

2020 年 1 月 31 日

2019 年度聖路加国際大学大学院看護学研究科  
課題研究

集中治療部門に配置転換となった中堅看護師の実態

Reality among Middle Level Nurses Transferred to Intensive Care Units

18MN002

入田 貴子

## 目次

要旨 .....	1
第1章 序論 .....	3
I. 研究の背景 .....	3
II. 研究の目的 .....	4
III. 研究の意義 .....	4
IV. 用語の定義 .....	4
第2章 文献検討 .....	4
I. 中堅看護師 .....	4
II. 配置転換 .....	5
III. 集中治療部門における看護 .....	5
第3章 研究方法 .....	6
I. 文献検索の方法 .....	6
1. 検索語、および検索式の設定 .....	6
2. 分析方法 .....	6
第4章 結果 .....	6
I. 分析対象文献の概要 .....	6
II. 配置転換に伴う心理的な影響 .....	10
III. 集中治療部門の看護における困難 .....	11
IV. 配置転換による疲労 .....	12
V. 配置転換後の経験や同僚のサポートによる自信の獲得 .....	12
VI. 配置転換した看護師のやりがい .....	13
第5章 考察 .....	14
I. 配置転換に伴う心理的な影響 .....	14
II. 集中治療部門の看護における困難 .....	16
III. 配置転換による疲労 .....	18
IV. 配置転換後の経験や同僚のサポートによる自信の獲得 .....	18
V. 配置転換した看護師のやりがい .....	19
VI. 教育支援への示唆 .....	20
VII. 急性・重症患者看護専門看護師の支援の示唆 .....	21
VIII. 研究の限界と課題 .....	21
第6章 結論 .....	21
引用文献 .....	22
謝辞 .....	26

## 第1章 序論

### I. 研究の背景

近年、医療の高度化や患者の重症化・高齢化による複雑性の高い医療の提供など、医療を取り巻く環境は変化しており、看護職者にはその変化に対応すべく技術と判断力が求められている。医療の中核的存在として活躍する中堅看護師は、新人看護師の臨床モデルとしてもその教育的意義が大きいだけでなく、病院にとっても高度な看護実践を先導し、患者の満足に貢献する重要な人的資源といえ、良質な看護を提供する上でその存在意義は大きい（鶴田ら, 2009）。

一方で、中堅看護師の離職率は高く、背景には新人看護師や異動・中途看護師の教育、リーダー業務、委員会活動など複数の役割を担っている。また、中堅看護師は、結婚・育児というライフイベントを迎える時期であり、仕事に常に意欲的でいられるとは限らず（塩田, 2015）、仕事との折り合いが困難で離職・退職に至るケースもみられている。さらに、この時期は組織の人材調整およびキャリア開発などの理由から、病院内の配置転換を経験することは稀なことではない。配置転換に伴うストレスや新しい職場への適応に対する不安は、特殊性の高さからさらに増大すると推察される。中堅であるという理由から多少の困難や障壁は自力で乗り切れるだろうと周囲に見られがちであること（本谷ら, 2010）、経験者である故の現部署からの役割期待（吉田, 2013）、自身のキャリアを見据えた不安や迷いなどを抱え苦悩している。研究者も、集中治療部門に配置転換した中堅看護師が、慣れない閉鎖的空間と自身の今まで培ってきた知識や技術を活かせない状況に不安と苛立ちを感じ、必死に耐えている姿を目にしてきた。中堅看護師の育成は新人看護師教育とは異なり、即戦力として短時間での育成が求められ、それは異動者のみならず指導する中堅看護師も不安や戸惑いをもたらせ、支援を求めている（登澤, 2019）。しかし、集中治療部門に配置転換した中堅看護師に対する教育は目的や内容が不明瞭なまま実施している実情であり（小澤ら, 2014）、効果的な教育支援が必要な現状である。配置転換した中堅看護師がこれまでの経験を活かし、継続的能力開発をしていくことを看護師個人の自己研鑽に頼るのではなく、効果的な教育支援を行うことが喫緊の課題であると考ええる。

集中治療部門に配置転換した中堅看護師が抱く困難を明らかにすることを目的にした研究は主に 2000 年代（當房, 2000；池上, 2002；畑中, 2005）であり、これまで多くの研究者が中堅看護師の心理的变化を捉えた職場適応過程に着眼し、専属指導者やマニュアル整備などによる支援の必要性を報告してきた。しかし、近年、社会の変化とともに医療や集中治療室で求められる看護も大きな変化を遂げている。そこで、集中治療部門に配置転換した中堅看護師の実態を明らかにし、中堅看護師に効果的な教育支援の示唆を得ることによって、今後、配置転換した中堅看護師が自身のキャリア形成を中断することなく継続することが期待できる。

## II. 研究の目的

集中治療部門に配置転換した中堅看護師について先行研究のレビューを行い、中堅看護師の実態を把握し、中堅看護師の育成に効果的な教育支援の示唆を得ることを目的とした。

## III. 研究の意義

本研究は集中治療部門に配置転換した中堅看護師の実態について文献レビューから考察し、中堅看護師の効果的な教育支援の示唆を得ることで、配置転換した中堅看護師が自身のキャリアを中断することなく継続することができる。

## IV. 用語の定義

用語の定義として以下を設定した。

1. 中堅看護師：新人ではなく、ベナー（1984/1992）の述べる「状況を局面の視点ではなく全体として捉え、格率に導かれて実践を行なっている」レベルの実践力を備えていること。ただし、師長・係長や専門・認定看護師は含まない常勤の看護師とする。
2. 配置転換：施設・組織内において勤務者の勤務場所を換えること。
3. 実態：職場適応によってもたらされる看護師への心理的な影響。配置転換に伴う困難、ストレス、疲労。
4. 集中治療部門：集中治療室と HCU・CCU のハイケアユニット、救命救急センターを示す。

# 第2章 文献検討

## I. 中堅看護師

一般には、25 歳～40 歳程度や臨床経験年数 5～20 年目の看護師を「中堅看護師」としているなど定義は明確にされておらず、経験年数、職位、業務内容などによって様々な定義で用いられている（小山田, 2009；本谷ら, 2010）。中堅看護師に類似したものに「キャリア中期看護師」があり、この 2 つは混同して用いられることが多い。臨床経験年数による定義では、国内の研究で最も多い下限は「5 年以上」であり（小山田, 2009）、上限は規定していないものもある。また、中堅看護師は 20 歳代の看護師が多い施設では、若く設定されていることが多いと述べられている。ベナーの述べる「中堅」は、「状況を局面の視点ではなく全体として捉え、格率に導かれて実践を行っている」、「類似の科の患者を 3～5 年ほど経験した看護師」と特徴づけられ、定義に用いられていた。新人期を終えた中堅看護師は、教えられていた立場から指導的な立場へと移行していき、組織内均衡を保つ

