看護実践学会誌　Journal of Society of Nursing Practice, Vol.23, No. 1 , pp.57～65, 2011

研 究 報 告

新人看護師が体験する臨床判断をすることの困難性

The difficulties in clinical judgment that newcomer nurses experienced

平山　恵美子[1)]，北村　佳子[1)]，高田　昌美[2)]
橋爪　馨代[2)]，馬場　直美[2)]

Emiko Hirayama[1)] , Yoshiko Kitamura[1)] , Masami Takada[2)]
Kayo Hashizume[2)] , Naomi Baba[2)]

[1)] 金沢医科大学看護学部，[2)] 金沢医科大学病院

[1)] Department of Nursing, Kanazawa Medical University
[2)] Kanazawa Medical University Hospital

キーワード
新人看護師，臨床判断，困難性，看護実践，質的研究

はじめに

近年、わが国においては新人看護師のリアリティショックや離職の問題がクローズアップされている。その原因の一つとして、新人看護師の臨床実践能力と現場で求められる臨床実践能力のギャップの大きさが指摘されている[1)]。そのため、臨床現場の多くは新人看護師の臨床実践能力育成に向け多大な労力を注ぎ教育訓練を行っている。

北陸地域のＡ病院においては、従来からプリセプター制度を取り入れ、新人看護師の技術習得を目的とした集合教育に年間73時間（都内医療施設院内集合教育時間の平均時間＝24.9時間[1)]）をかけ取り組んでいる。さらに、2007年度より「１年次看護過程・事例検討会」を開催し、看護診断リスト・計画・実施を含んだケースレポートをもとにグループワークを通して看護の振り返りを行っている。しかし、新人看護師からは臨床実践能力に関して「判断に自信がない」、「判断できない、わからない」などの声が多く挙がっていた。研究者らは、この新人看護師の反応に疑問を持った。新人看護師へ教育プログラムを提供する前に、彼らが看護を遂行していく上でどのような臨床判断の困難性を体験しているのかを彼らの立場から先ずは理解する必要がある。それは、新人看護師への適切な教育・支援のために不可欠であると考える。

2005年～2010年間の医学中央雑誌において「新人看護師」をkey wordsに検索したところ3031件がヒットした。多くは、新人看護師の育成・プリセプター制度や看護技術、医療事故、ストレスなどに関する報告であった。その中で、臨床判断に関する研究は４件のみであった。そのうち、文献的研究が１件[2)]、新人看護師の看護実践の特徴に関するもの１件[3)]、思考構造の概念化が２件[4、5)]であった。新人看護師の体験から臨床判断をすることの困難性に焦点を当てた研究は見当たらなかった。

そこで本研究は、どのようなことが新人看護師の臨床判断をすることの困難性となっているのか、彼らの体験から明らかにすることを目的とした。本研究の結果は、新人看護師への適切な教育・支援の示唆を得ることに繋がると考える。

用語の操作的定義

本研究で用いる用語は以下のように定義する。

臨床判断：Corcoranの定義により「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、認知的な熟考および直観的な過程によって患者ケアについて決定を下すこと」[6]とした。

新人看護師：本研究においては「看護基礎教育終了後、病院へ就職し病棟勤務した１年以内の看護師」と定義した。

研究方法

１．研究参加者

平成19年４月にＡ病院に就職し、かつ、平成20年１月実施の院内研修会（卒後10か月目）に参加した新人看護師57名（女性55名、男性２名）のうち、本研究の承諾が得られた29名（全員女性、回収率51％）。

２．調査期間

平成20年１月から３月

３．データ収集方法

記述的調査法（集団型宿題調査）を用いた。質問内容は、ベナーによる「重要な臨床体験を記録するためのガイドライン」[7]を参考に、研究者らが作成した体験談記載用紙（あなたが、看護の実践において色々と判断に困ったり悩んだり、また提供した後もそれで良かったのか疑問を感じたり、割り切れない思いを抱いたりしたことを一つ取り上げ、誰かに話したり物語りを書くようにご自由に記載して下さい）を使用し、実際新人看護師が臨床判断をすることの困難性とはどのような体験なのかを自由に記載してもらった。記載後、期日までに看護部に設置する投入箱に添付の封筒に入れて投函してもらった。

４．分析方法

分析は、質的研究手法[8－11]を用いた。データを分析するにあたっては、信頼性と妥当性を高めるために研究者全員が合意に達するまで検討を重ねた。分析の流れは以下の通りである。

