

がん看護に携わる一般病棟看護師の自律性とその関連要因 ～批判的思考・職場風土の視点から～

中村卓樹¹⁾、吉岡さおり²⁾、入江多津子³⁾

- 1) 静岡市立清水看護専門学校
- 2) 京都府立医科大学大学院保健看護学研究科
- 3) 帝京平成大学 ヒューマンケア学部 看護学科

Professional Autonomy of General Ward Nurses Regarding Cancer Nursing: An Analysis from the Perspective of Critical Thinking and Work Climate

Takaki Nakamura¹⁾, Saori Yoshioka²⁾, Tazuko Irie³⁾

- 1) Shizuoka City Shimizu nursing technical school
- 2) Graduate School of Nursing for Health Care Science, Kyoto Prefectural University of Medicine
- 3) Department of Nursing, Faculty of Health Care, Teikyo Heisei University

要約

目的：がん看護に携わる一般病棟看護師の自律性とその関連要因を、批判的思考、職場風土の観点から明らかにすることである。

方法：A県内の300床以上の病院においてがん看護の経験を持つ一般病棟看護師1,013名を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。質問紙は、看護師の自律性測定尺度、批判的思考態度尺度、The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) 日本語版、個人属性から構成し、看護師の自律性を従属変数とした重回帰分析を行った。

結果：調査の結果、483の有効回答が得られた（回収率61.5%、有効回答率47.7%）。分析の結果、論理的思考への自覚（ $\beta = 0.36$ ）、ケアの質を支える看護の基盤（ $\beta = 0.21$ ）、臨床経験年数（ $\beta = 0.12$ ）、がん看護に関する学習経験（ $\beta = 0.11$ ）、証拠の重視（ $\beta = 0.10$ ）が関連要因として抽出された。調整済み R^2 は0.30であった。

考察：がん看護に携わる一般病棟看護師の自律性には、臨床判断の際に多くの事実や根拠を基に論理的に考え結果を導くこと、職場環境の充実、意欲的な学習参加などが関連していることが示唆された。

キーワード：がん看護、自律性、批判的思考、職場風土

1. はじめに

我が国の死亡原因は、1981年以来、悪性新生物（以下がん）が第1位となり、2017年の死因別死亡数割合は約28%を占めている¹⁾。がんは生涯のうち約2人に1人が発病する国民病ともいえる病気である²⁾。また、医療技術の進歩や治療内容の高度化に伴い、発病からの5年相対生存率は約62%まで上昇している³⁾。このことから、がんサバイバー支援という観点からも看護師の力が求められている現状がある。

医療が進歩していく一方で、患者とその家族は多岐にわたる選択を迫られる機会が多く、セルフマネジ

メントの必要性も高くなっており、がん看護においては、患者と家族それぞれのニーズに合わせた多種多様かつ高度な対応が求められるようになった。高度実践者であるがん看護専門看護師、がん関連の認定看護師は他領域の資格保有者と比べ数が多いが^{4) 5)}、どの病院にもそれらの資格を持った看護師が十分に配置されているわけではない。日々の療養環境において、患者や家族に最も近い存在であり、身体・精神的状況を詳細に把握しているのは一般病棟の看護師であるといえる。がんと告知された患者の不安・葛藤にはじまり、全人的苦痛を抱える患者のケアに際し、一般病棟の看護師

には、医師からの指示をそのまま実行するのではなく、患者の今を医師に伝え、協働し、よりよいケアが提供されるよう介入するスキルも求められる。専門看護師や認定看護師といったスペシャリストの活躍も期待されるが、質の高いケアを患者と家族に提供するためにはジェネラリストのスキルが不可欠であるといえ、与えられた環境下で患者一人ひとりの状態に合わせ、適切なアセスメント、行動をとれる一般病棟看護師の自律性が重要であると考えた。

がん看護に携わる一般病棟看護師に求められる自律性に関連して楠見⁶⁾は、自らの経験から学習し、適切に判断できる看護師を育てるうえで、すなわち自律性を向上させる要因として、批判的思考(クリティカルシンキング)を身につけることの重要性を強調している。さらに批判的思考を促進する環境要因として、職場風土の重要性についても言及している。若手が批判的思考スキルや態度を確実に身につけ、専門性を深めるとともに臨床現場に反映させる様にするためには、指導者自身がクリティカルシンカーとなり、そのための職場風土をデザインすることが重要であると述べている。

