原 著

NICU におけるファミリーセンタードケアを促進する 個人的・組織的要因： マルチレベル分析を用いて

Individual and Organizational Factors to Promote Family-Centered Care
in the Neonatal Intensive Care Unit: Multi-level Analysis

浅井宏美^{1),*}

Hiromi Asai

キーワード：マルチレベル分析，組織風土，管理行動，ファミリーセンタードケア，NICU

Key words：multi-level analysis, organizational climate, management behaviors, family-centered care, neonatal intensive care unit (NICU)

Abstract

Purpose: To examine the individual and organizational factors that predict nurses' family-centered care (FCC) behaviors in neonatal intensive care units (NICUs) in Japan.

Methods: A nested cross-sectional survey (nursing staff within units) was conducted using a mailed self-reported questionnaire to 43 nurse managers and 1,700 staff nurses from 43 NICUs in Japan. Nurse-managers responded to an organizational-level questionnaire including items about visiting policy, staff education and management behaviors. Staff-nurses responded to an individual-level questionnaire including items about FCC behaviors, FCC beliefs, unit's organizational climate and demographic data. The data were analyzed with a multi-level analysis and a multiple linear regression analysis.

Results: The response rates for nurse managers and staff nurses were 40 (93.0%) and 764 (44.9%), respectively. Greater beliefs about FCC ($t = 9.11$), better individual-level organizational climate ($t = 4.79$), and clinical experience ($t = 3.35$) were significant individual-factor predictors of FCC behaviors. Better unit-level organizational climate ($t = 3.33$), and open access 24-hour parental visiting ($t = 2.62$) were significant organizational-factors predictors of FCC behaviors. The unit-level organizational climate mediated the relationship between the nurse-managers' management behaviors and staff-nurses' FCC behaviors.

Conclusion: Better NICU individual and unit-level organizational climate and open access visiting policies for families and were significant predictors of FCC behaviors. Nurse-managers' management behaviors toward staff, enhanced organizational climate and organizational commitment to an open access visiting policy for families are key components in implementing FCC.

受付日：2017 年 10 月 27 日 受理日：2018 年 9 月 3 日

1) 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科 Department of Nursing, School of Health and Social Services, Saitama Prefectural University

* E-mail: asai-hiromi@spu.ac.jp

要 旨

目的：新生児集中治療室（Neonatal Intensive Care Unit; NICU）における看護師のファミリーセンタードケア（Family-Centered Care; FCC）の実践の影響要因について仮説を検証する。

方法：43カ所のNICUの看護管理者43名およびスタッフ1,700名を対象に質問紙調査を実施した。FCC実践の影響要因はマルチレベル分析および重回帰分析により探索した。

結果：有効回答数（回答率）は、管理者40名（93.0%）、スタッフ764名（44.9%）であった。FCC実践の個人的要因は、FCC信念（ $t = 9.11$ ）、個人レベルの組織風土（ $t = 4.79$ ）、臨床経験年数（ $t = 3.35$ ）であり、組織的要因は集団レベルの組織風土（ $t = 3.33$ ）、両親の24時間面会可の方針（ $t = 2.62$ ）であった。また、管理者の教育・管理行動の一部の項目と集団レベルの組織風土は有意な関連があり、FCC実践に間接的に影響していた。

結論：良好な組織風土や家族の自由な面会方針は看護師のFCC実践を促進することが示唆された。

I. 緒 言

近年、周産期・小児医療において、家族も子どものケアに関わるチームの一員として、医療者と情報共有し、子どものケアや意思決定への参加を積極的に推奨するファミリーセンタードケア（Family-Centered Care; FCC）の理念が重要視されている（Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2018; Mikkelsen & Frederiksen, 2011; 井上, 2017; 横尾, 2017）。その利点として、子どものケアに対する家族の理解度や満足度の向上（Bruce et al., 2002; Cockcroft, 2012）、子どもの病状の回復促進や身体的な発達促進、入院期間の短縮（Als et al., 1994; Forsythe, 1998; Örténstrand et al., 2010）、家族と医療者の良好な関係構築や仕事に対する意欲・肯定的意識の向上などがあるとされている（Cooper et al., 2007; Coyne et al., 2011; Gooding et al., 2011）。

日本の新生児集中治療室（Neonatal Intensive Care Unit; NICU）において、多くの看護師は、FCCの理念の重要性を理解しながらもFCCの実践は十分にできていないと認識しており（浅井, 2009）、両親の24時間自由面会など積極的に子どものケアに参加できるケア方針やFCCを推進する組織的な取り組みの重要性が示唆されている。また、FCC実践の関連要因として、医療スタッフ間の良好なチームワークや組織の意思決定へ参加しやすい病棟の組織風土が個々の看護師のFCC実践に関連していることが明らかにされている（浅井, 2017）。しかし、前述の研究における「病棟の組織風土」は個人の認識であり、その組織成員の総意である集団の認識ではない。本研究では看護師（個人）－病棟/NICU（集団）の2レベルの階層的データをマルチレベル分析によって検討することで、「病棟の組織風土」を個々の看護師による病棟特性の認識である「病

