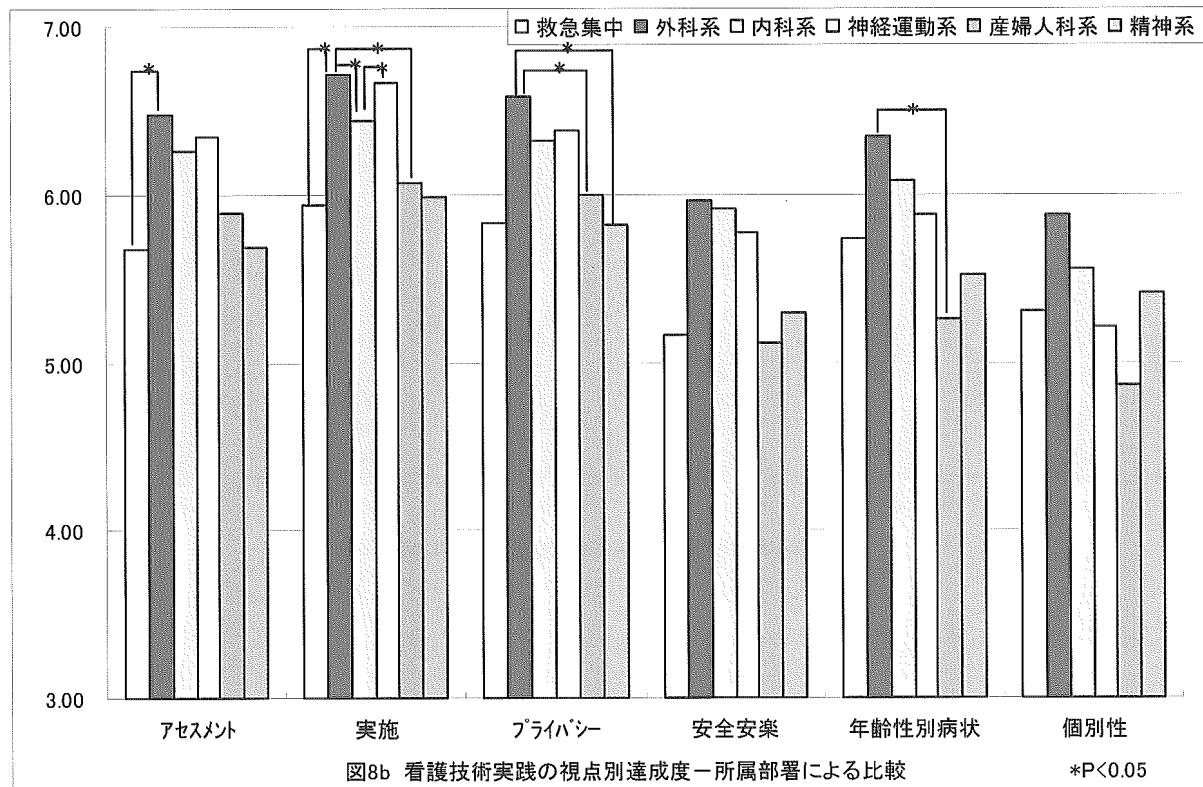
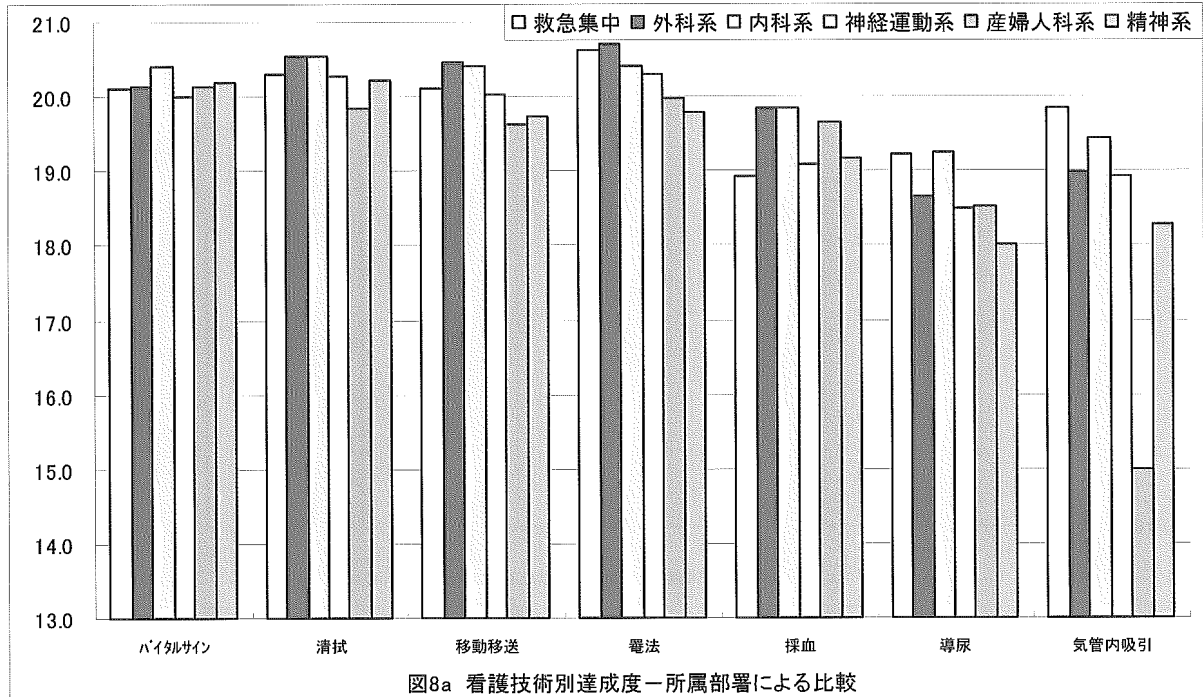


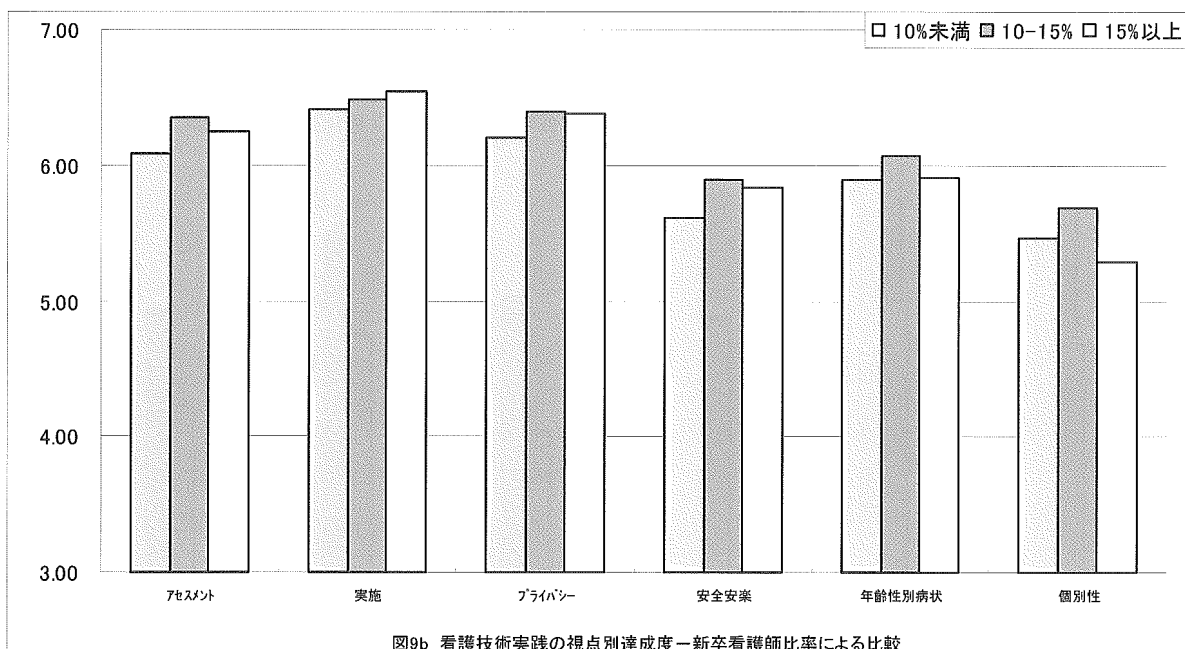
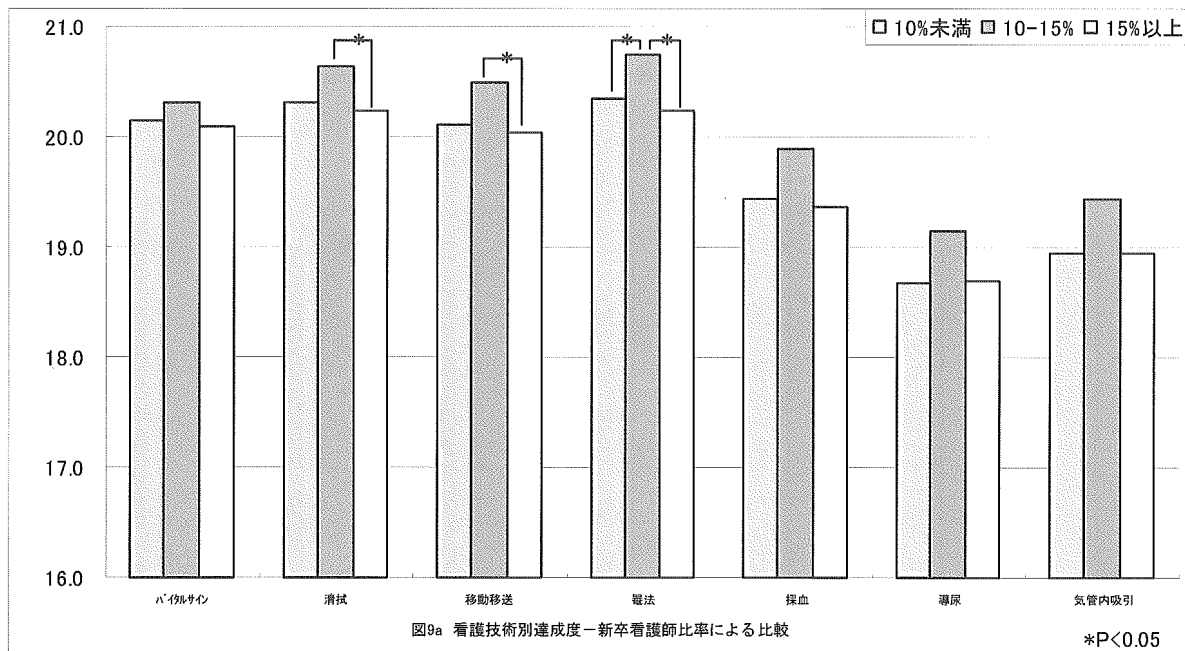
(3)現在の配属部署による比較