すなわち、自律性を育むためには、自らの判断の基盤となる批判的思考を身に付け、先輩看護師などの良き手本がいる良好な職場風土が影響していると考えられるが、一般病棟看護師の自律性に関してこれらの関連要因を検討した研究は十分ではない。従って本研究は、一般病棟で勤務しながらがん看護に携わる看護師の自律性とその関連要因を、批判的思考、職場風土の観点から分析した。

II. 研究方法

1. 用語の定義

1) 一般病棟

ホスピス、緩和ケア病棟を除く、一般病床であり、がん患者が入院する病棟として。尚、一般病床とは、医療法上の病床区分で「精神病床・感染症病床・結核病床・療養病床」以外の病床を指す⁷⁾。

2) 一般病棟看護師

専門看護師、認定看護師、看護師長は除き、ベナー⁸⁾の看護理論から一人前レベルとされる看護基礎教育終了後3年以上の臨床経験を有し、がん看護の経験を持つ一般病棟で働く看護師とした。

3) 自律性

看護師の自律性測定尺度⁹⁾を基に、与えられた環境下で患者一人ひとりの状態に合わせ、適切なアセスメ

ント、主体的な行動をとれることとした。

4) 批判的思考

自分の推論過程を意識的に吟味する反省的な思考であり、何を信じ、主張し、行動するか決定に焦点を当てる思考をさす¹⁰⁾。情報を適切に取捨選択し、主観にとらわれることなく客観的に捉え、多角的・多面的に検討し、適切な基準に基づき判断することとした。

5) 職場風土

ある環境で働いている人によって直接的、間接的に認知される職場特性の記述であり、その人のモチベーションや行動に影響を及ぼすものである¹¹⁾。これを基に、一般病棟の看護師同士が互いに影響し合い、その結果作り出される環境を職場風土とした。

2. 調査対象

A県において、がん診療拠点病院、県が指定するがん診療連携指定病院など、地域でがん診療を推進し、一般病床を持つ300床以上の病院を機縁法にて抽出し、看護管理責任者の同意が得られた7施設1013名の看護師を対象とした。

3. 調査期間

2015年6月から9月末日まで。

4. 調査方法

1) 質問紙の構成

(1) 看護師の自律性測定尺度

本尺度は、看護場面における看護活動を、認知、判断、実践の3領域に大別し、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因子にて、看護専門職の自律性を測定するための尺度として開発された⁹⁾。

「認知能力(14項目)」「実践能力(14項目)」「具体的判断能力(7項目)」「抽象的判断能力(7項目)」「自立的判断能力(5項目)」の5因子47項目から成り、5段階評定で得点化する(合計得点の範囲:47~235点)。各因子の信頼性係数(Cronbach's α)は、0.93~0.79と高く、いずれの因子も0.7以上の値が得られ信頼性が確認されている。妥当性は、探索的因子分析による構成概念妥当性、適切な看護ができる自信との相関による収束的妥当性で確認されている。

今回の研究対象者はがん看護に携わる一般病棟の看護師であるため、各質問項目の「看護」、「患者」の前に「がん」と付け使用してよいか、尺度開発者に確認し、了承を得た。

(2) 批判的思考態度尺度

本尺度は批判的思考に必要とされる態度に焦点を当てて開発された尺度であり、「論理的思考への自覚（13項目）」「探求心（10項目）」「客観性（7項目）」「証拠の重視（3項目）」の4因子33項目から構成され、5段階評定で得点化する（合計得点の範囲：33～165点）¹⁰⁾。

各因子の信頼性係数（Cronbach's α ）は0.85～0.57であり、また妥当性に関しては、G-P分析、探索的因子分析、共分散構造分析によるモデル適合度の検証を経て確認されている。

(3) 職場風土を測定するための日本語版 PES-NWI

The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index（以下 PES-NWI）はLake¹²⁾が開発した尺度であり、看護実践労働環境を測定する尺度として日本語版も開発されている¹³⁾。「病院全体の業務における看護師の関わり（9項目）」「ケアの質を支える看護の基盤（10項目）」「看護管理者の力量・リーダーシップ・看護師への支援（5項目）」「人的資源の妥当性（4項目）」「看護師と医師の良好な関係（3項目）」の5因子31項目から構成され、4段階評定で得点化する（合計得点の範囲：31～124点）。

