原著論文

看護系大学卒業看護師が卒後１年間に直面した困難

――成人看護学領域の視点から――

小池菜穂子[1)]・萩原英子[1)]・鈴木珠水[1)]
北林　司[2)]・牛込三和子[1)]

The first year difficulties of nursing college graduate nurses

――From the adult nursing viewpoint――

Nahoko KOIKE[1)], Eiko HAGIWARA[1)], Tamami SUZUKI[1)]
Tsukasa KITABAYASHI[2)], Miwako USHIGOME[1)]

要　旨

本研究の目的は、看護系大学卒業看護師が卒後１年間に直面した困難を明らかにし、成人看護学領域の視点から看護実践能力を高めていくための教育のあり方を検討することである。平成21年３月にＡ看護系大学を卒業し、成人病棟で勤務する看護師８名に半構成的面接により聞き取り調査を行い準統計的内容分析の方法に基づき分析した。その結果、卒後１年間に直面した困難は、総数81件で70件のコードを抽出した。コードを統合し26サブカテゴリ、８カテゴリに分類した。８カテゴリは、件数の多い順から【臨床看護技術の経験不足】【臨床看護技術の知識不足】【タイムマネジメント能力の不足】【主体性の欠如】【状況的判断能力の未熟さ】【人間関係調整困難】【専門職としての責務の遂行困難】【看護基礎教育機関による修習の差異】であった。臨床看護技術の内容は、注射、点滴、採血の実施、胸腔穿刺、中心静脈カテーテル挿入の介助といった検査・治療処置に関する技術と終末期にある患者の看護であった。検査・治療処置に関する技術では、医療用具、専門用語、略語の知識不足により検査、処置時、必要物品が準備出来ない事などの内容が、終末期患者の看護については、自己の知識、経験不足により看護の実施が困難であることがあげられていた。また、時間調整、人間関係調整、状況的判断能力不足による看護業務遂行困難を示す内容で、複数患者の受け持ち、チーム活動などで、看護基礎教育で未経験から生じることであった。

キーワード：新卒看護師、困難、成人看護学、臨床実習、学内演習

Ⅰ　序　　論

近年、少子高齢化の進展、人々の価値観の多様化、生命倫理に関する問題提起など、保健医療福祉を取り巻く環境は大きく変化しており、患者の複雑なニーズを的確に捉え、尊厳を守りながら、個々に対応できる質の高い看護師が求められている。しかし、臨床現場においては看護師不足が深刻で、その要因の一つとして看護師が職場に定着しないことがあると考えられている。

日本看護協会調査によると、特に新卒看護師の入職後１年以内の離職率は9.3%で、新卒看護師11人に１人が離職している計算になり、看護師養成機関140校分に相当すると指摘されている[1)]。同調査報告では、新卒看

1）群馬パース大学保健科学部看護学科　　2）弘前医療福祉大学保健学部看護学科

護師の職場定着を困難にしている要因は、卒業直後の看護師の能力と臨床で求められる能力との差が大きいことにあるとしている[1]。その背景については、看護基礎教育において、看護業務の複雑・多様化、国民の医療安全に関する意識の向上の中で、臨地実習において実施できる看護技術の範囲や機会が制限される傾向にあり、主として見学に留まる傾向があるとの指摘がある[2]。看護基礎教育の中核を担うのは看護学実習であり、実習目的は、看護技術の習得、学習の仕方、自分自身の行動や意思決定に対する責任、専門職的立場からの思考・行動について学習すること[3]にある。特に看護技術教育は、実際に経験することによって習得し、経験を重ねることで習熟度を高めることができるものであり、看護技術を培い、看護実践能力を育てる重要なカリキュラムであるが、それらを習得する機会が減少している現状がある。

看護系大学での教育に携わり学生を指導する中で日々感じることは、学生自身が自らの知識の不足部分を認識し、それらの知識を身につけるための学習方法、また自身の疑問・問題を解決するために何を理解しどのように調べればよいのかといった問題解決方法がわからないこと、また、各論で学んだ知識を統合し、それらの知識を使いこなし問題を自ら解決していく力、いわゆる自己解決能力が低いこと、臨地実習において患者と信頼関係を築くために必要なコミュニケーション能力が低いことである。

平成18年厚生労働省の「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」の報告では、医療を担う人材の確保と資質の向上を図る観点から、看護については看護基礎教育を充実する等が指摘されている[2]。

これらの状況は、看護基礎教育において、看護実践能力を強化していくために、教育方法を検討する必要性を示唆している。

新卒看護師の問題に関しては、新卒看護師のストレスに焦点を置きリアリティショックの要因を明らかにし、新卒看護師が欲しい支援[4,5]や看護基礎教育の中で臨地実習のあり方を検討する研究が報告されている[6,7]。しかし、これらの研究では、実践能力が向上するようにより多くの看護体験ができる実習の在り方、看護技術に自信が持てるような教育方法の検討やリアリティショックに対応する教育プログラム作成等が提案されているが、どの研究も看護基礎教育における教育方法が具体的に示されていない。また、看護管理者[8]や看護指導者側[9,10]からの課題を検討した研究はあるが、新卒看護師に対して看護基礎教育において得た知識・技術と臨床現場での実践活動のギャップを調査した研究は少ない。

