

<原著論文>

運動器看護領域における専門職自律性

— 因子構造からの運動器看護領域の特徴 —

齋藤貴子

日本赤十字秋田看護大学

要旨

本研究の目的は、運動器看護領域における専門職自律性の因子構造を明らかにすることと、先行する他の専門職自律性の特徴との違いを明らかにすることである。専門職自律性尺度を含んだ質問紙に、運動器疾患患者を日常的に看護している看護師 546 名より回答を得た。下位尺度である認知能力、実践能力、具体的判断能力、抽象的判断能力、自立的判断能力に関して先行研究との差違はなかった。看護専門職自律性は職位が高いこと、経験年数があることが自律性の高さに影響を与えていた。また運動器看護領域における専門職自律性は因子分析の結果、基本的看護実践の自立、多職種と家族を含めた療養環境の調整、患者の背景のアセスメントに基づいた安寧に導く実践、整形外科特有の専門知識と技術、患者の心理的問題、情動に対する看護実践が導き出された。

キーワード：専門職自律性、運動器看護、経験年数

はじめに

人口動態や社会情勢の変化に伴い、医療モデルも変化し続けている。医療費の高騰によって基本政策が変更となり、在院日数の短縮を迫られ、医療の場は急速に病院から在宅へと移行しつつある。短縮化した在院期間の間や外来診療のわずかな時間の中で、疾病を抱えながら生活することを見越したケアが求められているといえる。さらに超高齢化は、多くの複雑に絡み合った慢性疾患を基盤としながらの急性増悪や新規罹患という疾病構造をもたらし、専門職として単一の疾病のケアでは不十分となった。包括的かつ俯瞰的視野で患者をとらえようとする専門職者の態度や、全人的ケアならびに時間概念を持ち、高い倫理的感受性をも求められるようになってきた。そこで必要となるのが、専門職自律性である。

看護師における専門職自律性についての研究の動向は、1990年代に米国で Dempster Practice Scale が開発されたのに端を発し、看護師の自律性を測定で

きる尺度が開発されていった。尺度開発の過程で、自律性に影響を与えているものとして教育背景や、内的統制志向、上司（師長）が大きな決定要因であることが明らかとなり、看護師の臨床領域による自律性の特徴についても明らかとなっていった¹⁾。わが国における看護師の専門職自律性を測定する尺度としては、菊池が看護婦の自律性測定尺度を開発した²⁾。この尺度は、専門職自律性は職務の遂行過程の中に表現されると考え、意志決定や行動のあり方に影響を与える要因を取り上げている³⁾。また Nursing Activity Scale は邦訳され、その信頼性妥当性は検証されているが、その後の活用はされていると言いがたい。また Pankratz Nursing Questionnaire (PNQ) は香春が翻訳し、その後志自岐が信頼性を確認したが概念妥当性は得られていない⁴⁾。手術室看護では、外回り看護師の専門職自律性について看護実践の特徴から因子分析にて手術室看護師の専門職自律性が特定されている⁵⁾。その他専門看護師 (CNS) における職務上の自律性尺度の開発⁶⁾な

ど、いくつかの分野で専門職自律性の看護研究が行われている現状である。

超高齢化社会を迎え、運動器疾患は要介護の大きな要因となっており、運動機能障害を抱える人々を対象とする運動器看護の責務は今後ますます増していくと考える。運動器疾患は加齢による骨組織や軟部組織の変性によって、日常生活に支障が生じるため、要介護の大きな原因となっている。今後本邦では、高齢者の激増に伴い運動器疾患を抱える患者が増えていくと予測されるため、予防を意識したケアの概念が運動器看護において必須であると考えられる。さらに、高齢者の受傷や手術に併発しやすい認知症の進行やせん妄に対するケアが運動器看護には必要不可欠である。運動器領域では、整形外科病棟における運動器看護の特徴のひとつに基本的な技術のほか、特有な専門知識や技術を身につけることが必要⁷⁾と述べていること、例えば人工股関節置換術後には車いす、歩行器、T字杖と3種類の歩行補助具を使用しながら患者は自立していく⁸⁾ことから歩行補助具の使用法についても運動器看護師は熟知している必要があるため、運動器看護特有の専門知識が専門職自律性に影響を与えていると考えられる。また理学療法士や作業療法士といったリハビリテーションの専門家と協働する機会も多く、多職種とコンセンサスを得てケアを進めていくことも専門職自律性の影響要因ではないかと考える。しかしながら、運動器看護における専門職自律性について明らかにされているものはなく、運動器疾患を抱える方へ質の高いケアを提供するためには、まずは現在における運動器看護特有の専門知識に基づく運動器看護の専門性を特定することは重要な課題であるといえる。

よって、本研究では過去の先行研究の手法を参考に、質問紙調査によって運動器看護師の専門職自律性の特徴を明らかにし、運動器看護師のキャリアデザインや運動器看護における専門性の確定の寄与につなげていきたい。

