

## 看護ケアの質と看護実践能力との関連

南家貴美代, 宇佐美しおり, 有松 操, 梅木彰子, 木子莉瑛, 谷口まり子

### The Relationship between Quality of Nursing Care and Clinical Competency of Nurses

Kimiyo Nanke, Shiori Usami, Misao Arimatsu, Syoko Umeki, Rie Kigo, Mariko Taniguchi

Course of Nursing, School of Health Sciences, Kumamoto University

**Abstract :** The purpose of this paper was to describe the relationship between quality of nursing care and clinical competency among three hundred and fifty-two nurses, who consented to this study. The questionnaires of Six-Dimension Scale of Nursing Performance (6-DS) and Questionnaire of nursing care quality were used. As a result, there was significant relationship between clinical competency and quality of nursing care. And the item of leadership and critical care in 6-DS were related to confidence and behavior as nurses in the questionnaire of quality of nursing care. These items were considered to be educated in undergraduate program. On the other hand, capabilities of education, planning and communication, professional development were not related to the year of clinical experience. These abilities needed to be developed in another way. Furthermore, clinical competency of nurses who had clinical experience more than 10-year was significantly related to the area of support for patients and to provide adequate environment for patients to recover. These results were considered from the view of professional development and education.

**Key words :** Clinical competency, Quality of nursing care, Nursing education, Professional development

#### I はじめに

医療技術の進歩, 少子高齢化の促進, 国民の生活水準の向上, 経済構造の変化など国民や医療を取り巻く環境の変化に伴い, 国民のヘルスケア・ニードは多様化し医療の質に対する関心は高まりを見せている。1995年には日本医療機能評価機構が設立され第三者による病院評価の実施やISOの取得など, 選ばれる病院を目指し各施設は医療

の質, 看護の質の向上に努力を続けている<sup>1, 2)</sup>。看護の質は人的資源や環境的資源などの“ケア構造 (Structure)”, 実際に行われている実践の状況である“ケア過程 (Process)”, 看護実践の成果である“ケア結果 (Outcome)”の3つの側面から考えられ, それぞれの評価の指標や評価方法が検討されてきた。その中でもケア過程 (Process) についてはケア過程に含まれる看護ケアの質の構成要素や構成要素を支える看護技術, ケア過程の測定法等が検討されてきた。そして, 看護ケアの質を構成する要素としてベナーは「役割援助」「指

導／手ほどの機能」「診断機能と患者モニタリング機能」「急速に変化する状況における効果的な管理」「治療的介入と療法を施行し、モニターする」「質の高いヘルスケア実践をモニターし、保証する」「組織化の能力と仕事役割能力」の7領域を明らかにし、これらの看護実践には初心者から熟練者までの5段階があると述べ<sup>3)</sup>、内布らは「人間関係を尊重」「信頼関係を重視」「苦痛の緩和」「看護婦の姿勢」「個別性の尊重」「家族へのケア」「モニタリング機能」「ケア体制の条件」「適切な看護過程」の9の要素を導き出し<sup>4)</sup>、さらにそれぞれの要素を支える看護技術を明らかにした<sup>5-9)</sup>。またQA研究会によって「食事」「排泄」「清潔」「活動」「休息」「環境」「検査」「症状」「治療・処置」「対人関係」「姿勢」の11のケア項目から構成される看護ケアの質質問紙が作成され<sup>10)</sup>、ケア過程に焦点をあてた看護ケアの質の評価が可能となり、看護師が認知している看護ケアの質と患者が認知している看護ケアの質には相違があることや<sup>11)</sup>、自分の看護ケアへの自信の高さは臨床経験年数が長く仕事に対する満足度が高い看護師、既婚で子どもがある看護師ほど高いことや看護師は日常生活援助の自立度に応じた援助や、食事、排泄、清潔面の直接的ケアに自信を持っていることが明らかにされている<sup>12, 13)</sup>。

