り方に関する検討会：大学における看護実践能力の育成の充実に向けて。2002.
- 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に関する検討会：「看護基礎教育の充実にに関する検討会」報告書。厚生労働省医政局看護課。2007.
- 4) 看護実践能力育成プロジェクトチーム（愛知県立看護大学）：「報告書」新卒看護師に期待される看護実践能力達成度の検討。2008.
- 5) 小林治司：新人看護師の発達過程と臨床看護実践能力の構成要素に関する基礎的研究（その3）。日本赤十字愛知短期大学紀要，13：77-94，2002.
- 6) 永田美和子，小山英子，三木園生，上星浩子：新人看護師の看護実践上の困難の分析。桐生短期大学紀要，16：31-36，2005.
- 7) 永田美和子，小山英子，三木園生，上星浩子：新人看護師の看護実践上の困難と基礎看護教育の課題。桐生短期大学紀要，17：49-55，2006.

*看護実践能力育成プロジェクトチームメンバーを以下に示す。（五十音順）

飯島佐知子，岩瀬信夫，大津廣子，岡田由香，鎌倉やよい，神谷摂子，小松万喜子，輿水めぐみ，佐久間清美，高橋弘子，平井さよ子，深田順子，儘田徹，百瀬由美子，山口桂子（文責），米田雅彦（以上，愛知県立看護大学），兵藤千草（愛知県がんセンター中央病院），千速由美子（あいち小児保健医療総合センター）