

博士論文

キャリアパスを考慮した中堅看護師の能力開発に関する研究

平成 27 年 9 月

小澤 幸夫

目 次

第1章 序論	1
1-1 研究の背景	1
1-2 看護師のキャリア開発	3
1-2-1 看護師教育の現状	3
1-2-2 キャリア開発に関する研究	5
1-2-3 看護師のキャリア開発の現状と課題	10
1-3 研究の目的	16
1-4 本論文の構成	16
第2章 中堅看護師の現有能力調査票の作成	18
2-1 看護師の能力把握の現状	18
2-2 現有能力調査票の作成プロセス	18
第3章 中堅看護師のスキル修得プロセス	25
3-1 はじめに	25
3-2 中堅看護師の現有能力調査の概要	25
3-3 現有能力調査項目の精査	27
3-3-1 N-Sチャートの作成	27
3-3-2 チェック項目の難易度の設定	30
3-3-3 チェック項目の精査	32
3-4 各スキル及び能力の特性	40
3-4-1 経験年数別平均点と回帰式による修得期間の予測	40
3-4-2 現有能力の状況と修得に要する期間	42
3-5 能力間の影響関係と発達経路	44
3-5-1 階層構造化モデル(ISM)による影響経路図の作成	44
3-5-2 階層構造化モデルによる能力間の関連	48
3-6 本章のまとめ	50
第4章 中堅看護師のキャリアパスと必要スキル	52
4-1 はじめに	52
4-2 キャリアパス別必要スキルの調査概要	52
4-2-1 看護師のキャリアパス	52
4-2-2 調査内容	53
4-2-3 調査対象の選定および対象人数	54
4-2-4 調査票の回収状況	55

4-3	分析方法と結果	56
4-3-1	スキル別ウェイトの算出方法	56
4-3-2	一対比較による回答の整合度	57
4-4	キャリアパス別に必要なスキル	58
4-4-1	フェイス項目（回答者属性）別の回答差異の確認	58
4-4-2	キャリアパス別に必要なスキルのウェイト	59
4-5	キャリアパス別のコア能力	62
4-6	本章のまとめ	68
第5章	中堅看護師のキャリアパスを考慮した能力開発計画	71
5-1	はじめに	71
5-2	能力開発計画の作成方法	71
5-3	能力開発計画の作成例	74
第6章	結 論	82
6-1	研究の成果	82
6-2	今後の課題	83
参考文献		85
参考資料		89
	現有能力調査票	89
	自由記述内容	95
謝辞		102

第1章 序論

1-1 研究の背景

病院に勤務する看護師の業務は、医師の診療補助や歩行・排せつ・食事の介助から患者と家族の精神的ケアなど多岐にわたっており、常に患者の身近で治療を支えるとともに、あらゆる医療現場においてチーム医療のキーパーソンとしての期待が寄せられる[1]など、その役割は大きなものとなっている。また近年、看護師を取り巻く環境はその専門性を強化する動きが本格化しており、(社)日本看護協会では、がん看護や老人看護、小児看護など特定の専門分野で卓越した知識や技術を有する「専門看護師」、救急看護や緩和ケア、不妊症看護などの分野において高い水準で看護を行う「認定看護師」、医療現場やチーム力を効率よくマネジメントする「認定看護管理者」の3つの資格認定制度を導入している。

一方、日本の就業看護師数(准看護師を除く)は、3年制の看護専門学校その他、看護系4年制大学の設置増などにより年間約3.5万人ずつ増加しており、表1-1、表1-2に示したように、2012年には2002年に比べ44%増加し、100万人を超える大きな専門職集団を形成している。これら就業看護師の内73.6%が病院に勤務している[2]。

表 1-1 就業看護師の年次推移(隔年)

	2002年	2004年	2006年	2008年	2010年	2012年
看護師数(人)	703,913	760,221	811,972	877,182	952,723	1,015,744
対2002年	1.00	1.08	1.15	1.25	1.35	1.44

厚生労働省「平成24年衛生行政報告例結果の概況」のデータを基に作成

表 1-2 看護師の就業場所別比率(%)

病 院	73.6
診療所	12.4
助産所	0.0
訪問看護ステーション	3.0
介護保険施設等	6.2
社会福祉施設	1.4
保健所	0.1
市町村	0.7
事業所	0.6
看護師等学校養成所など	1.4
その他	0.7
合計	100.0

厚生労働省「平成24年衛生行政報告例結果の概況」のデータを基に作成

病院に勤務する看護師については、長年、早期離職が問題となっていたが、厚生労働省の退職率低減や再就職支援の取り組みなどにより、離職率は2008年以降、僅かではあるが減少傾向が続いている[3]。2012年の就業看護師の年齢構成をみると、25歳～39歳、経験年数で4年～18年程度の人数が全体の47.1%を占めている。今後も離職率の低減傾向が続くとすれば看護師の平均勤続年数は伸び、いわゆる中堅以上の看護師が増加していくことが予測される。中堅看護師は、自律した看護を提供しながら指導者やリーダーとしての役割も期待される看護組織の中核的存在であり、看護の質向上の鍵であるといわれる。中堅看護師がこれらの役割を果たすためには、医療環境や役割の変化に対応した知識や技術の獲得・刷新が必要であり、継続的な能力開発は不可欠である。

しかし、能力開発に関する院内の制度は整備されていない病院が多く、個人の自覚と責任に任されているのが現状である[4,5]。さらに、昇進や給与等の人事システムは、年功序列の要素が強いため、能力開発に対するインセンティブが弱い[6]との報告もある。院内の教育制度の不備を補うために院外研修が単発的に活用されているが、院内の教育計画を整備することによって動機づけにもなり、個々の看護師にとって系統的な自己学習計画が立て易くなる[4,7]ことが考えられる。

中堅といわれる看護師は、キャリアとライフサイクルの両方が発達する時期にあたり、多くの葛藤に遭遇する年代である[6,9]。ライフサイクルにおいては、自立した社会生活を営み、家族に対する責任が大きくなる時期でもあり、自身の学習意欲や学習時間などへの制約が生じてくる時期でもある[10]。中堅看護師に対して新たな役割の付与や目標管理等を通してモチベーションの向上を意図した取り組みを展開している病院もあるが、その効果は十分には検証されていない[8]。

このような状況に置かれている中堅看護師が、定着率の上昇とともに今後ますます増えていくことが予想される今日、中堅看護師のモチベーションの向上のためにもキャリア開発と結びついた能力開発について検討することは重要な課題であるといえる。

しかし、看護師のキャリア開発や能力開発に関する研究は、「キャリア開発の要因・構造・影響因子」[11,12,13,14]や「卒後・継続教育の課題」等に関するものが多く[4,15,16,17,18]、キャリア開発のための具体的な教育計画に結びつく研究は少ない。赤嶺が開発した中堅看護師の「能力尺度（CS-SCN）」[19]や、佐藤らの中堅看護師の「臨床実践力測定尺度」[20,22,23]による能力評価を基に教育計画を示したものがあるが、看護師のキャリアパスを考慮した長期的目標を明確にした教育計画についての報告は見当たらない。

1-2 看護師のキャリア開発

1-2-1 看護師教育の現状

看護師は職務の性格上、基礎教育を修了して入職した後も継続的な教育が必要となる。入職後に行われる継続教育は、院内および院外で様々な教育がおこなわれており、教育施設別に分類すると以下のように示すことができる。

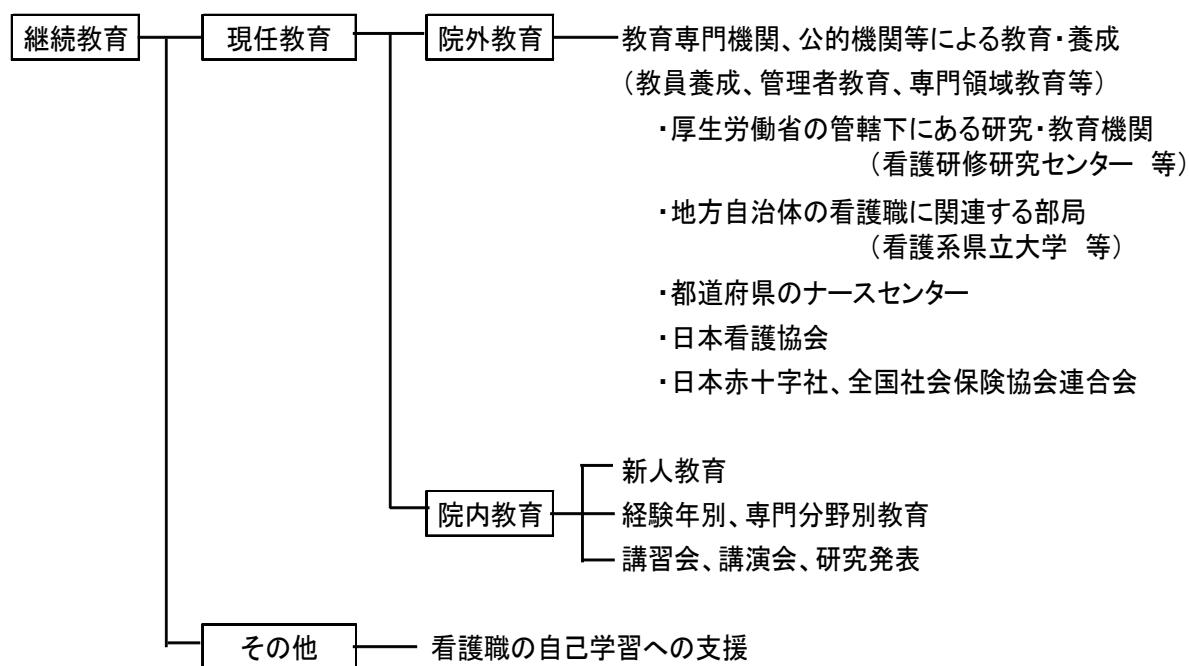


図 1-1 看護師の継続教育の分類

杉森みど里、舟島なをみ：看護教育学、医学書院、2009. p360-363 より作図

これらの継続教育は、院外教育においては主に集合教育あるいは分散教育により実施され、院内においては OJT や Off-JT により実施されている[24]。院内教育の目的は、看護師が組織の一員として責務を遂行するために必要な教育ニーズを充足すること、そして、所属する看護師の学習ニーズを充足することの 2 つある[26]が、これらを同時に達成していくことが組織の活性化につながると考える。

病院に勤務する看護師が入職してから 3 年目頃までは日常の看護業務を修得し、一人前の看護師として成長していくいわば職場適応の期間であるといえる。この期間の教育は、先輩看護師が生活や業務遂行について指導していくプリセプター制度や院内研修プログラムなどが制度的に行われている[25,27]。特に、新人看護師の教育については、厚生労働省が新人看護師研修のガイドライン[28]を示すなど研修の義務化がすすめられている。

病院における能力開発プログラムは、看護師の継続的な能力開発を支援する目的をもっており、異動や人事交流、委員会活動、後輩・学生指導、目標管理、ポートフォリオ、

施設認定のエキスパート制度、クリニカル/ キャリア開発ラダーなどを挙げることができる[6]。異動や人事交流、委員会活動、後輩・学生指導は、新しい役割や実践領域での経験を通じて、看護師の視野の拡大や、未開発領域の能力開発、モチベーションの向上に効果があるとされている。しかし、委員会活動は個人が自由にその役割を選択できるわけではなく義務感を感じる業務であり、活動目的は明確であっても必ずしも個人の目的と一致しているとは限らない[29]。ポートフォリオは、看護師の継続的能力開発やモチベーションの向上に効果がある[30]とされ、キャリア開発ラダーや目標管理システムの一部として臨床への導入が始まっている。施設認定のエキスパート制度は、中堅以上の看護師のキャリア開発や学習意欲の向上などを目的として導入されたもので、職能団体や学会の認定資格よりも取得しやすく、能力開発の動機付けとなりやすいが、資格取得後の活用方法や、認定者数が限られることなどの課題がある。キャリア開発ラダー（クリニカル・ラダー）は、それまでの経験年数別教育への反省や、能力評価への関心の高まりを背景に、1990年代から急速に広まった能力開発プログラムである。キャリア開発ラダーは、キャリア開発の指標とすべく導入されたものであるが、看護師がキャリア開発ラダーに参加しない、効果が実感できないなどの問題も報告されている[6]。

看護師も経験を重ねていくことにより、専門分野志向、マネジメント志向、看護の現場志向などキャリアの方向性が多様化してくることが考えられる。キャリアを画一的なラダーでフォローするのは限界があり、キャリアごとに異なる必要なスキルなどに応じた評価、教育が必要となろう。その他、教育専門機関や医療施設が様々な教育プログラムを立案・提供しているが、継続教育の体系化に向けた取り組みは政策的にも学術的にも遅れており、日本看護協会の「継続教育の基準」の公表や大学病院を中心とした「看護師の人材養成システムの確立推進委員会」[31]の設置など体系化に向けた活動が開始されたばかりである[19,21]。また、現任教育における院内教育は、形式、内容ともに施設による差が大きく、一貫性に欠け体系的とはいえない現状である[32]。長吉[33]は、継続教育の制度を整備するための課題として、院内・院外教育の目的を明確にして効果的にするためにはどうするか、どのような教育項目・内容が必要か等の基準を作成することを挙げ、看護師の資質向上や士気高揚につなげていく必要があると述べている。

本来、継続教育は看護師が自ら課題を設定して積極的に学ぼうとする姿勢が大切であるが、これまでの継続教育においては受け身の傾向がみられる。奈良県看護協会が行った中堅看護師の教育に関する調査結果[34]では、中堅看護師の教育に当たっての障害について、「意欲はあるが家庭の事情あるいは仕事が多忙のため時間が取れない」が最も多く、次いで「意欲がない」が挙げられている。院内教育の開催時間に関しても業務時間を希望する割合が81%にのぼり、業務終了後や休日を利用しての研修参加には積極的とはいえない状況が報告されている。さらに、中堅看護師に対する院内研修は、外部委託の講師による割合が高いことも明らかにしている。講師の選定基準が不明確な状況[33]においては、教育目的に沿った内容になっているかなどの疑問が残る。院外研修に

については、研修会や学会への参加は短期間の場合が多く個人の努力で参加することは容易であるが、長期にわたる研修や大学院等への進学に対する病院の支援はまだ不十分であると思われる[35]。中堅看護師のキャリア開発に対する意識について、山内ら[12]は看護界全体をみた場合、積極的にはキャリア形成のための行動をとっていないと報告している。大林ら[36]の報告でも、経験年数が6年目以降になると自己評価は高くなるが、目的意識や向上心が低くなるという中堅看護師の特性を明らかにしている。

このように中堅看護師の教育は、院外教育では個人の努力の範囲での短期研修が中心であり、長期的な目標に沿った研修内容にはなっていないのが現状である。院内教育においても一貫性に欠け体系的とはいえない現状である。中堅看護師のキャリア開発に対する意欲を向上させ、病院の組織の活性化にもつながる長期的視点でのキャリア開発が必要となろう。

1-2-2 キャリア開発に関する研究

キャリア発達の概念が導入されたのは1950年代のことである。当時のキャリア発達は、学校教育における進路指導として展開されてきたものであり、入職前に焦点を当てたものであったといえる。1960年代になると、キャリアの概念を拡張させ、企業等の組織に入った後の問題も含めた職業的発達理論が提唱され、職業に関わる人間の生涯として捉えるようになった[37]。キャリア開発(Career Development)は、この時期に人事管理制度と関連して導入された概念であり、個人の成長・発達と組織の拡充・進展を絡み合わせることで、「組織内キャリア発達」という概念が生まれた[13]。この時期における代表的な研究として、Super,D.E. と Schein,E.H.を挙げることができる。

Super は、生涯における8つの生活役割(life role)を表した「人生キャリアの虹(Life-Career Rainbow)」[38]を提唱するなど、キャリア発達研究において理論的支柱となる役割を果たしてきた。Superによると、人々は生涯を通じて「子供」「学生」「職業人」など8つの役割を1つあるいは複数を並行して演じて毎日を送っており、人生の中で相互に影響し合うそれぞれの役割にどれだけの時間を投じ、全体としてうまくバランスを取ることが重要であるとしている。いわゆる「ライフ・ワーク・バランス」という視点が、「将来のキャリア」を設計するに当たって大切なものであるとしている[13]。Superの役割論は、人生における主要な役割の転換期にあたる一時点には注意が向けられているが、日常的な職業人としての役割と職業をとりまく他の役割との関連や相互依存については述べられていない。そのため、入職後のキャリア発達を考察するためには、対象とする期間と主たる生活の場(学校 vs 企業)という点において限界がある。

Schein は、キャリア開発の視点として「社会にとって、組織にとって、また個人にとっての問題は、組織へのエントリーの時点だけでなく組織ないし個人のキャリア全体ないし生涯を通じて、それぞれの要求をどう調和させるか」を重視し、「キャリア開発の本

質は、時の経過に伴う個人と組織の相互作用」と述べている[37,39]。キャリア開発は、個人も組織も社会や文化の影響を受けながら、その中で個人の自己評価に基づくキャリア計画と、組織の総合的な環境評価に基づく人的資源計画がすりあわされる「調和過程」とよばれるプロセスであり、双方にとって利益があるようすることが重要であるとしている。さらに、Schein は、個人のキャリアのあり方を方向づける自己概念として 8 つのキャリア・アンカー[40]を示した。また、それぞれの発達段階において学習すべき課題を設定し、その学習と能力形成を進めることで、キャリア空間を進んでいくという、学習と能力形成をキャリアの考え方にしっかりと組み込んでいる。これらは、能力形成とキャリアデザインの統合という問題に多くの示唆を与えてくれる。

<8 つのキャリア・アンカー>

- ①専門・職能的コンピタンス (Technical/Functional Competence; TF)
- ②全般管理コンピタンス (General/Managerial Competence; GM)
- ③自律・独立 (Autonomy/Independence; AU)
- ④保障・安定 (Security/Stability; SE)
- ⑤起業家的創造性 (Entrepreneurial Creativity; EC)
- ⑥奉仕・社会貢献 (Service/Dedication to a Cause; SV)
- ⑦純粋な挑戦 (Pure Challenge; CH)
- ⑧生活様式 (Lifestyle; LS)

キャリア・アンカーとは、キャリア発達の自己概念であり、キャリアの選択を重ねるにしたがって自分が本当にやりたいことを考えるための拠り所、あるいは自分自身を発見する拠り所となる概念である。Schein は、キャリア・アンカーは仕事を通じて自覚された才能と能力、動機と欲求、態度と価値の 3 側面から明らかになるとしており、職業に就いてから 5～10 年の時期に開発され、その後の職業選択やキャリア発達を方向付けるものであるという[41]。

キャリア発達とキャリア開発について、平井[42]は、「キャリア発達とは、キャリア形成を個人側からとらえようとする概念であり、キャリア開発は組織側の要求を最優先して導入してきた経緯がある。しかし、本来のキャリア開発はこの個人の成長発達の理論を軽視するものではない。従来のキャリア発達・形成の研究から示唆を得てキャリア発達の視点を中に組み込んでいる。」と述べており、キャリア開発はキャリア発達を包含する概念であるとしている。1960 年代には我が国にもキャリア開発の概念が導入されている。終身雇用という我が国の雇用形態のもとでは同じ企業に長くとどまる傾向があるため、この考え方を定着させる上で適していたといわれている。

本研究では、中堅看護師のキャリア開発を主題としていることから、キャリア発達段階の第 5 段階および第 6 段階が主な対象となる。第 5 段階での「直面する一般問題」「特定の課題」を Schein は以下のようにまとめている[37]。

Schein における発達段階モデル

第 5 段階：キャリア中期(25 歳以後)

「直面する一般問題」

1. 専門を選び、それにどれだけ関わるようになるかを定める。あるいはジェネラリストまたは管理者となる方向に向かう。
2. 技術的に有能であり続け、自分の選択した専門分野(あるいは管理)において学び続ける。
3. 組織の中で明確なアイデンティティを確立し目立つようになる。
4. 自分自身の仕事の責任だけでなく他者も含むより高度の責任を引き受ける。
5. 当該職業において生産的な人間になる。
6. 抱負、求めている前進の型、進度を測定するための目標などによって、自分の長期のキャリア計画を開発する。

「特定の課題」

1. ある程度の独立を得る。
2. 自分自身の業績基準を開発し、自分自身の意思決定に自信を持つようにする。
3. どれだけ専門化するか決定基準として、自分の動機・才能・価値を慎重に判断する。
4. 次のステップに関して妥当な決定を行う基準として、組織および職業の機会を慎重に評価する。
5. 助言者との関係を批判的に考え、他者の助言者になる準備を行う。
6. 家庭・自己・仕事へのそれぞれの関心を適切に調整する。
7. 業績がふるわず、在職権が与えられず、あるいは、意欲を失うとすれば、挫折感に対処する。

「直面する一般問題」の内容は、今後の進路を明確にする時期であることを示しており、正に中堅看護師の課題となるものである。特に「1.」は、具体的なキャリアパスを決めるべき時期であることを示している。キャリアパスとは、組織の中で成長しながら、段階的・計画的にキャリアアップをはかるための道筋である。個人が将来の希望や目標を設定して、それを達成するために各段階でどんな経験をするかを定めることをキャリア計画と呼び、個人のキャリアパス形成に対して、組織が長期的・体系的な計画を作り支援していくことがキャリア開発である。また、Schein のキャリア・アンカーの形成は、自分にとっての仕事の価値、自己の能力や自分が本当にやりたいことを知ることで促進され、キャリア・アンカーを明確にする過程は、個人のキャリア開発を行う上で重要な分岐点となる。キャリア・アンカーを明確にすることは、キャリアパスを選定する際の重要な指針となる[43,44,45]と思われる。

キャリア開発を行う上でメンタリングも重要な要素となる。メンタリングとは、上司

あるいは先輩などから指導・伝授を受けることであり、OJT など公式的なメンタリングや、日常の人間関係に基づく非公式的なメンタリングがある。住田ら[41]の調査研究の結果では、メンターの有無によってキャリア・アンカーが変化しなかったことから、メンターのようなキャリアを支援する立場の人々は、キャリア・アンカーの形成を支援するというよりは、キャリア・アンカーをキャリア発達に効果的に活かせるような支援を行うことが重要であるとしている。教育担当者が看護師の態度にどのように影響を与えるか、またその方法を見いだす必要がある[46]。

看護師のキャリア論について看護界に大きな影響を与えたのは Benner,P.であろう。Benner[47]は、看護師が長期のキャリアがあったとしても、それに報いる報酬がなく地域看護など他の道を選択する看護師が多いことが病院の在職期間を短くしているという。このような伝統が、主に女性の職である看護には長期的なキャリアを積んで専門化していくことの必要性を少なくし、病院の人事管理の戦略や体制がほとんど作られていない状況を生んでいるとしている。このような状況に対し Benner は、看護師の発達段階を「初心者・新人・一人前・中堅・達人」の 5 つのレベルに分類したモデルを示し、看護師のキャリア開発に向けての系統的アプローチが必要であると述べている。

現在、多くの病院で用いられているキャリア開発ラダーは Benner の技術習得モデルが基本となっている。

<看護師の技術習得モデル>

- ・ 初心者 (Novice)

初心者は置かれた状況に対して経験がないために、原理原則に則った行動はかなり限定され柔軟性もない。また期待される行動もとれない。初心者はその状況に直面したことがないために、対処方法のガイドラインがあれば一通りの行動はできるが、実際の状況下で何を優先にするか判断できない。

- ・ 新人 (Advanced Beginner)

新卒看護師から卒後 2 年以内の看護師でガイドラインに基づき与えられた課題を遂行することはできる。部分的な状況に応じて自分で優先順位を決めることや、省いてもよいところを省略することは困難である。何を優先させるか決める際には、経験者の助言が必要である。

- ・ 一人前 (Competent)

この段階は同じまたは類似した状況で 2~3 年くらい仕事をした看護師が当てはまる。一人前の看護師は直面した状況を整理し、問題を分析し、ある程度の予測をもとに計画したり行動したりすることができる。

- ・ 中堅 (Proficient)

約 3~5 年間類似した患者集団を対象に働いている看護師にみられる。一人前

の段階から質的に飛躍がみられ、状況を部分というよりは、全体として丸ごととらえられる。自分自身の知識や能力に自信をもっており、状況の変化に柔軟に応じることができる。

・達人 (Expert)

この段階の看護師は中堅以上となるが、一口に何年の経験を積めば達人看護師になれるかという明確な表現はできない。達人看護師は背後に豊富な経験を有しているため、状況を直感的に把握し、他の診断や解決方法があるのではないかと苦慮することなく、正確な方法に照準をあわせることができる。

看護師の国際評議会 (ICN : International Council of Nurses) も看護師のキャリア開発が看護師の成長における重要な要因であり、直接高いクオリティケアサービスの維持につながれるとしている。さらに、キャリア開発をサポートするための教育制度の整備が必要であると強調している[48]。Schein は、組織の健康度を保つための条件の一つとして組織目標に対する信頼感を挙げている[49]。McGillis, H.L. らは実証研究の結果として、看護師個人のキャリア開発計画と組織の戦略的計画を含む組織的なキャリア開発プログラムの開発は、看護師と組織の双方に有益なことでありと報告している[50]。また、米国のバーンズ病院の事例では、キャリア計画で長期的な目標を設定し、看護師長などインストラクターが看護師のキャリアプランニングに全面的にかかわることで、定着率、看護師のモチベーション、インストラクターの能力、チームワークが向上したとの報告がある[51]。

看護師のキャリア開発の構築に大きな影響を

与えたのは、アメリカ看護協会 (ANA) による「看護スタッフ能力開発の基準」である[42]。この基準は、継続教育として生涯学習過程の構造をもち、看護師の職能開発とキャリア目標の達成を促したものであり、能力開発のための独立した組織の設置や理念・目標の明文化など11項目を設定条件としている。日本においても、個々の看護職者が自分自身のキャリアをマネジメントし、さらに組織がそれを支援することの必要性[52]など、看護師のキャリア開発の重要性について多くの報告がされている。Donner, G.J. ら[53]は、看護師のキャリア開発は組織の活気を維持するためにも必要であり、看護師と組織、両方の挑戦でもあると述べている。さらに、人材育成を継続的に行うための組織的な制度を作ることの重要性を強調している。

菊池[44]は、「わが国では看護の高等教育化、資格認定制度などにより、高度な知識と実践能力を有する看護職の育成を進めている。このような教育面での背景の変化および看護の専門化と業務分化は、看護職個人におけるキャリア発達の様相に変化をもたらすと同時に、看護職に対する新たなキャリア開発の構築を迫るものである。また、年々、看護職の勤続年数は延びる傾向にあり、それに伴って、看護職個人における職業人としての成長や自己実現への欲求が就労継続の意思と強く関連するようになってきた。従って、看護職である個人が職業人としてキャリアを形成していくために、また組織がキャ

リアステージに応じたキャリア発達を支援するためには、病院をはじめとした組織全体のシステム構築が喫緊の重要課題である」とし、キャリア開発の重要性を説いている。

1-2-3 看護師のキャリア開発の現状と課題

看護師のキャリア開発に関する現状について、筆者が行った調査結果を基に明らかにする。これは病院の看護部における看護師教育の現状について調査したものであり、全国47都道府県に送付し、40都道府県からの回答を得た。質問内容は、表1-3に示したとおりである。

<回収状況>

発送数：256 病院

回収数：142 病院（回収率：55%）

<看護師数別回答数（比率）>

200 人以下：15 病院（10.6%）

201 人～400 人：65 病院（45.8%）

401 人～600 人：46 病院（32.4%）

601 人以上：16 病院（11.2%）

表 1-3 単純集計結果

質問内容	選択肢	度数	比率 (N=142)
院内 研修の実施	行っている	133	94%
	行っていない	7	5%
	無回答	2	1%
院外 研修の実施	行っている	113	80%
	行っていない	12	8%
	無回答	17	12%
個人別教育計 画の有無	作成している	31	22%
	作成していない	100	70%
	無回答	11	8%
キャリア開発に ついての個別 面談	定期的の実施	55	39%
	不定期に実施	75	53%
	実施していない	10	7%
	無回答	2	1%
ローテーション 実施時の 考慮要因 (2項目選択)	看護師の育成	86	61%
	看護師の適性	69	49%
	本人の希望	57	40%
	現セクションでの勤続年数	41	29%
	診療報酬への対応	12	8%
	病棟の年齢構成	8	6%
	人間関係	8	6%
	その他	1	1%
	無回答	2	1%

院内・院外研修の実施状況については、表 1-3 に示したように院内研修が 94%、院外研修は 80%と、院内研修を中心にほとんどの病院で研修が行われていた。

キャリア開発のための個別面談実施状況については、定期的に行っているとの回答が約 40%、不定期（必要に応じて）の面談実施が 53%と何らかの形で個別面談を行っている病院は 90%を超えている。これを規模別（看護師数別）にみると、看護師数 400 人以下の病院では不定期な個別面談の実施が多く、401 人以上の病院では定期的な面談実施が比較的多い傾向がみられた。

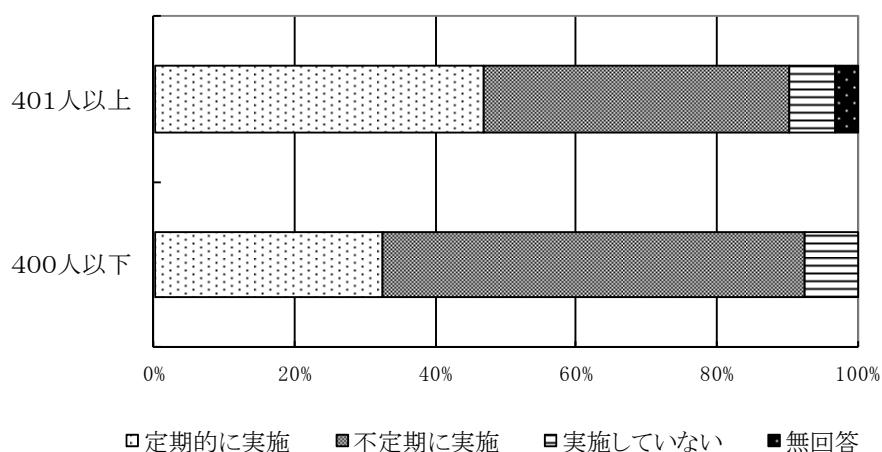


図 1-2 看護師数別個人面談実施状況

個人別教育計画の作成状況については、看護師個別の教育計画を作成しているのは、全体で 22%（31 病院）にとどまっているのが現状である。これを看護師数別でみると、看護師 200 人以下の病院ではかなり低く（7%）になっているが、201 人以上の病院ではあまり大きな差はみられなかった。

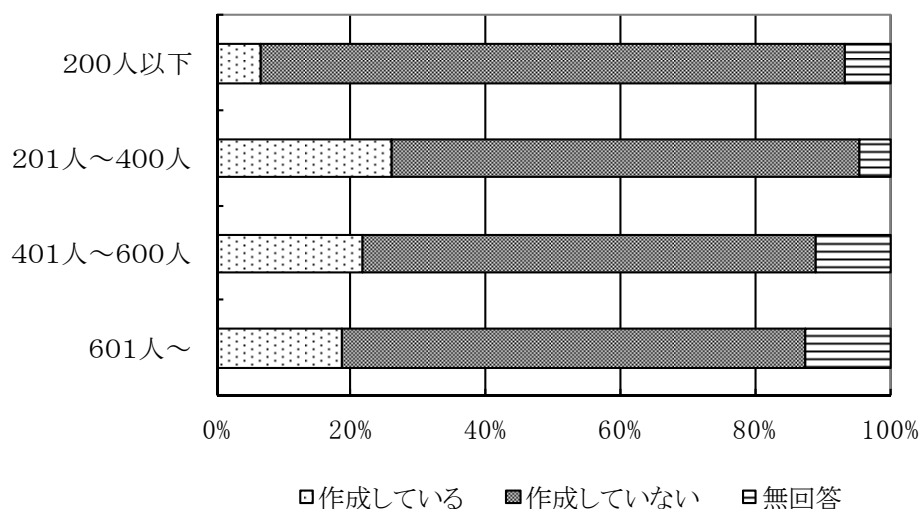


図 1-3 看護師数別にみた個人別教育計画の有無

また、個別面談の実施状況別に集計する（図 1-4 参照）と、不定期的に個別面談を実施している病院での個人別教育計画作成比率は 16%、定期的に行っている病院でも 35%程度にとどまっている。

