



Title	看護師のプロフェッショナリズムとケアリング
Author(s)	小野寺, 美希子
Degree Grantor	北海道大学
Degree Name	博士(経営学)
Dissertation Number	甲第13715号
Issue Date	2019-09-25
DOI	https://doi.org/10.14943/doctoral.k13715
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/85868
Type	doctoral thesis
File Information	Onodera_Mikiko.pdf



令和元年
北海道大学大学院経済学院
博士論文

看護師のプロフェッショナリズムとケアリング



(松尾ゼミ)
現代経済経営専攻
小野寺 美希子

目次

第1章 研究の背景.....	1
1.1 先行研究の現状と課題	2
1.2 本研究の目的と分析対象.....	3
1.3 本研究の構成.....	5
第2章 先行研究レビュー.....	8
2.1 プロフェッションの概念.....	8
2.2 プロフェッショナルリズムの概念.....	9
2.2.1 態度としてのプロフェッショナルリズム	10
2.2.2 信念・価値としてのプロフェッショナルリズム.....	12
2.2.3 職業的アイデンティティとしてのプロフェッショナルリズム	13
2.2.4 本研究におけるプロフェッショナルリズムの定義	14
2.3 プロフェッショナルリズムのレベル・決定要因・結果要因	15
2.3.1 職業別プロフェッショナルリズム	15
2.3.2 プロフェッショナルリズムの決定要因	15
2.3.3 プロフェッショナルリズムの結果要因	16
2.4 先行研究レビューのまとめ	17
2.5 先行研究における研究課題	19
第3章 研究の枠組み.....	22
3.1 本研究のモデルとリサーチクエスション	22
3.2 研究課題に対する先行研究レビュー.....	23
3.2.1 仕事経験とプロフェッショナルリズムの関係	23
3.2.2 結果要因としてのケアリング行動.....	25
3.2.3 媒介要因としてのプロアクティブ行動	27
3.3 分析の概要	29
3.4 小括	30
第4章 研究の方法.....	32
4.1 定量分析の方法	32
4.1.1 調査方法	32
4.1.2 サンプル特性と分析方法	33

4.1.3 測定尺度	33
4.2 定性分析の方法	34
4.2.1 調査方法	34
4.2.2 サンプル特性と分析方法	35
4.2.3 インタビュー内容	36
第5章 定量分析	37
5.1 仮説	37
5.1.1 職業的アイデンティティがケアリング行動に与える影響	38
5.1.2 職業的アイデンティティがプロアクティブ行動に与える影響	39
5.1.3 プロアクティブ行動がケアリング行動に与える影響	40
5.2 結果	41
5.2.1 測定尺度の信頼性と妥当性	41
5.2.2 分析モデルと適合度	43
5.2.3 仮説検証	43
5.3 考察	44
5.4 小括	46
第6章 定性分析	47
6.1 調査対象	47
6.2 分析結果	49
6.2.1 仕事経験のカテゴリーの分析	49
6.2.2 プロフェッショナリズムのカテゴリーの分析	52
6.2.3 プロアクティブ行動のカテゴリー	53
6.2.4 ケアリング行動のカテゴリー	54
6.2.5 カテゴリー間の関係	55
6.3 カテゴリー関係の事例	58
6.3.1 キャリア初期から中期における仕事経験と献身性	58
6.3.2 キャリア中期から後期における仕事経験と自律性	61
6.3.3 媒介要因としてのプロアクティブ行動	65
6.3.4 プロフェッショナリズムとプロアクティブ行動に基づくケアリング行動	67

6.3.5 仕事経験、プロフェッショナリズム、プロアクティブ行動、ケアリング行動の関係	70
6.4 考察	75
6.5 小括	77
第7章 結論	78
7.1 本研究の発見事実	79
7.2 理論的インプリケーション	81
7.3 実践的インプリケーション	84
7.4 本研究の限界と今後の課題	86
参考文献	88
資料	101
資料1 プロフェッショナリズムの尺度	101
資料2 定量調査の質問票	102
資料2.1 職業的アイデンティティ	102
資料2.2 プロアクティブ行動	102
資料2.3 ケアリング行動	103
資料2.4 基本属性	104
資料3 インタビューの分析結果	105
資料3.1 仕事経験① キャリア初期から中期	105
資料3.2 仕事経験② キャリア初期から中期	106
資料3.3 仕事経験③ キャリア初期から中期	107
資料3.4 仕事経験④ キャリア中期から後期	108
資料3.5 仕事経験⑤ キャリア中期から後期	109
資料3.6 プロフェッショナリズム（献身性）	110
資料3.7 プロフェッショナリズム（自律性）	111
資料3.8 プロアクティブ行動（職場環境の改善）	112
資料3.9 プロアクティブ行動（上司への支援要請）	113
資料3.10 ケアリング行動（親密な関与）	114
資料3.11 ケアリング行動（エビデンスの探求）	115
資料3.12 ケアリング行動（専門的技術の提供）	115

謝辭	116
----------	-----

第1章 研究の背景

専門的職業人であるプロフェッショナルは、専門知識や技術の活用を通してクライアントが抱える問題を特定し解決することが求められている(Schon, 1983)。プロフェッショナルとしての役割を果たすためには、高い専門性を基盤として職務を遂行する必要があるが、この職務行動を方向づけるのがプロフェッショナルリズムである。

プロフェッショナルリズムは、専門的職業人に求められる「一連の態度・信念・価値・アイデンティティ」として捉えられ(e. g., Burford, Morrow, Rothwell et al., 2014; Hall, 1968; Evetts, 2003a, 2003b, 2013)、職務満足、内発的動機づけ、職務業績等を高めることが明らかにされている(e. g., Boyt, Lusch, and Naylor, 2001; Dinger, Thatcher, Treadway et al., 2015; 瓜生原, 2012)。

従来、専門的職業として認識されてきたのは、医師、弁護士、聖職者であったが(Freidson, 1970; 石村, 1969)、現代では職業の多様性と専門性が進展し、幅広い領域の職業がプロフェッションとしてみなされるようになってきた(e. g., Evetts, 2003a, 2013; Noordegraaf, 2016)。その背景として、環境の複雑性の増加とともに科学技術が発展した結果、タスクの範囲が広まり様々な専門家の協働がなければ問題の解決が困難になっていることが挙げられる(草野, 2016; 田尾, 2005)。そのため、今後さらに分野を限定することなく、多くの職業において高い専門性が求められることが予想される。これらの点から、専門的職業の拡大に伴い、専門家を育成することが急務となり、そのためにもプロフェッショナルの成長プロセスを解明する必要性が高まっていると考えられる。こうしたプロフェッショナルの成長プロセスを解明する上で鍵を握るのが、専門家の行動を方向づけるプロフェッショナルリズムであろう。

例えば、病院組織では、医療が高度化・複雑化した結果、医師だけでなく、看護師、薬剤師、理学療法士等が協働することで、はじめて適切な医療サービスを提供することが可能になる(真野, 2011; 田尾, 2005; 瓜生原, 2018)。その際、各分野のプロフェッショナルは、高い専門性に基づいて、職業固有の行動をとりながら多職種と協働する必要がある。ゆえに、知識や技術発達に伴う専門的職業の増加に対応するためにも、専門的職業人がいかにプロフェッショナルリズ

ムを形成し職務行動を促進するかに関するメカニズムの解明は重要な課題である。

1.1 先行研究の現状と課題

これまで、プロフェッショナルリズム研究は、Hall (1968)が提唱する5次元モデルを中心にその決定要因と結果要因が検討されてきた (e. g., Boyt et al., 2001; Dinger et al., 2015; Jang, Kim, and Kim, 2016; Wynd, 2003)。しかし、先行研究においては、重要であるにもかかわらず検討が十分ではない課題が存在する。

第1に、これまで、「報酬制度」(e. g., Bartol, 1979a; Boyt et al., 2001)、「職業社会化」(Altiok and Ustun, 2014; Lui, Ngo, and Tsang, 2003)、「資格」、「教育レベル」、「職務経験年数」、「職位」(Wynd, 2003)、「制度的要因」等がプロフェッショナルリズムに与える影響は検討されてきたが(Hwang, Lou, Han et al., 2009)、仕事経験についての分析は不十分である。人の成長の7割は経験によって規定されるという報告や(McDaniel, Schmidt, and Hunter, 1988; Morrison and Brantner, 1992)、経験からの学習を通して信念が形成されるといわれていることから(e. g., Abelson, 1979; Burford et al., 2014)、仕事経験はプロフェッショナルの成長に強い影響を与えると考えられる。これらの点から、高い専門性を発揮するプロフェッショナルの成長プロセスを解明するためには、仕事経験がどのようにプロフェッショナルリズムを決定づけているかを検討する必要がある。

第2に、これまでプロフェッショナルリズムは、「組織市民行動」(Cohen and Kol, 2004)、「内発的動機づけ」(Dinger et al., 2015)、「職務満足」(Boyt et al., 2001)、「組織コミットメント」(e. g., Bartol, 1979a; Dinger et al., 2015)、「職務業績」等を促進することが報告されていたが(Dinger et al., 2015; 瓜生原, 2012)、個人の職務行動に対する影響については十分な検討がされていない。しかし、アイデンティティ、信念・価値、態度としてのプロフェッショナルリズムは、行動を方向づけると考えられることから、個人の職務行動を促進すると思われる。例えば、看護師であればプロフェッショナルリズムとケアリング行動というように、プロフェッショナルリズムが職務固有の行動を促す可能性がある。プロフェッショナルリズムと職務固有行動との関係性を検討することで、高い業績に結びつけるプロフェッショナルの行動プロセスを解明することができるだろう。

第3に、従来のプロフェッショナルは専門分野において自律性が高く、所属組織への帰属意識が低かったのに対し(Gouldner, 1957; 田尾, 1999, 2005)、現代のプロフェッショナルは組織によるコントロール下で職務を遂行することが求められている(田尾, 1999, 2005)。つまり、近年のプロフェッショナルの成長プロセスを検討する際には、いかに所属組織に適合し、専門性の高い仕事を遂行するかという観点からの分析が必要となる。プロフェッショナリズム研究において、専門家の組織適合行動が、どのように職務固有行動と関係しているかを検討することで、より高い職務業績が得られるメカニズムを明らかにすることができると考えられる。

組織における適合行動は、組織社会化研究において分析されてきたが(竹内・竹内, 2011)、その中でも、近年、注目を集めているのがプロアクティブ行動である(e. g., Ellis, Nifadkar, Bauer et al., 2017; 星, 2016; 尾形, 2016)。プロアクティブ行動は「個人が率先して、状況を改善するかあるいは新しい状況を創り出す行動」と定義され(Crant, 2000, p. 436, 筆者訳)、自らが率先して組織等の環境を変えることを通して職場に適合しようとする行動を意味している。この組織適合行動としてのプロアクティブ行動がプロフェッショナリズムと職務固有の行動を媒介している可能性があり、この関係を分析することは有用である。

1.2 本研究の目的と分析対象

上述した課題を踏まえ、本研究の目的は、プロフェッショナリズムの決定要因と結果要因を明らかにすることにある。具体的には、①専門的職業人はどのような経験を通して、いかなるプロフェッショナリズムを獲得しているのか、②プロフェッショナリズムはプロアクティブ行動を媒介しながら、いかにケアリング行動に影響を与えているかを検討する。

上記の課題を分析する上で、本研究は、プロフェッションと呼ばれる職業の中でも対人援助職に着目する。対人援助職(helping professions)とは、他者に援助や学習を提供する職業であり、医師、看護師、ソーシャルワーカー、カウンセラー、教師等を含む(e. g., Newsome, Waldo and Gruszka, 2012; Siebert and Siebert, 2007)。

対人援助職に着目する第1の理由は、その社会的重要性にある。複雑化、多

様化した現代社会において、問題や苦難を抱えながら生活する人々を支える上で、対人援助職は重要な役割を果たしているといわれている(新井・庄司, 2013)。例えば、いじめや学級崩壊に直面する教師やカウンセラー、超高齢社会において高度な医療や福祉サービスを提供する看護師、理学療法士、介護福祉士等は、プロフェッショナルとして活動することが求められている。この点から考えても、複雑な問題を抱える人々に質の高いヒューマン・サービスを提供しうる対人援助職の成長プロセスを解明することは、社会的にも重要である。

第2に、対人援助職は、公益サービスへの貢献や他者援助を重視するプロフェッショナリズム(Hall, 1968; Freidson, 1970; Miner, 1993)を検討する上で適した対象であると考えられる。まず、対人援助職は、クライアントと直接的に関わり、相互作用によるサービスの提供を特徴とすることから(田尾, 2001)、サービスを受ける側の体験を充実させ(Eriksen, 1977)、社会や他者に対する貢献を実感しやすい職業である(田尾, 2001)。また、ヒューマン・サービスとしての他者への援助は、道徳的判断に基づき、クライアントのウェルビーイングに働きかけることを前提としている(Eriksen, 1977; Hasenfeld, 2009)。これらのことから、対人援助職は、プロフェッショナリズムにおける重要な次元である公共サービスや他者援助に深くかかわる仕事に従事している職業であるため、プロフェッショナルリズム研究をする上で適していると考えられる。

第3に、複雑化・多様化する社会に対応するためにプロフェッショナル領域が拡大している中(山田, 2004)、対人援助職は新興的なプロフェッショナルの典型例であると考えられる。例えば、超高齢社会に対応する上で重要な働きをする、介護の専門家である介護福祉士や、様々な領域における心理的課題に対応するカウンセリングの専門家である臨床心理士のように、新しいプロフェッショナルの多くは対人援助の領域において生まれている。

こうした背景を基に、本研究は対人援助職に関するプロフェッションに着目するが、その中でも看護師を対象に分析を行った。看護師を選定した理由は以下の4点である。第1に、看護師は、医師や薬剤師とともに、従来から存在する医療職であり、早い時期にプロフェッショナル化した専門職だからである。加えて、対人援助に関わる新興的なプロフェッションの中でも、専門性が高いといわれている(田尾, 2005)点も選定理由の1つである。

第 2 の理由として、近代のプロフェッショナルが専門分化している中で(新井・庄司, 2013; 田尾, 2005)、看護師はケアの専門家である点が挙げられる(田尾, 2005)。すなわち、多様な対人援助職が協働し専門分化を特徴とするヒューマン・サービス組織の代表である病院において(田尾, 2001, 2005)、ケアの専門家が医師であるのに対し、ケアの専門家は看護師¹⁾であるといわれている(江藤, 2007)。看護師は、古くからプロフェッションとしてみなされてきた医師と並び、ヒューマン・サービス組織において、職業固有のサービスを提供している典型的な職業であるといえる。

第 3 に、看護師は「ケアリング行動」という明確な職務固有行動が要求されることから、プロフェッショナリズムと職務行動の関係を分析しやすい点を挙げることができる。なお、看護師のケアリング行動は、人間科学に基づくことを特徴としているため(Watson, 2012)、人間を複合的に理解する対人援助職(田尾, 2001, 2005)に必要とされる典型的な要素を含んでいる。したがって、看護師の職務固有行動とプロフェッショナリズムの関係を検討することによって、他の対人援助職に応用可能な知見が得られると思われる。

第 4 に、筆者が看護師であるため、データにアクセスしやすく、深い分析が可能であるからである。すなわち、インタビューにおいても専門用語や臨床での経験を正確に理解した上で、仕事における出来事等を詳細に聴取し分析できるというメリットがある。

以上の理由から、看護師は、プロフェッショナリズムの決定要因と結果要因を検討する上で適した対象であると考えられる。

1.3 本研究の構成

本研究は、図 1-1 に示したように全 7 章によって構成されている。本章では、本研究の問題意識となる背景、プロフェッショナリズム研究の現状および目的について述べた。

第 2 章では、プロフェッショナリズムの先行研究を概観した上で、これまでの研究における課題を明らかにした。つまり、プロフェッショナリズムの概念を明確にした上で、プロフェッショナリズムの決定要因および結果要因に関する研究をレビューし、先行研究の課題を検討した。

第3章では、第2章で明らかになった研究課題に基づき、本研究の枠組みとともにリサーチクエスチョンを提示した。さらに、本研究の枠組に沿って、プロフェッショナルリズム研究において検討されてこなかった仕事経験、プロアクティブ行動、およびケアリングについて先行研究レビューをおこなった。

第4章では、本研究において採用している、定量的方法ならびに定性的方法について説明した。

第5章では、看護師439名を対象に実施した質問紙調査データの分析結果を示した。具体的には、職業的アイデンティティ、プロアクティブ行動、ケアリング行動の関係性について共分散構造分析を用いて分析した。

第6章では、研究の枠組みに沿って、15名の看護師へのインタビュー調査データを基に検討した。具体的には、看護師の仕事経験、プロフェッショナルリズム、プロアクティブ行動、ケアリング行動の関係性についてグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。

第7章では、定量分析と定性分析によって明らかになった発見事実を提示した上で、理論的および実践的インプリケーションを議論した。最後に、本研究における今後の課題と限界について述べた。

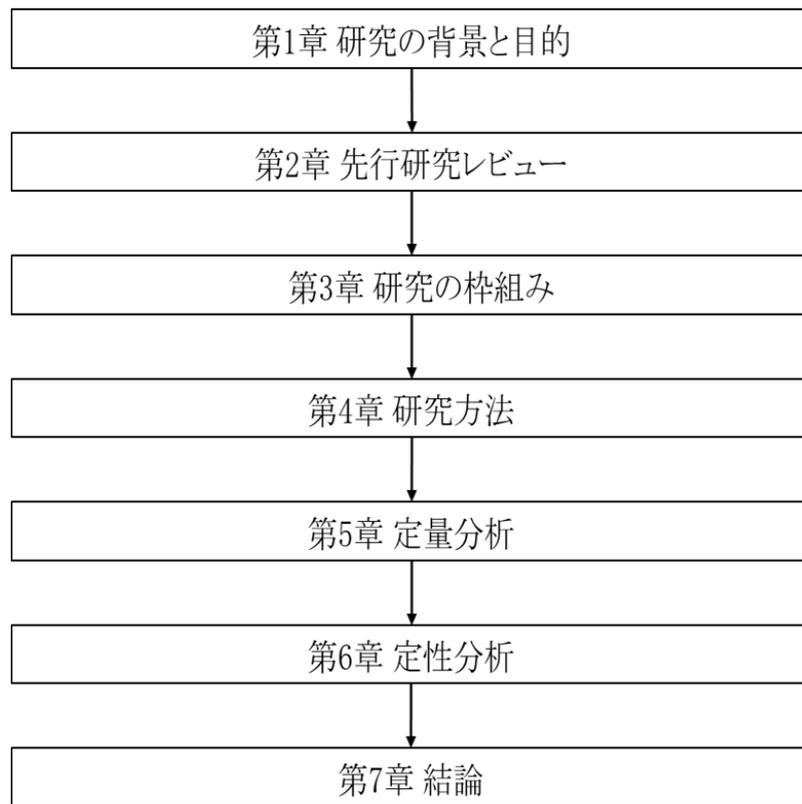


図 1-1 本稿の構成

¹⁾ キュアとは医師による治療を、ケアとは看護職者によって提供される行為を意味している(江藤, 2007)

第2章 先行研究レビュー

本章では、本研究の主要な概念であるプロフェッショナルリズムに関する先行研究をレビューし、プロフェッショナルリズム研究の現状と今後の課題を明らかにする。以下では、プロフェッションを「専門的職業」、プロフェッショナルを「専門的職業人」と捉えた上で、まずプロフェッションについて説明する。その後、プロフェッショナルリズムの概念について整理し、プロフェッショナルリズムのレベル、決定要因、結果要因について概観する。

なお、本研究は、プロフェッショナルリズム研究の基盤となっている Hall (1968) が多様な職業を基にプロフェッショナルリズムについて検討している点を踏まえ、先行研究をレビューする。この点に関し、本研究は、セミプロフェッションから進化した新興的なプロフェッションに対しても、これまでのプロフェッショナルリズム研究の知見を適用できるという前提に立っている。

2.1 プロフェッションの概念

まず、プロフェッションと呼ばれる職業の構造を説明した後、専門的職業の特徴について提示する。

近代において、プロフェッションとして認められてきた職業は、医師、弁護士、聖職者であるが (Freidson, 1970; 石村, 1969)、現代においては幅広い分野の職業がプロフェッションと呼ばれるようになっている (e. g., Evetts, 2013; Noordegraaf, 2016; 太田, 1993)。このように、専門的職業とみなされる職業は拡大しているが、プロフェッションには、ある一定の職業構造があることが指摘されている。Wilensky (1964) は、プロフェッションの形成過程をプロフェッショナルリゼーション (professionalization) と呼び、ある職業がプロフェッション化していくためには以下のような要素が必要であると主張している。すなわち、①フルタイムで必要とされている仕事であること、②訓練学校の設置、③専門職業団体の形成、④法の支持を得るための政治的な働きを持つこと (職業領域の保護と倫理規定の維持に関する働き)、⑤公式的な倫理規定の確立である。これらは必ずしも順番に形成される訳ではなく、長期的に影響し合ってプロフェッションとしてのレベルに変化を与えるという。

上記の基準に基づき Wilensky (1964)は、次のように専門的職業を分類している。すなわち、医師や弁護士を「確立されたプロフェッション」、看護師や教師を「発展過程のプロフェッション」、都市計画者や病院管理者を新しいプロフェッション」、広告代理人や葬儀家を「不確かなプロフェッション」として区分している。こうした分類が提示されてから 50 年以上が経過していることから、発展過程のプロフェッションである看護師や教師、新しいプロフェッションである都市計画者や病院管理者も、確立されたプロフェッションへと移行していると考えられる。

プロフェッションの定義については、概ね合意が得られており、「長期的専門教育による知識と技術の習得」、「自律性と専門性」、「倫理的規範」、「同業者コミュニティ」という 4 つの要素を含んでいる(太田, 1993)。「長期的専門教育による知識と技術の習得」とは、高等教育機関において体系的な専門知識やスキルを獲得する必要性を示している(Greenwood, 1957; Wilensky, 1964)。ただし、近年は、高等教育機関だけでなく、仕事現場におけるトレーニングを通して得られる専門的知識や技術の構築も含まれる傾向にある(McGivern, Currie, Ferlie et al., 2015; 宮下, 2001; Noordegraaf, 2016)。また、プロフェッションは、専門的な知識やスキルを基に「自律性と専門性」を追求し自己の分野における独占的権限を得ていることが多い(Cruess and Cruess, 2012; 太田, 1993)。こうした専門領域における権限は、職業団体によって認められた「倫理的規範」、能力や倫理的基準を維持するための「同業者コミュニティ」によって統制されている(太田, 1993)。

以上の点を考慮し、本研究はプロフェッションを「長期的専門教育あるいは仕事現場において専門的な知識と技術の習得が求められ、同業者コミュニティや倫理的規範が存在し、自律性と専門性を追求している職業」と定義する。このようなプロフェッションの特徴を前提とし、次にプロフェッショナリズムの概念について整理する。

2.2 プロフェッショナリズムの概念

これまで、プロフェッショナリズムは、図 2-1 に表したように態度、信念、価値、職業的アイデンティティという様々なレベルで概念化されており、その

定義についてはコンセンサスが得られていない(e. g., Burford et al., 2014; Hammer, 2000; Hoonpongsimanont, Sahota, Chen et al., 2018; Van De Camp, Vernooij-Dassen, Grol et al., 2004)。以下では、プロフェッショナリズムを「態度」、「信念・価値」、「職業的アイデンティティ」の観点から捉えた研究をレビューする。

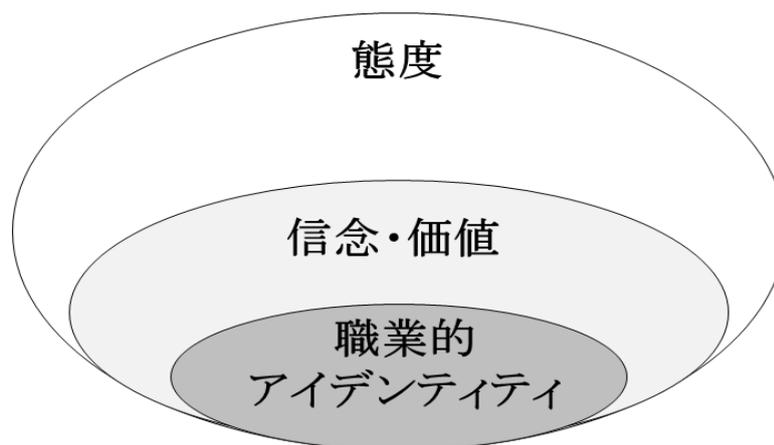


図 2-1 プロフェッショナリズムの概念

2.2.1 態度としてのプロフェッショナリズム

プロフェッショナリズムの5次元モデルを提唱した Hall (1968)は、プロフェッショナリズムを態度側面から概念化している。多くの研究は、このモデルを基にプロフェッショナリズムを態度として定義している(e. g., Cohen and Kol, 2004, Dinger et al., 2015; Lee, 2014; Snizek, 1972; Wynd, 2003)。以下では、Hall (1968)が提示したプロフェッショナリズムの次元について説明する。

Hall (1968)は、プロフェッショナリズムを「自律的な感覚」、「自己統制の信念」、「職業集団への準拠」、「公益サービスの信念」、「職業への献身性」の5次元から捉えている。さらに、これらの次元それぞれに対し10の下位項目を設定しスケール化している。この尺度はその後、Snizek (1972)によって再検討され、各次元を5項目によって測定する尺度が開発されている。この Hall (1968)の5次元と Snizek (1972)の尺度は、多様な分野の専門的職業を対象としたプロフェッショナリズム研究に活用されてきた(e. g., Dinger et al., 2015; Hampton and Hampton, 2004; Kerr, Von Glinow, and Schriesheim, 1977; 瓜生原, 2012; Wynd,

2003)。つまり、Hall (1968)がプロフェッショナリズムをモデル化したことで、態度としてのプロフェッショナリズム概念が広まったといえる¹⁾。

表 2-1 は、Hall (1968)の 5 次元に基づいて、これまで検討されてきた概念を整理したものである(Bartol, 1979a, 1979b; Freidson, 1970; Miner, 1993; Miner, Crane, and Vandenberg, 1994)。すなわち、「自律性の感覚」とは、外的圧力がなく自身の判断で物事を決定して行動する感覚を意味する。「自己統制の信念」は同業者間で仕事の質を評価し合い、仕事の質を保証すべきであるという信念を表している。「職業集団への準拠」とは、職業団体や組織の規定に沿った態度をとることや職業団体への帰属意識を意味する。「公益サービスへの信念」は、公共利益に関与したいという信念・態度のことであり、「職業への献身性」は、外的報酬がなくてもその専門分野で働きたいと思う職業への召命感を表している。

上述したように、Hall (1968)はプロフェッショナリズムを態度側面から捉えているが、「自己統制の信念(belief in self-regulation)」、「公共サービスの信念(a belief in service to the public)」という次元をみてもわかるように信念の要素も含まれている。態度は、複数の信念によって形成され、信念を内包しているといわれていることから(Rokeach, 1968a, 1968b)、プロフェッショナリズムは信念の観点からも検討する必要があるといえる。

表 2-1 プロフェッショナルリズムの次元

著者	プロフェッショナルリズムの次元				
Hall (1968)	自律性の感覚 外的圧力がなく自身で決定できる	自己統制の信念 同業者同士での評価による質の保証	職業集団への準拠 同業者コミュニティへの関与	公益サービスへの信念 公共利益への奉仕の気持ち	職業への献身性 外的報酬がなくても働きたいと思う献身性
Freidson (1970)	自律性 自主的に複雑な仕事を個人の判断で決定できる	自己規制の理念 同業者と自己の行為を評価 専門職としての知識と技術の習得	職業集団への準拠 同業者集団が認めた倫理の遵守	公共サービスへの献身性 公益への奉仕という理念の基に提供する利他的サービス	専門的組織への貢献 組織化された仕事への献身性
Bartol (1979a, 1979b)	自律性 自身で仕事の方法や目標を設定することができる	同業者による標準の維持 職業団体に所属し標準的な信念を維持	専門家としての自己同一視 職業と職業集団への一体化	倫理的規範 クライアントへの関心を優先し、質の高いサービスを提供	専門分野への帰属化 自身の専門分野で長期間働きたいという願望
Miner (1993) Miner et al. (1994)	自律的な行為 自身の判断を基準とした自立的行動をとることができる	地位の承認 同僚や顧客間で地位を確立して保持する 知識の獲得 顧客にサービスを提供するための専門的知識の獲得		他者への援助 他者を助けて貢献したいという欲求	職務への帰属化 職業への強い絆と自己同一性

2.2.2 信念・価値としてのプロフェッショナルリズム

プロフェッショナルリズムは態度だけでなく、信念・価値の観点からも検討されている。Burford et al. (2014)は、プロフェッショナルリズムを個人が持つ中核的な信念であることを定性分析によって検証している。さらに、Evetts (2003a) は、プロフェッショナルリズムを規範的価値体系とイデオロギーの観点から捉えている。ここでいう規範的価値体系とは、規範的な社会秩序に沿ってクライアントに対し献身的に関与するとともに、クライアントとの相互作用を重視する考え方である。一方、イデオロギーは、職業に与えられた独占的な権限に関する信念および社会的統制による自律的な意識決定や仕事における自己統制を意味し

ている。つまり規範的価値体系は公共に対してサービスを献身的に行うことの重要性であり、イデオロギーは仕事に対する自己統制や自律的に物事を決定したいという信念・態度を指している。

なお、先述したように Hall (1968)は、プロフェッショナリズムを態度側面として取り扱っているにもかかわらず、その次元には信念の要素、すなわち、「自己統制の信念」と「公共サービスへの信念」が含まれている。また、Snizek (1972)や Boyt et al. (2001)によると、Hall (1968)の「職業団体への準拠」次元は、職業団体の規範に沿うことで専門的職業人としての価値、信念、アイデンティティを強める働きをしている。さらに、Hall (1968)の「公共サービスへの信念」は、プロフェッションが社会に利益をもたらすという専門家の信念がベースとなっていることが指摘されている(Boyt et al., 2001)。以上の点から、Hall (1968)が提唱したプロフェッショナリズムは、態度だけでなく価値、信念、アイデンティティを内含しているといえる。

ここまで、プロフェッショナリズムを価値・信念の観点から説明してきたが、価値と信念は概念的に類似していることは否めない。そのため、本研究におけるこれらの概念の位置づけについて整理する。Rokeach (1968a, 1968b)は、価値を「何が良いか悪いかという、よし悪しについての信念」と考えている。これに対し、Abelson (1979)は信念を良い悪いといった価値を含む概念を意味しているという。両者の定義からも示されているように、信念と価値は、物事や事象のよし悪しや望ましきに関する認知的概念であり、相互に結びついていると解釈できる。そのため、本研究では、図 2-1 に示したように、信念と価値が相互に関連しながら、態度を方向づけていると捉えることにする。

上述したように、信念にはアイデンティティが含まれるとする研究もあることから(Boyt et al., 2001; Hall, 1968; Snizek, 1972)、次節では、職業的アイデンティティとしてのプロフェッショナリズムの関係について検討する。

2.2.3 職業的アイデンティティとしてのプロフェッショナリズム

Fagermoen (1997)は、職業的アイデンティティとプロフェッショナリズムは密接に関係していると主張している。これに関し、Burford et al. (2014)は、定性的データを用いて、職業的アイデンティティがプロフェッショナリズムの構成要

素の一つであることを明らかにしている。さらに、職業的アイデンティティや道徳的アイデンティティは、プロフェッショナルリズムの一部であることも指摘されている(Evetts, 2011; Hamilton, 2008)。これらの研究から、職業的アイデンティティは、プロフェッショナルリズムの一要素として、個人の態度・行動に影響を与えていると考えられる。

これまでの研究において、職業的アイデンティティは、「職業との自己一体意識」(グレッグ, 2002, p. 198)、「専門的職業人としての行動、価値観の内在化および職業集団への一体化」と定義されてきた(波多野・小野寺, 1993, p. 21)。このように職業的アイデンティティは、職業に対する価値の内在化に焦点が当てられる傾向にある。つまり、職業に価値を見出している程度が職業的アイデンティティであり、これらの点から捉えると、職業的アイデンティティは、職業への一体化と定義することができる。例えば看護師であれば「看護師であることが好きだ」、「看護師であることを幸せに思う」、「看護の現場で働いていることを誇りに思う」のように(Hao Niu Li et al., 2014)、看護師という職業との一体化意識が、職業的アイデンティティである。そのため、本研究では、職業的アイデンティティを「職業との自己一体意識」と定義した上で(グレッグ, 2002, p. 198)、信念・価値・態度の基盤となる、プロフェッショナルリズムの一部として概念化する。

2.2.4 本研究におけるプロフェッショナルリズムの定義

以上の議論を踏まえて、本研究はプロフェッショナルリズムを「プロフェッショナルが有する職業的アイデンティティ、信念・価値、態度の総体」と定義する。すなわち、本研究におけるプロフェッショナルリズムは、職業的アイデンティティがベースとなって信念・価値を形成し、この信念・価値が態度を方向づけると捉えることにする。その理由として、アイデンティティ、信念・価値、態度は、人間の行動を導くといわれているからである(Rokeach, 1968a, 1968b)。