看護基礎教育は、基礎看護学で、各看護学や在宅看護論の基礎となる基本的理論や基礎的技術を学び、その土台の上に、臨床看護学で看護の基本として多様な健康上のニーズを持つあらゆる発達段階の人々に、基本的な看護学の知識や技術を統合し、応用するプロセスを学ぶ。成人看護学では、講義・演習・臨床実習の中で、これまで基礎看護学で培った基礎的看護を応用し、対象者に応じた看護を展開する実践能力を養うことを目的に教育している。

保健師助産師看護師学校養成所指定規則において、成人看護学は、6単位と定められており、臨床看護学の他の領域より2単位多い。また、臨床看護学専門分野の臨地実習においては、6単位と臨地実習全体の37.5%を占めている。このことから、成人看護学は、看護基礎教育おける看護実践能力の修習において大きな比重を占めていると言える。

以上のことから本研究は、看護系大学卒業看護師が卒後1年間に直面した困難を明らかにし、看護系大学の成人看護学領域における看護実践能力を強化していくための教育方法、実習展開のあり方を検討することを目的とする。

II 研究方法

1．研究対象

A看護系大学を平成21年3月に卒業した学生68名のうち、群馬県及び甲信越の病院で一般病棟（手術室、集中治療室、産科、小児科、精神科は除く）に勤務しており、研究参加への同意の得られた看護師8名を対象とした。

2．データ収集期間

平成22年8月から平成22年12月

3．データ収集方法

半構成的面接を実施した。面接方法は、1名の研究者が、プライバシーの確保できる個室で、1時間程度の面接を、1対象者につき1回実施した。面接内容は、平塚ら[11]の新卒看護師が感じる看護基礎教育と看護実践現場とのギャップ7カテゴリと他文献[12,13]を参考

に作成したインタビューガイドに基づき、「卒後１年間に困難と感じた出来事」「どのような場面で困難を感じたか、考えたか」に関して具体的な場面を語ってもらった。対象者の同意を得て、面接内容はＩＣレコーダーにて録音した。

４．データ分析方法

半構成的面接から得られたインタビューの内容から逐語録を作成しデータとし、準統計的内容分析[14]の手法に基づいて分析した。まず、事例ごとに研究目的である卒後１年間での困難、場面に関して語られた内容を、意味内容を損なわないように一文に置き換え抽出した。次に導き出された記述内容の意味を吸い上げコードとした。コードを熟読し、その中心的意味の類似性に基づき分類しサブカテゴリとし、さらに分類を進め、カテゴリを作成した。また、各サブカテゴリ、カテゴリに分類された件数の出現頻度を算出した。

データの分析過程において、質的内容分析に精通した看護研究者のスーパービジョンを受けながら進めることで、信頼性の確保に努めた。

５．倫理的配慮

本研究の実施に際して、群馬パース大学大学院保健科学研究科修士課程の倫理審査委員会の審査を受け承認を得た。

研究対象者に研究協力依頼時に研究目的、意義、方法を説明したうえで、研究協力は自由意志であること、参加を拒否しても不利益は生じないこと、研究の途中での離脱が可能であること、インタビューにおいてはプライバシーの確保できる場所で実施すること、面接内容は対象者の了承を得て録音すること、データは厳重に保管し研究終了後は破棄すること、また、研究結果を公表する場合は個人が特定されないよう匿名化することを書面、口頭にて説明し、同意書に自筆による署名をもって同意を得た。

Ⅲ　結　　果

１．対象者の概要

研究対象者は、女性６名、男性２名、計８名で、勤務している病棟は、内科系病棟３名、外科系病棟３名、内科・外科混合病棟２名であった。勤務している病院の開設者別では、公的医療機関４名、国立大学法人２名、国立病院機構１名、医療法人１名で、400床以上の大規模病院勤務４名、400床未満の中規模病院勤務４名であった。新人研修の有無・プリセプター制度の有無に関しては、８名全員が有りと回答していた。

２．卒後１年間に直面した困難

分析の結果、新卒看護師が卒後１年間で直面した困難として81件の総数があり、70のコード（以下「　」で示す）、26のサブカテゴリ（以下〈　〉で示す）、８のカテゴリ（以下【　】で示す）【臨床看護技術の経験不足】【臨床看護技術の知識不足】【タイムマネジメント能力の不足】【主体性の欠如】【状況的判断能力の未熟さ】【人間関係調整困難】【専門職としての責務の遂行困難】【看護基礎教育機関による修習の差異】に分類された（表１）。

１）【臨床看護技術の経験不足】

〈未学習の看護技術の未熟さ〉〈既習の看護技術の経験不足〉〈医療処置時不測の事態に対応出来ない〉〈身体的侵襲を伴う処置を直接患者に提供することの抵抗感〉〈終末期の看取りの看護における経験不足〉〈看護基礎教育で習得した技術と臨床での技術の不一致〉の６つのサブカテゴリから構成された。