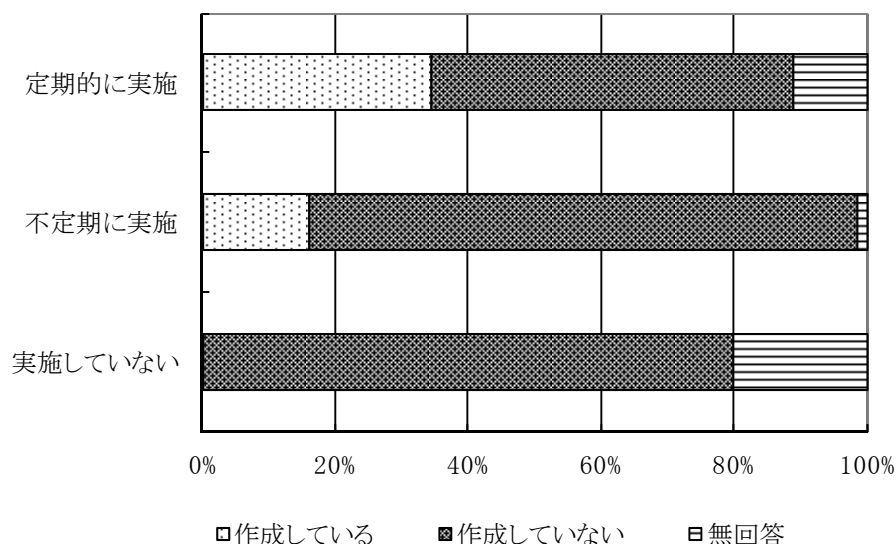


図 1-4 個別面談実施状況別にみた個人別教育計画作成状況

ジョブローテーションを行う際の考慮要因（2 項目選択）は、「看護師の育成」が 61%と最も多く、次いで、「看護師の適性」49%、「本人の希望」40%と、上位 3 位までが看護師の教育に関連した要因が挙げられた。この傾向は、病院の規模（看護師数）にかかわらず、いずれの規模においても「看護師の育成」が最も多く挙げられていた。

個人別教育計画作成の有無とローテーションの考慮要因をみると、個別教育計画の作成の有無にかかわらず、「看護師の育成」と「看護師の適性」共に 50%以上を占めていた。

表 1-4 個人別教育計画作成の有無別ローテーション考慮要因

ローテーション要因 個別計画	病棟の 年齢構成	診療報酬 への対応	看護師の 育成	現セク ションでの勤 続年数	看護師の 適性	人間関係	合計
作成している	1 3%	3 10%	21 68%	3 10%	16 52%	2 6%	31 100%
作成していない	6 6%	7 7%	58 58%	34 34%	51 51%	5 5%	100 100%
無回答	1 9%	2 18%	7 64%	4 36%	2 18%	1 9%	11 100%
合計	8 6%	12 8%	86 61%	41 29%	69 49%	8 6%	142 100%

ローテーション考慮要因（2 項目選択）の選択の組み合わせをみると、142 病院中、
 ＜組み合わせパターン＞ ＜病院数＞

看護師の育成と看護師の適性 34 病院

看護師の育成と本人の希望 28 病院

看護師の育成と現職場勤続年数 16 病院

と、「看護師の育成」と「看護師の適性」の組み合わせが最も多くみられた。このように、看護師の育成と適性を中心に考えているところが多く、ローテーションを看護師の教育・スキルの伸長的手段として捉えていることが分かる。

これらの結果をまとめると以下ようになる。

- ① 中堅看護師対象の研修は、院内研修を中心にほとんどの病院で実施している。
- ② キャリア開発についての個別面談は定期・不定期を合わせると 9 割以上の病院で行われている。
- ③ 個人別教育計画の作成は 200 人以下の病院では 7%、201 人以上の病院でも、平均 24% 程度にとどまっている。
- ④ ローテーションは「看護師の育成」を考慮して、教育の一環として捉えて行われている。

以上のように、ほとんどの病院で看護師の教育・育成の必要性については充分認識されており、キャリア開発のための個別面談も実施されているにもかかわらず、個人別の教育計画はほとんど作成されておらず、教育の目標が不明確であることが明らかになった。このことから、看護師の入職から長期間にわたって、看護部と看護師個人の希望を調整しながらキャリア開発を進めていく、いわゆる CDP に結びつけるまでには至っていないという現状が浮かび上がる。

第 4 章で述べる「キャリアパス別必要スキル」の調査時に行った「スタッフ教育の課題（自由記述）」の回答からも看護師教育に関する現場の課題が読み取れる。自由記述の内容を整理し、以下の 7 項目に分類することができた。（図 1-5 参照、詳細な内容は巻末の付録を参照）図 1-5 中の数値（%）は、自由記述の回答者 185 人のうち、各項目に該当する人数の比率を示したものである。

<項目>

<回答例>

「教育制度の整備」：新人～3 年目まではシステム化が来ていますが、4 年目以降の教育が充分でなく課題です。

「教育方法の確立」：スタッフひとりひとりの能力に合わせた教育の方法

「教育目標の設定」：リーダーナースの目標設定、段階にあわせた指導

「評価基準の設定」：評価に客観的指標がない。人が人を評価する難しさ、主観で評価することに問題を感じている。

「スタッフの動機づけ」：中堅看護師のやる気を維持させるための具体的方策を模索中です。

「管理者としての課題」：自分自身のスキルが不十分であるのに管理指導する立場・役割を担うこと

「病院固有の課題」：中途採用者、中途異動者の教育

これらの回答は、中堅看護師だけを対象としたものではないが、これまで述べてきた看護師教育の現状と課題を裏付ける結果といえる。

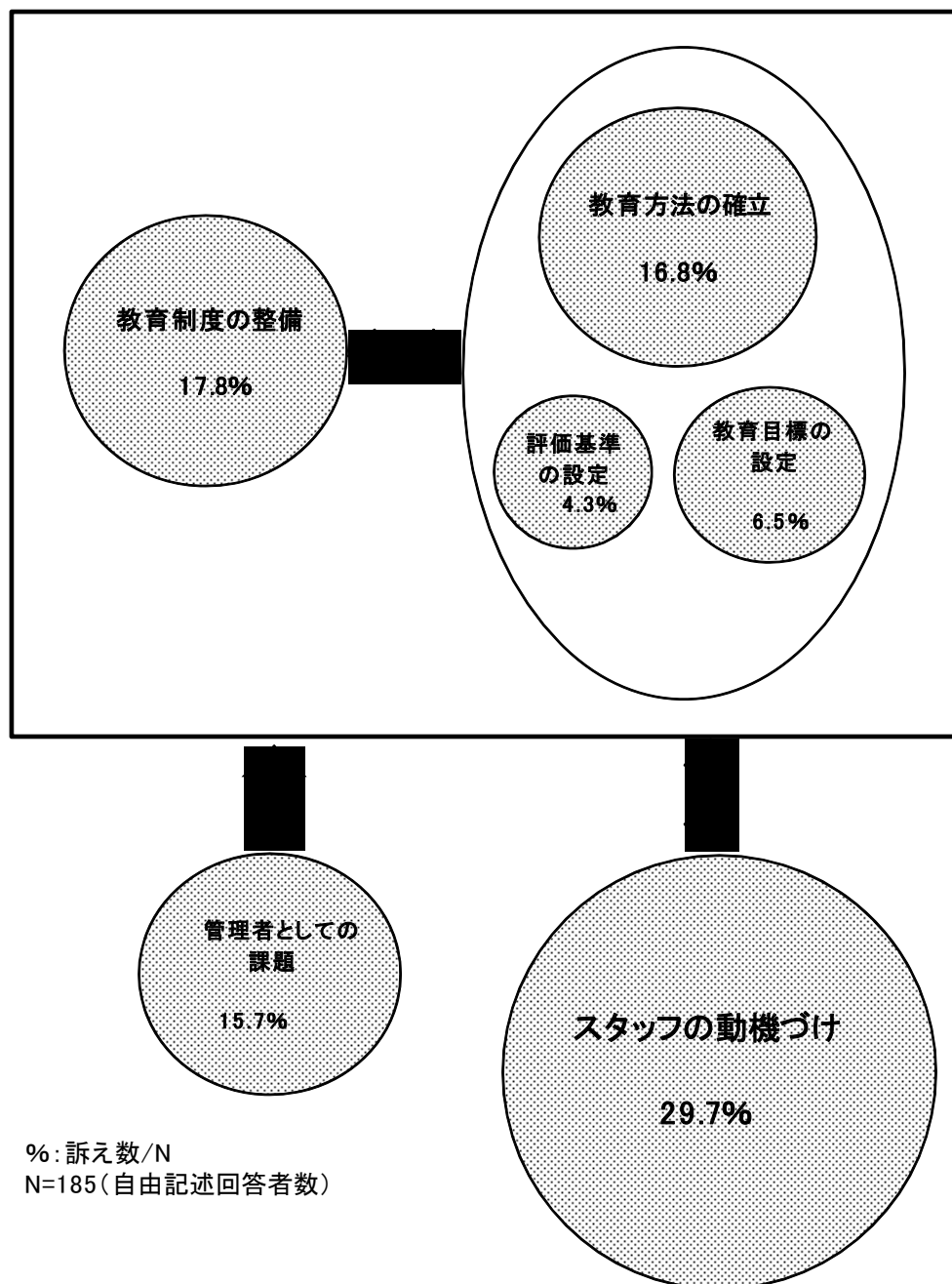


図 1-5 「スタッフ教育の課題（自由記述）」の集計結果

水野ら[14]は「看護職の能力向上や自己認識を深めるうえで、影響が大きい上司の支援がない場合にはキャリア発達が停滞することも認められた。特に上司による役割付与や学習機会の提供は、キャリア開発における管理者の役割を再考するとともに、管理者層の能力向上も合わせて条件を整備することが必要である」と述べており、CDPによる

看護職の能力向上を目指すためには、CDPの制度の確立とともに看護師長など上司の能力向上が必須の条件といえる[57]。さらに中村[54]は、継続教育を組織の人的資源の観点でとらえ、病院の厳しい経営環境に対応するためには「組織成員個々人の活性化」による「組織の活性化」が重要であると述べている。平瀬[55]らも看護師個人のニーズと組織の活性化の両方を満たすという視点がキャリア開発の課題となると述べている。キャリア開発計画の立案が行動を起こす動機となり、その行動を常に評価していくことが重要とある[56]。

本研究では、平井[42]の「現状分析に基づく病院看護部のCDPの構成要素」を参考に、看護師のCDPを図1-6に示したプロセスとした。

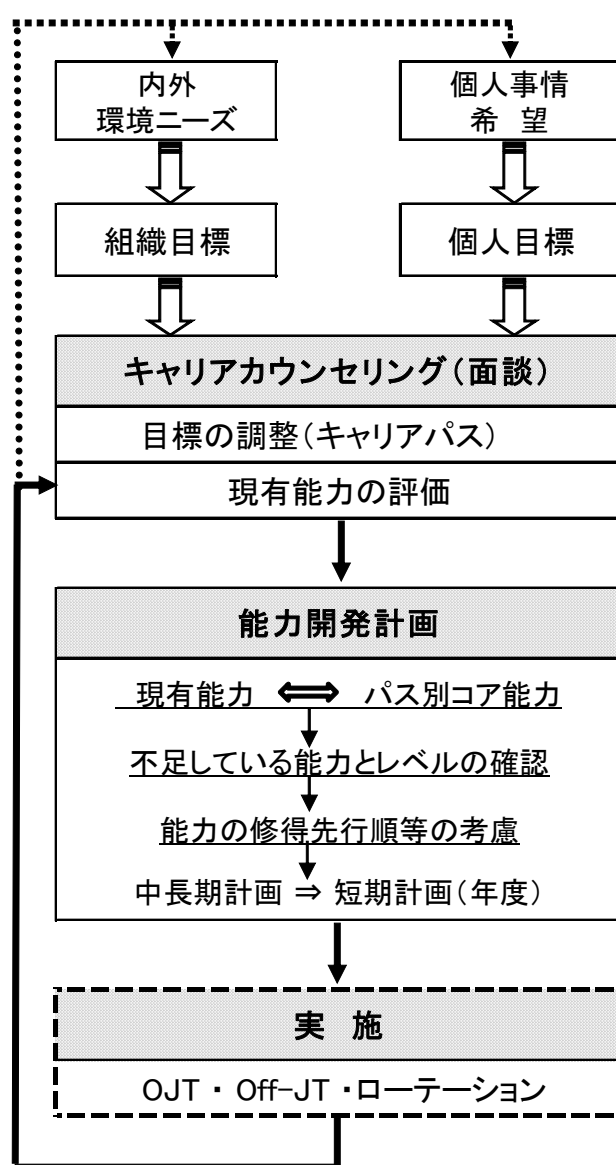


図 1-6 看護師の CDP プロセス

1-3 研究の目的

これまで述べたように、わが国の看護師数は年々増加傾向にあり、2012年には100万人を超え、大きな専門職集団を構成している。また近年、離職率が低下傾向にあることからいわゆる中堅看護師の増加が予想されている。しかし、中堅看護師に対する能力開発に関する院内の制度が整備されていない病院が多く、個人の自覚と責任に任されているのが現状である。このように、現在の中堅看護師の教育は、多くの病院で“何のために、何を、どのように教育していくべきか”など、長期的な目的が不明確なまま実施しているのが実情である。また、中堅看護師の能力開発に対する時間の制約や意欲が低下する時期でもあり、目的意識や向上心が低くなるという中堅看護師の特性も明らかにされている。看護の現場で中核的な役割を期待されている中堅看護師の能力開発に対するモチベーションを向上させるためにも、長期的な教育目標に基づくキャリア開発を行うことが重要である。

看護師の育成、キャリア開発に関する先行研究は、育成に影響する要因分析を中心とした分析や看護師自身がビジョンを持つこと及びそれを援助する看護管理者の役割の重要性などに関するものが多く、教育計画を立てる上で重要となる看護師としての具体的な必要な能力に言及した研究は見当たらない。

本研究は、中堅看護師の教育・研修の時間的制約を考慮し、各病院で実施されている院内教育に焦点を当て対象となる中堅看護師の課題を明らかにし、OJTを中心とした効率的な能力開発プログラム立案について提案するものである。そのため本研究では、長期的な教育目標として3つのキャリアパスを提示し、各キャリアパスで重要となる能力を明らかにする。キャリアパスごとの重要な能力が明確になれば、能力開発プログラムに組み込む教育内容を必要最小限に絞り込めるため、より効率的なプログラムを構成できる可能性が高い。さらに、修得すべき能力の優先順位を決めるために各種能力間の関連に注目し修得に関する影響関係を明らかにする。

これらの結果から、対象となる中堅看護師の現状の能力（現有能力）を評価し、希望するキャリアパスの重要な能力と対比させ問題あるいは課題を明らかにすることができる。能力開発プログラム立案に際しては、能力修得に関する影響関係を確認することにより、優先して修得すべき能力を確認することができる。

1-4 本論文の構成

本論文は全6章で構成されている。各章の内容については以下に示すとおりである。

第1章では、本研究の研究背景、看護師教育の現状と問題点、キャリア開発に関する過去の研究および看護師のキャリア開発の現状と課題、本研究の目的、および各章の構成を述べた。

第2章では、中堅看護師の現有能力を調査するための調査票作成のプロセスについて述べた。

第3章では、中堅看護師を対象に現有能力調査票を用いて実施したスキル修得に関する調査結果を基に、看護師として必要なスキルおよびそれらを構成する能力の修得に関する特徴を明らかにした。また、階層構造化モデル(ISM：Interpretive Structural Modeling)により能力修得のプロセスを示し、能力間の関連性と能力修得の先行関係を明らかにした。

第4章では、看護師のキャリアパスとして、管理職、専門職、ジェネラルの3つを取りあげ、看護師が希望するキャリアパスに向けて、効果的な教育プログラムを立案するために各キャリアパスで重要となる能力（コア能力）を明らかにした。

第5章では、第3章と第4章で明らかにした「能力の修得に関する特徴」「能力間の関連性と能力修得の先行関係」「各キャリアパスで重要となる能力（コア能力）」を基に、効果的な教育プログラムの立案について、具体的な事例を3つのキャリアパス毎に紹介した。

第6章では結論として第3章および第4章で実施した調査によって得られた知見を整理した。また、今後の課題についても言及した。

第2章 中堅看護師の現有能力調査票の作成

2-1 看護師の能力把握の現状

現在、多くの病院では、看護師が専門知識や技術を段階的に身につけられるよう計画されたクリニカルラダーあるいはキャリア開発ラダーとよばれるレベルごとに用意されたチェックシートを用いて現有能力を評価している。

例えば、聖路加国際病院では、1984年から看護職員の臨床実践能力評価のツールとして導入しているが、様々な問題点が指摘され幾度の改定を行い現在にいたっている。[58] 聖路加国際病院のクリニカルラダーは、知識・判断・行為・行為の結果の4項目について1段階から4段階まで設けている。クリニカルラダーを導入している他の病院でも独自の項目を設定し、レベルを1～5段階としているのが多くみられる。

これらのクリニカルラダーは、Benner.P.の5段階の発達過程と7つの領域[47]に準じたものが多いが、内容については各病院の看護に対する理念などが反映され、病院ごとに作成されているのが現状である。

佐藤らは、看護チームの中核として期待されるキャリア中期の看護師に焦点を当てた「臨床実践力測定尺度 ver.3」[20,22,59]を作成している。「臨床実践力測定尺度」は、21の質問項目で構成され、以下の4つのカテゴリーに分類されている。

1. 看護チームの発展に貢献する力（7項目）
2. 質の高いケアを提供する力（7項目）
3. 患者の医療への参加を促進する力（3項目）
4. 現状に主体的に関与する力（4項目）

これら4カテゴリーの内、「2. 質の高いケアを提供する力」以外はBennerの射程の範囲にない看護師の実践能力を示す[23]ものであり、幅広く看護師の実践能力を測定できるものと思われる。しかし、佐藤らが述べているように、この「臨床実践力測定尺度」の内容は、看護師が自身の日ごろの行動や考え方を振り返りながら、自己評価をするための測定用具であり、個々の看護師の評価基準によって臨床実践力の評価は異なることになる。

以上のように、これらの評価方法では全国の看護師を一律に、しかもできるだけ客観的に評価することが困難なことから、本研究では新たに現有能力調査票を作成した。

この現有能力調査票の作成に当たっては、東京、神奈川を中心とした、病院に勤務する看護部長、師長、約20名で構成している看護管理事例研究会の協力を得て行った。

2-2 現有能力調査票の作成プロセス

現有能力調査票は、現有能力を確認すると同時に、対象看護師のキャリアパスに対応させ不十分と思われる能力を明らかにするために作成したものである。現有能力調査票の作成に当たっては、対象看護師の現有能力をできるだけ客観的に把握する必要がある

ため、通常の勤務の中で行っている業務遂行状況から評価できるようにした。

現有能力調査票の作成プロセスは以下に示したとおりである。

- ① 日常行われている中堅看護師の業務を選定
- ② 各業務の実施手順や業務遂行に必要な事項に着眼し調査項目（チェック項目）として抽出
- ③ 抽出された調査項目を後述する T・H・C の各スキルに分類
- ④ 各調査項目の実施にあたり必要となる中心的な「能力」を規定
- ⑤ 規定した「能力」の分類・整理
- ⑥ 予備調査
- ⑦ 調査項目の表現等の修正
- ⑧ 現有能力調査票の作成

現有能力調査票作成の基となる業務は、中堅看護師の業務としてふさわしく、なおかつ日常の看護業務、教育・研究に関する業務、管理的要素を含んだ業務など広い範囲にわたって選定した。

日本看護協会が作成したクリニカルラダーでは、看護師の臨床能力を「看護実践能力」「組織的役割遂行能力」「自己教育・研究能力」の3領域が設定されている。現有能力調査票を作成するための業務は、これらの領域を考慮し、北尾らの研究結果である看護の基本機能別業務から選定した。

北尾らは、多くの看護管理の事例解析を通して、病院の一般的な看護管理機能として50の基本機能を抽出し、各基本機能に属する業務内容を明らかにした[81]。

これらの結果を参考に、「看護実践能力」「組織的役割遂行能力」「自己教育・研究能力」の3領域を考慮し中堅看護師の業務として表 2-1 に示した 13 業務を選定した。

表 2-1 選定した 13 業務

分類	業務名
日常看護	看護実践
	看護記録
	療養環境の整備
管理的視点	事故防止
	感染防止
	基準・手順の整備
	業務改善
	物品管理
	休日・夜間管理
	防災対策
教育・研究	後輩指導
	臨地実習
	研究活動

これら 13 の業務に限らず、1 つの業務を遂行するには様々な能力が要求されることは明らかである。そこで、13 業務それぞれについて、それを遂行するにはどのような能力が必要かを明確にするために、各業務の手順や内容を詳細に検討し、複数の「項目」に分割した。分割にあたっては、価値工学の機能分析の方法を用い出来る限り複数の能力を含まないような表現にした。

例えば「研究活動」は、表 2-2 に示したような 20 項目に分割することができた。

表 2-2 「研究活動」の項目分割の例

No	分割された項目
1	研究の内容を論文として構成することができる
2	研究の枠組みを構築することができる
3	日常の疑問を研究課題として見出すことができる
4	日々の活動から疑問をもち研究テーマとして設定できる
5	研究課題を明確にすることができる
6	看護研究について資源活用など具体的な計画を立案することができる
7	研究の成果を活用することができる
8	看護研究の計画を立案することができる(計画書作成)
9	看護研究の指導ができる
10	看護研究に必要な文献を検索することができる
11	研究テーマに必要なデータを収集することができる
12	研究の結果を実践に生かすことができる
13	看護研究の実施にあたり役割分担をすることができる
14	看護研究の実施スケジュールの調整ができる
15	共同・協力の依頼ルートを理解し行動できる
16	研究課題を人に説明でき、意見をもらうことができる
17	看護研究の成果を適切な表現で発表できる
18	適切な表現で論文を作成することができる
19	看護研究のデータ処理・分析ができる
20	看護研究に必要な文献を学び理解することができる

同様に他の業務についても「項目」に分割し、合計 233 項目を抽出した。これら分割した「項目」を分類するため、本研究では看護師の必要スキルを以下のように規定した。

北尾らは、三隅二不二氏の PM 理論、つまり業績 (P : Performance) と動機づけ (M : Maintenance または Motivation) を基本にし、病棟運営システムの中心機能としての創造 (C : Creation) を加えたものを病棟システムの 3 基軸[60,64]としてとらえている。(図 2-1 参照)

さらに、それぞれの基軸に Katz .R.L.のスキル分類[61]を当てはめ、P 軸に「T スキル (Technical skill)」、M 軸に「H スキル (Human skill)」、C 軸に「C スキル (Conceptual skill)」

を対応させている。

◆ Technical Skill (T スキル)・・・P 軸を支える

基礎教育で習得した知識と技術を実践活動に摘要し、日常の仕事を通じて技能の習熟が図れる。この一連の過程で要求されるスキルである。

◆ Human Skill (H スキル)・・・M 軸を支える

職場の様々な対人関係を通じて、自分の欲求や動機を充足し、職場集団の一員としての関係を築いていくスキルである。

◆ Conceptual Skill (C スキル)・・・C 軸を支える

「概念」(Concept)とは物事を認識し、その本質を洞察する能力であり、また「概念化する」とはこれを言葉で表現すること、つまり抽象化の能力である。

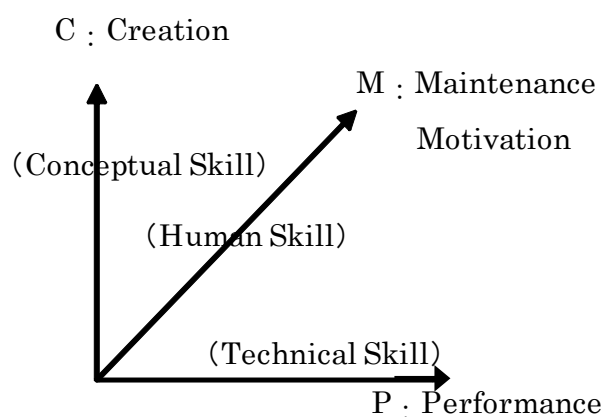


図 2-1 病棟運営システムの中心機能(3 基軸)

これら 3 つのスキルによって、業務遂行上必要なほとんどの能力を包含することができると考えられるので、先に 13 業務を分割して得られた 233 項目は、T・H・C のいずれかのスキルに分類することができる。

T・H・C の各スキルに分類された「項目」は、その類似性から各スキルとも 5 つのグループに分類することができた。これらのグループを、各スキルを構成する「能力」と捉え表 2-3 に示したようにそれぞれのグループに命名し、その内容を規定した。

以上のプロセスを経て 233 のチェック項目からなる現有能力調査票の原案を作成した。その後、チェック項目の表現が評価の際に内容が理解できるものになっているかを確認するため、看護管理事例研究会のメンバーが勤務する病院の師長 30 人を対象に、複数の中堅看護師を評価する予備調査を行った。この予備調査を通して、内容が分かりにくい項目の修正を行い、現有能力調査票を作成した。(巻末の資料参照)

表 2-4 は、現有能力調査票における T スキル、H スキル、C スキル別の調査項目数を示したものである。

作成した現有能力調査票は、師長などの上司が中堅看護師の現有能力をできるだけ客観的に把握できるように、通常の勤務の中で行っている業務遂行状況から評価できるようにしたが、より客観的な評価を行うために次のような工夫を行った。

一般に、上司が部下の能力評価を行う際に正しい評価を妨げる原因として、ある側面の評価が他の評価項目に影響を与えるハロー効果、評価が全体として好意的なものになる寛大化傾向、逆に、全体的に厳しく評価する厳格化傾向、極端な評価を避けて中程度に評価を集中してしまう中心化傾向などが挙げられるが、これらの原因をできる限り排除するために、次のような工夫を行った。

ハロー効果、寛大化・厳格化傾向に関しては、日常の業務遂行状況という具体的な事実に基づいた評価ができるようにした。具体的には、調査項目の表現を簡潔にし、その中でも重要な個所を強調するなど評価ポイントが明確になるようにした。また、調査票の調査項目にはスキルや能力の表示をせず、調査項目の構成もスキルや能力別ではなく業務別とした。これにより、各調査項目に対する先入観を持たずに評価ポイントに集中して評価することができ、ハロー効果、寛大化・厳格化傾向を抑制することができると思われる。中心化傾向に関しては、明確な2つの判断基準を提示し、多段階の回答ではなく達成しているか否かの2段階（0または1）とした。

第3章では、この現有能力調査票による調査結果を基に、中堅看護師のスキル修得状況と能力修得に関する特徴、能力修得の先行関係を明らかにする。

表 2-3 各スキルを構成する「能力」と概念規定

スキル	概念規定	能力	記号	概念規定
T ス キ ル	Technical Skill 看護という職務（仕事）の遂行、及びその成果を得るための過程で要求される専門知識や専門技術	観察力	T-1	マニュアルの点検、感染予測、危険因子の把握等により安全を確認し、患者・家族の反応、同意、環境保持、救護区分が察知できる。
		情報収集力	T-2	研究、改善データの収集、新方式、新機種の導入の使用状況の調査、必要な文献、事例の提供、患者の病態、健康状態がキャッチできる。
		専門性	T-3	専門の視点から、根拠に基づく技術導入や看護介入と基準・手順を遵守した予測、検査、介助、成果の記載、活用、報告ができる。
		分析力	T-4	研究、改善データの処理、物品の活用状況の見極めとともに、フィジカルアセスメント、感染実態、事故原因・背景・誘因等が究明できる。
		理解力	T-5	文献による理論と実践に基づく技術の習熟を通じて指導的役割を認識し、経済性を考慮した物流、環境要因、連絡網を熟知している。
H ス キ ル	Human Skill 看護の実践過程や職場での対人関係の維持（動機付け、集団維持）などにかかわるスキル	協調性	H-1	医療チームとの意思疎通、委員会方針への協力と職場内浸透、自己の役割と影響力が認識できる。
		傾聴力	H-2	患者の不安、不満への対処、気持ちの共感、意見聴取等による患者把握、当事者意識に基づく職員の相談相手等、信頼関係が築ける。
		指導力	H-3	研究・監査への助言、看護過程の実践モデル、実習目的の支援、参加誘導による遣り甲斐の醸成、環境整備・点検等を周知徹底できる。
		調整交渉力	H-4	医師や他職種との連携、CFを通じての基準外事項、業務分担、患者受持、看護計画への家族参加、緊急検査等が促進できる。
		表現力	H-5	論文、研究課題の集約、発表を通じての自己主張、看護記録の時間内完了、事故報告等適切な情報伝達ができる。
C ス キ ル	Conceptual skill ものごとを認知あるいは認識し、その本質を洞察するために要求されるスキル	概念化能力	C-1	研究や論文の構成、理想・理念の表明、倫理観・看護観等の明確化と現実への反映、相互尊重の意思、環境の改善意識等が表出できる。
		課題設定力	C-2	研究テーマの発見と設定、実習課題の明示、記録からの問題抽出と提示、諸事・諸活動からの問題提起等ができる。
		企画力	C-3	予測に基づく計画立案、改善システムの提案、マニュアル作成、教育計画立案、諸事の事後対策ができる。
		判断力	C-4	状況把握に基づく突発事項の早期発見と対処行動、部署特性や患者状態変化への迅速報告優先順位などを決定する。
		評価力	C-5	療養環境や看護介入、マニュアル・看護基準の確認、技術習得状況、改善目標の達成度、看護の質や満足度などの把握が的確にできる。

表 2-4 スキル別の調査項目数

スキル	構成能力		チェック項目数	
Cスキル	C-1	概念化能力	11	73
	C-2	課題設定力	14	
	C-3	企画力	25	
	C-4	判断力	11	
	C-5	評価力	12	
Hスキル	H-1	協調性	6	84
	H-2	傾聴力	14	
	H-3	指導力	34	
	H-4	調整・交渉力	25	
	H-5	表現力	5	
Tスキル	T-1	観察力	20	76
	T-2	情報収集力	9	
	T-3	専門性	25	
	T-4	分析力	10	
	T-5	理解力	12	
		合計	233	

第3章 中堅看護師のスキル修得プロセス

3-1 はじめに

第3章では、第2章で作成した能力調査票を用いて実施した中堅看護師のスキル修得に関する調査結果を基に、看護師として必要なスキルおよびそれらを構成する能力の修得に関する特徴を明らかにするとともに、階層構造化モデル(ISM: Interpretive Structural Modeling)により能力修得のプロセスを示し、能力間の関連性を明らかにする。

3-2 中堅看護師の現有能力調査の概要

現有能力調査票を用いて行った調査の概要は、以下のとおりである。

- ・調査方法：郵送法
- ・対象病院：病院要覧[62]より 47 都道府県から 200 床以上の 256 病院を抽出した。
- ・評価対象：経験年数 4～10 年目の管理職に就いていない看護師
中堅看護師の定義については、文献・論文等で様々な定義がなされているが、本調査では院内研修が整備されていると思われる経験年数 3 年を過ぎた 4 年目以降で、今後のキャリア形成を考える上で十分な時間をとることができる 10 年目までとした。これは Benner の技術習得モデル (1・2・2 参照) の「中堅」に該当する。
- ・評価対象の人数：各施設に 10 人の中堅看護師の評価を依頼した
- ・評価者：直属の上司 (師長)
- ・評価基準：以下の 2 項目を評価基準とした。
 - ①要求された時間内に自分の判断で達成することができているか。
 - ②多くの場面、状況で達成されているか。
- ・評価方法：233 のチェック項目 (調査項目) について、上記の評価基準を 2 項目とも満たしている場合が 1 (達成)、満たしていない場合は 0 (未達成) の記入を依頼した。
- ・回収状況：40 都道府県、合計 148 病院からの回答を得た。
回答数 148 病院 1368 人分
有効回答数 148 病院 1273 人分 (臨床経験 11 年以上は無効とした)

表 3-1 は、都道府県別の調査依頼数及び回答状況を示したものである。

このように、秋田県、山形県、三重県、鳥取県、島根県、佐賀県を除く、全国 41 都道府県から中堅看護師 1368 人の現有能力調査票を回収できた。これら 1368 人のデータのうち、本研究で中堅看護師としている経験年数 4～10 年を超えているもの及び回答が不備なものを除き、1273 人のデータを用いて分析を行った。

