学内グラント 終了時報告書

平成18年度 学内グラント報告書

大学病院における若手看護師対象の 看護実践能力育成のための現任教育プログラムの開発

研究代表者 渡辺 孝子(埼玉医科大学 保健医療学部 看護学科)

分担者 斉藤 啓子¹⁾, 及川 泰¹⁾, 藤村 朗子²⁾

I 緒言

2003年の第4次医療法改正以来病院の機能分化が進んでおり¹⁾, 医療制度改革²⁾の動きと相まって, 特に急性期医療を担っている医療職者に多くの課題が課せられている。

例をあげれば, 入院期間の短縮, 重症患者の増加と業務の煩雑化に伴うリスクマネジメントの強化, 患者の人権擁護への一層の取り組みなどであり, 特に高度先端医療を担っている大学病院の看護師には多忙を極める現場であっても, 安全性の高い熟練した看護実践能力がこれまでも増して求められるようになってきた³⁾。

このような現状の中で, 例年数多く採用される新人看護師の看護実践能力についての問題が深刻に考えられるようになった。卒直後の看護師の看護実践能力については, 基礎教育期間が3年ないし4年と限られていること, 免許取得前の技術教育には制限が多いことから, 卒業時点で習得する看護実践能力と医療現場が求めている看護実践能力の乖離が大きいことなどが以前より指摘されていたが, さらに最近では, 新人看護師が自分の看護の未熟さに衝撃を受け, 医療事故の予期的不安などから早期に退職することが問題となっている。2004年の日本看護協会の調査では, 採用後1年未満で退職する看護師が9.3%にもなり, その後も改善の兆しはない⁴⁾。また, 日本看護協会が設置主体別で看護師の離職率を調査した結果, 2004年, 2005年ともに学校法人立(大学病院)の離職率が高いことが報告されている⁵⁾。これら近年の情報から, 大学病院の看護現場は極めて厳しい状況であり, この状況を改善するには新人看護師が着実に看護実践能力を身につけ, 一人前の看護師⁶⁾として職場に定着していくことが何よりも重要である。そのためには, 大学病院で

展開されている医療に対応できる看護実践能力を育成する現任教育プログラムの開発が必要である。しかし, 現時点では, そのための基礎的調査も分析も十分に行われていない。本研究の最終目標は新人看護師が自立的に仕事が行えるまでを支援する独自性の高い現任教育プログラムを開発することであるが, 第一段階として看護実践能力を測定するツールの開発を目的とする。第二段階では, 開発したツールを用いて新人看護師の看護実践能力の実態を経時的に調査し分析することから最終目標である, 現任教育プログラム作成のための示唆を得ることを目的とする。

II 研究方法

1 看護実践能力を測定するツールの開発

1) 研究期間: 平成19年2月~平成19年3月

2) 対象: 平成17年4月にA大学病院が採用した看護師185名
平成18年4月にA大学病院が採用した看護師20名

3) 方法

(1) 基礎資料の収集と検討

A大学病院看護部では平成16年度に教育委員メンバーが中心となり, 既存の看護基準, 看護手順, 各部署で作成されている覚え書きなどを集め, 各部署に共通する認知レベルから行動レベルまでを含む看護を629項目抽出した。抽出された629項目はA大学病院の看護師が内容を理解し, 自立して行動できなければならない看護実践能力を示すものであると考えられた。A大学病院ではこの629項目を看護実践能力を測定するツールとして, 平成17年4月採用の看護師を対象に1年間に5回, 4段階(未経験, できない, 助言があればできる, ひとりでもできる)で評価を行った。研究者らは新人看護師が評価した実態を評価表から分析した結果, 次のような問題点を明らかにした。

1) 埼玉医科大学病院, 2) 埼玉医科大学 保健医療学部 看護学科

①評価項目 629 項目は、項目数が多すぎ、評価者にかなりの負担を強いていると思われた。そのため、5回の評価時期を設定したにもかかわらず、5回をすべて評価した新人看護師は2割程度であり、自己の看護実践能力を高めるために活用しようとの考えよりも、義務的に評価している様子が記載内容からうかがえた。

②看護実践能力を測定するツールとして、内容の重複、重要項目の欠落などがあり、項目数の絞込みと内容妥当性の検討が必要であることが明らかになった。

③評価基準として用いられている4段階評価（未経験、できない、助言があればできる、ひとりできる）が得点で置き換えられていることの妥当性について検討する必要があると考えられた。

④評価は新人看護師、プリセプター、看護師長の3者で同一の評価基準で行っているが、3者が同一の評価で行うべきなのか、それが現場教育にどのように活用されるのかが明らかにされておらず、評価者と評価基準を新人看護師の看護実践能力を高めるという視点で検討する必要があると考えられた。

