

平成 10 年度 厚生省科学研究（医療技術評価総合研究）

看護教育における卒後臨床研修のあり方に関する研究

新卒者の卒後臨床研修と臨床実践能力の実態

主任研究者：井部 俊子（聖路加国際病院）

研究協力者：飯田 裕子（虎の門病院）
今井 恵（日本赤十字社医療センター）
岩井 郁子（聖路加看護大学）
楠本万里子（日本看護協会）
佐藤エキ子（聖路加国際病院）
鈴木 妙子（東京医科歯科大学医学部附属病院）
高井今日子（聖路加国際病院）
高橋 美智（日本看護協会出版会）
高屋 尚子（聖路加国際病院）
玉木健太郎（日本看護協会）
鶴田 恵子（横浜市福祉局）
徳永 恵子（宮城大学看護学部）
長友みゆき（千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター）
野地 金子（北里大学病院）
南 由起子（聖路加国際病院）
森山 弘子（東京女子医科大学病院）

目次

I. はじめに	1
II. 研究目的	2
III. 文献検討	2
1. 看護職者の臨床研修体制に関する文献検討	
2. 看護職者の臨床実践能力に関する文献検討	
IV. 研究方法	11
1. 研究方法	
2. 研究期間	
V. 研究結果	11
1. 新卒者の卒後研修の実態	11
1) 4病院の概要	
2) 4病院の卒後臨床研修の実態	
(1) 新卒者の育成	
(2) 新卒者の集合教育	
(3) 病棟における新卒者教育	
①新卒者の比率	
②新卒者の育成方法	
③新卒者の評価	
(4) 看護管理者が認知している新卒者の育成上の課題	
2. 新卒者が認知している新卒者の臨床実践能力	12
1) 対象者の概要	
2) 新卒者の臨床実践能力に関する構成要素	
(1) 就職時における新卒者の臨床実践能力について	
(2) 卒後10ヶ月における新卒者の臨床実践能力について	
(3) 新卒者の臨床実践能力の成長や変化に影響を及ぼした要因	
3. 婦長が認知している新卒者の臨床実践能力	17
1) 対象者の概要	
2) 婦長が認知している新卒者の臨床実践能力に関する構成要素	
(1) 就職時における新卒者の臨床実践能力について	
①基礎能力を中心とした臨床実践能力のカテゴリー	
②臨床能力を中心とした臨床実践能力のカテゴリー	
(2) 卒後10ヶ月における新卒者の臨床実践能力について	
①基礎能力を中心とした臨床実践能力カテゴリー	
②臨床能力を中心とした臨床実践能力カテゴリー	
(3) 新卒者の臨床実践能力の成長や変化に影響を及ぼした要因について	

VI. 考察	21
1. 新卒者の臨床実践能力について	
2. 新卒者の臨床実践能力の成長や変化に影響を及ぼした要因	
3. 新卒者の臨床研修体制を確立する意義について	
VII. 提言	23
参考・引用文献	25

図、表

表-1. 調査病院の状況と新卒者院内集合教育の実態について.....	28
表-2. 外科病棟における新卒者教育について.....	29
表-3. 内科病棟における新卒者教育について.....	30
表-4. 看護管理者の認知している新卒者の育成上の課題について.....	31
表-5. 新卒者グループの対象者の概要.....	32
表-6. 新卒者が認知している就職時における 新卒者の臨床実践能力カテゴリーとデータの出現頻度.....	33
表-7. 新卒者が認知している卒後 10 ヶ月における 新卒者の臨床実践能力カテゴリーとデータの出現頻度.....	34
表-8. 新卒者が認知している新卒者の臨床実践能力の成長や変化に 影響を及ぼした要因のカテゴリーとデータの出現頻度.....	35
表-9. 婦長グループの対象者の概要.....	37
表-10. 婦長が認知している就職時における 新卒者の臨床実践能力カテゴリーとデータの出現頻度.....	38
表-11. 婦長が認知している卒後 10 ヶ月における 新卒者の臨床実践能力カテゴリーとデータの出現頻度.....	43
表-12. 婦長が認知している新卒者の臨床実践能力の成長や変化に 影響を及ぼした要因のカテゴリーとデータの出現頻度.....	47
表-13. 新卒者の臨床実践能力の成長や変化に影響を及ぼした要因.....	53
図-1. 臨床現場が新人教育をすることによって生じる負担曲線.....	54

資料

- 資料-1. 第三分科会議メモ
- 資料-2. 卒後臨床研修に関する論点
- 資料-3. 調査研究参加に関する同意書（新卒者用）
- 資料-4. 調査研究参加に関する同意書（婦長・主任他用）
- 資料-5. 調査研究ご協力のお願（新卒者用）

- 資料-6. 調査研究ご協力のお願ひ (婦長・主任他用)
- 資料-7. インタビューガイドライン (新卒者用)
- 資料-8. インタビューガイドライン (婦長・主任他用)
- 資料-9. 施設の状況と新卒者院内教育の実態に関して (調査票)
- 資料-10. 病棟における新卒者教育について (調査票)
- 資料-11. 新卒者が認知している就職時における
新卒者の臨床実践能力カテゴリーとデータ
- 資料-12. 新卒者が認知している卒後 10 ヶ月における
新卒者の臨床実践能力カテゴリーとデータ
- 資料-13. 新卒者が認知している新卒者の臨床実践能力の成長や変化に
影響を及ぼした要因のカテゴリーとデータ
- 資料-14. 婦長が認知している就職時における
新卒者の臨床実践能力カテゴリーとデータ
- 資料-15. 婦長が認知している卒後 10 ヶ月における
新卒者の臨床実践能力カテゴリーとデータ
- 資料-16. 婦長が認知している新卒者の臨床実践能力の成長や変化に
影響を及ぼした要因のカテゴリーとデータ

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
研究報告書

看護教育における卒後臨床研修のあり方に関する研究
主任研究者 井部 俊子 聖路加国際病院

研究要旨：本研究は、新卒者を受け入れる臨床現場の受け入れ状況を把握するとともに、新卒者の臨床実践能力の実態を描写することによって、看護職の卒直後の臨床研修体制や機能を確立していくための基礎資料を得ることを目的としている。本研究では、①都内近郊の4病院を対象に1998年度における新卒者の卒後臨床の実態調査、②新卒者の臨床実践能力の実態を明らかにするため、上記①の調査対象となった病院において、新卒者と婦長などを対象としたフォーカスグループインタビュー調査、を実施した。

新卒者の卒後臨床の実態では、4病院とも院内教育は教育専任者を数名配置し、教育企画・運営にあたる組織体制は6～48人で、多様な研修プログラムを準備していた。新卒者には採用後の集合オリエンテーションを行ったあと、配属部署においてプリセプターシップ導入によってOJTを行っていた。1年目の集合教育時間は平均24.9時間であった。また4病院の看護管理者が認知している新卒者の育成上の主な課題には、技術力の不足、経験の再評価の必要性、社会人としての成長が必要なこと、知識と実践の統合が必要であることがあげられた。

新卒者の臨床実践能力では、新卒者は就職時の状況を「できない」「自信がない」「わからない」「すべてが怖い」としており、「ゼロからのスタート」と認識していた。婦長は「緊張が高い」「依存・頼る」「消極的である」とみていた。卒後10ヶ月では、新卒者は「患者把握」「コミュニケーション」能力の進歩をあげており、婦長は「態度」「仕事への取り組み姿勢」が積極的になったことを認めていた。中でも「記録」能力は大学卒の方が高いと指摘していた。こうした変化に影響を及ぼした要因は、新卒者は「先輩からの保証」などをあげており、婦長は「教え方」が重要だと指摘していた。

