

論 文

学士課程における看護実践能力の育成

— 卒業後1年目から3年目看護師の看護実践能力の到達から —

¹小松光代 ¹眞鍋えみ子 ¹岡山寧子¹同志社女子大学・看護学部・看護学科・教授

Developing Nursing Competence in Undergraduate School of Nursing

— Basic Nursing Skills Expected of Nurses in the First Three Years after Graduation —

¹Mitsuyo Komatsu ¹Emiko Manabe ¹Yasuko Okayama¹Department of Nursing, Faculty of Nursing,
Doshisha Women's College of Liberal Arts, Professor

要 約

本研究は、学士課程卒業後1年目から3年目の看護実践能力の到達から看護基礎教育の充実に向けた検討資料とすることを目的に、A大学卒業生を対象に大学卒業時の看護実践能力到達目標から作成した質問紙調査を実施した。

卒業後1年目の看護実践能力は、ヒューマンケアの基本と看護の計画的な展開が「指導者の指導を受けて実施できる」到達であり、2年目には、日々の看護業務に必要な看護実践能力を習得し、看護過程の展開能力を状況に応じて調整・修正しながら個別援助や危機的状況支援の救急処置・援助をする能力が有意に向上した。3年目は、フィジカルアセスメントや看護問題の明確化とその解決策の提示、看護の評価等の看護過程の展開能力が向上、終末期看護等の到達が有意に高まった。臨床実習で大半が未経験の危機的状況支援や終末期看護に関しては、臨床での経験や卒後教育を通して実践能力を獲得していた。

これらから看護基礎教育課程では、倫理的態度の形成や看護過程の展開及び基本技術を獲得する教育を充実させ、臨床実習の限界を見極めながら、より臨床に近い状況を設定した教育方法の必要性が示唆された。

I はじめに

看護職を育成する看護基礎教育機関では、大学数の急増に伴う志願者数の減少、学生の成熟度の低下と多様化、地域看護学や小児看護学等の実習施設の深刻な不足や学士課程における看護教育の特質に関する多様な見解等、様々な課題を抱えている¹⁾。

学士課程の看護基礎教育では、大学における看護系人材養成の在り方検討会(2009)等の相次ぐ報告書²⁾³⁾により、環境の変化にかかわらず「看護の基礎」を教育し、生涯に

わたり看護専門職として幅広い領域で社会に貢献する人材養成の理念が掲げられている。そして、学士力を備えた上で基礎的な実践能力(以下、看護実践能力)を習得した質の高い看護専門職の育成が共通の課題となっている。

一方、医療現場では、医療の高度化と専門化に加え在院日数が短縮化し、患者のニーズは多様化している。看護師は、経験年数に関わらず患者が安心して治療に専念できるよう入院中の暮らしを支え、安全、安楽な看護実践が責務である。近年、新人看護職員の実践能力の未熟さや離職が大きな社会問題となり、平成22年4月以降、新人看護職員

研修の努力義務化に伴い各医療機関では厚生労働省が公表したガイドラインに則った研修が行われている。

このような状況からも、医療現場に卒業生を送り出す看護基礎教育機関においては、看護実践能力を高めるための教育内容の充実、効果的な教育・学習方法の検討は不可欠である。なお、看護実践能力とは、基本的看護技術の提供から特殊、専門的、高度な実践能力までを網羅する能力とし、構成概念は、看護技術、分析的思考、抽象化思考⁴⁾と定義される。

これらの看護実践能力を養成する教育方法の試みとして、キャリア教育の一環から先輩看護師の講義や演習を実施する大学⁵⁾、シミュレーション教育⁶⁾や屋根瓦式教育^{7,8)}等が行われている。シミュレーション教育等では臨床判断や倫理的態度と同時に手技を修得できることから臨床での実践場面に有用な能力になりうると考えられる。屋根瓦式教育では、先輩が後輩を指導し、相互に効果が認められている。また、実践した教育内容の評価では、厚生労働省の基礎看護技術の習得水準に従って、卒業時から卒業後の到達度を縦断的に示すもの⁹⁾、日本国内の文化や現状に応じ臨床実践力を測定する尺度の開発¹⁰⁾、卒業生の到達を臨床能力評価から確認するもの¹¹⁻¹³⁾が認められる。

看護系大学卒業後の看護実践能力横断調査¹²⁾によると、「看護の基本的責務」や「倫理的実践」、「リスクマネジメント」は卒業後1年目で一定レベルに到達して以降の著しい伸びはないが、「看護の計画的な展開」や「臨床判断力」等は卒業後1から2年目で急激に向上、「援助的人間関係」や「看護の質の改善」は、緩徐に高まるなど到達の順序性や時期があるとされ、その他の報告¹³⁾では卒業時には「指導受け実施出来る」レベルに達した多くの項目が、卒業後1年目には一旦低下し、2～3年目で徐々に高まることを明らかにしている。但し、これらは新人看護師の看護実践能力を横断的に分析したもので、縦断研究^{9),14-16)}では、その調査対象数も少ないことに加え、短期間の変化をとらえており、卒業後3年間の経過を縦断的に追跡した調査はほとんど見当たらない。

