

## 研究報告

# プリセプターからみた 新人看護師が抱える臨床判断の困難

Difficulties with clinical judgments of new nurses  
as perceived by preceptors

北村 佳子<sup>1)</sup>, 高田 昌美<sup>2)</sup>, 橋爪 馨代<sup>2)</sup>, 馬場 直美<sup>2)</sup>, 紺家 千津子<sup>1)</sup>

Yoshiko Kitamura<sup>1)</sup>, Masami Takada<sup>2)</sup>, Kayo Hashizume<sup>2)</sup>  
Naomi Baba<sup>2)</sup>, Chizuko Konya<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>金沢医科大学看護学部, <sup>2)</sup>金沢医科大学病院

<sup>1)</sup>School of Nursing, Kanazawa Medical University

<sup>2)</sup>Kanazawa Medical University Hospital

### キーワード

プリセプター, 新人看護師, 臨床判断, 困難

### Key words

preceptor, newcomer nurse, clinical judgment, difficulty

### 要 旨

本研究は、プリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難を明らかにすることを目的とした。方法は、北陸地方病院A総合病院において平成20年度にプリセプターを担った看護師を対象に行った。データ収集方法は、自由記述法による留置調査を実施した。分析方法は、質的記述的研究の手法を用いた。

研究参加者は25名であった。プリセプターからみた新人看護師の臨床判断の困難には、新人看護師側の要因として【病態アセスメント能力の未熟さ】【変化する症状への対応困難】【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】【多重課題への対応能力の弱さ】【説明責任能力の不足】【思考や判断への志向の弱さ】の7項目があった。また、その他に【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】という臨床現場環境側の要因もあった。

### はじめに

臨床現場において、看護師は複数の患者を同時に受け持つため多重課題に即応できる能力が必要とされる<sup>1)</sup>。新人看護師は、就職後に新人研修が実施されるとはいえ、このような場に配属され早急な対応が求められる現実が多いため適応に困難

を生じやすい<sup>2-4)</sup>。

厚生労働省は、2010年4月から新人看護職員研修制度の整備を努力義務化し<sup>5)</sup>、各施設では新人看護師が速やかに臨床に適應できるよう様々な研修体制を設けている。その一環として、プリセプターシップを導入している施設は多い。プリセプ

ターシップとは、1人の新人プリセプティブ（学習者）に対して、1人の先輩プリセプター（指導者、実践のエキスパート）がマンツーマンでつき、臨床教育を担当するオン・ザ・ジョブ・トレーニングをいい<sup>6)</sup>、プリセプターは新人看護師の身近な先輩として様々な相談を担っている。しかしながら、新人看護師は恒常的な業務を遂行するだけでも手一杯な状況にあるため、マニュアル以外のことが生じると直ちに混乱に陥る現状が明らかになっている<sup>7)</sup>。このような新人看護師が、自分自身を冷静に振り返ることは難しいと言える。藤内ら<sup>8)</sup>は卒後の継続教育を、「効果的に行うには新人看護師の実践能力の実態を客観的事実として解明し、そこから教育的アプローチを検討する必要がある」と述べている。そこで、現実に新人看護師がどのような困難を抱えているかを客観的事実として理解する必要がある。

井部ら<sup>9)</sup>は、看護管理者が認知している新人看護師の臨床実践能力の現状を明らかにした。それによると、新人看護師はマニュアル通りでないという臨床実践能力の未熟さを挙げている。しかし、新人看護師が臨床判断を困難にする具体的な状況までは明らかになっていない。

以上のことから、新人看護師が抱える臨床判断の困難を具体的に明らかにすることは、新人看護師が混乱に陥ることなく多重課題へ速やかに対応できるための教育プログラム作成やプリセプターシップの効果을上げることの一助となると考えた。そこで本研究では、新人看護師が抱える臨床判断の困難について、一番身近な存在であるプリセプターが捉えた事実から明らかにすることを目的とした。

## 用語の定義

1. 臨床判断：患者のデータ、臨床的な知識及び状況に関する情報が考慮され、直観的な過程および認知的な熟考によって患者ケアについて決定を下すこと<sup>10)</sup>。

2. 新人看護師：看護基礎教育を終了し、初めて医療機関に就職した看護師とする。

3. プリセプター：新人看護師が速やかに職場と看護業務に適應できるように、一定期間、個別的・継続的にサポートする先輩看護師とする。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究とした。

### 2. 対象者

北陸地方A総合病院において平成20年度にプリセプターを担った看護師とした。研究への参加依頼は、A総合病院看護部から紹介を受けたのち、研究者らによって実施した。

### 3. データ収集方法

質問内容は、ベナー<sup>11)</sup>による「重要な臨床体験を記録するためのガイドライン」を参考に「あなたは、新人看護師が患者への看護を実践する上でどのような場面で判断に困ったり、悩んだりしていると感じましたか」について、研究参加者が可能な限り詳細かつ自由に記載してもらうために自由記述法による留置調査を実施した。なお、臨床経験年数とプリセプター経験回数を任意で記載してもらった。

