

表 1 研修生、指導医、看護責任者の研修に関する意見の比較 ※表中の括弧内の数字は件数

	研修生(4名)	指導医(4名)	看護責任者(3名)
研修の必要性	・必要(4)	・必要(4)	・必要(3)
研修期間	・1年(3) ・2年(1) ・3年(1)	・半年～1年(2) ・2年(1)	・3～6ヵ月(2) ・1～1年半(1)
必修すべき	・総合診療部・救急部(3)	・内科(3)	・内科(1)

診療科・部署	<ul style="list-style-type: none"> ・泌尿器科(3) ・皮膚科(3) ・内分泌・代謝(3) ・循環器(2) ・呼吸器(2) ・消化器(2) ・整形外科(1) ・外科(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・外科(2) ・泌尿器科(2) ・整形外科(2) ・神経内科(1) ・形成外科(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・外科(1) ・泌尿器科(1) ・整形外科(1)
指導体制や指導方法で効果があったこと	<ul style="list-style-type: none"> ・研修医と同様に研修する方法(2) ・看護部に所属すること(2) ・医師の外来に同行(2) ・法人全体で引き受けてくれた(2) ・緩和ケアチームへの参加(1) ・医師の回診に同行(1) ・ロールモデル(1) ・症例カンファレンス(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修医として扱う(1) ・症例などをフィードバックする(1) ・段階的に指導を行う(1) ・研修を受ける(1) ・相談しながら行う(1) ・患者に必要な医行為があればそのときに教える(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の活動日誌を書いてもらい、内容を点検・評価し、必要に応じて指導する(2) ・自分の役割や自分に出来ることに関する資料を作成させた(1) ・指導医など皆で関わって育てる(1)
対象看護師に不可欠な要素、必要な能力	<ul style="list-style-type: none"> ・信頼関係・協調性(3) ・薬理学(2) ・病態生理学(2) ・実践能力(2) ・謙虚さ(2) ・看護に対する純粋さ(2) ・医師との連携(2) ・自分の限界を知る(2) ・人間力(2) ・フィジカルアセスメント(1) ・リーダーシップ(1) ・新しいものを求める能力、エビデンスを求める姿勢(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・総合的な能力(2) ・フィジカルアセスメント(1) ・自分の立場をわきまえられること(1) ・関連施設との関係づくり(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護の視点に立っての医行為という姿勢(2) ・コミュニケーション能力(2) ・医療安全に対する考え方など基本的考え方の強化(2) ・マネジメントに関すること(1) ・慎重さや謙虚さ(1) ・新しい医療に向けて勉強する力(1)

(5) 必要な資質、能力
 研修生は、「信頼関係・人間関係を作る力」「謙虚さ」「人間力」「看護に対する純粋さ」「自分の限界を認識する」など、人間として看護師としての姿勢に関わる資質、「薬理学」「病態生理学」「フィジカルアセスメント」「医師と連携・協働する能力」など医学的な能力に関するものであった。これに対して、指導医は、「総合的な判断能力」「フィジカ

ルアセスメント能力」などの医学的な能力や、「看護師という立場をわきまえられること」「関連施設などとの関係づくり」などの関係形成能力に関するものであった。看護責任者は、「看護の視点に立って医行為を行う姿勢」「コミュニケーション能力」「謙虚さ」「医療安全に関する基本的考え方」「慎重さ」など、看護的視点や

基本的態度、連携能力に関するものであった。

2) 高度な臨床実践を必要とする行為の縦断的調査

(1) 検査に関する能力の経時的変化

検査に関する行為について、医師の実施を見学した時点から、研修生が、医師の立会いなしにプロトコールによる包括指示の下に実施できるレベルになる期間は 1.4 ヶ月～4.8 ヶ月（平均 3.1 ヶ月）であった。医師の実施を見学した時点から「医師の立会いのもと指導を受けながら実施」までの全体の平均期間は 1.0 ヶ月、「医師の立会いのもと指導を受けながら実施」から「医師の立会いのもと自分で判断して実施」のレベルになる全体の平均期間は、0.4 ヶ月でほぼ同時期といえる。「医師の立会いのもと自分で判断して実施」から「プロトコールによる実施」までの期間は 1.7 ヶ月であった（図 1）。

(2) 医療的処置に関する能力の経時的変化
医療的処置に関する行為について、を見学した時点から、研修生が、プロトコールによる包括指示の下に実施できるレベルになる期間は 0.6 ヶ月～4.5 ヶ月（平均 2.6 ヶ月）であった。医師の実施を見学した時点から「医師の立会いのもと指導を受けながら実施」までの全体の平均期間は 0.5 ヶ月、「医師の立

会いのもと指導を受けながら実施」から「医師の立会いのもと自分で判断して実施」のレベルになる全体の平均期間は、1.2 ヶ月であった。「医師の立会いのもと自分で判断して実施」から「プロトコールによる実施」までの期間は 0.9 ヶ月であった（図 3）。

(3) 薬剤の選択・投与に関する能力の経時的変化

薬剤の選択・投与に関する行為について、医師の実施を見学した時点から、研修生が、プロトコールによる包括指示の下に実施できるレベルになる期間は 0.3 ヶ月～3.3 ヶ月（平均 1.8 ヶ月）であった。医師の実施を見学した時点から「医師の立会いのもと指導を受けながら実施」までの全体の平均期間は 0.6 ヶ月、「医師の立会いのもと指導を受けながら実施」から「医師の立会いのもと自分で判断して実施」のレベルになる全体の平均期間は、0.9 ヶ月であった。「医師の立会いのもと自分で判断して実施」から「プロトコールによる実施」までの期間は 0.3 ヶ月であった（図 2）。

