

研 究 報 告

転倒・転落予防のための看護師とセラピストへの
コンフリクト・マネジメント効果

西山 史江

Effects of Conflict Management on Nurses and Therapists
in Fall Prevention

Fumie Nishiyama

キーワード：コンフリクト，コンフリクト・マネジメント，看護師，セラピスト，転倒・転落

key words : conflict, conflict management, nurse, therapist, fall

Abstract

Purpose: Between nurses and therapists, conflicts have been observed regarding the causes of patient falls. This study aimed to clarify the effects of an interventional conflict management program on them.

Methods: One hundred and five nurses and therapists working in convalescence rehabilitation wards underwent interventional management in four different ways, including training workshops, team work, patient assessments using a sharing sheet, and case-study conferences, for 6 months. A self-administered questionnaire survey comprising questions on “cooperativeness,” “conflict types,” “factors contributing to conflicts,” and “strategies to solve conflicts” was conducted before the interventional program and 3 and 6 months after the program to evaluate its effects. The Friedman test and multivariate regression analyses were used to analyze the data.

Results: Seventy-one nurses and therapists who completed all questionnaire surveys administered at the aforementioned 3 timepoints were included in the analysis (valid response rate of 85.5%). Significant increases were noted in the “strategies to solve conflicts” scores at 3 ($p=0.013$) and 6 months ($p=0.004$) after the interventions.

Conclusion: Nurses and therapists found causes of conflicts after conflict management, and they altered their behaviors to resolve disagreements.

要 旨

目的：看護師とセラピスト間に存在する患者の転倒・転落に関するコンフリクトに対し、コンフリクト・マネジメントを介入として行い、その効果を明らかにする。

方法：回復期リハビリテーション病棟の看護師とセラピスト105名に、研修会、グループワーク、患者アセスメント共有シート、事例検討会という4つの介入を6カ月間実施した。その効果は、介入前、3カ月

後、6カ月後に実施した『協調性』『コンフリクトのタイプ』『コンフリクトを引き起こす要因』『コンフリクトの解決方略』からなる自記式質問紙調査の変化で示した。分析は、Friedman検定、重回帰分析を用いた。

結果：3回の調査全てに回答した看護師とセラピスト71名を分析対象とした（有効回答率85.5%）。分析の結果、3カ月後（ $p=0.013$ ）、6カ月後（ $p=0.004$ ）に、『コンフリクトの解決方略』が有意に高まった。

結論：看護師とセラピストは、コンフリクト・マネジメントにより、コンフリクトを顕在化させ、コンフリクトの解消へと行動を変化させた。

I. 緒言

2000年に介護保険制度の施行と共に、回復期リハビリテーション病棟（以後、回復期リハ病棟）は創設された。そこでは、多くの医療専門職がチームを組んで集中的なリハビリテーション（以後、リハ）と医学的管理を行い、患者の日常生活動作（ADL）の向上を図り、自宅や社会復帰することを目的としている（畠中, 2014）。それを達成するには、チームで患者の転倒のリスクを回避しながら、機能回復を進めていく必要がある。しかし、患者のADL拡大に関してスタッフ間で評価が乖離することがある（松浦, 2016, p.58）。このような乖離は、患者への指導や対応にも影響を及ぼす。そこで、乖離を少なくするためには、患者の転倒・転落予防のために看護師とセラピスト間のコンフリクトの解消が重要である。

先行研究では、患者の転倒・転落に関する職種間での葛藤（加藤・浅川・関井他, 2010）や、専門職間のコラボレーションの不在による患者への影響が明らかになっている（Matziou, Vlahioti, Perdikaris, et al., 2014）。このような、職種間に生じる意見の相違、利害の相違をFollet(1941/1997, p.41)は、コンフリクトであると述べている。患者の転倒・転落予防には、患者を一番身近でケアする看護師と、マンツーマンで患者の訓練を実施するセラピスト間のコンフリクトを解決する必要がある。

コンフリクト・マネジメントに関する先行研究では、コンフリクトを顕在化させず、妥協による解決を図っていたものが多かった（松浦・林, 2005；水野, 2007；佐藤, 2014）。このような妥協による解決は、対立が形を変えて次々現れてくる（Follet, 1941/1997, p.49）。そこで、回復期リハ病棟における看護師とセラピスト間のコンフリクトを双方が納得する解決へと導き、ひいては患者の転倒・転落予防に寄与したいと考えた。

II. 研究目的

看護師とセラピスト間に存在する患者の転倒・転落に関するコンフリクトに対し、コンフリクト・マネジメントとして介入を行い、その効果を明らかにすることである。

III. 仮説

患者の転倒・転落に関連した看護師とセラピスト間に生じる認知のずれやコミュニケーションのずれであるコンフリクトに対して、コンフリクト・マネジメントとして4つの介入を行うことで、看護師とセラピスト間のコンフリクトを解決に向けた変化をもたらす。

