

博士論文要約

「看護師長の看護管理能力測定尺度」の開発と関連要因の検討

Development of Unit Nurse Managers' Managerial Competence Inventory and the Relationships
Between the Competence and Its Antecedents and Outcomes

田口 実里

Taguchi, Misato

I. 序論

看護単位の管理者である看護師長は、担当する部署の看護ケアの質を担保する役割がある。看護師長の能力は看護実践環境の一つである（緒方・永野・福田他, 2011）。そのため、看護師長が自身の能力を測定し評価することにより、より良い看護実践環境の構築と看護ケアの質の向上につながると考えられる。看護師長を含め、労働者の能力は、施設由来の戦略に求められる技能や知識を指す企業特殊的側面と、どの施設でも共通で求められる技能や知識を指す汎用的側面の二側面で構成されている（Milgrom & Roberts, 1992/1997, p. 364）。看護師長の能力を汎用的側面で捉えることにより、どの施設でも共通に看護管理実践で求められる看護師長の能力を測定することが可能となる。しかし、既存の尺度は、一部の施設の看護師長のみを対象としていたり、看護師長職位に特化していなかったり、組織側からの視点で構成されていたりしており、看護師長の視点で構成された管理能力全般を測定する尺度はほとんど開発されていない。また、能力に影響を及ぼす先行要因やアウトカムと能力との関連の検証もほとんど行われていなかった。汎用的側面で能力を捉え測定する尺度を開発し、能力と関連する要因を検証することにより、看護師長の選考や育成、能力開発の一助となるとともに、アウトカムにつながる示唆を得ることができる。

II. 目的

本研究の目的は、1. 汎用的側面に着目した「看護師長の看護管理能力測定尺度」を開発し、その信頼性と妥当性を検証すること、2. 看護師長の看護管理能力と先行要因、アウトカムとの関連を検証することであった。

III. 方法

A. 研究期間

2017 年 11 月～2018 年 5 月。

B. 尺度開発

1. 尺度項目の抽出（予備調査 1）；看護管理能力測定尺度の項目を抽出するために、8 名の看護師長に対し半構成的インタビューを実施した（研倫審委第 2014-119）。内容分析の方法を参考に逐語録を質的帰納的に分析し、74 個のサブカテゴリー、6 カテゴリー【部署運営】【目標管理】【人材育成】【看護ケア提供】【コミュニケーション】【看護師長のあり方】を抽出した。

2. 尺度原案の開発（予備調査 2）；74 項目を用いて探索的因子分析、内的整合性の検討、「看護管理者のコンピテンシー評価尺度（NACAS）」（本村・川口, 2013）を外的基準とした基準関連妥当性の検討を行った（研倫審委第 2017-035）。病棟看護師長 191 名を対象とし、回収数は 102 部（回収率 53.4%）、探索的因子分析により 39 項目 4 因子「看護ケア提供」「部署運営」「看護師長の態度」「コミュニケーション」を尺度原案とした。Cronbach's α 係数は全体で $\alpha=.97$ 、各因子で $\alpha=.90\sim.94$ 、NACAS との相関では全体で $r=.73$ 、下位尺度間で $r=.42\sim.72$ ($p<.01$) であり、信頼性および併存的妥当性が確認された。

C. 関連要因を検討するための研究の概念枠組み

看護師長の能力（competence）は環境と看護師長自身の相互作用によって高められ、その結果、効果的な成果が得られるとした。先行要因と能力との関連では、環境特性（病床規模、部署の機能、診療科の特徴等）と個人特性（年代、教育背景、経験年数等）を独立変数、看護管理能力を従属変数として検証した。能力とアウトカムとの関連では、看護管理能力を独立変数、ケアへの効果とスタッフへの効果を従属変数とした。高い看護管理能力と関連する先行要因、看護管理能力がアウトカムへ影響を及ぼす程度について探索した。

D. 研究依頼・研究対象者の選出

39 項目の尺度に対し、サンプル数と項目数との比率を 8 対 1（Kline, 1994）、目標回収数を 320 部、回収率を 30%とみなし、研究対象者数を 1,066 名と算出した。看護師長は 50 床に 1 名の配置と仮定し、看護師長の配置人数と病床規模別施設数の割合を基に、全国の 50 床以上の病院を対象として病床規模別の比例配分法による層化無作為抽出を行った。研究協力の許諾率を 20%とみなし、1,335 施設に研究協力を依頼した。