I. はじめに

看護教育は、医療を取り巻く環境の変化に対応するため、教育カリキュラムの改訂や卒後の研修などによって質の高い看護ケアを提供する努力がなされてきた。

看護教育における卒前教育は、全人的な看護を提供するために必要とされる対象理解のための理論や知識の学習に力点がおかれる傾向にある。さらに、ひとびとの人権意識の高まりの中で、患者を対象として実施される技術訓練の範囲や機会が限定されている。

一方、臨床現場は、技術を行使した個別的で具体的な技能が求められ、かつ複数の患者の複雑な状況を迅速に判断し行動することが求められる。従って、新卒者の臨床実践能力と臨床現場で求められる臨床実践能力とのギャップは大きく、新卒者を受け入れる臨床現場では、新卒者の社会化のためのオリエンテーションや教育訓練に多大な労力を使っている。新卒者は臨床現場では一人分の看護実践家としてカウントされているため、期待されている業務量が多く、臨床現場の指導者は新卒者を指導しつつ従前の業務を全う

するために多大な犠牲を払っている。

医師は、医療関係者審議会臨床研修検討委員会において、卒後臨床研修を充実させるために、研修カリキュラム、指導医と指導体制、個々の研修医に係る研修の記録及びその評価の方法などのガイドラインが作成されている。また、平成9年にまとめられた「21世紀の医療保険制度」（厚生省案）及び「21世紀の国民医療」（与党医療保険制度改革協議会案）の指針に基づいて、診療に従事する医師・歯科医師の臨床研修の必修化が検討されている。

看護の領域では、医療の高度化により専門分化した臨床技術や、在宅看護の拡大によるプライマリケア実践、慢性疾患患者のセルフケア能力獲得のための援助など、多様な技能の提供が求められる。こうした要請に応えるためには、卒前教育のみならず、それに引き続いて、基礎教育で習得した知識・技術を実践領域に適用していくための卒後の体系化された臨床研修が必要である。

II. 研究目的

本研究では、新卒者を受け入れる臨床現場の受け入れ状況を把握するとともに、新卒者の臨床実践能力の実態を描写する事によって、看護職の卒直後の臨床研修体制や機能を確立していくための基礎資料を得る事を目的としている。

III. 文献検討

1. 看護職者の臨床研修体制に関する

文献検討

看護職者の臨床研修体制への課題と提案を探るために、制度内容と研修内容について主に日本の医師を対象とする「臨床研修」に言及した文献を検索した。

1) 文献検索の方法

文献検索対象期間は、1966年から1999年2月までに発表されたもので、「卒後研修」に

関連する文献とした。検索システム (MEDLINE 1966～1999年2月、CINAL 1982～1998年12月、厚生省ホームページ、他) とキーワード、件数は、以下に示す通りである。尚、検索した文献中に引用されているものも参考にしたが、下記の件数には含めていない。

- ① 医学中央雑誌 1987～1999年2月
key word : 卒後研修、臨床研修
194 件
- ② 医学教育白書 1986、1990、1998年度
- ③ 単行書、叢書
key word : 医学教育 50 件
- ④ 厚生省ホームページ、1996～1997年
key word : 臨床研修
7 件
- ⑤ CINAHL, 1982～1998年12月
key word : continuing, education,
nursing 1,877 件
- ⑥ CINAHL, 1982～1998年12月
key word : internship, residency
383 件
- ⑦ MEDLINE, 1966～1999年12月
key word : Internship, residency
586 件

今回の文献は、①から④までの範囲を対象とした。⑤から⑦については、関連のものを検討項目別に選択の上、平成11年度にレビューする予定である。

2) 文献検討

(1) 用語の定義

卒後研修：医師国家試験合格後の2年間の研修を医師法では「臨床研修」と称し、卒業後の研修という意味で通常「卒後研修」と呼称する¹⁾。

Residency：医学の専門分野における研修の期間と内容を表現する用語で、医学校卒業から始まり、3～7年間にわたる²⁾。

Internship：医学校卒業生が、病院で受ける1年間の研修の伝統的な専門用語。

PGY-1 year：Internshipの現在の呼称。

(2) 文献にみる時代的要請

一 医療職者への急激な質、量、機会の時代

的要請

1966年から1999年2月までに発表されたものは、「医学教育」雑誌に掲載されたものが、ほとんどであった。医療の高度技術化、高齢化、疾病構造の変化、情報量の増加、量から質（価値観の多様化、QOL）への変化が、医療環境へ及ぼす影響について述べられている。その社会的変化は、卒前・卒後（研修）の医学教育と制度にも波及し、変革への動因になっていることが述べられている。つまり、高齢化による影響は多大で、「繰り返される疾患の急性化増悪化は、予防・治療・介護のケアが混在し、時期によって刻々と変化」³⁾するため、チーム医療が必要であるとし、また医療費削減による「入院の短縮化は、医療依存度の高い在宅療養者に不可欠な訪問看護の需要を急増」⁴⁾させているとしている。

明治から昭和初期まで続いた非公的な医師の卒業後の研修から、戦後のGHQの指導による全医師を対象としたインターン制度とその廃止運動の背景には、明治時代から存在する徒弟的な指導者との関係や不安定な身分、そのなかでも無免許であることが、インターン制度のすべての論点に関係していた^{5, 6, 7)}。今後、看護職者を対象とする臨床研修制度を考えていく上で論じられるべき課題の多くは、インターン制度関連の文献に散見される。医師の臨床研修の過程は、看護職者の臨床研修を制度化する上で論点を整理するために参考になると考えられる。

(3) 医師の臨床研修体制の沿革^{8, 9, 10)}

年代ごとの特徴とイベントは、次のように整理される。明治以降よりインターン制度廃止後の昭和61年までを列挙した。

明治時代～昭和初期：非公的な制度として存在。卒業後に実技訓練を実施、無給医として医局に残留することが慣例、教育者との関係は徒弟的。

昭和15年：臨床研修の制度化への動きがみられる。「修練」と表現されており、医師免許取得前の規定案である。なるべく学校教育期間中に1年以上の一般的診療の修練を

要するとし、指導医を置くこととしている。

昭和17年：対象者は、医学専門学校卒業者のみ、1年以上の診療と公衆衛生実地修練を国家試験前の必要条件とされる。国民医療法に規定。

昭和23年：大学卒者も対象となる。インターン制度、GHQの指導による。無免許、無給のため「指導医のもとで」という名目で医行為を実施、医師法制定

昭和43年：インターン制度廃止、臨床研修病院の指定基準と運用、医学部卒業時点での国家試験受験資格、2年間の臨床研修修了後に医籍登録（登録医制度）、初めて研修の目的が明示された。厚生省医務局長から教育病院長宛に通達。

目的：「臨床研修は、医師が適切な指導責任者のもとに、常に社会との連携において疾病を把握し、医学の進歩に対応してみずから診療能力を開発しうる基礎を養うとともに、医療における人間関係、とくに医師と患者との関係についての理解を深め、併せて医の倫理を体得し、医師としての資質の向上をはかることを目的とする」。

昭和46年：日本医学教育学会卒後臨床教育委員会は試案のなかで、大学医学部の教育のみでは、医療の実地活動には不十分であり、卒後の基礎的臨床教育が必要と提言。医師免許を保持していることとした。

目的：「専門的な臨床教育課程に進む基礎として、臨床医全般に必要な知識の獲得、患者診療技術の習得とともに、患者に対する責任の自覚、医師としての資質の向上をはかる」としている。