表 3-1 都道府県別の調査依頼数及び回答状況

都道府県	依頼 病院数	回答 病院数	病院 回答率	有効 回答数	有効 回答率
北海道	14	10	71.4%	98	70.0%
青森県	4	3	75.0%	27	67.5%
岩手県	4	4	100.0%	37	92.5%
宮城県	7	5	71.4%	47	67.1%
秋田県	4	0		0	
山形県	1	0		0	
福島県	7	5	71.4%	45	64.3%
茨城県	5	4	80.0%	35	70.0%
栃木県	5	3	60.0%	30	60.0%
群馬県	8	3	37.5%	29	36.3%
埼玉県	8	5	62.5%	44	55.0%
千葉県	8	5	62.5%	46	57.5%
東京都	14	6	42.9%	56	40.0%
神奈川県	8	6	75.0%	55	68.8%
新潟県	7	2	28.6%	18	25.7%
富山県	4	3	75.0%	29	72.5%
石川県	3	2	66.7%	18	60.0%
福井県	3	3	100.0%	30	100.0%
山梨県	1	1	100.0%	7	70.0%
長野県	6	2	33.3%	20	33.3%
岐阜県	3	2	66.7%	20	66.7%
静岡県	9	6	66.7%	54	60.0%
愛知県	8	4	50.0%	40	50.0%
三重県	3	0		0	
滋賀県	1	1	100.0%	6	60.0%
京都府	6	4	66.7%	35	58.3%
大阪府	13	10	76.9%	94	72.3%
兵庫県	9	5	55.6%	46	51.1%
奈良県	4	2	50.0%	17	42.5%
和歌山県	3	1	33.3%	10	33.3%
鳥取県	1	0		0	
島根県	1	0		0	
岡山県	4	2	50.0%	18	45.0%
広島県	6	3	50.0%	29	48.3%
山口県	4	2	50.0%	18	45.0%
徳島県	4	2	50.0%	19	47.5%
香川県	3	0	0.0%	0	0.0%
愛媛県	7	5	71.4%	50	71.4%
高知県	6	1	16.7%	10	16.7%
福岡県	10	5	50.0%	45	45.0%
佐賀県	3	0		0	
長崎県	5	2	40.0%	20	40.0%
熊本県	5	3	60.0%	28	56.0%
大分県	4	2	50.0%	18	45.0%
宮崎県	3	3	100.0%	27	90.0%
鹿児島県	6	5	83.3%	43	71.7%
沖縄県	4	3	75.0%	26	65.0%
(不明)		3		24	
合計	256	148	57.8%	1368	53.4%

表 3-2 は、経験年数別の人数構成を示したものである。

表 3-2 経験年数別構成

経験年数	人数	比率
4年	77	6.0%
5年	212	16.7%
6年	206	16.2%
7年	243	19.1%
8年	210	16.5%
9年	145	11.4%
10年	180	14.1%
合計	1273	100.0%

3-3 現有能力調査項目の精査

3-3-1 N-S チャートの作成

佐藤[63]による学校などの教育の実践あるいは研究に用いられている「S-P (Student-Problem) チャート」は、テストの項目得点表の分析法として開発され、生徒集団及び個々の達成水準とその傾向を把握すること、さらにテストデータ内の特徴ある反応パターンを抽出してそれを解釈することを目的としている。

「N-S (Nurse-Skill) チャート」[65]は、「S-P チャート」を看護師教育に応用したものである。現有能力調査で得た 1273 名のデータを基に N-S チャートを作成し、項目別の達成度から項目の達成難易度の確認を行った。さらに、各項目の反応パターンからチェック項目としての適否を判定しチェック項目の精査を行った。

N-S チャートとは、行を個別の看護師、列を現有能力調査票の各チェック項目として、達成されているチェック項目に「1」、未達成のものに「0」を記入し、行・列ともに降順に配列したものである。したがって、作成された「N-S チャート」の行の合計は各看護師の達成項目数となり、達成項目数が多い順に配列され、列の合計は各項目の達成度を示し、左から達成している看護師数の多い順に配列されたことになる。

この N-S チャートに各看護師の達成項目数に応じた区切りの線を入れ、それらをつないだ階段状の線を N 曲線とした。図 3-1 は看護師 15 名、チェック項目 10 項目としたときの N 曲線を示したものである。図中の「N-11」の看護師の場合、達成項目数は 6 項目であるから、左から 6 項目の個所に区切りの線を入れ、他の看護師についても同様にして、それらをつないだ線が N 曲線である。

同様に S 曲線は各チェック項目の達成看護師数に応じた区切りの線を入れ、それらをつないだ階段状の線で示される。図 3-2 は、S 曲線の作成例を示したものである。図中の「S-7」のチェック項目は、8 人の看護師が達成しているので上から 8 人目の個所

に区切りの線を入れ、他のチェック項目についても同様に行いそれらをつないだ線が S 曲線である。

このようにして描かれた N 曲線は看護師のスキル修得状況を表し、S 曲線は各チェック項目の難易度の分布を表している。

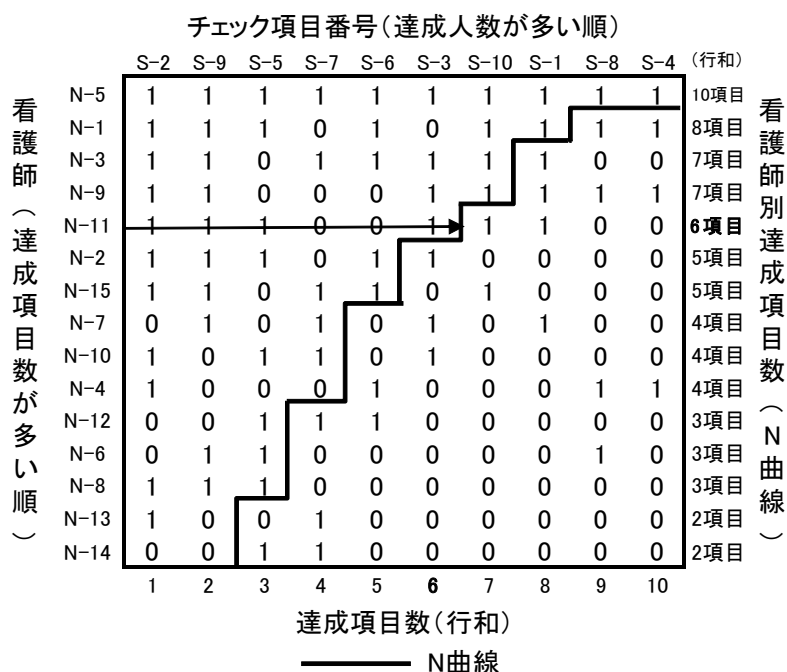


図 3-1 N 曲線の作成例

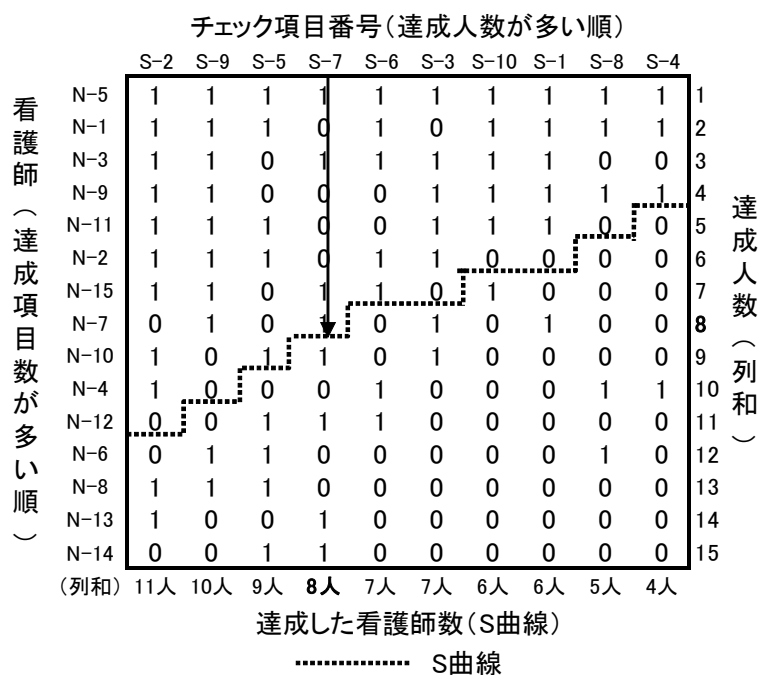


図 3-2 S 曲線の作成例

図 3-3 に示した看護師のスキル修得状況を示す N 曲線は、看護師 1273 人、233 項目のデータを用いてスキル別、経験年数別に作成したものである。スキル別の特徴としては、C スキルは T・H スキルに比べカーブの立ち上がりが早いことが分かる。

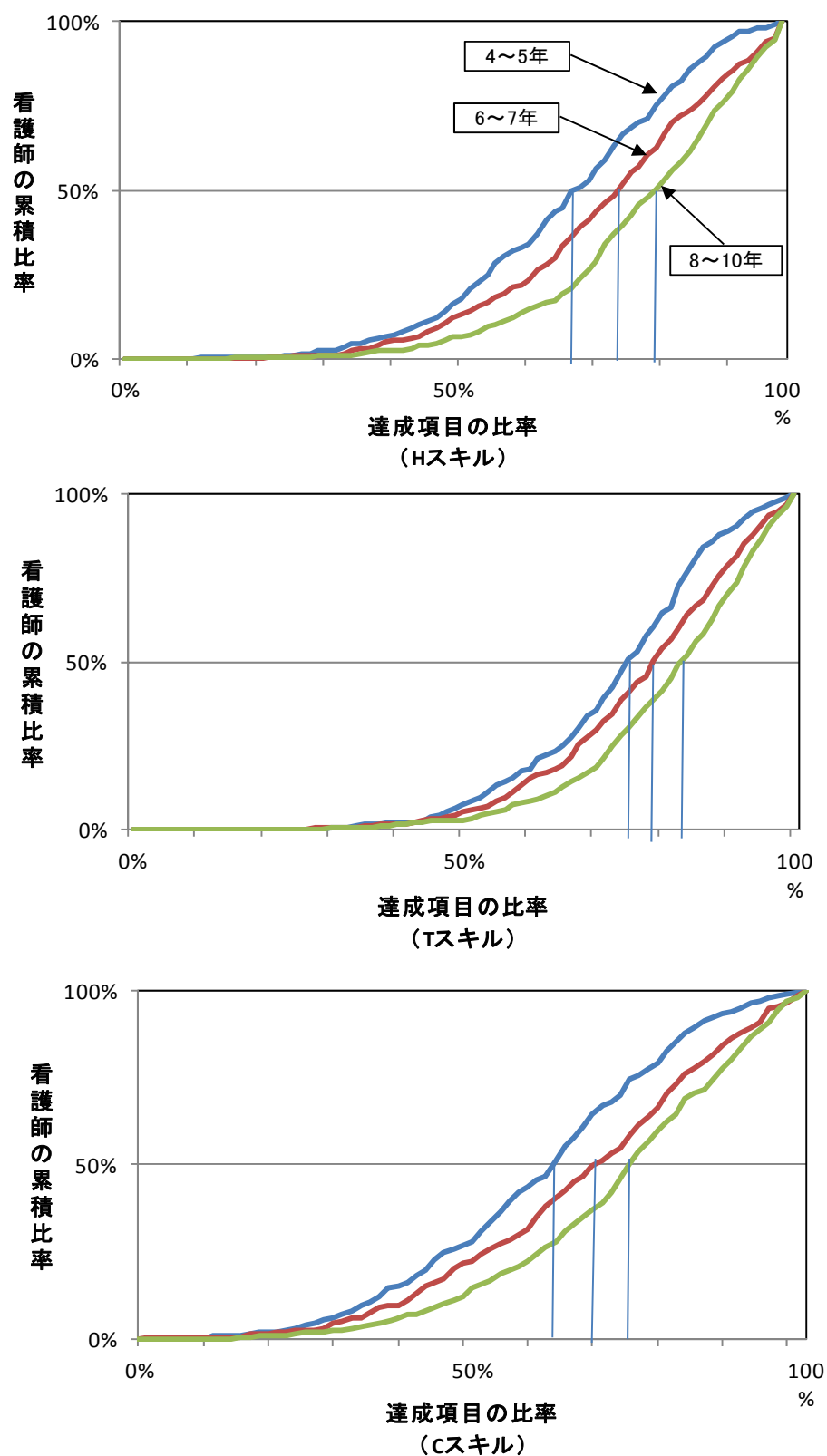


図 3-3 スキル別・経験年数別 N 曲線

これは C スキルの修得率が低い看護師が多いことを示しており、T・H スキルに比べ修得が困難であることを示唆している。

図中の「看護師の累積比率」50%のラインと各経験年数の交点から x 軸に下ろした線は、修得率が中間（50%）の看護師が各スキルのチェック項目数の内、どの程度修得しているかを示したものである。

経験年数別による差が最も小さく修得率も高いのは T スキルであり、しかも、経験年数 4～5 年の看護師でチェック項目の約 75% を修得している。

H スキルは、経験年数 4～5 年で 67%、経験年数 8～10 年では 79%と 12%の差がみられ、経験年数の影響が強いスキルといえる。

C スキルは、経験年数 4～5 年で 53%、経験年数 8～10 年では 75%と 20%以上の差があり、H スキルと同様に経験年数の影響が強いスキルといえる。また、他のスキルに比べ各経験年数での修得率の低さが特徴的である。

項目別の達成看護師数、つまりチェック項目の困難度を示す S 曲線については、図 3-4 に示したとおりである。x 軸の右に行くにしたがって、達成した看護師が少ないチェック項目であることを表している。傾向としては、N 曲線と同様に、他のスキルと比べ全体的に C スキルのチェック項目の達成看護師が少なく、修得の困難さを示している。

3-3-2 チェック項目の難易度の設定

各チェック項目の難易度の分布を表す S 曲線に注目し、各チェック項目の難易度の設定を行った。

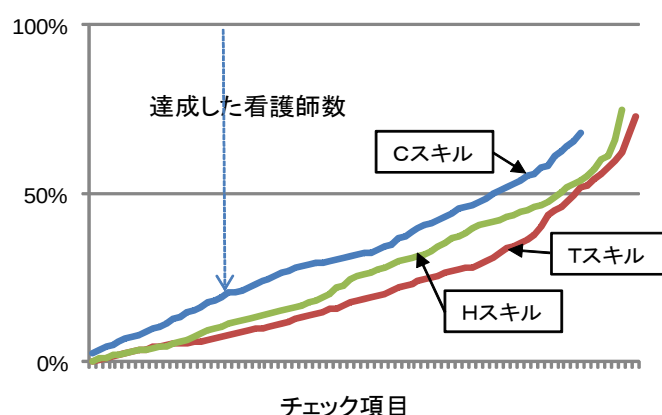


図 3-4 スキル別 S 曲線

図 3-4 に示した S 曲線は、看護師 1273 人のデータを用いてスキル別に作成したものであり、当然、経験年数の異なる看護師のデータを含んでいることになる。そこで、各経験年数に共通の難易度を設定するためには経験年数別にチェック項目の配列順序

すなわち難易度の同一性を確認する必要がある。

前述のように、S 曲線はチェック項目の難易度の分布を表すものであるが、言い換えれば各チェック項目の達成率の分布を表したものである。したがって、経験年数により S 曲線の形は異なるが、ここではチェック項目の配列順序だけに着目してその同一性を確認する。

そのために、経験年数別にチェック項目の N-S チャートの配列順序について、経験年数間のスピアマン順位相関係数を算出した。

表 3-3 経験年数間のチェック項目配列順序のスピアマン順位相関係数

Tスキル							
経験年数	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年
4年							
5年	0.96++						
6年	0.96++	0.98++					
7年	0.96++	0.97++	0.98++				
8年	0.96++	0.97++	0.98++	0.98++			
9年	0.94++	0.97++	0.98++	0.97++	0.97++		
10年	0.94++	0.96++	0.97++	0.97++	0.96++	0.97++	
(++): $p < 0.01$							
Hスキル							
経験年数	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年
4年							
5年	0.98++						
6年	0.98++	0.98++					
7年	0.97++	0.98++	0.99++				
8年	0.96++	0.97++	0.98++	0.98++			
9年	0.94++	0.95++	0.97++	0.97++	0.98++		
10年	0.94++	0.96++	0.97++	0.97++	0.97++	0.97++	
(++): $p < 0.01$							
Cスキル							
経験年数	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年
4年							
5年	0.96++						
6年	0.94++	0.97++					
7年	0.96++	0.97++	0.97++				
8年	0.93++	0.96++	0.97++	0.98++			
9年	0.92++	0.96++	0.98++	0.97++	0.97++		
10年	0.92++	0.93++	0.96++	0.96++	0.97++	0.95++	
(++): $p < 0.01$							

その結果、表 3-3 のように T・H・C の各スキルとも経験年数間の配列順序に高度に有意な相関がみられ、難易度の同一性を確認することができた。これにより、経験年数による看護師のスキル修得状況を比較することができる。

難易度の設定は、T・H・C スキル別に各チェック項目の達成人数から四分位値を求め、

達成人数が少ないチェック項目を達成難度の高い項目 A とし、以下 B、C、D の4段階に区分した。

3-3-3 チェック項目の精査

チェック項目の難易度の分布を示す S 曲線は、本来、0 と 1 の境界線を示すものであり、S 曲線より上は全て 1 に、下は 0 となるはずである。しかし、達成項目数が多い看護師であっても難易度の低い項目が未達成になっている場合や、逆に達成項目数が少ない看護師が難易度の高い項目を達成している場合がある。このような状況が多くみられる項目は、現有能力の評価項目としては適切ではない。

そこで、N-S チャートの S 曲線に着目して、各チェック項目について S 曲線より上にある 0 の数を求め、その比率が小さいチェック項目を選抜することとした。チェック項目を選抜した過程は、まず、能力別に達成者数が少ない順にチェック項目を並べ替えた後、難易度を決定するために達成者数のデータから四分位値を求め 4 つのグループに分割した。達成者が少ないグループからに属する順に難易度を A、B、C、D とした。

次に、各チェック項目について S 曲線より上にある 0 の比率を求め、難易度 A、B、C、D の各グループから比率が小さいものを選抜した。その際、各スキルのチェック項目数と難易度の構成を同一にすることを考慮し、各スキル 25 項目（5 能力×5 項目）の 75 項目を選抜した。選抜する際、各能力の難易度の構成を A : 1 項目、B : 2 項目、C : 1 項目、D : 1 項目とした。

以上のように本研究では、チェック項目を選抜する際“S 曲線から上にある 0 の比率”を基準としたが、佐藤 [63] が提唱する「チェック項目の注意係数」も算出し、項目選抜の整合性を確認した。チェック項目の注意係数とは、各チェック項目の達成のパターンが、その項目の難易度とどの程度一貫しているかを示すもので、0.5 を判定基準として、それよりも大きいチェック項目は不適切と判定できる。不適切の理由としては、チェック項目の内容の不明確さや曖昧さなどが考えられる。

「チェック項目の注意係数」は、次の式で求められる。

$$\text{チェック項目の注意係数} = (a - b) / (c - d \times e)$$

a = 各項目の S 曲線から上の 0 に対応する看護師の達成項目数の和

b = 各項目の S 曲線から下の 1 に対応する看護師の達成項目数の和

c = 各項目の S 曲線から上の看護師の達成項目数の和

d = 各項目の達成者数

e = 平均達成項目数

各能力のチェック項目の注意係数を算出した結果は、表 3-4、表 3-5、表 3-6 に示したとおり、“S 曲線から上にある 0 の比率”による項目選抜と整合していることが確認された。このことから選抜した 75 項目は、その内容の不明確さや曖昧さが少なく適切な評価が可能なチェック項目であるといえる。

表 3-4 T スキルのチェック項目選抜過程

能力	難易度	達成者数	S曲線の上にある0の割合	注意係数	項目番号
観察力	A	961	0.156	0.207	224
		926	0.180	0.239	143
		929	0.203	0.401	217
		695	0.259	0.205	150
		570	0.304	0.274	28
	B	1116	0.073	0.158	128
		1107	0.086	0.181	156
		1101	0.093	0.276	137
		1120	0.095	0.332	77
		968	0.168	0.375	185
	C	1196	0.045	0.228	14
		1173	0.056	0.237	123
		1182	0.064	0.420	202
		1166	0.067	0.287	201
		1131	0.075	0.265	172
	D	1250	0.015	0.149	2
		1219	0.032	0.203	155
		1209	0.036	0.301	41
		1198	0.041	0.232	78
		1206	0.041	0.251	122
専門性	A	929	0.180	0.001	51
		832	0.201	0.001	11
		910	0.204	0.365	107
		893	0.215	0.001	175
		838	0.243	0.001	189
		740	0.255	0.001	62
		707	0.347	0.045	36
	B	1125	0.078	0.251	126
		1075	0.088	0.281	163
		1080	0.099	0.309	138
		1026	0.127	0.291	61
		992	0.138	0.295	179
	C	1022	0.144	0.401	223
		1198	0.043	0.353	131
		1185	0.057	0.404	32
		1175	0.069	0.604	10
		1146	0.073	0.401	20
	D	1138	0.085	0.467	60
		1142	0.095	0.688	204
		1269	0.006	0.157	48
		1262	0.011	0.216	47
		1251	0.015	0.264	45
		1219	0.034	0.327	154
		1213	0.038	0.312	46
		1208	0.046	0.343	136

能力	難易度	達成者数	S曲線の上にある0の割合	注意係数	項目番号
情報収集力	A	796	0.232	0.000	75
		577	0.345	0.000	178
		568	0.352	0.000	177
	B	993	0.140	0.000	118
		946	0.160	0.000	140
	C	1069	0.102	0.085	162
		1024	0.146	0.276	9
	D	1254	0.016	0.101	44
		1083	0.101	0.111	102
分析力	A	514	0.340	0.001	149
		606	0.342	0.002	120
		417	0.384	0.001	181
	B	807	0.208	0.000	165
		610	0.285	0.001	76
	C	945	0.174	0.000	13
		926	0.187	0.001	170
	D	1141	0.074	0.000	25
		1096	0.090	0.015	23
		974	0.157	0.000	24
理解力	A	637	0.275	0.001	65
		496	0.409	0.002	182
		347	0.450	0.001	232
	B	843	0.195	0.001	133
		888	0.226	0.001	176
		726	0.310	0.001	220
	C	1022	0.143	0.001	208
		958	0.150	0.001	27
		972	0.179	0.001	184
	D	1246	0.021	0.176	33
		1204	0.043	0.186	84
		1046	0.119	0.353	111

表 3-5 H スキルのチェック項目選抜過程

能力	難易度	達成者数	S曲線の上にある0の割合	注意係数	項目番号
傾聴力	A	928	0.015	0.000	186
		1099	0.031	0.201	68
		793	0.119	0.000	226
		1075	0.157	0.149	161
	B	1112	0.017	0.218	124
		1120	0.081	0.282	7
		1118	0.128	0.292	203
	C	1147	0.018	0.206	30
		1130	0.105	0.253	79
		1135	0.298	0.208	5
	D	1176	0.084	0.199	157
		1248	0.094	0.336	59
		1246	0.181	0.281	42
		1227	0.270	0.222	6
指導力	A	609	0.058	0.001	37
		676	0.144	0.056	198
		563	0.241	0.002	230
		593	0.245	0.053	146
		515	0.252	0.002	38
		510	0.324	0.002	151
		449	0.325	0.001	231
		584	0.341	0.066	229
		321	0.343	0.002	117
	B	849	0.039	0.001	174
		701	0.153	0.001	26
		703	0.156	0.001	166
		768	0.187	0.350	18
		697	0.223	0.045	214
		754	0.243	0.001	147
		756	0.247	0.002	19
	C	818	0.249	0.376	188
		873	0.053	0.001	100
		938	0.082	0.001	96
		1050	0.134	0.001	80
		1025	0.134	0.001	125
		933	0.172	0.001	8
		1010	0.176	0.001	98
		853	0.226	0.001	187
	D	897	0.331	0.001	130
		1251	0.028	0.167	82
		1211	0.030	0.187	83
		1079	0.045	0.365	153
		1222	0.069	0.362	43
		1096	0.104	0.248	87
		1061	0.123	0.385	69
		1058	0.188	0.487	183
		1235	0.250	0.337	81
		1216	0.361	0.390	169

能力	難易度	達成者数	S曲線の上にある0の割合	注意係数	項目番号
協調性	A	924	0.307	0.000	200
		959	0.436	0.000	222
	B	1196	0.037	0.008	95
		1178	0.093	0.027	210
	C	1236	0.277	0.094	58
調整・交渉力	D	1254	0.074	0.335	135
	A	638	0.036	0.000	148
		671	0.089	0.001	190
		687	0.163	0.001	191
		578	0.171	0.080	215
		738	0.189	0.000	192
		709	0.220	0.002	180
		719	0.278	0.453	63
	B	867	0.091	0.126	195
		779	0.155	0.117	193
		778	0.182	0.405	227
		861	0.216	0.129	199
		804	0.286	0.343	164
	C	886	0.345	0.253	194
		1081	0.056	0.001	88
		1083	0.081	0.331	54
		935	0.109	0.002	132
		1021	0.195	0.374	103
表現力	D	904	0.229	0.001	108
		942	0.292	0.001	109
		1271	0.005	0.201	90
		1118	0.026	0.325	89
		1171	0.028	0.280	1
	A	1098	0.080	0.496	49
		1211	0.104	0.351	52
		1222	0.360	0.523	205
		648	0.038	0.002	119
	B	875	0.107	0.002	110
		1018	0.175	0.412	101
	C	1131	0.090	0.116	56
	D	1214	0.020	0.134	207

表 3-6 C スキルのチェック項目選抜過程

能力	難易度	達成者数	S曲線の上にある0の割合	注意係数	項目番号
概念化能力	A	733	0.254	0.000	142
		730	0.259	0.000	113
		708	0.302	0.000	112
	B	903	0.175	0.000	92
		882	0.188	0.000	85
		769	0.259	0.000	57
	C	1061	0.121	0.172	91
		933	0.165	0.199	53
	D	1232	0.032	0.272	134
		1207	0.043	0.292	121
		1173	0.067	0.324	67
		569	0.288	0.001	74
企画力	A	462	0.338	0.002	145
		522	0.345	0.002	15
		481	0.366	0.002	225
		487	0.374	0.002	228
		561	0.380	0.407	35
		432	0.384	0.061	29
	B	837	0.184	0.001	160
		674	0.273	0.207	139
		609	0.286	0.319	94
		572	0.302	0.237	144
		683	0.303	0.002	218
		617	0.332	0.436	221
	C	921	0.167	0.001	173
		916	0.178	0.002	116
		838	0.184	0.001	159
		866	0.188	0.002	105
		880	0.189	0.002	106
		848	0.213	0.002	17
	D	1180	0.053	0.254	3
		1170	0.056	0.276	4
		1123	0.080	0.391	16
		1052	0.106	0.306	129
		999	0.129	0.355	209
		936	0.158	0.258	86
課題設定力	A	838	0.203	0.001	114
		709	0.213	0.001	73
		726	0.292	0.001	197
		658	0.305	0.001	196
	B	882	0.161	0.001	213
		900	0.176	0.001	104
		859	0.199	0.001	93
	C	949	0.164	0.001	158
		907	0.173	0.001	115
		906	0.175	0.001	70
	D	1222	0.029	0.258	40
		1147	0.075	0.388	34
		1011	0.122	0.268	171
		1055	0.155	0.708	168
判断力	A	996	0.164	0.000	219
		920	0.179	0.000	216
		645	0.304	0.000	233
		1078	0.098	0.017	31
	B	1056	0.116	0.110	141
		1002	0.169	0.139	21
	C	1142	0.075	0.053	211
		1136	0.080	0.234	206
	D	1221	0.032	0.003	50
		1166	0.052	0.008	22
		1168	0.060	0.104	12
評価力	A	639	0.311	0.001	64
		583	0.328	0.001	39
		434	0.362	0.002	152
	B	793	0.227	0.001	99
		754	0.241	0.001	212
		686	0.248	0.001	167
	C	915	0.150	0.000	66
		847	0.151	0.000	71
		800	0.191	0.001	72
	D	1069	0.101	0.194	97
		1005	0.122	0.212	127
		1007	0.124	0.216	55

各スキルのチェック項目を25項目にした場合の α 係数(Cronbach's coefficient alpha)は、次の式によって求められる。

$$\alpha = \frac{m}{m-1} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^m \sigma_j^2}{\sigma_x^2} \right)$$

m : 項目数 σ_x^2 : 点全体の分散 σ_j^2 : 項目の分散

α 係数とは、各質問間の回答の一貫性の程度を表し、「内的整合性」あるいは「内部一貫性」による方法で、すべての質問が同じ分野、つまり構成概念が単一であることを示す

ものである。調査票を構成する最小単位である項目の分散と全体の分散とから、信頼性を推定するもので、調査票の内部が、整合的であれば信頼性（ α 係数）の値が高く、整合的でなければ低くなる。

スキル毎に α 係数を算出した結果は、表 3-7 に示したように内的整合性は高いといえる。

表 3-7 スキル別現有能力チェック表の α 係数

スキル	α 係数
Tスキル	0.8279
Hスキル	0.7946
Cスキル	0.8495

表 3-8 は、最終的に選抜した 75 項目を示したものであり、図 3-5 は、これらの項目を用い 1273 名のデータから作成した N-S チャートである。以下の解析は、これらの 75 項目で行った。

表 3-8 選抜したチェック項目(75 項目)

	能 力	難易度	業務名	項 目
C ス キ ル	概念化能力	D	感染防止	院内感染に対して 問題意識 をもつことができる
		C	後輩指導	相互尊重の 風土作り に努力することができる
		B	後輩指導	自分の 看護観 を反映できる
		B	後輩指導	病院、看護部の理念・方針を理解し 実践に反映 させることができる
		A	感染防止	院内感染マニュアルと現状との ギャップを明確 にできる
	課題設定力	D	看護記録	看護問題を明確 にできる
		C	基準・手順の整備	基準手順に対し常に 問題意識 を持ち業務を遂行している
		B	研究活動	日常の疑問を研究 課題 として 見出す ことができる
		B	休日・夜間管理	患者・看護師の動態を把握し 問題を抽出 することができる
		A	研究活動	日々の活動から疑問をもち 研究テーマ として 設定 できる
	企画力	D	事故防止	事故を回避するための具体的な 提案 をすることができる
		C	物品管理	機器の操作マニュアルの 作成・見直しに参画 できる
		B	感染防止	セクションにおける感染防止の具体的な 手順の作成 をする
		B	基準・手順の整備	新方針や 改善の提案 をすることができる
		A	業務改善	データ分析結果をもとに 業務改善案 を作成することができる
	判断力	D	看護記録	看護実践の 優先順位 を決定し予測した仕事ができる
		C	休日・夜間管理	医療事故発生時に 指示ルートを守って対応 することができる
		B	事故防止	事故発生時、 患者家族 の言動・行動に 早期対処 できる
		B	感染防止	院内 感染発生時の対応 と報告ができる
		A	防災対策	患者の状態の変化により 救護区分を変更 できる
	評価力	D	後輩指導	後輩個々の 技術習得状況 が把握できる
		C	業務改善	スタッフが改善目的を理解できたか 確認 できる
		B	後輩指導	組織目標と個人目標を関連させ 達成度を評価 できる
		B	休日・夜間管理	スタッフの休日・夜間の技術習得 能力の評価 ができる
		A	看護記録	看護実践に対する 患者満足度 を評価できる
H ス キ ル	協調性	D	感染防止	院内感染委員会の方針に対して 協力 できる
		C	看護記録	医師との連携 をとることができる
		B	後輩指導	師長・主任と 意思疎通 を図ることができる
		B	休日・夜間管理	優先度に応じた チームワーク をとることができる
		A	臨地実習	学生とチームメンバーとの看護実践の 役割分担 ができる
	傾聴力	D	基準・手順の整備	看護チームの 意見を把握 することができる
		C	事故防止	患者・家族の 不安・不満に対処 できる
		B	事故防止	ヒューマンエラーを共有する 当事者意識 を持つことができる
		B	療養環境の整備	療養環境について 患者の意見を収集 できる
		A	臨地実習	現代の若者の 特性を理解 することができる
	指導力	D	後輩指導	看護実践の アドバイス ができる
		C	後輩指導	仕事を通して 満足感が得られるように支援 できる
		B	事故防止	事故防止 マニュアルにそった行動の 実践モデル になる
		B	物品管理	後輩にコスト意識を高める 指導 をすることができる
		A	看護記録	記録監査を実施 することができる
	調整・交渉力	D	後輩指導	後輩指導についてチームへの 協力を要請 する(報・連・相)ことができる
		C	後輩指導	受持ち患者の決定と 調整 ができる
		B	臨地実習	実習目標に沿った 受持ち患者の選択 ができる
		B	臨地実習	目標に沿った臨地実習の 環境を提供 できる
		A	感染防止	院内感染発生時に 部門間の連携 をとることができる
	表現力	D	休日・夜間管理	事故やトラブルの 事実関係の報告 をすることができる
		C	看護記録	看護方針について医療チームに対し自分なりの 意見を述べる ことができる
		B	研究活動	研究課題を人に説明 でき、意見をもらうことができる
		B	研究活動	看護研究の成果を適切な表現で 発表 できる
		A	研究活動	適切な表現で 論文を作成 することができる