研究目的

本研究の目的は、運動器看護領域における専門職自律性の因子構造を明らかにすることと、先行する他の専門職自律性の特徴との違いを明らかにすることである。

研究方法

1. 対象者

対象者は、整形外科病棟ならびに整形外科外来で運動器疾患患者を日常的に看護している看護師とした。

2. 調査内容

基本属性、看護師の専門職自律性測定尺度⁹⁾、運動器看護実践の先行研究¹⁰⁾から23項目の質問内容を策定し、計70の調査項目となった。調査にあたり、開発者の菊池より尺度使用の許諾を得た。この尺度は47の質問項目5因子より構成され、「認知能力」、「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」の5因子より構成され、 α 係数ならびに各因子ごとの相関係数より内的整合性が保障され、その後多くの研究に引用されている^{11)~14)}。また質問項目は70項目となり、個人特性に関する質問項目と併せて総計80項目となった。また本調査に先立ち、整形外科単科の病院にてパイロットスタディを行い、内容妥当性を検討した結果本調査では70項目の質問内容全てを採用することにした。

3. 調査方法

東北地方の全医療施設データより、診療科に整形外科を標榜しかつ病床数20床以上の病院を対象とし、乱数表を用いて150施設をランダムサンプリングした。調査協力は病院の看護管理者に調査依頼文を送付し、研究調査への協力の意思は研究への参加承諾書の返送にて確認した。

対象者の選定と質問紙の配布は調査協力施設に一任した。質問紙は無記名の個別郵送にて回収した。

4. 分析方法

基本属性については単純集計を行った。看護師の専門職自律性測定尺度は、下位尺度ごとの得点を求め、基本属性との比較を行った。基本属性が2項目の場合はt検定を行い、3項目以上の場合是一元配置分散分析およびBonferroniの多重比較を行った。なお等分散が仮定できない場合は、Kruskal-Wallis検定を行った。

質問項目全体では、探索的因子分析を行った。

以上の統計学的分析は全てIBM SPSS Statistics ver.21で行った。

5. 倫理的配慮

調査依頼は、調査協力対象施設の施設長ならびに看護管理者に研究の主旨と概要を示した調査依頼文

を送付し、研究参加承諾書の返送をもって研究協力への同意を確認した。同意が得られた対象施設にあらかじめ通知された対象者の人数分の質問紙を送付し、対象者の選定と配布を一任した。対象者には個別に質問紙と依頼文書を添付し、依頼文書に研究の目的と方法、途中辞退の自由、匿名性の確保、研究終了後のデータの破棄、研究成果公表の可能性を記した。研究協力の同意は、質問紙への回答と返送を持って得られることを文書にて説明した。質問紙の回収は個別の郵送法とした。

本研究計画は、研究に先立ち、日本赤十字秋田看護大学研究倫理審査委員会からの承認を受けた。

結果

1. 対象者の概要 (表 1)

研究への協力が得られた 57 施設 1,078 名に発送し、回収は 546 名 (回収率 50.6%) であった。基本属性は、性別が女性 486 名 (89.0%)、平均年齢が 38.61±10.91 歳、平均看護師経験が 16.07±10.98 年、平均整形外科経験が 4.77±5.19 年であった。

表 1. 研究対象者の概要

属性		人数 (%)	
n=546			
性別	女性	486 (89.0)	男性 22 (4.0)
	不明	38 (7.0)	
年齢	38.61±10.91 歳		
看護師経験	16.07±10.98 年		
	3年未満	48 (8.8)	
	3~5年	74 (13.6)	
	6~10年	84 (15.4)	
	11~20年	160 (29.3)	
	21年以上	180 (33.0)	
整形外科経験	4.77±5.19 年		
勤務先	病棟	472 (86.4)	外来 51 (9.3)
	手術室	7 (1.3)	その他 11 (2.0)
	不明	5 (0.9)	
職位	スタッフ	414 (75.4)	主任, 係長 87 (15.9)
	副師長	15 (2.7)	師長 24 (4.4)
	副看護部長	2 (0.4)	看護部長 1 (0.2)
	不明	3 (0.6)	
最終学歴	専門学校	412 (75.5)	短期大学 59 (10.8)
	四年制大学	50 (9.2)	その他 20 (3.7)
	不明	5 (0.9)	
卒後資格	なし	453 (83.0)	あり 92 (16.8)
	不明	1 (0.2)	
婚姻	未婚	217 (39.7)	既婚 328 (60.1)
	不明	1 (0.2)	

勤務先としては病棟が 472 名 (86.4%) と 9 割近くを占め、職位は役職なしのスタッフナースが 414 名 (75.4%) であった。最終学歴は専門学校卒が

412 名 (75.5%) であった。卒後資格はファーストレベルやセカンドレベルといった看護職能団体認定資格や学会認定資格を問うたが、資格を有していたのは 92 名 (16.8%) にとどまった。婚姻の状況は既婚が 328 名 (60.1%) と半数以上を占めた。これらの基本属性は、先行研究より看護専門職自律性に影響を与えている項目を参照した。

2. 看護専門職自律性と基本属性の特徴

看護専門職自律性の下位尺度ごとに、得点の平均と標準偏差を求めた。点数が高いほど看護専門職自律性が高いとされているが、下位尺度のなかで最も平均値が高かったのは自立的判断能力 3.6、次いで具体的判断能力で 3.58、以下認知能力 3.50、実践能力 3.48、そして最も低かったのは抽象的判断能力 3.26 であった (表 2)。

