

原著

## 臨床領域別にみた看護師の専門職的自律性の差異

—行動と態度の側面から—

今堀陽子<sup>1</sup>、 作田裕美<sup>2</sup>、 坂口桃子<sup>3</sup><sup>1</sup>和歌山県立医科大学保健看護学部 <sup>2</sup>京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻<sup>3</sup>滋賀医科大学医学部看護学科基礎看護学講座

## 要旨

本研究は、看護師の専門職的自律性について、実態および臨床領域による差異を、行動と態度の側面から明らかにすることを目的に実施した。全国の看護経験年数10年以上の看護師780名を対象とし、有効回答の得られた610名を分析の対象とした。Bennerが唱えている臨床看護実践習得段階でみると、対象者は看護師としては「熟練者」から「達人」にかけての段階にあることが示唆されるが、大多数が配置転換を経験しており、異動先では「初心者」から「一人前」の段階にあるともいえる。臨床領域別にみた専門職的自律性は、行動、態度両側面において内科系病棟よりも外科系病棟に所属するものの方が高く、「看護過程展開能力」、「内面認知・対応能力」、「自立的判断能力」において有意差がみられた。

キーワード：専門職的自律性

## I 緒言

近年の医療の高度化・複雑化に伴い、質の高い看護の専門性への期待が高まっている。従来、看護師は専門職の中でもセミプロフェッション（準専門職）に位置付けられるとされてきた。フルプロフェッション（完成された専門職）とは言えない理由として、教育期間が短いこと、特権がないこと、仕事における自律性が低いこと、地位が低いことが指摘されている。特に、看護学が科学的知識体系に裏付けられているか否か、また、看護実践が医師の権限にコントロールされ、自律的に発揮できていないのではないかという2点については、未だ議論が残るとされている<sup>1)</sup>。故に、看護師の専門職的自律性の獲得は今後の大きな課題といえる。

先行研究においては、日本では職位や看護経験年数が専門職的自律性と正の相関を示す<sup>2) 3)</sup>が、米国では同様ではない。これには、ナース・プラクティショナーやクリニカル・ナース・スペシャリストのような資格による看護職の区分が明確であるという背景が反映している<sup>4)</sup>。

しかし、臨床領域を自律性の関連要因としてとりあげている先行研究では、病棟や外来の看護師よりもICUや手術室の看護師の方が自律性が高いという報告<sup>5)</sup>、産婦人科病棟の看護師が最も自律性が高く、ICU・CCU/NICUの看護師の自律性が最も低いとする報告<sup>6)</sup>、精神科の看護師の自律性が他科に比べて最も高いとする報告<sup>7)</sup>があるように、結果から一定の傾向がみられない。これらの研究で

使用されている尺度には、病院において看護師が患者ケアや患者擁護に関連したイニシアティブや責任をとることを好ましいと感じている程度を測定するもの<sup>8)</sup>、看護専門職の判断による自律的な活動の程度を測定するもの<sup>9)</sup>、看護職が看護の理論・技術を主体的・自主的に活用するという専門職としての力量を測定するもの<sup>10)</sup>、というように観念の相違があり、看護師の専門職的自律性を語るデータとしては偏りがある。

そこで、専門職的自律性を行動、態度の2つの側面から捉え、看護師の臨床領域の特色を考慮した専門職的自律性形成に向けての示唆を得るべく、本研究を実施した。

## II 目的

看護師の専門職的自律性について、実態、および臨床領域による相違を、行動と態度の側面から明らかにする。

## III 用語の定義

専門職的自律性：

専門職業人としての価値観に基づいて意思決定、選択を行い、その行為に責任を持つことができるという特性。

## IV 方法

## 1. 対象

看護経験年数10年以上の臨床看護師780名を対象とした。看護の専門職的自律性は就業後3年目を境として急

激に上昇し、その後6年から10年の間で一時的に下降もしくは安定する時期を経過した後に、経験年数が10年を越えると再び上昇を繰り返していくという先行研究<sup>11)</sup>から、専門職的自律性の再上昇がみられる層に注目した。