### 4. 調査期間

平成21年5月から6月

### 5. 分析方法

分析に関しては質的記述的分析法<sup>12)</sup>を用いた。回収した質問紙すべてを繰り返し読み込み、研究の問いに対応した意味単位の文章を素データとした。素データをコード化、分類し、カテゴリー化した。最後に各カテゴリー間の関係性を検討し、構造化した。

### 6. 倫理的配慮

対象者には研究の目的、方法を口頭と文書によって説明を行った。研究への参加は本人の自由意思であること、研究参加の有無でその後不利益は被らないこと、質問紙への記載内容のうち所属と氏名は任意であること、記述された内容に関してはプライバシーが守られること、研究成果は研究目的以外には使用されないことについて説明した。そして、説明を受けた後新たに生じる質問を想定し、研究者らの連絡先を伝え、いつでも質問に答える準備があることを説明した。

記述した質問紙の投函をもって研究参加の同意とした。なお、本研究はA病院看護部の承認を得て実施した。

### 7. 研究の厳密性

分析結果が真実であることの信用性を確保するため、確実性については回答者25名のうち、質問紙に氏名の記載があった7名からメンバーチェックを受けた。チェックを受けるメンバーに分析過程と研究結果を示し、7名全員から妥当であるとの返答を得た。また、データの解釈に偏見や歪みを来さないために、研究メンバー間で何度もディ

スカッションしつつ意味を確定した。さらに、分析については質的研究に精通した研究者からスーパーバイズを受けた。

## 結 果

### 1. 研究参加者の概要

25名から回答を得ることができた。回答者の臨床経験年数は、3～5年が18名(72.0%)、6～10年が4名(16.0%)、11年以上が3名(12.0%)だった。プリセプター経験回数は、1回が15名(60.0%)、2回が5名(20.0%)、3回が5名(20.0%)であった。

### 2. プリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難

25名の回答者の記述内容から質問の問いに対応した意味単位を24個抽出して素データとした。素データを抽出化し、コードとした。24個のコードを分類し、カテゴリー化した結果、プリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難には、【病態アセスメント能力の未熟さ】、【変化する症状への対応困難】、【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】、【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】、【多重課題への対応能力の弱さ】、【説明責任能力の不足】、【思考や判断への志向の弱さ】、【新人看護師のキャパシティを超えた業務への配置】の8個のカテゴリーが抽出された(表1)。

以降、カテゴリーは【】で、コードは〈〉で表記し、素データは「」で表した。

#### 1) 【病態アセスメント能力の未熟さ】

このカテゴリーは、2個のコードによって構成された。

素データ「新人看護師は、その患者がいつ疼痛が増強し、どんな時に疼痛緩和が優先されるべき時か、また一日のリズムを判断できずにいました」は〈患者の病状予測ができない〉とコード化した。素データ「状態がおちつかない患者を受け持つことになった日、カンファレンスの前に『状態を把握できなかったので見れません』と泣かれた。どこがわからなかったのか尋ねると『全部わかりません』と返事が返ってきた」は〈病状が不安定な患者のアセスメントが困難〉とコード化した。

#### 2) 【変化する症状への対応困難】

このカテゴリーは、4個のコードによって構成された。

素データ「例えば口腔ケア、食事介助など先輩看護師によってアセスメントや方法が違うため混乱していた」は〈患者に合わせたケア方法の選択

困難〉とコード化した。素データ「夜勤明けの朝の検温時、ある患者の空腹時血糖値が低値であった。その患者に関しては、医師からの低血糖時の指示が出ていなかった。新人看護師と一緒に夜勤をしていた先輩に相談の上、主治医に連絡した。

〔…略…〕他の患者からのナースコールにも追われて結局、低血糖発覚から1時間経過し、ようやくブドウ糖を投与することができた」は〈患者の症状に応じた速やかな対処行動ができない〉とコード化した。素データ「入院してすぐに気管内挿管した患者とのコミュニケーションに戸惑っていたと思います」は〈気管内挿管した患者とのコミュニケーション困難〉とコード化した。素データ「予定を立てるとその通りにしか行えず、患者の訴えや状態変化に対応できなかった」は〈患者の症状に応じた行動選択ができない〉とコード化した。

