Twinkle 東京女子医科大学学術リポジトリ
Tokyo Women's Medical University - Information & Knowledge Database
https://twinkle.repo.nii.ac.jp

看護師の看護実践の実態把握-安楽ケアの実践に基づくキャリア・ディベロップメント-

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2020-10-20 キーワード (Ja): キーワード (En): Comfort care, Nurse practice, Career development 作成者: 山元, 由美子, 三輪, 生子, 坂田, 成輝 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.20780/00032529

〔資 料〕

看護師の看護実践の実態把握
―安楽ケアの実践に基づくキャリア・ディベロップメント―

山元由美子　三輪生子*　坂田成輝**

UNDERSTANDING THE REALITIES OF THE NURSE'S NURSING PRACTICE
― CAREER- DEVELOPMENT BASED ON COMFORT CARE IN THE NURSING PRACTICE ―

Yumiko YAMAMOTO　Shouko MIWA *　Shigeki SAKATA **

キーワード：安楽ケア、看護実践、キャリア・ディベロップメント
Key words：Comfort care, Nurse practice, Career development

Ⅰ.緒　言

これまで看護師のキャリアは主に病院内での実践を中心に検討されてきた。しかし高齢化による疾病構造の変化に伴い、人々の医療に対するニーズの多様性や医療費の高騰などから、治療の場が院内から在宅へと移行する傾向がみられる。このような社会情勢の中、改めて看護実践を鑑みて看護師のキャリアを検討し直す必要があると思われる。

1.看護師のキャリアモデル

ベナ―(1984/1992) は、ドレイファス・モデルに基づき看護師の熟練に達するまで５段階があるとした。すなわち初心者、新人（経験１年）、一人前（経験２～３年）、中堅（経験４～５年）、達人（経験６年目以降）の設定をした。またシャイン (1978/1991) は、看護師の技術習得には 10 年を要し、キャリアステージを経験年数 10 年以下（初期）、11 ～ 20 年（中期）、20 年以降（後期）と設定した。国によって養成課程は異なるが、我が国における看護師のキャリアに関する研究は主に 2000 年以降にみることができる (水野ら，2000; 川村，2002)。

2.看護師の中期キャリア

ベナ―(1984/1992) のドレイファス・モデルでは、経験４～５年を中堅としているが、これまでの研究では、中堅を経験５年目から 20 年目頃と捉え方に幅があった。上野ら（2002）は、36 ～ 40 歳の実践能力が低いのは、子育ての時期や再就職というライフステージを反映した結果としている。宮田ら（2005）も 10 ～ 15 年目の看護師のモチベーションの停滞を指摘し、日常の看護業務に加えライフイベントによる生活領域の状況変化があり日常生活に最も変化の見られる時期とした。辻ら (2007) は、生涯にわたり向上するといわれている看護実践能力も中堅看護師（看護師経験５～ 20 年目）にプラトー現象が起こるとした。中堅以上の看護師に起こるキャリア・プラトー現象を明らかにし、その防止策を講じる必要性が指摘された。

3.看護師の後期キャリア

グレッグら (2005) は、臨床経験 20 年以上の看護師は、目標・専門領域の不明確さに悩んでいるものも多く、社会・組織への貢献を今後のマネジメントとして挙げたものは少ないとしている。中期から後期キャリアにかけてのこの期間は、一般的に女性はライフイベントを経験し、子供の独立や親の介護などの社会的な役割を担うことになる。定年間近における老後の生活に向けた仕切り直しの時期でもあり、看護師のキャリアアップになんらかの影響をもたらすのではないかと思われる。後期キャリアの充実に

*東京女子医科大学大学院（Tokyo Women's Medical University）
**東海大学（Tokai University）

は後期キャリアにおける看護実践目標の明確化やケアの実践に関する研究が必要になる。

4. 看護師のキャリアにおける最終の看護実践目標

看護実践は、専門知識・技術に基づき、対象の「安全」「安楽」「自律(自立)」をめざした意図的・直接的な行為である。特に「安楽」は、看護の原則であり看護目的の根本をなし、生活習慣や生活様式の尊重、人間らしく生きることの保障において重要性が指摘されてきた（吉田，1954；川島，1977)。看護の原則であり看護目的の根本をなす「安楽」についての看護実践を調査することで看護師のキャリアを把握することができるのではないかと考えた。そのために、看護師の「安楽」の考えを把握する目的で山元ら (2005) は、総合病院に勤務する複数の診療科の看護師を対象に「安楽」の捉え方に関してインタビューと自由記述調査を実施した。質的 KJ 法を繰り返した結果、「身体が楽、気持ちが穏やか、自己決定の範囲拡大、セルフケアの自律」の 4 要素を抽出した。