ために自己の役割を自覚するようになっていく（卯川, 2011）。ベナー（1984/1992）は、中堅レベルの臨床実践能力を「全体を見ながら最も重要な部分に焦点化してかわり、その場の状況を患者にとってよりよい方向へと導くことができることである」と述べている。つまり、中堅看護師は、自己の専門性を極めるだけでなく、管理の視点から後輩への指導やリーダーとしての役割を担うなど、看護の質を支える重要なポジションに立っている。

## II. 配置転換

看護師の配置転換の目的は、看護組織における看護師の育成と組織の活性化、適所への配置、質的・量的調整があり（五十嵐ら, 2015）、単に職場の物理的移動を意味するに留まらない。配置転換をした看護師がもたらす組織の活性化は、配置転換者による問題意識が後輩の育成や業務改革、組織の知識創造につながっている（中村, 2010）。

一方で、配置転換した看護師は病棟環境の変化、経験があることへの重圧や積み重ねてきた看護技術が活かされない状況から生じる不安や寂しさに苦悩する経験をしている（境ら, 2011）。配置転換した看護師は新しい人間関係の形成や知識の獲得、未経験の業務によって、役割ストレスや役割緊張を生じ、多大な精神的エネルギーの消耗を伴う（草開ら, 2012; 小野ら, 2016; 秋山ら, 2012）。本人が希望しない配置転換の場合は職務満足度を低下させる要因の一つとなる（深沢ら, 1992）ことや、配置転換が個人の期待と組織の期待とのギャップが埋められない場合、職場不適応や離職の原因にもなる（中村, 2010）。中堅看護師は自己のキャリア確立に向けて試行錯誤の時期にあるため、配置転換はキャリア発達に影響を与えうる大きな出来事であり（吉田ら, 2013）、看護観への影響から組織における自分の役割を考える機会となっている（吉田ら, 2013）。個人の希望のみによる配置転換は限定された合理性の範囲の中での可能性であり、キャリア発達を限定する可能性がある（吉田ら, 2013）。

## III. 集中治療部門における看護

重篤かつ複雑な疾患を発症した患者を受け入れる集中治療室(Intensive Care Unit :ICU)における治療は、生命維持を補助するための各種医療機器を用いた集中管理が行われる。このような中で、看護師は患者の救命率と生活の質が向上することを主眼に置いたケアを提供する。そのため、看護師には患者の全身管理を中心とした専門性が高く熟練した臨床実践能力が必要とされる（杉田, 2012）。さらに、クリティカルケア看護師が専門性を発揮し、自律して質の高い看護を提供するためには、異常の察知やリスクの見極めや生命に関する判断と苦痛症状の緩和と回復促進のためのケアの選択という2つの側面を持つ臨床判断能力が必要である（江口, 2014）。

## 第3章 研究方法

### I. 文献検索の方法

#### 1. 検索語、および検索式の設定

研究対象の文献は、医学中央雑誌 Web (Ver. 5) (以下、医中誌と記載) を用い、「集中治療、ICU、配置転換、異動、看護」をキーワードとして、2009～2019 年 12 月までの原著論文と総説を抽出した。尚、配置転換は日本特有の文化であるため、結果に影響を与えると考え、データベースは医中誌のみに限定した。文献の選定において、次の条件で検索を行った。一次スクリーニングでは表題および抄録から、二次スクリーニングでは論文全体の精読によって文献を抽出した。文献選定基準は、適応基準を①対象が集中治療部門における看護の文献であること、②対象が配置転換をした看護師の文献であること、③目的が配置転換をした看護師を明らかにする文献であることとした。除外基準を①対象が集中治療部門ではない文献であること、②対象が配置転換をした看護師ではない文献であること、③目的が配置転換をした看護師を明らかにする文献ではないとした。

#### 2. 分析方法

スクリーニングによって抽出された対象論文を、著者・発行年・研究デザイン・対象者の属性・結果から配置転換した中堅看護師の実態を示す記述内容を抽出し、類似性のある内容をまとめ、分類した。

## 第4章 結果

### I. 分析対象文献の概要

「集中治療、ICU、配置転換、異動、看護」をキーワードとして、2009～2019 年の原著論文と総説に絞り抽出された文献は 93 件で原著論文が 93 件、総説が 0 件であった。表題および抄録から文献選定をした一次スクリーニングの文献選定基準は、適応基準を①対象が集中治療部門における看護の文献であること、②対象が配置転換をした看護師の文献であること、③目的が配置転換をした看護師を明らかにする文献であることとし、除外基準を①対象が集中治療部門ではない文献であること、②対象が配置転換をした看護師ではない文献であること、③目的が配置転換をした看護師を明らかにする文献ではないとした。

一次スクリーニングの結果、文献 93 件から対象が集中治療部門ではない文献 40 件であった、対象が配置転換をした看護師ではない文献 5 件であった、目的が配置転換をした看護師を明らかにするものではない文献 32 件であった、日本以外の文献 1 件を除外し、15 件の文献を抽出した。論文全体の精読によって文献選定をした二次スクリーニングは一次

スクリーニングと同じ文献選定基準を用いて 15 文献から抽出した。二次スクリーニングの結果、対象が成人ではない文献 6 件であった、対象が配置転換をした看護師ではない文献 1 件であった、目的が配置転換をした看護師を明らかにするものではない文献 2 件を除外し、6 件文献を抽出し対象文献とした（図 1）。

分析結果 6 文献を著者・発行年・タイトル・対象者の属性・目的・研究デザイン・結果の内容から、実態を示す記述を整理し、分析対象文献一覧表を作成した（表 1）。本研究の対象論文は原著論文 6 文献、総説 0 文献、研究デザインは半構成的面接調査 5 文献、無記名自記式質問紙調査 1 文献であった。対象者の属性では、対象部署が集中治療部門 3 文献、救命救急センター 2 文献、ICU と救命救急センター 1 文献、配置転換後の時期ではそれぞれ配置転換後から 1 年以上 1 文献、1 年半以内 1 文献、1～1 年以内 1 文献、2 年以内 1 文献、配置転換後 4 年以上 1 文献だった。研究概要は配置転換により集中治療部門勤務となった看護師の配置転換に伴うストレスと職場適応プロセスを明らかにしたもの、集中治療看護に関する知識や技術を習得していく中で 3 年間の気持ちの変化を明らかにしたもの、集中治療部門の配置転換によって今までの積み重ねた能力が発揮できないストレスや自己効力感を高める要因について明らかにしたもの、集中治療部門へ配置転換した看護師が直面する困難を経時的に明らかにしたもの、一般病棟と集中治療部門へ配置転換した看護師のストレスの相違を明らかにしたもの、集中治療部門への配置転換による蓄積的疲労を明らかにした内容であった。分析対象論文一覧（表 1）を作成後、配置転換した中堅看護師の実態を示す記述内容を類似性のある内容によって分類した結果、配置転換に伴う心理的な影響、集中治療部門の看護における困難、配置転換による疲労、配置転換後の経験や同僚のサポートによる自信の獲得、配置転換した看護師のやりがいが明らかになった。