このカテゴリの代表的なコードは、「未学習の注射・採血・静脈内留置針挿入を臨床で初めてやらなければならない」「採血・注射は学内ではモデルでの習得のため、実際の患者に実施することの抵抗を感じる」「点滴・採血は患者を前にすると緊張して上手く出来ない」などであり、身体侵襲を伴う看護技術は、対象者が在学中に受けた教育では、学内演習においてモデル人形を使用しての実施であり、また、練習回数にも限界があり１、２回の実施に留まっている。そのため、経験の不足により技術の実施に戸惑いや未熟さを感じており、また、臨床現場で、初めて患者に実施する事に対しての緊張感や抵抗感を感じていた。また、「点滴を時間通りに終了するための滴下管理が出来ない」「技術や処置が病院独特のやり方があり、物品も見たことが無い物が多くそれに慣れるのが大変」「臨床現場は、基本的な規準・手順と違った方法で実践されている」などであり、学習した看護技術にも関わらず、経験不足により技術が十分に習得されておらず、正確に実施出来ないことへの困難さや、臨床現場で行われている看護技術や、検査・処置に使われている必要物品が、看護基礎教育で学んだ内容と違うために、臨床現場での新しい手順や必要物品に慣れる事の大変さを感じていることが示されている。さらに看護基礎教育での臨床実

表１　卒後１年間に直面した困難

〈サブカテゴリ〉		【カテゴリ】
1　未学習の看護技術の未熟さ	（５件：6.2%）	Ⅰ　【臨床看護技術の経験不足】
2　既習の看護技術の経験不足	（５件：6.2%）	（21件：25.9%）
3　医療処置時不測の事態に対応できない	（３件：3.7%）	
4　身体的侵襲を伴う処置を直接患者に提供することの抵抗感	（３件：3.7%）	
5　終末期の看取りの看護における経験不足	（３件：3.7%）	
6　看護基礎教育で習得した技術と臨床での技術の不一致	（２件：2.5%）	
7　既習の知識の理解度が浅い	（６件：7.4%）	Ⅱ　【臨床看護技術の知識不足】
8　医療用具について名前が分からない為、準備出来ない	（４件：4.9%）	（16件：19.8%）
9　専門用語・略語の知識不足	（３件：3.7%）	
10　終末期の看取りの看護における知識不足	（３件：3.7%）	
11　複数受け持ちによる患者と向き合う時間の不足	（５件：6.2%）	Ⅲ　【タイムマネジメント能力の不足】
12　複数受け持ちによる時間調整の困難さ	（３件：3.7%）	（12件：14.8%）
13　複数受け持ちによる患者把握の困難さ	（２件：2.5%）	
14　複数受け持ちによる仕事の繁忙さ	（２件：2.5%）	
15　忙しさのため先輩看護師に聞く事を躊躇する	（６件：7.4%）	Ⅳ　【主体性の欠如】　（10件：12.3%）
16　自分から医療用具の場所を確認出来ない	（３件：3.7%）	
17　自分から注射箋の見方を聞けない	（１件：1.2%）	
18　申し送り時、要点を簡潔明瞭に伝えることが出来ない	（５件：6.2%）	Ⅴ　【状況的判断能力の未熟さ】
19　業務の優先順位をつけられない	（１件：1.2%）	（６件：7.4%）
20　プリセプターに対する否定的感情	（２件：2.5%）	Ⅵ　【人間関係調整困難】　（６件：7.4%）
21　スタッフとの人間関係の難しさ	（２件：2.5%）	
22　看護師毎の看護観の相違	（１件：1.2%）	
23　プリセプターとの関係の不一致	（１件：1.2%）	
24　周囲の期待の重さを感じての緊張	（３件：3.7%）	Ⅶ　【専門職としての責務の遂行困難】
25　周囲の期待に応えられない事に対する申し訳なさ	（２件：2.5%）	（５件：6.2%）
26　出身養成機関の違いによる自己の技術の未熟さ	（５件：6.2%）	Ⅷ　【看護基礎教育機関による修習の差異】
		（５件：6.2%）

習では、終末期にある患者を受け持つ機会が少ない。看取りにおける看護の経験不足から何をすればよいのか分からないという状況にあることを示している。これを示す代表的なコードは、「終末期の看取りの看護において経験がないため、患者・家族への対応をどのようにすればよいのか分からない」などである。

２）【臨床看護技術の知識不足】

〈既習の知識の理解度が浅い〉〈医療用具について名前が分からない為準備が出来ない〉〈専門用語・略語の知識不足〉〈終末期の看取りの看護における知識不足〉の４つのサブカテゴリから構成された。

このカテゴリの代表的なコードは、「ポンプ操作、点滴の滴下調整の仕方が分からない」であり、大学の講義では学習しているものの、知識として曖昧であるため、実践する上で困難をきたしていた。また、「腎生検、骨髄穿刺の介助時、必要物品が分からない為準備出来ない」「胸腔穿刺介助時、トロッカーカテーテルが分からなくて準備出来ない」などであり、講義では、これらの検査について原理・原則の説明は受けているが、物品は説明だけに留まっており、実際の物品を見たことがなく、医療用具の名前が分からないため、事前学習をしても準備が出来ないという問題があった。また、「点滴管理においてキープ・抜き刺しの意味が分からず困った」「胃瘻をペグという専門用語や略語がわからない」などであり、実際の現場で用いる略語や専門用語の知識に乏しく、業務を実施する上で困難をきたしていた。さらに終末期の看取りの看護において、講義では学習しているが、知識の蓄積が無く、患者を前にして何をしてよいのか戸惑いを感じていた。これを示す代表的なコードは、「終末期の看取りの看護において何をしたらよいのか分からない」などである。