ト ス キ ル	能 力	難易度	業務名	項 目
	観察力	D	事故防止	看護ケアが安全に提供されているか 確認 できる
		C	事故防止	ベッドサイドでの 事故発生 の予測ができる
		B	療養環境の整備	危険・不快 な環境の回避が適切にできる
		B	基準・手順の整備	看護ケア等が 基準手順 通りに行われているか 把握 できる
		A	防災対策	日常から 危険因子 を 取除く ための改善ができる
	情報収集力	D	看護記録	健康問題についての 情報 を 収集 できる
		C	基準・手順の整備	新しい看護の方法や機器に対する 情報収集 ができる
		B	研究活動	研究テーマに必要な データ を 収集 することができる
		B	感染防止	院内感染に関する 情報収集 ができる
		A	業務改善	業務改善に必要な データ を 収集 できる
	専門性	D	看護記録	治療の 介助 、 検査 を 実施 できる
		C	療養環境の整備	患者の状態に合わせた 環境調整 ができる
		B	療養環境の整備	マニュアルに沿った 環境整備 が実施できる
		B	基準・手順の整備	基準手順 の 根拠 を理解している
		A	看護記録	フィジカルアセスメント ができる
	分析力	D	事故防止	事故発生後、事故の 原因 を 明らかに することができる
		C	事故防止	ヒヤリ・ハット の情報をもとに 分析 することができる
		B	業務改善	業務改善のために収集した データ を 分析 できる
		B	基準・手順の整備	基準手順が活用されていない 理由 が わかる
		A	感染防止	セクション内の 感染の実態 を 分析 することができる
	理解力	D	看護記録	記録の 目的 を 理解 している
		C	休日・夜間管理	休日・夜間の管理代行の 役割 を 理解 し行動できる
		B	療養環境の整備	療養環境の 構成要因 が 理解 できる
		B	物品管理	経済性 を考慮した物品使用ができる
		A	看護記録	看護介入の理論的(人間・環境・健康・看護) 根拠 を 明確 にできる

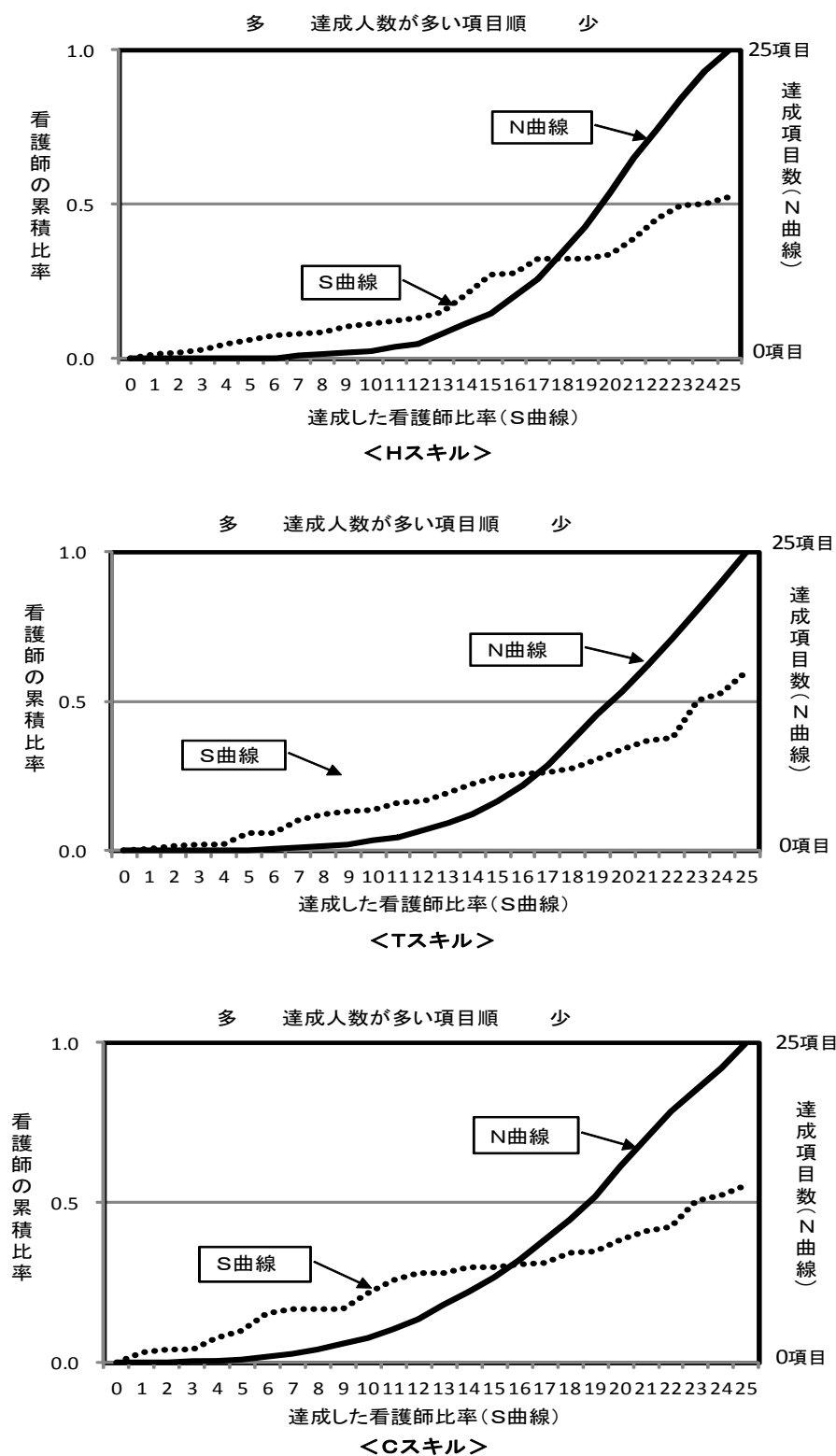


図 3-5 選抜した 25 項目のデータより作成した N-S チャート

3-4 各スキル及び能力の特性

3-4-1 経験年数別平均点と回帰式による修得期間の予測

表 3-9 は、3-3-3 で選抜したチェック項目の難易度によって、A に 4 点、B に 3 点、C に 2 点、D に 1 点を与え、加重平均を求め 100 点満点に換算したものである。

各能力の標準偏差をみると、その値が大きく病院の規模による得点分布の違いが考えられる。そこで、回答があった病院の看護師数により、Ⅰ：299 人以下の病院、Ⅱ：300 人～499 人、Ⅲ：500 人以上の 3 つに分類し、分散分析による規模間の有意差検定を行った。その結果は表 3-10 のとおり、全ての能力について有意な差は認められなかったため、標準偏差の大きさは各能力の特性と考えられる。

T・H・C スキルとも能力別に比較すると平均点数の差が大きく、観察力、協調性など経験年数 4 年の時点で 80 点を超えているものと、分析力、調整・交渉力、企画力など 50 点に満たないものが混在している。標準偏差については、相対的に T スキルが小さく、C スキルがやや大きいことが分かる。経験年数の経過で見ると全ての能力について減少している傾向がみられる。

能力ごとの得点の分布が異なっており、能力間の横断的な比較が困難なため、各能力の得点分布の特徴を考慮すべく、それぞれのパーセンタイルを算出し、経験年数との関係を示す回帰式を求めた。(表 3-11 参照) 回帰式より各能力について 50、70、90 の各パーセンタイル値に到達する経験年数を予測した。(表 3-12 参照)

表 3-9 経験年数別平均点及び標準偏差

能力	経験年数		4年		5年		6年		7年		8年		9年		10年	
			平均点	標準偏差	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差
T	観察力		80.4	26.9	82.4	23.7	85.1	22.4	84.6	23.1	86.2	20.4	88.4	21.1	90.1	18.4
	情報収集力		66.7	27.8	71.4	27.4	71.3	28.7	74.5	27.2	78.8	26.2	78.0	24.6	80.0	24.6
	専門性		79.0	25.3	81.5	22.0	85.5	20.3	85.0	21.2	86.4	21.3	84.6	21.7	85.7	20.4
	分析力		49.6	30.6	46.6	30.4	54.4	32.6	56.7	30.8	62.1	30.4	61.2	31.7	62.5	30.9
	理解力		63.2	29.1	59.2	27.7	63.7	27.9	66.7	28.1	71.3	27.3	70.3	27.9	71.9	25.7
H	協調性		83.6	18.6	83.3	19.9	86.6	18.8	88.0	18.6	90.8	15.3	91.8	16.5	89.7	17.4
	傾聴力		75.7	26.5	81.9	22.6	83.1	21.7	83.5	22.2	87.1	20.7	85.3	19.8	86.2	21.7
	指導力		52.9	25.6	53.6	28.1	61.8	28.5	61.2	27.7	62.5	29.0	63.7	29.2	67.6	27.0
	調整・交渉力		49.8	30.8	55.8	28.6	63.8	26.9	64.2	29.7	69.9	27.8	74.2	24.1	74.6	25.5
	表現力		63.4	32.0	69.3	29.1	70.1	30.5	67.6	30.4	74.4	28.6	72.9	27.0	76.3	28.8
C	概念化能力		66.5	29.3	63.3	27.4	68.5	28.5	70.6	28.0	72.1	27.4	73.1	29.0	77.9	25.7
	課題設定力		60.6	31.3	68.7	28.9	70.9	30.5	68.8	30.6	74.5	29.1	76.1	28.3	75.9	28.7
	企画力		46.1	31.7	48.1	30.1	56.0	31.6	58.9	32.2	62.8	29.7	62.0	31.9	68.6	29.6
	判断力		78.3	23.7	80.0	23.3	83.1	23.5	84.6	22.4	85.1	22.2	87.9	19.7	86.4	20.2
	評価力		51.3	33.5	52.8	30.3	59.5	31.6	62.0	31.7	64.2	28.8	64.9	31.8	68.4	29.2

表 3-10 病院規模(看護師数)別の分散分析の結果

能力	分散比	F 境界値	P値
概念化能力	0.200	3.003	0.818
課題設定力	0.620	3.003	0.538
企画力	2.004	3.003	0.135
判断力	2.363	3.003	0.095
評価力	0.369	3.003	0.691
協調性	1.695	3.003	0.184
傾聴力	0.386	3.003	0.680
指導力	1.497	3.003	0.224
調整・交渉力	0.868	3.003	0.420
表現力	1.429	3.003	0.240
観察力	0.236	3.003	0.790
情報収集力	0.711	3.003	0.492
専門性	0.184	3.003	0.832
分析力	0.022	3.003	0.978
理解力	1.411	3.003	0.244

表 3-11 経験年数とパーセンタイル値の回帰式

能力	回帰式	R^2
T	観察力 $y = 0.638x - 47.432$	0.955
	情報収集力 $y = 0.428x - 24.853$	0.927
	専門性 $y = 0.620x - 45.103$	0.606
	分析力 $y = 0.317x - 10.766$	0.855
	理解力 $y = 0.403x - 19.864$	0.803
H	協調性 $y = 0.582x - 44.031$	0.823
	傾聴力 $y = 0.490x - 33.758$	0.736
	指導力 $y = 0.377x - 15.809$	0.876
	調整・交渉力 $y = 0.226x - 7.621$	0.950
	表現力 $y = 0.437x - 23.845$	0.782
C	概念化能力 $y = 0.424x - 22.776$	0.865
	課題設定力 $y = 0.357x - 18.255$	0.819
	企画力 $y = 0.258x - 7.851$	0.944
	判断力 $y = 0.595x - 42.805$	0.892
	評価力 $y = 0.331x - 12.996$	0.947

y : 経験年数

x : パーセンタイル値

表 3-12 50・70・90 パーセンタイルへの到達予測年数

能力 パーセンタイル		観察力	情報収集力	専門性	分析力	理解力	協調性	傾聴力	指導力	調整交渉力	表現力	概念化能力	課題設定力	企画力	判断力	評価力
50	到達予測年数	6.9	7.0	7.6	7.2	7.0	7.2	7.1	7.5	6.9	6.8	7.1	7.0	7.4	7.6	7.5
	点数	85	74	85	57	67	88	84	62	64	70	71	71	59	85	62
70	到達予測年数	7.8	8.6	8.0	8.6	8.6	8.3	8.1	7.9	8.4	8.2	7.9	8.4	8.2	8.0	8.3
	点数	87	78	86	61	70	90	85	63	71	73	72	75	62	85	64
90	到達予測年数	9.4	9.1	8.3	8.9	9.0	9.1	8.6	8.8	9.2	9.0	9.0	8.9	9.0	9.0	8.9
	点数	89	79	86	62	72	91	87	65	74	75	75	76	65	87	66

3-4-2 現有能力の状況と修得に要する期間

能力の修得状況については、表 3-9 より修得率が高い能力と低い能力が明確に示された。経験年数 4 年の時点でみると 3 つのグループに分類できる。

1 つは、70～80 点台の高い修得率を示すものとして協調性、観察力、専門性、判断力、傾聴力が挙げられる。2 つ目は情報収集力、概念化能力、表現力、理解力、課題設定力などが 60 点台、さらに 3 つ目は指導力、評価力、調整・交渉力、分析力、企画力が 50 点台以下の修得率である。経験年数が増しても同様の傾向を示している。

修得率のばらつきについては、経験年数ごとの標準偏差が大きく、経験を経るごとに小さくなる傾向がみられるものの、それぞれの時点での修得率の差が大きいことが分かった。

修得に要する予測期間については、表 3-12 より分析力、情報収集力、理解力、課題設定力、調整・交渉力、表現力は、50 パーセンタイルから 70 パーセンタイルに至るまでの期間が長く、70 から 90 パーセンタイルまでの期間が短いのが特徴である。逆に、観察力、判断力、指導力は、50 パーセンタイルから 70 パーセンタイルに至るまでの期間が短く、70 から 90 パーセンタイルまでの期間が長い特徴がある。

これは能力修得の停滞状態であるプラトー現象によるものと考えられ、分析力、情報収集力、理解力などは 50 パーセンタイルから 70 パーセンタイルに至る比較的早い時期（前期）に、観察力、判断力、指導力などは 70 から 90 パーセンタイルに至る後期に現れていることを示している。

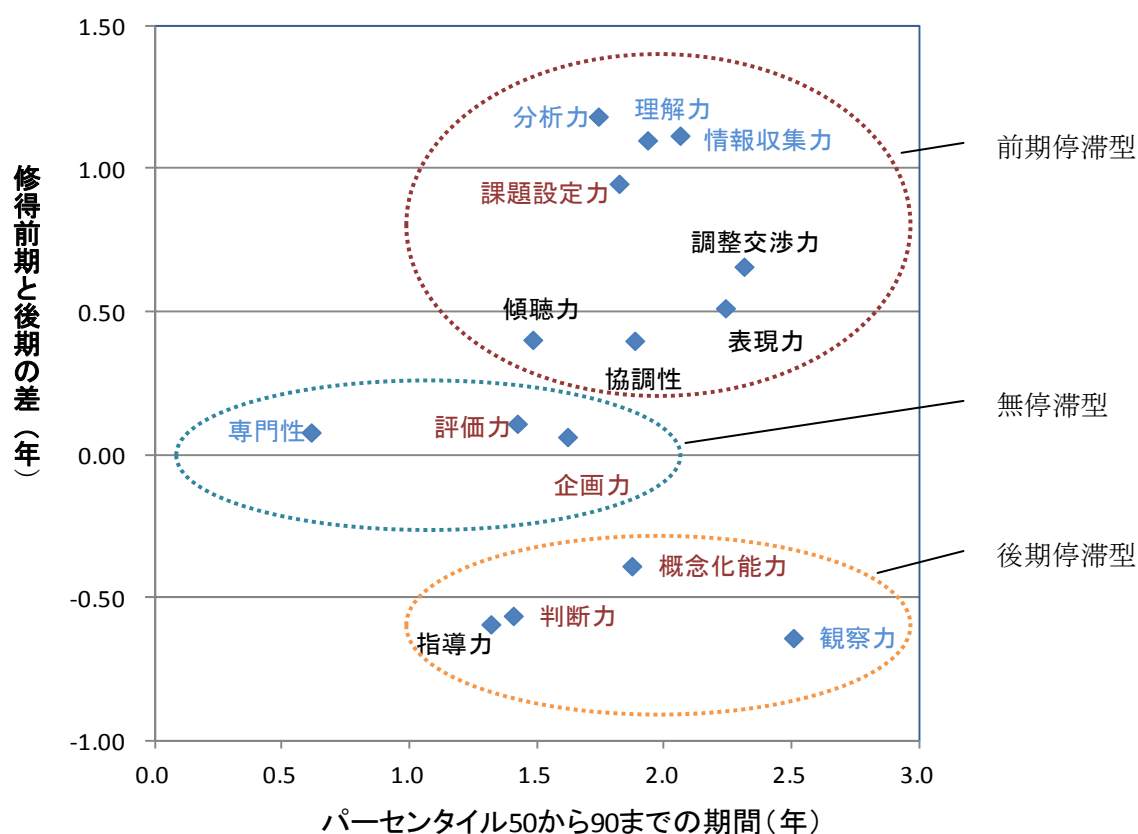


図 3-6 能力修得の特徴

図 3-6 は、各能力の修得に関する特徴を明らかにしたものである。横軸は、パーセンタイル 50 から 90 までの期間を示しており、縦軸は、パーセンタイル 50 から 70 までの修得期間を「前期」、パーセンタイル 70 から 90 までの修得期間を「後期」とし、前期から後期を引いた値（年）である。つまり、値がプラスであれば「前期」が長いことを示し、早い時期にプラトー現象が起きていることになる。逆に、マイナスであれば「後期」にプラトー現象が起きていることになる。

15 の能力を停滞期が現れる時期別に分類すると以下の 3 つに分類できる。修得の前期に停滞期が現れる「前期停滞型」、後期に現れる「後期停滞型」、停滞期が見られず経年を通して順調に修得している「無停滞型」の 3 つである。

- 前期停滞型：分析力(T)、理解力(T)、情報収集力(T)、課題設定力(C)、調整交渉力(H)、表現力(H)、傾聴力(H)、協調性(H)
- 後期停滞型：観察力(T)、指導力(H)、概念化能力(C)、判断力(C)
- 無停滞型：専門性(T)、企画力(C)、評価力(C)

スキル別では、T スキル、H スキルの多くが前期停滞型であり、中でも H スキルは指導力を除く 4 つの能力が属しているのが特徴である。

これらの特徴は、中堅看護師の育成、キャリアアップを考える上で、目標とするレベルに到達するまでの期間を予測できるなど、重要な示唆を与えているものと思われる。

3-5 能力間の影響関係と発達経路

3-5-1 階層構造化モデル(ISM)による影響経路図の作成

社会システムのような複雑に関連しあった要素の集合体の構造分析を行う方法として、ISM (Interpretive Structural Modeling)、DEMATEL (Decision Making Trial and Evaluation Laboratory) や共分散構造分析(構造方程式モデリング、SEM : Structural Equation Models) などが挙げられる。それぞれシステム構成要素間の関連を評価することによって、客観的にシステムの構造を把握することができる。しかし、共分散構造分析はデータに対してかなり明確な仮説モデルが必要であり、分析者の対象システムに対する知見が結果に対して大きく影響することになる[66]。また、DEMATEL はシステム構成要素の一つ一つに意味を持たせ、要素関連の強度を加えて有向グラフ化するものであり、ISM はシステム構成要素間の関連の有無を評価し、多階層の有向グラフとしてシステム構造を把握するものである[67,69]。

本研究の対象である看護師の能力修得に関しての仮説モデルを作成することが困難なこと、能力間の影響経路図を作成することが分析の目的でありことから、関連性と時間的な先行関係を多階層の有向グラフとして系統的に把握する ISM を用いた。

ISM では項目間の関係性について、影響⇨被影響、原因⇨結果などの因果関係が前提となる。このような因果関係は、分析の目的に応じてデータがあらかじめ因果関係を示すように作成されている場合を除き、何らかの方法で特定されなければならない。影響⇨被影響の関係性を一対比較で関係者に聞くという方法も考えられるが、本研究では一対比較による特定の方法ではなく、統計情報に基づく判別方法によって影響⇨被影響関係を特定している。

以下、ISM の手順[68]に従って計算過程を示す。

評価項目は 15 の能力とし、1273 人のデータを用いて行った。まず、評価項目間の関係性を特定するため偏相関係数に着目し、偏相関係数行列を求めた。

偏相関係数とは、複数の変数が相互に関連しているとき、特定の 2 変数以外の変数の影響を除去して評価したい場合に用いられるものである。2 変数 i, j 以外の変数を固定したときの偏相関係数は、相関係数行列 r の逆行列の要素を r_{ij} としたとき、次式で求めることができる。

$$r_{(ij, k \neq i, j)} = \frac{-r_{ij}}{\sqrt{r_{ii}r_{jj}}}$$

表 3-13 は、上の式から導かれた評価項目間の偏相関係数行列である。

表 3-13 偏相関係数行列

変数名	C-1	C-2	C-3	C-4	C-5	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	T-1	T-2	T-3	T-4	T-5
C-1															
C-2	0.128														
C-3	0.081	0.099													
C-4	0.098	0.012	-0.034												
C-5	0.037	0.093	0.112	0.022											
H-1	0.035	0.018	0.004	0.093	-0.002										
H-2	0.073	0.058	0.012	0.099	0.065	0.248									
H-3	0.177	-0.001	0.142	0.100	0.206	0.009	0.041								
H-4	0.016	0.004	0.038	0.083	0.105	0.382	0.110	-0.007							
H-5	0.007	0.397	-0.010	-0.035	-0.066	0.012	-0.028	0.069	0.033						
T-1	0.079	0.055	0.062	0.133	0.047	0.033	0.061	-0.044	-0.006	0.019					
T-2	-0.017	0.085	0.219	0.071	0.061	-0.035	0.033	-0.004	0.039	0.219	0.034				
T-3	0.029	0.056	-0.030	0.122	0.049	0.028	0.152	0.042	-0.068	0.058	0.168	0.027			
T-4	0.071	0.007	0.256	0.011	0.119	-0.038	0.001	0.041	0.097	0.004	0.002	0.268	0.086		
T-5	0.157	0.041	-0.004	0.046	0.193	-0.032	-0.002	0.092	0.096	0.006	0.122	-0.008	0.149	0.094	

* 表中の変数名はスキル別の能力を示す。(表 2-3 参照)

次に、サンプル数に応じた偏相関係数の臨界値を求め、表 3-12 の偏相関係数の絶対値が臨界値以上ならば、統計的に評価項目間の相関関係を保証することになるので 1 とし、臨界値より小さいものを 0 として偏相関係数のスクリーニングを行った。

臨界値は無相関検定の手順により求めた。

相関係数 (r) を用いて統計量 $t = r\sqrt{n-2}/\sqrt{1-r^2}$ を計算したとき、この値は自由度 $n-2$ (n は標本数) の t 分布に従うことが知られている。有意水準 α のときの t 値を t_α とすれば、そのときの臨界値 r_α は次式で求められる。

$$r_\alpha = \frac{t_\alpha}{\sqrt{n-2+t_\alpha^2}}$$

表 3-14 有意水準別臨界値

データ数	自由度	有意水準	t値	r_α
1273	1271	0.05	1.9618	0.05495
		0.01	2.5797	0.07218
		0.001	3.2982	0.09212

本研究では、有意水準 0.01 のときの臨界値 (0.07218) を用いてスクリーニングを行った。(表 3-15 参照)

表 3-15 評価項目間の偏相関係数のスクリーニング結果

変数名	C-1	C-2	C-3	C-4	C-5	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	T-1	T-2	T-3	T-4	T-5
C-1															
C-2	1														
C-3	1	1													
C-4	1	0	0												
C-5	0	1	1	0											
H-1	0	0	0	1	0										
H-2	1	0	0	1	0	1									
H-3	1	0	1	1	1	0	0								
H-4	0	0	0	1	1	1	1	0							
H-5	0	1	0	0	0	0	0	0	0						
T-1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0					
T-2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0				
T-3	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0			
T-4	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1		
T-5	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	

表 3-15 は、評価項目間に影響関係がある可能性を示すものであるが、影響⇔被影響の関係をみることはできない。そこで、評価項目間の重相関係数を判別条件として隣接行列を作成した。

影響⇔被影響の関係は、表 3-16 に示した重相関係数の大きさを比較することによって判別することができる。表 3-15 に示した三角行列を対称行列にした後、1 の箇所すなわち影響関係がみられる組合せについて重相関係数 (R) の大小を比較し、 $R_i > R_j$ ならば項目 i を被影響項目、項目 j を影響項目と判別し、隣接行列を作成した。

表 3-16 評価項目間の重相関係数(R)

C-1	C-2	C-3	C-4	C-5	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	T-1	T-2	T-3	T-4	T-5
0.674	0.705	0.715	0.601	0.718	0.623	0.643	0.657	0.665	0.628	0.586	0.715	0.628	0.733	0.680

表 3-17 評価項目間の影響－被影響の関係(隣接行列)

変数名	C-1	C-2	C-3	C-4	C-5	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	T-1	T-2	T-3	T-4	T-5
C-1		1			1										1
C-2			1		1									1	
C-3					1									1	
C-4						1		1					1		1
C-5														1	
H-1	1				1		1		1						
H-2		1						1	1			1			
H-3	1		1		1				1						1
H-4		1													
H-5	1	1	1		1							1		1	
T-1	1		1	1	1		1			1			1		1
T-2			1		1									1	
T-3		1					1	1		1					1
T-4															
T-5														1	

更に、表 3-17 の隣接行列から可達行列を求めると表 3-18 のようになる。この可達行列の列和 **R** は他の能力から受ける影響の程度を表し、行和 **D** は他の能力に与える影響の程度を表している。したがって、**D-R** の値が大きければ影響項目、小さければ被影響項目といえる。**D+R** は他の能力との関わりの程度を表し、大きければ独立性が低く、小さければ独立性が高いといえる。

表 3-18 評価項目間の影響－被影響の関係(可達行列)

変数名	C-1	C-2	C-3	C-4	C-5	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	T-1	T-2	T-3	T-4	T-5	行和 : D	D-R	D+R
C-1	1	1	1		1									1	1	6	-2	14
C-2		1	1		1									1		4	-6	14
C-3			1		1									1		3	-9	15
C-4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	14	12	16
C-5					1									1		2	-11	15
H-1	1	1	1		1	1	1	1	1			1		1	1	11	8	14
H-2	1	1	1		1		1	1	1			1		1	1	10	5	15
H-3	1	1	1		1			1	1					1	1	8	2	14
H-4		1	1		1				1					1		5	-2	12
H-5	1	1	1		1					1		1		1	1	8	4	12
T-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	14	16
T-2			1		1							1		1		4	-3	11
T-3	1	1	1		1		1	1	1	1		1	1	1	1	12	9	15
T-4														1		1	-14	16
T-5														1	1	2	-7	11
列和 : R	8	10	12	2	13	3	5	6	7	4	1	7	3	15	9			

可達行列を基に重複するパスを除き階層化するために表 3-19 の構造化行列を求めた。表中の対角要素を除く1が能力間のパス（行⇒列）を表しており、表 3-18 の結果と合わせて表示したものが、図 3-7 の影響経路図である。図の上下は影響⇔被影響を表しており、上部ほど影響を受けている能力であることを示している。左右は独立性を表し、左に行くほど独立性が高くなる。

表 3-19 構造化行列

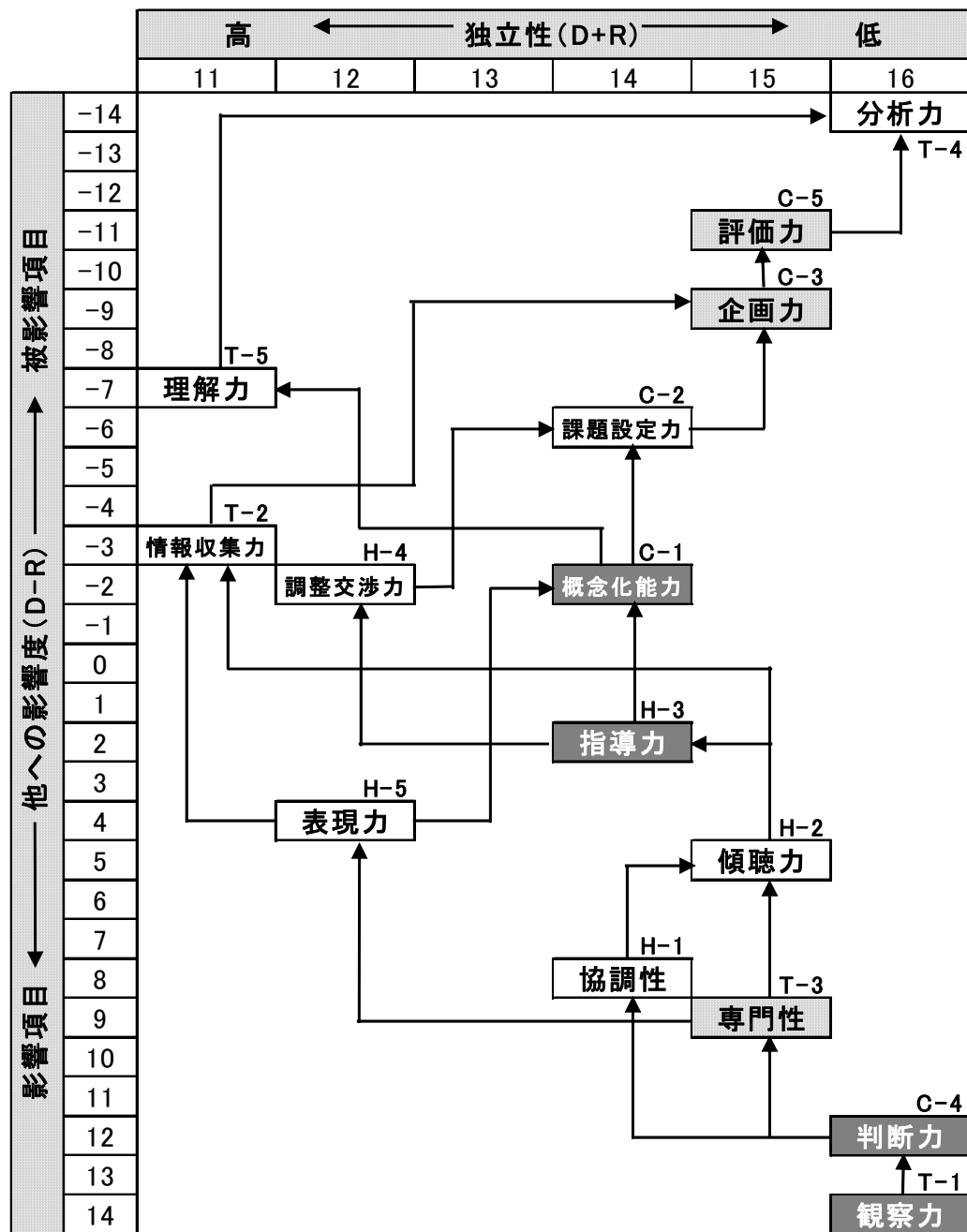
	T-1	C-4	H-1	T-3	H-2	H-5	H-3	T-2	C-1	H-4	C-2	T-5	C-3	C-5	T-4
T-1	1	$\frac{1}{1}$													
C-4		1	$\frac{1}{1}$	1											
H-1			1		$\frac{1}{1}$										
T-3				1	$\frac{1}{1}$	1									
H-2					1		1	$\frac{1}{1}$							
H-5						1		$\frac{1}{1}$	$\frac{1}{1}$						
H-3							1	$\frac{1}{1}$	$\frac{1}{1}$	1					
T-2								1					1		
C-1									1		$\frac{1}{1}$	1			
H-4										1	$\frac{1}{1}$				
C-2											1		1		
T-5												1			$\frac{1}{1}$
C-3													1	$\frac{1}{1}$	
C-5														1	$\frac{1}{1}$
T-4															1

