

看護基礎教育課程および新人看護職員研修における

看護技術の到達に関する調査研究

—看護師の看護技術の修得のための効果的・効率的な教育を目指して—

東京医療保健大学大学院看護学研究科博士課程

石川倫子

目 次

第Ⅰ章 緒言	1
第Ⅱ章 看護基礎教育課程卒業時における学生の看護技術の到達に 関する実態調査	5
Ⅱ－1．目的	5
Ⅱ－2．方法	5
Ⅱ－3．結果	9
Ⅱ－4．考察	15
Ⅱ－5．結論	19
図・表	20
第Ⅲ章 新人看護職員研修修了時における新人看護師の看護技術の 到達に関する実態調査	34
Ⅲ－1．目的	34
Ⅲ－2．方法	34
Ⅲ－3．結果	39
Ⅲ－4．考察	58
Ⅲ－5．結論	65
図・表	69
第Ⅳ章 看護師の看護技術の修得を目指した教育についての提案	106
Ⅳ－1．看護基礎教育と新人看護職員研修との一貫性ある教育 （教育・研修の一体化）	106
Ⅳ－2．新人看護職員研修の年限の延長	113
Ⅳ－3．新人看護職員研修の義務化	117
表	119
本研究の限界	128
謝辞	129
引用文献	130
資料	138

第Ⅰ章 緒言

Ⅰ－１ 研究の背景

超高齢社会、人口減少社会を迎えた日本では、2025 年を目標年として医療・介護・年金等を含む社会保障制度改革が進められている。その一環として、2014 年には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が成立し、医療法、保健師助産師看護師法などの 19 の法律が一斉に改正された。これにより、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築とともに、地域包括的ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進すること」（佐々木 2015）が各都道府県および医療機関に求められ、病床区分の見直し等を含めた地域医療構想が進められている。また、医療従事者の就労環境の改善に向けて、「新たな医療のあり方を踏まえた医師・看護師などの働き方ビジョン検討会」では、「看護師は多様かつ複雑な患者の医療・生活ニーズに寄り添い、多職種と協働しながら患者のケアを中心的に担うとともに、補助的な医行為を行うなどして医師の補完的役割を担い、今後の我が国の医療では極めて大きな役割を担い得る職種」（厚生労働省、以下厚労省 2017）として看護師への期待が報告されている。このように医療を取り巻く環境が変革する中で、平成 26 年の保健師助産師看護師法の改正により、看護師の役割は法制度的にも拡大され、患者・利用者のあらゆる状況に対応できる看護師のスキルが求められている（厚労省 2013）。

一方、2004 年に日本看護協会が行った「新卒看護職員の早期離職等の実態調査」（日本看護協会 2004）では、新人看護師が「基本的な技術が身についていない」ために自分の技術に自信が持てなく、インシデント・アクシデントに対する不安が大きく、これが新人看護師の離職の一因ともなっていると報告されている。2016 年の日本医療機能評価機構による「医療事故情報収集事業平成 28 年度年報」（2016）では、医療事故の 36.8%（1430 件）が「療養上の世話」で最も多くを占めることが報告されている。看護師の法律上の業務は、「療養上の世話」および「診療の補助」とされており、これらに関連した看護技術の修得は不可欠であり、看護師の看護技術能力向上のための教育のあり方を検討することが喫緊の課題である（下野ら 2010）。

看護技術は、看護師教育のコアとして位置づけられている（中山 2010）。

看護技術は、看護の問題を解決するために、看護の対象となる人々の安全・

安楽を保証しながら、看護の専門的知識に基づいて提供される技であり、目的と根拠を持って提供される。根拠に基づく専門的知識は熟練・修練により獲得され、伝達される。また看護技術は、個別性をもった人間対人間の関わりの中で用いられるものであり、そのときの状況の中で創造的に提供される（日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会 2011）。看護技術を修得するということは、手わざとしての技術を身につけると同時に、個別的な対象、一人ひとりの目的を達成するために何が必要かを多角的に、分析・判断し、実行していく能力を身につけていくことであるとされている（山崎ら 2002）。

この看護技術の質の担保は、看護基礎教育では 2009 年の第 4 次カリキュラム改正で提示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）で、新人教育では、2009 年 7 月の「保健師助産師看護師法」および「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の改正により、努力義務化された新人看護職員研修制度のガイドライン【改訂版】の「技術的側面：看護技術についての到達目標」（厚労省 2014）によって担保される仕組みとなっている。

しかし、臨床での医療安全管理に関する要求は高く、身体侵襲を伴う「診療の補助」に関連した看護技術は、看護学生が臨地実習で実施できる機会は少なく（川守田ら 2012, 浅川ら 2008）、看護基礎教育での修得は困難な状況であることが報告されている。また 2006 年に日本看護協会が看護教育機関に対し行った調査（日本看護協会 2007）では、5 割以上の学校が卒業時点で「80%以上の学生が一人でできる」とした看護技術は 80 項目中 18 項目（22.5%）にとどまり、看護基礎教育での卒業時点での技術修得の低さが明らかとされている。さらに、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）の卒業時点で『単独で実施できる』あるいは『指導のもとで実施できる』が到達レベルとされている看護技術においても、臨地実習で経験できる機会が減少等（折山ら 2015）し、看護基礎教育の中で到達できない項目が増加しつつあること（山内ら 2012）が指摘されている。

一方、新人看護職員研修の看護技術の到達については、看護基礎教育での卒業時点での技術修得の低さの影響を受け、新人看護師になってから修得する看護技術項目が増え、新人看護職員研修における到達目標を 1 年で修得するには困難であることが報告されている（福井 2009, 本谷ら 2009）。また、新人看護職員研修については、施設間の格差も生じており、2014 年に行われた「新人看護職員研修制度開始後の評価に関する研究」（佐々木 2014）では、施設によって

は到達することができない看護技術があること、病床別に到達している看護技術に違いがあることが報告されている。新人看護職員研修のガイドラインにあげられている看護技術のすべてを修得することは難しく、必要な技術のみの修得を行う施設（岡田 2016）や 2 年間のプログラムでの教育をしている施設（長江ら 2012, 並木 2016）など、施設によって看護技術の到達項目が違うという状況も起こっている。

看護基礎教育と新人看護職員研修の限られた時間、臨床現場の状況の変化（医療の高度化、看護師不足、入院期間の短縮など）、医療技術の急速な開発・進化、患者ニーズの多様化、複雑化、医療安全の強化の中で（中山ら 2012, 韓 2012）、安心で安全な看護技術を提供できる看護師を育成するためには、現状を分析し、時代・社会のニーズに合った教育改革を模索していくことが必要であると考え

る。そこで本研究では、看護基礎教育および新人看護職員研修の修了時点での学生あるいは新人看護師の看護技術の到達に関する実態を分析し、看護師の看護技術向上を目指した教育改革の提案を考えている。

I - 2 研究目的

本研究は、看護基礎教育の卒業時点での看護学生の看護技術の到達に関する実態と新人看護職員研修修了時点での新人看護師の看護技術の到達に関する実態調査を行い、看護師の看護技術の修得を目指した看護基礎教育および新人看護職員研修の教育のあり方を検討し、提案することを目的とする。

I - 3 研究の意義

看護基礎教育および新人看護職員研修に対して示されている到達目標に達しているか否かを実態調査で明らかにし、看護基礎教育と新人看護職員研修との一貫性のある教育体制を検討し、看護師として患者の QOL の向上、医療安全の視점에配慮した看護技術を提供できる仕組みづくりに役立てる。医療を取り巻く環境が大きく変化している中で、時代・社会のニーズに対応できる看護技術を持った看護師の育成につながる。

I－4 用語の定義

看護技術：患者のケアにあたって、安全・安楽を確保しながら、看護の専門的知識に基づいて提供される技である。また人と人とのかかわりの中で用いられるものであり、その時の状況の中で創造的に提供されるとした。

看護基礎教育：保健師助産師看護師養成所指定規則第 1 条による大学、看護師養成所、准看護師養成所のうち、大学、看護師養成所（3 年課程）における看護師教育とした。

新人看護職員研修：新人看護職員を対象とした、就業先で行われる研修とした。
新人看護職員は、研修を通じて知識、技術、態度などを身につけ、臨床現場でしか培うことのできない基本的看護実践能力を獲得する。研修は、職場内教育と集合研修などを組み合わせて行われる。

新人看護師：看護基礎教育課程を卒業し、看護師の国家試験に合格し免許取得後に医療機関で初めて就労する看護師とした。

第Ⅱ章 看護基礎教育課程卒業時における学生の看護技術の到達に関する実態調査

Ⅱ－１ 研究目的

本調査では、看護基礎教育（以下、基礎教育）課程の卒業時点での学生の看護技術の到達レベルの実態と目標としている到達レベルに達しなかった技術に関しては、その理由を明らかにすることを目的とした。看護技術の到達レベルとしては、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）において『単独で実施できる』、『指導のもとで実施できる』とされている看護技術に着目した。

Ⅱ－２ 研究方法

Ⅱ－２－１ 研究デザイン

研究デザインは、基礎教育の学生の卒業時点での看護技術の到達の実態を把握するために、郵送法による無記名自記式の質問紙を用いた実態調査研究である。

Ⅱ－２－２ 調査対象

「厚生労働省医療関係職種養成施設情報の看護師 3 年課程（大学・短大を含む）学校養成所一覧」（厚労省 2015）に記載された 708 校の看護基礎教育機関（看護師 3 年課程）の中から、約 60%にあたる 400 校を層化し、無作為に抽出した。内訳は、大学 113 校（28.2%）、短期大学 11 校（2.8%）、専門学校 276 校（69.0%）とした。

60%とした理由は、回収率を 30～40%と予測し、150 校の回収を目標とするために、調査票の配布する教育機関が 400 校となったためである。

調査票に対する回答者は、各学校で「看護技術」教育に責任を持っている看護教育責任者（看護学部長、教務主任等）に依頼した。

なお、卒業時の看護技術の到達レベルを調査することを目的としたので、調査対象校は調査票発送時点で完成年度を迎えている学校とした。

Ⅱ－２－３ 調査項目

調査項目は、図Ⅱ－１に示すように、１．属性に関する調査項目、２．卒業時の看護技術の到達レベルに関する調査項目とした。

１．属性

１）看護基礎教育課程の区分

区分については、大学、短期大学、専門学校から回答を依頼した。

２．卒業時の看護技術の到達レベルに関する調査項目

卒業時の看護技術の到達レベルに関する調査項目については、１）基礎教育課程における看護技術の評価、２）卒業時における 64 項目の看護技術の到達レベル、３）到達レベルが「レベルⅢ（臨床で実施を見学した）」、「レベルⅣ（臨床で見学もしなかった）」の場合の理由、４）到達レベルの達成に向けての方策、５）看護技術教育に対する意見とした。

１）基礎教育課程における看護技術の評価

看護技術の評価については、個々の学生の看護技術の到達レベルについて評価の実施の有無を質問し、実施している場合には、評価時期および評価方法について回答を依頼した。

２）卒業時における 64 項目の看護技術の到達レベル

（１）64 項目の看護技術の選定

調査対象とした看護技術 64 項目は、以下の①、②の手順で選定した。

①「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）で示されている 141 項目の中で『単独で実施できる』、『指導のもとで実施できる』とされた看護技術 88 項目を抽出した。

②看護技術 88 項目から、日本看護協会調査報告書の「2006 年看護教育基礎調査」（日本看護協会 2007）で、「卒業時に一人で実施できる学生の割合が 80%以上」と回答した学校が 5 割を超えた看護技術 18 項目（療養生活環境調整、ベットメーカーキング、リネン交換、食事介助、自然排尿・排便の介助、おむつ交換、体位変換、移送(車いす)、歩行・移動の介助、部分浴・陰部ケア、清拭、洗髪、口腔ケア、臥床患者の衣生活援助、バイタルサイン、身体計測、症状・病態の観

察、スタンダードプリコーション)に関連した24項目を除外し、表Ⅱ-1に示す64項目(『単独で実施できる』が18項目、『指導のもとで実施できる』が46項目)を、到達レベルを把握する看護技術項目として選定した。

(2) 64項目の看護技術の到達レベルの区分

看護技術の到達レベルの区分は、「レベルⅠ(一人で実施できる)」、「レベルⅡ(指導のもとで実施できる)」、「レベルⅢ(臨床で実施を見学した)」、「レベルⅣ(臨床で見学もしなかった)」の4区分とした。回答にあたっては、各教育機関に所属する学生の50%以上が到達したと判断される到達レベルを選択するように依頼した。

64項目の看護技術を調査対象として選定する段階で、日本看護協会の調査結果(日本看護協会2007)をもとに、学生の80%以上が到達している看護技術を調査項目から除外しているため、本調査では「学生の50%以上」にした。

3) 到達レベルが「レベルⅢ(臨床で実施を見学した)」、「レベルⅣ(臨床で見学もしなかった)」の場合の理由

「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」では、『単独で実施できる』または『指導のもとで実施できる』の到達が求められている看護技術であるにもかかわらず、本調査でレベルⅢあるいはレベルⅣの区分を選択した看護技術項目に関しては、その理由として、①学生要因(学生の技術が未熟である)、②患者要因(患者・家族の承諾が得られない、対象となる患者がいない)、③施設要因(施設側の看護業務が多忙である、施設側から許可が得られない)、④その他(自由記述)の中から回答するように依頼した(複数回答可)。

4) 到達レベルの達成に向けての方策

実習施設との間で、看護技術の到達に関する話し合いの有無を質問した。

5) 看護技術教育についての自由意見

看護基礎教育課程における看護技術教育について、それぞれの回答者に意見を自由に記載してもらうよう依頼した。

Ⅱ－２－４ データ収集方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査とした。

調査票の発送と回収方法は、看護教育責任者宛に研究依頼文書、研究計画書、調査票、返信用封筒を郵送し、調査の協力を依頼した。返信は、看護教育責任者より直接返信用封筒にに入れて 3 週間程度で返信するように依頼をした。締切日直前に再度、調査協力へのはがきを 400 校に発送した。

Ⅱ－２－５ 調査期間

調査票の発送から回収までの期間は平成 27 年 11 月 17 日～12 月 25 日である。

Ⅱ－２－６ データ分析方法

対象校の基礎教育課程の区分および基礎教育課程における看護技術の評価、各技術項目の到達レベル、「レベルⅢ」あるいは「レベルⅣ」の理由について、記述統計により分析した。

各看護技術の到達レベルについて、大学と専門学校との比較をするために、Wilcoxon 順位和検定で分析した。「レベルⅠ（一人で実施できる）」を 4 点、「レベルⅡ（指導のもとで実施できる）」を 3 点、「レベルⅢ（臨床で実施を見学した）」を 2 点、「レベルⅣ（臨床で見学もしなかった）」を 1 点として点数化した。平均値が高くなるほど到達レベルが高くなる。

「その他」の回答（自由記述）は類似内容をまとめて集計した。看護技術教育の意見については、自由記載の内容を KJ 法で分析した。

統計解析は IBM SPSS 21.0J for Windows を用い、有意水準は 5%とした。

Ⅱ－２－７ 倫理的配慮

研究依頼文書には、本研究への協力は自由意思であり、協力しなかった場合の不利益はないこと、匿名性の確保、学会等での公表の可能性、調査票の回答および返信を以って、同意を得ることを明記した。なお、本研究は「東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理委員会」の承認を得て実施した（承認番号：院 27-27）。

Ⅱ－３ 結果

調査対象とした 400 校のうち、138 校から回答を得、回収率 34.5%であった。基礎教育課程毎の回収率は、専門学校、大学、短期大学が、それぞれ 42.4%、16.8%、18.2%であった（表Ⅱ－2）。

138 校を分析対象とした。

なお、卒業時における 64 項目の看護技術の到達レベルについては、一部の技術項目について無回答の回答校があったため、看護技術項目毎の分析対象数は 123～128 校と異なる。

Ⅱ－３－１ 属性

１．対象校の基礎教育課程の区分

回答校は、表Ⅱ－2 に示すように、専門学校（3 年課程）117 校（84.8%）、大学 19 校（13.8%）、短期大学 2 校（1.4%）で、専門学校からの回答が全体の 80% 以上を占めていた。

Ⅱ－３－２ 卒業時点における看護技術の到達レベル

１．基礎教育課程における看護技術の評価の実態

１）看護技術の評価

看護技術に関する評価の実施状況を、表Ⅱ－3 に示す。

各教育機関で学生の看護技術の評価を行っているか否かの質問に対して、「評価している」130 校（94.2%）、「評価していない」8 校（5.8%）であった。約 95% の教育機関が看護技術の評価を実施していた。

また教育課程別の実施状況（率）は、専門学校 112 校（95.7%）、大学 16 校（84.2%）、短期大学 2 校（100%）であった。

２）評価を実施する時期

看護技術に関する評価を実施する時期の結果を表Ⅱ－4 に示す。

評価を、「定期的に実施」が 60 校（46.2%）、「定期的および卒業時に実施」が 49 校（37.7%）、「卒業時に実施」が 3 校（2.3%）であった。その他については、不定期または記載がなかった。

3) 評価方法(複数回答)

看護技術に関する評価方法の結果を表Ⅱ-5に示す。

評価方法としては、「マニュアル化された看護技術のチェック表を用いた評価」が116校(89.2%)、「OSCE (Objective Structured Clinical Examination 客観的臨床能力試験)」が45校(34.6%)、「レポート(事例評価)」が24校(18.5%)、「口頭試問」が10校(7.7%)であった。

2. 卒業時における64項目の看護技術の到達レベル

1) 調査対象とした64項目の看護技術の到達レベル

64項目の看護技術の到達レベル(レベルⅠ～Ⅳ)の結果を表Ⅱ-6に示す。表Ⅱ-6の数字は、75%以上、74～50%、49～25%、25%未満の教育機関が該当する到達レベル(レベルⅠ～Ⅳ)であると回答した看護技術(総数64項目)の数を示す。

75%以上の教育機関が卒業時の到達レベルがレベルⅠ(一人で実施できる)であると回答した看護技術は1項目であった。74～50%、49～25%、25%未満の教育機関がレベルⅠと回答した看護技術は16項目、18項目、29項目であった。

75%以上の教育機関が卒業時の到達レベルがレベルⅡ(指導のもとで実施できる)と回答した看護技術は4項目であった。74～50%、49～25%、25%未満の教育機関がレベルⅡと回答した看護技術は32項目、26項目、2項目であった。

50%以上の教育機関が卒業時に到達レベルがレベルⅢ(臨床で実施を見学した)またはレベルⅣ(臨床で見学もしなかった)と回答した看護技術はなかった。

25%以上の教育機関がレベルⅢと回答した看護技術は8項目であった。25%未満の教育機関がレベルⅢと回答した看護技術は56項目であった。

25%以上の教育機関がレベルⅣと回答した看護技術は4項目であった。25%未満の教育機関がレベルⅣと回答した看護技術は60項目であった。

2) 卒業時の到達レベルがレベルⅠ(一人で実施できる)の看護技術

卒業時の到達レベルがレベルⅠと回答した教育機関が75%以上、あるいは74～50%の看護技術(それぞれ1項目、16項目)は以下のとおりである(表Ⅱ-7)。

(1) 75%以上の教育機関がレベルⅠと回答した看護技術

「患者の食事摂取状況のアセスメント」101校(78.9%)のみであった。

(2) 74～50%の教育機関がレベルⅠと回答した看護技術

① 74～60%では「入浴前・中・後の観察」80校(64.0%)、「患者の褥瘡発生の危険アセスメント」79校(63.2%)、「患者の自覚症状に配慮した体温調節の援助」76校(61.3%)、「入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助」76校(60.8%)、「膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察」77校(60.6%)の5項目であった。

② 59～50%は「必要な防護用具(手袋・ゴーグル・ガウン等)の装着」76校(59.8%)、「患者の栄養状態のアセスメント」75校(59.5%)、「末梢循環を促進するための部分浴・電法・マッサージ」73校(58.9%)、「患者の一般状態の変化に気づく」74校(58.7%)、「酸素吸入療法を受けている患者の観察」72校(58.5%)、「患者の状態に合わせた温電法・冷電法」73校(58.4%)、「インシデント・アクシデント発生時の報告」73校(57.5%)、「廃用性症候群のリスクアセスメント」72校(57.1%)、「患者を誤認しないための防止策の実施」71校(56.3%)、「睡眠状況のアセスメントと入眠を促す援助計画」70校(55.6%)、「バイタルサイン・身体測定データ・症状などからの患者の状態のアセスメント」68校(53.5%)の11項目であった。このうち「必要な防護用具(手袋・ゴーグル・ガウン等)の装着」、「患者の栄養状態のアセスメント」、「バイタルサイン・身体測定データ・症状などからの患者の状態のアセスメント」の3項目は、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」(厚労省 2007)では『指導のもとで実施できる』(本調査の到達レベル「レベルⅡ」)とされているが、本調査結果ではレベルⅠと回答した教育機関は、それぞれの項目で76校(59.8%)、75校(59.5%)、68校(53.5%)であった。また50%以上の教育機関がレベルⅠと回答した看護技術17項目のうち、アセスメントや観察に関する項目が10項目であった。

3) 卒業時の到達レベルがレベルⅡ(指導のもとで実施できる)の看護技術

50%以上の教育機関がレベルⅡと回答した看護技術36項目は、以下のとおりである(表Ⅱ-8)。36項目の看護技術のすべてが「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」(厚労省 2007)では、『指導のもとで実施できる』とされている項目である。

(1) 75%以上の教育機関がレベルⅡと回答した看護技術

75%以上の教育機関がレベルⅡと回答した看護技術は「輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換」103校(81.7%)、「入浴介助」103校(81.1%)、「沐浴」102校(81.0%)、「患者のベッドからストレッチャーへの移乗」101校(80.2%)の4項目であった。

(2) 74～50%の教育機関がレベルⅡと回答した看護技術

74～50%の教育機関がレベルⅡと回答した看護技術は、表Ⅱ－8に示す32項目であった。

① 74～70%の教育機関がレベルⅡと回答した看護技術は「患者の疾患に応じた食事内容の指導」94校(74.6%)、「患者の機能に合わせたベッドから車いすへの移乗」94校(74.6%)、「廃用性症候群予防のための自動・他動運動」91校(72.8%)、「褥瘡予防のためのケア」91校(72.2%)、「患者のストレッチャー移送」90校(71.4%)の5項目であった。

② 69～60%は「患者の創傷の観察」85校(67.5%)、「膀胱留置カテーテルを挿入している患者のカテーテル固定、ルート管理、感染予防の管理」85校(67.5%)、「体動制限による苦痛緩和」84校(67.2%)など14項目であった。

③ 59～50%は「簡易血糖測定」75校(59.5%)、「ポータブルトイレでの患者の排泄援助」73校(58.4%)、「患者の病態・機能に合わせた口腔ケア計画」72校(57.1%)など13項目であった。

4) 卒業時の到達レベルがレベルⅢ（臨床で実施を見学した）の看護技術

「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省2007）においては、到達レベルとして『単独で実施できる』（本調査ではレベルⅠ「一人で実施できる」に該当）『指導のもとで実施できる』（本調査ではレベルⅡ「指導のもとで実施できる」に該当）とされているにもかかわらず、今回の調査結果では、25%以上の教育機関がレベルⅢと回答した看護技術を表Ⅱ－9に示す。

25%以上の教育機関がレベルⅢと回答した看護技術は、8項目であった。

40%以上の教育機関がレベルⅢと回答した看護技術は、「経鼻胃チューブからの流動食の注入」50校(40.3%)の1項目であった。39～30%では「気道内加湿」39校(32.0%)、「検査介助」39校(31.5%)、「酸素吸入療法」38校(30.6%)、「目的に合わせた採尿方法の理解と尿検体の正しい取り扱い」38校(30.2%)の4項目、29～25%は「無菌操作」34校(27.0%)、「関節可動域訓練」32校(26.0%)、

「放射線暴露の防止の行動」32校(25.8%)の3項目であった。

8項目のうち、「検査介助」、「酸素吸入療法」、「無菌操作」、「関節可動域訓練」は、74～50%の教育機関がレベルⅡと回答した看護技術でもあった。

5) 卒業時の到達レベルがレベルⅣ（臨床で見学もしなかった）の看護技術

25%以上の教育機関がレベルⅣと回答した看護技術4項目を表Ⅱ－9に示す。

40%以上の教育機関がレベルⅣと回答した看護技術は、「災害時の指示に従っての行動」52校(40.9%)の1項目であった。39～30%では「目的に合わせた採尿方法の理解と尿検体の正しい取扱い」38校(30.2%)の1項目、29～25%は「直腸内与薬の投与前後の観察」34校(27.0%)、「緊急時のチームメンバーへの応援要請」33校(26.2%)の2項目であった。

3. 卒業時の到達レベルがレベルⅢまたはレベルⅣの場合の理由(複数回答)

1) レベルⅢと回答した理由

レベルⅢと回答した理由を表Ⅱ－10に示す。

理由として「学生の技術が未熟である」があげられた看護技術は、「経鼻胃チューブからの流動食の注入」21校(46.7%)、「検査介助」15校(46.9%)、「酸素吸入療法」14校(43.8%)、「無菌操作」19校(65.5%)、「関節可動域訓練」12校(57.1%)であった。理由として、「対象となる患者がいない」があげられた看護技術は、「気道内加湿」16校(45.7%)、「目的に合わせた採尿方法の理解と尿検体の正しい取扱い」26校(72.2%)、「放射線暴露の防止の行動」14校(51.9%)であった。

2) レベルⅣと回答した理由

レベルⅣと回答した理由を表Ⅱ－11に示す。

理由として「対象となる患者がいない」があげられた看護技術は、「災害時の指示に従っての行動」34校(72.3%)、「目的に合わせた採尿方法の理解と尿検体の正しい取扱い」32校(91.4%)、「直腸内与薬の投与前後の観察」29校(87.9%)、「緊急時のチームメンバーへの応援要請」32校(100%)であった。自由記述欄には、「災害時の指示に従っての行動」については「機会がない」との記載があり、「目的に合わせた採尿方法の理解と尿検体の正しい取扱い」は「臨床現場では早朝に多く実施されるために実習生が経験できる機会がない」との記載があ

った。

4. 卒業時の到達レベルの大学と専門学校の比較

64 看護技術の卒業時の到達レベルについて、大学と専門学校の間で有意差が認められた看護技術 4 項目を表Ⅱ－12 に示す。

大学と専門学校の間で有意差が認められた看護技術 4 項目は、すべて大学の方が、卒業時の到達レベルが有意に高かった。その項目は「輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換」($p=0.018$)、「緊急時のチームメンバーへの応援要請」($p=0.010$)、「使用した器具の感染防止の取り扱い」($p=0.010$)、「無菌操作」($p=0.019$) の 4 項目であった。

5. 到達レベルの達成に向けての方策

教育機関と実習施設との間での看護技術の到達に関する連携についての結果を、表Ⅱ－13 に示す。

「看護技術の到達に関する話し合いをしている」が 79 校 (57.2%)、「実習の打ち合わせ以外は何も行っていない」が 55 校 (39.9%) であった。

6. 看護技術教育についての意見

自由記載欄に記入された看護技術教育に関する意見のまとめたものを、表Ⅱ－14 に示す。

自由記載欄には 39 校から 62 件の記載があり、記載内容を KJ 法で分析した結果、8 つのカテゴリに分類された。

8 つのカテゴリは【臨床側の制約により、実習期間中に経験する機会がなく、看護技術の到達が難しい】、【看護実践力を高める学内演習の工夫の必要性】、【臨床での技術経験を積める体制・支援の必要性】や【実習施設との連携・調整の重要性】、【到達レベルの評価の難しさ】、【厚労省が提示した卒業時の到達目標の活用のしにくさ】、【実習時間数の不足】、【実習指導者の課題】であった。

【臨床側の制約により、実習期間中に経験する機会がなく、看護技術の到達が難しい】では、＜技術の実施に際して実習病院からの制約が多く、実施できない項目が増えてきている＞＜患者意識、倫理的配慮などにより看護師免許のない学生が学習できる技術は限られている＞＜臨床実習において実施する機会がほとんどなく、習得に難儀している＞＜学生の実施する技術で「一人ででき

る」項目は「観察できる」程度である＞などの記載があった。【看護実践力を高める学内演習の工夫の必要性】では、＜看護実践能力を養うために学内演習が増えている＞＜状況に合わせた援助ができるように学内での技術教育にも工夫が必要と考える＞などの記載があった。【臨床での技術経験を積める体制・支援の必要性】では、＜医師と同じように免許を持ってから技術経験を積めるための制度的な機会があるとよい＞＜臨床の場で安心して経験を積み重ねられる支援が必要である＞などの記載があった。【実習施設との連携・調整の重要性】では、＜主たる実習病院の理解と協力が不可欠である＞、＜学校と臨床で話し合う機会が少ない＞という記載があった。【到達レベルの評価の難しさ】では、＜到達レベルを「何をもって到達したとするのか」不明瞭である＞、＜到達レベルをどこに設定するかが難しい＞という評価の難しさの記載があった。また、【厚労省が提示した卒業時の到達目標の活用のしにくさ】では、＜提示された「卒業時の到達度」をもとに進めると、患者に実施できる項目が制限されてあまり体験できない＞という記載や【実習時間数の不足】では、＜実習時間数が以前に比べると少ない中で技術力を求めても物理的に無理難題を強いられている＞と実習時間の減少による技術修得の課題の記載があった。さらに＜学校での学習状況を知って、臨床指導に活用してほしい＞という【実習指導者の課題】の記載があった。

Ⅱ－４ 考察

Ⅲ－４－１ 卒業時に到達レベルがレベルⅠ・Ⅱ（「一人で実施できる」、「指導のもとで実施できる」）の看護技術

到達レベルのレベルⅠに関して、75%以上の教育機関がレベルⅠと回答した看護技術は「患者の食事摂取状況のアセスメント」の1項目のみであり、50%以上の教育機関がレベルⅠと回答した看護技術とした場合でも17項目に過ぎなかった。今回の調査項目として選択した64項目の看護技術は、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省2007）において、卒業時点での到達レベルとして、レベルⅠまたはレベルⅡであることが求められているものである。卒業時点で「一人で実施できる」技術の修得の低さが明らかになった。

また、50%以上の教育機関がレベルⅠに到達していると回答した看護技術 17 項目のうち、観察やアセスメントに関する項目が 10 項目であった。これらの観察やアセスメントに関する技術項目は、臨地実習で 75%以上の学生が経験していたと報告されており（椎葉ら 2014）、臨地実習をとおして複数回の経験ができる看護技術である。一方、10 項目の中の「患者の栄養状態のアセスメント」と「バイタルサイン・身体測定データ・症状などからの患者の状態のアセスメント」は、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）では『指導のもとで実施できる』とされているが、本調査結果では 50%以上の教育機関でレベルⅠであった。この結果は、風間ら（2012）が実施した調査結果と同様であり、この 2 項目は実習中に必ず経験できる。これらから、臨地実習で複数回の経験ができる観察やアセスメントに関する看護技術は、卒業時にレベルⅠに到達できると考える。

レベルⅡに関して、50%以上の教育機関がレベルⅡに到達していると回答した看護技術の約半数は、「療養上の世話」に関連した技術であった。この「療養上の世話」に関連した技術の多くは、臨地実習で 70%以上の学生が経験していることが報告されている（椎葉ら 2014）。しかし、患者の病態や機能に合わせて行う技術であり、患者の状態が多様化、複雑化している現状では、看護基礎教育の課程で、学生がレベルⅠに到達するのは難しいと考える。

大学と専門学校における各看護技術の到達レベルの比較については、本調査では大学の方が、到達レベルが高かった看護技術が 4 項目（輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換、緊急時のチームメンバーへの応援要請、使用した器具の感染防止の取り扱い、無菌操作）であった。大学側が「就職後に困った技術」や「卒業前も技術演習が必要な技術」などを明らかにし（高橋ら 2014）、実際に卒業前に技術演習（広瀬ら 2009）や多重課題に関する演習（藤田ら 2015）を実施しており、大学側が看護学生の看護技術の到達レベルの向上にむけて努力していることの一端であると考ええる。看護技術教育に対する意見にも「看護実践力を高める学内演習の工夫の必要性」が記載されており、学生のレベルを十分に考慮しながら、看護技術力の向上に寄与することが期待できる演習のやり方を工夫していく必要がある。

Ⅲ－４－２ 卒業時に到達レベルがレベルⅢ・Ⅳの看護技術

前述したとおり、64 項目の看護技術は「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）において、卒業時点での到達レベルとして、レベルⅠまたはレベルⅡの看護技術であるにもかかわらず、25%以上の教育機関がレベルⅢと回答した看護技術は、「経鼻胃チューブからの流動食の注入」、「気道内加湿」、「検査介助」、「酸素吸入療法」、「無菌操作」などで主に「診療の補助」に係る技術であった。「経鼻胃チューブからの流動食の注入」がレベルⅢであるとされた理由は、大学病院や急性期病院が実習施設の場合は、対象となる患者が年々少なくなり、それに伴い、学生の経験の機会も減少しており（山内ら 2012）、複数の学生での見学が余儀なくされていると考える。一方で高齢者の胃瘻栄養法が急激に増加している療養病床等（平田 2016, 会田 2011）では機会はあるが、「学生の技術が未熟である」ために見学に留まっていると考えられる。「気道内加湿」については、「気道内加湿」を行うことが多い呼吸器科・耳鼻科病棟での実習が減少している（山内ら 2012）とされている。実習病棟により「対象となる患者がいらない」ために学生の経験する機会が少なくなっていると考えられる。「検査介助」、「酸素吸入療法」、「無菌操作」に関しては、医療安全（patient safety）の観点から「技術が未熟である学生」に実施させることはできないために、レベルⅢと回答した教育機関が多いと考える。

レベルⅣに関して、「災害が発生した場合の指示に従った行動」「緊急時のチームメンバーへの応援要請」では、看護学生が実習中に災害・緊急時に遭遇することはまれであり、災害に関しては現任看護師でも経験がない者が多く、基礎教育の課程で経験をすることは難しい。また「直腸内与薬の投与前後の観察」、「目的に合わせた採尿方法の理解と尿検体の正しい取扱い」では、定量的な尿検査は早朝や外来受診時に、直腸内与薬は夜間就寝時に行われることが多いため、基礎教育課程の実習中に対象となる患者に遭遇する機会がない。夜間実習を行っている教育機関の割合は 6 割である（日本看護学校協議会 2016）が、病院が併設されていない教育機関で、夜間や早朝に実習を行うことは容易ではない。このように、緊急時や災害に関連した看護技術であるために「機会がない」、実習時間や実習場所によって「対象となる患者がいらない」が理由で、基礎教育の課程では見学することすら難しいと考える。

