

【資料】

集中治療室へ異動した看護師の困難と課題に関する文献検討

A Literature Review of the Difficulties and Problems of Nurses Who Were Transferred to the Intensive Care Unit

東尾 智美

Tomomi Higashio

キーワード：ICU看護師，異動者，困難

Key Words：Intensive Care Unit nurses, transferred, difficult

I. はじめに

国は、高齢社会の到来により、患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療と介護の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築に取り組んでいる。厚生労働省は、高度急性期病床の再編をさらに後押しするため、病床の機能分化・連携の成果を踏まえた推計をもとに、2018年第三期医療費適正化計画を策定、2018年度以降「2025年度の各病棟の機能」について病床機能報告制度を義務化し、医療機能の選択にあたっての考え方についてマニュアルを公表した。「特定入院料と医療機能の内容例」など、より具体的に高度急性期病院の役割を明確化し、病棟ごとの実態を報告するよう求めてきている。

とくに特定機能病院が提供する高度医療の内容について、より適正化を図ることで、病院の専門分化や病棟再編が進むことが予測され、高度急性期病院の役割として、中央診療部門である集中治療室（以下、ICU）などに急性期治療の場が集約される可能性は大きい。その結果、特定の機能をもつ集中治療部門への看護師の異動も増加すると考える。

看護師の異動について、加藤他（2001）は、「病院内での配置交替は看護職員を適所に配置し、看

護チームの活性化を図るためなどの目的で行われており、看護管理上重要な事柄である」と述べており、看護管理上重要課題とされている。五十嵐（2015）が実施した全国の250床以上の病院を対象に配置転換の目的と支援の実態を調査した研究では、配置転換の目的は、「ジェネラリストとしての成長」74.5%，次いで「欠員補充」72.3%，「職場不適応」57.4%，「本人の希望」および「実践能力の平均化」が51.1%であった。また、中井他（2014）は、救命救急センターの看護師について、「配置転換を希望していなかった看護師や救急看護にやりがいを感じていない看護師の身体的、精神的側面の疲労は、職場改善の必要があると認められるくらいに高かった」と報告している。このように、希望しない異動に関しては精神的疲労が高いとされている。さらに、人員確保を目的に異動した看護師の場合、希望による異動ではないうえ、短期間での能力発揮が期待されている面もある。そのため、病床再編・増床等へ対応した人員確保を目的とした人員配置や、特定入院料病床の施設基準を遵守するための配置のような組織的な異動に関しては、いかに、効果的に行うかが求められている。

日本集中治療医学会も24時間体制の看護配置だ

けでは集中治療の効果は不十分で、呼吸や循環についての生理学的な知識とそれに基づいた臓器不全を発症した患者の看護に精通した看護師が必要であると述べており、平成30年度の診療報酬改定では特定集中治療室管理料の見直しにおいて専門性の高い看護師の配置の要件が設置されるなど、高度な臨床判断能力と看護スキルが求められている。

Benner (2006) は、「高いレベルの技能を持つ看護師でも自分の知らない領域、または状況におかれれば初心者のレベルに分類されることがありうる」と述べており、中堅看護師が、ICUという特殊な環境に異動した場合、期待される高度な看護実践能力を早期に獲得するための支援対策が課題となる。日本集中治療医学会看護部会の「日本のICU看護体制の現状」調査(2011)では、約3分の1の施設が、ICUへの新卒看護師の配属はなく、異動による配属であった。また、山本(2007)は、250床以上の二次、三次救急の30施設中17施設のICUを対象としたICU看護師が抱く看護実践に対する困難さに関する研究でICU経験1年目の63%は臨床経験5年目以上の看護師であったことから、異動でICUへ異動となった看護師へのサポートを今後の検討課題としていた。日本集中治療医学会看護部会(2011)では、異動した看護師は多様な背景をもっているため、新卒者のような統一された教育プログラムを適用することは不適切であり、心理面も含めた指導・支援体制について、個別的な対応が必要であるとも言われている。

特定機能病院などの超急性期病院において、ICUで働く看護師の役割は広まる一方であり、優秀な看護師を育てるための教育システムの確立は喫緊の課題である。しかしながら、異動した看護師への教育的支援に関しては、新人教育のような教育的支援は見当たらない。ICUへの異動看護師に対する教育的支援を検討するために、ICUへの異動者に関するこれまでの研究について文献検討を行い、異動した看護師が困難を感じている内容や適応過程と時期から今後の課題を整理した。

II. 目的

本研究の目的は、わが国のICUへの異動看護師に対する教育支援を検討するために、文献検討によりICUに異動した看護師の困難を感じている内容や適応過程と時期から今後の課題を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究対象

文献検索は、『医学中央雑誌』を用い、会議録は除外した。[ICU][看護師][異動][配置転換]の4つのkey wordでは、該当する文献が得られなかったため、[ICU]と[看護師]、[異動]と[看護師]、[配置転換]と[看護師]の3パターンから、開始年は設定せず2019年6月までに公表された文献を検索した。

