

平成 28 年度 高知県立大学大学院 博士論文

看護中間管理職のコンピテンシー

Competency of Nurse Manager

看護学研究科看護学専攻

博士後期課程

井上 仁美

## 目 次

第1章 序章	
I. 研究の背景	1
II. 目的	5
III. 意義	5
第2章 文献検討	
I. コンピテンシー	6
1. 言葉の語源	6
2. 概念の歴史的変遷	6
3. 類似概念	15
4. コンピテンシーを定義する上での問題性	17
5. 「コンピテンシー」概念のまとめ	18
II. 看護中間管理職のコンピテンシー	
1. 看護中間管理職	19
2. 医療・看護におけるコンピテンシー	20
3. 技術者・専門職を管理する中間管理者の コンピテンシー	23
4. 看護中間管理職のコンピテンシー	24
5. 看護管理のアウトカム	32
III. 振り返り	
1. 言葉の語源	34
2. 哲学的基盤	34
3. 振り返りの定義	35
4. 看護専門教育における振り返り	38
5. 振り返りを実践するためのモデル	41
6. 基本スキルの重要性	43
第3章 本研究の枠組み	
I. 研究の枠組み	
1. 用語の定義	
1) コンピテンシー	44
2) 振り返り	44
3) 看護中間管理職のコンピテンシー	44
2. 研究の枠組み	45
II. 研究課題	46
第4章 研究方法	
I. 研究デザイン	47
II. データ収集方法	
1. データ収集方法の概要	47
1) 予備調査	47

2)	質問紙（案）の作成	47
3)	プレテスト	48
4)	本調査	48
2.	面接調査	
1)	目的	48
2)	対象	48
3)	調査期間	48
4)	データ分析方法	49
3.	プレテスト	
1)	対象	49
2)	調査時期	49
3)	調査方法	49
4)	調査内容	49
5)	質問紙（案）の修正	49
4.	本調査	
1)	対象	49
2)	調査時期	49
3)	調査方法	49
4)	調査内容	50
(1)	質問紙の構成	50
5)	データ分析方法	50
III.	倫理的配慮	
1.	面接調査における倫理的配慮	50
2.	プレテストにおける倫理的配慮	51
3.	本調査における倫理的配慮	
1)	研究の対象となる個人の人権擁護への対応	
(1)	研究協力者への倫理的配慮	51
(2)	研究対象者への倫理的配慮	51
(3)	研究によって生じうる危険と不快に対する配慮	52
2)	利益相反に関する事項	52
第5章	結果	
I.	面接調査の結果	53
1.	対象者の背景	53
2.	主題分析によって抽出された項目	
1)	コンピテンシー・ディクショナリーにより抽出された項目	53
2)	質的記述的に分析し概念化する方法で得られた項目	53
(1)	クライアント重視	53
(2)	現場重視	57
(3)	能力開発	57

(4) ポジション・パワーの活用	58
(5) 思考する	59
(6) ストレスマネジメント	59
(7) 自己確信	60
(8) 組織の理解	60
(9) 自己学習	60
(10) 看護職の社会的役割の理解	61
(11) 他部門との協調	61
3) 動因	62
4) 振り返り	62
II. プレテストの結果	62
III. 質問紙の作成	
1. 質問紙項目	63
IV. 本調査の結果	
1. 調査の手順およびデータ収集方法	66
2. データ収集期間	67
3. 対象者の背景	
1) 性別	67
2) 年代	67
3) 保有する看護職の資格	69
4) 学歴	
(1) 看護の学歴	70
(2) 一般大学と大学院	70
5) 職位	70
6) 開設者	70
7) 勤務している施設の病床数	70
8) 入院基本料および機能	71
9) 診療科	71
10) 経験月数	71
11) 病床数ごとの経験月数	71
4. 各項目の記述統計量	
1) 各項目の平均値と標準偏差	72
5. 師長経験による比較	78
6. 病床数の規模による比較	82
7. 探索的因子分析	
1) 因子分析結果	83
(1) コンピテンシーの因子分析結果	84
① 因子と内的整合性	85
(2) 動因の因子分析結果	87
① 因子と内的整合性	87

(3) 振り返りの因子分析結果	88
① 因子と内的整合性	88
8. 分析に用いる因子（潜在変数）と観測変数	89
9. 多重指標モデルの作成と適合度の検証	91
1) モデルの評価	
(1) モデル1；動因とコンピテンシーとの因果モデル の検証	92
(2) モデル2；振り返りとコンピテンシーとの因果 モデルの検証	92
(3) モデル3；動因→振り返り→コンピテンシーの 因果モデルの検証	93
(4) モデル3における因果関係の評価	93
(5) モデル4の検証；影響要因を投入したモデルの検証	
① 個人要因	98
② 組織要因	98

## 第6章 考察

I. 看護中間管理職のコンピテンシー	101
II. 動因	110
III. 振り返り	111
IV. 看護中間管理職のコンピテンシーと動因、 振り返りとの関係	112
V. 影響要因	113
1. 個人要因	114
2. 組織要因	117

## 第7章 結論

I. 研究課題に対する結論	
1. 看護中間管理職のコンピテンシーを構成する要素	119
2. 動因と看護中間管理職のコンピテンシーとの関係	121
3. 振り返りと看護中間管理職のコンピテンシーとの関係	121
4. 看護中間管理職のコンピテンシーと動因、 振り返りとの関係	121
5. 看護中間管理職のコンピテンシーの影響要因	121
6. 看護中間管理職のコンピテンシーを育成するため の示唆	122
II. 今後の課題	123

謝辞	124
引用・参考文献	125

## 図表目次

表 1 - 1	コンピテンシー・ディクショナリー	10
表 1 - 2	コンピテンシー・ディクショナリー	11
表 1 - 3	コンピテンシー・ディクショナリー	12
表 2	コンピテンシーに基づいた教育と従来の教育の比較	21
表 3	管理者の一般的コンピテンシー・モデル	23
表 4	AONE のコンピテンシー	25
表 5	看護管理者のコンピテンシー・モデル	29
表 6	代表的な振り返りのモデル	42
表 7	振り返りを行うための枠組みの比較	42
表 8	面接調査対象者の背景	54
表 9	コンピテンシー・ディクショナリー (CD) より抽出された項目	55
表 10	概念化から抽出されたコンピテンシー	56
表 11	コンピテンシーの質問項目	64
表 12	動因の質問項目	65
表 13	振り返りの質問項目	65
表 14	開設者の分類	66
表 15	対象者の背景と分布	68
表 16	年代×職位のクロス集計	69
表 17	職位×認定看護管理者、認定看護師(認定看護管理者以外) と専門看護師の取得状況のクロス集計表	69
表 18	職位×一般大学卒業または大学院修了者のクロス集計表	70
表 19	師長、看護職、師長を除いた看護職の経験月数	71
表 20	病床数ごとの経験月数	72
表 21-1	各項目の平均値、標準偏差	73
表 21-2	各項目の平均値、標準偏差	74
表 22-1	師長経験による各項目の平均値と標準偏差	79
表 22-2	師長経験による各項目の平均値と標準偏差	80
表 22-3	師長経験による各項目の平均値と標準偏差	81
表 22-4	師長経験による各項目の平均値と標準偏差	82
表 23	病床数ごとの平均値と標準偏差	83
表 24	コンピテンシーの因子分析結果	84
表 25	動因の因子分析結果	88
表 26	振り返りの因子分析結果	89
表 27	分析に用いるコンピテンシーの 因子(潜在変数)と観測変数	90
表 28	分析に用いる動因の因子(潜在変数)と観測変数	91
表 29	分析に用いる振り返りの因子(潜在変数)と観測変数	91

表 30	モデルと研究課題の対応表	・・・・・・・・	91
表 31	モデル 3 のワールド検定結果	・・・・・・・・	97
表 32	モデル 4 のワールド検定結果	・・・・・・・・	100
図 1	The Iceberg Model (冰山モデル)	・・・・・・・・	13
図 2	コンピテンシーの原因—結果フロー・モデル	・・・・・・・・	13
図 3	AONE Nurse Executives Competencies	・・・・・・・・	24
図 4	Nursing Leadership Competency Model	・・・・・・・・	26
図 5	意識変容の学習のプロセス	・・・・・・・・	37
図 6	The Reflective Cycle	・・・・・・・・	41
図 7	本研究の枠組み	・・・・・・・・	45
図 8-1	各項目の平均値と標準偏差	・・・・・・・・	75
図 8-2	各項目の平均値と標準偏差	・・・・・・・・	76
図 8-3	各項目の平均値と標準偏差	・・・・・・・・	77
図 9	モデル 1 動因からコンピテンシーへの 因果モデルの分析結果	・・・・・・・・	94
図 10	モデル 2 振り返りからコンピテンシーへの 因果モデルの分析結果	・・・・・・・・	95
図 11	モデル 3 動因→振り返り→コンピテンシーの 因果モデルの分析結果	・・・・・・・・	96
図 12	モデル 4 影響要因を投入したモデルの結果	・・・・・・・・	99

## 第 1 章 序章

### I . 研究の背景

我が国は少子高齢化社会に伴う人口減少、社会構造の急激な変化などにより格差が顕在化するなど、大きな転換点を迎えている。医療においても、疾病構造が大きく変化し国民の医療に対する認識や期待が変化してきたにもかかわらず慢性的な医師・看護師不足などの要因から、医療提供システムが十分対応できてこなかったことが指摘されている(日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会、2008)。

また、患者の権利意識・消費者意識の高揚によって医療訴訟はこの 10 年で 2.3 倍(最高裁調べ)になり全国の地方裁判所で提起される訴訟件数は年間 1000 件を超えている。毎日のように「医療事故」がマスメディアで報道され、国民からの専門職に対する見方は厳しさを増している。医療・看護は病院という枠に収まらず、地域促進やテクノロジーの飛躍的な発展と複雑化する多文化状況、流動的な経済状況のなかで、専門家と社会との関係が厳しく問われている時代になっている。人々の生活の隅々に「専門職」が介入し公共領域の基幹部分を構成するとともに、その使命と権限、責任が強調される時代になってきている。

また、わが国では 2 年ごとに診療報酬の改定が行われ、そのつど国の方針の変更に対応しなければならない。特に、2006 年度の診療報酬改定ではいわゆる「手厚い看護」の提供という前提の下、7 対 1 看護配置が新設され、看護師確保対策に追われる病院も多かった。医療現場では、就職した大量の新人看護師の教育に翻弄され、病院・病棟のシステムも変化を余儀なくされた。「7 対 1 入院基本料」を取得した病棟では入院患者の平均在院日数が 18 日以内という基準が設定され、病院の機能分化と平均在院日数の短縮化が推進されることになり、十分な医療・看護ケアと退院支援が重要性を増してきている。このように、自己完結型の病院運営をする時代ではなくなっている。

そして、多職種が協働・連携していくチーム医療の重要性が強調されている。医療職で最大多数を占める看護職も増大する他職種との協働・連携を推し進めなければならない時代になった。看護師も「専門性」を問われ、かつてのジェネラリストからスペシャリストへ志向する動きは加速している。専門看護師・認定看護師が病院の臨床現場にも増えつつある状況で、従来の「上司-部下」関係によらない組織のあり方が生まれ、かならずしもトップダウンで組織運営ができる状況ではなくなっている。また、患者のニーズはより多様化・個別化していることから、看護職は自らとは異なる価値観や



文化等をもった他者との接触が増大している。

こうして急激に変化する社会状況と多様化のなかで、2008年6月に厚生労働省は「安心と希望の医療確保ビジョン」をうちだし、「在宅や医療機関におけるチーム医療の中で自ら適切に判断することのできる看護師の養成が必要であること、専門看護師、認定看護師の普及・拡大に努めること」等が提言された。同様に看護職への役割の拡大を期待した日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会提言「看護職の役割拡大が安全と安心の医療を支える」が2008年に示された。

社会の看護専門職に対する期待の高まりを受けて、日本看護協会は「人々の尊厳を維持し社会のニーズに応える社会保障制度改革に向けて、看護職の確保定着、看護職の資質向上が不可欠である」（公益社団法人日本看護協会、2013）として、「社会保障制度改革に関する日本看護協会の提言」を社会保障制度改革国民会議に提言した。この提言で述べられているなかで、特に医療従事者の人材確保と有効活用については、働き続けられる環境整備とチーム医療の促進が強調されている。「特定行為にかかる看護師の研修制度」を早期に法制化することによって医療ニーズの増加に対応し、安全かつ効率的なサービス提供方策を可能としている。また、在宅医療・地域包括ケアの拡大については訪問看護を促進するよう提言している。

このように、看護職にはますますその専門性を高め、ケアの質を保証し、社会の中で専門職としての役割を果たすことが求められている。医療のテクノロジーは急速かつ継続的に変化しており、これらを使いこなすためには、知識や技術を一回習得すればよいというものではなく、変化への適応力が必要になる。社会のニーズが変化すると、それに対応して保健医療制度も改革され、看護職の役割も変化する。これからの看護管理者は自らの看護部門だけを見据えた管理ではなく、広く地域社会や制度に開かれた運営が必要になっている。

病院経営においても1990年代から看護職を病院副院長に登用する動きがみられ始めた。日本病院事業管理者等協議会の調査(山寄、2008)によると、2007年には168名の看護職副院長が存在することが明らかとなっている。看護職の副院長が存在する利点(井部ほか、2007)として、院長と看護部の連携が強化すること、情報伝達が容易になり看護職の代表を経営に参加させることにより多面的な分析と決定が可能になること、看護師自身の意欲と責任の自覚が向上し看護師のキャリアアップ構築が具体的になること、看護面での改革がスムーズになり組織面での効果的な力が発揮されることなどがあげられている。

しかし、日本での看護管理教育は、1980年代以前では実践現場の On the Job Training (OJT) や一部継続教育機関に頼らざるを得ない状況であった（上泉ほか、1999）。

日本看護協会は、1987年に出された「看護制度検討会報告書」（厚生省）で、看護の質を保証するためには看護職の知識や技術が有効に発揮されるような人員を配置することや環境及び設備等の条件が整備された体制を確立することのできる看護管理者が必要であると明記されたことを受け、1992年に日本看護協会認定看護管理者制度を創設した。1993年にはファーストレベル教育（看護師長補佐レベル）、1994年にセカンドレベル教育（看護師長レベル）、1998年にはサードレベル教育（看護部長レベル）を順次開始し、2002年には制度改正を行い認定看護管理者の認定審査資格枠を拡大した（井部ほか、2003）。各レベルのカリキュラム基準は單元ごとにわかれ、講義と演習により必要な知識と実践を学ぶ。受講者はサードレベルの研修を修了し、当該試験に合格すれば認定看護管理者の資格が取得できる。これらの研修に参加することができる基準は、ファーストレベルが実務経験5年以上を対象者としているのみで、管理者としての経験年数は問われないが、職場の上司の推薦が必要である。受講者はそれぞれのレベルでの研修に参加することで知識と実践能力を取得し、管理者としての経験を積み上げていけば、看護管理能力はおのずと育つという前提に立っている。具体的には看護管理者としての客観的な能力の基準は示されていない（日本看護協会、認定看護管理者制度カリキュラム基準）が、2011年にカリキュラム基準が改定されたことにより教育機関の裁量が拡大されたことにより各教育機関が創意工夫し看護管理者教育の質を向上させる可能性が開かれた。しかし、「認定看護管理者教育の目標の不明確さ」「教育の効率性の問題」「科目名とねらいが難解で多義的なこと」などの課題も指摘されている（井部ほか、2012）。

また、日本全国の病院のうち82%を占める300床未満の病院（厚生労働省、2014）では、看護中間管理職が研修を受ける機会が人員不足や時間の調整等の理由で限られていることが明らかとなっている（早川ほか、2005、大鳥ほか、2014）。大規模病院と中小規模病院では看護中間管理職に求められる能力が異なり、大規模病院とは見方を変えて、中小規模病院の看護中間管理職はその地域で期待されている役割を果たすべきであるということも指摘されている（手島ほか、2016）

これらの問題の背景には、日本の看護中間管理職の能力を明確にした domain（活動する事業領域、それを明確に言葉で示したもの）が存在しない（勝山、2010）ことがあげられる。日本の各病院にお

ける看護中間管理職の役割が異なるため、研究に基づいた共通の domain を明らかにすることが難しい。各病院で求められる要件が多様であり、「リーダーシップがとれる」「コミュニケーションスキルが優れている」「概念化能力に優れている」「経験豊富なこと」など、組織の規模、地域などによって求められる管理者像が異なることがある。組織の歴史、文化、ミッション、ビジョン、院長や看護部長の方針などによっても看護中間管理職に求められる要件の優先度は異なる（佐藤、2007）ことが考えられる。

また、看護中間管理職の選出と評価については、全国的に統一した見解や方法はなく、年功序列型処遇、順番制、上司からの命令、自薦・他薦によって任用されており、設置主体によっても異なる（佐藤、2007）という。しかし、この方法だと「上司との相性などに左右され偏ることがないわけではない」など、適性や能力を見据えた任用が難しい（宗村、2007）。

こうした看護中間管理職教育の現状と課題をふまえて、近年、能力概念のひとつであるコンピテンシーを看護管理者教育に取り入れ、大規模病院を中心に運用する動きが活発になっている。

日本看護管理学会教育委員会は、わが国において目指すべき看護管理者の能力（コンピテンシー）を米国海軍におけるコンピテンシーに基づくリーダーシップ／マネジメントコースの内容を参考に14日間のトレーニング・プログラムを作成している（佐々木ほか、2015）。ほかに、虎の門病院看護部が作成したコンピテンシー・モデル（虎の門病院看護部、2013）や東京大学医学部附属病院と東京大学医科学研究所附属病院看護部が共同開発したコンピテンシー・モデル（武村ほか、2014）、クリニカルリーダーと連動させたシステムを運用している北里大学病院（別府、2015）などがある。

しかし、コンピテンシーは概念の定義が定まっておらず、用いられている手法もさまざまである（Weinert,2001、Oates,2003、Trier,2003、）。コンピテンシーは需要と環境との相互作用の中で概念化され、特定の場面における個人の行為によって実現されていくと考えられている。需要に対応し、目標を完遂するには、動機づけ、感情、価値観といった社会的で行動的な構成要素の動員が必要だという点については、研究者間で広く合意が得られている（Rychen et al, 2003）。コンピテンシーの概念を用いて看護中間管理職のコンピテンシー・モデルの運用がされ始めているが、病院や組織によって異なる解釈をされているのが現状であり、実証的にあきらかにされた上での運用はされていない。したがって、看護中間管理職のコンピテンシーの要素を明らかにすることは適切な選出と評価を行える指標となると考えられる。

このように看護中間管理職の能力開発は喫緊の課題であるが、専門職の教育については、自己決定学習（self-directed learning）の複雑さが認識されてきており、批判的振り返り（critical reflection）を行うことが必要不可欠である（Brookfield、1986）とみられている。これら専門職は実際の仕事の中で状況との対話をとおして特有の実践的認識論を展開しているとされる（Schön、1987）。行動に焦点をおくコンピテンシーを養成するためには、その状況におかれた自らの行為について認識し振り返ることが必要である。reflectionや reflective practice は、振り返りや省察、反省など多様に訳されているが、専門職の実践の中核におくことで、看護管理者のコンピテンシーは開発されると考えられる。

これまで、振り返りについての研究は欧米ではさかんに行われてきているが、わが国においては看護学生を対象とした研究や看護教員を対象とした研究が主であり、看護中間管理職を対象に行った実証的な研究は少ない（藤井、2008）。

以上のことから、専門職である看護中間管理職のコンピテンシーを明らかにした上で、その能力を開発するためには振り返りを行うことが有効であると考えられる。

## Ⅱ．目的

本研究では看護中間管理職のコンピテンシー、すなわち、看護中間管理職の一貫性をもって示される行動や思考の方法（根源的特性）の要素を明らかにすることを目的とする。

コンピテンシーには必ず「意図」「意欲」「動機」などの「動因」が含まれ、これらを伴わない行動はコンピテンシーとは認められない（Spencer、1993）ため、看護中間管理職の「動因」の要素を明らかにしたうえでコンピテンシーとの関係について検証する。

また、コンピテンシーを養成するためには、その状況におかれた自らの行為について認識し振り返ることが有効であると考えられるため、その関連を明らかにするためにコンピテンシーと「振り返り」との関係を検証する。

## Ⅲ．意義

本研究は、看護管理の専門職としての能力開発と看護成人教育に新たな方策の途を講じることができると考える。また、「行動」に焦点を当てた看護中間管理職についての能力評価に新たな示唆を与え、適切な選出と配置が可能となる。これら看護中間管理職の能力の開発及び向上は、看護の質の向上とそこで働く者に安定感を与え医療および看護に貢献することができると考えられる。

## 第2章 文献検討

研究目的に対応し、「コンピテンシー」、「振り返り」、「看護中間管理職」について文献検討を行う。また、「コンピテンシー」、「振り返り」の2つの概念は多岐にわたってさまざまに定義されているため、これらの語源をさきに述べてから文献検討を行った。

### I. コンピテンシー

#### 1. 言葉の語源

コンピテンシーとは *competent* (...を目指して一緒に励んだ) というラテン語を語源とする(小西、2007)。*Competent* とは、*compete* に *ent* (性質、状態を表す形容詞語尾) が合わさった語であり、*able to do something well*; 何かを行うのに優秀な、を意味する。

また、*competence* とは *the ability to do something well*; 何かをよく行うことができる能力、力量である。類似する語には *ability*、*capacity*、*faculty*、*capability*、*power* がある(投野、2004)。

以上のことから、コンピテンシーとは性質、状態を表す語であり、[...する / ...に必要な]能力、力量 (*ability*) と解される。

#### 2. 概念の歴史的変遷

コンピテンシーの概念は 1950 年代には心理学用語として既に使用されていた(二村、2001)が、コンピテンシーに関する最も初期の定義は、White(1959)による“*Motivation Reconsidered: The Concept of Competence*”で示された「環境と効果的に相互作用する有機体の能力 (*capability*)」である(金井ほか、2004)という。White(1959)は、探索行動はその結果もたらされる不安の減少を通じてさらに強化されるという動物心理学の動因理論と精神分析領域での諸研究を参考にしながら、「コンピタンスにはモチベーションの側面があるとみなすことが必要だと考える」とした。さらに、持っている能力やスキルが環境との相互作用のなかで定義され、自分は自分の生きている世界をマスターしているという感覚がコンピタンスなのである、としている。

“*feeling of competence*”とは、「有能感」と訳されることが多いが、単に「できる」というのではなく、「うまく生きられる」ことにまでかかわってくるのがコンピテンシーの意義である。このような有能感は、それ自体が動機づけ要因であり、内発的動機づけ(Deci、1975、1980)の概念に近い。Deciは、Whiteが「有能感」と呼んだものを「有能さと自己決定の感覚」と捉えなおし、その両方の感覚が近いほど、より強固な意志力の基盤が生まれ、これらが内発的に動機づけられた行動を牽引していくと考えた。「フロー体験」を提唱した

Chikszentmihalye (1975、1990) は、行っている行動の過程そのものの楽しさに着目し、楽しめるレベルに到達しているときはコンピテンシーも高まっていることが多いとした。

コンピテンシーの概念が米国のビジネス界に導入されたのは、ハーバード大学の心理学を専門とする教授であった McClelland が 1973 年に発表した論文 (McClelland、1973) が契機となったと言われている (Barnett & Depinet, 1991、Spencer, 1993、高橋ほか 2001)。McClelland はこの論文で、旧来の学問的適性テストや知識内容テスト、さらに学校の成績や資格証明書では「職務上での業績や人生における成功は予測し得ない」とし、こうした能力評価は「マイノリティー、女性、あるいは低い社会経済的階層出身の人たちに不利をもたらすことが多い」という事実を指摘した多数の研究を紹介した。この発見から、McClelland は職務上の業績を予測でき、さらに人種、性別、あるいは社会経済的要因の差によって不利をもたらすことのないコンピテンシーの変数を明らかにする研究方法を追究した。これらの方法のうち着目したのは、「特徴的人材の比較」と「成功結果に導く、現実に機能している考え方や行動を見つけ出す」ことであった。個人が行動した結果生み出される成果を予測する際に最も信頼性があるのは、組織化されていない状況でその個人が自発的に考え行動することや実際に示した行動であることに着目した (Spencer、1993)。

コンピテンシーには読解力、文章力、計算力などのような認知できる「伝統的なもの」とコミュニケーション能力、忍耐力、適度の目標設定や自尊心の発達といったような「パーソナリティ変数」との 2 つがあるとし、McClelland は後者がコンピテンシーと呼ばれるべきであるとしている (加藤、2011a、2011b)。コンピテンシーは表層的な行動のみならず、その行動を引き出す動機、自己概念、思考パターンといった表面化しない人間の特性やパーソナリティを包括的に含んでいるとする。

米国国務省は国務省の高官たちが現代の外交官に必要だと判断したスキルに基づいて作られていた外務情報職員 (外交官) 採用試験の成績と外交官としての業績との間にほとんど相関がみられなかったことから、McClelland がコンピテンシーを実用化するべく設立した McBer 社 (コンサルティング会社) に「業績予測要素」を見出す依頼を行った。McBer 社は明らかに卓越した外交官と解雇されない程度に職務をこなしている人材を比較対象として行動結果面接 (Behavioral Event Interview: BEI) という新たな方法により何百という短い物語を収集した (Spencer、1993)。

行動結果面接法は Flanagan の提唱したクリティカル・インシデ

ント法(Flanagan、1954)と課題統覚テスト(TAT)(McClelland、1989)を組み合わせた方法であった。BEIの特徴はFlanaganが職務に含まれるタスクの側面に着目したのに対し、職務を効果的にこなす人材の特徴に着目した点である。BEIによって得られたデータの内容分析によって卓越した人材にはみられた特徴と、平均的人材にはみられなかった特徴が見出された。このような内容ごとの差異は客観的にスコア化された定義ごとに分類され、正確にコード化された。

BEIの記録はモチベーションを測定する方法として長い間使用され(Dubois、1993)、現在はCAVE(言語表現の内容分析)と呼ばれる方法を使って定義に沿ってスコア化されている(Zulow、1988)。

卓越した外交官を平均的外交官から区分するコンピテンシーの特性として見出されたものは「異文化対応の対人関係感受性」、「ほかの人たちに前向きな期待を抱く」、「政治的ネットワークをすばやく学ぶ」(Spencer、1993)であった。これらの3つのコンピテンシーは学力とは一切かかわりのないスキルであり、卓越した外務情報職員の思考や行動の中に頻繁に示されていた。

かつて心理学者はまず職務で要求されるタスク(職務内容)を明らかにしたうえで、これらのタスクを遂行するために必要とされるスキルを測定するテストを開発し、その得点と職務上の成功とを関連付けることに努めていたが、その職務を効果的に遂行するために必要とされる特性はどんなものかという点については従来の方法では明らかにならなかった。現代の高度なレベルの職務における業績を予測するためには職務に必要な能力ではなく、人材の特性を明らかにする必要がある。

また、「外務情報職員の伝統的な選考試験はマイノリティーやあまり恵まれていない文化からの出身者にはほとんど合格のチャンスがないことから、このテストの使用は潜在的には非合法的な差別を発生させる可能性が伴い、機能そのものが損なわれる危険を伴っていた」(Spencer、1993)ことから、「職務上の業績を予測でき、さらに、人種、性別、あるいは社会経済的要因の差によって不利をもたらすことのない(少なくとも不利の度合いが少ない)コンピテンシーの変数を見つけたかった」としている。以上のことから、当初のコンピテンシー研究は個人の出身等によらない業績を評価とした「機会の公平性」をも視野に入れていたことが考えられる。

こうしてMcClellandは、コンピテンシーをそれまで中心であった職務基準にかわるものとして、「効果的な職務業績の背後にある知識やスキルである」と定義した(McLagan、1980)。また、Klemp(1980)

は、職務におけるコンピテンシーと個人のコンピテンシーとは区別されるものであり「ある職務で効果的かつ（もしくは）優れた業績という結果を生む人の根源的な特徴」と定義した。

McClellandの流れをくむ Boyatzis(1982)は組織における管理者の適正配置の不具合による業績低下に問題意識を持ち、2000人以上の管理者（12の組織、41の管理職務）を対象とした調査をまとめた。ある特定の個人が好業績を達成するためには、「職務が人に対して求めているもの」「組織の環境」「個人のコンピテンシー」の3つの要素が一致することが必要であると、特に「個人のコンピテンシー」を重視した。Boyatzis(1982)は Klemm(1980)のコンピテンシーの定義を参照しながら、コンピテンシーを「ある職務において、効果的なあるいは（また同時に）優れた業績という結果を生む人の根源的な特徴」と定義した。BoyatzisはIQのような読解力、文章力、計算力といった測定しやすいものよりも、動機、自己概念、思考パターンや人間特性といった「パーソナリティ変数」をコンピテンシーとして重視した（加藤、2011b）。

1990年代に入ると、米国のビジネス界でコンピテンシーが一気に導入され、その中心となったのがコンピテンシー・ディクショナリー（表1）を作成し実用化を進めた Spencer(1993)やヘイ・コンサルティングである（海老原、2003）。

特に、Spencer(1993)は「コンピテンシーとは、ある職務、もしくはある状況において、基準との関連で効果的、または優れているとみなされる業績と因果関係がある、個人の基本的な特性である」と定義し、冰山モデル（図1）を提起した。水面下に隠れている開発がしにくい「個人の基本的な特性」である自己概念、傾向、動機と、目に見えやすく比較的開発しやすく訓練することで能力の維持向上が可能である開発が容易なスキルや知識に分かれるとした。自己概念、動因のような、より深い、人格の中核に位置しているものは評価することも開発することも難しいため、あらかじめこれらの特性を備えた人材を選ぶことが望ましい。これらの中に位置する自己概念は自己確信や価値観を示し、訓練や前向きな経験をとおして変容が可能であるとした。複雑な職務において卓越した業績を予測するためには、タスク（職務）に関連したスキル、知識、資格で判断するよりもコンピテンシーのほうが有効であるという。高度な技術が必要な専門職、管理職で卓越した成果を生む要因は、モチベーション、対人関係スキル、政治的スキルなどであるが、これらすべてがコンピテンシーである。



表1-1 コンピテンシー・ディクショナリー (スパンサー、2011をもとに作成)

大項目	中項目	小項目	次元		行動の記述 (抜粋)										
			( )は略語	【尺度】	レベル1	レベル0	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5	レベル6	レベル7	レベル8	レベル9
達成とアクション	達成重視 (ACH)	成果を重視する効率の重視	A. 達成を目指すアクションの強度と徹底さ	仕事に対して全く特別の関心を示さず、要求されたことのみを実施している。	タスクにフォーカスする。職務内容【タスク】には熱心に取り組む	仕事をきちんとこなしたいと思うが実際に改善を進めるには至らない。表には表れない卓越の基準に向けて努力している。	すでに設定されている基準・目標を満たすべく努力する。	自分で目標を立てその基準に達成するために自分自身の従来する方法を用いる(ややあまい目標でチャレンジでない目標でもよい)。	業績を向上させるためにシステムや自分の仕事のやり方を明確に変える。挑戦的だが達成可能な目標を立て努力する【目標が達成されなくてもよい】。	コスト・効果性分析を実施する。インプットとアウトプットを比較して意思決定を行い目標を選ぶ。	新しいこと・トライ＆エラー的な目標を達成するために際立ったリソースや時間を不確実な状況であっても投入する	起業家の努力を貫き成功に導く			
		基準の遵守 起業家的活動	B. 達成によるインパクト (A尺度の3以上にのみ適用)			個人業績のみ、個人の業績向上に努める	1人か2人の人に影響を与える	チーム全体に影響を与える	部門に影響を及ぼす	中規模企業のレベルに影響を及ぼす	大規模企業レベルに影響を及ぼす	その業界全体に影響を及ぼす			
		改善へのフォーカス リソースの最適活用	C. イノベーションの程度 (A尺度の3以上にのみ適用)		新しいことはしない	その職位や職場に着任して間もない。業績を向上させるためにかつて行われたことのないことを試みるがその方法はすでにほかの部門で実施されていることも多い。	その領域あるいは施設に入職して間もない。新しい違った方法を使って業績向上に努める	その業界にとって斬新なことを実施	看護全体を変えざるほどの改革(きわめて稀)						
	要求されたことに対して正確に秩序立て、かつ質を保持して達成する	秩序の維持 仕事の正確さ		環境における秩序を保持し増加させるための行動に伴う「複雑性」という単一の次元、職場を整理とした状態に保つレベルからデータの秩序と質を向上させるための新しい複雑なシステムを築き上げるレベルまでが含まれる」という単一の次元	無秩序であることから問題が生じているのに秩序にまったく関心を示さない。	秩序に無関心であるが問題が発生させるまでには関わっていない	整理整頓された職場環境が維持されている	職務内容・マニュアルなどが書面できちんと整理されている	自分の仕事をチェックする	ほかのスタッフの仕事を確認し記録する	プロジェクトの進行を定期的にチェックする	システムを開発する	高度なシステムを開発する		
			A. 測定尺度: 「The complexity of action: 複合的な行動」												
	イニシアティブ (INT)	粘り強い実践 決断力		A. 時間軸: 忍耐・粘り強さ、障害や反対にあっても簡単にはあきらめない		イニシアティブは発揮しない	粘り強く、物事がうまく運ばなくても簡単にあきらめない	現在の機会や問題に対応する	危機状況でも迅速に確固たる態度で対応する	2ヶ月先をよんで行動する	3~12ヶ月先を読んで行動する	1~2年先を読む	2~5年先を読む		
			アクションへの強い関心 戦略的な未来志向 機会をつかむ	B. 自律的モチベーション、自発的 effort の量; 自発的 effort (他からは要求されていない努力) 機会の発見と取り組み、職務要件をはるかに超えた達成、ほかの人の目には明らかでない、具体的な機会や問題を予知し準備する	与えられた仕事から逃げようとする	常に監督を必要とする	監督されなくても仕事をやり遂げる	要請されなくても必要であれば時間外労働もいとわない	要求された以上の仕事をこなす	新しいプロジェクトをはじめ実施する	ほかの人たちを巻き込む				
			予測して行動する	・ 定期的なプランニング作業											
	情報探究 (INF)	問題の特定、定義づけをする		「努力」という単一の次元 → つまり、その個人は情報を求めてどの程度深く追求するか度合い	ほかから与えられる情報のみを得る。状況に関する付加的な情報を求めるようとはしない	質問をする。直近の人たちに直接的に質問し入手可能なリソースを活用する。	個人的に探究を行う。個人的に現場に出向いて自分の目で確かめる	状況または問題の根幹に迫り本質を探るために多くの質問を行う	ほかの人たちを招き接触をもつ。直接には関係のない人たちからの見解や経験なども活用する	調査を実施する。一定期間システムティックな調査を行う。	自分の開発した継続的システム(定期的なインフォーマルな集まりなど)を活用する。	ほかの人たちを参画させる。普段は参画しないほかの人たちを参画させ情報収集に当たらせる。			
			共感性傾聴	A. ほかの人たちの理解の深さ: 明確に表現された意味や感情表現を理解するレベルから継続的な行動に伴う、面された、複雑な動機を理解するレベルまでが含まれる	理解に欠ける。誤解している。偏見をおして見る。	理解を示すこともないかわりに深刻な誤解を示す証拠もない。	感情または内容のいずれかを理解する。	感情と内容の両方を理解する。	意味を理解する。言葉では語られていない考えや感情を理解する。	問題の根本を理解する。	本質的で複雑な、長期的な課題を理解する。				
			ほかの人たちの感情の理解	B. ほかの人たちの傾聴と対応: ほかの人たちに耳を傾け、対応する努力の多寡	ほかの人たちを攻撃し心を閉ざさせてしまう。	まったく傾聴の努力を示さない。	傾聴し感情や意味に含まれる暗示をつかもうとする	積極的に理解に努める	ほかの人たちの反応を予測する。	ほかのスタッフの懸念に応える	ほかのスタッフの行動を支援する				
支援と人的サービス	顧客サービス重視 (CSO)	顧客とサービス重視	A. 動機の高さとアクションの徹底さ = 顧客ニーズへのフォーカス	顧客に対してネガティブな発言や考えを言う。注: ネガティブなコメントでもそれが客観的に正確なものであればここにはスコア化されない	必要最小限のサービスを提供する。クライアントの質問に対してその根拠にあるニーズや問題、真意を探ろうとせずに直ちに対応してしまう	顧客からの質問、要求、苦情をきちんとフォローする。しかし、顧客の抱える根本的な課題や問題については振り下げて行かない。	友好的で喜びに満ちた対応をする	顧客に対して常に接触が可能な状態を保つ	物事の改善を進める	顧客の根本的で長期的なニーズに対応する	自らの組織の利益を多少犠牲にしても顧客の立場になって考える				
		顧客とは実際の顧客(患者)か同一組織に所属するエンドユーザー(スタッフ)をさす	B. クライアントのために示される努力やイニシアティブの程度 = ほかの人たちを助け支援するための自発的行動	ほかの人たちの邪魔をする。顧客の悪口を言ったり問題の多い顧客を遠ざける	まったく行動をとらない	ルーティンで決められた行動をとる	ルーティン以上のサービスを心がける	ニーズに応えるために周りの人たちに余分の努力を参画させる	自分の時間を長い間さいてルーティンをはるかに超えた職務や努力に取り組む						

表1-2 コンピテンシー・ディクショナリー（スペンサー、2011をもとに作成）

大項目	中項目	小項目	行動の記述（抜粋）										
			次元	レベル1	レベル0	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5	レベル6	レベル7	レベル8
インパクトと影響力	インパクトと影響力(IMP)	戦略的影響力 印象付けマネジメント の絞った説得 協力を通じた影響力	A. ほかの人に影響を及ぼすためにとるアクション 個人的なパワーを追い求める。組織内での血で血を洗うような競争に取り組み自らの地位のみを求める	ほかの人たちに影響を及ぼし、説得することに、まったく興味を示さない	意欲は示すけれども具体的なアクションは示さない。影響やインパクトを与えたいとは思っていない。	一度はアクションをとる	段階のために2段階をふむ。間き手のレベルや関心に合わせようとする努力はしない。	自分のアクションと発言の影響度を計算する	ドラマティックなアクションの効果を計算する	段階的にアクションをとる	専門家や第三者を活用する	組織構造を組み替える。高度な政治的操作を行う	
		組織の理解(OA)	組織を操作する クライアント組織の理解 命令系統を活用する 政治に対して目先がきく	対人関係理解の尺度と同等のものだが、その対象が個人ではなく組織となっている	A. 組織の理解の深さ 組織理解の深さには公式的な命令系統の理解から、ある組織に内在する長期にわたっての課題の理解までのレベルが含まれる	組織構造を誤って理解する	政治に無関心	公式の組織構造を理解する	インフォーマルな構造を理解する	組織風土や文化を理解する 組織内の言葉に表れないルールを理解する	組織内での同盟あるいは敵対関係を理解、解釈する	組織の根底を流れる長期的問題を理解する	
		関係の構築(RB)	ネットワークを築く リソースの活用 接触を開始する 個人的接触 顧客関係への関心 信頼関係を築く能力	A. 築かれた関係の緊密さ 個人の組織内（RB1）ほかの組織やコミュニティとの間に築かれる（RBE）	接触を避ける	自分から出向いたりすることはしない	仕事に関係する接触は行う	ときどきインフォーマルな接触は行う	意図的に相互信頼関係を築くことに取り組む	ときどき仕事を離れた場で接触を行う	頻繁に仕事を離れた場で接触を行う	家庭や家族ぐるみの付き合いを行う	豊富な個人的付き合いを維持、継続する
マネジメント・コンピテンシー	ほかの人たちの開発 (DEV)	教育と訓練 部下の成長と開発を 促す ほかの人たちをコーチ する 現実的なポジティブ・フィード サポートの提供	A. ほかの人たちを開発するためのアクションの強度と徹底さ ほかの人の潜在能力について前向きな期待を表明し維持するレベルから成功に導く開発の観点から人材を昇進させるレベルまでが含まれる	ほかの人たちの自信をくじく。何でも自分で取り仕切ろうとする	自分の仕事をしかり進めることに専念する	職務をどのように遂行するかを教える具体的な支援的助言を行う	理由と根拠を伴った支持を与えモテテを示す	目的に対して具体的な前向きまたは多面的なフィードバックを行う	失敗したときにも安心するよう助言する。ネガティブなフィードバックを行うときも人格ではなく行動に対して行う	ほかの人たちが学習と開発を促すことを目的として適切で支援的な職務を委譲したり資料やプログラムを精巧に結びつく体談を積ませる。新しい教育システムを生み出す	十分に権限を委譲する	目立った成長には昇進などの報酬を与える	
		指揮命令-自己表現力 と地位に伴うパワーの活用 (DIR)	A. 指揮命令の強さ	受身。仕事を断れない。	求められても指示を出さない(部下が苦情を言うような状況)	基本的で日常的な支持は出す。ここでは単に職務遂行がその目的となっている。	きわめて細かく詳しい指示を出す。ここでは単にNoと置きほかの人たちの行動に制限を設ける	しっかりと自己主張する。不適切な要求にははっきりNoと置きほかの人たちの行動に制限を設ける	高い業績基準を設定する。自分の命令や要求に従うように断固とした態度で発言する。高水準を明確に公にモニターする	業績をしっかりとモニタリングする。明確に設定された基準に照らして部下の業績を明確に公にモニターする	行動をコントロールするために罰や報酬を用いる	コントロールされた怒りや脅しを効果的に活用する	必要に応じ解雇する
		チームワークと協調(TW)	グループマネジメント グループ機能の促進 対立の解消 グループ文化のマネジメント ほかの人たちの モティベーション	A. チームワークを促すためにとらえる行動の強度と徹底さ	非協同的	中立的立場を保つ	喜んで参加しチームの決定をサポートする	ほかの人たちに対して前向きな期待を表明する。チームメンバーを前向きな言葉で表現する	ほかの人たちからのインプットと専門知識を本心から評価しほかから学ぶことを楽しむ(特に部下から)。すべてのメンバーがプロセスに貢献できるように参加を促す	ほかのスタッフを励ましエンパワーする。優れた業績を収めた人を公の場で賞賛する	友好的な雰囲気ややる気を促すよう行動する	チーム内の対立を隔離したり避けたりせず対立を解決する行動を実施する	2人以上の上司または顧客
チーム・リーダーシップ (TL)	指揮をとる責任を 担う ビジョン グループのマネジメント とモチベーション グループに目的意識 を築く 部下に心から関心 を寄せる	A. リーダーとしての役割の強さ	部下が必要としているときにも方向性や指示を示さない	リーダーシップが求められていない	ミーティングを企画しきちんとマネジメントする。目的と予定を発表し、時間コントロールし役割をたえる	すべての人が必要な情報をもっていることを確かめる	パワーを公正に使う。すべてのメンバーを公正に扱うように努力する	チームへの仕事の負担などに高度な戦略を用いる	グループの正当な評価が受けられるよう行動する	リーダーとしてのビジョンを明確に示しモデルを示す	人を動かす強力なビジョンを示しやる気を引き出す	大要な努力にほかの人たちを巻き込む	
		B. チームの規模			3~8人で構成される小さなインフォーマルグループ	一時的なチーム	職場のグループまたは小さな部門	大規模な部門(16~50人程度)	大規模な部門または中規模企業	大企業			
		C. チームワークを促すためにとられる努力やイニシアティブ(率先行動)の量			余分の努力は一切しない	通常の日常業務以上の行動を自発的にとる	通常の日常業務以上の行動を大幅に上回ることに取り組む	自分の時間を使い長期にわたり努力を継続する	ほかの人たちにも通常の業務以外の実施をさせる	大要な努力にほかの人たちを巻き込む			

