

2015 年度 聖隷クリストファー大学大学院  
看護学研究科 博士論文

中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを  
獲得するための支援モデルの開発

環境支援看護学分野 看護管理学領域

檜原理恵

## 論文要旨

### 【研究背景】

看護師の看護実践環境は、中間管理者である看護師長の役割遂行能力によって変化し、看護の質や患者安全などのアウトカムに影響を与える(Lake & Friese, 2006)。そのため、看護師長には、リーダーシップを発揮し、統括する看護単位の看護実践環境をよりよく整備することが求められている(Warshawsky, Lake, & Brandford, 2013)。

中規模病院は大規模病院と比較すると患者の平均在院日数は長く、平均在院日数が長い病院では看護職員数が少なくなる傾向にある(株式会社明治安田生活福祉研究所, 2013)。中規模病院の看護師長は、看護職員の小規模化や多様な教育背景を持つスタッフを統括する困難に直面しているが(檜原, 長谷川, 2011)、外部への研修に参加することが困難である。

米国においては、看護リーダーのサーバントリーダーシップが看護職員の職務満足度を向上し、成長を促すことが認められている(McCann, Graves, & Cox, 2014; Neill & Saunders, 2008)。中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを修得できれば、看護師長がリーダーとしてより向上でき、看護実践環境の整備を推進し、統括する看護単位の看護の質をより高めることに寄与できると考える。

### 【目的】

中規模病院の看護師長が、スタッフに信頼を寄せ看護実践環境を整備することができるリーダーとなるために、サーバントリーダーシップを獲得する支援モデルを開発する。本研究では、中規模病院の看護師長にとって、業務に支障の少ない時間の集合研修と自己学修を促進するためのクラウド環境を組み合わせた支援モデルを開発し、その効果を検討することを目的とする。

### 【研究方法と結果】

本研究では、まず、看護師長のリーダーシップ行動の現状を明らかにし、看護師長への看護部からの支援と学修機会の現状を明らかにする。得られた結果を踏まえ、中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップの獲得を目指した支援モデルを開発する。

予備研究(対象:看護師長 553 名に対する質問紙調査)の結果、看護師長の7割が、リーダーシップ行動を有効に発揮できていないと自己評定し、とくに、労務管理や人材育成において遂行の困難さを感じている可能性が高いと示唆された。

第1研究(対象:中規模病院の看護師 513 名に対する質問紙調査)の結果、看護師長に対する看護部からの支援が有る施設は 35.5%にとどまり、看護師長への支援が有る施設の看護実践環境は、支援が無い施設に比べ整備されていることが明らかとなった( $p<0.05$ )。

また、看護部からの支援の有無に関わらず看護師長の 92.0%は自己の役割遂行のために、学修の機会を得るよう自己努力していることも明らかとなった。

**第2研究**では、文献および上記の結果から、中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを修得するために、業務に支障の少ない時間の集合研修と自己学修を促進するためのクラウド環境を組み合わせた支援モデルを開発した。支援モデルの実施は看護部長の理解が得られた3施設の看護師長のうち、研究に協力の同意が得られた35名の看護師長の参加を得て行い、33名から評価を得た。支援モデルの評価は、自己評価によるサーバントリーダーシップスキル得点で、支援モデル参加前の平均が 192.0(±16.0)点であったが、参加後の平均点が 204.1(±21.9)点に有意に上昇していた( $p<0.001$ )。看護職員からの他者評価は、支援モデル参加前・後で有意な変化は見られなかった。また、クラウド環境を活用した実施方法の評価はテキストデータを用い分析した。参加者から「参加が容易であった」「自分の時間で学修できた」との意見が多数得られた。加えて、支援モデル終了時には、「組織内でのコミュニケーションが活性化した」「皆を支えるリーダー目指して頑張ります」などの評価が得られた。

#### 【考察】

支援モデルに参加した看護師長の、サーバントリーダーシップの自己評価が上昇したことは、自己の役割に対する意味付けが強化され、リーダーとしての役割意識が強化されたためだと考えられる。また、看護師長にとってサーバントリーダーシップを修得することが、リーダーシップを促進することに繋がり、組織の活性化を図る効果を示していると考えられる。本研究の参加者に対して、支援モデルは有効であったと言える。

参加者は、看護部長の了解を得て参加しており、看護部組織としてのレディネスが高かった可能性があり、本研究の限界になっている。今後は、看護部長の了解の有無に拘らず、看護師長たちが単独で参加でき、リーダーシップ能力を高め、役割促進の支援ができるように、支援モデルを精選し、一般化を目指す必要がある。

#### 【結論】

中規模病院の看護師長は 35.5%しか看護部から支援を受けていなかったが、92.0%は自己の役割遂行のために、学修のために自己努力し学習意欲が高いことが明らかになった。本研究では看護師長たちが自己学修を促進しやすいように、サーバントリーダーシップを獲得するための、業務に支障の少ない時間の集合研修と自己学修を促進するためのクラウド環境を組み合わせた支援モデルを作成し、その効果を評価した。自己評価によるサーバントリーダーシップスキル得点は支援モデル参加前の平均と参加後の平均点を比較すると有意に上昇しており( $p<0.001$ )、この支援モデルの有効性が確認された。

表 目次 .....	iv
図 目次 .....	v
資料 目次.....	vi
<b>第1章 序論</b> .....	1
第Ⅰ節 問題提起 .....	1
1. 看護師長に期待される役割と課題 .....	1
2. 中規模病院の現状と看護師長支援への課題.....	2
第Ⅱ節 研究の意義.....	3
<b>第2章 文献検討</b> .....	4
第Ⅰ節 組織におけるリーダーシップ .....	4
1. 多様なリーダーシップ理論 .....	4
2. リーダーシップ PM 行動論.....	4
3. 変革型リーダーシップ論.....	5
4. サーバントリーダーシップ論 .....	6
第Ⅱ節 看護師長の役割 .....	7
1. 米国の看護リーダーの役割と看護実践環境.....	7
2. 本邦の看護リーダーの役割 .....	9
3. 看護師長の役割と役割遂行に与える要因 .....	10
第Ⅲ節 中規模病院の看護師長の現状と課題 .....	11
1. 中規模病院の組織の特性.....	11
2. 中規模病院の継続教育 .....	12
3. 中規模病院の現状と看護師長の課題.....	12
第Ⅳ節. クラウドの特徴 .....	13
<b>第3章 研究の目的と研究方法</b> .....	15
第Ⅰ節 研究の目的.....	15
第Ⅱ節 研究の概念枠組み.....	15
第Ⅲ節 研究の構成.....	15
第Ⅳ節 用語の操作的定義.....	16
<b>第4章 予備研究：看護師長のリーダーシップ行動の特徴と課題</b> .....	18
第Ⅰ節 研究目的 .....	18
第Ⅱ節 研究方法 .....	18
1. 対象.....	18
2. 調査方法 .....	18
3. 調査内容（資料 3, p81-84）.....	18
4. 解析方法 .....	19



第Ⅲ節 倫理的配慮.....	19
第Ⅳ節 結果.....	20
1. 対象者の属性.....	20
2. 看護師長のリーダーシップ行動.....	20
3. 看護師長のコミュニケーションスキル.....	21
4. 看護師長のリーダーシップ行動別にみたコミュニケーションスキル .....	22
5. 看護師長のリーダーシップ行動別にみた上司に望む支援.....	23
第Ⅴ節 考察.....	24
1. 看護師長の属性とリーダーシップ行動分布.....	24
2. 看護師長のコミュニケーションスキルの特徴.....	25
3. 看護師長のリーダーシップ行動による看護部に望む支援.....	25
4. 看護師長のリーダーシップ行動の特徴と課題.....	26
5. 支援モデル作成に対する示唆 .....	26
<b>第 5 章 第 1 研究：中規模病院の看護師長支援と看護実践環境 .....</b>	<b>27</b>
第Ⅰ節 研究目的 .....	27
第Ⅱ節 研究方法 .....	27
1. 対象.....	27
2. 調査方法 .....	27
3. 調査内容（資料 4, p85-89）.....	27
4. 解析方法 .....	28
第Ⅲ節 倫理的配慮.....	28
第Ⅳ節 結果.....	29
1. 対象者の属性.....	29
2. 看護師長昇格条件、支援の有無.....	29
3. 看護実践環境.....	31
4. 看護師長昇格条件の有無と、支援の有無による看護実践環境の比較 .....	31
5. 看護師長に必要なスキル.....	31
第Ⅴ節 考察.....	32
1. 中規模病院の看護師長昇格条件と支援.....	32
2. 看護師長昇格条件と支援体制が看護実践環境に与える影響.....	34
3. 中規模病院の看護師長に必要な支援モデル作成への示唆.....	35
<b>第 6 章 第 2 研究:サーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルの開発と評価 .....</b>	<b>36</b>
第Ⅰ節 研究の構想図.....	36
1. 研究の構想図 .....	36

第Ⅱ節. 研究目的 .....	37
第Ⅲ節 支援モデルの作成過程と評価方法 .....	38
1. 支援モデルの構成と展開方法 .....	38
2. 支援モデルへの参加者募集方法 .....	39
3. 支援モデルの評価方法 .....	39
第Ⅳ節 倫理的配慮 .....	40
1. 支援モデル参加者への倫理的配慮 .....	40
2. データの取り扱い .....	41
第Ⅴ節 結果 .....	41
1. 支援モデル参加者の概要 .....	41
2. 支援モデルの介入期間 .....	42
3. 作成した支援モデルの具体的内容 .....	42
4. 看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の変化 .....	53
5. 看護師長が統括するスタッフの評価 .....	55
6. 看護師長が統括するスタッフの看護実践環境の変化 .....	56
7. 看護師長が統括するスタッフの定着可能度の変化 .....	57
8. 支援モデルに参加した看護師長からの意見 .....	58
第Ⅵ節 考察 .....	61
1. 支援モデルの展開方法の妥当性 .....	61
2. 支援モデルの有効性 .....	62
<b>第7章 全体考察</b> .....	64
本研究の限界と今後の展望 .....	67
結論 .....	68
謝辞 .....	69
文献 .....	70
■ 巻末資料 .....	80

## 表 目次

表 1	ANCC:MAGNET RECOGNITION PROGRAM® LEADERSHIP CURRICULUM CONTENTS	8
表 2	日本看護協会認定看護管理者カリキュラム基準【ファーストレベル】	9
表 3	看護師長のリーダーシップ行動と属性	21
表 4	看護師長のコミュニケーションスキル	22
表 5	リーダーシップ行動別看護師長が望む支援	23
表 6	対象者の属性	29
表 7	看護師長昇格条件の有無、就任後の支援の有無	30
表 8	看護実践環境サブスケールと師長昇格基準の有無、就任後の支援	31
表 9	看護師長に必要なスキルの学習機会と就任後の支援	32
表 10	支援モデル参加者の概要	42
表 11	サーバントリーダーシップ集合研修プログラム	44
表 12	サーバントリーダーシップスキル得点項目別前後比較	54
表 13	支援モデル参加者からの意見	59

## 図 目次

図 1 ASHFORTH 『役割移行と自身』モデル .....	11
図 2 研究の概念枠組み.....	15
図 3 看護師長のリーダーシップ行動分布図.....	21
図 4 看護師長昇格条件の有無と就任後の支援の有無 .....	30
図 5 研究の構想図 .....	37
図 6 支援モデルの介入方法と評価 .....	38
図 7 クラウドプログラムトップページ .....	49
図 8 クラウドプログラム E-LEARNING の評価 .....	52
図 9 看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の変化 .....	53
図 10 スタッフが見た看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点 全体.....	55
図 11 スタッフが見た看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の変化 A 施設 ....	56
図 12 看護師長が統括するスタッフの .....	57
図 13 看護師の定着可能度 プログラム前後比較 .....	57
図 14 支援モデルの参加者からの評価.....	58

## 資料 目次

資料 1 集合研修プログラム：パワーポイントスライド抜粋.....	47
資料 2 クラウドプログラム掲載用 PDF 資料抜粋.....	51
資料 3 予備研究調査用紙 .....	81
資料 4 第 1 研究調査用紙.....	85
資料 5 第 2 研究 支援モデル 研究参加協力依頼用紙 .....	90
資料 6 支援モデル参加前調査用紙：看護師長用 .....	92
資料 7 支援モデル参加後調査用紙：看護師長用(表紙のみ).....	96
資料 8 支援モデル参加前調査用紙：スタッフ用 .....	97
資料 9 支援モデル参加後調査用紙：スタッフ用(表紙のみ) .....	102

# 第1章 序論

## 第1節 問題提起

### 1. 看護師長に期待される役割と課題

看護師が組織に定着することは、看護実践を継続し看護実践能力を維持・向上するために必須である。日本看護協会は看護師の定着促進の方略を提示推進し、各施設でも離職率低下への取り組みが実践されている。2009年度より全国の看護師離職率は微減傾向であったが、勤務時間等の影響により離職率の変化がない施設も散見される(公益社団法人日本看護協会 広報部, 2015)。米国では看護師の定着の良い病院は、職業的にも個人的にもやりがいのある職場環境であることが明らかとなり、「マグネット・ホスピタル」として1994年から認定が開始された。認定には「変革的なリーダーシップ」「構造的なエンパワーメント」「模範的な看護実践」「新しい知見・改革・改善」「実際の質に関するアウトカム」の5要素で構成された14の評価項目をクリアすることが前提条件となり、看護部長をはじめ看護管理のリーダーシップが求められている(American Nurses Credentialing Center, 2015)。

Drenkard (2010) はマグネット認定病院を分析し、看護リーダーには患者ケアを中心とした看護実践のために職場環境を整える役割が重要であり、そのために他部門との連携を推進し、組織の課題を提示することが求められると述べている。看護の質や患者安全などのアウトカムは、看護師の看護実践環境に影響を受けると考えられ(Lake & Friese, 2006)、看護師の看護実践環境は中間管理者である看護師長の役割遂行能力によって変化すると推察される。

本邦の看護管理者は、財務裁量権を持つことはないものの、組織のマネジャー・リーダーとして多角的な管理手腕が求められる。日本看護協会は看護管理者に必要な教育カリキュラム基準をファーストレベル、セカンドレベル、サードレベルと段階的に設置し、1999年から認定看護管理者を輩出している。2014年病院実態調査では病院数は8,500を超えるが(厚生労働省, 2014a)、2015年の新規認定者を含めた認定看護管理者総数は2,356名と病院数の3割以下に留まっており、所属を公開している認定看護管理者の凡そ5割が400床以上の病院に勤務している(公益社団法人日本看護協会, 2015)。看護師長は看護管理者の一員であり、看護管理の基盤を築く存在として組織運営に携わっている。

看護師長には統括部署レベルでのマネジャーとして多岐に渡る課題を解決し、管理業務を遂行することが求められている(山口, 舟島, 2010; 中神, 星野, 栗田, 2012)。また、管理能力だけでなく、組織の目標を達成するためのリーダーシップを発揮することが求められ、看護師長のスタッフに対する支援や承認が、新人看護師の適応推進やプリセプター教育、専門看護師などの役割遂行を促進することが明らかとなっている(伊藤, 金子, 濃沼,

2012；高谷, 2010；眞島ら, 2012)。しかし、看護師長が抱える課題の解決や役割を遂行するための支援体制を確立し、系統的な教育が行われている看護組織は多くない(河野, 2013)。看護師長の役割遂行においては、知識や能力が不足しているという自尊感情の低下によって動機づけは阻害されやすく、他者から支援や協力を得ることで自己の役割認識の保持が可能になることで動機づけが促進され、役割を維持することが期待できる(山本, 宮腰, 高瀬, 小林, 2013)。

組織の目標を達成するために求められているリーダーシップのありかたの一つに、サーバントリーダーシップ論が提唱されている(Greenleaf, 2002)。サーバントリーダーシップ論におけるサーバントとは「奉仕する」「尽くすこと」を意味する。サーバントリーダーシップ論では、リーダーが明確なミッションを持つと同時に、サーバントとしてフォロワーに対し信頼を寄せ、フォロワーが自分の意思で動けるように奉仕することを求めている。米国では、看護リーダーのサーバントリーダーシップが看護師の職務満足を上向きに有効なリーダーシップであることが報告されている(Jenkins & Stewart, 2010)。看護師は患者の成果目標を看護チームで共有し、その目標達成に向けて患者ケアを実践するが、問題に直面した場合には状況に応じた対処行動が必要になる。目標を達成するために、患者を支援している看護師に対し、直接の上司である看護師長がサーバントリーダーシップを発揮することができると、信頼を寄せられると認識することに繋がり、専門職者としての成長を促すという報告もある(Neil & Saunders, 2008)。

専門職集団である看護組織の中で、スタッフ一人ひとりが、看護ケアを自律的に実践するためには看護師長のリーダーシップが必要であり、看護師長にサーバントリーダーシップが備わることで、組織の看護実践環境が整備され、看護師の能力が自律的に発揮されると考えられる。

## 2. 中規模病院の現状と看護師長支援への課題

日本の病院総数は 8,540 施設であり、100～400 床規模の病院数は 4,583 と病院全体数の 53.6%を占め、400 床以上の病院は 9.6%と 1 割に満たない(厚生労働省, 2014)。中規模病院は、大規模病院とは異なり、地域住民にとっての日々の生活に密着した病院として責務を担っているが、臨床研修医制度による医師の偏在化により医師の確保が困難になり、標榜科の変更や病床再編を余儀なくされている(芝田, 2010)。また、設置主体に関わらず経営の安定を図るための人材確保に苦慮していると共に、組織的な指示命令系統が確立している大規模病院とは職場環境が異なり、組織的な指示系統から逸脱したインフォーマル組織の影響などが存在しているという指摘もある(久米, 久米, 村川, 2010)。

中規模病院では、患者の平均在院日数が大規模病院と比較すると長く、平均在院日数の長い病院の看護職員数は減少傾向にあり(株式会社明治安田生命生活福祉研究所, 2013)、看護師の就労継続が困難な現状にある。また、中規模病院の看護師は他施設での勤続経験

のあることが多く、看護組織は教育背景が多様なスタッフで構成されている(檜原, 長谷川, 2011)。加えて、大規模病院に比べ費用・時間・人員確保の困難さ等から看護師の施設外への研修参加が積極的に進まない現状があり、教育環境は施設間で格差が生じている(青山ら, 2005)。看護師長は看護管理者としてのモデルの存在や相互交流することで成長が期待されるが、中規模病院の看護師長はその機会が少ないことが指摘されている(本村, 川口, 2013)。以上のことから看護師長に対する教育機会や支援は少ないことが予想され、中規模病院でも導入が容易な支援体制を整備することが課題である。

米国では、患者を支える看護師を支援するためには、サーバントリーダーシップが有効であることが確認されている。サーバントリーダーは、目標や成果に向かっていくスタッフに対し信頼を寄せ、励まし、援助することができる。教育背景が多様である中規模病院に勤務する看護師個人を尊重し、能力をも尊重することは所属する組織への定着を促進する要因となり得る(檜原, 長谷川, 2011)。教育背景や臨床経験が多様な集団で構成されている中規模病院の看護組織にこそ、目標に向かって強く牽引する「支配型リーダー」ではなく、「奉仕型リーダー」として明確な使命を持つサーバントリーダーシップが求められる。

以上のことより、中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することで職場環境が改善され、看護師の看護実践能力が発揮され、看護師の職務満足度が向上し、看護師の定着が促進することも期待できる。

資金や人材を豊富に投入できない中規模病院には、看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための方法として、経済的で時間的制約が少なく、看護師長個人の学修を支援できる方法の開発が望まれる。

## 第Ⅱ節 研究の意義

中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得する方法が容易になることで、看護実践環境が整備され、看護師の定着を促進することが期待できる。複雑な役割を担う中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するためには、中規模病院の特徴を踏まえて、負担費用が少なく、時間を効率的に利用できるプログラムを開発することが求められる。中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得できれば、看護師長がスタッフに信頼を寄せることができるリーダーとなり、看護実践環境が整備され、スタッフ一人ひとりが自律的、創造的に患者ケアを実施することに寄与できる。



## 第2章 文献検討

### 第1節 組織におけるリーダーシップ

#### 1. 多様なリーダーシップ理論

理想とされるリーダーシップは時代とともに変化し、現代では、企業だけでなく公的機関や教育機関、NPO 法人など多様な組織形態で、多様なリーダーシップが求められている。社会経営学的に、組織としての成果を導き出すことを目的に 1940 年代よりリーダーシップ研究が活発になった。有能なリーダーの行動特性を明らかにすることを目的に、オハイオ州立大学などで大規模研究が行われた(Stogdill, 1957)。これらの研究成果では、リーダーシップ行動を 2 軸で捉え、類型化し、組織構造へのアプローチと組織成員への配慮が有効なリーダーシップであるとされた。1970 年代に入ると、業績が優良な企業の調査結果から、組織構造が官僚制のように統制が取れているように見えても、優秀なリーダーがいなければ組織目標が達成できないことから、カリスマ性のあるリーダー、力のあるリーダーが求められた(Peters & Waterman, 1982)。しかし、強いリーダーの牽引力が日常化すると、組織文化が硬化し、組織目標の達成が困難になることも指摘され、組織成員が認識している信条や価値観を特性として認めつつ、組織文化を変革するリーダーが求められるようになった。また、成果重視のあまり、企業倫理観の低下する組織が出現し、組織リーダーの倫理観も求められるようになった(Kouzes & Posner, 2007)。

組織形態の多様化に伴い、リーダーシップ研究も組織の成果目標や環境、組織成員の特性によって変化し、求められるリーダーシップは組織によって異なることが指摘されている(Bass & Bass, 2009)。近年では、組織文化を変革し続けることが、組織の目標を達成するために求められているとするリーダーシップ論や(Kotter, 2010)、システムを有効に活用し、組織内でのネットワークを構築する力の発揮を求めるリーダーシップ(佐藤, 山田, 2004)、フォロワー達を導くために魅力的なビジョンを持つリーダーシップが (Schein, 2010)強調されている。一方、リーダーに従う組織成員に着目した調査報告では、組織メンバーがフォロワーシップを発揮することで、リーダーの個別性に依らず組織を活性化できるという指摘もある(Ira, 2003)。

#### 2. リーダーシップ PM 行動論

三隅 (1978) は、人間の集合が存在するところにリーダーシップが存在するが、立場や集団が変化するとその行動も変容することから、リーダーシップは個人の特性に依るものではなく行動形態であると捉え、それらの事象を解析した。リーダーシップは「集団に対する行為ないし行動であり、その行動は集団が目標を達成するために発揮される」とし、リ

リーダーシップ行動の成果達成行動である P (Performance) 特性と、集団維持行動である M (Maintenance) 特性を明らかにした。実験的研究や実証的解析からリーダーシップ行動を 2 軸で捉え、集団機能概念として類型化した。また二つの行動特性を測定するための尺度を開発し、高度に行っている場合は大文字で、低度の場合は小文字で表現し PM 型、Pm 型、pM 型、pm 型に分類した。尺度の妥当性を検証するため、製造業、電気・ガス水道業、卸売・小売業、官庁を対象とした調査を実施し、16 類型から 4 類型に洗練化している。企業、行政、教育、家族、スポーツ集団に対する調査結果から、理想的なリーダーシップ行動は、二つの行動特性がどちらも高い PM であると定義されている。一方、組織成員が高い達成動機を持つ場合、または、職務満足度の高い集団である場合にはリーダーが P 行動、M 行動を取らなくてもその組織の課題を達成することが可能であると推察している。

その後、三隅ら(1988)は、組織内でのリーダーシップ行動は、組織の意思決定と組織成員の動機づけに影響を与え、組織内でのそれぞれ異なるレベルのリーダーシップについて検証している。その結果、トップリーダーであれ、中間管理者であれ、現場監督者であれ、理想的なリーダーシップ行動は PM であることを明らかにしている。

この尺度の特徴は、汎用的な項目を含みながら対象組織の文脈に合わせて測定尺度を開発していることにある。三隅自身が看護師を対象とした調査研究(1969)や、看護専門学校教員を対象とした研究(関, 吉山, 三隅, 吉田, 三角, 1997 などから、看護師版の尺度も開発されている。看護師には、患者に対するマネジメントを含む看護のインフォームドコンセント能力を高めるために必要な P (Performance)特性と、集団維持行動である M(Maintenance)特性を強化することが求められ、看護管理者のリーダーシップとして PM 行動特性が有効であることが報告されている(大久保, 米澤, 長谷川, 清水, 2009)。

### 3. 変革型リーダーシップ論

Kotter(2010)は、ビジネス社会が教育水準の向上や情報過多、技術革新、市場と競争のグローバル化、労働人口の変質など、強い力で変化を引き起こされており、この変化に対応するためには、組織変革を起こすためのリーダーシップが求められると提唱している。企業として組織を存続するためには、適切な変革が必要であり、その変革を起こすためには、人と組織を動かすスキルが求められるとしている。また、マネジメントとリーダーシップを分別して捉えることを主眼とし、その行動体系は相違しているが補完し合うものであると定義している。マネジメントは主として複雑な状況に対応するために必要な能力とし、リーダーシップは変化に対処するために必要な能力である。

組織の変革の程度は、日常的なものから企業再建まで様々であるが、どの程度の変革であってもそれに対する抵抗が存在する。変革型リーダーシップでは、変革を推進するためには課題を明確にすると共に、危機感を持ち、変革のためのチームを作り、ビジョンを策定し、ビジョンを伝達し、組織成員をサポートし、短期的な計画から実行することが必要

であるとしている。また、変革への抵抗に対処すべき方法として、教育とコミュニケーション、参画、援助と促進、交渉と合意、操作と取り込み、直接的強制と間接的強制をあげ、これらの利点と欠点を十分にわきまえ、状況に応じて権力を行使することが必要である。リーダーは、組織成員との意見交換により現状認識のずれを解消し、コミュニケーションを活用することで、リーダーが示す目標に組織成員の参画を促すことが必要であり、組織成員を十分にサポートすることを推奨している。一方、交渉や操作、強制力も交えながらリーダーシップを発揮することが必要であり、その基盤は適切な権力を行使することにある。強制的な権力の行使ではなく、周囲から感謝されるような行動を心掛け、知識や経験が豊富な人であると信頼させることが前提となる。直接的にせよ、間接的にせよ、リーダーは組織成員に影響を及ぼすため、変革を実行するためには、リーダーが組織成員に対し権力を獲得・強化すること、その権力を賢く使うことが必要となる。

トップリーダーと異なり、組織の中間管理者には、組織成員を目標に向かわせるために課題を設定しコミュニケーションが必要であると同時に、上司とのコミュニケーションが重要になる。課題に対する相互の認識を共有すると共に、組織や個人の強みや弱みを知ることによって課題への対処が容易となる。部下、同僚との人脈ネットワークを構築すると共に、上司をマネジメントすることが中間管理者としての役割である。

#### 4. サーバントリーダーシップ論

サーバントリーダーシップ論 (Greenleaf, 2002)では、リーダーが、明確な使命を持ちイニシアティブを取り、同時にサーバントとしてフォロワーに対し信頼を寄せ、自分の意思で動けるようにフォロワーたちに権限を与える、などリーダーがフォロワーに対し奉仕することで組織を変革すると共に組織の持続力が高まる、と提唱している。サーバントリーダーシップは「リーダーである人はまず相手に奉仕し、その後相手を導くものであるという実践哲学」である。組織でリーダーシップを発揮する人は、組織の存在意義、社会的使命を理解し、それが果たされるように導くことが必要である。組織の目標を達成するため、リーダーは人に奉仕したいという自然な感情が湧き、その後で自覚的に人を導いても行きたいと思うことで、リーダー自身だけでなく組織成員が示されている使命を遂行していくことができる。サーバントリーダーは権力を行使せず、フォロワーである組織成員に、まず明確な目標を提示する。また、相手の言うことに良く耳を傾け、どのようにすれば、自分が相手の役に立てるかを考える。しかし、組織の目標の達成のために、必要があれば率先して先頭に立つこともする。

組織としての一般的な指示系統は、組織を統率するためにリーダーが頂点となり、権限を行使し目標を達成する。しかし、サーバントリーダーシップではリーダーが目標を明確に掲げ組織の軸となることで、フォロワーを支える (池田, 金井, 2007)。目標の共有のために、言葉を誠実に使い、先見力や予見力を備え、決断し、将来を見通す力が必要となる。

また、その根底にはフォロワーとの信頼関係があり、フォロワーがついていきたい、と信頼を寄せ実際についてきてくれることが必要条件となる。

サーバントリーダーシップ論が、教育やサービス業など顧客を対象とする企業に有効であるという報告は多い(Bowman, 2005; Cerit, 2009; Jaramillo, Grisaffe, Chonko, & Roberts, 2009; Walumbwa, Hartnell, & Oke, 2010)。教育においては、教授者が学修者への信頼を持つことで、学修者自ら学ぶ意思を維持し、学修効果が向上すると報告され、サービス業では顧客ニーズを知る接客者、つまりフロントラインに立つ職員の意思や行動を支援することで業績が向上する、と報告されている。専門職者である看護師にとっても適切な権限移譲を図るサーバントリーダーシップが、看護師の職務満足を向上させると共に、専門職者として成長を促すとしている報告がある(McCann, Graves, & Cox, 2014; Neill & Saunders, 2008)。

サーバントリーダーシップとは、リーダーシップのスタイルや行動ではなく、実践哲学である。表面的には専制的で強烈であっても、根底にはサーバントリーダーシップがある場合や、民主的にみんなの意見を聞いていても、ビジョンが無く、サーバントリーダーシップではない場合もある。リーダーに求められる行動は、組織文化や組織成員の構成など、状況によって変化するが、サーバントリーダーシップは行動のあり方を規定するものではない。Spears (1998)は、サーバントリーダーには、傾聴、共感、癒し、気づき、説得、概念化、先見力、執事役、人々への成長の関与、コミュニティづくりを持つ資質が備わっていることが必要だと述べている。これらの資質は、自分に備わっているか、自然にできるか、育成できそうか、経験不足で出来なさそうなことは何か、が理解できれば自分自身で強化が可能であり、周囲の協力によって身につけられるものであるとされている。看護師一人ひとりが自律的、創造的に患者ケアを実施するためには、専門性を発揮する看護師に信頼を寄せるリーダーであることが必要である。このことから、看護師長がサーバントリーダーシップを身に着け強化することは、自身の人間性の成熟を増すこととなり、看護師長自身に対しても意義がある。

## 第Ⅱ節 看護師長の役割

### 1. 米国の看護リーダーの役割と看護実践環境

Drenkard (2010)はマグネット認定病院を分析し、看護リーダーには患者ケアを中心とした看護実践のために職場環境を整える役割が重要であり、そのために他部門との連携を推進し組織の課題を提示することが求められると述べている。マグネット認定に必要な「変革的なリーダーシップ」「構造的なエンパワーメント」「模範的な看護実践」「新しい知見・改革・改善」「実際の質に関するアウトカム」の中でも、ケアの質の向上と職場環境の影響

が強いと考えられる。マグネット認定病院の看護リーダーには権限の範囲が広く、リーダーシップを発揮しやすい環境にある。また、看護師長への昇格条件が明確で客観性、透明性があり、教育体制が整備されている(富永, 佐藤, 道脇, 2012)。American Nurses Credentialing Center(以下 ANCC)の主催するマグネット認定プログラムにおける看護リーダーに対する教育内容を表 1 に示した。

**表 1 ANCC : Magnet Recognition Program® Leadership Curriculum Contents**

Magnet model Components	Forces of Magnetism
Transformational leadership	Quality of Nursing Leadership Management Style
Structural empowerment	Organizational Structure Personal Policies and Program Community and the Healthcare Organization Image of Nursing Professional Development
Exemplary professional practice	Professional Models of Care Consultation and Resources Autonomy Nurses as Teachers Interdisciplinary Relationship Quality of Care: Ethics, Patient Safety, and Quality Infrastructure Quality Improvement
Empirical quality outcomes	Quality of Care: Research-and Evidence-Based Practice Quality Improvement
New knowledge, innovation, and improvement	Quality of Care

米国の看護リーダーは、裁量権がある一方、病院への貢献度を維持する必要があり、看護ケアの質を確保するためにも看護師の確保は重要な役割となっている。看護師の定着を促進するためには、看護師長とスタッフのコミュニケーションが円滑である、とスタッフが認識することでスタッフの帰属意識が強くなり、職務満足度も向上するため、コミュニケーションスキルとリーダーシップとの相乗効果が期待されている(Blake, Leah, Robbins, Pike, & Needleman, 2013)。スタッフのモチベーションや職務満足度は、同僚や上司の行動により操作が可能であることが確認されている(Gray & Shirey, 2013)。また、看護師長は看護組織の中間管理者として、看護部に対する場面とスタッフに対する場面において立場が逆転する(Warshawsky, Rayens, Lake, & Havens, 2013)ため、上下双方向に対するコミュニケーションスキルを駆使することが求められる。Lake (2002)はマグネット認定病院の調査より、提供される看護の質や患者安全を含むアウトカムに看護の実践環境の影響があることを明らかにし The Practice Environment Scale of the Nursing Work

Index (以下 PES-NWI )を開発している。病院全体の業務における看護師の関わり、ケアの質を支える看護の基盤、看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援、人的資源の適切性、看護師と医師との良好な関係の 5 つが看護実践に関わるとし患者成果に影響があると指摘している。看護管理者はリーダーシップを発揮し、統括する看護単位の看護実践環境を整備することが求められている(Warshawsky, Lake, & Brandford, 2013)。

## 2. 本邦の看護リーダーの役割

本邦では、日本看護協会が継続教育の一貫として看護管理者認定研修を3段階とし、1999年から認定看護管理者が輩出されている。2015年の新規認定者を含めた認定看護管理者総数は2,356名であり、8,500ある病院数の3割以下に留まっている。また所属を公開し、病院で勤務する認定看護管理者の75%は看護部に所属しており、看護部全体の運営を担っている(公益社団法人日本看護協会, 2015)。認定看護管理者の中から看護職者の病院副院長職者も輩出され、看護組織に留まらず病院組織経営に参画し、権限の範囲は軽微ではあるものの拡大し始めている。

表 2 日本看護協会認定看護管理者カリキュラム基準【ファーストレベル】

教科目	ねらい	単元	時間
看護管理概論	1. 看護管理に必要な知識体系を学び、看護管理への活用を理解する。 2. 看護管理者の役割と活動を理解し、これからの看護管理者のあり方を考察する。	1) 看護管理の概要 2) 看護管理に必要な基礎知識 3) 看護管理者の役割と活動 4) 労働者として学ぶ労務管理の基礎 知識	15
看護専門職論	1. 拡大・変化する看護専門職の機能と活動範囲を予測し、看護実践の改善に向け考察する。 2. 看護職の自律性と責務を理解する。 3. 看護に関連する法律や制度の変化を捉え、看護管理の視点で変化の意義や適応を理解する。	1) 看護専門職の役割と機能 2) 看護実践における倫理 3) 看護の社会的責務と法的根拠	30
ヘルスケアシステム論	1. ヘルスケアシステムの構造と現状、保健医療福祉制度を理解する。 2. 保健医療福祉制度の変化が看護管理に与える影響を理解する。	1) 我が国におけるヘルスケアシステムの構造 2) 保健医療福祉の動向	15
看護サービス提供論	1. 看護サービスの基本的概念を理解する。 2. 看護サービスの対象となる人々の権利を尊重した、看護サービスの提供過程を理解する。 3. 安全を保障しながらより質の高い看護サービスを提供する方法を理解する。 4. 看護サービス提供上の問題を論理的に解決する思考を学ぶ。	1) 看護サービスの概要 2) 問題解決 3) 看護サービスの質管理	30
グループマネジメント	1. 組織集団の基本概念、集団の力動的諸機能を理解する。 2. 看護チームにおけるリーダーの役割、医療チームにおける看護の役割を理解し、連携・協働のあり方を学ぶ。 3. 組織目的の達成に向けてメンバーが行動を取れるように諸理論の活用を考察する。	1) グループマネジメントの基礎理論 2) 看護チームのマネジメント 3) チーム医療と連携	30
人材育成論	1. 人材育成のための基本的な概念を理解する。 2. 現場(看護単位)における後輩育成や指導方法を理解する。	1) 人材育成の基礎知識 2) 人材育成の方法	15
看護情報論	1. 情報の概念と特徴を理解し、倫理的な取り扱いを学ぶ。 2. 患者ケアに役立ち、看護の質改善に資する情報管理のあり方を学ぶ。	1) 医療・看護情報の概要 2) 看護情報の倫理的側面と対応 3) 看護実践に活かす情報管理	15

日本看護協会の看護管理者認定研修の1段階目であるファーストレベル教育課程のカリキュラム基準を、表2.に示した。ファーストレベルの教育は主に各県の看護協会等が主催し、日本看護協会が提示しているカリキュラムに基づき150時間の講義・演習により実施されている。受講要件は①日本の保健師、助産師および看護師のいずれかの免許を有する者、②保健師、助産師および看護師のいずれかの免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者、③管理的業務に関心があり、管理的業務に従事することが期待されている者となっている。セカンドレベルでは、講義・演習時間が180時間となり、カリキュラム受講期間は長期になると共に、受講要件の③が認定看護管理者ファーストレベル教育課程を修了している者、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、とされている。このことから、看護師長教育にはファーストレベル教育が相当すると考えられる。

### 3. 看護師長の役割と役割遂行に与える要因

看護師長は看護管理者の一員であり、看護組織の基盤となる存在である。看護師長には、統括部署レベルでのマネジャーとして人材育成やベッドコントロールなど管理者としての役割が求められている(中神ら, 2012; 門屋, 2009)。在院日数の短縮を含めた円滑なベッドコントロールは、病院の安定した経営に必須となる。また、ワークライフバランスの提唱もあり、勤務形態が多様な状況下でも、新人看護師教育をはじめ、継続教育が重要視されている(山口, 舟島, 2010; 手塚, 佐藤, 2007)。新人看護師の職務への適応を促進させるためには職務満足の上が必要であり、看護師長がビジョンを正確に持ち効果的なリーダーシップを発揮することが有効であるものの、新人が持つリーダー像は看護師の教育背景によって異なっている(高谷, 2007)。看護師長は、現任教育の推進者として実践能力の高い看護師には、認定看護師の輩出のために研修に参加できるよう配慮することが求められ、資格取得後には適切な役割を付与することも求められている(平田, 戸梶, 2013)。診療報酬点数加算もあり、認定看護師の輩出は病院経営にとっても利点となるが、認定資格取得後には、当該部署を離れ看護部全体として横断的な役割を付与することになることもあり、看護師長が十分な支援ができない現状も指摘されている(神坂, 松下, 大浦, 2010)。

Ashforth (2000)は、役割移行モデルとして、社会生活の場によって人は役割を実践しており、その役割に必要な能力を獲得する過程を明らかにした。図1にモデル図を示した。役割は予期的に与えられることもあれば、思惑から外れ与えられることもある。役割を取得した後、自身の中で自己同一化に至る経過の中で4つの心理的動機として、自己同一感、意味、コントロール、所属感が引き起こされる。役割と自身の同一化には、自己認識による同一感と自身のコントロールだけでなく、他者からの評価も必要となる。役割に対する動機が喚起され、役割と自己を同一と捉えることができると他者に対しその役割を遂行することが可能となる。新たな役割を遂行し役割認識を確立するためには、他者からの適切

な評価を得ることが必要であり、自身の役割遂行能力を判断し自己向上心への動機へ繋げることが重要となる。

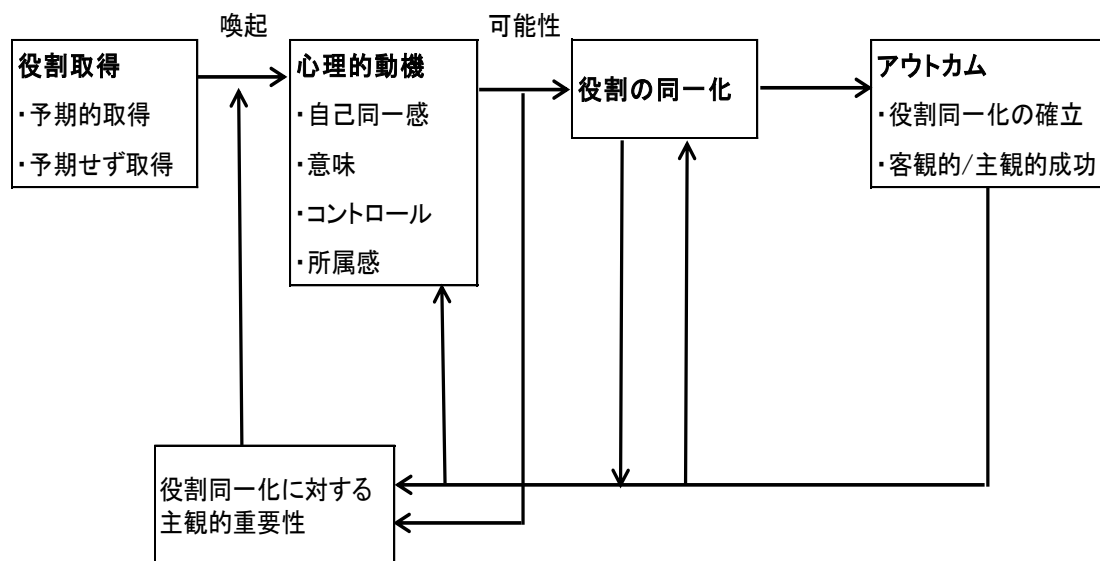


図 1 Ashforth 『役割移行と自身』モデル

本邦における看護師長の昇格基準の公正性や透明性は、米国と比較すると不明瞭である(富永, 佐藤, 道脇, 2012)。そのため、看護師長への昇格が本人の意図しない時期となった場合に、必要な役割移行の過程をたどることが困難となる。山本ら(2013)は、看護師長への半構成的面接調査から、知識や能力不足による自尊感情の低下によって役割に対する動機づけが阻害されやすいが、他者からの支援や協力により役割認識の保持が可能であれば動機づけが促進され、役割を維持することができることを示唆している。しかし、看護師長が抱える課題の解決や役割を遂行するための支援体制を確立し、系統的教育が行われている看護組織は多くない(河城, 橋本, 森田, 田村, 内田, 2013)。東堤ら(2012)も同様に、看護師長の役割を取得するためには知識や能力の充実を図ると共に支援的介入が必要であり、看護師長としての初期教育プログラムが重要であると指摘している。

### 第Ⅲ節 中規模病院の看護師長の現状と課題

#### 1. 中規模病院の組織の特性

病院経営において、病床稼働率と収益性は強い相関を示す(白木, 2015)。また、病床数が少ないほど平均在院日数は長期化の傾向にあり、病床稼働率が低下する傾向が指摘されており、中規模病院の経営は不安定であることが多い(北川, 2014; 株式会社明治安田生活福祉研究所, 2013)。中規模病院の経営安定を図るためには、地域住民のニーズに沿った医療



の役割という期待に応えながら、病床稼働率の向上が必要となる。そのために、医師をはじめ看護師の人材確保が急務となっているが、臨床研修医制度による医師の偏在化により医師の確保が困難になり、標榜科の変更や病床再編を余儀なくされている(芝田, 2010)。また、中規模病院では他職種との関係性、インフォーマル組織の影響力など大規模病院とは職場環境が異なり、複数の指示命令系統が存在している(久米ら, 2010)。また、新卒看護師の多くは教育体制が整備されている大規模病院に就職することが多く、中規模病院では設置主体に関わらず、看護師の確保も困難である。そのため、中規模病院の看護師は他施設での勤続経験のある看護師が就労していることが多く、教育背景が多様なスタッフで構成されており、教育プログラムを一様に構成するのが困難であると推察される。また、中規模病院の看護組織は、背景が多様な小集団でありインフォーマルな関係の影響を受けやすく、個人が尊重されにくいという組織文化を持っている(檜原, 長谷川, 2011)。

## 2. 中規模病院の継続教育

日本看護協会は、2000年に策定した看護師に対する継続教育の指針を改訂している(公益社団法人 日本看護協会, 2012)。改訂された指針には、新人教育、ジェネラリスト教育、スペシャリスト教育、管理者を育成する教育、教育者・研究者を育成する教育が含まれている。厚生労働省からの努力義務化の通達、ガイドラインに沿った研修に対する国からの財政支援もあり、新人看護師に対する教育体制の整備は多くの医療機関で積極的に取り組まれている。一方、中規模病院では施設内で研修体制が十分に取れない医療機関があることも指摘されている(厚生労働省, 2014b)。

個人の組織内でのキャリアは、年齢や勤続年数の増加につれて自然に形成されるものではなく、管理者になるための個人の努力が必要となるが(若林, 星野, 2006)、中規模病院では適切なモデルと接する機会が限定される。また、看護師の継続教育のニーズに対する調査から、大規模病院に比べ中規模病院では、費用・時間・人員確保が困難であり施設外への研修参加が積極的に進んでいない現状が明らかになっている(青山ら, 2005)。

## 3. 中規模病院の現状と看護師長の課題

中規模病院の看護師長は、大規模病院とは異なり地域と密着し住民の健康を支える役割を担うことのほかに、複雑な指揮系統の調整をする役割が含まれる(本村, 川口, 2013)。また、看護師長が抱える課題の解決や役割を遂行するための支援体制を確立し、系統的な教育が行われている看護組織は多くないという報告もある(河野, 2013)。日本看護協会による継続教育の一貫として、看護管理者教育は、認定看護管理者研修や大学院教育が提示されている。努力義務化されている新人教育に対しても施設間格差が生じていることは、看護師長に対する支援や教育について、施設間での格差は更に広がっていることが懸念される。

研究者が実施した看護部長へのインタビュー調査によると、中規模病院では、看護部管理者は看護師長に対し意識的に組織運営に参加する姿勢と高いコミュニケーションスキルを求めながらも、その機会や体制が整備されていないことを課題としていた(檜原, 2012)。語りの中で看護部長らは、看護の質を向上するための課題を明らかにし組織的に取り組むことが、看護師の定着促進に繋がることを期待していた。一方、組織文化に対しスタッフと共通の認識を持っている看護部長においても、看護部の方針の伝達がスムーズな部署とそうでない部署があることを危惧していた。看護部長らは、看護の質を高めるための理想を持ち現状を改善しようとしても、スタッフに十分伝達できていないことがあり、その理由が看護師長にあるのではないかと懸念していた。看護師長は看護組織の中間管理者として、上下双方向に対するコミュニケーションスキルを駆使することが求められている(Warshawsky, et al, 2013)という指摘と同様に、看護部長は、看護師長に対し、統括部署の運営だけでなく看護部運営に積極的に関わる姿勢を求めている。また、中規模病院の看護師は教育背景が多様であると共に、個人が尊重されていないと感じると組織への定着が阻害される傾向にある(檜原, 長谷川, 2011)。そのため、中規模病院の看護師長には看護師一人一人を尊重し、信頼を寄せ、適切な権限を委譲できることが求められる。

以上のことから、中規模病院の看護師長のリーダーシップには看護部長の目標に沿いつつも、スタッフ一人ひとりが患者の支援者として自律的に創造的に看護できるように役割を果たすことが求められていると考える。

#### 第Ⅳ節. クラウドの特徴

看護師の継続教育の学修環境には、日本看護協会や各県の看護協会が主催する研修や講習、放送大学、大学院教育など様々である。書籍を用いた自己学修、放送大学による学位取得などにより個人的に学修環境を獲得することは可能であるが、組織的に学修環境を整備している施設は少ない(河野, 2013)。中規模病院の看護師らは、経費・時間を費やすことが困難であるため、外部への講習や研修への機会が少なく(青山ら, 2005)、新しい知識の獲得には、負担の少ない学修環境を整備することが必要となる。

クラウドとはサーバーを保持することなくネットワークを構築し、サーバー機能の仮想化によって情報システムを管理できるシステムである。セキュリティを確保することで、インターネット環境があればパソコンでも、スマートフォンでも、タブレット端末でもアクセスが簡便であり、データの共有が可能になる。一方、クラウド環境を活用した学修は個人学修となり、学修計画や課題が個々に設定できるため、学修者が主体的に能動的に学修に取り組む必要がある。

中規模病院では、人材や資材が十分でないことから、研修等への費用投入が進まず、集合研修を頻回に開催することも困難であることが予想される。そこで、クラウド環境を活

用することで学修プログラムを共有し、ネットワークの構築を容易にし、複数の中規模病院の看護師長間で情報共有と、相互支援の体制を構築することも可能となる。

## 第3章 研究の目的と研究方法

### 第Ⅰ節 研究の目的

中規模病院の看護師長が、スタッフに信頼を寄せることができるリーダーとなるために、サーバントリーダーシップを獲得する支援モデルを開発する。本研究では中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することを目的とし、業務に支障の少ない時間の集合研修と自己学修を促進するためのクラウド環境を組み合わせた支援モデルを開発し、その効果を検討することを目的とする。

### 第Ⅱ節 研究の概念枠組み

図1はAshforth(2000)の『役割移行と自身』モデルを基にした研究の概念枠組みである。看護師長は、看護師長の役割を与えられてから自分自身で意味づけをし、コントロールにより中間管理者としてのリーダー役割を担っている。中規模病院の看護師長に支援モデルを導入することによりサーバントリーダーシップを獲得・強化できる。

看護師長にサーバントリーダーシップが獲得・強化されることにより、看護実践環境が改善し、看護師の定着が促進される可能性がある。

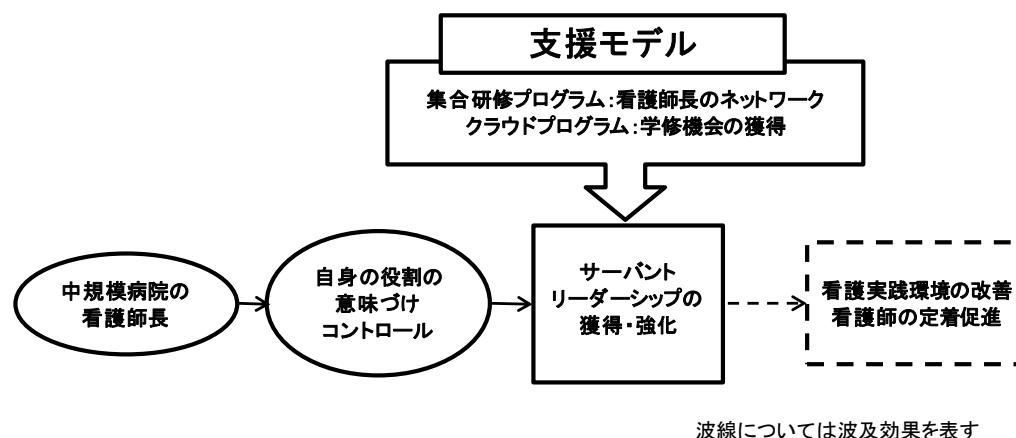


図2 研究の概念枠組み

### 第Ⅲ節 研究の構成

研究の構成は以下のとおりである。

#### 1. 予備研究

中間管理者である看護師長にとって有効なリーダーシップ行動の特徴と課題を考察するために、看護師長を対象に、看護師長のリーダーシップ行動と上司と部下に対する双

方向へのコミュニケーションスキル、看護部に支援してほしい項目の質問紙調査を行う。リーダーシップ行動は、三隅(1984)が開発し集団力学研究所が許諾権を有する『PM 指導行動測定尺度』、コミュニケーションスキルは、上野(2005)によって開発された『看護師のコミュニケーションスキル尺度』を測定する。看護部に支援してほしい項目については研究者が、日本看護協会認定看護管理者学習テキスト(井部編, 2011: 井部, 勝原編, 2011: 村上, 木村編, 2011: 手島編, 2011: 中西編, 2011)から抜粋する。

## 2. 第1研究

10年以上の臨床経験を持つ中規模病院の看護師を対象に、看護師長就任のための昇格条件の有無と就任後の支援の有無が、看護実践環境と看護師長の知識獲得の機会にどのような影響を与えているかを検討するために質問紙調査を行う。看護実践環境は、Lake(2002)が開発し緒方ら(2010)が許諾権を持つ『PES-NWI 日本語版』を使用する。看護師長に必要な知識に対する項目は、研究者が日本看護協会認定看護管理者学習テキスト(井部編, 2011: 井部, 勝原編, 2011: 村上, 木村編, 2011: 手島編, 2011: 中西編, 2011)から抜粋する。

## 3. 第2研究

予備研究、文献検討、第1研究より得られた示唆から、中規模病院の看護師長には看護部長の目標に沿い、スタッフ一人ひとりが患者の支援者として自律的に、創造的に看護できるように役割を果たせるサーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルを開発する。支援モデルは、看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための学修プログラムを構成するとともに、クラウドを活用した e-learning による学習環境の提供、施設を超えた看護師長ネットワークの構築が可能とするプログラムで構成する。参加協力の得られた看護部長が統括する看護師長に対し支援モデルを実施し、有効性を検討する。

# 第Ⅳ節 用語の操作的定義

- 1) 看護師長：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に計画し、1つ以上の看護単位に対し管理責任を担う役職に従事している看護師
- 2) 中規模病院：100床以上 400床未満の病院
- 3) サーバントリーダーシップ：Greenleaf (2002) が提唱しているサーバントリーダーシップ論を基に、本研究では傾聴、共感、癒し、気づき、説得、概念化、先見力、執事役、人々への成長の関与、コミュニティづくりを属性としてもち、スタッフに対し適切な権限を委譲することができるリーダーシップ。
- 4) 看護実践環境：看護実践を促進する、あるいは阻害するような職場環境に起因する組織の特性であり、看護ケアの質に影響を及ぼすもの。病院全体の業務における看護師の

関わり、ケアの質を支える看護の基盤、看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援、人的資源の適切性、看護師と医師との良好な関係で構成される。

5) リーダーシップ行動：三隅(1984)が提唱している PM 理論を基に、P(performance)行動(目標達成)と M(maintenance)行動(集団維持)で構成される。看護師長が認識している自身の行動について、PM タイプを理想的(PM)リーダー、Pm タイプを目標重視(Pm)リーダー、pM タイプをスタッフ関係重視(pM)リーダー、pm タイプを現状維持(pm)リーダーの 4 つに分類する。

6) 定着可能性：平井ら(2003)が開発した、看護師が現在所属している組織に対し、今後も組織に定着する可能性を定着可能群、定着不安定群、定着不可能群に分別するもの。定着不可能群の割合はその後の離職率と強い相関があるとされている。

## 第4章 予備研究：看護師長のリーダーシップ行動の特徴と課題

看護師長は、組織の中間管理者として様々な葛藤を抱えながらリーダー役割を遂行している。また、組織内の円滑な関係を維持するためのコミュニケーションスキルが求められる。看護師長は役割遂行にあたり統括する部署に対しリーダーとしての行動特性を有し、看護部に対する看護部組織の方略を浸透するためにコミュニケーションスキル活用していることが考えられる。看護師長のリーダーシップ行動の特徴と、看護部にどのような支援を求めているかを分析し、支援モデル開発に対する示唆を得る。

### 第Ⅰ節 研究目的

看護師長のリーダーシップ行動の特徴を明らかにし、中間管理者である看護師長に必要なリーダーシップへの課題を考察すると共に、看護師長が求める支援を明らかにする。

### 第Ⅱ節 研究方法

#### 1. 対象

公的な評価として医療機能評価機構の認定を受けている一般病院に区分され、かつ、病床数が200床以上の施設の中から無作為に抽出した205施設に対し看護部長宛に研究依頼の文書を送付した。返信はがきにより看護部長から調査協力の返答を得た77施設の看護師長1,011名を調査対象とした。

#### 2. 調査方法

質問紙による関連比較研究。調査用紙の回収は同封した返信用封筒を用い郵送法で行い、研究者に直接返送した。対象の看護師長には、紙面にて研究の目的、倫理的配慮について説明したうえで質問紙に自記式回答するよう依頼した。

調査期間は2012年12月から2013年2月であった。

#### 3. 調査内容（資料3, p81-84）

個人属性として、所属施設の経験年数、師長経験年数、スタッフ数、管理者教育経験として認定看護管理者講習受講の経験について質問した。

リーダーシップ行動として、三隅(1984)の開発したPM指導行動測定尺度(5段階リッカート)を用い、P(performance)行動(目標達成)と、M(maintenance)行動(集団維持)について質問した。「ほとんど行わない」から「いつも行う」の5段階択一回答を求めた。尺度合計得点を母集団の平均値で区分し、4タイプに分類した。PMタイプを理想的(PM)リーダー、Pmタイプを目標重視(Pm)リーダー、pMタイプをスタッフ関係重視(pM)リーダー、pmタイプを現状維持(pm)リーダーとする。この尺度は、自己評定にも他者評定にも使用で

きるが、自己評定と他者評定にはずれが生じることも指摘されている。しかし、本研究では、看護師長の特徴と課題を明らかにするために、看護師長自身が認識しているリーダーシップ行動を測定することとした。公益社団法人集団力学研究所の使用許諾を得て「PM 調查看護師用フォーム」を使用した。

上司とスタッフに対するコミュニケーションスキルとして、上野(2005)が看護師を対象に開発したコミュニケーションスキル測定尺度(19項目、5段階リッカートスケール)を用い質問した。「当てはまらない」から「当てはまる」の5段階択一回答式で点数化した。サブカテゴリーは「情報収集」「話のスムーズさ」「積極的傾聴」「パーソナルスペース・視野交差」「アサーション」に分類される。開発時の Cronbach  $\alpha$  係数は 0.874 であり信頼性が検証されており、内容妥当性、構成概念妥当性、弁別的妥当性などが検証されている。開発者に使用許諾を得て使用した。

看護部に対し支援してほしい項目を、日本看護協会認定看護管理者学習テキスト(井部編, 2011: 井部, 勝原編, 2011: 村上, 木村編, 2011: 手島編, 2011: 中西編, 2011)から研究者が抜粋した。「現状分析力への支援」「コミュニケーションスキルの向上」「看護実践の可視化」「労働環境の調整」「目標管理の支援」「スタッフの育成・教育支援」「倫理観の熟成」「看護管理観の明確化」について、望んでいる支援の程度について VAS 法で回答を得た。

#### 4. 解析方法

分析は各項目の記述統計、看護師長のコミュニケーションスキルは上司に対する得点とスタッフに対する得点について対応のある t 検定を行った。また 4 つのタイプと看護部に対し望んでいる支援について Kruskal-Wallis 検定、コミュニケーションスキル得点について一元配置分散分析を行った。分析には IBM SPSS19.0 を用いた。

### 第Ⅲ節 倫理的配慮

聖隷クリストファー大学の倫理委員会の承認(倫理審査承認番号 12033)を受けて実施した。対象病院は第三者評価機構である病院機能評価の認定を受けている一般病院に区分されている 1,453 施設の中から病床数が 200 床以上である病院を無作為に抽出した。抽出した対象施設の施設長・看護部長に研究の主旨、目的、方法を明記した文書と返送用ハガキを郵送し、研究参加協力を依頼した。研究協力に同意が得られる場合には看護部長に看護師長の総数を記入したハガキの返送を依頼した。

看護部長から了解の得られた施設の看護師長に対し、文書で研究の主旨、目的、方法、研究への参加・不参加は自らの自由意思に基づき、業務とは無関係であること、結果は統計的に処理し個人が特定されないこと、調査票およびデータの管理は厳重に行うこと、研



究に対する質問がある場合には研究者に連絡が取れるよう連先を説明書に明記し、回答をもって同意とみなした。調査用紙の回収は同封した返信用封筒を用い郵送法で行い、研究者に直接返送できるようにした。調査内容は最小限とし、回答時間を制限しない事で、対象者への負担を軽減するよう努めた。加えて、本研究で調査する内容が、看護管理者としての業務内容や責務などに関係するため、匿名性には十分に配慮し、個人が特定できないことを明確に示す事で、研究協力への業務への影響に関する不安を軽減するよう努めた。

## 第Ⅳ節 結果

### 1. 対象者の属性

配布数 1,011 名のうち回収数 596 名(回収率 59.0%)、有効回答数 553 名であった。対象者が所属する病院の病床数は 60 床から 1,000 床以上、設置母体は国公立、社会福祉法人、医療法人、企業などであった。対象者の平均臨床経験年数は 27.7(±6.0)年、看護師長経験年数は 6.8(±6.1)年であり、統括しているスタッフ数の平均は 26.5(±16.0)名であった。病棟や外来など一看護単位を統括している看護師長が殆だが、100 名近くのスタッフを抱えている看護師長が 4 名、スタッフを直接統括していない看護師長が 14 名であった。

対象者のうち、日本看護協会が主催するファーストレベル受講者は 214 名(38.7%)、セカンドレベル受講者は 216 名(39.0%)、サードレベル受講者は 12 名(2%)であり、未受講者は 93 名(16.8%)、無回答 18 名であった。

### 2. 看護師長のリーダーシップ行動

対象者の PM リーダーシップ行動尺度得点は、P(performance)行動が平均 30.2(±5.3)点、M(maintenance)行動が平均 20.8(±5.4)点であった。本調査での PM リーダーシップ行動の信頼係数 Cronbach'  $\alpha$  は 0.848 であった。対象者の PM 指導型行動尺度得点により、母集団の P 行動得点の平均値以上が P、平均値以下が p、M 行動得点の平均値以上が M、平均値以下が m としそれぞれの組み合わせにより 4 分類した。理想的(PM)リーダー170 名(30.7%)、目標重視(Pm)リーダー95 名(17.1%)、スタッフ関係重視(pM)リーダー99 名(17.9%)、現状維持(pm)リーダー189 名(34.1%)であった。4 つのリーダーシップタイプをスタッフ数、看護師長経験年数、臨床経験年数、日本看護協会の指定する看護管理者認定教育講習受講の有無と比較したが有意な差は見られなかった。

表 3 看護師長のリーダーシップ行動と属性

N=553

	人 (%)	現所属 経験年数 (年)		看護師長 経験年数 (年)		スタッフ数 (人)		看護管理者認定教育受講経験(人)				
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	ファースト	セカンド	サード	未	NA
理想的 PMリーダー	170(30.7)	3.4	3.7	6.6	5.6	26.0	17.5	63	61	5	34	7
目標重視 Pmリーダー	95(17.1)	3.7	4.1	6.8	6.8	25.8	14.1	37	39	1	16	2
スタッフ関係重視 pMリーダー	99(17.9)	3.7	3.5	6.3	5.8	28.0	13.4	35	36	4	19	5
現状維持 pmリーダー	189(34.1)	3.8	4.5	7.3	6.3	26.6	16.8	79	80	2	24	4

SD:Standard Deviation

Note:看護管理者認定教育受講経験:ファースト:ファーストレベル、セカンド:セカンドレベル、サード:サードレベル講習

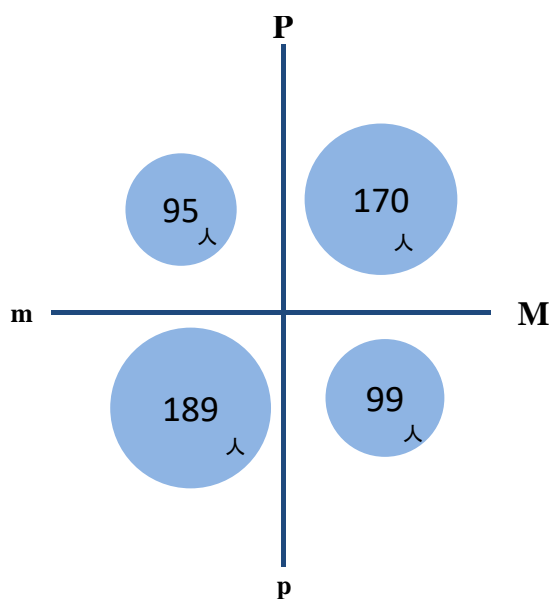


図 3 看護師長のリーダーシップ行動分布図

### 3. 看護師長のコミュニケーションスキル

組織内の円滑な関係維持に求められるコミュニケーションスキル総得点の平均は、上司に対して 64.8(±7.4)点、スタッフに対して 65.5±6.4 点であり、看護師長は、スタッフに対しコミュニケーションスキルをより活用していた。質問項目の内的整合性を示すための Cronbach α 係数は 0.732 であった。

サブカテゴリー別では、上司に対する平均点は「パーソナルスペース・視線」3.8(±0.6)点、「情報収集」3.6(±0.6)点、「積極的傾聴」3.6(±0.6)点、「話のスムーズさ」3.3(±0.7)点、

「アサーションスキル」2.6(±0.7)点であり、スタッフに対する平均点は「パーソナルスペース・視線」4.0(±0.5)点、「情報収集」3.8(±0.5)点、「積極的傾聴」3.8(±0.5)点、「話のスムーズさ」3.3(±0.7)点、「アサーション」2.8(±0.6)点であった。上司に対するコミュニケーションスキル得点とスタッフに対するコミュニケーションスキル得点を比較すると、19項目のうち17項目が、スタッフに対する得点が高かった( $t=2.0\sim 12.2$ ,  $p<0.05$ )。

表4 看護師長のコミュニケーションスキル

N=553						
項目	対スタッフ 65.5 (6.4)		対上司 64.8 (7.4)		t値	
	Mean	SD	Mean	SD		
<b>第1因子 情報収集</b>	3.79	.46	3.63	.55	7.22	**
相手の話を聞いた後に要約をする	3.72	.81	3.36	.90	8.31	**
相手の情報を確認する	3.96	.65	3.79	.73	5.11	**
相手の話を聴きながら問題となる中心を聞く	3.93	.61	3.85	.76	2.55	*
相手の話を聴き問題点を見つける	3.91	.68	3.63	.80	7.57	**
相手の話を聴く時は、時間を考慮する	3.95	.87	3.93	.61	2.01	*
自分の言ったことを相手に確認する	3.49	.84	3.23	1.00	6.01	**
ジェスチャーをまじえて話す	3.59	.89	3.14	1.00	12.21	**
<b>第2因子 話のスムーズさ</b>	3.29	.70	3.26	.73	.93	
話の途中でつまる※	3.45	.97	3.20	.98	5.34	**
言葉がスムーズに出てこない※	3.17	.98	3.07	1.03	2.31	*
話が脱線する※	3.26	.89	3.51	.95	-5.97	**
<b>第3因子 積極的傾聴</b>	3.76	.52	3.57	.59	7.67	**
相手の立場に立った話し方を心がけている	4.12	.66	3.71	.86	10.56	**
相手の話をよく聴く	4.11	.68	4.11	.76	.01	**
沈黙を効果的に用いる	3.09	.85	2.87	.89	5.50	**
<b>第4因子 パーソナルスペース・視線</b>	3.97	.50	3.84	.61	5.10	**
対人距離に留意する	4.00	.70	3.84	.79	4.13	**
視線に留意する	4.07	.73	3.94	.78	3.99	
感情をコントロールする	3.82	.76	3.74	.91	2.03	*
<b>第5因子 アサーション</b>	2.79	.60	2.63	.65	6.08	**
話す時は私が主導権を握ります	2.75	.89	2.14	.84	12.92	**
私は初対面の人とうまく話す	3.06	.95	3.00	1.04	1.87	
自分を主張する	2.55	.82	2.74	.91	-4.20	**

Note: 5段階リッカートスケール ※ 逆転項目 paired t-test \*:  $p<0.05$  \*\*:  $p<0.01$

SD: Standard Deviation

#### 4. 看護師長のリーダーシップ行動別にみたコミュニケーションスキル

看護師長のリーダーシップ行動別にコミュニケーションスキル総得点について一元配置分散分析(Tukey HSD)を用い比較した。スタッフに対するコミュニケーションスキルは、現状維持(pm)リーダーが68.6(±6.1)点で他のタイプと比較して有意に高く( $p<0.01$ )、理想

的(PM)リーダーが 62.4(±6.4)点と他のタイプに比較して有意に低かった( $p<0.01$ )。上司に対するコミュニケーションスキルは現状維持(pm)リーダーが 67.8(±8.0)点で他のタイプと比較して有意に高く( $p<0.01$ )、理想的(PM)リーダーが 61.8(±6.3)点と現状維持 (pm)リーダー、目標重視(Pm)リーダーに比較して有意に低かった( $p<0.01$ )。

## 5. 看護師長のリーダーシップ行動別にみた上司に望む支援

看護部に望む支援として「非常に期待している」を 10、「全く期待していない」を 0 とし数値化した。最も支援が望まれていたのは「労働環境の調整」8.3(±1.5)、次いで「スタッフ育成・教育支援」8.3(±2.0)であった。最も低かったのは「目標管理の支援」7.6(±2.1)であった。質問項目の内的整合性を示すための Cronbach  $\alpha$  係数は 0.916 であった。

リーダーシップ行動別に看護部に望む支援内容を、Kruskal-Wallis 検定によって比較したところ、リーダーシップ行動によって有意な差が見られた( $p<0.05$ )。現状維持(pm)リーダーは全ての項目において他のタイプと比べ、支援を多く望んでいた。「現状分析力」「スタッフ育成・教育支援」についてスタッフ関係重視(pM)リーダーと目標重視(Pm)リーダーの逆転があったが、他の項目は現状維持(pm)リーダー、スタッフ関係重視(pM)リーダー、目標重視(Pm)リーダー、理想的(PM)リーダーの順にポイントが高かった。