Ⅲ－４－３ 看護技術の到達レベルの評価における課題

看護技術の到達レベルの評価については、看護師国家試験は知識のみの確認であり、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）に示された看護技術の技術的な修得に関する到達レベルの評価は、各教育機関にゆだねられている。看護基礎教育課程で学生たちの卒業時点での看護技術の知識・技術をあわせた修得とその質を担保するためにも、卒業時点での評価ができる仕組みを考えていく必要がある。また評価方法について、本調査では、「マニュアル化された看護技術のチェック表を用いた評価」が 116 校（89.2%）と約 9 割を占めており、看護基礎教育の段階で、それぞれの養成校で、既に技術力・実践力を評価しているものと思われる。知識が国家試験をとおして斉一化された評価基準で修得度を確認できるのと同じように、技術・実践力に関しても標準化された評価、例えば、OSCE などで評価していくことが必要と思われる。医学教育や薬学教育では、全国共用試験の一つとして、臨地実習前に OSCE で技術の評価を行い、合格していなければ実習にはいけないシステムとなっている（日本学術会議 2011，薬学共用試験センター 2017）。看護学においても既に一部の教育機関では実習前に導入し、学生の学習成果が報告されている（笹本ら 2012，小西 2013）。看護技術の質の担保のためには、全国共通の客観的な技術試験を行っていくのも一つの方法であると考ええる。

Ⅲ－４－４ 看護技術を目標としている到達レベルに達するための新たな解決策の必要性

「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）で、レベルⅠおよびレベルⅡが求められる看護技術を基礎教育で修得させるためには、臨地実習での経験が不可欠である。しかし、臨地実習の場の変化、学生の技術レベルの低下などにより、基礎教育課程での修得が難しいことは本調査の結果からも明らかである。今回の調査でも、教育機関からの看護技術に対する意見には「患者意識、倫理的配慮などにより看護師免許のない学生が学習できる場は限られている」、「技術の実施に際して実習病院からの制約が多く、実施できない項目が増えてきている」と到達レベルに達成することの難しさと「継続教育と看護基礎教育の関連した、一貫性のある技術教育が必要である」と記載されていた。看護師として必要とされる看護技術を確実に修得していくためには、基礎教育（3～4 年）と新人研修（1 年）とを一本化した連動した教育とし、一人前の看護

師を育成する期間を 4～5 年と考え、看護技術教育期間とすることなどを検討していく時期にきていると思われる。

Ⅱ－5 結論

実態調査の結果、64 項目の看護技術の到達レベルと目標とする到達レベルに達していない理由は、以下のとおりであった。

1. 75%以上の教育機関が、卒業時に「レベルⅠ（一人で実施できる）」と回答した看護技術は、「患者の食事摂取状況のアセスメント」の 1 項目のみで、74%～50%の教育機関では 16 項目であった。これらの看護技術のうち、10 項目が観察やアセスメントに関する技術であった。
2. 75%以上の教育機関が、卒業時に「レベルⅡ（指導のもとで実施できる）」と回答した看護技術は 4 項目で、74%～50%の教育機関では 32 項目であった。これらの約半数が「療養上の世話」に関連した看護技術であった。
3. 25%以上の教育機関が、卒業時に「レベルⅢ（臨床で実施を見学した）」と回答した看護技術は 8 項目であった。その主な理由として、「学生の技術が未熟である」、「対象となる患者がいない」があげられた。
4. 25%以上の教育機関が、卒業時に「レベルⅣ（臨床で見学もしなかった）」と回答した看護技術は 4 項目であった。その理由として、緊急時や災害に関連した看護技術であるために「機会がない」、実習時間や実習場所によって「対象となる患者がいない」があげられた。

属性に関する調査項目

看護基礎教育課程

- ・大学
- ・短期大学
- ・専門学校

卒業時の看護技術の到達レベルに関する調査項目

基礎教育課程における看護技術の評価

- ・評価実施の有無
- ・評価時期
- ・評価方法

卒業時における64項目の看護技術の到達レベル

- ・到達度の区分
 - 一人で実施できる(レベルⅠ)
 - 指導のもとで実施できる(レベルⅡ)
 - 臨床で実施を見学した(レベルⅢ)
 - 臨床で見学もしなかった(レベルⅣ)

到達レベルがレベルⅢ・レベルⅣの場合の理由

- ・学生要因：
 - 学生の技術が未熟
- ・患者要因：
 - 患者・家族の承諾が得られない
 - 対象となる患者がいない
- ・施設要因
 - 看護業務が多忙である
 - 施設側から許可が得られない

到達レベルの達成に向けての方策

- ・実習施設との連携

看護技術教育に対する意見(自由記載)

図Ⅱ－１ 調査項目

表Ⅱ－１ 調査対象とした看護技術項目（64項目）

卒業時の到達レベル ^a		
	単独で実施できる(レベルⅠ):18項目	指導のもとで実施できる(レベルⅡ):46項目
食事	・患者の食事摂取状況のアセスメント ・経管栄養法を受けている患者の観察	・患者の疾患に応じた食事内容の指導 ・経鼻胃チューブからの流動食の注入 ・患者の個別性を反映した食生活の改善計画 ・患者の栄養状態のアセスメント
排泄	・膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察 ・患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助	・ポータブルトイレでの患者の排泄援助 ・失禁している患者のケア ・膀胱留置カテーテルを挿入している患者のカテーテル固定、ルート管理、感染予防の管理
活動・休息	・入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助 ・廃用性症候群のリスクのアセスメント ・睡眠状況のアセスメントと入眠を促す援助計画	・患者の機能に合わせたベットから車いすへの移乗 ・目的に応じた安静保持の援助 ・体動制限による苦痛の緩和 ・患者のベットからストレッチャーへ移乗 ・患者のストレッチャー移送 ・関節可動域訓練 ・廃用症候群予防のための自動運動・他動運動
清潔・衣生活	・入浴前・中・後の観察	・入浴介助 ・患者の病態・機能に合わせた口腔ケア計画 ・輸液ライン等が入っている患者の更衣交換 ・沐浴
呼吸・循環の調整	・患者の自覚症状に配慮した体温調節の援助 ・患者の状態に合わせた温罨法・冷罨法 ・末梢循環を促進するための部分浴・電法・マッサージ ・酸素吸入療法を受けている患者の観察	・酸素吸入療法 ・気道内加湿
創傷管理	・患者の褥瘡発生の危険アセスメント	・褥瘡予防のためのケア計画 ・褥瘡予防のためのケア ・患者の創傷の観察
与薬		・経口薬（パピカル錠・内服薬・舌下錠）の服薬後の観察 ・経皮・外用薬の投与前後の観察 ・直腸内与薬の投与前後の観察 ・点滴静脈内注射を受けている患者の観察点
救命救急処置	・緊急時のチームメンバーへの応援要請	・患者の意識状態の観察
症状・生体機能管理	・患者の一般状態の変化に気づく	・簡易血糖測定 ・正確な検査が行えるための患者の準備 ・バイタルサイン・身体測定データ・症状などからの状態のアセスメント ・目的に合わせた採尿方法の理解と尿検体の正しい取り扱い ・検査介助 ・検査後の安静保持の援助 ・検査前・中・後の観察
感染予防		・必要な防護用具（手袋・ゴーグル・ガウン等）の装着 ・感染性廃棄物の取り扱い ・使用した器具の感染防止の取り扱い ・無菌操作 ・針刺し事故防止の対策
安全確保	・インシデント・アクシデント発生時の報告 ・患者を誤認しないための防止策の実施 ・災害が発生した場合の指示に従った行動	・患者の機能や行動特性に合わせた安全な療養環境調整 ・患者の機能や行動特性に合わせた転倒・転落・外傷予防 ・放射線暴露の防止のための行動
苦痛緩和・安楽確保		・患者の状態に合わせた安楽な体位の保持 ・患者の安楽を促進するためのケア ・患者の精神的安寧を保つための工夫の計画

a:厚生労働省「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度（2007）」

表Ⅱ－2 分析対象校の教育課程

N=138

教育課程	回答 教育機関数 n(%)	発送 教育機関数	教育課程毎 の回収率
専門学校(3年課程)	117(84.8)	276	42.4
大学	19(13.8)	113	16.8
短期大学	2(1.4)	11	18.2
合計	138(100)	400(100)	

表Ⅱ－３ 看護技術に関する評価の実施状況 N=138

評価の実施の有無	教育機関数と 実施率 n(%)
評価している	130(94.2)
専門学校	112(95.7)
大学	16(84.2)
短期大学	2(100)
評価していない	8(5.8)

表Ⅱ－４ 看護技術に関する評価を実施する時期 N=130

評価時期	教育機関数 n(%)
定期的に実施	60(46.2)
定期的および卒業時に実施	49(37.7)
卒業時に実施	3(2.3)
その他	16(12.3)
無回答	2(1.5)

表Ⅱ－5 看護技術の評価方法(複数回答)

N=130

評価方法	教育機関数 n(%)
マニュアル化された看護技術のチェック表を用いた評価	116(89.2)
OSCE	45(34.6)
レポート(事例評価)	24(18.5)
口頭試問	10(7.7)
その他	15(11.5)
内訳:技術経験録を活用した自己評価及び他者評価	3
卒業時における看護技術の到達レベル表を用いての自己評価	3
シミュレーションを実施しての評価	3
ループリック評価	3
ポートフォリオによる自己評価	1
パフォーマンス評価	1
到達レベル「知識でわかる」は筆記試験	1

表Ⅱ－6 64項目の看護技術の到達レベル

		到達レベル			
		レベルⅠ (一人で実施 できる)	レベルⅡ (指導のもとで 実施できる)	レベルⅢ (臨床で実施を 見学した)	レベルⅣ (臨床で見学も しなかった)
教育機関割合 ^a	75%以上	1	4	0	0
	74%～50%	16	32	0	0
	49%～25%	18	26	8	4
	25%未満	29	2	56	60
看護技術 項目数の合計		64	64	64	64

a: 該当する到達レベル(Ⅰ～Ⅳ)に到達したと回答した教育機関の割合を示す

表Ⅱ－７ 50%以上の教育機関が卒業時に「レベルⅠ(一人で実施できる)」^aと回答した看護技術(17項目)

看護技術項目	教育機関数 n(%)
患者の食事摂取状況のアセスメント	101(78.9)
入浴前・中・後の観察	80(64.0)
患者の褥瘡発生の危険アセスメント	79(63.2)
患者の自覚症状に配慮した体温調節の援助	76(61.3)
入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助	76(60.8)
膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察	77(60.6)
必要な防護用具(手袋・ゴーグル・ガウン等)の装着	76(59.8)
患者の栄養状態のアセスメント	75(59.5)
末梢循環を促進するための部分浴・罨法・マッサージ	73(58.9)
患者の一般状態の変化に気づく	74(58.7)
酸素吸入療法を受けている患者の観察	72(58.5)
患者の状態に合わせた温罨法・冷罨法	73(58.4)
インシデント・アクシデント発生時の報告	73(57.5)
廃用性症候群のリスクアセスメント	72(57.1)
患者を誤認しないための防止策の実施	71(56.3)
睡眠状況のアセスメントと入眠を促す援助計画	70(55.6)
バイタルサイン・身体測定データ・症状などからの患者の状態のアセスメント	68(53.5)

注: a 各教育機関の学生の50%以上が「一人で実施できる」看護技術
 ()内の%は各看護技術項目に回答した全数に対する割合を示す。
 各看護技術項目により回答した教育機関の全数は、123～128と異なる。
 太文字・下線の看護技術は厚労省より提示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」では
 レベルⅡとされている項目

表Ⅱ－8 50%以上の教育機関が卒業時に「レベルⅡ（指導のもとで実施できる）」^aと回答した看護技術（36項目）

看護技術項目	教育機関数 n(%)	看護技術項目	教育機関数 n(%)
輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換	103(81.7)	患者の機能や行動特性に合わせた転倒・転落・外傷 予防	78(61.4)
入浴介助	103(81.1)	酸素吸入療法	76(61.3)
沐浴	102(81.0)	点滴静脈内注射を受けている患者の観察点	76(60.3)
患者のベッドからストレッチャーへの移乗	101(80.2)	患者の意識状態の観察	76(60.3)
患者の疾患に応じた食事内容の指導	94(74.6)	関節可動域訓練	74(60.2)
患者の機能に合わせたベッドから車いすへの移乗	94(74.6)	簡易血糖測定	75(59.5)
廃用性症候群予防のための自動・他動運動	91(72.8)	ポータブルトイレでの患者の排泄援助	73(58.4)
褥瘡予防のためのケア	91(72.2)	患者の病態・機能に合わせた口腔ケア計画	72(57.1)
患者のストレッチャー移送	90(71.4)	患者の安楽を促進するためのケア	72(57.1)
患者の創傷の観察	85(67.5)	患者の精神的安寧を保つための工夫の計画	70(56.0)
膀胱留置カテーテルを挿入している患者のカテーテル 固定、ルート管理、感染予防の管理	85(67.5)	検査後の安静保持の援助	70(56.0)
体動制限による苦痛緩和	84(67.2)	患者の状態に合わせて安楽に体位保持	71(55.5)
患者の個別性を反映した食生活の改善計画	83(66.9)	無菌操作	69(54.8)
目的に応じた安静保持の援助	81(65.9)	患者の機能や行動特性に合わせた安全な療養環境 調整	68(53.5)
失禁している患者のケア	80(64.5)	使用した器具の感染防止の取り扱い	65(51.6)
正確な検査が行えるための患者の準備	79(63.2)	褥瘡予防のためのケア計画	64(51.2)
検査前・中・後の観察	79(62.7)	経皮・外用薬の投与前後の観察	64(51.2)
経口薬（バツカル錠・内服薬・舌下錠）の服薬後の観 察	78(61.9)	検査介助	63(50.8)

注：a 各教育機関の学生の50%以上が「指導のもとで実施できる」看護技術
（ ）内の％は各看護技術項目に回答した全数に対する割合を示す。
各看護技術項目により回答した教育機関の全数は、123～128と異なる。

表Ⅱ－9 25%以上の教育機関が卒業時に「レベルⅢ(臨床で実施を見学した)」^a
または「レベルⅣ(臨床で見学もしなかった)」^aと回答した看護技術

看護技術項目	レベルⅢ n(%)	レベルⅣ n(%)
経鼻胃チューブからの流動食の注入	<u>50(40.3)</u>	15(12.1)
気道内加湿	<u>39(32.0)</u>	22(18.0)
検査介助	<u>39(31.5)</u>	19(15.3)
酸素吸入療法	<u>38(30.6)</u>	6(4.8)
目的に合わせた採尿方法の理解と尿検体の正しい取り扱い	<u>38(30.2)</u>	<u>38(30.2)</u>
無菌操作	<u>34(27.0)</u>	10(7.9)
関節可動域訓練	<u>32(26.0)</u>	9(7.3)
放射線暴露の防止の行動	<u>32(25.8)</u>	21(16.9)
災害時の指示に従っての行動	9(7.1)	<u>52(40.9)</u>
直腸内与薬の投与前後の観察	22(17.5)	<u>34(27.0)</u>
緊急時のチームメンバーへの応援要請	20(15.9)	<u>33(26.2)</u>

注:a 各教育機関の学生の50%以上が「臨床で実施を見学した」「臨床で見学もしなかった」看護技術
()内の%は各看護技術項目に回答した全数に対する割合を示す。
各看護技術項目により回答した教育機関の全数は、123～128と異なる。
下線・太字の看護技術は25%以上を示す。

表Ⅱ－10 「レベルⅢ（臨床で実施を見学した）」と回答した理由（複数回答）

看護技術項目	「見学した」と回答し、その理由を記載した教育機関数 N	n(%)					
		学生の技術が未熟	患者・家族に承諾が得られない	対象となる患者がいない	臨床の業務が多忙	臨床の許可が得られない	その他
経鼻胃チューブからの流動食の注入	45	<u>21(46.7)</u>	1(2.2)	20(44.4)	5(11.1)	4(8.9)	4(8.9)
気道内加湿	35	9(25.7)	2(5.7)	<u>16(45.7)</u>	5(14.3)	6(17.1)	5(14.3)
検査介助	32	<u>15(46.9)</u>	1(3.1)	7(21.9)	2(6.3)	9(28.1)	2(6.3)
酸素吸入療法	32	<u>14(43.8)</u>	1(3.1)	13(40.6)	5(15.6)	7(21.9)	4(12.5)
目的に合わせた採尿方法の理解と尿検体の正しい取り扱い	36	5(13.9)	1(2.8)	<u>26(72.2)</u>	1(2.8)	5(13.9)	2(5.6)
無菌操作	29	<u>19(65.5)</u>	0	8(27.6)	3(10.3)	11(37.9)	1(3.4)
関節可動域訓練	21	<u>12(57.1)</u>	0	6(28.6)	3(14.3)	3(14.3)	2(9.5)
放射線暴露の防止の行動	27	6(22.2)	1(3.7)	<u>14(51.9)</u>	2(7.4)	0	4(14.8)

注：（ ）内の％は各看護技術項目に「見学した」と回答し、その理由を記載した教育機関数に対する割合を示す。
 各看護技術項目により「見学した」と回答し、その理由を記載した教育機関の数は、21～45と異なる。
 太字・下線は最も多い理由を示す。

表Ⅱ－11 「レベルⅣ（臨床で見学しなかった）」と回答した理由（複数回答）

看護技術項目	「見学しなかった」と回答し、その理由を記載した教育機関数 N	学生が未熟 学生・家族に 承諾が得られ ない 患者がいない 対象となる 臨床の業務 が多忙 臨床の許可 が得られな い その他				
		n(%)				
災害時の指示に従っての行動	47	2(4.3)	1(2.1)	<u>34(72.3)</u>	2(4.3)	1(2.1) 14(29.8)
目的に合わせた採尿方法の理解と尿検体の正しい取り扱い	35	2(5.7)	0	<u>32(91.4)</u>	2(5.7)	1(2.9) 3(8.6)
直腸内与薬の投与前後の観察	33	4(12.1)	5(15.2)	<u>29(87.9)</u>	3(9.1)	1(3.0) 2(6.1)
緊急時のチームメンバーへの応援要請	32	3(9.4)	0	<u>32(100)</u>	2(6.3)	1(3.1) 0

注：()内の％は各看護技術項目に「見学しなかった」と回答し、その理由を記載した教育機関数に対する割合を示す。
各看護技術項目により「見学しなかった」と回答し、その理由を記載した教育機関の数は、32～47と異なる。
太字・下線は最も多い理由を示す。

表Ⅱ－12 大学と専門学校の間で卒業時の到達レベル^aに有意差が認められた看護技術

看護技術項目	大学 M±SD (n)	専門学校 M±SD (n)	p 値
輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換	3.3±0.5 (13)	3.0±0.5 (110)	0.018
緊急時のチームメンバーへの応援要請	3.4±0.9 (14)	2.6±1.2 (109)	0.010
使用した器具の感染防止の取り扱い	3.7±0.5 (14)	3.2±0.7 (110)	0.010
無菌操作	3.2±1.0 (13)	2.7±0.7 (109)	0.019

a:「レベルⅠを4点」、「レベルⅡを3点」、「レベルⅢを2点」、「レベルⅣを1点」として点数化し、比較した。
(Wilcoxon 順位和検定)

表Ⅱ－13 教育機関と実習施設との間での看護技術の到達に関する連携

		N=138
連携	教育機関数 n(%)	
看護技術の到達に関する話し合いをしている		79(57.2)
	専門学校(117)	70(59.8)
	大学(19)	8(42.1)
	短期大学(2)	1(50.0)
実習の打ち合わせ以外は何も行っていない		55(39.9)
	専門学校(117)	44(37.6)
	大学(19)	10(52.6)
	短期大学(2)	1(50.0)
その他		2(1.4)
無回答		2(1.4)

表Ⅱ－14 看護技術教育に対する意見

カテゴリ	記述 件数	データ
臨床側の制約により、実習期間中に経験する機会がなく、看護技術の到達が難しい	13	・技術の実施に際して実習病院からの制約が多く、実施できない項目が増えている ・患者意識、倫理的配慮などにより看護師免許のない学生が学習できる技術は限られている(3) ・対象患者が少ないので経験できない(3) ・臨床実習において実施する機会がほとんどなく、習得に難儀している(3) ・学生の実施する技術で「一人でできる」項目は「観察できる」程度である ・与薬、経管栄養の注入など体内に入れる技術は見学までとしている ・採血、注射、浣腸、坐薬等の技術の達成ができていない
看護実践力を高める学内演習の工夫の必要性	13	・看護実践能力を養うために学内演習が増えている ・状況に合わせた援助ができるように学内での技術教育にも工夫が必要と考える(2) ・臨床に合わせた技術方法も考慮しながら技術教育を改定する必要がある ・実習で体験できない技術を学内でどのように補っていくかが課題である ・学内で実施する演習や技術練習、シミュレーション教育が重要である(3) ・対象に応じた看護実践ができる基礎的能力を養うことを主眼にしている(5)
臨床での技術経験を積める体制・支援の必要性	10	・医師と同じように免許を持つてから技術経験を積めるための制度的な機会があるとよい ・継続教育と看護基礎教育の関連した、一貫性のある技術教育が必要である。そのためには臨床も含め新たな教育体制の構築と教育機関の延長が必要である。 ・臨床の場で安心して経験を積み重ねられる支援が必要である(5) ・看護技術の習熟にはかなりの練習と経験が必要である(3)
実習施設との連携・調整の重要性	9	・主たる実習病院の理解と協力が不可欠である(3) ・学校と臨床で話し合う機会が少ない(2) ・実習施設によって差があり、経験に差が生じている ・各実習での経験項目を決めて、積極的に経験できるように教員、指導者が調整する ・臨床の協力を得てできる限り患者の承諾を得られた場合は学生が実施する方向で行っている(2)
到達レベルの評価の難しさ	7	・学校によって到達の差がある ・到達レベルを「何をもって到達したとするのか」不明瞭である(2) ・学生の自己評価で確認している(2) ・到達レベルをどこに設定するかが難しい(2)
厚労省が提示した卒業時の到達目標の活用のにくさ	4	・提示された「卒業時の到達度」をもとに進めると、患者に実施できる項目が制限されてあまり体験できない(2) ・技術的な項目と思考力を求めている項目が混在しているので活用しにくい ・厚労省が提示している看護技術はレベルがさまざまであり、活用しづらい
実習時間数の不足	4	・限られた時間内での教育は難しく、実習前に集中して学ばせている ・実習時間数がタイトな中で、見学する機会も減っている ・実習時間数が以前に比べると少ない中で技術力を求めると物理的に無理難題を強いられている(2)
実習指導者の課題	2	・臨床指導者においては、学習していないと見学できないという意識がまだあり、効果的な学習ができにくい ・学校での学習状況を知って、臨床指導に活用してほしい

自由記載の内容をKJ法により分析した

第Ⅲ章 新人看護職員研修修了時における新人看護師の看護技術の到達に関する実態調査

Ⅲ－１ 研究目的

本研究では、第Ⅱ章で行った看護基礎教育（以下、基礎教育）課程の卒業時点での学生の看護技術の到達に関する実態調査を踏まえて、400床以上の病院を対象として、新人看護職員研修（以下、新人研修）修了時点での新人看護師の看護技術の到達に関する実態について明らかにすることを目的とする。

Ⅲ－２ 研究方法

Ⅲ－２－１ 研究デザイン

研究デザインは、新人研修修了時における新人看護師の看護技術の到達に関する実態を把握するために、郵送法による無記名自記式の質問紙を用いた実態調査研究である。

Ⅲ－２－２ 調査対象

「病院年鑑 2016」（アールアンドディ社 2016）に記載されている病床規模 400床以上の 809 病院すべてを調査対象とした（全数調査）。

病床別の病院数は、400床以上～499床以下 387 病院（47.8%）、500床以上～599床以下 178 病院（22.0%）、600床以上～699床以下 105 病院（13.0%）、700床以上～799床以下 54 病院（6.7%）、800床以上～899床以下 31 病院（3.8%）、900床以上 54 病院（6.7%）である。

調査対象病院に 400床以上の病院を選択した理由は以下の 2 点である。

①平成 23 年医療施設静態調査の「病院における新人看護職員研修実施状況」（厚労省 2011）において、400床以上の病院が「新人看護職員研修ガイドラインに沿った研修」を 90%以上実施していること、および、②400床以上の病院では毎年新人看護師の採用があること。

調査票への回答者は、各病院において、新人看護職員研修に関する企画・運営・実施・評価のすべての過程に係る責任者（日本看護協会 2015）であり、病院全体の新人看護師の看護技術の到達レベルを把握している研修責任者に依頼

した。なお、研修責任者を選定していない場合は看護部代表者（看護部長など）に依頼した。

Ⅲ－２－３ 調査項目

調査項目は、図Ⅲ－１に示すように、１）対象病院の属性等に関する項目、２）新人研修修了時の新人看護師の看護技術の到達レベル等に関する項目とした。

１．属性等に関する調査項目

調査対象病院の属性に関する項目として、（１）病床数、（２）平成 28 年度採用の新人看護師数、（３）新人看護師の夜勤開始時期について質問した。

新人研修については（１）新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】（厚労省 2014）に沿った研修の実施状況、（２）新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】に提示された「技術的側面：看護技術についての到達目標」（厚労省 2014）の活用状況、（３）集合研修の総時間数（１年間）および看護技術に関する集合研修の時間数（１年間）について質問した。

２．新人看護師の新人研修修了時の看護技術の到達レベル等に関する項目

１）新人研修における看護技術の到達に関する評価

個々の新人看護師の看護技術の到達をどのような時期にどのような方法で誰が評価しているかについて質問した。具体的には、（１）評価の実施の有無、（２）評価の実施時期、（３）評価方法、（４）評価者について質問した。

２）看護技術 73 項目について、看護師が「一人でできる」レベルに到達した割合と理由

看護技術 73 項目について、新人研修修了時に到達レベルが「一人でできる」に達した新人看護師の割合とその割合が 50%未満の場合は、その理由について質問した。就職後 2 年目の看護師についても、2 年目修了時に到達レベルが「一人でできる」に達している看護師の割合を質問した。

就職後 2 年目の看護師の看護技術の到達レベルにも着目した理由は、新人研修で修得が難しい看護技術が 2 年目では到達できているか否かを把握することで、新人研修では修得が難しいと考えた看護技術を、「一人でできる」のレベル

に到達するための研修のあり方を、今後検討する際の有用な情報になると考えたからである。

(1) 本研究で調査する看護技術項目の選定

調査対象とした看護技術 73 項目（表Ⅲ－1）は、図Ⅲ－2 に示すように、以下の手順で選定した。

項目の選定にあたっては、基礎教育の課程で「一人で実施できる」の到達レベル（レベルⅠ）に達していない看護技術を選定することとした。すなわち選定した看護技術が新人研修で「一人でできる」のレベルに到達できるかどうかの実態を明らかにすることが本調査の目標である。

①新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】の「技術的側面：看護技術についての到達目標」（厚労省 2014）の看護技術 70 項目を選択した。

②①の 70 項目のうちの「心電図モニター・12 誘導の心電図の装着、管理」については、就職 1 年後の新人看護師の「一人でできる」の到達レベルに達する割合が異なる（福井 2009）ために、「心電図モニターの管理」と「12 誘導の心電図の装着、管理」の 2 つに分けた。1 項目を追加し、計 71 項目とした。

③厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「新人看護職員研修制度開始後の評価に関する研究」（佐々木 2014）の中で、80%以上の新人看護師が「一人でできる」とされた看護技術 11 項目を除外し、60 項目とした。

④第Ⅱ章の「看護基礎教育課程卒業時における学生の看護技術の到達に関する実態調査」の結果で、50%の教育機関が「一人で実施できる（レベルⅠ）」と回答した看護技術の 4 項目を除外し 56 項目とした。

⑤「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）で「学内演習で実施できる（レベルⅢ）」、「知識としてわかる（レベルⅣ）」とされている看護技術 53 項目を追加し 109 項目とした。

⑥第Ⅱ章の「看護基礎教育課程卒業時における学生の看護技術の到達に関する実態調査」の結果で、50%以上の教育機関が教員や指導者の「指導のもとで実施できる（レベルⅡ）」と回答した看護技術 36 項目を追加し、145 項目とした。

⑦25%以上の教育機関が見学・見学もしなかったと回答した看護技術 11 項目を追加し、156 項目とした。

⑧50%未満の教育機関が「一人で実施できる（レベルⅠ）」または「指導のもと

で実施できる(レベルⅡ)」と回答した看護技術4項目を追加し、160項目とした。

⑨重複している 87 項目を除外し、最終的な調査対象とする看護技術項目を 73 項目とした。

なお、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」に示されている「学内演習で実施できる」「知識としてわかる」看護技術で、新人研修で提示されていない看護技術 6 項目については、「一人のできる」の到達レベルの看護技術の項目名に変更した。

(2) 看護技術の到達レベル

各看護技術の到達レベルに関しては、「一人のできる」に着目し、新人看護師および就職後 2 年目の看護師のうち、どの程度の割合が 1 年あるいは 2 年修了時点で、到達しているかについて回答を依頼した。到達している看護師の割合は、各病院の新人看護師および就職後 2 年目の看護師の「75%以上」、「75%未満 50%以上」、「50%未満 25%以上」、「25%未満」、「0%」の 5 段階とした。

なお、「一人のできる」とは、患者の状態を判断し、援助の必要性和患者に適した方法を決定し、患者に実施し、実施後の評価ができる段階に到達している状態とした。

(3) 「新人看護師の一人のできる割合」が 50%未満と回答した理由

新人研修修了時点で、「新人看護師の一人のできる割合」が 50%未満の看護技術については、その理由を明らかにするために、①看護師側要因(「新人看護師の技術が未熟」)、②患者側要因(「対象患者がいない」、「患者のリスクが高い」)、③病院側要因(「十分な指導ができない」)の視点から回答を依頼した。

3) 看護技術の難易度と必要性

(1) 看護技術の難易度

新人看護師の基本的な能力として、6 つ(①患者の生じている症状に対する変化・予測のアセスメント、②患者の身体機能のアセスメント、③患者の病態に適した治療薬か否かの判断、④患者のこれまでの生活に関するアセスメント、⑤患者のニーズの把握、⑥看護技術(テクニック))をあげ、回答者が新人看護師に不足していると思われる能力の順位づけを依頼した。

（２）看護技術項目の必要性

今回の調査で対象とした 73 項目の看護技術以外で、回答者が必要と判断する技術を自由に記載するよう依頼した。さらに 73 項目の看護技術の中で、新人研修では必要ないと判断する技術をあげるよう依頼した。

４）実施されている研修方法

研修方法に関しては、（１）看護技術 73 項目について集合研修（講義・演習）および職場内教育（On the Job Training : OJT）での実施の有無、（２）集合研修の方法（講義・演習）、（３）OJT の方法を質問した。

OJT の方法については、患者の個別性を考慮した実践につながる指導が行われているか否かを把握するために、新人看護師の「患者に看護技術を実施する前の準備状況」や「実施後の振り返り」の状況について質問をした。振り返りに関する質問内容は、松尾（2014）の文献を参考にした。

５）学習環境と教材の整備状況

新人看護師が自己学習できる環境が整えられているか否かについて質問した。具体的には、（１）病院の整備状況、（２）視聴覚教材等の整備状況、（３）教材の整備状況について回答を依頼した。

Ⅲ－２－４ データ収集方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。

調査票は、病院の看護部代表者宛に研究依頼文書と研修責任者に渡してもらう研究依頼文書、研究計画書、調査票、返信用封筒を郵送し、看護部代表者から研修責任者に調査の依頼をしてもらった。返信は、直接返信用封筒に入れて 3 週間程度で返信するように依頼をした。締切日直前に再度、調査協力へのはがきを 809 病院に発送した。

Ⅲ－２－５ 調査期間

調査票の発送から回収までの期間は平成 29 年 1 月 30 日～3 月 10 日である。

Ⅲ－２－６ データ分析方法

データの分析は、IBM SPSS 21.0J for Windows を用いて、記述統計により行

った。「その他」の回答（自由記述）については、類似内容をまとめて集計した。

また、新人看護師数、集合研修の総時間数、看護技術に関する集合研修の時間数、各看護技術の新人看護師の「一人でできる」割合について、400～599 床以下と 600 床以上との比較をするために Wilcoxon の順位和検定を用いて分析した。有意水準は 5%とした。各看護技術の新人看護師の「一人でできる」割合については、「75%以上の場合を 4 点」、「75%未満 50%以上を 3 点」、「50%未満 25%以上を 2 点」、「25%未満を 1 点」、「0%を 0 点」として点数化した。平均値が高くなるほど「一人でできる」割合が高くなる。

400～599 床以下と 600 床以上とを比較した理由は、平成 23 年医療施設静態調査（厚労省 2011）で 600 床以上の病院が「新人看護職員研修ガイドラインに沿った研修」を 95%以上実施しているとされているからである。

Ⅲ－２－７ 倫理的配慮

研究依頼文書には、本研究への協力は自由意思であり、協力しなかった場合の不利益はないこと、病院名の匿名性の確保、学会等での公表の可能性、調査票の回答および返信を以って、同意を得ることを明記した。なお、本研究は「東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理委員会」の承認を得て実施した（承認番号：院 28-31）。

Ⅲ－３ 結 果

調査対象 809 病院のうち、168 病院から回答を得た（回収率 20.8%）。このうち、新人研修は実施しているが「看護技術の評価を行っていない」との回答があった 1 病院および当該年度の新人看護師の採用がない 2 病院を除外し、165 病院を分析対象とした（有効回答率 98.2%）。165 病院の病床区分毎の回収率は、17～29%に分布していた（表Ⅲ－2）。