３）【タイムマネジメント能力の不足】

〈複数受け持ちにより患者と向き合う時間の不足〉〈複数受け持ちによる時間調整の困難さ〉〈複数受け持ちによる患者把握の困難さ〉〈複数受け持ちよる仕事の繁忙さ〉の４つのサブカテゴリが含まれた。

このカテゴリの代表的なコードは、「複数受け持ちによって話がきけず『また来ますね』と言うことが悲しい」「複数受け持ちによって患者と会話する時間がなく『忙しいからあとでね』と聞き流す」などであり、複数の患者を受け持つことにより、自分自身で優先順位をつけ、業務の調整をし、患者に向き合う時間を作り

出すことが難しく、細かなところに目が行き届かないことと、患者のニーズに対応出来ないことなどから看護ケアの提供不足を感じていることを表している。また、「複数受け持ちによって事務仕事や点滴の交換など業務を上手くタイムマネジメントが出来ない」「何人も受け持ちすることで業務量が増え仕事の忙しさを感じる」などであり、臨床現場で複数受け持ちを余儀なくされ、その結果、時間の調整が上手く出来ない困難さや、業務量が増え、時間を調整出来ず、忙しさを感じていることを表している。さらに臨床現場で複数患者を受け持つことで、全ての受け持ち患者の情報を把握する時間を確保することが難しく、複数の患者の状態を把握することが困難であると感じていた。これを示す代表的なコードは、「複数受け持つことで全患者を把握することの大変さ」などである。

4）【主体性の欠如】

〈忙しさのため先輩看護師に聞く事を躊躇する〉〈自分から医療用具の場所を確認出来ない〉〈自分から注射箋の見方を聞けない〉の3つのサブカテゴリが含まれた。

このカテゴリの代表的なコードは、「先輩は忙しそうで声を掛けられない」「物品の場所を一度説明されているので何度もきけない」「注射箋の見方が分からないために輸液の実施順序がわからない」などであり、先輩看護師が忙しそうに見え、声を掛けにくく確認を躊躇してしまうことを示している。また、病院・病棟毎に物品の保管位置が違うため、場所を覚えることも大変だし、一度、保管場所の説明をされているので何度も確認出来なかったことや病院独自の注射箋の見方や疑問を自ら聞く事が出来ず、業務を実施する上で困難を感じていることを示している。

5）【状況的判断能力の未熟さ】

〈申し送り時要点を簡潔明瞭に伝えることが出来ない〉〈業務の優先順位が付けられない〉の2つのサブカテゴリから構成された。

このカテゴリの代表的なコードは、「申し送り時、重要な点が分からない為、要点を送ることが出来ない」などであり、その日の受け持ち患者の重症度や出来事の優先順位が判断できないことや、内容を簡潔にまとめて表現することが出来ないために、上手く申し送りが出来ずに困難を感じていることを表している。また、「重要なことが判断出来ず、業務の優先順位が付けられない」などであり、受け持ち患者について、どの業務、援助を優先して実施しすべきかの優先順位が判断出来ず、何から行ったらよいか分からないことを示している。

6）【人間関係調整困難】

〈プリセプターに対する否定的感情〉〈スタッフとの人間関係の難しさ〉〈看護師毎の看護観の相違〉〈プリセプターとの関係の不一致〉という4つのサブカテゴリが含まれた。

このカテゴリの代表的なコードは、「質問に対するプリセプターの答えが的確でなく頼りないために聞きたいことが聞けない」「プリセプターとは距離があり、あまりよい関係でなかった」などであり、頼りになるはずのプリセプターに対して否定的な感情を抱き、そのため信頼関係を上手く築くことが出来ないことを表している。また、「スタッフとの人間関係に馴染めない」などであり、病棟内のスタッフとの人間関係の構築が出来ずスタッフとの人間関係の難しさを感じていることを表している。さらに同僚のスタッフ看護師の意見の相違があり自分はどうするべきか困っていることを示している。これを示す代表的なコードは「離床センサーを装着するか否かで看護師同士意見が分かれて自分は困った」などである。

7）【専門職としての責務の遂行困難】

〈周囲からの期待の重さを感じての緊張〉〈周囲の期待に応えられない事に対する申し訳なさ〉の2サブカテゴリが含まれた。

このカテゴリの代表的なコードは、「出来る事が当たり前と思われていて、失敗・ミスしたらどうしよう」「採血・注射は出来ると思われているが、出来ない事が申し訳ない」などであり、看護師として臨床看護技術は出来ることが当然と職場のスタッフから思われており、出来ないことに申し訳なさを感じていることを示している。また、専門職として失敗は許されないという責任の重圧を感じていることを表している。

8）【看護基礎教育機関による修習の差異】

〈出身養成機関の違いによる自己の技術の未熟さ〉という1つのサブカテゴリで構成されていた。

このカテゴリの代表的なコードは、「痰の吸引、膀胱留置カテーテル挿入等、実習で実施しなかった技術を専門学校出身者はできるのを見て技術習得の差を感じた」「専門学校出身者との比較で自分だけ注射・採血が出来ず未熟さを感じる」などであり、専門学校出身の同期と自分を比較して、自分の技術の未熟さを実感していることを表している。