表 5 リーダーシップ行動別看護師長が望む支援

	N=553					
	全体 Mean SD	現状維持 pmリーダー Mean SD	スタッフ関係重視 pMリーダー Mean SD	目標重視 Pmリーダー Mean SD	理想的 PMリーダー Mean SD	
労働環境の調整	8.3 1.5	8.8 1.0	8.3 1.5	8.2 1.6	7.8 2.0	**
スタッフの育成・ 教育支援	8.3 2.0	8.8 1.1	8.2 1.6	8.2 1.6	7.9 1.9	**
現状分析力の支援	8.1 1.7	8.6 1.2	7.9 1.8	8.0 1.8	7.7 2.0	**
看護実践の可視化	7.9 1.9	8.4 1.4	7.7 2.1	7.6 2.2	7.6 1.9	**
コミュニケーション スキルの向上	7.7 2.1	8.3 1.5	7.4 2.3	7.4 2.3	7.3 2.4	**
倫理感の熟成	7.8 2.0	8.4 1.5	7.7 2.0	7.4 2.3	7.5 2.3	**
看護管理観の明確化	7.8 1.9	8.5 1.3	7.9 1.9	7.6 2.4	7.3 1.9	**
目標管理の支援	7.6 2.1	8.2 1.6	7.4 2.3	7.6 2.2	7.2 2.4	**

Note: 1～10点VAS Kruskal-Wallis \*\*:  $p<0.01$   
SD: Standard Deviation

## 第Ⅴ節 考察

### 1. 看護師長の属性とリーダーシップ行動分布

対象者の平均臨床経験年数は 27.7(±6.0)年、看護師長経験年数は 6.8(±6.1)年であり、統括しているスタッフ数の平均は 26.5(±16.0)名であった。100 名近くのスタッフを抱えている看護師長が 4 名スタッフを直接統括していない看護師長が 14 名であった。看護部長が施設の副院長職を兼任し専門看護師や認定看護師の輩出などによって、各分野で専任として担務することが可能である組織体制が整備されている施設もあり(公益社団法人日本看護協会, 2015)、本調査でも看護部の組織体制が多様化していることがうかがえた。

日本看護協会が主催する、看護管理者認定講習のファーストレベル、セカンドレベルの未受講者は 16.8%であった。青山ら(2002)は、スタッフが外部組織で教育を受けるには一定の期間勤務先を不在にすること、資金が必要なことなどから中小規模病院ではその機会が少ないと指摘している。本調査では規模による比較はできないが、看護師長に対しても、外部講習など研修の機会が一律でないことがうかがえた。

リーダーシップ行動の 4 タイプをスタッフ数、看護師長経験年数、臨床経験年数、日本看護協会の指定する認定看護管理者講習受講の有無と比較したが有意な差は見られなかった。看護師長のリーダーシップ行動の分布は、理想的(PM)リーダー30.7%、目標重視(Pm)リーダー17.1%、スタッフ関係重視(pM)リーダー17.9%、現状維持(pm)リーダー34.1%であり、現状維持リーダーの分布が最も多くなった。PM 類型を示す先行研究では、自己評価得点は部下評価より高くなる傾向を示し、PM リーダーの分布が多くなる結果が示されており(三隅, 1984)、本調査の対象者の分布は異なる傾向を示した。看護師長の役割には病院経営の安定のため、ベッドコントロールや資源管理を担うが(門屋, 2009)、独自に裁量権を付与されていることはほとんどない(富永ら, 2012)。看護組織の中で看護師長は管理者の一員であり基盤となるが、企業の中間管理者とは裁量権が異なることが考えられる。しかし、裁量権が付与されていない現場監督者の PM 類型分布とも相違しており、現状維持(pm)リーダーが多いことは、看護師長の特徴であると考えられる。

役割を遂行し役割認識を確立するためには、他者からの適切な評価を得ることが必要であり、役割遂行能力に影響を受けるとされる(Ashforth, 2000)。自己評定として、看護師長に現状維持(pm)リーダーが多かったことは、役割遂行できていないと認識している看護師長が多いためだと考えられる。自尊感情が看護師長の役割遂行に影響を与えるという指摘もあり(山本ら, 2013)、看護師長の自尊感情を維持し、役割認識を促進する支援が必要であるといえる。また、看護師長への支援体制が整備されていない組織が多いことが報告されており(河野, 2013)、看護師長の役割遂行には、組織的な支援が必要であると考えられる。

## 2. 看護師長のコミュニケーションスキルの特徴

看護師長のコミュニケーションスキルは上司と比較しスタッフに対する得点が高く、スタッフへのコミュニケーションが重視されていることが明らかとなった。看護組織を運営するにあたり、看護部の目標や方針がスタッフまで十分に浸透するためには、看護師長のコミュニケーションスキルの発揮が重要になる。看護師長は、統括する部署の課題を見出し対処するためには、スタッフからの情報を多く収集し、アセスメントに結び付ける必要がある(中神ら, 2012)。また、スタッフの学習効果を向上するための教育的かわり以外に、継続的なコミュニケーションも求められている(伊藤ら, 2012)。看護師長は、コミュニケーションスキルの中でも「積極的傾聴」を相手との良好な関係を構築するために重要なスキルであると認識し、スタッフに対し発揮していると考えられた。

看護師長の中で、自分のリーダーシップ行動を低く評価している現状維持(pm)リーダーは他のタイプと比較し、コミュニケーションスキル総得点が高い得点となった。リーダーシップ行動分類では pm タイプは放任主義タイプとして分類され、人間関係の調整をせず、組織成員のモチベーションが向上しないタイプとされる。理想的なリーダーシップ行動が取れていないと認識している看護師長のコミュニケーションスキルが高かったことは、自己の認識と実践が乖離している、または、一般企業と異なり、中間管理者として裁量権や人事権を持たない看護師長にとって、自己の役割をマネジメントと捉え、リーダーシップに対する認識が希薄である可能性もある。組織成員が成熟し、目標達成に向けた意識が高く、自律的に行動できる場合には、短期的にはリーダーがリーダーシップ行動を取る必要が無い場合もある(金井, 2005)。看護師長は、統括しているスタッフが自律的に看護ケアを実施しているため、自己のリーダーシップ行動を発揮していないと認識している可能性も考えられた。

## 3. 看護師長のリーダーシップ行動による看護部に望む支援

看護師長の看護部への支援が最も望まれていたのは「労働環境の調整」であり、次いで「スタッフの育成・教育支援」となった。ワークライフバランスへの周知や理解が深まり(坂爪, 2009)、看護部運営に経営者の理解を得ることが可能な組織では、横断的な人的支援体制を構築している(河野, 2013)。しかし、そのような組織は少ないと考えられ、看護師の労働環境や勤務状況を調整することが、統括する部署内だけでは困難な現状があることが窺える。

新人教育体制は診療報酬において点数化されたこともあり、2010 年以降充実される傾向にある。スタッフ教育は新人以降も継続的に必要であり、中途採用者や短時間勤務者などスタッフの教育背景や勤務形態なども多様になっている。ワークライフバランスが推奨され多様な人材を抱える看護師長は、労務管理や人材育成の課題を抱えているものの、その体制を看護単位で整備するには限界があり、組織的な支援が必要なことが明らかとなった。

#### 4. 看護師長のリーダーシップ行動の特徴と課題

看護師長は看護部とスタッフを結ぶ中間管理者として看護部の打ち出している目標を正しく受け取り、かつスタッフに正しく伝えることが求められる。看護組織の成果目標は、病床稼働率や研修への参加率の向上など具体的な数値で示すことが可能な一方、看護の質向上など可視化が困難なことも多い。スタッフへのコミュニケーションと上司へのコミュニケーションを比較した結果、上司とのコミュニケーションが低く、看護部の掲げる目標を十分に受け止めていない可能性があり、組織運営にとって大きな課題となる。

看護師長のリーダーシップ行動の分布は、現状維持(pm)タイプが最も多く、看護部の掲げる目標がスタッフに提示できていないことが危惧される。あるいは、スタッフが自律的に看護ケアを実践しているため、看護師長自身が看護についてリーダーシップ行動を発揮することが少ない現状を示しているとも考えられる。PM 理論において、組織成員のモチベーションが高く、目標達成スキルが高い場合には pm タイプのリーダーでも一時的な成果は期待できるとしている。しかし、長期的にみると組織成員たちは、そのモチベーションの高さから新たな目標や、より高度な課題達成を求めるようになるため、結局は PM タイプのリーダーシップ行動が必要になる(三隅, 1984)。

スタッフの自律性を尊重している可能性があるものの、リーダーシップ行動が発揮できていない、と認識している看護師長が 7 割を占めていることが課題である。

看護師長は看護部に対し多くの支援を求めている。中でも 3 割以上を占める現状維持(pm)タイプは、看護部への支援をより強く望む傾向があり、日常的な役割遂行について、問題を抱えていることが窺えた。

#### 5. 支援モデル作成に対する示唆

支援モデル作成のための示唆は以下の 2 点である。

第 1 に、看護師長の中で自己評定ではあるものの、リーダーシップ行動が発揮できていない看護師長が 7 割を占めることから、看護師長に対するリーダーシップ教育と支援が必要であると考えられる。

第 2 に、看護部に望む支援の内容から看護師長は、日常業務として行っている労務管理、人材育成において、問題解決への困難さを感じ役割を遂行している可能性が高いと考えられる。

## 第5章 第1研究：中規模病院の看護師長支援と看護実践環境

看護師長は中間管理者であり、組織から役職を付与されその職務役割を遂行するなかで、統括する部署の環境を整備し、看護ケアの質が維持できるよう管理責任を負う。看護師長の役割を獲得し自身と同一化するためには、自身で意味づけし、コントロールするだけでなく看護部からの支援が必要である。看護実践環境は、看護師長の役割遂行能力に影響を受け、看護師長の役割遂行には、組織の昇格条件の有無、看護部からの支援の有無が影響を与えることが考えられる。これらのことから、看護師長の昇格条件、支援の有無が、看護師長が役割遂行に必要な知識やスキルを獲得するための学習機会とスタッフの看護実践環境に与える影響を分析する。

### 第Ⅰ節 研究目的

中規模病院の看護師長就任のための昇格条件の有無と就任後の支援の有無が、スタッフの看護実践環境と看護師長の知識獲得の機会にどのような影響を与えているかを検討する。

### 第Ⅱ節 研究方法

#### 1. 対象

公的な評価として医療機能評価機構の認定を受けている一般病院に区分され、かつ病床が200床以上400床未満の施設の中から無作為に抽出した262施設に対し看護部長宛に研究依頼の文書を送付した。返信はがきにより看護部長から調査協力の上の了承の得られた50施設に勤務する、10年以上の臨床経験を有する看護師1,008名を対象とした。

#### 2. 調査方法

質問紙による関連比較研究。調査用紙の回収は同封した返信用封筒を用い郵送法で行い、研究者に直接返送した。対象者には、紙面にて研究の目的、倫理的配慮について説明したうえで質問紙に自記式回答するよう依頼した。

調査期間は2014年5月から6月であった。

#### 3. 調査内容（資料4, p85-89）

個人属性として、臨床経験年数、職位、看護管理認定研修受講経験、看護系最終学歴について質問した。

看護実践環境として、Lake(2002)が米国におけるマグネット・ホスピタル研究等のデータから開発したPES-NWIを、緒方ら(2010)が翻訳し妥当性、信頼性を検証した『PES-NWI 日本語版』について質問した。項目全体の信頼係数Cronbach'  $\alpha$  0.90、サブスケール毎では0.76～0.86であり内容妥当性も検証されている。この尺度は、病院全体の業務における



看護師の関わり(9項目)、ケアの質を支える看護の基盤(10項目)、看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援(5項目)、人的資源の適切性(4項目)、看護師と医師との良好な関係(3項目)の5つのサブスケールで構成されている。非常にそう思う(4点)～全くそう思わない(1点)までの4段階リッカートスケールであり、サブスケールの平均点を算出する。得点が高いほうが、看護実践環境が良いと判断できる。尺度翻訳者より使用許諾を得て使用した。

看護師長昇格条件として、対象者が認識している自分の所属する病院の看護師長の昇格条件の有無とその内容について、①病院独自の試験や研修の受講、②看護協会の管理者認定研修、③臨床経験年数、④副師長経験年数、⑤学位の中から該当するもの全てを選択し、年数は数字の記載を求めた。また、⑦その他として自由記述を回答できるようにした。加えて、現行の看護師長昇格条件の有無に関わらず、対象者自身が看護師長昇格条件に必要だと思う項目について同様の回答欄を設けた。また、看護師長就任後の支援の有無について質問した。

看護師長に必要なスキルとして、日本看護協会の看護管理学習テキスト(井部編, 2011a: 井部, 勝原編, 2011: 村上, 木村編, 2011: 手島編, 2011: 中西編, 2011)の内容から研究者が抽出した14項目について必要な程度と学習機会について質問した。必要の程度は、絶対に必要、必要、必要ない、全く必要ない、の4段階で回答を求めた。14項目は「労務管理」「関連法規」「情報管理の知識と活用」「看護倫理観の提示」「看護師の自律性の尊重」「リーダーシップの発揮」「組織行動とシステム科学の知識」「問題解決と目標管理の知識」「チーム医療と連携に関する知識」「新人教育・成人教育に関する知識」「ジェネラリストとキャリア開発に関する知識」「コミュニケーションスキル」「ストレスマネジメント」「看護サービスの質管理」とした。

#### 4. 解析方法

分析は各項目の記述統計、個人属性と看護師長に必要なスキル、学習機会について $\chi^2$ 二乗検定、看護実践環境と看護師長昇格基準および看護師長支援の有無についてt検定を行った。分析にはIBM SPSS22.0を用いた。

### 第Ⅲ節 倫理的配慮

聖隷クリストファー大学の倫理委員会の承認(倫理審査承認番号13080)を受けて実施した。予備研究と同様に、対象者へは、文書で研究の主旨、目的、方法、研究への参加・不参加は自らの自由意思に基づき、業務とは無関係であること、結果は統計的に処理し個人が特定されないこと、調査票およびデータの管理は厳重に行うこと研究者の連絡先を説明

書に明記し、回答をもって同意とみなした。

## 第Ⅳ節 結果

### 1. 対象者の属性

看護部長から同意の得られた対象施設の病床数は 100～350 床、設置主体は、市町村等公立、独立行政法人、医療法人、企業であった。50 施設の看護師 1,008 名に郵送し、回収 634 名(回収率 62.9%)、有効回答は 513 名であった。

対象者の職位はスタッフ 157 名、副看護師長 144 名、看護師長 175 名、看護部長・副部長 25 名であり、平均臨床経験年数は 22.1(±7.3)年であった。日本看護協会の看護管理者認定教育講習の受講はファーストレベル 135 名(26.3%)、セカンドレベル 26 名(5.1%)、サードレベル 7 名(0.1%)、受講無 260(39.0%)名、無回答 85 名であった。看護系最終学歴は 425 名(82.8%)が専門学校卒業であり、修士課程修了者は 7 名(0.1%)、認定資格取得者は 11 名(2.1%)であった。修士の学位取得者のうち 1 名はファーストレベルを受講していたが、看護師長で修士の学位を取得していた 3 名は、どの看護管理者認定教育講習も受講していなかった。

表 6 対象者の属性

N=513													
	臨床 経験年数(年)		看護管理者認定教育講習(人)						看護系最終学歴(人)				
	mean	SD	ファースト	セカンド	サード	未	NA	専門 学校	短大	大学	修士 課程	NA	
全体	22.1	7.3	135	26	7	260	85	425	46	12	7	23	
スタッフ(164人)	18.7	7.6	7	2	2	125	28	132	18	2	2	10	
副師長(146人)	21.1	6.7	30	1	1	101	13	124	10	4	1	7	
看護師長(178)	25.2	5.9	95	17	0	31	35	152	15	3	3	5	
看護部長・副部長(25人)	29.0	5.4	3	6	4	3	9	17	3	3	1	1	

SD:Standard Deviation

Note:看護管理者認定教育講習 ファースト:ファーストレベル、セカンド:セカンドレベル、サード:サードレベル講習

### 2. 看護師長昇格条件、支援の有無

所属する施設に師長昇格条件があると回答したのは 279 名(57.2%)であった。師長昇格条件について、136 名(27.9%)が病院独自の試験や研修が必要、136 名(27.9%)が看護協会での研修が必要であると回答し、両方の研修受講が必要であるとしたのは 58 名(11.9%)であった。また、師長昇格条件として臨床経験年数を挙げたのは 68 名(13.9%)であり、36 名(7.3%)が 10 年以上、18 名(3.6%)が 5 年以上、10 名(2.0%)が 15 年以上の臨床経験が必要としていた。副師長の経験年数が必要であると回答したのは 52 名(10.7%)、学位(学士)が必要であると回答したのは 6 名(1.2%)であった。昇格条件があるとしているが、60 名

(12.2%)は条件についての回答が選択されておらず、自由記述として部長等からの推薦、院内人事評価、系列機関の人事評価等と回答しているものがあつた。

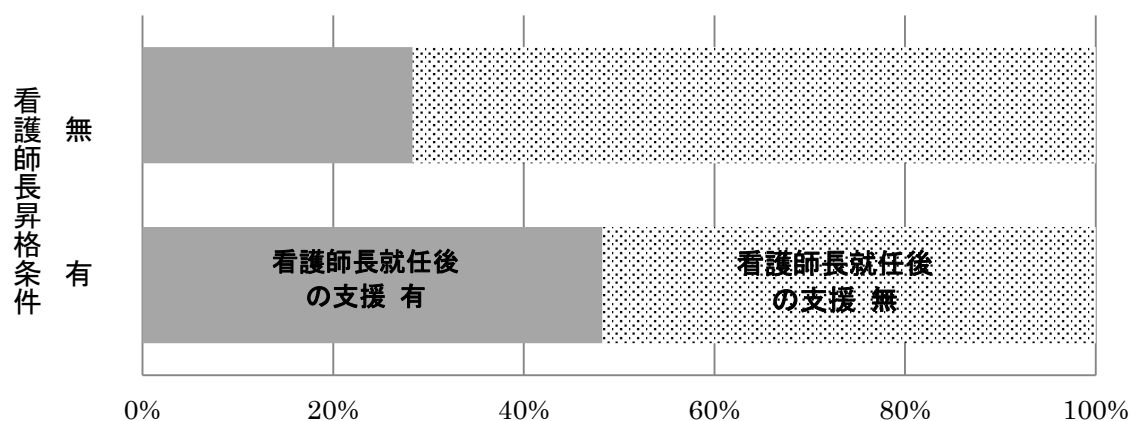
所属する施設での現行の師長昇格条件の有無に関わらず、看護師長昇格に必要なと思う条件について回答を求めたところ、最も多かったのは看護協会主催の研修受講 307 名(62.9%)、次いで病院主催の研修受講 217 名(44.4%)であつた。昇格に必要な臨床経験年数は10年以上が104名(21.3%)と最も多く、次いで15年以上、20年以上、5年以上であつた。看護師長昇格条件には学位が必要であると回答したのは31名(6.3%)であつた。

所属する施設に看護師長の支援があると回答した看護師は165名(33.8%)であり、看護師長71名(41.8%)は支援が有ると回答していた。看護師長の昇格基準の有無と、就任後の支援の有無を比較すると、看護師長昇格基準が有る方が、就任後の支援が有と回答していた( $\chi^2=14.200$ 、 $df=1$ 、 $p<0.001$ )。

表 7 看護師長昇格条件の有無、就任後の支援の有無

N=488									
	師長 昇格条件 無 (人)	師長昇格条件有					就任後の 支援無 (人)	就任後の 支援有 (人)	就任後の 支援 NA(人)
		病院の 試験・研修 (人)	看護協会 研修(人)	臨床経験 (人) (平均年数±SD)	副師長経験 (人) (平均年数±SD)	学位 (学士) (人)			
スタッフ(164人)	62	66	44	16(7.8±2.5)	8(3.4±1.2)	3	82	49	33
副師長(146人)	69	33	45	16(11.6±4.4)	11(4.2±1.2)	2	89	45	12
看護師長(178)	78	37	47	16(9.1±3.2)	11(3.4±1.8)	1	99	71	8

SD:Standard Deviation



Note  $df=1$  Pearson  $\chi^2=18.751$   $p<0.001$

図 4 看護師長昇格条件の有無と就任後の支援の有無

### 3. 看護実践環境

本調査で使用した PES-NWI 日本語版尺度の信頼性係数は項目全体では Cronbach'  $\alpha$  0.90、サブスケールでは 0.72～0.81 であった。看護実践環境の全体の平均は 2.6( $\pm$  0.4)点、5つのサブスケールの平均は「病院全体の業務における看護師の関わり」2.3( $\pm$  0.4)点、「ケアの質を支える看護の基盤」2.6( $\pm$  0.4)点、「看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援」2.7( $\pm$  0.5)点、「人的資源の適切性」2.1( $\pm$  0.5)点、「看護師と医師との良好な関係」2.5( $\pm$  0.6)点であった。スタッフ、副師長、師長の3群の平均点を一元配置分散分析によって比較すると「病院全体の業務における看護師の関わり」、「ケアの質を支える看護の基盤」、「看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援」、「看護師と医師との良好な関係」の4つのサブスケールで師長の点数が有意に高かった( $p < 0.05$ )。

### 4. 看護師長昇格条件の有無と、支援の有無による看護実践環境の比較

看護師長昇格条件の有群と無群、支援の有群と無群についてそれぞれ看護実践環境の平均点を比較した。所属している施設に看護師長の昇格基準がある群は、昇格基準が無い群に比べサブスケールすべてにおいて平均点が高く( $p < 0.05$ ,  $t = 1.77 \sim 3.78$ )、就任後の支援有群は、支援無群に比べ看護実践環境のサブスケール全てにおいて平均点が高かった( $p < 0.05$ ,  $t = 3.22 \sim 7.79$ )。

表 8 看護実践環境サブスケールと師長昇格基準の有無、就任後の支援

N=488								
	昇格条件		t値		就任後の支援		t値	
	有	無			有	無		
病院全体の業務における 看護師の関わり	2.4	2.2	3.544	**	2.5	2.2	7.794	**
ケアの質を支える 看護の基盤	2.7	2.6	3.872	**	2.8	2.6	6.470	**
看護管理者の力量、リーダーシップ、 看護師への支援	2.8	2.7	2.693	**	2.9	2.6	5.817	**
人的資源の適切性	2.2	2.1	1.773		2.2	2.1	3.222	**
看護師と医師との 良好な関係	2.5	2.3	3.730	**	2.6	2.3	5.608	**

Note : PES-NWI 日本語版 4段階リッカートスケール t-test \*\*:  $p < 0.01$

### 5. 看護師長に必要なスキル

看護師長に必要なスキル 14 項目全てについて、対象者の 95%以上が必要であると回答していた。その中でも、コミュニケーションスキル(56%)、看護倫理観の提示とリーダーシップの発揮(50%)、労務管理能力(49%)は凡そ半数が絶対に必要であると回答し、職位間で有意な差は見られなかった。14 項目の学習回数を職位別に比較すると、看護師長の学習回数がスタッフナース、副看護師長に比べ有意に多かった( $\chi^2 = 56 \sim 206$ ,  $df = 8$ ,  $p < 0.01$ )。

また、看護師長のうち 93 名(51.4%)は、必要なスキル 14 項目全てにおいて学修機会が 1 回以上持ち、162 名(91.5%)の看護師長は 7 項目以上について学修機会を持っていた。看護師長の支援の有群と無群を比較すると【問題解決と目標管理に関する知識がある】に対する学習回数は、支援有群が支援無群に比べ有意に多かった( $\chi^2=7.17$ ,  $df=2$ ,  $p<0.05$ )が、他の 13 項目では有意な差が見られなかった。半数以上の看護師長は、「リーダーシップ」「コミュニケーションスキル」「新人教育・成人教育」「問題解決と目標管理」「看護倫理観」「看護サービスの質向上」「ストレスマネジメント」について知識を獲得する機会を得ていた。

表 9 看護師長に必要なスキルの学習機会と就任後の支援

看護師長に必要なスキル	就任後の支援						Pearson $\chi^2$	
	有 (71人)			無 (107人)			$\chi^2$	df
	学修機会(人)			学修機会(人)				
	2回以上	1回	無	2回以上	1回	無		
リーダーシップを発揮することができる	63	8	0	81	24	2	4.253	2
コミュニケーションスキルがある	58	12	1	74	24	9	4.553	2
新人教育、成人教育について知識があり人材の育成ができる	54	13	3	65	27	15	5.090	2
問題解決や目標管理に関する知識がある	57	12	2	65	37	5	7.174	2 *
看護倫理観があり、医療スタッフに提言できる	53	15	3	63	36	8	5.877	2
看護師の自律性を尊重できる	43	38	23	36	23	15	1.089	2
看護サービスの質の向上に努めることができる	41	25	5	47	42	18	3.857	2
ストレスマネジメントの知識がある	40	25	6	50	39	18	2.923	2
チーム医療と連携について知識がある	48	16	6	53	35	19	5.403	2
情報管理の知識があり、人的・財的・リスク管理ができる	32	32	7	44	40	23	2.365	2
関連法規の知識がある	25	37	9	39	41	27	2.745	2
ジェネラリスト教育とキャリア開発に関する知識がある	30	31	10	36	48	23	1.563	2
労務管理に関する知識があり、適切な人的管理ができる	38	27	6	48	37	22	4.131	2
組織行動とシステム科学に関する知識がある	23	35	13	34	37	36	4.259	2

Note Pearson  $\chi^2$  \*:  $p<0.05$

## 第 V 節 考察

### 1. 中規模病院の看護師長昇格条件と支援

看護師としての中期キャリアを有し、看護実践者として所属する看護単位の中で役割を持つであろう 10 年以上の臨床経験を有する看護師を対象に調査を実施した。対象者の 183 名(36.0%)は施設外の長期研修を受講しており、その内訳は、看護協会主催の看護管理者研修 168 名(32.7%)、看護管理者研修以外の認定資格取得者 11 名であり、修士の学位取得者が 7 名(1.3%)であった。ファーストレベル研修は、講習期間が 3 ヶ月であり、セカンド

レベル研修、サードレベル研修、修士課程と比べ短期であるが、受講者は 135 名(26.3%)に留まっていた。

日本看護協会はジェネラリスト、スペシャリストを目指す看護師を育成するための指針を改定し(公益社団法人 日本看護協会, 2012)、中小規模病院に対してもクリニカルリーダー制を取り入れるよう推奨している。指針が示す管理者教育は、日本看護協会が主催する認定管理者教育課程および大学院での看護管理学専攻が相当している。中規模病院では、看護部長らの認定看護管理者は 25 名中 4 名(16%)、セカンドレベル修了者 6 名(24%)に留まり、看護管理者としてロールモデルとなり得る人材が施設内に少ないことが推察された。36.0%の看護師長は、管理者認定研修の受講が無く修士課程も修了していなかった。副師長に至っては 79.1%が管理者教育を終了していないことから、中規模病院では施設外への研修受講が進まない現状は、10 年前の先行研究(青山ら, 2005)と合致していた。

対象とした施設は、市町村等公立、医療法人、独立行政法人、企業法人など設置主体が様々であり、設置主体の人事昇格制度の有る施設もあった。看護師長への昇格条件が有る施設では、施設内で実施する試験の合格や研修の終了、あるいは看護協会での研修受講を条件としていた。看護師長と副師長を比較すると、看護師長の認定看護管理者研修への参加が多いことから、施設内での看護師長への明確な昇格基準が示されていない施設においても、ファーストレベル研修に参加することが看護師長昇格の前提条件になっていることが推察された。一方、昇格基準はある、と回答しながらも該当する条件を選択していない回答の中に、条件はあると思うが良くは知らないという自由記述もあり基準が明確に周知されていない施設があることがうかがえた。

本調査では、看護師長就任後の支援があると回答したのは 165 名(33.8%)に留まり、多くの看護師長の役割認識の維持が困難な現状が懸念された。一方、半数以上の看護師長が多くの知識を得るための機会を持っていることから、中規模病院の看護師長はロールモデルの存在も少なく、支援を得にくい現状の中、自ら知識を獲得することで、自尊感情を維持し、役割を遂行していると推察された。新人教育や継続教育への期待が高まる中、看護師を統括する看護師長の役割遂行能力が重要となっている(坂元, 山田, 2012; 高谷, 2010)。看護師長に必要なスキル 14 項目は全てにおいて必要であると認識されていた。学習回数も看護師長はスタッフらと比較し多くあり、知識を獲得する姿勢がうかがえた。しかし、看護師長の支援と学習回数の比較において有意な差は見られなかったことから、研修に参加するのは看護師長の役割遂行のための自己研鑽のためだと考えられる。他者からの支援や協力があり自己の役割認識の保持が可能であれば動機づけが促進され役割を維持できる(山本ら, 2013)という報告があることから、自己研鑽している看護師長の役割遂行過程において、支援が受けられていないことは、動機づけが阻害され、自尊感情の低下を招く危険性がある。

看護師長への昇格基準として、所属する施設での試験や研修と回答している看護師が

147名(30.1%)おり、中規模病院において管理者育成教育を組織で取り組み始めている施設は3割程度であると推察された。7割の中規模病院では管理者育成のための環境を施設単独で整備することは困難であり、昇格後の支援を組織的に整備することはより困難な状態である可能性が高い。自ら学習機会を捉え、知識の獲得に努めている看護師長の役割を推進し、自尊感情を維持するためには、看護師長への支援に資金や人材を投入できない現状を考慮した方略が必要となる。

## 2. 看護師長昇格条件と支援体制が看護実践環境に与える影響

看護師長への昇格基準や看護師長就任後の支援の有無によって、看護実践環境を示すPES-NWI 日本語版尺度得点に有意な差が見られた。サブスケール「病院全体の業務における看護師の関わり」、「看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援」は、就任後の看護師長への支援の有無の比較による点差のほうが昇格の有無の点差より大きかった。看護師長への支援が有る施設では、看護師長の管理者としての力量やリーダーシップがあると認識され、看護実践環境が整備される傾向にあるといえる。Higdon ら(2013)の米国マグネット認定病院の調査分析では、看護師数が少ない病院でも、看護管理者のリーダーシップが発揮されることで、患者のリスクは軽減し看護ケアの向上が期待できることが明らかとなっている。

中規模病院の看護師長には、「コミュニケーションスキル」「看護倫理観があり医療スタッフに提言できること」「リーダーシップを発揮すること」が他のスキルより切実に求められていた。看護ケアにおいて日常的に葛藤を抱えるスタッフには、適切な看護倫理観に基づいた判断基準が必要となる。10年以上の臨床経験を有するスタッフにとっても看護倫理観を提示でき、コミュニケーションを活用するリーダーシップが看護師長に求められていた。これは、新人を対象にしても、中堅を対象にしてもスタッフが困難な場面に遭遇した時に、看護師長のスタッフに対する支援が必要であるという報告(里光ら, 2013; 塚本, 結城, 船木, 田中, 山口, 2009; 高谷, 2007)と合致していた。看護師長が明確な看護倫理観を持ち、スタッフと共有できるような円滑なコミュニケーションを取ることができれば看護実践の支援に繋がることが示唆された。

地域住民のニーズに沿った医療を担うと共に、インフォーマル組織の影響力が強い中規模病院で勤務するスタッフの看護判断の指標となるためには、看護師長が看護倫理観を明確に掲げることが必要であり、リーダーシップの発揮がスタッフの支援に繋がることが期待できる。看護部は、スタッフを支えている看護師長を支援する方略を考え実践することが求められる。また、支援されている看護師長が看護部から支えられていることを自覚することで、組織方略がスタッフまで浸透し、看護実践環境が改善することが可能となる。中規模病院において、看護師長を支援する組織体制を構築することで、スタッフの看護実践環境を整えることに繋がることを期待できる。

### 3. 中規模病院の看護師長に必要な支援モデル作成への示唆

看護師長に対する看護部の承認と支援は、看護実践環境に影響を与えており、看護師長への支援が有る組織では看護実践環境が整備されていることが明らかとなった。また、中規模病院では施設内で看護師長を支援する体制が整備することが困難であっても、看護師長は自己の役割遂行のために、知識を得る努力をしている可能性が示唆された。

支援モデルには、看護師の人材育成やキャリア支援、看護倫理観に基づいたリーダーシップ、他職種との円滑なコミュニケーションスキルなど看護師長が得ている知識を統合し、実践へと移行するためのプログラムを内包することが必要である。

中規模病院単独では、看護師長に対し組織的な支援体制を整備することが困難なため、導入が簡便であり、組織横断的で、かつ経費や時間を節約できる支援モデルを開発する必要がある。



## 第6章 第2研究:サーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルの開発と評価

予備研究により、看護師長は、看護師の自律性を尊重している可能性があるものの、7割の看護師長がリーダーシップ行動を発揮できておらず、看護師長に対するリーダーシップ教育・支援体制が必要であり、日常業務として行っている労務管理、人材育成において、問題解決への困難さを感じ役割を遂行している可能性が高いことが示唆された。

第1研究の結果より、中規模病院では看護師長昇格条件を有する組織では師長就任後にも支援を受けていると認識しやすく、スタッフの看護実践環境が整備される傾向が明らかとなった。加えて看護師長は知識を獲得するために努力しているものの、組織的な支援ができる施設が限られていることが明らかとなった。

予備研究、文献検討、第1研究より得られた示唆から、中規模病院の看護師長には看護部長の目標に沿い、スタッフ一人ひとりが患者の支援者として自律的に、創造的に看護できるように役割を果たせるサーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルを開発する。中規模病院では、多額の経費や時間の投入には限界があり、単独施設で教育・支援体制を整備することは困難となる。看護師長を支援するためには、組織を問わずネットワークが構築され、看護師長が支援を受けているという実感を得ることができる方略が必要となる。

### 第1節 研究の構想図

#### 1. 研究の構想図

中規模病院の看護師長には、看護部長の目標に沿い、スタッフ一人ひとりが患者の支援者として自律的に、創造的に看護できるように役割を果たせるサーバントリーダーシップを獲得することが必要である。看護師長は役割遂行のために知識の獲得に努めており、その知識を実践へと移行することが必要となる。看護師長個々の学修を促進すると共に、看護部の目標を共有するために、看護部全体で看護師長が抱えている課題を共有する機会を提供するためのプログラムを組み入れることとする。

また、看護師長を支援するために、中規模病院でも導入が可能な経費や時間を節約できる方法を開発する。

以上のことから看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための学修プログラムを構成するとともに、クラウドを活用した e-learning による学習環境の提供、施設を超えた看護師長ネットワークの構築が可能となる中規模病院の看護師長を支援するモデルを開発する。

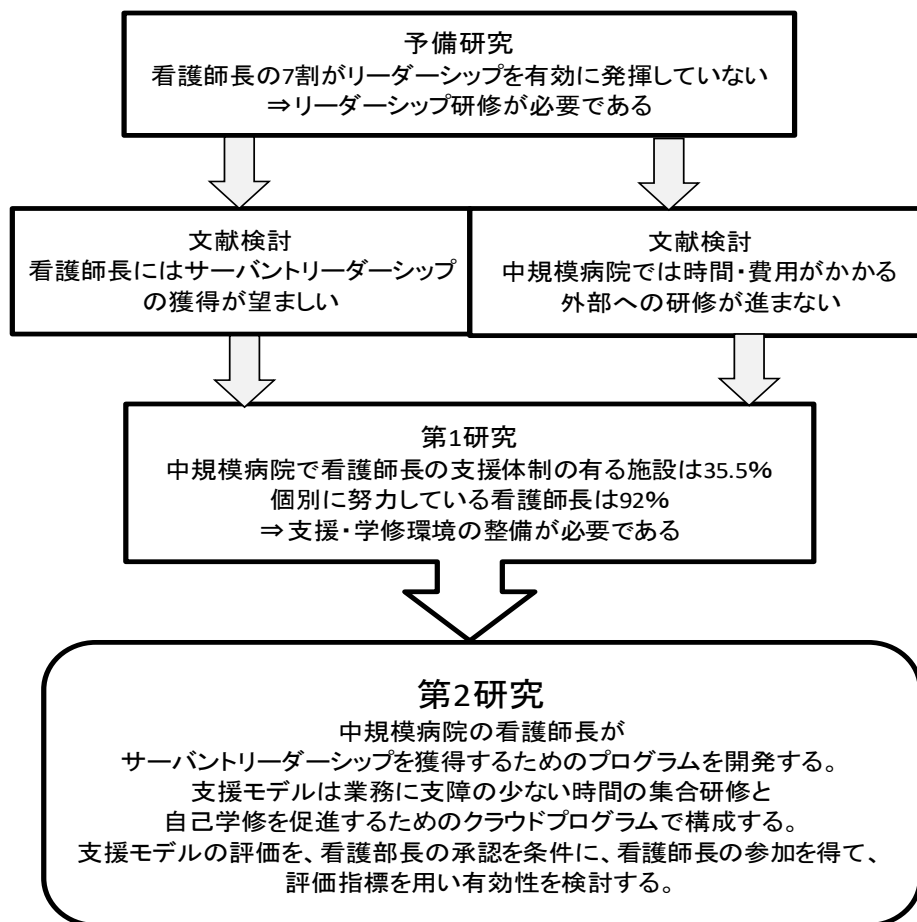


図 5 研究の構想図

研究のデザインは看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルを開発し、中規模病院の看護師長に介入する介入研究である。支援モデルとは、看護師長の学修機会の獲得を促進し、看護師長のネットワーク構築を目指すモデルであり、看護部長の支援モデルへの理解と集合研修プログラムへの参加、集合研修プログラム、クラウドプログラムを包括したものとする。

## 第Ⅱ節. 研究目的

本研究の目的は以下の3点である。

- 1.中規模病院の看護師長を支援するために、予備研究、文献検討、第1研究で得られた結果を基に支援モデルに必要な集合研修プログラム、クラウドプログラムを作成する。
- 2.中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルを展開する。
- 3.支援モデルの介入前後に同一の評価指標を用い測定し結果を比較することで、支援モデルの有効性を検討する。

### 第Ⅲ節 支援モデルの作成過程と評価方法

#### 1. 支援モデルの構成と展開方法

開発する支援モデルは、中規模病院の看護師長に対し、費用と時間の負担を軽減できるよう考慮し、集合研修プログラムとクラウドプログラムの2部構成とした。一方的な講習だけでは看護師長の理解を促進し実践に結び付けることが困難なことが予想されたため、集合研修プログラムでは、役割認識の促進と能動的な学修を期待し、参加者間でのディスカッションを組み込むこととした。また、自己学修を促進するためのクラウド環境によるe-learningを活用することとした。

集合研修プログラムは講習45分、ディスカッション45分の合計90分で構成し、4回実施する。また、クラウド環境を活用したe-learningでは、講習終了時から講習内容のパワーポイントスライドの閲覧、講習内容を教材にした講習資料、ディスカッションで使用するワークシートの閲覧とダウンロードを可能にした。

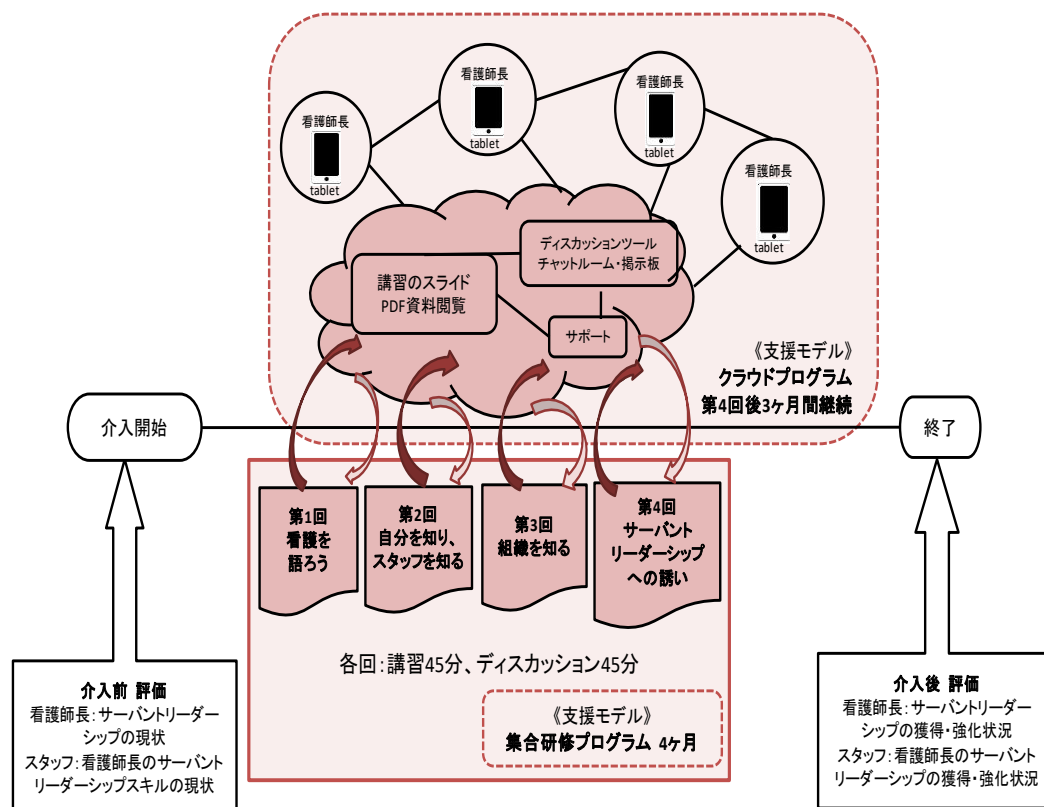


図 6 支援モデルの介入方法と評価

看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルとして、支えられているという認識を強固にするために、看護部長が支援モデルへの理解と同意を示し、支援モデルの中の集合研修プログラムに参加し協力が得られることを前提とした。

## 2. 支援モデルへの参加者募集方法

第1研究で協力を得られた看護部長の中で、看護師長教育に興味があると返信はがきに記載のあった看護部長 11 名に対し、支援モデル、対象者に対する倫理的配慮、支援モデルの評価方法について文書を用い説明した。看護部内での検討期間を設け組織で了承が得られた3施設の看護部長とプログラムの実施時期、実施期間について相談し、看護師長への説明日の調整を依頼した。

研究参加への協力依頼は、対象となる看護師長全員に対し支援モデルの内容、対象者に対する倫理的配慮、支援モデルの評価方法についてパワーポイントスライドを用い説明すると共に、文書でも説明し同意書を2部配布した。同意書は、研究参加に同意する場合には署名欄に記入し研究者に直接を送付することとした(資料5, p90-91)。研究に不参加である看護師長も、看護部の研修プログラムとしてプログラムへの参加は妨げないこととした。研究者が設定したIDとパスワードを各施設の看護部長に委譲すること同意書は本人と研究者が保管することで、研究参加者か否かが研究者並びに看護部長に特定できないようにした。

支援モデルについて説明し、参加協力を依頼した看護師長は37名であった。

## 3. 支援モデルの評価方法

### 1)看護師長のサーバンントリーダーシップスキル獲得状況の自己評価

支援モデルに参加する看護師長に対し、支援モデル参加前にはサーバンントリーダーシップスキルの現状、支援モデル参加後にはサーバンントリーダーシップスキルの獲得、強化状況を把握するため支援モデル介入前後に同じ質問紙調査(資料6, p92-95, 資料7, p96)を実施し、得点の差異を比較する。

### 2)看護師長のサーバンントリーダーシップスキル獲得状況の他者評価

支援モデルに参加した看護師長が統括する部署のスタッフに対し、看護師長のサーバンントリーダーシップスキルについて支援モデル介入前後に質問紙調査(資料8, p97-101Ⅱ, 資料9, p102)を実施し、得点の差異を比較する。

### 3)スタッフ看護実践環境の評価

看護師長のリーダーシップが発揮される成果として、スタッフの看護実践環境が整備されることが期待される。看護実践環境を測定する尺度は第1研究と同様、Lake(2002)が米国におけるマグネット・ホスピタル研究等データから開発したPES-NWIを、緒方ら(2010)が翻訳し妥当性、信頼性を検証したPES-NWI日本語版を用いた。看護師長が統括する部署のスタッフに対し、支援モデル介入前後に質問紙調査を(資料8, p97-101Ⅰ, 資料9, p102)実施し、得点の差異を比較する。

### 4)看護師の職場への定着可能度

看護師長のリーダーシップが発揮される成果として、看護師の離職を抑制されたと考え、

平井(2003)が開発した看護師の定着可能性測定尺度を用い定着可能性を測定(資料 8, p97-101Ⅲ, 資料 9, p102)し、差異を比較する。

#### 5).評価指標

サーバントリーダーシップスキル得点は NPO 法人日本サーバントリーダーシップ協会が策定したサーバントリーダーシップの 53 項目の使用許諾を得て使用した。

看護実践環境は第 1 研究で使用した PES-NWI 日本語版の使用許諾を得て使用した。

看護師の定着可能性は、スタッフの職場への定着可能性として平井(2003)が開発した看護師の定着可能性分析尺度の使用許諾を得て使用した。この尺度は、尺度開発において Cronbach'  $\alpha$  係数 0.829、実際の調査同年の離職率と定着不可能タイプの割合の一致率は 0.79 と高い信頼性妥当性を得ている。

また、支援モデルに参加した看護師長の意見としてテキストデータを抽出した。

### 第Ⅳ節 倫理的配慮

#### 1. 支援モデル参加者への倫理的配慮

本研究は、聖隷クリストファー大学の倫理委員会の承認(倫理審査承認番号 14061)を受けて実施した。詳細は以下のとおりである。

##### 1)研究参加依頼方法と同意を得る方法(資料 5, p93-94)

本研究の対象者は、手続き上、看護部といった権威的部署からプログラム参加の依頼がなされることによって強制的な印象を持つことが考えられる。プログラム参加者へはプログラムの概要、意義、目的についてパワーポイントスライドを用い口頭で説明すると共に、文書にて、プログラム及び研究への参加は自由意思であり、中断も自由であること、不参加や中断による不利益は一切ないことを保証し、業務評価とも無関係であることを明記し、同意書をもって同意とすることとした。同意が得られる場合には同意書 2 枚に署名し、1 枚は研究者に直接郵送し研究者が保管、1 枚は研究参加者本人の保管とした。

##### 2)心身の負担への配慮

対象者を質問紙調査により時間的に 20 分程度拘束し身体的負担、心理的負担が生じる可能性がある。対策として調査内容は最小限とし、回答時間を制限しない事で、対象者への負担を軽減した。加えて、本研究で調査する内容が、看護管理者としての業務内容や責務などに関係するため、匿名性には十分に配慮し、個人が特定できないことを文書に示す事で、研究協力によって業務への影響に関する不安を軽減するよう努めた。

##### 3.)対象者のプライバシーの確保

支援モデルの有効性の評価のために前後比較することが必要なため、対象となる看護師長には ID 用シール 2 枚とスタッフナース用のプログラム介入前用質問紙 30 部、プログラム参加前後用質問紙、同じ番号を記した返信用封筒を研究者に番号が分からないようにプ

ログラム開始前に看護部長に配布を依頼した。研究者が設定した ID とパスワードを各施設の看護部長に委譲すること、同意書は本人と研究者が保管することで、研究参加者か否かが研究者並びに看護部長に特定できないようにした。同様の番号が記載された ID 番号シールを質問紙調査用紙の文末に対象者自身で貼付してもらうよう依頼した。質問紙に貼付された看護師長の ID とスタッフナースからの返信封筒 ID を一致させることで介入前後、および看護師長の自己評価とスタッフナースからの他者評価とした。クラウドプログラムでは、個人情報 は明記せず、個人が特定されることのないようにした。

#### 4) 結果の公表の仕方

研究成果は関連学会での学会発表、および、学術雑誌への投稿によって公表するが、研究対象者や施設の名前が特定されるような記述はしないことを明示した。

#### 5) 研究者への連絡方法

研究者の連絡先を明記した文書を対象者に渡し、対象者に倫理上の問題点及び何らかの不利益が生じた場合にはいつでも直ちに対応できるよう配慮した。

## 2. データの取り扱い

クラウドプログラムへのアクセスには個人が特定されることのない ID を附した。クラウドプログラムの管理は、研究者が行うよう設定した。介入評価のための質問紙調査用紙は本研究以外には使用せず、一定期間施錠できる場所に保管し期間終了後にデータの消去を行う。

## 第 V 節 結果

### 1. 支援モデル参加者の概要

看護部長に了解を得られた 3 施設の看護師長 37 名を対象に研究依頼を行った結果、35 名から研究参加への同意を得ることができた。支援モデルに参加する看護師長が統括する部署に所属するスタッフナースは 455 名であった。3 施設の看護部長は日本看護協会認定看護管理者研修サードレベルの受講を終了し、認定看護管理者の認定を受けている、もしくは申請中であった。

集合研修プログラムは、看護部長に了解を得たことにより、看護部の看護師長研修として開催し、所属する看護師長 37 名が講習・ディスカッションを受講した。

支援モデルへの参加者の概要を表 10 に示した。支援モデルへの参加協力に同意した看護師長は 35 名であり、支援モデル開始前の質問紙調査へ回答があった看護師長は 35 名(回収率 100%)、スタッフ 294 名(回収率 64.6%)であった。支援モデル参加後の質問紙調査への回答があったのは、看護師長 33 名(回収率 89.1%)、スタッフ 260 名(回収率 57.1%)であった。分析対象とした看護師長 33 名のうち、看護部に所属しスタッフを持たない看護師

長は9名であった。

表 10 支援モデル参加者の概要

支援モデル参加者(N=35)		分析対象者(N=33)	
看護師長			
看護系最終学歴	(人)	(人)	
専修学校	28	23	
短期大学	5	5	
大学	1	1	
修士課程	0	0	
その他	0	0	
	Mean ±SD	Mean ±SD	
臨床経験年数(年)	27.8 ±5.07	28.2 ±6.3	
看護師長が統括するスタッフ			
	N=294	N=260	
看護系最終学歴	(人)	(人)	
専修学校	230	209	
短期大学	39	30	
大学	17	11	
修士課程	2	0	
その他/NA	7	4	
	Mean ±SD	Mean ±SD	
臨床経験年数(年)	15.8 ±8.9	16.2 ±9.2	

SD:Standard Deviation

SD:Standard Deviation

## 2. 支援モデルの介入期間

集合研修プログラム実施期間：2015年3月～2015年6月

クラウドプログラム実施期間：2015年3月～2015年10月

集合研修プログラムの開始と同時にクラウドへのアクセスを可能にし、研究者と看護師長のコミュニケーションツールを稼働する。クラウドプログラムは、集合研修プログラム第4回終了後から3か月後までを実施の目安とした。

## 3. 作成した支援モデルの具体的内容

支援モデルは、中規模病院の看護師長に対し、費用・時間負担を軽減できることを考慮し、集合研修プログラムとクラウドプログラムの2部構成とした。

集合研修プログラムは、業務に支障の少ない時間による集合研修として位置付け、知識の獲得と既習知識の統合を目指した。講習内容は、予備研究、文献検討、第1研究で得られた結果から、中規模病院の看護師長にはサーバントリーダーシップを発揮することが求められていると考えられたため、サーバントリーダーシップへの興味関心を持てるような構成とし、リーダーシップ論、キャリア開発、人材管理、組織文化論、コミュニケーションスキルの内容を含めた。また、看護師長の役割認識が保持・促進されるよう、集合研修プログラムではディスカッションを取り入れ、看護観を語る機会や看護師長が抱える課題

を共有できる場を設定した。自己学修の期間に余裕を持たせるためプログラムの間隔は 2 ～4 週間とし、参加協力を得られる看護部長と日程を調整し実施することとした。

クラウドを活用した支援として、外部からのアクセス環境とセキュリティ環境が整備された e-learning システムを利用することで自己学修を促進し、相互コミュニケーションが可能になるプログラムを作成した。

### 1) 集合研修プログラム

集合研修プログラムは 4 つのテーマを設定し、1 回のプログラムは講習 45 分、ディスカッション 45 分の合計 90 分で構成した。講習のテーマは第 1 回：看護を語ろう、第 2 回：自分を知り、スタッフを知る、第 3 回：看護と組織を考える、第 4 回：サーバントリーダーシップへの誘いとした。具体的な講義内容とディスカッション内容を表 11 に示した。

日本看護協会認定看護管理者学習テキスト(井部編, 2011: 井部, 勝原編, 2011: 村上, 木村編, 2011: 手島編, 2011: 中西編, 2011)、看護管理関連書籍(河野, 2013: 高平, 2013: 濱川, 島川, 2013: 服部, 2014: 小林, 金原, 2014: ナーシングビジネス編集室編, 2014)サーバントリーダーシップ関連書籍(Greenleaf, 2002; Jaworski, 2011; Kouzes & Posner, 2007; 池田, 金井, 2007; 野田, 金井, 2007; 金井, 2005)を参考に学修内容を構成した。

ディスカッションは Kolb(2014)の経験学習理論を参考に自己の成功経験を基に内省を促すことを目的とした。グループのメンバー編成は参加者の自由裁量とし、3～5 名で構成するよう依頼した。ディスカッションの準備として、講習中に研究者より参加者に対し発問し、参加者の経験を想起できるよう促した。想起した内容を明確にするため、配布したワークシートに記載するよう依頼した。

講習で使用したパワーポイントスライドの一部を p47,48 に、クラウドプログラムに掲載した集合研修プログラムの講習内容を教材にした PDF 資料の一部を p51 に示した。



表 11 サーバントリーダーシップ集合研修プログラム

	講習内容 (45分)	ディスカッション内容 (45分)	サーバントリー ダーシップ 10の特性
第1回 看護を語ろう	Q1自分の理想とするリーダー像は？ 1.看護師長にリーダーシップはなぜ必要か 1)日本と米国の病院評価の違い 2)マグネットで求められている看護リーダーとは 2.マネジメントとリーダーシップ 1)マネジメントだけでは人は動かない 2)マネジメントの目的 3.リーダーシップ論の変遷と概観 4.看護(部)について何を分かてもらうのか 1)他部署に分かてほしいこと 2)スタッフに分かてほしいこと	Q2自分に望まれているリーダー像 § 自分の看護観を語ろう	共感 納得 概念化 執事役
第2回 自分を知り、 スタッフを知る	1.看護師の多様性となりた看護師像 2.キャリア発達理論概観 1)ライフサイクル論、キャリアステージ論、 2)キャリアサイクル理論 3.自分の傾向を知る 1)PM理論のリーダーシップ 2)キャリアアンカー 4.キャリアアンカーについて 1)アンカーの特徴と承認方法 2)スタッフのタイプを知る 3)スタッフのなりた看護師像を知る 5チーム作り 1)チームの目的とメンバー 2)チームの中でリーダーを育てる、リードする	Q1自分のキャリアアンカーを知る  Q2. チーム作成の困難事例と 成功事例 § 解決策は	傾聴 気づき 癒し 人々の成長 執事役 コミュニティ作り
第3回 看護と組織を考える	1.看護の動向 1)診療報酬と看護 2)法律と制度 2.限られた人材を活用する 1)中規模病院の看護師の特徴 2)WLBと疲弊するスタッフ 3)中規模病院だからできること 3.自分の組織を知る 1)育ってきた環境で違う組織 2)暗黙のルールを作らせない 3)辞めたい、と辞める、の間 4.集団と組織、組織文化に対する概念 5.中規模病院の看護師の組織文化の特徴 1)組織文化の捉え方と満足感 2)定着or離職を考える看護師の特徴	Q1. 明文化されているものと、 自分たちの強み  § 病院の理念、看護部理念の確認 し、自分の目指す看護を考える	納得 概念化 先見力 執事役 コミュニティ作り
第4回 サーバントリーダ ーシップへの誘い	1研究者のリーダーシップへの紆余曲折 2.サーバントリーダーシップとは 1)支配型リーダーシップとの違い 2)フォロワーを考える 3)逆ピラミッド 3.看護師長とサーバントリーダーシップ 1)看護の個性性と看護師の支援 2)自分が率先して動いたときのリーダーシップは 4.サーバントリーダーシップ10の特性 5.サーバントリーダーシップは育てられる 1)問題があったときは機会捉える	§ 看護部長の語り  § 看護と患者への思いを伝える	

### (1)第1回：看護を語ろう

自身が理想とするリーダーシップ像を問いかけ、リーダーシップ像を身近な存在として捉え、リーダーシップを獲得することが可能であることを印象付けた。日本と米国における病院評価で求められている視点を提示し、米国では看護管理者に対しリーダーシップが求められていることを示した。また、マネジメントの視点とリーダーの視点を持つことが必要であるが、相違点があることを明らかにした。看護師長には看護師集団のリーダーとして、自分たちが目指す看護があるのではないかと尋ねた。また、中規模病院の中における看護部と他部門との関係性を踏まえて、看護を伝える必要性について示した。看護師集団の部署長として、リーダーシップを発揮することの意味を考える時間とした。サーバントリーダーシップについては詳細に伝えず、研究者が考えるきっかけになった事象と10の特性(Spears, 1998)を伝えるに留めた。

ディスカッションでは、ワークシートに自分の理想とする上司と自分との相違点を記載し、その結果を基に3～5名のグループ内で看護観を語り合う時間とした。看護師長間で看護観を語る機会を設定することで、スタッフへの語りが促進することを期待した。

### (2)第2回：自分を知り、スタッフを知る

キャリア開発、人材管理の視点からキャリア発達理論を基にキャリアアンカー(Schein, 1995; Schein, 1978)について講習を行った。組織に所属してから、どのようにキャリアを捉え変化していくのかを示し、キャリアアンカー測定用紙を配布し参加者自身のキャリアアンカーを知る機会とした。また、リーダーシップPM行動理論を併用し、リーダーシップを発揮する際の、自分の行動特性を客観的に捉える場とした。キャリアアンカーの記入が凡そ終了した時点で講習を再開し、それぞれのキャリアアンカーについて説明した。キャリアアンカーによって承認方法に差異があり、スタッフのキャリアアンカーを知る必要性を認識する機会とした。看護師長は、スタッフ個人の力量を判断し成長を視野に入れながら、看護ケアを安定して提供できるようにチームを作成していることを認め、その困難さに理解を示すとともに解決策を考えるための視点を示した。

ディスカッションでは、スタッフの個別性を考慮しチームを作成した際に、課題の残る事例を挙げ、解決策を話し合う機会とした。師長会などでは話し合うことが少ない自己の課題についてディスカッションすることで、役割遂行上の課題を共有し、解決策を協力して模索し役割認識を強化することを期待した。

### (3)第3回：看護と組織を考える

近年の医療情勢、保健情勢を踏まえ、医師法、病院法、保健師助産師看護師法の改定の目的及び人材管理に必要な労務に関連する法規について提示した。研究者の調査結果(檜原, 長谷川, 2011; 檜原, 2012)を踏まえ、中規模病院に勤務する看護師の特徴、特に教育背景が多様であり、卒後教育が多様であることによる他職種連携の考え方の相違について強調した。人材確保の困難さから、限られた人員を活用する必要性、ワークライフバランスへ

の対応について示した。部署内での暗黙のルールの発生を防ぐために、看護師長は自分の所属する組織の特徴を認識し、他との違いを明確にする必要があることを示した。辞めたい、と辞めるの間には様々な葛藤があること、看護師は所属する組織を肯定的に捉えることで組織への定着を促進することを示した。研究者の実施した 2009 年度(檜原, 長谷川, 2011)と 2013 年度の調査結果(檜原, 2013)を提示し、中規模病院の看護組織文化の特徴を大規模病院の看護組織文化と比較することで強調した。

ディスカッションでは、明文化されている病院の理念を踏まえ、自分の統括する部署の強みと弱みを洗い出し、より向上させたい点、改善できる点を認識する機会とした。また、実感している組織文化の特徴や、目指している看護が明確になることを期待した。

#### (4)第 4 回：サーバントリーダーシップへの誘い

研究者のリーダーシップに対する考え方の紆余曲折を示し、サーバントリーダーシップにたどり着いた経緯を説明した。3 回の講習、ディスカッションの中に散りばめたサーバントリーダーシップに必要な、リーダーが持つ 10 の特性を踏まえ、看護師長に求められるリーダー像を提示した。第 1 回に想起した身近なリーダー像を再度認識する時間を取り、リーダーシップは獲得できることを印象付けた。看護師長は、自己の看護観や倫理観を軸にした目標を掲げていれば、集団に属している看護師を支えるリーダーになっていることを認識できるようにした。看護部長が看護師長を支えている、という認識を明確にするために、看護部長の了承があってプログラムが開始されていることを改めて強調し、伝えた。

ディスカッションの前に、看護部長の看護観を看護師長に伝える機会を設定した。看護部長の語りを聴いた後、看護師長が、それぞれの看護への思いを語る機会とした。

A 病院では看護部長は、語りより準備してきたものがあるから、と看護師長一人一人に対し、自筆の手紙が配られた。B 病院の看護部長は、すぐに変化は起こせないかもしれないが、1 年後には皆で成長できていることを信じている、とプログラム終了後に研究者に手紙を送ってこられた。C 病院では、このプログラムを受け入れた時の看護部長の思い、看護部理念、これからの目標が A4 サイズの用紙にまとめられており、看護師長全員に配布された。

## 資料 1 集合研修プログラム：パワーポイントスライド抜粋

### サーバントリーダーシップを獲得する

#### 第1回 看護を語ろう

### あなたの理想のリーダー像は？

- ◆歴史上の人物
- ◆昔の上司、今の上司
- ◆こどもの頃のカギ人物

なぜ、その方が理想なのでしょう

### なぜ、看護にリーダーシップが必要なのか

- ◆日本：日本医療機能評価機構認定病院の機能は患者からみて必要十分であるか
- ◆米国：マグネット・ホスピタル®看護師を惹きつけておける魅力ある病院か

### マグネット・ホスピタル®で求められること

- ◆看護部が独立した組織であること
- ◆米国看護師協会の定める看護管理者の業務範囲と基準に基づいて看護管理が実践されていること
- ◆看護師が匿名で職場環境について異議申し立てができるシステムがあること
- ◆看護の質のデータをとり、異評価を行っていること

申請に必要な最低条件

### マグネット・ホスピタル®で求められること

◆マグネティズム評価の14項目  
⇒これがあれば、看護師は惹きつけられる

看護のリーダーシップの質	具体的な評価項目
職員のリーダーシップの質	ダイナミックで変化に対応できる、職員の意思決定に権限が委ねられている
マネジメントスタイル	全ての職員の意見が取り入れられ、尊重される
人事の方針とプログラム	給料に専門性や能力を反映し、職員の士気を高める
専門職としてのケアモデル	看護師が患者に直接関与し、医師の指示に依存しない

### マネジメントとリーダーシップ

看護師長＝看護管理者＝看護（師）の管理？

所属する部署の責任を負う

職務：  
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に計画し、1つ以上の看護単位に対し管理責任を担う

### 研修会に出て・・・

- ◆多くの人が研修会に学習していること
- ◆コミュニケーション、問題解決技法、医療安全対策、専門職・チーム連携、ファシリテーション etc

◆看護師長の役割  
マネジメントだけでは、人は動かない

### マネジメントとリーダーシップ

マネジメント	リーダーシップ
★組織に属する	★変化に対応する
★計画や予算を立案する	★方向性の設定
★将来の目標への手段を定める	★将来ビジョンに明確化
★目標のための資金配分	★賞与を促すための組織
★目標のための人員配分	★人心の統合
★実行状況のモニタリング	

動機づけ、鼓舞する人間の価値観などに沿え、実を阻害する障害があっても正しい方向へ

### マネジメントとリーダーシップ

- ◆マネジメント（マネジャー）は役割
- ◆リーダーシップは？
- ◆人を惹きつけ、目標に向かわせるもの

リーダーシップとマネジメントは相違するもの、補完しあう行動体系であり、どちらも必要である。

### サーバントリーダーシップを獲得する

#### 第2回 自分を知り、スタッフを知る

### サーバントリーダーシップの10の特性

- ◎傾聴
- ◎共感
- ◎気づき
- ◎癒し
- ◎納得
- ◎概念化
- ◎先見力
- ◎人々の成長
- ◎執事役
- ◎コミュニティ作り

### キャリア開発

- ◆看護専門職者の多様性
- ◆スタッフを管理する「労務管理」⇒「人的資源管理」  
スタッフの勤務状況を管理するだけでなく、財産として捉え、個人の能力開発を育成する。
- ◆経営組織として、顧客（患者）満足度を向上させるには職員（看護師）満足度の向上が必須
- ◆なりた看護師像、看護態に近づければ組織に定着する

### キャリア発達理論

- ◆エリクソン：ライフサイクル論  
人生を8段階に分け、それぞれの時期に達成されるべき発達段階があり、同時に危機も存在する。
- ◆理論の根拠にはアイデンティティがあり、青年期に確立することが課題となる。
- ◆確立できれば、以降の成人期、壮年期、老年期に周囲の環境や人々と親密な関係を築くことが可能。

### キャリア発達理論

- ◆スーパー：キャリアステージ論  
職業的発達理論を展開。  
ひとり一人の職業的自己変遷過程としてキャリア発達を5段階で捉える
- ◆シャイン：キャリアサイクル理論  
キャリア発達を、組織におけるキャリアとそれに関連する課題を強調。  
キャリアサイクルを10段階で捉える。

### キャリア発達理論

スーパーのキャリアステージ理論の図表。縦軸は年齢（10-60）、横軸はキャリアの段階（探索期、確立期、維持期、衰退期）。各段階には具体的な活動が示されている。

### 自分のタイプを知る

- ◆キャリア・アンカー：E・Shineが開発  
自分の価値観がキャリアを選択するにあたって、どのように関係しているのか、自分がほんとうに価値をおいているものは何かを探る。
- ◆PM行動理論：三隅が開発  
リーダーシップ行動を成果達成行動であるP（Performance）特性と、集団維持行動であるM（Maintenance）特性とを測定することでリーダーシップタイプを探る

### キャリア・アンカー

- ◆自分のキャリアアンカーを調べてみましょう
- 1. ワークシートの空欄にあてはまる番号を振ってください。
- 2. 最も高い点数を付けた項目をチェックしてください。
- 3. その中から自分に一番ぴったりくる項目を3つ選んでください。選んだら3項目に4点加えてください。
- 4. 集計表に点数を記入し、合計点平均点を算出しましょう。

### キャリア・アンカー

- ◆横方向の変化  
何ができるか、どの程度までこなすことができるか。教育や能力開発によって変化する。
- ◆縦方向の変化  
職位の高さや階層、他人の評価と本人の評価。
- ◆中心に近づく  
組織の中心に精選しているかどうか



## 2)クラウドプログラム

クラウドプログラムの名称は『看護師長がサーバントリーダーシップを獲得したら』とした。プログラムへのアクセスは個人が特定できないように、研究者が設定した ID とパスワードを各施設の看護部長に委譲し、看護師長に配布するよう依頼した。プログラム参加者が『看護師長がサーバントリーダーシップを獲得したら』にアクセスし、個人 ID、パスワードを入力するとトップページ画面となり、クラウドプログラムで利用できるコンテンツメニューがバナーで表示されるように設定した。

クラウドプログラムのトップページでは、バナー表示だけでなく、管理者である研究者からのお知らせを含むアナウンス欄、アクセスカレンダー、受講中講座の一覧を掲載しリンククリックで必要な場面へ移動できる仕様とした。掲示板機能、チャット機能は他施設の看護師長、研究者との双方向コミュニケーションが可能となるよう設定し、情報共有も可能とした。アナウンス欄には、チャットルームや掲示板の新設など、新たに機能が追加されると掲載されるようにした。



図 7クラウドプログラムトップページ

看護師長が第1回の講習終了後からアクセスできるようにし設定し、講習終了後にタブレット端末や携帯端末でアクセス確認を行った。E-learningの講座名は各回の集合研修プログラムの名称を設定し、講習で使用したパワーポイントスライド、講習内容を教材としたA4サイズ5～7頁で構成したPDF資料、ディスカッションで使用したワークシートを自由にダウンロードできるように設定し、事後学修を促進するように設定した。アンケート

トとして、講習内容の理解や講習・ディスカッションへの要望などを入力できる定型フォームを作成し、看護師長から個別に質問があった場合には研究者からの回答が得られるよう自由記入フォームも設定した。クラウドプログラムは、第4回集合研修プログラム終了後、3カ月間に渡り継続して閲覧が可能になるよう設定した。

分析対象データは、第1回の集合研修プログラム開始日から第4回終了後3カ月の参加状況とした。支援モデルに参加の意向を示した看護師長35名のうち、クラウドプログラムに1回以上アクセスした看護師長は22名(62.8%)であった。アクセス回数は、延べ487回であり、平均アクセス回数は22回、最も頻回な看護師長のアクセスは80回であった。アクセスはタブレット端末からが最も多く、次いでパソコン、スマートフォン端末が利用されていた。お知らせ機能には、集合研修プログラムで実施した講習・ディスカッションに対するアンケート欄を設けた。第1回終了後21名、第2回終了後22名、第3回終了後19名、第4回終了後15名から回答が得られた。


看護師長同士の相互コミュニケーションツールとして、掲示板とチャットルームを設定した。掲示板への書き込みは研究者からの呼びかけに対し返答を寄せるものが多く、プログラム参加者が新しく掲示板を立ち上げることは無かった。掲示板には、写真データの掲載が可能のため、研究者が集合研修プログラム等で使用した書籍の紹介や、集合研修プログラム終了後の記念写真などを掲載した。看護師長らからは、書籍に関する質問や意見、写真についての感想などの反応が見られた。