E. 研究デザイン・データ収集方法

研究のデザインは自記式質問紙による因子探索型量的研究および関連探索型量的研究であった。調査項目は、環境特性 9 項目、個人特性 14 項目、看護師長の看護管理能力測定尺度 39 項目、基準関連妥当性となる看護管理者のコンピテンシー評価尺度（NACAS）25 項目、ケアへの効果とスタッフへの効果 10 項目の合計 97 項目であった。

F. 分析方法

基本統計量を算出後、項目分析、探索的因子分析、確証的因子分析を行い、因子の構成を検討した。下位尺度を確定し、内的整合性の検討、基準関連妥当性の検討を行った。関連要因の検討では、正規性を確認の上、Mann-Whitney の U 検定、Kruskal Wallis 検定、重回帰分析を実施した。

G. 倫理的配慮

本研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を受け実施した（研倫審委第 2017-075）。

IV. 結果

1. 研究対象者の背景；1,335 施設に研究依頼し許諾が得られた施設は 221 施設（許諾率

16.55%)、対象者は1,170名となった。質問紙の回収数は563部(回収率48.11%)、有効回答数は550部(有効回答率47.00%)であった。研究対象者の平均年齢(SD)は49.87歳(6.25)、看護師長の経験年数は平均6.15年(4.97)、許可病床数300床以上に所属する者が284人(51.73%)、セカンドレベルを修了した者は176人(32.05%)であった。

2. 尺度開発; 4因子39項目の平均値(SD)は3.61~4.67(0.70~0.96)で、探索的因子分析により3因子構造を採用した。因子負荷量が0.35未満の項目および2因子以上で0.35以上を示す項目を削除し、確証的因子分析によるモデルの適合度を比較し、最終的に最もデータとの適合度が高かった3因子33項目($GFI=.88$ 、 $AGFI=.86$ 、 $CFI=.92$ 、 $RMSEA=.052$ 、 $AIC=1358.31$)に確定した。第1因子は、計画、組織化、指揮、統制からなる看護管理過程に関連した12項目($M=46.78$ 、 $SD=7.29$)で構成され【能動的な部署運営】と命名した。第2因子はマネジメントに必要なタテとヨコの対人関係の構築と戦略的な活用に関連した9項目($M=39.66$ 、 $SD=4.82$)で構成され【戦略的コミュニケーション】と命名した。第3因子は看護ケアの質の担保のためにスタッフ、チームの看護実践力を評価し、病棟、病院の各層に対して専門性を生かした関わりを示す12項目($M=46.82$ 、 $SD=6.82$)で構成され【看護ケアの保証】と命名した。この尺度を「看護師長の看護管理能力測定尺度 Unit Nurse Managers' Managerial Competence Inventory (以下、UNM-MCI)」と命名した。

3. 開発した尺度の信頼性と妥当性の検討; UNM-MCIの下位尺度相関は $r=.72\sim.81$ ($p<.01$)であった。内的整合性の検討について、Cronbach's α 係数は全体で $\alpha=.96$ 、各因子で $\alpha=.86\sim.92$ であった。基準関連妥当性の検討について、UNM-MCIとNACASは全体で $r=.77$ ($p<.01$)、各下位尺度間で $r=.44\sim.71$ ($p<.01$)であり、全ての下位尺度間で有意な相関が見られた。