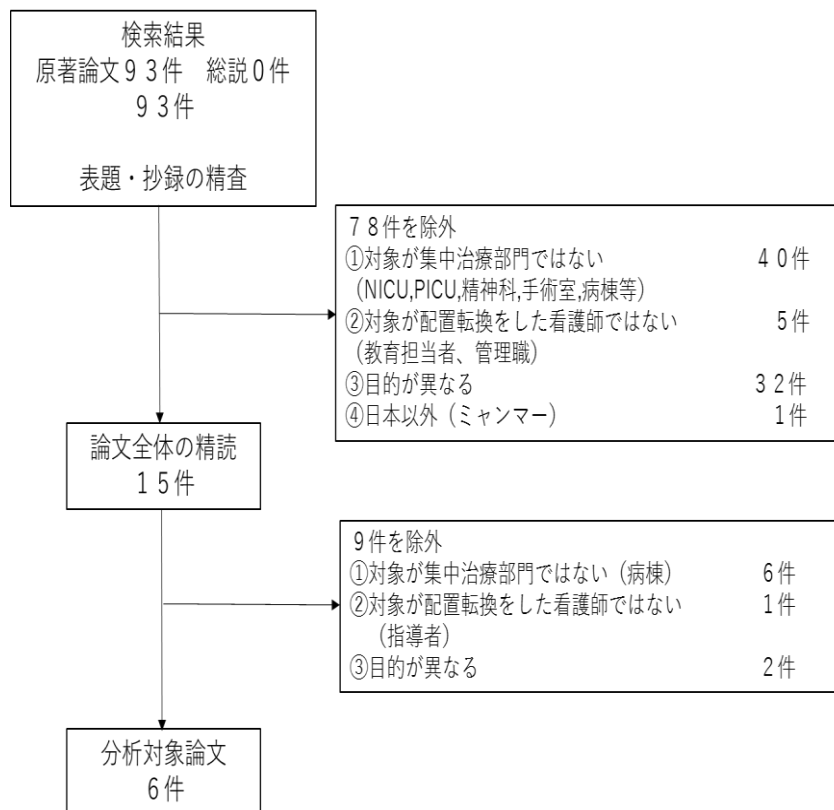


図 1 対象論文の文献検索フローチャート



表 1 分析対象論文一覧

番号	著者/年	タイトル	対象者の属性/対象者数	目的	研究デザイン	主な研究結果
1	影山ら /2018	救命救急センターに配置転換した看護師の3年間の気持ちの変化	救命救急センターに配置転換後1～3年、平均看護師経験年数14.1年/対象者10名	救命救急センターに配置転換後1から3年の看護師が、救急疾患に関する知識や行動な看護技術などを習得していく中での気持ちの変化について明らかにする。	半構成的面接調査	オープンフロアという環境によって、常に監視されていると感じていた。 慣れない多くの医師とのかかわりに伴う混乱。 医師によって対応が異なることへの戸惑いは緊張感となっていた。 今までの経験を生かすことができない戸惑いや焦りから失敗することで自己嫌悪感も抱き自信喪失にも陥っていた。 リーダーや後輩指導を任されるようになると、経験を重ねてもつきまとう不安とリーダーを担うことへの重圧感を感じていた。
2	廣田ら /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	配置転換後2年以内看護師経験年数4年目以上、/対象者20名	特殊病棟と一般病棟への配置転換看護師のストレスの内容の相違を明らかにする。	半構成的面接調査	患者の重症度の高さが精神的なストレスを強め、そして求められる知識の高さから、今までの自分の経験に対して不安を感じていた。今までのやり方や経験が全く生かされず、不満となっていた。 閉鎖的空間でスタッフから監視されているように感じることや病棟とのギャップが大きなこのような環境に馴染めないという感情があった。 配置転換前は指導する立場であったが、配置転換後は患者の状態の変化や判断に一人ではできないことから、患者を一人で受け持つことに怖さを感じていた。 未経験の疾患や技術が多いことや急変対応ができないこと、処置の手順が全く違うため、今までの経験が役に立たず、自己の能力に対して葛藤していた。
3	松本ら /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	ICUに配置転換後1年半以内看護師経験年数6～7年/対象者4名	配置転換に伴う思いや不安、看護実践能力の発揮状況を明らかにし、自己効力感を高める支援体制について考察する。	半構成的面接調査	オープンスペースにより常に誰かに見られていると感じていた。 患者の状態が悪いことに精神的ストレスを受け、そして反応のない患者の変化に気づけないことに対して負担を感じていた。 前勤務部署では経験をすることがなかった、患者の死を経験し、衝撃を受けていた。 集中治療部門には様々な科の患者が多いため、分からないことが多く、今までの経験が活かされず無力感に襲われていた。
4	中井ら /2014	救命救急センターに配置転換した看護師の奮闘的疲労に関する実態調査	救命救急センターに配置転換後1年以上平均看護師経験年数12.8±8.0年（無回答1名）/対象者39名	奮闘的疲労が救命救急センターへの配置希望および救急看護のやりがいによって差異があるかについて明らかにすること。	無記名自記式質問紙調査	配置転換による疲労は配置転換を希望した場合に精神的疲労は低く、配置転換後のやりがいは配置転換希望に関わらず身体的側面の疲労は低かった。
5	大谷ら /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	ICUに配置転換後4年以上/対象者7名	配置転換により集中治療室勤務となった看護師の職場適応プロセスを明らかにする。	半構成的面接調査	集中治療部門に対して高度な看護と特殊性というイメージや未知の世界イメージができないことから、前勤務部署に留まりたいという思い、自分に勝る不安があった。 知識不足を思い知らされることで今の能力では対応できないと思い、重症患者を受け持つことに重責と恐怖を感じていた。 一般病棟との違いに慣れず、医師とのかかわり方に戸惑うことで、集中治療の特殊性に適應できないと感じていた。 自己の看護を見られ評価され、焦る気持ちと上手くいかないストレスから看護師としての自信を喪失し、これまでのキャリアが崩壊するような辛さを感じていた。 配置転換した看護師は患者との言語的コミュニケーションが図れないことや医療機器が多いことによって戸惑いがあった。
6	長山ら /2011	集中治療室へ配置転換した看護師が直面する困難	ICUに配置転換後1ヶ月～6ヶ月平均看護師経験年数5.2年（2～9年）/対象者10名	ICUへ配置転換した看護師が直面する困難を具体的かつ経時的に明確にすること。	半構成的面接調査	配置転換した看護師は処置に対する困難、未経験の疾患に対する戸惑いがあった。未経験の疾患や技術が多く、最低限必要とする知識が何かさえも分からなかった。患者の入れ替わりにより変わる疾患の種類が多く、疾患の理解がつかないことで戸惑っていた。 今まで知らなかった略語を耳にすることが多く戸惑っていた。 初めて見る医療機器に対してもその取扱方法に戸惑いと抵抗感が生じていた。 患者の情報を報告するときにも困難を示していた。 自ら患者の異常を判断する必要性を感じたうえで、患者のデータを把握した状況の判断に戸惑いを感じていた。 緊急時に自らの役割を見いだせず、思うように行動できない自分にもどかしさを感じ、緊急時の対応への困難として現れていた。 言語的コミュニケーションが難しい患者との意思疎通、患者や家族とのかかわりを持つ期間が限られていることにも困難を感じていた。 経験年数による重圧が困難として現れていた。