クラウド上での会話が実施できるチャットルームは、自己紹介、課題、思いを語るために3部屋準備した。チャットルームへのアクセスは掲示板より頻回であり、研究者以外のアクセス数は延べ258回であった。チャットルーム内に入室するだけでなく、会話が成立したテキストデータは66件であった。講習についての感想11件、近況報告10件、e-learningに対する要望5件、自分の課題を打ち明けているもの10件であり、『自分の意見をスタッフに伝えていても、伝わっているか不安』『知識と実行が伴わないことが不安』など自身の不安を伝えるもの、『業務改善と看護サービスの向上が結び付かない』『他部署とのかかわり方』など具体的な業務に関する課題などがあった。しかし、同時刻に同じチャットルームに複数の看護師長が入室することは無く、それぞれのつぶやきに対し他の看護師長が時間差で回答していた。



資料 2 クラウドプログラム掲載用 PDF 資料抜粋

看護部長のための  
サーバントリーダーシッププログラム  
第1回 看護を語ろう



看護部長にとって、研修会などで学ぶ内容は組織管理として、勤労者の労務管理やストレスマネジメント、経営上に必要な財務（人材・物質）管理などマネジメントに属することが多くあります。しかし、マネジメントの手法だけで看護師を束ねていくのは容易ではありません。一方、リーダーとして組織を変革し、メンバーへの牽引力が必要という理論を踏まえた研修などもあります。看護師という専門職者を組織として動かし、患者に対しより良い看護を目指していくうえで、それらの理論だけで十分なのか、と疑問に思ったことはありませんか。

リーダーシップを発揮する、とはどういうことなのか、自分の中のリーダー像について考えてみましょう。そして、看護師の経験を通して培ってきた自分の看護への思いを確認してみましょう。

§1.看護師長にリーダーシップは必要か

看護師長に必要なスキル、として様々な書籍が出版されています。リスクマネジメントや労務管理、ストレスマネジメントなどマネジメントが主眼になっているものが見られる。日本看護協会では看護管理者研修としては全国的にファーストレベル、セカンドレベル、サードレベルの研修を行っている。詳細な内容は各県の看護協会によって異なるが、ガイドラインがあり、一定の内容を含むことが求められている。

以下のような教育目的を持ち研修内容はマネジメントを円滑に進めるための項目が多くなっている。

【ファーストレベル】

1.看護専門職として必要な管理に関する基本的な知識・技術・態度を習得する。

2.看護を提供するための組織化並びにその運営の責任の一隅を担うために必要な知識・技術・態度を習得する。

3.組織的看護サービス提供上の問題点を客観的に分析する能力を高める

【セカンドレベル】

1.第1線監督官または中間管理者に求められる基本的業務を遂行するために必要な知識・技術・態度を習得する。


2.院政の運営ならびに看護部門の理念との整合性を保つに十分な担当部署の看護目標を設定し、その達成を管理して看護実践過程が機能できる能力を高める。

看護師長など部署を管理するものの職務として「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に計画し、1つ以上の看護単位に対し管理責任を担う役割に従事している看護師。」と定義されている。

看護を第三者機関が評価するための機関は日本では日本医療評価機構がなじみ深い、評価内容を見ると患者から見て医療体制が必要十分であるかを判断するものになっている。

一方、米国ではマグネットホスピタル®認定によって看護組織独自を評価することができ。

看護部長のための  
サーバントリーダーシッププログラム  
第2回 自分を知り、スタッフを知る



看護師長にとって、スタッフを育てなくては、という思いに駆られたことは一度や二度ではないはずです。1997年のWOC認定看護師の輩出を皮切りに、現時点では21分府で認定看護師が、11分府で専門看護師が排出されています。また、特定行為認定看護師課程の教育について法整備が進み、医療の高度化を背景に看護行為の範囲が流動的になっています。地域性や設置規模により、求められる看護師像も一律ではなくなり、看護師自身のキャリアに関する考え方も多様性を呈していると思われます。

ひとり一人の特性を考えながらいつ声をかけ、何を伝えるべきか、思い悩むこともしばしば。個人面談などで一応の話し合いはしているものの、彼らの本当のことが理解できているのでしょうか。看護師と看護師の間にもあるように専門職者として、看護師は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努めなくてはならず、組織としてそのサポートが望まれています。

本項では、スタッフをチームとして作成する際にきつと役立つであろう、自分やスタッフについてキャリアの考え方について理解を深めましょう。

§1.キャリアアノカンという考え方

看護実践能力について、ベアは技術習得を初心者～達人（エキスパート）の5段階で示しており、能力が段階的に発達していくという考え方は看護師にはなじみ深いのではないだろうか。エリクソンのライフサイクル論は、人生を8段階（乳児期、幼児期、児童期、学童期、青年期、成人期、壮年期、老年期）に分類している。それぞれ時期に発達課題ともにも危機も存在し、その課題（危機）を乗り越えてこそ、自分の強みとなる。理論の根拠には個人のアイデンティティが存在し、アイデンティティは青年期に確立されるべき課題であるとしている。この時期にアイデンティティが確立できれば、後の成人期、壮年期、老年期に周囲の人間と円滑な人間関係を築くことが可能になる。仕事をする成人期になってからは、自己のアイデンティティを見つめると同時に、相手にもアイデンティティがあることを認めていく。円滑な人間関係を構築することが可能になるのは、相手と自分の違いを認識し、違いについて理解を深めていくからだ、ともいえる。

シャインはキャリアにもサイクルがありキャリア発達として組織におけるキャリアとそれに関連する課題を強調している。キャリアを10段階で捉えている（図1）。仕事をしようとして、個人は組織との距離をみつめ、自分のアイデンティティを確認する。自分に何ができ、得意なことは

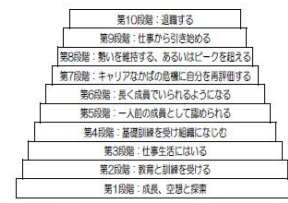



図1-1. キャリアの10段階: キャリア・アノカン。自己実現の10段階を示す。 (Edge & Stone 著、金沢訳)

看護部長のための  
サーバントリーダーシッププログラム  
第3回 看護と組織を考える



中規模病院では、新卒者の確保がなかなか困難な状況にある。かといって、中途採用者は、大規模病院に比べ就職者比率が多いだけで豊容にエントリして下れるわけでもない。限られた人的資源の中で効率的に組織的に看護部組織を運営していくことを強いられている。患者や医療の多様化により、看護師の実践能力も一定水準を担保する必要を考えると、できるだけ優秀な人材を確保し、組織に定着してもらうことが必要になる。

§1.看護の動向

保健師助産師看護師法が平成27年10月に改正される。特定行為に区分された研修を受けることで、診療の補助行為として医療行為を実施する看護師が排出されることになった。2025年問題、いわゆる団塊の世代が75歳を超え高齢・少子化社会を迎えるにあたり医療職、介護職者の減少が危惧される影響を受けての改正である。チーム医療推進委員会が協議されていたのは、医師不足を補うための方策だ。患者に対する医師数の割合が減少するだけでなく、後期研修制度の導入により大都市・大病院への医師の偏在化も顕著になっており、在宅看護をはじめとする分野で看護師に求められる役割は今後もますます多様化していくことが推測できる。

保健師助産師看護師法のほか、看護を実践するうえで踏まえておくべき法規は、医療法、薬事法など医療福祉に関連する法律と労務に関連する労働基準法、労働環境衛生法などがある。

医療・福祉に関する法律

医療法・健康保険法・薬事法

老人福祉法・児童福祉法・障害者基本法

介護保険法・生活保護法など

その他

保険医療機関及び保険医療費担当規則

療育規則及び療育規則並びに療育基準に基づき厚生労働大臣が定める療育要綱

労務に関する法律

労働基準法

労働契約法

労働安全衛生法

最低賃金法

育児・介護休業法


労働組合法

労働者災害保険法など

第6次医療法の改正は、医療サービス機能、人材確保、医療安全、臨床研究などの枠組みにポイントが置かれた。その中でも看護に直接かかわると思われるのは、病院の機能分化・連携の強化、看護職者報酬への届け出制、先に述べた特定行為認定制度、連携への説明と事故原因並びに第三者機関への調査が挙げられる。

法規は、自分たちの権利を守るためのものだ。『ルール』を守るためには、その法規の趣旨を踏まえ職務を遂行していくことが求められる。2025年問題の前に、これらも様々な法律の改訂が行われる可能性が高い。情報を収集しなかった、知らなかったことが無いように、アンテナを高く張り巡らせていかなければならない。

看護部長のための  
サーバントリーダーシッププログラム  
第4回 サーバントリーダーシップへの思い



スタッフを育成する立場になってから、リーダーシップについて様々な形で議論を交わし、物語を語らねばならぬ。管理職だけでなく、人はどうしたら育ってくれるのかという思いが強かった。リーダーシップ理論の中で、これだったのか、と驚きに思ったのがサーバントとリーダーシップだ。サーバントリーダーとして有名なのは、ガンジーやマザーテレサだろう。ただ、サーバントリーダーシップは特別な人に備わっている資質ではなく、だれにでも育成可能な資質だ。看護師として患者のことを考えているあなたなら、きっと理解でき、実践できる。あるいは、既に実践していることだろう。

§1.サーバントリーダーシップとは

リーダーシップ特講という大学院講義の中で、初めてこの『サーバントリーダーシップ』を目にした。事前学習でテキストをまとめている段階では、『これが私の求めていたものだ』とこの言葉に飛びつき、喜々として講義に臨んだ。リーダーシップは実践知として確固たるものを持っていたし、自信もあった。が、しかし、である。自分の理解の不十分さが露見した。『事仕するリーダー』という言葉に対する安易な解釈しかできず、驚きの3日間を送ることになった。自己経験から今まで異なる観点から振り返る機会になったため、担当教授からは『身を削りながら、血を流しているように見えた』とされたほどだ。有意義な3日間の講義・ディスカッションを通じ、言葉の持つ意味をどのように捉えるのか、その意味を自分の体験に結び付けて考えること、正しく理解し、自分の言葉として活用することが重要なのだと体感できた。講義とディスカッションで、このプログラムに参加してくれているみなさんに、きちんと伝えているのだろうか、は楽しみでもあり、少し怖くもある。

サーバントリーダーシップを提唱したのは、Greenleaf (1904~1990) という研究者である。反体制やベトナム戦争の長期化という時代の中で、若者世代がリーダーシップに辞意とされている中、どんなリーダーシップが受け入れられるのかと共同研究者とともに考えたものだ。ベースとなっているヘルマン・ハッセ著『東方礼法』は、380ページに渡る『サーバントリーダーシップ』の第1章に登場する。旅人達を導き、時に快活に、時に懇め、時に慰ましながら目標へと導くさまにリーダーシップを見いだしている。敬虔なクリスチャンでもあり、事仕の精神が自己のアイデンティティの源泉になっているのかもしれない。米国には Greenleaf の概念の継承のために、サーバントとリーダーシップ協会があり、日本にも同様の NPO 法人がある。多くの人に知ってもらうための活動をしているため、その HP の内容は読みかかれず文章でとっつきやすい。講義資料や講義用 ppt にも使用しているので、興味のある方は一度覗いてみてはいかがでしょうか。

サーバントリーダーとしてよく取り上げられるのは、ガンジーやマザーテレサ、キング牧師やマンデラ氏といった著名人だ。自分のことを語り、公に届く人として有名な彼らは、自分の理想を高く掲げ、その理想を持ってくれる人々を支え導いた。ただし、サーバントリーダーシップは崇高な理想を持っている人だけに備わっているということではない。長所と短所のように普通の人の中にも存在す



クラウドでの e-learning による学修は、講習と同様内容で構成したパワーポイントスライドの閲覧、PDF 形式の添付資料とワークシートのダウンロードを可能にし、実際にダウンロードされていた。また、クラウドプログラムの有効性が確認できるようスライドの最終頁にアンケートを設定した。最終頁までアクセスし回答が得られたのは、第 1 回 17 名、第 2 回 15 名、第 3 回 17 名、第 4 回 6 名であった。

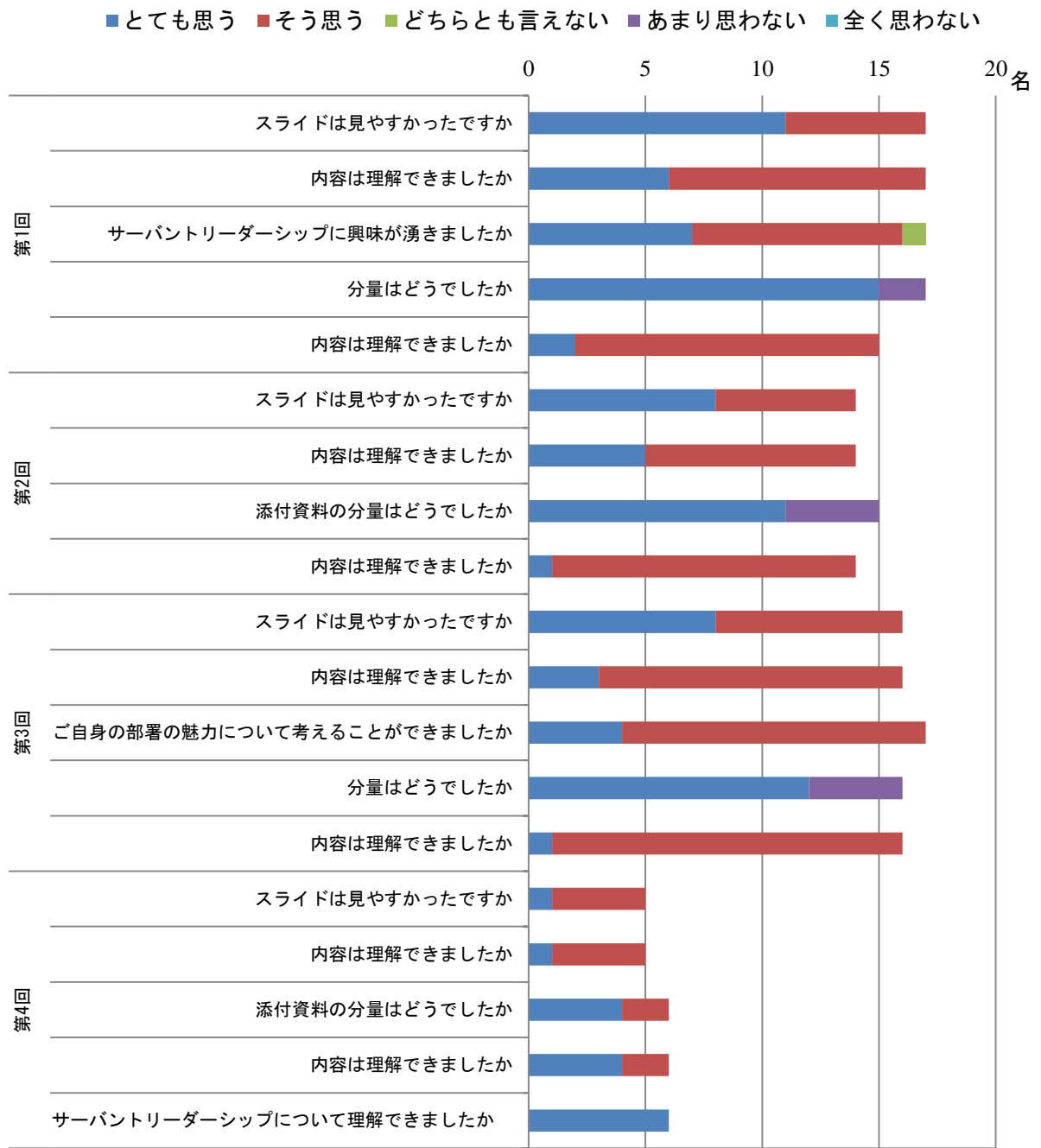
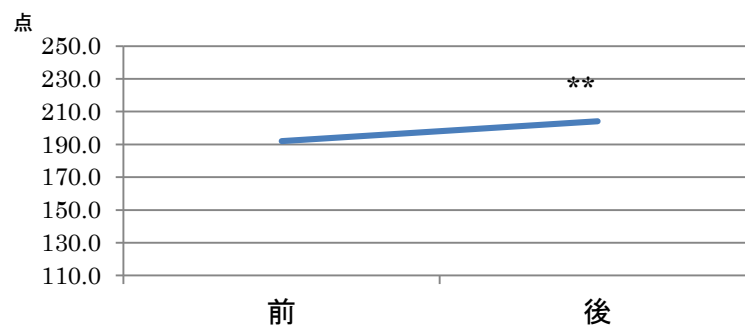


図 8 クラウドプログラム e-learning の評価

#### 4. 看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の変化

研究参加に同意し、支援モデル参加前後で質問紙調査に回答が得られたのは 33 名であった。サーバントリーダーシップスキル得点の自己評価はスタッフを持たない看護師長も分析の対象とした。サーバントリーダーシップスキル得点の 53 項目全体の信頼係数 Cronbach'  $\alpha$  は 0.989 であった。支援モデル参加前のサーバントリーダーシップスキル得点の平均は 192.0( $\pm 16.0$ )点であり、支援モデル参加後は 204.1( $\pm 21.9$ )点に上昇していた (df=32,  $t=4.47$ ,  $p<0.001$ )。

支援モデル参加前と参加後と比較したところ、得点が増えたのは 27 名であり得点差が最も大きかった看護師長は 51 点上昇していた。反対に得点が低下したのは 6 名であり、最も大きく下がった看護師長は 17 点低下していた。点数が全く変わらなかった看護師長は 1 名であった。また、クラウドプログラムへのアクセス回数、施設間によってサーバントリーダーシップ得点と比較したが、有意な差は見られなかった。



Note: Paired t-test \*\* :  $p<0.001$

図 9 看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の変化

支援モデル参加前と参加後のサーバントリーダーシップスキル得点を、項目別に比較した。53 項目のうち介入後に得点が増えた項目は 23 項目であった。最も上昇していた項目は「あなたは、自らの役割をよく理解し、それを全うする課程で「支える」「仕える」ことに徹する。」であり (df=32,  $t=3.34$ ,  $p<0.01$ )、次いで「あなたは、スタッフに対し指示することが中心ではなく、スタッフの話を傾聴し理解することが中心である。」 (df=32,  $t=3.67$ ,  $p<0.01$ )、「あなたは、個人と組織の成長の調和を図ろうとする。」 (df=32,  $t=5.16$ ,  $p<0.01$ )であった。介入前後で変化の無かった項目は、「あなたは、大きな権力の座に就きたいという欲求ではなく、組織上の地位にかかわらず他者に役立ちたいという欲求で動く。」 4.2( $\pm 0.5$ )点、「あなたは、自己犠牲を伴ったとしても、自らのミッションに尽くす。」 3.8( $\pm 0.6$ )点であった。

表 12 サーバントリーダーシップスキル得点項目別前後比較

項目	平均値 参加後－参加前	t 値	df
総得点	10.636	4.447	32 **
あなたは、自らの役割をよく理解し、それを全うする課程で「支える」「仕える」ことに徹する。	.485	3.341	32 **
あなたは、スタッフに対し指示することが中心ではなく、スタッフの話を傾聴し理解することが中心である。	.455	3.672	32 **
あなたは、個人と組織の成長の調和を図ろうとする。	.455	5.164	32 **
あなたは、先導する前にスタッフの言うことをしっかり聴いて、自分を役立てる方法をよく考える。	.424	3.970	32 **
あなたは、相手が納得する理由を示し、自ら行動を決定させる。	.424	3.677	32 **
あなたの周囲には、「公の精神」「互助・互恵の精神」を持った人が育つ。	.375	3.483	31 **
あなたは、スタッフに気づきを与えながら説得する。	.364	2.667	32 *
あなたは、過去から学び、現在の状況を見て、将来の姿を予見する。	.364	2.988	32 **
あなたは、現場が自律的に判断してアクションが取れるように、権限と同時に必要な資源を提供し、任せる。	.364	4.276	32 **
あなたは、「リーダーはスタッフのために存在する」と考える。	.333	2.602	32 *
あなたは、ミッション・ビジョンの共通理解を推進する。	.333	2.345	32 *
あなたは、「私はこう行から、ついてきてくれ」とはっきり言う。	.333	2.072	32 *
リーダーシップの本質は、喜んでついていくフォロワーがいること。フォロワーが「あなたならついていきたい」と思うところからリーダーシップが生まれる	.333	2.345	32 *
サーバントリーダーが本物であるかどうかは、フォロワーが「健全に、賢く、自律的になっているか。自己中心的な欲望に囚われなくなったか」により見分けることができる。	.333	2.000	32
あなたは、競争を勝ち抜いて賞賛されることを重視するのではなく、協力して目標を達成してWIN-WINになることを重視	.303	2.973	32 **
あなたは、スタッフとの信頼関係を築いてスタッフの自主性を動かすことで組織を動かす。	.303	2.545	32 *
あなたは、目指したいビジョンや具体的なゴールイメージを示す。	.303	2.390	32 *
あなたは、ビジョンを伝える際に具体的な情景が思い浮かぶような言葉を選ぶ。	.303	2.545	32 *
あなたは、相手の立場や視点に立ち、相手の考えを理解し、気持ちに共感する。	.303	2.734	32 *
あなたは、スタッフに自分の大切なものを任せても大丈夫だと感じさせる。	.303	2.545	32 *
あなたは、それが支えたい相手のためになることであれば、改革をトップダウンで進める。	.273	1.789	32
あなたは、一緒にいると心が落ち着き、安心できる雰囲気がある。	.273	2.058	32 *
あなたは、スタッフの仕事に気を配り、より働きやすいように、より成果を出しやすいように、上司として自分にできることを考え、速やかに実行する。	.242	1.966	32
あなたに支えられているスタッフは、患者に貢献することを重視するようになる。	.242	2.101	32 *
あなたは、相手への貢献を通じ、相手を導きたいという気持ちになり、ミッションやビジョンを持ち、リーダーの役割を受け入れる。	.219	1.877	31
あなたは、普段は後ろから見守り支えるが、危険がせまったら矢面に立つ。	.212	1.750	32
あなたは、常識にとらわれず、予見したことに従って決断する力を持つ。	.212	1.875	32
あなたは、概念化能力が高い。基盤となるミッションや理念をはっきりさせる。	.212	1.875	32
あなたは、スタッフの心に響く適切な言葉を上手に使う。	.212	2.235	32 *
ミッションの名の下に、フォロワーに誇り高く尽くすサーバントの心を持った人に、私たちはついていきたいと思う。	.212	1.314	32
あなたは、他者に対する思いやりの気持ち・貢献の行動が常に最初に来る。	.182	1.437	32
あなたは、イニシアチブをとるが、「自分が」「自分が」と出しゃばることはない。	.182	1.644	32
あなたは、常に他者が必要としているものを提供しようと努める。	.156	1.717	31
あなたは、志が高く、大きな夢やビジョンが明確なコンセプトを持っている。	.152	1.305	32
あなたはスタッフからの要望に対してミッションに合致している限りは決して断らない。	.152	1.305	32
あなたは、人々に内在する固有の価値を信じる。その価値を生かすために育てる。	.152	1.153	32
あなたは、達成すべきことや夢に対して強い使命感を持ち、実現するために自らの意思でスタッフに尽くす。	.121	1.277	32 **
自分たちのために思ってくれる人、その根本に高い志や使命感のある人に、私たちはついていきたいと思う。	.121	1.161	32
あなたは、リーダーが深く信じているミッションに共感して、それに向かって自発的に歩み始める人を後押しする。	.121	1.000	32
あなたは、「受け取ることで得られる喜びよりも、与えられることで得られる喜びのほうがはるかに大きい」と考える。	.121	1.000	32
あなたの上司は、お互いに信頼し助け合い、楽しく学び合い、有益な価値を生むコミュニティを創ろうとする。	.121	1.161	32
信頼がフォロワーを生む。リーダーを「自分のことを思ってくれる人」「助けてくれる人」と感じているときに、フォロワーは心の底からリーダーを信頼する。	.121	1.000	32
あなたは、使命感を持って仕事に臨む。	.091	.828	32
喜んでついてくるフォロワーがいる人もいなければ、いくら本人がリーダーのつもりでいても、そこにリーダーシップは存在しない。	.091	.620	32
あなたは、相手のニーズや願望をしっかり聴く。	.063	.571	31
あなたは、事実に加え、相手の精神的な面や感情的な面にも注目する。	.061	.529	32
あなたは、スタッフと共に学び、より良い仕事をすることに価値を置く。	.061	.627	32
あなたはスタッフが困ったときに決して見捨てない。	.030	.273	32
あなたは、必要であれば現場で自ら先頭に立って戦う。	.030	.239	32
あなたは、メンバーを畏怖させて組織を動かそうとしない。権限を乱用しない。服従を強要しない。	.030	.255	32
あなたは、大きな権力の座に就きたいという欲求ではなく、組織上の地位にかかわらず他者に役立ちたいという欲求で	.000	.000	32
あなたは、自己犠牲を伴ったとしても、自らのミッションに尽くす。	.000	.000	32
あなたは、他者のやる気を大切に考える。	-.030	-.442	32

Note: 5 段階リッカートスケール Paired t-test \* :p&lt;0.05 , \*\* :p&lt;0.01

## 5. 看護師長が統括するスタッフの評価

研究に参加した看護師長で、スタッフの評価と自己評価がマッチングできた看護師長は24名であった。スタッフが認識している看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の平均は支援モデル参加前 177.7(±37.2)点、支援モデル参加後 177.9(±39.2)点であり有意な上昇は見られなかった。スタッフと看護師長のマッチングができた24組のうち、支援モデル参加前後でスタッフが認識した看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点が上昇したのは16組であった。8組はスタッフからの得点が下降していた。スタッフからの評価は倫理的配慮により個人が特定されないため、個人の得点の変化は求められなかった。そのため、看護師長の自己評価が上昇した群と下降した群を分類し、スタッフの評価の前後得点を比較したが有意な差は見られなかった。

図10に全体のヒストグラムを示した。回収率は支援モデル参加前294名(64.6%)に比べ、参加後には260名(44.0%)に減少した。最頻値は、支援モデル参加前が210点台であったが、支援モデル参加後の最頻値は170点台と低下したが有意な差ではなかった。スタッフが180点以上と評価した割合は、支援モデル参加前50.6%、支援モデル参加後は50.7%であり変化は見られなかった。

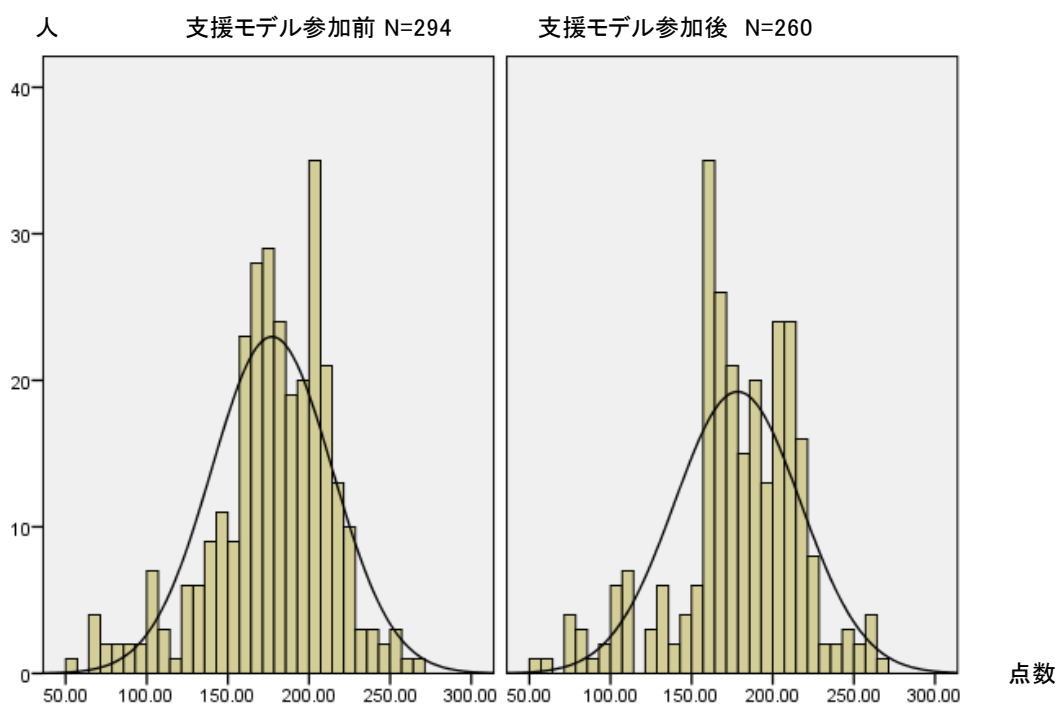


図10 スタッフが見た看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点 全体

3施設のうち2施設は、質問紙の回収数が支援モデル参加後に減少したが、A施設のスタッフからの質問紙の回収は支援モデル参加前76件が、支援モデル参加後は95件に増加した。また、支援モデル参加後の自由記載欄に「看護師長の笑顔が増えた」「素敵な看護師長の下で働けて嬉しい」「上司のことをもう少し知らないといけないと思った」という記載が見られ、特徴的であったため図11に示した。

最頻値は図10の全体のヒストグラムと同様に支援モデル参加後に低下し、平均点は179.4(±36.8)点から174.4(±33.5)点と有意ではないが低下した。しかし、看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点が180点以上であると評価した割合は、支援モデル参加前には30.2%だったが、支援モデル参加後には38.9%に増加していた。

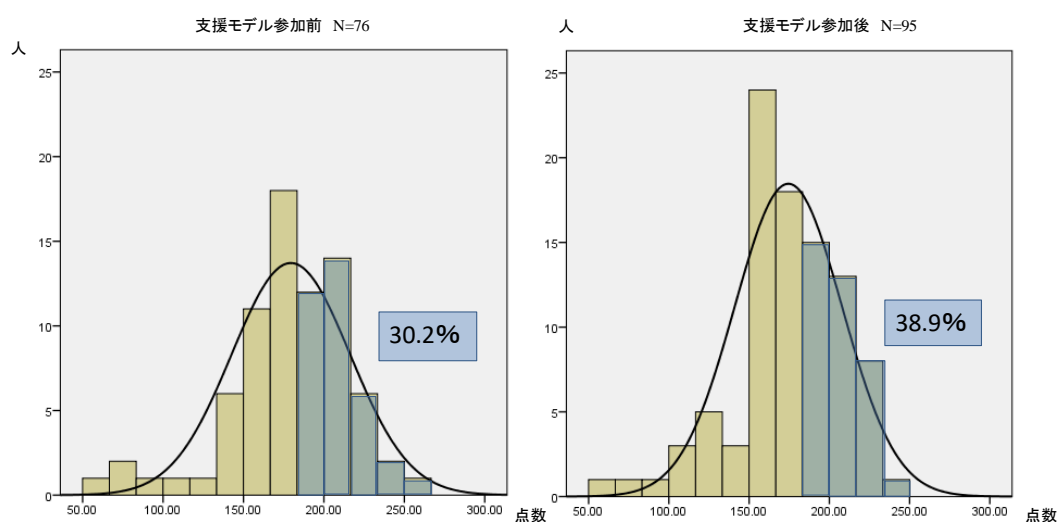
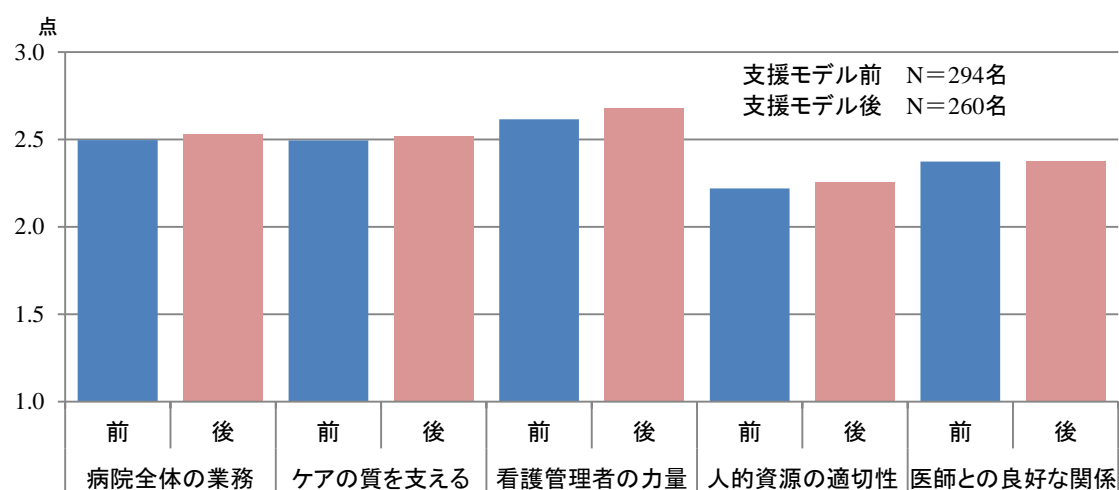


図 11 スタッフが見た看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の変化 A 施設

## 6. 看護師長が統括するスタッフの看護実践環境の変化

支援モデル参加前の看護実践環境として回答を求めた PES - NWI 日本語版のサブスケールの項目全体の信頼係数 Cronbach'  $\alpha$  は 0.915 であった。平均点は、病院全体の業務における看護の関わり 2.53(±0.54)、ケアの質を支える看護の基盤 2.53(±0.37)、看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援 2.66(±0.55)、人的資源の適切性 2.19(±0.51)、看護師と医師との良好な関係 2.37(±0.59)であった。支援モデル後は、病院全体の業務における看護の関わり 2.55(±0.55)、ケアの質を支える看護の基盤 2.55(±0.38)、看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援 2.67(±0.54)、人的資源の適切性 2.22(±0.53)、看護師と医師との良好な関係 2.35(±0.59)であり、ほとんど変化が無かった。

看護師長のサーバントリーダーシップ総得点は、看護実践環境の5つのサブスケール全において、支援モデル参加前にも有意で強い相関を示し( $r=0.253\sim0.802$ ,  $p<0.001$ )ていたが、支援モデル参加後はその程度は強くなった( $r=0.331\sim0.871$ ,  $p<0.001$ )。

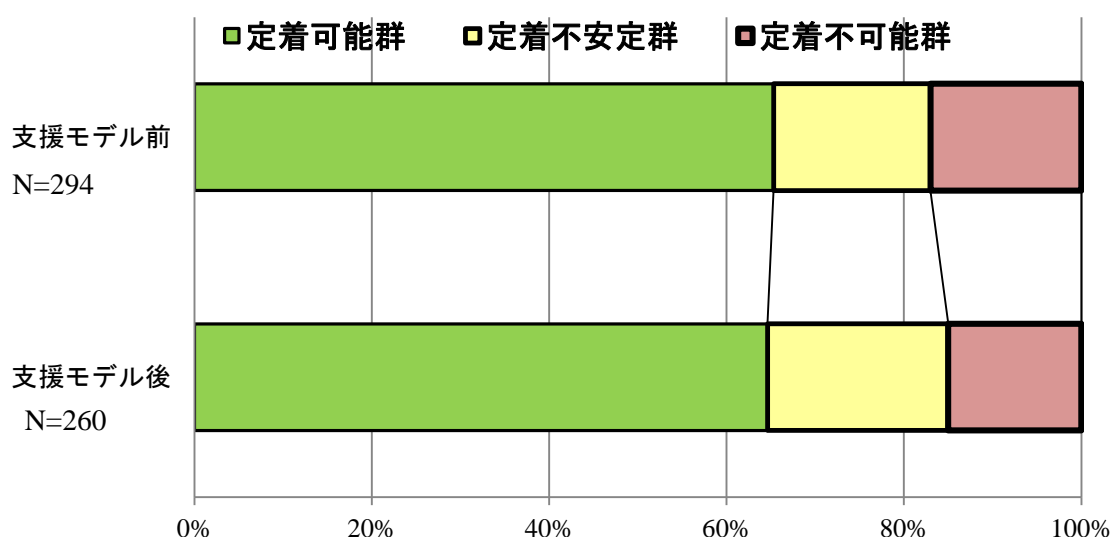


Note: 4 段階リッカートスケール (PES-NWI 日本語版)

図 12 看護師長が統括するスタッフの  
看護実践環境 (PES-NWI 日本語版) のプログラム参加前後の変化

## 7. 看護師長が統括するスタッフの定着可能度の変化

支援モデル前のスタッフの定着可能度は、定着可能群 192 名 (65.3%)、定着不安定群 52 名 (17.7%)、定着不可能群 50 名 (17.0%) であった。支援モデル後の看護師の定着可能度は定着可能群 162 名 (64.6%)、定着不安定群 53 名 (20.4%)、定着不可能群 39 名 (15.0%) であり、定着不可能群が減少したが有意な差ではなかった。



Note: 定着可能度測定尺度分類

図 13 看護師の定着可能度 プログラム前後比較

## 8. 支援モデルに参加した看護師長からの意見

集合研修プログラム終了直後から、講習とディスカッションの振り返りが可能となるようにクラウドプログラムの活用を促した。講習内容、ディスカッションへの意見を図 14 に示した。第 1 回ではリーダーシップを考える機会となり、回の進行に伴いサーバントリーダーシップへの興味関心が焦点化され、参加者の 15 名(45.5%)はサーバントリーダーシップが獲得できそうだ、としていた。

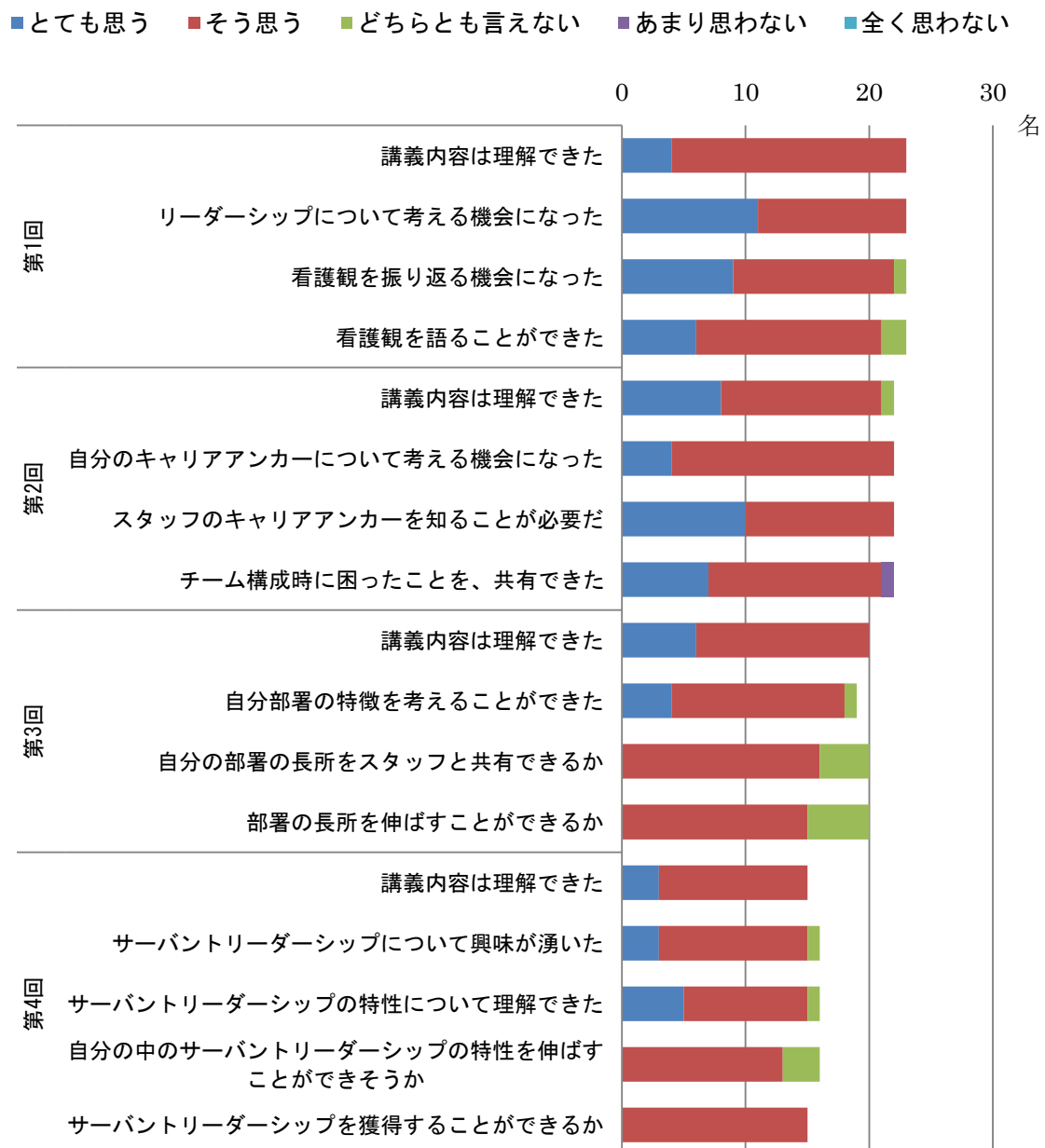


図 14 支援モデルの参加者からの評価

また、クラウドプログラムで支援モデルに対する意見を入力できるようにした結果、参加している看護師長からの意見が 55 件得られた。また、支援モデル参加前の質問紙に 1 件、参加後の質問紙に 1 件の意見が寄せられた。支援モデル開始前には、今後への期待が寄せられ、参加後の質問紙では「日々の業務の中で忙殺されているが、講習資料を振り返りながら自分の気持ちを鼓舞している」と記載があった。クラウドプログラム上のテキストデータの 55 件は、支援モデルに対し積極的に参加でき得るものがあったとするものが 32 件、今後の方向性を見定めることができたとするものが 25 件、自己の課題の発見につながったとするものが 20 件、サーバントリーダーシップを発揮したいとするものが 11 件であった。第 1 回、第 2 回の集合研修プログラムでは準備ができなかったため、思うようにディスカッションに参加できなかったとする意見がそれぞれ 1 件ずつあった。

支援モデルに対し積極的に参加し得るものがあったとする意見には、ディスカッションが新鮮で有意義な時間となったとするコメントが多く見られた。ディスカッションすることで上司や同僚に親近感を抱き、コミュニケーションがとりやすくなった、というコメントも見られた。一方、ディスカッションの構成メンバーによって自己を開示することができない現状に、組織風土として改善が必要であるとする意見もあった。サーバントリーダーシップに対する知識、認識は 4 回の講習を通じて初めて腑に落ちた、とする意見が 4 件あった。

表 13 支援モデル参加者からの意見

支援モデルに対し積極的に参加でき得るものがあった
『語り合うことで、以前の自分を思いだし、少し勇気が持てた』
『自分は何を求められているか、部下が「ついて行きたい」と思う師長であるか。きちっと自分の目指す看護を示してきているのかを考え、スタッフが看護を語りたくなるようにスタッフと関わっていない自分に気が付いた。スタッフが「うれしかった、つらかった」かかわりを言いたくなるような師長でいたいと再確認した』
『自分の都合の良い時間に復習できるのがありがたかった』
『「聴く」「声をかける」ことの重要性も再認識しました』
『組織の特徴や暗黙ルールについて、日ごろ感じていることを伝えることで、師長同士共有できました』
『中小規模の病院の内容は当院の看護部のことを講義しているかのようにマッチした内容でした』
『中小病院の特性の講義内容と自組織があまりにも合致しており、納得することばかりでした。中小の悩みはありますが、それらが自分たちの力で変えていける可能性があることは、大きな魅力だと思います』
『同じ気持ちでいる師長もいることがわかり、自分が元気になれた気がします』
『ディスカッションでは、普段話す内容ではないことを真剣に話合うことができ楽しく感じる。皆、同じ立場の人は同じように感じていることを知ること、気が楽になっていく』



<p><b>今後の方向性を見定めることができた</b></p> <p>『看護観を語る度に自分の振り返りや向かうところ、求めるところを確認でき、改めて進もうという機会になる』</p> <p>『行き詰っていた WLB についての突破口が見つかってよかった』</p> <p>『師長間でも、もっともっとコミュニケーションが必要で、相手をわかろうとする気持ちで、どんどんコミュニケーションをとっていききたいと思う』</p> <p>『ワークシートを活用して、スタッフとチーム作りをします』</p> <p>『毎回の講義の資料をしっかりと読み直し、問題に向き合って行こうと思います』</p> <p>『組織文化の特徴や目指しているものをディスカッションし、他部署のリーダーと共有した時に「ハッ」と気づかされることも多くありました。分かっていることと出来ていることは違う。出来ることは何なのか？何なら提供でき、良いところを伸ばしていけるのか？振り返る良い機会になりました』</p>
<p><b>自己の課題の発見につながった</b></p> <p>『話す時間があってもやはり目的や話題の設定がなければ、実りのないものになる。スタッフと共有できるような環境を作って行きたい』</p> <p>『特にリリーフ体制をとらざるを得ない状況でスタッフや管理者のストレスが生じている。その中で私たちが行うことは、まずお互いの組織(部署)を知ることであったと感じた』</p> <p>『サーバントリーダーシップにおいて、自分自身の思いをコントロールする、相手の思い、考えをまず理解する、という姿勢の必要性を感じました』</p>
<p><b>サーバントリーダーシップを発揮したい</b></p> <p>『学びから行動へ繋げなければ何も始まらないと思います。失敗を繰り返しながら成長できるといいかなと思います』</p> <p>『講義を受けてわかったことは、とにかくまずは「自分たちの看護観をスタッフに語る」という事です。実行あるのみ！』</p> <p>『部署の管理者の看護観を知ることは、スタッフの共感を生み、リーダーシップを発揮することに繋がるのだと実感しました』</p> <p>『自分が思い描く看護の実現に向けて、この思いを自分の部下たちに伝えていこうと思います』</p> <p>『看護観(理念)を明確にし、私たちは「患者を支えているスタッフを支えていく」ことを忘れてはいけなと再確認した。一人一人を大切に思う気持ちが、スタッフの言葉に耳を傾けることになる。そしてスタッフは、大切にされているという気持ちや存在の意味を感じるのではないかと考える』</p> <p>『最終の講義でスーと落ち着いた気がしました。私は患者の傍らで看護をするスタッフを支えること、そのために信じてかかわることだと思います』</p> <p>『皆を支えるリーダー目指して、頑張ります』</p>

## 第VI節 考察

### 1. 支援モデルの展開方法の妥当性

支援モデルを展開するにあたり、看護部長のプログラムへの理解と了承を前提条件とした。これは、サーバントリーダーシップでは中間管理職を支える看護部長もサーバントリーダーシップを発揮することが望まれるためである。研究協力が得られた看護部長は、看護師長への支援に対し課題を抱えその解決に向けて試行錯誤している状態であった。11施設へ研究協力を依頼した結果、研究期間内に支援モデルが実施できたのは3施設であったが、支援モデルへの参加を検討したが時期が合わなかった施設が3施設、看護部長自身の異動で参加を断念した施設が1施設あり、看護師長への支援が必要な中規模病院が多いことが改めて明らかとなった。

集合研修プログラムの開催時期は、病院内行事等を考慮し、看護部長と事前に調整を行った。看護部から看護師長への研修という体制を取ることができたため、支援モデルに参加の意向を示さなかった看護師長も共に学修する機会となった。4回の集合研修プログラムの間隔を2～4週間空けたことは、講習内容を反芻し学修を深めるために必要な期間であり、次の講習での準備として有効な期間であったと考えられる。ディスカッションする内容を講習中から示し、ワークシートを利用して記入することで自己の体験を振り返ることが容易となっていた。ワークシートの書式は定めていたが、研究者からは強制せず自由に記載することで看護師長らの自由な発想で課題や思いを表出することに繋がった。参加者から「同じ気持ちでいる師長もいることが分かり、自分が元気になれそう」「ディスカッションでは、普段話す内容ではないことを真剣に話し合うことができて楽しく感じる」などの意見が聞かれ、組織内でディスカッションの機会を設定したことが、相互支援の方略として有効であったと考える。「ディスカッションによって組織内のコミュニケーションが密になった」という意見もあり、看護部全体に講習・ディスカッションを実施することは妥当であったと考える。

一方、クラウドプログラムへの参加が22名(62.8%)に留まった要因には、タブレット端末に不慣れな看護師長がいたことが考えられる。スマートフォン端末でのアクセス設定もできていたが、十分な周知に至らなかったことがアクセス数の増加に繋がらなかった原因だと考えられる。今回の支援モデルでは研究者が、参加する看護師長を特定できないように設定していた。そのため、看護師長がクラウドプログラムへアクセスして初めて、様々なお知らせ機能を活用できるように画面を構成し、参加者に対し直接的にメール配信や通知などを行わなかった。アクセス方法の簡便さがより周知されることでクラウドプログラムへの参加を促し、意見交換がより活発になり、看護師長自ら施設を超えたネットワークを創り上げていく可能性がある。

## 2. 支援モデルの有効性

支援モデルは、看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することを目的に看護部長の研究への理解と協力を前提に4回の集合研修プログラムと、その後3カ月継続したクラウドプログラムを展開した。

支援モデルの目的について看護部長が理解を示すことで、看護部が看護師長への支援を望んでいることを明確にすることができた。また、集合研修プログラムでは、全ての施設で看護師長の研究参加の同意の有無に関わらず、看護部全体の看護師長研修という体制を整えることができた。中規模病院内では複雑な指示命令系統などにより、看護組織独自で中間管理者に対する支援体制を整備することは困難な現状を抱えている(久米ら, 2010)。看護部長は、支援モデルへの参加の同意と理解を示すことで、各自が現状に満足していないことを看護師長に伝える機会となった。講習内容は、個人的な学修の機会により既知の知識である場合を含め、師長全員が共有して集団で学修することで、理解が深まり、共通の課題を認識するための一助となったと考えられる。

講習・ディスカッションを構成するにあたり、Kolb(2014)の経験学習理論を基に、過去の経験を想起し、概念化に結び付け、内省を促し気づきが得られることに主眼を置いた。支援モデル参加者の意見として、サーバントリーダーシップの理解が第4回終了時で得ることができたとするものが4件あり、4回の講習とクラウドプログラムの継続的な参加により概念化を促進することができたと考えられる。講習の構成として、第1回には既習の知識が多く、回を追うごとにスタッフを支える意義に結び付け、サーバントリーダーシップに必要な10の特性や特徴を提示していく構成にしたことが、参加者の意見からも有効であったと考える。

また、講習で学修した内容を基にディスカッションを設定することで経験を振り返り、抽象的に捉えた概念を実体験に結び付け理解し、反省的観察にまで至った参加者が多く見られた。看護師長らは、日常的に会議や委員会が開催され話し合う場を持っているが、会議の目的は審議、報告、連絡であり自らの役割に対する課題や思いを吐露する場とはならない(福田, 2014)。労務管理やベッドコントロール、他部署との調整など日常業務に追われている看護師長は、看護を語る機会を得ることが少ないことが明らかとなった。ディスカッションのテーマが、業務に直接関わらない内容となっており、同僚の課題、自己の課題を明確にすることに繋がり、お互いに傾聴的な態度が必要であることが認識されていた。組織内でのコミュニケーションが活発になった、という意見も見られ、組織内でのネットワークが密になったと考えられた。また、看護部長は、看護組織として明確な看護理念を掲げていても、その目標や理念がスタッフまで十分に伝わらないことに葛藤していたが、4回の集合研修プログラムのディスカッションに看護部長が参加することで看護師長を支援していることが伝わった、という実感を持てるまでに至った。看護師長は、回を重ねるごとに看護部長から課せられた役割への理解が進み、新たな知見についての学びを深化さ

せると共に、自己の課題について振り返るだけでなく今後の取り組みの足掛かりを獲得する機会となったと考える。

クラウドプログラムへの参加は限られた看護師長だけであったが、講習のスライド資料の閲覧や教材資料のダウンロードなど、45分の講習内容の理解を深めるために利用されていた。クラウドプログラムへアクセスするため、多忙な中規模病院の看護師長が同一時刻にアクセスすることはできなかったが、掲示板の閲覧やチャットルームへの参加により、他施設の看護師長や研究者との相互コミュニケーションの機会となり、自己課題について上司や同僚以外からの共感を得ることができたことも有効であった。看護師長という中間管理職にとって、同じ組織内だけでなく、施設が違っていても同様の課題を抱えている現状を知ることができていた。

支援モデルの参加により、看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点は上昇した。支援モデルへの参加の効果として、看護師長にはサーバントリーダーシップに対する知識を獲得し態度形成の機会が十分に提供できた。この支援モデルはKolb(2014)の経験学習理論による抽象的概念化、反省的観察、具体的経験までのサイクルを辿っていると考えられ、今後能動的実験として実際の経験を重ねることで、より有効なサーバントリーダーシップが定着することが期待できる。スタッフの他者評価では、参加前後に変化は見られなかったが、看護師長の経験が蓄積されることにより、スタッフへの支援がより具体的な行動に移行することが望まれる。

看護師長のサーバントリーダーシップが強化されることで、看護実践環境が改善されることを期待したが、看護実践環境の程度を示すPES-NWI日本語版の尺度得点は有意に上昇しなかった。しかし、PES-NWI日本語版の尺度得点はサーバントリーダーシップスキル得点と有意に強い相関がみられ、今回支援モデルに参加した看護師長が、サーバントリーダーシップを継続して発揮することができれば、看護実践環境は今後上昇していく可能性が期待できる。看護実践環境は、病院全体の組織文化を反映しているという結果が有り(Lake, 2002)、病院全体の組織文化自体の変革は容易ではなく(Schein, 2010)、看護師長のサーバントリーダーシップの強化・獲得だけでは有意に変化するには至らなかった。

しかし、看護師の定着可能度による指標では、定着不可能群が7か月という期間で2%減少した。定着不可能度分類によって分類された定着不可能群は、近い将来の離職率と相関があるとされ(大原ら, 2004; 平井ら, 2003)、定着不可能群が定着不安定群に短期間で移行したことは、今後のサーバントリーダーシップ強化の取り組みにより離職意向を減少させ、定着促進に影響を与えられる可能性があると考ええる。

## 第7章 全体考察

本研究では中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することを目指し、中規模病院の特徴を踏まえ負担費用が少なく、時間を効率的に利用できる集合研修とクラウド環境を組み合わせた支援モデルを開発した。

役割を遂行するためには、与えられた役割について自身で認識し、意味づけを行い、自己をコントロールし、自己と役割の同一化を図ることで、その役割についての認識を向上し、実践能力が高まることが期待できる(Ashforth, 2000)。役割と自己との同一化を促進するためには、心理的な動機や他者からの承認が必要である。本調査対象者である看護師長(以下、看護師長)の7割が自身のリーダーシップ行動を目標重視(Pm)タイプ、スタッフ関係重視(pM)タイプ、現状維持(pm)タイプと自己評定しており、師長としての自分の役割としてリーダーシップを有効に発揮できていないと認識していた。看護師長は、看護部や病院組織から役職を付与され職務に就く。看護師長はその役職を予期的に取得している場合でも、予期せずに取得した場合においても、自分でその役割に意味づけを行い、自己をコントロールしながら役割を遂行していく。中規模病院の看護師長は、研修を受けることが困難な状況であるものの、個人的に学修することによって知識の獲得に努めている現状が明らかとなった。先行研究において、看護師長の役割遂行を促進するためには、看護師長への支援が必要であり、自尊感情を低下させないことが必要となるという報告がある(山本ら, 2013)。そのため、個人の努力を確かなものにするための研修が求められていると考えられた。また、看護師長を対象に行う研修は、一方的なものでなく、自尊感情を低下させないような構成が必要であると考えられた。

看護師長の心理的動機に働きかけ、自己のイメージを肯定的に捉えることを促進するための支援ができれば、看護師長の役割遂行能力が向上されることが期待できる。そこで、支援モデルは、看護部組織の中で基盤となる中間管理者として、看護師長は役割や課題を抱えながら、日常的にスタッフを支援していることを承認することで、看護師長の自尊感情を保持し、自己と役割の同一化を促進することを狙いとした。

看護師長に求められるリーダーシップのあり方として、看護部長の目標に沿いながらも、専門性を発揮しているスタッフに対し、支援することができるサーバントリーダーシップに着目した。多様なリーダーシップ理論の中で、サーバントリーダーシップは、リーダーが明確なビジョンを持ちフォロワーに対し信頼を寄せ、フォロワーに対し「まず奉仕する」そして、「奉仕してから導く」という実践哲学である。スタッフへ適切な権限移譲を図るとされるサーバントリーダーシップは、米国の看護師集団に有効であることが検証されており(McCann, Graves, & Cox, 2014; Neill & Saunders, 2008)、本邦でも看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することが有効であると考えられた。

役割の同一化を図るためには、自己の意味づけに加え、自己のコントロールも必要となる。サーバントリーダーシップには10の資質が必要とされ(Spears, 1998)、その資質を理解

し、自分に備わっているか、自然にできるか、育成できそうか、経験不足で出来なさそうなことは何か、を認識することで必要な資質を身につけることが可能となる。看護師長が、サーバントリーダーシップに必要な 10 の資質を身につけることで、スタッフに信頼を寄せ適切な権限委譲が図れるだけでなく、自身の人間性の成熟を増すこととなり、看護師長自身にとっても意義がある。

看護師長の役割に必要なリーダーシップ行動について質問紙調査を行った結果、職務満足度を高め生産性を高めるとされる、理想的なリーダーシップを発揮している看護師長の割合が 3 割と少なかった。先行研究による結果を見ると、一般企業等では他者評価より自己評価が高くなる傾向が示されていたが(三隅, 1984)、看護師長らは自身の役割遂行能力を低く評価する傾向が明らかとなった。また、組織の中間管理者として、看護師長がリーダーシップを発揮するためには、看護部長の意向に沿いながらも明確に目標を提示する必要がある。しかし、看護師長らは目標を明確に提示できていない現状があり、スタッフに対し目標を提示できるような支援が必要なことが明らかとなった。

中規模病院の複雑な役割を担う看護師長は、外部への研修が進まず、組織内では役割モデルの存在や相互交流の機会が少ないとの指摘もある(福田, 2014)。本調査でも、看護部からの支援が有る、とした看護師長は 3 割に留まっていた。また、看護師長が看護部からの支援を受けていると認識している組織では看護実践環境が整備されていることが明らかとなり、組織的な看護師長への支援の有無が看護ケアの質に影響を及ぼすことが示唆された。一方、看護師長らは自己に求められる役割に必要な知識について、自ら学修の機会を得ようとしている現状が明らかとなり、役割と自身を同一化するために努力していた。

支援モデルの開発にあたり、看護師長の役割遂行を促進するために、中規模病院の看護部で支援体制を整備することが困難な現状を鑑み、中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための方略を検討した。看護師長には看護部長の目標に沿うことが求められ、また、スタッフ一人ひとりが患者の支援者として自律的に創造的に看護できるように役割を果たすことが必要となる。そのため、サーバントリーダーシップに求められる 10 の資質を盛り込みながら、看護師長が実践している役割について承認し、抱えている課題を明確にできるように講習内容を構成した。また、経験学習理論(Kolb, 2014)を用い看護師長らの知識を統合し実践へと結びつけるため、一方的な講習だけでなく内省を促すためのディスカッションを組み込んだ集合研修の所要時間は、日常業務に支障の少ない時間設定とし、講習で伝達する内容を検討した。また、看護師長らの知識獲得をより促進するために、自己学修を支援する方法としてクラウド環境を組み合わせたプログラムを考案した。

看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルは、中規模病院の特徴を考慮し、費用と時間の負担を軽減するための方法として集合研修プログラムと自己学修を促進するためのクラウドプログラムの 2 部で構成した。集合研修プログラムでは、役

割認識の促進と能動的な学修のために、一方的な講習ではなく、同一の課題に対し看護師長同士がそれぞれの考えを言語化し他者に伝える機会とし、研究者からの発問や参加者間でのディスカッションを組み込み、相互支援に結び付くことを期待した。また、看護師長の業務時間に支障の少ない時間設定として、講習 45 分、ディスカッション 45 分の合計 90 分で構成した。講習のテーマは第 1 回：看護を語ろう、第 2 回：自分を知り、スタッフを知る、第 3 回：看護と組織を考える、第 4 回：サーバントリーダーシップへの誘いとした。しかし、看護師長にとって、限られた時間の中の受講だけでは、構成する学修内容の理解を促進することは困難なことが予想された。そこで、看護師長が自由な時間に自己学修できる方法としてクラウドプログラムを位置づけ、講習内容のパワーポイントスライドの閲覧、講習資料のダウンロード、ディスカッションで使用するワークシートのダウンロードが可能となるように e-learning 環境を整備した。集合研修プログラムを 4 回開講すると同時に、クラウドプログラムのアクセスは集合研修プログラム第 1 回から設定し、自己学修の機会を強化し、第 4 回の集合研修プログラム終了から 3 カ月間継続した。クラウドプログラムでは、研究者ならびに他施設の看護師長とも相互コミュニケーションが取れる体制も整備した。

4 回の集合研修プログラムの実施については、「講習によって知識の統合ができた」、「ディスカッションによって組織内のコミュニケーションが密になった」など参加者から評価が得られた。また、ディスカッションによる言語化は、看護師長らの成功体験の表出と内省を促すだけでなく、組織内での相互承認にも繋がっていた。参加者は、支援モデル参加前には未知であったサーバントリーダーシップ論について、講習・ディスカッションに参加することにより、興味関心を抱き、支援モデル終了時にはサーバントリーダーシップを発揮したい、という認識に移行していた。クラウドプログラムでは、講義資料や教材、ワークシートの閲覧ができ、「自分の都合の良い時間に復習できるのがありがたかった」など、自己学修の支援に意見が得られた。サーバントリーダーシップは、中間管理職である看護師長が看護部長に支援されていると認識することが必要であるため、支援モデルを導入する前提条件として看護部長の支援モデルへの了解と、プログラムへの参加を求めた。3 病院の 35 名の看護師長に対し支援モデルを展開した結果、33 名から評価が得られサーバントリーダーシップ得点は看護師長らの自己評価では有意に上昇した。看護師長の自己評価が上昇したことは、自己の役割認識が明確になり、役割に対する意味付けが強化されたためだと考えられる。また、サーバントリーダーシップを身につけ、スタッフ一人ひとりを支えていきたいという具体的な意見もあり、看護師長にとってサーバントリーダーシップを獲得することが、役割と自身の同一化を促進することとなり、看護師長自身の成熟を増し意義あるものとなったと考えられた。

中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することで期待された、看護師長が統括するスタッフの認識する看護実践環境は、大きな変化は無かった。しかし、ス

タッフの組織への定着意識の改善傾向が見られたことは、看護師長のサーバントリーダーシップを取り上げたことは有効であったと考えられた。中規模病院の看護師長に対する教育方法として、自己学修の促進に繋がるクラウドによる学修を組み合わせることが、業務に支障の少ない時間の集合研修を可能にし、有効であったと考えられた。

## 本研究の限界と今後の展望

本研究の限界と今後の展望として4点が挙げられる。

1.本研究では、支援モデルの前提条件として、看護部長が支援モデルの目的を理解し研究参加に同意の得られた看護師長に対し介入を行った。研究参加に了承した看護部長は3名全員が認定看護管理者であり、かつ看護師長教育に関心のある施設であった。看護部長も講習・ディスカッションに参加により、看護部長自身がサーバントリーダーシップを獲得していった可能性がある。その結果、看護部全体で支援モデルに取り組む姿勢が高くなり、結果に影響を与えている可能性があることが本研究の限界である。

看護師長を支援する看護部長の姿勢が重要ではあると考えるが、今後は看護師長の認識が高く、組織のレディネスが十分でない場合にも活用されるように検討していくことが課題である。

2.本研究では、開発した支援モデルにより、中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することを目指した。評価指標として用いたサーバントリーダーシップスキル得点は自己評価、他者評価の双方向で測定を行ったが、いずれも認知レベルの評価に留まっていることが限界である。加えて、評価指標を看護師長とスタッフ双方に同一の質問紙を用いたこと、評価指標の信頼係数は高かったものの、内容妥当性を詳細に検証されていないことが本研究の限界である。

今後は、評価指標の精選を行うと共に、行動レベルについて自己評価、他者評価、参加観察等により現状を追加調査し検証を重ねていくことが課題である。

3.本研究では、集合研修プログラムとクラウドプログラムにより、看護師長は役割認識を得て、その役割に対し意味づけが促進され自己コントロールでき、サーバントリーダーシップを獲得し自身の役割の同一化に至っていると考えられた。しかし、スタッフからの評価として、看護師長の役割遂行能力が向上したと確信に至るまでには及ばなかった。評価時期をクラウドプログラムの終了時に設定したが、リーダーシップ行動の変容を他者からの評価を得るために必要十分な期間を設定できていなかったことが本研究の限界である。

看護師長が獲得したサーバントリーダーシップを継続して強化するためにも、支援モデルに含まれるクラウドプログラムについては、今後も継続することが課題である。



4. 本研究では、集合研修プログラムでディスカッションの機会を設定したことにより、組織内での自主的な研修に結び付き、同僚間での課題共有が促進したことで、施設内での看護師長ネットワークの促進に寄与していたと考えられる。しかし、施設外の看護師長とネットワークを望む声が寄せられ、相互にコミュニケーションはとることはできたが、クラウドプログラムでの複数の師長間でのネットワークの構築にまでは至らなかったことが本研究の限界といえる。

看護部全体のレディネスが高くても、中規模病院では看護師長への支援を体制として整備することは困難が多く、看護師長個人の自己学修の一助となるようにネットワークを構築すると共に支援モデルを精選し一般化を目指すことが課題である。

## 結論

中規模病院の3割の施設では、看護師長に対する支援があり、支援のある施設ではスタッフの看護実践環境が良好であることが明らかとなった。

7割の看護師長は、有効なリーダーシップ行動を取れていないと自己認識しており、看護師長らの役割行動を維持するための支援が必要であることが明らかとなった。

中規模病院の看護師長はその責務を担うための研修や支援を受けることが困難であっても、92.0%の看護師長は自己研鑽している現状が明らかとなった。組織的な研修体制が少ない現状にあっても自己努力している看護師長に対し、研修支援が求められている。

中規模病院の看護師長には看護部長の目標に沿い、スタッフ一人ひとりが患者の支援者として自律的に、創造的に看護できるように役割を果たせるサーバントリーダーシップを獲得することが求められる。開発した支援モデルは、業務に支障の少ない時間の集合研修と自己学修を促進するためのクラウド環境を組み合わせた自己学修ツールの2部で構成した。

支援モデルを3施設の中規模病院の看護師長35名の参加が得られ、33名から次のような結果が得られた。看護師長の自己評価としてサーバントリーダーシップスキル得点は支援モデル参加前192.0(±16.0)点であったものが支援モデル参加後には204.1(±21.9)点に有意に上昇していた( $p<0.001$ )。支援モデル参加者からの意見として「組織内でのコミュニケーションが活発になった」「自分の時間を使って容易に学修できた」などの評価を得た。リーダーシップスキルを研鑽できるよう開発した支援モデルは、中規模病院の看護師長のサーバントリーダーシップの獲得に有効であった。今後は、看護部長の了解を得られない看護師長単独でも参加でき、看護師長のリーダーシップ能力を高め、役割促進の一助となるように、支援モデルを精選し、一般化を目指す必要がある。

## 謝辞

はじめに、研究へのご協力にご快諾いただきました対象者の皆様、参加者の皆様に深くお礼申し上げます。

研究計画の段階から本論文の作成にあたり、ご指導と常に励ましをいただきました静岡県立大学看護学部基礎看護学・国際看護学の渡邊順子教授に深く感謝申し上げます。また、本論文の作成にあたり、非常に丁寧なご指導と温かい励ましをいただきました聖隷クリストファー大学大学院研究科長川村佐和子教授に深く感謝申し上げます。

末筆ながら、これまでご指導いただきました先生方、友人、家族の温かい励ましに深く感謝いたします。

## 文献

- American Nurse Credential Center (2014). The Mgnnet® Model components and Soueces of evidence Mgnnet recoginition program®. (3<sup>rd</sup> ed).
- 青山ヒフミ, 小西康之, 増田えみ, 三村裕子 (2003). 看護の質から見た中小規模病院の現状と改革に向けての取り組み事例. *大阪府立看護大学紀要*, 9(1), 47-53.
- 青山ヒフミ, 増田えみ, 石井美津子, 大谷和代, 青山千彰 (2002). 中小規模病院の看護部の課題と活性化への試み. *大阪府立看護大学紀要*, 8(1), 11-17.
- 青山ヒフミ, 森迫京子, 米谷光代, 岡田美千代, 草岡清子, 田中睦子, 鳥井元純子, 原田和子, 村田瑞穂 (2005). 中小規模病院で勤務する看護師の継続教育に関するニーズ. *大阪府立看護大学看護学部紀要*, 11(1), 1-5.
- Ashforth, B. (2000). Role transitions in organizational life: An identity-based perspective, New York: Routledge.
- Barbuto, J. E., & Wheeler, D. W. (2006). Scale development and construct clarification of servant leadership. *Group & Organization Management*, 31(3), 300-326.
- Bass, B. M., & Bass, R. (2009). The bass handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications, New York: Free Press.
- Bennis, W. (2003). リーダーになる. 伊東奈美子訳. (2008). 東京: 海と月社.
- Blake, N., Leach, Linda, S., Robbins, W., Pike, N., & Needleman, J. (2013). Healthy work environments and staff nurse retention: The relationship between communication, collaboration, and leadership in the pediatric intensive care unit. *Nursing Administration Quarterly*, 37(4), 356-370.
- Bowman, R. F. (2005). Teacher as servant leader. The Clearing House: A Journal of Educational Strategies, *Issues and Ideas*, 78(6), 257-260.
- Cerit, Y. (2009). The effects of servant leadership behaviours of school principals on teachers' job satisfaction. *Educational Management Administration & Leadership*, 37(5), 600-623.
- Clavelle, J.T., Drenkard, K., Tullai, M. S., & Fitzpatrick, J. J. (2012). Transformational leadership practices of chief nursing officers in magnet® organizations. *Journal of Nursing Administration*, 42(10) (Supplement), 3-9.
- Codier, E., Kamikawa, C., & Kooker, B. M. (2011). The impact of emotional intelligence development on nurse managers. *Nursing Administration Quarterly*, 35(3), 270-276.
- Crippen, C. (2004). Servant-leadership as an effective model for educational leadership and management: First to serve, then to lead. *Management in*

- Education*, 18(5), 11-16
- Djukic, M., Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F., & Jun, J. (2015). Educational gaps and solutions for early-career nurse managers' education and participation in quality improvement. *The Journal of Nursing Administration*, 45(4), 206-211.
- Drenkard, K. (2010). The business case for magnet®. *The Journal of Nursing Administration*, 40(6), 263-271.
- Fennimore, L., & Wolf, G., (2011). Nurse manager leadership development: Leveraging the evidence and system-level support. *Journal of Nursing Administration*, 41(5), 204-210.
- 福田紀子 (2009). 看護師長が体験している医療事故後対応の困難さ. *日本看護管理学会誌*, 12(2), 12-21.
- 福田紀子 (2014). 医療事故当事者ナースへの看護師長による支援 ト라우マからの再起を後押しする. *日本精神保健看護学会誌*, 23(1), 19-29.
- Gray, L. R., & Shirey, M. R. (2013). Nurse manager engagement: What it means to nurse managers and staff nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 37(4), 337-345.
- Greenleaf, R. K., & Spears, L. C. (1998). The power of servant-leadership: Essays. Berrett-Koehler Publishers.
- Greenleaf, R. K. (2002). サーバントリーダーシップ. 金井壽宏監訳, 金井真弓訳 (2008); 東京: 英治出版.
- 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.
- 濱川博招, 島川久美子 (2013). 看護師長のリーダーシップ. 東京: ぱるる出版.
- 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.
- 服部英治 (2014). 看護師長の労務管理. 東京: 日総研出版.
- 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移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.
- Higdon, K., Clickner, D., Gray, F., Woody, G., & Shirey, M. (2013). Business case for magnet® in a small hospital. *The Journal of Nursing Administration*, 43(2), 113-118.
- 平井さよ子 (2002). 看護職のキャリア開発: 変革期のヒューマンリソースマネジメント. 東京: 日本看護協会出版会.
- 平井さよ子, 木下昌紀, 大原まゆみ, 加藤和子 (2003). 中小規模病院における看護職員

- の定着に関する研究—定着度と満足度との関係. *看護管理*, 13(9), 726-727.
- 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.
- 井部俊子編(2011). 看護管理学習テキスト第2版 第1巻 看護管理概説. 井部俊子, 中西睦子監修, 東京: 日本看護協会出版会.
- 井部俊子, 勝原裕美子編(2011). 看護管理学習テキスト第2版 第2巻 看護組織論. 井部俊子, 中西睦子監修, 東京: 日本看護協会出版会.
- 池田守男, 金井壽宏 (2007). サーバント・リーダーシップ入門: 引っ張るリーダーから支えるリーダーへ. 東京: かんき出版.
- 井上仁美 (2014). 看護中間管理者のコンピテンシー. *高知女子大学看護学会誌*, 40(1), 109-116.
- Ira C. (2003). ザ・フォロワーシップ: 上司を動かす賢い部下の教科書. 香方子訳 (2009); 東京: ダイヤモンド社.
- 伊藤てる子, 金子さゆり, 濃沼信夫 (2012). 看護スタッフが認識する看護管理者との関わりと看護スタッフの学習行動に関する研究. *日本医療・病院管理学会誌*, 49(1), 19-29.
- Jackson D. (2008). Servant leadership in nursing: A framework for developing sustainable research capacity in nursing, *Collegian*, 15, 27-33.
- Jaworski, J. (2011). シンクロニシティ: 未来をつくるリーダーシップ. 金井壽宏監訳, 野津智子訳. (2013). 東京: 岩波書店.
- Jaramillo, F., Grisaffe, D. B., Chonko, L. B., & Roberts, J. A. (2009). Examining the impact of servant leadership on salesperson's turnover intention. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 29(4), 351-365.
- Jenkins, M., & Stewart, A. C. (2010). The importance of a servant leader orientation. *Health Care Management Review*, 35(1), 46-54.
- 株式会社明治安田生活福祉研究所 (2013). 医療施設経営安定化推進事業 平成 23 年度病院経営管理指標. Retrieved October 10, 2015, from [http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/dl/houkokusho\\_h23.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/dl/houkokusho_h23.pdf)
- 門屋久美子(2009). 中間管理者への昇進が看護師の役割認識に与える影響「キャリアアップカータイプ」「直属上司のかかわり」の視点から. *岩手看護学会誌*, 2(2), 13-24.
- 柿原加代子, 大野晶子, 東野督子, 水谷聖子, 沼田葉子, 小笹由里江, 三河内憲子 (2012). 継続勤務している看護師のキャリアアップに関する認識. *日本赤十字豊田看護大学紀要*, 7(1), 153-159.
- 神坂登世子, 松下年子, 大浦ゆう子 (2010). 認定看護師の活動と活用に対する意識—看

- 護管理者・認定看護師・看護師の比較. *日本看護研究学会雑誌*, 33(4), 73-84.
- 金井壽宏(2002). *働くひとのためのキャリア・デザイン*. 東京：PHP 研究所.
- 金井壽宏(2005). *リーダーシップ入門*. 東京：日本経済新聞社.
- 金井壽宏, 高橋潔 (2004). *組織行動の考え方*. 東京：東洋経済新報社.
- 檜原理恵(2012). 看護師の定着行動に影響する組織文化の認識：看護管理責任者とスタッフナースの比較. *広島国際大学看護学ジャーナル*, 9(1), 13-23.
- 檜原理恵(2014). 離職行動に影響する因子としての看護師の組織文化の捉え方の分析－価値基準との比較. *科学研究費助成事業, 挑戦的萌芽研究, 研究報告書*(2011 年度～2013 年度).
- 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.
- 勝原裕美子(2007). *看護師のキャリア論：多くの節目を越えて生涯にわたる成長の道筋を見出すために*. 東京：ライフサポート社.
- 北川豊 (2014). 2025 年に向けた企業立病院の経営戦略に関する一考察：社会医療法人化への航跡. *商大ビジネスレビュー*, 4(2), 103-125.
- 小林美亜, 鐘江康一郎(2014). *マネジメントの質を高める！ナースマネジャーのための問題解決術*. 東京：医学書院.
- Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (2nd edition ed.) FT Press.
- Kotter, P. J.(2010). *リーダーシップ論：人と組織を動かす能力(second ed )*. Diamond ハーバード・ビジネス・レビュー編集部, 黒田由貴子, 有賀裕子訳 (2012) ..東京：ダイヤモンド社.
- 公益社団法人日本看護協会 (2012). 継続教育の基準 ver.2. Retrieved October 17, 2015,  
<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2.pdf>
- 公益社団法人日本看護協会 (2015). 資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者. Retrieved October 18, 2015,  
from <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cna>
- 公益社団法人日本看護協会 広報部 (2015) 「2014 年 病院における看護職員需給状況調査」, 1-11.
- 河野秀一 (2013). *実践看護マネジメントリフレクション*, 東京：メディカ出版.
- 河城仁美, 橋本和子, 森田なつ子, 田村美子, 内田史江 (2013). 安全文化を醸成するために医療安全管理者が抱える困難. *看護・保健科学研究誌*, 14(1), 11-19.
- 厚生労働省 (2014a). 厚生統計要覧 (平成 26 年度) 第 2 編 保健衛生 第 2 章 医療. Retrieved October 10, 2015,

- from [http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk\\_2\\_2.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html)  
 厚生労働省(2014b). 新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会 報告書  
 Retrieved October 10, 2015,  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10805000-Iseikyoku-Kangoka/000037973.pdf>
- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (2007). リーダーシップ・チャレンジ. 金井壽宏監訳;  
 伊東奈美子訳(2010). 東京: 海と月社.
- 久米和興, 久米龍子, 村川由加里 (2010). 病院看護部の組織構造の特徴に関する一考察. *山形保健医療研究*, 13, 95-104.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188.
- Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 55(1), 1-9.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). ストレスの心理学 認知的評価と対処の研究. 本明寛、春木豊、織田正美監訳. (1991). 東京: 実務教育出版.
- Leach, L. S., & McFarland, P. (2014). Assessing the professional development needs of experienced nurse executive leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 44(1), 51-62.
- Li, Y., Lake, E. T., Sales, A. E., Sharp, N. D., Greiner, G. T., Lowy, E., Liu, C-F. Mitchell, P. H., & Sochalski, J. A. (2007). Measuring nurses' practice environments with the revised nursing work index: Evidence from registered nurses in the veterans health administration. *Research in Nursing & Health*, 30(1), 31-44.
- Cusack, L, & Smith M. (2010). Power inequalities in the assessment of nursing competency within the workplace: Implications for nursing management. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(9), 408-413.
- Mackoff, B. L., Glassman, K., & Budin, W. (2013). Developing a leadership laboratory for nurse managers based on lived experiences: A participatory action research model for leadership development. *The Journal of Nursing Administration*, 43(9), 447-454.
- MaIN 研究会編著, 井部俊子監修. (2010). ナースのための管理指標 MaIN 2. 東京: 医学書院.
- 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代, 伴真由美, 小松妙子 (2004). 退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病院看護師の役割. *石川看護雑誌*, 1(1), 31-38.