IV. 研究方法

A. 用語の定義

本研究では、「コンフリクト」とは、患者の転倒・転落を目標にして協働している看護師とセラピストの間に生じる認知のずれやコミュニケーションのずれとした。

B. 概念枠組み

本研究の概念枠組みを図1に示した。

本研究はFolletのコンフリクト・マネジメント理論を参考に組み立てた。Follet(1949/1973, p.202)は、コンフリクトに対してマネジメントを行うことでコンフリクトは差異の解明を経て要求の分解に至り、最終的には統合による解決が可能になると述べている。そこで、本研究では看護師とセラピスト間のコンフリクトに対して、コンフリクト・マネジメントとして、「研修会」「グループワーク」「患者アセスメント共有シート」「事例検討会」という4つの介入を6か月間実施する。その効果は、介入前、3カ月後、6カ月後における4つの尺度及びそれぞれの下位尺度の時期別変化で評価する。

4つの介入により、看護師とセラピストは、「情報共有」の必要性を知り、相互に関心を持つことで、チームがまとまり、「チーム感」が高まり、『協調性』が増す。さらに、『コンフリクトのタイプ』（以後、『タイプ』）から、コンフリクトの特性を明らかにする。そして、『コンフリクトを引き起こす要因』（以後、『要因』）を明らかにして、相互の「ずれ」がどこにあるのかを発見し、解決策を検討する。

4つの介入を行うことで、看護師とセラピストは、コンフリクトに気づくと、すぐに話し合いを行い、コンフリクトの解消に努めるようになる。それにより、『コンフリクトの解決方略』（以後、『解決方略』）の「統合方略」が向上し、コンフリクトを、「統合」に導く。

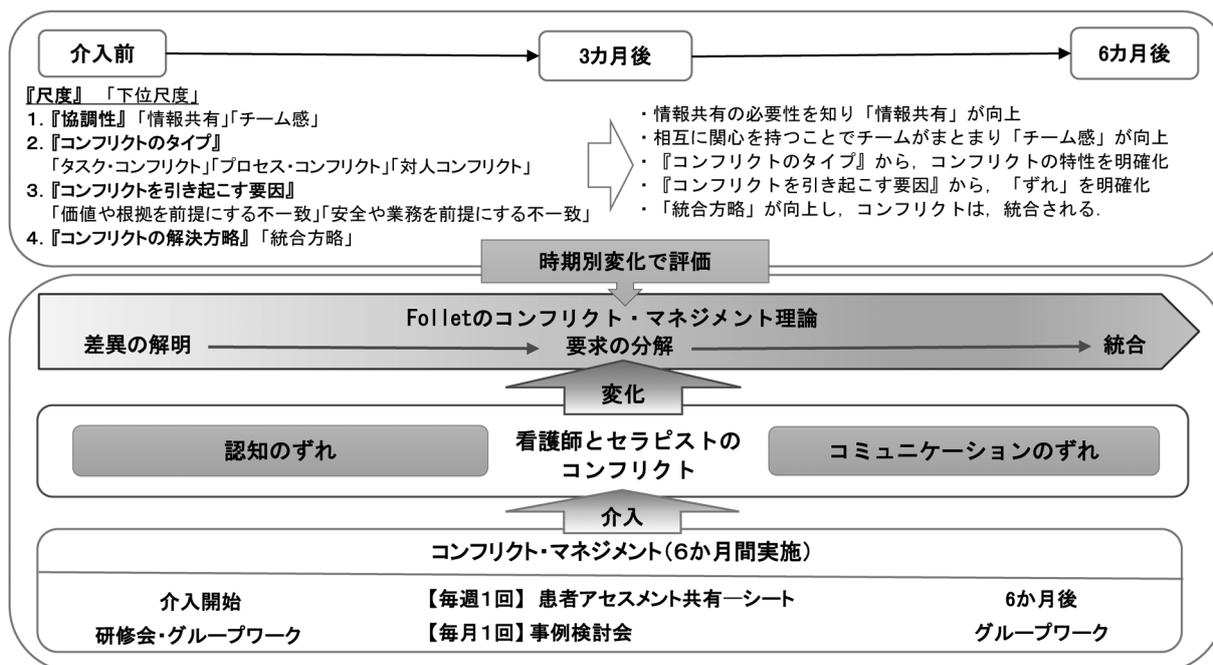


図1. 概念図

C. 研究デザイン

看護師とセラピストにコンフリクト・マネジメントとして行った4つの介入による効果を明らかにするために、1群介入前後比較デザイン (Katz, 2010/2018, p.4) を用いた。

D. 研究協力者

C県内の、回復期リハ病棟が2病棟以上ある2つの病院 (A病院・B病院) に研究協力を依頼した。承諾が得られた病院の回復期リハ病棟に勤務し、本研究に同意が得られた看護師とセラピストを協力者として、介入研究を実施した。

E. 介入方法

「研修会」「グループワーク」「患者アセスメント共有シート」「事例検討会」という4つの介入を平成27年12月～平成28年5月に実施した。介入内容を以下に示す。

1. 研修会

研究者が講師となり、研究参加への同意が得られた看護師、セラピストに対して研修会を開催し、患者の転倒・転落の現状、傾向と発生頻度、転倒・転落を起こしやすい患者の傾向、転倒・転落予防に向けた看護師とセラピストのアセスメントの違いや、コンフリクトについて説明し、概念の共有を図った。研究の同意が得られた不参加者には研修会の内容が理解できるように、全員に資料を配布した。

