

看護師の専門職的自律性と基本的属性との関係 The Relationship Between Autonomous Judgment and the Quality of Nurses

奥田 のり美¹⁾*, 桶河 華代²⁾
Norimi Okuda, Kayo Okegawa

キーワード 専門性, 自律性, 専門職的自律性, 認知, 判断, 看護経験

Key words expertise, autonomy, autonomous judgment as specialists, recognition, judgment, nursing experience

抄録

背景 近年, 高齢化による疾病構造の変化に伴い, 人々の医療に対するニーズはますます高まっている。このような現状の中で, 看護は専門職として, その役割を遂行することが求められている。

目的 看護師の専門職自律性と基本的属性との関係を明らかにすることを目的とした。

方法 菊池が開発した看護の専門職的自律性尺度(菊池 1996)を用い, 高度医療専門機関の看護師1757名を対象にし, 年齢, 臨床経験年数, 設置主体, 臨床領域, との関連を探究した。

結果 専門職的自律性の因子分析の結果5つの因子「看護の実践能力」「看護の展開能力」「アセスメント能力」「自立的判断能力」「予測能力」が抽出された。専門職的自律性と最も関係が見られたのは経験年数で5つの因子とすべてにおいて有意差がみられた。設置主体, 臨床領域は「予測能力」のみに有意差があった。

考察 経験数6~10年未満の看護師は看護の実践能力, 看護の展開能力, アセスメント能力, 自立的判断能力, 予測能力とも3~6年未満の看護師に比べ平均点は有意に高かった。理由として, 10年前に比べ, 結婚し出産しても, 働くことができるような環境が整ってきたこと, 継続教育の充実, キャリアアップの教育の整備, また, 看護基礎教育においても1995年以降, 看護系大学の増加, 大学化による研究者の養成, 学問的研究活動の推進などが図られてきたことも影響していると考えられる。

結語 平成22年度より厚生労働省で新人看護職員の卒後研修が努力義務化されている。早期離職, 医療安全, 看護の質の向上のため臨床では忙しい中で研修を行っている。こうした取り組みが今後の看護の自律性に良い影響を与えることを臨まずにはいられない。

Abstract

Background Due to changes in the diversity of diseases in increasingly aged patients, there has been a corresponding need to diversify medical care and treatment in recent years, and nursing methods have become more demanding and nurses are often expected to perform as specialists.

Purpose To identify the relationships between autonomous judgment and the quality of nurses

Method In order to identify the relationship between nurses' performance and their age, years of clinical experience, the institution to which they are attached, and their area of clinical expertise, a test was given to 1,757 nurses at higher medical institutions based on the Scale for Measuring Nurses' Autonomy as Specialists, developed by Dr. Kikuchi in 1996.

Results After analyzing issues affecting nurses' autonomy as specialists, five factors were identified: actual nursing ability, developmental ability, assessment ability, independent judgment ability, and foresight. Their ability to make autonomous judgments was found to be most closely related to length of clinical experience, which had significant relevance to all five factors. The institution to which nurses are attached and their area of clinical expertise area had relevance only to assessment ability.

Discussion The following social factors can be identified as reasons for the positive result of the test.

- More nurses are able to continue working after marriage and having a family thanks to an improved social environment compared with 10 years ago.
- Opportunities for continuing nursing education have increased.
- Opportunities for higher nursing education to upgrade nurses' careers have increased.
- With regard to basic nursing education, the number of nursing universities has increased since 1995, and thus more researchers in the nursing sphere at university level and stronger promotion of academic research activities are also significant supportive factors.

Conclusion In 2010, the Ministry of Health, Labour and Welfare required that newly licensed nurses

¹⁾洛和会京都厚生学校 Kyoto Kosei Nursing School, Rakuwakai

²⁾聖泉大学 看護学部 School of Nursing, Seisen University

*E-mail: okuda_n@rkyoto-ns-ac.jp

must undergo clinical training upon graduating from university. Such administrative encouragement is desired to foster the improved quality of nurses especially in respect of their ability to make autonomous judgments.

