

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 —プロアクティブ行動による媒介効果の検討—

札幌医科大学附属病院 小野寺美希子*

On the effect of professional identity on nurses' caring behavior:
Mediating roles of proactive behavior

Mikiko ONODERA
(Sapporo Medical University Hospital)

This study examined the cognitive process by which professional identity affected nursing performance (defined in terms of professional skills and engrossment) via proactivity (defined in terms of positive framing and building supervisor relations). Four hundred and thirty-nine nurses participated in the study. Using the structural equation modelling technique, we found: 1) professional identity was not directly related to either of the performance measures; 2) the effect of professional identity on engrossment was mediated through positive framing and supervisor relations; and 3) professional identity was positively related to both of the performance indirectly through supervisor relations, not via positive framing. Theoretical contributions and practical implications of the study were discussed.

Keywords : professional identity, caring, proactive behavior

1. 問題

1.1 社会的背景と分析対象

社会の複雑化・多様化は専門領域の拡大をもたらしている (e.g., Evetts, 2003, 2013; Noordegraaf, 2016 ; 山田, 2004)。それに伴い、プロフェッショナルによる専門性の高い実践を通じた問題解決が期待されるようになってきている (草野, 2016 ; 田尾, 2005)。従来、プロフェッションとは自立自営が可能な職業を指していたが、現代の専門家は、被雇用者として組織に所属する傾向にある (田尾, 1999)。

そのため、専門的知識・技術に基づき職務を遂行する人材の育成が急務であるとともに、プロフェッショナルの組織適応に関するテーマも重要性が増していると考えられる。しかし、組織に従事するプロフェッショナルがどのようなメカニズムによって組織に適応しながら職務固有の行動を促進しているかに関する検討は十分ではない。

本研究は、多様な職業が専門職化している中、ケアリングの専門家である看護師 (江藤, 2007) を対象に、職業的アイデンティティと組織適応行動 (プロアクティブ行動) および職務固有行動 (ケアリング行動) との関係性を分析する。看護師を選定した理由として、まず他の新興的

* 札幌医科大学附属病院 看護部

な専門的職業と比べ看護師は早い段階からプロフェッションとして認められ、高度な専門性が求められると言われている点を挙げることができる(田尾, 2005)。また、看護師はプロフェッショナル組織の典型である病院において、専門家としての特性だけでなく組織人としての側面も持つことから、現代のプロフェッショナルの組織行動を検討する上で適していると言われているからである(田尾, 2001)。

1.2 理論的背景と研究課題

看護師の職務固有行動とはケアリング行動である。それは、対象者¹と看護師との関係性を構築しながら(Swanson, 1991)、対象者の健康²に関する主観的ウェルビーイングを高めるために行われている(Swanson, 1993)。より具体的に言うと、看護の分野におけるケアリングとは、看護師と対象者との対人的相互作用を基盤に専門的知識・技術を活用し、対象者のウェルビーイングに働きかける行動を意味する。病院に勤務する看護師を例とすれば、「患者の話を耳を傾け理解に努める」、「患者のセルフケアについて指導する」、「患者の生命にかかわる兆候を判断する」等を挙げることができる(Hao, Niu, Li et al., 2014)。

このケアリング行動と密接に関係しているのが職業的アイデンティティである。当概念は「専門的職業人としての行動や価値観の内在化および職業集団への一体化」(波多野・小野寺, 1993)、「看護師の思考、行為、患者との対人相互作用を導く看護師としての価値と信念を保持した状態」(Fagermoen, 1997)等と一般的に定義されている。端的に言えば、プロフェッショナルが自己の職業に対して価値や信念を内在化している状態を意味する。

既存研究の多くは、ケアリング行動が職業的アイデンティティの先行要因である点や職業的アイデンティティ醸成に重要な役割を持つことを明らかにしてきた(e.g., Guo, Yang, Ji et al., 2018; Johnson, Cowin, Wilson et al., 2012;

Konkin & Suddards, 2012)。一方、ケアリング行動が職業的アイデンティティの成果要因になりうるという真逆の関係に着目した実証的研究は数少なく、多少の奇異に感じる。なぜならば、態度・価値観・信念等が行動へのレディネスとして機能するという心理学の本流とも言える視点が看過され続けてきたからである。本来は、職業的アイデンティティが職務固有行動に影響し(Rokeach, 1968)、その行動がアイデンティティの補強・修正・再構築へと繋がっていくと捉えるべきであろう。故に、本研究では、職業的アイデンティティを職務固有行動の先行要因として扱うことで、既存研究の地平線を拡張したい。

さて、Lake (2002) が指摘するように、ケアリング行動の生起プロセスを同定するには、職業的アイデンティティだけではなく、対人関係構築や職場環境構築のような組織適応志向的なプロアクティブ行動にも目を向ける必要があるだろう。現代のプロフェッショナルが、被雇用者として組織に所属する傾向に鑑みると、専門家のプロアクティブ行動がどのように職務固有行動に影響を与えるのかという議論は重要である。

組織適応に働きかける概念として、組織行動論において注目を集めているのがプロアクティブ行動である(e.g., Ashforth, Sluss, & Saks, 2007; 尾形, 2016)。プロアクティブ行動は「個人が率先して既存の状況を改善するか或いは新しい状況を創り出す行動」と定義され(Crant, 2000)、自らが率先的に職場等の環境を変えることを通して職場に適応しようとする行動を含む。

プロアクティブ行動の先行要因として、仕事役割を明確にし最善を尽くそうとする態度や価値観を挙げることができる(Crant, 2000; Grant & Ashford, 2008)。一方、プロアクティブ行動の成果要因としては職務業績を高めることが明らかにされている(Ashford & Black, 1996; Crant, 2000)。職業的アイデンティティ

は、問題を自律的に解決しようとする自己制御作用を持つことから (Hao et al., 2014), プロアクティブ行動の先行要因になると考えられる。また、看護師におけるケアリング行動は職務業績として捉えられているため (AbuAlRub, 2004), プロアクティブ行動の成果要因になりうると思われる。これら3つの概念の関係性を検討することで、プロフェッショナル組織において、専門家がいかに職務固有行動を促進するのかというプロフェッショナルの行動メカニズムを解明することができるだろう。

以上を踏まえ、職業的アイデンティティは直接的に、或いはプロアクティブな行動傾向を介して間接的に、看護師固有の職務行動 (ケアリング) を促進するのかを明らかにすることを、本研究の目的とする。