2.3 プロフェッショナルリズムのレベル・決定要因・結果要因

本節では、実証研究のレビューを基に、職業別プロフェッショナルリズム、決定要因・結果要因について概観する。

2.3.1 職業別プロフェッショナルリズム

Hall (1968)は、27の組織に所属する11種の職業(公認会計士、広告代理人、エンジニア、弁護士、図書館員、看護師、人事管理者、医師、ソーシャルワーカー、株式ブローカー、教師)を対象に、上述した5次元モデルに基づき、プロフェッショナルリズムを測定している。その結果、看護師、ソーシャルワーカー、弁護士はプロフェッショナルリズムが高い傾向にあった。例えば、看護師とソーシャルワーカーは「公共サービスへの信念」、「職業への献身性」が、弁護士は「職業団体への準拠」、「自己統制の信念」、「自律的な感覚」のスコアが高かった。なお、医師は「職業への献身性」、「自律的な感覚」のスコアが高い傾向にあった。その他、株式ブローカー、広告代理人は「自己統制の信念」と「自律的な感覚」の次元が高いことが示されている。

この研究で注目すべき点として、2点挙げることが出来る。第1に、会計士は、所属組織によってプロフェッショナルリズムのレベルが異なっていた点である。すなわち、国際会計事務所や大学に所属している会計士の方が、企業の会計部門に所属している会計士よりもプロフェッショナルリズムが高い傾向にあった。このことは、組織およびタスク特性の違いがプロフェッショナルリズムに影響を与える可能性を示唆している。第2に、伝統的にプロフェッションとして認められてきた医師、弁護士のみならず、看護師、教師、広告代理人等においても、レベルの差はあるがプロフェッショナルリズムを獲得していた点である。つまり、プロフェッショナルリズムは職業を限定することなく多様な分野の専門的職業において、欠かすことのできない概念であるといえる。

2.3.2 プロフェッショナルリズムの決定要因

プロフェッショナルリズムの決定要因は、個人的要因、制度的要因、組織的要因の観点から検討されている。

個人的要因としては、「職務経験年数」、「学歴(教育レベル)」、「資格」(Tanaka,

Yonemitsu, and Kawamoto, 2014; 瓜生原, 2012; Wynd, 2003)、「職位」がプロフェッショナルリズムに影響を与えていた(Carlan and Lewis, 2009; Tanaka et al., 2014)。具体的には、「職務経験年数」が長いほど、「職業集団への準拠」、「自律性の感覚」、「公益サービスへの信念」、「職業への献身性」が高い傾向にあった(Wynd, 2003)。また、「学歴」が高く「資格」を取得しているほど、「自律性の感覚」と「職業集団への準拠」は高いことが報告されている(Wynd, 2003)。なお、「職位」については、プロフェッショナルリズムは高まる場合もあれば、必ずしもそうではない場合もあることが明らかにされている(Carlan and Lewis, 2009; Tanaka et al., 2014)。

制度的な要因に関しては、同じ職業であっても国によって制度が異なると、職業に対する社会の認識や職業的地位に差異が生じ、プロフェッショナルリズムに影響を与えることが示されている(Hwang et al., 2009)。このことから、国による制度の違いを考慮する必要があるといえる。

組織的要因である報酬制度(Bartol, 1979a; Boy et al., 2001; Hampton and Hampton, 2004)、職業社会化²⁾はプロフェッショナルリズムを促進することが報告されている(Altiok and Ustun, 2014; Lui et al., 2003)。ここでいう報酬制度とは、組織が専門的職業人に対する評価基準を提示することで適切な行動を促す仕組みを指す(Bartol, 1979a, 1979b)。具体的には、「クライアントへの関与」、「自己の分野に関する情報収集」、「組織や社会へのポジティブな影響」等の評価基準を明示した制度が、プロフェッショナルリズムを高めることが示されている(Bartol, 1979a; Boy et al., 2001; Hampton and Hampton, 2004)。

2.3.3 プロフェッショナルリズムの結果要因

プロフェッショナルリズムが高まると、「内発的動機づけ」(Dinger et al., 2015)、「慈悲心」(Jang et al., 2016)、「職務満足」(Boyt et al., 2001; Hampton and Hampton, 2004)、「組織コミットメント」(Bartol, 1979a; Dinger et al., 2015; Norris and Niebuhr, 1984)、「職務業績」(Dinger et al., 2015; 瓜生原, 2012)、「組織市民行動」が高まると報告されている(Cohen and Kol, 2004)。さらに、プロフェッショナルリズムが高まることで、「バーンアウト」や「2次的外傷性ストレス(secondary traumatic stress)³⁾」(Jang et al., 2016)、「離職の意向」が低下するという(Dinger et al., 2015)。

上記の発見事実を、より詳細に説明すると以下の通りである。すなわち、「職業への献身性」、「自律性の感覚」のプロフェッショナルリズムが内発的動機づけを促進し(Dinger et al., 2015)、「自律性の感覚」(Boyt et al., 2001; Dinger et al., 2015)、「専門分野への帰属化」、「倫理的規範」は職務満足を高めていた(Bartol, 1979a)。また、「自律性」(Bartol, 1979a)、「専門分野への帰属化」、「倫理的規範」のプロフェッショナルリズムは、組織コミットメントを高めることが示されている(Bartol, 1979a; Norris and Niebuhr, 1984)。なお、「職業への献身性」は、情緒的コミットメントを媒介して離職の意向を低下させることが報告されている(Dinger et al., 2015)。プロフェッショナルリズムと職務業績の関係については、「自律性の感覚」(Dinger et al., 2015)、「卓越性の追求」、「自己統制」、「職務への献身性」、「責務」、「社会的責任」が高まると、職務業績も高まることが明らかになっている(瓜生原, 2012)。このように、プロフェッショナルリズムは組織メンバーの態度や業績に正の影響を与えるといえる。

一方、Jang et al. (2016)によれば、Hall (1968)の5次元全ては、バーンアウトを低下させるという。さらに、この研究において、プロフェッショナルリズムは、対人援助職に特有のネガティブ感情である「バーンアウト」と「2次的外傷性ストレス」を低下させ、ポジティブ感情である「慈悲心」を促進していた。このことから、ネガティブ感情を持ちやすい対人援助職であったとしても、プロフェッショナルリズムを獲得することによって、ポジティブ感情が高まり、ネガティブ感情が抑制される可能性があると考えられる。

加えて、プロフェッショナルリズムにおける「職業集団への準拠」次元が、組織市民行動における「役割内行動」、「一般的服従」、「愛他主義」を促進することが報告されている(Cohen and Kol, 2004)。この結果から、組織市民行動に影響を与えるのは、職業への献身性や公共利益を優先する信念・価値・態度ではなく、同業者集団に対するコミットメントであるといえる。

2.4 先行研究レビューのまとめ

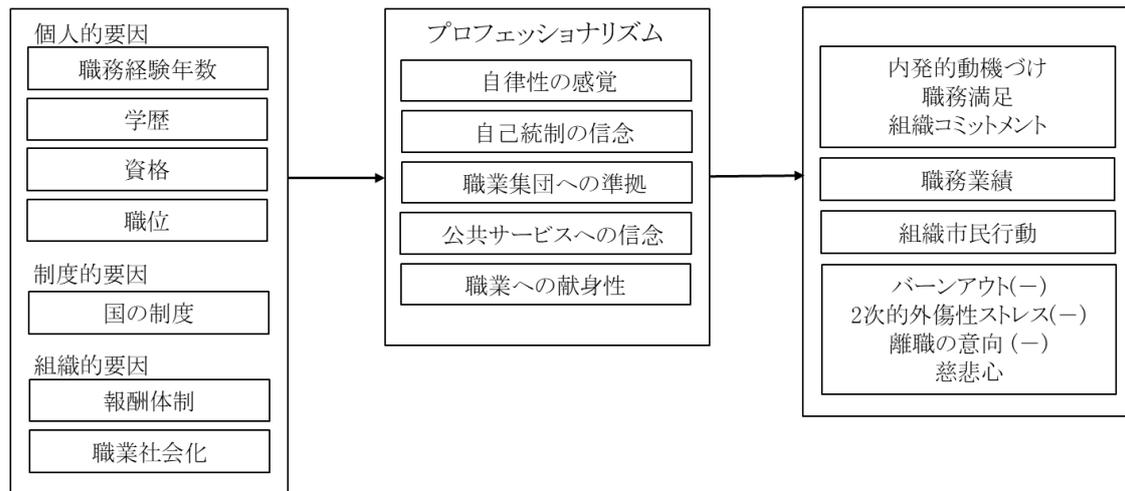
以上のレビューをまとめたものが図 2-2 である。本節では、レビュー結果のまとめとして、プロフェッショナルリズムの概念、その決定要因と結果要因について整理する。

プロフェッショナリズムは、職業的アイデンティティ、信念・価値、態度によって概念化できるとともに、個人の行動を方向づける働きをする。プロフェッショナリズムに関する実証研究では、主に Hall (1968)の 5次元モデルに基づき、「自律性の感覚」、「自己統制の信念」、「職業団体への準拠」、「公共サービスへの信念」、「職業への献身性」の観点から検討されていた(e. g., Boyt et al., 2001; Carlan and Lewis, 2009; Dinger et al., 2015; Jang et al., 2016; Wynd, 2003)。

プロフェッショナリズムの決定要因は、個人的要因、制度的要因、組織的要因の3側面から検証されてきた。具体的には、個人的要因として「職務経験年数」、「学歴」、「資格」、「職位」(Carlan and Lewis, 2009; Tanaka et al., 2014; 瓜生原, 2012; Wynd, 2003)、制度的要因に関しては「国の制度」の影響について分析されていた(Hwang et al., 2009)。また、組織的要因としては「報酬制度」(Bartol, 1979a; Boy et al., 2001; Hampton and Hampton, 2004)と「職業社会化」が取りあげられていた (Altiok and Ustun, 2014; Lui et al., 2003)。

プロフェッショナリズムの結果要因は、「内発的動機づけ」(Dinger et al., 2015)、「職務満足」(Boyt et al., 2001; Hampton and Hampton, 2004)、「組織コミットメント」(Bartol, 1979a; Dinger et al., 2015; Norris and Niebuhr, 1984)、「職務業績」(Dinger et al., 2015; 瓜生原, 2012)、「バーンアウト」、「2次的外傷性ストレス」(Jang et al., 2016)、「離職の意向」(Dinger et al., 2015)、「慈悲心」(Jang et al., 2016)、「組織市民行動」の観点から検討されていた(Cohen and Kol, 2004)。

上述した点を踏まえて、次に本研究における課題を提示する。



注: (-)は負の関係を意味する。

図 2-2 プロフェッショナリズムの決定要因と結果要因

2.5 先行研究における研究課題

前節までの先行研究レビューの結果、次の4点を残された課題として指摘することができる。

第1に、Hall (1968)のモデルで示された5次元を「自律性」と「献身性」の観点から2分類することで、プロフェッショナリズムを構造的に捉えることが可能になると思われる。これまでの研究では、プロフェッショナリズムの各次元は、並列的に扱われる傾向にあり、次元間の関係や構造が分析されることは少なかった。そこで、第6章の定性分析で確認するが、Hall (1968)の次元間の内容的な類似性に着目するとともに、Evetts (2003a)の規範的価値体系とイデオロギーの考えも参照し、Hall (1968)の5次元を高次レベルの「自律性」(自律性の感覚、自己統制の信念、職業集団への準拠)と「献身性」(公共サービスへの信念、職業への献身性)に分類できることを提案したい。ここでいう「自律性」は、権限や役割、専門性の追求を意味する「専門職志向」を、「献身性」は、プロフェッショナルとしての道徳観によって公共の利益やクライアントを優先する「他者志向」を意味する。つまり、Hall (1968)のモデルを2次元に区分することで、対人援助職としてのプロフェッショナルに欠かすことのできない「専門性」と「利他性」という2つの観点からプロフェッショナリズムを再分類することができると思われる。

第2に、プロフェッショナルリズムの決定要因として、仕事経験を検討すべきであると考えられる。なぜなら、仕事経験は、成人の成長に高い影響を与えることや(McDaniel et al., 1988; Morrison and Brantner, 1992)、個人の知識・スキル、仕事への意欲を高め、行動に変化を与えることが報告されているからである(Tesluk and Jacobs, 1998)。仕事経験がどのようにプロフェッショナルリズムと関係し、いかなる行動に結びつくのかを明らかにすることは、プロフェッショナルの成長プロセスを解明する上で重要であると考えられる。なお、キャリア初期、中期、後期という発達段階によって、仕事経験と獲得能力の関係が異なることから(e. g., Benner, 2001; 松尾・正岡・吉田他, 2018; 松尾・武藤・小笠原, 2014; 澤井, 2018; 高橋, 2018)、キャリア発達段階は、仕事経験とプロフェッショナルリズムのモデレータになりうることを考慮に入れて検討する必要があるだろう。

第3に、プロフェッショナルリズムが職務行動に与える影響を分析すべきである。これまで、プロフェッショナルリズムが与える影響は、認知的・情動的な態度側面から検討される傾向にあり、行動側面に対する分析は十分ではない。しかし、先述したように職業的アイデンティティ、信念・価値、態度としてのプロフェッショナルリズムは、個人の行動を規定すると考えられることから、プロフェッショナルリズムがどのような職務行動を促進するのかを分析する必要がある。とりわけ、専門的職業人は、クライアントの問題を特定し解決することが求められていることから(Schon, 1983)、プロフェッショナルリズムと問題解決行動との関係性を明らかにすることは意義があるだろう。例えば、看護師であれば、プロフェッショナルリズムとケアリング行動というように、プロフェッショナルリズムによって規定されたケアリング行動を通して、クライアントの問題を解決していると思われる。この点から考えると、プロフェッショナルリズムに基づく専門的職業人の職務固有行動に着目して分析することで、プロフェッショナルの成長プロセスを明らかにすることが可能となるだろう。

第4に、プロフェッショナルリズムと職務行動の関係性を検討する際には、組織適合行動と職務固有行動を区別する必要がある。なぜなら、近年のプロフェッショナルは被雇用者として組織に所属する傾向にあるため(田尾, 1999, 2005)、職務固有行動だけでなく、いかに組織に適合するかという観点からの分析も求

められているからである。組織における適合行動として、近年、重要視されているのがプロアクティブ行動である(e. g., Ellis et al., 2017; 星, 2016; 尾形, 2016)。プロアクティブ行動は「個人が率先して、状況を改善するかあるいは新しい状況を創り出す行動」と定義され(Crant, 2000)、自らが率先して職場に適合しようとする行動を意味している。この組織適合行動としてのプロアクティブ行動は、職務上の問題解決、仕事への動機づけ、仕事に必要な知識・技術の習得等を促し、職務遂行を高めるといわれている(Ashford and Black, 1996; 竹内・竹内, 2011)。ゆえに、プロアクティブ行動は、プロフェッショナリズムと職務固有行動を媒介している可能性があると考えられる。

以上の課題を踏まえて、次章では本研究の枠組みを提示する。

¹⁾ プロフェッショナリズムを態度と行動(Boyt et., 2001; Hammer, 2000)、あるいは行動(Miller, Adams, and Beck, 1993)と捉えている研究者もいる。しかし、信念によって態度が形成され、その結果、行動に変化を与えるといわれていることから(Rokeach, 1968a, 1968b)、本稿では行動をプロフェッショナリズムと区別して扱う。

²⁾ 職業社会化とは、従事する職業における価値、規範、態度等を受け入れながら、その職業固有の知識・技術を習得するプロセスのことである(長谷川, 2012)。

³⁾ 看護師における2次的外傷性ストレスは、患者の持つトラウマ経験、苦痛、苦悩といったことに対しケアリングを通して共感的に関わる中で、看護師自身も患者の反応を認識することで、共感疲労に陥ることでもたらされるといわれている(Sabo, 2006)。

第3章 研究の枠組み

3.1 本研究のモデルとリサーチクエスチョン

ここでは、前章の文献レビューで明らかになった研究課題に基づき、本研究のリサーチクエスチョンを提示する。すなわち、仕事経験は、人材の成長に強く影響を与えるにもかかわらずプロフェッショナリズムとの関係性については検討されていない。また、プロフェッショナリズムは、個人の行動を規定すると考えられるが、職務行動との関係性は解明されていない。これらの課題に対するリサーチクエスチョンは、以下の2点である。

RQ1：仕事経験は、どのようにプロフェッショナリズムに影響を与えているのか。

RQ2：プロフェッショナリズムは、どのように職務行動に影響を与えているのか。

これら2つのリサーチクエスチョンを検討する上で、本研究は、図3-1に示すような枠組みを提示したい。すなわち、「仕事経験」を通して「プロフェッショナリズム」が獲得され、プロフェッショナリズムによって、看護師の中核的な職務固有行動である「ケアリング行動」が促進されることを想定した。さらに、プロフェッショナリズムとケアリング行動の媒介要因として、組織適合行動である「プロアクティブ行動」を取りあげた。なお、仕事経験とプロフェッショナリズムの関係は、キャリア発達段階によって異なると考えられるため、モデレータとしてキャリア発達段階を設定した。

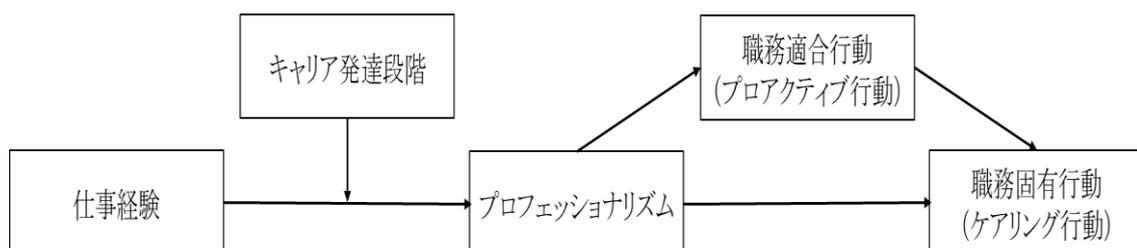


図 3-1 本研究の枠組み

以下では、本研究における概念枠組みに沿って、まずこれまでのプロフェッショナルリズム研究において十分に検討されてこなかった、仕事経験に関する文献をレビューする。また、本研究は病院という組織において活動する看護師を分析対象とするため、組織に従事する個人の組織適合行動である「プロアクティブ行動」、および看護師の職務固有行動としての「ケアリング行動」に関する文献レビューを行う。

3.2 研究課題に対する先行研究レビュー

3.2.1 仕事経験とプロフェッショナルリズムの関係

仕事経験は、個人の仕事における知識・スキルの習得、モチベーション、職務業績に影響を与えることが示されている(Tesluk and Jacobs, 1998)。また、仕事経験は、成人の成長を決定づけることや(e. g., 松尾, 2006, 2013; McDaniel et al., 1988; Morrison and Brantner, 1992)、経験からの学習を通して信念が形成されることが報告されている(e. g., Abelson, 1979; Burford et al., 2014)。これらの点から、仕事経験はプロフェッショナルの成長に欠かすことのできない概念であると考えられる。以下では、経験の特性、経験学習プロセス、経験の内容について概観する。

経験からの学習の重要性について最初に指摘したのが Dewey (1938)である。Dewey (1938)は、経験を「個人と外界との連続的な相互作用」であることを強調した上で、人の成長を促す教育的な経験には2つの条件があることを強調している。すなわち、1つは「相互作用の原理」であり、個人が周囲の環境と相互作用するとき、その経験は人の成長を促すという考えである。もう1つが「連続性の原理」であり、ある経験で学んだことが、次の経験に生かされ、その経験が人の成長を促すことを意味している¹⁾。

さらに、個人が経験から学ぶプロセスをモデル化したのが Kolb (1984)である。Kolb (1984)は、学習を「経験を変換させることで知識を創出するプロセス」と定義した上で、4つのステップからなる経験学習モデルを提唱している。すなわち①具体的な経験 (concrete experience) をし、②経験を内省 (reflective observation) することを通して、③抽象的な概念化 (abstract conceptualization) によ

って学びを引き出し、④教訓を次の実践で活用(active experimentation)するというモデルである(Kolb, 1984)。つまり、経験とは、個人の学習の基盤になる重要な概念であるといえる。

また、Tesluk and Jacobs (1998)は、仕事経験(work experience)の構成要素について検討している。Tesluk and Jacobs (1998)によると、仕事経験は、「量・質・相互作用」の3要素で構成されているという。すなわち、頻度や時間の長さを意味する「量的要素」、いかなる仕事を行ったのかという「質的要素」、さらに、これら2つの要素を組み合わせた「相互作用的要素」である。この点から考えると、職務経験年数、タスク特性、習得している知識・技術等によって仕事経験は異なると捉えることができる。こうした仕事経験は、個人の態度、モチベーション、業績に影響を与えることから(Tesluk and Jacobs, 1998)、専門的職業人の行動を方向づけるプロフェッショナルリズムと密接に関係していると考えられる。

人の成長を促す仕事経験の特性という観点から、McCall, Lombardo, and Morrison (1988)は、上級管理職を対象にどのような経験から何を学んでいるかを定性的に明らかにしている。その後、管理職の発達を促す挑戦的な経験は発達の挑戦(developmental challenge)と呼ばれ、学習を促すことが定量的に実証されている(DeRue and Wellman, 2009; McCauley, Moxley, and Velsor, 1998)。なお発達の挑戦には、「不慣れな仕事／異動」、「変化の創出／変革への参加」、「高いレベルの責任」、「境界を越えて働く経験」(DeRue and Wellman, 2009; 松尾, 2013; McCauley, Ruderman, Ohlott et al., 1994)、「障害」(McCauley et al, 1994)、「多様性の管理」(DeRue and Wellman, 2009)、「部下育成の経験」等が含まれる(松尾, 2013)。

以上のレビューを踏まえると、経験がプロフェッショナルリズムに影響を与えている可能性がある。まず、経験学習サイクルに基づく(Kolb, 1984)、プロフェッショナルは経験を通して知識やスキルを獲得していると考えられる。その際、発達の挑戦研究(McCauley et al., 1998)によって指摘されたように、挑戦的タスクが、知識やスキルの獲得に影響を与えると思われる。すなわち、挑戦的経験を通して知識やスキルを獲得する過程において、専門家としてのアイデンティティ、信念・価値、態度が醸成され、プロフェッショナルリズムが確立され

ると解釈できる。

また、仕事経験とプロフェッショナリズムの関係性を検討する場合、モデレータについて考慮する必要がある。なぜなら、キャリア初期、中期、後期というキャリア発達段階によって、仕事経験と獲得能力の関係は異なることが報告されているからである(松尾他, 2018; 澤井, 2018; 高橋, 2018)。例えば、看護師の場合には、キャリア初期に「難しい症状を持つクライアント」に関わった経験が、「専門的看護技術」の獲得に影響しているのに対し、キャリア後期には「患者の急変・死亡」への関与を通して「看護観」を学んでいることが報告されている(松尾他, 2018)。このように、キャリア発達段階によって仕事経験と獲得能力が異なるのは、ある時期に獲得されたスキルが次の時期の経験に用いられる、段階的学習や(Burton, 1988; Horiguchi and Hiroshima, 2005)、経験の連続性の原理 (Dewey, 1938)が関係していると考えられる。以上の点を踏まえ、仕事経験とプロフェッショナリズムの関係性を検討する際には、モデレータとしてキャリア発達段階を設定する必要があるだろう。

3.2.2 結果要因としてのケアリング行動

ケアリングは、医学、法学、心理学、教育学等、多様な分野で必要とされており(Mast, Hall, and Roter, 2008; Noddings, 2012; Vogt, 2002)、人間に対するコミットメントであるといわれている(Mayeroff, 1971)。さらに説明を加えると、ケアリングとは、人間が持つ可能性や潜在能力を最大限にすることを通して、個人の成長や目標達成を可能にすることであり、ケアリングはその受け手のみならず提供者の成長をも促すことが指摘されている(Mayeroff, 1971, Watson, 1988a)。その提供者と受け手は限定的ではなく(Mayeroff, 1971)、例えば、看護師とクライアント、教師と学生、親と子供というように、ケアリングは、道徳観を基本とした幅広い分野でその重要性が認識されている(Mast et al., 2008; Noddings, 2012; Vogt, 2002)。

しかし、倫理的、道徳的、哲学的に発展させたのが看護学の分野であり(Watson, 1988a, 1998b, 2006)、ケアリングは看護師を他の職業と区別する際の中核的な行為、行動等とみなされている(e. g., Crowden, 1994; Leininger, 1992; Simmons and Cavanaugh, 1996; Watson, 1979, 2001; Wolf, 1986)。この点から考えると、ケアリ

ングは、看護師における職務固有行動として解釈することができるだろう²⁾。

看護学の領域において、看護実践は科学と技能に基づくものであるといわれているが(Abu-Saad, 1993)、この看護実践の中核がケアリングである(Watson, 2001)。つまり、ケアリングは、科学的な知識、技術、技能に基づく行為・行動であると解釈することができる。例えば、ケアリングには、「患者の話に耳を傾け理解しようとしている」、「患者のそばにいる」という行動が含まれるが(McCance, Slater, and McCormack, 2009)、この行動は、ただ単に傾聴する、そばにいるということを表している訳ではない。Benner, Sutphen, Leonard, and Day (2010)が示すように、コミュニケーションに関する科学的知識・技術が複雑に関係し合いながら親密に関わっているのである。

こうしたケアリングは、看護学の分野では、他者の健康とウェルビーイングを高めるために活用され(Burtson and Stichler, 2010; Swanson, 1993)、健康とウェルビーイングの観点からクライアントの問題を解決するために看護師がとる行為・行動等を意味している。そのため、高い専門性を持つ看護師を育成するためには、どのような要因がケアリング行動を促進するかを明らかにする必要がある。

クライアントのウェルビーイングを方向づけるケアリング行動には、5つのプロセスがあることが報告されている(Swanson, 1993)。そのプロセスとは、①クライアントに対する達観姿勢としての「信念を維持すること」、②クライアントの健康状態や彼(彼女ら)を取り巻く状況等を「知ること」、③情動的なメッセージを伝える存在として「共にいること」、④健康の維持・回復に関する活動を「誰かのために行うこと」、⑤健康の維持・回復を「可能にする力をクライアントに与えること」からなる(Swanson, 1993)。この点から考えても、ケアリング行動は、クライアントに対する「他者志向」である献身性のプロフェッショナルリズムが先行する形で、健康の維持・回復を促す「専門性志向」である自律性のプロフェッショナルリズムによって促進されると解釈できる。

ケアリングの次元については、これまで多様な変数が示されているが(e. g., Larson, 1984, 1986; Lea, Watson, and Deary, 1998; Watson and Lea, 1997; McCance et al., 2009; Wolf, Giardino, Osborne et al., 1994)、次に挙げる2つの次元によって包括的に説明することが可能である。つまり、クライアントの話を傾聴し、

クライアントを理解しようとする「親密性」と、クライアントのモニタリングとともに状況に応じて技術を選択・活用する「専門的技術」である(e. g., McCance et al., 2009; Larson,1984, 1986)。特に、「親密性」は、ケアリングの基本であるクライアントと看護師間の対人関係を構築する重要な要素であるといわれている(Finfgeld-Connett,2008; McCance et al., 2009)。しかし、「親密性」だけでは十分ではなく「専門的技術」のケアリングによって問題解決を促進することも求められている(McCance et al., 2009; Larson,1984, 1986)。そのため、ケアリングはMcCance et al. (2009)が示すように「親密性」と「専門的技術」の2つの観点から捉える必要があるだろう。

このとき、親密性と専門的技術のケアリング行動は、プロフェッショナリズムによって促進されると予想できる。なぜなら、親密なケアリングを提供するためには、クライアントを優先する献身性のプロフェッショナリズムが必要であり、また、専門的技術に基づくケアリング行動においては、自らの判断で専門的な知識・技術を活用する自律性のプロフェッショナリズムが関係していると考えられるからである。

なお、ケアリングは、実践を通じた看護師の内省と判断の相互作用によって提供する必要性が指摘されていることから(安酸, 2009)、実践しながらケアリング行動を見出すことが求められていると思われる。しかし、これまでのケアリング尺度は、実践によってどのようなケアリング行動が導かれたのかという点を測定する次元は十分に検討されていない。この点から考えると、「親密性」と「専門的技術」だけではなく、これらのケアリング行動によって導かれる、新たな次元が存在する可能性もある。

3.2.3 媒介要因としてのプロアクティブ行動

前節では、ケアリング行動はプロフェッショナリズムによって促進する可能性があることを説明した。しかし、ケアリング行動を促すためには、組織の環境にも着目する必要性があるといわれている(Lake, 2002)。そのため、プロフェッショナリズムとケアリング行動の間には、組織環境に働きかける媒介要因が存在すると考えられる。

現代のプロフェッションは、被雇用者として組織に所属している傾向にある

ことから(田尾, 1999, 2005)、適切なケアリング行動をとるためには、組織に適合し、適切な資源を得る必要がある。そこで、本研究では、近年、組織適合の概念として注目が集まっているにもかかわらず、プロフェッショナルリズム研究の中で検討がなされていない、プロアクティブ行動について着目する³⁾。その理由は、組織適合行動であるプロアクティブ行動を通して、職務固有行動であるケアリングが促進されると考えられるからである。

プロアクティブ行動とは「個人が率先して、状況を改善するかあるいは新しい状況を創り出す行動」と定義されている(Crant, 2000, p. 436, 筆者訳)。つまり、プロアクティブ行動は、個人の自律的な職務改善や職務変革という職務行動を意味し、個人が能動的に仕事現場等の環境を変えることを通して職場に適合しようとする行動を指す。

このプロアクティブ行動の決定要因の1つとして⁴⁾、仕事への信念が挙げられている(Morrison and Phelps, 1999)ことを踏まえると、仕事の信念を含むプロフェッショナルリズムは、プロアクティブ行動に正の影響を与えると考えられる。また、プロアクティブ行動は職務業績を高めることが報告されていることから(Ashford and Black, 1996)、職務固有行動にも影響を与えることが予想される⁵⁾。この点から考えると、プロフェッショナルリズムと職務固有行動のケアリング行動の間には、プロアクティブ行動が媒介していると捉えることができる。

プロアクティブ行動の次元は、必ずしも統一されている訳ではないが(尾形, 2016)、本研究では先行研究で広く活用されている Ashford and Black (1996)の概念に基づいて検討する。Ashford and Black (1996)は、プロアクティブ行動を「情報探索」、「フィードバック探索」、「一般的な社会化」、「職務変更の交渉」、「ネットワーキング」、「ポジティブフレーム」、「上司との関係構築」の7つの観点から捉えている⁶⁾。このうち、「上司との関係構築」と「ポジティブフレーム」は、職務業績を高めることが報告されている点を踏まえ(Ashford and Black, 1996)、これら2次元のプロアクティブ行動は、以下の理由から、職務固有の行動を促進すると解釈できる。

まず、「上司との関係構築」は、仕事に必要な知識・技術の習得とともに、上司の期待を認識し、仕事へのモチベーションを高めると考えられている(Ashford and Black, 1996)。例えば、看護師の場合、上司の支援によって獲得し

た専門的知識・技術を用いてケアリング行動を促進すると考えられる。次に、「ポジティブフレーム」は、セルフマネジメント機能によって(Kanfer and Karoly, 1972; Manz and Sims, 1980; Steverink, Lindenberg, and Slaets, 2005)、状況を良い方向に変化させる問題解決行動を促す働きをすることがわかっている(Ashford and Black, 1996)。そのため、「ポジティブフレーム」は、クライアントの問題を特定し、問題を解決するプロフェッショナルとしての役割行動を促進すると思われる。すなわち、「上司との関係構築」は専門性を高め、「ポジティブフレーム」は問題解決を促すことを通して、職務固有行動を促進すると予想できる。

以上の点から、プロフェッショナリズムは「上司との関係構築」と「ポジティブフレーム」を媒介することでケアリング行動を促進すると考えられる。

3.3 分析の概要

ここでは、本研究における分析の概要について説明する。第5章では、「プロフェッショナリズムは、どのように職務行動に影響を与えているのか」というリサーチクエスチョンに対して、質問紙調査に基づく定量研究を行う。その際、プロフェッショナリズムの測定尺度は職業的アイデンティティ変数を用いることにする。なぜなら、職業的アイデンティティはプロフェッショナリズムの基盤として位置づけられているからである。具体的には、「職業的アイデンティティは直接的にあるいはプロアクティブ行動を媒介して、ケアリング行動に影響を与えるか」という問いを検討する。

第6章では、「仕事経験は、どのようにプロフェッショナリズムに影響を与えているのか (RQ1)」、「プロフェッショナリズムは、どのように職務行動に影響を与えているのか (RQ2)」という問いに関して、定性的な分析を行う。すなわち、「仕事経験がプロフェッショナリズムに与える影響」、「プロフェッショナリズムがプロアクティブ行動を媒介してケアリング行動に与える影響」について分析する。定性分析を行う理由は、仕事経験の影響を、質問紙調査によるクロスセクショナルデータで分析することが困難であると考えられるからである。こうした定量研究における限界を補完する形で、定性研究によって概念間の関係性を明らかにする。