棟の組織風土（個人の認識）」と病棟に所属する看護師総員による病棟特性の認識「病棟の組織風土（集団の認識）」の2つのレベル（個人および集団レベル）の両者で説明できると考えた。

マルチレベル分析は、個人と集団をテーマとする社会心理学や経営学、疫学・公衆衛生学などの分野で注目されている手法で、その利点として、①階層的データで階層構造を考慮し、より適切な結果を導ける、②個人の帰結を個人レベルおよび集団レベル変数の両者で説明できること、が挙げられる（藤野ら, 2013; 北居, 2014; Kreft & Leeuw, 1998/2006; 牧野, 2011）。階層的データとは、多段階抽出法により得られた個人レベル変数と、その個人が集まった集団レベル変数が共に存在するデータである。本研究データは、多段階抽出法を用いた階層的データであり、個人レベル変数は周産期センターNICU所属の看護師の認識、集団レベル変数はその施設特性や同じ施設に所属する看護管理者の認識・行動、その組織成員の総意である集団の認識である。つまり、同じ施設のNICUに所属する看護師は、同じ看護管理者により教育・管理されており、同じ病棟の方針や職場の雰囲気・組織風土を共有しているため、その集団/組織の環境に影響を受け、個人の行動は類似している（以下、集団内類似性）という仮定がある。分析データにこの集団内類似性が存在する場合、マルチレベル分析を用いることが推奨されている（清水, 2014）。

したがって、本研究は「FCC実践」を目的変数としたマルチレベル分析により、看護師個人の帰結である看護実践に個人レベルおよび集団レベル（施設特性や看護管理者の認識・行動）の両者の変数がどう影響しているか、すなわち看護師個人のFCC実践に影響する個人的および組織的要因について、仮説を検証することを目的とした。上記が明らかになれば、人材育成・

図1 本研究の概念枠組み

看護管理の在り方に関する有用な示唆が得られ、新生児医療における家族へのケア向上につながる看護実践を推進する一助となると考える。

Ⅱ. 本研究の概念枠組みおよび研究目的

本研究の概念枠組みを図1に示す。研究目的は、NICUにおける看護師のFCC実践に影響する個人的および組織的要因について以下の仮説を検証することである。

1. 個人的要因（個人レベル）について

仮説1：FCCに対する信念、成員同士が承認・サポートするチームワークの良好な病棟の組織風土（個人の認識）は、看護師のFCC実践行動を促進する。

仮説2：コミュニケーションスキル・自信不足、家族と関わることへの負担感と戸惑い（FCC阻害要因）は、看護師のFCC実践行動を阻害する。

2. 組織的要因（集団レベル）について

仮説3：成員同士が承認・サポートするチームワークの良好な病棟の組織風土（集団の認識）、両親の24時間自由な面会方針は、看護師のFCC実践行動を促進する。

仮説4：スタッフに対する承認・サポートやFCC実践の意識づけ、成員同士の良好なチームワーク醸成な

どの看護管理者の教育・管理行動は、看護師のFCC実践行動に影響する。

〈用語の定義〉

1. ファミリーセンタードケア（Family-Centered Care; FCC）

本研究におけるFCCとは、家族と医療者の良好なパートナーシップを基盤としたケアであり、具体的には、本研究で用いるFCC実践尺度の下位概念である子ども・家族への敬意や思いやりのある対応、子どもの治療・ケアに関する情報提供、親子の絆を育む支援を指す。

2. 組織風土

本研究における組織風土とは、FCC実践に影響を及ぼす個人および集団によって認識される仕事環境（病棟）の測定可能な組織の特性である。具体的には、成員間の良好なチームワーク、成員同士が承認・サポートする雰囲気、組織内の意思決定へ参加しやすい雰囲気などを指す。また、個々の看護師による病棟特性の認識を「病棟の組織風土（個人の認識）」、病棟に所属する看護師総員による病棟特性の認識の平均値を「病棟の組織風土（集団の認識）」とする。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

自記式質問紙による量的横断的記述研究

2. 研究対象者

総合/地域周産期母子医療センター NICU の看護職（看護管理者とスタッフ）

3. 研究協力の依頼手順およびデータ収集方法

総合/地域周産期母子医療センターの全国施設リストの掲載施設に番号を付し、番号順に系統的に計 80 カ所抽出し、研究協力を依頼した。そのうち、承諾の得られた 43 カ所の NICU に看護管理者用調査票を各 1 部、スタッフ用調査票を計 1,700 部配布した。窓口担当者を通して NICU 看護管理者およびスタッフの人数分の調査票と返信用封筒の配布を依頼し、回答者個人から郵送により回収した。スタッフ用調査票は、新卒 1 年目のスタッフも含め配布を依頼した。なお、看護管理者とスタッフのデータを連結できるよう調査票に施設番号を付して配布した。データ収集期間は 2014 年 7 月～9 月である。