以下では、先行研究をレビューし、本稿の鍵概念を明確に定義した上で、仮説を提示する。

2. 先行研究レビューと仮説の構築

ここでは、本研究の主要な概念であるケアリング、職業的アイデンティティ、プロアクティブ行動について概観した上で、本研究における仮説を設定する。

2.1 ケアリング

看護学の分野においてケアリングは、他の職業と区別し得る看護師固有の職務行動と捉えることができる (Swanson, 1991)。看護実践としてのケアリングは、健康という観点から、患者の身体的、心理的、社会的側面を含む主観的ウェルビーイングを高める行動を指す (Swanson, 1993)。こうしたウェルビーイングを高める手段として、看護師は、自身が認識する責任感と使命感に基づき、尊重すべき患者との関係性を醸成しているのである (Swanson, 1993)。

ケアリング次元は、これまで様々な変数が提示されてきたが (e.g., Lea, Watson, & Deary, 1998; McCance, Slater, & McCormack, 2009;

Watson & Lea, 1997), 高次レベルの2分類によって包括することが可能である。すなわち、患者の話を傾聴し患者のニーズ、不安、葛藤等といった心理社会的側面にアプローチする「専心性」と、患者の健康状態を注意深く観察したり、患者の病状や健康に関連したセルフケア能力およびニーズ等を考慮しつつ活用される「専門的技術」に関する次元である (e.g., McCance et al., 2009)。この点を踏まえて、本研究は専心性と専門的技術という2次元に着目し、ケアリング行動について検討する。

なお、看護の分野におけるケアリングは、5つのプロセスに沿って展開するという (Swanson, 1993)。そのプロセスとは、①患者に対する達観姿勢としての「信念の維持」、②患者の健康状態や彼らの心理的・社会的状況等の現状を「知る」、③患者に情動的なメッセージを伝える存在として「共にいる」、④健康回復・維持に関する活動を「行う」、⑤健康の維持・回復を「可能にする力を患者に与える」ことである (Swanson, 1993)。このプロセスからもわかるように、ケアリング行動は看護師としての「信念」を基盤としている。信念は、人間の態度や行動を方向づける高次の認知的要因であることから (Flavell, 1979 ; 松尾, 2006), ケアリング行動は、看護師個人の高次認知機能であるメタ認知に作用して展開されると解釈できる。この点から考えると、ケアリングは、患者への達観姿勢である「信念」を起点に、患者の視点に立とうとする「態度」、患者の感情や認知に訴える情動的・認知的メッセージの伝達、及び健康の回復・維持に向けた「行動」という一連のプロセスを辿っていると考えられる。

これまで、ケアリングの先行要因については明らかにされてきたものの³、ケアリング行動のプロセスを認知的側面から捉えた上で、ケアリング行動を促進する要因については十分に検討されていない。そこで次に、専門家の価値・信念といった認知機能に作用し、ケアリング行

動に影響を与えると思われる職業的アイデンティティに関する先行研究レビューを概観する。その上で、職業的アイデンティティとケアリング行動の関係について議論し、仮説を設定する。

2.2 職業的アイデンティティとケアリング行動の関係

職業的アイデンティティは「専門的職業人としての行動や価値観の内在化および職業集団への一体化」(波多野・小野寺, 1993), 「職業との自己一体意識」(グレッグ, 2002), 「看護師の思考, 行為, 患者との対人相互作用を導く看護師としての価値と信念を保持した状態」等(Fagermoen, 1997)と定義されてきた。このように、職業的アイデンティティは、職業に対する価値や信念の内在化に焦点が当てられる傾向にある。つまり、職業的アイデンティティとは、職業に価値や信念を見出している程度を表す概念と言える。これらの点から捉えると、例えば看護師であれば「看護師であることを好む」, 「看護の現場で働いていることを誇りに思う」のように(Hao 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」(グレッグ, 2002)と定義する。

これまで、看護師の職業的アイデンティティとケアリングの関係については、ケアリングによって職業的アイデンティティが醸成される点に注目されてきた。故に、ケアリングが職業的アイデンティティの先行要因になりうる研究は一定数存在している(e.g., Guo et al., 2018; Konkin & Suddards, 2012)。しかし、利他的価値を含む職業的アイデンティティが患者の健康とウェルビーイングに働きかけるケアリングに直接的に結びつくという真逆の因果関係については定性的に検討されているものの(Fagermoen, 1997), 定量的に検証した研究は十分に蓄積されている訳ではない。前述の通り、

本研究では職業的アイデンティティを職務固有行動の先行要因とし、定量的に分析する。

職業的アイデンティティは従事する職業に対する価値や信念の内在化の程度を表す概念である。価値は個人の信念を内包しており(Rokeach, 1968), また仕事における価値は、個人の態度や行動の基盤になっているという(林, 1985)。このことは、職業的アイデンティティは、個人の信念・態度・行動によって展開していると思われるケアリング行動に影響を与えていると考えられることができる。また、職業的アイデンティティは専門家としての自律性を高め専門的知識の活用を促すことや(Sabanciogullari & Dogan, 2015), 患者との関係性構築を促進し患者の健康回復に関与していると言われている(Ohlen & Segesten, 1998)。故に、職業的アイデンティティは看護師の専心性と専門的技術の2つのケアリング行動ファセットを促進すると予想し、次のような仮説を設定する。

仮説 1a : 職業的アイデンティティは、専心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。

2.3 プロアクティブ行動

ここまでの職業的アイデンティティがケアリング行動に影響を与える関係性について説明してきたが、ケアリング行動を高めるためには職場環境に働きかける必要があることが指摘されている(Finfgeld-Connett, 2008; Lake, 2002)。ここでいう職場環境とは、Lake (2002) が言及した職員間の対人関係、及びケアの質を保証する組織的施策といった状況要因を指す。

昨今、組織を取り巻く環境の変化が進むにつれ、組織成員は、従来の方法や与えられた役割を遂行するだけでは変化する環境に対応するのが困難であることが指摘されている(太田・竹内・高石他, 2016)。このことは、医療の高度化・専門化、国民の医療に対するニーズの複雑

