

実践報告

新卒看護師の一般病棟と 回復期リハビリテーション病棟における 臨床実践能力の比較

Comparison of clinical practice abilities in the newly graduated nurses between general ward and convalescent rehabilitation ward

小西あけみ・宇野 友紀・廣田 真由美
藤田 三恵・中田 恵子

やわたメディカルセンター

Akemi Konishi, Yuki Uno, Mayumi Hirota
Mitsue Fujita, Keiko Nakada

Yawata Medical Center

キーワード

新卒看護師, 臨床実践能力, 一般病棟, 回復期リハビリテーション病棟

はじめに

平成15年3月、「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書」が出された。その結果を考慮し、平成16年3月、厚生労働省により「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」が提示された。そこには、新人看護職員研修到達目標として、看護職員として必要な姿勢および態度、並びに新人看護職員が卒後1年間に習得すべき知識、技術の目標が提言されている。

その背景には、看護基礎教育のカリキュラム改正に伴う総時間数の減少、学ばなければならない知識の増加、医療安全管理体制の強化や患者および家族の意識の変化等により、看護技術の訓練の範囲や機会が限定される傾向にある。また、多く

の学校養成所では、学生が一人の患者を受け持つ学習方法をとっているため、複数の受け持ちや多重課題への対応に関する能力を身につけることは困難であるということである。平成13年の報告書では、臨床で求められる臨床実践能力と新卒者の能力との格差が大きく、特別な訓練をしないと安全さえも守れない状態であること、それに伴う臨床現場での負担、看護力の低下、ひいては看護サービスへの影響が大であることが明確となった¹⁾とある。こうした報告に基づき、新人看護職員に対して臨床実践能力を向上させるべく、平成16年新人看護職員研修到達目標、新人看護職員研修指導方針が提言された。しかし、その修得方法、評価(目標到達時期)等は、各施設の状況に応じて検討するものである。

一般病棟と回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟とする）を併設しているA病院では、「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」をもとに独自のチェックリストを用い、新卒看護師に対し臨床実践能力の育成として、定期的に集合教育で採血や輸液ポンプの使い方など看護技術に関する研修を行っている。しかし、一般病棟と回復期リハ病棟では行う看護技術の内容や頻度に違いがあるためか、経験でき修得できる看護技術項目に差があるのではないかという印象をもった。それは、急性期医療を中心とする一般病棟と回復過程を支える回復期リハ病棟において対象となる患者に違いがあり、その特殊性によるものではないかと考えた。

新卒看護師の臨床実践能力に関する先行研究によると、厚生労働省より提示された新人看護職員研修到達目標の到達度をもとに調査した鈴木ら²⁾の「新人看護職員の臨床看護実践能力育成に向けての取り組み」や、松元ら³⁾の「新人看護職員の臨床実践能力の修得に関する院内教育の構築とその実践と評価」、高橋ら⁴⁾の「新人看護職員の技術習得の現状と課題」等がみられたが、一般病棟と回復期リハ病棟を比較調査した研究はみられなかった。

そこで今回、A病院の一般病棟と回復期リハ病棟の特殊性の違いにおける新卒看護師の臨床実践能力を比較し、その実態を明らかにすることを目的とした。そこでその結果を基礎資料とし、今後の「新人看護職員研修到達目標」の修得方法、評価（目標到達時期）等に関して若干の示唆を得たので報告する。

用語の操作的定義

新卒看護師：前年度の看護師国家試験に合格し就職した看護師とする。

臨床実践能力：臨床において看護実践を行うために必要な能力であるが、本研究では便宜上、厚生労働省より提示された「新人看護職員研修到達目標」をもとに独自で作成したチェックリストの看護技術に関する能力とする。

研究方法

1. 調査対象

平成17年度、18年度の新卒看護師16名とした。

2. 調査期間

平成17年4月～平成19年3月

3. 調査方法

1) 評価方法

(1) 平成16年3月に厚生労働省により提示された「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」の「新人看護職員研修到達目標」を基準として作成したチェックリスト103項目のうち、技術的側面13領域69項目に着目する。

