

かオリエンテーションがあってもよかった」、
「64 項目のテストがあるから、とりあえずそれをできる範囲で受けていこうと思った」などが含まれる。

【看護基礎教育】では、<実習病院と就職した病院の違い>、<学生の時に学んだこと>、<厳しい病院実習>などが抽出された。具体的には「学生の時の環境がここに来るまでにすごく厳しくて」、「学生の頃は点滴については触れない、実習上では触れないんです」、「私のいた病院ではここみたいにヘパリンシールで針を留置するということはしなくて」、「私たちの教えてもらっていた環境は看護婦の方から学生に積極的に接触していくのではない、自分から何でも積極的に学ぼうとする態度を見せろみたいな感じのところがあったり」、「とにかく厳しいというイメージしかなくて」、「技術は確かに看護学校の方ですごくやらせてもらったのである程度わかる」、「私の病院も厳しかった」などが含まれる。

【仕事への取り組みの姿勢】では、<自分のモットーとすること>や志のようなことが中心に抽出された。内容にばらつきがあるが具体的な内容としては「忙しそうに見られたり、せかせかしていると患者さんはきっと声をかけにくいと思うので忙しそうにしない」、「冷静にするということに心がけている」、「アセスメントというか、そういうのがちょっと欠けていると最近とても強く感じるのでひとつひとつちゃんとアセスメントしていこうと思う」、「他の部署でやっている看護とかもやってみたい」などが含まれる。

【ロールモデル】では、<ロールモデルとしての先輩の存在>、<先輩の動きを見て学ぶ>というポジティブな内容と<ああはなりたくないという先輩の存在>や<先輩の言うことが異なると困る>というようなネガティブな内容が挙げられ、「こんなふうになりたいと思わせる」、「先輩に注意されたことができるようになりたい」、「ていねいな人から学ぶ」、「先輩の技を盗む」、「先輩を目標とする」などが含まれる。

【職場の人的環境】では、<わからないこ

とが聞ける環境>、<病棟の雰囲気がい環境>、<今でもびくびくする環境>、<厳しい環境>などが抽出された。具体的には「うちは麻酔科とかCEもいるいろいろな人がいて、それぞれが自分たちの仕事をしているのでわからないことはその人に聞いていくことが大事で、聞いたら教えてくれるので聞ける環境です」、「病棟の雰囲気がすごくいいというか、それがだいぶ役立っていると思います」、「配属されたのがそういう厳しいチームだったので絶対にただ教えてもらおうというのがだめだった」、「職場がよければ気持ちもいいし、患者さんのところへもいい気持ちでいける」などが含まれる。

【プリセプターシップ】では、<プリセプターとの振り返り>、<プリセプターに相談する>、<プリセプターシップというシステムの中で情報交換>などが抽出された。具体的には「プリセプターと反省した点、ここができていないというのが先輩全員にちゃんと伝わっていた」、「婦長がプリセプターをつけてくれて一緒に働きながらプリセプターから助言してもらおう」、「私は特にプリセプターの方に本当によくしていただいた」、「私のプリセプターの先輩が何か戸惑っているのを感じ取ってくれた」、「2ヶ月間のプリセプターシップ期間中にプリセプターノートというのを使って毎日やったことを書いて、先輩から評価してもらい励まされた」、「『3ヶ月のプリセプターシップ期間に盗めることはどんどん盗んでいきなさい』ということだった」などが含まれる。

上記のカテゴリー以外には【同期との関わり】、【患者との関わり】、【役割を与えられる】、【ポジティブフィードバック】、【自分の対処行動】、【医師との関わり】などもデータから抽出された。

3. 婦長が認知している

新卒者の臨床実践能力

1) 対象の概要 (表-9. 参照)

インタビューの対象は婦長 16 人、副婦長

7人、主任14人、スタッフナース1人の計38人である。対象の教育背景は養成所卒31人、大学卒7人である。臨床での実務経験は平均15年(5~30年)で新人指導にあっている経験年数は平均11年(3~28年)であった。

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

婦長が認知している新卒者の臨床実践能力の要素としてインタビューの結果から**基礎能力、臨床能力、臨床能力の変化に影響を及ぼした因子**の3領域に分けられることが分かった。さらに各領域ごとにカテゴリとサブカテゴリに分類しデータの出現頻度の多い順に分析した。

(1) 就職時における

新卒者の臨床実践能力について

(表-10. 参照)

①基礎能力を中心とした臨床実践能力の カテゴリ

臨床実践能力の基礎能力は【表情】、【態度】、【反応】、【仕事への取り組み姿勢】、【マナー】、【プロ意識】、【理想と現実のギャップ】、【リアリティショック】、【成熟性】のカテゴリに分類できた。

これらのカテゴリの中で、新卒者の就職時における臨床実践能力の特徴として最も多く抽出されたのが【態度】(41)と【仕事への取り組み姿勢】(41)であった。

【態度】の中で最もデータの出現頻度が多いサブカテゴリは<緊張が高い>であった。例えば「過緊張だったと思います、最初の頃は。返事も堅かったですし…」、「最初の1週間、2週間でここまではきっと分かっているだろうな」ところが、実は毎日が緊張で頭に入っていた部分が少なくて…」、「新しいことでも何でもないので、手術室の中にいるだけで緊張し考えられなく、動けなくなるという悪循環というような…」などである。次に多かったのが<依存・頼る>であ

った。「先輩が3回まではついてくれるから」、「分からなかったら聞けばいい」、「頼りきっちゃって」などの発言があった。3番目に多かったのが<消極的である>であった。「何でも教わってないんですという感じでまず最初にやってないことだと逃げようとする」、「前の日からやるのが分かっているけど自分で調べてやっていこうとすると場所がなく、やりなさいよと言われてやるというような…」などであった。

【仕事への取り組み姿勢】におけるデータの出現頻度が多いサブカテゴリは、<学生気分が抜けない>、<自ら考えない>、<積極性に欠ける>、<患者の話をちゃんと聞けない>などであった。例えば「早く先輩に追いつきたいと言いながら、一番学生の気分が抜けない」、「生真面目すぎて患者との対応がしにくかったところがある」、「今言われたことだけをやっている」、「周りから与えられるのを待っている」、「受け身的傾向におしなべられている」、「自分はこれやったことがあるから、やらせて下さいという人はいない」などである。

3番目は【反応】(30)に関するものであった。なかでも<ゆとりがない>、<ナースコールが怖い>、<不安がある>、<パニック状態である>のサブカテゴリに集中していた。例えば「一生懸命言っているにも関わらず気づくゆとりがない」、「指導した時に反対にふてくされてしまう」、「最初は患者さんに呼ばれただけでどうしようという感じ」、「最初のころは自分の気持ちで手一杯」、「タオル1本患者さんから借りて使えばいいものを、その1本を探すのに手間がかかる」、「病棟の中で、応用を利かせなければいけない場面に達したときに、どうしたらよいかわからずパニックに陥ってしまいました」など、さまざまな反応を示している。