#### 3) 【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】

このカテゴリーは、3個のコードによって構成された。

素データ「患者に起きる症状や業務に慌てて、何回も投薬を間違えていた」は〈患者の症状に応じた薬物投与方法が判断できない〉とコード化した。素データ「血圧高値時(に頓服を服用させる)指示はあったが、(どの時点で)頓服を使用するか判断もできず、他の看護師に相談するわけでもなく、対処していなかった。指示はあるが、どの程度まで様子を見てよいのかわからず、そのうちに業務に追われて忘れてしまったのではないか」は〈症状にあわせた薬物投与方法の対応困難〉とコード化した。素データ「朝の申し送りの時に(頓服薬について)このように使っていこうとカンファレンスをしていましたが、〔…略…〕他の先輩看護師に聞いたりしてから患者にもう一度説明やいつ頃の方が良いのかと答えるといった対応をしていました」は〈薬物投与のタイミングの判断困難〉とコード化した。

#### 4) 【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】

このカテゴリーは、2個のコードによって構成された。

素データ「輸液ポンプと手動用(点滴ルート)の違いが分からずに、手動用のルートを輸液ポンプにセットしていましたが、院内研修と病棟でオリエンテーションを2度も行いましたが間違えてしまいました」は〈点滴ルートの説明を何度受けても輸液ポンプ用と手動用の区別がつかない〉と

表1 「プリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難」の分析過程

No	素データ	コード	カテゴリー
1	新人看護師は、その患者がいつ疼痛が増強し、どんな時に疼痛緩和が優先されるべき時か、また一日のリズムを判断できずにいました。	患者の病状予測ができない	病態アセスメント能力の未熟さ
2	状態がおちつかない患者を受け持つことになった日、カンファレンスの前に「状態を把握できなかつたので見れません」と泣かれた。どこがわからなかつたのか尋ねると「全部わかりません」と返事が返ってきた。	病状が不安定な患者のアセスメントが困難	
3	例えば口腔ケア、食事介助など先輩看護師によってアセスメントや方法が違うため混乱していた。	患者に合わせたケア方法の選択困難	変化する症状への対応困難
4	夜勤明けの朝の検温時、ある患者の空腹時血糖値が低値であった。その患者に関しては、医師からの低血糖時の指示が出ていなかった。新人看護師と一緒に夜勤をしていた先輩に相談の上、主治医に連絡した。しかし、血糖コントロールについては内分泌科医の指示で行っているため指示を仰ぐよう促されたため、指示確認に時間がかかった。しかも処方されたブドウ糖の内服は病棟ストックがなく、薬剤部まで取りに行く必要があった。他の患者からのナースコールにも追われて結局、低血糖発覚から1時間経過し、ようやくブドウ糖を投与することができた。	患者の症状に応じた速やかな対処行動ができない	
5	入院してすぐに気管内挿管した患者とのコミュニケーションに戸惑っていたと思います。	気管内挿管した患者とのコミュニケーション困難	
6	予定を立てるとその通りにしか行えず、患者の訴えや状態変化に対応できなかった。	患者の症状に応じた行動選択ができない	
7	患者に起きる症状や業務に慌てて、何回も投薬を間違えていた。	患者の症状に応じた薬物投与方法が判断できない	患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難
8	血圧高値時(に頓服を服用させる)指示はあったが、(どの時点で)頓服を使用するか判断もできず、他の看護師に相談するわけでもなく、対処していなかった。指示はあるが、どの程度まで様子を見てよいかかわからず、そのうちに業務に追われて忘れてしまったのではないか。	症状にあわせた薬物投与方法の対応困難	
9	朝の申し送りの時(頓服薬について)このように使っていこうとカンファレンスをしていましたが、実際に患者から「今、鎮痛剤を飲んででもいいか」と聞かれるが、その患者は飲み始めてからどれくらいで作用するのか、また、タイミングが分からず他の先輩看護師に聞いたりしてから患者にもう一度説明やいつ頃の方が良いのかと答えるといった対応をしていました。	薬物投与のタイミングの判断困難	
10	輸液ポンプと手動用(点滴ルート)の違いが分からずに、手動用のルートを輸液ポンプにセットしていましたが、院内研修と病棟でオリエンテーションを2度も行いましたが間違えてしまいました。	点滴ルートの説明を何度受けても輸液ポンプ用と手動用の区別がつかない	看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い
11	日勤帯でケアを拒否する患者に対してどうしていいか困っていた。ベッド上臥床している患者で、毎日「イヤイヤ」とケアを断るのが口癖だが、ケア後は「良かった、ありがとう」と言う。患者の同意を得られないが、ケアしない訳にはいかないという風に困っているようだった。	ケアに拒否的な患者に有効なケアを見つけ出すことができない	

