

A 看護大学卒業生の看護技術および 社会人基礎力修得の現状と課題

Current State & Issues Regarding Nursing Students from College A in Acquiring
Nursing Skills and Basic Adult Skills

吉武 美佐子 椎葉 美千代 酒井 康江
Misako Yoshitake Michiyo Shiiba Yasue Sakai

窪田 恵子 福澤 雪子 松尾 和枝 前田 三枝子
Keiko Kubota Yukiko Fukuzawa Kazue Matsuo Mieko Maeda

A 看護大学卒業生の看護技術および 社会人基礎力修得の現状と課題

Current State & Issues Regarding Nursing Students from College A in Acquiring
Nursing Skills and Basic Adult Skills

吉武 美佐子* 椎葉 美千代* 酒井 康江*
Misako Yoshitake Michiyo Shiiba Yasue Sakai

窪田 恵子* 福澤 雪子* 松尾 和枝* 前田 三枝子*
Keiko Kubota Yukiko Fukuzawa Kazue Matsuo Mieko Maeda

抄 録

本研究の目的は、卒業生が受けている新人看護職員研修の実態、看護技術到達レベルとその課題を明らかにすること、さらに卒業生の社会人基礎力の実態から教育課題を検討することである。A 看護大学の2011年度卒業生（卒後2年目）、2012年度卒業生（卒後1年目）を対象に、2014年3月～4月の期間で郵送法による質問紙調査を行った（回収率27.4%）。調査項目は、現在の就業状況、就職後の新人看護職員研修、現時点での看護技術到達レベル、困っている看護技術、社会人基礎力である。新人看護職員研修において、集合教育は52名（100%）、OJTは49名（94.2%）が受けていた。研修を受けた者の割合が80%以上の看護技術の項目は、75項目中41項目（54.7%）であり、60%未満の技術項目は16項目（21.3%）であった。技術項目75項目中、80%以上の者が「できる」と回答した項目数は、2011年度卒業生（卒後2年目）で60（80.0%）、2012年度卒業生（卒後1年目）で49（65.3%）であった。一方で、2012年度卒業生（卒後1年目）の中で「できる」レベルに達している割合が80%未満の項目数は26（34.7%）であった。2012年度卒業生（卒後1年目）の社会人基礎力は、「前に踏み出す力」、「考え抜く力」は高く、「チームで働く力」は低い傾向にあった。

I. 緒言

超高齢化社会の到来や医療の高度化、実習における侵襲を伴う看護行為の制約等、社会や保健医療を取り巻く環境の変化と学生の多様化に伴って、臨地実習の在り方の見直しや教育内容の工夫の必要性等、課題が指摘されている（文部科学省,2011）。新卒者の中には、看護基礎教育で修得する看護技術と臨床現場で求められるものとにギャップがあり、就職後自信がないまま業務を行い、リアリティショックを受ける者や、高度な医療を提供する現場についていけないため早期離職する者もいる（厚生労働省,2007）。また、看護学は、就労後の新人研修へと効果的に接続することができる教育内容を考慮し、看護専門職としての発展に繋がるものである必要がある（文部科学省,2011）とされている。A看護大学では開学後7年目を迎え、卒業生3回生を社会に送り出したが、A看護大学においても、現

場と教育のギャップを埋めるべく、現状に応じた教育内容の見直しが喫緊の課題である。

この他にも、就職後のリアリティショックを軽減し、学生から社会人へスムーズに移行するためには、職場で多様な人々と仕事をしていくときに必要な基礎的な力（社会人基礎力）を備えておくことも重要な課題である。この力は、基礎学力や専門知識・技術を活かす能力と位置づけられ、さまざまな経験や活動を通して相互に影響しながら高まっていくという性質のものである。一般に、少子化時代に大切に育てられた学生たちは、限られた環境のなかで過ごすことが多いため、いろいろな人と話す機会が少なく、積極的に人との交流を求めるわけでもない（箕浦ら,2013,p.3）といわれ、A看護大学の学生も例外ではない。また、社会人基礎力は、看護学基礎教育において看護実践力と相互作用的な関係にあるとの報告もある（北島ら,2012）。A看護大学でも、大学での講義や臨地実習を通して社会人基礎力がど

* 福岡女学院看護大学

の程度修得できているかの調査はこれまで行っていない。

以上のことを踏まえ、今回、卒業生を対象に以下の3つを目的に調査研究を行った。①卒業生が受けている新人看護職員研修の実態を調査し、教育内容の一助を得る。②A看護大学の卒業生の看護技術実践の現状から、看護技術到達レベルとその課題を明らかにし、教育の評価および課題を検討する。③卒業生の社会人基礎力の実態を把握し、A看護大学の教育課題を検討する基礎資料とする。

II. 用語の定義

「看護技術」とは、看護の専門知識に基づいて、対象の安全、安楽、自立を目指した目的意識的な直接行為であり、実施者の看護観と技術の習得レベルを反映する。看護技術には様々な種類があるが、今回は「生活援助技術」「診療に伴う援助技術」を指す。