- Maryse, B-G, Philippe M., & 井部俊子, 原山哲. (2006). ケアの組織を比較するーパリと東京. 東京: 北樹出版.
- 眞嶋朋子, 楠潤子, 渡邊美和, 岡本明美, 増島麻里子, 長坂育代, 山下亮子, 佐藤まゆみ, 正木治恵, 浅野美知恵, 佐藤禮子 (2012). 専門看護師が必要とする看護管理者からの支援 組織文化からの一考察. *文化看護学会誌*, 4(1), 13-25.
- McCann, J. T., Graves, D., & Cox, L. (2014). Servant leadership, employee satisfaction, and organizational performance in rural community hospitals. *International Journal of Business and Management*, 9(10), 28-38.
- McLaughlin, A., & Fetzer, S. J. (2015). The perceived value of certification by magnet® and non-magnet nurses. *The Journal of Nursing Administration*, 45(4), 194-199.
- 三隅二不二 (1984). リーダーシップ行動の科学 (改訂版). 東京: 有斐閣.
- 三隅二不二, 武田忠輔, 橋口捷久 (1969). 病院看護婦集団における Pm 式リーダーシップおよび社会的勢力に関する実証的研究. *教育・社会心理学研究*, 8(2), 159-172.
- 三隅二不二, 山田雄一, 南隆男 (1988.). 組織の行動科学. 東京: 福村出版.
- Morgan, W. M. (2002). ハイ・フライヤー次世代リーダーの育成法. 金井壽宏監訳 (2002). 東京: プレジデント社.
- 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. *日本看護研究学会雑誌*, 36(1), 61-70.
- 村上美好, 木村チヅ子編(2011). 看護管理学習テキスト第2版 第3巻 看護マネジメント論. 井部俊子, 中西睦子監修, 東京: 日本看護協会出版会.
- 中神友子, 星野純子, 栗田孝子 (2012). 患者マネジメントに焦点をあてた病棟看護師長の役割と課題. *医学と生物学*, 156(9), 635-643.
- 中西睦子編(2011). 看護管理学習テキスト第2版 第7巻 看護制度・政策論. 井部俊子, 中西睦子監修, 東京: 日本看護協会出版会.
- ナーシングビジネス編集室(2014). 初めての看護マネジメント超おたすけ BOOK 花まる師長への第一歩. 東京: メディカ出版.
- Neill, M. W., & Saunders, N. S. (2008). Servant leadership: Enhancing quality of care and staff satisfaction. *The Journal of Nursing Administration*, 38(9), 395-400.
- Neuschel, R. P. (2005). ケロッグ mba スクールで教えるリーダーシップ・エッセンシャルズ: 組織・人材パワーの発揮へ. 梅津祐良訳.(2006). 東京: 生産性出版.
- 野田智義, 金井寿宏 (2007). リーダーシップの旅: 見えないものを見る. 東京: 光文社.
- 野田有美子 (2010). スタッフナースを惹きつける看護師長のリーダーシップ行動. *聖路加看護学会誌*, 14(1), 1-8.
- 野中らいら, 武村雪絵, 佐々木美奈子, 菅田勝也 (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.
- 緒方泰子 (2012). The practice environment scale of the nursing work index (PES-NWI) 日本語版の開発と利用. *日本看護評価学会誌*, 2(1), 24-26.
- 緒方 泰子, 永野 みどり, 福田 敬, 橋本 廸生 (2011). 病棟に勤務する看護職の就業継続意向と看護実践環境との関連 The practice environment scale of the nursing work index (PES-NWI)日本語版の応用. *日本公衆衛生雑誌*, 58(6), 409-419.
- 緒方泰子, 永野みどり, 西岡みどり, 赤沼智子, 内田朋子, 山名敏子, 野中時代, 大上道子, 福田敬, 橋本廸生 (2010). The practice environment scale of the nursing work index (PES - NWI) 日本語版の信頼性と妥当性に関する予備的検討. *日本医療・病院管理学会誌*, 47(2), 69-80.
- 奥裕美, 井部俊子, 柳井晴夫, 中村綾子, 石崎民子, 笠松由佳, 佐々木菜名代, 高井今日子, 平山恵子, 松永佳子, 三笥里香, 渡邊千登世 (2011). 看護管理実践のための自己評価指標(Main)改訂版の信頼性と妥当性の検討. *聖路加看護学会誌*, 15(2), 16-25.
- 岡田郁子 (2010). 看護師長のリーダーシップ行動の特性とスタッフのモラルおよび達成動機の関連. *日本赤十字看護学会誌*, 11(1), 1-8.
- 大原まゆみ, 丸口ミサエ, 西尾和子, 田中優子, 平井さよ子 (2004). 高度専門病院に勤務する看護師の定着可能性. *国立看護大学校研究紀要*, 3(1), 75.
- 大久保清子, 米澤弘恵, 長谷川智子, 清水房枝 (2009). リーダーシップ類型と看護におけるインフォームドコンセントの普及との関連. *三重看護学誌*, 11, 45-52.
- 尾崎フサ子 (2003). 看護職員の職務満足に与える看護師長の承認行為の影響. *新潟医学会雑誌*, 117(3), 155-163.
- Parsons, M. L., Batres, C., & Golightly-Jenkins, C. (2006). Innovations in management: Establishing team behavioral norms for a healthy workplace. Topics in Emergency Medicine. *Innovations in Management*, 28(2), 113-119.
- Patrician, P. A., Shang, J., & Lake, E. T. (2010). Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among army medical department registered nurses. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 99-110.
- Peters, T. J., Waterman, R. H., & Jones, I. (1982). In search of excellence: Lessons from America's best-run companies. New York : Harper & Row.
- Ross, E. J., Fitzpatrick, J. J., Click, E.R., Krouse, H. J., & Clavelle, J. T. (2014). Transformational leadership practices of nurse leaders in professional nursing associations. *Journal of Nursing Administration*, 44(4), 201-206.
- 坂爪洋美 (2009). ワーク・ライフ・バランス施策に対する管理職の認識がリーダーシッ

- プ行動に与える影響. *経営行動科学*, 22(3), 205-221.
- 坂元綾, 山田寛 (2012). スタッフ育成における病棟看護師長の役割 スタッフ育成の認識及び役割遂行に影響する要因. *高知女子大学看護学会誌*, 37(2), 38-47.
- 里光やよい, 今野葉月, 須釜なつみ, 市塚京子, 佐藤淳子, 鈴木照実, 古橋洋子(2013). 看護師長が語る中堅看護師育成についての認識と対応. *自治医科大学看護学ジャーナル*, 10, 93-102.
- 佐藤郁哉, 山田真茂留 (2004). 制度と文化：組織を動かす見えない力. 東京：日本経済新聞社.
- Schein, H. E. (2010). 組織文化とリーダーシップ(4th ed ed.).梅津祐良, 横山哲夫訳 (2012). 東京：白桃書房.
- Schein, H. E. (1978). キャリア・ダイナミクス キャリアとは、生涯を通しての人間の生き方・表現である. 二村敏子, 三善勝代訳(1991). 東京：白桃書房.
- Schein, H. E. (1995). キャリア・アンカー：自分のほんとうの価値を発見しよう(1st ed.)金井壽宏訳 (2003) . 東京：白桃書房.
- Schein, H. E. (1995). キャリア・サバイバル：職務と役割の戦略的プランニング(1st ed.) 金井壽宏訳 (2003) . 東京：白桃書房.
- Schein, H. E. (1999). 企業文化：生き残りの指針. 金井壽宏、尾川丈一、片山佳代子訳 (2004). 東京：白桃書房.
- 関文恭, 吉山尚裕, 三隅二不二, 吉田道雄, 三角恵美子 (1997).看護専門学校におけるクラス担当教員のリーダーシップ行動測定尺度の作成とその妥当性. *九州大学医療技術短期大学部紀要*, 24, 25-32.
- 芝田 文男 (2010). 医師不足問題の考察：国の医師養成政策の変遷と京都府の医師不足対策について. *京都産業大学法学会*,43(3/4), 5-40.
- 重永康子, 土屋八千代 (2009). 変革期における看護管理者のストレスサーおよびストレス対処法と仕事の成果の関係. *日本看護管理学会誌*, 13(1), 51-59.
- 白木秀典 (2015). 複合型経営の中小医療法人の経営を考えるフレームワーク：医療生協法人の収益性と経営管理の考察. *保健医療経営大学紀要*, (7), 51-60.
- Spears, L. C. (1998). Insights on leadership: Service, stewardship, spirit, and servant-leadership. New York: John Wiley & Sons.
- Stimpfel, A. W., Rosen, J. E., & McHugh, M. D. (2014). Understanding the role of the professional practice environment on quality of care in magnet® and non-magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 44(1), 10-16.
- Stogdill, R.M, (1957). Leadership and structures of personal interaction. Columbus: Ohio State University, Bureau of Business Research.
- 杉本弥生, 畑田みゆき, 大田敦子 (2013). 看護部主導による総合病床マネジメントの効

- 果(第1報). *東京都福祉保健医療学会誌*, 平成24年度(受賞演題論文集), 46-49.
- 高平仁史(2013). 看護マネジメントに自信がつく！現場で使える労務管理の基礎知識-就業規則のもと、労働基準法と関連法規がばっちり理解できる！. 東京：メディカ出版.
- 高谷嘉枝 (2007). 師長の変革的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. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, 14, 93-105.
- 高谷嘉枝 (2010). 新人看護師が臨床現場に適応するための看護師長の工夫. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, 17, 103-115.
- 手塚とみ江, 佐藤みつ子 (2007). 看護師長のリーダーシップに対する自己評価と看護師による評価. *山梨大学看護学会誌*, 6(1), 33-38.
- 手島恵編(2011). 看護管理学習テキスト第2版 第4巻 看護における人的資源活用論. 井部俊子, 中西睦子監修, 東京：日本看護協会出版会.
- 富永真己, 佐藤芙佐子, 道脇まゆみ (2012). 看護管理者のリーダーシップとマネジメントスタイルに関する文化差の研究 米国のマグネット・ホスピタルと日本の病院の事例検討. *こころと文化*, 11(2), 169-184.
- 塚本尚子, 結城瑛子, 船木由香, 田中奈津子, 山口みのり (2009). 組織風土としての看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.
- 上野栄一 (2005). 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 25(2), 47-55.
- 若林満, 星野靖雄 (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.
- Walumbwa, F. O., Hartnell, C. A., & Oke, A. (2010). Servant leadership, procedural justice climate, service climate, employee attitudes, and organizational citizenship behavior: A cross-level investigation. *Journal of Applied Psychology*, 95(3), 517-529.
- Warshawsky, N. E., Lake, S. W., & Brandford, A. (2013). Nurse managers describe their practice environments. *Nursing Administration Quarterly*, 37(4), 317-325.
- Warshawsky, N. E., Rayens, M. K., Lake, S. W., & Havens, D.S. (2013). The nurse manager practice environment scale: Development and psychometric testing. *Journal of Nursing Administration*, 43(5), 250-257.
- 山口智美, 舟島なをみ (2010). スタッフ看護師と相互行為を展開する看護師長の行動に関する研究 看護師長が発揮する教育的機能の解明に向けて. *看護教育学研究*, 19(1), 46-59.

山本雅子, 宮腰由紀子, 高瀬美由紀, 小林敏生 (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.

山根一美, 井上祐子, 倉田節子, 小河育恵, 岡須美恵 (2013). 中堅看護師から中間看護管理者への役割移行に伴う支援に関する文献検討. *ヒューマンケア研究学会誌*, 5(1), 79-83.

## ■卷末資料

### 資料 3 予備研究調査用紙

#### ◆調査ご協力のお願い◆

このたびは、調査にご協力頂き、誠にありがとうございます。

医療情勢が変化し、看護管理者には多角的な管理手腕が求められるようになり、様々な課題に日々ご尽力されていることと思います。組織運営や看護方針についてスタッフへ周知し、実践へと結びつけるには困難も感じられているのではないのでしょうか。看護の質を向上するためには看護師長の看護部、スタッフナースへのコミュニケーション能力が求められ、看護師長が意識的に組織運営に参画されることが必要であると考えます。

この調査用紙は、あなたのリーダーシップタイプ、コミュニケーションスキル、看護部管理者への期待度や価値基準などをお尋ねするものです。

本調査にご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、回答を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。ご回答の所要時間は約 20 分程度ですので、お時間に余裕のある時にお答えいただければ結構です。また、無記名での回答ですので、個人が特定される事はなく、得られた回答はすべて集団として処理をいたします。

なお、本調査に対して回答していただいたことで研究への同意とさせていただきます。

調査用紙への回答には 1 ヶ月を目安にしております。

調査用紙は返信用封筒に入れ、平成 24 年 月 日 までに郵便ポストに投函していただけるよう、お願い申し上げます。

※本調査は、聖隷クリストファー大学倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡いただけるようお願い申し上げます。

平成 24 年 11 月

#### 【研究者所属及び氏名】

聖隷クリストファー大学 看護学部 助教  
基礎看護学領域 榎原理恵

#### 【連絡先】

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453  
聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室  
TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン)  
E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)



あなた自身のことについてお伺いします。

下記のカッコの中には数字を記入し、あてはまる番号に○をつけてください。

- A 臨床経験年数 ( )  
 B 看護師長経験年数 ( )  
 C 現所属経験年数 ( )  
 D 所属スタッフの人数 ( ) 名  
 E 認定研修受講経験 1. ファーストレベル 2. セカンドレベル 3. サードレベル  
 4. なし



スタッフとの普段のあなたの関わり方について

あなたはどのように認識されておられますか。

あなた自身の考え方に、もっともよく当てはまる番号に丸をつけてください。

当てはまる  
 あまり当てはまらない  
 どちらともいえない  
 やや当てはまる  
 当てはまる

	1	2	3	4	5
1 相手の話を聴いた後に要約をする……………	1	2	3	4	5
2 話の途中でつまる……………	1	2	3	4	5
3 相手の立場に立った話し方を心がけている……………	1	2	3	4	5
4 対人距離に留意する……………	1	2	3	4	5
5 話す時は私が主導権を握ります……………	1	2	3	4	5
6 私は初対面の人とうまく話す……………	1	2	3	4	5
7 視線に留意する……………	1	2	3	4	5
8 相手の話をよく聴く……………	1	2	3	4	5
9 言葉がスムーズに出てこない……………	1	2	3	4	5
10 相手の情報を確認する……………	1	2	3	4	5
11 相手の話を聴き問題点を見つける……………	1	2	3	4	5
12 話が脱線する……………	1	2	3	4	5
13 沈黙を効果的に用いる……………	1	2	3	4	5
14 感情をコントロールする……………	1	2	3	4	5
15 相手の話を聴く時は、時間を考慮する……………	1	2	3	4	5
16 相手の話を聴きながら問題となる中心を聞く……………	1	2	3	4	5
17 自分を主張する……………	1	2	3	4	5
18 ジェスチャーをまじえて話す……………	1	2	3	4	5
19 自分の言ったことを相手に確認する……………	1	2	3	4	5

### III

あなたはスタッフに対して、以下の記述のような場面について

どのような行動をとられていますか。

各記述について「1. いつも行う」～「5. ほとんど行わない」のうち、

もっともよく当てはまる番号に丸をつけてください。

ほとんど  
行わない  
あまり  
行わない  
たまに  
行う  
ときどき  
行う  
いつも  
行う

1	あなたは規則に決められた事例にスタッフに従うことをやかましくいいますか……………	1	2	3	4	5
2	あなたはスタッフの仕事に関してどの程度指示命令を与えますか……………	1	2	3	4	5
3	あなたは仕事を与えるときに、いつまでに仕上げればよいかを明確に示しますか……………	1	2	3	4	5
4	あなたは仕事量のことをやかましくいいますか……………	1	2	3	4	5
5	あなたは所定の時間までに仕事を完了するように要求しますか……………	1	2	3	4	5
6	あなたはスタッフを最大限に働かせようとすることがありますか……………	1	2	3	4	5
7	あなたはスタッフがまずい仕事をやったとき、スタッフ自身を責めるのではなく仕事ぶりのまずさを責めますか……………	1	2	3	4	5
8	あなたはスタッフが担当している機械、設備のことを知っていますか……………	1	2	3	4	5
9	あなたはその日の仕事の計画や内容を知らせますか……………	1	2	3	4	5
10	あなたは仕事の進みぐあいについての報告を求めますか……………	1	2	3	4	5
11	あなたの計画、手順がまずいために作業時間がむだになるようなことがありますか……………	1	2	3	4	5
12	あなたは毎月の目標達成のための計画をどの程度めんみつにたてていますか……………	1	2	3	4	5
13	あなたは職場に気まずい雰囲気があるとき、それをときほぐすようなことがありますか……………	1	2	3	4	5
14	スタッフは仕事のことであなたと気軽に話しかけることができますか……………	1	2	3	4	5
15	あなたは仕事に必要な設備の改善などの申し出の実現のために努力しますか……………	1	2	3	4	5
16	全般的にみてあなたはスタッフを支持していますか……………	1	2	3	4	5
17	あなたはスタッフの個人的な問題に気を配っていますか……………	1	2	3	4	5
18	あなたはスタッフを信頼していますか……………	1	2	3	4	5
19	あなたはスタッフが優れた仕事をしたときには、それを認めていますか……………	1	2	3	4	5
20	職場で問題が起こったとき、あなたはスタッフの意見を求めますか……………	1	2	3	4	5
21	あなたはスタッフの立場を理解しようとしますか……………	1	2	3	4	5
22	あなたは昇進や昇給など、スタッフの将来について気を配っていますか……………	1	2	3	4	5
23	あなたはスタッフを公平にとりあつかっていますか……………	1	2	3	4	5
24	あなたはスタッフに対して好意的ですか……………	1	2	3	4	5

### IV

あなたが看護部の運営に関し、今後さらに発展を期待することはどのようなことですか。

以下の項目に対する期待の度合いを✓で示してください。

	非常に期待している	全く期待していない
現状分析力	_____	_____
コミュニケーションスキルの向上	_____	_____
看護実践の可視化	_____	_____
労働環境の調整	_____	_____
目標管理の支援	_____	_____
スタッフの育成・教育支援	_____	_____
倫理観の熟成	_____	_____
看護管理観の明確化	_____	_____





上司との普段のあなたの関わり方について

あなたはどのように認識されておられますか。

あなた自身の考え方に、もっともよく当てはまる番号に丸をつけてください。

当てはまる  
やや当てはまる  
どちらともいえない  
あまり当てはまらない  
当てはまらない

	1	2	3	4	5
1 相手の話を聴いた後に要約をする……………	1	2	3	4	5
2 話の途中でつまる……………	1	2	3	4	5
3 相手の立場に立った話し方を心がけている……………	1	2	3	4	5
4 対人距離に留意する……………	1	2	3	4	5
5 話す時は私が主導権を握ります……………	1	2	3	4	5
6 私は初対面の人とうまく話す……………	1	2	3	4	5
7 視線に留意する……………	1	2	3	4	5
8 相手の話をよく聴く……………	1	2	3	4	5
9 言葉がスムーズに出てこない……………	1	2	3	4	5
10 相手の情報を確認する……………	1	2	3	4	5
11 相手の話を聴き問題点を見つける……………	1	2	3	4	5
12 話が脱線する……………	1	2	3	4	5
13 沈黙を効果的に用いる……………	1	2	3	4	5
14 感情をコントロールする……………	1	2	3	4	5
15 相手の話を聴く時は、時間を考慮する……………	1	2	3	4	5
16 相手の話を聴きながら問題となる中心を聞く……………	1	2	3	4	5
17 自分を主張する……………	1	2	3	4	5
18 ジェスチャーをまじえて話す……………	1	2	3	4	5
19 自分の言ったことを相手に確認する……………	1	2	3	4	5

◆本調査についてご意見やご感想がありましたらご記入ください◆

◆◆◆◆◆ ご協力ありがとうございました ◆◆◆◆◆

## 中規模病院における看護師長に必要なスキルに関する アンケート調査

このたびは、調査にご協力頂き、誠にありがとうございます。

この調査用紙は、みなさまの看護実践環境の現状、看護師長に求められるスキル、看護師長を支援する体制などをお尋ねするものです。

I～Vで構成されておりますので、各質問に対し、該当する番号に○印をつけるか、カッコ内に回答をご記入ください。回答に要する時間は約20分です。

この調査をもとに、中規模病院の看護師長に必要なスキルと看護師長を育成する環境を明らかにすることで、看護実践環境が整い、看護師のみなさまに貢献できると考えております。

ご多忙中大変恐縮ではありますが、調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

本調査にご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、回答を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。ご回答の所要時間は約20分程度ですので、お時間に余裕のある時にお答えいただければ結構です。また、無記名での回答ですので、個人が特定される事はなく、得られた回答はすべて集団として処理をいたします。

なお、本調査に対して回答していただいたことで研究への同意とさせていただきます。

調査用紙への回答には1ヶ月を目安にしております。

調査用紙は返信用封筒に入れ、平成26年 月 日 までに郵便ポストに投函していただけるよう、お願い申し上げます。

※本調査は、聖隷クリストファー大学倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡いただけるようお願い申し上げます。

【調査についてのお問い合わせ】

聖隷クリストファー大学 看護学研究科

博士後期課程 榎原理恵

【連絡先】

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室

TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン)

E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)

# I

各項目について、あなたの職場にある、  
とあなたが同意する程度の番号に○をつけてください。

非常に  
そう思う  
そう思う  
そう  
思う  
ない  
全く  
そう  
思わ  
ない

1	他の職種による支援が十分にあるので、私は、担当患者に時間を費やせる	1	2	3	4
2	医師と看護師は、仕事上の関係が良い	1	2	3	4
3	看護師長は、看護師に対して支援的である	1	2	3	4
4	看護師のための、充実したスタッフ教育や継続教育プログラムがある	1	2	3	4
5	クリニカルラダーによる能力評価の機会や、キャリアアップの機会がある	1	2	3	4
<hr/>					
6	管理職以外の看護師も、病院の方針決定に参加する機会がある (ケアの方針や手順、必要な備品の選択、患者分類システムの決定、シフト、給与ほか、看護業務に関わる様々な方針)	1	2	3	4
7	看護師長は、過ちを非難するのではなく、学びの機会として用いる	1	2	3	4
8	他の看護師等と、患者ケアの問題を話し合うのに十分な時間と機会がある	1	2	3	4
9	質の高い患者ケアを提供するのに十分な人数の看護師がいる	1	2	3	4
10	看護師長は、良い管理者でありリーダーである	1	2	3	4
<hr/>					
11	看護部長は、看護師にとって目に見える存在であり、相談しやすい存在である	1	2	3	4
12	ある仕事をやり終えるのに十分な人数のスタッフがいる	1	2	3	4
13	上手くできた仕事は、称賛され認められる	1	2	3	4
14	高水準の看護ケアが、病院の管理にかかわる様々な責任者によって期待されている	1	2	3	4
15	看護部長は、病院の他のトップレベルの幹部と、権力や権限において同等である	1	2	3	4
<hr/>					
16	看護師と医師は、チームとして働いている	1	2	3	4
17	昇進の機会がある	1	2	3	4
18	明確な看護の理念が、患者ケア環境に行き渡っている	1	2	3	4
19	臨床能力のある看護師と働いている	1	2	3	4
20	たとえ医師との衝突がある場合でも、看護師長は、意思決定において看護スタッフをバックアップする	1	2	3	4
<hr/>					
21	病院の管理にかかわる様々な責任者は、職員が患者ケアに関して気になる事を聴き対処する	1	2	3	4
22	ケアの質を保証する仕組が充実している	1	2	3	4
23	管理職以外の看護師も、看護の実践や方針に関する委員会のような病院全体の管理に関わっている(例:感染管理委員会、倫理委員会ほか)	1	2	3	4
24	看護師と医師とは、協働している	1	2	3	4
25	新卒および中途採用として新たに雇われた看護師に対するプリセプタープログラムがある	1	2	3	4

		非常に そう思う	そう 思う	そう 思わない	全く そう 思わない
26	看護ケアは医学モデル（疾病に重きを置く）よりもむしろ、看護モデル（個別性や生活等に重きを置く）に基づいている	1	2	3	4
27	管理職以外の看護師にも、病院や看護の委員会の委員を務める機会がある	1	2	3	4
28	看護部長や副看護部長は、日々の問題や手順に関する問題を把握し、スタッフと相談している	1	2	3	4
29	全ての患者について、患者の現状に対応した看護計画が、書面や電子カルテ等として文書化されている	1	2	3	4
30	ケアの継続性を促進するよう患者ケアが割り振られている、すなわち、一人の患者に対して、継続して同じ看護師がケアを担当する	1	2	3	4
31	看護診断を用いている	1	2	3	4

## II

あなたが『看護師長に必要なと思うスキル』はどの程度ですか。  
該当する番号に○をつけてください。

		絶 体 に 必 要	必 要	必 要 な い	全 く 必 要 な い
1	労務管理に関する知識があり、適切な人的管理ができる・・・・・・・・・・	1	2	3	4
2	関連法規の知識があり、適切なリスク管理ができる・・・・・・・・・・	1	2	3	4
3	情報管理の知識があり、人的・財的・リスク管理ができる・・・・・・・・・・	1	2	3	4
4	看護倫理観があり、医療スタッフに提言できる・・・・・・・・・・	1	2	3	4
5	看護師の自律性を尊重できる・・・・・・・・・・	1	2	3	4
6	リーダーシップに関する知識があり、リーダーシップを発揮することができる・・	1	2	3	4
7	組織行動とシステム科学に関する知識があり、組織運営に活かすことができる・・	1	2	3	4
8	問題解決や目標管理に関する知識があり、組織運営に活かすことができる・・・・・	1	2	3	4
9	チーム医療と連携について知識があり、組織運営に活かすことができる・・・・・	1	2	3	4
10	新人教育、成人教育について知識があり人材の育成ができる・・・・・・・・・・	1	2	3	4
11	ジェネラリストとキャリア開発に関する知識があり、人材の育成ができる・・	1	2	3	4
12	コミュニケーションスキルがあり、人材育成・組織運営に活かすことができる	1	2	3	4
13	ストレスマネジメントの知識があり、人材育成・組織運営にいかすことができる・・	1	2	3	4
14	看護サービスの質管理について知識があり、看護の質の向上に努めることができる	1	2	3	4

あなたが看護師になってから現在まで、研修・講義に参加した回数について  
あてはまる番号に○をつけてください。

また機会があれば学習したい項目について( )に○をつけてください。

	2回以上	1回	なし	機会があれば 学習したい
1 労務管理・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
2 関連法規・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
3 情報管理・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
4 看護倫理・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
5 看護師の自律性・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
6 リーダーシップ・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
7 組織行動とシステム科学・・・・・・・・	1	2	3	( )
8 問題解決と目標管理・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
9 チーム医療と連携・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
10 新人教育、成人教育・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
11 ジェネラリストとキャリア開発・・・・	1	2	3	( )
12 コミュニケーションスキル・・・・・・	1	2	3	( )
13 ストレスマネジメント・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
14 看護サービスの質管理・・・・・・・・・・	1	2	3	( )

あなたの勤務する施設での看護師長の昇格要件についてお聞きます。  
あなたが認識している範囲で結構です。  
以下の設問について該当する番号に○を、( ) に数字を記入してください。

- ### 1 看護師長昇任や昇格の条件

① あり

② なし

以下の内容であてはまるもの全てに○をつけてください。



- a. 病院独自の試験や研修の受講
- b. 日本看護協会の認定看護管理者研修等  
(ファーストレベル、臨床指導者研修、その他)
- c. 臨床経験 ( ) 年以上
- d. 副師長職経験 ( ) 年以上
- e. 学位(学士、修士、博士)
- f. 上記以外の資格等の要件があれば記載してください

- ## 2 看護師長就任後の支援体制

① あり

② なし

V

あなた自身のことについてお伺いします。

下記のカッコの中には数字を記入し、あてはまる番号に○をつけてください。

- 1 臨床経験年数 ( ) 年
- 2 勤務施設数 ( ) 施設
- 3 現在の職位  
( ) ⇒現在の職位経験年数 ( ) 年
- 4 過去に経験のある職位  
( )
- 5 看護管理認定研修受講経験  
a. ファーストレベル b. セカンドレベル c. サードレベル d. なし
- 6 看護系最終学歴  
a. 専門学校 b. 短期大学 c. 大学 d. 修士課程 e. 博士課程  
f. その他 ( )

◆本調査についてご意見やご感想がありましたらご記入ください◆

◆◆◆◆◆ ご協力ありがとうございました ◆◆◆◆◆

## 中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための 支援プログラムに関する研究ご協力のお願い

ご多忙中とは存じますが、以下の主旨をご理解いただき、研究へのご協力をお願い申し上げます。

昨年度、看護組織が看護師長を育成するための実践方法や、看護師長に期待されるスキル、中規模病院の看護師長に必要な育成環境について調査した結果、看護師長には「サーバントリーダーシップ」を獲得することが有効であることが示唆されました。看護師長には明確なミッションを持ちながら、目標や成果に向かって実践している看護師に対し信頼を寄せ、励まし、支援することが期待されます。看護師長が、患者を支える看護師に対してサーバントリーダーシップを発揮することができれば、職場環境はますます調整され、看護師の看護実践能力が向上し、より成熟した組織文化が醸成されることも期待できます。一方、中規模病院では、病院外部研修への参加が困難な状況があり、研修を受けることができて少人数に限られることも多く、学修の共有やモチベーションの維持が困難になることがあります。そこで、学習環境に容易にアクセスでき、双方向コミュニケーションが可能であることで看護師長の支援体制を維持するためのクラウド環境を利用した支援プログラムを開発いたしました。

看護部長様に許諾を得ることができましたので、研究者が開発した『サーバントリーダーシップの獲得を支援するプログラム』を実施する運びとなりました。

プログラムの概要、介入前後の評価指標については別紙をご参照ください。

本プログラムにご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、参加を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。また、プログラムへの参加を中断することも可能です。介入前後の質問紙調査においては無記名での回答ですので、個人が特定される事はなく、得られた回答はすべて集団として処理をいたします。質問紙調査は無記名で実施させていただきますが、分析法の都合上、2回の調査のデータをマッチングさせる必要がありますので、文末のシール貼付欄に配布したIDシールを貼付していただきますようお願いいたします。また、クラウドプログラムにおいては、ログインには架空の個人情報を設定していただくことで、個人情報が漏洩しないよう努めます。クラウドプログラムに必要なタブレット端末を希望される方には研究者が貸与いたします。またログイン後より、クラウドプログラムへのログイン回数、質問内容などの文章をテキストデータとして扱う予定です。得られたテキストデータは全て集団として処理をいたします。本研究の成果を関連の学会で発表、投稿によって公表する際には、所属や施設が特定されるような記述はいたしません。

研究参加に同意していただける場合には次ページの同意書 2 枚に必要事項をご記入後、投函をお願いいたします。

【連絡先】 聖隷クリストファー大学大学院 看護学研究科博士後期課程 榎原理恵  
〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453  
聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室  
TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン) E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)



# 研究参加同意書

## 研究テーマ

「中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援プログラム介入」

1. 研究の目的・意義
2. 研究の方法・手順
3. 対象者への予測される利益・不利益
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加は本人の自由意思であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

テキストデータの抽出

☐ 同意します

☐ 同意しません

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得し了承しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名）\_\_\_\_\_

署名年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名）\_\_\_\_\_

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

研究者（署名）\_\_\_\_\_

署名年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## サーバントリーダーシップの獲得を支援するプログラム概要

### 1. 講義・ディスカッションプログラム（4回構成）

各講義にはパワーポイントを使用する。配布資料はディスカッションに使用するワークシートとする。ディスカッションは3～5名を1グループで行う。研究者は全体の進行とオブザーバーとして臨場し発言は控える。

表1. 講義・ディスカッションプログラム概要

	講義内容（45分程度）	ディスカッション内容（45分程度）
第1回 看護を語ろう	看護の見せ方 他部門からどう見える、どう見せる マネジメントとリーダーシップ リーダーシップ論あれこれ	自分の看護観を語る 自分に望まれているリーダー像 自分の理想とするリーダー像
第2回 自分を知り、スタッフを知る	キャリア開発 スタッフの『なりたい』看護師像 チームマネジメント	自分のキャリアアンカーを知る チーム作成の困難事例と成功事例
第3回 看護と組織を考える	中規模病院の特徴と組織文化 定着を促進している組織の組織文化 限られた人材を活用する	病院の理念、看護部理念の確認 自分たちの強み
第4回 サーバントリーダーへの誘い	看護師長のコミュニケーションスキル 伝えたいことを伝えるために サーバントリーダーシップとは 支配型リーダーとの違い 看護師長とサーバントリーダーシップ	改めて、看護を語る 看護と患者への思いを伝える

### 2. クラウドプログラム

研究参加の同意を得られた対象者に、アクセス権と共にアクセス ID とパスワードを付与しクラウドプログラムへのアクセス環境を確認する。講義終了後から講義で使ったパワーポイント資料が閲覧できるように設定する。個人情報の漏洩を防ぐため、ログインには架空の個人情報を設定し、アクセスには個人名、所属施設を入力しないように設定する。コミュニケーションが可能なツールを活用し、ディスカッションプログラムの提示内容について、クラウド上で所属組織以外の参

加者とコミュニケーションが取れる体制を確保する。

クラウドプログラムに必要なタブレット端末は、希望があれば研究者が研究期間中貸与する。研究者への質問・意見は随時受け付ける。

### 3. プログラム評価

1) プログラム前評価：同意書を得られたことを確認し、支援プログラム開始前に評価する。

看護師長：介入前の看護師長の状況把握のため、サーバントリーダーシップ 53 項目

スタッフ：介入前の看護実践環境の把握のため、看護実践環境（PES-NWI 日本語版）31 項目、定着可能性測定尺度 4 項目

2) プログラム後評価

看護師長：サーバントリーダーシップ 53 項目

クラウドプログラムへのアクセス回数とテキストデータ。テキストデータは個人が特定されないように ID を附し統計的に処理する

スタッフ：看護実践環境（PES-NWI 日本語版）31 項目、定着可能性測定尺度 4 項目、看護師長のサーバントリーダーシップ 53 項目

### 4. 研究参加の対象者への倫理的配慮

1) 本研究の対象者は、手続上、看護部といった権威の部署からプログラム参加の依頼がなされることによって強制的な印象を持つことが考えられる。

プログラム参加者へはプログラムの概要、意義、目的について口頭で説明すると共に文書にてプログラム及び研究への参加は自由意思であり、中断も自由であること、不参加や中断による不利益は一切ないことを保証し、業務評価とも無関係であること明記し、研究参加への可否について同意書を研究者に直接郵送を依頼する。

2) 質問紙調査により時間的に 20 分程度拘束し身体的負担、心理的負担が生じる可能性がある。

対策として調査内容は最小限とし、回答時間を制限しない事で、対象者への負担を軽減する。加えて、本研究で調査する内容が、看護管理者としての業務内容や責務などに関係するため、匿名性には十分に配慮し、個人が特定できないことを明確に示す事で、研究協力への業務への影響に関する不安を軽減するよう努める。

3) 質問紙やテキストデータの取り扱いの不備による個人情報の漏えいの可能性が考えられる。

質問紙は無記名とし、研究成果の公表に際しても個人や施設が特定されるような情報は一切公開しない。またプログラムの有効性の評価のために前後比較することが必要となる。対象となる看護師長には 1 D 用シール 2 枚とスタッフナース用のプログラム介入前用質問紙 30 部、プログラム介入後用質問紙 30 部、同じ番号を記した返信用封筒 62 部を研究者に番号が分からないようにプログラム開始前に配布する。対象者自身で ID 番号を設定し 1 D シール 2 枚に同様の番号の記載を依頼する。同様の番号が記載された ID 番号シールを質問紙調査用紙の文末に対象者自身で貼付してもらおう依頼する。質問紙に貼付された看護師長の ID とスタッフナースからの返信封筒を一致させることで介入前後、および看護師長の自己評価とスタッフナースからの他者評価を行う。

また、個人情報の保護として得られたデータは統計的に処理し、調査用紙は研究終了後はシレッダー処理、データの消去を行う。

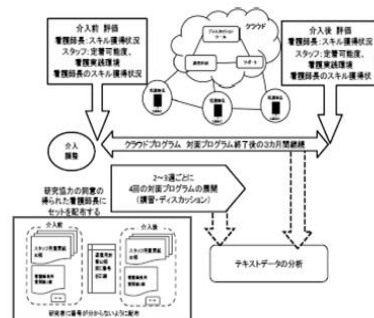


図1. 支援プログラムと評価計画

について、クラウド上で所属組織以外の参



## サーバントリーダーシップスキルに関するアンケート調査 ～プログラム開始前～

看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援プログラムにご参加いただき誠にありがとうございます。

この調査用紙は、みなさまのサーバントリーダーシップスキルについてお聞きするものです。

I・IIで構成されておりますので、各質問に対し、該当する番号に○印をつけるか、カッコ内に回答をご記入ください。回答に要する時間は約20分です。

本日、プログラム終了3か月後に同様の調査を実施することにより、プログラムの成果を客観的に評価したいと考えております。

ご多忙中大変恐縮ではありますが、調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

調査は無記名で実施させていただきますが、分析法の都合上、2回の調査のデータをマッチングさせる必要がありますので、文末のシール貼付欄に配布したIDシールを貼付していただきますようお願いいたします。

本調査にご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、回答を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。ご回答の所要時間は約20分程度ですので、お時間に余裕のある時にお答えいただければ結構です。また、無記名での回答ですので、個人が特定される事はありません。

なお、本調査に対して回答していただいたことで研究への同意とさせていただきます。

※本調査は、聖隷クリストファー大学倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡いただけるようお願い申し上げます。

【調査についてのお問い合わせ】

聖隷クリストファー大学 看護学研究科  
博士後期課程 榎原理恵

【連絡先】

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室

TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン)

E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)

**I** あなた自身のことについて  
あてはまる番号に○をつけてください。

項目	質 問	常に そう である	お お よ そ う で あ る	ど ち ら と も い え な い	あ ま り そ う で な い	全 く そ う で な い
1	あなたは、達成すべきことや夢に対して強い使命感を持ち、実現するために自らの意思でスタッフに尽くす。	5	4	3	2	1
2	あなたは、リーダーが深く信じているミッションに共感して、それに向かって自発的に歩み始める人を後押しする。	5	4	3	2	1
3	あなたは、スタッフからの要望に対してミッションに合致している限りは決して断らない。	5	4	3	2	1
4	あなたは、スタッフが困ったときに決して見捨てない。	5	4	3	2	1
5	あなたは、普段は後ろから見守り支えるが、危険がせまったら矢面に立つ。	5	4	3	2	1
6	あなたは、必要であれば現場で自ら先頭に立って戦う。	5	4	3	2	1
7	あなたは、それが支えたい相手のためになることであれば、改革をトップダウンで進める。	5	4	3	2	1
8	あなたは、他者に対する思いやりの気持ち・貢献の行動が常に最初に来る。	5	4	3	2	1
9	あなたは、常に他者が必要としているものを提供しようと努める。	5	4	3	2	1
10	あなたは、「受け取ることで得られる喜びよりも、与えられることで得られる喜びのほうがはるかに大きい」と考える。	5	4	3	2	1
11	あなたは、「リーダーはスタッフのために存在する」と考える。	5	4	3	2	1
12	あなたは、相手への貢献を通じ、相手を導きたいという気持ちになり、ミッションやビジョンを持ち、リーダーの役割を受け入れる。	5	4	3	2	1
13	あなたは、大きな権力の座に就きたいという欲求ではなく、組織上の地位にかかわらず他者に役立ちたいという欲求で動く。	5	4	3	2	1
14	あなたは、競争を勝ち抜いて賞賛されることを重視するのではなく、協力して目標を達成してWIN-WINになることを重視する。	5	4	3	2	1
15	あなたは、イニシアチブをとるが、「自分が」「自分が」と出しゃばることはない。	5	4	3	2	1
16	あなたは、スタッフとの信頼関係を築いてスタッフの自主性を動かすことで組織を動かす。	5	4	3	2	1
17	あなたは、メンバーを畏怖させて組織を動かそうとしない。権限を乱用しない。服従を強要しない。	5	4	3	2	1
18	あなたは、使命感を持って仕事に臨む。	5	4	3	2	1
19	あなたは、自己犠牲を伴ったとしても、自らのミッションに尽くす。	5	4	3	2	1
20	あなたは、志が高く、大きな夢やビジョンが明確なコンセプトを持っている。	5	4	3	2	1
21	あなたは、過去から学び、現在の状況を見て、将来の姿を予見する。	5	4	3	2	1
22	あなたは、常識にとらわれず、予見したことに従って決断する力を持つ。	5	4	3	2	1
23	あなたは、概念化能力が高い。基盤となるミッションや理念をはっきりさせる。	5	4	3	2	1
24	あなたは、ミッション・ビジョンの共通理解を推進する。	5	4	3	2	1

# I (つづき)

項目	質 問	常に そうである	おおよそ そうである	どちらとも いえない	あまり そうでない	全く そうでない
25	あなたは、「私はこう行くから、ついてきてくれ」とはっきり言う。	5	4	3	2	1
26	あなたは、目指したいビジョンや具体的なゴールイメージを示す。	5	4	3	2	1
27	あなたは、スタッフの心に響く適切な言葉を上手に使う。	5	4	3	2	1
28	あなたは、ビジョンを伝える際に具体的な情景が思い浮かぶような言葉を選ぶ。	5	4	3	2	1
29	あなたは、スタッフに対し指示することが中心ではなく、スタッフの話を傾聴し理解することが中心である。	5	4	3	2	1
30	あなたは、先導する前にスタッフの言うことをしっかり聴いて、自分を役立てる方法をよく考える。	5	4	3	2	1
31	あなたは、スタッフの仕事に気を配り、より働きやすいように、より成果を出しやすいように、上司として自分にできることを考え、速やかに実行する。	5	4	3	2	1
32	あなたは、自らの役割をよく理解し、それを全うする課程で「支える」「仕える」ことに徹する。	5	4	3	2	1
33	あなたは、事実に加え、相手の精神的な面や感情的な面にも注目する。	5	4	3	2	1
34	あなたは、相手の立場や視点に立ち、相手の考えを理解し、気持ちに共感する。	5	4	3	2	1
35	あなたは、他者のやる気を大切に考える。	5	4	3	2	1
36	あなたは、相手のニーズや願望をしっかり聴く。	5	4	3	2	1
37	あなたは、現場が自律的に判断してアクションが取れるように、権限と同時に必要な資源を提供し、任せる。	5	4	3	2	1
38	あなたは、相手が納得する理由を示し、自ら行動を決定させる。	5	4	3	2	1
39	あなたは、スタッフに気づきを与えながら説得する。	5	4	3	2	1
40	あなたは、個人と組織の成長の調和を図ろうとする。	5	4	3	2	1
41	あなたは、スタッフと共に学び、より良い仕事をすることに価値を置く。	5	4	3	2	1
42	あなたは、人々に内在する固有の価値を信じる。その価値を生かすために育てる。	5	4	3	2	1
43	あなたは、お互いに信頼し助け合い、楽しく学び合い、有益な価値を生むコミュニティを創ろうとする。	5	4	3	2	1
44	あなたは、スタッフに自分の大切なものを任せても大丈夫だと感じさせる。	5	4	3	2	1
45	あなたには、一緒にいると心が落ち着き、安心できる雰囲気がある。	5	4	3	2	1
46	あなたに支えられているスタッフは、患者に貢献することを重視するようになる。	5	4	3	2	1
47	あなたの周囲には、「公の精神」「互助・互恵の精神」を持った人が育つ。	5	4	3	2	1
48	リーダーシップの本質は、喜んでついていくフォロワーがいること。フォロワーが「あなたならついていきたい」と思うところからリーダーシップが生まれる	5	4	3	2	1

# I (つづき)

項目	質問	常に そうである	おおよそ そうである	どちらとも いえない	あまり そうでない	全く そうでない
49	喜んでついてくるフォロワーがいる人いなければ、いくら本人がリーダーのつもりでいても、そこにリーダーシップは存在しない。	5	4	3	2	1
50	信頼がフォロワーを生む。リーダーを「自分のことを思ってくれる人」「助けてくれる人」と感じているときに、フォロワーは心の底からリーダーを信頼する。	5	4	3	2	1
51	自分たちのために思ってくれる人、その根本に高い志や使命感のある人に、私たちはついていきたいと思う。	5	4	3	2	1
52	ミッションの名の下に、フォロワーに誇り高く尽くすサーバントの心を持った人に、私たちはついていきたいと思う。	5	4	3	2	1
53	サーバントリーダーが本物であるかどうかは、フォロワーが「健全に、賢く、自律的になっているか。自己中心的な欲望に囚われなくなったか」により見分けることができる。	5	4	3	2	1

## II

あなた自身のことについてお伺いします。

下記のカッコの中には数字を記入し、あてはまる番号に○をつけてください。

- 1 臨床経験年数 ( ) 年
- 2 勤務施設数 ( ) 施設
- 3 看護系最終学歴 a. 専門学校 b. 短期大学 c. 大学 d. 修士課程 e. 博士課程 f. その他

お渡ししたシールを貼ってください

◆本調査についてご意見やご感想がありましたらご記入ください◆

◆◆◆◆ ご協力ありがとうございました ◆◆◆◆

## サーバントリーダーシップスキルに関するアンケート調査 ～プログラム終了後～

看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援プログラムにご参加いただき誠にありがとうございました。

この調査用紙は、プログラム開始前にご協力いただいたものと同じ内容になっておりますが、プログラムを終えた現在の状況についてお答えください。

I・IIで構成されておりますので、各質問に対し、該当する番号に○印をつけるか、カッコ内に回答をご記入ください。回答に要する時間は約20分です。

前回、今回（プログラム終了3か月後）に同様の調査を実施することにより、プログラムの成果を客観的に評価したいと考えております。

ご多忙中大変恐縮ではありますが、調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

調査は無記名で実施させていただきますが、分析法の都合上、2回の調査のデータをマッチングさせる必要がありますので、文末のシール貼付欄に配布したIDシールを貼付していただきますようお願いいたします。

本調査にご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、回答を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。ご回答の所要時間は約20分程度ですので、お時間に余裕のある時にお答えいただければ結構です。また、無記名での回答ですので、個人が特定される事はありません。なお、本調査に対して回答していただいたことで研究への同意とさせていただきます。

※本調査は、聖隷クリストファー大学倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡いただけるようお願い申し上げます。

【調査についてのお問い合わせ】

聖隷クリストファー大学 看護学研究科  
博士後期課程 榎原理恵

【連絡先】

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453  
聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室  
TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン)  
E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)

## 看護実践環境に関するアンケート調査 ～プログラム開始前～

この調査用紙は、みなさまの看護実践環境についてお聞きするものです。

I～IVで構成されておりますので、各質問に対し、該当する番号に○印をつけるか、カッコ内に回答をご記入ください。回答に要する時間は約20分です。

看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することで看護実践環境が整い、看護師のみなさまに貢献できると考え、看護師長のみなさまを対象にしたプログラムを展開してまいります。

本日、プログラム終了3か月後に同様の調査を実施することにより、プログラムの成果を客観的に評価したいと考えております。

ご多忙中大変恐縮ではありますが、調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

本調査にご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、回答を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。ご回答の所要時間は約20分程度ですので、お時間に余裕のある時にお答えいただければ結構です。また、無記名での回答ですので、個人が特定される事はなく、得られた回答はすべて集団として処理をいたします。

なお、本調査に対して回答していただいたことで研究への同意とさせていただきます。

※本調査は、聖隷クリストファー大学倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡いただけるようお願い申し上げます。

【調査についてのお問い合わせ】

聖隷クリストファー大学 看護学研究科  
博士後期課程 榎原理恵

【連絡先】

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室

TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン)

E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)

## I

各項目について、あなたの職場にある、  
とあなたが同意する程度の番号に○をつけてください。

	非常に そう思う	そう 思う	そう 思わない	全く そう 思わない
1 他の職種による支援が十分にあるので、私は、担当患者に時間を費やせる	1	2	3	4
2 医師と看護師は、仕事上の関係が良い	1	2	3	4
3 看護師長は、看護師に対して支援的である	1	2	3	4
4 看護師のための、充実したスタッフ教育や継続教育プログラムがある	1	2	3	4
5 クリニカルリーダーによる能力評価の機会や、キャリアアップの機会がある	1	2	3	4
6 管理職以外の看護師も、病院の方針決定に参加する機会がある(ケアの方針や手順、必要な備品の選択、患者分類システムの決定、シフト、給与ほか、看護業務に関わる様々な方針)	1	2	3	4
7 看護師長は、過ちを非難するのではなく、学びの機会として用いる	1	2	3	4
8 他の看護師等と、患者ケアの問題を話し合うのに十分な時間と機会がある	1	2	3	4
9 質の高い患者ケアを提供するのに十分な人数の看護師がいる	1	2	3	4
10 看護師長は、良い管理者でありリーダーである	1	2	3	4
11 看護部長は、看護師にとって目に見える存在であり、相談しやすい存在である	1	2	3	4
12 ある仕事をやり終えるのに十分な人数のスタッフがいる	1	2	3	4
13 上手くできた仕事は、称賛され認められる	1	2	3	4
14 高水準の看護ケアが、病院の管理にかかわる様々な責任者によって期待されている	1	2	3	4
15 看護部長は、病院の他のトップレベルの幹部と、権力や権限において同等である	1	2	3	4
16 看護師と医師は、チームとして働いている	1	2	3	4
17 昇進の機会がある	1	2	3	4
18 明確な看護の理念が、患者ケア環境に行き渡っている	1	2	3	4
19 臨床能力のある看護師と働いている	1	2	3	4
20 たとえ医師との衝突がある場合でも、看護師長は、意思決定において看護スタッフをバックアップする	1	2	3	4
21 病院の管理にかかわる様々な責任者は、職員が患者ケアに関して気になる事を聴き対処する	1	2	3	4
22 ケアの質を保証する仕組が充実している	1	2	3	4
23 管理職以外の看護師も、看護の実践や方針に関する委員会のような病院全体の管理に関わっている(例:感染管理委員会、倫理委員会ほか)	1	2	3	4
24 看護師と医師とは、協働している	1	2	3	4
25 新卒および中途採用として新たに雇われた看護師に対するプリセプタープログラムがある	1	2	3	4
26 看護ケアは医学モデル(疾病に重きを置く)よりもむしろ、看護モデル(個別性や生活等に重きを置く)に基づいている	1	2	3	4
27 管理職以外の看護師にも、病院や看護の委員会の委員を務める機会がある	1	2	3	4
28 看護部長や副看護部長は、日々の問題や手順に関する問題を把握し、スタッフと相談している	1	2	3	4
29 全ての患者について、患者の現状に対応した看護計画が、書面や電子カルテ等として文書化されている	1	2	3	4
30 ケアの継続性を促進するよう患者ケアが割り振られている、すなわち、一人の患者に対して、継続して同じ看護師がケアを担当する	1	2	3	4
31 看護診断を用いている	1	2	3	4



## II

各項目について、あなたの上司（看護師長）について  
 あてはまる番号に○をつけてください。

		常に そう である	お お よ そ う で ある	ど ち ら と も い え ない	あ ま り そ う で ない	全 く そ う で ない
1	あなたの上司は、達成すべきことや夢に対して強い使命感を持ち、実現するために自らの意思でスタッフに尽くす。	5	4	3	2	1
2	あなたの上司は、リーダーが深く信じているミッションに共感して、それに向かって自発的に歩み始める人を後押しする。	5	4	3	2	1
3	あなたの上司はスタッフからの要望に対してミッションに合致している限りは決して断らない。	5	4	3	2	1
4	あなたの上司はスタッフが困ったときに決して見捨てない。	5	4	3	2	1
5	あなたの上司は、普段は後ろから見守り支えるが、危険がせまったら矢面に立つ。	5	4	3	2	1
6	あなたの上司は、必要であれば現場で自ら先頭に立って戦う。	5	4	3	2	1
7	あなたの上司は、それが支えたい相手のためになることであれば、改革をトップダウンで進める。	5	4	3	2	1
8	あなたの上司は、他者に対する思いやりの気持ち・貢献の行動が常に最初に来る。	5	4	3	2	1
9	あなたの上司は、常に他者が必要としているものを提供しようと努める。	5	4	3	2	1
10	あなたの上司は、「受け取ることで得られる喜びよりも、与えられることで得られる喜びのほうがはるかに大きい」と考える。	5	4	3	2	1
11	あなたの上司は、「リーダーはスタッフのために存在する」と考える。	5	4	3	2	1
12	あなたの上司は、相手への貢献を通じ、相手を導きたいという気持ちになり、ミッションやビジョンを持ち、リーダーの役割を受け入れる。	5	4	3	2	1
13	あなたの上司は、大きな権力の座に就きたいという欲求ではなく、組織上の地位にかかわらず他者に役立ちたいという欲求で動く。	5	4	3	2	1
14	あなたの上司は、競争を勝ち抜いて賞賛されることを重視するのではなく、協力して目標を達成してWIN-WINになることを重視する。	5	4	3	2	1
15	あなたの上司は、イニシアチブをとるが、「自分が」「自分が」と出しゃばることはない。	5	4	3	2	1
16	あなたの上司は、スタッフとの信頼関係を築いてスタッフの自主性を動かすことで組織を動かす。	5	4	3	2	1
17	あなたの上司は、メンバーを畏怖させて組織を動かそうとしない。権限を乱用しない。服従を強要しない。	5	4	3	2	1
18	あなたの上司は、使命感を持って仕事に臨む。	5	4	3	2	1
19	あなたの上司は、自己犠牲を伴ったとしても、自らのミッションに尽くす。	5	4	3	2	1
20	あなたの上司は、志が高く、大きな夢やビジョンが明確なコンセプトを持っている。	5	4	3	2	1
21	あなたの上司は、過去から学び、現在の状況を見て、将来の姿を予見する。	5	4	3	2	1
22	あなたの上司は、常識にとらわれず、予見したことに従って決断する力を持つ。	5	4	3	2	1



## Ⅱ (つづき)

各項目について、あなたの上司（看護師長）について  
あてはまる番号に○をつけてください。

常に  
そう  
である  
5  
4  
3  
2  
1  
あまり  
そう  
でない  
5  
4  
3  
2  
1  
どちら  
とも  
いえ  
ない  
5  
4  
3  
2  
1  
全  
く  
そ  
う  
で  
ない  
5  
4  
3  
2  
1

23	あなたの上司は、概念化能力が高い。基盤となるミッションや理念をはっきりさせる。	5	4	3	2	1
24	あなたの上司は、ミッション・ビジョンの共通理解を推進する。	5	4	3	2	1
25	あなたの上司は、「私はこう行くから、ついてきてくれ」とはっきり言う。	5	4	3	2	1
26	あなたの上司は、目指したいビジョンや具体的なゴールイメージを示す。	5	4	3	2	1
27	あなたの上司は、スタッフの心に響く適切な言葉を上手に使う。	5	4	3	2	1
28	あなたの上司は、ビジョンを伝える際に具体的な情景が思い浮かぶような言葉を選ぶ。	5	4	3	2	1
29	あなたの上司は、スタッフに対し指示することが中心ではなく、スタッフの話を傾聴し理解することが中心である。	5	4	3	2	1
30	あなたの上司は、先導する前にスタッフの言うことをしっかり聴いて、自分を役立てる方法をよく考える。	5	4	3	2	1
31	あなたの上司は、スタッフの仕事に気を配り、より働きやすいように、より成果を出しやすいように、上司として自分にできることを考え、速やかに実行する。	5	4	3	2	1
32	あなたの上司は、自らの役割をよく理解し、それを全うする課程で「支える」「仕える」ことに徹する。	5	4	3	2	1
33	あなたの上司は、事実に加え、相手の精神的な面や感情的な面にも注目する。	5	4	3	2	1
34	あなたの上司は、相手の立場や視点に立ち、相手の考えを理解し、気持ちに共感する。	5	4	3	2	1
35	あなたの上司は、他者のやる気を大切に考える。	5	4	3	2	1
36	あなたの上司は、相手のニーズや願望をしっかり聴く。	5	4	3	2	1
37	あなたの上司は、現場が自律的に判断してアクションが取れるように、権限と同時に必要な資源を提供し、任せる。	5	4	3	2	1
38	あなたの上司は、相手が納得する理由を示し、自ら行動を決定させる。	5	4	3	2	1
39	あなたの上司は、スタッフに気づきを与えながら説得する。	5	4	3	2	1
40	あなたの上司は、個人と組織の成長の調和を図ろうとする。	5	4	3	2	1
41	あなたの上司は、スタッフと共に学び、より良い仕事をすることに価値を置く。	5	4	3	2	1
42	あなたの上司は、人々に内在する固有の価値を信じる。その価値を生かすために育てる。	5	4	3	2	1
43	あなたの上司は、お互いに信頼し助け合い、楽しく学び合い、有益な価値を生むコミュニティを創ろうとする。	5	4	3	2	1
44	あなたの上司は、スタッフに自分の大切なものを任せても大丈夫だと感じさせる。	5	4	3	2	1
45	あなたの上司は、一緒にいると心が落ち着き、安心できる雰囲気がある。	5	4	3	2	1
46	あなたの上司に支えられているスタッフは、患者に貢献することを重視するようになる。	5	4	3	2	1

## II (つづき)

各項目について、あなたの上司（看護師長）について  
あてはまる番号に○をつけてください。

	常に そう である	おおよそ そう である	どちら とも いえない	あまり そう でない	全く そう でない
47 あなたの上司の周囲には、「公の精神」「互助・互恵の精神」を持った人が育つ。	5	4	3	2	1
48 リーダーシップの本質は、喜んでついていくフォロワーがいること。フォロワーが「あなたならついていきたい」と思うところからリーダーシップが生まれる	5	4	3	2	1
49 喜んでついてくるフォロワーがいる人もいなければ、いくら本人がリーダーのつもりでいても、そこにリーダーシップは存在しない。	5	4	3	2	1
50 信頼がフォロワーを生む。リーダーを「自分のことを思ってくれる人」「助けてくれる人」と感じているときに、フォロワーは心の底からリーダーを信頼する。	5	4	3	2	1
51 自分たちのために思ってくれる人、その根本に高い志や使命感のある人に、私たちはついていきたいと思う。	5	4	3	2	1
52 ミッションの名の下に、フォロワーに誇り高く尽くすサーバントの心を持った人に、私たちはついていきたいと思う。	5	4	3	2	1
53 サーバントリーダーが本物であるかどうかは、フォロワーが「健全に、賢く、自律的に なっているか。自己中心的な欲望に囚われなくなったか」により見分けることができる。	5	4	3	2	1

## III

あなたの病院に対する思いについて、あてはまる番号に○を付けてください。

あなたは全体としてこの病院をみた場合、勤め先として良い病院だと思いますか

- 1) そう思う 2) どちらともいえない 3) そう思わない

あなたのこの病院の一員であるという気持ちはどの程度ですか

- 1) 一員であるといつも思う 2) 一員であると時々思う 3) 一員であると考えたことはない

あなたはこの1年でこの病院をやめたいと思ったことがありますか

- 1) 一度もない 2) 時々ある 3) 何度もある

あなたがこの病院に引き続き勤めたい気持ちは次のどの程度ですか

- 1) いつまでも現在の病院で働きたい 2) 今のところやめないと思う 3) すぐにでも退職したい

## IV

あなた自身のことについてお伺いします。

下記のカッコの中には数字を記入し、あてはまる番号に○をつけてください。

- 臨床経験年数 ( ) 年
- 勤務施設数 ( ) 施設
- 看護系最終学歴 a. 専門学校 b. 短期大学 c. 大学 d. 修士課程 e. 博士課程 f. その他