オリジナル版では信頼性と妥当性が検証されており、医療の質向上を目指す米国の官民協働非営利組織 National Quality Forum（NQF）によって、看護ケアのためのシステムに焦点化した基準として推薦されている。日本語版では尺度の項目全体における信頼性係数（Cronbach's α ）は0.90であり、各因子では0.86～0.76と信頼性も高く、因子分析により妥当性も検証されている。

(4) 対象者の個人属性

性別、年齢、臨床経験年数、職位、最終学歴、現在所属する病棟の診療科などの項目を含めた。

(5) 対象者の勤務環境

院内の緩和ケアチームの有無、所属する病棟の主な勤務体制、所属する病棟の日勤帯、夜勤帯の看護師一人当たりの平均的な受け持ち患者数、所属する病棟の病床数、がん看護の実践における先輩看護師など手本としている人の有無、これまでのがん看護に関する学習経験などを項目に含めた。

5. データ収集方法

質問紙の回収方法は留置き法とした。研究対象者の質問紙投函をもって研究参加の同意を得たものとし、10～14日間留置き袋を病棟内に設置した。留置き袋

は各病棟から看護部へ集め、看護部よりまとめて研究者へ返信を依頼した。

6. 分析方法

各尺度や属性等のデータの記述統計を行った。関連要因の探索では、単変量解析によって重回帰式に投入する変数を検討し、がん看護に携わる一般病棟看護師の自律性を従属変数とした重回帰分析を用いて解析した。また、データの分析には、統計解析ソフト IBM SPSS Statistics21 を使用した。

7. 倫理的配慮

研究協力機関へ直接訪問または郵送にて依頼し、看護部長もしくは看護管理者へ口頭もしくは紙面にて説明し、承諾を得た。承諾が得られた後、質問紙に説明文書を添付し、各看護単位の病棟責任者より調査対象者への配布を依頼した。本研究への参加同意は、質問紙への回答および回収をもって確認する旨説明した。本研究への参加は研究対象者の自由意思に基づくものであり、参加拒否が本人の不利益にならないことを保証した。質問紙は個人が特定されない無記名式とし、所属部署、所属病院の記載欄は作成せず、回収際には封筒に封入した上で留置き袋への投函を依頼し、参加の有無が他者にわからないように配慮した。研究の実施にあたり、当時の所属機関の倫理審査委員会の承認を得た（承認番号：14-Io-133）。

III. 結果

調査の結果、回答者数593名、回収率61.5%であった。その中で、臨床経験年数が3年未満である、現在所属する部署が病棟ではない、パート勤務であるなど、本研究対象者以外の質問紙や、欠損値が多く有効な分析に支障をきたすと推測された質問紙を除いた483名を分析対象とした（有効回答率47.7%）。

1. 対象者の概要

対象者の平均年齢は32.9 ± 8.4歳、平均臨床経験年数は10.3 ± 7.6年、女性445名（92.1%）、男性38名（7.9%）であった。対象者の属性および勤務環境を表1に示した。対象者の大多数はスタッフナースであり、最終学歴は専門学校が約7割を占めていた。勤務体制は約9割が2交代勤務をしており、約半数の対象者が日勤帯で5～7人、夜勤帯で10～15人の患者を受け持つ勤務体制であった。また、がん看護の手本となる存在については、約7割が「いる」と回答し、対象者