「社会人基礎力」とは、「前に踏み出す力」、「考え抜く力」、「チームで働く力」の3つの能力と12の能力要素で構成されており、「職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくために必要な基礎的な力」として、経済産業省が2006年から提唱している（経済産業省,2006）。

III. 研究方法

1. 対象

A看護大学2011年度卒業生(卒後2年目)86名、2012年度卒業生(卒後1年目)104名

2. 期間

2014年3月～4月

3. 調査方法

調査は、郵送法である。質問紙を研究説明文と共に対象者へ配布し、回収は質問紙への回答後（無記名）、同封の返信用封筒にて大学へ返信を依頼した。

4. 調査項目

質問紙にて、①現在の就業状況、②就職後の新人看護職員研修、③現時点での看護技術到達レベル、④困っている看護技術、⑤社会人基礎力の調

査を行った。②、③については、厚生労働省（2009）の「新人看護職員研修ガイドライン」で提示されている項目13、技術項目75を使用した。⑤については、経済産業省の打ち出した概念を基に聖マリアンナ医科大学病院看護部で開発された社会人基礎力評価表（箕浦ら,2013,p.90-91）を参考にした12項目に、倫理に関する項目を加えた19項目の能力要素を作成した。倫理に関する項目は、岐阜大学医学部看護学科が考える倫理に該当する項目（箕浦ら,2013,p.17-21）を参考に本学独自の項目を加えた。回答は、『いつもしている』3点、『ときどきしている』2点、『たまにしている』1点の3段階とした。尚、プレテストによる回答時間は20分程度であった。

5. 分析方法

分析は統計解析ソフトIBM SPSS Statistics22を用い、収集したデータを単純集計した。

6. 倫理的配慮

本研究は、福岡女学院看護大学倫理委員会の承認を得た上で進めた。本研究を行うに当たり、A看護大学同窓会委員会に了承を得てから同窓会名簿を使用した。研究協力者へ本研究の目的と方法、研究への協力は自由意思であり同意しない場合にも不利益を被らないこと、得られたデータは守秘義務を厳守し、研究協力者の個人情報が入らないように匿名性を確保し、目的以外には使用しないこと、データの管理には細心の注意を払うことを文書で説明した。研究への協力は、質問紙の返信をもって、同意の意思があると判断し、質問紙は無記名とした。

IV. 結果

質問紙を2011年度卒業生（卒後2年目）86名、2012年度卒業生（卒後1年目）104名に郵送し、回収数（率）は、それぞれ21名（24.4%）、31名（29.8%）、総数52名（27.4%）、有効回答率は100%であった。

1. 対象者の就業状況

対象者全員が看護師として就業しており、就業施設は、大学病院25名（48.1%）、国立病院機構13名（25.0%）、民間病院8名（15.4%）、その他の公的医療機関6名（11.5%）であり、診療科は複数混合病棟に勤務する者が16名（30.8%）であった。

2. 新人看護職員研修の実施状況

新人看護職員研修のとして、集合教育は52名(100%)、機会教育(以下OJT)は49名(94.2%)が受けていた。技術項目別に、対象者が集合教育およびOJTのいずれかを受けた割合を表1に示す。研修を受けた者の割合が80%以上の看護技術

の項目は、75項目中41項目(54.7%)であり、研修を受けた割合が60%未満の技術項目は16項目(21.3%)であった。その中で、「療養生活環境調整」、「ベッドメイキング」、「食事介助」、「部分浴」、「外用薬の与薬」は、厚生労働省が示す、1年以内に経験し修得を目指す項目であった(表2参照)。