そこで本研究では、「安楽」ケアに焦点を当て、明らかになった上述の 4 要素が組み込まれた「安楽」ケアに重きを置いた看護実践を最終的な看護実践目標レベルと仮定し後期キャリアに至るまでの看護実践の状況を検討し、該当レベルまでの看護実践はどのようなプロセスをたどるか、最終的な看護実践目標レベルとは如何なる実践の展開なのかを明らかにすることにした。

そうすることで中期キャリアでのプラトー現象やモチベーションの停滞の原因、後期キャリアまでの最終的な看護実践目標レベルの設定が明らかになると思われる。

II. 研究目的

本研究は、「安楽」ケアの看護実践の頻度を測定し経験年数ごとの比較することを通して、①「安楽」ケアにおける最終的な看護実践目標レベルとは如何なる看護実践の展開を示すか。②「安楽」ケアにおける最終的な看護実践目標レベルまでの看護実践はどのようなプロセスをたどるか、を明らかにする。

III. 研究方法

1. 用語の定義

「安楽」ケア：「安楽」とは、看護の対象者の身体が楽になり、気持ちも穏やかな状態で、今後の方針について双方で話し合い自己決定の幅が拡大し、その人なりのセルフケアの自律ができること。「安楽」ケアとは、看護師が提供するケアは、看護の対象の安全を基盤に、「安楽」になるような看護実践をいう。

看護実践目標：看護師が夫々の「安楽」ケアの課題に向けて取り組む看護実践 (ケア) の目標をいう。看護実践目標レベルは看護実践目標の段階である。

キャリア・ディベロップメント：キャリアは個人の職業上の地位や役割を獲得しながら職業人としての能力やアイデンティを形成していくこと。キャリア・ディベロップメントは、生涯における個人のキャリア目標と組織の人材育成目標を双方が実現できるようにしていくことである（和田ら，2002）。

2. 研究対象者

総合病院の選択基準：①東京都内及び近郊の 200 病床以上の病床を有する、②病院組織や看護部の目標が明確である、③看護師を対象とした院内教育が実施されている、④日本医療機能評価機構の審査に合格している、を条件とした。

研究対象者の条件：①対象者の職位は直接患者ケアを実践している主任看護師まで。②対象者の勤務部署や人数は各病院の看護部長に一任した。

3. 調査方法

研究目的や研究方法の説明、調査用紙の配布等は看護部長を通して各職場の看護師長に口頭や文書で依頼した。調査用紙は専用封筒に入れて配布し，記入後は封入し投函するよう依頼した。

4. 調査内容

フェイスシート項目は、年齢、性別、資格（准看護師・看護師・助産師・保健師）、看護基礎教育課程、看護師としての経験年数、現職場での経験年数、所属部署、とした。

看護行為に関する項目に関しては、Kolcaba(2006) が看護介入で示した comfort の下位項目や佐藤ら（1997）の調査内容や筆者らの臨床経験、「安楽」のインタビューと安楽についての自由記載の調査結果に基づき作成した項目の計 94 項目を用いて 3 ヶ所の総合病院、介護老人保健施設・訪問看護ステーション各 1 ヶ所で看護師計 440 名を対象に予備調査を実施し分析した結果、65 項目を本研究では用いた。

回答形式：各質問項目の実践頻度は「私は‥‥‥‥‥ している」という形式で、回答は最近の看護実践を思い起こし、4 件法（1: 全く実践していな

い、2: あまり実践していない、3: 大体実践している、4: 常に実践している）とした。

5. 調査期間

新人看護師が職場に慣れ一般的な看護業務ができるようになる時期を考慮し 2007 年 11 月～ 2008 年 1 月とした。

6. 分析方法

基本統計の算出、経験年数 9 群の各項目の平均値を比較するために、一元配置分散分析と多重比較を実施した。

7. 倫理的配慮

本研究は、東京女子医科大学の倫理委員会の審査を受けて実施した (承認番号 1073)。研究協力者への依頼文には、研究目的・概要、および協力者の権利、プライバシーの保護、個人情報の保護、データの守秘義務、研究結果は公表すること、研究への参加は投函をもって同意を得たものとすることを明記した。