2. グループワーク

看護師とセラピスト5～6名の混合グループを作り、介入開始時と6か月後の2回実施した。介入開始時のテーマは「自病棟の看護師とセラピストの間に存在す

るコンフリクトの実態について」、6か月後のテーマは、「コンフリクト・マネジメントによる看護師とセラピスト間に存在するコンフリクトの変化」である。グループワークの内容は研究協力者全員が共有できるように資料として配布した。

3. 患者アセスメント共有シート

介入開始直後から介入が終了する5月末まで継続して実施した。

研究者が毎週各病棟を訪問し、その週に発生した転倒・転落のインシデント1事例を選び、その患者の看護目標、リハ目標、看護ケアや実施内容、根拠、リハの訓練内容、根拠を時系列に並べ、カルテから看護記録及びセラピストの記録を同一紙面上で閲覧できるように作成した。それを看護師とセラピストが閲覧し、内容を共有した。

4. 事例検討会

介入開始1カ月後から毎月1回実施した (各病院4回)。検討する事例は、病棟師長が選択し、検討時間は1時間とした。研究協力に同意した看護師とセラピストが参加し、転倒・転落前後の患者状態から転倒・転落発生経緯、要因、転倒・転落の再発予防対策の検討を行った。事例検討会に参加できなかった研究協力者には、検討資料や経過記録を共有できるようにした。

5. 介入の妥当性

「研修会」「グループワーク」「患者アセスメント共有シート」「事例検討会」という4つの介入の妥当性について検討する。

コンフリクト・マネジメントを行うには、看護師と

セラピストがその概念を共有しておく必要がある。そこで、「研修会」を開催し、看護師とセラピストに概念の統一を図る。

「グループワーク」は、看護師とセラピストが、認知のずれやコミュニケーションのずれの実態について話し合うことで、相互の価値観の違いを知り、共有することができる。

「患者アセスメント共有シート」は、転倒・転落に至った患者に対して看護師が行ったケアやアセスメントと、セラピストが行ったリハを同一紙面上に示しており、この可視化されたデータから、看護師とセラピスト相互のずれの実態と、他職種が行っている患者への関わりを共有することができる。

「事例検討会」は、異なる背景を持つ多職種が、事例を多面的に分析することで視点の転換、拡大、深化を図るものである（篠田, 2011, p.63）。ここでは、看護師とセラピストが、それぞれの職種の専門性や、立案した患者の転倒・転落予防対策を共有し、それぞれがアイデアを示し、新たな対策を立案する。

この4つの介入は、看護師とセラピストがコンフリクトの存在を認識し、相互の専門性を理解し、チームとしての協調性を高め、コンフリクトを解決する介入となる。

F. データ収集方法

1. コンフリクトの変化

介入によるコンフリクトの変化を明らかにするために、介入前と、3カ月後と6カ月後に同一の自記式質問紙を用いて調査を実施した。

調査票の回収は、研究協力者が主体的に投函できるように回収ボックスを設置し、研究者が回収した。また、3回の調査は、質問紙に同一番号を記載し、連結可能匿名化の方法を用いた。

調査項目は、年齢や職種、部署の経験年数などを問う基本情報（4項目）と、先行研究を基にコンフリクト・マネジメントの効果を測定する指標として、『協調性』『タイプ』『要因』『解決方略』という4つの尺度を用いた。なお、これらの尺度は開発者の許可を得て使用した。また、次に示す尺度はいずれも信頼性や妥当性が確認されたものである。

a. 『協調性』

Koys & De Cotiis(1991) の凝集性尺度、Chalos & Poon(2000) が開発した情報共有尺度を松尾(2002) が和訳した『協調性』尺度を使用した。

本尺度は、9項目からなる尺度であり、「情報共有」4項目（得点範囲4～28点）と、「チーム感」5項目（得点範囲5～35点）の2つの下位尺度を有する。得点が高いほど協調性が高いことを意味する。

b. 『タイプ』

Jehn & Mannix(2001) が開発したコンフリクト尺度を松尾(2002) が和訳した『タイプ』尺度を使用した。

本尺度は9項目からなる尺度であり、「タスク・コンフリクト」（以後、「タスク」）3項目（得点範囲3～21点）、「プロセス・コンフリクト」（以後、「プロセス」）3項目（得点範囲3～21点）、「対人コンフリクト」（以後、「対人」）3項目（得点範囲3～21点）という3つの下位尺度を有する。「タスク」「プロセス」「対人」のうち、得点が高いほど、そのタイプの特性が高くなっていることを意味する。

c. 『要因』

白石・藤井・影山他(2012) が開発した、『要因』尺度を使用した。

本尺度は7項目からなる尺度であり、「価値や根拠を前提にする不一致」（以後、「価値や根拠」）4項目（得点範囲4～28点）、「安全や業務を優先する不一致」（以後、「安全や業務」）3項目（得点範囲3～21点）という2つの下位尺度を有す。得点が高いほど、その要因が大きくなることを意味する。

d. 『解決方略』

石田(2009) の尺度を使用し、白石・藤井・影山他(2012) が作成した『解決方略』尺度を使用した。

本尺度は、4項目からなる尺度であり、「統合方略」2項目（得点範囲2～14点）、「回避方略」2項目（得点範囲2～14点）という2つの下位尺度を有する。「回避方略」の2項目は逆転項目として取り扱い、「統合方略」4項目とした。得点が高いほどその項目の特性が大きくなることを意味する。