## 2. 調査方法

インターネットの検索エンジンGoogleを利用して、全国の病床数500以上の総合病院を検索し、無作為に抽出した95施設に対し、研究協力依頼文書・研究計画書を郵送し、研究協力への可・不可を同封のはがきに記入後、返送してもらうよう依頼した。74施設から回答があり、そのうち、39施設から研究協力の了承が得られた。

全国的な調査であり、また、質問が非常に個人的な問題に関するものであるため、質問紙法を用いる。質問紙は調査対象施設の看護管理者宛てに一括郵送し、無記名で回答後、看護部にて取りまとめの上、同封の返信用封筒にて一括返送してもらう方法を選択した。

調査期間は、2006年6月1日～7月31日を設定し、留め置き期間は1ヵ月とした。

## 3. 測定用具の選定

測定用具は行動、態度の観点から以下のように選定した。使用にあたっては各々尺度開発者に使用許可条件の提示を依頼し、同意書へのサインをもって許可を得た。

### 1) 看護専門職における自律性測定尺度

看護職が看護の理論・技術を主体的・自主的に活用するという行動レベルでの専門職としての力量を測定するために、菊池ら<sup>12)</sup>の「看護専門職における自律性測定尺度」を用いた。この尺度は、態度能力、実践能力、具体的判断能力、抽象的判断能力、自立的判断能力という5つのサブカテゴリー、47項目にて構成され、信頼性は確保されている。

### 2) PNQ (Pankratz Nursing Questionnaire) の日本語版

看護師の役割や統制力の態度という観点から、病院において看護師が患者ケアや患者擁護に関連したイニシアティブや責任をとることを好ましいと感じている程度を測定するために、Pankratz<sup>13)</sup>の「PNQ (Pankratz Nursing Questionnaire)」を香春<sup>14)</sup>が日本語訳及び修正したものをを用いた。この尺度は、看護師の自律と患者擁護、患者の権利、伝統的役割の拒絶という3つのサブカテゴリーから構成され原型は47項目であったが、日本語版では、文化的背景の違いから1項目が削除され、46項目となっている。日本語版に関しては、志上<sup>15)</sup>が信頼性、妥当性を検証しており、尺度全体としては十分な内的整合性があるが、因子分析の結果、構成概念妥当性は得られなかったと報告している。

## 4. 倫理的配慮

対象者ならびに調査協力施設へ文書にて次の事項を説

明し、自由意志下での協力承諾を得た。

①質問紙には無記名で回答して頂く。また、調査内容から個人が特定されることのないよう、処理を行う。

②本研究によって得られたデータは、本研究以外の目的では使用しない。

③本研究によって得られたデータは、滋賀医科大学基礎看護学講座研究室にて厳重に保管する。インターネットを接続したパソコンにはデータを保管しない。また、研究終了後直ちに回答用紙は粉碎処理し、パソコンへの入力データは消去する。

④研究への参加は任意である。また、いつでも中止することができ、それによって研究参加者が不利益を被ることはない。

⑤回答用紙の返送をもって、本研究への同意が得られたと判断する。

⑥本研究計画は、滋賀医科大学倫理委員会において審査を受け、2006年4月に承認されている(承認番号:17-107)。

## 5. 分析方法

統計解析パッケージソフトSPSS 11.0J for Windowsを用い、有意水準を5%とした。

一次集計で本研究の対象者の属性を整理した後、本研究で使用した諸変数の平均値と標準偏差を算出し、臨床領域による差を検討するためにt検定を行った。

## V 結果

780名中、610名からの有効回答が得られた。回収率は84.7%、有効回答率は78.2%であった。

### 1. 対象者の属性

対象者の属性は表1に示したとおりである。

平均年齢は39(±6.2)歳、平均看護経験年数は17(±5.7)年、現在の所属部署での経験年数は平均5(±3.9)年であった。内科系病棟、外科系病棟に所属する者が45%を占め、94.1%が3年課程の看護教育機関卒であった。

### 2. 尺度の構成概念妥当性の検証

#### 1) 行動の側面からみた専門職的自律性について

主因子法、バリマックス回転にて因子分析を行い、因子間で因子負荷量を比較し、最も大きかったものが基準の因子負荷量0.35を超えていれば、その因子を構成する項目として採用した。その結果5個の因子を抽出し、一部筆者が独自に因子名の命名を行った(表2)。第1因子は、先見性を持って理論的かつ統合的に看護計画を立案し、効率よく実施できる能力を示す項目で構成されているので、「看護過程展開能力」と命名した。第2因子は、患者の内面的な部分を理解し、柔軟に対応できる能力を示す項目で構成されているため、「内面認知・対応能力」と命名した。第3因子は、事象をパターンの的に認知し、