## II. 配置転換に伴う心理的な影響

配置転換に伴う心理的な影響に関する文献は4件であった。影山ら（2018）は、配置転換した看護師は集中治療部門のオープンフロアという環境によって、常に監視されていると感じていたことを報告していた。また、環境から生じる影響として、張りつめた緊張感に圧倒されて手を出すことができず、やりきれなさを感じていた。慣れない多くの医師とのかかわりに伴う混乱、医師によって対応が異なることへの戸惑いは緊張感となっていた。今までの積み上げてきた経験を生かすことができない戸惑い、周囲から認められないと感じることで疎外感があった。また焦りから失敗することで自己嫌悪感も抱き自信喪失にも陥っていた。配置転換から1年が経過すると配置転換者は救急外来のリーダーや後輩指導を任されるようになり、経験を重ねてもつきまとう不安とリーダーを担うことへの重圧感、自信を持って後輩指導ができないことへの不安、1年経っても自分の能力を発揮できない焦燥感や辛さを抱いていた。経験を積み重ねることの不安は配置転換後2年まで継続していた。医師とのかかわりに生じる負担は、リーダーを行うことでさらに増しており、3年目まで続いていた。

廣田ら（2016）は配置転換した看護師は、患者の重症度の高さが精神的なストレスを強めており、そして求められる知識の高さによって、今までの自分の経験に対して不安を感じていた。自分ではもう少しできると思っていたが、急変対応もできず、また業務の手順ややり方が病棟と異なるため、今までのやり方や経験が全く活かされず、不満を感じていた。閉鎖的空間でスタッフから監視されているように感じることや、病棟とのギャップが大きい環境に馴染めないという感情があった。

松本ら（2015）は集中治療部門への異動に関して、患者の入退室が多く、忙しさと緊張感があった。また、オープンスペースにより常に誰かに見られていると感じていた。患者の状態が悪いことによる精神的ストレスを受けていた。さらに、前勤務部署では経験のない患者の死を経験し、衝撃を受けていた。集中治療部門は様々な科の患者がいるため、分からないことが多いことや、今までの経験が活かされず無力感に襲われていた。

大谷ら（2013）は集中治療部門への異動に関して、知識不足を思い知らされることで今の能力では対応できないと思い、重症患者を受け持つことに重責と恐怖を感じていた。また一般病棟との違いに慣れず、医師とのかかわり方に戸惑っていた。自己の看護を評価され、日々緊張感とストレスを受けている状況の中で、焦る気持ちと上手くいかないストレスから看護師としての自信を喪失し、これまでのキャリアが崩壊するような辛さを感じていた。

これらのことから配置転換に伴う心理的な影響として、集中治療部門の物理的環境、重症患者の看護、新たな知識と技術の獲得、医師との協働により、緊張、無力感、戸惑いなどの精神的ストレスを受けていた。

### Ⅲ. 集中治療部門の看護における困難

集中治療部門の看護における困難に関する文献は4件であった。大谷ら（2013）は、配置転換した看護師は患者との言語的コミュニケーションが図れないことや医療機器が多いことによって戸惑いがあった。患者家族とのかかわり方や集中治療部門の看護に対する疑問、指導体制の不足を感じていたことを報告していた。

廣田ら（2016）は、配置転換をした看護師は患者の重症度が高いことにより、患者の反応が少ないことで、自分の看護に不安を感じていた。また、ライン類が多いことで患者と接することに戸惑いがあった。配置転換前は指導する立場であったが、配置転換後は患者の状態の変化や判断に一人ではできないことから、患者を一人で受け持つことに怖さを感じていた。そして、未経験の疾患や技術が多いこと、急変対応ができないこと、処置の手順が全く違うため、今までの経験が役に立たず、自己の能力に対して葛藤していた。経験年数があることで周りから気を使われ、指導を十分に受けられないこと、最初のフォロー期間が短いこと、先輩が感覚的に仕事をしているため基本が分からないことからサポート体制の不十分さを感じていた。また、知識不足から分からないことが分からないという状況も生じていた。

松本ら（2015）は、配置転換した看護師は、反応のない患者の変化に気づけないことに対して負担を感じていた。

長山ら（2011）は、配置転換した看護師は処置に対する困難に観血的動脈圧モニタリングのルート作成・設定・介助、配合禁忌の薬剤の把握と点滴ルートや三方活栓の追加やルートの選択、肺動脈カテーテル・大動脈内バルーンパンピングの挿入方法とその管理、整形外科の牽引ベッドの組み立て方法、ドレーン類のミキシングの可否の判断であったと報告していた。未経験の疾患に対する戸惑いでは、脳外科の患者の四肢の動きや意識状態の判断が分からないこと、未経験の疾患や技術が多く、最低限必要とする知識が何かさえも分からなかった。また毎日、担当する患者が変わることや患者の入退室が早いことで、関わる疾患の種類が多く、疾患の理解がついていかないことで戸惑い、具体的に何を学習しなければならないのかが分からないと感じていた。心電図では、配置転換前からその必要性を認識しており、自己学習を進めていたが、教科書の知識と実際の波形を結びつけることができていなかった。そして心電図を学習しているにも関わらず心電図を読み取れないという現実に対して、もし実際に患者に現れても気づけないかもしれないと思い、不安を抱いていた。今まで知らなかった略語を耳にすることが多く、略語の説明をしてもらってもその言葉自体を知らない、手術室との申し送りの略語が分からず戸惑っていた。初めて見る医療機器に対してもその取扱い方法に戸惑いと抵抗感が生じており、医療機器にはシリンジポンプ・輸液ポンプ・透析機器・人工呼吸器・除細動器・心電図モニターが挙げられていた。患者の情報を報告するときにも困難を示しており、申し送りに必要な情報の区別がつけられないことに難しいと感じていた。判断に関しては、フィジカルアセスメント