表1 新人看護職員研修の実施状況

大項目	技術項目	集合教育もしくはOJT(n=52)			
		あり	なし	無回答	
環境調整技術	温度、湿度、換気、採光、臭気、騒音、病室整備の療養生活環境調整	29 (55.8)	18 (34.6)	5 (9.6)	
	ベッドメイキング	22 (42.3)	24 (46.2)	6 (11.5)	
食事援助技術	食生活支援	30 (57.7)	17 (32.7)	5 (9.6)	
	食事介助	28 (53.8)	18 (34.6)	6 (11.5)	
	経管栄養法	49 (94.2)	3 (5.8)	0 (0.0)	
排泄援助技術	自然排尿・排便援助(尿器・便器介助、可能な限りおむつを用いない援助を含む)	35 (67.3)	13 (25.0)	4 (7.7)	
	浣腸	45 (86.5)	4 (7.7)	3 (5.8)	
	膀胱留置カテーテルの挿入と管理	51 (98.1)	1 (1.9)	0 (0.0)	
	摘便	38 (73.1)	10 (19.2)	4 (7.7)	
	導尿	48 (92.3)	1 (1.9)	3 (5.8)	
活動・休息援助技術	歩行介助・移動の介助・移送	38 (73.1)	10 (19.2)	4 (7.7)	
	体位変換	43 (82.7)	6 (11.5)	3 (5.8)	
	関節可動域訓練・廃用症候群予防	34 (65.4)	12 (23.1)	6 (11.5)	
	入眠・睡眠の援助	18 (34.6)	26 (50.0)	8 (15.4)	
	体動・移動に注意が必要な患者への援助	36 (69.2)	13 (25.0)	3 (5.8)	
清潔・衣生活援助技術	清拭	36 (69.2)	12 (23.1)	4 (7.7)	
	洗髪	29 (55.8)	17 (32.7)	6 (11.5)	
	口腔ケア	43 (82.7)	7 (13.5)	2 (3.8)	
	入浴介助	25 (48.1)	20 (38.5)	7 (13.5)	
	部分浴	19 (36.5)	27 (51.9)	6 (11.5)	
	陰部ケア・おむつ交換	43 (82.7)	6 (11.5)	3 (5.8)	
	寝衣交換等の衣生活支援・整容	32 (61.5)	16 (30.8)	4 (7.7)	
	酸素吸入療法	44 (84.6)	6 (11.5)	2 (3.8)	
呼吸循環を整える技術	吸引(気管内・口腔内・鼻腔内)	50 (96.2)	1 (1.9)	1 (1.9)	
	ネブライザーの実施	36 (69.2)	12 (23.1)	4 (7.7)	
	体温調整	20 (38.5)	26 (50.0)	6 (11.5)	
	体位ドレナージ	31 (59.6)	16 (30.8)	5 (9.6)	
	人工呼吸器の管理	34 (65.4)	13 (25.0)	5 (9.6)	
	創傷処置	37 (71.2)	11 (21.2)	4 (7.7)	
創傷管理技術	褥瘡の予防	43 (82.7)	5 (9.6)	4 (7.7)	
	包帯法	24 (46.2)	22 (42.3)	6 (11.5)	
	経口薬の与薬	34 (65.4)	15 (28.8)	3 (5.8)	
与薬の技術	外用薬の与薬	26 (50.0)	21 (40.4)	5 (9.6)	
	直腸内与薬	38 (73.1)	11 (21.2)	3 (5.8)	
	皮下注射	47 (90.4)	2 (3.8)	3 (5.8)	
	筋肉内注射	50 (96.2)	0 (0.0)	2 (3.8)	
	皮内注射	41 (78.8)	9 (17.3)	2 (3.8)	
	静脈内注射	45 (86.5)	5 (9.6)	2 (3.8)	
	点滴静脈内注射	48 (92.3)	3 (5.8)	1 (1.9)	
	中心静脈内栄養の準備・介助・管理	49 (94.2)	3 (5.8)	0 (0.0)	
	輸液ポンプの準備と管理	52 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	輸血の準備、輸血中と輸血後の観察	50 (96.2)	1 (1.9)	1 (1.9)	
	抗生物質の用法と副作用の観察	41 (78.8)	7 (13.5)	4 (7.7)	
	インシュリン製剤の種類・用法・副作用の観察	47 (90.4)	4 (7.7)	1 (1.9)	
	麻薬の主作用・副作用の観察	46 (88.5)	5 (9.6)	1 (1.9)	
	薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む)	44 (84.6)	5 (9.6)	3 (5.8)	
	救命救急処置	意識レベルの把握	48 (92.3)	4 (7.7)	0 (0.0)
		気道確保	51 (98.1)	1 (1.9)	0 (0.0)
		人工呼吸	52 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
		閉鎖式心臓マッサージ	50 (96.2)	2 (3.8)	0 (0.0)
気管挿管の準備と介助		45 (86.5)	5 (9.6)	2 (3.8)	
止血		30 (57.7)	16 (30.8)	6 (11.5)	
チームメンバーへの応援要請		47 (90.4)	4 (7.7)	1 (1.9)	
バイタルサイン(体温、脈拍、呼吸、血圧)の観察と解釈		45 (86.5)	3 (5.8)	4 (7.7)	
症状生体機能管理技術	身体計測	34 (65.4)	14 (26.9)	4 (7.7)	
	静脈血採血と検体の取扱い	49 (94.2)	2 (3.8)	1 (1.9)	
	動脈血採血の準備と検体の取扱い	43 (82.7)	6 (11.5)	3 (5.8)	
	採尿、尿検査の方法と検体の取扱い	42 (80.8)	7 (13.5)	3 (5.8)	
	血糖値測定と検体の取扱い	47 (90.4)	3 (5.8)	2 (3.8)	
	心電図モニター・12誘導心電図の装着・管理	48 (92.3)	2 (3.8)	2 (3.8)	
	パルスオキシメーターによる測定	36 (69.2)	13 (25.0)	3 (5.8)	
	安楽な体位の保持	36 (69.2)	11 (21.2)	5 (9.6)	
苦痛の緩和・安楽確保の技術	薬法等身体安楽促進ケア	27 (51.9)	20 (38.5)	5 (9.6)	
	リラクゼーション	17 (32.7)	30 (57.7)	5 (9.6)	
	精神的安寧を保つための看護ケア	22 (42.3)	25 (48.1)	5 (9.6)	
	スタンダードプリコーション(標準予防策)の実施	48 (92.3)	3 (5.8)	1 (1.9)	
感染予防の技術	必要な防護用具(手袋、ゴーグル、ガウン等)の選択	48 (92.3)	3 (5.8)	1 (1.9)	
	無菌操作の実施	46 (88.5)	4 (7.7)	2 (3.8)	
	医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い	47 (90.4)	3 (5.8)	2 (3.8)	
	針刺し事故防止対策の実施と針刺し事故後の対応	50 (96.2)	1 (1.9)	1 (1.9)	
	洗浄・消毒・滅菌の適切な選択	46 (88.5)	3 (5.8)	3 (5.8)	
	誤薬防止の手順に沿った与薬	44 (84.6)	5 (9.6)	3 (5.8)	
安全管理の技術	患者誤認防止策の実施	50 (96.2)	1 (1.9)	1 (1.9)	
	転倒転落防止策の実施	44 (84.6)	4 (7.7)	4 (7.7)	
	薬剤・放射線暴露防止の実施	39 (75.0)	8 (15.4)	5 (9.6)	