(2) 625 評価項目及び評価基準の内容妥当性の検討

A 文献レビューと内容妥当性の検討

研究者らはA大学病院の看護部に類似点が多いと考えられたB大学看護学部が卒業生に調査した若手看護師の看護実践能力を問う質問項目を検討した文献⁷⁾、C大学病院の看護部が作成した看護技術項目についての文献⁸⁾及び平成16年度に厚生労働省が公表した「新人看護師の臨床実践能力向上に関する検討会」報告書⁹⁾をレビューし、625 評価項目の過不足と評価内容の妥当性について検討した。同時に評価基準についても検討し、A大学病院の看護師の看護実践能力測定のための評価項目、評価基準の試案を作成した。

B 新人看護師を部下に持つ看護師長と研究者らの検討

研究方法Aで作成した評価項目、評価基準の内容妥当性について、新人看護師を部下に持つ看護師長と研究者らで一致をみるまで検討を繰り返した。

C 看護実践能力の構成要素の抽出

研究方法Bで一致をみた評価項目の内容分析を行い、看護実践能力の構成要素を抽出した。

D プリテストと修正

研究方法(1)(2)を経て作成された看護実践能力測定ツールを、平成18年4月採用の看護師20名を対象にプリテストを行い、さらなる修正を加えた。

2 新人看護師の看護実践能力実態調査

1) 研究期間：平成19年4月～平成19年10月

2) 対象：平成19年4月A大学病院採用の看護師203名

3) 方法：研究方法1で開発した看護実践能力評価ツールを用いて、4月、6月、10月に調査を行った。

4) 分析：SPSSを用いて、記述的統計で算出した全対象者の平均得点を分析した。

III 倫理的配慮

本研究の趣旨、プライバシーは保護されること、研究結果は若手看護師の看護実践能力育成のための資料となること、研究への参加は個人の自由意志であることを説明し協力を得た。

IV 研究結果

1 新人看護師の看護実践能力を測定するツールの開発

1) 総数629 評価項目個々の内容妥当性の検討を重ねて精練された評価項目数は143 項目となった(表1-1～表1-3)。

2) 143 評価項目の内容分析の結果、「看護師として必要な基本的姿勢・態度(20 項目)」「基本的看護技術(102 項目)」「看護実践に伴う判断力・行動力・調整力(21 項目)」の看護実践能力の構成要素が抽出された(表1-1～表1-3)。

3) 項目数の多い「基本的看護技術(102 項目)」の項目を類似項目別に分類し、①環境調整技術、②食事援助技術、③排泄援助技術、④活動援助技術、⑤清潔・衣生活援助技術、⑥創傷管理技術、⑦症状・生体機能管理技術、⑧呼吸循環を整える技術、⑨救命救急の技術、⑩死後の処置、⑪与薬の技術、⑫苦痛緩和の技術、⑬感染防止の技術、⑭安全確保の技術の14 技術内容に分けた(表1-2)。

4) 評価基準は「できない：得点1」「少しできる(援助があればできる)：得点2」「だいたいできる(少しの援助があればできる)：得点3」「できる：得点4」とし、4段階のリッカートスケールとした。

以上より3構成要素143 評価項目からなるリッカートスケールの看護実践能力測定のツールができあがった。

2 新人看護師の看護実践能力の実態

1) 評価項目別の平均得点

143 評価項目別に全対象の平均得点を算出した結果を、表1-1～表1-3に示した。

2) 看護実践能力のレベル

得点幅1～4の看護実践能力を構成要素別にレベルⅠ～レベルⅢに置き換え、その結果を表2-1に示した。さらに評価項目数の多い構成要素である看護技術については14 技術内容別にその結果を表2-2に示した。

なお、レベルⅠは得点1～1.9までとし、評価基準において「できない」～「少しできる」の途上にあるレベルとした。

レベルⅡは得点2～2.9までとし、評価基準において「少しできる」～「大体できる」の途上にあるレベルとした。

レベルⅢは得点3～4までとし、評価基準において「大体できる」から「できる」の途上にあるレベルとした。

3) 構成要素別看護実践能力の経時的変化

(1) 看護師として必要な基本的姿勢・態度

4月採用時点において、レベルⅠは20項目中1項目(5%)、レベルⅡは18項目(90%)、レベルⅢは1項目(5%)であった(表2-1)。

6月の調査では、レベルⅠの評価項目はなく、レベルⅡが20項目中15項目(75%)、レベルⅢは5項目(25%)であった。

10月の調査結果はレベルⅠが0、レベルⅡが20項目中5項目(25%)、レベルⅢが15項目(75%)であった。10月の時点でレベルⅡにとどまっている評価項目の大部分は自己の仕事への取り組みや学習姿勢の項目であった。