がほかの看護師と異なることで自分の判断に自信が持てないこと、未経験の疾患の患者とかかわるときは自信がないと感じていた。自ら患者の異常を判断する必要性を感じたうえで、患者のデータを把握し状況の判断に戸惑いを感じていた。ドレーンや創部からの体液量や性状による異常の判断、変動の激しい指示範囲内の血圧の判断が挙げられており、予測を含めた異常の見極めに戸惑っていた。緊急時に必要な物品の準備ができなかったことや自らの役割を見いだせず、思うように行動できない自分にもどかしさを感じ、緊急時の対応への困難として現れていた。患者・家族の対応に関しては、家族から患者の病状や予後に関する情報の提供を求められるため、自らが家族に提供できる情報の選択が難しいと感じていた。また、気管挿管や高度な呂律障害による言語的コミュニケーションが難しい患者との意思疎通、患者や家族とかかわりを持つ時間が限られていることにも困難を感じていた。経験年数による重圧に関しては、他者から受けたものには処置について不安を訴えても看護師の臨床経験があるという理由から任されてしまうこと、配置転換後の時間が経過し自ら段取りを組み行動できるようになっているにも関わらず、他のスタッフから指摘をされることが苦痛であった。配置転換をした看護師自身によるものには、臨床経験があるという自負が妨げとなり疑問点を確認することができない、他のスタッフに作業を中断し負担をかけることに気を遣ってしまうことが困難として現れていた。

これらのことから、集中治療部門の看護における困難として、未経験の処置・疾患に対する困難、言語的コミュニケーションが取れない患者に対する困難、臨床判断に対する困難、患者家族とのかかわりに対する困難、指導体制に対する困難、経験年数の重圧に対する困難があることが明らかになった。

#### IV. 配置転換による疲労

配置転換による疲労に関する文献は1件であった。中井ら（2014）は配置転換後1年以上経過した看護師は、身体的側面の疲労、精神的側面の疲労に関して、配属希望をした群は基準平均訴え率を下回っていたが、配属希望をしなかった群は精神的側面の疲労が基準70%タイル値を上回っていた。やりがい別では、仕事にやりがいを感じている群では、精神的・身体的側面の疲労はともに基準平均を下回っていた。仕事にやりがいが無い群では、身体的側面の疲労・精神的側面の疲労が基準70%タイル値を上回っていた。

これらのことから配置転換による疲労は、身体的側面や精神的側面が認められており、配置転換の希望ややりがいが影響していた。

#### V. 配置転換後の経験や同僚のサポートによる自信の獲得

配置転換後の経験や同僚のサポートによる自信の獲得に関する文献は3件であった。影山ら（2018）は、配置転換した看護師は相談窓口である教育担当者から支えられていると感じたこと、先輩看護師の声掛けにほっとする思い、同期の配属者だからこそ共感しあえ

る同僚の存在によって安堵感を得ていた。配置転換から1年が経過すると、オープンフロアの空間に慣れ、知識・技術の習得によって自己の成長を実感し、そして役割を与えられる経験をしたことが自信となって、配置転換で生じた否定的な気持ち乗り越えようとしていた。その後、自己成長の実感は心の余裕を生み、経験を積み重ねることへの喜びとなっていた。周囲との関係では、一緒に乗り越えてきた同期配属者に対する安心感は増大し、さらに同僚との親近感とサポートが得られる関係性や相談しやすい雰囲気によって仲間意識は強くなり、居心地の良さへととなっていた。医師の特徴をつかんだことで抵抗感は緩和され、医師と関係性を築くことでストレスが緩和されていた。

松本ら（2015）は、配置転換した看護師は患者への声掛けを意識しながら実践していることや、看取りのケアやカテーテル治療の経験に対して、今までの経験が活かされていると感じていた。自分でアセスメントし判断していると実感することに肯定的な思いを抱いており、そして自分の行った看護が評価されることで喜びとなっていた。

大谷ら（2013）は、配置転換した看護師は、目標となるものへの出会いや話を聞いてくれる同期、相談できるスタッフ、辛さを共有できる仲間の存在が支えとなっていた。また、仕事の気分転換となるものにも支えられていた。そして、経験を重ねることと自己学習を進めていくことで新たな自信を獲得していた。

これらのことから知識・技術の獲得や同僚の支えによって、自己の成長や安心感が得られ、自信や看護の喜びを獲得していた。

## VI. 配置転換した看護師のやりがい

配置転換した看護師のやりがいに関する文献は3件であった。影山ら（2018）は、配置転換から3年が経過したころに、集中治療部門の3年間の教育支援体制に対する大切さと辛い経験をもとに後輩を支えたい意欲が現れていた。後輩指導や自己学習で自信を得たことで、重篤な患者のアセスメントや看護を学ぶことに向上心を抱いていた。

松本ら（2015）は、配置転換した看護師が患者・医療者の安全を大切にすること、患者に笑顔で話しかけることを大切にすること、患者の小さな変化に気づき対応できるようになりたい、というような目指す看護師のあり方を持っていた。

大谷ら（2013）は、配置転換した看護師は集中治療部門特有の看護を見出したことで看護の興味・関心が広がり、改めて学習することの大切さに気付けたことを看護師の成長として捉えていた。また、患者が回復していく姿に喜びを感じつつ、好きな仕事を継続できていることにやりがいを感じていた。

これらのことから、配置転換した看護師は、後輩指導や自己研鑽により、看護師としての成長ややりがいにつながっていた。

## 第5章 考察

本研究の目的は、集中治療部門に配置転換した中堅看護師の先行研究のレビューによって中堅看護師の実態を把握し、中堅看護師に効果的な教育支援について示唆を得ることである。対象文献6件から中堅看護師の実態について検討した結果、配置転換に伴う心理的な影響、集中治療部門の看護における困難、配置転換による疲労、配置転換後の経験や同僚のサポートによる自信の獲得、配置転換した看護師のやりがいが見えられた。

その内容は、配置転換に伴う心理的な影響では集中治療部門の物理的環境による影響、重症患者の看護による影響、新たな知識と技術による影響、医師との協働による影響であった。次に、集中治療部門の看護における困難では、未経験の処置・疾患に対する困難、言語的コミュニケーションが取れない患者に対する困難、臨床判断に対する困難、患者家族とのかかわりに対する困難、経験年数の重圧に対する困難、指導体制に対する困難であった。配置転換による疲労では、配置転換による疲労は配置転換の希望と配置転換後のやりがいが見えられていた。配置転換した看護師の支えでは、同僚の支え、今までの経験が活かされる体験、自己成長の実感であった。配置転換した看護師のやりがいは、集中治療の興味・関心、将来の自己像の認識であった。

対象となった文献は2009～2019年の10年間で6文献と少数であった。中堅看護師の文献が少ない理由に、中堅看護師の定義が一定ではないことが指摘されており(武藤ら,2018; 関根ら,2014)、中堅看護師を対象とする。本研究においても、看護師経験年数や集中治療部門の経験年数は様々であった。また、対象文献は困難や適応過程を明らかにするものであった。配置転換後、年単位での対象者を設定していることから、集中治療部門の職場適応には長期間を要すると捉えていることが推察される。研究方法からは、対象文献6件中5件が半構成的面接調査であり、研究者が対象者である配置転換した看護師の実態を丁寧に捉え記述しようと意図していたことが伺われる。