新卒看護師の配属部署による看護技術達成度の分散分析を行った。技術項目においては、配属部署による有意な差はなかったが、看護技術実践の視点においては、アセスメント、実施、プライバシー、年齢性別病状で有意な差があった。多重比較の結果は下図に示すとおりであり、概ね、外科系、神経運動系で高く、救急集中、産婦人科系、精神系で低かった（図8a、8b）。



(4) 配属部署の新卒看護師比率による比較

新卒看護師比率による看護技術達成度の分散分析を行った。技術項目においては、どの技術も新卒看護師比率 10-15%が最も高く、清拭、移動移送、巻法では有意な差が認められた。多重比較の結果は下図に示すとおりである。看護技術実践の視点においては、新卒看護師比率による有意な差はなかった（図 9a、9b）。



(5) 病床数による比較

看護技術達成度を新卒看護師が勤務する施設の規模（病床数）によって比較した。全病院許可病床数が200床以下、201-500床、501床以上の3つに分けたところ、有効回答は、200床以下53人（10.0%）、201-500床292人（54.9%）、501床以上186人（35.0%）であった。

分散分析の結果、技術項目においても、技術実践の視点においても、病床数による有意な差はなかった（図10a、10b）。

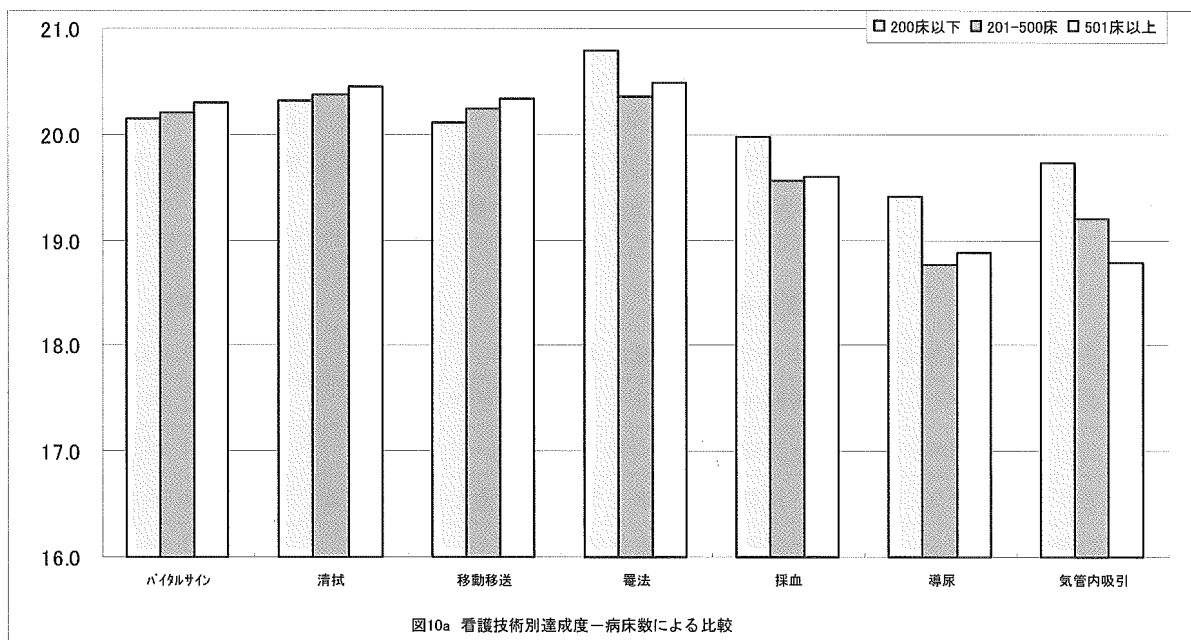


図10a 看護技術別達成度-病床数による比較

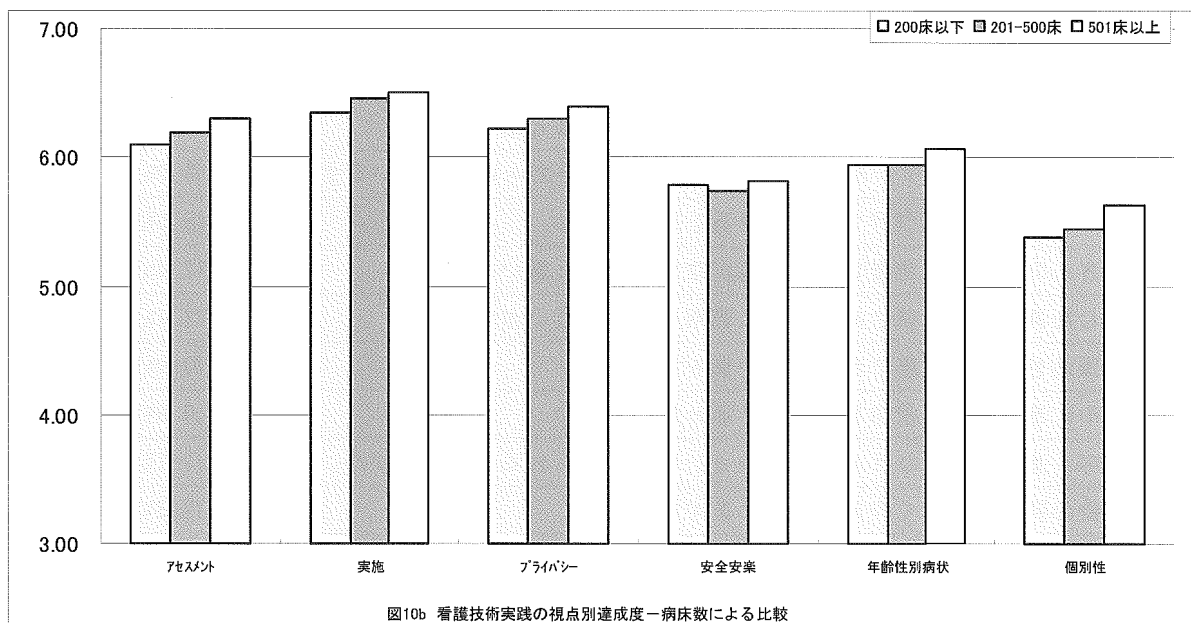


図10b 看護技術実践の視点別達成度-病床数による比較

4. 看護過程に対する自己効力感

1) 概要

(1) 未経験

看護過程の20項目において、経験がない（未経験）と回答した人数が多かった項目は、退院総括・中間サマリーを書く（以下サマリー）87人（16.4%）、評価に基づいて計画の修正を行う（以下計画修正）24人（4.5%）、情報をデータベースに分類する（以下データベース）23人（4.3%）であった（表3）。

(2) 病院で未実施

看護過程の20項目において、病院で実施されていない（病院で未実施）と回答した人数が多かった項目は、サマリー16人（3.0%）、看護目標を設定する（以下看護目標）10人（1.9%）、期待される結果を設定する（以下評価指標）10人（1.9%）であった（表3）。