(4) インシデント・アクシデント

いずれの施設、いずれの期間においても、インシデントあるいはアクシデントは発生していなかった。

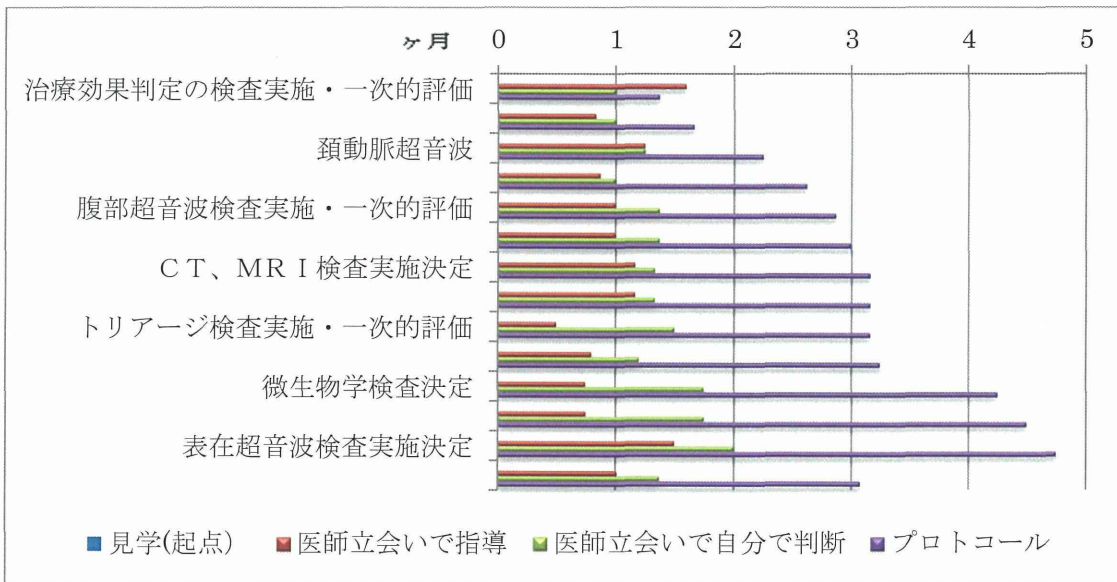


図1 検査に関する行為の到達時期(n=9)

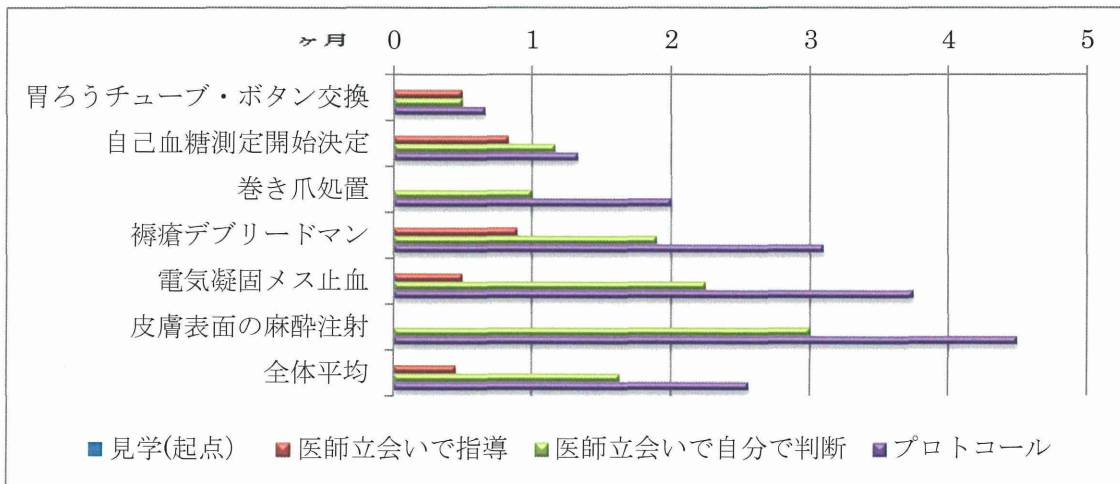


図2 医療的処置に関する行為の到達時期(n=9)