4. 調査内容

調査票は看護管理者用と看護スタッフ用の 2 種類で、それぞれ NICU の看護管理者経験のある者や臨床経験者など計 10 名にプレテストを実施した。回収した調査票の回答傾向や修正意見等を踏まえ、小児看護学の研究者 2 名、母性看護学・助産学の研究者 2 名、社会調査・統計学専門の研究者 1 名で内容妥当性の検討を経た上で修正・精選し、本調査で用いた。

1) 看護管理者に対する調査内容

(1) 病院の種類や認可種別・所在地域・NICU/Growing Care Unit (GCU) 病床数

(2) NICU における家族の面会方針

(3) 看護管理者のスタッフに対する教育・病棟管理 (33 項目)

看護管理者のスタッフに対する FCC 実践の意識づけ、病棟の良好な職場風土・チームワークの醸成、スタッフの能力や自己効力感を向上させる働きかけ、スタッフに対する承認・サポートをどの程度、行っているか問う質問項目である。NICU や小児看護領域の継続教育（井出，2013；中野，2014）、看護管理学や経営学（井部，2010；諏訪，2011）に関する文献をもとに作成、5 段階リッカート尺度である。

(4) 個人属性；①性別 ②年齢 ③臨床経験年数 ④ NICU/GCU 勤務経験年数⑤看護管理者経験年数

2) 看護スタッフに対する調査内容

①FCC 実践、②FCC 信念、③FCC 阻害要因、④病棟の組織風土に関する 4 つの各尺度については、それぞれ①各項目の記述統計量と天井・床効果の確認、②探索的因子分析（主因子法、プロマックス回転、固有値の下限を 1 と設定）、③クロンバック α の算出、④各下位尺度の項目平均値の算出を行った。4 つの尺度のすべての項目において床・天井効果を示す項目はみられず、尺度の内的一貫性を確認した。以下、各尺度の内容について述べる。なお、下位尺度名を【 】で示す。

(1) FCC 実践尺度 (31 項目)

これまで NICU で実際に家族に提供したケアについて、質問項目に示した行動がどの程度、回答者にあてはまるかを問う 7 段階尺度で、得点が高いほど FCC の理念を反映した看護実践を行っていることを示す。FCC 実践尺度は、探索的因子分析により信頼性・妥当性の検討がされており、因子負荷量 0.30 未満の 3 項目を削除した 31 項目が最終的に採択されている（浅井，2017）。抽出後の累積寄与率は 51.18%，第 1 因子【全般的な情報提供】、第 2 因子【親子の絆を育む支援】、第 3 因子【思いやりのある対応】、第 4 因子【敬意ある対応】、第 5 因子【子どもに関する具体的な情報提供】の 5 因子から成る。尺度全体と下位尺度のクロンバックの α 係数は 0.69～0.94 を示し、内的一貫性について確認された。

(2) FCC 信念尺度 (21 項目)

FCC について、質問項目に示した考えがどの程度、回答者にあてはまるかを問う 7 段階尺度で、得点が高いほど FCC の理念を肯定的に捉えていることを示す。FCC 信念尺度は、先行研究において信頼性・妥当性が検討されているが（浅井，2009）、プレテストを経て指摘を受けた項目を修正・精選した全 24 項目について探索的因子分析を行い、因子負荷量 0.30 未満の 3 項目を削除した 21 項目を最終的に採択した。抽出後の累積寄与率は 44.94%，第 1 因子【FCC の利点】、第 2 因子【FCC に対する信条】、第 3 因子【FCC 実践に対する自己効力】、第 4 因子【FCC による否定的な成果がないこと】、第 5 因子【FCC 実践の実行性】の 5 因子から成る。尺度全体と下位尺度のクロンバックの α 係数は 0.69～0.82 を示し、内的一貫性について確認された。

(3) FCC 阻害要因尺度 (11 項目)

先行研究から「FCC 実践を阻害する要因」として抽出された内容をもとに作成したもので（浅井・森，2015）、質問項目に示した考えがどの程度回答者にあて

はまるかを問う 7 段階尺度である。得点が高いほど FCC 実践に対して障壁を感じていることを示す。全 11 項目の探索的因子分析を行い、2 因子が抽出、すべての項目において因子負荷量が 0.30 以上を示し、累積寄与率は 50.07% であった。第 1 因子【家族とのコミュニケーションスキル・自信不足】、第 2 因子【家族と関わることに負担感と戸惑い】の 2 因子から成る。尺度全体と下位尺度のクロンバックの α 係数は 0.78~0.87 を示し、内的一貫性について確認した。