１）研究者ら５名で、質問紙より研究テーマである「新人看護師が体験する臨床判断をすることの困難性」に関連する文脈を抽出した。この時、前後の文脈の流れや新人看護師の体験全体と関連付けながら、抽出された１つの文脈を１つのデータとした。

２）次にデータの意味を解釈し、他のデータとの関連性を見ながら意味が類似しているものを集めコード化を行った。また、データが複数集まらなければそのデータは有効でないと判断した。

３）さらに、生成された複数のコード間の関連性を吟味しつつ、データに立ち返りながら包括的にまとめ、カテゴリーを生成した。

４）生成されたカテゴリーと他のカテゴリーやコードとの関係を個々のカテゴリー毎に検討し、名称の修正変更を行った後、結果の図式化を行った。

５）これらの分析プロセスの中で現象の抽象化を進め、どのようなことが新人看護師の臨床判断をすることの困難性となっているのか明らかにしていった。

５．倫理的配慮

調査依頼に際して、Ａ病院看護部長に研究の主旨を説明し承諾を得た。対象者には研究の主旨および調査内容に関しては、プライバシーが守られること、研究の参加不参加は自由であること、承諾の後も中断が可能であること、結果は研究目的以外には使用されないことなどを口頭及び文章で説明した。なお、看護部に設置する投入箱への投函によって研究参加の同意とした。

結　　果

分析の結果、本研究のテーマに関係する５個のカテゴリーと16個のコードが生成された（表１）。以下に、ストーリーラインと結果の図式（図１）を提示する。カテゴリーは【　】、コードは＜　＞で示す。

ストーリーライン

新人看護師が臨床判断をすることの困難性には、平常時であっても手一杯な状況であるということが根底にあった。新人看護師にとっての平常時とは平日の日勤帯の通常業務を指しており、それを彼らはきわめて困難だが時間をかけたり努力したりした結果、なんとかマニュアルに沿ってこなしていた。新人看護師は、＜忙しい時間帯の無理な要望＞、＜手薄な状況下での患者の急変＞が起こると、直ちに手一杯な状況から【多忙】となり、他のことができない状態となるため、【焦り】と同時に思考・判断の困難に陥っていた。そしてまた、【想定外の困難な出来事】、【対応に苦慮する患者】の存在も、マニュアルに沿って何とか看護を実践している新人看護師にとっては、対応の手がかりを見出すことができないため、進まない業務と【焦り】を生み出し、思考・判断の困難へとつながっていた。一方、患者のニーズ・希望などの対応や患者の苦痛緩和に関しては注意を向

表1　「新人看護師が体験する臨床判断をすることの困難性」のカテゴリー、コード一覧

カテゴリー	コード
多忙	忙しい時間帯の無理な要望 手薄な状況下での患者の急変
焦り	頻回な訴えで進まない業務 頻回な訴えや業務に追われて生じる焦り
対応に苦慮する患者	複雑な病態のある患者 理不尽な反応を示す患者 苦渋な思いの中にいる患者 自分を上回る知識や技量を持つ患者 ケアを拒否する患者 看護師を攻撃する患者
想定外の困難な出来事	現場を見ていない苦情への対応 自分の判断と病棟の規則とのずれ 性的行為を迫る患者の存在
決められない優先順位	患者への対応か多忙な業務の遂行かの選択の苦慮 生命の危険性と患者の苦痛緩和とのジレンマ 治療上の必要性と患者の苦痛緩和とのずれ