表1-3 コンピテンシー・ディクショナリー（スペンサー、2011をもとに作成）

大項目	中項目	小項目	次元	行動の記述（抜粋）											
				レベル1	レベル0	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5	レベル6	レベル7	レベル8	レベル9	
認知コンピテンシー	分析的思考(AT)	自分自身のために思考する 実践的な知能活用 問題分析 理由づけ プランニング・スキル	A. 分析の複雑さ	【尺度】		直近のニーズや要求に応える。	問題を分解して単純化する	基本的な関連を理解する 問題や関係のいくつかの部分の関係を分析する	出来事に対する可能な原因を理解し結果を予測する	いくつかの手法を活用して高度なプラン分析を行う	いくつかの手法を活用してきわめて高度なプラン分析を行う	いくつかの手法を活用してきわめて高度なプラン分析を行う			
			B. 対象となる分析の規模			1~2人の業績に関心を持つ	小さな職場ユニットに焦点を当てる	継続する問題に関心を寄せる	全体の業績に関心を寄せる	長期的な業績に関心を寄せる					
	概念化思考(CT)	概念の活用 パターン認識 洞察力 クリティカル思考 問題の定義と特定 諸理論を生み出す能力	A. 概念の複雑さと独創性			抽象的な概念はまったく活用されていない	経験知や過去の体験を活かして問題や状況を把握する	パターンを発見する	学習した複雑な概念を適切に適用する	複雑な事象を簡単に整理する	新しい概念・見方を作り出す	複雑な課題に対して新しい概念・見方を作り出す			
			B. 範囲の尺度			1~2人の業績に関心を持つ	小さな職場ユニットに焦点を当てる	継続する問題に関心を寄せる	全体の業績に関心を寄せる	長期的な業績に関心を寄せる					
	技術的/専門的/マネジメント専門能力(EXP)	法律の理解 専門家、支援者のイメージ 診断のためのスキル 診断のためのスキル	A. 知識の深さ				基礎的	基本的な一般職、基本的なマニュアルに従ってできる	中級の一般職、さまざまな職務をこなすことができる	高度な一般職、高度なスキルをもち複雑な職務を遂行できる	基本的な専門職、ほかの専門職に専門的アドバイスを提供できる	熟達した専門職、高度で特化した専門職として実践できる	専門職/特化したマスター、その分野での権威として認められる	卓越した権威、国レベルでその分野での権威として認められる	
			B. マネジメント専門能力の範囲				皆無。監督する責任を一切持たず独立して仕事を行う	同質性の高い職場ユニット	部門	ことなつた部門	中規模の組織	大規模組織			
			C. 専門能力の修得	新しいアイデアや手法には抵抗する	新しいアイデアや手法に興味を示さない	現在の技術的知識を維持する	新しいことに好奇心を示し自分の専門分野以外のことにも興味を示す	最新のアイデアに遅れないようにネットワークを活用する							
			D. 専門能力の伝播												
			CとDはその技術的知識だけではなく、その人材のモチベーションや姿勢から大きな影響を受ける	情報を聞き回しに知らせない	共有すべき新しい情報を持っていない	専門家として最新の情報を回りに伝える	ほかの人たちの技術上の問題解決に協力する	新しい技術についての論文を発表する							
	個人の効果性	セルフ・コントロール(SCT)	スタミナ ストレス耐性 冷静を保つ	A. 測定尺度		ネガティブな感情を表し不適切に感情を表出する	ストレス状況を選ける	過度の関わりや衝動的行動に陥ろうとするのに抵抗する	感情を抑制しはるが是正行動はとらない	感情をコントロールし冷静に議論やその他のプロセスを続ける	効果的にストレスに対応するためにストレスマネジメントの手法を用いる	ストレスをコントロールし問題の原因に対して前向きに対応するための行動をとる	ほかの人たちにも冷静さを取り戻すようにする		
		自己確信(SCF)	決断力 自尊心の高さ 独立心 すぐれた自己イメージ	A. 自信		無力感を感じる	他人に頼り自信に欠ける	独立して意思決定をする	外部から反対が出ても自分で意思決定を行い実行する	自分の判断に自信を持っている	対立場面でも自分の立場をはっきり主張する	上司との対立のなかでも自分の立場をはっきり主張する	上司や顧客とも対決して自分の立場をはっきり主張する		
				B. 失敗に対処する		失敗の原因を他人や状況に転嫁する	継続して自分を責める	失敗や欠陥を認める	自分の失敗から学ぶ	ほかの人たちを前にして自分の失敗をはっきり認め問題を解決するための行動に結びつける					
柔軟性(FLEX)		適応力 変革能力 知覚的な客観性	A. 変化の範囲、幅—自分の意見から組織戦略の変更まで含む		自分の意見や方法に固執する。明確に問題が生じているのに自分の意見にこだわる。ほかの人の意見は妥当なものとは認めない。	常に決まった方法に従う	状況を客観的に把握する。ほかの人の意見に含まれる妥当な部分を認める。	ルールや手続きを柔軟に適用する。この状況に応じて組織の全体的目標を達成するために自らの行動を調整する。	状況やほかのひとたちの反応にしたがって自らの行動や方法を変える	状況に合わせて自らの戦略、目標やプロジェクトを変更する	組織の変革を進める。状況に伴うニーズに合わせて自分またはクライアントに組織を大規模かつ長期的に変革する				
	B. アクションのスピード					長期的で良く考えられた計画された変革(1ヶ月以上)	変革のための短期的計画(1週間~1ヶ月)	迅速な変革(1週間以内)	急速な変革(1日以内)	その場で考えて即、実行する					
組織へのコミットメント(OC)	ビジネス志向 ミッション重視 ビジョン 司令官としてのミッションへのコミットメント	A. コミットメントの強さ		組織の規範を無視したり反抗的に振舞う	組織に溶け込むために最小の努力をする	積極的な努力をする。	組織の一員としてのモデルを示す。忠誠心を示し同僚がそのタスクを完了することを喜んで助け、権限を有する人たちの願望を尊重する。	目的意識を明確にしコミットメントを示す。組織の使命と目標を理解し積極的にサポートする。組織のニーズに自らの行動や考えを合わせる	組織のためには個人的あては専門職として犠牲を払う	あえて不人気の意思決定も組織に良かれと思つたことは反対にあつても断固として守り抜く	全体の組織のためには自分の私利私欲も犠牲にする。組織の長期的利益に対して自部門の短期的利益を犠牲にする。残対組織のニーズに応えるためにはほかの人たちにも犠牲を求める。				

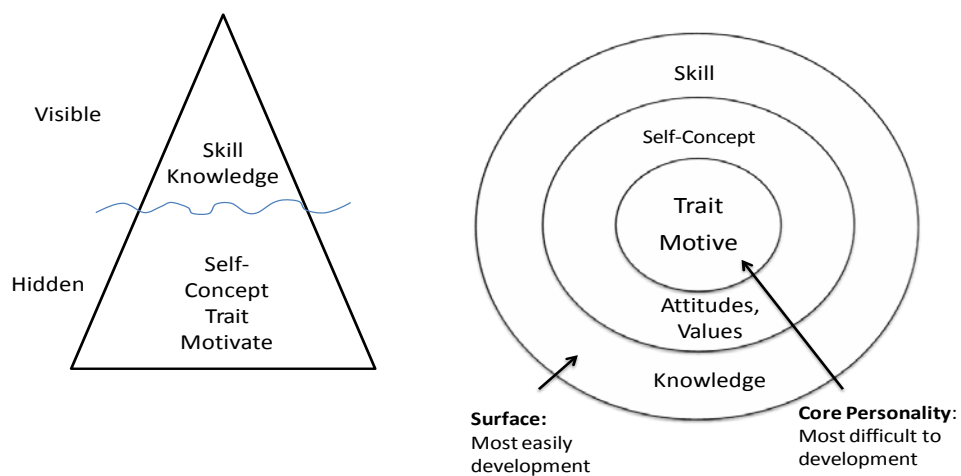


図 1 The Iceberg Model (冰山モデル)

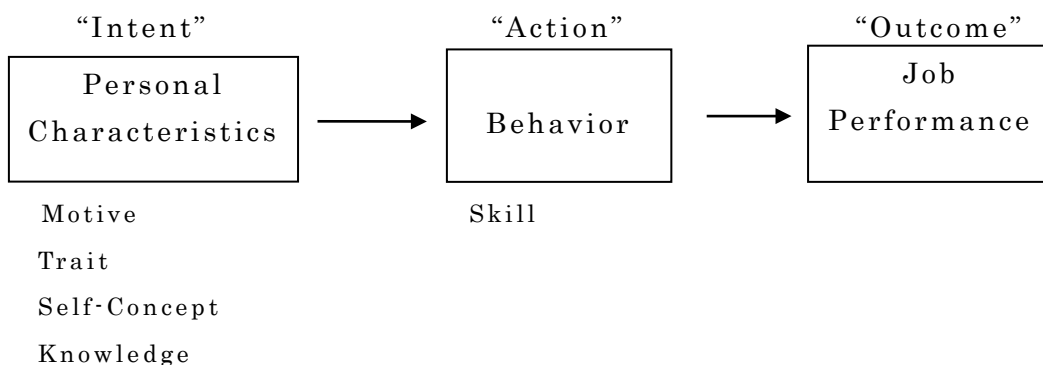


図 2 コンピテンシーの原因—結果フロー・モデル  
(Spencer、1993)

また、水面下に隠れている動因、特性、自己概念にかかわるコンピテンシーがスキルに基づく行動の引き金になり、職務の成果に影響を及ぼすという動因／特性→行動→成果という原因・結果フローモデル(図2)が提唱されている。コンピテンシーには必ず「意図」が含まれ、「意図」を伴わない行動はコンピテンシーとは認められない。また、コンピテンシーの考え方では、行動に思考を含めるとする。行動するに先立って思考が行われその思考が行動を決めるからである(Spencer、1993)。

このように、氷山モデルの考え方はWhiteやMcClellandの古典的なコンピテンシーが主張するところの「パーソナリティ変数」重視の流れをくむものであることが示されている（加藤、2011b）。

本研究では、コンピテンシーを知識や技術よりも開発しにくいのが重要であるとされる意欲や動機といった動因に着目することからコンピテンシーの原因—結果モデルを採用し、コンピテンシーの動因として位置づけることとする。

1990年代に入ると人事系コンサルティング会社や研究者たちが各社各様にコンピテンシーを定義しコンピテンシー・モデルを作成するに至るが、コンピテンシーの表記のされ方は、Spencer(1993)が開発したコンピテンシー・ディクショナリー（表1）のような詳細な行動指標で示すことが一般化していく（加藤、2011b）。

この時代以降のコンピテンシーの定義の特徴のひとつにMcClellandなどが強調した動機や自己概念、価値観などの氷山モデルで見えにくいとされる「パーソナリティ変数」を含めない定義がされていることがあげられる。Mirable(1997)は、「職務上の高業績と結びつく知識、技能、能力、その他の特性」と定義し、Losey(1999)は「知能+教育+経験+倫理+／-興味=コンピテンシー」とした。Arthey(1999)は、「コンピテンシーは観察可能な業績の要素(dimensions)であり、高業績につながり、持続可能な競争優位を組織にもたらす集団的なチーム(collective team)、プロセス、組織的な能力、行動と同様に、個人の知識、スキル、態度、行動を含む」と定義した。

また、もうひとつの特徴として「高い業績」にこだわらず柔軟にコンピテンシーを定義していることがあげられる（大滝ほか、2000）。Lucia(1999)は、「ある人の職務（役割もしくは責任）の主要部分に影響する知識、スキル、そして態度のまとまりであり、それは役割を遂行することに関連があり、よく受け入れられている基本と比較して測定することができ、教育訓練と能力開発を通して開発することができる」と定義している。このように、米国およびイギリスにおいても、コンピテンシーは知識・スキルを標準化したもので最低基準を示すものであるとした定義がみられる（太田、2007）。

一方、日本でコンピテンシーが注目されるようになったのは、1990年代初頭のバブル経済崩壊後、それまで日本企業の人的資源管理の根幹であった職能資格制度に多くの企業が限界を感じていたときであったとされる（加藤、2011a）。日本企業は1990年代後半以降、定量的な結果を重視する成果主義的な人事評価制度への移行を始めたがなじまなかったため、定性的な人基準でかつプロセスを評価できるコンピテンシーに期待が集まったという（永井,2004、岩

脇,2007)。

しかし、日本では「日本独自の概念を構成している」(山口、2009)ことや「使用される分野によって使い方が異なる」(岩脇、2007)点が指摘されている。たとえば、採用時には動機や自己概念のようなMcClellandが重視したコンピテンシーの概念を重視した選考をする(高本、2006)一方で、採用後は各職務の好業績者や理想的な人物の行動を基準として詳細に決められたコンピテンシー・モデルに被評価者を照らし合わせて評価している(加藤、2011a)。

コンピテンシー・モデルとはコンピテンシーを実務で使用するためにモデル化されたものであるが、その開発にはリサーチ・ベース・アプローチ、価値ベース・アプローチ、戦略ベース・アプローチの3つがある(金井,2001、古川,2002)。

リサーチ・ベース・アプローチとは各職務の高業績者および平均的な業績者に対してBEIのような行動インタビューを実施しモデル化していく方法であり、帰納的アプローチとも言われる。米国ではこの方法でコンピテンシー・モデルを設計することが多いため、この方法が一般的にコンピテンシー・モデルの設計方法とされている(加藤、2011a)。

価値ベース・アプローチ、戦略ベース・アプローチは、企業価値や戦略を達成するための人材にはどのようなコンピテンシーが必要であるか、組織のトップや人事部などで決定しモデル化するものである。この方法は演繹的アプローチであり、日本の企業がコンピテンシー・モデルを作成する際はこの方法も採用されている。

コンピテンシー・モデルは職務、職位、役割ごとに異なるモデルを設計するのが基本であるが、そのために非常に手間がかかるため、業界ごとに独自のコンピテンシー・モデルを公表するなど既製品としての「ジェネリック・モデル」が多くなっている(太田、2002)。一方で、それでは組織独自の文化に合わないとして独自のモデルを作成するなど多様化に向かっている(加藤、2011a)という。

このように、日本では使用される分野によってもコンピテンシーの概念が明確にされないまま、コンピテンシー・モデルが多様化して使用されているのが現状であると言える。

### 3. 類似概念

組織全体を見据えたコンピテンシーの概念に「コア・コンピタンス」の概念がある。「コア・コンピタンス」は個人の属性に着目しているのではなく、組織の競争戦略として位置づけられている。この概念は、経営戦略論の研究者であるハメルとプラハードが提唱したとされ、「企業が自社ならではの価値を顧客に提供するための中核的

な力」と定義されている (Prehalad et al,1990、Hamel et al,1994)。

1990年に発表されたハメルとプラハードの論文が『ハーバード・ビジネス・レビュー』誌上最も多く引用されたことにより、その結果、コア・コンピタンスの用語が普及し経営関係の世界で広く知れ渡るようになった。企業の特徴を示す考え方が、新しい能力概念である人事面でのコンピテンシーに影響を与え、個人の資質としてのコンピテンシーを測定し活用していく動きへとつながっていった (金井、2001) という。

以上のことから、McClellandらが提唱した産業心理学におけるコンピテンシーと経営戦略論で唱えられるコア・コンピタンスとは分析のレベルあるいは質が異なると考えられる。この点については、Axleyも同様に指摘している (Axley、2008)。

また、経済協力開発機構 (OECD) は、世界的な「評価と指標の研究、開発、解釈に役立つコンピテンシーの定義と選択のために包括的な理論的枠組みをもった長期的展望を必要とする」という需要志向から『The Definition and Selection of KEY COMPETENCIES: Theoretical & Conceptual Foundation (コンピテンシーの定義と選択: その理論的・概念的基礎)』すなわち DeSeCo プロジェクトを1997年に開始し、2003年に最終報告を行った。

DeSeCo プロジェクトの目的は、生涯学習の視点に立った個人の基礎となるコンピテンシーとは何かを明らかにし、学力や成人能力の国際的な評価と比較可能な教育指標の開発への理論的基礎を構築することであった。このプロジェクトの大きな特徴は、その概念定義を学際的な領域の専門家と OECD に加盟する12の参加国の政策担当者との協働によって進められた点であり、教育の分野だけでなく、経済や政治、福祉を含めた広い生活領域に役立つ概念を提供したことであった (Rychen、2006)。

このプロジェクトでは「人生の成功と正常に機能する社会の実現を高いレベルで達成する個人の特性」を「キー・コンピテンシー」として暫定的にまとめ、その成果は教育の分野で活用されている。「キー・コンピテンシー」の定義では、「コンピテンシー」とは単なる知識や能力だけではなく、技能や態度をも含み、様々な心理的・社会的なリソースを活用して、特定の文脈の中で複雑な要求(課題)に対応することができる力としている。そのうえで「キー・コンピテンシー」は以下の3つのカテゴリーに分けられるとしている

- ① 社会・文化的、技術的ツールを相互作用的に活用する能力 (個人と社会との相互関係)
- ② 多様な社会グループにおける人間関係形成能力 (自己と他者との相互関係)

### ③ 自律的に行動する能力（個人の自律性と主体性）

この3つのキー・コンピテンシーの枠組みの中心にあるのは、個人が深く考え、行動することの必要性である。深く考えることには、目の状況に対して特定の定式や方法を反復継続的に当てはめることができる力だけではなく、変化に対応する力、経験から学ぶ力、批判的な立場で考え行動する力が含まれる。

キー・コンピテンシーの精神的前提の1つに“reflectiveness”（反省性、思慮深さ）がある。反省性は、キー・コンピテンシーの内的構造に関わっており、要求と行動に立脚したキー・コンピテンシーの概念化に関連する重要な横断的特徴である（Rychen、2006）。この枠組みの基本的な部分は、思慮深い思考と行為である。思慮深く考えることは、やや複雑な精神的過程を必要とし、考えている主体が相手の立場に立つことを要求する。思慮深さは個人にその技術について考え、理解し、自分の経験の他の面にそれを関連づけ適合させるようにする。このような思慮深さには、メタ認知的な技能、批判的なスタンスをとることや創造的な能力の活用が含まれる。

また、Boyatzis が Goleman らとの共著で示した EQ 概念との類似についても議論されている（加藤,2011b、大滝,2000）。EQ(Emotional quotient)を Goleman(1995)は「こころの知能指数」と呼び、「自分自身を動機づけ、挫折してもしぶとくがんばれる能力、衝動をコントロールし、快樂をがまんできる能力、自分自身の気分をうまく整え、感情の乱れに思考力を阻害されない能力、他人に共感でき、希望を維持できる能力」と説明している。McClelland が示したコンピテンシーは表層的な行動のみならず、その行動を引き出す動機、自己概念、思考パターンといった表面化しない人間の特性やパーソナリティを包括的に含んでいるとする。これらの「パーソナリティ変数」は EQ に通じる概念であると考えられる。

## 4. コンピテンシーを定義する上での問題性

これまで述べてきたように、コンピテンシーについて各学問領域で合意がなされている定義はないことが指摘されてきたが、その理由として考えられる要因をあげる。

コンピテンシーは「行動」に着目しているが、行動や実践はその性質からいって本質的に個人的なものである。行動特性という独特で不確実な状況にかかわる一般的な能力を明確にすることは可能かどうかという問題が生じる。この点については、「機能的で需要を志向するコンピテンスへのアプローチ」(Witt & Lehmann、2001)を考えるという方策がある。Witt & Lehmann (2001) は、「機能的アプローチなしでは、コンピテンシーについてその関連性を深く考え



ることは不可能であり、また、内的構造の研究なしでは単なる『～できる』(ability to～)という表現に陥ってしまう」としている。ダイナミックに相互に関係する多様な構成要素は、生活の中で直面する複雑な需要の特徴によって定義される(Weinert, 2001)。需要に対応し、目標を完遂するには、動機づけ、感情、価値観といった社会的で行動的な構成要素の動員が必要だという点については、広く合意が得られている(Canto-Sperber & Dupuy, 2001、Haste, 2001、Perrenoud, 2001、Witt & Lehmann, 2001)。

Oates(1999)は、高い実行能力に必要なすべての資源の重要性を強調し、土台となる知識と価値観の両方の重要性を曖昧にする職業プロフィールでは、功績に必要とされる属性を十分にはとらえていないと述べている。

社会が常に変化している状況にあって、求められる能力もまた変化せざるをえないという問題がある。有能とされていたことが、これから先も同じように求められるとは限らない。しかし、行為は常に社会的もしくは社会文化的な環境の中でおこるものであり、効果的なふるまいや行為の判断基準は具体化され、個々人はそれらに対応した行動をとる。必要な文脈へのコンピテンシーの対応は、「状況に埋め込まれた学習理論(レイヴ&ウェンガー、1993)」をよく反映している。こうして、コンピテンシーは需要と環境との相互作用の中で概念化され、特定の場面における個人の行為によって実現されていくと考えられる。

## 5. 「コンピテンシー」概念のまとめ

文献検討の結果、明らかとなっているコンピテンシーの概念について述べる。

コンピテンシーは、「～ができる」ための単に知識や技術をさすのではなく、行為に伴う技能や態度を含み、行動の前提となる思考や動機づけ、感情、価値観といった個人の特性や動因が構成要素となる。これらは、他者や環境との相互作用のなかで自律的・主体的に発現される。また、コンピテンシーは社会状況の変化とともに、需要と環境との相互作用のなかで概念化される。

行動の前提となる思考には思慮深さや反省性などの振り返りを含むとする考え方があがるが、識者によって異なる。

これらの構成要素は複雑な需要の特徴によって定義されるが、「高い業績」が得られることと関連して成果が何らかの数値として表現できる場合と医療のように成果の定義や測定が容易ではない場合とで異なる。看護の場合は後者であり、当事者あるいは上級職者からの「望ましい」、「求められる」といったコンピテンシーが質的

に抽出され、採用されることが多い。

本研究では、コンピテンシーを行動とその前提となる思考や動機づけ、感情、価値観といった個人の特性や動因を構成要素とする。振り返りについては、コンピテンシーとの関連を明らかにするために、コンピテンシーには含まないこととする。また、看護中間管理職の「高い業績」については明らかとなる基準や指標が明確でないため、成果との関連は設定しないこととする。

## Ⅱ．看護中間管理職のコンピテンシー

### 1．看護中間管理職

看護管理とは、WHO では「看護婦の潜在能力や関連分野の職員及び補助的職員、あるいは設備や環境、社会の活動等を用いて、人間の健康向上のためにこれらを系統的に適用する過程である」(WHO 西太平洋地区看護管理ゼミナール、1961)と定義されている。また、日本看護協会(1995)では「臨床における看護管理とは、患者や家族に、看護ケア、治療への助力安楽を与えるために行う仕事の過程である。看護管理者は最良の看護を患者や家族に提供するために、計画し、組織化し、調整し、統制を行うことである」としている。Gillies(1992)は、「看護管理とは、患者にケア、治療、そして安楽を与えるための看護スタッフメンバーによる仕事の過程である」と定義している。

看護管理職者の仕事は「最も有効で可能なケアを患者およびその家族の人々に与えるために計画し組織し支持を与えそして入手できる財政的・物質的・人的資源を統制することである」(Gillies、1992)ことから、「看護職管理者は、必要な質量の人員、物品、経費等を算定、確保して、それを有効に活用する責任を負う」(日本看護協会業務委員会、1995)としている。

このように、看護管理の対象は、①人的資源、②物的資源、③財的資源であり、円滑な管理を行うためにはそれぞれの領域においてPlan【計画】-Do【実行】-Check【確認】-Action【処置・改善】のサイクルをくり返すことが必要である(上泉、2006)。

また、看護が提供される施設や機関において、対象者に質の高い看護サービスを効果的かつ効率的に提供し、サービス提供側の看護師も意欲的にサービスが提供できるようなシステムを作り、整え、また組織を動かすことがある。そのためには人的・物的・経済的資源を有効に活用することが必要である(和田ほか、2002)。

管理者には、上級管理者、中間管理者、第一線監督者の3つの階層があり、それぞれの階層には当該組織によって定められた職位名がある。日本看護協会(2007)は、看護管理者を「看護管理者とは、

看護の対象者のニーズと看護職の知識・技術が合致するよう計画し、財政的・物質的・人的資源を組織化し、目標に向けて看護職を導き、目標の達成度を評価することを役割とする者の総称をいう」と定義している。

「看護中間管理職」の定義・位置づけについては、組織によって異なるのが一般的である（佐藤、2007）。名称も一般病院は「看護師長」「課長」「係長」「チームマネージャー」であるが、精神科病院は「看護長」や「科長」といったように異なる。

「中間管理職」の役割については「実務の現場における責任者」であるが、マネジメントの範囲については、Mintzberg(2009)によると、「組織の全体、もしくは組織内の明確に区分できる一部分（部署）に責任を持つ人物」である。看護中間管理職は組織内の明確に区分できる部署における責任者であると言える。

看護中間管理職は中間管理者として、病院及び看護部の目的、方針を理解し看護職員に浸透させ、当該看護単位の看護ケアの質を維持する責任と権限を有する。その責任は、患者ケア管理、人事管理、ユニット管理の3つの主要な領域が中心となっている。そのために看護師長は当該看護単位の活動に関する決定を行う責任と権限を有する（聖路加国際病院看護部編：職位職務規定）。

以上の定義を踏まえ、本研究では、看護中間管理職を「組織内の明確に区分できる一看護単位の長としての責任と権限を有する者」と定義する。

## 2. 医療・看護におけるコンピテンシー

医療の世界におけるコンピテンシーの活用は、医学教育が最初であった。1970～80年代に、それまでの「カリキュラムの断片化と基本の軽視」への反省から、基本への回帰とコンピテンシーの重視が提唱された（平尾、2005）。その後、多くの CBE(T) (Competency-Based Education (Training)) が開発されたが、初期のものはコンピテンシーとカリキュラムの直接的な関連が不明確であった。1990年代になると、コンピテンシーの具体的な記述、評価方法（ツール）の開発が進み、1999年に ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education: 米国の卒後教育の認証団体で米国、カナダのレジデント教育に大きな影響力を持つ) から6つの general competencies (【患者ケア】【医学知識】【診療に基づいた学習と改善】【対人・コミュニケーションスキル】【プロフェッショナル】【システムに基づいた診療】) が卒後教育の目標として示された。

また、2002年には IOM (Institute of Medicine) が報告書(Health

Profession Education)のなかで、医療の質の向上のための5つのコア・コンピタンス（【患者中心の医療の提供】【チームとして協働すること】【根拠に基づいた医療の実践】【質改善活動】【ITの活用】）を提唱し、それを受けて関連団体の取り組みが始まっているという。

医学教育におけるコンピテンシーは、産業界におけるコンピテンシー・モデルほど厳密なものではないとされる。なぜなら、産業界では成果が何らかの数値として表現できることが多いが、医療では成果の定義や測定が容易ではないからである（Carraccio、2002）。そのため、医学教育におけるコンピテンシーを、Carraccioは「知識、スキル、コンピテンス（個人の能力）からなる行動様式」と定義し、IOMは「日常診療におけるコミュニケーション、知識、技術、臨床的推論、情緒、価値観、振り返りの習慣的かつ分別ある使用」と定義している。コンピテンシーに基づいた教育（CBE）と従来の教育（Structure and Process - Based Education）の違いをCarraccioはいくつかの点から比較している（表2）。

表2 コンピテンシーに基づいた教育と従来の教育の比較（Carraccio、2002）

	Structure and Process - Based Education	Competency-based
背景	内容主導 - 知識の獲得	結果主導 - 知識の応用
過程の推進者	教員	学習者
学習の経路	階層的（教員→学習者）	非階層的（教員⇔学習者）
学習内容の責任	教員	教員と学習者
学習の目標	知識の獲得	知識の応用
典型的な評価ツール	単一の主観的評価	複数の客観的評価
評価ツール	代理（代替）	真（現場想定）
評価	相対的評価	絶対的評価
評価の時期	総括的（例：可否）	形成的（例：フィードバック）
課程の完了	固定した時期	時期は可変

Carraccioによると、コンピテンシーに基づいた教育（CBE）とは、学習者が主体であり、教員と学習者との相互作用で学習は進むという。学習の目標は知識の獲得よりも知識の応用が重視され、評価も現場を想定した絶対的評価が行われるとしている。

看護においては、1980年代初めに米国のいくつかの州で卒前教育の一環として、看護教育プログラムに不可欠な能力としてコンピテ

ンシーが開発された。1990年代に入って、米国ではヘルスケアにおける環境が急速に変化し、安全な環境を患者に提供する必要性が強まったこともあり、全国的な動きとして看護専門職団体や患者の権利擁護関連団体のなかでコンピテンシーはしばしば議論の対象になった。この動きは **The Pew Health Professions Commission's report (Pew Health Professions Commission、1995)** や **The Interprofessional Work group on Health Professions Regulation (IWHPR ; 1997)**によって加速され、1990年代半ばにはコンピテンシーに関する会議が開かれた (Tilly、2008) という。

米国において最初にコンピテンシーを測定する試みは、コンピテントであるかないかの二者択一方式か、段階的に能力を評価する2つの方式があったことが報告されている (Clinton, et al., 2005)。段階的に評価するものとしては、Benner (1984)の「初心者から熟達者」の5段階のステージがある。コンピテンシーを段階的にクラスターであらわしたものは比較も容易であり、小さな違いも区別できることから最も有効であるとしてしばしば使用されている (Clinton et al., 2005)。

アメリカ看護協会などの4団体が加入しているヘルスケア関連施設の認証委員会である JCAHO (the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) は、看護職のコンピテンシーを「求められる期待に対応した個人のスキル、知識や能力」(JCAHO、2006)と定義した。また、「仕事を正確に、かつ技能を十分に行使して実施するための個人がもっている知識、スキル、能力、振る舞い」(O'Shea、2002)や「正確に形成された、あるいは理解されている望ましいスキル、過程、概念の根拠」(Rebholz、2006)など様々に定義されている。

一方、日本においてコンピテンシーは各領域で必要な能力を抽出したものが多く、看護職に求められるコア・コンピテンシーを看護中間管理職に対してインタビューした研究 (古川ほか、2006)、皮膚・排泄ケア認定看護師の継続教育プログラム作成を目的とするために褥創管理におけるコンピテンシー構築を目的とした研究 (西澤ほか、2008)、救急看護の独自性を見出すために行った研究 (坂口ほか、2006)、保健師指導者の育成プログラム開発のために行った研究 (佐伯ほか、2005)があるが、コンピテンシーを明確に定義した上で行った研究は少なく、いずれも半構造化面接を行って得られたデータを質的に分析していた。また、得られたデータを実証的に検証している研究はなかった。

### 3. 技術者・専門職を管理する中間管理者のコンピテンシー

技術者・専門職を管理する中間管理者のコンピテンシーは職種間の違いを反映せず、概ね似通っていることが明らかになっている（Spencer、1993）。管理者の一般的コンピテンシー・モデルを表3に示す。

表3 管理者の一般的コンピテンシー・モデル（Spencer、1993）

ウェイト	コンピテンシー
XXXXXX	インパクトと影響力
XXXXXX	達成重視
XXXX	チームワークと協調
XXXX	分析的思考
XXXX	イニシアチブ
XXX	人の育成（ほかの人たちの開発）
XX	自己確信
XX	指揮命令／自信
XX	情報探求
XX	チーム・リーダーシップ
XX	概念化思考
最低必要要件	（組織の理解と関係の構築） 専門能力／専門知識

ここでは「インパクトと影響力」が最大のコンピテンシーとして示されているが、コンピテンシー群でいえば「達成とアクション」、「マネジメント」（表1、P.10～13参照）がどちらも約4分の1を占める重要な要素となっている。ベストの管理者は、個人の利益のためではなく組織の機能を改善するために信用を築き、自身の言動が他者に与える効果を計算して行動する。ときに、組織の世間的評判に強い関心を持つことが優れた管理者の要件であるとされるが、彼らを差別化しているのは自身の個人的信用、または伝えたいと思っている特定の印象であることが多い。

技術者・専門職の管理者は、表3に示す一般的な中間管理者のコンピテンシー・モデルと非常によく似ているとされるが、「達成重視」は顕著ではなく、特に人的サービス従事者については達成関連のテーマは現れないという（Spencer、1993）。プロフェッショナルの優れた管理者は、むしろ「人の育成」、「対人関係理解」、「顧客サービス重視」によって差別化されており、「組織へのコミットメント」は一般管理者より多く現れ、「自己確信」は少ないとされる。また、「概念化思考」、「チーム・リーダーシップ」も人的サービスの管理者には多く見られるという。

以上のことから、看護中間管理職は人的サービスの管理者であるため、「人の育成」、「対人関係理解」、「顧客サービス重視」、「概念化思考」、「チーム・リーダーシップ」が特徴的にみられることが推察される。

#### 4. 看護中間管理職のコンピテンシー

米国ではヘルスケア環境が複雑化し、看護管理者はコスト効率、ケアの質、患者アウトカムを高めるための能力が必要とされ、看護管理者に求められる能力について、さまざまな研究を基に明らかにしている。

アメリカ看護部長会であるAONE (The American Organizational of Nursing Executive) は、1992年に病院の nurse managerの役割と機能について明らかにしたが、その後、これを改定し、「AONE Nurse Executive Competencies」(図3)として「I. コミュニケーションと関係性の構築、II. ヘルスケア環境の知識、III. 専門性、IV. ビジネススキル」の4分野をあげ、これら4分野に共通するコンピテンシーとしてリーダーシップを中心に据えている (AONE、1992、2005)。AONEによるコンピテンシーの内容を表4に示す。

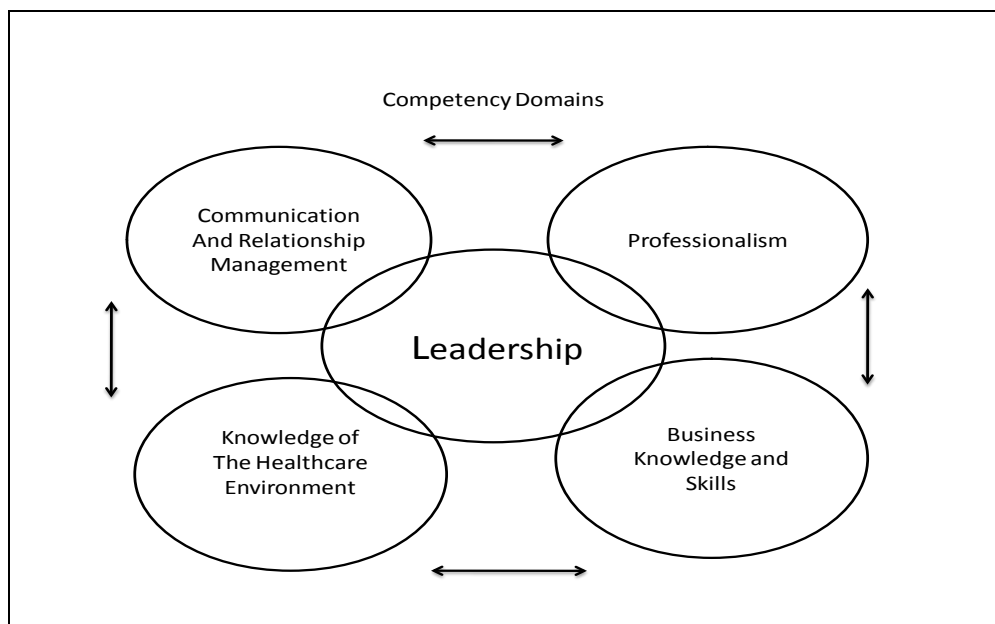


図3 AONE Nurse Executives Competencies (AONE、2005)

Chase (1994、2010)は、この AONE のコンピテンシーと Katz (1955) の枠組み (専門的能力、対人的能力、概念化能力) を組み合わせて nurse manager の尺度を開発し検証している。Chase は、看護管理者のコンピテンシーを 53 項目にまとめており、「業務基

準」「予算の獲得」から「ユーモア」「楽観性」など多岐にわたっている。

表4 AONEのコンピテンシー（勝山、2010）

カテゴリー	内容
コミュニケーション と関係性の構築	効果的なコミュニケーション 関係のマネジメント 行動の影響 多様性のある仕事の能力 共有された決断 コミュニティー関係 医療スタッフとの関係構築 アカデミックな関係
ヘルスケア環境の 知識、	臨床実践の知識 患者ケアの提供モデルと仕事デザインの知識 ヘルスケア経済の知識 ガバナンスの理解 エビデンスに基づいた実践の理解 アウトカムの測定 患者の安全を促進することとその知識 利用率・ケースマネジメント 質の改善の知識 リスクマネジメントの知識
専門性	個人と専門的能力 キャリアプランニング 倫理 エビデンスに基づいた臨床と管理の実践 臨床の企業経営と看護の実践を擁護する 専門職組織の中での活発なメンバーシップ
ビジネススキル	ヘルスケア費用の理解 人的資源管理と開発 戦略的なマネジメント マーケティング 情報管理と技術
リーダーシップ	考えるスキルを構築 個人の専門性 システムシンキングを活用する能力 計画を成功させる力 変化のマネジメント



Duffield(1994) は管理者 16 名を対象とした面接調査により得られたデータを Katz の枠組みを用いてデルファイ法で分析し、4つのカテゴリー（機能的マネジメント、スタッフマネジメント、患者のケア、リーダーシップ）と 164 のコンピテンシーを抽出した。看護中間管理職のコンピテンシーはそのうち 49%が専門的能力であり、34%が対人的能力、17%が概念化能力であった。

ScobleとRusselは、Nursing Health care 2001 conferenceで130のキー・コンピテンシーを集めたが、そのなかで「リーダーシップ行動とスキル」「財政の眼識と予算」「ビジネス」「管理技能」「コミュニケーションスキル」「人的資源管理と労働のビジョン」が上位を示しているとした（Scoble et al.、2003）。

看護の執行部団体で看護部長会よりも上位の団体であるCNE（The chief nurse executive）は2002年に質的研究を行い、育成プログラムに必要な6つのテーマとして【コミュニケーション】【継続的に学習する能力】【ヘルスケアの質】【パートナーシップ】【相互作用】【未来へのオリエンテーション】を抽出した（勝山、2010）。

Sherman(2007)が開発した”Nursing Leadership Competency Model”（図4）は、Spencer（1993）のコンピテンシーと類似する点が多くみられている。看護職として特徴的なコンピテンシーとして、「ケアリング」があげられている。

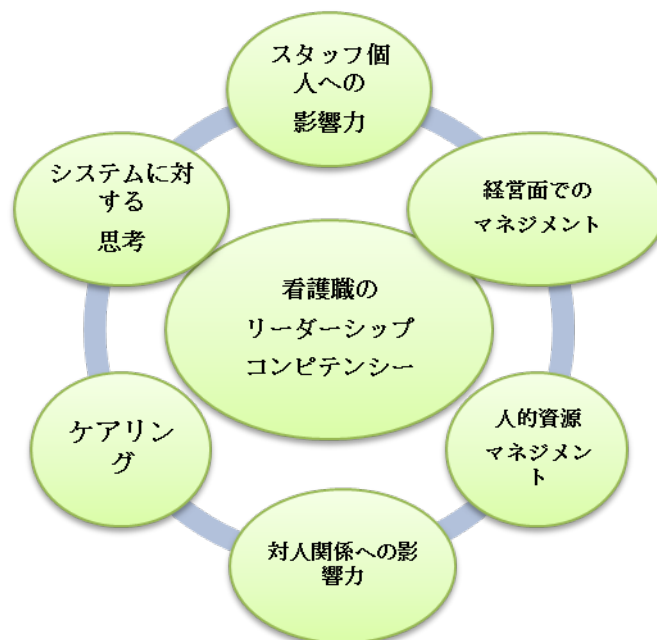


図 4. Nursing Leadership Competency Model

(Sherman、2007)

以上で示したように、米国における看護管理者のコンピテンシーは中心に「リーダーシップ」をおくものが多いことから、特に「リーダーシップ」が重要視されていることが考えられる。タイトルも「リーダーシップ」を付しているものが多いことも特徴である。

「リーダーシップ」とは、「集団の目標に進んで努力するよう、人々の活動（行動）に影響を及ぼすこと」（Terry、1960）、「状況の中で、特定の目的、ないし目標の達成のために、コミュニケーション・プロセスを通して揮われた影響力である」（Tannenbaum et al、1959）などさまざまに定義されている。そのなかで共通していることは、「与えられた状況で目標達成のため、個人ないし集団に影響を及ぼすプロセス」ということである。米国における看護管理者のコンピテンシーはリーダーシップを中心に、他のコンピテンシーを促進する力として位置づけられていると考えられる。

また、看護管理者のコンピテンシー・モデルを作成する基となる能力概念に Katz（1955）の枠組みを使用している研究が多いことがあげられる。Katz（1955）が提唱した「専門的能力、対人的能力、概念化能力」の3つの能力は、概念としては古典とされ多くの研究で用いられているが、Katz（1955）の論文には competency の word は用いられておらず、White や McClelland がコンピテンシー概念を提唱した時代よりもかなり前である。言葉の語源で述べたように、英語の competency には言葉自体に「何かをよく行うことができる能力、力量」という意味があるため、米国では言葉の意味そのままに使用されていることが考えられる。日本では、competency ということばがそのまま輸入され使用されてきたことから、コンピテンシーの概念についての理解に混乱が生じ、さまざまに定義されるようになったことが指摘されている（加藤、2011a、2011b）。

また、米国のモデルに共通していることは、欧米では看護中間管理職に資金の獲得などの役割と権限があるために、経営面のコンピテンシーが他の人的資源マネジメントなどと同様にあげられている点である。日本においても日本看護協会の認定看護管理者教育課程サードレベルを修了し、財務知識を習得した認定看護管理者で看護部長および看護職副院長の職にある者を対象に行った質的調査（溝口ほか、2015）によると、経営会議で提示される財務諸表から経営状況を把握するなど経営参画していることが示されている。しかし、これらの役割は看護部門のトップによるものであり、看護中間管理職にあてはめられるものではない。また、こういったモデルを保険医療制度や現状が異なる日本の臨床現場にそのまま適用することは難しいと考えられるため、わが国の医療現場に適応した看護中間管理職のコンピテンシーを明らかにする必要がある。

一方、日本における看護管理者に求められる能力について、日本看護協会(2007)は、Katz(1955)が提唱した専門的能力、対人的能力、概念化能力の枠組みを用い、管理レベルが異なるごとにこれら3つのうちで求められる能力は異なるとした。職位が高くなるとともに、専門的能力より対人的能力、さらに概念化能力が求められるとしている。

虎の門病院(2007)は、1看護単位(20~25床)の管理者であるチーフナース(主任)の業績(職務遂行状況)の客観的評価に用いるため、2005年にSpencer(1993)の枠組みを基にチーフナースのコンピテンシー(卓越者の行動特性)モデル開発に着手した。卓越したチーフナース16名に対して半構造化面接を行い、行動結果面接の内容を分析した。その結果、15のコンピテンシーが抽出され、特に「個人の効果特性」と「達成重視」のクラスターが高いという特徴が示された。「個人の効果特性」については、そのなかでも「自己確信」の高い人がチーフナースとして伸びていることが判明したという。チーフナースになっても「自己確信」が弱い人は伸び悩んだり降格を願い出たりすることがあり、「自己確信」は欠かせない要素であることが指摘されている(宗村、2007)。

「自己確信」は、Spencer(1993)では「タスクを達成する自分自身の能力に対するその個人の信念、確信を指す」と定義され、重要な要件のひとつにあげられている。「自己確信」は、決断力、自尊心の高さ、独立心、すぐれた自己イメージ、責任を取ることをいとわないことであり、共通的な行動は、「ほかの人たちからの反対に出会っても、きちんと意思決定を行い、実行する」「力強い、印象深い仕方で自己を表明する」「ミステイクから学び、失敗を理解し、将来の業績を向上させるために自らの業績をしっかりと分析する」である(Spencer、1993)。

「自己確信」はコンピテンシーの前提となる動因としての信念を含むことから、独立変数(原因)であるのか、何らかの結果であるのかは議論が残るところであるとしている(Spencer、1993)が、虎の門病院の調査の結果では「自己確信」を前提とすることで能力の向上につながるということが考えられる。

また、東京大学の2つの附属病院(医学部附属病院および医科学研究所附属病院)の看護部が共同開発し、平成21年度から看護管理者の評価制度に導入した「コンピテンシー評価表(看護師長以上用、副看護師長・主任用の2種類)」(表5)は、Spencer(1993)のコンピテンシー・ディクショナリーをもとにBoyatzisとGolemanの『EQリーダーシップ』(2004)にあげられている管理者のコンピテンシーをはじめさまざまな文献を参照し構築された(武村、2014)。

表 5 看護管理者のコンピテンシー・モデル（東京大学医学部附属病院看護部、東京大学医科学研究所附属病院看護部、2014）

領域 1	カテゴリー	はたらき	コンピテンシー
領域 2	個人の特性	管理者として備えるべき特性	A 信念の維持 B 正確な自己評価 C 感情の自己認識 D セルフ・コントロール E 内省力 F 自己研鑽・学習力
領域 3	思考力	ビジョンを描く力	A 専門性の発揮 B 情報志向 C 分析的思考 (問題解決思考) D 概念化 (課題設定力)
領域 4	企画実行力	企画し実行する力	A 達成志向 B 顧客志向 C 改革力 D 質保証 E コンプライアンス
領域 5	影響力	人を巻き込む力	A 対人感受性 B 対人影響力 C ネットワーク構築力 (関係構築力) D 組織感覚力
領域 6	チーム運営力	チームをまとめ動かす	A 組織コミットメント B リーダーシップ C 指導・強制力 D 育成力 E チームワーク F トラブル対応

このモデルは職員評価制度の方針に従って、それぞれ 5 段階（s・a・b・c・d）を設定し、「看護師長ならこれは当然のこととして行ってほしい」という基準を b 評価としている。

東京大学附属病院のモデルで特徴的な点は、「管理者として備えるべき特性」をあげ、そのなかに「内省力」や「信念の維持」といった個人の根源的特性を含んでいることである。「内省力」は「自分の考えや行動などを深く省みて、次の行動につなげる」と定義され

ており、振り返りの概念に近い。その構成要素として、①自分の行動を振り返る、②他者の意見を受け止める、③他者に意見を求め議論する、④省みることで自己の行動特性を知る、⑤失敗を認める、⑥自己の傾向を多角的に分析し、行動変容につなげるといったことがあげられており、思考にとどまらず議論などを含む実践的なものとなっている。また、「失敗を認める」「信念の維持」など「自己確信」の要素も含まれていると考えられる。類似概念で述べたEQ概念を取り込んでいるところから、行動にとどまらないコンピテンシーの前提となる動因を含んだものと理解できる。

また、神戸大学医学部附属病院看護部(2015)は、看護管理者に「期待される成果」を明文化し、それを達成するために求められる能力として「組織目標達成能力」「人間関係能力」「看護サービス評価改善能力」「キャリア開発能力」「安全管理能力」の5項目をあげ、これらを「マネジメント・ラダー」としてそれぞれ6段階を設定した。そのうえで看護師長に求められるラダーは、「社会・看護の動向を捉え、病院の運営方針を意識し必要な支援を受けながら看護管理を実践する」と「社会・看護の動向を捉え、病院の運営方針を意識し看護管理を実践する」の2段階であるとした(松浦、2016)。