[ICU]と[看護師]から抽出された文献は3,022件で、NICUや解説/特集、特定の知識や技術、治療や業務改善、患者家族のケア、看護学生や基礎教育に関する研究を省いた文献が103件であった。そのうちタイトル、要旨から検討した結果、異動に関する文献は10件であった。

次に[異動]と[看護師]から抽出された文献は354件、[配置転換]と[看護師]から抽出された文献は208件、3パターンから抽出された文献のうち重複文献164件を省くと398件であった。解説/特集を除き、昇格人事や人事考課、再就職、患者の移動や地域連携に関する文献など、看護師の施設内の異動以外の文献は対象外とし、93件が抽出された。そのうちタイトル、要旨から、キャリアに関するもの、ストレスと特定の項目との分析や、ICU以外の異動に関するもの、対象が異動者以外の支援に関するものを除外し11件の文献を分析対象とした。

2. 分析方法

対象文献を熟読し、文献ごとに「発行年」「研究方法とデータ収集方法」「研究対象と対象者の概要」「異動者の困難と感じている事」「ICUに適応できたと感じる時期」「課題」についてマトリックス表を作成して整理した。なお、「異動者の困難と感じている事」については、「異動前の思い」「異動直後の思い」「異動後(調査時)の思い」を抽出した。文献により

配置転換, 異動, 配置交替との表現があるが, いずれも一病院内の異動を指しており, 同義語として扱った。

IV. 結果

1. 研究の動向と研究方法

発表の年度は, 2000年1件, 2005年2件, 2011年から2013年までが各1件, 2015年3件, 2016年2件で推移していた。2017年以降はICU異動者対象の文献がみられなかった(表1)。

研究対象施設は, 11件中10件が1施設, 3施設を対象とした文献が1件のみであった。対象者数は, 3名から9名が1件ずつ, 10名が3件であった。10名以上を対象とした文献は12名が1件であった。

研究方法としては, 面接によりデータを収集後, 逐語録を作成しカテゴリー化した研究が8件であった。質問紙調査は佐々木(2015), 上原(2015)の2件あったが, 記述内容の分析であった。佐々木(2015)は, 「どのような不安があったか, 指導者の関わり方はどうであったか, ケアが適切かどうかの確認は行えたか, 即戦力として期待されることはどのように感じるか」の4項目の質問について自由記載された結果をカテゴリー化し分析した研究であった。上原(2015)は, 畑中他(2005)の困難と感じている11項目について「はい」「いいえ」の2択から選択し, その理由を自由記載で回答し回収, 単純集計と記述内容をKJ法で分析した研究であった。

その他は, 指導方法(小グループ制導入)に関する独自の質問紙調査および, 異動時と6か月後の知識技術の達成度を後ろ向きに比較検討した文献が1件(北島他, 2012)であった(表1)。

異動後の年数は, 対象条件に年数の設定がない文献が2件で, 1年以内を対象としている文献が4件, 1年半以内が1件, 2年以内が1件, 3年以内が1件, 5年以内が1件であった。対象条件に下限がある文献が1件(大谷他, 2013), ストレスをどう乗り越えたか適応過程のプロセスを調査しており, 4年以上を対象としていた。

看護師の臨床経験年数は, 守谷他(2016)は卒

後5年目以下の異動看護師を対象としており, 平均2.3年が1件であった。その他の文献は, 臨床経験年数の平均5年から10年の文献が6件, 13.1年が1件, 臨床経験年数の記載がない文献が3件であった。

2. 異動した看護師の困難と課題

1) 異動した看護師の困難

文中の〈 〉は対象者の語りの内容を示す。

対象文献11件の研究目的は, ICUへの異動者のストレス, 適応過程, 困難を明らかにすることなどさまざまであった。困難と感じているカテゴリーとしては, 「知識や技術」「判断」「急変・緊急時の対処や患者・家族の対応への戸惑い」「経験年数の重圧」等であった。

そのうち, 知識, 技術, 判断について困難を感じている内容が含まれていた文献は10件であった。知識, 技術, 判断についての具体的な内容では, 【心電図の監視やアラームの判断に関する困難】を感じていた文献は6件みられた(當房, 2000; 畑中他, 2005; 関子他, 2005; 長山他, 2011; 上原, 2015; 守谷他, 2016)。【呼吸器やME機器に関する困難】を感じた文献は6件みられた(當房, 2000; 畑中他, 2005; 関子他, 2005; 大谷他, 2013; 松本他, 2015; 佐々木他, 2015)。【多岐にわたる疾患や年齢に関する困難】は6件みられた(當房, 2000; 畑中他, 2005; 関子他, 2005; 長山他, 2011; 松本他, 2015; 上原, 2015)。【略語や申し送りが理解できない】については4件であった(當房, 2000; 長山他, 2011; 大谷他, 2013; 上原, 2015)。