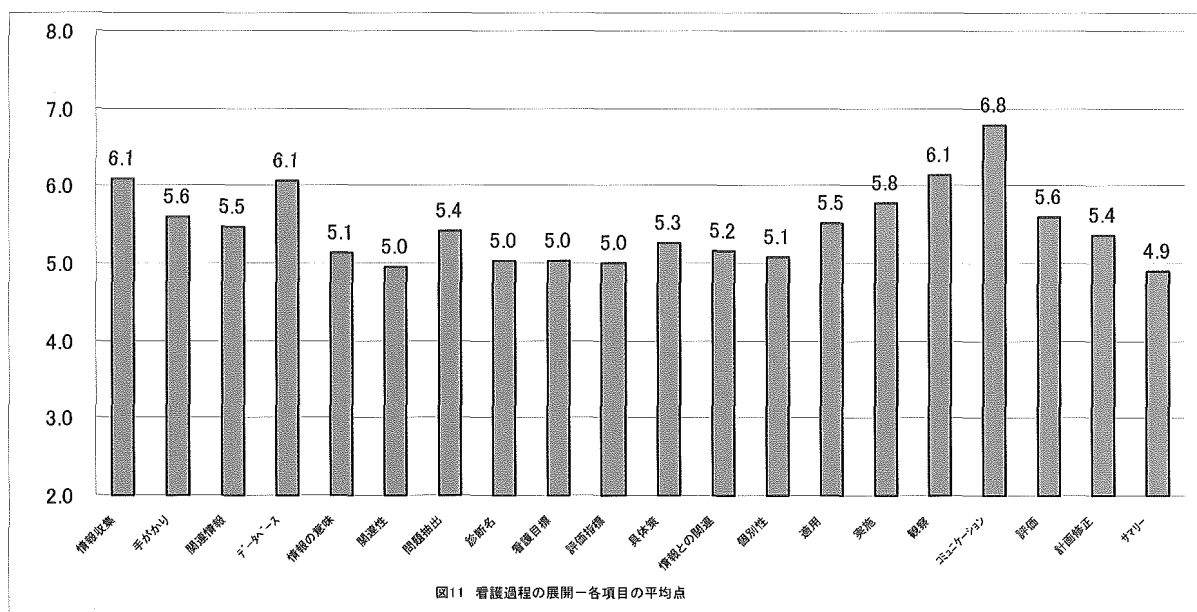
表3 看護過程に関する経験状況

看護過程の項目	未経験	病院で未実施
1. 患者さんからの情報収集をうまくできると思いますか。	3(0.6%)	4(0.4%)
2. 情報の中から手がかりとなる情報をうまく見つけだせると思いますか。	3(0.6%)	4(0.8%)
3. 手がかりとなる情報に関連する情報をうまく聞けると思いますか。	3(0.6%)	4(0.8%)
4. 情報をデータベース（アナムネ用紙）にうまく分類できると思いますか。	23(4.3%)	9(1.7%)
5. 個々の情報の意味をしっかりと分析できると思いますか。	3(0.6%)	4(0.8%)
6. 情報間の関連性（因果、関連）について分析できると思いますか。	4(0.8%)	4(0.8%)
7. 看護問題を情報からうまく引き出せると思いますか。	11(2.1%)	4(0.8%)
8. 看護問題（看護診断名）を適切に表現できると思いますか。	15(2.8%)	7(1.3%)
9. 看護目標（長期目標）を適切に設定できると思いますか。	22(4.1%)	10(1.9%)
10. 期待される結果（評価の指標）を適切に設定できると思いますか。	19(3.6%)	10(1.9%)
11. 具体策（観察計画, ケア計画, 教育計画）を具体的にたてられると思いますか。	16(3.0%)	6(1.1%)
12. 具体策を情報と関連づけて立案できると思いますか。	14(2.6%)	6(1.1%)
13. 患者さんの個別性を考慮した具体策が立てられると思いますか。	13(2.4%)	6(1.1%)
14. 計画した具体策を患者さんに実際に適用できると思いますか。	11(2.1%)	5(0.9%)
15. 看護援助をうまく実施できると思いますか。	4(0.8%)	2(0.4%)
16. 実施中に患者さんの状態を観察できると思いますか。	5(0.9%)	2(0.4%)
17. 実施中、患者さんとコミュニケーションをうまくとれると思いますか。	6(1.1%)	3(0.6%)
18. 実施後の評価をうまく行えると思いますか。	12(2.3%)	5(0.9%)
19. 評価に基づいて計画の修正が行えると思いますか。	24(4.5%)	9(1.7%)
20. 退院総括、あるいは中間サマリーをうまく書くことができますか。	87(16.4%)	16(3.0%)

(3) 各項目の平均点

看護過程の各項目が、どの程度うまく実施できそうだと思っているか（自己効力感）についての質問に対する回答（点数分布0-10）をみると、点数の高い項目は、実施中に患者とコミュニケーションをとる（以下コミュニケーション）6.8、実施中に患者の状態を観察

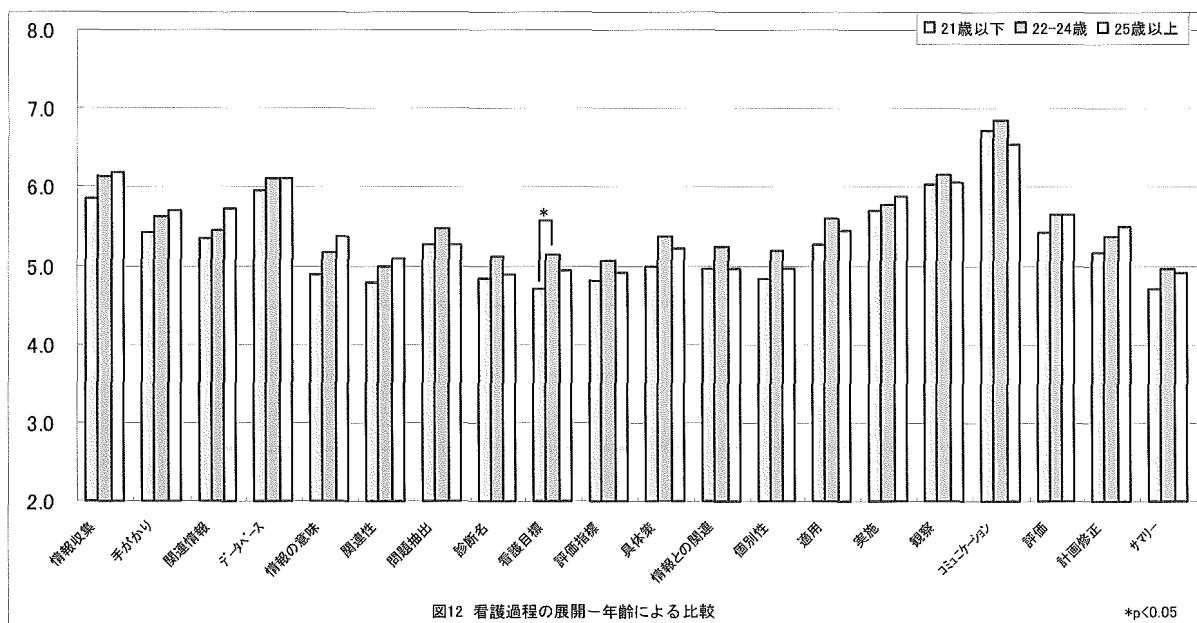
する（以下観察）6.1、患者から情報収集をする（以下情報収集）6.1、データベース 6.1 などであった。反対に点数の低い項目は、サマリー4.9、情報間の関連性について分析する（以下関連性）5.0、評価指標 5.0 などであった（図 11）。



2) 回答者の背景による看護過程に対する自己効力感の比較

(1) 年齢による比較

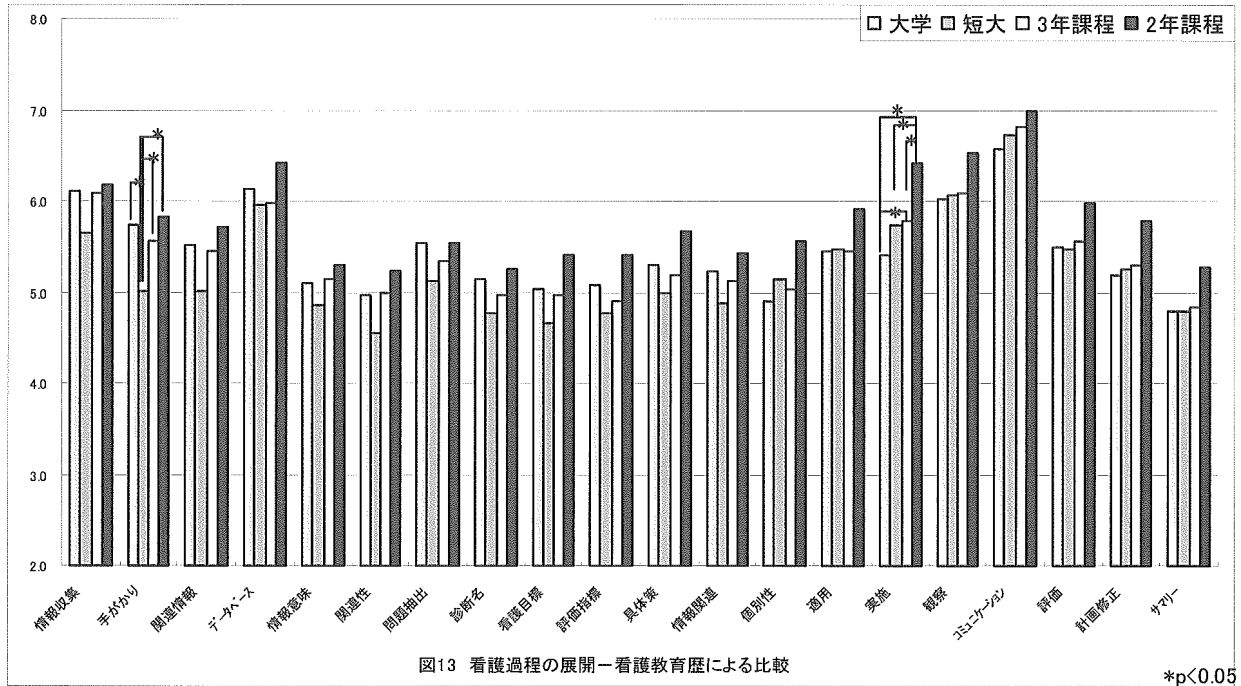
年齢区分による看護過程に対する自己効力感の分散分析を行った。看護目標において有意な差が認められ、多重比較の結果、22-24歳は21歳以下よりも有意に高かった（図 12）。



(2) 看護教育歴による比較

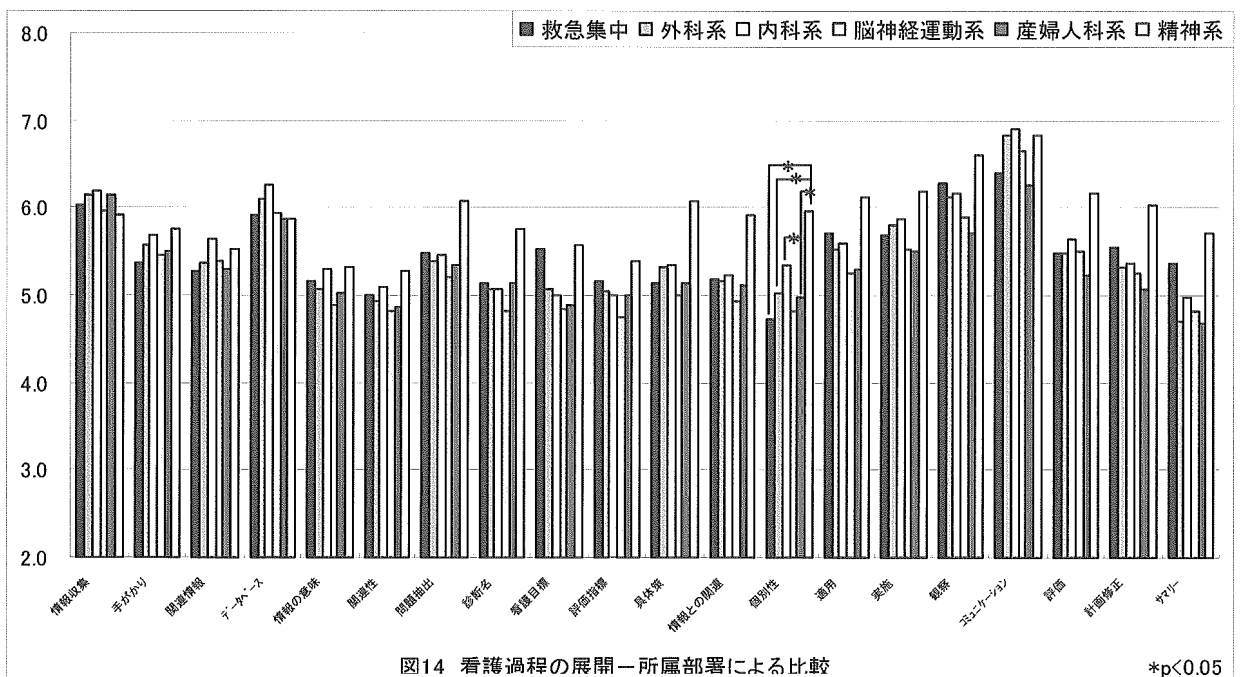
看護教育歴別による看護過程に対する自己効力感の分散分析を行った。情報の中から手がかりとなる情報を見つけだす（以下手がかかり）および看護援助を実施する（以下実施）