Ⅳ. 研究結果

1. 対象者の属性

承認を得られた施設は 17 施設で、病院の設置主体は公立 2 施設、私立 15 施設であった。調査用紙は 2.832 名の研究協力者に配布し 1,432 名から返信があり、有効回答は 1,375 名（48.6％) であった。今回の分析対象は基礎教育課程を考慮し看護師と助産師の 1,297 名とした。性別は男性 49 名 (3.8％)、女性 1,246 名 (96.1％)、不明 2 名 (0.1％) であった。年齢は 21 ～ 61 歳で 23 ～ 26 歳が最も多く 33.8％を占め、平均年齢 32.1 歳（SD ＝ 9.2）であった。看護師の経験年数は 1 ～ 38 年の範囲で 1 ～ 4 年目が最も多く 27.1％を占め、平均経験年数は 9.2 年（SD ＝ 8.8）、職種は看護師 1.256 名（97.％）、助産師 41 名 (3.0％) であった。

ドレイファス・モデルに基づき、対象者を経験 1 年未満 (新人レベル)、経験 2 ～ 3 年目 (一人前レベル)、経験 4 ～ 5 年目 (中堅レベル) に分類した。さらに経験 6 年目以降をケアの実態が分かるように 5 年毎に区分し、計 9 段階設定した。各経験年数区分の対象者数は、 1 年目 111 名 (8.6%)、 2 ～ 3 年目 243 名 (18.7%)、 4 ～ 5 年目 189(14.6%)、 6 ～ 9 年目 243 名 (18.7%)、10 ～ 14 年目 221 名 (17.0%)、15 ～ 19 年目 130 名 (10.0%)、20 ～ 24 年目 75 名 (5.8%)、25 ～ 29 年目 45 名 (3.5%)、30 年目以上 40 名 (3.1%) となった。

2. 項目毎の経験年数別の平均値の比較

1) 経験年数に伴った実施頻度の時系列的変動パターン

本研究ではそれぞれの看護実践内容が経験年数の変化に伴ってどのような頻度でなされるのか、その変容傾向から看護実践内容をまとめた。次に各経験年数群の各項目の平均値を算出し、経験年数 9 群の各項目の平均値を比較するために、 1 元配置分散分析を実施し多重比較を試みた。その結果、有意差のあった 43 項目は、経験年数と共に徐々に実施頻度が上昇し 30 年目以上群に至って最も得点が高くなった項目は認められなかった (表 1)。多くの看護実践内容は，経験年数が上がることで実施頻度が増加するといった単純な関係を示すものではないことが示された。経験年数の変化に伴った実践状況の変容が同じ傾向のものをまとめてみた結果、いくつかのパターンが示された。特に、多くの項目において 4 ～ 5 年目群よりも 6 年目以降（達人レベルに該当）で実施頻度が高くなったが、その後の変動に関して、以下 3 つのパターンが認められた。なお、項目の () には質問項目 No を記載した。

① 15 ～ 19 年目群もしくは 20 ～ 24 年目群が他の経験年数群よりも高くなった項目：楽になる方法についてチームメンバーや他職種と情報交換 (9)、ケア時の安全を考慮した援助 (10)、対象が自己決定できるようにチームメンバーや他職種と情報交換 (45)、他職種と情報交換し日常生活に配慮しながら自律した生活ができる実践である。

② 25 ～ 29 年目群においては 4 ～ 5 年目群から 20 ～ 25 年目群まで実践頻度が低下するが 30 年目以降になると上昇した項目：これらの項目は次の下位パターンに分類された。

(1) 低下するまで徐々に上昇した項目：在宅での生活に必要なサービスの紹介 (61) 定期的な健康診断や外来通院の必要性の説明、(63) の日常生活での医療やサービスの利用を促す実践である。

(2)4 年目以降になって上昇した項目：医師の説明で納得できない時に、再度医師に説明を促す援助 (41)、医師の説明に納得できないとき説明の補足（44）、の医師への再説明を促す実践である。