また調査項目毎に回答した病院数が異なる。そのために分析対象は、看護技術 73 項目の新人看護師の「一人でできる」割合については 156 病院、2 年目看護師の「一人でできる」割合は 120 病院、集合研修および職場内教育（OJT）の実施状況は 154 病院を分析対象とした。新人研修における集合研修の総時間数および看護技術に費やす集合研修の時間数については、年間の法定労働時間

(2085 時間) を超えた 3 病院を除外し、162 病院を分析対象とした。それ以外の調査項目については 165 病院を分析対象とした。

Ⅲ－３－１ 属性等

１．分析対象病院の病床数

病床数毎の分析対象病院について表Ⅲ－２に示す。600 床未満の病院からの回答が 60%以上を占めていた。

２．平成 28 年度採用の新人看護師数

平成 28 年度採用の新人看護師数を表Ⅲ－３および図Ⅲ－３に示す。

調査対象病院の平成 28 年度の新人看護師数は平均 38.8 ± 28.3 (M $\pm$ SD) 人であった。新人看護師の採用は、病床数の増加に伴い単調に増加しており、700 床以上の病院では新人看護師の採用数は 70 人（平均値）を超えていた。

400 床以上の病院での新人看護師の採用は、1～137 人の広い範囲に分布しており、11～30 人にピークがあった。

新人看護師の採用数については、400～599 床以下に比して 600 床以上が有意に多かった ($p=0.001$)。

３．新人看護師の夜勤を開始する時期

夜勤開始の時期を表Ⅲ－４に示す。

夜勤開始の時期は、6 月が 39 病院 (23.6%)、次いで 5 月が 35 病院 (21.2%)、7 月が 25 病院 (15.2%) であり、60%の病院が 5 月～7 月の間に開始していた。夜勤を開始する時期が最も早かったのは 4 月で 6 病院 (3.6%) であった。

４．新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】（以下、ガイドライン）に沿った研修の実施状況

実施状況の結果を表Ⅲ－５に示す。

「新人看護職員研修ガイドラインに沿った研修を実施している」と回答した病院は 159 病院 (96.4%) であった。「ガイドラインに沿わない研修を実施している」と回答した病院は 6 病院 (3.6%) で、この 6 病院はガイドラインの「技術的側面：看護技術についての到達目標」(厚労省 2014) を「一部活用している」と回答した。

5. ガイドラインに提示された「技術的側面：看護技術についての到達目標」の活用状況

活用状況の結果を表Ⅲ－6 に示す。

「技術的側面：看護技術についての到達目標」の活用状況は、「活用している」が 129 病院（78.2%）、「一部を活用している」が 34 病院（20.6%）、無回答が 2 病院（1.2%）であった。

一部を活用している理由は、「自施設にあった到達目標に一部変更しているため」10 病院、「特殊な医療領域で経験できる看護技術が限られているため」9 病院、「県や設置団体で作成した看護技術項目を活用しているため」4 病院、「従来から自施設で使用している到達目標があるため」2 病院、「今後、活用予定で一部を取り入れ始めている」1 病院であった。「特殊な医療領域で経験できる看護技術が限られているため」と回答した 9 病院のうち、7 病院が精神科単科の病院であった。

6. 新人研修における集合研修の総時間数および看護技術に関する集合研修の時間数

集合研修の総時間数を表Ⅲ－7、図Ⅲ－4 に、看護技術に関する集合研修の時間数を表Ⅲ－8、図Ⅲ－5 に示す。

集合研修の総時間数は平均 104.8 ± 119.1 (M $\pm$ SD) 時間で、病院間のばらつき（8～1115 時間）がみられた。集合研修の総時間数は 76～100 時間が最も多く、全体の約 20%を占めている。

看護技術に関する集合研修の時間数は平均 44.0 ± 74.3 (M $\pm$ SD) 時間で、病院間のばらつき（0～754 時間）がみられた。看護技術に関する集合研修は 11～20 時間が多く、また看護技術に関する集合研修の時間数は平均値をみると集合研修の総時間数の 4 割程度を占めていた。

集合研修の総時間数、看護技術に関する集合研修の時間数については、400～599 床以下、600 床以上の間では有意差が認められなかった（表Ⅲ－9）。

Ⅲ－3－2 新人研修修了時点における看護技術の到達

1. 新人研修における看護技術の到達に関する評価の実態

新人看護師の看護技術の到達に関する評価は分析対象病院全てにおいて実施

されていた。

評価を実施する時期、評価方法、評価者について、表Ⅲ－10、11、12に示す。

1) 新人看護師の看護技術に関する評価を実施する時期（複数回答）

評価を、「定期的に評価している」が149病院（90.3%）で9割の病院が定期的に行っていた。「3ヶ月に一度」が69病院（46.3%）と最も多かった。「その他」は60病院（40.3%）で、その他の中で、「3ヶ月、6ヶ月、1年」と年3回行っているが最も多かった。

個々の看護技術毎に決めている到達時に評価を行っている病院は16病院（9.7%）であった。

2) 新人看護師の看護技術に関する評価方法（複数回答）

評価方法としては、新人看護師による「自己評価」が146病院（88.5%）で最も多かった。臨床現場で看護技術を実施している場面を評価している病院は51病院（30.9%）であった。病院数は少ないがOSCEで評価している病院もあった。

3) 新人看護師の看護技術を評価する者（複数回答）

評価者は、実地指導者が132病院（80.0%）で最も多く、次いで教育担当者76病院（46.1%）であった。「その他」は、看護師としての経験が3年目の看護師が7病院、4年目が4病院などであった。

なお、教育担当者、実地指導者は、新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】に示された教育担当者、実地指導者に該当する者である。

2. 新人研修修了時に新人看護師が「一人でできる」看護技術

1) 新人看護師が「一人でできる」到達レベルに達した看護技術の項目数

新人看護師が「一人でできる」到達レベルに達した看護技術の項目数を表Ⅲ－13に示す。表の中の、75%以上、75%未満50%以上、50%未満25%以上、25%未満は、「一人でできる」と回答した病院の割合を示す一方、「一人でできる」新人看護師の割合を示している。

なお、病院の割合については、75%未満50%以上と50%未満25%以上を、以

下、74～50%、49～25%と記載する。

75%以上の病院が、新人看護師の 75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術はなかった。

74～50%の病院が、新人看護師の 75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術は 14 項目であった。49～25%、25%未満の病院が新人看護師の 75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術は 19 項目、3 項目であった。

49～25%の病院が、新人看護師の 75%未満 50%以上が「一人でできる」と回答した看護技術は 16 項目であった。25%未満の病院では 1 項目であった。

49～25%の病院が、新人看護師の 50%未満 25%以上が「一人でできる」と回答した看護技術は 6 項目であった。

49～25%の病院が、新人看護師の 25%未満が「一人でできる」と回答した看護技術は 12 項目で、25%未満の病院は 2 項目であった。

2) 新人研修修了時に新人看護師の 75%以上が「一人でできる」看護技術

(1) 74～50%の病院が、新人看護師の 75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術 (14 項目)

74～50%の病院が、新人看護師の 75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術 14 項目を表Ⅲ－14 に示す。

14 項目は「血糖値測定と検体の取扱い*」(72.4%)、「静脈血採血と検体の取扱い*」(67.9%)、「経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬*」(66.7%)、「医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い*」(66.0%)、「患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助*」(62.8%)、「輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換*」(59.6%)、「口腔ケア*」(59.0%)、「採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い」(57.7%)、「ポータブルトイレでの患者の排泄援助」(55.8%)、「失禁している患者のケア」(55.1%)、「誤薬防止の手順に沿った与薬*」(54.5%)、「体位変換(手術後、麻痺等で活動に制限のある患者等への実施)*」(51.9%)、「静脈内注射、点滴静脈内注射」(50.6%)、「輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理」(50.0%)であった。

この 14 項目は、ガイドライン(厚労省 2014)では新人研修修了時の到達レベ

ルが「できる（レベルⅠ）」とされている看護技術で、このうち＊を付した 9 項目は 1 年以内に「できる（レベルⅠ）」とされている看護技術であった。

また、基礎教育における「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）では『単独で実施できる』看護技術 1 項目、『指導のもとで実施できる』看護技術 6 項目が含まれていた。

（２）49～25%の病院が、新人看護師の 75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術（19 項目）

49～25%の病院が、新人看護師の 75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術 19 項目を表Ⅲ－15 に示す。

19 項目は「転倒転落防止策の実施＊」（49.4%）、「入浴介助」（48.1%）、「患者の状態に合わせた安楽な体位保持」（48.1%）、「酸素吸入療法＊」（46.8%）、「浣腸」（46.2%）、「経管栄養法＊」（44.9%）、「吸引（口腔内、鼻腔内、気管内）＊」（42.9%）、「臥床患者、嚥下障害のある患者の食事介助＊」（42.3%）、「心電図モニター管理」（39.7%）、「食生活支援」（38.5%）、「体動、移動に注意が必要な患者への援助」（38.5%）、「皮下注射、筋肉内注射、皮内注射」（37.2%）、「インシュリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察」（36.5%）、「針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応＊」（36.5%）、「ネブライザー＊」（34.6%）、「膀胱内留置カテーテルの挿入と管理」（34.0%）、「無菌操作＊」（34.0%）、「抗菌薬、抗ウイルス薬等の用法の理解と副作用の観察」（32.1%）、「チームメンバーへの応援要請＊」（31.4%）であった。

この 19 項目には、療養上の世話に関する技術が 6 項目、ガイドライン（厚労省 2014）では 1 年以内にレベルⅠを目指すとする 9 項目（＊で付した）が含まれていた。

また基礎教育における「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）で示されている『単独で実施できる』看護技術の「チームメンバーへの応援要請」1 項目、『指導のもとで実施できる』看護技術の「転倒転落防止策の実施」、「入浴介助」、「酸素吸入療法」、「ネブライザー」、「無菌操作」の 5 項目が含まれていた。

（３）25%未満の病院が、新人看護師の 75%以上が「一人でできる」と回答し

た看護技術（3 項目）

25%未満の病院が、新人看護師の 75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術 3 項目を表Ⅲ－16 に示す。

3 項目は「正確な検査が行えるための患者の準備」（24.4%）、「検査後の安静保持の援助」（22.4%）、「災害が発生した場合の指示に従った行動」（20.5%）であった。

この 3 項目は、基礎教育における「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）で示されているのみ（ガイドラインには示されていない）の項目で、到達レベルが『単独で実施できる』、あるいは『指導のもとで実施できる』看護技術であった。

3）新人研修修了時に 75%未満 50%以上の新人看護師が「一人でできる」看護技術

（1）49～25%の病院が、新人看護師の 75%未満 50%以上が「一人でできる」と回答した看護技術（16 項目）

49～25%の病院が、新人看護師の 75%未満 50%以上が「一人でできる」と回答した看護技術 16 項目を表Ⅲ－17 に示す。

16 項目は「入眠・睡眠への援助」（37.8%）、「意識レベルの把握」（37.8%）、「洗浄・消毒・滅菌の適切な選択」（37.8%）、「褥瘡の予防」（37.8%）、「罨法等身体安楽促進ケア」（36.5%）、「導尿」（34.0%）、「創傷処置（創傷の観察、無菌操作、消毒薬の特徴も含む）」（34.0%）、「目的に応じた安静保持の援助」（33.3%）、「体動制限による苦痛緩和」（32.7%）、「摘便」（32.1%）、「廃用性症候群予防・関節可動域訓練」（32.1%）、「患者の精神的安寧を保つためのケア」（30.8%）、「リラクゼーション技法」（28.2%）、「薬剤等の管理（毒薬・劇薬・麻薬・血液製剤を含む）」（26.9%）、「薬剤・放射線暴露防止策の実施」（26.3%）、「検査前・中・後の観察」（25.6%）であった。

この 16 項目には、療養上の世話に係る技術が 9 項目、このうちガイドラインの中で 1 年以内に「できる（レベルⅠ）」とされている「意識レベルの把握」と「褥瘡の予防」の 2 項目が含まれていた。

また、基礎教育における「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）のみで示されている項目で、「目的に応じた安静保持の援助」、「体動制限による苦痛緩和」、「検査前・中・後の観察」に関連した看護技術の到達レベルは『指導のもとで実施できる』である。

（２）25%未満の病院が、新人看護師の 75%未満 50%以上が「一人でできる」と回答した看護技術（1 項目）

25%未満の病院が、新人看護師の 75%未満 50%以上が「一人でできる」と回答した看護技術は「検査介助」（18.6%）の 1 項目であった。

この看護技術は、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）のみで示されている項目で、到達レベルは『指導のもとで実施できる』とされている。

4）新人研修修了時に新人看護師の 50%未満 25%以上が「一人でできる」看護技術

（１）49～25%の病院が、新人看護師の 50%未満 25%以上が「一人でできる」と回答した看護技術（6 項目）

49～25%の病院が、新人看護師の 50%未満 25%以上が「一人でできる」と回答した看護技術 6 項目を表Ⅲ－18 に示す。

6 項目は「体位ドレナージ」（28.8%）、「麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察」（28.2%）、「循環機能のアセスメント」（27.6%）、「輸血の準備、輸血中と輸血後の観察」（27.6%）、「動脈血採血の準備と検体の取り扱い」（27.6%）、「12 誘導心電図の装着、管理」（27.6%）であった。

この 6 項目は、与薬の技術、症状・生体機能管理技術、呼吸・循環の調整技術に関するものであった。また、ガイドライン（厚労省 2014）では、新人研修修了時の到達レベルが「できる（レベルⅠ）」とされている「動脈血採血の準備と検体の取り扱い」と「12 誘導心電図の装着、管理」が含まれていた。

5) 新人研修修了時に新人看護師の 25%未満が「一人でできる」看護技術

(1) 49～25%の病院が、新人看護師の 25%未満が「一人でできる」と回答した看護技術 (12 項目)

49～25%の病院が、新人看護師の 25%未満が「一人でできる」と回答した看護技術 12 項目を表Ⅲ－19 に示す。

12 項目は「人工呼吸器の管理」(47.4%)、「気管挿管の準備と介助」(47.4%)、「外傷性の止血」(44.2%)、「人工呼吸」(41.0%)、「気道確保」(39.1%)、「ストーマ造設患者のケア」(37.2%)、「閉鎖式心臓マッサージ」(36.5%)、「死後のケア」(34.0%)、「中心静脈内注射の準備・介助・管理」(31.4%)、「包帯法」(30.8%)、「沐浴」(28.2%)、「低圧持続吸引中の患者ケア」(26.3%)であった。

この 12 項目は、「人工呼吸器の管理」や救命救急処置技術などの身体侵襲の高い診療の補助に関する技術であった。「ストーマ造設患者のケア」、「沐浴」、「低圧持続吸引中の患者ケア」は、基礎教育における「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」(厚労省 2007)で示されている看護技術であり、特定の医療領域で実施する技術であった。

(2) 25%未満の病院が、新人看護師の 25%未満が「一人でできる」と回答した看護技術 (2 項目)

2 項目は、「AED」(24.4%)、「患者の電解質バランスのアセスメント」(22.4%)であった。

この 2 項目は、基礎教育における「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」(厚労省 2007)のみで示されている項目であった。

6) 25%以上の病院が無回答であった看護技術

25%以上の病院が無回答であった看護技術は、「検査介助」(32.0%)、「検査後の安静保持の援助」(29.5%)、「検査前・中・後の観察」(28.8%)、「沐浴」(28.8%)、「患者の電解質バランスのアセスメント」(28.3%)、「低圧持続吸引中の患者ケア」(26.9%)、「ストーマ造設患者のケア」(26.2%)、「正確な検査が行えるための患者の準備」(25.7%)、「循環機能のアセスメント」(25.6%)の

9 項目であった。

9 項目は、基礎教育における「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」(厚労省 2007) のみで示されている項目で、ガイドラインの「技術的側面：看護技術についての到達目標」(厚労省 2014) には示されていない看護技術であった。

3. 新人研修修了時に、新人看護師の「一人でできる」割合が 50%未満と回答した理由 (複数回答)

新人看護師の「一人でできる」割合が 50%未満と回答した理由を表Ⅲ-20 に示す。

「対象患者がいない」が理由として最も多くを占め、この理由に該当する看護技術は「包帯法」(90.2%)、「ストーマ造設患者のケア」(89.0%)、「沐浴」(88.9%)、「外傷性の止血」(86.1%)、「低圧持続吸引中の患者ケア」(84.3%)、「AED」(84.3%)、「死後のケア」(83.7%)、「気管挿管の準備と介助」(82.2%) など 18 項目であった。

「新人看護師の技術が未熟である」が理由とされた看護技術は、「循環機能のアセスメント」(63.9%)、「患者の電解質バランスのアセスメント」(61.0%) などがあつた。

「患者のリスクが高い」が理由としてあげられた看護技術としては、「人工呼吸器の管理」(39.7%)、「閉鎖式心臓マッサージ」(30.5%)、「人工呼吸」(30.4%)、「気道確保」(27.7%) であつた。

「十分な指導ができない」が理由としてあげられた看護技術としては、「患者の電解質バランスのアセスメント」(44.1%)、「循環機能のアセスメント」(39.3%)、体位ドレナージ(30.5%)、「人工呼吸器の管理」(23.3%)、「12 誘導心電図の装着、管理」(20.0%) であつた。

4. 病床数別の新人研修修了時の新人看護師が「一人でできる」看護技術の比較

病床数別の新人研修修了時の新人看護師が「一人でできる」看護技術の比較を表Ⅲ-21 に示す。

新人研修修了時に新人看護師が「一人でできる」看護技術について、600 床以上と 600 床未満の病院を比較した結果、600 床以上の方が有意に高かった看護技術は「患者の電解質バランスのアセスメント」($p=0.047$)、「輸液ライン等が入

っている患者の寝衣交換」(p=0.014)、「沐浴」(p=0.003)、「循環機能のアセスメント」(p=0.009)、「酸素吸入療法」(p=0.049)、「低圧持続吸引中の患者ケア」(p=0.017)、「皮下注射、筋肉内注射、皮内注射」(p=0.020)、「輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理」(p=0.023)、「中心静脈内注射の準備・介助・管理」(p=0.035)、「輸血の準備、輸血中と輸血後の観察」(p=0.002)、「インシュリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察」(p=0.017)、「麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察」(p=0.002)、「薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む)」(p=0.025)、「心電図モニター管理」(p=0.040)、「針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応」(p=0.022)、「誤薬防止の手順に沿った与薬」(p=0.019)の16項目であった。

5. 2年目修了時に一人でできる看護技術

1) 2年目看護師が「一人でできる」レベルの到達レベルに達した看護技術項目数

2年目看護師が「一人でできる」到達レベルに達した看護技術項目数を表Ⅲ-22に示す。

75%以上の病院が、2年目看護師の75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術は9項目であった。74～50%の病院が同様の回答をした看護技術は31項目で、49～25%の病院では21項目であった。

49～25%の病院が、2年目看護師の75%未満50%以上が「一人でできる」と回答した看護技術は5項目であった。

49～25%の病院が、2年目看護師の50%未満25%以上が「一人でできる」と回答した看護技術は5項目あった。

49～25%の病院が、2年目看護師の25%未満が「一人でできる」と回答した看護技術は1項目で、25%未満の病院では1項目であった。

2) 2年目修了時に、2年目看護師の75%以上が「一人でできる」看護技術

(1) 75%以上の病院が、2年目看護師の75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術(9項目)

75%以上の病院が、2年目看護師の75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術9項目を表Ⅲ－23に示す。

9項目は「静脈血採血と検体の取扱い」(84.2%)、「血糖値測定と検体の取扱い」(82.5%)、「経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬」(81.7%)、「患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助」(80.8%)、「ポータブルトイレでの患者の排泄援助」(80.0%)、「失禁している患者のケア」(79.2%)、「口腔ケア」(79.2%)、「輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換」(78.3%)、「採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い」(78.3%)であった。

これらの看護技術は、すべてが74～50%の病院が、新人看護師の75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術であった。

(2) 74～50%の病院が、2年目看護師の75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術(31項目)

74～50%の病院が、2年目看護師の75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術31項目を表Ⅲ－24に示す。

31項目は「入浴介助」(73.3%)、「静脈内注射、点滴静脈内注射」(72.5%)、「医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い」(72.5%)、「浣腸」(71.7%)、「輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理」(71.7%)、「誤薬防止の手順に沿った与薬」(70.8%)、「患者の状態に合わせた安楽な体位保持」(69.2%)、「酸素吸入療法」(67.5%)、「吸引(口腔内、鼻腔内、気管内)」(67.5%)、「体位変換(手術後、麻痺等で活動に制限のある患者等への実施)」(66.7%)、「経管栄養法」(65.8%)、「インシュリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察」(65.0%)、「転倒転落防止策の実施」(64.2%)、「臥床患者、嚥下障害のある患者の食事介助」(62.5%)、「膀胱内留置カテーテルの挿入と管理」(62.5%)、「体動、移動に必要な患者への援助」(62.5%)、「皮下注射、筋肉内注射、皮内注射」(62.5%)、「心電図モニター管理」(60.8%)、「導尿」(60.0%)、「摘便」(60.0%)、「入眠・睡眠への援助」(59.2%)、「無菌操作」(59.2%)、「洗浄・消毒・滅菌の適切な選択」(59.2%)、「食生活支援」(58.3%)、「抗菌薬、抗ウイルス薬等の用法の理解と副作用の観察」(57.5%)、「体動制限による苦痛緩和」(56.7%)、「ネブライザー」(55.8%)、「罨法等身体安楽促進ケア」(54.2%)、「チームメンバーへの応援要請」(54.2%)、「褥瘡の予防」(53.3%)、「意識レベルの把握」

(52.5%)であった。

これらの看護技術は、49～25%の病院が、75%以上の新人看護師が「一人で行える」と回答した看護技術 19 項目のうち、「針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応」以外の 18 項目であった。

(3) 49～25%の病院が、2 年目看護師の 75%以上が「一人で行える」と回答した看護技術 (21 項目)

49～25%の病院が、2 年目看護師の 75%以上が「一人で行える」と回答した看護技術 21 項目を表Ⅲ－25 に示す。

21 項目は「検査後の安静保持の援助」(49.2%)、「針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応」(48.3%)、「輸血の準備、輸血中と輸血後の観察」(47.5%)、「創傷処置(創傷の観察、無菌操作、消毒薬の特徴も含む)」(46.7%)、「正確な検査が行えるための患者の準備」(46.7%)、「目的に応じた安静保持の援助」(45.8%)、「検査前・中・後の観察」(45.8%)、「動脈血採血の準備と検体の取り扱い」(45.0%)、「薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む)」(42.5%)、「麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察」(41.7%)、「患者の精神的安寧を保つためのケア」(40.0%)、「薬剤・放射線暴露防止策の実施」(39.2%)、「廃用性症候群予防・関節可動域訓練」(36.7%)、検査介助(35.8)、「AED」(35.0%)、「12 誘導心電図の装着、管理」(34.2%)、「災害が発生した場合の指示に従った行動」(32.5%)、「リラクゼーション技法」(32.5%)、「閉鎖式心臓マッサージ」(31.7%)、「死後のケア」(30.8%)、「気道確保」(27.5%)であった。

3) 2 年目修了時に、2 年目看護師の 75%未満 50%以上が「一人で行える」看護技術

(1) 49～25%の病院が、2 年目看護師の 75%未満 50%以上が「一人で行える」と回答した看護技術 (5 項目)

49～25%の病院が、2 年目看護師の 75%未満 50%以上が「一人で行える」と回答した看護技術 5 項目を表Ⅲ－26 に示す。

5 項目は「中心静脈内注射の準備・介助・管理」(32.5%)、「循環機能のアセスメント」(32.5%)、「体位ドレナージ」(29.2%)、「患者の電解質バランスのアセスメント」(28.3%)、「低圧持続吸引中の患者ケア」(26.7%)であった。

4) 2 年目修了時に、2 年目看護師の 50%未満 25%以上が「一人でできる」看護技術

(1) 49~25%の病院が、2 年目看護師の 50%未満 25%以上が「一人でできる」と回答した看護技術 (5 項目)

49~25%の病院が、2 年目看護師の 50%未満 25%以上が「一人でできる」と回答した看護技術 5 項目を表Ⅲ-27 に示す。

5 項目は「ストーマ造設患者のケア」(29.2%)、「人工呼吸器の管理」(29.2%)、「包帯法」(29.2%)、「人工呼吸」(29.2%)、「気管挿管の準備と介助」(28.3%)であった。

5) 2 年目修了時に、2 年目看護師の 25%未満が「一人でできる」看護技術

(1) 49~25%の病院が、2 年目看護師の 25%未満が「一人でできる」と回答した看護技術 (1 項目)

49~25%の病院が、2 年目看護師の 25%未満が「一人でできる」と回答した看護技術は「沐浴」(28.3%) の 1 項目のみであった。

(2) 25%未満の病院が、2 年目看護師の 25%未満が「一人でできる」と回答した看護技術 (1 項目)

25%未満の病院が、2 年目看護師の 25%未満が「一人でできる」と回答した看護技術は、「外傷性の止血」(24.2%) の 1 項目であった。

6. 看護技術の難易度と必要性

1) 新人看護師の基本的能力として不足と思われる能力

新人看護師の基本的能力として、①患者の生じている症状に対する変化・予測のアセスメント、②患者の病態に適した治療薬か否かの判断（量、時間、投与方法も含む）、③患者の身体機能のアセスメント（フィジカルアセスメント）、④患者のこれまでの生活に関するアセスメント、⑤患者のニーズの把握、⑥看護技術（テクニック）の 6 つの能力をあげ、回答者が最も不足していると思う能力を選択してもらった結果を表Ⅲ－28 に示す。

第 1 位にあげられた能力は、「患者の生じている症状に対する変化・予測のアセスメント」が 85 病院（51.5%）で最も多かった。次いで「患者の病態に適した治療薬か否かの判断（量、時間、投与方法も含む）」31 病院（18.8%）、「患者の身体機能のアセスメント（フィジカルアセスメント）」が 30 病院（18.2%）であった。一方、「患者のこれまでの生活に関するアセスメント」が 8 病院（4.8%）、「患者のニーズの把握」が 9 病院（5.5%）、「看護技術（テクニック）」は回答した病院がなく、不足と思った回答者は少なかった。

2) 新人研修に必要ないと回答した看護技術

調査項目 73 項目で、新人研修では必要ないと回答した看護技術の中の 10 位を表Ⅲ－29 に示す。

「沐浴」33 病院（41.8%）、「包帯法」27 病院（34.2%）、「外傷性の止血」14 病院（17.7%）、「ストーマ造設患者のケア」13 病院（16.5%）、「皮下注射、筋肉内注射、皮内注射」12 病院（15.2%）、「人工呼吸器の管理」10 病院（12.7%）、「リラクゼーション技法」10 病院（12.7%）、「低圧持続吸引中の患者ケア」8 病院（10.1%）、「検査介助」8 病院（10.1%）、「ネブライザー」7 病院（8.9%）であった。

3) 新人研修に必要と回答した看護技術

調査項目とした 73 の看護技術以外で新人研修に必要と回答した看護技術を表Ⅲ－30 に示す。

「コミュニケーション技術」10 病院（28.6%）、「接遇」5 病院（14.3%）、「認知症患者への対応ケア」4 病院（11.4%）、「入院時支援・退院支援」3 病院（8.6%）、「身体拘束」2 病院（5.7%）、「社会人基礎力」1 病院（2.9%）、「輸液管理」1 病院（2.9%）、「記録」1 病院（2.9%）、「化学療法中の患者の観察、ケア」1 病院（2.9%）、「深部静脈血栓症の予防対策」1 病院（2.9%）、「アナフィラキシー

への対処」1 病院 (2.9%)、「除細動の介助」1 病院 (2.9%) があげられた。しかし、必要と回答した病院数は「コミュニケーション技術」を除き、5 病院以下であった。

7. 実施している研修方法

1) 集合研修および職場内教育 (OJT) を通して教育している看護技術

(1) 集合研修の「講義」を通して教育している看護技術

50%以上の病院が「講義」を通して教育していた看護技術 24 項目を図Ⅲ－6 に示す。

「輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理」(84.4%)、「閉鎖式心臓マッサージ」(80.5%)、「AED」(78.6%)、「褥瘡の予防」(76.6%)、「静脈内注射、点滴静脈内注射」(76.6%)、「気道確保」(76.6%)、「人工呼吸」(76.6%)、「チームメンバーへの応援要請」(70.8%)、「針刺し切創等による職業感染防止対策と事故後の対応」(68.8%)、「意識レベルの把握」(64.9%)、「静脈血採血と検体の取扱い」(64.3%)、「誤薬防止の手順に沿った与薬」(63.6%)、「インシュリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察」(63.0%)、「吸引(口腔内、鼻腔内、気管内)」(62.3%)、「皮下注射、筋肉内注射、皮内注射」(59.7%)、「輸血の準備、輸血中と輸血後の観察」(59.7%)、「気管挿管の準備と介助」(58.4%)、「麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察」(57.1%)、「薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む)」(56.5%)、「医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い」(55.2%)、「人工呼吸器の管理」(52.6%)、「転倒転落防止策の実施」(52.6%)、「血糖値測定と検体の取扱い」(51.3%)、「酸素吸入療法」(50.6%) の 24 項目であった。

ガイドラインの「技術的側面：看護技術についての到達目標」(厚労省 2014) に示されている救命救急処置技術 7 項目中 6 項目、与薬の技術 10 項目中 7 項目、呼吸・循環を整える技術 6 項目中 3 項目、安全確保・感染管理の技術 4 項目、症状・生体機能管理技術 2 項目、創傷管理技術 1 項目が講義を通して教育されていた。

これらの 24 項目には、74～50%の病院が、新人看護師の 75%以上が「一人で行える」と回答した看護技術 6 項目が含まれていた。

（２）集合研修の「演習」を通して教育している看護技術

50%以上の病院が演習を通して教育していた看護技術 13 項目を図Ⅲ－7 に示す。

「閉鎖式心臓マッサージ」(85.1%)、「AED」(83.8%)、「静脈内注射・点滴静脈内注射」(82.5%)、「輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理」(81.2%)、「気道確保」(79.9%)、「人工呼吸」(79.2%)、「チームメンバーへの応援要請」(66.2%)、「吸引(口腔内、鼻腔内、気管内)」(64.9%)、「静脈血採血と検体の取扱い」(59.7%)、「皮下注射、筋肉内注射、皮内注射」(57.8%)「気管挿管の準備と介助」(57.8%)、「褥瘡の予防」(56.5%)、「意識レベルの把握」(52.6%)の 13 項目であった。

75%以上の病院が「演習」を通して教育していた看護技術 6 項目は、75%以上の病院で「講義」を通して教育していた看護技術でもあった。

50%以上の病院が演習を通して教育していた看護技術は、救命救急処置技術 7 項目、与薬の技術 3 項目、呼吸・循環を整える技術 1 項目、症状・生体機能管理技術 1 項目、創傷管理技術 1 項目であった。

（３）職場内教育（OJT）を通して教育している看護技術

看護技術 73 項目のうち、72 項目は、50%以上の病院で OJT を通して教育していた看護技術であった。「AED」については、OJT を通して教育していた病院は 49.4%であった。

75%以上の病院が OJT を通して教育していた看護技術 22 項目を図Ⅲ－8 に示す。

「入浴介助」(85.1%)、「摘便」(83.1%)、「患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助」(82.5%)、「ポータブルトイレでの患者の排泄援助」(82.5%)、「浣腸」(81.2%)、「無菌操作」(80.5%)、「失禁している患者のケア」(79.9%)、「入眠・睡眠への援助」(79.9%)、「経管栄養法」(79.2%)、「輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換」(79.2%)、「中心静脈内注射の準備・介助・管理」(79.2%)、「採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い」(78.6%)、「罨法等身体安楽促進ケア」(78.6%)、「ネブライザーの実施」(77.9%)、「動脈血採血の準備と検体の取り扱い」(77.3%)、「導尿」(76.6%)、「体動制限による苦痛緩和」(76.6%)、「死後のケア」(76.6%)、「臥床患者、嚥下障害のある患者の食事介助」(75.3%)、「膀胱内留置カテーテルの挿入と管理」(75.3%)、「廃用性症候

群予防・関節可動域訓練」(75.3%)、「経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬」(75.3%)の22項目であった。

75%以上の病院がOJTを通して教育していた看護技術22項目のうち、7項目は排泄援助技術であった。また22項目には、50%以上の病院で講義・演習を通して教育していた看護技術はなかった。74~50%の病院が、新人看護師の75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術のうち、「輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理」と「静脈内注射、点滴静脈内注射」は75%以上の病院が講義・演習を通して教育していたが、OJTでは「輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理」が102病院(66.2%)、「静脈内注射、点滴静脈内注射」は98病院(63.6%)であった。

2) 指導方法

(1) 講義(複数回答)

集合研修の講義方法では、「院内での講義」164病院(99.4%)が最も多く、次いで「eラーニング」が70病院(42.4%)、「外部研修」60病院(36.4%)であった(表Ⅲ-31)。

(2) 演習(複数回答)

演習では、「デモストレーションの見学」140病院(84.8%)、「シミュレータを用いた技術練習」は138病院(83.6%)で行われていた。「ロールプレイによる演習」は114病院(69.1%)、「シミュレーション教育」は94病院(57.0%)であった(表Ⅲ-32)。

(3) OJTの方法(複数回答)

新人看護師に対するOJTで、直接指導にあたる看護師の配置状況について、「数人の指導者で勤務に合わせて決めている」が72病院(43.6%)、「指導者は一定の期間、固定して決まっている」62病院(37.6%)であった。指導者が固定されている期間については、「1年」49病院、「6ヶ月」3病院などであった(表Ⅲ-33)。

患者に看護技術を提供する際に、実施前の新人看護師の準備状況を把握し指導を「実施している」病院は150病院(90.9%)であった(表Ⅲ-34)。実施していた病院において、実施前の新人看護師の準備状況の把握と指導の実施状況

について、表Ⅲ－35、図Ⅲ－9に示す。

実施前のレディネス把握では、「各新人看護師の技術修得状況の把握」は133病院(88.7%)で、「集合研修で行われた内容と方法の把握」は105病院(70.0%)であった。

指導状況は、「実施する患者への実施方法の確認」97病院(64.7%)、「実施する患者の看護技術の必要性の確認」83病院(55.3%)、「患者へ実施するにあたっての新人看護師の目標の確認」60病院(40.0%)であった。