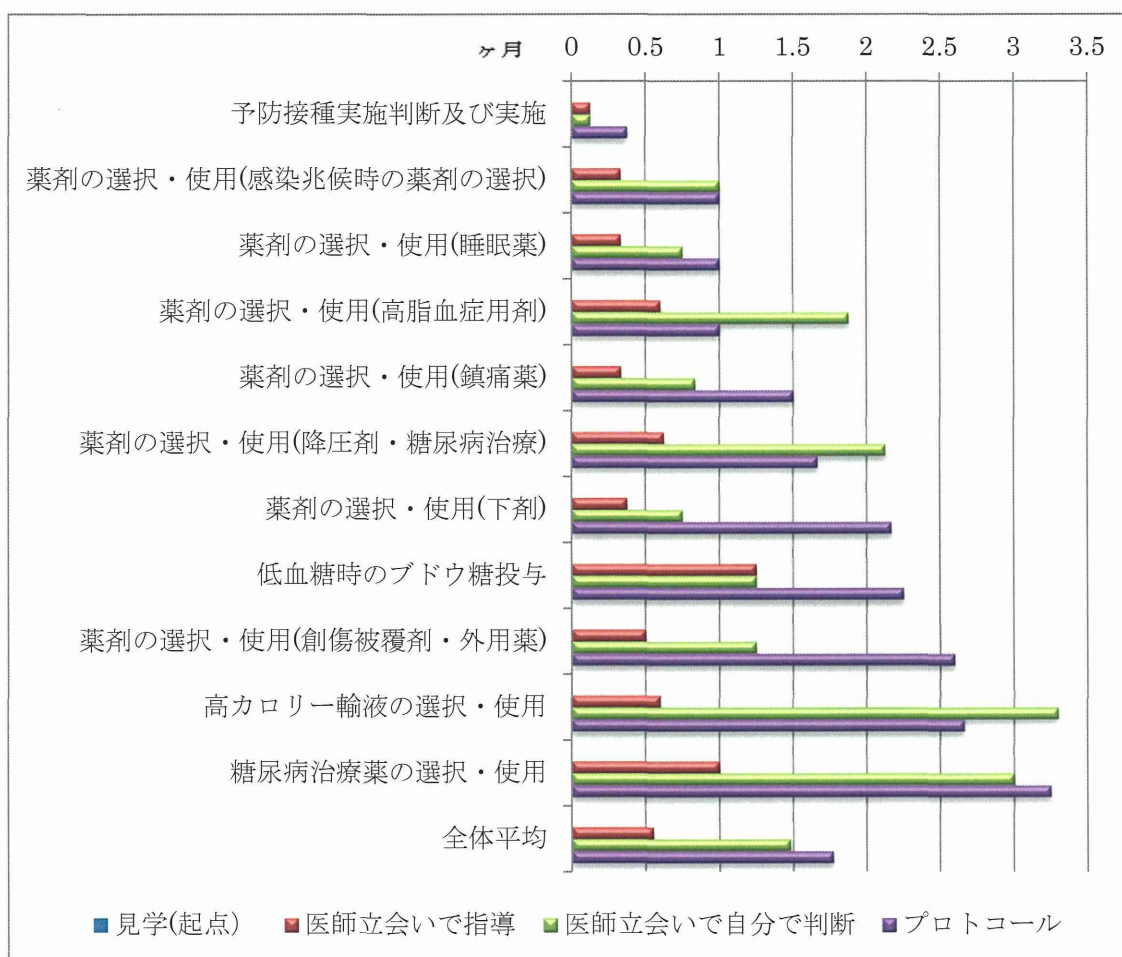


図3 薬剤の選択・使用に関する行為の到達時期(n=9)

2. 平成25年度調査結果

1) OJT研修プログラムの研修実態と研修生のニーズ

(1) 対象者の属性

質問紙の配布数は28施設42部、回収数は、プライマリケア領域(小児1部を含む)12部、クリティカルケア領域13部の計25部(有効回答率59.5%)であった。回収したアンケートはすべて集計し、無回答の設問については、欠損値として取り扱った。

研修生の経験年数は1年目7名(28%)、2年目は14名(56%)、3年目は3名(16%)であった。対象者の職場は、プライマリケア領域の研修生は病棟39%、外来31%、在宅・訪問看護13%、

老人ホーム4%であり、その他救命救急5%、ICU・手術室4%など、急性期の現場で働いている者もいた。クリティカルケア領域の研修生では病棟33%、救命救急28%、外来・手術室11%、ICU6%、その他でローテーション中と答えた人が11%であった。

(2) OJT研修実態および研修ニーズ

①大学院修了後のOJT研修における所属と研修形態

診療部あるいは看護部のいずれに所属するか質問をした。診療部に所属している人は64%、看護部に所属は36%であり、クリティカルケア領域の看護師は全員診療部に所属していた。研修形態については「診療科のロー

テート」が 64%、「2～4 名程の指導医」について研修が 29%、「1 名の指導医について研修」が 7%であった(図 4)。

②OJT 研修期間

研修生の希望する期間は、両領域共に 2 年間必要と答えた人は最も多く 15 名(60%) (プライマリケア領域 8 名、クリティカルケア領

域 7 名) であり、1 年間必要であると答えた人は 7 名(28%) (プライマリケア 3 名、クリティカルケア領域 4 名)、その他 3 名であった(図 5)。その他の意見としては、「わからない」、「1 年間ローテートの後専門領域で 1～2 年」、「業務範囲が決定しないと何とも言えない」があった。

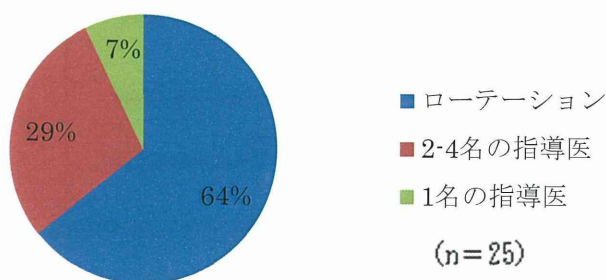


図 4 研修形態

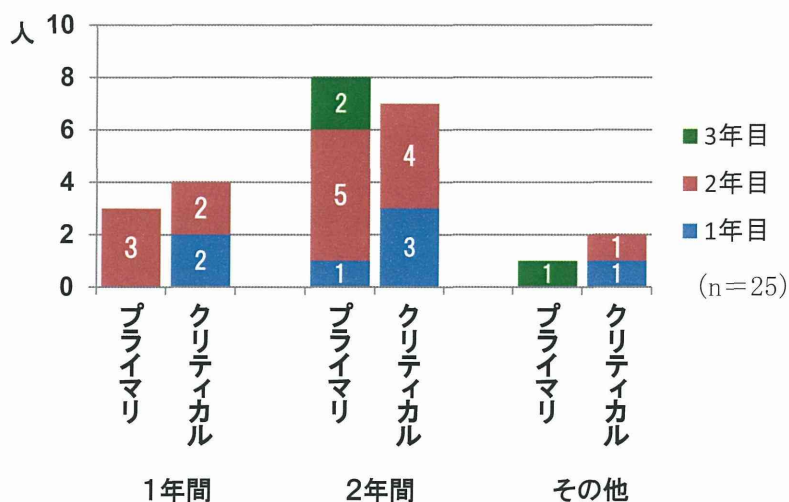


図 5 希望する研修期間

③OJT 研修で経験した診療科・分野と研修を希望する診療科・分野

プライマリケア領域の研修生が、実際に研修を行った診療科は呼吸器内科・循環器内科

が4名(33%)と最も多く、次いで総合診療部・内分泌代謝・皮膚科・手術部が3名(25%)と多かった。研修を希望する診療科は総合診療部・呼吸器内科・循環器内科が8名(67%)と最も多く、次いで救急部が7名(58%)であった(図6)。