昭和48年：医師研修審議会、プライマリ・ケアを中心とした卒後教育を提言。

昭和49年：日本医学教育学会卒後臨床教育委員、臨床研修の改善点として、研修の評価と指導医の教育能力の育成の必要性を提言。

昭和50年：厚生省医師研修審議会、「卒後基礎的臨床研修目標案」を発表。

昭和50年：厚生省医師研修審議会、卒後臨床研修の目標と内容を具体的に提示し、プライマリ・ケアの定義を示した。

昭和 59 年：医療関係者審議会臨床研修部会、病院群の基準

昭和 60 年：総合診療方式

昭和 61 年：臨時教育審議会の中間まとめを公表制度の成立過程をみると、明治時代から昭和 43 年までは、無免許、無給、身分の保障は無く、研修内容も具体的なものはなく、指導医は置くことのみで、その基準等の明記はなされていない。インターン制度が廃止されて以後、様々な機関からの提言が多くなり、内容も具体的なものとなった。医学の進歩、プライマリ・ケアなど社会的な要請に対応していることが窺えるものである。

(4) インターン制度廃止にみる

論点^{11, 12, 13}

①医師の資格なし(無免許)で、

研修をする事からくる問題について

「独立して診療に携わることはできないが、指導医のもとでという名目で実際には、患者の診療にあたっていた。医師でもなく学生でもない中途半端な不安定なもの」であり、研修医が診療過誤を起こした場合の責任の所在が問題となると述べている。研修の責任は、診療科か病院がとるのか。「研修契約と雇用契約を法的に区分すべき」¹⁴⁾としている。

②研修内容の規定がない

「何を教育するのか、指導目標がはっきりしておらず、医師の下働きの存在で、検査、注射など臨床技術を習得していた」

③指導者の問題、レベルの規定がない

研修内容の統一がないことを意味し、指導医のレベルの保障がない。「独善的な正しくない技術や態度を身につけるおそれがある」

④無給であること

「生活の保障がないために、他の医療機関で診療をして報酬を得ていた」

「労働力搾取」状態からの脱却ができない現状を生む。

⑤WHO 東京宣言の研修制度改革

(インターン制度) への影響¹⁵⁾

1985 年 WHO 西太平洋地域事務局主催の「21 世紀への保健医療とマンパワー開発—未来に向けた教育の革新」会議が開催され「東京

宣言」の採択がなされた。これを受けて昭和 61 年度予算として、臨床研修費、研修指導医の養成費等が計上され、インターン運動も沈静化し、これを機会に給与、身分の保障をしていくものとしての制度から医療の質保障への変化としての制度の改革と展開が示された。また、研修方法が総合診療型へのきっかけとなったとされる。専門分化が進みその弊害として、専門以外のことはわからないという問題が生じ、プライマリ・ケアを中心とした卒後教育がなされるようになった経緯が記されている。

(5) 現在の問題(資料-1、2、参照)

①研修医の専門家志向が

是正できない理由

研修医が大学病院に偏る原因として、「大学の外からきた者に対する受け入れの悪さ、各教室の抱え込み意識、学位や認定医に関する問題など、大学病院側の要因と日本の医学教育システムの背景要因」が指摘されている¹⁶⁾。卒後の病院選択イコール就職探しの構図が生み出す卒後臨床研修軽視の傾向を改めねばならない¹⁷⁾という指摘もある。

その一方で、「研修病院選択にあたり重視したものとして、研修内容・業績と教授・部長の人柄を挙げたものは、大学群(当施設の卒業者)に多く、長期的視点から就職先として評価している」¹⁸⁾としており、その他に奨学金の問題から研修施設が限定されることも理由として挙げられる。教授間の契約レベルでは、身分の保障、保険、給与の保障は不安定で限界があり国の関与=保障が必要であることが述べられている。

②大学病院が特定機能病院になった

ことによる問題

医療施設機能の体系化により、全ての大学病院は特定機能病院となった。疾患のかたよりがより一般的な患者を診る機会が少なくなっている現状がある。これにより、大学病院での総合診療型の研修方法では、限界があり、「病院群」での研修の必要性が強くなったと考えられている。

③必修の趣旨

努力規定から必修化までの経緯：医師の必修化の問題は、1994年「日本学術会議地域医学研究連絡委員会」が、義務化することを提唱したのが始まりとされる。この時の理由は、医師の専門医志向傾向の懸念から、患者を全人的に診る基本的な臨床能力を身につけるためとしている。

1996年「医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修検討小委員会」は、1. 医学・医療の進歩に伴い学ぶべき範囲も深さも増加、臨床的な技術と経験の重要性が増した。2. 学生が直接患者に対し診断・治療を十分に実施できる制度的状況になく免許取得後に基礎的な修練を積む必要がある。3. プログラム内容と修了の認定が一定の水準に保たれる必要がある¹⁹⁾としている。

医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修検討小委員会中間報告書によると、医師の臨床研修の2000年実施に向けて必修化が具体的に検討されている。歯科医師の臨床研修については、平成8年に施行されたばかりであるが、同様に現在、必修化が検討されているところである。

④研修費の財源

国費である。制度的に異なった財源（1. 国立学校特別会計、2. 国立病院特別会計、3. 一般会計の補助金）から支出されているが、何に対しての支払いなのか複雑である（給与、施設、研修に対しての区分が）。

（6）医学教育の沿革から提示された

問題が看護職者へ及ぼす影響

－ 看護の卒前教育と

卒後の教育の沿革と現状 －

看護教育の高度化と大学化：社会変化へ対応すべく看護教育の高度化への取り組みが積極的になされている。看護大学も平成11年度開設予定を含めると76校となるに至った。1998年には、専門学校卒業者の大学編入学も可能とする制度改革が行われた²⁰⁾。大学の目的は、第52条「大学は、学術の中心として、広く知識を授けるとともに、深く専門の学芸を教授研究し、知的、道徳的及び応用能力を展開させることを目的とする」として

いる²¹⁾。カリキュラムもその時々時代の要請に応じ改正が繰り返されている²²⁾。背景には、「少子・高齢社会看護問題検討会報告書」にみる社会の変化があり、平成2年度には、高齢化社会のニーズに対応すべく老人看護学が科目として独立した。平成9年度には、在宅医療のニーズに対応した訪問看護サービスの拡充に関連して、在宅看護論や訪問看護ステーションでの実習が始まっている²³⁾。

看護職員の卒後の教育：看護職員の卒業後の教育に言及した報告書として「看護職員生涯教育検討会報告書」²⁴⁾がある。研修モデル案に、ねらい、対象者、研修科目の例を提示している。生涯教育については、「専門職業人として成長、成熟するために生涯にわたる一貫した教育」と定義し、専門性を高めるための教育として、看護実務・専門領域の研修が考えられるとしている。「卒業直後3年間は、看護基礎教育を基盤として看護を応用実践する時期」実務の基本的姿勢や看護に対する考え方・探求する心を育てる時期ととらえ、入院から退院までの看護の継続性の配慮、「研修はこの時期の看護職員に就業場所を問わず、等しく機会が与えられるよう積極的に推進していく必要がある」としている。平成2～4年間にわたり討議されたものである。この時期は、高齢化に向けて老人看護論がカリキュラムのなかに位置づけられた時期である。しかし「入院から退院」という表現にみられるように看護提供の場は施設内にとどまった。

院内教育：看護職者の教育は、各々の施設で院内教育の一貫として実施されてきた。雑誌に紹介されている院内教育の理念、目標、目的、プログラム内容、期間、方法、評価基準等は様々である。看護部は、教育担当者を置き、プリセプターシップを導入するなどサポート体制を整えてきた経緯がある^{25、26、27、28、29)}。一方、院外で実施されている研修等に新人対象のものはみられない。

看護とサービスの乖離を補填するもの：「教育とサービスの乖離は、学問の発展過程で教育・研究とサービスの新しい関係を構築するまでに引き起こされる・・・」³⁰⁾とされ、

その4つの要因として、「1. 職業教育から独自の学問探究への教育に移行する時期。2. 学問とサービスの領域で新しいシステムが開発されるまで不調和は免れない。3. 学問としての看護と専門職としてのサービスの成熟。4. 激動する社会で、看護専門職とその他の専門職及び一般社会の関係がどう変化するかである。」³¹⁾と述べている。