以上のように、本研究では定量的分析と定性的分析を組み合わせたミックス

法(Creswell, 2003)に基づき、複数の観点から多角的に分析することを通して客観性を高める分析手法を採用する。

3.4 小括

本章では、第2章で明らかになったプロフェッショナリズム研究の課題に基づき、本研究の枠組み、分析の概要について説明した。これまでの研究では、仕事経験とプロフェッショナリズムの関係、プロフェッショナリズムと職務行動の関係が十分に検討されてこなかった。この課題に対応する形で、本研究では、キャリア発達段階を踏まえて、仕事経験がどのようにプロフェッショナリズムに影響を与えているのか、およびプロフェッショナリズムがプロアクティブ行動を媒介して、どのようにケアリング行動に影響を与えているかについて検討する。

1) また、経験と内省の関係についてプロフェッショナルを対象に論じたのが Schon (1983)である。彼は、プロフェッショナルを「省察的実践家」と呼び、実践的認識論の観点からプロフェッショナルの思考を論じている。Schon (1983)によれば、不確実で複雑に変化する状況において、専門的な知識を当てはめるだけではプロフェッショナルとしての役割を果たすことができないという。こうした考えに基づき、Schon (1983)は「行為の中の省察(reflection in action)」こそが知識の獲得、問題の特定、問題解決という高い実践能力を導くことを報告している。

2) ケアリングの決定要因に関しては、看護師の熟達レベル(Finfgeld-Connett, 2008)、教育のレベル(Shalaby, Janbi, Mohammed et al., 2018)、道徳的規範(Fagermoen, 1997; Finfgeld-Connett, 2008)、慈悲心、職務満足(Burtson and Stichler, 2010; Shalaby et al., 2018)という個人的要因が報告されている。組織的要因については、職場環境(Finfgeld-Connett, 2008; Lake, 2002)、タスク特性等が関係していることが明らかにされている(Shalaby et al., 2018)。

3) 個人の組織適合については、社会化研究の中でも組織社会化研究として組織社会化戦術とプロアクティブ行動という概念を基に検討されている。組織社会化とは、「個人が仕事を取り巻く環境に適応し、組織の成員としての役割を果たすために必要な知識や技術を獲得するプロセス」と定義されている(Van Maanen and Schein, 1979)。つまり組織社会化は、組織の成員が、組織に適合するために必要な知識や技術を獲得するとともに、組織の規範、期待される行動等を適切に認知するプロセスを指している。組織社会化には、組織から与えられた戦術に沿って個人が組織に適合する「組織社会化戦術(socialization tactics)」と、個人が率先的に行動することで組織に適合していく「プロアクティブ行動」がある。

4) プロアクティブ行動を促進する個人的要因として、Crant (2000)は、以下の点を提示している。すなわち、率先して状況を変えようとする「プロアクティブ・パーソナリティ」(Bateman and Crant, 1993)、率先的なアプローチにより目標を設定し達成しようとする「パーソナル・イニシアティブ」(Frese, Kring, Soose et al., 1996; Frese and Fay, 2001)、また、責任を引き受けることで職務改善行動に努め、仕事を実践する方法を機

能的に変化させる「率先」(Morrison and Phelps, 1999)、定められた技術を超えて、幅広く課題を率先的に設定し、個人の能力を伸ばす「役割幅自己効力感」が示されている(Parker, 1998)。このような特性を持つ個人は、フレキシブルな役割志向を持ち、プロアクティブ行動をとることを動機づけられているという(Parker Williams, and Turner, 2006)。このように、プロアクティブ行動は、職場において仕事役割を明確にし、最善を尽くそうとする個人の特性が影響することが示されている(Crant, 2000)。

⁵⁾ その他のプロアクティブ行動の結果要因は、組織コミットメント、(Ashford and Black, 1996; Gruman, Sake, and Zweing, 2006; 尾形, 2016)、職務満足、離職意向の低下(Ashforth, Sluss, and Sake, 2007; Gruman et al., 2006 尾形, 2016)、個人-職務フィット、個人-組織フィット(Gruman et al., 2006)、学習等が示されている(Ashforth et al., 2007)。

⁶⁾ Ashford and Black (1996)は、7つのプロアクティブ行動を「対人関係の構築」、「ポジティブフレーム」、「意味形成」、「職務変更の交渉」の4つに区分している。「対人関係の構築」は、仕事をする上で必要な社会的資源を獲得する行動であり、「ネットワーキング」による友好関係と「上司との関係構築」の観点から整理されている。「意味形成」は、組織に関する「情報探索」と他者からの評価を求める「フィードバック」によって不確実性を低減するための行動を表している。「職務変更の交渉」は、仕事の方法、ペース、費やす努力等を変化させることで適合しようとする行動を意味している。「ポジティブフレーム」については本文に示している。

第4章 研究の方法

本章では、前章で提示した研究枠組みを検討する方法について説明する。本研究のリサーチクエスチョンは、「仕事経験は、どのようにプロフェッショナリズムに影響を与えているのか (RQ1)」、「プロフェッショナリズムは、どのように職務行動に影響を与えているのか (RQ2)」であった。これらのリサーチクエスチョンを検討するために、本研究では定量的分析および定性的分析を行う(図4-1)。

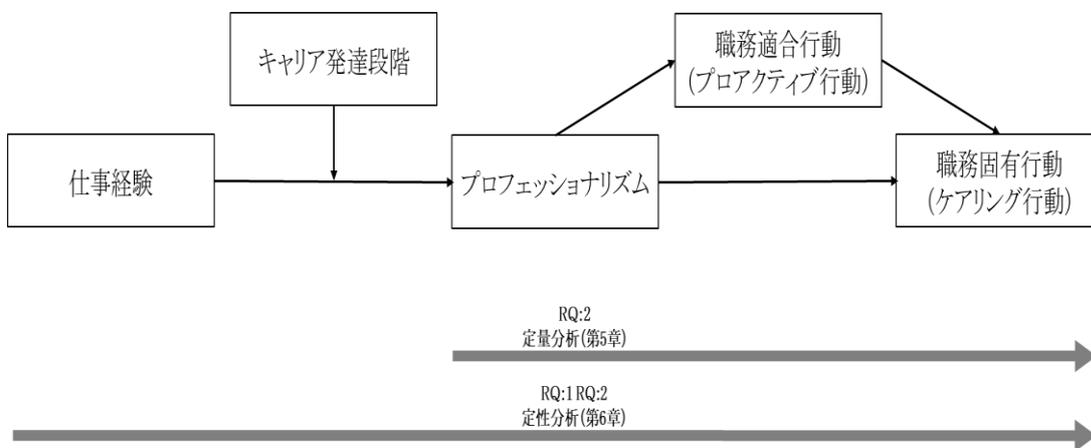


図 4-1 本研究の枠組みと分析アプローチ

4.1 定量分析の方法

以下では、定量研究における調査方法、サンプル特性、分析方法、測定尺度について説明する。

4.1.1 調査方法

本定量研究では、インターネット調査会社に登録されている調査専用モニターである看護師を対象に、質問紙調査を実施した。モニター型インターネット調査を選択した理由は、調査員が介在することによって影響を与える社会的に望ましいと思われる回答を選択する傾向を低減できる点や、電話や面接といった他記式調査で認められる最後の選択肢を選ぶという親近性効果が少ないからである(本多, 2006)。つまり、インターネット調査は、測定方法による誤差を最

小化できる点をメリットとして挙げるができる。また、モニター型インターネット調査では、回答者の学歴や職業という属性に偏りがあることが指摘されているが(本多, 2006)、本調査の対象者は、看護師という職業を限定していることから職業や学歴に関する偏りはないと考えられる。そのため、本調査方法におけるサンプリングバイアスは少ないと解釈できる。

4.1.2 サンプル特性と分析方法

質問紙調査の対象は、439名の看護師であり、性別は男性81名(18.5%)、女性358名(81.5%)、年齢は20代が92名(21%)、30代は163名(37.2%)、40代は134名(30.6%)、50代以上は50名(11.4%)であった。職務経験年数においては、10年未満は209名(47.6%)、10年以上は230名(52.4%)、病院の機能については、急性期が251名(57.2%)、慢性期は188名(42.8%)、病床数は500床未満が263名(59.9%)、500床以上は176名(40.1%)、職位は管理職が83名(18.8%)、管理職以外は356名(81%)であった。

質問紙調査により得られたデータは、共分散構造分析を用いて分析した。共分散構造分析を適用する理由は、複数の構成概念間の因果関係を把握する上で適していると考えられているからである(豊田, 1991)。なお、データの分析には統計解析ソフト SPSS (ver25.0)と Amos (ver25.0)を使用した。

4.1.3 測定尺度

定量調査で活用する測定尺度は以下の通りである。職業的アイデンティティは、Hao et al. (2014)が開発した6項目から成る測定尺度を使用した。その内容は、「わたしはキャリアの方向を変える予定はない」、「わたしは自分の看護の専門分野が好きで、今後の仕事のために積極的に準備をしている」、「わたしは看護師であることが好きだ」、「わたしは看護師であることを幸せに思う」、「私は看護の現場で働いていることを誇りに思う」、「わたしは看護の分野で自らの目標を達成できると確信している」である。

プロアクティブ行動については、Ashford and Black (1996)のプロアクティブ行動の測定尺度のうち、職務固有行動を促進すると思われる「ポジティブフレーム」3項目と「上司との関係構築」3項目を用いて測定した。ポジティブフレ

ームの測定項目は、「物事の良い面を見ようとしている」、「自分の置かれている状況を脅威ではなく、チャンスとして捉えるようにしている」、「自分の置かれている状況を問題ではなく、やりがいのあることとして捉えるようにしている」である。上司との関係構築の内容は、「上司のことを知ろうと努力をしている」、「上司と良い関係を築くようにしている」、「上司とできるだけ多くの接点を持つようにしている」である。

ケアリングは、Watson and Lea (1997)が開発したスケールを修正した McCance et al., (2009)の「親密性」5項目と「専門的技術」7項目から成る測定尺度を用いて測定した。親密性に関する項目は、「患者の話に耳を傾け理解しようとしている」、「患者に対し誠実に接している」、「患者自身にケアに関わらせている（セルフケア能力への関与）」、「治療しているとき、わたしは患者のそばにいる」、「患者の状況をその家族や親族に逐次知らせている」である。専門的技術に関する項目は、「患者のセルフケアについて指導している」、「患者の生命にかかわる兆候につてアセスメントしている」、「患者の看護記録を適切に作成している」、「患者のことを医師と話し合っている」、「患者への薬物の副作用を注意深く観察している」、「患者の状態を適切に先輩あるいはリーダー看護師へ伝えている」、「治療の手順について患者に説明している」である。

これら全ての質問項目は、5段階リッカート尺度で測定した（とても当てはまる⑤↔①全く当てはまらない）。なお、質問項目は全て、バックトランスレーションを行っている。

4.2 定性分析の方法

ここでは、本定性研究における調査方法、サンプル特性、分析方法、インタビュー内容について説明する。

4.2.1 調査方法

定性研究では、半構造化質問票を基に個人インタビュー調査を行った。調査対象は、看護師としての職務経験年数が10年以上の看護管理者¹⁾、つまり熟達看護師とした。このような熟達看護師を対象にした理由は以下の通りである。第1に、キャリア初期の段階から熟達化に向かう過程において、仕事経験とプ

ロフセッションリズムの関係性がどのように異なるのかを明らかにするためである。第2に、10年以上の経験者を対象とした理由は、ある分野において熟達者になるためには、10年は熟考された訓練や仕事経験が必要であるといわれているからである(Ericsson and Lehmann, 1996; 松尾, 2010, 2013)。第3に、看護師として高く評価された人材が管理職になる傾向にあるため、高い能力を持つ人材の育成に対して有用な知見が得られると思われるからである。

4.2.2 サンプル特性と分析方法

本研究における調査対象者の詳細は、第6章で提示するが、ここでは、対象者の基本属性について説明する。調査者は、看護職としての職務経験年数が20年以上の15名で、職位は副看護師長、看護師長あるいは課長、副看護部長、看護部長であった。また、所属組織の機能は、慢性期、急性期、高度急性期であり、病床数は300床未満、400床以上から600床未満、600床以上というように多様な機能を持つ組織に所属する者を対象にした。なお、本研究の対象者である看護師長、副看護師長という職位の呼び名は、所属組織によって「看護師長、看護課長」、「副看護師長、副看護課長、主任」等と異なっている。本研究では、前者を看護師長、後者を副看護師長という用語を用いることにする。また、課長とは、看護部門以外に所属し、看護師長と同等の役割を担っている者を指している。

インタビューデータは、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。グラウンデッド・セオリー・アプローチを選定した理由は、人の内的経験やその意味を発見しダイナミックに理論を構築し、概念の生成と概念間の関係を明らかにできるという特徴を持つ分析方法であり(Corbin and Strauss, 2008; Strauss and Corbin, 1990)、出来事やプロセスを検討する上で適しているといわれているからである(Creswell, 2003)。分析にあたっては、Strauss and Corbin (1990)によって提唱されている3つのコーディング手続きである、オープン・コード化、軸足コード化、選択コード化に沿って行った。すなわち、オープン・コード化においては、データの分解・検証・比較を行い、特性と次元という視点に基づいて概念を明確にした。次に、軸足コード化については、新たな方法で諸カテゴリー相互を関係づけ、データをまとめなおすという手続きをインタ

ビューごとに行った。さらに、見出されたカテゴリー間の関係性について検討し理論的飽和に達するまでインタビューごとに、オープン・コード化と軸足コード化の作業を続けた。その後、選択コード化においては、ストーリーを明確にした上で、中核となるカテゴリーを選び、他のカテゴリーと体系的に関係づけ、それらの関係が妥当なものかを確定していく手続きに基づいて分析をした。

4.2.3 インタビュー内容

定性調査では、①「どのような仕事経験が、いかなるプロフェッショナルリズムの形成に結びついたのか」、②「プロフェッショナルリズムの形成が、どのようなケアリング行動に影響を与えたのか」、③「プロフェッショナルリズムの形成が、どのように職場環境に働きかける行動を促進したのか」。④「職場環境に働きかける行動は、どのようなケアリング行動に結びついたか」について自由に語ってもらう半構造化インタビューを行った。なお、仕事経験は出来事に焦点を当てた上で、キャリアのどの時期の経験であったのかについて聴取した。つまり、キャリア初期（看護学生時代～卒後 5 年目）、キャリア中期（卒後 6 年目～10 年未満）、キャリア後期（卒後 10 年目以上）というキャリア発達段階毎にどのような経験が、プロフェッショナルリズムに関係していたかを確認した

り 病院組織における看護管理者とは、看護部長、副看護部長、看護師長、副看護師長等に区分されている(橋本, 2007)。なお看護部長とは、施設におけるトップ・マネジャーを指し、看護部の最高責任者として、病院経営、病院運営等に参画するとともに、看護部門の全活動に対し責任と権限を有している。副看護部長は、看護部長の命を受けてその業務を補佐している。看護師長は、担当看護単位（担当する病棟や外来等）における運営方針を決定し、その部署の看護活動の責任者として業務をおこなっている。副看護師長は、担当看護単位の管理に参画し、看護師長を補佐する役割を担っている(橋本, 2007)。

第5章 定量分析

本章では、「プロフェッショナリズムは、どのように職務行動に影響を与えているのか (RQ2)」という問いに関し、職業的アイデンティティが直接的またはプロアクティブ行動を媒介してケアリング行動に与える影響を定量的に検討する。職業的アイデンティティに焦点を当てたのは、プロフェッショナリズムの基盤として位置づけられているからである(Burford et al., 2014)。

5.1 仮説

以下で示す各仮説は、職業的アイデンティティが、専門的職業人の行動を規定するという先行研究に基づいている(Hao et al., 2014; Fagermoen, 1997)。この点を踏まえ、職業的アイデンティティは、直接的にケアリング行動に影響を与えると考えた。さらに、ケアリング行動は組織の環境によって左右されていることから(Lake, 2002)、職業的アイデンティティは、プロアクティブ行動を媒介してケアリング行動に影響を与えると予想される。

図 5-1 は本章における分析モデルを示したものである。モデルにあるように、プロアクティブ行動は「ポジティブフレーム」と「上司との関係構築」を、ケアリング行動は「親密性」と「専門的技術」を用いた。具体的には、まず、「職業的アイデンティティ」は、直接的に「親密性」および「専門的技術」のケアリング行動を促進すると思われる。次に、プロアクティブ行動の「ポジティブフレーム」と「上司との関係構築」は直接的に「親密性」および「専門的技術」のケアリング行動を促進すると考えた。そして、「職業的アイデンティティ」と「親密性」との関係は「ポジティブフレーム」あるいは「上司との関係構築」によって媒介されると想定している。また、「職業的アイデンティティ」と「専門的技術」との関係は「ポジティブフレーム」と「上司との関係構築」によって媒介されると予想できる。以下では、分析モデルに沿って各仮説を設定する。

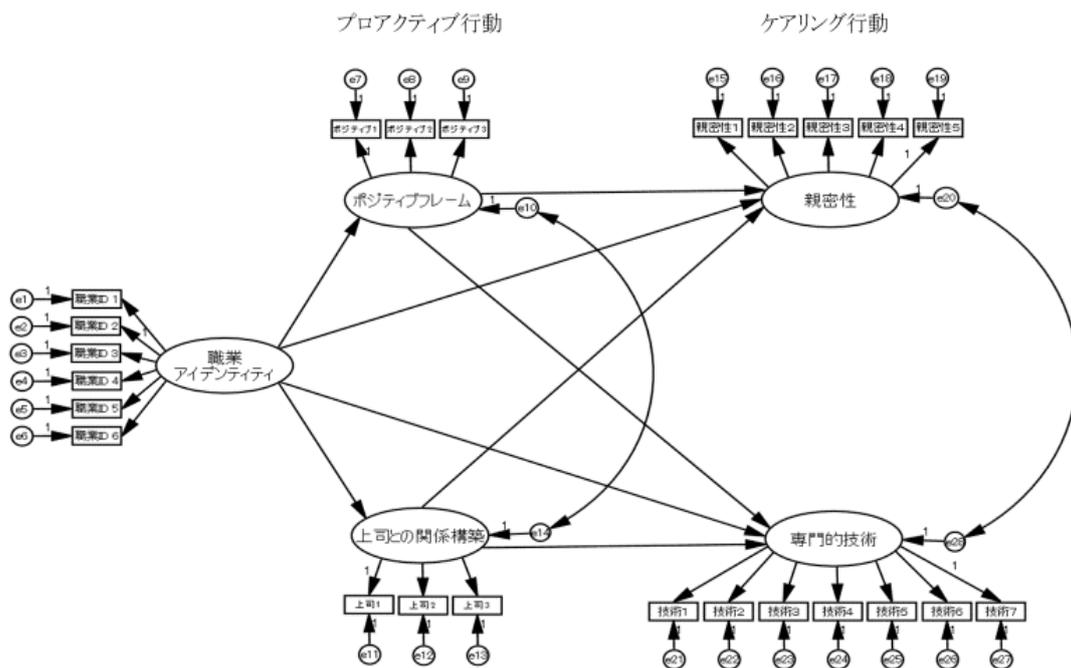


図 5-1 分析モデル

5.1.1 職業的アイデンティティがケアリング行動に与える影響

職業的アイデンティティは、従事する職業に対する価値を内在化した状態、つまり職業との一体化を意味することから(e. g., Fagermoen, 1997; グレッグ, 2002; 波多野・小野寺, 1993)、職務固有行動を促進すると考えられる。例えば、看護師の中心的な職業的価値は、クライアントの健康とウェルビーイングを促すことにある(Fagermoen, 1997)。価値は人間の行動を規定するといわれていることから(林, 1985; Rokeach, 1968a, 1968b)、看護師としての職業的アイデンティティを持つ人ほど、職業的価値によって、ケアリング行動を促進すると予想できる。

ケアリング行動のうち、対人関係の構築を促すのが「親密性」のケアリングである。「親密性」のケアリングは、クライアントとのコミュニケーション(Dowling, 2004; Finfgeld-Connett, 2008; McCance et al., 2009) およびクライアントと「共にいる」という行為を通して対人的相互作用を促進するといわれている(McCance et al., 2009)。一方、「専門的技術」のケアリングは、状況に応じて専門的な技術を選択し提供する行動を指す(McCance et al., 2009)。これら2つのケアリング行動は、職業的価値によって促されると考えられることから、次の

ような仮説を設定した。

仮説 1a：職業的アイデンティティは、親密性に正の影響を与える。

仮説 1b：職業的アイデンティティは、専門的技術に正の影響を与える。

5.1.2 職業的アイデンティティがプロアクティブ行動に与える影響

職業的アイデンティティさえあれば、ケアリング行動が保証されている訳ではない。ケアリング行動を促進するためには、職場の環境にも着目する必要があることが指摘されている(Finfgeld-Connett, 2008; Lake, 2002)。

職業的アイデンティティがプロアクティブ行動に与える影響は、自己制御理論(self-regulation theory)に基づいて説明することができる。自己制御とは、目標達成志向として自己生成された思考、情動、行動と定義されており(Zimmerman, 2000, p. 14, 筆者訳)、目標の選択、目標と課題への粘り強さ、目標の修正、目標達成に向けた行動等を促し、自己効力感を高める機能を持っている(Vancouver and Kendall, 2006)。

Hao et al. (2014)は、職業的アイデンティティを持つ人は、目標達成志向が高く、問題を自発的に解決しようとする傾向にあり、こうした個人は自己制御されていると考えている。つまり、職業的アイデンティティは、問題解決の機会を見つけ出し目標達成を促すプロアクティブ行動としてのポジティブフレームを促進すると考えられる。また、職業的アイデンティティを持つ人ほど、仕事役割を遂行することが動機づけされているため(Fagermoen, 1996; Vancouver and Kendall, 2006)、仕事をする上で必要な資源の入手、上司からの期待を認識する機会、仕事への動機づけに影響を与える上司との関係構築を促進すると思われる。以上の議論を踏まえ、次のような仮説を設定した。

仮説 2a：職業的アイデンティティはポジティブフレームに正の影響を与える。

仮説 2b：職業的アイデンティティは上司との関係構築に正の影響を与える。

5.1.3 プロアクティブ行動がケアリング行動に与える影響

プロアクティブ行動の「ポジティブフレーム」は、困難な状況にあっても問題解決に向けてやり遂げようとする行動のことである(Ashforth and Black, 1996)。こうした行動は、クライアントの問題解決行動であるケアリングを促進すると考えられる。具体的には、クライアントの問題を解決するためには、クライアントと対人関係を構築し、クライアントのニーズを知る、「親密性」のケアリングが欠かせない。また、プロフェッショナルとしてクライアントの問題を解決するためには、専門的な知識や技術の活用が必要である。ゆえに、「ポジティブフレーム」は「専門的技術」のケアリング行動を促進すると考えられる。

一方、プロアクティブ行動における「上司との関係構築」は、他者との対人関係を構築する機能を持つことから(Ashforth and Black, 1996)、クライアントとの対人相互作用に関係する「親密性」のケアリング行動を促進すると予想できる。また、「上司との関係構築」は、仕事に必要な知識・技術の入手を促す働きを持つ(Ashforth and Black, 1996)。この点から考えると、プロアクティブ行動は、「専門的技術」のケアリング行動を促進すると解釈できる。

以上の議論を踏まえ、次のような仮説を設定した。

仮説 3a：ポジティブフレームは親密性に正の影響を与える。

仮説 3b：ポジティブフレームは専門的技術に正の影響を与える。

仮説 4a：上司との関係構築は親密性に正の影響を与える。

仮説 4b：上司との関係構築は専門的技術に正の影響を与える。

上記の仮説を踏まえると、職業的アイデンティティは、プロアクティブ行動を媒介しケアリング行動に正の影響を与えることが予想できる。そこで、以下のような仮説を設定した。

仮説 5a：職業的アイデンティティは、ポジティブフレームを媒介して親密性に正の影響を与える。

仮説 5b：職業的アイデンティティは、ポジティブフレームを媒介して専門的技術に正の影響を与える。

仮説 6a：職業的アイデンティティは、上司との関係構築を媒介して親密性に正の影響を与える。

仮説 6b：職業的アイデンティティは、上司との関係構築を媒介して専門的技術に正の影響を与える。

5.2 結果

5.2.1 測定尺度の信頼性と妥当性

記述統計と相関表は表 5-1 に示した通りである。測定尺度の信頼性と妥当性を検証するにあたり、クロンバックの α 係数を算出し、確証的因子分析を実施した。職業的アイデンティティ、ポジティブフレーム、上司との関係構築、親密性、専門的技術の α 係数は、それぞれ 0.868、0.796、0.818、0.758、0.850 であり、全て 0.7 以上の基準は満たしていることから(Nunnally, 1978)、測定尺度の信頼性は高いと考えられる。

次に、測定尺度の構成概念妥当性を検討するために確証的因子分析を行った。その結果は表 5-2 に示した通りである。モデルの適合度指標は $\chi^2 = 741.429$ 、 $df = 242$ 、 $\chi^2/df = 3.064$ 、CFI = 0.905、SRMR = 0.061、RMSEA = 0.069 であった。モデルの適合度指標において、CFI (comparative fit index) は 1 に近いほど望ましく 0.90 以上であれば適合度が高いとされている(小塩, 2008)。また、SRMR (standardized root mean square residual) は、下限値は 0 であり、0 に近いほど適合していると判断されているが(豊田, 2001)、Kline (1998)は、0.10 以下を推奨している。さらに、RMSEA (root mean square error of approximation)は、0.08 以下が推奨されている(Browne and Cudeck, 1989)。以上の基準を踏まえると、本モデルの妥当性は許容範囲であるといえる。

表 5-1 記述統計および相関表

	M	SD	1	2	3	4	5
1 職務経験年数	2.7	1.117	-				
2 職業的アイデンティティ	3.502	0.756	0.154**	-			
3 ポジティブフレーム	3.342	0.805	0.116*	0.657**	-		
4 上司との関係構築	3.471	0.785	0.047	0.501**	0.513**	-	
5 親密性	3.821	0.561	0.119*	0.388**	0.470**	0.397**	-
6 専門的技術	3.907	0.575	0.079	0.359**	0.354**	0.387**	0.696**

注1:職務経験年数のスケール 1 = 5年未満, 2 = 5年以上10年未満, 3 = 10年以上15年未満, 4 = 15年以上

注2: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

表 5-2 確証的因子分析の結果

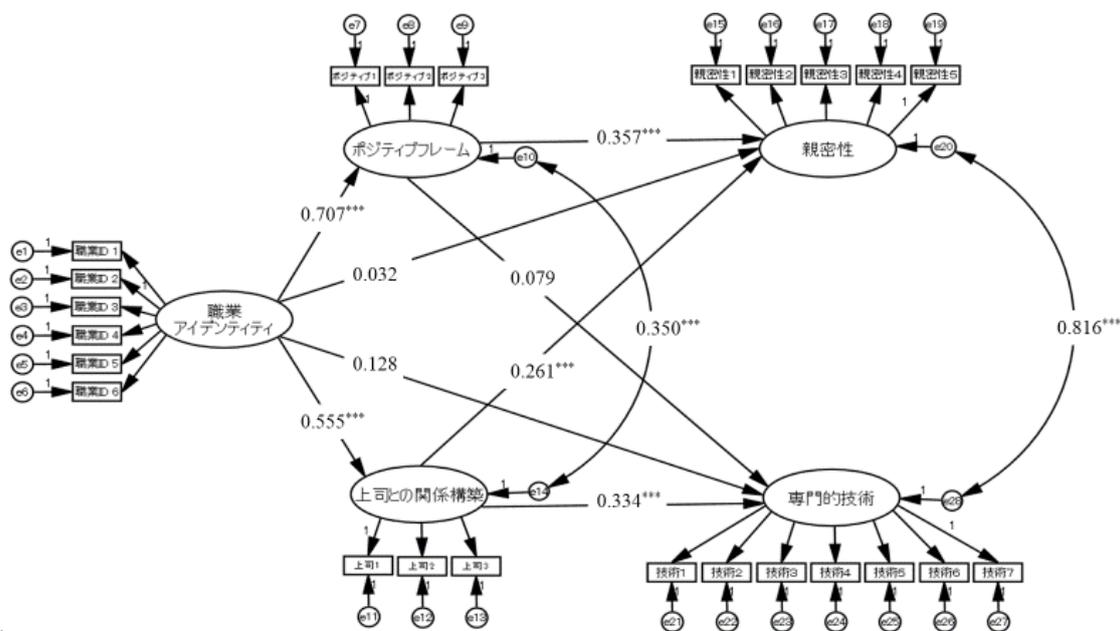
項目	因子負荷量
職業的アイデンティティ ($\alpha=0.866$)	
私はキャリアの方向を変える予定はない	0.897
私は自分の看護の専門分野が好きで、今後の仕事のために積極的に準備をしている	0.858
私は看護師であることが好きだ	0.815
私は看護師であることを幸せに思う	0.815
私は看護の現場で働いていることを誇りに思う	0.826
私は看護の分野で自らの目標を達成できると確信している	0.832
ポジティブフレーム ($\alpha=0.797$)	
自分の置かれている状況を脅威ではなく、チャンスとして捉えるようにしている	0.611
自分の置かれている状況を問題ではなく、やりがいのあることとして捉えるようにしている	0.668
物事の良い面を見ようとしている	0.858
上司との関係構築 ($\alpha=0.750$)	
上司のことを知ろうと努力をしている	0.689
上司と良い関係を築くようにしている	0.708
上司とできるだけ多くの接点を持つようにしている	0.589
親密性 ($\alpha=0.740$)	
患者の話に耳を傾け理解しようとしている	0.687
患者に対し誠実に接している	0.691
患者自身にケアに関わらせている(セルフケア能力への関与)	0.683
治療しているとき、私は患者のそばにいる	0.699
患者の状況を家族や親族に逐次知らせている	0.712
専門的技術 ($\alpha=0.847$)	
患者のセルフケアについて指導している	0.843
患者の生命にかかわる兆候についてアセスメントしている	0.815
患者の看護記録を適切に作成している	0.829
患者のことを医師と話し合っている	0.817
患者への薬物の副作用を注意深く観察している	0.819
患者の状態を適切に先輩あるいはリーダー看護師へ伝えている	0.838
治療の手順について患者に説明している	0.821

注:カッコ内は信頼性係数クロンバックの α を表す

5.2.2 分析モデルと適合度

分析モデルは図 5-2 に示す通りだが、「ポジティブフレーム」と「上司との関係構築」は、「プロアクティブ行動の下位次元であり、相関していると考えられる。そのため、Kline (2012) に従い、媒介変数の「ポジティブフレーム」と「上司との関係構築」との誤差項間にパスを設定した。

分析モデルを検証するために、職務経験年数を統制変数とし、共分散構造分析を実施したところ、適合度指数は $\chi^2 = 776.708$ 、 $df = 262$ 、 $\chi^2/df = 2.965$ 、 $CFI = 0.902$ 、 $SRMR = 0.063$ 、 $RMSEA = 0.067$ であった。上述した基準から考えて、モデルの妥当性は許容範囲であると判断できる。



注1: *** $p < 0.001$

注2: 職務経験年数を統制変数としている

図 5-2 共分散構造分析の結果

5.2.3 仮説検証

共分散構造分析を実施した結果、図 5-1 に示したように仮説 1a と 1b に反して職業的アイデンティティが親密性 ($\gamma = 0.032$, $n. s.$)、および専門的技術のケアリングに与える影響は有意ではなかった ($\gamma = 0.128$, $n. s.$)。しかし、職業的アイデンティティはポジティブフレーム ($\gamma = 0.707$, $p < 0.001$) に正の影響を与えていた。この結果は、仮説 2a を支持するものである。また、職業的アイデンティティ

イは上司との関係構築に正の影響を与えていた($\gamma = 0.555, p < 0.001$)。この結果から、仮説 2b も支持された。

次にプロアクティブ行動とケアリング行動の関係性については、ポジティブフレームは親密性に正の影響を与えていたことから($\beta = 0.357, p < 0.001$)、仮説 3a は支持された。一方、ポジティブフレームと専門的技術の間には有意な関係は見られなかった($\beta = 0.079, n. s.$)。したがって仮説 3b は支持されなかった。また、上司との関係構築は、親密性に正の影響を与えていた($\beta = 0.261, p < 0.001$)。この結果は、仮説 4a を支持するものである。同様に、上司との関係構築は、専門的技術に正の影響を与えていた($\beta = 0.334, p < 0.001$)ことから、仮説 4b も支持された。

次に職業的アイデンティティとケアリング行動(親密性と専門的技術)の関係をプロアクティブ行動(ポジティブフレームと上司との関係構築)が媒介しているかどうか検証するため、Sobel 検定を実施した。分析の結果、職業的アイデンティティと親密性の間にはポジティブフレームが媒介していた($z = 4.828, p < 0.001$)。この結果は、仮説 5a を支持するものである。なお、職業的アイデンティティと専門的技術の間にはポジティブフレームの媒介効果は認められなかった($z = 1.428, n. s.$)。この結果から、仮説 5b は支持されなかった。次に、職業的アイデンティティと親密性の間には上司との関係構築が媒介していた($z = 4.154, p < 0.001$)ことから、仮説 6a は支持された。また、職業的アイデンティティと専門的技術との間にも上司との関係構築の媒介効果が認められた($z = 4.463, p < 0.001$)。この結果から、仮説 6b も支持された。