そこで、本研究の目的は、看護学士課程卒業後3年間の看護実践能力の縦断的到達から学士課程における看護実践能力を育成する教育内容や方法を検討するための基礎資料とすることである。

Ⅱ 方 法

本研究は、平成20年3月～22年3月のA大学卒業生256

名を対象に、自記式質問紙法を用いて卒業後1年から3年(以下、1年目、2年目、3年目)に郵送法による縦断的調査を各学年3回実施した。各学年の調査時期は、平成19年度卒業生は、1年目平成21年3月、2年目平成22年3月、3年目平成23年3月、平成20年度卒業生は順に、平成22年3月、平成23年3月、平成24年3月に、平成21年度卒業生は、平成23年3月、平成24年3月、平成25年3月に実施した。

調査内容は、(1)属性について、性別、年齢、就業先の設置主体や規模、(2)看護実践能力の到達は、看護実践能力の育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標の項目を用いた。項目は、5の特質と下位19領域、78個の細項目から構成されるが、細項目内に2つ以上の技術を含む3項目を分割し81項目を設定した。さらに、本報告では、卒業生を対象としたため臨床現場において未経験者が50%以上の項目を除く53項目：1)ヒューマンケアの基本に関する実践能力8項目(以下、ヒューマンケアの基本能力)、2)看護の計画的な展開能力(以下、看護の計画的展開)18項目、3)特定の健康問題を持つ人への実践能力(以下、健康問題別実践能力)22項目、4)実践の中で研鑽する基本能力(以下、研鑽能力)5項目を分析に用いた(表1)。これらの自己評価を4段階(単独で実施できる4点、指導者の指導を受け実施できる3点、指導を受け部分的に実施できる2点、実施できない1点)と「経験する機会なし」で回答を求め、得点が高いほど到達並びに実践能力が高いことを示す。

分析方法は、まず、看護実践能力を卒業後の年数により横断的に分析した。項目毎に分布を確認した後、記述統計量を算出し、経験年数を独立変数、実践能力の自己評価を従属変数としたKruskal-Wallis検定(Bonferroniによる多重比較)を行った。次に縦断的分析は、3年間継続して回答し連結可能な者を対象とし、記述統計後、一要因分散分析(多重比較)により経年的な推移を分析した。統計解析にはIBM SPSS Statistics21を使用した。

倫理的配慮として、事前に倫理審査委員会にて承認を得、調査票の協力依頼文には協力は自由意思であり、同意しなくても不利益を被ることがないこと、プライバシーの厳守などを明記し、個人が特定されない形での結果公表についても同意の署名を得た。また、調査票の取り扱いに関して、経年的な変化を観察・評価するために個人照合できるように同意書に氏名と誕生日の記述を求め、共同研究者とは別に設けた個人情報管理者がID番号を付加、調査票にID番号の転記を行う「連結可能匿名化」を行った。

Ⅲ 結 果

1. 対象者の属性

調査対象者256名中、1年目101名（有効回答101名）、2年目96名（有効回答93名）、3年目98名（有効回答87名）の調査協力が得られた。このうち、3年間継続して回答があり連結可能匿名化によってマッチングできた40名中、看護師・助産師として就業している34名（有効回答13.3%、看護師26名、助産師8名、平成19年度卒業生13名、平成20年度卒業生9名、平成21年度卒業生12名で）を縦断的分析対象とした。

就労先は、大学病院73.5%、国公立病院14.7%、その他11.8%であり、全て500床以上の規模であった。対象者の年齢は、1年目の時点で23.4±0.7歳、全員女性であった。

2. 看護実践能力の横断的推移

1年目から3年目の看護実践能力の到達を表1に示す。

1) ヒューマンケアの基本能力

本特質は、1年目3.3~3.8 (SD0.4~0.7)、2年目3.4~3.7 (SD0.4~0.7) と他の特質の到達よりも高く、「No.4 利用者の意思決定に必要な情報を提供する」が、1年目3.1 (SD0.6) から3年目3.4 (SD0.6) に有意に向上した ($p < .05$)。

2) 看護の計画的展開

この特質は、3つの下位領域から構成され、全項目1年目2.9~3.6 (SD0.5~0.8)、2年目2.9~3.6 (SD0.5~0.7)、3年目3.3~3.8 (SD0.5~0.6) と1年目から比較的到達が良好で、下位の看護過程の展開では、「No.17 認識・感情の動きと心理的变化を把握し判断する」を除く8項目で3年目に到達が有意に高まった ($p < .05$)。成長発達段階、健康レベルにおいても「No.20 日常生活と家族生活をアセスメント」と「No.21 地域を基盤にした人々の健康生活支援課題を把握」の1年目から3年目の自己評価が有意に上昇、看護の基本技術においても、「No.24 各基本技術の目的・必要性を認識し、正確な方法を熟知」以降「No.29 技術実施過程における危険性を認識し、リスクマネジメント」のほぼ全項目が1年から2年目、或いは3年目に有意な向上を認めた ($p < .05$)。