I. 研究の背景・目的

一般に専門職が備えるべき要件として、①体系的な理論があること、②その活動が公共への福祉を志向していること、③実践において自律性であること、といわれる。③の自律性に関しては、看護師を取り巻く状況は複雑で、制度的にも自律を備えにくい状況にあると言われている（山崎 1988）。1948（昭和23）年、保健婦助産婦看護婦法が制定された。その後、2001（平成13）年に法律改正があり名称が看護師となった。この法律において、「看護師」とは、厚生大臣の免許を受けて、傷病者若しくは褥婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする、と定められた。看護師の業として「診療の補助」「療養上の世話」に大別されている。これは、看護独自の機能が規定されている一方で、医師の指示のもとで看護職が実施すると定められているように、医師の権限が絶対的であり、看護職はあくまでも医師に対して従属的な役割しか与えられていない。山崎（1988）は「日本における看護は、4、50年前までは、いやもっと2、30年前までも言えるかもしれないが、診療介助がその主たる役割であると考えられ、その目的にそった看護者の養成が長い間の日本における看護教育の主流であり、また看護者自身それに甘んじて来たという歴史的な事実がある。診療の介助が看護であるとするならば、第三者の指示によってのみ行動する業務内容であり、そこには看護者自らが独自に考え行動することは許されず、専門職とは程遠い職種であると言えよう」（584-585）と述べている。このように、専門職として自律的な行動が求められているが実際には自律的な行動が起こせていない領域、補助的・従属的な形で自律的とは言えない行動をとらなければならない領域がある。このことは、専門職としての自律性の確立が不十分な現状を生み出していると考えられる。

近年、高齢化による疾病構造の変化に伴い、人々の医療に対するニーズはますます高まり、多様化してきている。1990年代に入り高齢化率が10%以上、2005年には20%を超え、高齢社会が進む中、2

000年には介護保険法の下、在宅医療が推進され、臓器移植法の施行、医療の高度化、慢性疾患の増加に伴い、看護実践における看護の技術など、病院、施設のみならず在宅看護においても専門的な能力が一層求められるようになってきた。このような現状の中で、看護は専門職として、その役割を遂行することが求められている。これらの社会的要請や看護教育の大学・大学院化など看護学自体の体系化がなされてきている。看護職が専門職となっていくためには看護職一人ひとりが専門的な知識・実践に裏付けられた看護実践を行っていくことを通して、職業としての自律性を高めていく必要がある。

看護職の自律性に関しては、いくつかの研究がおこなわれてきた。特に菊池・原田（1996）は看護活動を看護場面における状況の認知、判断、実践の3領域から構成される看護の専門職尺度の開発を行った。そして、臨床で働く看護職の職務上の因子を抽出している。さらに経験年数ごとに比較検討を行った。その結果、自律性は臨床経験3年を境に大きく高まり、その後6～10年で低下あるいは安定し、臨床経験10年を超えるとさらに上昇していることを明らかにした。

看護を自律的に行うということは、自らの責任で目標設定が行なえ、それを達成する為の手段の選択が自由である事などで、要するに計画を立て実施し評価するという一連の業務サイクルをコントロールできるということである。

そこで本研究は、近畿地区の高度医療機関の病院に勤務する看護師の専門職的自律性の構造と基本的属性（年齢、経験数、設置主体、臨床領域）との関係を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究対象

近畿地区にある高度医療専門機関の167病院で一般病棟の看護師を対象とした。

2. 調査内容

1) 専門職的自律性の測定

看護における専門職的自律性尺度は菊池(1996)が開発した尺度を使用することとした。その理由として、菊池は看護活動を認知、判断、実践ととらえている。認知とは患者の生理的、心理的变化を理解し、看護の必要性を認識すること、判断とは、患者が必要とする看護の方法を自ら決断すること、実践とは、看護方法を実行し的確に成し遂げることとしている。このようにこの尺度は、実際に臨床場面で看護活動に日々従事している看護職を対象に分析され、開発したものである。

菊池の看護における専門職的自律性尺度を使用するにあたり開発者である菊池の承諾を得た。この尺度は看護の専門職的自律性47項目について、「かなりそう思う」「少しはそう思う」「どちらとも言えない」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」の5段階評価(1～5点)で求めている。「かなりそう思う」5点、「少しはそう思う」4点、「どちらとも言えない」3点、「あまりそう思わない」2点、「全くそう思わない」1点と点数化している。