5.3 考察

本章では、職業的アイデンティティ、プロアクティブ行動のポジティブフレームと上司との関係構築、ケアリング変数である親密性と専門的技術の関係性について分析した。以下では、発見事実を理論的に考察する。

第 1 に、職業的アイデンティティは、直接的にはケアリング行動を促進していなかったが、ポジティブフレームと上司との関係構築を媒介することで間接的にケアリング行動を促していた。この結果は、組織に所属する看護師の職業的アイデンティティに基づいてケアリング行動を高めるためには、職場の状況

を改善し、率先して職場適合行動をとる必要があることを示している。職場環境がケアリング行動に影響を与えると報告されていることから(Lake, 2002)、職場の状況を良い方向に変化させることによって職場適合行動を結びつけるプロアクティブ行動がケアリング行動に対し、重要な鍵を握ると考えられる。

第2に、職業的アイデンティティは、ポジティブフレームを媒介することで、親密性を高めていたが、職業的アイデンティティと専門的技術の間にはポジティブフレームの媒介効果は認められなかった。職業的アイデンティティは、従事する職業に対し価値を内在化することを意味し(Fagermoen, 1997; グレグ, 2002; 波多野・小野寺, 1993)、看護師における中核的な職業的価値は、人間の尊厳である(Fagermoen, 1997)。一方、ポジティブフレームは、脅威となる状況であったとしても、問題を見つけ出し、問題解決をやり遂げようとする行動を示している(Ashford and Black, 1996)。これらの点から、職業的アイデンティティを持つ人ほど、従事する職業に対して価値を見出し(Fagermoen, 1997; 波多野・小野寺, 1993)、問題状況を好転させるために、クライアントの尊厳を重視する行動をとる傾向にあると解釈できる。なお、職業的アイデンティティと専門的技術の間をポジティブフレームが媒介していなかった点に関しては、次のように考えることができる。看護師は、問題状況を改善する際、まずはじめに技術的な面よりも、クライアントの尊厳を高める親密性のケアリングを優先する傾向にあると思われる。

第3に、職業的アイデンティティは、上司との関係構築を媒介して親密性と専門的技術を促進していた。この結果は、上司との関係構築を通して、看護師は道具的および情緒的なソーシャルサポートを得ていると解釈できる。前者は、仕事に必要な知識や技術の習得に関する支援であり(Fisher, 1985; 井川, 2010;)、後者は、仕事への動機づけに関与している(Fisher, 1985; 井川, 2010; Reichers, 1987)。つまり、職業的アイデンティティは、上司との関係構築による道具的サポートを促し、ケアリングに必要な専門的技術を高めているといえる。また、上司との関係構築による情緒的サポートによって、仕事への動機づけがなされ、その結果、クライアントのために行動したいという欲求を喚起させ、親密的なケアリング行動を促進していたと考える。

本研究は、職業的アイデンティティを持つ人ほど、職場適合行動に働きかけ、

目標に向かって行動するとともに、上司からのソーシャルサポートを率先的に受け、職務固有行動であるケアリング行動を促進するという関係性を明らかにすることができた。

5.4 小括

本章では、職業的アイデンティティは直接的あるいはプロアクティブ行動を媒介することでケアリング行動にどのような影響を及ぼすのかを明らかにするために、定量的に検証した。その結果、職業的アイデンティティは、直接的には親密性と専門的技術のケアリング行動を促進しておらず、ポジティブフレームを媒介することによって親密性を高めていた。また、職業的アイデンティティは、上司との関係構築を媒介することによって親密性と専門的技術のケアリング行動が促進することを明らかにした。すなわち、本研究は、職業的アイデンティティを持つ人ほど、①職務状況をポジティブに捉えることを通して、クライアントに対して親密なケアを提供すると同時に、②上司からの支援を受けながら、親密かつ専門的なケアを提供する傾向が見られた。この結果は、プロフェッショナリズムが個人の行動に与えるプロセスを実証したものである。

第 6 章 定性分析

本章では、「仕事経験は、どのようにプロフェッショナリズムに影響を与えているのか(RQ1)」および「プロフェッショナリズムは、どのように職務行動に影響を与えているのか(RQ2)」という 2 つのリサーチクエスチョンを定性的分析によって検討する。研究モデルは、図 6-1 に示す通りである。具体的には、各キャリア段階において、仕事経験が、プロフェッショナリズムに影響を与え、プロフェッショナリズムが直接的にまたはプロアクティブ行動を媒介してケアリング行動を促進すると考えた。なお、本章におけるプロフェッショナリズムは、第 2 章で定義したように、職業的アイデンティティ、信念・価値、態度の複合体として概念化している。

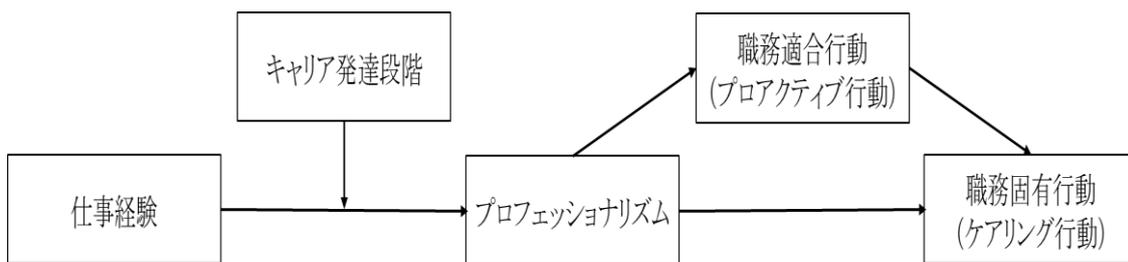


図 6-1 研究モデル

6.1 調査対象

上述したモデルを定性的に検討するために、半構造化インタビュー調査を行った。調査では、半構造化質問票に沿って、研究対象者が所属する施設内の一室で個人インタビューを実施した(インタビュー時間は平均 90 分)。なお、調査データはグラウンデッド・セオリー・アプローチ(Strauss and Corbin, 1990)を用いて分析した。

調査対象者は、札幌市内の医療機関に所属し、職務経験 10 年目以上の看護管理者(看護部長、副看護部長、看護師長、副看護師長)および病院組織の看護部以外に所属する課長職の看護師である。対象者は以下のような手続きに沿って選定した。病床数 600 床以上の施設においては、筆者が部門長へ研究参加協力を依頼し、部門長の推薦を受けた者とした。病床数 600 床未満の施設に所属

している者に対しては、機縁法(横井, 2003)によって参加を募った。最終的に、調査への協力に同意が得られた 8 施設に所属する 15 名の看護師を対象にインタビュー調査を行った。

調査対象者の属性情報は表 6-1 に示したように、性別は女性のみで、年齢は 40 代が 8 名、50 代が 7 名、看護師としての職務経験年数の平均は 25.9 年(SD = 4.6)であった。病院の機能は、高度急性期が 5 名、急性期が 8 名、慢性期は 2 名、病床数は、300 床未満が 7 名、400 床以上 600 床未満が 1 名、600 床以上が 7 名であった。職位は看護部長 1 名、副看護部長 1 名、看護師長 9 名、課長 3 名、副看護師長 2 名であった。なお、最終学歴は、看護系専門学校卒 8 名、看護系短期大学卒 3 名、看護系修士課程修了 3 名、看護系と看護系以外の修士課程修了が 1 名であった。

表 6-1 対象者の属性

対象者	職務経験年数	年齢	職位	病院の機能	病床数
A氏	23年	40代	看護師長	急性期	600床未満
B氏	33年	50代	副看護部長	慢性期	300床未満
C氏	22年	40代	副看護師長	高度急性期	600床以上
D氏	23年	40代	看護師長	急性期	300床未満
E氏	31年	50代	看護師長	慢性期	300床未満
F氏	22年	40代	看護師長	急性期	300床未満
G氏	30年	50代	看護部長	急性期	300床未満
H氏	21年	40代	課長	急性期	600床以上
I氏	24年	50代	課長	急性期	300床未満
J氏	22年	40代	課長職	高度急性期	600床以上
K氏	30年	50代	看護師長	高度急性期	600床以上
L氏	34年	50代	看護師長	高度急性期	600床以上
M氏	22年	40代	副看護師長	高度急性期	600床以上
N氏	25年	40代	看護師長	高度急性期	600床以上
O氏	29年	50代	看護師長	急性期	300床未満

注:回答者の性別は全て女性であった

倫理的配慮としては、対象施設の部門長および調査対象者に対し、説明書を基に研究の目的と意義、研究への協力は自由意思であり、調査への不参加時に不利益を生じないこと、また、協力施設および対象者の匿名性、結果の公表、インタビュー内容を IC レコーダーへ録音すること等を説明書に沿って説明した。その上で、研究への協力の意思は、同意書への署名を基に確認した。

以下、インタビュー内容を記述する際には、意味がとりづらい話し言葉等は、インタビュー内容や文脈を変換することなく、可能な範囲で修正した。さらに、個人が特定されるような情報は削除した。また、語りの中で提示している()内の語句は、医療用語や指示語の内容を示す等の理由で筆者が加えた語句を意味している。

6.2 分析結果

調査データは、グラウンデッド・セオリー・アプローチ(Strauss and Corbin, 1990)を用いて分析したが、分析結果を記述する際には、【 】はカテゴリー、[] をサブカテゴリー、〈 〉は例として示した。以下では、まず仕事経験、プロフェッショナリズム、プロアクティブ行動、ケアリングのカテゴリーを分析した上で、各要因の関係を分析する。

6.2.1 仕事経験のカテゴリーの分析

「仕事経験」に関して、4つのカテゴリー、13のサブカテゴリー、58の例が生成された(表 6-1)。具体的には、【上司・同僚・クライアントとの相互作用】：[クライアント・同僚からのポジティブフィードバック]、[ロールモデルと働いた経験]、[同期・先輩との語り]、[上司・先輩・患者の言葉を内省した経験]、【クライアントへの不十分な関与】：[クライアントへの踏み込み不足]、[ケアリング環境が不十分な組織で働いた経験]、[自己の無力さの認識]、【病気との共存と死への関与】：[病歴が長い患者への関与]、[患者の生死への関与]、【専門性の追求】：[看護の独自性の追求]、[看護職の育成]、[組織の変革に関与]、[組織・部門を越境した経験]が抽出された。

仕事経験のカテゴリーにおいて注目すべき点は、キャリア発達段階によって、看護師は異なる経験をしていた点である。まず、看護師はキャリア初期の段階

において、【同僚・クライアントとの相互作用】、【クライアントへの不十分な関与】といった、対人相互作用によるポジティブ経験と失敗からの経験を積む傾向にあった。また、キャリア初期から中期にかけては【病気との共存と死への関与】という人間の修羅場的な状況に関与していた。さらに、キャリア中期から後期にかけては【専門性の追求】という、より自律的で高度な経験へと移行していた。

表 6-1 仕事経験のカテゴリー

キャリア 発達段階	【カテゴリー】	[サブカテゴリー]	〈例〉	
キャリア 初期から 中期	上司・同僚・クライアントとの 相互作用	クライアント・同職種からの ポジティブフィードバック	クライアントからのポジティブな反応 学生時代の看護師との関与 先輩・上司からの承認	
		ロールモデルと働いた経験	先輩からの国家資格に対する意味づけ スペシャリストと一緒に働いた経験 先輩の行動を模倣した経験 先輩とともにケアリングを提供した経験 具体的なアドバイスしてくれる上司と働いた経験	
		同期・先輩との語り	仕事についての疑問点の追求 キャリアの方向性に関する相談 全般的な悩みの相談	
		上司・先輩・患者の言葉を 内省した経験	患者の言動を基に自己を振り返った経験 上司のアドバイスを基に自己を振り返った経験 先輩のアドバイスを基に自己を振り返った経験	
	クライアントへの不十分な関与	クライアントへの踏み込み 不足	自己の価値観でクライアントを見た経験 クライアントの心理的变化を捉えることの不足 がん患者の気持ちを聞き出すことへの躊躇	
		ケアリング環境が不十分な 組織で働いた経験	看護過程を必要としない場面で働いた経験 看護計画が不十分な職場で働いた経験 自己の看護観にフィットしない組織で働いた経験	
		自己の無力さの認識	患者のために何もできなかったという認識 患者の安寧に関与できなかったという認識 予期せぬ急変への遭遇	
	病気との共存と生死への関与	病歴が長い患者への関与	病状のわずかな変化の見極め クライアントへの心理的支援 病状コントロールと生活指導への関与 患者の価値観の理解	
		患者の生死への関与	がん性疼痛を持つ患者への関与 がんに関する治療を受ける患者への関与 キュア・ケアへの意識決定支援 死への不安・恐怖を持つクライアントへの関与 ケアリングへの戸惑い・迷い 命の誕生への関与 死を迎える患者とその家族への関与 患者の死生観の理解 残される家族を心配に思う患者との関わり 生きることへの意義の見出し	
	キャリア 中期から 後期	専門性の追求	看護の独自性の追求	専門的知識・技術の習得 患者の状況の予測と先を見越した関り 医学と看護学の境界を明瞭に捉えた経験 退院支援の促進 がん性疼痛の緩和 QOLへの関与 多職種協働による物事の決定 在宅医療・看護への関与
			看護職の育成	研修会・学習会での講義 後輩・部下への看護実践に関する指導 看護学生への関与 スタッフのキャリア支援
			組織の変革への関与	病院経営への参画 職員満足向上への試み 組織の再編成・再構築への関与 組織のビジョンに沿った行動と他者への推進
組織・部門を越境した経験			組織外の研修会、学会等への参加 組織外・部門外の学習会・研修会等の企画・運営 部署異動の経験 他の組織で働いた経験 多職種協働によるプロジェクトの促進	

6.2.2 プロフェッショナリズムのカテゴリーの分析

「プロフェッショナリズム」に関しては、【献身性】と【自律性】の2つのカテゴリー、4つのサブカテゴリー、19の例が生成された(表 6-2)。具体的には、【献身性】には、[クライアントのウェルビーイング]と[クライアントへのコミットメント]が、【自律性】には[自主的行動の感覚]と[プロフェッショナルの育成]のサブカテゴリーが含まれる。より具体的な例を挙げると、【献身性】は、〈看護職への愛着〉、〈人間に関与できることへの喜び・やりがい〉等の職業的アイデンティティの要素を基盤に、〈疼痛緩和の信念〉、〈安寧と変化を与えることへの使命感〉、〈最善を尽くす信念〉等によって構成されている。【自律性】は、〈専門家集団への準拠〉、〈活用する知識・技術の選択〉、〈質の高い実践ができる人材の育成〉等によって構成されている。このように自律性のプロフェッショナリズムには、自分自身が専門性を拡大するとともに他者の育成を通じた職業的発展要素が含まれている。この点に関し、リーダーとなる者にとって、人を育成することは重要な役割であるといわれているように(Drucker, 1973)、プロフェッショナルとして自律的に仕事を行うリーダー的存在にある者は、質の高い実践者を育成することは不可欠であると考えられる。

表 6-2 プロフェッショナルリズムのカテゴリー

【カテゴリー】	[サブカテゴリー]	〈例〉
献身性	クライアントのウェルビーイング	疼痛緩和の信念 安寧と変化を与えることへの使命感 患者の苦悩の受け入れ クライアントのニーズの探索 最善を尽くす信念
	クライアントへのコミットメント	看護職への愛着 仕事現場への忠誠心 看護師を続けるための努力 人間に関与できることへの喜び・やりがい 他者の人生に関与できることへの尊さと意義
自律性	自主的行動の感覚	活用する知識・技術の選択 専門家集団への準拠 自己の分野の発展に向けた行動 同業者同士における実践の共有 人間への接し方に関する基準 自己の専門性拡大
	プロフェッショナルの育成	質の高い実践ができる人材の育成 自己の看護実践・看護観の伝承 看護学生・後輩・部下が成長することへの価値

6.2.3 プロアクティブ行動のカテゴリー

「プロアクティブ行動」については、【職場環境の改善】、【上司への支援要請】というカテゴリー、および 15 の例が抽出された(表 6-3)。【職場環境の改善】には、〈効果・効率・安全性の観点からの職務改善〉、〈同他職種・組織内外による実践の質向上への取組み〉、〈職場の問題をディスカッションする機会の提供〉等の例が含まれている。これらの例は、問題を機会と捉え率先して問題を解決しようとする要素を含んでいることから、Ashford and Black (1996)が示すプロアクティブ行動の下位次元である「ポジティブフレーム」として捉えることができるだろう。一方、【上司への支援要請】には、〈仕事への動機づけ〉、〈専門的な知識・技術の伝承とその活用〉、〈研修・学会等への参加の支援〉、〈仕事の仕方に関するアドバイス〉等の例が含まれている。これらの例は、上司による仕事への適切な評価と動機づけ、上司からの仕事に必要な情報の入手に関するものである。すなわち、このカテゴリーは、Ashford and Black (1996)が提示している「上司との関係構築」というプロアクティブ行動の下位次元と同一の内容を含んでいる。以上の点から、本章におけるプロアクティブ行動のカテゴリー

と、第5章におけるプロアクティブ行動の次元は対応していると考えられる。

表 6-3 プロアクティブ行動のカテゴリー

【カテゴリー】	〈例〉
職場環境の改善	効果・効率・安全性の観点からの職務改善 同他職種協働による実践の質向上への取り組み 最新の知識・技術を用いた業務プロセスの改善・周知活動 看護過程を展開する能力の促進 コンフリクト・マネジメント 職場の問題をディスカッションする機会の提供 ワークライフバランスの推進
上司への支援要請	成果のフィードバックと適切な評価 仕事への動機づけ 専門的な知識・技術の伝承とその活用 研修・学会等への参加の支援 取得した資格を活用する機会の支援 仕事の仕方に関するアドバイス 集団凝集性の向上 上司との信頼関係の構築

6.2.4 ケアリング行動のカテゴリー

「ケアリング行動」に関しては、【親密な関与】、【エビデンスの探求】、【専門的技術の提供】という3カテゴリーと16の例が抽出された(表6-4)。「親密な関与」は、〈クライアントに寄り添っていること〉、〈患者のそばにいること〉、〈クライアントへの傾聴〉といった例を、また【専門的技術の提供】のカテゴリーは、〈医学と区別した看護学の活用〉、〈エビデンスに沿った判断と専門的技術の提供〉等を含んでいる。この2つのカテゴリーは McCance et al. (2009)が示すケアリングの2次元である「親密性」と「専門的技術」に対応していると考えられるが、これに加え、【エビデンスの探求】という〈新たなケアリングの提案と実践〉、〈ケアリングに対する主観的・客観的評価〉等の新たなカテゴリーが抽出された。

表 6-4 ケアリングのカテゴリー

【カテゴリー】	〈例〉
親密な関与	安楽の促進 クライアントに寄り沿っていること 患者のそばにいること クライアントへの傾聴 患者の価値観の理解 患者の思いの汲み取り クライアントのニーズの明確化
エビデンスの探求	新たなケアリングの提案と実践 ケアリングに対する主観的・客観的評価 新たな知識・技術の探求 エビデンスの検討
専門的技術の提供	医学と区別した看護学の活用 治療継続の支援 チーム内での看護の振り返り エビデンスに沿った判断と専門的技術の提供 多職種協働によるクライアントの自己実現を支援

6.2.5 カテゴリー間の関係

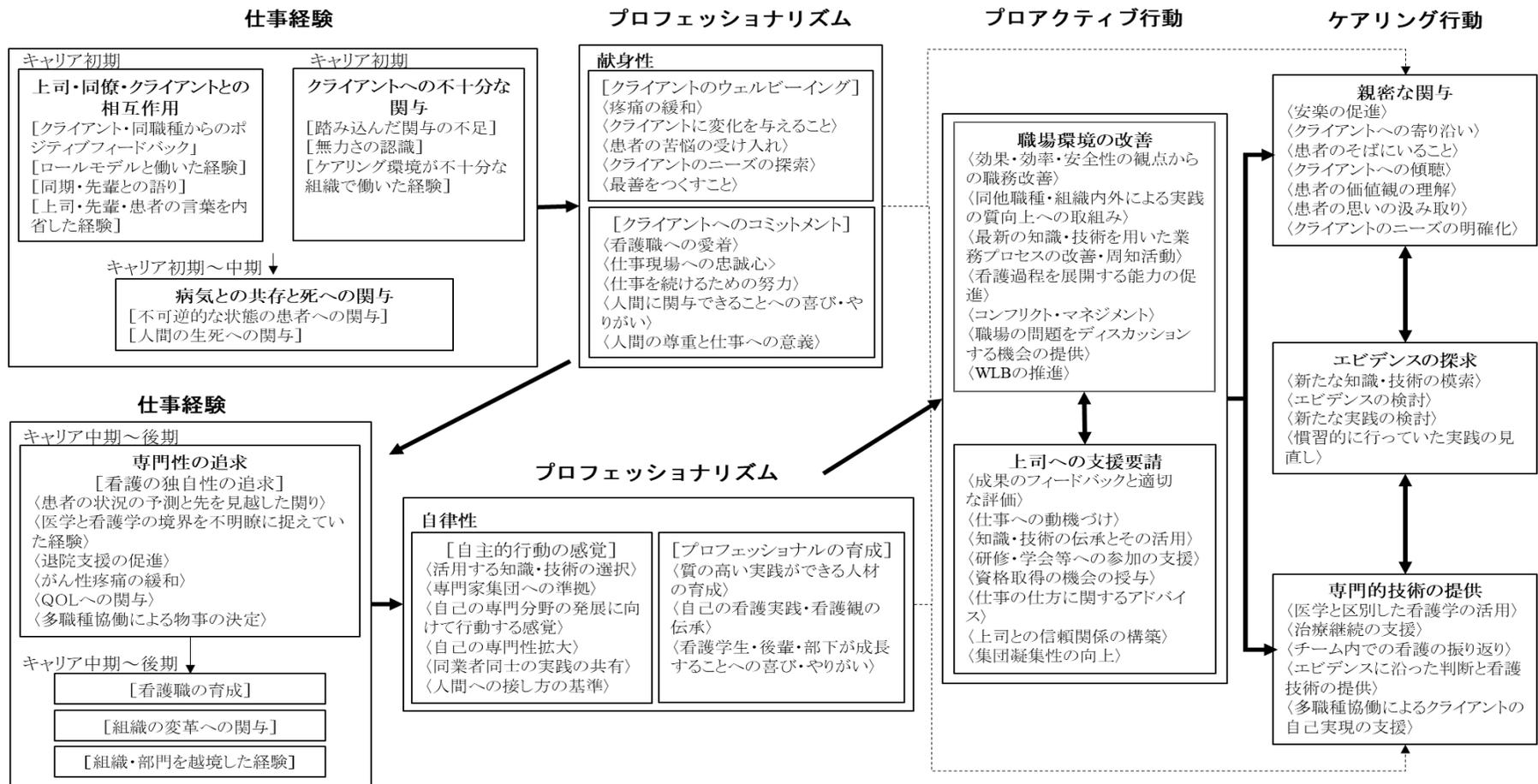
図 6-1 には、生成されたカテゴリー【 】, サブカテゴリー [], 例 〈 〉を基に、カテゴリー間の関係を提示した。なお、本研究における、クライアントとは患者とその家族を意味しており、患者のみの場合と区別している。ここでは、具体的な事例を示す前に、発見事実を要約したい。

まず、仕事経験とプロフェッショナリズムの関係は、キャリア発達段階によって異なっていた。つまり、キャリア初期における【同僚・クライアントとの相互作用】、【クライアントへの不十分な関与】の経験は、キャリア初期から中期にかけての【病気との共存と死への関与】という経験を導き、【献身性】のプロフェッショナリズムである [クライアントのウェルビーイング]、[クライアントへのコミットメント] の獲得を促していた。なお、[クライアントへのコミットメント] は、例からもわかるように、Hao et al. (2014) が示す職業的アイデンティティに関する要素で構成されていた。さらに、キャリア中期から後期における【専門性の追求】の経験を通して、【自律性】のプロフェッショナリズム

である[自主的行動の感覚]、[プロフェッショナルの育成]が醸成されていた。

こうして獲得された献身性、自律性のプロフェッショナリズムが、ケアリング行動である【親密な関与】と【専門的技術の提供】に結びつき、【エビデンスの探求】のケアリング行動を促していた。さらに、自律性のプロフェッショナリズムは、【職場環境の改善】、【上司への支援要請】というプロアクティブ行動を媒介することで、【親密な関与】と【専門的技術の提供】というケアリング行動を促進していた。

以下では、これらの関係を事例とともに解説する。



注: 四角内の太字はカテゴリ、[]はサブカテゴリ、〈 〉は例を示している

図 6-2 定性データの分析結果

6.3 カテゴリー関係の事例

6.3.1 キャリア初期から中期における仕事経験と献身性

キャリア初期において、【上司・同僚・クライアントとの相互作用】や【クライアントへの関与不足】を経験した看護師は、その後、【病気との共存と生死への関与】に関する経験を積む傾向にあった。こうした経験によって看護師は、職業に対する愛着と職場への忠誠心を持ち、人間に関与できることへの喜び・やりがい、尊さを認識し、看護師を続けるための努力をしようとする【クライアントへのコミットメント】という職業的アイデンティティの要素を含むプロフェッショナリズムを獲得していた。さらに、患者の苦悩や危機的状况に関わることを方向づけ、看護師はクライアントのために働きたいというプロフェッショナリズム、すなわち、患者の疼痛を緩和し、クライアントに安寧を与え、最善を尽くそうとする【クライアントのウェルビーイング】を獲得していた。

これらのことから、看護師はキャリア初期から中期にかけてのクライアントの修羅場への関与、職業的価値を認識する経験によって、献身性のプロフェッショナリズムを身につけていたと考えられる。上述したカテゴリーに言及しているインタビュー内容は以下の通りである。なお、下線部は、カテゴリーに関連している内容を示している。

B氏は、予定通りに治療ができず、治療が遅延することで死への恐怖を抱く「がん患者」に対し、患者の話を献身的に聞き、患者のそばにいた経験を通して、職業的価値を内在化し、患者のために働きたいという献身性のプロフェッショナリズムが醸成されたことを語っている。

多くの時間をがん患者と関わり、がん化学療法に携わってきました。ある患者さんからは、治療がスケジュール通りにいかなかった（抗がん剤の副作用により治療を延期せざるを得なかった）時は、「プロなのに計画通りに治療を進められないのはおかしい」ということをいわれたことがありました。「副作用が強ければ、予定通りに治療ができないことはある」と説明しました。しかし、患者さんからは、「プロなら、そうしたこと（副作用の程度）を見込んで対策を考えるものだ」ということをいわれました（中略）。

これまで多くのがん患者さんを看取ってきました。患者さんは入退院を繰り返しながら、最後は亡くなっていきました。その間、患者さんやそのご家族と親密な関係を築くことができたと思います。苦悩を持つ患者さんに対し、遅くまで残ってベッドサイドで患者さんの話を聞いていきました。

同様に D 氏は、様々な段階にある患者と関わり、個人の持つ価値観に触れてきたが、とりわけ「がん」によって死に向かう患者への関与が、献身的なプロフェッショナリズムに影響していたと振り返っている。

闘病生活や患者の人生観への関わりが、献身的な信念に影響を与えていると日々感じております。これまで、外科や内科などの急性期の病棟で働いてきたのですが、その中でも闘病生活の関わりといえば、終末期¹⁾に向かっていくがん患者さんとお話をする機会が多かったことです。診断、外科的治療、がん化学療法、終末期など、1人の患者さんが病気を発症したところから治療を終える、あるいは亡くなるといった一連の過程に関わってきました。

また E 氏は、不可逆的な状態にある患者、死に至る可能性のある患者など、多様な状況にある患者との関わりを通して、看護職としての価値を見出し患者へのコミットメントを高めていた。さらに、こうした職業的価値によって、クライアントのニーズを知り、苦悩の受け入れ、安寧の促進という患者のウェルビーイングに関するプロフェッショナリズムを形成していたことがわかる。

在宅で人工呼吸器を使って生活している患者さんやがん患者さんとの関わりを通して、この患者さんがどのようなことを考えているのか、家で過ごすために患者さんやその家族はどのようなことを望んでいるのかなど、患者さんや家族の思いを考えるようになりました(中略)。回復が見込めない場合でも、最後まで患者さんの思いに沿った関わりをしたいと考えさせられました。呼吸器や循環器の病気を持つ患者さんは、死に直結しているということを感じながら生活しているため、そこに寄り添うことができる

ようにと考えて関わってきました。亡くなられて、病院を後にする際に、患者さんのご家族から、「この病院で最後まで見てもらえて良かった」という感謝の気持ちを伝えていただけることで、慢性期であっても急性期であっても疾患に関わらず、患者さんやそのご家族と献身的に関わりたいと思う気持ちが強くなっていきました。

これに対し、F氏は、クライアントの潜在的な気持ちを引き出すという、クライアントとの深い関与が不足していた経験を通して、献身性のプロフェッショナルリズムを醸成していた。その背景には、先輩によるコーチングやアドバイス、先輩からの承認というポジティブフィードバックが関係していたことを振り返っている。

はじめて受け持ち患者さんを持った時のことです。受け持ちの患者さんは生まれたばかりの子供で、退院後のことを見据えたお母さんへの関わりが必要な状況でした。この経験を通して、自分が良いと考えている方向に、お子さん(患者)もご家族も引っ張りたかったという思いがあったことに、後になって気づかされました。家族のために、子供のためにと考え、自分なりに一生懸命やっていたのですが、ある時、自分が計画したケアを他のスタッフにやってもらえなかったことがあったのです。その時にベテランの先輩と話をして気づかされたのです。自分は、ちょっとしたお母さんの不安とか、疲れた気持ちとか、息抜きをしたいとか・・・四角四面ではなく、柔軟にもっと幅を持たせて、1つひとつのケアをしたり助言をしたりというようなことが、盲目になっていたのです(中略)。その先輩と話をしているうちに、患者さんやその家族のためにケアをするということは、どのようなことなのかということを考えさせられたのです。そのお母さんは、何かを指導されて、新しいことを毎日教えられて(看護師に)、やることばかりで大変だったのだと思えました。その時の先輩の関わりは、こうしなさいということではなく、自分のことを先輩が認めてくれていることがわかったのです。自分がやりたいと思っていることや方法は間違えていないのだよといって下さったのです。ただ、時期だとか(お母さんの気持ちな

どを考慮し)、タイミングとかそういう問題なんの・・・すべてを否定している訳でもないし、一生懸命やっていることもわかっている。ちょっと、一人だけ(自分だけ)前に進み過ぎちゃって、それを振り返ってごらん、
ということをいわれたのです。

このようにF氏は、先輩の存在によって、自己の実践を内省する機会を得ていた。この経験を通して、F氏はクライアントの思いを適切に確かめ、その反応をみながらクライアントにとって最適なケアを提供するという、クライアントへのコミットメントをベースにクライアントのウェルビーイングを優先するプロフェッショナルリズムを醸成していたことがわかる。

以上の事例から、上司・同僚・クライアントによる相互作用とともに、失敗や悔しい気持ち、無力さ等の経験を通して、患者の生死と向き合い、闘病する患者とその家族に深く関与するようになったことが語られていた。その結果、職業的アイデンティティをベースに、クライアントのために関わりたいという「クライアントへのコミットメント」と「クライアントのウェルビーイング」という献身性のプロフェッショナルリズムの獲得に影響を与えていたことがわかる。また、キャリア初期から中期にかけての経験が、その後の成長の基盤になっていることが見て取れる。

ここまで、仕事経験と献身性のプロフェッショナルリズムの関係について示してきた。次に、献身性のプロフェッショナルリズムが、高いタスクの仕事経験を導き、自律性のプロフェッショナルリズムの形成に影響を与えるというカテゴリー間の関係性について整理した上で、これらに関する事例について紹介する。

6.3.2 キャリア中期から後期における仕事経験と自律性

看護師は、キャリア初期から中期にかけて【クライアントのウェルビーイング】と【クライアントへのコミットメント】という献身性のプロフェッショナルリズムを獲得していた。このことによって、キャリア中期から後期にかけては、【専門性の追求】という経験を段階的にしていた。具体的には、専門的知識・技術の習得、多職種協働に基づくがん性疼痛の緩和、患者のQOL等の促進という[看護の独自性の追求]に関する経験をしていた。さらに、[看護の専門性の

追求]の経験を積んだ看護師は、[看護職の育成]、[組織の変革への関与]、[組織・部門の越境を含む仕事経験]に関わる傾向がみられた。その結果として、キャリア中期から後期にある看護師は、2次元から成る自律性のプロフェッショナルリズムを醸成していた。すなわち、看護師はキャリアを積むことで、質の高い実践ができる人材育成、自己の看護観の伝承、看護学生や後輩・部下の成長に対し喜び・やりがいを認識する【プロフェッショナルの育成】という自律性のプロフェッショナルリズムを獲得することができるのである。具体的には、活用する知識・技術を選択し、専門家集団に準拠するとともに、自己の専門分野の発展に向けた[自主的行動の感覚]という自律性のプロフェッショナルリズムを獲得していた。また、自己の実践や看護観の伝承とともに、質の高い実践ができる人材の育成を通して、他者が成長することへの喜び・やりがいを認識する[プロフェッショナルの育成]からなる自律性のプロフェッショナルリズムを醸成していた。以下では、こうした関係性について具体的な事例を示していきたい。