表 2. 下位尺度別の得点の平均

(n=543)	
	mean±SD
認知能力	3.50±0.50
実践能力	3.48±0.54
具体的判断能力	3.58±0.58
抽象的判断能力	3.26±0.57
自立的判断能力	3.60±0.51

1) 職位の違いによる看護専門職自律性 (表 3)

また、職位別で下位尺度の得点差があるかどうか対応のない t 検定を行ったところ、職位を持たないスタッフナースと職位のある主任以上では、全ての下位尺度において有意差があった。平均値より判断すると、職位がある方が得点が高いことより職位があると看護専門職自律性が高い。また、婚姻状況では未婚と既婚で有意差があったのは、自立的判断能力以外の下位尺度であった。婚姻状況では既婚者のほうが全ての下位尺度において平均値が高く、既婚者のほうが看護専門職自律性が高いといえる。

2) 看護師経験年数の違いによる看護専門職自律性 (表 4)

看護師経験年数と下位尺度ごとの得点傾向について分析するため、一元配置の分散分析を行い、有意差があった場合には経験年数ごとに差が生じているか Bonferroni の方法による多重比較を行った。等分散が仮定できた実践能力、具体的判断能力、抽象的判断能力については、多重比較の結果

を採択したが、等分散が仮定できない認知能力と
 自立的判断能力は Kruskal-Wallis 検定を行った。
 また看護師の経験年数を新人、一人前、中堅、達
 人と称したベナー¹⁵⁾を参考に、3年未満、3年か
 ら5年以下、6年から10年以下、11年から20年
 以下、21年以上と区切った。結果として看護師
 の経験年数が高いほど平均得点が高くなってお
 り、全ての下位尺度において看護師の経験年数に
 よる有意差があり、看護師経験年数が看護専門職
 自律性と関連があった。

認知能力では、3年未満の群と11年から20年
 以下の群の間、3年未満と21年以上の間におい
 て認知能力に有意差あった。さらに3~5年と21
 年以上の群の間に有意差があった。

実践能力では経験年数が3年未満の群と6年か
 ら10年以下、11年から20年以下、21年以上の
 群との間にそれぞれ有意差があった。また3年か
 ら5年の群と11年から20年以下、21年以上の
 群との間にそれぞれ有意差があった。さらに6年
 から10年以下の群と11年から20年以下、21年

表 3. 職位と婚姻状況による下位尺度得点傾向

	職位の有無による下位尺度得点						婚姻状況による下位尺度得点									
	スタッフ		主任以上		t値	自由度	未婚		既婚		t値	自由度				
	人数	mean	SD	人数			mean	SD	人数	mean			SD	人数	mean	SD
認知能力	411	3.43	0.499	86	3.63	0.41	-3.90 ***	143.48	213	3.39	.492	326	3.58	.493	-4.46 ***	537.00
実践能力	408	3.38	0.528	86	3.69	0.45	-5.65 ***	139.49	216	3.31	.554	320	3.59	.504	-5.90 ***	534.00
具体的判断能力	413	3.49	0.564	87	3.79	0.47	-5.35 ***	143.92	215	3.41	.607	327	3.69	.527	-5.54 ***	411.97
抽象的判断能力	411	3.17	0.554	85	3.47	0.48	-4.63 ***	494.00	215	3.10	.576	323	3.36	.542	-5.16 ***	536.00
自立的判断能力	406	3.55	0.505	86	3.72	0.46	-2.83 *	490.00	213	3.58	.495	323	3.62	.520	-0.89	534.00

*:p<0.05 ***:p<0.001

表 4. 看護師経験年数と下位尺度得点傾向

	F値	P値	看護師経験年数	mean±SD	6~10年	11~20年	21年以上
認知能力	10.227	0.000 ***	3年未満	3.25±0.53		†	††
			3~5年	3.35±0.37			†††
			6~10年	3.42±0.51			
			11~20年	3.53±0.45			
			21年以上	3.65±0.53			
実践能力	25.167	0.000 ***	3年未満	3.06±0.53	*	***	***
			3~5年	3.24±0.43		**	***
			6~10年	3.39±0.53		*	***
			11~20年	3.53±0.52			**
			21年以上	3.72±0.52			
具体的判断能力	25.077	0.000 ***	3年未満	3.12±0.64	**	***	***
			3~5年	3.29±0.47		***	***
			6~10年	3.45±0.52		*	***
			11~20年	3.67±0.52			
			21年以上	3.81±0.54			
抽象的判断能力	17.438	0.000 ***	3年未満	2.88±0.60		***	***
			3~5年	3.04±0.47		**	***
			6~10年	3.13±0.50			***
			11~20年	3.30±0.52			*
			21年以上	3.48±0.58			
自立的判断能力	2.634	0.033*	3年未満	3.43±0.58			
			3~5年	3.54±0.45			
			6~10年	3.60±0.43			
			11~20年	3.61±0.49			
			21年以上	3.68±0.51			

*:p<0.05 **:p<0.005 ***:p<0.001(等分散が仮定できる)
 †:p<0.05 ††:p<0.005 †††:p<0.001(等分散が仮定できない)