(2) (1)の項目を入職時、6カ月、1年で自己評価する。

(3) 自己評価の尺度は4段階（0：未経験、1：出来ない、2：指導があれば出来る、3：一人で出来る）で評価する。

(4) 6カ月、1年毎に一般病棟と回復期リハ病棟の自己評価を比較する。

2) 分析方法

項目毎に「一人で出来る」と自己評価した人数を算出する。一般病棟の新卒看護師と回復期リハ病棟の新卒看護師で「一人で出来る」と評価した割合を各々クロス集計で表す。到達度が100%とは、全員が「一人で出来る」と自己評価したものであり、到達度0%とは、「一人で出来る」と自己評価したものがいなかったことである。

4. 倫理的配慮

対象者に研究の目的と主旨を文書および口頭で説明し、研究参加に関する意志を確認し承諾を得た。対象者には、研究参加・不参加に関わらず不利益がないこと、また、看護技術チェックの自己評価を数値化することによって個人が特定できないよう配慮した。

結 果

1. 対象者の属性

平成17年度、18年度の新卒看護師は16名で、一般病棟は9名（平成17年度4名、平成18年度5名）であり、平均年齢 25.4歳（SD=5.34）であった。回復期リハ病棟は7名（平成17年度6名、平成18年度1名）で、平均年齢 23.7歳（SD=1.89）であった。一般病棟と回復期リハ病棟の年齢を比較したところ有意差はなかった（ $p=0.39$ ）。

一般病棟入院患者は、整形外科患者、脳神経外科患者、消化器外科患者、消化器内科患者、脳梗塞患者、心筋梗塞や狭心症の患者、肺炎患者が主で、病状が変化しやすい急性期の患者がほとんどであり、平均在院日数は12.5日で、平均年齢は64.4歳であった。回復期リハ病棟入院患者は、脳血管疾患・脊髄損傷等の患者、大腿骨・脊椎・股関節等の手術後の患者、外科手術・肺炎等の治療に伴う安静により生じた廃用症候群を有している患者

で、いずれも手術後または発症2ヶ月未満の患者で病状が安定しており急激な変化の見られない患者であり、平均在院日数は50.8日で、平均年齢は72.0歳であった。

2. 臨床実践能力

看護技術的側面13領域において、一般病棟と回復期リハ病棟との差を比較するには全体数が少ないため、到達度100%（全員が「一人で出来る」と自己評価）および到達度0%（「一人で出来る」と自己評価したものがいなかった）の項目に着目し、以下に述べる。

1) 6カ月および1年目に到達度が100%であった看護技術（表1）

一般病棟では、6カ月および1年で到達度100%の項目はみられなかった。創傷管理技術の「創傷処置」では、一般病棟は6カ月、1年とも3名（33.3%）と低いまま変化がみられなかった。

看護技術で6カ月および1年で到達度が100%（全員が「一人で出来る」と自己評価）の項目は、回復期リハ病棟において、13領域69項目中8領域19項目であった。その内訳は、環境調整技術の1項目で「ベッドメイキング」、食事援助技術の2項目で「食事介助」「経管栄養法」、排泄援助技術の4項目で「自然排尿・排便援助（尿器・便器介助、可能な限りおむつを用いない援助を含む）」「膀胱内留置カテーテルの挿入と管理」「摘便」「導尿」、活動・休息援助技術の2項目で「歩行介助・移動の介助・移送」「体位変換」、清潔・衣生活援助技術の5項目で「清拭」「洗髪」「口腔ケア」「入浴介助」「部分浴・陰部ケア・おむつ交換」、呼吸・循環を整える技術の2項目で「吸引（気管内、口腔内、鼻腔内）」「体温調節」、創傷管理技術の2項目で「創傷処置」「褥瘡の予防」、与薬の技術の1項目で「経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬」であった。

同項目の一般病棟新卒看護師9名において1年後に「一人で出来る」と評価した人数（割合）は、環境調整技術の「ベッドメイキング」は7名（77.8%）、食事援助技術の「食事介助」は6名（66.7%）、「経管栄養法」は8名（88.9%）、排泄援助技術の「自然排尿・排便援助（尿器・便器介助、可能な限りおむつを用いない援助を含む）」は8名（88.9%）、「膀胱内留置カテーテルの挿入と管理」は7名（77.8%）、「摘便」は8名（88.9%）、「導尿」は7名（77.8%）、活動・休息援助技術の「歩行介助・移動の介助・移送」は6名（66.7%）、「体位変換」は6名（66.7%）、清潔・衣生活援助