(2) 基本的看護技術

4月の採用時点において、レベルⅠは102項目中61項目(60%)、レベルⅡは40項目(39%)、レベルⅢは1項目(1%)であった。

6月の調査では、レベルⅠは102項目中29項目(28%)、レベルⅡは62項目(61%)、レベルⅢは11項目(11%)であった。

10月の調査では、レベルⅠが102項目中10項目(10%)、レベルⅡが54項目(53%)、レベルⅢが38項目(37%)であった。

さらに技術内容別にみると、4月採用時点においてレベルⅠの項目数を50%以上占める技術内容は「食事の援助」「排泄援助」「創傷管理技術」「症状・生体機能管理技術」「救命救急の技術」「安全確保の技術」「呼吸循環を整える技術」「死後の処置」「与薬の技術」の14技術内容中9技術内容であった。

6月の調査では、レベルⅠの項目数を50%以上占める技術内容は「救命救急の技術」「呼吸循環を整える技術」「死後の処置」の3技術内容であった。レベルⅢの項目数を50%以上占める技術内容は「環境調整技術」「清潔・衣生活援助技術」の2技術内容であり、その他多くはレベルⅡにとどまっていた。

10月の調査では、レベルⅠの項目数を50%以上占める技術内容はなく、レベルⅢの項目数を50%以上占める技術内容は6月調査の2技術内容に加えて「症状・生体機能管理技術」「感染防止の技術」「安全確保の技術」の5技術内容であり、その他の技術内容はレベルⅡにとどまっていた。

(3) 看護実践に伴う判断力・行動力・調整力

4月採用時点において、レベルⅠは21項目中5項目(24%)、レベルⅡは16項目(76%)、レベルⅢは0項目(表2-1)であった。なお、レベルⅠの評価項目は「施設における医療管理安全体制について理解している」「災害発生時の初期行動がとれる」「消火器の定位置と避難ルートの把握」「事故発生時の対処」「日常使用する医療器具の取り扱い」の5項目(24%)であった。

6月の調査では、レベルⅠの評価項目2項目(9%)、レベルⅡが18項目(86%)、レベルⅢは1項目(5%)であった。

10月の調査結果はレベルⅠが0項目、レベルⅡが16項目(52%)、レベルⅢが5項目(48%)であった。レベルⅡにとどまっている評価項目の多くは看護過程展開の知識とチーム医療に必要とされる判断力・調整力であった。

IV 考察

卒直後の看護師の看護実践能力を4月、6月、10月の3回にわたり調査した結果から、現任教育プログラム作成に必要な要件を構成要素別に考察してみた。

1) 看護師として必要な基本的姿勢・態度

看護は健康の増進、疾病の予防及び回復、苦痛の軽減(安らかな死への援助)を目的として行われる活動であるが、それは同時に、対象者の尊厳と基本的人権をいかなる状況下でも保証しようとする活動でもある。対象者の基本的人権を保障する看護実践には、「看護師の基本的姿勢・態度」はきわめて重要でありすべての実践能力の基盤を形成するものと考えられることができる。「看護師の基本的姿勢・態度」の評価項目である20項目の90%が卒業時点でレベルⅡまでに到達していたことは看護基礎教育においてこのことが看護の基本として価値づけられ、力点をおいて取り組んでいると推察できる。さらに、6ヵ月後の10月にはその75%がレベルⅢに向上していることから、病院という環境の中での看護経験が「基本的姿勢・態度」を育てていると考えることができる。看護実践能力の構成一要素である「看護師として必要な基本的姿勢・態度」は現任教育における集合教育としての必要性はなく、むしろ、平均レベルに達していない数少ない看護師に対する個別指導が適切であると考えられた。

2) 基本的看護技術

基本的看護技術の評価項目は102項目と他の構成要素に比べてきわめて多く、評価項目全体の70%以上を占めている。その評価を実践能力レベル別にみると技術内容によって差が大きいこと、評価の平均レベルが極めて低いこと、4月から10月と経験を積むごとにレベルの向上が認められるものの、6ヵ月を経過した時点でもレベルⅢに達していないものが60%以上あり、レベルⅠにとどまっている項目も10%存在しているなどきわめて低い水準にあると考えられた。新人看護師のストレスや不安による弊害⁴⁾が報じられているが、その原因の多くが看護技術の未熟さにあることがこの数値が示していると言ってよいであろう。

技術内容別に実践能力レベルをみると、「環境調整の技術」「清潔・衣生活援助技術」「症状・生体機能管理技術」「苦痛緩和の技術」「感染防止の技術」の5技術内容は患者への身体浸襲を伴わないという共通