表 5. 整形外科経験年数と下位尺度の得点傾向

	F値	P値	整形外科経験年数	mean±SD
認知能力	5.453	0.000***	2年未満	3.38±0.45
			2～3年	3.44±0.56
			4～5年	3.48±0.47
			6～10年	3.65±0.50
			11～20年	3.69±0.52
			21年以上	3.67±0.55
実践能力	8.149	0.000***	2年未満	3.29±0.51
			2～3年	3.43±0.60
			4～5年	3.47±0.49
			6～10年	3.65±0.53
			11～20年	3.73±0.53
			21年以上	3.68±0.52
具体的判断能力	8.002	0.000***	2年未満	3.38±0.55
			2～3年	3.52±0.62
			4～5年	3.58±0.55
			6～10年	3.79±0.50
			11～20年	3.80±0.57
			21年以上	3.73±0.60
抽象的判断能力	5.949	0.000***	2年未満	3.08±0.55
			2～3年	3.21±0.59
			4～5年	3.27±0.53
			6～10年	3.40±0.56
			11～20年	3.51±0.61
			21年以上	3.36±0.49
自立的判断能力	2.236	0.049*	2年未満	3.50±0.46
			2～3年	3.68±0.48
			4～5年	3.61±0.50
			6～10年	3.70±0.55
			11～20年	3.56±0.65
			21年以上	3.6±0.48

*:p<0.05 **:p<0.005 ***:p<0.001

以上の群との間に有意な差があった。11年から20年以下の群と21年以上の群との間で有意差があった。

具体的判断能力では、3年未満の群と6年から10年以下、11年から20年以下、21年以上の群との間にそれぞれ有意差があった。また3年から5年の群と11年から20年以下、21年以上の群との間にそれぞれ有意差があった。さらに6年から10年以下の群と11年から20年以下、21年以上の群との間に有意な差があった。

抽象的判断能力では、経験年数の多い方から見ていくと、21年以上の群は他の全ての群と有意差があった。11年から20年以下では、3年未満、3年から5年以下の群と有意差があった。

自立的判断能力は、一元配置の分散分析では有意差があったものの多重比較では有意差は検出されなかった。

3) 整形外科経験年数と看護専門職自律性 (表 5)

整形外科経験年数と看護専門職自律性について

て、関連があるかを検討するため一元配置の分散分析を行ったところ、看護専門職自律性の下位尺度全てに有意差があった。よって、経験年数ごとに差が生じているか Bonferroni の方法による多重比較を行った。この多重比較では、すべての下位尺度について等分散性が仮定された。また整形外科経験年数は、前述の看護師経験年数と一致せず、総じて看護師経験年数より少ないと予測されたことより、3年未満を2年未満と2年から3年に分化し検定を行った。

下位尺度ごとの得点傾向について述べていく。認知能力では、整形外科経験年数20年までは看護専門職自律性の得点が3.38～3.69と高くなっているが、21年以上になると3.67と減少していた。実践能力では、整形外科経験年数20年までは3.29～3.73と高くなっているが、21年以上になると3.68と下がっていた。具体的判断能力では、整形外科経験年数20年までは3.38～3.80と高くなっているが、21年以上になると3.73と減少し