No	素データ	コード	カテゴリー
12	新人看護師をサポートするために二人一組で夜勤をしていた時、ナースコールが複数同時になった。新人看護師は、誰から対応すればよいのか戸惑っていた。	同時に鳴り出した複数のナースコールに対して優先順位の判断困難	多重課題への対応能力の弱さ
13	長日勤帯や朝方の多忙時は多くの業務に追われているのと、いくつかの患者の異常や訴えが重なったりすることが多くあるため、どれからどう対処してよいか戸惑っているように感じるがよくある。	少人数スタッフ体制時における複数患者の異常への対応困難	
14	患者と1対1で関わるという場面より複数の患者を受け持つ、優先順位をつけて働くということに悩んでいることが多かったです。実際食事の時間帯など慌しく動いていましたし、本人からも「優先順位をつけて動くことが難しい」という声を聞きました。	複数患者を受け持つ時のケアの優先順位が決定できない	
15	同じケアでも、「〇さん（別の看護師）はこうだった」と患者より指摘されて困っていた。	ケア方法の相違を指摘された時、即座に説明する内容を判断できない	説明責任能力の不足
16	患者が自分の判断で「この薬は飲みたくない」と拒否した時に、どう説得したらいいのか困っていた。（その患者は）頑固で言い出すと聞かない性格だったので、（新人看護師は）どう対応していいのかわからないようだった。	服薬拒否の患者に説明する内容を組み立てられない	
17	女性に尿道カテーテルを挿入したが、尿の流出がなく患者が「トイレに行ったところ」というので一旦固定して尿の流出を待った。尿の流出はなく違和感を訴えられ、カテーテルを抜去して再挿入をした。この時、膣に入れてしまったため、患者にどのように説明と謝罪をしたらよいか困っていた。	誤った手技で患者に侵襲を与えた時の謝罪方法の迷い	
18	自分のことを患者に指摘されたり文句を言われたりすると、真っ白になって対応できないみたいだ。	自己の看護行為に対する患者の苦情への対応困難	
19	患児のバイタルサインを測る時に、（患児に）大泣きされて正確な値を測れず、何度もベッドサイドへ行き、母親から「何か変なのですか、異常があるのですか」と質問されたが返事に困り、何も言わずに帰って来てしまった。	患児へのケア時母親への理由説明の戸惑い	
20	白黒はっきりしたことしか行動できず、状況がかわると自分で判断できず同じような質問を繰り返していた。	明確な判断基準がないと判断できない	思考や判断への志向の弱さ
21	患者のバイタルサインに異常があった時（発熱や血圧の変動など）や、嘔気、腹痛の訴えがあり、対処が必要だと思っはいるが、（医師からの）具体的な指示が無い時に困っていると思うことがよくあった。	患者から状態変化の訴えがあった時医師の指示なしでは行動ができない	
22	バイタル測定で（患児が）泣いていると、（患児が）落ち着いた時や寝ている時に出直して測定しても良いものかどうか判断できない。	バイタルサインの測定時刻を患者の状況に応じて前後にずらすことができない	
23	日勤帯でIVH回路交換やガーゼ交換の人数が多く、仕事をこなせていない状況。その間にもケアやナースコールの対応、時間毎の投薬など手一杯で困っている表情。業務量が多く、新人看護師がこなせる範囲を越えている。	新人看護師の能力を超える業務量が課せられ対応できない	新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置
24	長日勤帯で患者の静脈ラインの接続が外れ、床が血だらけになっている場面。患者の状態把握がすぐに出来ず、どうしてよいか分からず困っていた。	同僚の支援を得られない状況下で緊急事態が生じ、対応できない	

コード化した。素データ「日勤帯でケアを拒否する患者に対してどうしていいか困っていた。〔…略…〕患者の同意を得られないが、ケアしない訳にはいかないという風に困っているようだった」は〈ケアに拒否的な患者に有効なケアを見つけ出すことができない〉とコード化した。

#### 5) 【多重課題への対応能力の弱さ】

このカテゴリーは、3個のコードによって構成された。

素データ「新人看護師をサポートするために二人一組で夜勤をしていた時、ナースコールが複数同時になった。新人看護師は、誰から対応すればよいのか戸惑っていた」は〈同時に鳴り出した複数のナースコールに対して優先順位の判断困難〉とコード化した。素データ「長日勤帯や朝方の多忙時は多くの業務に追われているのと、いくつかの患者の異常や訴えが重なったりすることが多くあるため、どれからどう対処してよいか戸惑っているように感じるがよくある」は〈少人数スタッフ体制時における複数患者の異常への対応困難〉とコード化した。素データ「患者と1対1で関わるという場面より複数の患者を受け持つ、優先順位をつけて働くということに悩んでいることが多かったです。〔…略…〕本人からも『優先順位をつけて動くことが難しい』という声を聞きました」は〈複数患者を受け持つ時のケアの優先順位が決定できない〉とコード化した。