技術の「清拭」は8名（88.9%）、「洗髪」は8名（88.9%）、「口腔ケア」は8名（88.9%）、「入浴介助」6名（66.7%）、「部分浴・陰部ケア・おむつ交換」は8名（88.9%）、呼吸・循環を整える技術の「吸引（気管内、口腔内、鼻腔内）」は8名（88.9%）、「体温調節」は8名（88.9%）、創傷管理技術の「創傷処置」は3名（33.3%）、「褥瘡の予防」は7名（77.8%）、与薬の技術の「経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬」は8名（88.9%）であった。

2) 1年後に到達度が0%であった看護技術（表1）

回復期リハ病棟における1年後の到達度0%の項目は、呼吸・循環を整える技術の2項目で「体位ドレナージ」「人工呼吸器の管理」、与薬の技術の3項目で「輸血の準備・輸血中と輸血後の観察」「麻薬の主作用・副作用の観察」「薬剤等の管理」、救命救急処置技術の5項目で「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」「止血」であった。

同項目の一般病棟において1年後に「一人で出来る」と評価した人数（割合）は、呼吸・循環を整える技術の「体位ドレナージ」は1名（11.1%）、「人工呼吸器の管理」は2名（22.2%）、与薬の技術の「輸血の準備・輸血中と輸血後の観察」は4名（44.4%）、「麻薬の主作用・副作用の観察」は5名（55.6%）、「薬剤等の管理」は4名（44.4%）、救命救急処置技術の「気道確保」は3名（33.3%）、「人工呼吸」は2名（22.2%）、「閉鎖式心臓マッサージ」は2名（22.2%）、「気管挿管の準備と介助」は1名（11.1%）、「止血」は1名（11.1%）で割合は低いが、数名は「一人で出来る」と評価していた。

また、一般病棟で1年後も到達度0%（「一人で出来る」と自己評価したものがいなかった）の項目はなかった。

表1 6カ月および1年目の看護技術の「一人で出来る」と自己評価した人数、割合

n=16

領域	項目	6ヶ月		1年	
		一般病棟 n=9	回復期リハ 病棟 n=7	一般病棟 n=9	回復期リハ 病棟 n=7
環境調整技術	療養生活環境調整	77.8 (7)	85.7 (6)	77.8 (7)	71.4 (5)
	ベッドメイキング	77.8 (7)	85.7 (6)	77.8 (7)	100 (7)
食事援助技術	食生活支援	33.3 (3)	28.6 (2)	55.6 (5)	57.1 (4)
	食事介助	66.7 (6)	71.4 (5)	66.7 (6)	100 (7)
	経管栄養法	66.7 (6)	85.7 (6)	88.9 (8)	100 (7)
排泄援助技術	自然排尿、排便援助	88.9 (8)	71.4 (5)	88.9 (8)	100 (7)
	浣腸	66.7 (6)	42.9 (3)	66.7 (6)	71.4 (5)
	膀胱内留置カテーテルの挿入と管理	66.7 (6)	57.1 (4)	77.8 (7)	100 (7)
	摘便	77.8 (7)	85.7 (6)	88.9 (8)	100 (7)
	導尿	55.6 (5)	100 (7)	77.8 (7)	85.7 (6)
活動・休息援助技術	歩行介助・移動の介助・移送	66.7 (6)	85.7 (6)	66.7 (6)	100 (7)
	体位変換	66.7 (6)	71.4 (5)	66.7 (6)	100 (7)
	関節可動域訓練・廃用性症候群予防	33.3 (3)	28.6 (2)	55.6 (5)	42.9 (3)
	入眠・睡眠への援助	22.2 (2)	71.4 (5)	44.4 (4)	85.7 (6)
	体動、移動に必要な患者への援助	22.2 (2)	57.1 (4)	33.3 (3)	71.4 (5)
清潔・衣生活援助技術	清拭	88.9 (8)	100 (7)	88.9 (8)	100 (7)
	洗髪	88.9 (8)	100 (7)	88.9 (8)	100 (7)
	口腔ケア	88.9 (8)	100 (7)	88.9 (8)	100 (7)
	入浴介助	66.7 (6)	85.7 (6)	66.7 (6)	100 (7)
	部分浴・陰部ケア・おむつ交換	88.9 (8)	100 (7)	88.9 (8)	100 (7)
	寝衣交換等の衣生活支援、整容	66.7 (6)	42.9 (3)	88.9 (8)	85.7 (6)
呼吸・循環を整える技術	酸素吸入療法	88.9 (8)	57.1 (4)	88.9 (8)	71.4 (5)
	吸引	77.8 (7)	57.1 (4)	88.9 (8)	100 (7)
	ネブライザーの実施	77.8 (7)	42.9 (3)	88.9 (8)	42.9 (3)
	体温調節	88.9 (8)	85.7 (6)	88.9 (8)	100 (7)
	体位ドレナージ	11.1 (1)	0 (0)	11.1 (1)	0 (0)
	人工呼吸器の管理	0 (0)	0 (0)	22.2 (2)	0 (0)
創傷管理技術	創傷処置	33.3 (3)	57.1 (4)	33.3 (3)	100 (7)
	褥瘡の予防	66.7 (6)	85.7 (6)	77.8 (7)	100 (7)
	包帯法	33.3 (3)	57.1 (4)	44.4 (4)	57.1 (4)
与薬の技術	経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬	88.9 (8)	100 (7)	88.9 (8)	100 (7)
	皮下注射、筋肉内注射、皮内注射	44.4 (4)	28.6 (2)	55.6 (5)	71.4 (5)
	静脈内注射、点滴静脈内注射	55.6 (5)	42.9 (3)	77.8 (7)	85.7 (6)
	中心静脈内注射の準備・介助・管理	33.3 (3)	0 (0)	33.3 (3)	14.3 (1)
	輸液ポンプの準備と管理	55.6 (5)	14.3 (1)	66.7 (6)	14.3 (1)
	輸血の準備、輸血中と輸血後の観察	55.6 (5)	0 (0)	44.4 (4)	0 (0)