4番目は【成熟性】(26)に関連したものであった。ここでのサブカテゴリは、<家が恋しい>、<寂しさがある>、<精神的に弱い>、<親元を離れて1人ぐらし>、<環境に慣れる>、<体調を崩しかけていた>、<態度や性格で進度が異なる>、<年齢的な差

を感じる、>、<自己評価ができない>など多岐にわたっている。

②臨床能力を中心とした臨床実践能力の カテゴリー

臨床能力は【治療処置（注射等）】、【バイタルサインズ】、【コミュニケーション】、【（異常に気づく）アセスメント】、【記録】、【生活の援助】、【協働】、【マネージメント（優先順位）】、【成熟性】のカテゴリーに分類された。

これらのカテゴリーで最もデータの出現頻度が多かったのは【成熟性】(70)であった。サブカテゴリーとして<（大学卒との比較では）臨床実践レベルに差はない>、<マニュアルどおりでないといけない>、<何もできない>、<理論・概念化が弱い>、<一から教えなければならない>、<まずは環境に慣れる>、<全体的に見ることや気づくことは困難>、<創意・工夫は困難>、<学校での勉強・経験が活かされない>、<看護技術には期待していない>、<経験がないし期待していない>、<出来ないのが当たり前、期待はしていない>、<一緒にくっついてやる>、<期待はずれでがっかり>、などのコメントが4施設とも多かった。しかし<基礎学力が高く理解力は非常に優れている>と大学卒の新卒者を評価している施設もあった。

2番目は【治療・処置】(54)であった。このサブカテゴリーでは、注射、フォーレ挿入、浣腸、座薬の挿入など<一から教えなければならない>であった。例えば「1人で血圧が測れなかった人がいる…」、「点滴介助の技術指導が必要」、「計算のしかたがわからない」、「手術後のドレーンの種類がわからなく扱えない」、「手順どおり自分で分かってやっているつもりなのに実際にはできない」、「点滴の滴下を合わせるができない」、「外科処置はできない」、「浣腸・座薬挿入でも何でも教えなければならない」などである。

次に多いカテゴリーは【アセスメント】(38)であった。サブカテゴリーとして<血圧の異常の変化に気がつかない>、<観察ポイントが分からない>、<症状の解釈ができない>、

<病態とバイタルサインが結びつかない>、<患者の言っていることが理解できない>、<アセスメントがスポットと抜けてしまっている>、<データの解釈ができない>などである。

その他の臨床能力として【コミュニケーション】(18)、【協働】(9)、【マネージメント】(8)、【バイタルサインズ】(7)【記録】(7)【生活の援助】(7)が抽出された。

(2) 卒後10ヶ月における

新卒者の臨床実践能力について

(表-11. 参照)

①基礎能力を中心とした臨床実践能力の カテゴリー

現在の基礎能力に関する項目をカテゴリー別にみると、就職時における臨床実践能力と同じく【態度】(38)、【仕事への取り組み姿勢】(29)が多く抽出された。【態度】では<言わなくてもやれる人はやれる>、<確実に本を見てから質問してくる>、<個人的に違いや差が出てくる>、<言葉遣いや常識的なことはよくなってきている>、<意思表示ができる>、<積極的になった>、<自信ができた>などである。例えば、「採血のデータをコンピューターを自ら開いて確認するなど言わなくてもできるようになった」、「検査は説明の段階でまず手順を見て確認してから質問してくるようになった」、「ナースコールの対応にも変化がでてきた」、「この10ヶ月ぐらいで5人なら5人の違いが明確になってきている」、「先輩との付き合いによって緊張が解けてきている」、「前向きで勤勉」、「やりたいという意思表示ができるようになった」などのコメントが多くなっている。

【仕事への取り組み姿勢】では、<積極的になってきた>、<自分の主張をするようになってきた>、が抽出された一方で、<慎重さに欠ける>、<タイムリーに勉強してこない>、<何でもよいからと考えない>、<余裕がない、次々と新しい問題を起こす>、<同じ失敗の繰り返し>という意見もあった。例えば「若干慣れてきて緊張も取れている分、

何か調べ物をしてくるというようなことは最近トーンダウンしてきている」、「レポートを出させたりした時に、本を写すというかたちなんです」など意見があった。

②臨床能力を中心とした臨床実践能力の カテゴリー

就職時では【成熟性】のカテゴリーが最も多かったが、卒後 10 ヶ月の臨床能力においてもやはり【成熟性】(141)のカテゴリーが一番多く抽出された。その内容をみると、<個人差がある>、<成長途中である>、<大学卒と専門卒の差はない>、<ルティーン業務はできる>、<けっこう任せられる>、<ミスは少なくなっている>、<出来ないことができるようになった>、<基本的な看護技術はできるようになった>、<概念的に組み立てられる>、<実践能力ゼロからすごく成長している>、<少なくとも成長している>、<それなりにひととおりのことができるようになる>、<マニュアルに書いてあればそのとおりできる>、<人によっては見違える>などであった。

次に多かったカテゴリーは【アセスメント】(47)である。サブカテゴリーでは<自分で考えてケアができる>、<はいはいというだけだったのが、でもこう思うと言えるようになった>、<アセスメントが深くなった>、<個別性を考えてケアできるようになった>、<理論的に展開できる>、<判断ができる>が抽出された。一方では、アセスメントが弱いというメッセージも多かった。例えば<医師のオーダーをアセスメントして行動できない>、<医師の指示を完全に見落としている>、<アナフィラキシーのことが分からない>、<患者さんに合わせた点滴管理ができない>、<1年たった今も重大なミスを犯してしまう>、<昇圧剤をふつうの点滴と同じと認識していた>、<考えて行動することが困難>、<予測性困難>などである。予測性困難の例をみると「これをやったら、こういうことが起こる可能性があると言った時点で、初めて気がつくという反応のしか

た」、「インシデントレポートを見ていると、やることの結果を深く考えていない」などであった。

3番目に多かったカテゴリーは【治療・処置】(26)であった。内容は<IVHの介助ができるようになった>、<医師と一緒に包帯交換の介助ができる>、<点滴介助・オペ出し・検査出し・オペ後の観察などが確実にできるようになった>、<経験した技術は一通り出来る>など現在の臨床能力の成長ぶりを具体的な例を通して紹介している。