Ⅳ　考　　察

本研究の結果、新卒看護師が卒後１年間に直面した困難は、看護基礎教育で学習したものと看護基礎教育では未経験のものに大別された。一つは【臨床看護技術の経験不足】【臨床看護技術の知識不足】で、抽出された技術の内容は、注射、点滴、採血の実施、胸腔穿刺、中心静脈カテーテル挿入の介助といった検査、治療処置に関する臨床看護技術と終末期にある患者の看護であった。もう一つは、【タイムマネジメント能力の不足】【状況的判断能力の未熟さ】【人間関係調整困難】で、抽出された項目は時間調整、人間関係、状況的判断能力の不足などで、複数患者の受け持ち、チーム活動といった、看護基礎教育で未経験の看護活動によるものであった。

以下、新卒看護師が卒後１年間に直面した困難の二つの側面とこれらの結果に基づいて看護基礎教育における成人看護学領域の教育方法の在り方を考察する。

１．新卒看護師が卒後１年間に直面した困難と成人看護学領域の教育方法の在り方

１）臨床看護技術習得不足

【臨床看護技術の経験不足】【臨床看護技術の知識不足】のカテゴリにおいて、新卒看護師が困難と感じている臨床看護技術の項目は、注射、点滴、採血の実施、胸腔穿刺や中心静脈カテーテル挿入の介助といった検査・治療処置に関わる臨床看護技術であることが明らかになった。一方、生活援助技術やアセスメント技術は抽出されなかった。田中らの研究によると、ベッドメイキングやバイタルサインの測定とアセスメント、移送や清拭などの基本的な生活援助技術の経験は、概ね実習中に出来ていると述べている[15]。生活援助技術に関しては、学内で学習した知識を活用し、実習中にそれら技術を経験することによって理解を深めており、実際に臨床現場で知識不足や経験不足による困難が無く、本研究では抽出されなかったと考える。

今回の研究では、新卒看護師は病棟で、看護援助や臨床看護技術を実施する中で、輸液ポンプ操作、点滴の滴下調整、胸腔穿刺、中心静脈カテーテル挿入、採血などの知識の理解度が浅いことや、終末期の看取りの看護においての知識の蓄積が無いということを実感していることが明らかになった。輸液ポンプ操作、点滴の滴下管理、胸腔穿刺や中心静脈カテーテル挿入の介助に関しては、本大学では、講義や演習で原理・原則など、教科書や資料を用いて説明している。実技演習では、実技を教員が口頭で説明しながらシミュレーションし、その後、学生各自が実技を行う時間を設けている。また、実技試験を課し、試験中に口頭試問を行い、原理・原則、手順などの確認をしているが、知識・技術を十分習得しないまま卒業に至っていると考える。看護技術習得のレベル向上を図るためには、学内での演習の充実が必要であると考える。技術演習は講義と臨地実習の中間にあり、学んだ知識を活用し、看護実践に必要な技術の習得がねらいである[3]。そのためには、学内演習では、出来る限り少人数制を取り、個々の学生が、教員の元で看護技術を十分に経験できる時間を確保していくことの必要性が示唆された。

今回の研究結果では、新卒看護師は「終末期の看取りの看護において経験がないため、患者・家族への対応をどのようにすればよいのか分からない」「終末期の看取りの看護において技術の経験不足により困った」と感じており、終末期の患者・家族への対応を含む看取りの看護の理解には至っていないことが明らかになった。臨床実習中に終末期にある患者を受け持つ経験は極わずかであり、また、核家族化や地域交流の機会の減少により学生にとっては、死というものが自分の身近に無く、死を語り、考える機会がないまま青年期を迎えている[16]。そのため、死を現実のものとして捉えることは難しく、学生に現実味が無く、終末期看護を確実に理解するレベルまで到達出来ないため、実際に死を迎える患者・家族を前にして対応に戸惑い、困難を感じていると考える。高齢化社会にあっては、今後新卒看護師は、看護師として患者の死を看取る機会が多くなると予想される。これらの状況にあって、自己の死生観を形成することが重要である[17]という意見もある。終末期の看取りの看護の理解においては、学生の死に対する思いや考えを育成することも重要であり、学生同士で死に対する考えを話し合う機会を設けるのも一つの方法であると考える。

また、新卒看護師は、「胃瘻をペグという専門用語や略語が分からない」「点滴管理においてキープ・抜き刺しの意味が分からず困った」と専門用語、略語に関しての知識が十分でないということが明らかになった。医療用具や専門用語・略語については、講義や演習で、折に触れ紹介をしている。しかし、膨大な医療用具の名前や専門用語・略語を大学の講義の中で網羅することは不可能であり、特殊な用具や病棟特有の略語については、臨床現場で覚えていかなければならない現実

があると考える。病棟で頻回に使用される代表的な用語を出来るだけ講義の中で紹介し、知識と実践が結びつくような説明を行っていくことが必要であると考える。一般的な検査や処置に必要な医療用具に関しては、記憶に留めておけるように視覚化した方法、例えばパワーポイントや写真で実物を紹介することも一つの方法である。専門用語や略語に関しても、必要があればプリントなどを配布し、どの様な時に使われるのかなども併せて講義で説明していくこと、また学生自ら調べるといった自己学習の機会や方法を提示するという教育も必要であると考える。