表 1-1. 看護師として必要な基本姿勢・態度20評価項目と平均得点

NO	評価項目	平均得点 (ranre1~4)		
		4月 n=203	6月 n=172	10月 n=169
1	社会人として適切に対応できる	2.6	2.8	3.2
2	公私を区別した行動が取れる	2.7	3.0	3.3
3	病院の理念・目標を理解し、行動する習慣がついている	2.0	2.5	2.8
4	コスト意識を持って業務を行う習慣がついている	1.9	2.5	3.0
5	看護業務を責任感を持って実践する習慣がついている	2.3	2.7	3.1
6	看護は患者中心のサービスであることを認識し、行動できる	2.6	2.9	3.3
7	看護専門職として自己が患者に与える影響を自覚し、行動できる	2.4	2.7	3.1
8	患者と家族の話を傾聴できる	2.9	3.1	3.4
9	患者・家族を尊重し受容的・共感的態度で接することができる	2.8	3.1	3.4
10	守秘義務を厳守し、患者・家族のプライバシーに配慮できる	3.0	3.2	3.5
11	患者・家族に十分な説明を行い、承諾を得てケアを行う習慣がついている	2.3	2.7	3.1
12	患者の自己決定を尊重することができる	2.6	2.9	3.4
13	患者の擁護(代弁)者として行動できる	2.1	2.5	2.9
14	心身のストレスをセルフコントロールできる	2.5	2.7	3.0
15	自己の生活管理ができる	2.8	3.0	3.3
16	問題を感じた時、適切な人に相談できる	2.7	2.9	3.3
17	自分でできること、できないこと、わからないことを明確に意識できる	2.5	2.8	3.1
18	自己の課題に主体的に取り組むことができる(自己学習・他者に相談)	2.4	2.6	2.9
19	看護を実践するために必要な学習を自主的に行うことができる	2.4	2.6	2.8
20	看護の仕事に面白さを発見できる	2.4	2.5	2.8