■は、60%未満の項目

表2 対象者の看護技術到達レベル

大項目	技術項目	1年以内に到達目指す項目	到達の目安	2011年度卒業生 (卒業2年目) (n=21)		2012年度卒業生 (卒業1年目) (n=31)	
				できる	指導下でできる	できる	指導下でできる
環境調整技術	温度、湿度、換気、採光、臭気、騒音、病室整備の療養生活環境調整	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	29 (93.5)	0 (0.0)
	ベッドメイキング	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	30 (96.8)	0 (0.0)
食事援助技術	食生活支援		II	19 (90.5)	2 (9.5)	24 (77.4)	5 (16.1)
	食事介助	★	II	21 (100.0)	0 (0.0)	29 (93.5)	0 (0.0)
	経管栄養法	★	II	20 (95.2)	0 (0.0)	26 (83.9)	0 (0.0)
排泄援助技術	自然排尿・排便援助(尿器・便器介助、可能な限りおむつを用いない援助を含む)	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	29 (93.5)	2 (6.5)
	洗腸		I	21 (100.0)	0 (0.0)	29 (93.5)	2 (6.5)
	膀胱留置カテーテルの挿入と管理		II	19 (90.5)	1 (4.8)	22 (71.0)	7 (22.6)
	摘便		II	18 (85.7)	0 (0.0)	25 (80.6)	3 (9.7)
	導尿		I	19 (90.5)	1 (4.8)	26 (83.9)	4 (12.9)
活動・休息援助技術	歩行介助・移動の介助・移送	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	30 (96.8)	0 (0.0)
	体位変換	★	II	21 (100.0)	0 (0.0)	31 (100.0)	0 (0.0)
	関節可動域訓練・廃用症候群予防		II	16 (76.2)	3 (14.3)	23 (74.2)	4 (12.9)
	入眠・睡眠の援助		II	21 (100.0)	0 (0.0)	26 (83.9)	2 (6.5)
	体動・移動に注意が必要な患者への援助		II	20 (95.2)	1 (4.8)	26 (83.9)	4 (12.9)
清潔・衣生活援助技術	清拭	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	31 (100.0)	0 (0.0)
	洗髪		I	20 (95.2)	0 (0.0)	30 (96.8)	0 (0.0)
	口腔ケア	★	I	20 (95.2)	1 (4.8)	29 (93.5)	0 (0.0)
	入浴介助		I	18 (85.7)	2 (9.5)	29 (93.5)	1 (3.2)
	部分浴	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	29 (93.5)	0 (0.0)
	陰部ケア・おむつ交換	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	31 (100.0)	0 (0.0)
	寝衣交換等の衣生活支援・整容	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	31 (100.0)	0 (0.0)
呼吸循環を整える技術	酸素吸入療法	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	29 (93.5)	2 (6.5)
	吸引(気管内・口腔内・鼻腔内)	★	I	20 (95.2)	1 (4.8)	23 (74.2)	5 (16.1)
	ネブライザーの実施	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	29 (93.5)	1 (3.2)
	体温調整		I	21 (100.0)	0 (0.0)	28 (90.3)	2 (6.5)
	体位ドレナージ		II	16 (76.2)	2 (9.5)	18 (58.1)	9 (29.0)
	人工呼吸器の管理		IV	8 (38.1)	4 (19.0)	6 (19.4)	12 (38.7)
創傷管理技術	創傷処置		II	14 (66.7)	5 (23.8)	20 (64.5)	11 (35.5)
	褥瘡の予防	★	II	19 (90.5)	1 (4.8)	25 (80.6)	6 (19.4)
	包帯法		II	14 (66.7)	4 (19.0)	18 (58.1)	8 (25.8)
与薬の技術	経口薬の与薬	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	31 (100.0)	0 (0.0)
	外用薬の与薬	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	31 (100.0)	0 (0.0)
	直腸内与薬	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	30 (96.8)	0 (0.0)
	皮下注射		I	20 (95.2)	0 (0.0)	28 (90.3)	1 (3.2)
	筋肉内注射		I	20 (95.2)	0 (0.0)	25 (80.6)	2 (6.5)