	抗生物質の用法と副作用の観察	77.8 (7)	86 (6)	77.8 (7)	71.4 (5)
	インシュリン製剤の種類・用法・副作用の観察	66.7 (6)	57.1 (4)	77.8 (7)	57.1 (4)
	麻薬の主作用・副作用の観察	44.4 (4)	0 (0)	55.6 (5)	0 (0)
	薬剤等の管理	33.3 (3)	0 (0)	44.4 (4)	0 (0)
救命救急処置技術	意識レベルの把握	66.7 (6)	28.6 (2)	77.8 (7)	57.1 (4)
	気道確保	22.2 (2)	0 (0)	33.3 (3)	0 (0)
	人工呼吸	11.1 (1)	0 (0)	22.2 (2)	0 (0)
	閉鎖式心臓マッサージ	11.1 (1)	0 (0)	22.2 (2)	0 (0)
	気管挿管の準備と介助	11.1 (1)	0 (0)	11.1 (1)	0 (0)
	止血	11.1 (1)	0 (0)	11.1 (1)	0 (0)
	チームメンバーへの応援要請	33.3 (3)	14.3 (1)	44.4 (4)	14.3 (1)
症状・生体機能管理技術	バイタルサインの観察と解釈	66.7 (6)	85.7 (6)	66.7 (6)	85.7 (6)
	身体計測	66.7 (6)	42.9 (3)	77.8 (7)	71.4 (5)
	静脈血採血と検体の取り扱い	66.7 (6)	71.4 (5)	77.8 (7)	85.7 (6)
	動脈血採血の準備と検体の取り扱い	33.3 (3)	0 (0)	66.7 (6)	14.3 (1)
	採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い	77.8 (7)	57.1 (4)	88.9 (8)	85.7 (6)
	血糖値測定と検体の取り扱い	88.9 (8)	85.7 (6)	88.9 (8)	85.7 (6)
	心電図モニター・12誘導心電図の装着、管理	33.3 (3)	28.6 (2)	44.4 (4)	57.1 (4)
	パルスオキシメーターによる測定	88.9 (8)	85.7 (6)	88.9 (8)	85.7 (6)
苦痛の緩和・安楽確保の技術	安楽な体位の保持	55.6 (5)	71.4 (5)	66.7 (6)	71.4 (5)
	罨法等身体安楽促進ケア	66.7 (6)	71.4 (5)	77.8 (7)	71.4 (5)
	リラクゼーション	33.3 (3)	28.6 (2)	33.3 (3)	28.6 (2)
	精神的安寧を保つための看護ケア	0 (0)	28.6 (2)	11.1 (1)	28.6 (2)
感染防止の技術	スタンダードプリコーションの実施	66.7 (6)	57.1 (4)	88.9 (8)	71.4 (5)
	必要な防護用具の選択	55.6 (5)	57.1 (4)	66.7 (6)	71.4 (5)
	無菌操作の実施	55.6 (5)	42.9 (3)	77.8 (7)	57.1 (4)
	医療廃棄物規定に沿った適切な取り扱い	44.4 (4)	57.1 (4)	66.7 (6)	71.4 (5)
	針刺し事故防止対策の実施と針刺し事故後の対応	56 (5)	28.6 (2)	55.6 (5)	28.6 (2)
	洗浄・消毒・滅菌の適切な選択	22.2 (2)	28.6 (2)	33.3 (3)	28.6 (2)
安全確保の技術	誤薬防止の手順に沿った与薬	66.7 (6)	71.4 (5)	77.8 (7)	85.7 (6)
	患者誤認防止策の実施	88.9 (8)	71.4 (5)	88.9 (8)	85.7 (6)
	転倒転落防止策の実施	66.7 (6)	57.1 (4)	66.7 (6)	85.7 (6)
	薬剤・放射線暴露防止策の実施	55.6 (5)	42.9 (3)	55.6 (5)	42.9 (3)