3-5-2 階層構造化モデルによる能力間の関連

図 3-7 の影響経路図は、1273 人の調査データから 15 の能力の関連と修得の先行順を示したものである。影響経路図の出発点は観察力で最終的な到達点は分析力となっている。このことは影響経路が循環的な構造ではなく、ある一定の因果関係によって結びつけられ 1 つの到達点に向かっていることを示している。影響経路図の出発点となっている観察力は、他の能力を修得する基礎あるいは前提条件と考えられる。同様の特性を持った能力としては判断力、専門性、協調性を挙げることができる。

スキル別に概観すると、C スキルに属する能力のうち判断力を除いた 4 つの能力は、すべて H スキルを直接的あるいは間接的に経由していることから H スキルは C スキルに先行して修得されていることが分かる。これより H スキルは C スキルのベースとなっていると考えられる。また、C スキルは、独立性が他のスキルに比べ低く、被影響項目が多くみられることから、T・H スキルの影響を受けて修得していくものと考えられる。T スキルは、能力ごとに異なった特性を示しており、特に理解力は C スキルの評価力とともに、最終到達点である分析力の重要なポイントとして位置づけられている。

また、3-4-2 で述べた修得前期にプラトー現象が現れる前期停滞型の中でも表現力、傾聴力、協調性は、直接的あるいは間接的に他能力へ影響を与えており、これらの早期修得が中堅看護師の能力開発のポイントとなると思われる。



* 図中のT・H・Cはスキル分類を示す

* 前期停滞型 後期停滞型 無停滞型

図 3-7 能力間の影響経路図

3-6 本章のまとめ

第3章では、1273名の看護師の調査データをもとに分析、考察し、その結果から看護師に必要なスキルとそれらを構成する能力の修得に関する特徴を明らかにした。さらに、一定の因果関係を示す影響経路図を作成し能力修得の先行順を明らかにすることができた。得られた主な結果を以下にまとめる。

- ◆ 能力の修得状況については、修得率が高い能力と低い能力が明確に示された。

T スキルは、経験年数別による差が最も小さく修得率も高い。

H スキルは、経験年数の影響が強いスキルといえる。

C スキルは、H スキルと同様に経験年数の影響が強いが、他のスキルに比べ各経験年数での修得率が低いのが特徴的である。

- ◆ 修得に要する予測期間から、能力ごとに特徴を明らかにした。

前期停滞型：分析力(T)、理解力(T)、情報収集力(T)、課題設定力(C)、
調整交渉力(H)、表現力(H)、傾聴力(H)、協調性(H)

後期停滞型：観察力(T)、指導力(H)、概念化能力(C)、判断力(C)

無停滞型：専門性(T)、企画力(C)、評価力(C)

前期停滞型の中でも表現力、傾聴力、協調性は、直接的あるいは間接的に他能力へ影響を与えており、これらの早期修得が中堅看護師の能力開発のポイントとなる。

- ◆ 能力修得の先行順と他能力との関連を明らかにした。

H スキルは、C スキルに先行して修得されており C スキルのベースとなっている。

C スキルは、独立性が他のスキルに比べ低く、被影響項目が多くみられ、T・H スキルの影響を受けて修得していくものと考えられる。T スキルは、能力ごとに異なった特性を示しており、特に理解力は C スキルの評価力とともに、最終到達点である分析力の重要なポイントとして位置づけられている。

以上の結果より、中堅看護師の能力開発を考える際の指針を得ることができた。

看護師のある能力を伸ばそうとすると、影響経路図から対象とする能力に影響を与えている能力の修得状況を現有能力調査票で確認することで、対象能力をより効率的に伸ばすためのベースとなる能力を知ることができる。これにより、表 2-1 に示した 13 業務の中から OJT の対象業務などを適切に選択することが可能になる。

例えば、ある看護師の課題設定力を 60 パーセンタイルから 80 パーセンタイルの位置に向上させようとした場合、図 3-7 の影響経路図から、直接影響を与えている能力として調整交渉力と概念化能力を知ることができる。この 2 つの能力の現状レベルを得点およびパーセンタイル値で確認し、課題設定力よりも高ければベースとなる能力は満たしているものとして、課題設定力の向上を中心とした教育を行うことになる。OJT による教育の場合は、現有能力調査票作成時に選択した 13 業務の中から課題設定力を含む業務

を中心に行えば効果的に教育がおこなわれると考える。もし、課題設定力のベースとなる能力が不十分な場合は、間接的に影響を与えている指導力、表現力、傾聴力などをチェックし、不十分なものがあれば、それらの充足を優先に考えることになる。以上のようにして、向上を図るべき能力が明らかになれば、表 3-12 の到達予測年数を参考に教育プログラムを作成することができる。

また、現有能力調査項目の精査の際に述べた「注意係数」は、看護師個人別に求めることも可能であり、注意係数を求めることにより各看護師の問題を把握することができる。さらに、各病院で能力評価を行う場合には選抜されなかったチェック項目についても評価を行うことで、各能力の中でも得意とするもの、不得意なものなどを明らかにすることができ、教育プログラムに反映させることができると思われる。

看護師の注意係数は以下の式で求められる。

$$\text{看護師の注意係数} = (A - B) \div (C - D \times E)$$

A＝各看護師の N 曲線から左の 0 に対応する項目の達成者数の和

B＝各看護師の N 曲線から右の 1 に対応する項目の達成者数の和

C＝各看護師の N 曲線から左の項目の達成者数の和

D＝各看護師の得点

E＝平均達成者数

第4章 中堅看護師のキャリアパスと必要なスキル

4-1 はじめに

第3章では中堅看護師を対象にスキルの修得に関する調査から看護師に必要なスキルとそれらを構成する能力の修得に関する特徴および能力間の因果関係を示す影響経路図を作成し、能力修得の先行順を明らかにした。

第4章では、これらの結果を活用し、新人看護師に比べ整備が遅れている中堅看護師の教育体制を整備するため、CDPの一環として看護師が希望するキャリアパスに向けた効果的な教育プログラムを構成する方法を提案するものである。効果的な教育プログラムとは、希望するキャリアパスで必要な能力を絞り込み、育成すべき能力と到達目標を明確にすることである。そのためには、まず、看護師が希望するキャリアパスに進むために重要な能力（以下、コア能力とする）を明らかにする必要がある。つまり、看護師の希望キャリアパスに対応したコア能力が明確になれば、教育プログラムに組み込む教育内容を必要最小限に絞るため、より効果的な教育プログラムを構成できる可能性が高い。そこで本章では、中堅看護師の各キャリアパスに求められるコア能力を明らかにすることを目的とする。

キャリアパス別のコア能力は、看護部長及び看護師長を対象にした「キャリアパス別必要スキル」の調査を実施し、その結果を基に決定した。看護部長や看護師長は、看護師として長年の経験を持ち看護の現場を熟知しており、各キャリアパスにどのような役割を期待しているのか、そのために必要な能力は何かを知るための調査対象としてふさわしいと考えた。

4-2 キャリアパス別に必要なスキルの調査概要

4-2-1 看護師のキャリアパス

日本看護協会は「継続教育の基準 ver.2」[70]で、継続教育を「新人教育、ジェネラリスト育成教育、スペシャリスト育成教育、管理者育成教育、院内研修等の教育者育成教育」の5つに分類し、それぞれの教育の方向性を示している。勝原[71]も看護師のキャリアパスについて、「これまでは、主任、そして師長へと管理職のコースにのっていくことがキャリアパスの典型であった。しかし、最近はスペシャリストになるコースが増えてきたこともあり、どのようなキャリアパスを選択するかは、多くの看護師にとって現実的な課題となっている」と述べている。さらに、看護師は、スペシャリストとジェネラリストに分類できるとし、次のように概念的定義をしている。

<スペシャリスト>

スペシャリストとは、一般的に、ある学問分野や知識体系に精通している看護職をいう。特定の専門あるいは看護分野で卓越した実践能力を有し、継続的に研鑽を積み重ね、その職務を果たし、その影響が患者個人に留まらず、他の看護職や医療従

事者にも及ぶ存在であり、期待される役割の中で特定分野における専門性を発揮し、成果を出している者である。

＜ジェネラリスト＞

ジェネラリストとは、特定の専門あるいは看護分野にかかわらず、どのような対象者に対しても経験と継続教育によって習得した多くの暗黙知に基づき、その場に応じた知識・技術・能力を発揮できる者をいう。

本研究では、看護師のキャリアパスとして、管理職、専門職、ジェネラルの 3 つをとりあげた。日本看護協会が継続教育の一つとして挙げている「院内研修等の教育者」については、今回とりあげた 3 つのキャリアパスのいずれの場合にもなり得ることからこれを除いた。各キャリアパスの概要は以下のとおりである。

1. 管理職（管理者）：看護単位の責任者
2. 専門職（スペシャリスト）：専門看護師、認定看護師の資格取得を目指す看護師
3. ジェネラル（ジェネラリスト）：従事した領域で直接患者に対して質の高い看護サービスを提供する看護師

4-2-2 調査内容

評価項目のウェイトを求めるための測定方法としては、5 点評価法に代表される評定法、持ち点を配分する恒常和法、上位数項目を選択する順位付け法、一対比較法などが用いられている。評定法で得られる評価値は、基本的に順位尺度であり四則演算の対象にすることには難がある。恒常和法は、評価項目の数によっては同時にウェイトを決定することが一般的に困難となり適正なウェイトが得られない恐れがある。

一対比較法は、評価項目を一対比較用の基本スケールによって評価するものであり、複数の評価項目を一元的に統合化することが可能になる。しかし、評価項目が多くなると評価者の負担が増すばかりではなく、整合度を維持することが困難になる。

本調査では、調査方法が郵送法であり回答をできるだけ容易にする必要があることから、管理職、専門職、ジェネラルの各々に期待する T・H・C スキルのウェイトについては、図 4-1 に示したような 3 つのスキルの組合せによる一対比較法を用い、評価項目が 5 つとなる各スキルに属する能力の重視度では、一対比較の組合せが 10 通りと質問数が多くなるため整合度の維持が困難と考え、上位 2 項目を選択する順位付け法を用いた。

調査内容は、キャリアパス別に期待する T スキル、H スキル、C スキルのウェイトと各スキルで重視する能力、及びフェイス項目として回答者の属性（職位、年齢、認定看護師・専門看護師資格の有無、実務経験および管理職年数）である。

Q1: 「管理職(看護単位の責任者)」としての業務を遂行するには、T・H・Cのスキルは、それぞれの程度重要と思いますか。以下の3つの組合せ(①、②、③)について、それぞれお答えください。

(a～i の中で該当するものに○印を付けてください)

a	b	c	d	e	f	g	h	i
左の方が非常に重要	左の方がかなり重要	左の方が重要	左の方がやや重要	同じ程度	右の方がやや重要	右の方が重要	右の方がかなり重要	右の方が非常に重要

- ①
- | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------|
| T スキル
(テクニカルスキル) | a | b | c | d | e | f | g | h | i | H スキル
(ヒューマンスキル) |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------|
- ②
- | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------------|
| H スキル
(ヒューマンスキル) | a | b | c | d | e | f | g | h | i | C スキル
(コンセプチャルスキル) |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------------|
- ③
- | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------|
| C スキル
(コンセプチャルスキル) | a | b | c | d | e | f | g | h | i | T スキル
(テクニカルスキル) |
|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------|

Q2: 以下に示した各スキルを構成する5つの能力の中で、「管理職」として特に重要なものをスキルごとに2つ選んでください。(記号に○印を付けてください)

T スキル		H スキル		C スキル	
T1	観察力	H1	協調性	C1	概念化能力
T2	情報収集力	H2	傾聴力	C2	課題設定力
T3	専門性	H3	指導力	C3	企画力
T4	分析力	H4	調整・交渉力	C4	判断力
T5	理解力	H5	表現力	C5	評価力

図 4-1 調査票の例(「管理職」について)

4-2-3 調査対象の選定および対象人数

調査は、「病院要覧」[62]から 100 床以上の病院を対象に 47 都道府県の各病院数に応じて合計 500 病院を抽出し、郵送法で行った。回答者は看護部長および看護師長とし、病院規模(病床数)により以下のように分類した。

規模Ⅰ 100～300 床 : 看護部長と看護師長 3 人 計 4 人
 規模Ⅱ 301～500 床 : 看護部長と看護師長 5 人 計 6 人
 規模Ⅲ 501 床以上 : 看護部長と看護師長 10 人 計 11 人

また、各施設での具体的な回答者の選定に当たっては、無作為性を保つため看護師長の姓を 50 音順に並べ、1 番目から対象人数までとするよう依頼した。

4-2-4 調査票の回収状況

調査票は、119 病院から 743 名の回収を得た。職位別、規模別の回収状況及び地方別の回収状況は表 4-1、表 4-2 のとおりである。

表 4-1 職位別、規模別回収状況

分 類	発送数	回収数	回収率
看護部長	500	106	21.2%
看護師長	2920	637	21.8%
合 計	3420	743	21.7%

分 類	発送病院数	回収病院数	回収率
I (100～300床)	200	44	22.0%
II (301～500床)	136	33	24.3%
III (501床以上)	164	42	25.6%
合 計	500	119	23.8%

表 4-2 地方別回収状況

地方	病院数	発送 病院数	回収 病院数	回収率	規模別			職位別(人)	
					I	II	III	部長	師長
北海道	524	38	9	23.7%	5	2	2	8	42
	6.8%	7.6%	7.6%		11.4%	6.1%	4.8%	7.5%	6.6%
東北	533	42	10	23.8%	2	3	5	10	63
	6.9%	8.4%	8.4%		4.5%	9.1%	11.9%	9.4%	9.9%
関東	1842	130	29	22.3%	13	8	8	27	144
	23.9%	26.0%	24.4%		29.5%	24.2%	19.0%	25.5%	22.6%
中部	1076	64	18	28.1%	4	1	13	15	120
	13.9%	12.8%	15.1%		9.1%	3.0%	31.0%	14.2%	18.8%
近畿	1290	79	19	24.1%	4	12	3	15	91
	16.7%	15.8%	16.0%		9.1%	36.4%	7.1%	14.2%	14.3%
中国	596	37	9	24.3%	3	3	3	7	44
	7.7%	7.4%	7.6%		6.8%	9.1%	7.1%	6.6%	6.9%
四国	448	31	8	25.8%	1	2	5	8	60
	5.8%	6.2%	6.7%		2.3%	6.1%	11.9%	7.5%	9.4%
九州・沖縄	1405	79	16	20.3%	11	2	3	15	71
	18.2%	15.8%	13.4%		25.0%	6.1%	7.1%	14.2%	11.1%
(不明)			1		1	0	0	1	2
			0.8%		2.3%	0.0%	0.0%	0.9%	0.3%
合計	7714	500	119	23.8%	44	33	42	106	637
	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(注) 病院数は平成21年度地区保健医療基礎統計より

4-3 分析方法と結果

4-3-1 スキル別ウェイトの算出方法

多人数の一对比較のデータから一对比較行列を作成し、評価項目のウェイトを求める、所謂、グループ AHP の方法として様々なものが提案されている。

AHPの開発者Saatyは、「グループを構成する評価者全員で討議して一对比較値を決める方法」、「各評価者が与えた一对比較値を幾何平均し、その算出値をグループの一对比較値にする方法」を提案している。しかし、前者の方法はグループの規模によっては意見集約が難しく、評価者が多人数の場合には不向きである。後者の方法は、集団としての評価値が各評価者の評価値と遊離してしまう心配がある。その他の方法として、山田らが提唱した区間AHP法や中西らによる集団意思決定ストレス法[72,73]がある。区間AHP法は、各評価者が示した「抵抗なく受け入れられる一对比較値の範囲（主張区間）」をグループ評価値へ集約していく方法であるが、郵送法による調査では評価に混乱を招く恐れがある。また、集団意思決定ストレス法は、数理計画法を用いて評価者を合理的に格付けすることによって、集団全体の不満の総和（集団意思決定ストレス）を最小化する方法であるが、計算過程が複雑なことや600人近くのデータを扱うには不向きであると思われる。

そこで、本調査の集計に当たっては、数百数千のデータを扱うことができる中川らが提唱する各評価者の一对比較値の度数分布からグループとしての一对比較行列を決定する方法[74]を用いた。この方法は、一对比較値の度数分布から、評価者の意見を反映し、かつ一对比較行列を作成したときに整合度がよくなるように、グループとしての一对比較値を決定する方法である。具体的な手順は、以下のとおりである。

[一对比較値候補の抽出]

評価者からの意見を集計した結果である一对比較値の分布に基づき、得票数の多い一对比較値の集合をグループ一对比較値候補とし、その中から整合度のよいグループ一对比較値を決定する。具体的には、一对比較値分布において、一对比較値度数の閾値を設定しその閾値以上の度数がある一对比較値を一对比較値候補とする。

閾値は以下の（1）～（4）の手順によって求める。

- （1）閾値を最大得票数に設定する。
- （2）閾値を1下げる。
- （3）閾値以上の得票数がある一对比較値において（得票数－閾値）の和を算出する。
- （4）和が総得票数の $\alpha\%$ 以上になれば終了し、そうでなかったら（2）に戻る。

但し、 α は开区間(0, 100)である。

[分散による優先付け探索]

各一对比較値候補から一对比較値の組み合わせを変えて、許容できる整合度となるグ

ループ一対比較値を決定する。その際、評価者の意見を反映できるように、一対比較値分布の分散を用い、分散が大きく意見が分かれている一対比較行列の要素を優先的に変化させ、分散が小さく意見がまとまっている要素の変化を最小限しながら、許容整合度となる一対比較値を探索する。

4-3-2 一対比較による回答の整合度

AHPにおいて、評価者が行なった一対比較が首尾一貫しているかどうかを判定する尺度として、整合度 (Consistency Index : C. I.)がある。

評価者が行った一対比較の結果を数値化したものが一対比較値であり、その値を a_{ij} と表す。 n 個の要素について評価した一対比較値を行列形式で表したものが一対比較行列 A であり、次のような $n \times n$ の正方行列となる。一般に、評価する要素の数が多くなれば評価者の一対比較が首尾一貫しなくなるといわれている。一対比較行列が完全な整合性をもつ場合には、行列 A の最大固有値 $\lambda_{\max}$ は、 $\lambda_{\max} = n$ となり、それ以外の場合には、 $\lambda_{\max} > n$ となる。一般に一対比較行列は n 次正方行列であることから、 n 個の固有値が存在し、その和は行列 A の n 個の対角要素の和に等しく、 n となることが分かっている。

$$A = \begin{bmatrix} a_{11} & \cdots & a_{1j} & \cdots & a_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots & & \vdots \\ a_{i1} & \cdots & a_{ij} & \cdots & a_{in} \\ \vdots & & \vdots & \ddots & \vdots \\ a_{n1} & \cdots & a_{nj} & \cdots & a_{nn} \end{bmatrix}$$

したがって、 $\lambda_{\max} - n$ は、 $\lambda_{\max}$ 以外の $(n - 1)$ 個の固有値の大きさを表す指標と見ることができる。1 個当りの平均は以下のように表すことができ、この指標が整合度 (C.I.)である。

$$C.I. = \frac{\lambda_{\max} - n}{n - 1}$$

一対比較行列が完全な整合性をもつ場合にはこの値は 0 であり、値が大きくなるほど、整合性が悪いことを示す。許容整合度は、経験的に 0.1、場合によっては 0.15 以下であればよい[73]とされており、本研究では許容整合度を 0.15 未満とした。

回収した調査票 743 人分のうち一対比較の評価が不完全な回答者 26 人分を除いた 717 人分について、スキル別のウェイトと整合度を算出し、整合度が 0.15 以上のデータを削除した。その結果、キャリアパス別の有効回答数は表 4-3 のとおりとなった。

表 4-3 キャリアパス別有効回答数

		管理職	専門職	ジェネラル
有効回答数		591	573	587
職位別	看護部長	78	79	79
	看護師長	513	494	508
規模別	規模Ⅰ	128	121	119
	規模Ⅱ	169	163	162
	規模Ⅲ	294	289	306
年齢別	30歳～34歳	2	1	2
	35歳～39歳	42	40	41
	40歳～44歳	81	76	75
	45歳～49歳	224	223	226
	50歳～54歳	117	120	123
	55歳～59歳	121	107	113
	60歳～64歳	3	4	4
	無回答	1	2	3
臨床 経験別	10年未満	7	6	7
	10～14年	1	2	2
	15～19年	13	12	9
	20～24年	77	75	74
	25～29年	117	107	114
	30～34年	211	211	212
	35～39年	113	112	114
	40～44年	51	47	54
	45～49年	1	1	1

4-4 キャリアパス別に必要なスキル

4-4-1 フェイス項目（回答者属性）別の回答の差異

一対比較の回答について職位別と規模別に回答比率を求め、t 検定により回答の差異について確認した。職位、規模の各組合せについてキャリアパス別に p 値を確認したが、表 4-4 のとおり全て $p > 0.05$ となっており職位別、規模別には有意な差が認められなかった。これより、キャリアパス別の重視スキルについては、病院規模にかかわらず、管理者（看護部長と看護師長）の回答として同様の傾向であることが判った。各スキルで重要と思う能力選択の回答についても同様の検定を行ったが、規模別、職位別ともに有意な差は認められなかった。

表 4-4 一対比較値に関する職位別、規模別の t 検定結果 (p 値)

職位別	質問番号	管理職	専門職	ジェネラル
看護部長 対 看護師長	①	0.118	0.094	0.903
	②	0.069	0.664	0.477
	③	0.316	0.547	0.591
規模別	質問番号	管理職	専門職	ジェネラル
規模Ⅰ 対 規模Ⅱ	①	0.505	0.901	0.525
	②	0.518	0.378	0.827
	③	0.752	0.609	0.213
規模Ⅰ 対 規模Ⅲ	①	0.580	0.947	0.593
	②	0.503	0.132	0.813
	③	0.644	0.851	0.469
規模Ⅱ 対 規模Ⅲ	①	0.168	0.355	0.106
	②	0.895	0.300	0.821
	③	0.475	0.728	0.206

4-4-2 キャリアパス別必要スキルのウェイト

前述の方法により、調査結果を基に管理職、専門職、ジェネラルの3つのキャリアパスごとに重視されるスキルを明らかにする。また、表4-4に示したように職位別、規模別の回答に有意な違いが認められなかったため、ここでは有効な全データを用いて分析する。

図4-2は、一対比較値候補の抽出を行うために作成した管理職の質問①についての度数分布図である。図4-2のe(1)、f(1/3)、g(1/5)の上部の数字は、 α を10%としたときの閾値137を超えた部分である。したがって、管理職の質問①についてはe(1)、f(1/3)、g(1/5)の3つが一対比較値の候補となる。

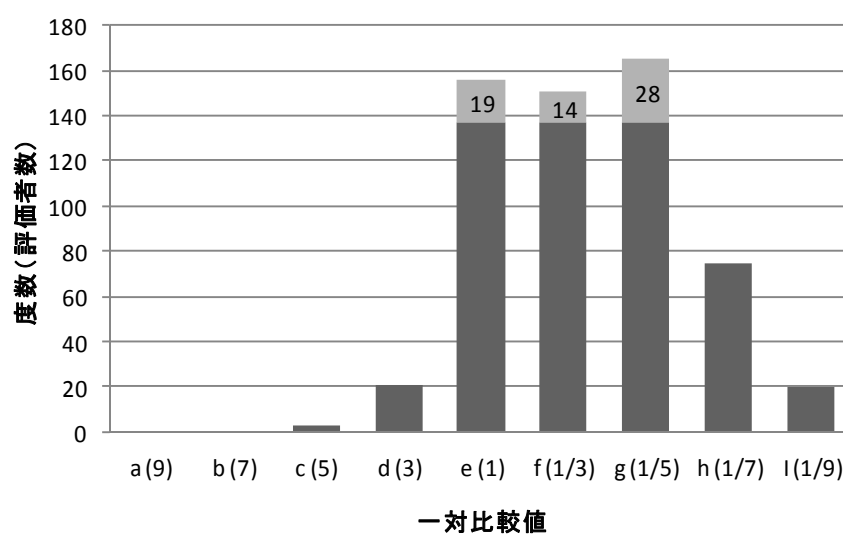


図 4-2 一対比較値分布の例 (管理職・質問①)

全てのキャリアパスについて一対比較値候補の抽出を行うためのプロセスを表4-5に示す。これらはすべて $\alpha=10\%$ として行った結果である。表中の「優先順位」は、候補として抽出された一対比較値の組合せを分散による優先付け探索によって選択の優先順位を示したものである。

表 4-6 は、表 4-5 の優先順位別にキャリアパス別に必要なスキルのウェイトを算出した結果である。許容整合度を 0.15 未満とし、各キャリアパスとも優先順位 1 位の組合せを採用した。

以上の結果、キャリアパス別に必要なスキルのウェイトは、図 4-3 のとおり管理職では、H スキルのウェイトが 0.519 と最も高く、次いで C スキルの 0.304、T スキルの 0.177 の順となり、H スキルの重要性が強調された結果となった。専門職については、T スキルが 0.519 と最も高く、管理職と同様に C スキルが 0.304 と続いている。管理職のウェイトと比較すると、C スキルについては同程度であるが、T スキルのウェイトが高いのが専門職の特徴といえる。ジェネラルについては、各スキルとも同じウェイト (0.333) で同等に必要であることが判った。

これらの結果は、看護管理者がキャリアパス別に期待する役割を数値化したものと解釈することができる。これらの結果とスキル別の重視する能力の回答から、各スキルを構成する能力の中でコアとなる能力をキャリアパス別に明確にする。

表 4-5 一対比較値候補の抽出プロセス

キャリアパス		管理職			専門職			ジェネラル										
質問番号		①	②	③	①	②	③	①	②	③								
度数分布表	a	0	1	16	14	0	0	10	2	0								
	b	0	9	54	76	6	2	22	27	1								
	c	3	60	130	160	39	29	89	123	15								
	d	21	107	147	155	85	45	118	167	23								
	e	156	266	194	134	207	215	257	205	205								
	f	151	73	33	17	139	142	46	34	165								
	g	165	64	16	13	76	108	39	23	128								
	h	75	10	1	4	16	30	4	5	42								
	i	20	1	0	0	5	2	2	1	8								
合計		591	591	591	573	573	573	587	587	587								
分散		4670	6289	4650	4172	4503	5038	5983	5467	5548								
閾値		137	207	141	130	149	157	198	156	155								
一対比較値候補	a																	
	b																	
	c																	
	d																	
	e										19	59	53	30	25	6	11	
	f										14		4	58	58	59	49	50
	g										28						10	
	h																	
	i																	
優先順位	1	g	e	e	c	e	e	e	e	e								
	2	e	e	e	d	e	e	e	e	f								
	3	f	e	e	e	e	e	e	d	e								
	4	g	e	d				e	d	f								
	5	e	e	d														
	6	f	e	d														
α		10.3%	10.0%	10.0%	10.3%	10.1%	10.1%	10.1%	10.2%	10.2%								

表 4-6 キャリアパス別必要スキルのウェイト

キャリアパス	優先順位	一致比較値候補の組合せ						スキル別ウェイト			整合度
		記号			値						
		①	②	③	①	②	③	T	H	C	C.I.
管理職	1	g	e	e	1/5	1	1	0.177	0.519	0.304	0.147
	2	e	e	e	1	1	1	0.333	0.333	0.333	0.000
	3	f	e	e	1/3	1	3	0.143	0.429	0.429	0.000
	4	g	e	d	1/5	1	3	0.114	0.481	0.405	0.015
	5	e	e	d	1	1	3	0.221	0.319	0.460	0.068
	6	f	e	d	1/3	1	3	0.143	0.429	0.429	0.000
専門職	1	c	e	e	5	1	1	0.519	0.177	0.304	0.147
	2	d	e	e	3	1	1	0.460	0.221	0.319	0.068
	3	e	e	e	1	1	1	0.333	0.333	0.333	0.000
ジェネラル	1	e	e	e	1	1	1	0.333	0.333	0.333	0.000
	2	e	e	f	1	1	1/3	0.460	0.319	0.221	0.068
	3	e	d	e	1	3	1	0.319	0.460	0.221	0.068
	4	e	d	f	1	3	1/3	0.429	0.429	0.143	0.000

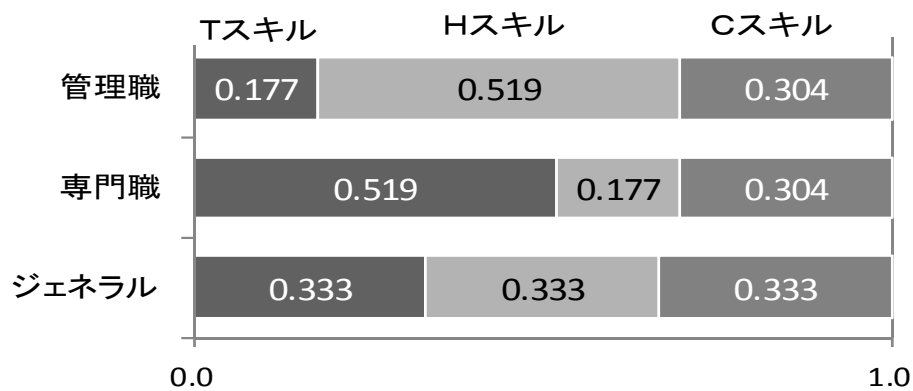


図 4-3 キャリアパス別必要スキルのウェイト

4-5 キャリアパス別のコア能力

表 4-7 はキャリアパス別の回答者数と能力の延べ選択数を示したものである。

表 4-7 キャリアパス別回答者数と延べ選択数

	管理職	専門職	ジェネラル
延べ選択数	1182	1146	1174
回答人数	591	573	587

表 4-8 はキャリアパス別に各スキルで重視する能力に関する回答結果を示したもので、表中の数値は選択した回答者の比率を示している。50%以上の回答者が重視する能力として選択しているのは、管理職の場合は、T スキルでは分析力、H スキルは傾聴力と協調性、C スキルでは判断力が挙げられる。専門職については、T スキルが観察力と分析力、H スキルが調整交渉力、C スキルが概念化能力である。ジェネラルについては、T スキルが専門性、H スキルが協調性、指導力、C スキルが判断力、課題設定力である。表 4-8 は、延べ選択数に対する比率であり、各能力の選択率を示すものである。

表 4-8 スキル別の重視能力選択率(選択した回答者の割合)

記号	能力	管理職	専門職	ジェネラル
T-1	観察力	15.7%	80.1%	43.6%
T-2	情報収集力	24.2%	11.3%	21.0%
T-3	専門性	37.1%	19.2%	69.0%
T-4	分析力	72.4%	53.1%	29.1%
T-5	理解力	43.5%	27.9%	29.5%
H-1	協調性	51.9%	24.8%	68.0%
H-2	傾聴力	67.7%	37.9%	22.0%
H-3	指導力	17.3%	21.8%	56.4%
H-4	調整交渉力	49.7%	75.9%	23.3%
H-5	表現力	7.8%	31.9%	21.6%
C-1	概念化能力	28.3%	52.7%	24.5%
C-2	課題設定力	45.0%	34.0%	51.3%
C-3	企画力	20.3%	40.5%	21.5%
C-4	判断力	65.8%	30.7%	78.9%
C-5	評価力	33.3%	33.3%	14.7%