2) 基本的属性

年齢、経験年数、設置主体、臨床領域、の4項目とした。

3. 調査期間

平成21年8月1日～平成21年10月1日

4. 調査方法(データ収集の方法)

近畿地区の高度医療専門機関の病院167施設の看護管理者に本調査の協力を依頼した結果、本調査への協力を得た施設の看護師に対して調査票を送付した。研究の意義、目的、方法など文章により説明し、任意で質問の回答を求めた。任意で回答後、質問用紙を封筒に入れ、投函してもらった。

5. 分析方法

データ分析には統計解析パッケージソフトSPSS 12.0J for Windowsを用いた。専門職的自律性は複数の下位概念が存在するため、因子構造を明らかにする目的で、因子分析(主因子法、バリマックス回転)を行った。専門職的自律性と基本的属性に関しては一元配置分散分析を行い有意差のあった項目に関しては、多重比較Tukey法で行った。また、本研究対象者における専門職的自律性尺度

のCronbachの α 係数は.969であり、信頼性は得られている。

6. 倫理的配慮

各病院の看護管理者に書面、または口頭で本研究の趣旨を説明し、同意を得る。同意が得られた各病院の看護管理者を通じて病棟管理者から対象者に質問紙を配布してもらう。病棟管理者と対象者に対して、研究の意義、目的、方法、予測される結果や危険などについて、文章により十分な説明を行う。対象者の理解を得たうえで、任意で質問の回答を求めた。

回収は対象者の自由意志が尊重され任意で回答後、質問用紙を封筒に入れ封をしてポストに投函してもらう。なお、本研究計画はA大学倫理委員会にて審査を受け、平成21年12月2日に承認されている。

7. 用語の操作的定義

専門職的自律性

看護師国家免許を有した看護師が看護活動を行う際、患者の状態を認知し、判断、実践していくことである。つまり、患者を一人の人間として尊重し、専門的知識・技術に基づいたケアを行うとき、看護師自らの責任で目標設定をし、計画を立て、実施し評価することである。専門職的自律性は菊池が作成した「看護の専門職的自律性の尺度」の合計点で測定される。

Ⅲ. 結果

近畿地区の高度医療専門機関の病院167施設の看護管理者に本調査の協力を依頼した結果、本調査への協力を得た63施設3184名の看護師に対して調査票を送付し、2005名の回答を得た(回収率63%)。解析に際して、主要な項目に記入漏れが多かった248名を除外したため、解析対象は1757名となり有効回答率は86%であった。

1. 対象の特徴

1) 年齢、性別(表1)

対象者1757名の平均年齢は33.9歳(SD=8.6)であり、性別は男性52名、女性1700名であった。20歳代が667名(39%)、30歳代が601名(34.9%)、40歳代が335名(20.7%)、50歳以上が97名(5.7

%)であった。

2) 臨床経験年数 (表1)

経験年数の平均は11.24年であった。日本看護協会が実施している「病院看護基礎調査」(1999)によると、平均勤続年数は9.0年である。経験年数の内訳は、6年～10年未満が355名(20.2%)と多く、次いで3年～6年未満345名(19.6%)、20年以上341名(19.4%)、10年～15年未満(16.3%)、15年～20年未満(13.1%)、1年～3年未満198名(11.3%)であった。経験年数に関しては各年代とも大きなばらつきはなかった。

3) 設置主体 (表1)(表2)

設置主体は自治体立病院の看護師が869名(49.5%)と一番多く、次いで私立病院の看護師が467名(26.6%)、公的性格病院の看護師241名(13.7%)、医学部付属病院の看護師87名(5.0%)、国立行政法人病院機構の看護師70名(4.0%)とかなりのばらつきがみられた。各設置主体の経験年数の比較を行ったところ、自治体立、公的性格、私立、医学部付属の病院の看護師の経験年数の割合は大きく変わらなかった。国立行政法人病院機構の看護師の経験年数は、3～6年未満の看護師は約50%占めていた。

4) 一般病棟での臨床領域 (表1)

一般病棟の中での主な臨床領域科は外科・内科系の看護師733名(41.7%)と一番多く、次いで外科系病棟の看護師358名(20.4%)、内科系病棟の看護師278名(15.8%)、その他(小児科・産科を含む)病棟の看護師266名(15.1%)であった。

2. 専門職的自律性の因子分析 (表3)