知識, 技術の評価が低いと医師との関係が負担となり(當房, 2000), 少人数制の受け持ちにより, 〈状況判断が自分のフィジカルアセスメントに委ねられる〉ため, 判断など看護の専門性の発揮が求められることの負担(関子他, 2005)を上げていた。〈アラームもなんで鳴っているか考えなければいけない〉〈自分の知識に不安がある〉〈自信がない〉から【治療が中心で看護する責任が重い】【何もできない自分に自信がもてない】(守谷他, 2016) ことにより, 心理的疎外感を感じるなど, 知識や判断できないことが人間関係や不安に関与していた。

ICU技術の到達度の比較研究(1件)をした北島

表1 ICUに異動した看護師の困難や適応過程と課題に関する研究概要

No	著者 (年)	①研究方法 ②施設数 ③対象者数 ④異動後の年数 ⑤臨床経験年数	⑥困難な内容 ⑦適応過程 ⑧適応時期 ⑨課題
1	當房 (2000)	①半構成的面接 ②1施設 ③6名 ④4か月～4年 ⑤3～16年 (平均9.1年)	⑥【知識・技術】「経験が活かせない」と感じ「悔しい」「哀しい」思いをし「ショック」を受けていた。 【知識・技術】の評価が低いと【人間関係】「医師との関係」が負担になっている。 「看護をしている実感が少ない」は経験の中で培ってきた看護師像とICUでの業務との間に感じたギャップであり、看護観を反映している。 ⑦新人と違い【ハネムーン期】が存在しない。 配属前の【心理的調整をする時期】に、「仕方ない」と各自肯定しようとしており、その後の適応に影響。【ショックと拒絶の時期】を乗り越えると、理想の看護を現実の中でどう実現していくか考える【自己の看護を再構築する時期】を迎え「ICUの経験を病棟看護で活かしたい」と次の方向性を考えている。 ⑧約1年 ⑨早期に【ショックと拒絶の時期】を乗り越えることができるような現任教育の体制。キャリア開発の視点から自分自身の経験を意味付けできるような現任教育。 頻繁な異動はスペシャリストの養成を困難にするため、ICUのような高度医療、看護の専門性が重要な領域では長期的視点に立った異動が必要。
2	畑中, 他 (2005)	①半構成的面接 ②1施設 ③10名 ④8か月～2年2か月 ⑤平均5.1年	⑥「疾患が多くてわからない」「患者の状態を理解するのが難しい」「心電図が読めない」など【知識・技術】に関しては全員が困難を感じ、【急変・入室時の対応】、【医療機器の取り扱い】、【前の職場との比較】に関することが多かった。 ⑦ICUの業務が一通りできても、クリティカルケア領域での専門的知識・技術を習得して的確な判断力を身につけるまで長い時間を要する。看護実践ができるようになり「自分プラスになった」「ICUで頑張っていこう」と思えるようになっていた。 ⑧6か月、自信をもってできるのは1年以上 ⑨「今までの経験を活かせる機会が少ない」「患者との関わりが薄い」など看護の面白みが感じられにくい人もいる。異動看護師個々の経験をクリティカルケア領域での看護に生かせるようなサポートが必要。
3	図子, 他 (2005)	①半構成的面接 ②1施設 ③8名 ④3か月 ⑤不明	⑥複数科の医師との情報共有、連絡調整、判断など看護の専門性の発揮など、状況判断が自分のフィジカルアセスメントに委ねられる。呼吸器のアラームや心電図監視、多くの医師とのかわりなど人間関係より仕事の質的負担が重い。 ⑦夜勤に入ることで親密に感じる、業務の遂行意識、業務の共有ができるなど慣れてきた半面夜勤相手への負担感もあった。ICUでは新しい知識や経験が習得でき、看護に自信がつくことで学習意欲に繋がっている。 ⑧夜勤に入った頃 ⑨異動前より看護手順を渡し予備知識を提供する。 技術習得への支援、質的負担の軽減。
4	長山, 他 (2011)	①半構成的質問紙を用いた面接調査 ②3施設 ③10名 (うち8名2回実施) ④1.2.3.6か月 ⑤2～9年目 (平均5.2年)	⑥【知識・技術の獲得】【状況のアセスメント】【緊急時の対応】【経験年数による重症】2か月目以降は以前の経験が影響し困難が明確に異なる。 ⑦【状況のアセスメント】【緊急時の対応】【患者・家族の対応】【経験年数による重症】は異動後の経過時期の影響をほとんど受けない。2か月後の時期は異動前後の経験の違いが影響する困難が出現。3ヶ月の時期には、異動前後の経験の違いから個別目的な困難を示し、不明な点が具体的に表現できていた。6か月以降はほとんど困難を示さなくなる。 ⑧6か月 ⑨異動1ヶ月は、新たな知識や技術の獲得への支援が重要。2か月後は異動者自身が何を何処まで経験したか把握できる経験表を活用し自己評価できる配慮が有効。3ヶ月の時期には、未経験の処置などを把握し、実施する時声をかけることや疑問点を確認しやすい雰囲気を整えることが重要。

