

原著論文

病棟看護師長が行う看護管理の工夫の構造

Structurally, the nursing management deliberate contrivances made by chief nurse managers of hospital wards

森木 妙子 (Taeko Moriki)* 山田 覚 (Satoru Yamada)**

要 約

本研究は、看護師長がどのような看護管理の工夫を行っているのかを明らかにし、効果的な看護管理の工夫を体系化することを目的とする。研究方法は量的調査である。看護管理の工夫の調査項目を作成するために面接調査を行い、それをもとに53項目を作成した。本調査を173施設に依頼し、調査用紙を1,764通配布し、1,087通（回収率61.6%）から回答を得た。分析は、SPSS Amos 22.0共分散構造分析を用いた。その結果、看護管理の工夫には2つの構造があり、16の要素をもつ層と24の要素をもつ層が明らかになった。第1層の高次因子は、1)【スタッフに病棟管理の方向づけ】、2)【病棟内部の円滑な流れの創造】である。第2層の高次因子は、1)【病棟看護の探求と自覚】、2)【管理の切り替え】、3)【人をつなぎ現場力を創造】である。ある状況におかれた時、体系化された看護管理の工夫の2つの層を柔軟に活用することが病棟運営の成果を生み出す。

Abstract

The purpose of this study is to shed light on how chief nurse managers make deliberate contrivances in nursing management. Furthermore, useful deliberate contrivances in nursing management are summarized.

This study had a quantitative design. An interview-based survey was conducted to identify survey items related to deliberate contrivances in nursing management. 53 questionnaire items pertaining to such deliberate contrivances were identified on the basis of the qualitative results of the survey. 173 facilities were invited to participate in the survey. In total, 1,764 copies of the survey questionnaire were distributed, and 1,087 completed questionnaires were received from the respondents (response rate: 61.6%). For the analysis, we used structural equation modeling in SPSS Amos 22.0.

Deliberate innovations in nursing management have a double-layered structure; the first layer which consists of 16 elements, and the second layer which consists of 24 elements. The higher-order factors in the first layer were 1. [Decision making in nursing management in wards toward the staff members] and 2. [Establishment of smooth flow from within wards]. The higher-order factors in the second layer included 1. [Observation and realization of nursing care in wards], 2. [Switching management] and 3. [Establishment of interpersonal relations and practical skills].

The successful operation and management of hospital wards can be achieved by flexibly utilizing the two layers of deliberate contrivances to aid nursing management.

キーワード：看護師長 看護管理 工夫 構造

I. はじめに

平成26年度6月の「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一部施行を受けて、

地域における医療・介護サービスの提供体制が改革された。その内容として、1) 地域包括ケアシステムの整備と、2) 入院医療の機能分化が整備された。病院組織では財源の課題、設備の課題、組織の課題、人材の課題、情報の課題

*高知大学医学部看護学科

**高知県立大学看護学部

があり、その対応策として、キャリアの活用、医師や看護師確保対策、情報共有システムの確立、赤字経営対策などへの取り組みがなされている（高山2008）。

情報化社会において病院の医師や看護師の質は、国民にも認識されるようになり、医療サービスに対する社会的ニーズも多様化し、サービスの質や範囲に対する要求も高まるばかりである。そのような中で、経営参画（松永2013、松田2007、吉田2011、高山2008）や時間管理（松田2007）、病床管理（武井2009、黒崎2009）などの看護管理上の工夫の必要性が言われている。病棟師長は、看護単位を統括している中間看護管理者として、看護部長らとともに、様々な課題の解決のために、必要な管理行動をとることが課せられている。そこで課題解決にむけて効率化や合理化を考え、責任や権限の明確化、人材育成、業務の効率化、労働環境の整備など看護管理の工夫を行っている。つまり病院の機能に応じた経営の安定化を図るには、現場力を高め、病棟を動かしていく看護管理の力量が問われ、入院患者数、稼働率、在院日数や、看護実践の工夫がかなり違って来る。看護師長の責任は、看護の質を上げて経営に貢献することである。

しかし看護師長のさまざまな看護管理の工夫のプロセスは見えていない状態である。そこで看護師長が状況に応じてアイデアを生み出し、どのような良い方法を使い病棟運営の安定化につなげているのかを明らかにしたいと考えた。研究の目指すところは、効果的な看護管理の工夫の構造を検証し、経営の安定化と支援体制の拡充に役立てることである。

II. 研究 方 法

1. 研究デザイン：仮説検証型研究

2. 研究の枠組み

1) 仮説：看護管理の工夫は、2層構造のプロセスをたどる。

2) 要因図

先行研究（森木2015）より導いた、病棟看護師長が行う看護管理の工夫とは1. 状況的考え

の探求、2. 思考・方法・構造の再構成、3. 考えついた方法・手段の意思決定と行動から構成されている。その工夫が看護師長の管理行動に結びつくには、状況的考えの探求と思考・方法・構造の再構成が連続線上にあり、状況に応じて、考えついた方法や手段を意思決定し行動することで成り立っている。1. 状況的考えの探求とは看護師長がある状況に置かれたときに、病棟運営で生み出されるあらゆる考えの探求である。2. 思考・方法・構造の再構成とは、探求から得られた考えをもとに、思考や方法、構造をふりかえり再調整することである。3. 考えついた方法・手段の意思決定と行動とは、案出した看護管理行動の選択と実践である。以上の3つのプロセスはUカーブ（C.オットー・シャーマー2012）によって説明でき、浅いUカーブで行動に至る段階や、状況を掘り下げて深いUカーブで行動に至る段階など、その深さにより工夫のプロセスには違いがあると考えた。