本研究対象者における、専門職的自律性測定尺度の構成概念を検証するために、因子分析(主因子法・バリマックス回転)を行った。固有値1.0以上、因子負荷量0.4以上、かつ累積寄与率50%以上を抽出基準としたところ、累積寄与率54.6%で45項目5因子を抽出した。抽出された45項目の因子分析(主因子法・バリマックス回転)を再度行った。その結果、因子負荷量が0.4以下の因子を1つ認めたために、その項目を除去し、再再度因子分析を行った。そして、累積寄与率57.8%で44項目5因子を抽出した。抽出された因子は菊池

の報告と異なったため、新たに命名を行った。

第1因子は患者の状態を把握し、臨機応変に対応、実践できる13項目で構成されているため「看護の実践能力」とした。

第2因子は理論的かつ統合的に看護計画を立案し、それを効率よく展開できる能力を示す。12項目から構成されているため「看護の展開能力」とした。

第3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11項目から構成されているため「アセスメント能力」とした。

第4因子は菊池の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5項目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、予測するという行動を示す3項目で構成されているため「予測能力」とした。

各因子の寄与率は第1因子から順に16.280%、12.517%、12.969%、7.720%、6.294%、でこれらの因子の累計寄与率は57.78%であった。

3. 尺度の信頼性の検証 (表4)

本研究対象者における、専門職的自律性測定尺度の信頼性を検証する目的で、5つ因子のCronbachの α 係数を求めた。

4. 専門職的自律性と基本的属性

1) 専門職的自律性因子(看護の実践能力・看護の展開能力・アセスメント能力・自立的判断能力・予備能力)と経験年数(表5)

5つの因子すべてと有意差を認めた。

看護の実践能力は、経験年数の高い看護師ほど、平均値は有意に高かった。

看護の展開能力は経験年数の高い看護師ほど有意に平均値は高かったが、経験年数10年～15年の看護師のほうが、15年～20年未満の看護師の平均点より0.14とわずかではあるが高かった。

アセスメント能力は20年以上の看護師ほどの経験年数群より平均値は高かった。

自立的判断能力は経験年数10年～15年未満の看護師は平均値が一番高値であった。

予測能力は経験年数の高い看護師ほど、平均値は高かった。

2) 専門職的自律性の因子(看護の実践能力・看護の展開能力・アセスメント能力・自立的判断能

力・予測能力)と設置主体(表6)

看護の実践能力, 看護の展開能力, アセスメント能力, 自立的判断能力と設置主体とは有意差が見られなかった。

予測能力は医学部付属病院の看護師より国立行政法人病院機構, 自治体立, 公的性格の病院, 私立の病院の看護師は平均値が有意に高かった。

3) 専門職自律性の因子(看護の実践能力・看護の展開能力・アセスメント能力・自立的判断能力・予測能力)と臨床領域(表7)

看護の実践能力, 看護の展開能力, アセスメント能力, 自立的判断能力と臨床領域とは有意差が見られなかった。

予測能力は外科・内科病棟の看護師は外科病棟の看護師の平均値より有意に高かった。

表1 対象の属性

項目	内 訳	人数	(%)
平均年齢 n = 1757		33.9 (SD=8.6)	
性別 n = 1752	男性	52	(3.0)
	女性	1700	(97.0)
経験年数 n = 1757	1年～3年未満	198	(11.3)
	3年～6年未満	345	(19.6)
	6年～10年未満	355	(20.2)
	10年～15年未満	287	(16.3)
	15年～20年未満	231	(13.1)
	20年以上	341	(19.4)
設置主体 n = 1734	国立	70	(4.0)
	自治体立	869	(49.5)
	公立	241	(13.7)
	私立	467	(26.6)
	医学部付属	87	(5.0)
ニット n = 1738	一般病棟	1678	(96.5)
	リハビリ病棟	39	(2.2)
	医療療養型	21	(1.2)
一般病棟の内訳 n = 1635	外科	358	(20.4)
	内科	278	(17.0)
	混合(外科・内科)	733	(41.7)
	その他(産科, 小児科)	266	(16.3)
教育課程 n = 1741	専門学校(2・3年)	1479	(86.0)
	短大(2・3年)	144	(8.2)
	大学	100	(5.7)

nは無回答を除く

表2 設置主体と経験年数

	1年 ～3年未満	3年 ～6年未満	6年 ～10年未満	10年 ～15年未満	15年 ～20年未満	20年以上
国立行政法人	5.7%	48.6%	15.7%	10.0%	5.7%	14.3%
自治体立	12.4%	16.3%	20.0%	16.9%	14.4%	19.9%
公 的 性 格	11.2%	18.3%	19.1%	15.8%	12.9%	22.8%
私 立	9.2%	22.7%	21.2%	16.5%	13.5%	16.9%
医学部付属	16.1%	18.4%	23.0%	13.8%	6.9%	21.8%