表 1-2. 基本的看護技術102評価項目と平均得点

技術内容	NO	評価項目	平均得点 (ranre1~4)			技術内容	NO	評価項目	平均得点 (ranre1~4)		
			4月 n=206	6月 n=172	10月 n=169				4月 n=203	6月 n=172	10月 n=169
環境調整技術 (2項目)	21	病室環境の調整	2.7	3.0	3.4	救命救急の 技術 (13項目)	72	人工呼吸器(呼吸異常の発見)	1.7	1.9	2.1
	22	ベッドメイキング	2.8	3.2	3.5		73	人工呼吸器(異常の判断・対応)	1.4	1.6	1.9
食事援助技術 (4項目)	23	食生活支援	1.7	1.8	2.2	救命救急の 技術 (13項目)	74	人工呼吸器(管理)	1.4	1.5	1.8
	24	食事介助	2.4	2.5	2.9		75	意識レベルの確認	2.2	2.5	2.9
	25	胃管・腸管	1.7	2.1	2.7		76	心音聴取	2.1	2.5	2.8
	26	経管栄養	1.7	2.1	2.7		77	急変時の脈拍測定	1.9	2.0	2.3
排泄援助技術 (7項目)	27	排尿困難	2.0	2.1	2.5		78	AEDの取り扱い	1.4	1.5	1.8
	28	排便困難	1.6	2.1	2.5		79	呼吸の判断	2.0	2.3	2.5
	29	浣腸	1.9	2.3	2.9		80	呼吸音の聴取	2.3	2.7	3.1
	30	摘便	1.6	1.8	2.4		81	気道確保の体位	2.0	1.9	2.2
	31	導尿	1.8	1.9	2.5		82	エアウェイの挿入	1.4	1.2	1.4
	32	膀胱内カテーテル挿入	1.5	1.7	2.4		83	アンビューバックを用いた用手的換気	1.5	1.5	1.8
	33	膀胱内カテーテル管理	2.0	2.4	3.0		84	閉鎖式心臓マッサージ	1.6	1.5	1.7
活動援助技術 (7項目)	34	歩行・移動・移送	2.5	2.9	3.4		85	気管内挿管の介助	1.4	1.5	1.8
	35	体位変換	2.4	2.8	3.3		86	止血	1.5	1.7	2.0
	36	良肢位の保持	2.3	2.6	3.1	87	チームメンバーの応援要請	1.3	1.5	1.7	
	37	関節可動域廃用症候群	2.5	2.6	2.9	その他 (1項目)	88	死後の処置	1.8	1.8	2.1
	38	可動域運動の実施	1.7	1.7	2.0	与薬の技術 (20項目)	89	経口薬	2.1	2.4	2.9
	39	入眠・睡眠	2.2	2.3	2.7		90	外用薬	2.0	2.5	2.9
	40	不穏・鎮静中の援助	1.8	2.0	2.4		91	座薬	1.8	2.3	2.9
清潔・衣生活援助技術 (6項目)	41	全身清拭	2.9	3.2	3.5		92	皮内注射	1.5	1.7	1.9
	42	洗髪	2.8	3.1	3.4		93	皮下注射	1.7	2.2	2.7
	43	口腔内ケア	2.6	2.9	3.2		94	筋肉内注射	1.7	2.0	2.6
	44	入浴介助	2.4	2.5	2.9		95	静脈注射	1.6	2.2	2.6
	45	失禁ケア	2.3	2.6	3.1		96	中心静脈内注射の介助	1.4	1.7	2.3
	46	衣生活・整容	2.8	3.1	3.5		97	中心静脈注射の薬剤投与	1.5	2.0	2.5
創傷管理 技術 (4項目)	47	創傷処置	1.7	2.1	2.5		98	中心静脈内注射の感染予防・ライン管理	1.6	2.1	2.5
	48	褥瘡予防の必要性・実施	2.3	2.7	3.0		99	輸液ポンプの取り扱い	1.6	2.7	3.4
	49	褥瘡予防治療計画に基づいたケア	1.5	2.1	2.6		100	輸液ポンプの安全管理	1.7	2.6	3.3
	50	包帯法	1.5	1.8	2.2	101	輸血時の管理	1.4	1.8	2.4	
症状・生体 機能管理技術 (12項目)	51	バイタルサイン測定	3.1	3.3	3.6	102	輸血後の副作用	1.5	1.6	2.0	
	52	身体測定	2.6	3.0	3.4	103	抗菌薬の投与	1.5	2.2	2.8	
	53	静脈血採血	1.9	2.5	3.1	104	インシュリンの投与	1.6	2.4	2.9	
	54	静脈血(検体)の取り扱い	1.7	2.4	3.1	105	麻薬の取り扱い管理	1.5	2.0	2.5	
	55	動脈血採取の介助	1.5	2.0	2.9	106	経口・経直腸・貼付用麻薬の投与	1.6	1.9	2.4	
	56	動脈血(検体)の取り扱い	1.5	2.0	2.8	107	注射用麻薬投与管理	1.5	1.7	2.1	
	57	採尿・尿検査	1.8	2.3	3.0	108	管理薬剤の管理	1.6	2.0	2.5	
	58	血糖値	2.4	3.2	3.5	苦痛の緩和 の技術 (4項目)	109	安全な体位の保持	2.5	2.8	3.2
	59	12誘導心電図	1.7	2.2	2.7		110	電法等の安楽促進ケア	2.5	2.8	3.2
	60	心電図モニター装着	1.7	2.4	3.0		111	リラクゼーション	2.0	2.2	2.6
	61	心電図の異常の判断	1.5	1.8	2.2		112	精神安寧のためのケア	2.8	2.9	3.3
	62	パルスオキシメーターの測定	2.8	3.5	3.7	感染防止の 技術 (6項目)	113	スタンダードプリコーション	2.3	2.9	3.3
呼吸循環を 整える技術 (12項目)	63	酸素吸入	1.9	2.6	3.2		114	防護用具の選択	2.0	2.7	3.2
	64	口腔内・鼻腔内吸引	1.9	2.6	3.1		115	無菌操作の実施	2.0	2.5	3.0
	65	気管内吸引	1.7	2.2	2.9		116	医療廃棄物の取り扱い	2.2	3.0	3.4
	66	ネブライザー	2.0	2.7	3.1		117	針刺し防止	2.1	2.9	3.3
	67	体温調整	2.3	2.9	3.3		118	洗浄・消毒方法	1.8	2.5	3.0
	68	体位ドレナージの必要性	1.7	2.5	2.8	安全確保の 技術 (4項目)	119	薬剤の複数確認	2.3	3.3	3.7
	69	体位ドレナージの実施	1.7	1.8	2.1		120	転倒転落防止	2.0	2.7	3.1
	70	人工呼吸器(回路の組み立て)	1.2	1.4	1.8		121	薬剤曝露防止	1.5	1.7	2.0
	71	人工呼吸器(設定確認)	1.3	1.6	2.0		122	放射線曝露防止	1.9	2.4	2.9