3) 健康問題別実践能力

下位領域が最も多く5つからなるこの特質は、1年目の

到達が2.1~3.2 (SD0.6~0.7) と他の特質よりも低く、「No.53 事故の特性に応じた救急処置・援助をする」は、最も到達が低い項目である。2年目2.5~3.3 (SD0.6~0.7)、3年目においても2.5~3.4 (SD0.6~0.8) と全体的に到達が低かった。しかし、下位の慢性疾患生活支援、治療・回復看護、危機的状況支援、終末期看護において、3年目には有意に実践能力が向上した ($p < .05$)。

4) 研鑽能力

この特質は2つの下位領域からなり、1年目2.2~2.8 (SD0.7~0.9)、2年目2.3~3.1 (SD0.7~0.8)、3年目2.3~3.2 (SD0.7~0.8) と「No.81 社会の変革の方向を理解した看護学の発展を追及する」を除き、すべて3年目に有意な上昇を認めた。

3. 看護実践能力の縦断的推移

対象者34名の就労先や職種による看護実践能力に差がないことを確認した後、卒後年数を独立変数として、項目毎の平均自己到達得点の変化を比較した。

1) ヒューマンケアの基本能力

特質を項目毎でみると1年目の「No.4 様々な年代や立場の利用者の思い・考え等意思を適切に把握する」を除きすべて3.0以上の到達、項目毎にみると1年目に2.9~3.8 (SD0.4~0.9)、2年目3.2~3.7 (SD0.5~0.8)、3年目3.3~3.8 (SD0.4~0.9) と緩やかに上昇傾向だが目立った変化はなく、最も到達の高い「No.3 個人情報の取り扱い」は1~3年目に共通していた。

2) 看護の計画的展開

特質全体では、1年目1.6~3.5 (SD0.4~0.8) が2年目1.4~3.7 (SD0.6~0.8)、3年目1.5~3.8 (SD0.4~1.1) に分布した。下位領域の看護過程の展開特質では、「No.9 看護過程展開のための必要な情報収集と分析、健康問題判断」、「No.10 看護上の問題の明確化と解決のための方策を提示」、「No.11 問題解決のための看護方法選択」、「No.15 実施した看護の評価・計画修正、再構成」は、1年目より2、3年目が有意に高い到達であり、「No.13 問題解決のための看護方法・相談・教育を実施する」から「No.14 実施した看護の事実即した記録を作成」、「No.16 身体的変化を把握し判断する（フィジカルアセスメント）」は1年目より3年目が有意に高い到達であった ($p < .05$)。3年間通して、最も到達が低かったのが、「No.12 問題解決のための