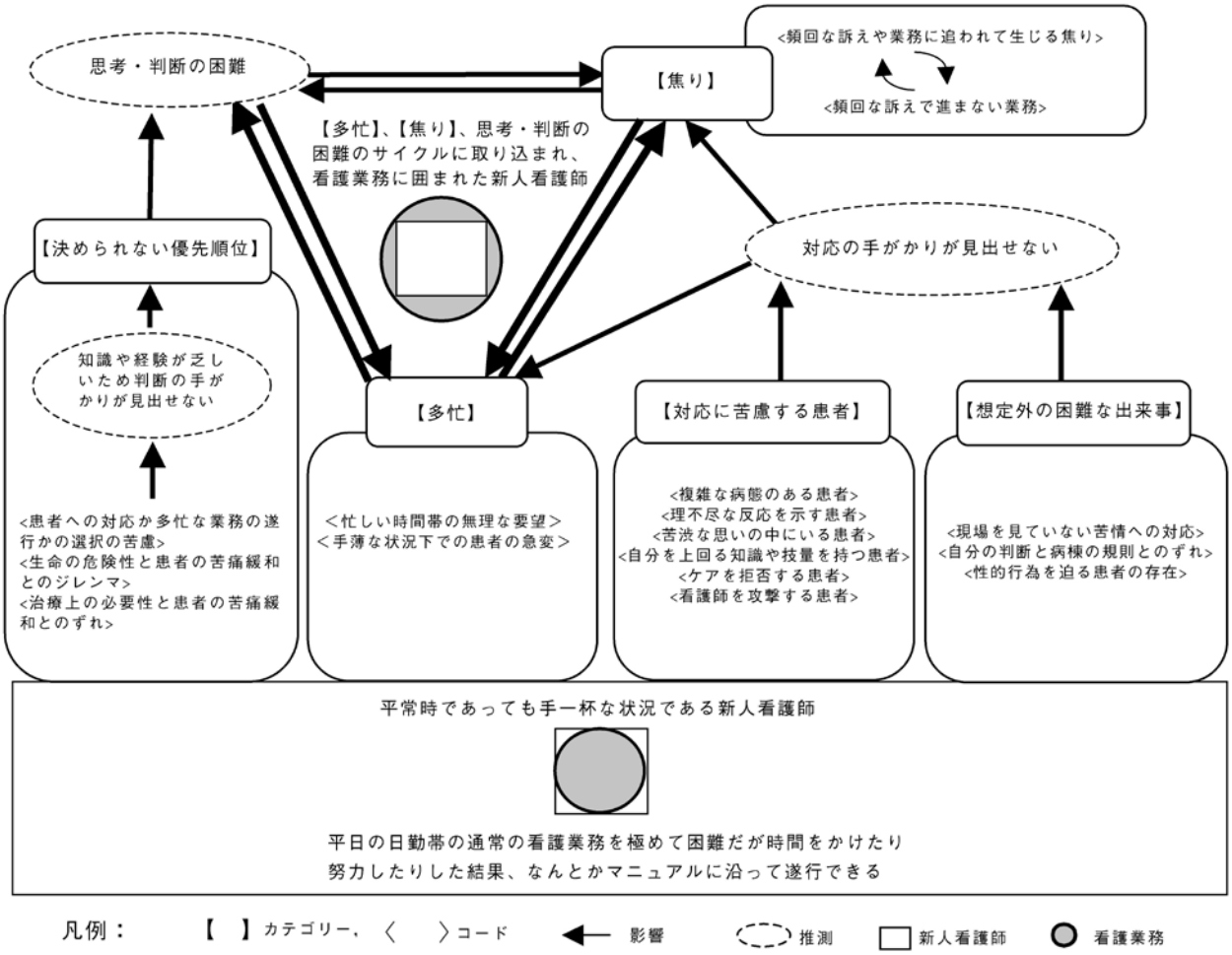

図１　結果の図式「新人看護師が体験する臨床判断をすることの困難性」

け、なんとか対応したいと努力をしていた。しかし、知識や経験が乏しいためにどちらを優先したらよいのか、その手がかりが見出せず【決められない優先順位】という葛藤を抱え、思考・判断の困難から、【焦り】、【多忙】へと連鎖していた。

新人看護師が臨床判断をすることの困難性には平常時であっても手一杯な状況であるということが根底にあるため、【多忙】、【焦り】、【決められない優先順位】のいずれかを体験すると思考・判断の困難を招き、それがまた【多忙】、【焦り】につながるというサイクルに取り込まれ、看護業務に囲まれる状況になっていた。新人看護師は、この状況自体を自らの臨床判断をすることの困難性と捉えていた。

以下、カテゴリー毎にコードと記述を提示しながら説明する。記載用紙に記述された言葉は、「*斜体文字*」で示す。なお、記述内容はなるべくそのままの形で挿入したが分かりにくい箇所は、(　)の中に言葉を補い、・・・は中略、また紙面の関係で直接関係のないと考えられる箇所は省いた。