6 年目以降になり上昇した項目：検査や処置の必要性の説明 (35)、疑問など医師に質問や確認ができるような援助 (40) 等、4 年目以降になって上

表1　実施頻度の経験年数に伴った時系列的変動パターンの各群の平均値とSDおよび多重比較の結果

n=1297

no	項目内容	1 1年未満 n=111	2 2-3年 n=243	3 4-5年 n=189	4 6-9年 n=243	5 10-14年 n=221	6 15-19年 n=130	7 20-24 n=76	8 25-29年 n=46	9 30年以上 n=40	F-value	p-level	多重比較
① 15～19年目群もしくは20～24年目群が他経験年数群よりも高くなった項目					年目から								
9	楽になる方法について、チームメンバーや他職種の人たちと情報交換をしている	3.09 (.665)	3.06 (.678)	3.12 (.690)	3.12 (.645)	3.22 (.596)	3.42 (.554)	3.39 (.695)	3.27 (.654)	3.27 (.554)	5.313	<0.000	1<6, 2<6, 2<7, 3<6, 4<6
10	ケアを行うとき対象の安全を考慮しながら援助をしている	3.45 (.534)	3.48 (.534)	3.53 (.541)	3.58 (.532)	3.58 (.522)	3.72 (.486)	3.63 (.540)	3.58 (.499)	3.68 (.471)	3.317	0.001	1<6, 2<6
17	穏やかな1日を送れるよう、特に朝の挨拶には気配りをしている	3.41 (.609)	3.33 (.609)	3.25 (.683)	3.32 (.661)	3.24 (.677)	3.58 (.568)	3.47 (.644)	3.47 (.505)	3.45 (.627)	4.356	<0.000	2<6, 3<6, 4<6, 5<6
32	対象が検査や処置の説明のとき、緊張の有無を観察している	3.13 (.622)	3.15 (.563)	3.30 (.523)	3.33 (.601)	3.29 (.616)	3.50 (.561)	3.52 (.529)	3.33 (.564)	3.43 (.587)	6.875	<0.000	1<6, 1<7, 2<4, 2<6, 2<7, 3<6, 5<6
45	私は、対象が自己決定できるようにチームメンバーや他職種の人たちと情報交換をしている	3.00 (.723)	3.15 (.563)	3.19 (.598)	3.24 (.609)	3.14 (.632)	3.27 (.668)	3.27 (.688)	3.02 (.690)	3.18 (.620)	3.603	<0.000	2<6, 3<6
② 25～29年目群においては４～5年目群から20～25年目群まで実践頻度が低下するが30年目以降になると上昇した項目													
(1)低下するまで徐々に上昇した項目													
61	在宅での生活に必要なサービスの紹介をしている	2.11 (.790)	2.30 (.806)	2.43 (.827)	2.57 (.802)	2.69 (.773)	2.95 (.829)	2.92 (.767)	2.76 (.857)	2.98 (.831)	16.207	<0.000	1<3, 1<4, 1<5, 1<6, 1<7, 1<8, 1<9, 2<4, 2<5, 2<6, 2<7, 2<9,
63	定期的に健康診断を受けることや外来通院の必要性を説明している	2.52 (.870)	2.64 (.735)	2.69 (.832)	2.82 (.833)	2.91 (.786)	3.12 (.737)	3.19 (.817)	3.04 (.767)	3.23 (.565)	10.734	<0.000	1<5, 1<6, 1<7, 1<8, 1<9, 2<5, 2<6, 2<7, 2<9, 3<6, 3<7, 3<9, 4<6, 4<7, 4<9
(2)4-5年目以降になって上昇した項目													
41	医師の説明で納得していないとき、再度医師に説明するように促している	2.75 (.765)	3.01 (.682)	3.15 (.686)	3.28 (.668)	3.24 (.677)	3.40 (.642)	3.41 (.617)	3.09 (.668)	3.34 (.645)	11.779	<0.000	1<3, 1<4, 1<5, 1<6, 1<7, 1<9, 2<4, 2<5, 2<6, 2<7, 3<6
44	医師の説明で納得していないとき、説明の補足をしている	2.89 (.649)	3.11 (.618)	3.21 (.608)	3.36 (.591)	3.28 (.574)	3.45 (.559)	3.41 (.548)	3.27 (.539)	3.48 (.549)	11.411	<0.000	1<3, 1<4, 1<5, 1<6, 1<7, 1<8, 1<9, 2<4, 2<6, 2<7, 2<9, 3<6
(3)6-9年目以降になって上昇した項目													
35	検査や処置がなぜ必要かを説明している	3.06 (.605)	3.09 (.629)	3.26 (.569)	3.37 (.600)	3.25 (.617)	3.50 (.546)	3.44 (.551)	3.24 (.712)	2.05 (.622)	8.7762	<0.000	1<3, 1<4, 1<6, 1<7, 1<8, 2<4, 2<6, 2<7, 3<6, 5<6