(4) 病棟の組織風土尺度 (24 項目)

病棟の組織風土尺度は、日本労働研究機構 (2003) が開発した Human Resource Management (HRM) チェックリストの「ワークシチュエーション尺度」を参考に作成したもので、尺度の妥当性・信頼性は検討されている (浅井, 2017)。FCC 実践行動に影響すると予測された職務や上司・リーダー、同僚との関係、組織内の方針決定への参画しやすさなどに関する 24 項目から成り、個人が所属組織に対してどう認識しているかを問う 5 段階尺度である。得点が高いほど自分の所属組織の雰囲気やチームワークが良好であると認識していることを示す。探索的因子分析により、5 因子が抽出、すべての項目において因子負荷量が 0.4 以上を示し、累積寄与率は 65.49% であった。第 1 因子【看護師間の良好なチームワーク】、第 2 因子【看護師-医師間の良好なチームワーク】、第 3 因子【上司からの承認・サポート】、第 4 因子【組織内の意思決定への参加しやすさ】、第 5 因子【先輩からの承認・サポート】の 5 因子から成る。尺度全体と下位尺度のクロンバックの α 係数は 0.79~0.94 を示し、内的一貫性について確認された。

(5) 個人属性

①性別 ②年齢 ③臨床経験年数 ④NICU/GCU 勤務経験年数 ⑤職位 ⑥職種 ⑦認定・専門資格 ⑧看護の基礎教育機関 ⑨最終学歴

5. データ分析方法

統計解析ソフト IBM SPSS Statics を用いて以下の分析を行った。

1) FCC 実践に直接影響する要因の探索：マルチレベル分析

「FCC 実践」を目的変数として、個人レベル変数である①FCC 信念、②FCC 阻害要因、③病棟の組織風土 (個人の認識)、④臨床経験年数などの個人属性、集団

レベル変数である①両親の 24 時間面会可の方針、②病棟の組織風土 (集団の認識)、③看護管理者のスタッフに対する教育・管理の変数を説明変数として、マルチレベル分析 (階層線形モデル hierarchical linear modeling; HLM) を用いて 5%水準で有意な要因を探索した。集団レベル変数は、看護管理者の回答データだが、「病棟の組織風土 (集団の認識)」のみ、スタッフの回答データを対象施設毎 ($n = 40$) にそれぞれ算出した平均値をその病棟/組織の総意として捉え、集団レベル変数として扱った。

2) 組織的要因 (集団レベル変数) 同士の関連の探索：重回帰分析

FCC 実践とは直接有意な関連がみられない要因でも、他の要因を通して間接的に影響している可能性が考えられるが、マルチレベル分析では組織レベル変数同士の関連は分析できないため、組織的要因 (集団レベル変数) 同士の関連は重回帰分析 (ステップワイズ法) を行った。具体的には「病棟の組織風土」の 5 つの下位概念をそれぞれ目的変数とし、管理者のスタッフに対する教育・管理 (33 項目) を説明変数として投入した。

6. 倫理的配慮

研究実施に際し、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を得た (承認番号: 14-008)。研究協力しない場合にも研究対象者や協力施設への不利益は一切生じないことを依頼文に明記し、対象者の自由意思の尊重を遵守した。また、質問紙は無記名であり、回答者が個別に返信する方法で回収し、対象者の匿名性保持を厳守した。質問紙の返送をもって、研究協力への同意を得たこととした。

IV. 結 果

承諾の得られた 43 カ所の施設のうち、看護管理者票調査は 40 部 (回収率 93.0%)、スタッフ用調査票は 771 部 (回収率 45.4%) 回収され、有効回答は 764 部 (有効回答率 44.9%) であった。また、施設毎のスタッフ用調査票の回収率の平均値は 45.4%、範囲は 8.8~100% であった。

1. 対象施設の属性

43 カ所のうち、総合周産期センター 25 施設

表 1 FCC 実践に直接影響する個人的・組織的要因のモデル (6 変数)

独立変数		推定値	標準誤差	t 値	p 値
切片 (定数)		4.97	.05	4.97***	.000
個人的要因 (個人レベル)	FCC 信念	.44	.05	9.11***	.000
	FCC 阻害要因	-.18	.05	-6.55***	.000
	病棟の組織風土 (個人の認識)	.18	.04	4.79***	.000
	臨床経験年数	.01	.00	3.35**	.001
組織的要因 (集団レベル)	病棟の組織風土 (集団の認識)	.49	.15	3.33**	.002
	両親の 24 時間面会可の方針	.23	.09	2.62*	.013
決定係数		.331			

n = 743

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

(58.1%), 地域周産期センター 17 施設 (39.5%) であった。病院の種類は、割合の多い順に総合病院 41.9%, 大学附属病院 30.2%, 国公立のこども病院・小児医療センター 23.3% であった。病院の所在地域は、割合の多い順に関東 27.9%, 中部 8 カ所 18.6%, 東北 6 カ所 14.0%, その他の地域は 10% 以下であった。NICU・GCU 総病床数は、20 床未満 34.9%, 20 床以上 40 床未満 48.8%, 40 床以上 60 床未満 14.0% であった。

