

博士論文

救急外来部門における看護師のマネジメント能力測定尺度の開発

Development of a Management Skills Measurement Scale for Nurses
in Emergency Units

石丸智子

2016年3月

大分県立看護科学大学 大学院

目次	1
第1章 研究背景と研究目的	3
1. 研究背景	3
1.1 日本における救急医療体制の特徴	
1.2 救急領域で働く看護師に求められる能力	
1.3 看護におけるマネジメント	
1.4 救急外来部門における看護師の調整能力とマネジメント能力	
1.5 尺度開発の意義	
1.6 看護師の能力を定量的に評価する尺度の開発プロセスについて	
2. 研究目的	
第2章 尺度原案作成のための予備調査（調査1）	10
1. 目的	10
2. 方法	10
2.1 研究対象者	
2.2 データ収集期間	
2.3 データの収集方法	
2.4 データ収集内容	
2.5 分析方法	
2.5 倫理的配慮	
3. 結果	12
3.1 対象者の属性	
3.2 カテゴリの抽出	
4. 考察	14
4.1 人・物・時間・環境・情報の調整力	
4.2 緊急度・重症度の判断力と今後起こりうる事態を見通す予測力	
4.3 協働的なチーム構築力	
4.4 救急外来部門における看護師のマネジメント能力の概念枠組み	
5. 研究の限界	17
6. 結論	17
第3章 救急外来における看護師のマネジメント能力測定尺度の開発と妥当性信頼性の検証	20
1. 目的	20
2. 方法	20
2.1 尺度原案の作成	
2.2 研究対象者	
2.3 データの収集方法	
2.4 データ収集期間	
2.5 倫理的配慮	
2.6 分析方法	

3.	結果	23
3.1	対象者の概要	
3.2	項目分析の結果	
3.3	因子分析	
3.4	信頼性の検討	
3.5	妥当性の検討	
4.	考察	24
4.1	尺度の構成要素	
4.2	尺度の信頼性	
4.3	尺度の基準関連妥当性	
4.4	研究の限界	
5.	結論	25
第4章	自己評価と他者評価の比較（調査3）	29
1.	目的	29
2.	調査方法	29
2.1	調査対象	
2.2	調査内容	
2.3	調査手続き	
2.4	分析方法	
3.	結果	30
4.	考察	30
5.	研究の限界	31
6.	結論	31
第5章	総合考察	34
結語		35
引用文献		37
添付資料		40
要旨		67
論文発表一覧		68
謝辞		69

第1章 研究背景と研究目的

1. 研究背景

1.1 日本における救急医療体制の特徴

日本の救急医療体制は初期（1次）、2次、3次救急医療の階層別に構成されている。しかし、近年救急搬送件数の増大に代表される救急医療需要は増加しており、感冒から心肺停止まで多種多様な救急患者を受け入れ、初期診療をおこなう全次型の救急体制をとっている施設や、3次救急体制を標榜しながらも患者のニーズに応え、初期・2次救急患者を受け入れざるをえない施設も多い（厚生労働省 2008、笠木ら 2009）。

特に、搬入から入院までの初期対応をする部門（以下救急外来部門とする）は救急医療体制により救急外来や初療室、ER（Emergency Room）など名称は様々であり、構成メンバー、人数、受け入れ患者数なども施設によって違うものの、どの施設においても、病態の変化が著しく緊急度・重症度の高い患者、生命の危機的状態にある患者などが混在している。このため、医療者は迅速に病状を判断し適切な処置・治療を開始する能力が求められる（中村 2008）。

1.2 救急領域で働く看護師に求められる能力

山勢ら（2013）は、救急看護師に求められる能力として、①高度な看護判断力②迅速かつ確実な救急看護技術③人間理解と倫理的判断④協調・協働と調整能力⑤救急処置を教授するための指導力⑥探求心と研究心⑦適切なストレス対処能力を挙げこれらの能力が実践における経験を積み重ねや、教育プログラムの受講を経て救急看護の専門性が高まるとしている。そこで、これら救急看護師に求められる能力を、その内容と関連性を検討し概念枠組みを作成したため第1章-図1に示す。

特に救急領域で働く看護師には、多種多様な救急患者に対して緊急度・重症度の判断が的確にでき、病態の著しい変化に即応する能力が第一に求められる。刻々と変化する状況で情報収集しアセスメントする能力と、患者に必要な処置・治療を提供する実践力がなければ多様な病態の患者への対応ができない。このことから概念枠組みでは、救急看護師の中核としてその能力が必要であると考え、図の中心に「高度な看護判断力」「迅速かつ確実な救急看護技術」の概念を配置することとした。緊急度の判断能力については、院内トリアージシステムとその教育プログラムが構築され、トリアージナースの養成が日本救急看護学会主導の下ですでに開始されている。これに伴い院内トリアージや救急外来で働く看護師の看護実践に関しては、先行文献の中で多く論じられ、トリアージナースの役割や導入後の効果が明らかとなっている（上野 2011、渡邊 2011、濱元ら 2014）。

また、救急部門で働く看護師が経験の中で共通して身につけるべき competence（職務特性）として Proehl（2002a）は、「4～5名の患者を同時進行で受け持ち、管理できること」「患者の病状や診断が不明瞭ななかで（救急へ搬送された）最初から受け持つことができること」「焦点を限定したアセスメントを行い、患者の傷病に介入すること」「教育や計画を遂行すること」「よくある傷病だけでなく、小児疾患や眼科、耳鼻科、精神科などあらゆる急性期疾病のケアができること」をあげている。実践の場以外でも、心肺蘇生や外傷看護標準化コースや急性期に必要な人工呼吸器、モニター管理、胸腔ドレーンなどの管理などは共通して自ら学習し身につける必要があると述べている。また、救急の registered nurse の理想として上記に挙げた医療技術のほかにも、家庭内暴力や、トリアージ、リスクマネジメントに関する知識を持っていることをあげている（2002b）。Trautman（1995）は救急における臨床能力の

継続評価について述べており、その項目として、「外傷」「トリアージとアセスメント」「呼吸」「循環」「ドレーン管理」「薬品」「手術」「神経」「脳外科」「内視鏡」「緊急性のある泌尿器」「循環不全」などの知識や理解、適応、分析力をあげ、その評価方法について示している。このように、救急看護師が求められる救急看護技術の評価方法については、すでに検討され救急看護師の育成に活用されている。また、救急領域には様々な標準化された教育プログラムあり、その技術の獲得のための研修会が定期的開催されている（日本救急看護学会ホームページ2014）。

さらに、生命の危機状態にある患者とその家族に接する看護師は、その身体的苦痛や自分の置かれている状況に対する不安などと向き合い、支援していく必要がある。特に救急外来部門では初対面の患者や家族と短時間のうちに心理的距離を縮め、患者にとって一番望ましい治療は何か、共に選択していく権利擁護者（アドボケーター）としての役割も担っている（中山 2008）。それに対し、日本救急看護学会では「救急医療における看護倫理」ガイドラインを定め、救急領域における様々な現象の中で起こる倫理的な問題に対して、実践者である看護師が考えなければならない基本的な考え方を示している。

また、常にどこからどのような患者が搬送されてくるかわからない救急外来部門では、供給できる医療資源（特に人的資源）を医療需要が上回ることもある。そのような予測の立たない緊張感のなか、限られた情報の中で優先順位を判断し自ら動く自律性も求められる（舘山 2007）。そのような状況の中、救急看護師のストレスに関しては調査が多く行われており（笠木 2009、宇田 2011、中山 2006、臼井ら 2014）、その対処方法についても研究が進められている（枝 2005、岩谷 2008、中井 2014、鳥原 2008）。

これらの「人間理解と倫理的判断」「適切なストレス対処能力」については、救急看護師が救急医療という特殊な環境の中でも、その時提供できる最大限のケアを提供するために最低限必要なものであると考え、救急看護師に求められる能力の概念図では、一番底辺に両概念を配置した。しかしながら、山勢ら（2013）が挙げた救急看護師に求められる能力の中で「協調・協働と調整能力」については、救急看護に関わる書籍や解説などでは、その能力の重要性が示唆されているものの、実証的な研究は少なく会議録が散見されるのみであった（田島ら 2009、葛西ら 2013、吉田ら 2009）。

1.3 看護におけるマネジメント

マネジメントとは、組織においての特定の目標を達成するために、計画、組織化、指示、管理を通じて、人的・物的資源の調整・統合を行うことであり（Ellis et. al. 2000／志自岐康子ら 2005）、マネジメント能力とはそれに必要な個々の能力である。また、マネジメントの要素には「人・物・金（経済）・時間・情報・環境（場）」6つの構成要素があり、この構成要素を「ムリ、ムラ、ムダなく活用」することが管理の基本とされている。マネジメントを行う地位には、指名をうけた個人がつき管理者もしくはマネジャーと呼ばれ、病院の中で看護におけるマネジャーとは看護部長などの役職を務めるものを指し、各部門における看護のマネジャーは中間看護管理者である看護師長などが担っている（中村 2008）。

1.4 救急外来部門における看護師の調整役割とマネジメント能力

そこで、救急外来部門における看護師の調整役割について考えると、例えば葛西ら（2013）が救急外来の看護師に半構成面接を実施し質的研究を行っている。その研究では救急初療において看護師はチーム医療のキーパーソンとして調整を実践しており、その調整内容別に「情報・場・人・資源」の4つの調整と、調整をする際の前提、計5つで構成されていると述べている。この調査では、調整をする際の前提とは、「予測を立て次の患者搬入に備える」「患者の治療を円滑に進めるための協働」の2カテゴリ

で構成されている。また、田島ら（2009）は全次型救急外来に勤務する看護師の活動を、参加観察を通して分析し、救急外来に勤務する看護師には7つのマネジメントに関わる能力が必要であることを示唆している。その7つとは「看護師同士が相互に共同し、救急外来を運営する能力」「トリアージ・観察力・判断力・フィジカルアセスメント能力」「救急外来全体を統括し、診療体制を調整する能力」「状況判断能力、時間調整能力、リスクマネジメント能力」「チーム医療の実践と運営と連携のイニシアチブをとる能力」「患者の特異性を踏まえてのコミュニケーション能力」「救急外来の専門知識を段階的に教育できる能力」である。

以上のように救急外来部門で働く看護師に求められる調整役割や、マネジメントに関わる能力について注目した研究は散見されるが、診療の場を調整する能力を定量的に評価する指標はまだ開発されていない。

なお、先行文献では、「調整役割」と「マネジメント能力」という用語が似た意味で使用されており、用語の定義を明確にする必要もある。前項のとおり、マネジメントとは組織においての特定の目標を達成するために、計画、組織化、指示、管理を通じて、人的・物的資源の調整・統合を行うことであり、指名された個人が管理者としてその責務を担うものである。救急外来部門において、働く看護師は、マネジメントを行う管理者という役職を務めているわけではない。しかし、救急外来部門で働く看護師は実際に、現状をタイムリーに判断し、患者に対しその時におこなえる最大最善の医療の提供を目標に、他職種で構成されたチーム内での人的・物的資源の調整や統合を行っている。そこで、本研究では、救急外来部門で働くスタッフで構成されるチームが最大限の力を発揮でき、診療が円滑に進むために看護師に必要とされる能力を「マネジメント能力」と用語を定義する。

1.5 尺度開発の意義

少なくとも日本の救急医療において、救急搬入から入院までの初期対応をする救急外来部門では、構成メンバー、人数、対応する患者の重症度・緊急度、受け入れ人数などは医療施設によって異なるものの（笠木 2009）、救命救急センターに勤務する看護師のストレスは病棟看護師と比べ高いと言われ、その要因の一つとして「仕事の困難さ」が指摘されている（宇田 2011）。また、救命救急センターに就職した新卒看護師が感じるストレス要因としては、「職場の期待に対するプレッシャー」や「不安定な所属感」があり、自分の能力に対する「理想と現実のギャップ」が大きいとの報告もある（中山 2006）。

ここで、一般労働者の職業性ストレスに関する理論的研究はこの30年ほどで大きく進展し、これらに基づくモデルに沿って測定方法の開発や健康影響の疫学研究が進められている（尾崎 2007）。例えば Kawakami ら（1996）は、Karasek（1979）が提唱した job demand-control-support モデルに基づく JQCQ（the Job Content Questionnaire）日本語版を開発し、国内の職業性ストレスの研究に応用している。このモデルにおいて仕事の demand（要求度）とは、量的負担、役割ストレスなど種々のストレス要因を総合したものであり、control とは仕事の裁量権や自由度など幅と決定権とを合わせたものである。業務の特性を仕事の demand および control の高低により4つに区分したとき、高 demand と低 control により特徴づけられるグループは「高ストレイン群」と呼ばれ、心理的なストレス反応が高くなりやすい（尾崎 2007）。前述した宇田（2011）、中山（2006）の報告は、救急看護師にとっての demand の高さを示唆する報告である。

一方で前述の通り救急外来においては看護師が、医療チームが協働して最大限の力を発揮できるように、スタッフ間の連携のイニシアチブをとり、人的・物的資源の調整や統合を行うマネジメントの役割を担っている（田島 2009、葛西 2013）。このマネジメントの役割をうまく果たしている救急看護師にと

っては、自分がなすべきことの方法や優先順位がわかっているため、自分自身の仕事のコントロール度も高いと考える。一般に高 demand 高 control の業務は active job と呼ばれ、生産性が高くやり甲斐を感じられることが知られている (尾崎 2007)。したがって、救急看護師にとってマネジメント能力の獲得は、救急看護技術を習得することと並んで重要な課題だと考えられる。実際、臼井ら (2014) は救急医療現場で、リーダー業務を行う看護師と初期対応 (救急外来業務) を行う看護師を比較した結果、リーダー看護師の方が仕事のコントロール度が高く、仕事の負担感・疲労感・不安感・抑うつ感・身体愁訴が低いと報告されている。これは、job demand-control model に一致する結果だとみられる。したがって、このようなマネジメント能力を評価することは、救急看護師の能力開発やメンタルヘルスマネジメントのために重要である。

また、このようなマネジメント能力や役割に近い概念枠組みとして、ノンテクニカルスキル (専門的な知識や技術を示すテクニカルスキルを補完する社会的・認知的能力) がある。小林 (2013) はチームとしてリソースマネジメントを発揮し、安全で効率的、かつ、質の高い業務を遂行するための主な、ノンテクニカルスキルとして①効果的なチーム形成・維持②仕事の配分③状況認識④問題解決 (意思決定) ⑤コミュニケーションを挙げている。例えば「①効果的なチーム形成・維持」は田島ら (2009) の「チーム医療の実践と運営と連携のイニシアチブをとる能力」で説明でき、他の4つのノンテクニカルスキルの構成要素に関しても、同じように田島ら (2009) の示したマネジメント能力で説明できる。

ノンテクニカルスキルの訓練の医療への応用として、手術に関わる手洗い従事者のノンテクニカルスキルリスト (以下 SPLINTS : Scrub Practitioners' List of Intra-operative Non-Technical Skills) がスコットランドで開発されている (Flin, Mitchell 2009)。SPLINTS は周術期看護、心理学などの文献をレビューした後 (Mitchell. et al. 2008)、手術室看護師に必要なノンテクニカルスキルで最も重要なものを同定するために、25名の経験豊富な手術室看護師と外科医を対象として参加観察とインタビューを行い抽出された項目から作成され、その後、心理学者や熟練度の高い看護師によりその内容が見直しをおこなっている (Mitchell. et al, 2010, 2012)。また、この評価システムを用いて、手術室看護師がシナリオに沿って行動した内容を評価し、その妥当性の確認もされている (Mitchell. et al 2013)。

その評価システムは①自分が果たすべき作業に必要なノンテクニカルスキルのリスト、それぞれのスキルに関して観察できる振舞いの良い例・悪い例③振舞いを点数化し、フィードバックする評価スケールの3つの枠組みからなり、これらの標準化された実践の評価システムを用いることで、効果的な業務遂行と技術の向上につながることを期待されている (松本 2012)。

そこで、救急外来部門で働く看護師のマネジメント能力を定量的に測定できる尺度を開発することができれば、手術室における SPLINTS と同様に、救急看護師の育成に応用可能であると考えた。以上のことから、救急外来部門で働く看護師のマネジメント能力を測定する尺度を開発することにより、救急看護師が自身のマネジメント能力を客観的に評価できるツールとして活用でき、またその育成やメンタルヘルス支援への活用できることが、期待される。

1.6 看護師の能力を定量的に評価する尺度の開発プロセスについて

今回、救急看護師のマネジメント能力測定尺度の開発を行うに当たり、看護師の能力を定量的に評価する尺度がどのようなプロセスを経て開発されているかを先行文献から検討した。

近年、医療の高度化、複雑化の中で、臨床の看護師に期待される実践力と新卒看護師の実践力との間に乖離が広がった結果、就職後のリアリティショックが引き起こされ、新卒看護師の離職率の上昇という大きな問題となっていた。そこで、新卒看護師の早期の職場適応と看護実践能力の強化を図るために、

新卒看護師の看護専門職としての成長を看護実践能力の側面から評価し、その成長に影響する経験や職場環境などの要因を明らかにしようとする試みが行われている（厚生労働省 2011）。日本において、看護実践能力の研究の多くは、1978年にアメリカの Schwirian が開発した「6-Dimension Scale of Perfomance」の日本語版（鈴木ら 2001）を評価尺度として使用している。「6-Dimension Scale of Perfomance」はアメリカの看護職者により集められた、優れた看護実践行動から76項目の質問紙原案を作成し、その質問紙で自己評価、他者評価の両面から調査を実施したものである。対象者は新卒看護師とその上司であり、新卒看護師914名分のデータを収集した。データ分析には因子分析を行い、上位概念1つ、下位尺度が6つ（総項目数52項目）の尺度（Cronbach α = 0.844~0.978）となっている。スケールは「実施の頻度」「実践の質」「基礎教育での準備」の3側面からの評価であり、「実践の質」は上司の他者評価を行い、自己評価と他者評価の比較を行うものである。その後「6-Dimension Scale of Perfomance」は多くの研究者によって信頼性・妥当性が広く検証済みである（McCloskey, McCain 1988、Myric, Awrey 1988、Battersby, Hemmings 1991、Gardner 1992、Bartlett et al. 2000）。

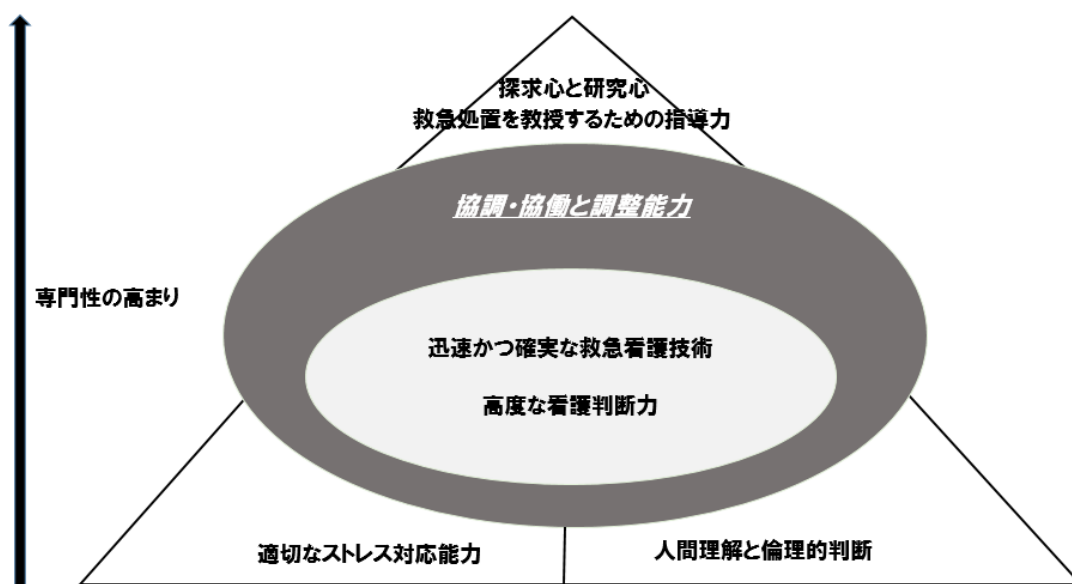
前述したとおり、日本においても「6-Dimension Scale of Perfomance」の日本語版が多くの研究で使用されているが、高瀬ら（2011）は看護実践能力の定義とその評価尺度について、いくつかの課題が残されているとしている。特に、能力と行動（competence vs performance）との境界が不明瞭であること、我が国における看護実践能力の定義と構成要素が明らかとなっていないまま海外の尺度の日本語版が使用されていること、看護実践能力に関する正しい定義が浸透しておらず、間違った方法で尺度が使用されていることなどを挙げている。この問題は看護師に求められる能力や役割、基礎看護師教育の内容などが各国の間で異なっているにもかかわらず、海外で構築された概念枠組みから開発された尺度をそのまま翻訳し、使用していることが原因であると考えられる。

本研究に際し救急看護師のマネジメント能力の概念化が必要であると考え、救急看護師の能力（competence）に主題を置いた英語文献を検索した。しかしながら、本項1.4で述べた通り救急領域で必要となる看護技術やその評価方法について示している文献は散見されたものの、調整役割やマネジメントについて言及したものは見つけることができなかった。これは、国外において救急看護師に求められる能力や役割の中に調整役割やマネジメントに関わる要素がない、もしくはその能力を獲得する優先度が低い可能性が考えられる。そこで、今回は国内の先行文献から抽出したマネジメントに関わる行動と、救急看護師にインタビューから抽出された、救急看護師自身が実践を心がけている救急外来部門におけるマネジメントに関わる行動を整理・統合し、救急看護師のマネジメント能力について仮の概念枠組みを作成し、それに沿って尺度開発を行うこととした。また、本尺度は対象を日本救急看護学会の定める救急看護師クリニカルラダーにおけるステップⅢ（スタンダードレベル）程度の看護師と、それを目指すステップⅡ（ビギナーレベル2）対象とすることとした。ステップⅢ（スタンダードレベル）以上の看護師とは、救急看護師歴が3-5年以上の者を指し、救急看護師の役割を理解し業務を遂行できる能力を持つ者である。具体的には「救急患者の観察とアセスメントにより看護上の問題を抽出ができる」「チームの一員として多職種との連携が取れる」「患者や家族の心理を理解し適切な対応ができる」などの能力があげられている。一方でステップⅠ（ビギナーレベル1）は救急看護経験1年未満、ステップⅡ（ビギナーレベル2）は救急看護経験1~2年の者とされ、期待される能力としてそれぞれ緊急性の判断と救急患者の特徴をふまえた看護実践が挙げられているが、チームの一員としての行動や、人的・物的資源の調整や統合については指摘されていない。このことから、救急看護師はステップⅡからステップⅢの間で、チーム連携や救急外来部門全体の流れを意識して活動する能力を獲得するものであると考え、対象者をステップⅢ（スタンダードレベル）程度の看護師と、それを目指すステップⅡ（ビギナーレベル2）対象とすることとした。

2. 研究目的

本研究では救急外来部門で働く看護師のマネジメント能力を測定する尺度を開発し、その妥当性、信頼性の検証を行うことを目的とした。

その目的の達成のために、尺度原案作成のための予備調査（調査1）として、救急外来で働く看護師の語りからデータを得て質的研究を行った。次に調査1で得られた結果と先行文献から尺度原案を作成し、全国の救命救急センターで働く看護師を対象に質問紙調査（調査2）を行い、尺度の妥当性と信頼性を検証した。また、調査3として、上司による他者評価を行い自己評価と比較することで、各質問項目の自己評価と他者評価における得点差を確認し、得点差の出現の傾向性を明らかにすること、またその結果から質問項目の取捨を検討するための基礎データとすることとした。これは、今後の救急看護師の育成や支援のために有益な情報になると考えられるからである。



第1章－図1：救急看護師に求められる能力の概念枠組み

第2章 「救急外来部門における看護師のマネジメント能力尺度」原案作成のための予備調査 (調査1)

1. 目的

救急外来部門へ搬入された患者への看護実践のみではなく、救急外来部門という特殊な状況で診療を円滑に進めるために、救急外来全体のマネジメント能力や調整役割の重要性が近年指摘されつつある。例えば田島ら（2009）が全次型救急外来看護師を対象に参加観察を行いマネジメントに関わる行動を抽出し検討した報告や、救急外来看護師の調整役割を看護師自身の主観から記述された研究として、葛西ら（2013）が実施した質的研究、吉田ら（2009）が全次救急医療施設における看護事例を分析し、救急受診患者への対応を円滑にする看護活動を質的に検討した文献などが散見される。

しかし、救急看護に関わる書籍や解説などでは、その能力の重要性が示唆されているものの、実証的な研究は少なく会議録が多く、結論に至るまでの過程や詳細が不足していた。この能力や役割の具体化のためには、現場で働く看護師の経験や思考を言語化し積み重ねることが、必要であると考えた。また、その能力を定量的に測定可能な尺度の原案を作成するための基礎的資料を得る必要がある。そこで本研究では、その能力の定量的な測定尺度開発のために、看護師の経験の語りから具体的な能力を抽出することを目的とする。

2. 研究方法

2.1 研究対象者

救急外来部門におけるマネジメントに関わる具体的な能力を抽出するためには、救急看護師の役割を理解し業務を遂行できる能力を持つ者を対象者とする必要があると考えた。そこで、日本救急看護学会の定める救急看護師クリニカルラダーにおけるステップⅢ（スタンダードレベル）以上の看護師を対象とすることとした。ステップⅢ（スタンダードレベル）以上の看護師とは、救急看護師歴が3-5年以上の者を指す。また、救急救命センターに限らず、救急医療体制には搬入された患者の初期治療を行う救急外来部門と、その後継続して重症集中ケアを行うICU、HCUなどの入院部門がある。2つの部門の看護師の業務内容は大きく異なるため、本調査では救急看護師経験のみでなく、救急患者の特殊性を理解した看護実践が行えるとされる救急外来経験を2年以上の看護師を対象とすることとした（日本救急看護学会ホームページ 2014）。本調査では、筆者の所属するA全次型救命救急センターに勤務する40名の看護師のうち、看護師長、看護副師長、筆者を除く35名の中で、救急看護師経験3年以上、救急外来専属勤務年数2年以上の看護師3名とした。また、救急外来部門経験2年以上の看護師が3名となった理由としては、対象施設では救急外来部門と入院部門両方の経験を積み実践能力の高い看護師を育成するために、1年前後で部門の中で定期的に看護師の勤務異動を行っているため対象者の確保が困難であったためである。

2.2 データ収集期間

平成25年6月から12月にデータ収集を行った。

2.3 データの収集方法

半構成化面接による個人インタビューによりデータを収集した。語りの内容は許可を得たうえで IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。

2.4 データ収集内容

救急外来部門で働く中で「診療を円滑に進める」ために①気をつけていること②実践していること③診療を円滑に進めることができた成功例④診療を円滑に進めることができなかった失敗例⑤先輩看護師の行動から学んだこと⑥真似したいと思った行動について、インタビューガイドに沿ってインタビューを行い、データを収集した。

2.5 分析方法

作成した逐語録の中から、救急外来におけるマネジメントの特定の目標である「診療を円滑に進める」ことを達成するため行う活動・認識を示す記述を抜き出し、簡潔にしたものをコードとした。抽出されたコードを内容の類似性に従って分類し、抽象化の作業を経てカテゴリ名をつけた。これをサブカテゴリとし、さらに意味内容の同質性、異質性に基づき集約、意味内容を損なわないよう抽象度をあげ、カテゴリ名をつけた。カテゴリ分類に際してはその精度を上げるために、カテゴリ分類や命名の精選を繰り返した。データ分析は分析過程で他2名の専門家にスーパーバイズを受けるとともに、分析した内容は対象者へ開示し、それぞれの認識と分析結果に差がないか確認し、分析結果の信頼性を確保するように努めた。最終的に抽出されたカテゴリから救急外来で必要とされる看護師のマネジメント能力について考察し明らかにした。

2.6 倫理的配慮

研究に際し対象施設看護部の倫理審査を受け承認を得た。インタビューはプライバシー保護のため個室で実施し、身体的負担や研究参加への手間を考慮し1時間以内とした。対象者へ同意を得るために、研究目的と研究方法のほか、研究への参加は自由意志であり対象者が不利益を被らないようにすること、研究には個人が特定されるデータを除外し研究者以外の目にはふれないように配慮すること、研究結果の公表方法について対象者へ口頭と書面で説明し同意を得た。

3. 結果

3.1 対象者の属性

対象施設は地方の救命救急センター（病床数12床）であり全次型救急医療を行っている施設である。年間に受け入れた救急車搬入人員は平成25年度の実績で2759名、うち重篤患者数は828名である。また、独歩来院者を含めた年間の総患者数は8523名であり、地域の救急医療の中核的役割を担っている。救急医療体制は救急専従医が救急車で搬入された患者を診療し、夜勤帯は3名の当直医（内科、外科、小児科）が独歩来院患者の診察を担当している。また、夜勤帯は研修医が2名待機し、当直医の指示のもと軽症患者の初期対応や診療の補助を行う。看護師は常時2名が救急外来専従の看護

師として配置されている。しかし、患者が重複し人員不足と判断した場合は、応援スタッフとして救命救急センターの病棟看護師や一般外来の看護師を呼び応援を依頼する。また、看護師長1名が夜勤帯のベッド調整など管理業務を行っている。