40	疑問や納得できないことを医師に質問や確認ができるように援助している	2.99 (.651)	3.13 (.598)	3.18 (.644)	3.31 (.568)	3.23 (.609)	3.40 (.551)	3.47 (.577)	3.22 (.599)	3.41 (.583)	6.9227	<0.000	1<4, 1<5, 1<6, 1<7, 1<9, 2<4, 2<6, 2<7, 3<6, 3<7
(4)15-19年目以降になって上昇した項目													
37	ケアを行うとき、目的・方法・時刻・所要時間など対象が理解できるよう具体的に説明している	2.86 (.716)	2.90 (.639)	3.02 (.656)	3.04 (.642)	3.08 (.687)	3.18 (.647)	3.23 (.693)	3.00 (.601)	3.34 (.702)	5.3378	<0.000	1<6, 1<7, 1<9, 2<6, 2<7, 2<9
38	対象自身で今後の治療方針を決められるように援助している	2.55 (.671)	2.58 (.618)	2.59 (.750)	2.65 (.692)	2.75 (.687)	2.89 (.707)	2.81 (.730)	2.76 (.773)	3.02 (.628)	5.0909	<0.000	1<6, 1<9, 2<6, 2<9, 3<6, 3<9, 4<9
(5)20-24年目以降になって上昇した項目													
6	発汗の多いときや汗臭いときには、すぐに清潔ケアをしている	2.85 (.606)	2.83 (.568)	2.87 (.628)	3.02 (.572)	2.95 (.594)	3.06 (.668)	3.23 (.606)	3.00 (.571)	3.23 (.565)	6.2142	<0.000	1<7, 1<9, 2<4, 2<6, 2<7, 2<9, 3<7, 3<9, 5<7
③ 30年目以降群で上昇した項目													
8	訴えを注意深く聞き、苦痛の軽減のための方法を選択している	3.06 (.558)	3.06 (.580)	3.09 (.562)	3.21 (.547)	3.23 (.551)	3.26 (.565)	3.25 (.572)	3.33 (.564)	3.41 (.542)	4.580	<0.000	1<9, 2<9, 3<9
13	排泄のコールがあったとき、すぐに援助している	3.38 (.604)	3.43 (.538)	3.39 (.605)	3.44 (.584)	3.40 (.607)	3.59 (.593)	3.52 (.554)	3.58 (.499)	3.84 (.370)	4.6341	<0.000	1<9, 2<9, 3<9, 4<9, 5<9, 7<9
15	生活習慣に沿うように援助をしている	2.76 (.636)	2.70 (.641)	2.69 (.663)	2.86 (.619)	2.86 (.648)	2.92 (.694)	2.88 (.716)	2.91 (.733)	3.07 (.625)	3.6052	<0.000	2<9, 3<9
47	ケアを行うとき、対象が判断した意見や考えを尊重している	3.14 (.517)	3.09 (.545)	3.13 (.569)	3.12 (.549)	3.10 (.567)	3.23 (.591)	3.18 (.649)	3.16 (.706)	3.41 (.542)	2.082	0.035	2<9, 5<9
55	取組んだ結果について認め、次の段階に進めるように援助している	2.76 (.674)	2.85 (.591)	2.87 (.659)	2.91 (.583)	2.90 (.646)	3.02 (.653)	3.12 (.596)	2.93 (.720)	3.20 (.632)	3.932	<0.000	1<6, 1<7, 1<9, 2<9
58	新しい生活様式を身に付けるプロセスを観察し、必要に応じて援助している	2.67 (.621)	2.74 (.570)	2.75 (.683)	2.88 (.629)	2.88 (.646)	2.94 (.668)	2.97 (.662)	2.80 (.694)	3.11 (.618)	4.335	<0.000	1<6, 1<9, 2<9, 3<9
62	自然治癒力を高めるように水分の補給・深呼吸・運動などを意図的に行うように援助している	2.71 (.706)	2.85 (.706)	2.84 (.697)	2.86 (.671)	2.89 (.693)	2.90 (.776)	2.93 (.759)	2.91 (.763)	3.25 (.576)	2.6709	0.007	1<9, 2<9, 3<9, 4<9
64	健康状態がさらに良くなるような方法を対象と一緒に考えている	2.68 (.690)	2.69 (.630)	2.71 (.702)	2.75 (.670)	2.83 (.767)	2.90 (.724)	2.93 (.723)	2.87 (.726)	3.14 (.702)	3.7137	<0.000	1<9, 2<9, 3<9, 4<9