実施後の振り返りを「実施している」病院は150病院(90.9%)であった(表Ⅲ－36)。この実施している病院においての実施後の振り返り内容の実施状況を表Ⅲ－37、図Ⅲ－10に示す。

「うまくいかなかった場合、どうすればできるようになるかを考えてもらう」が113病院(75.3%)、「なぜうまくいかなかったのか原因を語ってもらう」が108病院(72.0%)と「うまくいかなかった場合の振り返りを行っている病院が7割以上であった。

「なぜうまくいったのかの原因を語ってもらう」が75病院(50.0%)、「うまくいくパターンを認識してもらう」が45病院(30.0%)、「うまくいった場合は、より良い方法はなかったかを考えてもらう」が40病院(26.7%)であった。

「同じ看護技術を繰り返し行えるようにしている」が103病院(68.7%)、「実施内容から看護の価値や意味を考えてもらう」が45病院(30.0%)であった。

8. 学習環境および教材の整備状況

1) 病院の整備状況(複数回答)

病院の整備状況に関して、表Ⅲ－38に示す。

「図書室」が135病院(81.8%)と最も多かった。「ラボ室」は65病院(39.4%)で、今回の調査対象とした400床以上の病院の約4割に設置されていた。ラボ室が設置されている病院で「インストラクターがいる」病院は、22病院(33.8%)であった。

2) 視聴覚教材の整備状況(複数回答)

視聴覚教材の整備状況について、表Ⅲ－39に示す。

「e-ラーニング」が68病院(41.2%)、「Web上で視聴できる看護技術のビデオ」が63病院(38.2%)であった。

3) 病院が保有するシミュレータ (複数回答)

病院が保有しているシミュレータについて、表Ⅲ－40 に示す。

最も多くの病院が保有していたシミュレータは、「採血・静注シミュレータ」で 139 病院 (84.2%) であった。次いで、「一次救命ができるモデル人形」 127 病院 (77.0%) であった。

Ⅲ－4 考察

Ⅲ－4－1 新人看護師 (400 床以上の病院勤務) の看護技術

―到達レベルを指標として―

1. 新人研修修了時に新人看護師が「一人でできる」看護技術項目

本研究では、大規模病院に所属する新人看護師における看護技術の到達レベルの実態を把握するために、400 床以上の病床数を有する病院を対象に、各病院における看護技術の到達レベルとして、主に「一人でできる」に着目して調査を行った。本研究で対象とした 400 床以上の大規模病院の 75%以上の病院が、新人看護師の 75%以上が「一人でできる」レベルに到達したと回答した看護技術はなく、同様の回答をした病院が 50%以上の看護技術は 14 項目で、本調査対象の看護技術 73 項目の約 2 割にとどまった。福井 (2009) の研究では、新人看護師が一人でできると回答された割合が 8 割を超えた看護技術は 98 項目中 41 項目 (41.8%) と報告されており、「一人でできる」看護技術の数が減少している。

この 14 項目は、上泉 (2010)、佐々木 (2014)、小野 (2006)、本谷ら (2008) などが行った調査でも、新人看護師が 1 年間で「一人でできる」レベルに到達していた看護技術である。また、14 項目の看護技術は、臨床での実施頻度が高い (上泉 2010, 佐々木 2014) とともに報告されており、臨床では日常的に行われている技術で、新人看護師が繰り返し実施できる看護技術である。そのため、新人研修期間 (1 年間) 内に「一人でできる」に到達できる看護技術と考える。

14 項目の中の「静脈内注射、点滴静脈内注射」、「静脈血採血と検体の取り扱い」、「輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理」は、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」(厚労省 2007) において、基礎教育における卒業時の到達レベルが「学内演習で実施できる」とされているにもかかわらず、新人研修修了

時には「一人でできる」レベルに達している看護技術であった。これらの看護技術は、臨床が新人看護師に就職時から期待している看護技術（飯島ら 2008）で、一方、新人看護師にとっては就職後に困った技術である（高橋ら 2014）と指摘されており、新人研修の集合研修（講義・演習）・OJT をとおして教育されたためと考える。

「採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い」、「直腸内与薬」や「患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助」は、第Ⅱ章の結果からも、基礎教育では卒業時点で「指導のもとで実施できる」に到達することが難しい看護技術であった。その理由として、実習時間や実習場所の制約（石川 2017）や患者の羞恥心への配慮による制約（折山ら 2015）と報告されている。しかし、看護師になることで制約がなくなったこと、OJT を通して教育を受けながら繰り返し実施できることによって「一人でできる」に到達できたと考える。

一方、ガイドラインの「技術的側面：看護技術についての到達目標」（厚労省 2014）で1年以内に「できる（レベルⅠ）」を目指す項目である「ネブライザー」、「吸引（口腔内、鼻腔内、気管内）」、「酸素吸入療法」、「経管栄養」、「無菌操作」については、福井（2009）、本谷ら（2008）、小野（2006）の報告では、新人看護師が1年間で「一人でできる」に到達した看護技術であるとされている。しかし本調査では、新人看護師の75%以上が「一人でできる」と回答した病院は50%に満たなかった。これは「ネブライザー」、「酸素吸入療法」、「無菌操作」は、基礎教育における「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）では「指導のもとでできる」レベルの到達が求められているにもかかわらず、卒業時点での到達レベルが「臨床で実施を見学した」レベルであったこと（石川 2017）が影響していると考えられる。「吸引（口腔内、鼻腔内、気管内）」、「経管栄養」は、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）では「学内演習で実施できる」の到達レベルが求められている。「経管栄養」や「吸引」は身体侵襲のある看護技術であり、医療安全の観点から、臨地実習で体験することができない。

診療の補助に係る技術の中で、基礎教育において「見学」または「見学もできない」到達レベルであった看護技術が、新人研修の期間内に「一人でできる」レベルに到達できるか否かに影響しているといえる。

2. 新人研修修了時に「一人でできる」に到達することが難しい看護技術 ー対象患者がいないー

「一人でできる」レベルに到達できた新人看護師が 50%に満たないとされた看護技術は 20 項目で、その理由として「対象患者がいない」があげられた看護技術は 18 項目であった。

「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」、「外傷性の止血」、「AED」の救命救急処置技術と「人工呼吸器の管理」は、大規模病院の一般病床において、病態の急変患者に遭遇することはまれである。心肺停止発生時には救命救急に対応できる医師や看護師が複数名駆けつけ対応する仕組み（安宅ら 2014）や、近年では院内急変対応チーム（Raid Response Team：RRT）が早期に急変に対応するシステムが導入されており（森安ら 2014）、システムが整っている大規模病院ほど病棟看護師が行う機会は少ない。このために新人看護師が救命救急処置技術を実際に経験することは少ない。「人工呼吸器の管理」については、大規模病院では集中治療室という限られた部署での管理となることが多く、一般病床では対象となる患者は少ない。また身体侵襲の高い技術であり、「新人看護師の技術が未熟」なまま実施することで「患者のリスクが高く」なる。このために新人看護師の経験する機会が少ないと考えられる。

このように、救命救急処置技術、「人工呼吸器の管理」は生命に直結した技術であり、専門性の高い医療者によって行われているために、新人看護師が臨床現場において実施することは難しい。過去約 20 年間の先行研究でも、これらの看護技術は、新人看護師が「一人でできる」レベルに到達するのは困難である（辻村 2002, 福井 2009, 本谷ら 2008, 小野 2006）とされている。本調査で行った、2 年修了時点でも、「一人でできる」に到達している看護師は半数にも満たなかった。岩山ら（2015）の調査では、3 年目の看護師の 60%が「演習でできる」レベルにとどまり、玉井（2008）は、看護師がこれらの項目を一人でできるには 5～10 年以上はかかると述べている。これらの情報を統合的に判断すると、救命救急処置に関する技術は、新人看護師が「一人でできる」レベルに到達することは難しい。新人研修ガイドラインの「技術的側面：看護技術についての到達目標」（厚労省 2014）では 1 年以内にレベルⅡ（指導のもとでできる）に到達が望まれる看護技術とされている。一方で、一次救命処置（basic life

support : BLS) に関しては、心肺機能停止が疑われる急変した患者に対しては、即座に開始する必要があるため、新人看護師も医療者として行えるようにしておく必要がある。

「沐浴」、「ストーマ造設患者のケア」、「低圧持続吸引中の患者ケア」、「包帯法」が「一人でできる」レベルに到達できない理由として、80%以上の病院が「対象患者がいない」と回答した。これらは、特定の診療部署等で必要とされる看護技術であり、病院の機能、病棟によって対象となる患者がいない。「沐浴」は、少子化により、産科のある総合病院に限られてきており、病院によっても対象となる患者がいない。「ストーマ造設患者のケア」については、医療技術の進歩によって、永久人工肛門が初回手術時に造設される患者が減少した（西口ら 2011）と述べられており、対象とする患者が少なくなっている。「包帯法」は、主に災害現場などにおける応急の圧迫止血や骨折部の副木の固定で行われる（任 2014）ために、大規模病院では対象患者がいない。このように少子化や医療技術の高度化に伴い、看護技術を提供する患者自体が少なくなり、それに加えて限られた医療領域での実践であるために、新人看護師が「一人でできる」レベルに到達するのは難しい。

「中心静脈内注射の準備・介助・管理」について、「中心静脈内注射の介助」は、感染管理の観点から高度無菌遮断予防策を実施することが推奨されている（坂本 2013）ために、手術室で行われていることが多い。このために手術室に勤務する新人看護師以外は経験できる機会が少ないと推測される。「死後のケア」については、2015 年の全国の死亡数は 129 万人で、医療機関で死亡する者の割合はおよそ 8 割と年々増加している（厚労省 2016）と報告されている。しかし死後のケアは、がんの終末期にある患者が入院している病棟で多く、それ以外の病棟では経験できる機会が少ない。一方で、地域包括ケアシステムの構築が急がれており、高齢者が住みなれた地域で自分らしい生活を最後まで送れる医療を提供する体制を進めていく上で、「中心静脈内注射の管理」、「死後のケア」は欠かせない看護技術であり、看護師としては、身につけておく必要がある看護技術である。

「麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察」、「輸血の準備、輸血中と輸血後の観察」、「動脈血採血の準備と検体の取り扱い」の 3 項目について、高度な急性期医療を担う 600 床以上の病院が、新人研修修了時の新人看護師の「一人でできる」レベルに達している割合が、600 床未満の病院に比べて有意に

高かった。これらの技術は、病院の機能によっては対象となる患者がいなかった場合が考えられる。「12 誘導心電図の装着、管理」は、大規模病院では臨床検査技師が行うことが多いために、新人看護師が経験できる機会が少ない。「体位ドレナージ」は、離床が早期に行われるようになってきているために、一般病床では対象となる患者が少ないと推測される。

Ⅲ－４－２ 新人看護師に対する研修等について

１．集合研修・職場内研修（On the Job Training：OJT）

新人研修で、集合研修を通して教育をしている看護技術は、救命救急処置技術、与薬の技術、創傷管理技術、感染予防技術、安全確保の技術であった。この結果は先行研究（上泉 2010，西尾ら 2012）と同様で、集合研修では医療の安全や患者の生命を守る技術に重点を置いて教えられていた。

「点滴」、「注射」、「採血」、「吸引」は、臨床での実施頻度が高いにもかかわらず、新人看護師が困難に感じている（野口ら 2011）とされている看護技術であり、多くの病院が新人研修の初期段階に取り入れている。

２．教育方法

講義方法は「院内における講義」が 9 割以上であった。演習方法は「デモストレーションの見学」、「シミュレータを用いた技術練習」が 8 割以上と、知識・技術の修得を目的とした研修方法がとられていた。新人研修の努力義務化された直後の西尾ら（2012）の調査では、「デモストレーションの見学やロールプレイによる演習、シミュレータを用いて教えられることは少なかった」と報告されており、本調査は「新人看護職員研修制度」が制度化されて以降の調査であり、各病院で新人研修のガイドラインが普及していることを示唆する結果となった。今後は、患者の状況に適した看護技術を実践できるようにつなげていくために、知識・技術を的確に活用する力をも育成する必要がある。Benner ら（2009）は「看護専門職業人として、つねに変化し続ける臨床現場で考えながら適切に技術を実施するためには、知識・技術を活用する力を育成する教授法や評価方法を考えていく必要がある」と述べており、Benner ら（2009）が推奨する臨床のリアリティな看護場面を想定した「シミュレーション教育」や「事例検討」などを取り入れていくことが望ましい。また人工知能（artificial

intelligence : AI)、情報通信技術 (information and communication technology : ICT) が日進月歩で開発されている中で、新人研修においても、ICT を活用した演習を積極的に進めていく必要がある。医学教育や介護教育に比較して看護領域での AI の導入が遅れている (草間 2017, 厚労省 2017)。

集合研修から OJT への段階的な教育は、救命救急処置技術、与薬の技術が中心に行われていた。

OJT の方法について、新人研修のガイドラインの指導例として、看護技術の手順に沿った指導方法と手順化されたチェックリストを用いての振り返りが提示されている (厚労省 2011)。多くの病院では、手順に沿った方法ができているか否かをチェックする指導方法が取られており、本調査結果では、患者に実施するにあたっての援助 (看護技術) の必要性や実施方法の確認が約 6 割にとどまっていた。実施後の振り返りではうまくいかなかった場合の振り返りが 7 割以上を占めた。

佐伯 (2008 a, 佐伯ら 2008 b) は、行動主義の学習観に基づく看護技術の手順化されたチェックリストを用いての指導では、看護の世界から「患者ケア」が失われると警笛を鳴らしている。また、松尾 (2014) は「振り返る際には失敗に目が行きがちであるが、成功したときこそ、その理由や原因をしっかりと内省し、意識づけることにより、経験からの学びが深くなる」と述べ、「目標は、業務を振り返る際の基準として機能することで、良質なリフレクションを促している」 (Matsuo, M 2012) と述べている。新人看護師が看護専門職業人として、患者の状況に適した看護技術を自律的に創造的に実践できるためには、新人看護師が看護技術を提供する患者の状況に適した実施計画および自己の目標を立案し、それを踏まえて、どの部分ができ、できなかったのか、その原因は何か、そしてよりよい方法は何かを考えることができよう教育していく必要があると考える。

3. 教育環境の整備の必要性

約 4 割の病院でラボ室が整備され、インストラクターが配置している病院が、3 割程度あった。また、e-ラーニングについても約 4 割程度が利用していた。このように新人看護師が自己の看護技術の課題を即座に確認・見直しができる研修環境が少しずつ整えられてきている。既に e-ラーニングの利用によって看護技術の修得率が上昇した (今枝ら 2016) と報告されている。インターネット

環境は病院の種別・規模に関わらず、同程度の整備状況である（上泉 2010）ことが確認されており、指導者の不足が課題となっている中小規模の病院においても、e-ラーニングの拡充をしていくことで、新人看護師の看護技術の修得につながるのではないかと考える。

シミュレータについては、集合研修の実施率が高い救命救急処置技術や新人看護師が一人でできる割合が高い静脈注射、採血などの技術に必要なシミュレータは約 8 割の病院で保有していた。大規模病院に限らず、すべての医療施設で、臨床での実施頻度の高い診療の補助に係る技術のシミュレータを整備し、新人看護師がタイムリーに使用できるようにすることが看護技術の修得につながるのではないかと考える。

看護技術を向上するためには、計画的に行われる集合研修以外の自己学習が重要であり、そのための環境整備が必要であると考ええる。

Ⅲ－４－３ 新人研修の年限の延長

本調査結果では、2 年修了時点での看護師が「一人でできる」レベルに到達した看護技術は、調査対象とした 73 項目中 40 項目の約 6 割であった。新人研修修了時点での新人看護師の「一人でできる」レベルに到達した看護技術が 14 項目であったことと比較すると約 3 倍に増加している。患者個々の状況に応じた看護技術は、臨床現場における患者とのかかわりを通してしか培うことのできないものであり、73 項目すべての看護技術について、約半数の病院が OJT を通して教育していた結果が、2 年目修了時点での看護師の看護技術の修得につながったと考える。

400 床以上の大規模病院における看護技術の到達レベルの実態調査であるにもかかわらず、75%以上の病院が、新人看護師の 75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術はなく、50%以上の病院が同様の回答をした看護技術は 14 項目であった。これは、第Ⅱ章の「看護基礎教育課程卒業時における学生の看護技術の到達に関する実態調査」で明らかになったように、基礎教育における卒業時の看護技術の到達レベルの低下が影響していると考えられる。特に、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）において、到達レベルが「指導のもとで実施できる」が求められている「診療の補助」に係る看護技術が、看護基礎教育の課程では「臨床で実施を見学した」の到達レベルの段階にとどまっていることが影響していると考ええる。

この新人看護師の看護技術の修得の低さは医療事故にもつながっている。2015年の日本医療機能評価機構による「医療事故情報収集等事業第40回報告書」(2015)では、平成22年から平成26年に報告された職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故は、「療養上の世話」が346件(58.6%)と最も多く、次いで「薬剤」の事例が86件(14.6%)で、「薬剤」については職種経験1年以上の看護師・准看護師の医療事故の約2倍であったと報告されている。これは、新人看護師が未修得の看護技術を実践していることが医療事故を引き起こしていると考えられる。

新人研修では看護師として必要な看護技術を修得させることは難しい。

医師の教育においては、初期臨床研修は実践的な能力を培うために2年間の教育期間となっている(厚労省2017)。

医療の高度化、複雑化に伴い、看護師に関しても学ぶ範囲も深さも増え、臨床的な技術と経験の重要性が増しており、患者の安全、医療・看護の安全性を確保するためにも、新人研修の年限を延長する必要があるのではないかと考える。

Ⅲ－5 結論

400床以上の病院を対象に、新人看護師の1年間の研修修了時点での看護技術の到達に関する実態調査を行い、その結果、以下の点が明らかとなった。

1. 看護技術の到達に関する評価では、評価を実施する時期は「定期的に評価している」が149病院(90.3%)、評価方法は「自己評価」が146病院(88.5%)、評価者は実地指導者が132病院(80.0%)であった。
2. 50%以上の病院が、新人看護師の75%以上が「一人でできる」レベルに到達したと回答した看護技術は、「血糖値測定と検体の取扱い」、「静脈血採血と検体の取扱い」、「経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬」、「医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い」、「患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助」、「輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換」、「口腔ケア」、「採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い」、「ポータブルトイレでの患者の排泄援助」、

「失禁している患者のケア」、「誤薬防止の手順に沿った与薬」、「体位変換（手術後、麻痺等で活動に制限のある患者等への実施）」、「静脈内注射、点滴静脈内注射」、「輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理」の14項目であった。主に排泄援助技術や与薬の技術とこれらに関連する安全確保・感染予防の技術であった。

3. 49～25%の病院が、新人看護師の25%未満が「一人でできる」と回答した看護技術は、「人工呼吸器の管理」、「気管挿管の準備と介助」、「外傷性の止血」、「人工呼吸」、「気道確保」、「ストーマ造設患者のケア」、「閉鎖式心臓マッサージ」、「死後のケア」、「中心静脈内注射の準備・介助・管理」、「包帯法」、「沐浴」、「低圧持続吸引中の患者ケア」の12項目であった。主に「人工呼吸器の管理」や救命救急処置技術などの身体侵襲の高い診療の補助に係る看護技術、特定の医療領域で実施する看護技術であった。

4. 「一人でできる」レベルに到達できた新人看護師が50%に満たないとされた看護技術は20項目で、その理由としては、「対象患者がいない」が最も多く占め、次いで「新人看護師の技術が未熟である」であった。

「対象患者がいない」があげられた看護技術は、「人工呼吸器の管理」、「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」、「外傷性の止血」、「AED」、「沐浴」、「ストーマ造設患者のケア」、「低圧持続吸引中の患者ケア」、「死後のケア」、「中心静脈内注射の準備・介助・管理」、「体位ドレナージ」、「包帯法」、「動脈血採血の準備と検体の取り扱い」、「麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察」、「輸血の準備、輸血中と輸血後の観察」、「12誘導心電図の装着、管理」であった。「新人看護師の技術が未熟である」があげられた看護技術は、「循環機能のアセスメント」、「患者の電解質バランスのアセスメント」であった。

5. 2年目看護師の75%以上が「一人でできる」レベルに到達したと回答した病院が50%をこえる看護技術は、73項目中40項目であった。

40項目は、「静脈血採血と検体の取扱い」、「血糖値測定と検体の取扱い」、「経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬」、「患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助」、「ポータブルトイレでの患者の排泄援助」、「失禁し

ている患者のケア」、「口腔ケア」、「輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換」、「採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い」、「入浴介助」、「静脈内注射、点滴静脈内注射」、「医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い」、「浣腸」、「輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理」、「誤薬防止の手順に沿った与薬」、「患者の状態に合わせた安楽な体位保持」、「酸素吸入療法」、「吸引（口腔内、鼻腔内、気管内）」、「体位変換（手術後、麻痺等で活動に制限のある患者等への実施）」、「経管栄養法」、「インシュリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察」、「転倒転落防止策の実施」、「臥床患者、嚥下障害のある患者の食事介助」、「膀胱内留置カテーテルの挿入と管理」、「体動、移動に注意が必要な患者への援助」、「皮下注射、筋肉内注射、皮内注射」、「心電図モニター管理」、「導尿」、「摘便」、「入眠・睡眠への援助」、「無菌操作」、「洗浄・消毒・滅菌の適切な選択」、「食生活支援」、「抗菌薬、抗ウイルス薬等の用法の理解と副作用の観察」、「体動制限による苦痛緩和」、「ネブライザー」、「電法等身体安楽促進ケア」、「チームメンバーへの応援要請」、「褥瘡の予防」、「意識レベルの把握」であった。

6. 新人看護師に対する研修は50%以上の病院で実施されており、集合研修（講義・演習）、職場内研修（On the Job Training : OJT）を通して教育していた看護技術は、以下のとおりであった。

- 1) 「講義」を通して教育をしていた看護技術は24項目で、救命救急処置技術7項目、与薬の技術7項目、呼吸循環を整える技術3項目、安全確保・感染管理の技術4項目、症状・生体機能管理技術2項目、創傷管理技術1項目であった。
- 2) 「演習」を通して教育をしていた看護技術は13項目で、救命救急処置技術7項目、与薬の技術3項目、呼吸循環を整える技術1項目、症状・生体機能管理技術1項目、創傷管理技術1項目であった。
- 3) 看護技術73項目のうち、72項目がOJTを通して教育していた看護技術であった。

7. 集合研修（講義・演習）、職場内研修（On the Job Training : OJT）の方法は、以下のとおりであった。

- 1) 講義方法では、「院内での講義」164病院（99.4%）、「eラーニング」が70

病院（42.4%）、「外部研修」60病院（36.4%）であった。

2) 演習方法では、「デモストレーションの見学」140病院（84.8%）、「シミュレータを用いた技術練習」138病院（83.6%）、「ロールプレイによる演習」114病院（69.1%）、「シミュレーション教育」94病院（57.0%）であった

3) OJTの方法では、実施する患者に対しての「実施方法の確認」97病院（64.7%）、「看護技術の必要性の確認」83病院（55.3%）であった。また実施後の振り返りでは、うまくいかなかった場合の振り返りを行っている病院が7割以上であった。

属性等に関する調査項目

- | | |
|---|--|
| <p>1. 病院について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床数 ・平成28年度採用の新人看護師数 ・新人看護師の夜勤開始時期 <p>2. 新人看護職員研修について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新人看護職員研修のガイドラインに沿った研修の実施状況 ・「技術的側面：看護技術についての到達目標」の活用状況 ・集合研修の総時間数 ・看護技術に関する集合研修の時間数 | <p>1. 新人研修における看護技術の到達の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・評価の実施の有無 ・評価の実施時期 ・評価方法 ・評価者 |
|---|--|

新人看護職員研修修了時の新人看護師の看護技術の到達レベル等に関する調査項目

- | |
|--|
| <p>1. 新人研修における看護技術の到達の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・評価の実施の有無 ・評価の実施時期 ・評価方法 ・評価者 |
| <p>2. 73項目の看護技術の到達レベル</p> <p>1) 新人研修修了時に新人看護師が「一人でできる」レベルに到達した割合の区分</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 新人看護師の75%以上 ② 75%未満50%以上 ③ 50%未満25%以上 ④ 25%未満 ⑤ 0% |
| <p>2) 新人研修修了時に新人看護師の「一人でできる割合」が50%未満と回答した理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師側要因
新人看護師の技術が未熟 ・患者側要因
対象患者がいない
患者のリスクが高い ・病院側要因
十分な指導ができない |
| <p>3) 2年目修了時に2年目看護師が「一人でできる」レベルに達した割合の区分</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 2年目看護師の75%以上 ② 75%未満50%以上 ③ 50%未満25%以上 ④ 25%未満 ⑤ 0% |
| <p>3. 看護技術の難易度と必要性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護技術を実施するうえで新人看護師に不足していると思われる基本的能力 ・73項目で必要ない項目 ・73項目以外で必要な項目 |
| <p>4. 看護技術に関する研修方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・73項目の看護技術の集合研修(講義・演習)、OJTの実施状況 ・集合研修の方法 ・OJTの方法 |
| <p>5. 新人看護師に対する学習環境・教材整備状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用できる施設 ・利用できる視聴覚教材等 ・保有しているシミュレータ |

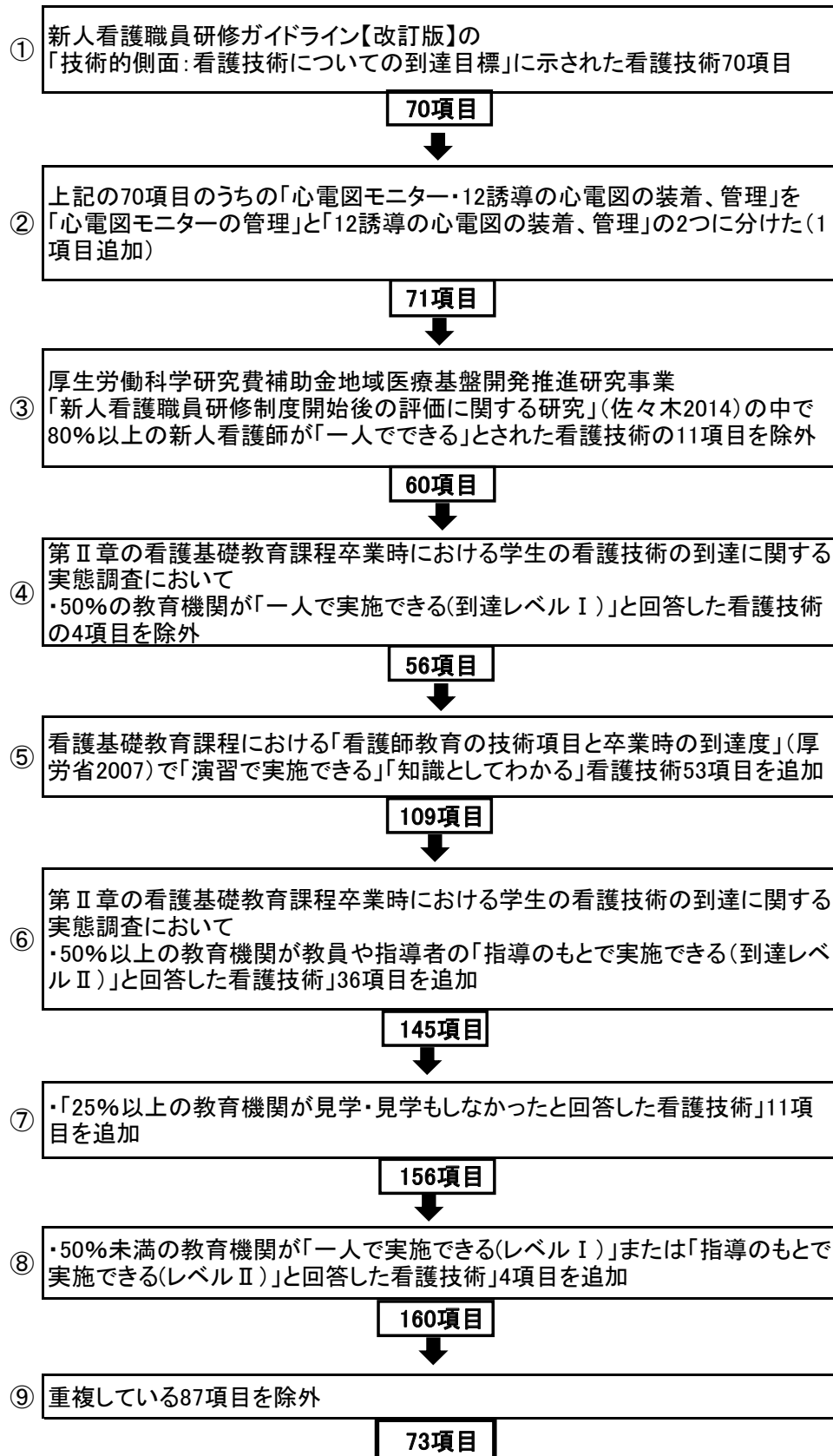
図Ⅲ－1 調査項目

表Ⅲ－１ 調査対象とした看護技術項目(73項目)

新人看護職員研修修了時の到達度 ^a					「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」 (厚労省・2009)における看護技術で 新人研修の到達目標 ^a にはない 看護技術(15項目)
	一人で行える (33項目)	指導のもとで行える (23項目)	演習で実施 できる(1項目)	知識として わかる(1項目)	
食事	・臥床患者、嚥下障害のある患者の食事介助★ ・経管栄養法★	・食生活支援			・患者の電解質バランスのアセスメント
排泄	・患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助★ ・導尿・膀胱内留置カテーテルの挿入と管理 ・洗腸	・排便			・失禁している患者のケア ・ポータブルトイレでの患者の排泄援助 ・ストーマ造設患者のケア
活動・休息	・体位変換★ (手術後、麻痺等で活動に制限のある患者等への実施)	・廃用性症候群予防・関節可動域訓練 ・入眠・睡眠への援助★ ・体動・移動に注意が必要な患者への援助★			・目的に応じた安静保持の援助 ・体動制限による苦痛緩和
清潔・衣生活	・入浴介助 ・口腔ケア★ ・輸液ライン等が入っている患者の更衣交換★				・沐浴
呼吸・循環の調整	・酸素吸入療法★ ・吸引(口腔内、鼻腔内、気管内)★ ・ネブライザー★	・体位ドレナージ		・人工呼吸器の管理	・循環機能のアセスメント ・低圧持続吸引中の患者ケア
創傷管理	・褥瘡の予防★	・創傷処置(創傷の観察、無菌操作、消毒薬の特徴も含む) ・包帯法			
与薬	・経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬★ ・皮下注射、筋肉内注射、皮内注射 ・静脈内注射・点滴静脈内注射 ・輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理 ・中心静脈内注射の準備・介助・管理	・輸血の準備、輸血中と輸血後の観察 ・抗凝固薬、抗ウイルス薬等の用法の理解と副作用の観察★ ・インジューリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察 ・麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察 ・麻薬等の管理(毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む)			
救命救急処置	・意識レベルの把握★ ・チームメンバーへの応援要請★	・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★ ・外傷性の止血			・AED
症状・生体機能管理	・静脈血採血と検体の取扱い★ ・動脈血採血の準備と検体の取扱い ・尿尿・尿検査の方法と検体の取扱い ・血糖値測定と検体の取扱い★ ・心電図モニター管理 ・12誘導心電図の装着、管理				・正確な検査が行えるための患者の準備 ・検査前・中・後の観察 ・検査後の安静保持の援助 ・検査介助
感染予防	・無菌操作★ ・医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い★ ・洗浄・消毒・滅菌の適切な選択 ・針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応★				
安全確保	・誤薬防止の手順に沿った与薬★ ・転倒転落防止策の実施★	・薬剤・放射線暴露防止策の実施			・災害が発生した場合の指示に従った行動
苦痛緩和・ 安楽確保		・患者の状態に合わせて安楽に体位保持★ ・看護法等身体安楽促進ケア ・リラクゼーション技法 ・患者の精神的安寧を保つためのケア			
死亡時のケア			・死後のケア		

a. 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】の「技術的側面・看護技術についての到達目標」(厚労省・2014)

★: 1年以内に到達に達成を目指す項目



図Ⅲ-2 本研究で調査した73項目の「看護技術」の選定手順

表Ⅲ－２ 質問紙調査票の回収状況

N=165

病床区分	回答病院数 ^a n(%)	発送病院数	病床数別の 回収率
400床以上499床以下	73(44.2)	387	18.9%
500床以上599床以下	32(19.4)	178	18.0%
600床以上699床以下	26(15.7)	105	24.8%
700床以上799床以下	9(5.5)	54	16.7%
800床以上899床以下	9(5.5)	31	29.0%
900床以上	11(6.7)	54	20.4%
無回答	5(3.0)		
合計	165(100)	809(100)	

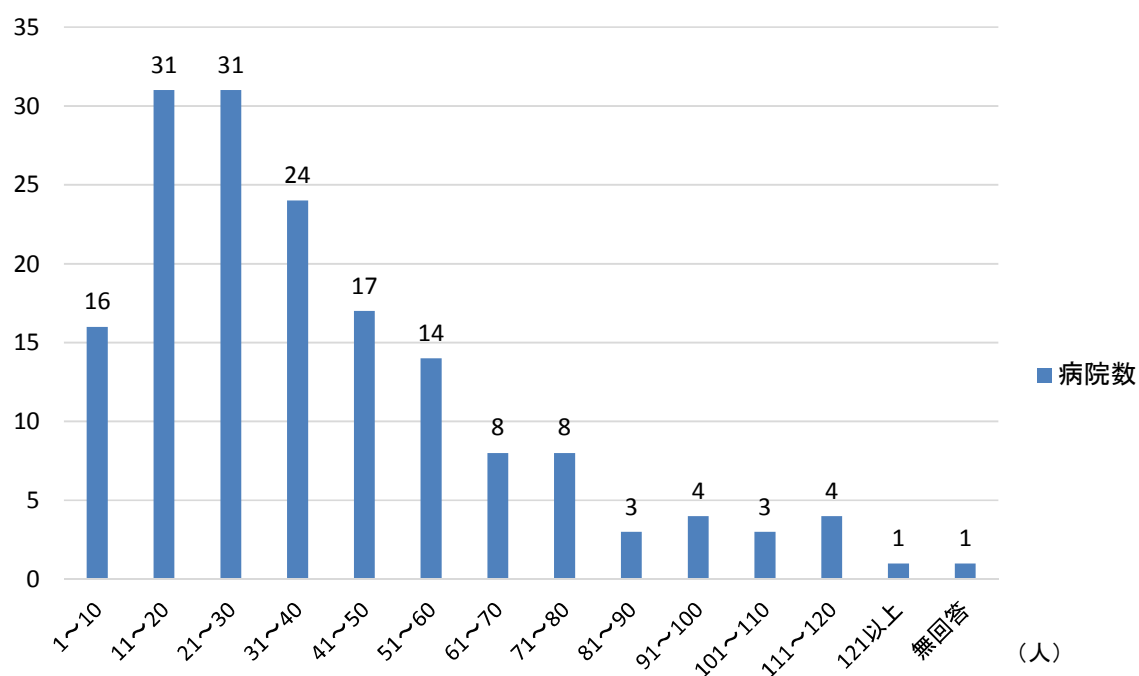
a: 全回答病院数に対する割合

表Ⅲ－３ 回答した医療機関の平成28年度採用の新人看護師数(病床数別)