表 6. 運動器看護領域における専門職自律性の因子分析結果

項目	因子負荷量				
	1	2	3	4	5
第1因子：基本的看護実践の自立					
私は緊急時にも落ちついて看護を行うことができる	.885	.091	-.263	-.038	.099
私は看護方法を一人で選択できる	.817	-.111	.026	.014	-.055
私は突然の患者の生理的変化（血圧低下など）に応じて看護方法を変更できる	.797	.211	-.196	-.044	.029
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	.792	-.056	.018	-.129	.085
私は患者の急激な生理的変化（意識喪失など）に対応することができる	.743	.075	-.142	-.091	.153
私は看護の際に必要な物品を過不足なく集めることができる	.718	.029	-.049	.061	-.148
私は看護の優先順位を立てて計画的に1日を過ごすことができる	.716	-.010	.017	.079	-.111
私は他者の助言を受けなければ看護方法を選択することができない	-.692	.248	.126	-.014	-.016
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	.656	-.072	.111	.049	.062
私は看護モデルを用いて看護方法を決定することができる	.627	.119	-.021	-.075	-.030
私は手際よく看護ができる	.626	.195	-.144	.057	.028
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	.609	-.109	.401	-.060	-.068
私は緊急入院の患者に十分対応できる	.606	.326	-.170	.027	-.030
私は患者の多くの問題のなかから最も優先すべき問題を選択できる	.560	.018	.271	-.021	-.028
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	.540	.306	-.011	.017	-.033
私は症状や検査結果を総合して適切な看護方法を選択できる。	.531	.056	.109	.035	.158
私はこれまでの経過から患者の今後の行動を予測することができる	.525	.181	.169	-.049	-.015
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	.518	.054	.300	-.035	-.080
私は患者の変化（結果）を予測して看護を選択することができる	.509	.035	.331	.040	-.069
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選択できる	.483	.199	.033	-.042	.038
私は患者の訴えがないと何を看護すべきかよくわからない	-.467	.089	-.057	.051	.033
私は看護を常に創意工夫することができる	.455	.129	.230	.061	-.134
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	.409	.149	.228	-.021	.090
私は患者の言動に惑わされて適切な看護方法を選択できない	-.385	.038	.147	-.029	.010
私は患者のニーズに一致した看護を選択することができる	.361	-.049	.319	.058	.184
私は看護に必要な情報をすぐに集めることができる	.329	.094	-.023	.141	.077
私は患者のニーズにすぐ気がつくことができる	.327	.060	.251	.049	.160
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	.310	.292	.037	.163	-.017
第2因子：多職種と家族を含めた療養環境の調整					
私は高齢患者が自ら望む方向へ進めることができるよう家族スタッフと協力してエネルギーを注ぐことができる	-.262	.948	.033	-.061	.115
私は患者を中心として、多職種スタッフや家族と協働できる	-.086	.930	.052	-.119	.020
私は患者がリハビリへの意欲を継続できるようにリハビリスタッフや家族と協働できる	-.212	.885	.052	.085	-.007
私は患者が退院しても困らないように早期から多職種を巻き込んだ退院支援を計画できる	.105	.815	-.087	.001	-.133
私は患者が機能回復への期待と実際のずれに対して折り合いをつけられるようにケアすることができる	.002	.766	-.011	-.022	.088
私は認知症の患者のケアについて専門の認定看護師や他のスタッフに相談したり協力を求めたり介入してもらえよう調整することができる	.018	.748	.047	-.064	-.090
私は患者や家族との関わりを通して最適なゴールを見つけることができる	-.020	.714	.033	.057	.048
私は認知症の患者に対してコミュニケーションの継続を心がけている	.006	.621	.208	-.127	-.114
私は入院時に患者や家族の状態や意向をしっかりと把握する	.022	.620	.056	.053	.034
私は高齢患者のケアに自信がある	.182	.610	-.148	.015	.006
私は多職種（理学療法士など）と連携を上手に取ることができる	.017	.563	.035	.110	.010
私は患者が治療やリハビリに専念できるような環境を整えることができる	.033	.536	.104	.063	.118
私は不眠や潜在的な精神疾患をもつ患者の場合早期に医師に相談できる	.197	.510	.124	-.046	-.056
私は退院へ向けて心身ともに整えるための必要な患者教育を実施できる	.123	.508	-.031	.170	.064
第3因子：患者の背景のアセスメントに基づいた安寧に導く実践					
私は患者の言動から生活習慣を読みとることができる	-.311	.013	.981	.047	-.063
私は患者の言動から性格を読みとることができる	-.214	-.018	.882	.019	.003
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	-.133	.059	.805	-.043	.015
私は患者の言動に共感的理解を示すことができる	-.088	-.002	.683	-.034	.071
私は治療が患者の及ぼす心理的影響を予測することができる	.175	.188	.493	.012	-.016
私は患者の価値観を十分に理解することができる	-.055	.063	.479	-.044	.270
私は患者の社会生活に配慮した看護ができる	.153	.095	.429	.022	.084
私は患者が内心抱いている不安を推測することができる	.266	-.030	.428	-.037	.023
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	.328	.259	.402	.001	-.146
私は患者の個別性を考慮した看護を実践することができる	.195	.163	.387	.027	.005
私は患者の医療に対する不自信や不安を十分な説明を行うことにより和らげられる	.104	.050	.356	.061	.052
第4因子：整形外科特有の専門知識と技術					
私は基本的な技術のほかに整形外科に特有な専門知識や技術を身につけている	-.074	-.031	.039	.917	-.060
私は体の動かし方や良肢位の保持など専門的な知識や技術を身につけている	-.001	.023	-.043	.844	.008
私は新人看護師や異動してきた看護師に整形外科特有の専門知識や技術を教育できる	.135	-.001	.008	.734	.019
第5因子：患者の心理的問題、情動に対する看護実践					
私は患者の情動の変化（怒り、悲しみなど）に対処することができる	-.038	.025	.051	-.011	.898
私は患者の心理的変化（不安、焦りなど）に対処することができる	.017	-.016	.147	-.051	.795
私は患者の心理的問題を患者から直接聞き出すことができる	.037	.063	.216	-.002	.525
私は患者の突然の求めにも躊躇せず応じることができる	.226	-.030	.156	.108	.383

ていた。抽象的判断能力では、整形外科経験年数20年までは3.08～3.51と高くなっているが、21年以上になると3.36と下がっていた。自立的判断能力では、整形外科経験年数別で得点が高くなる傾向は見られなかった。

3. 運動器看護における専門職自律性

全質問項目について探索的因子分析を行った。

1) 天井効果, フロア効果

質問項目ごとの回答の平均値と標準偏差から確認したが天井効果とフロア効果はなかった。

2) 因子分析 (表6)

専門職自律性の特徴の検討に、因子分析(プロマックス回転, 最尤法)を行った。因子数は因子のスクリープロットより固有値の減衰を確認できる5因子と決定した。また共通性の低い質問項目, 並びに因子負荷量が0.30以下の項目を除去した。質問項目は第1因子に28項目, 第2因子に14項目, 第3因子に11項目, 第4因子に3項目, 第5因子に4項目含まれ, 全体として60項目となった。信頼性はCronbachの α 係数で検討し, 質問項目全体で0.971, 各因子では第1因子0.951, 第2因子0.947, 第3因子0.903, 第4因子0.874, 第5因子0.885であり, 信頼性を確認できた。