各カテゴリーの説明

1．【多忙】

定義：自分がしなければならない仕事が沢山あるために他の事が出来ない。

【多忙】のコードは、＜忙しい時間帯の無理な要望＞と＜手薄な状況下での患者の急変＞であった。

＜忙しい時間帯の無理な要望＞では、新人看護師は夜間帯や早朝、休日の日勤帯をそれだけで忙しいと捉えていた。そのような忙しい時に、患者から不安を訴えられたり、特に緊急性の高くない身の回りの世話を頻回に要求されたりすると、新人看護師は他のことができなくなり、業務の滞りへとつながっていた。そして次第に時間に追われ、【焦り】、気がせいて落ち着きを失うと感じていた。ある新人看護師は、「*・・・・夜勤業務の朝の忙しい時間帯、シーツを伸ばして欲しい、枕を動かしてほしいといった、それほど優先度の高くない依頼を何度もされる患者さんがいた*」と記述していた。別の新人看護師は「*(人数配置が少ない時間帯に)病室に行くが、気がせいて(戸口で、)また来ます、安心してください、と声はかけるが、なかなか病室へは入れなかった*」と記述していた。

＜手薄な状況下での患者の急変＞では、「*日曜日の日勤に出勤した時、数人の患者さんが同じ時間帯に急変した*」という記述があった。平日に比べてスタッフ数が少ない、休日の日勤帯に患者の急変が生じるとそれに対応を余儀なくされるため、＜忙しい時間帯の無理な要望＞と同様に、新人看護師は他のことができなくなり、業務の滞りへとつながっていた。

つまり、新人看護師にとっての平常時とは、平日の日勤帯の通常業務のみを指していることが伺える。

2．【焦り】

定義：しなければならない沢山の業務が思い通りに運ばず、落ち着きを失う。

【焦り】のコードは、＜頻回な訴えで進まない業務＞と＜頻回な訴えや業務に追われて生じる焦り＞であった。

新人看護師は忙しい時間帯に頻回なナースコールがあると、自身に責任分担されていた業務が進まず、また業務に追われると自分自身の気持ちに余裕がなくなり患者の訴えをじっくり聞くことができないなど落ち着いて考えたり行動したりすることができなくなるという悪循環を認知していた。

＜頻回な訴えで進まない業務＞では、新人看護師は頻回な訴えにその都度対応しているため、業務が時間通りに進まないという現実的な悩みを抱えていた。たとえば、「*1人にしないでという患者の訴えを聞き、そばに付き添っていたが自分の仕事をしなければいけないため、席を外した*」や「*ウ－ゴ君をつけると意図的にひもを引っ張り、何度もナースコールを鳴らし、そのたびに訪室していたので、その他の業務が遅れていってとても困まった*」という記述があった。

一方、＜頻回な訴えや業務に追われて生じる焦り＞では、「*業務に追われると(自分に)余裕がなくなり、患者の話が聞けなくなってしまい患者の訴えもじっくり聞くことができなかった*」と記述されていた。

3．【対応に苦慮する患者】

定義：どのように対応したらよいかわからず、考え悩み、思い煩う患者の存在。

このカテゴリーは、病気そのものに関する事柄やケアを拒否する患者、看護師を攻撃する患者、苦渋の中にいる患者など最も多岐に渡っており40記述であった。多くの新人看護師は対応に苦慮する患者の存在自体が臨床判断をすることの困難性と捉えていた。この特徴に示されたコードは、＜複雑な病態のある患者＞、＜理不尽な反応を示す患者＞、＜苦渋な思いの中にいる患者＞、＜自

分を上回る知識や技量を持つ患者＞、＜ケアを拒否する患者＞、＜看護師を攻撃する患者＞であった。

＜複雑な病態のある患者＞では、主に患者の身体面に注目が集まっており、ケアや処置を講じても症状が改善しない患者への対応に苦慮していた。たとえば「*夜勤帯のときに痛みを訴えてくる患者がいて鎮静剤などを使用し、疼痛コントロールを行った。しかし、痛みの訴えは続き（自分は）どうすることもできなかった*」と記述していた。また、医学的知識が狭いため「*脳梗塞で左上下肢不全麻痺の患者さん*」の存在自体が臨床判断をすることの困難性と捉えていた。

＜理不尽な反応を示す患者＞では、患者―看護師関係に焦点が当たっており、新人看護師は主に患者の言葉のみに反応し、全体的状況の把握には至っていなかった。たとえば「*（鎮痛剤を使用しても痛みを訴える）患者にも夜間であるため静かにするよう説明するも理解してもらえなかった*」や「*（洗髪不可の）必要性を本人に説明し、理解されているが、なお訴えてくる患者に対し判断に困った*」と記述されていた。