2. 対象者 (看護管理者およびスタッフ) の属性

1) 看護管理者の属性

40 名の属性は、平均年齢 49.2 ± 6.2 歳, 50 歳代が 7 割以上を占めていた。平均臨床経験年数は 26.5 ± 7.4 年, 25 年以上が最も多く, 26 名 (65.0%) であった。看護管理者としての平均勤務経験年数は 5.5 ± 5.1 年, 1 年以上 5 年未満が最も多く, 16 名 (40.0%) であった。

2) 看護スタッフの属性

764 名の属性として、性別は男性 23 名 (3.0%), 女性 737 名 (95.8%), 平均年齢は 32.6 ± 8.4 歳, 20 歳代 (44.2%) と 30 歳代 (32.8%) の者が 7 割を占めていた。平均臨床経験年数は 9.9 ± 8.1 年, 5 年以上 10 年未満が最も多く, 194 名 (25.2%), 次いで 10 年以上 15 年未満が 126 名 (16.4%) であった。NICU 平均勤務経験年数は 5.1 ± 4.9 年, 1 年以上 5 年未満が最も多く, 299 名 (38.9%) であった。職位は、役職なしが 659 名 (85.7%), 副師長・主任相当が 92 名 (12.0%) であった。看護の基礎教育機関は、専門学校が最も多く, 389 名 (50.6%), 次いで大学が 213 名 (27.7%) であった。

3. FCC 実践に影響する個人的・組織的要因の探索: マルチレベル分析

看護管理者用の調査票が未回収である 3 施設のス

タッフデータ ($n = 21$) は有効回答のスタッフデータ (計 43 施設, $n = 764$) から除外し、管理者票回収施設のスタッフデータ (計 40 施設, $n = 743$) をマルチレベル分析の対象とした。「FCC 実践」を目的変数、個人および集団レベル変数を説明変数として複数のパターンの組み合わせで分析した結果、FCC 実践を予測する推定式の変数として、個人レベル変数である FCC 信念、FCC 阻害要因、病棟の組織風土 (個人の認識)、臨床経験年数、集団レベル変数である両親の 24 時間面会可の方針、病棟の組織風土 (集団の認識) の 6 つの変数が有効であるという示唆を得た。そこで、これらの 6 つの変数を用いて「FCC 実践に直接影響する個人的・組織的要因のモデル」を作成した。その結果、5% 水準で有意な個人的要因は、FCC 信念 ($t = 9.11, p < .001$)、FCC 阻害要因 ($t = -6.55, p < .001$)、病棟の組織風土 (個人の認識) ($t = 4.79, p < .001$)、臨床経験年数 ($t = 3.35, p = .001$) であり、組織的要因は、病棟の組織風土 (集団の認識) ($t = 3.33, p = .002$) および両親の 24 時間面会可の方針 ($t = 2.62, p = .031$) であった (表 1)。また、この結果を本研究の概念枠組みに照らし合わせ、5% 水準で有意であった変数を示したものを図 2 に示す。つまり、これらの病棟の組織風土に対する認識 (個人および集団レベルの両者) や家族の自由な面会方針が、看護師の FCC 実践行動を促進することが示された。一方、「FCC の阻害要因」と仮定した【看護師のコミュニケーションスキル・自信不足】、【家族と関わることへの負担感と戸惑い】は看護師の FCC 実践行動を阻害する要因であることが示された。また、マルチレベル分析でのモデルの説明率 (決定係数) の算出手順に従い (清水, 2014)、上記モデルの決定係数を算出した結果 0.331 であり、「FCC 実践」を 33.1% 説明していることが示された。

図2 FCC実践に直接影響する個人的・組織的要因

表2 【看護師－医師間の良好なチームワーク（集団の認識）】と看護管理者のスタッフに対する教育・管理（重回帰分析）

独立変数	B	β	t 値	p 値
家族の面会時、子どものケア担当者として名乗ることをスタッフに促している	.391	.387	3.246***	.003
日頃から FCC の理念の重要性をスタッフへ積極的に伝えている	.251	.560	3.889***	.000
スタッフと短時間でも頻繁にコミュニケーションを図っている	.163	.338	2.421*	.021
R^2			.348	
自由度調整済み R^2 （決定係数）			.293	

1) $n=40$, 従属変数: 【看護師－医師間の良好なチームワーク（集団の認識）】2) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4. 病棟の組織風土（集団の認識）と看護管理者のスタッフに対する教育・管理との関連：重回帰分析