クリティカルケア領域の研修生は、経験した部署は救急部が11名(85%)と最も多く、次いで呼吸器外科7名(54%)、循環器内科6名(46%)となっている。また、研修を希望する診療科は救急部が11名(85%)と最も多く、次いで総合診療部、循環器内科が10名(77%)であった(図7)。

研修で総合診療部、救急部をそれぞれ経験している人、経験していない人で客観的評価指標の6目標項目の入職1年後の到達度について Mann-Whitney の U 検定を行ったが、有意差は見られなかった。

④OJT 研修方法

実際に行われている研修方法は、プライマリケア領域では「医師の回診に同行」が12名(100%)と最も多く、クリティカルケア領域では、「研修医と一緒に研修を受ける」、「医師の回診に同行」、「医師の手術や処置に同行」、「症例カンファレンスに参加」、「その都度医師に指導を受けながら実践する」が13名(100%)と最も多かった。効果があると考えられる研修方法については、両領域共に、上位5項目のうち4項目が共通であり、「その都度医師に指導を受けながら実践する」、「医師の処置や手術に同行」「研修医と一緒に研修を受ける」、「医師の回診に同行」であった(図8、図9)。

⑤臨床推論能力を獲得すべきと考える症状

臨床の現場においてよく遭遇し、研修で臨床推論能力を獲得するべきと考える症状に

ついて、提示した32個の症状のうち、獲得すべきと選択した症状の数は1人あたり平均15.8個であった。プライマリケア領域、クリティカルケア領域で共通している上位15項目の症状をみると、「発熱」「頭痛」「めまい」「胸痛」「呼吸困難」「嘔気・嘔吐」「腹痛」「全身倦怠感」「浮腫」「痙攣発作」「動悸」「下痢・便秘」「食欲不振」の13項目が共通して挙げられ、重症度、緊急度のアセスメントが重要であり、様々な角度から診なければならない症状が上位にあることが明らかになった。

⑥OJT 研修で不足している点

プライマリケア領域とクリティカルケア領域の研修生が、それぞれ研修する上で不足していると感じている上位5項目のうち、「画像初期評価」「臨床推論のトレーニング」「フィジカルアセスメントの技術」「臨床における薬理学の知識」の4項目が両領域で共通していた。その他、プライマリケア領域では「定期的な研修達成度の評価」、クリティカルケア領域では「対象看護師としての役割や立場のディスカッション」「治療方針や選択」が上位5項目に含まれていた(図10、図11)。

⑦OJT 研修への要望や意見

自由記述の内容分析により、大きく3つのカテゴリに分けられ、「研修体制に対する意見」については7件、「研修での困難」について5件、「周囲の理解の必要性」について2件であった。「研修体制に対する意見」では、『1対1の指導が大切』、『極めた分野も必要』、『研修会や勉強会があると良い』、『診療科をローテートの後、専門領域での研修が必須』、『基本的検査に対する学習は学生の間にする必要がある』などがあり、「研修での困難」では、『評価指標がない』、『施設間格差が大きい』、『研修医との差がある』、『業務範囲が定まっ

