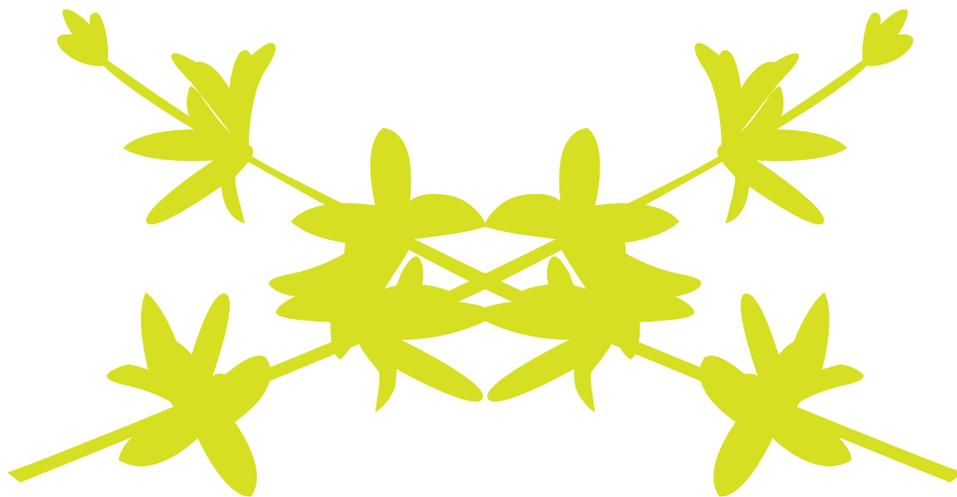


# 日本ヒューマン・ナーシング 研究学会誌

Journal of Japan society of Human Nursing Research

## 第10巻 第2号



# 目 次

## [研究報告]

急性期病院における生活行動の自立に向けた看護に関する研究

—食行動の援助についての実態調査—

田中沙也香・林 裕子 ..... 1

看護チームのフォールトラインが対人的対立に与える影響

—仲間による分配的公正風土による媒介効果の検討—

大内 潤子 ..... 9

## [投稿規定・会則・入会要項]

投稿規定 ..... 19

日本ヒューマン・ナーシング 研究学会 会則 ..... 22

日本ヒューマン・ナーシング 研究学会 入会要項 ..... 25

## ■研究報告

急性期病院における生活行動の自立に向けた看護に関する研究  
—食行動の援助についての実態調査—Study on the nursing for the independence of the behavior of  
the meal in acute hospitals

○田中沙也香\* 林 裕子\*\*

\*北海道科学大学大学院保健医療学研究科看護学専攻、JCHO中京病院 \*\*北海道科学大学

## 要 旨

目的：超高齢社会の急性期病院において、看護実践能力と食行動の援助について、自立に向けたアセスメントや援助の実施との関連について調査することを目的とした。

方法：急性期病院に勤務する看護師を対象とした自記式質問紙とした。有効回答の得られた74人を分析の対象とし、調査内容は、食行動の自立にむけた援助に必要なアセスメント情報と、経口摂取開始時の判断に伴う相談者、実施する援助を設定し複数選択とした。さらに、看護実践能力は、真下らが開発した急性期病院における看護実践能力尺度を用いた。分析は、看護実践能力の合計値の平均を求め、平均値以下とそれ以上の2群に分け、各項目の選択率を用いて $\chi^2$ 乗検定を行った。

結果：自立にむけたアセスメントや援助の実施については、実践能力に関わらず選択率の高い項目と低い項目はほぼ同じであった。選択の多い項目は覚醒状態であり、実践能力低群に有意差が見られた ( $p=0.044$ )。選択の低い項目については、食事の自力摂取に関するものであった。実施する援助については、呼吸訓練が実践能力高群に有意差がみられ ( $p=0.042$ )、ヘッドアップ30度の援助について実践能力低群に有意差がみられた ( $p=0.043$ )。実施する援助について、選択の低い項目は、摂食嚥下機能訓練に関するものであった。

考察：食行動の自立に向けた援助について、アセスメントと援助の実際を、看護実践能力の高いものと低い者と比較したが、実践能力による差はみられなかった。

キーワード：急性期病院、食行動、看護援助、看護実践能力

## I. はじめに

急性期病院<sup>1)</sup>では、超高齢社会にむけた国の医療政策の一つである地域包括ケアシステムの推進により、従来の病院完結型から地域完結型の体制へ転換が図られている。そのため、急性期病院は、在院日数の短縮や在宅復帰者を増やすために様々な対策を講じている。しかし、高齢患者が増加するなかで、急性期治療のための安静臥床による廃用症候群などにより、治療が終了しても生活行動

が自力で行えず地域へ戻ることができない患者も多い<sup>2)</sup>。

一方で看護の基礎教育では、超高齢社会にむけて1996年の第3次指定規則改正において、老年看護学やリハビリテーション看護の分野が追加された。この改正では、生活行動の維持や回復にむけた援助方法が、より具体的に示された。なかでも食事の援助では、自力摂取のできない患者へ食事を介助する援助に加えて、自力摂取にむけた援助方法が追加されている。食事行動は、摂食嚥下能力や姿勢、動作など複雑な行動のため、援助方法は多岐にわたる。そのため、看護する際にも、摂食能力や食行動のアセスメントを実施し、環境の調整や姿勢、動作を可能にする援助、摂食嚥下訓練の援助など<sup>3)</sup>から患者の状態に合わせた方法を

<連絡先>

田中沙也香

JCHO中京病院

e-mail: 9183106@hus.ac.jp,

受理日 2021年7月22日

導き出すことが求められている。今後さらに、加齢により食行動が自ら行えない高齢患者が増加することが予測される。そのため、急性期病院において、状態の変化しやすい患者に対し、早期から食行動の自立にむけた援助が必要であると推測される。

しかし、近年の急性期病院における看護業務については、生活行動の援助が含まれる療養上の世話の割合が少ないと報告<sup>4)</sup>されている。このような状況のなか、患者に合わせた援助を行うためには、看護師個々の看護実践能力が注目されている。看護実践能力とは、患者の健康問題を総合的にアセスメントし、ケアの受け手の必要とされる援助を実践し、患者から良い反応を導きだす関わりを継続的に行うことのできる能力<sup>5)</sup>とされている。そして、看護実践能力を高めることが看護ケアの質を高めること<sup>6)</sup>や、看護実践能力が高い者は急性期における脳卒中リハビリテーションを実施<sup>7)</sup>していることが報告されている。このことにより、看護実践能力が高い者は、患者の自立に向けた看護が実践されていると推測される。

そこで本研究では、看護実践能力と患者に応じた生活行動の自立に向けた看護の実態との関係性を明らかにするとした。これは、超高齢社会の急性期病院における看護の必要性や、教育に寄与するものであると考える。

## II. 研究目的

看護実践能力と食行動の援助において自立にむけたアセスメントや援助との関連について調査することを目的とした。

## III. 研究方法

### 1. 研究対象者

診療報酬における入院基本料7：1及び10：1の急性期病院に勤務する看護師

### 2. 調査期間：2020年2月

### 3. データ収集方法

急性期看護に関連のある研修会において、研修主催者にメールにて研究の協力を依頼し、許可を得られた研修会の参加者へ自記式質問紙による調査とした。研修終了後に配布し、その場で記述を求め回収とした。また、この研修は、急性期治療

への看護に関連し、本研究の結果に影響されないと判断した研修会とした。

## 4. 調査内容

調査項目は、基本的属性、日常的に行っている看護、患者の生活行動の自立に向けたアセスメントの視点について、急性期病院における看護実践能力<sup>5)</sup>とした。

基本的属性は性別、年齢、看護師免許を得た年、臨床経験年数、所属病棟、所属施設の回答を求めた。急性期病院における看護実践能力については、真下ら<sup>5)</sup>が開発した急性期病院における看護実践能力尺度（以下、看護実践能力尺度）を用いて調査した。この尺度は、急性期病院に勤務する看護師の看護実践能力を測定する尺度である。厚生省が提示している「新人の看護実践能力の到達目標」に掲載されている看護技術の項目が含まれている。尺度は、[療養上の生活を支える看護ケア] 下位16項目、[医療依存度の高い患者への看護] 下位6項目、[患者の状況に合わせた基本的看護ケア] 下位11項目、[チームの一員としての専門能力の開発] 下位6項目、[患者の安全を守る看護ケア] 下位8項目で構成され、各項目6段階で評価を行い、合計点は235点である。信頼性、妥当性を得た尺度であり、本研究の使用に関しても開発者からの許可を得ている。

患者の生活行動の自立に向けたアセスメントに必要なとする観察項目については、リハビリテーション看護の教科書<sup>8)</sup>を参考に脳出血発症2週間後の70歳代女性の事例を用いて、アセスメントに必要な情報の項目の複数選択を求めた。また、患者が初めて経口摂取を行う際の援助に対するアセスメントについて、どの程度看護師自身で判断しているかをみるために、自分で判断する、又は相談する人についての回答を求めた。

看護は、宮田ら<sup>9)</sup>遷延性意識障害患者の看護に関する項目と看護基礎教育の教科書<sup>10)</sup>、看護業務基準集2007<sup>11)</sup>を参考に39項目を設定（表1）し、日常的に行っている看護について複数項目の選択を求めた。