表3 専門職的自律性の因子分析 (n = 1666)

項目	I	II	III	IV	V
第1因子 看護の実践能力					
15. 私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができる	.712	.291	.188	.024	.152
16. 私は患者の急激な生理的変化(吐血・意識消失)に対応することができる	.710	.308	.142	.070	.206
17. 私は手際よく看護ができる	.693	.361	.186	.037	.055
18. 私は患者が落ち着いて看護を受けられるよう常に配慮できる	.610	.289	.360	.129	.073
32. 私は患者の突然の生理的変化(血圧低下・悪寒など)に応じて看護方法を変更できる	.586	.299	.193	.191	.276
14. 私は看護に必要な情報を直ちに集めることができる	.580	.300	.306	.076	.243
24. 私は看護の際に必要な物品を過不足なく準備できる	.569	.279	.221	.110	.112
19. 私は患者の突然の求めに躊躇せずに応じることができる	.559	.366	.334	.085	.068
22. 私は優先順位を立てて計画的に一日を過ごすことができる	.557	.309	.216	.186	.138
33. 私は患者の多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる	.524	.423	.235	.158	.221
12. 私は患者の意識レベルの変化を正確に把握することができる	.519	.187	.286	.150	.292
13. 私は患者の検査結果と症状との関連を理解することができる	.518	.280	.243	.122	.345
23. 私は患者の個性を考慮した看護を実践することができる	.506	.366	.340	.172	.111
第2因子 看護の展開能力					
38. 私は将来起こるであろう問題に向けて看護方法を選択できる	.269	.676	.265	.098	.234
37. 私は看護研究の結果など最新の情報を活用して看護を決定できる	.259	.671	.233	-.038	.022
36. 私は看護モデルを用いて看護を決定できる	.327	.668	.227	-.026	.038
40. 私は十分な情報がなくても現在の状況から適切な看護を推測できる	.280	.650	.214	.036	.158
39. 私は患者の変化(結果)を予測して看護を選択できる	.309	.643	.266	.123	.280
42. 私は患者の症状や検査結果を統合して適切な看護方式を選択できる	.350	.619	.212	.114	.195
41. 私は立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる	.287	.582	.230	.099	.142
35. 私はカンファレンスで患者の問題を主体的に提供することができる	.426	.569	.208	.165	.139
34. 私は看護方法を一人で選択できる	.418	.546	.192	.083	.153
28. 私は患者の社会的適応を促進するための指導ができる	.376	.509	.393	.040	.027
29. 私は患者の多くの情報から必要な看護を選択することができる	.441	.498	.350	.151	.168
27. 私は看護を常に創意工夫することができる	.434	.438	.388	.081	.060
第3因子 アセスメント能力					
7. 私は心理的問題を患者から直接聞き出すことができる	.188	.221	.697	.057	.114
5. 私は患者の価値観を十分に理解することができる	.133	.243	.675	-.011	.122
6. 私は患者の言動から性格や生活習慣を読みとることができる	.163	.193	.669	.060	.124
10. 私は患者の言動と感情の不一致を理解することができる	.225	.219	.618	.080	.163
9. 私は患者のニーズに直ぐに気づくことができる	.331	.254	.615	.015	.135
4. 私は患者が内心抱いている不安を状況から推測することができる	.150	.171	.590	.068	.325
8. 私はこれまでの経験から患者の今後の行動を予測することができる	.262	.270	.548	.077	.282
11. 私は患者の言動に共感的理解を示すことができる	.201	.074	.495	.176	.172
25. 私は情動の変化(怒り・悲しみなど)に対処することができる	.402	.289	.480	.109	.095
20. 私は患者の社会生活に配慮した看護ができる	.422	.383	.451	.063	.049
26. 私は患者の医療に対する不信感や不安を十分な説明を行うことにより和らげられる	.397	.347	.444	.061	.117
第4因子 自立的判断能力					
46. 私は患者の意志を尊重せずに看護方法を選択してしまう	.123	.007	.064	.807	.093
44. 私は患者の言動に惑わされて適切な看護方式選択できない	.078	.078	.075	.800	.014
45. 私は他者の助言を受けなければ看護方式選択できない	.187	.158	.034	.782	.090
47. 私は患者の訴えがないと何を看護すべきかわからない	.153	-.05	.024	.776	.157
43. 私は患者が心情を表現してこないと精神的援助を計画できない	-.031	.051	.115	.680	-.043
第5因子 予測能力					
3. 私は治療が患者に及ぼす身体的影響を予測することができる	.208	.159	.287	.099	.759
2. 私は患者に将来起こるであろう危機を予測することができる	.240	.186	.304	.074	.717
1. 私は治療が患者に及ぼす影響を予測することができる	.229	.198	.258	.107	.710