#### 6) 【説明責任能力の不足】

このカテゴリーは、5個のコードによって構成された。

素データ「同じケアでも、『〇さん(別の看護師)はこうだった』と患者より指摘されて困っていた」は〈ケア方法の相違を指摘された時、即座に説明する内容を判断できない〉とコード化した。素データ「患者が自分の判断で『この薬は飲みたくない』と拒否した時に、どう説得したらいいのか困っていた。(その患者は)頑固で言い出すと聞かない性格だったので、(新人看護師は)どう対応していいのかわからないようだった」は〈服薬拒否の患者に説明する内容を組み立てられない〉とコード化した。素データ「女性に尿道カテーテルを挿入したが、〔…略…〕尿の流出はなく違和感を訴えられ、カテーテルを抜去して再挿入をした。この時、膣に入れてしまったため、患者にどのように説明と謝罪をしたらよいか困っていた」は〈誤った手技で患者に侵襲を与えた時の患者への謝罪方法の迷い〉とコード化した。素データ「自分の

ことを患者に指摘されたり文句を言われたりすると、真っ白になって対応できないみたいだ」は〈自己の看護行為に対する患者の苦情への対応困難〉とコード化した。素データ「患児のバイタルサインを測る時に、(患児に)大泣きされて正確な値を測れず、何度もベッドサイドへ行き、母親から『何か変なのですか、異常があるのですか』と質問されたが返事に困り、何も言わずに帰ってきてしまった」は〈患児へのケア時母親への理由説明の戸惑い〉とコード化した。

#### 7) 【思考や判断への志向の弱さ】

このカテゴリーは、3個のコードによって構成された。

素データ「白黒ははっきりしたことしか行動できず、状況がかわると自分で判断できず同じような質問を繰り返していた」は〈明確な判断基準がないと判断できない〉とコード化した。素データ「患者のバイタルサインに異常があった時(発熱や血圧の変動など)や、嘔気、腹痛の訴えがあり、対処が必要だと思っはいるが、(医師からの)具体的な指示が無い時に困っていると思うことがよくあった」は〈患者から状態変化の訴えがあった時医師の指示なしでは行動ができない〉とコード化した。素データ「バイタル測定で(患児が)泣いていると、(患児が)落ち着いた時や寝ている時に直して測定しても良いものかどうか判断できない」は〈バイタルサインの測定時刻を患者の状況に応じて前後にずらすことができない〉とコード化した。

#### 8) 【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】

このカテゴリーは、2個のコードによって構成された。

素データ「日勤帯でIVH回路交換やガーゼ交換の人数が多く、仕事をこなせていない状況。その間にもケアやナースコールの対応、時間毎の投薬など手一杯で困っている表情。業務量が多く、新人看護師がこなせる範囲を越えている」は〈新人看護師の能力を超える業務量が課せられ対応できない〉とコード化した。素データ「長日勤帯で患者の静脈ラインの接続が外れ、床が血だらけになっている場面。患者の状態把握がすぐに来ず、どうしてよいか分からず困っていた」は〈同僚の支援を得られない状況下で緊急事態が生じ、対応できない〉とコード化した。