## 5. データ分析方法

食行動の自立にむけた援助について、看護実践能力の差による関連をみるために、有効回答者の看護実践能力尺度の合計値の平均値を求め、平均

表1 日常に行っている看護

経管栄養の援助	食事の援助	口腔ケア	嚥下体操	口腔周囲筋マッサージ
呼吸訓練	呼吸循環管理	吸引	味覚刺激	頸部可動域訓練
聴覚刺激	触覚刺激	視覚刺激	嗅覚刺激	清拭
入浴の援助	温浴刺激	足浴	手浴	爪切り
整容の援助	更衣の援助	尿器の援助	排便調整	トイレの援助
オムツ交換	睡眠の援助	褥瘡ケア	与薬	注射点滴
検査の援助	体位交換	端座位の援助	腹臥位の援助	関節可動域訓練
ヘッドアップ30度以上の援助	ヘッドアップ90度の援助	車椅子への移乗の援助	移動の援助	

値以下とそれ以上の2群に分けた。経験年数は、Benner<sup>12)</sup>の看護論を参考に5年未満と5年以上に分類した。また、所属病棟は、複数の診療科が混合しているため、内科系、外科系に分類し、内科と外科は混合系とした。看護師免許を得年度については、指定規則第3次改正をした1996年の前後で分けた。これは、カリキュラムの相違により、生活行動の自立に向けた援助内容やアセスメントに違いがあるか分析するために分類した。食行動の援助に関するアセスメントや実施については、各項目の選択率を算出し、群間の分析は、 $\chi^2$ 乗検定を行った。有意差水準を0.05とした。

#### IV. 倫理的配慮

北海道科学大学の倫理委員会の承認を受けた(承認番号444)。対象者には質問紙内で研究目的、研究協力は任意であること、無記名であり匿名性

を確保することを説明し、質問紙の記入、回収をもって研究の同意を得た。

また、本研究における利益相反はない。

#### V. 結果

##### 1. 対象者の属性(表2)

161人に質問紙を配布し、回答者数は95人(59.0%)であり、有効回答者数74人(46.0%)を、分析対象とした。対象者の性別は、男性4人(5.4%)、女性70人(94.6%)であり、経験年数は、5年未満が42人(56.8%)、経験年数5年以上が32人(43.2%)であった。

##### 2. 実践能力別にみた対象者の属性

看護実践能力尺度の平均値は152.8点であり、152点以下(以下、実践能力低群)42人と、153点以上(以下、実践能力高群)32人の2群に分類した。

表2 看護師の属性

		全対象者 n=74	看護実践能力低群 n=42	看護実践能力高群 n=32	p値
性別	女性	70 (94.6%)	40 (95.2%)	30 (93.8%)	
	男性	4 (5.4%)	2 (4.8%)	2 (6.2%)	
平均年齢(歳)		32.09±11.11	30.57±10.59	34.09±11.62	.00**
経験年数5年未満		42 (56.8%)	30 (71.4%)	12 (37.5%)	.00**
経験年数5年以上		32 (43.2%)	12 (28.6%)	20 (62.5%)	
所属科	内科系	12 (16.2%)	9 (21.4%)	3 (9.4%)	
	外科系	42 (56.8%)	22 (52.4%)	20 (62.5%)	
	混合	20 (27.0%)	11 (26.2%)	9 (28.1%)	
資格取得年からみた教育背景					
指定規則第3次改正以前の教育の受講者		11 (14.9%)	2 (4.8%)	9 (28.1%)	.01**
指定規則第3次改正以降の教育の受講者		63 (85.1%)	40 (95.2%)	23 (71.9%)	

$\chi^2$ 乗検定 \*p<0.05 \*\*p<0.01

実践能力低群 (n=42) では、女性40人 (95.2%)、男性2人 (4.8%) であり、平均年齢は30.6±10.6歳であった。経験年数は5年未満が30人 (71.4%)、5年以上が12人 (28.6%) であった。実践能力高群 (n=32) では、女性30人 (93.8%)、男性2人 (6.2%) であり、平均年齢は34.1±11.6歳であった。経験年数は、5年未満が12人 (37.5%)、5年以上が20人 (62.5%) であった。

資格取得年からみた教育背景では、実践能力低群は、指定規則第3次改正以前が2人 (4.8%)、指定規則第3次改正以降が40人 (95.2%) であった。実践能力高群では、指定規則第3次改正以前が9人 (28.1%)、指定規則第3次改正以降が23人 (72.2%) であった。

### 3. 食事を開始する患者へ援助をする時、アセスメントに必要なとする情報について (表3)

事例を提示し、経口による食事を開始する際のアセスメントに必要な情報については、実践能力低群で選択の多い項目は、「覚醒状態」の42人 (100%) であり、次に「嚥下機能」の38人 (90.5%)、「患者の意欲」35人 (83.3%) であった。実践能力低群の選択の少ない項目は、「下肢の筋力」6人 (14.3%)、次に「上肢の筋力」10人 (23.8%) であった。実践能力高群で選択の多い項目では、「嚥下機能」で30人 (93.8%)、次に「覚醒状態」の29人 (90.6%)、「患者の意欲」、「口周囲筋の状態」、「座位保持能力」が23人 (71.9%) であった。実践能力高群の選択の少な

い項目は、「下肢の筋力」4人 (12.5%)、次に「手指の巧緻性」6人 (18.8%)、「上肢の可動域」9人 (28.1%) であった。有意差が見られた項目は「覚醒状態」であり、実践能力低群が実践能力高群より有意に選択率が高かった (p=0.044)。

### 4. 食事開始時、最初に相談する人について (表4)

患者が初めて経口摂取を行う際のアセスメントについて、相談する人は、実践能力低群では言語聴覚士の27人 (64.3%)、他の看護師8人 (19%) であった。実践能力高群は、言語聴覚士の21人 (65.6%)、次いで他の看護師が7人 (21.9%) であった。一方、自分で判断すると選択した看護師は、3人 (9.4%) であり、実践能力高群が実践能力低群に有意な差がみられた (p=0.044)。

### 5. 食事に関する看護の実施について (表5)

食事に関する項目では、実践能力低群は、「口腔ケア」が39人 (92.9%)、次いで「経管栄養の援助」38人 (90.5%)、「食事の援助」38人 (90.5%) の選択者が多く、一方、「呼吸訓練」は5人 (11.9%)、「頸部可動域訓練」が6人 (14.3%)、「口周囲筋マッサージ」が10人 (23.8%)、「嚥下体操」が11人 (26.2%) であった。

実践能力高群の選択の多い項目は、「食事の援助」30人 (93.8%)、「経管栄養」29人 (90.6%)、「車椅子への移乗の援助」29人 (90.6%) であり、

表3 食事開始時に必要とするアセスメント情報

n=74

	看護実践能力低群 (n=42)	看護実践能力高群 (n=32)	p値
覚 醒 状 態	42人 (100.0%)	29人 (90.6%)	.04*
患 者 の 意 欲	35人 (83.3%)	23人 (71.9%)	.24
口 腔 周 圍 筋 の 状 態	30人 (71.4%)	23人 (71.9%)	.97
嚥 下 機 能	38人 (90.5%)	30人 (93.8%)	.61
肺 音	30人 (71.4%)	20人 (62.5%)	.42
痰 量	29人 (69.0%)	21人 (65.6%)	.76
座 位 保 持 能 力	34人 (81.0%)	23人 (71.9%)	.36
下 肢 の 筋 力	6人 (14.3%)	4人 (12.5%)	.83
上 肢 の 可 動 域	15人 (35.7%)	8人 (25.0%)	.33
上 肢 の 筋 力	10人 (23.8%)	9人 (28.1%)	.68
手 指 の 巧 緻 性	16人 (38.1%)	6人 (18.8%)	.07

$\chi^2$ 乗検定 \*p<0.05

表4 食事開始時最初に相談する人

n=74

	看護実践能力低群 (n=42)	看護実践能力高群 (n=32)	p値
理学療法士	2人(4.8%)	0人(0.0%)	.21
作業療法士	1人(2.4%)	1人(3.1%)	.87
言語療法士	27人(64.3%)	21人(65.6%)	.91
他の看護師	8人(19.0%)	7人(21.9%)	.78
自分で判断する	0人(0.0%)	3人(9.4%)	.04*
栄養士	4人(9.5%)	0人(0.0%)	.08

 $\chi^2$ 乗検定 \*p<0.05

表5 実施している看護

n=74

	実践能力低群 (n=42)	実践能力高群 (n=32)	p値
経管栄養の援助	38(90.5%)	29(90.6%)	.98
食事の援助	38(90.5%)	30(93.8%)	.61
呼吸循環管理	19(45.2%)	20(62.5%)	.14
吸引	37(88.1%)	27(84.4%)	.65
口腔ケア	39(92.9%)	27(84.4%)	.25
嚥下体操	11(26.2%)	13(40.6%)	.19
口腔周囲筋マッサージ	10(23.8%)	10(31.3%)	.48
呼吸訓練	5(11.9%)	10(31.3%)	.04*
頸部可動域訓練	6(14.3%)	4(12.5%)	.83
端座位の援助	29(69.0%)	24(75.0%)	.58
ヘッドアップ30度以上の援助	34(81.0%)	19(59.4%)	.04*
ヘッドアップ90度の援助	25(59.5%)	20(62.5%)	.80
車椅子への移乗の援助	37(88.1%)	29(90.6%)	.37