表 1. 対象者の属性、職場環境、学習経験によるがん看護に携わる看護師の自律性の比較

N=483

	項目	n (%)	mean	SD	p	
職位	スタッフナース	370 (76.6)	150.32	21.36	0.00**] **] **
	チームリーダー	73 (15.1)	158.03	20.95		
	主任・副師長	40 (8.3)	167.80	21.25		
最終学歴	専門学校	343 (71.0)	154.00	21.40	0.00**] **] **] **] **
	短期大学	43 (8.9)	154.02	23.52		
	大学	89 (18.5)	148.61	21.03		
	5年一貫教育	6 (1.2)	131.83	18.08		
	大学院	2 (0.4)	203.50	23.33		
所属部署	外科	118 (24.5)	154.58	20.54	0.64	
	内科	112 (23.1)	152.68	20.38		
	その他(混合)	253 (52.4)	152.28	23.14		
緩和ケアチームの有無	ある	452 (93.6)	152.95	22.22	0.95	
	ない	31 (6.4)	152.71	16.48		
勤務体制	3交代	43 (8.9)	156.37	21.40	0.47	
	2交代	428 (88.6)	152.50	22.08		
	その他	12 (2.5)	156.33	15.46		
日勤平均受け持ち患者数	3人未満	7 (1.5)	161.71	17.60	0.31	
	3-5人未満	59 (12.1)	149.95	20.18		
	5-7人未満	249 (51.6)	154.22	22.88		
	7人以上	168 (34.8)	151.72	21.02		
夜勤平均受け持ち患者数	5人未満	28 (5.8)	158.71	16.47	0.41	
	5-10人未満	16 (3.3)	156.13	18.68		
	10-15人未満	262 (54.3)	151.92	22.33		
	15人以上	177 (36.6)	153.24	22.19		
所属病棟の病床数	40床未満	111 (23.0)	158.53	20.54	0.03*] *] *
	40-50床未満	142 (29.4)	150.72	23.97		
	50床以上	230 (47.6)	151.60	20.77		
手本の有無	いる	343 (71.0)	153.30	21.63	0.57	
	いない	140 (29.0)	152.05	22.54		
がん看護に関する学習経験	看護基礎教育	40 (8.3)	143.35	19.63	0.00**] **] **
	病院内での学習	292 (60.5)	151.15	21.48		
	病院外での学習	151 (31.2)	158.93	21.84		

注) 2要因の比較: t検定, 3要因以上の比較: 一元配置分散分析 / Tukey法による多重比較

*p<0.05, **p<0.01

の約6割が院内研修としてがん看護に関する学習経験を有していた。

2. 関連要因の検討

看護師の自律性尺度、批判的思考態度尺度、PES-NWIの因子ごとの記述統計を表2に示した。本研究における各尺度の信頼性は、看護師の自律性尺度から順に、 $\alpha=0.66\sim 0.92$ 、 $\alpha=0.49\sim 0.85$ 、 $\alpha=0.75\sim 0.85$ であり、批判的思考態度尺度の第4因子の信頼性が十分とはいえないが、その他の尺度については各因子の信頼性を概ね確認することができた。

対象者の属性および勤務環境による看護師の自律性尺度合計得点の比較においては、職位、最終学歴、病床数、がん看護の学習経験において、自律性の得点に有意差がみられた ($p<0.05$, $p<0.01$) (表1)。また、自律

性合計得点と独立変数の各因子得点との相関分析を表3に示した。看護師の自律性測定尺度各因子と、批判的思考態度尺度、PES-NWIの各因子間で低～中程度の有意な相関を認めた。

これらの単変量解析を経て、重回帰分析に投入する独立変数を表4に示した。分析にあたり臨床経験年数を月数に変換した。また、共線性の考えられる年齢と臨床経験月数に関しては、社会人経験者が新卒看護師として入職することが多くなった社会背景を考慮し、臨床経験月数を採択した。臨床経験月数、職位、最終学歴、所属する病棟の病床数はそれぞれ表4の通りダミー変数化した。

重回帰分析の結果を表5に示した。がん看護に携わる一般病棟看護師の自律性に関連する要因として、批判的思考態度尺度：論理的思考への自覚 ($\beta=0.36$,

表 2. 既存尺度の記述統計と信頼性係数

N=483

項目	Mean	SD	Cronbach's α
看護師の自律性測定尺度 合計得点	152.94	21.88	0.96
第1因子：認知能力	3.12	0.75	0.92
第2因子：実践能力	3.20	0.76	0.92
第3因子：具体的判断能力	3.23	0.76	0.87
第4因子：抽象的判断能力	3.11	0.75	0.82
第5因子：自律的判断能力	3.47	0.79	0.66
批判的思考態度尺度 合計得点	110.59	12.55	0.89
第1因子：論理的思考への自覚	3.08	0.80	0.84
第2因子：探求心	3.60	0.83	0.85
第3因子：客観性	3.58	0.76	0.69
第4因子：証拠の重視	3.28	0.79	0.49
PES-NWI 合計得点	83.84	12.70	0.92
第1因子：病院全体の業務における看護師の関わり	2.66	0.78	0.75
第2因子：ケアの質を支える看護の基盤	2.80	0.70	0.79
第3因子：看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援	2.93	0.75	0.85
第4因子：人的資源の妥当性	2.30	0.78	0.81
第5因子：看護師と医師との良好な関係	2.80	0.69	0.83