日本看護管理学会教育委員会は、Spencer(1993)の「コンピテンシー・モデル」を参考に米国海軍におけるコンピテンシーに基づくリーダーシップ/マネジメントコースの内容を参考に、14日間のトレーニング・プログラムを開発し実施した(佐々木ほか、2016)。作成過程では、米国海軍のプログラム内容を吟味し、日本の看護管理者を対象とした研修プログラムへの適用について、どのようなトレーニング方法が可能であるかを議論し、コンピテンシーを「導入」「達成とアクション」「支援と人的サービス」「インパクトと影響力」「マネジメント・コンピテンシー」「認知コンピテンシー」「統合」「実践統合」の8つのモジュールで構成している。

一方で、日本で82%を占める300床未満の中小規模病院(厚生労働省、2014)では大規模病院とは異なる看護管理者の能力が必要という見方もある。

コンピテンシーという言葉は使用されていないが、中小規模病院の看護管理者について求められる能力について調査した手島ほか(2016)は、中小規模病院のなかで先駆的な取り組みをしている施設の看護管理者を対象としたインタビューを行った。また、Chase(2012)が開発した53項目の看護管理者の能力測定尺度を用いて病院長、事務部門責任者、看護部門責任者が考えるところの看護管理ならびに人材育成に必要な能力をインタビューしまとめている。人材育成のために必要な能力として看護部門責任者があげていたの

は、「効果的なスタッフ配置方略」「問題解決」「人材定着」「スタッフの人材開発方略」「面接技術」「意思決定」であった。病院長や事務部門責任者はそのほかに「効果的コミュニケーション」「ストレス管理」「対立の解決」「感染予防」をあげていた。総合的に看護管理者に必要な能力としては病院長が「スタッフ教育」「問題解決」「グループ内の人間関係」「スタッフ定着のための方略」「効果的なスタッフ配置方略」を挙げているのに対し、看護部門責任者は「効果的コミュニケーション」「意思決定」「経営理論」「戦略的計画」「他職種間の調整」をあげていた。このように、立場や職種が違えば必要と考えられる能力が異なることが示されている。また、これらの分析結果をもとに、中小規模病院の看護管理者に求められる能力や役割について、そのポイントを次の4つにまとめている。「1. スタッフの身近にいて一人ひとりが力を発揮して成長していけることをめざす」「2. 組織の中で看護職が専門職としての機能を発揮できるようにする」「3. 看護管理のぶれない軸をもつ」「4. 多様な人と繋がり、自ら仕事の経験を通して学ぶ」としている。さらに、実際に直面している問題に焦点を絞り、その取り組みのプロセスを追うことによって効果的な活用方法を習得できるとして「リフレクション（ふりかえってみる）」を勧めている。

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を開発した本村ほか（2010）は、看護管理者の職務に期待されている要件は「成果責任」であるとして、コンピテンシーを高業績者の行動特性としてとらえるのではなく、成果責任を生み出すための必要能力要件としてコンピテンシーを育成すべきであるとしている。その前提に立って先行研究と中規模病院看護管理者5名によるヒアリングから90項目の原案を作成し「200～299床」の病床数を有する500病院を対象とした調査を実施し1414名から回答を得ている。その結果、中規模病院の看護管理者のコンピテンシーは、＜問題対処行動 CP＞8項目、＜対人関係 CP＞8項目、＜目標設定 CP＞5項目、＜情報収集 CP＞4項目の4因子構造からなるとした。

以上のように、病院看護部や学会で開発され運用されているコンピテンシーは、当該組織で求められ期待される能力であり、演繹的アプローチである価値ベース・アプローチあるいは戦略ベース・アプローチにより開発されたものである。組織の目的を達成するための人材にはどのようなコンピテンシーが必要であるかを看護部などで決定しモデル化するものである。

本研究におけるコンピテンシーは、まずBEI（行動結果面接）を実施しモデル化していく方法（帰納的アプローチであるリサーチ・ベース・アプローチ）を採用する。実際に看護中間管理職が「行っ

ている行動」とその前提となる思考や動機づけ、感情、価値観といった個人の特性や動因を構成要素とする。

## 5. 看護管理のアウトカム

コンピテンシーの構成要素は複雑な需要の特徴によって定義されるが、「高い業績」が得られることと関連して成果が何らかの数値として表現できる場合と、医療のように成果の定義や測定が容易ではない場合とがある。看護の場合は後者であり、看護管理における成果とは何かといった問題がある。

看護管理の責任は患者ケア管理、人事管理、ユニット管理と多岐にわたり、特に患者が医療・看護を受けることによって得る結果は重要である。看護管理における成果は病床稼働率などの経営に資する指標や看護師の離職率などの人的資源管理面、入院患者の転倒転落発生率といった安全面などの指標を使用する場合がある。

看護ケアの質という評価に着目すると、Donabedian(1988)は「構造、プロセス、アウトカム」の3要素を質保証のプロセスに組み込み、個々のケースのアウトカムを「先行するケアに起因するかもしれない、患者の現在および将来の健康状態における変化」と定義した。アウトカムとプロセスは切り離して考えることができず、測定対象となるアウトカムは、患者ケアの質改善に深く関係し、かつ適切であることを保証するため、対象患者グループのケア管理について臨床的専門知識を持つ他職種の共同実践者たちによって選択されるべきである(Wojner、2001)。

しかし、看護の質だけを取り出して評価することは医師の技術水準をはじめとする多くの要因が影響しており難しく、看護ケアの質を測定するツールを開発することは難しい(井部ほか、2011)とされている。結果としての「アウトカム」という言葉が示唆する因果関係が厳密な研究コントロールと正確な測定を要求する(Wojner、2001)という理由もある。

一般的な看護管理指標としては、米国の「看護管理ミニマムデータセット(Nursing Minimum Data Set: NMMDS)」がある。この指標は【環境】【ナース資源】【財政資源】という3つのカテゴリーに分類されており(Delaney、1996)、資源活用とコストに関する権限を持った看護管理者を対象としているため、米国のように自ら資金を獲得して運用するといった権限を持たない日本の看護管理者には適用できない部分が多い(大串ほか、2007)。

同じく米国で開発された、「マグネットホスピタル」の概念をベースにした指標 Magnet Recognition Program は、米国看護資格認定センターによって評価プログラムおよびコンサルティング・ツ-

ルとして活用されている。このプログラムは米国看護協会(ANA)が作成した「看護管理者のための指針 (Scope and Standards for Nurse Administrators)」がベースになっている (American Nurses Association、1995)。「実践指標」のカテゴリーとして、【査定】【診断】【アウトカム】【計画】【実行】【評価】の6つがあり、「専門能力」のカテゴリーとして【ケアと管理業務の質】【作業見積り】【教育】【関係性】【倫理性】【協働性】【研究】【資産活用】の8つがある (American Nurses Credentialing Center、2003)。このように、専門のコンサルタントが業務分析を行うことが前提になっているため非常に細かい分類に分かれており、きわめて詳細であることが特徴である。そのため、管理者自身が簡便に行うことは困難であるとされている。

日本で開発されている、看護管理者のための自己評価指標 - 日本版看護管理ミニマムデータセット第1版 (NMMDS-J ver.1) は、日本の看護事情を取り入れた上で、いかなる病院においても取り組まれるべき最小限のマネジメント課題を厳選し、「病院の規模によらず」「簡便に」「自己評価が可能」なマネジメントの評価ツールとして開発されている (NMMDS-J 研究会、2007)。この指標は、「計画」、「動機づけ」、「教育」、「コミュニケーション」、「組織」、「安全」の大項目にそれぞれ7項目の小項目から成り立っている。この指標の信頼性・妥当性を全国579病院の看護管理者から得られた1762通の回答をもとにした調査結果によると、6つの大項目の信頼性係数は「動機づけ」を除き0.68から0.8を示し比較的高い内的一貫性がみられたという。しかし、「動機づけ」に含まれる小項目には成分負荷量が0.07と極端に低い値を示すものがあり、指標の妥当性、信頼性の改善された改訂版を構築する予定であるとしている (奥ら、2010)。

以上のことから、日本の看護管理の現状に適合した看護管理の成果を評価する指標は定まっていないのが現状であるために、組織あるいは上級職者からの「望ましい」、「求められる」といったコンピテンシーが採用されることが多いことが考えられる。

一方で、看護管理の成果は経営指標や質指標を指すのではなく、病院の理念の実現に向けて、組織に何らかの変化をもたらすことであるとする見方もある (武村、2014)。それは、良質なケアの提供、患者・家族のQOLの向上、スタッフの成長、部署の活気、他部門の連携、新しいサービスの提供などをさすという。

本研究では、看護管理の成果を経営指標や数値ではなく、武村が述べているところの組織に何らかの変化をもたらすものであるという考え方に立脚するが、これらは明らかとなる基準や指標が多岐にわたるため、本研究では成果との関連は設定しないこととする。



### Ⅲ．振り返り

本研究で示されている「振り返り」の概念は英語の reflection を理論的基盤にしている。reflection の概念は、reflection、reflectiveness、reflective practice、reflective thought など英語圏においても名詞、形容詞、動詞などさまざまな形で使用されているが、本研究では看護において主に使用されている reflection についての文献を概観する。

また、日本語訳においても、「反省」「反省的实践」「省察」「振り返り」「批判的振り返り」など多様に訳されているのが現状である。本研究においては、reflection という概念のいまだ定まっていない多様性を表現するために、内省的な意味合いの強い「反省」「反省的实践」「省察」のような漢語を使用せず、「振り返り」という言葉を使用する。

#### 1. 言葉の語源

“reflect” の語は、ラテン語に源をおき、reflectere 曲げ返す、re-（もとへ）+flect（曲げる）という意味である。「物が光、熱を反射する、音を反響する」「鏡などが人・物（の像）を映す」「～を熟考する」「よく考える」「思い出す、反省する」「～と意見を述べる」「思慮深い」、「思索にふける」という意味合いである。

また、reflection の形容詞である“reflective”とは、ケンブリッジ英和辞典によると、“thinking carefully and quietly”（「熟考する」）、”A reflective surface is one that you can see easily when a light shines on it.”（「反射する」）という意味あいである。“reflectiveness とは、ジーニアス英和辞典によると、「思慮深いこと」「反省性」とある。

名詞形である“reflection”とは “the image of something in a mirror, on a shiny surface, etc”（「映った像、姿」）、”when you think in a serious and carefully way”（「熟考」）、”a reflection of something that in a sign or result of a particular situation”（「～を表すもの、～の結果」）、”something that makes people have a particular opinion about someone or something, especially a bad opinion”（「～の評判に（悪）影響を及ぼすもの」）という意味である。

#### 2. 哲学的基盤

振り返りの概念は、Alder(1978)によると、ソクラテスにまでさかのぼるといふ。Alder は、ソクラテスが述べた道徳的善への力としての合理性が、科学の発展過程の中で、技術的道理性として伝わ

り、プラトンの「教育の目標は情報の提供ではない。個々が疑問を持ってそれを検証し、示された考えや価値について内省することができるようになることである」という言葉に発展しているという。また、アリストテレスの「現象というものは、批判的吟味をとおして明らかにできる、あるいは説明ができるものである」という言葉を引用し、こうした考え方が Dewey の経験哲学に影響を与えたとされる（田村、2008）。

振り返りは、Dewey(1910)の『思考の方法』の「反省的思考 (reflective thinking)」に由来しているとするのが現在の通説である (Schön、1983)。Dewey は行動を思考の上位におき、観念の意味と真理性を行動上の帰結・成果として理解するプラグマティズムを源とするインストルメンタリズムの立場に立ち、概念や真理は、われわれの生活実践から切り離された永遠不変のものではないことを主張した。

人間の知的活動はもともと人間が環境に適応していくための方式であり、概念や真理はこの生活過程での矛盾や障害を解決するための道具 (instrument) にほかならないとする。したがって、それらは決して固定した性質のものではなく他のすべての道具のように、われわれの生活経験のなかでたえず試練され改善されていくべきものである (Dewey、1993)。

また、Dewey は思考と行動とは直接つながっていなければならないと強調し、「経験」の重要性を指摘している。「経験とは、意味を反省的に認知し、目的的、自覚的に使用するという知性的な思考に基づく活動であり、われわれが行おうとしていることと、結果として生じることとの間の特殊な関連を発見するために自覚的に努力する活動」であり、経験を経ることで「直面している状況の有する特質を明確化し、それに適切かつ効果的な指導観念を考案し、それに基づいて行動するという、確実性をもって現実の世界における問題解決のための活動を導く」(藤井、2015) という。このように、「経験」から「直面している状況の有する特質を明確化」し「行動」に至るというプロセスが理解できる。

本研究では、Dewey (1910) の提唱するところのインストルメンタリズムを哲学的基盤とする。

### 3. 振り返りの定義

Dewey は振り返りを「信念すなわち想定されている知識の型について、積極的に、持続的に、注意深く考慮すること」と定義したが、このような考慮は、「信念を支える根拠に、また信念が向かっていく結論に照らしながら行われる」(Dewey、1993) とした。

振り返りについての Dewey の研究は、思考と問題解決にかかわるものであり、「検証された根拠にもとづく信念とそうでない信念を区別」できることが、「すべての省察的思考あるいは明確に知的な思考の中心的要素である」と考えていた。

Schön(1983) は Dewey の理論を「実践的認識論 (Practical epistemology)」へと発展させ、その「反省的思考」を専門家の実践の中核に定位することで「反省的実践家(reflective practitioner)」の概念を提起した。専門家と社会との関係が緊張を増し専門家の責任が厳しく問われる時代には、実証科学を基盤として形成された「技術的合理性」の枠を超えたところで、クライアントとともに困難に立ち向かい、専門家としての見識を形成しなければならないとした。

Schön(1983) は「行為のなかの知(knowing-in-action)」、「行為のなかの省察 (reflecting-in-action)」、「実践の中の省察(reflecting-in-practice)」の 3 つを説明している。「行為のなかの知(knowing-in-action)」とは、ポランニーの「暗黙知」を援用して「無意識に、行う方法を知っている行為や認知、判断」であり、「行為が表す知を記述することは通常できない」とするものである。「行為の中の省察(reflecting-in-practice)」とは、「いったんその場から抜け出て状況に適応することを学ぶ」ことであり、「実践者はまさに実践しているまっ最中にも実践について省察している」とする。「行為の中の省察」は、厄介で“多様な”実践状況に対応する実践者の技法 (art) の中心となるものである。

「反省的実践家」としての専門家像の見直しは、「技術的合理性」の限界に直面していた多くの専門家の仕事に根源的な問い直しを迫るものとなった。教師や看護師などは専門職の知識と技術の「厳密性」において、その実践状況の複雑さゆえに医師や弁護士と比べて「マイナー」と位置づけられていたが、「行為の中の省察」を基礎とする「反省的実践家」の概念は、その実践を活気づける起爆剤となった (ショーン、2001)。

一方で、意識変容の学習理論を提唱した Mezirow(1990) は、「reflection とは自分の信念の根拠を吟味することである」とし、さらに「critical reflection とは、その人の意味パースペクティブの前提条件が妥当かどうかを評価することである」と定義した。

Cranton(1992)は、Mezirow(1990) の意識変容の学習理論を発展させ、「批判的な振り返り」のプロセスを意識変容の学習の一般的なプロセスを示すモデルとして示した (図 5)。学習者は社会的背景の中で生活しており、この社会的背景が少なくとも部分的に学習者のパースペクティブを作っているか強化している。まずは、人生に対するパースペクティブを形作る価値体系や前提を持っている学習者

の「前提」(assumption)とは、単純に当然と思われること、仮定のことである。「パースペクティブ」(perspective)とはその人の一連の前提に基づいており、どう生きていくか、経験していることをどのように理解するかを決める。「価値観」(value)とは、前提とパースペクティブから生み出される。たとえば、その人に受け入れられる社会的原理、到達目標、水準などである。つまり、尊重するに値する何かを認知することである。「批判的なふり返し」と意識変容の学習は、前提と価値観の両方を検討することを含んでいる。意識変容のプロセスは、学習者の基礎的な前提に疑問をなげかける周囲の人や出来事、社会的背景の変化などによって刺激を受ける。このような振り返りは、おのずから前提が妥当であるかどうかを考えることにつながっていく。妥当でないと判断された前提は変更される。その結果、変化したパースペクティブに基づいた行動が生まれてくることが多い。意識変容の学習とは、自己を批判的にふり返る学習のプロセスであり、その結果、意味パースペクティブがもう一度明らかにされ、自分の経験についてよりはっきりと包括的、統合的に理解できるようになる。学習とは、これらの洞察に基づく行動を含んでいる。

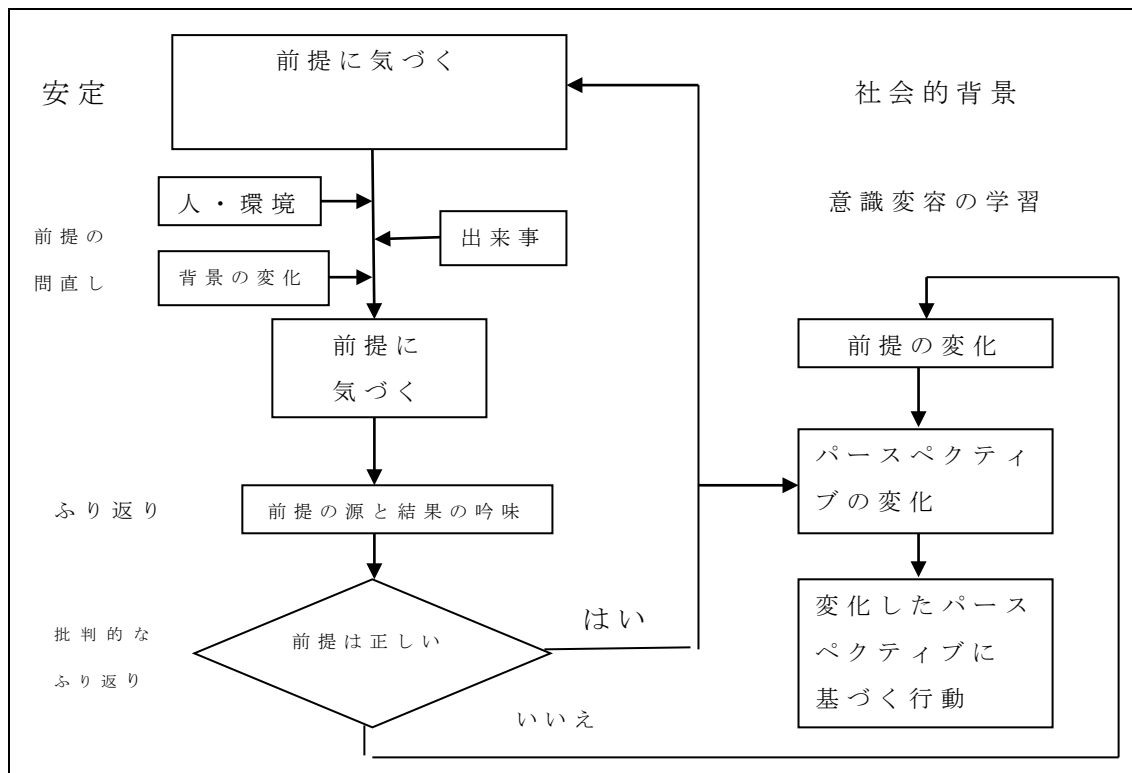


図 5 意識変容の学習のプロセス (Cranton、1992)

このように、振り返りは各研究者による理論的基盤のもとにさまざまに定義されている。振り返りの研究について、1993年に概観した Atkins(1993)によると、この分野における著名な研究者の多くが振り返り概念の明確な定義がないことを指摘していたとしている (Mezirow,1981、Goodmann,1984、Powell,1989、Schön, 1991)。

また、振り返りの概念分析を行った Rogers は、振り返りを名詞、動詞、形容詞のいずれかで用いるのか、あるいはプロセスを指す言葉なのかアウトカムズを指す言葉なのかといった用語の使用がさらに混乱を招いていると指摘したうえで、reflective thought(リフレクティブ思考)や reflection という用語の使用が概念を明確にするには最も有益であろうと述べている (Rogers、2001)。

以上のことから、振り返りの概念については研究者間で合意がされている共通した定義がないことが明らかになっている。以下に、様々な研究者における概念の定義を述べる。

Boyd & Fales(1983) は、「経験によって引き起こされた気にかかる問題に対する内的吟味および探求の過程であり、自己に対する意味づけを行ったり、意味を明らかにするものであり、結果として概念的な見方に対する変化をもたらすものである」と定義している。

Boud et al(1985) は「個々が自らの経験の新たな解釈や認識を見出すために探求的に取り組む知的かつ情緒的活動の一般的な用語である」と定義した。

Reids(1993) は、「実践を記述・描写・分析・評価するために、また実践から学習の情報を得るために、実践の経験を振り返り吟味するプロセスである」としている。

Atkins & Murphy(1993) は、「特定の状況下で起こったできごとを説明するために、ある知識を適用したけれども、そのことを十分に説明できないという現実の状況の中で生じた不快な感情や考えを認識することから始まる」と定義している。

本研究では、「振り返り」の概念として、Mezirow(1990)の意識変容の学習理論を採用する。ひとは社会的背景の中で生活していくなかで意識的か無意識にせよ、それぞれの信念を持ち、信念が前提となって思考や行動に影響すると考えるからである。そのため、思考や行動を変容させるためには、自分の信念を含めた前提に気づき、それらの根拠を吟味することが必要となる。

#### 4. 看護専門教育における振り返り

看護専門教育における振り返りの発展に大きな影響を与えたのは Schön である (Bulman、2004)。Schön は、看護職を「技術的合理性」を超えた「反省的实践家」として位置づけ、複雑な看護実践

のなかで「行為の中の省察」を行うべきとした。実践は専門教育のカリキュラムにおける中心要素であるべきと考え、その結果として「行う」ことによって学ぶことが教育プログラムの軸であるという (Bulman & Schutz, 2013)。

Schön(1987)は、行為についての振り返りを「行動によって、ある知識がどのように予期せぬ結果を引き起こしたかを知るために、行動を振り返り考えること」と定義した。われわれは事実が起こった後、静けさの中でそれを行うかもしれないし、また、行動のただ中で立ち止まって振り返るかもしれない (stop and think)。自らを実践家として高めるために、知的な思考以上に実践家の感情及び行動と相互に関連している認識を含めて起こった出来事を構築し、また再構築することに注目している。さらに「行動を妨げることなく同時進行で思考する。その思考は行動しながらそれを再構築するという役割をもつ」(Schön, 1987)」ということから、行動しながら同時に意図的に振り返りを試み考察することができることが熟練した実践家の際立った特徴だとみなしている (Bulman & Schutz, 2013)。

このように、専門職として常に変化に適応し実践と行動から学ぼうとする看護職にとって、振り返りの概念は歓迎されてきた。『Reflective Practice in Nursing(邦題;看護における反省的実践)』は初版が1994年に出されてから、2013年には第5版 (Bulman & Schutz, 2013) が出版され継続して版を重ねている。振り返りは看護職に関心を持たれ続け、看護教育などに影響を与え続けている。その理由として、看護職が他の専門職のようなより高い教育を志向していたことがあげられる (Jarvis, 1983; Eraut, 1994)。また、看護は歴史的に、知性と感情の相互作用を定義しており、理論的かつ実践的知識を伝統的に推進する傾向があるためとする見解もある (Barnett, 1992, Reed and Ground, 1997, McGill, 1998)。

また、多くの研究が振り返りの結果としてポジティブな効果があることを報告している (Hannigan, 2001, Paget, 2001, Daroszewski et al, 2004, Guestafsson and Fagerberg, 2004, Lau and Chan, 2005)。その効果とは、批判的に考える力を実践で開発でき、十分でなかった実践を認識し、理論と実践の乖離の橋渡しができたことが報告されている (Duffy, 2007)。

Driscoll and The(2001)は、reflective practice の先行要件を次のように明らかにしている。

- ・ 実践で起こっていることから学ぼうとする意欲がある
- ・ 他者と実践の要素を分け合うために十分に自己開示できている
- ・ 振り返りの必要性に気づくことができる

- ・ 専門職として変化することは可能だとする信念がある
- ・ 実践における問題を分析する前にその詳細について記述する能力がある
- ・ 振り返りの成り行きを認識することができる
- ・ 実践で起こっていることを関連付けることができる能力がある
- ・ 実践には最終点がないことを信念としてもっていること
- ・ 他者がそのひとの実践について気づいたことについて防衛的でないこと
- ・ 振り返りの行動を起こすのに十分な勇気があること
- ・ 学んできたことを行動レベルのスキルとして役立たせることができる
- ・ 誠実であること
- ・ 臨床実践の再演をするための十分な動機があること
- ・ 外で起こっている臨床実践と同様にその実践をイメージできるだけの知識があること

reflective practice について詳細な概念分析を行った Duffy(2007)は、振り返りの全体像を網羅していないとしながらも、次のような帰結を導き出している。

- ・ 理論と実践を融合させ、その乖離の橋渡しをする
- ・ ホリスティックで個人にみあった安楽なケアのアプローチができる。同時におそまつな実践に注目することで結果としてケアの質が向上する
- ・ 自尊心や自己への気づきが問題解決の学習をすることで高まる
- ・ 実践家が変わろうとすることをエンパワメントする
- ・ クリティカル・シンキングとその力を刺激するので研究や仕事を最後までやりとげる
- ・ 振り返りを行うことでモラルと倫理感が向上する
- ・ 実践能力を育成するために振り返りの実践を評価できるようになる
- ・ 振り返りを行っている新人看護師と関係性をもつ
- ・ 学生やスタッフへの支援が不足しているときに振り返りを行うことで安全にかつ個人的葛藤がなくなるように支援する

しかし、多くの研究者が看護における reflective practice の活用をサポートするための十分に実証可能なエビデンスが研究されてこなかったことによる限界を指摘している (Greenwood,1993、Johns,1995、Wallace,1996、Lowe and Kerr,1988、Malik,1998、Paget,2001)。

このように、振り返りは看護職が高度な実践家であろうとするとときに不可欠な要素であったことがわかる。看護実践は複雑で状況に

起因しているがゆえに単に知識や技術をあてはめることはできず、実践家の思考、感情、認識を含めて起こった出来事を再構築することで理論と実践を融合させ質の高い看護を提供できると考えられる。

## 5. 振り返りを実践するためのモデル

振り返りのプロセスは構造化されて知的な活動になっていることが重要である。Jasper (2003)は、reflectionあるいは reflective practice の構成要素として ERA (Experience - Reflective - Action) の3つの要素があることを明らかにした。ひとは経験したことを振り返ることで経験から学び、その結果、あらゆるものの見方、考え方、行動を獲得し、必要に応じてそれを使う／使わないという選択ができるようになるという。

看護職が振り返りを行うにあたって効果的とされる枠組みには、さまざまなモデルがある(表6)。Gibbs (1988)のモデル(図6)は振り返りのモデルとしてもっともよく用いられている。Mezirow(1991)と Goodmann(1984)のモデルは、看護職と教育者双方によく使われている (Bulmannet al、2008)。

Gibbs(1988)の“The Reflective Cycle”のプロセスは、まず、何が起こったかを記録することから始める。次に、その出来事の際に自分は何を考え感じたかを想起し、その経験に関して何が良かったか、悪かったかを評価し、その状況で何ができたかを分析しまとめる。そして、また次の行動としての計画を立て実践するというサイクルを続ける。このようなプロセスは看護の思考過程と類似しており、看護職にとってはなじみやすいと考えられる。

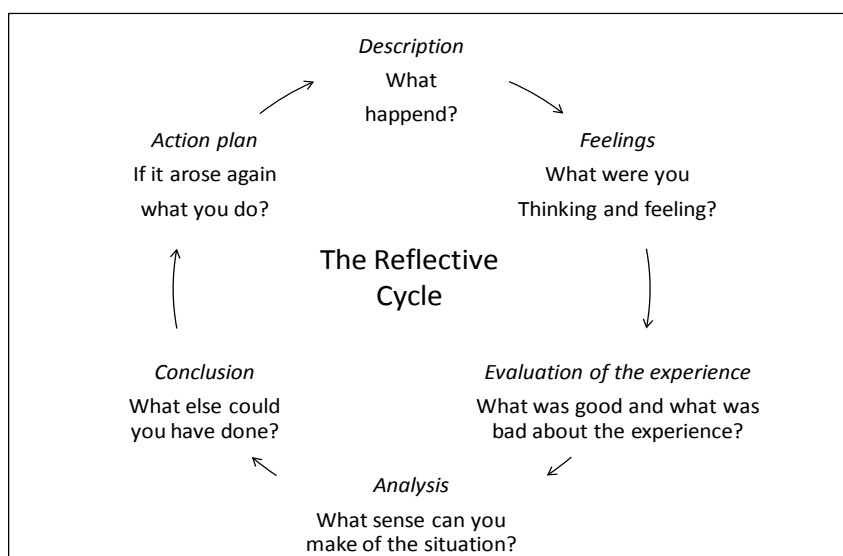


図6. The Reflective Cycle (Gibbs et al、1988)



表 6 代表的な振り返りのモデル

モデル	開発者
The Reflective Cycle (図 4)	Gibbs et al(1988)
The What? Model of Structured Reflection	Driscoll(2007)
The Model of Structured Reflection	Chris Johns(2004)
A Reflective framework	Stephen (1994)
Mezirow's level of reflectivity (adapted from 1981)	Mezirow(1991)
The focus of reflection(adapted from 1984)	Goodmann(1984)

しかし、このようなモデルもそれぞれにおいて利点と限界が指摘されている (Duffy、2007)。表 7 に Johns(1995)、Gibbs(1988)、Mezirow(1991) のそれぞれのモデルについての利点と限界を示す。

表 7 振り返りを行うための枠組みの比較 (Duffy、2007)

Model 起源	Johns (1995) 実践	Gibbs (1988) 教育	Mezirow(1991) 教育
利点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 簡便である</li> <li>・ 経験を行う前の知識の発掘に焦点をあてる</li> <li>・ 深浅双方で reflection を細部にわたり推進する</li> <li>・ 問題解決志向型</li> <li>・ 理論と実践を統合</li> <li>・ 実践と思考両方からの学びを得る</li> <li>・ 発展していく型のモデル</li> <li>・ ガイドは不要、少しのヒントによって一人で解決できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 方法がストレートである</li> <li>・ 教育を超えた枠組み</li> <li>・ 経験そのものに焦点をあてる</li> <li>・ 6段階の振り返りのサイクル</li> <li>・ 出来事から学ぶことに焦点を当てる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 変化に富み、ホリスティックでエンパワメントされるモデル</li> <li>・ 状況についての新しい理解を記述するために解釈と再解釈をする</li> <li>・ 成人教育のための参加型アプローチ</li> <li>・ パースペクティブと行動のドラマティックな変化が可能</li> <li>・ ダブル・ループ型学習</li> </ul>
限界	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 時間が必要</li> <li>・ 方法に従うと創造性が阻害される</li> <li>・ 同じような問いがされていると感じる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 枠組みの途中で突然振り返りが中断される</li> <li>・ 実践に焦点をあてていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 理性をより強調する</li> <li>・ 社会の変化を知ることには失敗する</li> <li>・ 対人関係の状況を知ることの学習が不足</li> </ul>

振り返りの概念定義が多岐にわたっていることや領域によって必要とされる枠組みが異なることがそれぞれのモデルにおいて限界とされる理由として考えられる。

以上のことから本研究では、次に述べる振り返りの基本スキルに着目した。

## 6. 基本スキルの重要性

これらのモデルに共通していることは、起こった出来事を経験と位置づけて、その経験から振り返りが始まることである。振り返りを実践するために不可欠な構成要素として、経験、気づき、行動、行為、思考、信念、記述、評価、分析、計画があげられる。

また、振り返りの実践に関連する潜在的スキルがあることは、Mezirow(1981)、Schön(1983)、Boudら(1985)などが指摘している。自己への気づき、説明(記述)、批判的分析、総合及び評価のスキル(Atkins & Murphy, 1993)が理論やモデルのなかに潜在している(Bulmann & Schltz, 2014)。たとえば、Boudら(1985)による振り返りのプロセスの分析では、ポジティブな感情を用いてネガティブな感情に対処するなかで、自己への気づきを要求している。Mezirowの意識変容の学習プロセスにおいても自己への気づきがすべてのレベルで不可欠であることが示されている。

本研究では、このような共通のスキルに着目し、振り返りを経験から生じる自己への気づき、説明(記述)、批判的分析、総合及び評価の構成要素からなるとする。

### 第3章 本研究の枠組み

#### I. 研究の枠組み

##### 1. 用語の定義

###### 1) コンピテンシー

本研究では、コンピテンシーを Spencer & Spencer (1993) の定義「ある職務または状況に対し、あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性。根源的特性とは、さまざまな状況を超えて、かなり長期間にわたり、一貫性をもって示される行動や思考の方法」をふまえて、「ある職務または状況に対して、かなり長期間にわたり、一貫性をもって示される行動や思考の方法」と定義する。

###### 2) 振り返り

Mezirow(1981)、 Schön(1983)、 Boudら (1985) などの自己への気づき、説明(記述)、批判的分析、総合及び評価のスキル (Atkins & Murphy, 1993) に着目し、振り返りを「経験から生じる自己への気づき、説明(記述)、批判的分析、総合及び評価」と定義する。

###### 3) 看護中間管理職

看護管理とは「看護師の潜在能力や関連分野の職員および補助的職員あるいは、設備や環境、社会の活動などを用いて対象者に質の高い看護サービスを効果的かつ効率的に提供し、サービス提供側の看護師も意欲的にサービスが提供できるようなシステムを作り、整え、また組織を動かすこと」とする。

看護中間管理職とは「その組織における看護単位の長として、当該看護単位の看護管理の質を維持する責任と権限を有する者」と定義する。

###### 4) 看護中間管理職のコンピテンシー

以上のような概念定義をふまえて、本研究では操作的定義として「看護中間管理職がその職務を行うにあたり、さまざまな状況を超えて、一貫性をもって示される行動や思考の方法」とする。

また、本研究では、コンピテンシーを行動とその前提となる思考や動機づけ、感情、価値観といった個人の特性や動因を構成要素とする。振り返りについては、コンピテンシーとの関係を明らかにするために、コンピテンシーには含まないこととする。動因には意図・意欲・信念を含み、下記のように定義する。

動因；その組織における最小看護単位の長として行動を起こす際に、常に考慮し、またこうありたいと思う要因で、以下の意図・意欲・信念を含めた総称とする

意図；最小看護単位の長として看護管理を行う際に、目的をもって行おうと目指していること

意欲；最小看護単位の長として看護管理を行う際に、積極的に管理活動を行おうとする気持ち

信念；最小看護単位の長として当該看護単位の看護管理の質を維持するために正しいと固く信じていること、またその内容

## 2. 研究の枠組み

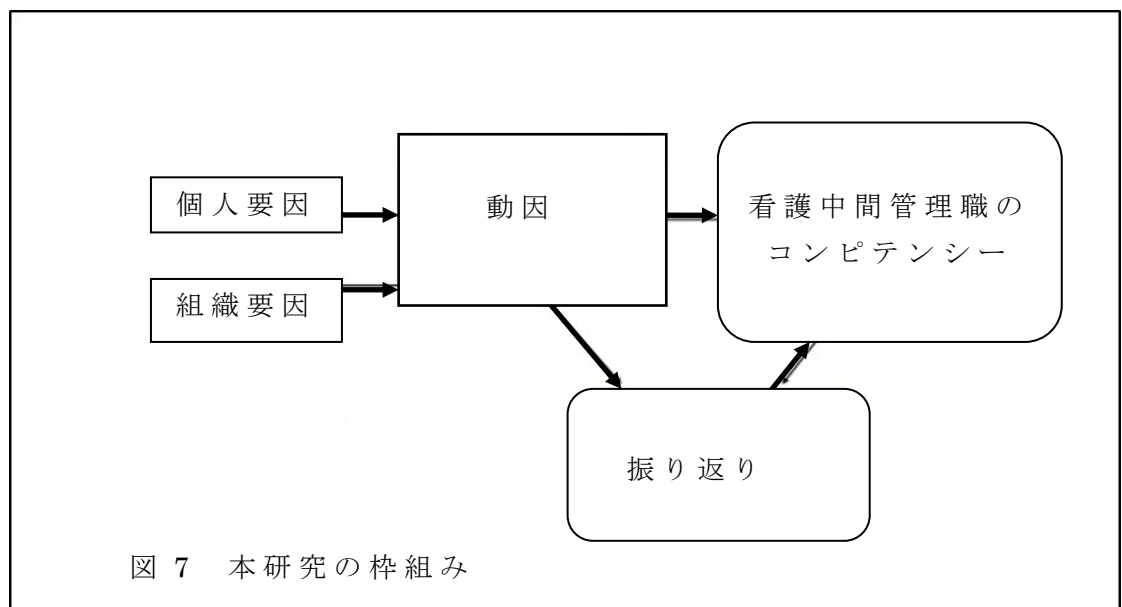
本研究の枠組みを図7に示す。本研究は、看護中間管理職のコンピテンシーと動因、振り返りの関係性を、Spencer(1993)の原因－結果フロー・モデル(図2、P.13)を基にして作成した。

コンピテンシーには必ず意図・意欲・信念という動因を前提とする。これらを伴わない行動はコンピテンシーとは認められない(Spencer、1993)ため、行動の前提としての動因はコンピテンシーには不可欠である。以上のことから、動因からコンピテンシーへは直接効果があるとした。

また、コンピテンシーの動因は定義で述べたように看護管理実践を積極的に行おうとする気持ちや信念であるため、このような感情や信念は、さらにより効果的な看護管理実践を行おうとして振り返りを促進することが考えられる。よって、動因から振り返りへの直接効果を設定する。先行研究の知見から、振り返りを行うことの効果があると考えられるため、振り返りからコンピテンシーへの直接効果があるとした。

これら動因や振り返り、看護中間管理職のコンピテンシーは個人要因や組織要因からの影響を受けるとする。

看護中間管理職の「高い業績」については明らかとなる基準や指標が明確でないため、本研究では成果との関連は設定しない。



## Ⅱ．研究課題

- ① 看護中間管理職のコンピテンシーを構成する要素を明らかにする。
- ② 動因と看護中間管理職のコンピテンシーとの関係を明らかにする。
- ③ 振り返りと看護中間管理職のコンピテンシーとの関係を明らかにする。
- ④ 看護中間管理職のコンピテンシーとその動因、振り返りの三者の関係について明らかにする。
- ⑤ 看護中間管理職のコンピテンシーの影響要因（個人要因・組織要因）を明らかにする。
- ⑥ 上記①から⑤の結果から、看護中間管理職のコンピテンシーを育成するための示唆を得る。

## 第 4 章 研究方法

### I. 研究デザイン

質問紙による量的研究である。

### II. データ収集方法

#### 1. データ収集方法の概要

##### 1) 予備調査

予備調査では面接調査を行った。面接調査は、看護中間管理職のコンピテンシーとその動因、影響要因を構成する要素を明らかにするために半構成的面接とした。面接は、コンピテンシーの開発のための面接方法である行動結果面接法（Behavioral Event Interview、以下 BEI とする）を参考にし、看護中間管理職としての体験のうち少なくとも 4～6 つの出来事について事実を中心にストーリーを経過順に語ってもらった。BEI とは職務を効果的にこなす人材の特徴に着目し、その職務でぶつかった、きわめて重大な状況で各人が取った行動を、逐一、極めて詳細に説明してもらう方法（Spencer、1993）である。

具体的には看護中間管理職として極めて重大な状況で各人が取った行動についてその状況と関与した人物、その状況の中で何を思い、感じ、しようと思ったか、その時に何に動機づけられたか、実際に何をどのように言ったか、行動したか、結果としてどういうことになったか、何が起きたかをできるだけ具体的に語ってもらった。

##### 2) 質問紙（案）の作成

看護中間管理職のコンピテンシーの要素は、予備調査で得られたデータを、コンピテンシーを識別するために使われる「主題分析」（Spencer、1993）を用いて抽出した。「主題分析」とは、データの中にある主題やパターンを識別するプロセスであり、以下の 2 つの方法がある。

(1) コンピテンシー・ディクショナリーを使ってすでに判明しているコンピテンシーについてデータにコードをふっていく方法  
コンピテンシー・ディクショナリー（表 1-1、2、3 参照、以下、CD とする）とは、どの職種にも対応できる包括的なコンピテンシーの尺度である。CD は【達成とアクション】【支援と人的サービス】【インパクトと影響力】【マネジメント・コンピテンシー】【認知コンピテンシー】【個人の効果性】の 6 つの大項目と 20 の中項目からなり、それぞれの能力のレベルを -1 から 9 までにコーディングしている。対象者が実際にとった行動についての内容とレベルが CD のどこに当てはまるかを判断することで看護中間管理職者が実際に行っている行動の内容と範囲が明らかにできる。

(2) 新しいコンピテンシー主題を面接のやり取りの中から質的記述的に分析し概念化する方法

この分析では、データの文脈と意味を重視しコンピテンシーに関連する記述部分を抽出した。抽出した記述部分がほぼ同じ意味であるものを1つのまとまりとしてコード化を行った。

(1)の方法は「既存の概念の適用」であり、(2)の方法は「新しい概念の創造」である。本研究では、(1)の方法に加えて(2)の方法を用いることで、看護中間管理職の特徴的な行動特性を明らかにできると考え、これら2つの方法を用いてデータを分析した。

動因については、面接調査のなかから行動のもととなる動因となったと考えられる動機づけ、信念、感情の内容を抽出して項目を作成した。

振り返りについては、Mezirow(1981)、Schön(1983)、Boudら(1985)などの自己への気づき、説明(記述)、批判的分析、総合及び評価のスキル(Atkins & Murphy、1993)をもとにし、面接調査のなかから振り返りにあたると考えられる行動や思考を抽出した。

また、作成した質問紙(案)を看護中間管理職の経験が10年以上でかつ看護部長職の経験がある者3名に質問項目の妥当性について意見をきいた。

### 3) プレテスト

質問紙(案)について、質問の表現で曖昧さがある項目、用語が難解な項目、答えにくい項目、重複する内容の項目など意見を聞く。

### 4) 本調査

作成した質問紙を用いて、研究者に直接返信する郵送法でデータ収集を行う。

## 2. 面接調査

看護中間管理職のコンピテンシーについてのインタビュー・ガイドを作成し、看護中間管理者に半構成的インタビューを行う。

### 1) 目的

予備調査では看護中間管理職に現在ある者、または過去に経験がある看護部長・副部長を対象とした面接調査を行い看護中間管理職のコンピテンシーを構成する要素とその動因、振り返り、影響要因を明らかにする。

### 2) 対象

病床数が200床以上を有する病院に看護中間管理職の経験がある看護部長・副部長または現任の看護師長8名程度とする。

### 3) 調査期間

平成23年8月～10月

#### 4) データ分析方法

職務でぶつかった、きわめて重大な状況で各人が取った行動について、なぜそのような状況が生じたのか、だれがその状況に関わっていたのか、その状況に対応するにあたって、何を考え、感じ、何を達成したいと思っていたのかを詳細に聞き、対象者の行動特性を明らかにする (Spencer、1993)。

分析は、データの中にある主題やパターンを識別するプロセスである「主題分析」を用い、実際に看護管理の場面で CD の要素がどのように現れているのか、また CD 以外の要素が現れているかという視点で検証した。また、質的記述的に分析し概念化する方法の 2 つの方法を用いて分析した。

### 3. プレテスト

#### 1) 対象

看護中間管理職の経験のある看護部長・副部長および現任の看護師長 10 名程度とした。

#### 2) 調査時期

平成 26 年 12 月

#### 3) 調査方法

文献検討及び調査で得られた結果をもとに作成した質問紙 (案) を用いる。プレテストへの依頼文、質問紙 (案)、封筒を配布し記入してもらう。

#### 4) 調査内容

質問の表現で曖昧さがある項目、用語が難解な項目、答えにくい項目、重複する内容の項目など意見を聞いたうえで修正した。

#### 5) 質問紙 (案) の修正

4 病院で看護管理経験がある看護部長・看護師長 8 名から回答を得て質問紙の修正を行った。

### 4. 本調査

#### 1) 対象

一般社団法人日本病院会の会員である 2368 病院のうち、200 床以上を有する病院を対象に乱数表を用いて無作為に 700 病院を抽出し、看護部門長宛に依頼書と返信用ハガキを郵送し研究協力への同意が得られる場合は、同封したハガキを返送してもらうこととした。

#### 2) 調査時期

平成 27 年 1 月～3 月

#### 3) 調査方法

同意が得られた病院に必要な部数の依頼文と質問紙、返信用封筒を



配布し記入していただく。回収は個別に対象者が投函する方法とする。

#### 4) 調査内容

##### (1) 質問紙の構成

面接調査によって得られた認識や行動のデータと先行研究を参考にして本調査の質問項目を作成した。

プレテストの結果、背景 12 項目、コンピテンシー 41 項目、動因 7 項目、振り返り 7 項目の計 67 項目とした。

背景を除いたすべての項目には「全くあてはまらない」を -2、「どちらでもない」を 0、「かなりあてはまる」を 2 として 5 段階評価で評定することを求めた。

##### 5) データ分析方法

統計ソフト IBM SPSS Statistics Ver.22 および Amos Graphics Ver.22 を用いて分析した。分析は下記の流れに沿って行った。

- (1) 対象者の背景による群間差；一元配置分散分析と多重比較を行う
- (2) 探索的因子分析；コンピテンシー 41 項目、動因 7 項目、振り返り 7 項目について、それぞれで主因子法、プロマックス回転による因子分析を行う
- (3) 探索的因子分析で得られた結果をもとに多重指標モデルを作成する
- (4) 作成した多重指標モデルを共分散構造分析を使用して分析し、適合度の高いモデルを検討する