#### 3. カテゴリー間の関係性(図1)

8個のカテゴリーを平面上に並べ、各カテゴリー

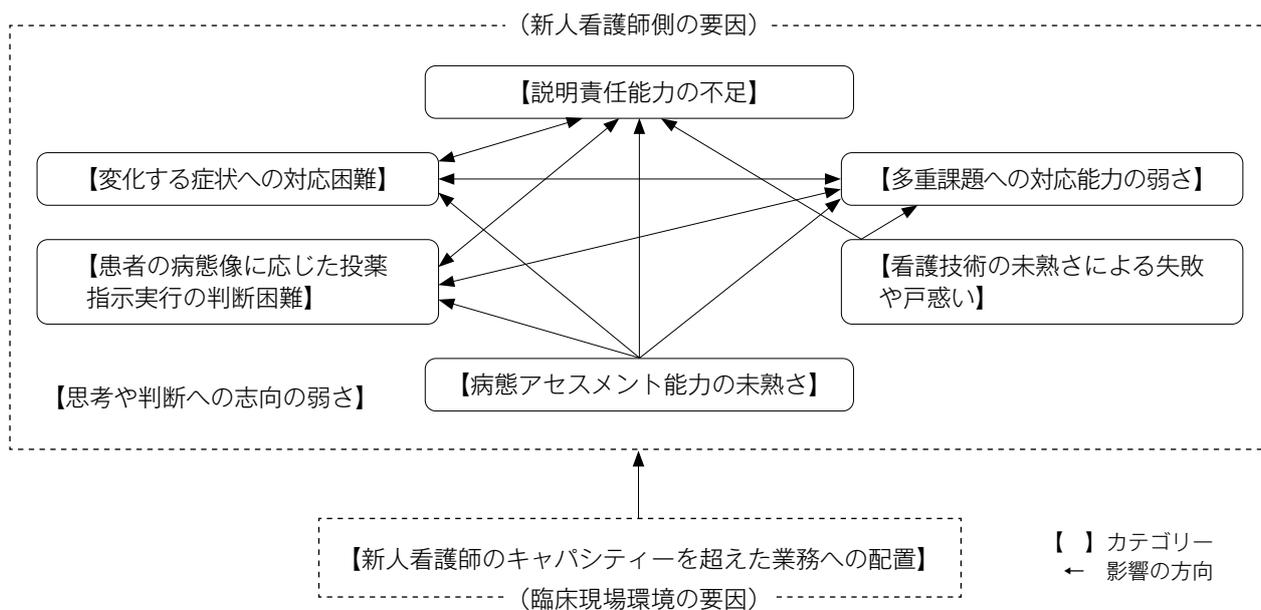


図1 「プリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難」の構造

間の関係性を検討し、構造化を行った。新人看護師は、【病態アセスメント能力の未熟さ】のため、患者の【変化する症状への対応困難】、【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】を来し個別性に応じた患者ケアを行えないでいた。また同時に、【病態アセスメント能力の未熟さ】は、多様で複雑な患者ケアにおいて優先順位を決定しながら行動する【多重課題への対応能力の弱さ】と、その根拠を患者に対して説明する【説明責任能力の不足】にも影響していた。そして、【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】のため、新人看護師の【多重課題への対応能力の弱さ】、【説明責任能力の不足】を来していた。これらすべての根底には【思考や判断への志向の弱さ】があった。以上のことは新人看護師側の要因であった。

その一方で、プリセプターは、〈新人看護師の能力を超える業務量が課せられ対応できない〉や〈同僚の支援を得られない状況下で緊急事態が生じ、対応できない〉と捉え、【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】として臨床現場環境側の要因を理解していた。そして【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】は、新人看護師の7つのカテゴリー全体に悪影響を及ぼしていると考えられた。

## 考 察

本研究の結果から、新人看護師の臨床判断を困難にする要因が明らかとなった。そこで、解決策を見出すためにカテゴリー毎に考察する。その上

で、カテゴリー間の関係性から新人看護師への教育方法について考察する。

1. 新人看護師の臨床判断を困難にしている要因

1) 【病態アセスメント能力の未熟さ】

【病態アセスメント能力の未熟さ】は、「新人看護師は、その患者がいつ疼痛が増強し、どんな時に疼痛緩和が優先されるべき時か、また一日のリズムを判断できずにいました」が示すように、新人看護師は患者の疾病に関する病理・病態像の理解力不足とアセスメントの不十分さから、患者の疼痛がどのようなメカニズムによって出現しているのか、どれくらいの間隔で起こっているのかを理解できず、具体的な患者ケアを判断できず戸惑っていることが推察できる。従って、新人看護師はプリセプターの支援を受けながら、自分が受け持つ患者一人ひとりの病理・病態像、薬理、治療方針等を含めた知識を学習すること、患者の変化に即応できるよう綿密なアセスメントを行う習慣をつける努力が求められるだろう。

2) 【変化する症状への対応困難】

【変化する症状への対応困難】は、〈気管内挿管した患者とのコミュニケーション困難〉や「夜勤明けの朝の検温時、ある患者の空腹時血糖値が低値であった〔…略…〕」が示すように、新人看護師は患者に生じている症状の変化に応じた看護実践に困難を抱えている現状が推察できる。看護師には基本的な病理・病態像を理解した上で、日常的变化や進行・増悪した場合を予測しながら

行動することが求められる。このことについても前項と同様に一人ひとりの病理・病態像を理解し、起こり得る変化を想定しながら対応する訓練を積むことが大切であろう。

### 3) 【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】

【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】は、「血圧高値時（に頓服を服用させる）指示はあったが、（どの時点で）頓服を使用するか判断もできず、〔…略…〕」が示すように、新人看護師は、目の前の患者の症状に対し医師からの投薬指示を実行して良いのかどうかの判断が困難であると推察できる。薬物療法は、患者にとって病気回復と症状緩和のため大切な治療法であり、看護師には治療によって最大効果を引き出すための援助と同時に副作用への早期対応が求められる。しかし、新人看護師は薬理作用の機序や薬物動態の基礎知識が不十分であるため、判断できないと考えられる。このことについても前述したように患者の一人ひとりの綿密なアセスメントをし、一人ひとりの薬物療法の適用方法を事前学習し、日々の患者の変化に対応できるよう準備しておくことが大切である。