◆本調査についてご意見やご感想がありましたらご記入ください◆

◆◆◆◆ ご協力ありがとうございました ◆◆◆◆

## 看護実践環境に関するアンケート調査 ～プログラム終了後～

この調査用紙は、ご協力いただいたものと同じ内容になっておりますが、プログラムを終えた現在の状況についてお答えください。

I～IVで構成されておりますので、各質問に対し、該当する番号に○印をつけるか、カッコ内に回答をご記入ください。回答に要する時間は約20分です。

看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することで看護実践環境が整い、看護師のみなさまに貢献できると考え、看護師長のみなさまを対象にしたプログラムを展開してまいりました。

前回、今回（プログラム終了3か月後）に同様の調査を実施することにより、プログラムの成果を客観的に評価したいと考えております。

ご多忙中大変恐縮ではありますが、調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

本調査にご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、回答を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。ご回答の所要時間は約20分程度ですので、お時間に余裕のある時にお答えいただければ結構です。また、無記名での回答ですので、個人が特定される事はなく、得られた回答はすべて集団として処理をいたします。

なお、本調査に対して回答していただいたことで研究への同意とさせていただきます。

※本調査は、聖隷クリストファー大学倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡いただけるようお願い申し上げます。

【調査についてのお問い合わせ】

聖隷クリストファー大学 看護学研究科  
博士後期課程 榎原理恵

【連絡先】

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室

TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン)

E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)

2015 年度 聖隷クリストファー大学大学院  
看護学研究科 博士論文

中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを  
獲得するための支援モデルの開発

環境支援看護学分野 看護管理学領域

榎原理恵



表 目次 .....	iv
図 目次 .....	v
資料 目次.....	vi
<b>第1章 序論</b> .....	1
第Ⅰ節 問題提起 .....	1
1. 看護師長に期待される役割と課題 .....	1
2. 中規模病院の現状と看護師長支援への課題.....	2
第Ⅱ節 研究の意義.....	3
<b>第2章 文献検討</b> .....	4
第Ⅰ節 組織におけるリーダーシップ .....	4
1. 多様なリーダーシップ理論 .....	4
2. リーダーシップ PM 行動論.....	4
3. 変革型リーダーシップ論.....	5
4. サーバントリーダーシップ論 .....	6
第Ⅱ節 看護師長の役割 .....	7
1. 米国の看護リーダーの役割と看護実践環境.....	7
2. 本邦の看護リーダーの役割 .....	9
3. 看護師長の役割と役割遂行に与える要因 .....	10
第Ⅲ節 中規模病院の看護師長の現状と課題 .....	11
1. 中規模病院の組織の特性.....	11
2. 中規模病院の継続教育 .....	12
3. 中規模病院の現状と看護師長の課題.....	12
第Ⅳ節. クラウドの特徴 .....	13
<b>第3章 研究の目的と研究方法</b> .....	15
第Ⅰ節 研究の目的.....	15
第Ⅱ節 研究の概念枠組み.....	15
第Ⅲ節 研究の構成.....	15
第Ⅳ節 用語の操作的定義.....	16
<b>第4章 予備研究：看護師長のリーダーシップ行動の特徴と課題</b> .....	18
第Ⅰ節 研究目的 .....	18
第Ⅱ節 研究方法 .....	18
1. 対象.....	18
2. 調査方法 .....	18
3. 調査内容（資料 3, p81-84）.....	18
4. 解析方法 .....	19

第Ⅲ節 倫理的配慮.....	19
第Ⅳ節 結果.....	20
1. 対象者の属性.....	20
2. 看護師長のリーダーシップ行動.....	20
3. 看護師長のコミュニケーションスキル.....	21
4. 看護師長のリーダーシップ行動別にみたコミュニケーションスキル .....	22
5. 看護師長のリーダーシップ行動別にみた上司に望む支援.....	23
第Ⅴ節 考察.....	24
1. 看護師長の属性とリーダーシップ行動分布.....	24
2. 看護師長のコミュニケーションスキルの特徴.....	25
3. 看護師長のリーダーシップ行動による看護部に望む支援.....	25
4. 看護師長のリーダーシップ行動の特徴と課題.....	26
5. 支援モデル作成に対する示唆 .....	26
<b>第5章 第1研究：中規模病院の看護師長支援と看護実践環境 .....</b>	<b>27</b>
第Ⅰ節 研究目的 .....	27
第Ⅱ節 研究方法 .....	27
1. 対象.....	27
2. 調査方法 .....	27
3. 調査内容（資料 4, p85-89）.....	27
4. 解析方法 .....	28
第Ⅲ節 倫理的配慮.....	28
第Ⅳ節 結果.....	29
1. 対象者の属性.....	29
2. 看護師長昇格条件、支援の有無.....	29
3. 看護実践環境.....	31
4. 看護師長昇格条件の有無と、支援の有無による看護実践環境の比較 .....	31
5. 看護師長に必要なスキル.....	31
第Ⅴ節 考察.....	32
1. 中規模病院の看護師長昇格条件と支援.....	32
2. 看護師長昇格条件と支援体制が看護実践環境に与える影響.....	34
3. 中規模病院の看護師長に必要な支援モデル作成への示唆.....	35
<b>第6章 第2研究：サーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルの開発と評価 .....</b>	<b>36</b>
第Ⅰ節 研究の構想図.....	36
1. 研究の構想図 .....	36

第Ⅱ節 研究目的 .....	37
第Ⅲ節 支援モデルの作成過程と評価方法 .....	38
1. 支援モデルの構成と展開方法 .....	38
2. 支援モデルへの参加者募集方法 .....	39
3. 支援モデルの評価方法 .....	39
第Ⅳ節 倫理的配慮 .....	40
1. 支援モデル参加者への倫理的配慮 .....	40
2. データの取り扱い .....	41
第Ⅴ節 結果 .....	41
1. 支援モデル参加者の概要 .....	41
2. 支援モデルの介入期間 .....	42
3. 作成した支援モデルの具体的内容 .....	42
4. 看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の変化 .....	53
5. 看護師長が統括するスタッフの評価 .....	55
6. 看護師長が統括するスタッフの看護実践環境の変化 .....	56
7. 看護師長が統括するスタッフの定着可能度の変化 .....	57
8. 支援モデルに参加した看護師長からの意見 .....	58
第Ⅵ節 考察 .....	61
1. 支援モデルの展開方法の妥当性 .....	61
2. 支援モデルの有効性 .....	62
<b>第7章 全体考察 .....</b>	<b>64</b>
本研究の限界と今後の展望 .....	67
結論 .....	68
謝辞 .....	69
文献 .....	70
■ 巻末資料 .....	80



## 表 目次

表 1	ANCC:MAGNET RECOGNITION PROGRAM® LEADERSHIP CURRICULUM CONTENTS	8
表 2	日本看護協会認定看護管理者カリキュラム基準【ファーストレベル】	9
表 3	看護師長のリーダーシップ行動と属性	21
表 4	看護師長のコミュニケーションスキル	22
表 5	リーダーシップ行動別看護師長が望む支援	23
表 6	対象者の属性	29
表 7	看護師長昇格条件の有無、就任後の支援の有無	30
表 8	看護実践環境サブスケールと師長昇格基準の有無、就任後の支援	31
表 9	看護師長に必要なスキルの学習機会と就任後の支援	32
表 10	支援モデル参加者の概要	42
表 11	サーバントリーダーシップ集合研修プログラム	44
表 12	サーバントリーダーシップスキル得点項目別前後比較	54
表 13	支援モデル参加者からの意見	59

## 図 目次

図 1 ASHFORTH 『役割移行と自身』モデル .....	11
図 2 研究の概念枠組み.....	15
図 3 看護師長のリーダーシップ行動分布図.....	21
図 4 看護師長昇格条件の有無と就任後の支援の有無 .....	30
図 5 研究の構想図 .....	37
図 6 支援モデルの介入方法と評価 .....	38
図 7 クラウドプログラムトップページ .....	49
図 8 クラウドプログラム E-LEARNING の評価 .....	52
図 9 看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の変化 .....	53
図 10 スタッフが見た看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点 全体.....	55
図 11 スタッフが見た看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の変化 A 施設 ....	56
図 12 看護師長が統括するスタッフの .....	57
図 13 看護師の定着可能度 プログラム前後比較 .....	57
図 14 支援モデルの参加者からの評価.....	58

## 資料 目次

資料 1 集合研修プログラム：パワーポイントスライド抜粋.....	47
資料 2 クラウドプログラム掲載用 PDF 資料抜粋.....	51
資料 3 予備研究調査用紙 .....	81
資料 4 第 1 研究調査用紙.....	85
資料 5 第 2 研究 支援モデル 研究参加協力依頼用紙 .....	90
資料 6 支援モデル参加前調査用紙：看護師長用 .....	92
資料 7 支援モデル参加後調査用紙：看護師長用(表紙のみ).....	96
資料 8 支援モデル参加前調査用紙：スタッフ用 .....	97
資料 9 支援モデル参加後調査用紙：スタッフ用(表紙のみ) .....	102

# 第1章 序論

## 第1節 問題提起

### 1. 看護師長に期待される役割と課題

看護師が組織に定着することは、看護実践を継続し看護実践能力を維持・向上するために必須である。日本看護協会は看護師の定着促進の方略を提示推進し、各施設でも離職率低下への取り組みが実践されている。2009年度より全国の看護師離職率は微減傾向であったが、勤務時間等の影響により離職率の変化がない施設も散見される(公益社団法人日本看護協会 広報部, 2015)。米国では看護師の定着の良い病院は、職業的にも個人的にもやりがいのある職場環境であることが明らかとなり、「マグネット・ホスピタル」として1994年から認定が開始された。認定には「変革的なリーダーシップ」「構造的なエンパワーメント」「模範的な看護実践」「新しい知見・改革・改善」「実際の質に関するアウトカム」の5要素で構成された14の評価項目をクリアすることが前提条件となり、看護部長をはじめ看護管理のリーダーシップが求められている(American Nurses Credentialing Center, 2015)。

Drenkard (2010) はマグネット認定病院を分析し、看護リーダーには患者ケアを中心とした看護実践のために職場環境を整える役割が重要であり、そのために他部門との連携を推進し、組織の課題を提示することが求められると述べている。看護の質や患者安全などのアウトカムは、看護師の看護実践環境に影響を受けると考えられ(Lake & Friese, 2006)、看護師の看護実践環境は中間管理者である看護師長の役割遂行能力によって変化すると推察される。

本邦の看護管理者は、財務裁量権を持つことはないものの、組織のマネジャー・リーダーとして多角的な管理手腕が求められる。日本看護協会は看護管理者に必要な教育カリキュラム基準をファーストレベル、セカンドレベル、サードレベルと段階的に設置し、1999年から認定看護管理者を輩出している。2014年病院実態調査では病院数は8,500を超えるが(厚生労働省, 2014a)、2015年の新規認定者を含めた認定看護管理者総数は2,356名と病院数の3割以下に留まっており、所属を公開している認定看護管理者の凡そ5割が400床以上の病院に勤務している(公益社団法人日本看護協会, 2015)。看護師長は看護管理者の一人であり、看護管理の基盤を築く存在として組織運営に携わっている。

看護師長には統括部署レベルでのマネジャーとして多岐に渡る課題を解決し、管理業務を遂行することが求められている(山口, 舟島, 2010; 中神, 星野, 栗田, 2012)。また、管理能力だけでなく、組織の目標を達成するためのリーダーシップを発揮することが求められ、看護師長のスタッフに対する支援や承認が、新人看護師の適応推進やプリセプター教育、専門看護師などの役割遂行を促進することが明らかとなっている(伊藤, 金子, 濃沼,

2012；高谷, 2010；眞島ら, 2012)。しかし、看護師長が抱える課題の解決や役割を遂行するための支援体制を確立し、系統的な教育が行われている看護組織は多くない(河野, 2013)。看護師長の役割遂行においては、知識や能力が不足しているという自尊感情の低下によって動機づけは阻害されやすく、他者から支援や協力を得ることで自己の役割認識の保持が可能になることで動機づけが促進され、役割を維持することが期待できる(山本, 宮腰, 高瀬, 小林, 2013)。

組織の目標を達成するために求められているリーダーシップのありかたの一つに、サーバントリーダーシップ論が提唱されている(Greenleaf, 2002)。サーバントリーダーシップ論におけるサーバントとは「奉仕する」「尽くすこと」を意味する。サーバントリーダーシップ論では、リーダーが明確なミッションを持つと同時に、サーバントとしてフォロワーに対し信頼を寄せ、フォロワーが自分の意思で動けるように奉仕することを求めている。米国では、看護リーダーのサーバントリーダーシップが看護師の職務満足を上向きに有効なリーダーシップであることが報告されている(Jenkins & Stewart, 2010)。看護師は患者の成果目標を看護チームで共有し、その目標達成に向けて患者ケアを実践するが、問題に直面した場合には状況に応じた対処行動が必要になる。目標を達成するために、患者を支援している看護師に対し、直接の上司である看護師長がサーバントリーダーシップを発揮することができると、信頼を寄せられると認識することに繋がり、専門職者としての成長を促すという報告もある(Neil & Saunders, 2008)。

専門職集団である看護組織の中で、スタッフ一人ひとりが、看護ケアを自律的に実践するためには看護師長のリーダーシップが必要であり、看護師長にサーバントリーダーシップが備わることで、組織の看護実践環境が整備され、看護師の能力が自律的に発揮されると考えられる。

## 2. 中規模病院の現状と看護師長支援への課題

日本の病院総数は 8,540 施設であり、100～400 床規模の病院数は 4,583 と病院全体数の 53.6%を占め、400 床以上の病院は 9.6%と 1 割に満たない(厚生労働省, 2014)。中規模病院は、大規模病院とは異なり、地域住民にとっての日々の生活に密着した病院として責務を担っているが、臨床研修医制度による医師の偏在化により医師の確保が困難になり、標榜科の変更や病床再編を余儀なくされている(芝田, 2010)。また、設置主体に関わらず経営の安定を図るための人材確保に苦慮していると共に、組織的な指示命令系統が確立している大規模病院とは職場環境が異なり、組織的な指示系統から逸脱したインフォーマル組織の影響などが存在しているという指摘もある(久米, 久米, 村川, 2010)。

中規模病院では、患者の平均在院日数が大規模病院と比較すると長く、平均在院日数の長い病院の看護職員数は減少傾向にあり(株式会社明治安田生命生活福祉研究所, 2013)、看護師の就労継続が困難な現状にある。また、中規模病院の看護師は他施設での勤続経験

のあることが多く、看護組織は教育背景が多様なスタッフで構成されている(檜原, 長谷川, 2011)。加えて、大規模病院に比べ費用・時間・人員確保の困難さ等から看護師の施設外への研修参加が積極的に進まない現状があり、教育環境は施設間で格差が生じている(青山ら, 2005)。看護師長は看護管理者としてのモデルの存在や相互交流することで成長が期待されるが、中規模病院の看護師長はその機会が少ないことが指摘されている(本村, 川口, 2013)。以上のことから看護師長に対する教育機会や支援は少ないことが予想され、中規模病院でも導入が容易な支援体制を整備することが課題である。

米国では、患者を支える看護師を支援するためには、サーバントリーダーシップが有効であることが確認されている。サーバントリーダーは、目標や成果に向かっていくスタッフに対し信頼を寄せ、励まし、援助することができる。教育背景が多様である中規模病院に勤務する看護師個人を尊重し、能力をも尊重することは所属する組織への定着を促進する要因となり得る(檜原, 長谷川, 2011)。教育背景や臨床経験が多様な集団で構成されている中規模病院の看護組織にこそ、目標に向かって強く牽引する「支配型リーダー」ではなく、「奉仕型リーダー」として明確な使命を持つサーバントリーダーシップが求められる。

以上のことより、中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することで職場環境が改善され、看護師の看護実践能力が発揮され、看護師の職務満足度が向上し、看護師の定着が促進することも期待できる。

資金や人材を豊富に投入できない中規模病院には、看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための方法として、経済的で時間的制約が少なく、看護師長個人の学修を支援できる方法の開発が望まれる。

## 第Ⅱ節 研究の意義

中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得する方法が容易になることで、看護実践環境が整備され、看護師の定着を促進することが期待できる。複雑な役割を担う中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するためには、中規模病院の特徴を踏まえて、負担費用が少なく、時間を効率的に利用できるプログラムを開発することが求められる。中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得できれば、看護師長がスタッフに信頼を寄せることができるリーダーとなり、看護実践環境が整備され、スタッフ一人ひとりが自律的、創造的に患者ケアを実施することに寄与できる。

## 第2章 文献検討

### 第1節 組織におけるリーダーシップ

#### 1. 多様なリーダーシップ理論

理想とされるリーダーシップは時代とともに変化し、現代では、企業だけでなく公的機関や教育機関、NPO 法人など多様な組織形態で、多様なリーダーシップが求められている。社会経営学的に、組織としての成果を導き出すことを目的に 1940 年代よりリーダーシップ研究が活発になった。有能なリーダーの行動特性を明らかにすることを目的に、オハイオ州立大学などで大規模研究が行われた(Stogdill, 1957)。これらの研究成果では、リーダーシップ行動を 2 軸で捉え、類型化し、組織構造へのアプローチと組織成員への配慮が有効なリーダーシップであるとされた。1970 年代に入ると、業績が優良な企業の調査結果から、組織構造が官僚制のように統制が取れているように見えても、優秀なリーダーがいなければ組織目標が達成できないことから、カリスマ性のあるリーダー、力のあるリーダーが求められた(Peters & Waterman, 1982)。しかし、強いリーダーの牽引力が日常化すると、組織文化が硬化し、組織目標の達成が困難になることも指摘され、組織成員が認識している信条や価値観を特性として認めつつ、組織文化を変革するリーダーが求められるようになった。また、成果重視のあまり、企業倫理観の低下する組織が出現し、組織リーダーの倫理観も求められるようになった(Kouzes & Posner, 2007)。

組織形態の多様化に伴い、リーダーシップ研究も組織の成果目標や環境、組織成員の特性によって変化し、求められるリーダーシップは組織によって異なることが指摘されている(Bass & Bass, 2009)。近年では、組織文化を変革し続けることが、組織の目標を達成するために求められているとするリーダーシップ論や(Kotter, 2010)、システムを有効に活用し、組織内でのネットワークを構築する力の発揮を求めるリーダーシップ(佐藤, 山田, 2004)、フォロワー達を導くために魅力的なビジョンを持つリーダーシップが (Schein, 2010)強調されている。一方、リーダーに従う組織成員に着目した調査報告では、組織メンバーがフォロワーシップを発揮することで、リーダーの個別性に依らず組織を活性化できるという指摘もある(Ira, 2003)。

#### 2. リーダーシップ PM 行動論

三隅 (1978) は、人間の集合が存在するところにリーダーシップが存在するが、立場や集団が変化するとその行動も変容することから、リーダーシップは個人の特性に依るものではなく行動形態であると捉え、それらの事象を解析した。リーダーシップは「集団に対する行為ないし行動であり、その行動は集団が目標を達成するために発揮される」とし、リ

リーダーシップ行動の成果達成行動である P (Performance) 特性と、集団維持行動である M (Maintenance) 特性を明らかにした。実験的研究や実証的解析からリーダーシップ行動を 2 軸で捉え、集団機能概念として類型化した。また二つの行動特性を測定するための尺度を開発し、高度に行っている場合は大文字で、低度の場合は小文字で表現し PM 型、Pm 型、pM 型、pm 型に分類した。尺度の妥当性を検証するため、製造業、電気・ガス水道業、卸売・小売業、官庁を対象とした調査を実施し、16 類型から 4 類型に洗練化している。企業、行政、教育、家族、スポーツ集団に対する調査結果から、理想的なリーダーシップ行動は、二つの行動特性がどちらも高い PM であると定義されている。一方、組織成員が高い達成動機を持つ場合、または、職務満足度の高い集団である場合にはリーダーが P 行動、M 行動を取らなくてもその組織の課題を達成することが可能であると推察している。

その後、三隅ら(1988)は、組織内でのリーダーシップ行動は、組織の意思決定と組織成員の動機づけに影響を与え、組織内でのそれぞれ異なるレベルのリーダーシップについて検証している。その結果、トップリーダーであれ、中間管理者であれ、現場監督者であれ、理想的なリーダーシップ行動は PM であることを明らかにしている。

この尺度の特徴は、汎用的な項目を含みながら対象組織の文脈に合わせて測定尺度を開発していることにある。三隅自身が看護師を対象とした調査研究(1969)や、看護専門学校教員を対象とした研究(関, 吉山, 三隅, 吉田, 三角, 1997 などから、看護師版の尺度も開発されている。看護師には、患者に対するマネジメントを含む看護のインフォームドコンセント能力を高めるために必要な P (Performance)特性と、集団維持行動である M(Maintenance) 特性を強化することが求められ、看護管理者のリーダーシップとして PM 行動特性が有効であることが報告されている(大久保, 米澤, 長谷川, 清水, 2009)。

### 3. 変革型リーダーシップ論

Kotter(2010)は、ビジネス社会が教育水準の向上や情報過多、技術革新、市場と競争のグローバル化、労働人口の変質など、強い力で変化を引き起こされており、この変化に対応するためには、組織変革を起こすためのリーダーシップが求められると提唱している。企業として組織を存続するためには、適切な変革が必要であり、その変革を起こすためには、人と組織を動かすスキルが求められるとしている。また、マネジメントとリーダーシップを分別して捉えることを主眼とし、その行動体系は相違しているが補完し合うものであると定義している。マネジメントは主として複雑な状況に対応するために必要な能力とし、リーダーシップは変化に対処するために必要な能力である。

組織の変革の程度は、日常的なものから企業再建まで様々であるが、どの程度の変革であってもそれに対する抵抗が存在する。変革型リーダーシップでは、変革を推進するためには課題を明確にすると共に、危機感を持ち、変革のためのチームを作り、ビジョンを策定し、ビジョンを伝達し、組織成員をサポートし、短期的な計画から実行することが必要



であるとしている。また、変革への抵抗に対処すべき方法として、教育とコミュニケーション、参画、援助と促進、交渉と合意、操作と取り込み、直接的強制と間接的強制をあげ、これらの利点と欠点を十分にわきまえ、状況に応じて権力を行使することが必要である。リーダーは、組織成員との意見交換により現状認識のずれを解消し、コミュニケーションを活用することで、リーダーが示す目標に組織成員の参画を促すことが必要であり、組織成員を十分にサポートすることを推奨している。一方、交渉や操作、強制力も交えながらリーダーシップを発揮することが必要であり、その基盤は適切な権力を行使することにある。強制的な権力の行使ではなく、周囲から感謝されるような行動を心掛け、知識や経験が豊富な人であると信頼させることが前提となる。直接的にせよ、間接的にせよ、リーダーは組織成員に影響を及ぼすため、変革を実行するためには、リーダーが組織成員に対し権力を獲得・強化すること、その権力を賢く使うことが必要となる。

トップリーダーと異なり、組織の中間管理者には、組織成員を目標に向かわせるために課題を設定しコミュニケーションが必要であると同時に、上司とのコミュニケーションが重要になる。課題に対する相互の認識を共有すると共に、組織や個人の強みや弱みを知ることによって課題への対処が容易となる。部下、同僚との人脈ネットワークを構築すると共に、上司をマネジメントすることが中間管理者としての役割である。

#### 4. サーバントリーダーシップ論

サーバントリーダーシップ論 (Greenleaf, 2002)では、リーダーが、明確な使命を持ちイニシアティブを取り、同時にサーバントとしてフォロワーに対し信頼を寄せ、自分の意思で動けるようにフォロワーたちに権限を与える、などリーダーがフォロワーに対し奉仕することで組織を変革すると共に組織の持続力が高まる、と提唱している。サーバントリーダーシップは「リーダーである人はまず相手に奉仕し、その後相手を導くものであるという実践哲学」である。組織でリーダーシップを発揮する人は、組織の存在意義、社会的使命を理解し、それが果たされるように導くことが必要である。組織の目標を達成するため、リーダーは人に奉仕したいという自然な感情が湧き、その後で自覚的に人を導いても行きたいと思うことで、リーダー自身だけでなく組織成員が示されている使命を遂行していくことができる。サーバントリーダーは権力を行使せず、フォロワーである組織成員に、まず明確な目標を提示する。また、相手の言うことに良く耳を傾け、どのようにすれば、自分が相手の役に立てるかを考える。しかし、組織の目標の達成のために、必要があれば率先して先頭に立つこともする。

組織としての一般的な指示系統は、組織を統率するためにリーダーが頂点となり、権限を行使し目標を達成する。しかし、サーバントリーダーシップではリーダーが目標を明確に掲げ組織の軸となることで、フォロワーを支える (池田, 金井, 2007)。目標の共有のために、言葉を誠実に使い、先見力や予見力を備え、決断し、将来を見通す力が必要となる。

また、その根底にはフォロワーとの信頼関係があり、フォロワーがついていきたい、と信頼を寄せ実際についてきてくれることが必要条件となる。

サーバントリーダーシップ論が、教育やサービス業など顧客を対象とする企業に有効であるという報告は多い(Bowman, 2005; Cerit, 2009; Jaramillo, Grisaffe, Chonko, & Roberts, 2009; Walumbwa, Hartnell, & Oke, 2010)。教育においては、教授者が学修者への信頼を持つことで、学修者自ら学ぶ意思を維持し、学修効果が向上すると報告され、サービス業では顧客ニーズを知る接客者、つまりフロントラインに立つ職員の意思や行動を支援することで業績が向上する、と報告されている。専門職者である看護師にとっても適切な権限移譲を図るサーバントリーダーシップが、看護師の職務満足を向上させると共に、専門職者として成長を促すとしている報告がある(McCann, Graves, & Cox, 2014; Neill & Saunders, 2008)。

サーバントリーダーシップとは、リーダーシップのスタイルや行動ではなく、実践哲学である。表面的には専制的で強烈であっても、根底にはサーバントリーダーシップがある場合や、民主的にみんなの意見を聞いていても、ビジョンが無く、サーバントリーダーシップではない場合もある。リーダーに求められる行動は、組織文化や組織成員の構成など、状況によって変化するが、サーバントリーダーシップは行動のあり方を規定するものではない。Spears (1998)は、サーバントリーダーには、傾聴、共感、癒し、気づき、説得、概念化、先見力、執事役、人々への成長の関与、コミュニティづくりを持つ資質が備わっていることが必要だと述べている。これらの資質は、自分に備わっているか、自然にできるか、育成できそうか、経験不足で出来なさそうなことは何か、が理解できれば自分自身で強化が可能であり、周囲の協力によって身につけられるものであるとされている。看護師一人ひとりが自律的、創造的に患者ケアを実施するためには、専門性を発揮する看護師に信頼を寄せるリーダーであることが必要である。このことから、看護師長がサーバントリーダーシップを身に着け強化することは、自身の人間性の成熟を増すこととなり、看護師長自身に対しても意義がある。

## 第Ⅱ節 看護師長の役割

### 1. 米国の看護リーダーの役割と看護実践環境

Drenkard (2010)はマグネット認定病院を分析し、看護リーダーには患者ケアを中心とした看護実践のために職場環境を整える役割が重要であり、そのために他部門との連携を推進し組織の課題を提示することが求められると述べている。マグネット認定に必要な「変革的なリーダーシップ」「構造的なエンパワーメント」「模範的な看護実践」「新しい知見・改革・改善」「実際の質に関するアウトカム」の中でも、ケアの質の向上と職場環境の影響

が強いと考えられる。マグネット認定病院の看護リーダーには権限の範囲が広く、リーダーシップを発揮しやすい環境にある。また、看護師長への昇格条件が明確で客観性、透明性があり、教育体制が整備されている(富永, 佐藤, 道脇, 2012)。American Nurses Credentialing Center(以下 ANCC)の主催するマグネット認定プログラムにおける看護リーダーに対する教育内容を表 1 に示した。

**表 1 ANCC : Magnet Recognition Program® Leadership Curriculum Contents**

Magnet model Components	Forces of Magnetism
Transformational leadership	Quality of Nursing Leadership Management Style
Structural empowerment	Organizational Structure Personal Policies and Program Community and the Healthcare Organization Image of Nursing Professional Development
Exemplary professional practice	Professional Models of Care Consultation and Resources Autonomy Nurses as Teachers Interdisciplinary Relationship Quality of Care: Ethics, Patient Safety, and Quality Infrastructure Quality Improvement
Empirical quality outcomes	Quality of Care: Research-and Evidence-Based Practice Quality Improvement
New knowledge, innovation, and improvement	Quality of Care

米国の看護リーダーは、裁量権がある一方、病院への貢献度を維持する必要があり、看護ケアの質を確保するためにも看護師の確保は重要な役割となっている。看護師の定着を促進するためには、看護師長とスタッフのコミュニケーションが円滑である、とスタッフが認識することでスタッフの帰属意識が強くなり、職務満足度も向上するため、コミュニケーションスキルとリーダーシップとの相乗効果が期待されている(Blake, Leah, Robbins, Pike, & Needleman, 2013)。スタッフのモチベーションや職務満足度は、同僚や上司の行動により操作が可能であることが確認されている(Gray & Shirey, 2013)。また、看護師長は看護組織の中間管理者として、看護部に対する場面とスタッフに対する場面において立場が逆転する(Warshawsky, Rayens, Lake, & Havens, 2013)ため、上下双方向に対するコミュニケーションスキルを駆使することが求められる。Lake (2002)はマグネット認定病院の調査より、提供される看護の質や患者安全を含むアウトカムに看護の実践環境の影響があることを明らかにし The Practice Environment Scale of the Nursing Work

Index (以下 PES-NWI )を開発している。病院全体の業務における看護師の関わり、ケアの質を支える看護の基盤、看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援、人的資源の適切性、看護師と医師との良好な関係の 5 つが看護実践に関わるとし患者成果に影響があると指摘している。看護管理者はリーダーシップを発揮し、統括する看護単位の看護実践環境を整備することが求められている(Warshawsky, Lake, & Brandford, 2013)。

## 2. 本邦の看護リーダーの役割

本邦では、日本看護協会が継続教育の一貫として看護管理者認定研修を3段階とし、1999年から認定看護管理者が輩出されている。2015年の新規認定者を含めた認定看護管理者総数は2,356名であり、8,500ある病院数の3割以下に留まっている。また所属を公開し、病院で勤務する認定看護管理者の75%は看護部に所属しており、看護部全体の運営を担っている(公益社団法人日本看護協会, 2015)。認定看護管理者の中から看護職者の病院副院長職者も輩出され、看護組織に留まらず病院組織経営に参画し、権限の範囲は軽微ではあるものの拡大し始めている。

表 2 日本看護協会認定看護管理者カリキュラム基準【ファーストレベル】

教科目	ねらい	単元	時間
看護管理概論	1. 看護管理に必要な知識体系を学び、看護管理への活用を理解する。 2. 看護管理者の役割と活動を理解し、これからの看護管理者のあり方を考察する。	1) 看護管理の概要 2) 看護管理に必要な基礎知識 3) 看護管理者の役割と活動 4) 労働者として学ぶ労務管理の基礎 知識	15
看護専門職論	1. 拡大・変化する看護専門職の機能と活動範囲を予測し、看護実践の改善に向け考察する。 2. 看護職の自律性と責務を理解する。 3. 看護に関連する法律や制度の変化を捉え、看護管理の視点で変化の意義や適応を理解する。	1) 看護専門職の役割と機能 2) 看護実践における倫理 3) 看護の社会的責務と法的根拠	30
ヘルスケアシステム論	1. ヘルスケアシステムの構造と現状、保健医療福祉制度を理解する。 2. 保健医療福祉制度の変化が看護管理に与える影響を理解する。	1) 我が国におけるヘルスケアシステムの構造 2) 保健医療福祉の動向	15
看護サービス提供論	1. 看護サービスの基本的概念を理解する。 2. 看護サービスの対象となる人々の権利を尊重した、看護サービスの提供過程を理解する。 3. 安全を保障しながらより質の高い看護サービスを提供する方法を理解する。 4. 看護サービス提供上の問題を論理的に解決する思考を学ぶ。	1) 看護サービスの概要 2) 問題解決 3) 看護サービスの質管理	30
グループマネジメント	1. 組織集団の基本概念、集団の力動的諸機能を理解する。 2. 看護チームにおけるリーダーの役割、医療チームにおける看護の役割を理解し、連携・協働のあり方を学ぶ。 3. 組織目的の達成に向けてメンバーが行動を取れるように諸理論の活用を考察する。	1) グループマネジメントの基礎理論 2) 看護チームのマネジメント 3) チーム医療と連携	30
人材育成論	1. 人材育成のための基本的な概念を理解する。 2. 現場(看護単位)における後輩育成や指導方法を理解する。	1) 人材育成の基礎知識 2) 人材育成の方法	15
看護情報論	1. 情報の概念と特徴を理解し、倫理的な取り扱いを学ぶ。 2. 患者ケアに役立ち、看護の質改善に資する情報管理のあり方を学ぶ。	1) 医療・看護情報の概要 2) 看護情報の倫理的側面と対応 3) 看護実践に活かす情報管理	15

日本看護協会の看護管理者認定研修の1段階目であるファーストレベル教育課程のカリキュラム基準を、表 2.に示した。ファーストレベルの教育は主に各県の看護協会等が主催し、日本看護協会が提示しているカリキュラムに基づき 150 時間の講義・演習により実施されている。受講要件は①日本の保健師、助産師および看護師のいずれかの免許を有する者、②保健師、助産師および看護師のいずれかの免許を取得後、実務経験が通算 5 年以上ある者、③管理的業務に関心があり、管理的業務に従事することが期待されている者となっている。セカンドレベルでは、講義・演習時間が 180 時間となり、カリキュラム受講期間は長期になると共に、受講要件の③が認定看護管理者ファーストレベル教育課程を修了している者、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、とされている。このことから、看護師長教育にはファーストレベル教育が相当すると考えられる。

### 3. 看護師長の役割と役割遂行に与える要因

看護師長は看護管理者の一員であり、看護組織の基盤となる存在である。看護師長には、統括部署レベルでのマネジャーとして人材育成やベッドコントロールなど管理者としての役割が求められている(中神ら, 2012 ; 門屋, 2009)。在院日数の短縮を含めた円滑なベッドコントロールは、病院の安定した経営に必須となる。また、ワークライフバランスの提唱もあり、勤務形態が多様な状況下でも、新人看護師教育をはじめ、継続教育が重要視されている(山口, 舟島, 2010; 手塚, 佐藤, 2007)。新人看護師の職務への適応を促進させるためには職務満足の上昇が必要であり、看護師長がビジョンを正確に持ち効果的なリーダーシップを発揮することが有効であるものの、新人が持つリーダー像は看護師の教育背景によって異なっている(高谷, 2007)。看護師長は、現任教育の推進者として実践能力の高い看護師には、認定看護師の輩出のために研修に参加できるよう配慮することが求められ、資格取得後には適切な役割を付与することも求められている(平田, 戸梶, 2013)。診療報酬点数加算もあり、認定看護師の輩出は病院経営にとっても利点となるが、認定資格取得後には、当該部署を離れ看護部全体として横断的な役割を付与することになることもあり、看護師長が十分な支援ができない現状も指摘されている(神坂, 松下, 大浦, 2010)。

Ashforth (2000)は、役割移行モデルとして、社会生活の場によって人は役割を実践しており、その役割に必要な能力を獲得する過程を明らかにした。図 1 にモデル図を示した。役割は予期的に与えられることもあれば、思惑から外れ与えられることもある。役割を取得した後、自身の中で自己同一化に至る経過の中で 4 つの心理的動機として、自己同一感、意味、コントロール、所属感が引き起こされる。役割と自身の同一化には、自己認識による同一感と自身のコントロールだけでなく、他者からの評価も必要となる。役割に対する動機が喚起され、役割と自己を同一と捉えることができると他者に対しその役割を遂行することが可能となる。新たな役割を遂行し役割認識を確立するためには、他者からの適切

な評価を得ることが必要であり、自身の役割遂行能力を判断し自己向上心への動機へ繋げることが重要となる。

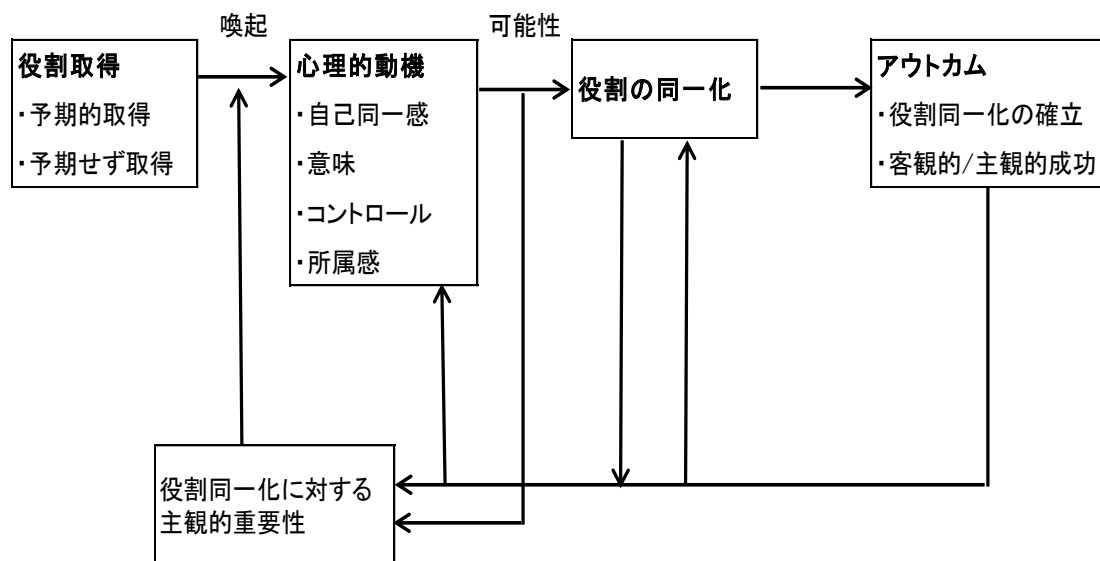


図 1 Ashforth 『役割移行と自身』モデル

本邦における看護師長の昇格基準の公正性や透明性は、米国と比較すると不明瞭である(富永, 佐藤, 道脇, 2012)。そのため、看護師長への昇格が本人の意図しない時期となった場合に、必要な役割移行の過程をたどることが困難となる。山本ら(2013)は、看護師長への半構成的面接調査から、知識や能力不足による自尊感情の低下によって役割に対する動機づけが阻害されやすいが、他者からの支援や協力により役割認識の保持が可能であれば動機づけが促進され、役割を維持することができることを示唆している。しかし、看護師長が抱える課題の解決や役割を遂行するための支援体制を確立し、体系的な教育が行われている看護組織は多くない(河城, 橋本, 森田, 田村, 内田, 2013)。東堤ら(2012)も同様に、看護師長の役割を取得するためには知識や能力の充実を図ると共に支援的介入が必要であり、看護師長としての初期教育プログラムが重要であると指摘している。

### 第Ⅲ節 中規模病院の看護師長の現状と課題

#### 1. 中規模病院の組織の特性

病院経営において、病床稼働率と収益性は強い相関を示す(白木, 2015)。また、病床数が少ないほど平均在院日数は長期化の傾向にあり、病床稼働率が低下する傾向が指摘されており、中規模病院の経営は不安定であることが多い(北川, 2014; 株式会社明治安田生活福祉研究所, 2013)。中規模病院の経営安定を図るためには、地域住民のニーズに沿った医療

の役割という期待に応えながら、病床稼働率の向上が必要となる。そのために、医師をはじめ看護師の人材確保が急務となっているが、臨床研修医制度による医師の偏在化により医師の確保が困難になり、標榜科の変更や病床再編を余儀なくされている(芝田, 2010)。また、中規模病院では他職種との関係性、インフォーマル組織の影響など大規模病院とは職場環境が異なり、複数の指示命令系統が存在している(久米ら, 2010)。また、新卒看護師の多くは教育体制が整備されている大規模病院に就職することが多く、中規模病院では設置主体に関わらず、看護師の確保も困難である。そのため、中規模病院の看護師は他施設での勤続経験のある看護師が就労していることが多く、教育背景が多様なスタッフで構成されており、教育プログラムを一様に構成するのが困難であると推察される。また、中規模病院の看護組織は、背景が多様な小集団でありインフォーマルな関係の影響を受けやすく、個人が尊重されにくいという組織文化を持っている(檜原, 長谷川, 2011)。

## 2. 中規模病院の継続教育

日本看護協会は、2000年に策定した看護師に対する継続教育の指針を改訂している(公益社団法人 日本看護協会, 2012)。改訂された指針には、新人教育、ジェネラリスト教育、スペシャリスト教育、管理者を育成する教育、教育者・研究者を育成する教育が含まれている。厚生労働省からの努力義務化の通達、ガイドラインに沿った研修に対する国からの財政支援もあり、新人看護師に対する教育体制の整備は多くの医療機関で積極的に取り組まれている。一方、中規模病院では施設内で研修体制が十分に取れない医療機関があることも指摘されている(厚生労働省, 2014b)。

個人の組織内でのキャリアは、年齢や勤続年数の増加につれて自然に形成されるものではなく、管理者になるための個人の努力が必要となるが(若林, 星野, 2006)、中規模病院では適切なモデルと接する機会が限定される。また、看護師の継続教育のニーズに対する調査から、大規模病院に比べ中規模病院では、費用・時間・人員確保が困難であり施設外への研修参加が積極的に進んでいない現状が明らかになっている(青山ら, 2005)。

## 3. 中規模病院の現状と看護師長の課題

中規模病院の看護師長は、大規模病院とは異なり地域と密着し住民の健康を支える役割を担うことのほかに、複雑な指揮系統の調整をする役割が含まれる(本村, 川口, 2013)。また、看護師長が抱える課題の解決や役割を遂行するための支援体制を確立し、系統的教育が行われている看護組織は多くないという報告もある(河野, 2013)。日本看護協会による継続教育の一貫として、看護管理者教育は、認定看護管理者研修や大学院教育が提示されている。努力義務化されている新人教育に対しても施設間格差が生じていることは、看護師長に対する支援や教育について、施設間での格差は更に広がっていることが懸念される。

研究者が実施した看護部長へのインタビュー調査によると、中規模病院では、看護部管理者は看護師長に対し意識的に組織運営に参加する姿勢と高いコミュニケーションスキルを求めながらも、その機会や体制が整備されていないことを課題としていた(檜原, 2012)。語りの中で看護部長らは、看護の質を向上するための課題を明らかにし組織的に取り組むことが、看護師の定着促進に繋がることを期待していた。一方、組織文化に対しスタッフと共通の認識を持っている看護部長においても、看護部の方針の伝達がスムーズな部署とそうでない部署があることを危惧していた。看護部長らは、看護の質を高めるための理想を持ち現状を改善しようとしても、スタッフに十分伝達できていないことがあり、その理由が看護師長にあるのではないかと懸念していた。看護師長は看護組織の中間管理者として、上下双方向に対するコミュニケーションスキルを駆使することが求められている(Warshawsky, et al, 2013)という指摘と同様に、看護部長は、看護師長に対し、統括部署の運営だけでなく看護部運営に積極的に関わる姿勢を求めている。また、中規模病院の看護師は教育背景が多様であると共に、個人が尊重されていないと感じると組織への定着が阻害される傾向にある(檜原, 長谷川, 2011)。そのため、中規模病院の看護師長には看護師一人一人を尊重し、信頼を寄せ、適切な権限を委譲できることが求められる。

以上のことから、中規模病院の看護師長のリーダーシップには看護部長の目標に沿いつつも、スタッフ一人ひとりが患者の支援者として自律的に創造的に看護できるように役割を果たすことが求められていると考える。

#### 第Ⅳ節. クラウドの特徴

看護師の継続教育の学修環境には、日本看護協会や各県の看護協会が主催する研修や講習、放送大学、大学院教育など様々である。書籍を用いた自己学修、放送大学による学位取得などにより個人的に学修環境を獲得することは可能であるが、組織的に学修環境を整備している施設は少ない(河野, 2013)。中規模病院の看護師らは、経費・時間を費やすことが困難であるため、外部への講習や研修への機会が少なく(青山ら, 2005)、新しい知識の獲得には、負担の少ない学修環境を整備することが必要となる。

クラウドとはサーバーを保持することなくネットワークを構築し、サーバー機能の仮想化によって情報システムを管理できるシステムである。セキュリティを確保することで、インターネット環境があればパソコンでも、スマートフォンでも、タブレット端末でもアクセスが簡便であり、データの共有が可能になる。一方、クラウド環境を活用した学修は個人学修となり、学修計画や課題が個々に設定できるため、学修者が主体的に能動的に学修に取り組む必要がある。

中規模病院では、人材や資材が十分でないことから、研修等への費用投入が進まず、集合研修を頻回に開催することも困難であることが予想される。そこで、クラウド環境を活



用することで学修プログラムを共有し、ネットワークの構築を容易にし、複数の中規模病院の看護師長間で情報共有と、相互支援の体制を構築することも可能となる。

## 第3章 研究の目的と研究方法

### 第Ⅰ節 研究の目的

中規模病院の看護師長が、スタッフに信頼を寄せることができるリーダーとなるために、サーバントリーダーシップを獲得する支援モデルを開発する。本研究では中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することを目的とし、業務に支障の少ない時間の集合研修と自己学修を促進するためのクラウド環境を組み合わせた支援モデルを開発し、その効果を検討することを目的とする。

### 第Ⅱ節 研究の概念枠組み

図1はAshforth(2000)の『役割移行と自身』モデルを基にした研究の概念枠組みである。看護師長は、看護師長の役割を与えられてから自分自身で意味づけをし、コントロールにより中間管理者としてのリーダー役割を担っている。中規模病院の看護師長に支援モデルを導入することによりサーバントリーダーシップを獲得・強化できる。

看護師長にサーバントリーダーシップが獲得・強化されることにより、看護実践環境が改善し、看護師の定着が促進される可能性がある。

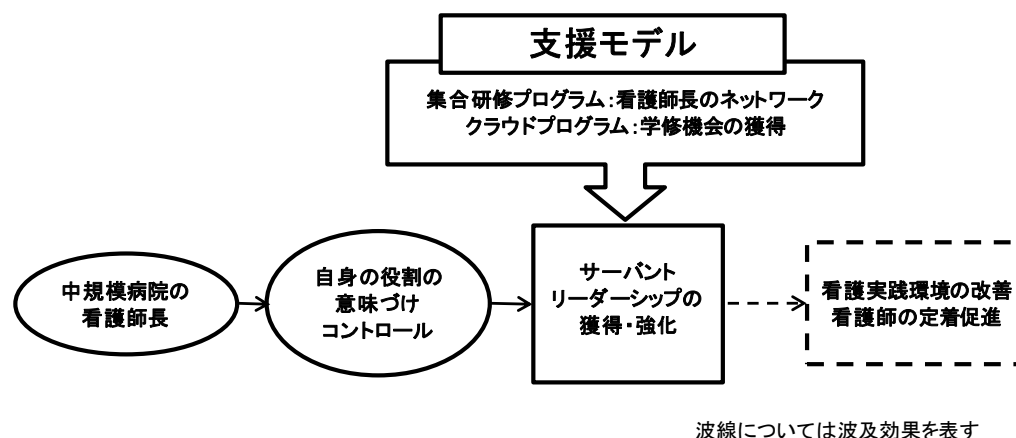


図2 研究の概念枠組み

### 第Ⅲ節 研究の構成

研究の構成は以下のとおりである。

#### 1. 予備研究

中間管理者である看護師長にとって有効なリーダーシップ行動の特徴と課題を考察するために、看護師長を対象に、看護師長のリーダーシップ行動と上司と部下に対する双

方向へのコミュニケーションスキル、看護部に支援してほしい項目の質問紙調査を行う。リーダーシップ行動は、三隅(1984)が開発し集団力学研究所が許諾権を有する『PM 指導行動測定尺度』、コミュニケーションスキルは、上野(2005)によって開発された『看護師のコミュニケーションスキル尺度』を測定する。看護部に支援してほしい項目については研究者が、日本看護協会認定看護管理者学習テキスト(井部編, 2011: 井部,勝原編, 2011 :村上, 木村編, 2011:手島編, 2011:中西編, 2011)から抜粋する。

## 2.第1研究

10年以上の臨床経験を持つ中規模病院の看護師を対象に、看護師長就任のための昇格条件の有無と就任後の支援の有無が、看護実践環境と看護師長の知識獲得の機会にどのような影響を与えているかを検討するために質問紙調査を行う。看護実践環境は、Lake(2002)が開発し緒方ら(2010)が許諾権を持つ『PES-NWI 日本語版』を使用する。看護師長に必要な知識に対する項目は、研究者が日本看護協会認定看護管理者学習テキスト(井部編, 2011: 井部,勝原編, 2011 :村上, 木村編, 2011:手島編, 2011:中西編, 2011)から抜粋する。

## 3.第2研究

予備研究、文献検討、第1研究より得られた示唆から、中規模病院の看護師長には看護部長の目標に沿い、スタッフ一人ひとりが患者の支援者として自律的に、創造的に看護できるように役割を果たせるサーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルを開発する。支援モデルは、看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための学修プログラムを構成するとともに、クラウドを活用した e-learning による学習環境の提供、施設を超えた看護師長ネットワークの構築が可能とするプログラムで構成する。参加協力の得られた看護部長が統括する看護師長に対し支援モデルを実施し、有効性を検討する。

## 第Ⅳ節 用語の操作的定義

- 1)看護師長：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に計画し、1つ以上の看護単位に対し管理責任を担う役職に従事している看護師
- 2)中規模病院：100床以上400床未満の病院
- 3)サーバントリーダーシップ：Greenleaf(2002)が提唱しているサーバントリーダーシップ論を基に、本研究では傾聴、共感、癒し、気づき、説得、概念化、先見力、執事役、人々への成長の関与、コミュニティづくりを属性としてもち、スタッフに対し適切な権限を委譲することができるリーダーシップ。
- 4)看護実践環境：看護実践を促進する、あるいは阻害するような職場環境に起因する組織の特性であり、看護ケアの質に影響を及ぼすもの。病院全体の業務における看護師の

関わり、ケアの質を支える看護の基盤、看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援、人的資源の適切性、看護師と医師との良好な関係で構成される。

5) リーダーシップ行動：三隅(1984)が提唱している PM 理論を基に、P(performance)行動(目標達成)と M(maintenance)行動(集団維持)で構成される。看護師長が認識している自身の行動について、PM タイプを理想的(PM)リーダー、Pm タイプを目標重視(Pm)リーダー、pM タイプをスタッフ関係重視(pM)リーダー、pm タイプを現状維持(pm)リーダーの 4 つに分類する。

6) 定着可能性：平井ら(2003)が開発した、看護師が現在所属している組織に対し、今後も組織に定着する可能性を定着可能群、定着不安定群、定着不可能群に分別するもの。定着不可能群の割合はその後の離職率と強い相関があるとされている。

## 第4章 予備研究：看護師長のリーダーシップ行動の特徴と課題

看護師長は、組織の中間管理者として様々な葛藤を抱えながらリーダー役割を遂行している。また、組織内の円滑な関係を維持するためのコミュニケーションスキルが求められる。看護師長は役割遂行にあたり統括する部署に対しリーダーとしての行動特性を有し、看護部に対する看護部組織の方略を浸透するためにコミュニケーションスキル活用していることが考えられる。看護師長のリーダーシップ行動の特徴と、看護部にどのような支援を求めているかを分析し、支援モデル開発に対する示唆を得る。

### 第Ⅰ節 研究目的

看護師長のリーダーシップ行動の特徴を明らかにし、中間管理者である看護師長に必要なリーダーシップへの課題を考察すると共に、看護師長が求める支援を明らかにする。

### 第Ⅱ節 研究方法

#### 1. 対象

公的な評価として医療機能評価機構の認定を受けている一般病院に区分され、かつ、病床数が200床以上の施設の中から無作為に抽出した205施設に対し看護部長宛に研究依頼の文書を送付した。返信はがきにより看護部長から調査協力の返答を得た77施設の看護師長1,011名を調査対象とした。

#### 2. 調査方法

質問紙による関連比較研究。調査用紙の回収は同封した返信用封筒を用い郵送法で行い、研究者に直接返送した。対象の看護師長には、紙面にて研究の目的、倫理的配慮について説明したうえで質問紙に自記式回答するよう依頼した。

調査期間は2012年12月から2013年2月であった。

#### 3. 調査内容（資料3, p81-84）

個人属性として、所属施設の経験年数、師長経験年数、スタッフ数、管理者教育経験として認定看護管理者講習受講の経験について質問した。

リーダーシップ行動として、三隅(1984)の開発したPM指導行動測定尺度(5段階リッカート)を用い、P(performance)行動(目標達成)と、M(maintenance)行動(集団維持)について質問した。「ほとんど行わない」から「いつも行う」の5段階択一回答を求めた。尺度合計得点を母集団の平均値で区分し、4タイプに分類した。PMタイプを理想的(PM)リーダー、Pmタイプを目標重視(Pm)リーダー、pMタイプをスタッフ関係重視(pM)リーダー、pmタイプを現状維持(pm)リーダーとする。この尺度は、自己評定にも他者評定にも使用で

きるが、自己評定と他者評定にはずれが生じることも指摘されている。しかし、本研究では、看護師長の特徴と課題を明らかにするために、看護師長自身が認識しているリーダーシップ行動を測定することとした。公益社団法人集団力学研究所の使用許諾を得て「PM 調查看護師用フォーム」を使用した。

上司とスタッフに対するコミュニケーションスキルとして、上野(2005)が看護師を対象に開発したコミュニケーションスキル測定尺度(19項目、5段階リッカートスケール)を用い質問した。「当てはまらない」から「当てはまる」の5段階択一回答式で点数化した。サブカテゴリーは「情報収集」「話のスムーズさ」「積極的傾聴」「パーソナルスペース・視野交差」「アサーション」に分類される。開発時の Cronbach  $\alpha$  係数は 0.874 であり信頼性が検証されており、内容妥当性、構成概念妥当性、弁別的妥当性などが検証されている。開発者に使用許諾を得て使用した。

看護部に対し支援してほしい項目を、日本看護協会認定看護管理者学習テキスト(井部編, 2011: 井部, 勝原編, 2011: 村上, 木村編, 2011: 手島編, 2011: 中西編, 2011)から研究者が抜粋した。「現状分析力への支援」「コミュニケーションスキルの向上」「看護実践の可視化」「労働環境の調整」「目標管理の支援」「スタッフの育成・教育支援」「倫理観の熟成」「看護管理観の明確化」について、望んでいる支援の程度について VAS 法で回答を得た。

#### 4. 解析方法

分析は各項目の記述統計、看護師長のコミュニケーションスキルは上司に対する得点とスタッフに対する得点について対応のある t 検定を行った。また 4 つのタイプと看護部に対し望んでいる支援について Kruskal-Wallis 検定、コミュニケーションスキル得点について一元配置分散分析を行った。分析には IBM SPSS19.0 を用いた。

### 第Ⅲ節 倫理的配慮

聖隷クリストファー大学の倫理委員会の承認(倫理審査承認番号 12033)を受けて実施した。対象病院は第三者評価機構である病院機能評価の認定を受けている一般病院に区分されている 1,453 施設の中から病床数が 200 床以上である病院を無作為に抽出した。抽出した対象施設の施設長・看護部長に研究の主旨、目的、方法を明記した文書と返送用ハガキを郵送し、研究参加協力を依頼した。研究協力に同意が得られる場合には看護部長に看護師長の総数を記入したハガキの返送を依頼した。

看護部長から了解の得られた施設の看護師長に対し、文書で研究の主旨、目的、方法、研究への参加・不参加は自らの自由意思に基づき、業務とは無関係であること、結果は統計的に処理し個人が特定されないこと、調査票およびデータの管理は厳重に行うこと、研

究に対する質問がある場合には研究者に連絡が取れるよう連先を説明書に明記し、回答をもって同意とみなした。調査用紙の回収は同封した返信用封筒を用い郵送法で行い、研究者に直接返送できるようにした。調査内容は最小限とし、回答時間を制限しない事で、対象者への負担を軽減するよう努めた。加えて、本研究で調査する内容が、看護管理者としての業務内容や責務などに関係するため、匿名性には十分に配慮し、個人が特定できないことを明確に示す事で、研究協力への業務への影響に関する不安を軽減するよう努めた。

## 第Ⅳ節 結果

### 1. 対象者の属性

配布数 1,011 名のうち回収数 596 名(回収率 59.0%)、有効回答数 553 名であった。対象者が所属する病院の病床数は 60 床から 1,000 床以上、設置母体は国公立、社会福祉法人、医療法人、企業などであった。対象者の平均臨床経験年数は 27.7(±6.0)年、看護師長経験年数は 6.8(±6.1)年であり、統括しているスタッフ数の平均は 26.5(±16.0)名であった。病棟や外来など一看護単位を統括している看護師長が殆だが、100 名近くのスタッフを抱えている看護師長が 4 名、スタッフを直接統括していない看護師長が 14 名であった。

対象者のうち、日本看護協会が主催するファーストレベル受講者は 214 名(38.7%)、セカンドレベル受講者は 216 名(39.0%)、サードレベル受講者は 12 名(2%)であり、未受講者は 93 名(16.8%)、無回答 18 名であった。

### 2. 看護師長のリーダーシップ行動

対象者の PM リーダーシップ行動尺度得点は、P(performance)行動が平均 30.2(±5.3)点、M(maintenance)行動が平均 20.8(±5.4)点であった。本調査での PM リーダーシップ行動の信頼係数 Cronbach'  $\alpha$  は 0.848 であった。対象者の PM 指導型行動尺度得点により、母集団の P 行動得点の平均値以上が P、平均値以下が p、M 行動得点の平均値以上が M、平均値以下が m としそれぞれの組み合わせにより 4 分類した。理想的(PM)リーダー170 名(30.7%)、目標重視(Pm)リーダー95 名(17.1%)、スタッフ関係重視(pM)リーダー99 名(17.9%)、現状維持(pm)リーダー189 名(34.1%)であった。4 つのリーダーシップタイプをスタッフ数、看護師長経験年数、臨床経験年数、日本看護協会の指定する看護管理者認定教育講習受講の有無と比較したが有意な差は見られなかった。

表 3 看護師長のリーダーシップ行動と属性

N=553

	人 (%)	現所属 経験年数 (年)		看護師長 経験年数 (年)		スタッフ数 (人)		看護管理者認定教育受講経験(人)				
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	ファースト	セカンド	サード	未	NA
理想的 PMリーダー	170(30.7)	3.4	3.7	6.6	5.6	26.0	17.5	63	61	5	34	7
目標重視 Pmリーダー	95(17.1)	3.7	4.1	6.8	6.8	25.8	14.1	37	39	1	16	2
スタッフ関係重視 pmリーダー	99(17.9)	3.7	3.5	6.3	5.8	28.0	13.4	35	36	4	19	5
現状維持 pmlリーダー	189(34.1)	3.8	4.5	7.3	6.3	26.6	16.8	79	80	2	24	4

SD:Standard Deviation

Note:看護管理者認定教育受講経験:ファースト:ファーストレベル、セカンド:セカンドレベル、サード:サードレベル講習

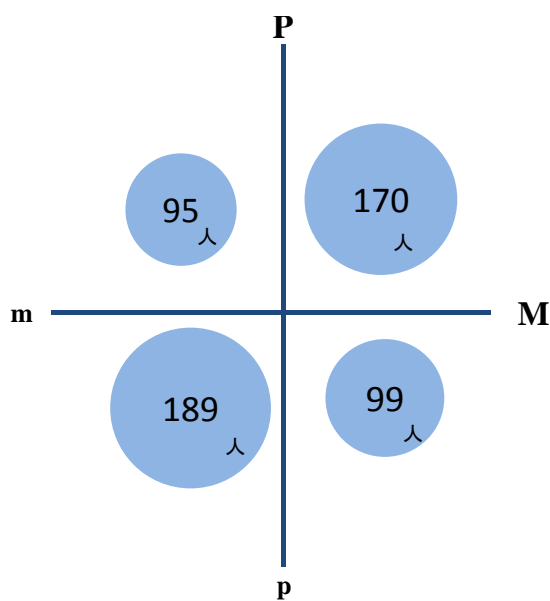


図 3 看護師長のリーダーシップ行動分布図

### 3. 看護師長のコミュニケーションスキル

組織内の円滑な関係維持に求められるコミュニケーションスキル総得点の平均は、上司に対して 64.8(±7.4)点、スタッフに対して 65.5±6.4 点であり、看護師長は、スタッフに対しコミュニケーションスキルをより活用していた。質問項目の内的整合性を示すための Cronbach α 係数は 0.732 であった。

サブカテゴリー別では、上司に対する平均点は「パーソナルスペース・視線」3.8(±0.6)点、「情報収集」3.6(±0.6)点、「積極的傾聴」3.6(±0.6)点、「話のスムーズさ」3.3(±0.7)点、



「アサーションスキル」2.6(±0.7)点であり、スタッフに対する平均点は「パーソナルスペース・視線」4.0(±0.5)点、「情報収集」3.8(±0.5)点、「積極的傾聴」3.8(±0.5)点、「話のスムーズさ」3.3(±0.7)点、「アサーション」2.8(±0.6)点であった。上司に対するコミュニケーションスキル得点とスタッフに対するコミュニケーションスキル得点を比較すると、19項目のうち17項目が、スタッフに対する得点が高かった( $t=2.0\sim 12.2$ ,  $p<0.05$ )。

表4 看護師長のコミュニケーションスキル

N=553						
項目	対スタッフ 65.5 (6.4)		対上司 64.8 (7.4)		t値	
	Mean	SD	Mean	SD		
<b>第1因子 情報収集</b>	3.79	.46	3.63	.55	7.22	**
相手の話を聞いた後に要約をする	3.72	.81	3.36	.90	8.31	**
相手の情報を確認する	3.96	.65	3.79	.73	5.11	**
相手の話を聴きながら問題となる中心を聞く	3.93	.61	3.85	.76	2.55	*
相手の話を聴き問題点を見つける	3.91	.68	3.63	.80	7.57	**
相手の話を聴く時は、時間を考慮する	3.95	.87	3.93	.61	2.01	*
自分の言ったことを相手に確認する	3.49	.84	3.23	1.00	6.01	**
ジェスチャーをまじえて話す	3.59	.89	3.14	1.00	12.21	**
<b>第2因子 話のスムーズさ</b>	3.29	.70	3.26	.73	.93	
話の途中でつまる※	3.45	.97	3.20	.98	5.34	**
言葉がスムーズに出てこない※	3.17	.98	3.07	1.03	2.31	*
話が脱線する※	3.26	.89	3.51	.95	-5.97	**
<b>第3因子 積極的傾聴</b>	3.76	.52	3.57	.59	7.67	**
相手の立場に立った話し方を心がけている	4.12	.66	3.71	.86	10.56	**
相手の話をよく聴く	4.11	.68	4.11	.76	.01	**
沈黙を効果的に用いる	3.09	.85	2.87	.89	5.50	**
<b>第4因子 パーソナルスペース・視線</b>	3.97	.50	3.84	.61	5.10	**
対人距離に留意する	4.00	.70	3.84	.79	4.13	**
視線に留意する	4.07	.73	3.94	.78	3.99	
感情をコントロールする	3.82	.76	3.74	.91	2.03	*
<b>第5因子 アサーション</b>	2.79	.60	2.63	.65	6.08	**
話す時は私が主導権を握ります	2.75	.89	2.14	.84	12.92	**
私は初対面の人とうまく話す	3.06	.95	3.00	1.04	1.87	
自分を主張する	2.55	.82	2.74	.91	-4.20	**

Note: 5段階リッカートスケール ※ 逆転項目 paired t-test \*:  $p<0.05$  \*\*:  $p<0.01$

SD: Standard Deviation

#### 4. 看護師長のリーダーシップ行動別にみたコミュニケーションスキル

看護師長のリーダーシップ行動別にコミュニケーションスキル総得点について一元配置分散分析(Tukey HSD)を用い比較した。スタッフに対するコミュニケーションスキルは、現状維持(pm)リーダーが68.6(±6.1)点で他のタイプと比較して有意に高く( $p<0.01$ )、理想

的(PM)リーダーが 62.4(±6.4)点と他のタイプに比較して有意に低かった( $p<0.01$ )。上司に対するコミュニケーションスキルは現状維持(pm)リーダーが 67.8(±8.0)点で他のタイプと比較して有意に高く( $p<0.01$ )、理想的(PM)リーダーが 61.8(±6.3)点と現状維持 (pm)リーダー、目標重視(Pm)リーダーに比較して有意に低かった( $p<0.01$ )。

## 5. 看護師長のリーダーシップ行動別にみた上司に望む支援

看護部に望む支援として「非常に期待している」を 10、「全く期待していない」を 0 とし数値化した。最も支援が望まれていたのは「労働環境の調整」8.3(±1.5)、次いで「スタッフ育成・教育支援」8.3(±2.0)であった。最も低かったのは「目標管理の支援」7.6(±2.1)であった。質問項目の内的整合性を示すための Cronbach  $\alpha$  係数は 0.916 であった。

リーダーシップ行動別に看護部に望む支援内容を、Kruskal-Wallis 検定によって比較したところ、リーダーシップ行動によって有意な差が見られた( $p<0.05$ )。現状維持(pm)リーダーは全ての項目において他のタイプと比べ、支援を多く望んでいた。「現状分析力」「スタッフ育成・教育支援」についてスタッフ関係重視(pM)リーダーと目標重視(Pm)リーダーの逆転があったが、他の項目は現状維持(pm)リーダー、スタッフ関係重視(pM)リーダー、目標重視(Pm)リーダー、理想的(PM)リーダーの順にポイントが高かった。

表 5 リーダーシップ行動別看護師長が望む支援

N=553					
	全体	現状維持 pmリーダー	スタッフ関係重視 pMリーダー	目標重視 Pmリーダー	理想的 PMリーダー
	Mean SD	Mean SD	Mean SD	Mean SD	Mean SD
労働環境の調整	8.3 1.5	8.8 1.0	8.3 1.5	8.2 1.6	7.8 2.0 **
スタッフの育成・ 教育支援	8.3 2.0	8.8 1.1	8.2 1.6	8.2 1.6	7.9 1.9 **
現状分析力の支援	8.1 1.7	8.6 1.2	7.9 1.8	8.0 1.8	7.7 2.0 **
看護実践の可視化	7.9 1.9	8.4 1.4	7.7 2.1	7.6 2.2	7.6 1.9 **
コミュニケーション スキルの向上	7.7 2.1	8.3 1.5	7.4 2.3	7.4 2.3	7.3 2.4 **
倫理感の熟成	7.8 2.0	8.4 1.5	7.7 2.0	7.4 2.3	7.5 2.3 **
看護管理観の明確化	7.8 1.9	8.5 1.3	7.9 1.9	7.6 2.4	7.3 1.9 **
目標管理の支援	7.6 2.1	8.2 1.6	7.4 2.3	7.6 2.2	7.2 2.4 **

Note: 1～10点VAS Kruskal-Wallis \*\*:  $p<0.01$   
SD: Standard Deviation

## 第V節 考察

### 1. 看護師長の属性とリーダーシップ行動分布

対象者の平均臨床経験年数は 27.7(±6.0)年、看護師長経験年数は 6.8(±6.1)年であり、統括しているスタッフ数の平均は 26.5(±16.0)名であった。100 名近くのスタッフを抱えている看護師長が 4 名スタッフを直接統括していない看護師長が 14 名であった。看護部長が施設の副院長職を兼任し専門看護師や認定看護師の輩出などによって、各分野で専任として担務することが可能である組織体制が整備されている施設もあり(公益社団法人日本看護協会, 2015)、本調査でも看護部の組織体制が多様化していることがうかがえた。

日本看護協会が主催する、看護管理者認定講習のファーストレベル、セカンドレベルの未受講者は 16.8%であった。青山ら(2002)は、スタッフが外部組織で教育を受けるには一定の期間勤務先を不在にすること、資金が必要なことなどから中小規模病院ではその機会が少ないと指摘している。本調査では規模による比較はできないが、看護師長に対しても、外部講習など研修の機会が一律でないことがうかがえた。

リーダーシップ行動の 4 タイプをスタッフ数、看護師長経験年数、臨床経験年数、日本看護協会の指定する認定看護管理者講習受講の有無と比較したが有意な差は見られなかった。看護師長のリーダーシップ行動の分布は、理想的(PM)リーダー30.7%、目標重視(Pm)リーダー17.1%、スタッフ関係重視(pM)リーダー17.9%、現状維持(pm)リーダー34.1%であり、現状維持リーダーの分布が最も多くなった。PM 類型を示す先行研究では、自己評価得点は部下評価より高くなる傾向を示し、PM リーダーの分布が多くなる結果が示されており(三隅, 1984)、本調査の対象者の分布は異なる傾向を示した。看護師長の役割には病院経営の安定のため、ベッドコントロールや資源管理を担うが(門屋, 2009)、独自に裁量権を付与されていることはほとんどない(富永ら, 2012)。看護組織の中で看護師長は管理者の一員であり基盤となるが、企業の中間管理者とは裁量権が異なることが考えられる。しかし、裁量権が付与されていない現場監督者の PM 類型分布とも相違しており、現状維持(pm)リーダーが多いことは、看護師長の特徴であると考えられる。