【臨床看護技術の経験不足】では、注射、採血、静脈内留置針挿入、点滴の滴下管理などについて、経験不足により、技術が洗練されておらず、実施に戸惑いや未熟さを感じていることが明らかになった。特に新卒看護師は、直接患者に身体的侵襲を伴う点滴、注射、採血などの処置を行う上で、緊張感や抵抗感を感じていることが示された。先行研究では、実習中に各種検査の説明と介助、注射についてはほとんどの学生が経験をしていないとの報告がある[15]。これら身体的侵襲を伴う看護技術の多くは、対象者が受けた教育では、モデル人形を使用しての学習になっている。このように身体的侵襲が伴う採血などの技術演習は学内のみの修習であり、看護技術を確実に習得する時間が少ないことによる経験不足であったと考える。また、モデル人形の場合、リアリティ感がないため、実際の患者への実施時に、緊張感や抵抗感を感じるのではないかと考える。モデル人形での練習は、繰り返しできるという利点はあるものの、学生が緊張感を持って実施することが出来ないと考える。そのために、より現実感のある実技経験が出来るよう検討する必要があると考える。

村上ら[18]の研究によると新卒看護師の看護技術の応用展開上の問題として、看護問題、看護計画、看護記録の看護過程に関連する看護問題・計画の立案と看護計画・記録の記載方法が挙がっていた。しかし、本研究では、看護過程に関連する困難は抽出されなかった。本大学の成人看護学演習では、グループ単位で4事例の看護過程の展開を話合い、看護ケアプランは個人単位で立案・記入して教員に提出し、教員は提出記録にコメントを入れて学生個々にフィードバックしている。さらに、成人看護学実習では、臨床実習指導者と教員が協働し実践に即して看護過程の展開を指導しているため、看護過程の理解が深まり、円滑な展開が計れ、問題として挙がらなかったことが考えられる。つまり、学内の看護過程演習においては、実践に即した事例展開をグループでの議論と個人によるケアプラン立案により、看護過程の理解を深め、更に教員から個々の学生へフィードバックしていく教育が効を奏していたと考える。近年、一方向の講義形態では得られない参画意識を持つことができ、自己の知識の再整理やさらに深い理解を促進することが期待できるとしてグループディスカッションを取り入れた教育形態が増えている[19]が、このことからも、看護過程演習におけるグループディスカッションは看護過程の理解を深めるものとして効果的である。臨床における問題解決能力を養うためには、ケーススタディのようなシミュレーションケースを使って繰り返し患者との体験を重ねることで向上する[20]。また、事例を分析することは、問題解決の本質の体験をさせ、看護実践では、何をすべきか、また問題、ケアを行うにあたって考慮されるべき看護介入、臨床状況における類似性・相違性について考える事が出来る[20]。よって、本学の成人看護学看護過程演習は、学生の問題解決能力の向上には効果的だと考える。

【看護基礎教育機関による修習の差異】の〈出身養成施設の違いによる自己の技術の未熟さ〉から専門学校出身の同期と自分を比較して、自分の技術の未熟さを実感していることが明らかになった。早出ら[21]によると、附属病院で実習を行っている割合は、2006年度で、専門学校91.5%、大学53%であった。また、実習病院である附属病院へ就職する割合は、2006年度で、専門学校54.8%、大学13.1%であり、専門学校出身者は、実習病院と就職病院が同一である比率が高いと言える。専門学校出身者は、実習病院で学んだ技術を就職後に実施する機会が多いため、本研究対象者は、「技術的なことが専門学校出身者と差があり怖かった」と発言する背景の一つになっていると考える。今回対象とした8名中7名は成人看護学実習を体験した病院ではない医療機関に就職していた。このため、このような結果が導きだされたと考える。また、臨床現場で行われている看護技術や検査や処置に使われている必要物品や手順が、看護基礎教育で学んだ内容と違うために、臨床現場での新しい手順や必要物品に慣れる事の大変さを感じていることについても明らかになった。看護系大学出身者は、実習病院とは違った病院へ就職していることによるものと考えられる。