一方、看護教育においては、多様化する保健医療のニーズに対応できる看護師の育成が求められ<sup>14)</sup>、各教育機関では判断力や応用能力、科学的な問題解決能力を身につけた人間性豊かな看護師の育成を目指した教育に取り組んでいる<sup>15, 16)</sup>。同時に看護系大学や大学院が急増し<sup>17)</sup>、専門看護師や認定看護師など、より高い専門性を持った看護師の養成も進められている。しかし一方では臨地実習時間が減少したことや入院期間の短縮化に伴う重症患者の増加、さまざまな機能障害を持つ高齢患者の増加、高い安全管理水準といった臨床の変化に伴い、新卒看護師の看護実践能力が問題視されており、新卒看護師の卒後研修制度の検討<sup>18, 19)</sup>や看護実践能力の向上や国民の要望に対応した

基礎能力育成のための教育内容の検討<sup>20)</sup>など新卒看護師の看護実践能力を高め看護ケアの質を保証するための取り組みが検討されている。看護実践能力についてはこれまでも多くの報告がなされており、看護実践能力は自己評価と上司からの他者評価に相違はあるものの、ともに時間が経つにつれ評価が高くなり、経験とともに看護実践能力が高まっていると考えられることや、臨床経験を重ねることで高まる能力もあれば基礎教育終了時点である程度獲得されていると考えられる能力があること、臨床経験年数、中堅の自覚、自分の看護に影響を与えた人との出会いの有無や仕事への満足度などが看護実践能力の獲得に影響を与える要因となっていることなどが明らかになっている<sup>21-27)</sup>。

このように看護ケアの質や看護実践能力に関する報告はみられるものの、どれもが看護ケアの質と看護実践能力を単独に検討したものであり、看護ケアの質と看護実践能力との関連について述べたものはない。臨床現場と教育現場との乖離が指摘されている現在、看護ケアの質と看護実践能力との関連や、患者や家族に良い結果や満足をもたらす質の高い看護ケアの提供を保証するためにはどのような看護実践能力が必要であり、それはどのようなプロセスをたどって獲得、発展していくのかを明らかにし、看護教育に反映させていくことが重要であろう。

そこで今回は看護ケアの質と看護実践能力の関連について明らかにすることを目的とし検討を行った。

## Ⅱ 研究方法

### 1. 対象

九州圏内4ヶ所の施設に勤務する看護師を対象とした。質問紙の配布数は493であり、回収数は360名（回収率73.0%）、有効回答数は352名（有効回答率97.8%）であった。

## 2. 調査方法

H14年8月から9月にかけて自記式質問紙を用いた調査をおこなった。対象施設に質問紙を郵送し、回答後は個別に郵送してもらい回収した。今回、看護実践能力の測定にはSchwirianが開発した「Six-Dimension Scale of Nursing Performance (6-DS)」を阿部らが翻訳修正したものを用いた。これは「リーダーシップ」「クリティカルケア」「教育・協調」「計画・評価」「対人関係・コミュニケーション」「専門職開発」の6つのカテゴリからなる尺度である。それぞれのカテゴリは5から11の項目からなっており、合計50項目で構成されている。本研究における6-DSの信頼性係数は0.97であった。看護ケアの質の測定には看護QA研究会が開発した「看護ケアの質質問紙—看護婦用 (QNCQ-NS)」<sup>10)</sup>を用いた。これは「食事」「排泄」「清潔」「活動」「休息」「環境」「検査」「症状」「治療・処置」「対人関係」「姿勢」の11のケア項目からなる尺度であるが、この11の看護ケア項目を構成する看護ケアの質を見るために、得られた結果を用いて因子分析を行い看護ケアの質の構成要素を抽出した。本研究におけるQNCQ-NSの信頼性係数は、0.96であった。

## 3. 分析方法

本研究の対象者は、年齢と臨床経験年数には強い相関があり、看護専門学校卒業者ほど臨床経験年数や年齢が高いという特徴を持っていた。また、対象者の所属施設はA施設が56名(15.9%)、B施設が66名(18.8%)、C施設が170名(48.3%)、D施設が60名(17.0%)と偏りがあり、施設による看護実践能力の相違がみられたため、今回は施設による影響を考慮し、臨床経験年数による看護実践能力、看護ケアの質、看護実践能力と看護ケアの質について分析した。臨床経験年数の群分けはベナーの理論<sup>3)</sup>を参考にした。ベナーは類似した環境で2～3年の経験を積んだナースを一人前、3～5年の経験を積んだナースを中堅とし、3年と5年を技能習得の段階の一つの区切りとしている。しかし今