役割を遂行し役割認識を確立するためには、他者からの適切な評価を得ることが必要であり、役割遂行能力に影響を受けるとされる(Ashforth, 2000)。自己評定として、看護師長に現状維持(pm)リーダーが多かったことは、役割遂行できていないと認識している看護師長が多いためだと考えられる。自尊感情が看護師長の役割遂行に影響を与えるという指摘もあり(山本ら, 2013)、看護師長の自尊感情を維持し、役割認識を促進する支援が必要であるといえる。また、看護師長への支援体制が整備されていない組織が多いことが報告されており(河野, 2013)、看護師長の役割遂行には、組織的な支援が必要であると考えられる。

## 2. 看護師長のコミュニケーションスキルの特徴

看護師長のコミュニケーションスキルは上司と比較しスタッフに対する得点が高く、スタッフへのコミュニケーションが重視されていることが明らかとなった。看護組織を運営するにあたり、看護部の目標や方針がスタッフまで十分に浸透するためには、看護師長のコミュニケーションスキルの発揮が重要になる。看護師長は、統括する部署の課題を見出し対処するためには、スタッフからの情報を多く収集し、アセスメントに結び付ける必要がある(中神ら, 2012)。また、スタッフの学習効果を向上するための教育的かわり以外に、継続的なコミュニケーションも求められている(伊藤ら, 2012)。看護師長は、コミュニケーションスキルの中でも「積極的傾聴」を相手との良好な関係を構築するために重要なスキルであると認識し、スタッフに対し発揮していると考えられた。

看護師長の中で、自分のリーダーシップ行動を低く評価している現状維持(pm)リーダーは他のタイプと比較し、コミュニケーションスキル総得点が高い得点となった。リーダーシップ行動分類では pm タイプは放任主義タイプとして分類され、人間関係の調整をせず、組織成員のモチベーションが向上しないタイプとされる。理想的なリーダーシップ行動が取れていないと認識している看護師長のコミュニケーションスキルが高かったことは、自己の認識と実践が乖離している、または、一般企業と異なり、中間管理者として裁量権や人事権を持たない看護師長にとって、自己の役割をマネジメントと捉え、リーダーシップに対する認識が希薄である可能性もある。組織成員が成熟し、目標達成に向けた意識が高く、自律的に行動できる場合には、短期的にはリーダーがリーダーシップ行動を取る必要が無い場合もある(金井, 2005)。看護師長は、統括しているスタッフが自律的に看護ケアを実施しているため、自己のリーダーシップ行動を発揮していないと認識している可能性も考えられた。

## 3. 看護師長のリーダーシップ行動による看護部に望む支援

看護師長の看護部への支援が最も望まれていたのは「労働環境の調整」であり、次いで「スタッフの育成・教育支援」となった。ワークライフバランスへの周知や理解が深まり(坂爪, 2009)、看護部運営に経営者の理解を得ることが可能な組織では、横断的な人的支援体制を構築している(河野, 2013)。しかし、そのような組織は少ないと考えられ、看護師の労働環境や勤務状況を調整することが、統括する部署内だけでは困難な現状があることが窺える。

新人教育体制は診療報酬において点数化されたこともあり、2010 年以降充実される傾向にある。スタッフ教育は新人以降も継続的に必要であり、中途採用者や短時間勤務者などスタッフの教育背景や勤務形態なども多様になっている。ワークライフバランスが推奨され多様な人材を抱える看護師長は、労務管理や人材育成の課題を抱えているものの、その体制を看護単位で整備するには限界があり、組織的な支援が必要なことが明らかとなった。

#### 4. 看護師長のリーダーシップ行動の特徴と課題

看護師長は看護部とスタッフを結ぶ中間管理者として看護部の打ち出している目標を正しく受け取り、かつスタッフに正しく伝えることが求められる。看護組織の成果目標は、病床稼働率や研修への参加率の向上など具体的な数値で示すことが可能な一方、看護の質向上など可視化が困難なことも多い。スタッフへのコミュニケーションと上司へのコミュニケーションを比較した結果、上司とのコミュニケーションが低く、看護部の掲げる目標を十分に受け止めていない可能性があり、組織運営にとって大きな課題となる。

看護師長のリーダーシップ行動の分布は、現状維持(pm)タイプが最も多く、看護部の掲げる目標がスタッフに提示できていないことが危惧される。あるいは、スタッフが自律的に看護ケアを実践しているため、看護師長自身が看護についてリーダーシップ行動を発揮することが少ない現状を示しているとも考えられる。PM 理論において、組織成員のモチベーションが高く、目標達成スキルが高い場合には pm タイプのリーダーでも一時的な成果は期待できるとしている。しかし、長期的にみると組織成員たちは、そのモチベーションの高さから新たな目標や、より高度な課題達成を求めるようになるため、結局は PM タイプのリーダーシップ行動が必要になる(三隅, 1984)。

スタッフの自律性を尊重している可能性があるものの、リーダーシップ行動が発揮できていない、と認識している看護師長が 7 割を占めていることが課題である。

看護師長は看護部に対し多くの支援を求めている。中でも 3 割以上を占める現状維持(pm)タイプは、看護部への支援をより強く望む傾向があり、日常的な役割遂行について、問題を抱えていることが窺えた。

#### 5. 支援モデル作成に対する示唆

支援モデル作成のための示唆は以下の 2 点である。

第 1 に、看護師長の中で自己評定ではあるものの、リーダーシップ行動が発揮できていない看護師長が 7 割を占めることから、看護師長に対するリーダーシップ教育と支援が必要であると考えられる。

第 2 に、看護部に望む支援の内容から看護師長は、日常業務として行っている労務管理、人材育成において、問題解決への困難さを感じ役割を遂行している可能性が高いと考えられる。

## 第5章 第1研究：中規模病院の看護師長支援と看護実践環境

看護師長は中間管理者であり、組織から役職を付与されその職務役割を遂行するなかで、統括する部署の環境を整備し、看護ケアの質が維持できるよう管理責任を負う。看護師長の役割を獲得し自身と同一化するためには、自身で意味づけし、コントロールするだけでなく看護部からの支援が必要である。看護実践環境は、看護師長の役割遂行能力に影響を受け、看護師長の役割遂行には、組織の昇格条件の有無、看護部からの支援の有無が影響を与えることが考えられる。これらのことから、看護師長の昇格条件、支援の有無が、看護師長が役割遂行に必要な知識やスキルを獲得するための学習機会とスタッフの看護実践環境に与える影響を分析する。

### 第Ⅰ節 研究目的

中規模病院の看護師長就任のための昇格条件の有無と就任後の支援の有無が、スタッフの看護実践環境と看護師長の知識獲得の機会にどのような影響を与えているかを検討する。

### 第Ⅱ節 研究方法

#### 1. 対象

公的な評価として医療機能評価機構の認定を受けている一般病院に区分され、かつ病床が200床以上400床未満の施設の中から無作為に抽出した262施設に対し看護部長宛に研究依頼の文書を送付した。返信はがきにより看護部長から調査協力の上の了承の得られた50施設に勤務する、10年以上の臨床経験を有する看護師1,008名を対象とした。

#### 2. 調査方法

質問紙による関連比較研究。調査用紙の回収は同封した返信用封筒を用い郵送法で行い、研究者に直接返送した。対象者には、紙面にて研究の目的、倫理的配慮について説明したうえで質問紙に自記式回答するよう依頼した。

調査期間は2014年5月から6月であった。

#### 3. 調査内容（資料4, p85-89）

個人属性として、臨床経験年数、職位、看護管理認定研修受講経験、看護系最終学歴について質問した。

看護実践環境として、Lake(2002)が米国におけるマグネット・ホスピタル研究等のデータから開発したPES-NWIを、緒方ら(2010)が翻訳し妥当性、信頼性を検証した『PES-NWI 日本語版』について質問した。項目全体の信頼係数Cronbach'  $\alpha$  0.90、サブスケール毎では0.76～0.86であり内容妥当性も検証されている。この尺度は、病院全体の業務における

看護師の関わり(9項目)、ケアの質を支える看護の基盤(10項目)、看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援(5項目)、人的資源の適切性(4項目)、看護師と医師との良好な関係(3項目)の5つのサブスケールで構成されている。非常にそう思う(4点)～全くそう思わない(1点)までの4段階リッカートスケールであり、サブスケールの平均点を算出する。得点が高いほうが、看護実践環境が良いと判断できる。尺度翻訳者より使用許諾を得て使用した。

看護師長昇格条件として、対象者が認識している自分の所属する病院の看護師長の昇格条件の有無とその内容について、①病院独自の試験や研修の受講、②看護協会の管理者認定研修、③臨床経験年数、④副師長経験年数、⑤学位の中から該当するもの全てを選択し、年数は数字の記載を求めた。また、⑦その他として自由記述を回答できるようにした。加えて、現行の看護師長昇格条件の有無に関わらず、対象者自身が看護師長昇格条件に必要だと思う項目について同様の回答欄を設けた。また、看護師長就任後の支援の有無について質問した。

看護師長に必要なスキルとして、日本看護協会の看護管理学習テキスト(井部編, 2011a: 井部, 勝原編, 2011: 村上, 木村編, 2011: 手島編, 2011: 中西編, 2011)の内容から研究者が抽出した14項目について必要な程度と学習機会について質問した。必要の程度は、絶対に必要、必要、必要ない、全く必要ない、の4段階で回答を求めた。14項目は「労務管理」「関連法規」「情報管理の知識と活用」「看護倫理観の提示」「看護師の自律性の尊重」「リーダーシップの発揮」「組織行動とシステム科学の知識」「問題解決と目標管理の知識」「チーム医療と連携に関する知識」「新人教育・成人教育に関する知識」「ジェネラリストとキャリア開発に関する知識」「コミュニケーションスキル」「ストレスマネジメント」「看護サービスの質管理」とした。

#### 4. 解析方法

分析は各項目の記述統計、個人属性と看護師長に必要なスキル、学習機会について $\chi^2$ 二乗検定、看護実践環境と看護師長昇格基準および看護師長支援の有無についてt検定を行った。分析にはIBM SPSS22.0を用いた。

### 第Ⅲ節 倫理的配慮

聖隷クリストファー大学の倫理委員会の承認(倫理審査承認番号13080)を受けて実施した。予備研究と同様に、対象者へは、文書で研究の主旨、目的、方法、研究への参加・不参加は自らの自由意思に基づき、業務とは無関係であること、結果は統計的に処理し個人が特定されないこと、調査票およびデータの管理は厳重に行うこと研究者の連絡先を説明

書に明記し、回答をもって同意とみなした。

## 第Ⅳ節 結果

### 1. 対象者の属性

看護部長から同意の得られた対象施設の病床数は 100～350 床、設置主体は、市町村等公立、独立行政法人、医療法人、企業であった。50 施設の看護師 1,008 名に郵送し、回収 634 名(回収率 62.9%)、有効回答は 513 名であった。

対象者の職位はスタッフ 157 名、副看護師長 144 名、看護師長 175 名、看護部長・副部長 25 名であり、平均臨床経験年数は 22.1(±7.3)年であった。日本看護協会の看護管理者認定教育講習の受講はファーストレベル 135 名(26.3%)、セカンドレベル 26 名(5.1%)、サードレベル 7 名(0.1%)、受講無 260(39.0%)名、無回答 85 名であった。看護系最終学歴は 425 名(82.8%)が専門学校卒業であり、修士課程修了者は 7 名(0.1%)、認定資格取得者は 11 名(2.1%)であった。修士の学位取得者のうち 1 名はファーストレベルを受講していたが、看護師長で修士の学位を取得していた 3 名は、どの看護管理者認定教育講習も受講していなかった。

表 6 対象者の属性

N=513													
	臨床 経験年数(年)		看護管理者認定教育講習(人)						看護系最終学歴(人)				
	mean	SD	ファースト	セカンド	サード	未	NA	専門学校	短大	大学	修士 課程	NA	
全体	22.1	7.3	135	26	7	260	85	425	46	12	7	23	
スタッフ(164人)	18.7	7.6	7	2	2	125	28	132	18	2	2	10	
副師長(146人)	21.1	6.7	30	1	1	101	13	124	10	4	1	7	
看護師長(178)	25.2	5.9	95	17	0	31	35	152	15	3	3	5	
看護部長・副部長(25人)	29.0	5.4	3	6	4	3	9	17	3	3	1	1	

SD:Standard Deviation

Note:看護管理者認定教育講習 ファースト:ファーストレベル、セカンド:セカンドレベル、サード:サードレベル講習

### 2. 看護師長昇格条件、支援の有無

所属する施設に師長昇格条件があると回答したのは 279 名(57.2%)であった。師長昇格条件について、136 名(27.9%)が病院独自の試験や研修が必要、136 名(27.9%)が看護協会での研修が必要であると回答し、両方の研修受講が必要であるとしたのは 58 名(11.9%)であった。また、師長昇格条件として臨床経験年数を挙げたのは 68 名(13.9%)であり、36 名(7.3%)が 10 年以上、18 名(3.6%)が 5 年以上、10 名(2.0%)が 15 年以上の臨床経験が必要としていた。副師長の経験年数が必要であると回答したのは 52 名(10.7%)、学位(学士)が必要であると回答したのは 6 名(1.2%)であった。昇格条件があるとしているが、60 名



(12.2%)は条件についての回答が選択されておらず、自由記述として部長等からの推薦、院内人事評価、系列機関の人事評価等と回答しているものがあつた。

所属する施設での現行の師長昇格条件の有無に関わらず、看護師長昇格に必要なと思う条件について回答を求めたところ、最も多かったのは看護協会主催の研修受講 307 名(62.9%)、次いで病院主催の研修受講 217 名(44.4%)であつた。昇格に必要な臨床経験年数は 10 年以上が 104 名(21.3%)と最も多く、次いで 15 年以上、20 年以上、5 年以上であつた。看護師長昇格条件には学位が必要であると回答したのは 31 名(6.3%)であつた。

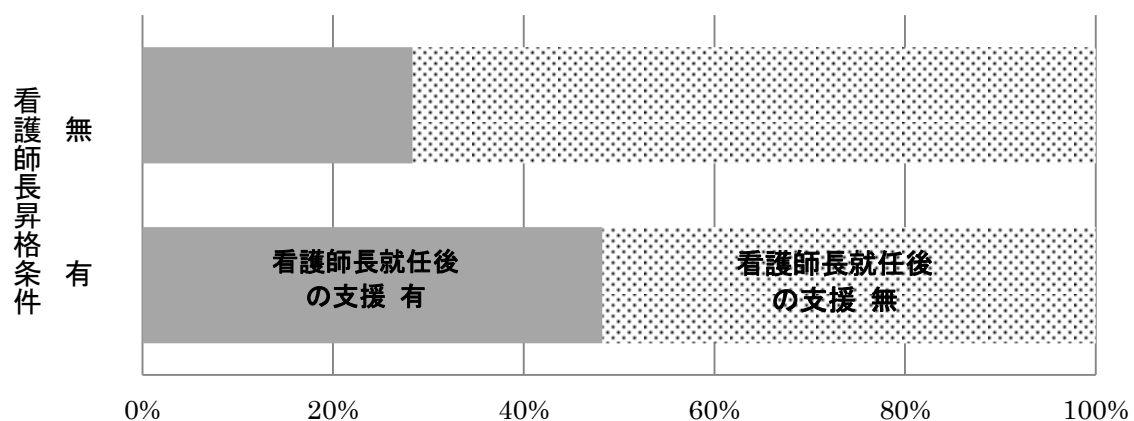
所属する施設に看護師長の支援があると回答した看護師は 165 名(33.8%)であり、看護師長 71 名(41.8%)は支援が有ると回答していた。看護師長の昇格基準の有無と、就任後の支援の有無を比較すると、看護師長昇格基準が有る方が、就任後の支援が有と回答していた( $\chi^2=14.200$ 、 $df=1$ 、 $p<0.001$ )。

表 7 看護師長昇格条件の有無、就任後の支援の有無

N=488

	師長 昇格条件 無 (人)	師長昇格条件有					就任後の 支援無 (人)	就任後の 支援有 (人)	就任後の 支援 NA(人)
		病院の 試験・研修 (人)	看護協会 研修(人)	臨床経験 (人) (平均年数±SD)	副師長経験 (人) (平均年数±SD)	学位 (学士) (人)			
スタッフ(164人)	62	66	44	16(7.8±2.5)	8(3.4±1.2)	3	82	49	33
副師長(146人)	69	33	45	16(11.6±4.4)	11(4.2±1.2)	2	89	45	12
看護師長(178)	78	37	47	16(9.1±3.2)	11(3.4±1.8)	1	99	71	8

SD:Standard Deviation



Note  $df=1$  Pearson  $\chi^2=18.751$   $p<0.001$

図 4 看護師長昇格条件の有無と就任後の支援の有無

### 3. 看護実践環境

本調査で使用した PES-NWI 日本語版尺度の信頼性係数は項目全体では Cronbach'  $\alpha$  0.90、サブスケールでは 0.72～0.81 であった。看護実践環境の全体の平均は 2.6( $\pm$  0.4)点、5つのサブスケールの平均は「病院全体の業務における看護師の関わり」2.3( $\pm$  0.4)点、「ケアの質を支える看護の基盤」2.6( $\pm$  0.4)点、「看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援」2.7( $\pm$  0.5)点、「人的資源の適切性」2.1( $\pm$  0.5)点、「看護師と医師との良好な関係」2.5( $\pm$  0.6)点であった。スタッフ、副師長、師長の3群の平均点を一元配置分散分析によって比較すると「病院全体の業務における看護師の関わり」、「ケアの質を支える看護の基盤」、「看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援」、「看護師と医師との良好な関係」の4つのサブスケールで師長の点数が有意に高かった( $p < 0.05$ )。

### 4. 看護師長昇格条件の有無と、支援の有無による看護実践環境の比較

看護師長昇格条件の有群と無群、支援の有群と無群についてそれぞれ看護実践環境の平均点を比較した。所属している施設に看護師長の昇格基準がある群は、昇格基準が無い群に比べサブスケールすべてにおいて平均点が高く( $p < 0.05$ ,  $t = 1.77 \sim 3.78$ )、就任後の支援有群は、支援無群に比べ看護実践環境のサブスケール全てにおいて平均点が高かった( $p < 0.05$ ,  $t = 3.22 \sim 7.79$ )。

表 8 看護実践環境サブスケールと師長昇格基準の有無、就任後の支援

N=488								
	昇格条件		t値		就任後の支援		t値	
	有	無			有	無		
病院全体の業務における 看護師の関わり	2.4	2.2	3.544	**	2.5	2.2	7.794	**
ケアの質を支える 看護の基盤	2.7	2.6	3.872	**	2.8	2.6	6.470	**
看護管理者の力量、リーダーシップ、 看護師への支援	2.8	2.7	2.693	**	2.9	2.6	5.817	**
人的資源の適切性	2.2	2.1	1.773		2.2	2.1	3.222	**
看護師と医師との 良好な関係	2.5	2.3	3.730	**	2.6	2.3	5.608	**

Note : PES-NWI 日本語版 4段階リッカートスケール t-test \*\*:  $p < 0.01$

### 5. 看護師長に必要なスキル

看護師長に必要なスキル 14 項目全てについて、対象者の 95%以上が必要であると回答していた。その中でも、コミュニケーションスキル(56%)、看護倫理観の提示とリーダーシップの発揮(50%)、労務管理能力(49%)は凡そ半数が絶対に必要であると回答し、職位間で有意な差は見られなかった。14 項目の学習回数を職位別に比較すると、看護師長の学習回数がスタッフナース、副看護師長に比べ有意に多かった( $\chi^2 = 56 \sim 206$ ,  $df = 8$ ,  $p < 0.01$ )。

また、看護師長のうち 93 名(51.4%)は、必要なスキル 14 項目全てにおいて学修機会が 1 回以上持ち、162 名(91.5%)の看護師長は 7 項目以上について学修機会を持っていた。看護師長の支援の有群と無群を比較すると【問題解決と目標管理に関する知識がある】に対する学習回数は、支援有群が支援無群に比べ有意に多かった( $\chi^2=7.17$ ,  $df=2$ ,  $p<0.05$ )が、他の 13 項目では有意な差が見られなかった。半数以上の看護師長は、「リーダーシップ」「コミュニケーションスキル」「新人教育・成人教育」「問題解決と目標管理」「看護倫理観」「看護サービスの質向上」「ストレスマネジメント」について知識を獲得する機会を得ていた。

表 9 看護師長に必要なスキルの学習機会と就任後の支援

看護師長に必要なスキル	就任後の支援						N=178	
	有 (71人)			無 (107人)			Pearson $\chi^2$	
	学修機会(人)			学習機会(人)			$\chi^2$	df
	2回以上	1回	無	2回以上	1回	無		
リーダーシップを発揮することができる	63	8	0	81	24	2	4.253	2
コミュニケーションスキルがある	58	12	1	74	24	9	4.553	2
新人教育、成人教育について知識があり人材の育成ができる	54	13	3	65	27	15	5.090	2
問題解決や目標管理に関する知識がある	57	12	2	65	37	5	7.174	2 *
看護倫理観があり、医療スタッフに提言できる	53	15	3	63	36	8	5.877	2
看護師の自律性を尊重できる	43	38	23	36	23	15	1.089	2
看護サービスの質の向上に努めることができる	41	25	5	47	42	18	3.857	2
ストレスマネジメントの知識がある	40	25	6	50	39	18	2.923	2
チーム医療と連携について知識がある	48	16	6	53	35	19	5.403	2
情報管理の知識があり、人的・財的・リスク管理ができる	32	32	7	44	40	23	2.365	2
関連法規の知識がある	25	37	9	39	41	27	2.745	2
ジェネラリスト教育とキャリア開発に関する知識がある	30	31	10	36	48	23	1.563	2
労務管理に関する知識があり、適切な人的管理ができる	38	27	6	48	37	22	4.131	2
組織行動とシステム科学に関する知識がある	23	35	13	34	37	36	4.259	2

Note Pearson  $\chi^2$  \*:  $p<0.05$

## 第 V 節 考察

### 1. 中規模病院の看護師長昇格条件と支援

看護師としての中期キャリアを有し、看護実践者として所属する看護単位の中で役割を持つであろう 10 年以上の臨床経験を有する看護師を対象に調査を実施した。対象者の 183 名(36.0%)は施設外の長期研修を受講しており、その内訳は、看護協会主催の看護管理者研修 168 名(32.7%)、看護管理者研修以外の認定資格取得者 11 名であり、修士の学位取得者が 7 名(1.3%)であった。ファーストレベル研修は、講習期間が 3 ヶ月であり、セカンド

レベル研修、サードレベル研修、修士課程と比べ短期であるが、受講者は 135 名(26.3%)に留まっていた。

日本看護協会はジェネラリスト、スペシャリストを目指す看護師を育成するための指針を改定し(公益社団法人 日本看護協会, 2012)、中小規模病院に対してもクリニカルリーダー制を取り入れるよう推奨している。指針が示す管理者教育は、日本看護協会が主催する認定管理者教育課程および大学院での看護管理学専攻が相当している。中規模病院では、看護部長らの認定看護管理者は 25 名中 4 名(16%)、セカンドレベル修了者 6 名(24%)に留まり、看護管理者としてロールモデルとなり得る人材が施設内に少ないことが推察された。36.0%の看護師長は、管理者認定研修の受講が無く修士課程も修了していなかった。副師長に至っては 79.1%が管理者教育を終了していないことから、中規模病院では施設外への研修受講が進まない現状は、10 年前の先行研究(青山ら, 2005)と合致していた。

対象とした施設は、市町村等公立、医療法人、独立行政法人、企業法人など設置主体が様々であり、設置主体の人事昇格制度の有る施設もあった。看護師長への昇格条件が有る施設では、施設内で実施する試験の合格や研修の終了、あるいは看護協会での研修受講を条件としていた。看護師長と副師長を比較すると、看護師長の認定看護管理者研修への参加が多いことから、施設内での看護師長への明確な昇格基準が示されていない施設においても、ファーストレベル研修に参加することが看護師長昇格の前提条件になっていることが推察された。一方、昇格基準はある、と回答しながらも該当する条件を選択していない回答の中に、条件はあると思うが良くは知らないという自由記述もあり基準が明確に周知されていない施設があることがうかがえた。

本調査では、看護師長就任後の支援があると回答したのは 165 名(33.8%)に留まり、多くの看護師長の役割認識の維持が困難な現状が懸念された。一方、半数以上の看護師長が多くの知識を得るための機会を持っていることから、中規模病院の看護師長はロールモデルの存在も少なく、支援を得にくい現状の中、自ら知識を獲得することで、自尊感情を維持し、役割を遂行していると推察された。新人教育や継続教育への期待が高まる中、看護師を統括する看護師長の役割遂行能力が重要となっている(坂元, 山田, 2012; 高谷, 2010)。看護師長に必要なスキル 14 項目は全てにおいて必要であると認識されていた。学習回数も看護師長はスタッフらと比較し多くあり、知識を獲得する姿勢がうかがえた。しかし、看護師長の支援と学習回数の比較において有意な差は見られなかったことから、研修に参加するのは看護師長の役割遂行のための自己研鑽のためだと考えられる。他者からの支援や協力があり自己の役割認識の保持が可能であれば動機づけが促進され役割を維持できる(山本ら, 2013)という報告があることから、自己研鑽している看護師長の役割遂行過程において、支援が受けられていないことは、動機づけが阻害され、自尊感情の低下を招く危険性がある。

看護師長への昇格基準として、所属する施設での試験や研修と回答している看護師が

147名(30.1%)おり、中規模病院において管理者育成教育を組織で取り組み始めている施設は3割程度であると推察された。7割の中規模病院では管理者育成のための環境を施設単独で整備することは困難であり、昇格後の支援を組織的に整備することはより困難な状態である可能性が高い。自ら学習機会を捉え、知識の獲得に努めている看護師長の役割を推進し、自尊感情を維持するためには、看護師長への支援に資金や人材を投入できない現状を考慮した方略が必要となる。

## 2. 看護師長昇格条件と支援体制が看護実践環境に与える影響

看護師長への昇格基準や看護師長就任後の支援の有無によって、看護実践環境を示すPES-NWI 日本語版尺度得点に有意な差が見られた。サブスケール「病院全体の業務における看護師の関わり」、「看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援」は、就任後の看護師長への支援の有無の比較による点差のほうが昇格の有無の点差より大きかった。看護師長への支援が有る施設では、看護師長の管理者としての力量やリーダーシップがあると認識され、看護実践環境が整備される傾向にあるといえる。Higdon ら(2013)の米国マグネット認定病院の調査分析では、看護師数が少ない病院でも、看護管理者のリーダーシップが発揮されることで、患者のリスクは軽減し看護ケアの向上が期待できることが明らかとなっている。

中規模病院の看護師長には、「コミュニケーションスキル」「看護倫理観があり医療スタッフに提言できること」「リーダーシップを発揮すること」が他のスキルより切実に求められていた。看護ケアにおいて日常的に葛藤を抱えるスタッフには、適切な看護倫理観に基づいた判断基準が必要となる。10年以上の臨床経験を有するスタッフにとっても看護倫理観を提示でき、コミュニケーションを活用するリーダーシップが看護師長に求められていた。これは、新人を対象にしても、中堅を対象にしてもスタッフが困難な場面に遭遇した時に、看護師長のスタッフに対する支援が必要であるという報告(里光ら, 2013; 塚本, 結城, 船木, 田中, 山口, 2009; 高谷, 2007)と合致していた。看護師長が明確な看護倫理観を持ち、スタッフと共有できるような円滑なコミュニケーションを取ることができれば看護実践の支援に繋がることが示唆された。

地域住民のニーズに沿った医療を担うと共に、インフォーマル組織の影響力が強い中規模病院で勤務するスタッフの看護判断の指標となるためには、看護師長が看護倫理観を明確に掲げることが必要であり、リーダーシップの発揮がスタッフの支援に繋がることが期待できる。看護部は、スタッフを支えている看護師長を支援する方略を考え実践することが求められる。また、支援されている看護師長が看護部から支えられていることを自覚することで、組織方略がスタッフまで浸透し、看護実践環境が改善することが可能となる。中規模病院において、看護師長を支援する組織体制を構築することで、スタッフの看護実践環境を整えることに繋がることを期待できる。

### 3. 中規模病院の看護師長に必要な支援モデル作成への示唆

看護師長に対する看護部の承認と支援は、看護実践環境に影響を与えており、看護師長への支援が有る組織では看護実践環境が整備されていることが明らかとなった。また、中規模病院では施設内で看護師長を支援する体制が整備することが困難であっても、看護師長は自己の役割遂行のために、知識を得る努力をしている可能性が示唆された。

支援モデルには、看護師の人材育成やキャリア支援、看護倫理観に基づいたリーダーシップ、他職種との円滑なコミュニケーションスキルなど看護師長が得ている知識を統合し、実践へと移行するためのプログラムを内包することが必要である。

中規模病院単独では、看護師長に対し組織的な支援体制を整備することが困難なため、導入が簡便であり、組織横断的で、かつ経費や時間を節約できる支援モデルを開発する必要がある。

## 第 6 章 第 2 研究:サーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルの開発と評価

予備研究により、看護師長は、看護師の自律性を尊重している可能性があるものの、7割の看護師長がリーダーシップ行動を発揮できておらず、看護師長に対するリーダーシップ教育・支援体制が必要であり、日常業務として行っている労務管理、人材育成において、問題解決への困難さを感じ役割を遂行している可能性が高いことが示唆された。

第 1 研究の結果より、中規模病院では看護師長昇格条件を有する組織では師長就任後にも支援を受けていると認識しやすく、スタッフの看護実践環境が整備される傾向が明らかとなった。加えて看護師長は知識を獲得するために努力しているものの、組織的な支援ができる施設が限られていることが明らかとなった。

予備研究、文献検討、第 1 研究より得られた示唆から、中規模病院の看護師長には看護部長の目標に沿い、スタッフ一人ひとりが患者の支援者として自律的に、創造的に看護できるように役割を果たせるサーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルを開発する。中規模病院では、多額の経費や時間の投入には限界があり、単独施設で教育・支援体制を整備することは困難となる。看護師長を支援するためには、組織を問わずネットワークが構築され、看護師長が支援を受けているという実感を得ることができる方略が必要となる。

### 第 I 節 研究の構想図

#### 1. 研究の構想図

中規模病院の看護師長には、看護部長の目標に沿い、スタッフ一人ひとりが患者の支援者として自律的に、創造的に看護できるように役割を果たせるサーバントリーダーシップを獲得することが必要である。看護師長は役割遂行のために知識の獲得に努めており、その知識を実践へと移行することが必要となる。看護師長個々の学修を促進すると共に、看護部の目標を共有するために、看護部全体で看護師長が抱えている課題を共有する機会を提供するためのプログラムを組み入れることとする。

また、看護師長を支援するために、中規模病院でも導入が可能な経費や時間を節約できる方法を開発する。

以上のことから看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための学修プログラムを構成するとともに、クラウドを活用した e-learning による学習環境の提供、施設を超えた看護師長ネットワークの構築が可能となる中規模病院の看護師長を支援するモデルを開発する。

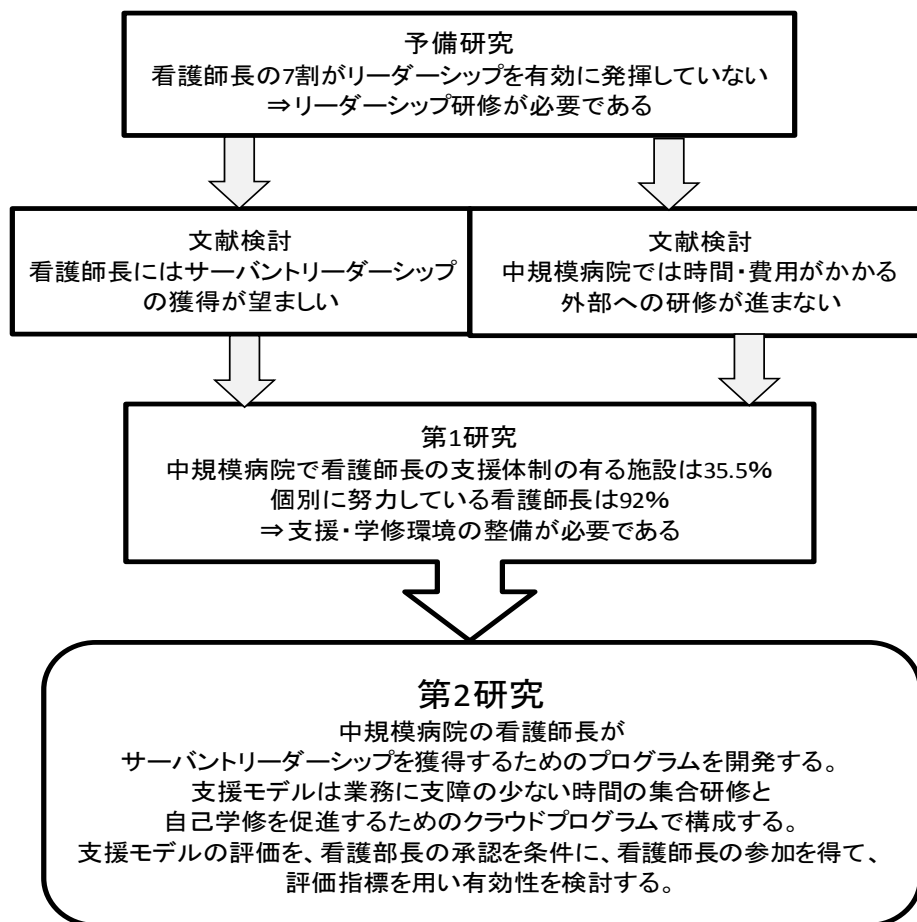


図 5 研究の構想図

研究のデザインは看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルを開発し、中規模病院の看護師長に介入する介入研究である。支援モデルとは、看護師長の学修機会の獲得を促進し、看護師長のネットワーク構築を目指すモデルであり、看護部長の支援モデルへの理解と集合研修プログラムへの参加、集合研修プログラム、クラウドプログラムを包括したものとする。

## 第Ⅱ節. 研究目的

本研究の目的は以下の3点である。

- 1.中規模病院の看護師長を支援するために、予備研究、文献検討、第1研究で得られた結果を基に支援モデルに必要な集合研修プログラム、クラウドプログラムを作成する。
- 2.中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルを展開する。
- 3.支援モデルの介入前後に同一の評価指標を用い測定し結果を比較することで、支援モデルの有効性を検討する。



### 第Ⅲ節 支援モデルの作成過程と評価方法

#### 1. 支援モデルの構成と展開方法

開発する支援モデルは、中規模病院の看護師長に対し、費用と時間の負担を軽減できるよう考慮し、集合研修プログラムとクラウドプログラムの2部構成とした。一方的な講習だけでは看護師長の理解を促進し実践に結び付けることが困難なことが予想されたため、集合研修プログラムでは、役割認識の促進と能動的な学修を期待し、参加者間でのディスカッションを組み込むこととした。また、自己学修を促進するためのクラウド環境によるe-learningを活用することとした。

集合研修プログラムは講習45分、ディスカッション45分の合計90分で構成し、4回実施する。また、クラウド環境を活用したe-learningでは、講習終了時から講習内容のパワーポイントスライドの閲覧、講習内容を教材にした講習資料、ディスカッションで使用するワークシートの閲覧とダウンロードを可能にした。

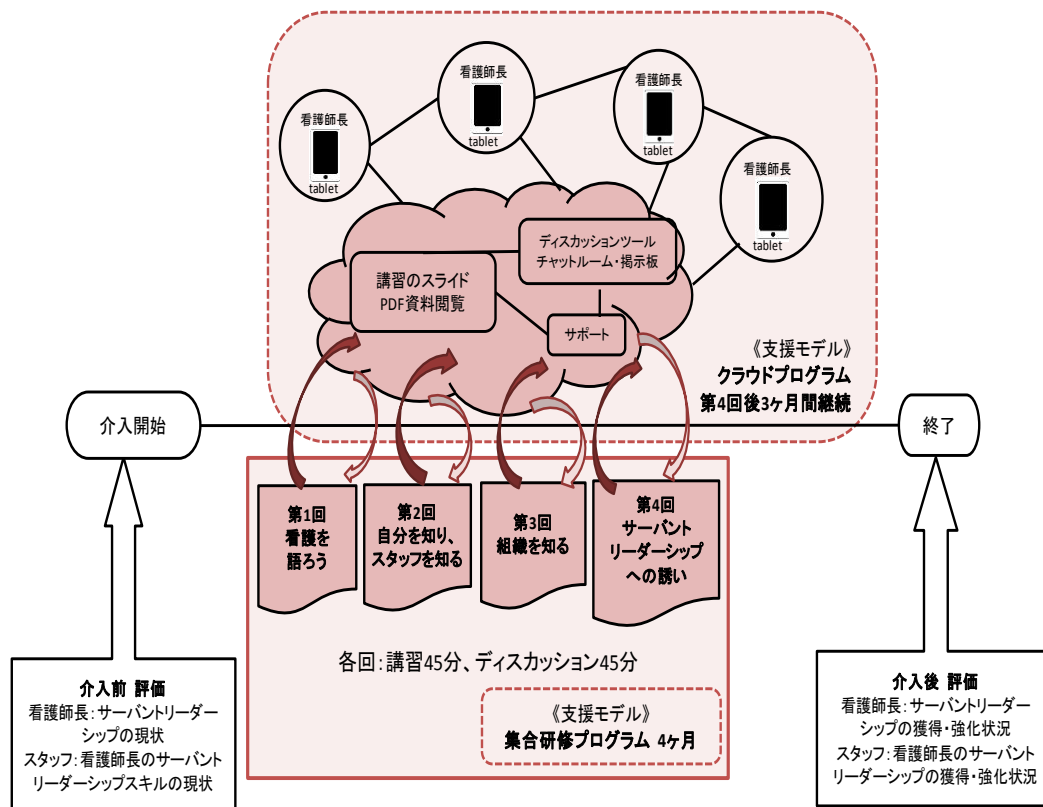


図 6 支援モデルの介入方法と評価

看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルとして、支えられているという認識を強固にするために、看護部長が支援モデルへの理解と同意を示し、支援モデルの中の集合研修プログラムに参加し協力が得られることを前提とした。

## 2. 支援モデルへの参加者募集方法

第1研究で協力を得られた看護部長の中で、看護師長教育に興味があると返信はがきに記載のあった看護部長 11 名に対し、支援モデル、対象者に対する倫理的配慮、支援モデルの評価方法について文書を用い説明した。看護部内での検討期間を設け組織で了承が得られた3施設の看護部長とプログラムの実施時期、実施期間について相談し、看護師長への説明日の調整を依頼した。

研究参加への協力依頼は、対象となる看護師長全員に対し支援モデルの内容、対象者に対する倫理的配慮、支援モデルの評価方法についてパワーポイントスライドを用い説明すると共に、文書でも説明し同意書を2部配布した。同意書は、研究参加に同意する場合には署名欄に記入し研究者に直接を送付することとした(資料5, p90-91)。研究に参加しない看護部長も、看護部の研修プログラムとしてプログラムへの参加は妨げないこととした。研究者が設定したIDとパスワードを各施設の看護部長に委譲すること同意書は本人と研究者が保管することで、研究参加者か否かが研究者並びに看護部長に特定できないようにした。

支援モデルについて説明し、参加協力を依頼した看護師長は37名であった。

## 3. 支援モデルの評価方法

### 1)看護師長のサーバンントリーダーシップスキル獲得状況の自己評価

支援モデルに参加する看護師長に対し、支援モデル参加前にはサーバンントリーダーシップスキルの現状、支援モデル参加後にはサーバンントリーダーシップスキルの獲得、強化状況を把握するため支援モデル介入前後に同じ質問紙調査(資料6, p92-95, 資料7, p96)を実施し、得点の差異を比較する。

### 2)看護師長のサーバンントリーダーシップスキル獲得状況の他者評価

支援モデルに参加した看護師長が統括する部署のスタッフに対し、看護師長のサーバンントリーダーシップスキルについて支援モデル介入前後に質問紙調査(資料8, p97-101Ⅱ, 資料9, p102)を実施し、得点の差異を比較する。

### 3)スタッフ看護実践環境の評価

看護師長のリーダーシップが発揮される成果として、スタッフの看護実践環境が整備されることが期待される。看護実践環境を測定する尺度は第1研究と同様、Lake(2002)が米国におけるマグネット・ホスピタル研究等データから開発したPES-NWIを、緒方ら(2010)が翻訳し妥当性、信頼性を検証したPES-NWI日本語版を用いた。看護師長が統括する部署のスタッフに対し、支援モデル介入前後に質問紙調査を(資料8, p97-101Ⅰ, 資料9, p102)実施し、得点の差異を比較する。

### 4)看護師の職場への定着可能性

看護師長のリーダーシップが発揮される成果として、看護師の離職を抑制されたと考え、

平井(2003)が開発した看護師の定着可能性測定尺度を用い定着可能性を測定(資料 8, p97-101Ⅲ, 資料 9, p102)し、差異を比較する。

#### 5).評価指標

サーバントリーダーシップスキル得点は NPO 法人日本サーバントリーダーシップ協会が策定したサーバントリーダーシップの 53 項目の使用許諾を得て使用した。

看護実践環境は第 1 研究で使用した PES-NWI 日本語版の使用許諾を得て使用した。

看護師の定着可能性は、スタッフの職場への定着可能性として平井(2003)が開発した看護師の定着可能性分析尺度の使用許諾を得て使用した。この尺度は、尺度開発において Cronbach'  $\alpha$  係数 0.829、実際の調査同年の離職率と定着不可能タイプの割合の一致率は 0.79 と高い信頼性妥当性を得ている。

また、支援モデルに参加した看護師長の意見としてテキストデータを抽出した。

### 第Ⅳ節 倫理的配慮

#### 1. 支援モデル参加者への倫理的配慮

本研究は、聖隷クリストファー大学の倫理委員会の承認(倫理審査承認番号 14061)を受けて実施した。詳細は以下のとおりである。

##### 1)研究参加依頼方法と同意を得る方法(資料 5, p93-94)

本研究の対象者は、手続き上、看護部といった権威的部署からプログラム参加の依頼がなされることによって強制的な印象を持つことが考えられる。プログラム参加者へはプログラムの概要、意義、目的についてパワーポイントスライドを用い口頭で説明すると共に、文書にて、プログラム及び研究への参加は自由意思であり、中断も自由であること、不参加や中断による不利益は一切ないことを保証し、業務評価とも無関係であることを明記し、同意書をもって同意とすることとした。同意が得られる場合には同意書 2 枚に署名し、1 枚は研究者に直接郵送し研究者が保管、1 枚は研究参加者本人の保管とした。

##### 2)心身の負担への配慮

対象者を質問紙調査により時間的に 20 分程度拘束し身体的負担、心理的負担が生じる可能性がある。対策として調査内容は最小限とし、回答時間を制限しない事で、対象者への負担を軽減した。加えて、本研究で調査する内容が、看護管理者としての業務内容や責務などに関係するため、匿名性には十分に配慮し、個人が特定できないことを文書に示す事で、研究協力によって業務への影響に関する不安を軽減するよう努めた。

##### 3.)対象者のプライバシーの確保

支援モデルの有効性の評価のために前後比較することが必要なため、対象となる看護師長には ID 用シール 2 枚とスタッフナース用のプログラム介入前用質問紙 30 部、プログラム参加前後用質問紙、同じ番号を記した返信用封筒を研究者に番号が分からないようにプ

ログラム開始前に看護部長に配布を依頼した。研究者が設定した ID とパスワードを各施設の看護部長に委譲すること、同意書は本人と研究者が保管することで、研究参加者か否かが研究者並びに看護部長に特定できないようにした。同様の番号が記載された ID 番号シールを質問紙調査用紙の文末に対象者自身で貼付してもらうよう依頼した。質問紙に貼付された看護師長の ID とスタッフナースからの返信封筒 ID を一致させることで介入前後、および看護師長の自己評価とスタッフナースからの他者評価とした。クラウドプログラムでは、個人情報 は明記せず、個人が特定されることのないようにした。

#### 4) 結果の公表の仕方

研究成果は関連学会での学会発表、および、学術雑誌への投稿によって公表するが、研究対象者や施設の名前が特定されるような記述はしないことを明示した。

#### 5) 研究者への連絡方法

研究者の連絡先を明記した文書を対象者に渡し、対象者に倫理上の問題点及び何らかの不利益が生じた場合にはいつでも直ちに対応できるよう配慮した。

## 2. データの取り扱い

クラウドプログラムへのアクセスには個人が特定されることのない ID を附した。クラウドプログラムの管理は、研究者が行うよう設定した。介入評価のための質問紙調査用紙は本研究以外には使用せず、一定期間施錠できる場所に保管し期間終了後にデータの消去を行う。

## 第 V 節 結果

### 1. 支援モデル参加者の概要

看護部長に了解を得られた 3 施設の看護師長 37 名を対象に研究依頼を行った結果、35 名から研究参加への同意を得ることができた。支援モデルに参加する看護師長が統括する部署に所属するスタッフナースは 455 名であった。3 施設の看護部長は日本看護協会認定看護管理者研修サードレベルの受講を終了し、認定看護管理者の認定を受けている、もしくは申請中であった。

集合研修プログラムは、看護部長に了解を得たことにより、看護部の看護師長研修として開催し、所属する看護師長 37 名が講習・ディスカッションを受講した。

支援モデルへの参加者の概要を表 10 に示した。支援モデルへの参加協力に同意した看護師長は 35 名であり、支援モデル開始前の質問紙調査へ回答があった看護師長は 35 名(回収率 100%)、スタッフ 294 名(回収率 64.6%)であった。支援モデル参加後の質問紙調査への回答があったのは、看護師長 33 名(回収率 89.1%)、スタッフ 260 名(回収率 57.1%)であった。分析対象とした看護師長 33 名のうち、看護部に所属しスタッフを持たない看護師

長は9名であった。

表 10 支援モデル参加者の概要

支援モデル参加者(N=35)			分析対象者(N=33)	
看護師長				
看護系最終学歴	(人)		(人)	
専修学校	28		23	
短期大学	5		5	
大学	1		1	
修士課程	0		0	
その他	0		0	
	Mean ±SD		Mean ±SD	
臨床経験年数(年)	27.8 ±5.07		28.2 ±6.3	
看護師長が統括するスタッフ	N=294		N=260	
看護系最終学歴	(人)		(人)	
専修学校	230		209	
短期大学	39		30	
大学	17		11	
修士課程	2		0	
その他/NA	7		4	
	Mean ±SD		Mean ±SD	
臨床経験年数(年)	15.8 ±8.9		16.2 ±9.2	

SD:Standard Deviation

SD:Standard Deviation

## 2. 支援モデルの介入期間

集合研修プログラム実施期間：2015年3月～2015年6月

クラウドプログラム実施期間：2015年3月～2015年10月

集合研修プログラムの開始と同時にクラウドへのアクセスを可能にし、研究者と看護師長のコミュニケーションツールを稼働する。クラウドプログラムは、集合研修プログラム第4回終了後から3か月後までを実施の目安とした。

## 3. 作成した支援モデルの具体的内容

支援モデルは、中規模病院の看護師長に対し、費用・時間負担を軽減できることを考慮し、集合研修プログラムとクラウドプログラムの2部構成とした。

集合研修プログラムは、業務に支障の少ない時間による集合研修として位置付け、知識の獲得と既習知識の統合を目指した。講習内容は、予備研究、文献検討、第1研究で得られた結果から、中規模病院の看護師長にはサーバントリーダーシップを発揮することが求められていると考えられたため、サーバントリーダーシップへの興味関心を持てるような構成とし、リーダーシップ論、キャリア開発、人材管理、組織文化論、コミュニケーションスキルの内容を含めた。また、看護師長の役割認識が保持・促進されるよう、集合研修プログラムではディスカッションを取り入れ、看護観を語る機会や看護師長が抱える課題

を共有できる場を設定した。自己学修の期間に余裕を持たせるためプログラムの間隔は 2～4 週間とし、参加協力を得られる看護部長と日程を調整し実施することとした。

クラウドを活用した支援として、外部からのアクセス環境とセキュリティ環境が整備された e-learning システムを利用することで自己学修を促進し、相互コミュニケーションが可能になるプログラムを作成した。

### 1) 集合研修プログラム

集合研修プログラムは 4 つのテーマを設定し、1 回のプログラムは講習 45 分、ディスカッション 45 分の合計 90 分で構成した。講習のテーマは第 1 回：看護を語ろう、第 2 回：自分を知り、スタッフを知る、第 3 回：看護と組織を考える、第 4 回：サーバントリーダーシップへの誘いとした。具体的な講義内容とディスカッション内容を表 11 に示した。

日本看護協会認定看護管理者学習テキスト(井部編, 2011: 井部, 勝原編, 2011: 村上, 木村編, 2011: 手島編, 2011: 中西編, 2011)、看護管理関連書籍(河野, 2013: 高平, 2013: 濱川, 島川, 2013: 服部, 2014: 小林, 金原, 2014: ナーシングビジネス編集室編, 2014)サーバントリーダーシップ関連書籍(Greenleaf, 2002; Jaworski, 2011; Kouzes & Posner, 2007; 池田, 金井, 2007; 野田, 金井, 2007; 金井, 2005)を参考に学修内容を構成した。

ディスカッションは Kolb(2014)の経験学習理論を参考に自己の成功経験を基に内省を促すことを目的とした。グループのメンバー編成は参加者の自由裁量とし、3～5 名で構成するよう依頼した。ディスカッションの準備として、講習中に研究者より参加者に対し発問し、参加者の経験を想起できるよう促した。想起した内容を明確にするため、配布したワークシートに記載するよう依頼した。

講習で使用したパワーポイントスライドの一部を p47,48 に、クラウドプログラムに掲載した集合研修プログラムの講習内容を教材にした PDF 資料の一部を p51 に示した。

表 11 サーバントリーダーシップ集合研修プログラム

	講習内容 (45分)	ディスカッション内容 (45分)	サーバントリー ダーシップ 10の特性
第1回 看護を語ろう	Q1自分の理想とするリーダー像は？ 1.看護師長にリーダーシップはなぜ必要か 1)日本と米国の病院評価の違い 2)マグネットで求められている看護リーダーとは 2.マネジメントとリーダーシップ 1)マネジメントだけでは人は動かない 2)マネジメントの目的 3.リーダーシップ論の変遷と概観 4.看護(部)について何を分かてもらうのか 1)他部署に分かてほしいこと 2)スタッフに分かてほしいこと	Q2自分に望まれているリーダー像 § 自分の看護観を語ろう	共感 納得 概念化 執事役
第2回 自分を知り、 スタッフを知る	1.看護師の多様性となりた看護師像 2.キャリア発達理論概観 1)ライフサイクル論、キャリアステージ論、 2)キャリアサイクル理論 3.自分の傾向を知る 1)PM理論のリーダーシップ 2)キャリアアンカー 4.キャリアアンカーについて 1)アンカーの特徴と承認方法 2)スタッフのタイプを知る 3)スタッフのなりた看護師像を知る 5チーム作り 1)チームの目的とメンバー 2)チームの中でリーダーを育てる、リードする	Q1自分のキャリアアンカーを知る  Q2. チーム作成の困難事例と 成功事例 § 解決策は	傾聴 気づき 癒し 人々の成長 執事役 コミュニティ作り
第3回 看護と組織を考える	1.看護の動向 1)診療報酬と看護 2)法律と制度 2.限られた人材を活用する 1)中規模病院の看護師の特徴 2)WLBと疲弊するスタッフ 3)中規模病院だからできること 3.自分の組織を知る 1)育ってきた環境で違う組織 2)暗黙のルールを作らせない 3)辞めたい、と辞める、の間 4.集団と組織、組織文化に対する概念 5.中規模病院の看護師の組織文化の特徴 1)組織文化の捉え方と満足感 2)定着or離職を考える看護師の特徴	Q1. 明文化されているものと、 自分たちの強み  § 病院の理念、看護部理念の確認 し、自分の目指す看護を考える	納得 概念化 先見力 執事役 コミュニティ作り
第4回 サーバントリー ダーシップへの誘い	1研究者のリーダーシップへの紆余曲折 2.サーバントリーダーシップとは 1)支配型リーダーシップとの違い 2)フォロワーを考える 3)逆ピラミッド 3.看護師長とサーバントリーダーシップ 1)看護の個性と看護師の支援 2)自分が率先して動いたときのリーダーシップは 4.サーバントリーダーシップ10の特性 5.サーバントリーダーシップは育てられる 1)問題があったときは機会捉える	§ 看護部長の語り  § 看護と患者への思いを伝える	

### (1)第1回：看護を語ろう

自身が理想とするリーダーシップ像を問いかけ、リーダーシップ像を身近な存在として捉え、リーダーシップを獲得することが可能であることを印象付けた。日本と米国における病院評価で求められている視点を提示し、米国では看護管理者に対しリーダーシップが求められていることを示した。また、マネジメントの視点とリーダーの視点を持つことが必要であるが、相違点があることを明らかにした。看護師長には看護師集団のリーダーとして、自分たちが目指す看護があるのではないかと尋ねた。また、中規模病院の中における看護部と他部門との関係性を踏まえて、看護を伝える必要性について示した。看護師集団の部署長として、リーダーシップを発揮することの意味を考える時間とした。サーバントリーダーシップについては詳細に伝えず、研究者が考えるきっかけになった事象と10の特性(Spears, 1998)を伝えるに留めた。

ディスカッションでは、ワークシートに自分の理想とする上司と自分との相違点を記載し、その結果を基に3～5名のグループ内で看護観を語り合う時間とした。看護師長間で看護観を語る機会を設定することで、スタッフへの語りが促進することを期待した。

### (2)第2回：自分を知り、スタッフを知る

キャリア開発、人材管理の視点からキャリア発達理論を基にキャリアアンカー(Schein, 1995; Schein, 1978)について講習を行った。組織に所属してから、どのようにキャリアを捉え変化していくのかを示し、キャリアアンカー測定用紙を配布し参加者自身のキャリアアンカーを知る機会とした。また、リーダーシップPM行動理論を併用し、リーダーシップを発揮する際の、自分の行動特性を客観的に捉える場とした。キャリアアンカーの記入が凡そ終了した時点で講習を再開し、それぞれのキャリアアンカーについて説明した。キャリアアンカーによって承認方法に差異があり、スタッフのキャリアアンカーを知る必要性を認識する機会とした。看護師長は、スタッフ個人の力量を判断し成長を視野に入れながら、看護ケアを安定して提供できるようにチームを作成していることを認め、その困難さに理解を示すとともに解決策を考えるための視点を示した。

ディスカッションでは、スタッフの個別性を考慮しチームを作成した際に、課題の残る事例を挙げ、解決策を話し合う機会とした。師長会などでは話し合うことが少ない自己の課題についてディスカッションすることで、役割遂行上の課題を共有し、解決策を協力して模索し役割認識を強化することを期待した。

### (3)第3回：看護と組織を考える

近年の医療情勢、保健情勢を踏まえ、医師法、病院法、保健師助産師看護師法の改定の目的及び人材管理に必要な労務に関連する法規について提示した。研究者の調査結果(檜原, 長谷川, 2011; 檜原, 2012)を踏まえ、中規模病院に勤務する看護師の特徴、特に教育背景が多様であり、卒後教育が多様であることによる他職種連携の考え方の相違について強調した。人材確保の困難さから、限られた人員を活用する必要性、ワークライフバランスへ



の対応について示した。部署内での暗黙のルールの発生を防ぐために、看護師長は自分の所属する組織の特徴を認識し、他との違いを明確にする必要があることを示した。辞めたい、と辞めるの間には様々な葛藤があること、看護師は所属する組織を肯定的に捉えることで組織への定着を促進することを示した。研究者の実施した 2009 年度(檜原, 長谷川, 2011)と 2013 年度の調査結果(檜原, 2013)を提示し、中規模病院の看護組織文化の特徴を大規模病院の看護組織文化と比較することで強調した。

ディスカッションでは、明文化されている病院の理念を踏まえ、自分の統括する部署の強みと弱みを洗い出し、より向上させたい点、改善できる点を認識する機会とした。また、実感している組織文化の特徴や、目指している看護が明確になることを期待した。

#### (4)第 4 回：サーバントリーダーシップへの誘い

研究者のリーダーシップに対する考え方の紆余曲折を示し、サーバントリーダーシップにたどり着いた経緯を説明した。3 回の講習、ディスカッションの中に散りばめたサーバントリーダーシップに必要な、リーダーが持つ 10 の特性を踏まえ、看護師長に求められるリーダー像を提示した。第 1 回に想起した身近なリーダー像を再度認識する時間を取り、リーダーシップは獲得できることを印象付けた。看護師長は、自己の看護観や倫理観を軸にした目標を掲げていれば、集団に属している看護師を支えるリーダーになっていることを認識できるようにした。看護部長が看護師長を支えている、という認識を明確にするために、看護部長の了承があってプログラムが開始されていることを改めて強調し、伝えた。

ディスカッションの前に、看護部長の看護観を看護師長に伝える機会を設定した。看護部長の語りを聴いた後、看護師長が、それぞれの看護への思いを語る機会とした。

A 病院では看護部長は、語りより準備してきたものがあるから、と看護師長一人一人に対し、自筆の手紙が配られた。B 病院の看護部長は、すぐに変化は起こせないかもしれないが、1 年後には皆で成長できていることを信じている、とプログラム終了後に研究者に手紙を送ってこられた。C 病院では、このプログラムを受け入れた時の看護部長の思い、看護部理念、これからの目標が A4 サイズの用紙にまとめられており、看護師長全員に配布された。

資料 1 集合研修プログラム：パワーポイントスライド抜粋

### サーバントリーダーシップ を獲得する

#### 第1回 看護を語ろう

### あなたの理想のリーダー像は？

- ◆歴史上の人物
- ◆昔の上司、今の上司
- ◆こどもの頃のカギ大将

なぜ、その方が理想なのでしょう

### なぜ、看護に リーダーシップが必要なのか

- ◆日本：日本医療機能評価機構認定  
病院の機能が患者からみて必要十分であるか
- ◆米国：マグネット・ホスピタル®  
看護師を惹きつけておける魅力ある病院か

### マグネット・ホスピタル®で 求められること

- ◆看護部が独立した組織であること
- ◆米国看護師協会の定める看護管理者の業務範囲  
と基準に基づいて看護管理が実践されていること
- ◆看護師が匿名で職場環境について異議申し立て  
ができるシステムがあること
- ◆看護の質のデータをとり、異評価を行っている  
こと

申請に必要な最低条件

### マグネット・ホスピタル®で 求められること

◆マグネティズム評価の14項目  
⇒これがあれば、看護師は惹きつけられる

看護のリーダーシップの質	具体的な評価項目
職員のリーダーシップ	ダイナミックで変化に対応できる、職員の意思決定 に権限が委ねられている
マネジメントスタイル	全ての職員の意見が取り入れられ、尊重される
人事の方針とプログラム	給料に専門性や能力と関係性がある
専門職としてのケアモデル	看護師が患者に直接関与してケアを提供していること

### マネジメントとリーダーシップ

看護師長＝看護管理者＝看護（師）の管理？

所属する部署の責任を負う

職務：  
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に  
計画し、1つ以上の看護単位に対し  
管理責任を担う

### 研修会に出て・・

- ◆多くの人が研修会に学習していること  
コミュニケーション、問題解決技法、  
医療安全対策、専門職・チーム連携、  
ファシリテーション etc
- ◆看護師長の役割  
マネジメントだけでは、人は動かない

### マネジメントとリーダーシップ

マネジメント	リーダーシップ
★組織に属する ★計画や予算を立案する ★将来の目標への手段 を定める ★目標のための資金配分 ★目標のための人員配分 ★実行状況のモニタリング 統制と問題解決によって 計画の遂行を確保する	★変化に対応する ★方向性の設定 ★将来ビジョンに明確化 ★賞賛を促すための組織 ★人心の統合 動機づけ、鼓舞する人間の 価値観などに沿え、実を 阻害する障害があっても 正しい方向へ

### マネジメントとリーダーシップ

- ◆マネジメント（マネジャー）は役割  
具体的な方法を管理するために必要
- ◆リーダーシップは？  
人を意識づけ、目標に向かわせるもの

リーダーシップとマネジメントは相違するも、  
補完しあう行動体系であり、どちらも必要である。

### サーバントリーダーシップ を獲得する

#### 第2回 自分を知り、 スタッフを知る

### サーバントリーダーシップ 10の特性

- ◎傾聴
- ◎共感
- ◎気づき
- ◎癒し
- ◎納得
- ◎概念化
- ◎先見力
- ◎人々の成長
- ◎執事役
- ◎コミュニティ作り

### キャリア開発

- ◆看護専門職者の多様性
- ◆スタッフを管理する  
「労務管理」⇒「人的資源管理」  
スタッフの勤務状況を管理するだけでなく、  
財産として捉え、個人の能力開発を育成する。
- ◆経営組織として、顧客（患者）満足度を向上  
させるには職員（看護師）満足度の向上が必須
- ◆なりたいたい看護師像、看護態に近づければ  
組織に定着する

### キャリア発達理論

- ◆エリクソン：ライフサイクル論  
人生を8段階に分け、それぞれの時期に達成され  
べき発達段階があり、同時に危機も存在する。
- 理論の根拠にはアイデンティティがあり、青年期  
に確立することが課題となる。
- 確立できれば、以降の成人期、壮年期、老年期  
に周囲の環境や人々と親密な関係を築くことが可能。

### キャリア発達理論

- ◆スーパー：キャリアステージ論  
職業的発達理論を展開。  
ひとり一人の職業的自己変遷過程として  
キャリア発達を5段階で捉える
- ◆シャイン：キャリアサイクル理論  
キャリア発達を、組織におけるキャリアとそれに  
関連する課題を強調。  
キャリアサイクルを10段階で捉える。

### キャリア発達理論

スーパーのキャリアステージ論の図表は、縦軸に「キャリアの成熟度」があり、横軸に「年齢」が示されています。5つの段階が示されています：1. 探索期（10-20歳）、2. 確立期（20-30歳）、3. 安定期（30-40歳）、4. 維持期（40-50歳）、5. 衰退期（50歳以上）。各段階には特徴的な活動が記載されています。

### 自分のタイプを知る

- ◆キャリア・アンカー：E.Shineが開発  
自分の価値観がキャリアを選択するにあたって、  
どのように関係しているのか、自分がほんとうに  
価値をおいているものは何かを探る。
- ◆PM行動理論：三隅が開発  
リーダーシップ行動を  
成果達成行動であるP（Performance）特性と、  
集団維持行動であるM（Maintenance）特性と、  
測定することでリーダーシップタイプを探る

### キャリア・アンカー

- ◆自分のキャリアアンカーを調べてみましょう

  1. ワークシートの空欄にあてはまる番号を振ってください。
  2. 最も高い点数を付けた項目をチェックしてください。
  3. その中から自分に一番ぴったりくる項目を3つ選ん  
でください。選んだら3項目に4点加えてください。
  4. 集計表に点数を記入し、合計点平均点を算出しま  
しょう。

### キャリア・アンカー

- ◆横方向の変化  
何ができ、どの程度までこな  
すことができるのか。教育や  
能力開発によって変化する。
- ◆縦方向の変化  
職位の高さや階層、他人の評  
価と本人の評価。
- ◆中心に近づく  
組織の中心に精選しているか  
どうか

キャリア・アンカーの図表は、中心に「キャリア・アンカー」とあり、周囲に「横方向の変化」、「縦方向の変化」、「中心に近づく」の3つの方向が示されています。各方向には具体的な説明が記載されています。



## 2)クラウドプログラム

クラウドプログラムの名称は『看護師長がサーバントリーダーシップを獲得したら』とした。プログラムへのアクセスは個人が特定できないように、研究者が設定した ID とパスワードを各施設の看護部長に委譲し、看護師長に配布するよう依頼した。プログラム参加者が『看護師長がサーバントリーダーシップを獲得したら』にアクセスし、個人 ID、パスワードを入力するとトップページ画面となり、クラウドプログラムで利用できるコンテンツメニューがバナーで表示されるように設定した。

クラウドプログラムのトップページでは、バナー表示だけでなく、管理者である研究者からのお知らせを含むアナウンス欄、アクセスカレンダー、受講中講座の一覧を掲載しリンククリックで必要な場面へ移動できる仕様とした。掲示板機能、チャット機能は他施設の看護師長、研究者との双方向コミュニケーションが可能となるよう設定し、情報共有も可能とした。アナウンス欄には、チャットルームや掲示板の新設など、新たに機能が追加されると掲載されるようにした。



図 7 クラウドプログラムトップページ

看護師長が第 1 回の講習終了後からアクセスできるようにし設定し、講習終了後にタブレット端末や携帯端末でアクセス確認を行った。E-learning の講座名は各回の集合研修プログラムの名称を設定し、講習で使用したパワーポイントスライド、講習内容を教材とした A4 サイズ 5～7 頁で構成した PDF 資料、ディスカッションで使用したワークシートを自由にダウンロードできるように設定し、事後学修を促進するように設定した。アンケート

トとして、講習内容の理解や講習・ディスカッションへの要望などを入力できる定型フォームを作成し、看護師長から個別に質問があった場合には研究者からの回答が得られるよう自由記入フォームも設定した。クラウドプログラムは、第4回集合研修プログラム終了後、3カ月間に渡り継続して閲覧が可能になるよう設定した。

分析対象データは、第1回の集合研修プログラム開始日から第4回終了後3カ月の参加状況とした。支援モデルに参加の意向を示した看護師長35名のうち、クラウドプログラムに1回以上アクセスした看護師長は22名(62.8%)であった。アクセス回数は、延べ487回であり、平均アクセス回数は22回、最も頻回な看護師長のアクセスは80回であった。アクセスはタブレット端末からが最も多く、次いでパソコン、スマートフォン端末が利用されていた。お知らせ機能には、集合研修プログラムで実施した講習・ディスカッションに対するアンケート欄を設けた。第1回終了後21名、第2回終了後22名、第3回終了後19名、第4回終了後15名から回答が得られた。


看護師長同士の相互コミュニケーションツールとして、掲示板とチャットルームを設定した。掲示板への書き込みは研究者からの呼びかけに対し返答を寄せるものが多く、プログラム参加者が新しく掲示板を立ち上げることは無かった。掲示板には、写真データの掲載が可能のため、研究者が集合研修プログラム等で使用した書籍の紹介や、集合研修プログラム終了後の記念写真などを掲載した。看護師長らからは、書籍に関する質問や意見、写真についての感想などの反応が見られた。

クラウド上での会話が実施できるチャットルームは、自己紹介、課題、思いを語るために3部屋準備した。チャットルームへのアクセスは掲示板より頻回であり、研究者以外のアクセス数は延べ258回であった。チャットルーム内に入室するだけでなく、会話が成立したテキストデータは66件であった。講習についての感想11件、近況報告10件、e-learningに対する要望5件、自分の課題を打ち明けているもの10件であり、『自分の意見をスタッフに伝えていても、伝わっているか不安』『知識と実行が伴わないことが不安』など自身の不安を伝えるもの、『業務改善と看護サービスの向上が結び付かない』『他部署とのかかわり方』など具体的な業務に関する課題などがあった。しかし、同時刻に同じチャットルームに複数の看護師長が入室することは無く、それぞれのつぶやきに対し他の看護師長が時間差で回答していた。



資料 2 クラウドプログラム掲載用 PDF 資料抜粋

看護部長のための  
サーバントリーダーシッププログラム  
第1回 看護を語ろう



看護部長にとって、研修会などで学ぶ内容は組織管理として、勤労者の労務管理やストレスマネジメント、経営上に必要な財務（人材・物質）管理などマネジメントに属することが多くあります。しかし、マネジメントの手法だけで看護師を束ねていくのは容易ではありません。一方、リーダーとして組織を革新し、メンバーへの牽引力が必要という理論を踏まえた研修などもあります。看護師という専門職者を組織として動かし、患者に対しより良い看護を目指していくうえで、それらの理論だけで十分なのか、と疑問に思ったことはありませんか。

リーダーシップを発揮する、とはどういうことなのか、自分の中のリーダー像について考えてみましょう。そして、看護師の経験を通して培ってきた自分の看護への思いを確認してみましょう。

§1.看護師長にリーダーシップは必要か

看護師長に必要なスキル、として様々な書籍が出版されています。リスクマネジメントや労務管理、ストレスマネジメントなどマネジメントが主眼になっているものが見られる。

日本看護協会では看護管理者研修として全国的にファーストレベル、セカンドレベル、サードレベルの研修を行っている。詳細な内容は各県の看護協会によって異なるが、ガイドラインがあり、一定の内容を含むことが求められている。

以下のような教育目的を持ち研修内容はマネジメントを円滑に進めるための項目が多くなっている。

【ファーストレベル】

1.看護専門職として必要な管理に関する基本的な知識・技術・態度を習得する。  
2.看護を提供するための組織化並びにその運営の責任の一端を担うために必要な知識・技術・態度を習得する。  
3.組織的看護サービス提供上の課題を客観的に分析する能力を高める