D氏は、献身性のプロフェッショナルリズムがベースとなって、専門的な知識・技術を高める仕事経験を自律的なプロフェッショナルリズムに結びつけていたことを語っている。

患者さんの変化(健康回復、死に至る)の過程において、関わりを持ち、人の人生に大きく関与する職業であることを自覚する機会がある度に、この仕事についていたという信念が強くなっていきました(中略)。こうした患者さんとの出会いによって、終末期であろうと、外科的治療を終えて帰る患者さんであろうと、献身的に関わりたいと思い、またその思いが、自律的に働きたいということにも繋がっていったように感じております。患者さんの状況を予測して自分で考えて看護をするという自律的な行動は、患者さんに良くなってもらいたいという献身性が根底にあると思います。自分の知識・技術が増すことで、患者さんにとって良い変化をもたらすという実体験が、もっと専門性を高めていきたいという自己学習につながっていった気がします。管理職になってからは、組織を運営していかななくてはならないという立場であるため、看護実践(看護師としての専門性)の

知識だけでは足りない部分があって、そういうところも、誰かが教えてくれるわけではなかったため、自分で学習しいかななくてはならないと思い、研修会に参加し管理職として必要な知識や技術を身につけていきました。

D氏は、患者の生死への関与を通して、クライアントに献身的に関わりたいという欲求とともに、人の人生に関与できる看護師という職業への価値を見出していたことがわかる。こうした献身性のプロフェッショナリズムを形成したことで、自身の専門性を高める経験を促し、自律性のプロフェッショナリズムを獲得していたといえる。

これに対しI氏は、先輩の影響を受けながら、患者の生死に関与したことで、献身性のプロフェッショナリズムを獲得していた。しかし、管理職になってからは、この献身的なプロフェッショナリズムは、クライアントではなくスタッフに向けられるようになったことを振り返っている。

がん患者さんと最後まで関わり、お看取りしていたことが今でも自分の中では大きな経験になっております。がん患者さんは、入退院を繰り返しますので人間関係も構築できます。そういう人達と関わって、自分はプロなのだと思うようになりました。先輩たちが、患者さんの思いに沿って看護をしているのをみて、自分も看護師とはこのような仕事をするものなのだと思ってやっていました（中略）。この経験は、その後、緩和ケア²⁾の先駆的な病院で働いていた時にも大きな影響を与えてくれました。そこでは「自分たちがその分野を切り開くのだ」、「患者のために働きたい」という献身的なスタッフが集まっていたのです。自分は、管理者として、そのスタッフたちが献身的に働けるように、スタッフのケアをしていかなくてはならないと思いました（中略）。看護の分野のある先生から、「本物の看護師とただの看護師がいると患者さんがいっていた」ということを聞いたことがあるのです。それを聞いて、本物の看護師は、看護の知見を使ってなんでもできる人のことを指すのだと思いました。本物の看護師という、プロフェッションは、看護という視点で考えると「生活支援」とか、「ケアリング」という人間の根源に関係することなど、とても誇り高い職業だと感じております。

I氏は、スタッフのクライアントに対する献身的な信念・価値、態度を通して、看護プロフェッショナルの育成に関する自律性のプロフェッショナリズムを獲得していたといえる。その背景には、I氏が、キャリア初期から中期にかけて「がん患者」に関与し、看護職に対する価値を内在化していたことが影響していた。

さらにH氏は、自身と看護スタッフの専門性の追求に加え、組織の変革への関与という仕事経験を通して、自律性のプロフェッショナリズムを醸成していたことを語っている。

患者さんの生きざま死にざまに多く関ってきました。重症の呼吸器疾患の患者さんは、息を吸うのも苦しくて、苦しみながら生活している患者さんをたくさん見てきました。当時は(H氏のキャリア初期から中期の時代)、肺がんになると1年持てばよい方で、今のように分子標的薬もなく(がんの増殖等を抑制する治療薬)、制吐剤も今のように良い薬がなく、がんの種類によっては、肺がんがみつかって2週間ぐらいで亡くなってしまう人もいました。そういう人たちをずっと見てきたため、短い期間で病気と向き合って生きていくことや、死んでいかななくてはならないなど、そういった中で、患者さんと濃密な関わりをするというのが、自分の中ですごく濃厚な時間でした。こういう人たちを支えるのが自分なのだと思うようになりました。このことは、今も自分の根底にあると思っております。すごく、自分がかついだのです(患者さんが亡くなる瞬間に立ち合うこと)。だから、家族へのケアも提供する機会が多く、患者さんの死と向き合うことが多かったと思っております(中略)。外来で働いていた時には、外来の患者さんはこんなにも弱者なのだということがわかりました。入院中は手厚く看護師が関わることもできるのに、外来ではその看護が継続されていないということに気づかされたのです。だから、患者さんが病棟でも外来でも専門的なケアを手厚く受けられるように、そうした部門の立ち上げに関わったのです(中略)。今は、そういう関りができる看護師を育成するためにも、組織外でも講義や研修の企画なども行っています。

このように H 氏は、自分自身の専門性を追求することで、新たな部署の立ち上げ、組織を越境した人材育成等の仕事経験へと結びつけ、自主的行動の感覚とプロフェッショナルの育成という自律性のプロフェッショナルリズムを獲得していたといえる。

6.3.3 媒介要因としてのプロアクティブ行動

分析の結果、上述した自律性のプロフェッショナルリズムが、2次元のプロアクティブ行動、すなわち【職場環境の改善】と【上司への支援要請】を直接的に促進していた。【職場環境の改善】とは、職場の問題を積極的に改善し、状況を良い方向に導き、ケアリング行動をとりやすい環境を整えることを指している。具体的には、ケアに対する効果・効率・安全性の観点からの職務改善、最新の知識・技術を用いた業務プロセスの改善およびその周知活動、看護過程を展開する能力の促進といった 6 つの例が抽出された。また、【上司への支援要請】とは、情動的な支援とともに仕事に必要な知識・技術の習得に関するソーシャルサポートを示す概念である。具体的には、成果に対する適切な評価によって、仕事への動機づけを促し、研修・学会等への参加を支援する等の 9 つの例が含まれる。

以下では、プロフェッショナルリズム、プロアクティブ行動、ケアリング行動の関係について語った内容を紹介する。

M 氏は、職場における専門的な知識・技術の習得を促すために、プロアクティブ行動をとり、ケアリングに結びつけたことについて振り返っている。プロアクティブ行動へのプロセスは、献身性と自律性のプロフェッショナルリズムがベースになっている点も振り返っていた。

急変時対応のスキルの習得に向けて、一緒にやりたいと思う人を巻き込み、医師にも協力をしてもらい、急変時シミュレーションを行いました。

そこで出てきた課題を集約し、学習会を行ったりもしました。学習会やシミュレーションで、どの程度、知識や技術を習得して、行動できるようになったのかを承認する機会なども設けました(中略)。この学習会を繰り返す中で、急変時対応ができないと感じている人は、どのようにしたら良い

のかということ話し合う機会にもなりました。当施設では、重症な患者さんに対応していこうというのがあり、医師もそうしていきたいと思っており、患者さんのニーズとしてもこの施設で見てもらいたいというのがあった。そのため、皆（看護スタッフ）もそういう重症な患者さんの看護をしたいと思います。しかし、実際の急変時に、心臓マッサージとかを適切にできなかったという悔しい思いや辛い思いがスタッフの中にありました。そういう場面に遭遇したスタッフの思いを感じながら、少しでもできるようになる努力をして、緊急時に対応できればと思って取り組んだのです。そういう場面（緊急時）に遭遇して、上手く対応できなかった時は、メンタルも落ち込んでしまうし、もしその患者さんが亡くなった場合は、自分のせいだと思って、仕事を続けて行く上でも大きな壁になったりもします。だから、緊急時対応に関する技術を習得できる環境をつくっていかなくてはならないと思ったのです。上司へは、自分の取り組みについて概要を説明し、権限を委譲してもらいました。また実践の成果についても上司から適切に評価をもらい、スタッフに対してもフィードバックや動機づけなどもしてもらいました。

M氏は、他職種協働による緊急時シミュレーションという専門性の追求によって、自律性のプロフェッショナルリズムを醸成していた。さらにM氏は、上司への支援要請というプロアクティブ行動によって、集団凝集性の向上、仕事への動機づけ、適切な評価などを得ていたことがわかる。

L氏においては、スタッフのワークライフバランスの推進とともに集団凝集性を高め、効率的な観点から職務改善を行った事例について以下のように語っている。

精神が病んでしまうスタッフが2~3人いる病棟で働いた時のことです。そこでは、がん患者さんや長い病歴を持つ患者さんに、どの看護師も一生懸命に関わって仕事をしていたのですが、残業も多く、患者さんの生活指導などをやりたいと思っても、時間がなく、決められた処置などをすることに時間がとられていたのです。日勤のスタッフは21時ぐらいに帰宅す

るという生活をしていました。そこで、他者に依頼できる仕事は依頼して、ケアを提供する時間をとって、早く仕事を終えて帰るということに働きかけていきました。職員をとどめたいとか、少しでも働きやすい環境にした
いという思いがありました。この働きかけによって、辞める人がいなくなり、帰る時間も少し早くなったという声がスタッフから聞かれ、「うつ
になる人も少なくなったのです。上司に交渉して勤務表作成にも関わらせてもらいました。勤務表の作成を工夫し、休みを連休にすることで、休みの日は遊びに行き、リフレッシュができ、仕事の意欲に結びつけることが
できました。この改善によって、「研究もやってみたい」、「患者さんにもっと接することができるのではないか」、「患者さんの看護に時間がと
れるようになった」等の声が聞かれるようになりました。その他には、委員会活動も遅い時間まで残らずにやれるようになったと思います。「夜勤
で時間のある時に委員会活動をやるため、委員のメンバーと同じ夜勤にしてもらえないか」ということをスタッフから提案されるようにもなりました。
スタッフからも「こうしたらできる」といった前向きな意見もいって
くれるようになりました。この部署は、皆が均等に業務を振り分けて働く
という考えだったのですが、フリー業務をつくって働き方を変えたのです。
そうすることで、残業時間も減っていきました。時間と気持ちに余裕がで
きたことで、勉強会などもできるようになりました。

L氏は、率先して上司へ働きかけ、上司との関係性を構築していったことで、権限を委譲され、勤務表づくりに関与し、業務プロセスの変革を推進していた。つまり、「職場環境の改善」と「上司への支援要請」という2つのプロアクティブ行動をとっていたことがわかる。

6.3.4 プロフェッショナリズムとプロアクティブ行動に基づくケアリング行動

本研究では、先述したようにケアリング行動として【親密な関与】、【エビデンスの探求】、【専門的技術の提供】の3カテゴリーが抽出された。以下では、プロフェッショナリズムやプロアクティブ行動によって支えられたケアリング行動についての事例を分析する。

G氏は、がん性疼痛のある患者との関わりを通して形成されたプロフェッショナルリズムをベースに、患者の安楽を促進するためのケアリング行動について語っている。

ある「がん」患者さんとの出会いは、今でも忘れられず、その患者さんとの関わりが、自分の看護観のベースになっていると思います。その患者さんは、がんで全身に痛みがあるにもかかわらず、眠くなるという理由で、麻薬や鎮静剤を使いたがらなかったのです。24時間の中で、痛みが緩和される状況はなかったと思います。自分がリーダー業務（看護チームの実践のリーダーとして割り当てられる業務）をしていた時に、何とかその痛みを和らげることはできないかと思い、担当医に相談したのです。でも、その担当医からは、本人の同意がないから麻薬の量を増やすことはできないといわれたのです（中略）。何とか楽になってもらいたくて、看護師として独自にできる役割がもっとあるのではないかと色々と考えて、温めたり、熱風浴などをしていきました。それら（実践）の看護記録から、（どのようなケアをすると）楽になったのかという記録を拾っていったのです。そこから、看護師として何をしていかななくてはならないのか、どのような役割を果たしていったら良いのかを考えてケアをしていくようになりました。

この語りからわかるように、G氏は、新たな実践の検討と実施、その実践のエビデンスの追求という「看護実践の探求」を行っていたのである。さらに、実践の探求によって、医学と区別した看護学の知見を基に、「専門的技術の提供」を試みていたことを振り返っている。

これに対しL氏は、患者自身も気づかない潜在的な問題点に焦点を当て、患者に寄り合い、そばにいるという「親密な関与」であるケアリング行動をとっていた。さらに、この「親密な関与」が、ケアリング行動の「エビデンスの探求」と「専門的技術の提供」を促進していた点をL氏は指摘している。

10年以上前に関わった患者さんなのですが、今でもその患者さんとご家族が会いに来てくれて、その人の看護をしている時はすごく大変だったの

ですが、やりがいのある経験をさせてもらいました。その患者さんは、がんの治療のために入院されたのですが、この病院で、はじめて行う治療を受けた方でした。はじめてということで、わたしたち看護師は、患者がどのような経過を辿るのかという予測がつかない中で関わり、この治療薬を使ったらこうした副作用が出るのだ、だからこのようなケアが必要なのだ、ということを患者さんと相談しながらやっていました。この患者さんと関わりながら、こういう看護が必要なのだ、一人で歩いてトイレにはいけないけど、手のしびれがあるからこういうケアが必要なのだということを看護チーム内で模索しつつ、患者さんの反応も確認しながらやりました。この繰り返して、ケアを確立していきました。

一方E氏は、これまで経験してきたことを基に、患者の死が近い状況においても、クライアントに寄り添い、患者の家族がどのような思いでいるのかという点を大事に関わってきた事例について説明している。

亡くなってしまう患者さんとの関わりを通して、病状の異常の早期発見と対応ができたことや、(患者の状況を)予測して対応できたことで仕事へのやりがいに繋がっていました。患者さんが終末期で、お看取りするご家族と関わる中で、看取りの予測についてもご家族と対話しながら、今、こういう時期だから、もしかしたら、そろそろかもしれない(死を迎えるかもしれない)などを伝えられるようにしておりました。こういう関りによって、ご家族は心構えができるようになったり・・・そういうこと(死が近いこと)に触れずにいると、ご家族は患者さんが亡くなった時に、何をしたら良いのかわからないと思うので・・・最後(亡くなって)、退院される時に、ここで看取ってもらえて良かったという言葉をご家族からいただくことで、残念な結果(命を救えなかった)になったとしても、それは急性期の患者さんで急変して突然、亡くなられたとしても、その時の看護を振り返って、次の看護に活かしていきたいと思っておりました。

さらに、こうした親密な関わりによって、家族のニーズを明確化させ、そこから、どのように家族へのケアリングを提供すべきかを模索していたと思われる。ケアができない状況であってもケアの提供という、医学と区別した看護学の知見を基に、看取りという専門的技術を提供していた。

ここまで、仕事経験、プロフェッショナリズム、プロアクティブ行動、ケアリングの 카테고리について、断片的に紹介してきたが、次にこれらの関係性について語っている事例を提示する。

6.3.5 仕事経験、プロフェッショナリズム、プロアクティブ行動、ケアリング行動の関係

ここでは、仕事経験、プロフェッショナリズム、プロアクティブ行動、ケアリング行動の関係について語っている内容を紹介する。具体的には、「不可逆的な状態の患者」、「がん患者」、「低出生体重児」に関与した経験が、プロフェッショナリズム、プロアクティブ行動、ケアリング行動へと繋がった3つの事例を提示する。

A氏は、難病により不可逆的な状態の患者への関与を通して、また患者からのポジティブな反応によって、仕事へのやりがいや達成感を認識し、献身性のプロフェッショナリズムを獲得していた。さらに、A氏は、献身性のプロフェッショナリズムによって、患者の退院支援を促進し、QOLを高めるという専門性の追求に関する仕事経験をしていた。その結果、自律性のプロフェッショナリズムが形成され、プロアクティブ行動を通してケアリング行動をとっていたことを説明している。

難病や精神疾患、終末期の患者さんなど、長い経過を辿る病気を持つ患者さんに関わったことで、患者さんの背景や言葉の背後にあることを深く考えていかななくてはならないと思うようになりました(中略)。病歴が長く、入退院を繰り返す患者さんから、「いつも自分のことをわかってくれているよね、受け持ってくれて嬉しい」といった言葉をいただくことで、やりがいや達成感を感じていました。患者さんからの反応は、成長する上で大きいと思います(中略)。複数の部署異動を通して、連携の重要性を学びまし

た。外科から神経内科へ移動した時に、ある神経難病の患者さんは外科的治療だけではなく、継続的に薬物療法を受けていることを知って、病棟と外来との連携もケアをする上で重要だと思ったのです(中略)。神経難病の患者さんと関わっていた時に、患者さんが自宅に帰ってから行うサクショ³⁾に関する手順書が不十分だったということがあったのです。そこで、訪問看護の事業所向けに病院で行っていることを継続できるように手順書を作成したことがありました。この時は、副看護師長さんや看護師長さん(上司)に助言を求め、手順書を作成し、実際に訪問看護師に指導的な関わりもさせていただき、病院で行っているケアを継続してもらえるようにしていきました。

A氏は、患者へのケアリングを高めるために、「オリエンテーション用紙が不十分」という問題点に着目し、「同他職種・組織内外による実践の質向上への取り組み」という「職場環境の改善」を行っていた。その際、A氏は、副看護師長や看護師長に助言を求め、オリエンテーション用紙を作成するという、「上司への支援要請」を行っていた。つまり、「職場環境の改善」と「上司への支援要請」というプロアクティブ行動を基に、ケアリング行動を促進していたのである。具体的なケアリング行動としては、「親密な関与」によって安楽を促進し、また、慣習的な実践を見直す「エビデンスの探求」を行い、さらにエビデンスに沿った判断と看護技術の提供、多職種協働によるクライアントの自己実現の支援である「専門的技術の提供」をしていたことがわかる。

次にC氏は、がん性疼痛で苦しんでいる患者との関わりを通して、献身性のプロフェッショナルリズムを獲得していた。その結果、クライアントのためにより専門性の追求、他職種との協働という経験を通して、自律性のプロフェッショナルリズムを獲得していた。さらに、これらのプロフェッショナルリズムによって、所属施設内の医療用麻薬の管理方法の変更に向けたプロアクティブ行動をとり、ケアリング行動を促進していた。

卒後3～4年目ぐらいの時期に、苦しみながら、がんの治療(がん化学療法)を受けている患者さん、がん性疼痛(がんによる激しい痛みや異常

な感覚等）に耐えている患者さんを見て、せめてがん性疼痛をとりながら治療をしてもらいたいと思うようになりました。そこから数年たった卒業7年目ぐらいの時に、専門性を高められる講習会に参加したのですが、ここでの学びや出会った看護師たちによって、自分が持っていた価値観、ケアの視点等を広げてくれるきっかけになり、もっと献身的に頑張らなくてはならないと思うようになりました。「がんの痛みで苦しまずに生活をしてもらいたい」ということが、自分の目標ですので、患者さんに医療用麻薬の使用方法、他の薬剤の使用、生活面などをしっかりと指導していきたいと考えております（中略）。この背景には、患者さんに寄り添い、傾聴し、その患者さんにとっての最善を患者さんと一緒に目指したいという信念があるのだと思います（中略）。そのためには、新しい知識を得て、それを基に、患者さんにケアを提供していく必要があると思っております（中略）。自宅に帰りたいという患者さんを支援する時に、その患者さんの症状がコントロールされていないと自宅に帰れないし、家族の協力体制も整い、家族へのケアもしっかりやっていかなければ、自宅に帰ることはできません。特に終末期の方はそういったことが多くあるため、多職種との調整、退院支援を担当している看護師、ソーシャルワーカー、在宅の医師、訪問看護師等と調整していかななくてはなりません。患者さんが帰りたいという願いをどうにか叶えてあげたいと思つて（クライアントと）関わってきました。こうした望みに応えていくことで、自分の仕事への価値観や信念にも影響を与えてきたのだと思います。患者の生活に直結するような関わりにおいて、医療職の中でリーダーシップを発揮するのは看護師しかいないと思つています。患者さんが望む生活をするという上では、医学的な知識を持って、その患者さんを医学的な視点から見て、今後どのような経過を辿っていくのかということを見越して、地域での生活を調整できるのは看護師ならではの仕事だと思っております。

自分が所属する施設に働きかけた行動としては、医療用麻薬を患者さんが自己管理することです。自分は、がん性疼痛で苦しむ患者さんの姿を見てきて、この医療用麻薬の自己管理という手法は、これまでなされていなかったのですが、何としてでも実現しなくてはと思つて取り組んだことで

す。それは自分が、患者さんの痛みを楽にしたいという信念を持って、一番やりたいと感じていたことでした。この思いがあったからこそ、専門的な講習会や学会などに自ら何度も参加して新しい情報を収集し、安全性も確認した上で、データを持って上司のところに交渉にいったのです。麻薬の管理方法を変えるためには、複数の他部署とも交渉してこの取り組みを進めていきました。この業務改善を通して、上司からは、どのように物事を進めていったらよいのか、誰と交渉していったらよいのか、どのように調整したら上手くできるのかというアドバイスをもらって行って、それがあって進めることができたと思います。

このように、C氏は、医療用麻薬の管理方法を変更し患者の疼痛を軽減するという「職場環境の改善」を促進するために、「上司への支援要請」というプロアクティブ行動もとり、仕事を進める上で必要な情報を上司から入手し、職場環境の改善を進めていた。つまり、C氏は、職務環境の改善と上司への支援要請という2つのプロアクティブ行動を往復させながら、職務適合行動を行い、ケアリング行動に結びつけていたといえる。

一方、F氏は、誕生したばかりの低出生体重児の関わりを通して、献身性のプロフェッショナルリズムを醸成したことで、さらに看護の専門性を追求し、自律性のプロフェッショナルリズムを獲得していた。その結果、安全性の観点から、同多職種を巻き込みながら、職務改善行動を推進していたことを振り返っている。なお、その際、上司への支援要請をしたことで、F氏は上司から権限委譲がなされ役割遂行への動機づけに結びつけていた点も語っている。

超低出生体重児に栄養をいく時は（ここでは鼻に入ったチューブから胃にミルク等を入れることを指している）、腹臥位にさせるのですが、超低出生体重児は、皮膚が脆弱なため、褥瘡⁴⁾になってしまわないように、顔の向きを変えながら栄養を入れていたのです。この行為は、日常生活援助（看護ケア）だと自分は思っていたのです。ただ、挿管チューブ（人工呼吸器などを接続する際に使用する口から気管に入ったチューブ）などが入っているため、何かあった時のこと（挿管チューブは抜けるリスクがあり、

そうなるに命に影響を与えるなど)を考え、必ず、その行為は、自部署では医師とともにやらなければならなかったのです。そのため、夜は当直医を呼んでいたのです。しかし、この子は(ミルクの時間が)3時、この子は4時などとなると、結局、医師が今いけないからといった理由で、予定の時間より遅くなっていた状況を見て、何とか看護師の力だけで、この行為をすることはできないのかと思い、スタッフへ提案したのです。最初は、(看護師だけでその行為をすることに)不安が強いスタッフもいました。一方で、同じ姿勢のままで(長時間)いることで、皮膚が赤くなり(皮膚の損傷を意味する)、赤ちゃんに不利益を生じるという思いもありました。「自分たちの技術を高めていくことで、自分たちでできるよね」という話をスタッフにしていきました。このことをカンファレンスで医師に提案すると、「良く提案してくれた」と伝えてくれました。この経験が、物事の決定とか判断とかに影響していったと思います。そこから、蘇生する技術を覚えたり、低出生体重児のポジショニングといった良肢位を保持すること等や、病態の勉強会も行いながら医師の協力も得て、専門的なことを学んでケアを提供していきました。創造しながらケアについて考えたことで、それが、ケアリングに結びついていったと思います。(中略)上司からは、実践に関することは、決断して進めて良いと言われていたため、自分で考えてやっていきました。大変でしたが、やりがいがありました。

F氏は、患者志向の観点から職場環境を改善する行動を後押し、その結果、ケアリング行動を高めることに結びつけていたことがわかる。すなわち、F氏は、適切なポジショニングによる「安楽の促進」、効果的で安全なケアリングに必要な「知識・技術の模索」、「新たな実践の検討」、「慣習的におこなっていた実践の見直し」等のエビデンスの探求、「チーム内での看護の振り返り」、「エビデンスに沿った判断と看護技術の提供」といった専門的技術の提供を行っていたのである。

6.4 考察

以下では、これまで分析した、仕事経験、プロフェッショナルリズム、プロアクティブ行動、ケアリング行動の関係性について考察する。第1に、プロフェッショナルリズムは、異なるキャリア段階における仕事経験を通して、段階的に形成されていた。すなわち、看護師は、キャリア初期において、クライアントや同僚との相互作用、クライアントへの関与不足という仕事経験をし、その経験に喚起される形で、キャリア初期から中期にかけては、人間の生死や不可逆的な患者への関与を通して、献身性のプロフェッショナルリズムを獲得していた。さらに、キャリア中期から後期にかけては専門性の追求に関する仕事経験を通して、自律性のプロフェッショナルリズムを獲得していた。つまり、献身性がプロフェッショナルリズムの基盤となり、その上で自律性のプロフェッショナルリズムが醸成されていた。この結果は、複雑なスキルを支援するためには段階的学習が必要であるとする熟達研究と一致している(Burton, 1988; Horiguchi and Hiroshima, 2005)。本研究は、これまでの発達の挑戦研究(e. g., DeRue and Wellman, 2009; 松尾, 2013; McCauley et al., 1994)では検討されてこなかった経験とプロフェッショナルリズムの関係について明らかにしたことになる。

第2に、プロフェッショナルリズムは、職業的アイデンティティを基盤に「献身性」と「自律性」に2分類できることが明らかになった。これまでのプロフェッショナルリズム研究では、Hall (1968)の5次元モデルに基づいて行われてきたが(e. g., Boyt et al., 2001; Carlan and Lewis, 2009; Dinger et al., 2015; Jang et al., 2016; Wynd, 2003)、各次元は並列に扱われ、次元間の関係性については十分な検討はされてこなかった。しかし、本研究では、献身性がベースとなって、自律性のプロフェッショナルリズムを獲得することが示された。その際、献身性のプロフェッショナルリズムの基盤として、「クライアントへのコミットメント」という職業との一体意識を意味する職業的アイデンティティの要素を持つ次元が存在することを明らかにした。このことは、看護師のプロフェッショナルリズムは、職業的アイデンティティをベースに献身性と自律性に区分できるだけでなく、その獲得プロセスは階層的になされる可能性があると考えられる。

第3に、ケアリング行動に関して、「親密な関与」と「専門的技術の提供」だけでなく「エビデンスの探求」という次元が抽出された。先行研究において、

ケアリング行動は「親密性」と「専門的技術」の2次元に分類されているが (McCance et al., 2009)、本研究においてもこれらのケアリング行動を確認した。さらに、本研究では、これら2次元のケアリング行動を結ぶ「エビデンスの探求」という新たなケアリング次元の存在を明らかにした。看護実践において、エビデンスは重要であるといわれているにもかかわらず(e. g., DiCenso, Cullum, and Ciliska, 1998; Tilley, 2008)、これまでのケアリング尺度には取り入れられていない。「エビデンスの探求」をケアリング次元として取り扱うことで、より科学的で創造的な質の高い職務固有行動を促進することができると考えられる。このことは、看護師がエビデンスに基づき、省察的实践を行い(Schon, 1983)、ケアリング行動を修正・変更・方向づけていると解釈できる。看護実践におけるエビデンスとは、その時の状況に応じ、クライアント個々人の価値観や能力に見合った内容を考慮に入れた上で、科学的根拠に基づく献身的な実践をすることを意味している(Sackett, 1997)。この点から考えると、クライアントへの献身的な関与と専門的知識・技術を活用したケアリングの提供は、エビデンスの探求を促進すると考えられる。

第4に、「献身性」と「自律性」のプロフェッショナリズムが「親密的な関与」と「専門的技術の提供」のケアリング行動に直接的に関与していた。このことは、プロフェッショナリズムの2次元が、ケアリング行動の2次元と対応関係にあることを示している。さらに、これまで、ケアリング行動を決定づける個人的要因としては、熟達レベル(Finfgeld-Connett, 2008)、教育レベル(Shalaby et al., 2018)、道徳的規範(Fagermoen, 1997; Finfgeld-Connett, 2008)、慈悲心、職務満足の観点から検討されてきたが(Burtson and Stichler, 2010; Shalaby et al., 2018)、プロフェッショナリズムとの関係性は分析されてこなかった。この点に関し、本研究は、プロフェッショナルのアイデンティティ、信念・価値、態度の複合概念であるプロフェッショナリズムがケアリング行動を促進することを明らかにすることができた。

第5に、自律性のプロフェッショナリズムが、プロアクティブ行動を媒介してケアリング行動を促進していた。田尾(1999)によれば、強固な自律性を持つプロフェッショナルほど、組織成果の根幹に影響を与える行動をとるといふ。この点から考えると、自律性のプロフェッショナリズムを持つ人ほど、組織の

状況を良い方向に改善するプロアクティブ行動によって、職務固有行動であるケアリング行動を促進するといえる。

6.5 小括

本章では、「仕事経験は、どのようにプロフェッショナリズムに影響を与えているのか (RQ1)」、「プロフェッショナリズムは、どのように職務行動に影響を与えているのか (RQ2)」に対し、看護師を対象に、仕事経験、プロフェッショナルリズム、プロアクティブ行動、ケアリング行動の関係性を定性的に分析した。

その結果、異なるキャリア段階における仕事経験を通して、プロフェッショナルリズムは段階的に醸成されることが明らかになった。また、プロフェッショナルリズムは「献身性」と「自律性」に、ケアリング行動は、「親密な関与」、「専門的技術の提供」、「エビデンスの探求」に分類することができた。このとき、クライアントに対する献身性と専門性の追求等の自律性のプロフェッショナルリズムは、ケアリング行動であるクライアントへの「親密な関与」と専門的な知識・技術を選択し活用する「専門的技術の提供」は対応関係にあった。さらに、自律性のプロフェッショナルリズムはプロアクティブ行動を媒介して、ケアリング行動を高めることが明らかになった。

¹⁾ 終末期とは、概ね、予後 6 か月以内の時期から死に至るまでの経過を指し、かつ患者自身が数か月以内に死が訪れることを意識している時期を指している(大塚・尾岸, 2011)。

²⁾ 緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者やその家族に対して、疾患の早期から痛み、身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題に関して、評価をおこない、それが障害とならないように予防や対処をすることで、クオリティ・オブ・ライフを改善しようとするアプローチ」と定義されている(WHO, 2002)。

³⁾ サクションとは、気管内に貯留している痰等を吸引する看護技術の 1 つであり、自ら痰等を喀出すること(取り除くこと)ができない対象者に、気管にカテーテル(管)を挿入して陰圧を加え、痰等を除去し呼吸を助ける技術のことである(看護大辞典, 2010)。

⁴⁾ 褥瘡とは、同一の姿勢を長時間とることにより、皮膚局所の血流が滞り皮膚の組織(深部組織)が損傷した状態を指し、その損傷が重度の場合は手術による治療が必要になる場合もある(看護大辞典, 2010)。

第7章 結論

これまで、仕事経験は人間の成長に強い影響を与えるといわれてきたにも関わらず (McDaniel et al., 1988; Morrison and Brantner, 1992)、仕事経験がどのようにプロフェッショナリズムを決定づけるかについての検討はなされてこなかった。また、現代において、看護師を含めプロフェッショナルの多くは被雇用者として組織に所属しているが (田尾, 1999, 2005)、プロフェッショナリズム研究において、専門的職業人の組織適合行動が、どのように職務固有行動を促進するのかという分析も十分されていない。さらに、プロフェッショナルとしての役割を果たす上で、職務固有行動を促すことは重要であると考えられるが、プロフェッショナリズムがいかに職務固有行動に影響を与えるのかという検討も不足している。