それぞれの因子について, 第1因子は, 「私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができる」「私は患者の急激な生理的变化に対応することができる」など運動器看護に限局しない看護であり, 「私は看護方法を一人で選択できる」「私は看護の優先順位を立てて計画的に一日を過ごすことができる」といった看護実践が自立していることに付与する項目に因子負荷量が高かったことより「基本的看護実践の自立」と命名した。

第2因子は「高齢患者が自ら望む方向へ進めることができるよう家族スタッフと協力してエネルギーを注ぐことができる」「私は患者を中心として, 多職種スタッフや家族と協働できる」といった多職種や家族と連携することを示す項目に因子負荷量が高かったと同時に, 「私は患者が退院しても困らないように早期から多職種を巻き込んだ退院支援を計画できる」といった療養環境の調整に関する項目に因子負荷量が高かったことから, 「多職種と家族を含めた療養環境の調整」と命名した。

第3因子は「私は患者の言動から生活習慣を読みとることができる」「私は患者の言動から性格を読みとることができる」といったアセスメントを示す項目に因子負荷量が高かったが, 同時に「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」といった患者の安寧につながる実践についての項目に因子負荷量が高かったことから, 「患者の背景のアセスメントに基づいた安寧に導く実践」と命名した。

第4因子は「私は基本的な技術のほかに整形外科に特有な専門知識や技術を身につけている」といった項目に因子負荷量が高かったことから, 「整形外科特有の専門知識と技術」と命名した。

第5因子は「私は患者の情動の変化に対処することができる」「私は患者の心理的問題を患者から直接聞きだすことができる」といった項目に因子負荷量が高かったことから, 「患者の心理的問題, 情動に対する看護実践」と命名した。

考察

看護専門職自律性の下位尺度ごとの得点傾向について, 辻ら¹⁶⁾の結果と比較していく。(以下, <本研究の結果/辻らの結果>と記述していく。)認知能力は<3.50/3.51>, 実践能力<3.48/3.41>, 具体的判断能力<3.58/3.53>, 抽象的判断能力<3.26/3.11>, 自立的判断能力<3.60/3.73>と, 似たような得点傾向を示した。また最も得点が高かったのが自立的判断能力であり, 最も得点が低かったのが抽象的判断能力であったのも同じ結果となった。志自岐¹⁷⁾も臨床領域との関連はないと述べているように, 看護専門職自律性は看護師にとって共通し, 運動器看護領域における看護師にも看護専門職自律性は同様に備わっていると考えられる。

職位の違いによる得点傾向は, すべての下位尺度において得点はスタッフより主任以上が高く, スタッフと主任以上で有意差があった。職位を得るには経験年数を経ていることもあるが, 職位があがることで職務に責任と決定権が生じ, スタッフを統制していく中に自己決定が反映されていくことで, 職務への自律性が育まれ, 専門職自律性が醸成されているのではないかと考える。辻ら¹⁸⁾の結果でもスタッフと主任以上では全ての下位尺度で有意差があったことから, 先行研究と同様の結果となった。

経験年数の違いによる看護専門職自律性の得点変

動は、本研究の結果ではいずれの下位尺度においても経験年数に比例するように得点が高くなる傾向を示していたが、菊池ら¹⁹⁾の結果では経験年数6年から10年のグループで一時的に得点が下降していたと示されている。菊池ら²⁰⁾の調査が行われたのは1996年と20年前のこととなる。2000年には看護師の職能団体である日本看護協会より看護師の継続教育基準が示され、2012年には改定されたver.2が公開²¹⁾された。この15年の間に看護師の継続教育が必要であることが浸透し、看護師自身も経験年数とともに積み重ねられた継続教育の結果が看護専門職自律性の得点を高めていることにつながっていると推察する。また1995年に2分野で開始された認定看護師は、現在21分野まで拡大し、学会認定資格等看護師の専門性を担保する資格が多数存在し、継続教育に資格の保証が得られるようになったことも経験年数を経ることで、看護専門職自律性が高まっている要因と考える。年齢階級別にみた就業看護師は、全国では35～39歳が最も多く15.6%を占め、それ以上の年齢では徐々に割合が減っていく²²⁾。新卒で看護師になったとすると35～39歳は経験年数14年以上20年未満と推察されるが、本研究で対象とした東北地方の整形外科病院では、経験年数21年以上が最も多かった。同じようなキャリアの同僚が多くいる環境で経験を積むことにより、実践能力や具体的判断能力、抽象的判断能力が磨かれ自信が付き、専門職自律性の得点が高くなったと考えられる。

整形外科経験年数の違いによる下位尺度得点傾向は、経験年数が増すごとに得点は高くなり、おおむね11年から20年をピークに21年以上では点数が下降する傾向となった。整形外科のみ21年以上経験していることは同じ職場での経験が積み重なり他の臨床領域との比較を感じづらいついて考えられる。中堅看護師の職業経験として、職場環境への順応と順応に伴う惰性での業務反復が指摘されている²³⁾ことから、日々の繰り返しと積み重ねが惰性と飽きを感じさせてしまうと推測する。また2年未満と他の区分の経験年数で有意差が付きやすく、特に実践能力や具体的判断能力において有意差が多く生じていた。運動器看護においては、整形外科特有の知識や歩行補助具の使い方、多職種との連携などが必要とされることから、2年未満では理解はできていても自信を持って実践し、実践の場面における経験知