4. 関連要因の検討; 先行要因において、環境特性とUNM-MCI全体では許可病棟数($p=.00$)、病床区分($p=.00$)、病床機能($p=.01$)で有意差が見られた。個人特性との相関では、看護師長経験年数($r=.22$)、現病棟の管理者経験年数($r=.11$)、師長になってからの異動回数($r=.16$)に有意な低い相関が見られた($p<.01$)。また、セカンドレベル研修受講の有無($p=.00$)、認定看護師資格の有無($p=.01$)、認定看護管理者資格の有無($p=.01$)、卒後教育(学士)の有無($p=.04$)で有意差がみられた。これらを独立変数として重回帰分析を行った結果、UNM-MCI全体に対し、看護師長経験($\beta=.18$, $p=.00$)、所属施設の規模300床以上($\beta=.18$, $p=.00$)、セカンドレベル修了($\beta=.12$, $p=.01$)、院内委員会の委員長就任数($\beta=.10$, $p=.02$)、病床区分(一般病棟)($\beta=.10$, $p=.02$)、認定看護師資格($\beta=.10$, $p=.02$)の6項目で $R^2=.13$ であり、看護管理能力に対し13%の影響力を示した。一方、アウトカムとUNM-MCIとの関連では、スタッフへの効果を示す昨年度離職率、今年度離職予定割合、時間外労働時間、有給休暇取得日数と有意な相関は見られなかった。ケアへの効果を示す転倒転落継続アセスメント実施割合で $r=.13$ ($p<.01$)、プロセス評価では、感染対策モニタリングで $\rho=.25$ ($p<.01$)、感染対策実施評価で $\rho=.15$ ($p<.01$)であり、有意な低い相関が見られた。

V. 考察

内的整合性を示す Cronbach's α 係数が.80 以上を示し、外部基準である NACAS との相関が $r=.77$ と高い相関を示したことから、UNM-MCI の信頼性と併存的妥当性は確認された。UNM-MCI を構成する 3 因子から、看護師長は【能動的な部署運営】として目標管理と看護管理過程を通して部署全体の統制を図り、【看護ケアの保証】としてスタッフの技術力を評価し、チームのパワーバランスを統制し、安全な仕組みを構築して看護の質の保証を確保していた。この 2 つを円滑に進められるよう、【戦略的コミュニケーション】により組織の中間管理職として上司と部下との縦断的な関わり、そして他部署や他職種との横断的な関わりを意図的に行っていた。これまでは組織側からの視点で能力が検討されていたため、経営的視点が重視されがちであったが、【看護ケアの保証】が抽出されたことにより、看護師長の看護管理実践ではスタッフの技術力、モチベーション、病棟の仕組み、他病棟との連携に配慮し、看護ケアの質の担保に対し多くの労力をかけていることが明らかとなった。そして、管理者であっても自分自身の持つ看護職としての実践力や内省力が重要であることが示唆された。

この尺度の開発により、汎用的側面で能力全般を測定することができ、多様な施設の看護師長の能力を比較することが可能となった。関連要因の検討において、病床規模や病床区分と看護管理能力との関連から、中小規模病院で急性期以外の病床を管理する看護師長の看護管理能力を向上させる必要性が示唆された。中小規模病院では施設内教育の体制が不十分である可能性が高いため、院外研修等を活用し、これまでの経験を看護管理学の学びを通して振り返ることで高められる可能性が見られた。また、昇進や配置転換により、看護師長が新たな部署で看護管理実践をする際、初年度は能力が低くなることが想定されるため、配置転換は組織として計画的に実施することが重要であると示唆された。

一方、アウトカムでは、転倒転落アセスメント割合や感染防止対策実施評価といったプロセスとしての質にのみ看護師長の能力が関連していた。病院の体制等、看護師長の看護管理能力以外の影響があった可能性が示唆された。看護師長の能力の向上や適切な職場環境の整備のために、本研究で開発した尺度が活用可能であることが示された。

VI. 結論

本研究では、汎用的側面に着目した看護師長の看護管理能力を測定する尺度を開発し、測定した能力と先行要因・アウトカムとの関連を検証することを目的とした。開発した尺度は 33 項目 3 因子【能動的な部署運営】【戦略的コミュニケーション】【看護ケアの保証】で構成され、信頼性と妥当性が確認された。開発した尺度 UNM-MCI は看護師長職位に限定したものであり、汎用的側面で看護管理実践全般を捉えているため、どの施設の看護師長でも使用することができる。看護師長はスタッフから看護管理実践に対するフィードバックが受けづらい。そのため、UNM-MCI を用いて主体的に振り返ることにより、役割を遂行する上で不足している項目を具体的に把握することができる。また、組織において、看護師長への昇進や配置転換での役割移行に対するサポートや能力開発に活用することができる。