回、臨床経験年数「3.1年～5.0年以下」と「5.1年～10.0年以下」の間には看護実践能力および看護ケアの質にほとんど相違がなかったことから、臨床経験年数を「3.0年以下(76名)」「3.1年以上10.0年以下(126名)」「10.1年以上(150名)」の3群に分類した。看護実践能力と看護ケアの質の臨床経験年数による相違は分散分析を行い、看護ケアの質と看護実践能力との関連はピアソンの相関係数を求めた。分析には統計ソフトHALWINを使用した。

## 4. 倫理的配慮

各施設および各看護師に対し、調査は無記名であり施設および個人のプライバシーは保護されること、本研究以外の目的に用いられることはないことを説明し同意を得、調査協力は自由意志とした。

# Ⅲ 結 果

## 1 対象者の特徴

表1 対象者の背景

平均年齢(歳)	32.0 ±8.7
平均臨床経験年数(年)	10.2 ±8.5
現在の勤務場所での平均経験年数(年)	3.3 ±2.8
現在の勤務場所(人(％))	
内科系	115 (32.7)
外科系	99 (28.1)
その他	138 (39.2)
教育背景(人(％))	
看護専門学校	202 (57.4)
看護短大	113 (32.1)
看護系大学・大学院	30 (8.5)
その他	7 (2.0)

(看護師, n=352)

対象となった看護師の特徴は表1に示した。対象者は352名で98.6%が女性であった。平均年齢は32.0±8.7歳、平均臨床経験年数は10.2±8.5年、現在の勤務場所での平均勤務年数は3.3±2.8年であった。現在の勤務場所は内科系が32.7%、外科系が28.1%、その他ICUや小児科、産婦人科等多

岐にわたっていたが、98.3%の看護師が受け持ち看護体制を取り入れている病棟で勤務していた。教育背景は看護専門学校卒業者が57.4%、看護短大卒業者が32.1%、看護系大学および大学院卒業者が8.5%、その他が2.0%であった。

## 2. 看護実践能力と臨床経験年数

看護実践能力を施設と臨床経験年数を因子とした二元配置分散分析により検討した。その結果、「リーダーシップ」「クリティカルケア」「教育・協調」「計画・評価」「対人関係・コミュニケーション」「専門職開発」のすべてのカテゴリーにおいて、施設と臨床経験年数の交互作用はみられなかった。看護実践能力の6つのカテゴリーを臨床経験年数別に比較したものを図1に示した。「リーダーシップ」は臨床経験年数の間で有意差がみられ、臨床経験年数「3.0年以下」と「3.1年～10.0年以下」の間では「3.1年～10.0年以下」の看護師の得点が高かった（ $t=2.7$ ,  $p<0.05$ ）。また、「3.0年以下」と「10.1年以上」の間では「10.1年以上」の看護師の得点が高かった（ $t=5.2$ ,  $p<0.01$ ）。

「3.1年～10.0年以下」と「10.1年以上」では「10.1年以上」の看護師の得点が高かった（ $t=3.3$ ,  $p<0.01$ ）。「クリティカルケア」は臨床経験年数の間で有意差がみられ、臨床経験年数「3.0年以下」と「10.1年以上」の間では「10.1年以上」の看護師の得点が高かった（ $t=2.8$ ,  $p<0.05$ ）。「教育・協調」「計画・評価」「対人関係・コミュニケーション

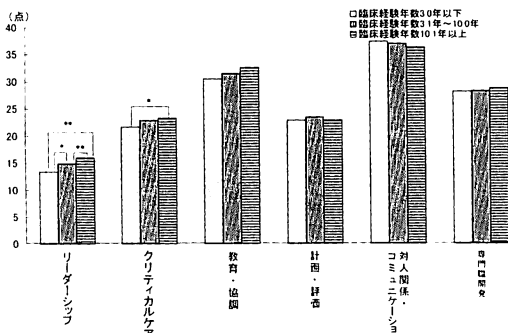


図1 看護実践能力の臨床経験年数による比較  
(\*  $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$ )