表 1-3. 看護実践に伴う判断力・行動力・調整力21評価項目と平均得点

NO	評価項目	平均得点(ranre1~4)		
		4月 n=203	6月 n=172	10月 n=169
123	看護実践に必要な患者の身体的側面をアセスメントできる	2.3	2.4	2.8
124	看護実践に必要な患者の心理・社会的側面をアセスメントできる	2.3	2.4	2.7
125	受持ち患者の看護問題を明確にできる(看護診断)	2.1	2.2	2.6
126	受持ち患者の看護計画が立案でき、計画に従って援助できる	2.2	2.2	2.7
127	受持ち患者の看護実践の結果を評価できる	2.1	2.4	2.8
128	看護記録の目的を理解し、適切かつ正確に記録できる	2.1	2.6	3.0
129	守秘義務に基づいて医療情報や記録物を取り扱うことができる	2.7	3.1	3.4
130	報告・連絡・相談の判断ができ、実施できる	2.5	2.8	3.3
131	看護実践の優先順位を考えて行動できる	2.2	2.4	2.8
132	自分のことだけではなく看護チームのメンバーの状況を考えて仕事ができる	2.1	2.4	2.8
133	医師や他医療職者に自分の考えを表現でき、チーム医療を意識した行動がとれる	2.1	2.2	2.6
134	決められた業務を時間内に実施できるように調整できる	2.0	2.2	2.7
135	看護に必要な院内の決まりごとや情報に関心を持ち、看護業務に活用できる	2.2	2.4	2.8
136	自己の限界を知り、必要な援助を求めることができる	2.3	2.6	3.1
137	看護基礎教育(看護学校など)で学んだ看護を現実の看護実践にうまく適応できる	2.1	2.4	2.8
138	施設における医療安全管理体制(診療基本マニュアル掲載)について理解している	1.7	2.1	2.4
139	院内の災害防止マニュアルに触れ、災害発生時の初期行動ができる	1.5	1.8	2.2
140	施設内の消火設備の定位置と避難ルートを把握し患者に説明できる	1.4	1.9	2.3
141	医療安全のための患者確認の方法を理解し、適切な確認ができる	2.0	2.6	3.2
142	医療事故(インシデント・アクシデント)発生時に速やかに対処できる	1.8	2.2	2.7
143	日常使用している医療器具・器械・衛生材料などの取り扱いを理解し、適切に使用することができる	1.8	2.4	2.8

表 2-1. 構成要素別看護実践能力レベル

看護実践能力構成要素	評価項目数	看護実践能力レベル	レベル別評価項目数(%)		
			4月	6月	10月
看護師として必要な基本的姿勢・態度	20	レベル I	1(5)	0(0)	0(0)
		レベル II	18(90)	15(75)	5(25)
		レベル III	1(5)	5(25)	15(75)
看護技術	102	レベル I	61(60)	29(28)	10(10)
		レベル II	40(39)	62(61)	54(53)
		レベル III	1(1)	11(11)	38(37)
看護実践に伴う判断力・行動力・調整力	21	レベル I	5(24)	2(9)	0(0)
		レベル II	16(76)	18(86)	16(52)
		レベル III	0(0)	1(5)	5(48)
合計(総合実践能力)	143	レベル I	67(47)	31(22)	10(7)
		レベル II	74(52)	95(66)	75(52)
		レベル III	2(1)	17(12)	58(41)

点を持ち、4月採用時の技術レベルも高く、6ヵ月後にはほぼ全項目がレベルⅢに達している。これらの技術内容は看護基礎教育における学習で基礎作りが可能であり、その後経験を積み重ねることで、熟練可能なものと考えられた。一方、採用後6ヵ月を経た10月の時点でレベルⅠにとどまっている項目をもつ「呼吸循環を整える技術」「救命救急の技術」は生命の危機に陥った患者に迅速且つ適確に実施しなければならない技術であり、未熟な技術が患者の生命に悪影響を及ぼす可能性があるという共通点を持っている。4月採用時点でのレベルも低く、基礎教育での学習が認知レベルにとどまり、行動レベルの学習に達していないことが推察でき、現任教育においては、基礎的知識から実践応用までの教育を系統的に行うことが重要であると考えられた。また、実践能力を高めるためには1度だけではなく繰り返し行うことが必要であると考えられた。

先に述べた身体浸襲を伴わない技術内容5項目とその対極にある生命に直結する2技術内容以外の中間的

な7技術内容にはどのような共通点があるのだろうか。たとえば「排泄の技術」の10月の技術項目の平均得点を見ると、病態や病因によって判断が伴う技術及びかなりの訓練を必要とする技術はレベルⅢに達していないことがわかる。「活動援助技術」「創傷管理技術」においても同様の共通点が見られた。