注) 因子得点は1項目あたりの得点に換算した得点を示す

PES-NWI: The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

評定法：看護師の自律性測定尺度 (5段階)、批判的思考態度尺度 (5段階)、PES-NWI (4段階)

表 3. がん看護に携わる看護師の自律性と独立変数との相関分析

N=483

	がん看護に携わる看護師の自律性					
	合計 得点	第1因子： 認知能力	第2因子： 実践能力	第3因子： 具体的 判断能力	第4因子： 抽象的 判断能力	第5因子： 自律的 判断能力
年齢	.18**	.15**	.22**	.17**	.13**	.08
臨床経験年数	.21**	.16**	.25**	.20**	.15**	.11*
批判的思考						
第1因子：論理的思考への自覚	.47**	.40**	.47**	.43**	.44**	.28**
第2因子：探求心	.29**	.28**	.27**	.24**	.25**	.19**
第3因子：客観性	.27**	.26**	.24**	.22**	.20**	.26**
第4因子：証拠の重視	.34**	.30**	.33**	.32**	.31**	.14**
PES-NWI						
第1因子：病院全体の業務における看護師の関わり	.22**	.22**	.22**	.18**	.20**	.09*
第2因子：ケアの質を支える看護の基盤	.26**	.26**	.25**	.22**	.26**	.10*
第3因子：看護管理者の力量、リーダーシップ、 看護師への支援	.20**	.20**	.18**	.16**	.15**	.14**
第4因子：人的資源の妥当性	.09*	.09*	.08	.08	.12**	.01
第5因子：看護師と医師との良好な関係	.18**	.18**	.17**	.15**	.17**	.09

注) Pearson の相関係数

*p < 0.05, **p < 0.01

PES-NWI: The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

表 4. 重回帰分析に投入した独立変数

独立変数	
1 臨床経験月数	(0: 124ヶ月未満 / 1: 124ヶ月以上)
2 職位	(0: スタッフナース / 1: チームリーダー以上)
3 最終学歴	(0: 専門・短大・5年一貫卒 / 1: 大学・大学院卒)
4 所属病棟の病床数	(0: 40床未満 / 1: 40床以上)
5 がん看護に関する学習経験	(0: 病院内に限る学習 / 1: 病院外学習への参加)
6 批判的思考態度尺度	第1因子：論理的思考への自覚
7 批判的思考態度尺度	第2因子：探求心
8 批判的思考態度尺度	第3因子：客観性
9 批判的思考態度尺度	第4因子：証拠の重視
10 PES-NWI	第1因子：病院全体の業務における看護師の関わり
11 PES-NWI	第2因子：ケアの質を支える看護の基盤
12 PES-NWI	第3因子：看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援
13 PES-NWI	第4因子：人的資源の妥当性
14 PES-NWI	第5因子：看護師と医師の良好な関係

注) PES-NWI: The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

表 5. がん看護に携わる看護師の自律性に関連する要因

N=483

変数	回帰係数	標準偏回帰係数 β	t 値	p
批判的思考態度尺度：論理的思考への自覚	1.290	.364	8.174	.000**
PES-NWI：ケアの質を支える看護の基盤	1.112	.211	5.500	.000**
臨床経験月数	5.737	.124	3.107	.002**
がん看護に関する学習経験	5.168	.110	2.758	.006**
批判的思考態度尺度：証拠の重視	1.364	.100	2.268	.024 *
R ²	.310			
調整済み R ²	.303			

注) 重回帰分析 Stepwise 法

PES-NWI: The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

p<0.00)、PES-NMI:ケアの質を支える看護の基盤 ($\beta = 0.21$, p<0.00)、臨床経験月数 ($\beta = 0.12$, p<0.01)、がん看護に関する学習経験 ($\beta = 0.11$, p<0.01)、批判的思考態度尺度：証拠の重視 ($\beta = 0.10$, p<0.05) の5つの要因が示された。調整済 R² = 0.30 であった。

IV. 考察

本研究では、一般病棟のがん看護における看護師の自律性とその関連要因について、批判的思考および職場風土の視点から分析した。その結果、批判的思考態度の論理的思考への自覚および証拠の重視、職場風土においては、ケアの質を支える看護の基盤、臨床経験年数、学習経験の5要因が示唆された。関連要因の特徴とがん看護実践への示唆の観点から考察を述べる。