2）時間調整・人間関係・状況的判断能力の不足

【タイムマネジメント能力の不足】【状況的判断能力の未熟さ】【人間関係調整能力困難】から、新卒看護師は、看護の専門職として働いていく上で必要とされている時間調整、人間関係調整、状況的判断能力が不足していることにより看護業務遂行に困難を感じているということが明らかになった。1人の患者を受け持ち、看護過程を展開していた学生時代とは異なり、臨床では、複数受け持ちを余議なくされ仕事量が増加する。複数の看護業務を同時進行で行わなくてはならない状況の中で、効率良く業務を実施するためには、時間調整を図らなくてはならないが、複数受け持ちの経験のない新卒看護師にとっては、全ての受け持ち患者を把握し優先順位を決定することは難しいと考える。学生時代から臨床の現実的な看護師の現状、例えば一般病棟日勤では、看護師1人に対して患者は5～6名、夜勤では10名以上を受け持つ事実や同時間に複数名の点滴交換や与薬があり、この時間指定の看護業務の中にナースコールで患者に呼ばれる事実を知る必要があると考える。そのためには、今後、開始される統合分野での実習では、複数受け持ちを実施することで実際、臨床では看護師がどのように時間調整をし、優先順位を決定しているかなどといった、看護業務の全体の流れを理解し、優先順位の決定のプロセスが学べるようにしていく必要があると考える。また、新卒看護師は、患者を把握し時間を調整する能力と複数受け持ち患者の全ての業務と、重症度順が分からず、優先順位を決定する能力が不足していることが明らかになった。臨床実習では、患者1人を受け持ち、看護援助を実施している。しかし、臨床現場では、複数の患者を受け持ち、ケアを実施しなければならず、複数受け持ちの経験のない新卒看護師にとって、全ての受け持ち患者の状況を判断し、業務の優先順位を決定し、時間を調整しケアを実施することは困難であると考える。しかし、現実の臨床現場の仕事量の多さや仕事の繁忙さを知り、そのなかで業務、看護援助の重要度、優先順位決定や時間調整のプロセスを臨床の看護師はどのように行っているかを学ぶことは重要であるため、優先順位決定を考える講義が必要である。海外ではすでに、事例を用いて実際に学生が優先順位を考えるような講義[22]が取り入れられている。この講義は大学教育の最終学年に行われており、科目の目的は、看護学生から専門職としての看護師への役割の移行が円滑に図れるよう実際の臨床現場の現状を知り、理解を深めることである。講義の内容は、病棟看護師の日常業務を場面設定しており、「自分は正看護師で夜勤をしており、以下の7人（事例詳細提示）の患者を受け持っている。これらの患者の看護ケアをどの順で実施するか優先順位を決定しなさい」というものであり、優先順位の内容と理由をグループで討議する。本研究で明らかになった、新卒看護の患者を複数受け持つことに関する困難感に対して、今後、成人看護学領域では、このような講義を取り入れていくことも一つの方法であると考える。

また、新卒看護師は、日々の様々な場面において人間関係構築の難しさを感じていることが明らかになった。宮沢ら[23]は、スタッフ看護師は、新卒看護師について、態度やコミュニケーション、意欲の不足など精神的な未熟さを感じていると述べている。このような精神的未熟さは、少子化、核家族化、両親の共働きにより人間関係の体験学習の機会が減少していることによるものと考えられる。また、患者と接してコミュニケーションを図り信頼関係を構築する過程を学習する場として、臨床実習は貴重である。人間関係調整の能力を補うには、さまざまな年齢層、社会的背景を持った人々と多く関わる機会を増やす必要があると考える。看護基礎教育における臨床実習の機会は限られている。看護基礎教育以外の場でも、人間関係構築の過程を学ぶことを考慮していくことも必要と考える。

2．本研究の限界と課題

本研究の対象者は8名と少なく、また、A大学卒業生と限定されていること、また、後ろ向き調査であるため、対象者の記憶と主観に頼るところが大きいという点で、この結果をこのまま一般化することは出来ない。今後は、対象者を拡大し、一般化できるよう研究を進めることが課題である。

Ⅴ　結　　論

看護系大学卒業看護師8名を対象に半構成的面接を行い、新卒看護師が卒業後1年間で直面した困難を明らかにし、看護系大学の成人看護学領域における看護実践力を強化していくための教育方法、実習展開のあり方を検討し、以下の知見を得た。

1．新卒看護師が卒後1年間で直面した困難は、【臨床看護技術の経験不足】(21件：25.9%)、【臨床看護技術の知識不足】(16件：19.8%)、【タイムマネジメン

ト能力の不足】(12件：14.8%)、【主体性の欠如】(10件：12.3%)、【状況的判断能力の未熟さ】(6件：7.4%)、【人間関係調整困難】(6件：7.4%)、【専門職としての責務の遂行困難】(5件：6.2%)、【看護基礎教育機関による修得の差異】(5件：6.2%) の8カテゴリに分類された。

2．新卒看護師が卒後1年間に直面した困難は二つの側面に大別された。

一つは【臨床看護技術の経験不足】【臨床看護技術の知識不足】で、抽出された技術の内容は、注射、点滴、採血の実施、胸腔穿刺、中心静脈カテーテル挿入の介助といった検査、治療処置に関する臨床看護技術と終末期にある患者の看護であった。もう一つは、【タイムマネジメント能力の不足】【状況的判断能力の未熟さ】【人間関係調整困難】で、抽出された項目は時間調整、人間関係、状況的判断能力の不足などで、複数患者の受け持ち、チーム活動といった、看護基礎教育で未経験の看護活動によるものであった。

3．成人看護学領域における教育のあり方として、学生が臨床現場をイメージ出来るよう講義、演習、臨地実習における課題と工夫の必要性が示唆された。講義では視覚的教材の活用や学生同士で話し合う時間を設けることなども一つの方法である。複数患者を受け持つことで生じる患者ケアの優先順位決定への困難に対しては、この決定過程を学ぶための講義・演習の工夫や統合分野実習で病棟看護師の優先順位決定過程を修習し、複数受け持ちを体験できるように実習病院と連携することも課題である。看護技術習得不足を補うためには技術演習は、学生が反復して練習できる環境を整えるという課題がある。

謝　　辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました新卒看護師の皆様に心より感謝申し上げます。

引用・参考文献

1）日本看護協会：2004年度新卒看護職員の早期離職等実態調査結果（速報），2005.