一元配置分散分析，等分散仮定されている場合は Bonferroni 、等分散仮定されていない場合はTamhaneT2の比較

昇した項目も含め、患者に対する検査や治療についての説明不足を回避する実践である。

15 ～ 19 年目になって上昇した項目：ケアの目的・方法・時刻・所要時間の具体的な説明 (37)、自身で今後の治療方針を決められるような援助 (38) 等、治療方針に関する自己決定を促す実践である。

20 ～ 24 年目になって上昇した項目：発汗時や汗臭い時の速やかな清潔ケアの実施 (06) 等、治療や検査に直接関連することではなく、患者の身体的反応や内面の反応への注視する実践である。

③ 30 年目以降群で上昇した項目：訴えを傾聴し苦痛の軽減のための方法の選択 (08)、排泄コールへの速やかな援助 (13)、生活習慣に沿うような援助 (15) 等、個別に配慮した生活への直接的な実践である。加えて患者の意見や考えを尊重したケアの実施 (47)、新しい生活様式を身に着けるプロセスの観察と援助 (58) 、健康状態の維持・増進への援助 (64) 等、個別の生活の発展に対する間接的な実践である。セルフケアに向けての配慮や施設内から地域での生活に向けた促しが含まれた。個別を尊重しその人らしい生活が維持できるような状況づくり、個別に応じたその人の生活を構築するための実践である。

2) 経験年数に関わりない実践

経験年数 9 群の各項目の平均値を比較するために試みた 1 元配置分散分析の結果、どの群間においても有意差が認められなかった項目が 22 項目認められた。実践状況に経験年数変化が反映されないもので，どの経験年数群でも実践状況が共通していると判断し、因子分析（主因子法、プロマックス回転）を試みた結果、2 因子が抽出された (表 2)。

第 1 因子は、希望の生活ができるような支援 (53)、自律を目指した日常生活の環境調整や整備 (52)、日常生活が自律してできるような自助具の工夫（50）、など自律を目指した具体的な実践や環境整備とした。第 2 因子は、不安や心配の傾聴 (27)、ケア後の反応の確認と必要時の援助 (29)、といったように患者との言語的なコミュニケーションによる実践とした。

因子毎に項目の合計得点を算出し、9 つの経験年数群間の比較を試みた結果、何れの群間にも顕著な差異は認められなかった。特に 1 年未満群との差異も認められなかったことから、キャリアに関係なく看護業務に従事する者にとっていわば看護師としてのスタートラインに位置づけできる業務内容が含まれた。

3) 看護師のキャリア・ディベロップメント

上述 1 ） 2 ）の結果を表 3 にまとめた。第 1 段階は看護教育を終えた段階で到達すべき水準で看護師の基本として従事し続ける実践内容である。第 2 段階は 4 ～ 5 年目に到達すべき実践は、おおよそ 10 年間継続される内容と位置づけられる。

表2　看護師が実施しているケア項目の中で 1 元配置分散分析の結果、どの群間においても有意差が認められなかった項目の因子分析

n=1297

no	項目内容	F 1	F 2
第1因子　具体的な援助や環境整備（α=.882）			
53	生活状況が変化したとき、対象の希望している生活ができるように支援している	**0.804**	−0.063
52	できる範囲で自律した日常生活ができるよう環境を整えている	**0.791**	−0.057
57	生活様式を変更せざるを得ないとき、納得して行うまで見守っている	**0.690**	−0.024
50	日常生活が自律してできるように自助具の工夫をしている	**0.675**	−0.096
58	今までの生活様式の変更(生活の再構築)しなければならないとき、対象が理解できるように説明している	**0.670**	0.054
51	能動的な行動を肯定的に見守っている	**0.655**	0.006
25	メリハリのある生活を自ら作れるように援助している	**0.601**	0.035
54	手の届く位置に食事、飲み物、テレビのリモコンなど置いている	**0.481**	0.092
11	好みに合うように衣服の調整をしている	**0.470**	0.098
7	入眠できるよう特に対象のベッド周辺の環境を整えている	**0.428**	0.160
46	残存機能（持っている機能や能力）をできるだけ生かすように援助している	**0.365**	0.262
12	呼吸を妨げないよう衣服や寝具の調整をしている	**0.343**	0.263
第2因子　患者との言語的なコミュニケーションによる援助（α=.818）			
27	不安や心配なことはないか聴いている	−0.120	**0.818**
29	ケアを行った後必ず気持ちが楽になったかどうかの反応を確認し、必要時援助をしている	0.031	**0.651**
28	うれしそうな表情をしていたとき声をかけている	−0.035	**0.636**
43	必要とするときいつでも相談に応じられることを伝えている	0.070	**0.608**
26	プライバシーを保つように環境を整えている	−0.013	**0.571**
22	不安や心配ごとを解決するためにチームメンバーや他職種に相談している	0.123	**0.473**
21	危機状態にあるときいつもそばにいる	0.019	**0.422**
39	意思決定したことを、尊重して援助している	0.264	**0.400**
	固有値	7.326	1.662
	因子寄与率（%）	36.628	8.308
	累積寄与率（%）	36.628	44.935

注）　主因子法・プロマックス回転

その後経験が 15 年目以上になると治療方針に関する自己決定を促す援助といった新たな援助を実践することになり、第 3 段階と位置づけることができる。この段階はキュアへのサポートからケアへのサポートに転換がなされる、内容となる。