次に多かったカテゴリーは【記録】(14)である。ここでは、<看護過程は大学卒のほうまとめ方がじょうず>、<技術的なことは差は感じないが、記録のほうは大学卒の方が分かりやすい>、<大学卒の方がレポートの書き方は形式を踏んで書ける>、<大学卒は理論的に書ける>、など記録に関しては、大学卒の方が良くできていると認識しているようである。

【生活の援助】では、<消化器の患者の清拭はできるが脳卒中の患者の清拭はできない>、<片麻痺患者の寝衣交換技術は未熟である>などケアが複雑で応用が求められるケースの場合、周囲のサポートが必要であることがわかる。

(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について

(表-12. 参照)

臨床実践能力に変化を及ぼした要因は【ナースの動きが見える構造】【プリセプターシップ】【役割を与えられる】はじめ27のカテゴリーに分類できた。

これらの影響要因で最も多く抽出されたのが【教え方】(109)であった。<一緒にサマリーを書く>、<同じことを何回も繰り返す>、<オリエンテーション>、<聞いてアドバイスを与える>、<ぎりぎりまで待つ>、<技術は全部病棟に任されている>、<個人指導>、<個人の伸びに合わせて個別の強化>、<個人の伸びに合わせてアプローチする>、<こちらが決めず伸ばせる人は伸ばしてあげる>、<こんな患者やこの分野といった

興味を持たせる>、<試験をする>、<マニュアルを作成してチェックリスト的に看護技術を習得してもらう>、<自分が受けたように後輩に教えている>、<新人のやっていることに関心を向ける>、<振り返りをする>、<プリセプター以外にも分かるように交換ノートを書く>、<褒める>、<気づかせる>、<マンツーマンで教えた>など、先輩ナースが教え方にさまざまな工夫をして指導している。また、教えられる側（新人）の要素として<素直に吸収できる>ことも成長要因として挙げている。

次に多かった影響要因は【看護基礎教育】(87)であった。<以前は学内実習で技術の練習をしていた>、<実習時間数が減っている>、<大学卒は概念化能力の訓練をしている>、<幼い頃からの勉強のしかた>、<実習での体験とその回数>などが挙げられる。中には<教育課程は影響しない>、<行儀は教育課程の影響>など教育課程そのものを挙げている施設もあった。

3番目の影響要因は【役割を与えられる】(54)であった。<プライマリー患者を受け持つ>、<受持ち患者に対する責任感>、<任されたという気持ちを持たせる>、<やる気と主体性を持たせる>、<リーダーオリエンテーションを行う>、<責任意識を持たせる>、<夜勤でのひとりだち>など一人前の看護婦として役割を担うということが臨床実践能力の変化に影響を及ぼしている。

次に多かったのが【プリセプターシップ】(33)であった。<看護過程の記録はプリセプターと一緒にこなす>、<プリセプターの影響が一番多い>、<プリセプターがやっぱり叱る回数が多い>、<3ヶ月間はマンツーマンで行なう>などプリセプターによる新人指導やその影響の大きさが推察される。

【仕事仲間】(30)では<後輩を教育しようと言う意識>、<支えてあげようという先輩>、<サポートを実感している新人>、<チームで見る>、<周りが声をかけていく>、<よく付き合っている先輩>、<見捨てない先輩>、<同期との話し合い・気づき>、<団結>などが含まれる。

その他では、【本人のモチベーション】(26)、【ポジティブフィードバック（ほめる）】(24)、【知識と実践をつなぐ】(22)、【状況認知】(21)、【先輩からの保証】(18)、【上司のサポート】(16)、【患者との関わり】(15)と続いている。他に【楽しい実習体験】、【家庭環境】、【素直】、【積極性】、【チーフの存在】、【兄弟】、【素直に吸収する力】、【場に慣れる】、【判断するゆとり】、【半年という時間】など物理的・環境的要因が多岐にわたって抽出された。

VI. 考察

看護関係統計資料集によると、平成10年（1998年）の看護婦（士）の卒業生数は49,271人であり、そのうちの82%が病院、診療所、老人保健施設、その他に就業している。中でも、病院に就業する者の割合は、全就業者の98%に及んでいる。看護大学卒は1,956人であり全卒業生数の3.9%となっている。卒業生の就業先からみると、新卒者が臨床家として出発する場所は「病院」が圧倒的に多く、病院が専門職業人としての入門の場となっている。

今回研究対象とした4施設は、急性期ケアを主体とした総合病院であり、平均在院日数はおよそ20日となっている。また、看護職総数の中で看護大学卒業生は22%から36%（平均31%）を占めており、ある意味で、看護大学の急激な増加に伴う我が国の病院看護の将来像を先取りしているものと考えられる。

これらの施設における平成10年度の看護職員中の新規採用者の割合は、14%から25%（平均20%）であり、各施設では2~3名の教育専任者において、院内教育体制の充実をはかっている。また、集合研修の他に、各臨床現場においてプリセプターシップなどの現任教育（OJT）が行われている。

1. 新卒者の臨床実践能力について

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」だと認識している。従って、看護行為では、点滴がわからず、注射や吸引ができず、包交や採血にとまどっており、単純な血圧測定や検温、清拭とシャンプーはかろうじて行っている状況であった。患者把握やコミュニケーションもうまくできず、何がどこにあるかもわからず、先輩に指示されたことを行うために”伝書鳩”のように動いている。こうした状況を彼女たちは、基礎教育では時間管理や優先順位の決定、専門用語など、うまく仕事をこなす術を学んでこなかったからだと述べている。

婦長は新卒者を「緊張が高い」「依存・頼る」「消極的である」とみている。さらに、仕事への取組み姿勢が「学生気分が抜けない」「自ら考えない」「積極性に欠ける」「患者の話をちゃんと聞けない」などと評価している。さらに彼女たちは、「ゆとりがなく」「ナースコールを怖がり」「不安やパニック状態にある」ことも認識している。「親元を離れて一人暮らし」を始めて「家が恋しい」ことや「体調を崩しかけている」ことも気にかけている。

臨床実践能力における新卒者のスキルでは、大学卒と養成所卒といった教育背景に「差はない」と認識しており、「マニュアル通りでないといけない」ことなどが指摘されている。さらに「できないのが当たり前で期待はしていない」と思っている一方で「期待はずれでがっかり」と思っている。注射、フォーレ挿入、浣腸、座薬の挿入と「一から教えなければならず」、治療・処置に関する技術指導に苦労している。また、アセスメント、コミュニケーション、協働、マネジメント、バイタルサインズ、記録及び生活の援助能力が不十分であることも指摘している。

新卒者と婦長が認知している新卒者の初期の臨床実践能力の要素には大きな不一致はなく、婦長側には経験的につちかかってきたステレオタイプな見方があり、そうした見方を納得することでフラストレーションを軽