ン」「専門職開発」は臨床経験年数間で有意差はみられなかった。

## 3. 看護ケアの質と臨床経験年数

11の看護ケア項目を構成する看護ケアの質を見るために、因子分析（主因子法、バリマックス回転）をおこなった結果、5つの因子が抽出された。因子負荷量0.40以上を採用し、第一因子は「自分の技術への自信と行動力」、第二因子は「患者の希望とペースへの配慮」、第三因子は「生活環境を整えるケア」、第四因子は「自立度に応じたケア」、第五因子は「患者と向き合う」という看護ケアの質の構成要素が抽出された。5つの因子の累積寄与率は47.09%であった。

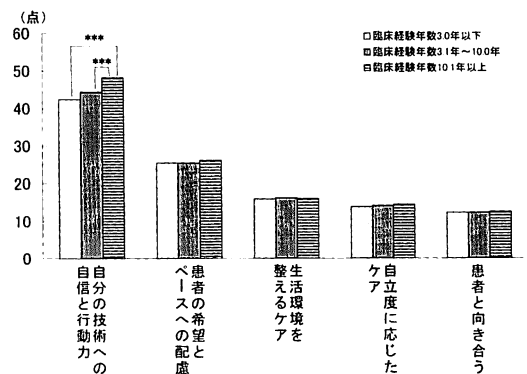


図2 看護ケアの質の臨床経験年数による比較  
(\*\*\*  $p<0.001$ )

看護ケアの質を臨床経験年数別に比較したものを図2に示した。「自分の技術への自信と行動力」は臨床経験年数の間で有意差がみられ、臨床経験年数「3.0年以下」と臨床経験年数「10.1年以上」では臨床経験年数「10.1年以上」の得点が高かった（ $t=7.1$ ,  $p<0.001$ ）。臨床経験年数「3.1年～10.0年以下」と臨床経験年数「10.1年以上」では臨床経験年数「10.1年以上」の得点が高かった（ $t=5.6$ ,  $p<0.001$ ）。「患者の希望とペースへの配慮」「生活環境を整えるケア」「自立度に応じたケア」「患者と向き合う」は臨床経験年数の間で有意差はみられなかった。

表2 看護実践能力と看護ケアの質の相関

		看護実践能力						
		リーダーシップ	教育・協調	計画・評価	対人関係・コミュニケーション	クリティカルケア	専門職開発	
看護 ケアの 質	3.0 年 以下	自分の技術への自信と行動力		0.50***	0.50***	0.40***	0.49***	0.42***
		患者のペースと希望への配慮		0.45***	0.51***	0.65***	0.44***	0.55***
		生活環境を整えるケア	0.40**	0.59***	0.44***	0.71***	0.72***	0.56***
		自立度に応じたケア		0.45***	0.75***	0.45***	0.49***	0.45***
		患者と向き合う	0.52**	0.79***	0.81***	0.68***	0.74***	0.71***
	3.1 年 ～ 10.0 年 以下	自分の技術への自信と行動力	0.57***	0.52***	0.42***	0.52***	0.60***	0.69***
		患者のペースと希望への配慮	0.46***	0.44***	0.45***	0.57***	0.57***	0.56***
		生活環境を整えるケア	0.62***	0.63***	0.52***	0.78***	0.77***	0.59***
		自立度に応じたケア	0.39***	0.50***	0.46***	0.47***	0.44***	0.44***
		患者と向き合う	0.64***	0.77***	0.68***	0.73***	0.72***	0.67***
	10.1 年 以上	自分の技術への自信と行動力	0.41***	0.44***	0.34***	0.38***	0.34***	0.38***
		患者のペースと希望への配慮	0.38***	0.37***	0.39***	0.41***	0.39***	0.39***
		生活環境を整えるケア	0.81***	0.78***	0.82***	0.90***	0.91***	0.80***
		自立度に応じたケア	0.30***	0.34***	0.28***	0.33***	0.28***	0.34***
		患者と向き合う	0.83***	0.88***	0.84***	0.87***	0.84***	0.87***

(ピアソンの相関係数、\*\*：p<0.01、\*\*\*：p<0.001)

(ピアソンの相関係数、\*\*：p&lt;0.01、\*\*\*：p&lt;0.001)