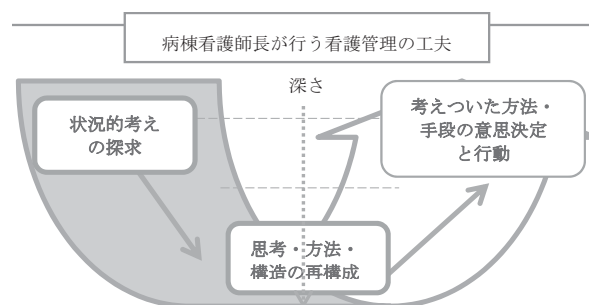


図1 病棟看護師長が行う看護管理の工夫

3. 研究協力者

本調査は、病棟で勤務をしている看護師長1,000名に協力を依頼した。病院の選択は、「平成23年医療施設調査」から医政局で作成された全国300床以上の病床規模の病院数1,180施設より、全国地方厚生支局の管轄地域（中国四国厚生局、近畿厚生局、北海道厚生局、東海北陸厚生局、関東信越厚生局、東北厚生局、九州厚生局、）より、各厚生局から1施設10名の協力者を目安に回収率を50%と予測し200~300施設を無作為に設定した。

4. データ収集方法

本調査のアクセスは協力施設の責任者に、電話連絡と文書（研究計画書、研究協力依頼書、調査用紙）で説明し、当該施設の倫理審査の承認を得た。そのあと施設責任者に協力可能な看護師長の人数を文書で知らせてもらい、調査用紙を責任者に送付し、研究協力者に配布をお願いした。回収は、返信用封筒にて研究者宛てへの郵送をお願いした。

5. 調査項目の作成

質的帰納的方法で抽出した看護管理の工夫に関する要素を調査項目としてアンケートを作成した。アンケートの項目は対象者の背景、看護管理の工夫に関する53項目（森木2015）、病棟運営に関する5項目（森木2016）を調査し、測定尺度は間隔尺度5段階評定法を用いた。

6. 分析方法

調査項目の内的整合性はクロンバック α 係数を計算し、妥当性は因子分析を行い、看護管理の工夫の53項目の因子構造を見るために、Amos Ver. 22.0を用い、共分散構造分析（最尤法）を行った。

7. 倫理的配慮

高知県立大学の看護研究倫理審査委員会の承認後、協力施設の承認を得て実施した。

- 1) 研究参加への任意性と調査目的と倫理的配慮、研究結果の公表について説明文書に明記し、その説明文を質問用紙に添付し、協力者からの返信をもって研究への同意を得た。
- 2) 個人情報の管理は、個人が特定できないように記号や番号で入力・整理して取扱い、鍵のかかる場所で適切に保管した。
- 3) 研究に関する質問や相談はいつでも受けることを記載し、連絡先を書いた文書を渡し、連絡があった場合はその都度応じる体制にした。

III. 結 果

277施設の責任者に、依頼文書一式を郵送し、173施設（62.0%）から審査の承認を得て、調査用紙1,764通を研究協力者に配布した。調査期間は2015年1月4日から3月31日である。1,764通のうち1,087通（回収率61.6%）から回答があり、回答に不備のあるものを除いた1,084通を有効回答（99.7%）とした。

1. 対象者の概要

1) 看護師長経験年数と教育背景

回答者の看護師長経験年数は、平均8.1年（標準偏差6.90）であった。回答者の教育背景は、専門学校卒が77.0%、短大卒が8.7%、4年制大学と大学院卒が8.1%であった。

2) 研修参加

回答者の研修参加の有無は、ファーストレベル研修が41.7%、セカンドレベル研修が40.7%、サードレベル研修が1.7%、その他の管理者研修が7.7%であった。看護協会の認定看護管理者研修とその他の管理者研修が重複しているものは19.5%いた。

3) 設置主体と病床規模

回答者が属する施設は、国公立系54.0%、私立系46.0%であった。施設の病床規模は、500床未満が56.4%、500床以上が42.6%であった。

2. 看護管理の工夫53項目の妥当性と因子パターン

因子を探索するために全53項目に対して、抽出の基準を固有値1以上とし、主因子法・プロマックス回転を実施した。欠損値はリストごとに除外し、因子負荷量が0.35未満で十分な因子負荷量を示さなかった項目を除いて、分析を実行した。その結果9因子42項目の妥当性を確認した。42項目の信頼性統計量はクロンバック α 係数が0.93であり、最終的に抽出されたのは9つの因子パターンであった（表1）。