減しているように思われる。

それでは就職後 10 ヶ月が経過した時点ではどうか。

新卒者は「患者把握」「看護行為」「コミュニケーション」能力の進歩をあげており、自らの「進歩や成長を自覚」している一方、「勉強不足な自分」にも気付いている。「仕事への満足」も感じ始めている。さらに、「チームワーク」や「自己コントロール」といった新たな視点も加わり、臨床実践能力の範囲を拡大している。

婦長は、「態度」や「仕事への取組み姿勢」が積極的になったことを認めており、「アセスメント」「治療・処置」「記録」「生活の援助」における進歩を具体的にあげている。中でも「記録」能力は、大学卒業生の方が高いと指摘している。

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

新卒者は「先輩からの保証」「教育などのプログラム」「看護基礎教育」「ロールモデル」「職場の人的環境」「プリセプターシップ」など外在している要因の他に、「経験する」「本人のモチベーション」「仕事への取組み姿勢」など内在している要因についても成長・変化要因として指摘している。

一方婦長は、「教え方」が重要だと指摘しており、様々な工夫や努力をしていることがわかる。また、「役割を与える」ことによって成長したという指摘も多い。つまり、「プライマリー患者を受持つ」ことや「リーダーオリエンテーションを行う」「夜勤での独り立ち」は、成長や変化の要因となっている。さらに、「プリセプターシップ」や「仕事仲間」が重要であり、「先輩からの保証」「上司のサポート」なども挙げている。内在する要因として「本人のモチベーション」があり「患者との関わり」も成長要因としてあげられている。

いずれにしても、臨床現場では通常の生産性を低下させずに、新卒者を動機づけ臨床実践能力を獲得してもらうのに、新卒者も受入

れ側も多大なエネルギーを使っていることがわかる。新卒者の心の健康に関する調査では、その60%がうつ状態であるという報告もあり、両者にとってもう少し負担の少ないしくみや体制を考える必要がある。

また、看護基礎教育における教育プログラムも吟味されなければならないであろう。看護学は実践の科学であるといいながら、看護基礎教育における到達点と臨床実践能力との乖離が著しい。或いは、看護基礎教育期間では臨床実践能力の習得が困難ならば、看護教育における卒後の臨床研修体制の確立は必須となるであろう。

3. 新卒者の臨床研修体制を確立する意義について

While, A.E. (1994) は、Competence と Performance について論述している。それによると、①Performance は特定の行動について Competence を測定するものである、②Competence は適切な知識や技術を駆使するとみえる、③Competence は特定の活動において発揮される才能の程度が指標となる、④Competence の概念には、知識、技術、態度、Performance、そして、十分さのレベルが含まれるとし、Competence は人が知っていることよりもできることに関連していると述べている。一方、Performance は、①ヘルスケア施設の期待、②仕事の同僚の期待、③専門職組織のような団体としての期待、④役割イメージといった自己の期待があり、さらに、⑤上司の態度や期待、⑥仕事割り当て、⑦仕事に関連したコミュニケーションの質と量に影響されるとしている。

看護基礎教育では、Competence の基礎を習得すると仮定すると、臨床現場は Competence の洗練と Performance の方法論を学ぶことと考えられ、看護の実践家として、キャリアアップの出発点としての臨床現場の持つ教育的機能は極めて大きい。

新卒者の受け入れは臨床現場の生産性や臨床看護婦（士）の志気にも影響を及ぼす。図1は臨床現場の生産性を看護婦（士）数と

の関連で表わしたものである。曲線Aは通常の時期の生産性を示す。通常の時期とは年度の後半期をさしている。新卒者採用時は曲線Bとなり、提供される看護サービスの生産性は低下する。曲線Cは専門看護師(CNS)などの投入による影響を表わす。

曲線Aが曲線Bに低下する事態が新卒者が投入されるたびにくり返される。こうした事態は臨床現場への負荷となる。受け入れ側はくり返される新人教育に、情熱を傾けるよりも、あきらめや疲労が先行している。受け入れ側は生産性の低下をくいとめる努力をしつつ、新人教育を背負わなければならない状況となるため二重の負荷がかかることになる。

看護教育における臨床研修の制度化を実現することは、曲線Aが曲線Bに低下することを最小限にするだけでなく、さらに曲線Aを曲線Cにする可能性を保証するものとなる。

Ⅶ. 提言

今回、調査対象となった施設は、我が国でも院内教育体制が比較的整っているとみられている。これまでこうした施設の退職率は比較的高く、新卒者が一定期間臨床経験を経た後、全国の医療機関や看護教育機関に転職することによって、我が国全体の看護のレベルアップに貢献してきたとも考えられる。しかし、看護職員の需給バランスが取れてきた現在、これらの施設においても定着率が向上すると、新卒者の採用人数が減少することになる。看護の臨床研修体制が整備された施設で臨床経験を積んだ看護職員の輩出が減少することとなり、他施設ではこれまでのような恩恵を受けることが減少することとなる。

在宅ケア領域への参入が増大することも新卒者の臨床研修の必要性を高めている。在宅ケアでは、看護職員が単独で訪問し、独立して患者をアセスメントし、状態を判断し、適切なケアを迅速に行わなければならない。従って、新卒者は一定期間医療現場で臨床研

修を積み、いわゆる臨床的センスを養っておく必要がある。そのためには、ある一定の条件を備えた看護職員の臨床研修の拠点施設を設置する意義は大きい。

しかしながら、今回の調査対象は便宜的サンプルであり大都市に集中しているため、今後さらに地域性を考慮するとともに中小規模の病院の実態も明らかにする必要がある。医師の臨床研修制度の必修化は 1996 年に提唱されてから 5 年を費やしていることから見て、看護教育の卒後臨床研修の体系化の本格的な検討は早急に始める必要がある。