臨機応変にその場の問題を処理できる能力を示す項目で構成されているので、「パターンの処理能力」と命名した。第4因子は、菊池の尺度でサブスケールとして示されている「自立的判断能力」に含まれる因子と完全に一致しているため、新たな因子名は命名しなかった。第5因子は、対象は異なるものの予測するという行動を示す項目で構成されており、その前提には状況を認知する能力が働いていると捉えることができるため、「状況認知能力」と命名した。

2) 態度の側面からみた専門職的自律性について

PNQの日本語版どおり、因子数を3に指定して、主因子法、バリマックス回転にて因子分析を行った結果、3個の因子の累積寄与率が19.2%であり、どの因子にも寄与しない項目が約半数に上った。そこで、因子数を限定しないで因子分析を行ったところ、11個の因子が抽出された。しかし、因子に寄与する項目の数が7個の因子もあれば1個の因子も存在し、項目間で抽象度に大差がみられた。そのため、先行研究<sup>16)</sup>と同様、構成概念妥当性は確保できないと判断し、本研究においてはサブスケールを使用せず、尺度全体で扱うこととした。

3. 行動・態度の側面からみた専門職的自律性の平均値・標準偏差、および臨床領域別比較

行動・態度各々の観点からみた専門職的自律性について、1-5点の尺度で得た評価から、諸変数のスコアの平均値と標準偏差を算出した。対象者の所属部署、いわゆる臨床領域は「その他」、「複数回答」を含め12通りに分類されたが、統計学的に母集団とみなせる度数が集まった「内科系病棟」、「外科系病棟」のみを抽出し、t検定を行った(表3)。その結果、行動・態度ともに外科系病棟に所属する看護師の方が高かった。t検定の結果では、「看護過程展開能力」、「内面認知・対応能力」、「自立的判断能力」の3変数において有意差がみられた。

VI 考察

1. 本研究対象者の特徴

Benner<sup>17)</sup>の臨床看護実践習得段階でみると、「熟練者」のレベルの実践は通常、類似の科の患者を3~5年ほどケアしてきた看護師にみられるとされている。一方、「達人」のレベルについては、看護経験年数15年の看護師の臨床判断と能力を紹介した上で、なおかつ、全ての看護師がなれるわけではないとしている。したがって、本研究対象者の平均看護経験年数が17年であるということは、「熟練者」の説明は満たしているが、皆が「達人」に達しているとも言い切れず、「熟練者」から「達人」にかけての段階にあることが示唆される。

現在の所属部署での平均看護経験年数が5年であることは、先述からすれば異動先でも「熟練者」のレベルに

達しているとも解釈できるが、全く新しい事例に遭遇したときや、分析的かつ手続的な説明が必要な場合は、「熟練者」のレベルであっても「一人前」のレベルに後退することもあるといわれており、いわば“条件付きの熟練者”であると考えられる。したがって、異動先での段階は概ね「初心者」から「一人前」の段階にあるといえる。

表1 対象者の属性

n=610

	平均年齢	39 (±6.2)
	平均看護経験年数	17 (±5.7)
	現在の所属部署での平均経験年数	5 (±3.9)
現在の所属部署 人数 (%)	内科系病棟	131 (21.4)
	外科系病棟	144 (23.6)
	小児科病棟	29 (4.8)
	産婦人科病棟	28 (4.6)
	精神科病棟	15 (2.5)
	手術室	22 (3.6)
	救急・ICU・CCU・NICU	74 (12.1)
	中央材料室	1 (0.2)
	透析室	13 (2.1)
	外来	22 (3.6)
	その他	32 (5.2)
専門学歴 人数 (%)	複数回答 (無回答)	97 (15.9)
	2 (0.3)	
	専門学校卒	529 (86.6)
	短期大学卒	46 (7.5)
	大学卒	4 (0.7)
	大学院修士課程卒	4 (0.7)
	その他 (無回答)	5 (0.8)
22 (3.6)		