において有意な差が認められた。多重比較の結果、手がかりでは、短大に比較して、大学、3年課程、2年課程で有意に高く、また、実施では、2年課程が他の3つの教育課程よりも有意に高く、3年課程は大学よりも有意に高かった（図13）。



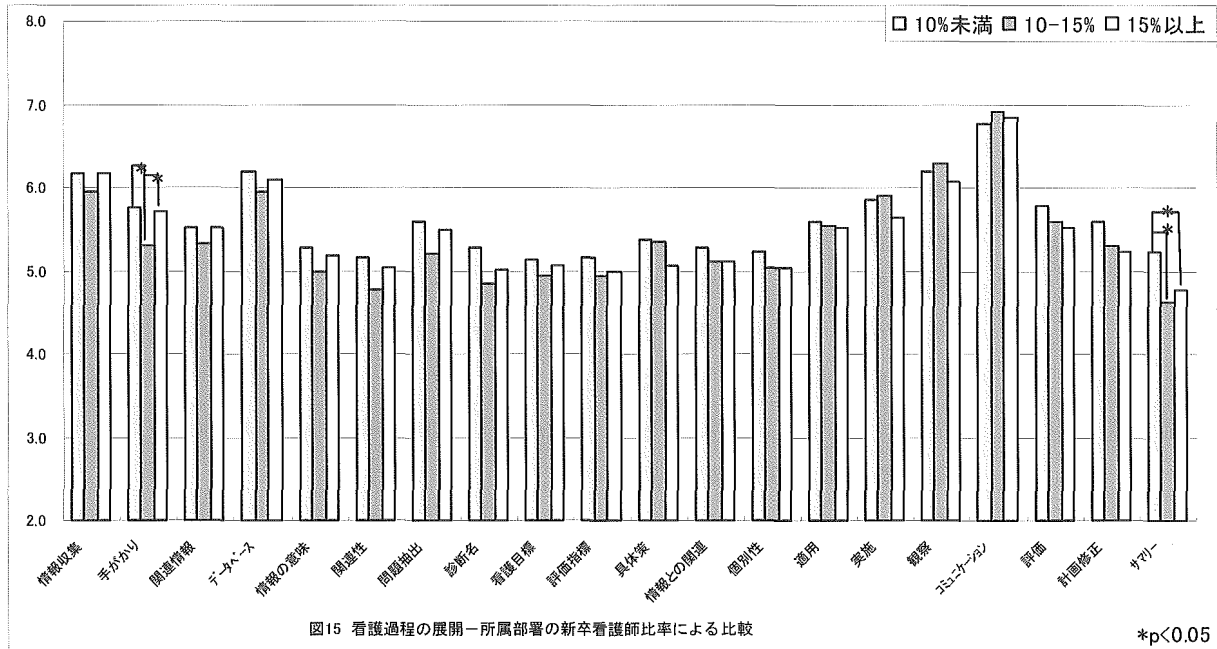
(3) 現在の配属部署による比較

新卒看護師の配属部署による看護過程に対する自己効力感の分散分析を行った。患者の個別性を考慮した具体策を立てる（以下個別性）において有意な差が認められ、多重比較の結果、精神系は、救急集中、外科系、産科婦人科系よりも有意に高く、内科系は、産科婦人科系よりも有意に高かった（図14）。



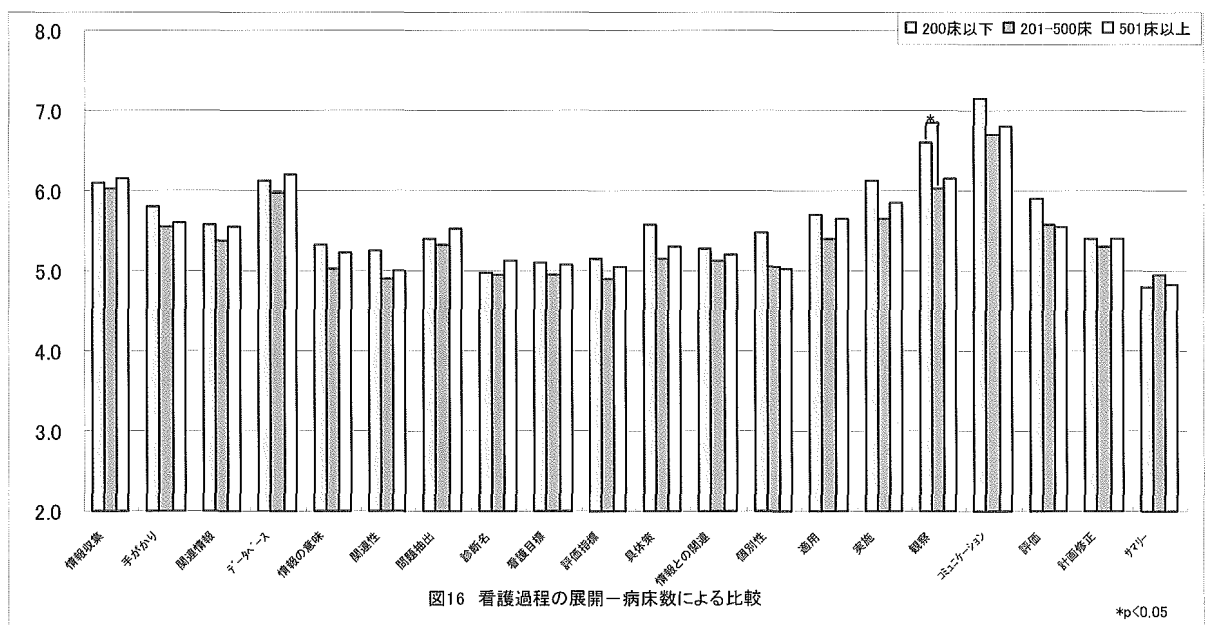
(4) 配属部署の新卒看護師比率による比較

新卒看護師比率による看護過程に対する自己効力感の分散分析を行った。手がかりおよびサマリーで有意な差が認められた。多重比較の結果、手がかりは、新卒看護師比率が10-15%よりも10%未満と15%未満で有意に高く、サマリーは10%未満が10-15%、15%以上よりも有意に高かった（図15）。



(5) 病床数による比較

新卒看護師が勤務する施設の規模による看護過程に対する自己効力感の分散分析を行った。観察において有意な差が認められ、多重比較の結果、病床数が201-500床よりも200床以下で有意に高かった（図16）。



3) 看護過程に対する自己効力感についての記述データ

看護過程の各項目に関して、できそうだと感じたり、自信をなくしたりするきっかけとなった出来事についての記述回答を求めたところ、158名(29.7%)の回答があった。内容は、前者に関するものは少なく、ほとんどが後者に関するものであり、新卒看護師が看護過程に対して様々な困難を感じていることが示された(表4)。

表4 看護過程における困難

プロセス	具 体 例
情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病歴がうまく聴取できない、情報が不足する ・ 情報の意味を考えず、項目を埋めることしか考えられなかった ・ 疾患、既往歴、経過をうまくまとめられない
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報を的確に判断できているか自信がない ・ 情報を得ても、状態は把握できない ・ 問題が多すぎるとき、情報をうまくアセスメントできていないと感じる。 ・ 予測すべき問題が予測できない
看護問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報から問題が抽出できない／どんな診断を挙げればよいかわからない ・ 看護問題の表現方法が難しい ・ 患者の状態に当てはまる診断名がなく、看護診断の適用に限界を感じる ・ 潜在的問題を適切に表現するのが難しい
目標設定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長期目標の設定が難しい ・ 個々にあった目標を立てるのが難しい ・ 到達可能な目標の設定が難しい
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ・ 必要な観察項目をどの問題点のプランに含めるのか混乱してしまう ・ 個別性を考えた看護計画の立案が難しい／具体的な表現が難しい ・ 標準看護計画を使用しており、患者から得た情報を生かしていない ・ 転倒の危険性を予測して計画を立案していたが、患者が転倒してしまい、予防策がわからなくなった
実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護計画を実施しようとしたが、患者に拒否された ・ ミスをしてしまった後、気をつけようと思えば思うほどできなくなる ・ メンタル面のケアが難しい ・ 不穏症状のある患者に対するコミュニケーションに自信がない
評価・修正	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実施後の評価や修正が出来ない ・ 患者の状態把握ができず、評価につなげることができなかった ・ 患者の状態変化についていくのが精一杯で、評価・修正が遅れる
サマリー	<ul style="list-style-type: none"> ・ サマリリーの書き方がわからず、何度も書き直した。 ・ サマリーとしてのアセスメント・評価が難しく、状態の記述に終わる

また、記述データを看護過程における困難に影響を及ぼす要因に着目して分析した結果、【患者の病状】、【患者・家族との関係】、【ケアの成否】、【先輩の態度】、【看護師として感じるジレンマ】の5点が浮かび上がった(表5)。