参考・引用文献

- 1) 日本病院管理学会用語委員会編：医療・病院管理用語事典，ミクス（株），1997.
- 2) 吉岡隆一：研修医の立場から見た卒後研修の問題点，精神神経学雑誌，90(11)，1988.
- 3) 長谷川敏彦：公衆衛生・予防のシステム不全とアイデンティティ危機の分析，保健婦雑誌，49(11)，1993.
- 4) 長友みゆき他：看護サービス提供における医師の指示状況と看護婦の業務範囲の関係—訪問看護施設と大学病院の看護職「考え方」の比較，病院管理，36(1)，1999.
- 5) 福間誠之：卒後基礎的臨床教育，医学教育白書，1990年度版，75-86，1990.
- 6) 畑尾正彦：卒後臨床研修の現状と改革の動向，医学教育白書，1998年度版，63-72，1998.
- 7) 福間誠之：卒後基礎的臨床研修，医学教育白書，1986年度版，73-83，1986.
- 8) 福間誠之：卒後基礎的臨床教育，医学教育白書，1990年度版，75-86，1990.
- 9) 前掲書 7) 73-83
- 10) 日野原重明：医療と教育の刷新を求めて，医学書院，1979.
- 11) 前掲書 8) 75-86
- 12) 前掲書 7) 73-83
- 13) 第2回国際医学教育会議—変革期の医学教育，東京・笹川記念会館，平成4年
- 14) 牧野永城：卒後研修の問題，医学教育，19(5)，1988.
- 15) 北井暁子：ヘルス・マンパワー育成の立場，医学教育，18(1)，1987.
- 16) 矢崎義雄：なぜ卒後臨床研修は大学病院に集中するのか，医学教育，19(6) 1998.
- 17) 野田信一郎，木根渕英雄：卒後臨床研修の問題点—高知医科大卒業生の卒後臨床研修アンケート調査結果，医学教育，29卷6号，1998.
- 18) 前掲書 17) 418
- 19) 前掲書 6) 63-72
- 20) 大室律子：「専門学校卒業者の大学編入学」を可能とした制度改革について，看護教育，39(9)，1998.
- 21) 鈴木勲編著：学校教育法，第3次改訂版，学陽書房，平成7年
- 22) 看護教育カリキュラムを追って，田村やよひ氏に聞く，看護教育，37(6)，1996.
- 23) 看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会中間報告書，看護教育，37(5)，1996.
- 24) 厚生省健康政策局看護課，看護職員生涯教育検討会報告書，メヂカルフレンド社，1992.
- 25) 飯田裕子：院内教育における技術教育の位置づけと実際，看護管理，1(2)1991.
- 26) 佐藤エキ子：今，求められる院内教育とは，Nursing Today，7，1997.
- 27) 新道幸恵：臨床における看護婦教育，看護管理，4(1)，1994.
- 28) 地石孝子，高山昌子：臨床現場での個別指導の取り組み，看護管理，1(2)，1991.
- 29) 田川則子：新カリキュラム卒業生の実態と課題，—臨床実習を中心として，看護管理，4(1)，1994.
- 30) 高野順子：新しい臨床教育を考える—日本と北米を比較して，インターナショナル・ナーシングレビュー，19(2)，1996.
- 31) 前掲書 30)
- 32) 若狭紅子：危機的状況にいる新人看護婦，現状と求められる対応，看護管理，9(1)，1999.
- 33) 中村真由美他：集中治療室における勤務交代者の教育—プリセプター制を導入して，日本看護研究学会雑誌，21(3)，P. 261，1998.

参考・引用文献

- 34) 川淵孝一：平成 10 年度の診療報酬改定から読む，これからの看護のゆくえ，看護展望，23(7)，1998.
- 35) 長友みゆき他：在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究，平成 7-8 年度社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）助成事業報告書，1997.
- 36) 前掲書 4) 10-11
- 37) 林千冬，他：国立大学医学部附属病院における新卒看護婦（士）712 名の意識と実態，看護管理，9(1)，1999.
- 38) 野口美和子他：2.1 世紀に求められる看護大学のあり方，調査報告書，平成 9 年
- 39) 前掲書 15) 251-252
- 40) 前掲書 35)
- 41) Gerberich, S. G. McLaughlin, L Simon, B. : 評価表を利用した動機づけ，インターナショナルナーシングレビュー，24-29，1 月，1979.
- 42) 川島佳千子他：看護基礎教育を修了した新卒者の職場における実状，第 23 回看護管理，73-76，1992.
- 43) 上泉和子：臨床能力の評価方法 Part 1 看護婦のキャリア開発，Nursing Today，9 (4)，45-56，1994.
- 44) 上泉和子，縄秀志，柴田秀子：臨床能力の評価方法 Part 2 新人から達人ナースのキャリアディベロップメント，Nursing Today，9 (4)，47-56，1994.
- 45) 稲田三津子，小玉香津子訳：看護の基準 ANA STANDARDS 連載第 6 回看護スタッフ看護能力開発の基準：インターナショナルナーシングレビュー，17(13)，56-63，1994.
- 46) 榎田守子他：卒業時と卒後 1 年時の自己評価からみた技術教育の評価，第 25 回看護教育，78-80，1994.
- 47) 平井純子他：卒業後 1 年目看護婦の教育目標に対する到達状況，第 26 回看護総合，92-98，1995.
- 48) 野地金子：クリニカル・ラダーから考える臨床実践能力評価，看護，49 (13)，72-89，1997.
- 49) 梶山紀子：修得段階表を用いた臨床実践能力評価，看護，49 (13)，90-105，1997.
- 50) 若狭紅子：危機的状況にいる新人看護婦，看護管理，6-13，9 (1)，1999.
- 51) 北村 万里：ICU 新人ナースの 6 か月，看護管理，34-37，9 (1)，1999.
- 52) 浦井伸子，内藤とも子他：院内教育目標に対する卒業 1 年間での到達の差
- 53) While, A. E. : Competence versus performance: which is more important?, Journal of Advanced Nursing, 20, 525-531, 1994.

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

項目	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院
設置主体	学校法人	財団法人	国家公務員共済組合連合会	日本赤十字社
病院の種類	特定機能病院	一般病院	一般病院	一般病院
病床数	1 0 6 9 床	5 2 0 床	1 1 8 3 床	1 0 0 7 床
看護単位数	3 8 単位	2 6 単位	2 9 単位	2 2 単位
看護職総数(H10.4.1)	8 1 5 人	5 2 2 人	7 0 3 人	6 5 3 人
看護管理者数	1 1 1 人	6 0 人	7 7 人	5 8 人
看護大学卒業者数	2 9 3 人	2 2 3 人	1 5 6 人	1 5 1 人
看護大学卒業者全体比率	(36.0%)	(42.7%)	(22.2%)	(23.1%)
H10 年度採用者総数	2 0 5 人	1 0 9 人	1 3 9 人	9 1 人
採用者全体比率	(25.2%)	(20.9%)	(19.8%)	(13.9%)
新卒者数	1 8 3 人	8 8 人	1 2 5 人	7 1 人
新卒者採用比率	(89.3%)	(80.7%)	(89.9%)	(78.0%)
既卒者数	2 2 人	2 1 人	1 4 人	2 0 人
既卒者採用比率	(10.7%)	(19.3%)	(10.1%)	(22.0%)
看護大学卒業者数	1 0 0 人	4 7 人	5 9 人	4 2 人
看護大学卒業者採用比率	(48.8%)	(43.1%)	(42.4%)	(46.2%)
教育専任者	総数 2 人 婦長(1人)主任(2人)	総数 2 人 婦長(2人)	総数 3 人 婦長(1人)スタッフ(2人)	総数 2 人 婦長(1人)係長(1人)
教育組織	総数 6 人 婦長(6人)	総数 4 8 人 副看護部長(1人) プロジェクトメンバー(47人)	総数 8 人 教育専任者(3人) 管理婦長(1人) 婦長(4人)	総数 8 人 看護副部長(1人) 婦長(4人) 係長(3人)
新卒者の教育期間	6ヶ月間	2年間	2年間	1年間
新卒者リエンテーション時間数	32時間	24時間	56時間	32時間
新卒者集合教育時間数	32時間(勤務時間内)	82.5時間(勤務時間外) 1年目 22.5h 2年目 60h	44時間 1年目 20h(8h時間内) 2年目 24h(8h時間内)	25時間(勤務時間内)
	強制参加 費用負担なし	自由参加 費用負担なし	自由参加 費用負担あり	自由参加 費用負担なし
新卒者の配置	本人の希望にそって配置する	本人希望を取り入れることを優先する。	教育課程を特に意識しない。全ての部署に全ての教育課程卒を配置する。本人の希望を考慮するが希望通りにならない場合が多い	本人の希望 各病棟に平均的な配属 出身大学の平均的な配属 ICU・救急部・個室病棟には配属しない
計画的配置換え	なし	なし	なし	なし