### 4) 【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】

【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】は〈ケアに拒否的な患者に有効なケアを見つけ出すことができない〉が示すように、新人看護師は個々の看護技術が未熟であることや駆使できる技術も乏しいため患者の前で器械操作ができなかったり、ケアを拒否する患者に出会ったりするとどう対処して良いか途方に暮れる。井部らの調査でも新人看護師の看護技術の未熟さが指摘されているが、「10か月の臨床経験で治療・処置に伴う看護技術は〔…略…〕一通りできるまでに成長する」<sup>9)</sup>と評価している。しかし、看護師に求められる日常生活援助技術や診療の補助技術は典型的な基本技術ではなく応用がほとんどである。たとえ同じ種類の看護技術であっても、適応する患者によって臨機応変な対応が求められる。そのため、新人看護師への指導は一人ひとりを丁寧にアセスメントさせ、起こり得る事態を予測させること、必要な技術は事前にマスターさせることなどが必要である。

### 5) 【多重課題への対応能力の弱さ】

【多重課題への対応能力の弱さ】は、〈同時に鳴り出した複数のナースコールに対して優先順位の判断困難〉が示すように、新人看護師は状況判

断、自分の行動を決定していく能力が未熟である。ベナーは、自分の看護実践を捉え始める一人前レベルで、ようやく臨床での不測の事態に対応し、管理する能力が持て、それ以前のレベルでは患者に生じる重要な状況はほとんど理解できないと述べている<sup>11)</sup>。また、森はベテラン看護師（臨床経験5年以上の看護師）になると1つの状況に対していくつもの推論のもと対応できると述べている<sup>13)</sup>。つまり、臨床経験1年未満の新人看護師では、多重課題へ即応は困難であるといえる。新人看護師が、優先順位を決定して効率的な看護活動が行えるようになるには、現実に即した多様で複雑な患者や状況を設定し、シミュレーションする演習の機会を作ることが効果的だろう。

### 6) 【説明責任能力の不足】

【説明責任能力の不足】は、「同じケアでも、『〇さん（別の看護師）はこうだった』と患者より指摘されて困っていた」が示すように、新人看護師は、自分の看護実践の根拠を説明する方法に戸惑う現状が伺える。また、本研究結果から何も説明しないまま患者の傍から立ち去る姿も見受けられた。これらの原因には、病理・病態像の理解力不足とアセスメントの不十分から患者ケアの目的も十分理解できていないことが推測される。そのため、新人看護師は患者ケアの目的や内容を十分理解をしてからベッドサイドに向かうことが大切である。そして、プリセプターはその内容を事前に確認することが効果的であると考えられる。

### 7) 【思考や判断への志向の弱さ】

【思考や判断への志向の弱さ】は、〈患者から状態変化の訴えがあった時医師の指示なしでは行動ができない〉が示すように、新人看護師の思考・判断能力の未熟さが推測できる。新人看護師は、自分の判断のもとで決定していくというよりも医師の指示や看護マニュアルを頼りに行動している現状があった。特に〈バイタルサインの測定時刻を患者の状況に応じて前後にずらすことができない〉は、看護行為を決まりきった日常の仕事と捉える傾向にあり、その目的を十分に把握できていないことも伺えた。黒田は、「看護師には患者の身になって必死に理解しようと努力することが必要であり、その上で集められた情報から解釈、判断、推理・推論を（するという）論理的な思考過程を踏みながら行うことが大切である」<sup>14)</sup>と述べている。この思考過程が看護展開の最初のステップであり看護実践の基盤である。そのため、新人看護師にとって、思考・判断能力の未熟さは最も

重要な課題であると言える。

8) 【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】

【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】は「日勤帯でIVH回路交換、〔…略…〕業務量が多く、新人看護師がこなせる範囲を越えている」が示すように、新人看護師がどれだけ努力しても対応しきれない業務の量と質であることをプリセプターは認めており、新人看護師を取り巻く臨床現場環境にも問題のあることが明らかとなった。この部分の指摘は、井部ら<sup>9)</sup>の調査にはなかった。つまり、プリセプターは、新人看護師の良き理解者であると同時に看護実践者として同じ体験を共有しているから言えることではないかと考えられる。

2. 各カテゴリー間の関係性からみえてきたもの — 新人看護師教育への示唆 —

【変化する症状への対応困難】、【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】、【多重課題への対応能力の弱さ】、【説明責任能力の不足】は、新人看護師の主として病理・病態像や薬物に関する知識の不足による【病態アセスメントの能力の未熟さ】に起因するものと思われる。そのため、新人看護師は看護師としての基本的な知識と一人ひとりの患者への応用力を地道に学習し身につけるしかないであろう。そして、プリセプターは、新人看護師が着実に応用力を習得しているかを適宜確認していくことが必要である。

【変化する症状への対応困難】は、【多重課題への対応能力の弱さ】と【説明責任能力の不足】のそれぞれと互いに作用していると思われる。同時に、【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】も、【多重課題への対応能力の弱さ】と【説明責任能力の不足】のそれぞれと互いに作用していると思われる。これらのことから、病理・病態像の理解力やアセスメント能力を習得すること、現実に即した多様で複雑な患者や状況を設定したシミュレーションを繰り返し行うことが必要であると考えられる。このことによって説明責任能力も育成されると考える。