要因 1. と 3. の職業教育から大学教育へ、看護サービスを量から質という成熟への変化要求は、日本の看護教育と臨床現場に求められている状況に該当する。また、今回の臨床研修体制への取り組みは、学問とサービスの不調和を解消するための新しいシステムの開発に相当するものであろう。現在、及び、将来において看護の機会、質、量を需要に見合うものにしていくために、増大し続ける学習課題を消化するには、4年という限られた看護大学の教育期間では過密なカリキュラムとなり、大学化の意義はうすれ、実態の伴わないものとなることが懸念される。

新人の置かれている状況と受け入れ側の対応と負担：雑誌看護管理「1年目ナースの危機」の特集の中で、「身体症状を訴えて外来受診を繰り返えず・・・、不安や抑鬱気分のために職場に出てこれなくなり精神科を受診している看護婦」³²⁾ やストレスが強く、新人が集団で不適応を起こしているユニットの事例などが紹介されている。受け入れ側としては、リアリティショックを最小限度にとどめ、職場適応を促進する目的でプリセプターシップを導入し、こうした事態の予防に努めている。その一方で、プリセプター側は、「日常業務と指導と二重の責任を持つため、かなりの負担を感じている」³³⁾とある。プリセプターシップに関する報告は、看護関係の学会において多くみられる。

新人教育にたずさわる病棟スタッフ、婦長及び、看護部の教育担当者達の新人教育にかける時間は、業務遂行にも支障をきたしている現状がある。新人の看護職者と受け入れ側の双方にとって、特に1年目には、現場に適応するための多大なエネルギーと精神的負担を強いることになり、受け入れ側の組織の

生産性の低下をきたしている実態が述べられている。

新人看護婦（士）と看護料：平成8年度の診療報酬改定において看護料は、看護の質の向上を図るものとしているが、キャリアのある看護職者と同様に新人看護婦も一人分として数えられる。平成10年度の改定では、これに平均在院日数短縮に関連した看護料届出用件の見直しがあった³⁴⁾。これは、良質な看護職者を多く持つ施設にとっては有利となる。「急性期入院医療の定額払い方式」が試行されれば、その影響は大となり、新人を多くかかえる施設にとっては、その教育に関わる費用が発生するため病院にとって経済的負担となることが診療報酬関連の文献から示唆される。

これらのことから、看護職者への急激な質量、機会の時代的要請を受けて、看護教育の高度化と大学化、卒後の教育がなされている実態と、施設内の対応のみでは時代的要請に限界がある問題が窺える。また、看護職者に質の高い看護サービスが緊急性をもって要求されていること、さらにチームとして協働できる能力やマネジメント能力も必要とされていることを示唆している。その要求される能力は、学際的な専門職の一員として医師と対等に医療チームに参加できるレベルである。看護の臨床実践能力レベルは日々高くなり、要求されるレベルも高くなっているといえる。

文献レビューにより、主にインターン制度問題から看護職の研修を検討していく上で、参考となる論点のいくつかが整理され、今後、討議していくべき課題が明らかとなった。

(7) 看護教育における

卒後臨床研修への展望

①対象者の範囲

訪問看護ステーションのスタッフを対象に「中心静脈栄養にともなう消毒・輸液セット交換」について調査している。「対象患者がいるが実施していない、いても現状では実施するつもりはない」と答えた者は、12.2%、体外式心マッサージは、19.9%であった³⁵⁾。

一方、大学病院では、ほぼ全員が実施していた³⁶⁾。今回の新卒者のインタビュー調査でも、就職時にとまどったこととして「CVとIVHの区別がつかなくて・・・」とあった。

これは、病院での臨床研修経験がないまま直接地域で看護活動をする新人保健婦の状況とみることができる。在院日数の短縮化による医療依存度の高い在宅療養者の増加は、在宅ケアに携わる訪問看護婦や保健婦にも臨床研修の対象者として考慮する必要のあることを示唆している。研修プログラム内容との一貫性とも関連してくる問題である。

② 募集・選抜方法

就職動機として、「院内教育の充実」は常に上位にある^{37),38)}ため臨床研修制度が導入されれば特定の施設に希望者が集中し、当該施設の採用受け入れ枠を超えることが予想される。募集・選抜方法の検討が必要であり、第三者機関を含めて検討される必要性があることを示唆している。

③ 研修内容・方法と評価、

及び、その開示

現行では、院内で統一された評価表の他に、新人の能力を主任、婦長が査定し、新人看護婦が受け持つ対象者について、疾患のレベル、時期、看護行為などが表現されている。医学生の実習においては、一定の条件下で許容される基本的行為³⁹⁾とその条件が次の3区分で例示される。

1. 指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの

2. 状況によって指導医の指導・監視のもとに実施許容されるもの

3. 原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの

これらは、医学生を対象としたものであるが、指導者が立ち会うのかどうかによる区分の概念と行為が具体的に例示されている。看護の臨床実践においても新卒者の手技の実施に関する基準の検討も必要である。看護業務とその責任範囲とも合わせて論議されるべきであろう⁴⁰⁾。

④ 身分の保障、給与、契約

このことは、研修中の医療事故に対する損

害賠償責任問題に関連することでもあり、契約内容を明示する必要がある。免許なしの身分は、看護業務範囲と責任及び、契約の在り方が複雑になることが考えられる。事前の管理体制整備が必要である。

看護教育における卒後臨床研修の制度化において整備される必要がある項目を以下にまとめた。

(1) 研修の理念、目的、目標

(2) 対象者

- ① 登録看護婦（国試合格者）に限定
- ② 必修か努力規定か
- ③ 募集方法、選抜方法
- ④ 保健婦も含めるか

(3) 研修方法

- ① プログラム内容とその基準
看護基礎教育カリキュラムと研修各施設のプログラムとの整合性
- ② ローテーションのあり方
- ③ 時間、期間
- ④ 修了認定の評価方法
将来予想される免許更新問題との関係

(4) 研修看護婦(士)の待遇

- ① 契約
(研修契約と雇用契約の法的区分)
- ② 給与、身分、健康保険
- ③ 研修中、修了後の保障、就職他
- ④ 医療事故への対応

(5) 研修指導者の要件

- ① 資質、待遇
- ② 「臨床教授」の問題
- ③ 研修構成員のバランス

(6) 研修施設の条件

- ① 認定基準
- ② 病院間の連携
- ③ 専門病院、中小病院、大学病院他
- ④ 病院内の体制

(7) 研修の費用負担

(8) 研修関連の事務組織、責任者

(9) 第三者機関として関係委員会の設置の必要性とその役割

- ① 研修施設群全体の統括
- ② 研修プログラムの評価
- ③ 研修修了認定基準の作成

2. 看護職者の臨床実践能力に関する

文献検討

1) 卒後1年目の看護婦の実態からみた臨床実践能力

卒業後1年間は、社会人として自立しながら看護婦としての臨床実践能力を修得していく成長発達過程の第一段階で、「卒業して臨床での1年間の経験は看護実践能力を身に付け成長していく大切な時期」とされている^{46, 47)}。

新卒者の職場における調査⁴²⁾では、約8割が就職して困ったことがあると答えており、内容は、看護の知識不足、看護実践力の不足、看護技術（自信が持てない、未熟、物品の使用方法がわからない）、看護業務に行き詰まり、適性がないと感じるなどである。また、新卒者は看護基礎教育と現場のギャップが大きいと感じている。就職時困った看護技術としては、1. 救急・急変時の看護、2. 気管切開等呼吸管理、3. 各種の処置の介助、4. ME機器の取り扱い、5. 与薬の介助、6. 採血、7. 導尿、8. ドレーン類の管理、9. コミュニケーション技術などが挙げられ、就職直後からこれらの技術の実践が必要であったことが窺える。