### Ⅲ. 倫理的配慮

#### 1. 面接調査における倫理的配慮

本研究は、高知県立大学看護学部の倫理審査委員会の承認を得て行う。施設の看護部門長に、電話にて研究の概要について説明し、承諾が得られた施設に研究者が出向いて文書と口頭で説明した後、研究協力への同意を得る。その後、看護部門長から紹介された対象者に電話にて研究の概要について説明し同意の得られた対象者に直接、文書で研究の目的と方法、不参加や途中辞退の自由、プライバシーの保護と匿名性の確保、結果公表の予定を説明し同意を得る。録音と記録は、対象者の承諾を得て行う。逐語録の作成および分析は研究者のみで行う。録音された内容および逐語録は鍵のついたところに厳重に保管し、研究終了後適切に廃棄する。

## 2. プレテストにおける倫理的配慮

対象者は、目的及び内容、方法を説明して同意の得られた者のみを対象者とする。質問紙への回答は無記名とし、自由意思を尊重する。

## 3. 本調査における倫理的配慮

本研究は所属する大学の倫理審査委員会の承認を得て行う。研究の依頼および対象者への質問紙の配布は看護部門長をへて行ったが、対象者からの返信は同封の切手を貼った封筒に入れ自由意志で返送することとし、何らの強制力がはたらかないようにする。対象者からの質問紙の返送をもって研究協力に同意するとみなす。質問紙の返送先は研究者宛とし、データの開封、入力、分析は研究者で行う。質問紙は施錠して厳重に保管し、研究終了後適切に廃棄する。

### 1) 研究の対象となる個人の人権擁護への対応

#### (1) 研究協力者への倫理的配慮

研究目的、意義、方法を説明した依頼書「研究協力者のお願い（研究協力者）」と質問紙を送付し、調査協力の諾否についてはがきを同封する。研究への協力が得られた施設には同意書を郵送し、双方で同意書を取りかわす。依頼書には、調査に対しての質問や相談をいつでも受け付ける旨を説明し、連絡先を記載する。

また、調査によって得られたデータは、本研究以外には使用しないこと、プライバシーを厳守すること、研究への参加は自由であり、いかなる場合も不利益を被らないことを明記する。調査結果の取り扱いは、研究者のみが行なう。また、データの保存は厳重に扱い、研究終了後、速やかに適切に破棄する。研究協力施設および研究協力者には、研究結果を学会などで発表すること、もしくは学会誌への投稿を予定していること、発表によって個人名や施設が特定され公表されるなどのプライバシーが侵害されることがないことを依頼書に明記する。尚、質問紙の投函をもって、研究協力と研究結果の公表についての同意が得られたものとみなすことを明記する。

#### (2) 研究対象者への倫理的配慮

対象者は、依頼文と質問紙を読み、調査に同意した場合のみ質問紙に記入し返信用封筒で投函していただく。依頼書には調査に対しての質問や相談をいつでも受け付ける旨を説明し、連絡先を記載する。質問紙は匿名で記載し、所属する施設名等が特定されないことを明記する。調査によって得られたデータは、本研究以外には使用しないこと、プライバシーを厳守すること、研究への参加は自由であり、いかなる場合も不利益を被らないことを明記する。尚、質問紙の投函をもって、研究協力と研究結果の公表についての同意が得ら

れたものとみなすことを明記する。

### **(3) 研究によって生じうる危険と不快に対する配慮**

本研究は、看護中間管理者を対象とするため、成年で十分な判断能力を有すると考えられる。依頼文と質問紙を見たうえで、質問紙に記入したくない場合の自由を保証し、不利益がないことを保証する。質問紙の内容は、日ごろおこなっている看護管理の際の思考や行動を記入することであるため、危険は生じにくいと考えられる。質問紙の内容は、不快感を与えないような表現および内容とするよう留意する。

### **2) 利益相反に関する事項**

本研究はいかなる利益相反にも該当しない。

## 第5章 結果

### I. 面接調査の結果

#### 1. 対象者の背景

研究協力を依頼した8名（男性2名、女性6名）から研究協力の同意を得た。対象者は40歳代～60歳代で、看護師としての就業年数は26年～42年（平均34.4年）、看護中間管理者としての経験年数は4年～15年（平均8.6年）であった。表8（P.54）に概要を示す。

#### 2. 主題分析によって抽出された項目

##### 1) コンピテンシー・ディクショナリーにより抽出された項目

面接により得られたデータを認識や行動によって文脈に沿って分けたところ、93のデータを得られた。さらに、それらのデータを(1)の方法により、該当すると思われるコードをふっていった。データから抽出されたコンピテンシーとそのレベルより抽出された看護中間管理職のコンピテンシーはどの項目も中位レベルの45項目であった（表9；P.55）。

##### 2) 質的記述的に分析し概念化する方法で得られた項目

この方法で抽出された大項目は【クライアント重視】【現場重視】【思考する】【能力開発】【ポジション・パワーの活用】【ストレスマネジメント】【自己確信】【組織の理解】【自己学習能力】【看護職の社会的役割の理解】【チームワークと協調】であった（表10；P.56）。< >は中項目、「」は逐語より得られたコンピテンシー、『』は逐語を示す。

##### (1) クライアント重視

クライアントとはケアの受給者であり、個人の場合も、家族、集団、あるいは地域社会である場合もある。看護中間管理職のクライアントとは、管理の対象となる患者、その家族、スタッフ、医師などの他職種を含む。患者に対しては他部門から攻撃されても<患者重視・患者中心>の行動を実践していた。

『目の見えない患者がいて盲導犬を使用していた。病院内での盲導犬の使用を医療安全部に打診したが難しいという返事だった。医療安全部の人から勝手に動いたと責められたりした。いろいろ動いているうちに盲導犬協会から連絡があり法律で断れないと結果的に犬が病院に入れた。他部署からは攻撃された。患者が望むことをかなえてあげる、はなから調べたりもせず拒否するのは許せなかったから動いた。』

表 8 面接調査対象者の背景

No	性別	職位	経験年数	キャリアの概要
1	女性	師長	26年	専門学校卒業後、外科病棟、外来の勤務を経て主任に昇進し、5年を経た後に看護師長になり、混合病棟の看護師長を4年務めている。看護部長の推薦により看護師長になった。日本看護協会のセカンドレベルを修了している。
2	女性	師長	35年	看護専門学校卒業後、混合病棟などに勤務し、2人の子どもの出産を経て主任に昇進して回復期リハビリ病棟の立ち上げ、腎・呼吸器の病棟師長、循環器・心血管系外科病棟師長を務めた。
3	女性	師長	34年	病院本部の幹部候補生として研修後、内科、整形病棟に勤務して子ども2人出産しNICUや小児病棟などに勤務した。主任には30歳、看護師長に35歳でなった。セカンドレベルを修了している。
4	女性	師長	26年	スタッフナースを7～8年した後に研修や病院本部の企画等の事務にたずさわり、師長になって8年ほど経過している。大学の看護学研究科管理学領域で修士号を取得している。
5	男性	部長	33年	病院に勤務しながら看護学校を卒業した。病棟師長、教育担当の副看護部長（部長の補佐兼務）の後部長が退職して看護部門のトップになった。
6	女性	部長	31年	看護学校卒業後、内科病棟に勤務した後結婚し退職した。2人の子どもの育てて育児が落ち着いた頃に再就職し整形科、精神科病院に勤務した。
7	女性	師長	24年	公立の病院に5年勤務した後に結婚退職し子育てがおちついたところで再就職した。師長として勤務中に認定看護師の資格を取得した。
8	男性	部長	42年	高校卒業後、病院に看護補助者として就職し准看護師学校を経て看護学校を卒業した。転職せず一貫して同じ病院に勤務している。

表 9 コンピテンシー・ディクショナリー (CD) より抽出された項目

大項目	中項目	No.	レベル	抽出されたコンピテンシー
達成とアクション	達成重視	1	A3	自分で目標を立てその基準に達成するために自分自身の従来の方法を用いる (ややあまいでチャレンジングでない目標でもよい)
		2	A4	業績を向上させるためにシステムや自分の仕事のやり方を明確に変える。きちんとした目標は立てなくてもよい
		3	A5	挑戦的だが達成可能な目標を立て努力する (目標が達成されなくてもよい)
		4	B4	影響を及ぼす範囲は看護単位全体か看護部門全体
	要求されたことに対して正確に秩序だて、かつ質を保持して達成する	5	A4	ほかのスタッフの仕事を確認し記録する
		6	A5	プロジェクトの進捗を定期的にチェックする
	率先行動	7	A2	個人的に現場に出向いて自分の目で確かめる
		8	A3	要求された以上の仕事をこなす
		9	B4	新しいプロジェクトを始め実施する
	情報探究	10	A1	直近の人たちに直接的に質問し入手可能なリソースを活用する
		11	A2	個人的に現場に出向いて自分の目で確かめる
支援と人的サービス	対人関係理解	12	A2	周囲の人たちの感情と内容の両方を理解する
		13	B3	積極的に理解に努める
	顧客サービス重視	14	A1	顧客からの質問、要求、苦情をきちんとフォローする。
		15	A5	顧客の根本的で長期的なニーズに対応する
		16	B2	ルーティン以上のサービスを心がける
		17	B3	ニーズに応えるために多大な余分の努力をする
18	B4	周りの人たちにも余分の努力に参画させる		
インパクトと影響力	インパクトと影響力	19	A4	部門内で自分のアクションと発言の影響度を計算して力行使する
		20	B3	影響力の範囲; 部門内
	組織の理解	21	A3	組織風土や文化を理解する。組織内の言葉に表されないルールを理解する
		22	A4	組織内での同盟あるいは敵対関係を理解、解釈する
関係の構築	23	A3	自分の部門の人たちと時々インフォーマルな接触は行う	
	24	A4	意識的に相互信頼関係を築くことに取り組む	
マネジメント・コンピテンシー	ほかの人たちの開発 (DEV)	25	A1	ほかの人たちに前向きな期待を示す。たとえ難しい状況でもほかの人たちの能力や潜在的可能性に対して前向きなコメントをする
		26	A2	職務をどのように遂行するかを教え具体的な支援的助言を行う
		27	A3	理由と根拠を伴った支持を与えモデルを示す
	指揮命令 - 自己表現力と地位に伴うパワーの活用	28	A6	しっかり自己主張する。不適切な要求にははっきり No と言いほかの人たちの行動に制限を設ける
		29	A3	業績上の問題については部下と公に直接的に議論する
	チームワークと協調	30	A4	ほかの人たちに対して前向きな期待を表明する。チームメンバーを前向きな言葉で表現する
31		A3	ほかの人たちからのインプットと専門知識を本心から評価しほかから学ぶことを楽しむ (特に部下から)。すべてのメンバーがプロセスに貢献できるように参加を促す	
認知コンピテンシー	チーム・リーダーシップ	32	A3	パワーを公正に使う。すべてのメンバーを公正に扱うように努力する
		33	A2	基本的な関連を理解する。問題や関係のいくつかの部分の関係を分析する
	分析的思考	34	A3	出来事に対する可能な原因を理解し、結果を予測する
		35	A1	経験知や過去の体験を活かして問題や状況を把握する
	概念化思考	36	A2	パターンを発見する
		37	B3	継続する問題に関心を寄せる
技術的/専門的/マネジメント専門能力	38	A3	さまざまな職務をこなすことができる	
	39	B3	範囲; 看護部門内	
	40	C3	専門能力の獲得には最新のアイディアに遅れないようにネットワークを活用する	
個人の効果性	セルフ・コントロール	41	D3	論文を発表する
		42	3	感情をコントロールし冷静に議論やその他のプロセスを続ける
	自己確信	43	A3	自分の判断に自信を持っている
		44	B2	自分の失敗から学ぶ
	柔軟性	45	A2	ルールや手続きを柔軟に適応する。この状況に応じて組織の全体的な目標を達成するために自らの行動を調整する。
46		A3	状況やほかのひとたちの反応にしたがって自らの行動や方法を変える	
組織へのコミットメント	47	1	組織に溶け込むために最小の努力をする	

表 10 概念化から抽出されたコンピテンシー

大項目	中項目	コード			
クライアント重視	患者重視・患者中心	一人の人間として対等に患者に接する	患者の思いの本質を知る	患者の代弁をする	患者への挨拶は確実に行う
	家族へのアプローチをする	患者と家族との出会いが師長の役割としてあるという認識	他の部署から反感を買っても患者・家族の利益を優先する	相談に乗る	
	倫理面の配慮をする	倫理面の問題・ニーズを認識する	倫理に適合した実践をする	臨機応変に対応する	
現場重視	現場に在ることでの実践	忙しくてもラウンドして現場全体を把握する	達成感・満足感を共有する	話を聞いて向き合う	
能力開発	スタッフの育成のための支援をする	スタッフの能力に気づく	ポジティブなフィードバックをする	人の育成は楽しいと感じる	成功体験を積ませる
ポジションパワーの活用	スタッフの代弁者としての役割をはたす	看護師の勤続性への評価と還元をする	上に言うことの役割を意識している	他のスタッフの問題の処遇に対して正当に抗議する	強い人にも対決する
	自ら企画して実践する	多くのやりたいことがある	プロジェクトに対する問題を分析し予測する	計画性を重視する	発想を生かす
	専門職への理解と有効活用の方策	専門知識・技術に長けているスタッフを活用するための方法論を模索する	専門職のニーズを報酬として意図的に使う	友好的な雰囲気でも他職種との協力を促す	専門職の能力開発をする
	自己主張を重視する	言うべきタイミングでは言う	自分の意見を言うことを重視する	沈黙はよしとしない	部下にポジション・パワーを使うよう促す
	自己の役割の認識をもつ	サポートを活用する	スタッフに交渉のモデルを示す	病院の仕組みや金銭面などの資源を活用する	根回しをする
	円滑な病棟(単位)運営をする	効率の良い病棟運営	病棟稼働率を意識する	病棟の環境整備	患者の理解を得ながら病室の効率的な活用に努力する
	リスク管理をする	困難な患者への対応をする	困難な患者の背景を理解する	困難な患者への方策がある	根気よくかわり関係性が作れる
看護部と折り合いをつける	看護部と交渉する	組織のシステムへの批判的思考をする	対立しても意見は言う		
思考する	概念化思考をする	経験知の重要性を認識している	現象の意味づけができる	意味づけの共有とその訓練が現場で実践できる	パターンを認識をする
	分析的思考をする	他の組織と比較する	自分の行動の影響とその効果を計算する	周囲を客観視している	問題の抽出をする
	情報を収集する	観察する	プロセスを記録する	周囲と自分との距離をはかる	人の話をじっくり聴く
	包括的なアセスメントを行う	洞察する	調査する	スタッフの話をよく聞いて現場のニーズを把握する	将来的な予測・ニーズ予測をする
ストレスマネジメント	自己理解	自身の傾向や能力を自覚する	自分が影響を受けた考え方や価値観を自覚する	自分でできることとできないことをはっきり認識する	
	セルフ・コントロール	気分転換活動をする	自分の感情は自分で処理する	現場では自分のストレスは表現しない	自身のストレス・コントロール法を模索する
	スタッフへの配慮をする	スタッフの疲労やストレスへのフォローをする	解放感を得る場の提供	ワークライフバランスを重視する	
自己確信	理想を持つ	良い病院にしていきたい	いい看護師の定義をもつ	管理の面白さを認識する	
	自身が思ったことはどうしても実践する	師長だからこれはしないということはない(自分の仕事を狭めない)	プライベートの時間も使う		
	自己の選択の正しさへの確信をもっている	反対にあってもあきらめきれないが実践も難しいことを認識する	交渉はすべてできるという自信がある	やれば現場が変わるという実感と確信がある	学習の成果を確信する
	自身の能力不足の面を活用する	自分でできることを探す	専門知識・技術に長けていないことを武器にする	専門知識がないことでの気づきがある	
組織の理解	人事のしくみを理解している	師長になるプロセス、パターンを理解する	自分が所属する看護単位の質の見極めをする		
	組織で適応できる管理者の特質の見解をもつ	師長によって病棟の雰囲気や違うことを認識する	所属する病院の管理者の資質を理解する		
自己学習	専門知識の修得を続ける	認定看護師の資格をとる	研修をうける	スタッフから教えてもらう	専門知識が不足していることを自覚する
	体験の振り返りを行う	現実を直視する	経験から学ぶ	失敗を認識する	自らの体験を言語化できる
	看護研究を率先して行う	組織の中で看護研究を率先して行う	看護研究をすることの効果を活用する	研究などの課題にもじっくり取り組む	
看護職の社会的役割の理解	地域との連携を見据えて動く	院外へ目を向ける	院外での活動をしている	地域の行事はすべて出席する	退院後の生活も意識して積極的に退院に関わる
他部門との協調	人間関係を円滑にする努力をする		価値判断を共有し実践するときは話し合う	ユーモアの活用	インフォーマルな関係を自身から働きかける
	対人関係理解をすすめる	チーム間の関係性が患者の安全を担保するという認識をもつ	他部門への好意的見解をもつ	説明を促す	信頼関係を実践しながら築く
	協働関係を重視する	医師など他部門を巻き込む	各部門の長の協力を得る	他職種とのカンファレンスをもつ	根気よく関わる

また、＜倫理面の配慮をする＞については、「倫理面の問題・ニードを認識」したうえで、「臨機応変に対応する」ことで「倫理に適合した実践」を行っていた。

『双胎の出産があるんですけど、一人は無脳児で普通は麻薬でおろすんですけど双子だったんでできなかった。それで私たちはサポートできるのかというのを、そこで麻酔医と患者さんと主治医と話し合っ、結局ご主人に立ち会ってもらったんですけど、無脳児でも数秒でもそういう場を作ろうとして、麻酔科も麻酔の位置を変えたりして、私たちは生まれたらここでご主人にいてもらってとかいろいろ計画して、奥さんがいてご主人がいて生まれた子を二人で抱いて過ごせる時間をつくって、そこだけが別世界だった。』

## （２）現場重視

臨床現場での管理者の実践として、＜現場にいることでの実践＞を重視し、「忙しくてもラウンドして現場全体を把握する」「話を聞いて向き合う」ことを習慣として行っていた。

『だいたいラウンドしていた。椅子に座ることがほとんどなかった。』  
『朝は移動といいますか、多いときは 17, 8 人の部屋の移動があるんです。8:00 始まりで 7:20 くらいにやってきて夜間の報告を受けて、まず部屋を決めるんです。手術が 3 件から 8 件あって、入院が 18 人あった時もある、部屋のことを決めてカルテとかで情報を把握して患者さんの所に説明に行っ、8:30 までにラウンドは終わらすんです。』

## （３）能力開発

＜スタッフの育成のための支援をする＞は、他者が気がつかない、あるいは評価していないスタッフでも、「スタッフの能力に気づく」ことから始まる。そして実際の育成をとおして「人の育成は楽しい」と感じ、スタッフに対して「ポジティブなフィードバック」を行い「成功体験を積みせる」ことや、あるいは反対に、時間の経過とともに変化するのを待つことを実践していた。

『前の師長からスタッフの評価も引継ぎされた時に 30 歳代半ばで大学も出ていたがあまり評価されていないスタッフがいた。ちょっとこういうことしてくれるとリーダーとしてやってくれないかと、それに非常に応えてくれた。仕事も早い。あれっと思った。トップダウンではなくみんなが納得するように、年間かけてやってくれた。そういう成功体験があって彼女自身もいきいきしてきたり、そっけなさなくなったり、後輩にもその人に合わせて指導するようになった。』



『看護部長はその人どうなのって言うてたんですけれど、私が何かあったら責任取りますからって、研修にも行かせてあげてくださってって、研修に行ったら、「よかったです」とリフレッシュになったみたいです。モチベーションが上がったり、スキルアップになったり、外に目を向ける機会をつくって。』

#### (4) ポジション・パワーの活用

【ポジション・パワーの活用】は、＜自己の役割の認識を持つ＞ことで＜自己主張を重視＞し、＜自ら企画して実践する＞というプロセスをふんでいた。このプロセスのなかで特に、「看護師の勤勉性への評価と還元をする」ために、＜スタッフの代弁者としての役割をはたす＞ことは重要視されていた。

『院長なんかでも違った見方をしてて感覚がずれていたりとか、院長にも言うことはバシバシ言いますから、私が言わないと誰が言うのよっていうのもあるし。』

『看護師はほんとにまじめというか、これをするという一生懸命するんですね。去年、避難訓練をして、次の年にするというのが決まっていて、日勤が終わってから、休みの人もやってきて毎日練習するんですよ。その練習を自主的にやっているんですよ。この一生懸命さを何らかの形で返してあげたいんですよ。時間外で来るのは極力やめたいんですよ。』

また、中間管理者として「組織のシステムへの批判的思考」をもち、場合によっては「対立しても意見は言う」「看護部と交渉することなど、＜看護部と折り合いをつける＞ことも行われていた。

『看護部の役割機能というのは、しっかりしないといけないといわれるんじゃないかと。なかったらもっと自由にできる、あって助かったというのは何かあるのかなと、実は今のところあまりないのかなあ。』

『もっともっと、そのいろいろなプロジェクトを作って成果を出せばいいんですけど。』

『どうしてそういう環境を作れないのかなと。やっぱりほかの認定の人からも聞くんですけど、その辺がもったいないなあ、つらいところだなあと思うところはありますね。』

一方で、「効率の良い病棟運営」が求められ、＜円滑な病棟(単位)運営＞を行うよう実践していた。成果主義で評価されることから「病棟稼働率を意識」し、「病棟の環境整備」や「患者の理解を得ながら病室の効率的な活用に努力」していた。

『部屋の移動、お願いして毎日毎日話をしてスムーズな人間関係を部屋一つ変わることでも人間関係があるのとないのと全然違う。』

#### (5) 思考する

クライアントのニーズを的確に把握し理解するためには、＜包括的なアセスメントを行う＞ことが必要である。対象者は「観察すること」や「調査すること」で＜情報を収集＞し、「将来的な予測・ニーズの予測をする」「スタッフの話をよく聞いて現場のニーズを把握する」ことを実践していた。

また、「周囲を客観視」し、「他の組織と比較して分析する」「自分の行動の影響とその効果を計算する」ことで「問題の抽出をする」という＜分析的思考＞を行っていたが、問題を明らかにするためには、「現象の意味づけ」やその訓練が現場で繰り返し実践できていることが必要であり、こうした＜概念化思考をする＞ことが欠かせない。対象者は「経験知の重要性を認識」し、そこからある「パターンを認識」していくことで、経験知を増やすというサイクルを意識的あるいは無意識的に行っていた。

『その時は、これはどんな意味があるんだろう、あのときは一所懸命その意味を考えながらできたというのはまたしてみないとなあ、理論と実践の融合と言うか、こんなふうに使えらんだよねとか、そうですね、そういうのが実際にやってみてそれが結果に結びついて、サイクルを回しているというのが感じられたというか。』

#### (6) ストレスマネジメント

クライアントが多方面になることで、管理者自身やスタッフがストレスにさらされることになるが、「気分転換活動を行った」り、自分の感情をノートに記載して感情を処理するなど「自身のストレス・コントロール法を模索」し、＜セルフ・コントロール＞を行っていた。また、ストレスの表現は「仕事場では自分のストレスは表現しない」ことにしていた。

『仕事が終わって寝る前に今日はどうだったかということ自分で振り返りに書いたり、私がこういえばよかったかなということを書いたり、また明日こういうふうについてあげたら違うのかなということを書いたり。自分が言えなかったぶんを書いたり、自分をコントロールしていたんでしょうね。』

『自分で受けたストレスは自分でコントロールしましたね。』

＜スタッフへの配慮＞としては、「解放感を得る場の提供」「スタッフの疲労やストレスへのフォロー」を行っていた。また、「ワーク

ライフバランスを重視する」ことで、on と off を分けることを工夫していた。

『一番私が思っているのは勤務表があるんですけど、希望は 100% きてるんです。休みたい人は休んでもらってるんです。その人がそこで休んだ分、頑張ってくださいねっていうとやりますっていうので、それは目いっぱい聞いて、その間、看護の質が落ちないようにするんですけど、息抜きをしてもらってまた出てきてもらったらいと思うので。』

#### (7) 自己確信

学ぶ能力により自信ができることを認識すると、それが【自己確信】につながる。＜自己の選択の正しさへの確信をもっている＞ため、「良い病院にしていきたい」と＜理想を持つ＞ようになる。また、自身にとっての「良い看護師の定義」があり、師長だからこれはしないということではなく「枠にはまらずに活動する」ことで「プライベートの時間も使う」ことを厭わず、＜自分が思ったことはどうしても実践する＞ことや「自分の意見をはっきり言う」ことに発揮されていた。こうした確信の裏づけとして、「自己の選択の正しさへの確信」「やれば現場が変わるという実感」があるが、「反対にあってもあきらめないが実践も難しいことを認識」しているため、むやみに理想にまい進するという行動はとられていなかった。

『自分で足りないことを学ぼうという中で認定看護師をとりました。自分に足りなかったことが見えました。自分の経験不足の分を振り返ることができたりしましたね。経験がないのは事実なんで、教えてくださいという感じでやってきました。』

#### (8) 組織の理解

以上のような行動の実践のためには、自身が所属する【組織の理解】が欠かせない。組織内での「管理者が及ぼす影響の理解」「組織で適応できる管理者の特性の見解」「人事のしくみの理解」があったうえで、「看護単位の質の見極め」を行っていた。

『師長としての仕事の影響は、同期の 3 人にプレゼンして現場に生かせる体験で、みるみるうちに現場がかわっていったんですね。それがあったので、いろいろな問題があったときも解決の仕方とか、ヒントとか、考え方、道筋、やっていけたというところでそういうことをたどっていけばこうなるという確信がもてて』

#### (9) 自己学習

「現実を直視」し、＜体験からの振り返りを行う＞ことで体験の

中から学ぶという【自己学習】が実践されていた。そのためには、「自らの体験を言語化」し、「失敗を認識する」過程のなかで振り返ることが行われていた。

このような探究心は、＜専門知識の修得を続ける＞ことや＜看護研究を率先して行う＞ことにつながる。こうした実践をすることで、自身も「認定看護師の資格」をとり、「看護研究をすることでの効果を活用する」といった良い循環が生まれていくことになる。

『看護研究を始めてここは浅いんですけど、私が発表するのは私が2例目くらいだったんですね、そういう看護研究と一緒にやって、こういうようにしていこうというなかから、創意工夫が出て1つのものに向かってやっていくというのが出てくるので、引っ張っていく力はないと思うので、何かをきっかけに何かをやっていくということでしょうかね。』

#### (10) 看護職の社会的役割の理解

自身が所属する組織に限らず、＜地域との連携を見据えて動く＞ことを重視し、「地域の行事は出席する」といった「院外での活動をしている」管理者もいた。こうした管理者は「退院後の生活も意識して積極的に退院に関わる」ことを実践していた。また、「視野を広く持つ」ことで、＜社会や医療を取り巻く変化への危機感＞もち、「変らない看護職へのもどかしさを感じ」ていた。

『今病院はどんどん変わっていて、医師は頭がいいのであつという間に行動変容も変われるんですよ。ほかの職種も前向きに変わってきていると思うんですよ。看護師は一所懸命やっているんだけど一番遅れている、それに気がついていない、研究もやっているけれどそれが現場にどれだけ活かされているか、まだまだ乖離があって。危機感をもっているんですよ。看護師は成果が出にくい、成果が出せるようになればいいんですけどね。』

『看護師と言うのは流されやすいし、逆の言い方をすればすごく変化がはやい、ほんとに変わる、その分、あつという間に元に戻る。』

#### (11) 他部門との協調

【他部門との協調】においては、看護単位の長である管理者が＜対人関係理解をすすめる＞ことで「医師など他部門も巻き込む」ことや「各部門の長の協力」も得られるという実践を行っていた。その際には、「ユーモアの活用」や「インフォーマルな関係を自身から働きかけ」るなどの工夫を行っていた。

『最初のVTのプロジェクトを作りたいと言って頼みに行ったんです

けど、その先生とは大喧嘩して、今は仲良しなんです。副院長先生も時々参加してくれたりして、合併症や難易度が高い人も相談できるようになっていて、途中から前の日にちゃんと相談できてとすることができるようになったんですよ。』

### 3) 動因

対象者は出来事をおして看護管理実践のやりがいや楽しさを語っていた。それらの実践をおして患者・家族との出会いなど、看護中間管理職ならではの思いが看護管理実践への動機づけになっていた。

『私たちはとかく表面上のことしか見ないけど、実際に今は他人様の悲しさもよくわかります。こういう出会いが師長の役割としてあるんだろうけど本当は奥にはこんな秘めたことがある』

『お互い働く病院ですから、良い病院にしていきたいという思いはありましたし、創意工夫する看護実践をみんな思っていることですから』

### 4) 振り返り

対象者は、日々の体験の中から自らの言動や他者の反応などを想起し、記録しながら出来事を客観視したり、意味づけを行っていた。

『振り返りで言えることなんですけども。仕事が終わって寝る前に今日はどうだったかということ自分で振り返りに書いたり、私がこういえばよかったかなということを書いたり、また明日こういうふうについてあげたら違うのかなということを書いたり。自分が言えなかったぶんを書いたり、自分をコントロールしていたんでしょね。』

『日々の実践のなかでこうするべきというのは体験の中から学んでいる。』

『学びながら発見する、その時はこれはどんな意味があるんだろう、あのときは一所懸命その意味を考えながらトレーニングできたというのはまたしてみないとあと、理論と実践の融合と言うか、こんなふうに使えるんだよねとか、そうですね、そういうのが実際にやってみてそれが結果に結びついて、サイクルを回しているというのがみんなに感じられたというか』

## II. プレテストの結果

質問項目の精査のために師長経験のある 13 名に対してプレテストを行った。対象者の概要は男性 8 名、女性 5 名で師長経験は 1 年未満の者から 20 年以上の者までであった。質問の表現で曖昧さがある項目、用語が難解な項目、答えにくい項目など意見を聞いたうえで修正した。

### Ⅲ. 質問紙の作成

#### 1. 質問紙項目

面接調査で得られた項目について CD で得られた項目と概念化によって得られた項目を重複しているものや意味が似ているものをまとめ、看護中間管理職のコンピテンシーの構成要素を【クライアント重視】【現場重視】【ポジション・パワーの活用】【現場重視】【能力開発】【ポジション・パワーの活用】【思考する】【自己学習】【ストレスマネジメント】【組織の理解】【他部門との協調】【看護職の社会的役割の理解】の 12 カテゴリーとした（表 11；P.64）。

【クライアント重視】は、看護実践の主要なクライアントである患者・家族に対して、看護中間管理職が具体的にどのような実践を行っているかを示す項目である。看護中間管理職はスタッフのように直接的な看護ケアは行わないが、相談やニーズの伝達は実践している。またスタッフよりも長期的なニーズに応え、倫理的な問題を認識し倫理に適合した看護管理実践を行うことをコンピテンシーの項目とした。

技術者・専門職の管理者は、「達成重視」は顕著ではなく、特に人的サービス従事者については達成関連のテーマは現れないという Spencer（1993）の知見と同様に、「達成重視」の構成概念は面接調査の結果からは抽出されなかった。また、専門職の優れた管理者は、「人の育成」、「対人関係理解」、「顧客サービス重視」、「概念化思考」、「チーム・リーダーシップ」によって差別化されているということから、【能力開発】、【チームワークと協調】、【他職種との協働】【クライアント重視】【思考する】を構成概念とした。また、「自己確信」は【自己確信】として、「指揮命令—自己表現と地位に伴うパワーの活用」は【ポジション・パワーの活用】とし、質問項目とした。「セルフ・コントロール」として【ストレス・マネジメント】、「情報探究」として【現場重視】、「組織の理解」は【組織の理解】として構成概念とし、計 41 項目をコンピテンシーの質問紙項目とした。

動因については、看護中間管理職の意図・意欲・信念として面接調査であげられた計 7 項目（表 12、P.65）とした。

振り返りについては、面接調査の結果と Mezirow(1981)、Schön(1983)、Boudら(1985)などのモデルに共通している自己への気づき、説明（記述）、批判的分析、総合及び評価のスキル（Atkins & Murphy、1993）と面接調査からの結果をもとに、「自己への気づき」「経験に立ち戻る」「経験の再評価」「統合」「新しい前提の評価」を構成概念とし、計 7 項目（表 13、P.65）とした。

作成した質問紙を看護中間管理職の経験が 10 年以上で看護部長職の経験がある者 3 名に質問項目の妥当性について意見をきいた。

表 11 コンピテンシーの質問項目

カテゴリー	項目No.	項目
クライアント重視;5項目	Ⅱ【1】 1	患者・家族からの相談には積極的に応じている。
	Ⅱ【1】 2	患者や家族のニーズを把握し医師やスタッフに伝えている。
	Ⅱ【1】 4	患者・家族の本質的で長期的なニーズに応える。
	Ⅱ【1】 5	他の部署から反感をかっても患者・家族の利益を優先している。
	Ⅱ【1】 6	倫理面の問題を認識し、倫理に適合した管理を行っている。
現場重視;1項目	Ⅱ【1】 3	忙しくてもラウンドして現場全体を自分の目で確かめている。
能力開発;7項目	Ⅱ【2】 1	スタッフの良いところや能力に気づくようにしている。
	Ⅱ【2】 6	難しい状況でもスタッフに対して褒めるなどのポジティブなフィードバックをしている。
	Ⅱ【2】 7	スタッフには成功体験を積ませるように日ごろから仕向けている。
	Ⅱ【2】 8	スタッフに交渉の際のモデルを示している。
	Ⅱ【2】 9	スタッフの仕事を確認し記録している。
思考する;3項目	Ⅱ【2】 10	スタッフにはポジション・パワーを使うよう促している。
	Ⅱ【2】 11	専門知識・技術に長けているスタッフを活用するための方法を模索している。
	Ⅱ【3】 2	企画の進行を定期的にチェックし問題を分析する。
ポジションパワーの活用;8項目	Ⅱ【4】 4	困難な出来事についての可能な原因を抽出し、結果を予測する。
	Ⅱ【5】 2	自身が管理する看護単位について他の病院や組織と比較して分析する。
	Ⅱ【2】 4	スタッフからの要望を看護部に伝えている。
	Ⅱ【2】 5	スタッフの処遇に対して問題があったときは正当に抗議している。
	Ⅱ【3】 1	多くのやりたいことがあり、新しい企画を始め実施する。
ストレスマネジメント;2項目	Ⅱ【3】 5	他職種のニーズを報酬として意図的に使い交渉する。
	Ⅱ【3】 6	自分の行動と発言の影響度を計算して意図的にパワーを使う。
	Ⅱ【4】 1	病室移動が頻繁でも患者の理解を得ながら病室の効率的な活用を行う。
	Ⅱ【5】 2	対応困難な患者にも自分なりの方策があり関係性を作る。
組織の理解;3項目	Ⅱ【4】 3	看護部とスタッフとの板ばさみになっても看護部と交渉して折り合いをつける。
	Ⅱ【2】 12	ワークライフバランスを重視し、スタッフが十分に休養がとれるようにする。
	Ⅱ【5】 3	自身のストレスは仕事場では表現せず、仕事外で気分転換活動をする。
自己学習;3項目	Ⅱ【3】 4	病院の仕組みや金銭面などの資源を活用する。
	Ⅱ【3】 9	組織内の言葉に表されないルールを理解して行動する。
	Ⅱ【4】 7	組織内の友好・敵対関係などの人間関係を把握して活用する。
チームワークと協調;4項目	Ⅱ【3】 7	状況や他の人たちの反応によって自らの行動や方法を変える。
	Ⅱ【4】 6	看護研究を率先して行い、その結果を現場に活かす。
	Ⅱ【5】 4	専門能力の獲得には最新のアイデアに遅れないようにネットワークを活用する。
自己確信;2項目	Ⅱ【2】 2	スタッフの発言をよく聞いて、その感情と内容の両方を理解する。
	Ⅱ【2】 3	スタッフとは意識的に相互信頼関係を築くことに取り組む。
看護職の社会的役割;1項目	Ⅱ【2】 13	スタッフに公平に対応しすべてのメンバーがプロセスに貢献できるように参加を促す。
	Ⅱ【3】 10	不適切な要求にはスタッフが言えないことでも師長としてはっきり主張する。
他部門との協調;2項目	Ⅱ【3】 8	ルールや手続きを柔軟に適応し枠にはまらずに行動する。
	Ⅱ【4】 5	自身が管理する単位の専門知識や技術に長けていなくても、それを逆に活かす。
動因;7項目	Ⅱ【5】 1	看護師長として、院外でのなんらかの活動をする。
	Ⅲ 1	患者とは一人の人間として対等に接している。
	Ⅲ 2	患者・家族との出会いは師長としての財産である。
	Ⅲ 3	管理をすることはおもしろいと思う。
	Ⅲ 4	スタッフを育てることは楽しい。
	Ⅲ 5	行動すればするほど現場が変わるという実感がある。
	Ⅲ 6	自分が管理する部署を良くすることで良い病院にしていきたい。
振り返り;7項目	Ⅲ 7	いざというときは目上の人にも対決することをいとわない。
	Ⅲ 8	自分の信念、価値観や態度を意識的に客観視する。
	Ⅲ 9	自分の価値観や態度が、どのように他人に影響しているかわかっている。
	Ⅲ 10	職場で起こった出来事や自分が経験したことを思い出し記録する。
	Ⅲ 11	不快な経験であっても思い出して、その経験の意味づけをする。
	Ⅲ 12	現場での経験をとおして、自分の考えや感情は変化する。
	Ⅲ 13	経験をとおして以前の考えや感情と新たに生じたものとがまざりあつて自分の新しい知識・考え
Ⅲ 14	新しい考えや感情が正しいのかを現場で吟味する。	

表 12 動因の質問項目

項目	質問項目
Ⅲ1	患者とは一人の人間として対等に接する
Ⅲ2	患者と・家族との出会いは師長としての財産である
Ⅲ3	管理をすることはおもしろいと思う
Ⅲ4	スタッフを育てることは楽しい
Ⅲ5	行動すればするほど現場が変わるという実感がある
Ⅲ6	自分が管理する部署を良くすることで良い病院にしていきたい
Ⅲ7	いざというときは目上の人にも対決することをいとわない

表 13 振り返りの質問項目

カテゴリ	項目No.	質問項目
自己への気づき;2項目	Ⅲ 8	自分の信念、価値観や態度を意識的に客観視する。
	Ⅲ 9	自分の価値観や態度が、どのように他人に影響しているかわかっている。
経験に立ち戻る;1項目	Ⅲ 10	職場で起こった出来事や自分が経験したことを思い出し記録する。
経験の再評価;1項目	Ⅲ 11	不快な経験であっても思い出して、その経験の意味づけをする。
	Ⅲ 12	現場での経験をとおして、自分の考えや感情は変化する。
統合; 2項目	Ⅲ 13	経験をとおして以前の考えや感情と新たに生じたものがまざりあって自分の新しい知識になる。
	Ⅲ 14	新しい考えや感情が正しいのかを現場で吟味する。

影響要因として、対象者の背景を性別、年代、看護職の資格、学歴、現在の職位、師長経験年数(月単位)、看護職経験年数(月単位)、勤務している病院の開設者(表14)、病床数(200床から100床ごと)、管理している(していた)単位の入院基本料、管理している(していた)単位の診療科、管理している(していた)単位の機能として12項目を質問項目とした。

影響要因を除いたすべての項目には「全くあてはまらない」を-2、「どちらでもない」を0、「かなりあてはまる」を+2として5段階評価で評定することとした。



表 14 開設者の分類（厚生労働省）

概況本文 (大分類)	統計表 (小分類)
国	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他(国の機関) ※ 独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構は、各々の法律により医療法の適用については国とみなされている。
公的医療機関	都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人	医療法人
個人	個人
その他	公益法人、学校法人、社会福祉法人などの上記以外の法人

#### IV. 本調査の結果

##### 1. 調査の手順およびデータ収集方法

一般社団法人日本病院会の会員である 2368 病院のうち、200 床以上を有する病院を対象に乱数表を用いて無作為に 700 病院を抽出し、看護部門長宛に依頼書と返送用ハガキを郵送し研究協力への同意が得られる場合は、同封したハガキを返送してもらうこととした。

一般社団法人日本病院会の会員である病院から送付先を選んだ理由は、元厚生労働省所管の一般法人であり特定の背景による組織でないこと、会員病院が公表されておりデータが一部の病院に偏らないよう無作為に対象を選定できることである。

また、対象者選定の理由として、病床規模について 200 床以上を有する病院とした理由は、厚生労働省においても病床規模についての特段の基準はなかったため、本研究においては 50 床 4 病棟規模以上の病院を中規模病院と仮定し対象とした。職位を看護中間管理職の経験のある看護部長・副部長も対象としたのは職位ごとの比較検討を行うためである。主任職を対象としなかった理由は、主任はスタッフと同様の業務内容と変則勤務を行うことが多いことから師長職とはその位置づけおよび役割ともに異なる点が多いと考え対象としなかった。

病院の看護部門長宛に依頼書を送付する際は、失礼のないように

すべての病院のホームページにあたって、記載された看護部門長の氏名をわかるかぎり明記して送付した。

ハガキは 177 病院から返信があり、依頼された数の依頼文、質問紙、返送用封筒を郵送し対象者に配布していただいた。また、看護部門長にあらためて依頼文と承諾書を送付し同意があった場合はサインをした上で承諾書を同封の封筒に入れ返送していただいた。同様に研究者の承諾書はサインをしたうえで送付した。

質問紙は 177 病院に対して 2337 部を送付し 1468 部を回収した（回収率 62.8%）。そのうち、回答に整合性がないものや主任職にある者、200 床以下の病院に所属する回答者など対象外の者を分析の対象からはずし、1424 部を有効回答とした（有効回答率 90.7%）。また、欠損値のない完全回答されたものは 1245 部（回収された質問紙の 53.3%）であった。

## 2. データ収集期間

平成 27 年 1 月～3 月に実施した。平成 27 年 1 月に各病院に依頼書を送付し、ハガキの返信があった病院から順次質問紙を送付し 3 月までに回収した。

## 3. 対象者の背景

現在、師長の職位にある者（単位をもたない教育担当師長やリスクマネージャーなどを含む）、また師長経験のある看護部長・科長、看護副部長・科長とした。対象者の項目別対象者数と割合の一覧を表 15（P.68）に示す。

### 1) 性別

男性は 4.6%で、平成 24 年に厚生労働省が調査した男性看護師就業者数（厚生労働省大臣官房統計情報部、平成 24 年度）の割合（5.9%）と類似する結果であった。

男性は看護部長が 0、副看護部長は 1 名（0.1%）、師長は 58 名（4.1%）、看護単位をもたない師長は 7 名（0.5%）であった。

### 2) 年代

本調査では年齢を実数で調査せず、20 歳代から 60 歳代までの 10 歳間隔でデータを収集した。20 歳代から 60 歳代まで幅広い年代の師長がおり、60 歳代の対象者は 57 名（うち師長 45 名）で、一般的な病院の定年退職である 60 歳を超えて就業している師長、副看護部長、看護部長の存在が明らかとなった（表 16、P.69）。

師長のうち最も多くを占めているのが 40 歳代、50 歳代で師長と答えた者の 91.0%を占めた。2011 年に日本看護協会が実施した 19 病院の看護師長 409 名を対象とした調査（日本看護協会、2011）では、40 歳～60 歳未満の者が 371 名（90.7%）を占めていた結果とほぼ同様の割合であった。

表15 対象者の背景と分布

背 景		人	分 布 %
性別	男 性	67	(4.6)
	女 性	1370	(99.7)
	無回答	5	(0.3)
年代	20歳代	3	(0.2)
	30歳代	70	(4.9)
	40歳代	557	(38.6)
	50歳代	753	(52.2)
	60歳以上	57	(4.0)
	無回答	1	(0.1)
有資格	看護師	1442	(100.0)
	保健師	32	(2.2)
	助産師	83	(5.8)
	認定看護管理者	51	(3.5)
	認定看護師(認定看護管理者以外)	58	(4.0)
	専門看護師	3	(0.2)
学歴 (複数回答)	看護専門学校(3年制)	891	(61.8)
	看護専門学校(進学コース)	396	(27.5)
	看護系短期大学(3年制)	74	(5.1)
	看護系短期大学(進学コース)	39	(2.7)
	看護系大学(4年制)	18	(1.2)
	看護系大学以外の一般大学	65	(4.5)
	大学院 修士課程・博士前期課程	51	(3.5)
	大学院 博士課程・博士後期課程	3	(0.2)
無回答	24	(1.6)	
職位	1看護単位の看護師長・科長	1236	(85.7)
	副看護部長・副局長	86	(6.0)
	看護部長・局長	21	(1.5)
	看護単位をもたない師長	86	(6.0)
	無回答	13	(0.9)
開設者	国	86	(6.0)
	公的医療機関	599	(41.5)
	社会保険関係団体	29	(2.0)
	医療法人	401	(27.8)
	個人	34	(2.4)
	その他	275	(19.1)
無回答	18	(1.2)	
病床数	200床以上300床未満	463	(32.1)
	300床以上400床未満	377	(26.1)
	400床以上500床未満	239	(16.6)
	500床以上	355	(24.6)
	無回答	8	(0.6)
入院基本料	7対1	834	(57.8)
	10対1	211	(14.6)
	13対1	47	(3.1)
	15対1	45	(3.1)
	その他	289	(20.0)
	無回答	16	(1.1)
診療科	内科系	405	(28.1)
	外科系	305	(21.2)
	小児・産婦人科系	88	(6.1)
	精神科	55	(3.8)
	老年	25	(1.7)
	その他	549	(38.1)
	無回答	15	(1.0)
機能 (複数回答)	急性期	839	(58.2)
	回復期	85	(5.9)
	療養	84	(5.9)
	救急	66	(4.6)
	その他	415	(28.8)