2. 転倒・転落件数の介入前後比較

A病院とB病院の介入前6カ月間と介入を開始してから6カ月間の転倒・転落件数と述べ患者数から、患者の転倒・転落率を算出した。また、転倒・転落と、転倒と転落別に集計し、介入前6カ月と介入開始後6カ月を2群に分けて比較した。

G. 尺度の信頼性と妥当性

『協調性』『タイプ』『要因』『解決方略』について、信頼性を確認するために各項目についてクロンバック α を算出し、尺度の信頼性を確保した。

H. 分析方法

統計処理には統計ソフト IBM SPSS Statistics Ver. 22.0 を使用し、以下の分析を行った。有意水準は5%未満とした。

1. 各尺度の介入時期別比較

『協調性』『タイプ』『要因』『解決方略』の介入前、3カ月後、6カ月後の平均値と中央値を算出し、Friedman検定を用いて分析し、有意差が認められたものについて、Bonferroni法による多重比較を行った。

2. 下位尺度の介入時期別比較

『協調性』の下位尺度である「情報共有」「チーム感」、『タイプ』の下位尺度である「タスク」「プロセス」「対人」、『要因』の下位尺度である「価値や根拠」「安全や業務」、『解決方略』の下位尺度である「統合

方略」という8つの下位尺度を、介入前、3カ月後、6カ月後の時期別に比較するために、平均値と中央値を算出し、Friedman検定を用いて分析し、有意差が認められたものについて、Bonferroni法による多重比較を行った。

3. 同一時期における『タイプ』の比較

介入前、3カ月後、6カ月後の各時期別にタイプ間の相違を明らかにするために、『タイプ』の下位尺度である「タスク」「プロセス」「対人」の平均値と中央値を算出し、Friedman検定を用いて分析し、有意差が認められたものについて、Bonferroni法による多重比較を行った。

4. コンフリクトの解消における影響要因

介入前、3カ月後、6カ月後の各時期の「統合方略」と他の7つの下位尺度「情報共有」「チーム感」「タスク」「プロセス」「対人」「価値や根拠」「安全や業務」との関連を調べるために、「統合方略」を従属変数として、重回帰分析を行った。

5. 転倒・転落件数の介入前後比較

介入前6カ月間と介入後6カ月間に報告された転倒・転落に関するインシデント・レポート数と、介入前6カ月間と介入後6カ月間の研究対象病棟の入院患者数を用いて、患者の転倒・転落率を算出した。また、転倒・転落と、転倒と転落別に集計し、介入前6カ月と介入開始後6カ月を2群に分けてMann-Whitney U検定を用いて分析した。

1. 倫理的配慮

本研究は、京都橘大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号15-13）。調査への協力は自由意思に基づき、研究に参加しなくても不利益を受けることはないこと、結果は統計的に処理し個人が特定されることはないこと、調査票及びデータの管理は厳重に行うことを口頭と文書で説明し、書面によって同意を得た。また、患者の転倒・転落件数は、研究協力病院の

承諾を得て、数値化して集計し、個人が特定できないようにした。

V. 結果

研究協力者105名のうち、退職や転勤による脱落者を除き、3回の自記式質問紙調査の全てに回答した看護師とセラピスト83名（脱落率16%）のうち、欠損値を含むデータを除外した71名を分析対象とした（有効回答率85.5%）。

A. 研究協力者の属性

研究協力者は、回復期リハ病棟を2病棟以上持つ2つの病院の看護師35名、セラピスト36名の71名。性別は、男性が20名（28.2%）、女性が51名（71.8%）。平均年齢（SD）は35.8（11.2）歳であり、職種平均経験年数は、11.9（10.5）年であり、現在の病棟の平均勤務年数は、7.2（5.9）年であった。2つの研究協力病院を2群として年齢、職種経験年数、現在の病棟の勤務年数をKruskal-Wallis検定を用いて比較したところ、いずれも有意差は認められなかったことから、2病院のデータを統合して分析した（表1）。

B. 尺度の信頼性

本研究における尺度の信頼性をクロンバック α 係数（以後 α ）にて確認したところ、各下位尺度は、『協調性』 $\alpha=0.863$ 、『タイプ』 $\alpha=0.900$ 、『要因』 $\alpha=0.651$ であった。『解決方略』は $\alpha=0.661$ であったことから、1項目を除外した3項目を分析対象とし、尺度の信頼性を確保した（ $\alpha=0.730$ ）。

C. コンフリクトの変化

1. 各尺度の介入時期別比較

コンフリクト・マネジメントとして4つの介入を行い、その効果を明らかにするために、『協調性』『タイプ』『要因』『解決方略』の各尺度別に、介入前、3カ月後、6カ月後を比較した（表2）。