単位:人

	全体	400～499床	500～599床	600～699床	700～799床	800～899床	900床以上
	N=164	N=73	N=31	N=26	N=9	N=9	N=11
平均	38.8	23.7	35.1	45.3	72.2	76.2	78.7
中央値	32.5	23.0	35.0	44.5	73.0	76.0	92.0
標準偏差値	28.3	16.0	19.1	20.2	34.5	30.2	37.9
最大	137	74	101	86	115	137	120
最小	1	1	5	11	3	39	13

(頻度)



図Ⅲ－３ 平成28年度採用の新人看護師数の分布 N=165

表Ⅲ－4 新人看護師の夜勤開始の時期

N=165	
開始時期	病院数 n (%)
4月	6 (3.6)
5月	35 (21.2)
6月	39 (23.6)
7月	25 (15.2)
8月	6 (3.6)
9月	11 (6.7)
10月	13 (7.9)
12月	1 (0.6)
5～6月	3 (1.8)
5～7月	1 (0.6)
5～9月	1 (0.6)
5～12月	1 (0.6)
6～7月	7 (4.2)
6～8月	3 (1.8)
6～10月	2 (1.2)
6～2月	1 (0.6)
7～8月	2 (1.2)
7～9月	2 (1.2)
8～9月	1 (0.6)
9～10月	3 (1.8)
無回答	2 (1.2)

表Ⅲ－５ 新人看護職員研修のガイドラインに沿った研修の実施状況

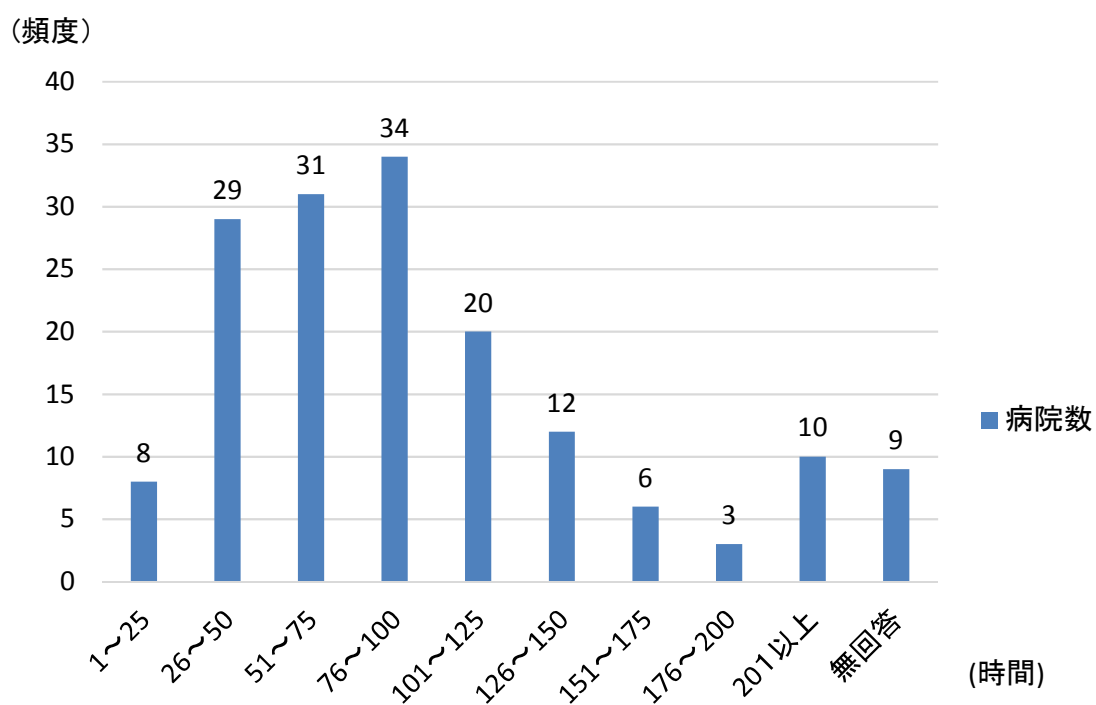
		N=165
ガイドラインの実施状況	病院数と 実施率 n(%)	
ガイドラインに沿った研修の実施		159(96.4)
	400～499床	70(95.9)
	500～599床	32(100)
	600～699床	24(92.3)
	700～799床	8(88.9)
	800～899床	9(100)
	900床以上	11(100)
	無回答	5
ガイドラインに沿わない研修の実施		6(3.6)

表Ⅲ－６ 新人看護職員研修ガイドラインの
「技術的側面：看護技術についての到達目標」
の活用状況

		N=165
到達目標の活用状況	病院数と 活用率 n(%)	
活用している		129(78.2)
	400～499床	54(74.0)
	500～599床	26(81.3)
	600～699床	21(80.8)
	700～799床	8(88.9)
	800～899床	9(100)
	900床以上	9(81.8)
	無回答	2
一部活用している		34(20.6)
無回答		2(1.2)

表Ⅲ－７ 新人看護職員研修における集合研修の総時間数(N=153)

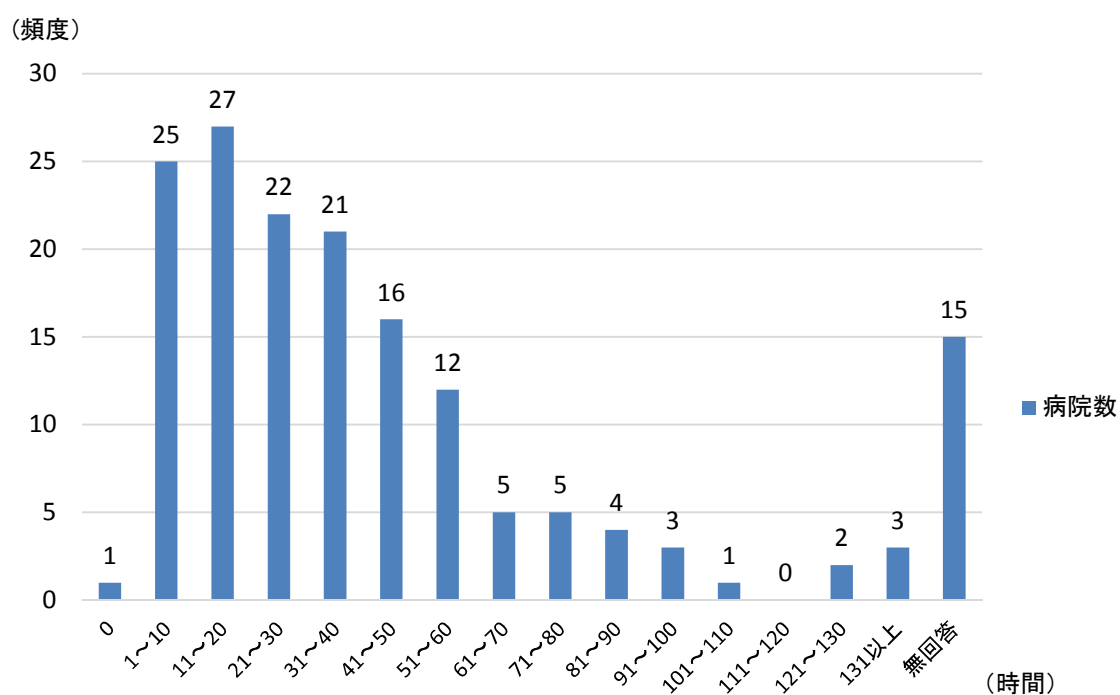
単位:時間	
平均	104.8
中央値	80.0
標準偏差値	119.1
最大	1115
最小	8



図Ⅲ－４ 新人看護職員研修における集合研修の総時間数の分布 N=162

表Ⅲ－８ 新人看護職員研修における看護技術に関する集合研修の時間数(N=147)

単位:時間	
平均	44.0
中央値	29.0
標準偏差値	74.3
最大	754
最小	0



図Ⅲ－５ 新人看護職員研修における看護技術に関する集合研修の時間数の分布 N=162

表Ⅲ－9 病床数別の集合研修の総時間数、看護技術に関する集合研修の時間数の比較

項目	400～599 床以下 M±SD (n)	600 床以上 M±SD (n)	p 値
年間の集合研修の時間数	94.8±71.7 (96)	122.7±178.4 (52)	0.882
看護技術に費やす集合時間数	41.0±53.2 (94)	51.8±106.5 (48)	0.391
Wilcoxon 順位和検定			

表Ⅲ－10 新人看護師の看護技術に関する評価を実施する時期(複数回答)

		N=165
評価時期	病院数 n(%)	
・定期的	149(90.3)	
毎月	11(7.4)	
3ヶ月に一度	69(46.3)	
無回答	9(6.0)	
その他	60(40.3)	
内訳	3ヶ月、6ヶ月、1年	27
	1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、1年	8
	半年に1回	7
	2ヵ月に1回	5
	1年目に4回、2年目に1回	4
	1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、9ヶ月、1年	3
	年度末のみ	1
	無回答	5
・看護技術の到達時	16(9.7)	
・決まっていない	2(1.2)	

表Ⅲ－11 新人看護師の看護技術に関する評価方法
(複数回答)

N=165	
評価方法	病院数 n(%)
自己評価	146(88.5)
OSCE	10(6.1)
臨床現場での実践を観察評価	51(30.9)
その他	18(10.9)
指導者による他者評価	7
他者評価と自己評価を活用して評価	4
独自に作成した評価表を用いての評価	4
パフォーマンス評価	2
修了判定試験	1

表Ⅲ－12 新人看護師の看護技術の評価者
(複数回答)

N=165	
評価者	病院数 n(%)
教育担当者 ^a	76(46.1)
実地指導者 ^a	132(80.0)
その他の看護師	35(21.2)
3年目	7
4年目	4
5年目	2
看護師長	3
副看護師長	2
無回答	17

a: 新人看護職員研修ガイドラインに示された
教育担当者・実地指導者に該当する者

表Ⅲ－13 新人看護師が「一人できる」到達レベルに達した看護技術項目数

		「一人できる」新人看護師の割合				
		75%以上	75%未満 50%以上	50%未満 25%以上	25%未満	0%
「一人 できる」 と回答し た病院 の割合	75%以上	0	0	0	0	0
	75%未満 50%以上	14	0	0	0	0
	50%未満 25%以上	19	16	6	12	0
	25%未満	3	1	0	2	0

表Ⅲ－14 75%未満50%以上の病院が、新人研修修了時に新人看護師の75%以上が「一人で行える」と回答した看護技術(14項目)

N=156

看護技術項目	病院数 n(%)
<u>血糖値測定と検体の取扱い</u> ★	113(72.4)
静脈血採血と検体の取扱い ★	106(67.9)
経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬 ★	104(66.7)
医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い ★	103(66.0)
<u>患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助</u> ★	98(62.8)
<u>輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換</u> ★	93(59.6)
<u>口腔ケア</u> ★	92(59.0)
<u>採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い</u>	90(57.7)
<u>ポータブルトイレでの患者の排泄援助</u>	87(55.8)
<u>失禁している患者のケア</u>	86(55.1)
誤薬防止の手順に沿った与薬 ★	85(54.5)
体位変換(手術後、麻痺等で活動に制限のある患者等への実施) ★	81(51.9)
静脈内注射、点滴静脈内注射	79(50.6)
輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理	78(50.0)

注: ()内の%は各看護技術項目に回答した全数(N)に対する割合を示す。

★は新人看護職員研修ガイドライン「技術的側面:看護技術についての到達目標」で1年以内に「できる」を目指す項目

下線は厚労省より提示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」の「単独で実施できる」、「指導のもとで実施できる」を示し、このうち基礎教育のみの項目は斜体太字で示す。

表Ⅲ－15 50%未満25%以上の施設が、新人研修修了時に、新人看護師の75%以上が「一人で行える」と回答した看護技術(19項目)

N=156

看護技術項目	病院数 n (%)
転倒転落防止策の実施 ★	77(49.4)
入浴介助	75(48.1)
患者の状態に合わせた安楽な体位保持(Ⅱ) ★	75(48.1)
酸素吸入療法 ★	73(46.8)
浣腸	72(46.2)
経管栄養法 ★	70(44.9)
吸引(口腔内、鼻腔内、気管内) ★	67(42.9)
臥床患者、嚥下障害のある患者の食事介助 ★	66(42.3)
心電図モニター管理	62(39.7)
食生活支援(Ⅱ)	60(38.5)
体動、移動に注意が必要な患者への援助(Ⅱ) ★	60(38.5)
皮下注射、筋肉内注射、皮内注射	58(37.2)
インシュリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察(Ⅱ)	57(36.5)
針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応 ★	57(36.5)
ネブライザー ★	54(34.6)
膀胱内留置カテーテルの挿入と管理	53(34.0)
無菌操作 ★	53(34.0)
抗菌薬、抗ウイルス薬等の用法の理解と副作用の観察(Ⅱ) ★	50(32.1)
チームメンバーへの応援要請 ★	49(31.4)

注：()内の%は各看護技術項目に回答した全数(N)に対する割合を示す。

(Ⅱ)は新人看護職員研修ガイドライン「技術的側面：看護技術についての到達目標」では「指導のもとでできる」を示し、★は1年以内に「できる」「指導の下でできる」を目指す項目

下線は厚労省より提示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」の「単独で実施できる」、「指導のもとで実施できる」を示す。

表Ⅲ－16 25%未満の病院が、新人研修修了時に新人看護師の75%以上が「一人で行える」と回答した看護技術(3項目)

N=156

看護技術項目	病院数 n (%)
<u>正確な検査が行えるための患者の準備</u>	38(24.4)
<u>検査後の安静保持の援助</u>	35(22.4)
<u>災害が発生した場合の指示に従った行動</u>	32(20.5)

注：()内の%は各看護技術項目に回答した全数(N)に対する割合を示す。

下線は厚労省より提示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」で「単独で実施できる」、「指導のもとで実施できる」を示し、斜線太字は基礎教育のみの項目を示す。

表Ⅲ－17 50%未満25%以上の病院が、新人研修修了時に
新人看護師の75%未満50%以上が「一人でできる」と回答した
看護技術(16項目)

N=156

看護技術項目	病院数 n(%)
入眠・睡眠への援助(Ⅱ)★	59(37.8)
<u>意識レベルの把握★</u>	59(37.8)
洗浄・消毒・滅菌の適切な選択	59(37.8)
<u>褥瘡の予防★</u>	59(37.8)
嚥法等身体安楽促進ケア(Ⅱ)	57(36.5)
導尿	53(34.0)
創傷処置(創傷の観察、無菌操作、消毒薬の特徴も含む)(Ⅱ)	53(34.0)
<u>目的に応じた安静保持の援助</u>	52(33.3)
<u>体動制限による苦痛緩和</u>	51(32.7)
排便(Ⅱ)	50(32.1)
廃用性症候群予防・関節可動域訓練(Ⅱ)	50(32.1)
患者の精神的安寧を保つためのケア(Ⅱ)	48(30.8)
リラクゼーション技法(Ⅱ)	44(28.2)
薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む)(Ⅱ)	42(26.9)
薬剤・放射線暴露防止策の実施(Ⅱ)	41(26.3)
<u>検査前・中・後の観察</u>	40(25.6)

注：()内の%は各看護技術項目に回答した全数(N)に対する割合を示す。
(Ⅱ)は新人看護職員研修ガイドライン「技術的側面：看護技術についての到達目標」で
「指導の下でできる」を示し、★は1年以内に「できる」、「指導の下でできる」を
目指す項目
下線は厚労省より提示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」で
「単独で実施できる」、「指導のもとで実施できる」を示し、このうち基礎教育のみの項目
は斜体太字で示す。

表Ⅲ－18 50%未満25%以上の病院が、新人研修修了時に
新人看護師の50%未満25%以上が「一人でできる」と回答した
看護技術(6項目)

N=156	
看護技術項目	病院数 n(%)
体位ドレナージ(Ⅱ)	45(28.8)
麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察(Ⅱ)	44(28.2)
循環機能のアセスメント	43(27.6)
輸血の準備、輸血中と輸血後の観察(Ⅱ)	43(27.6)
動脈血採血の準備と検体の取り扱い	43(27.6)
12誘導心電図の装着、管理	43(27.6)

注：()内の%は各看護技術項目に回答した全数(N)に対する割合を示す。
 (Ⅱ)は新人看護職員研修ガイドライン「技術的側面：看護技術についての到達目標」
 では「指導の下でできる」を示す。
 斜体太字は厚労省より提示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」で
 基礎教育のみの項目を示す。

表Ⅲ－19 50%未満25%以上の病院が、新人研修修了時に
新人看護師の25%未満が「一人でできる」と回答した看護技術
(12項目)

N=156	
看護技術項目	病院数 n(%)
人工呼吸器の管理(Ⅳ)	74(47.4)
気管挿管の準備と介助(Ⅱ)★	74(47.4)
外傷性の止血(Ⅱ)	69(44.2)
人工呼吸(Ⅱ)★	64(41.0)
気道確保(Ⅱ)★	61(39.1)
ストーマ造設患者のケア	58(37.2)
閉鎖式心臓マッサージ(Ⅱ)★	57(36.5)
死後のケア(Ⅲ)	53(34.0)
中心静脈内注射の準備・介助・管理(Ⅱ)	49(31.4)
包帯法(Ⅱ)	48(30.8)
沐浴	44(28.2)
低圧持続吸引中の患者ケア	41(26.3)

注：()内の%は各看護技術項目に回答した全数(N)に対する割合を示す。
 (Ⅱ)(Ⅲ)(Ⅳ)は新人看護職員研修ガイドライン「技術的側面：看護技術について
 の到達目標」では「指導の下でできる」「演習でできる」「知識としてわかる」を示し、
 ★は1年以内に「指導の下でできる」を目指す項目
 下線は厚労省より提示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」で
 「指導のもとで実施できる」を示し、基礎教育のみの項目は斜体太字で示す。

表Ⅲ－20 新人研修修了時に「新人看護師の一人のできる割合」が50%未満と回答した理由（複数回答）

看護技術項目	「一人のできる」割合が 50%未満と回答し、その 理由を記載した病院数 N	新人看護師の技術が未熟 対象患者がいない 患者のリスクが高い 十分な指導ができない その他				
		n(%)				
人工呼吸器の管理	116	48(41.4)	<u>77(66.4)</u>	46(39.7)	27(23.3)	11(9.5)
気管挿管の準備と介助	107	54(50.5)	<u>88(82.2)</u>	25(23.4)	15(14.0)	7(6.5)
外傷性の止血	101	32(31.7)	<u>87(86.1)</u>	21(20.8)	11(10.9)	7(6.9)
人工呼吸	92	45(48.9)	<u>66(71.7)</u>	28(30.4)	13(14.1)	5(5.4)
ストーマ造設患者のケア	91	20(22.0)	<u>81(89.0)</u>	4(4.4)	12(13.2)	6(6.6)
沐浴	90	4(4.4)	<u>80(88.9)</u>	5(5.6)	0	8(8.9)
低圧持続吸引中の患者ケア	89	22(24.7)	<u>75(84.3)</u>	9(10.1)	11(12.4)	9(10.1)
死後のケア	86	24(27.9)	<u>72(83.7)</u>	3(3.5)	11(12.8)	9(10.5)
中心静脈内注射の準備・介助・管理	84	34(40.5)	<u>57(67.9)</u>	15(17.9)	16(19.0)	9(10.7)
気道確保	83	44(53.0)	<u>58(69.9)</u>	23(27.7)	9(10.8)	5(6.0)
体位ドレナージ	82	40(48.8)	<u>42(51.2)</u>	16(19.5)	25(30.5)	6(7.3)
閉鎖式心臓マッサージ	82	36(43.9)	<u>67(81.7)</u>	25(30.5)	9(11.0)	4(4.9)
包帯法	82	18(22.0)	<u>74(90.2)</u>	3(3.7)	10(12.2)	8(9.8)
動脈血採血の準備と検体の取り扱い	73	25(34.2)	<u>58(79.5)</u>	4(5.5)	7(9.6)	5(6.8)
麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察	72	25(34.7)	<u>50(69.4)</u>	13(18.1)	11(15.3)	7(9.7)
AED	70	16(22.9)	<u>59(84.3)</u>	14(20.0)	6(8.6)	6(8.6)
輸血の準備、輸血中と輸血後の観察	65	29(44.6)	<u>48(73.8)</u>	11(16.9)	10(15.4)	6(9.2)
12誘導心電図の装着、管理	65	29(44.6)	<u>40(61.5)</u>	7(10.8)	13(20.0)	10(15.4)
循環機能のアセスメント	61		<u>39(63.9)</u>	17(27.9)	5(8.2)	24(39.3)
患者の電解質バランスのアセスメント	59		<u>36(61.0)</u>	15(25.4)	6(10.2)	26(44.1)

注：（ ）内の％は各看護技術項目に「一人のできる割合が50%未満」と回答し、その理由を記載した病院数Nに対する割合を示す。各看護技術項目により「一人のできる割合が50%未満」と回答し、その理由を記載した病院数は、59～116と異なる。太字・下線は最も多い理由を示す。

表Ⅲ-21 病床数別の新人看護師が「一人でできる」^a看護技術の比較
—600床以上の病院が有意に高かった項目(16項目)—

看護技術項目	400～599 床以下 M±SD (n)	600 床以上 M±SD (n)	p 値
患者の電解質バランスのアセスメント	2.0±1.1 (73)	2.5±1.1 (36)	0.047
輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換	3.3±0.9 (97)	3.7±0.6 (50)	0.014
沐浴	1.0±1.2 (74)	1.7±1.4 (34)	0.003
循環機能のアセスメント	2.1±1.1 (78)	2.6±1.0 (35)	0.009
酸素吸入療法	3.1±0.9 (101)	3.4±0.8 (51)	0.049
低圧持続吸引中の患者ケア	1.3±0.9 (73)	1.8±1.2 (38)	0.017
皮下注射、筋肉内注射、皮内注射	2.8±1.1 (99)	3.2±1.0 (51)	0.020
輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理	3.0±1.1 (96)	3.5±0.7 (50)	0.023
中心静脈内注射の準備・介助・管理	1.9±1.0 (97)	2.2±1.0 (50)	0.035
輸血の準備、輸血中と輸血後の観察	2.0±1.2 (96)	2.6±1.0 (50)	0.002
インシュリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察	2.8±1.1 (99)	3.2±0.9 (50)	0.017
麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察	1.9±1.2 (98)	2.6±1.2 (49)	0.002
薬剤等の管理 (毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む)	2.2±1.2 (95)	2.6±1.0 (48)	0.025
心電図モニター管理	2.8±1.0 (98)	3.2±1.1 (50)	0.040
針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応	2.7±1.2 (99)	3.2±1.0 (51)	0.022
誤薬防止の手順に沿った与薬	3.3±0.9 (98)	3.6±0.6 (50)	0.019

a: 各病院において、新人研修修了時点で新人看護師が一人でできる割合を「75%以上の場合を4点」、「75%未満 50%以上を3点」、「50%未満 25%以上を2点」、「25%未満を1点」、「0%を0点」として点数化し、比較した。(Wilcoxon 順位和検定)

表Ⅲ－22 2年目看護師が「一人でできる」到達レベルに達した看護技術項目数

		「一人でできる」2年目看護師の割合				
		75%以上	75%未満 50%以上	50%未満 25%以上	25%未満	0%
「一人でできる」と回答した病院の割合	75%以上	9	0	0	0	0
	75%未満 50%以上	31	0	0	0	0
	50%未満 25%以上	21	5	5	1	0
	25%未満	0	0	0	1	0

注：1年目（新人看護師）に到達している看護技術項目も含む。

表Ⅲ－23 75%以上の病院が、2年目修了時に、2年目看護師の75%以上が「一人できる」と回答した看護技術（9項目）

N=120	
看護技術項目	病院数 n (%)
静脈血採血と検体の取扱い★	101(84.2)
<u>血糖値測定と検体の取扱い★</u>	99(82.5)
経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬 ★	98(81.7)
<u>患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助★</u>	97(80.8)
<u>ポータブルトイレでの患者の排泄援助</u>	96(80.0)
<u>失禁している患者のケア</u>	95(79.2)
口腔ケア★	95(79.2)
輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換★	94(78.3)
<u>採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い</u>	94(78.3)

注：（ ）内の％は各看護技術項目に回答した全数（N）に対する割合を示す。

★は新人看護職員研修ガイドライン「技術的側面：看護技術についての到達目標」で1年以内に「できる」到達を目指す項目

下線は厚労省より提示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」で「単独で実施できる」、「指導のもとで実施できる」を示し、斜線太字は基礎教育のみの項目を示す。

表Ⅲ－24 **75%未満50%以上**の病院が、2年目修了時に、2年目看護師の**75%以上**が「一人でできる」と回答した看護技術（31項目）

N=120

看護技術項目	病院数 n(%)
<u>入浴介助</u>	88(73.3)
静脈内注射、点滴静脈内注射	87(72.5)
医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い★	87(72.5)
浣腸	86(71.7)
輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理	86(71.7)
誤薬防止の手順に沿った与薬★	85(70.8)
患者の状態に合わせた安楽な体位保持(Ⅱ)★	83(69.2)
<u>酸素吸入療法★</u>	81(67.5)
吸引(口腔内、鼻腔内、気管内)★	81(67.5)
体位変換(手術後、麻痺等で活動に制限のある患者等への実施)★	80(66.7)
経管栄養法★	79(65.8)
インシュリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察(Ⅱ)	78(65.0)
<u>転倒転落防止策の実施★</u>	77(64.2)
臥床患者、嚥下障害のある患者の食事介助★	75(62.5)
膀胱内留置カテーテルの挿入と管理	75(62.5)
体動、移動に注意が必要な患者への援助(Ⅱ)★	75(62.5)
皮下注射、筋肉内注射、皮内注射	75(62.5)
心電図モニター管理	73(60.8)
導尿	72(60.0)
排便(Ⅱ)	72(60.0)
入眠・睡眠への援助(Ⅱ)★	71(59.2)
<u>無菌操作★</u>	71(59.2)
洗浄・消毒・滅菌の適切な選択	71(59.2)
食生活支援(Ⅱ)	70(58.3)
抗菌薬、抗ウイルス薬等の用法の理解と副作用の観察(Ⅱ)★	69(57.5)
<u>体動制限による苦痛緩和</u>	68(56.7)
<u>ネブライザー★</u>	67(55.8)
電法等身体安楽促進ケア(Ⅱ)	65(54.2)
<u>チームメンバーへの応援要請★</u>	65(54.2)
<u>褥瘡の予防★</u>	64(53.3)
<u>意識レベルの把握★</u>	63(52.5)

注：()内の%は各看護技術項目に回答した全数(N)に対する割合を示す。

(Ⅱ)は新人看護職員研修ガイドライン「技術的側面：看護技術についての到達目標」では「指導の下でできる」を示し、★は1年以内に「できる」「指導の下でできる」を目指す項目を示す。

下線は厚労省より提示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」で「単独で実施できる」、「指導のもとで実施できる」を示し、斜線太字は基礎教育のみの項目を示す。

表Ⅲ－25 50%未満25%以上の病院が、2年目修了時に2年目看護師の75%以上が「一人で行える」と回答した看護技術（21項目）

N=120

看護技術項目	病院数 n (%)
<u>検査後の安静保持の援助</u>	59(49.2)
針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応★	58(48.3)
輸血の準備、輸血中と輸血後の観察（Ⅱ）	57(47.5)
創傷処置(創傷の観察、無菌操作、消毒薬の特徴も含む)（Ⅱ）	56(46.7)
<u>正確な検査が行えるための患者の準備</u>	56(46.7)
<u>目的に応じた安静保持の援助</u>	55(45.8)
<u>検査前・中・後の観察</u>	55(45.8)
動脈血採血の準備と検体の取り扱い	54(45.0)
薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む)（Ⅱ）	51(42.5)
麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察（Ⅱ）	50(41.7)
患者の精神的安寧を保つためのケア（Ⅱ）	48(40.0)
薬剤・放射線暴露防止策の実施（Ⅱ）	47(39.2)
廃用性症候群予防・関節可動域訓練（Ⅱ）	44(36.7)
<u>検査介助</u>	43(35.8)
<u>AED</u>	42(35.0)
12誘導心電図の装着、管理	41(34.2)
<u>災害が発生した場合の指示に従った行動</u>	39(32.5)
リラクゼーション技法（Ⅱ）	39(32.5)
閉鎖式心臓マッサージ（Ⅱ）★	38(31.7)
死後のケア(Ⅲ)	37(30.8)
気道確保（Ⅱ）★	33(27.5)

注：（ ）内の％は各看護技術項目に回答した全数(N)に対する割合を示す。

（Ⅱ）は新人看護職員研修ガイドライン「技術的側面：看護技術についての到達目標」では「指導の下で行える」を示し、★は1年以内に「できる」「指導の下で行える」を目指す項目を示す。下線は厚労省より提示された「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」で「単独で実施できる」、「指導のもとで実施できる」を示し、斜線太字は基礎教育のみの項目を示す。

表Ⅲ－26 50%未満25%以上の病院が、2年目修了時に2年目
看護師の75%未満50%以上が「一人でできる」と回答した看護技
術（5項目）

N=120

看護技術項目	病院数 n (%)
中心静脈内注射の準備・介助・管理（Ⅱ）	39(32.5)
循環機能のアセスメント	39(32.5)
体位ドレナージ（Ⅱ）	35(29.2)
患者の電解質バランスのアセスメント	34(28.3)
低圧持続吸引中の患者ケア	32(26.7)

注：（ ）内の％は各看護技術項目に回答した全数（N）に対する割合を示す。
（Ⅱ）は新人看護職員研修ガイドライン「技術的側面：看護技術についての到達目
標」では「指導の下でできる」を示す。斜線太字は基礎教育のみの項目を示す。

表Ⅲ－27 50%未満25%以上の病院が、2年目修了時に50%未満25%以上の2年目看護師が「一人で行える」と回答した看護技術(5項目)

N=120	
看護技術項目	病院数 n(%)
ストーマ造設患者のケア	35(29.2)
人工呼吸器の管理(Ⅳ)	35(29.2)
包帯法(Ⅱ)	35(29.2)
人工呼吸(Ⅱ)★	35(29.2)
気管挿管の準備と介助(Ⅱ)★	34(28.3)

注: ()内の%は各看護技術項目に回答した全数(N)に対する割合を示す。
 (Ⅱ)は新人看護職員研修ガイドライン「技術的側面:看護技術についての到達目標」
 では「指導の下で行える」を示し、★は1年以内に「できる」「指導の下で行える」を
 目指す項目を示す。斜線太字は基礎教育のみの項目を示す。

表Ⅲ－28 新人看護師の基本的能力として不足と思われる能力
(第1位にあげられた能力)

N=165	
新人看護師の基本的能力	第1位 n(%)
患者の生じている症状に対する変化・予測のアセスメント	85(51.5)
患者の病態に適した治療薬か否かの判断(量、時間、投与方法も含む)	31(18.8)
患者の身体機能のアセスメント(フィジカルアセスメント)	30(18.2)
患者のこれまでの生活に関するアセスメント	8(4.8)
患者のニーズの把握	9(5.5)
看護技術(テクニック)	0
無回答	2(1.2)
n=回答された病院数	

表Ⅲ－29 73項目の中で新人看護職員研修では必要ないとされた看護技術(上位10位)