第 4 段階（20 年目～）は、治療の場に限定されているものの患者の疾病以外の側面への配慮で治療や検査に直接関連することのない援助が実践される段階、である。徐々に日常生活での医療サービスの利用を促す援助の実践の頻度を上げながら到達する段階で第 3 段階と共に、中期キャリアに該当するのではないか。20 年というキャリアの積み重ねにより患者が抱える症状や疾病以外にも目を向けた看護実践である。しかしキャリアアップによって充実した実践も 25 ～ 29 年目群においては一旦全てにおいて実践頻度の減少が示された。

30 年目になると医療提供者側からではなく、患者個人の視点に基づいた個別を尊重したその人らしい生活とその発展への援助が実践され始める段階である。この第 5 段階とも言える実践は、医療現場から地域での生活の場へと中心が変わる点で、医療現場でのキャリアを積み上げたことによる実践の機会が増える内容とは質的で異なったものである (表 3)。

Ⅴ.考　察

看護師のキャリア・ディベロップメントについて

1) 従来のキャリアモデルとの比較

第 1 段階から第 3 段階のキャリア

本研究では、対象の経験年数を 9 段階に区切ったが、ケアの内容から判断し表 3 に示すように 5 段階に分類した。それは、以下の理由からである。

第 1 段階は、ベナー（1984/1992) の一人前までのレベルである。初心者から経験年数 4 年未満とし、日常生活での医療やサービス利用を促す援助を徐々に実践しながら、①具体的な援助や環境整備の実践や②患者と言語的なコミュニケーションなどにより業務を拡大する時期である。

第 2 段階 (4 年目～) は、処置や検査についての説明不足を回避する援助を中心として実践の頻度が上昇する段階。この段階がベナー（1984/1992) の達人レベルに該当することが示された。加えて 15 年目以降でも実施頻度が上昇する実践が認められた。シャイン (1978/1991) が指摘した中期・後期キャリアに匹敵するキャリアアップが示唆された。

第 3 段階 (15 年目～) は、治療方針に関する自己決定を促す援助である。他職種と情報交換しながら治療方針に関する自己決定を促す援助、安全に配慮した楽になる援助といった本研究で示された実践内容は、専門職として経験を重ねることで深化する技術や知識に促されるもの、と言えるかもしれない。看護師の自立的判断能力が 15 ～ 20 年目に高まり、20 年目においてアセスメント能力が高まると奥田ら (2012) が指摘した内容につながる実践内容と考えられる。辻ら (2007) が示唆した中堅看護師におけるプラトー現象、宮田ら（2005）が示唆したモチベーションの停滞は、この時期の看護実践の発展が単なる経験の積み重ねだけでは達成することが難しいことを示しているのかもしれない。

表 3　看護師のキャリアディベロップメント 5 段階

段　階	実　践　の　内　容
第 1 段階 （看護師に従事した時点～）	日常生活での医療やサービス利用を促す援助を徐々に実践しながら ・具体的な援助や環境整備の実践 ・患者との言語的なコミュニケーションによる援助
第 2 段階（4 年目～）	・処置や検査についての説明不足を回避する援助
第 3 段階（15 年目～）	・治療や検査に関する自己決定を促す援助
第 4 段階（20 年目～）	・患者の身体的反応や内面の反応への注視 ・在宅での生活に必要なサービスの紹介 ・定期的な健康診断・外来通院の必要性の説明
第 5 段階（30 年目～）	・個別を尊重したその人らしい生活とその発展への援助

2) 後期キャリアの段階と最終的な看護実践目標

第 4 段階 (20 年目～) は、①患者の身体的反応や内面の反応への注視、②在宅での生活に必要なサービスの紹介、③定期的な健康診断・外来通院の必要性の説明である。20 ～ 24 年目以降では検査や治療に直接関連しない実践頻度も高まることから、単なる業務の拡大ではなく直接的な援助に限らず、間接的な援助を加えていくといった看護実践の発展がなされると考える。本研究では、前述のプラトー現象やモチベーションの停滞の時期を過ぎた 25 年目に入り、一旦 4 ～ 5 年目まで実施頻度が減少する項目内容が多く認められた。キャリア後期は、仕事の経験はあるが衰えがあることを自覚し周囲への気兼ねを痛感しながら、職業人として組織内にとどまりたいと希望している (佐伯ら，2015)。また、親の介護問題や後輩の台頭（役割交替）、退職を控え看護人生を振り返る時期（看護師としての集大成）でもある。個人生活での役割変更と職場での役割交替が重なった時期と考えれば、戸惑いと目標喪失が顕著となったとも考えられ、キャリアのある種の危機とも言えるのではないか。