【多重課題への対応能力の弱さ】、【説明責任能力の不足】は、【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】に起因するものと思われる。そのため、新人看護師は、先の学習の他に【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】についても科学的根拠と先輩看護師の実践を観察しつつ、身に付けることが大切であろう。その事が【多重課題への対応能

力の弱さ】と【説明責任能力の不足】を克服する堅実な努力といえる。

上述の持続的な努力が、新人看護師の思考力や判断力を強化し、【思考や判断への志向の弱さ】の克服につながるだろう。

また、新人看護師のいる臨床現場環境の調整に責任ある者は、新人看護師がパニックに陥らずに1つ1つの課題に取り組めるようプリセプターの支援の継続、【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】になる要因を極力少なくする努力が必要であるといえる。

### 3. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、調査施設が1施設であり、調査方法として自由記述によるデータ収集方法をとったためデータ産出が十分とは言えなかった。したがって、今後は半構成的面接によるデータ収集が必要であると考えられる。また、新人看護師とそのプリセプターを対応させて調査を行うことが実態をより鮮明に浮き上がらせることになると思われる。そして、新人看護師の現状を具体的に把握し、施設に応じた教育プログラムを開発していく必要がある。

### まとめ

本研究はプリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難を明らかにすることを目的とし、以下の結果を得た。

1. プリセプターからみた新人看護師が抱える臨床判断の困難には、新人看護師側の要因として【病態アセスメント能力の未熟さ】、【変化する症状への対応困難】、【患者の病態像に応じた投薬指示実行の判断困難】、【看護技術の未熟さによる失敗や戸惑い】、【多重課題への対応能力の弱さ】、【説明責任能力の不足】、【思考や判断への志向の弱さ】の7項目があった。

2. 臨床現場環境側の要因として【新人看護師のキャパシティーを超えた業務への配置】があった。

3. 新人看護師の【思考や判断への志向の弱さ】の克服には、病理・病態像の理解力やアセスメント能力を習得すること、現実に即した多様で複雑な患者や状況を設定したシミュレーションを繰り返し行うことが必要であると示唆された。

### 謝 辞

本研究にあたり、ご協力を賜りましたA総合病院看護部のプリセプターの方々、とりわけ研究結

果を丁寧に読みご意見を下さったプリセプターの方々に深く御礼申し上げます。本研究は、平成21年度金沢医科大学奨励研究の助成（S2009-11）を受け行ったものである。

## 文 献

- 1) 藤内美保, 宮腰由紀子: 看護師の臨床判断に関する文献的研究 臨床判断の要素および熟練度の特徴, 日本職業・災害医学会, 53(4), 213-219, 2008
- 2) 荒木厚子, 吉田知美, 八木美波: 伊勢泉離職率0下での自己評価による新人の看護技術到達度調査 1年~2年目への教育課題, 日本看護学会論文集 看護教育, 41, 14-17, 2011
- 3) 平塚陽子, 中島春香, 永田暢子, 他: 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), 13-21, 2009
- 4) 小野寺洋子, 奥野孝子, 米田かつら, 他: 新人看護師が臨床現場で困った看護行為の実態内容分析から看護基礎教育の検討, 日本看護学会論文集 看護教育, 38, 264-266, 2008
- 5) 厚生労働省: 新人看護職員ガイドライン, [オンライン, [www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1225-24a.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1225-24a.pdf)], 厚生労働省, 7. 12. 2012
- 6) 和田攻, 南裕子, 山峰光博編集: 看護大事典 (第2版), 医学書院, 2010
- 7) 平山恵美子, 北村佳子, 高田昌美, 他: 新人看護師が体験する臨床判断をすることの困難性, 看護実践学会会誌, 23(1), 57-65, 2011
- 8) 藤内美保, 宮腰由紀子, 安藤和代: 新人看護師の臨床判断プロセスの概念化 健康歴聴取場面におけるケア決定までの判断, 日本看護研究学会雑誌, 29-37, 2008
- 9) 井部俊子, 飯田裕子, 今井恵, 他: 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, 平成10年度厚生省科学研究補助金 (医療技術評価総合研究事業) 研究報告書, 1998
- 10) Sheila A Corcoran: 看護におけるClinical Judgementの基本概念, 看護研究, 23(4), 医学書院, 1990
- 11) Patricia Benner: 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子, 他訳, ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ (第1版), 東京, 医学書院, 2006
- 12) グレグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江: よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして, 医歯薬出版株式会社, 2010
- 13) 森啓子: 臨床経験とクリティカルシンキングとの関連についての一考察, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 27, 230-235, 2002
- 14) 黒田裕子: 事例で学ぶ看護過程実践マスター, 日総研, 1998