N=79

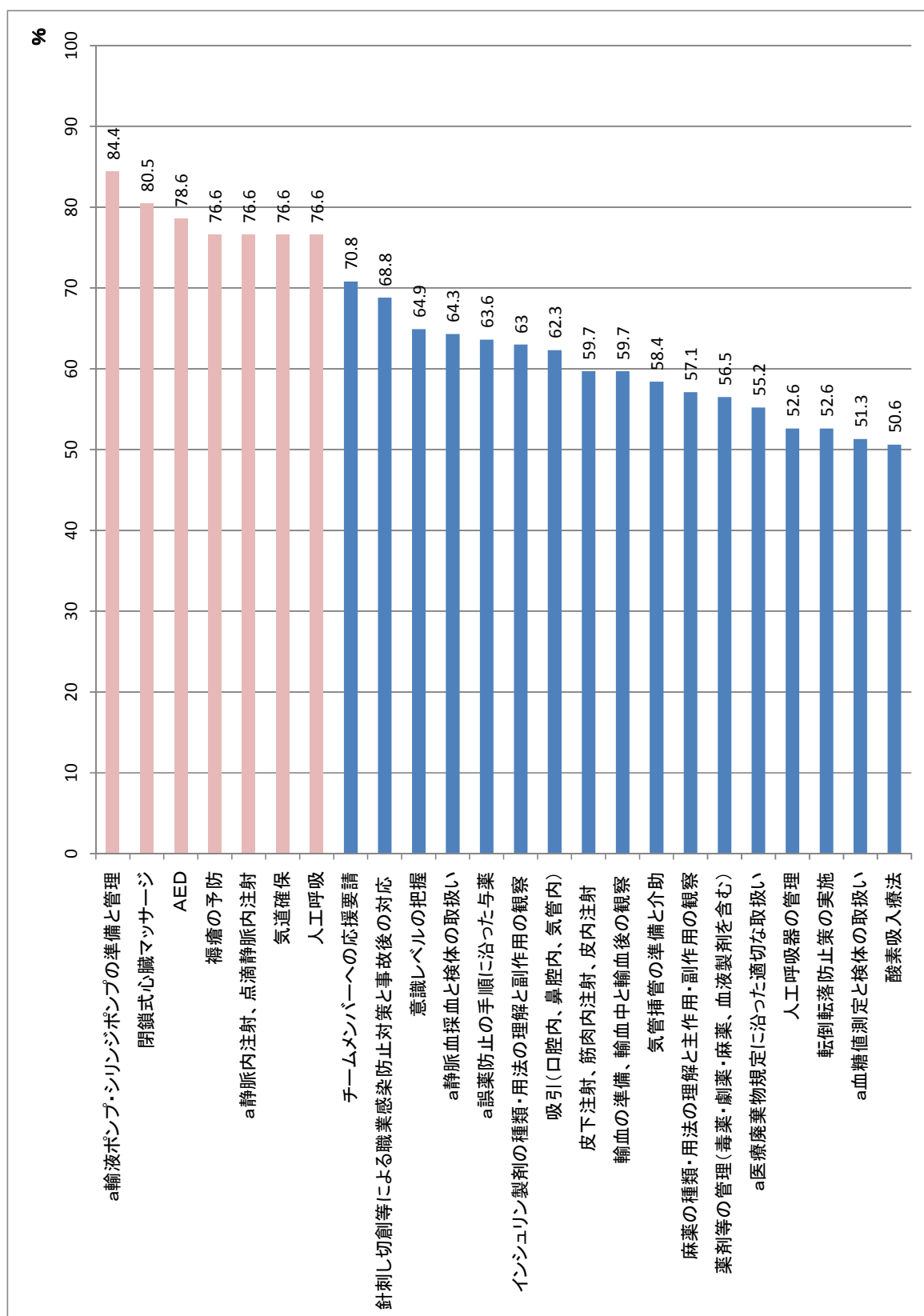
看護技術項目	病院数 n(%)
沐浴	33(41.8)
包帯法	27(34.2)
外傷性の止血	14(17.7)
ストーマ造設患者のケア	13(16.5)
皮下注射、筋肉内注射、皮内注射 ¹⁾	12(15.2)
人工呼吸器の管理	10(12.7)
リラクゼーション技法	10(12.7)
低圧持続吸引中の患者ケア	8(10.1)
検査介助	8(10.1)
ネブライザー	7(8.9)

¹⁾ 皮内注射のみと記載された回答は7施設

表Ⅲ－30 73項目以外で新人看護職員研修では必要であるとされた看護技術

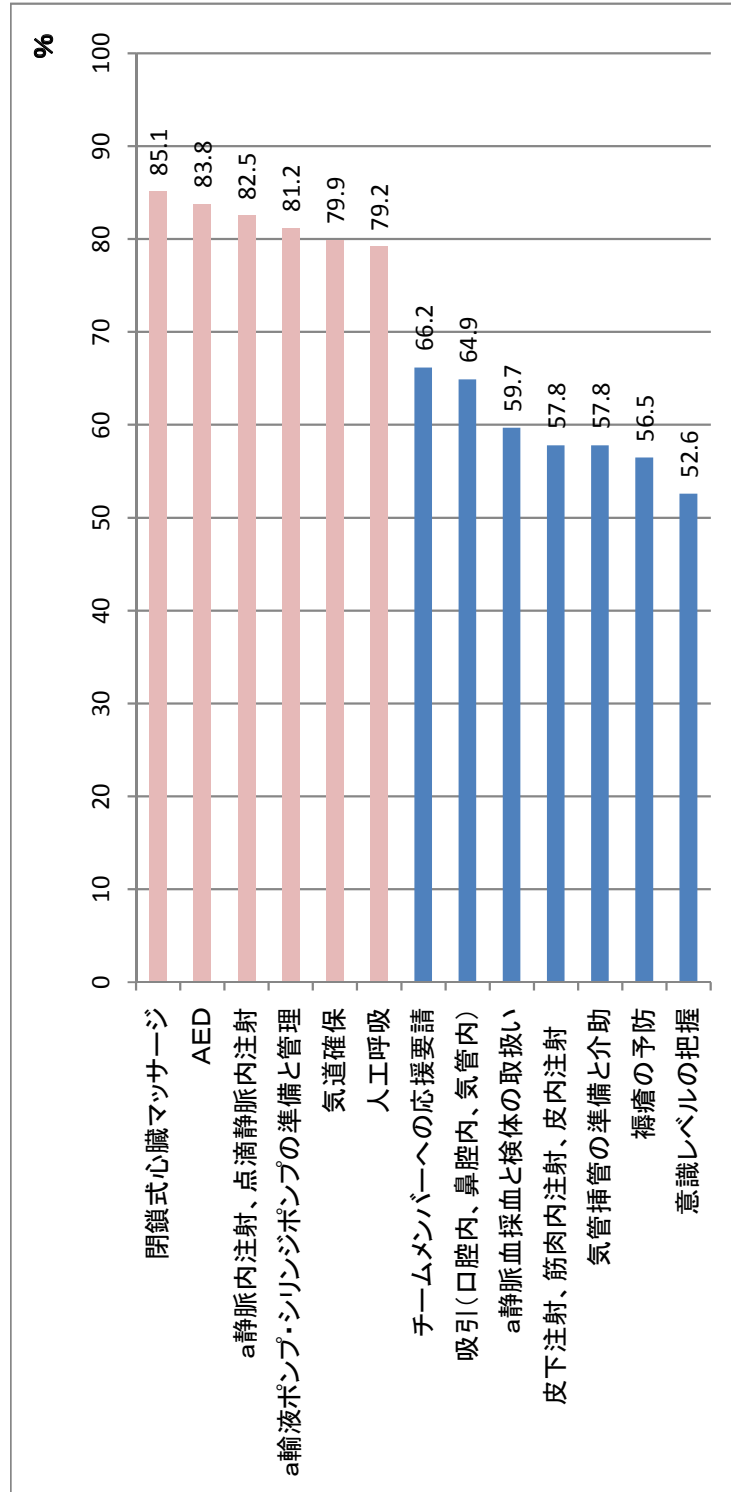
N=35

看護技術項目	病院数 n(%)
コミュニケーション技術	10(28.6)
接遇	5(14.3)
認知症患者への対応ケア	4(11.4)
入院時支援・退院支援	3(8.6)
身体拘束	2(5.7)
社会人基礎力	1(2.9)
輸液管理	1(2.9)
記録	1(2.9)
化学療法中の患者の観察、ケア	1(2.9)
深部静脈血栓症の予防対策	1(2.9)
アナフィラキシーへの対処	1(2.9)
除細動の介助	1(2.9)



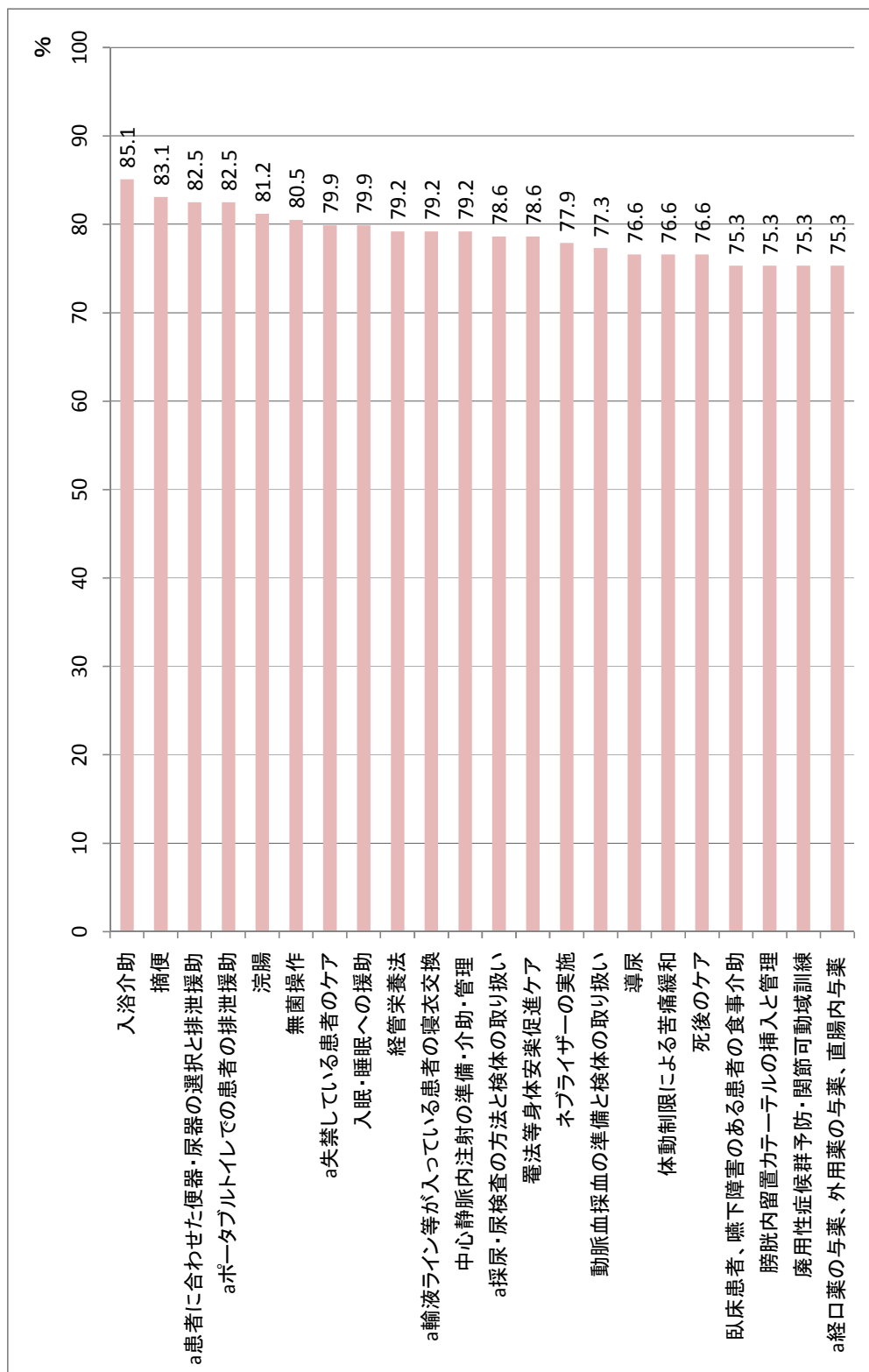
図Ⅲ－6 50%以上の病院が集合研修の講義を通して教育している看護技術(24項目) N=154

a: 75%未満50%以上の病院が、新人研修修了時に、新人看護師の75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術を示す。



図Ⅲ－７ 50%以上の病院が集合研修の演習を通して教育している看護技術(13項目) N=154

a: 75%未満50%以上の病院が、新人研修修了時に、新人看護師の75%以上が「一人ができる」と回答した看護技術を示す。



図Ⅲ－８ 75%以上の病院がOJTを通して教育している看護技術(22項目)

N=154

a: 75%未満50%以上の病院が、新人研修修了時に、「新人看護師の75%以上が「一人できる」と回答した看護技術を示す。

表Ⅲ－31 講義方法(複数回答) N=165

講義内容	病院数 n(%)
院内での講義	164(99.4)
e-ラーニング	70(42.4)
外部研修	60(36.4)
その他	5(3.0)

表Ⅲ－32 演習方法(複数回答) N=165

講義内容	病院数 n(%)
デモンストレーションの見学	140(84.8)
シミュレータを用いた技術練習	138(83.6)
ロールプレイによる演習	114(69.1)
シミュレーション教育	94(57.0)
看護技術に関する事例検討	38(23.0)
その他	9(5.5)
グループワーク	3
他部門・他部署研修	2
ナラティブでの事例検討	1
無回答	3

表Ⅲ－33 新人看護師に対するOJTで、
直接指導にあたる看護師の配置状況（複数回答）

N=165

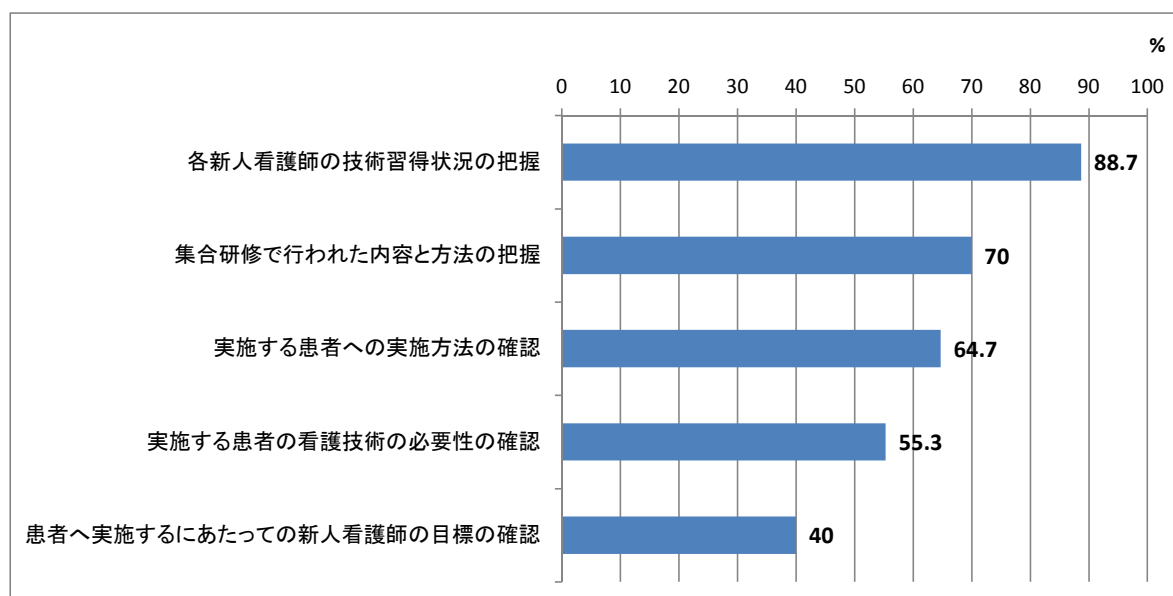
配置内容		病院数 n(%)
数人の指導者で勤務に合わせて決めている		72(43.6)
指導者は一定の期間、固定して決まっている		62(37.6)
一定期間の内訳	1年	49
	6ヶ月	3
	3ヶ月	2
	2ヶ月	2
	1ヶ月	2
	8ヶ月	1
	無回答	3
その日の勤務の中で指導する者を決めている		56(33.9)
その他		12(7.3)
内訳	主に実施指導者や教育担当者	3
	PNSのパートナー	2
	病棟全体で育成	2
	3年目以上のスタッフ全員で育成	1
	無回答	4

表Ⅲ－34 患者に看護技術を実施する際の実施前の
新人看護師の準備状況の把握と指導の実施状況

N=165	
実施の有無	病院数 n(%)
実施している	150(90.9)
実施していない	12(7.3)
無回答	3(1.8)

表Ⅲ－35 患者に看護技術を実施する際の実施前の
新人看護師の準備状況の把握および指導の実施状況
(実施している方のみ、複数回答)

N=150	
実施前の準備状況と指導内容	病院数 n(%)
各新人看護師の技術習得状況の把握	133(88.7)
集合研修で行われた内容と方法の把握	105(70.0)
実施する患者への実施方法の確認	97(64.7)
実施する患者の看護技術の必要性の確認	83(55.3)
患者へ実施するにあたっての新人看護師の目標の確認	60(40.0)



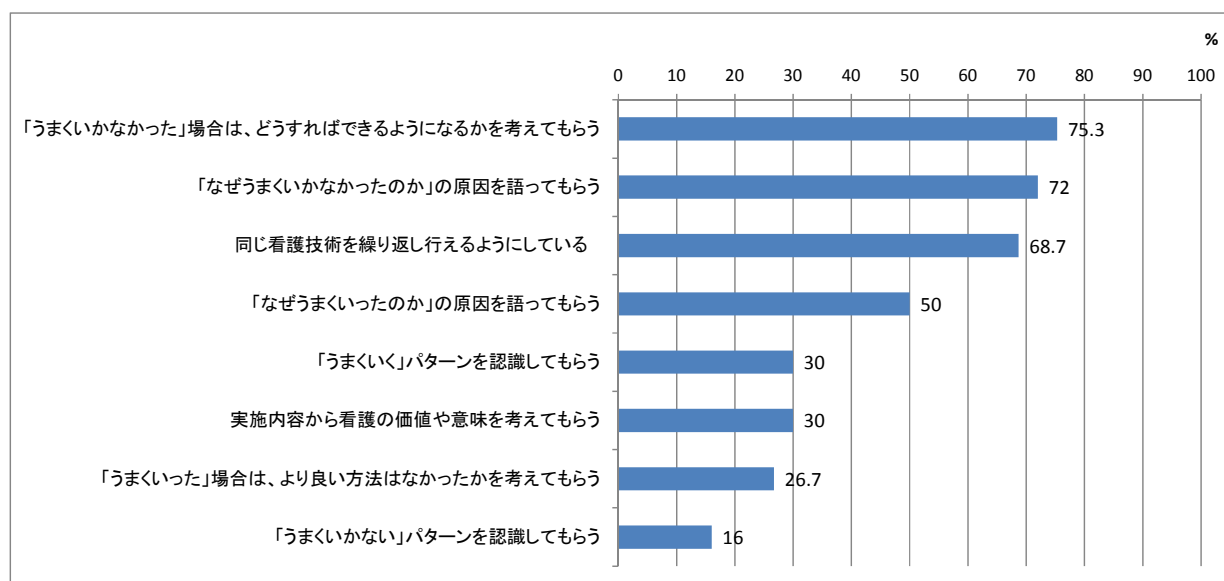
図Ⅲ－9 実施前の新人看護師の準備状況および指導の実施状況（複数回答） N=150

表Ⅲ－36 患者に看護技術を実施する際の
実施後の振り返りの実施状況

N=165	
実施の有無	病院数 n(%)
実施している	150(90.9)
実施していない	11(6.7)
無回答	4(2.4)

表Ⅲ－37 患者に看護技術を実施する際の
実施後の振り返り内容の実施状況（実施している方のみ、複数回答）

N=150	
実施後の振り返り内容	病院数 n(%)
「うまくいかなかった」場合は、どうすればできるようになるかを考えてもらう	113(75.3)
「なぜうまくいかなかったのか」の原因を語ってもらう	108(72.0)
同じ看護技術を繰り返し行えるようにしている	103(68.7)
「なぜうまくいったのか」の原因を語ってもらう	75(50.0)
「うまくいく」パターンを認識してもらう	45(30.0)
実施内容から看護の価値や意味を考えてもらう	45(30.0)
「うまくいった」場合は、より良い方法はなかったかを考えてもらう	40(26.7)
「うまくいかない」パターンを認識してもらう	24(16.0)



図Ⅲ－10 実施後の振り返り内容の実施状況（複数回答）

N=150

表Ⅲ－38 病院の整備状況(複数回答)

N=165

施設	病院数 n(%)
図書室	135(81.8)
ラボ室 (シミュレーショントレーニングができる部屋等)	65(39.4)
インストラクターの有	22(33.8)
無	43(66.2)
研修室	51(30.9)
学習室	8(4.8)
その他	9(5.5)

表Ⅲ－39 視聴覚教材の整備状況（複数回答）

N=165

施設	病院数 n(%)
DVD	74(44.8)
e-ラーニング	68(41.2)
Web上で視聴できる看護技術のビデオ	63(38.2)
電子書籍	21(12.7)
その他	4(2.4)
院内イントラネットで講演、講習内容の配信	2
技術ガイドブックを統一テキストとして活用	2

表Ⅲ－40 病院が保有しているシミュレータ（複数回答）

N=165

シミュレータ	病院数 n(%)
採血・静注シミュレータ	139(84.2)
一次救命ができるモデル人形	127(77.0)
導尿・浣腸シミュレータ	109(66.1)
吸引シミュレータ	106(64.2)
筋肉注射シミュレータ	87(52.7)
点滴静注シミュレータ	86(52.1)
輸液ポンプ・シリンジポンプ	80(48.5)
フィジカルアセスメントモデル人形	64(38.8)
万能型実習モデル人形	63(38.2)
12誘導心電計	61(37.0)
経管栄養シミュレータ	56(33.9)
心電図モニター	53(32.1)
人工呼吸器	42(25.5)
皮内注射シミュレータ	37(22.4)
褥瘡ケアモデル	35(21.2)
口腔ケアモデル	33(20.0)
おむつ交換モデル	25(15.2)
中央配管に関するモデル(CPS実習ユニット等)	19(11.5)
外科包帯法シミュレータ	1(0.6)
その他	22(13.3)
AED	10
乳房に関するシミュレータ	2
気管挿管に関するシミュレータ	2
中心静脈栄養に関するシミュレーション	2
嚥下に関するシミュレータ	1
胸部診察トレーニング	1
経管栄養ポンプ	1
ストーマケア	1
高次機能モデル人形	1
小児・助産に関するシミュレータ	1

第Ⅳ章 看護師の看護技術の修得を目指した教育についての提案

第Ⅱ章では看護基礎教育の卒業時点における看護学生の看護技術の到達レベル等に関する実態、第Ⅲ章では新人看護職員研修修了時点（1年目）での新人看護師の看護技術の到達レベル等に関する実態を明らかにした。本章では2つの実態調査の結果を中心に考察し、患者に対して安全で安心な看護技術を提供できる「一人前」の看護師を養成するための教育のあり方として、1）看護基礎教育と新人看護職員研修とで一貫性のある看護技術教育（一体化）の必要性、2）1年間の新人看護職員研修の年限の延長、3）新人看護職員研修の制度上の義務化の必要性について、提案することとした。

Ⅳ－1 看護基礎教育と新人看護職員研修との一貫性ある教育（教育・研修の一体化）

Ⅳ－1－1 看護基礎教育と新人看護職員研修との一貫性ある教育（教育・研修の一体化）の必要性

看護師には知識・技術・こころが大切であることは今更いうまでもないが、知識に裏付けされた「看護技術」を修得するためには、看護学生・看護師自身の自己研鑽が必要であると同時に看護基礎教育、卒後の継続教育を通して、体系的な教育で看護技術に関する最小限の標準化を図ることは不可欠である。

看護師の養成教育には、指定規則で標準化が図られている看護基礎教育（大学、短期大学、専修学校・専門学校）と、平成22年から法令上、努力義務化された新人看護職員研修がある。それぞれの教育・研修を効果的、効率的に運用していくことが、学生、教育現場、臨床現場にとって必要なことであり、そのためには、看護基礎教育と新人看護職員研修との連携を図り、将来的には一体化にしていく方向を看護界全体で考えていくことが重要と考える。

「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省2007）で、到達レベルとして「レベルⅠ（一人で実施できる）」（34項目）および「レベルⅡ（指導のもとでできる）」（54項目）が求められる看護技術は88項目ある。本調査結果で、先行研究で到達レベルⅠに達している看護技術を除く、64項目の看護技術の到達レベルを調査した結果、75%以上の教育機関がレベルⅠに到達したと回答し

た看護技術は 1 項目のみで、看護基礎教育における卒業時点でのレベルⅠに到達した看護技術の少なさが明らかとなった。また、50%以上の教育機関がレベルⅠと回答した看護技術は 64 項目中 17 項目であった。臨床での実施頻度の高い療養上の世話に関する技術（「ポータブルトイレでの患者の排泄援助」、「患者の機能に合わせたベッドから車いすへの移乗」など）さえも、レベルⅠに到達することが困難であることが改めて明らかとなった。「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚労省 2007）で、レベルⅠまたはレベルⅡの到達が求められている診療の補助に関する技術については、卒業時の到達レベルは「レベルⅢ（臨床での実施を見学する）」または「レベルⅣ（臨床での見学もしなかった）」に回答した教育機関が多かった。看護基礎教育の課程で目標とされるレベルに到達できなかった理由として、「対象患者がいらない」や医療安全(patient safety)の観点から「技術が未熟である学生」に実施させることはできない、実習時間や実習場所の制約から「看護技術を経験する機会がない」であった。「対象患者がいらない」や「医療安全の観点から臨床現場では学生に実施させられない」ことが到達レベルの達しない理由であれば、看護基礎教育課程の実習時間の増加や教育期間の延長など図ったとしても解決できないことは明らかである。

2004 年に日本看護協会が行った「新卒看護職員の早期離職等の実態調査」（日本看護協会 2004）の結果でも、「基本的な看護技術が身につけていない」が上位にあげられ、卒業時点での看護技術の不足は 10 年以上も前から指摘されてきており、現在も変わっていない。このことから教育のあり方を抜本的に変える検討が必要とされる。

教育を通して多くの看護技術の修得を図っていくためには、基礎教育課程だけでは難しく、基礎教育の現場と臨床現場との特色を十分に活かしつつ、「一人前」の看護師として必要な看護技術を修得できるために、看護基礎教育と新人看護職員研修とを一貫性のある教育体系（シームレスな教育体系）にしていく必要があると考える。

山勢ら（2006）は、看護基礎教育と現任教育との連携を目的に、連携をとる体制を検討したが問題点も多く、必ずしも活発な連携がとれているとは言えないとし、後藤ら（2007）は、基礎教育機関と実践現場である臨床施設とが協働して、新人看護師への移行を容易にするためのプログラムはごく限られていることを報告している。しかし、山勢らや後藤らの報告が行われた 10 年前に比べ、看護を取り巻く臨床現場は大きく変化（必要とされる看護技術の種類の多様化、

高度化、患者のニーズの多様化、看護師等の就労環境など）している現在、教育現場と臨床現場との連携を図り、一人前の看護師を養成していく取り組みが必要とされており、その一つの方法として看護基礎教育と新人看護職員研修を一貫した教育体系に構築していくことも必要な時期であると考えている。日本の看護教育の中でユニフィケーションシステムがとられている教育機関はほとんどない（厚労省 2010）。基礎教育と臨床現場の乖離が指摘されて久しくなるが（文部科学省 2017）、看護基礎教育機関と臨床現場との連携が不可欠であると考ええる。ユニフィケーションシステムがとられている医学教育（医学部設置に際しては附属病院の設置が制度的に不可欠である）においても、医学基礎教育と臨床研修との連携についての検討が積極的に進められている（厚労省 2017）。

一方で、看護基礎教育機関と実習施設との間で、看護技術の到達に関する連携をしている教育機関では看護技術の到達が高かった（石川 2016）とされており、看護技術の到達レベルを上げるためには、今の教育体系のもとでも臨床との連携が欠かせないことは明らかである。

IV－1－2 看護基礎教育と新人看護職員研修における看護技術に関する教育のすみ分け

看護基礎教育と新人看護職員研修との一貫性を図るうえで、まず検討しなければならない事項は、一人前の看護師に必要とされる看護技術を看護基礎教育あるいは新人看護職員研修のいずれの段階の教育で行うかをすみ分けることである。時間的な制約のある教育年限の中で、効果的、効率的に教育していくためには、重複を避けることである。そこで本研究では、看護基礎教育と新人看護職員研修における看護技術のすみ分けの案を表IV－1 に示す。

1. 看護基礎教育と新人看護職員研修の看護技術のすみ分けにあたっての基本的な考え方

看護基礎教育と新人看護職員研修の看護技術のすみ分けにあたっての基本的な考え方を以下に示す。

1) 看護基礎教育において教育する看護技術

(1) 先行研究および本調査研究の結果で「一人でできる」の到達レベルに達

している看護技術

(2) 卒業後、就職した臨床現場で直ちに実践力が求められる看護技術

(3) 医療安全の視点から不可欠と考えられる看護技術

2) 新人看護職員研修において研修する看護技術

(1) 上記の看護基礎教育で教育しなかった看護技術

系統的な教育・研修を通して、看護師に必要とされる看護技術を「一人でできる」レベルにすることが、看護技術の視点からの「一人前」の看護師を養成することであり、この目標を効果的・効率的に達成するためにすみ分けを提案する。

2. 看護基礎教育課程において教育する看護技術 (54 項目)

看護基礎教育では、次にあげる選定に基づいて選択した看護技術の教育を行い、これらの看護技術を「一人でできる」レベルに到達させることが必要であると考ええる。

1) 先行研究ですでに「一人でできる」の到達レベルに達している看護技術

第Ⅱ章の調査項目より除外した、日本看護協会調査報告書の「2006 年看護教育基礎調査」(日本看護協会 2007)で、卒業時に「一人で実施できる」学生の割合が 80%以上と回答した学校が 5 割を超えた看護技術 23 項目を、看護基礎教育課程で教育する看護技術とした。

23 項目は、「患者にとって快適な病床環境の調整」、「臥床患者のリネン交換」、「患者の状態に合わせた食事介助」、「自然排便を促すための援助」、「自然排尿を促すための援助」、「おむつ交換」、「車いす移送」、「歩行・移動介助」、「臥床患者の体位変換」、「患者の状態に合わせた足浴・手浴」、「清拭援助をとおしての患者の観察」、「臥床患者の清拭」、「洗髪援助をとおして、患者の観察」、「臥床患者の洗髪」、「口腔ケアをとおして、患者の観察」、「口腔ケア」、「患者が身だしなみを整えるための援助」、「輸液ライン等が入っていない臥床患者の寝衣交換」、「陰部の清潔保持の援助」、「バイタルサイン測定」、「身体計測」、「系統的な症状の観察」、「スタンダードプリコーション (標準予防策) の実施」である。

「基本的なベットメイキング」は、平成 19 年度厚生労働省医政局通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間での役割分担の推進について」（厚労省 2007）や診療報酬「急性期看護補助体制加算」により、業者や看護補助者へと役割分担が進められているため、看護基礎教育課程でも必要ないと判断し除外した。

2) 本調査研究の結果、50%以上の教育機関が「一人で実施できる」と回答した看護技術

50%以上の教育機関が、卒業時点の到達レベルとして「一人で実施できる」に回答した看護技術の 17 項目を看護基礎教育で教育する看護技術とした。17 項目は「患者の食事摂取状況のアセスメント」、「入浴前・中・後の観察」、「患者の褥瘡発生の危険アセスメント」、「患者の自覚症状に配慮した体温調節の援助」、「入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助」、「膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察」、「必要な防護用具（手袋・ゴーグル・ガウン等）の装着」、「患者の栄養状態のアセスメント」、「末梢循環を促進するための部分浴・電法・マッサージ」、「患者の一般状態の変化に気づく」、「酸素吸入療法を受けている患者の観察」、「患者の状態に合わせた温電法・冷電法」、「インシデント・アクシデント発生時の報告」、「廃用性症候群のリスクアセスメント」、「患者を誤認しないための防止策の実施」、「睡眠状況のアセスメントと入眠を促す援助計画」、「バイタルサイン・身体測定データ・症状などからの患者の状態のアセスメント」である。

3) 本調査研究の結果、70%以上の教育機関が「指導のもとでできる」に回答した看護技術

70%以上の教育機関が「指導のもとでできる」と回答した看護技術 7 項目を看護基礎教育課程に含めた。7 項目は「入浴介助」、「患者の機能に合わせたベッドから車いすへの移乗」、「ベッドからストレッチャーへの移乗」、「ストレッチャー移送」、「患者の疾患に応じた食事内容の指導」、「廃用性症候群予防のための自動・他動運動」、「褥瘡予防のためのケア」である。

4) 臨床現場で新人看護師に入職直後から日常的に求められる看護技術

臨床現場では、投薬、注射、輸液管理などの診療の補助が看護師の主要な業務になっており、単独で実施できることが求められる（飯島ら 2008）とされて

いる。しかし、看護学生が卒業時に「一人でできる」レベルには到達しておらず、新人看護職員研修の集合研修で、「与薬の技術」に約 20 時間（他の看護技術の 2～3 倍）を費やし教育している（福井ら 2009）。そのためにほぼすべての看護師が就職後の早い時期から一人で行うことを求められる看護技術を看護基礎教育課程で教育するようにした。しかし、医療安全の観点から、看護学生が与薬や注射を実施することは患者へのリスクが高くなるため、看護基礎教育課程では、「観察」や「患者の準備」を通して技術を遂行するうえでの知識および判断能力を育成することとする。高橋らが報告した（2014）新人看護師が就職後に困った看護技術、卒業前に演習を行ってほしい技術を参考にし、「経口薬、経皮・外用薬の与薬前後の観察」、「点滴静脈内注射を受ける患者の準備と点滴前・中・後の観察」、「輸液ポンプの管理（患者の観察および輸液の管理）」、「静脈内採血時の患者の準備と観察」、「簡易血糖測定」、「パルスオキシメーターによる測定」の 6 項目を設定した。「簡易血糖測定」については、現在のわが国では糖尿病患者及びその予備軍は成人の 8.8%で 11 人に 1 人といわれ、血糖測定は多くの患者に実施されている。また医療技術の進歩により、上腕の裏にセンサーを貼って、血糖をモニタリングできるシステムができ、卒業時に看護学生が「一人でできる」に到達しておく必要がある看護技術と判断した。「パルスオキシメーターによる測定」は、臨地実習で看護学生が日常的に測定しており、修得可能と考えた。

5) 医療安全の視点から不可欠と考えられる看護技術

「無菌操作」は、本調査結果でも到達レベルが低い看護技術の一つであったが、療養上の世話、診療の補助行為を実施する際の基本となる看護技術である。また感染のリスクが非常に高い技術であり、看護師としては必須の基本的な技術である。無菌操作は就職と同時に看護ケアのあらゆる場面で求められる技術でもあり、看護基礎教育で修得できるようにしておく必要があると考えた。

3. 新人看護職員研修で教育する看護技術（77 項目）

新人看護職員研修で教育する看護技術を表Ⅳ－1 に示す。

新人看護職員研修で教育する看護技術は、前述した看護基礎教育で教育することと提案した看護技術 54 項目以外の 77 項目とした。

77 項目は、次にあげる看護技術である。

1) 先行研究等ですでに「一人でできる」の到達レベルに達している看護技術
第Ⅲ章の調査項目で除外した、先行研究等ですでに「一人でできる」の到達レベルに達している看護技術 15 項目のうち、看護基礎教育で教育することを提案した看護技術 8 項目を除く、7 項目とした。