マルチレベル分析の結果、FCC 実践と看護管理者のスタッフに対する教育・管理行動とは直接関連がみられなかったが、看護管理者の行動が病棟の組織風土（集団の認識）に影響を与えて、FCC 実践に間接的に影響を及ぼしている可能性があるため、病棟の組織風土（集団の認識）と看護管理者の教育・管理行動との関連を探索した。なお、看護管理者のどのような行動が病棟のどのような組織風土と関連があるのか、より具体的に知るため、病棟の組織風土（集団の認識）の5つの下位概念ごとに重回帰分析を行った。その結果、5%水準で有意な項目が複数みられた①【看護師－医師間の良好なチームワーク】、②【上司からの承認・サポート】、③【組織内の意思決定への参加しやすさ】をそれぞれ目的変数、看護管理者のスタッフに対する教育・管理に関する項目を独立変数とした重回帰分析の結果を表2～表4に示す。

1) 【看護師－医師間の良好なチームワーク】と看護管理者の教育・管理（表2）

「日頃から FCC の理念の重要性をスタッフへ積極的に伝えている」（ $\beta = .560, p = .000$ ）, 「家族の面会時、ケア担当者として名乗ることをスタッフに促している」（ $\beta = .387, p = .003$ ）などの項目が抽出され、決定係数は.293であった。

2) 【上司からの承認・サポート】と看護管理者の教育・管理（表3）

「スタッフの年間目標のひとつに FCC 実践を位置づけ、目標計画を立てている」（ $\beta = .366, p = .006$ ）, 「日頃からスタッフの申し送り内容を確認している」（ $\beta = .357, p = .009$ ）などが抽出され、決定係数は.400であった。

3) 【組織内の意思決定への参加しやすさ】と看護管理者の教育・管理（表4）

「スタッフと短時間でも頻繁コミュニケーションを

表3 【上司からの承認・サポート（集団の認識）】と看護管理者のスタッフに対する教育・管理（重回帰分析）

独立変数	B	β	t 値	p 値
日頃から、スタッフの看護実践や仕事を認めている	.193	.327	2.483*	.018
スタッフの個々の年間目標のひとつに FCC 実践を位置づけ、目標計画を立てている	.136	.366	2.959**	.006
日頃からスタッフの申し送り内容を確認している	.145	.357	2.745**	.009
R ²			.446	
自由度調整済み R ² （決定係数）			.400	

1) $n=40$, 従属変数: 【上司からの承認・サポート（集団の認識）】2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

表4 【組織内の意思決定への参加しやすさ（集団の認識）】と看護管理者のスタッフに対する教育・管理（重回帰分析）

独立変数	B	β	t 値	p 値
スタッフと短時間でも頻繁コミュニケーションを図っている	.106	.300	1.742*	.045
R ²			.161	
自由度調整済み R ² （決定係数）			.116	

1) $n=40$, 従属変数: 【組織内の意思決定への参加しやすさ（集団の認識）】2) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

図っている」($\beta=.300, p=.045$) が抽出され、決定係数は.116 であった。

V. 考 察

1. FCC 実践に影響する個人的要因（仮説 1 および 2）

FCC 実践と有意に関連のあった個人的要因は、FCC 信念、病棟の組織風土（個人の認識）、FCC 阻害要因、臨床経験年数であった。そのうち FCC 阻害要因の下位概念である【コミュニケーションスキル・自信不足】、【家族と関わることへの負担感と戸惑い】は FCC 実践の負の影響要因であった。以上より、「仮説 1: FCC に対する信念、良好な組織風土（個人の認識）は、看護師の FCC 実践行動を促進する」および「仮説 2: コミュニケーションスキル・自信不足、家族と関わることへの負担感と戸惑いは、看護師の FCC 実践行動を阻害する」という仮説は支持された。以上より、看護師の FCC の実践行動を促進するためには、家族と関わることへの抵抗感や負担感を軽減し、コミュニケーションスキルを高める必要性が示唆された。NICU では、新卒看護師や他科からの異動などで NICU に配属された看護師に対して、まず生命に直結した新生児特有の疾患・病態に関する知識や技術を獲得する教育を優先しなければならない現状がある。しかしながら、近年、小児看護専門看護師や認定看護師が中心となり FCC の理念や実践に関する教育プログラムを新人教育や継続教育として積極的に取り入れている施設もある（井

出, 2013; 杉野, 2012)。今後も、このようなコミュニケーションスキル向上や家族との関わりに関する教育の普及など、FCC の理念を具現化し実践できる人材育成が重要だと考える。