東京・神奈川の9つの病院における卒後1年目看護婦の病院の教育目標到達実態の調査⁴⁷⁾において到達目標として設定されている項目とその結果は次のとおりである。

- ①組織人としての自覚 34.2%
- ②臨床チームにおける看護部門の役割がわかる。 5.8%

- ③ 職業人として看護婦らしさを身に付ける。 28.5%
- ④ 確実な看護技術が実施できる。 18.7%
- ⑤ 救急時対応ができる。 12.1%
- ⑥ 看護過程が展開できる。 4.6%
- ⑦ 正確な記録ができる。 16.1%

婦長のほとんどが、1年目看護婦は看護過程の展開ができていないと評価しているという結果は、現行看護教育カリキュラムの重要な柱である問題解決能力等が、卒後1年たった看護婦でも到達していない現状を意味しており、「看護基礎教育と臨床現場のギャップは明確」としている。

さらに、「基礎教育での実習時間の減少や高度な医療技術を受けている患者は受け持たせないなどの結果、卒業後に急に高度医療下にある患者への個別技術の提供は困難になっている」「患者にあった方法」「正確な手技」など、ほとんどの新人看護婦が看護技術に自信がないことや、「1年目看護婦の現実には有する能力と、期待されている能力、つまり病院の教育目標はギャップがある」、とし、「これらの実態は病院、病棟、受けてきた基礎教育による有意差はなかった。」と報告されている^{47, 52)}。

卒業時と卒業後1年時の看護技術の自己評価の調査では、以下の看護技術が到達評価の対象に設定されている⁴⁶⁾。1. 観察の技術（バイタルサイン測定の意味、関連症状の観察、意識レベルの観察測定値からの状態の総合判断、問題の予測）、2. 生活の援助技術（食事：栄養バランス、嗜好、食事指導、排泄：排泄介助、尿路感染予防、尿・便観察、状態の総合判断、問題の予測）、3. 診療への協力技術（点滴：患者の状態・薬の作用の理解、注射に伴い起こる患者の危険の理解、準備介助、安全・安楽の保持、固定、輸液量の管理、状態観察、観察結果への対応）、4. 人間関係の技術（言葉、表情、行動から意味を理解、適した言葉、行動で伝える。家族の協力を得る。話しやすい場づくり、共感、カンファレンス、意見交換、医師等との情報交換）、5. 教育・指導技術（指導に必要な情報収集とア

セスメント、指導計画の立案、適切な教材の活用、実施者の評価、関係者との連携、社会資源の活用)

この調査では、卒業時の自己評価で「<できる>の項目は「バイタルサインの測定」で、「<原理はわかるができない>のは「総合的な判断、予測・必要な対処等」に関することと「医師や他の関係者との情報交換や連携等」に関することである。

1年間で「<できる>に到達するのは、「排泄への援助技術」、「点滴の介助や管理の技術」、<助力があればできる>は「現在の状態から問題を予測し観察」などの判断、予測、対処に関するものである。

<原理はわかるができない>のまま変化しなかったのは「教育・指導技術」「医師やコ・メディカルスタッフとの情報交換」「他の関係者・関連機関との連携」「社会資源の活用」であった。

調査結果から「新卒看護婦の姿」を次のようにまとめられる^{46, 50, 51)}。

- ・ 日常の業務に慣れること、こなすことが優先されていて目の前の看護実践に精一杯
- ・ 現実をそのまま受け入れるだけで、観察した結果を総合的に判断することができない。
- ・ 学んだことを応用するなどの余裕がない
- ・ 病態生理を理解して看護したいと思っているが、研修会や講習会で学んだことが活かしきれていない。
- ・ 知識不足時解決に向けて努力する姿勢や技術習得への意欲、指導助言を受け入れる素直さはある。
- ・ ミーティングカンファレンスで気づくことが多い。
- ・ 患者との対話時間が十分取れない。
- ・ 休憩・休暇が十分とれず、肉体的苦痛を感じている。
- ・ 職場での人間関係に悩んでいるが、良い関係をもつための努力をしている。

2) 看護婦の「臨床実践能力」の評価

についての考え方

看護婦の能力をどのような基準を持って評価しているかについては、業務の達成度、自己啓発・研修への参加、意欲、報告・連絡の適確な判断、態度、経験年数、時間内の業務遂行能力、リーダーシップ、対人関係能力、知識、指導能力など多種多様な項目が挙げられている。そして、「意欲」や「態度」など個人の特性が上位に上がる傾向があり、臨床実践能力が正当に評価されないことが、看護婦のキャリア発展の阻害因子であるとしており、「臨床実践能力はキャリアを構成する重要な要素である」と指摘している文献も多い^{43, 44, 45)}。

また、知識については、「理論的知識 (theoretical knowledge) と実践的知識 (practical knowledge) とは異なる」「熟練した実践は理論的知識によるのではなく、経験によって裏付けられた個人的知識を内在している」そして「現在の看護婦の世界では理論的知識の崇拝があつて、理論を知っていることやそれを使ってうまく現象を説明できることがキャリアを証明するものとしてとらえられがちであるが、それが実践の能力とイコールではないということに気がつかなければならない。」と警告している⁴⁹⁾。

ここ数年、臨床の場はさまざまな教育背景をもつナースで構成されるようになり、臨床実践能力の進展が経験年数では計れなくなってきた。そのためナース個々の臨床看護実践能力や意欲に焦点を当てた現任教育を再構築することが必要になっている。質の高い看護実践ができる看護婦であることをどのように評価するかという問題意識から、「ベナーの臨床実践能力の修得段階のモデル」を用いた評価システムを採用し、臨床能力関連要因及び修得段階表をもとに看護実践について評価を実施している例もみられる。また、クリニカル・ラダー制を導入し、スタッフの臨床実践能力の評価を行っている報告も多い。ベナーのモデルは、すぐれた看護実践の条件を満たす評価用具としても適しているとされる^{43, 44, 48, 49)}。ベナーはすぐれた看護実践の条件を次のように表して

いる。

- ・看護ケアを行った結果がよいこと
- ・看護婦と患者がかかわっている、その時その場でのことが大事である。
- ・すぐれた看護実践は時として意図的に行われたものでないこと。
- ・患者の裏の部分をとらえているが、そのことはアセスメントや看護計画として文章化できないことがある。
- ・患者と看護婦の1対1の関係だけでなく、全体が見えてきてその中で患者が捉えられるようになること。

ベナーは臨床看護実践の修得段階として技能修得に関するドレファイス・モデルを看護へ適用し、臨床看護実践の修得段階を次の5つのレベルに区分している。それぞれの段階の技能獲得の特色を明らかにし、さらにエキスパートの卓越した技能の特徴を示している。

初心者 (Novice) : 経験が無いので、そこでどのようにふるまうことが期待されているのかわからない。原則論にのっとった行動は限定され、柔軟性がない。

新人 (Advanced Beginner) : 繰り返しおこり、意味のある状況的要素に注目する。しかし、実践にはガイドラインが必要。

1人前 (Competent) : 意識的に自分の活動ができるようになる。また計画はパースペクティブで何が重要か何が無視できるかはっきりしてくる。行動は、刺激—反応パターンから、計画的になる。

中堅 (Proficient) : 状況を部分的というよりも全体として捉え、まるごと理解する。ものの見方は思考によるものではなく、経験や最近の出来事にねざした“現在そこにあるもの”である。