看護師経験年数9～12年（平均10.3年）、救急看護領域経験5～7年（平均5.7年）、救急外来経験2～7年（平均4.0年）の看護師3名よりインタビューを聴取した。逐語録から意味・内容のある文脈を抽出したところ、看護師が救急外来で実践しているマネジメントに関する行動について159コード、49サブカテゴリ、7カテゴリが抽出された（第2章-表1）。以下、対象者の語りは「」、コードの実数は（）、サブカテゴリは【】、カテゴリは<>で示す。

3.2 カテゴリの抽出

3.2.1 <人員配置>

このカテゴリは【担当医師の選択(5)】【研修医の配置(4)】【救急看護師自身が重症患者を担当する(3)】【軽症者に対する人員配置(3)】【応援スタッフの配置(4)】【重症者に対する人員配置(3)】【治療に必要な人数の調整(2)】の24コード、7つのサブカテゴリで構成された。

「カルテを作るために診療科を決めます」「まず誰が診るか、軽症なら研修医が予診をとるように決まっているから」の語りから、患者の主訴から診療科を決め、当日診療可能な医師の中から【担当医師の選択】を行い、緊急度や重症度を考慮しながら【研修医の配置】を行っていた。また、「重傷の方に私がついたほうがいい」「特に外傷は私が最初から担当するようにしている」と、重症患者は診療内容の複雑さや緊急性を考慮し【救急看護師自身が重症者を担当】していた。「緊急度、重症度の低い患者の対応は（応援に来た）その人ができそうなことを頼む」と、応援に駆け付けた看護師に担当を依頼し【軽症者に対する人員配置】を行うとともに「入院手続きなどや事務手続きは事務員にあらかじめ頼んでおく」と、【応援スタッフの配置】を行い委譲できる業務については分配と調整していた。さらに重症者に対しては「重症の患者は特に外傷とかCPAとか人手がいる」「重症が入ると決まった時点でとにかく人を集めないと、と思う」と、予測される治療に対して人員を集め【重症者に対する人員配置】する一方、「標準的な治療の方針を）何も知らない人がたくさん集まってもしょうがない」「必要な人数集まった時点で帰ってもらおうようにしている」という語りもあり、【治療に必要な人数の調整】を行っていた。

3.2.2 <患者の状態を自分で確認し把握する>

このカテゴリは【自分で患者をみて観察する(4)】【五感を使った観察(3)】【患者の重症度の予測(3)】【独歩来院患者の緊急度の判断(2)】【患者の主訴(3)】【小児患者の対応(2)】【付き添い状況の確認と協力依頼(2)】の19コード、7つのサブカテゴリで構成された。

「顔をまず見て、表情とか格好とか見てバイタルをとる」「自分で（患者を）見て確認しないと心配」の語りから、患者に対して【自分で患者をみて観察（する）】をしていた。また、「必ず五感で確認する。ABCDEから順に」「バイタルと手で触れて（確認する）」と、【五感を使った観察】を実践していた。さらに「救急医から（救急車で搬入される）患者の情報聞いて重症か予測して準備する。」と、得られた情報の中で【患者の重症度の予測】を行っていた。救急搬入される患者の重症度の予測に対し、独歩来院患者に関しては「30分とか待っている人はまだ待てそうか、声をかける」「救急室に早く

入れて診る人、ちょっと待てる人を判断している」と、【独歩来院患者の緊急度の判断】を行い独歩来院患者の状態把握をしていた。一方で「吐いたり、痛がったり、そういう苦痛がひどいか、そうでないか」「患者の主訴もあるから、重症度や緊急度だけではない」と、重症度や緊急度のみでなく【患者の主訴】も考慮し患者への対応を行っていた。また、「小児と大人じゃ全然違う。いきなり急変（する）かもって」「小児は手を取るし時間もかかる。おとなしい子もいれば物凄く暴れる子もいる」と、小児患者の特性と考慮しながら【小児患者への対応】を行っていた。「家族が一緒であれば（ベッドサイドに付き添ってもらい）何かあったら呼んでもらう」「一人で来ている人であれば家族を呼ばないと」と、【付き添い状況の確認と協力依頼】を行い、家族の力を借りながら診療が円滑に進むように努めていた。

3.2.3 <診療状況の把握と予測>

このカテゴリは【診療の予測(6)】【診療の準備(5)】【検査とその準備時間の予測(5)】【患者の診療の進捗状況(3)】【医師の活動状況(3)】【診療状況に対する責任(2)】の24コード、6つのサブカテゴリから構成された。

「言われなくても次やることがわかる」「どのベッドに搬入したらよいか決めて、必要な物をそろえる」と語り【診療の予測】と【診療の準備】を行い、「MRIとか準備に時間がかかる」と、患者の状態から必要な【検査とその準備時間の予測】をしていた。また、診療途中の患者に関しては「今この患者は採血結果待ち」「熱がある患者だから（感染症を疑い）隔離室で待っているとか把握しておく」と、患者がどのような状況にあるか【患者の診療の進捗状況】を確認していた。加えて「今この先生は処置中だからあと何分くらいかかる…と考えて」「オンコールで（病院不在の医師を）呼び出すときは、この先生だったら到着まで何分くらいかかる」と、患者の状況だけではなく【医師の活動状況】も考慮していた。また、「全体を把握してないと不安」「うまく回らないのは自分の責任」と語っており救急外来全体の【診療状況に対する責任】は自分にあると、考えていた。

3.2.4 <スタッフの能力の把握>

このカテゴリは【医師、研修医の診療スキル(5)】【応援スタッフの得意分野(4)】【師長の役割(3)】【電話対応の能力(3)】【緊急度・重傷度判断ができるか(3)】【医師の得意分野(3)】【病院や外来のシステムに関する知識(2)】の23コード、7つのサブカテゴリから構成された。

「プライマリサーベイとかそういう見方ができているか」「患者さんに触ってしっかり所見がとれるか」と語り、【医師、研修医の診療スキル】を診療の中で確認していた。「その人、個人個人の能力を把握して」「応援の看護師の得意分野は何か」と【応援スタッフの得意分野】の把握に努めていた。また「入院とかは師長さんに頼んだ方が」「入院病棟を師長さんに探してもらったりしている」と、夜間帯病院全体の病床管理を行う【師長の役割】を意識していた。さらに「電話対応は外来の看護師さんの方が上手」「基本PHSに転送して自分が電話に出ることが多い。その方が効率がいいから」と、スタッフの【電話対応の能力】を重要視していた。「先生でも得意分野があるから」「救急医であればいいけど、応援で救急に来ている先生はできないこともあるし」と、診療に当たった医師が【緊急度・重傷度判断ができるか】を判断したのち、救急医以外の【医師の得意分野】を考慮していた。また「応援の人はコストの取り方とかわからない」「ここ（救急外来）に来るまで外来のシステムを知らなかった」と、【病院や外来のシステムに関する知識】が必要であると考えていた。

3.2.5 <トラブル・アクシデント回避>

このカテゴリは【患者・家族への挨拶(3)】【待ち時間の調整(3)】【クレーム回避(3)】【アクシデント回避(2)】【問題になりそうな患者への対応(2)】【対応要注意患者の把握(2)】【患者の急変(2)】【患者情報の共有(1)】の18コード、8つのサブカテゴリで構成された。

「まずは目を見て挨拶をする。」「待ち時間が長くなりそうだったら、なぜ時間がかかっているかを伝える」「待っている患者には、忙しくても声をかける」「検査の順番などを入れ替えて、できる限りただ待つ時間を少なくする」と語り【患者・家族への挨拶】と【待ち時間の調整】を行っていた。また「重症度が高いってことはアクシデントに繋がりがやすい」「クレーム処理が、一番時間がかかる」と、【クレーム回避】【アクシデント回避】に努めていた。「電子カルテに要注意人物は印がある」

「後々問題になりそうな人は自分が責任を持って対応する」と【対応要注意患者の把握】し、【問題になりそうな患者への対応】は自ら行うようにしていた。また、「一旦は症状が落ち着いていたのに、経過観察のために残っていた人が急変して…そういうこともある」「重症者の時はたくさんの方が関わるから、声を掛け合いながら抜けがないようにする」と、【患者の急変】を予測し他スタッフと【患者情報の共有】を行っていた。

3.2.6 <関係性を築く>

このカテゴリは【研修医との関係構築(6)】【報告・相談・情報共有(6)】【チームワーク(5)】【役割決定(5)】【負担の分担(4)】【スタッフに対する態度(3)】【他施設スタッフとの関係構築(3)】【研修会を通した関わり(3)】の35コード、8つのサブカテゴリで構成された。

『研修医が困っているので早目に来て下さい』とか直接あまり角がたたないようにいう」「研修医にどれくらい進んでいるかと聞く」と語り【研修医との関係構築】を行っていた。また、「知ってて当然と思わず、知らなくて当然と思うようにしている」「チームワークを大切にしている」「毎日違う人とチームを組んでやってるイメージ」と、【報告・相談・情報共有】を行い【チームワーク】を重要視していた。さらに、そのチームの中では「状況によって役割って自然と決まる」「(救急看護師同士では)その人のキャラクターとかお互いの相性によって役割が違ってくる」と、普段の関係性から【役割決定】を自然に行っていた。業務中は「お互い負担にならないように」「その人だけが忙しいとかがないように」と、【負担の分担】を行い、スタッフに対しては「話し方とか声のトーンとか、どんなに忙しくても笑顔で接する」「意見が違ふと先生と衝突することもあるけど、引きずらないように気を付ける」と、【スタッフに対する態度】に注意していた。また、院内のスタッフのみでなく「人手が足りない時は救急隊にもお願いして残ってもらっている」と【他施設スタッフとの関係構築】を試み、「外の研修に行くと知り合いが結構いる」「(同僚のなかで)すごいと思う人は、大抵よく人から声をかけられていて、知り合いが多い」「顔見知りの関係になっておくと、現場であった時に色々言いやすい」と、他職種が参加するDMATやJPTECなどの研修会などを通して【研修会を通した関わり】も大切にしていた。

3.2.7 <スタッフ指導>

このカテゴリは【新しく配属になった看護師が徐々に慣れるよう支援する(4)】【経験の浅い看護師に多様な症例を経験させる(3)】【応援スタッフの負担の軽減(2)】【応援スタッフの精神的支援(2)】【研修医への指導(2)】【事後検証(3)】の16コード、6つのサブカテゴリで構成された。

「最初は覚えることが多くて大変だと思う」「軽症から慣れれば良いと思う」「負担にならないように徐々に慣れてもらう」という語りから【新しく配属になった看護師が徐々に慣れるよう支援する】。

「いろんな患者がくるから、最初是一緒に担当する」「緊急性が高いうえに、たまにしかないような処置もあるからそういう時は(経験の浅い看護師に)担当になってもらって経験してもらおう」と【経験の浅い看護師に多様な症例を経験させる】ようにしていた。また、「(応援スタッフは)相談しにくいかも」「その人だけが抱え込まないように」から【応援スタッフの負担の軽減】を、「手伝いとかで来ている人は居場所がない」「何をしたらいいかわからなくて肩身の狭い思いをする人がいないように具体的に伝える」と【応援スタッフの精神的支援】を行っていた。その他「研修医の先生は最初何もわからないから、オーダーの仕方や検体の扱いから教えないといけない」「最初が肝心だから『これは先生の仕事ですよ』というのを伝える」と【研修医への指導】を行っていた。また「もっとこうすれば良かったということ、その人を責めるのではなくて、次はうまくできるように伝える」と【事後検証】を行い、実践の中で指導者としての役割を担っていた。

4. 考察

救急外来部門で働く看護師が診療を円滑に進めるために実践しているマネジメントに関する行動は7つのカテゴリに集約された。7つのカテゴリの内容から、救急外来部門で看護師が必要とされるマネジメント能力について考察する。

4.1 人・物・時間・環境・情報の調整力

救急外来部門で働く看護師は、医師、研修医、看護師について個々の専門性や習熟度などスタッフの能力の把握<したうえで、救急外来部門全体の診療の進行状況に応じて適切な医師・看護師の<人員配置>に努めていた。特に重症者の受け入れに関しては、診療内容の複雑さや緊急性を重視し救急外来部門で働く看護師自身が受け持つように意識していた。一方で軽症の患者の対応や入院病棟の選定など、応援スタッフや当直師長に委譲できる業務に関しては、相手の能力を考慮し負担にならないよう配慮しながら役割分担に努めていた。葛西ら(2013)は救急初療において看護師は、チーム医療のキーパーソンとして調整を実践していると述べており、これらの人的資源の調整は、診療が円滑に進むための一助となっていると考える。

また、上野(2011)は救急外来で働く看護師の中でもトリアージナースについて「受診する患者の“流れ”を整理し、救急外来全体を統括する」マネジメント能力が求められるとしている。患者の搬入に際しては、現在行われている<診療状況の把握と予測>をするとともに救急隊から提供される情報から、診療を行うためのベッドなど環境を確保し、必要物品の事前準備を行っていた。吉田ら(2009)も「看護師は来院後の患者対応を円滑にするため、影響要因のほとんどを、患者の受け入れ前に整えようとした」と述べており今回の調査結果とも合致する。入手した情報から物品や搬入ベッドなどの診療環境を調整することにより、その時点で診療を行っている患者にとどまらず次に搬入される患者を受け入れるための環境を確保し、限られた時間と資源を有効に分配することができる。さらに、救急外来全体の診療が「うまく回らないのは自分の責任」との発言から、救急外来で働く看護師は救急外来部門全体

の【診療状況に対する責任】は自分にあると考えていた。これらのことから、救急外来部門において救急看護師は診療を円滑に進めるための能力として、人・物・時間・環境の調整力を重要視していることが明らかとなった。

4.2 緊急度・重症度の判断力と今後起こりうる事態を見通す予測力

救急外来部門では診療科、重症度を問わず様々な疾患の患者が訪れるため、幅広い知識と経験が必要となる。救急看護師は患者の事前情報から考えられる疾患を思い浮かべるとともに、その中から重症度の高さと疾患の成り行きを考え、【患者の重症度の予測】を行っていた。本田ら（2013）は3次救急医療施設の救急外来で実施された看護活動全体を分析しており、3次救急医療施設の外来における看護実践の一つとして「直観と先見性に基づく判断」をあげている。本調査の対象は全次型救命救急センターであるが、重症度、緊急度の高い患者が搬入されることに変わりはなく、重症な疾患が潜在した患者が独歩で来院することなども考慮すると、緊急度・重症度の判断はより重要となってくると考える。本調査では救急看護師の語りから、自分の目で実際に患者を見て、患者の第一印象や患者の状態を【五感を使って観察】し、＜患者の状態を自分で確認＞したうえで、緊急度を判断していた。また、“患者の診療が今後どのように進行していくか”“患者が急変する可能性はないか、どのような急変が起りうるか”という予測を常に行っていることが明らかとなった。これらは経験に裏打ちされた豊富な知識に加え、意図的な情報収集でえられた患者情報から導かれる判断と予測が必要不可欠である。

また、今後起こりうる事態を予測することで、限られた時間を有効に調整するとともに、＜トラブルやアクシデントを回避＞し患者の安全を守っているとも言える。救急外来では患者だけでなく家族も危機的状況を呈していることが多く、患者・家族－医療者間の信頼関係を築けていない場合も多い。そのような状況の中で人員を割かれるクレーム対応などのトラブルや予期せぬ急変などのアクシデントを回避し、診療が円滑に進むように努めており、これらのことから救急外来で働く看護師は緊急度・重症度の判断力と今後起こりうる事態を見通す予測力が必要であることが示唆された。

4.3 協働的なチーム構築力

医師や看護師、コメディカルなど多職種が関係する救急外来という特質から、チームで患者を診療するという認識が必要となる。そのチームも常に固定されたスタッフで構成されるわけではなく、時々で参加するスタッフは流動的である（中村 2008）。作田ら（2008）は、救急医療の成功の要はチームの凝集性にあると推測し「協働的対人関係」に関わる特性は、救急部門で働く看護師に求められるコンピテンシー（職務や状況において高い成果を生み出すための特徴的な行動特性）としての優先度合いが最も高いとしている。今回の研究でも救急外来で働く看護師は他の【スタッフに対する態度】や声かけを行い、【負担を分担】しあうことで、意図的にチームの形成を目指し働きかけを行い、＜関係性を築いて＞いることが明らかとなった。また同じ病院で働くスタッフのみでなく、DMAT や JPTEC などの研修会への院外活動にも積極的に参加していた。また、それにより他施設のスタッフとも【顔見知りの関係】になり、＜関係性を築く＞ことで、現場で協働して活動する際に、円滑に診療ができるように努めていた。

さらに、救急外来部門では常に経験豊富なスタッフでチームが構成されているわけではなく、毎年新しく配属される看護師や研修医などは、救急医療の経験がないままチームの一員となり実践のなか

で経験を積んでいくことも多い。そのようなスタッフに対しては、緊急度・重症度の低い患者から受け持たせ、習熟度を徐々に高めていけるよう実践の中で<スタッフ指導>を行う指導者としての役割を担っていた。以上のことから、救急外来部門で働く看護師には流動的に変化するスタッフの経験値を引き上げながら、協働的なチームを構築する能力が必要であることが示唆された。

4.4 救急外来部門における看護師のマネジメント能力の概念枠組み

本調査では、《人・物・時間・環境・情報の調整力》《緊急度・重症度の判断力と今後起こりうる事態を見通す予測力》《協働的なチーム構築力》が救急外来部門における看護師のマネジメント能力として示唆された。

一方で田島ら（2009）は全次型救急外来に勤務する看護師の活動を、参加観察を通して分析し、救急外来で勤務する看護師には7つのマネジメントに関わる能力が必要であることを示唆している。

2つの調査により抽出された能力を比較すると、田島らの「看護師同士が相互に共同し、救急外来を運営する能力」は看護師同士の情報共有と共同や救急外来全体の診療状況の把握などの行動から導かれた能力であるため、本調査における《人・物・時間・環境・情報の調整力》が該当する。田島らの「トリアージ・観察力・判断力・フィジカルアセスメント能力」はウォークイン患者の情報収集、医師の呼び出し、救急搬入患者の搬入ベッドの決定、治療行為の準備、処置介助の優先度の判断、緊急度・重症度判断などの行動から示唆された能力であり、本調査の《人・物・時間・環境・情報の調整力》《緊急度・重症度の判断力と今後起こりうる事態を見通す予測力》2つの能力を包括する能力である。田島らの「救急外来全体を統括し、診療体制を調整する能力」は入院空床ベッドを把握し診療体制の調整と、対外的な救急受け入れの調整から示された能力であるが、本調査ではこれに該当する能力は抽出されなかった。これは、本調査で対象としたA救命救急センターが、救急搬送受け入れを「断らない」ことを目標としており、ウォークイン患者に関しても診療希望があればすべての患者を受け入れることになっているためであると考えられる。また、田島らの「状況判断能力、時間調整能力、リスクマネジメント能力」は看護師個々の業務量の把握、業務量の調整、看護実践能力を考慮した人員配置、業務量の調整による安全管理・事故防止などの行動から示唆されており、本調査の《人・物・時間・環境・情報の調整力》が該当する。田島らの「チーム医療の実践と運営と連携のイニシアチブをとる能力」については、医師との情報交換、入院病棟への報告、放射線科への検査依頼などチーム医療の調整から示された能力であり、《人・物・時間・環境・情報の調整力》と合致する。田島らの「患者の特異性を踏まえてのコミュニケーション能力」は患者に対する現状や今後の見通しの説明、コミュニケーションを通して心理的ケアを実践していることから、本調査の<トラブル・アクシデント回避>に近い行動を示していると考えられる。また、田島らの「救急外来の専門知識を段階的に教育できる能力」は成熟度の低い看護師の把握と育成から示された能力であり、本調査の<スタッフ指導>に近い行動を示していると考えられる。これらのことから、田島らの「救急外来全体を統括し、診療体制を調整する能力」以外の6つの能力については、本調査においても示唆されていた。これらのことから、施設の患者受け入れ体制などによる差異はあるものの、救急外来部門における看護師のマネジメントに関わる行動について概ね同等の内容が確認でき、マネジメント能力についても本調査の能力は田島らの内容を包括出来ていると考えられる。

また、葛西ら（2013）の調査では救急初療において看護師はチーム医療のキーパーソンとして調整を実践しており、その調整内容別に「情報・場・人・資源」の4つの調整と、調整をする際の前提、計5つで構成されていると述べている。この調査では、調整をする際の前提とは、「予測を立て次の患者搬入に備える」「患者の治療を円滑に進めるための協働」である。これらは本調査の《緊急度・重症度の判断

力と今後起こりうる事態を見通す予測力》《協働的なチーム構築力》とそれぞれが合致する。このことから、この2つの能力は《人・物・時間・環境・情報の調整力》を発揮する際の前提となる能力であると考え、本調査で明らかとなった救急外来部門における看護師のマネジメント能力について、第2章-図1の通り本研究をもとに考案した概念枠組みを作成した。

5. 研究の限界

本研究は一施設が対象であり対象者の偏りが生じていることや、対象者が3名と限られていることから、結果の一般化には限界がある。今後さらに対象者を増やし、研究を重ねていく必要がある。

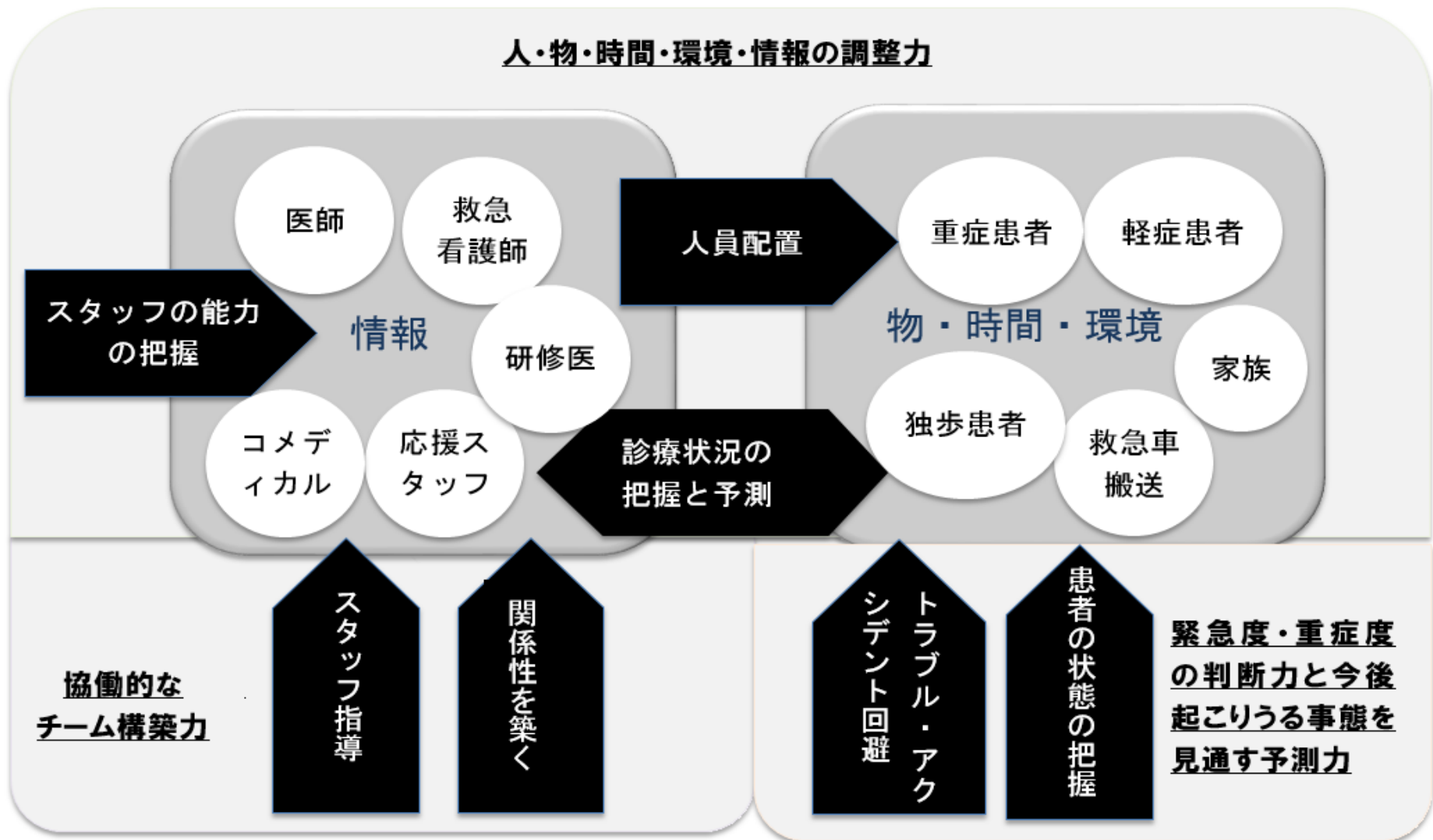
6. 結論

看護師のマネジメントに関わる実践の語りから、救急外来部門における看護師のマネジメント能力として以下の3つの能力が明らかとなった。また、先行文献と比較、統合し、それらの能力について本研究をもとに考案した概念枠組みを作成した。

1. 研修医を含めた医師、看護師について、個々の専門性や習熟度を把握したうえで、救急外来部門全体の診療の進行状況に応じて、適切な医師・看護師を配置する、人・物・時間・環境・情報の調整力。
2. 患者の状態を自分で確認し、得られた情報から患者の緊急度・重症度を判断力と、今後起こりうる事態を見通す予測力。
3. 他のスタッフに対する態度や言葉かけから、意図的に協働的なチームの形成を目指し働きかけを行うと同時に、配属されて間もないスタッフに対し実践の中で習熟度を徐々に高めていく協働的なチーム構築力。

第2章—表1. 看護師が救急外来部門で実践しているマネジメントに関する行動

カテゴリ	【サブカテゴリ(コード実数)】
人員配置	<p>【担当医師の選択(5)】【研修医の配置(4)】</p> <p>【応援スタッフの配置(4)】</p> <p>【救急看護師自身が重症患者を担当する(3)】</p> <p>【重症者に対する人員配置(3)】【軽症者に対する人員配置(3)】</p> <p>【治療に必要な人数の調整(2)】</p>
患者の状態を自分で確認し把握する	<p>【自分で患者をみて観察する(4)】【五感を使って観察(3)】</p> <p>【患者の主訴(3)】【患者の重症度の予測(3)】</p> <p>【独歩来院患者の緊急度の判断(2)】【小児患者の対応(2)】</p> <p>【付き添い状況の確認と協力依頼(2)】</p>
診療状況の把握と予測	<p>【診療の予測(6)】【診療の準備(5)】</p> <p>【検査とその準備時間の予測(5)】【患者の診療の進捗状況(3)】</p> <p>【医師の活動状況(3)】【診療状況に対する責任(2)】</p>
スタッフの能力の把握	<p>【医師、研修医の診療スキル(5)】</p> <p>【応援スタッフの得意分野(4)】【師長の役割(3)】</p> <p>【電話対応の能力(3)】【緊急度・重傷度判断ができるか(3)】</p> <p>【医師の得意分野(3)】</p> <p>【病院や外来のシステムに関する知識(2)】</p>
トラブル・アクシデント回避	<p>【患者・家族への挨拶(3)】【待ち時間の調整(3)】</p> <p>【クレーム回避(3)】【アクシデント回避(2)】</p> <p>【問題になりそうな患者への対応(2)】</p> <p>【対応要注意患者の把握(2)】【患者の急変(2)】</p> <p>【患者情報の共有(1)】</p>
関係性を築く	<p>【研修医との関係構築(6)】【報告・相談・情報共有(6)】</p> <p>【チームワーク(5)】【役割決定(5)】【負担の分担(4)】</p> <p>【スタッフに対する態度(3)】</p> <p>【他施設スタッフとの関係構築(3)】</p> <p>【業務以外での関わり(3)】</p>
スタッフ指導	<p>【新しく配属になった看護師が徐々に慣れるよう支援(4)】</p> <p>【経験の浅い看護師に多様な症例を経験させる(3)】</p> <p>【事後検証(3)】【応援スタッフの負担の軽減(2)】</p> <p>【応援スタッフの精神的支援(2)】</p> <p>【研修医への指導(2)】</p>



第2章-図1.調査1から考案した救急外来における看護師のマネジメント能力の概念枠組み

* はカテゴリを示し、 の向きは看護師の行動が向かう対象を示す

また、そのカテゴリを包括する救急外来における看護師のマネジメント能力を黒字で示す

第3章 救急外来部門における看護師のマネジメント能力測定尺度の開発と妥当性、信頼性の検証（調査2）

1. 目的

救急外来部門における看護師の調整役割について、葛西ら（2013）は救急外来の看護師に半構成面接による質的研究を行っている。これによれば、救急初療において看護師はチーム医療のキーパーソンとして調整を実践しており、その調整内容別に「情報・場・人・資源」の4つの調整と、調整をする際の前提、計5つで分類されていたという。また、田島ら（2009）は全次型救急外来に勤務する看護師の活動を、参加観察を通して分析し、救急外来で勤務する看護師には7つのマネジメントに関わる能力が必要であることを示唆している。このような能力や役割に近い枠組みとして、ノンテクニカルスキル（専門的な知識や技術を示すテクニカルスキルを補完する社会的・認知的能力）がある。ノンテクニカルスキルの訓練の医療への応用として、手術に関わる手洗い従事者のノンテクニカルスキルリスト（以下 SPLINTS : Scrub Practitioners' List of Intra-operative Non-Technical Skills）がスコットランドで開発され、日本語版も入手可能である（松本 2012）。救急外来部門で働く看護師のマネジメント能力を定量的に測定できる尺度を開発することができれば、手術室における SPLINTS と同様に、救急看護師の育成に応用可能であると考える。