注1：網掛けは0%と100%の項目

考 察

1. 一般病棟と回復期リハ病棟の比較について
回復期リハ病棟における全員が「一人で出来る」と自己評価した19項目のうち14項目は、環境調整技術、食事援助技術、排泄援助技術など基本的な療養上の世話に関する項目であった。これらの日常生活援助技術は、一般病棟でも回復期リハ病棟と同様に到達度は高い結果であった。臨地実習で体験した技術項目の習得状況は高いと言える。しかし、一般病棟において日常生活援助技術で全員が「一人で出来る」と自己評価した項目はなかった。回復期リハ病棟では、対象の患者の病状が比較的安定しており、病状に合わせた制限も少なく、新卒看護師は患者に接することに戸惑いが少なかったのではないかと考える。そのため、新卒看護師は患者に適切な看護技術が提供できたと自己評価したのではないかと推測する。逆に、一般病棟では重症の患者等への複雑な看護技術が要求される場面が多いため、自己の技術に自信が持てず、到達度が低くなったのではないかと考える。臨床実践能力は、単に行うだけでなく、十分な知識を修得し、対象者に的確な看護判断と適切な看護技術を行えたことで技術修得の自信につながり、評価が高くなるのではないかと考える。また、病棟によって対象となる患者の重症度が異なり、その各々に適した看護技術を期待される為、到達度に差があったと推測する。

また、回復期リハ病棟では、呼吸・循環を整える技術の「体温調節」、創傷管理技術の「褥瘡の予防」、与薬の技術の「経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬」などの看護技術を全員が「一人で出来る」と自己評価していた。回復期リハ病棟では、手術直後の患者や重症感染患者、安静臥床を強いられたり、寝たきりの患者がほとんどみられないので、複雑な看護技術が要求されず、適切な看護技術が提供できたことが考えられる。

創傷管理技術の「創傷処置」は、一般病棟では6カ月、1年ともに3名(33.3%)と到達度に変化がなかった。それに対し、回復期リハ病棟では、6カ月で到達度が4名(57.1%)であったが、1年後には100%となった。このことは、回復期リハ病棟での「創傷処置」は、時間的に経過した手術創と褥瘡が主であり、処置方法に個別性が比較的小なく、複雑な看護技術が要求されなかったことが影響していると考えられる。

呼吸・循環を整える技術の「吸引」は回復期リハ病棟の新卒看護師全員が「一人で出来る」と自

己評価したのに対し、一般病棟は8名(88.9%)であった。口腔内、鼻腔内の吸引は日常的に行われている。この技術が一般病棟と回復期リハ病棟で差がみられたのは、気管内吸引の認識の違いではないかと考えられる。一般病棟では人工呼吸器を装着した患者の吸引を想定し、回復期リハ病棟では人工呼吸器を装着した患者はみられないので気管切開をした患者の吸引を想定したためと推測する。回復期リハ病棟では、気管切開をした患者への気管内吸引の技術は、退院に向け家族でも修得できるよう指導する技術のひとつである。そのため、新卒看護師も技術習得に戸惑いなく行えたのではないかと考える。