因子の寄与率 (%) 16.28 14.52 12.97 7.72 6.29
 累積寄与率 (%) 16.28 30.80 43.76 51.49 57.78

表4 専門職的自律性尺度の信頼性 (n = 1666)

因子	α
第1因子：看護の実践能力	.940
第2因子：看護の展開能力	.938
第3因子：アセスメント能力	.910
第4因子：自立的判断能力	.887
第5因子：予測能力	.892
専門職的自律性測定尺度	.969

表5 専門職的自律性因子と経験年数 (n = 1666)

専門職的自律性因子	経験年数	平均値	標準偏差	F値	多重比較
看護の実践能力	1～3年未満	39.04	7.137	75.339***	***
	3～6年未満	43.86	7.475		***
	6～10年未満	46.51	6.938		***
	10～15年未満	48.12	6.840		***
	15～20年未満	48.81	6.246		***
	20年以上	49.82	7.539		***
看護の展開能力	1～3年未満	33.08	7.319	62.806***	***
	3～6年未満	36.78	6.654		***
	6～10年未満	38.90	6.816		***
	10～15年未満	40.96	6.875		***
	15～20年未満	40.82	6.476		***
	20年以上	42.73	7.271		***
アセスメント能力	1～3年未満	36.07	5.180	24.193***	*
	3～6年未満	36.99	5.566		***
	6～10年未満	37.69	5.816		***
	10～15年未満	38.86	5.789		***
	15～20年未満	38.96	5.544		***
	20年以上	40.81	6.192		***
自立的判断能力	1～3年未満	17.15	3.167	6.190***	**
	3～6年未満	18.06	3.174		**
	6～10年未満	18.39	3.317		***
	10～15年未満	18.73	3.694		**
	15～20年未満	18.47	3.686		***
	20年以上	18.61	3.639		***
予測能力	1～3年未満	10.61	2.057	27.156***	***
	3～6年未満	11.28	1.921		***
	6～10年未満	11.73	1.590		***
	10～15年未満	12.05	1.679		***
	15～20年未満	12.06	1.698		***
	20年以上	12.17	1.829		***

表6 専門職的自律性因子と設置主体 (n = 1666)

予測能力	国立	11.75	1.520	5.641***	*
	自治体立	11.69	1.888		***
	公的	11.73	1.790		**
	私立	11.86	1.772		***
	医学部付属	10.84	2.057		

*p<0.05 **p<0.01

表7 専門職的自律性因子と臨床領域 (n = 1666)

予測能力	外科	11.46	1.790	3.402*	*
	内科	11.67	1.816		
	外科・内科	11.76	1.855		
	その他 (小・産)	11.91	1.835		

*p<0.05 **p<0.01

IV. 考 察

本研究で菊池の尺度を用いた理由は、看護の専門職自律性を“認知”，“判断”および“実践”という段階を進む一連の流れを持ったプロセスと捉えていたためである。病棟における看護師の専門職的自律性が測定できると確信した。菊池が示した因子の構成要素とは異なった。異なった理由として、菊池の研究対象は370名の看護職、勤務する病院が公立病院と限られていたこと、臨床領域が一般病棟だけでなく、外来、ICU・CCU、手術室の看護師も対象としていた。このように対象の基本的属性の違いが先行研究の因子分析の結果との相違だと考えた。本研究対象の因子分析の結果、第1因子は看護の実践能力、第2因子は看護の展開能力、第3因子はアセスメント能力、第4因子は自立的判断能力、第5因子は予測能力と命名した。