そこで、救急看護師が自身のマネジメント能力を客観的に評価できるツールとして活用でき、またその育成にも活用できるような、救急外来部門における看護師のマネジメント能力を測定する尺度を試作した。その信頼性と妥当性の検証の結果について、この章では報告する。

2. 方法

2.1 尺度原案の作成

前述の葛西ら（2013）と田島ら（2009）の調査報告の記載内容から内容を分析し、救急看護師のマネジメントに相当する行動33項目を抽出した（添付資料1）これと調査1で抽出した49項目について内容や表現を検討し、類似した項目を削除した結果、最終的に33項目の項目を採択した（添付資料2）。

予備調査としてこれらを救急外来部門の看護実践に精通していると考えられる救急看護認定看護師10名に精読してもらい、採択された項目が救急外来部門における看護師のマネジメント能力を測定する項目の内容になっているか、内容が適切であるか、表現が不明瞭になっていないか、わかりづらい表現、類似した項目がないかなどを確認した。その結果、1項目の中に2つの行動を問うものがあると指摘をされた項目を修正した。また、3次救急医療体制の救急救命センターに所属する看護師より、救急車搬入のベッドの選定は医師が決定することが多いこと、入院病床のコントロールは看護部の管理であり大きな病院であるほど、スタッフ看護師の役割とは言えないことを指摘された。本尺度を診療体制にこだわらず使用できるものとするために、質問項目を指摘に沿って修正した。さらに、スタッフ指導については救急外来部門の診療を円滑に進めるためにタイムリーに行っているわけではなく、今回の主旨とは合致しないのではないかと指摘を受けたため、これらの項目については削除し、最終的に37項目の尺度項目原案を作成した（添付資料3、第3章3-図1）。

対象者には「救急外来部門（初療室やERなど）で勤務するとき、診療を円滑に進めるために必要な能力について、現在のあなた自身が一番近いと思う番号を丸で囲んでください。」と記し、原案の37項目に対して「大いにあてはまる」から「まったくあてはまらない」までの5段階評定をLikert尺度化し、5～1点に得点化して、合計点を求めた。得点が高いほど救急外来部門におけるマネジメント能力が高いことを示している。また、尺度に関する37項目の他に、属性に関する8項目、自由記述欄1項目を追加した。

2.2 研究対象者

本調査では他職種で構成されたチーム内で、救急看護師が人的・物的資源の調整や統合を担っており、その能力を定量的に測定できる尺度開発を目的としている。そこで研究対象者としては、救急外来部門で働く日本救急看護学会が定める救急看護クリニカルラダー（日本救急看護学会ホームページ 2014）のステップⅢ（スタンダードレベル）以上の看護師とした。ステップⅢ（スタンダードレベル）以上の看護師とは、救急看護師歴が 3-5 年以上の者を指し、救急看護師の役割を理解し業務を遂行できる能力を持つ者である。具体的には「救急患者の観察とアセスメントにより看護上の問題を抽出ができる」「チームの一員として多職種との連携が取れる」「患者や家族の心理を理解し、適切な対応ができる」などの能力があげられている。一方でステップⅠ（ビギナーレベル 1）は救急看護経験 1 年未満、ステップⅡ（ビギナーレベル 2）は救急看護経験 1~2 年の者とされ、期待される能力としてそれぞれ緊急性の判断と救急患者の特徴をふまえた看護実践が挙げられているが、チームの一員としての行動や、人的・物的資源の調整や統合については指摘されていないことを考えると、本調査ではステップⅢ（スタンダードレベル）以上の看護師を対象者とするのが妥当であると考えた。

また、第 1 章 1.2（第 1 章-図 1）で示した通り、救急看護師に期待される能力は救急領域の経験を経て蓄積されるものであり、師長、副師長などの役職や、認定看護師、専門看護師などの資格を取得しても、その能力は維持されるものと考え、役職や資格を対象者選定の除外条件としないこととした。

2.3 データの収集方法

全国の救命救急センター 266 施設（日本救急医学会ホームページ 2014）に対し、施設用研究依頼書・調査同意書・質問紙サンプルを郵送した。研究協力が得られた施設に 10 名（施設によっては施設希望の人数 3~5 名）分の対象用調査依頼書・質問紙を郵送し、条件にあう対象者へ配布を依頼した。対象者に研究依頼書を読んでもらったのち、協力が得られる場合は無記名で質問紙に回答後、同封の返信封筒にて郵送を依頼した。

2.4 データ収集期間

2014 年 9 月 1 日より質問紙を対象者に配布し、郵送締め切りを 10 月 31 日とした。

2.5 倫理的配慮

調査対象者には研究目的および方法、プライバシーの保護、協力を断っても不利益のないこと、参加撤回の自由を文書で説明し、質問紙の返信をもって研究参加の同意とした。質問紙は無記名自記式とし、回収は個別に封筒の入れ郵送することによりプライバシー、匿名性を保持した。また、調査中は研究者のみがデータを扱い厳重に保管、調査終了後は速やかに破棄することとした。なお、本研究は大分県立看護科学大学研究倫理安全委員会にて承認を受けた（承認番号 929）。

2.6 分析方法

まず、ヒストグラムによって各項目の値の分布状況を確認した。また、回答分布の偏りと考えられるシーリング効果（平均値+標準偏差 ≥ 5 :スコアの最高得点以上）、フロア効果（平均値-標準偏差 ≤ 1 :スコアの最低得点以下）の項目を確認し、それぞれの項目を削除の検討対象とした。残った項目に対して因子分析（主因子法、プロマックス回転、スクリープロットによる因子数決定）を行った。さらに共通性 0.40 以下の項目を削除し、同じ条件で因子分析を行い質問項目全体の因子構造を確認した後、各因子を構成する質問項目の合計得点およびすべての質問項目の総得点と「看護師経験年数」「救急領域における経験年数」「職位」「救急外来部門を担当する頻度」

との間で Spearman の順位相関係数を求めた。分析は統計解析ソフト SPSS Statistics Ver. 20 を用いてすべての分析を行った。

3. 結果

3.1 対象者の概要

全国の救命救急センター266 施設に調査を依頼した結果、52 施設から協力の同意が得られた。これら施設に合計 569 部の質問紙を配布し、354 部を回収した。うち 1 部無回答であり有効回答数 353 部(有効回答率 62.0%)であった。回答者の性別は男性 69 名(19.5%)女性 283 名(79.9%)であった。また年齢は 37.2 (±6.50) 歳、看護師経験は 14.93 (±6.51) 年、救急領域経験は 7.79 (±4.12) 年であった。救急外来を担当する頻度は救急外来専属として配属されている者が 147 名(41.5%)と多く、現在の職位は役職のないスタッフ 271 名(76.7%)であった(第3章-表1)。

3.2 項目分析の結果

対象者の選定は各施設の管理者に依頼したため、対象となった看護師が上記の対象者の条件と合致しているか、ヒストグラム上各項目の値の分布からを確認した。その結果、値の分布は単峰性であることが確認できた。シーリング効果のあった項目は「1. 看護師同士で連絡、報告を行うことができる」の1項目であり、フロア効果の認められる項目はなかった。

3.3 因子分析

上記の1項目を削除した36項目について、主因子法、プロマックス回転で分析を行った。因子数はスクリープロットの傾斜、初期の固有値1.0以上を基準に分析し、一番解釈のしやすい結果となるよう決定した。その結果因子数は6となった。共通性が0.4以下の項目、因子負荷量が0.4未満の項目を削除することとし、1つの項目について削除した。削除した項目は「10. 患者の年齢、疾患、心理的・社会的問題など個別性を考慮したケアが実践できる」である。残りの35項目に対して、主因子法、プロマックス回転、因子数6の条件で因子分析を行った(第3章-表2)。その結果、各因子を構成する項目数は、第1因子が10項目、第2因子が10項目、第3因子が5項目、第4因子が4項目、第5因子が3項目、第6因子が3項目となった。各因子のプロマックス回転前の寄与率は第1因子45.93%、第2因子6.25%、第3因子4.8%、第4因子3.88%、第5因子3.27%、第6因子2.83%、累積寄与率は、66.95%となった。

抽出された6因子について、それぞれを構成する質問項目の特性から寄与率順に第1因子を「スタッフと情報を共有し、救急外来全体の状況を判断する能力」、第2因子を「状況に合わせて時間・人員・場を調整する能力」、第3因子を「関係を築く能力」、第4因子を「人的資源を分析し調整する能力」、第5因子を「他部署と連携し検査・治療を効率的に進める能力」、第6因子を「リスクマネジメント能力」と命名した。

3.4 信頼性の検討

それぞれの因子に対して負荷量が0.4以上の項目を合計し、6つの下位尺度を構成した。また、全項目の合計点を求め、尺度の内定整合性を検証するために Cronbach の α 係数を算出したところ(表3-2)、尺度全体の α 係数は0.922であった。各下位尺度の α 係数は、「スタッフと情報を共有し、救急外来全体の状況を判断する能力」では0.926、「状況に合わせて時間・人員・場を調整する能力」では0.895、「関係を築く能力」では0.810、「人的資源を分析し調整する能力」では0.838、「他部署と連携し検査・治療を効率的に進める能力」では0.891、「リスクマネジメント能力」では0.858であった。

3.5 妥当性の検討

本尺度の妥当性の検討として、マネジメント能力に深く関与する対象の看護師の「看護師経験年数」や、「救急領域における経験年数」、「職位」、「救急外来部門を担当する頻度」を取り上げて、マネジメント能力との関連性を調べ、基準関連妥当性を検討した。その際、各因子の質問項目の合計得点およびすべての質問項目の総得点と「看護師経験年数」「救急領域における経験年数」「職位」「救急外来部門を担当する頻度」との間で Spearman の順位相関係数を求めた（第3章-表3）。その結果、各因子の質問項目の得点の合計およびすべての質問項目の総得点と「看護師経験年数」「救急領域における経験年数」「職位」との間で有意の正相関が認められたが、「救急外来部門を担当する頻度」とは相関が認められなかった。

4. 考察

4.1 尺度の構成要素

次に試作した尺度の構成概念妥当性について考察する。

第1因子は10項目の質問項目で構成され「スタッフと情報を共有し、救急外来全体の状況を判断する能力」と解釈された。この因子を構成する質問項目は大きく「スタッフと情報を共有することに関する項目」と、「救急外来全体の状況を判断する」項目に分けられる。吉田ら

(2009)は全治救急医療施設における救急受診患者対応を円滑にする看護活動として「自ら収集した情報や判断を医療チームメンバーに伝える」ことをあげており、スタッフ間での情報の共有は、診療を円滑に進めるために重要な因子であると考えられる。また、この因子は質問項目「3.救急外来全体の患者の診察状況の把握ができる」の因子負荷量が0.839と最も高く、共通因子に影響していた。救急外来部門では、多種多様な病態の患者が対象となるうえ、患者が重複し同時進行で診療が行われることも多い。さらに救急外来部門で対象となる患者は事前の情報が少なく、重症度や緊急度の高い病態が隠れている可能性もあり、病態の変化に即時対応する必要がある（中村2008）。

第2因子は10項目の質問項目から構成され「状況に合わせて時間・人員・場を調整する能力」と解釈された。この因子は「患者の診療の順番の調整」や「入院病棟の選択と調整」「熟練度の低い看護師の配置の調整」「看護師の業務量の調整」などの質問項目で構成されている。救命救急センターでは24時間重症患者を受け入れており、どのようなタイミングで患者が搬入されても適切なケアが提供できる必要がある（寺岡2011）。救急外来部門の状況を判断したうえで、臨機応変に患者の診療の順番や看護師の配置を調整することは、診療を円滑に進めるうえで重要な要素であると考えられる。また、寺岡ら（2011）は救命救急センターのリーダー看護師の役割について「看護業務支援を通しての看護師育成」を挙げており、個々の看護師の臨床実践能力と業務の進行状況を把握し、未経験の処置に参加できるように配慮するなど、スタッフの成長を支援し教育的に関わることがリーダーの役割の一つであるとしている。救命救急センターのリーダー看護師だけではなく、救急外来部門においても熟練度の高い看護師が十分に確保されていれば医療・看護ニーズの充足は容易であるが、必ずしもそうとは限らない。救急外来で働く看護師が、個々の看護師の力量を判断しながら適切な配置を実践していることを反映していると考えられる。

第3因子は「関係を築く能力」と解釈された。この因子は患者、家族、他スタッフと「良好な関係を築く」ことに関する5項目の質問項目から構成される。救急外来部門においては、患者・家族と初めて接する場合も多く、信頼関係が構築されていない。救急搬送され不安を抱えた患者・家族に対して共感的な態度で関わることで、患者・家族との関係を築いていると考えられる。また、救急外来部門の医師の配置や当直体制は施設によって異なり、看護職の人員配置数に法的規制もないため、人員配置はそれぞれの施設の判断に任されている（中村2008）。作田ら

(2008)は救急初療に働く看護師のコンピテンシー（職務特性）の中で最も優先度が高いものとして「協働的対人関係」を挙げている。患者に対応する医療者が固定されていない中で複数の他職種と連携して活動するには、対象に合わせてコミュニケーションを行い、相手の意見を尊重し

ながら自分の意見も述べ、双方の妥協点を見つける必要があり、それが円滑に診療を進めるうえで重要な要素となっている。

第4因子は4項目の質問項目から構成され「人的資源を分析し調整する能力」と解釈された。笠木ら(2009)は本邦における救急医療システムの多様性について調査を行っており、今後の課題の一つとして実際に大多数の初期、二次救急患者の初期診療を行うのが救急専従医以外の他科医師であることに触れ、各専門科の医師が基本的な救急初期診療能力を身に着けたうえで、救急医療に関与できる体制を構築していくことをあげている。また、救急外来部門では医師に限らず、検査技師、放射線技師、薬剤師、事務職員、救急救命士など多くの職種がその職種、専門性、熟練度を問わず関与し、チーム医療を実践するが、そのメンバーは常に固定されている専任のスタッフとは限らない。看護師はメンバーとなった個々のスタッフの「できること」「できないこと」を判断し、職種間の調整を行っていくことが要求される。

第5因子は3項目の質問項目より構成され「他部署と連携し検査・治療を効率的に進める能力」と解釈された。救急外来部門では重症度・緊急度を問わず、様々な疾患の患者の対応が要求され、その検査、処置は多種多様であり、患者が重複することも少なくない。また、一般外来や一般病棟の診療・検査・治療もそれぞれに行われており、特に緊急度の高い患者に対して迅速かつ適切な検査・治療を提供するためには、検査室や放射線部、手術室などの他部署と連携し、効率的に診療を進める必要がある。「現在行われている検査や治療はどの程度時間必要か」「どのような順番で検査を行えば効率的に検査結果を得られるか」「複数の患者のうち優先順位の高い患者は誰なのか」ということを総合的に判断し、連携のイニシアチブをとる能力が必要となる。本田ら(2006)はチーム医療の調整を救急外来における看護実践の一つに挙げており、調査のデータの中で「調整機能を果たす看護師が一人いるだけで診療の場がスムーズであった」ことに触れ、これは24時間患者の生活を援助する看護師本来の視点が全体を見ることにつながっていると示唆している。

第6因子は3項目の質問項目で構成され「リスクマネジメント能力」と解釈された。中村ら(2008)は救急・重症ケア領域の特徴として「患者の緊急度・重症度が高い」「患者の状態が急変する」「口頭指示が多い」「多種多様な医療機器が使用される」「医療者の感染症罹患や院内感染の可能性が高い」「インフォームド・コンセントにかかわる問題が発生しやすい」「二次災害の危険性が高い」などをあげ、医療安全の確保はより困難であるとしている。また、救急領域では看護師が患者・家族から暴言・暴力を受けやすいことなども問題となっており(米満2012、坂口2005)、救急外来部門において診療を円滑に進めるうえで重要な因子であると考えられる。

4.2 尺度の信頼性

「救急外来部門における看護師のマネジメント能力測定尺度」のCronbachの α 係数は0.922であり、各下位尺度の α 係数は、0.810~0.926と高い信頼性係数を示した(第3章-表2)。すなわち、各尺度の内的一貫性が確認された。

4.3 尺度の基準関連妥当性

総得点および6つの下位尺度得点はいずれも「看護師経験年数」「救急領域における経験年数」「職位」と正相関を示した。舘山ら(2007)は三次救急医療施設に新卒で配属された看護師を対象として縦断的に調査を行い、救急看護師に必要な能力について経験年数が高くなるほど、得点の平均点が高くなることを明らかにしている。特に救急看護師に必要な能力を獲得のする成長パターンについて、まずは「救急看護特有の知識・技術」における自信の上に「患者中心の看護」を洗練し、さらに中堅看護師として「プレホスピタル」「教育・研究」「専門性の育成」などに関わることでこれらの能力を発展させると述べている。また、Rosalindら(2014)は48名の一般診療所で働く看護師とその管理者を対象に質的研究を行っており、リーダーシップや業務の管理能力は職場での経験年数とともに、経験を通して先輩看護師からその役割を学ぶとしている。

今回の調査の結果は、これらの先行文献で述べられた他の救急看護技術、リーダーシップや

管理能力を同じく、救急経験が長くなるほどマネジメント能力は高くなり、マネジメントを期待される役割（職位）とも関連することを示唆している。また、救急外来における看護師のマネジメント能力が、「1度獲得した後は失われない能力」であり、「経験を経て職位が上がり、副師長などの役職がついたことで救急外来部門直接を担当する機会が少なくなっても維持される能力である」と仮定すると、「救急外来部門を担当する頻度」が他の変数と違い、項目得点と相関を示さなかったことも説明できる。この結果は本尺度の基準関連妥当性を部分的に支持していると考えた。

4. 4 研究の限界

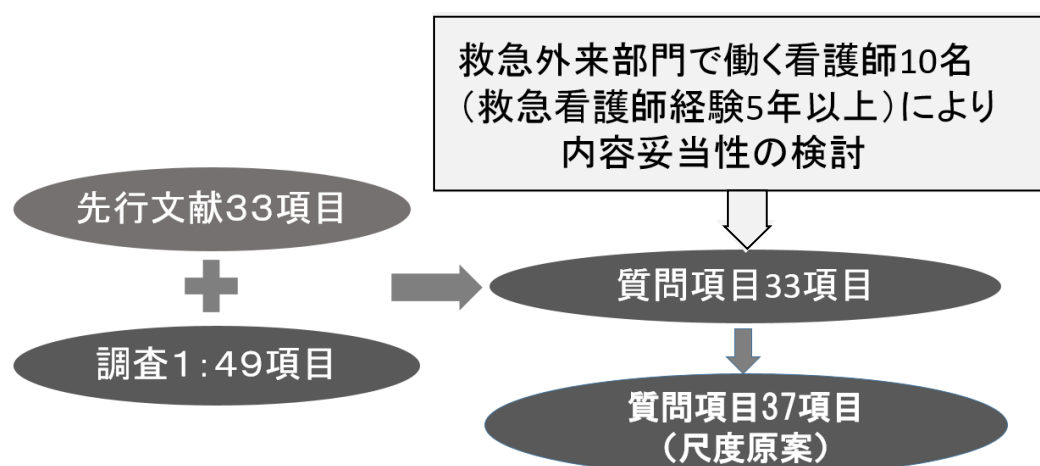
本研究では、尺度を作成する過程において基準関連妥当性を検証した。本来であれば基準関連妥当性は、あらかじめ外的基準として妥当性が確認されている他の指標を用いて検証する弁別的妥当性や予測的妥当性を検証することが一般的であるが、今回それを見つけることができず、本研究のみでは妥当性を説明するに至らなかった。今後は、他の領域で使用されている看護師の実践能力を測定する尺度とともに検討する、縦断的研究を行う、何からの教育プログラム前後で評価を行い検証するなど妥当性の検証方法を工夫することで本尺度の妥当性を高めていきたい。

5. 結論

本研究では、救急外来部門における看護師のマネジメント能力を、定量的に評価できる測定尺度の開発とその信頼性、妥当性の検討を目的とし研究を行った。

「救急外来部門における看護師のマネジメント能力測定尺度」を開発した。この尺度は「スタッフと情報を共有し、救急外来全体の状況を判断する能力」「状況に合わせて時間・人員・場を調整する能力」「関係を築く能力」「人的資源を分析し調整する能力」「他部署と連携し検査・治療を効率的に進める能力」「リスクマネジメント能力」の6因子からなる、計35項目の尺度である。

「救急外来部門における看護師のマネジメント能力測定尺度」のCronbachの α 係数を算出した結果、高い信頼性係数（ $\alpha=0.922$ ）を示した。このことから、この尺度の信頼性が確認された。



第3章-図1. 質問項目（尺度原案）立案までのプロセス

第3章-表1. 対象者の属性

		人数(%)
性別	男性	69(19.5)
	女性	284(79.9)
診療 体制	三次救急患者のみ診療	66(18.6)
	全次救急体制	123(34.7)
	三次救急体制を標榜しているが一次、 二次救急患者も受け入れている	157(44.4)
	その他	7(5.4)
	月2~3回	73(20.6)
頻度	週2~3回	50(14.1)
	週3~4回	35(9.9)
	ほぼ毎日	30(8.5)
	救急外来専属	147(41.5)
	その他	18(5.1)
	スタッフ	271(76.7)
職位	主任	56(15.8)
	副師長	19(5.4)
	師長	7(2.0)

表 3-2. 「救急外来における看護師のマネジメント能力測定尺度」因子分析結果（主因子法・プロマックス回転） n=353

因子名	質問項目 得点 平均値 ± SD	No.	質問項目	因子負荷量						Cronbach α
				因子 I	因子 II	因子 III	因子 IV	因子 V	因子 VI	
I. タップと情報を共有し、救急外来全体の状況を判断する能力	4.16 ±0.12	3	救急外来全体の患者の診療状況(検査・治療の進捗状況、病状)の把握ができる	.829	-.071	-.031	.023	.027	.036	0.926
		2	看護師同士で現在の状況を共有できる	.818	-.143	.075	-.312	.055	.170	
		5	患者の第一印象、バイタルサイン、主訴から緊急度の判断ができる	.724	-.005	.002	.209	.018	-.103	
		4	患者の病態から今後の治療や業務量の予測ができる	.708	.035	-.076	.215	.005	.002	
		9	救急外来全体の状況から、処置や検査の優先度が判断できる	.654	.068	.040	.113	.024	.024	
		6	救急車で搬入される患者の事前情報から、疾患や重症度を予測できる	.556	.035	-.088	.449	.013	-.136	
		7	積極的に医師と意見交換を行うことができる	.538	.172	-.016	.325	-.042	.257	
		8	医師と患者の情報を共有することができる	.508	-.193	.063	.234	-.046	.378	
		24	医師に患者の状態変化を的確に報告できる	.426	.001	.126	.106	.006	.286	
14	共に働く看護師の個々の業務量を把握できる	.404	.383	-.078	.079	.033	.096			
II. 状況に合わせて時間・人員・場を調整する能力	3.95 ±0.07	19	患者の病状や治療の進捗状態から、診察の順番を調整できる	-.113	.739	.011	.172	.002	-.026	0.895
		18	患者の病状や治療の進捗状態から、待ち時間を患者へ説明できる	-.227	.699	.182	.229	-.119	-.032	
		16	救急外来全体の状況をみながら、スタッフの休憩時間の調整や確保ができる	.337	.664	-.128	-.067	.019	-.006	
		26	患者の病状や感染症の有無などの特性を入院病棟へ伝え、入院病棟との調整ができる	-.094	.599	-.049	.032	.296	.173	
		17	患者の病状から、感染のリスクを判断し適切な対応ができる	.467	.566	.126	-.130	.025	-.187	
		25	入院が必要な患者の病態や感染症の有無などを考慮し入院病棟を選択することができる	.060	.562	.090	-.069	-.120	.292	
		37	熟練度の低い看護師が、実践の中で知識や技術を習得できるように配置を調整できる	.497	.55	.118	-.150	.014	-.165	
		20	限られた条件の中で患者のプライバシーを守る行動ができる	.356	.549	.017	.131	.110	-.106	
		36	熟練度の低い看護師が、安全に業務ができるように配置を調整できる	-.086	.547	.169	.035	.186	.236	
15	救急外来全体の状況をみながら、看護師個々の業務量を調整し負担を軽減できる	-.344	.546	-.117	.212	.294	.231			
III. 関係を築く能力	3.94 ±0.24	32	他のスタッフと良好な関係を築くことができる	-.045	-.044	.855	.100	.010	-.024	0.810
		31	相手(他のスタッフ)の立場に立った話し方を心がけることができる	-.089	.078	.809	.098	-.003	-.012	
		34	患者・家族の言動に共感的な態度をとることができる	.022	.118	.767	.128	.027	.070	
		33	家族が来院していない場合は、患者が家族へ連絡ができるように介入できる	.113	.028	.710	.145	.077	.061	
		35	患者・家族のアドボケート(擁護者)役割を果たすことができる	.125	.059	.583	.202	-.027	-.069	
IV. 人的資源を分析し調整する能力	3.76 ±0.08	12	医師などの他職種を含めたスタッフの活動状況を把握できる	.007	.155	.003	.767	-.028	-.018	0.838
		11	医師などの他職種を含めたスタッフ個々の専門性、熟練度、実践能力を把握できる	.120	.149	.049	.680	-.032	-.025	
		13	救急外来全体の状況から、医師などの他職種を含めたスタッフの配置を調整できる	.195	.213	-.130	.617	.037	-.059	
		30	施設外スタッフ(救命士など)と積極的に情報交換できる	.001	-.102	.371	.494	.153	-.041	
V. 他部署と連携し検査・治療を効率的に進める能力	4.08 ±0.07	28	患者の病状や診療経過を把握し、検査科へ検査依頼や輸血依頼ができる	.033	-.093	.024	.023	.939	.004	0.891
		27	患者の病状や診療経過を把握し、放射線科へ撮影依頼ができる	-.027	-.072	.040	.070	.926	.003	
		29	手術室や血管造影室と搬入時間などを調整し連携することができる	.181	.144	.026	-.099	.748	-.057	
VI. リスクマネジメント能力	4.12 ±0.13	21	発生してしまったインシデント・アクシデントの情報をスタッフと共有できる	.058	-.002	-.005	-.100	.029	.918	0.858
		22	発生してしまったインシデント・アクシデントに対して適切な対応がとれる	.054	.131	.063	-.028	-.027	.778	
		23	患者の暴言、暴力などに対し、病院で決められた適切な対応ができる	.139	.323	-.055	.023	-.014	.511	

第3章-表3.