表1 看護管理の工夫を構成する因子(主因子法・プロックス回転後の因子負荷量)

項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子	第8因子	第9因子
42 主任・副師長を病棟運営の要	.400	.145	.033	.004	-.020	.108	-.064	.031	.037
43 中堅の指導力を育成	.574	-.014	.122	-.018	.116	.044	-.075	-.026	-.048
44 能力発揮できる役割を持たせる	.603	.059	.095	.056	-.024	.087	-.157	-.096	-.043
45 基本的な価値観	.644	.148	.102	-.117	.067	-.005	-.045	-.117	-.147
46 キャリア発達をスタッフが支援	.668	-.053	.043	-.053	.076	.026	-.046	-.003	-.074
47 目標管理に皆で関わってもらう	.500	-.143	-.018	.034	.183	-.045	.007	.002	.118
48 認定へ相談してもらう	.450	.069	-.192	.027	-.073	.022	.200	.025	.120
49 スタッフの繰り返し学習	.644	.064	-.089	-.031	-.003	-.069	.120	.066	.071
50 医療安全の学習をしてもらう	.631	-.007	-.094	.073	-.075	-.040	.089	.015	.100
51 物品管理をしてもらう	.452	-.071	-.071	.236	-.059	-.051	.052	.038	-.030
52 問題解決できるカンファレンス	.451	-.025	.139	.072	-.022	-.034	.068	.079	-.096
8 感性に触れる	-.022	.443	.203	-.085	.115	.000	.073	.027	-.009
9 承認する	-.059	.793	.008	-.047	-.003	-.027	-.056	.096	.064
10 意見を聞く	.019	.832	.059	-.109	-.150	-.007	-.014	.201	.038
11 新しい提案を取り入れる	.089	.647	.013	-.060	-.008	-.010	-.085	.361	-.007
21 話しやすくして聞きやすい環境	-.016	.541	.010	-.001	.042	.013	.104	.006	-.033
23 メンタルが弱いスタッフと面接	-.035	.492	-.005	.195	-.031	.000	.113	-.116	.067
24 スタッフの成長に合わせ待つ	.093	.496	-.207	.286	-.024	-.040	.015	-.208	.011
25 ワークライフバランスを支援	-.040	.420	-.125	.304	.091	.028	-.022	-.084	.013
4 看護サービスを良くする考えを分かち合う	.025	.076	.679	-.002	-.140	-.074	.149	.003	-.011
5 師長の病棟管理の考えを示す	.018	-.025	.716	.026	-.115	.023	.006	.016	.200
6 目指す看護の方向性を統一する	-.023	.006	.730	.107	-.101	-.019	.080	.082	-.001
7 ビジョンを形にする	-.005	-.010	.657	.070	-.023	.012	-.049	.078	.152
26 時間内で業務が終わる仕事管理	.046	-.042	.060	.471	.138	-.052	-.010	.022	-.011
27 既存のシステムの有効な活用	-.008	.022	.030	.505	.228	-.069	-.034	.003	-.001
30 成果を出す委員会の活動を促す	.242	-.117	.145	.398	.012	-.016	-.037	.038	.064
31 チーム編成を考慮した運用	.072	.051	.168	.440	-.056	.010	.034	-.027	-.037
32 必要に応じたマニュアル作成	.130	-.037	.058	.609	-.127	.040	-.041	.124	.031
33 マニュアルを活用しながら仕事	.018	-.014	.014	.700	-.091	.062	.006	.146	-.065
17 手際の良い交渉	-.063	.141	.070	.025	.424	.042	.165	.068	.009
18 公式な力の利用	.095	-.020	-.141	.027	.671	-.017	-.024	.137	.131
19 プライベートな人脈をつくる	.010	.008	-.168	-.012	.637	.006	-.005	.242	.110
20 地域関係者と協働	.050	-.128	-.007	-.091	.480	-.013	.294	.125	.058
35 緊急入院を受け入れる体制	-.003	-.031	-.022	.054	-.034	.872	.057	.015	.029
36 緊急入院を受け入れる	-.011	.002	-.029	-.041	.025	.853	.020	.005	.021
37 退院支援の体制をつくる	.145	.040	.035	-.048	.013	.052	.632	-.086	-.062
38 転院が難しいケースの退院調整	-.120	.043	.152	-.048	.051	.036	.618	-.010	-.119
39 再入院につながらない退院指導	.093	-.047	.009	.139	.083	-.005	.431	-.052	.035
12 成功例を取り入れる	.040	.126	.109	.091	.259	-.026	-.061	.570	-.070
13 看護部長や他の看護師長の意見	-.055	.118	.031	.133	.294	.050	-.005	.555	-.172
2 何らかの手法を用いて分析	-.023	.055	.162	.024	.189	.063	-.140	-.101	.630
3 管理データをスタッフに説明	.016	.060	.314	-.091	.153	-.021	.009	-.174	.625
固有値	11.314	2.211	1.846	1.746	1.576	1.334	1.265	1.118	1.035