＜苦渋な思いの中にいる患者＞では、新人看護師は患者の立場に身を置く姿勢から以下のように記述していた。「*（脳梗塞で左上下肢不全麻痺の）患者さんが歯を食いしばりながら、左手を叩いている姿を見て、どんな言葉かけをしたらいいのか分からなかった*」、「*運動性失語もあり、うまく思っていることを伝えられず、イライラしていることが多かった*」と記述していた。

＜自分を上回る知識や技量を持つ患者＞では、新人看護師は、自分自身の能力の不十分さを実感させられていた。ある看護師は、「*母親が付添っている小児を受け持った。その母は、元看護師でした。・・・*」と記述しており、家族に元医療従事者がいることだけで気おくれしている様子が伺えた。また、別の看護師は、「*教科書に載っていないことを聞かれるので、とてもびっくりして怖いと思った*」と記述していた。

＜ケアを拒否する患者＞では、「*転倒の危険があるので、ナースコール指導や夜間ウーゴ君の使用を進めるが、ナースコールは押すことなく、また体動コールも強く拒否された*」や「*ある夜勤の日、患者はトイレへ行った際、転んでしまい、頭部は打たなかったが、膝、腕をぶつけた。その際も、『いい！いい！』と怒鳴るなどあり、なかなか看護師の手を借りたくないという様子で拒否が強かった*」と記述されていた。新人看護師は必要なケアへの理解を示さない患者に対して、自己の立場を守る意味からも何としてでもケアを受け入れてもらわねばと思い働きかけている様子が伺われた。

＜看護師を攻撃する患者＞では、＜理不尽な反応を示す患者＞と同様、患者―看護師関係に焦点が当たっていた。新人看護師は、患者が看護師に怒りをぶつけてくる理由が把握できずどのように対応すればよいかわからないと感じていた。たとえば、ある看護師は「*ある患者は、身体的苦痛がある時はもちろんのこと、普段の何気ない会話でもいつも（どのナースに対しても）攻撃的に話す。身体的に気になることがあれば、その状態を聞くと怒る。症状を医師に伝えろと（言って）怒る。医師に伝えても毎日毎日同じことでナースを怒る*」や「*入院期間が長くなるほど、患者のストレスもたまり、ナースと話している時にナースが間食について注意したり、内服確認を行うと『うるさい』や『そんなん自分でできる』などと怒り口調で訴えてくる*」という記述がみられた。

４．【想定外の困難な出来事】

定義：自分がこれまでどう対処するか考えたり決めたりするにあたって基としてきたマニュアルや経験が全く機能せず、思いもつかない出来事に直面する。

【想定外の困難な出来事】のコードは、＜現場を見ていない苦情への対応＞、＜自分の判断と病棟の規則とのずれ＞、＜性的行為を迫る患者の存在＞であった。

＜現場を見ていない苦情への対応＞では、たとえば「*患者Bさんが多目的トイレから出てきた。入れかわりに患者Aさんと一緒に多目的トイレに入ると喫煙臭がした。患者Aさんに『この間も煙草の匂いがしたよ。入院中にそんなことしていいの？』と言われ・・・清掃業者からは『ゴミ箱に吸殻があったんだけど、どうなっているの？』と言われた。患者Ｂさんは禁煙外来を自己判断で中断している。・・・（チームに）報告する必要があるが、逆にチームのメンバー内で患者Ｂさんに対する意識、対応が変わってしまうのではないかと思った。吸殻がごみ箱に入っていることに対して、患者Ｂさんではないかもしれないのに、その人を疑ってしまう自分が駄目だと思った*」という記述があった。新人看護師は、苦情に対して適切に対処することを期待されていることは感じていたが状況下の手掛かりから推論できないため、判

断のよりどころが見いだせず、引け目を感じながらもチームに報告するという行動にとどまっていることが伺われる。

＜自分の判断と病棟の規則とのずれ＞では、新人看護師にとって容易に判断できたと思ったことですら病棟の決まりごとなどで否定され、自分が患者のためにと考えた判断よりも病棟の決まりごとの方が優先され、規則と異なる行為を通すことは簡単ではないと感じていた。たとえば「・・・*私は、（患児の）母親に対し（患児と）一緒に入浴することをＯＫした。しかし、その後・・・・（他のナースから一緒に入らないように）注意されたとの報告があり、私が勝手に判断してしまったために、母親にいやな思いをさせてしまったと思った*」という記述がみられた。