1. がん看護における看護師の自律性の関連要因の特徴

批判的思考態度尺度の第1因子である論理的思考への自覚は、自律性の合計得点との関連において最も高い説明率を持つ結果を得た。論理的思考とは、物事の道筋を立てて考えることであり、自らが考えるという点に関して、楠見⁶⁾の述べる情報の明確化、分析、推論、意思決定に当てはまり、がん看護に携わる看護師の自律的な行動における準備段階としてなくてはならない要素であることが示唆された。朝倉らは¹⁴⁾、チーム間での情報共有や医師への報告、また患者本人やその家族へ今の状態を伝える際、何を、どこまで、どのように伝えるのか、自らまたはチーム間で協働して工夫することが重要であると述べている。また、ジェネラリストは、患者の状態に関する高度なアセスメントとそれに基づく的確な看護援助およびチーム内の調整を行うことで、質の高い医療提供に重要な役割を果たしているとも述べている。これらのことから、一般病棟でがん看護に携わる看護師は、治療期から終末期にかけ全人的苦痛を呈する患者と対峙し、自律的に行動するためには、医師の指示を遂行するだけでなく、

看護師一人ひとりが論理的に思考し、判断することの重要性を示す結果となった。

思考に関し、批判的思考態度尺度の第4因子である証拠の重視も関連要因として示された。看護師の実践において、「証拠」つまり「根拠」は必要不可欠な要素であり、その思考を研鑽することの重要性を再認識させる結果となった。根拠に基づく看護を草間¹⁵⁾は、患者に対して最善のケアを提供するための手段であり、看護の熟練者の経験と知識に基づいて行われてきた従来のケアに代わり、現時点で得られる最善の科学的なエビデンス(根拠)を活用して個々の患者にとって最善のケアを提供していこうとするものであるとしている。加えてどんなにエビデンスが高いケアであったとしても、患者あるいは患者の家族に受け入れられなければ提供することはできず、患者の個別性を重視することが大前提であるとも述べている。よって、患者一人ひとりに合わせた質の高いケアが求められるがん看護の実践において、根拠とともに患者の状態を十分アセスメントし実践に臨むことが重要であるといえる。

職場風土として抽出された PES-NWI の第2因子であるケアの質を支える看護の基盤では、質問項目の中に、クリニカルラダーによる継続教育や充実した教育プログラムがあることを問う内容が含まれている。クリニカルラダー制度とは、日本看護協会より推奨された、看護師としての専門知識や技術を段階的に習得できるよう計画されたキャリア開発プランのことであり¹⁶⁾。導入により、看護における基礎的知識・技術の習得が、導入前と比べ段階的、経時的になった。今の自身の知識・技術習得状況がより明白となったことで、高度な判断、ケアを求められるがん看護実践への素地となり、また質的還元につながっているといえる。

また、教育プログラムについては、多くの病院で取り入れられているプリセプター制度に着目する。プリセプター制度とは、新人看護職員1人に対して経験の

ある先輩看護職員（プリセプター）がマンツーマンで、ある一定期間新人研修を担当する方法のことであり¹⁷⁾。入職間もない新人看護師は、看護を実践する際、先輩ナースを手本とすることが多い。本研究の個人属性の結果からも、自律性合計得点に有意差はなかったものの、手本がいると答えたスタッフは約7割にのぼっている。今堀ら¹⁸⁾は、判断に迷った時は先輩ナースの行動を振り返ることが多く、頼れる状況が重要であると述べている。がん看護においては、終末期看護の見地から Yoshioka ら¹⁹⁾は、良きロールモデルの存在や継続した教育プログラムが看取りケアを行ううえで看護師の自律性に影響を与えていたとも報告している。これらを鑑みると、相談しやすい、頼みやすい雰囲気こそが職場の風土を形作っており、がん看護を実践するうえでの基盤となっているといえる。また、PES-NWIの別の質問項目には、看護師長は支援的であること、過ちを非難するのではなく学びの機会としているといった項目がある。塚本ら¹¹⁾は、支援を受けていると認識しているスタッフは自律性が高いと述べていることや、Denise²⁰⁾は看護師長とスタッフ間には職場環境やケアの質に関して認識に差異があることを述べている。これらから、先輩看護師、看護管理者は、所属する看護師の思考・判断・実践・評価に対して、支援的であることが重要であると示唆された。