ていないことにより積極的にになりにくい』
『方針が定まっていないことによる指導の
困難』があった。「周囲の理解の必要性」は『信

頼関係や医師に認めてもらうことが必要』な
どの意見があった。

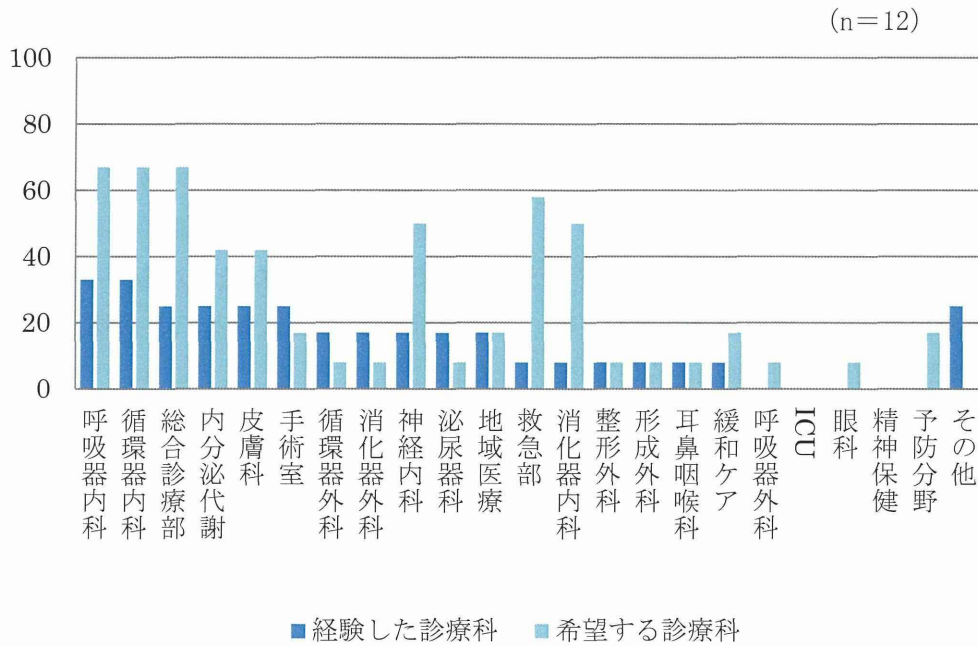


図6 プライマリケア領域の研修した経験診療科と希望する診療科

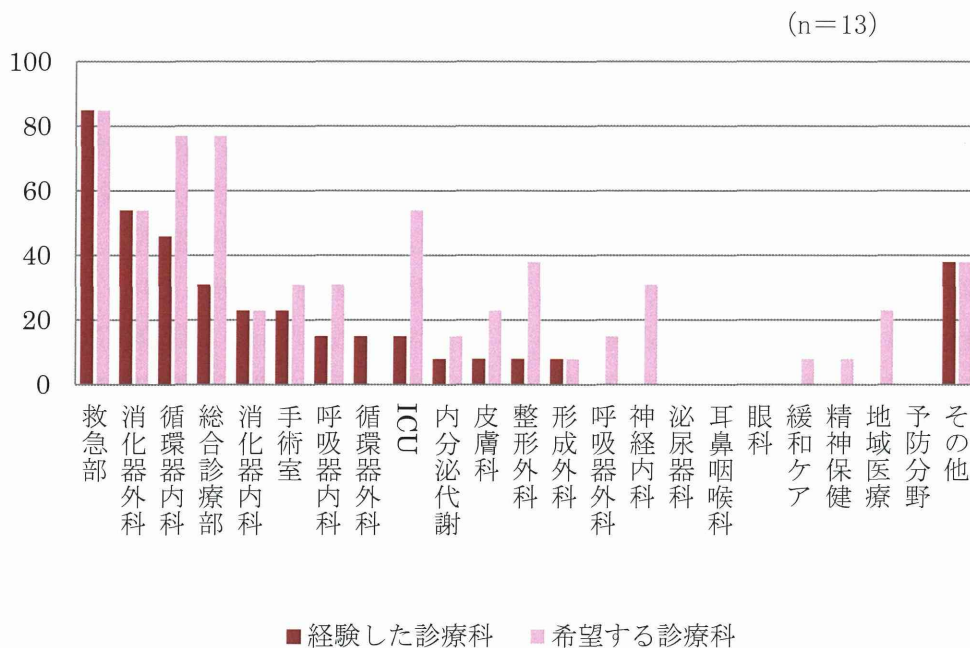


図7 クリティカルケア領域の研修経験診療科と希望する診療科

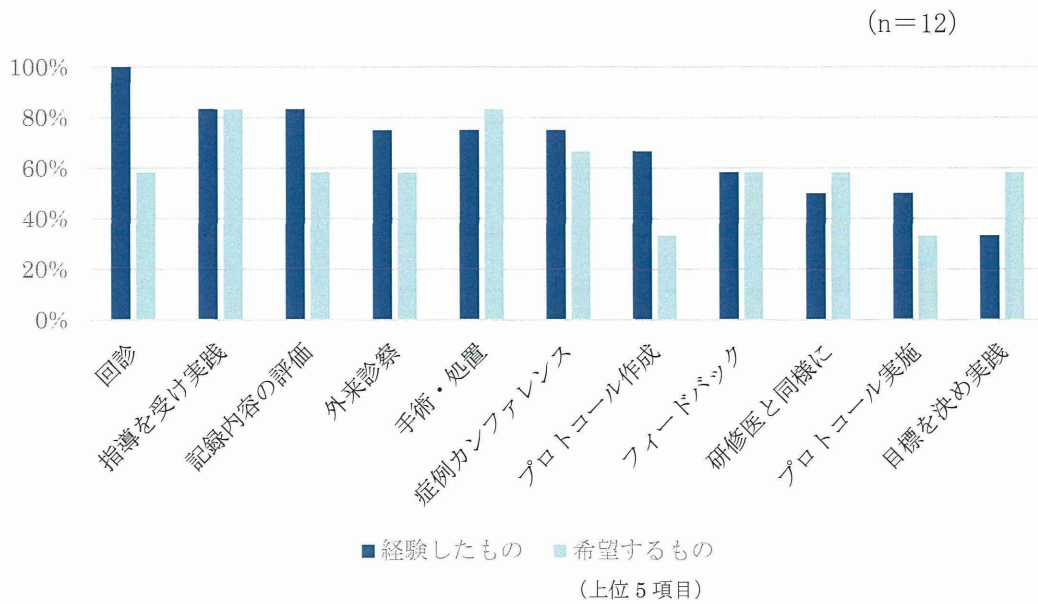


図 8 プライマリケア領域の研修方法と希望

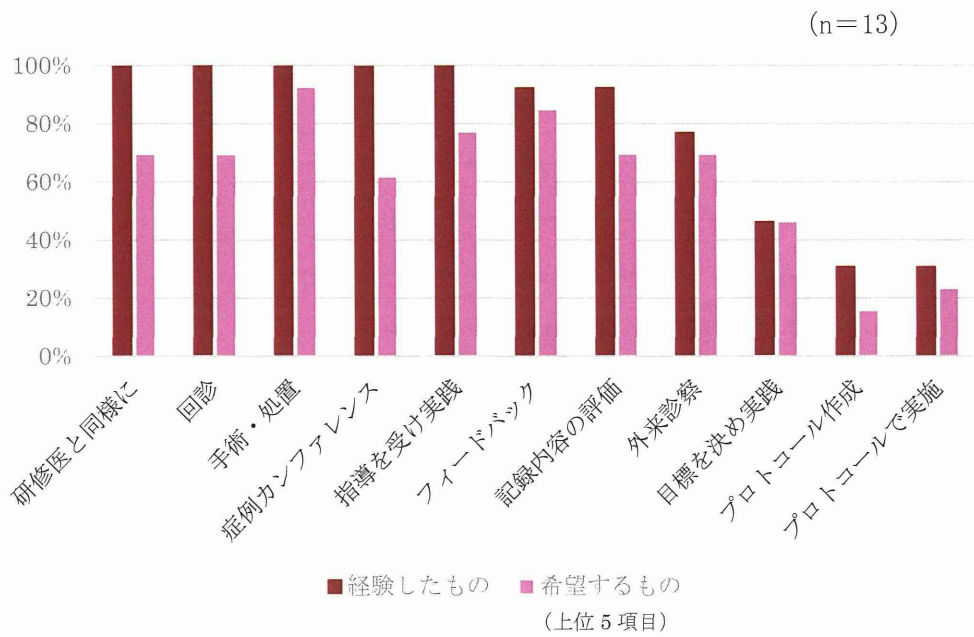


図 9 クリティカルケア領域の研修方法と希望

(n=12)

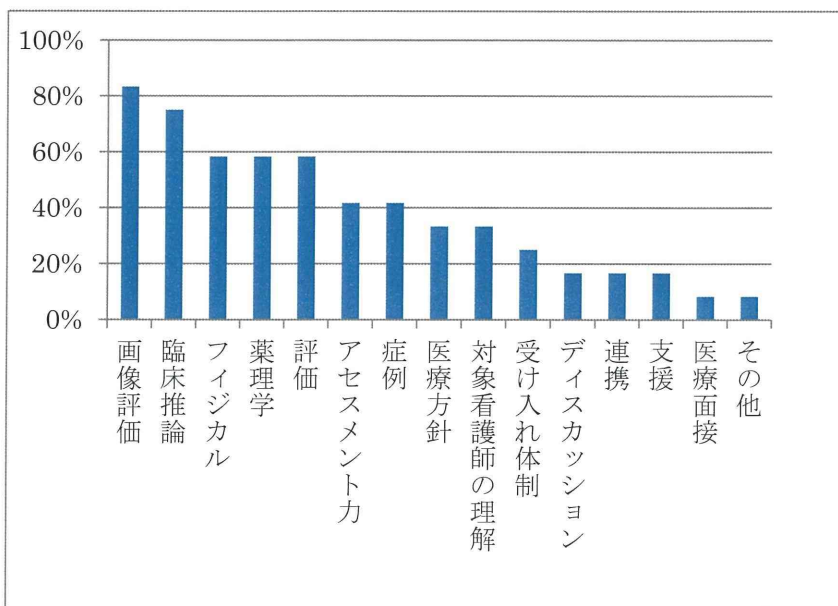


図 10 研修で不足と感ずること（プライマリケア領域）