表 16 年代×職位のクロス集計表

現在の職位	回答者の年代						合計
	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上	無回答	
1看護単位の看護師長・科長	2 (0.1%)	64 (4.5%)	498 (34.9%)	626 (43.8%)	45 (3.2)	0 (0.0%)	1235 (86.5%)
副看護部長・副局長	0 (0.0%)	1 (0.1%)	17 (1.2%)	62 (4.3%)	6 (0.4%)	0 (0.0%)	86 (6.0%)
看護部長・局長	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	19 (13.3%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	21 (1.5%)
看護単位をもたない師長	1 (0.1%)	3 (0.2%)	33 (2.3%)	43 (3.0%)	5 (0.4%)	1 (0.1%)	86 (6.0%)
計	3 (0.2%)	68 (4.8%)	549 (38.4%)	750 (52.5%)	57 (4.0%)	1 (0.1%)	1428 (100.0%)

### 3) 保有する看護職の資格

資格については複数回答で回答を得た。認定看護管理者、認定看護師(認定看護管理者以外)、専門看護師の取得状況を表 17 に示す。

認定看護管理者は日本看護協会が定める認定看護管理者教育課程のファーストレベル、セカンドレベルおよびサードレベルの 3 課程を受講した後に 1 年後に認定確認をされて取得する資格である。サードレベルの受講要件は看護師実務経験が通算 5 年以上あり、かつセカンドレベルを修了している者または看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に 1 年以上就いている者である。看護部長または看護副部長職に就いていない師長が受講するためにはセカンドレベルを修了していることが必要であるが、師長の対象者のうち 3.6% が師長のうちにサードレベルの受講を終え認定看護管理者の資格を得ていた。

認定看護管理者資格取得者のうち 26 名が公的医療機関所属であり約半数を占めていた。

認定看護師または専門看護師の資格をもって現在、師長に就いている者は 48 名で師長と答えた者の 3.8% であった。看護単位をもたない師長は教育担当師長、リスクマネージャー、感染管理者等であるため、その役割から考えても師長よりも高い 11.6% という割合で認定看護師の資格を保有していると考えられる。

表 17 職位×認定看護管理者、認定看護師(認定看護管理者以外)、専門看護師の取得状況のクロス集計表

現在の職位	認定看護管理者	認定看護師 (認定看護管理者以外)	専門看護師
	1看護単位の看護師長・科長	36 (2.9%)	45 (3.6%)
副看護部長・副局長	5 (5.8%)	2 (2.3%)	0
看護部長・局長	5 (23.8%)	1 (4.8%)	0
看護単位をもたない師長	5 (5.8%)	10 (11.6%)	0
計	51 (3.6%)	58 (4.1%)	3 (0.2%)

#### 4) 学歴

##### (1) 看護の学歴

看護の学歴は看護専門学校卒が 89.3% を占めた。うち進学コースが 27.5% であった (表 15、P.68)。進学コースは准看護師養成校を経て進学するため、准看護師資格保有者が同程度の割合を占めていると考えられる。看護系短期大学卒業者は 7.8% で看護系 4 年制大学卒業者は 1.2% であった。

##### (2) 一般大学と大学院

職位ごとの一般大学卒業者と大学院修了者の割合を表 18 に示す。大学卒は本調査では看護系大学卒業者と一般大学合わせて 5.7% であった。

表 18 職位×一般大学卒業または大学院修了者のクロス集計表

	一般大学卒業	修士課程	博士課程
1 看護単位の師長	60 (4.2%)	37 (2.6%)	3 (0.2%)
副看護部長	4 (0.3%)	6 (0.4%)	0
看護部長	0	2 (0.1%)	0
単位をもたない師長	1 (0.1%)	6 (0.4%)	0
計	65 (4.5%)	51 (3.6%)	3 (0.2%)

#### 5) 職位

職位は表 15 (P.68) のとおりである。対象者を過去に師長経験のある者も含めたため師長、看護部長・副部長、単位をもたない師長とした。現職の師長が 85% を占めた。職位ごとの師長および看護職経験月数は後述する。

#### 6) 開設者

対象者が所属している病院の開設者で最も多かったのは、都道府県、市町村、日赤、済生会などの公的医療機関で 41.5% であった。次に多くを占めていたのは、医療法人の 27.8% であった。

「平成 25 年に実施した医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況」(厚生労働省)によると、全国の公的医療機関の構成割合は 14.5%、医療法人は 67.0% であることから、全国の病院の分布とは異なる割合となった。

#### 7) 勤務している施設の病床数

中規模の病院に所属している師長経験のある者を対象者としたため、200 床以上から 100 床単位でデータを得た。上限は 500 床以上の 4 群とした。ほぼどの群からも同程度のデータが得られた。

厚生労働省の「平成 25 年に実施した医療施設 (動態) 調査・病

院報告の概況」によると、全国の医療機関の構成割合は「200床～299床」13.1%、「300床～399床」8.3%、「400床～499床」は4.4%、「500床以上」5.3%であることから、本研究の対象者は全体の約30%の病院に勤務する看護管理者によるデータであることが示された。

#### 8) 入院基本料および機能

「7対1」が最も多く57.8%であった。「管理している単位の機能」でも急性期が58.2%であり、中規模あるいは大規模病院の7対1の急性期病棟を管理している（していた）対象者が半数ほどを占めていることが推測された。

#### 9) 診療科

最も多かったのが「その他」であった。回答によると、「混合病棟」などの単一の診療科ではない回答が多かった。

#### 10) 経験月数

師長、看護職、師長職の期間を除いた経験月数を表19に示す。師長になって1ヶ月の者から33年の者まで幅広い経験をもった対象者から回答が得られた。看護職経験は1年から45年までであった。

表19 師長、看護職、師長を除いた看護職の経験月数

	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
看護中間管理者を経験した月数	90.8	69.08	72.0	1	396
看護職の経験月数	332.0	76.42	336.0	12	540
(看護職の経験月数)－(看護中間管理者を経験した月数)	241.3	75.43	240.0	23	444

#### 11) 病床数ごとの経験月数

病床数ごとの経験月数を表20に示す。群間差をみるために、等分散性の検定(Levene)を行い、一元配置分散分析とその後の検定を行った。等分散性が仮定される場合はTukey HSD、等分散性が仮定されない場合はGames-Howellを用いた。その結果、どの経験月数においても有意差はみられなかった。以上のことから、病院の規模(病床数)によって師長経験月数、看護職経験月数、(看護職経験月数)－(師長経験)には差がないことが示唆された。

表 20 病床数ごとの経験月数

		N	平均(月)	標準偏差
看護中間管理者を経験した月数	200床以上300床未満	457	95.2	75.1
	300床以上400床未満	375	89.8	67.4
	400床以上500床未満	238	90.6	71.9
	500床以上	351	88.0	65.2
	合計	1421	91.2	70.2
看護職の経験月数	200床以上300床未満	459	334.3	79.1
	300床以上400床未満	371	327.7	78.6
	400床以上500床未満	235	328.5	73.2
	500床以上	345	334.7	75.5
	合計	1410	331.7	77.1
(看護職の経験月数) - (看護中間管理者を経験した月数)	200床以上300床未満	454	241.1	75.9
	300床以上400床未満	369	238.8	77.9
	400床以上500床未満	235	237.2	74.1
	500床以上	343	247.8	74.1
	合計	1401	241.5	75.7

#### 4. 各項目の記述統計量

測定項目の得点化のために、「全くあてはまらない」を1点とし、「かなりあてはまる」を5点として算出した。

##### 1) 各項目の平均値と標準偏差

得点化により算出したコンピテンシー41項目、動因7項目、振り返り7項目の平均値と標準偏差を表21-1、2に示す。また、グラフを図8-1、2、3に示す。

天井効果がみとめられたのは、コンピテンシーの項目のうち、「患者・家族からの相談には積極的に応じる」「患者や家族からのニーズを把握し医師やスタッフに伝える」「病室移動が頻繁でも患者の理解を得ながら病室の効率的な活用を行う」の3項目と動因の項目のうち、「患者とは一人の人間として対等に接する」「自分が管理する部署を良くすることで病院をよくしていきたい」の2項目であった。フロア効果がみとめられた項目はなかった。天井効果がみとめられた5項目は研究目的上重要と考え、削除せずに分析に用いることとした。

表 21-1 各項目の平均値と標準偏差

No.	項 目	平均値	標準偏差
Ⅱ【1】1	患者・家族からの相談には積極的に応じる	4.53	.65
Ⅱ【1】2	患者や家族からのニーズを把握し医師やスタッフに伝える	4.45	.63
Ⅱ【1】3	忙しくてもラウンドして現場全体を自分の目で確かめる	4.13	.77
Ⅱ【1】4	患者・家族の本質的で長期的なニーズに応える	3.92	.73
Ⅱ【1】5	他の部署から反感をかってでも患者・家族の利益を優先する	3.38	.80
Ⅱ【1】6	倫理面の問題を認識し倫理に適合した管理を行う	4.13	.67
Ⅱ【2】1	スタッフの良いところや能力に気づく	4.17	.59
Ⅱ【2】2	スタッフの発言をよく聞いてその感情と内容の両方をを理解する	4.21	.60
Ⅱ【2】3	スタッフとは意識的に相互信頼関係を築くことに取り組む	4.27	.65
Ⅱ【2】4	スタッフからの要望を看護部に伝える	4.09	.66
Ⅱ【2】5	スタッフの処遇に対して問題があったときは正当に抗議する	3.99	.74
Ⅱ【2】6	難しい状況でもスタッフに対して褒めるなどのポジティブなフィードバックをする	4.09	.72
Ⅱ【2】7	スタッフには成功体験を積みせるようにする	4.11	.67
Ⅱ【2】8	スタッフに交渉の際のモデルを示す	3.77	.75
Ⅱ【2】9	スタッフの仕事を確認し記録する	3.34	.86
Ⅱ【2】10	スタッフにはポジション・パワーを使うよう促す	3.28	.88
Ⅱ【2】11	専門知識・技術に長けているスタッフを活用するための方法を模索する	4.01	.68
Ⅱ【2】12	ワークライフバランスを重視しスタッフが十分に休養がとれるようにする	4.01	.78
Ⅱ【2】13	スタッフに公平に接し、すべてのメンバーがプロセスに貢献できるように参加を促す	3.89	.72
Ⅱ【3】1	多くのやりたいことがあり、新しい企画を始め実施する	3.48	.88
Ⅱ【3】2	企画の進行を定期的にチェックし問題を分析する	3.43	.87
Ⅱ【3】3	友好的な雰囲気でも他職種の協力を促す	4.05	.69
Ⅱ【3】4	病院の仕組みや金銭面などの資源を活用する	3.64	.78
Ⅱ【3】5	他職種のニーズを報酬として意図的に使い交渉する	3.23	.86
Ⅱ【3】6	自分の行動と発言の影響度を計算して意図的にパワーを使う	3.45	.88
Ⅱ【3】7	状況や他の人たちの反応によって自らの行動や方法を変える	3.77	.74
Ⅱ【3】8	ルールや手続きを柔軟に適用し枠にはまらずに行動する	3.54	.81
Ⅱ【3】9	組織内の言葉に表されないルールを理解して行動する	3.67	.74
Ⅱ【3】10	不適切な要求にはスタッフが言えないことでも師長としてはつきり主張する	3.84	.79
Ⅱ【4】1	病室移動が頻繁でも患者の理解を得ながら病室の効率的な活用を行う	4.17	.86
Ⅱ【4】2	対応困難な患者にも自分なりの方策があり関係性を作る	3.96	.73
Ⅱ【4】3	看護部との板ばさみになっても看護部と交渉して折り合いをつける	3.72	.73
Ⅱ【4】4	困難な出来事についての可能な原因を抽出し結果を予測する	3.76	.69
Ⅱ【4】5	自身が管理する単位の専門知識や技術に長けていなくてもそれを逆に活かす	3.53	.80
Ⅱ【4】6	看護研究を率先して行いその結果を現場に活かす	3.02	1.01
Ⅱ【4】7	組織内の友好・敵対関係などの人間関係を把握して活用する	3.77	.78
Ⅱ【4】8	他部門との困難な交渉でもユーモアをよく活用する	3.52	.90



表 21—2 各項目の平均値、標準偏差

No.	項 目	平均値	標準偏差
Ⅱ【5】1	看護師長として院外での何らかの活動をする	2.87	1.32
Ⅱ【5】2	自身が管理する看護単位について他の病院や組織の情報を得て比較して分析する	3.14	1.04
Ⅱ【5】3	自身のストレスは仕事場では表現せず仕事外で気分転換活動をする	3.95	.99
Ⅱ【5】4	専門能力の獲得には最新のアイディアに遅れないようにネットワークを活用する	3.50	.90
Ⅲ1	患者とは一人の人間として対等に接する	4.45	.66
Ⅲ2	患者・家族との出会いは師長としての財産である	4.19	.78
Ⅲ3	管理をすることはおもしろい	3.36	1.05
Ⅲ4	スタッフを育てることは楽しい	3.88	.88
Ⅲ5	行動すればするほど現場が変わるという実感がある	3.83	.92
Ⅲ6	自分が管理する部署を良くすることで良い病院にしていきたい	4.34	.71
Ⅲ7	いざというときは目上の人にも対決することをいとわない	3.70	.92
Ⅲ8	自分の信念、価値観や態度を意識的に客観視する	3.70	.80
Ⅲ9	自分の価値観や態度がどのように他人に影響しているかわかっている	3.72	.77
Ⅲ10	職場で起こった出来事や自分が経験したことを思い出し記録する	3.13	1.03
Ⅲ11	不快な出来事であっても思い出してその経験の意味づけをする	3.76	.84
Ⅲ12	現場での経験をとおして自分の考えや感情は変化する	3.97	.70
Ⅲ13	経験をとおして以前の考えや感情と新たに生じたものが混ざり合って自分の新しい知識となる	4.16	.64
Ⅲ14	新しい考えや感情が正しいのかを現場で吟味する	3.84	.73

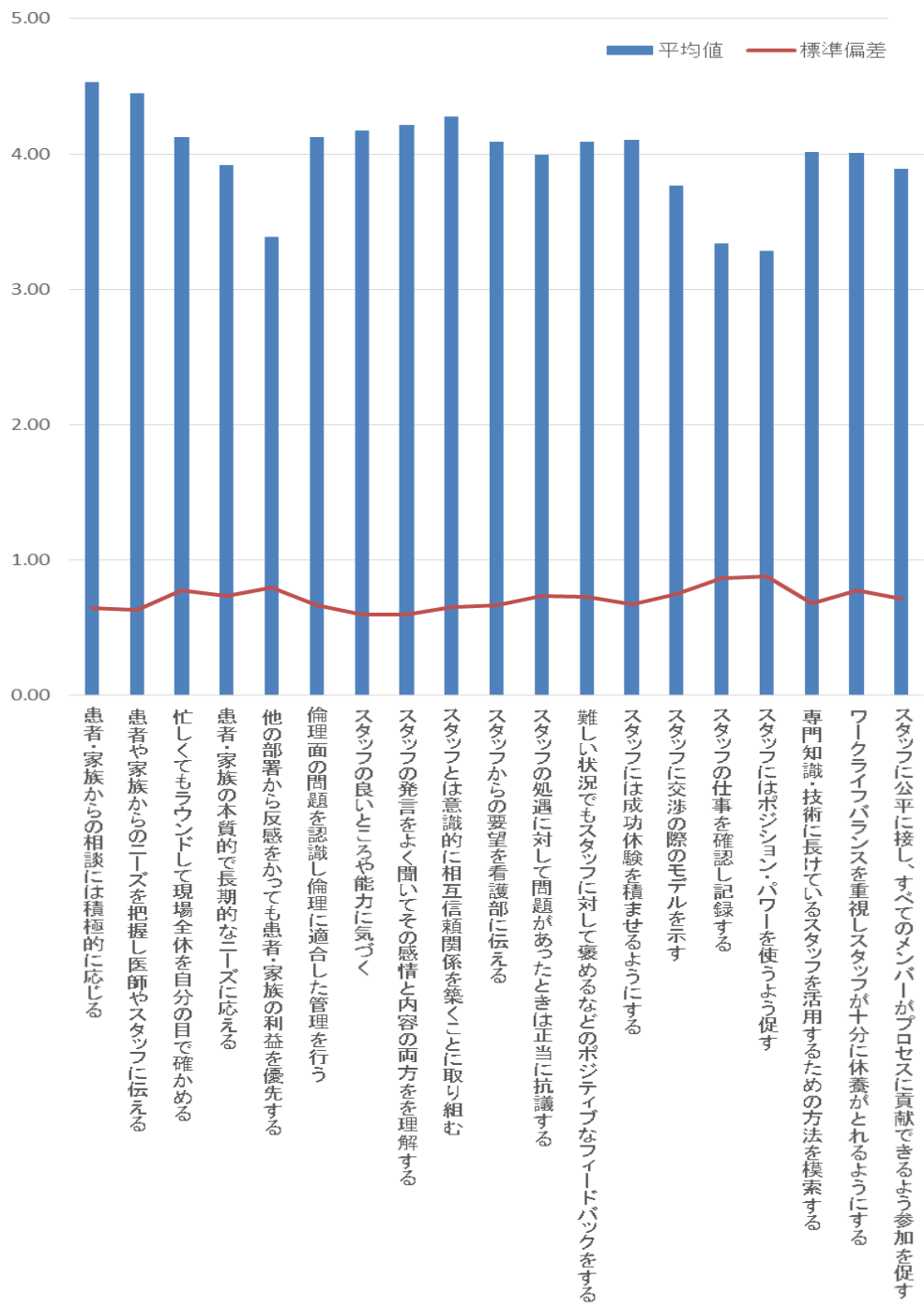


図 8-1 各項目の平均値と標準偏差

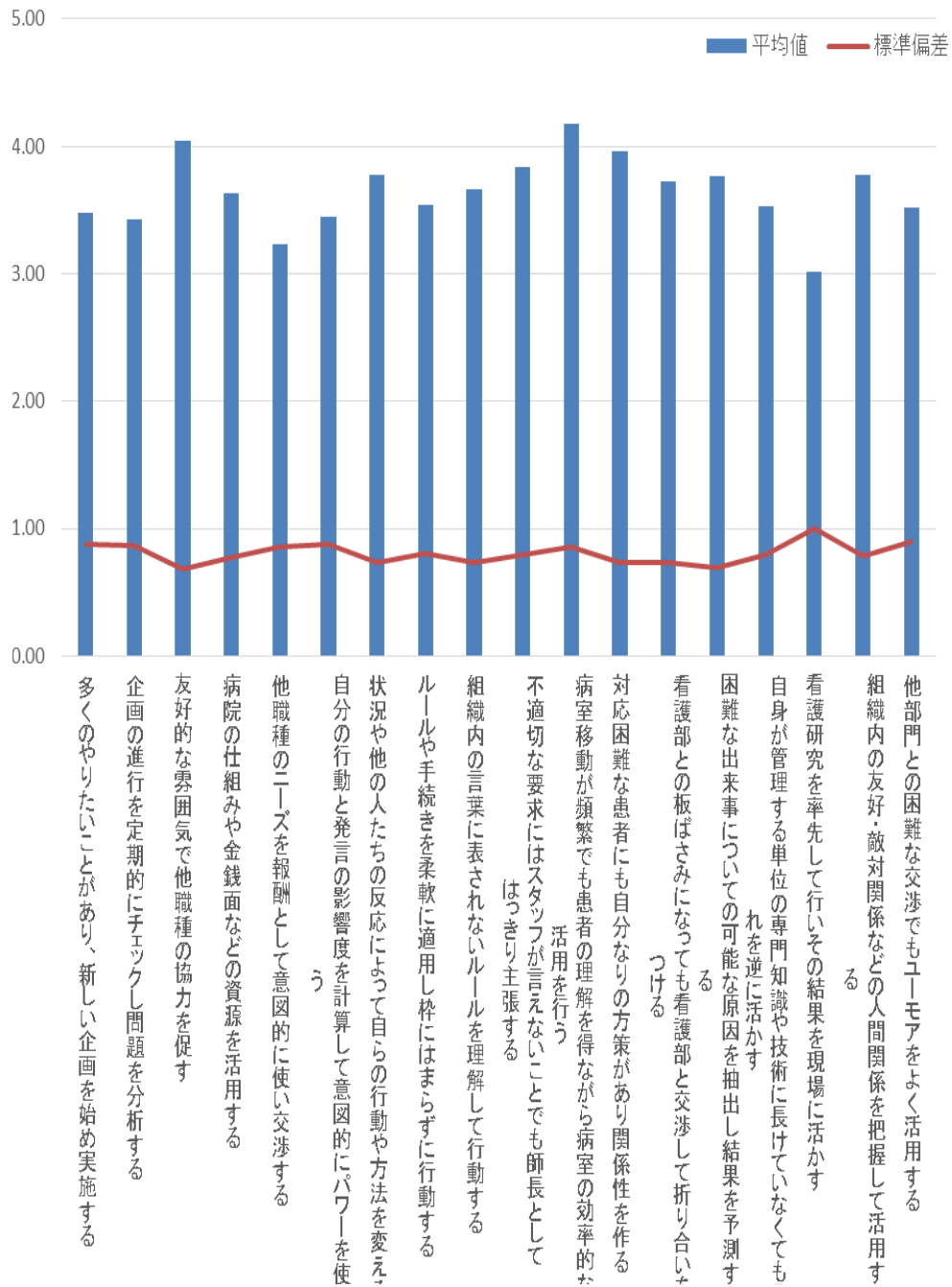


図 8-2 各項目の平均値と標準偏差

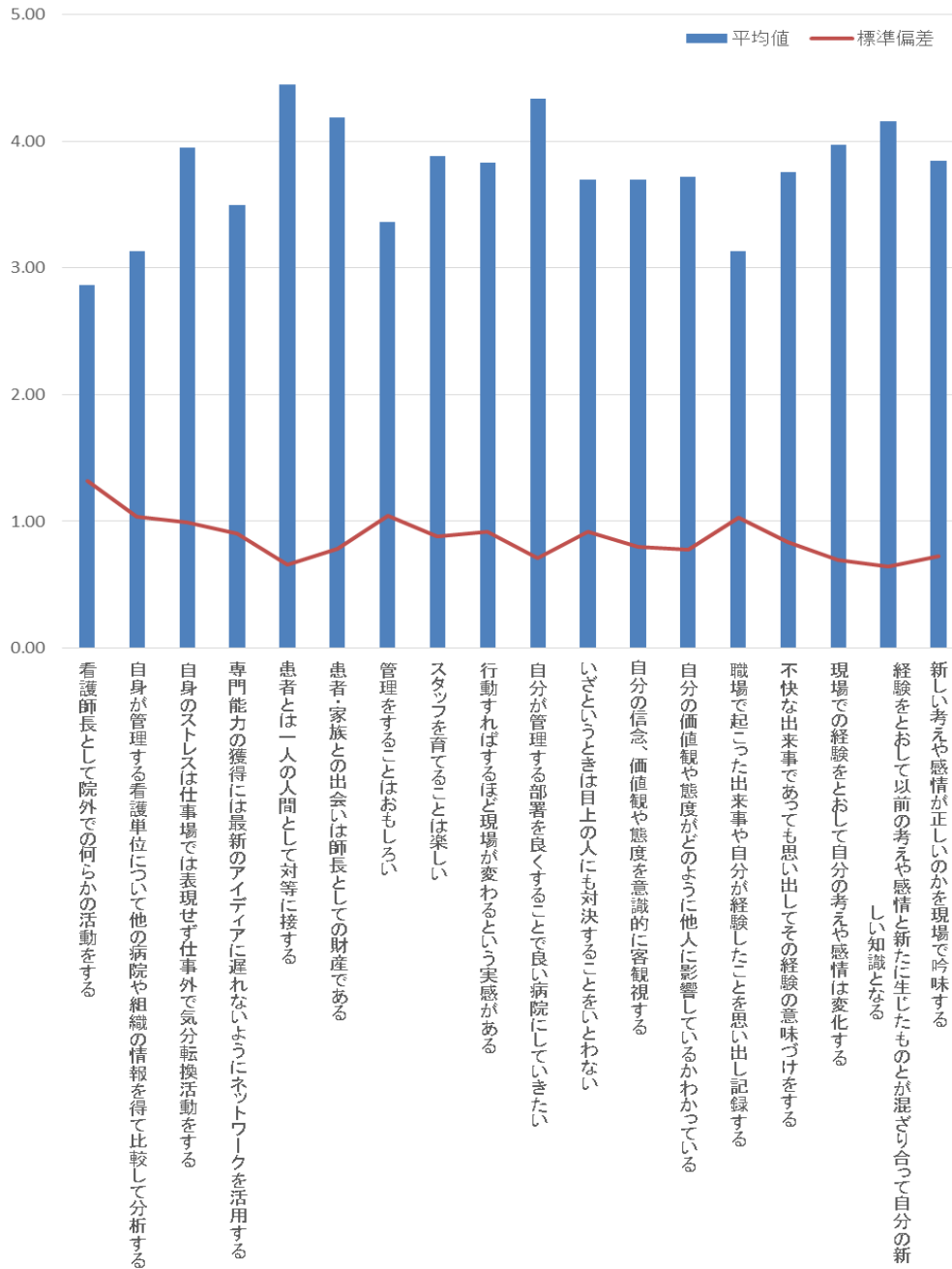


図 8-3 各項目の平均値と標準偏差

## 5. 師長経験による比較

師長経験による項目の平均値の差について検討するために、師長経験のデータを3分割し順序尺度の変数を作成した。方法は、師長経験月数によって5年未満、5年以上10年未満、10年以上3群に分割した。5年ごとに分割した理由は、認定看護師等の取得条件が5年ということから5年ごとの経験による分割は意義があると考えられるからである。

3群に分割した後にそれぞれの群の平均値と標準偏差を算出し、一元配置分散分析と多重比較を行った。その後の検定には等分散性がみられた項目には Tukey HSD を、みられなかった場合には Games-Howell を用い多重比較を行った。群間で有意差がみられた項目を表 22-1、2、3、4 に示す。有意水準は 5% と 1% で判定した。

コンピテンシー41項目のうち30項目、動因7項目のうち4項目、振り返り7項目のうち2項目に群間の有意差がみられた。

表 22-1 師長経験による各項目の平均値と標準偏差

No.	項目	師長経験 (月)	N	平均	標準偏差	
II【1】4	患者・家族の本質的で長期的なニーズに応える	< 60	573	3.84	.73	**
		60 - 119	425	3.94	.69	
		120+	423	4.00	.78	
		合計	1421	3.92	.73	
II【1】5	他の部署から反感をかってでも患者・家族の利益を優先する	< 60	575	3.30	.78	**
		60 - 119	425	3.37	.79	
		120+	422	3.51	.81	
		合計	1422	3.38	.80	
II【1】6	倫理面の問題を認識し倫理に適合した管理を行う	< 60	575	4.03	.66	**
		60 - 119	424	4.14	.66	
		120+	424	4.24	.66	
		合計	1423	4.13	.67	
II【2】1	スタッフの良いところや能力に気づく	< 60	577	4.11	.60	**
		60 - 119	424	4.19	.58	
		120+	422	4.24	.60	
		合計	1423	4.17	.60	
II【2】1	スタッフからの要望を看護部に伝える	< 60	577	4.05	.70	*
		60 - 119	424	4.09	.61	
		120+	422	4.15	.67	
		合計	1423	4.09	.67	
II【2】4	スタッフの処遇に対して問題があったときは正当に抗議する	< 60	575	3.94	.76	*
		60 - 119	425	4.00	.70	
		120+	421	4.07	.74	
		合計	1421	3.99	.74	
II【2】6	難しい状況でもスタッフに対して褒めるなどのポジティブなフィードバックをする	< 60	577	4.03	.74	*
		60 - 119	424	4.11	.71	
		120+	422	4.15	.71	
		合計	1423	4.09	.73	
II【2】7	スタッフには成功体験を積ませるようにする	< 60	577	4.04	.67	*
		60 - 119	423	4.15	.68	
		120+	422	4.16	.67	
		合計	1422	4.11	.67	
II【2】8	スタッフに交渉の際のモデルを示す	< 60	577	3.70	.79	*
		60 - 119	423	3.82	.73	
		120+	422	3.80	.69	
		合計	1422	3.76	.75	
II【2】9	スタッフの仕事を確認し記録する	< 60	575	3.25	.86	**
		60 - 119	424	3.36	.87	
		120+	420	3.42	.86	
		合計	1419	3.33	.86	
II【2】10	スタッフにはポジション・パワーを使うよう促す	< 60	576	3.19	.90	**
		60 - 119	424	3.31	.81	
		120+	418	3.37	.92	
		合計	1418	3.28	.88	
II【2】11	専門知識・技術に長けているスタッフを活用するための方法を模索する	< 60	576	3.96	.68	*
		60 - 119	424	4.08	.66	
		120+	420	4.01	.70	
		合計	1420	4.01	.68	

\* : P < .05    \*\* : P < .01    - 79 -



表 22-3 師長経験による平均値と標準偏差

No.	項目	師長経験 (月)	N	平均	標準偏差	
II【4】3	看護部との板ばさみになっても看護部と交渉して折り返しをつける	< 60	577	3.64	.75	* **
		60 - 119	423	3.76	.68	
		120+	425	3.80	.74	
		合計	1425	3.72	.73	
II【4】4	困難な出来事についての可能な原因を抽出し結果を予測する	< 60	577	3.68	.72	** **
		60 - 119	425	3.79	.65	
		120+	425	3.84	.69	
		合計	1427	3.76	.69	
II【4】5	自身が管理する単位の専門知識や技術に長けていなくてもそれを逆に活かす	< 60	575	3.42	.83	** **
		60 - 119	424	3.57	.79	
		120+	423	3.63	.75	
		合計	1422	3.53	.80	
II【4】6	看護研究を率先して行いその結果を現場に活かす	< 60	577	2.91	1.04	**
		60 - 119	424	3.05	1.00	
		120+	424	3.13	.96	
		合計	1425	3.02	1.01	
II【4】7	組織内の友好・敵対関係などの人間関係を把握して活用する	< 60	577	3.72	.81	*
		60 - 119	425	3.78	.78	
		120+	425	3.84	.74	
		合計	1427	3.77	.78	
II【4】8	他部門との困難な交渉でもユーモアをよく活用する	< 60	577	3.47	.90	**
		60 - 119	426	3.48	.92	
		120+	425	3.63	.88	
		合計	1428	3.52	.90	
II【5】1	看護師長として院外での何らかの活動をする	< 60	576	2.59	1.33	** **
		60 - 119	422	3.03	1.29	
		120+	422	3.08	1.28	
		合計	1420	2.87	1.32	
II【5】2	自身が管理する看護単位について他の病院や組織の情報を得て比較して分析する	< 60	575	2.95	1.06	** **
		60 - 119	424	3.22	1.04	
		120+	423	3.30	.96	
		合計	1422	3.13	1.04	
II【5】3	自身のストレスは仕事場では表現せず仕事外で気分転換活動をする	< 60	577	3.86	1.05	*
		60 - 119	424	3.95	.97	
		120+	424	4.04	.91	
		合計	1425	3.94	.99	

\* : P < .05    \*\* : P < .01



表 22-4 師長経験による平均値と標準偏差

No.	項目	師長経験 (月)	N	平均	標準偏差	
Ⅲ3	管理をすることはおもしろい	< 60	577	3.16	1.08	**
		60 - 119	425	3.41	1.02	
		120+	425	3.58	.98	
		合計	1427	3.36	1.05	
Ⅲ4	スタッフを育てることは楽しい	< 60	577	3.79	.90	**
		60 - 119	426	3.91	.87	
		120+	425	3.98	.85	
		合計	1428	3.88	.88	
Ⅲ5	行動すればするほど現場が変わるという実感がある	< 60	577	3.68	.98	**
		60 - 119	425	3.89	.87	
		120+	425	3.96	.85	
		合計	1427	3.83	.92	
Ⅲ7	いざというときは目上の人にも対決することをいとわれない	< 60	577	3.59	.93	**
		60 - 119	426	3.66	.94	
		120+	424	3.88	.87	
		合計	1427	3.70	.92	
Ⅲ8	自分の信念、価値観や態度を意識的に客観視する	< 60	577	3.63	.84	**
		60 - 119	426	3.69	.77	
		120+	423	3.79	.77	
		合計	1426	3.69	.80	
Ⅲ9	自分の価値観や態度がどのように他人に影響しているかわかっている	< 60	577	3.60	.81	**
		60 - 119	425	3.78	.75	
		120+	425	3.84	.72	
		合計	1427	3.72	.77	

\* : P < .05    \*\* : P < .01

## 6. 病床数の規模による比較

200床以上100床単位での病床数の群は4群に分かれているため、このまま4群で比較した。同様に一元配置分散分析と多重比較を行った。等分散性の検定を行い、等分散性が仮定された項目はTukey HSDを、等分散性が仮定されなかった項目はGames-Howellで多重比較を行った。各群間で有意差がみられた項目のみ表23に示す。

病床数が多い病院が、有意に平均値が高い結果となったのは「スタッフの良いところや能力に気づく」、「企画の進行を定期的にチェックし問題を分析する」、「病室移動が頻繁でも患者の理解を得ながら病室の効率的な活用を行う」の3項目であった。反対に、「スタッフからの要望を看護部に伝える」「スタッフにはポジション・パワーを使うよう促す」では、病床数が少ない病院が多い病院より平均値が有意に高い結果であった。

表 23 病床数ごとの平均値と標準偏差

No.	項目	病床数	n	平均(月)	標準偏差
Ⅱ【2】1	スタッフの良いところや能力に気づく	200床以上300床未満	462	4.12	0.60
		300床以上400床未満	375	4.17	0.63
		400床以上500床未満	239	4.13	0.59
		500床以上	352	4.27	0.55
		合計	1428	4.17	0.60
Ⅱ【2】4	スタッフからの要望を看護部に伝える	200床以上300床未満	462	4.16	0.63
		300床以上400床未満	374	4.16	0.65
		400床以上500床未満	239	4.02	0.67
		500床以上	353	3.98	0.70
		合計	1428	4.09	0.66
Ⅱ【2】10	スタッフにはポジション・パワーを使うよう促す	200床以上300床未満	462	3.37	0.84
		300床以上400床未満	369	3.30	0.87
		400床以上500床未満	239	3.13	0.91
		500床以上	352	3.27	0.92
		合計	1422	3.28	0.88
Ⅱ【3】2	企画の進行を定期的にチェックし問題を分析する	200床以上300床未満	462	3.33	0.87
		300床以上400床未満	377	3.40	0.86
		400床以上500床未満	238	3.43	0.87
		500床以上	355	3.58	0.84
		合計	1432	3.43	0.87
Ⅱ【4】1	病室移動が頻繁でも患者の理解を得ながら病室の効率的な活用を行う	200床以上300床未満	448	4.05	0.86
		300床以上400床未満	369	4.18	0.84
		400床以上500床未満	237	4.10	0.93
		500床以上	352	4.36	0.80
		合計	1406	4.17	0.86

\*:P<0.5 \*\* :P<0.1

## 7. 探索的因子分析

### 1) 因子分析結果

潜在変数となる因子の探索を行うにあたっては、IBM SPSS Ver.22 をもちいた。Amos Ver.22 では欠損値があるデータでは適合度が計算されないことから完全回答である1245名の回答を用いた。

まず、測定した項目が共分散構造分析に用いることが可能であるかを検討するために、コンピテンシー41項目、動因7項目、振り返り7項目を、それぞれについて探索的因子分析を行った。分析方法は主因子法をもちい、各変数間に相関がみられたためプロマックス回転を用いた。

### (1) コンピテンシーの因子分析結果

固有値が1以上を示し、因子負荷量がほぼ0.3以下のものを削除したところ、9因子39項目を観測変数として分析することとした(表24)。除外された項目は「困難な出来事についての可能な原因を抽出し、結果を予測する」と「自身が管理する単位の専門知識や技術に長けていなくても、それを逆に活かす」の2項目であった。

抽出後の負荷量平方和(累積%)は56.4%であった。表24の項目の略称は表11(P.64)に示している。

表24 コンピテンシーの因子分析結果(主因子法、プロマックス回転)

変数名	因子								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
変化	<b>.750</b>	.055	.019	-.029	-.078	-.021	-.059	-.100	-.042
パワー	<b>.717</b>	.004	-.027	-.117	.045	.043	.183	-.127	-.046
暗黙ルール	<b>.677</b>	.020	.035	.036	-.099	.136	-.127	-.026	-.034
個性	<b>.575</b>	.003	-.072	.037	.031	.132	-.068	.098	-.081
資源活用	<b>.475</b>	-.092	.040	.038	.180	-.008	.060	-.079	.101
交渉	<b>.473</b>	-.087	.004	.009	.082	-.051	.282	-.013	-.010
友好的雰囲気	<b>.460</b>	.182	.084	-.008	.143	-.243	-.134	.034	.089
関係活用	<b>.372</b>	.037	-.031	.099	-.115	-.077	.100	.141	.132
ユーモア	<b>.367</b>	.039	-.066	.107	-.111	-.109	.154	.224	.030
能力発掘	.009	<b>.801</b>	-.018	.027	-.025	.013	-.057	-.020	-.049
傾聴	.081	<b>.788</b>	.007	-.074	.017	.100	-.133	-.024	-.056
信頼関係	.045	<b>.721</b>	.060	-.034	.001	.068	-.072	-.056	-.001
正の反応	-.013	<b>.587</b>	-.090	.007	.003	.038	.195	.078	-.067
成功体験	-.114	<b>.490</b>	-.018	.097	.032	-.028	.322	.042	.013
ニーズ伝達	.050	-.026	<b>.810</b>	-.033	-.013	-.020	-.089	.017	.024
相談	-.073	.060	<b>.726</b>	-.053	.029	-.049	-.159	.200	-.021
長期対応	-.005	-.050	<b>.586</b>	.024	-.036	-.014	.225	-.003	.014
現場重視	-.041	.017	<b>.385</b>	.082	-.009	.108	.152	-.095	-.017
CI最優先	.080	-.083	<b>.339</b>	.106	-.064	.280	.087	-.047	-.134
倫理実践	.036	.116	<b>.295</b>	.075	.022	.169	.003	-.098	.120
比較分析	.000	-.045	-.007	<b>.747</b>	.052	.058	.011	-.067	-.067
院外活動	-.008	-.020	.009	<b>.725</b>	-.100	.020	.065	-.023	-.133
ネットワーク	.020	.030	.017	<b>.665</b>	.073	-.056	-.115	-.063	.068
気分転換	.020	.086	-.041	<b>.332</b>	-.084	.034	-.266	.151	.173
看護研究	-.025	-.075	.013	<b>.301</b>	.259	-.045	.161	.026	.020
企画	-.043	.025	-.024	.055	<b>.887</b>	-.010	-.098	.033	-.030
問題分析	.022	-.007	-.007	-.039	<b>.886</b>	.051	-.001	-.031	-.037
抗議	-.089	.148	-.015	.030	-.004	<b>.497</b>	.047	-.044	.133
要望伝達	-.001	.222	.035	-.050	-.037	<b>.455</b>	.049	-.043	.027
折合い	.065	-.074	-.032	.012	.074	<b>.430</b>	.032	.316	.033
主張	.207	-.028	-.025	-.007	.119	<b>.430</b>	-.044	.133	.046
ポジション	.116	-.056	-.032	-.059	-.119	.061	<b>.673</b>	-.035	.017
スタッフ記録	-.105	-.017	.026	.063	.049	.019	<b>.611</b>	.028	.017
モデル	.062	.217	.092	-.045	.050	.009	<b>.363</b>	.091	-.021
対応困難	.003	-.016	.080	-.001	-.010	-.004	.054	<b>.722</b>	-.052
病室活用	-.089	-.015	.034	-.103	.015	.060	-.031	<b>.608</b>	.006
ワークイバランス	-.026	-.104	-.018	-.063	-.036	.068	-.020	-.013	<b>.753</b>
公正	-.017	-.021	.019	-.075	-.035	.066	.081	-.001	<b>.703</b>
人材活用	.021	.130	-.005	-.100	.068	.015	.104	-.065	<b>.345</b>
因子	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1								
2	.563	1							
3	.365	.507	1						
4	.584	.444	.392	1					
5	.556	.503	.438	.438	1				
6	.635	.501	.387	.667	.489	1			
7	.597	.550	.474	.497	.526	.448	1		
8	.616	.542	.395	.656	.557	.617	.505	1	
9	.625	.603	.448	.575	.521	.583	.588	.599	1

## ① 因子と内的整合性

### 第1因子；マネジメント

これら 9 項目は組織内外において、「病院内外の資源」や「人間関係」を活用して「暗黙のルール」のもと、「柔軟に変化」しながらも「枠にはまらずに行動」し「友好的な雰囲気」で「ユーモア」を用いながら「交渉」したり「パワーを行使する」といった師長ならではの組織内外のマネジメント活動を示していると考えられる。そのため、因子の名称を「マネジメント」とした。

第1因子の Cronbach のアルファ係数は 0.835 であった。また、項目が削除された場合の Cronbach のアルファ係数は 0.809～0.823 であった。

### 第2因子；スタッフ育成

これら 5 項目の対象はすべてがスタッフである。意識的にスタッフと「信頼関係」を築き、スタッフの発言をよく聴いて感情と内容の両方を理解するためには注意深く「傾聴」して「能力に気が付き、難しい状況下でも「ポジティブ（正）のフィードバック（反応）」や「成功体験」を積み重ねると考えられる。そのため、因子の名称を「スタッフ育成」とした。

第2因子の Cronbach のアルファ係数は 0.826 であった。また、項目が削除された場合の Cronbach のアルファ係数は 0.785～0.799 であった。

### 第3因子；患者・家族支援

これら 6 項目の対象は、患者とその家族であることから、因子の名称を「患者・家族支援」とした。

忙しくても「現場を重視し、患者・家族（クライアント；C1）の利益を最優先するとともに長期的なニーズに対応すること、相談に積極的に応じ、それを医師やスタッフに伝えることである。「倫理的支援」については、因子負荷量が 0.295 と 0.3 を若干下回ったが、重要な変数と考え削除せずに分析することとした。

第3因子の Cronbach のアルファ係数は 0.827 であった。また、項目が削除された場合の Cronbach のアルファ係数は 0.786 から 0.802 であった。

### 第4因子；率先行動

これら 6 項目は、自身が管理する看護単位について他の病院や組織と比較して分析することや院外活動を行ったり、最新の情報にのり遅れないよう他組織とのネットワークを構築し看護研究を率先し

て行いその結果を現場に活かす一方で、自身のストレスは自身でコントロールするという、内容としては様々な行動を示しているが、いずれも率先した行動を示している。

率先行動はその職務で期待されている以上のことを実行し、その結果、職務上の成果を向上させ、新しい機会を見つけ出し生み出すことに貢献する (Spencer、1993)。以上のことから、因子名を率先行動とした。

#### 第 5 因子；プロジェクト

この因子はプロジェクトを「企画」し「問題分析」することであるため「プロジェクト」とした。

第 5 因子の Cronbach のアルファ係数は 0.832 であった。

#### 第 6 因子；リーダーシップ

これら 4 項目のうちの 2 項目は看護部に対して、「板ばさみになっても看護部と交渉して折り合いをつける」、「スタッフからの要望を伝える」という看護中間管理職の重要な機能を示していると考えられる。また、ほかの 2 項目も管理する単位の外に向かって「抗議」や「主張」といった、自らの組織を守ろうとして個人ないし集団に影響を及ぼす行動であると考えられる。このようなリーダーシップを発揮した行動であることを考慮し、因子名を「リーダーシップ」とした。

第 6 因子の Cronbach のアルファ係数は 0.715 であった。また、項目が削除された場合の Cronbach のアルファ係数は 0.638～0.665 であった。

#### 第 7 因子；影響力

これら第 7 因子の項目は、3 項目ともスタッフに対しての行動であり、スタッフの仕事を記録し、ポジション・パワーを使うよう促し、交渉の際のモデルを示すなどである。

影響力とは、スタッフが看護中間管理者の考え方を支持してくれるように、スタッフを説得し印象づける意思、あるいはスタッフに特定のインパクトや効果を与えようとする願望から始まる (Spencer、1993)。これら 3 項目は、スタッフに対する影響力を示すことであることから、因子名を「影響力」とした。

第 7 因子の Cronbach のアルファ係数は 0.685 であった。また、項目が削除された場合の Cronbach のアルファ係数は 0.491～0.603 であったが、重要な因子と考えこのまま 3 項目を分析することとした。

#### 第 8 因子 ; 困難対応力

これら 2 項目は対応困難な患者との関係性構築であったり、病室移動が頻繁でも患者の理解を得ながら病室の効率的な活用を行うという困難な状況に対応する力である。そのため「困難対応力」とした。

第 8 因子の Cronbach のアルファ係数は 0.607 であったが、重要な項目と考え削除せずにモデルに投入し分析した結果により考慮することとした。

#### 第 9 因子 ; スタッフ支援

これら 3 項目はスタッフのワークライフバランスや公平性の確保、人材活用といった項目である。第 2 因子の育成との違いは、第 2 因子の観測変数の内容がスタッフの育成のために直接スタッフに対してかかわる内容であったのに対し、この因子の項目はスタッフの生活を支えることや幅広い人材と公平に活用するといった第 2 因子よりも包括的にスタッフを支える内容であると考えられる。