 $\chi^2$ 乗検定 \*p<0.05

選択の少ない項目は、「頸部可動域訓練」の4人(12.5%)、「呼吸訓練」10人(31.3%)、「口周囲筋マッサージ」10人(31.3%)、「嚥下訓練」13人(40.6%)であった。看護実践能力による比較では、「呼吸訓練」において、実践能力高群が低群に比べて有意に選択が多く(p=0.041)、「ヘッドアップ30度の援助」について、実践能力低群が高群に比べて有意に選択が多かった(p=0.043)。

## VI. 考察

本研究は、看護実践能力と食行動の自立にむけたアセスメントや援助の実施との関連を明らかにすることを目的としている。

### 1. 対象者の傾向

本研究では、経験年数5年未満が56.8%を占め、看護実践能力尺度の平均値が152.8であった。本研究と同じ尺度を用いた山本ら<sup>6)</sup>の研究では経験年数約11年で看護実践能力が平均値165.1という結果と比べて看護師の経験年数と尺度得点が低いという結果であった。

### 2. 食事開始時の援助をする際のアセスメントの傾向

食事開始時のアセスメント情報の選択は、「覚醒状態」以外は、実践能力による有意な差はみられなかった。選択の多い項目は「覚醒状態」、「患者の意欲」、「口腔周囲筋の状態」、「嚥下機能」、「座位保持能力」であった。これは、1995年以降摂食嚥下リハビリテーションが急速に発展し、看

看護師を対象とした嚥下評価や摂食機能療法の教育<sup>14)</sup>の成果と推察される。その一方で、選択の少ない項目は、「下肢の筋力」、「上肢の可動域」、「上肢の筋力」、「手指の巧緻性」であった。これらは、食行動の動作のなかで自力摂取に必要なものである。そのため、これらの選択が少ないことは、自力摂取の可能性についての検討には及んでいない印象である。しかしながら、これらの項目について、実践能力の低い者の選択が全体的に多い傾向にあった。これは、実践能力の低い者の9割が、より具体的な食行動の自立に向けた援助に対するアセスメント方法の教育を受けてきたためと推察する。また、経験年数も少ないことから、基礎教育を受講してからの期間が短いため、より実践に影響していることが関係しているのではないかと推察される。また、「座位保持能力」をアセスメント項目として選択していても、「下肢の筋力」を選んでいる看護師が少ない状況であった。自力で座位保持をするためには、下肢の筋力や下肢荷重力が大きく関係<sup>15)</sup>している。しかし、下肢の筋力の選択が少ないことから患者が自力で座位保持を実施することを計画していないのではないかと推察される。これらのことから、本研究では、急性期病院的看護師は、自力で食事を摂取するためのアセスメントが十分ではない傾向にあると考える。

患者が初めて経口摂取を行う際に相談する専門職は、実践能力に関わらず言語聴覚士を選択した者が多かった。これは、言語聴覚士が摂食嚥下障害を対象とする専門職であり、近年では主体的に嚥下訓練を実施していることもあり、一方で多職種連携が図られていることの表れであるとも推察できる。しかし、急性期病院における言語聴覚士の配置は100床あたり0.6人<sup>16)</sup>と入院患者に対し少ないのが現状である。そのため、食行動の援助に対する正確なアセスメントが看護師にも必要とされているのではないかと考える。

### 3. 食行動に関する援助の傾向

食行動の援助では、実践能力に有意な差は認められなかった。選択の多い項目は「経管栄養の援助」、「食事の援助」、「吸引」、「口腔ケア」、「車椅子への移乗」であった。一方で「嚥下体操」や「口腔周囲筋のマッサージ」、「呼吸訓練」や「頸部可動域訓練」など嚥下障害の患者に対する援助の選択は低い傾向であった。千葉ら<sup>17)</sup>の病院にお

ける摂食嚥下障害に対する支援が十分ではないと報告のように、本研究でも同様の傾向がみられた。

以上のことから、本研究では、急性期病院では、看護実践能力の有無に関わらず、患者の食行動の自立にむけた看護のアセスメントと援助が十分ではない傾向にあると考える。第3次指定規則改正以降、基礎看護教育では、患者の自立にむけた看護を目指していることから、急性期病院から自立に向けた援助への視点を持つ必要があると考える。

しかし、本研究の対象者は、食行動に制限がある患者を対象とする病棟に所属しているとは限らないことから今後さらに幅広い調査が必要である。

## Ⅶ. 結論

本研究は急性期病院に勤務する看護師を対象に、看護実践能力と患者の食行動の自立に向けた援助についての関連を調査した。その結果、患者の食行動の自立の援助に必要なアセスメント情報や援助について、実践能力による差はみられなかった。

## 参考・引用文献

- 1) 厚生労働省：平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理，  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200021.pdf>，  
(閲覧日2021年2月21日)
- 2) 湯野智香子，泉キヨコ，平松知子他：急性期病院における内科疾患を有する高齢患者の退院時の歩行能力低下に影響する要因，金大医保つるま保健学会誌，133(2)，81～88，2016.
- 3) 藤崎 郁：系統看護学講座 基礎看護学[3] 基礎看護技術Ⅱ，第15版第7刷，36～61，医学書院，2011.
- 4) 岡田みずほ：急性期病院における看護部門の効率性と職務満足に関連 包括分析法 (DEA) による効率性分析を応用した看護部門の可視化，2019.
- 5) 真下綾子，中谷喜美子，陣田泰子他：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(1)，2011.
- 6) 南家喜美代，宇佐美しおり，有松操他：看護ケアの質と看護実践能力との関連，熊本大学医学部保健学科紀要，(1)，39～46，2005.
- 7) 山本義昭，百田武司：急性期病院に勤務する

- 看護師の脳卒中急性期リハビリテーション看護  
の実践度と看護実践能力および意識との関連,  
日本ニューロサイエンス看護学会誌, 4(1), 11  
~18, 2017.
- 8) 酒井郁子, 金城利雄: 看護テキストNiceリハ  
ビリテーション看護 障害を持つ人の可能性と  
ともに歩む, 南江堂, 2015
- 9) 宮田久美子, 林 裕子: 臨床経験年数別に見  
た遷延性意識障害患者への看護の実態, 日本脳  
神経看護研究学会誌, 36(2), 107~114, 2013.
- 10) 坪井良子, 松田たみ子: 考える基礎看護技術Ⅲ  
看護技術の実際, NOUVELLE HIROKAWA,  
2013.  
深井喜代子: 新体系看護学全集基礎看護学Ⅲ基  
礎看護技術Ⅱ, メヂカルフレンド社, 2017.  
有田清子, 石田寿子, 今井宏美他: 系統看護学  
講座基礎看護学Ⅰ, 医学書院, 2019.
- 11) 日本看護協会編: 看護業務基準集, 2007.
- 12) Benner. P著, 井部俊子他訳: ベナー看護論  
新訳版初心者から達人へ, 医学書院, 2017.
- 13) 上村千鶴, 高瀬美由紀, 川元美津子他: 看護  
師による学習行動と看護実践能力との関連, 日  
職災医誌, 64, 88~92, 2016.
- 14) 寺田比呂: 脳神経外科病棟看護師の摂食嚥下  
障害患者の食事介助に対する認識の向上と行動  
変容, 山口県看護研究学会学術集会プログラム  
集録17回, 36~38, 2018.
- 15) 村田 信, 甲斐義浩, 村田 潤: 下肢荷重力  
と下肢筋力および座位保持能力との関係, 理学  
療法科学21 (2) 169~173, 2006.
- 16) 日本リハビリテーション医学会社会保険等委  
員会: 日本リハビリテーション医学会研修施設  
における療法士数の実態調査, 日本リハビリテー  
ション医学会, 2014.
- 17) 千葉由美, 山田律子, 市村久美子: 病床機能  
別にみた摂食嚥下障害を有する高齢入院患者へ  
の支援体制と研修ニーズの関係, 老年看護学第  
22(1), 2017.

## ■研究報告

看護チームのフォールトラインが対人的対立に与える影響：  
仲間による分配的公正風土による媒介効果の検討The influences of nursing team faultlines on relationship conflict:  
An examination of a mediating effect of peer distributive justice climate.

○大内 潤子

北海道科学大学保健医療学部看護学科

## 要 旨

目的：本研究の目的は、年齢、病棟経験年数、性別によって、看護チームが明確にサブグループに分かれているほど、チーム内の対人的な対立が強くなるのか、また、その効果は、一部、同僚間での貢献と報酬のバランスが公正であるのかについての知覚によって媒介されるのかどうかを検討することである。

方法：対象は44病棟に勤務する看護師992名であった。対人的対立と仲間による分配的公正風土、対象者の属性に関して自記式質問紙を用いてデータ収集した。病棟を1つの看護チームとみなし、有効回答率が50%以上であった36チーム616名を最終的に分析に含めた。年齢、病棟経験年数、性別に基づく、各チームのフォールトラインの強さはASWという指標を算出して求めた。データは、マルチレベル共分散構造分析を用いて検討した。

結果：フォールトラインの強さと対人的対立との関連を示す係数は13.714、フォールトラインの強さと仲間による分配的公正風土の関係を示す係数は7.083で、いずれも有意であった。また、フォールトラインの強さが仲間による分配的公正風土を介して、対人的対立に影響を与える間接効果も-12.062で有意であった。

考察：看護チームが、年齢、病棟経験年数、性別によって明瞭にサブチームに分かれていることで、チーム内の対人的な対立を高めることが示唆された。しかし、同時に、そのような明瞭な分割は、同僚間における貢献と報酬のバランスの公正さに関する知覚を高め、結果、対人的対立を弱めることも示唆された。さらなる検討により看護チームにおける多様性の影響を明らかにすることが必要である。