2. 行動の側面からみた専門職的自律性

行動の側面からみた専門職的自律性は経験年数3年と10年を境に上昇がみられることが明らかにされており、本研究の対象者の平均経験年数が17(±5.7)年であることを考慮すると、経験年数としては臨床領域を問わずにほぼ一定の専門職的自律性は形成されていると考えられる。しかし、本研究では、「看護過程展開能力」、「内面認知・対応能力」、「自立的判断能力」の3つの因子において、内科系病棟より外科系病棟に勤務する看護師の方が平均値が有意に高いという、臨床領域に特化した専門職的自律性形成の相違が明らかとなった。

より急性期の患者を対象とする臨床領域の看護師ほど自律性が高いという先行研究結果<sup>18)</sup>からもいえるように、患者が身体的にも精神的にも急激に変化する可能性が高く、看護職の正確な状況の認知や判断力が常に求められるような環境の中で働くことが自律性を形成する条件となっていると考え、本研究結果は妥当である。いわば、行動の側面からみた専門職的自律性は、看護の対象の特性が反映することが示唆される。

### 3. 態度の側面からみた専門職的自律性

本研究では、態度の側面からみた専門職的自律性を、看護師の自律と患者擁護、患者の権利、伝統的役割の拒絶という3つのサブカテゴリーから構成される尺度で測定した。この尺度を援用して行われた先行研究<sup>19)20)</sup>では、教育背景との関連が明らかにされているが、本研究の対象者は専門学校、短期大学のような3年課程の看護教育機関を卒業した者が全体の94.1%を占めることから有意差が出なかったものと考えられ、反面的に先行研究結果を支持したと言える。また、米国では看護師の自律性の知覚は個人の特性や看護単位の構造的な特徴に影響されるが臨床領域の影響はみられない、という先行研究結果<sup>21)</sup>を支持し、専門職的自律性の態度の側面は看護職全体が標準的に獲得するものであると示唆される。しかし、因子分析の結果、本研究では構成概念を導き出すことができなかつたため、細分化して臨床領域別に比較することが不可能であった。今後は測定尺度の選定も含め、詳細な研究結果の蓄積が課題である。

## VII 結論

本研究は、看護師の専門職的自律性について、実態、および臨床領域による相違を行動と態度の側面から明らかにすることを目的とし、看護経験年数10年以上の看護師610名の質問紙調査の結果から、以下のことが明らかになった。

1. 行動の側面からみた専門職的自律性においては、「看護過程展開能力」、「内面認知・対応能力」、「自立的判断能力」の3つの因子において、内科系病棟より外科系病棟に勤務する看護師の方が平均値が有意に高かった。この結果には、看護の対象の特性が反映することが示唆された。
2. 態度の側面からみた専門職的自律性においては、内科系病棟勤務者と外科系病棟勤務者に有意差がなかった。

## 謝辞

本研究を実施するにあたり、調査にご協力いただきました施設の看護師様、ならびに看護管理者様に御礼申し上げます。また、本研究の質問調査票を作成するにあたり、尺度の使用を許可していただきましたOregon Health and Sciences UniversityのLoren Pankratz教授、武蔵野大学の香春知永教授、東京女子医科大学の菊池昭江准教授、静岡大学の原田唯司教授に深く感謝申し上げます。