2. FCC 実践に直接影響する組織的要因：病棟の組織風土と面会方針（仮説 3）

FCC 実践と有意に関連のあった組織的要因は、病棟の組織風土（集団の認識）、両親の 24 時間面会可の方針であった。これらのことから、組織成員間の【良好なチームワーク】、上司・先輩からの【承認・サポート】があり、【組織内の意思決定へ参加しやすい】と集団レベルで認識している組織は、看護師個々の FCC 実践行動が高いことが示された。つまり、FCC 実践行動、すなわち看護実践に対するモチベーションを高めるためには、組織成員間のより良いチームワークやお互いの仕事を承認し合う組織風土の醸成、家族に開かれた自由な面会方針が重要であると示唆された。以上のことから、「仮説 3: 成員同士が承認・サポートするチームワークの良好な病棟の組織風土（集団の認識）、両親の 24 時間自由な面会方針は、看護師の FCC 実践行動を促進する」という仮説は支持された。

3. FCC 実践に間接的に影響する組織的要因：看護管理者の行動（仮説 4）

看護管理者のスタッフに対する教育・管理は、FCC 実践と直接、有意な関連がみられなかったことから、「仮説 4: スタッフに対する承認・サポートや FCC 実

践の意識づけ、成員同士の良好なチームワーク醸成などの看護管理者の教育・管理行動は、看護師の FCC 実践行動に影響する」は支持されなかった。しかしながら、看護管理者の教育・管理行動の一部の項目と成員の総意である病棟の組織風土（集団の認識）との関連がみられたため、病棟の組織風土を通して、個人の FCC 実践に間接的に影響することが示唆された。具体的には、日頃からスタッフへ FCC の理念の重要性を伝達し、頻繁にコミュニケーションを図ることなどの管理者の行動が【看護師－医師間のチームワーク（集団の認識）】に有意に関連していた。「スタッフとの頻繁なコミュニケーション」は、【組織内の意思決定への参加しやすさ（集団の認識）】とも有意に関連していたことから、日頃から頻繁にスタッフとコミュニケーションを図る管理者のいる組織は、組織内の意思決定へ参加しやすい組織風土であることが推察された。FCC 実践と看護管理者の行動に直接的な関連がなかった理由については、管理者のサンプル数が 40 と限られており、管理者の教育・管理行動に関する尺度の信頼性・妥当性にも課題があることが推察され、更なる検討が必要である。

4. 看護実践への提言

手島（2014）は看護におけるポジティブ・マネジメント、すなわち個人と集団の強みに焦点を当て、ポジティブな成果・過程ならびに組織やメンバーの特性を活用しながら組織の目標を達成・維持する方略の重要性を述べている。組織成員を動機づけ、ポジティブな成果を促進する要素として、お互いの仕事ぶりや努力を褒める・承認する組織風土、成員の合意による組織内の意思決定が重要であるとされている（Laschinger, et al., 2012 ; Lefton, 2012）。また、子どもと家族にとってより良いアウトカムを得るためには、多様で対等な議論を経た意思決定と行動が実践できる医療チームメンバーが重要とされている（中野, 2014）。良好なチームワークと承認し合える組織、また組織の意思決定に参画しやすい風土の醸成を実現するためには、①看護管理者が率先して成員とコミュニケーションを積極的に図り、成員の仕事ぶりや努力を承認すること、②若手スタッフにカンファレンスなどの進行役を担う機会を積極的に設けて発言機会を増やすこと、③子どものターミナル期など深刻な状況下での意思決定を要する場面に限らず定期的に医療スタッフ間で話し合う機会を設けることなど、が具体策として提案できる。

5. 研究の限界

マルチレベル分析に用いる集団レベル変数のサンプル数は少なくとも 20～30 が望ましいとされており（近藤, 2011）、本研究の集団レベルのサンプル数 40 はこの基準を満たしていたが、個人レベルのサンプル数の回収率は 8.8～100%とばらつきが大きく、数カ所の回収率の低い施設のデータがその施設の代表性を表していないことによるバイアスが本研究の限界である。

VI. 結 論

総合・地域周産期医療センター 43 カ所の NICU に勤務する看護管理者とスタッフを対象に量的横断的調査を行った結果、成員同士が承認・サポートするチームワークの良好な組織風土や家族の自由な面会方針は看護師の FCC 実践行動を促進することが示唆された。

付記：本研究は聖路加国際大学大学院看護学研究科に提出した博士論文の一部を加筆・修正したものであり、第 32 回日本助産学会学術集会において発表した。

謝辞：研究協力施設の看護部長、NICU 看護管理者およびスタッフの皆様は心より御礼申し上げます。また、本研究を遂行するにあたりご指導頂きました聖路加国際大学大学院の森明子教授、中山和弘教授、聖路加国際大学公衆衛生大学院副研究科長の高橋理教授ならびに東京大学医学研究所トランスレーショナルリサーチ・治験センターの野島正寛准教授、埼玉医科大学総合医療センター附属総合周産期母子医療センターの加部一彦教授に深く感謝申し上げます。なお、本研究は公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成基金の助成を受けて実施した。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- Als, H., Lawhon, G., Duffy, F. H., et al. (1994): Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. medical and neurofunctional effects, *JAMA*, 272(11), 853-858.
- 浅井宏美 (2009) : NICU における看護師のファミリーセンタードケアに関する実践と信念, *日新生児看会誌*, 15, 10-19.
- 浅井宏美, 森明子 (2015) : NICU の看護師が認識する家族中心のケア (Family-Centered Care) の利点および促進・阻害要因, *日看科会誌*, 35, 155-165.
- 浅井宏美 (2017) : NICU における家族中心のケア (Family-Centered Care) 実践と病棟の組織風土との関連, *日助産会誌*, 31(2), 100-110.
- Bruce, B., Letourneau, N., Ritchie, J. (2002): A multiple study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care, *J. Fam. Nurs.*, 8(4), 408-429.
- Cockcroft, S. (2012): How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal

- intensive care? *J. Neonatal. Nurs.*, **18**(3), 105–110.
- Cooper, L. G., Gooding, J. S., Gallagher, J., et al. (2007): Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families, *J. Perinatol.*, **27**, S32–37.
- Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., et al. (2011): What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice, *J. Adv. Nurs.*, **67**(12), 2561–2573.
- Forsythe, P. (1998): New practices in the transitional care center improve outcomes for babies and their families, *J. Perinatol.*, **18**(6 Pt 2 Su), S13–17.
- 藤野喜久, 近藤尚己, 竹内文乃 (2013): 保健医療従事者のためのマルチレベル分析活用ナビ, 診断と治療社, 東京.
- Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., et al. (2011): Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: Origins, advances, impact, *Semin. Perinatol.*, **35**(1), 20–28.
- 井部俊子 (2010): 2007～2009 年度科学研究費補助金研究 (基盤 (B) 代表者 井部俊子) サービスマネジメントをフレームワークとした看護管理学の体系化に関する研究報告書.
- 井出由美 (2013): NICU における地域連携・退院調整 Family-Centered Care に関する教育がもたらす看護実践の変化, *小児看護*, **36**(12), 1629–1636.
- 井上みゆき (2017): 新生児看護と看護倫理 看護倫理と看護実践 Family-Centered Care; 親がわが子の最善の医療を代諾できるために, *小児看護*, **40**(11), 1397–1401.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care: What are the core concepts of patient-and family-centered care Retrieved from: <http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html> (検索日: 2018 年 3 月 7 日)
- 北居明 (2014): 学習を促す組織風土—マルチレベル・アプローチによる実証分析, 有斐閣, 東京.
- 近藤尚己 (2011): 国際保健研究における多重レベル分析: その有用性と基礎, *国際保健医療*, **26**(2), 75–80.
- Kreft, I. G. G., Leeuw, J. D. (1998)/小野寺孝義編訳 (2006): 基礎から学ぶマルチレベルモデル: 入り組んだ文脈から新たな理論を創出するための統計手法, ナカニシヤ出版, 京都.
- Laschinger, H. K. S., Leiter, M. P., Day, A., et al. (2012): Building empowering work environmental that foster civility and organizational trust, *Nurs. Res.*, **61**(5), 316–325.
- Lefton, C. (2012): Strengthening the workforce through meaningful recognition, *Nurs. Econ.*, **30**(6), 331–339.
- 牧野成史 (2011): マルチレベル分析の考え方, *組織科学*, **44**(4), 14–25.
- Mikkelsen, G., Frederiksen, K. (2011): Family-centred care of children in hospital—a concept analysis, *J. Adv. Nurs.*, **67**(5), 1152–1162.
- 中野玲二 (2014): あなたの NICU では機能していますか? チームワークを発揮するためのケーススタディ NICU におけるチームワークの課題とは, *Neona. Care*, **27**(2), 118–122.
- 日本労働研究機構 (2003): 組織の診断と活性化のための基盤尺度の研究開発—HRM チェックリストの開発と利用・活用—調査研究報告書 No. 161.
- Örtenstrand, A., Westrup, B., Broström, E. B., et al. (2010): The stockholm neonatal family centered care study: Effects on length of stay and infant morbidity, *Pediatrics*, **125**(2), e278–285.
- 清水裕士 (2014): 個人と集団のマルチレベル分析, ナカニシヤ出版, 京都.
- 杉野由佳 (2012): 新生児ケアにおける専門職連携・協働・チームワーク NICU におけるファミリーセンタードケアに基づいたチーム医療の強化, *小児看護*, **35**(12), 1611–1618.
- 諏訪茂樹 (2011): 看護に生かすリーダーシップティーチングとコーチング, 場面对応の体験学習 (第 2 版), 医学書院, 東京.
- 手島恵 (2014): スタッフの主体性を高めチームを活性化する! 看護のためのポジティブ・マネジメント, 医学書院, 東京.
- 横尾京子 (2017): 特集 周産期におけるファミリーセンタードケア, 周産期におけるファミリーセンタードケアとは, *周産期医*, **47**(1), 13–16.