表1 卒後1～3年目の横断的・縦断的にみた看護実践能力の推移

				Mean (SD)						
項目 (追加: 独自の追加項目)		横断推移			検定 ^{a)}	縦断推移			F 値	検定 ^{b)}
		1:卒後1年 (N=101)	2:卒後2年 (N=93)	3:卒後3年 (N=87)		1:卒後1年 (n=34)	2:卒後2年 (n=34)	3:卒後3年 (n=34)		
ヒューマンケアの基本的な実践能力	1 人権擁護	3.3(0.6)	3.4(0.6)	3.5(0.6)	N.S.	3.2(0.5)	3.4(0.6)	3.5(0.6)		N.S.
	2 尊厳重視	3.5(0.6)	3.6(0.6)	3.6(0.6)	N.S.	3.4(0.6)	3.6(0.6)	3.5(0.9)		N.S.
	3 個人情報の持つ意味を理解し、情報を適切に取り扱う	3.8(0.4)	3.7(0.4)	3.8(0.4)	N.S.	3.8(0.4)	3.7(0.5)	3.8(0.4)		N.S.
	4 意思決定を支援する	3.1(0.6)	3.3(0.6)	3.4(0.6)	1<3*	2.9(0.8)	3.2(0.7)	3.3(0.6)		N.S.
	5 利用者の思い、考え、意思決定の共有、意思表示への援助、意思決定後の支援をする	3.2(0.7)	3.3(0.6)	3.4(0.6)	N.S.	3.0(0.7)	3.3(0.6)	3.4(0.7)		N.S.
	6 利用者の意思を関係者へ伝達する、代弁者役割を遂行する	3.2(0.7)	3.3(0.7)	3.4(0.7)	N.S.	3.2(0.8)	3.2(0.9)	3.3(0.8)		N.S.
	7 様々な年代や立場の利用者の思い・考え等意思を適切に把握する	3.2(0.7)	3.3(0.7)	3.5(0.6)	N.S.	3.0(0.8)	3.2(0.8)	3.3(0.7)		N.S.
看護の計画的な展開能力	8 関係	3.6(0.6)	3.6(0.6)	3.6(0.6)	N.S.	3.4(0.9)	3.6(0.7)	3.7(0.8)		N.S.
	9 看護過程を展開するために必要な情報の収集・分析と健康問題を判断する	3.1(0.6)	3.2(0.5)	3.4(0.5)	1<3*	3.0(0.5)	3.3(0.6)	3.5(1.0)	6.766	1<2,3*
	10 看護上の問題の明確化と解決のための方策を提示する	2.9(0.5)	3.1(0.5)	3.3(0.6)	1<2,3**	2.8(0.5)	3.2(0.6)	3.4(0.8)	9.880	1<2,3*
	11 問題解決のための看護方法を選択する (追加)	2.9(0.5)	3.2(0.5)	3.3(0.6)	1<2,3**	2.9(0.4)	3.2(0.6)	3.4(0.5)	7.561	1<2,3*
	12 問題解決のための看護方法を利用者にインフォームドコンセント	3.0(0.8)	3.2(0.7)	3.4(0.6)	1<2,3*	1.6(0.8)	1.4(0.7)	1.5(1.1)		N.S.
	13 問題解決のための看護方法・相談・教育を実施する (追加)	3.0(0.6)	3.2(0.6)	3.3(0.6)	1<3*	2.9(0.7)	3.1(0.6)	3.3(0.5)	3.258	1<3*
	14 実施した看護の事実即した記録を作成する	3.6(0.6)	3.6(0.5)	3.8(0.6)	1<3*	3.5(0.7)	3.7(0.5)	3.8(0.4)	4.202	1<3*
	15 実施した看護の評価、計画の修正・再構成をする	3.1(0.6)	3.3(0.6)	3.5(0.5)	1<3**	3.0(0.7)	3.4(0.7)	3.5(0.6)	6.065	1<2,3*
	16 身体的変化を把握し判断する (フィジカルアセスメントを行う)	3.0(0.6)	3.2(0.6)	3.4(0.6)	1<3**	2.8(0.5)	3.1(0.6)	3.5(0.6)	5.632	1<3*
	17 認識・感情の動きと心理的变化を把握し判断する	3.2(0.6)	3.3(0.6)	3.3(0.6)	N.S.	2.9(0.6)	3.4(0.8)	3.4(0.6)		N.S.
	18 成長発達段階に応じた健康問題を把握し判断する	3.0(0.6)	3.1(0.7)	3.3(0.6)	N.S.	2.9(0.6)	3.1(0.6)	3.2(0.6)		N.S.
	19 日常生活と家族生活をアセスメントする	3.1(0.7)	3.2(0.7)	3.4(0.6)	1<3*	2.6(1.0)	3.0(1.1)	3.0(1.2)		N.S.
	20 地域を基盤にした人々の健康生活支援課題を把握する	2.5(0.7)	2.9(0.7)	3.0(0.7)	1<3*	2.5(0.7)	2.8(0.7)	2.8(0.5)		N.S.
21～23省略										
看護の基本技術	24 各基本技術の目的・必要性を認識し、正確な方法を熟知する	3.1(0.6)	3.3(0.6)	3.4(0.7)	1<3**	3.0(0.6)	3.3(0.5)	3.5(0.6)	5.368	1<2,3*
	25 各基本技術を確実に実施する (追加)	3.2(0.6)	3.3(0.6)	3.5(0.6)	1<3**	3.1(0.6)	3.4(0.6)	3.6(0.6)	6.132	1<3*
	26 基本技術の実施の意義と方法の事前説明、了解を確保する	3.5(0.6)	3.6(0.6)	3.6(0.6)	N.S.	3.4(0.7)	3.6(0.6)	3.6(0.6)		N.S.
	27 技術実施過程を通して、利用者の状態・反応を判断し、実施方法を調整する	3.1(0.6)	3.4(0.6)	3.5(0.6)	1<2,3*	3.0(0.6)	3.5(0.6)	3.5(0.5)	7.424	1<2,3*
	28 実施した成果・影響の客観的評価と利用者による評価をする	3.1(0.6)	3.3(0.6)	3.4(0.6)	1<2,3*	2.0(0.6)	1.6(0.7)	1.6(0.6)	4.563	2,3<1*