本研究の結果をもとに、集中治療部門に配置転換した中堅看護師の実態、次いで配置転換した中堅看護師の育成に効果的な教育支援を考察する。以下、「」内は対象文献を示す。

### I. 配置転換に伴う心理的な影響

対象文献4件を検討した結果、配置転換に伴う心理的な影響は、集中治療部門の物理的環境による影響、患者の重症度による影響、新たな知識と技術による影響、医師との協働による影響が明らかになった。ここでは以下に、集中治療部門に配置転換した中堅看護師の心理的な影響の要因について考察する。

集中治療部門という特殊性のある環境に配置転換したことに関係した影響において、境(2011)は配置転換に伴う看護師のストレス要因には、閉鎖的環境、一人になることが

できず常に見られているといった集中治療部門の環境を指摘している。「常に監視されていると感じていた」(影山ら, 2018)、「閉鎖的空間でスタッフから監視されている」(廣田ら, 2016)、「常に誰かに見られていると感じていた」(松本ら, 2015)、「自己の看護を見られ評価され、日々緊張感とストレスを受けていた」(大谷ら, 2013) が示すことは、集中治療部門のオープンフロアによる心理的影響と推察される。集中治療部門で見られるオープンフロアは横一列のベッド配置となっており、医療従事者が患者をモニタリングしやすい(田口ら, 2016) ことがメリットとしてあるが、デメリットに静かな環境を整えることが難しいことや患者・家族のプライバシーに関わる内容の話をすることに抵抗感を抱きやすい(下河ら, 2016) ことが問題視されている。そのため、この環境が患者だけではなく配置転換した看護師の行動も周囲から見られやすく、配置転換した看護師に心理的な影響を与える要因となっていると考えられる。

さらに集中治療部門で働く看護師のストレスには重症患者を看るプレッシャーがあり、このプレッシャーはバーンアウトにつながる可能性があることが示されている(三枝ら, 2010)。そのため、「患者の重症度の高さが精神的なストレスを強めていた」(廣田ら, 2016)、「患者の状態が悪いことに精神的ストレスを受けていた」(松本ら, 2015)、「重症患者を受け持つことに重責と恐怖を感じていた」(大谷ら, 2013) が示すことは、重症患者の看護による影響と考えられる。生命の危機的状況にある患者を看護することは、必然的に患者の生死にかかわる場面に身を置くことも多くなる。このような緊迫した環境の中にいるだけでもストレスは感じるものであるが、配置転換した看護師が重症患者に対する看護の重責と恐怖を感じていることは、緊迫した環境による緊張感だけではなく、自分の行為が患者の生命に与える影響の大きさを自覚している(山本, 2017) ことを示していると考えられる。

キャリアの試行錯誤の時期にある中堅看護師にとっての配置転換は、自己のキャリア発達に影響を与えうる大きな出来事である(吉田, 2013)。その上、集中治療部門では他部署への配置転換に比べて新規獲得する知識・技術が多い(大橋ら, 2010) ことが、必要とされる能力に不安や恐れを抱く(畑中, 2004)、精神的影響を与える要因となっている。これは、「今までの積み上げてきた経験を生かすことができない戸惑い」(影山, 2018 ; 廣田ら, 2016 ; 松本ら, 2015)、「集中治療部門には様々な科の患者が多いため、分からないことが多い」(松本ら, 2015)「焦る気持ちと上手くいかないストレスから看護師としての自信を喪失し、これまでのキャリアが崩壊するような辛さを感じる」大谷ら, 2013) が示すことは、新たな知識・技術による影響と言える。緊急性を要する集中治療部門では、他の部署以上に個人の技術面での能力が問われる(山崎, 2003) ため、培ってきた能力と求められる能力のギャップが心理的影響を生じていると考えられる。

集中治療部門ではチーム医療を提供することが多く、看護師には多職種連携を滞りなく進めていく役割が求められている。中でも中堅看護師には、リーダーシップをとりながら

チームをまとめ、様々な人との円滑なコーディネートをする能力が求められており（荒添，2013）、この能力は多職種の専門領域の十分な理解を必要とする（杉田ら，2006）ため、配置転換した中堅看護師が慣れない環境でその役割を果たすことは容易ではないと推察される。そのため、「慣れない多くの医師とのかかわりに生じる負担は、リーダーを行うことでさらに増し、配置転換後3年目まで続いた」（影山ら，2018）、「医師とのかかわり方の戸惑い」（大谷ら，2013）が示すことは、チーム医療を実践するための医師との協働による影響から生じていると考えられる。中堅看護師は配置転換により医師と良好な関係を築くことができず、バーンアウトの要因となっている（武藤ら，2018）ことが指摘されている。医師と看護師が協働であるほどバーンアウトは抑制される（宇城ら，2006）ことから、集中治療部門に配置転換した中堅看護師が医療チームにおいて、潜在的に持っているリーダーシップやコーディネートする能力を発揮できるよう、看護師の能力を査定し必要な役割が果たせるよう支援することが必要であると考えられる。

## II. 集中治療部門の看護における困難

対象文献4件を検討した結果、集中治療部門の看護における困難は、未経験の処置・疾患に対する困難、言語的コミュニケーションが取れない患者に対する困難、臨床判断に関する困難、患者家族とのかかわりに対する困難、経験年数の重圧に対する困難、指導体制に対する困難が明らかになった。ここでは以下に、集中治療部門の看護の特性から配置転換した中堅看護師が抱えている困難の要因について考察する。

集中治療を受ける患者の特殊性として、複雑性かつ個別性の高い病態をもち生命の危機的状態にある患者は、その全体像を捉えることでさえ容易ではない中で、さらに様々な治療が複合的に行われることで、目まぐるしい変化を遂げることである。そのため、経験の浅い集中治療部門の看護師は、複雑な病態の理解とタイムリーに患者を把握すること、機器類の取り扱い方に困難していることが明らかとなっている（田口ら，2013）。これらのことから、「未経験の疾患や技術や関わる疾患の種類が多く、疾患の理解がついていけないことによる戸惑い」（長山ら，2011）、「医療機器が多いことによって戸惑いと抵抗感」（廣田ら，2016；長山ら，2011）が示すことは、未経験の処置・疾患に対する困難であると考えられる。畑中ら（2004）の研究でも、配置転換した看護師が医療機器に対して抵抗感を抱いており、医療機器に取り囲まれた環境は集中治療部門の困難を生じさせる特徴であると考えられる。

さらに集中治療部門にいる患者は重篤な状態に加え、生命維持に必要な機器や治療のための鎮静剤の投与によって、十分な意思表示が困難となることが多い。代替手段を用いてのコミュニケーションはメッセージが正確に伝わりにくいため、看護師は患者のメッセージを受け取り理解することが難しく、患者のニーズを確かめ満たすことが困難である（山口，2013）。そのため、「患者との言語的コミュニケーションが図れず戸惑う」（大



谷ら, 2013)、「重症度が高いことにより、患者の反応が少ないことで、自分の看護に不安がある」(廣田ら, 2016)、「反応のない患者の変化に気づけないことに対して負担を感じる」(松本ら, 2015) が示すことは、言語的コミュニケーションが取れない患者に対する困難であると考えられる。看護師が意思表示の困難な患者の発するニーズを読み取ることは、看護師の一人一人の経験の中で培われた暗黙知である(山田ら, 2017) とされており、指導者から配置転換者に対して集中治療看護として伝達され難いこともこの困難の一因となっていると推測される。