コア能力は、一対比較の結果から求めたキャリアパス別のスキルのウェイトと各スキルを構成する 5 つの能力の選択率(表 4-9)を基に選定した。各能力の選択率はスキル別の能力重視度とみることができるが、キャリアパスごとの T・H・C スキルのウェイトが異なっている場合、各スキルに属する 15 の能力の重視度を横断的に評価することができない。コア能力の選定にあたっては、T・H・C スキルの各ウェイトにスキル別の能力重視度を乗じ、スキル別能力の相対的重視度(表 4-10)を求めた。この相対的重視度は、T・H・C スキルのウェイトを加味したものであり、各キャリアパスにおける 15 の能力に対する看護管理者の期待の強さを示したものと見える。

表 4-9 スキル別の重視する能力の選択率

記号	能力	管理職	専門職	ジェネラル
T-1	観察力	0.082	0.418	0.227
T-2	情報収集力	0.125	0.059	0.109
T-3	専門性	0.192	0.100	0.359
T-4	分析力	0.375	0.277	0.152
T-5	理解力	0.225	0.146	0.153
合計		1.000	1.000	1.000
H-1	協調性	0.267	0.129	0.355
H-2	傾聴力	0.348	0.197	0.115
H-3	指導力	0.089	0.113	0.295
H-4	調整交渉力	0.256	0.395	0.122
H-5	表現力	0.040	0.166	0.113
合計		1.000	1.000	1.000
C-1	概念化能力	0.147	0.276	0.129
C-2	課題設定力	0.234	0.178	0.269
C-3	企画力	0.105	0.212	0.113
C-4	判断力	0.342	0.161	0.413
C-5	評価力	0.173	0.174	0.077
合計		1.000	1.000	1.000

表 4-10 スキル別能力の相対的重視度

Tスキル	観察力 T-1	情報収集力 T-2	専門性 T-3	分析力 T-4	理解力 T-5	合計
管理職	0.014	0.022	0.034	0.067	0.040	0.177
専門職	0.217	0.031	0.052	0.144	0.076	0.519
ジェネラル	0.076	0.036	0.120	0.051	0.051	0.333
Hスキル	協調性 H-1	傾聴力 H-2	指導力 H-3	調整交渉力 H-4	表現力 H-5	合計
管理職	0.139	0.181	0.046	0.133	0.021	0.519
専門職	0.023	0.035	0.020	0.070	0.029	0.177
ジェネラル	0.118	0.038	0.098	0.041	0.038	0.333
Cスキル	概念化能力 C-1	課題設定力 C-2	企画力 C-3	判断力 C-4	評価力 C-5	合計
管理職	0.045	0.071	0.032	0.104	0.052	0.304
専門職	0.084	0.054	0.064	0.049	0.053	0.304
ジェネラル	0.043	0.090	0.038	0.138	0.026	0.333

コア能力の選定は、これら相対的重視度についてキャリアパス別に ABC 分析[78]を行い A グループに属する能力をコア能力とした。A・B・C の分類は VE 係数 (Value Effect Factor) を基に行った。

表 4-11 キャリアパス別の ABC 分析結果(管理職)

ABC分析結果	能力	記号	相対的重視度	VE係数	VE係数累積
A	傾聴力	H-2	0.181	0.425	0.425
	協調性	H-1	0.139	0.372	0.797
	調整交渉力	H-4	0.133	0.364	1.162
B	判断力	C-4	0.104	0.322	1.484
	課題設定力	C-2	0.071	0.266	1.750
	分析力	T-4	0.067	0.258	2.008
	評価力	C-5	0.052	0.229	2.237
	指導力	H-3	0.046	0.215	2.452
C	概念化能力	C-1	0.045	0.211	2.663
	理解力	T-5	0.040	0.200	2.863
	専門性	T-3	0.034	0.185	3.048
	企画力	C-3	0.032	0.179	3.226
	情報収集力	T-2	0.022	0.149	3.376
	表現力	H-5	0.021	0.144	3.520
	観察力	T-1	0.014	0.120	3.640

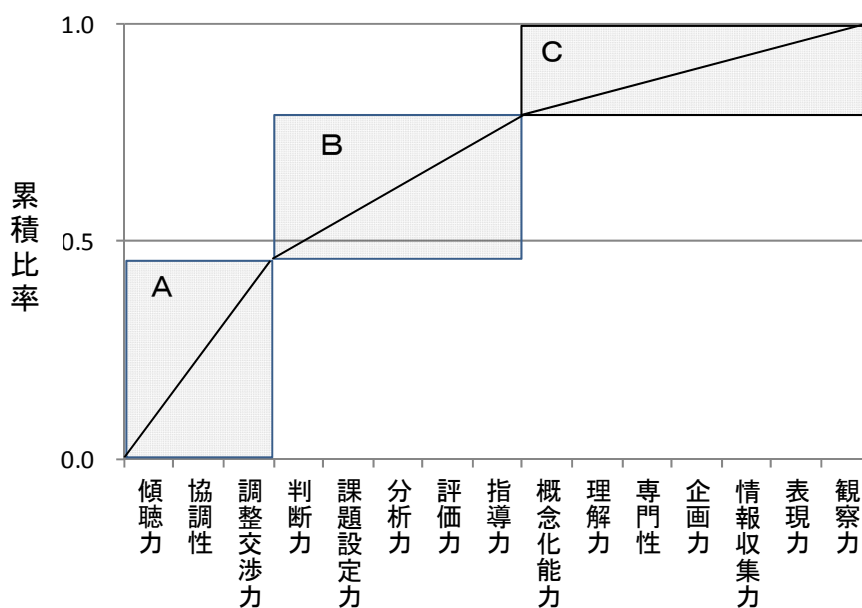


図 4-4 パレート図(管理職)

VE 係数は、相対的重視度の平方根として求められる。さらに、スキル別能力の相対的重視度を降順に並べ替え VE 係数を基に A・B・C の分類を行う。A・B・C に分類するための閾値は VE 係数の合計を分割数 3 で割った値を用いて行った。結果を表 4-11～表 4-13 に示す。

表 4-12 キャリアパス別の ABC 分析結果(専門職)

ABC分析結果	能力	記号	相対的重視度	VE係数	VE係数累積
A	観察力	T-1	0.217	0.466	0.466
	分析力	T-4	0.144	0.379	0.845
	概念化能力	C-1	0.084	0.289	1.134
B	理解力	T-5	0.076	0.275	1.409
	調整交渉力	H-4	0.070	0.265	1.674
	企画力	C-3	0.064	0.253	1.927
	課題設定力	C-2	0.054	0.232	2.160
	評価力	C-5	0.053	0.230	2.390
C	専門性	T-3	0.052	0.228	2.618
	判断力	C-4	0.049	0.221	2.838
	傾聴力	H-2	0.035	0.187	3.025
	情報収集力	T-2	0.031	0.175	3.201
	表現力	H-5	0.029	0.172	3.372
	協調性	H-1	0.023	0.151	3.524
	指導力	H-3	0.020	0.142	3.665

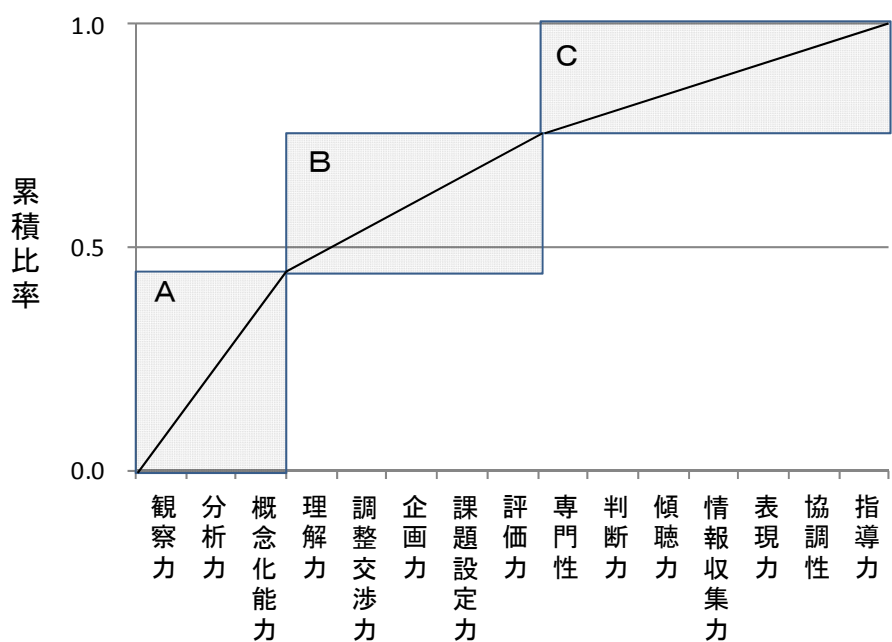


図 4-5 パレート図(専門職)

表 4-13 キャリアパス別の ABC 分析結果(ジェネラル)

ABC分析 結果	能力	記号	相対的 重視度	VE係数	VE係数 累積
A	判断力	C-4	0.138	0.371	0.371
	専門性	T-3	0.120	0.346	0.717
	協調性	H-1	0.118	0.344	1.061
B	指導力	H-3	0.098	0.313	1.375
	課題設定力	C-2	0.090	0.299	1.674
	観察力	T-1	0.076	0.275	1.949
	理解力	T-5	0.051	0.226	2.175
	分析力	T-4	0.051	0.225	2.400
C	概念化能力	C-1	0.043	0.207	2.607
	調整交渉力	H-4	0.041	0.202	2.809
	傾聴力	H-2	0.038	0.196	3.004
	表現力	H-5	0.038	0.194	3.199
	企画力	C-3	0.038	0.194	3.392
	情報収集力	T-2	0.036	0.191	3.583
	評価力	C-5	0.026	0.160	3.743

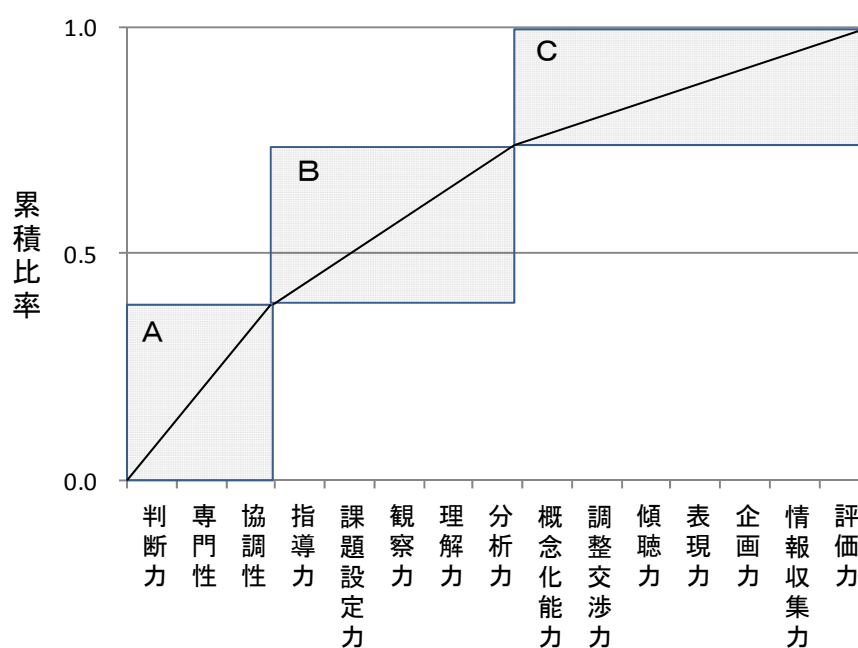


図 4-6 パレート図(ジェネラル)

図 4-4～4-6 は、管理職、専門職、ジェネラルについて、パレート図として示したものである。

表 4-14 の「能力」は、図 3-7 に示した「影響項目—被影響項目」の順に配列したものである。表の下部は影響項目を示し、上部にいくにしたがって下部の影響を受けて修得していく能力であり、下部の能力は上部の能力修得のベースとなることを示している。

表 4-14 キャリアパス別のコア能力

記号 能力		管理職	専門職	ジェネラル
被影響項目 ↑ 他への影響度 ↓ 影響項目	T-4 分析力	B	A	B
	C-5 評価力	B	B	C
	C-3 企画力	C	B	C
	T-5 理解力	C	B	B
	C-2 課題設定力	B	B	B
	T-2 情報収集力	C	C	C
	H-4 調整交渉力	A	B	C
	C-1 概念化能力	C	A	C
	H-3 指導力	B	C	B
	H-5 表現力	C	C	C
	H-2 傾聴力	A	C	C
	H-1 協調性	A	C	A
	T-3 専門性	C	C	A
	C-4 判断力	B	C	A
	T-1 観察力	C	A	B
スキル別 コア能力 数	Tスキル	0	2	1
	Hスキル	3	0	1
	Cスキル	0	1	1

以上の結果、キャリアパス別に求められるコア能力として、管理職では傾聴力、協調性、調整交渉力、専門職では分析力、概念化能力、観察力、ジェネラルでは協調性、専門性、判断力を選定した。

4-6 本章のまとめ

管理職のスキル別のウェイトについては、H スキルが 0.519、C スキルが 0.304 と H スキルを中心としたスキルが重要であるとの結果となった。Katz .R.L.は、企業の幹部を対象とした研究で「組織内で上位の職位になるにつれて H スキルと C スキルの必要性が増してくる」[61]としている。本研究の結果もこれと一致することから、企業の管理者と看護師という専門職集団の管理者の違いはあるものの必要なスキルは同様であることが判った。

専門職については、T スキルのウェイトが 0.519 と最も高く、C スキルが 0.304 と続いており、日本看護協会による認定看護師、専門看護師が果たすべき役割に必要なスキ

ルと同様の傾向を示している。日本看護協会では、認定看護師は、特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護を実践し、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかるものとし、専門看護師は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供し、保健医療福祉への貢献と看護学の向上をはかるものとしている。このように認定看護師と専門看護師の役割の表現は若干異なるが基本的に要求されているのは「水準の高い看護ケアの提供」であり、T スキルが最も必要とされていることが判った。さらに、現場の課題を明確化し解決に導く研究活動や、患者の視点に立った医療システムの再構築など C スキルに関する能力の必要性も認められる。

ジェネラルについては、各スキルのウェイトが同等の結果となった。日本看護協会は、ジェネラリストに求められる能力として「看護実践能力、組織的役割遂行能力、自己教育・研究能力」を挙げている。これらは、それぞれ T スキル、H スキル、C スキルに該当し、各スキルとも必要であることを示しており、日本看護協会が提唱する能力開発の方向性を裏付けるものとなった。

ABC 分析の結果をみると、管理職では A グループに属する能力は H スキルに集中しており、B グループには C スキルが多くみられた。専門職では、A グループは T スキルが 2 項目、C スキルが 1 項目、B グループは管理職と同様に C スキルが中心であることが判った。ジェネラルでは、A グループに属する能力は T・H・C スキルがそれぞれ 1 項目であった。

本章では管理職、専門職、ジェネラルの各キャリアパスに特徴的なコア能力を選定した。3 つのキャリアパスに共通するコア能力は見受けられなかったが、「協調性」は管理職とジェネラルに共通のコア能力であることを確認した。表 4-11 に示した能力の配列順は、3-4-2 で明らかにした能力間の「影響—被影響」の関係を考慮したもので、表の上部にいくにしたがって下部の影響を受けて修得していく能力であり、下部の能力は上部の能力修得のベースとなることを表している。キャリアパス別に選定したコア能力の特徴は、ジェネラルではコア能力が表の下部に集中しており、他の能力修得のベースとなる基本的な能力が多いことが判った。専門職のコア能力については、下部の能力修得を前提とし中間、最上部の能力で構成されていることが確認された。これはコア能力の修得に多くの期間を要し、修得も困難なことを示している。管理職については、ジェネラルと専門職の中間的なコア能力の配置となっているのが特徴といえる。

以上のように選定したコア能力は、キャリアパスごとに異なった特徴を示していることが判った。これは、本研究の調査対象となった看護部長や看護師長が、現場において管理職、専門職、ジェネラル、それぞれに期待する役割が異なっていたことを示し、現在の医療現場で求められる各キャリアパスの教育の方向性を示しているといえる。

しかし、専門職のコア能力については、2014年1月現在で専門看護師（CNS : Certified Nurse Specialist）、認定看護師（CN : Certified Nurse）の人数は、それぞれ1,266人、

12,425人[75]と両資格を併せても看護師全体の2%弱であり、専門職としての役割期待が共通認識されていない可能性が考えられる。そのため、今回の調査で資格を有している回答者37人（CNS：17人、CN：20人）のデータを抽出しABC分析を行った。その結果は、表4-15に示したように全回答者の結果とは異なる結果となった（スピアマンの順位相関係数=0.543、 $p=0.036$ ）が、本研究では“看護管理者が期待する能力”という観点から「回答者全員」の結果を基にコア能力を決定した。今後さらなる調査が必要となるう。

表 4-15 「専門職」のコア能力の CNS・CN 有資格者と全回答者との比較

	記号	能力	全回答者	資格有り
被影響項目 ↑ 他への影響度 ↓ 影響項目	T-4	分析力	A	B
	C-5	評価力	B	C
	C-3	企画力	B	A
	T-5	理解力	B	C
	C-2	課題設定力	B	C
	T-2	情報収集力	C	C
	H-4	調整交渉力	B	A
	C-1	概念化能力	A	B
	H-3	指導力	C	C
	H-5	表現力	C	C
	H-2	傾聴力	C	B
	H-1	協調性	C	B
	T-3	専門性	C	B
	C-4	判断力	C	B
	T-1	観察力	A	A

第5章 中堅看護師のキャリアパスを考慮した能力開発計画

5-1 はじめに

第1章で述べたように大学病院など一部の大病院を除く、多くの病院では新人看護師の教育に比べ中堅看護師の教育制度は未整備な状況であり、長期的な教育の目的も不明確なまま研修等が行われている。教育の目的を決めるには、中堅看護師の現在の能力修得状況と将来の目標（キャリアパス）を明確にする必要がある。それにより、希望するキャリアパスに必要な能力と現有能力とを比較し、そのギャップを「問題」、あるいはそれを解決するための「課題＝教育目的」とすることができる。

第3章では、中堅看護師の現有能力調査の結果から、各能力の修得上の特徴を明らかにし、前期停滞型、後期停滞型、前期停滞型に分類するとともに、能力修得の先行順と他能力との関連を明らかにした。第4章では、看護師のキャリアパスとして管理職、専門職、ジェネラルの3つのパスをとりあげ、それぞれのキャリアパスで重要な能力（コア能力）を明らかにした。

本章では、第3章及び第4章で得られた上記の知見を基に、中堅看護師のキャリア開発計画（CDP）の一環として希望キャリアパスに対応した能力開発のためのOJT[22]を中心とした効果的な教育プログラムの作成手順、すなわち「ギャップ」を明らかにし、育成すべき能力の特定と育成の優先順を決定する手順について述べる。これにより、能力開発への意欲が低下する傾向にある中堅看護師の意欲の維持・向上を図ることができると考える。

5-2 能力開発計画の作成方法

図5-1は、看護師のCDPのプロセスを示したものである。ここでは図中の3～6について述べる。病院あるいは病棟の方針・目標と看護師個人の希望・目標との調整を図り、今後のキャリア形成の方針、つまり進むべきキャリアパスを決め、次に、第2章の「現有能力調査票」により現有能力を把握し、希望するキャリアパスのコア能力と対比させて不足しているコア能力を明らかにする。不足状況を表す指標としては、同じ経験年数の平均得点との差を用い、その差が大きいコア能力に注目する。さらに、影響経路図（第3章、図3-7）により不足しているコア能力に影響を与えている能力の修得状況を確認することで、「課題＝教育目的」を明確にすることができる。

図5-2～図5-4は、各キャリアパスにおけるコア能力を中心とした能力修得の経路（図中の太線）を示したものである。これらの経路の中で現有能力が低い能力について、他の能力への影響が強い能力（図中の下部）から育成していくことになる。以上の手順を整理すると以下のようなになる。1～3で対象看護師の問題を抽出し課題を明らかにして、4～5で具体的な計画を作成する。

1. 「現有能力調査票」により現有能力を把握する
2. 希望するキャリアパスのコア能力を確認する
3. 対象看護師と同じ経験年数のコア能力の平均得点との差を比較し修得状況を確認する
4. 影響経路図により、不足しているコア能力に影響を与えている能力の修得状況を確認する
5. 各能力の修得に関する特徴（前期停滞型、後期停滞型、前期停滞型）を考慮し、教育計画を作成する（表 5-1）

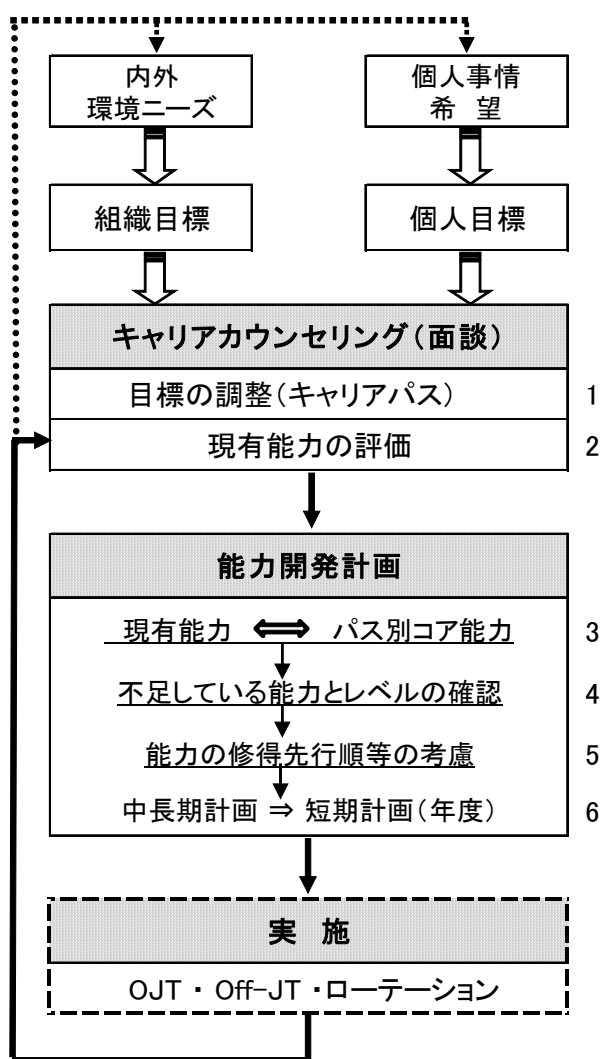


図 5-1 CDP のプロセス(再掲)

表 5-1 各能力の修得に関する特徴

スキル	能力	前期停滞型	無停滞型	後期停滞型
T	理解力	○		
	専門性		○	
	観察力			○
	情報収集力	○		
	分析力	○		
H	調整交渉力	○		
	表現力	○		
	傾聴力	○		
	協調性	○		
	指導力			○
C	課題設定力	○		
	概念化能力			○
	企画力		○	
	評価力		○	
	判断力			○

表 5-2 看護師の現有能力(得点)状況とキャリアパス別能力重視度

		得点	経験年数 4年平均	平均との 差	キャリアパス別能力重視度		
					管理職	専門職	ジェネラル
C スキル	概念化能力	46	66.5	-20.5	C	A	C
	課題設定力	23	60.6	-37.6	B	B	B
	企画力	23	46.1	-23.1	C	B	C
	判断力	77	78.3	-1.3	B	C	A
	評価力	31	51.3	-20.3	B	B	C
H スキル	協調性	69	83.6	-14.6	A	C	A
	傾聴力	31	75.7	-44.7	A	C	C
	指導力	46	52.9	-6.9	B	C	B
	調整・交渉力	46	49.8	-3.8	A	B	C
	表現力	23	63.4	-40.4	C	C	C
T スキル	観察力	77	80.4	-3.4	C	A	B
	情報収集力	31	66.7	-35.7	C	C	C
	専門性	54	79.0	-25.0	C	C	A
	分析力	23	49.6	-26.6	B	A	B
	理解力	46	63.2	-17.2	C	B	B

表 5-3 50・70・90 パーセンタイルへの到達予測年数(表 3-11 の再掲)

能力 パーセンタイル		観察力	情報 収集 力	専門 性	分析 力	理解 力	協調 性	傾聴 力	指導 力	調整 交渉 力	表現 力	概念 化能 力	課題 設定 力	企画 力	判断 力	評価 力
50	到達 予測年数	6.9	7.0	7.6	7.2	7.0	7.2	7.1	7.5	6.9	6.8	7.1	7.0	7.4	7.6	7.5
	点数	85	74	85	57	67	88	84	62	64	70	71	71	59	85	62
70	到達 予測年数	7.8	8.6	8.0	8.6	8.6	8.3	8.1	7.9	8.4	8.2	7.9	8.4	8.2	8.0	8.3
	点数	87	78	86	61	70	90	85	63	71	73	72	75	62	85	64
90	到達 予測年数	9.4	9.1	8.3	8.9	9.0	9.1	8.6	8.8	9.2	9.0	9.0	8.9	9.0	9.0	8.9
	点数	89	79	86	62	72	91	87	65	74	75	75	76	65	87	66

5-3 能力開発計画の作成例

実際の調査データから経験年数 4 年のある看護師を対象に、キャリアパスごとに能力開発計画作成の過程を示す。

この看護師は、3 年制の看護専門学校を卒業した 24 歳の看護師である。表 5-2 は、現有能力調査票による各能力の得点（100 点満点）、経験年数 4 年看護師の平均得点および各キャリアパスの能力重視度を示したものである。「A」はコア能力を示している。表 5-3 は、能力開発計画を作成する際の参考とする。

経験年数 4 年の平均得点と比較してみると、表下部の影響項目である観察力、判断力、専門性は平均といえるが、全ての能力で平均を下回っており、能力修得の遅れが目立っている。以下、キャリアパスごとに対象看護師の課題と能力開発計画を作成する過程を紹介する。ただし、ここに提示する開発計画は一つの例であり、病院の規模や病棟の状況により、年度目標の設定が変わるのは当然である。

<キャリアパス：「管理職」の場合>

1. 課題＝教育目的の設定

表 5-2 より「管理職」のコア能力は、協調性、傾聴力、調整・交渉力であるが、中でも傾聴力の低さが目立っている。図 5-2 より傾聴力は、協調性や専門性との関連が強いことから、傾聴力を中心に専門性、協調性を伸ばすことが当面の目標となる。次の段階としては、調整・交渉力の向上が目標となるが指導力との関連を考慮して指導力を含めた育成が必要となる。

2. 能力開発計画の例

これらの課題に対し能力修得の特徴を考慮した能力開発計画の例としては、傾聴力、協調性とも前期停滞型であるため初年度は、傾聴力：60点、協調性：80点程度を目標とし、3年目にはパーセンタイル値70を目標とする。（表5-3参照）これらが達成された後、調整・交渉力、指導力の向上を目標とする。

表 5-4 キャリアパス「管理職」の能力別重視度

スキル・能力		得点	経験年数 4年平均	平均との 差	能力 重視度	修得 の特徴	
被 影 響 項 目	T	分析力	23	49.6	-26.6	B	前期停滞
	C	評価力	31	51.3	-20.3	B	無停滞
	C	企画力	23	46.1	-23.1	C	無停滞
	T	理解力	46	63.2	-17.2	C	前期停滞
	C	課題設定力	23	60.6	-37.6	B	前期停滞
	T	情報収集力	31	66.7	-35.7	C	前期停滞
	H	調整・交渉力	46	49.8	-3.8	A	前期停滞
	C	概念化能力	46	66.5	-20.5	C	後期停滞
	H	指導力	46	52.9	-6.9	B	後期停滞
	H	表現力	23	63.4	-40.4	C	前期停滞
影 響 項 目	H	傾聴力	31	75.7	-44.7	A	前期停滞
	H	協調性	69	83.6	-14.6	A	前期停滞
	T	専門性	77	79.0	-2.0	C	無停滞
	C	判断力	77	78.3	-1.3	B	後期停滞
	T	観察力	77	80.4	-3.4	C	後期停滞

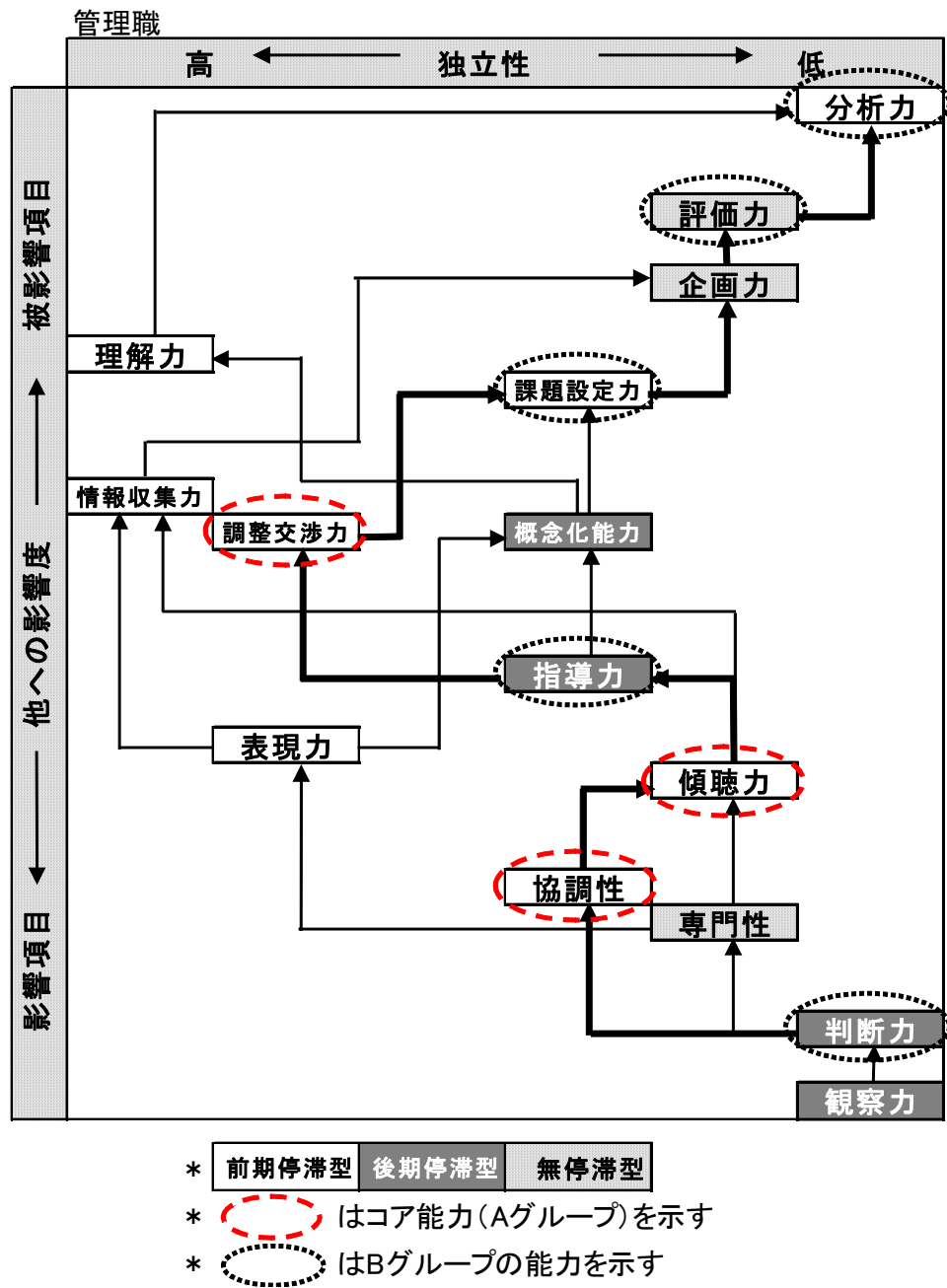


図 5-2 「管理職」の能力修得の経路

<キャリアパス：「専門職」の場合>

1. 課題＝教育目的の設定

「専門職」のコア能力は、観察力、概念化能力、分析力であり、影響項目から被影響項目まで幅広く分布しており、全ての能力が関連しているため長期的な計画が必要になる。したがって、ベースとなる観察力の現在の得点は平均に近い点数であるが、一層の能力向上が第一の目標となる。

2. 能力開発計画の例

例として初年度にパーセンタイル値 50 (85 点)、2 年後にパーセンタイル値 70 (87 点) を目標値とする。その後、概念化能力を中心に指導力、傾聴力の向上を図る。概念化能力は、後期停滞型のため 3 年程度の期間でパーセンタイル値 70 (72 点) を達成目標とする。分析力については、観察力、概念化能力の修得状況を確認しながら能力重視度 B の能力とともに計画を立てる必要がある。