キーワード：多様性、フォールトライン、チームワーク、マルチレベル共分散構造分析

## はじめに

## 1. チームの多様性と理論的背景

看護師はチームワークによってケアを提供することから、チームワークの質は、提供する看護の質に直結する<sup>1)</sup>。近年、チームの機能性に影響を与える要因として、チームの多様性が注目されている<sup>2)</sup>。チームにおける多様性（以下、多様性）

とは、一般的に、他者と自身が違うという知覚をもたらす属性による人々の相違とされている<sup>3)</sup>。特に、海外では、チームが性別、年齢、人種、教育などの多様な属性を持つメンバーで構成されていることがチームの機能性にどのような影響を与えるのか検討されてきた<sup>2,3)</sup>。その結果、複数の研究が、多様性が対立を高めた、あるいは、チームの成果を低下させたと報告した<sup>4,5)</sup>。その一方で、多様性とチームの成果との間に正の相関を認めた<sup>6)</sup>、あるいは、多様性とチームの機能性や成果には関連を認めなかったとする研究<sup>4,7)</sup>があるなど、一貫した成果は得られていない。

このような矛盾した結果が生じている原因のひ

<連絡先>

大内 潤子

北海道科学大学保健医療学部看護学科

e-mail : ouchi-j@hus.ac.jp

受理日 2021年11月30日

とつとして、多様性の概念化における問題が指摘されている<sup>2)</sup>。従来の多様性研究は、年齢による多様性と性別による多様性といったように、ひとつひとつの属性における多様性を別々に扱い、その影響を検討してきた<sup>2,3)</sup>。しかし、実際にはチーム内のメンバーは、性別と年齢を同時に認識して多様性を捉えているのかもしれない、従来の多様性の概念化ではその可能性を排除してしまうという問題がある。

このような批判に対して、近年、LauとMurnighan<sup>8)</sup>によって提唱されたグループ・フォールトライン理論を用いた研究が多様性研究に新たな知見を加えている。フォールトライン (faultline) は、もともと地質学用語で、「断層線」という意味である<sup>9)</sup>。LauとMurnighanは、チームを分ける分割線を地質の断層線に見立て、フォールトラインを「複数の属性に沿ったグループメンバーのデモグラフィックな属性の配置に基づいて、チームを比較的均質なサブグループに分割する仮想的な分割線」<sup>8)</sup>と定義した。

従来の多様性研究とは異なり、グループ・フォールトライン理論を用いた研究では、任意の複数の属性によって、チームがどのくらい明瞭にサブグループに分かれるのかを問題としている。たとえば、チームが2名の20代の男性看護師と2名の40代の女性看護師から構成されている場合、このチームは、性別と年齢によって明瞭に2つのサブグループに分かれており、強いフォールトラインを持っているとされる。

グループ・フォールトライン理論は、フォールトラインが強いほど、チームの機能性に悪影響を与えると仮定している<sup>8)</sup>。この仮定は、社会心理学の2つの関連する理論である、社会的アイデンティティ理論<sup>10)</sup>と自己カテゴリー化理論<sup>11)</sup>に基づいている。これらの理論によれば、ひとは、個人としてのアイデンティティだけではなく、その集団に所属しているという意識から生じる社会的アイデンティティを持っている。また、属性に基づいて自己を自身が所属する内集団と、自己が所属しない外集団にカテゴリー化し、自己評価が上がるような方向で、外集団よりも内集団を高く評価する。これは、「内集団ひいき」と呼ばれる。また、外集団に対しては逆に、敵意を向ける、「外集団敵意」が生じやすくなる。グループ・フォールトライン理論は、このようなカテゴリー化と内

集団・外集団に対するバイアスを持つ過程を経て、チームはある属性に基づくサブグループに分けられ、つまりフォールトラインが生じ、内集団ひいきや外集団敵意によって、グループ内の対立が高まったり、成果が低下したりすると仮定している。実際、年齢や性別、経験年数などの属性に基づくフォールトラインを扱った研究の多くは、チームの機能性や成果に悪影響をもたらすという結果を報告している<sup>12,13,14)</sup>。

本研究は、このグループ・フォールトライン理論に基づき、年齢、病棟における経験年数（以降、病棟経験年数）、性別という3つの属性によるフォールトラインの強さが強いほど、チーム内の対人的な対立が高くなるとの仮説を立てた。チーム内の対人関係に注目したのは、そのことが円滑なチームワークに欠かせないためである<sup>15)</sup>。

## 2. チームの多様性と仲間による公正知覚

多様性の概念化に加えて、従来の多様性研究は、多様性が影響を及ぼす過程をほとんど明らかにしてこなかった点に関しても批判されている<sup>2)</sup>。この批判を受けて、本研究は、フォールトラインの影響は、チームメンバーがどの程度、貢献に見合った報酬を得ているかという分配の公正さに関する共有された知覚である「仲間による分配的公正風土」<sup>16)</sup>を介して、対人的な対立に影響を与えるかどうかを検討した。

多様性と公正知覚は、各々が組織研究において長年、検討されてきたトピックであるが、それらの関係性を検討した研究は数少ない。一般的に、公正知覚は組織の管理者によってどの程度、組織のメンバーが公正に扱われているかに関する知覚<sup>17)</sup>として検討されてきた。ところが、近年、Cropanzanoらは、公正さの源泉は管理者に限らず、同僚の場合もあり得るという考えをもとに、仲間間の公正知覚という考え方を示した<sup>18)</sup>。さらに、彼らは、それは個人レベルの知覚としてだけではなく、共有された知覚として、チームレベルの「仲間による公正風土」(peer justice climate)として存在すると主張している<sup>16,18)</sup>。

チームワークを基本とする看護の職場において、看護師が互いをどのように扱うかはチームの機能性に大きな影響を与えると推測される。これまでの研究で、個人レベルの仲間による公正知覚、あるいはその集合体である仲間による公正風土は、チー

ムの機能性に影響を与えることが示唆されている<sup>19)</sup>。

仲間による公正風土は、組織公正知覚と同様に、分配的、手続き的、対人的公正の3つのタイプが提唱されているが<sup>19)</sup>、本研究はこれらのなかから分配的公正に注目する。「仲間による分配的公正風土」(peer distributive justice climate)とは、グループメンバーが受け取る報酬が、どの程度、彼らの貢献に見合っているかについての共有された知覚を指す<sup>18)</sup>。個人が払った努力とそれによって得られる報酬の不均衡さに関する知覚は、ストレスをもたらす<sup>20)</sup>、対人的な対立を招きやすい<sup>21)</sup>。前述のとおり、年齢、病棟経験年数、性別によって明瞭にサブグループが分かれているほど、その中では内集団ひいきや外集団敵意といったバイアスが発生し、同僚の貢献と報酬の均衡に関する評価が歪む可能性がある。よって、フォールトラインが強いチームほど、仲間による分配的公正風土が低いと推測される。

### 3. 研究目的と研究仮説

以上をまとめると、本研究の目的は、年齢、病棟経験年数、性別によるフォールトラインが強いほど、チーム内の対人的な対立が強くなるのか、また、その効果は、一部、仲間による分配的公正風土によって、媒介されるのかどうかを検討することである。具体的な研究仮説は下記に記した。また、これらに基づく仮説的な媒介モデルを図1に示した。本モデルを検討することにより、一般的な多様性研究に新たな知見を加えるとともに、看護チームにおける多様性がチームワークに与える影響について理解を深まることが期待される。加えて、得られた結果に基づき、チーム内の多様性のマネジメントに対する示唆を検討する。

**【仮説1】** 年齢、病棟経験年数、性別によるフォールトラインが強いほど、そのチームにおける対人的な対立は大きい。

**【仮説2】** 年齢、病棟経験年数、性別によるフォールトラインが強いほど、そのチームにおける仲間による分配的公正風土は低い。

**【仮説3】** チームにおける仲間による分配的公正風土が高いほど、そのチームの対人的な対立は小さい。

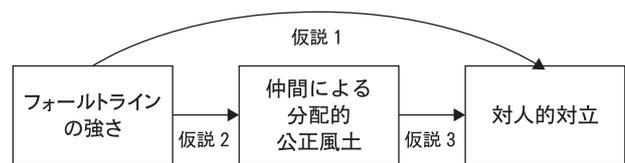


図1 フォールトラインの強さが対人的対立に及ぼす影響の仮説的媒介モデル

## 方法

### 1. 対象者

対象者は、研究者がアクセス可能な病院のなかから、研究協力の承諾を得た1つの公立病院を含む11病院の44病棟に勤務する准看護師と看護師を含む看護師の992名とした。さらに各対象者が所属している病棟をひとつのチームとして、44チームを対象とした。

### 2. データ収集方法

質問紙配布と回収までの手順は以下のとおりである。質問紙と各病棟に設置する回収箱を研究協力の承諾を得た各病院の看護管理者に送り、そこから各病棟に配布された。記入済み質問紙は、質問紙に添付されている封筒に封入した状態で、回収箱に投函してもらった。回収箱は、質問紙を病棟で配布開始2週間後に研究者のもとに返送してもらった。調査は2020年の2月に実施した。