複雑な病態を持つ患者の迅速な臨床判断に対して、配置転換をした中堅看護師が困難を抱えている(畑中, 2004) ことはすでに明らかになっている。「患者の状態の変化や判断に一人ではできないことから、患者を一人で受け持つことが怖い」(廣田ら, 2016)、「フィジカルアセスメントがほかの看護師と異なることで自分の判断に自信が持てない」(長山ら, 2011)、「予測を含めた異常の見極めに戸惑っている」(長山ら, 2011) が示すことは、臨床判断に対する困難であると考えられる。原ら(2015)はクリティカルケアの臨床判断の特徴として、経験を想起し目の前の患者が示す反応を解釈し判断する比重が高いとを述べている。そのため、指導者とともに事例や場면을言語化し、共に振り返ることにより、臨床判断の経験を積み重ねていくことが重要であると考えられる。

集中治療部門の患者は急な事故や病気を発症し、身体的・精神的な危機的状況に置かれることが多く、家族もまた、患者の状況により大きく影響を受けている。家族は患者の症状や予後の情報を求めるニーズが高く(黒岩ら, 2015)、看護師は家族へのかかわり方自体に悩む(上澤, 2013) ことが明らかとなっている。このことから、「家族から患者の病状や予後に関する情報の提供を求められるため、自らが家族に提供できる情報の選択が難しい、患者や家族とかかわりを持つ期間が限られていることにも困難を感じていた」(長山ら, 2011) が示すことは、患者家族とのかかわりに対する困難であると考えられる。家族の精神的不安定な状況に関わることは、経験の浅い配置転換した看護師には難しい場面であると推測される。

境ら(2011)は、配置転換した看護師は新たな病棟で求められる看護ができないことで申し訳なさや遠慮が生じており、経験者でも見守ってもらいたいと希望していることを明らかにしている。そのため、「今までの経験が役に立たず、自己の能力に対して葛藤していた」(廣田ら, 2016)、「不安を訴えても看護師の臨床経験があるという理由から任されてしまうこと、他のスタッフに作業を中断し負担をかけることに気を遣ってしまうこと」(長山ら, 2011)、は、経験年数による重圧に対する困難であると考えられる。また、今回の対象文献の中には、「臨床経験があるという自負が妨げとなり疑問点を確認することができない」(長山ら, 2011) といった配置転換した看護師自身によって生じているものや、「配置転換後の時間が経過し自ら段取りを組み行動できるようになっているにも関わらず、他のスタッフから指摘をされることが苦痛であった」(長山ら, 2011) というもの

も見られた。経験年数による重圧を配置転換した看護師がどのように捉えているかによって、病棟内のサポートの受け止めに影響を与えていることが推察される。

集中治療部門に配置転換した看護師の指導体制は確立されていない中で、施設ごとで指導体制を築いている現状である。そして指導者もまた、経験者を指導する重圧や転換した看護師の過去の経験をもとにした指導が行えないことに不安や戸惑いを抱えている（戸澤，2019）。そのため、「経験年数があることで周りから気を使われ、指導を十分に受けられないこと、最初のフォロー期間が短いこと、先輩が感覚的に仕事をしているため基本が分からないことからサポート体制の不十分さ感じていた」（廣田ら，2016）が示すことは、指導体制に対する困難であると考えられる。このような状況から、現在の指導体制は配置転換した看護師の自己研鑽を頼っている部分が大きいことが伺える。

### Ⅲ. 配置転換による疲労

配置転換による疲労に関する対象文献は1件であった。配置転換による疲労は、配置転換の希望と配置転換後のやりがいに影響していることが明らかとなった。

集中治療部門は他の部署に比べて、継続疲労が強いことが明らかとなっている（大橋ら，2010）。本研究の結果では、集中治療部門の看護に携わること希望していなかった看護師は精神的疲労が強かったことが示された（中井ら，2014）。その要因として、配置された部署が自分の希望した部署であるか否かが、ストレスに大きく関与し（前野ら，2006）、職務満足度を低下させる要因の一つとなる（深沢ら，1992）ことが示唆されている。

一方で、希望した配置転換かどうかを重要視するのではなく、配置転換によって何が終わるのかという現実を直視し、受け入れることで気持ちの整理をつけて、新しい部署に向かうことが配置転換を肯定的にとらえることができる（中村，2010）という報告もある。

また本研究では、配置転換後にやりがいを持っている看護師は疲労が弱いことが示された（中井ら，2014）。竹下ら（2004）も、仕事にやりがいを感じている看護師ほど疲労が弱いことを報告している。そして、集中治療部門での学習や迅速な対応、判断力に関することとやりがいに関係しており、配置転換後に目的意識を持てるよう動機づけを促す関わりが重要であると考えられる。

### Ⅳ. 配置転換後の経験や同僚のサポートによる自信の獲得

対象文献3件を検討した結果、配置転換後の経験や同僚のサポートによる自信の獲得は同僚の支え、今までの経験が活かされる体験、自己成長の実感が明らかになった。配置転換後の中堅看護師に対して、十分な支援体制が確立されていないなかで、集中治療部門に配置転換した中堅看護師の支えとなっていたものには、同僚による支え、自己成長の実感、培った経験が活かされる体験、配置転換をしての新たな目標であった。中村（2010）は、配置転換の発令から成長の実感までの最もつらいプロセスの克服のために、助言や激

励をくれる職場での支援者、友人、家族、自分に合ったストレス解消法を持っていたと述べている。対象文献においても、「教育担当者から支えられていると感じた」（影山ら、2018）、「話を聞いてくれる同期、相談できるスタッフ、辛さを共有できる仲間の存在が支えとなった」（大谷ら、2013）と示されており、同僚の支えの存在が伺える。配置転換者の指導者は、配置転換者への精神的な負担を軽減する支援に気兼ねなく相談できる雰囲気づくり、精神状態への配慮、緊張する状況でのフォロー、自尊心への配慮を行っており（高木ら、2012）、配置転換者が必要としている支援を受け入れる病棟側が認識できていると考えられる。

次に、今までの経験が活かされる体験において重田（2006）は、前職場で培った看護実践能力や技術を、新たな職場で価値あるものとして認められ、求められる経験は配置転換した看護師の職場適応に肯定的な影響をもたらすことを明らかにしている。対象文献では、「看取りのケアやカテーテル治療の経験に対して、今までの経験が活かされていると感じていた」（松本ら、2015）とあり、今までの経験が活かされる体験をしていることが分かる。配置転換をした看護師にはこれまでの経験や配置転換先にはない専門的な知識も持ち合わせており（吉田、2013）、その能力を活かすことが配置転換した看護師と受け入れる部署の両者に成長をもたらす機会となる。