看護の専門職的自律性の各因子と経験年数との関係は、一次関数的に単調に増大するのではなく、就業3年目を境として急激に上昇し、その後6年～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、経験年数が10年を超えると再び上昇を繰り返していくと先行研究で明らかにされている。本研究の対象者の平均経験年数が11.24年であり、専門職的自律性の形成はされていると考えられる。しかし、菊池の研究とは異なり、本研

究では経験数6～10年未満の看護師は看護の実践能力、看護の展開能力、アセスメント能力、自立的判断能力、予測能力とも3～6年未満の看護師に比べ平均点は有意に高かった。理由として、10年前に比べ、結婚し出産しても、働くことができるような環境が整ってきたこと、継続教育の充実、キャリアアップの教育の整備、また、看護基礎教育においても1995年看護系大学が40校以上となり、看護教育の大学化による研究者の養成、学問的研究活動の推進などが図られてきたことも影響していると考えられる。

専門職養成の教育学的基礎理論においては、「70-20-10」の法則が重要だといわれている。これは企業でのリーダー養成で語られることが多く、リーダーになるために役立ったこととして、70%は経験、20%は人間的指導、10%は研修を挙げている。このことは、新人は70%の経験が欠けていると考えることができる。プロフェッショナルと活躍するまでに必要な訓練時間の大体の目安は「一万時間の法則」と言われ、年数に換算すれば、11年は訓練時間があるとされている(Lominger&Eichinger 2002)。

専門職的自律性の5つの因子、看護の実践能力、看護の展開能力、アセスメント能力、自立的判断能力と設置主体との有意差はなかったが、医学部付属病院の看護師は国立行政法人病院機構、自治

体立、公的性格、私立の病院の看護師と予測能力のみ有意差を認めた。医学部付属病院は研修医が多いことが関与していると考え、専門職的自律性の形成との関与は少ないと考える。

本研究対象者は、専門職的自律性の5つの因子、看護の実践能力、看護の展開能力、アセスメント能力、自立的判断能力と設置主体との有意差はなかった。予測能力のみ有意差があった。外科系病棟の看護師はその他（小児科・産科）より平均値が低かった。

看護の専門職的自律性は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が高いという先行研究で明らかにされてはいる。しかし先行研究では、臨床領域を一般病棟、外来、ICU・CCU・手術室・透析室にしているため、本研究対象者の臨床領域とは異なった。疾病構造の複雑化、医療技術の進歩、在院日数の短縮化により、臨床領域にとらわれず、看護師の正確な判断や状況の認知や判断力が常に求められるようになったためであると考え。本研究では、高度医療専門機関の病院の一般病棟を対象としたため、このような結果となったと考える。

本研究において、研究に対する同意、質問紙の回収率63パーセント、有効回答率86%であった。この数字は、専門職的自律性に対する看護師の意識が高いことがうかがえる。

また、平成22年度より厚生労働省で新人看護職員の卒後研修が努力義務化されている。早期離職、医療安全、看護の質の向上のため臨床では忙しい中で研修を行っている。こうした取り組みが今後の看護の自律性に良い影響を与えることを臨まざるにはいられない。

VI. 結 語

1. 看護の専門職的自律性の因子は第1因子“看護の実践能力”，第2因子“看護の展開能力”，第3因子“アセスメント能力”，第4因子“自立的判断能力”，第5因子“予測能力”が抽出された。
2. 看護の専門職的自律性の因子，第1因子“看護の実践能力”，第2因子“看護の展開能力”，第3因子“アセスメント能力”，第4因子“自立的判断能力”，第5因子“予測能力”と経験年数とは有意な関連がある。経験年数が高いほ

ど専門職的自律性が高い。

3. 看護の専門職的自律性の因子は第1因子“看護の実践能力”，第2因子“看護の展開能力”，第3因子“アセスメント能力”，第4因子“自立的判断能力”，第5因子“予測能力”と設置主体、教育課程との関連においては、設置主体別の看護師の経験年数、臨床領域も同時に関係する。