表 5 看護過程の困難に影響を及ぼす要因

カテゴリー	具体的記述	
患者の病状	<ul style="list-style-type: none"> ・ 難しい事例でなければできそう ・ 合併症があると状態についていけない／容態の急変に対応できない 	
患者・家族との関係	<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニケーションがうまくとれない ・ 家族にお礼を言われた 	
ケアの成否	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の計画で患者が変化した ・ 採血や導尿の失敗 	
先輩の態度	プラス面	<ul style="list-style-type: none"> ・ ほめられた／一緒に考えてくれた ・ きちんと評価して問題を指摘してくれた
	マイナス面	<ul style="list-style-type: none"> ・ きちんと指導を受けていない／聞ける人がいない ・ 細かい指摘ばかり
看護師として感じるジレンマ	学生時代とのギャップ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一人にじっくり関われない／現場のやり方が違う
	時間のなさ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 処置に時間をとられ、看護過程に時間をかけられない ・ 患者と接する時間が短い ・ 患者の状況に合わせてリアルタイムで展開できない

5. 社会的スキル

1) 概要

(1) 社会的スキルを示す点数

社会的スキルを測定する Kiss-18 の回答は、「いつもそうだ」を 5 点、「いつもそうでない」を 1 点として合計点を算出する（点数分布 18-90）。その結果、病院以外での他者との関係は 56.70 ± 10.32 (25-90)、患者や家族との関係は 55.24 ± 9.46 (26-90)、同僚との関係は 54.00 ± 9.90 (20-90) であり、それぞれの間に有意な差があった（図 17、18、19）。

図17 病院以外での他者との関係

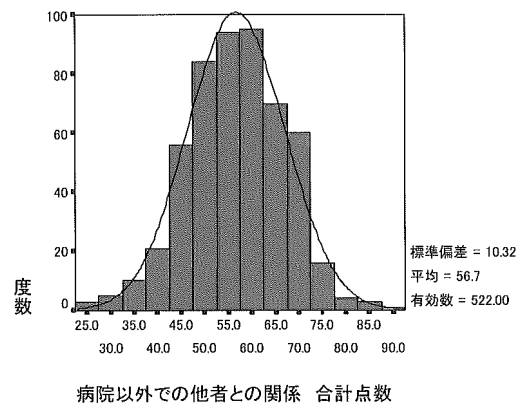


図18 患者や家族との関係

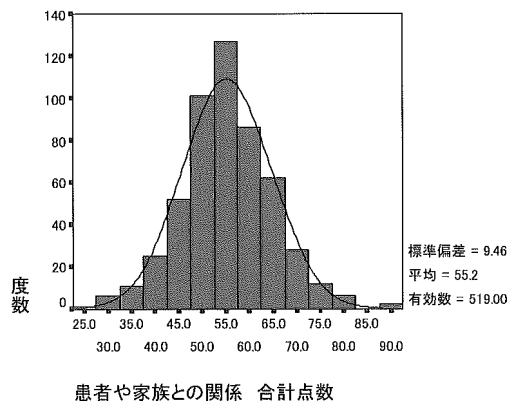
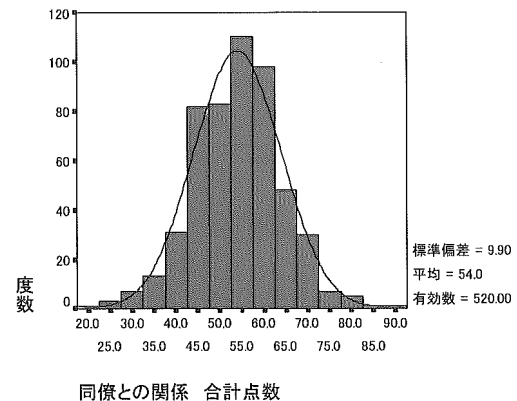


図19 同僚との関係



(2) 対象別社会的スキルの相関

病院以外での他者との関係、患者や家族との関係、同僚との関係、それぞれの間には有意な正の相関があった（表 6、図 20）。

表 6 対象別社会的スキルの相関

		病院以外での 他者との関係	患者や家族 との関係	同僚との関係
病院以外での他者との 関係	Pearson の相関係数	1.000	0.673**	0.672**
	有意確率（両側）		0.000	0.000
	N	522	511	512
患者や家族との関係	Pearson の相関係数		1.000	0.696**
	有意確率（両側）			0.000
	N		519	510
同僚との関係	Pearson の相関係数			1.000
	有意確率（両側）			
	N			520

**相関係数は 1%水準で有意（両側）

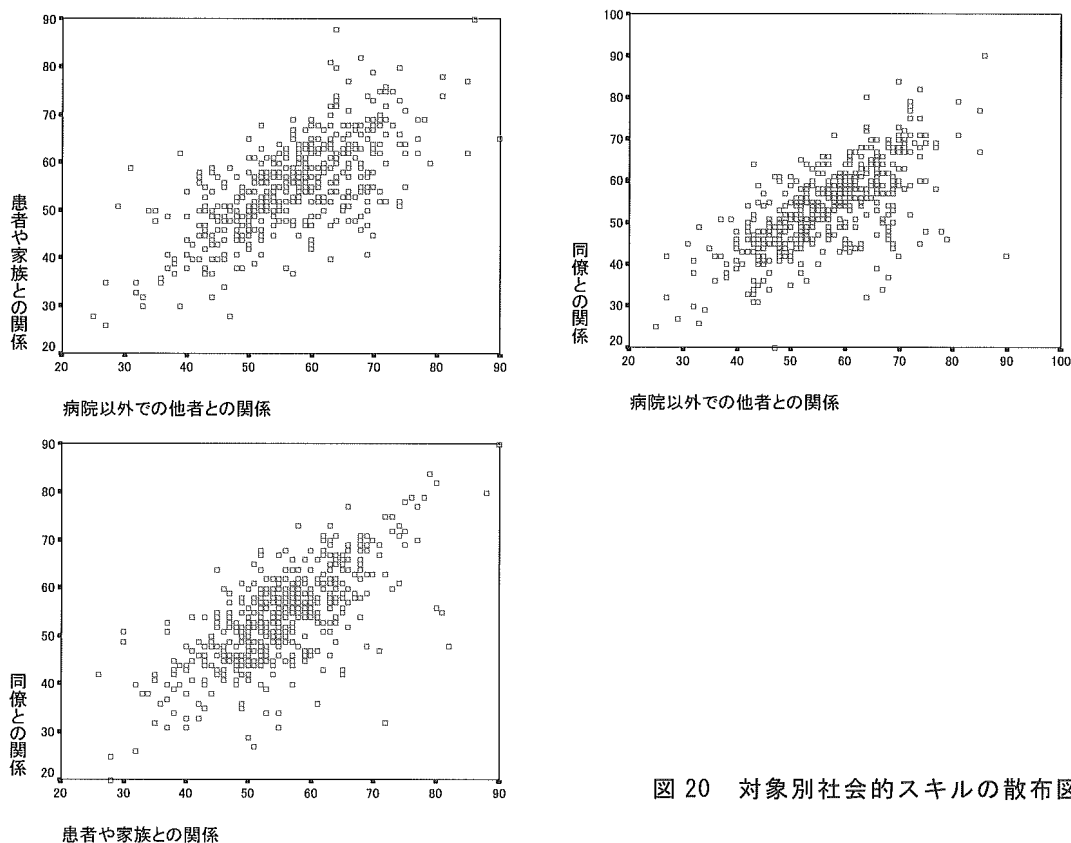


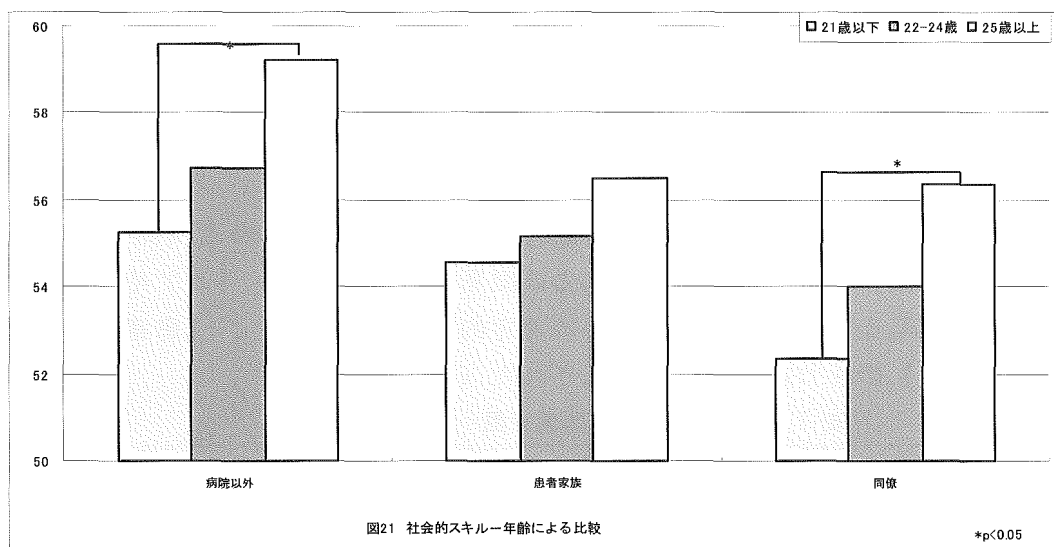
図 20 対象別社会的スキルの散布図

2) 回答者の背景による社会的スキルの比較

(1) 年齢による比較

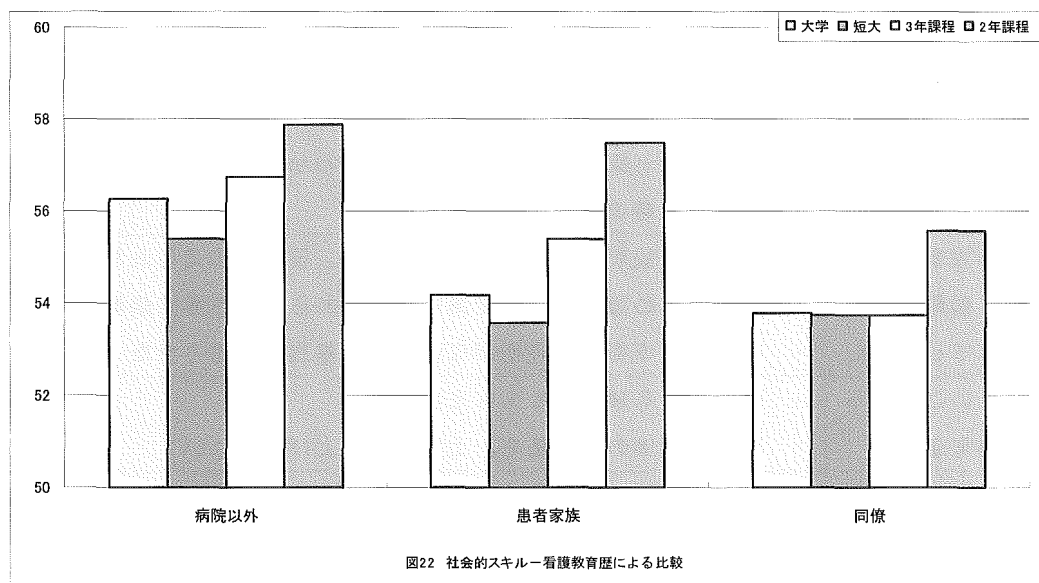
年齢区分による社会的スキルの分散分析を行った。「病院以外での他者との関係」と「同僚との関係」において有意な差が認められ、多重比較の結果、いずれも 21 歳以下に