自己成長の実感では、配置転換した看護師は役割を任命されることを通じて、新たな部署の一員になれたという実感を意味している（中村、2010）。対象文献では、「知識・技術の習得によって自己の成長を実感し、そして役割を与えられる経験をしたことが自信となって、配置転換で生じた否定的な気持ち乗り越えようとしていた。自己成長の実感は心の余裕を生み、経験を積み重ねることへの喜びとなっていた」（影山ら、2018）、「経験を重ねることと自己学習を進めていくことで新たな自信を獲得」（大谷ら、2013）からも、自己成長の実感が配置転換をした看護師の支えとなっていると考えられる。上司から専門知識や技術・専門職としての能力に対する肯定的な感想や言葉は、承認を受けたと感じることに対して重要な意味を持つ（佐野、2014）ため、定期的な面談などを設け、承認を受ける機会を作ることが配置転換した看護師の支えに繋がると考えられる。

## V. 配置転換した看護師のやりがい

配置転換した看護師のやりがいは、集中治療の興味・関心、将来の自己像の認識が影響していることが明らかになった。配置転換した看護師は、知識の習得や技術の向上、判断力が身についてきていると実感できることをやりがいとして捉えており（池上ら、2002）、配置転換後にたとえ負担や困難さを感じたとしても将来の自分像を認識することでそれを克服していくための原動力となることが示唆されている（小坂、2013）。対象文献では、「集中治療部門特有の看護を見出した、看護の興味・関心が広がった」（大谷ら、2013）、「辛い経験をもとに後輩を支えたい」（影山ら、2018）、「患者の小さな変化に気づき対応

できるようになりたい」(大谷ら, 2013) が示すことは、集中治療部門における看護に対して興味・関心を抱き、新たな目標を明確に捉えており、やりがいにつながっていると考えられる。配置転換後の中堅看護師は新たな知識や技術を獲得することや新しい環境に適応しなければならない状況によって、メンバーシップとリーダーシップを発揮できないことがやりがいに影響を受けている(綱分ら, 2019)。これらのことから、配置転換した看護師がやりがいを抱くためには、職場環境に慣れることや新しい技術や知識を習得するための支援と実感を促す関わりが重要であることが推測される。

## VI. 教育支援への示唆

中堅看護師の支援体制においては、日本看護協会が 2012 年に「継続教育の基準 ver. 2」の中で継続教育を 5 分類し、中堅看護を対象としたものは「ジェネラリスト育成教育」、「管理者育成教育」、「院内研修等の教育者育成教育」が推奨されている。今回対象となった文献では、配置転換した中堅看護師の支援には 3 年間の教育体制(影山ら, 2018)や ICU 独自のチェックリストの使用と指導者の配置(松本ら, 2015)がみられており、その他の文献では小グループ制の配置転換した看護師 6 名程度を 1 グループに対して 1 名プリセプターを配置する方法も見られた。現状は、中堅看護師の教育は多くの施設で教育目的や内容が不明確なまま行われている(小澤, 2014)。

集中治療部門の看護師が専門性を発揮し、自律して質の高い看護を提供するためには、臨床判断能力が必要である(江口, 2014)。本研究の結果からも、配置転換した中堅看護師は臨床判断に困難を抱いており、重症患者の看護に重責と恐怖を感じていることが明らかになっている。配置転換した中堅看護師の臨床判断が困難な要因として、集中治療での看護師の臨床判断能力は看護師の経験ではなく、集中治療の経験によって培われる(原ら, 2015)ため、今までの臨床判断の経験が活かされていないことが考えられる。一方で、Corcoran(1990)と籠(2017)は、中堅看護師の臨床判断は過去の臨床判断の経験を応用しながら臨床判断能力を高めていくことを示唆していることから、中堅看護師の臨床判断能力の獲得が難しいことが考えられる。

集中治療部門の看護師の臨床判断について Benner(2004)は、集中治療部門の看護師が臨床判断をより上手く学べるかは経験を積んだ医師、看護師達が洞察力に富んだコーチングを忍耐強く行うことにかかっていると述べている。また Burns&Buluman(2005)は、看護実践の初学者には、リフレクションを促進する効果的なメンターの存在、Tanner(2006)は臨床判断モデルの教育的活用必要性を述べているが、集中治療部門に配置転換した看護師の臨床判断の教育方法は確立していない。

これらのことから、集中治療部門に配置転換した中堅看護師の教育は、臨床判断能力の獲得に主眼を置き、中堅看護師に適した教育方法を検討していくことが望ましいことが示唆される。

## VII. 急性・重症患者看護専門看護師の支援の示唆

本研究の結果より、配置転換した中堅看護師は集中治療部門の環境や対象とする患者の特殊性により、戸惑いや不安などの精神的な影響を生じていることが明らかとなった。また、集中治療部門ではチーム医療を提供することが多く、中堅看護師はコーディネータとしての役割を担う能力が求められている（荒添, 2016）ことも、配置転換した中堅看護師のストレスや不安を増大させる要因であることが示唆された。急性・重症患者看護専門看護師は、配置転換した中堅看護師が集中治療部門の特殊性から生じる困難だけではなく、中堅看護師の役割を果たすことが困難な状況にあることも念頭に置いて関わる必要がある。

また、配置転換した中堅看護師には臨床判断能力の獲得を主眼に置いた教育が望ましいことが推察された。その教育支援として、集中治療看護の知識だけではなく、コーチングやリフレクションなどの教育スキルを活用した支援が必要であることが考えられる。急性・重症患者看護専門看護師は、患者に生じている現象と臨床判断の思考を言語化する能力を備えているため、配置転換した中堅看護師とともに事例や場면을言語化し、共に振り返ることで、中堅看護師の臨床判断能力を高める支援を行うことができると考えられる。配置転換した中堅看護師の指導体制の確立に向けて、実践や研究報告が求められていると示唆された。

## VIII. 研究の限界と課題

本研究は、集中治療部門に配置転換した中堅看護師の実態を検討した。集中治療部門に配置転換した中堅看護師に関する研究が少数であること、中堅看護師の定義がさまざまであり、結果への影響が考えられるため、一般化には限界がある。今後は、配置転換した中堅看護師の看護実践力を明らかにした研究を行う必要がある。

## 第6章 結論

集中治療部門に配置転換した中堅看護師の実態として、配置転換に伴う心理的な影響、集中治療部門の看護における困難、配置転換による疲労、配置転換後の経験や同僚のサポートによる自信の獲得、配置転換した看護師のやりがいなどが示されていた。

配置転換した中堅看護師の教育支援には、集中治療部門の特殊性から生じる心理的な影響や中堅看護師の役割を果たせないことの喪失感などによる、ストレスを生じやすい環境にあることを念頭に置きながら関わる必要がある。また、集中治療部門に配置転換した中堅看護師の教育は、臨床判断能力の獲得に主眼を置き、中堅看護師に適した教育方法を検討していくことが望ましいことが示唆される。