5	北島, 他 (2012)	①アンケート調査と後ろ向き研究 ②1施設 ③22年7名, 23年2名 ④異動時と半年後(新卒含む) ⑤不明	⑥症例数の少ない気管切開, SG-C, IABP, PCPSの管理は, 知識技術の習得が困難(達成度の変化なし) ⑦技術: 持続血液濾過透析(CHDF)の管理の向上, 気管切開, SG-C, IABP, PCPS, など経験が少ない項目は, 半年後も変化なし ⑧不明 ⑨小グループの教育支援は全体で教育視点が高まり個別の支援ができる。チェックリストと照らし合わせながら, 優先的に経験できる機会を設ける, など月毎の目標設定をし, 経験が少ない項目の知識技術の向上に生かす。
6	大谷, 他 (2013)	①半構成的面接 ②1施設 ③7名 ④4年以上(4~10年) ⑤9~22年	⑥緊急・重症度の高い患者で一般病棟とは仕組みも異なり, イメージできない「特別な場所」「期待と不安」。申し送りが理解できない, 知識技術の未熟さを感じる, 医療機器・患者家族の対応に戸惑うなどのストレスがあり新人とは異い今までの経験が何の意味もないように思え「自信の崩壊」するほどの辛さを感じている。 ⑦「特別な場所」「期待と不安」「自信の崩壊」「支えてくれたもの」「新たな自信の獲得」「看護師としての成長」の六つのプロセスが必要。一度適応できれば看護師として大きな成長・キャリアに繋がっている。 ⑧1~3年位 ⑨これまでのキャリアを認めつつ早期からサポートできるような支援体制が必要である。定期的な振り返りや未経験項目に対する支援をプログラム化すること。
7	松本, 他 (2015)	①半構成的面接 ②1施設 ③4名 ④一年半以内 ⑤6~7年	⑥環境の違いを含めICUに対し否定的意見を多く持ち不安が大きい。重症な患者に戸惑いや不安がありME機器が分からずコミュニケーションがとれづらい中患者の変化に気づかないなど精神的負担を感じている。先輩より仕事ができず必要とされていないなど否定的な思い。患者家族からの承認が得にくい, 今までの経験が活かせず自分らしい看護が提供できず不安を抱え, 自己効力感が得にくい。 ⑦「ターミナルケアの経験が活かされた」などこれまでの看護経験がICUで働く意欲に繋がり, 元々ある知識と新たな知識で自らアセスメントできることを認め, 患者の回復や家族からのお礼の言葉に, 働き甲斐を見出している。 ⑧不明, 1年半で兆し有 ⑨環境の変化に適応できる支援や学習できるような支援体制が必要。ヒューマンサービスとしての承認を得にくいため, プロフェッショナルとしての承認を感じられる支援
8	佐々木, 他 (2015)	①無記名自記式質問紙調査(記述内容の分析) ②1施設 ③15名(異動者5名, 指導者10名) ④5年以内 ⑤異動者5~21年(平均8.8年)	⑥漠然とした不安, 判断, 指導者による指導の違い(経験生や慣れ), 周囲は大丈夫というが不安 ⑦「任されることで, 期待と感じる」ようになる。実際の観察の場面や処置の場面ではそばで見守り, 確認してもらっていると, 漠然とした不安が軽減されるのではないかと。 ⑧不明 ⑨個々による不安の違いがあると認識し, 軽減するための方策を一緒に考える。観察の場面や処置の場面ではそばで見守り, 確認してもらっていると認識してもらえるように関わり質問しやすい雰囲気を作る。
9	上原 (2015)	①無記名自記式質問紙調査(記述内容の分析) ②1施設 ③12名 ④3か月~2年4か月 ⑤4年目~14年目	⑥【知識・技術】【判断】はモニタリング, 薬剤・ME機器の管理, 新生児から18歳までの発達段階, 医師への報告がストレス。【急変・入室時の対応】は思うように動けないもどかしさ, 対応できないことへのプレッシャー, 【経験年数によるプレッシャー】は一度説明した事, 受け持った児に関して一人できると思われていること。 ⑦適応までの過程などは不明。離職理由は, 【職場の雰囲気】が多く, ICUの環境(オープンスペースで緊張が伝わる, 常に誰かから見られているプレッシャー, 閉鎖環境, アラーム音, 重症患者で目が離せない緊張など)による戸惑いがある。 ⑧不明 ⑨マニュアルの整備と体制づくり, 環境についてのオリエンテーション, 受け入れ側の気遣い, 新任者=初心者という認識が必要。