(n=13)

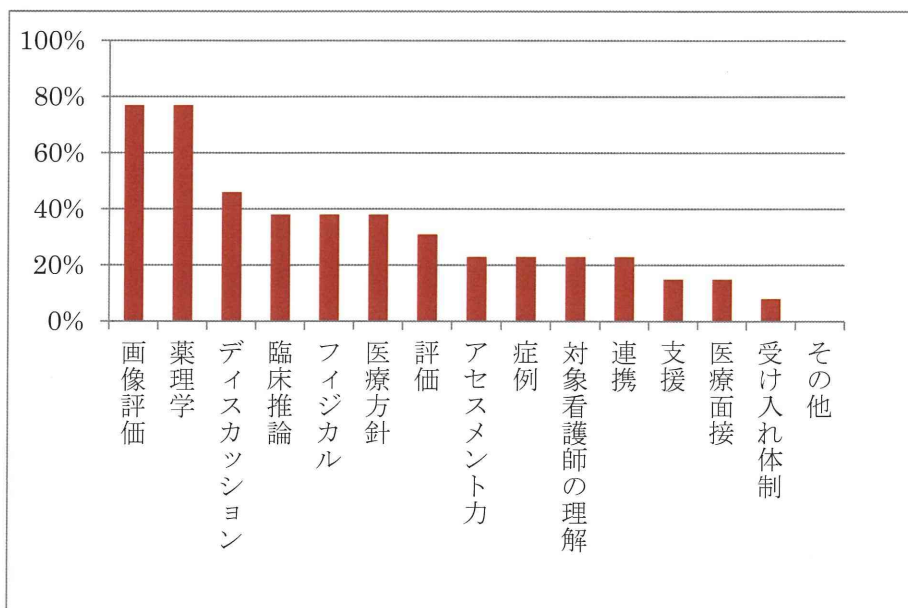


図 11 研修で不足と感ずること（クリティカルケア領域）

3. 平成 24 年度・平成 25 年度調査結果

1) 態度・能力の客観的評価指標を用いた縦断的調査

(1) 6 つの目標項目における全体的態度・

能力の経時的変化

研修生の到達度の自己評価において、1~6 の目標項目、つまり、1. 患者 - 看護師関係、2. チーム医療、3. 問題対応能力、4. 安全管

理、5. 症例提示、6. 高度実践看護師の社会性についての自己評価の結果、「患者 - 看護師関係」、「チーム医療」、「安全管理」、「症例提示」、「高度実践看護師の社会性」の5項目については入職1年後までに「まあできる」の2.0に達しているのに対して、「問題対応能力」は、2に達したのは1年半後であった。最も到達度が高かったのは「安全管理」であり、入職直後よりどの時期も2を上回っていた(図12)。