達人 (Expert) : 分析的な原則 (ルール、ガイドライン、確率) には頼らない。状況を直感的に把握し、問題領域に正確にねらいを定める。

ドレファイス・モデルではこれらの技能修得は単なる経験の積み重ねではなく、一人前から中堅にいたる段階で質的に飛躍的な変

化があるという。

また、臨床能力の関連要因には知識、判断、行為、行為の結果があるとし、次のように説明している。

知識 : 理論的知識と実践的知識がある。

理論的知識…学説とか、ある現象を説明するために用いられる一般的な知識を言う。

実践的知識…事実に基づいた実際的な知識と観察や体験から得られる知識をいう。

理論的知識を身近な状況にいかにも適用するかで得られる知識でもある。また、研究や試行錯誤の体験によって得られることもある。

判断 : 看護婦が決断を下すための潜在能力であり、事実をいかに認識し、今ある状況をどう捉えるかである。事実を原因と結果に関連づけて考えることも含まれる。看護婦の監視や個性、目的意識や哲学が判断に影響し、看護婦が自分の情動や心の動きを十分にコントロールしているかどうかにも影響される。統合して考える力、もっている知識を活用して判断に結びつける力がある。

行為 : 臨床場面で選択し実行した行為であり、ありとあらゆる種類の行為から成り立つ。目的達成のために行われるものであり、対象の援助を要するニードを見極め、それを満たすために必要である。対象を尊重する態度、看護観、哲学、価値観が反映する。対象や家族との関係、対象を取り巻く人々、協働者、他部門との関係など、コミュニケーション技能を要する。

行為の結果 : 行った行為が患者にどのような変化をもたらしたかである。援助を要するニードの明確化、必要とされている援助を実施すること、実施された援助が果たして必要な援助であったか、また問題解決に至ったかどうかである。看護婦が自分の考えや感情を認識し、その重要性に注目し、それらを自分の目的と哲学のために活用できるよう訓練するならば、看護の実務を豊かにするばかりでなく、行為の結果からつきることのない満足感を得ることができる。

IV. 研究方法

1. 研究方法

新卒者の卒後臨床研修の実態を明らかにするため、本研究の研究協力者が所属する施設における新卒者と新卒者の院内教育の実態を調査した。

新卒者の臨床実践能力の実態を明らかにするため、新卒者の院内教育の実態を調査した上記4病院において、新卒者と婦長等（もしくは主任、係長）に対してフォーカスグループインタビューを行なった。4病院では、看護職者の総数に占める看護大学卒業者の割合が20%を越えている。看護教育の大学化に伴ない、看護大学卒業生（以下、大学卒と略す）と看護婦養成所卒業生（以下、養成所卒と略す）の臨床実践能力の特性を明らかにするため、新卒者グループは教育背景別とした。婦長グループは、新卒者グループインタビューに参加したメンバーの当該婦長等によって構成した。参加者には研究趣旨を説明し、同意書による承諾を得た。

フォーカスグループインタビューの質問内容は、①就職時における新卒者の臨床実践能力について、②現在の時点（卒後10ヶ月）における新卒者の臨床実践能力について、③新卒者の臨床実践能力の成長や変化に影響を及ぼした要因についての3点とし、参加者の自由な発言を求めた。質問者のレベルを均質にするため、インタビューガイドラインを作成した。発言の内容は録音し、テープを起した。これらのデータから、質問内容の上記3点を表す部分を抽出し、ラベル付けを行い、ラベル付けを行ったものを類似するものにまとめサブカテゴリーとした。さらにサブカテゴリーを類似するものにまとめカテゴリーとし、その出現頻度をみた。

2. 研究期間

インタビュー調査は、1999年1月14日から1月26日の期間に行なわれた。

V. 研究結果

1. 新卒者の卒後臨床研修の実態

1) 4病院の概要（表-1.参照）

4病院の平均病床数は944.8床で、平均看護単位数は28.8単位、1看護単位の平均病床数は32.9床である。

病院の機能としては、特定機能病院が1病院で、一般病院が3病院である。また、3病院が看護大学を併設しており、学生の実習病院になるなど臨床と教育との連携が深いのが特徴である。

看護職者数の平均は673.3人で、1床あたりの平均看護職数は0.7人で、看護職者1人対しての平均病床数でみると1.4床になる。1看護単位の平均看護職者数は23.4人である。

看護管理者数は平均で76.5人である。看護管理者が全看護職に占める比率は11.4%になる。

看護大学卒業生の全看護職者数に占める比率は31.0%で、各病院の看護大学卒業生の占める比率は、A病院が36.0%、B病院が42.7%、C病院が22.2%、D病院が23.1%でばらつきはあるが、4病院はともに、全国平均から見ると看護大学卒業生の比率が高い。

看護職者採用数については、A病院が新病棟を開棟するために、採用者数は205人で従来より多く、看護職全体数の25.2%を占めた。B病院は109人で20.9%、C病院は139人で19.8%、D病院は91人で13.9%である。4病院の採用者数の合計は544人で全看護職数の20.2%を占める。つまり看護職者の2割りが入れ替わっていることとなり、看護職者の回転率は高いといえる。

4病院で採用された新卒者の合計は467人で、全採用者数の85.8%を占める。

看護大学卒業生でみると、4病院で採用された看護大学卒業生は248人で、全採用者数の45.6%を占め、新卒者のなかでも大学卒業生の採用が多いのが特徴である。

看護職者の教育体制については、4病院とも2~3人看護職を教育専任者として配置し、看護職者の臨床研修に取り組んでいる。教育

理念が明確にされ、プログラムの評価を定期的に行なっている。また、教育の企画や運営にあたる組織体制は、6～48人で、特にB病院がコース別に公募でメンバーを確保して、多様な研修プログラムを用意している。

2) 4病院の卒後臨床研修の実態について

(1) 新卒者の育成

新卒の看護職を育成するために、4病院では、採用直後に一斉に新卒者オリエンテーションを行い、病棟配置後は、病棟内でオリエンテーションを行なうとともに、プリセプターシップを導入して、看護業務が実施できる様に指導体制を整えている。さらに、職場を離れて集合教育を受けることもできる。

4病院における新卒者の教育期間は6ヶ月間、1年間、2年間とばらつきがある。

新卒者の配置は本人の希望を優先しながらも、新卒者の育成を円滑に行うために、各病棟に平均して配置している。とくに育成のための計画的な配置換えは実施していない。

(2) 新卒者の集合教育

新卒者のオリエンテーション時間数は平均36時間で、1年目の集合教育は平均、24.9時間となる。内容としては、感染対策や医療過誤などの共通のテーマや、職場を離れて自由に討議したり、看護過程の展開を演習したりして、自己点検ができる学習が企画されている。

(3) 病棟における新卒者教育

(表-2、3. 参照)

① 新卒者の比率

調査を行った8病棟の平均病床数は42.8床で、総看護職者数は187人、総新卒者数は42人で22.5%を占める。病棟で新卒者の比率が高いのはB病院の内科病棟で30.0%、比率が低いのはD病院の内科病棟で12.5%であった。

② 新卒者の育成方法

臨床での育成は、プリセプターシップをとり、看護業務を習得し、医療機器の使用方法や疾患の理解、救急時の対応方法などについ

て、計画的に学習できる機会を個々の病棟で用意している。

1年目でプライマリーナースとして自立させる病棟が1カ所で、プリセプターの支援を受けながら徐々にプライマリーナースの役割を担わせるのが2病棟ある。管理業務については、1年目でオリエンテーションを実施している病棟は、新卒者の比率が高い2カ所である。

看護職の育成ビジョンを4病院は明確にしており、3病院がクリニカルラダーを導入している。そのため、看護部が企画している集合教育と病棟における教育が統合されている。特にA病院とD病院は、病棟内教育内容の大枠を看護部が提示しているので、病棟内での育成と集合教育の関連が密接である。

③ 新卒者の評価

評価の時期は、1ヶ月目・3ヶ月目・6ヶ月目・9ヶ月目・12ヶ月目が多く、技術評価はチェックリストが用いられている。評価の方法は、管理者やプリセプターとの面談やレポートによっている。評価は本人にフィードバックして意欲を持たせるとともに、教育プログラムや方法のな見直しに役立てている。

4) 看護管理者が認知している

新卒者の育成上の課題

(表-4. 参照)