3. 因子間相関

因子間相関行列より、第1因子から第7因子は有意な正の相関を示した。第8因子と第9因子は他の因子との相関がなかった。

表2 因子間相関行列

因子	第1	第2	第3	第4	第5	第6	第7	第8	第9
第1	1.00	-	-	-	-	-	-	-	-
第2	.58	1.00	-	-	-	-	-	-	-
第3	.55	.57	1.00	-	-	-	-	-	-
第4	.69	.53	.51	1.00	-	-	-	-	-
第5	.56	.54	.62	.52	1.00	-	-	-	-
第6	.30	.38	.35	.32	.29	1.00	-	-	-
第7	.38	.24	.21	.31	.20	.27	1.00	-	-
第8	-.04	.02	-.08	-.05	-.20	-.05	.24	1.00	-
第9	.26	.02	.17	.20	.06	.03	.28	.29	1.00

因子抽出法：主因子法 回転法：プロマックス法

4. 病棟看護師長が行う看護管理の工夫の構造

病棟看護師長が行う看護管理の工夫の構造について、2つの仮説モデルをたてAmos22.0を用いた確認的因子分析（最尤法）を行った。この分析で使用したデータは欠損値を除いた996名である。その仮説モデルとは仮説1モデル：「看護管理の工夫は、9つの潜在変数からなる構造のプロセスをたどる層がある」、仮説2モデル：「看護管理の工夫は、思考・方法・構造の再構成のプロセス（第4・第5・第9因子）を通らない6つの潜在変数からなる構造のプロセスをたどる層がある」である。

1) 仮説1モデルの構造

仮説1では、初期モデルの作成は因子分析から得られた9つの共通因子を説明する変数を観測変数として開始した。観測変数42項目と潜在変数との因果関係や潜在変数間の関係の修正を繰り返し、モデルの修正において、第1因子から第7因子の各因子内の相関の強い項目の調整を行い、他の変数との相関がなかった第8因子が除外され、第6因子と第7因子が1つの潜在変数に集約され、それらをまとめる3つの高次

因子が成立し、モデルの適合度を算出した（図2）。適合度指標はカイ2乗値がケース数に強く依存するため有意水準は1%未満であったが、モデルを受容できるかどうかをカイ2乗値のみで判定することは困難であり、他の判定基準も合わせて判断する必要がある。他の分析結果では、適合度GFIは0.955修正適合度AGFIは0.943でどちらも0.9以上を示し、さらにケースが多い時のカイ2乗検定に代えて判断するためのRMSEAが0.037であり、0.08以下の基準を満たしていた。AICは678.756と最小の値を選択し、各指標の基準を満たし、このモデルが良いという結果を得ることができた。その結果看護管理の工夫の構造は、仮説1の9つの潜在変数の構造は棄却され、10の潜在変数（3つの高次因子と7つの下位因子）と24の観測変数から成り立つモデルが採択された。

10の潜在変数とは、7つの下位因子と、それらをまとめる3つの高次因子の概念から成り立っていた。その高次因子とは、(1)【病棟看護の探求と自覚】、(2)【管理の切り替え】、(3)【人をつなぎ現場力を創造】であった。7つの下位因子とは（イ）《互いの仕事の仕方を理解し合う接触と探求をする》、（ロ）《病棟看護の方向性に関与する》、（ハ）《病棟管理への提言を促す情報を取り出す》、（ニ）《小さな単位の知恵を仕事管理に使う》、（ホ）《前向きな交渉と協働をする》、（ヘ）《部署を巻き込み人をつなぐアクション》、（ト）《多くの資源をつなぐ連続線上のアクション》であった。以下高次因子を【】、下位因子を《》、観測変数を〈〉で示した。

高次因子と下位因子の概念間の関係は、3つの高次因子の関係の強さは、【病棟看護の探求と自覚】の高次因子は【管理への切り替え（パス係数0.92、決定係数0.84）】と関係が成立し、その先に【人をつなぎ現場力を創造（パス係数0.99、決定係数0.98）】と関係していた。高次因子と下位因子の概念間の関係では、【病棟看護の探求と自覚】とは、部署目標に向かう意図

の探求が続けられ、病棟の看護を自覚することであり、(イ)《互いの仕事の仕方を理解し合う接触と探求をする(パス係数0.85、決定係数0.72)》、(ロ)《病棟看護の方向性に関与する(パス係数0.79、決定係数0.63)》の2つの下位因子と関係が成立していた。

【管理の切り替え】とは、働きやすい看護管理の再構成を行うための、仕切り直しや転換をすることであり、(ハ)《病棟管理への提言を促す情報を取り出す(パス係数0.59、決定係数0.35)》、(ニ)《小さな単位の知恵を仕事管理に使う(パス係数0.89、決定係数0.80)》、(ホ)《前向きな交渉と協働をする(パス係数0.57、決定係数0.32)》の3つの下位因子と関係が成立していた。とくに《小さな単位の知恵を仕事