(2) プライマリケア領域、クリティカルケア領域の領域別でみた1年後の評価

入職1年後のプライマリケア領域とクリテ

ィカルケア領域の研修生のそれぞれの到達度を6つの目標項目ごとにみると、「患者関係」「チーム医療」「安全管理」「社会性」の平均値は両領域ともに2.0に達しており、6つの目標項目すべての到達度についてMann-Whitney U検定を行ったが有意差は見られなかった。さらに、細項目の24項目で見ると、両領域において、入職1年後に2.0に達していなかった項目は「研究学会活動」、「保健医療法規・制度の理解」、「医療保険・保険公費負担の活用」であった。細項目においても両領域で有意差はなかった。

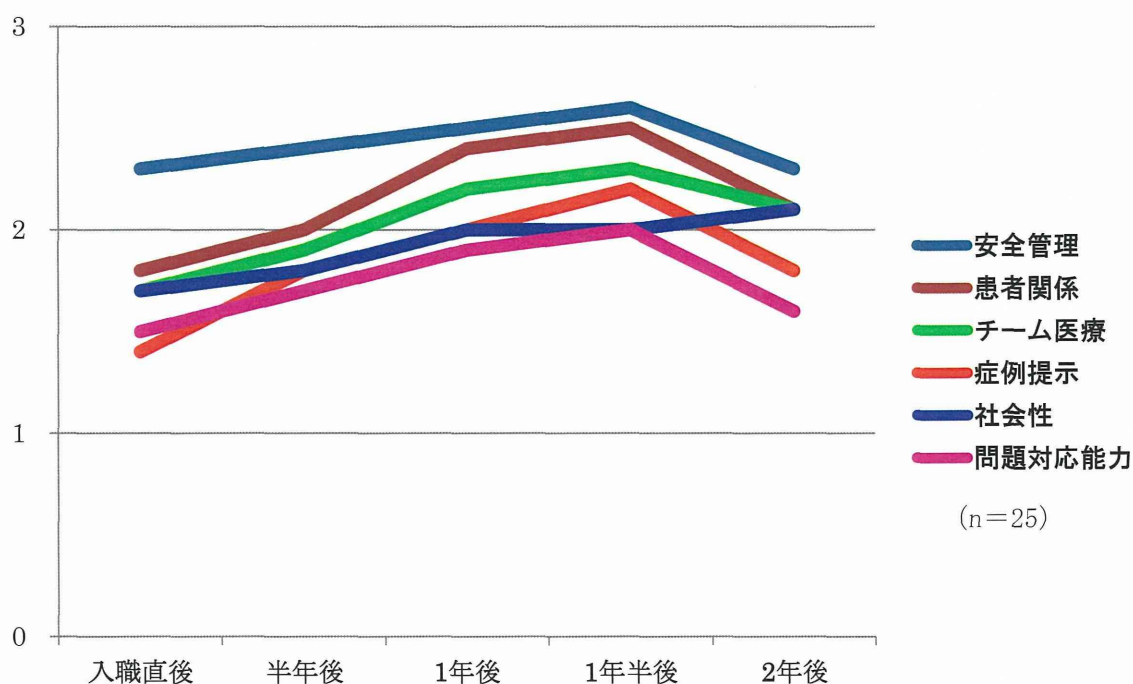


図12 態度・能力の到達度の経時的変化

D. 考察

1. OJT研修の必要と考える期間

客観的評価指標を用いた態度・能力の到達度の結果より、「問題対応能力」以外の5つの目標項目(「患者 - 看護師関係」、「チーム

医療」、「安全管理」、「症例提示」、「高度実践看護師の社会性」)では、入職後1年で評価の平均値は「まあできる(2)」に達しており、入職直後から入職1年後まで評価は段階的に伸びている。領域ごとの活動の違いによる態度・能力の獲得には差はないことが示唆された。両領域共に「患者関係」「チーム医療」「安全管理」など看護師の経験が生かせるものは評価が高かったのに対し、「問題対応能力」「症例提示」「社会性」など医学的視点が必要なものは伸びが低く、全体の到達度でも「問題対応能力」は、入職1年後までに評価の平均値が2に達していない。また、研修生が希望する研修期間では「2年間」が最も多く、『1年目は場所に慣れるので精一杯』、『1年間診療科のローテーションをした後、専門領域で1~2年研修するのが良い』などの意見もみられ、2年程度で検討していく必要があると考える。

2. OJT 研修体制・研修部署

研修部署において、呼吸器、循環器などは経験、希望ともに高く、また、両領域ともに救急部、総合診療部の希望が高かった。臨床推論能力を高めること、初期診療の技術を学ぶために総合診療部や救急部での研修はニーズが高いと考える。しかし、救急部、総合診療部の経験の有無と到達度では有意差はなくこれらの診療科の経験が到達度の向上に関連していることは示されなかった。研修方法ではローテーションが約6割と多く、指導方法においても「研修医と同様に」という希望が多いことから、複数の診療科をローテーションすることに需要があることが示された。

3. OJT 研修方法

研修体制では、両領域とも「手術や処置へ

の同行」は希望が多く、これは高度な臨床実践を必要とする行為の獲得や医行為を安全に行う観点からも重要な研修方法であると考える。また、「その都度医師に指導を受けながら実践する」、「研修医と一緒に研修を受ける」、「医師の回診に同行」など、医師と同行し、指導を受けることで、看護師の経験では学ぶことのできない医師の判断や対応など、いわゆる臨床知を学ぶ効果的な研修であると示唆される。また、「症例カンファレンスの参加」「症例などの個人的なフィードバック」など、事例や症例の判断の根拠やエビデンスを1つ1つ丁寧に振り返ることで能力の向上につながると考える。これらのことより、医師と同行し、行為の技術や臨床知を学べるようにすることや、フィードバックし振り返りを行うことで充実した研修につながると考える。