4病院の看護管理者が認識している新卒者の育成上の主な課題としては、技術力が不足していること、看護は経験を経ないと身につけられない技術が多く経験の再評価が必要であること、看護職であると同時に社会人としての成長が必要なこと、学校で学んだ知識と実践の統合が必要であることの4点があげられた。

2. 新卒者が認知している

新卒者の臨床実践能力

1) 対象者の概要 (表-5. 参照)

インタビューの対象となった大学卒の新

卒者は27人で、平均年齢は22.9歳(22~24歳)、所属部署はほとんどが病棟で、所属部署の看護婦数は平均18.1人(15~50人)、そのうち新卒者数は平均4.8人(1~10人)であった。主な指導者はプリセプターで、その他婦長や主任もみられた。養成所卒の新卒者は25人で、平均年齢は22.8歳(21~26歳)、所属部署はほとんどが病棟で、所属部署の看護婦数は平均24人(8~50人)、所属部署の新卒者数は平均3.6人(2~10人)であった。主な指導者はプリセプターで、その他婦長や主任もみられた。

2) 新卒者の臨床実践能力に関する 構成要素

新卒者に実施したインタビューより、臨床実践能力の構成要素は【看護行為(直接的な看護行為、ちょっと複雑な看護行為、難易度の高い看護行為)】、【患者把握】、【患者指導】、【後輩指導】、【伝達】、【コミュニケーション】、【基礎教育では習得できなかったこと】、【チームワーク】、【働く施設構造の把握】、【自己認知】、【自己コントロール】の11カテゴリーに分類できた。以下【】はカテゴリー、<>はサブカテゴリーとして示す。

(1) 就職時における

新卒者の臨床実践能力について

(表-6. 参照)

就職時では、【後輩指導】と【チームワーク】を除く9カテゴリーがみられた。

最もデータ出現頻度の多いカテゴリーは、【自己認知】(65)で、続いて【看護行為】(58)、【基礎教育では習得できなかったこと】(56)で、4番目は【コミュニケーション】(23)と【患者把握】(23)であった。

【自己認知】では、「最初は使い者にならないと言われた」、「役立たずだった」、「足を引っ張っていた」「技術的には、やっぱり、まだまだ、ということを実感した」という<できない>、「技術的なことは本当に自信がなかった」、「4、5月の自分が不安で患者にも不安を与えていた」という<自信がない>、「わからないことだらけで始まった」、「何

もわからないままに働いていた」という<わからない>、「何をしても怖い」、「慣れるまでは怖くてしょうがなかった」という<すべてが怖い>などがみられた。また「実践でなれるしかない、学んでいくしかない」、「臨床について全てがスタート」という<ゼロからのスタート>もみられた。

【看護行為】では、特に【直接的な看護行為】が多かった。これは「点滴がつけられない」、「輸液セットが使えない」、「点滴の滴下調節ができない」など<点滴に関することが一切できない>(10)であった。また<吸引ができない>、<筋肉注射ができない>もわずかだがみられた。一方、「バイタルサインがはかれる」、「血圧は測れた」、「ゆっくり考えて戸惑いながら検温する」という<バイタルサインが一通り測定できる>、「清拭・シャンプーはゆっくりできた」、「清拭は戸惑わなかった。抵抗なくできた。」という<清拭・シャンプーができる>や「包交は経験がなくわからない。先輩の指示どおり実施した」という<包交は指示通りにやっどできる>、「採血は『失敗したらどうしよう』『私がやってもよいのですか』という思いがあった。失敗を恐れて消極的になった」「老人や血管の見えにくい人は採血がうまくできず朝の忙しい時に手伝ってもらおう」という<採血は対象によってできる>がみられ、できることもいくつかみられていた。

【基礎教育では習得できなかったこと】では、「時間配分がわからない」、「何をしようか、わからなくて、時間を有効に使えない」、「何でそんなに時間がかかるのだろう」、「午後になってから『どうしよう』とケアを考えた」という<業務計画・時間管理ができない>(25)が最も多かった。続いて「数え切れないほどの、わからない言葉があった」、「マルク、punk、ドレーン・・・わからない」という<専門用語がわからない>(15)であった。時間管理や優先順位、専門用語などはうまく仕事をこなすすべであり、これらは教科書や実習では学んでいなかったことである。また、このカテゴリーでは大学卒が44で養成所卒12で、大学卒に多くみられた。

4 番目にデータの出現頻度の多いテグリーは【患者把握】と【コミュニケーション】であった。【患者把握】では「病態生理がほとんど頭に入っていなかった」、「病態がわからない」といった<看護に必要な基礎的知識がわからない>や<スタンダードもわからない>がみられていた。【コミュニケーション】では、「患者や家族に話かける言葉をいちいち探していた」や「患者への声かけができない」など患者や家族に普通に話もできない<会話にとまどう> (18) が最も多かった。

さらに、就職時のみにみられるカテゴリーとして【働く施設構造の把握】があった。これは「物品がどこにあるか、わからなかった」、「検査やCT、レントゲンの部屋すらわからない」という<場所がわからない>であった。

(2) 卒後 10 カ月における

新卒者の臨床実践能力について

(表-7. 参照)

卒後 10 カ月では【働く施設構造の把握】を除く 11 カテゴリーがみられた。

最もデータ出現頻度の多いカテゴリーは【患者把握】(113)で、就職時と比較しても圧倒的に多かった。続いて【自己認知】(81)、【看護行為】(60)、【コミュニケーション】(44)であり、就職時に 2 番目であった【基礎教育では習得できなかったこと】(35)は 5 番目となっていた。

【患者把握】では、<看護に必要な基礎的知識が少しわかる> (16) が多く、続いて<判断に自信がない> (10)、<まず仕事ができるように情報収集する> (9)、<スタンダードならできる> (9) <問題の明確化のために情報情報収集する> (9) がみられた。<看護に必要な基礎的知識が少しかわかる>は、「どういう治療があるか分かるようになってきた」、「脳腫瘍でも種類があり症状や治療を知っていないと・・・」などで疾患の病態生理や治療に関する知識であり、新卒者は少しずつ基礎的知識を増やしていた。<判断に自信がない>は「情報は集められているが、それをどう判断して今後どうしていかなければいけない」という所まではまだ完全

にはできていない」、「こういう状態であるからこういうことが必要だ」というところまで考えられるようになれば」といった情報を基にして患者の状態がどうなのかを決めかねられないことであった。<まず仕事ができるように情報収集する>は「名前聞いてこういう患者だとチャートを見て・・・とかちよっとの時間でできるようになった」や「休みが入っても、朝に情報収集をしなければ包交とかに差し支えると思うとドレーンを抜いたとか情報を把握できるようになった」など、仕事をするため必要最低限の情報をまず収集することであった。<スタンダードならできる>は「外科の患者が割と多いのでルーティーン化されていることは大体できるようになった」などで問題のない患者であればスタンダードにそって仕事ができるということであった。<問題の明確化のために情報収集する>は「自分から直接患者に聞けるようになった」や「それぞれの患者の今の問題を分かってそれを観察したり」などで患者の問題をよりはっきりとさせるため積極的に情報収集することであった。さらに情報収集に関しては<個別性の把握のために情報収集をする>や<予測の必要性に気づく>がみられ、新卒者は今後の経過をみつめ患者の個別性を意識して情報収集を行うようになっていた。

【自己認知】では、<進歩・成長の自覚> (40) が最も多く、次に<勉強不足な自分> (12)、<仕事への満足> (7) であった。<進歩・成長の自覚>は「一通りこなせるような感じ」、「もう慣れた」、「自然に動けるようになった」などで一步一步進んでいる自分の出来映えを評価している。<勉強不足な自分>は「努力しなければならぬことはたくさんある、自分から学んでいかなければ」、「上の人に比べれば全然足りなかったりする」などで、継続すべき自己学習の大切さであった。<仕事への満足>は、「そういう繋がりがだんだん出てきておもしろくなったりして」、「詳しい内容も分かってくるので面白くなってきた」など仕事の楽しさや充実感であった。このように卒後 10 カ月にお