表-2. 外科病棟における新卒者教育について

項目	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院
診療科	循環器外科	脳外科・整形外科・一般外科・泌尿器科・眼科など	消化器外科・脳外科・腎臓外科・消化器内科	消化器外科
病床数	39床	35床	50床	50床
看護職数	26人	19人	22人	23人
新卒者数	6人	5人	6人	4人
新卒比率	(23.1%)	(26.3%)	(27.3%)	(17.4%)
新卒者の育成方法	<p>4月 目標：1日の業務の流れが理解できる プリセプターシップ</p> <p>①オリエンテーション 技術オリエンテーション 婦長オリエンテーション 教育プログラムの説明 不整脈講義</p> <p>②日勤メンバーオリエンテーション ③第1回チェックリスト点検 ④夜勤メンバーオリエンテーション 5月 勉強会 6月 第2回チェックリスト点検 10月 第3回チェックリスト点検</p>	<p>チーム制プリセプターシップ(8w間) (リダー・プリセプターの配置、複数対複数の指導体制) 目標の明確化(1-2w,3-4w) サポート体制の確立 教育内容 ①病棟看護業務・疾患別マニュアル ②他部門との関わり ③社会人としての常識 規程・看護婦の心得 ④頻度の多い医療処置の集中学習</p>	<p>4月 1w 部署別オリエンテーション 「ナース必修Ⅰ・Ⅱ」活用 5,12月 緊急時オリエンテーション ロールプレイ実施 4-9月 疾患別看護オリエンテーション(9コース) 集合教育への参加後のフォローアップ</p>	<p>プリセプターシップ 卒後3年目がプリセプター 看護部共通の「スタンダード教育計画」に沿って実施 4月 オリエンテーション 5月 臨床講義(卒後2年) 8月 フライマリーナスとして患者を受け持つ(プリセプターとペア) 12月 緊急時の看護 2月 レポート提出 「1年間を振り返って」 3月 臨床講義の準備</p>
新卒者の評価方法	<p>①新人段階的育成計画にそって年に3回技術点検を行いフォローアップ研修につなげる ②臨床実践能力習熟段階(レベル1)を本人・プリセプター・婦長で評価をする。</p>	<p>①プリセプターミーティングで情報交換、夜勤オリエンテーションへ進めるかどうか話し合う ②同僚を交えたピアレビュー ③個別面談 ④キャリア開発ラダー</p>	<p>毎月のグループリーダーミーティングでの情報交換 プラスの視点でフィードバック チーフナースとスーパーバイザーと新卒者の面談(1-2hを4/年)</p>	<p>看護部共通の「フライマリーナスの能力啓発」と病棟で作成した「看護技術チェックリスト」を使用 第1段階 プリセプターが評価 第2段階 婦長・係長が評価</p>
新卒者の評価時期	<p>4月 夜勤業務に必要な基本技術の点検 6月 技術点検 10月 技術点検 2～3月 総合評価</p>	<p>4月のみは毎週実施 5月 6月 10月 3月</p>	<p>各オリエンテーション後 5月(1ヶ月目) 7月(3ヶ月目) 10月(6ヶ月目) 3月(12ヶ月目)</p>	<p>総合評価は2月～3月実施 年に1回</p>

表-3. 内科病棟における新卒者教育について

項目	A病院	B病院	C病院	D病院
診療科	循環器内科	内科混合	消化器内科・神経内科・腎臓内科	呼吸器・内分泌
病床数	37床	35床	48床	48床
看護職数	27人	20人	26人	24人
新卒者数	5人	6人	7人	3人
新卒比率	(18.5%)	(30.0%)	(26.9%)	(12.5%)
新卒者の育成方法	外科病棟と同じ	(配布書類) プリセプターノート、病棟業務一覧、検査・処置チェックリスト (4-6月) プリセプター期 日勤14日間マンツーマン指導 夜勤3日間マンツーマン指導 基本的看護援助、検査・処置介補のオリエンテーション (7-9月) 自立期 学習会(救急、病態等) 先輩ナースとプライマリナース (10-12月) 確認学習期 病棟内プロジェクトに参加 (1-3月) 総括期 管理業務オリエンテーション 次年度新卒者オリエンテーションの準備	① 部署別オリエンテーション「ナース必携」使用 ② 検査・処置オリエンテーション ③ 夜勤オリエンテーション ④ 経験チェックリストで指導 ⑤ プリセプターシップ(1年間) ⑥ フォロアップミーティング(1,3,6,12ヶ月後) ⑦ 緊急時 ECG オリエンテーション ⑧ チーフナース代理業務オリエンテーション ⑨ 課題提出に向けたフォロー ⑩ 部署での課題発表会 11 2年目合宿後のフォロアップ	(4月～6月) ① 婦長が説明(病棟構造、看護体制、安全・感染対策、関連各科、勤務心得) ② 係長が説明(感染対策手順、接遇、伝票、患者オリエンテーション、プライマリナースング、看護記録) ③ 医療機器の使用(4月間) ④ 人工呼吸器、心電図、吸引、緊急時看護(6月まで) (プライマリナースへの教育) ① 新卒者に2人プリセプター ② 「プライマリナースのスタンダード教育計画」のレベル0を基本 8月ペーパーイベント 10月患者を受け持つ(看護助手・クラーク業務経験)
新卒者の評価方法	外科病棟と同じ	プリセプターミーティング①②③ 婦長面接④ キャリア開発タグ⑤	① 各オリエンテーションでの参加態度実践・事前レポート、事後の感想文 ② 経験チェックリストで確認 ③ フォロアップミーティング ④ 面接 ⑤ 2年目課題の取り組み ⑥ 2年目合宿後の実践	① 婦長・係長・職場の教育係との面接(3ヶ月・6ヶ月後) ② プリセプターを加えた面接(9ヶ月後) ③ 技術チェックリストで学習進捗を確認しながら体調や人間関係上の悩みに対応 ④ 6月に1年のまとめ
新卒者の評価時期	外科病棟と同じ	① 4月第2週 ② 5月第2週 ③ 7月第1週 ④ 8～9月 ⑤ 3月	1ヶ月目 3ヶ月目 6ヶ月目 12ヶ月目	7月(3ヶ月後) 10月(6ヶ月後) 1月(9ヶ月後) 6月(14ヶ月後)最終評価