比べて 25 歳以上で有意に高かった (図 21)。



(2) 看護教育歴による比較

看護教育歴別による社会的スキルの分散分析を行ったが、有意な差は認められなかった (図 22)。



(3) 現在の配属部署による比較

新卒看護師の配属部署による社会的スキルの分散分析を行ったが、有意な差は認められなかった。

(4) 配属部署の新卒看護師比率による比較

新卒看護師比率による社会的スキルの分散分析を行ったが、有意な差は認められなかった。

(5) 病床数による比較

新卒看護師が勤務する施設の規模による社会的スキルの分散分析を行ったが、有意な差は認められなかった。

3) 社会的スキルに関する記述データ

(1) 患者や家族との関係で困った場面

患者や家族との関係で困った場面についての記述を求めたところ、189名(35.5%)の回答があった。分析の結果、【自分の未熟さ・能力の限界への気づき】、【ケアやコミュニケーションの場面で感じるジレンマ】、【相手の否定的な感情・行動】、【患者同士や付き添い間でのトラブル】の4つにカテゴリー化された(表7)。

表7 患者や家族との関係で困った場面

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的記述例
自分の未熟さ・能力の限界への気づき	技術の未熟さを露呈した	<ul style="list-style-type: none"> 初めて経験する検査・処置がうまくできなかった 採血を何回も失敗した
	自分で答えられない内容の質問を受けた	<ul style="list-style-type: none"> 内服薬の作用がすぐに答えられない 病状についての質問に何をどこまで伝えればよいかわからない 告知されていない患者から病状について尋ねられた
	病状がよくない患者とその家族に対応できない	<ul style="list-style-type: none"> 痛みを訴える患者に何をしてもよいかわからなかった 患者・家族にとって予期せぬ結果が出たときにどう話せばよいか 急変した患者の家族に言葉がかけられなかった 状態が悪い患者の家族の気持ちを聞くことができない 末期患者と家族にどう接してよいかわからなかった 患者死亡時の家族への言葉かけ
	医師の説明内容を把握・理解せずに対応してしまった	<ul style="list-style-type: none"> 家族への説明内容を把握しておらず、質問に答えられなかった 医師からの説明が未だであることを知らずに患者に説明した 勘違いで手術後の説明がないまま、家族を帰宅させた
	言いたいことがうまく言えない	<ul style="list-style-type: none"> 説明しても納得してもらえない 患者や家族の話が長く、上手に切り上げられない
	コミュニケーションがとりにくい患者や場面がある	<ul style="list-style-type: none"> 患者の特性によって苦手意識がある(痴呆、不穏、精神疾患、小児) 口調の厳しい患者には話がしにくい ミスがあり、謝罪したが、それ以後、その人に近づきにくい 暴力行為を受けた患者への恐怖心があり、逃げ腰になる
ケアやコミュニケーションの場面で感じるジレンマ	患者の欲求・感情表現に容認や対応ができない	<ul style="list-style-type: none"> 患者の要望に応えられない(未成年者の喫煙) 患者が「死にたい、早く楽にして」と悲観的な感情を表現する 思いを打ち明けられたとき、どう声をかけてよいかわからない
	患者と家族の関係に困ることがある	<ul style="list-style-type: none"> 患者と家族との関係が悪い 患者の今後について、積極的でない家族への対応 患者と家族のどちらの思いを尊重したらよいかわからない

相手の否定的な感情・行動	否定的な態度や拒否がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新人というだけで点滴や処置を拒否される ・ 「こんな若い者に看護されたくない」と怒鳴られた ・ 患者から新人扱いを受け、他のナースに比べて冷たい態度である ・ 患者から「あなたとは気が合わない」と直接言われた ・ 家族から自分の看護に不安があると言われた
	ケアに対する怒りの感情をぶつけられる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 点滴交換時のトラブルで患者を怒らせた ・ 配薬時間が遅れてしまい、患者にひどく怒られた ・ 指示変更のため患者を起こして血圧を測ろうとしたら怒られた ・ 依存的な患者に自立を促したときに怒られた ・ 末期患者の酸素吸入が不完全で、患者に怒鳴られた ・ 自分の知り得ない状況について苦情を受けた
	治療や医療者への非難や不信感が表出される	<ul style="list-style-type: none"> ・ スタッフの対応についての不満を患者から訴えられる ・ 他の医療者の非難を聞くことがある ・ 治療に対する不信感があり、怒りを向けられた
患者同士や付き添い間のトラブル		<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の患者の苦情を聞くことがある ・ 患者同士のトラブル／付き添い同士のトラブル

(2) 同僚との関係で困った場面

同僚との関係で困った場面についての記述を求めたところ、175名（32.9%）の回答があった。分析の結果、【指導方法や内容が不満】、【スタッフと仲間意識がもてない】、【看護に関する方法や考え方の相違】、【自分の能力が適切に評価されていない】の4つにカテゴリー化された（表8）。

表8 同僚との関係で困った場面

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的記述例
指導方法や内容が不満	教育体制を整えて欲しい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新人、新人と言われるが、もう少しゆっくり教育をして欲しい ・ 病棟の勉強会もなく、不安
	抑圧的な指導であると感じる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 先輩ナースにきつく言われる ・ 威圧的な人にアドバイスをもらおうと自信をなくす ・ 注意された理由もわからず怒鳴られたが、怖くて聞けなかった
	身に覚えのないことで指導を受ける	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身に覚えのないことを自分のせいにして怒られた ・ 何かミスがあると責任を課せられる
スタッフとして仲間意識がもてない	質問や発言がしにくい雰囲気がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会話に入っていけない ・ わからないことを尋ねたときに笑われて、困惑した ・ 「言いたいことを言って」と言われるが、実際は言いにくい ・ 忙しそうで質問のタイミングが難しい ・ 自信がなくて手伝ってもらいたかったが、声をかけにくかった
	自分の行為や努力が受け入れられていないと感じる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行動すべてに否定的なことを言うスタッフと関係が保てない ・ 根拠をもって行ったことに理由も聞かずに文句を言われる ・ ミスを指導され改善しようと努力したが、受け入れてもらえない

	強いストレスを感じる人がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ プリセプターと性格的に合わず、ビクビクしてしまう ・ 心底嫌いな人がいて、夜勤で一緒になると仕事を辞めたくなる
	非難や陰口を聞かされる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 仲の悪い先輩同士の悪口を聞かされる ・ 新人の前で新人を非難する
	情報が漏れる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一人の先輩に相談すると、すぐに病棟中に広まる ・ ミスを大きく広められた
	スタッフの迷惑に感じているように感じる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分が役に立っているか、迷惑をかけていないかとても不安 ・ 気を利かしたつもりが、スタッフの足を引っ張ってしまった ・ たくさんの仕事があり、手伝ってもらって迷惑をかけた
看護に関する方法や考え方の相違	ナースによって実施方法が異なる	<ul style="list-style-type: none"> ・ みんなの手順が少しずつ違う ・ 教えてもらった方法で実施したが、別のナースからは注意された
	看護に対する考えの違いを感じる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の希望に沿ったケアを行ったら、患者は一人ではないので必要以上のことをしないように言われた
自分の能力が適切に評価されていない		<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の能力や技術以上のことを求められる ・ 見学経験だけの技術についても、できて当たり前と言われる

6. 臨床能力の相関

看護技術達成度（看護技術毎の合計）、看護過程（全項目の平均）、社会的スキル（対象別の点数の平均）、それぞれの間に関連が認められた。ただし、看護技術達成度の平均点は頭打ちしているため、考慮する必要がある（表9、図23）。

表9 臨床能力の相関

		看護技術達成度	看護過程	社会的スキル
看護技術達成度	Pearsonの相関係数	1.000	0.383**	0.317**
	有意確率（両側）		0.000	0.000
	N	499	499	499
看護過程	Pearsonの相関係数		1.000	0.502**
	有意確率（両側）			0.000
	N		529	529
社会的スキル	Pearsonの相関係数			1.000
	有意確率（両側）			
	N			531