「救急外来部門における看護師のマネジメント能力測定尺度」と「看護師経験年数」「救急領域における経験年数」「職位」「救急外来部門を担当する頻度」の関係

(順位相関係数)

	因子Ⅰ	因子Ⅱ	因子Ⅲ	因子Ⅳ	因子Ⅴ	因子Ⅵ	総得点
看護師経験	.160*	.200**	.128*	.132*	.151*	.153*	.165*
救急領域における経験年数	.270**	.234**	.174**	.288**	.110*	.188**	.287**
職位	.147**	.174**	.186**	.161**	.161**	.109*	.222**
救急外来部門を担当する頻度	.088	.102	.028	.035	.155	.009	.061

**p<0.01 *p<0.05

N=353

第4章 自己評価と他者評価の比較（調査3）

1. 目的

調査2によって、本尺度の内的整合性は高く（Cronbachの信頼性係数 $\alpha=0.922$ ）、構成因子の妥当性も確認されている。ただし、これはあくまで救急看護師による自己評価であり、上司などから見た客観的な評価との一致については検証されていない。そこで、本研究では救急看護師のマネジメント能力についての自己評価と、共に働く上司からの他者評価との比較を行い、各質問項目の自己評価と他者評価における得点差を確認し、得点差の出現の傾向性を明らかにすること、またその結果から質問項目の取舍を検討するための基礎データとすることとした。

また、救急外来部門では、構成メンバー、人数、対応する患者の重症度・緊急度、受け入れ人数などが医療施設によって異なるが、少なくとも救急看護師のストレスは病棟看護師と比べ高いと言われ、その要因の一つとして「仕事の困難さ」が指摘されている（宇田2011）。これは、救急看護師にとっての要求の高さを示唆する報告である。救急看護師にとってマネジメント能力の獲得は、他の救急看護技術を習得することに加えて重要な課題であり、本調査は今後の救急看護師の育成や支援のために有益な情報になると考えた。

2. 調査方法

2.1 調査対象

対象医療施設は救命救急センター1施設と、三次救急医療施設1施設である。2施設の救急部に所属する、救急経験1年以上の看護師全員（43名）を対象とした。他者評価は、対象者の直属の上司である副看護師長に依頼した。なお、両名とも救急看護認定看護師の資格をもち、救急領域において十分な知識や経験を有するものである。また、両名は自身の自己評価は行っていない。調査は2015年8月に行った。

2.2 調査内容

本調査で使用する質問紙は【調査2】で使用した質問紙から、シーリング効果のあった1項目と、共通性が0.4以下、因子負荷量が0.4未満であった1項目の計2項目を削除し作成した。しかし、その際誤って本来必要な「他のスタッフと良好な関係を築くことができる」を削除し、不要な「患者・家族が今後行われる検査や処置の見通しがたつように十分に説明ができる」という項目を残したまま調査を行ってしまった。ただし、これは本調査の本質に大きく影響しないため、誤った項目を除外した結果を以下に報告する。

また、自己評価に用いた質問紙は、回答者の属性に関する7項目と、上記の「救急外来における看護師のマネジメント能力測定尺度」35項目から成る。後者は各項目について「大いにあてはまる」から「まったくあてはまらない」までの5段階評定をLikert尺度化し、5～1点に得点化して、合計点を求めるものである。得点が高いほど、救急外来部門におけるマネジメント能力が高いことを示す。一方、他者評価の質問紙には、同尺度35項目のみを用いた。

2.3 調査手続き

- 1) 調査協力者である上司（副看護師長）に依頼して、救急部で働く看護師（救急経験1年以上）のリストを作成し（以下、対照リスト）、個人ごとにID番号を決めてもらった。そして、研究者が送付した自己評価用質問紙と他者評価用質問紙のそれぞれに、対照リストに従って1部ずつID番号を記入してもらった。
- 2) 上司から対照リストにリストアップした対象者それぞれに、該当するID番号の記された自己評価用質問紙と返信用封筒を渡してもらった。協力の意思がある対象者は、これに回答して

返信用封筒に入れ、研究者宛に返送した。

3) 上司は対照リストに沿って、対象者ごとに、該当する ID 番号の記された他者評価用質問紙に記入した。これらをまとめて返信用封筒に入れ、研究者宛に返送した。

4) 対照リストは上司が保管し、調査終了後はただちに裁断破棄してもらった。

調査対象者には研究目的および方法、プライバシーの保護、協力を断っても不利益のないこと、参加撤回の自由を文書で説明し、質問紙の返信をもって研究参加の同意とした。また、自己評価と他者評価の比較を行うため、対象者には ID 番号付けを行うとともに、対照リストが他者評価者によって作成されるが、このリストは他者評価者のみが取扱い、調査終了後速やかに裁断廃棄すること、回収は個別に封筒の入れ郵送することにより、二種の質問紙に回答した個人が特定されることなく、回答内容が他者評価者や職場に伝わることはないことを保障した。以上の手続きは、大分県立看護科学大学研究倫理安全委員会にて承認を受けた（承認番号 1005）。

2.4 分析方法

1) 各質問項目の分析

自己評価と他者評価の各項目について、回答分布の偏りであるシーリング効果（平均値＋標準偏差 ≥ 5 ：スコアの最高得点以上）とフロア効果（平均値－標準偏差 ≤ 1 ：スコアの最低得点以下）の有無を確認し、該当項目を削除すべきかどうか検討した。

2) 自己評価と他者評価の比較

総得点（35 項目の合計点）および各質問項目について「自己評価と他者評価の差」（自己評価点－他者評価点）を求め、また両者の相関を検討した。さらにそれぞれを年齢、看護師経験年数、および救急看護師経験年数との相関を検討した。いずれも Spearman の順位相関係数を用いた。ただし、多数の検定を繰り返し行うことになるので、有意水準は 1% と厳しくした。

3. 結果

有効回答者は 35 名（81.4%）であった（第 4 章-表 1）。うち男性は 6 名（17.1%）、女性 29 名（82.9%）で、年齢の平均（SD）は 30.2（5.9）歳、看護師経験は 8.3（5.1）年、救急看護師経験は 3.2（2.4）年であった。2 名が副師長（他者評価者でないもの）であり、33 名が役職のつかないスタッフ看護師であった。

また、項目別に自己評価と他者評価の相関を確認したところ、10 項目で有意の正相関（相関係数 0.434-0.597）がみられたが、相関が弱い項目も少なくなかった。自己評価と他者評価の総得点の相関係数は 0.515 ($p < .05$) で、有意の正相関が認められた。総得点および各質問項目について「自己評価と他者評価の差」を求めたところ（表 4-3）、その平均はすべての項目で正であり、自己評価のほうが高いことがわかった。この差と年齢、看護師経験年数、および救急看護師経験年数との間で Spearman の順位相関係数を求めた結果（第 4 章-表 2）、3 項目が年齢と、1 項目が看護師経験年数と、18 項目および総得点が救急看護師経験年数と負の相関を示したが、正の相関はみられなかった。

また、「6. 積極的に医師と意見交換を行うことができる」「28. 施設外スタッフ（救命士など）と積極的に情報交換ができる」「患者の暴言・暴力に対し、病院で決められた適切な対応ができる」自己評価と他者評価の平均得点の差が 1.0 を超えた（第 4 章-表 3）。

4. 考察

すべての項目において自己評価の平均点は他者評価の平均点より高く、一部の項目で両者の相関が弱い項目も見られたものの、自己評価と他者評価の総得点の相関係数についても有意の正相関が認められた。この結果は他者評価と比較し自己評価のほうが甘いことを示唆している。両者の乖離について、先行研究の結果は必ずしも一致していない。真下ら（2011）は急性期病棟に

における看護実践能力尺度の開発のための調査として、対象病院の全看護師を対象に自己評価と上司による他者評価を行い、すべての項目で自己評価よりも他者評価の平均点が高かったと報告している。他方、新人看護師を対象とした斎田らの研究（2007、2010）では、自己評価が他者評価よりも評価が高かった報告がある。今回の回答者の平均年齢は30.2歳、看護師経験は8.3年、救急看護師経験は3.2年であり、日本救急看護学会が提示する救急看護師クリニカルラダーでⅡ～Ⅲ程度の熟練度であったが、斎田らの新人看護師に近い結果が得られたことになる。ここで、多くの項目について「自己評価と他者評価の差」が、救急看護師経験年数と負相関を示した。つまり、救急看護師としての経験が短いほど、自己評価は他者評価より高い（つまり救急外来における自己のマネジメント能力を過大評価している）ということが示唆された。このことより、年齢よりも業務経験の浅いことが、自己評価の甘さにつながっているのではないかと、という仮説が導かれる。

一般には、経験豊富な上司の承認は看護師の自己尊重を高め、仕事の動機付けとなるとともに看護師の情緒的サポートとしても効果があるとされる（本田 2013a）。だが、自己能力の過大評価ゆえ「上司から認められていない」「正当に評価されていない」と感じられる場合には、それが達成感や報酬感の低さをもたらし、結果的に職業性ストレスを増幅する可能性がある。これに加え、マネジメント能力を過大に自己評価した結果として、この能力を高め損ねることがもしあるならば、仕事のコントロール度が高まらない結果となり、ますます救急看護師のストレス反応が増強される可能性もある。そこで、自己評価と他者評価間のギャップを小さくすること、救急看護師が自己の行動を振り返り客観的に評価できる基準を整えることが、救急看護師のストレスマネジメントにはおそらく重要である。

また「6. 積極的に医師と意見交換を行うことができる」「28. 施設外スタッフ（救命士など）と積極的に情報交換ができる」「患者の暴言・暴力に対し、病院で決められた、適切な対応ができる」自己評価と他者評価の平均得点の差が1.0を超え、他の項目と比較しても自己評価と他者評価の隔たりが大きいことが明らかとなった。この結果から、この3項目については今後、本尺度を使用し自己評価による調査を行う際には、実際の能力と誤差がある可能性を考慮する必要がある。今回は2施設35名と対象数が十分でないことや、施設の特徴により偏りがある可能性を考えると、直ぐにこの項目を削除すべきではないと考え、今後の課題とすることとした。

ところで、救急領域では早くからシミュレーション教育が重要視されており、患者への手技などについての標準化された教育プログラムが多く開発されている。その効果には個人差が比較的少なく、経験を積むことによって技術の獲得や練り上げが可能である（千明 2013）。しかし、本研究で焦点を当てたマネジメント能力は、単純な医療行為の技術訓練のように反復練習によって誰でも容易に獲得できるものではないが、救急看護の領域においては専門性が評価されにくい能力でもある。特に多種多様な患者の状態把握と病状の成り行き予測や、対象に合わせたコミュニケーションを行う能力に関して、他者評価を行った上司は（本人の現状よりも）高い水準を要求している可能性がある。今後は目に見える救急看護技術の実践能力だけでなく、マネジメント能力の開発も現職者教育の視野に取り入れる必要があると考える。言うまでもなく、この能力が高いことは職場での業務遂行上も望ましいことである。こうした能力を評価するツールの開発にあたり、今回の結果は貴重な参考資料となる。

5. 研究の限界

本研究は2施設を対象とした調査であり、対象数が少ないことから本尺度の自己評価と他者評価における乖離を十分に確認できたとは言いがたい。また、自己評価と他者評価の乖離の大きい項目については妥当性の検証が再度必要であり、経験年数に応じた到達度の基準についても、今後も研究を重ねていきたい。

6. 結論

救急外来部門における看護師のマネジメント能力について、開発した測定尺度を用いて看護師

自身の自己評価と上司による他者評価の比較を行った。

すべての項目において自己評価の平均点は他者評価の平均点より高く、一部の項目で両者の相関が弱い項目も見られたものの、自己評価と他者評価の総得点の相関係数についても有意の正相関が認められた。

また、この結果より対象者が自己の能力を過大評価している、もしくは他者評価を行った上司が本人の現状よりも高い水準を要求している可能性があることが示唆された。さらに、多くの項目について「自己評価と他者評価の差」が、救急看護師経験年数と負の相関を示したことから、救急看護師としての経験が短いほど、自己評価は他者評価より高いということが明らかとなった。

第4章-表1. 対象者の属性

性別	男性	6人 (17.5%)
	女性	29人 (82.9%)
平均年齢		30.17 (SD±5.87) 歳
看護師経験		8.34 (SD±5.10) 年
救急看護師経験		3.17 (SD±2.38) 年

第4章-表2. 自己評価-他者評価の差と「年齢」「看護師経験年数」「救急経験年数」との相関

n = 35

	質問項目	差	年齢	看護師経験年数	救急経験年数
6	積極的に医師と意見交換を行うことができる	1.71	-0.541**	-0.539**	-0.228
12	共に働く看護師の個々の業務量を把握できる	0.34	-0.279	-0.261	-0.375
20	発生してしまったインシデント・アクシデントに対して適切な対応がとれる	0.63	-0.414	-0.395	-0.466**
28	施設外スタッフ(救命士など)と積極的に情報交換できる	1.66	-0.389	-0.395	-0.477**
11	救急外来全体の状況から、医師などの他職種を含めたスタッフの配置を調整できる	0.69	-0.410	-0.372	-0.129
19	患者の暴言、暴力などに対し、病院で決められた適切な対応ができる	1.06	-0.365	-0.366	-0.333
9	医師などの他職種を含めたスタッフの活動状況を把握できる	0.2	-0.357	-0.360	-0.177
14	救急外来全体の状況をみながら、スタッフの休憩時間の調整や確保ができる	0.46	-0.151	-0.129	-0.241
13	救急外来全体の状況をみながら、看護師個々の業務量を調整し負担を軽減できる	0.54	-0.186	-0.132	-0.461**
21	発生してしまったインシデント・アクシデントの情報をスタッフと共有できる	0.23	-0.456**	-0.422	-0.576**
23	入院が必要な患者の病状や感染症の有無などの特性を考慮し入院病棟を選択できる	0.37	-0.268	-0.249	-0.402
10	医師などの他職種を含めたスタッフ個々の専門性、熟練度、実践能力を把握できる	0.46	-0.156	-0.136	-0.282
34	熟練度の低い看護師が、安全に業務ができるように配置を調整できる	0.43	-0.356	-0.371	-0.438**
7	医師と患者の情報を共有することができる	0.06	-0.232	-0.205	-0.155
35	熟練度の低い看護師が、実践の中で知識や技術を習得できるように配置を調整できる	0.49	-0.239	-0.247	-0.583**
1	看護師同士で現在の状況を共有できる	0.17	-0.239	-0.233	-0.300
2	救急外来全体の患者の診療状況(検査・治療の進捗状況、病状)の把握ができる	0.37	-0.180	-0.177	-0.387
3	患者の病態から今後の治療や業務量の予測ができる	0.2	-0.254	-0.259	-0.394
8	救急外来全体の状況から、処置や検査の優先度が判断できる	0.43	-0.113	-0.112	-0.331
27	手術室や血管造影室と搬入時間などを調整し連携することができる	0.57	-0.405	-0.409	-0.359
22	医師に患者の状態変化を的確に報告できる	0.14	-0.323	-0.306	-0.534**
5	救急車で搬入される患者の事前情報から、疾患や重症度を予測できる	0.06	0.010	0.014	-0.449**
4	患者の第一印象、バイタルサイン、主訴から緊急度の判断ができる	0.23	0.070	0.083	-0.255
25	患者の病状や診療経過を把握し、放射線科へ撮影依頼ができる	0.31	0.050	0.062	-0.361
26	患者の病状や診療経過を把握し、検査科へ検査依頼や輸血依頼ができる	0.63	-0.242	-0.231	-0.493**
17	患者の病状や治療の進捗状態から、診察の順番を調整できる	0.03	-0.470**	-0.401	-0.519**
18	限られた条件の中で患者のプライバシーを守る行動ができる	0.2	-0.178	-0.151	-0.647**
30	家族が来院していない場合は、患者が家族へ連絡ができるように介入できる	0.23	-0.299	-0.289	-0.613**
16	患者の病状や治療の進捗状態から、待ち時間を患者へ説明できる	0.51	-0.290	-0.233	-0.536**
15	患者の病状から、感染のリスクを判断し適切な対応ができる	0.66	-0.280	-0.260	-0.534**
24	患者の病状や感染症の有無などの特性を入院病棟へ伝え、入院病棟との調整ができる	0.29	-0.146	-0.118	-0.494**
29	相手(他のスタッフ)の立場に立った話し方を心がけることができる	0.2	-0.010	0.027	-0.480**
31	家族が来院していない場合は、患者が家族へ連絡ができるように介入できる	0.37	-0.029	0.019	-0.556**
33	患者・家族のアドボケート(擁護者)役割を果たすことができる	0.37	0.010	0.046	-0.369
	合計差	0.44	-0.372	-0.354	-0.664**

Spearmanの順位相関係数 ** *p<0.01

第5章 総合考察

日本の救急医療において、救急搬入から入院までの初期対応をする部門（以下救急外来部門）では、構成メンバー、人数、対応する患者の重症度・緊急度、受け入れ人数などが医療施設によって異なる（笠木 2009）が、どの施設においても、病態の変化が著しく緊急度・重症度の高い患者、生命の危機的状態にある患者などが混在しており、医療者は迅速に病状を判断し適切な処置・治療を開始する能力が求められる（中村 2008）ことに変わりはない。少なくとも救命救急センターに勤務する看護師のストレスは病棟看護師と比べ高いと言われ、その要因の一つとして「仕事の困難さ」が指摘されている（宇田 2011）。それに対し、救急領域では早くからシミュレーション教育が重要視されており、患者への手技などについては標準化された教育プログラムが多く開発されている。その効果には個人差が比較的少なく、経験を積むことによって技術の獲得や練り上げが可能である（千明 2013）。しかし、本研究で焦点を当てたマネジメント能力は、単純な医療行為の技術訓練のように反復練習によって誰でも容易に獲得できるものではない。救急外来部門で働く看護師のマネジメント能力を測定する尺度を開発することにより、救急看護師が自身のマネジメント能力を客観的に評価できるツールとして活用でき、またその育成やメンタルヘルス支援への活用できるものと考え本研究を行った。

まず第2章と第3章で、「救急外来部門における看護師のマネジメント能力測定尺度」を開発試作した。この尺度は「スタッフと情報を共有し、救急外来全体の状況を判断する能力」「状況に合わせて時間・人員・場を調整する能力」「関係を築く能力」「人的資源を分析し調整する能力」「他部署と連携し検査・治療を効率的に進める能力」「リスクマネジメント能力」の6因子からなる、計35項目の尺度（Cronbach $\alpha = 0.922$ ）である。館山ら（2007）は三次救急医療施設に新卒で配属された看護師が救急看護師に必要な能力について経験年数が高い群ほど、得点の平均点が高くなることを示唆している。特に救急看護師に必要な能力を獲得のする成長パターンについて、まずは「救急看護特有の知識・技術」における自信の上に「看患者中心の看護」を洗練し、さらに中堅看護師として「プレホスピタル」「教育・研究」「専門性の育成」などに関わることでこれらの能力を発展させると述べている。今回の調査2では、先行文献で述べられた他の救急看護技術を同じく、救急経験が長くなるほどマネジメント能力は高くなり、マネジメントを期待される役割（職位）とも関連することを示唆している。また、救急外来における看護師のマネジメント能力が、「1度獲得した後は失われない能力」であり、「経験を経て職位が上がり、副師長などの役職がついたことで救急外来部門直接を担当する機会が少なくなっても維持される能力である」と仮定すると、「救急外来部門を担当する頻度」が他の変数と違い、項目得点と相関を示さなかったことも説明できる。この結果は本尺度の基準関連妥当性を部分的に支持していると考えられる。

さらに、第4章では本尺度を使用し、救急看護師のマネジメント能力の自己評価と他者評価の比較を実施した。その結果、すべての項目において自己評価の平均点は他者評価の平均点より高く、一部の項目で両者の相関が弱い項目も見られた。自己評価と他者評価間の相関が弱い項目については、本尺度の内容的妥当性を損なう可能性があり、取捨を検討する必要がある。今後、項目を削除したのち再度自己評価のデータを用いて因子分析を行う、自己評価—他者評価のサンプルを増やすなどして、尺度の妥当性を高めていく必要がある。しかしながら、自己評価と他者評価の総得点の相関係数について、有意の正相関が認められことは、本尺度の妥当性の一部を支持するものである。

加えて、すべての項目において自己評価の平均点は他者評価の平均点より高く、両者の総得点に正相関があったことから、対象者が自己の能力を過大評価している、もしくは他者評価を行った上司が本人の現状よりも高い水準を要求している可能性があることが示唆された。さらに、多くの項目について「自己評価と他者評価の差」が、救急看護師経験年数と負の相関を示したことから、救急看護師としての経験が短いほど、自己評価は他者評価より高いということが明らかとなった。一般には、経験豊富な上司の承認は看護師の自己尊重を高め、仕事の動機付けとなるとともに看護師の情緒的サポートとしても効果があるとされる（本田 2013a）。だが、自己能力の過大評価ゆえ「上司から認められていない」「正當に評価されていない」と感じられる場合に

は、それが達成感や報酬感の低さをもたらし、結果的に職業性ストレスを増幅する可能性がある。今後、自己評価と他者評価間のギャップを小さくすること、救急看護師が自己の行動を振り返り客観的に評価できる基準を整えることが、救急看護師のストレスマネジメントには重要であると考えられる。

しかしながら、第3章により本尺度の内的一貫性、基準関連妥当性の一部が支持され、第4章により自己評価と他者評価による得点差の出現の傾向性が明らかとなり、今後の本尺度の質問項目の取捨に見通しが示されたものの、現段階では尺度の信頼性・妥当性が十分検証できたとは言いがたく、本尺度の完成には至っていない。2つの調査で明らかとなった現段階での本尺度を第5章-表1に掲示する。今後は、他の領域で使用されている看護師の実践能力を測定する尺度とともに検討する、縦断的研究を行う、何からの教育プログラム前後で評価を行い検証するなど妥当性の検証方法を工夫することで本尺度の妥当性を高めていきたい。

さらに、本研究では対象者もしくは対象者の上司である他者評価者が、現在の対象者の能力について「普段の行動を思い出しながら評価する」という方法で質問紙による評価を行った。質問紙による能力の定量的な評価は能力と行動 (competence vs performance) の境界が曖昧になりがちであり、対象者の属性や、所属施設の特徴、チーム医療の中での対象者の立場、評価者の心理状態などによって、結果が左右される可能性も否定できないため、単純に対象者が自己評価を行うだけではなく状況的な背景に左右されずに評価できる方法を今後考えていく必要もある。

例えば、シナリオを用いたシミュレーションや模擬患者を用いた OSEC (Objective Structured Clinical Examination: 客観的臨床能力試験) などは、状況的な背景に左右されずに評価でき、それにより得られた結果は、対象者による単純な自己評価よりも、その対象者の能力をより正確に評価することができると思われる。今後はその評価方法を考えるとともに、検証を重ね本尺度の妥当性を高めていくことが課題である。

結語

本研究では救急外来部門で働く看護師のマネジメント能力を測定する尺度を開発し、その妥当性、信頼性の検証を行うことを目的とした。

その目的の達成のために調査として尺度原案作成のための予備調査として、救急外来で働く看護師の語りからデータを得て、質的研究を行った (調査1)。その結果、救急外来で看護師が行うマネジメントに関わる行動として7カテゴリが抽出され、マネジメント能力として「人・物・時間・環境・情報の調整力」「緊急度・重症度の判断力と今後起こりうる事態を見通す予測力」「協働的なチーム構築力」の3つの能力が示唆された。

次に調査1で得られたデータと先行文献から尺度原案を作成し、全国の救命救急センターで働く看護師を対象に質問紙調査を行い、尺度の妥当性と信頼性の検証を調査2として実施した。その結果「救急外来部門における看護師のマネジメント能力測定尺度」を開発した。本尺度は「スタッフと情報を共有し、救急外来全体の状況を判断する能力」「状況に合わせて時間・人員・場を調整する能力」「関係を築く能力」「人的資源を分析し調整する能力」「他部署と連携し検査・治療を効率的に進める能力」「リスクマネジメント能力」の6因子からなる、計35項目の尺度 (Cronbach $\alpha = 0.922$) である。また、先行文献で述べられた他の救急看護技術を同じく、救急経験が長くなるほどマネジメント能力は高くなり、マネジメントを期待される役割 (職位) とも関連することが明らかとなり、この結果は本尺度の基準関連妥当性を部分的に支持していると考えた。

また、調査3として、その能力の看護師自身の自己評価と上司による他者評価の比較を行った。自己評価と他者評価の総得点の相関係数について、有意の正相関が認められ、さらに、すべての項目において自己評価の平均点は他者評価の平均点より高く、両者の総得点に正相関があったことから、対象者が自己の能力を過大評価している、もしくは他者評価を行った上司が本人の現状よりも高い水準を要求している可能性があることが示唆された。また、多くの項目について「自己評価と他者評価の差」が、救急看護師経験年数と負の相関を示したことから、救急看護師としての経験が短いほど、自己評価は他者評価より高いということが明らかとなった。自己評価と他者評価間のギャップを小さくすることや、救急看護師が自己の行動を振り返り客観的に評価

できる基準を整えることが、救急看護師のストレスマネジメントには重要であり、救急看護師育成のためにも本尺度の精練と応用が今後の課題である。

第5章-表1 救急外来部門における看護師のマネジメント能力測定尺度

因子名	質問項目	回 答				
		まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	だいたいあてはまる	大いにあてはまる
スタッフと情報を共有し、救急外来全体の状況を判断する能力	救急外来全体の患者の診療状況(検査・治療の進捗状況、病状)の把握ができる	1	2	3	4	5
	看護師同士で現在の状況を共有できる	1	2	3	4	5
	患者の第一印象、バイタルサイン、主訴から緊急度の判断ができる	1	2	3	4	5
	患者の病態から今後の治療や業務量の予測ができる	1	2	3	4	5
	救急外来全体の状況から、処置や検査の優先度が判断できる	1	2	3	4	5
	救急車で搬入される患者の事前情報から、疾患や重症度を予測できる	1	2	3	4	5
	積極的に医師と意見交換を行うことができる	1	2	3	4	5
	医師と患者の情報を共有することができる	1	2	3	4	5
	医師に患者の状態変化を的確に報告できる	1	2	3	4	5
状況に合わせて時間・人員・場を調整する能力	共に働く看護師の個々の業務量を把握できる	1	2	3	4	5
	患者の病状や治療の進捗状態から、診察の順番を調整できる	1	2	3	4	5
	患者の病状や治療の進捗状態から、待ち時間を患者へ説明できる	1	2	3	4	5
	救急外来全体の状況をみながら、スタッフの休憩時間の調整や確保ができる	1	2	3	4	5
	患者の病状や感染症の有無などの特性を入院病棟へ伝え、入院病棟との調整ができる	1	2	3	4	5
	患者の病状から、感染のリスクを判断し適切な対応ができる	1	2	3	4	5
	入院が必要な患者の病態や感染症の有無などを考慮し入院病棟を選択することができる	1	2	3	4	5
	熟練度の低い看護師が、実践の中で知識や技術を習得できるように配置を調整できる	1	2	3	4	5
	限られた条件の中で患者のプライバシーを守る行動ができる	1	2	3	4	5
関係を築く能力	熟練度の低い看護師が、安全に業務ができるように配置を調整できる	1	2	3	4	5
	救急外来全体の状況をみながら、看護師個々の業務量を調整し負担を軽減できる	1	2	3	4	5
	他のスタッフと良好な関係を築くことができる	1	2	3	4	5
	相手(他のスタッフ)の立場に立った話し方を心がけることができる	1	2	3	4	5
	患者・家族の言動に共感的な態度をとることができる	1	2	3	4	5
人的資源を分析し調整する能力	家族が来院していない場合は、患者が家族へ連絡ができるように介入できる	1	2	3	4	5
	患者・家族のアドボケーター(擁護者)役割を果たすことができる	1	2	3	4	5
	医師などの他職種を含めたスタッフの活動状況を把握できる	1	2	3	4	5
	医師などの他職種を含めたスタッフ個々の専門性、熟練度、実践能力を把握できる	1	2	3	4	5
他部署と連携し検査・治療を効率的に進める能力	救急外来全体の状況から、医師などの他職種を含めたスタッフの配置を調整できる	1	2	3	4	5
	施設外スタッフ(救命士など)と積極的に情報交換できる	1	2	3	4	5
	患者の病状や診療経過を把握し、検査科へ検査依頼や輸血依頼ができる	1	2	3	4	5
リスクマネジメント能力	患者の病状や診療経過を把握し、放射線科へ撮影依頼ができる	1	2	3	4	5
	手術室や血管造影室と搬入時間などを調整し連携することができる	1	2	3	4	5
	発生してしまったインシデント・アクシデントの情報をスタッフと共有できる	1	2	3	4	5
リスクマネジメント能力	発生してしまったインシデント・アクシデントに対して適切な対応がとれる	1	2	3	4	5
	患者の暴言、暴力などに対し、病院で決められた適切な対応ができる	1	2	3	4	5

引用文献

- Bartlett H. et al. (2000). A comparison of the nursing competence of graduates and diplomats from UK nursing programmes. *Journal of Clinical Nursing*. 9. 396-381.
- Battersby D, Hemmings L. (1991). Clinical performance of university nursing graduates. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 9 (1). 30 -34.
- 枝さゆり (2005). 救急看護師の Sence of Coherence とバーンアウト. *生老病死の行動科学*, 10, 101-110
- Ellis JR, Hartley, C (2000) / 志自岐康子, 勝野とわ子 (2005) *Manageing and Coordinating Nursing Care, THIRD EDITION 看護ケアのマネジメント クリティカルシンキングで学ぶ看護管理の実際 (第1版) 東京; メディカ出版.*
- Flin R, Mitchell L. *Safer Surgery*(2009)
file:///C:/Users/ishimaru/Downloads/Safer+Surgery+-+Analysing+Behaviour+in+the+Operating+Theatre.pdf (2016年2月15日)
- Gardner D. (1992). Career commitment in nursing. *Journal of Professional Nursing* . 8 (3). 155-160.
- 濱元淳子, 山勢博彰, 立野淳子他 (2012). JTAS プロトタイプ導入後の看護師によるトリアージの変化. *日本臨床救急医学会雑誌*, 15(3), 393-400.
- 本田可奈子 (2013a). 救急救命センターにおいて看護師が認識する仕事に対する他者からの承認. *人間看護学研究* 11, 61-69.
- 本田可奈子, 豊田久美子, 徳川千知子 (2006). 3次救急外来における看護実践の分析. *日本救急看護学会雑誌*, 7(2), 27-37.
- 一般社団法人 JPTECTM 協議会ホームページ <http://www.jptec.jp/> (2015年12月9日)
- 岩谷美貴子, 渡邊久美, 國方弘子 (2008). クリティカル領域の看護師のメンタルヘルスに関する研究 - 感情労働・Sence of Coherence・ストレス反応の関連. *日本看護研究学会雑誌*, 31(4), 87-93
- Karasek RA (1979) . Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- 笠木実央子, 大友康裕, 河原和夫 (2009). 本邦における救急医療システムの多様性とその問題点に関する考察 北米 ER 型システムとの比較から. *日本救急医学会学会誌*, 20(7), 349-360.
- 葛西陽子, 中村恵子, 菅原美樹 (2013). 救急初療における看護師の調整～熟練看護師の実践から専門看護師に期待される調整役割の検討～. *日本救急看護学会学会誌*, 15(3), 197.
- Kawakami N, Fujigaki Y (1996). Reliability and validity of the Japanese version of Job Content Questionnaire: replication and extension in computer company employees, *Industrial Health*, 34, 295-306.
- 小林宏之 (2013). チーム医療に求められるノンテクニカルスキル. *日本職業・災害医学会会誌*, 61, 314-318.
- 厚生労働省ホームページ: 新人看護職員研修に関する検討会報告書 (2011)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000128o8-att/2r985200000128vg.pdf> (2016年2月16日)
- 真下綾子, 中谷喜美子, 陣田泰子他 (2011). 急性期病院における看護実践能力尺度の開発. *日本看護管理学会誌*, 15, 5-16.
- 松本尚浩 (2012). 手術に関わる手洗い従事者のノンテクニカルスキル (SPLINTS) を医療現場で実践するために- ISD (Instructional Systems Design: 教授システム学) の応用-. *医療の質・安全学会誌*, 7 (4), 404-409.
- McCloskey J.C, McCain B. (1988). Variables related to nurse performance. *Image-Journal of Nursing Scholarship* . 20 (4). 203 - 207.
- Mitchell L, Flin R. (2008) Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 15-24
- Mitchell L, Flin R, Yule S. et al (2010). Thinking Ahead of the Surgeon: Developing a Behavioural Rating System for Scrub Practitioners' Non-Technical Skills (SPLINTS).

- Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting. 54 (12). 862-866
- Mitchell L, Flin R, Yule S, et al. (2012) Evaluation of the Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills system. *International Journal of Nursing Students*. 49(2). 201-211.
- Mitchell L, Flin R, Yule S, et al. (2013) Development of a behavioural marker system for scrub practitioners' non-technical skills (SPLINTS system). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 19(2). 317-323.
- Myric F, Awrey J. (1988). The effect of preceptorship on the clinical competency of baccalaureate student nurses : A pilot study. *Canadian Journal of Nursing Research*. 20. 29-43.
- 中井夏子, 門間正子 (2014). 北海道の救命救急センターに勤務する看護師の蓄積的疲労に関する横断的調査. *日本臨床救急医学会雑誌*, 17, 1-10.
- 中村恵子 (2008). 救急・重症ケアマネジメント (第1版). 東京; 中山書院.
- 中山由美 (2006). 救命救急センターに就職した新卒看護師が感じているストレス要因. *藍野学院紀要*, 20, 42-51.
- 日本救急医学会ホームページ 全国救命救急センター設置状況
<http://www.jaam.jp/html/shisetsu/qq-center.htm> (2014年4月15日)
- 日本救急看護学会ホームページ 救急看護クリニカルラダー
http://jaen.umin.ac.jp/ENClinicalLadder_200911.pdf (2014年4月15日)
- 日本救急看護学会ホームページ セミナー・教育コース <http://jaen.umin.ac.jp/seminar/>
(2015年12月9日)
- 日本救急看護学会ホームページ 「救急医療領域における看護倫理」ガイドライン
http://jaen.umin.ac.jp/pdf/nursing_ethics_guideline20130827ver.pdf (2016年2月10日)
- 大串正樹 (2011). ナレッジマネジメント 創造的な看護管理のために 12章 (第1版). 東京; 医学書院.
- 尾崎仁志 (2007). 産業精神保健マニュアル. 中山書店, 東京 pp24-26.
- Proehl J (2002a). Developing Emergency Nursing Competence. *Nursing Clinics of North America*, 37(1), 89-96.
- Proehl J (2002b). Assessing Emergency Nursing Competence. *Nursing Clinics of North America*, 37(1), 97-110.
- Rosalind L, Wendy C, Cheryle M. et al. (2014) . Leadership and management skills of general practice nurses: Experience or education. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 655-661.
- 齊田菜穂子, 阿蘇品スミ子 (2007). 新卒看護師が就職後 1年間で獲得した看護実践能力—自己評価と他者評価の比較—. *九州看護福祉大学紀要*, 10(1), 13-20.
- 齊田菜穂子, 阿蘇品スミ子 (2010). 新卒看護師の看護実践能力評価における 2年間の変化. *九州看護福祉大学紀要*, 12(1), 143-151.
- 坂口桃子, 作田裕美 (2005) 病院で発生する暴力—いま病院で何が起きているのか. *看護展望*, 30(13), 17-22.
- 作田裕美, 坂口桃子 (2008). 救急初療に働く看護師のコンピテンシーの特徴—施設における調査から—. *日本臨床救急医学会学会誌*, 11(1), 14-20.
- 高橋章子, 舘山光子, 長谷川陽子他 (2004). 救急看護師に期待される役割と能力に関する研究その1. *日本救急看護学会学会誌*, 6(2), 6-12.
- 高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子ら (2011) 看護実践能力に関する概念分析: 国外文献のレビューを通して. *日本看護研究学会雑誌*, 34(4), 103-109
- 田島松枝, 田中直子, 尾池真由美他 (2009). 全次型救急外来看護師のマネジメントに関わる行動—マネジメントに必要な能力の検討—. *日本救急看護学会学会誌*, 11(2), 124.
- 舘山光子, 高橋章子 (2007). 救急看護師の役割と能力に関する研究—三次救急医療施設における新卒看護師の能力獲得の特色—. *日本救急看護学会学会誌*, 7(2), 7-16.

- 寺岡美千代, 山田覚 (2011). 救命救急センターのリーダー看護師育成に関する研究 リーダー看護師の役割. 日本救急看護学会学会誌, 13(2), 19-28.
- 千明政好, 片貝智恵, 原田竜二ら. (2013). 救急看護師が認識する臨床で重要性が高まっている技術・能力に関する調査. 日本救急看護学会, 15(2), 23-30
- 鳥原真紀子, 中西睦子 (2008). 救命救急センター看護師の離床願望と職務満足、組織コミットメントとの関連. 国際医療福祉大学紀要, 13(2), 13-24.
- Trautman D (1995). Implementing Continued Clinical Competency Evaluation in the Emergency Department. Journal for Nurses in Staff Development, 11(1), 41-47.
- 上野幸廣 (2011). 救急外来のトリアージナースに期待される役割 救急医からの提言. Nursing Today, 26(1), 48-50.
- 臼井美登里, 庄子和夫, 鈴木はる江 (2014). 救急医療現場における多様な業務体系が看護師の心身に与える影響. 心身健康科学, 10(1), 18-24.
- 宇田賀津, 盛岡郁晴 (2011). 救命救急センターに勤務する看護師の心理的ストレス反応に関連する要因. 産業衛生学雑誌, 53, 1-9.
- 渡邊淑子 (2011). トリアージナースに必要とされる能力. Nursing Today, 26(1), 18-20.
- 米満友香, 殿村江里佳, 武用百子 (2012). 暴力対応マニュアル活用に対する救急看護師の困難感の内容. 日本救急看護学会学会誌, 14(2), 1-10.
- 山勢博彰, 山勢善江, 菅原美樹他 (2013). 系統看護学講座 別巻 救急看護学. 東京; 医学書院, pp8.
- 吉田澄恵, 野澤陽子, 山本育子他 (2009). 全次救急医療施設の救急受診患者の対応を円滑にする看護活動と影響要因. 日本救急看護学会学会誌, 11(1), 23-3

添付資料1：先行文献から抽出した救急外来におけるマネジメントに関わる行動33項目

能力1.看護師同士が相互に共同し、救急外来を運営する能力
① 看護師同士で連絡、報告を行い、現在の状況を共有することができる
② 救急外来全体の患者の診療状況の把握ができる
③ 今後の治療や業務量の予測ができる
能力2.トリアージ・観察力・判断力・フィジカルアセスメント能力
④ 患者の第一印象、バイタルサイン情報収集することができる
⑤ 患者の病状から緊急に必要な処置の有無を判断し、医師を呼び出すことができる
⑥ 救急車で搬入される患者の事前情報から、疾患や重症度を予測し、搬入場所を決定することができる
⑦ 患者の情報や救急外来全体の状況を把握し、処置や介助の優先度を判断することができる
⑧ 患者の年齢、発達段階、身体的、心理的、社会的問題など個別性を考慮したアセスメントとケアが実践できる
能力3.救急外来全体を統括し、診療体制を調整する能力
⑨ スタッフの活動状況を把握することができる
⑩ スタッフ個々の専門性、熟練度、実践能力を把握することができる
⑪ スタッフの人員配置を調整することができる
⑫ 病院全体の空床を把握し、適切な病棟を選択して入院依頼をすることができる
⑬ 救急外来全体がスムーズに診療を継続できる
能力4.状況判断能力、時間調整能力、リスクマネジメント能力
⑭ 共に働く看護師個々の業務量を把握することができる
⑮ 看護師個々の業務量を調整し負担を軽減できる
⑯ 看護師の休憩時間の調整や確保ができる
⑰ 患者の病状から、感染のリスクを判断し適切な対応ができる
⑱ 患者の病状や治療の進捗状態から待ち時間を把握する
⑲ 診察の順番を調整することができる
⑳ 患者の暴言、暴力などに対し、病院で決められた適切な対応をとることができる
㉑ 発生してしまったアクシデントに対して適切な対応をとり、情報をスタッフと共有することができる
能力5.チーム医療の実践と運営と連携のイニシアチブをとる能力
㉒ 医師と情報交換し、患者の状態変化を的確に報告することができる
㉓ 入院患者の病状やADLなどの特性、感染性の有無などを病棟へ連絡調整ができる
㉔ 患者の病状や診療経過を把握し、放射線科へ撮影依頼をすることができる
㉕ 施設外スタッフと情報交換できる
㉖ 相手の立場に立った話し方を心がけ、スタッフ間の関係性を上手に築くことができる
能力6.患者・家族の特異性を踏まえてのコミュニケーション能力
㉗ 患者・家族の言動に共感的し理解を示すことができる
㉘ 患者・家族の病状や医療に対する不安や不信感を、十分な説明をおこなうことで軽減することができる
㉙ 患者・家族の心理的变化（不安、怒り、焦り、悲しみなど）に応じて適切な援助を行うことができる
能力7.救急外来の専門知識を段階的に教育できる能力
㉚ 熟練度の低い看護師や、他のスタッフの行動を確認・把握する
㉛ 熟練度の低い看護師が実践のなかで知識や技術を高めていけるように、配置などを調整し支援することができる
㉜ 他スタッフに研修やセミナー（JPTECやAQLSなどの標準化コース）などを紹介、推薦することができる
㉝ 救急外来での事例を事後検証することができる

添付資料 2：先行文献と調査 1 で抽出された項目と比較し統合した 33 項目

能力 1.看護士同士が相互に共同し、救急外来を運営する能力
① 看護士同士で連絡、報告を行い、現在の状況を共有することができる
② 救急外来全体の患者の診療状況 (検査・治療の進捗状況、病状) の把握ができる
③ 患者の病態、患者数 に応じて、今後の治療や業務量の予測ができる
能力 2.トリアージ・観察力・判断力・フィジカルアセスメント能力
④ 患者の第一印象、バイタルサイン、 主訴から緊急度・重症度の判断 (院内トリアージ) ができる
⑤ 患者の病状から緊急に必要な処置の有無を判断し、 医師に報告 することができる
⑥ 救急車で搬入される患者の事前情報から、疾患や重症度を予測し、搬入場所を決定することができる
⑦ 患者の情報や救急外来全体の状況を把握し、処置や介助の優先度を判断することができる
⑧ 患者の年齢、発達段階、身体的、心理的、社会的問題など個別性を考慮したアセスメントとケアが実践できる
能力 3.救急外来全体を統括し、診療体制を調整する能力
⑨ 医師を含めた 、スタッフの活動状況を把握することができる
⑩ 医師を含めた 、スタッフ個々の専門性、熟練度、実践能力を把握することができる
⑪ 救急外来全体の診療状況 について把握し、スタッフの人員配置を調整することができる
⑫ 病院全体の空床を把握し、適切な病棟を選択して入院依頼をすることができる
⑬ 救急外来全体がスムーズに診療を継続できるように、 自ら考え責任をもって行動 することができる
能力 4.状況判断能力、時間調整能力、リスクマネジメント能力
⑭ 共に働く看護士個々の業務量を把握することができる
⑮ 救急外来全体の状況をみながら 、看護士個々の業務量を調整し負担を軽減できる
⑯ 救急外来全体の状況をみながら 、休憩時間の調整や確保ができる
⑰ 患者の病状から、感染のリスクを判断し適切な対応ができる
⑱ 患者の病状や治療の進捗状態から待ち時間を把握し、 患者へ説明 することができる
⑲ 患者の病状や治療の進捗状態 を把握し、必要であれば診察の順番を調整することができる
⑳ 患者の暴言、暴力などに対し、病院で決められた適切な対応をとることができる
㉑ 発生してしまったアクシデントに対して適切な対応をとり、情報をスタッフと共有することができる
能力 5.チーム医療の実践と運営と連携のイニシアチブをとる能力
㉒ 医師と情報交換し、患者の状態変化を的確に報告することができる
㉓ 入院患者の病状や ADL などの特性、感染性の有無などを病棟へ連絡調整ができる
㉔ 患者の病状や診療経過を把握し、 放射線科や検査課へ検査を依頼 することができる
㉕ 施設外スタッフ (救命士など) とも積極的にコミュニケーションをとり、情報交換できる
㉖ 相手の立場に立った話し方を心がけ、スタッフ間の関係性を上手に築くことができる
能力 6.患者・家族の特異性を踏まえてのコミュニケーション能力
㉗ 患者・家族の言動に共感的し理解を示すことができる
㉘ 患者・家族の病状や医療に対する不安や不信感を、十分な説明をおこなうことで軽減することができる
㉙ 患者・家族の心理的变化(不安、怒り、焦り、悲しみなど)に応じて適切な援助を行うことができる
能力 7.救急外来の専門知識を段階的に教育できる能力
㉚ 熟練度の低い看護士や、他のスタッフの行動を確認・把握する
㉛ 熟練度の低い看護士が実践のなかで知識や技術を高めていけるように、配置などを調整し支援することができる
㉜ 救急看護におけるクリニカルリーダー を理解し、他スタッフに研修やセミナー(JPTEC や AQLS などの標準化コース)などを紹介、推薦することができる
㉝ 他職種も含めたスタッフ全体 に対し主体的に情報を提供し、救急外来での事例を事後検証することができる

太文字は修正部分

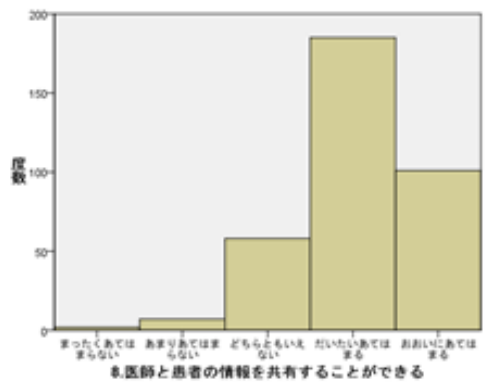
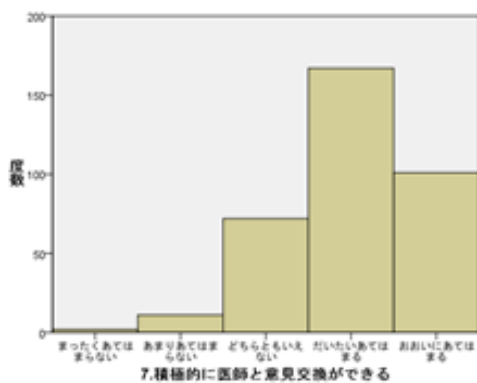
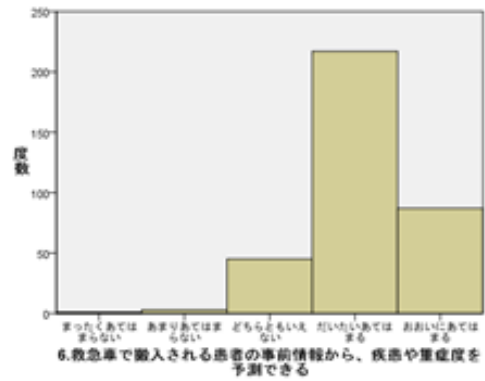
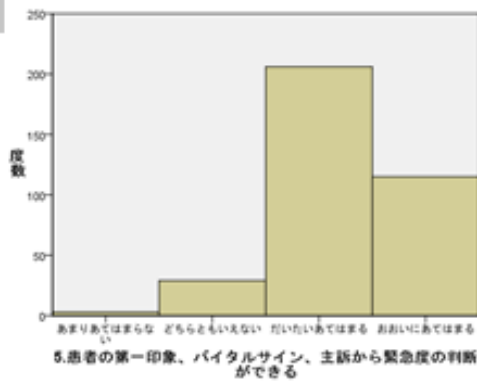
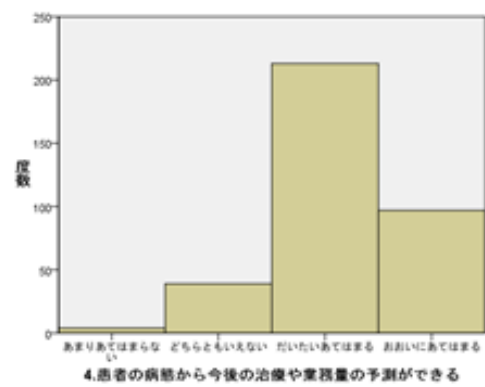
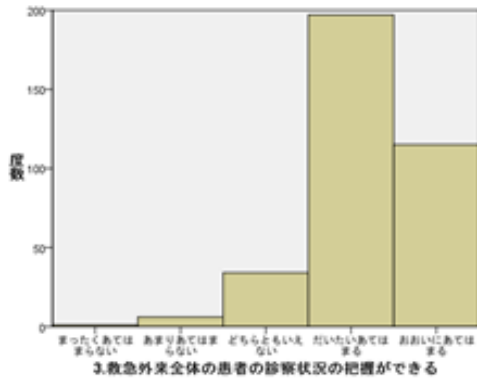
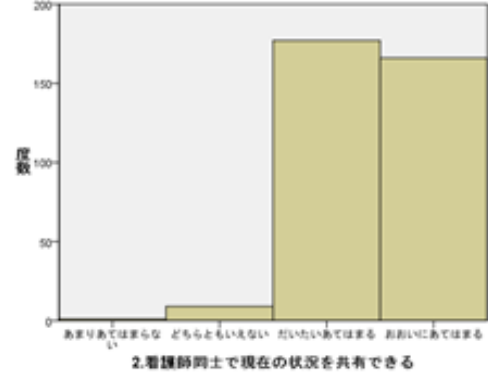
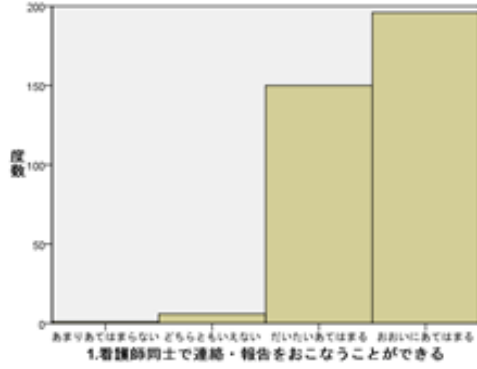
添付資料3：救急外来部門における看護師のマネジメント能力測定尺度項目原案

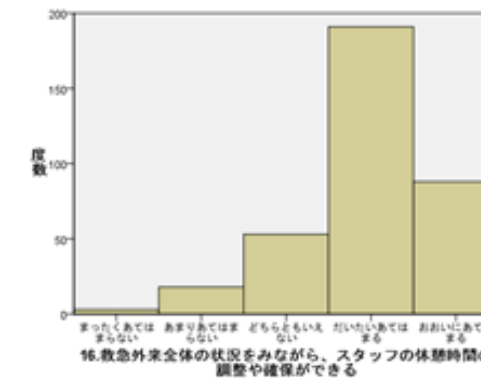
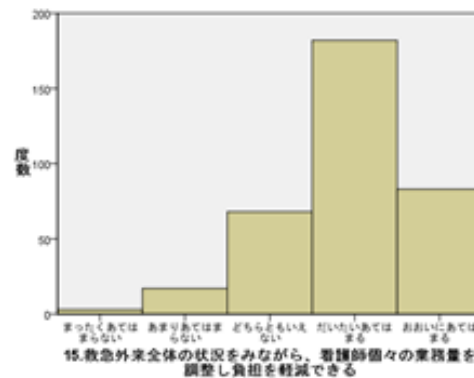
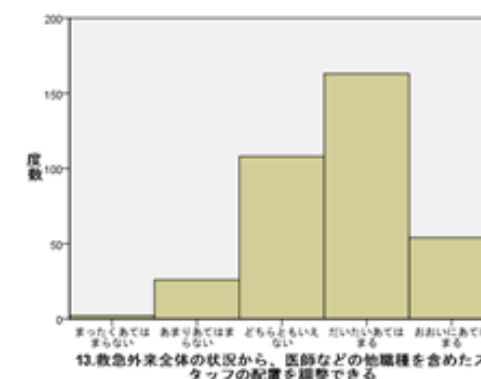
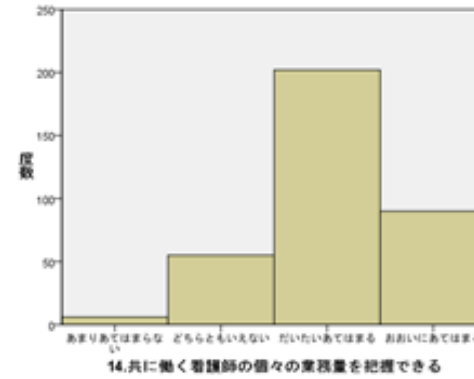
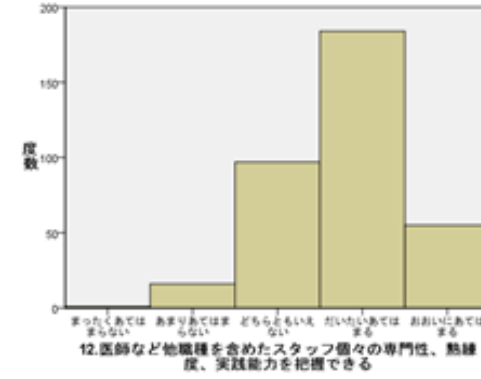
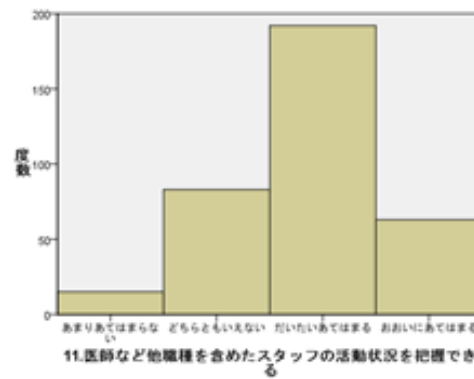
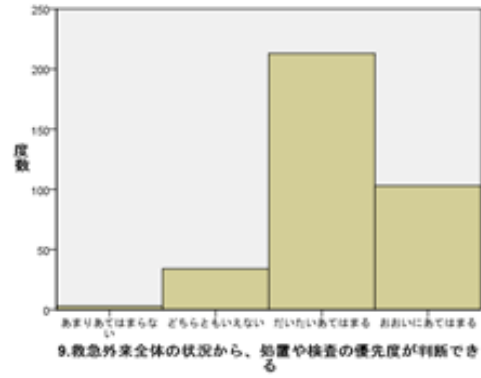
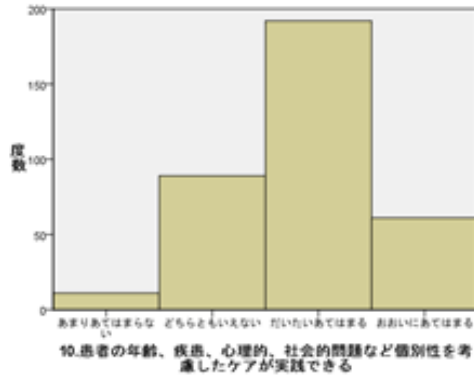
1.看護師同士で連絡・報告を行うことができる
2.看護師同士で現在の状況を共有できる
3.救急外来全体の患者の診療状況（検査・治療の進捗状況、病状）の把握ができる
4.患者の病態から今後の治療や業務量の予測ができる
5.患者の第一印象、バイタルサイン、主訴から緊急度の判断ができる
6.救急車で搬入される患者の事前情報から、疾患や重症度を予測できる
7.積極的に医師と意見交換を行うことができる
8.医師と患者の情報を共有することができる
9.救急外来全体の状況から、処置や検査の優先度が判断できる
10.患者の年齢、疾患、心理的・社会的問題など個別性を考慮したケアが実践できる
11.医師などの他職種を含めたスタッフの活動状況を把握できる
12.医師などの他職種を含めたスタッフ個々の専門性、熟練度、実践能力を把握できる
13.救急外来全体の状況から、医師などの他職種を含めたスタッフの配置を調整できる
14.共に働く看護師の個々の業務量を把握できる
15.救急外来全体の状況をみながら、看護師個々の業務量を調整し負担を軽減できる
16.救急外来全体の状況をみながら、スタッフの休憩時間の調整や確保ができる
17.患者の病状から、感染のリスクを判断し適切な対応ができる
18.患者の病状や治療の進捗状態から、待ち時間を患者へ説明できる
19.患者の病状や治療の進捗状態から、診察の順番を調整できる
20.限られた条件の中で患者のプライバシーを守る行動ができる
21.患者の暴言、暴力などに対し、病院で決められた適切な対応ができる
22.発生してしまったインシデント・アクシデントに対して適切な対応がとれる
23.発生してしまったインシデント・アクシデントの情報をスタッフと共有できる
24.医師に患者の状態変化を的確に報告できる
25.入院が必要な患者の病状や感染症の有無などの特性を考慮し入院病棟を選択できる
26.患者の病状や感染症の有無などの特性を入院病棟へ伝え、入院病棟との調整ができる
27.患者の病状や診療経過を把握し、放射線科へ撮影依頼ができる
28.患者の病状や診療経過を把握し、検査科へ検査依頼や輸血依頼ができる
29.手術室や血管造影室と搬入時間などを調整し連携することができる
30.施設外スタッフ（救命士など）と積極的に情報交換できる
31.相手（他のスタッフ）の立場に立った話し方を心がけることができる
32.他のスタッフと良好な関係を築くことができる
33.家族が来院していない場合は、患者が家族へ連絡ができるように介入できる
34.患者・家族の言動に共感的な態度をとることができる
35.患者・家族のアドボケート（擁護者）役割を果たすことができる
36.熟練度の低い看護師が、安全に業務ができるように配置を調整できる
37.熟練度の低い看護師が、実践の中で知識や技術を習得できるように配置を調整できる

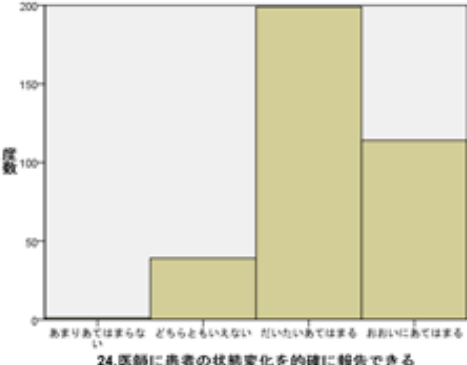
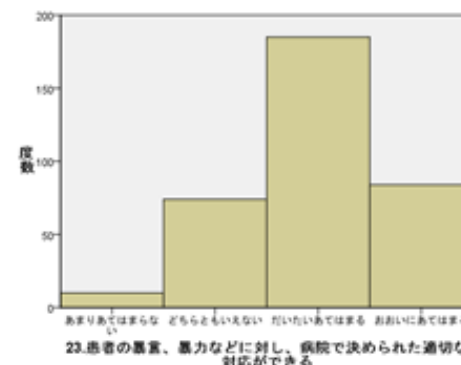
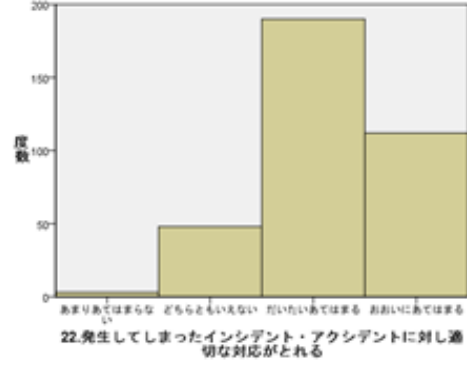
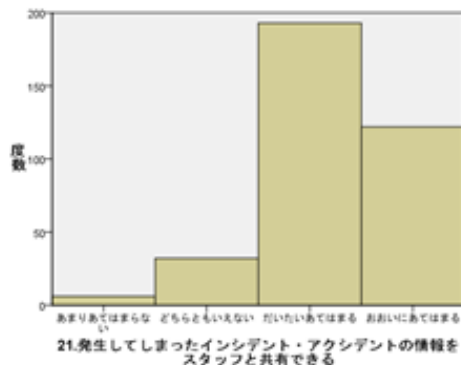
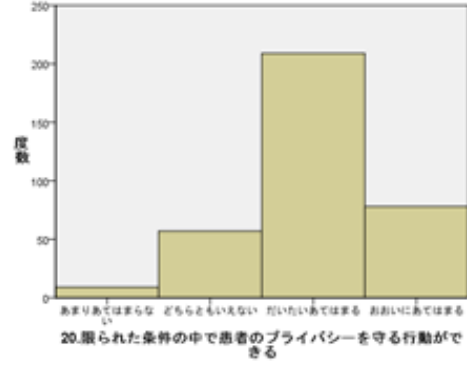
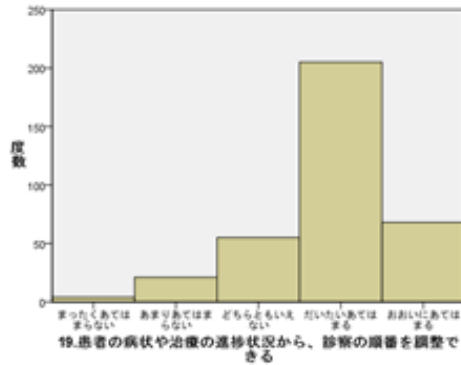
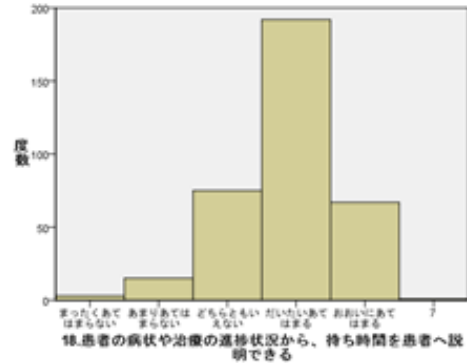
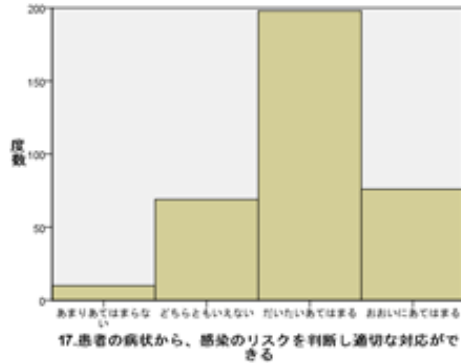
添付資料4：調査2 項目分析（各項目のシーリング効果、フロア効果）