化といった看護を取り巻く環境においても例外ではない。そのため、組織に所属する個人は、先見的志向に基づき率先的に組織の問題解決等を行いながら自らが組織環境に働きかけ、組織に適応していく必要があると考えられる。この組織適応に関し、注目が高まってきている概念としてプロアクティブ行動を挙げることができる (e.g., Grant & Ashford, 2008 ; 尾形, 2016)。プロアクティブ行動は「個人が率先して既存の状況を改善するか、或いは新しい状況を創り出す行動」(Crant, 2000) と定義されている。つまり、プロアクティブ行動とは、個人が率先的かつ先見的に仕事プロセスの改善や問題解決等に関与することで主体的に組織や職務要件に適応していく行動を含む。

社会における技術革新等の進展により、組織内外の環境は変化し続けている。組織成員がこのような持続的変化に適応しながら仕事役割を遂行するためには、プロアクティブ行動をとり続ける必要があると思われる。そこで本研究では、組織社会化研究において組織適応プロセスの文脈で活用されてきた Ashford & Black (1996) のプロアクティブ行動の7次元⁴のうち、「ポジティブフレーム」と「上司との関係構築」の2次元を用いて看護師のプロアクティブ行動を分析する。これら2次元に着目した理由は以下の通りである。

まずポジティブフレームは、状況や問題に対し個人のコントロール感に働きかけるポジティブな認知枠組みである (Ashford & Black, 1996)。つまり、当概念は、個人が状況や問題をコントロールできるという自信や自己効力感を高めることで、組織の状況を改善しようとする行動を喚起させる認知変数なのである (Ashford & Black, 1996)。したがって、このような認知的機能が高度であるほど、仕事遂行過程において自律性を発揮し (Hall, 1968)、問題を発見し解決していく (Schon, 1983) 傾向が強いと考えられる。

一方、上司との関係構築は、所属組織内外に

において仕事をする上で不確実性を減らすためにとる行動を指す (Ashford & Black, 1996)。具体的にいうと、仕事に必要な情報を率先的に上司から入手したり、上司の期待を知るための機会を積極的に獲得すること等を通して、職務内容や手続きに関わる不確実性を減らそうとする行動変数であり、部下の職務業績を高める機能を有するとされている (Ashford & Black, 1996)。プロフェッショナルとしての高い専門性を獲得するためには上司や指導者との対人関係が重要であると言われていることから (松尾, 2018), 「上司との関係構築」にも目を向けた。

これらの理由から、仕事に対する動機づけを喚起するであろう職業的アイデンティティ (Fagermoen, 1997; Hao et al., 2014) とプロアクティブ行動との関係を検討する際、後者の下位次元であるポジティブフレームと上司との関係構築を抽出することは適切であると判断した。次に、このプロアクティブ行動が職業的アイデンティティとどのように関係しているのかについて整理した上で、仮説を提示する。

2.4 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

これまで、プロアクティブ行動を決定づける個人的要因⁵として、物事に対して率先的なアプローチをしようとするパーソナリティが検討されてきた (e.g., Bateman & Crant, 1993; Frese & Fay, 2001)。こうしたパーソナリティを持つ個人は、職場における仕事役割を明確にして最善を尽くそうとするプロアクティブ行動を促すという (Crant, 2000)。この点から考えると、仕事における役割を方向づける職業的アイデンティティは (Fagermoen, 1997)、プロアクティブ行動を促進すると思われるが、両者の関係性についてはほとんど検討されていない。

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-regu-

lation theory) に基づいて説明することができる。自己制御とは、目標達成に向け、自己の思考、情動、行動を認識し管理する能力を意味し (Zimmerman, 2002)、目標の選択と修正、目標達成に向けた行動促進等を通じて、自己効力感を高める機能を持つ (Vancouver & Kendall, 2006)。

Hao et al. (2014) は、職業的アイデンティティによって、目標達成志向が高まり、問題を自発的に解決しようとする自己制御機能が働くという。また、職業的アイデンティティはポジティブな自己像によって形成されていると言われている (Ohlen & Segesten, 1998)。そのため、職業的アイデンティティが高い人ほど、物事をポジティブに捉え組織を良い状況に改善しようとするコントロール感、つまりポジティブフレームを促進すると思われる。加えて、職業的アイデンティティは、仕事における動機づけや (Fagermoen, 1997; Vancouver & Kendall, 2006)、仕事役割を遂行させる機能を持つ (Fagermoen, 1997)。したがって、職業的アイデンティティが高い人ほど、仕事をする上で必要な資源を上司から入手したり、上司からの期待を認識する機会を多く持ったり、また仕事への動機づけに直接影響を及ぼす上司との関係構築を促進しようとするのが予想される。以上より、次のような仮説を設定する。

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。

2.5 プロアクティブ行動がケアリング行動に与える影響

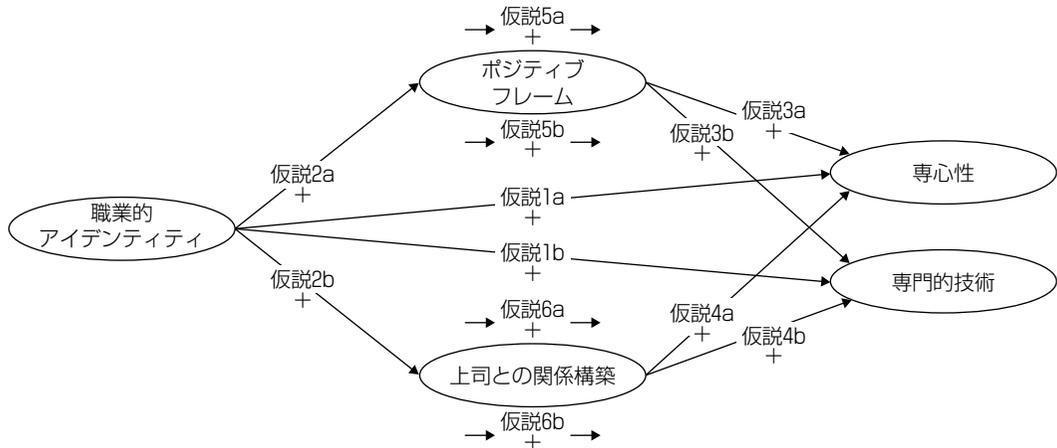
プロアクティブ行動のポジティブフレームは、困難な状況にあっても問題解決に向けてやり遂げようとする、前向きな認知作用であり、セルフ・マネジメント機能を持つ (Ashford &