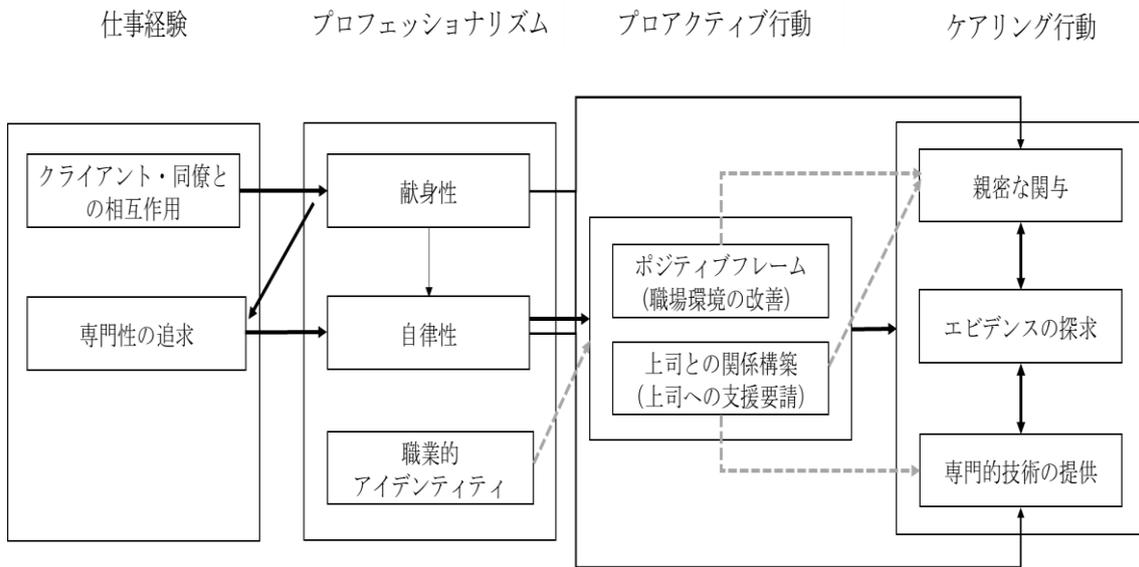
本研究は、クライアントへの貢献を実感しやすく (Eriksen, 1977)、社会の複雑化・多様化にともなって拡大するプロフェッションである対人援助職の中でも典型的な専門職である看護師に焦点を当て、プロフェッショナリズムの決定要因と結果要因を検討した。なお、本研究は、多様なプロフェッションを対象に検討した Hall (1968) の考え方に基づき、医師や弁護士等の伝統的プロフェッションだけでなく、新興的なプロフェッションである看護師に対しても、これまでのプロフェッショナリズム研究の知見を適用できるという前提に立っている。

具体的には、「仕事経験は、どのようにプロフェッショナリズムに影響を与えているのか (RQ1)」、「プロフェッショナリズムは、どのように職務行動に影響を与えているのか (RQ2)」というリサーチクエスチョンを設定した。

上述した2つのリサーチクエスチョンに対し、他者に援助や学習を提供する対人援助職である看護師を対象とした調査データを、第5章では定量的に、第6章では定性的に分析した。その結果、いくつかの知見を得ることができた。以下では、発見事実と理論的考察、実践的な含意、今後の課題について提示する。

7.1 本研究の発見事実

本研究における定量分析と定性分析の結果を統合すると図 7-1 のように示すことができる。以下では、図 7-1 に沿って、本研究全体の発見事実を整理する。



注1: 献身性と自律性は、職業的アイデンティティ、信念・価値、態度を包括したプロフェッショナリズムを意味している
 注2: ここで提示している職業的アイデンティティは、プロフェッショナリズムの一部であることを意味している
 注3: グレーの点線の矢印は職業的アイデンティティからのパスを示している

図 7-1 発見事実の整理

第 1 に、対人援助職である看護師のプロフェッショナリズムは、職業的アイデンティティを基盤とした、献身性と自律性の次元から構成される概念であることが示された。すなわち、プロフェッショナリズムは、職業への一体意識である職業的アイデンティティをベースに、クライアントのコミットメントとウェルビーイングを高めようとする献身性と、自主的行動に関する感覚および人材育成の意識を持とうとする自律性のプロフェッショナリズムから構成される。なお、看護師は、職業的アイデンティティをベースとした献身性のプロフェッショナリズムを獲得した後に、自律性のプロフェッショナリズムを醸成する傾向にあった。

第 2 に、ケアリング行動は、親密な関与、エビデンスの探求、専門的技術の提供から構成される概念であることが明らかになった。具体的には、親密な関

与は、クライアントに寄り合い、訴えを傾聴し、患者の価値観を理解する行動であり、エビデンスの探求は、新たな知識・技術を模索することで、質の高い実践を保証する行動である。また、専門的技術の提供は、医学と区別した看護学の活用とともに、多職種協働によるクライアントの自己実現の支援等を促す行動を意味する。このように、ケアリング行動は3つの次元で構成されるが、エビデンスの探求は、親密な関与と専門的技術の提供の間に存在し、2つのケアリング行動を結び付ける役割を果たしていた。具体的には、親密な関与は、エビデンスの探求によって、高い専門的技術の提供を促進していた。また、専門的技術の提供は、エビデンスの探求を通して、より深い親密な関与を促していた。

第3に、看護師は、仕事経験を通して段階的にプロフェッショナリズムを獲得していた。具体的には、キャリア初期の看護師は、クライアント・同僚との相互作用を通して、患者の生死への関与や苦悩を持つクライアントとの関わりを深め、献身性のプロフェッショナリズムを獲得していた。また、キャリア中後期以降は、専門性の追求に関する経験を通して自律性のプロフェッショナリズムを獲得していた。このことは、献身性のプロフェッショナリズムが、自律性のプロフェッショナリズムの基盤となっていることを意味し、献身性のプロフェッショナリズムを獲得することで専門性を追求する経験を積むことが可能になると考えられる。つまり、献身性のプロフェッショナリズムを獲得したことで、献身的な看護を実施するために専門性を高めるように意識することになり、専門性を追求する経験を通して自律性のプロフェッショナリズムを獲得するという逐次的プロセスが見られた。自律性のプロフェッショナリズムがキャリアの中期以降に獲得される理由は、本研究における自律性が、専門的知識・技術に基づくものであり、獲得に時間がかかるためであると考えられる。これらの点から、看護師は、仕事経験を通して相互作用しながら段階的にプロフェッショナリズムを獲得するといえる。

第4に、献身性と自律性のプロフェッショナリズムは、直接的にケアリング行動を促進していた。具体的には、献身性のプロフェッショナリズムは、クライアント志向に基づき、親密性と専門的技術のケアリング行動を促していた。また、自律性のプロフェッショナリズムは、高い専門性とプロフェッショナル

の育成の観点から、親密性と専門的技術のケアリング行動を促していた。これらの発見事実は、プロフェッショナリズムは、ケアリング行動の基盤となることを示している。

第5に、職業的アイデンティティと自律性のプロフェッショナリズムはプロアクティブ行動を媒介して、ケアリング行動を促進していた。このうち、職業的アイデンティティは、ポジティブフレームを媒介して「親密性」を高め、上司との関係構築を媒介して「親密性」と「専門的技術」を高めていた。さらに、自律性のプロフェッショナリズムは、ポジティブフレームと上司との関係構築に対応する、「職場環境の改善」と「上司への支援要請」を通して、「親密な関与」、「エビデンスの探求」、「専門的技術の提供」を高めていた。この時、職場環境の改善と上司への支援要請は、相互に関係し合いながらケアリング行動に影響を与えていた。

7.2 理論的インプリケーション

以上の発見事実に基づき、本研究の理論的貢献について述べたい。第1に、分析の結果、対人援助職である看護師のプロフェッショナリズムは献身性と自律性に2分類することができたが、これはHall (1968)の5次元モデルをより高次のレベルで類型し直したことになる。これまでのプロフェッショナリズム研究では、Hall (1968)のモデルにおける「自律的な感覚」、「自己統制の信念」、「職業集団への準拠」、「公益サービスの信念」、「職業への献身性」を並列的に扱い(e. g., Boyt et al., 2001; Carlan and Lewis, 2009; Dinger et al., 2015; Jang et al., 2016; Wynd, 2003)、次元間の関係性については十分に検討がなされてこなかった。しかし、Hall (1968)が示す「自律的な感覚」、「自己統制の信念」、「職業集団への準拠」は、本研究における自律性に関係しており、「公益サービスの信念」と「職業への献身性」は、献身性に対応する次元である。この点から考えると、Hall (1968)の次元を自律性と献身性に分類することが可能であるといえるだろう。対人援助職において、クライアントに対する献身性(田尾, 2001)と、自律性は欠かすことができないといわれていることから(Cruess, Johnston, and Cruess, 2002)、献身性と自律性の2次元は、対人援助職のプロフェッショナリズムを捉える上で有用な類型であると考えられる。なお、先述したように、本研究では、

献身性を獲得した後に自律性のプロフェッショナリズムが醸成されることを明らかにした。これまで、プロフェッショナリズムの次元は並列的に扱われてきたのに反し、本研究は、プロフェッショナリズムに階層性がある可能性を示したことになる。

第2に、先行研究において、ケアリング次元は、親密性と専門的技術の観点から分類されてきたが(e.g., McCance et al., 2009; Larson, 1984, 1986; Watson and Lea, 1997)、本研究は、ケアリング行動が親密な関与、専門的技術の提供、エビデンスの探求という3次元で構成されることを明らかにした。エビデンスに基づく実践とは、臨床研究で得られた知見をベースに、クライアントに対し良心的かつ思慮深くエビデンスを活用することを意味し(Sackett, 1997)、医学をはじめ看護の分野においても重要な概念であることが指摘されている(e.g., DiCenso et al., 1998; 大塚, 2016; Sackett, 1997)。このように、看護実践においてエビデンスは重視されてきたが、ケアリング尺度の中には取り込まれてこなかった。こうした中、本研究において、エビデンスの探求という新たなケアリング次元が存在することを明らかにした点は、ケアリング研究に対する貢献である。

第3に、看護師は、段階的学習(Burton, 1988)を積むことで、プロフェッショナルリズムを獲得していた。これまで、経験学習の実証研究において、経験と能力獲得の関係性は、キャリア段階別に検討されてきたものの(e.g., 松尾, 2006; 松尾他, 2018; 澤井, 2018; 高橋, 2018)、経験とプロフェッショナルリズムの関係については分析されてこなかった。この点に関し、本研究では、キャリア初期における経験から獲得された献身性のプロフェッショナルリズムが、キャリア後期における経験学習にとって重要となることを明らかにした。具体的には、「献身性のプロフェッショナルリズムの獲得→専門性を追求する仕事経験→自律性のプロフェッショナルリズムの獲得」という逐次的かつ段階的な学習プロセスが見られた。キャリア初期の経験が、キャリア後期の経験学習に影響を与える点は、薬剤部門長を対象とした澤井(2018)においても報告されている。

第4に、これまで、プロフェッショナルリズムとケアリング行動の関係は明確にされてこなかったが、本研究は、プロフェッショナルリズムがケアリング行動を促進することを明らかにした。先行研究では、ケアリング行動を決定づける

要因として、看護師の熟達レベル(Finfgeld-Connett, 2008)、教育レベル(Shalaby et al., 2018)、道徳的規範(Fagermoen, 1997; Finfgeld-Connett, 2008)、慈悲心、職務満足(Burtson and Stichler, 2010; Shalaby et al., 2018)等の個人的要因が検討されてきた。また、組織的要因としては、職場環境(Finfgeld-Connett, 2008; Lake, 2002)、タスク特性等がケアリング行動に影響を与えることが明らかになっている(Shalaby et al., 2018)。しかし、アイデンティティ、信念・価値、態度としてのプロフェッショナリズムは、専門的職業人の行動を規定すると考えられるにもかかわらず、プロフェッショナリズムがケアリング行動の決定要因になりうる点については検討されていなかった。以上の点から、プロフェッショナリズムとケアリング行動の関係を明らかにした点は、本研究の貢献であるといえるだろう。

第5に、本研究では、これまで検討されてこなかった、プロフェッショナリズム、プロアクティブ行動、ケアリング行動の関係メカニズムを解明することができた。すなわち、自律性のプロフェッショナリズムは、プロアクティブ行動であるポジティブフレームと上司との関係構築を媒介することで、ケアリング行動を促進していた。これらの関係メカニズムは、次のように説明することができる。自律性を持つ個人は、仕事に関連した変革や仕事に対する目標を自身で決定し行動する傾向にある(Engel, 1970)。こうした個人は、目標達成に向けて自己制御されていることから(Hao et al., 2014)、問題解決の機会を自律的に見つけ出し目標達成を促すポジティブフレームによって、クライアントの問題を解決する行動、すなわちケアリング行動を促進すると考えられる。また、仕事の信念を持つ個人は、仕事役割を遂行し(Fagermoen, 1997)、目標を達成することが動機づけられているため(Vancouver and Kendall, 2006)、上司との関係構築というソーシャルサポートによって仕事をする上で必要な資源を入手し、ケアリング行動を促進すると解釈できる。なお、定量分析において、職業的アイデンティティと専門的技術の間にポジティブフレームの媒介効果が認められなかったことから、職業的アイデンティティはプロフェッショナリズムの基盤ではあるが、職務行動を規定する効果には限界があるといえる。

7.3 実践的インプリケーション

以上の発見事実と理論的考察に基づいて、実践的なインプリケーションについて述べたい。

第1に、看護師のプロフェッショナリズムには献身性と自律性の2つのタイプがあることを認識した上で、キャリア初期には献身性を、キャリア中期以降には自律性のプロフェッショナリズムを身につけられるよう、キャリア段階を考慮したサポートが必要になる。キャリア初期においては、看護職や仕事現場への愛着を育み、患者・家族の苦悩を理解し、ニーズにこたえられるような経験を通して、最善を尽くす献身性のプロフェッショナリズムを学ぶことができるように支援すべきである。具体的には、新人から卒後5年までのキャリア初期の看護師には、仕事に必要な知識・技術とともに患者・家族に対する「献身性」を醸成できるような研修を企画する必要がある。特に、新人看護師に対しては、看護場面を通して、献身的に患者やその家族と関われるよう、事例検討会やカンファレンス等を活用し、マネジャーをはじめ先輩看護師は意図的に支援することが重要になる。次に、キャリア中後期の看護師に対しては、専門家集団の中で実践を共有しつつ、自身の専門性を高めるとともに、後輩や部下の育成に携わる「自律性」を獲得できるようにサポートする必要がある。具体的には、他職種協働のカンファレンスに参加させ、看護師の立場で意見を述べることを促したり、他職種間における情報共有を促進できるようにすることである。また、自身の専門分野に関する学会に関与させるとともに、人材育成や組織マネジメントに関する研修会等への参加も促し、そこで得た知識・技術を実践の場で活用できるように働きかけることが有用であろう。

第2に、親密な関与、専門的技術の提供、エビデンスの探求の観点からケアリング行動を促進すべきである。具体的には、マネジャーは、部下の親密な関与に関する能力の獲得に向け、患者の話を傾聴させ、患者に寄りそうケアリングができるよう、患者について知ることの重要性を示す必要がある。また、ナラティブケアや、対人相互作用に関する研修会への参加を促すことも有用であると考える。専門的技術の提供については、専門的な知識・技術を習得できるような研修会への参加とその学びを実践で活用できるようにすべきである。また、個人が持つ専門的技術に関する暗黙知を形式化し、他者へ伝承する機会を

設けることも重要であろう。さらに、エビデンスに基づく看護実践をするために、マネジャーは、看護研究活動を支援し得られた知見を活用できる仕組みを構築することが求められる。そのためには、適切に研究が進められるよう、マネジャー自身も研究をする上で必要な知識・スキルを身に着けることは、不可欠であると考えられる。

第3に、キャリア発達段階に応じて、経験学習の支援のあり方を変えることが求められている。キャリア初期の看護師は、同僚やクライアントとの相互作用の中で、自分の力不足を痛感する経験が重要となり、キャリア中期では、患者の生死や苦悩と向き合う経験をすることが学びにつながり、献身性のプロフェッショナルリズムを獲得することになる。その際、キャリア初期の看護師に対しては、患者の生死や苦悩と向き合う経験から学ぶために、十分に支援できるよう、マネジャーは、新人看護師に対しロールモデルや先輩からのポジティブフィードバックや語りの場を設けるべきである。さらに、キャリア中期以降の看護師は、専門性を追求する経験によって自律性のプロフェッショナルリズムを獲得できることから、マネジャーは、キャリア初期の経験を積み上げる形で、学会活動および専門性の高い研修への参加や認定資格等の獲得をサポートすべきである。こうした支援によって、献身性と自律性というバランスの取れたプロフェッショナルの育成ができると考えられる。

第4に、主に、献身性のプロフェッショナルリズムは、親密な関与のケアリングにとって不可欠であり、また、自律性のプロフェッショナルリズムは専門的技術に基づくケアリングを提供する際に必要になることを意識すべきである。そのためには、看護実践を振り返る機会に、ケアリング内容だけでなく、信念・価値についても検討することが大事である。具体的には、ケアリング研修を実施する際には、看護師としての職業的アイデンティティ、信念・価値、態度と看護実践を結び付けた形でプログラムを開発すべきである。このような研修プログラムは、患者やその家族に対し、親密な関与ができる献身性のプロフェッショナルリズムの獲得を、また専門的技術に基づくケアリングが提供できる自律性のプロフェッショナルリズムの獲得を促進することになるだろう。

第5に、親密な関与、エビデンスの探求、専門的技術の提供という3つのケアリング行動を促進するためには、キャリア中期以降の看護師に対し、職場環

境の改善と上司への支援要請ができるような仕組みを構築する必要がある。具体的には、キャリア中期以降の看護師が職場環境について検討できるような場を設けることが重要である。例えば、小グループで活動する QC サークルなどを設定することも効果的であると考えられる。QC 活動のメリットとしては、経験豊富な実務家によるアイデアの創出、職場における問題の発見と問題解決を促進できることが指摘されている(中條, 2011)。ただし、QC サークル活動さえすれば、自動的に職場環境の改善や上司への支援要請ができる訳ではない。こうした活動を実施する際、マネジャーは、部下がポジティブな状況に着目できるように指導するとともに、定期的に部下と対話する機会を設けるべきである。マネジャーの支援を受ける場の導入は、小グループ活動を活性化させ、職場環境の改善と上司への支援要請というプロアクティブ行動を促し、その結果、親密な関与、エビデンスの探求、専門的技術の提供に関するケアリング内容を高めることになる。

7.4 本研究の限界と今後の課題

最後に、本研究における限界と意義および今後の課題について述べたい。第 1 に、本研究の調査対象は看護師に限定していることから、対人援助職に対しては、応用可能な理論を提示することができたと考えられるが、その他の職種に対する一般化には限界がある。職種が異なると、プロフェッショナリズムの形成プロセスも異なる可能性があるため、今後は、他の職種を対象に、本研究のモデルを検討する必要があるだろう。

第 2 に、本研究における定量分析では、プロフェッショナリズムの基本的な構成要素である職業的アイデンティティを基に検討したが、プロフェッショナリズム全体を測定している訳ではない。今後は、職業的アイデンティティ、信念・価値、態度を包括したプロフェッショナリズムの測定尺度を用いて、本研究のモデルを定量的に検討すべきであろう。

第 3 に、本研究における定性分析においては、過去の出来事を回想してもらう方法によって測定しているため、回答にバイアスがかかっているという可能性は否定できない。なお、先行研究においても、回想法が使われていることから(松尾, 2006; McCall et al., 1988)、回想バイアスの問題は経験学習研究に共通

する課題であるといえる。

第4に、本研究では2タイプのプロアクティブ行動が抽出されたが、他の次元の役割についても検討すべきである。例えば、「対人関係の構築」、「情報探索」、「フィードバック」、「意味形成」、「職務変更の交渉」行動を挙げることができる(Ashford and Black, 1996)。今後は、これらプロアクティブ行動を包括的に取り入れ、プロフェッショナリズム研究における、専門的職業人の職場適合行動をより詳細に分析することが求められているだろう。

第5に、本定性分析では、グラウンデッド・セオリー・アプローチを基に、プロフェッショナリズムの形成プロセスに関するデータを理論的に構築し、概念の生成および概念間の関係を明らかにした。しかし、概念間の関係は調査対象者の主観に基づいていることから、今後は、本研究で抽出された関係性を定量的な分析によって検証すべきである。

第6に、本定量分析と本定性分析の発見事実をより統合した形の研究を進める必要がある。本研究における定量分析では、プロフェッショナリズムの基盤と考えられる職業的アイデンティティが、看護師の職務行動に与える影響について検討した。一方、定性分析では、職業的アイデンティティ、信念・価値、態度の複合概念としてのプロフェッショナリズムを検討した。今後、職業的アイデンティティ、信念・価値、態度のレベル毎にプロフェッショナリズムを測定し、分析を進める必要があるだろう。

最後に、本研究は看護師のプロフェッショナリズムとケアリング行動の関係については検討することができたものの、その他の対人援助職に関する職務固有行動については検討していない。例えば、救急救命医師の場合、診療技術、他の医師や他職種との協働、患者・家族とのコミュニケーション力といったことが職務固有行動として挙げられているように(松尾, 2010)、職業によって、職務固有の行動は異なると考えられる。こうした点を踏まえ、今後は、より詳細な検討を重ね、援助や学習を提供する他の対人援助職においても応用可能なプロフェッショナリズムの獲得モデルを構築・検討することで、対人援助職の成長プロセスを包括的に解明することができるだろう。

参考文献

- Abelson, R. P. (1979). Differences between belief and knowledge systems, *Cognitive Science*, 3(4), 355-366.
- Abu-Saad, H. H. (1993). Nursing: The science and the practice, *International Journal of Nursing Studies*, 30(3), 287-294.
- Altio, H. O. & Ustun, B. (2014). Meaning of professionalism in nursing students, *American International Journal of Social Science*, 3(6), 48-60.
- 新井雅・庄司一子 (2013) 他職種との協働に基づく心理援助活動の展開, 筑波大学発達臨床心理学研究, 24, 1-7.
- Ashford, S. J. & Black, J. S. (1996). Proactivity during organizational entry: The role of desire for control, *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 199.
- Ashforth, B. E., Sluss, D. M., & Saks, A. M. (2007). Socialization tactics, proactive behavior, and newcomer learning: Integrating socialization models, *Journal of Vocational Behavior*, 70(3), 447-462.
- Bartol, K. M. (1979a). Professionalism as a predictor of organizational commitment, role stress, and turnover: A multidimensional approach, *Academy of Management Journal*, 22(4), 815-821.
- Bartol, K. M. (1979b). Individual versus organizational predictors of job satisfaction and turnover among professionals, *Journal of Vocational Behavior*, 15(1), 55-67.
- Bateman, T. S. & Crant, J. M. (1993). The proactive component of organizational behavior: A measure and correlates, *Journal of Organizational Behavior*, 14(2), 103-118.
- Benner, P. (2001). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Commemorative Edition*. New Jersey: Prentice-Hall. (井部俊子監訳『ベナー看護論新訳版：初心者から達人へ』, 医学書院, 2005)
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*, San Francisco, Wiley. (早野 Zito 真佐子訳『ベナーナースを育てる』医学書院, 2011)
- Boyt, T. E., Lusch, R. F., & Naylor, G. (2001). The role of professionalism in determining job satisfaction in professional services: A study of marketing

- researchers, *Journal of Service Research*, 3(4), 321-330.
- Browne, M. W. & Cudeck, R. (1989). Single sample cross-validation indices for covariance structures, *Multivariate Behavioral Research*, 24(4), 445-455.
- Burford, B., Morrow, G., Rothwell, C., Carter, M., & Illing, J. (2014). Professionalism education should reflect reality: Findings from three health professions, *Medical Education*, 48(4), 361-374.
- Burton, R.R. (1988). *The Environment Module of Intelligent Tutoring Systems*. In Polson, M. C. and Richardson, J. J. (Eds.), *Foundations of Intelligent Tutoring Systems*, 109-142. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Burtson, P. L. & Stichler, J. F. (2010). Nursing work environment and nurse caring: Relationship among motivational factors, *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1819-1831.
- Carlan, P. E. & Lewis, J. A. (2009). Dissecting police professionalism: A comparison of predictors within five professionalism subsets, *Police Quarterly*, 12(4), 370-387.
- Cohen, A. & Kol, Y. (2004). Professionalism and organizational citizenship behavior: An empirical examination among Israeli nurses, *Journal of Managerial Psychology*, 19(4), 386-405.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, 3rd edn, London: Sage. (操華子・森岡崇訳『質的研究の基礎：グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順（第3版）』医学書院, 2012)
- Crant, J. M. (2000). Proactive behavior in organizations, *Journal of Management*, 26(3), 435-462.
- Creswell, J. W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, 2nd edn. Thousand Oaks, CA: Sage. (操華子・森岡崇訳『研究デザイン：質的・量的・そしてミックス法』日本看護協会出版界, 2007)
- Cruess, S. R., Johnston, S., & Cruess, R. L. (2002). Professionalism for medicine: Opportunities and obligations, *Medical Journal of Australia*, 177(4), 208-211.
- Cruess, S. R. & Cruess, R. L. (2012). Teaching professionalism: Why, what and how, *Facts Views Vis Obgyn*, 4(4), 259-265.

- Crowden, A. (1994). On the moral nature of nursing practice, *Journal of Advanced Nursing*, 20(6), 1104–1110.
- DeRue, D. S. & Wellman, N. (2009). Developing leaders via experience: The role of developmental challenge, learning orientation, and feedback availability, *Journal of Applied Psychology*, 94(4), 859-875.
- Dewey, J. (1938). *Experience and Education*. New York: Macmillan. (市村尚久訳『経験と教育』講談社, 2004)
- DiCenso, A., Cullum, N., & Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing: Some misconceptions, *Evidence-Based Nursing*, 1(2), 38-39.
- Dinger, M., Thatcher, J. B., Treadway, D., Stepina, L., & Breland, J. (2015). Does professionalism matter in the IT workforce? An empirical examination of IT professionals, *Journal of the Association for Information Systems*, 16(4), 281-313.
- Dowling, M. (2004). Exploring the relationship between caring, love and intimacy in nursing, *British Journal of Nursing*, 13(21), 1289-1292.
- Drucker, P. F. (1973). *Management: Tasks, Responsibilities, Practice*. New York: Harper and Row. (有賀裕子訳『マネジメント：努め，責任，実践III』日経 BP 社, 2008)
- Ellis, A. M., Nifadkar, S. S., Bauer, T. N., & Erdogan, B. (2017). Newcomer adjustment: Examining the role of managers' perception of newcomer proactive behavior during organizational socialization, *Journal of Applied Psychology*, 102(6), 993-1001.
- Engel, G. V. (1970). Professional autonomy and bureaucratic organization. *Administrative Science Quarterly*, 15(1), 12-21.
- Ericsson, K. A. & Lehmann, A. C. (1996). Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaptation to task constraints, *Annual Review of Psychology*, 47(1), 273-305.
- Eriksen, K. (1977) *Human Services Today*. New Jersey: Prentice-Hall. (豊原廉次郎訳『ヒューマン・サービス：新しい福祉サービスと専門職』誠信書房, 1982).
- 江藤裕之 (2007) 通時的・統語論的視点から見た care と cure の意味の相違：care 概念を考えるひとつの視点として, *長野県看護大学紀要*, 9, 1-8.

- Evetts, J. (2003a). The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world, *International Sociology*, 18(2), 395-415.
- Evetts, J. (2003b). The construction of professionalism in new and existing occupational contexts: Promoting and facilitating occupational change, *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(4/5), 22-35.
- Evetts, J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities, *Current Sociology*, 59(4), 406-422.
- Evetts, J. (2013). Professionalism: Value and ideology, *Current Sociology Review*, 61(5-6), 778-796.
- Fagermoen, M. S. (1997). Professional identity: Values embedded in meaningful nursing Practice, *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 434-441.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing, *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 196-204.
- Fisher, C. D. (1985). Social support and adjustment to work: A longitudinal study, *Journal of Management*, 11(3), 39-53.
- Freidson, E. (1970). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, New York: Atherton Press. (進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣, 1992)
- Frese, M., Kring, W., Soose, A., & Zempel, J. (1996). Personal initiative at work: Differences between East and West Germany, *Academy of Management Journal*, 39(1), 37-63.
- Frese, M. & Fay, D. (2001). Personal initiative: An active performance concept for work in the 21st century, *Research in Organizational Behavior*, 23, 133-187.
- Gouldner, A. W. (1957). Cosmopolitans and locals: Toward an analysis of latent social roles-I, *Administrative Science Quarterly*, 2(3), 281-306.
- Greenwood, E. (1957). Attributes of a profession, *Social Workers*, 2(3), 45-55.
- Gruman, J. A., Saks, A. M., & Zweig, D. I. (2006). Organizational socialization tactics and newcomer proactive behaviors: An integrative study, *Journal of Vocational Behavior*, 69(1), 90-104.
- グレッジ美鈴 (2002) 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の

- 構築, *看護研究*, 35(3), 196-204.
- Hall, R. H. (1968). Professionalization and bureaucratization, *American Sociological Review*, 33(1), 92-104.
- Hamilton, N. (2008). The formation of an ethical professional identity in the peer-review professions, *University of St. Thomas Law Journal*, 5(2), 361-365.
- Hammer, D. P. (2000). Professional attitudes and behaviors: The A's and B's of professionalism, *American Journal of Pharmaceutical Education*, 64(4), 455-464.
- Hampton, G. M. & Hampton, D. L. (2004). Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals: The case of certified nurse-midwives, *Journal of Business Research*, 57(9), 1042-1053.
- Hao, Y. F., Niu, H. J., Li, L. P., Yue, S. J., & Liu, X. H. (2014). Measurement of professional identity in Chinese nursing students, *International Journal of Nursing Sciences*, 1(2), 137-144.
- 長谷川美貴子 (2012) 看護学生における職業社会化と職業意識の関係性, *淑徳短期大学研究紀要*, 51, 167-184.
- Hasenfeld, Y. (2009) *Human Services as Complex Organizations*, 2nd edn. Newbury Park, Calif: Sage.
- 橋本和子 (2007) 「看護管理の機能と役割」橋本和子編著『改訂 2 版これからの看護管理：マネジメントに活かす理論と実践』メディカ出版, 18.
- 波多野梗子・小野寺杜紀 (1993) 看護学生および看護婦の職業的アイデンティティの変化, *日本看護研究学会雑誌*, 16(4), 21-28.
- 林伸二 (1985) 『仕事の価値』白桃書房.
- Hoonpongsimanont, W., Sahota, P. K., Chen, Y., Patel, M., Tarapan, T., Bengiamin, D., Sutham, K., Imsuwan, I., Dadeh, Ar-A., Nakornchai, T., & Narajeenron, K. (2018). Physician professionalism: Definition from a generation perspective, *International Journal of Medical Education*, 9, 246-252.
- Horiguchi, T. & Hirashima, T. (2005). Graph of microworlds: A framework for assisting progressive knowledge acquisition in simulation-based learning environments, *AIED*, 670-677.
- 星かおり (2016) 若年就労者の仕事満足に対するプロアクティブ行動の効果に

- についての検討, *パーソナリティ研究*, 25(2), 123-134.
- 本多則恵 (2006) インターネット調査・モニター調査の特質, *日本労働研究雑誌*, 48(6), 32-41.
- Hwang, J. I., Lou, F., Han, S. S., Cao, F., Kim, W. O., & Li, P. (2009). Professionalism: The major factor influencing job satisfaction among Korean and Chinese nurses, *International Nursing Review*, 56(3), 313-318.
- 石村善助 (1969) 『現代のプロフェッショナル』 至誠堂.
- 井川浩輔 (2010) ソーシャルサポートとパフォーマンスの関係 : 職務満足・組織コミットメントのメディエーター効果, *琉球大学経済研究*, 80, 43-53.
- Jang, I., Kim, Y., & Kim, K. (2016). Professionalism and professional quality of life for oncology, *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2835-2845.
- Kanfer, F. H. & Karoly, P. (1972). Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den, *Behavior Therapy*, 3(3), 398-416.
- Kerr, S., Von Glinow, M. A., & Schriesheim, J. (1977). Issues in the study of “professionals” in organizations: The case of scientists and engineers, *Organizational Behavior and Human Performance*, 18(2), 329-345.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: Guilford.
- Kline, R. B. (2012). Assumptions in structural equation modeling, In R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of Structural Equation Modeling*, 111-125. New York: The Guilford Press.
- Kolb, D. A. (1984) *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice-Hall.
- 小塩真司 (2008) 『はじめての共分散構造分析 : Amos によるパス解析』 東京図書.
- 草野千秋 (2016) プロフェッショナルのチームワークに関する考察, *経営論集*, 26(1), 65-83.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index, *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176-188.
- Larson, P. J. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with

- cancer, *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 46-50.
- Larson, P. J. (1986). Cancer nurses' perceptions of caring, *Cancer Nursing*, 9(2), 86-91.
- Lea, A., Watson, R., & Deary, I. J. (1998). Caring in nursing: A multivariate analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 28(3), 662-671.
- Lee, K. J. (2014). Attitudinal dimensions of professionalism and service quality efficacy of frontline employees in hotels, *International Journal of Hospitality Management*, 41, 140-148.
- Leininger, M. M. (1992). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing. (稲岡文昭監訳『レイニンガー看護論：文化ケアの多様性と普遍性』医学書院, 1995)
- Lui, S. S., Ngo, H. Y., & Tsang, A. W. N. (2003). Socialized to be a Professional: A study of the professionalism of accountants in Hong Kong, *International Journal of Human Resource Management*, 14(7), 1192-1205.
- 真野俊樹 (2011) 『新版：医療マーケティング』日本評論社.
- Manz, C. C. & Sims, H. P. (1980). Self-management as a substitute for leadership: A social learning theory perspective, *Academy of Management Review*, 5(3), 361-367.
- Mast, M. S., Hall, J. A., & Roter, D. L. (2008). Caring and dominance affect participants' perceptions and behaviors during a virtual medical visit, *Journal of General Internal Medicine*, 23(5), 523-527.
- 松尾睦 (2006) 『経験からの学習：プロフェッショナルへの成長プロセス』同文館出版.
- 松尾睦 (2010) 救急医の熟達と経験学習, *国民経済雑誌*, 202(4), 13-44.
- 松尾睦 (2013) 『成長する管理職：優れたマネジャーはいかに経験から学んでいるのか』東洋経済新報社.
- 松尾睦・武藤浩史・小笠原克彦 (2014) 診療放射線技師の経験学習プロセス, *日本診療放射線技師会誌*, 61(737), 269-276.
- 松尾睦・正岡経子・吉田真奈美・丸山知子・荒木奈緒 (2018) 「看護師の経験学習プロセス」松尾睦編著『医療プロフェッショナルの経験学習』同文館出版, 11-28.

- Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. New York: Harper and Row. (田村真・向野宣之訳 『ケアの本質：生きることの意味』 ゆみる出版, 1987)
- McCall, M. W., Lombardo, M. M., & Morrison, A. M. (1988). *The Lessons of Experience: How Successful Executives Develop on The Job*. New York: The Free Press.
- McCance, T., Slater, P., & McCormack, B. (2009). Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing, *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), 409-417.
- McCauley, C. D., Moxley, R. S., & Velsor, E. V. (1998). *The Center for Creative Leadership: Handbook of Leadership Development*. New York: Jossey-Bass. (金井壽宏監訳, 嶋村伸明・リクルートマネジメントソリューションズ組織行動研究所訳 『リーダーシップ開発ハンドブック』 白桃書房, 2001)
- McCauley, C. D., Ruderman M. N., Ohlott, P. J., & Morrow, J. E. (1994). Assessing the developmental components of managerial jobs, *Journal of Applied Psychology*, 79(4), 544-560.
- McDaniel, M. A., Schmidt, F. L. & Hunter, J. E. (1988). Job experience correlates of job performance, *Journal of Applied Psychology*, 73(2), 327-330.
- McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid manager-professionals' identity work: The maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts, *Public Administration*, 93(2), 412-432.
- Miller, B.K., Adams, D., & Beck, L. (1993). A behavioral inventory for professionalism in nursing, *Journal of Professional Nursing*, 9(5), 290-295.
- Miner, J. B. (1993). *Role Motivation Theories*. London, UK: Routledge.
- Miner, J. B., Crane, D. P., & Vandenberg, R. J. (1994). Congruence and fit in professional role motivation theory, *Organization Science*, 5(1), 86-97.
- 宮下清 (2001) 『組織内プロフェッショナル：新しい組織と人材のマネジメント』 同友館.
- Morrison, R. F. & Brantner, T. M. (1992). What enhances or inhibits learning a new job? A basic career issue, *Journal of Applied Psychology*, 77(6), 926-940.

- Morrison, E. W. & Phelps, C. C. (1999). Taking charge at work: Extrarole efforts to initiate workplace change, *Academy of Management Journal*, 42(4), 403-419.
- 中條武志 (2011) QC サークル活動, *日本労働研究雑誌*, 609, 22-25.
- Newsome, S., Waldo, M., & Gruszka, C. (2012). Mindfulness group work: Preventing stress and increasing self-compassion among helping professionals in training. *The Journal for Specialists in Group Work*, 37(4), 297-311.
- Noddings, N. (2012). The caring relation in teaching, *Oxford Review of Education*, 38(6), 771-781.
- Noordegraaf, M. (2016). Reconfiguring professional work: Changing forms of professionalism in public services, *Administration and Society*, 48(7), 783-810.
- Norris, D. R. & Niebuhr, R. E. (1984). Professionalism, organizational commitment and job satisfaction in an accounting organization, *Accounting, Organizations and Society*, 9(1), 49-59.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. 2nd edn. New York: McGraw-Hill.
- 尾形真実哉 (2016) 若年就業者の組織適応を促進するプロアクティブ行動と先行要因に関する分析, *経営行動科学*, 29(2), 77-102.
- 太田肇 (1993) 『プロフェッショナルと組織：組織と個人の間接的接合』同文館.
- 大塚真理子 (2016) 看護とエビデンス：多職種との連携に活かそう, *千葉大学大学院看護学研究科紀要*, (38), 87-89.
- 大塚有希子・尾岸恵三子 (2011) 終末期の患者が食べることの意味, *日本看護研究学会雑誌*, 34(4), 111-120.
- Parker, S. K. (1998). Enhancing role breadth self-efficacy: The roles of job enrichment and other organizational interventions, *Journal of Applied Psychology*, 83(6), 835-852.
- Parker, S. K., Williams, H. M., & Turner, N. (2006). Modeling the antecedents of proactive behavior at work, *Journal of Applied Psychology*, 91(3), 636-652.
- Reichers, A. E. (1987). An interactionist perspective on newcomer socialization rates, *Academy of Management Review*, 12(2), 278-287.
- Rokeach, M. (1968a). *Beliefs, Attitudes, and Values: A Theory of Organization and*

- Change*, 1st edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rokeach, M. (1968b). A theory of organization and change within value-attitude systems¹, *Journal of Social Issues*, 24(1), 13-33.
- Sabo, B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work?. *International Journal of Nursing Practice*, 12(3), 136-142.
- Sackett, D. L. (1997). Evidence-based medicine, *Seminars in Perinatology*, 21(1), 3-5.
- 澤井恭子 (2018) 「薬剤部門長の経験学習プロセス」松尾睦編著『医療プロフェッショナルの経験学習』同文館出版, 49-81.
- Schon, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books. (柳沢昌一・三輪建二訳『省察的实践とは何か：プロフェッショナルの行為と思考』鳳書房, 2007)
- Shalaby, S. A., Janbi, N. F., Mohammed, K. K., & Al-Harthi, K. M. (2018). Assessing the caring behaviors of critical care nurses, *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(10), 77-85.
- Siebert, D. C., & Siebert, C. F. (2007). Help seeking among helping professionals: A role identity perspective, *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 49-55.
- Simmons, P. R., & Cavanaugh, S. (1996). Relationships among childhood parental care, professional school climate, and nursing student caring ability, *Journal of Professional Nursing*, 12(6), 373-381.
- Snizek, W. E. (1972). Hall's professionalism scale: An empirical reassessment, *American Sociological Review*, 37(1), 109-114.
- Steverink, N., Lindenberg, S., & Slaets, J. P. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing, *European Journal of Ageing*, 2(4), 235-244.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Newbury Park: Sage. (南裕子監訳, 操華子・森岡崇・志自岐康子・竹崎久美子訳『質的研究の基礎：グラウンデッド・セオリーの技法と手順』医学書院, 1999)

- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others, *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.
- 高橋平徳 (2018) 「救急救命士の経験学習プロセス：医療専門職間の連携に注目して」松尾睦編著『医療プロフェッショナルの経験学習』同文館出版, 103-144.
- 竹内倫和・竹内規彦 (2011) 新規参入者の組織社会化過程における上司・同僚との社会的交換関係の役割：縦断的調査データによる分析, *組織科学*, 44(3), 132-145.
- Tanaka, M., Yonemitsu, Y., and Kawamoto, R. (2014). Nursing professionalism: A national survey of professionalism among Japanese nurses, *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 579-587.
- 田尾雅夫 (1999) 『組織の心理学：新版』有斐閣ブックス.
- 田尾雅夫 (2001) 『ヒューマン・サービスの経営：超高齢社会を生き抜くために』白桃書房.
- 田尾雅夫 (2005) 『看護マネジメントの理論と実際：人的資源論の立場から』医療文化社.
- Tesluk, P. E. & Jacobs, R. R. (1998). Toward an integrated model of work experience, *Personnel Psychology*, 51(2), 321-355.
- Tilley, D. D. S. (2008). Competency in nursing: A concept analysis, *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(2), 58-64.
- 豊田秀樹 (1991) 共分散構造分析の下位モデルとその適用例, *教育心理学研究*, 39(4), 467-478.
- 豊田秀樹編著 (2001) 『共分散構造分析 R 編：構造方程式モデリング』東京図書.
- 瓜生原葉子 (2012) 『医療の組織イノベーション：プロフェッショナルリズムが移植医療を動かす』中央経済社.
- 瓜生原葉子 (2018) 医療の質評価と人材育成, *経営学論集第88集*, 16-23.
- Vancouver, J. B. & Kendall, L. N. (2006). When self-efficacy negatively relates to motivation and performance in a learning context, *Journal of Applied Psychology*, 91(5), 1146-1153.

- Van De Camp, K., Vernooij-Dassen, M. J., Grol, R. P., & Bottema, B. J. (2004). How to conceptualize professionalism: A qualitative study, *Medical Teacher*, 26(8), 696-702.
- Van Maanen, J. & Schein, E. H. (1979). *Toward a Theory of Organizational Socialization*. In Staw, B. M. (Ed.), *Research in Organizational Behavior*, 1, 209-266. Greenwich, CT: JAI press.
- Vogt, F. (2002). A caring teacher: Explorations into primary school teachers' professional identity and ethic of care, *Gender and Education*, 14(3), 251-264.
- Watson, J. (1979). The philosophy and science of caring, *Nursing Administration Quarterly*, 3(4), 86-87.
- Watson, J. (1988a). *Nursing: Human Science and Human Care*. New York: National League of Nursing. (稲岡文昭・稲岡光子『ワトソン看護論：人間科学とヒューマンケア』医学書院, 1992)
- Watson J. (1988b). New dimensions of human caring theory, *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 175-181.
- Watson, J. (2001). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. New York: Springer. (筒井真優美監訳『ワトソン看護におけるケアリングの探求：手がかりとしての測定用具』日本看護協会出版会, 2003)
- Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices, *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 8(3), 87-93.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*, 2nd edn. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Learning. (稲岡文昭・稲岡光子・戸村道子訳『ワトソン看護論：ヒューマンケアリングの科学』医学書院, 2014)
- Watson, R., & Lea, A. (1997). The caring dimensions inventory (CDI): Content validity, reliability and scaling, *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 87-94.
- 和田攻・南裕子・小峰光博総編集 (2010) 看護大辞典：第2版, 医学書院.
- WHO. (2002) Definition of Palliative Care, <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, 2019年2月10日閲覧.
- Wilensky, H. L. (1964). The professionalization of everyone?, *The American Journal of Sociology*, 70(2), 137-158.

- Wolf, Z. R. (1986). The caring concept and nurse identified caring behaviors, *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 84-93.
- Wolf, Z. R., Giardino, E. R., Osborne, P. A., & Ambrose, M. S. (1994). Dimensions of nurse caring, *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 107-112.
- Wynd, C. A. (2003). Current factors contributing to professionalism in nursing, *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 251-261.
- 山田礼子 (2004) プロフェッショナル化する社会と人材, *高等教育研究*, 7, 23-47.
- 安酸史子 (2009) ケアリング・サイクルの形成に向けて, *日本看護科学会誌*, 29(2), 38-44.
- 横井修一 (2003) 機縁法調査の信頼性について : 調査事例による具体的な検証の試み, *現代行動科学会誌*, (19), 1-8.
- Zimmerman, B. J. (2000). *Attaining Self-Regulation: A Social Cognitive Perspective*. In Boekaerts, M., Pintrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.), *Handbook of Self-Regulation*, 13-39. San Diego, CA: Academic Press.

資料

資料 1 プロフェッショナルリズムの尺度

5次元 (Hall, 1968)	下位次元 (Snizek, 1972)	筆者訳
Autonomy (自律性の感覚)	I make my own decisions in regard to what is to be done in my work	わたしは仕事の仕方を自分自身で決めている
	I don't have much opportunity to exercise my own judgment	わたしは自分自身で判断する機会は多くない
	My own decisions are subject to review	わたしの決断に対しては、他者の承認が必要である
	I am my own boss in almost every work-related situation	仕事に関係するほとんどのことは、わたし自身の裁量で決めることができる
	Most of my decisions are reviewed by other people	わたしが決定した事は、たいてい人に参考にされる
Belief in self-regulation (自己統制の信念)	My fellow professionals have a pretty good idea about each other's competence	わたしと同じ専門的職業についている人々は、お互いに能力を評価する機会がある
	A problem in this profession is that no one really knows what his colleagues are doing	同僚同士がお互いに何をしているかわからないことが、私たちの専門的職業の問題である
	We really have no way of judging each other's competence	私たちはお互いの能力を評価する機会がない
	There is not much opportunity to judge how another person does his work	他者の仕事ぶりを評価する機会はありません
	My colleagues pretty well know how well we all do in our work	私の同僚は、私たちの働きぶりについてよく知っている
The use of the professional organization as a major reference (職業集団への準拠)	I regularly attend professional meetings at the local level	わたしは定期的に地域の専門団体(看護協会や自己の専門分野の団体)の総会等に出席している
	I believe that the professional organization should be supported	わたしたち看護師は看護協会を支持すべきだと思う
	The professional organization doesn't really do too much for the average member	看護協会は、会員に対してあまりサポートしていない
	Although I would like to, I really don't read the journals too often	専門誌をよく読みたい気持ちはあるが、あまり読んでいない
	I systematically read the professional journals	わたしは専門誌を系統的に読んでいる
A belief in service to the public (公共サービスへの信念)	Other professions are actually more vital to society than mine	他の専門的職業はわたしの職業よりも社会において不可欠である
	I think that my profession, more than any other, is essential for society	わたしの仕事は他の専門的職業よりも社会にとって不可欠である
	Some other occupations are actually more important to society than is mine	他の仕事は、実際のところ自分の仕事よりも社会にとってより重要である
	The importance of my profession is sometimes over stressed	わたしの専門的職業が持つ重要性は、時に過度なストレスになっている
	If ever an occupation is indispensable, it is this one.	もし不可欠な仕事があったとしたら、それはわたしの仕事である
A sense of calling to the field (職業への献身性)	People in this profession have a real "calling" for their work	私たちの専門的職業に携わる人々は、自分の仕事を天職だと感じている
	The dedication of people in this field is most gratifying	私たちの専門的職業にかかわる人々の献身性はとても好ましく思う
	It is encouraging to see the high level of idealism which is maintained by people in this field	すべての看護師が高いレベルの理想を追求していることは素晴らしいと思う
	Most people would stay in profession even if their incomes were reduced	たとえ給与が減らされたとしても、ほとんどの人はこの専門的職業に従事し続けるだろう
	There are very few people who don't really believe in their work	自分の分野において、仕事のことを心の底から大切にしていない人がわずかにいる

資料 2 定量調査の質問票

資料 2.1 職業的アイデンティティ

設問 I	看護の仕事を通して、あなたが得た内面的なことについてお伺いします。以下の項目について、当てはまる番号をご記入ください。	全く当てはまらない	当てはまらない	どちらともいえない	当てはまる	とてもよく当てはまる	回答欄
1	わたしはキャリアの方向を変える予定はない	①	②	③	④	⑤	
2	わたしは看護の分野に適合できるよう積極的な準備をおこない、将来に活かしたい	①	②	③	④	⑤	
3	わたしは看護師であることを幸せに思う	①	②	③	④	⑤	
4	わたしは看護師であることを好む	①	②	③	④	⑤	
5	わたしは看護の現場で働いていることを誇りに思う	①	②	③	④	⑤	
6	わたしは看護の分野で自らの目標を達成できると確信している	①	②	③	④	⑤	

資料 2.2 プロアクティブ行動

設問 II	職場に適応するために、あなた自身がとっている行動についてお伺いします。以下の項目について、当てはまる番号をご記入ください。	とてもよく当てはまる	当てはまる	どちらともいえない	当てはまらない	全く当てはまらない	回答欄
1	自分の置かれている状況を「脅威」ではなく、むしろ「チャンス」として捉えるようにしている	①	②	③	④	⑤	
2	自分の置かれている状況を「問題」ではなく、むしろ「やりがいのあること」として捉えるようにしている	①	②	③	④	⑤	
3	物事の良い面を見ようとしている	①	②	③	④	⑤	
4	上司のことを知ろうと努力している	①	②	③	④	⑤	
5	上司とよい関係を築くようにしている	①	②	③	④	⑤	
6	上司とできるだけ多くの接点を持つようにしている	①	②	③	④	⑤	

注：設問 1 から 3 はポジティブフレームを、設問 4 から 6 は上司との関係構築を測定した項目である。

資料 2.3 ケアリング行動

設問Ⅲ	あなたが日頃おこなっている看護実践についてお伺いします。以下の項目について、当てはまる番号をご記入ください。	全く当てはまらない	当てはまらない	どちらともいえない	当てはまる	とてもよく当てはまる	回答欄
1	患者の話に耳を傾け理解しようとしている	①	②	③	④	⑤	
2	患者に対し誠実に接している	①	②	③	④	⑤	
3	患者自身にケアに関わらせている (セルフケア能力への関与)	①	②	③	④	⑤	
4	治療しているとき、わたしは患者のそばにいる	①	②	③	④	⑤	
5	患者の状況を家族・親類(患者のキーパーソン)に逐次、知らせている	①	②	③	④	⑤	
6	患者のセルフケアについて指導している	①	②	③	④	⑤	
7	患者のバイタルサインをアセスメントしている	①	②	③	④	⑤	
8	患者の看護記録を適切に作成している	①	②	③	④	⑤	
9	患者のことを医師と話し合っている	①	②	③	④	⑤	
10	患者への薬物の副作用を注意深く観察している	①	②	③	④	⑤	
11	患者の状態を適切に先輩あるいはリーダー看護師へ伝えている	①	②	③	④	⑤	
12	治療の手順について患者に説明している	①	②	③	④	⑤	

注：設問 1 から 5 は親密性を、設問 6 から 12 は専門的技術を測定した項目である。

資料 2.4 基本属性

設問Ⅳ	あなたの基本情報についてお伺いします。当てはまる番号をお書きください。なお、設問Ⅲについてはカッコ内にご自身の年数を、設問Ⅳ・5・7においては「その他」を選択した方のみカッコ内にその内容をお書きください。	項目番号	回答欄
1	看護師としての勤務年数	①5年未満 ②5年以上10年未満 ③10年以上15年未満 ④15年以上	
2	あなたの年齢	①20～25歳 ②26～29歳 ③30～39歳 ④40～49歳 ⑤50歳以上	
3	あなたの性別	①女性 ②男性	
4	あなたの主な看護実践分野	①内科 ②外科 ③産科 ④小児科 ⑤精神科 ⑥クリティカル看護(集中治療、救急部門) ⑦手術室 ⑧その他()	
5	あなたの現在の職位	①看護部長/副部長 ②看護師長(課長) ③副看護師長(主任) ④看護スタッフ ⑤認定看護師 ⑥専門看護師 ⑦看護教員(大学/短大) ⑧看護教員(専門学校) ⑨その他()	
6	現在の職位についてからの年数		()年目
7	あなたの現在の勤務先	①大学病院 ②自治体病院 ③民間病院 ④診療所/クリニック ⑤療養施設 ⑥訪問看護ステーション ⑦看護系教育施設 ⑧学校の保健室 ⑨企業 ⑩その他()	
8	あなたの勤務先の病床数	①病床なし ②99床以下 ③100～199床 ④200～299床 ⑤300～399床 ⑥400～499床 ⑦500～599床 ⑧600床以上 ⑨該当なし	
9	あなたの勤務先の病床機能	①高度急性期 ②急性期 ③回復期 ④慢性期 ⑤該当なし	
10	あなたの取得した最終学位(学歴)	①専門学校 ②短期大学 ③大学(看護学) ④大学(看護学以外) ⑤修士(看護学) ⑥修士(看護学以外) ⑦博士(看護学) ⑧博士(看護学以外)	

資料 3 インタビューの分析結果

資料 3.1 仕事経験① キャリア初期から中期

キャリア発達段階	【カテゴリー】	[サブカテゴリー]	〈例〉	インタビュー内容の1部
キャリア初期から中期	上司・同僚・クライアントとの相互作用	クライアント・同職種からのポジティブフィードバック	クライアントからのポジティブな反応 (A氏からO氏までの全対象者)	ちょっと気難しい印象を与える患者さんだったのですが、最後（退院の日）にお話を聞いてくれてありがとうという手紙をもらいとても嬉しかったことを記憶しております（K氏）。
			学生時代の看護師との関与 (E氏、F氏、L氏)	学生時代の実習中に、憧れの先輩に出会い、その先輩と働きたい、この先輩のような看護師になりたいと思ったのです。その先輩から指導を受けたことで、実習中に色々な経験をさせていただき、看護への熱い思いを感じることができたのです（L氏）。
			先輩・上司からの承認 (A氏、C氏、F氏、G氏、I氏、L氏、N氏)	先輩は、自分のことを認めてくれたのです。（看護実践において）自分がやりたいと思っていることや方法は間違えていないんだよと認めてくださったのです（F氏）。
		ロールモデルと働いた経験	先輩からの国家資格に対する意味づけ (A氏、I氏)	自分が若い時のことですが、ある先輩は、言葉の端々に国家資格を持っていることの意義を強調していたのです。そこから、自分も看護師としての資格の重要性を意識し始めたのかもしれない（A氏）。
			スペシャリストと一緒に働いた経験 (C氏、I氏、M氏、N氏)	就職して間もないころに、がん看護のスペシャリスト達と一緒に働いたことで、自分もプロなんだと思うようになっていきました（I氏）。
			先輩の行動を模倣した経験 (A氏、C氏、F氏、I氏、L氏)	リーダーシップの発揮や業務が円滑になる行動、患者さんとの接し方など、先輩の行動をお手本にして、そこに近づけるようにしていました（A氏）。
			先輩とともにケアリングを提供した経験 (A氏、C氏、F氏、I氏、K氏、L氏、M氏)	先輩たちが、献身的に行っている看護場面に一緒に関わらせていただき、看護とはこのようにするものなのだという経験を積んでいきました（I氏）。
			具体的なアドバイスをしてくれる上司と働いた経験 (A氏、C氏、F氏、G氏、K氏、N氏、O氏)	余命数か月のがん患者さんをはじめ受け持った時のことです。自分自身もどのように関わったら良いのかすごく悩み、泣いてしまうような状況でした。（中略）その時に上司が具体的なアドバイスをしてくれたことで、その患者さんに関わっていくことができました（O氏）。
			仕事についての疑問点の追求 (A氏、C氏、F氏、I氏、L氏)	卒後3～4年目ぐらいの時に、患者さんにもっと良いケアができないかと悩み、先輩や同期の人と語っていた記憶があります（C氏）。
		同期・先輩との語り	キャリアの方向性に関する相談 (C氏、I氏)	看護師として、どのような道を歩んでいけば良いのかということを利用中や空き時間を利用して、先輩に相談していました。先輩からのアドバイスによって、看護師として歩む道を導いていただけたように感じております（I氏）。
			全般的な悩みの相談 (A氏、C氏、I氏)	自分のキャリアのことだけではなく、色々と先輩に話を聞いてもらえる環境だったため、のびのびと働き、この仕事について良かったと感じることもできました（I氏）。
			患者の言動を基に自己を振り返った経験 (B氏、F氏、K氏、O氏)	自分としては、非常に丁寧に関わっていたつもりでしたが、患者さんから「生意気だ」といわれて怒られたことがあったのです。とても傷つきましたが、その後、患者さんの言動を内省し、この仕事をする上で必要なことを考えることができました（O氏）。
		上司・先輩・患者の言葉を内省した経験	上司のアドバイスを基に自己を振り返った経験 (C氏、G氏、O氏)	看護師長から指導をもらったことで、自分に不足している点や、根拠に基づいてケアをすることの重要性について考えることができました（C氏）。
			先輩のアドバイスを基に自己を振り返った経験 (F氏、J氏、L氏)	先輩は、わたしの看護は間違いではないが、お母さん（患者の母）の気持ちと少しずれていたのではないかという言葉をかけてくれたのです。（中略）そうした関わりをしてくれたことで自己を振り返り、（クライアントとの）適切な関わりについて内省することができたのだと思います（F氏）。

注：〈例〉の下と「インタビュー内容の1部」の最後に示しているアルファベットは、その内容について語った対象者を表している。以下の資料も同様である。

資料 3.2 仕事経験② キャリア初期から中期

キャリア発達段階	【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	〈例〉	インタビュー内容の1部
キャリア初期から中期	クライアントへの不十分な関与	クライアントへの踏み込み不足	自己の価値観でクライアントを見た経験 (F氏、J氏、K氏)	受け持ちの患者さんは生まれたばかりの子供で、退院後のことを見据え、お母さんへの関わりが必要な状況でした。この経験を通して、自分が良いと考えている方向に、お子さん（患者）もご家族も引っ張りかかったという思いがあったことに、後になって気づかされました（F氏）。
			クライアントの心理的变化を捉えることの不足 (F氏、H氏、J氏、K氏、O氏)	若い時（キャリア初期）に、患者さんの思いを汲みとって、確認不足だったという経験をしました。（中略）この経験が、患者さんに寄り添うという、今でも自分が大事にしていることに結びついていると思います（K氏）。
			がん患者の気持ちを聞き出すことへの躊躇 (H氏、J氏、O氏)	新人時代に、ある先輩から、「あなたはAさん（関わり方が難しい患者）ときちんと接していない（中略）」といわれたことがありました。その患者さんは、がん治療のために手術をしたのですが、あまり経過が良くなかったのです。そのため、患者さんのそばにいて、お話を伺いつらい状況だったのです（J氏）。
		ケアリング環境が不十分な組織で働いた経験	看護過程を必要としない場面で働いた経験 (E氏、J氏、L氏)	病院から離れて、企業の検診センターのような場所で働いたことがあったのですが、（中略）やっぱり病気を持つ人と関わりたいと思ったのです。（中略）自分は、患者さんに寄り添い、患者さんが何を思っているのかを知り、患者さんが判断（治療等について患者自身が選択し意思決定）できるように導くことがやりたかったのだと思いました（J氏）。
			看護計画が不十分な職場で働いた経験 (E氏、G氏、J氏、L氏)	別の病院で働いていた時の経験ですが、その病院では、処置係、注射係など業務が分担されており、受け持ち制（一人ひとりの患者に担当看護師を決め、責任を持って関わる体制）もなく、看護計画（患者の健康問題を解決するために患者目標を設定し看護実践について計画を立案すること）もなく、ただ業務をしているという感じでした。看護とはそういうものではないと改めて思ったのです（E氏）。
			自己の看護観にフィットしない組織で働いた経験 (E氏、H氏、J氏)	数年過ごした病院を離れ、別の場所で働いた時のギャップは大きかったです。これが、自分がしたい看護なのかと疑問に思い、結局、元の病院に戻りました（L氏）。
		自己の無力さの認識	患者のために何もできなかったという認識 (H氏、M氏)	卒後1年目の時に、患者さんが食事を喉につまらせたことがあったのです。挿管（呼吸を補助するためにおこなわれる行為）の準備といわれてもどのようにしたら良いのかわからなかったし、静脈ルートの留置（特殊な注射針を静脈に留置する行為）といわれてもやったことがなく、結局、緊急気管切開（喉に穴を開け気道を確保する処置）になったのですが、自分は何もできなかったのです（H氏）。
			患者の安寧に関与できなかったという認識 (C氏、G氏、H氏、J氏、K氏、O氏)	「がん」による全身に痛みがある患者さんと関わった時のことです。何とか痛みを和らげることはできないかと思い、担当医に麻薬の量を増やす相談をしたのです。しかし、その医師からは、本人がそれを望んでいないため、麻薬の量を増やすことはできないといわれたのです。（中略）その時に看護師って無力だと思ったのです（G氏）。
			予期せぬ急変への遭遇 (H氏)	病室に入っていって、患者さんが苦しそうにしていたのです。「どうしたの?」と聞いているうちに患者さんが倒れたのです。とても衝撃な出来事でした。（中略）この時に、患者さんの全身状態（専門的な知識・技術を基に変化する患者の状態を判断し行動できる能力等を意味する）をみれるような看護師になりたいと思ったのです（H氏）。

資料 3.3 仕事経験③ キャリア初期から中期

キャリア発達段階	【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	〈例〉	インタビュー内容の一部
キャリア初期から中期	病気との共存と生死への関与	病歴が長い患者への関与	病状のわずかな変化の見極め (A氏、B氏、E氏、H氏)	慢性疾患などで長い経過（病歴）を持ち、入院を繰り返している患者さんと接していくうちに、ちよとした患者さんの変化などに気づいて対応することはとても重要なことだと思ふようになりました（A氏）。
			クライアントへの心理的支援 (A氏からO氏までの全対象者)	患者さんと苦しみを共有することの重要性を考えながら、患者さんと関わっていました。このことは、患者さんのそばに行って話を聞くことや、患者さんの苦しみを和らげたいという思いに影響していました（B氏）。
			病状コントロールと生活指導への関与 (A氏、B氏、C氏、E氏、F氏、H氏、N氏)	がんの患者さんだけでなく、透析患者さん、心不全のターミナルステージにある患者さんなどは、一度退院しても（病状が悪化して）、再度、入院してくることも多いため、症状をコントロールできるように生活指導もおこないながら関わっていました（E氏）。
			患者の価値観の理解 (A氏からO氏までの全対象者)	患者さんがお話ししていることの意味を考え、患者さんと話す時間を多く持つようにしました（中略）。長い経過を辿る病気を持つ患者さんに関わる機会が多かったことで、患者さんの背景なども踏まえて接するようになりました（A氏）。
		患者の生死への関与	がん性疼痛を持つ患者への関与 (B氏、C氏、E氏、G氏、I氏、N氏)	苦しみながら、がんの治療を受けている患者さん、がん性疼痛によって辛い思いをしている患者さんを見て、がん性疼痛をとりながら治療してもらいたい、少しでも楽に生活をしてもらいたいと思ひながら、患者さんに関わるようになりました（C氏）。
			がんに関する治療を受ける患者への関与 (A氏からO氏までの全対象者)	闘病生活や患者さんの人生観に関わることが献身的の信念に影響を与えたと思います。中でも、がん患者さんと関わった経験は大きかったです。これまで、がんと診断され、手術やがん化学療法(抗がん剤)による治療、終末期など、一人の患者さんが病気を発症したところから治療を終える、あるいは亡くなっていく一連の過程に関わってきました（D氏）。
			キュア・ケアへの意識決定支援 (B氏、C氏、E氏、H氏、N氏)	肺がんの患者さんの最後は、とても呼吸が苦しくなるため（それを和らげるためには）鎮静するしかないのです。患者さんも苦しくなったら寝かせて欲しい（鎮静剤を使用し）と話していたとしても、鎮静剤を使う段階になった時には気持ちが変なことを経験しました。（中略）もう治療ができるような状況ではなく、BSC（パストサボーティブケアのことであり、積極的な治療ではなく、苦痛を和らげる治療に徹するケア）で転院の（緩和ケア病院に移る）際も、患者さんから、何でなんだと訴えかけられる経験もしてきました。（中略）人間の気持ちはその時々で変わること理解した上で、患者さんの気持ちを適切に確認し関わっていかなくてはならないと思っております（H氏）。
			死への不安・恐怖を持つクライアントへの関与 (A氏からO氏まで全対象者)	呼吸器や循環器の病気を持つ患者さんは、死に直結しているということを感じながら生活しているため、そこに寄り添うことができるようにと考えて関わるようにしてきました（E氏）。
		患者の生死への関与	ケアリングへの戸惑い・迷い (A氏からO氏まで全対象者)	苦しむ患者さんと関わったことで、患者さんへのケアについて悩んだ時期がありました。同僚にも相談し、このような関わりで良いのか、どのようにしたら患者さんの苦痛を緩和できるのかということを実際に考えました。しかし、その時は、答えは見つかりませんでした（C氏）。
			命の誕生への関与 (F氏、M氏)	命の誕生の場面に関わり、喜びや辛い体験を（クライアントと）共有したことで、女性の力になりたいと強く感じるようになったのです（M氏）。
			死を迎える患者とその家族への関与 (B氏、C氏、D氏、E氏、F氏、G氏、K氏、L氏、N氏、O氏)	その赤ちゃん（患者）は、（中略）生まれた時から呼吸器につながっておりました。病院の規則で、兄弟の面会はできなかったため（風邪などを持ち込む可能性があるため、子供の面会は制限されることが多い）、一度もその兄弟たちも赤ちゃんに会うことができないまま、お別れをしなくてはならない状況が近づいていたのです。（中略）私は、そのお母さんに声をかけ、最後（亡くなる時）は赤ちゃんを抱っこし、自分の腕の中で、そして、それを皆で（家族）迎えることを望んでいることを確認しました。（中略）その希望を医師や他の看護師にも伝え、協力してもらって叶えることができました（F氏）。
			患者の死生観の理解 (A氏からO氏までの全対象者)	新人の時から、がん領域の病棟で働き、がん患者さんと関わるが多かったのです。がん患者さんからの学びは大きかったです。患者さんの死にゆく過程に関わらせていただき、人としての生きざまのようなものを見せていただきました（N氏）。
			残される家族を心配に思う患者との関わり (G氏、N氏、O氏)	余命、数ヶ月という患者さんとその娘さんとの関わりがとても印象に残っております。（中略）その患者さんは、いつも娘さんのことを気にかけておりました。また、娘さんもお母さん（患者さん）のことを心配し、泣き崩れるような場面もあったのです。（中略）わたしは、この患者さんが亡くなる前に、患者さんとその娘さんの望みをどのようにしたら叶えてあげられるのかを考えながら関わっていききました。この経験によって、自分は看護師としてだけでなく人間としても成長させてもらったように感じしております（O氏）。
			生きることへの意義の見出し (B氏、C氏、E氏、G氏、H氏、I氏、K氏、L氏、M氏、N氏)	がん患者さんや、循環器、呼吸器疾患のターミナルの患者さんとの関わりを通して、回復が見込めない場合でも、最後まで患者さんの思いに沿った関わりをしたいと考えさせられました（E氏）。