## 4. 看護ケアの質と看護実践能力の関連

看護ケアの質と看護実践能力との関連を表2に示した。

臨床経験年数「3.0年以下」では「自分の技術への自信と行動力」は「教育・協調」「計画・評価」「対人関係・コミュニケーション」「クリティカルケア」「専門職開発」と中程度の相関があった( $\gamma=0.40\sim0.50$ ,  $p<0.001$ )。「患者のペースと希望への配慮」は「教育・協調」「計画・評価」「対人関係・コミュニケーション」「クリティカルケア」「専門職開発」と中程度の相関があった( $\gamma=0.44\sim0.65$ ,  $p<0.001$ )。「生活環境を整えるケア」は看護実践能力のすべてのカテゴリーと中～高い相関があった( $\gamma=0.40\sim0.72$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.001$ )。「自立度に応じたケア」は「教育・協調」「計画・評価」「対人関係・コミュニケーション」「クリティカルケア」「専門職開発」と中～高い相関があった( $\gamma=0.45\sim0.75$ ,  $p<0.001$ )。「患者と向き合う」は看護実践能力のすべてのカテゴリーと中～高い相関があった( $\gamma=0.52\sim0.81$ ,  $p<0.001$ )。臨床経験年数「3.1年～10.0年以下」で

は「自分の技術への自信と行動力」は看護実践能力のすべてのカテゴリーと中程度の相関があった( $\gamma=0.42\sim0.69$ ,  $p<0.001$ )。「患者のペースと希望への配慮」は看護実践能力のすべてのカテゴリーと中程度の相関があった( $\gamma=0.44\sim0.57$ ,  $p<0.001$ )。「生活環境を整えるケア」は看護実践能力のすべてのカテゴリーと中～高い相関があった( $\gamma=0.52\sim0.78$ ,  $p<0.001$ )。「自立度に応じたケア」は看護実践能力のすべてのカテゴリーと低～中程度の相関があった( $\gamma=0.39\sim0.50$ ,  $p<0.001$ )。「患者と向き合う」は看護実践能力のすべてのカテゴリーと中～高い相関があった( $\gamma=0.64\sim0.77$ ,  $p<0.001$ )。臨床経験年数「10.1年以上」では「自分の技術への自信と行動力」は看護実践能力のすべてのカテゴリーと低～中程度の相関があった( $\gamma=0.34\sim0.44$ ,  $p<0.001$ )。「患者のペースと希望への配慮」は看護実践能力のすべてのカテゴリーと低～中程度の相関があった( $\gamma=0.37\sim0.41$ ,  $p<0.001$ )。「生活環境を整えるケア」は看護実践能力のすべてのカテゴリーと

高い相関があった ( $r=0.78\sim0.91$ ,  $p<0.001$ )。「自立度に応じたケア」は看護実践能力のすべてのカテゴリと低い相関があった ( $r=0.28\sim0.34$ ,  $p<0.001$ )。「患者と向き合う」は看護実践能力のすべてのカテゴリと高い相関があった ( $r=0.83\sim0.88$ ,  $p<0.001$ )。

#### Ⅳ 考 察

本研究は看護実践能力と看護ケアの質との関連について調査を行った。その結果、看護実践能力の6つのカテゴリはすべて看護ケアの質と関連があり、看護実践能力を高めることで看護ケアの質も高まることが示唆された。中でも自分の技術と行動力に自信をもたらすのは、リーダーシップ能力とクリティカルケア能力の発展であることが示唆された。柳澤ら<sup>23)</sup>はリーダーシップや看護技術の実践は臨床経験年数が長くなるにしたがって高まる能力であることを報告しており、今回の結果もそれを支持するものであった。クリティカルケアを含む看護技術についてはこれまでも基礎教育の場においてモデルや学生同士のロールプレイなどによって繰り返しトレーニングをするなど技術の修得に力が注がれてきた。しかし判断力を支えるような生活体験も乏しくコミュニケーションスキルも低下している学生が、危機的状況の中で変化する対象の状況をとらえ、状況に応じた判断を下し看護師資格をもたない看護学生という立場で患者に侵襲を与えるような看護技術を実践することは基礎教育の中では限界がある。しかし、入院期間の短縮化に伴う入院患者の重症化によって新卒看護師にもより高いクリティカルケア能力が必要とされており危機的状況に置かれた対象の状況に巻き込まれて判断し技術を提供できる能力を基礎教育においても少しでも高めておくことが必要である。そのためには基礎教育において単に技術経験の機会を増やすだけでなく模擬患者の導入など、できる限り実践に近い状況を想定し、対