Black, 1996)。そのため、ポジティブな認知スタイルを持つ看護師は患者の健康問題を解決する際、自身の置かれている状況をポジティブに捉え、職務固有行動をとりやすい職場環境を構築していこう。なぜなら、患者アウトカムを高めるためには、同他職種とのチームワーク形成やケアの質の保証といった職場環境の構築が重要だからである (Lake, 2002)。そのため、率先的に職場状況を良い方向に変化させ、職場適応行動をとる人ほど、患者の問題を解決するために患者との間にラポールを築き、彼らのニーズを知る専心性のケアリング行動をとるだろう。また、プロフェッショナルとして患者の問題を解決するためには、専門的技術を積極的かつ効果的に活用しようとするであろう。故に、ポジティブフレームは専心性と専門的技術のケアリング行動を促進し得ると予測する。

一方、上司との関係構築は、仕事における不確実性を低減するためにとる行動である。プロフェッショナルの要件は、不確実な状況においても、クライアントが抱える問題を特定し解決することである (Schon, 1983)。看護師であれば、患者の健康問題の解決策が不明確な状況にあったとしても、患者の主観的なウェルビーイングを高めるために、患者のことを「知り」、「共にいる」といった (Swanson, 1993) 専心的なケアリング行動をとる。また看護師は、健康の維持・回復を「可能にする力を患者に与える」ために (Swanson, 1993)、専門的技術を用いたケアリング行動をとろうとする。その際、プロアクティブな看護師は、リアクティブな看護師に比し、上司との関係構築をより促進し、上司からより多くの情報を獲得することで、専門技術を患者に提供する状況における種々の不確実性を低減しようとするであろう。このような予測に基づき、以下の仮説を設定する。

仮説 3a : ポジティブフレームは専心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



注) 仮説 5a, b と仮説 6a, b は、職業的アイデンティティの効果が、ポジティブフレームと上司との関係構築を経由して専心性と専門的技術へと至る間接効果に関するものである。

図1 研究モデル図

に正の影響を与える。

仮説 4a : 上司との関係構築は専心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。

これまで提示してきた仮説を踏まえると、組織成員である看護師が職業的アイデンティティとケアリング行動との関係性を強めるためには、自主的に組織や患者の問題解決に向けた働きかけをする認知的枠組みであるポジティブフレーム、および仕事をする上で必要な情報入手や動機づけに関与する上司との関係構築というプロアクティブ行動が必要であろう。したがって、職業的アイデンティティは、プロアクティブ行動に媒介されてケアリング行動に正の影響を与えるといった部分媒介が想定できる。そこで、以下のような仮説を設定する。

仮説 5a : 職業的アイデンティティは、ポジティブフレームに媒介されて専心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に媒介されて専門

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、上司との関係構築に媒介されて専心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、上司との関係構築に媒介されて専門的技術に正の影響を与える。

以上の議論を踏まえて、本研究の分析モデルを示すと図1の通りである。

3. 方法

3.1 データ

本研究は、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次の通りである。すなわち、調査会社を介在させることで、社会的に望ましいと思われる回答を意図的に選択する傾向、及び電話や面接調査でよく起こり得る最後に得られた情報を基に回答する親近効果の影響を低減できるからである (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

ることができる。また、モニター型インターネット調査では、回答者の職業や学歴という属性に偏りがあると言われているが（本多，2006），本調査の対象者は看護師であり，その資格を取得するために高等教育機関における教育・実習をほぼ一様に受けていると考えられる。したがって，対象者に職業や学歴に関する偏りはないと解釈できる。

調査に参加した看護師は合計 439 名であった。参加者の性別は男性 81 名（18.5 %），女性 358 名（81.5 %）であった。年齢は 20 代が 92 名（21.0 %），30 代は 163 名（37.1 %），40 代は 134 名（30.5 %），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（18.9 %），管理職以外は 356 名（81.1 %）であった。

3.2 尺度

本研究の鍵変数である職業的アイデンティティ，プロアクティブ行動，及びケアリング行動についての尺度は次の通りである：

職業的アイデンティティ. Hao et al. (2014) が開発した尺度を使用した。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」の 6 項目である。

プロアクティブ行動. Ashford & Black (1996) の測定尺度のうち，「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。

ケアリング行動. Watson & Lea (1997) が開発したスケールを修正した McCance et al. (2009) の「専心性」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。専心性に関する項目は「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。

上記全ての質問項目は，5 段階リッカート尺度で測定した（全く当てはまらない①↔⑤とても当てはまる）。なお，質問項目は，古家 (2006) を参考に次の手順に沿って 3 名でバックトランスレーションを行っている。すなわち，①筆者と日本語を母国語とする日本人英語教師の 2 名で英語の質問項目を日本語に翻訳し，②母国語を英語とするカナダ人英語教師 1 名が，上記①で翻訳した日本語を英語に翻訳した。さらに，③先に翻訳した英語版を日本人とカナダ人の英語教師 2 名と筆者が日本語に翻訳し，原著と日本語版との間で語彙的に同義であること

を確認した。

3.3 分析方法

職業的アイデンティティを独立変数、プロアクティブ行動を媒介変数、ケアリング行動を従属変数とした。また、プロアクティブ行動とケアリング行動に対し、職務経験年数、病院の機能、病床数、及び職位を統制変数として加え、共分散構造分析を用いて検定する。媒介効果の検証については、Cole, Walter, & Bruch (2008) や MacKinnon, Fairchild, & Fritz (2007) が推奨する新たな媒介効果の検証方法である次の3つの条件を踏襲する。すなわち、①独立変数から媒介変数への有意な直接的影響、②媒介変数から従属変数への有意な直接的影響を確認した上で、③媒介効果についてはブートストラップ法に基づき有意性を検証する。また、独立変数が従属変数に対して持つ効果が部分媒介されるのか、それとも完全媒介されるのかを明らかにする。

職務経験年数、病院の機能、病床数、職位を統制した理由は以下の通りである。まず、職務経験年数によって、個人が関わる仕事の量や質ならびに上司との関係構築に差が生じると思われる。具体的には、職務経験が長いほどプロアクティブ行動とケアリング行動に正の影響を与えると予想する。また、急性期病院と慢性期病院および病院の規模の相違によって、患者の疾患や治療内容、病気の重症度等が異なりケアリング行動にも影響を与えると思われる。具体的には、高度急性期病院および病院の規模が大きい(病床数が多い)ほど、多様なケアリング行動が求められ、ケアリング行動に正の影響を与えると考えられる。さらに、職位が上がるほど、職場環境の改善を求められたり、職場で提供されるケアリング行動への責任が重くなる。故に、職位はプロアクティブ行動とケアリング行動に正の影響を与えると考える。これらの点に基づき、本研究では4つの変数を統計的に統制して解析を行う。なお、性別に関しては、ケアリン