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

カテゴリー	データ	病	
技術力の不足	即戦力としての期待	技術が未熟にも関わらず、即戦力として業務につかなければならない。	D
	チーム力の低下	新卒者の分だけチームとしての能力一過性に低下する 指導する側は、公休も取れずの余裕がない	B
	ミスが多い	調査結果から点滴でのミスは、新卒者が多く起こしているので研修内容を改善した	A
	判断力と緊急対応能力が課題	モニター波形の判断力や、緊急時の対応能力を育成する必要がある	A
経験の価値	実習と業務のギャップ	知識・技術・精神的支援が必要 実習での体験が経験的知識や技術の習得を重視していないことが課題	A
	技術の習熟度は経験	大卒と専門学校卒の技術の差は余りなく、経験の度合いによる	D
	経験に偏り	一定病棟だけの経験では学べる看護技術に限界があり、看護の視点に偏りがある。	D
	OJTの必要性	集合で技術研修をしていたが、現場で活かされないという評価が多く2年間で中止したが、今後もOJTの教育を実践し、評価していく予定	D
社会人としての成長	感情コントロールが不足	感情的に行動してしまう、顔に感情が出る	A
	礼儀・礼節が必要	患者さんからの依頼などで「今やらないとだめですか」と言ってしまう 患者への対応、社会人としての基本的なルールを指導する必要がある新人がいる	A
	表面的な人間関係	人間関係が表面的でコミュニケーションの大切さを実感できる様に関わっている	C
	人間関係の調整が必要	他者から注意された経験が全くない者があり、患者・医師・先輩との関係調整が必要とすることがある	C
		プリセプターとの人間関係や医師への畏怖心や苦手意識がある。	D
		未熟な自分という意識があるため、話し易い環境や人間関係の調整が必要である	D
		わかること-わからないこと、できること-できないことを明確に指導者に伝えることができない	C
	臨床実習が少なく技術的に未熟な面があるが、プライドが高く「できない」ことに抵抗が強く、良い点を伸ばす関わりが大切と感じている	C	
知識と実践の統合	知識と実践の関連づけられない	知識と理解していることと行動が伴わない面があり、リエントリーの時に両方を結びつける様にしている	C
		教育で学んだことと臨床実践との結び付けを意識的に関わる必要がある	C
	集団で捉えることが困難	個→集団を見る目を養うことが困難である	B
	看護診断への対応	看護診断を学んできた者もあり、基礎教育と臨床での継続性が保たれる様に関わることが必要となっている 看護診断を学んできた新人が増えてきており、あてはめていくという考えにならないように注意していく	C
学習能力が低く育成に限界	思考過程が確立していないこと、対人関係能力があっても基礎学習能力が水準に達していないこと、自分の行動を振り返ることができないなど育成に限界を感じる	B	
研修プログラム評価の必要性	クリニカルラダー制度に基づいて研修を実施しているが、2年後に評価して研修プログラムを組み合わせる	A	
先輩のかかわり方	先輩スタッフの新人指導に対する積極性や教育的な関わりについての動機付けが必要	D	

表-5.新卒者グループの対象者の概要

	大学卒 (27人)	養成所卒 (25人)
年齢	22～24歳 平均 22.9歳	21～26歳 平均 22.8歳
性別	女性：26人 男性：1人	女性：25人
配属部署	病棟 内科系：8人 外科系：9人 混合：6人 小児：1人 CCU：1人 外来：1人 手術室：1人	病棟 内科系：7人 外科系：9人 混合：3人 小児：1人 CCU：1人 外来：1人 手術室：2人 透析室：1人
主な指導者	プリセプター：13人 プリセプターと 婦長や主任他：11人 先輩：3人	プリセプター：6人 プリセプターと 婦長や主任他：16人 先輩：3人
所属の看護婦数	15～50人 平均：8.1人	8～45人 平均：24.0人
所属の新卒者数	1～10人 平均 4.8人	2～10人 平均：3.6人

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

カテゴリー/サブカテゴリー	大学卒	養成所卒	合計
自己認知	30	35	65
できない			
自信がない			
わからない			
すべてが怖い			
ゼロからのスタート			
一人で動けない			
目の前の事で精一杯			
逃げたい			
責任の自覚			
雑用はできる			
先輩との違いを認める			
環境の変化が不安			
看護行為	26	32	58
直接的な看護行為	22	25	47
点滴に関することが一切できない			
バイタルサインが一通り測定できる			
清拭・シャワーができる			
包交は指示通りにやっどできる			
採血は対象によってできる			
薬を飲ませる事ができる			
体位交換ができない			
浣腸ができる			
ナースールの対応ができない			
吸引ができない			
筋肉注射ができない			
ちょっと複雑な看護行為	2	7	9
医療機器の操作ができない			
術前訪問に行く事はできる			
器械出ししかできない			
難易度の高い看護行為	2	0	2
急変時の対応ができない			
基礎教育では習得できなかったこと	44	12	56
業務計画・時間管理ができない			
専門用語がわからなし			
複数患者をみれない			
手際、要領が悪い			
立ち止まって考えて仕事をする			
優先順位がつけられない			
病棟の日課がわからない			
専門用語をただ真似る			
夜勤ができない			
患者把握	10	13	23
看護に必要な基礎的知識がわからない			
スタンダードもわからない			
予測ができない			
患者の一般特性がわからない			
マニュアル通りの情報収集ができる			
マニュアル通りの情報収集もできない			
患者の変化にびくつく			
状態の変化がわからない			
コミュニケーション	9	14	23
会話にとまどう			
会話はできる			
マニュアル通りの会話はできる			
説明がうまくできない			
自己コントロール	2	1	3
開き直り			
装う			
働く施設構造の把握	0	2	2
場所がわからない			
患者指導	1	0	1
マニュアル通りの指導がやっどできる			
伝達	1	0	1
手術出しができない			
後輩指導	0	0	0
チームワーク	0	0	0
合計	123	109	232