象の状況に巻き込まれながら思いに近づき判断や説明をし看護技術の実践ができるような能力の基礎を形成する教育方法の工夫が必要であろう。

「教育・協調」「計画・評価」「対人関係・コミュニケーション」「専門職開発」の能力はすべての看護ケアの質と関連があり、看護ケアの質を高めるためには重要な能力であることが示された一方で、臨床経験が長くなっても能力の向上はみられなかった。「教育・協調」「対人関係・コミュニケーション」は看護師が直接対象に働きかけ問題を解決するのではなく、患者や家族など対象が自分たちの課題を見出し取り組んでいくことや、対象と医療チームの関係や看護師自身と他の職種との関係を良好に構築しながら対象の問題が解決できるように導く能力であり、「計画・評価」は自分がおこなう看護を看護過程という問題解決型の思考で取り組もうとする姿勢のあらわれである。これらの能力が臨床経験年数による相違がみられなかったことは、平成2年のカリキュラム改正以降、疾患を中心とした看護から包括的に看護をとらえ様々な職種とチームを組み協同でき、問題解決能力を持つ看護師の育成を目指した基礎教育の成果ともみることができる。しかし様々な問題を複合的に抱えた患者の増加や施設内での看護にとどまらず在宅など広い分野で対象の自立をめざした看護活動は今後もますます期待されることを考えると問題解決能力や社会資源の活用や多職種との協同能力はより一層必要とされるものと考えられ、臨床経験を重ねるだけでは向上がみられなかったこれらの能力をいかに向上させていくかという課題が示されたものと考ええる。

「生活環境を整えるケア」と「患者と向き合う」は他の看護ケアの質と比べて強い関連を示した看護実践能力が多かった。特に臨床経験年数10.1年以上のエキスパートナースにおいては「生活環境を整えるケア」「患者と向き合う」はすべての看護実践能力が強く関連していた。これは患者を援助する際、常に目の前にある身体的状況や治療状況に関わるだけでなく身体症状や治療を受けながら生

活する人々やその生活をどう支えるのかを示していると言える。ベナーはエキスパートナースは豊富な経験に裏付けされた直感的な判断で患者と患者を取り巻く状況の中で何が起きているかを丸ごと捉え、患者に巻き込まれながら患者－看護師関係を通じて患者に変化を及ぼしている<sup>3)</sup>と述べている。エキスパートナースの直感的な優れた看護実践にはそれまでに獲得された看護実践能力が基礎として存在し、それらの能力が個々に用いられるのではなく統合されることによってエキスパートナースの判断や実践を支えているものと考えられる。

今回、看護実践能力を高めることによって看護ケアの質も高まることが示唆された。しかし今回は看護師自身の自己評価であり、患者の看護ケアへの満足度を反映していたとは言い難い。看護ケアの質の評価について看護師と患者との間に相違がみられている<sup>1)</sup>ことから患者や家族が満足する看護ケアの質とはどのようなものなのかを明らかにし、患者や家族の満足度を高める看護ケアの質のための看護実践能力の検討が必要であろう。また、今回は質問紙による調査であるため、どのような体験を経て看護実践能力が高められていくのかというプロセスは明らかにすることができなかった。よって今後は患者の満足度を高める看護ケアの質に必要とされる看護実践能力がどのようなプロセスを経て獲得されていくのかを検討していくことが必要である。さらに、今回対象となった看護師が所属する施設は九州圏内の中～大規模の急性期病棟を主とした総合病院であり、一般化するには限界がある。今後は対象を広げるとともに急性期病棟や療養型病床群などケア構造の相違を考慮した看護ケアの質や看護実践能力を検討していくことも必要であろう。

## V 結 論

今回、看護実践能力を高めることによって看護

ケアの質も高まることが明らかとなった。中でも「リーダーシップ」「クリティカルケア」の能力は自分の技術への自信と行動力を高める能力であるが、経験を重ねることによって発展するこれらの能力を、基礎教育の中でより向上させるための教育方法の工夫が必要である。また、「教育・協調」「計画・評価」「対人関係・コミュニケーション」「専門職開発」の能力も看護ケアの質を高めるには重要な能力であった。しかしこれらの能力は単に臨床経験を重ねるだけでは発展することが困難であり、どのような体験がこれらの能力を促進させることができるのかを明らかにしていくことが必要であろう。また看護実践能力や看護ケアの質および臨床経験の定義やそれらの構成要素についても今後明確にしていくことが必要である。