### 3. 収集したデータ

質問紙によって年齢、病棟経験年数、資格、教育歴などの個人の属性の情報を収集した。また、チームの大きさとして、看護チームに所属する看護師と看護補助者を含めた人数を看護管理者から得た。ここで、チームの大きさに、看護補助者の人数を含めたのは、看護師がチームの大きさを、看護補助者を含めて認識している可能性があるためである。フォールトラインの強さ、仲間による分配的公正風土、対人的対立は以下のように評価した。

#### 3-1. フォールトラインの強さ

フォールトラインの強さの指標は、MeyerとGlenz<sup>22)</sup>によって提唱されている平均シルエット値 (average silhouette width : 以下ASW) を用いた。これは、クラスター分析を応用した方法で、1に近いほどその個人がそのクラスターとの

関係性が強いことを示す個人のシルエット値について、チームメンバー全員における平均を算出したものである。よって、この値が1に近いほど、サブグループの等質性が高いことを示す。ASWを採用したのは、チーム内の50%の欠損値までに耐えられるとされること<sup>22)</sup>、連続変数とカテゴリ変数の両方を扱えるためである。ASWの算出には、MeyerとGlenzが作成したR関数である、`asw.cluster`<sup>23)</sup>を使用した。

### 3-2. 仲間による分配的公正風土

仲間による分配的公正風土は、CropanzanoとBensonによって開発されたユニット内公正風土尺度の下位尺度である分配的ユニット内公正風土<sup>24)</sup>によって測定した。項目は英語から日本語にバックトランスレーション法によって翻訳した。「私たち全員が同じ評価を受け取っているも関わらず、同僚のなかには、仕事の分担分を働いていなかった人たちがいる」などの5項目を「全くそう思わない(1)」から「強くそう思う(5)」の5段階で評価してもらった。例に挙げた項目は反転項目であり、得点が高いほど、公正風土は高いことを示す。信頼係数は $\alpha = .77$ であった。

### 3-3. 対人的対立

対人的対立は、Jehn<sup>25)</sup>のグループ内対人的コンフリクト尺度を用いて測定した。英語の尺度であるため、バックトランスレーション法により日本語に翻訳した。「メンバー間の軋轢(あつれき)はどのくらいありますか」といった4項目に対して、「全くない(1)」から「たくさんある(5)」までの5段階で評価してもらった。信頼係数は $\alpha = .86$ であった。他の研究<sup>26)</sup>における、翻訳した同尺度の信頼係数は $\alpha = .90$ であった。

## 4. データ分析

本研究のデータは、看護師から収集した個人レベルのデータとフォールトラインの強さというチームレベルで得たデータから成るマルチレベルのデータ構造を持っている。Preacherら<sup>27)</sup>の推奨に従い、マルチレベルデータにおける媒介モデルを検討するために、本研究は、マルチレベル共分散構造モデリング(Multilevel Structural Equation Modeling; 以下、MSEM)を用いた。MSEMの最大の特徴は、個人レベルで測定した変数を、個

人間でのみ変動する級内成分とチーム間でのみ変動する級間成分に分け、その級内成分と級間成分を潜在変数として分析する点にある<sup>27)</sup>。そのことにより、推定値にサンプリングエラーなどによるバイアスが生じにくくなることが知られている<sup>27)</sup>。

図1の仮説的モデルに分析レベルを反映させたものを図2に示した。ここで、独立変数は、チームレベルで求められたフォールトラインの強さであり、チーム間で変動する級間成分しか持たない。しかし、仲間による分配的公正風土と対人的対立は、個人レベルで測定され、個人間で変動する級内成分とチーム間で変動する級間成分に分解される。図2に示したように、フォールトラインは級間成分しかもたないため、媒介効果は、各変数の級間成分のみで検討した。

なお、級内成分における変数の関係性は、本研究の仮説に含まれていないが、級間成分同様、仲間による分配的公正知覚と対人的対立の間には負の関連が予測される。ここで、仲間による分配的公正風土ではなく、公正知覚としたのは、個人間の変動である級内成分は、個人の知覚を表していると考えられるためである。

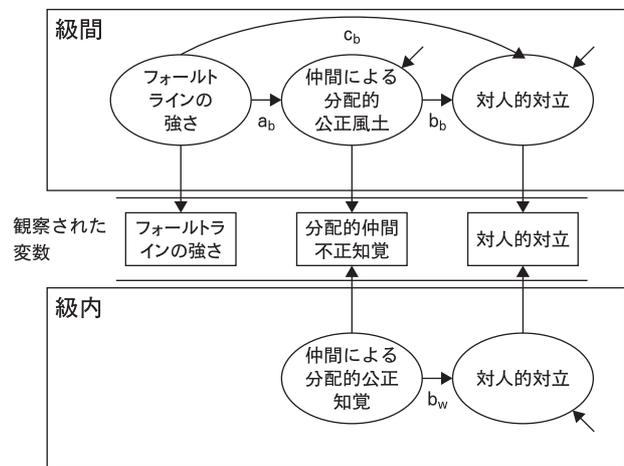


図1 分析レベルを考慮したフォールトラインが対人的対立に及ぼす影響の仮説的媒介モデル

長方形は観察された変数、楕円は潜在変数を表す。潜在変数に向かって端が切れている矢印は、誤差項を示す。また、チームの大きさを統制変数として投入したが、図の見やすさを考慮してモデル図に含めていない。仲間による分配的公正風土は、級間成分は、チームレベルの「公正風土」であるが、級内成分としては、個人の「公正知覚」と考えられる。 $a_b$ 、 $b_b$ 、 $c_b$ 、 $b_w$ は、それぞれの係数を示しており、表2の結果と対応している。

MSEMは、MPlus8.6<sup>28)</sup>を用いて実行し、パラメータの推定にはロバスト推定法を用いた。モデルの適合度は、CFI (Comparative Fit Index)

およびTLI (Tucker-Lewis Index) が.95以上、SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) が.08以下を基準として判断した。RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) については、.05以下が良い適合、.05~.10が中等度の適合とされている<sup>29)</sup>。各推定値の有意水準は、5%以下とした。なお、モデルの検証に先立ち、各尺度の因子構造をマルチレベルの確証的因子分析の手法で検討した。モデル適合度の基準は上記に準じた。

### 3. 倫理的配慮

本研究は、国際基督教大学研究倫理審査による承認（承認番号2019-47）のもとで実施された。対象者に、研究の目的、方法等を書面にて説明し、質問紙の提出をもって、研究参加への意思を確認した。

## 結果

### 1. 対象者とチームの特徴

質問紙を配布した992名のうち、757名から回答があった（回収率76.3%）であったが、無記入などの無効回答を除くと、有効回答者数は686名であり、配布総数に対する有効回答率は69.2%であった。しかし、有効回答率は、チームごとにばらつきがあり、チーム内の50%未満のチームが8チームあった。これらのチームは、フォールトラインの値の信頼性が保てないと判断し、これ以降の分析から除外した。よって、最終的には、11の病院からの36チーム616名が分析対象となった。最終的な分析対象者は、男性54名、女性562名、平均年齢は36.96歳（標準偏差 [Standard Deviation, 以下、SD]=11.44歳）で、最年少が20歳、最年長が74歳であった。資格の内訳としては、准看護師が43

名（7.0%）、看護師が573名（93.0%）であった。教育背景は、高校卒業44名（7.1%）、専修学校卒業437名（70.9%）、短大卒業45名（7.3%）、大学卒業81名（13.1%）、大学院卒業3名（0.5%）、その他3名（0.5%）、無回答3名（0.5%）であった。

また、チームの特徴については、急性期病棟と慢性期病棟の数は各々18であった。チームの大きさは、最小17名、最大57名、平均は28.64名（SD=6.60）であった。また、年齢、病棟経験年数、性別によるフォールトラインの平均値は.600（SD=.058）、最小値は.451、最大値は.693であった。

### 2. 各尺度のマルチレベル確証的因子分析の結果

対人的対立の1因子構造を確認したところ、 $\chi^2=31.29$ ,  $p<.001$ , CFI=.972, TLI=.932, RMSEA=.092, SRMR-within=.022, SRMR-between=.022とモデル適合度は十分であった。しかし、仲間による分配的公正風土に関しては、 $X^2=536.06$ ,  $p<.001$ , CFI=.555, TLI=.191, RMSEA=.278, SRMR-within=.032, SRMR-between=.029とモデル適合度は不十分であった。各項目の因子負荷量を確認したところ、級内における標準化された推定値が.106と極端に低い項目があったため、それを除外した。その結果、 $X^2=10.10$ ,  $p=.073$ , CFI=.990, TLI=.976, RMSEA=.058, SRMR-within=.017, SRMR-between=.356と一部、以前として適合度の基準を満たしていない基準があるものの、全体として適合度は改善したため、仲間による分配的公正風土は、4項目によって測定することとした。

これらの結果に基づき、個人レベルの各変数の平均と標準偏差、相関係数、級内相関係数（以下ICC1）を表1に示した。

表1 個人レベルでの観察された変数の平均、標準偏差、ICC1、相関係数

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	ICC1	1	2	3	4
1. 年齢	616	36.96	11.44	—	—			
2. 病棟経験年数	610	7.07	6.90	—	.29**	—		
3. 分配的公正風土	613	11.07	3.40	.06	-.15**	-.10*	—	
4. 対人的対立	611	10.89	3.07	.17	.08	.03	-.37**	—

注：分配的公正風土=仲間による分配的公正風土。最上段の1から4までの数字は、1=年齢、2=病棟経験年数、3=仲間による分配的公正風土、4=対人的対立を示す。\* $p<.05$ 、\*\* $p<.01$ 。

