

タイトル	看護師の自律性を高めるために：個人属性との関係
著者	寺本，千夏；Teramoto, Chika
引用	北海学園大学大学院経営学研究科 研究論集(18): 25-41
発行日	2020-03

看護師の自律性を高めるために

— 個人属性との関係 —

寺 本 千 夏

I. はじめに

我が国は、2007 年超高齢社会を迎え早 12 年、来る 2025 年問題に向けた医療・介護・福祉の連携、病院から地域へとシフトする「地域完結型医療」の実現を目指し「地域包括ケアシステム」の推進が求められている。「地域包括ケアシステム」は、高齢者が病院を退院した後の生活を見据えた在宅療養支援が重要となり、看護師はそのための知識や多職種との調整力などのスキルを身につけ、患者や家族の個別性に配慮した支援をしていく必要がある。これは、看護職への役割拡大の期待であり、多職種連携のキーパーソンとして、受け身ではない自律した存在として役割を発揮することの期待と言える。そして、看護職にはいつの時代も「質の高い看護」の提供が求められている。志自岐（1995）が「患者へのケアの質と看護職が自律的に看護を実践していることは関わりがある」と述べているように、質の高い看護を提供するためには、看護師個々の自律性の高さが重要となってくる。

自律性とは、「上司や雇用者から専門的判断および措置において指図を受けない職業上の自主性」（個人としての自律性）と「免許・養成・就業など広範な自己規制力を持ち、サービスの維持改善に責任をもって自治組織としての職業団体の結成」（集団としての自律性）を意味する、と天野（1972）は述べている。看護職の職務は、保助看法において「療養上の世話または診療の補助」と定められている。この「診療の補助」について、診療が医業であることから医師の指示が必要となり、その結果看護職は医師の指示に基づいて業務を行うこととなる。これが、看護師の専門職としての自律性に疑問を感じざるを得ない所以である。一方で、「療養上の世話」に医師の指示は必要とされておらず、看護師としての自律性を発揮することが可能な業務となる。だが、病院という医師中心の環境が影響するためか、その「療養上の世話」にまで看護職は医師の指示を求めることが慣習となっている場面が今もなお少なくない。しかし、看護職は地域包括ケアの推進、地域医療構想の実現に向け、看護職の活躍する場の多様化に対応することが求められている。平成 28 年度に報告された厚生労働省の衛生行政報告例

によると、看護職の働く場所として、平成 18 年から 10 年の間に病院と診療所で働く割合は減少し、居宅サービスや訪問看護ステーション、指定介護老人福祉施設（特養）等の就業割合が増加の傾向にある。病院から地域に活躍の場が拡大してきている看護職は今、「疾病」をみる「医療」の視点から、「生活」の視点を持って「人」をみることに専門職としての価値をおく。病院という整った環境で、「診療の補助」が主となっていた看護職は、様々な場所で看護の本質である「療養上の世話」にその専門性を発揮することが期待されていると言える。それは、看護の専門性を明確にし、自律性を確保するということにも繋がると考える。本研究では、看護職の自律性に関して先行研究を通して整理した上で、質の高い看護の提供を目指して看護専門職の自律性を高めるより具体的な要因について検証する。

II. 先行研究

1. 自律性について

自律性に関する研究では、看護職の自律性を実践においてどう高めることができるかとの視点に立ち、影響を及ぼす要因に関する報告がされている。志自岐（1998）は、自律性は臨床状況における看護婦¹の役割行動に反映されるとし、役割理論を基に臨床経験年数や自尊感情、教育背景などのパーソナリティシステムと、仕事の満足度や臨床領域などの社会システムの視点で自律と関連する要因を探っている。結果、経験年数と高学歴が自律性に影響し、自尊感情と自律性の相互関係を報告している。そして、看護師の職場環境を調整し自尊感情を高めることで自律性の促進が可能であることを示した。菊池（1997）は、我が国独自の看護職の専門職的自律性を測定するための尺度開発が進んでいないことから、自律性の概念構造や内容を明らかにすることを目的に測定尺度の開発を試みている。菊池（1997）は、看護活動を「認知」「実践」「判断」の 3 つのレベルで捉えた。看護師が主体的に職務を遂行することは、職務の遂行過程の中で表現