表1. 研究協力者の基本属性

	全体		A病院		平均 ランク	B病院		χ^2	p	
	N=71		n=23			n=48	平均 ランク			
	平均 (SD)	中央値 (範囲)	平均 (SD)			中央値 (範囲)	平均 (SD)			
年齢	35.8 (11.2)	35.0 (35)	35.83 (9.48)	37.13		32 (39)	35.79 (12.0)	35.45	1.823	0.744
職種経験年数	11.9 (10.5)	12 (36)	11.78 (9.58)	36.46		6.00 (41)	11.96 (11.0)	36.01	0.000	0.995
現在の病棟の 平均勤務年数	7.2 (05.9)	7 (23)	9.09 (6.91)	40.57		4.50 (20)	6.31 (5.27)	33.50	2.298	0.139
	人数 (%)		人数 (%)			人数 (%)				
性別										
男	20 (28.2)		8 (34.8)			12 (25.0)				0.394
女	51 (71.8)		15 (65.2)			36 (75.0)				
職種										
看護師	35 (49.3)		12 (52.2)			23 (47.9)				0.739
セラピスト	36 (50.7)		11 (47.8)			25 (52.1)				

Kruskal-Wallis検定

表2. 各尺度の介入時期別比較

	介入前		3カ月後		6カ月後		平均 ランク	X ²	p	
	中央値 (範囲)	平均 (SD)	中央値 (範囲)	平均 (SD)	中央値 (範囲)	平均 (SD)				
協調性	46(35-60)	45.93(5.81)	46(35-58)	46.17(4.93)	45(33-59)	45.34(5.14)	1.88	1.508	0.471	
コンフリクトのタイプ	28(10-44)	27.93(7.70)	28(10-52)	28.25(7.78)	29(10-51)	28.93(7.55)	2.04	0.397	0.820	
コンフリクトを引き起こす要因	37(28-43)	36.49(3.76)	37(27-48)	36.90(3.91)	36(28-43)	36.70(3.68)	1.98	2.008	0.366	
コンフリクトの解決方略	13(09-21)	12.99(2.35)	14(09-19)	13.85(2.25)	14(09-20)	13.94(2.15)	2.23	15.100	0.001***	
	p=0.013*									
	p=0.004**									

Friedman検定 p<0.01**, 多重比較 Bonferroni調整 p<0.05* p<0.01** p<0.001***

表3. 下位尺度の介入時期別比較

	介入前		3カ月後		6カ月後		平均 ランク	X ²	p	
	中央値 (範囲)	平均 (SD)	中央値 (範囲)	平均 (SD)	中央値 (範囲)	平均 (SD)				
協調性	21(15-28)	21.30(2.87)	21(16-27)	21.15(2.57)	20(13-26)	20.42(2.74)	1.72	10.39	0.006**	
情報共有										
チーム感	25(17-33)	24.63(3.58)	25(18-32)	25.01(2.86)	25(18-34)	24.92(2.95)	2.03	1.470	0.478	
コンフリクト のタイプ	11(4-18)	10.61(2.98)	11(3-18)	10.77(2.84)	11(4-18)	11.08(2.80)	2.11	1.443	0.486	
プロセス・コンフリクト	10(3-14)	9.31(2.97)	9(3-18)	9.35(2.90)	9(3-18)	9.50(2.99)	1.95	0.454	0.797	
対人コンフリクト	8(3-14)	8.01(2.86)	8(3-16)	8.13(3.05)	8(3-15)	8.34(2.77)	2.04	0.225	0.894	
コンフリクト を引き起こす 要因	22(16-28)	22.24(2.70)	23(16-28)	22.27(2.71)	22(16-28)	22.18(2.58)	1.97	0.149	0.928	
価値価値や根拠を前提 にする不一致										
安全や業務を優先する 不一致	15(7-9)	14.25(2.32)	15(10-21)	14.63(2.46)	15(10-21)	14.52(2.48)	1.98	2.807	0.246	
コンフリクト の解決方略	13(9-21)	12.99(2.35)	14(9-19)	13.85(2.25)	14(9-20)	13.94(2.15)	2.20	15.100	0.001***	
	p=0.013*									
	p=0.004**									

Friedman検定 p<0.01**, 多重比較 Bonferroni調整 p<0.05* p<0.01** p<0.001***

表4. 同一時期における『コンフリクトのタイプ』の比較

N=71

	タスクコンフリクト			プロセスコンフリクト			対人コンフリクト			χ^2	p
	中央値 (範囲)	平均 (SD)	平均 ランク	中央値 (範囲)	平均 (SD)	平均 ランク	中央値 (範囲)	平均 (SD)	平均 ランク		
介入前	11(9-12)	10.61(2.98)	2.56	10(6-12)	9.31(2.97)	1.99	8(6-11)	8.01(2.86)	1.45	52.47	$p<0.001^{***}$
	$p=0.002^{**}$			$p=0.004^{**}$							
3カ月後	11(9-12)	10.77(2.84)	2.56	9(7-12)	9.35(2.90)	1.95	8(6-10)	8.13(3.05)	1.49	55.82	$p<0.001^{***}$
	$p=0.001^{**}$			$p=0.017^*$							
6カ月後	11(10-13)	11.08(2.81)	2.66	9(7-12)	9.51(2.99)	1.92	8(6-10)	8.34(2.77)	1.42	65.98	$p<0.001^{***}$
	$p<0.001^{***}$			$p=0.010^{**}$							
	$p<0.001^{***}$										