【セカンドレベル】

1.第1線監督または中間管理者に求められる基本的業務を遂行するために必要な知識・技術・態度を習得する。  
2.院政の理念ならびに看護部門の理念との整合性を保ちながら担当部署の看護目標を設定し、その達成を目指して看護管理過程が実施できる能力を高める。


看護師長など部署を管理するものの職務として「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に計画し、1つ以上の看護単位に対し管理責任を担う役割に従事している看護師、」と定義されている。

看護を第三者機関が評価するための機関は日本では日本医療評価機構が最も深いが、評価内容を見ると患者から見て医療体制が必要十分であるかを判断するものになっている。

一方、米国ではマグネットホスピタル認定によって看護組織独自を評価することができ、

1

看護部長のための  
サーバントリーダーシッププログラム  
第2回 自分を知り、スタッフを知る



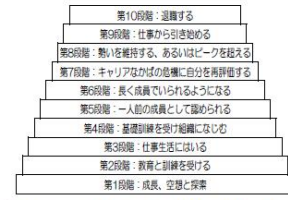
看護師長にとって、スタッフを育てなくては、という思いに駆られたことは一度や二度ではないはずです。1997年のWOC認定看護師の輩出を皮切りに、現時点では21分府で認定看護師が、11分府で専門看護師が排出されています。また、特定行為認定看護師課程の教育について法整備が進み、医療の高度化を背景に看護行為の範囲が流動的になっています。地域性や設置規模により、求められる看護師像も一律ではなくなり、看護師自身のキャリアに関する考え方も多様性を呈していると思われます。

ひとり一人の特性を考えながらいつ声をかけ、何を伝えるべきか、思い悩むこともしばしば。個人面談などで一応の話を聞いているものの、彼らの本當のことが理解できているのでしょうか。看護倫理綱領にもあるように専門職者として、看護者は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努めなくてはならず、組織としてそのサポートが望まれています。

本項では、スタッフをチームとして作成する際にきつと役立つであろう、自分やスタッフについてキャリアの考え方について理解を深めましょう。

§1.キャリアアノカーという考え方

看護実践能力について、ベアは技術習得を初心者→達人（エキスパート）の5段階で示しており、能力が段階的に発達していくという考え方は看護師にはなじみ深いのではないだろうか。エリクソンのライフサイクル論は、人生を8段階（乳児期、幼児期、児童期、学童期、青年期、成人期、壮年期、老年期）に分類している。それぞれの時期に発達課題ともにも危機も存在し、その課題（危機）を乗り越えてこそ、自分の強みとなる。理論の根拠には個人のアイデンティティが存在し、アイデンティティは青年期に確立されるべき課題であるとしている。この時期にアイデンティティが確立できれば、後の成人期、壮年期、老年期に周囲の人と円滑な人間関係を築くことが可能になる。仕事を始める成人期になってからは、自己のアイデンティティを見




第1段階：成長、空想と探求  
第2段階：発見と訓練を受ける  
第3段階：仕事を覚える  
第4段階：基礎訓練を受け組織になじむ  
第5段階：一人前の成員として認められる  
第6段階：成長を促されるようになる  
第7段階：キャリアなかに自分の価値に自分を再評価する  
第8段階：熱意を維持する、あるいはピークを超える  
第9段階：仕事から引退する

つめると同時に、相手にもアイデンティティがあることを認めていく。円滑な人間関係を構築することが可能になるのは、相手と自分の課題を認識し、違いについて理解を深めていくからだ、ともいえる。

シャインはキャリアにもサイクルがありキャリア発達として組織におけるキャリアとそれに関連する課題を強調している。キャリアを10段階で捉えている（図1）。仕事をすると、個人は組織との距離をみつめ、自分のアイデンティティを確認する。自分に何ができ、得意なことは

1

看護部長のための  
サーバントリーダーシッププログラム  
第3回 看護と組織を考える



中規模病院では、新卒者の確保がなかなか困難な状況にある。かといって、中途採用者は、大規模病院に比べ就職者比率が多いだけで豊饒なエントリリーでしてくるわけでもない。限られた人的資源の中で効率的に組織的に看護部組織を運営していくことを強いられている。患者や医療の多様化により、看護師の実践能力も一定水準を担保する必要を考えると、できるだけ優秀な人材を確保し、組織に定着してもらうことが必要になる。

§1.看護の動向

保健師助産師看護師法が平成27年10月に改正される。特定行為に区分された研修を受けることで、診療の補助行為として医療行為を実施する看護師が排出されることになった。2025年問題、いわゆる団塊の世代が75歳を超え高齢・少子化社会を迎えるにあたり医療職、介護職者の減少が危惧される影響を受けての改正である。チーム医療推進委員会が協議されていたのは、医師不足を補うための方策だ。患者に対する医師数の割合が減少するだけでなく、後期研修制度の導入により大都市・大病院への医師の偏在化も顕著になっており、在宅看護をはじめとする分野で看護師に求められる役割は今後もますます多様化していくことが推測できる。

保健師助産師看護師法のほか、看護を实践するうえで踏まえておくべき法規は、医療法、薬事法など医療福祉に関連する法律と労務に関連する労働基準法、労働環境衛生法などがある。

医療・福祉に関する法律

医療法・健康保険法・薬事法  
老人福祉法  
児童福祉法・障害者基本法  
介護保険法・生活保護法など

その他  
保険医療機関及び保険医療費担当規則  
療育施設及び療育施設並びに療育基準に基づき  
厚生労働大臣が定める表示事項

労務に関する法律


労働基準法  
労働契約法  
労働安全衛生法  
最低賃金法  
育児・介護休業法  
労働組合法  
労働者災害保険法など

第6次医療法の改正は、医療サービス機能、人材確保、医療安全、臨床研究などの枠組みにポイントが置かれた。その中でも看護に直接かかわると思われるのは、病院の機能分化・連携の強化、看護職者報酬への届け出制、先に述べた特定行為認定制度、連携への説明と事故原因並びに第三者機関への調査が挙げられる。

法規は、自分たちの権利を守るためのものだ。『ルール』を守るためには、その法規の趣旨を踏まえ職務を遂行していくことが求められる。2025年問題の前に、これらも様々な法律の改訂が行われる可能性が高い。情報を収集しなかった、知らなかったことが無いように、アンテナを高く張り巡らせていかなければならない。

1

看護部長のための  
サーバントリーダーシッププログラム  
第4回 サーバントリーダーシップへの誘い



スタッフを育成する立場になってから、リーダーシップについて様々な形で講義を授けたり、書籍を読んだりした。管理職だけでなく、人はずっと知らずとくれているのかという思いが強かった。リーダーシップ理論の中で、これだったのか、と驚き喜んだのがサーバントとリーダーシップだ。サーバントリーダーとして有名なのは、ガンジーやマザーテレサだろう。ただ、サーバントリーダーシップは特別な人に備わっている資質ではなく、だれにでも育成可能な資質だ。看護師として患者のことを考えているあなたなら、きっと理解でき、実践できる。あるいは、既に実践していることだろう。

§1.サーバントリーダーシップとは

リーダーシップ特講という大学院講義の中で、初めてこの『サーバントリーダーシップ』を目にした。事前学習でテキストをまとめている段階では、『これが私の求めていたものだ』とこの言葉に飛びつき、喜々として講義に臨んだ。リーダーシップは実践知として確固たるものを持っていたし、自信もあった。が、しかし、である。自分の理解の不十分さが露見した。『専任するリーダー』という言葉に対する安易な解釈しかできず、驚きの3日間を送ることになった。自己経験や今まで異なる観点から振り返る機会になったため、担当教授からは『身を削りながら、血を流しているように見えた』とされたほどだ。

有意義な3日間の講義・ディスカッションを通じ、言葉の持つ意味をどのように捉えるのか、その意味を自分の経験に結び付けて考えること、正しく理解し、自分の言葉として活用することが重要なのだと体感できた。講義とディスカッションで、このプログラムに参加してくれているみなさんに、きちんと伝わっているかどうか、は楽しみでもあり、少し怖くもあり。

サーバントリーダーシップを提唱したのは、Greenleaf (1904~1990) という研究者である。反体制やベトナム戦争の長期化という時代の中で、若者世代がリーダーシップに辞意とされている中、どんなリーダーシップが受け入れられるのかと共同研究者とともに考えたものだ。ベースとなっているヘルマン・ハッセ著『東方礼法』は、380ページに渡る『サーバントリーダーシップ』の第1章に登場する。旅人達を導き、時に快活に、時に懇め、時に慰ましながら目標へと導くさまにリーダーシップを見いだしている。敬虔なクリスチャンでもあり、専任の精神が自己のアイデンティティの源泉になっているのかもしれない。米国には Greenleaf の概念の継承のために、サーバントとリーダーシップ協会があり、日本にも同様の NPO 法人がある。多くの人に知ってもらうための活動をしているため、その HP の内容は読みかけられ文章でとっつきやすい。講義資料や講義用 ppt にも使用しているので、興味のある方は一度覗いてみてはいかがでしょうか。

サーバントリーダーとしてよく取り上げられるのは、ガンジーやマザーテレサ、キング牧師やマンデラ氏といった著名人だ。自分のことを顧みず、公に尽くした人として有名な彼らは、自分の理想を高く掲げ、その理想を支持してくれる人々を支え導いた。ただし、サーバントリーダーシップは崇高な理想を持っている人だけに備わっているということではない。長所と短所のように普通の人の中にも存在す

1

クラウドでの e-learning による学修は、講習と同様内容で構成したパワーポイントスライドの閲覧、PDF 形式の添付資料とワークシートのダウンロードを可能にし、実際にダウンロードされていた。また、クラウドプログラムの有効性が確認できるようスライドの最終頁にアンケートを設定した。最終頁までアクセスし回答が得られたのは、第 1 回 17 名、第 2 回 15 名、第 3 回 17 名、第 4 回 6 名であった。

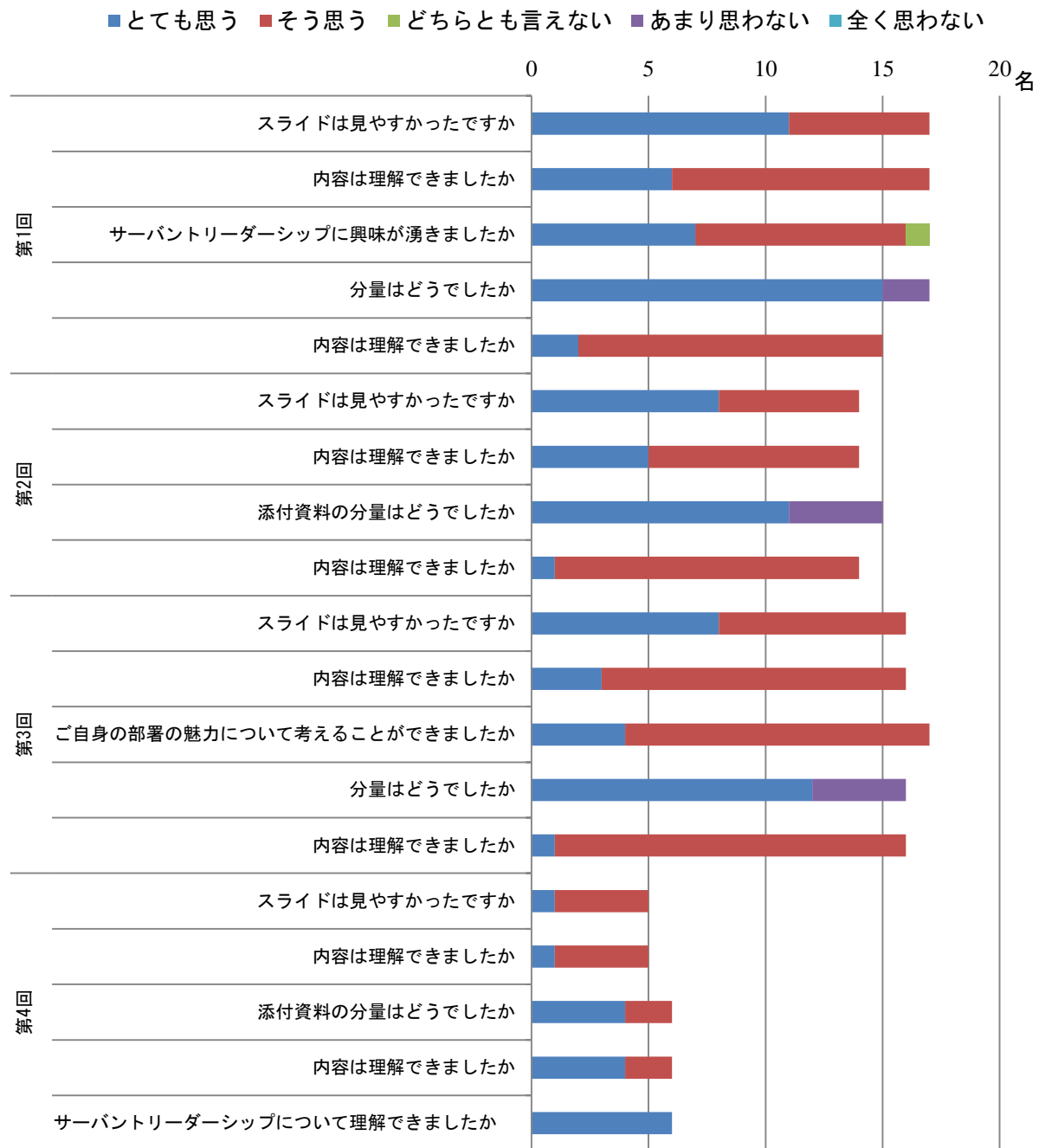
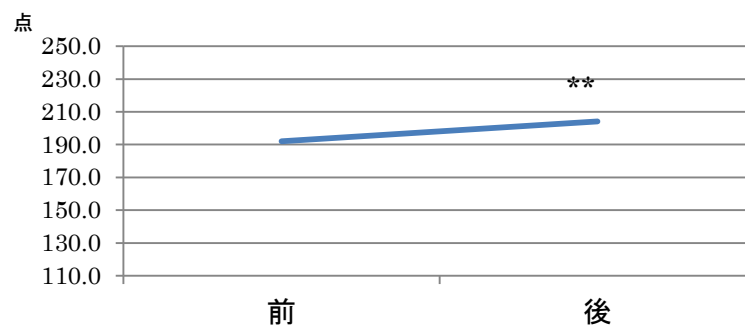


図 8 クラウドプログラム e-learning の評価

#### 4. 看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の変化

研究参加に同意し、支援モデル参加前後で質問紙調査に回答が得られたのは 33 名であった。サーバントリーダーシップスキル得点の自己評価はスタッフを持たない看護師長も分析の対象とした。サーバントリーダーシップスキル得点の 53 項目全体の信頼係数 Cronbach'  $\alpha$  は 0.989 であった。支援モデル参加前のサーバントリーダーシップスキル得点の平均は 192.0( $\pm 16.0$ )点であり、支援モデル参加後は 204.1( $\pm 21.9$ )点に上昇していた (df=32,  $t=4.47$ ,  $p<0.001$ )。

支援モデル参加前と参加後と比較したところ、得点が増えたのは 27 名であり得点差が最も大きかった看護師長は 51 点上昇していた。反対に得点が下がったのは 6 名であり、最も大きく下がった看護師長は 17 点下降していた。点数が全く変わらなかった看護師長は 1 名であった。また、クラウドプログラムへのアクセス回数、施設間によってサーバントリーダーシップ得点と比較したが、有意な差は見られなかった。



Note: Paired t-test \*\* :  $p<0.001$

図 9 看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の変化

支援モデル参加前と参加後のサーバントリーダーシップスキル得点を、項目別に比較した。53 項目のうち介入後に得点が増えた項目は 23 項目であった。最も上昇していた項目は「あなたは、自らの役割をよく理解し、それを全うする課程で「支える」「仕える」ことに徹する。」であり (df=32,  $t=3.34$ ,  $p<0.01$ )、次いで「あなたは、スタッフに対し指示することが中心ではなく、スタッフの話を傾聴し理解することが中心である。」 (df=32,  $t=3.67$ ,  $p<0.01$ )、「あなたは、個人と組織の成長の調和を図ろうとする。」 (df=32,  $t=5.16$ ,  $p<0.01$ )であった。介入前後で変化の無かった項目は、「あなたは、大きな権力の座に就きたいという欲求ではなく、組織上の地位にかかわらず他者に役立ちたいという欲求で動く。」 4.2( $\pm 0.5$ )点、「あなたは、自己犠牲を伴ったとしても、自らのミッションに尽くす。」 3.8( $\pm 0.6$ )点であった。



表 12 サーバントリーダーシップスキル得点項目別前後比較

項目	平均値 参加後－参加前	t 値	df
総得点	10.636	4.447	32 **
あなたは、自らの役割をよく理解し、それを全うする課程で「支える」「仕える」ことに徹する。	.485	3.341	32 **
あなたは、スタッフに対し指示することが中心ではなく、スタッフの話を傾聴し理解することが中心である。	.455	3.672	32 **
あなたは、個人と組織の成長の調和を図ろうとする。	.455	5.164	32 **
あなたは、先導する前にスタッフの言うことをしっかり聴いて、自分を役立てる方法をよく考える。	.424	3.970	32 **
あなたは、相手が納得する理由を示し、自ら行動を決定させる。	.424	3.677	32 **
あなたの周囲には、「公の精神」「互助・互恵の精神」を持った人が育つ。	.375	3.483	31 **
あなたは、スタッフに気づきを与えながら説得する。	.364	2.667	32 *
あなたは、過去から学び、現在の状況を見て、将来の姿を予見する。	.364	2.988	32 **
あなたは、現場が自律的に判断してアクションが取れるように、権限と同時に必要な資源を提供し、任せる。	.364	4.276	32 **
あなたは、「リーダーはスタッフのために存在する」と考える。	.333	2.602	32 *
あなたは、ミッション・ビジョンの共通理解を推進する。	.333	2.345	32 *
あなたは、「私はこう行くから、ついてきてくれ」とはっきり言う。	.333	2.072	32 *
リーダーシップの本質は、喜んでついていくフォロワーがいること。フォロワーが「あなたならついていきたい」と思うところからリーダーシップが生まれる	.333	2.345	32 *
サーバントリーダーが本物であるかどうかは、フォロワーが「健全に、賢く、自律的になっているか。自己中心的な欲望に囚われなくなったか」により見分けることができる。	.333	2.000	32
あなたは、競争を勝ち抜いて賞賛されることを重視するのではなく、協力して目標を達成してWIN-WINになることを重視	.303	2.973	32 **
あなたは、スタッフとの信頼関係を築いてスタッフの自主性を動かすことで組織を動かす。	.303	2.545	32 *
あなたは、目指したいビジョンや具体的なゴールイメージを示す。	.303	2.390	32 *
あなたは、ビジョンを伝える際に具体的な情景が思い浮かぶような言葉を選ぶ。	.303	2.545	32 *
あなたは、相手の立場や視点に立ち、相手の考えを理解し、気持ちに共感する。	.303	2.734	32 *
あなたは、スタッフに自分の大切なものを任せても大丈夫だと感じさせる。	.303	2.545	32 *
あなたは、それが支えたい相手のためになることであれば、改革をトップダウンで進める。	.273	1.789	32
あなたは、一緒にいると心が落ち着き、安心できる雰囲気がある。	.273	2.058	32 *
あなたは、スタッフの仕事に気を配り、より働きやすいように、より成果を出しやすいように、上司として自分にできることを考え、速やかに実行する。	.242	1.966	32
あなたに支えられているスタッフは、患者に貢献することを重視するようになる。	.242	2.101	32 *
あなたは、相手への貢献を通じ、相手を導きたいという気持ちになり、ミッションやビジョンを持ち、リーダーの役割を受け入れる。	.219	1.877	31
あなたは、普段は後ろから見守り支えるが、危険がせまったら矢面に立つ。	.212	1.750	32
あなたは、常識にとらわれず、予見したことに従って決断する力を持つ。	.212	1.875	32
あなたは、概念化能力が高い。基盤となるミッションや理念をはっきりさせる。	.212	1.875	32
あなたは、スタッフの心に響く適切な言葉を上手に使う。	.212	2.235	32 *
ミッションの名の下に、フォロワーに誇り高く尽くすサーバントの心を持った人に、私たちはついていきたいと思う。	.212	1.314	32
あなたは、他者に対する思いやりの気持ち・貢献の行動が常に最初に来る。	.182	1.437	32
あなたは、イニシアチブをとるが、「自分が」「自分が」と出しゃばることはない。	.182	1.644	32
あなたは、常に他者が必要としているものを提供しようと努める。	.156	1.717	31
あなたは、志が高く、大きな夢やビジョンが明確なコンセプトを持っている。	.152	1.305	32
あなたはスタッフからの要望に対してミッションに合致している限りは決して断らない。	.152	1.305	32
あなたは、人々に内在する固有の価値を信じる。その価値を生かすために育てる。	.152	1.153	32
あなたは、達成すべきことや夢に対して強い使命感を持ち、実現するために自らの意思でスタッフに尽くす。	.121	1.277	32 **
自分たちのために思ってくれる人、その根本に高い志や使命感のある人に、私たちはついていきたいと思う。	.121	1.161	32
あなたは、リーダーが深く信じているミッションに共感して、それに向かって自発的に歩み始める人を後押しする。	.121	1.000	32
あなたは、「受け取ることで得られる喜びよりも、与えられることで得られる喜びのほうがはるかに大きい」と考える。	.121	1.000	32
あなたの上司は、お互いに信頼し助け合い、楽しく学び合い、有益な価値を生むコミュニティを創ろうとする。	.121	1.161	32
信頼がフォロワーを生む。リーダーを「自分のことを思ってくれる人」「助けてくれる人」と感じているときに、フォロワーは心の底からリーダーを信頼する。	.121	1.000	32
あなたは、使命感を持って仕事に臨む。	.091	.828	32
喜んでついてくるフォロワーがいる人もいなければ、いくら本人がリーダーのつもりでいても、そこにリーダーシップは存在しない。	.091	.620	32
あなたは、相手のニーズや願望をしっかり聴く。	.063	.571	31
あなたは、事実に加え、相手の精神的な面や感情的な面にも注目する。	.061	.529	32
あなたは、スタッフと共に学び、より良い仕事をすることに価値を置く。	.061	.627	32
あなたはスタッフが困ったときに決して見捨てない。	.030	.273	32
あなたは、必要であれば現場で自ら先頭に立って戦う。	.030	.239	32
あなたは、メンバーを畏怖させて組織を動かそうとしない。権限を乱用しない。服従を強要しない。	.030	.255	32
あなたは、大きな権力の座に就きたいという欲求ではなく、組織上の地位にかかわらず他者に役立ちたいという欲求で	.000	.000	32
あなたは、自己犠牲を伴ったとしても、自らのミッションに尽くす。	.000	.000	32
あなたは、他者のやる気を大切に考える。	-.030	-.442	32

Note: 5 段階リッカートスケール Paired t-test \* :p&lt;0.05 , \*\* :p&lt;0.01

## 5. 看護師長が統括するスタッフの評価

研究に参加した看護師長で、スタッフの評価と自己評価がマッチングできた看護師長は24名であった。スタッフが認識している看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の平均は支援モデル参加前 177.7(±37.2)点、支援モデル参加後 177.9(±39.2)点であり有意な上昇は見られなかった。スタッフと看護師長のマッチングができた24組のうち、支援モデル参加前後でスタッフが認識した看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点が上昇したのは16組であった。8組はスタッフからの得点が下降していた。スタッフからの評価は倫理的配慮により個人が特定されないため、個人の得点の変化は求められなかった。そのため、看護師長の自己評価が上昇した群と下降した群を分類し、スタッフの評価の前後得点を比較したが有意な差は見られなかった。

図10に全体のヒストグラムを示した。回収率は支援モデル参加前294名(64.6%)に比べ、参加後には260名(44.0%)に減少した。最頻値は、支援モデル参加前が210点台であったが、支援モデル参加後の最頻値は170点台と低下したが有意な差ではなかった。スタッフが180点以上と評価した割合は、支援モデル参加前50.6%、支援モデル参加後は50.7%であり変化は見られなかった。

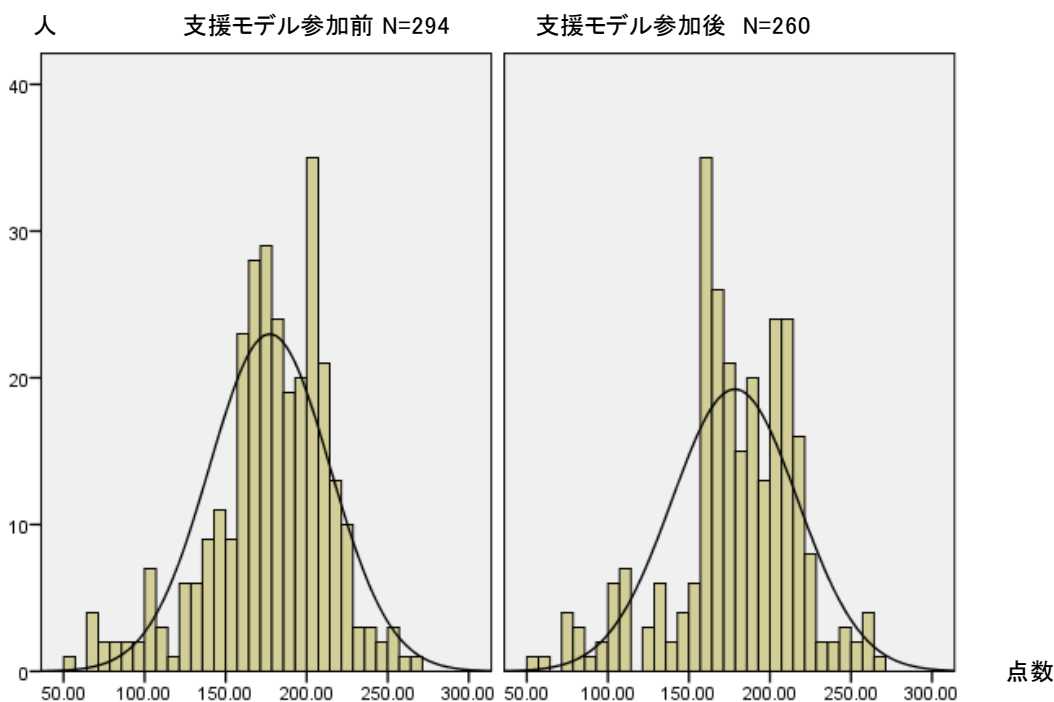


図10 スタッフが見た看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点 全体

3施設のうち2施設は、質問紙の回収数が支援モデル参加後に減少したが、A施設のスタッフからの質問紙の回収は支援モデル参加前76件が、支援モデル参加後は95件に増加した。また、支援モデル参加後の自由記載欄に「看護師長の笑顔が増えた」「素敵な看護師長の下で働けて嬉しい」「上司のことをもう少し知らないといけないと思った」という記載が見られ、特徴的であったため図11に示した。

最頻値は図10の全体のヒストグラムと同様に支援モデル参加後に低下し、平均点は179.4(±36.8)点から174.4(±33.5)点と有意ではないが低下した。しかし、看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点が180点以上であると評価した割合は、支援モデル参加前には30.2%だったが、支援モデル参加後には38.9%に増加していた。

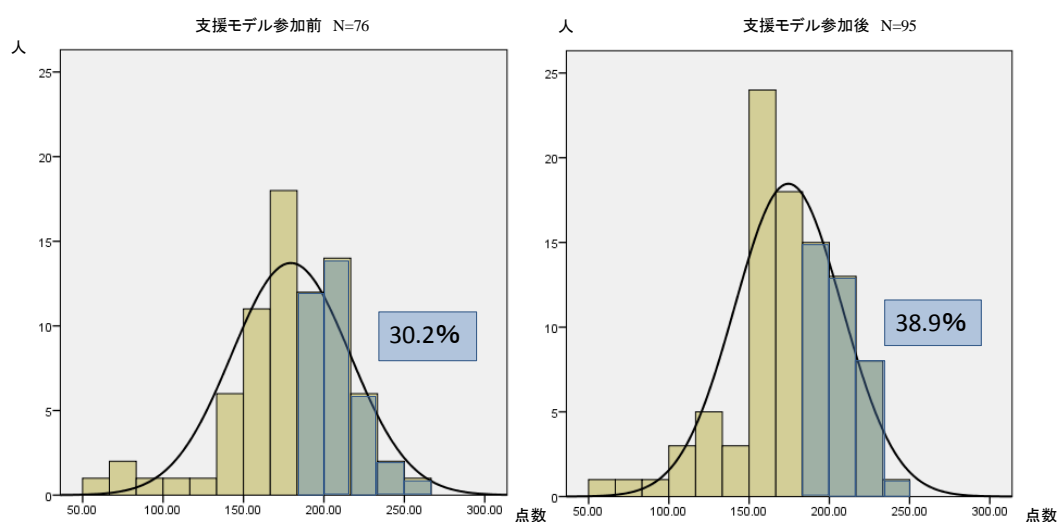
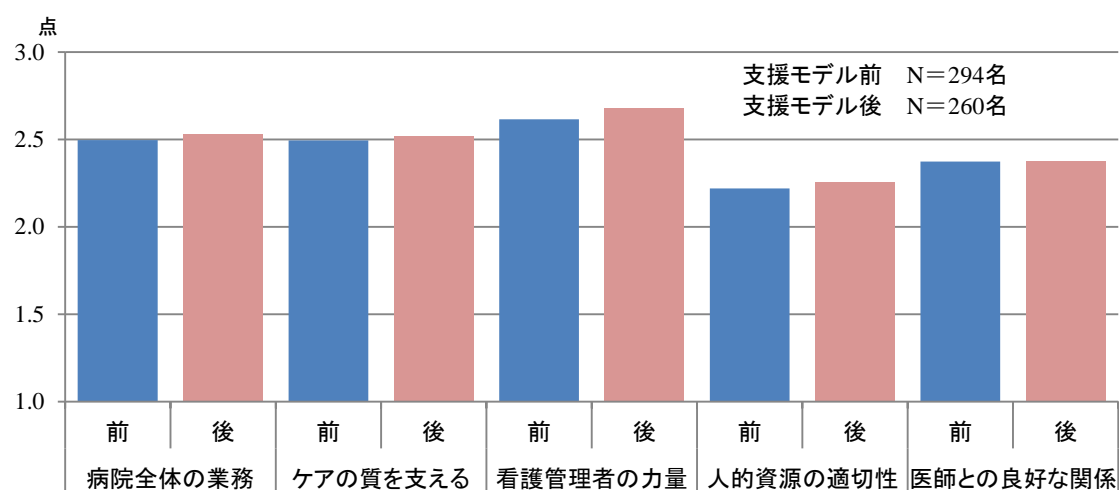


図 11 スタッフが見た看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点の変化 A施設

## 6. 看護師長が統括するスタッフの看護実践環境の変化

支援モデル参加前の看護実践環境として回答を求めた PES - NWI 日本語版のサブスケールの項目全体の信頼係数 Cronbach'  $\alpha$  は 0.915 であった。平均点は、病院全体の業務における看護の関わり 2.53(±0.54)、ケアの質を支える看護の基盤 2.53(±0.37)、看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援 2.66(±0.55)、人的資源の適切性 2.19(±0.51)、看護師と医師との良好な関係 2.37(±0.59)であった。支援モデル後は、病院全体の業務における看護の関わり 2.55(±0.55)、ケアの質を支える看護の基盤 2.55(±0.38)、看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援 2.67(±0.54)、人的資源の適切性 2.22(±0.53)、看護師と医師との良好な関係 2.35(±0.59)であり、ほとんど変化が無かった。

看護師長のサーバントリーダーシップ総得点は、看護実践環境の5つのサブスケール全において、支援モデル参加前にも有意で強い相関を示し( $r=0.253\sim0.802$ ,  $p<0.001$ )ていたが、支援モデル参加後はその程度は強くなった( $r=0.331\sim0.871$ ,  $p<0.001$ )。

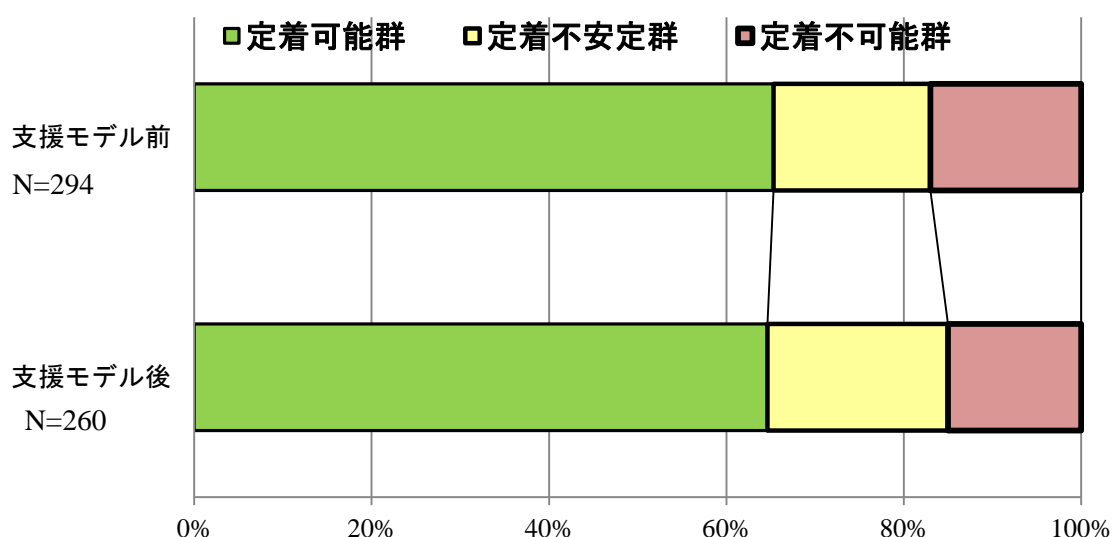


Note: 4段階リッカートスケール (PES-NWI 日本語版)

図 12 看護師長が統括するスタッフの  
看護実践環境 (PES-NWI 日本語版) のプログラム参加前後の変化

## 7. 看護師長が統括するスタッフの定着可能度の変化

支援モデル前のスタッフの定着可能度は、定着可能群 192 名 (65.3%)、定着不安定群 52 名 (17.7%)、定着不可能群 50 名 (17.0%) であった。支援モデル後の看護師の定着可能度は定着可能群 162 名 (64.6%)、定着不安定群 53 名 (20.4%)、定着不可能群 39 名 (15.0%) であり、定着不可能群が減少したが有意な差ではなかった。



Note: 定着可能度測定尺度分類

図 13 看護師の定着可能度 プログラム前後比較

## 8. 支援モデルに参加した看護師長からの意見

集合研修プログラム終了直後から、講習とディスカッションの振り返りが可能となるようにクラウドプログラムの活用を促した。講習内容、ディスカッションへの意見を図 14 に示した。第 1 回ではリーダーシップを考える機会となり、回の進行に伴いサーバントリーダーシップへの興味関心が焦点化され、参加者の 15 名(45.5%)はサーバントリーダーシップが獲得できそうだ、としていた。

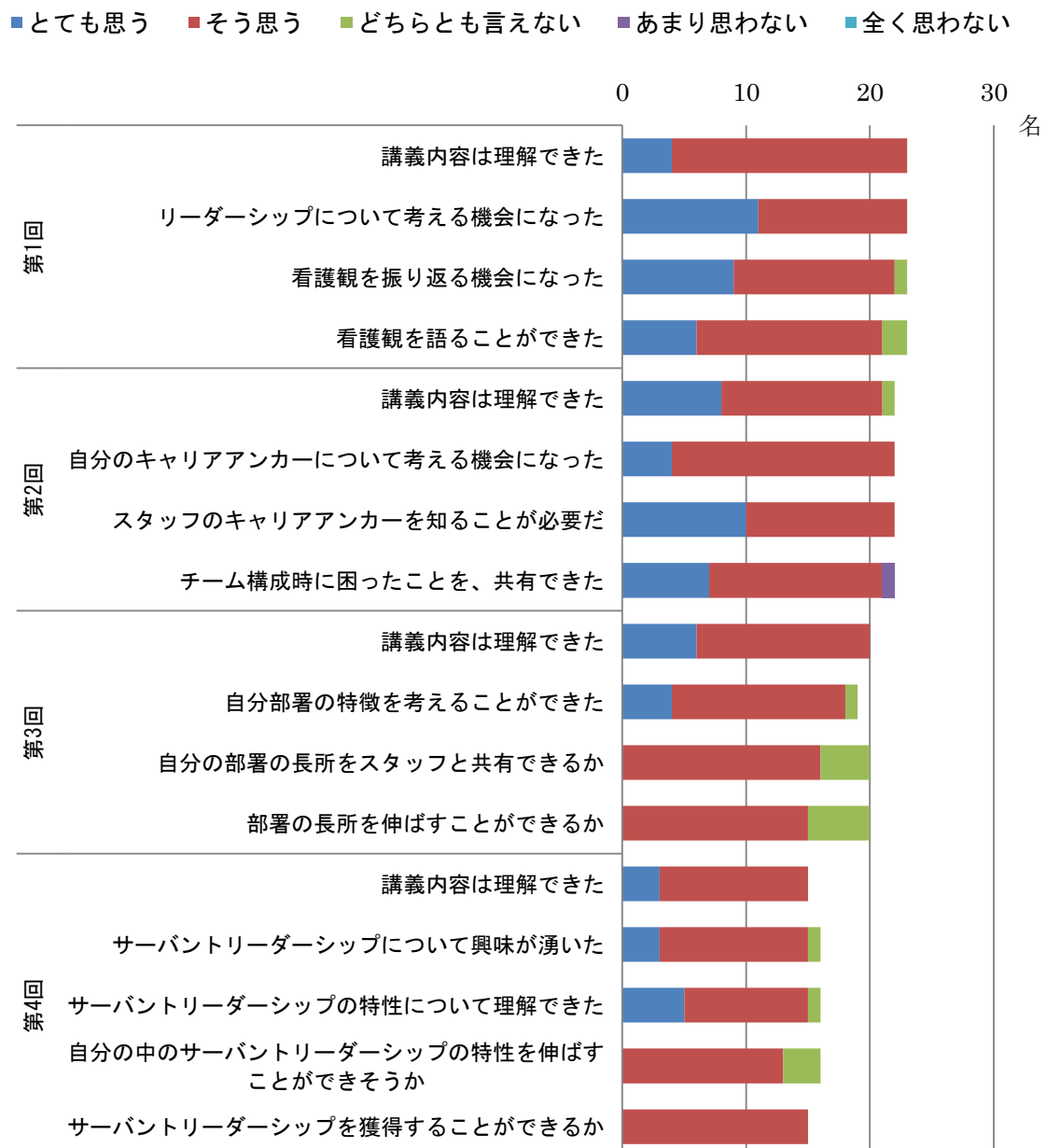


図 14 支援モデルの参加者からの評価

また、クラウドプログラムで支援モデルに対する意見を入力できるようにした結果、参加している看護師長からの意見が 55 件得られた。また、支援モデル参加前の質問紙に 1 件、参加後の質問紙に 1 件の意見が寄せられた。支援モデル開始前には、今後への期待が寄せられ、参加後の質問紙では「日々の業務の中で忙殺されているが、講習資料を振り返りながら自分の気持ちを鼓舞している」と記載があった。クラウドプログラム上のテキストデータの 55 件は、支援モデルに対し積極的に参加でき得るものがあったとするものが 32 件、今後の方向性を見定めることができたとするものが 25 件、自己の課題の発見につながったとするものが 20 件、サーバントリーダーシップを発揮したいとするものが 11 件であった。第 1 回、第 2 回の集合研修プログラムでは準備ができなかったため、思うようにディスカッションに参加できなかったとする意見がそれぞれ 1 件ずつあった。

支援モデルに対し積極的に参加し得るものがあったとする意見には、ディスカッションが新鮮で有意義な時間となったとするコメントが多く見られた。ディスカッションすることで上司や同僚に親近感を抱き、コミュニケーションがとりやすくなった、というコメントも見られた。一方、ディスカッションの構成メンバーによって自己を開示することができない現状に、組織風土として改善が必要であるとする意見もあった。サーバントリーダーシップに対する知識、認識は 4 回の講習を通じて初めて腑に落ちた、とする意見が 4 件あった。

表 13 支援モデル参加者からの意見

支援モデルに対し積極的に参加でき得るものがあった
『語り合うことで、以前の自分を思いだし、少し勇気が持てた』
『自分は何を求められているか、部下が「ついて行きたい」と思う師長であるか。きちっと自分の目指す看護を示してきているのかを考え、スタッフが看護を語りたくなるようにスタッフと関わっていない自分に気が付いた。スタッフが「うれしかった、つらかった」かかわりを言いたくなるような師長でいたいと再確認した』
『自分の都合の良い時間に復習できるのがありがたかった』
『「聴く」「声をかける」ことの重要性も再認識しました』
『組織の特徴や暗黙ルールについて、日ごろ感じていることを伝えることで、師長同士共有できました』
『中小規模の病院の内容は当院の看護部のことを講義しているかのようにマッチした内容でした』
『中小病院の特性の講義内容と自組織があまりにも合致しており、納得することばかりでした。中小の悩みはありますが、それらが自分たちの力で変えていける可能性があることは、大きな魅力だと思います』
『同じ気持ちでいる師長もいることがわかり、自分が元氣になれた気がします』
『ディスカッションでは、普段話す内容ではないことを真剣に話合うことができ楽しく感じる。皆、同じ立場の人は同じように感じていることを知ることで、気が楽になっていく』

<p><b>今後の方向性を見定めることができた</b></p> <p>『看護観を語る度に自分の振り返りや向かうところ、求めるところを確認でき、改めて進もうという機会になる』</p> <p>『行き詰っていた WLB についての突破口が見つかってよかった』</p> <p>『師長間でも、もっともっとコミュニケーションが必要で、相手をわかろうとする気持ちで、どんどんコミュニケーションをとっていききたいと思う』</p> <p>『ワークシートを活用して、スタッフとチーム作りをします』</p> <p>『毎回の講義の資料をしっかりと読み直し、問題に向き合って行こうと思います』</p> <p>『組織文化の特徴や目指しているものをディスカッションし、他部署のリーダーと共有した時に「ハッ」と気づかされることも多くありました。分かっていることと出来ていることは違う。出来ることは何なのか？何なら提供でき、良いところを伸ばしていけるのか？振り返る良い機会になりました』</p>
<p><b>自己の課題の発見につながった</b></p> <p>『話す時間があってもやはり目的や話題の設定がなければ、実りのないものになる。スタッフと共有できるような環境を作って行きたい』</p> <p>『特にリリーフ体制をとらざるを得ない状況でスタッフや管理者のストレスが生じている。その中で私たちが行うことは、まずお互いの組織(部署)を知ることであったと感じた』</p> <p>『サーバントリーダーシップにおいて、自分自身の思いをコントロールする、相手の思い、考えをまず理解する、という姿勢の必要性を感じました』</p>
<p><b>サーバントリーダーシップを発揮したい</b></p> <p>『学びから行動へ繋げなければ何も始まらないと思います。失敗を繰り返しながら成長できるといいかなと思います』</p> <p>『講義を受けてわかったことは、とにかくまずは「自分たちの看護観をスタッフに語る」という事です。実行あるのみ！』</p> <p>『部署の管理者の看護観を知ることは、スタッフの共感を生み、リーダーシップを発揮することに繋がるのだと実感しました』</p> <p>『自分が思い描く看護の実現に向けて、この思いを自分の部下たちに伝えていこうと思います』</p> <p>『看護観(理念)を明確にし、私たちは「患者を支えているスタッフを支えていく」ことを忘れてはいけなと再確認した。一人一人を大切に思う気持ちが、スタッフの言葉に耳を傾けることになる。そしてスタッフは、大切にされているという気持ちや存在の意味を感じるのではないかと考える』</p> <p>『最終の講義でスーと落ち着いた気がしました。私は患者の傍らで看護をするスタッフを支えること、そのために信じてかかわることだと思います』</p> <p>『皆を支えるリーダー目指して、頑張ります』</p>

## 第VI節 考察

### 1. 支援モデルの展開方法の妥当性

支援モデルを展開するにあたり、看護部長のプログラムへの理解と了承を前提条件とした。これは、サーバントリーダーシップでは中間管理職を支える看護部長もサーバントリーダーシップを発揮することが望まれるためである。研究協力が得られた看護部長は、看護師長への支援に対し課題を抱えその解決に向けて試行錯誤している状態であった。11施設へ研究協力を依頼した結果、研究期間内に支援モデルが実施できたのは3施設であったが、支援モデルへの参加を検討したが時期が合わなかった施設が3施設、看護部長自身の異動で参加を断念した施設が1施設あり、看護師長への支援が必要な中規模病院が多いことが改めて明らかとなった。

集合研修プログラムの開催時期は、病院内行事等を考慮し、看護部長と事前に調整を行った。看護部から看護師長への研修という体制を取ることができたため、支援モデルに参加の意向を示さなかった看護師長も共に学修する機会となった。4回の集合研修プログラムの間隔を2～4週間空けたことは、講習内容を反芻し学修を深めるために必要な期間であり、次の講習での準備として有効な期間であったと考えられる。ディスカッションする内容を講習中から示し、ワークシートを利用して記入することで自己の体験を振り返ることが容易となっていた。ワークシートの書式は定めていたが、研究者からは強制せず自由に記載することで看護師長らの自由な発想で課題や思いを表出することに繋がった。参加者から「同じ気持ちでいる師長もいることが分かり、自分が元気になれそう」「ディスカッションでは、普段話す内容ではないことを真剣に話し合うことができて楽しく感じる」などの意見が聞かれ、組織内でディスカッションの機会を設定したことが、相互支援の方略として有効であったと考える。「ディスカッションによって組織内のコミュニケーションが密になった」という意見もあり、看護部全体に講習・ディスカッションを実施することは妥当であったと考える。

一方、クラウドプログラムへの参加が22名(62.8%)に留まった要因には、タブレット端末に不慣れな看護師長がいたことが考えられる。スマートフォン端末でのアクセス設定もできていたが、十分な周知に至らなかったことがアクセス数の増加に繋がらなかった原因だと考えられる。今回の支援モデルでは研究者が、参加する看護師長を特定できないように設定していた。そのため、看護師長がクラウドプログラムへアクセスして初めて、様々なお知らせ機能を活用できるように画面を構成し、参加者に対し直接的にメール配信や通知などを行わなかった。アクセス方法の簡便さがより周知されることでクラウドプログラムへの参加を促し、意見交換がより活発になり、看護師長自ら施設を超えたネットワークを創り上げていく可能性がある。



## 2. 支援モデルの有効性

支援モデルは、看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することを目的に看護部長の研究への理解と協力を前提に4回の集合研修プログラムと、その後3カ月継続したクラウドプログラムを展開した。

支援モデルの目的について看護部長が理解を示すことで、看護部が看護師長への支援を望んでいることを明確にすることができた。また、集合研修プログラムでは、全ての施設で看護師長の研究参加の同意の有無に関わらず、看護部全体の看護師長研修という体制を整えることができた。中規模病院内では複雑な指示命令系統などにより、看護組織独自で中間管理者に対する支援体制を整備することは困難な現状を抱えている(久米ら, 2010)。看護部長は、支援モデルへの参加の同意と理解を示すことで、各自が現状に満足していないことを看護師長に伝える機会となった。講習内容は、個人的な学修の機会により既知の知識である場合を含め、師長全員が共有して集団で学修することで、理解が深まり、共通の課題を認識するための一助となったと考えられる。

講習・ディスカッションを構成するにあたり、Kolb(2014)の経験学習理論を基に、過去の経験を想起し、概念化に結び付け、内省を促し気づきが得られることに主眼を置いた。支援モデル参加者の意見として、サーバントリーダーシップの理解が第4回終了時で得ることができたとするものが4件あり、4回の講習とクラウドプログラムの継続的な参加により概念化を促進することができたと考えられる。講習の構成として、第1回には既習の知識が多く、回を追うごとにスタッフを支える意義に結び付け、サーバントリーダーシップに必要な10の特性や特徴を提示していく構成にしたことが、参加者の意見からも有効であったと考える。

また、講習で学修した内容を基にディスカッションを設定することで経験を振り返り、抽象的に捉えた概念を実体験に結び付け理解し、反省的観察にまで至った参加者が多く見られた。看護師長らは、日常的に会議や委員会が開催され話し合う場を持っているが、会議の目的は審議、報告、連絡であり自らの役割に対する課題や思いを吐露する場とはならない(福田, 2014)。労務管理やベッドコントロール、他部署との調整など日常業務に追われている看護師長は、看護を語る機会を得ることが少ないことが明らかとなった。ディスカッションのテーマが、業務に直接関わらない内容となっており、同僚の課題、自己の課題を明確にすることに繋がり、お互いに傾聴的な態度が必要であることが認識されていた。組織内でのコミュニケーションが活発になった、という意見も見られ、組織内でのネットワークが密になったと考えられた。また、看護部長は、看護組織として明確な看護理念を掲げていても、その目標や理念がスタッフまで十分に伝わらないことに葛藤していたが、4回の集合研修プログラムのディスカッションに看護部長が参加することで看護師長を支援していることが伝わった、という実感を持てるまでに至った。看護師長は、回を重ねるごとに看護部長から課せられた役割への理解が進み、新たな知見についての学びを深化さ

せると共に、自己の課題について振り返るだけでなく今後の取り組みの足掛かりを獲得する機会となったと考える。

クラウドプログラムへの参加は限られた看護師長だけであったが、講習のスライド資料の閲覧や教材資料のダウンロードなど、45分の講習内容の理解を深めるために利用されていた。クラウドプログラムへアクセスするため、多忙な中規模病院の看護師長が同一時刻にアクセスすることはできなかったが、掲示板の閲覧やチャットルームへの参加により、他施設の看護師長や研究者との相互コミュニケーションの機会となり、自己課題について上司や同僚以外からの共感を得ることができたことも有効であった。看護師長という中間管理職にとって、同じ組織内だけでなく、施設が違っていても同様の課題を抱えている現状を知ることができていた。

支援モデルの参加により、看護師長のサーバントリーダーシップスキル得点は上昇した。支援モデルへの参加の効果として、看護師長にはサーバントリーダーシップに対する知識を獲得し態度形成の機会が十分に提供できた。この支援モデルはKolb(2014)の経験学習理論による抽象的概念化、反省的観察、具体的経験までのサイクルを辿っていると考えられ、今後能動的実験として実際の経験を重ねることで、より有効なサーバントリーダーシップが定着することが期待できる。スタッフの他者評価では、参加前後に変化は見られなかったが、看護師長の経験が蓄積されることにより、スタッフへの支援がより具体的な行動に移行することが望まれる。

看護師長のサーバントリーダーシップが強化されることで、看護実践環境が改善されることを期待したが、看護実践環境の程度を示すPES-NWI日本語版の尺度得点は有意に上昇しなかった。しかし、PES-NWI日本語版の尺度得点はサーバントリーダーシップスキル得点と有意に強い相関がみられ、今回支援モデルに参加した看護師長が、サーバントリーダーシップを継続して発揮することができれば、看護実践環境は今後上昇していく可能性が期待できる。看護実践環境は、病院全体の組織文化を反映しているという結果が有り(Lake, 2002)、病院全体の組織文化自体の変革は容易ではなく(Schein, 2010)、看護師長のサーバントリーダーシップの強化・獲得だけでは有意に変化するには至らなかった。

しかし、看護師の定着可能度による指標では、定着不可能群が7か月という期間で2%減少した。定着不可能度分類によって分類された定着不可能群は、近い将来の離職率と相関があるとされ(大原ら, 2004; 平井ら, 2003)、定着不可能群が定着不安定群に短期間で移行したことは、今後のサーバントリーダーシップ強化の取り組みにより離職意向を減少させ、定着促進に影響を与えられる可能性があると考ええる。

## 第7章 全体考察

本研究では中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することを目指し、中規模病院の特徴を踏まえ負担費用が少なく、時間を効率的に利用できる集合研修とクラウド環境を組み合わせた支援モデルを開発した。

役割を遂行するためには、与えられた役割について自身で認識し、意味づけを行い、自己をコントロールし、自己と役割の同一化を図ることで、その役割についての認識を向上し、実践能力が高まることが期待できる(Ashforth, 2000)。役割と自己との同一化を促進するためには、心理的な動機や他者からの承認が必要である。本調査対象者である看護師長(以下、看護師長)の7割が自身のリーダーシップ行動を目標重視(Pm)タイプ、スタッフ関係重視(pM)タイプ、現状維持(pm)タイプと自己評定しており、師長としての自分の役割としてリーダーシップを有効に発揮できていないと認識していた。看護師長は、看護部や病院組織から役職を付与され職務に就く。看護師長はその役職を予期的に取得している場合でも、予期せずに取得した場合においても、自分でその役割に意味づけを行い、自己をコントロールしながら役割を遂行していく。中規模病院の看護師長は、研修を受けることが困難な状況であるものの、個人的に学修することによって知識の獲得に努めている現状が明らかとなった。先行研究において、看護師長の役割遂行を促進するためには、看護師長への支援が必要であり、自尊感情を低下させないことが必要となるという報告がある(山本ら, 2013)。そのため、個人の努力を確かなものにするための研修が求められていると考えられた。また、看護師長を対象に行う研修は、一方的なものでなく、自尊感情を低下させないような構成が必要であると考えられた。

看護師長の心理的動機に働きかけ、自己のイメージを肯定的に捉えることを促進するための支援ができれば、看護師長の役割遂行能力が向上されることが期待できる。そこで、支援モデルは、看護部組織の中で基盤となる中間管理者として、看護師長は役割や課題を抱えながら、日常的にスタッフを支援していることを承認することで、看護師長の自尊感情を保持し、自己と役割の同一化を促進することを狙いとした。

看護師長に求められるリーダーシップのあり方として、看護部長の目標に沿いながらも、専門性を発揮しているスタッフに対し、支援することができるサーバントリーダーシップに着目した。多様なリーダーシップ理論の中で、サーバントリーダーシップは、リーダーが明確なビジョンを持ちフォロワーに対し信頼を寄せ、フォロワーに対し「まず奉仕する」そして、「奉仕してから導く」という実践哲学である。スタッフへ適切な権限移譲を図るとされるサーバントリーダーシップは、米国の看護師集団に有効であることが検証されており(McCann, Graves, & Cox, 2014; Neill & Saunders, 2008)、本邦でも看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することが有効であると考えられた。

役割の同一化を図るためには、自己の意味づけに加え、自己のコントロールも必要となる。サーバントリーダーシップには10の資質が必要とされ(Spears, 1998)、その資質を理解

し、自分に備わっているか、自然にできるか、育成できそうか、経験不足で出来なさそうなことは何か、を認識することで必要な資質を身につけることが可能となる。看護師長が、サーバントリーダーシップに必要な 10 の資質を身につけることで、スタッフに信頼を寄せ適切な権限委譲が図れるだけでなく、自身の人間性の成熟を増すこととなり、看護師長自身にとっても意義がある。

看護師長の役割に必要なリーダーシップ行動について質問紙調査を行った結果、職務満足度を高め生産性を高めるとされる、理想的なリーダーシップを発揮している看護師長の割合が 3 割と少なかった。先行研究による結果を見ると、一般企業等では他者評価より自己評価が高くなる傾向が示されていたが(三隅, 1984)、看護師長らは自身の役割遂行能力を低く評価する傾向が明らかとなった。また、組織の中間管理者として、看護師長がリーダーシップを発揮するためには、看護部長の意向に沿いながらも明確に目標を提示する必要がある。しかし、看護師長らは目標を明確に提示できていない現状があり、スタッフに対し目標を提示できるような支援が必要なことが明らかとなった。

中規模病院の複雑な役割を担う看護師長は、外部への研修が進まず、組織内では役割モデルの存在や相互交流の機会が少ないとの指摘もある(福田, 2014)。本調査でも、看護部からの支援が有る、とした看護師長は 3 割に留まっていた。また、看護師長が看護部からの支援を受けていると認識している組織では看護実践環境が整備されていることが明らかとなり、組織的な看護師長への支援の有無が看護ケアの質に影響を及ぼすことが示唆された。一方、看護師長らは自己に求められる役割に必要な知識について、自ら学修の機会を得ようとしている現状が明らかとなり、役割と自身を同一化するために努力していた。

支援モデルの開発にあたり、看護師長の役割遂行を促進するために、中規模病院の看護部で支援体制を整備することが困難な現状を鑑み、中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための方略を検討した。看護師長には看護部長の目標に沿うことが求められ、また、スタッフ一人ひとりが患者の支援者として自律的に創造的に看護できるように役割を果たすことが必要となる。そのため、サーバントリーダーシップに求められる 10 の資質を盛り込みながら、看護師長が実践している役割について承認し、抱えている課題を明確にできるように講習内容を構成した。また、経験学習理論(Kolb, 2014)を用い看護師長らの知識を統合し実践へと結びつけるため、一方的な講習だけでなく内省を促すためのディスカッションを組み込んだ集合研修の所要時間は、日常業務に支障の少ない時間設定とし、講習で伝達する内容を検討した。また、看護師長らの知識獲得をより促進するために、自己学修を支援する方法としてクラウド環境を組み合わせたプログラムを考案した。

看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルは、中規模病院の特徴を考慮し、費用と時間の負担を軽減するための方法として集合研修プログラムと自己学修を促進するためのクラウドプログラムの 2 部で構成した。集合研修プログラムでは、役

割認識の促進と能動的な学修のために、一方的な講習ではなく、同一の課題に対し看護師長同士がそれぞれの考えを言語化し他者に伝える機会とし、研究者からの発問や参加者間でのディスカッションを組み込み、相互支援に結び付くことを期待した。また、看護師長の業務時間に支障の少ない時間設定として、講習 45 分、ディスカッション 45 分の合計 90 分で構成した。講習のテーマは第 1 回：看護を語ろう、第 2 回：自分を知り、スタッフを知る、第 3 回：看護と組織を考える、第 4 回：サーバントリーダーシップへの誘いとした。しかし、看護師長にとって、限られた時間の中の受講だけでは、構成する学修内容の理解を促進することは困難なことが予想された。そこで、看護師長が自由な時間に自己学修できる方法としてクラウドプログラムを位置づけ、講習内容のパワーポイントスライドの閲覧、講習資料のダウンロード、ディスカッションで使用するワークシートのダウンロードが可能となるように e-learning 環境を整備した。集合研修プログラムを 4 回開講すると同時に、クラウドプログラムのアクセスは集合研修プログラム第 1 回から設定し、自己学修の機会を強化し、第 4 回の集合研修プログラム終了から 3 カ月間継続した。クラウドプログラムでは、研究者ならびに他施設の看護師長とも相互コミュニケーションが取れる体制も整備した。

4 回の集合研修プログラムの実施については、「講習によって知識の統合ができた」、「ディスカッションによって組織内のコミュニケーションが密になった」など参加者から評価が得られた。また、ディスカッションによる言語化は、看護師長らの成功体験の表出と内省を促すだけでなく、組織内での相互承認にも繋がっていた。参加者は、支援モデル参加前には未知であったサーバントリーダーシップ論について、講習・ディスカッションに参加することにより、興味関心を抱き、支援モデル終了時にはサーバントリーダーシップを発揮したい、という認識に移行していた。クラウドプログラムでは、講義資料や教材、ワークシートの閲覧ができ、「自分の都合の良い時間に復習できるのがありがたかった」など、自己学修の支援に意見が得られた。サーバントリーダーシップは、中間管理職である看護師長が看護部長に支援されていると認識することが必要であるため、支援モデルを導入する前提条件として看護部長の支援モデルへの了解と、プログラムへの参加を求めた。3 病院の 35 名の看護師長に対し支援モデルを展開した結果、33 名から評価が得られサーバントリーダーシップ得点は看護師長らの自己評価では有意に上昇した。看護師長の自己評価が上昇したことは、自己の役割認識が明確になり、役割に対する意味付けが強化されたためだと考えられる。また、サーバントリーダーシップを身につけ、スタッフ一人ひとりを支えていきたいという具体的な意見もあり、看護師長にとってサーバントリーダーシップを獲得することが、役割と自身の同一化を促進することとなり、看護師長自身の成熟を増し意義あるものとなったと考えられた。

中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することで期待された、看護師長が統括するスタッフの認識する看護実践環境は、大きな変化は無かった。しかし、ス

タッフの組織への定着意識の改善傾向が見られたことは、看護師長のサーバントリーダーシップを取り上げたことは有効であったと考えられた。中規模病院の看護師長に対する教育方法として、自己学修の促進に繋がるクラウドによる学修を組み合わせることが、業務に支障の少ない時間の集合研修を可能にし、有効であったと考えられた。

## 本研究の限界と今後の展望

本研究の限界と今後の展望として4点が挙げられる。

1.本研究では、支援モデルの前提条件として、看護部長が支援モデルの目的を理解し研究参加に同意の得られた看護師長に対し介入を行った。研究参加に了承した看護部長は3名全員が認定看護管理者であり、かつ看護師長教育に関心のある施設であった。看護部長も講習・ディスカッションに参加により、看護部長自身がサーバントリーダーシップを獲得していった可能性がある。その結果、看護部全体で支援モデルに取り組む姿勢が高くなり、結果に影響を与えている可能性があることが本研究の限界である。

看護師長を支援する看護部長の姿勢が重要ではあると考えるが、今後は看護師長の認識が高く、組織のレディネスが十分でない場合にも活用されるように検討していくことが課題である。

2.本研究では、開発した支援モデルにより、中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することを目指した。評価指標として用いたサーバントリーダーシップスキル得点は自己評価、他者評価の双方向で測定を行ったが、いずれも認知レベルの評価に留まっていることが限界である。加えて、評価指標を看護師長とスタッフ双方に同一の質問紙を用いたこと、評価指標の信頼係数は高かったものの、内容妥当性を詳細に検証されていないことが本研究の限界である。

今後は、評価指標の精選を行うと共に、行動レベルについて自己評価、他者評価、参加観察等により現状を追加調査し検証を重ねていくことが課題である。

3.本研究では、集合研修プログラムとクラウドプログラムにより、看護師長は役割認識を得て、その役割に対し意味づけが促進され自己コントロールでき、サーバントリーダーシップを獲得し自身の役割の同一化に至っていると考えられた。しかし、スタッフからの評価として、看護師長の役割遂行能力が向上したと確信に至るまでには及ばなかった。評価時期をクラウドプログラムの終了時に設定したが、リーダーシップ行動の変容を他者からの評価を得るために必要十分な期間を設定できていなかったことが本研究の限界である。

看護師長が獲得したサーバントリーダーシップを継続して強化するためにも、支援モデルに含まれるクラウドプログラムについては、今後も継続することが課題である。

4. 本研究では、集合研修プログラムでディスカッションの機会を設定したことにより、組織内での自主的な研修に結び付き、同僚間での課題共有が促進したことで、施設内での看護師長ネットワークの促進に寄与していたと考えられる。しかし、施設外の看護師長とネットワークを望む声が寄せられ、相互にコミュニケーションはとることはできたが、クラウドプログラムでの複数の師長間でのネットワークの構築にまでは至らなかったことが本研究の限界といえる。

看護部全体のレディネスが高くても、中規模病院では看護師長への支援を体制として整備することは困難が多く、看護師長個人の自己学修の一助となるようにネットワークを構築すると共に支援モデルを精選し一般化を目指すことが課題である。

## 結論

中規模病院の3割の施設では、看護師長に対する支援があり、支援のある施設ではスタッフの看護実践環境が良好であることが明らかとなった。

7割の看護師長は、有効なリーダーシップ行動を取れていないと自己認識しており、看護師長らの役割行動を維持するための支援が必要であることが明らかとなった。

中規模病院の看護師長はその責務を担うための研修や支援を受けることが困難であっても、92.0%の看護師長は自己研鑽している現状が明らかとなった。組織的な研修体制が少ない現状にあっても自己努力している看護師長に対し、研修支援が求められている。

中規模病院の看護師長には看護部長の目標に沿い、スタッフ一人ひとりが患者の支援者として自律的に、創造的に看護できるように役割を果たせるサーバントリーダーシップを獲得することが求められる。開発した支援モデルは、業務に支障の少ない時間の集合研修と自己学修を促進するためのクラウド環境を組み合わせた自己学修ツールの2部で構成した。

支援モデルを3施設の中規模病院の看護師長35名の参加が得られ、33名から次のような結果が得られた。看護師長の自己評価としてサーバントリーダーシップスキル得点は支援モデル参加前192.0(±16.0)点であったものが支援モデル参加後には204.1(±21.9)点に有意に上昇していた( $p<0.001$ )。支援モデル参加者からの意見として「組織内でのコミュニケーションが活発になった」「自分の時間を使って容易に学修できた」などの評価を得た。リーダーシップスキルを研鑽できるよう開発した支援モデルは、中規模病院の看護師長のサーバントリーダーシップの獲得に有効であった。今後は、看護部長の了解を得られない看護師長単独でも参加でき、看護師長のリーダーシップ能力を高め、役割促進の一助となるように、支援モデルを精選し、一般化を目指す必要がある。

## 謝辞

はじめに、研究へのご協力にご快諾いただきました対象者の皆様、参加者の皆様に深くお礼申し上げます。

研究計画の段階から本論文の作成にあたり、ご指導と常に励ましをいただきました静岡県立大学看護学部基礎看護学・国際看護学の渡邊順子教授に深く感謝申し上げます。また、本論文の作成にあたり、非常に丁寧なご指導と温かい励ましをいただきました聖隷クリストファー大学大学院研究科長川村佐和子教授に深く感謝申し上げます。

末筆ながら、これまでご指導いただきました先生方、友人、家族の温かい励ましに深く感謝いたします。



## 文献

- American Nurse Credential Center (2014). The Mnet® Model components and Soueces of evidence Mnet recognition program®. (3<sup>rd</sup> ed).
- 青山ヒフミ, 小西康之, 増田えみ, 三村裕子 (2003). 看護の質から見た中小規模病院の現状と改革に向けての取り組み事例. *大阪府立看護大学紀要*, 9(1), 47-53.
- 青山ヒフミ, 増田えみ, 石井美津子, 大谷和代, 青山千彰 (2002). 中小規模病院の看護部の課題と活性化への試み. *大阪府立看護大学紀要*, 8(1), 11-17.
- 青山ヒフミ, 森迫京子, 米谷光代, 岡田美千代, 草岡清子, 田中睦子, 鳥井元純子, 原田和子, 村田瑞穂 (2005). 中小規模病院で勤務する看護師の継続教育に関するニーズ. *大阪府立看護大学看護学部紀要*, 11(1), 1-5.
- Ashforth, B. (2000). Role transitions in organizational life: An identity-based perspective, New York: Routledge.
- Barbuto, J. E., & Wheeler, D. W. (2006). Scale development and construct clarification of servant leadership. *Group & Organization Management*, 31(3), 300-326.
- Bass, B. M., & Bass, R. (2009). The bass handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications, New York: Free Press.
- Bennis, W. (2003). リーダーになる. 伊東奈美子訳. (2008). 東京: 海と月社.
- Blake, N., Leach, Linda, S., Robbins, W., Pike, N., & Needleman, J. (2013). Healthy work environments and staff nurse retention: The relationship between communication, collaboration, and leadership in the pediatric intensive care unit. *Nursing Administration Quarterly*, 37(4), 356-370.
- Bowman, R. F. (2005). Teacher as servant leader. The Clearing House: A Journal of Educational Strategies, *Issues and Ideas*, 78(6), 257-260.
- Cerit, Y. (2009). The effects of servant leadership behaviours of school principals on teachers' job satisfaction. *Educational Management Administration & Leadership*, 37(5), 600-623.
- Clavelle, J.T., Drenkard, K., Tullai, M. S., & Fitzpatrick, J. J. (2012). Transformational leadership practices of chief nursing officers in magnet® organizations. *Journal of Nursing Administration*, 42(10) (Supplement), 3-9.
- Codier, E., Kamikawa, C., & Kooker, B. M. (2011). The impact of emotional intelligence development on nurse managers. *Nursing Administration Quarterly*, 35(3), 270-276.
- Crippen, C. (2004). Servant-leadership as an effective model for educational leadership and management: First to serve, then to lead. *Management in*

- Education*, 18(5), 11-16
- Djukic, M., Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F., & Jun, J. (2015). Educational gaps and solutions for early-career nurse managers' education and participation in quality improvement. *The Journal of Nursing Administration*, 45(4), 206-211.
- Drenkard, K. (2010). The business case for magnet®. *The Journal of Nursing Administration*, 40(6), 263-271.
- Fennimore, L., & Wolf, G., (2011). Nurse manager leadership development: Leveraging the evidence and system-level support. *Journal of Nursing Administration*, 41(5), 204-210.
- 福田紀子 (2009). 看護師長が体験している医療事故後対応の困難さ. *日本看護管理学会誌*, 12(2), 12-21.
- 福田紀子 (2014). 医療事故当事者ナースへの看護師長による支援 ト라우マからの再起を後押しする. *日本精神保健看護学会誌*, 23(1), 19-29.
- Gray, L. R., & Shirey, M. R. (2013). Nurse manager engagement: What it means to nurse managers and staff nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 37(4), 337-345.
- Greenleaf, R. K., & Spears, L. C. (1998). The power of servant-leadership: Essays. Berrett-Koehler Publishers.
- Greenleaf, R. K. (2002). サーバントリーダーシップ. 金井壽宏監訳, 金井真弓訳 (2008); 東京: 英治出版.
- 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.
- 濱川博招, 島川久美子 (2013). 看護師長のリーダーシップ. 東京: ぱるる出版.
- 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.
- 服部英治 (2014). 看護師長の労務管理. 東京: 日総研出版.
- 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移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.
- Higdon, K., Clickner, D., Gray, F., Woody, G., & Shirey, M. (2013). Business case for magnet® in a small hospital. *The Journal of Nursing Administration*, 43(2), 113-118.
- 平井さよ子 (2002). 看護職のキャリア開発: 変革期のヒューマンリソースマネジメント. 東京: 日本看護協会出版会.
- 平井さよ子, 木下昌紀, 大原まゆみ, 加藤和子 (2003). 中小規模病院における看護職員

- の定着に関する研究—定着度と満足度との関係. *看護管理*, 13(9), 726-727.
- 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.
- 井部俊子編(2011). 看護管理学習テキスト第2版 第1巻 看護管理概説. 井部俊子, 中西睦子監修, 東京: 日本看護協会出版会.
- 井部俊子, 勝原裕美子編(2011). 看護管理学習テキスト第2版 第2巻 看護組織論. 井部俊子, 中西睦子監修, 東京: 日本看護協会出版会.
- 池田守男, 金井壽宏 (2007). サーバント・リーダーシップ入門: 引っ張るリーダーから支えるリーダーへ. 東京: かんき出版.
- 井上仁美 (2014). 看護中間管理者のコンピテンシー. *高知女子大学看護学会誌*, 40(1), 109-116.
- Ira C. (2003). ザ・フォロワーシップ: 上司を動かす賢い部下の教科書. 香方子訳 (2009); 東京: ダイヤモンド社.
- 伊藤てる子, 金子さゆり, 濃沼信夫 (2012). 看護スタッフが認識する看護管理者との関わりと看護スタッフの学習行動に関する研究. *日本医療・病院管理学会誌*, 49(1), 19-29.
- Jackson D. (2008). Servant leadership in nursing: A framework for developing sustainable research capacity in nursing, *Collegian*, 15, 27-33.
- Jaworski, J. (2011). シンクロニシティ: 未来をつくるリーダーシップ. 金井壽宏監訳, 野津智子訳. (2013). 東京: 岩波書店.
- Jaramillo, F., Grisaffe, D. B., Chonko, L. B., & Roberts, J. A. (2009). Examining the impact of servant leadership on salesperson's turnover intention. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 29(4), 351-365.
- Jenkins, M., & Stewart, A. C. (2010). The importance of a servant leader orientation. *Health Care Management Review*, 35(1), 46-54.
- 株式会社明治安田生活福祉研究所 (2013). 医療施設経営安定化推進事業 平成 23 年度 病院経営管理指標. Retrieved October 10, 2015, from [http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/dl/houkokusho\\_h23.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/dl/houkokusho_h23.pdf)
- 門屋久美子(2009). 中間管理者への昇進が看護師の役割認識に与える影響「キャリアアップカータイプ」「直属上司のかかわり」の視点から. *岩手看護学会誌*, 2(2), 13-24.
- 柿原加代子, 大野晶子, 東野督子, 水谷聖子, 沼田葉子, 小笹由里江, 三河内憲子 (2012). 継続勤務している看護師のキャリアアップに関する認識. *日本赤十字豊田看護大学紀要*, 7(1), 153-159.
- 神坂登世子, 松下年子, 大浦ゆう子 (2010). 認定看護師の活動と活用に対する意識—看

- 護管理者・認定看護師・看護師の比較. *日本看護研究学会雑誌*, 33(4), 73-84.
- 金井壽宏(2002). *働くひとのためのキャリア・デザイン*. 東京：PHP 研究所.
- 金井壽宏(2005). *リーダーシップ入門*. 東京：日本経済新聞社.
- 金井壽宏, 高橋潔 (2004). *組織行動の考え方*. 東京：東洋経済新報社.
- 檜原理恵(2012). 看護師の定着行動に影響する組織文化の認識：看護管理責任者とスタッフナースの比較. *広島国際大学看護学ジャーナル*, 9(1), 13-23.
- 檜原理恵(2014). 離職行動に影響する因子としての看護師の組織文化の捉え方の分析－価値基準との比較. *科学研究費助成事業, 挑戦的萌芽研究, 研究報告書*(2011 年度～2013 年度).
- 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.
- 勝原裕美子(2007). *看護師のキャリア論：多くの節目を越えて生涯にわたる成長の道筋を見出すために*. 東京：ライフサポート社.
- 北川豊 (2014). 2025 年に向けた企業立病院の経営戦略に関する一考察：社会医療法人化への航跡. *商大ビジネスレビュー*, 4(2), 103-125.
- 小林美亜, 鐘江康一郎(2014). *マネジメントの質を高める！ナースマネジャーのための問題解決術*. 東京：医学書院.
- Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (2nd edition ed.) FT Press.
- Kotter, P. J.(2010). *リーダーシップ論：人と組織を動かす能力(second ed )*.Diamond ハーバード・ビジネス・レビュー編集部, 黒田由貴子, 有賀裕子訳 (2012) ..東京：ダイヤモンド社.
- 公益社団法人日本看護協会 (2012). 継続教育の基準 ver.2. Retrieved October 17, 2015,  
<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2.pdf>
- 公益社団法人日本看護協会 (2015). 資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者. Retrieved October 18, 2015,  
from <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cna>
- 公益社団法人日本看護協会 広報部 (2015) 「2014 年 病院における看護職員需給状況調査」, 1-11.
- 河野秀一 (2013). *実践看護マネジメントリフレクション*, 東京：メディカ出版.
- 河城仁美, 橋本和子, 森田なつ子, 田村美子, 内田史江 (2013). 安全文化を醸成するために医療安全管理者が抱える困難. *看護・保健科学研究誌*, 14(1), 11-19.
- 厚生労働省 (2014a). 厚生統計要覧 (平成 26 年度) 第 2 編 保健衛生 第 2 章 医療. Retrieved October 10, 2015,

- from [http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk\\_2\\_2.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html)  
厚生労働省(2014b). 新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会 報告書  
Retrieved October 10, 2015,  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10805000-Iseikyoku-Kangoka/000037973.pdf>
- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (2007). リーダーシップ・チャレンジ. 金井壽宏監訳;  
伊東奈美子訳(2010). 東京: 海と月社.
- 久米和興, 久米龍子, 村川由加里 (2010). 病院看護部の組織構造の特徴に関する一考察. *山形保健医療研究*, 13, 95-104.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188.
- Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 55(1), 1-9.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). ストレスの心理学 認知的評価と対処の研究. 本明寛、春木豊、織田正美監訳. (1991). 東京: 実務教育出版.
- Leach, L. S., & McFarland, P. (2014). Assessing the professional development needs of experienced nurse executive leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 44(1), 51-62.
- Li, Y., Lake, E. T., Sales, A. E., Sharp, N. D., Greiner, G. T., Lowy, E., Liu, C-F. Mitchell, P. H., & Sochalski, J. A. (2007). Measuring nurses' practice environments with the revised nursing work index: Evidence from registered nurses in the veterans health administration. *Research in Nursing & Health*, 30(1), 31-44.
- Cusack, L, & Smith M. (2010). Power inequalities in the assessment of nursing competency within the workplace: Implications for nursing management. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(9), 408-413.
- Mackoff, B. L., Glassman, K., & Budin, W. (2013). Developing a leadership laboratory for nurse managers based on lived experiences: A participatory action research model for leadership development. *The Journal of Nursing Administration*, 43(9), 447-454.
- MaIN 研究会編著, 井部俊子監修. (2010). ナースのための管理指標 MaIN 2. 東京: 医学書院.
- 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代, 伴真由美, 小松妙子 (2004). 退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病院看護師の役割. *石川看護雑誌*, 1(1), 31-38.