に基づいた具体的判断能力ができない可能性が示唆された。

教育背景の違いによる下位尺度得点傾向は、本研究では教育背景の違いによる差が見られなかったため、結果の掲載は割愛した。使用している尺度等は異なるが、志自岐²⁴⁾の結果では大学卒とそれ以外の教育背景では専門職自律性の得点に有意差が見られていた。その理由として対象者の属性が志自岐の対象者では四年制大学卒が19.5%だったのに対し、本研究の対象者の教育背景では四年制大学卒が9.2%と半数以下であり、明らかに母集団の背景が異なるためと考えられる。看護系大学協議会によると本邦の四年制看護大学は2015年度現在248校であるが、本研究の調査対象である東北地方における四年制看護大学はわずか16校である²⁵⁾。加えて10期生以上を輩出している大学は16校中4校であり、また東北地方の大卒看護師の特徴として、数の少なさに加えて10年以上の経験年数のある看護師が圧倒的に少ないといえる。また近年の看護系大学の創設が増加している中、経験年数のある大卒看護師は教育機関へ移行していると考えられ、本研究の対象者の属性と数値につながっていると考えられる。

看護専門職自律性と運動器看護の特徴から、運動器看護の専門職自律性を把握するために因子分析を行った。5つの因子が抽出され、第1因子は「基本的看護実践の自立」と命名したが、これは運動器看護の特徴ではなく、専門職自律性の根幹をなす自立して実践ができることを指し命名している。第1因子に含まれた質問項目は全て菊池ら²⁶⁾の看護専門職自律性の質問項目であり、運動器看護特有の質問項目は含まれなかったため、看護実践に「基本的」を付し「基本的看護実践の自立」となった。第2因子は「多職種と家族を含めた療養環境の調整」と命名した。運動器看護では急性期病院から自宅退院せず、リハビリテーション病院への転院や療養型病院への転院や施設への入所が検討されることがある。高齢者が運動器疾患を患い、手術等の治療を行ったあと、ADLのレベルが変化しこれまでと同様の生活を営み続けることが難しくなる。また在院日数の減少に伴い、入院時から退院後の生活を見通し、多職種と家族を巻き込んで患者の退院後の療養環境を設定ならびに調整することが求められる。退院調整を行う看護師にとっての課題として、多職種の連携が不十分、入院時から退院に向けてアセスメント・

計画的支援が不十分とされる²⁷⁾。よって、退院調整という名目ではなくとも、入院時から患者の情報を収集し、多職種の専門性に配慮しながら連携し、家族の意向を把握しつつも患者にとってよりよい療養の場を調整できる能力が培われ、できていると自覚できることで、運動器看護における専門職自律性につながっていると考えられる。第3因子は「患者の背景のアセスメントに基づいた安寧に導く実践」としたが、これはアセスメントに基づく実践であれば第1因子と同じような命名となるが、この因子の中には患者の波打つ心理面を理解したうえで共感的に接し、さらに落ち着いて看護を受けられるような看護実践が含まれていたため、「安寧」という言葉で表現できると考えた。第4因子の「整形外科特有の専門知識と技術」は、整形外科に関わる看護師は特有の手術方法やそれに伴う特異的な合併症の知識、身体を安楽に保つための技術や特殊な装具の扱い方、歩行補助具の使用など特有な専門知識と技術が求められ、整形外科に就業する看護職者の学習ニーズのなかで最も多かったのが「整形外科疾患領域の基礎知識」であった²⁸⁾ため、このように命名した。第5因子は情動や心理的問題についての項目であったため「患者の心理的問題、情動に対する看護実践」としたが、単なる心理問題だけではなく、運動器に入院してくる患者の中で、特に高齢化率の高い手術は、女性の股関節の手術で78.3%と報告されており²⁹⁾、股関節以外の手術も下肢の手術は加齢と共に増大していた。運動器の周手術期では、高齢化率の高さゆえせん妄や認知症が問題となる。また入院に伴う環境の変化がせん妄の発症や認知症の症状増悪となるきっかけとなりやすく、そうした患者の認知精神機能を含めた看護実践が第5因子に表現されたといえる。

運動器看護領域における専門職自律性は、因子構造から読み解くと、基本的看護実践や患者の背景のアセスメントに基づいた安寧に導く実践といった専門領域に特化しない点もあるが、退院調整への依頼が多いのは運動器領域ともいわれ、院内だけでなく地域と連携し療養環境の調整が必要となってくる。今後ますます地域での療養が増えていくなかで、場の調整力が運動器領域の看護師に求められてくると考えられる。さらに整形外科特有の専門知識と技術は、入職時や異動に伴い看護師が獲得しなければならないこととして、教育プログラムが確立していく

ことが望まれる。加えて超高齢化のなかで、認知症への対応は必須であり、認知症看護との連携の強化が求められると考えられる。

結論

運動器看護領域における専門職自律性は、下位尺度である認知能力、実践能力、具体的判断能力、抽象的判断能力、自立的判断能力に関して先行研究との差はなかった。運動器看護領域における専門職自律性は職位が高いこと、既婚であること、経験年数があることが自律性の高さに影響を与えていた。また運動器看護領域における専門職自律性は因子分析の結果、基本的看護実践の自立、多職種と家族を含めた療養環境の調整、患者の背景のアセスメントに基づいた安寧に基づく実践、整形外科特有の専門知識と技術、患者の心理的問題、情動に対する看護実践が導き出された。