Friedman検定 $p<0.001^{***}$, 多重比較 Bonferroni調整 $p<0.05^*$ $p<0.01^{**}$ $p<0.001^{***}$

表5. 介入時期別における統合方略と他の下位尺度間の関連

N=71

変数	介入前		3カ月後		6カ月後	
	標準偏回帰係数	標準誤差	標準偏回帰係数	標準誤差	標準偏回帰係数	標準誤差
情報共有	0.03	0.13	0.11	0.12	0.42**	0.10
チーム感	0.36*	0.09	0.46**	0.12	0.29*	0.09
タスク・コンフリクト	0.19	0.13	-0.14	0.14	-0.06	0.10
プロセス・コンフリクト	-0.32	0.14	0.34	0.15	-0.08	0.10
対人コンフリクト	-0.06	0.12	-0.29*	0.10	0.08	0.10
価値や根拠を前提にする不一致	-0.11	0.12	0.10	0.11	0.12	0.10
安全や業務を優先する不一致	0.20	0.11	0.16	0.09	0.14	0.08
推定値の標準誤差		2.05		1.85		1.54
決定係数		0.31		0.39		0.54
調整済み決定係数		0.23		0.32		0.49

重回帰分析 $p<0.05^*$ $p<0.01^{**}$

4つの尺度のうち、『協調性』『タイプ』『要因』は、いずれも有意差は認められなかった。しかし、『解決方略』は、有意差が認められた ($\chi^2=15.100$, $p=0.001$)。そこで、多重比較を行ったところ、3カ月後 ($p=0.013$, 効果量0.33) と、6カ月後 ($p=0.004$, 効果量0.41) に有意差が認められた。

2. 下位尺度の介入時期別比較

介入前、3カ月後、6カ月後の各時期における8つの下位尺度の介入時期別比較を行った(表3)。その結果、「情報共有」は有意差が認められた ($\chi^2=10.39$, $p=0.006$)。そこで、多重比較を行った。その結果、介入前と6カ月後に有意差が認められた ($p=0.017$, 効果量=0.34)。また、「統合方略」は、有意差が認められた ($\chi^2=15.100$, $p=0.001$)。そこで、多重比較を行った。その結果、介入前と3カ月後 ($p=0.013$, 効果量=0.33)、介入前と6カ月後 ($p=0.004$, 効果量=0.41) に有意差が認められた。

「チーム感」「タスク」「プロセス」「対人」「価値や根拠」「安全や業務」には有意差は認められなかった。

3. 同一時期における『タイプ』の比較

介入前、3カ月後、6カ月後の各時期別に、「タスク」「プロセス」「対人」という3つの『タイプ』のうち、どのタイプが高値を示しているかを調査した(表4)。その結果、介入前は ($\chi^2=52.47$, $p<0.001$)、3カ月後は ($\chi^2=55.82$, $p<0.001$)、6カ月後は ($\chi^2=65.98$, $p<0.001$) であり、3回の調査全てに有意差が認められたことから、多重比較を行った。その結果、介入前は「タスク」と「対人」($p<0.001$)、「タスク」と「プロセス」($p=0.002$)、「プロセス」と「対人」($p=0.004$) に有意差が認められた。3カ月後は、「タスク」と「対人」($p<0.001$)、「タスク」と「プロセス」($p=0.001$)、「プロセス」と「対人」($p=0.017$) に有意差が認められた。また、6カ月後は、「タスク」と「対人」($p<0.001$)、「タスク」と「プロセス」($p<0.001$)、「プロセス」と「対人」($p=0.010$) に有意差が認められた。

4. 「統合方略」と各下位尺度との関係

「統合方略」と他の7つの下位尺度、「情報共有」「チーム感」「タスク」「プロセス」「対人」「価値や根

「安全や業務」との関連性を明らかにするために、「統合方略」を従属変数として、他の7つの下位尺度を独立変数として、重回帰分析を行った(表5)。その結果、介入前は、「チーム感」($\beta=0.36, p=0.014$)に関連がみられた。3カ月後では、「チーム感」($\beta=0.46, p=0.004$)と「対人」($\beta=-0.29, p=0.042$)に関連がみられた。6カ月後では、「情報共有」($\beta=0.42, p=0.002$)と「チーム感」($\beta=0.29, p=0.018$)に関連がみられた。

5. 転倒転落件数の介入前後比較

介入開始までの6ヶ月間と介入開始後6ヶ月間の転倒転落率(転倒転落件数÷のべ入院患者数 $\times 1,000$)と転倒転落件数をMann-Whitney U検定を用いて比較した結果、有意差は認められなかった。そこで、転倒数と転落数別にMann-Whitney U検定を用いて分析した結果、転落件数に有意差が認められた($p=0.026$)。