管理に使う》因子は他の2つに比べて影響力が強かった。

【人をつなぎ現場力を創造】とは、内在する部署全体の知を結びつけ、資源をつなぎ、その力を大きな力に育て発揮することであり、(ヘ)《部署全体を巻き込み人をつなぐアクション(パス係数0.94、決定係数0.89)》、(ト)《多くの資源をつなぐ連続線上のアクション(パス係数0.70、決定係数0.49)》の2つの下位因子と関係が成立していた。

以上のことから、このモデルはアクションを起こすまでに、内部や外部環境の変化や条件に組織を適合させていけるように看護管理を創造する道筋であり、「病棟管理を創造する条件適合層(第2層)」と名付けた。



適合度指標：SRMR=.037、GFI=.955、AGFI=.943、CFI=.951、RMSEA=.037、AIC=678.756

図2 病棟管理を創造する条件適合層(第2層)

2) 仮説2モデルの構造

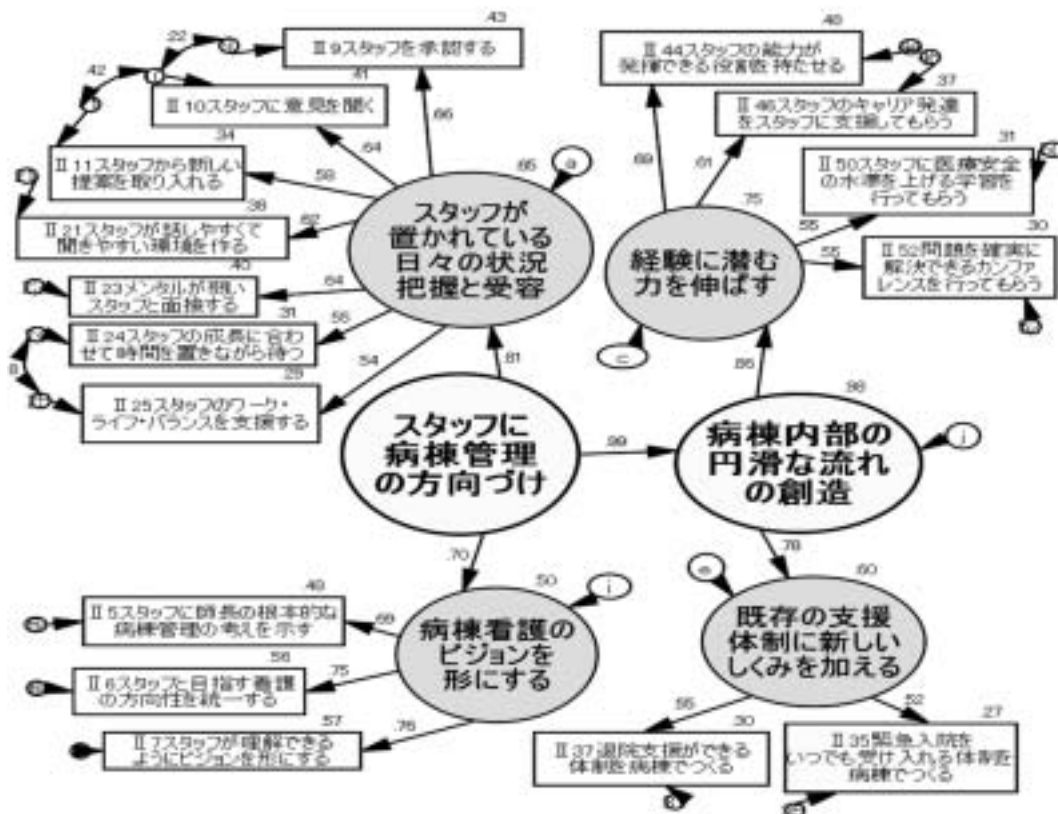
仮説2では、初期モデルの作成は思考・方法・構造の再構成の因子を除いて分析を行った。モデルの修正を行い、6つの潜在変数(2つの高次因子と4つの下位因子)と16の観測変数で成り立つモデルが採択された(図3)。適合度指標は、GFI=0.973、AGFI=0.961、CFI=0.973、RMS EA=0.035、AIC=294.371で各基準を満たした。

6つの潜在変数とは、4つの下位因子と、2つの高次因子である。高次因子は【スタッフに病棟管理の方向づけ】と【病棟内部の円滑な流れの創造】である。下位因子とは1)《スタッフが置かれている日々の状況把握と受容》、2)《病棟看護のビジョンを形にする》、3)《経験に潜む力を伸ばす》、4)《既存の支援体制に新しいしくみを加える》であった。

2つの高次因子の関係の強さは、【スタッフに病棟管理の方向づけ】は、【病棟内部の円滑な流れの創造】とパス係数0.99、決定係数0.98の強い関係が成立していた。高次因子と下位因

子の概念間の関係では、【スタッフに病棟管理の方向づけ】とは、スタッフの仕事を取り巻く背景や状況を見渡し、速やかに方向性を示すことであり、(イ)《スタッフが置かれている日々の状況把握と受容(パス係数0.81、決定係数0.65)》、(ロ)《病棟看護のビジョンを形にする(パス係数0.70、決定係数0.50)》の2つの下位因子と関係が成立していた。【病棟内部の円滑な流れの創造】とは、スタッフの経験知や新しいしくみを工夫して、業務を円滑に進めることであり、(ハ)《経験に潜む力を伸ばす(パス係数0.86、決定係数0.75)》、(ニ)《既存の支援体制に新しいしくみを加える(パス係数0.78、決定係数0.60)》の2つの下位因子と関係が成立していた。