グ行動に差がないと言われているため(重久, 2015)統制しなかった。年齢については、職務経験年数との間に高い相関($r=.72, p<.001$)を認めたことから、多重共線性の発生を考慮に入れて統制変数に含めなかった。

4. 分析結果

4.1 測定尺度の信頼性

記述統計と相関表は表1に示した通りである。職業的アイデンティティは、ポジティブフレーム($r=.66, p<.001$)、上司との関係構築($r=.50, p<.001$)、専心性($r=.39, p<.001$)、専門的技術($r=.36, p<.001$)と正の相関がみられた。その中でも職業的アイデンティティとポジティブフレーム及び上司との関係構築との間には高い相関関係が認められた。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、専心性、専門的技術の α 係数は、それぞれ.87、.80、.75、.74、.85であり、全て.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2に示した通りである。モデルの適合度指標は $\chi^2=741.42, df=242, \chi^2/df=3.06, CFI=.91, SRMR=.06, RMSEA=.07$ 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.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、.10以下を推奨している。さらに、RMSEA (root mean square error of approximation) は、.08以下が推奨されている(Browne & Cudeck, 1989)。以上の基準を踏まえると、本モデルは

表1 記述統計および相関表

	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8
1 職務経験年数	2.70	1.12	-							
2 病院の機能	2.86	.99	.04	-						
3 病床数	5.03	2.40	.02	-.18***	-					
4 職位	3.85	.86	-.11*	-.04	-.01	-				
5 職業的アイデンティティ	3.50	.76	.15**	.04	-.01	-.13**	-			
6 ポジティブフレーム	3.34	.81	.12*	.07	.02	-.14**	.66***	-		
7 上司との関係構築	3.47	.79	.05	.12*	-.04	-.15**	.50***	.51***	-	
8 専心性	3.82	.56	.12*	-.00	.03	-.11*	.39***	.47***	.40***	-
9 専門的技術	3.90	.57	.08	-.00	.12*	-.14**	.36***	.35***	.39***	.70***

注1) N = 439, 注2) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, 注3) 相関係数はピアソンの積率相関係数を指している。
 注4) 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, 病院の機能のスケール：1 = 高度急性, 2 = 急性期, 3 = 回復期, 5 = 該当なし, 病院数のスケール：1 = 病床なし, 2 = 99床以下, 3 = 100 ~ 199床, 4 = 200 ~ 299床, 5 = 300 ~ 399床, 6 = 400 ~ 499床, 7 = 500 ~ 599床, 8 = 600床以上, 職位のスケール：1 = 看護部長/副部長, 2 = 看護部長(課長), 3 = 副看護部長(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

表2 確証的因子分析の結果

項目	因子負荷量	標準誤差
職業的アイデンティティ ($\alpha = .87$)		
私はキャリアの方向を変える予定はない	.35	
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	.57***	.23
私は看護師であることが好きだ	.91***	.36
私は看護師であることを幸せに思う	.91***	.34
私は看護の現場で働いていることを誇りに思う	.87***	.33
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	.76***	.31
ポジティブフレーム ($\alpha = .80$)		
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	.83	
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	.86***	.06
物事の良い面を見ようとしている	.59***	.05
上司との関係構築 ($\alpha = .75$)		
上司のことを知ろうと努力をしている	.77	
上司と良い関係を築くようにしている	.72***	.06
上司とできるだけ多くの接点を持つようにしている	.84***	.07
親密性 ($\alpha = .74$)		
患者の話に耳を傾け理解しようとしている	.63	
患者に対し誠実に接している	.60***	.09
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)	.68***	.11
治療しているとき、私は患者のそばにいる	.58***	.10
患者の状況を家族や親族に逐次知らせている	.64***	.12
専門的技術 ($\alpha = .85$)		
患者のセルフケアについて指導している	.62***	.09
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	.74***	.08
患者の看護記録を適切に作成している	.69***	.09
患者のことを医師と話し合っている	.66***	.09
患者への薬物の副作用を注意深く観察している	.70***	.08
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	.61***	.07
治療の手順について患者に説明している	.70	

注1) カッコ内の α は信頼性係数クロンバックの α 係数を表す。
 注2) *** $p < .001$
 注3) 分析の際、各潜在変数から観測変数へ伸びた矢印のうち係数を「1」に固定している観測変数が1つある。その観測変数は因子負荷量の有意性検定が出力されない。そのため、各潜在変数に因子負荷量の有意性と標準誤差が表示されていない観測変数が1つある。