最後に、調査にご協力いただきました施設および看護師の方々に深く感謝いたします。

## 参考，引用文献

- 1) 村上美好：看護の質評価を看護の質改善に結びつけるために看護展望.22(10)：18-24,1997.
- 2) 梶原和歌：これからの病院の進むべき方向を目指して.看護展望.22(10)：25-28,1997.
- 3) パトリシア・ベナー，井部俊子他訳：ベナー看護論－達人ナースの卓越性とパワー.医学書院.1999.
- 4) 内布敦子他：看護ケアの質の要素の抽出-デルファイ法を用いて.看護研究.27(4)：61-69,1994.
- 5) 片田範子他：「痛みの緩和」における看護技術.看護研究.29(1)：5-21,1996.
- 6) 内布敦子他：「モニタリング機能」を構成する看護技術.看護研究.29(1)：23-33,1996.
- 7) 山本あい子他：家族を含めたケアとしての看護技術.看護研究.29(1)：35-46,1996.
- 8) 竹崎久美子他：患者の日常生活を改善・維持するための看護技術，看護研究.29(1)：47-57,1996.
- 9) 近澤範子他：「医療チームの連携」を生み出す看護婦の技術，看護研究.29(1)：59-70,1996.
- 10) 堀内成子他：看護ケアの質を評価する尺度開発に関する研究－信頼性・妥当性の検討－，日本看護科学会誌.16(3)：30-39,1996.

- 11) 堀内成子他：看護ケアの測定用具の開発過程.看護研究.28(4)：11-20,1995.
- 12) 飯野京子他：46病棟における看護ケアの質評価の比較.看護展望.24(8)：80-86,1999.
- 13) 楠田清美他：看護経験やライフコースからみた看護ケアの質評価.第29回看護管理.39-41,1998.
- 14) 小島操子：看護大学の今とこれから.看護展望.26(2)：4-7,2001.
- 15) 青木康子：カリキュラム改善—新しい内容と特色.カリキュラム検討作業を終えて—カリキュラム改善案に託したもの.看護展望.14(5)：26-35,1989.
- 16) 松野かほる：新しいカリキュラムに託したもの.看護展望.21(6)：49-53,1996.
- 17) 看護関係統計資料集. 日本看護協会出版. 98,2002.
- 18) 国井治子：卒後臨床研修必修化に向けた検討.看護.54(5)：36-39,2000.
- 19) 井部俊子：看護婦の卒後臨床研修はなぜ必要か.看護展望.26(5)：17-23,2001.
- 20) 大学における看護実践能力の充実に向けて.看護学教育の在り方に関する検討会報告. 2002.
- 21) 斉田菜穂子他：看護婦の臨床能力に関する研究（第3報）—卒後1～3年目の看護婦の変化—. 日本看護研究学会雑誌.21(3)：177,1998.
- 22) 阿部典子他：新卒看護婦の能力に関する研究—自己評価と他者評価の比較—.日本看護科学会誌.12(3)：204-205,1992.
- 23) 柳沢節子他：看護実践能力の獲得に関する研究（その2）—経験年数による分析—.日本看護科学会誌.14(3)：360-361,1994.
- 24) 柳沢節子他：看護実践能力の獲得に関する研究（その4）—経験年数10年以上の能力に焦点をあてて—.日本看護科学会誌.16(2)：280-281,1996.
- 25) 山崎慶子他：新卒看護婦の看護実践能力に関する研究（第二報）—自己評価と他者評価の比較—. 日本看護科学会誌.13(3)：270-271,1993.
- 26) 土佐千栄子他：経験3年目以上の看護婦・看護師の臨床実践能力の特徴 第1報—3病院574名の看護婦・看護師を対象に—. 日本看護管理学会誌.5(2)：55-63,2002.
- 27) 上野貴子他：経験3年目以上の看護婦・看護師の臨床実践能力の特徴 第2報—年齢階級別にみた臨床実践能力の比較—. 日本看護管理学会誌.5(1)：64-70,2002.