	皮内注射		I	11 (52.4)	2 (9.5)	15 (48.4)	4 (12.9)
	静脈内注射		II	20 (95.2)	0 (0.0)	15 (48.4)	4 (12.9)
	点滴静脈内注射		II	20 (95.2)	0 (0.0)	20 (64.5)	3 (9.7)
	中心静脈内栄養の準備・介助・管理		II	16 (76.2)	4 (19.0)	16 (51.6)	8 (25.8)
	輸液ポンプの準備と管理		II	21 (100.0)	0 (0.0)	30 (96.8)	0 (0.0)
	輸血の準備、輸血中と輸血後の観察		II	19 (90.5)	1 (4.8)	20 (64.5)	7 (22.6)
	抗生物質の用法と副作用の観察	★	II	20 (95.2)	1 (4.8)	30 (96.8)	0 (0.0)
	インシュリン製剤の種類・用法・副作用の観察		II	20 (95.2)	1 (4.8)	29 (93.5)	0 (0.0)
	麻薬の主作用・副作用の観察		II	15 (71.4)	5 (23.8)	19 (61.3)	9 (29.0)
救命救急処置	薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む)		II	19 (90.5)	2 (9.5)	19 (61.3)	10 (32.3)
	意識レベルの把握	★	I	18 (85.7)	3 (14.3)	23 (74.2)	5 (16.1)
	気道確保	★	III	12 (57.1)	4 (19.0)	11 (35.5)	9 (29.0)
	人工呼吸	★	III	10 (47.6)	2 (9.5)	11 (35.5)	9 (29.0)
	閉鎖式心臓マッサージ	★	III	11 (52.4)	1 (4.8)	11 (35.5)	8 (25.8)
	気管挿管の準備と介助	★	III	10 (47.6)	3 (14.3)	5 (16.1)	10 (32.3)
	止血		II	12 (57.1)	3 (14.3)	13 (41.9)	12 (38.7)
	チームメンバーへの応援要請	★	I	18 (85.7)	0 (0.0)	23 (74.2)	5 (16.1)
	バイタルサイン(体温、脈拍、呼吸、血圧)の観察と解釈	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	31 (100.0)	0 (0.0)
	身体計測		I	20 (95.2)	0 (0.0)	31 (100.0)	0 (0.0)
症状生体機能管理技術	静脈血採血と検体の取扱い	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	30 (96.8)	0 (0.0)
	動脈血採血の準備と検体の取扱い		I	17 (81.0)	3 (14.3)	15 (48.4)	9 (29.0)
	採尿、尿検査の方法と検体の取扱い		I	21 (100.0)	0 (0.0)	30 (96.8)	1 (3.2)
	血糖値測定と検体の取扱い	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	31 (100.0)	0 (0.0)
	心電図モニター・12誘導心電図の装着・管理		I	17 (81.0)	4 (19.0)	23 (74.2)	8 (25.8)
	パルスオキシメーターによる測定	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	31 (100.0)	0 (0.0)
	安楽な体位の保持	★	II	20 (95.2)	1 (4.8)	31 (100.0)	0 (0.0)
苦痛の緩和・安楽確保の技術	電法等身体安楽促進ケア		II	20 (95.2)	0 (0.0)	29 (93.5)	2 (6.5)
	リラクゼーション		II	17 (81.0)	4 (19.0)	26 (83.9)	3 (9.7)
	精神的安楽を保つための看護ケア		II	14 (66.7)	5 (23.8)	22 (71.0)	8 (25.8)
	スタンダードプリコーション(標準予防策)の実施	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	31 (100.0)	0 (0.0)
感染予防の技術	必要な防護用具(手袋、ゴーグル、ガウン等)の選択	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	30 (96.8)	1 (3.2)
	無菌操作の実施	★	I	19 (90.5)	2 (9.5)	28 (90.3)	3 (9.7)
	医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い	★	I	21 (100.0)	0 (0.0)	30 (96.8)	1 (3.2)
	針刺し事故防止対策の実施と針刺し事故後の対応	★	I	16 (76.2)	2 (9.5)	29 (93.5)	2 (6.5)
	洗浄・消毒・滅菌の適切な選択		I	19 (90.5)	1 (4.8)	29 (93.5)	1 (3.2)
安全管理の技術	誤薬防止の手順に沿った与薬	★	I	20 (95.2)	1 (4.8)	30 (96.8)	1 (3.2)
	患者誤認防止策の実施	★	I	20 (95.2)	1 (4.8)	31 (100.0)	0 (0.0)
	転倒転落防止策の実施	★	II	20 (95.2)	1 (4.8)	30 (96.8)	1 (3.2)
	薬剤・放射線暴露防止の実施		II	18 (85.7)	3 (14.3)	24 (77.4)	6 (19.4)