表2 フォールトラインが仲間による分配的仲間公正風土を介して対人的対立に影響を与えるモデルについてのマルチレベル共分散構造分析の結果

	推定値 (SE)	95%信頼CI
級間		
フォールトライン→分配的公正風土 ( $a_b$ )	7.083* (2.936)	[ 1.329, 12.937]
フォールトライン→対人的対立 ( $c_b$ )	13.714*** (3.846)	[ 6.177, 21.252]
分配的公正風土→対人的対立 ( $b_b$ )	-1.703*** (.259)	[ -2.211, -1.195]
チームの大きさ→対人的対立	-.039*** (.011)	[ -.060, -.017]
級内		
分配的公正風土→対人的対立 ( $b_w$ )	-.290*** (.042)	[ -.373, -.207]
間接効果 ( $a_b*b_b$ )	-12.062* (5.510)	[ -22.861, -1.263]

注：SE=標準誤差、CI=信頼区間、フォールトライン=フォールトラインの強さ、分配的公正風土=仲間による分配的公正風土。 $a_b$ ,  $b_b$ ,  $c_b$ ,  $b_w$ は、図2内に示した変数の関係と対応している。\* $p<.05$ 、\*\*\* $p<.001$ 。

### 3. モデル検証

図2の仮説的媒介モデルについて、MSEMで分析した結果を表2に示した。 $\chi^2=3.445$ ,  $p=.179$ , CFI=.991, TLI=.968, RMSEA=.034, SRMR-within=.000, SRMR-between=.077と適合度は十分であった。表2が示すように、仮説通り、フォールトラインが強いほど、対人的対立の得点が高いという正の関連がみられた。加えて、仲間による分配的公正風土と対人的対立の得点との間には、級内、級間ともに予測どおり負の関連があった。しかし、フォールトラインの強さと仲間による分配的公正風土の間には、予測に反し、正の関連が確認された。その結果、仲間による分配的公正風土を介したフォールトラインの強さの間接効果の推定値は負であり、フォールトラインが強いほど、対人的対立の尺度得点は低くなっていた。また、チームの大きさが大きいほど、対人的対立の得点は低かった。

#### 考察

##### 1. 看護チームにおけるフォールトラインの影響

本研究は、看護チームにおいて、年齢、病棟経験年数、性別によって形成されるフォールトラインがチーム内の対人的な対立に与える影響と、その影響がそのチームの仲間による分配的公正風土によって、媒介されるという媒介モデルを検証した。その結果、フォールトラインが強いほど、チーム内の対人的な対立が高く、仮説1は支持された。これは、看護チームが、看護師の年齢、病棟経験年数、性別によって、明瞭に分かれていればいるほど、チーム内の対人的な対立は大きいことを示

唆している。

今回の結果は、グループ・フォールトライン理論に基づけば、同じ属性を共有するメンバー間で、内集団ひいきや外集団敵意といったバイアスが生じたために対人的な対立が高まったと解釈できる。しかし、実際に、年齢、病棟経験年数、性別は顕現性の高いカテゴリー化を引き起こすのか、また、内集団・外集団によるバイアスは生じているのか、さらに検討していく必要がある。

##### 2. 仲間による分配的公正風土を介した影響について

仮説3に関しては予測どおり、チームレベルの、同僚の貢献と報酬のバランスの公正さの知覚が高いほど、チームの対人的な対立は低かった。つまり、チーム内で、同僚は貢献に見合った報酬を得ているという認識が共有されているほど、看護師間の対立は低い傾向であった。また、これは、個人の知覚レベルについても同様であった。

一方、仮説2では、フォールトラインが強いほど、チームの分配的公正風土は低下すると予測していた。しかし、結果はその逆であった。つまり、チームが年齢、病棟経験年数、性別に基づいて明瞭に分割されるほど、そのチームは、同僚が貢献に見合う報酬を得ているとの認識を共有していた。このような結果を得た理由として、回答者が、仲間による分配的公正風土を内集団のみを参照して評価した可能性が考えられる。ひとは、自己の価値を高め、自尊心を満足させるために、同じ社会的アイデンティティを共有する内集団を実際以上に良く評価する傾向がある<sup>11)</sup>。しかし、Brewer<sup>30)</sup>

は、このとき、必ずしも外集団への敵意を伴うわけではないことを示唆している。本研究においても、回答者は、属性が似通った同僚たちを基準に貢献と報酬のバランスを評価した可能性がある。もし、そうであれば、どのような時に、内集団ひいきのみ生じるのか、今後、明らかにする必要がある。

以上のように、フォールトラインの強さは、仲間による分配的公正風土を高め、結果的に、チーム内の対人的対立を低下させていた。この結果は、ある属性によって明瞭にサブグループにチームが分かれることで、チームレベルの対人的な対立は高まる一方で、仲間による分配的公正知覚を介した場合は、それとは逆に対立を低下させるという、フォールトラインは負と正の影響を同時に持っていることを示唆している。これまで、このようにチーム内の対立に対して、フォールトラインが良い影響と悪い影響を同時に持つことを示した研究は見当たらない。今回は、看護師を対象とした検討であったが、これはほかの職種でも生じるのか、看護の現場など職業性ストレスが高い職場における特徴なのか、さらなる検討が必要である。

これらの結果に基づくマネジメントへの示唆は2点である。まず、看護管理者が、年齢、性別、病棟経験年数によってチーム内の看護師が、どのくらい明瞭に分かれるのかによって、チーム内の対人関係が影響を受けることを知ることの重要性である。また、もし、チームが比較的明瞭に分割されているなら、そのことが、看護師間の関係性に悪い影響も良い影響も与える可能性があることを考慮した管理が必要である。

### 3. 研究の限界と将来の研究への課題

本研究の主な限界と将来的な研究への課題は、以下の3点である。1つ目は、サンプルの代表性とチームレベルのサンプル数が少ないことである。そのため、結果を直ちに日本の看護チーム全体に一般化することはできない。また、チームのサンプル数が36と比較的小さく、推定値が影響を受けた可能性を否定できない。今後は、より代表性が高いサンプルを用い、チーム数を増やして検討を重ねることが重要である。

2つ目は、今回の分析に看護補助者を含めておらず、看護チームの多様性を包括的に検討できていないことである。回答率を高める工夫とともに、

より包括的に看護チーム内における多様性の検討が今後、必要である。

3つ目は、急性期と慢性期の別や、人的資源の多寡、リーダーシップなど、職場環境の影響を考慮していないことである。多様性の影響は環境要因によって、変化することが示唆されており<sup>31)</sup>、フォールトラインが良い影響を示す条件が存在する可能性もある。今後はそのような要因を含めた検討をすることで、多様性の影響についてより理解が深まると考えられる。

看護チームの多様性の影響については、検討は始まったばかりであり、不明な点が多い。今後は、これらの課題について取り組みながら、多様性をもたらすメリットを最大限に、デメリットを最小限にするようなマネジメントにつながるような知見を積み上げていくことが重要である。

### 結論

看護チームにおいて、年齢、性別、病棟経験年数によるフォールトラインが強いほど、そのチーム内の対人的な対立が大きかった。また同時に、フォールトラインが強いチームほど、同僚が貢献に見合った報酬を得ているという認識が高く、対人的な対立が減少することも示された。よって、年齢、性別、病棟経験年数によって、チームが比較的同質なサブグループに明瞭に分かれることにより、チームは良い影響も悪い影響も同時に受けていることが示唆された。

### 謝辞

ご多忙ななか、本研究にご協力いただいた看護管理者および看護師の皆様に深く感謝いたします。

## 引用文献

- 1) Leonard M, Graham S, Bonacum D: The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *BMJ Quality & Safety*, 13 (suppl 1), i85-i90, 2004.
- 2) van Knippenberg D, Schippers M C: Work group diversity. *Annual Review of Psychology*, 58, 515-541, 2007.
- 3) Williams K Y, O'Reilly III C A: Demography and diversity in organizations: A review of 40 years of research. *Research in Organizational Behavior*, 20, 77-140, 1998.
- 4) Harrison D A, Price K H, Gavin J H et al.: A T. Time, teams, and task performance: Changing effects of surface-and deep-level diversity on group functioning. *Academy of Management Journal*, 45(5), 1029-1045, 2002.
- 5) Pelled L H: Demographic diversity, conflict, and work group outcomes: An intervening process theory. *Organization Science*, 7(6), 615-631, 1996.
- 6) Jehn K A, Northcraft G B, Neale M A: Why differences make a difference: A field study of diversity, conflict, and performance in workgroups. *Administrative Science Quarterly*, 44, 741-763, 1999.
- 7) Pelled L H, Eisenhardt K M, Xin K R: Exploring the black box: An analysis of work group diversity, conflict and performance. *Administrative Science Quarterly*, 44(1), 1-28, 1998.
- 8) Lau D C, Murnighan, J KP: Demographic diversity and faultlines: The compositional dynamics of organizational groups. *Academy of Management Review*, 23(2), 325-340, 1998.
- 9) Weblio 英和辞典・和英辞典：(閲覧：2021年8月25日) <https://ejje.weblio.jp/content/faultline>
- 10) Tajfel H, Turner J C: The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel and W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7-24), 1986. Chicago: Nelson-Hall.
- 11) Turner J C, Hogg M A, Oakes P J, Reicher S D, Wetherell M S: Rediscovering the social group: A self-categorization theory, 1987: Basil Blackwell.
- 12) Bezrukova K, Jehn K A, Zanutto E L et al.: Do workgroup faultlines help or hurt? A moderated model of faultlines, team identification, and group performance. *Organization Science*, 20(1), 35-50, 2009.
- 13) Thatcher S, Jehn K, Zanutto E: Cracks in diversity research: The effects of diversity faultlines on conflict and performance. *Group Decision and Negotiation*, 12, 217-241, 2003.
- 14) Van Knippenberg D, Dawson J F, West M A et al.: Diversity faultlines, shared objectives, and top management team performance. *Human Relations*, 64(3), 307-336, 2010.
- 15) Tekleab A G, Quigley N R: Team deep-level diversity, relationship conflict, and team members' affective reactions: A cross-level investigation. *Journal of Business Research*, 67(3), 394-402, 2014.
- 16) Li A, Cropanzano R: Fairness at the group level: Justice climate and intraunit justice climate. *Journal of Management*, 35, 564-599, 2009.
- 17) Colquitt, J. A., Conlon, D. E., Wesson, M. J. et al.: Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 425-445, 2001.
- 18) Li A, Cropanzano R, Bagger J: Justice climate and peer justice climate: A closer look. *Small Group Research*, 44(5), 563-592, 2013.
- 19) Cropanzano R, Li A, Benson L: Peer justice and teamwork process. *Group & Organization Management*, 36, 567-596, 2011.
- 20) Siegrist J: Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27, 1996.
- 21) Ohue T, Moriyama M, Nakaya, T: Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 8(1), 76-86, 2011.
- 22) Meyer B, Glenz A: Team faultline measures: A computational comparison and a new approach