	29 技術実施過程における危険性(リスク)を認識しリスクマネジメントする	3.0(0.5)	3.2(0.6)	3.3(0.7)	1<2,3*	2.9(0.7)	3.2(0.8)	3.2(0.6)		N.S.
30～40省略										
特定の健康問題を持つ人への実践能力	41 慢性疾患	2.9(0.6)	3.1(0.6)	3.3(0.6)	1<3*	2.8(1.3)	3.0(0.7)	3.2(0.6)		1<3*
	42 慢性疾患をもつ人の医学的管理と受診への支援をする	2.9(0.7)	3.1(0.7)	3.2(0.6)	1<3*	2.7(0.7)	3.0(0.7)	3.0(0.6)		N.S.
	43 慢性的疾患をもつ人へ労働にかかわる支援をする	-	-	-		-	-	-		
	44 慢性的疾患をもつ人の家族への支援をする	2.8(0.7)	2.9(0.6)	3.0(0.7)	1<3*	2.6(0.8)	2.8(0.6)	3.0(0.6)		N.S.
	45 慢性的疾患をもつ人へ療養生活にかかわる資源の活用を支援する	2.6(0.6)	2.8(0.6)	2.9(0.7)	1<3*	2.4(0.7)	2.7(0.6)	2.6(0.6)		N.S.
	46 対象が受けている治療法の影響の判断と予測をする	2.8(0.7)	3.0(0.6)	3.1(0.6)	1<3*	2.8(0.7)	3.0(0.6)	3.1(0.7)	2.661	1<3*
	47 治療法に基づく個別援助を行う	2.9(0.7)	3.3(0.6)	3.4(0.7)	1<2,3*	2.7(0.6)	3.1(0.6)	3.2(0.8)	4.314	1<2,3*
	48 治療回復過程にある人の安全・安楽を充たす日常生活援助をする	3.2(0.7)	3.3(0.6)	3.4(0.6)	N.S.	3.1(0.6)	3.3(0.6)	2.6(1.5)		N.S.
	49 回復過程にある人へのリハビリテーションへの援助をする	2.9(0.7)	3.1(0.7)	3.2(0.7)	1<3*	2.9(0.7)	3.1(0.8)	3.1(0.7)		N.S.
	50 治療過程・回復過程にある人の家族への支援をする	2.9(0.7)	3.0(0.6)	3.2(0.7)	1<3*	2.7(0.7)	3.0(0.8)	3.1(0.7)		N.S.
	51 生命の危機状態の判断と救命処置をする	2.1(0.7)	2.5(0.7)	2.8(0.6)	1<3*	2.3(0.9)	2.4(0.7)	2.7(0.7)		N.S.
	52 心の危機状態の判断と緊急対応をする	2.4(0.7)	2.5(0.6)	2.6(0.8)	N.S.	2.2(0.7)	2.3(0.6)	2.6(0.9)		N.S.
	53 事故の特性に応じた救急処置・援助をする	2.1(0.7)	2.6(0.7)	2.6(0.7)	1<2,3*	2.2(0.9)	2.7(0.7)	2.5(0.8)	2.408	1<2*
	54 危機的状況にある人へ適確な状況説明をする	2.3(0.7)	2.5(0.7)	2.7(0.7)	1<3*	2.2(0.8)	2.6(0.7)	2.6(0.7)		N.S.
	55 危機的状況にある人の家族を支援する	2.4(0.7)	2.6(0.7)	2.5(0.7)	1<3*	2.2(0.8)	2.5(0.7)	2.7(0.8)		N.S.
	56 高齢期にある人のその人らしく尊厳ある生活を保障する	3.2(0.7)	3.1(0.7)	3.4(0.7)	N.S.	3.0(0.9)	3.3(0.7)	3.4(0.7)		N.S.
57 高齢期にある人の健康障害の予防と健康生活を支援する	-	-	-		-	-	-			
58 高齢期にある人の治療、リハビリテーション過程を援助する	-	-	-		-	-	-			
59 生活機能障害のある高齢者の生活適応を支援する	-	-	-		-	-	-			
60 高齢期にある人の家族を支援する	2.8(0.7)	3.0(0.7)	3.3(0.7)	1<3*	2.8(0.8)	3.0(0.8)	3.3(0.7)		N.S.	
61 終末期にある人の身体的苦痛を除去する	2.5(0.7)	2.7(0.6)	3.1(0.6)	1<3*	2.8(0.7)	2.8(0.6)	3.2(0.5)		N.S.	
62 死にゆく人の苦悩を緩和する	2.3(0.7)	2.6(0.6)	2.9(0.6)	1<3*	2.5(0.7)	2.7(0.6)	3.0(0.5)	3.960	1<3*	
63 終末期にある人の基本的欲求を充足する	2.5(0.7)	2.7(0.6)	3.0(0.6)	1<3*	2.6(0.7)	2.9(0.7)	3.1(0.6)	3.250	1<3*	
64 死にゆく人の自己実現(希望の実現)を支援する	2.3(0.7)	2.6(0.7)	3.0(0.6)	1<3**	2.4(0.7)	2.7(0.7)	3.0(0.5)	5.471	1<3*	
65 看取りをする家族を支援する	2.3(0.7)	2.6(0.7)	2.9(0.6)	1<2,3*	2.6(0.7)	2.8(0.7)	3.0(0.8)		N.S.	
66 遺族を支援する	2.3(0.7)	2.7(0.7)	3.0(0.7)	1<3*	2.3(0.9)	2.7(0.7)	2.8(0.9)		N.S.	
67～76省略										
研鑽する基本能力	77 研究成果	2.8(0.9)	3.1(0.7)	3.2(0.7)	1<3*	2.8(0.8)	2.8(0.9)	2.9(1.2)		N.S.
	78 研究	2.4(0.7)	2.5(0.8)	2.8(0.8)	1<3*	2.3(0.7)	2.1(0.8)	2.7(0.8)	3.62	2<3*
	79 方法	2.8(0.7)	2.9(0.7)	3.1(0.8)	1<3*	2.5(1.1)	2.7(0.8)	2.9(1.1)		N.S.
	80 専門性を深める	2.6(0.8)	2.8(0.7)	2.9(0.8)	1<3*	2.6(0.7)	2.6(0.7)	2.9(0.9)		N.S.
	81 方法を習得	2.2(0.8)	2.3(0.8)	2.3(0.8)	N.S.	2.0(0.8)	2.1(0.9)	2.1(0.9)		N.S.