**相関係数は1%水準で有意（両側）

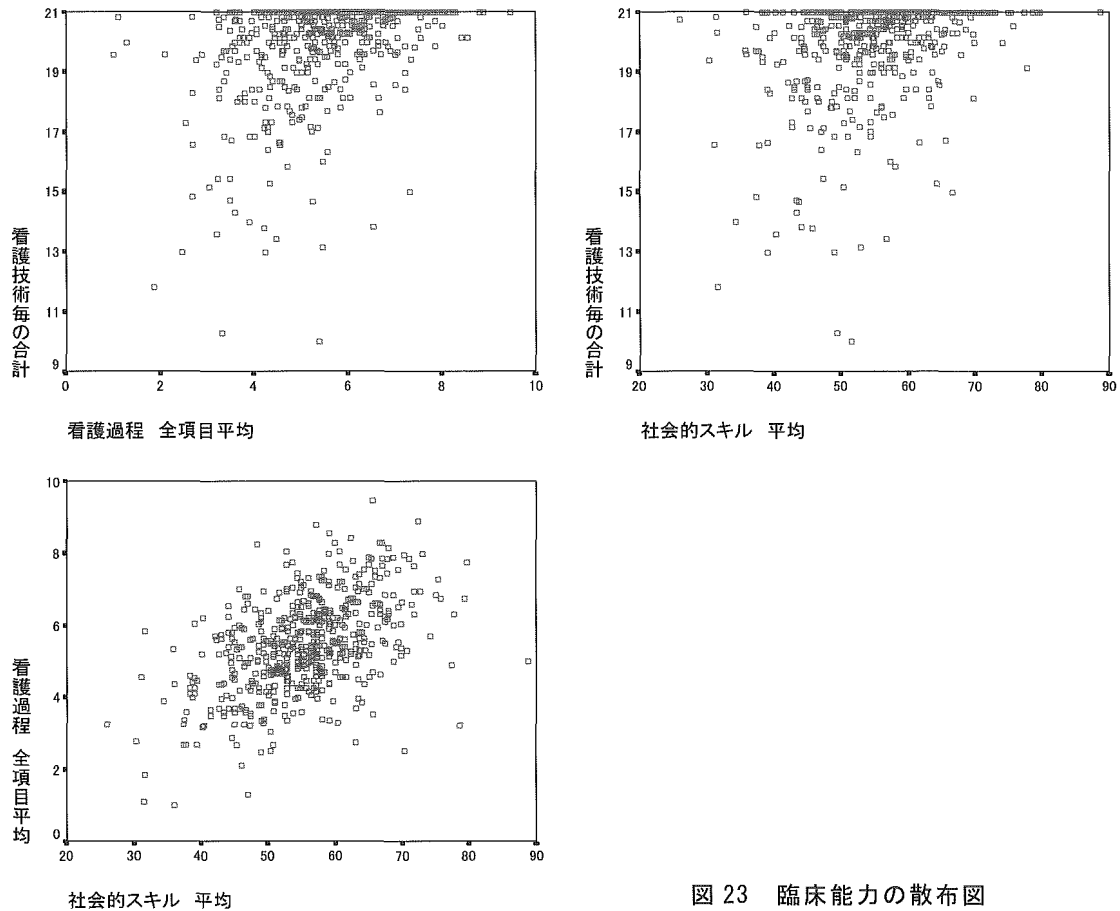


図 23 臨床能力の散布図

IV 考察

1. 看護技術達成度

看護技術の達成度における調査の多くは、数ある看護技術の中で、いくつかの項目を経験したかというものであるが、今回、我々はそれぞれの看護技術がどこまで達成できているかその修得状況に注目した。各看護技術の修得状況を明確にするために、実践力を6つの視点に分け、さらにそれらの視点を評価しやすいように具体的な内容をあげ、評価項目とした。6つの視点は、「実施前に必要なアセスメントができる」、「手順どおりの実施ができる」、「プライバシーの保護ができる」、「安全・安楽の確保ができる」、「年齢・性別・病状の考慮ができる」、「個別性を尊重した創意工夫ができる」であり、日本看護系大学協議会卒後臨床研修を巡る諸状況の分析事業委員会より出された、平成12年度看護系大学の学内演習・臨地実習に関する調査の報告書を参考にした。調査する技術については、回答が得られやすいように項目を限定し、生活援助に関する項目として「清拭」と「移動移送」、観察や判断の必要な項目として「バイタルサイン」と「罨法」、患者への身体的侵襲が比較的大きい項目として「採血」と「導尿」と「気管内吸引」の7項目を取り上げた。

1) 看護技術達成度の比較

最初に、看護技術の項目別に達成度を検討した。看護技術別に6つの視点21項目の合計点を比較したところ、「罨法」、「清拭」、「移動移送」、「バイタルサイン」は、いずれも21点満点中、20点を超えていた。また、合計点が一番低い「導尿」においても、18.9点と高い点数であり、全体的に新卒看護師は、看護技術が「できる」と回答していることがわかった。合計点が20点を超えた4つの技術項目は、どのような所属部署においても行われる頻度が高いものであり、新卒看護師が経験する機会が多いといえる。そのため、就職6ヶ月後の今回の調査時点で、ほとんどの新卒看護師が看護技術の経験を重ね、「できる」と回答したものと推測される。一方、合計点が低かった「導尿」と「気管内吸引」においては、他の技術項目に比べて、未経験であると回答した者の割合も高く、経験していたとしても回数は少ないと予測される。また、6つの視点のうち、特に「安全・安楽の確保ができる」や「個別性を尊重した創意工夫ができる」において「できる」と回答している者の割合の低さが合計点の低下につながっている。「導尿」と「気管内吸引」は、患者への身体的侵襲が比較的大きい技術であり、実施に際して患者の病態の把握や理解が求められる。さらに、安全で確実な技術の提供、個人や場面の状況に応じた方法の選択も重要である。したがって、看護技術の達成度は、経験回数や身体的侵襲の大きさが影響していると考えられる。

次に、看護技術実践の視点別に達成度を検討した。6つの視点別に7つの看護技術項目の平均点を比較した結果、「手順通りの実施ができる」が一番高い点数を示した。これは「実施前に必要なアセスメントができる」よりも有意に高く、就職後6ヶ月の時点では必要性を判断するよりもまず指示されたとおりの行動ができることが求められている結果であると推測される。平均点が2番目に低かった「安全・安楽の確保ができる」では、細項目の「危険を回避することができる」や「患者に苦痛がないように、安楽を考えながら技術の提供ができる」において、「できる」と回答した者の割合が低かった。「採血」や「導尿」「気管内吸引」などの身体的侵襲を伴う技術に対して、患者は、痛みや息苦しさを言葉だけでなく体全体で表現するため、その反応によって実施者がうまく実施できたかどうかを判断することも多い。また、どの施設においてもリスクマネジメント教育が重視され、患者の安全・安楽に対する意識が高まっている。患者に対する慎重な対応が要求されている現実も「できる」という回答の低さにつながっていると考えられる。最下位の「個別性を尊重した創意工夫ができる」は、はたして個別性を尊重するとはどういうことか、創意工夫とはどこまでをいうのかの判断が難しい項目である。細項目も一つであり、質問紙からはとらえにくい面があった。

最後に、我々の調査の3ヶ月前、すなわち、新卒看護師の就職3ヶ月後に実施された日本看護協会による「新卒看護師の『看護基本技術』に関する実態調査」の中間報告（以下看護協会調査）と比較してみる。もちろん、看護技術の調査項目や回答方法が異なるので、結果を慎重に扱い、看護技術実践能力の傾向の把握にとどめることにする。我々が調査した看護技術7項目（バイタルサイン、清拭、移動移送、罨法、採血、導尿、気管内吸引）は、看護協会調査では、「呼吸、脈拍、体温、血圧を正しく測定」、「清拭」、「車椅子での安全な介助・移送／ストレッチャーでの安全な介助・移送」、「対象に合わせた適切な温罨法または冷罨法の実施」、「静脈血の採血と検体の取り扱い」、「導尿」、「気道

内吸引の実施／無菌的な気管内吸引」に相当すると思われる。これらの技術に対して、就職3ヶ月後に「一人でできる」と回答した者の割合をみると、「呼吸、脈拍、体温、血圧を正しく測定」、「清拭」、「車椅子での安全な介助・移送／ストレッチャーでの安全な介助・移送」、「対象に合わせた適切な温罨法または冷罨法の実施」は80%以上、残りの3つの技術は50～70%であり、我々の調査結果と同じ傾向が示されている。また、看護協会調査では、就職後3ヶ月を経過しても修得できない技術として、救急時のケア技術、感染防止、個別性を考えた栄養に関する援助・アセスメント、薬剤の主作用・副作用などのアセスメント、適切な消毒剤の選択などが挙げられている。看護技術達成度に影響を及ぼすと考えられる要因として、我々の調査から身体的侵襲、安全・安楽、個別性などが浮かび上がってきたが、看護協会調査の結果からも同様の要因が考えられた。

2) 回答者の背景と看護技術達成度

回答者の背景として、年齢、看護教育歴、配属部署、配属部署の看護師比率、病床数の5つを取り上げて、看護技術達成度の分散分析を行った。ここでは、看護教育歴および配属部署の違いによる看護技術達成度の差を中心に検討する。

まず、看護教育歴によって看護技術達成度を比較した。その結果、看護技術別にみても、実践の視点別にみても、大学または短大の点数が低く、3年課程、2年課程の順に高くなっている項目が多かった。患者の生命にかかわる与薬と輸血、医療機器操作に関して事故防止上習得しておくべき知識・技術100項目に対する調査でも、専門学校卒業生より大学卒業生の習得率が低かったと報告されている(竹内ら:2001)。これは、大学や短大のカリキュラムでは、実習時間が3年課程、2年課程の専門学校より短く、そのため看護技術の経験回数に差が出ることが考えられる。看護協会調査でも、臨地実習で体験した技術項目の修得状況が高いと述べられており、学生時代の経験が就職後の看護技術達成度に影響を与えることが推測できる。また、看護教育を受けるまでの経歴については調査していないので明確には言えないが、2年課程には准看護師としての臨床経験をもつ者が含まれていることも考慮しなければならない。

各学校それぞれカリキュラムの違いはあるが、大学・短大は思考過程を重視する教育であると言われている。しかし、思考過程とつながりが深いと考えられる「実施前に必要なアセスメントができる」や「年齢・性別・病状の考慮ができる」は、大学・短大よりも3年課程・2年課程の方が有意に高かった。この結果だけをみると、思考過程重視の教育がアセスメントや年齢・性別・病状の考慮に影響を及ぼす結果とはなっていない。このことは、単にできないということではなく、思考過程の教育を受けているが故に安易に看護技術が「できる」とは回答できなくなっていることも考えられる。回答時の判断基準を少しでも統一できるよう看護技術実践の視点に細項目を加えて調査したが、看護技術が「できる」とは、どのような状況なのかを詳細に示す必要があるのかもしれない。