<p>10 廣田, 他 (2016)</p>	<p>①半構成的面接 ②1施設 ③一般から特殊病棟への異動10名, 一般病棟間の異動10名 ④2年以内 ⑤4年以上</p>	<p>⑥長時間の緊張感による精神疲労を伴う「高い重症度への危機感」短期間, 反応がないなどコミュニケーション不足や回復過程にかかわらない無力感による「患者対応への戸惑い」相談しないと判断できない, わからないことがわからない, 今までの経験が活かせないなど「求められる知識の高さと経験」は自身を喪失してしまう傾向にある。 ⑦ストレス (心身の負担) に関する調査のため経過は不明 ⑧不明 ⑨緊急度, 重症度の高い患者の援助を根拠に基づきアセスメントし, 共に知識を確認しながら行う。患者と短期間で関わる中でも, 特殊病棟で行う看護の意義を理解するための支援が必要。</p>
<p>11 守谷, 他 (2016)</p>	<p>①半構成的面接 ②1施設 ③8名 ④1年以内(平均4.7か月) ⑤1年1か月~4年3か月(平均2.3年)</p>	<p>⑥「治療が中心で看護する責任が重いと感じる」「何もできない自分に自信が持てない」などを感じている。 ⑦「患者との関わりやできることが増えることで自信になる」など新たな自信を獲得し, 「先輩みたいになりたいと思う」と【看護への興味, 関心が拡大する】へと繋がっている。 ⑧5か月位からやりかえを感じている。 ⑨PICUで一緒に働く看護師間で子どもの回復の喜びを共有できることで, 異動した早い時期でも看護を通して自らの課題や看護のあり方を考えるようになり,モチベーション向上, 看護師としての成長となる。</p>

他 (2012) は, 症例数の少ない気管切開, スワングアンツ-カテーテル (以下, SG-C), 大動脈内バルーンポンピング (以下, IABP), 経皮的心肺補助法 (以下, PCPS) の管理など, 知識技術の習得の困難さについて報告していた。松本他 (2015) は, <反応のない患者が多く違いに気付けないといけなことが負担>, <いろいろな科の患者が多く分からないことが多い> ことから【ICU特有の業務ストレス】をカテゴリー化していた。

急変, 緊急時の対処や患者・家族の対応への戸惑いを認めた文献は8件あった (畑中他, 2005; 関子他, 2005; 長山他, 2011; 大谷他, 2013; 松本他, 2015; 上原, 2015; 廣田他, 2016; 守谷他, 2016)。畑中他 (2005) は, <急変時や入室に戦力になれない> など自分が何をすればいいのか見つけられず空回りしてしまうことが多いことを挙げていた。また, <反応のない患者が多く気付けないことが負担> (松本, 2015) や <もっとしてあげられるのになあとと思う> (守谷他, 2016) と精神的負担になっていることが挙げられた。

経験年数の重圧に関しては, <患者と言語的コミュニケーションが図れない> ことへ戸惑い <経験不足で対処できない> ことに【自信の崩壊】するようにつらさ (大谷他, 2013) を感じ, <今までの経験が活かされず無力感に襲われた> (松本, 2015), <同

じことは2度聞けない> (長山他, 2011), <一度説明すればできると思われている> ストレス (上原他, 2015), <前の病棟での経験が全く活かさない> (廣田他, 2016) と自信の喪失と期待に対する負担を上げていた。さらに, <常に誰かに見られている> <アラームが鳴っている> ICUの物理的環境へのストレスと <できていたことができない> ストレス (上原他, 2015), ICUの環境やシステムなど現実的ギャップと <何が分からないか分からない> 自己像のギャップを <病棟とのギャップを感じてつらかった> (當房, 2000) との語りから, 二重のギャップを感じていた。2) 異動した看護師の適応時期と乗り越えたと感じた事象

適応したと感じた時期は, 5か月くらいが1件, 6か月が2件, 1年1件, 1年から3年が2件, 夜勤に入った頃が1件, 調査されていない文献が4件であった。畑中他 (2005) は業務になれたのは6か月としているが自信をもって看護実践できるのは1年以上必要であると述べていた。

乗り越える過程では, 【ショックと拒絶の時期】【自信の崩壊】などを経験し, 新たな自信になり, 看護師としての成長やキャリアにつながっている (當房, 2000; 大谷他, 2013)。

適応や慣れたと思えた事象は, <患者との関わりやできることが増えることで自信になる> (守谷

他, 2016) など, 患者とのコミュニケーションや回復していく姿 (當房, 2000; 大谷他, 2013; 守谷他, 2016), 知識と実践のつながりや判断できるようになりやりがいを感じた (當房, 2000; 畑中他, 2005; 大谷他, 2013), 〈病棟でできていたようなことに気付け〉たり 〈笑顔で話しかけること〉など大事にしている看護を実感できること (當房, 2000; 松本他, 2015), 「〈ターミナルケアの経験が活かされた〉〈カテーテル治療の経験が活かされた〉などこれまでの看護経験がICUで働く意欲」 (松本他, 2015) につながっている。また, 〈任されることで, 期待と感ずる〉 (佐々木他, 2015), 〈夜勤に入ることによって親密に感じ, 業務の共有ができる〉 (岡子他, 2005) と役割遂行意識がやりがいや意欲につながっていた。

3) 異動者支援の課題

すべての文献において, 新たな知識や技術の習得, 未経験項目に対する支援など, 共に知識を確認しながら【ショックと拒絶の時期】【自信の崩壊】【異動に伴う不安】など早期に乗り越えることができるようマニュアルの整備や支援体制を整えることを今後の課題としていた。