一般病棟では、6カ月および1年で全員が「一人で出来る」と自己評価した項目はなかった。これは、臨床実践能力を自己評価で行なったため、単に「技術を修得できた」ではなく、他者が期待する看護技術と比較し、本人の自信も加味して評価した結果であると推測する。

呼吸・循環を整える技術、与薬の技術、救命救急処置技術の23項目中10項目は、回復期リハ病棟で「一人で出来る」と自己評価したものがなく、一般病棟でも到達度は低い結果であった。回復期リハ病棟では、経験する頻度がほとんどないためであると考えられる。一般病棟においては、患者への侵襲性の高い行為であるため、新卒看護師の修得状況を十分に確認した上で段階的に実施させた結果と推測する。

「導尿」の項目で回復期リハ病棟の6カ月で全員が「一人で出来る」と自己評価したが1年後で86%に低下していた。これは6カ月評価後、導尿の経験がなかったことが、1年後の評価の判断基準に影響を及ぼしたのではないかと推測される。新卒看護師は一度「一人で出来る」と自己評価しても、その後の経験回数によって評価は変動することが考えられ、繰り返し指導、経験することが必要である。また、自己評価のみならず、他者評価と比較し、評価基準の客観性を高める必要もある。

2. 新人看護師教育への示唆

今後の示唆として、一般病棟と回復期リハ病棟によって対象患者の重症度に違いがあり、それを踏まえた目標設定が必要である。評価方法においては、様々な側面からの自己評価や他者評価を含め、総合的な評価が必要である。

回復期リハ病棟で1年後においても救命救急処置や与薬の技術などが未経験であったため、病棟

間でのローテーションを含め、他部署への体験研修などを検討する必要がある。しかし、職場内の人的環境が新人看護師への精神的負担になることも考慮したうえで、慎重に考えるべきである。また、繰り返し技術教育を行なう必要があるため、卒後1年以降にも集合教育を行なっていかなければならないと考える。

一般病棟と回復期リハ病棟における臨床実践能力の違いからくる焦りや不安が、仕事への意欲の低下やさらに離職の原因とならないよう配慮しなければならない。

3. 本研究の限界と課題

本研究では、新卒看護師16名の看護技術チェックの自己評価で臨床実践能力を比較した。研究対象者が少ないこと、また自己評価を比較したことには止まった。今後は、評価方法に他者評価等を用い、有用性についてさらに検討し客観性を高めて、新人研修に活用していくことが課題である。

結 論

回復期リハ病棟における全員が「一人で出来る」と自己評価した看護技術の8領域19項目は、「ベッドメイキング」「食事介助」「経管栄養法」「自然排尿・排便援助（尿器・便器介助、可能な限りおむつを用いない援助を含む）」「膀胱内留置カテーテルの挿入と管理」「摘便」「導尿」「歩行介助・移動の介助・移送」「体位変換」「清拭」「洗髪」「口腔ケア」「入浴介助」「部分浴・陰部ケア・おむつ交換」「吸引（気管内、口腔内、鼻腔内）」「体温調節」「創傷処置」「褥瘡の予防」「経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬」であった。19

項目のうち14項目は日常生活援助技術であった。上記の19項目の一般病棟における到達度は、66.7%から88.9%の到達度であった。

「体位ドレナージ」「人工呼吸器の管理」「輸血の準備、輸血中と輸血後の観察」「麻薬の主作用・副作用の観察」「薬剤等の管理」「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」「止血」の3領域10項目は、1年後でも回復期リハ病棟で「一人で出来る」と自己評価したものがいなく、同項目の一般病棟における到達度は11.1%から55.6%であった。

文 献

- 1) 國井治子：新卒看護師の「看護基本技術に関する調査」に関する中間報告，看護，55(3)，22-25，2003
- 2) 鈴木充子，小口久美子，吉田美知子，他：新人看護職員の臨床看護実践能力に向けての取り組み—自己評価・管理者評価を行っての効果と課題—，第36回看護教育，60-62，2005
- 3) 松元智恵子，鈴木香理，遠藤由紀，他：新人看護職員の臨床実践能力の修得に関する院内教育の構築とその実践と評価—平成16年3月10日付け厚生労働省通達による「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」の報告書から—，第36回看護教育，75-77，2005
- 4) 高橋恵美，小野博子，細井恩，他：新人看護職員の技術習得の現状と課題—臨床実践能力の構造を基にした新人看護職員チェックリストを活用して—，第37回看護管理，252-254，2006