資料 3.4 仕事経験④ キャリア中期から後期

キャリア 発達段階	【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	(例)	インタビュー内容の1部
キャリア 中期から 後期	専門性の追求	看護の独自性の追求	専門的知識・技術の習得 (A氏からO氏まで全対象者)	患者さんの苦痛を緩和できる方法を知りたいと思っていた時に、看護師長が、専門性を高める講習会に参加し資格を取得してはどうかと声をかけて下さったのです。専門性を高めるためにもっと学べる場所があることを知り、その講習会に参加をし、専門的な資格を取得しました。(C氏)。
			患者の状況の予測と先を見越した関り (A氏からO氏まで全対象者)	患者の状況を予測し、自分で考えて行動することで、看護へのやりがいを感じていきました。その根底には、患者さんに良くなってもらいたいという思いがありました(中略)。自分の知識・技術を増すことで、患者さんに良い変化をもたらすという実体験が、もっと専門性を高めたいという思いにつながっていたように感じております。(D氏)。
			医学と看護学の境界を明瞭に捉えた 経験 (B氏、C氏、E氏、H氏)	医学的観点からは、これ以上、治療方法がないという場合であっても(対処療法のみになっても)、看護師にはできることがあると思うようになりました。患者さんに寄り添うことだけでなく、専門的な知識の習得に関する信念も必要であると感じるようになりました。(B氏)。
			退院支援の促進 (A氏、E氏、H氏)	自宅に帰りたいと思っているがん患者さんを支援する時にその患者さんの症状がコントロールされていなければ自宅に帰れません。また、家族の協力体制が整っており、家族へのケアもしっかりおこなっていかなくては、患者さんは自宅に帰ることができません。特に終末期の患者さんにはそういったことを支援できるように(中略)関わってきました。(C氏)。
			がん性疼痛の緩和 (B氏、C氏、E氏、G氏、I氏、N氏、O氏)	患者さんは、激しい痛みの中、家族と過ごす時間を考え鎮静剤を拒否し(鎮静剤を使用すると眠ってしまうため)、痛みを耐えていたのですが、なんとか楽になる方法を提案しようと1時間程度、患者さんの背中をマッサージしていたことがありました。(B氏)。
			QOLへの関与 (A氏からO氏まで全対象者)	がんと診断されてすぐに治療を受けることになったり、治療(抗がん剤等)の副作用も辛かったりなど、こういった患者さんが、少しでも辛い状況を緩和させながら治療を受けられるよう、深くがん患者に関わっていくようになりました。(N氏)。
			多職種協働による物事の決定 (C氏、E氏、F氏、G氏、H氏、I氏、J氏、K氏、L氏、M氏、N氏)	医師や薬剤師などとも協働しながら、自分が関わっている分野を発展させたいと考えております(中略)。多職種で協働しながら専門的な関わりが(クライアントに)できるよう、今の(組織の)仕組みを変えられるような取り組みもしております。(J氏)。
			在宅医療・看護への関与 (A氏、C氏、E氏、F氏、H氏、L氏、N氏、O氏)	気管切開をし、在宅で人工呼吸器を使っている患者さん(声を出せない状態の患者)や、がん患者さんとの関わりを通して、この患者さんは、どのようなことを望んでいるのか、どのようにしたら病院ではなく家で過ごせるのかなど(中略)、患者さんやそのご家族のニーズを考えるようになりました。(E氏)。
	看護職の育成	看護職の育成	研修会・学習会での講義 (B氏、C氏、F氏、G氏、H氏、I氏、J氏、K氏、N氏)	専門的な看護を伝えていけるように、学習会で講師をする機会を看護師長さんが与えてくれました。(中略)院内(所属する病院)の看護師に対して、治療薬の特徴、その薬剤は今の患者さんの状況にマッチしているのかといった疾患や薬剤等に関することも講義をし、専門性を高められるような関わりをしてきました。(N氏)。
			後輩・部下への看護実践に関する指導 (A氏からO氏までの全対象者)	リーダー業務をすることが多くなったことで、患者さんに直接的に関わらず、看護をしている実感が持てないと感じるような時期がありました。(中略)その時に、上司から自分が考える看護を他のスタッフに伝えたり、看護計画に反映させたり、チームで共有するということがあなたの看護の実践なのだといわれました。(中略)このような形でも人材育成に関わっているのだと実感でき、スタッフにもっと自分の看護を伝えていきたいと思えるようになりました。(G氏)。
			看護学生への関与 (D氏、F氏、G氏、H氏、K氏)	看護学生に看護のやりがいを教えたいという思いがあったのです。そして、それがすごく楽しく、自分の教育への力をつけていきたいと考えるようになりました。自分がこれまで体験した看護をどのように言語化して伝えていくかということを通して、もっと学生と関わりたいと思うようになっていきました。(G氏)。
			スタッフのキャリア支援 (A氏からO氏まで全対象者)	スタッフの育成については、個人がやりたいことを聞くようにして、目標管理に落とし込んでおります(中略)。もっとできるのに、低い目標を立てるスタッフがいる場合は、動機づけをしながら、役割の機会を与えております。自分から研修をしたいと希望する人もいるため、後押しもしております。役割を發揮させることで、動機づけもできるようにしております。(K氏)。

資料 3.5 仕事経験⑤ キャリア中期から後期

キャリア 発達段階	【カテゴリー】	[サブカテゴリー]	(例)	インタビュー内容の1部
キャリア 中期から 後期	専門性の追求	組織の変革への関与	病院経営への参画 (A氏からO氏まで全対象者)	病床再編をする際（入院患者のベッド数を変え、看護師の傾斜配置等の変更）、経営の視点で、病床数をキープできるよう病床コントロールをしていきました。とても大変な業務の1つでしたが、病院経営の方針に沿って行動していきました。スタッフも大変だったと思いますが、協力していただきました（N氏）。
			職員満足向上への試み (A氏からO氏まで全対象者)	引継ぎ時間が長く、ベッドサイドに行く時間が遅くなっていた部署で働いた時がありました。スタッフからは、ベッドサイドで患者さんの看護をしたいという声も聞かれていたため、その時間を確保できるような取り組みをしました（A氏）。
			組織の再編成・再構築への関与 (B氏、D氏、F氏、G氏、H氏、I氏、L氏、N氏)	新しく立ち上げる病棟ともう1つの病棟をまかされたことがありました。これはすごく大変な経験でした。医師たちからも様々なクレームがきたり、両方の病棟でいくつも課題を抱えておりました。1つひとつの問題を解決していくしかないと思ってやっておりました。この経験によって、1つずつ問題を解決することで組織が整っていくということを実感しました（D氏）。
			組織のビジョンに沿った行動と 他者への推進 (B氏、E氏、G氏、K氏、L氏、M氏、N氏、O氏)	管理職になってからは、社会の情勢が変化したり、診療報酬の改定によって、やるべきことが変わったとしても組織が目指す方針に沿って、行動していかななくてはならないと考えようになりました。また、スタッフにも組織の方針を伝えていかななくてはならないと思うようになりました（E氏）。
	組織・部門を越境した経験		組織外の研修会・学会等への参加 (A氏からO氏まで全対象者)	難しい症例については、他施設の人とも検討し、多くの人の意見を聞きながら専門性を高めています。そういう場を意図的に創ったりもしております。学会にも積極的に参加し、新しいことを学んだり、他施設の方と情報交換などもおこなっております（H氏）。
			組織・部門外の学習会・研修会等の 企画・運営 (C氏、H氏、J氏、N氏)	組織外でも、専門的ケアに関する研修会のメンバーに入り、企画・運営などをおこなっております（中略）。組織外で自分と同じ分野の人たちと関わることも、専門性を高めることに繋がっていると思います（C氏）。
			部署異動の経験 (A氏、B氏、E氏、F氏、G氏、H氏、L氏、M氏)	部署異動をしたことは、すごく大きな経験になりました（中略）。部署が変わったことで、これまでとは違う専門性を追求していかななくてはならなかったため、大変でした。しかし、ベテランスタッフからその部署の看護を教わったり、信念を持って看護をしているスタッフの様子を目の当たりにして、看護の素晴らしさを実感することができました（M氏）。
			他の組織で働いた経験 (E氏、F氏、H氏、I氏、L氏)	今の組織を退職し、別の組織で働いていたことがあったのですが、そこでは看護をおこなったという記憶はなかったです。そのような組織で働いたことで、質の高い看護をしたいと思うようになり、今の職場に戻ってきました（L氏）。
			多職種協働によるプロジェクトの促進 (C氏、G氏、H氏、J氏、K氏、L氏、M氏、N氏)	自分が所属する組織に働きかけた行動としては、医療用麻薬を患者さんが自己管理できるようにすることです（中略）。麻薬の管理方法を変えるためには、複数の他部署とも交渉し、この取り組みを進めていきました（C氏）。

資料 3.6 プロフェッショナルリズム(献身性)

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	(例)	インタビュー内容の一部
献身性	クライアントのウェルビーイング	疼痛緩和の信念 (B氏、C氏、E氏、G氏、I氏、N氏)	専門的な資格を取るために受講した講習会で、がんの痛みは取れるのだということを学び、何とかそれを医療従事者に広めて、少しでも患者さんに楽に過ごしてもらいたいと思うようになったのです。このことは、何と少しでもやり通そうと思いました (C氏)。
		安寧と変化を与えることへの使命感 (A氏からO氏まで全対象者)	(がん性疼痛があるが鎮静剤の使用を拒んでいた患者さんに対し、1時間程マッサージをしていた場面)。患者さんからは「ありがとう、楽になった。眠らせて欲しい時は(鎮静剤を使う決心がいたら)、自分からいうね」という言葉がありました。その数日後、患者さんから「眠らせて欲しい」といわれ、鎮静剤を使用しました。そして、その患者さんは亡くなっていきました (B氏)。
		患者の苦悩の受け入れ (A氏からO氏まで全対象者)	疼痛で苦しむ患者さんと出会っていく中で、それを受け入れていくのが自分の仕事だと強く思えるようになりました。献身的に関わる信念になっていったのかもかもしれません (C氏)。
		クライアントのニーズの探索 (A氏からO氏まで全対象者)	がんで苦しんでいるにもかかわらず、その患者さんは、辛いという言葉を出さない方でした。その患者さんの辛さを何とかしてあげたい、患者さんがこうなりたいというところに近づけたいという思いで、関わっていました (G氏)。
		最善を尽くす信念 (B氏、C氏、F氏、H氏、I氏、K氏、L氏、M氏、N氏、O氏)	手術が終わって(外科から)、がん化学療法をするまでの(内科で治療するまでの)間は、看護師は患者さんに関わっていない期間があることに気づいたのです。その間は仕方がないと思うのではなく、病気を抱った患者さんは、もっとサポートを得たいのだと感じ、そこを改善できるように上司にも働きかけました (H氏)。
	クライアントへのコミットメント	看護職への愛着 (A氏からO氏まで全対象者)	看護師という仕事は、人に触れて喜ばれる職業であるということを徐々に実感するようになりました。人が元気になったり、病気が治っていく過程を支えることは、他の療職(他の医療職)もおこなっております。しかし、一番長く患者さんのそばにいて、寄り添えるというのは看護職ならではのことだと思います。それがこの仕事を続けたいという思いに結びついているように感じております (L氏)。
		仕事現場への忠誠心 (B氏、C氏、F氏、I氏)	先輩にも患者さんたちにも優しくもらったお陰で、(自分が所属している)病院に対する思いが強くなっていきました。その病院でもっとたくさんの患者さんのために医療や看護を提供したいという考えが強くなっていきました (I氏)。
		看護師を続けるための努力 (A氏からO氏まで全対象者)	看護師という仕事を続けていくためには、患者さんと誠実に向き合わなくてはならないと考えております。そのためには、自分がプロフェッショナルとして成長していかななくてはならないし、中途半端ではいけないと思い、研修会等にも参加していきました (O氏)。
		人間に関与できることへの喜び・やりがい (A氏からO氏まで全対象者)	患者さんの変化(回復あるいは死の過程)に携わったことで、人の人生に大きく関わる職業であることを自覚するようになりました。こうした経験が、「この仕事についていたい」という思いに影響していたように感じます。患者さんやそのご家族の変化をきちんとキャッチしながら誠実に関わりたいと思ってきました。それが、やりがいや喜びにつながっていったのだと思います (D氏)。
		他者の人生に関与できることへの尊さと意義 (A氏からO氏まで全対象者)	看護師という仕事をしていなければ、こんなにも人に関わることはないと思います。特にターミナルの患者さんと関わった時には、人の人生には様々な背景があり、いざこざを持って死んでいく人、どの人がみてもこの人は幸せな人生だったと思える患者さんなど。こういうことから、この仕事が大変ですけども、人の人生に関わる仕事は、なかなかないと思い、誇りや尊さを感じるようになりました (K氏)。

資料 3.7 プロフェッショナルリズム(自律性)

【カテゴリー】	[サブカテゴリー]	〈例〉	インタビュー内容の一部
自律性	自主的行動の感覚	活用する知識・技術の選択 (A氏からO氏まで全対象者)	医師の責任にするのではなく、がんで苦しむ患者さんやその家族に対して、看護師の力で・・・専門的な知識や技術を活用することで、苦痛を緩和できるという経験をしました。このことで、看護師としての信念が強くなっていったように思います (B氏)。
		専門家集団への準拠 (B氏、C氏、D氏、F氏、H氏、I氏、J氏、M氏、N氏、O氏)	人の役に立ちたい、役割を果たしたいという思いは、患者さんだけではなく同他職種に対しても持っております (中略)。そのため、積極的に学会に参会したり学会の委員になったりもしております (H氏)。
		自己の分野の発展に向けた行動 (C氏、F氏、H氏、I氏、J氏、N氏)	自分の専門分野は、どのようなことをしているのかという認知度が低い状況です。そのため、この分野を発展させるためにも、自分が活動していかななくてはならないと思い、学会活動も積極的におこなっております。スタッフ育成やチーム力を高めることも必要になります (J氏)。
		同業者同士における実践の共有 (C氏、H氏、J氏、N氏)	例えば、患者カンファレンスの場を活用し (中略)、質の高いケアに結びつけるために、他のスタッフは何を問題と感じているのか、患者さんはどのようなことに困っているのか、何を改善しなくてはならないのかということも明らかにしながら実践したことを共有できるようにしております (C氏)。
		人間への接し方に関する基準 (D氏、J氏、K氏)	人に対して、平等・公平に関わること、人に対して説得力を持って関わっていかななくてはならないという考えを持って行動しております (K氏)。
		自己の専門性拡大 (B氏、C氏、F氏、H氏、I氏、J氏、N氏、O氏)	専門的な資格をとる前にも、後輩や看護学生の育成等に関わっておりましたが、プロフェッショナルとしての抛り所みたいなのはありませんでした。専門的な資格をとってから、自分の言葉で自分の専門的な看護を伝えることができるようになり、プロフェッショナルとして、自分が確立していったように感じております (N氏)。
	プロフェッショナルの育成	質の高い実践ができる人材の育成 (A氏からO氏まで全対象者)	超出生体重児への蘇生 (救命処置等) の技術を覚えたり、ポジショニングといった良肢位を保持するための勉強会も行い、その部署のスタッフが、自信を持って質の高い実践ができるように働きかけていきました (F氏)。
		自己の看護実践・看護観の伝承 (A氏からO氏まで全対象者)	自分が経験してきたことをスタッフへ伝承し、スタッフのマインドを育てていくことも自分の役割だと思っております。研修等では、これまで自分がおこなってきた看護を語ったりもしております。バランス良くケアアラインができるような人材を育てていきたいです。(B氏)。
		看護学生・後輩・部下が成長することへの価値 (B氏、D氏、E氏、F氏、G氏、K氏、L氏、M氏、N氏、O氏)	当時の上司から、あなたの志を教員という立場で学生に伝えて欲しいといわれたことがありました。未来の看護師を育てて欲しいといいただき、(中略) 数年間、看護教員をやっていた時期がありました。その教員時代には気づかなかったのですが、後に、教員時代の経験が、学生や後輩、部下を育てることへの信念のようなものに影響したと感ずることができました (G氏)。

資料 3.8 プロアクティブ行動(職場環境の改善)

【カテゴリー】	〈例〉	インタビュー内容の1部
職場環境の改善	効果・効率・安全性の観点からの職務改善 (A氏からO氏までの全対象者)	医療材料(医療現場で使用する医療器具や衛星材料など)を無駄にせず管理できる方法を、部門長の許可を得て変えていきました。この改善は、経営面、安全面、業務効率の観点から考え、進めていきました(K氏)。
	同他職種協働による実践の質向上への取組み (C氏、F氏、G氏、H氏、J氏、K氏、M氏、N氏)	急変時対応のスキルの習得に向けて、一緒にやりたいと思う人を巻き込み、医師にも協力をしてもらい、急変時シミュレーションをおこないました。そこで出てきた課題を集約し、学習会をおこなったりもしました(M氏)。
	最新の知識・技術を用いた業務プロセスの改善・周知活動 (C氏、F氏、H氏、J氏、K氏、N氏)	最新の知識を入手して、自主的に医療用麻薬を患者さんが管理できるような活動をおこなっていきました。(中略)学会などに自ら何度も参加し、最新の情報を入手しながら安全性も確認した上で、データを示しながら上司にも相談をしていきました。(中略)この取組みを多くの医療スタッフに伝えていきました(C氏)。
	看護過程を展開する能力の促進 (A氏、C氏、D氏、G氏、N氏)	その部署での経験が浅いスタッフが多かった時には、看護を展開する能力を高められるように働きかけました。手術後であれば、その患者さんの状態は解剖学的にどのようになっているのか。また、どの部分の機能が失われているため、どのようなケアが必要なのか等についても理解を深められるようスタッフに説明していきました。エビデンスに沿って患者さんの状態を捉えるとともに、一人ひとりに必要なケアを考え、看護計画が立案できるようにしていきました(G氏)。
	コンフリクト・マネジメント (A氏、C氏、D氏、F氏、G氏)	ベッドサイドに行く時間を確保し、看護の質を高めたいと思い、ある業務改善を提案したことがありました。しかし、その取組みに対し、反対意見もありました。(中略)ケアの質を確保するためにも、その取組みを辞めることはできないと思い、反対意見の人に対し粘り強く説明をしながら働きかけていきました(A氏)。
	職場の問題をディスカッションする機会の提供 (A氏、B氏、D氏、F氏、K氏、L氏)	残業縮減に向けて、業務整理も必要になります。そのためには、この方法(従来の方法)でなくてはできないという視点ではなく、この方法でもできるということ(新たな視点)を考えられるような職場でなくてはならないと考えております。(中略)若手であっても、前の病院ではこのように業務改善をしていたという意見をいってくれるため、そういう提案をし合いながら業務改善ができる場をつくるようにしてきました(B氏)。
	ワークライフバランスの推進 (D氏)	仕事が終わったら切り替えるという考えを持つことで、長く働くことにつながると思います。(中略)人として人生を歩んでいく上では、仕事だけでなくワークライフバランスが大切だと考え、その点を重要視して、残業の縮減を進めております(D氏)。

資料 3.9 プロアクティブ行動(上司への支援要請)

【カテゴリー】	〈例〉	インタビュー内容の一部
上司への支援要請	成果のフィードバックと適切な評価 (F氏、G氏、M氏)	緊急時対応に関する技術を習得できる環境をつくっていかなくてはならないと思いました。上司へは、自分の取組みについて概要を説明し、権限を委譲してもらいました。実践の成果についても上司から適切に評価をしてもらい、スタッフに対してもフィードバックや動機づけなどもしてもらいました (M氏)。
	仕事への動機づけ (C氏、F氏、G氏、I氏、N氏)	組織をまとめるにあたって、とても大変だった時期がありました。上司に相談したことで、仕事への動機づけにもなり、なんとかやり遂げられたように感じております(N氏)。
	専門的な知識・技術の伝承とその活用 (C氏、F氏、G氏、H氏、J氏、L氏、M氏、N氏)	上司に自分がやりたいこと、変えていきたいこと等を話したことで、専門性を活かした新たな試みをする機会を得ることができたのです。このことによって、これまで不足していた専門的な関わりをしながら、その専門性を多くのスタッフに伝えることができるようになりました (H氏)。
	研修・学会等への参加の支援 (F氏、G氏、H氏、I氏、N氏)	色々と上司にはサポートをしていただきましたが、自分からも上司にサポートを求めていきました。研修にいったりする際も、アドバイスを求め、研修に参加させてもらいました (G氏)。
	取得した資格を活用する機会の支援 (C氏、H氏、I氏、N氏)	資格を取得した後は、その専門性を活かした実践ができるよう、上司に自分の考えを伝えていきました。 (中略) その点を理解していただき、資格を活用する機会を与えてくださりました (H氏)。
	仕事の仕方に関するアドバイス (C氏、G氏、H氏、N氏)	スタッフ育成にあたり、これまでおこなわれていなかったことに取組んだことがあります。その際、どこを目標としているのか、どのように進めたら良いのか等を、その都度、上司に相談をし、方向性やいつまでに何を達成すべきなのかというアドバイスをもらっていきました (G氏)。
	集団凝集性の向上 (F氏、G氏、N氏)	離職者が多く、専門的なケアをすることに戸惑いを感じているスタッフが多い部署で働いたことがありました。組織を整えていくことは急務でした。上司には、自分はどのようなことをすれば良いのか確認をしていきました。(中略) とにかく安全に看護ができる組織を創っていかなくてはならない状況であったため、専門的なケアに関しては、自分もやりつつスタッフ指導もおこなっていきました。スタッフも協力してくれたことで、最終的には離職者は減りました (F氏)。
	上司との信頼関係の構築 (C氏、F氏、G氏、H氏、I氏、L氏、M氏、N氏)	上司とは、上手に付き合っていかななくてはならないと思うようになりました。その組織の特性を見て、どの人に相談したらよいのかということも自分から動いて知るようにしております (I氏)。

資料 3.10 ケアリング行動(親密な関与)

【カテゴリー】	〈例〉	インタビュー内容の1部
親密な関与	安楽の促進 (A氏からO氏までの全対象者)	がんの痛みで苦しまずに患者さんに生活をしてもらいたいという点を第1に考えて、実践してきました(C氏)。
	クライアントに寄り沿っていること (A氏からO氏までの全対象者)	患者さんに寄り添う看護を大切にしてきました。若いころから、患者さんが参加できる看護を提供したいと思ってケアをしています。(中略)技術研修を企画する際にも、患者さんの反応を大事にするを取り入れておこなってありました(K氏)。
	患者のそばに居ること (A氏からO氏までの全対象者)	患者さんと苦しみを共有することの重要性を考えながら関わってきました。がんの患者さんのそばについて話を聞きたい、患者さんの苦しみを和らげたいという思いでベッドサイドにおりました(B氏)。
	クライアントへの傾聴 (A氏からO氏までの全対象者)	患者さんやそのご家族がどのような思いでいるのかを傾聴するようにしております。しかし、近づき過ぎると、逆に見えなくなることもあります。そのため、(クライアントを)客観的に捉え、一人ひとりに合った関わり方をしながら傾聴することが重要であると思っております(J氏)。
	患者の価値観の理解 (A氏からO氏までの全対象者)	学生時代に教えられたことが根付いており、自分本位にならず、患者さんやそのご家族の気持ちを考え、(患者やその家族が)どのような価値観を持っているのかを理解できるように関わってきました。ずっと変わらず持っている姿勢です(E氏)。
	患者の思いの汲み取り (A氏からO氏までの全対象者)	関わり方が難しい患者さん、怒っている患者さん、発達障害を持つ患者さんなど、色々な方と関わり、その患者さんがどのようなことを考えているのか、どのようなことに苦悩を持っているのかなどを理解しながら関わっていかなくてはならないと思っております。この人ならわかってくれれば(クライアントから)思ってもらえる存在になりたいと考え、自分自身もスキルアップをしています(H氏)。
	クライアントのニーズの明確化 (A氏からO氏までの全対象者)	余命数か月という患者さんやそのご家族が、どのようなことを望んでいるのかということと一緒に考え、その実現に向けてお手伝いしてきました(O氏)。

資料 3.11 ケアリング行動(エビデンスの探求)

【カテゴリー】	〈例〉	インタビュー内容の1部
エビデンスの探求	新たなケアリングの提案と実践 (B氏、C氏、F氏、G氏、L氏、N氏)	教育プログラムを見直したり、学習会をおこないながら実践力を高めていきました。(中略)これまで慣習的におこなっていたケアについても見直し、標準化を図りました。そうすることで、専門的知識・技術を高めることができたように感じております(N氏)。
	ケアリングに対する主観的・客観的評価 (C氏、F氏、H氏、J氏、L氏)	自分たちがおこなったケアリングは、適切であったのかということ看護チームで評価をするとともに、患者さんからの反応も踏まえて、総合的に評価をし、よりエビデンスに沿った実践ができるようにしていきました(L氏)。
	新たな知識・技術の探求 (B氏、C氏、F氏、H氏、L氏、N氏)	患者さんが求めていることに対応するためには、常に新しい知識や技術を得ていかなければならないため、学会等に参加し、情報を得ております。自分自身の学びも深めながら、実践に取り入れるようにしております(H氏)。
	エビデンスの検討 (C氏、F氏、H氏、L氏、N氏)	この病院ではじめておこなう治療を受けた患者さんに関わった時のことです。親密に関わりながら、その患者さんに必要なケアを皆で考えておこなってまいりました。エビデンスに沿って看護をする上で、必死に必要なことを模索しながらケアをすすめていきました(L氏)。

資料 3.12 ケアリング行動(専門的技術の提供)

【カテゴリー】	〈例〉	インタビュー内容の1部
専門的技術の提供	医学と区別した看護学の活用 (B氏、C氏、E氏、F氏、G氏、I氏、J氏、N氏)	医学的な知識はもちろん必要ですが、それだけでなく、患者さんの心電図をみながら(循環動態を考えながら)、患者さんが動いたり、生活したり、薬の管理ができたり、受診行動がとれたりといった、今は自分はこの状態であるから、どのような行動が必要なのかという生活指導をすることが看護師ならではの関わりだと思って実践してきました(E氏)。
	治療継続の支援 (C氏、E氏、H氏、J氏、L氏、N氏)	患者さんが安心して治療を継続するために、患者さんから聞かれたことに答えられるようにしております。誰かが患者さんをサポートしなければ、患者さんは治療を継続できないと思います、患者さんと関わっております(H氏)。
	チーム内での看護の振り返り (A氏からO氏までの全対象者)	例えば、患者さんがどうして食べられないのか、食事ができるためにはどのように関わると良いのか、それを患者さんとどのように共有するかということ看護師、栄養士、医師等のチームで振り返り、看護師としてできる専門的な関わりを検討していきました(C氏)。
	エビデンスに沿った判断と専門的技術の提供 (A氏からO氏までの全対象者)	患者さんに誠実に関わることを大切にしましたが、このことは、根拠や的確な判断を基に看護をすることにも繋がっていると思います。研修にも参加し、専門的な知識等も学んでいき、専門的な判断をしながら、看護が提供できるようにしておりました(D氏)。
	多職種協働によるクライアントの自己実現を支援 (C氏、E氏、F氏、H氏、J氏、K氏、L氏、M氏、N氏)	自分の専門分野では、患者さんの生活を支援するという看護の独自性が非常に求められております。そうした視点を基に、多職種で協働しながら、患者さんが望んでいることを支援してけるように、専門性を高められるような関わりをしております(J氏)。

謝辞

博士論文を上梓するにあたり、多くの方に支えられ、ご指導をいただき、またご協力を賜ったことに心から感謝の意を表します。

指導教官であります松尾睦教授には、本研究に関するだけでなく、博士後期課程の学生として多くの挑戦的な機会を与えていただき、そして、研究者としての姿勢、経験から学ぶ力等、あらゆる面で繰り返し丁寧なご指導を頂戴しました。また、どのような時にも熱意と人としての温かさを持って関わっていただき、多方面において、先生の寛大なお心に支えていただきました。最後まで、より良い論文になるよう、ご指導を続けてくださったお陰で、微力ながらも、自分なりに魂を注ぎながらこの論文を書き上げることができたように感じております。松尾先生の基で学べたことは、私の人生において、かけがえない財産であります。言葉では表しきれない深い感謝の念でいっぱいです。心から御礼申し上げます。

審査に当たってくださった岩田智教授と阿部智和准教授には、審査に至るまでも大変お世話になりました。岩田先生からは、論文の構造や方向性に関するアドバイスとともに、細かい点までご助言をいただきました。岩田先生のご指導により、3年間取り組んできたことを無駄にすることなく博士論文という形で1つの論文を書き上げることができました。阿部先生には、経営系合同ゼミをはじめ、ジャーナルへの投稿時にも具体的かつ有益なアドバイスを頂戴しました。さらに、博士論文をまとめる際にも、厳しさの中にも論文への情熱を感じるお言葉で丁寧なご指導をしてくださりました。岩田先生と阿部先生のご助言を通して、本論文を精査することができ、より力強い論文になったと感じております。改めて感謝の意を表明いたします。

宇田忠司准教授には、入学時から節目ごとに貴重なご助言を賜り、また、実務との両立に対しては、励みになるお言葉をかけていただきました。さらに、経営系の諸先生の皆様においても、合同ゼミを通して有益なご指摘を頂戴し、継続的なご指導・ご鞭撻のお陰で、論文を書き進めることができました。その間、自身と向き合い、論文を書く難しさ、責任等を感じながらも、成長させていただきました。心から感謝申し上げます。

修士課程の時代からお世話になっております、小樽商科大学大学院の猪口純路教授には、松尾先生との出会いの場を与えていただき、また、いつも励みとなるお言葉を頂戴しました。同大学院の玉井健一教授には、博士課程に進学した後にも学会等でお世話になり、発表の機会を何度も与えてくださり、温かいコメントもいただきました。心より御礼申し上げます。

松尾ゼミの先輩方にも大変お世話になりました。まず、愛媛大学の高橋平徳先生には、博士課程に入学する前から貴重なアドバイスをいただき、仕事との両立を後押ししてくださりました。また、博士論文をまとめるに当たり、温かく貴重なコメントを頂戴しました。次に、長崎大学の中西善信先生には、出身大学が異なる中、松尾ゼミ出身ということで、経営系学会において、大変、親切にいただきました。ジャーナルへの投稿、博士論文の作成に当たっても、有益なアドバイスや激励のお言葉を授かりました。さらに、長崎大学の高橋史早先生とは、博士課程において多くの時間を共有してきました。共に悩み、苦しみ、喜びながら、学びを深めることができました。私が、仕事との両立と能力に限界を感じドロップアウトしそうになった時、松尾先生とともに力を与えてくださったことは、一生忘れません。高橋史早先生には、この論文をまとめるまでに、たくさんのコメントをいただきました。本当にありがとうございます。

松尾ゼミに在籍中の寺内伊久郎さん、柴田裕介さん、林麗桂さん、蔡学晶さん、修了生の鄭曉婉さんには多くの刺激と優しさをいただきました。改めて感謝いたします。

この研究に際し、調査にご理解をいただきました施設の看護部長をはじめ、実際に、調査に協力して下さりました皆さまに、心から感謝の意を表します。特に、インタビュー調査においては、貴重で大切な経験についてお話を聞かせていただき、この論文を書くだけでなく、これからの看護管理者人生と研究活動に、大いなる刺激となりました。これからもインタビューを通して出会った方々に感謝をしつつ、成長して参りたいと強く感じております。

職場においては、札幌医科大学附属病院 萩原直美 副院長兼看護部長より、修士時代から進学に対しご理解をいただき、また、挑戦し続ける勇気の源泉となるお言葉も頂戴してきました。萩原看護部長には、これまで、看護管理者と

しての在り方等について実践を通して学ばせていただきました。その学びが、実践と理論を往復させながら看護管理者としてもっと成長したいという私の強い動機になっていきました。これまで育てくださった萩原看護部長に改めて深く感謝申し上げます。微力ではございますが、仕事を通して恩返しができますよう、これまで以上に尽力して参ります。

最後に、家族には、「ここまでして学位取得を目指さなくてはならないのか」と思わせてしまうことも多々あったことでしょう。しかし、最後まで私を信じ、応援してくれたことに感謝したい。家族の支えと理解があったからこそ、仕事をしながら、経営系の学士、修士、博士と長きに渡って学生生活を続けることができたと実感している。本当にありがとう。

2019年8月20日 小野寺 美希子