VI. 考察

本研究は、コンフリクト・マネジメントとして、「研修会」「グループワーク」「患者アセスメント共有シート」「事例検討会」という4つの介入を看護師とセラピストに行ったところ、コンフリクトが解消に向けて変化した。そのことを、Folletのコンフリクト・マネジメント理論に基づき考察する。

A. コンフリクトの顕在化・差異の解明

Follet(1941/1997, p.50)は、コンフリクトの解決には、「統合」が最も効果的な方法であると述べている。Follet(1949/1973, p.202)によると、「統合」を実現するための第一歩は、「差異の解明」であり、コンフリクトの存在の有無やコンフリクトの内容や原因などを明らかにすることである。また、Robbins(2005/2010, p.322)は、コンフリクトの潜在的な前提条件を、訓練経験の違い、選択的認知、相手に対する情報不足の結果であると述べている。そこで、相互の差異を解明し、看護師とセラピストが相互に理解できれば、コンフリクトの解消につながると考える。しかし、コンフリクトにはタイプがあり、タイプにより、集団の業績を向上させるものと業績をさまたげるものがある(Robbins, 2005/2010, p.319)。そこで、『タイプ』を調査したところ、本研究協力者は、「タスク」の得点が高かった。「タスク」は、組織にポジティブな影響を与え、組織の業績が高まると言われている(松尾, 2002, p.134; 石田, 2009)。従って、本研究協力者である看護師とセラピストがコンフリクトについて理解し、コンフリクトの解消に努めることは、仕事に対する業績を高めると考える。さらに、看護師とセラピストの『要因』を調査したところ、有意差は認められていないが、「安全や業務」よりも「価値や根拠」の得点が高く、本研究協力者のコンフリクトの要因は、価値観の違いによるコンフリクトである可能性が高い。

そこで、患者の転倒・転落予防を重要なタスクと考えている看護師とセラピストは、「グループワーク」や「事例検討会」に参加し、積極的に言葉の意味の食い違いや、価値観の違い、不足していた情報を認知していったと考える。さらに、看護師とセラピストは、相互の記録を同一紙面上に示した「患者アセスメント共有シート」の閲覧により、認知のずれやコミュニケーションのずれの実態を理解していったと考える。これらのことは、介入3カ月後に、『解決方略』の下位尺度である「統合方略」の得点が向上していることから明らかである。「統合方略」は、何か問題があった時に皆でオープンに、徹底的に話し合いをして解決しようとする姿勢を示している(白石・藤井・影山他, 2012)。それは、看護師とセラピスト間でオープンに話し合う機会が増し、それにより、差異を明らかにし、共有していく機会も増えていったと考える。

以上のことから、「タスク」の高い集団である本研究協力者は、4つの介入に参加し、認知のずれやコミュニケーションのずれであるコンフリクトを顕在化させ、「差異の解明」に努めたと考える。

B. コンフリクトの解消・要求の分解から統合へ

Follet(1941/1997, p.57)によると、「統合」に向けた2つ目の方法は、「要求の分解」であり、それは、対立の両側を取り上げてそれらの要求をそれぞれの構成部分に分解することであると述べている。そのことを本研究で考えると、看護師とセラピストが相互に話し合いを行い、相互の専門性を理解し、認知のずれやコミュニケーションのずれの解消に努めていくことであると考える。

Senge(2006/2012, p.409)は、経験は信念や前提を強化する源であると述べている。それによると、看護師とセラピストは、「研修会」や「グループワーク」でコンフリクトによる患者の転倒・転落への影響を認知し、「事例検討会」による討議や、「患者アセスメント共有シート」の閲覧により、コンフリクトの実態を知り、その変化を自覚したと考える。そのような経験を看護師とセラピストは重ね、コンフリクトの解消に向けて行動を変化させていったと考える。その行動の変化は、「統合方略」が3カ月後、さらに6カ月後にも得点が向上していることから明らかである。

「統合方略」と他の下位尺度間の関連を調べた結果では、『協調性』の下位尺度である「情報共有」と「チーム感」に関連がみられた。松尾(2002, p.131)によると、「情報共有」は、メンバー同士が互いの持つ情報を尊重し共有する程度を示しており、「チーム感」は、メンバー間に共通の関心があり、チームとしてのまとまりが存在する程度を示す。そのことから、統合によって、コンフリクトを解消していくには、看護師とセラピストが、チームとして共に協働し、相互の専門性を理解し、相互理解を深めていくことが必要であ

る。それにより、看護師とセラピストの間に信頼感が生まれ、それぞれが得ている情報が共有されると考える。さらに、Follet(1949/1973, p.129)によると、「統合」は、どちらの側もいかなる犠牲も払わないですむ方法を発見することを意味する。そこで、看護師とセラピストは、4つの介入により、相互理解を深め、認知のずれやコミュニケーションのずれというコンフリクトが改善され、協働のための『協調性』を高める方法を考えることができたと考える。