潜在変数の全てが顕在変数によって適切に測定されていると言える。故に、共分散構造分析によって仮説を検定する土壌は整ったと判断する。

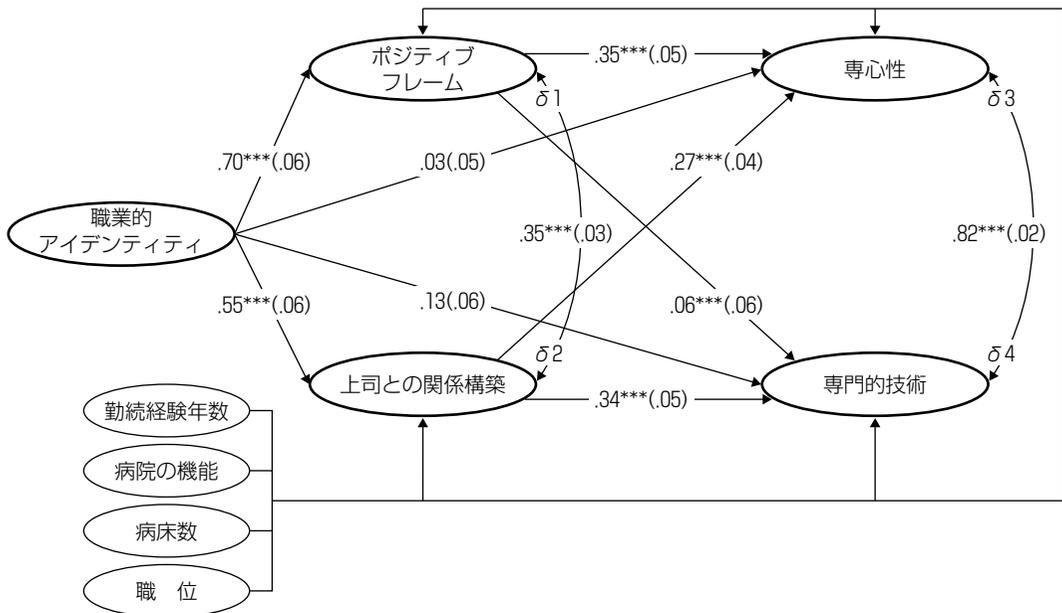
4.2 分析モデルと適合度

共分散構造分析の結果を図2に示す。媒介変数であるプロアクティブ行動の2つの下位次元（ポジティブフレームと上司との関係構築）の間には有意な正の相関がみられた。そのため、Kline（2012）に従い、両潜在変数のインディケータの誤差項間に相関を許容した。また、従属変数であるケアリング行動の2つの下位次元（専心性と専門的技術）の間にも有意な相関がみられたため、同様にインディケータの誤差項間に相関を許した。

上述の通り、仮説は職務経験年数、病院の機能、病床数、職位の影響を統計的にコントロールして検証された。モデルの適合度指数は $\chi^2 = 860.44$, $df = 328$, $\chi^2/df = 2.62$, $CFI = .90$, $SRMR = .06$, $RMSEA = .06$ 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。

4.3 仮説検証

図2が示す通り、仮説1aと1bに反し、職業的アイデンティティが専心性 ($\beta = .03$, $s.e. = .05$, $n.s.$)、及び専門的技術 ($\beta = .13$, $s.e. = .06$, $n.s.$) に及ぼす直接効果は有意ではなかった。一方、職業的アイデンティティはポジティブフレーム ($\beta = .70$, $s.e. = .06$, $p < .001$) と上司との関係構築 ($\beta = .55$, $s.e. = .06$, $p < .001$)



注1) N = 439, *** $p < .001$

注2) 図中のパス係数は標準化係数を示し、カッコ内の数値は標準誤差を表している。

注3) $\delta 1$ と $\delta 2$ はポジティブフレームと上司との関係構築との誤差項間の相関を、 $\delta 3$ と $\delta 4$ は専心性と専門的技術との誤差項間の相関を提示している。

注4) 職務経験年数、病院の機能、病床数、職位を統制変数とし、ポジティブフレーム、上司との関係構築、専心性、専門的技術の各観測変数を統制している。図の見やすさを考慮し、図中には統制変数からのパス係数を記載していない。なお、これらパスには全て統計的有意性はなかった。

図2 共分散構造分析の結果

に正の有意な効果を有していた。これらの結果は、仮説 2a と 2b を支持するものである。

次に媒介変数（プロアクティブ行動）と従属変数（ケアリング行動）の関係性についてである。ポジティブフレームは専心性に正の影響を与えていたことから（ $\beta=.35, s.e.=.05, p<.001$ ）、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認められなかった（ $\beta=.06, s.e.=.06, n.s.$ ）。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、専心性（ $\beta=.27, s.e.=.04, p<.001$ ）と専門的技術（ $\beta=.34, s.e.=.05, p<.001$ ）に正の影響を与えていた。仮説 4a と 4b を支持する結果である。

次に、職業的アイデンティティとケアリング行動との間をプロアクティブ行動が媒介しているかどうかを検討する。以下では、本研究の媒介変数は複数あることから、Preacher & Hayes (2008) に基づくブートストラップ法を実施した上で、先述した Cole et al. (2008) が示す 3 つの条件を基に仮説 5a から 6b を検証する。

調査対象集団（ $n=439$ ）からリサンプリングを 2000 回繰り返して生成したブートストラップ標本を用いて推定した結果、職業的アイデンティティ→ポジティブフレーム→専心性の標準化間接効果は.24（ $s.e.=.04, p<.001$ ；信頼区間 95%：下限=.16, 上限=.32）であり、信頼区間は 0 を含んでいないことから間接効果は有意と判断する。この結果は、仮説 5a を支持するものである。職業的アイデンティティ→ポジティブフレーム→専門的技術の媒介効果については、Cole et al. (2008) に従い、ポジティブフレーム（媒介変数）から専門的技術（従属変数）への効果が有意でなかったことから（ $\beta=.06, s.e.=.06, n.s.$ ）、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→上司との関係構築→専心性の標準化間接効果は.14（ $s.e.=.03, p<.001$ ；信頼区間 95%：下限=.07, 上限=.20）であり、信頼区間は 0 を含ま

なかったことから媒介効果は有意と判断できる。この結果は、仮説 6a を支持するものである。また、職業的アイデンティティ→上司との関係構築→専門的技術の標準化間接効果は.18（ $s.e.=.02, p<.01$ ；信頼区間 95%：下限=.07, 上限=.19）であり、信頼区間は 0 を含んでいないことから有意な媒介効果を認め、仮説 6b も支持された。

以上の分析結果から、職業的アイデンティティからケアリング行動（専心性あるいは専門的技術）への直接的な影響はなかったため、想定していた部分媒介は認めなかった。しかし、本研究は、Cole et al. (2008) の媒介効果に対する 3 つの条件を「職業的アイデンティティ→ポジティブフレーム→専門的技術（仮説 5b）」以外において満たしていたことから、概ねプロアクティブ行動は職業的アイデンティティとケアリング行動との間を完全媒介する傾向を明らかにしたことになる。

5. 考察

本研究では、看護師を対象に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メカニズムについて分析した。以下では、調査結果の理論的および実践的貢献について考察する。

5.1 理論的貢献

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というプロアクティブ行動に媒介されてケアリング行動を促していた。すなわち、看護師が職業的アイデンティティに基づいてケアリング行動を促進するためには、職場の状況を良い方向に変化させる組織適応行動としての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。これまで、管理者がとるリーダーシップや看護職員への支援、仕事の質を評価・改善するといった状況要因に関する職場環境がケアリン