- to multiple subgroups. *Organizational Research Methods*, 16, 393-424, 2013.
- 23) Meyer B, Glenz, A: Calculating diversity faultlines with the `asw.cluster` package in R: A step-by-step guide for beginners  
<http://www.group-faultlines.org/>
- 24) Li A, Cropanzano R: Fairness at the group level: Justice climate and intraunit justice climate. *Journal of Management*, 35, 564-599, 2009.
- 25) Jehn K A: A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative Science Quarterly*, 40, 256-282, 1995.
- 26) 西村明德：児童・生徒への対応をめぐる教職員間の葛藤と対処方略：葛藤状況及び教職員に対する認知的評価の視点から，*学校メンタルヘルス*，8，57-67，2005.
- 27) Preacher K J, Zyphur M J, Zhang, Z: A general multilevel SEM framework for assessing multilevel mediation. *Psychological Methods*, 15(3), 209-233, 2010.
- 28) Muthén L K, Muthén B O: *Mplus user's guide* (8<sup>th</sup> ed.), (1998-2017), Los Angeles, CA: Author.
- 29) Browne M W, Cudeck R: Alternative ways of assessing model fit. In K A Bollen and J S Long (Eds.) *Testing structural equation models* (pp. 136-162), CA: Sage.
- 30) Brewer M B: The psychology of prejudice: Ingroup love or outgroup hate?. *Journal of Social Issues*, 55, 429-444, 1999.
- 31) Thatcher S, Patel P C: Demographic faultlines: A meta-analysis of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 96(6), 969-1009, 2011.

投稿規定・会則・入会要項

# 投稿規程

## 1. 投稿者

投稿者は、著者および共著者のすべてが本学会員でなければならない。ただし、本学会により依頼した者はこの限りではない。

## 2. 対象とする原稿

1) 投稿原稿は他誌および関連する他の学会等で未発表であること。

2) 患者の生活行動回復に関する看護に関連するものであること。

3) 原稿の種類は以下の区分があり、投稿者は原稿にそのいずれかを明記する。

原著：研究論文のうち、独創性が高く、科学的な研究としての意義が認められ、研究論文としての形態が整っているもの。

総説：ある特定のテーマに関して、1つまたはそれ以上の学問分野における知見を広く概観し、そのテーマについて総合的に概説したもの。

研究報告：研究論文のうち、内容・論文形式において原著論文には及ばないが、研究としての意義があり発表の価値が認められるもの。

症例・実践報告：研究論文のうち、内容・論文形式において原著論文には及ばないが、臨床における実践報告としての意義があり発表の価値が認められるもの。

資料・その他：上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

## 3. 倫理的配慮

1) 著者は、本研究が倫理的配慮のもとに実施されたものであることを本文中に明記する。

2) 倫理的配慮とは、主に以下のこととする。

a. 対象者への研究参加の説明と同意の手続きが適切に行われている。

b. 対象者が心身の負担・苦痛や不利益を受けない配慮がされている。

c. 個人データが守秘され、プライバシーが保護されている。

d. 研究者としてのモラルに反していない。

なお、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」(2008)、文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」(2008)等にかんがってなければならない。

## 4. 原稿の投稿方法

原稿の投稿は次のどちらかとする

1) 郵送：投稿原稿は3部を送付する。うち2部は複写でよい。投稿原稿は封筒の表に「日本ヒューマン・ナーシング研究学会論文原稿」と朱書きし、学会事務局あてに簡易書留にて送付する。原稿には6の10に示すA4版の表紙を付す。

2) メール：投稿原稿を「表紙」「要旨」「本文」「図表」ごとにファイルを作成し、下記の学会事務局に送付する。ファイル名は「表紙：ラーニングタイトル 氏名」「要旨：ラーニングタイトル 氏名」「本文：ラーニングタイトル 氏名」「図表：ラーニングタイトル 氏名」として作成する。

## 5. 原稿の受付および採否

1) 原稿の投稿は随時受け付ける。

2) 原稿が学会事務局あてに到着した日を受付日とする。

3) 原稿は理由の如何を問わず返却しない。

- 4) 原稿の採否は1論文につき複数名以上の査読者による査読を経て、学会事務局において決定する。
- 5) 学会事務局の判定により、原稿の修正および論文の種類の変更を著者に勧めることがある。
- 6) 投稿原稿の採否は、査読者の意見を元に、学会事務局が決定する。

## 6. 原稿執筆の要領

- 1) 原稿の本文は原則としてワードプロセッサで作成する。
- 2) 原稿はA4版横書きで、1枚につき25文字×32行(800文字)とし、適切な行間をあける。
- 3) 原稿の枚数は、要旨・図表・写真・文献などを含み、1論文につき以下の通りとする。
  - a. 図表・写真は3点で原稿1枚と見なす。
  - b. 原則として、これを超える枚数の論文は受理しない。
    - 原著：15枚(12000文字)
    - 総説：15枚(12000文字)
    - 研究報告：10枚(8000文字)
    - 実践報告：10枚(8000文字)
    - 資料：10枚(8000文字)
- 4) 外国語は片仮名で、外国人名や日本語が定着していない学術用語などは原則として活字体の原綴りで表記する。
- 5) 図表・写真は原則として掲載大(印刷時の実物大)で作成し、白黒印刷で判別できる明確なものとする。
- 6) 図表・写真は、それぞれ図1、表1、写真1などの番号やタイトルをつけ、本文とは別に一括して本文の最後に添付する。本文の右欄外に挿入希望位置を指定する。
- 7) 原稿には、400～600文字程度の和文要旨をつける。原著を希望する場合には、300語程度の英文要旨もつける。英文要旨は表題、著者名、所属、英文要旨の順に記載する。また、英文要旨は、ネイティブチェックを受け、ネイティブチェックを行った証明書を添付する。
- 8) 文献は、本文の引用箇所の順に1)、1,2)、1-4)など番号で示し、本文最後に一括して引用番号順に記載する。文献の著書が3名までは全員、4名以上の場合には最初の3名を記し、それ以上は他またはet al. とする。雑誌などの略名は医学中央雑誌に、英文誌はINDEX MEDICUSに従って記載する。
- 9) 文献は下記の形式で記載する。
  - 雑誌の場合・・・著者名：表題、雑誌名、巻(号)、頁、発行年(西暦)。  
**【記載例】**
    - 林裕子：脳波による意識障害患者の脳活動評価の検討，日本脳神経看護研究学会，33(2)，133～140，2011.
    - Doolittle, N. D. : The experience of recovery following lacunar stroke, 17(3), 122～125, 1992.
  - 単行本の場合・・・著者名：書名、版数、頁、出版社、発行地、発行年(西暦)  
**【記載例】**
    - Kleinman. A/江口重幸, 五木田紳, 上野豪志(訳)：病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学, 40-45, 誠信書房, 東京, 1996.
    - Tanner JM: Growth at adolescence, 2nd edition, 56, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 2005.
- 10) 原稿にはA4版の表紙を付し、表紙には以下のことを記載する。
  - 希望する論文の種類
  - 表題(和文・英文)
  - キーワード(論文内容を表す重要な語句。和文・英文)3～5句

- ランニングタイトル (30 字以内)
- 著者名 (和文・英文) および会員番号、共著者および会員番号
- 所属施設・機関名 (著者の所属が異なる場合には氏名の右肩に 1, 2, 3, の様に番号を付け、対応する著者の所属を氏名につけた番号順に記載する。和文・英文)
- 連絡先 (メールアドレス、電話番号、FAX 番号、郵便番号、住所)
- 添付した図表、写真の枚数
- 別刷希望部数

## 7. 掲載決定後の原稿提出

- 1) 投稿者は、プリントアウトした原稿 2 部とデータファイル(FD、CD、USB など)を学会事務局に提出する。投稿原稿をデータに入力する順序は、表紙、要旨、本文、図・表・写真の順とし、データには論文名、筆頭者名、ファイル名、フォーマットの種類、ソフトの種類を記載したラベルを添付する。