臨床経験年数と自律性に関し菊地ら⁹⁾、辻ら²¹⁾は、先行研究において本研究と同様の結果を報告している。加えて、別の先行研究において辻ら²²⁾は、中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因を分析している。プラトー現象とは、練習による進歩を示す学習曲線にみられる特徴であり、進歩の停滞する時期を意味している。経験年数5～20年の中堅看護師はプラトー現象を起している傾向を表したとしており、その状態から解放するためには、専門職の自律性を獲得することが重要であると述べている。

このことから、職務の継続に意義があるということが示唆された半面、ただ単に経験年数が上がれば自律性も向上するわけではなく、そこに至るまでの経験の質、またその蓄積が問われると言い換えることもできる。米国と日本では教育制度が異なるため一概には言えないが、Handy²³⁾は、自律性は経験年数で増えるものではなく、教育レベルが影響しており、学士号を持っている看護師の方が、準学士号を持つ看護師より自律性が高いという報告をしている。すなわち、がん患者の多様な訴えを論理的に分析できる思考力、そしてが

ん患者のニーズに即したケアを実践できることは、看護基礎教育の基盤があり、臨床での実践をいかに内省し、経験値として蓄積していくかが重要となるといえる。

よって、本研究の結果だけでは一概に経験年数が増えることで自律性が向上するとは言いきれず、より詳細な内容に着目することができる質的な質問や、がん看護のステージを焦点化した調査、またその回答が必要であると考えられる。

がん看護の学習経験は、臨床の場面で経験したがん患者のケアの困難さ、またその際の学習不足感が自己の学習ニーズに変化し、院外研修の参加への動機づけになっていると考えられ、自身の自律性にも影響を与えていることが示唆された。それは、日々のがん患者との対峙において強く印象に残る看護場面が多く、内省していることの裏付けでもあるといえる。また、研修で得た学びは自らの知識・技術の向上による患者ケアへの還元だけでなく、職場の同僚への指導教育の還元も期待され、がん看護における自律性獲得には改めて職場風土の重要性を示唆する形となった。

2. がん看護実践への示唆

がん医療では、手術療法・薬物療法・放射線療法を組み合わせた集学的治療が行われる。近年、分子標的薬や経口抗がん薬・免疫チェックポイント阻害薬の開発、その副作用に対する支持療法の開発など、がん医療技術が発展したことによって、外来や自宅でもがん治療を継続することができるようになった。これはがん患者の Quality of Life (QOL) の維持・向上につながる画期的な発展であり、がん医療のパラダイムシフトをもたらしているといえる²⁴⁾。その一方で、5年生存率の上昇から長期生存が見込めるようになり、患者・家族は複雑な選択を求められるようになったともいえる。一般病棟看護師においては、入院時から退院後の生活を見据え、サバイバーシップ支援の観点からがん患者、またその家族を支え、Advance Care Planning (ACP) を推進し、対話していくスキルのある看護師が必要とされている現状がある。

一般病棟でがん看護に携わる看護師の多くは、他疾患で入院している複数の患者を受け持ちながらがん患者を受け持っている。排泄援助や清潔援助といった日常生活援助を行いながらがん患者特有の全人的苦痛に対応するなど、同時に様々なニーズに応えていかなければならない難しさがある。加えて、がん患者の訴えは一様ではなく、時に死と結びついており、解決困難

な場面に遭遇することも度々ある。しかしその難しさに背を向けるのではなく、時にスタッフ間で協同し、がん患者に向き合い、寄り添いながら自律的に活動することが大切である。その自律性を育むうえで、ただ指示を実行するのではなく、今必要としている最善のケアは何か俯瞰して考える、すなわち、自らの判断の基盤となる批判的思考を身に付けることが重要である。そして、がん看護に関する学習経験を積み重ねるとともに、臨床経験から得られた実践知をチームで共有し、支え合い、協働できる良好な職場風土が重要であるということが本研究を通して示唆された。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究では、がん看護に携わる看護師の自律性として、批判的思考・職場風土の側面から分析し、5つの要因が示唆された。しかし重回帰分析の結果における調整済み決定係数は0.3と十分ではない。看護師の自律性に関連する要因は多様であると捉え、今後も検討していく必要がある。

また、本研究における自律性測定尺度は、各質問項目の「患者」「看護」の前に「がん」と付して使用したが、一般病棟でがん看護に携わる看護師の自律性を測定するためには独自の尺度開発が必要である。加えて、がん看護の対象が治療期～終末期にあるがん患者とステージが多岐に渡っているため、今後それぞれのステージに焦点を当てた更なる検討も必要である。