＜性的行為を迫る患者の存在＞では、例えば「*夜間に患者から腕をつかまれ、キスを迫られたこと。（そのような行為は）やめるよう説明し、注意した*」と記述されていた。新人看護師は、患者の世話をすることは看護師の仕事であり患者も同じ思いでいると思っていた。しかし、仕事として評価されず性的なことを要求されたことは心外であり、悲しかったと感じていた。

５．【決められない優先順位】

定義：両方同時に成立しない事柄のどちらを選ぶべきか悩むがどちらも選択できず、また何が先で何が後にくるかという順位も決められない。

【決められない優先順位】のコードは、＜患者への対応か多忙な業務の遂行かの選択の苦慮＞、＜生命の危険性と患者の苦痛緩和とのジレンマ＞、＜治療上の必要性と患者の苦痛緩和とのずれ＞であった。

＜患者への対応か多忙な業務の遂行かの選択の苦慮＞では、新人看護師は、二者択一的な観点のため選択に苦慮し、加えて業務にも追われているため優先順位のつけ方がわからないと感じていた。ある看護師は「*患者さんのことも心配だし、でも自分のやらなければならない仕事もたくさんあるため、そのことが葛藤していた。・・・*」と記述していた。別の新人看護師は、「*採血、排泄介助など他の業務で追われていて、その患者さんのナースコールにすぐ対応せず、後々行っていた。しかし、もしかしたら急変という可能性がないわけではないだろうし、自分の対応はよくなかったと思う。優先順位のつけ方が分からないことが多くあります*」と記述していた。

＜生命の危険性と患者の苦痛緩和とのジレンマ＞、＜治療上の必要性と患者の苦痛緩和とのずれ＞では、＜患者への対応か多忙な業務の遂行かの選択の苦慮＞と同様に、新人看護師は二者択一的な観点のためどちらも選択できない状況に陥っていた。

＜生命の危険性と患者の苦痛緩和とのジレンマ＞では、「・・*（24時間モニター心電図）電極の位置もはりかえていたが、皮膚に発赤があり、患者は痒みのため外してほしいと言った。突然死のリスクを考えたならば、外せないことは予測できたが（患者の苦痛を考慮し、主治医の許可を得、モニター心電図を外した。）患者からは『何人もの看護師に言ってきたが、あんたが初めてなんとかしてくれた』と言われた。しかし、私は（外した後）疾患の特徴から突然死が一番怖いし、24hEKGがなくなるということは、突然死の発見が遅れるのではないかと思った*」という記述がみられた。ここからは、患者が苦痛を感じていることに思いを傾けながらも生命の危険性を危惧している新人看護師の姿が伺われる。

それに対し、＜治療上の必要性と患者の苦痛緩和とのずれ＞では、新人看護師は、たとえ患者の苦痛を伴う治療であってもそれがその患者にとって必要な治療であるということを意識している。意識しながらも患者が苦痛を感じていることに思いを傾けている新人看護師の様子が見られる。たとえば「*私は患者（ラシックス、ソルダクトンやアルブミンを使用し腹水管理をしている）に『おしっこたくさん出て大変ですけどまたお薬入れていきますね』と説明した。患者は毎日頻回に排尿するが腹水のため、歩行困難であり、ずっとうんざりした顔をしていた。そして、『どうせ俺がこう言ってもするげんろ？患者より医者の言うことを優先すれんろ』と言われた。患者に利尿剤の必要性と効果が現れてきていることを説明するが、『それはわかっとる。でもひどいんや』と言われ、私は患者が排尿の機会ごとに大変な思いをしていたことはわかっていたが、治療の効果と主治医の指示にばかり気をとられていたためそれは仕方がないと思っていた*」という記述がみられた。