## 8. 著者校正

- 1) 著作校正を 1 回行う。ただし、校正の際の加筆は認めない。

## 9. 学会誌への掲載時期

- 1) 採用が決定した投稿論文を掲載する学会誌の号・巻は、査読や修正に要した期間を考慮した上で、可能な範囲で発行時期の早い号・巻になるよう学会事務局において決定する。

## 10. 著作権

- 1) 本学会誌に掲載された論文の著作権は本学会に帰属する。掲載後に他誌等に掲載する場合は、本学会の承認が必要である。
- 2) 著者ならびに共著者は、最終原稿提出時に学会事務局より提示される「著作権譲渡同意書」に自筆署名し、原稿とともに学会事務局あてに送付する。

## 11. 著者が負担すべき費用

- 1) ネイティブチェックを受ける際の費用。(必要時)
- 2) 別刷料：別刷はすべて実費を著者負担とし、最低冊数は 20 冊からとする。
- 3) その他：図表・写真など、印刷上特別な費用を必要とした場合は著者負担とする。

### 【原稿の送付先】

〒006-8585 札幌市手稲区前田 7 条 15 丁目 4-1  
 北海道科学大学 保健医療学部 看護学科  
 日本ヒューマン・ナーシング研究学会 事務局  
 TEL：011-688-2342 (ダイヤルイン)  
 E-mail: fukura@hus.ac.jp

## 第1章 名称及び事務局

第1条 本会は日本ヒューマン・ナーシング 研究学会（英文名 Japan society of Human Nursing Research : JSHN）とする。

第2条 本会の事務局を、北海道科学大学保健医療学部看護学科に置く。

## 第2章 目的及び事業

第3条 本会は意識障害並びに拘縮等により生活行動が著しく低下した対象者への専門的看護の研究ならびに実践，普及に努め，会員相互の交流を図るとともに，国民の健康ならびに福祉に貢献することを目的とする。

第4条 本会は前条（3条）の目的を達成するために下記の事業を行う。

1. 学術集会の開催
2. 学会誌の発行
3. 看護技術研修会の開催
4. その他 本会の目的を達成するために必要な事業

## 第3章 会員

第5条 本会は次の会員をもって構成する。

1. 会員とは，本会の目的に賛同し，入会の手続きを終了した者をいう。
2. 賛助会員とは，本会の目的に賛同し，本会に寄与するために入会を希望し，理事会の承認を得た者をいう。
3. 名誉会員とは，本学会に永年に亘り貢献の認められた会員を理事会の推薦により，総会の議を経て，総会の承認を得た者をいう。

第6条 入会及び退会は次の通りとする。

1. 本会の入会を希望する者は所定の手続きによる入会申込書を本会事務局に提出するものとする。入会金および会費の納入を完了した時点で本会の会員又は賛助会員となる。
2. 次の各号の一つに該当する会員・賛助会員は退会したものとみなす。
  - a. 本人から退会の申し入れがあった場合。
  - b. 特別の理由なく2年以上会費を納入しない場合。

## 第4章 役員・評議員

第7条 本会運営のために，会員から次の役員を置く。

1. 理事長 1名
2. 副理事長 2名
3. 常任理事 若干名
4. 理事 22名以内
5. 監事 2名

第8条 役員選出方法は次の通りとする

1. 理事長は会員の中から選出され，総会で選任される。
2. 理事長は本会運営の円滑を図るために，会員の中から理事を指名する。

3. 副理事および常任理事は、理事長が理事の中から推薦し理事会で承認される。
4. 監査は会員の中から選出され、総会で選任される。

第 9 条 役員任期は次の通りとする

1. 理事長、副理事長、常任理事、理事及び監査の任期は 3 年とし、再任をさまたげない。
2. 理事は、任期中の欠員を補充しない
3. 理事は、任期満了の場合において後任者が就任するまでは、その職務を行わなければならない。
4. 監事は、辞任または任期満了の場合においては、後任者が就任するまでは、その職務を行わなければならない。

第 10 条 役員は次の職務を行う。

1. 理事長は本会を代表して会務を統括する。
2. 副理事長は理事長を補佐し、理事長に事故ある時はこれを代行する。
3. 常任理事は会の事務を総括し会務の運営を円滑に図る。
4. 理事は理事会を組織し会務を執行する。
5. 監事は本会の会計を監査する。

## 第 5 章 会議

第 11 条 本会は次の会議をおく

1. 常任理事会
2. 理事会
2. 総会

第 12 条 本会に常任理事会を置く。

1. 常任理事会は全ての常任理事を持って構成する。
2. 本会は会運営の事務的機関である。
3. 常任理事会は理事長ならびに常任理事の招集にて開催される。
4. 常任理事会は常任理事の 3 分の 2 名以上の出席がなければ議事を開催することができない。

第 13 条 本会に理事会を置く。

1. 理事会は全ての理事を持って構成する。
2. 本会運営の決議機関である。
3. 理事会は理事長が招集し開催する。
4. 理事会は、毎年 1 回以上開催する。ただし、理事の 3 分の 1 以上の請求があった場合は、理事長は臨時に理事会を開催しなければならない。
5. 理事会は理事の過半数の出席がなければ議事を開き議決する事ができない。

第 14 条 総会は会員をもって構成する。

1. 総会は理事長が招集する。
2. 総会は、毎年 1 回開催する。但し、理事会が必要と認めた時は、理事長は臨時に総会を開催しなければならない。
3. 総会は会員の 10 分の 1 以上の出席がなければ議事を開き議決することはできない。

第 15 条 総会は次の事項を報告し必要に応じて議決する。

1. 事業計画及び収支予算
2. 事業報告及び収支決算

3. その他理事会が必要と認めた事項

第 16 条 総会における議事は、出席した会員の過半数の賛成をもって決する。

## 第 6 章 学術集会会長

第 17 条 学術集会会長

1. 毎年 1 回学術集会を主宰する為に学術集会会長を置く。
2. 学術集会会長は理事会で決定する。
3. 任期は 1 年とする。
4. 学術集会会長は学術集会を主宰する。

## 第 7 章 会計

第 18 条 本会の運営は会費その他の収入をもってこれにあてる。

1. 会員から年会費を徴収する。
2. 新会員から入会金を徴収する。
3. 賛助会員からの会費ならびに寄付。

第 19 条 本会の会計年度は毎年 4 月 1 日に始まり、翌年 3 月 31 日で終わる。

第 20 条 入会金、年会費は次の通りとする。

1. 入会金 2,000 円
2. 年会費 会費 5,000 円  
賛助会員 (1 口) 50,000 円  
名誉会員 会費の納入を必要としない

第 21 条 本会の運営費の収支決算は、役員会及び総会において報告する。

## 第 8 章 会則の変更

第 22 条 本会の会則を変更する場合は、役員会の議を経て総会の承認を必要とする。

第 23 条 会則の変更の承認は、出席者の 3 分の 2 以上の賛成を必要とする。

## 第 9 章 付則

本会則は

- 平成 20 年 4 月 1 日から実施する。
- 平成 21 年 2 月 1 日から実施する。
- 平成 23 年 3 月 1 日から実施する。
- 平成 24 年 10 月 1 日から実施する。

## 日本ヒューマン・ナーシング研究学会入会要項

学会への入会は学会趣旨に同意して下記の申込書の送付と、入会金年会費の納入をもって成立いたします。大学生、専修学校生の入会はできませんが学術集会への参加はできます。また、大学院生におかれましては特別な区分はありません。申込書と振り込みが確認されましたら、会員番号をお知らせいたします。

### 1. 申込書の送付について

申込書に必要事項を記載して下記宛に郵送またはFAX・メールにて送付して下さい。

〒006-8585 札幌市手稲区前田7条15丁目4-1

北海道科学大学 保健医療学部 看護学科

FAX: 011-688-2274

E-mail: fukura@hus.ac.jp

### 2. 入会金・年会費の納入について

新規に入会される方は入会金2,000円、年会費5,000円を郵便局備え付けの振り込み用紙にて振り込んで下さい（青色の振込用紙を使用する）。振り込み料金は入会者にてご負担下さい。

口座記号・番号： 02780-0-101086

加入者名： 日本ヒューマン・ナーシング研究学会

(点線より切り取ってご提出下さい)

## 日本ヒューマン・ナーシング研究学会 入会申込書

申込年月日 年 月 日

日本ヒューマン・ナーシング研究学会 理事長 紙屋克子殿

貴会の趣旨に賛同して西暦\_\_\_\_\_年度より入会を申し込みます。

ふりがな	職 種	
氏名	1. 看護師 2. 保健師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 介護福祉士 7. 医師 8. 歯科医師 9. 歯科衛生士 10. 栄養士 11. その他 ( )	
勤務先 名称： 〒		
電話番号	TEL	FAX
自宅住所 〒		
電話番号	TEL	FAX
E-mail	連絡先 (いずれかに○) 自宅 ・ 所属	
事務局処理欄		

**日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌 第10巻2号**

発行日 2022年3月31日

発行 日本ヒューマン・ナーシング研究学会

発行者 学会事務局

事務局 〒006-8585 札幌市手稲区前田7条15丁目4-1

北海道科学大学 保健医療学部 看護学科

TEL：011-688-2342 FAX：011-688-2274

印刷 コミナミ印刷株式会社