〈今までの経験が意味もない〉〈できていたこともできない〉などの自信の崩壊や二重のギャップに対して, 長山他 (2011) は, 「配置転換者は, 未経験の業務でも臨床経験があるということだけで, できるだろうと判断され業務を任される」など, 2か月以降は異動前後の経験の違いにより個別的な困難を示すことを明らかにし, 配置転換者自身が何をどこまで経験したか把握できる経験表を活用し, 自己評価できる配慮が有効であると述べていた。佐々木他 (2015) も漠然とした不安を抱く者や具体的に表現できる不安を表出できる者もおり, 個々による不安の違いがあると認識し, 軽減するための方策を一緒に考える, 観察の場面や処置の場面ではそばで見守り, 確認してもらっていると認識してもらえるように関わり質問しやすい雰囲気をつくる必要性を述べていた。

環境の変化へ適応できる支援の必要性 (松本他, 2015; 上原, 2015) や患者家族からの承認は得に

くい環境であり, プロフェッショナルとしての承認 (松本他, 2015) を課題としていた。さらに, 患者との関わりが短期間であるICUにおける看護の意義や回復の喜びを共有できることが看護のあり方を考えるようになり【看護への興味, 関心が拡大する】ことにつながることも述べている (廣田他, 2016; 守谷他, 2016)。

一方, 職務として適応しても, これまでの経験の中で培われた自己の看護観とのギャップがあり, 理想の看護をどう実現するか考え (ICUの経験を活かし次を考えている) (當房, 2000) 〈患者との関わりが薄い〉 (畑中他, 2005) など, ICUの異動は自己のキャリアのステップとしている語りもある。「ICUのような医療の高度化, 看護の専門性が必要な領域では長期的視点に立った配置転換が必要」(當房, 2000) との意見もあった。

V. 考察

1. 知識・技術, 判断に関する課題と対応策

ICUの看護師には生命の危機状態にある患者の病態変化を予測し重篤化の予防が求められており, 高度な治療や多岐にわたる診療科の患者の対応を多職種との連携を図りながら, その専門性を踏まえたより高度な看護実践能力が必要とされるため異動した看護師にとって役割を発揮できるようになるまでには負担が大きい。対象施設や対象者の数が限られた中での調査であり, 異動看護師全体の状況を把握するには限界があり, 指導体制について具体的な体制を示す研究はなかったため, 異動後の時期別における困難から課題と対応策を検討した。

1) 異動直後

異動直後では, 【心電図の監視やアラームの判断に関する困難】【呼吸器やME機器に関する困難】【多岐にわたる疾患や年齢に関する困難】【略語や申し送りが理解できない】など知識・技術, 判断に関する困難がみられた。異動した看護師にとって, ICUは, 未知の世界でありイメージできず, 機械に囲まれた威圧感を感じており, 心電図や人工呼吸器を装着した患者を担当することに不安があるうえ, 申し送りやカンファレンスで会話していることを理解で

きない困難は、計り知れないストレスになっていると考える。

加藤 (2001) は「配置転換をした看護婦が必要と思うものは教育体制よりもスタッフとの人間関係に関するもののほうが多かった」と述べているが、岡子他 (2005) は「呼吸器のアラームや心電図監視、多くの医師とのかかわりなど人間関係より仕事の質的負担が重要視されている」と述べている。新たなME機器の管理や多岐にわたる疾患をもつ患者のケアや処置など【知識、技術の習得】が優先されるためと考える。そのため、異動直後の1カ月の時期には、異動者の経緯を理解したうえで、理解できていることと分からないことを明確にし、新たなME機器やICUでよく使用する機器に関する取り扱いや日頃関わることの多い症例数の多い疾患をもつ患者の看護などについての【知識、技術の習得】への支援が必要と考える。そのうえで、略語集や、各診療科の対応表などその場で対処できる手段が効果的と考える。

また、廣田他 (2016) は、「同じ一般病棟間の異動であり、患者の看護自体に大きな違いを感じていない反面、スタッフとの人間関係についてストレスを強く感じている。それに対し特殊病棟への異動では、患者の重症度の高さや、知識、技術の習得などに対するストレスを強く感じてしまい、スタッフとの人間関係にまで意識を向けることができているのではないかと考えられる」と述べており、一般病棟に比べ仕事の質的負担が重要視されている。守谷他 (2016) も「技術修得への支援は、配置転換看護師ができることを増やししながら、居心地の悪さという疎外感を軽減することにつながる心理的サポートとなることが示唆された」と述べており、ICUの適応への支援には、知識技術の習得が不可欠であると考えられる。

高木他 (2012) も「ICUでは実際にケアを行って習得する技術が多く、患者の状態をアセスメントできるようになるためには多くの学習が必要であり、配置転換看護師は技術習得への焦りを抱くことになる」ため【知識、技術の習得】【判断】が実際のケアに必要であると述べている。