考　　察

１．臨床判断の困難性を抱える新人看護師の理解

本研究の結果からは、平常時の通常業務であっても、手一杯な状況の中にいる新人看護師の姿が見えてきた。参加者の一人は、「*人数配置が少な*

い時間帯に病室に行くが、気がせいて戸口で『また来ます。安心してください』と声はかけるが、なかなか病室へは入れなかった」と記述しており、患者を気に掛けながらも、ゆとりがないため、業務を滞りなく遂行することを最優先にせざるを得ない状況が伺える。つまり、新人看護師にとって平常時での業務は忙しいことが前提になっており、そのため、平常時にマニュアルに無いことが何か１つでも発生すると途端に【多忙】になり【焦り】、思考・判断の困難という悪循環に陥っていた。このことは、経験豊富な看護師が捉える平常時とは異なると考える。経験豊富な看護師にとって平常時とは、日常的であり慣れていることを含んでいるが、本研究の参加者らは平常時とは手一杯な状況を指しており、両者間での捉えの異なりが見てとれる。

新人看護師の臨床判断の特徴として、藤内らは「医学的知識の範囲が狭い、意味ある手がかりに気付かない、看護行為の選択肢が一つ、一部分を見て判断する」[2)]と報告している。確かに本研究の新人看護師も、「・・*(24時間モニター心電図)電極の位置もはりかえていたが、皮膚に発赤があり、患者は痒みのため外してほしいと言った。突然死のリスクを考えたならば、外せないことは予測できたが（患者の苦痛を考慮し、主治医の許可を得、モニター心電図を外した。）患者からは『何人もの看護師に言ってきたが、あんたが初めてなんとかしてくれた』と言われた。しかし、私は（外した後）疾患の特徴から突然死が一番怖いし、24hEKGがなくなるということは、突然死の発見が遅れるのではないかと思った*」など患者のケアに対する知識や経験が乏しいため優先順位が決められないという葛藤を抱えていた。しかし、本研究の参加者らの臨床判断の重要な特徴は、“問題となる事象”そのものではなく、“それ以前の問題”として新人看護師自身の置かれている状況に関係している。ある参加者は「*(人数配置が少ない時間帯に）病室に行くが、気がせいて（戸口で､）また来ます、安心してください、と声はかけるが、なかなか病室へは入れなかった*」と記述していた。つまり、臨床判断そのものの困難性というより、臨床判断を行うことへの困難性であるといえる。

参加者らが平常時でも手一杯な状況の中にある理由の一つには、複数の患者を同時に受け持たなくてはならない事だと考える。看護基礎教育の場では、条件の整った環境下で一人の患者を受け持ち、看護を展開するという学習を行ってきた。臨床現場では軽傷の人であっても複数の人を同時に看護していくため、新人看護師にとっては初めての経験でもあり大きな負担となる。そのため、通常業務に少しでも負荷がかかると、途端に「*１人にしないでという患者の訴えを聞き、そばに付き添っていたが自分の仕事をしなければいけないため、席を外した*」や「*ウ－ゴ君をつけると意図的にひもを引っ張り、何度もナースコールを鳴らし、そのたびに訪室していたので、その他の業務が遅れていってとても困まった*」という声に繋がっているのではないだろうか。以上のことから、看護管理者、看護指導者、プリセプター、スタッフナース全員が、新人看護師の置かれている状況を彼らの身になり理解に努めることが大切であると考える。

２．新人看護師への教育の方向性

ベナーは「看護管理者の新人看護師に対する評価は常に行動を共にするスタッフナースよりも低い」と指摘しており、「看護管理者は、意図的に新人看護師を肯定的に捉える必要があり、そのことが、新人看護師の成功につながる」[14)]と述べている。つまり、新人看護師の教育の方向として、各部署の管理者は、彼らの不十分さばかりに目を向けるのではなく、一人一人の良さに着目し、支援していくことが必要である。このことが、彼らに落ち着きと自信を与え、【多忙】、【焦り】、思考・判断の困難というサイクルに留まる時間を短くすることにつながると考える。

次に、前述した新人看護師への関わり方を基盤とした具体的な教育内容について検討する。新人看護師は状況に応じて柔軟に対応することが難しいと言われている[12､13)]。そのため、新人看護師の教育を行う場合、まずガイドラインに沿ってケアを実施できるか否かを見極めることが必要である。次に、ガイドラインに示されていない状況であっても対応することができるような訓練を取り入れることが求められる。現任教育では理論を使ってうまく現象を説明することがキャリアを証明するものとして捉えられがちであるが、それは実践能力とイコールにはならない[14､15)]。また、本研究の参加者からは、「*患者さんのことも心配だし、でも自分のやらなければならない仕事もたくさんあるため葛藤する*」や「*優先順位の付け方がわからないことが多々ある*」という声が多く聞かれた。新人看護師の臨床実践能力を育成するための具体的な方法としては、上記の場合、プリセプ