与薬の技術では、評価項目20項目のうち、機器の操作の訓練のみでレベルが向上する「輸液ポンプの取り扱いと管理」の2項目は6ヵ月後にはレベルⅢに達しているが、薬理学の知識が必要な技術である残り18項目はレベルⅡにとどまっている。臨床でよく使用される薬剤についての基礎的知識が必要であると考えられた。同様な理由で食事介助技術における食事療法を含む栄養学の必要性も考えられた。

生体機能管理技術の多くが6ヵ月後の10月にはレベルⅢに到達しているが、心電図の異常判断のみが低いレベルにとどまっている。心電図読解の教育は基礎教育では行われていない可能性も考えられ、机上でも教育訓練が可能であることから、現任教育において早い

表 2-2. 基本的看護技術内容別看護実践能力レベル

技術内容	評価項目数	実践能力レベル	レベル別評価項目数 (%)			技術内容	評価項目数	実践能力レベル	レベル別評価項目数 (%)		
			4月	6月	10月				4月	6月	10月
環境調整技術	2	レベル I	0(0)	0(0)	0(0)	呼吸循環を整える技術	12	レベル I	10(83)	6(50)	3(25)
		レベル II	2(100)	0(0)	0(0)			レベル II	2(17)	6(50)	5(42)
		レベル III	0(0)	2(100)	2(100)			レベル III	0(0)	0(0)	4(33)
食事援助技術	4	レベル I	3(75)	1(25)	0(0)	救命救急の技術	13	レベル I	8(62)	8(62)	6(46)
		レベル II	1(25)	3(75)	4(100)			レベル II	5(38)	5(38)	6(46)
		レベル III	0(0)	0(0)	0(0)			レベル III	0(0)	0(0)	1(8)
排泄援助技術	7	レベル I	5(71)	3(43)	0(0)	その他 (死後の処置)	1	レベル I	1(100)	1(100)	0(0)
		レベル II	2(28)	4(57)	6(86)			レベル II	0(0)	0(0)	1(100)
		レベル III	0(0)	0(0)	1(14)			レベル III	0(0)	0(0)	0(0)
活動援助技術	7	レベル I	2(28)	1(14)	0(0)	与薬の技術	20	レベル I	18(90)	6(30)	1(0.5)
		レベル II	5(72)	6(86)	4(57)			レベル II	2(10)	14(70)	17(85)
		レベル III	0(0)	0(0)	3(43)			レベル III	0(0)	0(0)	2(10)
清潔・衣生活援助技術	6	レベル I	0(0)	0(0)	0(0)	苦痛緩和の技術	4	レベル I	0(0)	0(0)	0(0)
		レベル II	6(100)	3(50)	1(17)			レベル II	4(100)	4(100)	1(25)
		レベル III	0(0)	3(50)	5(83)			レベル III	0(0)	0(0)	3(75)
創傷管理技術	4	レベル I	3(75)	1(25)	0(0)	感染防止の技術	6	レベル I	1(17)	0(0)	0(0)
		レベル II	1(25)	3(75)	3(75)			レベル II	5(83)	5(83)	0(0)
		レベル III	0(0)	0(0)	1(25)			レベル III	0(0)	1(17)	6(100)
症状・生体機能管理技術	12	レベル I	8(67)	1(8)	0(0)	安全確保の技術	4	レベル I	2(50)	1(25)	0(0)
		レベル II	3(25)	7(58)	4(33)			レベル II	2(50)	2(50)	2(50)
		レベル III	1(8)	4(34)	8(67)			レベル III	0(0)	1(25)	2(50)
合計 (基本的看護技術)						102	レベル I	61(60)	29(28)	10(10)	
							レベル II	40(39)	62(61)	54(53)	
							レベル III	1(1)	11(11)	38(37)	

時期から取り組むことが適切と思われた。

以上より、現任教育における技術教育は身体浸襲の伴わない技術は、臨床現場におけるOJTで習得可能であり、集合教育の必要性はきわめて低いと考えられる一方、未熟な技術が患者の生命の安全を脅かす可能性のある技術内容である「呼吸・循環を整える技術」「救命救急の技術」の教育は適切な時期を選び知識と実践が統合できるまで訓練する必要がある、複数回の教育の必要性も示唆していた。これら以外の看護技術は日常繰り返し使われているものが多いが、しっかりと基礎知識なしにはレベルが向上しない。薬理学、栄養学、病態の変化による症状管理の知識などを獲得することがレベル向上につながり、早い時期から取り組むことが必要であると考えられた。