以上のことから、このモデルは、日々変化する病棟の動きを中心に、タイムリーに円滑な人やしくみを工夫することであり、「内部の動きに即してタイムリーに工夫を積み重ねる層(第1層)」と名付けた。



適合度指標 : SRMR=.031、GFI=.973、AGFI=.961、CFI=.973、RMSEA=.035、AIC=294.371

図3 内部の動きに即してタイムリーに工夫を積み重ねる層(第1層)

IV. 考 察

本研究の結果、看護管理の工夫として2層の構造が明らかになり、「看護管理の工夫は、2層構造のプロセスをたどる」仮説が検証された。病棟で行う看護管理の工夫について1. 高次因子と下位因子の関係、2. 構造の層別化の視点から考察を述べる。

1. 高次因子と下位因子の潜在変数の関係

「病棟管理を創造する条件適合層（第2層）」では、【病棟看護の探求と自覚】に、2つの下位因子《互いの仕事の仕方を理解し合う接触と探求をする》と《病棟看護の方向性に関与する》が結びついたのは、管理者が現場に目線をあわせ、スタッフとお互いの仕事への考え方を理解し合う基盤づくりであり、共通の意思を見出せるところまで、これらの因子に含まれている管理行動を続けていたためと考えられる。遠藤（2008）も「現場に目線を合わせ、現場に深く入っていき、それぞれの持つ現場の本質をえぐり出すことが、実行性のある提言につながる」と述べていた。

またこのモデルでは、【管理の切り替え】をするために、《病棟管理への提言を促す情報を取り出す》ことが不可欠と位置づけられ、実行性を導いていた。それはドラッカー（2006）は、「誰もが仕事をするために、知るべきことを知っている。仕事をするために、必要な資源をみな手にしている」ことであり、常に最新の情報を入手し、スタッフをやる気にすることで複数の頭脳を集約した【管理の切り替え】を行うために必要だと考えた。

さらに《小さな単位の知恵を仕事管理に使う》が他の2つの因子と比べてパス係数、決定係数が強かった。看護師長たちがチームや委員会にエネルギーを投入するなどの看護管理の働きを再構成する際に、看護師の知恵を管理に取り込むことでやる気を支えている。「現場から自発的に知恵や創意工夫が『湧き出してくる』ために有効なアプローチは『小さな単位の組織』による改善活動である（遠藤2008）」と言われ、このようにチームの知恵を使う組織づくりが成果を出す決め手になると考える。委員会活動や

チーム運用の活用の再構成が工夫されると、意思決定の段階で、スタッフの力を現場で引き出すことがスムーズとなり、現場が成果を出していく。また想定される障害への対応というより《前向きな交渉と協働をする》ことで、部門をまたがる問題点の対処を行い、チーム医療を支えている。【管理の切り替え】には、仕事への満足度をあげ病棟全体の働きやすいソフト面の工夫が潜んでいると考えた。

これらの段階を踏みながら、内在する知や資源をつなぎ、部署全体の大きな力を創り、【人をつなぎ現場力を創造】していた。その下位因子である《部署を巻き込み人をつなぐアクション》は、部署の力が結集する部分であり、経験の中にある知を全員で引き出し、それを現場で大きな力へと転換していくアクションと考えられ、かなり影響力が強かった。主任や副師長、中堅の活用比べ、認定看護師や専門看護師の活用は不十分であることが課題として見えた。さらに《多くの資源をつなぐ連続線上のアクション》は、入院と退院が同じ因子の中に位置づけられた。これは今までの入院と退院を分散して取り扱っていた事への提言であり、地域包括ケアの視点に立ち入退院支援を連続線上のアプローチとして取り扱う、今まで以上の工夫の重要性が示唆された。

「内部の動きに即してタイムリーに工夫を積み重ねる層（第1層）」では、2つの下位因子《スタッフが置かれている日々の状況把握と受容》と《病棟看護のビジョンを形にする》が影響を与え、スタッフの仕事を取りまく背景や状況から、【スタッフに病棟管理の方向づけ】をしていると考えられた。そして直接【病棟内部の円滑な流れの創造】に至っており、《経験に潜む力を伸ばす》ことや《既存の支援体制に新しいしゅみを加える》ことで円滑な流れになるようにすばやく意思決定し行動化する構造と考えられた。すべての工夫が第2層のような長期的視野で、外部環境を取り込みながら、大きく病棟管理を創造する連続線上のUカーブで行うのではなく、第1層のように、日々の看護管理の中での予期せぬ機会やニーズや認識の変化を機会として、工夫をシンプルに小さく行う短期的な工夫の層（浅い層）も重要だと考えた。