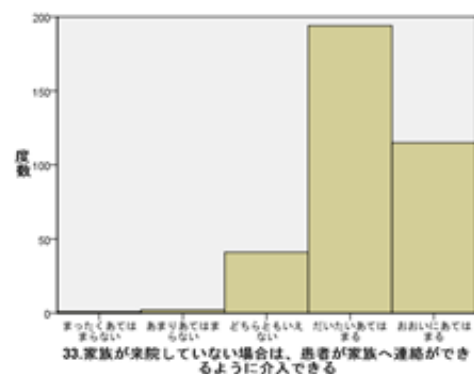
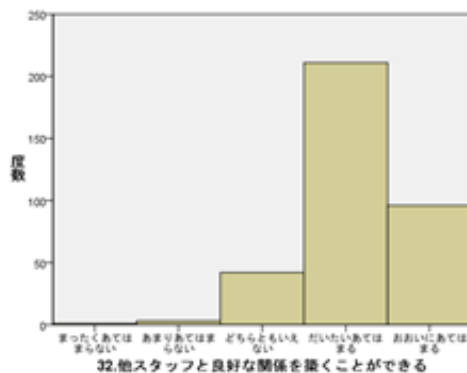
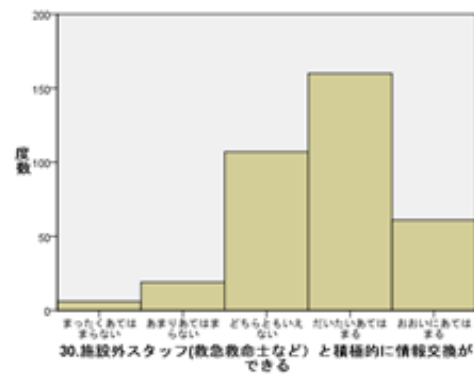
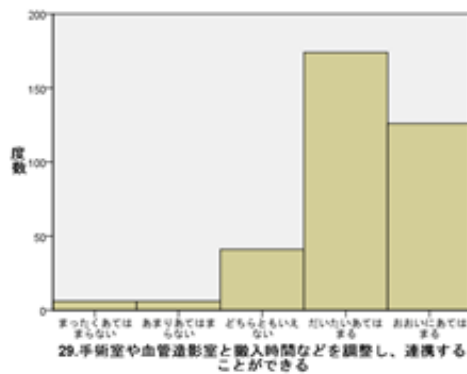
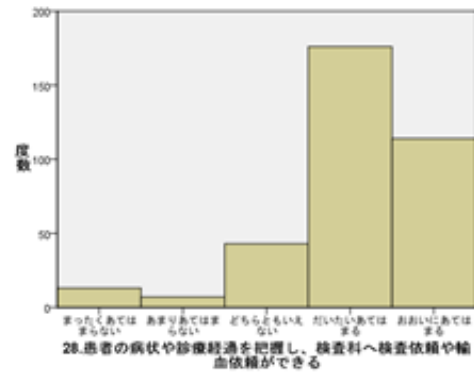
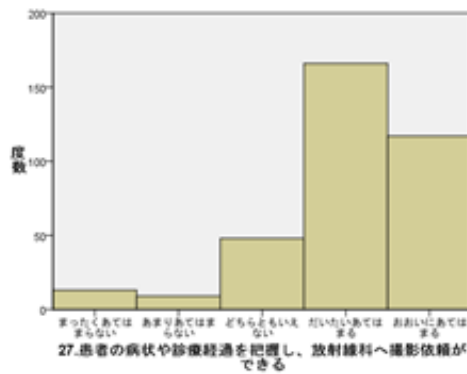
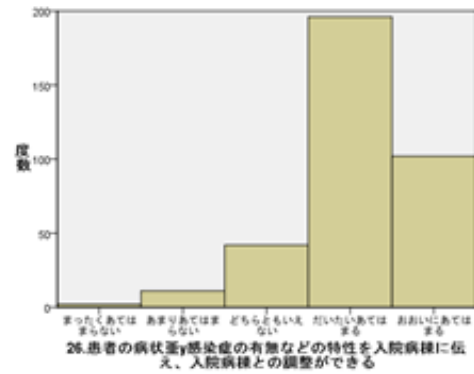
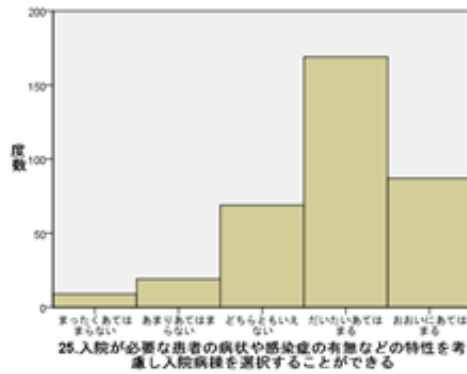
質問項目	シーリング効果	フロア効果
1	5.08	3.98
2	4.99	3.88
3	4.88	3.49
4	4.78	3.50
5	4.85	3.60
6	4.75	3.44
7	4.82	3.19
8	4.82	3.31
9	4.80	3.55
10	4.59	3.13
11	4.61	3.11
12	4.55	3.01
13	4.52	2.84
14	4.75	3.38
15	4.75	3.09
16	4.80	3.15
17	4.69	3.24
18	4.69	3.06
19	4.71	3.06
20	4.70	3.31
21	4.90	3.55
22	4.84	3.49
23	4.72	3.22
24	4.84	3.57
25	4.80	2.93
26	4.85	3.33
27	4.98	3.09
28	4.97	3.13
29	4.97	3.34
30	4.58	2.84
31	4.74	3.33
32	4.79	3.47
33	4.86	3.52
34	4.78	3.51
35	4.44	2.92
36	4.74	3.20
37	4.71	3.14

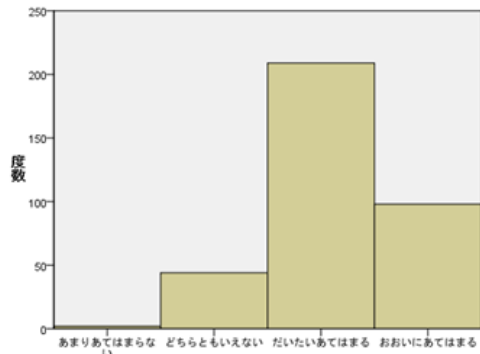
添付資料 5：調査 2 項目分析



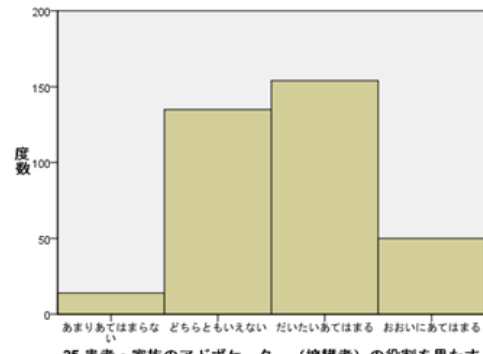




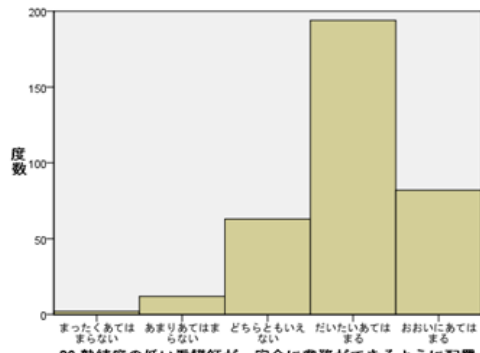




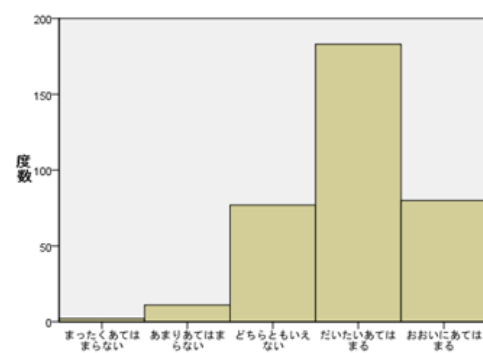
34.患者・家族の言動に共感的な態度をとることができる



35.患者・家族のアドボケーター（擁護者）の役割を果たすことができる

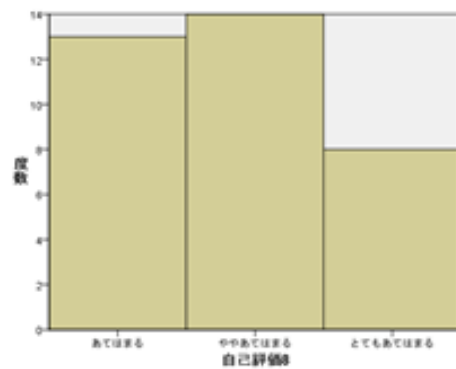
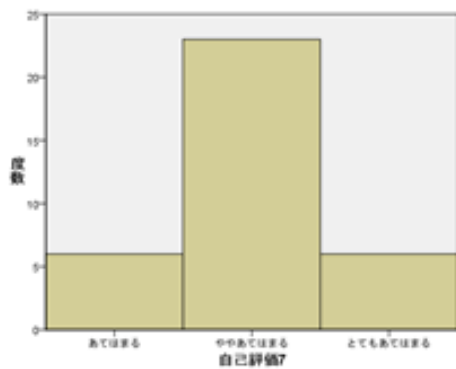
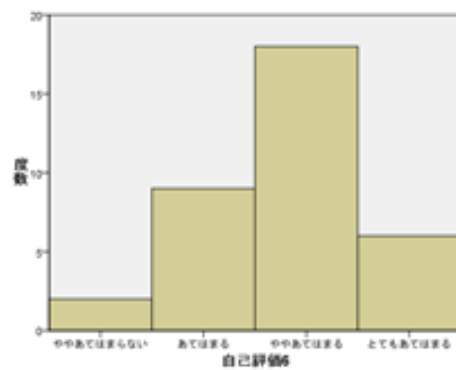
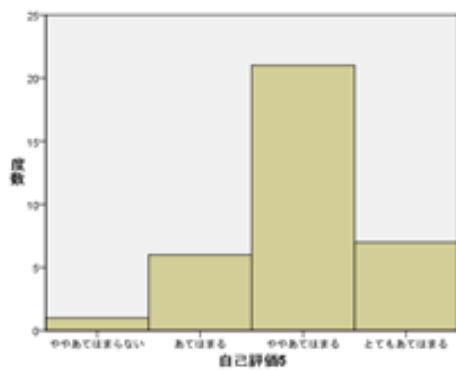
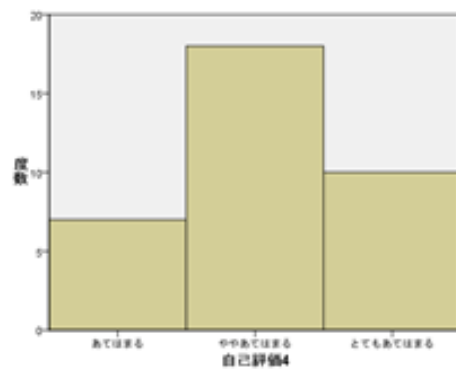
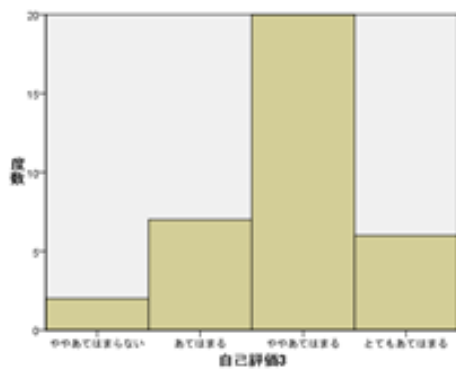
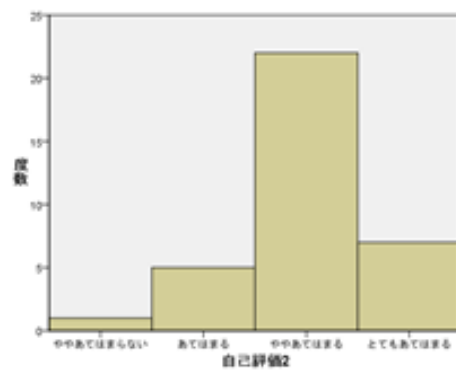
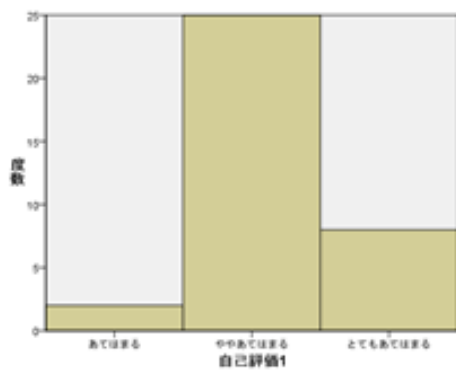


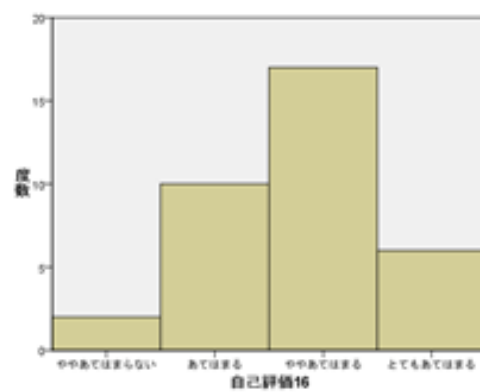
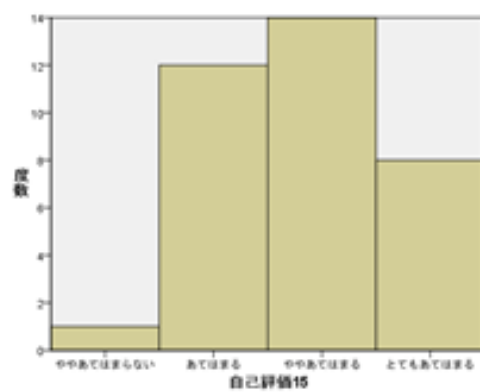
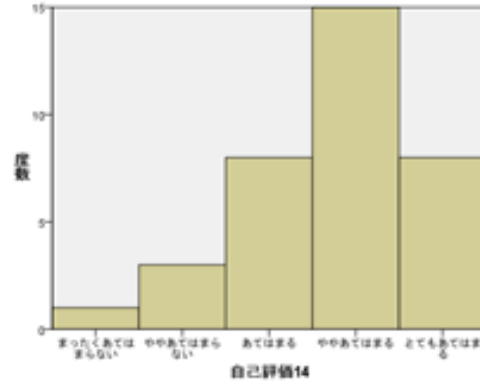
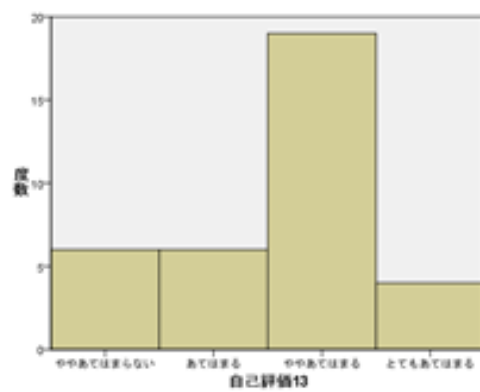
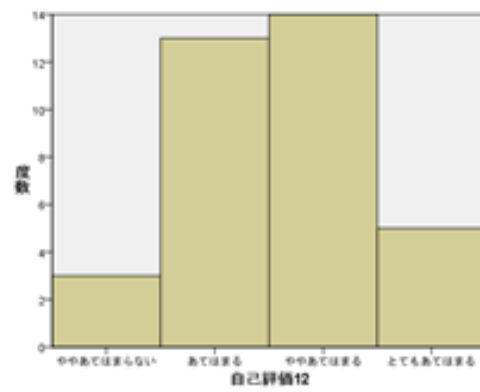
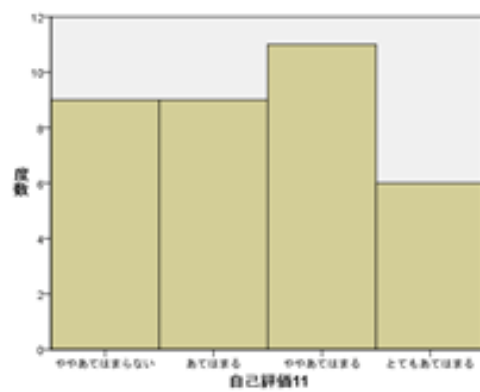
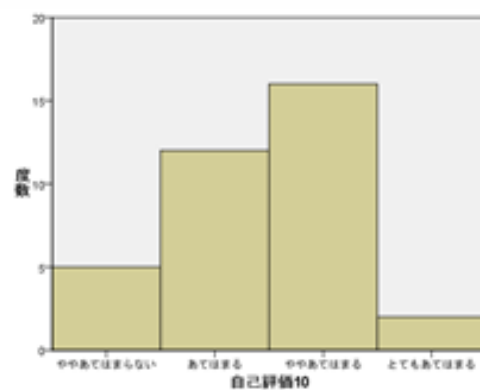
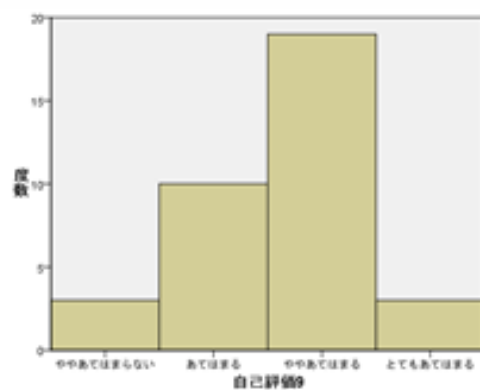
36.熟練度の低い看護師が、安全に業務ができるように配置を調整できる

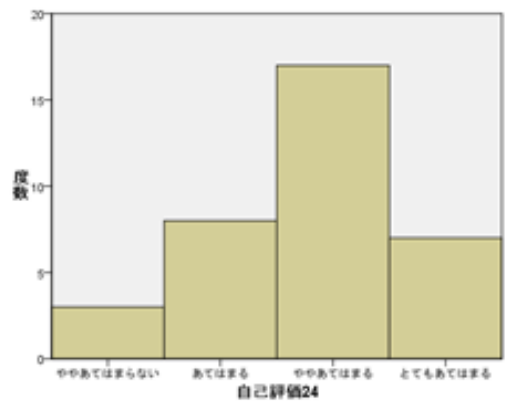
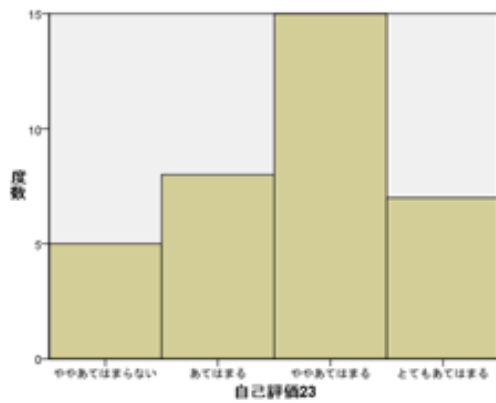
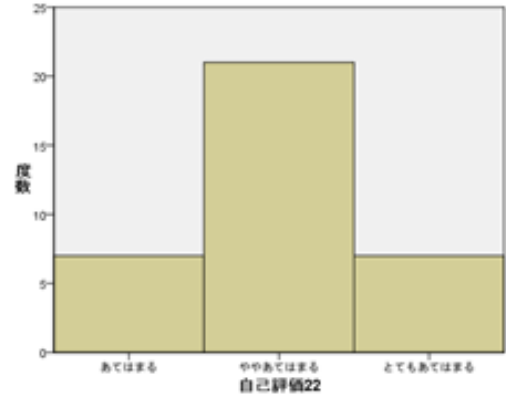
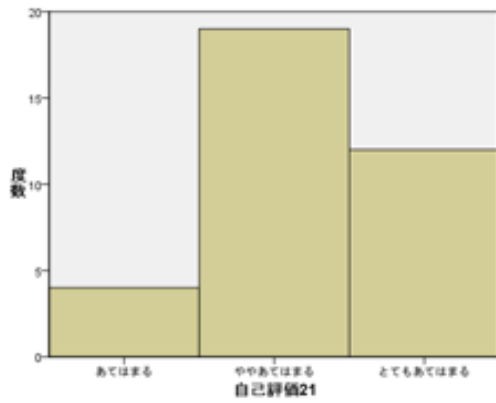
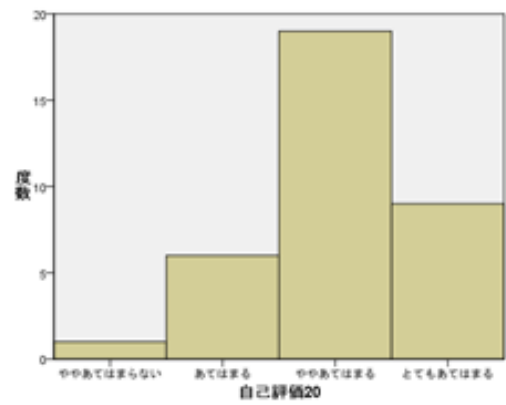
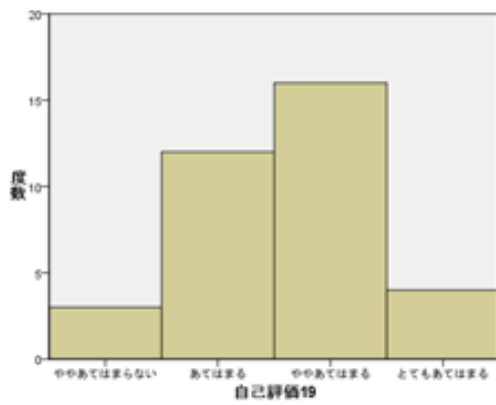
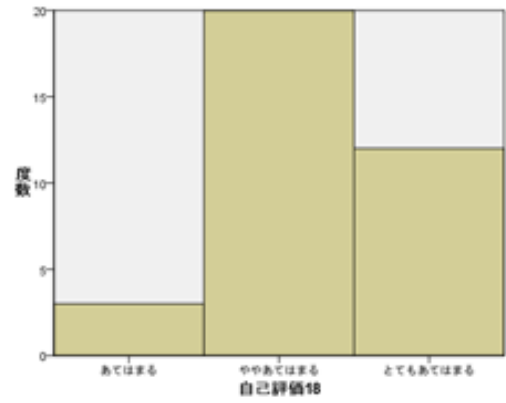
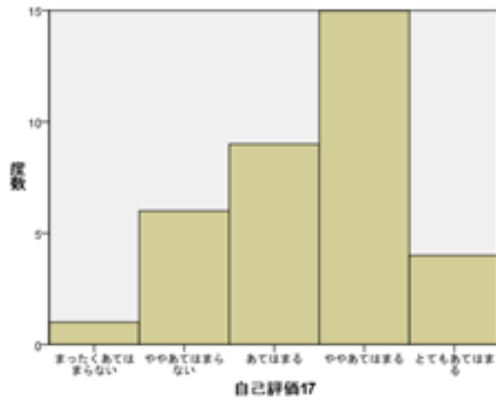


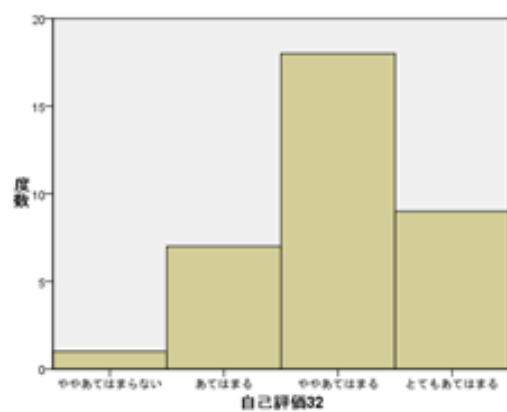
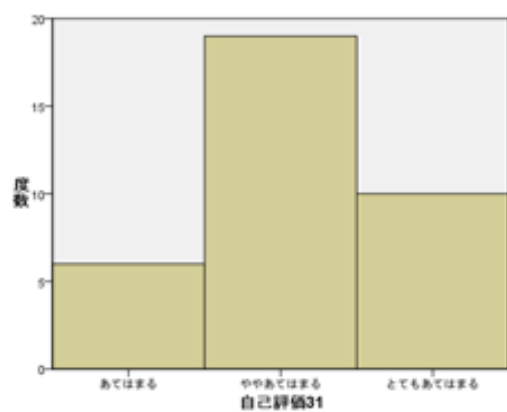
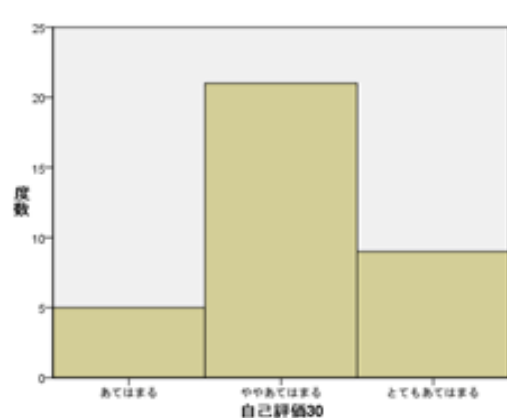
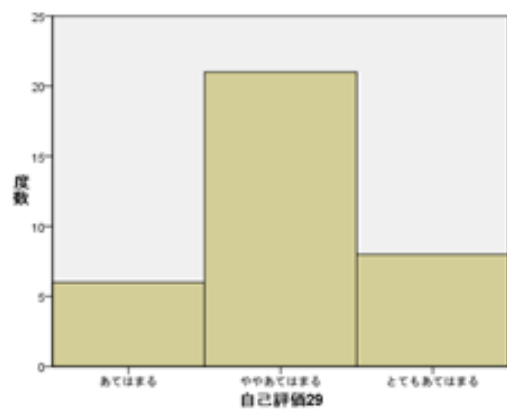
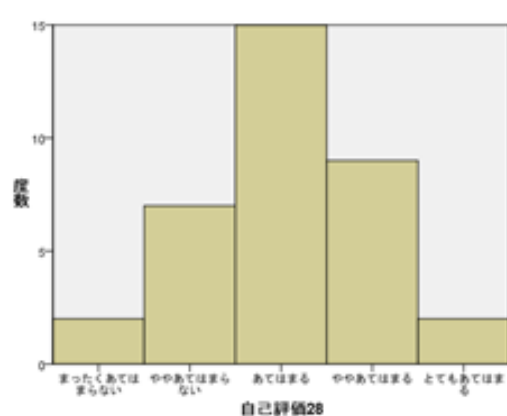
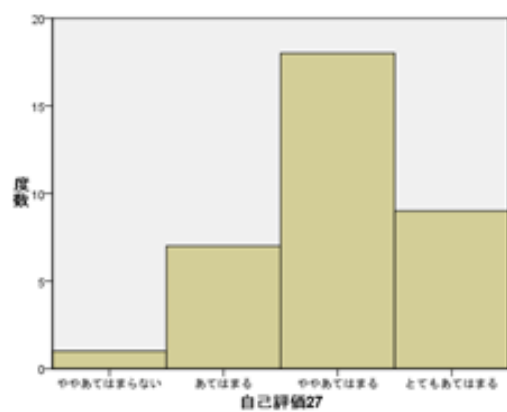
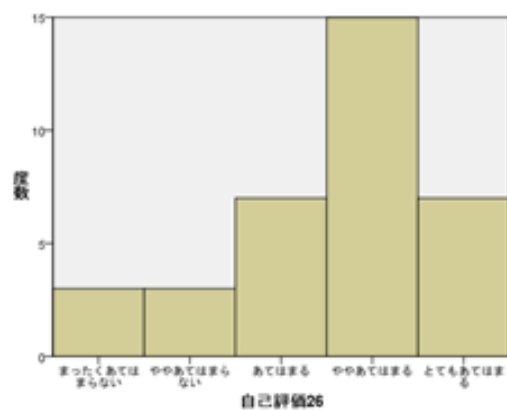
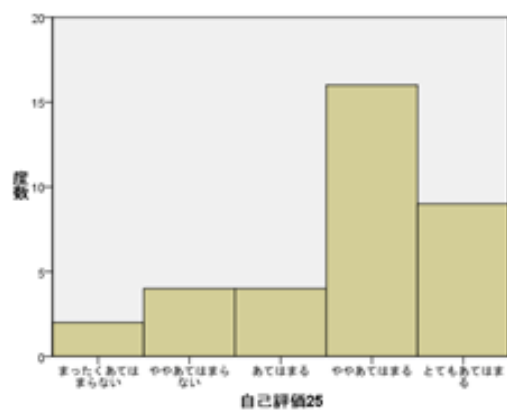
37.熟練度の低い看護師が、実践の中で知識や技術を習得できるように配置を調整できる