今回の調査では、対象となった大学・短大が限られているため、今後、カリキュラムや実習時間などの要素を明確にした上で調査を行い、具体的な教育内容による達成度の違いを検討する必要がある。また、大学や短大卒の看護師が「一人前」になるには時間を要するとも言われており、就職後の看護技術達成度の変化が捉えられるような縦断的な調査も必要である。

次に、配属部署による看護技術達成度について述べる。ここでは、看護技術別達成度が比較的高かった救急集中部門が、視点別達成度においては他の部署に比べ、多くの項目で低い点数になっていたことが注目される。救急集中部門で看護技術別達成度が高いのは、対象となる患者のセルフケアレベルの低さや検査・処置の多さと関係し、それぞれの技術の経験回数が他の部署より多いためであると思われる。一方、視点別達成度が低い点数になったのは、技術の対象となる患者が重症で、同じ技術項目であってもより難易度の高い技術を要求されることと関係があると考えられる。特に、「実施前にアセスメントができる」と「手順通りの実施ができる」で他の部署よりも低くなっており、患者の状況に合わせた技術の提供と実施が困難な様子がうかがえる。また、重症患者を対象とするため、新卒者自身が設定する目標が高く、できるという自信がもてないのかもしれない。たとえば、清拭や移動移送を行う場合、救急集中部門に配属された新卒看護師はチューブ類やME機器に囲まれた患者をイメージすると思われるが、一般病棟に配属された新卒看護師がそのような状況をイメージするとは考えにくい。このように対象とする患者によって実施する際に必要なアセスメントやその具体的な方法が違い、「できる」という判断の基準も異なってくると考えられる。

その他、配属部署の新卒看護師比率による比較では、10-15%の看護技術別達成度の点数が高かった。今回の調査で、配属部署の看護スタッフ数は 21.94 ± 6.39 人であり、新卒看護師比率10-15%は、人数に換算すると2-3人となる。新卒看護師の教育には、これくらいの人数が適切なのかもしれない。また、病床数による比較では、いずれの項目においても差はみられなかった。看護協会調査では、病床規模が500床以上の病院に勤務する回答者の習熟度が高い結果となっており、そのような病院では新人研修のあり方も体系的でさまざまな工夫がなされているのではないかと報告されている。我々の調査結果と異なった理由として、調査時期の3ヶ月間の差、そして、看護協会調査では、看護技術を経験する機会が制限される精神病院と老人病院が除外されていることなどが考えられる。

以上より、新卒看護師の就職後6ヶ月時点の看護技術達成度について、経験が限られる技術、実施に伴う身体的侵襲が大きい技術の達成度が低く、安全・安楽の確保と個別性を尊重した創意工夫が難しいことが明らかになった。新卒看護師の背景による検討では、大学・短大で看護教育を受けた者の看護技術達成度が低く、配属部署やその新卒看護師比率によっても看護技術達成度に若干の差があることがわかった。また、看護技術が「できる」とはどういうことか、その判断基準を明確にすることの必要性も示唆された。

2. 看護過程に対する自己効力感

看護過程に対する自己効力感についての調査は、看護過程の各ステップのなかでどの部分に自信のなさが存在しているのかを明らかにするために、日ごろ臨床の現場では頭の中で考えている部分を言語化し、看護過程の展開に必要な要素として20項目を設定した。また、自己効力感に影響を及ぼす要因をみるために、それらの項目に関してできそうだと思うったり、自信をなくしたりするきっかけとなった出来事についての自由記述も求めた。そして、その影響要因を自己効力感の視点から検討した。

1) 看護過程の各項目における自己効力感の比較

まず、看護過程の各項目の経験をみると、「退院総括・サマリーを書く」の未経験者が16.4%と最も高いものの、他の項目は5%未満である。したがって、ほとんどの新卒看護師が段階的な手順に沿って看護過程を展開しているといえる。

次に、看護過程の各項目の点数は、点数分布0-10において、一番低い項目で4.9、一番高い項目で6.8であった。うまく実施できるという自信には至っていないが、全体的にはできそうの方へ傾いている。

項目別に見ると、最も点数が高かったのは、「実施中に患者とコミュニケーションをとる」であった。昨年、我々が実施した三重大学医学部附属病院の新卒看護師を対象とした予備調査でも同様の結果が得られており、新卒看護師の特徴といえるかもしれない。その他に点数の高い項目は、「患者から情報収集をする」、「情報をデータベースに分類する」、「実施中に患者の状態を観察する」、であり、いずれも6.0以上であった。これらは、新卒看護師であっても自分なりの方法で実施したり、定められた様式に当てはめたりすることである程度の対応が可能な項目である。また、得られた情報をそのまま記録に残すことが求められるため、他者からの評価や指導を受ける機会も多い。できるかできないかの自己判断が容易で、改善しやすいことが自己効力感につながったものと考えられる。

反対に点数の低い項目は、「情報間の関連性について分析する」、「期待される結果を設定する」、「退院総括・サマリーを書く」であり、5.0未満であった。これらは、事実をそのまま示すのではなく、患者の全体像を意識して十分に考えを巡らすことが要求される項目である。得られた情報に加えて、看護基礎教育や就職後の経験から得た知識を総動員して判断しなければならず、新卒看護師にとっては難しい作業といえる。また、退院総括・サマリーについては、基礎教育における臨地実習で経験していない者も多いと推測でき、就職後の自己効力感に影響しているのかもしれない。

2) 回答者の背景と看護過程に対する自己効力感

看護技術達成度と同様に回答者の背景を5つ取り上げて、看護過程に対する自己効力感の分散分析を行った。それぞれの分析において有意差が認められたのは、看護過程の20項目中1-2項目と少なかったが、ここでは、看護教育歴による違いについて検討する。

看護教育歴による比較では、ほぼすべての項目において2年課程の点数が最も高く、特に「看護援助を実施できる」においては、他の3つの教育歴よりも有意に高くなっていた。これは、看護過程の中でケアの実施そのものを示す項目であり、看護技術達成度の高い2年課程が有意に高いことは、当然の結果といえる。一方、情報収集から計画立案までの要素を示す項目における短大の点数の低さも目立った。特に「情報の中から手がかりとなる情報を見つけ出す」においては、他の3つの教育歴よりも有意に低くなっていた。前述の看護技術達成度において、大学・短大における思考過程重視の教育が新卒看護師の能力にどのように影響を及ぼしているのかの一端を述べたが、大学と短大の差についても検討してみたい。大学・短大・3年課程の教育は、保健師助産師看護師学校養成所指定規則の別表三に示された教育の内容に基づくため、総単位数と教育内容は同じである。しかし、実際の時間数や教科目については、学生の自己学習能力を高める工夫や独自性のある教育が

要求されていることとも関連して、それぞれの学校の考え方によってカリキュラムが作成されている。また、看護過程展開の能力は、演習と実習の積み重ねで修得されると考えられ、特に情報収集から計画立案のプロセスにおいては、学生の理解度に応じてじっくりと関わるのが有効な教育方法となる場合も多い。しかし、短大は、大学と比較して入学時の学力差が否定できない。修業年限も短いなかで一定の共通教育の時間を確保しなければならず、看護過程の演習に使える時間が少なくなっていることが予測される。また、同じ修業年限でありながら、実習時間は一般に3年課程の看護学校よりも短いことが多い。短大の看護過程に対する自己効力感の低さは、このような状況が関係しているのかもしれない。

3) 自由記述からみた看護過程に対する自己効力感

看護過程の各要素に対する自己効力感は、うまく実施できそうの方へ傾いていた。しかし、自由記述の内容をみると、できそうだと感じた出来事に関する記載はわずかで、ほとんどが自信をなくした出来事であった。自己効力感に関する調査が現在の状況を質問しているのに対して、自由記述は自己効力感に影響を及ぼすきっかけとなった出来事、すなわち、就職後6ヶ月間の経験を質問していることを考慮しても、看護過程の展開における新卒看護師の様々な困難が示された。そして、そのような困難の影響要因として、【患者の病状】、【患者・家族との関係】、【ケアの成否】、【先輩の態度】、【看護師として感じるジレンマ】の5点が抽出された。ここでは、自己効力の4つの情報源^{*1}を視点として検討する。

まず、遂行行動の達成については、成功体験の記述が自分のケアによって患者が変化した、難しい事例でなければできそうなど、わずかであったのに対して、失敗体験に関する記述が非常に多かった。看護過程における困難としてまとめた内容すべてが相当し、カテゴリー化された【患者の病状】、【患者・家族との関係】、【ケアの成否】に患者の容態急変や合併症への対応、患者・家族とのコミュニケーション、侵襲的な技術などにおける失敗の具体例が含まれていた。自己効力感は、前者の成功体験によって高まり、後者の失敗体験によって低下する。就職6ヶ月後の看護過程に対する自己効力感は多くの項目で5点台であり、このような失敗体験の蓄積が影響していると考えられる。

次に、言語的説得には、【患者・家族との関係】における肯定的な言葉、【先輩の態度】におけるほめられた体験、評価と問題の指摘などのプラス面、不十分な指導や細かい指摘

*1自己効力とは、その結果を生ずるのに必要な行動をうまく行うことができる、という確信であり、次の4つの情報源を基礎としているといわれている。①遂行行動の達成：自分で行動して達成できたという成功体験の累積によって、自己効力が高まり、反対に、失敗体験が重なると自己効力は低下する。②代理的経験：自分と同じような状況にある人の成功体験をモデルとして、自分でもできそうという気持ちになる。しかし、自分とかけ離れた人の成功体験は、自己効力を低下させる。③言語的説得：専門性に優れた魅力的な人からの励まし、言葉や態度による支援、自己暗示などが含まれる。自己効力は他人から評価されると高まり、叱責や無関心・無視によって低下する。④生理的・情動的状态：課題を達成したときの生理的・心理的に良好な反応を自覚できることであり、できないという思いこみから自由になれる。しかし、不安や緊張、疲労、できないことから生じる辛さなどによって自己効力が低下する。