a) Kruskal-Wallis 検定後の多重比較

b) 一変数分散分析後の多重比較

N.S.: not significant

*: p < .05

看護方法を利用者にインフォームドコンセントする」であった。

看護の基本技術領域では、「No. 24 各基本技術の目的・必要性を認識し、正確な方法を熟知」、「No. 25 各基本技術の確実な実施」、「No. 27 技術実施を通して、利用者の状態・反応を判断し、実施方法を調整」、「No. 28 実施した成果・影響を客観的評価と利用者による評価をする」において、1年目に比べ、2、3年目に到達が向上していた ($p < .05$)。その一方、「No. 28 実施した成果・影響を客観的に評価すると利用者による評価をする」では2、3年目が1年目より有意に低い到達であった ($p < .05$)。最も到達が高い項目は、経験年数によらず「No. 14 事実即した記録の作成」、「No. 26 基本技術の実施の意義と方法、事前説明、了解を確保する」であった。

3) 健康問題別実践能力

本特質の下位領域、慢性疾患生活支援では、1年目2.4~2.7 (SD0.7~1.3)、2年目2.7~3.0 (SD0.6~0.7)、3年目2.6~3.2 (SD0.6) に分布し、「No. 41 慢性期の疾病・健康問題に応じた生活支援」は、1年目2.8 (SD1.3) ~ 3年目3.2 (SD0.6) へと有意に上昇した ($p < .05$)。

治療・回復看護では、1年目2.7~3.1 (SD0.6~0.7) が2年目3.0~3.3 (SD0.6~0.8)、3年目2.6~3.2 (SD0.7~1.5) であり、「No. 46 対象が受けている治療法の影響の判断と予測」、「No. 47 治療法に基づく個別援助を行う」は、他の項目より高い到達であり1年目から2、3年目に有意に高まっていた ($p < .05$)。「No. 48 治療回復過程にある人の安全・安楽を満たす日常生活援助をする」では、1年目から一定の到達レベルを維持している。

危機的状況支援では、1年目2.2~2.3 (SD0.7~0.9)、2年目2.3~2.7 (SD0.6~0.7)、3年目では2.5~2.7 (SD0.7~0.9) であり、「No. 53 事故の特性に応じた救急処置・援助をする」では値は低い2年目が1年目より有意に高い到達となった ($p < .05$)。

終末期看護の項目別では、1年目の2.3~2.8 (SD0.7~0.9) から2年目2.7~2.9 (SD0.6~0.7)、3年目には2.8~3.2 (SD0.5~0.9) へと高まり、「No. 62 死にゆく人の苦悩を緩和する」、「No. 63 終末期にある人の基本的欲求を充足する」、「No. 64 死にゆく人の自己実現を支援する」は3年目が1年目より有意に向上した ($p < .05$)。

4) 研鑽能力

研鑽能力は、1年目2.0~2.8 (SD0.7~1.1)、2年目2.1~

2.8 (SD0.7~0.9)、3年目2.1~2.9 (SD0.8~1.2) と横ばいで、「No. 78 特定の看護実践課題の改善・充実に向けた研究成果を応用した看護を実践する」のみ、2年目より3年目が有意に高まった ($p < .05$)。「No. 77 看護実践の課題や疑問解決に向けた文献・情報収集」は一定であり、「No. 81 社会の変革方向を理解した看護学発展の追求」は共通して到達が低かった。

IV 考 察

1) 1年目から3年目の看護実践能力到達の特徴

1年目から3年目の看護実践能力の推移を横断的・縦断的に分析したところ、項目毎の相違は多少認められるが、特質毎や下位領域で見ると到達の傾向に大きな差がないため結果を総合的に考察することとする。

看護系大学を卒業した新人看護職員は、就業先での研修・教育を通して、1年かけて看護実践能力を習得する¹⁷⁾とされる。しかし、本調査の横断的・縦断的な結果では、1年目の「指導を受けて実施できる」項目は、ヒューマンケアの基本能力および看護の計画展開能力の基本技術のみであった。その他の特質、下位領域では「指導を受け部分的に実施できる」の到達レベルにとどまり、臨床の場で求められる看護実践能力が十分とはいえない現状が浮き彫りとなった。この理由は、対象者全員が大学病院や規模の大きな専門病院で就業しているため、合併症を有する重症患者や複数課題に直面しながら高度かつ専門的な技術に応じ切れていないことも影響していると推察された。

その後引き続き1年間をかけて、「看護過程の展開」、「看護の基本技術」、「危機的状況支援」、「治療回復看護」など日々の看護業務遂行に不可欠な能力が備わっていくことを確認できた。すなわち、2年目でようやく看護実践能力の習得や自身の成長を実感し、自己評価に反映させていた。先行研究においても、2年目でクリティカルケア、教育・協調、計画・評価、対人関係・コミュニケーション、リーダーシップ等の能力を獲得するものの、臨機応変な対応に困難感を伴っており自己評価は、指導者評価に比べて低いとの報告¹⁴⁾がある。従って、概ね業務遂行が可能となる2年目では、特発的な事象や未経験なことについて気軽に相談できるアドバイザー体制やチームの雰囲気作りが看護師個々の、最終的には看護単位である病棟の看護実践能力の向上に不可欠であると考えられる。