表-7.新卒者が認知している卒後10カ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

カテゴリー/サブカテゴリー	大学卒	養成所卒	合計
患者把握	52	58	113
看護に必要な基礎的知識が少しわかる			
判断に自信がない			
まず仕事ができるように情報収集する			
ケアードならできる			
問題の明確化のために情報収集する			
異常に気づく			
対応策をもてる			
個別性の把握のために情報収集する			
予測の必要性に気づく			
観察できても根拠がわからない			
予測に基づく判断ができない			
対象の一般特性がわかる			
情報を統合できない			
ケアの選択ができる			
観察ができない			
異常がわからない			
自分なりの判断ができる			
予測ができるようになった			
ケアードに頼る			
自分の知識を増やすために情報収集する			
自己認知	38	43	81
進歩・成長の自覚			
勉強不足			
仕事への満足			
適切に他者の力を求める			
右ならえ			
職業人としての自覚			
業務優先			
考えずに行動している			
消極的な自分			
適応力がついた			
経験不足			
資源を活用できる			
先輩と比較している			
責任を自覚			
自分らしさを発揮する			
看護行為	24	36	60
直接的な看護行為	12	16	28
包交介助ができる			
バイタルを測定できる			
採血ができる			
点滴の管理ができる			
清潔ケアができる			
CVLの挿入介助と管理ができる			
体位交換ができる			
吸引ができる			
与薬ができる			
移動介助ができる			
難易度の高い看護行為	11	15	26
重症者のケアがまだできない			
急変時の対応ができない			
ちょっと複雑な看護行為	1	5	6
術前訪問は一応できる			
ケアがまだできない			
器械出しができる			
手術中のケアができる			
透析中のケアができる			
コミュニケーション	23	21	44
スムーズな会話ができる			
自分の能力の範囲で説明できる			
傾聴に心がける			
共感はまだできない			

表-7.新卒者が認知している卒後10カ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

カテゴリー/サブカテゴリー	大学卒	養成所卒	合計
基礎教育では習得できなかったこと	23	12	35
業務計画・時間管理ができる			
夜勤ができる			
業務計画・時間管理がまだ不十分			
手際・要領よくできつつある			
病棟の日課がわかる			
優先順位をつけられるようになった			
複数患者をみている			
専門用語を使う			
自己コントロール	14	6	20
装う			
すごく悩む			
動揺する			
過緊張になる			
逃げたくなる			
パニックで対応困難			
冷静になる			
立ち向かう			
チームワーク	7	9	16
自分なりに協力する			
メンバーの認知ができる			
リーダーシップの必要性に気づく			
依頼できる			
メンバーを活用する			
患者指導	9	2	11
個別的な指導ができる			
個別的な指導ができない			
伝達	2	4	6
通常の申し送りができる			
手術出し・迎えができる			
後輩指導	0	1	1
後輩指導は不安である			
働く施設の構造の把握	0	0	0
合計	192	195	387

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

カテゴリー	サブカテゴリー	大学卒	養成所卒	合計
先輩からの保証		64	36	100
	先輩の関わり			
	先輩の助言			
	先輩に聞く			
	先輩の指示 先輩の存在			
経験する		30	18	48
	経験から学ぶ			
	経験の積み重ね 失敗して学ぶ			
本人のモチベーション		32	12	44
	自分で勉強する			
	自分の意識			
	ナースとして必要な能力			
	学ぼうという意識			
	目標を持つ			
	看護婦としての意識 メモをとる			
教育などのプログラム		21	11	32
	オリエンテーションの評価			
	勉強会の開催			
	64項目のテスト			
	フォローアップ			
	新人プログラム			
	役に立たない臨床講義			
	症例経験ノートの活用 マニュアルを使う			
看護基礎教育		4	24	28
	実習場との違い			
	厳しい実習			
	学校でやったことは良かった			
	実習の成果			
	基礎教育の成果			
	怖かった実習 学生のときの環境			
仕事への取り組みの姿勢		2	23	25
	自分のモットー			
	先輩に歩み寄る			
	自分の意見を持つ わからないことをそのままにしない			
ロールモデル		21	4	25
	良いお手本			
	先輩の姿から学ぶ 負のロールモデル			
職場の人的環境		11	12	23
	できるのが普通			
	できるのが普通			
	聞ける環境			
	聞けない環境			
	自分の状況を把握してくれる環境			
	恵まれた環境			
	大切な人間関係			
	新人の気持ちをわかってくれる環境			
	病棟の雰囲気が良い			
	要求度の高い環境			
	同期が少ない環境			
	萎縮する環境			
	新人が一人の環境			
怒って育てる環境				
プリセプターシップ		8	12	20
	プリセプターとの振り返り			
	プリセプターの存在			
	プリセプターノートの活用			
	プリセプターの支援 プリセプターに相談			

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

カテゴリー	サブカテゴリー	大学卒	養成所卒	合計
同期との関わり		2	16	18
	同期の存在			
	経験の共有			
患者との関わり		4	9	13
	患者の力			
	患者から教わる			
	患者からみた自分			
	患者との出会い			
	患者に指示されて知る			
役割を与えられる		10	2	12
	プライマリーになる			
	受け持ち患者を持つ			
	リーダーになる			
	大部屋を受け持つ			
	重症者を受け持つ			
自分の対処行動		2	7	9
	人に聞く			
	わからないことはメモる			
	自分の仕事を確認する			
自分の感情・奮起		9	0	9
	達成感			
	悔しさ			
	落ち込み			
	客観的に見られる眼を持ちたい			
	できるかなという自信			
	自信につながる			
ポジティブフィードバック(ほめる)		3	6	9
	できると誉められる			
	良いところを誉められる			
医師との関わり		3	5	8
	医師に聞く			
	医師の指導			
	医師との役割の違い			
状況認知		8	0	8
	自分の状況			
上司のサポート		3	4	7
	婦長のアドバイス			
	上司の配慮			
	上司の忠告			
	上司との面接			
	全員を把握している主任			
本人の特性の活用		2	0	2
	男という特性			
家族の存在		0	1	1
	家族や友人の存在			
教え方		0	0	0
仕事仲間		0	0	0
知識と実践をつなぐ		0	0	0
看護の影響・効果		0	0	0
カンファレンス・症例発表		0	0	0
ナースの動きが見える構造		0	0	0
その他		0	0	0
合計		239	202	441