表 5-5 キャリアパス「専門職」の能力別重視度

		スキル・能力	得点	経験年数 4年平均	平均との 差	能力 重視度	修得 の特徴
被 影 響 項 目	T	分析力	23	49.6	-26.6	A	前期停滞
	C	評価力	31	51.3	-20.3	B	無停滞
	C	企画力	23	46.1	-23.1	B	無停滞
	T	理解力	46	63.2	-17.2	B	前期停滞
	C	課題設定力	23	60.6	-37.6	B	前期停滞
	T	情報収集力	31	66.7	-35.7	C	前期停滞
	H	調整・交渉力	46	49.8	-3.8	B	前期停滞
	C	概念化能力	46	66.5	-20.5	A	後期停滞
	H	指導力	46	52.9	-6.9	C	後期停滞
	H	表現力	23	63.4	-40.4	C	前期停滞
影 響 項 目	H	傾聴力	31	75.7	-44.7	C	前期停滞
	H	協調性	69	83.6	-14.6	C	前期停滞
	T	専門性	77	79.0	-2.0	C	無停滞
	C	判断力	77	78.3	-1.3	C	後期停滞
	T	観察力	77	80.4	-3.4	A	後期停滞

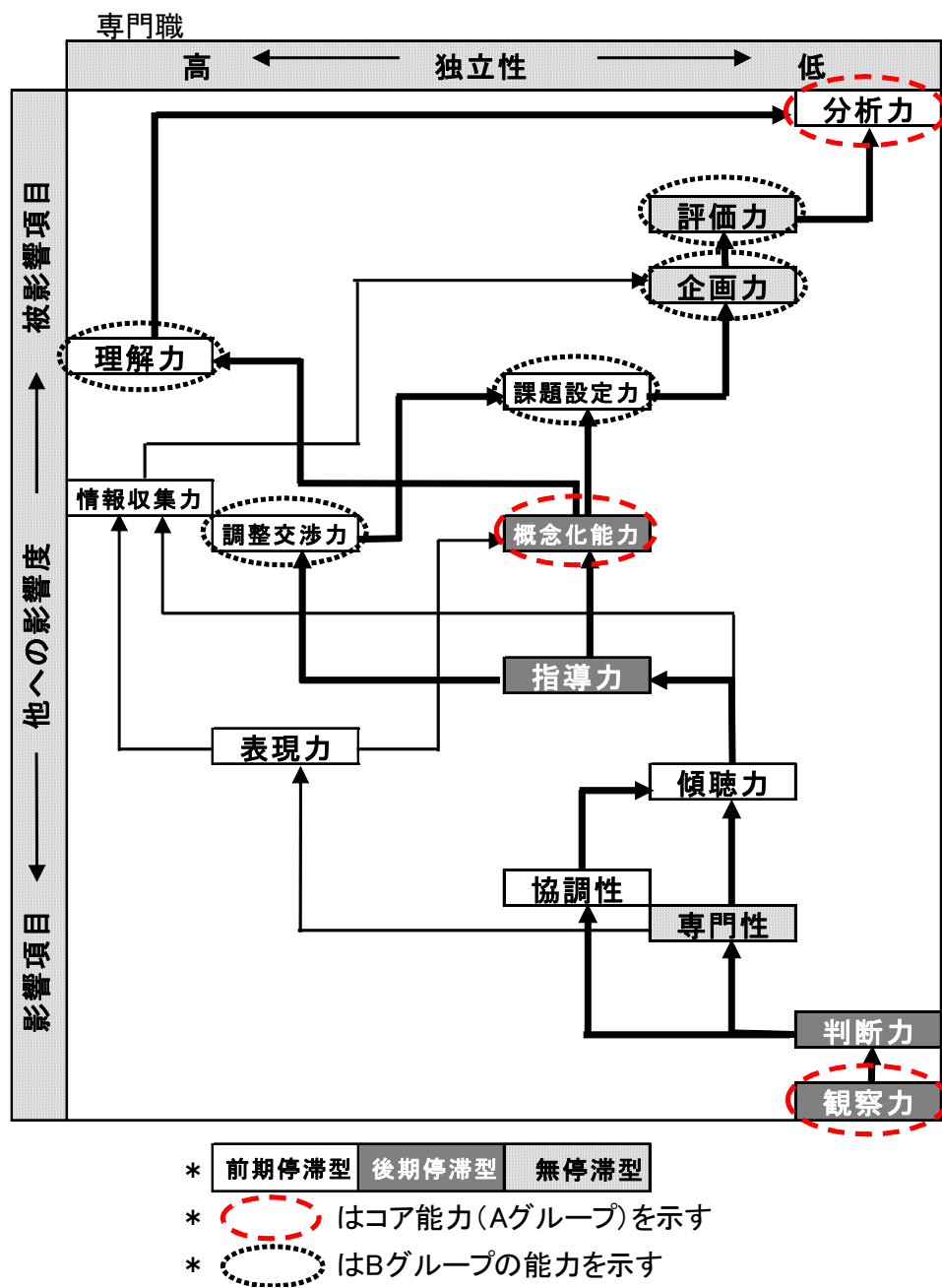


図 5-3 「専門職」の能力修得の経路

<キャリアパス：「ジェネラル」の場合>

1. 課題＝教育目的の設定

「ジェネラル」のコア能力は、判断力、専門性、協調力と他能力への影響項目であり、ベースとなる能力に集中している。同じ経験年数の平均得点との差は、協調性が最も高いため、協調性の能力開発を優先する。判断力と専門性については平均的な得点といえるが「ジェネラル」として勤務していくには更なる成長が必要となる。

2. 能力開発計画の例

協調性については、3年間でパーセンタイル値 50（88 点）を目標値とする。その際、観察力と判断力も必要とする OJT 業務を選定することでより効果的なる。判断力、専門性については、協調性の修得状況を確認しながら 4 年後にパーセンタイル値 70（判断力：85 点、専門性：86 点）を目標値とする。

表 5-6 キャリアパス「ジェネラル」の能力別重視度

		スキル・能力	得点	経験年数 4年平均	平均との 差	能力 重視度	修得 の特徴
被 影 響 項 目	T	分析力	23	49.6	-26.6	B	前期停滞
	C	評価力	31	51.3	-20.3	C	無停滞
	C	企画力	23	46.1	-23.1	C	無停滞
	T	理解力	46	63.2	-17.2	B	前期停滞
	C	課題設定力	23	60.6	-37.6	B	前期停滞
	T	情報収集力	31	66.7	-35.7	C	前期停滞
	H	調整・交渉力	46	49.8	-3.8	C	前期停滞
	C	概念化能力	46	66.5	-20.5	C	後期停滞
	H	指導力	46	52.9	-6.9	B	後期停滞
	H	表現力	23	63.4	-40.4	C	前期停滞
影 響 項 目	H	傾聴力	31	75.7	-44.7	C	前期停滞
	H	協調性	69	83.6	-14.6	A	前期停滞
	T	専門性	77	79.0	-2.0	A	無停滞
	C	判断力	77	78.3	-1.3	A	後期停滞
	T	観察力	77	80.4	-3.4	B	後期停滞

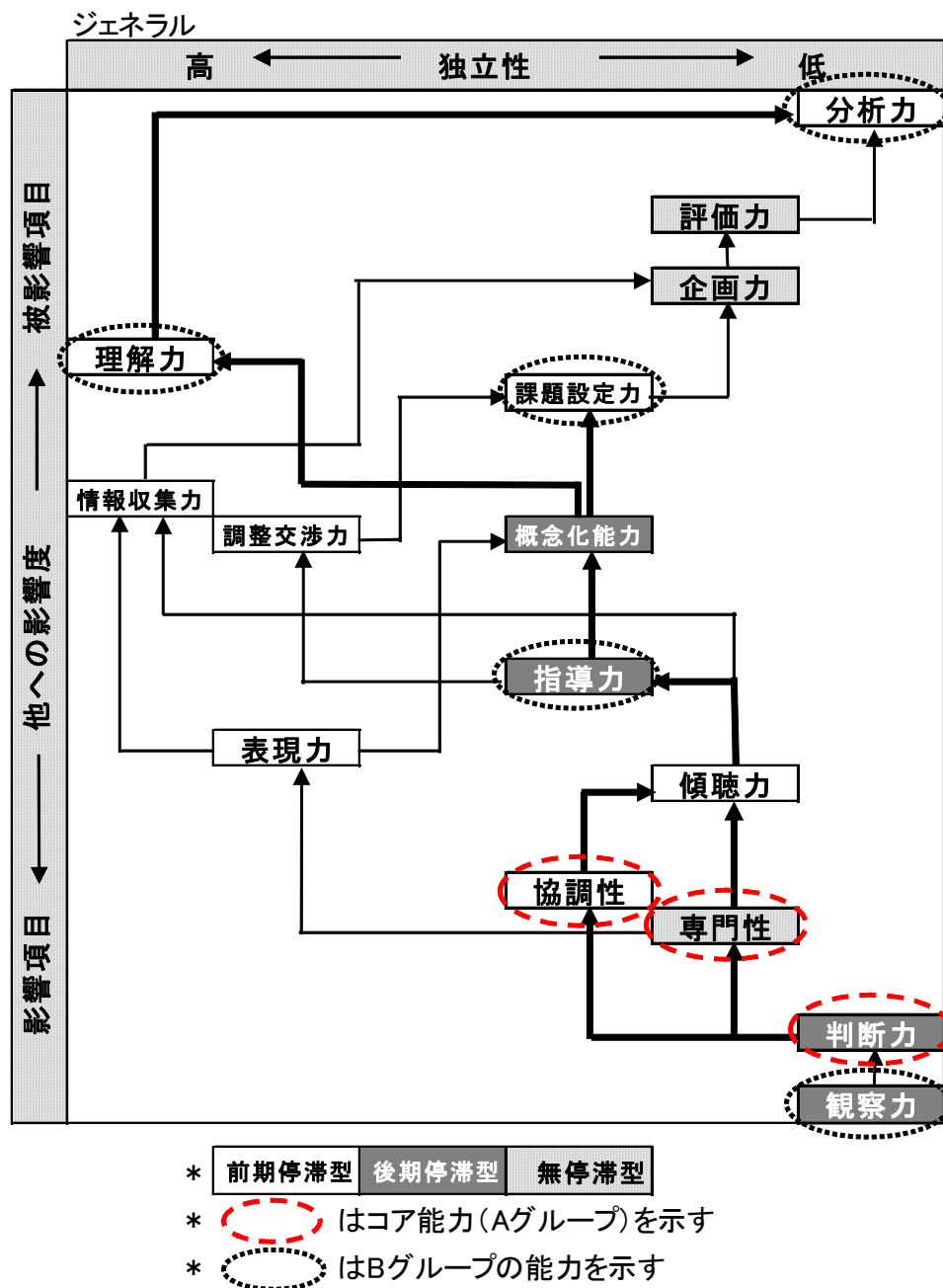


図 5-4 「ジェネラル」の能力修得の経路

以上、3つのキャリアパスについて、それぞれ課題を明確にし、能力開発計画の一例を示したが、これらは対象看護師の性格や病棟での立場など個人の特性を考慮して計画を作成する必要がある。また、これらを制度として継続的に実施していくことが重要である。そのためには年1回あるいは半年に1回のキャリアカウンセリング（面談）を行い、図 5-1 に示した CDP のプロセスの 2~6 により能力開発の状況を確認し、新たな計画を立案するサイクルを実施していくことが必要である。また、キャリアカウンセリング

グに当たっては中堅看護師個人の特性を把握し、学習意欲を促進させるようなスキルを上司は修得していく必要がある。

各キャリアパスにおけるコア能力を中心とした能力修得の経路を太線で示したが、この経路についても病院での実例を検討して、経路の検証を進めていく必要がある。

第6章 結 論

6-1 研究の成果

本研究は、病院に勤務する中堅看護師を対象にしたキャリアパス別の「能力開発計画」について、2つの調査結果を基に、効果的な教育を行うための計画立案の方法を提案したものである。

実施した調査の1つは、中堅看護師の現有能力調査である。調査に先立って、まず、「現有能力調査票」を作成した。その調査票による調査を実施し、全国の病院から有効回答数1273名分のデータを得た。2つめの調査は、看護部長及び看護師長を対象にキャリアパス別に必要とされるスキルに関する調査である。この調査はAHPによるもので全国の119病院、743名分の回答を得た。

これらの結果から得られた成果を以下に示す。

1. 全国の看護師を一律に、できるだけ客観的に評価するため、新たに現有能力調査票を作成した。233項目からなる調査項目を、Technical Skill、Human Skill、Conceptual Skillの3つのスキルに分類し、各スキルについてサブスキルとして5つの能力を規定した。
2. 「現有能力調査票」による調査データを基に各能力の修得に関する特徴とISM (Interpretive Structural Modeling) による構造分析を行い、能力間の影響－被影響の関係を示し、能力修得の先行関係を明らかにした。

その結果、以下のことが明らかになった。

能力の修得に関する特徴について

- ・ Tスキルは、経験年数別による差が最も小さく修得率も高い。
- ・ Hスキルは、経験年数の影響が強いスキルといえる。
- ・ Cスキルは、Hスキルと同様に経験年数の影響が強いが、他のスキルに比べ各経験年数での修得率が低いのが特徴的である。

修得に要する予測期間について

修得前期にプラトー現象がみられる前期停滞型としては、分析力(T)、理解力(T)、情報収集力(T)、課題設定力(C)、調整交渉力(H)、表現力(H)、傾聴力(H)、協調性(H)が挙げられる。また、後期停滞型としては、観察力(T)、指導力(H)、概念化能力(C)が、判断力(C)プラトー現象がみられない無停滞型としては専門性(T)、企画力(C)、評価力(C)が挙げられる。

能力間の影響－被影響の関係（能力修得の先行順）について図3-7に示したような影響－被影響の関係を示した。

これらの結果は、効果的な能力開発計画立案の指針となる。

3. 看護管理者の立場から見たキャリアパス別の必要なスキルのウェイトについては、以下のような結論を得た。

「管理職」の場合、Hスキルが最も重要なスキルであり、「専門職」ではTス

キルが最重要スキルである。2 番目に重視するスキルは両者とも C スキルである。「ジェネラル」では、T・H・C の各スキルが均等に必要であることが分かった。

4. キャリアパス別のコア能力については、以下のような結論を得た。

管理職、専門職、ジェネラルのキャリアパス別に求められるコア能力として、管理職では傾聴力、協調性、調整交渉力、専門職では分析力、概念化能力、観察力、ジェネラルでは協調性、専門性、判断力を選定した。

3 つのキャリアパスに共通するコア能力は見受けられなかったが、「協調性」は管理職とジェネラルに共通のコア能力であることを確認した。キャリアパス別に選定したコア能力の特徴として、ジェネラルでは他の能力修得のベースとなる基本的な能力が多いことが判った。専門職のコア能力については、影響項目から被影響項目まで幅広い能力で構成されていることが確認された。これはコア能力の修得に多くの期間を要し、修得も困難なことを示している。管理職については、ジェネラルと専門職の中間的なコア能力の配置となっているのが特徴といえる。

以上の結果から、各キャリアパスに対応した効果的な能力開発計画立案の方法を提案した。

6-2 今後の課題

・ISM による影響経路図の作成について

本研究では、能力間の関係を明らかにするため偏相関係数を基に無相関検定を用い有意水準 0.01 の臨界値を閾値としたが、この閾値を変えることによって新たな関係を見出すことも考えられる。

・効果的な教育方法について

本研究で提案した能力開発計画は、中堅看護師の時間的・経済的な制約を考慮して OJT を中心とした院内研修を前提としている。しかし、能力育成をより効果的にするためには外部研修等の活用も重要である。様々な外部研修の内容と育成対象の能力との関連を明らかにすることが必要になろう。

また、OJT を実施する際には育成対象の能力とそのレベル（難易度）によって効果的な業務を選定することが重要となる。そのために現有能力調査票を作成するために選定した 13 業務（表 6-1）に加え、中堅看護師が実施している他の業務についてもそれを遂行するために必要となる能力の構成と難易度を明確にしなければならない。

さらに、OJT を効果的に実施するには、指導者のティーチングスキルの育成も重要な課題となる。CDP の一環としてのキャリアカウンセリングに当たっても中堅看護師個人の特性を把握し、学習意欲を促進させるようなスキルを上司は修得していく必要がある。

・「専門職」のコア能力の選定

本研究で行った調査の回答者 743 人のうちで専門看護師あるいは認定看護師の資格を有しているのは 37 人（専門看護師：17 人、認定看護師：20 人）と回答者全体の 5% にすぎなかった。したがって、本研究で選定した専門職のコア能力については、あくまで看護管理者が期待している能力であり、本来、専門職に求められるコア能力とは異なる可能性も考えられる。専門職のコア能力については、実際に勤務している専門・認定看護師を対象に調査を行い、今回の結果を検証する必要がある。また、本研究で行った調査の回収率は 23.8% と必ずしも高い数値とは言えず（郵送によるサンプリング調査で行った本研究の限界）、サンプリングバイアスが生じている可能性も否定できない。今後の課題として、サンプリングバイアスの影響を少なくするために、更なるデータ収集を行う必要がある。

表 6-1 業務別必要能力

	概念化能力	課題設定力	企画力	判断力	評価力	協調性	傾聴力	指導力	調整・交渉力	表現力	観察力	情報収集力	専門性	分析力	理解力
看護記録		△			○		△	○	○				◎		△
感染防止			○					○			○		△		
基準・手順の整備			△				△	△			△		△		
休日・夜間管理				○		△			△		△				
業務改善		△			○										
研究活動		○	○						○	○		△			
後輩指導	○		△		△	△		◎	○		△				
事故防止			◎	○			○	○					○	○	
物品管理		△						△				△	△	△	△
防災対策			○	△				○			△				△
療養環境の整備								△			○		△		
臨地実習		△						○	◎						

◎：主要能力

・「キャリアパスで必要な能力」の検証

本研究から得られた「各キャリアパスで必要となる能力」および第 5 章で提示したキャリアパス別の「コア能力を中心とした能力修得の経路」が、看護師教育の現場において妥当なものであることの確認が必要となる。さらには、これらを考慮した場合、そうでない場合よりも効率的にスキルを修得できることを検証する必要性がある。

参考文献

- [1] 厚生労働省：チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会 報告書），2010.
- [2] 厚生労働省：平成 24 年度衛生行政報告（就業医療関係者）結果の概要，2015.
- [3] 日本看護協会：「2011 年 病院看護実態調査」結果速報，1-14，2012.
- [4] 西岡美作子，久保田富女，橋本和子：トップマネジメントの職にある看護管理者がとらえた中堅看護師の継続教育の課題，看護・保健科学研究誌，第 8 巻 1 号，48-56，2008.
- [5] 杉村鮎美，他：赤十字医療施設における中堅看護師のキャリア開発に関する意識，日本赤十字豊田看護大学紀要，第 9 巻 1 号，89-94，2014.
- [6] 小山田恭子：我が国の中堅看護師の特性と能力開発手法に関する文献検討，日看管会誌，Vol. 13，No. 2，73-80，2009.
- [7] 新田麻由子，下村陽子，金子昌子：キャリア中期看護師研修プログラムの効果と課題，信州大学医学部附属病院看護研究集録，35(1)，32-39，2007.
- [8] 小山田恭子：中堅看護師の能力開発における「ナラティブを用いた内省プログラム」の構築に関する基礎研究，日看管会誌，Vol 11，No 1，13-19，2007.
- [9] 堀井希依子：女性看護師の職業継続を規定する要因の検討，共栄大学研究論集，第 10 号，121-140，2011.
- [10] 山内京子，戸梶亜紀彦：看護職のキャリア形成と自己概念に関する研究，広島文化学院大学紀要「看護学統合研究」，第 5 巻 2 号，6-17，2004.
- [11] 辻 ちえ，他：中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因，日本看護研究学会雑誌，Vol. 30，No.5，31-38，2007.
- [12] 山内京子，戸梶亜紀彦：看護職の年代層別キャリア形成に関する要因分析，広島大学マネジメント研究（4），209-216，2004.
- [13] 坂口桃子：看護職のキャリアディベロップメントに関する実証的研究，日本看護管理学会誌，Vol.3 No.2，52-59，1999.
- [14] 水野暢子，三上れつ：臨床看護婦のキャリア発達過程に関する研究，日看管会誌，4（1），13-22，2000.
- [15] 田岡真由美，他：看護師の職業的自立性の育成に影響する要因の構造化，日本看護学会論文集 第 3 4 回看護管理，184-186，2003.
- [16] 松本明子，赤沼智子：中堅看護師のキャリア発達に対する意識変容を促す看護管理者の有効な働きかけ，日本看護学会論文集，第 38 回看護管理，6-8，2007.
- [17] 池田直子，中村美知子：中堅看護師の専門家気質と専門的実践力の実態，Yamanashi Nursing Journal，Vol.10，No.1，37-41，2011.
- [18] 小海節美，津島ひろ江：保健・看護職のキャリア発達に関する研究動向，川崎医療福祉学会誌，Vol.17，No1，185-193，2007.

- [19] 赤嶺伊都子：臨床中堅看護師の効果的な看護継続教育プログラムの開発及び評価，科学研究費補助金研究成果報告書，2011.
- [20] 牛田貴子：「キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度 ver.3」を教育プログラムとして活用するための手引，看護管理，Vol.7 No.6，496-499，2007.
- [21] 文部科学省：「看護師の人材養成システムの確立」の中間評価結果について，2012.
- [22] 内藤理英：「キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度 ver.4」を教育プログラムとして活用した教育実践，看護管理，Vol.7 No.6，500-503，2007.
- [23] 佐藤紀子，他：「キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度 ver.3」作成の試み，日本看護研究学会雑誌，Vol 10，No 2，2007.
- [24] 杉森みど里，舟島なをみ：看護教育学，医学書院，2009.
- [25] 日本看護協会：看護師臨床研修必修化推進検討委員会報告，2006.
- [26] 舟島なをみ：看護実践・教育のための測定用具ファイル，医学書院，2010.
- [27] 舟島なをみ，中山登志子：看護教育学における新人看護師教育にかかわる研究成果の蓄積と活用，日本看護教育学会誌 看護教育学研究，Vol.19 No.1，1-10，2010.
- [28] 厚生労働省：新人看護職員研修のガイドライン，2011.
- [29] 瀬川有紀子，石井京子：中堅看護師の離職意図の要因分析、大阪市立大学看護学雑誌、第6巻、11-18、2010.
- [30] 吾郷美奈恵，他：看護基礎教育でのポートフォリオ活用，看護展望，Vol.30 No.11，35-38，2005.
- [31] 文部科学省：「看護師の人材養成システムの確立」の中間評価結果について，2014.
- [32] 城ヶ端初子：わが国の看護専門職の継続教育に関する一考察、佛教大学院紀要、第26号、335-348、1998.
- [33] 長吉孝子：看護職の生涯教育の現状と問題点，文教大学「教育研究所紀要」，第7号，1998.
- [34] 奈良県看護協会業務委員会：平成24年度中堅看護師教育の現状についてアンケート調査まとめ，2014.
- [35] 山内京子：看護職の人的資源管理に関する研究，広島文化学園大学紀要，Vol.3 No.2，136-142，2001.
- [36] 大林末子，他：看護師の成長・発達の育成に関する支援システムの方向性，日本看護学会論文集 第35回看護管理，342-348，2004.
- [37] Schein,E.H.: Career dynamics: Matching individual and organization needs. (1978) 二村敏子，三善勝代（訳）：キャリア・ダイナミクス，白桃書房，2010.
- [38] Super,D.E. : A Life-Span, Life-Space Approach to Career Development, Journal of Vocational Behavior, 16, 282-298, 1980.
- [39] 益田勉：キャリア・アダプタビリティと組織内キャリア発達、『人間科学研究』

文教大学人間科学部, 第 30 号, 67-78, 2008.

[40] Schein,E.H. : Career Anchors: Participant Workbook , Jnhn Wiley & Sons, Inc. , 2006.

[41] 住田陽子, 他 : 看護師のキャリア・アンカー形成における傾向, 日本看護研究学会誌, Vol.33 No.2, 77-83, 2010.

[42] 平井さよ子 : 看護職のキャリア開発, 日本看護協会, 2004

[43] Schein,E.H. : Career Anchors Revisited: Implications for Career Development in the 21st Century, The Academy of Management Executive , 80-88, 1996.

[44] 菊地佳代 : 看護職のキャリア認識を形成する諸要因の考察, 北海学園大学大学院経営学研究科研究論集, No.1, 29-41, 2005.

[45] 松本雄一 : キャリア理論における能力形成の関連性 : 能力形成とキャリア理論との統合に向けての一考察(上), 関西学院大学商学論究, 56(1):, 71-103, 2008.

[46] Perry, Beth : Shine On: Achieving Career Satisfaction as a Registered Nurse, The Journal of Continuing Education in Nursing, 39.1, 17-25, 2008.

[47] Benner,P. : From Novice to Expert:Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. (2001) 井部俊子(監訳) : ベナー看護論-新訳版-, 医学書院, 2009.

[48] ICN (International Council of Nurses) ; Career development in nursing, 2007.

[49] Schein,E.H. : Organizational psychology. (1965) 松井賚夫(訳) : 組織心理学, 岩波書店, 1967.

[50] McGillis,H.L.,et al. ; Outcomes of a Career Planning And Development Program For Registered Nurses, Nursing Economics 22.5, 231-238, 2004.

[51] Norma,J. B.,Janet,M. D. ; Career Development for the Professional Nurse, The Journal of Continuing Education in Nursing, 19.2, 68-72, 1988.

[52] グレッグ美鈴, 他 : 看護職者のキャリアマネジメントのあり方, 岐阜県立看護大学紀要, 第 5 巻 1 号, 3-9, 2005.

[53] Donner,G. J.,Wheeler,M.M. ; Career planning and development for nurses, International Nursing Review, 48, 79-85, 2001

[54] 中村悦子 : 看護における人的資源管理, その意義と課題, 新潟青陵大学紀要, 第 5 号, 333-345, 2005.

[55] 平瀬節子, 尾原喜美子 : キャリア中期における看護師の看護行為の認識, 高知大学医学系研究科看護学専攻修士論文, 2005.

[56] Donner, G.J ; Vision and strategy: creating your career vision and developing your strategic career plan are the next steps in the career planning process, The Canadian Nurse100. 8, 28-39, 2004.

- [57] Moran, P., et al. ; Factors impacting on career progression for nurse executives, Contemporary Nurse : a Journal for the Australian Nursing Profession, 45-55, 2011.
- [58] 井部俊子：キャリア開発ラダーのめざすもの，日本看護管理学会誌，Vol.3 No.2, 6-12, 1999.
- [59] 佐藤紀子：今日の現任教育の課題とキャリア中期看護師の育成，看護管理，Vol.7 No.6, 490-495, 2007.
- [60] 北尾誠英 編著：新しい看護管理の技法と展開，医学書院，2000.
- [61] Katz, R.L. : Skills of an effective administrator, Harvard Business Review, Vol. 52 No.5, 90-102, 1974.
- [62] 医療施設政策研究会：病院要覧，医学書院，2003.
- [63] 佐藤隆博：授業設計と評価の処理技法，明治図書，1986.
- [64] 看護管理事例研究会編：キャリア開発計画に関する調査報告書，看護管理事例研究会，2000.
- [65] Yukio Ozawa, Atsuo Murata and Masatoshi Kitaoka : Educational Plans in Nursing Departments The Current State of Nurse Development,,Proc. of IWCIA2009 (ISSN 1883-3977), 326-329, 2009.
- [66] 豊田秀樹：共分散構造分析，東京図書，2007.
- [67] 三木光範:情報工学テキストシリーズー知的システム工学ー，共立出版，2011.
- [68] 青木節子，川島 啓：戦略的価値評価研究報告書，政策科学研究所，2008.
- [69] 木下栄蔵：多変量解析入門ー第2版ー，近代科学社，2009.
- [70] 日本看護協会：継続教育の基準 ver.2，日本看護協会，2012.
- [71] 勝原裕美子：看護師のキャリア論，ライフサポート社，2010
- [72] 木下栄蔵 編著：AHP の理論と実際，日科技連，2000.
- [73] 木下栄蔵：入門 AHP，日科技連，2005.
- [74] 中川裕揮，伊藤孝行：重要度分布に基づく大規模グループ AHP の提案，情報処理学会研究報告，Vol 2010-ICS-159 No6, 1-6, 2010.
- [75] 日本看護協会ホームページ：URL:nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification, 2014.
- [76] 木下栄蔵: 意思決定入門，啓学出版，1992.
- [77] 北尾誠英:OJT を中心としたスタッフのキャリア開発計画，主任&中堅，Vol.10 No.2, 1-5, 2001.
- [78] 高橋 誠 監修:コストダウン技法ハンドブック，日本ビジネスレポート，1990.