利益相反

この研究は平成26年度「学校法人日本赤十字学園教育・研究および奨学金基金」より助成を受けて行った。

本研究遂行において、利益相反にあたる企業等はない。

引用文献

- 1) 小谷野康子. 看護専門職の自律性に関する概念の検討と研究の動向. 聖路加看護大学紀要 2000 ; 26 : 50-58.
- 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. 静岡教育学部研究報告. 人文・社会科学篇 1997 ; 47 : 241-254.
- 3) 前掲書 2)
- 4) 志岡岐康子. 看護婦の専門職性の構成概念—看護婦への面接調査から—. 東京保健科学学会誌 1998 ; 1 (1) : 45-48.
- 5) 中村恵, 長谷部佳子, 平井さよ子, 森田チエコ. 手術室に勤務する外回り看護師の専門職的自律性と看護実践. 日本看護研究学会誌 2004 ; 27 (4) : 35-44.
- 6) 前掲書 2)
- 7) 堀之内若菜, 柳本優子. 整形外科病棟における運動器看護の特徴—エキスパートナースへのインタビューから—. 日本運動器看護学会誌

- 2012 ; 7 : 18-25.
- 8) 齋藤貴子. 人工股関節置換術の周手術期に看護援助に関する実態調査. 岩手県立大学看護学部紀要 2013 ; 15 : 19-28.
- 9) 前掲書 2)
- 10) 前掲書 7)
- 11) 辻ちえ, 竹田千佐子, 伊良部優子. 看護の専門職的自律性に関する要因. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要 2004 ; 12 : 27-38.
- 12) 吉田なよ子. 病院勤務の女性看護職の年令, 経験年数, 職業アイデンティティ, 看護専門職的自律性, バーンアウトの関連. 日本赤十字看護学会誌 2007 ; 7 (1) : 68-77.
- 13) 今堀陽子, 作田裕美, 坂口桃子. 看護師の専門職的自律性獲得とメンタリング. 日本看護研究学会雑誌 2008 ; 31 (2) : 55-63.
- 14) 奥田のり美, 河華代. 看護師の専門職的自律性と基本的属性との関係. 聖泉看護学研究 2012 ; 1 : 63-72.
- 15) パトリシア ベナー. ベナー看護論新訳版 初心者から達人へ. 第1版. 井部俊子. 東京 : 医学書院 ; 2005年. 11-24.
- 16) 前掲書 11)
- 17) 前掲書 4)
- 18) 前掲書 11)
- 19) 前掲書 2)
- 20) 前掲書 2)
- 21) 日本看護協会 ; 継続教育 ver.2 [2015年11月30日検索]
- <http://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2.pdf>
- 22) 厚生労働省 ; 平成26年衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概況 [2016年1月19日検索] <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/14/dl/kekka1.pdf>
- 23) 中山綾子, 中山登志子, 舟島なをみ. 中堅看護師の職業経験に関する研究 大学院進学に至った看護師に着眼して. 看護教育学研究 2014 ; 23 (1) : 49-64.
- 24) 志自岐康子. 看護婦の専門職的自律性と関連する因子の分析. 東京都立医療技術短期大学紀要 1998 ; 11 : 75-82.
- 25) 日本看護系大学協議会 ; 会員校 [2015年11月30日検索] <http://www.janpu.or.jp/outline/>
- 26) 前掲書 2)
- 27) 藤澤まこと. 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第1部) 医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化. 岐阜県立大学紀要 2012 ; 12 (1) : 57-65.
- 28) 黒木明美. 整形外科病棟に就業する看護職者の看護実践能力向上のための院内教育の検討. 日本運動器看護学会誌 2015 ; 10 : 62-68.
- 29) 日本整形外科学会 ; 整形外科手術調査 2009 [2015年11月30日検索] http://www.joa.or.jp/jp/media/comment/pdf/investigation_2009.pdf
- (2015年12月10日受付, 2016年3月29日受理)

<Original Article>

Professional Autonomy in Musculoskeletal Nursing

— Analysis Factor Structure of Professional Autonomy in Musculoskeletal Nursing —

Takako Saito

The Japanese Red Cross Akita College of Nursing

Abstract

The aim of this study is to analysis factor structure of professional autonomy in musculoskeletal nursing and to compare other result of professional autonomy in nursing at previous research. A total 546 nurses who work at orthopedic yards or outpatient departments participated in this study. Participants replied to a questionnaire what include an attribute, the Autonomy Measuring Scale in Nursing. There are no significant difference between this study and previous researches in the Autonomy Measuring sub-scale scores in nursing which are cognition, performance, concrete judgment, abstract judgment and independent judgment. Sub-scale scores for the Autonomy Measuring Scale are higher in any positions and more years of nursing experience. Professional autonomy in Musculoskeletal Nursing are composed “self-direction for basic nursing care”, “living and treatment environment adjustment with specialists team and families”, “practice based assessment holistically leading to tranquility”, “peculiar to special knowledge and skills in orthopedic care” and “nursing for emotion or affect” by factor analysis.

Keywords: professional autonomy, musculoskeletal nursing, years of nursing experience