さらに、本研究の協力者は、「患者アセスメント共有シート」の閲覧や、「グループワーク」「事例検討会」の議事録の閲覧によるコンフリクトを認知し、コンフリクト解消に向けた行動を行っているばかりでなく、そのずれの解消に向けた行動が協働する他の研究協力者に自然に伝達していったと考える。一方、研究協力者は互いの行動を見習うことにより、統合に向けたコンフリクトの解消という行動を受け入れていったと考える。そのことをRogers(1995/2012, p.50)は、身近な同僚が役割モデルを担っており、身近な同僚の行動が他者によって模倣される傾向があり、波及効果をもたらすと述べている。このような行動は、本研究協力者が、『タイプ』のうち、組織の業績が高まる「タスク」の高い集団であることも要因であると考えられる。以上のことから、4つの介入によるコンフリクトの統合に向けた変化には、研究協力者間への波及による効果もあったと考える。

C. 研究の限界と今後の課題

本研究は、研究協力者を看護師とセラピストに限っており、本研究の介入が全ての医療従事者に実施したものではない。今後は、看護師とセラピスト以外にもコンフリクト・マネジメントの効果を考える必要がある。さらに本研究は、介入を研究者が行った一群介入前後比較研究であることから、研究協力者にバイアスがかかっている可能性がある。そこで、今後は、介入群と、非介入群に分けたランダム化比較試験を行い、職種間のコンフリクト・マネジメントプログラムの開発を課題としたい。

VII. 結論

患者の転倒・転落予防のために、看護師とセラピストにコンフリクト・マネジメントとして、「研修会」「グループワーク」「患者アセスメント共有シート」「事例検討会」という4つの介入を行った。その結果、看護師とセラピストは、コンフリクトを顕在化させ、統合に向けて変化させた。その行動は、本研究協力者が組織に生産性をもたらす「タスク」の高い集団であったことが背景にあった。

謝辞

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきましたA病院、B病院の管理者の皆様、看護師とセラピストの皆様、ご指導いただきました先生方に心より感謝申し上げます。

利益相反

利益相反無し

文献

- Chalos, P., Poon, M. C. C. (2000). Participation and performance in capital budgeting teams. *Behavioral Research in Accounting*, 12, 199–229.
- Follet, M. P. (1941)／米田清貴・三戸公 (1997). 組織行動の原理 動態的管理 新装版 (pp.41–70). 東京：未来社.
- Follet, M. P. (1949)／斎藤守生 (1973). フォレット経営管理の基礎 自由と調整 (8版) (pp.121–147). 東京：ダイヤモンド社.
- 畠中めぐみ (2014). 回復期リハビリテーション病棟患者の特徴. *リハビリナース*, 7(3), 12–13.
- 石田大典 (2009). 製品開発チームにおけるコンフリクト処理方略 上場企業を対象にした実証分析. *早稲田大学大学院商学研究科紀要*, 69, 233–247.
- Jehn, K. A., Mannix, E. A. (2001). The dynamic nature of conflict: A longitudinal study of intragroup conflict and group performance. *The Academy of Management Journal*, 44(2), 238–251.
- 加藤真由美・浅川康吉・関井愛紀子・大平富美・儀同真由美 (2010). 回復期リハビリテーション患者の転倒予防連携に関する職種意識の比較. *日本リハビリテーション看護学会学術大会集録*, 22回, 196–198.
- Katz, M. H. (2010)／木原雅子・木原正博 (2018). 医学的介入の研究デザインと統計 ランダム化／非ランダム化研究から傾向スコア、操作変数法まで (pp.3–4). 東京：メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- Koys, D. J., De Cotiis, T. A. (1991). Inductive measures of psychological climate. *Human Relations*, 44(3), 265–285.
- 松尾睦 (2002). 内部競争のマネジメント 営業組織のイノベーション (pp.60–219). 東京：白桃書房.
- 松浦大輔 (2016). 多職種で取り組む転倒予防. 大高洋平編, *回復期リハビリテーションの実践戦略活動と転倒 リハ効果を最大に、リスクを最小に* (pp.55–58). 東京：医歯薬出版.
- 松浦正子・林千冬 (2005). 看護師長のコンフリクト対処行動. *日本看護管理学会*, 8(2), 21–29.

- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 526–533.
- 水野基樹 (2007). 組織におけるコンフリクト・マネジメントに関する予備的研究—看護師を対象として実証的調査からのインプリケーション—. 千葉経済大学短期大学部研究紀要, 3, 115–120.
- Robbins, S. P. (2005)／高木晴夫 (2010). 新版組織行動のマネジメント (pp.316–332). 東京：ダイヤモンド社.
- Rogers, E. M. (1995)／三藤敏雄 (2012). イノベーションの普及 (p.38). 東京：翔泳社.
- 佐藤奈津子 (2014). ソーシャルワーカーと退院調整看護師間のコンフリクトに関する研究～退院支援担当者へのインタビュー調査から～. 北星学園大学大学院論集, 5(3), 1–21.
- Senge, P. M. (2006)／枝廣淳子・小田理一郎・中小路佳代子 (2012). 学習する組織 システム思考で未来を創造する (p.409). 東京：英治出版.
- 篠田道子 (2011). 多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル (pp.59–63). 東京：医学書院.
- 白石句子・藤井賢一郎・影山優子・今井幸充 (2012). 介護職場における「コンフリクト」と職員の成長・介護実践の関連. *介護経営*, 7(1), 2–13.