参考資料

＜現有能力調査表＞

業務名	項 目	チェック
事故防止	医師の 指示を確認 できる	1
	看護ケア が安全に提供されているか 確認 できる	2
	事故を回避するための具体的な 提案 をすることができる	3
	事故後の 対策 を立てることができる	4
	後輩が 事故報告 をした時の フォロー ができる	5
	患者・家族との コミュニケーション がとれ信頼関係を築くことができる	6
	ヒューマンエラーを共有する 当事者意識 を持つことができる	7
	事故報告を出しやすい 風土づくり ができる	8
	ヒヤリ・ハットの 情報を把握 し、事例提供できる	9
	リスクに対する意識をもち 体調を整える ことができる	10
	事故防止 マニュアル内容 を把握している	11
	事故発生時の状況を把握し 対処行動 が取れる	12
	ヒヤリ・ハットの情報をもとに 分析 することができる	13
	ベッドサイド での 事故発生 の予測ができる	14
	医療事故防止のための 学習会 を企画することができる	15
	事故を予測し 対策 を立てることができる	16
	新しい治療・機械・薬品の導入時の マニュアル作り に参画できる	17
	事故防止マニュアル違反に積極的な 声かけ ができる	18
	学習会を 運営 することができる	19
	患者個々の リスク を予測した看護計画を立案できる	20
	事故発生後タイムリーに 関係部署 に報告できる	21
	部署の特殊性に応じた リスク患者 を把握できる	22
	事故に至った 背景・誘因 を明確にできる	23
	事故(インシデント) の分析ができる	24
	事故発生後、事故の 原因 を明らかにすることができる	25
	事故防止 マニュアルにそった行動の 実践モデル になる	26
	事故防止 マニュアルの根拠を理解している	27
	事故防止マニュアルが機能しているか 点検 できる	28
	事故防止に必要な改善の システム を構築できる	29
	患者・家族の 不安・不満 に対処できる	30
	事故発生時、 患者家族 の言動・行動に 早期対処 できる	31

業務改善	スタッフが改善目的を理解できたか 確認 できる	66
	業務改善について 問題意識 を持つことができる	67
	職場内のスタッフの 意見 を収集できる	68
	業務改善の目的を職場内に 伝達 できる	69
	業務マニュアルと現状との ギャップ を明確にできる	70
	業務改善の結果を 評価 することができる	71
	業務改善の 中間評価 ができる	72
	分析結果をもとに 課題 を提示できる	73
	データ分析結果をもとに 業務改善案 を作成することができる	74
	業務改善に必要な データ を収集できる	75
	業務改善のために収集した データ を分析できる	76
後輩指導	後輩の 健康状態 を把握することができる	77
	患者状況 を正確に把握することができる	78
	後輩への身近な 理解者・相談相手 になることができる	79
	後輩に社会人としての言動や生活面への 助言 をする	80
	後輩に物品の整備・点検の必要性を 説明 できる	81
	看護実践の アドバイス ができる	82
	看護実践の 指導 ができる	83
	指導の 役割 を理解している	84
	自分の 看護観 を反映できる	85
	部署の後輩指導計画を見直し 提案 することができる	86
	患者の看護過程が 指導 ができる	87
	受持ち患者の決定と 調整 ができる	88
	後輩指導の適切な 業務分担 ができる	89
	後輩指導についてチームへの 協力 を要請する(報・連・相)ことができる	90
	相互尊重の 風土作り に努力することができる	91
	病院、看護部の理念・方針を理解し 実践 に反映させることができる	92
	後輩個々の 課題 を提示できる	93
	セクションの年間学習 計画 を立案することができる	94
	師長・主任と 意思疎通 を図ることができる	95
	後輩指導 の際自ら 役割モデル となることができる	96
	後輩個々の 技術習得状況 が把握できる	97
	看護記録やレポートの 指導 ができる	98
	組織目標と個人目標を関連させ 達成度 を評価できる	99
	仕事を通して 満足感 が得られるように 支援 できる	100

研 究 活 動	研究課題を人に説明でき、意見をもらうことができる	101
	看護研究に必要な文献を検索することができる	102
	看護研究の実施にあたり役割分担をすることができる	103
	日常の疑問を研究課題として見出すことができる	104
	看護研究について資源活用など具体的な計画を立案することができる	105
	研究の成果を活用することができる	106
	研究の結果を実践に生かすことができる	107
	看護研究の実施スケジュールの調整ができる	108
	共同・協力の依頼ルートを理解し行動できる	109
	看護研究の成果を適切な表現で発表できる	110
	看護研究に必要な文献を学び理解することができる	111
	研究の内容を論文として構成することができる	112
	研究の枠組みを構築することができる	113
	日々の活動から疑問をもち研究テーマとして設定できる	114
	研究課題を明確にすることができる	115
	看護研究の計画を立案することができる(計画書作成)	116
	看護研究の指導ができる	117
	研究テーマに必要なデータを収集することができる	118
	適切な表現で論文を作成することができる	119
	看護研究のデータ処理・分析ができる	120
療 養 環 境 の 整 備	療養環境の大切さを認知し問題意識を持つことができる	121
	療養環境の危険な状況を察知できる	122
	療養環境が保持されているか確認できる	123
	療養環境について患者の意見を収集できる	124
	同室患者への配慮をするようにスタッフに指導ができる	125
	マニュアルに沿った環境整備が実施できる	126
	療養環境の現状を評価できる	127
	危険・不快な環境の回避が適切にできる	128
	療養環境における改善を提案できる	129
	環境整備の重要性を意識しスタッフに指導できる	130
	患者の状態に合わせた環境調整ができる	131
	環境整備について関連部署への連絡ができる	132
	療養環境の構成要因が理解できる	133

感染防止	院内感染に対して 問題意識 をもつことができる	134
	院内感染委員会の方針に対して 協力 できる	135
	感染予防に対する 基本的知識 を持っている	136
	マニュアルに沿った実施 が出来ているか 確認 することができる	137
	感染防止に対する 実践的知識 を持っている	138
	セクションにおける感染防止の 具体的手順 の作成をする	139
	院内感染に関する 情報収集 ができる	140
	院内 感染発生時の対応 と報告ができる	141
	院内感染マニュアルの現状と ギャップ を 明確 にできる	142
	院内感染の 予測 をすることができる	143
	感染防止 マニュアルの整備 ができる	144
	データ分析結果から 感染防止の提言 ができる	145
	感染防止マニュアルを 周知徹底 させることができる	146
	感染防止 マニュアルにそった行動の 実践モデル になることができる	147
	院内感染発生時に 部門間の連携 をとることができる	148
	セクション内の 感染の実態 を分析することができる	149
	感染防止 マニュアルの点検 ができる	150
	院内感染防止に対する専門的な知識に基づいた 適切なアドバイス ができる	151
	感染防止の マニュアルの評価 ができる	152
基準・手順の整備	基準手順の 指導 をすることができる	153
	基準・手順 を理解できる	154
	患者の反応 を正しく 把握 することができる	155
	看護ケア等が 基準手順 通りに行われているか 把握 できる	156
	看護チームの 意見 を 把握 することができる	157
	基準手順に対し常に 問題意識 を持ち業務を遂行している	158
	必要な基準手順の作成に向けての 新たな提案 ができる	159
	新方針や 改善の提案 をすることができる	160
	チームの 意見の聴取 ができ現場に活かすことができる	161
	新しい看護の方法や機器に対する 情報収集 ができる	162
	基準手順の根拠 を理解している	163
	基準から外れた技術の調整 ができる	164
	基準手順が活用されていない 理由 がわかる	165
	基準手順の整備について 実践モデル になることができる	166
	ケアの質を 適正 に 評価 することができる	167

物品管理	不足した機器の調達方法がわかる	168
	物品の使用方法的指導ができる	169
	物品定数の見直しができる	170
	機器の操作が手順通り実施されてない時の問題提起ができる	171
	機器の操作マニュアルを守り使用しているか確認できる	172
	機器の操作マニュアルの作成・見直しに参画できる	173
	後輩にコスト意識を高める指導をすることができる	174
	故障時の報告ルートを熟知している	175
	経済性を考慮した物品使用ができる	176
	セクションの看護用器材の購入計画に参画できる	177
	物品の使用状況のデータを収集できる	178
	機器の使用方法を熟知し実践できる	179
	セクション間の有効な物品利用の調整ができる	180
	物品の使用状況のデータを分析できる	181
	物品の流通プロセスが理解できる	182
臨地実習	実習生への指導ができる	183
	実習指導者としての役割を理解している	184
	実習生と患者・家族との関係を把握することができる	185
	現代の若者の特性を理解することができる	186
	臨地実習の目的・方法・評価基準を理解し実施できる	187
	カンファレンスの目的に応じて意図的に参画できる	188
	実習指導者として専門分野の知識を持ち実践できる	189
	実習の関連部署へ協力の依頼と調整をすることができる	190
	実習担当教員との調整をすることができる	191
	実習生の受入れ体制を整えることができる	192
	実習目標に沿った受持ち患者の選択ができる	193
	受持ち患者の状態把握と実習生介入の調整をすることができる	194
	目標に沿った臨地実習の環境を提供できる	195
	実習結果を評価し受入れ側の課題を明らかにできる	196
	実習評価をもとに学生の課題を明確にすることができる	197
	学生のレディネスに応じた指導ができる	198
	実習生と患者・家族・職場内の人間関係を調整できる	199
	学生とチームメンバーとの看護実践の役割分担ができる	200

休日・夜間管理	その日の患者・看護師の動態を把握している	201
	休日・夜間の業務把握とスタッフの状況をとらえることができる	202
	休日・夜間におけるスタッフの相談相手になることができる	203
	看護管理日誌の記載と報告ができる	204
	緊急検査や輸血など他部門との連携がとれる	205
	当直師長へタイムリーに報告し指示を受けることができる	206
	事故やトラブルの事実関係の報告をすることができる	207
	休日・夜間の管理代行の役割を理解し行動できる	208
	リスクを予測し対策を立てることができる	209
	優先度に応じたチームワークをとることができる	210
	医療事故発生時に指示ルートを守って対応することができる	211
	スタッフの休日・夜間の技術習得能力の評価ができる	212
	患者・看護師の動態を把握し問題を抽出することができる	213
	休日・夜間のマニュアルを周知徹底させることができる	214
	看護師の急病等によるリリーの調整ができる	215
	休日・夜間の突発的な事柄に対応できる	216
防災対策	災害発生時の救護区分状況を把握している	217
	災害時の連絡網を整備することができる	218
	患者の状態の変化により救護区分を変更できる	219
	緊急連絡網を熟知している	220
	セクションにおける災害発生時の出勤方法や手段を明確にできる	221
	防災訓練・災害発生時、緊急連絡網で協力要請ができる	222
	防災訓練・災害時の救護活動ができる	223
	日常から危険因子を排除するための改善ができる	224
	セクションの特性に応じた防災訓練の実施を提案できる	225
	防災に関する他者の意見を聞き現場に活かすことができる	226
	防災訓練の救護活動で他職種の協力を得ることができる	227
	避難経路などマニュアルを整備することができる	228
	マニュアルに基づいた役割分担を熟知しているか確認できる	229
	関係者に防災訓練の重要性を認識させ参加させることができる	230
	同僚・後輩に防災訓練マニュアルの周知徹底をさせることができる	231
	防災マニュアルを熟知している	232
	防災訓練・災害発生時、適切な状況判断ができる	233

教育制度に関する意見
新人、卒後2年目までの教育は組織化されているが、3年目以降については系統化されていず、個人差が出ている。現任教育として、さまざまな臨床背景や教育背景を持つスタッフに対する教育的関わりできる人材が不足している
新人～3年目まではシステム化が出来ていますが、4年目以降の教育が充分でなく課題です。
キャリア開発の研修計画を実施するには、スペシャリストや教育担当等が整わず難しい
キャリアアップに向けて動機付けは出来ても継続した働きかけフィードバックが難しい
1～2年目のスタッフ教育はおおむねできているが3～10年のキャリアアップが十分にできていない。
業務をしながらの教育が多く、十分な指導が出来ない。1対1の教育が出来ておらず、一貫性がない。
中堅看護師の育成
3年目以上の中間スタッフの育成。
ジェネラリスト思考の看護師が、自ら受けたいような研修を受ける機会が少ない、そのスタッフ達が生き生きと学習する場を提供出来ていない。
中堅者のスキルアップへの意欲を高めるための有効な支援ができていない
各個人のスキルアップ、キャリアアップのための情報が取れない。
スタッフのレディネスを十分に把握していないために個別的な指導が十分にできていない
中堅看護師のキャリア開発を課題にしているが、日常的に多重業務や残業が多く疲労している。業務改善を取り組み専門性の向上を図るようにすることが課題
新人教育については看護部も熱心であるが経験年数を重ねる毎に中央研修も少なくなる。毎年新たな目標を持って、意欲的に学んでもらう為に3年以上の教育に悩む。経験年数別到達目標はあるがその目標を達成する為にどんな教育をしていったらいいのか部署内でも確立していきたいと思っている。
各個人の能力にあった指導、段階を踏んでどこまでをゴールとして捉えるべきか難しい
問題意識をもち、取り組みが行なえる指導、その一人一人にあった指導。
業務に流されてどのような看護を提供したいのか明確にされていないスタッフがいる。再認識しどのように指導したらよいか。個人面談のシート作成について
看護研究に関して、どうして研究者の時間と予算を確保するのか。研修に関して組織として認めるものの線引きに迷う事がある。
20年以上（経験）のスタッフ教育が計画的に行なえていない。
教育体制を構築することの困難さ
能力開発の動機付け、キャリア開発の道筋と計画方法について
個別にレベル格差あり、どこまで到達できているか把握する事が大変重要と思っている。離職させないように気遣いしながら、スタッフ教育をしなければならない
人材育成のクリニカルラダーを実践したいと思っていますが、具体的な進めかが分からなくて実践できない。
基本的な部分での関わりによって行動変容が見られたり、意識付け動機付けは出来ても、継続した関わりができていない。そのためせっかく変化してきたものが次に関わる人によって維持できないことが残念である。
新人指導は力を入れて行えているが、2年目・3年目の教育についてどのようにしていこうかと考えている。
認定や専門看護師を目指す場合、若い頃からの訓練や準備が必要となる。早期に自分の進路を見つけるために支援することが何なのか方法があるのか知りたい。
殆どどのスタッフがキャリアはあるが育児や病気などライフスタイルとの兼ね合いで、専門性をどのように高めるかが課題となっている、年間を通しての目標面接や日頃の業務を通して教育や支援を行っているが、目標達成のための支援が十分出来ていない。
プリセプターの役割を担う看護師は3～4年目が適切と言われているが、疑問である。（3年目）クリニカルラダーシステムが導入されているが開発途上のため、研修と整合性が取れない。
キャリア志向性の異なるスタッフの教育ニーズをどう満たすか、従来の一元的な段階、コースでは対応できないと思っている
看護実践能力を早期に身につける教育システムができていない
スタッフにステップアップとなるためになりたい自分、将来の夢を出してもらっているが、到達できるためのアプローチの仕方、職場環境づくりに努力している、しかし継続していくのが難しく関わりが足りないと現状維持となってしまう。自分だけでは教育していくのは困難でスタッフ全員で教育環境にして行きたいが、モデルとなるスタッフが少ない、人を育てる教育するための教育というの考えていかなければいけないとおもっているが、具体的な導きを示すのが難しい。
指導するスタッフの若年化。看護師要員が7:1取得のため、看護部・病院へ多く配置せざるを得なく、専任の教育担当者が配置でない（要因不足）
ラダーの導入

看護師の動機づけに関する意見
日常業務を遂行するだけになっている。専門性を目指す事や、研究に取り組むなど自己啓発を促すにはどのような方法が良いか
中堅以上になると、技術・質の向上・自己研鑽に対する意識が低下し、働きかけても効果が上がらない。どのように働きかけると効果的かと悩んでいる。
教育企画をするが、業務で疲労しており強制しにくい。専門性を身につけたい欲求はあるが、現実とに狭間で看護師はストレスになっている。現場のマンパワー不足。
キャリアアップへの動機づけ
中堅看護師の動機付けが上手くできず活用が十分でない
中堅看護師の学習意欲を高めたい、リーダーとしての役割意識をさせたい、問題解決方法を学習する機会を多く持たせ成長させたい
モチベーションを高めるにはどうするか
やる気を起こさせること。(現状維持の子が多く、自分から何をしようではなく、課題を待っている感じ)
目標を持って学習しようとする姿勢の人が少ない。継続して研修を深めようとしにくい。
ジェネラリスト志向で負荷のかかる仕事はしたくないと傾向の看護師がいる
経験年数の多いスタッフの意識向上
個々のスタッフの性格に合わせた”やる気”を引き出すかわかり方が難しい。
中堅以上の看護師教育、モチベーション
院外の研修参加が少ないもっと自主的に学ぼうとするように指導するにはどうしたらよいか
目標、目的を持たない人への教育が難しい。
中堅クラス、特に主査以上で学習意欲のないスタッフへの指導に苦慮。促しても意欲がない、病棟会お勉強会にも参加もないスタッフへの取り組み。
中堅看護師のキャリアアップのモチベーションをあげるような研修プログラムの作成に苦慮。研修参加のあり方、休みは体調調整、疲労回復。無理にとは言えない
中堅看護師職員の一日程過すればよいと思っている看護職員のモチベーションを上げるためにはどうすればいいのか？
積極的に研修に参加するスタッフが少ない。
現在の部署は平均年齢が高く、自分自身が能力を高めようという意欲が低くなる。
本院は10年以上の看護師が多くを占めているため、中堅看護師を如何に活性化するかが課題である。
教育計画を立ててあげないと参加しない、強制的な研修には参加するが自分の業務に関与していない研修に参加しようとする意識が低い。
能力に問題が無くてもキャリアアップへの意気込みが低い看護師への関わりが難しい、モチベーションを高めるためのスキルと時間が欲しい。
経験を重ねた看護師の教育・目標の設定など、やる気を起こすような働きかけが難しいと感じる。スタッフが課題を持ち継続的に取り組むことへの支援もどのように関わりを持つか常に考えている
経験年数の多いスタッフに専門職としてのやりがい、充実感を引き出す教育企画が毎年の課題
院内教育プログラムが終了した中堅者のキャリア開発をどのようにしていくか。スタッフのモチベーションを高める為にはどのようにしていくのか
中堅としての自覚がなく、役割をまっとうできない人の教育について
中堅看護師のやる気を維持させるための具体的方策を模索中です。
動機付けをして研修参加させたが、結果的にやらされ感だけ残った。相手の意思確認することの難しさを感じた

当院の教育についてはラダー制を活用していますが、運用していく中で段階的教育と看護師個々のキャリアアップをどう図り運動させていくかが課題です。組織やチームの中心である中堅看護師の主体性がなかなか見えてこない。中堅看護師を職場でどう活性化させていけば良いの大きな課題。
平均年齢が36～37歳位であり、キャリアのある看護師が多くおります、新卒から5年目位までの教育に力を入れておりますが、40歳代以上のスタッフのモチベーションが低いように感じています、どのような研修を組み入れたらより元気に看護に取り組めるかと考えています。
興味・関心のある研修に適切な時期に参加させたいが、人間的にゆとりがないために時期を逸してしまい、モチベーションが低下する
自主的に学ぶ姿勢を育てること
新人看護師の卒業時の臨床実践能力と医療現場で求める能力との差。中堅看護師のモチベーションアップとキャリア関係。ストレスマネジメント
スタッフ一人ひとりの能力性格に応じてやる気を出すような関わりができていない
10年以上スタッフへの教育と学習意欲を持続させる困難さ
私には無理というネガティブ思考が働き退職を考えるもの多く教育の継続性がもてない
動機付け
学習意欲に乏しい、日々の業務がスムーズにこなせればよいという考え方のスタッフ多くの向上心にかける。雇用条件による責任感の違いがある。
上級看護師の意識と熱意の低さ、やる気の低さ。
院内研修の参加率が良いといえない。教育企画に興味ないのか、時間帯なのか、それ以前の組織風土のなかで意欲にかける。意識を変えることに苦慮している。
子育てが終わった年代のスタッフの学習意欲を高めるにはどのような方法があるのか。子育てのために夜勤を外し、学習のチャンスも持たなかった年代と接する事が難しい。
その日その日の業務が終われば良いという現場風土があり、意欲的な人材が少ない中でもがき苦しんでいながらも、やる気のある職員の支援策について・意欲欠如、学習意欲なし、変化対応能力なしの大半の沈滞した職員をどのように動かして行くか。
意欲的なスタッフと「その日が無事に終了すればよし」と考えているスタッフがおり教育方法をどのように行っていけばと悩んでいる、非意欲的なスタッフも子育て家庭を持つ事により自分の時間がないと言う現実の理由もある。
リーダースの育成について。管理職へ成長したいと言う意識が低い、責任を果たす意識を持ったスタッフが少ない、専門性を目指すスタッフが少ない。
動機づけのための関わり方。
スキル向上のために学習しようとする人材が少ない、院外学習参加者も少なく、頼みこまないと参加しない傾向にある、人材育成、教育により、病棟の能力向上、看護部の人的資源になりうると考えているが、ひとつの知識向上を極めようとするスタッフは少なくなっている
士気を失いかけている中堅看護師のモチベーション向上を図るための方策について、模索しています。
モチベーションを維持するためにどのように関わっていくべきか。
知識の習得に向けて常に意欲を持ち望んでいる人とそうでない人の差がでている。レベルが一定でない。スタッフの意識のもち方にも問題があると思う。
自己研鑽を積極的に行っている看護師となかなか研修等参加しない看護師との差があり、新しい看護の知識・技術が標準化されにくい。自己研鑽がされにくい看護師のモチベーションを高めていく為にはどのようにしたら良いのか課題。
全体的に教わる姿勢が身についていない。思考・想像し予測ということができていないし、指示を待ちすぎる。先を見通すことはまったく出来ていない、1～10まで事細かに見ていかなければならない
何も考えずにその日の仕事が終わればよいというスタッフへのかかわりについて
家庭事情・時間制約もあり強制できない。レベルアップしたいが、個人の認識もあり積極的参加が得られない
経験年数8～15年のスタッフが看護に無関心な事・1～3年目が自己評価が高い事

教育方法に関する意見
中堅以上の看護師のキャリアアップの際の指導・コーチングがうまくいかないことがある
5年目以上の中堅看護師の教育プログラム、特に自己研究など意識が低い者に対しての教育方法
病棟責任者として、スタッフの能力を正しく把握評価し適切な指導が来ているのか、能力を延ばす関わりができていないのか不安になることがある。
スタッフ各々のスキル能力の伸ばし方、教え方
教育担当責任者ではなく兼任のため、OJTにおいてプリセプターの指導に対するアドバイザーの役割が少し薄くなりがちと考える。
OJTとOFFJTのバランスが難しい。指導者の年齢が年々下がる事から教育の質が落ち、これをまた引き上げるという悪循環から脱したい。プリセプターの乱用。
自己教育力が低くモチベーションを上げられない中高年職員が多い組織で、看護職としての意識の弱さ、キャリアニーズもあまりなく外部要員である労働組合の別姿も強く、組織風土の中研修、OJTでの現在の人材職では効果が上がらないと思う、個々の職員の能力考課、ジェネラリストのキャリア開発ラダーの導入、中堅層の活性化と組織効率をしないと組織文化を高められないと考えているが、スタッフ教育で何かアドバイス支援があったら教えてほしい。
中堅看護師の能力評価については昇任時に行われているだけであって、昨年度よりキャリア開発ラダーによるレベル別の指標が明確にされた。キャリア育成をサポートする研修には参加するが、管理職を目指してキャリアアップを希望するスタッフが少ない。中堅看護師の能力育成について、コーチングや目標管理などの方法により計画実施されているが効果的とはいえない
スタッフひとりひとりの能力に合わせた教育の方法
中堅者の教育指導が難しい・技術は指導しやすいが人間性においては指導効果が上がらないことがあった。
指導内容を理解しようとする気持ちがないスタッフに対しての教育。同じことを繰り返しミスをするスタッフの教育。
スタッフ一人一人の能力を把握し、個別にその能力を伸ばしていく手段が見つからない。研修に参加しても、その学びをうまく職場に反映できない現状である。
個人のスキルはそれぞれが高めていると思う。しかし、病棟全体でOJTとなるとコアに当たる人材育成を何とかしたい。やる気はあるがチームで高めあう環境作りをするための手段は何かで迷っている。
NICU36床、看護師54名、新人10名前後入職。超低体重の未熟児の入院から退院まで看護展開できるようになるまで3年かかります。よって技術知識を高める事に比重が高く、他の能力は日常の中(特別なプログラムなし)で学ぶ程度。本研究で規程したスキルについてOjtでプログラムできると非常に良いと思います。
看護師の適性がないスタッフへの指導・知識を統合して自ら考え行動していく能力に対する指導・相手に配慮する気づきや状況を感じ取る力を高める教育
自分より年齢が上のジェネラリストクラスのスタッフに対する指導や支援の場面は、自尊心を損ねないこと、先輩スタッフという敬意を持って接するように心がけている、場合によって、強く伝えていかなければならないことがあるので、苦慮している現状
中途採用が多く、入職する看護師の教育レベルが多様、経験の差、入職に時期が一定していないので教育が難しい。
小さな病院なので院内で研修ができない状態、OJTや事例で学ぶしか方法がない、経験を効果的に専門性につなげられればと思う
専門性のあるスタッフの育成(配置換えなどで育たない)・モチベーションアップに関して・報・連・相が徹底しない
教育に関する知識が少ない。一方通行の指導を行っているスタッフへの教育。
リーダーナースの育成がうまくいかない。
レベルの把握とレベルに応じた教育指導方法。判断能力の見極め。
生活体験が乏しく、社会規範に疎いスタッフが増える傾向にある。臨床に求められる看護実践能力を身に付けるのにも実施するのに時間がかかる。。このことが良い職場風を作れない要員になっている。医療の変化が著しい中、看護管理者や経験をつんだ中堅看護師にも高い専門性とマネージメントが求められる。活性化につながる効果的な教育方法を模索している。

集合教育のあり方、OJTの評価の方法（病院全体を捉える為に）
教育背景の違いによる教育方法（看護師）・現代若者との接し方。
個々で目標を持ち、課題達成に向け準備企画など行なっています。その中で年2回面接を行なっているが、適切なアドバイスが出来ているのかと迷うことがあります。
国の病院であるため、段階を追って管理者になる為の全国的な部内研修が組まれていたり、その他部外の研修も多く与えられて師長として、補職されている。しかし、補職後のキャリア開発や個人に応じた、効果的な能力向上策があれば・・・いつも試行錯誤している。
看護系大学の卒業者が増加しているためか「何も出来ない自分」「こんなはずではない」など自己嫌悪に陥るものが多くなっているように感じます。「誰もが最初は出来ないところから学んで行く」と説明しても自分自身の状況を受け止められない、また思い込んだら修正できないのか時間をかけて説得しようと試みるのですが、結果は最初と同じところに戻り事が多々あります「褒めて」「待つ」以外に工夫が必要になる状況です。
個々のナースのアセスメント能力を高めるための具体的な方法があればと思う。
意欲があり勉学にも励んでいるが、実践力が伸びないスタッフに対する教育指導の方法。
看護師個々が刺激しあい、互いを高めていける学びの場としての機能を持つ職場環境を整えて行くことの難しさを感じている、また実施した研修（例えばブリセプター研修において後輩育成、関わり方などの学び）が現場の実践の中でなかなか活かしきれないなどの課題も多く抱えている。

教育目標の設定に関する意見
年齢層が高い、中堅層が多い職場で、各々の到達目標を確認し、スキルアップしていく事に困難が生じている。
20年以上経験年数を重ねても自分のキャリアアンカーを決められない看護師の育成
新人から3年目位までは個々の力量に応じてOJTを交え指導しているが、4年目以上の中堅に対しての個別的指導がむずかしい。
組織への帰属意識が低く、様々な役割を担ってもらってり、研修参加させても離職してしまう。多くのスタッフ（特に中堅看護師）が自己のキャリアの方向を絞りきれないため、何をしたらよいかわからない状態である。
自分がどんな看護をしたいのか、専門性を目指すスタッフが少ない
個人の個性に合わせた育成が困難。個人の看護職としての成長をどのように導き出すか悩む。
リーダーナースの目標設定、段階にあわせた指導
業務中心の教育をせざるを得ない現状であるが、理論根拠を押さえた教育の方法があれば行いたい（効果的に）。
経験年数とキャリアが合致していないスタッフの現任教育について。
モチベーションがなかなか上がらない中堅看護師への効果的なはたらきかけに困ることである。中堅看護師がいきいき看護を実践する事は職場の活性化・質向上につながる。
同じミスを何度も繰り返す指導、やる気が無く目標のないスタッフへの指導
目標設定の指導

教育効果の評価に関する意見
研修と受講後の課題達成への支援と評価について
年間教育の教育効果の評価ができないでいる
能力評価の評価基準が難しい。
看護部全体での教育体制は構築中であるが(ラダー別の教育計画)、集合教育としての運用は出来ている しかし、個別での支援体制の強化と評価の視点に困難がある。
経験年数別に段階的な教育計画に基づいた研修を行なっているものの実践能力等に差があり、 看護師の能力に合わせた教育・評価はできていない。また管理者としても評価基準が構築されていない。
時間の捻出に苦労、off-JTを臨床に活かし発展させる工夫、キャリアの業績評価の指標がなく、また難しい
スタッフに積極性をもたせ専門性を高めていくにはどのような教育内容が必要か？。また、今は1～3年目位のスタッフを育てることに力を入れておりますが、それが妥当なのか、評価基準も私の中に統一が十分とはいえません。
評価に客観的指標がない。人が人を評価する難しさ、主観で評価することに問題を感じている。

管理者としての課題
看護師がモチベーションを向上できるような働きかけや、キャリアビジョンをイメージできるような働きかけは管理者として重要な役割である。
指導者としての能力低下。自己の目標がないNSが多い。スキルアップ希望がない
スタッフの気持ちの把握
若い世代の苦労を知らない人を看護という仕事への熱意と永続して持ってもらいことに難しさを感じている
年代による差があり、年々指導が困難になってきている、看護に対する熱意がなく、仕事を通して看護を学んだり楽しさを見つけさせられるようにと考えて教育しているが上手くいかない。新人離職率0%が先輩看護師のプレッシャーになっている。
打って響かないスタッフに次の策がないこと。納得がさせられないこと。
4月師長昇格と所属変更で、管理職の雑務に終われ、スタッフ一人一人の把握が十分できない
経験年数の低いスタッフが多く、5年目以上に多くの役割が任されている。5年目以上に大きな負担にならないようにフォローが必要。病棟経験が浅いのでやり切れていない
公平な目で見、意見を聞きすぎて振り回されることのないようにならない
患者中心に考えることが今ひとつできない。業務効率優先になっていて、理解されない。自分達の残業につながることに、消極的。レベルが不均等なため、質が統一できない。ルールが無視され手順等が勝手に変更されている。チーフも修正できずに流されているのが現状
委員会を開催しようとしても業務が忙しく委員が集まらない
経験の長い准看護師が多く、患者の病態も把握しているため対応も特に問題はないが、時に馴れ合いになってしまう場面があり、その都度注意・指導するがなかなか一朝一夕には改善されない。当事者達の中には患者達との人間関係を円滑にするため、という持論(考え方)のスタッフもいる
自分自身のスキルが不十分であるのに管理指導する立場・役割を担うこと
管理者の能力向上が表れない
日々の成果は多く出ているが研究として外部に発表できるような指導ができていない、メンタル面のフォローが自分に余裕が持てず十分できていない

経験はあっても自分自身に分析力がないので研究などの指導に困っている、新人の教育では学校教育と臨床で求める看護師像に差がありすぎて対応に困ることが多々ある
まじめで勉強熱心な部下であるが、現場の主任としての判断や、スタッフへの関わりが上手くできない。そこでアドバイスを行なうと落ち込む。私の前ではそんな弱い部分を見せない、アドバイスに対して努力している。しかし、彼女が私に期待している「認められたい」気持ちに対して、「褒めて育てる」の行動が彼女に対してはよい指導だと思うのだがなかなか私自身の行動を取れないのが実情である。「いい所を見せて認めてもらいたい」と願っている主任に対しての指導方法に困っている。
教育・研究と労務管理、師長・主任のリーダーシップ
新人がなかなか育たない事に焦りと怒りとストレスを感じている。スタッフ全員に対しての支援が難しい。また新人についても悩んでいる。
やる気を引き出す指導
専門職としての自覚・意識をどのように向上させるか、日常業務の中での課題達成に難しさを感じている
看護管理者の教育…モチベーションが低下しており、他職能と協力関係が成立せず、研修などの自己投資の姿勢がないこと
1.師長達は中間管理者として、マネージメントをはきして欲しいと願っています。しかし、中には人間的には穏やかでもユニットを管理できない。優しさはあるが教育的に関われない人もいて頭の痛いところです。 2.師長会での伝達が、全体的に周知徹底できないことです。統計的にも2割は反対向きと言われていますが、そこを刺激して何とか徹底させる方法はないかと思います。
管理職としての経験が浅く、状況把握をするために確認・判断する情報収集が足りず後になって気づくことがある・洞察力に欠けているだけでなく専門知識・技術の習得のためにも積極的に研修への参加をして行きたい。
主任看護師(卒後10年程度)の教育(やる気を起こさせるような支援)
新しい職場でスタッフに馴染めず自己の思いや計画がなかなか伝わらない、リーダークラスから伝えていくが統制が今一つ取れず、1人1人に説得していく状況である、1年を通して目標達成が出来なかったことに対し挫折感と失望感でいっぱいである、3月末であり新たな年度に向け、気持ちをリセットして立て直しをしなければならぬと分かっているが悩み続けている毎日である。
現在は直接の部下を持たない。感染対策委員としてリンクナース研修や活動における、リーダーシップや部署の活動の活性にどう指導が発揮できるか能力、努力不足を感じている。
スタッフ各自の自立性を育てる為に、管理者としてどうする事が効果的なのか模索しています。
スタッフと十分に関わって能力に応じた適切な指導や課題への取組みに対して支援するゆとりが業務時間内に確保できない

謝辞

本論文をまとめるにあたり、岡山大学大学院自然科学研究科産業創成工学専攻の村田厚生教授には多大なるご指導とご鞭撻を賜りました。

投稿論文の掲載まで長い期間を要し、ご心配とご迷惑をお掛けしたことを改めてお詫び申し上げます。その間も適切なご指導を頂いたことで孟母断機の教えのとおり、博士論文としてまとめることができました。村田厚生教授には心から感謝申し上げます。

岡山大学大学院自然科学研究科産業創成工学専攻の有菌育生教授並びに五福明夫教授には、副査としてご助言、ご指導を賜り厚く御礼申し上げます。

神奈川大学名誉教授 北岡正敏先生には、博士論文を執筆するきっかけを作っていただいただけでなく、適切なご助言を頂くなど熱心なご指導を頂きました。心から感謝申し上げます。

神奈川大学名誉教授 上野俊夫先生には、学生時代からお世話になり今日まで常に温かく見守っていただきました。心から感謝申し上げます。

本論文の基となった調査研究を共に実施し、ご協力を頂いた看護管理事例研究会のメンバーに心から感謝いたします。

最後に、生涯の師である神奈川大学名誉教授 故・北尾誠英先生には、先生が主催していた看護管理事例研究会にお誘いいただき、本論文のテーマに導いて頂きました。また、“看護”を現場感覚でみることの大事さも教えていただきました。北尾誠英先生からこれまでに頂いた公私にわたる恩情に心からの感謝を申し上げます。(2015年9月)