第 9 因子の Cronbach のアルファ係数は 0.658 であった。また、項目が削除された場合の Cronbach のアルファ係数は 0.509 から 0.620 であり、全体としても信頼性は低い結果となったが、Cronbach のアルファ係数は信頼性係数の下限をなす値であること、本因子はスタッフを幅広く支えるという重要な因子であると考え、削除せずに分析することとした。

### (2) 動因の因子分析結果 (表 25)

固有値が 1 以上を示し、7 項目すべてで因子負荷量が 0.3 以上であった。2 因子構造で抽出後の負荷量平方和は 44.9% であった。

#### ① 因子と内的整合性

##### 第 1 因子 ; 動因

これら 4 項目は質問紙作成にあたって考えられた「動因」にあたるため、そのまま「動因」とした。

Cronbach のアルファ係数は 0.79 であった。また、項目が削除された場合の Cronbach のアルファ係数は 0.724~0.799 であった。

##### 第 2 因子

これら 2 項目の内容は、「患者とは一人の人間として対等に接している」「患者・家族との出会いは師長としての財産である」である。

これら 2 項目の Cronbach のアルファ係数は 0.55 とかなり低く内的整合性について問題があると考え、共分散構造分析には用いないこととした。

表 25 動因の因子分析結果（主因子法、プロマックス回転）

	因子	
	1	2
管理関心	.831	-.092
育成関心	.772	-.020
変化実感	.721	.012
病院貢献	.385	.341
対決	.363	.150
対等	-.105	.694
出会い	.112	.551
因子間相関	1	2
1	1	
2	.580	1

### （3）振り返りの因子分析結果（表 26）

固有値が 1 以上を示し、7 項目すべてで因子負荷量が 0.3 以上であった。2 因子構造で抽出後の負荷量平方和は 46.0%であった。

因子間相関は 0.627 であった。

#### ① 因子と内的整合性

第 1 因子；振り返り（後半） 実践

Cronbach のアルファ係数は 0.743 で、項目が削除された時の係数は 0.571～0.707 であった。

これら 3 項目は「振り返り」7 項目のうちの後半にあたる。「現場での経験をとおして自分の考えや感情は変化」し、「経験をとおして以前の考えや感情と新たに生じたものがまざりあって自分の新しい知識になり」、「新しい考えが正しいのかを現場で吟味する」といった経験をすることで変化し、それを試しているといった振り返りのなかでも実践的なプロセスであるため「実践」とした。

第 2 因子：振り返り（前半）前提の見直し

第 2 因子は 4 項目で Cronbach のアルファ係数は 0.707 であった。項目が削除された場合の係数は 0.613～0.686 であった。これら 4 項目は振り返りの前半にあたる過程である。「自分の信念、価値観や態度を意識的に客観視」し、「自分の価値観や態度が、どのように他人に影響しているかわかっている」。「職場でおこった出来事や自分が経験したことを思い出し記録」し、「不快な経験であっても思い出して、その経験の意味づけをする

表 26 振り返りの因子分析結果（主因子法、プロマックス回転）

	因子	
	1	2
再編	<b>.920</b>	-.089
変化	<b>.636</b>	-.021
検証	<b>.507</b>	.233
客観性	.000	<b>.724</b>
影響	.030	<b>.596</b>
記録	-.096	<b>.594</b>
意味づけ	.168	<b>.523</b>
因子	1	2
1	1	
2	.627	1

#### 8. 分析に用いる因子（潜在変数）と観測変数

探索的因子分析の結果から、看護中間管理職のコンピテンシーはマネジメント、スタッフ育成、患者・家族支援、率先行動、プロジェクト、リーダーシップ、影響力、困難対応力、スタッフ支援の 9 因子から構成されるとした。分析に用いるコンピテンシーの因子（潜在変数）と観測変数およびモデル図上の名称を表 27 (P.90) に示す。

動因は 1 因子とした。分析に用いる動因の因子（潜在変数）と観測変数およびモデル図上の名称を表 28 (P.91) に示す。

振り返りは 2 因子とした。表 29 (P.91) に分析に用いる因子（潜在変数と観測変数を示す。

なお、多重共線性の有無を確認するために、すべての観測変数間で共線性の診断を行い、多重共線性がないことを確認した。



表 27 分析に用いるコンピテンシーの因子（潜在変数）と観測変数

因子(潜在変数)	顕在変数	モデル図上の名称
マネジメント	状況や他の人たちの反応によって自らの行動や方法を変える。	変化
	自分の行動と発言の影響度を計算して意図的にパワーを使う。	パワー
	組織内の言葉に表されないルールを理解して行動する。	ルール
	ルールや手続きを柔軟に適応し枠にはまらずに行動する。	個性
	病院の仕組みや金銭面などの資源を活用する。	資源
	他職種のニーズを報酬として意図的に使い交渉する。	交渉
	友好的な雰囲気でも他職種の協力を促す。	友好
	組織内の友好・敵対関係などの人間関係を把握して活用する。 他部門との困難な交渉でもユーモアをよく活用する。	関係 ユーモア
スタッフ育成	スタッフの良いところや能力に気づくようにしている。	発掘
	スタッフの発言をよく聞いて、その感情と内容の両方を理解する。	傾聴
	スタッフとは意識的に相互信頼関係を築くことに取り組む。	信頼
	難しい状況でもスタッフに対して褒めるなどのポジティブなフィードバックをしている。 スタッフには成功体験を積ませるように日ごろから仕向けている。	正の反応 体験
患者・家族支援	患者や家族のニーズを把握し医師やスタッフに伝えている。	伝達
	患者・家族からの相談には積極的に応じている。	相談
	患者・家族の本質的で長期的なニーズに応える。	長期対応
	忙しくてもラウンドして現場全体を自分の目で確かめている。	現場
	他の部署から反感をかってでも患者・家族の利益を優先している。 倫理面の問題を認識し、倫理に適合した管理を行っている。	CI最優先 倫理
率先行動	自身が管理する看護単位について他の病院や組織と比較して分析する。	比較
	看護師長として、院外でのなんらかの活動をする。	院外
	専門能力の獲得には最新のアイデアに遅れないようにネットワークを活用する。	ネットワー ク
	自身のストレスは仕事場では表現せず、仕事外で気分転換活動をする。 看護研究を率先して行い、その結果を現場に活かす。	気分転換 研究
プロジェクト	多くのやりたいことがあり、新しい企画を始め実施する。	企画
	企画の進行を定期的にチェックし問題を分析する。	問題
リーダーシップ	スタッフの処遇に対して問題があったときは正当に抗議している。	抗議
	スタッフからの要望を看護部に伝えている。	要望
	看護部とスタッフとの板ばさみになっても看護部と交渉して折り合いをつける。	折衝
	不適切な要求にはスタッフが言えないことでも師長としてはっきり主張する。	主張
影響力	スタッフにはポジション・パワーを使うよう促している。	促す
	スタッフの仕事を確認し記録している。	記録
困難対応力	スタッフに交渉の際のモデルを示している。	モデル
	対応困難な患者にも自分なりの方策があり関係性を作る。	困難
	病室移動が頻繁でも患者の理解を得ながら病室の効率的な活用を行う。	病室
スタッフ支援	ワークライフバランスを重視し、スタッフが十分に休養がとれるようにする。	バラン ス
	スタッフに公平に対応しすべてのメンバーがプロセスに貢献できるように参加を促す。	公平
	専門知識・技術に長けているスタッフを活用するための方法を模索している。	人材

表 28 分析に用いる動因の因子（潜在変数）と観測変数

因子(潜在変数)	顕在変数	モデル図上の名称
動因	管理をすることはおもしろいと思う。	管理関心
	スタッフを育てることは楽しい。	育成関心
	行動すればするほど現場が変わるという実感がある。	変化実感
	自分が管理する部署を良くすることで良い病院にしていきたい。	貢献
	いざというときは目上の人にも対決することをいとわない。	対決

表 29 分析に用いる振り返りの因子（潜在変数）と観測変数

因子(潜在変数)	顕在変数	モデル図上の名称
振り返り 前提の見直し(前半)	自分の信念、価値観や態度を意識的に客観視する。	客観視
	自分の価値観や態度が、どのように他人に影響しているかわかっている。	影響
	職場で起こった出来事や自分が経験したことを思い出し記録する。	記録
	不快な経験であっても思い出して、その経験の意味づけをする。	意味づけ
	現場での経験をとおして、自分の考えや感情は変化する。	変化
振り返り 実践(後半)	経験をとおして以前の考えや感情と新たに生じたものがまざりあって自分の新しい知識になる。	再編
	新しい考えや感情が正しいのかを現場で吟味する。	検証

## 9. 多重指標モデルの作成と適合度の検証

本研究の研究課題に対応してモデル(表 30)を作成し、検証した。

分析は IBM SPSS AMOS Ver.22 を使用して共分散構造分析を用いて分析した。適合度指標の値は各モデル図の下に示す。

表 30 モデルと研究課題の対応表

No.	モデル	研究課題
1	動因とコンピテンシーの因果関係モデル	動因と中間看護管理職のコンピテンシーとの関係を明らかにする
2	振り返りとコンピテンシーの因果関係モデル	振り返りと看護中間管理職のコンピテンシーとの関係を明らかにする
3	動因→振り返り→コンピテンシーの因果関係モデル	看護中間管理職のコンピテンシーとその動因、振り返りの三者の関係について明らかにする
4	影響要因を投入したモデル	中間看護管理職のコンピテンシーの影響要因（個人要因・組織要因）を明らかにする

モデルの評価については、CMIN（カイ 2 乗検定）はケース数に強く依存しケース数が少ないと棄却されにくく、多いと棄却されやすくなるためケース数が数百を超えるとモデルを受容できるかどうかをカイ 2 乗検定で判断することは困難となる（山本, 1999、狩野, 1997）。本研究のデータ数は 1000 を超えるため、適合度の検定は GFI(Goodness of fit index)と AGFI(adjusted Goodness of fit index)、RMR（残渣平方平均平方根）、RMSEA（平均二乗誤差平方根）を用いることとする。GFI は回帰分析の重相関係数を AGFI は自由度調整済み重相関係数に相当する。またモデル間の比較には AIC（赤池の情報量基準）を用いることとする。

モデルを採択するためには GFI が 0.9 以上であることが 1 つの目安とされている（豊田、1992）。AGFI は GFI より低い値となる。RMR は値が少ないほどモデルが適合していることを示し、RMSEA の値が 0.05 未満のモデルの場合、データへのあてはまりが良いと判断できる。AIC は、複数のモデルを設定したときに最もよいモデルを選択するとき使用する。AIC の値が小さいほど優れたモデルであると判断できる（山本、1999）。以上の値からモデルの適合度の検証を行う。

また、識別性の確保のためにモデルの中に制約を入れる(母数の一部を既知)こととする。具体的には誤差変数からのパス係数を 1 に固定し、従属変数である潜在変数から観測変数へのパス係数の 1 つを 1 に固定する（豊田、1992）。拘束されたパスは計算されないことを考慮して分析する。

各モデルのパス上の係数は非標準化係数を示す。誤差変数間に相関がみられる場合は修正指数により誤差相関を想定した。

## 1) モデルの評価

### (1) モデル 1：動因とコンピテンシーとの因果モデルの検証

動因とコンピテンシーについてのモデルとその適合度を図 9 (P.94) に示す。GFI は 0.912、AGFI 0.899、RMR 0.027、RMSEA 0.039 でありモデルが全体としてデータに適合していると判断できる。すべてのパス係数は 1%水準で有意であった。

「動因」からすべてのコンピテンシーの因子へ直接効果があることが示唆された。

### (2) モデル 2：振り返りとコンピテンシーとの因果モデルの検証

振り返りとコンピテンシーのモデルとその適合度を図 10 (P.95) に示す。「振り返り（前半）；前提の見直し」からは、すべてのコンピテンシーの因子へ直接効果があることが示唆されたが、「振り返り（後半）；実践」からは「影響力」の因子のみ直接効果が認められた。

GFI は 0.905、AGFI 0.893、RMR 0.028、RMSEA 0.04 であり、

モデルが全体としてデータに適合していると判断できる。すべてのパス係数は 1%水準で有意であった。

### (3) モデル 3：動因→振り返り→コンピテンシーの因果モデルの検証

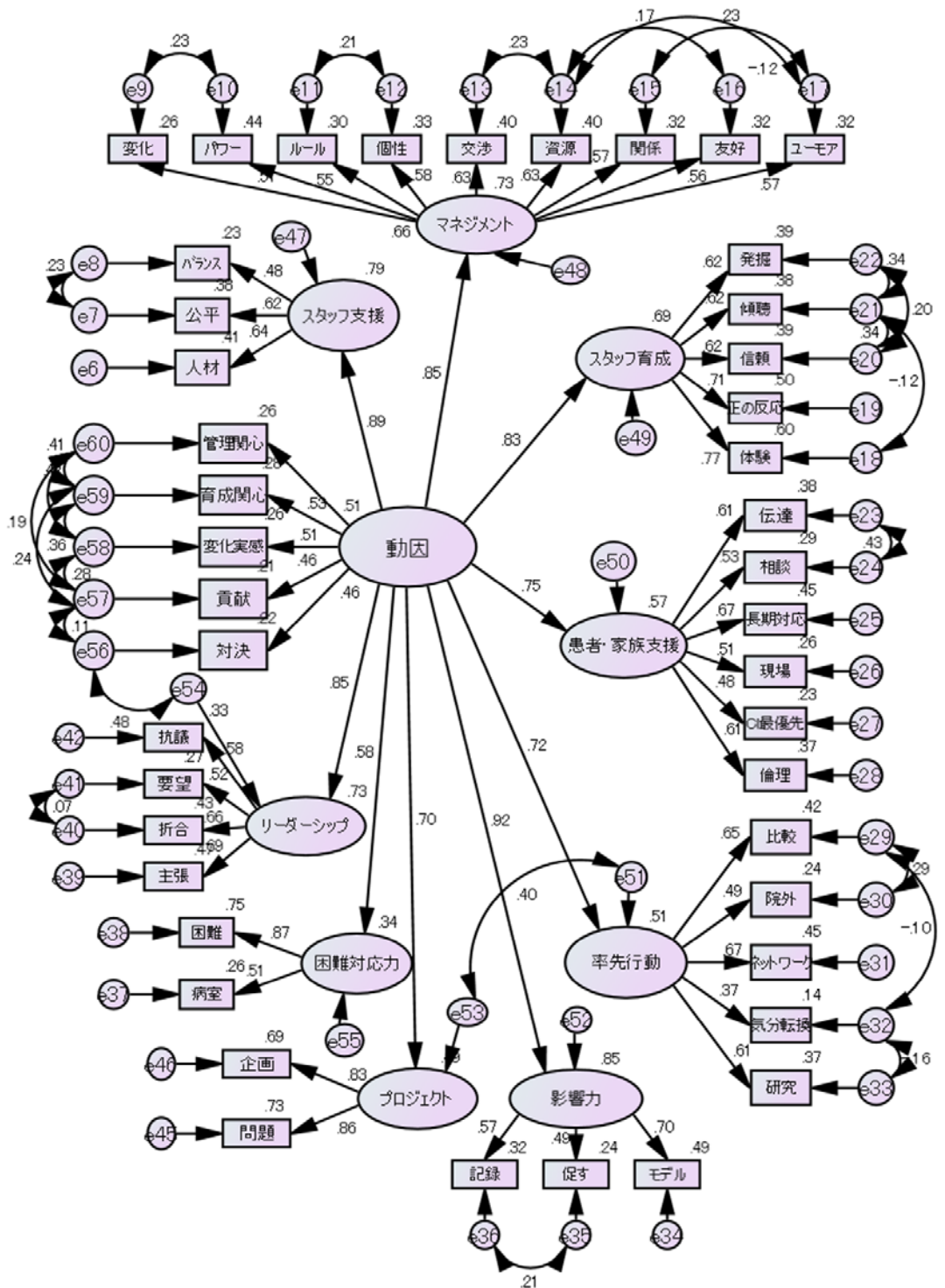
「動因」から「振り返り（前半）；前提の見直し」をとおしてすべてのコンピテンシーの因子へ総合（間接）効果があることが示唆された。

「動因」から「振り返り（後半）；実践」への効果はモデル 2 と同様に、「影響力」の因子にのみ総合（間接）効果がみられた。

「動因」→「振り返り」→「コンピテンシー」の因果モデルとその適合度を図 11（P.96）に示す。GFI 0.900、AGFI 0.888、RMR 0.028、RMSEA 0.039 であり、モデルが全体としてデータに適合していると判断できる。すべてのパス係数は 1%水準で有意であった。

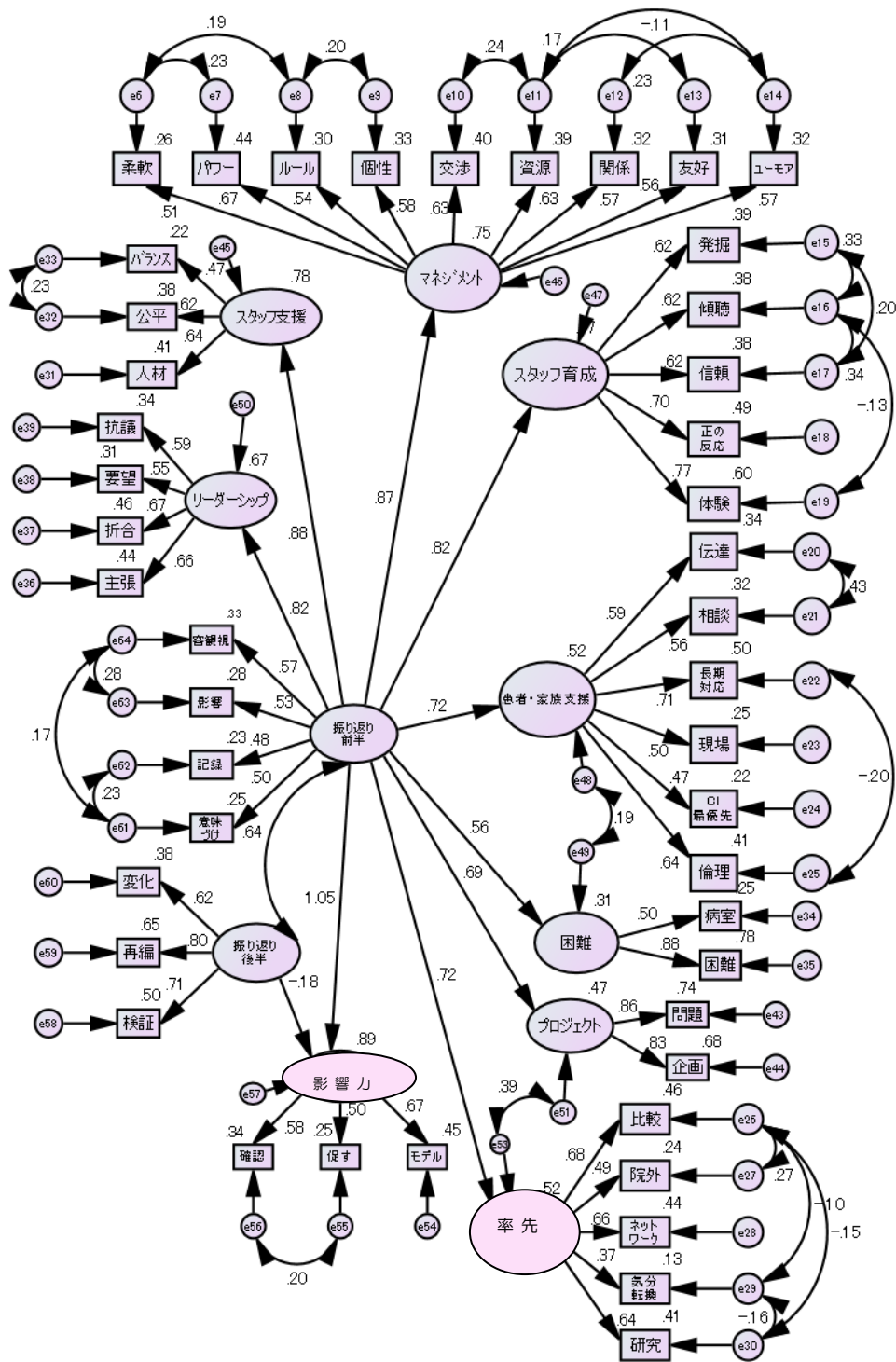
### (4) モデル 3 における因果関係の評価

モデル 3 における個々の因果関係が有意であるか評価するためにワルド検定を用いて評価した。表 31（P.97）にモデル 3 のワルド検定の結果を示す。ワルド検定の結果は表中の検定統計量で判断し検定が 0.1%水準で有意である場合はアスタリスクが 3 つ表示され「因果関係がある」と判断できる（小塩、2004）。拘束をかけてある項目は算定されないが、そのほかの項目はすべて有意であることが示された。



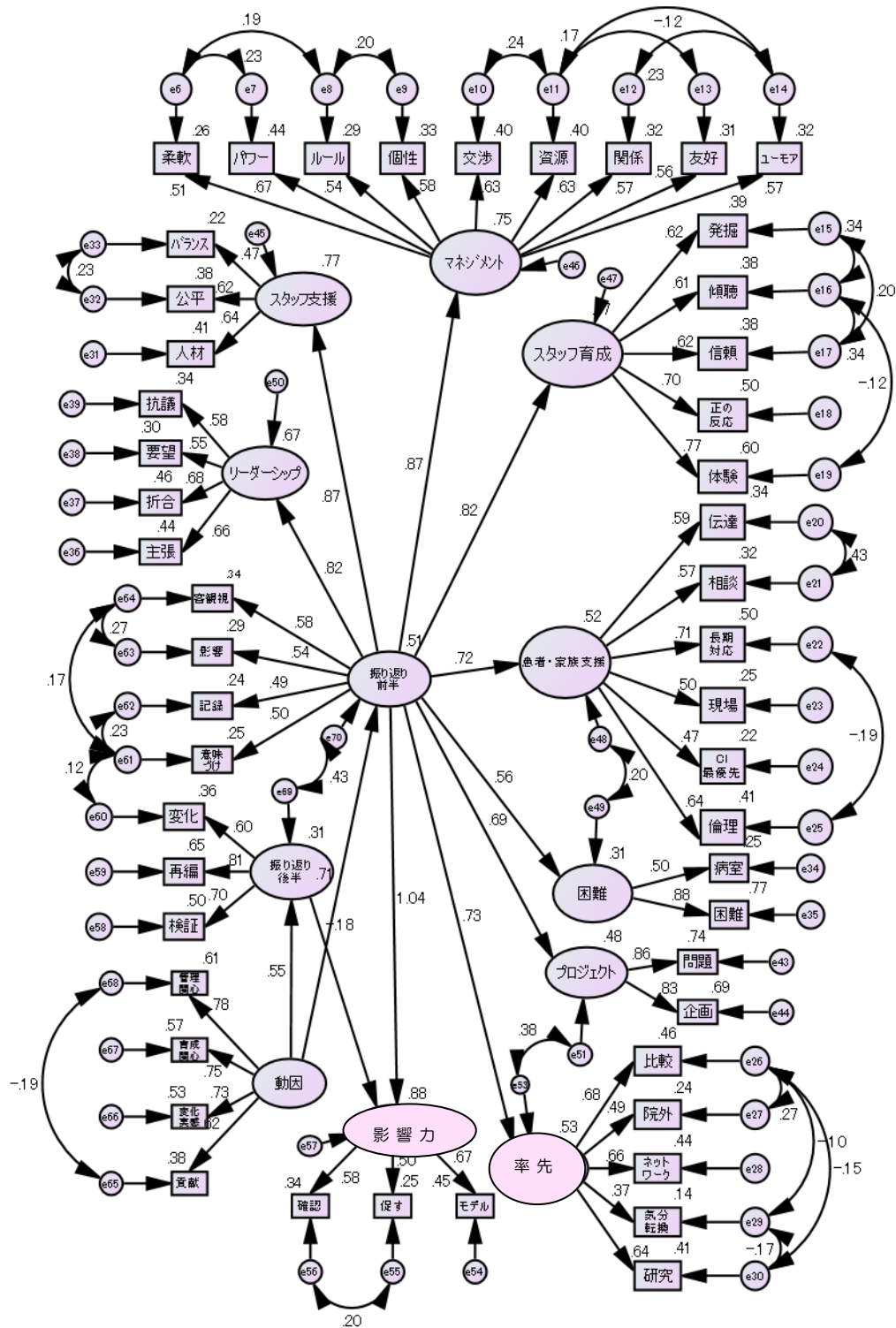
CMIN2530.431、GFI 0.912、AGFI 0.899、RMR 0.027、RMSEA 0.039、  
AIC2776.431

図 9 モデル 1 動因からコンピテンシーへの因果モデルの  
分析結果 (数字は標準化係数)



CMIN2855.599、GFI 0.905、AGFI 0.893、RMR 0.028、RMSEA 0.04、AIC3103.599

図 10 モデル 2 振り返りからコンピテンシーへの因果モデルの分析結果  
(数字は非標準化係数)



CMIN3274.152、GFI 0.900、AGFI 0.888、RMR 0.028、RMSEA 0.039、AIC3546.152

図 11 モデル 3 動因→振り返り→コンピテンシーの因果モデルの分析結果 (数字は非標準化係数)

表 31 モデル 3 のワールド検定結果

	パス	推定値	標準誤差	検定統計量	確率
動因	→ 振り返り(後半)実践	0.644	0.05	13.013	***
	→ 振り返り(前半)前提の見直し	0.823	0.049	16.64	***
振り返り(前半) 前提の見直し	→ 影響力	1			
	→ 率先行動	0.975	0.051	18.96	***
	→ 困難対応力	0.465	0.047	9.835	***
	→ 患者・家族支援	0.511	0.03	17.125	***
	→ スタッフ育成	0.594	0.032	18.612	***
	→ マネジメント	0.641	0.04	15.957	***
	→ スタッフ支援	0.731	0.038	19.426	***
	→ リーダーシップ	0.833	0.043	19.407	***
	→ プロジェクト	1			
振り返り(後半)実践	→ 影響力	-0.173	0.036	-4.829	***
マネジメント	→ 企画	1.227	0.085	14.408	***
	→ 交渉	1.428	0.094	15.183	***
	→ 資源	1.275	0.085	15.021	***
スタッフ育成	→ 発掘	1			
	→ 傾聴	0.975	0.047	20.784	***
	→ 信頼	1.07	0.054	19.797	***
	→ 正の反応	1.37	0.071	19.18	***
	→ 体験	1.396	0.069	20.244	***
患者・家族支援	→ 相談	1			
	→ 伝達	1.387	0.076	18.175	***
	→ 現場	1.043	0.071	14.673	***
	→ CI最優先	1.013	0.072	14.046	***
	→ 倫理	1.142	0.068	16.818	***
	→ 伝達	1			
率先行動	→ 院外	0.934	0.057	16.455	***
	→ ネットワーク	0.846	0.048	17.48	***
	→ 気分転換	0.528	0.051	10.264	***
スタッフ支援	→ 人材	1			
	→ 公平	1.02	0.061	16.812	***
	→ バランス	0.855	0.063	13.473	***
困難対応力	→ 病室	1			
	→ 困難	1.466	0.134	10.928	***
リーダーシップ	→ 主張	1			
	→ 交渉	0.929	0.049	18.964	***
	→ 要望	0.691	0.043	16.106	***
	→ 抗議	0.813	0.048	16.917	***
プロジェクト	→ 分析	1			
	→ 企画	0.976	0.034	28.977	***
影響力	→ モデル	1			
	→ 促す	0.888	0.055	16.094	***
	→ 記録	1.012	0.054	18.879	***
振り返り(後半)実践	→ 検証	1			
	→ 再編	0.992	0.047	21.131	***
	→ 変化	0.797	0.044	17.911	***
率先行動	→ 比較	1			
	→ 研究	0.92	0.055	16.635	***
振り返り(前半) 前 提の見直し	→ 意味づけ	0.82	0.044	18.518	***
	→ 記録	1			
	→ 影響	0.808	0.044	18.517	***
	→ 客観視	0.9	0.044	20.255	***
マネジメント	→ ユーモア	1.328	0.093	14.23	***
	→ 友好	1.015	0.072	14.12	***
	→ 関係	1.148	0.08	14.283	***
	→ 変化	1			
	→ パワー	1.568	0.088	17.738	***
	→ ルール	1.063	0.069	15.425	***
動因	→ 貢献	1			
	→ 変化実感	1.499	0.078	19.15	***
	→ 育成関心	1.475	0.076	19.521	***
	→ 管理関心	1.824	0.096	19.064	***

\* \* \* : p<.01



## (5) モデル 4：影響要因を投入したモデルの検証

### ① 個人要因

師長経験による群間差の比較で 55 項目中 36 項目中に有意差がみられたことから、師長経験月数と看護職経験月数が影響要因として考えられる。この 2 つの要因をモデル 3(P.96)に観測変数として取り入れ、因子（潜在変数）に対して効果があると仮定した。次に、「職位」について、看護部長・副部長を 1、師長の職位にある者（単位をもたない教育担当師長やリスクマネージャーなどを含む）を 0 とし、ダミー変数として投入した。認定看護管理者などの有資格者、学歴については対象者数がそれぞれ 5% 以下であったため分析の対象としなかった。

その結果を図 12 モデル 4 (P. 99)に示す。適合度は GFI 0.899、AGFI 0.887、RMR0.901、RMSEA 0.038 でほぼ受容できるモデルであった。AIC は 3729.8 でモデル 1 から 4 のなかでは変数が最も多く複雑なモデルとなったため指標は最も低い値となったが、パス係数はすべて 1 % 水準で有意であった。表 32 (P.100) にモデル 4 のワルド検定の結果を示す。「師長経験月数」は「動因」に直接効果があることが認められた。また、「師長経験月数」は「動因」から「振り返り（前半）；前提の見直し」をとおしてすべてのコンピテンシーの因子へ総合（間接）効果があることが示唆された。「師長経験月数」から「動因」と「振り返り（後半）；実践」をとおしてコンピテンシーの因子へ総合（間接）効果があることがみとめられたのはモデル 3 と同様に、「影響力」のみに負の総合（間接）効果がみられた。

また、「師長経験月数」は、「振り返り」の「意味づけ」「変化」「再編」の残差と相関関係があった。「患者・家族支援」「リーダーシップ」の「主張」の残差とも相関関係があった。

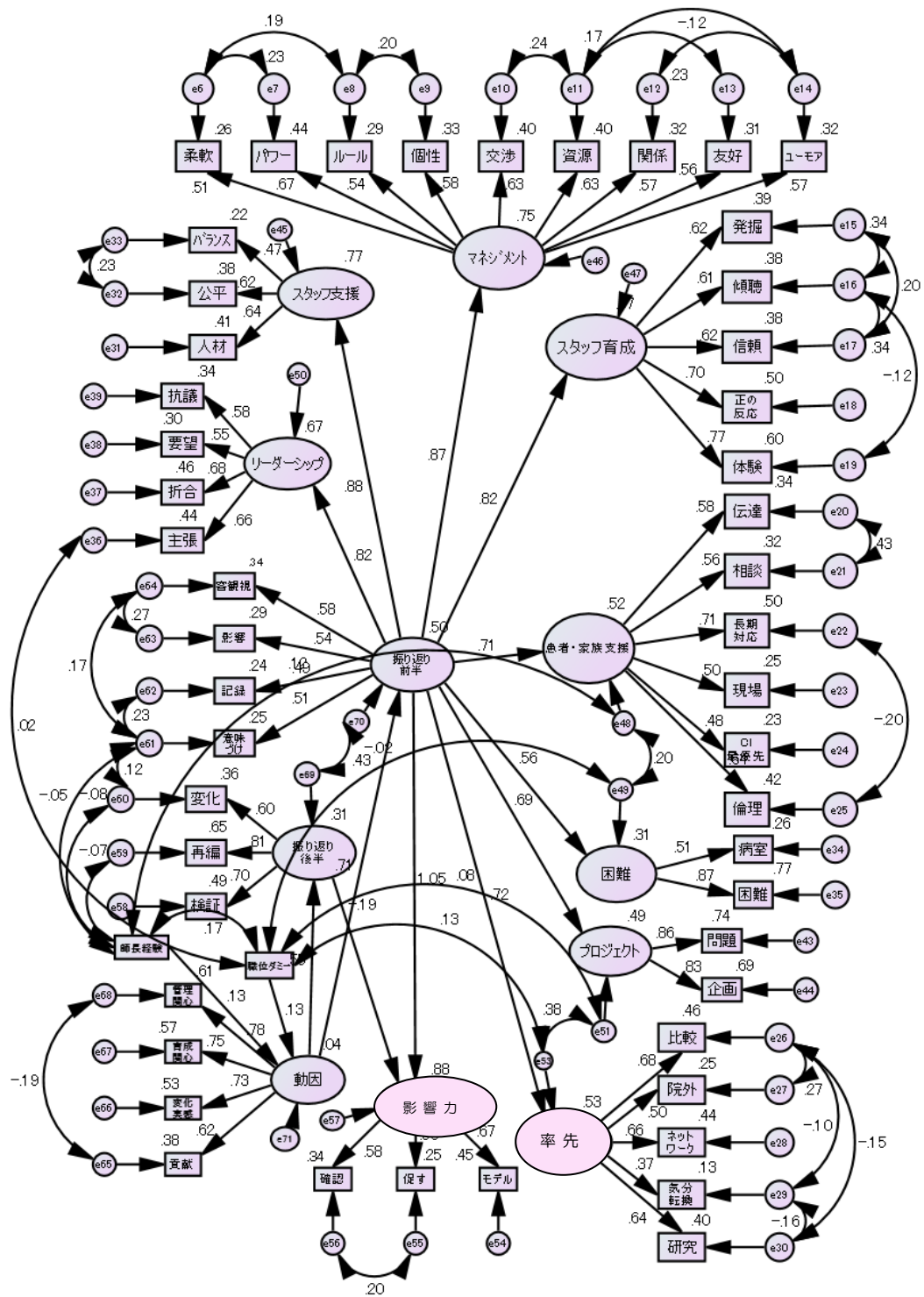
「看護職経験月数」はどの因子に対しても有意ではなかった。

「職位」からは「動因」へのみ直接効果が認められた。残差との相関関係が認められたのは、「患者・家族支援」「困難対応力」「プロジェクト」「率先行動」「リーダーシップ」の「主張」のそれぞれの残差であった。

以上のことから、「師長経験月数」と「職位」から「動因」への直接効果があり、振り返り（前半）を経てコンピテンシーへの総合効果があることが示唆された。

### ② 組織要因

結果で有意差のみられた病床数について 4 群をそれぞれ 2 値のダミー変数として、入院基本料「7 対 1」を 1、ほかを 0、「管理している単位の機能」でも急性期を 1、ほかを 0 の 2 値データとして投入したが、いずれも効果は認められなかった。



CMIN 3431.8、GFI0.899、AGFI0.887、RMR0.901、RMSEA0.038、  
AIC 3729.8

図 12 モデル 4 影響要因を投入したモデルの結果  
(数字は標準化係数)

表 32 モデル 4 のワールド検定の結果

	パス	推定値	標準誤差	検定統計量	確率
動因	→ 振り返り(後半)実践	0.644	0.05	13.013	***
	→ 振り返り(前半)前提の見直し	0.823	0.049	16.64	***
振り返り(前半) 前提の見直し	→ 影響力	1			
	→ 率先行動	0.975	0.051	18.96	***
	→ 困難対応力	0.465	0.047	9.835	***
	→ 患者・家族支援	0.511	0.03	17.125	***
	→ スタッフ育成	0.594	0.032	18.612	***
	→ マネジメント	0.641	0.04	15.957	***
	→ スタッフ支援	0.731	0.038	19.426	***
	→ リーダーシップ	0.833	0.043	19.407	***
	→ プロジェクト	1			
振り返り(後半)実践	→ 影響力	-0.173	0.036	-4.829	***
マネジメント	→ 企画	1.227	0.085	14.408	***
	→ 交渉	1.428	0.094	15.183	***
	→ 資源	1.275	0.085	15.021	***
スタッフ育成	→ 発掘	1			
	→ 傾聴	0.975	0.047	20.784	***
	→ 信頼	1.07	0.054	19.797	***
	→ 正の反応	1.37	0.071	19.18	***
	→ 体験	1.396	0.069	20.244	***
患者・家族支援	→ 相談	1			
	→ 伝達	1.387	0.076	18.175	***
	→ 現場	1.043	0.071	14.673	***
	→ CI最優先	1.013	0.072	14.046	***
	→ 倫理	1.142	0.068	16.818	***
	→ 伝達	1			
率先行動	→ 院外	0.934	0.057	16.455	***
	→ ネットワーク	0.846	0.048	17.48	***
	→ 気分転換	0.528	0.051	10.264	***
スタッフ支援	→ 人材	1			
	→ 公平	1.02	0.061	16.812	***
	→ バランス	0.855	0.063	13.473	***
困難対応力	→ 病室	1			
	→ 困難	1.466	0.134	10.928	***
リーダーシップ	→ 主張	1			
	→ 交渉	0.929	0.049	18.964	***
	→ 要望	0.691	0.043	16.106	***
	→ 抗議	0.813	0.048	16.917	***
プロジェクト	→ 分析	1			
	→ 企画	0.976	0.034	28.977	***
影響力	→ モデル	1			
	→ 促す	0.888	0.055	16.094	***
	→ 記録	1.012	0.054	18.879	***
振り返り(後半)実践	→ 検証	1			
	→ 再編	0.992	0.047	21.131	***
	→ 変化	0.797	0.044	17.911	***
率先行動	→ 比較	1			
	→ 研究	0.92	0.055	16.635	***
振り返り(前半) 前 提の見直し	→ 意味づけ	0.82	0.044	18.518	***
	→ 記録	1			
	→ 影響	0.808	0.044	18.517	***
	→ 客観視	0.9	0.044	20.255	***
マネジメント	→ ユーモア	1.328	0.093	14.23	***
	→ 友好	1.015	0.072	14.12	***
	→ 関係	1.148	0.08	14.283	***
	→ 変化	1			
	→ パワー	1.568	0.088	17.738	***
	→ ルール	1.063	0.069	15.425	***
動因	→ 貢献	1			
	→ 変化実感	1.499	0.078	19.15	***
	→ 育成関心	1.475	0.076	19.521	***
	→ 管理関心	1.824	0.096	19.064	***

\* \* \* : p<.01

## 第6章 考察

本研究で得られた看護中間管理職のコンピテンシーを構成する要素は、「マネジメント」「スタッフ育成」「患者・家族支援」「率先行動」「プロジェクト」「リーダーシップ」「影響力」「困難対応力」「スタッフ支援」の9因子であった。

これらの因子は、すべての因子間において0.4以上0.7以下の中程度の相関が認められた。

また、動因は1因子構造であった。

振り返りは、「振り返り（前半）前提の見直し」と「振り返り（後半）実践」の2因子構造であった。因子間相関は、中程度の相関であった。

また、看護中間管理職のコンピテンシーと動因、コンピテンシーと振り返り、コンピテンシーと動因および振り返りの間に一方向の因果関係および総合効果が認められたことから、看護中間管理職のコンピテンシーを育成するためには、「管理がおもしろい」「スタッフを育てることが楽しい」「行動することで変化を実感する」「病院評価に貢献する」「いざというときは目上の人にも対決することをいとわない」といった動因を高め、振り返りを行うことの有効性が示唆された。

コンピテンシーと動因および振り返りへの影響要因として、師長経験と職位があることが明らかとなった。

以上の結果から、看護中間管理職のコンピテンシー、動因とコンピテンシー、振り返りとコンピテンシーとの関連とその影響要因について考察する。

### Ⅰ. 看護中間管理職のコンピテンシー

本研究における看護中間管理職のコンピテンシーを構成する要素は、「マネジメント」「スタッフ育成」「患者・家族支援」「率先行動」「プロジェクト」「リーダーシップ」「影響力」「困難対応力」「スタッフ支援」の9因子であった。

Spencer (1993) のモデルでは、プロフェッショナルの優れた管理者は「人の育成」、「対人関係理解」、「顧客サービス重視」によって差別化されているという。本研究においても、「スタッフ育成」「スタッフ支援」「患者・家族支援」「リーダーシップ」「影響力」は特にこれらの要素を含んでいると考えられる。

「マネジメント」の9項目は内的整合性が高く、因子から各観測変数に向けてのパス係数がほぼ同程度の値であることから、看護中間管理職の組織内外の行動をバランスよく説明していることが示さ

れている。看護中間管理職は、「病院内外の資源」や「人間関係」を活用して「暗黙のルール」のもと、「柔軟に変化」しながらも「枠にはまらずに行動」し「友好的な雰囲気」で「ユーモア」を用いながら「交渉」したり「パワーを行使する」といった師長ならではの行動を示していると考えられる。

「マネジメント」のうち、他部門との交渉が3項目であった。いずれも「友好的な雰囲気」「ユーモアを活用して」といった、敵対関係ではない関係性を重視していることが示されていた。また、「ルールを柔軟に活用して」「枠にとらわれない」「周りの反応を見て態度を変化させる」といった柔軟性を伴った行動特性が示されている。「他職種のニーズを交渉に使う」といった巧妙さも行動に取り入れていることを示唆している。

また、「人間関係」や「暗黙のルール」といったような目に見えないことを把握して組織内外のマネジメントを行っている。病院の資源を有効に活用すること、師長ならではのパワーを使っていることが示されている。

これらの項目は、質問紙を作成した際のカテゴリ（表 11、P.64）としては、【ポジション・パワーの活用】【組織の理解】【自己学習】【他部門との協調】にあげられていた項目であった。マネジメントはさまざまに定義されているが、共通していることはすべてのマネージャーに組織の目標、ないしは組織目的の達成が要求されていることがある。マネジメントを「個人、集団、およびその他のリソースを通して、またはこれらリソースとともに、組織目標達成を目指して働く過程」（Harsey & Blanchard、1996）と定義した場合、看護中間管理職のマネジメントは、組織を理解したうえで柔軟に他部門と協調しながらポジション・パワーをうまく活用して病院および自分の単位の目標を達成していることがわかる。

しかし、病院とは合理的に目標を設定し、それに至る道筋を迅速に選択できるような組織ではなく、対応しづらい曖昧さを抱えている（田尾、2005）。また、多くの職能集団が横断的に存在し、他の多くの関連職種と協力しなければ十分なサービスを提供することができない。このような複雑であいまいな状況で適切な医療・看護を提供するためには、看護中間管理職のマネジメント力が欠かせないと考えられる。

また、対人関係についての要素は「患者・家族支援」「スタッフ育成」と「スタッフ支援」の3つであった。対人関係能力は、Katz（1955）の3つの能力（専門的能力、対人的能力、概念化能力）のなかでも今日、最も重要な能力と考えられている（Harsey & Blanchard、1996）。また、中規模病院の看護管理者におけるコンピ

テンシー評価尺度を開発した本村ほか（2010）があげているコンピテンシーでも＜対人関係 CP＞が 8 項目と最も多い項目となっている。

「患者・家族支援」の 6 つの項目は、質問紙作成において考えられた【クライアント重視】の 5 項目すべてと【現場重視】1 項目であった。看護の対象は「患者・家族」であるが、看護中間管理者が「患者・家族支援」を行う場合、忙しくてもラウンドして情報を自分の目で確認するという「現場重視」が欠かせないということを示していると考えられる。「忙しくてもラウンドして現場全体を自分の目で確かめる」ことは、看護中間管理者にとって重要な行動である。

「ナースのための管理指標 M a I N」（井部ほか、2007）においても「患者・家族との関わり」に具体的にあげられている指標に「師長として、毎日、患者の家族と直接話をする機会を作っている」、「患者の家族相談に応じられる十分な時間をとっている」があげられている。看護中間管理職にとっての「現場」がいかに重要であるかが示されている。実際に直接的なケアは行わないが、日常的にラウンドを行い、組織の内外で行っている問題の所在と把握に努めることが重要である。間接的にではなく、直接自分の目で確かめて把握することがニーズの把握につながる。

また、「患者・家族支援」の 5 項目はコンピテンシー・ディクショナリー（表 1、P.10～12）では「支援と人的サービス」の「顧客サービス重視」にあたるが、レベルはレベル 1 の「顧客からの質問、要求、苦情をきちんとフォローする」からレベル 5 の「顧客の根本的で長期的なニーズに対応する」まで幅広く対応することが看護中間管理職としての行動であることが示されている。

一方で、モデル図（P.94～99）によると、コンピテンシーを構成する因子の中では「患者・家族支援」がいずれも他の因子に比べると弱い影響力を示す結果となっている。これは、師長の仕事が直接の対象である患者・家族であるというより、スタッフが行う直接的援助を後方で支援するという役割であることが考えられる。看護管理者に求められる能力（日本看護協会、2007）においても当該組織の目的達成のために必要な実践上の知識と技術を「専門的能力」としているが、管理レベルが上昇するにつれ必要度は小さくなるとされている。

「患者・家族支援」のうち最も高い影響力があったのが「患者・家族の本質的で長期的なニーズに応える」であった。直接的援助を行うことは少なくとも「患者・家族からの相談には積極的に応じる」なかで「本質的で長期的なニーズ」を把握し、「医師やスタッフに伝える」という行動特性が示されている。「師長さんだから話せること