(注)到達の目安 I:できる、II:指導の下でできる、III:演習でできる、IV:知識としてわかる
 ■ は、2012年度卒業生(卒業1年目)の中で『できる』レベルに達している割合が80%未満の項目
 □ は、2012年度卒業生(卒業1年目)の20%以上が現在困っている看護技術

3. 看護技術到達レベルと困っている看護技術(表2)

表2にある1年以内に到達を目指す項目と到達目安は厚生労働省が提示しているものである。

技術項目75項目の現時点での看護技術到達レベルを『できる』、『指導の下でできる』、『演習でできる』、『知識としてわかる』の基準で自己評価してもらった。『できる』と回答した項目数の最小値、最大値、平均値±標準偏差は、2011年度卒業生(卒後2年目)が、46項目、75項目、66.4±7.7項目であり、2012年度卒業生(卒後1年目)が、38項目、71項目、60.9±8.2項目であった。80%以上の者が『できる』と回答した項目数は、2011年度卒業生(卒後2年目)で60項目(80.0%)、2012年度卒業生(卒後1年目)で49項目(65.3%)であった。一方で、2012年度卒業生(卒後1年目)の中で『できる』レベルに達している割合が80%未満の項目は26項目(34.7%)であった。その中に、厚生労働省が1年以内の到達を目指す「吸引(気管内・口腔内・鼻腔内)」、「意識レベルの把握」、「チームメンバーへの応援要請」の3項目と、『演習でできる』が目標の4項目が含まれていた。

2012年度卒業生(卒後1年目)の20%以上が現在困っている看護技術は11項目であった。そのうち、1年以内に到達を目指す項目は「褥創の予防」、「意識レベルの把握」、「気道確保」、「人工呼吸」、「閉鎖式心臓マッサージ」、「気管挿管の準備と介助」の6項目で、『演習でできる』が目標の4項目を含んでいた。他の5項目は、1年以内に到達を目指す項目ではなかった。困っている理由は、演習では学んだが実際に経験したことがないので不安、病棟で行う機会がほとんどなく1度の研修だけでは理解できない、呼吸器の種類や設定の違いに戸惑うなどであった。

在学中に学んでおくべきだったと思う看護技術の自由記述は、多い順に、膀胱留置カテーテルの挿入と管理8名、採血5名、吸引5名、輸液ポンプの使用法4名、急変時の看護4名、経管栄養3名などであった。少数だが、死後の処置やエンゼルケアを挙げており、「実際にこんなことがあるのかと思ったときにはショックの方が先行して何もできない、分かってはいたけどそういうこともする職業なのだとして少しも経験しておきたかった」という意見

があった。

4. 社会人基礎力

社会人基礎力は、〈主体性〉〈働きかける力〉〈実行力〉の能力要素で構成される「前に踏み出す力」、〈課題発見力〉〈計画力〉〈創造力〉で構成される「考え抜く力」、〈発信力〉〈傾聴力〉〈柔軟性〉〈情況把握力〉〈規律性〉で構成される「チームで働く力」からできている。2011年度卒業生(卒後2年目)は、高い順に「倫理」2.82点、「チームで働く力」2.74点、「前に踏み出す力」2.71点、「考え抜く力」2.43点であり、2012年度卒業生(卒後1年目)は、「前に踏み出す力」2.84点、「倫理」2.76点、「チームで働く力」2.47点、「考え抜く力」2.43点の順であった。能力要素の中で最も低かったのは〈発信力〉の1.80点であった。

V. 考察

1. 対象者の就業状況

今回の対象者は全員が看護師であり、就業施設は大学病院と国立病院機構で約80%を占め、A看護大学の就職状況の割合とほぼ合致していた。また、混合病棟勤務の者が約30%であるという状況は、現在の病院の病棟編成を反映している。看護師として専門性を求められる一方で、多種多様な対象者への看護を行うために幅広い知識と技術が求められることが推察された。

2. 新人看護職員研修の実施状況

新人看護職員研修の実施率は集合教育100%、OJT94.2%と高かった。これは、看護基礎教育と臨床現場との乖離を埋めるために、新たに業務に従事する看護職員に臨床研修などが2010年4月から努力義務化された(厚生労働省,2014)ことによると考える。さらに、厚生労働省の「新人看護職員研修ガイドライン」に提示されている技術項目のうち、研修を受けた者の割合が80%以上の項目は、75項目中41項目(54.7%)と半数を超え、新人看護師に対して丁寧な研修や指導が行われていることが明らかになった。そのような中で、研修を受けた割合が60%未満と研修が行われる割合が少ない16項目に着目した。16項目中11項目は、厚生労働省が1年以内に到達を目指す項目ではなかったため、施設や所属部署によっては1年目の研修に計画されていな