2. 構造の層別化からの違い

2つの層では現場の力として引き出す方法がかなり異なっていた。その違いは第1層の「内部の動きに即してタイムリーに工夫を積み重ねる層」ではスタッフ個々の能力に目をむけ、その力を活用して病棟内部の流れを工夫しようとする層であり、短期的サイクルで現場の管理を高めようとしていると考えた。

それに対し、第2層の「病棟管理を創造する条件適合層」では組織に注目し、長期的なサイクルで外部環境も含めて組織を動かしていくダイナミックな工夫と考えられた。このモデルを活用するには組織（フォロワー）の成熟度によって、リーダーシップスタイルが変化する。スタッフの資質が高いほど看護管理への求心性が高く、参加的あるいは民主的にリーダーシップを発揮することが可能と考えられる。なぜならば主任・副師長を要にすることや中堅の育成、目標管理の実際は、フォロワーの参画を前提とした組織的な内容と解釈でき、前段階として【管理の切り替え】を整えてはじめて、意味をなす現場力の発揮ができると考えられる。逆に管理の切り替えを踏まらずに、さまざまなアクションを起こしても、形骸化される可能性が高い。

それに対し第1層の「内部の動きに即してタイムリーに工夫を積み重ねる層」は、スタッフに能力が発揮できる役割を持たせ、キャリア発達をスタッフに支援してもらうこと、医療安全の水準を上げる学習は、内部の流れを円滑にするために、徹底的にスタッフ個々の経験知に注目していることが考えられた。危機管理に関して、勝（2010）は「社会全体が医療安全に対して敏感になっているという現代医療のもつ特徴が影響しているものと考えられる。師長は、医療安全を守ることは自分の重要な役割と認識した上で解決に向けて取り組んでいるものの、これは師長一人の努力で解決できるものではないと捉えていた」と述べているが、同様に徹底的な医療安全を即実践に移している学習の浸透が伺えた。

入退院支援では、第1層では、《既存の支援体制に新しいしくみを加える》は、〈緊急入院をいつでも受け入れる体制を病棟でつくる〉と〈退院支援ができる体制を病棟でつくる〉の2

つのシンプルな要素の調整で流れを円滑にしていた。第2層では複雑に6項目が関連し合い、多職種の協力が得られる交渉や地域連携者との協働、認定看護師や専門看護師への相談、さらに再入院につながらない退院指導に取り組みながら、《多くの資源をつなぐ連続線上のアクション》により、困難な課題に大きな力を使い実行までの工夫がなされていた。つまりケースによって第1層と第2層の両方の入退院支援のアクションプランと実行を使い分けていく病棟運営が示唆された。

マネジャーの技能は、それぞれの世代の必要度と要求を管理する能力（wieck, K Lynn 2010）であり、あらゆる世代間の職場をリードしていくための注意は、未来のマネジャーを方向づける構造と現在のマネジャーを開発する必要が述べられていた。看護師長が病棟の看護管理を行うときに、広い視野で状況を認識できるかどうかが重要で、新人の看護師長が病棟を動かそうと目の前の課題に反応し、解決策を実践するマネジメントでは行き詰まりや限界を感じ、病棟が動かなくなる状況に陥ることもある。看護管理の工夫の構造では、【人をつなぎ現場力を創造】する過程に至るまでの【病棟看護の探求と自覚】を次の【管理の切り替え】の段階につなげ、組織づくりに重点を置くことが重要と考えた。

看護を丁寧に具現化していくマネジメントを基盤として、そこにスタッフが自部署の病棟運営に関心を持ち、管理を創造することで、その先にある病棟を動かす実践に意味を持たせるのではないかと考え、さらに工夫は技能であり、修行により体得するもの（松里2008）と言われているが、看護師長は工夫を実践していく際に、管理経験のアウトプットの蓄積ではなく、うまくいった管理経験のパターンの蓄積をしていけば、次の課題のときに、うまくいったパターンを工夫として取り出すことができると考えた。相澤（2008）は「思考作業パターンを抽象化して頭の引き出しに蓄積するには、まさに思考作業の経験を多く積むしかない」と述べているが、看護師長が2つの層の工夫を柔軟に活用していく経験がパターンの蓄積につながる。以上のことより2つの層の看護管理の工夫の構造から言

えることは、ある状況の中に置かれたときに両者の工夫を柔軟に活用していくことである。

3. 研究の限界

看護管理の工夫の構造について、今回は2つの構造モデルを作成し、それについて検証していった。しかし看護管理の工夫の構造が複数存在する可能性がある中で、2つの構造を見つけ出すことができたのであり、2つに限定されるものではない。

施設規模が300床以上の病院を協力施設と限定した看護師長のデータであるため、看護部の組織体制が整っている病院の状況に限定される。また看護管理は、病院の役割、経営状況、さらに看護を取り巻く環境や組織文化により工夫を取り入れる方法も異なり、モデルを普遍化するためには、他のデータで、さらに検証する必要がある。