2) 2か月目から3か月まで

1人で任されることが増えてくる2か月目以降には、異動前後の経験の差による困難を軽減するために長山他 (2011) は、何をどこまで経験したか把握できる経験表を活用し自己評価できる配慮が有効であると述べていたが、処置などの経験に加え、異動者個人に状況判断が任されるなどより場面に応じた具体的な困難がみられると考える。

判断力の習得に関して、Benner (2006) は、「一人前の看護師になるためには最低2年の臨床経験を必要とする」と述べており、佐竹他 (2011) も、「アセスメントをして判断したことが、看護行為に活かせるか、活かさないかに、ICU経験3年目以上と2年目以下でアセスメント能力の差異があり、その要因に知識・技術・経験が関与した」としているが、高木他 (2012) は、「ICUでの看護はそれまでに培った知識や技術、看護に取り組む姿勢が土台となるものであり、知識や経験が無駄になることはない」と述べており、異動者個々のこれまでの経験に応じた、新たな【知識、技術の習得】への支援の在り方が早期に困難を乗り越え、対応につながることを示唆されていた。異動者の経歴を確認し、異動時のICUに必要な知識や技術について、異動者自身と指導する看護師双方が客観的に評価できること、そのうえで、過去の経験に応じた対象を選択し、意図的な経験になるよう支援することが効果的と考える。また、観察や判断などは言葉にして確認することやできていることを承認するなど、具体的に評価していくことが支援になると考える。

3) 3か月以降

3か月以降は個別差が出てくる時期であり、個々の経験に応じ、客観的に異動者、指導する側の双方が到達度を理解し、ICUでの経験を計画的に進めることが有用と考える。

ICUは在院日数が短いという、鎮静下におかれた患者も多く、情報の少ない中、いかに看護につなげるか丁寧に対応していく必要がある。一般病棟から異動した看護師にとって、患者の反応が、言語的コミュニケーションで得られないことは大きな壁と考える。気付けない自分や何もできない無力感は、今

までの看護師としての責任感からより精神的な負担となっている。モニターから得られる情報や聴診、触診など観察力と判断力をつなげる機会や知識、技術を高める働きかけが看護への気付きになると考える。中谷他(2008)の研究でも、昇圧剤交換時の血圧変動など〈Aラインがそんなに分かるんだ〉とモニタリングデータの意味について語られ、ケアによって起こる患者の変化に〈そこまで考えないと患者さんにケアしてはいけない〉など看護師の予測力や信念につながっており、ME機器やケアの判断の根拠を理解することが、看護につながり、興味関心や学ぶ意欲になると思われる。

2. 経験年数による重圧に対する支援

経験年数の重圧に関しては、當房(2000)が述べているように、配置転換になった看護師には新卒のような【ハネムーン期】は存在しないため、異動直後よりショックを受けている。経験年数の高い看護師ほどできるだろうという期待感や分からない自分を受け入れることができない葛藤により、精神的負担が増大していると考えられる。経験年数の浅い看護師は、ICUの異動を学習の場として捉え、できないことをできないと認識し、看護師としての成長をしていると考えられる。また、〈大丈夫と言われるが不安〉というように、漠然とした不安をもっているとも考えられる。双方が共通認識できるように、いつでも聞ける環境や、任せつつ確認ができるような配慮が必要である。さらに、〈ターミナルケアの経験を活かした〉(松本他, 2015)のように過去の経験が認められることは、自己の存在価値を再認識し、新たな看護観を形成し適応につながっていくと考える。

池上(2001)は、患者の気持ちになり看護をしたいという理想をもちながらも看護能力が問われるためプレッシャーが強く、救命が最優先される現実に葛藤を抱えていることを認識し、サポートする側は「患者にとって必要な看護は何か」といった視点で評価を行うことが必要であると述べている。個々の関わりを重要視し、ICU看護の特殊性と意義を伝え、指導する看護師も自らの看護を言語化し、伝える努力と教育的視点をもつことが必要と考える。

VI. 結論

ICUへの異動した看護師に関する11件の文献を困難や適応過程と時期、課題について整理した結果、以下のことが明らかとなった。

1. 研究方法は、半構成的面接や無記名自記式質問紙調査がほとんどであり、質的帰納的分析が用いられていた。
2. ICUに適応する時期は、最低が5か月くらいからであり、最高は1年から3年までと幅があった。
3. 異動看護師は、「知識や技術」「判断」「急変・緊急時の対処や患者・家族の対応への戸惑い」「経験年数の重圧」に対する困難を抱え、そのことが人間関係や不安に関与していた。
4. 異動した看護師への教育支援は、過去の経験に応じた意図的な支援をするためにICUに必要な知識・技術、判断について異動者自身と指導する看護師双方が客観的に評価できるような指導体制が必要である。