7 項目は、「臥床患者のリネン交換」、「清拭」、「洗髪」、「バイタルサイン（呼吸・脈拍・体温・血圧）の観察と解釈」、「患者誤認防止策の実施」、「体温調整」、「歩行介助・移動の介助・移送」である。

なお、「バイタルサイン（呼吸・脈拍・体温・血圧）の観察と解釈」は、看護基礎教育の到達項目に合わせて、「バイタルサイン・身体測定データ・症状などからの患者の状態のアセスメント」に変更した。

2) 第Ⅲ章で調査対象とした 73 項目の看護技術のうち、看護基礎教育で教育することを提案した看護技術 3 項目を除く、70 項目とした。

4. 看護基礎教育と新人看護職員研修の 2 つの教育課程で教育する看護技術

すみ分けにあたっては、看護基礎教育と新人看護職員研修における看護技術教育の重複を避けることを基本方針の一つとした。しかし、患者の病態等により看護技術の難易度が異なる看護技術は、看護基礎教育と新人看護職員研修の双方で教育することとした。これに該当する看護技術として、「臥床患者のリネン交換」、「臥床患者の体位変換」、「臥床患者の清拭」、「臥床患者の洗髪」がある。これらの看護技術は、医療安全（患者安全）の視点から、看護基礎教育課程では、「日常生活の活動に制限がない患者」に対して「一人でできる」レベルに到達することとし、新人看護職員研修では、「手術後、麻痺等で活動に制限のある臥床患者」とした。同様に、「食事介助」は看護基礎教育では「嚥下障害がない患者」を、新人看護職員研修では「臥床患者、嚥下障害のある患者」とした。「口腔ケア」は看護基礎教育では「意識障害がない患者」、新人看護職員研修では「意識障害のある患者」とし、「入浴介助」は看護基礎教育では「移動動作のできる部分介助を必要とする患者」、新人看護職員研修では「臥床患者」とし、「歩行・移動介助」は看護基礎教育では「移動動作に制限がない患者」とし、

新人看護職員研修では「手術後などの初回歩行の患者」とした。「車椅子移送」、「患者の機能に合わせたベッドから車いすへの移乗」、「ベッドからストレッチャーへの移乗」、「ストレッチャー移送」については、看護基礎教育では「酸素療法や持続点滴静脈注射などがない患者」、新人看護職員研修では「車椅子移送」、「患者の機能に合わせたベッドから車いすへの移乗」は「酸素療法や持続点滴静脈注射、麻痺等がある患者」、「ベッドからストレッチャーへの移乗」、「ストレッチャー移送」は「酸素療法や持続点滴静脈注射などがある患者」とした。「バイタルサイン・身体測定データ・症状などからの患者の状態のアセスメント」は看護基礎教育では「病態が安定している患者」、新人看護職員研修では「病態が不安定な患者」とし、「患者を誤認しないための防止策の実施」については、看護基礎教育では「意識障害や認知障害のない患者」、新人看護職員研修では「意識障害や認知障害のある患者」とした。

IV－2 新人看護職員研修の年限の延長

IV－2－1 新人看護職員研修の年限の延長の必要性

今回の調査で 400 床以上の大規模病院において、50%以上の病院が、新人看護師の 75%以上が「一人でできる」レベルに到達していると回答した看護技術は、73 項目中 14 項目のみであった。これは、本来なら看護基礎教育において「一人で実施できる」の到達レベルまで求められている看護技術の到達レベルが低く、新人看護職員研修で補わなければならない実態があり、1 年間の新人看護職員研修修了時点での到達レベルまで達することができなかったと考える。厚生労働省では、1 年間の新人看護職員研修で、ガイドライン【改訂版】の「技術的側面：看護技術についての到達目標」（厚労省 2014）において、「できる」としている看護技術として 44 項目をあげている。本調査の結果から、50%以上の病院が、2 年目修了時点に「一人でできる」と回答した看護技術は、73 項目中 40 項目と約 6 割になった。新人看護師に「一人でできる」レベルの到達を求められている看護技術の中には、「動脈血採血の準備と検体の取り扱い」、「12 誘導心電図の装着、管理」については、看護基礎教育と同様に「対象患者がいらない」が理由としてあげられている。看護基礎教育での到達の難しさ、新人看護師の技術レ

ベル、研修環境等を考えると新人看護職員研修期間の延長を検討する必要があると考えた。看護技術は実践ができて「一人前」と考える。これに対して、新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】の「技術的側面：看護技術についての到達目標」（厚労省 2014）の中に「演習でできる」、「知識としてわかる」という記載があることから、1 年間の新人看護職員研修ではすべての看護技術を「一人でできる」レベルに到達することは難しいことと示唆する。

すでに平成 16 年から実施されている医師の初期臨床研修では、研修医は施設基準の医師配置に含まれていない。これに対して新人看護師の場合は、各施設の配置基準の中に含まれており、日常業務を行いながら研修を受けるという制約条件の中で行われていることも新人看護職員研修の年限を検討する際に考慮する必要がある。

IV－2－2 新人看護職員研修の年限を延長した場合の 1 年目と 2 年目以降の看護技術に関する教育のすみ分け

本研究の第Ⅲ章での調査結果をもとに、1 年目と 2 年目以降の看護技術のすみ分けの案を表Ⅳ－2 に示す。

1. 新人看護職員研修 1 年目と 2 年目以降に教育する看護技術のすみ分けにあたっての基本的な考え方

1) 新人看護職員研修 1 年目に教育する看護技術

- (1) 臨床現場で日常的に行われている診療の補助に関する技術
- (2) 病状が複雑な臥床患者の療養上の世話に関する技術

2) 2 年目以降に教育する看護技術

- (1) 検査に関する技術や救命救急処置技術などの身体侵襲の高い診療の補助に関する技術
- (2) 臨床現場であっても新人看護師が提供する機会がない看護技術
- (3) 安楽確保の技術や死後のケアなどに関する技術

すみ分け案の作成にあたっては、1 年目では臨床現場で日常的に行われている診療の補助に関する技術、病状が複雑な臥床患者の療養上の世話に関する技術

を「一人でできる」レベルにまで到達する必要がある。2 年目以降では、検査に関する技術や救命救急処置技術などの身体侵襲の高い診療の補助に関する技術、臨床現場であっても新人看護師が提供する機会がない看護技術、複合的な技術である安楽確保の技術や死亡後のケアを修得できるように、1 年目と段階づけた。

2. 新人看護職員研修 1 年目で教育する看護技術 (45 項目)

臨床現場で日常的に行われている診療の補助に関する技術や病状が複雑な臥床患者の療養上の世話に関する技術で、1 年目に到達可能な看護技術を、以下に選択した。

1) 先行研究等ですでに「一人でできる」の到達レベルに達している看護技術 7 項目を 1 年目で教育する看護技術とした。

2) 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】の「技術的側面：看護技術についての到達目標」(厚労省 2014) で「レベル I (できる)」とされている看護技術 18 項目を 1 年目で教育する看護技術とした。

その理由として、新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】は、厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「新人看護職員研修制度開始後の評価に関する研究」(佐々木 2014) で、調査対象病院 (200 床以下の病院が 60% をしめる) の教育担当者や実地指導者が「レベル I」が妥当と回答した看護技術をもとに改正されている。

18 項目は「食事介助」、「経管栄養法」、「導尿」、「膀胱内留置カテーテルの挿入と管理」、「浣腸」、「入浴介助」、「酸素吸入療法」、「吸引 (口腔内、鼻腔内、気管内)」、「ネブライザー」、「皮下注射、筋肉内注射、皮内注射」、「意識レベルの把握」、「チームメンバーへの応援要請」、「動脈血採血の準備と検体の取り扱い」、「心電図モニター管理」、「12 誘導心電図の装着、管理」、「洗浄・消毒・滅菌の適切な選択」、「針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応」、「転倒転落防止策の実施」である。

3) 本研究の調査結果で、50%以上の病院が、新人看護師の 75%以上が「一人でできる」と回答した看護技術 13 項目を 1 年目で教育する看護技術とした。13

項目は、「静脈血採血と検体の取扱い」、「経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬」、「医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い」、「患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助」、「輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換」、「口腔ケア」、「採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い」、「ポータブルトイレでの患者の排泄援助」、「失禁している患者のケア」、「誤薬防止の手順に沿った与薬」、「体位変換（手術後、麻痺等で活動に制限のある患者等への実施）」、「静脈内注射、点滴静脈内注射」、「輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理」である。

4) 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】の「技術的側面：看護技術についての到達目標」（厚労省 2014）で「レベルⅡ（指導のもとでできる）」とされている看護技術で、日常的に行われている生活援助技術と観察に関する技術の 5 項目を 1 年目で教育する看護技術とした。5 項目は、「食生活支援」、「入眠・睡眠への援助」、「抗菌薬、抗ウイルス薬等の用法の理解と副作用の観察」、「インシュリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察」、「患者の状態に合わせた安楽な体位保持」である。

5) 患者の状態を理解する上では欠かせない「患者の電解質バランスのアセスメント」、「循環機能のアセスメント」の 2 項目を 1 年目で教育する看護技術とした。

3. 2 年目以降に教育する看護技術（32 項目）

Ⅳ－1－2 で提案した新人看護職員研修で教育する看護技術 77 項目の中で、1 年目で教育する看護技術 45 項目以外の 32 項目の看護技術を 2 年目以降に教育する看護技術とした。2 年目以降に教育する看護技術を、表Ⅳ－2 に示すとおりである。

32 項目は「体位ドレナージ」、「低圧持続吸引中の患者ケア」、「人工呼吸器の管理」、「創傷処置（創傷の観察、無菌操作、消毒薬の特徴も含む）」、「廃用性症候群予防・関節可動域訓練」などである。

なお、参照資料として、看護基礎教育課程で教育する看護技術、新人看護職員研修 1 年目および 2 年目以降で研修する看護技術を一覧にした。

IV－3 新人看護職員研修の義務化

地域包括的ケアシステムが推進される中で、重症度・看護度の高い患者に対する看護技術の提供が求められている。新人看護師の就業場所は、高度先進医療を提供する大規模病院から、訪問看護ステーション、老人保健施設、診療所まで多様である。そのために新人看護職員研修の実施に対する施設間の差が生じることが指摘されてきた（草間ら 2006, 上泉 2009）。平成 23・26 年の医療施設（静態・動態）調査による「病床規模別の新人看護職員研修実施状況」（厚労省 2011、厚労省 2016）を表Ⅳ－3 に示す。本調査対象以外の 400 床未満の病院では、平成 23 年度では、新人看護職員研修ガイドラインに沿った研修を実施している施設は全体の 78.9%であった。平成 26 年度では 80.6%と若干上昇はしているが、400 床未満の病院では、新人看護職員研修ガイドラインに沿った研修が実施されていないことが明らかである。また、平成 23・26 年度において、20～99 床の施設では、新人看護職員研修ガイドラインに沿った研修が実施されていない施設が約 3～4 割を占めており、小規模施設になるにつれて、新人看護職員研修ガイドラインに沿った研修が実施されていない。一方、本調査結果で、調査対象とした 400 床以上の病院の 95%以上が実施されている。

訪問看護ステーションについては、2009 年に日本訪問看護振興財団が 968 カ所の訪問看護ステーションを対象とした調査では、新卒者の採用は全体の 2%で、新卒に対するプログラムを持つのは全体の 5%と報告されている（日本訪問看護振興財団 2009）。山田ら（2014）の 1420 カ所の訪問看護ステーションを対象とした調査においても、新卒看護師の採用経験がある訪問看護ステーションは全体の 2%で、このうち、「新卒に特化したプログラムを持つ」のは 31%にとどまり、「新卒に特化していないが新人看護師用のプログラムがある」が 37%、「新卒に特化したプログラムは特にない」が 17%と報告されている。新卒看護師を採用しているにもかかわらず、約半数の施設が新卒看護師の教育プログラムがない状態で新卒者を採用している。

診療所については、厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「新人看護職員研修制度開始後の評価に関する研究」（佐々木 2014）結果で、「新人研修のガイドラインを参考にしていない」が 37.5%、「到達目標を参考にしていない」が 37.5%、参考にしていない理由として、「到達目標を使うのが難しい」が 50%と報告されていた。

このように、小規模施設において新人看護職員研修が実施されていない実態が明らかであり、新人看護職員研修が努力義務化されて 5 年経つが、その施設間の差が課題であることは変わっていない。

「一人前」の看護師を育成するうえで、看護基礎教育と新人看護職員研修との一貫性のある教育を行っていく必要があり、そのためには新人看護職員研修を努力義務化から義務化し、新人看護師がどのような医療施設（介護施設）に就職したとしても標準化された教育が受けられる体制が必要である。新人看護職員研修を義務化して、国民・患者がどのような病院・施設等においても等しく安全で安心な看護技術を受けられることができるように、すべての新人看護師が新人看護職員研修を受けられるようにしていく必要がある。

表Ⅳ－１ 看護基礎教育と新人看護職員研修の看護技術に関する教育のすみ分け

看護基礎教育において教育する看護技術 (54項目)	新人看護職員研修において教育する看護技術 (77項目)
1－1) 先行研究で「一人で行える」とされている 看護技術(23項目)	1. 先行研究で「一人で行える」とされている 看護技術(7項目)
患者にとって快適な病床環境の調整	臥床患者のリネン交換 (手術後、麻痺等で活動に制限のある臥床患者)
臥床患者のリネン交換 (日常生活の活動に制限がない患者)	清拭 (手術後、麻痺等で活動に制限のある臥床患者)
患者の状態に合わせた食事介助 (嚥下障害のない患者)	洗髪 (手術後、麻痺等で活動に制限のある臥床患者)
自然排便を促すための援助	バイタルサイン・身体測定データ・症状などからの患者の状態のアセスメント(病態が不安定な患者)
自然排尿を促すための援助	患者誤認防止策の実施 (意識障害や認知障害がある患者)
おむつ交換	体温調整
車いす移送 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがない患者)	歩行介助・移動の介助・移送
歩行・移動介助 (移動動作に制限がない患者)	・歩行・移動介助(手術後などの初回歩行の患者)
臥床患者の体位変換 (日常生活の活動に制限がない患者)	・車いす移送 (酸素療法や持続点滴静脈注射、麻痺がある患者)
患者の状態に合わせた足浴・手浴	・患者の機能に合わせたベッドから車いすへの移乗 (酸素療法や持続点滴静脈注射、麻痺がある患者)
清拭援助をととしての患者の観察	・ベッドからストレッチャーへの移乗 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがある患者)
臥床患者の清拭 (日常生活の活動に制限がない患者)	・ストレッチャー移送 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがある患者)
洗髪援助をととしての、患者の観察	2. 看護基礎教育で教育しなかった 看護技術(70項目)
臥床患者の洗髪 (日常生活の活動に制限がない患者)	患者の電解質バランスのアセスメント
口腔ケアをととしての、患者の観察	食事介助(臥床患者、嚥下障害のある患者)
口腔ケア (意識障害がない患者)	食生活支援
患者が身だしなみを整えるための援助	経管栄養法
輸液ラインなどが入っていない臥床患者の寝衣交換	患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助
陰部の清潔保持の援助	失禁している患者のケア
バイタルサイン測定	ポータブルトイレでの患者の排泄援助
身体計測	導尿
系統的な症状の観察	膀胱内留置カテーテルの挿入と管理
スタンダードプリコーション(標準予防策)の実施	浣腸
1－2) 本調査で「一人で行える」の到達レベルに 達している看護技術(17項目)	摘便
患者の食事摂取状況のアセスメント	ストーマ造設患者のケア

入浴前・中・後の観察	目的に応じた安静保持の援助
患者の褥瘡発生の危険アセスメント	体動制限による苦痛緩和
患者の自覚症状に配慮した体温調節の援助	体位変換 (手術後、麻痺等で活動に制限のある臥床患者)
入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助	廃用性症候群予防・関節可動域訓練
膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察	入眠・睡眠への援助
必要な防護用具(手袋・ゴーグル・ガウン等)の装着	体動、移動に必要な患者への援助
患者の栄養状態のアセスメント	入浴介助(臥床患者)
末梢循環を促進するための部分浴・電法・マッサージ	口腔ケア (意識障害がある患者)
患者の一般状態の変化に気づく	輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換
酸素吸入療法を受けている患者の観察	沐浴
患者の状態に合わせた温電法・冷電法	循環機能のアセスメント
インシデント・アクシデント発生時の報告	酸素吸入療法
廃用性症候群のリスクアセスメント	吸引(口腔内、鼻腔内、気管内)
患者を誤認しないための防止策の実施 (意識障害や認知障害がない患者)	ネブライザー
睡眠状況のアセスメントと入眠を促す援助計画	体位ドレナージ
バイタルサイン・身体測定データ・症状などからの患者の状態のアセスメント(病態が安定している患者)	低圧持続吸引中の患者ケア
1-3)本調査で「指導のもとでできる」の到達レベルに達している看護技術(7項目)	人工呼吸器の管理
入浴介助(移動動作のできる部分介助を必要とする患者)	創傷処置(創傷の観察、無菌操作、消毒薬の特徴も含む)
患者の機能に合わせたベッドから車いすへの移乗 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがない患者)	包帯法
ベッドからストレッチャーへの移乗 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがない患者)	経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬
ストレッチャー移送 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがない患者)	皮下注射、筋肉内注射、皮内注射
患者の疾患に応じた食事内容の指導	静脈内注射、点滴静脈内注射
廃用性症候群予防のための自動・他動運動	輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理
褥瘡予防のためのケア	中心静脈内注射の準備・介助・管理
2. 臨床現場で新人看護師に入職直後から日常的に求められる看護技術(6項目)	輸血の準備、輸血中と輸血後の観察
経口薬、経皮・外用薬の与薬前後の観察	抗菌薬、抗ウイルス薬等の用法の理解と副作用の観察
点滴静脈内注射を受ける患者の準備と点滴前・中・後の観察	インシュリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察
輸液ポンプの管理 (患者の観察および輸液の管理)	麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察
静脈内採血時の患者の準備と観察	薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む)
簡易血糖測定	意識レベルの把握

パルスオキシメーターによる測定	チームメンバーへの応援要請
3. 医療安全の観点から不可欠と考えられる 看護技術(1項目)	気道確保
無菌操作	人工呼吸
	閉鎖式心臓マッサージ
	気管挿管の準備と介助
	外傷性の止血
	AED
	静脈血採血と検体の取扱い
	動脈血採血の準備と検体の取り扱い
	採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い
	心電図モニター管理
	12誘導心電図の装着、管理
	正確な検査が行えるための患者の準備
	検査前・中・後の観察
	検査後の安静保持の援助
	検査介助
	医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い
	洗浄・消毒・滅菌の適切な選択
	針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応
	誤薬防止の手順に沿った与薬
	転倒転落防止策の実施
	薬剤・放射線暴露防止策の実施
	災害が発生した場合の指示に従った行動
	患者の状態に合わせた安楽な体位保持
	患者の精神的安寧を保つためのケア
	褥瘡等身体安楽促進ケア
	リラクゼーション技法
	死後のケア

表Ⅳ－２ 新人看護職員研修の1年目と2年目以降に教育する看護技術のすみ分け

看護技術項目		新人看護職員研修において教育する看護技術	
		1年目(45項目)	2年目以降(32項目)
環境調整技術	臥床患者のリネン交換 (手術後、麻痺等で活動に制限のある臥床患者)	○	
食事の援助技術	食事介助(臥床患者、嚥下障害のある患者)	○	
	患者の電解質バランスのアセスメント	○	
	食生活支援	○	
	経管栄養法	○	
排泄援助技術	患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助	○	
	失禁している患者のケア	○	
	ポータブルトイレでの患者の排泄援助	○	
	導尿	○	
	膀胱内留置カテーテルの挿入と管理	○	
	浣腸	○	
	摘便		○
	ストーマ造設患者のケア		○
活動・休息援助技術	歩行介助・移動の介助・移送 ・車いす移送 (酸素療法や持続点滴静脈注射、麻痺がある患者) ・歩行・移動介助(手術後などの初回歩行の患者) ・患者の機能に合わせたベッドから車いすへの移乗 (酸素療法や持続点滴静脈注射、麻痺がある患者) ・ベッドからストレッチャーへの移乗 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがある患者) ・ストレッチャー移送 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがある患者)	○	
	体位変換 (手術後、麻痺等で活動に制限のある臥床患者)	○	
	入眠・睡眠への援助	○	
	廃用性症候群予防・関節可動域訓練		○
	体動、移動に必要な患者への援助		○
	目的に応じた安静保持の援助		○
	体動制限による苦痛緩和		○
清潔・衣生活援助技術	入浴介助(臥床患者)	○	
	清拭 (手術後、麻痺等で活動に制限のある臥床患者)	○	
	洗髪 (手術後、麻痺等で活動に制限のある臥床患者)	○	

清潔・衣 生活援 助技術	口腔ケア (意識障害がある患者)	○	
	輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換	○	
	沐浴		○
呼吸・循 環を整 える技 術	循環機能のアセスメント	○	
	酸素吸入療法	○	
	体温調整	○	
	吸引(口腔内、鼻腔内、気管内)	○	
	ネブライザー	○	
	体位ドレナージ		○
	低圧持続吸引中の患者ケア		○
	人工呼吸器の管理		○
創傷管 理技術	創傷処置(創傷の観察、無菌操作、消毒薬の特徴も含む)		○
	包帯法		○
与薬の 技術	経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬	○	
	皮下注射、筋肉内注射、皮内注射	○	
	静脈内注射、点滴静脈内注射	○	
	輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理	○	
	中心静脈内注射の準備・介助・管理		○
	輸血の準備、輸血中と輸血後の観察		○
	抗菌薬、抗ウイルス薬等の用法の理解と副作用の観察	○	
	インシュリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察	○	
	麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察		○
	薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む)		○
救命救 急処置 技術	意識レベルの把握	○	
	チームメンバーへの応援要請	○	
	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		○
	外傷性の止血		○
	AED		○

症状・生体機能管理技術	バイタルサイン・身体測定データ・症状などからの患者の状態のアセスメント(病態が不安定な患者)	○	
	静脈血採血と検体の取扱い	○	
	動脈血採血の準備と検体の取り扱い	○	
	採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い	○	
	心電図モニター管理	○	
	12誘導心電図の装着、管理	○	
	正確な検査が行えるための患者の準備		○
	検査前・中・後の観察		○
	検査後の安静保持の援助		○
	検査介助		○
感染予防技術	医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い	○	
	洗浄・消毒・滅菌の適切な選択	○	
	針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応	○	
安全管理技術	誤薬防止の手順に沿った与薬	○	
	患者誤認防止策の実施 (意識障害や認知障害がある患者)	○	
	転倒転落防止策の実施	○	
	薬剤・放射線暴露防止策の実施		○
	災害が発生した場合の指示に従った行動		○
安楽確保技術	患者の状態に合わせた安楽な体位保持	○	
	患者の精神的安寧を保つためのケア		○
	褥瘡等身体安楽促進ケア		○
	リラクゼーション技法		○
死亡時のケア技術	死後のケア		○

(参照資料) 看護基礎教育と新人看護職員研修の1年目と2年目以降に教育する看護技術のすみ分け

	看護基礎教育において教育する看護技術	新人看護職員研修において教育する看護技術	
		1年目	2年目以降
環境調整技術	患者にとって快適な病床環境の調整	臥床患者のリネン交換 (手術後、麻痺等で活動に制限のある臥床患者)	
	臥床患者のリネン交換 (日常生活の活動に制限がない患者)		
食事の援助技術	患者の状態に合わせた食事介助 (嚥下障害のない患者)	食事介助(臥床患者、嚥下障害のある患者)	
	患者の食事摂取状況のアセスメント	患者の電解質バランスのアセスメント	
	患者の栄養状態のアセスメント	食生活支援	
	患者の疾患に応じた食事内容の指導	経管栄養法	
排泄援助技術	自然排便を促すための援助	患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助	
	自然排尿を促すための援助	失禁している患者のケア	
	膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察	ポータブルトイレでの患者の排泄援助	
	おむつ交換	導尿	
		膀胱内留置カテーテルの挿入と管理	
		浣腸	摘便
			ストーマ造設患者のケア
活動・休息援助技術	車いす移送 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがない患者)	車いす移送 (酸素療法や持続点滴静脈注射、麻痺がある患者)	
	歩行・移動介助 (移動動作に制限がない患者)	歩行・移動介助(手術後などの初回歩行の患者)	
	患者の機能に合わせたベッドから車いすへの移乗 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがない患者)	患者の機能に合わせたベッドから車いすへの移乗 (酸素療法や持続点滴静脈注射、麻痺がある患者)	
	ベッドからストレッチャーへの移乗 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがない患者)	ベッドからストレッチャーへの移乗 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがある患者)	
	ストレッチャー移送 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがない患者)	ストレッチャー移送 (酸素療法や持続点滴静脈注射などがある患者)	
	臥床患者の体位変換 (日常生活の活動に制限がない患者)	体位変換 (手術後、麻痺等で活動に制限のある臥床患者)	
	入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助	入眠・睡眠への援助	
	睡眠状況のアセスメントと入眠を促す援助計画		
	廃用性症候群のリスクアセスメント		廃用性症候群予防・関節可動域訓練
	廃用性症候群予防のための自動・他動運動		体動、移動に必要な患者への援助
			目的に応じた安静保持の援助
			体動制限による苦痛緩和
清潔衣生活援助技術	入浴前・中・後の観察	入浴介助(臥床患者)	
	入浴介助(移動動作のできる部分介助を必要とする患者)	清拭 (手術後、麻痺等で活動に制限のある臥床患者)	
	患者の状態に合わせた足浴・手浴	洗髪 (手術後、麻痺等で活動に制限のある臥床患者)	
	清拭援助をととしての患者の観察	口腔ケア (意識障害がある患者)	
	臥床患者の清拭 (日常生活の活動に制限がない患者)	輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換	
	洗髪援助をととしての、患者の観察		
	臥床患者の洗髪 (日常生活の活動に制限がない患者)		
	口腔ケアをととしての、患者の観察		
	口腔ケア (意識障害がない患者)		
	患者が身だしなみを整えるための援助		
	輸液ラインなどが入っていない臥床患者の寝衣交換		
	陰部の清潔保持の援助		沐浴
	酸素吸入療法を受けている患者の観察	循環機能のアセスメント	
		酸素吸入療法	

呼吸循環を整える技術	患者の状態に合わせた温電法・冷電法	体温調整	
	患者の自覚症状に配慮した体温調節の援助	吸引(口腔内、鼻腔内、気管内)	
	末梢循環を促進するための部分浴・電法・マッサージ	ネブライザー	
			体位ドレナージ
			低圧持続吸引中の患者ケア
創傷管理技術	患者の褥瘡発生の危険アセスメント		創傷処置(創傷の観察、無菌操作、消毒薬の特徴も含む)
	褥瘡予防のためのケア		包帯法
与薬の技術	経口薬、経皮・外用薬の与薬前後の観察	経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬	
	点滴静脈内注射を受ける患者の準備と点滴前・中・後の観察	皮下注射、筋肉内注射、皮内注射	
	輸液ポンプの管理 (患者の観察および輸液の管理)	静脈内注射、点滴静脈内注射	中心静脈内注射の準備・介助・管理
		輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理	輸血の準備、輸血中と輸血後の観察
		抗菌薬、抗ウイルス薬等の用法の理解と副作用の観察	麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察
救命救急処置技術		意識レベルの把握	気道確保
		チームメンバーへの応援要請	人工呼吸
			閉鎖式心臓マッサージ
			気管挿管の準備と介助
			外傷性の止血
症状・生体機能管理技術			AED
	バイタルサイン測定	静脈血採血と検体の取扱い	正確な検査が行えるための患者の準備
	身体計測	動脈血採血の準備と検体の取り扱い	検査前・中・後の観察
	患者の一般状態の変化に気づく	採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い	検査後の安静保持の援助
	系統的な症状の観察	心電図モニター管理	検査介助
	バイタルサイン・身体測定データ・症状などからの患者の状態のアセスメント(病態が安定している患者)	バイタルサイン・身体測定データ・症状などからの患者の状態のアセスメント(病態が不安定な患者)	
	静脈内採血時の患者の準備と観察	12誘導心電図の装着、管理	
感染予防技術	簡易血糖測定		
	パルスオキシメーターによる測定		
	スタンダードプリコーション(標準予防策)の実施	医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い	
安全管理技術	必要な防護用具(手袋・ゴーグル・ガウン等)の装着	洗浄・消毒・滅菌の適切な選択	
	無菌操作	針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応	
	インシデント・アクシデント発生時の報告	誤薬防止の手順に沿った与薬	薬剤・放射線暴露防止策の実施
安楽確保技術	患者を誤認しないための防止策の実施 (意識障害や認知障害がない患者)	患者誤認防止策の実施 (意識障害や認知障害がある患者)	災害が発生した場合の指示に従った行動
		転倒転落防止策の実施	
死亡時のケア技術		患者の状態に合わせた安楽な体位保持	患者の精神的安寧を保つためのケア
			電法等身体安楽促進ケア
			リラクゼーション技法
			死後のケア

表Ⅳ－３ 400床未満の病院における新人看護職員研修の実施状況

	病床規模	総数	新人看護職員がいる(総数)		新人看護職員研修ガイドラインに沿った研修		新人看護職員研修ガイドラインに沿わない研修		新人看護職員研修を実施していない	
			施設数	%	施設数	%	施設数	%	施設数	%
平成 23 年	20～49	992	256	25.8	140	54.7	85	33.2	24	9.4
	50～99	2190	772	35.3	531	68.8	172	22.3	59	7.6
	100～149	1430	705	49.3	544	77.2	119	16.9	34	4.8
	150～199	1339	855	63.9	712	83.3	100	11.7	33	3.9
	200～299	1108	784	70.8	656	83.7	93	11.9	26	3.3
	300～399	724	616	85.1	562	91.2	35	5.7	16	2.6
	合計	7783	3988	51.2	3145	78.9	604	15.1	192	4.8
平成 26 年	20～49	945	238	25.2	143	60.1	74	31.1	21	8.8
	50～99	2147	778	36.2	555	71.3	182	23.4	41	5.3
	100～149	1421	747	52.6	599	80.2	123	16.5	25	3.3
	150～199	1336	910	68.1	766	84.2	120	13.2	24	2.6
	200～299	1116	838	75.1	703	83.9	111	13.2	24	2.9
	300～399	711	627	88.2	569	90.7	52	8.3	6	1.0
	合計	7676	4138	53.9	3335	80.6	662	16.0	141	3.4

* 平成23・26年医療施設(静態・動態)調査結果を一部改変した

本研究の限界

第Ⅱ章、第Ⅲ章の実態調査の限界について以下に記述する。

1. 回収率が低いこと

「新人看護職員研修修了時における新人看護師の看護技術の到達レベルの実態調査」では、最終的な回収率が 20.8% (168/809 病院) と低かった。当初予定していた回答期限の回収率は 15.7%であったため、回収率を上げるために、調査協力のはがきを再発信し、回答期限を 2 週間延長したが 5.1%上がっただけであった。約 20%の施設 (168 施設) の回答から実態の一端は把握できていると考える。

2. 看護基礎教育課程の専門学校、大学、短期大学の 3 教育機関の回答率のばらつき

「看護基礎教育課程卒業時における看護学生の看護技術の到達に関する実態調査」では、3 年課程の専門学校、大学、短期大学の回答率が、それぞれ全体の 84.8%、13.8%、1.4%と 3 年課程の専門学校に偏り、特に大学からの回答率が低かったことは問題であった。ちなみに、看護師の国家試験の 3 年課程の専門学校、大学、短期大学の合格者数は、それぞれ 43.6%、33.2%、2.6% (旺文社教育情報センター2017) である。

3. 回答の妥当性

本研究は、全国のエdukation機関および病院を対象とし、各教育機関および病院全体の看護技術の到達レベルのすべてを把握している立場にある教育責任者および研修責任者に回答を依頼した。教育機関では、看護技術に対する評価を行っている機関は、8 校を除く 94.2%であった。また新人看護職員研修については、「評価を行っている」と回答があった病院のみを分析対象とした。しかし質問紙に、回答に際して、「評価表に基づいて到達度の評価結果をご記入ください」の一文を記載しなかったために、回答結果に回答者の主観が入る可能性が排除できないことが懸念される。

謝辞

本研究にご協力いただきました全国の看護基礎教育に関わる看護教育責任者の皆様、新人看護職員研修に関わる病院の教育責任者の皆様に心より御礼を申し上げます。

研究の遂行ならびに論文執筆にあたり、常に前向きに的確に、私が納得できるまで丁寧にご指導をいただきました指導教員である東京医療保健大学大学院看護学研究科の草間朋子教授に心より感謝申し上げます。様々な面でご支援いただいたおかげでここまでたどりつくことができました。言葉では言い尽くせないくらいお世話になりましたこと、本当にありがとうございました。

統計で行き詰った時、いつも快く、ご指導をしてくれました東京医療保健大学の高木晴良先生、佐藤 潤先生に深く感謝申し上げます。

東京医療保健大学の教職員の方々には多くのご協力をいただきましたこと、あたたかな励ましのお言葉をいただいたこと、心より感謝申し上げます。また石川県立看護大学附属看護キャリア支援センターの教職員の皆様にも、本研究を進めるにあたり様々なご協力をいただき、心より感謝申し上げます。

多くの方々にご協力、ご支援をいただき、論文をまとめることができました。皆様に心より感謝申し上げます。

最後に、いつもあたたかく見守り続けてくれた家族に感謝いたします。

なお、本研究の第Ⅲ章は、石川県立看護大学 平成 28 年度学内研究助成を受けて実施しました。

引用文献

<第Ⅰ章>

- 浅川和美, 高橋由紀, 川波公香, 川野道弘, 山海千保子, 関根聡子他 (2008).
看護基礎教育における看護技術教育の検討ー看護系大学生の臨地実習における看護技術経験状況と自信の程度ー. 茨城県立医療大学紀要, 13, 57-67.
- 福井トシ子 (2009). 新人看護師の基礎看護技術習得に関する調査. 看護, 61(5), 98-103.
- 川守田千秋, 小山真理子, 水戸優子, 山口由子, 片平伸子, 櫻井美奈他 (2012).
看護基礎教育卒業時の看護技術の学習経験及び習得度に関する学生調査. 神奈川県立保健福祉大学誌, 9(1), 47-59.
- 韓 慧 (2012). 日本における看護師不足の実態. 東アジア研究, 10, 1-24.
- 厚生労働省 (2007), 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書, 2015/05/16,
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/4/dl/s0420-13.pdf>.
- 厚生労働省 (2013), チーム医療推進会議報告書 (「特定行為に関わる看護師の研修制度について」), 2017/02/10,
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002yq50-att/2r9852000002yq6h.pdf>.
- 厚生労働省 (2014), 新人看護職員研修制度ガイドライン【改訂版】, 2016/09/26,
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf.
- 厚生労働省 (2017), 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書, 2017/09/26,
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/000161081.pdf>.
- 本谷久美子, 藤村朗子, 関根いずみ, 斉藤啓子, 及川泰, 斎藤栄子 (2009). 新人看護師の看護実践能力習得に関する縦断調査ー2年にわたる新人看護師の自己評価の分析よりー. 日本看護学会論文集, 看護管理 40 号, 288-290.
- 長江弘子, 吉本照子, 辻村真由子, 松永敏子, 山本まさ, 星野恵美子他 (2012).
「協会」「大学」「ステーション」で協働する千葉県の地域連携型人材育成の試み. 訪問看護と介護, 17(9), 803-808.
- 中山洋子 (2010). 看護基礎教育の充実および看護職員卒後研修の制度化に向け

- た研究．厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）平成 21 年度報告書，1-23.
- 中山洋子，横田素美（2012）．看護基礎教育から継続教育における看護実践能力の育成内容．福島県立医科大学看護学部紀要，14，1-11.
- 並木奈緒美（2015）．看護協会立ステーションによる新卒看護師の人材育成．コミュニティ，17(9)，26-29.
- 日本医療機能評価機構（2016）．医療事故情報収集事業平成 28 年度年報，2017/9/17，http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2016.pdf.
- 日本看護協会（2004）．新卒看護職員の早期離職等の実態調査報告書．日本看護協会中央センター，1-93.
- 日本看護協会（2007）．2006 年看護教育基礎調査．日本看護協会調査研究報告〈No. 77〉，日本看護協会 政策企画部編.
- 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会（2011）．看護学を構成する重要な用語集，2015/5/16，<http://jans.umin.ac.jp/iinkai/yougo/pdf/terms.pdf>.
- 岡田理沙（2016）．新卒訪問看護師が組織を育ててくれる．訪問看護と介護，21(11)，861-865.
- 折山早苗，岡本亜紀（2015）．看護学生の実習での技術経験の実態と主観的到達度に影響を及ぼす因子－中国地方の複数の看護系教育機関を対象とした分析－．日本看護科学会誌，35，127-135.
- 佐々木幾美（2014）．新人看護職員研修制度開始後の評価に関する研究 平成 24 年度～平成 25 年度 総合研究報告書．厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業），1-195.
- 佐々木昌弘（2015）．地域医療構想の目指すところ．病院，74(8)，550-555.
- 下野恵子，大津廣子（2010）．看護師の熟練形成－看護技術の向上を阻むものは何か－（初版）．名古屋大学出版会，名古屋.
- 山崎美恵子，長戸和子（2002）．クリティカルに考える能力の育成－看護系大学における看護技術教育－．INR，25(2)，36-40.
- 山内麻江，峰村淳子，堀 香純（2012）．看護学生の卒業時における看護技術到達度の実態（第 3 報）－改正カリキュラム施行前後の「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」の実態比較－．東京医科大学看護専門学校紀要，22(1)，11-21.