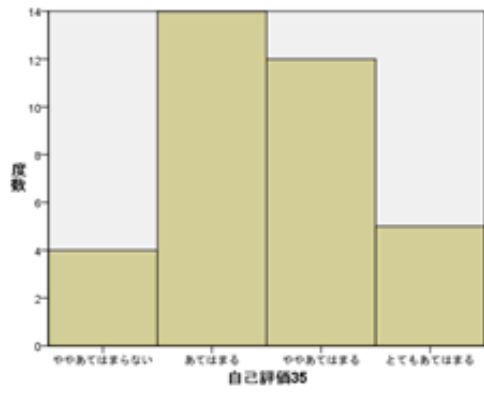
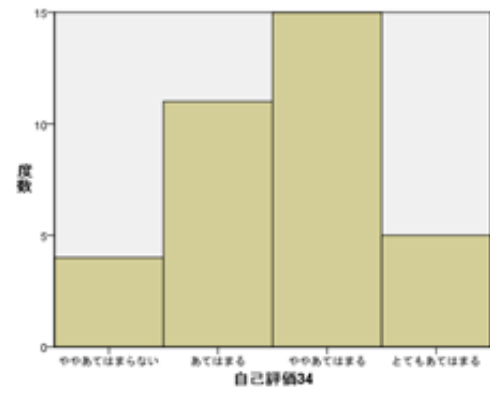
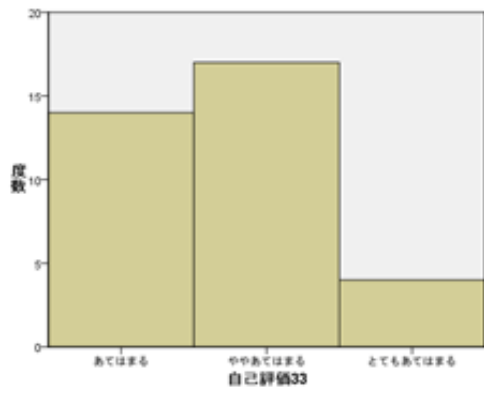
添付資料6：調査3 項目分析（ヒストグラム）

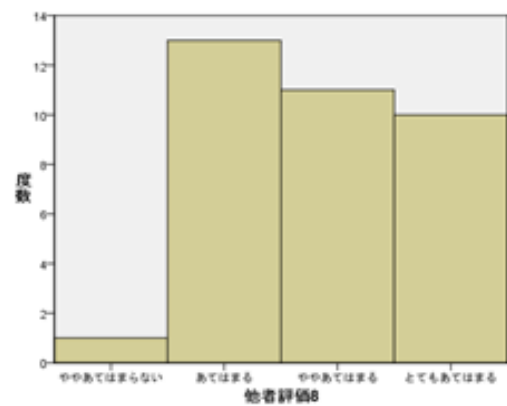
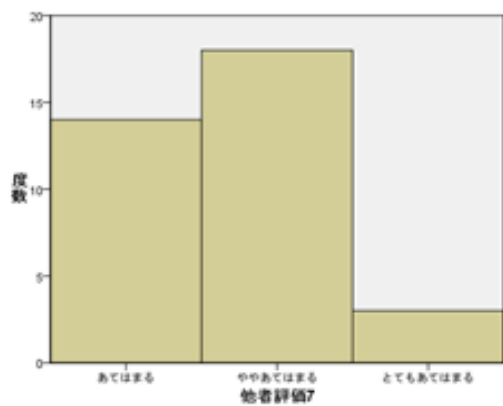
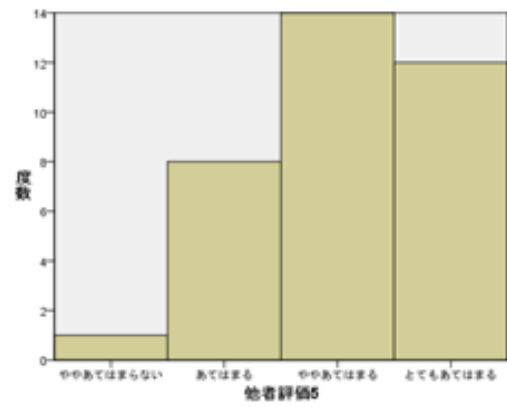
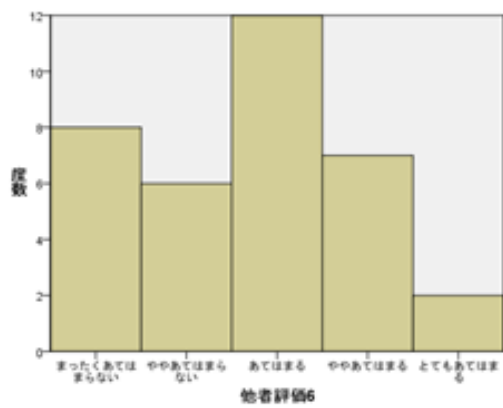
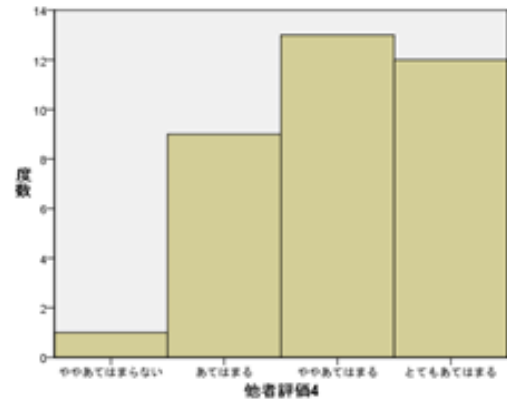
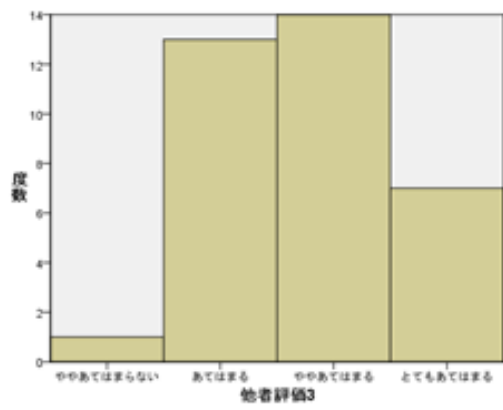
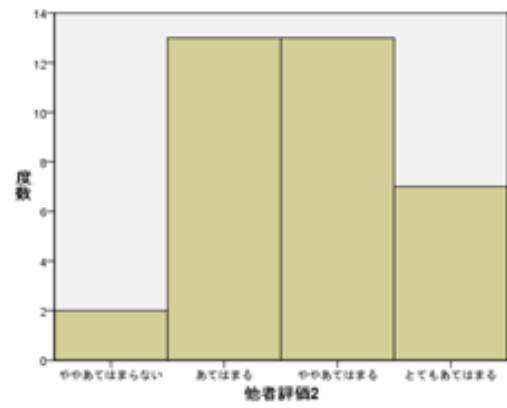
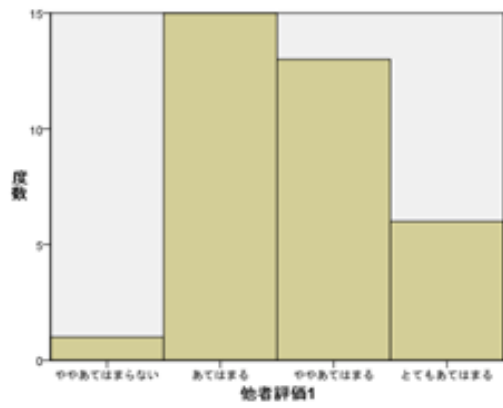


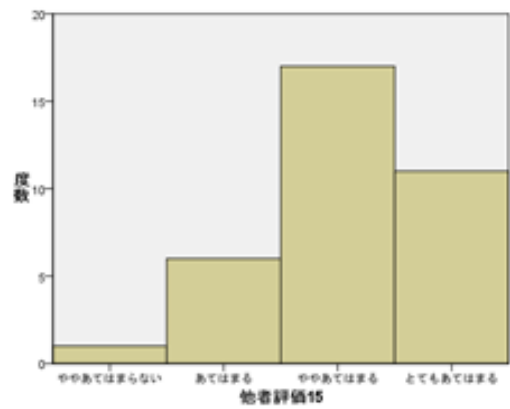
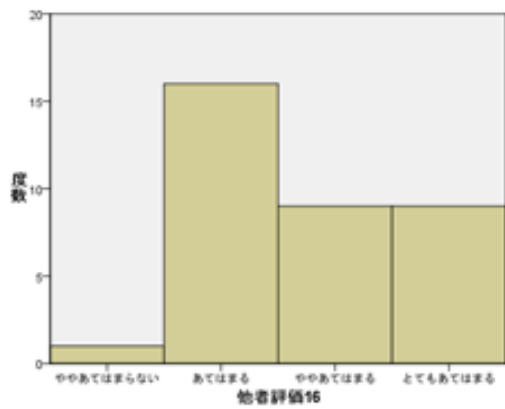
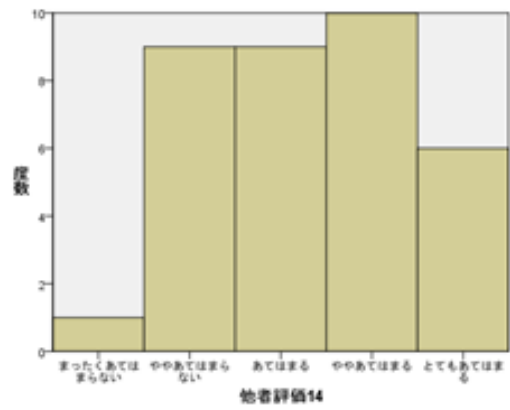
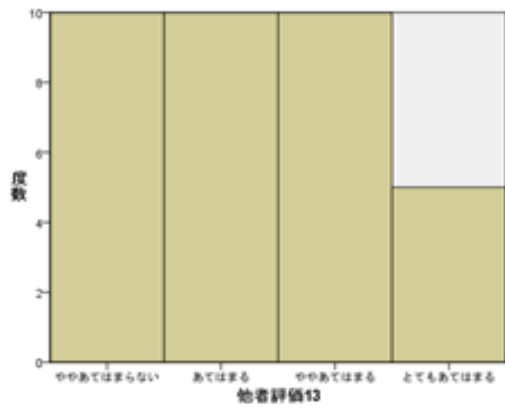
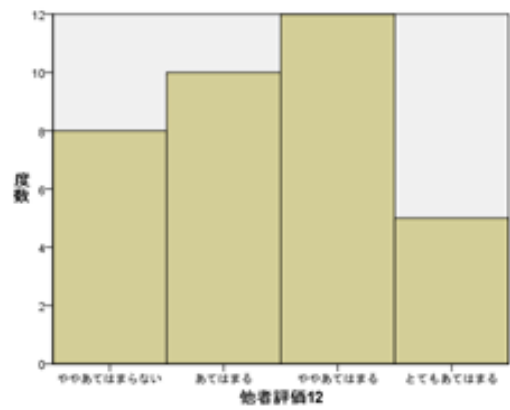
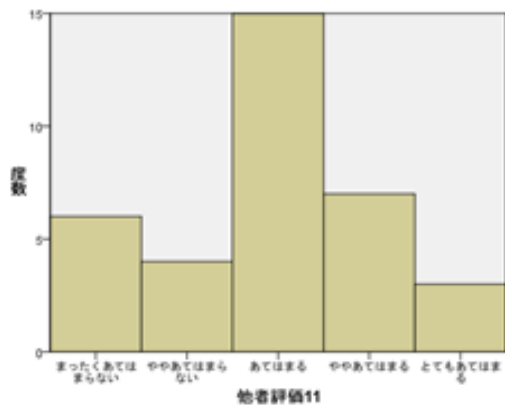
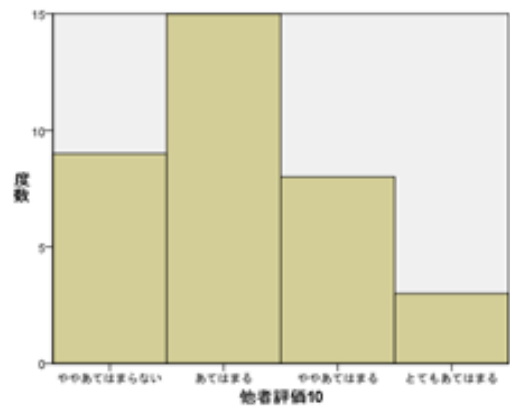
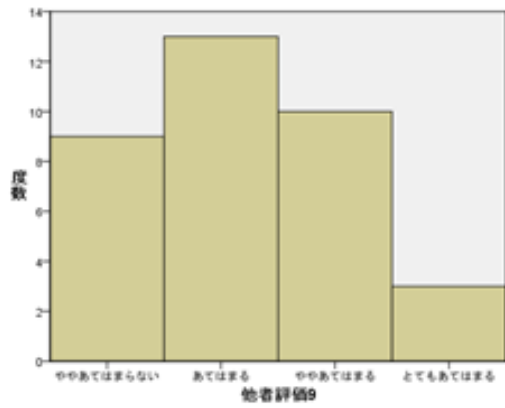


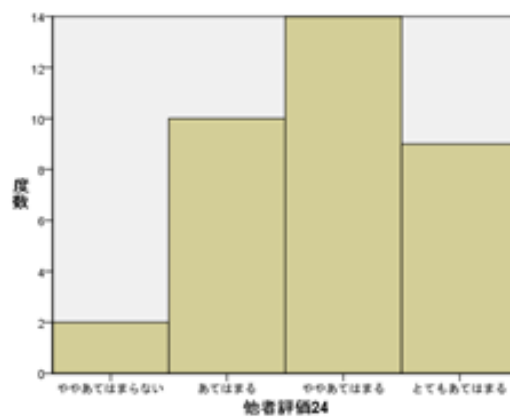
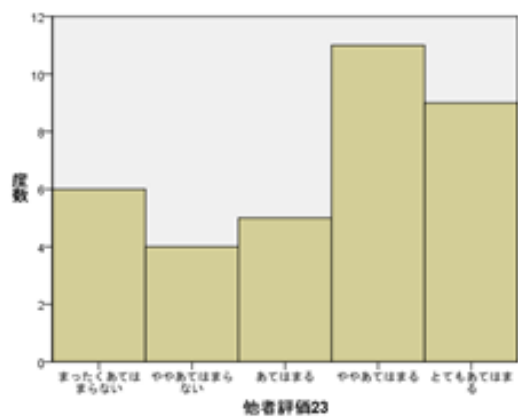
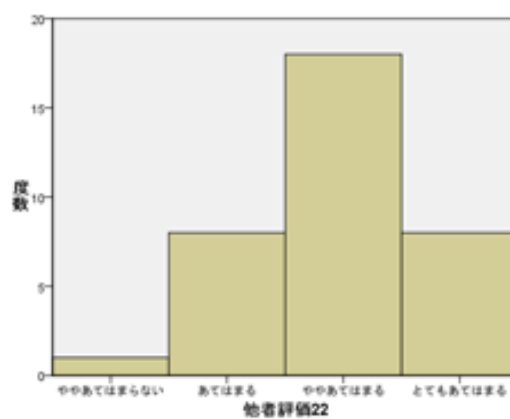
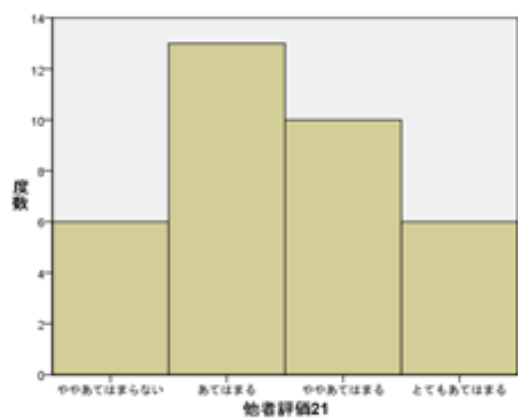
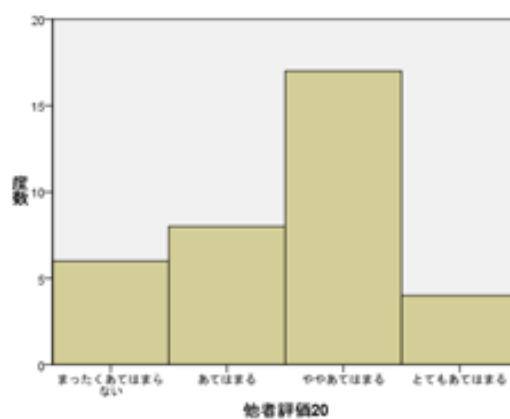
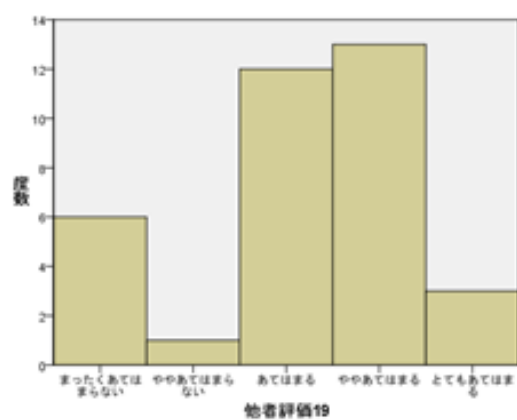
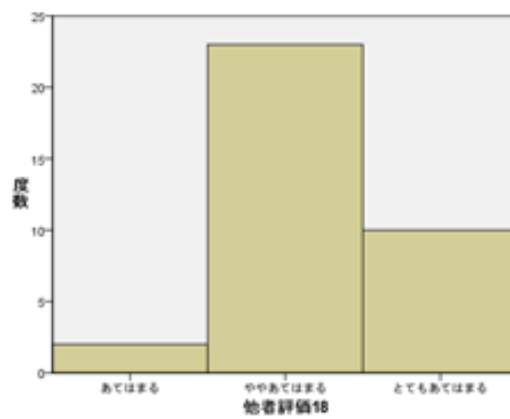
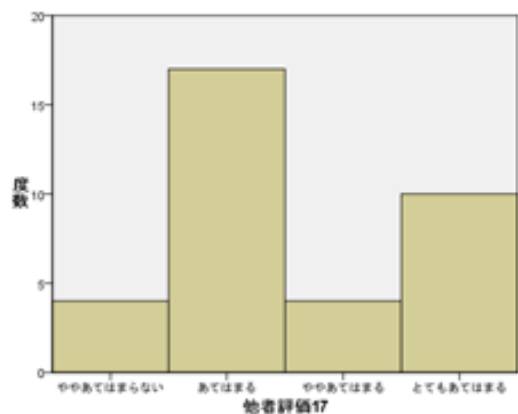


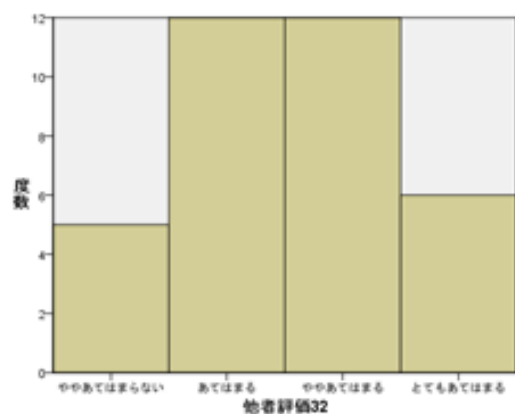
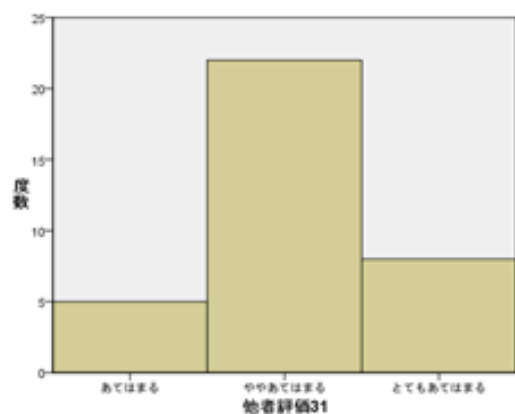
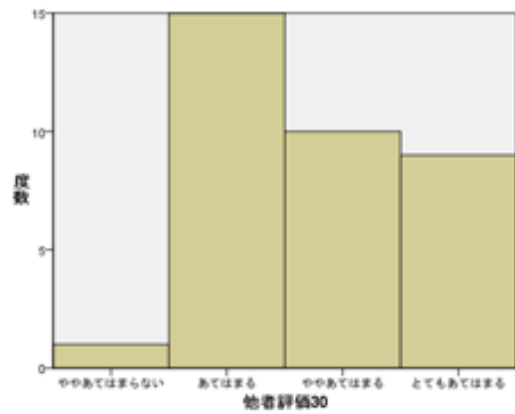
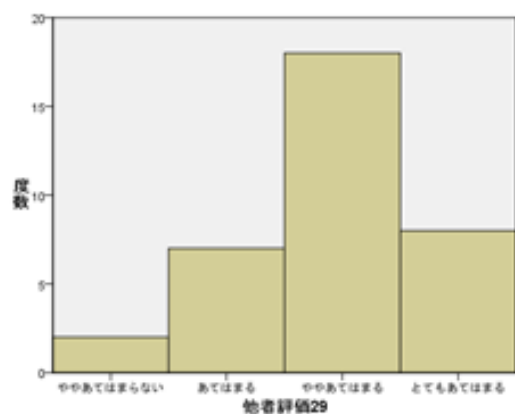
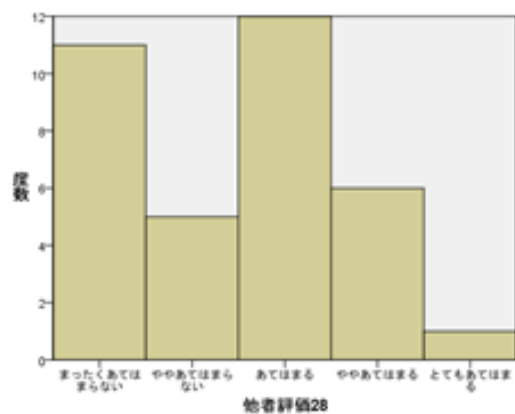
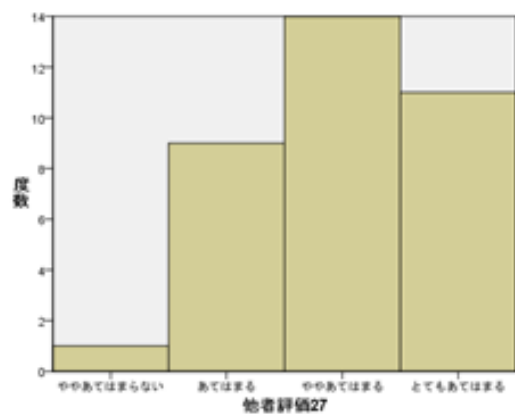
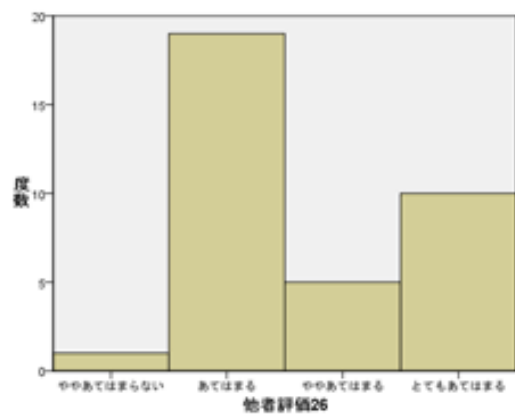
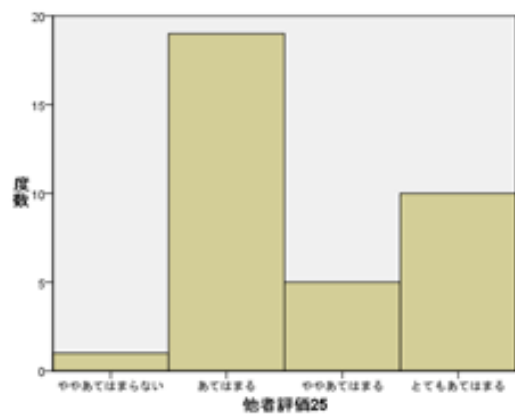


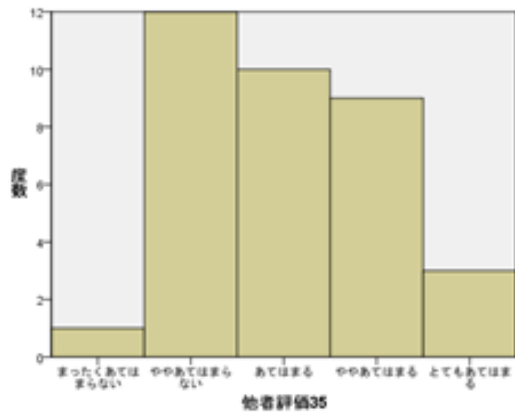
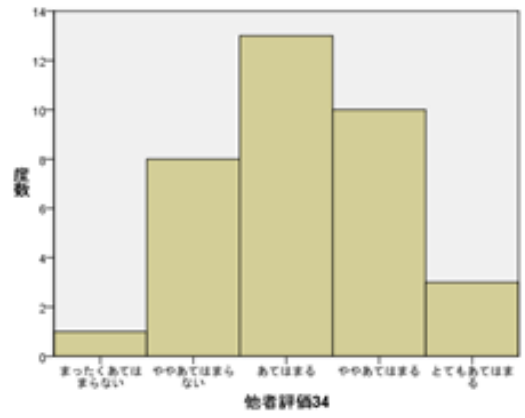
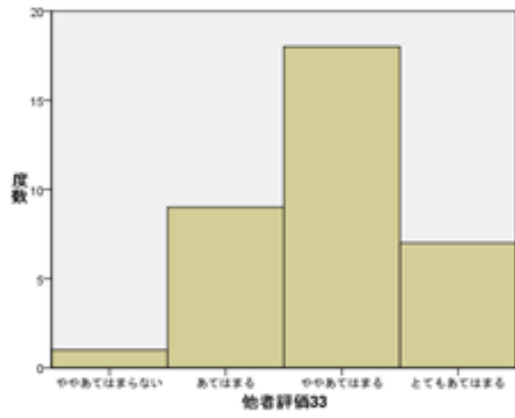