謝辞

指導教授の道重文子先生、的確な指導をしてくださった土肥美子先生に感謝申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- Benner P (1984) / 井部俊子監訳 (2006): ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ, 医学書院, 東京都.
- 畑中保子, 山形聡子, 井上佳代子 (2004): 集中治療室に配置転換した看護師のストレスの要因調査, 日本看護学会論文集:看護管理, 35, 6-8.
- 廣田しのぶ, 上山容加 (2016): 一般から特殊病棟と一般から一般病棟に配置転換した看護師のストレスの相違, 日本看護学会論文集:看護管理, 46, 239-242.
- 五十嵐文子, 飯島佐知子, 大西麻未 (2015): 病院で働く看護師の配置転換と組織的支援に関する研究—組織と看護師双方への調査を通して, 日本看護学会論文集:看護管理, 45, 71-74.
- 池上百合恵 (2001): ICU看護者が配属当初に直面した困難とその克服状況の実態, 日本看護学会論文集:看護管理,

- 32, 219-221.
- 今井多樹子, 宮腰由紀子, 高瀬美由紀 (2013): 「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の知識の概念化, 日本看護研究学会雑誌, 36(1), 49-59.
- 加藤綾子 (2001): 病院内で配置交替を経験した看護婦の職場適応の現状, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 26, 272-278.
- 北島加奈子, 井刈二三, 片岡秀樹 (2012): ICU異動者への指導方法に小グループ制を導入後の報告, 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 40(1), 30-32.
- 松本めぐみ, 三宮孝子, 海沼加世子 (2015): 配置転換で集中治療室勤務となった看護師の思いと自己効力感を高める要因, 日本看護学会論文集: 看護管理, 45, 362-365.
- 守谷奈保美, 山内教子, 藤本 縁, 他 (2016): PICUに配置転換となった卒後5年目以下の看護師の体験, 日本小児看護学会誌, 25(1), 88-93.
- 中井夏子, 多比良千晶, 門間正子, 他 (2014): 救命救急センターに配置転換した看護師の蓄積的疲労に関する実態調査, Journal of Regional Emergency and Disaster Medicine Research, 13, 21-26.
- 中谷順子 (2008): 看護師の成長を促す経験の探索, 市立川崎病院看護部看護研究会看護研究集録, 62, 48-53.
- 長山有香, 白尾久美子, 野澤明子 (2011): 集中治療室へ配置転換した看護師が直面する困難, 日本看護研究学会雑誌, 34(1), 149-159.
- 日本集中治療医学会 (2017): 日本集中治療医学会ホームページ 集中治療とは <https://www.jsicm.org/provider/icm.html> (閲覧日2017年10月5日)
- 日本集中治療医学会看護部会 (2011): 日本のICU看護体制の現状 ~ 2006年度調査, 日本集中治療医学会雑誌, 18(3), 433-440.
- 日本集中治療医学会看護部会 (2014): 集中治療に携わる看護師のためのクリニカル・ラダー, http://www.jsicm.org/pdf/JSICMND_lader.pdf (閲覧日2017年10月5日)
- 日本集中治療医学会看護テキスト作成ワーキンググループ編 (2018): 集中治療看護師のための臨床実践テキスト (疾患・病態編), 真興交易 (株) 医書出版部, 東京都.
- 日本集中治療医学会 集中治療看護師検討委員会 (2016): 集中治療看護師 臨床実践能力要素一覧, http://www.jsicm.org/pdf/kango_youso1606.pdf (閲覧日2017年10月5日)
- 翁長悦子, 池田明子 (2013): ICU病棟における新任看護師の習熟度別教育プログラムの導入過程 - 参加型アクションリサーチ法を用いて, 沖縄県立看護大学紀要, 14, 57-70.
- 大谷敏子, 中澤明美 (2013): 配置転換で集中治療室勤務となった看護師の職場適応プロセス, 日本看護学会論文集: 看護管理, 43, 415-418.
- 佐々木加代子, 森谷裕子, 原田日和, 他 (2015): ICUにおける既卒看護師と指導看護師の教育支援に関する認識, 北海道看護研究学会集録平成27年度, 86-88.
- 佐竹久美子, 北村公美 (2011): A病院におけるICU看護師のアセスメント能力とインストラクションの効果, 日本看護学会論文集: 成人看護I, 41, 81-84.
- 高木忍, 小澤清恵, 太田美紀, 他 (2012): 集中治療室における配置転換看護師の戸惑いと不安に対する支援の現状 受け入れる側の看護師へのインタビュー調査, 日本看護学会論文集: 成人看護I, 42, 211-214.
- 當房紀子 (2000): 集中治療室に配置転換になった看護婦・士の職場への適応過程, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 25, 287-294.
- 上原綾乃 (2015): 小児集中治療室の新任者が抱える困難と不安, 沖縄県看護研究学会集録, 30, 117-120.
- 山本伊都子 (2007): ICU看護師が抱く看護実践に対する困難さと職務継続意思との関係, 日本クリティカルケア看護学会誌, 13(3), 71-82.
- 図子早地子, 小林由紀, 川田和美, 他 (2005): 集中治療室への勤務異動がもたらす心理的変化, 松市民病院雑誌, 21, 59-62.