がある」という言葉を患者から聞くことがあるのは、こうした師長としてのポジション・パワーを活かした患者・家族への支援であると考えられる。

同様に、虎の門病院看護部（2013）が主任看護師を対象にした調査においても、「患者・家族の根底にあるニーズを把握する」ことがあげられている。師長だからこそ全体を見通し、患者や家族が本質的に何を求めているのかを把握する能力が必要であることが考えられる。

また、患者・家族のニーズに応えるためには、「他の部署から反感をかって患者・家族の利益を優先する」というこれらの行動は部署内にとどまらず横断的に動くことができる看護中間管理職というポジションによるものであろう。こうした姿勢は看護中間管理職の高い使命感を説明している。看護の普遍的な目的である患者・家族の利益最優先ということが貫かれていることが示されている。

つぎに、スタッフに対する要素が、「スタッフ育成」「スタッフ支援」とスタッフに対する「影響力」の3つと最も多い要素を占めていた。これらは質問項目のカテゴリーでは【能力開発】と【チームワークと協調】であった。【能力開発】の7項目からは「スタッフ育成」が3項目、「スタッフ支援」が3項目、「影響力」1項目となった。

以上の結果をふまえると、スタッフの【能力開発】には様々な要素があることを示していると考えられる。スタッフの能力開発をするために実際に看護中間管理職がとっている行動として、スタッフの仕事を記録して確認しながらポジション・パワーを行使するよう促し、実際のモデルを示すなど影響力を行使しながら、スタッフの良いところや能力に気づくように意識し、難しい状況でも褒め成功体験を積ませるように日頃から仕向けるなどポジティブな関わりがあげられる。また、スタッフの良いところや能力に気づくようにしていることと「専門能力・技術に長けているスタッフを活用する」ことは異なる要素であったことから、能力に気づくだけでなく、実際にその能力を使う機会や方法を模索していることが欠かせないことが示されている。「スタッフ支援」の「ワークライフバランスを重視し、スタッフが十分に休養がとれるようにする」は質問項目では【ストレスマネジメント】、「スタッフに公正に対応しすべてのメンバーがプロセスに貢献できるように参加を促す」は【チームワークと協調】であった。スタッフ育成と支援のためには、こうしたさまざまな対応が必要になることが示唆されている。

「スタッフ育成」の因子では、スタッフの発言を注意深く「傾聴」して意識的にスタッフと「信頼関係」を築くことが示されている。

また、スタッフの「能力に気が付」き、難しい状況下でも「ポジティブ（正）のフィードバック（反応）」や「成功体験」を積み重ねることが看護中間管理職の行動特性であることが示されている。

スタッフ育成における病棟看護師長の役割の構造について量的研究を行った坂元（2015）は、スタッフ育成における病棟看護師長の役割を詳細に調査しており、【個々の能力・看護観の見極め】【目指す方向性を見極め】をしたうえで、【主体的に学ぶことができる場の調整】や【学習への雰囲気づくり】をしながら【個々の学習活動への意図的なサポート】【ビジョンの明確な提示】【経験による学習の促進】を行っていることを明らかにしている。また、【ネガティブな評価のフィードバック】はこれらのすべての因子に対して弱い相関があったとしている。

以上のスタッフに対する関わりは、スタッフに対する前向きで成長を促す姿勢が貫かれている。部下の成長と開発を促し、現実的なポジティブ・フィードバックとサポートの提供を行うことが重要である。このような看護中間管理職の思考や行動が組織やスタッフのケアに対するあり方に与える影響は大きいと考えられる。

小児ケアのための施設で、どの程度利用者が中心になっているかを測定したミラーとグイン（1972）は、慢性的に障害を持っているために長期入所施設に入所している人は、個人として援助されるのか（ケアの園芸モデル）、もしくは非人間的なルティーンの手受けとなるのか（ケアの倉庫モデル）のどちらかであることを明らかにした。Evers（1984）はミラーとグインの分析を老人病院の病棟における高齢者のケアにあてはめ、病棟には園芸モデルと倉庫モデルという異なった志向があり、どちらになるかは病棟師長に左右されるということを示した。Fretwell（1982）も一般病棟の婦長が仕事上で好みと優先順位を自分で選択しているということを描いている。これらの結果は、病棟や部署における志向がクライアント中心か施設中心になるかを決定するのは師長の方針に左右されることを示している（Smith、2000）。師長の管理のスタイルが施設のニーズを“一人ひとり”のニーズとどこまで両立させることができるのかを決めるということである。

看護師の感情労働を参加観察によって明らかにした Smith（1992）によると、「婦長は、看護の仕事と組織の構築の責任者であり、病棟において感情面で何をなすべきか（つまり、感情ルール）を決めて」とし、「看護婦たちは、病棟婦長が感情面を理解しサポートしてくれていると感じていると、感情をはっきりと示して患者ケアを行う役割モデルを与えられるだけではなく、そのモデルに従って患者をケアすることができるとも感じて」いたという。「“思いやりのあ



る (caring)” 管理スタイルが表しているのは、このような婦長は、学生のケアの際にも患者のケアの際にも、看護で感情という要素が重要だということを十分に認識しているということ」だとしている。

さらに、“思いやりのある (caring)” 管理スタイルは「患者と看護婦の感情面のニーズをケアするために、人格や良好な人間関係、そして感情を仕事の一部として評価するような感情ルールを作り出す」という。

Brutus et al(2000)は、人が職務体験から学習する上で「組織ベースの自尊心」が果たす役割について検討している。「組織ベースの自尊心」とは、「組織のメンバーとして自分が価値ある存在であると知覚する程度」を指し「組織ベースの自尊心」が高いと外部の情報よりも自分の考えに基づいて行動するため職務の特性にかかわらず学習する傾向にあることがわかっている。スタッフが職場から認められ、価値ある存在であることがスタッフの主体性をたかめ経験から学ぶことが促進されることが考えられる。

師長はスタッフがその職務経験から学ぶことを促進するために、本研究で得られたスタッフの「能力に気が付」き、難しい状況下でも「ポジティブ（正）のフィードバック（反応）」や「成功体験」を積み重ねるという行動がスタッフの学習には効果があることを示している。

対して、「上下関係に厳しい病棟婦長」は、上下関係と権威に基づいた感情ルールを作り出し、技術的な能力や能率を優先させ、スタッフは否定的な感情(怖れや不安や抑圧)を経験するとしている。こうした「上下関係に厳しい」ことや「否定的な感情」はスタッフにとっては圧力や制裁にあたる。否定的な感情はスタッフにとって制裁を受けたように感じさせ、委縮して自発的・自律的な行動はとれず、職場の雰囲気は悪くなる。

このような圧力や制裁の効果として、「圧力をかけ、外部からの制裁を用いることには、ある程度の効果があるが、内部化されたモチベーションほどではない」(Deci、1975) という一連の内発的動機づけ理論における先行研究の結果から、有効でないことが示唆されている。

本研究で示された看護中間管理職のスタッフを育成するコンピテンシーは、この伝統的とされる師長ではない行動が示されていた。

同様の結果は、多くの先行研究でも明らかにされつつある。看護師長が行う看護管理の工夫を構成する因子を質的に研究した森木(2015)は、【働く意欲を手助けしスタッフの自立を促す】のカテゴリーで「スタッフを承認する」「スタッフの能力が発揮できる役割を持たせる」「スタッフが学んだ良い方法を繰り返し学習してもらう」

を抽出している。

こうした「承認」については近年注目されており、上司や同僚、他の専門職から受ける「承認」とモチベーションや組織への帰属意識には関連性があることが明らかになっている（Latham、2007）。看護管理者からの承認行為が看護師のワーク・エンゲイジメントに与える影響について中堅看護師を対象にして行った調査では、看護管理者からの承認行為が個人と組織の活性化につながったという報告がされている（堤、2016）。

本研究では、「育成」の因子のほかにスタッフに対する因子として、「スタッフ支援」があげられたが、これら3項目は、スタッフのワークライフバランスや公平性の確保、人材活用といった項目である。この因子の特徴はスタッフの生活を支えることや幅広い人材を公平に活用するといった包括的にスタッフを支える特性であり、こうした師長のスタッフへの配慮をとおして、その組織の風土が作られていくことが考えられる。

「組織風土としての看護師長のあり方」とスタッフのバーンアウトとの関連についての量的研究（塚本ほか、2009）によると、「看護師長のあり方」として、看護師長の「スタッフへの配慮」と「看護への取り組み姿勢」の2因子があげられたとしている。スタッフの師長のあり方の認知とバーンアウトの関連は、10～16年のスタッフ層では、看護師長のあり方と個人的達成感とは正の相関関係があり「スタッフへの配慮」は、1～4年のスタッフにのみ情緒的消耗感の有意な負の相関関係がみられたとしている。

この研究での「スタッフへの配慮」とは、「スタッフの意見や考えを聞いてくれますか」、「あなた（スタッフ）を肯定的に評価してくれますか」、「良いところを伸ばすように指導してくれていますか」、「スタッフのえこひいきをしていないと感じていますか」などであった。この研究結果では、師長の「スタッフへの配慮」は、10～16年の経験があるベテランのスタッフには個人的達成感を強化し、1～4年のスタッフには情緒的消耗感を減らしていることが示されている。

しかし、師長の「スタッフへの配慮」の認知は、師長とスタッフ間で差があり、師長の平均値が高かったことから、師長の意図や評価をスタッフにフィードバックする必要性が示唆されている。本研究においても自記式調査のため、師長としての思考や行動とスタッフが受け取っている師長の行動の認知に違いがあることが推測される。今回の本研究では、業績面は研究枠組みに入れなかったが、本来のコンピテンシーの「高い業績」のなかに、こうしたスタッフの職務満足等を考慮して研究する必要がある。

現代の組織は急激に変化する社会の中で、それぞれが主体的に考え柔軟に変化することが求められることから、ポジティブな感情を育み、師長やスタッフ間の関係性を強化することで組織行動を変革していく必要性が強調されている。このようなマネジメントの姿勢・方向性は、「敬意を込めたマネジメントスタイル」(Pugh & Woodward, 2000)、または「ポジティブ・マネジメント」(手島、2014)の方法に通じる。ポジティブ・マネジメントでは、組織の強みや理想の姿を探求し、対話をとおして大切な価値観を組織全体に浸透させ、時間をかけて持続的に発展していく取り組みが行われているという。本研究の結果で得られた看護中間管理職のコンピテンシーはこれらポジティブなマネジメントのあり方を支持するものと考えられる。

看護部または他部署から自身の単位あるいはスタッフを守ることは看護中間管理職にとって重要なコンピテンシーである。「リーダーシップ」の5項目のうち2項目は看護部に対して、「板ばさみになっても看護部と交渉して折り合いをつける」、「スタッフからの要望を伝える」という看護中間管理職の重要な特性を示していると考えられる。看護「中間」管理職であるがゆえに、看護部からの指示命令をスタッフに周知し、スタッフからの意見や要望を看護部に伝える役割を担っている。また、医師などの他職種や組織に対して「抗議」や「主張」、「対決」といった自らの機能を活かして自身の組織を守ろうとする行動は必要であると考えられ、「正當に抗議」することや、「はっきり主張する」といったことができる強い看護中間管理職のパワーが必要である。こういったことを日々実践するということは、確固とした意思や信念がなくては難しいであろうことから、利他的な価値観や覚悟が必要であると思われる。

このような行動は、看護中間管理職が組織の目標を達成するために他部門、他職種など常に多様な人々と第一線でかかわり、その過程で生じる他者との意見や価値などの不一致に絶えず対処しながら職務を遂行していることを示している。職場集団のなかで、看護中間管理職が自分や自分が管理する単位の目標、価値、利害などが他の個人や集団のそれらと一致しないと認知することから始まる衝突や対立の状況は「コンフリクト」という概念で説明される。

米国で調査を行った McElhaney(1996)や Cox (2001)によると、看護管理者はコンフリクト対処に仕事の20%を占めているという。そのため、米国ではコンフリクトに効果的に対処することは看護中間管理職の組織活動における中心的な役割であると認識されている(Hightower、1986)。

日本において20名の看護中間管理職に印象に残ったケースにつ

いて面接調査を行いグラウンデッド・セオリー・アプローチの継続的比較分析法を用いて行った松浦ほか（2005）の研究によると、コンフリクト対処行動として「拒否」、「強制」、「妥協」、「説得」、「宥和」、「譲歩」、「協働」、「装う」、「留保」、「利用」の10個のサブカテゴリーが抽出されたとしている。そのうち、「留保」、「利用」、「説得」、「装う」の4つのカテゴリーは、そのすべてが非主張的でありまいさを維持するという点で日本の文化的特徴の影響を反映した行動であるということが示唆されている。

本研究で明らかになった看護中間管理職のコンピテンシーは、これら10個のカテゴリーよりも、より相手方に対して明確な意思の表出や主張を含んでいると考えられる。「マネジメント」で示された「ユーモア」や「友好的な雰囲気」作りをしながら、「主張」するべきときは「対決」や「抗議」もいとわないといった行動が示されていた。

また、松浦の研究結果ではコンフリクトの相手方については、医師、上司、部下があげられていたが、「看護部」という明確な表現はなかった。自身が所属する「看護部との折合い」については組織のコミットメントとも関連すると考えられる。

一方、虎の門病院の研究では、Spencer（1993）が行った200以上の職務の全てで発見されたコンピテンシーとの比較で、面接記録から抽出できなかったコンピテンシーとして、組織へのコミットメントをあげている。しかし、特に、組織へのコミットメントは必要不可欠として、新たに得られた事例から観察されたとして、追加している。

本研究においては動因として「自分が管理する部署をよくすることでよい病院にしていきたい」をあげたが、動因は全てのコンピテンシーに直接効果と振り返りをとおした総合効果がみられたことから、こうしたコミットメントがコンピテンシーを高めると考えられる。しかし、看護中間管理職は現場の苦悩を熟知しているため、看護部や組織との葛藤を経験し、看護部とスタッフとの板ばさみになることも多いと考えられる。こうしたことから、看護中間管理職のコミットメントは醸成されにくい可能性がある。

臨床経験年数別に看護職員の情緒的コミットメント尺度を用いた調査結果によると、臨床経験5年以上では「看護部の理念や目標に共感している」や「病院の看護の質が高いこと、評判の良い病院であること」ということが情緒的組織コミットメントと有意な相関にあることが示唆されている。また、情緒的組織コミットメントが高い人は、組織の目標達成のための行動に責任をもつ傾向が明らかにされていることから、組織と個人の価値観の一体化や病院への評

価を高めることで、看護中間管理職の葛藤を回避できると考えられる。

## II. 動因

モデル 1 の結果からは動因からコンピテンシーの因子に直接効果があり、モデル 2 の結果からは動因から「振り返り（前半）；前提の見直し」をとおしてコンピテンシーへの総合効果があることが明らかとなった。本研究で示された動因は「管理をすることがおもしろい」、「スタッフを育てることは楽しい」といった管理実践についての興味や情動的な感情表現である。こうした「活動することそれ自体がその活動の目的であるような行為の過程」は「内発的動機づけ」（Deci、1995）にあたると考えられる。内発的動機づけを構成する要素として「知ること」、「成し遂げること」、「刺激を得ること」の 3 つがあげられる（Vallerand et al,1992、1993）。内発的動機づけの始まりに関しては興味が暗黙の裡に仮定されるが、保持（欲求の充足）の側面では、有能感が重要な機能を果たすという（Deci& Ryan,2002）。Deci（1995）によると動機づけは「内発的動機づけ」と金銭的報酬のような「外発的動機づけ」に分けられ、「外発的動機づけ」は自己を制御的に統制しようとして意欲を低下させてしまうため、自己決定をベースにした「内発的動機づけ」を強めることが有効であるとされる。看護中間管理職のコンピテンシーを伸ばすためには、本研究の結果からも金銭的報酬などの結果よりも内発的動機づけ要因となる看護管理実践そのものへの興味関心とその過程の中でいかに有能感をはぐくめるかということが重要であると考えられる。また、自己決定を可能にするためにはある程度の裁量を与え有能さをはぐくむことが有効である。

同様に、リーダーシップ研究においてはバダラッコが「静かなリーダーシップ」概念でリーダーシップと動機について説明している。バダラッコは 4 年間の研究から、静かなリーダーに特徴的な 8 つのアプローチのなかで「行動はさまざまな動機に基づく」と述べている。

以上のことから考えると、コンピテンシーの概念は目的志向型ではなく動因志向型であると考えられる。目的志向型である場合、目的に合わせて状況を変えていく必要があるが、動因志向型である場合は、そこにいる人たちにとって何が必要か、どういったことが求められているかといったことが重要である。

看護管理実践を行う上で意図や意欲などの動因が重要になるが、これらの管理に興味を持つにいたった動機をどのように得ていくかについては、サードレベルを修了した看護部長 7 名に面接調査を行

った研究結果（柴田ほか、2003）によると、「管理に興味をもつにいたった動機」について、「人材育成への関わり」、「リーダーシップをとる立場になったこと」、「組織変革への関わり」、「ロールモデルからの学び」、「研修への参加」があげられている。

これらの結果から、なんらかの活動に「関わり」、「参加」し、それができる「立場になる」といった機会や経験を得ることの重要性が示唆されている。

### Ⅲ．振り返り

振り返りは、7項目で示した振り返りの前半にあたる「前提の見直し」と振り返りの後半にあたる「実践」の2因子構造であった。

振り返りの前半として、「自分の信念、価値観や態度を意識的に客観視する」「自分の価値観や態度が、どのように他人に影響しているかわかっている」「職場で起こった出来事や自分が経験したことを思い出し記録する」「不快な経験であっても思い出して、その経験の意味づけをする」ことで看護中間管理職のコンピテンシーに対して直接効果があることが示唆された。

これらのなかで「自分の信念、価値観や態度を意識的に客観視する」という項目については、師長経験5年未満と10年以上とで有意な差がみられた。「自分の価値観や態度が、どのように他人に影響しているかわかっている」では、師長経験が長くなるほど高くなる傾向が認められた。こうした、自己の認知活動（知覚、情動、記憶、思考など）を客観的に捉え評価した上で制御することであるメタ認知的な思考はさまざまなプロセスにおいて重要な役割を果たす。意思決定に関するメタ認知的知識と意思決定の間には、強い関連があることが示唆されている（Ormond、1991）。また、思考活動に注意を向け意識化することは、認知能力に大きく影響する。したがって、メタ認知的な思考は、さまざまな状況において優れた意思決定を下すために必要な能力とも言える。さまざまな状況で問題解決を日々行っている看護中間管理職にとっては自分の状況をモニタリングしていくことが必要であるため、こうした振り返りにおける気づきは重要であると考えられる。

意識変容の学習のプロセス（クラントン、1999）においても、「背景に気が付く」ことが振り返りの出発点となっており、「前提を見直す」ための経験の意味づけを行うことの重要性が示されている。

しかし、経験の意味づけの次の過程である「現場での経験をとおして、自分の考えや感情は変化する」「経験をとおして以前の考えや感情と新たに生じたものがまざりあって自分の新しい知識になる」「新しい考えや感情が正しいのかを現場で吟味する」ことから、

コンピテンシーの「影響力」の因子にのみ負の効果がみられた。

振り返りのプロセスを経て思考や感情の変化が生じ、それを試験的に現場で吟味していきながら自分のものにしていくという過程はコンピテンシーに影響していないという結果となった。その理由については本研究では明らかにできないため、今後の課題とする。

#### IV. 看護中間管理職のコンピテンシーと動因、振り返りとの関係

動因および振り返りとコンピテンシーの因子との直接の因果関係を明らかにするために、モデル1と2で動因と振り返りそれぞれのパス図を作成したが、動因と振り返りから各コンピテンシーの因子（潜在変数）への標準化係数はほぼ同じ値であった。コンピテンシーの因子に対しては動因と振り返りがほぼ同じ影響力を持っていることが示唆された。

コンピテンシーには原因・結果の関係があることは文献の検討でも述べたが、「動因、特性、自己イメージにかかわるコンピテンシーがスキルに基づく行動の引き金となり、さらに職務パフォーマーの成果に影響を及ぼす」（Spencer、1993）といったことが、今回の研究でも証明されたと言える。コンピテンシーには必ず「意図」が含まれ、「意図を伴わない行動はコンピテンシーとは認められない」（Spencer、1993）ことから、コンピテンシーはただ行動できることに限らず、こうした動因がベースになっていることが必要である。

動因から各観測変数への標準化係数から、「管理をすることはおもしろいと思う」「スタッフを育てることは楽しい」「行動すればするほど現場が変わるとい実感がある」の項目は同程度の影響力があることが示されている。しかし、「自分が管理する部署を良くすることで良い病院にしていきたい」は、ほかの3つの変数よりやや低い値を示しており、影響力が弱い。管理そのものへの関心やスタッフを育成することの関心、変化を実感するというのは動因を高めるために直接的な影響を及ぼしていると考えられるが、「自分が管理する部署を良くすることで良い病院にしていきたい」というのは間接的で日々実感しにくいことがあげられる。しかし、この変数が唯一の組織へのコミットメントを示す項目であることから、直接に病院を評価するような、患者・家族からのポジティブな評価などが示されればコミットメントが強化され、さらに動因が強まることが推測される。

動因から振り返り（前半）の「前提の見直し」を経てコンピテンシーへはすべての因子に直接効果が認められた。管理やスタッフ育成への関心を高め、変化を実感し、自分の部署を良くすることで病院に貢献したいという意欲を高めることで、振り返りのプロセスの

なかでも特に自己を客観視し経験を意味づけすることが促進され、看護中間管理職のコンピテンシーに効果があることが示唆された。

看護において最も重要な対象者である「患者・家族支援」への効果が「マネジメント」やスタッフを対象とした他の因子よりやや効果が弱い結果となったのは、看護中間管理職の仕事が看護の直接の対象である患者・家族であるというよりは、スタッフが行う直接的援助を後方で支援するという役割であることが考えられる。しかし、現場重視かつ長期的視点から患者・家族を最優先とし、相談には積極的に応じ患者や家族のニーズを把握し医師やスタッフに伝えるなど看護中間管理職ならではの行動が示されている。

一方で、動因を経て振り返り（後半）の「実践」からは「影響力」の因子のみに負の直接効果が認められた。これは、モデル2の振り返りからコンピテンシーへの効果を検証した結果と同じであった。動因から振り返り（後半）の「現場での経験をとおして、自分の考えや感情は変化する」「経験をとおして以前の考えや感情と新たに生じたものがまざりあって自分の新しい知識になる」「新しい考えや感情が正しいのかを現場で吟味する」ことを実践することで「スタッフの仕事を確認し記録する」「スタッフに交渉の際のモデルを示している」「スタッフにはポジション・パワーを使うよう促している」という行動が弱まることを示唆された。その理由は本研究の結果から明らかにすることはできないが、振り返りを行うことで自身の思考や行動のパターンに変化が生じることによって、特に「影響力」の観測変数は左右されることが推測される。

スタッフ関連のコンピテンシーの因子は「スタッフ育成」「スタッフ支援」「影響力」「リーダーシップ」の5因子であった。動因を高めることで振り返り（前半）が促進され、スタッフに対しても直接・間接的に影響がみられた。これらのなかでも特に「リーダーシップ」は自身の部署やスタッフを守っていくという意思・行動の現れと考えられる。看護部や他の部署に対してスタッフを守り要望を伝達するということが看護中間管理職にとって重要な行動であることが示されている。スタッフからもそのニーズは強いと考えられるため、こうした行動をとることでスタッフからの信頼感が得やすくなり信頼関係が深まることが予測される。一方で主張しすぎると対外的には敵を作ることになり円滑にプロセスが進まないことにもつながる。こうした葛藤や出来事は振り返りをするためのモチベーションになると考えられる。

## V. 影響要因

モデル4から影響要因として明らかになったのは、個人要因の師



長経験月数と職位のみで、組織要因については本研究ではいずれも影響が認められなかった。

コンピテンシーは組織化されていない状況でその個人が自発的に考え行動することに着目した概念（McClelland、1973）であるため、個人要因が強く影響要因からの効果を受けにくいことが考えられる。そのため、本研究の結果においても、経験と職位という個人要因からのみ影響を受けるという結果になったことが推測される。コンピテンシーはもともとの開発の経緯が個人要因としてあげた学歴や性別、人種、性別、あるいは社会経済的要因の差によって不利をもたらすことのない（少なくとも不利の度合いが少ない）コンピテンシーの変数を開発するということであつたことから、経験と職位以外の要因からも影響を受けにくいと考えられる。

師長経験月数と職位の間に相関関係が認められた。師長経験月数と職位の動因への直接効果は同程度であつた。師長経験月数と職位は動因と振り返り（前半）をとおして看護中間管理職のコンピテンシーに総合効果を及ぼしていることが示唆された。

本調査の対象者の属性で認定看護管理者や認定看護師、専門看護師の有資格者はそれぞれが全対象者数の5%にも満たなかつたため比較ができなかつたことから分析の対象にならなかつた。同様に、学歴においても対象者数が少なかつたため分析に至らなかつたが、これらの教育課程における違いにも着目して分析していく必要がある。

以上のことから、看護中間管理職の動因およびコンピテンシーを高めるためには、経験を積むことと職位というポジションを与えることの重要性が示されたと言える。

## 1. 個人要因

師長経験月数によって3群（5年未満と5年以上10年未満、10年以上）を一元配置分散分析で比較した結果で、質問項目で設定したコンピテンシー41項目のうち30項目、動因7項目のうち4項目、振り返り7項目のうち2項目に群間の有意差がみられた。

特に、5年未満と10年以上の2群間ではそれぞれにおいて有意差がみられた項目のうち、「病院の仕組みや金銭面などの資源を活用する」、「自分の行動と発言の影響度を計算して意図的にパワーを使う」「不適切な要求にはスタッフが言えなくても師長としてはっきり主張する」「看護部とスタッフとの板ばさみになつても看護部と交渉して折り合いをつける」「ルールや手続きを柔軟に適用し枠にはまらない行動をする」については、長年の看護中間管理職の立場とポジション・パワーがなければ実践が困難であると考えられる項目である。

また、「倫理面の問題を認識し倫理に適合した管理を行う」「企画の進行を定期的にチェックし問題を分析する」「状況や他の人たちの反応によって自らの行動や方法を変える」「困難な出来事についての可能な原因を抽出し、結果を予測する」「自分が管理する単位の専門知識や技術に長けていなくてもそれを逆に活かす」の項目は、実践の上での冷静さや客観視できる余裕がなければ、その場で臨機応変に対応することが難しく、経験によって培われるものが大きいことが推測される。

「スタッフに交渉の際のモデルを示している」「多くのやりたいことがあり、新しい企画を始め実施する」「専門知識・技術に長けているスタッフを活用するための方法を模索している」の3項目のみ5年未満の群と5年以上10年未満の群でのみ有意差がみられ、そのほかの群はすべて5年以下と10年以上の群との間で有意差がみられた。

以上の結果から、看護中間管理職の経験が5年未満と10年以上の師長では、行動や思考に大きな違いがあることが示唆された。師長のコンピテンシーは経験によって培われるところが大きいことがわかる。

動因については、「管理をすることはおもしろい」の項目についてのみ3群それぞれの群間のすべてにおいて有意差がみられた。経験すればするほど管理についてのおもしろさを認識していることが示されている。

これらはすべて「10年以上」の看護中間管理職経験者のほうが高いという結果であった。熟達者がもつ優れた知識や技能についての研究（熟達研究）では、実証研究に基づいた知見の蓄積から「各領域における熟達者になるには最低でも10年の経験が必要である」という「10年ルール」が提唱されている（Ericsson,1996、Hayes,1989、Simon & Chase,1973）。婦長業務遂行状況について調査した佐藤（1997）の研究からも、婦長の経験年数が多いほど婦長の業務遂行度は高い傾向があることが明らかとなっている。

この「10年ルール」が適用されるのは、複雑で多様なスキルを必要とする職務に限られることから、看護中間管理職にも適用できると考えられる。本調査における一元配置分散分析の結果は、ほぼこの知見を根拠づけるものとなった。

しかし、この「10年ルール」において、10年の経験を経れば自動的に専門的な知識や技能が習得できるということではなく、その10年でいかに「よく考えられた練習(deliberate practice)」を積んできたかが重要となるという（Ericsson et al、1993）。「よく考えられた練習」として、Ericssonほか（1993）は、①課題が適度に難

しく、明確であること、②実行した結果についてフィードバックがあること、③何度もくり返すことができ、誤りを修正する機会があることをあげている。「経験」の長さよりも「経験の質」が熟達にとって重要な要因であることを示している。

また、波多野と稲垣（1983）は、熟達者の中にも「適応的熟達者（adaptive expert）」と「手際の良い熟達者（routine expert）」とを区別している。「適応的熟達者（adaptive expert）」とは、手続きの遂行をとおして概念的知識を構成し、課題状況の変化に柔軟に対応して適切な解を導くことのできる人を指す。「手際の良い熟達者（routine expert）」とは、同じ手続きを幾度となく繰り返すことによりその作業に熟達し技能の遂行の速さと正確さが際立って優れている人を指す。そのうえで、柔軟にアイデアを生成するための能力を兼ね備えた熟達者を岡田（2005）は、「創造的熟達者」と呼び、創造的熟達化を促進する要因として、①ある程度の才能、②内発的動機づけ、③課題にかける時間、④よく考えられた練習、⑤知識構造化のための方略、⑥社会的サポートや社会的な刺激、といった要因をあげている。

看護中間管理職の業務は複雑で状況に依存する職務であることから考慮しても、「手際の良い熟達者（routine expert）」ではなく、「適応的熟達者（adaptive expert）」であると考えられる。本研究では、本調査の質問紙の項目においてあげていた「思考する」は因子分析では採用されなかったが、一つ一つの出来事をとおして概念的知識を得ること、状況の変化に柔軟に対応して適切な答えをその都度導くことのできる能力として求められると考えられる。。

以上のことから影響要因として「経験」が重要な要素であることがわかる。経験とは「個人が知覚した人生における出来事（life event）」（Quinones et al、1995）を指す。Deweyは「経験」を「個人と、個人を取り巻く環境との相互作用」と定義し、思考と行動は直接つながっていなければならないと強調した。

また、仕事における態度、行動、業績と密接に関係する経験を「仕事経験」（work experience）と定義した Tesluk & Jacobs(1998)は、仕事経験を「質・量・相互作用」という3つの要素に分けられるとした。これら経験の3要素が個人の仕事モチベーション、知識・スキル、仕事関連の態度に影響を与え、その結果が中長期的なキャリアや業績を左右するという。

また、管理者の成長の7割は、直接的な仕事経験によって決まることが従来の研究で明らかとなっている（松尾、2015）。成功したマネージャーの経験を検討した McCall ら(1988)はマネージャーたちが「課題」「苦難」「他者」という3つのカテゴリーに関して多様

な経験を積むことによって、バランスの取れた教訓を得ていたことを報告している。

本研究における「経験」と「振り返り」の関連については、Kolb (1984) の「経験学習サイクル」の考え方が適用できる。人は経験し、振り返ることで、そこから教訓を引き出し、新しい状況へ応用することで学ぶという。このサイクルが適切に回っている人は、経験からよく学ぶことができるのに対し、「振り返り」や「教訓を引き出す」ことを実践していない場合は経験からの学びが少なくなってしまう。適切にこのサイクルを回すためには、単に経験を積むだけではなく、定期的に振り返る習慣をもてるかどうか、振り返りの中から教訓を引き出しているかどうか、経験から得た教訓を新しい状況に応用しているかが重要になるという。

また、これらの前提として、松尾 (2015) は「挑戦する力」(ストレッチ) をあげているが、「挑戦→振り返り」を繰り返すことで疲弊してしまうため、それを避けるために仕事の中に「やりがいや楽しさを見出す力」(エンジョイメント) が必要になるとしている。そして、振り返りのなかから、仕事のやりがいや楽しさを見つけることができ、「ストレッチ→リフレクション→エンジョイメント」は相互につながっているとする。これら 3 つの要素を活性化しているのが、その人が持っている目標、価値観、信念である「思い」と自分を成長させてくれる他者との関係性である「つながり」であるという。

これらのモデルに照らし合わせてみると、本研究における「動因」は「やりがいや楽しさを見出す力」すなわち、エンジョイメントであり、その人が持っている目標、価値観、信念である「思い」にも該当すると考えられる。本研究で示されていないのは、自分を成長させてくれる他者との関係性である「つながり」であるが、看護中間管理職は日々の看護管理実践のなかで、スタッフや患者・家族、他職種や直属の上司である看護部など常に何らかの形で他者とつながっていると考えられる。そのつながりを意識することで看護中間管理職としての学習が促進されることが予測できるが、これらのつながりがどのように影響するかについては、これからの課題とする。

以上のことから、看護中間管理職が経験から学習していくためには本研究における動因、振り返りは不可欠なものであることが示された。

## 2. 組織要因

組織要因についてはいずれも本研究ではあきらかにならなかったが、対象者数を確保するなどして検証することが必要と考えられる。

日本では全病院のうち 200 床以下の病院が 69.2%を占める（厚生労働省、2013）ため、病院規模によって看護中間管理職のコンピテンシーや動因、振り返り、その影響も異なることが予測される。また、開設者や病院の機能によっても看護中間管理職のコンピテンシーや影響は異なると考えられる。

本研究では 200 床以上を有する病院に勤務する看護中間管理職を対象としたが、今後は 200 床未満の中小規模病院を対象とした調査研究により、大規模病院とは異なる看護中間管理職のコンピテンシーおよびその影響要因について検討する必要がある。

## 第7章 結論

### I. 研究課題に対する結論

本研究では、コンピテンシーの原因・結果フローモデルを参考に看護中間管理職のコンピテンシーと動因、振り返りについての研究枠組みを作成し、研究課題を設定した。

先行研究ではコンピテンシーに価値観や動機づけなど動因にあたるものや内省力などの振り返りに該当するものを含める場合があるが、本研究ではこれら3者の関係を明らかにするために、コンピテンシーに動因と振り返りを含めなかった。

結論では以下の研究課題について本研究で得られた結果をもとに述べる。

#### 1. 看護中間管理職のコンピテンシーを構成する要素

本研究で得られた看護中間管理職のコンピテンシーを構成する要素は、「マネジメント」「スタッフ育成」「患者・家族支援」「率先行動」「プロジェクト」「リーダーシップ」「影響力」「困難対応力」「スタッフ支援」の9因子であった。

これらの因子は、すべての因子間において0.4以上0.7以下の中程度の相関が認められた。

「マネジメント」は「病院内外の資源」や「人間関係」を活用して「暗黙のルール」のもと、「柔軟に変化」しながらも「枠にはまらずに行動」し「友好的な雰囲気」で「ユーモア」を用いながら「交渉」し「パワーを行使する」といっ看護中間管理職ならではの組織内外における行動であった。

「マネジメント」のうち、他部門との交渉が3項目であった。いずれも「友好的な雰囲気」「ユーモアを活用して」といった、敵対関係ではない関係性を重視していることが示されていた。「ルールを柔軟に活用して」「枠にとらわれない」「周りの反応を見て態度を変化させる」といった柔軟性を伴った行動特性が示された。そして、「他職種のニーズを交渉に使う」といった巧妙さも必要であることが示されていた。

また、「人間関係」や「暗黙のルール」といったような目に見えないことを把握して組織内外のマネジメントを行っていることが示された。病院の資源を有効に活用すること、看護中間管理職ならではのパワーを使うことが、こうしたマネジメントには必要であることが示されている。

「スタッフ育成」の因子では、スタッフの発言を注意深く「傾聴」して意識的にスタッフと「信頼関係」を築くことが示されている。

また、スタッフの「能力に気が付」き、難しい状況下でも「ポジティブ（正）のフィードバック（反応）」や「成功体験」を積み重ねることが看護中間管理職の行動特性であることが示された。

「スタッフ支援」の因子では、スタッフのワークライフバランスや公平性の確保、人材活用といったスタッフを幅広くサポートする行動がみられた。

「患者・家族支援」の因子では、患者・家族（クライアント；C1）の利益を最優先し、「相談」に積極的に応じ、長期的なニーズに対応し、医師やスタッフにニーズを伝えるという行動特性である。また、忙しくてもラウンドして情報を自分の目で確認することから「現場を重視」し、部署の情報収集を直接自分の目と耳で行っていることを示している。

「率先行動」は、自身が管理する看護単位について他の病院や組織と比較して分析することや院外活動を行ったり、最新の情報にのり遅れないよう他組織とのネットワークを構築し、看護研究を率先して行いその結果を現場に活かす一方で、自身のストレスは自身でコントロールするという、内容としては様々な行動を示しているが、いずれも率先した行動を示している。

率先行動はその職務で期待されている以上のことを実行し、その結果、職務上の成果を向上させ、新しい機会を見つけ出し生み出すことに貢献する。

「プロジェクト」は多くのやりたいことがあり、それを企画し、進行状況を定期的にチェックし問題を分析することである。

「リーダーシップ」は医師などの他職種や他組織に対して「抗議」や「主張」、「対決」といった自らの機能を活かして自分の組織を守ろうとする行動である。また、看護部に対しては「板ばさみになっても看護部と交渉して折り合いをつけ」、「スタッフからの要望を伝える」という看護中間管理職の重要な特性を示している。「影響力」

「影響力」は、3項目ともスタッフに対しての行動であり、スタッフの仕事を記録し、ポジション・パワーを使うよう促し、交渉の際のモデルを示すことである。

「困難対応力」のは対応困難な患者との関係性構築であったり、病室移動が頻繁でも患者の理解を得ながら病室の効率的な活用を行うという困難な状況に対応する力である。

「スタッフ支援」はスタッフのワークライフバランスや公平性の確保、人材活用といった項目である。「スタッフ育成」は、スタッフの育成のために直接スタッフに対してかかわる内容であったのに対し、この因子の項目はスタッフの生活を支えることや幅広い人材と公平に活用するといった包括的にスタッフを支える内容である。

## 2. 動因と看護中間管理職のコンピテンシーとの関係

動因は1因子構造であった。動因とコンピテンシーの間には、動因を原因、コンピテンシーを結果とする因果関係が認められた。

看護管理実践として、「管理をすることはおもしろい」「スタッフを育てることは楽しい」「行動すればするほど現場が変わるという実感がある」「自分が管理する部署を良くすることで良い病院にしていきたい」「いざというときは目上の人にも対決することをいとわない」といった管理への関心、動機、信念が動因となり、看護中間管理職のコンピテンシーが影響を受けることが示唆された。

## 3. 振り返りと看護中間管理職のコンピテンシーとの関係

振り返りは、「振り返り（前半）；前提の見直し」と「振り返り（後半）；実践」の2因子構造であった。因子間相関は、中程度の相関であった。

振り返りの前半にあたる「自分の信念、価値観や態度を意識的に客観視」し、「自分の価値観や態度がどのように他人に影響しているかわかっている」うえで、「職場で起こった出来事や自分が経験したことを思い出し記録」し、「不快な経験であっても思い出してその経験の意味づけをする」ことは看護中間管理職のコンピテンシーに直接効果があることが認められた。

振り返りの後半にあたる「現場での経験をとおして、自分の考えや感情は変化」し、「経験をとおして以前の考えや感情と新たに生じたものがまざりあって自分の新しい知識になり」、「新しい考えや感情が正しいのかを現場で吟味する」ことは、コンピテンシーの「影響力」のみに負の直接効果があることが示唆された。

振り返りを行うことで、看護中間管理職のコンピテンシーは影響を受けることが明らかになった。

## 4. 看護中間管理職のコンピテンシーと動因、振り返りの三者の関係

動因→振り返り→コンピテンシーという一方向の因果関係が明らかとなった。動因から振り返りを経て看護中間管理職のコンピテンシーは影響を受けることが明らかになった。

動因からは振り返りを経てコンピテンシーへ総合効果があることが示唆された。

## 5. 中間看護管理職のコンピテンシーの影響要因（個人要因・組織要因）

影響要因として明らかになったのは、個人要因の師長経験月数と



職位のみであった。組織要因については、本研究ではいずれも影響が認められなかった。

師長経験 10 年以上の看護中間管理職は、特に 5 年以下の者と比べて有意にコンピテンシーが高かった。看護中間管理職のコンピテンシーは、師長経験の長さによって培われるところが大きいことが示唆された。

また、個人要因として職位が動因に直接効果があったことから、職位をあげることにより動因は影響を受けることが示唆された。

師長経験の長さ、職位が上であることは動因と振り返りをへて総合効果があることが明らかとなった。

## 6. 看護中間管理職のコンピテンシーを育成するための示唆

動因から看護中間管理職のコンピテンシー、振り返りからコンピテンシー、動因から振り返りをへてコンピテンシーへ一方向の因果関係が認められたことから、看護中間管理職のコンピテンシーを育成するためには、「管理をすることはおもしろい」「スタッフを育てることは楽しい」「行動すればするほど現場が変わるという実感がある」「自分が管理する部署を良くすることで良い病院にしていきたい」「いざというときは目上の人にも対決することをいとわない」といった看護管理実践やスタッフ育成・支援への関心、動機づけを高め、信念を形成することが有効であることが示唆された。

また、看護中間管理職のコンピテンシーは、師長経験の長さによって影響を受けることが示されたことから、経験を蓄積することの重要である。職位があることでポジション・パワーが与えられ動因が高められるため、適切な職位を与えることが有効である。

そのうえで、自己や自己が周囲に与える影響を意識的に客観視し日々の看護管理実践からの経験を記録し意味づけることが有効である。

## Ⅱ．今後の課題

今回の研究は看護中間管理職の行動と思考の方法であるコンピテンシーに着目したが、今後はさらに洗練化を進め、看護中間管理職のコンピテンシー・モデルおよび尺度の開発が必要である。コンピテンシー・モデルは職務、職位、役割ごとに異なるモデルを設計するのが基本である。病院規模や病院の機能、開設者などによっても看護中間管理職のコンピテンシー・モデルは異なることが予測されるため、その状況に適合したモデル構築が課題である。また、看護中間管理職経験の長さによっても段階的に成長を促すために、それぞれに応じたコンピテンシーが必要になるとも考えられる。

また、コンピテンシー・モデルの開発ではその組織で求められ期待される能力の開発がされてきたが、本研究で用いたりサーチ・ベース・アプローチで得られたコンピテンシーとの乖離に着目することも必要と考えられる。どちらが適切なのか、または双方を総合して用いるほうがよいのかなどの検証も今後の課題である。

こうしたモデル開発を発展することで看護中間管理職の「高い業績」が何かを示すことができれば、本来のコンピテンシーである高い業績を生み出す看護中間管理職像が明らかになる可能性がある。

本研究ではコンピテンシーの前提となる関心や意図、意欲である「動因」と「振り返り」に着目して研究を行った。今後は動因や振り返りのほかに何がコンピテンシーに影響するかを参加観察などの手法を取り入れ、さまざまな行動特性を明らかにすることが課題である。

本研究の結果で明らかになった「動因」「振り返り」といったコンピテンシーと親和性が高いものについては、コンピテンシーとして含めた方が良いのか、別に位置づけた方が良いのかについても理論および実践としての整理が必要である

振り返りについては、今回の研究ではコンピテンシーとの関係を明らかにするという点を主眼においたため、振り返りの基本的スキルをベースにした変数を用いた。信頼性・妥当性のある振り返りの尺度が開発された場合は、尺度を用いた検証が必要である。さらに、高次の振り返りとコンピテンシーとの関連を明らかにするなど発展的に追究していくことが課題である。

また、本研究においては振り返りのプロセスの後半であるところの、思考や感情の変化が生じ、それを試験的に現場で吟味していきながら自分のものにしていくという過程はコンピテンシーに影響しないか、負の効果をもたらすという結果となった。その理由については本研究では明らかにできなかったため、以上の発展的な研究をおこなうことで明らかにしていくことも今後の課題となる。

## 謝辞

面接調査で快くインタビューを受けてくださった師長の皆様方、年度末の忙しい時期にもかかわらず質問紙を配布してくださった看護部長様・副部長様、質問紙をご自分のプライベートな時間をさいて書き、またポストまで投函するといった手間を惜しまずに返信くださった師長の皆様方に心から感謝申し上げます。これほど多くの方に協力いただけるとは思わず、おひとりおひとりの思いを早く形にしなければと思いながら時間が経過してしまいました。

看護部門長の皆様からは同意書の返信とともにあたたかい励ましのメッセージが同封されていることがありました。また、質問紙調査の対象者の皆様からは質問紙の空欄に「早く結果をください」といったことが時々書かれていました。なかには、おそらく眠い目をこすりながら一所懸命考えて質問に答えてくださった様子がわかる質問紙の記載もあり、研究を行ううえでの責任の重大さをあらためて感じ入りながら分析を進めました。このように、研究者としての倫理や気概を教えてくださいましたのも対象者の皆さまでした。

また、長い間、本当に辛抱強く指導していただきました山田覚教授にはたくさんのご心配とご苦労をおかけしました。適時、的確なご指導をいただきました。副査としてご指導いただきました中野綾美教授、森下利子（元）教授、竹崎久美子教授、時長美希教授には貴重なご示唆をいただきました。特に、中野綾美教授、森下利子（元）教授は入学時よりご指導いただき、あたたかく励ましてくださいました。博士課程同期の大西ゆかり助教にはいつも困っているときに助けてもらいました。教務課の方々にもたくさんのご配慮をいただきました。また、際限のない文献収集については、北海道文教大学鶴岡記念図書館司書の皆様に迅速に手配をしていただきました。

このように、多くの方々のご指導・ご支援に心より感謝致します。

最後に、いつもあたたかく励ましてくれ支援してくれた夫と、長期間の深夜帰宅にも不満ひとつ言わず待ってくれた子供たちに感謝します。

## 引用・参考文献

### A

- 阿部俊枝、上泉和子、栗屋典子ほか(2002)：看護ケアの質過程自己評価表の開発と妥当性の検証—QIプログラムを用いた第三者評価との比較とフォーカスグループインタビューを用いた分析—、日本看護管理学会誌、5(2)、19-28.
- 相原孝夫(2002)：コンピテンシー活用の実際、日本経済新聞社
- 青戸まり子、杉本美子、西村容子ほか(2006)：コンピテンシーから分析した部下が望む看護師長像、日本看護学会論文集(看護管理)、36、347-349.
- 朝倉久見子(2005)：臨床看護実践におけるコンピテンシー獲得の過程に影響を及ぼす経験、神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録、30、230-236.
- Alder, M.J.(1978)：Aristotle for Everybody Difficult Thought Made Easy、Bantan Books.
- American Nurses Association(1995)：Scope and Standards for Nurse Administrators, American Nurse Publishing
- American Nurses Credentialing Center (2003)：Magnet Recognition Program：Recognizing Excellence in Nursing Service：Health Care Organization Instruction and Application Process Manual, American Nurses Publishing,DC.
- Allison,S.E.,McLaughlin-Renpenning,K.E.:Nursing Administratoins in the 21<sup>st</sup> Century：A Self-Care Theory Approach, Sage Publications, Inc, 小野寺杜紀、木下里美、細田泰子ほか訳(2005)、オレム看護論にもとづく看護サービス管理の実際、27-36、医学書院
- American Organization of Nurse Executives (1992).: The role and function of the hospital nurse manager. Nursing Management、23(9)、36-38.
- American Organization of Nurse Executives (2005)：Nurse executive competencies、Nurse Leader、15-22.
- Atkins, S., Murphy, K. (1993)：Reflection：a review of the literature, Journal of Advanced Nursing, 18, 1188-1192.
- Axley, L. (2008)：Competency：A Concept Analysis. Nursing Forum、43(4)、214-222.
- 吾妻知美、鈴木英子(2007)：大学病院に勤務する新卒看護師の職業コミットメントに影響する要因、日本看護管理学会誌、11(1)、

## B

Badaracco, J.L. (2002) : *Leading Quietly*, Harvard Business Press,  
夏里尚子訳(2002)、静かなリーダーシップ、翔泳社

Bass, B.M., Avolio, B.J. (1995) : *The Multifactor Leadership  
Questionnaire Form.*, Sx. Palo Alto, Mind Garden

Barnet, G.V., & Depinet, R.L. (1991) : A reconsideration of testing  
for competence rather than intelligence , *American  
Psychologist*, 46(10) , 1012-1024

Benner, P. (2001) : *FROM NOVICE TO EXPERT : EXCELLENCE  
AND POWER IN CLINICAL NURSING PRACTICE,  
COMMEMORATIVE EDITION, 1<sup>st</sup> Edition* , Pearson  
Education, Inc, 井部俊子監訳(2005)、ベナー看護論 新訳  
版－初心者から達人へ、医学書院

別府知恵 (2015) : 北里大学病院における看護管理者のコンピテン  
シー クリニカルリーダーと連動させたキャリアパスの開発、  
看護管理、25 (7)、571-581.