かったことが考えられる。しかし、「療養生活環境調整」、「ベッドメイキング」、「食事介助」、「部分浴」、「外用薬の与薬」は、1年以内に到達を目指す項目であり、「外用薬の与薬」以外は日常生活援助技術であった。水戸ら（2011）の行った教育と臨床の専門家が合意する卒業時の看護技術到達度の調査によると、卒業時には日常生活援助に関わる看護技術で単純なものは実施できることで合意されたことを明らかにしている。これらの技術項目は、大学での修得を臨床が期待しており、研修を行うまでもない技術ということではないだろうか。研修の実施率の低い技術項目は特に大学での看護基礎教育で卒業時には確実に『できる』レベルに到達させる努力が必要と考える。

3. 看護技術到達レベルと困っている技術

2011年度卒業生（卒後2年目）は看護師2年目であり、個人差はあるものの『できる』技術項目が多くなっていた。しかし、2012年度卒業生（卒後1年目）は、看護師として1年経っても『できる』レベルに到達している者が80%に満たない項目が26項目（34.7%）あった。その内容は、【呼吸循環を整える技術】、【創傷管理技術】、【与薬の技術】、【救命救急処置】などの中でも、身体侵襲がある高い技能が求められる技術や所属部署によって実施の少ない項目であり、佐野ら（2006）や荒木ら（2010）の新人看護師の看護技術到達度調査の結果と同様の傾向を示していた。『できる』レベルに到達している者が80%未満の項目の中には、厚生労働省が1年以内に到達を目指す「吸引（気管内・口腔内・鼻腔内）」、「意識レベルの把握」、「チームメンバーへの応援要請」が含まれていた。また、20%以上の者が困っている看護技術11項目のうち、1年以内に到達を目指す項目の「褥創の予防」、「意識レベルの把握」が含まれていた。「吸引（気管内以外）」については、在学中にモデル人形で演習した後、臨地実習ではほとんど経験しないことも影響していると考えられる。「褥創の予防」は、看護技術到達レベルが『できる』80.6%、『指導の下でできる』19.4%と高いことから、知識はあっても患者に応じた適切な方法の選択に未だ自信がもてず指導の下に実施しているからではないかと推察する。「意識レベルの把握」は、症例が所属部署に少なく経験ができないことが影響

していると考えられる。また、「チームメンバーへの応援要請」については、新人看護職員研修の実施率は69.2%と決して低くはないが、『できる』74.2%、『指導の下でできる』16.1%という結果から、緊急時などの経験の少ない場面でチームメンバーへの応援要請を判断することが困難と感じている者が少なくないことがわかった。

在学中に学んでおくべきだったと思う看護技術は、膀胱留置カテーテルの挿入と管理、採血、吸引、輸液ポンプの使用法、急変時の看護、経管栄養などであった。これらの看護技術はA看護大学の卒業時到達目標を『学内の演習で実施できる』にしているものも含まれ、学内で1・2年次にモデル人形で演習して以降、臨地実習で経験する機会は少なく、実際に看護師として勤務する際には十分に役に立っていないことが懸念される。これらの技術については、学んだ知識や技術が卒業後に活かせるよう修学時期の検討や大学の卒業時到達目標の再検討が必要である。さらに、袖山ら（2005）や風間ら（2012）も、卒業生の技術力を高めるためには臨床と大学の連携が必要と述べているように、学内演習だけでなく臨地実習での技術教育についても実習施設との協働により行えるような方法を検討する必要性が示唆された。また、少数だが、死後の処置に関する意見もあった。これは就職後のリアリティショックの要因となりうるため、対象者およびその家族への看護ができるように教育内容の検討が必要と考える。

4. 社会人基礎力

箕浦ら（2013）の新人看護師1年目の調査によると、社会人基礎力の平均点は「前に踏み出す力」2.70点、「考え抜く力」2.32点、「チームで働く力」2.64点であった。2012年度卒業生（卒後1年目）と比較すると、本対象者の方が「前に踏み出す力」、「考え抜く力」は高く、「チームで働く力」は低い傾向にあり、中でも特に〈発信力〉が低かった。高橋（2013）も、新人看護職は「考え抜く力」と「チームで働く力」が低いと述べてはいるが、先に述べた「チームメンバーへの応援要請」の看護技術到達レベルが高くないことも合わせて考えると、自分の意思を分かりやすく伝える力が弱い傾向が示唆された。この力には、報告・連絡・相談を怠らないことが含まれ

ている。近藤（2013）は、「上司・先輩は、仕事において求められる基本的な行動である報告・連絡・相談などの社会人基礎力を中心に身につけてほしい」と述べている。学内や臨地実習で幾度も「報告・連絡・相談」を指導しているが、今回の結果を受け、看護基礎教育の中でさらに強化すべき課題であるといえる。