グ行動に影響を与えることは明らかにされてきた (Aiken, Clarke, Sloane et al., 2008)。しかし、職業的アイデンティティが高く、職場環境に働きかけるプロアクティブ行動をとる個人が、ケアリング行動を促すという関係性は十分に解明されていない。したがって、本研究の新規性は、これまで実証的検証が不足していた、職業的アイデンティティとケアリング行動との関係性を高めるためには、プロアクティブ行動を媒介させる必要があるというメカニズムを明らかにしたことだと言える。

具体的には、職業的アイデンティティはポジティブフレームに媒介されて専心性を促進していたが、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した状態を意味し (e.g., Fagermoen, 1997 ; グレッグ, 2002), 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、脅威となる状況にあったとしても、問題を見つけ出し、問題解決をやり遂げようとする個人の思考や行動を生起させるポジティブ認知フレームである (Ashford & Black, 1996)。これらの点から、職業的アイデンティティが高い人ほど、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ポジティブフレームに働きかけ、患者の尊厳を重視する専心性のケアリング行動を促進すると解釈できる。なお、職業的アイデンティティと専門的技術と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、以下のように考えることができる。専門的技術のケアリングは、看護師の認知フレームに基づくものではなく、看護実践において重要であると言われているエビデンス (DiCenso, Cullum, & Ciliska, 1998) に沿った行動が優先されると解釈できる。

加えて、職業的アイデンティティは、上司との関係構築に媒介されて専心性と専門的技術を

促進していた。Ashford & Black (1996) の指摘を用いて言えば、看護師は仕事における不確実性を低減するために、仕事に必要な知識や技術の習得に関する支援 (Fisher, 1985 ; 井川, 2010) を上司から率先的に得ていたのである。つまり、職業的アイデンティティは患者に献身的でありたいという欲求を醸成し、その欲求を充足するために必要な情報を容易に獲得できるような関係性を上司との間に築くという行動に繋がり、専心的なケアリング行動の助けとなっていたと考える。また、職業的アイデンティティは、上司との関係構築によって、ケアリング行動に必要な専門的技術の習得を促していたと言える。上司との対人関係が職務固有行動を促進するという既存研究はあるが、プロフェッショナルは何を目的としてそのような関係を築くのか、或いは築く必要があるのか、という点は十分に検討されている訳ではない。本研究はこの点に対する一つの答えを見出したと言える。

5.2 実践的貢献

以上の調査結果とその理論的考察は、看護管理者に対して次のような実践的含意を持つと言えるだろう。

第1に、看護管理者は、部下に対し職業的アイデンティティの醸成を促すような関わり方を必要であろう。一般的に、職業的アイデンティティは仕事生活を通じて徐々に発達することが指摘されている (Johnson et al., 2012)。これまで、職業的アイデンティティを規定する要因としては、仕事経験 (グレッグ, 2002) や内省 (reflection) が挙げられている (e.g., Beijgaard, Meijer, & Verloop, 2004)。人が育つ職場において、管理者が部下の内省を支援することが最も重要であると言われていることから (Matsuo, 2012), 管理者は部下に仕事を割り当て、彼らの内省的実践を促すことを通して、職業的アイデンティティの醸成およびそのレベルが高まるように支援していくことが必要であ

ると考えられる。

第 2 に、看護管理者は、部下が職場に対してプロアクティブに関わっていけるよう支援することである。看護師は、病院経営や病院業務に関する施策への参画、同他職種間の協働といった多様な観点から職場環境に働きかけることでケアリング行動を促進することができる (Lake, 2002)。そのため、管理者は部下が率先的に仕事現場の環境を改善できるような支援を行う必要があると考えられる。具体的には、部下の能力に応じて、業務改善活動、病院組織の改善やケアリングの質を向上できるようなワーキング・グループ等に参加させ、職場の問題を特定し解決する機会を与えることである。その際、管理者は部下が自主的に問題解決行動をとれるように具体的なアドバイスを与える必要があるだろう。

第 3 に、管理者は、専門的知識とスキルを部下に伝承し、部下のケアリング行動を支援できるような関係性を部下との間に築いていく必要があるだろう。より具体的には、あらゆる職務経験年数を持つ部下に対し、定期的に面談等を行い、彼らのニーズを把握した上で、適切に部下を支援する必要がある。こうした関わりによって、部下は上司と接触しやすくなり、積極的に上司との関係構築をするようになって考えられる。その結果、部下は管理者が持つ専門的知識・技術の伝承、研修会や学会等への参加、仕事への動機づけといった支援が受けやすくなるだろう。なお、管理者は、部下に対する支援的关系を構築できるよう、自身もプロアクティブ行動をとり、管理者に必要な知識・スキルを高めていく必要があると考えられる。

6. 本研究の限界と今後の課題

最後に、本研究の限界と今後の課題について述べたい。本研究では、職業的アイデンティティの効果がプロアクティブ行動（ポジティブフレーム・上司との関係構築）を経由してケアリング行動（専心性・専門的技術）へと伝達され

る心理的プロセスについての仮説が検証された。その結果、職業的アイデンティティの効果がポジティブフレームによって仲介されて専門的技術を規定するであろうという仮説だけが支持されなかった。今後は、患者に対する専門的技術の提供を説明するためのメカニズムについて理論研究を深め、仮説を再検討する必要があるだろう。

また、プロアクティブ行動が個人の学習を促進する効果に関する既存研究が数多く蓄積されているにもかかわらず (e.g., Ashforth et al., 2007), 本研究には学習論的な観点が不足していたと言える。ケアリング行動を習得するには、経験からの学習が重要であることから (Benner, Sutphen, Leonard et al., 2010), 今後は経験学習のメカニズムを取り入れ、既存研究の再検討を含め、より理論的なモデルを考案していきたい。

最後に、本研究は看護師を対象に職業的アイデンティティ、プロアクティブ行動（組織適応行動）、ケアリング行動（職務固有行動）間の因果関係について検討した。しかし、職業によって職務固有の行動は異なると考えられるため、今後は、看護師と同様にヒューマン・サービスを提供する教師やカウンセラーおよび医師といった他業種・他職種のプロフェッショナルである対人援助職においても応用可能な一般的モデルの構築を目指し、対人援助職の組織行動をより包括的に解明していきたい。

謝 辞

本論文の作成にあたり、北海道大学大学院の松尾陸教授からは丁寧なご指導を賜りました。また、査読プロセスにおいて、2名の匿名レフェリーの先生方、渡邊真一郎前編集委員長より有益かつ建設的なコメントを頂戴しました。心より厚く御礼申し上げます。