ターが新人看護師に状況の局面を指摘し、特徴的な局面に基づいて優先順位の決め方を指導していくことがあげられる[16]。しかしこの場合には、プリセプターは、状況の主要点を自分と同じように新人看護師は察知できないということを忘れてはいけない。また、新人看護師ができるだけ経験豊富な看護師と一緒に患者のケアを行うことは看護技術上のことだけでなく、新人看護師にとって良いモデルを示すことになりうる。体験から得られた経験的知識は直観的判断の基礎となる。そのためにも経験豊富な中堅レベル以上の看護師への実践的知識を体現化する教育は必須である。

結　論

1．分析の結果、新人看護師が体験する臨床判断をすることの困難性に関係するカテゴリーとして、【多忙】、【焦り】、【対応に苦慮する患者】、【想定外の困難な出来事】、【決められない優先順位】が生成された。

2．新人看護師の臨床判断をすることの困難性には、平常時であっても手一杯な状況であるということが根底にあった。新人看護師にとっての平常時とは、平日の日勤帯の通常業務を指しており、それを彼らはきわめて困難だが時間をかけたり努力したりした結果、なんとかマニュアルに沿ってこなしている状況であった。

3．平常時でも手一杯な新人看護師が＜忙しい時間帯の無理な要望＞、＜手薄な状況下での患者の急変＞が一つでも起こると、直ちに手一杯な状況から【多忙】という状況になった。

4．新人看護師は、【多忙】、【焦り】、【決められない優先順位】のいずれかを体験すると思考・判断の困難を招き、それがまた【多忙】、【焦り】に派生していた。また、【対応に苦慮する患者】、【想定外の困難な出来事】に直面すると対応の手がかりが見いだせないため【多忙】、【焦り】に派生していた。そして、【多忙】、【焦り】、思考・判断の困難のサイクルに取り込まれ、看護業務に囲まれていた。新人看護師は、この状況自体を自らの臨床判断をすることの困難性と捉えていた。

謝　辞

本調査に協力してくださったA病院看護部の皆さまに心より感謝申し上げます。なお、本研究の一部を第35回日本看護研究学会学術集会にて発表した。

文　献

1）井部俊子，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，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
2）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，日本職業・災害医学会会誌，53（4），213－219，2005
3）西田朋子：看護系大学卒業直後の新卒看護師が行う看護実践　臨床判断および医療チームでの看護実践に焦点をあてて，日本看護学教育学会誌，16（2），1－12，2006
4）藤内美保，宮腰由紀子，安東和代：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，31（5），29－37，2008
5）木村美恵：看護の臨床判断における「クリティカルシンキング」の概念とその構造，神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究収録，33，201－208，2008
6）Sheila A. Corcoran：看護におけるClinical Judgementの基本概念，看護研究，23（4），4－5，1990
7）Patricia Benner：付録 重要な臨床体験を記録するためのガイドライン，井部俊子訳，ベナー 看護論 新訳版 初心者から達人へ，医学書院，257－259，2005
8）木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践，弘文堂，144－208，2003
9）Anselm Strauss，juliet Corbin：操華子，森岡崇訳，Basics of Qualitative Research　質的研究の基礎　グラウンデッドセオリーの技法と手順（第2版），医学書院，91－126，2004
10）山本則子，萱間真美，太田喜久子，他：グラウンデッドセオリー法を用いた看護研究のプロセス，弘光堂，60－78，2002
11）Immy Holloway，Stephanie Wheeler：野口美和子監訳，Qualitative Research for Nurses　ナースのための質的研究入門　研究方法から論文作成まで（第1版），医学書院，56－75，2004
12）Patricia Benner：照林社編集部編，エキスパートナースになるためのキャリア開発 Pベナー博士のナラティブ法とエラー防止，照林社，11，2003
13）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
14）上泉和子：プリセプターシップ，日本看護学教育学会誌，７（３），87－92，1997
15）上泉和子：新人オリエンテーションとしてのプリセプターシップ再考，看護管理，８（７），530－535，1998
16）鈴木まち子，加瀬イツ：柔軟な対応で効果を生む，看護管理，８（７），510－515，1998