第 5 段階 (30 年目～) は、個別を尊重したその人らしい生活とその発展への実践である。一つは苦痛の軽減や排泄等の援助は極めて基本的な欲求であり個別的である。これらの項目は 1 年未満からも実践頻度が高く基礎教育からの積み重ねとも考えられる。2 つは 30 年目以降に実施頻度が上昇した内容は、患者を主体者としたより積極的な発展への実践とも言えるかもしれない。＜医療圏内での看護＞から＜社会における看護＞への転換が惹き起こされた、と思われる。＜社会における看護＞は特定の現場に限定されず半永久的に実施される必要のある実践であり、安楽に基づいた実践とも言い換えることができるかもしれない。その人らしい生活ができるような状況づくりの実践、その人らしい生活を構築するための実践は、30 年という看護キャリアの積み重ねだけではなく、社会人としての経験を加えた背景に出現したとも考えられる。これまで想定されていた医療現場における累積的もしくは連続的なキャリア・ディベロップメントではなく、看護師の役割に関する質的な転換によるキャリアの存在が示唆されたと、言えないか。多くの看護実践の頻度が低下する時期に、もう一度自分の看護のありようを見直し、看護師としての動機に立ち戻ることで、幅のある看護実践の域に到達するのではないだろうか。後期キャリアの実践目標は、看護教育を含め相応の人生経験を伴った 30 年以上のキャリアを考えたプログラム編成が必要とされる。

Ⅵ. まとめ

「安楽ケア」に重きを置いた本研究では、看護年数に伴った看護実践の頻度に着目し看護師のキャリア・ディベロップメントには5段階あることが示唆された。人間としての人生教育とキャリアについての教育、ワークバランスに着目すると、以下の 3 点が重要なポイントになるのではないか。①職業人としてのキャリア教育、②キャリア人生と組み合わせた教育プログラム、③看護キャリアを積んだ者の社会貢献を最終目標としたキャリア教育のプログラム、である。

謝辞

この研究にご協力頂ききました各病院の看護部長、看護師の皆様、共同研究者の藤田八重子・佐々木百合子・諸沢直子さんに感謝申し上げます。

この研究は独立行政法人日本学術振興会科学研究費助成金基盤研究 (C) を受けた (課題番号 18592335、2006 ～ 2007 年)。

引用文献

Benner,P.(1984)/ 井部俊子監訳（1992）．ベナー看護論―達人ナースの卓越性とパワー (第 1 版) ．医学書院 .

グレッグ美鈴，林由美子，池西悦子，他 (2005)：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 , 5(1)，3-9.

川村佐和子 (2002) ．看護職員のキャリア形成と研究の発展．東京都立保健大学学会誌，48(4) ，185-188.

川島みどり (1977) ．目で見る患者の基本 - 看護技術を考える．医学書院.

上林美保子，三浦まゆみ，佐々木 典子，他 (2011) ．Ａ県における中堅看護師の職務環境．岩手県立大学看護学部紀要，13，21-31.

Kolcaba,K.(2006) ．Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health care and Research：Spring Company．USA.

水野暢子，三上れつ (2000) . 臨床看護婦のキャリア発達に関する研究 . 日本看護管理学会誌，4(1)，13-

22.
宮田美紀 (2005) ．中高年看護職者のキャリアに影響を及ぼす要因の検討 . 看護保健学研究誌，5(1)，113-122.
奥田のり美，桶河華代 (2012). 看護師の専門的自律性と基本的属性との関係．聖泉看護学研究，1，63-72.
佐伯久恵，塚原節子，山田美香 (2015)．非管理職ベテラン看護師が描くキャリア後期におけるキャリアデザイン．第 45 回日本看護学会論文集，看護管理，106-109.
佐藤紀子，寺町優子，中川禮子，他 (1997)．“安楽”の効果的な看護実践について―日米の共同研究の結果から 第 1 報．日本看護科学学会誌，17(3) ，131-132.
Schein,E.H.(1978)/ 二村敏子，三善勝代訳 (1991)．キャリア・ダイナミクス . 白桃書房 .
辻ちえ，小笠原知枝，竹田千佐子，他（2007）．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，30(5)，31-38.
上野貴子，内藤理英，山口昌子，他 (2001)．経験 3 年目以上の看護婦・看護士の臨床能力の特徴　第 2 報－年齢別にみた臨床能力の比較－．日本看護管理学会誌 (1)，64-70.
山元由美子，藤田八重子，諸澤直子，他 (2005).「日本文化および看護における“安楽”の概念の明確化 - 外科病棟の看護実践者の“安楽”を探る -．第 25 回日本看護科学学会学術集録集，258.
吉田時子 (1954)．基礎看護 - 原理と方法 -．メヂカルフレンド社.
和田攻，南裕子，小峰光博編 (2002) ．看護大辞典．医学書院 .