なお、本研究は、平成18年度滋賀医科大学大学院医学系研究科修士課程に提出した修士論文の一部に加筆修正したものである。

## 文献

- 1) 上泉和子：看護専門職の機能と活動。井部俊子, 中西睦子 (監修)：看護管理学習テキスト 第1巻 看護管理概説, 71-95, 日本看護協会出版会, 東京, 2004.
- 2) 菊池昭江, 原田唯司：看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. 静岡大学教育学部研究報告, 47, 241-254, 1997.
- 3) 大島千佳：看護職の専門職自律性に影響を及ぼす要因キャリア形成過程からの検討. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 25, 322-329, 2000.
- 4) Alexander, C, S, Weisman, C, S, Chase, G, A: Determinants of Staff Nurses' Perceptions of Autonomy within Different Clinical Contexts. Nursing Research, 31 (1), 48-52, 1982.
- 5) 菊池昭江, 原田唯司：看護専門職における自律性に関する研究 基本的属性・内的特性との関連. 看護研究, 30(4), 285-297, 1997.
- 6) 小谷野康子：看護の専門職的自律性と仕事上の人間関係との関連. 聖路加看護学会誌, 1(1), 45-51, 1997.
- 7) Schutzenhofer, k, k, Musser, D, B : Nurse Characteristics and Professional Autonomy. Image, 26(3), 201-205, 1994.
- 8) Pankratz, L, Pankratz, D : Nursing Autonomy and Patients' Rights: Development of a Nursing Attitude Scale. JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR, 15, 211-216, 1974.
- 9) 岩本幹子, 清水実重：The Nursing Activity Scaleの信頼性・妥当性の検討—看護婦の専門職的自律性の測定—. 看護総合科学研究会誌, 3(3), 29-37, 2001.
- 10) 前掲論文2)
- 11) 前掲論文2)
- 12) 前掲論文2)
- 13) 前掲論文8)
- 14) 香春知永：看護基礎教育課程における専門職的自律性に関する研究. 千葉大学大学院修士論文, 1984.
- 15) 志自岐康子：専門職的自律性: その意義と研究. インターナショナル・ナーシング・レビュー, 18(1), 23-28, 1995.
- 16) 前掲論文15)
- 17) Benner, P (著), 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, 東京, 2005.
- 18) 前掲論文5)
- 19) 前掲論文8)
- 20) 前掲論文14)
- 21) 前掲論文4)

表2 行動の側面からみた専門職的自律性についての因子分析

質問番号、質問項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
<b>看護過程展開能力</b>					
38 将来の問題に向けて看護方法を選択する	0.715	0.238	0.150	0.104	0.294
37 最新の情報を活用し看護を決定する	0.634	0.213	0.154	-0.044	0.060
36 看護モデルを用いて看護方法を決定する	0.616	0.311	0.124	0.069	0.076
39 変化(結果)を予想して看護を選択する	0.570	0.199	0.356	0.145	0.320
35 カンファレンスで問題を主体的に提供する	0.570	0.203	0.243	0.205	0.184
42 症状や検査結果を総合して看護方法を選択する	0.534	0.191	0.364	0.187	0.283
34 看護方法を一人で選択する	0.525	0.173	0.248	0.205	0.264
40 現在の状況から適切な看護を推測する	0.514	0.252	0.270	0.129	0.148
41 看護計画はいつも承認が得られる	0.512	0.156	0.183	0.168	0.169
28 社会的適応を促進するための指導をする	0.505	0.426	0.247	0.098	0.018
27 看護を常に創意工夫する	0.463	0.307	0.353	0.106	0.060
29 多くの情報から必要な看護を選択する	0.462	0.378	0.331	0.180	0.204
33 最も優先すべき問題を選択する	0.462	0.189	0.396	0.285	0.279
31 ニーズに一致した看護を選択する	0.433	0.395	0.262	0.208	0.240
23 個別性を考慮した看護を実施する	0.426	0.389	0.349	0.211	0.128
24 必要物品を過不足なく準備する	0.426	0.284	0.388	0.157	0.153
21 他職種と連携を上手にとる	0.423	0.349	0.299	0.135	0.012
14 看護に必要な情報を直ぐに集める	0.406	0.311	0.402	0.146	0.271
<b>内面認知・対応能力</b>					
20 社会生活に配慮した看護をする	0.367	0.601	0.194	0.165	0.005
4 不安を状況から推測する	0.160	0.572	0.043	0.131	0.389
7 心理的問題を直接聞き出す	0.181	0.570	0.143	0.131	0.215
5 価値観を理解する	0.181	0.567	0.092	0.073	0.228
25 情動の変化に対処する	0.275	0.531	0.323	0.246	0.106
18 落ち着いて看護を受けられるよう配慮する	0.314	0.513	0.395	0.212	0.045
19 突然の求めにも躊躇せず応じる	0.392	0.507	0.307	0.213	0.051
6 性格や生活習慣を読みとる	0.185	0.493	0.113	0.099	0.279
26 医療に対する不信心や不安を和らげる	0.303	0.485	0.333	0.148	0.092
9 ニーズに直ぐに気づく	0.324	0.479	0.234	0.075	0.261
30 心理的变化に応じて看護方法を変更する	0.320	0.464	0.266	0.250	0.202
10 言動と感情の不一致を理解する	0.209	0.438	0.069	0.162	0.300
11 言動に共感的理解を示す	0.151	0.409	0.152	0.190	0.239
<b>パターンの処理能力</b>					
16 急激な生理的变化に対応する	0.272	0.187	0.721	0.151	0.177
15 緊急時にも落ち着いて看護を行う	0.287	0.201	0.685	0.140	0.079
17 手際よく看護業務をこなす	0.352	0.216	0.582	0.129	0.044
32 生理的变化に応じて看護方法を変更する	0.269	0.161	0.566	0.309	0.264
13 検査結果と症状との関連を理解する	0.300	0.165	0.515	0.110	0.371
12 意識レベルの変化を正確に把握する	0.198	0.226	0.475	0.156	0.359
22 看護の優先順位を立てて計画的に1日を過ごす	0.419	0.196	0.424	0.233	0.202
<b>自立的判断能力</b>					
45 助言なしでは看護方法を選択できない	0.189	0.064	0.192	0.766	0.135
47 訴えがないと何を看護すべきかわからない	0.120	0.079	0.243	0.742	0.147
44 言動に惑わされて適切な看護方法を選択できない	0.099	0.142	0.076	0.702	0.105
46 意志を尊重せずに看護方法を選択する	0.121	0.213	0.135	0.698	0.061
43 心情の表現がないと精神的援助を計画できない	0.067	0.208	0.050	0.600	0.067
<b>状況認知能力</b>					
2 将来の危機を予測する	0.190	0.245	0.217	0.099	0.684
3 身体的影響を予測する	0.216	0.237	0.208	0.221	0.611
1 心理的影響を予測する	0.141	0.369	0.084	0.184	0.567
8 今後の行動を予測する	0.233	0.408	0.200	0.026	0.411
因子の寄与率 (%)	14.18	12.16	10.37	7.84	6.68
累積寄与率 (%)	14.18	26.34	36.71	44.55	51.23