3) 看護実践に伴う判断力・行動力・調整力

21項目の評価項目を4月、6月、10月の3時点でみると、4月採用時点において大部分の評価項目がすでにレベルIIに達している。しかし、6月、10月と進むなかでレベルの向上が極めて小さいという特徴があり、この点が他の構成要素の評価と異なる点である。ここにおける実践能力は形になって現れないものも多いが、複雑な看護現象を理解した上でさまざまな選択肢のなかから判断し実施していくことが求められる看護の質を左右する重要な能力である。21項目を大きく

分けると、「看護過程展開の能力」、「チーム医療を円滑に進めるための能力」「医療の安全性確保のための能力」に分けられる。よく体験する事例や判断・行動・調整に複雑性がある出来事などを事例検討の方法で教育することが適していると思われた。

以上、3つの看護実践能力構成要素から現任教育の方法、内容、時期を考察してきたが、3つの構成要素は相互関係にあり、いずれかの実践能力の向上は他の実践能力をも向上させるという相乗効果を生むものと考えられた。また、現任教育は教育そのものが仕事の流れを乱したり、遅らせたりするものであっては継続できなくなるため、最も相乗効果が期待できる時期を慎重に検討することが必要であると考えられた。

V 結論

看護師の看護実践能力を測定するツールの開発に取り組み、「看護師として必要な基本的姿勢・態度(評価項目20)」、「看護技術(評価項目102)」「看護実践に伴う判断力・行動力・調整力(評価項目21)」の3構成要素、総計143評価項目からなる看護実践能力測定ツールを作成した。

作成したツールを用いて、新採用看護師を対象に4月、6月、10月に実態調査を行いその変化を構成要素別に考察し、図1のような現任教育プログラムの試案を作成した。

4月 (入職)	6月	8月	10月
日常用いられる看護技術演習 (講義・演習)	呼吸循環管理の基礎 (講義・演習)	看護診断と看護過程 (講義・演習)	リスクマネジメント (講義)
1 静脈採血 2 筋肉注射 3 創傷処置 4 無菌操作	1 心電図解説 2 心音・呼吸音聴取 3 意識レベル	1 看護診断と看護問題解決 2 事例検討	1 医療事故防止の基礎知識 2 インシデントとアクシデント —その対処方法—
12月	2月	4月 (2年目)	6月
安全な与薬のための基礎知識 (講義)	救命救急技術1 (講義・演習)	救命救急技術2 (講義・演習)	チーム医療と多職種連携 (講義・演習)
1 中心静脈栄養の基礎知識 2 劇薬・毒薬・麻薬の投与管理	1 気道確保 2 心肺蘇生 3 救急薬品と投与上の注意	1 人工呼吸器装着患者の管理 2 アンビューによる用手的換気 3 AED	1 医療専門職それぞれの 役割機能 2 事例検討

図1. 若手看護師対象の現任教育プログラム試案.

文 献

- 1) 上田雅子, 狩谷由佳: 急性期病院の地域連携部署の実態と平均在院日数への影響, 日本看護管理学科誌2005;8(2):30-6.
- 2) 奥村元子: 2006年診療報酬改訂による看護管理への影響と課題, 看護管理2006;16(6):439-56.
- 3) 小島恭子, 中村秀代, 黒田裕子: DPC導入後の看護業務量の比較と関連要因, 日本看護管理学会誌2006;9(2):14-21.
- 4) 日本看護協会中央ナースセンター: 2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査報告書, 2005
- 5) 鈴木理恵, 小谷幸: 2005年病院における看護職員需給状況調査概要, 看護2006;58(9).
- 6) Patricia Benner (井部俊子他訳): ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー, 医学書院, 1992
- 7) 佐藤まゆみ, 大室律子, 根本敬子他: 看護系大学を卒業した新人看護師における看護実践能力の習得状況, 看護管理16(8):676-81.
- 8) 日下和代, 小泉仁子, 千葉由美 他: 看護実践能力育成に向けた看護技術チェックリストの検討, 看

護教育2006;47(10):884-91.

- 9) 厚生労働省編: 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—新人看護職員の研修の充実を目指して, 日本看護協会出版会, 2006

研究成果

<論文>

- 1) 藤村朗子, 渡辺孝子, 斉藤啓子, 及川泰 他: 入職時における新人看護師の看護技術習得状況実態調査, 第38回日本看護学会論文集 看護管理 P276-8, 2008年3月

<学会発表>

- 1) 及川泰, 斉藤啓子, 藤村朗子, 渡辺孝子 他: 新人看護師の看護実践能力を測定する評価表の作成, 第38回日本看護学会—看護管理, 一般演題, 2007年10月25日, 和歌山
- 2) 藤村朗子, 渡辺孝子, 斉藤啓子, 及川泰 他: 入職時における新人看護師の看護技術習得状況実態調査, 第38回日本看護学会—看護管理, 一般演題, 2007年10月25日, 和歌山