4. OJT 研修と態度・能力評価の関連

プライマリケア領域とクリティカルケア領域では、研修部署や研修体制、研修内容の違いが

あるものの、1年後の態度・能力の到達度では有意差はないことから、医師と行動を共にし、医師の指導を受けながらフィードバックしていくプロセスを踏むことが能力を向上させていくことが示唆された。

4. 今後の課題

研修において、両領域共に「画像の初期評価」「臨床推論のトレーニング」「フィジカルアセスメントの技術」「臨床における薬理学の知識」が不足しており、研修生の教育で重要な3P(病態生理学、フィジカルアセスメント、薬理学)が研修においても、必要性が高いことが明確になった。

また、研修に関する自由記述より、評価指標がないことや業務範囲が決まっていないことに対する研修での困難を感じている人もおり、効果的な研修を行う上でこれらの問題も今後解決していく必要があると考える。

E. 結論

研修では診療科のローテートや医師との同行が多く行われており、様々な方法で研修が行われている。しかし、身につくまでに時間がかかる能力もあることから、研修生は1年間の研修では不十分であると感じていることや薬理学や画像の初期評価など研修で不足している点もあることが明らかになった。今後、研修を充実させていくために

- 1) 研修期間を2年程度での検討を行うこと
- 2) 研修部署において、総合診療部や救急部での研修に加え循環器・呼吸器系などの基本的な診療科をローテートし、様々な症状を経験すること
- 3) 研修において医師と同行、症例のフィードバックを行うこと
- 4) 画像の初期評価や薬理学、臨床推論を強化する機会を増やすことで、より充実した研修や能力の向上につながると考える。

引用・文献

- 1) 厚生労働省. 平成 23 年度特定看護師 (仮称) 業務試行事業における実施施設の指定について,
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001afzs.html> (2012. 10. 1)
- 2) 厚生労働省. 平成 24 年度 看護師特定行為・業務試行事業について
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000021pdg.html> (2013. 9. 15)
- 3) 藤谷茂樹 (2013). 今は実力のある認証看護師を生み出すとき. 看護管理 vol. 23(1), 45 - 49.
- 4) 厚生労働省. 平成 23 年度 特定看護師 (仮称) 業務試行事業 実施状況最終報告概要
<http://www.nurse.or.jp/nursing/tokutei/pdf/2-6-5.pdf> (2012. 10. 1)
- 5) 厚生労働省. 平成 24 年度 看護師特定行為・業務試行事業実施状況報告 (9 月)
<http://www.nurse.or.jp/nursing/tokutei/pdf/2-7-1.pdf> (2013. 9. 15)

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
藤内美保、中林博道、石田佳代子、松本初美. プライマリ領域修了者の特定行為習得に関する縦断的調査, 「第 2 回日本 NP 協議会研究会, 2013, 11, 東京, 第 2 回日本 NP 協議会研究会抄録集, 49.

Ⅲ 研究班員名簿

研究班員名簿

区分	名前	所属
研究代表者	福井 次矢	聖路加国際病院
研究分担者	大滝 純司	北海道大学大学院医学研究科医学教育推進センター
	中村 恵子	札幌市立大学看護学部
	山内 豊明	名古屋大学大学院医学系研究科
	高橋久美子	日本医科大学武蔵小杉病院
	洪 愛子	公益財団法人日本看護協会
	高橋 理	公益財団法人聖ルカ・ライフサイエンス研究所
	池ノ上 克	宮崎大学医学部附属病院
	武富 貴久子	北海道大学大学院医学研究科医学教育推進センター
	溝上 祐子	日本看護協会看護研修学校
	桜井 礼子	大分県立看護科学大学
	藤内 美保	大分県立看護科学大学
	福田 広美	大分県立看護科学大学
	宮内 信治	大分県立看護科学大学
	石田 佳代子	大分県立看護科学大学
	中林 博道	大分県立看護科学大学
	松本 初美	大分県立看護科学大学
	戸高 愛	大分県立看護科学大学
	遠藤 英俊	国立長寿医療研究センター
	町屋 晴美	国立長寿医療研究センター
	伊藤 真奈美	国立長寿医療研究センター
	菅原 美樹	札幌市立大学看護学部
	貝谷 敏子	札幌市立大学看護学部
	檜山 明子	札幌市立大学看護学部
	山田 巧	東京医療保健大学東が丘看護学部
	岩本 郁子	東京医療保健大学東が丘看護学部
	石川 倫子	金沢医療センター附属金沢看護学校
	山西 文子	東京医療保健大学東が丘看護学部
	草間 朋子	東京医療保健大学東が丘看護学部
	平田 修司	山梨大学医学部産婦人科学教室
	中井 章人	日本医科大学多摩永山病院産婦人科
	金子 政時	宮崎大学医学部生殖発達医学講座産婦人科学分野
	高橋 弘幸	山口赤十字病院産婦人科
	米山万里枝	東京医療保健大学
	堀内 成子	聖路加産科クリニック
	村上 明美	神奈川県立保健福祉大学
	田村 一代	さくら産院
	久保 敦子	宮崎大学医学部附属病院看護部
	照井 克生	埼玉医科大学総合医療センター産科麻酔科
	毛利多恵子	毛利助産所

順不同