表3 行動・態度の側面からみた専門職的自律性の平均値・標準偏差、および臨床領域別比較

				n=275
		内科系病棟 (n=131)	外科系病棟 (n=144)	t 値
行動	看護過程展開能力	3.42 (±0.562)	3.59 (±0.446)	-2.76**
	内面認知・対応能力	3.50 (±0.553)	3.62 (±0.424)	-2.02*
	パターンの処理能力	3.74 (±0.625)	3.83 (±0.503)	-1.25
	自立的判断能力	3.87 (±0.689)	4.10 (±0.611)	-2.93**
	状況認知能力	3.74 (±0.552)	3.82 (±0.496)	-1.18
態度	3.45 (±0.261)	3.51 (±0.267)	-1.91	

\*p<.05 \*\*p<.01

## The differences of the professional autonomy of nurse by clinical domain —from the aspects of action and attitude—

Yoko Imahori<sup>1</sup>, Hiromi Sakuda<sup>2</sup>, Momoko Sakaguchi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Wakayama Medical University School of Health and Nursing Science

<sup>2</sup> Human Health Science, Graduate School of Medicine School of Health Sciences, Faculty of Medicine  
Kyoto University

<sup>3</sup> Shiga University of Medical Science, Faculty of Nursing

### Abstract

This study was conducted concerning the professional autonomy of nurse in order to clarify the real condition, and the differences by clinical domain from the aspects of action and attitude. With 780 nurses nationwide having over 10 years nursing experience being the subject, analysis was made for 610 nurses who provided valid responses. While based on the learning stages in clinical nursing practices that Benner advocates, the subject nurses are suggested to be in the stages from “Proficient” to “Expert”, the majority of them experienced transfers and it can also be said that they are in the stages from “Novice” to “Advanced Beginner” in the work places they were transferred to. Regarding the professional autonomy viewed by clinical domain, those belonging to surgical wards showed higher autonomy than those belonging to medical wards, with meaningful differences observed in “ability for developing nursing process”, “internal recognition/ability for dealing with situations”, and “ability for autonomous judgment”.

Key words : Professional Autonomy