ける新卒者は就職時にみられたくできない自分>、<わからない自分>から脱しているのがわかる。

【看護行為】では【難易度の高い看護行為】が就職時よりもはるかに多くみられ、【直接的な看護行為】(28)と【難易度の高い看護行為】(26)は近似していた。【直接的な看護行為】では「包交の介助は今ではできるようになった」、「時間はかかるが正中創のある人の細長いガーゼをとりあえず作って、渡すというのはできるようになった」という<包交介助ができる>、「採血はいやだと思わないでやれるようになった」や「採血とかの機会が多いので昔よりは堂々とやれる」という<採血ができる>や<点滴の管理ができる>など、就職時できなかった行為あるいはやることができる行為が「できる」ようになっていた。また【難易度の高い看護行為】では、<重症者のケアがまだできない>が新たにみられていた。「呼吸器がのっていても呼吸管理という部分ではある程度できるようになった」、「重症者につくときはがっちりフォローしてもらっている」、「大きな手術だについていけない部分がある」などで、配属された部署により、呼吸器装着患者や大きな術後の患者など重症者はさまざまであるが、新卒者がこのような患者に携わる機会が徐々に増えてきている。

【コミュニケーション】では<スムーズな会話ができる>(28)が最も多かった。これは「自然に言葉がかけられるようになった」、「ちょっとした変化を見つけて患者と会話ができるようになった」、「どういうふうに聞けば患者が経過を話しやすいか何とかわかるようになった」、「患者と自然に挨拶して雑談ができるようになった」などで、何かきっかけをみつけ患者と話したり、患者と世間話や雑談をしたり、新卒者の会話にはぎこちなさがなくなってきた。また<自分の能力の範囲で説明ができる>があり、「分からないことがあると先輩に聞ききちんと返せるようになった」、「患者さんがわかりやすいように言えるようになった」と説明の内容や方法も自分の持っている知識を利用した

り適宜補足をしながら行っていた。さらに「患者の話をゆっくり聞く、時間があつたら後でも聞くようにしている」「『なんでそう思ったんですか』と聞くのは勇気のいることだ」という<傾聴に心がける>や、「コミュニケーションでこういう言葉を待っているんだろうと考えることが難しい」という<共感はまだできない>もみられていた。

【基礎教育では習得できなかったこと】では<業務計画・時間管理ができる>(10)が最も多かった。これは「時間短縮をしようと1日のプランを立てて業務を終わらせる余裕ができた」や「この時間にはこれをやらなければならないと自分でもできるようになった」という時間配分を考え業務に計画性をもたせることであった。また<夜勤ができる>があり、これは「post ccuは一人で夜勤とかこなせるようになった」や「夜勤の怖さが最近わかった」などであった。その他<手際・要領よくできつつある>や<複数患者をみている>などがあり、新卒者は限られた時間で自分のノルマを果たすようになっていた。また、このカテゴリーでは、看護大学卒(23)が養成所卒(12)よりデータの出現頻度が多くみられた。

さらに新たにみられたカテゴリーとして【チームワーク】があった。これは<自分なりに協力する>、<メンバーの認知ができる>などであった。<自分なりに協力する>は「患者のことをわからないといけないし、チームで患者を見ているので自分にも責任がある」や「もっと全体に目を配ってアサインメントして忙しい人がいたら手伝いたい」など同じ勤務帯に働く他の人を助けることであった。<メンバーの認知ができる>は「この人は何をやる人か分かってきた。この人はこれをしている人だということがわかってきた」という同じ職場で働く他者の役割を知ることであった。その他<リーダーシップの必要性に気づく>などもみられた。

【自己コントロール】(20)は、就職時より多くなっていた。「あっと思っても顔に出さないようにできるようになった」、「おどおどせず自信をもってやろうと・・・」など、その状況を受けとめ自分の感情をすぐ

に表出しない<装う>がみられた。一方では「急変しやすい要注意患者を持つと顔が固めになる、動揺しているのかな」という<動揺する>、「対応の難しい人を受け持ちどうしたらいいのかすごく困った」など<すごく悩む>、<過緊張になる>がみられ、感情の切り替えができずにいる状況もみられた。

(3) 新卒者の臨床実践能力の

成長や変化に影響を及ぼした要因

(表-8. 参照)

大学卒と養成所卒の両方から抽出され、データの出現頻度が合計 20 以上となったカテゴリーは、【先輩からの保証】(100)、【経験する】(48)、【本人のモチベーション】(44)、【教育などのプログラム】(32)、【看護基礎教育】(28)、【仕事への取り組みの姿勢】(25)、【ロールモデル】(25)、【職場の人的環境】(23)、【プリセプターシップ】(20)、の 9 項目であった。以下に、これらのカテゴリーについて説明する。

【先輩からの保証】では、<先輩の関わり>、<先輩の指導>、<先輩の指示や助言>、<先輩に聞く>などが含まれる。「自分がわかっていないことを気付かせてくれる」、「段階的な指導をしてくれる」、「先輩がいろいろアドバイスしてくれることが少しずつできるようになってきたことにつながっている」、「あいまいなことは必ず先輩と一緒に確認してもらってやるようにしている」、「不安なことがあったら始めに先輩にも時間を予約しておいたり早め早めに助けを求められるようにやっている」「『じゃあ、やってみなさい』って、経験をつくってくれるのが先輩だったりする」、「重症患者のケアを一緒に行く」、「何かを一緒に見てくれる」、「細かい注意を受ける」、「先輩にすべてのことを聞く」などが含まれる。

【経験する】では、<機械に触れておぼえる>、<経験の積み重ね>、<機会を逃さず経験する>、<チェックリストや経験ノートなどを活用>して経験する、<自分でやってみる>、<失敗を通して次に繰り返さないようにする>などが抽出された。具体的には

「2、3 回したらいつまでもついていってもらえないのでだんだんひとりで行くようになって、なんとかできて大丈夫だと次からは少し安心してきて」、「最初は点滴のつなぎ方とか実際のセットを使ってやったりしたんですが実際にやるとすごくわかります」、「臨床は経験なんだと思ってます」、「病棟でも自分の経験したもの、していないもの、ひとりのできるもの、まだ不安なものをチェックする用紙がある」、「患者さんとそういう二つの種類、外科と内科を見て勉強になったことはあります」、「一番自分で身に染みしたのは怖い経験をしたというか危ない経験をしたこと」、「一日に経験したことを書いてみんなで回して読んでいくという方法で経験を共有した」などが含まれる。

【本人のモチベーション】では、<自己学習する>、<わからないことをそのままにしない>、<資料やマニュアルで調べる>、<勉強会に参加する>などが抽出された。具体的な内容としては「それを知ったらもっとそれについて勉強しなければならないことがある」、「始めからひとりだったので自分でメモをしっかりとって、自分が勉強しなくてはという自覚があったので」、「学ばなくてはいけない必要性をすごく就職してから感じて学生の時よりも勉強した」、「大学の時は買わなかったんですが、入ってから技術系の本をいろいろ買ってそれを読んで勉強しました」などが含まれる。

【教育などのプログラム】では、<勉強会の開催>、<新人用の教育プログラムの存在>、<職場での教育>、<フォローアップというシステムがある>、<臨床実践に関する 64 項目のテストがある>、<新人オリエンテーションの効果>などが抽出された。その内容は「病院全体でも新人に対する勉強会がある」、「夜勤や重症の方がいらしたとしても耐えられるよう、1 年生でも怯えないようにシュミレーション的に勉強会を開いてくださった」、「オリエンテーションをしてもらう時期をもう少しうまい具合に調整してもらえればよかったと思う」、「少し慣れてから実践的なこととか、よく使う技術のことと