注

- 1 看護師は、病気に罹患した患者だけでなく、あらゆる場面における個人、家族、集団、コミュニティを対象に健康増進、疾病予防、病気や障害を有する、あるいは死に臨む人々を対象にケアを行っている (International Council of Nurses, 2002)。
- 2 健康とは、単に疾病や障害のない状態ではなく身体的・精神的・社会的に完全に調和のとれた良い状態 (well-being) を指す (WHO, 1948)。
- 3 ケアリングの先行要因としては、同他職種との対人関係、看護の質を保証する組織的施策といった職場環境 (Lake, 2002)、職務満足、タスク特性等の組織的要因が検討されてきた (Shalaby, Janbi, Mohammed et al., 2018)。個人的要因としては、看護師の熟達レベル (Benner et al., 2010; 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 (Burtson & Stichler, 2010; Shalaby et al., 2018) 等が報告されてきた。
- 4 Ashford & 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。
- 5 プロアクティブ行動の個人的要因である「プロアクティブ・パーソナリティ」は率先的に状況を変えようとする個人特性を指し (Bateman & Crant, 1993)、「パーソナル・イニシアティブ」は自主的なアプローチにより目標達成を促す行動傾向を表している (Frese & Fay, 2001)。

参考文献

AbuAlRub, R. F. 2004 Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, **36**(1), 73-78.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. 2008 Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes.

The Journal of Nursing Administration, **38**(5), 223-229.

Ashford, S. J., & Black, J. S. 1996 Proactivity during organizational entry: The role of desire for control. *Journal of Applied Psychology*, **81**(2), 199-214.

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.

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.

Beijaard, D., Meijer, P. C., & Verloop, N. 2004 Reconsidering research on teachers' professional identity. *Teaching and Teacher Education*, **20**(2), 107-128.

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)

Browne, M. W., & Cudeck, R. 1989 Single sample cross-validation indices for covariance structures. *Multivariate Behavioral Research*, **24**(4), 445-455.

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.

Cole, M. S., Walter, F., & Bruch, H. 2008 Affective mechanisms linking dysfunctional behavior to performance in work teams: A moderated mediation study. *Journal of Applied Psychology*, **93**(5), 945-958.

Crant, J. M. 2000 Proactive behavior in organizations. *Journal of Management*, **26**(3), 435-462.

DiCenso, A., Cullum, N., & Ciliska, D. 1998. Implementing evidence-based nursing: Some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*, **1**(2), 38-39.

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. 2003 The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world. *International Sociology*, **18**(2), 395-415.

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. *Jour-*

- nal 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.
- Flavell, J. H. 1979 Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, **34**(10), 906-911.
- Frese, M., & Fay, D. 2001 Personal initiative: An active performance concept for work in the 21st century. *Research in Organizational Behavior*, **23**, 133-187.
- 古家 聡 2006 翻訳の等価性からみたバック・トランズレーションの批判的考察 異文化コミュニケーション論集, **4**, 177-184.
- Grant, A. M., & Ashford, S. J. 2008 The dynamics of proactivity at work. *Research in Organizational Behavior*, **28**, 3-34.
- Guo, Y. J., Yang, L., Ji, H. X., & Zhao, Q. 2018 Caring characters and professional identity among graduate nursing students in China—a cross sectional study. *Nurse Education Today*, **65**, 150-155.
- グレッグ美鈴 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.
- Hao, Y. F., Niu, H. J., Li, L. P. et al. 2014 Measurement of professional identity in Chinese nursing students. *International Journal of Nursing Sciences*, **1**(2), 137-144.
- 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.
- 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.
- 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.
- International Council of Nurses. 2002 <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing>, 2020年7月25日閲覧.
- Johnson, M., Cowin, L. S., Wilson, I., & Young, H. 2012 Professional identity and nursing: Contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review*, **59**(4), 562-569.
- 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.
- Konkin, J., & Suddards, C. 2012 Creating stories to live by: Caring and professional identity formation in a longitudinal integrated clerkship. *Advances in Health Sciences Education*, **17**(4), 585-596.
- 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.
- Lea, A., Watson, R., & Deary, I. J. 1998 Caring in nursing: A multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*, **28**(3), 662-671.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. 2007 Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, **58**, 593-614.
- Matsuo, M. 2012 Leadership of learning and reflective practice: An exploratory study of nursing managers. *Management Learning*, **43**(5), 609-623.
- 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 2018 救命救急医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, 178-216.
- 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.
- Noordegraaf, M. 2016 Reconfiguring professional work: Changing forms of professionalism in public services. *Administration and Society*, **48**(7), 783-810.
- Nunnally, J. C. 1978 *Psychometric Theory*. (2nd ed). 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実証研究 経営行動科学, **29**(2), 3.
- Ohlen, J. & Segesten, K. 1998 The professional identity of the nurse: Concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, **28**(4), 720-727.
- 太田さつき・竹内倫和・高石光一・岡村一成 2016 プ

- ロアクティブ行動測定尺度の日本における有効性—Griffin, Neal & Parker (2007) のフレームワークを用いた検討— 産業・組織心理学研究, **29(2)**, 59-71.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. 2008 Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, **40(3)**, 879-891.
- Rokeach, M. 1968 *Beliefs, Attitudes, and Values: A Theory of Organization and Change*. (1st ed). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sabanciogullari, S., & Dogan, S. 2015 Relationship between job satisfaction, professional identity and intention to leave the profession among nurses in Turkey. *Journal of Nursing Management*, **23(8)**, 1076-1085.
- 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. et al. 2018 Assessing the caring behaviors of critical care nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, **8(10)**, 77-85.
- 重久加代子 2015 がん看護に重要なケアリング行動の実践の性差 国際医療福祉大学学会誌, **20(2)**, 18-27.
- Swanson, K. M. 1991 Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, **40(3)**, 161-166.
- Swanson, K. M. 1993 Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, **25(4)**, 352-357.
- 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.
- 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.
- 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.
- Watson, R., & Lea, A. 1997 The caring dimensions inventory (CDI): Content validity, reliability and scaling. *Journal of Advanced Nursing*, **25(1)**, 87-94.
- WHO 1948 <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>. 2020年8月22日閲覧.
- 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
- Zimmerman, B. J. 2002 Becoming a self-regulated learner: An overview. *Theory Into Practice*, **41(2)**, 64-70.

(令和2年2月12日受稿, 令和3年2月19日受理)