2）厚生労働省：看護基礎教育の充実に関する検討報告書，2007.

3）杉森みど里，舟島なをみ：看護教育学．医学書院，東京，2007：p.252.

4）唐澤由美子，中村　恵，原田慶子，ほか：就職後1ヶ月と3カ月に新人看護者が感じる職務上の困難と欲しい支援．長野県看護大学紀要　10：2008：pp.79-87.

5）大久保仁司，平林志津保，湯川睦子：新卒看護師が入職後3カ月までに感じるストレスと望まれる支援．奈良県立医科大学看護学科紀要　4：2008：pp.26-33.

6）佐居由美，松谷美和子，平林優子，ほか：新卒看護師のリアリティショックの構造と教育プログラムのあり方．聖路加看護学会誌　11(1)：2007：pp.100-108.

7）森　一恵，小関真紀，小西美和子，ほか：新人看護師が求めている看護基礎教育における周手術期の学習内容．大阪府立大学看護学部紀要　13(1)：2007：pp.33-41.

8）高谷嘉枝：看護師長がとらえた新人看護師の適応状況と看護師長の対応に関する質的分析．兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要　15：2008：pp.29-41.

9）本田由美，松尾和枝：急性期病棟におけるプリセプター看護師が捉えた新人看護師の看護実践上の問題．日本赤十字九州国際看護大学 IRR　8：2008：pp.61-69.

10）深石純子：新卒看護婦を指導するプリセプターが感じる困難とサポートとの関連．聖路加看護学会誌　5(2)：2001：p.32.

11）平塚陽子，中島春香，永田暢子，ほか：新卒看護師が感じる看護基礎教育と看護実践現場とのギャップ．北日本看護学会誌　11(2)：2009：pp.13-21.

12）Susan MD, Rose OS: The First Year of Practice: New Graduate Nurses' Transition and Learning Needs. The Journal of Continuing Education in Nursing, 40(9): 2009: pp.403-410.

13）Judy EBD: Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. Blackwell Publishing Ltd, 2009: pp.1103-1113.

14）Carol Grbich：保健医療職のための質的研究入門．医学書院，東京，2003：p.199.

15）田中愛子，藤本美由紀，井上真奈美，ほか：臨地実習終了後の看護基本技術の習得状況から、基礎看護学の技術教育を考える．山口県立看護学部紀要

11：2007：pp.35-43.
16) 前澤美代子，中沢富枝：看護学生の死生観の育成．山梨県立看護大学短期大学部紀要 12(1)：2006：pp.1-13.
17) 前澤美千子，仲沢富枝：看護学生の死生観の育成．山梨県立看護大学短期大学部紀要 12(1)：2006：pp.1-14.
18) 村上みち子，定廣和香子，山口瑞穂子，ほか：新人看護婦（師）の看護技術の応用展開上の問題．順天堂医療短期大学紀要 12：2001：pp.77-85.
19) 舟本 直，杉山公造：ゼミ型講義におけるテーブルトップ型グループディスカッション支援と評価．日本創造学会 2009：pp.119-126.
20) Kathleen BG, Marilyn HO：臨地実習のストラテジー．医学書院，東京，2008：p.178.
21) 早出春美，前田樹海：新卒看護師の能力評価を考えるための新たな基盤に関する一考察．長野県看護大学紀要 9：2007：pp.45-54.
22) Australian Catholic University Homepage : Unit Outline The Professional Nurse http://my.auc.au/student/applying/handbooks_2007/unit_descriptions/health_sciences/nrsg303_to_nrsg349/（2010．1．8時点アクセス可能）.
23) 宮澤朋子，松本じゅん子：新卒看護師の精神的未熟さ・弱さに対するスタッフ看護師および新卒看護師自身の認識．長野看護大学紀要 10：2008：pp.69-78.

Summary

The object of this study is to clarify the first year difficulties of nursing college graduate nurses and examine how education should be delivered to improve ability in nursing practice from the adult nursing viewpoint. The survey is based on semi-conducted interviews with eight nurses worked in adult wards who graduated from A nursing college in March 2009. The content of the interviews was analyzed by a quasi-statistical approach. This analysis resulted in eight categories being extracted, including "lack of experience in clinical nursing skills," " lack of knowledge in clinical nursing skills," "lack of management ability," "lack of independence," "deficiency of judgment," "difficulties in interpersonal relations," "difficulties in performing in duties as professional staff," and "difference in basic nursing education." "Clinical nursing skills" in the first two categories refer to skills in medical examination/treatment such as injection, intravenous drip, blood drawing, thoracentesis, and insertion of a central venous catheter and nursing care for patients in the terminal phase. Results from this study indicate that education in adult nursing needs to provide students with lectures/exercises/practices with assignments and ingenious attempts to help them to picture the clinical site. In addition to using optical study materials, teachers can try to show their own experience of nursing practice and give students opportunity to discuss. In the integrated nursing practice, they have to cooperate with training hospitals so that students can learn how to prioritize patient care from registered nurses, and experience handling multiple patients. Likewise, in the practice of nursing skills, they must create a better educational environment for students to practice repeatedly.

key word : Graduate nurse, Difficulties, Adult nursing, Clinical practice, Practice in skill laboratory center