- Maryse, B-G, Philippe M., & 井部俊子, 原山哲. (2006). ケアの組織を比較するーパリと東京. 東京: 北樹出版.
- 眞嶋朋子, 楠潤子, 渡邊美和, 岡本明美, 増島麻里子, 長坂育代, 山下亮子, 佐藤まゆみ, 正木治恵, 浅野美知恵, 佐藤禮子 (2012). 専門看護師が必要とする看護管理者からの支援 組織文化からの一考察. *文化看護学会誌*, 4(1), 13-25.
- McCann, J. T., Graves, D., & Cox, L. (2014). Servant leadership, employee satisfaction, and organizational performance in rural community hospitals. *International Journal of Business and Management*, 9(10), 28-38.
- McLaughlin, A., & Fetzter, S. J. (2015). The perceived value of certification by magnet® and non-magnet nurses. *The Journal of Nursing Administration*, 45(4), 194-199.
- 三隅二不二 (1984). リーダーシップ行動の科学 (改訂版). 東京: 有斐閣.
- 三隅二不二, 武田忠輔, 橋口捷久 (1969). 病院看護婦集団における Pm 式リーダーシップおよび社会的勢力に関する実証的研究. *教育・社会心理学研究*, 8(2), 159-172.
- 三隅二不二, 山田雄一, 南隆男 (1988.). 組織の行動科学. 東京: 福村出版.
- Morgan, W. M. (2002). ハイ・フライヤー次世代リーダーの育成法. 金井壽宏監訳 (2002). 東京: プレジデント社.
- 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. *日本看護研究学会雑誌*, 36(1), 61-70.
- 村上美好, 木村チヅ子編(2011). 看護管理学習テキスト第2版 第3巻 看護マネジメント論. 井部俊子, 中西睦子監修, 東京: 日本看護協会出版会.
- 中神友子, 星野純子, 栗田孝子 (2012). 患者マネジメントに焦点をあてた病棟看護師長の役割と課題. *医学と生物学*, 156(9), 635-643.
- 中西睦子編(2011). 看護管理学習テキスト第2版 第7巻 看護制度・政策論. 井部俊子, 中西睦子監修, 東京: 日本看護協会出版会.
- ナーシングビジネス編集室(2014). 初めての看護マネジメント超おたすけ BOOK 花まる師長への第一歩. 東京: メディカ出版.
- Neill, M. W., & Saunders, N. S. (2008). Servant leadership: Enhancing quality of care and staff satisfaction. *The Journal of Nursing Administration*, 38(9), 395-400.
- Neuschel, R. P. (2005). ケロッグ mba スクールで教えるリーダーシップ・エッセンシャルズ: 組織・人材パワーの発揮へ. 梅津祐良訳.(2006). 東京: 生産性出版.
- 野田智義, 金井寿宏 (2007). リーダーシップの旅: 見えないものを見る. 東京: 光文社.
- 野田有美子 (2010). スタッフナースを惹きつける看護師長のリーダーシップ行動. *聖路加看護学会誌*, 14(1), 1-8.
- 野中らいら, 武村雪絵, 佐々木美奈子, 菅田勝也 (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.
- 緒方泰子 (2012). The practice environment scale of the nursing work index (PES-NWI) 日本語版の開発と利用. *日本看護評価学会誌*, 2(1), 24-26.
- 緒方 泰子, 永野 みどり, 福田 敬, 橋本 廸生 (2011). 病棟に勤務する看護職の就業継続意向と看護実践環境との関連 The practice environment scale of the nursing work index (PES-NWI)日本語版の応用. *日本公衆衛生雑誌*, 58(6), 409-419.
- 緒方泰子, 永野みどり, 西岡みどり, 赤沼智子, 内田朋子, 山名敏子, 野中時代, 大上道子, 福田敬, 橋本廸生 (2010). The practice environment scale of the nursing work index (PES - NWI) 日本語版の信頼性と妥当性に関する予備的検討. *日本医療・病院管理学会誌*, 47(2), 69-80.
- 奥裕美, 井部俊子, 柳井晴夫, 中村綾子, 石崎民子, 笠松由佳, 佐々木菜名代, 高井今日子, 平山恵子, 松永佳子, 三笥里香, 渡邊千登世 (2011). 看護管理実践のための自己評価指標(Main)改訂版の信頼性と妥当性の検討. *聖路加看護学会誌*, 15(2), 16-25.
- 岡田郁子 (2010). 看護師長のリーダーシップ行動の特性とスタッフのモラルおよび達成動機の関連. *日本赤十字看護学会誌*, 11(1), 1-8.
- 大原まゆみ, 丸口ミサエ, 西尾和子, 田中優子, 平井さよ子 (2004). 高度専門病院に勤務する看護師の定着可能性. *国立看護大学校研究紀要*, 3(1), 75.
- 大久保清子, 米澤弘恵, 長谷川智子, 清水房枝 (2009). リーダーシップ類型と看護におけるインフォームドコンセントの普及との関連. *三重看護学誌*, 11, 45-52.
- 尾崎フサ子 (2003). 看護職員の職務満足に与える看護師長の承認行為の影響. *新潟医学会雑誌*, 117(3), 155-163.
- Parsons, M. L., Batres, C., & Golightly-Jenkins, C. (2006). Innovations in management: Establishing team behavioral norms for a healthy workplace. Topics in Emergency Medicine. *Innovations in Management*, 28(2), 113-119.
- Patrician, P. A., Shang, J., & Lake, E. T. (2010). Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among army medical department registered nurses. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 99-110.
- Peters, T. J., Waterman, R. H., & Jones, I. (1982). In search of excellence: Lessons from America's best-run companies. New York : Harper & Row.
- Ross, E. J., Fitzpatrick, J. J., Click, E.R., Krouse, H. J., & Clavelle, J. T. (2014). Transformational leadership practices of nurse leaders in professional nursing associations. *Journal of Nursing Administration*, 44(4), 201-206.
- 坂爪洋美 (2009). ワーク・ライフ・バランス施策に対する管理職の認識がリーダーシッ

- プ行動に与える影響. *経営行動科学*, 22(3), 205-221.
- 坂元綾, 山田寛 (2012). スタッフ育成における病棟看護師長の役割 スタッフ育成の認識及び役割遂行に影響する要因. *高知女子大学看護学会誌*, 37(2), 38-47.
- 里光やよい, 今野葉月, 須釜なつみ, 市塚京子, 佐藤淳子, 鈴木照実, 古橋洋子(2013).  
看護師長が語る中堅看護師育成についての認識と対応. *自治医科大学看護学ジャーナル*, 10, 93-102.
- 佐藤郁哉, 山田真茂留 (2004). 制度と文化：組織を動かす見えない力. 東京：日本経済新聞社.
- Schein, H. E. (2010). 組織文化とリーダーシップ(4th ed ed.).梅津祐良, 横山哲夫訳 (2012). 東京：白桃書房.
- Schein, H. E. (1978). キャリア・ダイナミクス キャリアとは、生涯を通しての人間の生き方・表現である. 二村敏子, 三善勝代訳(1991). 東京：白桃書房.
- Schein, H. E. (1995). キャリア・アンカー：自分のほんとうの価値を発見しよう(1st ed.)金井壽宏訳 (2003) . 東京：白桃書房.
- Schein, H. E. (1995). キャリア・サバイバル：職務と役割の戦略的プランニング(1st ed.) 金井壽宏訳 (2003) . 東京：白桃書房.
- Schein, H. E. (1999). 企業文化：生き残りの指針. 金井壽宏、尾川丈一、片山佳代子訳 (2004). 東京：白桃書房.
- 関文恭, 吉山尚裕, 三隅二不二, 吉田道雄, 三角恵美子 (1997).看護専門学校におけるクラス担当教員のリーダーシップ行動測定尺度の作成とその妥当性. *九州大学医療技術短期大学部紀要*, 24, 25-32.
- 芝田 文男 (2010). 医師不足問題の考察：国の医師養成政策の変遷と京都府の医師不足対策について. *京都産業大学法学会*,43(3/4), 5-40.
- 重永康子, 土屋八千代 (2009). 変革期における看護管理者のストレスサーおよびストレス対処法と仕事の成果の関係. *日本看護管理学会誌*, 13(1), 51-59.
- 白木秀典 (2015). 複合型経営の中小医療法人の経営を考えるフレームワーク：医療生協法人の収益性と経営管理の考察. *保健医療経営大学紀要*, (7), 51-60.
- Spears, L. C. (1998). Insights on leadership: Service, stewardship, spirit, and servant-leadership. New York: John Wiley & Sons.
- Stimpfel, A. W., Rosen, J. E., & McHugh, M. D. (2014). Understanding the role of the professional practice environment on quality of care in magnet® and non-magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 44(1), 10-16.
- Stogdill, R.M, (1957). Leadership and structures of personal interaction. Columbus: Ohio State University, Bureau of Business Research.
- 杉本弥生, 畑田みゆき, 大田敦子 (2013). 看護部主導による総合病床マネジメントの効



- 果(第1報). *東京都福祉保健医療学会誌*, 平成24年度(受賞演題論文集), 46-49.
- 高平仁史(2013). 看護マネジメントに自信がつく！現場で使える労務管理の基礎知識-就業規則のもと、労働基準法と関連法規がばっちり理解できる！. 東京：メディカ出版.
- 高谷嘉枝 (2007). 師長の変革的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. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, 14, 93-105.
- 高谷嘉枝 (2010). 新人看護師が臨床現場に適応するための看護師長の工夫. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, 17, 103-115.
- 手塚とみ江, 佐藤みつ子 (2007). 看護師長のリーダーシップに対する自己評価と看護師による評価. *山梨大学看護学会誌*, 6(1), 33-38.
- 手島恵編(2011). 看護管理学習テキスト第2版 第4巻 看護における人的資源活用論. 井部俊子, 中西睦子監修, 東京：日本看護協会出版会.
- 富永真己, 佐藤芙佐子, 道脇まゆみ (2012). 看護管理者のリーダーシップとマネジメントスタイルに関する文化差の研究 米国のマグネット・ホスピタルと日本の病院の事例検討. *こころと文化*, 11(2), 169-184.
- 塚本尚子, 結城瑛子, 船木由香, 田中奈津子, 山口みのり (2009). 組織風土としての看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.
- 上野栄一 (2005). 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 25(2), 47-55.
- 若林満, 星野靖雄 (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.
- Walumbwa, F. O., Hartnell, C. A., & Oke, A. (2010). Servant leadership, procedural justice climate, service climate, employee attitudes, and organizational citizenship behavior: A cross-level investigation. *Journal of Applied Psychology*, 95(3), 517-529.
- Warshawsky, N. E., Lake, S. W., & Brandford, A. (2013). Nurse managers describe their practice environments. *Nursing Administration Quarterly*, 37(4), 317-325.
- Warshawsky, N. E., Rayens, M. K., Lake, S. W., & Havens, D.S. (2013). The nurse manager practice environment scale: Development and psychometric testing. *Journal of Nursing Administration*, 43(5), 250-257.
- 山口智美, 舟島なをみ (2010). スタッフ看護師と相互行為を展開する看護師長の行動に関する研究 看護師長が発揮する教育的機能の解明に向けて. *看護教育学研究*, 19(1), 46-59.

山本雅子, 宮腰由紀子, 高瀬美由紀, 小林敏生 (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.

山根一美, 井上祐子, 倉田節子, 小河育恵, 岡須美恵 (2013). 中堅看護師から中間看護管理者への役割移行に伴う支援に関する文献検討. *ヒューマンケア研究学会誌*, 5(1), 79-83.

## ■卷末資料

### 資料 3 予備研究調査用紙

#### ◆調査ご協力のお願い◆

このたびは、調査にご協力頂き、誠にありがとうございます。

医療情勢が変化し、看護管理者には多角的な管理手腕が求められるようになり、様々な課題に日々ご尽力されていることと思います。組織運営や看護方針についてスタッフへ周知し、実践へと結びつけるには困難も感じられているのではないのでしょうか。看護の質を向上するためには看護師長の看護部、スタッフナースへのコミュニケーション能力が求められ、看護師長が意識的に組織運営に参画されることが必要であると考えます。

この調査用紙は、あなたのリーダーシップタイプ、コミュニケーションスキル、看護部管理者への期待度や価値基準などをお尋ねするものです。

本調査にご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、回答を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。ご回答の所要時間は約 20 分程度ですので、お時間に余裕のある時にお答えいただければ結構です。また、無記名での回答ですので、個人が特定される事はなく、得られた回答はすべて集団として処理をいたします。

なお、本調査に対して回答していただいたことで研究への同意とさせていただきます。

調査用紙への回答には 1 ヶ月を目安にしております。

調査用紙は返信用封筒に入れ、平成 24 年 月 日 までに郵便ポストに投函していただけるよう、お願い申し上げます。

※本調査は、聖隷クリストファー大学倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡いただけるようお願い申し上げます。

平成 24 年 11 月

#### 【研究者所属及び氏名】

聖隷クリストファー大学 看護学部 助教  
基礎看護学領域 榎原理恵

#### 【連絡先】

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453  
聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室  
TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン)  
E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)



あなた自身のことについてお伺いします。

下記のカッコの中には数字を記入し、あてはまる番号に○をつけてください。

- A 臨床経験年数 ( )  
 B 看護師長経験年数 ( )  
 C 現所属経験年数 ( )  
 D 所属スタッフの人数 ( ) 名  
 E 認定研修受講経験 1. ファーストレベル 2. セカンドレベル 3. サードレベル  
 4. なし



スタッフとの普段のあなたの関わり方について

あなたはどのように認識されておられますか。

あなた自身の考え方に、もっともよく当てはまる番号に丸をつけてください。

当てはまる  
 あまり当てはまらない  
 どちらともいえない  
 やや当てはまる  
 当てはまる

	1	2	3	4	5
1 相手の話を聴いた後に要約をする……………	1	2	3	4	5
2 話の途中でつまる……………	1	2	3	4	5
3 相手の立場に立った話し方を心がけている……………	1	2	3	4	5
4 対人距離に留意する……………	1	2	3	4	5
5 話す時は私が主導権を握ります……………	1	2	3	4	5
6 私は初対面の人とうまく話す……………	1	2	3	4	5
7 視線に留意する……………	1	2	3	4	5
8 相手の話をよく聴く……………	1	2	3	4	5
9 言葉がスムーズに出てこない……………	1	2	3	4	5
10 相手の情報を確認する……………	1	2	3	4	5
11 相手の話を聴き問題点を見つける……………	1	2	3	4	5
12 話が脱線する……………	1	2	3	4	5
13 沈黙を効果的に用いる……………	1	2	3	4	5
14 感情をコントロールする……………	1	2	3	4	5
15 相手の話を聴く時は、時間を考慮する……………	1	2	3	4	5
16 相手の話を聴きながら問題となる中心を聞く……………	1	2	3	4	5
17 自分を主張する……………	1	2	3	4	5
18 ジェスチャーをまじえて話す……………	1	2	3	4	5
19 自分の言ったことを相手に確認する……………	1	2	3	4	5

### III

あなたはスタッフに対して、以下の記述のような場面について

どのような行動をとられていますか。

各記述について「1. いつも行う」～「5. ほとんど行わない」のうち、

もっともよく当てはまる番号に丸をつけてください。

ほとんど  
行わない  
あまり  
行わない  
たまに  
行う  
ときどき  
行う  
いつも  
行う

1 あなたは規則に決められた事例にスタッフに従うことをやかましくいいますか……………	1	2	3	4	5
2 あなたはスタッフの仕事に関してどの程度指示命令を与えますか……………	1	2	3	4	5
3 あなたは仕事を与えるときに、いつまでに仕上げればよいかを明確に示しますか……………	1	2	3	4	5
4 あなたは仕事量のことをやかましくいいますか……………	1	2	3	4	5
5 あなたは所定の時間までに仕事を完了するように要求しますか……………	1	2	3	4	5
6 あなたはスタッフを最大限に働かせようとすることがありますか……………	1	2	3	4	5
7 あなたはスタッフがまずい仕事をやったとき、スタッフ自身を責めるのではなく仕事ぶりのまずさを責めますか……………	1	2	3	4	5
8 あなたはスタッフが担当している機械、設備のことを知っていますか……………	1	2	3	4	5
9 あなたはその日の仕事の計画や内容を知らせますか……………	1	2	3	4	5
10 あなたは仕事の進みぐあいについての報告を求めますか……………	1	2	3	4	5
11 あなたの計画、手順がまずいために作業時間がむだになるようなことがありますか……………	1	2	3	4	5
12 あなたは毎月の目標達成のための計画をどの程度めんみつにたてていますか……………	1	2	3	4	5
13 あなたは職場に気まずい雰囲気があるとき、それをときほぐすようなことがありますか……………	1	2	3	4	5
14 スタッフは仕事のことであなたと気軽に話し合うことができますか……………	1	2	3	4	5
15 あなたは仕事に必要な設備の改善などの申し出の実現のために努力しますか……………	1	2	3	4	5
16 全般的にみてあなたはスタッフを支持していますか……………	1	2	3	4	5
17 あなたはスタッフの個人的な問題に気を配っていますか……………	1	2	3	4	5
18 あなたはスタッフを信頼していますか……………	1	2	3	4	5
19 あなたはスタッフが優れた仕事をしたときには、それを認めていますか……………	1	2	3	4	5
20 職場で問題が起こったとき、あなたはスタッフの意見を求めますか……………	1	2	3	4	5
21 あなたはスタッフの立場を理解しようとしますか……………	1	2	3	4	5
22 あなたは昇進や昇給など、スタッフの将来について気を配っていますか……………	1	2	3	4	5
23 あなたはスタッフを公平にとりあつかっていますか……………	1	2	3	4	5
24 あなたはスタッフに対して好意的ですか……………	1	2	3	4	5

### IV

あなたが看護部の運営に関し、今後さらに発展を期待することはどのようなことですか。

以下の項目に対する期待の度合いを✓で示してください。

	非常に期待している	全く期待していない
現状分析力	_____	_____
コミュニケーションスキルの向上	_____	_____
看護実践の可視化	_____	_____
労働環境の調整	_____	_____
目標管理の支援	_____	_____
スタッフの育成・教育支援	_____	_____
倫理観の熟成	_____	_____
看護管理観の明確化	_____	_____



上司との普段のあなたの関わり方について

あなたはどのように認識されておられますか。

あなた自身の考え方に、もっともよく当てはまる番号に丸をつけてください。

当てはまる  
やや当てはまる  
どちらともいえない  
あまり当てはまらない  
当てはまらない

	1	2	3	4	5
1 相手の話を聴いた後に要約をする……………	1	2	3	4	5
2 話の途中でつまる……………	1	2	3	4	5
3 相手の立場に立った話し方を心がけている……………	1	2	3	4	5
4 対人距離に留意する……………	1	2	3	4	5
5 話す時は私が主導権を握ります……………	1	2	3	4	5
6 私は初対面の人とうまく話す……………	1	2	3	4	5
7 視線に留意する……………	1	2	3	4	5
8 相手の話をよく聴く……………	1	2	3	4	5
9 言葉がスムーズに出てこない……………	1	2	3	4	5
10 相手の情報を確認する……………	1	2	3	4	5
11 相手の話を聴き問題点を見つける……………	1	2	3	4	5
12 話が脱線する……………	1	2	3	4	5
13 沈黙を効果的に用いる……………	1	2	3	4	5
14 感情をコントロールする……………	1	2	3	4	5
15 相手の話を聴く時は、時間を考慮する……………	1	2	3	4	5
16 相手の話を聴きながら問題となる中心を聞く……………	1	2	3	4	5
17 自分を主張する……………	1	2	3	4	5
18 ジェスチャーをまじえて話す……………	1	2	3	4	5
19 自分の言ったことを相手に確認する……………	1	2	3	4	5

◆本調査についてご意見やご感想がありましたらご記入ください◆

◆◆◆◆◆ ご協力ありがとうございました ◆◆◆◆◆

## 中規模病院における看護師長に必要なスキルに関する アンケート調査

このたびは、調査にご協力頂き、誠にありがとうございます。

この調査用紙は、みなさまの看護実践環境の現状、看護師長に求められるスキル、看護師長を支援する体制などをお尋ねするものです。

I～Vで構成されておりますので、各質問に対し、該当する番号に○印をつけるか、カッコ内に回答をご記入ください。回答に要する時間は約20分です。

この調査をもとに、中規模病院の看護師長に必要なスキルと看護師長を育成する環境を明らかにすることで、看護実践環境が整い、看護師のみなさまに貢献できると考えております。

ご多忙中大変恐縮ではありますが、調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

本調査にご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、回答を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。ご回答の所要時間は約20分程度ですので、お時間に余裕のある時にお答えいただければ結構です。また、無記名での回答ですので、個人が特定される事はなく、得られた回答はすべて集団として処理をいたします。

なお、本調査に対して回答していただいたことで研究への同意とさせていただきます。

調査用紙への回答には1ヶ月を目安にしております。

調査用紙は返信用封筒に入れ、平成26年 月 日 までに郵便ポストに投函していただけるよう、お願い申し上げます。

※本調査は、聖隷クリストファー大学倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡いただけるようお願い申し上げます。

【調査についてのお問い合わせ】

聖隷クリストファー大学 看護学研究科

博士後期課程 榎原理恵

【連絡先】

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室

TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン)

E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)



# I

各項目について、あなたの職場にある、  
とあなたが同意する程度の番号に○をつけてください。

非常に  
そう思う  
そう思う  
そう  
思う  
ない  
全く  
そう  
思う  
ない

1	他の職種による支援が十分にあるので、私は、担当患者に時間を費やせる	1	2	3	4
2	医師と看護師は、仕事上の関係が良い	1	2	3	4
3	看護師長は、看護師に対して支援的である	1	2	3	4
4	看護師のための、充実したスタッフ教育や継続教育プログラムがある	1	2	3	4
5	クリニカルラダーによる能力評価の機会や、キャリアアップの機会がある	1	2	3	4
<hr/>					
6	管理職以外の看護師も、病院の方針決定に参加する機会がある (ケアの方針や手順、必要な備品の選択、患者分類システムの決定、シフト、給与ほか、看護業務に関わる様々な方針)	1	2	3	4
7	看護師長は、過ちを非難するのではなく、学びの機会として用いる	1	2	3	4
8	他の看護師等と、患者ケアの問題を話し合うのに十分な時間と機会がある	1	2	3	4
9	質の高い患者ケアを提供するのに十分な人数の看護師がいる	1	2	3	4
10	看護師長は、良い管理者でありリーダーである	1	2	3	4
<hr/>					
11	看護部長は、看護師にとって目に見える存在であり、相談しやすい存在である	1	2	3	4
12	ある仕事をやり終えるのに十分な人数のスタッフがいる	1	2	3	4
13	上手くできた仕事は、称賛され認められる	1	2	3	4
14	高水準の看護ケアが、病院の管理にかかわる様々な責任者によって期待されている	1	2	3	4
15	看護部長は、病院の他のトップレベルの幹部と、権力や権限において同等である	1	2	3	4
<hr/>					
16	看護師と医師は、チームとして働いている	1	2	3	4
17	昇進の機会がある	1	2	3	4
18	明確な看護の理念が、患者ケア環境に行き渡っている	1	2	3	4
19	臨床能力のある看護師と働いている	1	2	3	4
20	たとえ医師との衝突がある場合でも、看護師長は、意思決定において看護スタッフをバックアップする	1	2	3	4
<hr/>					
21	病院の管理にかかわる様々な責任者は、職員が患者ケアに関して気になる事を聴き対処する	1	2	3	4
22	ケアの質を保証する仕組が充実している	1	2	3	4
23	管理職以外の看護師も、看護の実践や方針に関する委員会のような病院全体の管理に関わっている(例:感染管理委員会、倫理委員会ほか)	1	2	3	4
24	看護師と医師とは、協働している	1	2	3	4
25	新卒および中途採用として新たに雇われた看護師に対するプリセプタープログラムがある	1	2	3	4

		非常に そう思う	そう 思う	そう 思わない	全く そう 思わない
26	看護ケアは医学モデル（疾病に重きを置く）よりもむしろ、看護モデル（個別性や生活等に重きを置く）に基づいている	1	2	3	4
27	管理職以外の看護師にも、病院や看護の委員会の委員を務める機会がある	1	2	3	4
28	看護部長や副看護部長は、日々の問題や手順に関する問題を把握し、スタッフと相談している	1	2	3	4
29	全ての患者について、患者の現状に対応した看護計画が、書面や電子カルテ等として文書化されている	1	2	3	4
30	ケアの継続性を促進するよう患者ケアが割り振られている。すなわち、一人の患者に対して、継続して同じ看護師がケアを担当する	1	2	3	4
31	看護診断を用いている	1	2	3	4

## II

あなたが『看護師長に必要なと思うスキル』はどの程度ですか。  
該当する番号に○をつけてください。

		絶 体 に 必 要	必 要	必 要 な い	全 く 必 要 な い
1	労務管理に関する知識があり、適切な人的管理ができる・・・・・・・・・・	1	2	3	4
2	関連法規の知識があり、適切なリスク管理ができる・・・・・・・・・・	1	2	3	4
3	情報管理の知識があり、人的・財的・リスク管理ができる・・・・・・・・・・	1	2	3	4
4	看護倫理観があり、医療スタッフに提言できる・・・・・・・・・・	1	2	3	4
5	看護師の自律性を尊重できる・・・・・・・・・・	1	2	3	4
6	リーダーシップに関する知識があり、リーダーシップを発揮することができる・・	1	2	3	4
7	組織行動とシステム科学に関する知識があり、組織運営に活かすことができる・・	1	2	3	4
8	問題解決や目標管理に関する知識があり、組織運営に活かすことができる・・・・・	1	2	3	4
9	チーム医療と連携について知識があり、組織運営に活かすことができる・・・・・	1	2	3	4
10	新人教育、成人教育について知識があり人材の育成ができる・・・・・・・・・・	1	2	3	4
11	ジェネラリストとキャリア開発に関する知識があり、人材の育成ができる・・	1	2	3	4
12	コミュニケーションスキルがあり、人材育成・組織運営に活かすことができる	1	2	3	4
13	ストレスマネジメントの知識があり、人材育成・組織運営にいかすことができる・・	1	2	3	4
14	看護サービスの質管理について知識があり、看護の質の向上に努めることができる	1	2	3	4

あなたが看護師になってから現在まで、研修・講義に参加した回数について  
あてはまる番号に○をつけてください。

また機会があれば学習したい項目について( )に○をつけてください。

	2回以上	1回	なし	機会があれば 学習したい
1 労務管理・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
2 関連法規・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
3 情報管理・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
4 看護倫理・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
5 看護師の自律性・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
6 リーダーシップ・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
7 組織行動とシステム科学・・・・・・・・	1	2	3	( )
8 問題解決と目標管理・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
9 チーム医療と連携・・・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
10 新人教育、成人教育・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
11 ジェネラリストとキャリア開発・・・・	1	2	3	( )
12 コミュニケーションスキル・・・・・・	1	2	3	( )
13 ストレスマネジメント・・・・・・・・・・	1	2	3	( )
14 看護サービスの質管理・・・・・・・・・・	1	2	3	( )

あなたの勤務する施設での看護師長の昇格要件についてお聞きます。  
あなたが認識している範囲で結構です。  
以下の設問について該当する番号に○を、( ) に数字を記入してください。

- ### 1 看護師長昇任や昇格の条件

① あり

② なし

以下の内容であてはまるもの全てに○をつけてください。



- a. 病院独自の試験や研修の受講  
b. 日本看護協会の認定看護管理者研修等  
（ファーストレベル、臨床指導者研修、その他）  
c. 臨床経験（ ）年以上  
d. 副師長職経験（ ）年以上  
e. 学位（学士、修士、博士）  
f. 上記以外の資格等の要件があれば記載してください

- ## 2 看護師長就任後の支援体制

① あり

② なし

V

あなた自身のことについてお伺いします。

下記のカッコの中には数字を記入し、あてはまる番号に○をつけてください。

- 1 臨床経験年数 ( ) 年
- 2 勤務施設数 ( ) 施設
- 3 現在の職位  
( ) ⇒現在の職位経験年数 ( ) 年
- 4 過去に経験のある職位  
( )
- 5 看護管理認定研修受講経験  
a. ファーストレベル b. セカンドレベル c. サードレベル d. なし
- 6 看護系最終学歴  
a. 専門学校 b. 短期大学 c. 大学 d. 修士課程 e. 博士課程  
f. その他 ( )

◆本調査についてご意見やご感想がありましたらご記入ください◆

◆◆◆◆◆ ご協力ありがとうございました ◆◆◆◆◆

## 中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための 支援プログラムに関する研究ご協力のお願い

ご多忙中とは存じますが、以下の主旨をご理解いただき、研究へのご協力をお願い申し上げます。

昨年度、看護組織が看護師長を育成するための実践方法や、看護師長に期待されるスキル、中規模病院の看護師長に必要な育成環境について調査した結果、看護師長には「サーバントリーダーシップ」を獲得することが有効であることが示唆されました。看護師長には明確なミッションを持ちながら、目標や成果に向かって実践している看護師に対し信頼を寄せ、励まし、支援することが期待されます。看護師長が、患者を支える看護師に対してサーバントリーダーシップを発揮することができれば、職場環境はますます調整され、看護師の看護実践能力が向上し、より成熟した組織文化が醸成されることも期待できます。一方、中規模病院では、病院外部研修への参加が困難な状況があり、研修を受けることができて少人数に限られることも多く、学修の共有やモチベーションの維持が困難になることがあります。そこで、学習環境に容易にアクセスでき、双方向コミュニケーションが可能であることで看護師長の支援体制を維持するためのクラウド環境を利用した支援プログラムを開発いたしました。

看護部長様に許諾を得ることができましたので、研究者が開発した『サーバントリーダーシップの獲得を支援するプログラム』を実施する運びとなりました。

プログラムの概要、介入前後の評価指標については別紙をご参照ください。

本プログラムにご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、参加を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。また、プログラムへの参加を中断することも可能です。介入前後の質問紙調査においては無記名での回答ですので、個人が特定される事はなく、得られた回答はすべて集団として処理をいたします。質問紙調査は無記名で実施させていただきますが、分析法の都合上、2回の調査のデータをマッチングさせる必要がありますので、文末のシール貼付欄に配布したIDシールを貼付していただきますようお願いいたします。また、クラウドプログラムにおいては、ログインには架空の個人情報を設定していただくことで、個人情報が漏洩しないよう努めます。クラウドプログラムに必要なタブレット端末を希望される方には研究者が貸与いたします。またログイン後より、クラウドプログラムへのログイン回数、質問内容などの文章をテキストデータとして扱う予定です。得られたテキストデータは全て集団として処理をいたします。本研究の成果を関連の学会で発表、投稿によって公表する際には、所属や施設が特定されるような記述はいたしません。

研究参加に同意していただける場合には次ページの同意書 2 枚に必要事項をご記入後、  
投函をお願いいたします。

【連絡先】 聖隷クリストファー大学大学院 看護学研究科博士後期課程 榎原理恵  
〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453  
聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室  
TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン) E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)

### 研究參加同意書

## 研究テーマ

「中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援プログラム紹介」

1. 研究の目的・意義
2. 研究の方法・手順
3. 対象者への予測される利益・不利益
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加は本人の自由意思であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

テキストデータの抽出 ☐ 同意します ☐ 同意しません

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得し了承しましたので、  
この研究に参加することに同意します。

対象者（署名） \_\_\_\_\_  
署名年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

說明者（署名）\_\_\_\_\_

說明年 月 日                      年                      月                      日

研究者(署名)

署名年月日 年 月 日

## サーバントリーダーシップの獲得を支援するプログラム概要

1. 講義・ディスカッションプログラム (4回構成)

各講義にはパワーポイントを使用する。配布資料はディスカッションに使用するワークシートとする。ディスカッションは3～5名を1グループで行う。研究者は全体の進行とオブザーバーとして座席し発言は控える。

表1. 講義・ディスカッションプログラム概要

	第1回 講義「マネジメント・リーダーシップ」の概要	第2回 講義「マネジメント・リーダーシップ」の概要
	練習内容 (45分程度)	ディスカッション内容 (45分程度)
第1回 看護を振り返ろう	看護の見せ方 他部門からどう見える、どう見せる マネージャーとリーダーシップ リーダーシップ論あれこれ	自分の看護観を語る  自分に望まれているリーダー像 自分の理想とするリーダー像
第2回 自分を知り、スタッフを知る	キャリア開発 チームの「なりたい」看護者像 スタメンメンバー	自分のキャリアプランを知る チーム作成の困難事例と成功事例
第3回 看護と組織を考える	中規模病院の特徴と組織文化 定義を促進している組織と組織文化 限られた人材を活用する	病院の理念、看護部理念の確認 自分たちの強み
第4回 サブパートリーダーへの誘い	看護部長のコミュニケーションスキル 伝えたいことを伝えるために サブパートリーダーシップとは 支配型リーダーとの違い 実務部長とサブパートリーダーシップ	改めて、看護を語る 看護と患者への思いを伝える

## 2. クラウドプログラム

研究参加の同意を得られ

た対象者に、アクセス権と共にアクセス ID とパスワードを付与しクラウドプログラムへのアクセス環境を確認する。講義終了後から講義で使ったパワーポイント資料が閲覧できるように設定する。個人情報漏洩を防ぐため、ログインには架空の個人情報を設定し、アクセスには個人名、所属施設を入力するように設定する。コミュニケーションが可能なツールを活用し、ディスカッションプログラムでの提示内容について、クラウド上で質疑

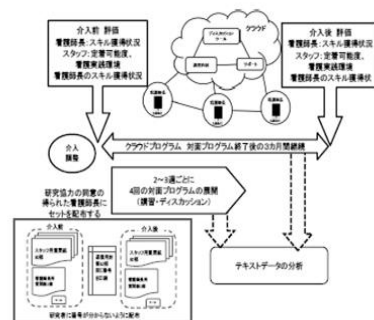


図1. 支援プログラムと評価計画

について、クラウド上で所属組織以外の参

加者とコミュニケーションが取れる体制を確保する。

クラウドプログラムに必要なタブレット端末は、希望があれば研究者が研究期間中貸与する。  
研究者への質問・意見は随時受け付ける。

### 3. プログラム評価

1) プログラム前評価: 同意書を得られたことを確認し、支援プログラム開始前に評価する。

看護師長：介入前の看護師長の状況把握のため、サーバントリーダーシップ 53 項目  
 スタッフ：介入前の看護実践環境の把握のため、看護実践環境（PES-NWI 日本語版）31 項目、定着  
 可感性測定尺度 34 項目

## 2) プログラム後評価

クラウドプログラムへのアクセス回数とテキストデータ。テキストデータは個人が特定されないようにIDを附し統計的に処理する

スタッフ：看護実践環境（PES-NWI 日本語版）31 項目、定着可能性測定尺度 4 項目、看護師長のスーパーントリーダーシップ 53 項目

#### 4. 研究参加の対象者への倫理的配慮

1) 本研究の対象者は、手続き上、看護部といった権威的部署からプログラム参加の依頼がなされることによって強制的な印象を持つことが考えられる。

プログラム参加者へはプログラムの概要、意義、目的について口頭で説明すると共に文書にてプログラム及び研究への参加は自由意思であり、中断も自由であること、不参加や中断による不利益は一切ないことを保証し、業務評価とも無関係であること明記し、研究参加への可否について同意書を研究者に直接郵送を依頼する。

2) 質問紙調査により時間的に 20 分程度拘束し身体的負担、心理的負担が生じる可能性がある。

対策として調査内容は最小限とし、回答時間を制限しない事で、対象者への負担を軽減する。加えて、本研究で調査する内容が、看護管理者としての業務内容や責務などに関係するため、匿名性には十分に配慮し、個人が特定できないことを明確に示す事で、研究協力への業務への影響に関する不安を軽減するよう努める。

3) 質問紙やテキストデータの取り扱いの不備による個人情報の漏えいの可能性が考えられる。

質的調査は、報告主と、研究成果の公表に際して個人や施設が特定されるような情報は一切公開しない。また、プログラムの有効性の評価のために比較対象が必要となることが必要で、30名の看護師長にはID用シリアル2枚とスクリーン用のプログラム入力用紙、対象者30名、プログラム入力用紙用開封30部、同じ番号と記した返信用封筒2枚を研究者に番号付の番号の記入とプログラム開封に配布する。対象者自身ID番号を紙質ID用紙2枚に同様の番号の記載を依頼する。同様の番号が記載されたID、ID番号シリアルを紙質ID用紙の紙面に対象者自身で貼り付けし、もう一つ依頼する。質的調査に利用された研究師のIDとIDナンバーからの返信用封筒を一致させることで入館前、および研究師からの自己評価とスクリーンからの結果評価をを行う。

また、個人情報の保護として得られたデータは統計的に処理し、調査用紙は研究終了後にはシュレッダー処理、データの消去を行う。

## サーバントリーダーシップスキルに関するアンケート調査 ～プログラム開始前～

看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援プログラムにご参加いただき誠にありがとうございます。

この調査用紙は、みなさまのサーバントリーダーシップスキルについてお聞きするものです。

I・IIで構成されておりますので、各質問に対し、該当する番号に○印をつけるか、カッコ内に回答をご記入ください。回答に要する時間は約20分です。

本日、プログラム終了3か月後に同様の調査を実施することにより、プログラムの成果を客観的に評価したいと考えております。

ご多忙中大変恐縮ではありますが、調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

調査は無記名で実施させていただきますが、分析法の都合上、2回の調査のデータをマッチングさせる必要がありますので、文末のシール貼付欄に配布したIDシールを貼付していただきますようお願いいたします。

本調査にご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、回答を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。ご回答の所要時間は約20分程度ですので、お時間に余裕のある時にお答えいただければ結構です。また、無記名での回答ですので、個人が特定される事はありません。

なお、本調査に対して回答していただいたことで研究への同意とさせていただきます。

※本調査は、聖隷クリストファー大学倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡いただけるようお願い申し上げます。

【調査についてのお問い合わせ】

聖隷クリストファー大学 看護学研究科  
博士後期課程 榎原理恵

【連絡先】

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室

TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン)

E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)



**I** あなた自身のことについて  
あてはまる番号に○をつけてください。

項目	質 問	常に そう である	おおよそ そう である	どちらとも いえない	あまり そう でない	全く そう でない
1	あなたは、達成すべきことや夢に対して強い使命感を持ち、実現するために自らの意思でスタッフに尽くす。	5	4	3	2	1
2	あなたは、リーダーが深く信じているミッションに共感して、それに向かって自発的に歩み始める人を後押しする。	5	4	3	2	1
3	あなたは、スタッフからの要望に対してミッションに合致している限りは決して断らない。	5	4	3	2	1
4	あなたは、スタッフが困ったときに決して見捨てない。	5	4	3	2	1
5	あなたは、普段は後ろから見守り支えるが、危険がせまったら矢面に立つ。	5	4	3	2	1
6	あなたは、必要であれば現場で自ら先頭に立って戦う。	5	4	3	2	1
7	あなたは、それが支えたい相手のためになることであれば、改革をトップダウンで進める。	5	4	3	2	1
8	あなたは、他者に対する思いやりの気持ち・貢献の行動が常に最初に来る。	5	4	3	2	1
9	あなたは、常に他者が必要としているものを提供しようと努める。	5	4	3	2	1
10	あなたは、「受け取ることで得られる喜びよりも、与えられることで得られる喜びのほうがはるかに大きい」と考える。	5	4	3	2	1
11	あなたは、「リーダーはスタッフのために存在する」と考える。	5	4	3	2	1
12	あなたは、相手への貢献を通じ、相手を導きたいという気持ちになり、ミッションやビジョンを持ち、リーダーの役割を受け入れる。	5	4	3	2	1
13	あなたは、大きな権力の座に就きたいという欲求ではなく、組織上の地位にかかわらず他者に役立ちたいという欲求で動く。	5	4	3	2	1
14	あなたは、競争を勝ち抜いて賞賛されることを重視するのではなく、協力して目標を達成してWIN-WINになることを重視する。	5	4	3	2	1
15	あなたは、イニシアチブをとるが、「自分が」「自分が」と出しゃばることはない。	5	4	3	2	1
16	あなたは、スタッフとの信頼関係を築いてスタッフの自主性を動かすことで組織を動かす。	5	4	3	2	1
17	あなたは、メンバーを畏怖させて組織を動かそうとしない。権限を乱用しない。服従を強要しない。	5	4	3	2	1
18	あなたは、使命感を持って仕事に臨む。	5	4	3	2	1
19	あなたは、自己犠牲を伴ったとしても、自らのミッションに尽くす。	5	4	3	2	1
20	あなたは、志が高く、大きな夢やビジョンが明確なコンセプトを持っている。	5	4	3	2	1
21	あなたは、過去から学び、現在の状況を見て、将来の姿を予見する。	5	4	3	2	1
22	あなたは、常識にとらわれず、予見したことに従って決断する力を持つ。	5	4	3	2	1
23	あなたは、概念化能力が高い。基盤となるミッションや理念をはっきりさせる。	5	4	3	2	1
24	あなたは、ミッション・ビジョンの共通理解を推進する。	5	4	3	2	1



# I (つづき)

項目	質 問	常に そうである	おおよそ そうである	どちらとも いえない	あまり そうでない	全く そうでない
25	あなたは、「私はこう行くから、ついてきてくれ」とはっきり言う。	5	4	3	2	1
26	あなたは、目指したいビジョンや具体的なゴールイメージを示す。	5	4	3	2	1
27	あなたは、スタッフの心に響く適切な言葉を上手に使う。	5	4	3	2	1
28	あなたは、ビジョンを伝える際に具体的な情景が思い浮かぶような言葉を選ぶ。	5	4	3	2	1
29	あなたは、スタッフに対し指示することが中心ではなく、スタッフの話を傾聴し理解することが中心である。	5	4	3	2	1
30	あなたは、先導する前にスタッフの言うことをしっかり聴いて、自分を役立てる方法をよく考える。	5	4	3	2	1
31	あなたは、スタッフの仕事に気を配り、より働きやすいように、より成果を出しやすいように、上司として自分にできることを考え、速やかに実行する。	5	4	3	2	1
32	あなたは、自らの役割をよく理解し、それを全うする課程で「支える」「仕える」ことに徹する。	5	4	3	2	1
33	あなたは、事実に加え、相手の精神的な面や感情的な面にも注目する。	5	4	3	2	1
34	あなたは、相手の立場や視点に立ち、相手の考えを理解し、気持ちに共感する。	5	4	3	2	1
35	あなたは、他者のやる気を大切に考える。	5	4	3	2	1
36	あなたは、相手のニーズや願望をしっかり聴く。	5	4	3	2	1
37	あなたは、現場が自律的に判断してアクションが取れるように、権限と同時に必要な資源を提供し、任せる。	5	4	3	2	1
38	あなたは、相手が納得する理由を示し、自ら行動を決定させる。	5	4	3	2	1
39	あなたは、スタッフに気づきを与えながら説得する。	5	4	3	2	1
40	あなたは、個人と組織の成長の調和を図ろうとする。	5	4	3	2	1
41	あなたは、スタッフと共に学び、より良い仕事をすることに価値を置く。	5	4	3	2	1
42	あなたは、人々に内在する固有の価値を信じる。その価値を生かすために育てる。	5	4	3	2	1
43	あなたは、お互いに信頼し助け合い、楽しく学び合い、有益な価値を生むコミュニティを創ろうとする。	5	4	3	2	1
44	あなたは、スタッフに自分の大切なものを任せても大丈夫だと感じさせる。	5	4	3	2	1
45	あなたには、一緒にいると心が落ち着き、安心できる雰囲気がある。	5	4	3	2	1
46	あなたに支えられているスタッフは、患者に貢献することを重視するようになる。	5	4	3	2	1
47	あなたの周囲には、「公の精神」「互助・互恵の精神」を持った人が育つ。	5	4	3	2	1
48	リーダーシップの本質は、喜んでついていくフォロワーがいること。フォロワーが「あなたならついていきたい」と思うところからリーダーシップが生まれる	5	4	3	2	1

# I (つづき)

項目	質問	常に そうである	おおよそ そうである	どちらとも いえない	あまり そうでない	全く そうでない
49	喜んでついてくるフォロワーがいる人いなければ、いくら本人がリーダーのつもりでいても、そこにリーダーシップは存在しない。	5	4	3	2	1
50	信頼がフォロワーを生む。リーダーを「自分のことを思ってくれる人」「助けてくれる人」と感じているときに、フォロワーは心の底からリーダーを信頼する。	5	4	3	2	1
51	自分たちのために思ってくれる人、その根本に高い志や使命感のある人に、私たちはついていきたいと思う。	5	4	3	2	1
52	ミッションの名の下に、フォロワーに誇り高く尽くすサーバントの心を持った人に、私たちはついていきたいと思う。	5	4	3	2	1
53	サーバントリーダーが本物であるかどうかは、フォロワーが「健全に、賢く、自律的になっているか。自己中心的な欲望に囚われなくなったか」により見分けることができる。	5	4	3	2	1

## II

あなた自身のことについてお伺いします。

下記のカッコの中には数字を記入し、あてはまる番号に○をつけてください。

- 1 臨床経験年数 ( ) 年
- 2 勤務施設数 ( ) 施設
- 3 看護系最終学歴 a. 専門学校 b. 短期大学 c. 大学 d. 修士課程 e. 博士課程 f. その他

お渡ししたシールを貼ってください

◆本調査についてご意見やご感想がありましたらご記入ください◆

◆◆◆◆ ご協力ありがとうございました ◆◆◆◆

## サーバントリーダーシップスキルに関するアンケート調査 ～プログラム終了後～

看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援プログラムにご参加いただき誠にありがとうございました。

この調査用紙は、プログラム開始前にご協力いただいたものと同じ内容になっておりますが、プログラムを終えた現在の状況についてお答えください。

I・IIで構成されておりますので、各質問に対し、該当する番号に○印をつけるか、カッコ内に回答をご記入ください。回答に要する時間は約20分です。

前回、今回（プログラム終了3か月後）に同様の調査を実施することにより、プログラムの成果を客観的に評価したいと考えております。

ご多忙中大変恐縮ではありますが、調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

調査は無記名で実施させていただきますが、分析法の都合上、2回の調査のデータをマッチングさせる必要がありますので、文末のシール貼付欄に配布したIDシールを貼付していただきますようお願いいたします。

本調査にご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、回答を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。ご回答の所要時間は約20分程度ですので、お時間に余裕のある時にお答えいただければ結構です。また、無記名での回答ですので、個人が特定される事はありません。なお、本調査に対して回答していただいたことで研究への同意とさせていただきます。

※本調査は、聖隷クリストファー大学倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡いただけるようお願い申し上げます。

【調査についてのお問い合わせ】

聖隷クリストファー大学 看護学研究科  
博士後期課程 榎原理恵

【連絡先】

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453  
聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室  
TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン)  
E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)

## 看護実践環境に関するアンケート調査 ～プログラム開始前～

この調査用紙は、みなさまの看護実践環境についてお聞きするものです。

I～IVで構成されておりますので、各質問に対し、該当する番号に○印をつけるか、カッコ内に回答をご記入ください。回答に要する時間は約20分です。

看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することで看護実践環境が整い、看護師のみなさまに貢献できると考え、看護師長のみなさまを対象にしたプログラムを展開してまいります。

本日、プログラム終了3か月後に同様の調査を実施することにより、プログラムの成果を客観的に評価したいと考えております。

ご多忙中大変恐縮ではありますが、調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

本調査にご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、回答を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。ご回答の所要時間は約20分程度ですので、お時間に余裕のある時にお答えいただければ結構です。また、無記名での回答ですので、個人が特定される事はなく、得られた回答はすべて集団として処理をいたします。

なお、本調査に対して回答していただいたことで研究への同意とさせていただきます。

※本調査は、聖隷クリストファー大学倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡いただけるようお願い申し上げます。

【調査についてのお問い合わせ】

聖隷クリストファー大学 看護学研究科  
博士後期課程 榎原理恵

【連絡先】

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室

TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン)

E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)

# I

各項目について、あなたの職場にある、  
とあなたが同意する程度の番号に○をつけてください。

	非常に そう思う	そう 思う	そう 思わない	全く そう 思わない
1 他の職種による支援が十分にあるので、私は、担当患者に時間を費やせる	1	2	3	4
2 医師と看護師は、仕事上の関係が良い	1	2	3	4
3 看護師長は、看護師に対して支援的である	1	2	3	4
4 看護師のための、充実したスタッフ教育や継続教育プログラムがある	1	2	3	4
5 クリニカルリーダーによる能力評価の機会や、キャリアアップの機会がある	1	2	3	4
6 管理職以外の看護師も、病院の方針決定に参加する機会がある(ケアの方針や手順、必要な備品の選択、患者分類システムの決定、シフト、給与ほか、看護業務に関わる様々な方針)	1	2	3	4
7 看護師長は、過ちを非難するのではなく、学びの機会として用いる	1	2	3	4
8 他の看護師等と、患者ケアの問題を話し合うのに十分な時間と機会がある	1	2	3	4
9 質の高い患者ケアを提供するのに十分な人数の看護師がいる	1	2	3	4
10 看護師長は、良い管理者でありリーダーである	1	2	3	4
11 看護部長は、看護師にとって目に見える存在であり、相談しやすい存在である	1	2	3	4
12 ある仕事をやり終えるのに十分な人数のスタッフがいる	1	2	3	4
13 上手くできた仕事は、称賛され認められる	1	2	3	4
14 高水準の看護ケアが、病院の管理にかかわる様々な責任者によって期待されている	1	2	3	4
15 看護部長は、病院の他のトップレベルの幹部と、権力や権限において同等である	1	2	3	4
16 看護師と医師は、チームとして働いている	1	2	3	4
17 昇進の機会がある	1	2	3	4
18 明確な看護の理念が、患者ケア環境に行き渡っている	1	2	3	4
19 臨床能力のある看護師と働いている	1	2	3	4
20 たとえ医師との衝突がある場合でも、看護師長は、意思決定において看護スタッフをバックアップする	1	2	3	4
21 病院の管理にかかわる様々な責任者は、職員が患者ケアに関して気になる事を聴き対処する	1	2	3	4
22 ケアの質を保証する仕組が充実している	1	2	3	4
23 管理職以外の看護師も、看護の実践や方針に関する委員会のような病院全体の管理に関わっている(例:感染管理委員会、倫理委員会ほか)	1	2	3	4
24 看護師と医師とは、協働している	1	2	3	4
25 新卒および中途採用として新たに雇われた看護師に対するプリセプタープログラムがある	1	2	3	4
26 看護ケアは医学モデル(疾病に重きを置く)よりもむしろ、看護モデル(個別性や生活等に重きを置く)に基づいている	1	2	3	4
27 管理職以外の看護師にも、病院や看護の委員会の委員を務める機会がある	1	2	3	4
28 看護部長や副看護部長は、日々の問題や手順に関する問題を把握し、スタッフと相談している	1	2	3	4
29 全ての患者について、患者の現状に対応した看護計画が、書面や電子カルテ等として文書化されている	1	2	3	4
30 ケアの継続性を促進するよう患者ケアが割り振られている、すなわち、一人の患者に対して、継続して同じ看護師がケアを担当する	1	2	3	4
31 看護診断を用いている	1	2	3	4

## II

各項目について、あなたの上司（看護師長）について  
 あてはまる番号に○をつけてください。

		常に そう である	お お よ そ う で ある	ど ち ら と も い え ない	あ ま り そ う で ない	全 く そ う で ない
1	あなたの上司は、達成すべきことや夢に対して強い使命感を持ち、実現するために自らの意思でスタッフに尽くす。	5	4	3	2	1
2	あなたの上司は、リーダーが深く信じているミッションに共感して、それに向かって自発的に歩み始める人を後押しする。	5	4	3	2	1
3	あなたの上司はスタッフからの要望に対してミッションに合致している限りは決して断らない。	5	4	3	2	1
4	あなたの上司はスタッフが困ったときに決して見捨てない。	5	4	3	2	1
5	あなたの上司は、普段は後ろから見守り支えるが、危険がせまったら矢面に立つ。	5	4	3	2	1
6	あなたの上司は、必要であれば現場で自ら先頭に立って戦う。	5	4	3	2	1
7	あなたの上司は、それが支えたい相手のためになることであれば、改革をトップダウンで進める。	5	4	3	2	1
8	あなたの上司は、他者に対する思いやりの気持ち・貢献の行動が常に最初に来る。	5	4	3	2	1
9	あなたの上司は、常に他者が必要としているものを提供しようと努める。	5	4	3	2	1
10	あなたの上司は、「受け取ることで得られる喜びよりも、与えられることで得られる喜びのほうがはるかに大きい」と考える。	5	4	3	2	1
11	あなたの上司は、「リーダーはスタッフのために存在する」と考える。	5	4	3	2	1
12	あなたの上司は、相手への貢献を通じ、相手を導きたいという気持ちになり、ミッションやビジョンを持ち、リーダーの役割を受け入れる。	5	4	3	2	1
13	あなたの上司は、大きな権力の座に就きたいという欲求ではなく、組織上の地位にかかわらず他者に役立ちたいという欲求で動く。	5	4	3	2	1
14	あなたの上司は、競争を勝ち抜いて賞賛されることを重視するのではなく、協力して目標を達成してWIN-WINになることを重視する。	5	4	3	2	1
15	あなたの上司は、イニシアチブをとるが、「自分が」「自分が」と出しゃばることはない。	5	4	3	2	1
16	あなたの上司は、スタッフとの信頼関係を築いてスタッフの自主性を動かすことで組織を動かす。	5	4	3	2	1
17	あなたの上司は、メンバーを畏怖させて組織を動かそうとしない。権限を乱用しない。服従を強要しない。	5	4	3	2	1
18	あなたの上司は、使命感を持って仕事に臨む。	5	4	3	2	1
19	あなたの上司は、自己犠牲を伴ったとしても、自らのミッションに尽くす。	5	4	3	2	1
20	あなたの上司は、志が高く、大きな夢やビジョンが明確なコンセプトを持っている。	5	4	3	2	1
21	あなたの上司は、過去から学び、現在の状況を見て、将来の姿を予見する。	5	4	3	2	1
22	あなたの上司は、常識にとらわれず、予見したことに従って決断する力を持つ。	5	4	3	2	1



## Ⅱ (つづき)

各項目について、あなたの上司（看護師長）について  
あてはまる番号に○をつけてください。

常  
に  
そ  
う  
で  
あ  
る

お  
お  
よ  
そ  
そ  
う  
で  
あ  
る

ど  
ち  
ら  
と  
も  
い  
え  
な  
い

あ  
ま  
り  
そ  
う  
で  
な  
い

全  
く  
そ  
う  
で  
な  
い

23	あなたの上司は、概念化能力が高い。基盤となるミッションや理念をはっきりさせる。	5	4	3	2	1
24	あなたの上司は、ミッション・ビジョンの共通理解を推進する。	5	4	3	2	1
25	あなたの上司は、「私はこう行くから、ついてきてくれ」とはっきり言う。	5	4	3	2	1
26	あなたの上司は、目指したいビジョンや具体的なゴールイメージを示す。	5	4	3	2	1
27	あなたの上司は、スタッフの心に響く適切な言葉を上手に使う。	5	4	3	2	1
28	あなたの上司は、ビジョンを伝える際に具体的な情景が思い浮かぶような言葉を選ぶ。	5	4	3	2	1
29	あなたの上司は、スタッフに対し指示することが中心ではなく、スタッフの話を傾聴し理解することが中心である。	5	4	3	2	1
30	あなたの上司は、先導する前にスタッフの言うことをしっかり聴いて、自分を役立てる方法をよく考える。	5	4	3	2	1
31	あなたの上司は、スタッフの仕事に気を配り、より働きやすいように、より成果を出しやすいように、上司として自分にできることを考え、速やかに実行する。	5	4	3	2	1
32	あなたの上司は、自らの役割をよく理解し、それを全うする課程で「支える」「仕える」ことに徹する。	5	4	3	2	1
33	あなたの上司は、事実に加え、相手の精神的な面や感情的な面にも注目する。	5	4	3	2	1
34	あなたの上司は、相手の立場や視点に立ち、相手の考えを理解し、気持ちに共感する。	5	4	3	2	1
35	あなたの上司は、他者のやる気を大切に考える。	5	4	3	2	1
36	あなたの上司は、相手のニーズや願望をしっかり聴く。	5	4	3	2	1
37	あなたの上司は、現場が自律的に判断してアクションが取れるように、権限と同時に必要な資源を提供し、任せる。	5	4	3	2	1
38	あなたの上司は、相手が納得する理由を示し、自ら行動を決定させる。	5	4	3	2	1
39	あなたの上司は、スタッフに気づきを与えながら説得する。	5	4	3	2	1
40	あなたの上司は、個人と組織の成長の調和を図ろうとする。	5	4	3	2	1
41	あなたの上司は、スタッフと共に学び、より良い仕事をすることに価値を置く。	5	4	3	2	1
42	あなたの上司は、人々に内在する固有の価値を信じる。その価値を生かすために育てる。	5	4	3	2	1
43	あなたの上司は、お互いに信頼し助け合い、楽しく学び合い、有益な価値を生むコミュニティを創ろうとする。	5	4	3	2	1
44	あなたの上司は、スタッフに自分の大切なものを任せても大丈夫だと感じさせる。	5	4	3	2	1
45	あなたの上司は、一緒にいると心が落ち着き、安心できる雰囲気がある。	5	4	3	2	1
46	あなたの上司に支えられているスタッフは、患者に貢献することを重視するようになる。	5	4	3	2	1

## II (つづき)

各項目について、あなたの上司（看護師長）について  
あてはまる番号に○をつけてください。

	常に そう である	おおよそ そう である	どちら とも いえない	あまり そう でない	全く そう でない
47 あなたの上司の周囲には、「公の精神」「互助・互恵の精神」を持った人が育つ。	5	4	3	2	1
48 リーダーシップの本質は、喜んでついていくフォロワーがいること。フォロワーが「あなたならついていきたい」と思うところからリーダーシップが生まれる	5	4	3	2	1
49 喜んでついてくるフォロワーがいる人もいなければ、いくら本人がリーダーのつもりでいても、そこにリーダーシップは存在しない。	5	4	3	2	1
50 信頼がフォロワーを生む。リーダーを「自分のことを思ってくれる人」「助けてくれる人」と感じているときに、フォロワーは心の底からリーダーを信頼する。	5	4	3	2	1
51 自分たちのために思ってくれる人、その根本に高い志や使命感のある人に、私たちはついていきたいと思う。	5	4	3	2	1
52 ミッションの名の下に、フォロワーに誇り高く尽くすサーバントの心を持った人に、私たちはついていきたいと思う。	5	4	3	2	1
53 サーバントリーダーが本物であるかどうかは、フォロワーが「健全に、賢く、自律的に なっているか。自己中心的な欲望に囚われなくなったか」により見分けることができる。	5	4	3	2	1

## III

あなたの病院に対する思いについて、あてはまる番号に○を付けてください。

あなたは全体としてこの病院をみた場合、勤め先として良い病院だと思いますか

- 1) そう思う 2) どちらともいえない 3) そう思わない

あなたのこの病院の一員であるという気持ちはどの程度ですか

- 1) 一員であるといつも思う 2) 一員である時々思う 3) 一員であると考えたことはない

あなたはこの1年でこの病院をやめたいと思ったことがありますか

- 1) 一度もない 2) 時々ある 3) 何度もある

あなたがこの病院に引き続き勤めたい気持ちは次のどの程度ですか

- 1) いつまでも現在の病院で働きたい 2) 今のところやめないと思う 3) すぐにでも退職したい

## IV

あなた自身のことについてお伺いします。

下記のカッコの中には数字を記入し、あてはまる番号に○をつけてください。

- 臨床経験年数 ( ) 年
- 勤務施設数 ( ) 施設
- 看護系最終学歴 a. 専門学校 b. 短期大学 c. 大学 d. 修士課程 e. 博士課程 f. その他

◆本調査についてご意見やご感想がありましたらご記入ください◆

◆◆◆◆ ご協力ありがとうございました ◆◆◆◆



## 看護実践環境に関するアンケート調査 ～プログラム終了後～

この調査用紙は、ご協力いただいたものと同じ内容になっておりますが、プログラムを終えた現在の状況についてお答えください。

I～IVで構成されておりますので、各質問に対し、該当する番号に○印をつけるか、カッコ内に回答をご記入ください。回答に要する時間は約20分です。

看護師長がサーバントリーダーシップを獲得することで看護実践環境が整い、看護師のみなさまに貢献できると考え、看護師長のみなさまを対象にしたプログラムを展開してまいりました。

前回、今回（プログラム終了3か月後）に同様の調査を実施することにより、プログラムの成果を客観的に評価したいと考えております。

ご多忙中大変恐縮ではありますが、調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

本調査にご協力いただくことは個人の自由意思によるものであり、回答を強要するものでも、今後の業務に影響するものでもありません。ご回答の所要時間は約20分程度ですので、お時間に余裕のある時にお答えいただければ結構です。また、無記名での回答ですので、個人が特定される事はなく、得られた回答はすべて集団として処理をいたします。

なお、本調査に対して回答していただいたことで研究への同意とさせていただきます。

※本調査は、聖隷クリストファー大学倫理審査委員会の承認を得て実施しております。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡いただけるようお願い申し上げます。

### 【調査についてのお問い合わせ】

聖隷クリストファー大学 看護学研究科  
博士後期課程 榎原理恵

### 【連絡先】

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

聖隷クリストファー大学看護学部 1306 研究室

TEL: 053-439-1453 (ダイヤルイン)

E-mail: [rie-k@seirei.ac.jp](mailto:rie-k@seirei.ac.jp)