一般的に、3年目になると一人前看護師になる¹⁸⁾と言われるように、本調査でも3年間かけて個別性に配慮した

高度な「看護過程の展開」、専門的かつ特殊な「看護の基本技術」を「できる」と自己評価するに至っていた。改めて、一人前看護師に成長するまでに、病棟での勤務をしながらの研修・訓練（経験）、それ以外の研修・訓練も含む3年間の歳月を要することを示すものである。しかし、現実的にはこの期間が保証される病院は少なく、成長を見守る中堅看護師達の心身の負担、疲弊が大きいことも事実である¹⁹⁾。新人看護職員研修の充実とともに、相互理解、実践能力向上のための指導看護師研修の充実が望まれる。

一方で、本対象者は、実践能力の獲得に時間を要するものの自己研鑽の基本的能力を備えた肯定的な側面も確認できた。とりわけ、3年目には研究成果を応用しエビデンスに基づき看護実践をしようとする姿勢が有意に高まることから、医療現場にはこれを基盤に専門職として成長し続けることができるような教育システムが不可欠である。

2) 看護基礎教育課程の教育に関する示唆

卒業後1年目に比較的到達の高い看護実践能力や3年が経過しても低い実践能力に着目し、看護基礎教育における教育内容と方法やその限界を考える。

まず、比較的到達の高いものに着目する。ヒューマンケアの基本能力の個人情報取り扱いや人の尊厳、人権の理解・擁護等は看護の基盤であり、卒業直後から知識や価値に基づく行動が求められるため看護基礎教育で充分に獲得すべき項目である。そのためにカリキュラムでは、倫理的判断や看護技術を伴う多様な状況を想定したシミュレーション教育、演習を学習進度に合わせて、学年毎或いは領域毎に設定が必要であると考えられる。

健康問題別実践能力は全体的に低い到達ではあるが、治療・回復看護の下位領域のうち、「No. 47 治療に基づく個別援助を行う」個別性の配慮や「No. 48 治療回復過程にある人の安全・安楽を満たす日常生活援助」の到達がやや高かった。これらは、臨床実習においても経験が可能であり、教員には、一連の講義、演習、臨地実習あるいは自主的な練習を通して、繰り返し経験、練習する機会を確保できるような配慮や環境整備が求められる。

自己研鑽能力は、横断的かつ縦断的に3年目に高まり、今後も成長が期待できる自己研鑽能力の素地を備えていた。濱らによると、看護系大学卒業生の看護実践能力に影響する要因は「大学在学中の学習内容の有用性」や「学会や研究会の参加」と高い相関を認め²⁰⁾、充実したカリキュラムと学習環境に加えて研鑽能力の維持・強化が実践能力の向上に不可欠である。

次に、到達の低いものに着目する。看護の計画的展開能力の「No. 12 看護方法を患者と家族にインフォームドコンセントする」は、看護方法を多様な対象者の特性や理解力に応じて簡潔かつわかりやすい言葉で説明する応用力が必要となるため到達が困難であると思われる。また、「No. 28 実施した成果・影響の客観的評価と利用者による評価をする」は2、3年目に低下することからも、経験を積みにつれ状況の複雑さや奥深さが理解でき、困難を自覚するようになったと推測される。表面的な或いは一時的な看護の実施評価ではなく、その奥深さを教授していかねばならない。いずれにせよ、応用力を求められる実践能力である。

全体的に健康問題別看護実践能力の危機的状況支援や終末期看護等は、臨地実習では未経験の技術や場面が多いため到達が低く、卒業後の臨床経験を通して獲得していく能力であると判断できる。看護基礎教育の臨床実習で経験できる限界を見極め、できるだけ臨床に近い状況設定のシミュレーション教育など最大限の努力と患者の人権擁護に努めた教育の展開を図っていかねばならない。慢性疾患・生活支援の社会資源の活用は、卒業直後から6ヶ月に実施できないとある¹⁷⁾が、本報告でも「No. 42 慢性疾患を持つ人への医学管理と受診支援」「No. 45 療養生活にかかわる資源の活用を支援」の縦断的な到達が低いことを明示した。再三改正される法制度の詳細は除き、身近に感じられる程度の社会資源の基礎知識は習得し、チーム内で相談・連携につなげる力をつけておくことが望ましい。

最後に、対象者は、A大学卒業生のみを対象としたため一般化するには限界がある。特に、縦断的分析は、同じ職場で継続的に勤務し、卒業後3年間の調査に経年的に協力した者が対象であるため選択バイアスが生じている可能性がある。しかし、卒業後1～3年目の看護実践能力の到達から、看護基礎教育において卒業時までには育成或いは維持・強化する核となる能力は、看護の基本姿勢や基本的な看護技術、看護過程展開能力、自己研鑽能力であることが明らかとなった。