添付資料7：調査3 散布図

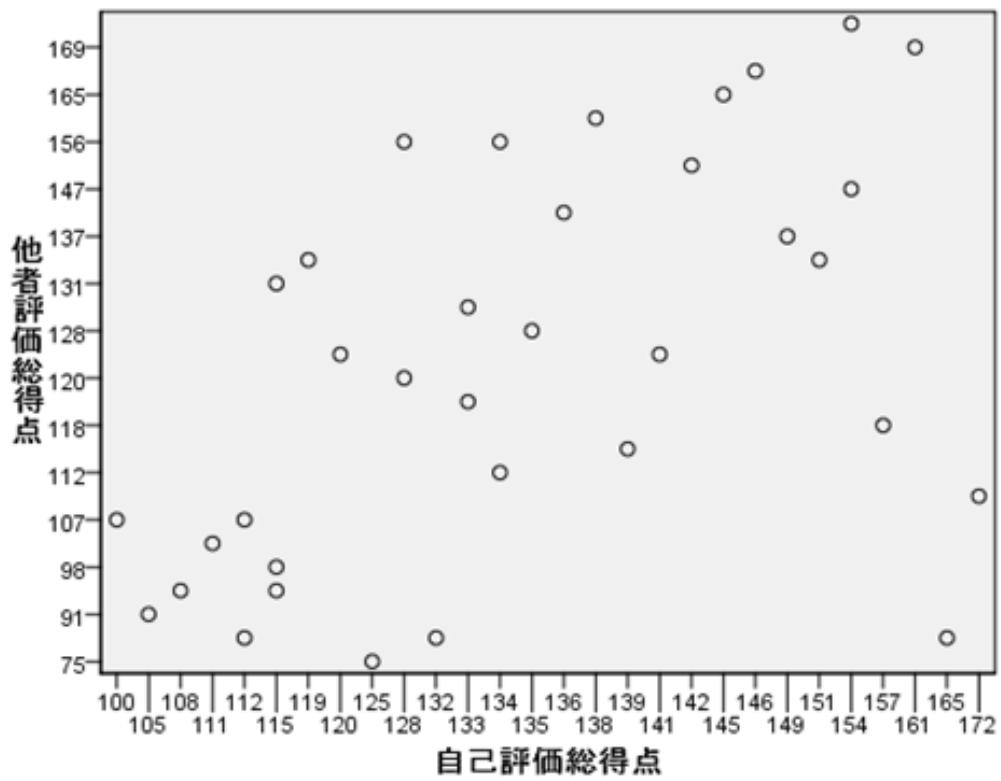


図1：自己評価総得点と他者評価総得点の相関

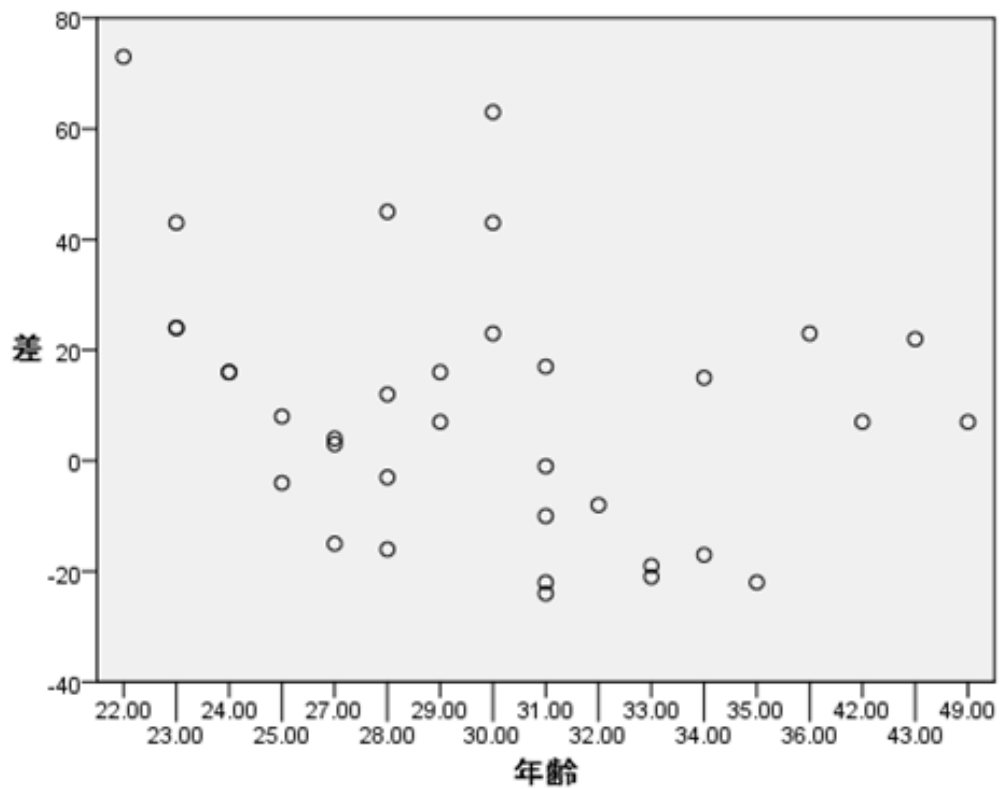


図2：年齢と自己評価－他者評価の差の相関

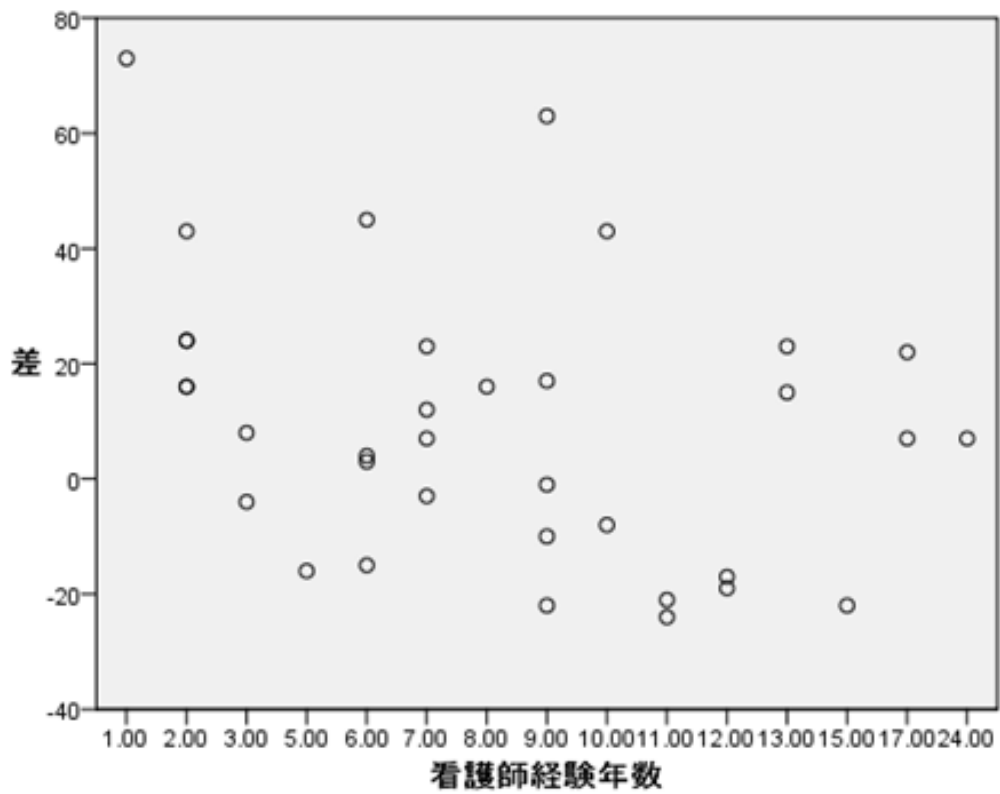


図3：看護師経験年数と自己評価－他者評価の差の相関

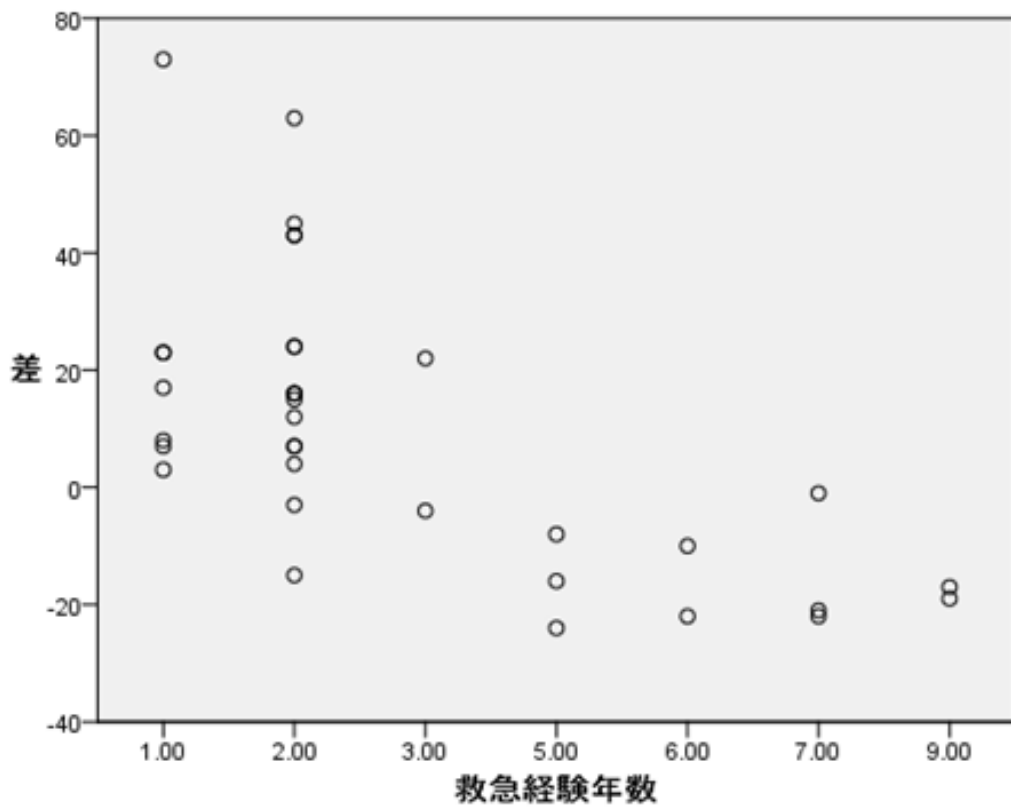


図4：救急経験年数と自己評価－他者評価の差の相関

救命救急センター救急外来部門で必要とされる看護師の調整能力に関する調査

ご記入にあたってのお願い

1. ご自身に当てはまるものに○のご記入をお願いいたします
2. ご記入の際は質問文をお読みいただき、すべての項目にお答えいただけると幸いです
3. どの回答が当てはまるか迷った場合には、最も当てはまると思ったものをお選びください
4. 「その他」をお選びの際は、その内容を（ ）内に具体的にご記入ください

1. あなたの性別を教えてください ① 男性 ② 女性
2. あなたの年齢は何歳ですか？ (満 才)
3. あなたの働く救命救急センター救急外来部門の診療体制を教えてください
①三次救急体制 ②全次型救急体制
③三次救急を標榜しているが一～二次救急患者も受け入れている状況
④その他（ ）
4. 看護師経験は何年ですか？
（ 年）
5. 救急領域（救命救急センター、救急外来、ICUなど）での経験は何年ですか？
（ 年）
6. 救急外来部門はどのくらいの頻度で勤務されますか？
① 月2～3回程度 ② 週1～2回程度 ③ 週3～4回程度 ④ ほぼ毎回
⑤ 救急外来専属 ⑥ その他（ ）
- 7.現在の職位を教えてください
① スタッフ看護師 ② 主任看護師 ③ 副師長 ④ 師長
⑤ その他（ ）

8.あなたがお持ちの資格に○を付けてください。

また、資格を取得したものの、有効期限が切れているものに△を付けてください。（複数回答可）

*日本救急看護学会が認定するもの

	BLS-AHA	ACLS-AHA	PALS-AHA	PEARS-AHA	JPTEC™	JNTEC™	トリアージナース*	ファーストエイド*
プロバイダー								
インストラクター								

救急看護認定看護師	集中ケア認定看護師	急性・重症患者専門看護師
災害支援ナース	その他（	）

9.救急外来部門（初療室やERなど）に勤務するとき、診療を円滑に進めるために必要な能力について、現在のあなた自身が一番近いと思う番号を丸で囲んでください。

質問	回答				
	1	2	3	4	5
看護師同士で連絡・報告を行うことができる	1	2	3	4	5
看護師同士で現在の状況を共有できる	1	2	3	4	5
救急外来全体の患者の診療状況（検査・治療の進捗状況、病状）の把握ができる	1	2	3	4	5
患者の病態から今後の治療や業務量の予測ができる	1	2	3	4	5
患者の第一印象、バイタルサイン、主訴から緊急度の判断ができる	1	2	3	4	5
救急車で搬入される患者の事前情報から、疾患や重症度を予測できる	1	2	3	4	5
積極的に医師と意見交換を行うことができる	1	2	3	4	5
医師と患者の情報を共有することができる	1	2	3	4	5
救急外来全体の状況から、処置や検査の優先度が判断できる	1	2	3	4	5
患者の年齢、疾患、心理的・社会的問題など個別性を考慮したケアが実践できる	1	2	3	4	5
医師などの他職種を含めたスタッフの活動状況を把握できる	1	2	3	4	5
医師などの他職種を含めたスタッフ個々の専門性、熟練度、実践能力を把握できる	1	2	3	4	5
救急外来全体の状況から、医師などの他職種を含めたスタッフの配置を調整できる	1	2	3	4	5
共に働く看護師の個々の業務量を把握できる	1	2	3	4	5
救急外来全体の状況をみながら、看護師個々の業務量を調整し負担を軽減できる	1	2	3	4	5
救急外来全体の状況をみながら、スタッフの休憩時間の調整や確保ができる	1	2	3	4	5
患者の病状から、感染のリスクを判断し適切な対応ができる	1	2	3	4	5
患者の病状や治療の進捗状態から、待ち時間を患者へ説明できる	1	2	3	4	5
患者の病状や治療の進捗状態から、診察の順番を調整できる	1	2	3	4	5

質問	回答				
	NEVER 1	SOMETIMES 2	SOMETIMES 3	USUALLY 4	ALWAYS 5
限られた条件の中で患者のプライバシーを守る行動ができる	1	2	3	4	5
患者の暴言、暴力などに対し、病院で決められた適切な対応ができる	1	2	3	4	5
発生してしまったインシデント・アクシデントに対して適切な対応がとれる	1	2	3	4	5
発生してしまったインシデント・アクシデントの情報をスタッフと共有できる	1	2	3	4	5
医師に患者の状態変化を的確に報告できる	1	2	3	4	5
入院が必要な患者の病状や感染症の有無などの特性を考慮し入院病棟を選択できる	1	2	3	4	5
患者の病状や感染症の有無などの特性を入院病棟へ伝え、入院病棟との調整ができる	1	2	3	4	5
患者の病状や診療経過を把握し、放射線科へ撮影依頼ができる	1	2	3	4	5
患者の病状や診療経過を把握し、検査科へ検査依頼や輸血依頼ができる	1	2	3	4	5
手術室や血管造影室と搬入時間などを調整し連携することができる	1	2	3	4	5
施設外スタッフ（救命士など）と積極的に情報交換できる	1	2	3	4	5
相手（他のスタッフ）の立場に立った話し方を心がけることができる	1	2	3	4	5
他のスタッフと良好な関係を築くことができる	1	2	3	4	5
家族が来院していない場合は、患者が家族へ連絡ができるように介入できる	1	2	3	4	5
患者・家族の言動に共感的な態度をとることができる	1	2	3	4	5
患者・家族のアドボケーター（擁護者）役割を果たすことができる	1	2	3	4	5
熟練度の低い看護師が、安全に業務ができるように配置を調整できる	1	2	3	4	5
熟練度の低い看護師が、実践の中で知識や技術を習得できるように配置を調整できる	1	2	3	4	5

10. 救急外来部門（初療室やERなど）で働くとき、上記以外で診療が円滑に進むために気を付けていることがありましたらご記入ください。

以上で質問を終わります。返信用封筒に入れてご郵送ください。

お忙しい中、ご協力ありがとうございました。

救急外来部門における看護師のマネジメント能力に関する調査

ご記入にあたってのお願い

1. ご自身に当てはまるものに○のご記入をお願いいたします
2. ご記入の際は質問文をお読みいただき、すべての項目にお答えいただけると幸いです
3. どの回答が当てはまるか迷った場合には、最も当てはまると思ったものをお選びください
4. 「その他」をお選びの際は、その内容を（ ）内に具体的にご記入ください

1. あなたの性別を教えてください ① 男性 ② 女性
2. あなたの年齢は何歳ですか？ (満 才)
3. 看護師経験は何年ですか？ (年)
4. 救急領域（救命救急センター、救急外来など）での経験は何年ですか？ (年)
5. 救急外来部門はどのくらいの頻度で勤務されますか？
① 月2～3回程度 ② 週1～2回程度 ③ 週3～4回程度 ④ ほぼ毎回
⑤ 救急外来専属 ⑥ その他（ ）
6. 現在の職位を教えてください
① スタッフ看護師 ② 主任看護師 ③ 副師長 ④ 師長
⑤ その他（ ）
7. あなたがお持ちの資格に○を付けてください。

また、資格を取得したものの、有効期限が切れているものに△を付けてください。（複数回答可）

*日本救急看護学会が認定するもの

	BLS-AHA	ACLS-AHA	PALS-AHA	PEARS-AHA	JPTEC™	JNTEC™	トリアーシナース*	ファーストエイド*
プロバイダー								
インストラクター								

（ 救急看護認定看護師 集中ケア認定看護師 急性・重症患者専門看護師
災害支援ナース その他（ ） ）

*裏面に続きます

8. 救急外来部門（初療室やERなど）に勤務するとき、診療を円滑に進めるために必要な能力について、現在のあなた自身が一番近いと思う番号を丸で囲んでください。

質問	回答				
	1	2	3	4	5
看護師同士で現在の状況を共有できる	1	2	3	4	5
救急外来全体の患者の診療状況（検査・治療の進捗状況、病状）の把握ができる	1	2	3	4	5
患者の病態から今後の治療や業務量の予測ができる	1	2	3	4	5
患者の第一印象、バイタルサイン、主訴から緊急度の判断ができる	1	2	3	4	5
救急車で搬入される患者の事前情報から、疾患や重症度を予測できる	1	2	3	4	5
積極的に医師と意見交換を行うことができる	1	2	3	4	5
医師と患者の情報を共有することができる	1	2	3	4	5
救急外来全体の状況から、処置や検査の優先度が判断できる	1	2	3	4	5
医師などの他職種を含めたスタッフの活動状況を把握できる	1	2	3	4	5
医師などの他職種を含めたスタッフ個々の専門性、熟練度、実践能力を把握できる	1	2	3	4	5
救急外来全体の状況から、医師などの他職種を含めたスタッフの配置を調整できる	1	2	3	4	5
共に働く看護師の個々の業務量を把握できる	1	2	3	4	5
救急外来全体の状況をみながら、看護師個々の業務量を調整し負担を軽減できる	1	2	3	4	5
救急外来全体の状況をみながら、スタッフの休憩時間の調整や確保ができる	1	2	3	4	5
患者の病状から、感染のリスクを判断し適切な対応ができる	1	2	3	4	5
患者の病状や治療の進捗状態から、待ち時間を患者へ説明できる	1	2	3	4	5
患者の病状や治療の進捗状態から、診察の順番を調整できる	1	2	3	4	5
限られた条件の中で患者のプライバシーを守る行動ができる	1	2	3	4	5
患者の暴言、暴力などに対し、病院で決められた適切な対応ができる	1	2	3	4	5
発生してしまったインシデント・アクシデントに対して適切な対応がとれる	1	2	3	4	5
発生してしまったインシデント・アクシデントの情報をスタッフと共有できる	1	2	3	4	5
医師に患者の状態変化を的確に報告できる	1	2	3	4	5
入院が必要な患者の病状や感染症の有無などの特性を考慮し入院病棟を選択できる	1	2	3	4	5
患者の病状や感染症の有無などの特性を入院病棟へ伝え、入院病棟との調整ができる	1	2	3	4	5
患者の病状や診療経過を把握し、放射線科へ搬送依頼ができる	1	2	3	4	5
患者の病状や診療経過を把握し、検査科へ検査依頼や輸血依頼ができる	1	2	3	4	5
手術室や血管造影室と搬入時間などを調整し連携することができる	1	2	3	4	5
施設外スタッフ（救命士など）と積極的に情報交換できる	1	2	3	4	5
相手（他のスタッフ）の立場に立った話し方を心がけることができる	1	2	3	4	5
家族が来院していない場合は、患者が家族へ連絡ができるように介入できる	1	2	3	4	5
患者・家族の言動に共感的な態度をとることができる	1	2	3	4	5
患者・家族が今後行われる検査や処置の見通しがたつように十分な説明ができる	1	2	3	4	5
患者・家族のアドボケーター（擁護者）役割を果たすことができる	1	2	3	4	5
熟練度の低い看護師が、安全に業務ができるように配置を調整できる	1	2	3	4	5
熟練度の低い看護師が、実践の中で知識や技術を習得できるように配置を調整できる	1	2	3	4	5

以上で質問を終わります。返信用封筒に入れてご郵送ください。

お忙しい中、ご協力ありがとうございました。

対象者が救急外来部門（初療室やERなど）に勤務するとき、現在の対象者に一番近いと思う番号を丸で囲んでください。

質問	回 答				
	1 Strongly Disagree	2 Disagree	3 Neutral	4 Agree	5 Strongly Agree
看護師同士で現在の状況を共有できる	1	2	3	4	5
救急外来全体の患者の診療状況（検査・治療の進捗状況、病状）の把握ができる	1	2	3	4	5
患者の病態から今後の治療や業務量の予測ができる	1	2	3	4	5
患者の第一印象、バイタルサイン、主訴から緊急度の判断ができる	1	2	3	4	5
救急車で搬入される患者の事前情報から、疾患や重症度を予測できる	1	2	3	4	5
積極的に医師と意見交換を行うことができる	1	2	3	4	5
医師と患者の情報を共有することができる	1	2	3	4	5
救急外来全体の状況から、処置や検査の優先度が判断できる	1	2	3	4	5
医師などの他職種を含めたスタッフの活動状況を把握できる	1	2	3	4	5
医師などの他職種を含めたスタッフ個々の専門性、熟練度、実践能力を把握できる	1	2	3	4	5
救急外来全体の状況から、医師などの他職種を含めたスタッフの配置を調整できる	1	2	3	4	5
共に働く看護師の個々の業務量を把握できる	1	2	3	4	5
救急外来全体の状況をみながら、看護師個々の業務量を調整し負担を軽減できる	1	2	3	4	5
救急外来全体の状況をみながら、スタッフの休憩時間の調整や確保ができる	1	2	3	4	5
患者の病状から、感染のリスクを判断し適切な対応ができる	1	2	3	4	5
患者の病状や治療の進捗状態から、待ち時間を患者へ説明できる	1	2	3	4	5
患者の病状や治療の進捗状態から、診察の順番を調整できる	1	2	3	4	5
限られた条件の中で患者のプライバシーを守る行動ができる	1	2	3	4	5
患者の暴言、暴力などに対し、病院で決められた適切な対応ができる	1	2	3	4	5
発生してしまったインシデント・アクシデントに対して適切な対応がとれる	1	2	3	4	5
発生してしまったインシデント・アクシデントの情報をスタッフと共有できる	1	2	3	4	5
医師に患者の状態変化を的確に報告できる	1	2	3	4	5
入院が必要な患者の病状や感染症の有無などの特性を考慮し入院病棟を選択できる	1	2	3	4	5
患者の病状や感染症の有無などの特性を入院病棟へ伝え、入院病棟との調整ができる	1	2	3	4	5
患者の病状や診療経過を把握し、放射線科へ搬送依頼ができる	1	2	3	4	5
患者の病状や診療経過を把握し、検査科へ検査依頼や輸血依頼ができる	1	2	3	4	5
手術室や血管造影室と搬入時間などを調整し連携することができる	1	2	3	4	5
施設外スタッフ（救命士など）と積極的に情報交換できる	1	2	3	4	5
相手（他のスタッフ）の立場に立った話し方を心がけることができる	1	2	3	4	5
家族が来院していない場合は、患者が家族へ連絡ができるように介入できる	1	2	3	4	5
患者・家族の言動に共感的な態度をとることができる	1	2	3	4	5
患者・家族が今後行われる検査や処置の見通しがたつように十分な説明ができる	1	2	3	4	5
患者・家族のアドボケート（擁護者）役割を果たすことができる	1	2	3	4	5
熟練度の低い看護師が、安全に業務ができるように配置を調整できる	1	2	3	4	5
熟練度の低い看護師が、実践の中で知識や技術を習得できるように配置を調整できる	1	2	3	4	5

要旨

【目的】救急患者の搬入から入院までの初期対応をする部門（以下救急外来部門とする）は救急医療体制により救急外来や初療室など名称は様々であり、構成メンバー、人数、受け入れ患者数なども施設によって違うが、どの施設においても病態の変化が著しく、生命の危機的状態にある患者の対応を行っている。このため、医療者は迅速に病状を判断し適切な処置・治療を開始する能力が求められる。特に、救急看護師に求められる能力の中で「協調・協働と調整能力」については、救急看護に関わる書籍や解説などでは、その能力の重要性が示唆されているものの、実証的な研究は少ないのが現状である。本研究では救急外来部門で働く看護師のマネジメント能力を測定する尺度を開発することを目的とした。

【研究1】尺度原案作成のための予備調査として、救急外来で働く看護師の語りからデータを得て、質的研究を行った。その結果、救急外来で看護師が行うマネジメントに関わる行動として7カテゴリが抽出され、マネジメント能力として「人・物・時間・環境・情報の調整力」「緊急度・重症度の判断力と今後起こりうる事態を見通す予測力」「協働的なチーム構築力」の3つの能力が示唆された。

【研究2】調査1で得られたデータと先行文献から尺度原案を作成し、全国の救命救急センターで働く看護師を対象に質問紙調査を行い、尺度の妥当性と信頼性の検証を実施した。その結果「救急外来部門における看護師のマネジメント能力測定尺度」を開発した。本尺度は「スタッフと情報を共有し、救急外来全体の状況を判断する能力」「状況に合わせて時間・人員・場を調整する能力」「関係を築く能力」「人的資源を分析し調整する能力」「他部署と連携し検査・治療を効率的に進める能力」「リスクマネジメント能力」の6因子からなる、計35項目の尺度（Cronbach α = 0.922）である。

【研究3】調査2で得られた35項目の尺度を使用し、救急外来部門におけるマネジメント能力の看護師自身の自己評価と上司による他者評価の比較を行った。自己評価と他者評価の総得点の相関係数について、有意の正相関が認められ、さらに、すべての項目において自己評価の平均点は他者評価の平均点より高く、両者の総得点に正相関があったことから、対象者が自己の能力を過大評価している、もしくは他者評価を行った上司が本人の現状よりも高い水準を要求している可能性があることが示唆された。また、救急看護師としての経験が短いほど、自己評価は他者評価より高いということが明らかとなった。

【結論】現段階では35項目の尺度となったが、今後は縦断的研究の実施や、何からの教育プログラム前後で評価を行い検証するなど、妥当性の検証方法を工夫して検証を重ね、項目の取舍により本尺度の妥当性を高めていく必要がある。

Abstract

Objections: Among the skills required of emergency nurses, documents and commentaries concerning emergency nursing suggest the importance of “collaboration and coordination skills”, but there has been little empirical research in this area until now. The aims of this study were to develop a scale to measure the management skills of nurses working in emergency units.

Study1: A qualitative study using narrative data from nurses working in emergency units was used as a preliminary study for creation of the draft scale. This resulted in seven categories of actions related to management implemented by nurses in emergency units, suggesting the following three areas of skills : “ability to coordinate people, resources, time, environment and information”, “ability to judge degree of urgency and severity”, and “ability to predict situations that may subsequently occur”, and “ability to construct collaborative teams”.

Study2 : A draft scale was created from data obtained from this first study and previous studies, a questionnaire survey was conducted with nurses working in emergency unit, and the validity and reliability of the scale were examined. Based on these results, the “Management Skills Measurement Scale for Nurses in Emergency Units” was developed. The scale consists of a total of 35 items, comprising the following six factors (Cronbach’s $\alpha = 0.922$): “skills of sharing information with staff and making judgments about the overall situation in the emergency unit”, “skills of coordinating time, people and space according to the situation”, “skills of building relationships”, “skills of analyzing and coordinating human resources”, “skills of effectively proceeding with tests and treatment in coordination with other departments”, and “risk management skills”.

Study3 : Using the scale of 35 items, self-evaluation of management skills of nurses in emergency units and evaluation by their superiors was compared. In terms of the correlation coefficient for total scores of self-evaluation and evaluation by others, a positive significant correlation was found. In addition, self-evaluation mean scores were higher than mean scores of evaluation by others for all items, which, combined with the positive correlation between the total scores of the two evaluations, suggests that participants tend to overestimate their own skills, or that their superiors who were conducting the evaluation may be demanding higher standards than the participants’ actual level.

Conclusions : The scale currently comprises 35 items, but going forward, it is necessary to implement longitudinal studies and to continue research to find ways of examining validity through investigation of evaluation before and after some form of education program, and to improve validity of this scale through item selection.

論文発表一覧

1. 石丸智子 (2016). 実践の語りから考察する救急外来における看護師のマネジメント能力 - A 全次型救命救急センター救急看護師の語りから -. 日本救急看護学会雑誌, 18(1), 37-44
2. 石丸智子, 影山隆之 (2016). 救急外来部門における看護師のマネジメント能力：自己評価と他者評価の比較. ころの健康 (in press)

謝辞

本論文をまとめるにあたり、終始温かい激励とご指導をいただいた大分県立看護科学大学精神看護学教授 影山隆之先生、東京医療保健大学東が丘・立川看護学部看護学科教授 桜井礼子先生に心より感謝申し上げます。

また、副指導教員としてご指導をいただいた大分県立看護科学大学教授 稲垣敦先生、教授 高野政子先生、准教授 石田佳代子先生、論文審査におきまして多くのご助言をいただいた大分県立看護科学大学教授 福田広美先生、教授 小野美喜先生、教授 甲斐倫明先生に深く感謝いたします。長い博士課程の途中で何度も心が折れかけましたが、その都度多くの先生方にご指導、ご助言をいただき博士課程を修了することができました。

そして、本研究の主旨をご理解いただき、快くご協力いただいた全国の救急看護師の方々、東京慈恵会医科大学附属第三病院 古沢身佳子さん、鹿児島大学病院 内山美香さんに心より感謝いたします。これらの方々の協力がなくては、今回の研究は成り立ちませんでした。

また、前職で大変お世話になりました、前大分県立病院副院長兼看護部長 小野千代子様、副看護部長 上野千賀子様、共に働いた救急部スタッフの皆様。多くの活躍の機会を頂きながらご期待に沿えなかったことを心よりお詫び申し上げるとともに、それでもなお、温かく見守って頂いたことに深く感謝いたします。

最後に、博士課程同期の秦さと子さん、三ヶ田暢美さん、遅々として進まず右往左往する毎日でしたが、御二人のおかげで投げ出さずに無事修了することができました。また、仕事と学業の両立を支えてくれた家族に感謝の意を捧げます。

博士論文をまとめるにあたりご尽力くださった皆さま、本当にありがとうございました。

2016年3月