Boyatzis, R.E. (1982) : *The Competent Manager*, Willy.

Boyd, E.M., False, A.W. (1983) : Reflective learning , key to  
learning from experience, *Journal of Humanistic  
Psychology*, 2(23) , 99-117.

Bradshaw, A. (1998) : Defining 'competency' in nursing (part  
II ): an analytical review *Journal of Clinical Nursing* 、  
7、103-111.

Bradshaw A., Merriman C. (2008) : Nursing competence 10 years  
on: fit for practice and purpose yet? *Journal of Clinical  
Nursing* 17, 1263-1269.

Brookfield, S. (1986) : *Understanding and Facilitating Adults  
Learning* , Jossey-Bass

Bulman, C., Schutz, S., (2013) : *Reflective Practice in Nursing 5<sup>th</sup>  
Edition* , Blackwell Publishing. 田村由美、中田康夫、津  
田紀子監訳(2014)、看護における反省的実践 原著第5版、  
看護の科学社

## C

Calhoun., J.G., Dollett, L., Senioris, M.E. et al (2008) :  
Development of an interprofessional competency model  
for Healthcare leadership , *Journal of Healthcare  
Management*, 53(6)、375 - 389.

Chase, L. K. (1994) : Nurse manager competencies. *Journal of*

Nursing Administration, 24(4), 56-64.

Chase, L.K. (2010) : Nurse manager competencies, Ph.D (Doctor of Philosophy) thesis, University of Iowa, <http://ir.uiowa.edu/etd/2681>.

千明政好、星野悦子、岩田幸枝ほか(2005) : 看護管理者がもつエキスパートナースのイメージに関する研究、群馬保健学紀要、26 (1)、1-10.

Clinton, M., Murrells, T., Robinson, S. (2005) : Assessing competency in nursing: A comparison of nurses prepared through degree and diploma programmes. Journal of Clinical Nursing, 14(1), 82-94.

Csikszentmihalyi, M. (1975) : Beyond Boredome and Anxiety, Jossey-Bass、今村浩明訳(1996)、楽しむということ、思案社  
Csikszentmihalyi, M. (1990) : Flow : The Psychology of Optimal Experience . Harper Perennial、今村浩明訳(1996)、フロー体験－喜びの現象学、世界思想社

Cleghorn, G.D., Headrick, L.A. (1996) : The PDSA cycle at core of learning in health professions education, Jt Comm J Qual Improv, 22(3),206-212.

Cranton, P.(1992) : Working with Adult Learners, Jossey -Bass. 入江直子、豊田千代子、三輪建二訳(1999)、おとなの学びを拓く－自己決定と意識変容を求めて、鳳書房

Cranton, P.(1994) : Professional Development as Transformative Learning, Jossey -Bass、入江直子、三輪建二訳(2004)、おとなの学びを創る－専門職の省察的実践をめざして、鳳書房

Conley, S.B. , Branowicki. P. , Hanley, D.(2007) : Nursing Leadership Orientation. A Competency and Preceptor Model to Facilitate New Leader Success. The Journal of Nursing Administration , 37(11), 491-498.

## D

Delaney, C., Huber, D.(1996) : A Nursing Management Minimum Date Set (NMMDS), A report of an invitational conference(monograph),American Organizational of Nurse Executives

Deci, E.L. (1975) : Intrinsic Motivation, Plenum, 安藤延男、石田梅男訳(1981)、内発的動機づけ－実験社会心理学的アプローチ、誠信書房

Deci, E.L. (1980) : The Psychology of Self-determination,

- Lexington Books、石田梅男訳(1985)、自己決定の心理学－内発的動機づけの鍵概念をめぐって、誠信書房
- Dewey, J. (1938) : Experience and Education, The Macmillan Company, 市村尚久訳(2004)、経験と教育、講談社
- Donabedian, A. (1988) The quality of care: How can it be assessed?, JAMA ,121 (11), 1145-1150.
- Driscoll, J., The, B.(2001).: The potential of reflective practice to develop individual orthopaedic nurse practitioners and their practice, Journal of Orthopaedic Nursing, 5(3),95-103.
- Dubois,D.(1993) : Competency-Based Performance Improvement: A Strategy for Organizational Change、Amherst, Mass、HRD Press.
- Duffield, C.(1994) : Nursing Unit Managers:Defining a Role、Nursing Management、25 (4)、63-67.
- Duffy, A. (2008): A concept analysis of reflective practice : determining its value to nurses, British journal of nursing, 16(22),1400-07.
- Duke, S., Appleton, J.(2000) : The use of reflection in a palliative care Programs : a quantitative study of the development of reflective skills over an academic year, Journal of Advanced Nursing、32(6)、1557-1568.
- E**
- 海老原嗣生(2003) : コンピテンシーとは、何だったのか、Works、57、2-47.
- Evers, H. K. (1984) : Patient' Experiences and Social Relations in Geriatric Ward (Ph.D) thesis: University of Warwick
- F**
- Failla KR, Stichler JF.(2008) : Manager and Staff Perceptions of the Manager's Leadership Style. The Journal of Nursing Administration38(11), 480-487.
- Fordham, A.J. (2005) : Using a competency based approach in nurse education、Nursing Standard、19 (31)、41-48.
- 藤原キミ(2005) : スタッフに対する看護師長のコミュニケーションスタイルに関する研究、看護・保健科学研究誌、5 (2)、73-83.
- 藤井さおり、田村由美(2008) : わが国におけるリフレクション研究の動向. 看護研究 41(3). 183-196.
- 藤井千春(2015) : Dewey の経験主義における「概念」の役割、行動の確実性をどのようにして高めるのか、日本 Dewey 学会紀要、

56、P. 99-108.

古川久敬編（2002）：コンピテンシーラーニング、日本能率協会マネジメントセンター

藤原史博・勝原裕美子（2010）：患者に対する看護師の誠意の構造—インタビューの結果から—、日本看護管理学会誌、14(2)、5-14.

## G

Gibbs G.,(1988).Learning by Doing : A Guide to Teaching and Learning Methods. Further Education unit. Oxford: Oxford Polytechnic.

Glaze,J.E..(2001) : Reflection as a transforming process:student advancednurse practitioners' experiences of developing reflective skills as part of an MSc programme. Journal of AdvancedNursing,34(5).639-647.

Goleman, D.(1995) : EMOTIONAL INTELLIGENCE, Brockman INC.、土屋京子訳(1996)、EQ こころの知能指数、講談社

Goleman, D.,Boyatzis,R.,Mckee,A.(2002) : Primal Leadership : Realizing the Power of Emotional Intelligence、harvard Business School Press、土屋京子訳（2002）、EQ リーダーシップ - 成功する人の「こころの知能指数」の活かし方、日本経済新聞出版社

Goodman J.(1984) : Reflection and teacher education : a case study and theoretical analysis. Interchange 15(3).9-26.

後藤姉奈・川島珠実（2010）：新任師長が体験する困難とその対処におけるロールモデルの様相、日本看護管理学会誌、14(1)、68-76.

Greenwood J.(1993) : Reflective practice: a critique of the work of Argyris and Schon. J Adv Nur 18(8). 1183-7.

Fretwell、J.E.（1982）も、一般病棟の婦長が、仕事上で好みと優先順を自分で選択しているということをお明らかにした。

## H

萩本孝子,笠松由佳,相澤恵子,柳井晴夫（2014）：看護師長の承認行為尺度の開発、日本看護管理学会誌、18（1）、56-65.

原井美佳(2008):看護師長アイデンティティに関連する要因の検討、日本看護管理学会誌、11（2）、59-66.

Harsey, P., Blanchard, K.H., Johnson, D.E.（1996） : MANAGEMENT OF ORGANIZATIONAL BEHAVIOR (7<sup>th</sup> Edition), PRENTICE HALL, INC. 山本成二、山本あずさ訳(2000)、入門から応用へ 行動科学の展開 新版 人的資源



の活用、生産性出版

早川ひと美、上泉和子、鄭佳紅ほか(2005) : 看護管理者教育ファーストレベル教育の評価-修了者の動向から、青森県立保健大学雑誌、6(1)、103-105.

Heller, B.R., Drenkard, K., Esposito-Herr, M.B., et al (2004) : Educating Nurse for Leadership Roles, The Journal of Education in Nursing, 35(5), 203-233.

東堤久恵、青山ヒフミ、勝山貴美子(2012) : 就任初期の看護師長が役割遂行において役割を取得するプロセス-困難の体験に関連した役割の取得からの検討-、大阪府立大学看護学部紀要、18(1)、11-21.

平尾智広、長谷川敏彦、長谷川友紀(2005) : 医療の質の確保のためのコアとなる職種横断的資質に関する研究、平成 16(2004) - 17 (2005) 年度 厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 医療技術評価総合研究事業 総括・分担研究報告書.

平田明美、戸梶亜紀彦(2013) : 病棟看護師長の役割認識に関する研究、日本医療・病院管理学会誌、50(4)、275-284.

Husted, G.L., Husted, J.H. (1995) : Ethical Decision Making in Nursing, 2<sup>nd</sup> edition, Mosby-Year Book, Inc., 藤村龍子、樽井正義監訳、臨床実践のための看護倫理 倫理的意思決定へのアプローチ、283-294、医学書院

## I

Iacono, M. (2000) : Leadership / management, Managing conflict / employee counseling, Journal of Perianesthesia Nursing, 15(4), 260-262.

井部俊子、嶋森好子、畠中智代ほか(2007) : 病院管理における看護管理者の位置づけと機能のあり方 : 副院長のコンピテンシーと看護職副院長の評価に関する病院長の認識、病院管理、313、119-123.

井部俊子、山田雅子、松本直子ほか(2012) : 力のある看護管理者をどう育てるか-日本看護協会認定看護管理者制度の改革案、聖路加看護大学紀要、38、63-70.

井部俊子、中西睦子監修(2015) : 看護権利基本資料集 2015年度版、日本看護協会出版会、59.

市川官子、櫻庭真美、坂本みよ子ほか(2006) : 主任看護師のコンピテンシー分析 コンピテンシー測定調査票を使用して、日本看護学会論文集(看護管理)、36、291-293.

池西悦子、田村由美(2008) : 看護実践に埋め込まれたリフレクショ

ンの構造：マイクロモメント・タイムライン・インタビュー法の活用、看護研究、41(3)、229-238.

井上祐子、倉田節子、岡須美恵(2015)：中堅の中間看護管理者がとらえる人材育成に関する問題、ヒューマンケア研究学会誌、6(2)、27-34.

岩脇千裕(2007)：日本企業の大学新卒者採用におけるコンピテンシー概念の文脈：自己理解支援ツール開発に向けての探索的アプローチ、JILPT Discussion Paper Series、7(4).

## J

Jasper, M.(2003)：Beginning Reflective Practice, Nelson Thomas Limited、中田康夫、光成研一郎、山崎真由美 監訳(2014)：ナースのための反省的実践 教育と臨床をむすぶ学びのコア、ゆみる出版

Johansson, G., Porn, I., Theorell, I., et al (2006)：A first-line nurse manager's goal-profile, Journal of Clinical Nursing 16, 149-159.

Johns, C.(1995)：Framing learning through reflection within Carpers fundamental ways of knowing, JAdv Nurs 24(6),226-34.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations(JCAHO)(2006)：Comprehensive accreditation manual for hospitals, Oakbrook Terrace

Johns, C. (2011)：Guided Reflection, 2<sup>nd</sup> edn. Willy Blackwell

## K

甲斐聖人(2002)：人材育成につなげるこれからの評価制度 コンピテンシーを取り入れた人事評価制度 済生会熊本病院の人材マネジメント、看護管理 12(7)、537-542.

上泉和子、豊増佳子、金井 Pak 雅子ほか(1999)：現行看護管理教育カリキュラムの分析、日本看護管理学会誌、3(1)、27-34.

上泉和子(2001)：ケアの時代の看護管理者の育成、日本看護管理学会誌、4(2)、6-14.

上泉和子編(2006)：看護ユニットマネジメント、医学書院

神田清子、藤本桂子、菊地沙織ほか(2015)：看護職のキャリア形成としての大学院進学・人事交流に関する基本調査、群馬保健学紀要、35、11-20.

金井壽宏(2001)：HRMの重要性—コア・コンピタンスとコンピテンシー、経営者 55(1)、59-61.

金井壽宏、高橋清(2004)：組織行動の考え方 人を活かし組織力を高める9つのキーコンセプト、東洋経済新報社

- 金子弘美、宗村美江子、佐藤八重子ほか(2007)：チーフナースの  
コンピテンシー・モデルの開発(その2)、共済医報 56、134.
- 狩野裕(1997)：共分散構造分析とソフトウェア、BASIC 数学、現代  
数学社、1-14.
- 笠井恵美(2007)：対人サービス職の熟達につながる経験の検討—教  
師・看護師・客室乗務・保険営業の経験比較—、Works Review、  
2、50-63.
- 檜原理恵、長谷川智子(2011)：看護師の組織文化に対する認識と離  
職行動への影響に関する分析、日本看護管理学会誌、15(2)、  
126-134.
- 加藤恭子(2011a)：日本企業の HRM におけるコンピテンシーの再定  
義—コンピテンシー概念とコンピテンシー・モデルの使い分け  
—、日本労務学会誌、12(2)、25-41.
- 加藤恭子(2011b)：アメリカにおけるコンピテンシー概念の変遷～  
1990年代における EQ 概念の生成とコンピテンシー・モデル  
の分離を中心に～、経済集誌、81(2)、21-35.
- 勝山貴美子(2010)：日本における次世代の看護管理者教育とは何  
か？—アメリカのプログラムの学びを通して—、大阪府立大  
学看護学部紀要、16(1)、21-32.
- Katz, R.L.(1974)：Skills of an Effective Administrator、Harvard  
Business Review、52(5)、90-102.
- 菊池真紀子(2012)：入職早期の新卒看護師への看護師長の関わり、  
日本看護管理学会誌、16(2)、130-138.
- 桐山雅子、砂川洋子、奥平貴代ほか(2002)：総合病院に勤務する看  
護中間管理者のストレスと関連要因に関する研究、日本看護研  
究学会誌、25(4)、61-71.
- Klemp, G.O.(1980)：The Assessment of Occupational Competence、  
Report to the National Institute of Education.
- Kolb, D.A. (1984)：Experiential learning：Experience as the  
source of learning and development、Prentice-Hall.
- 近藤隆雄(1999)：サービス・マネジメントとは、日本看護管理学  
会誌、3(2)、14-20.
- 小西 友七、南出 康世(2007)：ジーニアス英和辞典(第4版)、大  
修館書店
- 神戸大学医学部附属病院看護部(2015)：神戸大学医学部附属病院看  
護部マネジメントラダーマニュアル、第2版.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部(2012)：平成24年度 衛生行政報告  
例
- 厚生労働省(2013)：平成25年医療施設(動態)調査・病院報告の

概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/>

厚生労働省（2013b）：第3回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会、資料5。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002rad0-att/2r9852000002skuh.pdf>

厚生労働省(2014a)：第1回看護職員需給見通しに関する検討会資料3-1。

厚生労働省(2014b). 平成26年(2014)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況。

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/>

Krairikh, M. (2000) : The relationship among staff nurses' participation in decision making, nurse managers' leadership competencies, and nurse-physician collaboration. Case Western Reserve University (Health Sciences), doctoral dissertation, 169.

クリフォード J. (2000) : エキスパートとは何か. エキスパートナース、16(7).

黒田久美子、大室律子、北池正ほか(2007) : 大学病院の副看護部長研修に関するインタビュー調査報告、看護管理、17(11). 990-993.

楠見孝(1999) : 中間管理職のスキル 知識とその学習、日本労働研究雑誌、474、

[http://db.jil.go.jp/db/ronbun/zenbun/F2000040046\\_ZEN.htm](http://db.jil.go.jp/db/ronbun/zenbun/F2000040046_ZEN.htm)

L

Latham, G.(2007) : WORK MOTIVATION, Sage Publications, Inc.  
金井壽宏監訳、依田卓巳訳 (2009)、ワーク・モチベーション、NTT出版

Lefton, C.(2012) : Strengthening the Workforce Through Meaning Recognition, Nurs Econ、30(6)、331-339.

Lenburg, C.B., Lipson, J., Demi, A., et al (1995): Promoting cultural competence in nursing education, American Academy of Nursing.

Lenburg, C. (1999): The Framework, Concepts and Methods of the Competency Outcomes and Performance Assessment (COPA) Model, Online Journal of Issues in Nursing、4(2)、Manuscript 2. [http:](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketp)

[www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketp](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketp)

lace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume41999/  
No2Sep1999/COPAModel.aspx

- Loo, R.(2003) : Project Management : A Core Competency for Professional Nurses and Nurse Managers、Journal for Nurses in Staff Development、19(4)、187-194.
- Losey,M.R.(1999): Mastering the Competencies of HR Management、Human Resource Management、38(2) 、99 - 102.
- Lowe, P.B., Kerr, C.M., (1988) : Learning by reflection : the effect on educational outcomes、J Adv Nurs、 27、1030-3.
- Lucas, V., Laschinger, H.K., Wong C.A. (2008) : The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment : the moderating effect of span of control, Journal of Nursing Management 16、964-973.
- Lucia,A.D.,Lepsinger,R.(1999): The Art and Science of Competency Models、Jossey-Bass Pfeiffer、遠藤仁訳(2002) 実践コンピテンシーモデル、日経 BP 社

## M

- McCaule, C.D., Moxley,R.S. Velsor,E.V. (1988) : The Center for Creative Leadership: Handbook of Leadership Development. New York: Jossey-Bass 金井壽宏監訳、嶋村伸明・リクルートマネジメントソリューションズ組織行動研究所訳(2011) リーダーシップ開発ハンドブック、白桃書房
- McLagan, P. (1980): Competency Models, Training&Development Journal、34(12)、22-26.
- 松浦正子、林千冬(2005) : 看護師長のコンフリクト対処行動、日本看護管理学会誌、8 (2)、21-29.
- 松浦正子(2016) : マネジメント・リーダーの教育的意義、看護展望、41 (4)、メジカルフレンド、18-22.
- 松尾睦(2006) : 経験からの学習ープロフェッショナルへの成長プロセス、同文館出版
- 松尾睦(2013) : 成長する管理職、東洋経済新報社
- Matsuo, M. (2012) : Leadership of learning and reflective practice: An exploratory study of nursing managers、Management Learning、43(5)、609-623.
- Matuo, M. (2015) : A Framework for Facilitating Experiential Learning. Human Resource Development Review、14 (4)、442-461.
- 松岡 緑 (2002) : 看護職の人事考課の現状と認識、日本看護管理学

- 会誌、6(1)、26-36.
- 松下博宣(2006):看護経営学 看護部門改造計画のすすめ、第4版、  
日本看護協会出版会、35-41.
- McCarty, M., Higgins, A. (2003): Moving to an all graduate  
profession: preparing preceptors for their role. *Nursing  
Educational Today*, 23(2), 89-95.
- McClelland, D.C. (1973): Testing for Competence Rather than for  
intelligence, *American Psychologist*, 28, 1-14.
- Meyer, R.M.(2008): Span of management: concept analysis.  
*Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 104 - 112.
- Mezirow, J. (1981): A critical theory of adult learning and  
education, *Adult education*, 32(1)、3-24.
- Mezirow, J. (1990): *Fostering Critical Reflection in Adulthood*,  
Jossey-Bass
- 南谷志野, 梶原智代美, 高木仁美 (2013): A 県立病院合同看護管理  
研修の効果測定—看護管理への関心度, 自己効力感, キャリ  
ア志向の研修前中後比較—、*日本看護管理学会誌*、17(2)、  
136-145.
- Mintzberg, H. (1973): *THE NATURE OF MANAGERIAL  
WORK*, Harper Collins Publishers Inc., 池村千秋訳(2014)、  
マネージャーの仕事、白桃書房
- Mintzberg, H.(2009): *Managing*, Bennett-Koehler Publishers.  
池村千秋訳(2011):マネージャーの実像 管理職はなぜ仕事に  
追われているのか、日経 BP 社
- 宮武陽子(2006):看護部のパフォーマンスアップを実現する師長の  
能力開発 看護師長に求められる役割とコンピテンシー、*看護  
部長通信*、4(4)、8-12.
- 溝口幸枝、青山ヒフミ(2014):財務知識を習得した看護管理者の経  
営参画の実際、*大阪府立大学看護学部紀要*、21(1)、41-48.
- 水野暢子(2013):看護中間管理者のキャリア発達過程とそれに関連  
する要因、*日本看護研究学会雑誌*、36(1)、81-92.
- 門間典子、庄子由美、畠山里恵ほか(2015):マネジメントリーダーと  
コンピテンシー・モデルの融合 東北大学病院の取り組み、*看護  
管理*、25(7)、582-587.
- 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、41(1)、130-141.
- 森永 雄太、服部 泰宏、麓 仁美ほか (2012):相互依存的な職務設  
計と動機づけの関係、*組織科学*、46(2)、64-74.
- 森山美香、舟島なをみ(2015):看護師長としての望ましい行動—看

- 護師長の知覚を通して一、看護教育学研究、24(1)、57-68.
- 本村美和、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、日本看護研究学会誌、36(1)、61-70.
- Mowday, R. T., Steers R .M., Porter, L.W.,(1979) : The measurement of organizational commitment, Journal of Vocational Behavior,14(2),224-247.
- 宗村美江子(2007)：チーフナースのコンピテンシー 虎の門病院におけるコンピテンシーモデルの開発とその活用、看護管理、17(10)、843-850
- 宗村 美江子(2011)：管理職の仕事を評価する：—チーフナースのコンピテンシー・モデル—、日本看護評価学会誌、1(1)、35-40..
- 村田由香、吉田和美、新道幸恵(2013)：スタッフマネジメントにおける看護師長のケアリング、Japanese Red Cross Hiroshima Coll.Nurs.、13、9-17.
- 巴山玉蓮、山澄直美、鶴田早苗(2009)：組織における看護職者の意思決定に必要な要素の検討—病院の政策形成過程における看護職副院長の活動内容を通して—、日本看護管理学会誌、13(2)、5-12.
- N
- 永井隆雄 (2004)：8. 米国人システムへの移入をめぐる諸問題：目標管理とコンピテンシーの日本的展開を中心に、労務理論学会誌、13、205-223.
- 中川典子、林千冬(2008)：看護師—医師関係における会話の特徴と協働関係形成の条件、日本看護管理学会誌、12(1)、37-48.
- 中西睦子、小池智子、松浦正子編(2013)：看護サービス管理、第4班、医学書院
- 中野久子、大林雅之、家永登ほか(2008)：日本の病院における倫理的課題に対する認識と対処の現状—看護管理者の視点をめぐって—、生命倫理、18(1)、75-82.
- 中山洋子(2005)：求められる看護部長・副院長能力と看護教育、病院、64(5)、366-369.
- 日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会(2008)：提言 看護職の役割拡大が安全と安心の医療を支える、平成20年8月18日.
- 日本看護協会編(2007)：日本看護協会看護業務基準集2007年改訂版、日本看護協会出版会
- 日本看護協会(2011)：看護師長調査結果  
[https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/jikan/.../02\\_0](https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/jikan/.../02_0)

5\_11.pdf

日本看護協会(2014):2014年認定看護管理者の活動実態に関する調査結果

日本看護協会:「認定看護管理者制度ファーストレベルカリキュラム基準」「認定看護管理者制度セカンドレベルカリキュラム基準」「認定看護管理者制度サードレベルカリキュラム基準」

日本看護協会(2015):認定看護管理者教育機関審査要項

<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2015/05/CNAshinsayoukou2015zentaiban.pdf>

日本看護系大学協議会(2015):

[http://www.janpu.or.jp/download/pdf/janpu\\_kango.pdf](http://www.janpu.or.jp/download/pdf/janpu_kango.pdf)

仁木恵美子、勝見真澄、高木日登美ほか(2011):中間管理者のマネジメント能力向上への支援のあり方 - マネジメントリーダー認定結果からの考察、市立札幌病院医誌、70(2)、69-74.

二村英幸(2001):成果主義と個別人事管理—成果主義におけるコンピテンシーの効用と課題、組織科学、34(3)、32-41.

西澤知江、真田弘美、萱間真美(2008):皮膚・排泄ケア認定看護師の褥瘡管理コンピテンシーモデルの構築、日本褥瘡学会誌 10(2)、117-121.

NMMDS-j研究会(2007):ナースのための管理指標 MaIN、医学書院.

野中らいら、武村雪絵、佐々木美奈子ほか(2009):看護師長のリーダーシップに対するスタッフナースのとらえ方と仕事への意欲の関連—変革型リーダーシップに注目して—、日本看護管理学会誌、13(2)、66-72.

能見清子、水野正之、小澤美枝子(2010):看護職員の情緒的組織コミットメントの関連因子—臨床経験年数別の分析—、日本看護科学学会誌、30(3)、51-60.

O

Oates,T.(2003):Key skills/key competencies: Avoiding the pitfalls of current initiatives. In Rychen,L.H.,Salganik,L.H.,Mclaughlin,M.E.,Selected contribution to the 2<sup>nd</sup> DeSeCo symposium.

OECD 教育教育研究革新センター編(2010):The Nature of Learning: USING RESEARCH TO INSPIRE PRACTICE、OECD、佐藤智子、赤尾勝巳、中澤智恵ほか訳(2013)、学習の本質—研究の活用から実践へ—、明石書店

大滝令嗣、南雲道朋(2000):コンピテンシーの歴史と米国・日本での現状、人材教育、12(8)、14-18.



- 太田隆次 (2002) : 米国大使館でのコンピテンシー講演を終えて、  
 労務事情、39 (1015)、63-65.
- 太田肇(2014) : 承認とモチベーション 実証されたその効果、同文  
 館出版
- 岡本初美、山下和子、福原洋子ほか(2006) : 医療安全に関する新人  
 看護師のコンピテンシー・ディクショナリーの作成、全国自  
 治体病院協会雑誌、46(6)、87-91.
- 奥裕美、井部俊子、柳井春夫ほか(2010) : 看護管理実践のための自  
 己評価指標の開発、日本看護科学会誌、30(2)、32-43.
- 大串正樹(2007) : ナレッジマネジメント : 創造的な看護管理のため  
 の12章、医学書院
- 大串正樹、北浦暁子、太田加世ほか(2007) : 看護管理者のための自  
 己評価指標 - 日本版看護管理ミニマムデータセット (NMM  
 D S - j) の開発、日本看護管理学会誌、11(1)、5-12.
- 大滝 令嗣、南雲 道朋 (2000) : コンピテンシーの歴史とアメリカ・  
 日本での現状、人材教育 12(8)、14-18
- 大鳥和子、福島 (櫛本) 和代(2014) : 熊本県内の中小規模病院にお  
 ける看護管理者教育の実態調査、九州看護福祉大学紀要、  
 15(1)、57-65.
- Ormond, C., Luszcz, A., Mann, L., et al(1991) : A metacognitive  
 analysis of decision making in adolescence、J Adolesc、  
 14(3)、275-291.
- O'Shea. (2002) : Staff Development nursing secrets, Hanley &  
 Belfus.
- 小塩真司(2004) : SPSS と AMOS による心理・調査データ解析 因  
 子分析・共分散構造分析まで、東京図書
- 小山田恭子(2007) : 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、日本看  
 護管理学会誌、11 (1)、13-19.
- 小澤幸夫、村田厚生(2014) : 看護師のキャリアパス別に必要なスキ  
 ルとコア能力に関する調査研究、人間工学、50 (6)、359  
 - 367.

## P

- Paget, T. (2001) : Reflective practice and clinical outcomes  
 practitioners' views on how reflective practice has  
 influenced their clinical practice, J Clin Nurs.,10(2),  
 204-214.
- Prehalad, C.K., Hamel, G. (1990) : The Core Competence of the  
 Corporation, Harvard Business Review 68 , 79-87.

Pugh, J.B., Woodward-Smith, M. (1989) : NURSE MANAGER A Practical Guide to Better Employee Relations, 2<sup>nd</sup> Edition, 井部俊子訳(2000) : ナースマネージャー第2版 部下とよりよい関係をつくる実践ガイド. 日本看護協会出版会.

## R

Rychen, D.S., Salganik, L.H. (2003) : KEY COMPETENCIES FOR A SUCCESSFUL LIFE AND A WELL-FUNCTIONAL SOCIETY、立田慶裕監訳(2006) : キー・コンピテンシー～国際標準の学力をめざして～、明石書店

Raup, G.H. (2008) : The Impact of ED Nurse Manager Leadership Style on Staff Turnover and Patient Satisfaction in Academic Health Center Hospitals, Journal of Emergency Nursing, 34(5), 403-409.

Reid, B. (1993) : "But we're doing it already!" Exploring a response to the concept of reflective practice in order to improve its facilitation, Nurse Education Today, 13, 305-309.

Rogers, R.R. (2001) : Reflection in higher education : a concept analysis, Innovative Higher Education, 26(1), 37-57.

労務行政研究所編集部(2011) : 人事考課制度の最新実態 処遇への反映、考課要素のウェイト構成からフィードバックの実施状況まで、労政時報、3797(11)、14-39.

## S

坂口桃子、作田裕美、新井龍ほか(2006) : 看護師のコンピテンシー—患者・看護師・医師からの情報に基づいて—、滋賀医科大学看護学ジャーナル、1、12-18.

坂元綾、山田覚、長戸和子(2015) : スタッフ育成における病棟看護師長の役割の構造、高知県立大学紀要看護学部編、65、25-32.

Scoble, K, Russell, G. (2003) : Vision 2020, part1. Journal of Nursing Administration, 33(6), 324-330.

作田裕美、坂口桃子(2008) : 救急初療に働く看護師のコンピテンシーの特徴 : 1施設における調査から、日本臨床救急医学会雑誌、11(1)、14-20.

佐々木菜名代、井部俊子、倉岡有美子ほか(2015) : 日本看護管理学会誌が取り組む上級看護管理者の育成 コンピテンシーを基盤とした看護管理者研修プログラムの実施と評価、看護管理、25(7)、564-570.

佐藤エキ子(2007) : ナースマネージャーの選出と人材育成 : 最もや

- りがいのあるポジションへの期待、看護管理、17（10）、851  
- 857.
- 佐藤貴美子(1997)：婦長業務遂行状況の評価、日本看護管理学会誌、  
1(1)、49-60.
- 佐藤浩子、三浦紀子、杉尾節子ほか(2008)：看護職員の職務向上の  
ための方策：看護経験歴に着目した職務満足度向上のための方  
策、日本看護学会論文集（看護管理）、38、107-109.
- 聖路加国際病院看護部編：職位職務規定
- Schön, D.A.(1987)：Educating the Reflective Practitioner：  
Toward a New Design for Teaching and Learning in the  
Professions (Higher Education Series), Jossey-Bass  
佐藤学、秋田喜代美訳(2001)、専門家の知恵：反省的実践家  
は行為しながら考える、ゆみる出版(原著の第1部第2章と第  
3部第10章前半の翻訳)
- Sellgren, S.F., Ekvall, G., Tomson, G.(2008)：Leadership  
behavior of nurse managers in relation to job satisfaction  
and work, climate, Journal of Nursing Management, 16,  
578-587.
- Shewchuk, R.M., O'Connor, S.J., Fine, D.J.(2005)：Building an  
Understanding of the Competencies Needed for Health  
Administration Practice, Journal of Healthcare  
Management, 50(1), 32-47.
- 柴田秀子、井部俊子、小山田恭子(2003)：看護管理における継続教  
育と看護管理者に求められる能力－日本看護協会認定看護管  
理者教育課程サードレベルを修了した看護部長の認識－。  
日本看護管理学会誌、7(1)、5 - 16.
- 志田京子、手島恵、吉田千文（2015）：中小規模病院の看護管理者に  
必要とされている看護管理能力、第19回日本看護管理学会学術  
集会抄録集、289.
- 重松節美(2002)：コンピテンシーを取り入れた看護職員の人事考課  
済生会熊本病院における試み、看護展望 27(10)、1132-1143.
- 椎橋依子(2016)：仕事の意味を見出す職場づくり、看護管理、26(4)、  
332-336.
- Shippmann, J.S., Ronald, A.A., Schön, D.A., (1983)：The  
Reflective Practitioner: How Professionals Think in  
Action, Arena
- Sorensen, R., Ikedema, R., Severinsson, E.,(2008)：Beyond  
profession: nursing leadership in contemporary healthcare,  
Journal of Nursing Management 16, 535-544.

- Spencer, L.M., Spencer, S.M.(1993): *COMPETENCE AT WORK: MODELS for SUPERIOR PERFORMANCE*, John Wiley & Sons、梅津祐介良、成田攻、横山哲夫訳(2001、2013) コンピテンシー・マネジメントの展開：導入・構築・活用、生産性出版.
- Stefl, M.E.(2008) : *Common competencies for all healthcare managers : the Healthcare Leadership Alliance model. Journal of Healthcare Management* 、53(6)、360 - 373.
- 須田 敏子(1999) : イギリスにおけるコンピテンシー・アプローチとコンピテンシー要件の抽出方法、人材教育、11(5)、83-88.
- 菅田勝也(2009) : 看護評価の地平、日本看護管理学会誌、12 (2)、5-11.
- 杉谷佐久良(2004) : 看護師のライフヒストリーから見るコンピテンシーの獲得過程、神奈川県立保健福祉大学実践教育センター、看護教育研究集録 29、198 - 204.
- 杉田由加里(2011) : 支援システムを構築・発展させる行政保健師のコンピテンシー・モデルの開発、日本地域看護学会誌、13(2)、77-85.
- Smith,P. (1992) : *The Emotional Labour of Nursing: Its Impact on Interpersonal Relations, Management and the Educational Environment in Nursing*, Palgrave Macmillan、武井麻子、前田泰樹監訳(2000) : 感情労働としての看護、ゆみる出版
- Strickland O.L., Dilorio,C.(2003) : *Measurement of Nurisng Outcomes Client Outcomes and Quality of Care 2<sup>nd</sup> Edition*, Springer Publishing Company,Inc. 中岡ひさ子訳 (2006)、看護アウトカムの測定 患者満足とケアの質指標、エルゼビア・ジャパン
- 鈴木英子、吾妻知美、齋藤深雪ほか(2009) : 重症身体障害者施設の看護管理者のアサーティブネスとアサーティブになれない状況の実態、日本看護管理学会誌、12 (2)、74-85.
- 鈴木英子、多賀谷昭、松浦利江子ほか (2009) : 看護管理職のアサーティブネストレーニング前後のバーンアウト得点の比較、日本看護管理学会誌、13 (2)、50-57.

## T

- 多田 浩司(2012):感情知能の変化が上司と部下の関係性に与える影響、組織科学、46(1)、 58-70.
- 高木 晴夫、仲瀬 泰浩 (2002) : コンピテンシー活用の効果と限界 東証一部上場企業の実態調査、人材教育、14(4)、47-51.
- 高橋潔、金井壽宏(2001) : 元気の出る経営行動科学 (1) コンピテ

- ンシーとは何なのか、一橋ビジネスレビュー、49(3)、92-107.
- 高本賢司(2006):東京都職員採用試験におけるコンピテンシー面接、人事試験研究、198、2-5.
- 高谷嘉枝(2007):師長の変革型リーダーシップと職務満足に関する研究-看護師の臨床経験年数と看護基礎教育との関連-、UHCNAS, RINCPC Bulleyin、14、93-105.
- 武村雪江(2014):コンピテンシー・モデルと看護管理、東京大学医学部附属病院看護部、東京大学医科学研究所附属病院看護部、武村雪絵編集、看護管理に活かすコンピテンシー 成果につながる「看護管理力」の開発、メヂカルフレンド社、1-6.
- 武内龍伸、大西麻未、菅田勝也(2009):看護に対する患者の期待-文献レビューによる考察-、日本看護管理学会誌、13(2)、81-88.
- 田村由美(2008a):リフレクションとは何か:その基本的概念と看護・看護研究における意義、看護研究 41(3)、171-181.
- 田村由美(2008b):看護基礎教育におけるリフレクションの実践:神戸大学医学部保健学科の試みから、看護研究 41(3)、197-208.
- 田村由美(2012):看護管理者がリフレクションを行う意義、看護管理、22(11)、930-934.
- 田村由美、池西悦子(2014a):看護の教育・実践に活かすリフレクション 豊かな看護を拓く鍵、南江堂
- Tannennbaum,R.Weschler,I.R.,Massarik,F.(1959): Leadership and Organization: A Behavioral Science Aproach, New York: McGraw-Hill.
- Ten, H.P.(2008): Nurse manager competency and the relationship to staff satisfaction, patient satisfaction, and patient care outcomes. Capella University, doctoral dissertation, 149.
- 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、医療文化社
- 寺岡三左子(2011):主任看護師が捉えた主任としての役割、日本看護管理学会誌、15(2)、158-165.
- 寺島泰子、良村貞子(2005):看護部目標に対する看護師の認識とモラル、日本看護管理学会誌、9(1)、38-44.
- Terry,G.R.(1960): Principals of Management, 3<sup>rd</sup> ed, Homewood, III.
- 手島恵(2014):スタッフの主体性を高めチームを活性化する!看護のためのポジティブ・マネジメント、医学書院

- 手島恵、吉田千文、志田京子ほか(2016) : 中小規模病院の看護管理能力向上を支援するガイド 人をひきつけ生き生きと地域に貢献する病院づくり、平成26・27年度 厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Isaikyoku/0000113518.pdf>
- Tesluk,P.E.,Jacobs,R.R.(1988) : “Toward an Integrated Model of Work Experience.” , *Personal Psychology*, 51, 321-355.
- Tilley, D.S. (2008) : Competency in Nursing : A Concept Analysis, *The Journal of Continuing Education in Nursing* 39(2),58-65.
- 巴山玉蓮、山澄直美、鶴田早苗(2009) : 組織における看護職者の意思決定に必要な要素の検討—病院の政策形成過程における看護職副院長の活動内容を通して—、*日本看護管理学会誌*、13(2)、5-12.
- 東京大学医学部附属病院看護部、東京大学医科学研究所附属病院看護部、武村雪絵編集(2014) : 看護管理に活かすコンピテンシー成果につながる「看護管理力」の開発、メヂカルフレンド社
- 虎の門病院看護部編(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、医学書院
- 豊田秀樹、竹内啓監修(1992) : SASによる共分散構造分析、東京大学出版会
- 豊田秀樹編(1998) : 共分散構造分析 事例編 構造方程式モデリング、北大路書房
- 豊田秀樹編(2000) : 共分散構造分析 応用編—構造方程式モデリング—、朝倉書店
- 豊田秀樹編(2003a) : 共分散構造分析 技術編—構造方程式モデリング—、朝倉書店
- 豊田秀樹編(2003b) : 共分散構造分析 疑問編—構造方程式モデリング—、朝倉書店
- 豊田秀樹編(2007) : 共分散構造分析 理論編—構造方程式モデリング—、朝倉書店
- 豊田秀樹編(2009) : 共分散構造分析 実践編—構造方程式モデリング—、朝倉書店
- Trier,U.P.(2003): Twelve countries contributing to DeSeCo: A summary report,Selected contributions to the 2<sup>nd</sup> DeSeCo symposium
- 投野由紀夫編(2004) : ケンブリッジ英和辞典. 小学館
- 塚本尚子、結城瑛子、舩木由香ほか (2009) : 組織風土としての看護

護師長のあり方が看護スタッフのバーンアウトに及ぼす影響、  
日本看護研究学会雑誌、32(5)、105-112.

堤妙子(2016)：看護管理者からの承認行為が看護師のワーク・エン  
ゲイジメントに与える影響、看護管理、26(4)、342-347.

## U

和田攻、南裕子、小峰光博ほか編(2010)：看護大辞典、医学書院

## W

Wade, G.H., Osgood, B., Avino, K., et al(2008) : Influence of  
organizational characteristics and caring attributes of  
managers on nurses' job enjoyment, Journal of Advanced  
Nursing, 64(4), 344 - 353.

Wajner, A.W. (2001) : Outcomes Management, Mosby, Inc. 早野真  
佐子訳(2003)、アウトカム・マネジメントー科学的ヘルスケ  
ア改善システムの臨床実践への応用ー、日本看護協会出版会

若林満 (2006) : 組織内キャリア発達とその環境、経営行動科学、  
19(2) 、77-108.

Wallace, D.(1996) : Using reflective diaries to assess students,  
Nurs Stand, 3(10),44-7.

渡邊郁子、塚原節子(2013)：ワークライフバランスに取り組む病院  
に勤務する看護師の職務満足度、日本看護管理学会誌、17(1)、  
37-47.

Weinert, F.E.(2001) : Concept of competence: A conceptual  
clarification, Defining and selecting key competencies,  
Hogrefe&Huber

White, R.W. (1959) : Motivation Reconsidered : The Concept of  
Competence. Psychological Review、66、297-333.

## Y

山本嘉一郎、小野寺孝義編(2002)：Amos による共分散構造分析と  
解析事例 第2版、ナカニシヤ出版

山本雅子、宮腰由紀子、高瀬美由紀ほか(2013)：病院看護職におけ  
る新任中間管理者の職務動機づけに影響する要因、日本職  
業・災害医学会会誌、61(1)、62-68.

山本覚、松下由美子、田中彰子ほか(2012)：看護職のキャリア目標  
の設定とキャリア・プラトー化との関係ー内容的プラトー化  
との比較の観点からー、産業・組織心理学研究、25(2)、147  
-159.

山寄絆(2008)：日本における看護職副院長の歴史と課題、看護、60(3)、  
40-45.

谷田恵美子、中桐佐和子、道廣睦子(2006)：看護管理者基盤能力：

- 勤務年数による比較、看護・保健科学研究誌、  
吉田千文、手島恵、志田京子ほか(2015)：中小規模病院の看護職ト  
ップマネージャーの行う看護管理、第19回日本看護管理学会  
学術集会抄録、301.
- 吉田二美子(2007)：看護師長の選定と人材育成の方法 ジュニア・  
マネージャーの重要性、看護管理、17(10)、836-840.
- 吉田道雄、内川洋子、成田栄子(1996)：病院における看護師長のリ  
ーダーシップ行動測定尺度の構成、日本看護研究学会雑誌、  
19(4)、29-42.
- 吉川三枝子、平井さよ子、賀沢弥貴(2008)：優れた中間管理職の「成  
長を促進した経験」の分析、日本看護管理学会誌、12(1)、27-36.

## Z

- Ziegfeld, C., Karen, E. (1997) : Nurse manager Orientation :  
Guidelines to meet Challenge of a Rapidly Changing roll.  
The Journal of Continuing Education in Nursing、28(6)、  
269-275.