<第Ⅱ章>

- 会田薫子 (2011). 延命医療と臨床現場—人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学—. 第5章, 東京大学出版会, 東京.
- 藤田三恵, 丸岡直子, 川島和代, 村井嘉子, 池田富三香, 荒木真澄他 (2015). 卒業前看護学生を対象とした多重課題演習の実態とプログラム評価. 日本看護学教育学会誌, 24(3), 51-61.
- 平田済, 栄養状態に関する患者調査, 2016/05/12,
http://jamcf.jp/enquete/100827eiyou_report.pdf.
- 広瀬会理, 曾田陽子, 飯島佐知子, 深田順子, 片岡 純, 百瀬由美子他 (2009). 看護実践能力向上を目指した卒業前の看護技術演習に対する評価と課題. 愛知県立大学看護学部紀要, 15, 39-47.
- 風間眞里, 安齋ひとみ, 小薬裕子, 山口絹代, 佐藤亜月子, 杉山由香里他 (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究 5, 73-83.
- 小西美里 (2013). 日本の看護教育における OSCE の現状と課題に関する文献レビュー. 上武大学看護学部紀要, 8(1), 1-8.
- 厚生労働省 (2007), 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書, 2015/05/16,
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/4/dl/s0420-13.pdf>,
- 厚生労働省 (2015), 医療関係職種養成施設, 看護師〔3年課程(大学・短大を含む)〕学校養成所一覧, 2015/9/02,
<https://youseijo.mhlw.go.jp/kangoschool/wamkngK0021Action.do>.
- 日本看護協会 (2007). 2006 年看護教育基礎調査. 日本看護協会調査研究報告〈No. 77〉, 日本看護協会 政策企画部編.
- 日本看護学校協議会 (2016). 看護師養成所における看護基礎教育に関する調査. 平成 27 年度看護職員確保対策特別事業, 58-62.
- 日本学術会議 (2011), 提言 我が国の医学教育はいかにあるべきか, 2017/10/11,
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t130-1.pdf>.
- 笹本美佐, 小園由味恵, 奥村ゆかり, 山村美枝, 川西美佐, 中信利恵子他 (2012). 実習前 OSCE を通して看護学生が実感した学習成果. 日本赤十字広島看護大学紀要, 12, 79-87.
- 椎葉美千代, 福澤雪子, 新地裕子, 田出美紀 (2014). 看護基礎教育における教育課程別比較による学生の技術経験と自信度. 福岡女学院看護大学紀要, 4,

3-14.

高橋甲枝, 村山由紀子, 東 玲子 (2014). 新卒看護師の看護技術の到達状況と看護系大学における技術教育の課題 ―大学卒と専修学校卒を比較して―.

西南女学院大学紀要, 18, 33-43.

薬学共用試験センター, 薬学共用試験, 2017/10/11, <http://www.phcat.or.jp>.

山内麻江, 峰村淳子, 堀 香純 (2012). 看護学生の卒業時における看護技術到達度の実態 (第3報) ―改正カリキュラム施行前後の「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」の実態比較―. 東京医科大学看護専門学校紀要, 22(1), 11-21.

<第Ⅲ章>

安宅一晃, 川口なぎさ (2014). 【院内急変対応システムの効果的導入と運用】チーム回診を患者スクリーニングとスタッフ教育の場として活用する. 看護管理, 24(6), 543-547.

アールアンドディ社 (2016). 病院年鑑 2016

福井トシ子 (2009). 新人看護師の基礎看護技術修得に関する調査. 看護, 61(5), 98-103.

飯島佐和子, 曾田陽子, 片岡純, 広瀬会里, 深田順子, 古田加代子他 (2008). 看護師長による看護大学卒業生の看護技術の達成度の評価. 愛知県立看護大学紀要, 14, 53-62.

石川倫子 (2017). 看護基礎教育課程における看護技術の到達度の実態調査, 日本看護学教育学会誌, 27(1), 61-67.

今枝加与, 内藤圭子, 松田奈美, 長濱優子, 後藤淳子, 杉本なおみ他 (2016). 新人看護師の基礎看護技術指導にe-ラーニングを導入して. 日本農村医学会雑誌, 64(5), 877-881.

岩山陽子, 櫻田弘美, 亀田悦子, 船木典子, 石田香代子, 松野千代美他 (2015). 新人看護職員研修後の到達目標到達度の評価研究―研修終了時から3年目への到達度の変化―. 日本看護学会論文集 看護管理 45号, 43-46.

上泉和子 (2010). 新人看護職員研修のあり方に関する研究. 2009年度厚生労働科学研究費補助金 (特別研究), 1-100.

草間朋子 (2017). 看護領域における人工知能(AI)の開発への期待, 2017/02/08, <http://kango-renmei.gr.jp/monthly/12838>.

- 厚生労働省 (2007), 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書, 2015/05/16,
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/4/dl/s0420-13.pdf>.
- 厚生労働省 (2011), 平成 23 年医療施設静態調査「病院における新人看護職員
研修実施状況」, 2016/10/25,
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/000029069.pdf>.
- 厚生労働省 (2011), 新人看護職員研修ガイドライン技術指導の例, 2016/09/26,
<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/shinjin/pdf/shidoreil.pdf>.
- 厚生労働省 (2014), 新人看護職員研修制度ガイドライン【改訂版】, 2016/09/26,
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf.
- 厚生労働省 (2016), 平成 28 年版厚生労働白書 ー人口高齢化を乗り越える社会
モデルを考える, 2017/10/31,
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/>.
- 厚生労働省 (2017), 保健医療分野における A I 活用推進懇談会報告書, 2018/2/8,
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000169230.pdf>.
- 厚生労働省, 医師の臨床研修制度の変遷, 2017/11/1
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hensen/>.
- 松尾 睦 (2014). 職場が生きる人が育つ「経験学習」入門. ダイヤモンド社,
東京.
- Matsuo, M. (2012). Leadership of learning and reflective practice;
An exploratory study of nursing managers. Management Learning,
43 , 609-623.
- 本谷久美子, 藤村朗子, 大野明美, 関根いずみ, 斉藤啓子, 及川泰他 (2008).
新人看護師における看護実践能力の習得率の推移. 日本看護学会論文集 看
護管理 39 号, 146-148.
- 森安恵実, 坂下智珠子 (2014). 【院内急変対応システムの効果的導入と運用】
呼吸療法サポートチーム兼任方式による取り組み. 看護管理, 24(6), 552-557.
- 日本医療機能評価機構 (2015), 医療事故情報収集等事業第 40 回報告書,
2017/9/15, http://www.med-safe.jp/pdf/report_40.pdf.
- 日本看護協会 (2015). 新人看護職員研修における研修責任者・教育担当者育成

- のための研修ガイド．日本看護協会出版会，東京．
- 西口幸雄，井上 透，福岡達哉，山本 篤，池原照幸（2011）．単孔式ストーマ造設術の標準的手技と問題点，日本大腸肛門病学会誌，64，842-845．
- 任 和子（2014）．系統看護学講座 基礎看護技術Ⅱ．医学書院，東京．
- 西尾亜理砂，大津廣子（2012）．新人看護職員研修における看護技術の「教えられ方」の現状と課題．愛知県立看護大学紀要，18，31-38．
- 野口英子，當目雅代，金正貴美，竹内千夏，小笠原美春（2011）．新卒看護師の看護技術習得の実態と指導者・看護師長の期待に関する研究．日本看護研究学会雑誌，34(4)，73-82．
- 小野恵美子（2006）．新人看護師の就職後1年間の看護技術習得状況．日本看護学会論文集 看護教育 37 号，147-149．
- 折山早苗，岡本亜紀（2015）．看護学生の実習での技術経験の実態と主観的到達度に影響を及ぼす因子－中国地方の複数の看護系教育機関を対象とした分析－．日本看護科学会誌，35，127-135．
- Patricia Benner, Molly Sutphen, Victoria Leonard, Lisa Day (2009)．EDUCATING NURSES．JOSSEY-BASS, United States of America．
- 佐伯 胖（2008 a）．行動、認知、状況、そして共感へ．インターナショナルナースングレビュー，31(5)，39-42．
- 佐伯 胖，前川幸子（2008 b）．看護教育への警笛－今こそ行動主義的な教育体制からの脱皮を－．看護教育，49(5)，388-394．
- 坂本史衣（2013）．基礎から学ぶ医療関連感染対策（改訂第2版）．南江堂，東京．
- 佐々木幾美（2014）．新人看護職員研修制度開始後の評価に関する研究 平成24年度～25年度 総合研究報告書，厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業，1-195．
- 高橋甲枝，村山由紀子，東 玲子（2014）．新卒看護師の看護技術の到達状況と看護系大学における技術教育の課題－大学卒と専修学校卒を比較して－．西南女学院大学紀要，18，33-43．
- 玉井保子（2008）．臨床経験別にみた看護師の看護基本技術の到達度．日本看護学会論文集，看護管理 39 号，400-402．
- 辻村史子（2002）．新卒看護婦の就職後1年間の看護技術の修得状況に関する調査．自治医科大学看護短期大学紀要，63-69．

<第Ⅳ章>

福井トシ子, 上野陽子 (2009). 新卒看護師の「与薬の技術」習得状況からみた新卒看護師教育体制に関する提言. 看護管理, 19(5), 344-349.

飯島佐和子, 曾田陽子, 片岡純, 広瀬会里, 深田順子, 古田加代子他 (2008). 看護師長による看護大学卒業生の看護技術の達成度の評価. 愛知県立看護大学紀要, 14, 53-62.

石川倫子 (2016). 基礎教育修了時の看護技術の到達度と到達を難しくしている要因に関する調査. 日本看護学教育学会, 27, 205.

上泉和子 (2010). 新人看護職員研修のあり方に関する研究. 2009 年度厚生労働科学研究費補助金 (特別研究), 1-100.

草間朋子, 朝倉京子, 伊藤恒子, 今田寛睦, 上山悦代, 風間浩他 (2006), 看護臨床研修必修化推進検討委員会報告, 2015/05/16,

<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/rinshou-18.pdf>

厚生労働省 (2007), 医師及び医療関係職と事務職員等との間での役割分担の推進について, 2015/05/16,

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000025aq3-att/2r98520000025axw.pdf>

厚生労働省 (2007), 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書, 2015/05/16, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/4/dl/s0420-13.pdf>.

厚生労働省 (2010), 今後の看護教員のあり方に関する検討会報告書, 2017/02/08, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/dl/s0217-7b.pdf>.

厚生労働省 (2011), 平成 23 年医療施設静態調査「病院における新人看護職員研修実施状況」, 2016/10/25,

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/000029069.pdf>.

厚生労働省 (2014), 新人看護職員研修制度ガイドライン【改訂版】, 2016/09/26 http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf.

厚生労働省 (2016), 医療施設調査 平成 26 年医療施設 (静態・動態) 調査 上巻 病院数, 新人看護職員研修の状況・病床の規模別, 2017/11/14, <https://www.e-stat.go.jp/SG1/toukeidb/GH07010201Forward.do>

厚生労働省 (2017), 今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会,

- 卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方, 2017/11/14,
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/000181630.pdf>.
- 後藤桂子, 松谷美和子, 平林優子, 桃井雅子, 村上好恵, 佐居由美他 (2007).
 新人看護師のリアリティショックを和らげるための看護基礎教育プログラム：実践研究文献レビュー. 聖路加看護学会誌, 11(1), 45-52.
- 文部科学省 (2017), 大学における看護系人材養成のあり方に関する検討会
 ー看護学教育モデル・コア・カリキュラムー, 2018/02/08,
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/icsFiles/afielddfile/2017/10/31/1397885_1.pdf
- 日本看護協会 (2004). 新卒看護職員の早期離職等の実態調査報告書. 日本看護協会中央センター, 1-93.
- 日本看護協会 (2007). 2006 年看護教育基礎調査. 日本看護協会調査研究報告
 〈No. 77〉, 日本看護協会 政策企画部編.
- 日本訪問看護振興財団 (2009). 新卒看護師等の訪問看護ステーション受け入れ
 および定着化に関する調査研究事業. 厚生労働省老人保健事業推進費補助金,
 1-213.
- 佐々木幾美 (2014). 新人看護職員研修制度開始後の評価に関する研究 平成 24
 年度～25 年度 総合研究報告書, 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開
 発推進研究事業, 1-195.
- 高橋甲枝, 村山由紀子, 東 玲子 (2014). 新卒看護師の看護技術の到達状況と
 看護系大学における技術教育の課題 ー大学卒と専修学校卒を比較してー.
 西南女学院大学紀要, 18, 33-43.
- 山勢善江, 杉町富貴子 (2006). 大学と臨床の連携のあり方. 日本赤十字看護学
 会誌, 6(1), 33-36.
- 山田雅子, 川添高志 (2014). 新卒看護師のための訪問看護事業所就業促進プロ
 グラム開発に関する調査研究事業報告書. 一般社団法人全国訪問看護事業協
 会研究事業, 1-116.

＜本研究の限界＞

- 旺文社教育情報センター (2017), 29 年度看護師国家試験結果, 2018/1/29,
http://eic.obunsha.co.jp/eic/pdf/kokushi/2017/0420_2.pdf.

問5. 平成27年3月に卒業した学生の看護基礎教育修了時点での看護技術の到達度についてお伺いします。

- 1) 貴校の学生の卒業時点での看護技術の到達で、約半数(50%)以上の学生に、あてはまる番号に○をつけてください。
 2) 1)の「臨床で実施を見学した」「臨床で見学しなかった」理由について、あてはまる番号のすべてに○をつけてください。
 その他を選択した場合には、簡単にその内容を記入して下さい。

		1)卒業時点での 看護技術の到達の実態	2)「臨床で実施を見学した」 「臨床で見学しなかった」理由(複数回答)
	技術項目	学生の約半数(50%)以上が 1. 一人で実施できる 2. 教員や看護師の指導のもとで実施できる 3. 臨床で実施を見学した 4. 臨床で見学しなかった	I. 学生要因－1. 学生の技術が未熟である II. 患者要因－2. 患者・家族の承諾が得られない 3. 対象となる患者がいない III. 施設要因－4. 臨床側の業務が多忙である 5. 臨床側から許可が得られない IV. その他
記載例	臥床患者のシーツ交換ができる	① ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	気管内吸引ができる	1 ・ 2 ・ ③ ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ ⑤ ・ IV ()
食事援助技術	患者の食事摂取状況をアセスメントできる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	経管栄養法を受けている患者の観察ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者の栄養状態をアセスメントできる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者の疾患に応じた食事内容が指導できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者の個性を反映した食生活の改善を計画できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者に対して、経鼻胃チューブからの流動食の注入ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
排泄援助技術	患者に合わせた便器・尿器を選択し、排泄援助ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	膀胱留置カテーテルを挿入している患者の観察ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	ポータブルトイレでの患者の排泄援助ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	失禁している患者のケアができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	膀胱留置カテーテルを挿入している患者のカテーテル固定、ルート管理、感染予防の管理ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
活動・休息援助技術	廃用性症候群のリスクをアセスメントできる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	入眠・睡眠を意識した日中の活動の援助ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者の睡眠状況をアセスメントし、基本的な入眠を促す援助を計画できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者の機能に合わせてベットから車いすへの移乗ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	廃用性症候群予防のための自動・他動運動ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	目的に応じた安静保持の援助ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	体動制限による苦痛を緩和できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者をベットからストレッチャーへ移乗できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者のストレッチャー移送ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	関節可動域訓練ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
清潔・衣生活援助技術	入浴が生体に及ぼす影響を理解し、入浴前・中・後の観察ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	入浴の介助ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者の病態・機能に合わせた口腔ケアを計画できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	沐浴が実施できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
呼吸・循環を整える技術	酸素吸入療法を受けている患者の観察ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者の状態に合わせた温電法・冷電法が実施できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	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	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	末梢循環を促進するための部分浴・電法・マッサージができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()

		1)卒業時点での 看護技術の到達の実態	2)「臨床で実施を見学した」 「臨床で見学もしなかった」理由(複数回答)
	技術項目	学生の約半数(50%)以上が 1. 一人で実施できる 2. 教員や看護師の指導のもとで実施できる 3. 臨床で実施を見学した 4. 臨床で見学もしなかった	I. 学生要因-1. 学生の技術が未熟である II. 患者要因-2. 患者・家族の承諾が得られない 3. 対象となる患者がいない III. 施設要因-4. 臨床側の業務が多忙である 5. 臨床側から許可が得られない IV. その他
呼吸・循環を整える技術	酸素吸入療法が実施できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	気道内加温ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
創傷管理技術	患者の褥瘡発生の危険をアセスメントできる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	褥瘡予防のためのケアが計画できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	褥瘡予防のためのケアが実施できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者の創傷の観察ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
与薬の技術	経口薬（パッカル錠・内服薬・舌下錠）の服薬後の観察ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	経皮・外用薬の投与前後の観察ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	直腸内与薬の投与前後の観察ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	点滴静脈内注射を受けている患者の観察点がわかる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
救命救急処置技術	緊急なことが生じた場合にはチームメンバーへの応援要請ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者の意識状態を観察できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
症状・生体機能管理技術	患者の一般状態の変化に気づくことができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	バイタルサイン・身体測定データ・症状などから患者の状態をアセスメントできる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	目的に合わせた採尿の方法を理解し、尿検体の正しい取り扱いができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	簡易血糖測定ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	正確な検査が行えるための患者の準備ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	検査の介助ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	検査後の安静保持の援助ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	検査前・中・後の観察ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
感染予防技術	必要な防護用具(手袋・ゴーグル・ガウン等)の装着ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	使用した器具の感染防止の取り扱いができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	感染性廃棄物の取り扱いができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	無菌操作が確実にできる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	針刺し事故防止の対策が実施できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
安全確保の技術	インシデント・アクシデントが発生した場合には、速やかに報告できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	災害が発生した場合には、指示に従って行動がとれる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者を誤認しないための防止策を実施できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	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	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者の機能や行動特性に合わせて転倒・転落・外傷予防ができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	放射線暴露の防止のための行動がとれる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
苦痛の緩和・安楽確保の技術	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	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者の安楽を促進するためのケアができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()
	患者の精神的安寧を保つための工夫を計画できる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ IV ()

問 6 看護技術教育について何かご意見があればお書きください。

質問は以上です。調査のご協力ありがとうございました。

記入漏れがないかご確認のうえ、質問紙を返信用封筒に入れて投函ください。

新人看護職員研修における看護技術の到達と学習支援方法に関する実態調査

調査へのご協力をよろしくお願いします。調査票は6ページあります。

以下の設問について、あてはまる番号に○をつけ、にはその内容を簡単にご記入下さい。

なお、新人看護師とは免許取得後に初めて就労する看護師のことです。

問1 貴施設について、お伺いします。

1) 貴施設の病床数

1. 400 床以上～499 床以下 2. 500 床以上～599 床以下 3. 600 床以上～699 床以下
4. 700 床以上～799 床以下 5. 800 床以上～899 床以下 6. 900 床以上

2) 平成 28 年度の新人看護師数

人

3) 新人看護師の夜勤開始時期

月頃

問2 貴施設の新人看護職員研修について、お伺いします。

1) 厚生労働省から提示されている新人看護職員研修ガイドラインの実施について

1. ガイドラインに沿った研修を実施している
2. ガイドラインに沿わない研修を実施している
3. 新人看護職員研修を実施していない

2) 厚生労働省から提示されている新人看護職員研修ガイドラインの「技術的側面：看護技術についての到達目標」の活用について

1. 活用している 2. 一部を活用している 3. 活用していない

2・3を選択した方のみ

理由

3) 新人看護職員に対する集合研修の総時間数（1 年間）

時間

4) 新人看護師に対する看護技術に関する集合研修の総時間数（1 年間）

時間

問3 貴施設の新人看護師に対する看護技術の到達度の評価について、お伺いします。

1) 評価の有無 1. 評価している —→ 2) 3) 4) にお答えください。（複数回答可）
2. 評価していない

2) 実施時期

1. 定期的 ——— ①毎月 ②3ヶ月に1度 ③その他
2. 各看護技術の到達時
3. 決まっていない

3) 評価方法

1. 新人看護師の自己評価表を活用しての評価
2. OSCE（客観的臨床能力試験）
3. 患者への実施場면을観察し、評価
4. その他

4) 評価者

1. 教育担当者 2. 実地指導者 3. その他の看護師 年目以上

問4. 73項目の看護技術の到達度についてお伺いします。

- 1) 以下の看護技術73項目について、新人看護職員研修終了時点(1年目の終了)および2年目終了時点で、看護技術を「一人で行える」看護士の割合について、該当する割合の番号に○をつけてください。
また看護技術を「一人で行える」新人看護士の割合が50%未満の場合は、その理由について該当する番号を記入してください。その他を選択した場合は、簡単に理由を記入して下さい。

- 2) 新人看護職員研修で集合研修および職場内教育(OJT)をおこなっている看護技術に○をつけてください。

*「一人で行える」とは、患者の援助の必要性を判断し、患者に実施、実施後の評価ができることとしてください。

看護技術項目		「一人で行える」看護師の割合と理由			研修方法		
		新人看護職員研修終了時点（1年目）		2年目終了時点	集合研修		OJTで実施
		「一人で行える」 新人看護師の割合が	50%未満の理由（複数回答可）	「一人で行える」 2年目看護師の割合	講義	演習	
		1. 75%以上 2. 75%未満～50%以上 3. 50%未満～25%以上 4. 25%未満 5. 0%	1. 新人看護師の技術が未熟 2. 対象患者がいない 3. 患者のリスクが高い 4. 十分な指導ができない 5. その他	1. 75%以上 2. 75%未満～50%以上 3. 50%未満～25%以上 4. 25%未満 5. 0%			
	例）臥床患者に応じたリネン交換	①・2・3・4・5		①・2・3・4・5			○
	例）気管内挿管の介助	1・2・3・④・5	2 3	1・2・③・4・5	○	○	
	例）AEDの実施	1・2・3・④・5	2	1・2・3・④・5	○	○	
1	患者の電解質バランスのアセスメント	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
2	臥床患者、嚥下障害のある患者の食事介助	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
3	食生活支援	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
4	経管栄養法	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
5	患者に合わせた便器・尿器の選択と排泄援助	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
6	失禁している患者のケア	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
7	ポータブルトイレでの患者の排泄援助	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
8	導尿	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
9	膀胱内留置カテーテルの挿入と管理	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
10	浣腸	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
11	排便	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
12	ストーマ造設患者のケア	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
13	患者の状態に合わせた安楽な体位保持	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
14	体動制限による苦痛緩和	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
15	体位変換（手術後、麻痺等で活動に制限のある患者等への実施）	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
16	廃用性症候群予防・関節可動域訓練	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
17	入眠・睡眠への援助	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
18	体動、移動に注意が必要な患者への援助	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
19	入浴介助	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
20	口腔ケア	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
21	輸液ライン等が入っている患者の寝衣交換	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
22	沐浴	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
23	循環機能のアセスメント	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
24	酸素吸入療法	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
25	吸引（口腔内、鼻腔内、気管内）	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
26	ネブライザーの実施	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
27	体位ドレナージ	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
28	低圧持続吸引中の患者ケア	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			

看護技術項目		「一人でできる」看護師の割合と理由			研修方法		
		新人看護職員研修終了時点（1年目）		2年目終了時点	集合研修		OJTで実施
		「一人でできる」 新人看護師の割合が 1. 75%以上 2. 75%未満～50%以上 3. 50%未満～25%以上 4. 25%未満 5. 0%	50%未満の理由（複数回答可） 1. 新人看護師の技術が未熟 2. 対象患者がいない 3. 患者のリスクが高い 4. 十分な指導ができない 5. その他	「一人でできる」 2年目看護師の割合 1. 75%以上 2. 75%未満～50%以上 3. 50%未満～25%以上 4. 25%未満 5. 0%	講義	演習	
29	人工呼吸器の管理	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
30	褥瘡の予防	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
31	創傷処置(創傷の観察、無菌操作、消毒薬の特徴も含む)	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
32	包帯法	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
33	経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
34	皮下注射、筋肉内注射、皮内注射	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
35	静脈内注射、点滴静脈内注射	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
36	輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
37	中心静脈内注射の準備・介助・管理	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
38	輸血の準備、輸血中と輸血後の観察	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
39	抗菌薬、抗ウイルス薬等の用法の理解と副作用の観察	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
40	インシュリン製剤の種類・用法の理解と副作用の観察	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
41	麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
42	薬剤等の管理（毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む）	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
43	意識レベルの把握	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
44	チームメンバーへの応援要請	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
45	気道確保	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
46	人工呼吸	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
47	閉鎖式心臓マッサージ	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
48	気管挿管の準備と介助	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
49	外傷性の止血	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
50	AED	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
51	静脈血採血と検体の取扱い	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
52	動脈血採血の準備と検体の取り扱い	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
53	採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
54	血糖値測定と検体の取扱い	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
55	心電図モニター管理	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
56	12誘導心電図の装着、管理	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
57	正確な検査が行えるための患者の準備	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
58	検査前・中・後の観察	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
59	検査後の安静保持の援助	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
60	検査介助	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
61	無菌操作の実施	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
62	医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
63	洗浄・消毒・滅菌の適切な選択	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
64	針刺し切創、粘膜暴露等による職業感染防止対策と事故後の対応	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			

看護技術項目		「一人でできる」看護師の割合と理由			研修方法		
		新人看護職員研修終了時点（1年目）		2年目終了時点	集合研修		OJTで実施
		「一人でできる」 新人看護師の割合が	50%未満の理由（複数回答可）	「一人でできる」 2年目看護師の割合	講義	演習	
		1. 75%以上 2. 75%未満～50%以上 3. 50%未満～25%以上 4. 25%未満 5. 0%	1. 新人看護師の技術が未熟 2. 対象患者がいない 3. 患者のリスクが高い 4. 十分な指導ができない 5. その他	1. 75%以上 2. 75%未満～50%以上 3. 50%未満～25%以上 4. 25%未満 5. 0%			
65	誤薬防止の手順に沿った与薬	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
66	転倒転落防止策の実施	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
67	薬剤・放射線暴露防止策の実施	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
68	災害が発生した場合の指示に従った行動	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
69	目的に応じた安静保持の援助	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
70	患者の精神的安寧を保つためのケア	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
71	電法等身体安楽促進ケア	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
72	リラクゼーション技法	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			
73	死後のケア	1・2・3・4・5		1・2・3・4・5			

問5 新人看護師にとって特に難しいと思われる内容を、以下の1～6の中から3つを選び、（ ）に番号を記載してください。

1. 患者の身体機能のアセスメント(フィジカルアセスメント)
 2. 患者の生じている症状に対する変化・予測のアセスメント
 3. 患者のこれまでの生活に関するアセスメント
 4. 患者のニーズの把握
 5. 患者の病態に適した治療薬か否かの判断（量、時間、投与方法も含む）
 6. 看護技術(テクニック)
- 1位（ ） 2位（ ） 3位（ ）

問6 問4の看護技術73項目のうち、新人看護職員研修において必要でないと考える技術項目の番号を記載してください。

問7 問4の看護技術73項目以外で、新人看護職員研修で必要と考える技術項目を記載してください。

問8 貴施設の新人看護師に対する集合研修の方法について、お伺いします。(複数回答可)

1) 講義

1. 院内での講義
2. e-ラーニングの利用
3. 外部研修の利用
4. その他

2) 演習

1. デモストレーションの見学
2. ロールプレイによる演習
3. シミュレータを用いた技術練習
4. シミュレーション教育の実施
5. 看護技術に関する事例検討
6. その他

問9 貴施設の新人看護師に対する看護技術に関する職場内教育(以下、OJT)について伺います。

1) 直接指導にあたる看護師の配置について

1. 指導者は一定の期間、固定して決まっている ———— 一定の期間 ヶ月
2. 数人の指導者で勤務に合わせて決めている
3. その日の勤務の中で指導する者を決めている
4. その他

2) 患者に看護技術を実施する時に直接指導にあたる看護師が行っている学習支援方法について

- (1) 実施前の把握および調整 1. 実施している 2. 実施していない

(2) 実施前の把握および調整内容(実施している方のみ)(複数回答可)

1. 集合研修で行われた内容と方法の把握
2. 各新人看護師の技術習得状況の把握
3. 患者へ実施するにあたっての新人看護師の目標の確認
4. 実施する患者の看護技術の必要性の確認
5. 実施する患者への実施方法の調整

- (3) 実施後の振り返り 1. 実施している 2. 実施していない

(4) 実施後の振り返り内容(実施している方のみ)(複数回答可)

1. 「なぜうまくいったのか」の原因を語ってもらう
2. 「なぜうまくいかなかったのか」の原因を語ってもらう
3. 「うまくいく」パターンを認識してもらう
4. 「うまくいかない」パターンを認識してもらう
5. 「うまくいった」場合は、より良い方法はなかったかを考えてもらう
6. 「うまくいかなかった」場合は、どうすればできるようになるかを考えてもらう
7. 実施内容から看護の価値や意味を考えてもらう
8. 同じ看護技術を繰り返し行えるようにしている

問 10 貴施設で新人看護師が利用できる施設等について、お伺いします。

1) 施設（複数回答可）

1. 図書室
2. 学習室
3. 研修室
4. ラボ室（シミュレーショントレーニングができる部屋等） → インストラクターの有無
5. その他 1. 有 2. 無

2) 視聴覚教材および WEB 上での視聴（複数回答可）

1. DVD の利用
2. WEB 上で視聴できる看護技術のビデオ（ナーシングスキル等）の利用
3. 電子書籍の利用
4. e-ラーニングの利用
5. その他

3) 貴施設にあるシミュレータ（複数回答可）

- | | | |
|-------------------|------------------------------|---------------|
| 1. 経管栄養シミュレータ | 2. 導尿・浣腸シミュレータ | 3. 吸引シミュレータ |
| 4. 点滴静注シミュレータ | 5. 採血・静注シミュレータ | 6. 皮内注射シミュレータ |
| 7. 筋肉注射シミュレータ | 8. 外科包帯法シミュレータ | |
| 9. 褥瘡ケアモデル | 10. 口腔ケアモデル | 11. おむつ交換モデル |
| 12. 万能型実習モデル人形 | 13. フィジカルアセスメントモデル人形 | |
| 14. 一次救命ができるモデル人形 | 15. 中央配管に関するモデル（CPS 実習ユニット等） | |
| 16. 輸液ポンプ・シリンジポンプ | 17. 人工呼吸器 | |
| 18. 12 誘導心電計 | 19. 心電図モニター | |
| 20. その他 | <input type="text"/> | |

質問は以上です。お忙しい中、調査にご協力していただきありがとうございました。
記入漏れがないかご確認のうえ、質問紙を返信用封筒に入れて投函ください。