謝辞

研究にご協力下さいました各施設の看護管理者、看護師の皆様に感謝申し上げます。本研究は2016年国際医療福祉大学大学院医療福祉学専攻修士課程の修士論文を加筆・修正したものであり、第36回日本看護科学学会学術集会にて発表した。

VI. 引用文献

- 1) 厚生労働省 (2017): 平成 29 年 (2017) 人口動態統計 (確定数) の概況 統計表 第 6 表 性別にみた死因順位 (第 10 位まで) 別死亡数・死亡率 (人口 10 万対) 構成割合
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakuteil7/index.html> アクセス日 2019 年 7 月 25 日)
- 2) 厚生労働省 (2018): 平成 29 年 (2017) 人口動態統計の年間推計
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/>

- [jinkou/kakuteil7/index.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakuteil7/index.html) アクセス日 2019 年 7 月 25 日)
- 3) 国立がん研究センター (2019): 最新がん統計 (ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html アクセス日 2019 年 7 月 25 日)
- 4) 日本看護協会 (2019): 都道府県別専門看護師登録者数 (<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns> アクセス日 2019 年 7 月 25 日)
- 5) 日本看護協会 (2019): 都道府県別認定看護師登録者数 (<https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn#approvedpersons> アクセス日 2019 年 7 月 25 日)
- 6) 楠見 孝 (2014): 教育におけるクリティカルシンキング. 看護診断, 19 (2): 40-41.
- 7) 医療法第 7 条第 2 項第 1 号から第 5 号 (<http://www.law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO205.html> アクセス日 2019 年 7 月 25 日)
- 8) ベナー (井部 俊子訳) (2006): ベナー看護論新訳版, 21, 東京: 医学書院.
- 9) 菊地昭江, 原田唯司 (1997): 看護の専門職における自律性に関する研究. 日本看護研究学会誌, 30(4): 23-35.
- 10) 平山るみ, 楠見孝 (2004): 批判的思考態度が結論導出プロセスに及ぼす影響. 教育心理学研究, 52: 186-198.
- 11) 塚本尚子, 野村明美 (2007): 組織風土が看護師のストレス、バーンアウト、離職意図に与える影響の分析. 日本看護研究学会誌, 30 (2):55-64.
- 12) Eileen T. Lake (2002): Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). Research in Nursing & Health, 25: 176-188.
- 13) 緒方泰子, 永野みどり, 赤沼智子 (2008): The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) 日本語版の作成. 千葉大学看護学部紀要, 30: 19-24.
- 14) 朝倉京子, 籠玲子 (2013): 中期キャリアにあるジェネラリスト・ナースの自律的な判断の様相. 日本看護科学会誌, 33 (4): 43-52
- 15) 草間朋子 (2003): EBN (Evidence-Based Nursings) を考える. 大分看護科学研究, 4 (1): 12-15.
- 16) 日本看護協会. 継続教育の基準 ver.2

- (<http://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/index.html> アクセス日 2019年7月25日)
- 17) 日本看護協会 (2019). 新人看護職員研修ガイドライン (改訂版)
(<https://www.nurse.or.jp/nursing/.../pdf/kentokai-betu-0714.pdf> アクセス日 2019年7月25日)
- 18) 今堀陽子, 作田裕美, 坂口桃子 (2008): 看護師の専門職的自律性獲得とメンタリング. 日本看護研究学会誌, 31 (2): 55-63.
- 19) Yoshioka, S., Moriyama, M. (2013): Factors and Structural Model Related to End-of-Life Nursing Care in General Ward in Japan. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30 (2): 146-152.
- 20) Denise K. Gormley (2011): Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse turnover. *Journal of Nursing Management*, 19: 33-40.
- 21) 辻ちえ, 竹田千佐子, 伊良部優子 (2004): 看護の専門職的自律性に関与する要因. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 12: 27-38.
- 22) 辻ちえ, 小笠原知枝, 竹田千佐子 他 (2007): 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因. 日本看護研究学会誌, 30 (5): 31-38.
- 23) Handy, C. M. (1999): *Intuition, autonomy and level of clinical proficiency among registered nurses*, New York University: 144.
- 24) 吉岡さおり, 岩脇陽子 (2018): 高度実践看護師としてのがん看護専門看護師教育の展望. 京都府立医科大学雑誌, 127 (12): 781-789.