「倫理」に関しては、高得点を示しており、教育目標にも掲げている「倫理観を備えた豊かな人間性を有する看護職者」が育っていると考える。

今回は厚生労働省が提示している「新人看護職員研修ガイドライン」を基に調査および分析を行ったため、施設によって新人看護職員研修のあり方に差異が生じている可能性は否めない。しかし、本研究で得られた卒業生の実態は、現場と教育のギャップを埋めるべく、現状に応じた教育内容の見直しにおいて、貴重な資料を得ることができた。今後は、この状況を踏まえて卒業時の到達目標の設定やそれに伴った教育内容の検討を行っていく必要がある。

今回の研究の限界として、質問紙の回収率の低さがある。原因として、研究者が入手した住所録が帰省先が多く現住所でなかったことが考えられ、対象者本人に質問紙が届いていないことが推測された。個人情報保護の観点から、現住所が入手しにくい昨今、郵送による質問紙調査の限界であるといえる。

VI. 結語

A 看護大学の2011年度卒業生（卒後2年目）、2012年度卒業生（卒後1年目）を対象に、郵送法による質問紙調査を行い、以下の結果を得た。

1. 新人看護職員研修において、集合教育は52名（100%）、OJTは49名（94.2%）が受けていた。
2. 研修を受けた者の割合が80%以上の看護技術の項目は、75項目中41項目（54.7%）であり、研修を受けた割合が60%未満の技術項目は16項目（21.3%）であった。その中で、「療養生活環境調整」、「ベッドメイキング」、「食事介助」、「部分浴」、「外用薬の与薬」は、厚生労働省が示す、1年以内に経験し修得を目指す項目であった。
3. 技術項目75項目中、80%以上の者が『できる』

と回答した項目数は、2011年度卒業生（卒後2年目）で60項目（80.0%）、2012年度卒業生（卒後1年目）で49項目（65.3%）であった。一方、2012年度卒業生（卒後1年目）の中で『できる』レベルに達している割合が80%未満の項目数は26項目（34.7%）であり、厚生労働省が1年以内に経験し修得を目指す、「吸引（気管内・口腔内・鼻腔内）」、「意識レベルの把握」、「チームメンバーへの応援要請」が含まれていた。

4. 2012年度卒業生（卒後1年目）の社会人基礎力は、「前に踏み出す力」、「考え抜く力」は高く、「チームで働く力」は低い傾向にあった。

【文献】

- 1) 荒木厚子, 吉田知美, 八木美波他. (2010). 離職率 0 下での自己評価による新人の看護技術到達度調査—1 年～2 年目への教育課題—. 日本看護学会論文集 看護教育, 41, 14-17.
- 2) 風間眞理, 安齋ひとみ, 小葉裕子他. (2012). 看護技術の到達度—臨床と看護学生からの調査—. 目白大学健康科学研, 5, 73-83.
- 3) 経済産業省. 社会人基礎力. 2013-10-15.
<http://www.meti.go.jp/policy/kisoryoku/index.htm>
- 4) 北島洋子, 細田泰子, 星和美. (2012). 看護系大学生の社会人基礎力と看護実践力および日常生活経験の関係. 日本看護学教育学会誌, 22 (1), 1-12.
- 5) 厚生労働省. 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書. 2013-10-15.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>
- 6) 厚生労働省. 新人看護職員研修ガイドライン. 2013-10-15.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/s1225-24.html>
- 7) 厚生労働省. 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】. 2014-8-04.
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf
- 8) 近藤昭子. (2013). 社会人基礎力の向上に向けた聖マリアンナ医科大学病院の取り組み. 看護展望, 38 (7), 0615-0621.
- 9) 水戸優子, 小山眞理子, 片平伸子他. (2011). デルファイ調査による看護教育者と看護実践者が合意する看護基礎教育卒業時の看護技術の到達目標と到達度に関する検討. 日本看護学会誌, 31(3), 21-31.
- 10) 箕浦とき子, 高橋恵編集. (2013). 看護職としての社会人基礎力の育て方 専門性の発揮を支える 3 つの能力・12 の能力要素. 3, 17-21, 90-91, 日本看護協会出版会, 東京.
- 11) 文部科学省. 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告. 2013-10-15.
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/1302921.htm
- 12) 佐野美香, 田中孝子, 富田千里他. (2006). 新人看護職員の看護技術チェックリストを使った看護技術習得の経時的調査. 日本看護学会論文集 看護教育, 37, 54-56.
- 13) 袖山悦子, 齋藤敬子, 林幸子. (2005). 卒業生の技術力を高めるための基礎教育と臨床との連携—卒業生の知識・技術の習得度と臨床が期待する習得度の調査より—. 厚生連医誌, 14 (1), 45-51.
- 14) 高橋恵. (2013). いま看護職に求められる「社会人基礎力」とは. 看護展望, 38 (7), 0612-0614.