V. 結 論

1. 看護管理の工夫の構造は、「内部の動きに即してタイムリーに工夫を積み重ねる層」と「病棟管理を創造する条件適合層」の2層構造が明らかにされた。
2. 看護管理の工夫の層別化より、「病棟管理を創造する条件適合層」と「内部の動きに即してタイムリーに工夫を積み重ねる層」があるという知見を得たので、この2つの構造を理解し、「組織」の理解と「個」の理解の両方から、「部署」としての看護サービスを問い続け、使いこなすことによって現場を活性化に導くことができる。
3. 看護管理の工夫の構造が指針となり、病棟管理を創造し、管理経験を積み重ねることで看護管理能力は強化できる。

VI. 今後の課題と展開

1. 3年目未満と3年目以降の看護師長の看護管理の工夫の構造を比較検討することで、経験年数の違いによる看護管理の強み弱みを知

り、成長過程の指導に役立てられる。

2. 看護管理の工夫の構造と病棟運営の成果の関連について体系化を図ることは、どの要素を使うと病棟運営が効果的になるか、さらに絞り込めるため、優れた管理実践を促進する示唆が得られると考える。
3. 看護部の看護管理教育プログラムの中で看護管理の工夫の実際として取り入れ、研究成果を検証していく。

謝 辞

本研究にご協力いただきました全国の協力者の皆様、並びに対象施設の責任者の皆様に心より感謝申し上げます。本研究は平成28年度高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程に提出した論文の一部を加筆・修正したものである。また本研究結果は第21回（平成29年度）日本看護管理学会学術集会で発表した。本研究において、申告すべき利益相反事項はない。

<引用・参考文献>

- 相澤利彦 (2008). 地頭力トレーニングThink!. No.24, 34-37.
- 井部俊子 (2011): ナースのための管理指標MaIN, 8-14. 東京都: 医学書院.
- wieck, K lynn., Dols, Jean., Landrum, Peggy (2010). Retention Priorities for the Intergenerational Nurse Workforce. Nursing Forum, 45(1), 7-17.
- 遠藤功 (2008). 現場力を鍛える, 112-117. 東京都: 東洋経済新報社.
- Arthur B., Sara J. Van Gundy (1998): Techniques of structured problem solving, Van Nostrand Reinhold Company, 5-7.
- 勝京子 (2010). 師長が困難と認識している問題とその取り組み 大学病院病棟師長の経験に焦点を当てて. 日本看護学会論文集 (看護管理), 40号, 186-188.
- 木村美和, 川口孝泰 (2013). 中規模病院の看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度の開発. 日本看護研究学会雑誌, 36(1), 61-70.
- 黒崎八重子 (2009). 看護部による病床管理とホー

- ルディングベッドによる救急患者受け入れ. 看護管理, 19(5), 330-335.
- Kolb, D. A. (1981): *Experiential learning theory and the Learning Style Inventory: A reply to Freedman and Stumpf*. *Academy of Management Review*, 6(2), 289-296.
- 坂元綾, 山田覚 (2012). スタッフ育成における病棟看護師長の役割—スタッフ育成の認識及び役割遂行に影響する要因—. 高知女子大学看護学会誌, 37(2), 38-47.
- C. オッター・シャーマー, 中土井僚, 由佐美加子 訳 (2012). *U理論 過去や偏見にとらわれず, 本当に必要な「変化」を生み出す技術*, 61-64. 東京都: 英治出版.
- 田尾雅夫 (2005). 看護マネジメントの理論と実際 人的資源論の立場から, 155-164. 東京都: 医療文化社.
- 高山亨子, 木村拓 (2008). 公立病院改革ガイドラインと対応策. 看護管理, 18(12), 978-987.
- 武井純子 (2009). 相澤病院がめざす患者を断らない医療の実現に向けて. 看護管理, 19(5), 314-321.
- 虎の門病院看護部 (2013). 看護管理者のコンピテンシー・モデル 開発から運用まで, 17-98. 東京都: 医学書院.
- 中西睦子, 小池智子, 松浦正子 (2013). 看護サービス管理 第4版, 19-27. 東京都: 医学書院.
- ピーター・F・ドラッカー (2006). 経営者の条件, 5-6, 91-97. 東京都: ダイヤモンド社.
- 松里嘉彦 (2008). 水産業と水産技術. *Journal of fisheries technology*, (1), 5-11.
- 松田美紀子 (2007). 時間管理における経営参画 就業時間の実態調査を基にした業務改革と時間管理の推進. 看護, 59(7), 32-42.
- 松永由紀子 (2013). 看護管理者が経営的視点を持ち主体的に病院経営に参画する. *Nursing BUSINESS*, 7(3), 36-30.
- Moon, Jennifer (2004), *A Handbook of Reflective and Experiential Learning: Theory and Practice*, London: Routledge, 88-89.
- 森木妙子, 山田覚 (2015). 看護師長が行う看護管理の工夫を構成する因子. 高知女子大学看護学会誌, 41(1), 130-141.
- 森木妙子 (2016). 看護管理の工夫に関する文献検討. *キャリアと看護研究*, 6(1), 24-33.
- 吉田ニ美子 (2011): 看護師長に必要な経営マインド. 看護, 63(4), 38-43.