文 献

- アン・マリーナ・トメイ マーサー・レイラ・マリグッド 監訳 都留伸子 (2006)：看護理論家とその業績 第3版，医学書院
- 有松操 宇佐美しおり他 (2002)，看護ケアの質に関連した看護師の臨床能力の特徴，熊本大学保健学科紀要
- 秋元典子 (2006)：新ケア技術のエビデンス，臨床看護，32 (12)，1769-1779
- Benner, P: From Novice to Expert, 1984監訳 井上智子 (2005)，看護ケアの臨床知行動しつつ考えること，医学書院
- Bullough, Bonnie ed (1980)：山城正之監訳 新しい看護の役割，アメリカにおける看護業務の拡大を巡って，医学書院
- 深井喜代子 (2006)：新ケア技術のエビデンス，臨床看護，32 (12)，1673
- 福原 薫 (2004)：看護教員の教育活動からみた看護技術に対する認識，札幌医科大学保健医療学科紀要 7号，47-54
- 福森優美 (2006)：看護師の意識調査からみた清潔ケアの意義，日本看護学学会 第37回看護総合，206-208
- 花房陽子 (2005)：看護業務量の比較検討，日本看護学会論文集 第36回看護総合，206-207
- 深澤佳代子 (1999)：手術室看護師の年次目標とキャリア発達の関連，手術医学，20 (4)，432-434
- 池田一郎 (1981)：看護の専門職化への道，看護展望，6 (3)
- 川島みどり (1984)：療養上の世話と診療の補助その法的矛盾を臨床の場から考える，看護，36 (6)，11-18
- 川島みどり (2000)：今求められる看護技術の質—経験的知と科学をつないで—，看護技術46 (2)，3-7

- 川島みどり (2003) : 川島みどり看護論講座第5講
第4回 清潔の援助と技術化, 看護実践の科学, 28
(6), 75-79
- 久保田加代子 (1990) : 臨床看護師の意思決定と関連
要因の分析, 聖路加看護大学大学院修士論文
- 菊池昭江 原田唯司 (1996) : 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
(人文・社会学篇), 47, 241-254
- 菊池昭江 原田唯司 (1997) : 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), 23-35
- 菊池昭江 (1999) : 看護専門職における自律性と職場
環境および職務意識との関連—経験年数ごとにみた
比較—, 看護研究, 32 (2), 2-13
- 菊池昭江 (1999) : 看護専門職における自律性と学生
指導役割との関連, 日本看護科学会誌, 19 (3),
47-54
- 菊池昭江 岡本恵里 (2002) : 看護婦の職務における
自律性と研究活動に対する意識および倫理的問題に
対する悩みとの関連, 日本看護研究学会雑誌, 25
(2), 101-109
- 久保田加代子 (1990) : 臨床看護師の意思決定と関連
要因の分析, 聖路加看護大学大学院修士論文
- 小谷野康子 (1997) : 看護婦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
- 小谷野康子 (2002) : 看護専門職の自律性に影響を及
ぼす要因の分析—急性期病棟の看護婦を通して—,
聖路加看護大学紀, 27, 1-9
- 香春知永 (1984) : 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
- Lominger&Eiching (2002) : Dinersitication of en-
gineering management studies in enriching the
learning experience for the 21st century global
engineer
- 松田たみ子 (1998) : 看護実践の根拠を問う 第2版
—清拭—, 73-84
- Nightingale. F : Notes on Nursing (1859) 小玉
香津子 尾田葉子訳 (2008), 看護の覚え書き 現
代社
- 中村 恵 (2004) : 手術室に勤務する外回りの看護師
の専門職的自律性と看護実践, 日本看護研究学会雑
誌, 27 (4), 35-44
- 中西睦子 (1991) : 社会的文脈からみた看護と管理戦
略, 看護管理, 1 (4), 202-213
- 中西睦子 (1997) : チーム医療における医師—看護師
関係, 看護, 29 (5), 6-12
- 新見恵里 (2006) : 清拭方法の判断要因に関する予備
的検討—看護師4名へのインタビューより—,
看護技術, 52 (7), 70-77
- 山崎智子 (1998) : 専門職化を目指して, 看護教育は
なぜ4年制であるべきか, 看護教育, 29 (10), 587-
591