今後は、さらに教育実践とその評価を繰り返しながら、看護実践能力を備えた看護職を育成するための看護基礎教育のあり方を模索していきたい。

V 結 論

学士課程卒業後1から3年目の看護実践能力の自己評価による到達は以下のとおりであった。

1. 1年目の看護実践能力は、「ヒューマンケアの基本能力」と「看護の計画的な展開能力」が「指導者の指導を受けて実施できる」レベルであったが、他の特質の到達は低かった。
2. 2年目になると、日々の看護業務に必要な看護実践能力の習得を自覚し、看護過程展開能力、中でも利用者の反応を確認しながら実施した看護の評価、計画修正を行い状況に応じた調整や個別援助の実施及び危機的状況支援の救急処置や援助の実施が有意に向上した。
3. 3年目では、フィジカルアセスメント能力をはじめ、看護問題解決のための看護方法、相談、教育の実施や看護の評価などの看護過程の展開能力、終末期看護等が有意に高まるとともに、エビデンスに基づく看護実践に移行していた。
4. 健康問題別の看護支援のうち、危機的状況支援や終末期看護、個別性のある看護計画等の特殊かつ専門性の必要な技術は、臨床での経験や卒後教育を通して獲得しており、看護基礎教育課程においては、基本的な実践能力を確実に養成し、自己研鑽能力を維持・強化する教育の工夫と模索が課題である。

VI 謝 辞

本調査に協力してくださいました A 大学卒業生の皆様に深く感謝します。

VII 引用文献

- 1) 小山田恭子：保健師助産師看護師法等の一部改正と大学における看護系人材養成の今後の課題，看護教育，51(8)：716-721，2010.
- 2) 文部科学省高等教育局医学教育課看護教育係：大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会，一次報告，2009.
- 3) 文部科学省高等教育局医学教育課看護教育係：大学における看護実践能力の育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標、看護学教育の在り方に関する検討会報告書，2004.
- 4) 和泉美枝，小松光代，西村布佐子，他：A 大学附属病院における看護臨床能力の実態と今後の課題，京府医大看護紀要，19：11-19，2010.
- 5) 眞鍋えみ子，光木幸子，岡山寧子：循環型教育システムの取り組み — 基礎教育における役割 —，看護教育，52(5)：340-346，2011.
- 6) 藤田佐和，廣川恵子，石井歩他：看護実践能力育成に向けた新たな実習方法の検討～シミュレーション学習をとり入れた成人看護実習を通して獲得できた能力に着眼して，高知県立大学紀要，63：1-11，2014.
- 7) 谷村千華，野口佳美，酒井知恵子他：屋根瓦式教育システム型実習前訓練における“教える側”学生への効果，看護教育，56(4)：334-339，2015.
- 8) 上田伊佐子，川西千恵美：屋根瓦式教育が看護学生の学習意欲に与える効果，日本看護研究学会誌33(3)：12，2010.
- 9) 本谷久美子，藤村朗子，関根いずみ，他：新人看護師の看護実践能力習得に関する縦断的調査：2年にわたる新人看護師の自己評価の分析より，日本看護学会論文集，看護管理，40：288-290，2009.
- 10) 丸山育子，松成裕子，中山洋子他：看護系大学卒業の看護師の看護実践能力を測定する「看護実践能力自己評価尺度（CNCSS）」の適合度の検討，福島県立看護大学紀要，13：11-18，2011.
- 11) 萩野待子，鈴木みゆき，土居洋子他：新卒看護師の大学時代の学習状況と看護実践能力の関連，兵庫医療大学看護学部紀要，2(1)：47-56，2014.
- 12) 中山洋子：看護実践能力の発達過程と評価方法に関する研究 — 臨床実践1年目から5年目までの看護系大学卒業看護師の実践能力に関する横断的調査，2006年度科学研究費（基盤 A）報告書，2010.
- 13) 三橋美和，小松光代，眞鍋えみ子他：卒業後の看護実践能力の到達状況（学士課程卒業生への横断調査から），京府医大看護紀要，19：43-52，2010.
- 14) 大松真弓，沖奉子，深川直美：新卒看護師の臨床実践能力評価の縦断的調査，日本看護学会論文集，看護管理，38：324-326，2007.
- 15) 斎田菜穂子，阿蘇品スミ子：新卒看護師の看護実践能力評価における2年間の変化，九州看護福祉大学紀要，12(1)：143-151，2010.
- 16) 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.
- 17) 大室律子，佐藤まゆみ：大卒新人看護師に対する臨床看護実践能力の到達度の評価，看護管理，16(12)：1055-1060，2006.
- 18) 山田香，齊藤ひろみ：新人看護師が臨床現場において一人前の看護師になるまでの学習過程 — 正統的周辺

参加論 (LPP) の視点から ―, 山形保健医療研究,
12 : 75-87, 2009.

- 19) 小松光代, 和泉美枝, 小寺直美他 : 看護師長からみた
新人看護師教育, 中堅看護師の意欲・能力, 離職予防
の現状と課題, 京府医大看護紀要, 20 : 51-58, 2010.
- 20) 濱耕子, 葉師神裕子, 井上仁美他, 看護系大学卒業生
の看護実践能力に影響する要因の分析, 日本看護教育
学会誌, 23(1) : 1-9, 2013.