¹ 原典で「看護婦」との表記のため、原文のまま使用する。

されると考え、看護上の意思決定過程や看護を実践する際の行動を手掛かりとして自律性の測定を可能としている。その後の研究で、看護専門職における自律性を「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つの下位項目を持つものと定義した。看護教育や臨床現場での自律性育成の教育方法、そのための環境調整を目的とした自律性を促進する要因の探究を行った小谷野(2001)は、看護婦¹としての自己実現と自己効力、経験年数の長さやリーダーの役割が自律性と関連していることを報告した。小谷野と同じく自律性形成の教育的示唆を得ることを目的とした辻(2004)は、自律性の形成には職務信頼度が最も重要な要因であり、職位は自律性の獲得に繋がることを報告している。また経験年数については、下位尺度の「自立的判断能力」においては重要な要因とならないこと、「抽象的判断能力」の獲得には研修経験より研究経験が自律性を獲得する傾向にあるとの示唆を得ている。山口(2009)は、経験年数が自律に関連しているとの報告の多い中、他の要因を探り、看護師自身のリーダーシップが自律性に関連していることを示唆した。高度医療機関の病院に勤務する看護師の自律性に言及した奥田(2012)は、山口以前の先行研究と同様に自律性と臨床経験年数の関連を報告している。また、前述した先行研究とは視点を変えて小寺(2016)は、自律性と関連する支援者やその支援の在り方について報告している。師長によるサポートや支持は、看護師が自己の価値を認識する契機となり、それが職務信頼度の向上に繋がること、更に自己の承認や役割認識、役割遂行の達成感に繋がり自律性と有意な関係が形成すると考察している。

以上の先行研究を踏まえ、本研究では、看護サービスの質向上を目指した看護師の自律性を育成及び促進するための関連要因の探求と、実践場面の自律性促進に、より強く影響を与える要因の抽出を試みる。また、自律性は、菊池の定義に従い、看護サービス向上の視点で臨床場面の看護活動における実践の中で自律性を捉えることとする。

2. クリニカルラダーについて

次に、本研究で看護の質向上を目指し、看護実践の中で自律性を考えるとき、日本看護協会より2014年に公表された「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」の存在は重要となる。看護師の能力開発・評価システムである「クリニカルラダー」は、看護師の看護実践能力を段階的に表し、各段階において期待される能力を示し、到達度によって看護師の能力が示されるシステムである。クリニカルラダーの活用により、看護師は能力段階を確認しながら自己研さんや人材育成を目指すことが可能と言われている。日本看護協会では、2003年に「ジェ

ネラリストのクリニカルラダー」の作成から始まり、2014年には、変化する医療提供体制の中のすべての場面で活躍する看護師の能力開発が必要と捉え、統一された指標に基づく看護実践能力育成を目指して「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」を作成した。久留島(2007)は、「クリニカルラダーは、組織全体で質の高い看護の提供につながると看護師が認識している」ことを報告し、中村(2005)は、看護師個々人が自ら専門職としての役割や領域を選択できるキャリア開発支援(クリニカルラダー)が必要であると述べている。笠松(2017)は、看護師の計画実行能力においてクリニカルラダーレベル3以上になるとレベル0より有意にその能力が高くなることを報告している。看護専門職の自律性を測るとき、看護活動を実践能力として捉えたと、クリニカルラダーの活用は自律性と関連することが推察される。また、自律性の評価スケールの特性から他者評価が難しい中、クリニカルラダーは自己評価とともに他者評価も行われ、看護能力の具体的かつ客観的な評価システムのもとで認定される仕組みがある。つまり、自律性とクリニカルラダーの関連を検討することにより、クリニカルラダーが自律性の自己評価を裏付ける評価であると確認できれば、客観的に可視化された目標としてクリニカルラダーを活用できると考えられる。このような視点で、自律性の構成因子とクリニカルラダーのレベルとの関連を報告した研究は見当たらない。

3. 自律性に関連する要因について

先述のように、自律性に関連する要因は先行研究でさまざまなものが報告されている。そのなかに、社会人基礎力や自己効力感があり、これらと自律性の関連については、寺本(2019)が検証し、社会人基礎力・自己効力感共に自律性との高い関連があることを報告している。本研究では、これらの要因の影響を踏まえたうえで、個人属性やクリニカルラダーが自律性に対してもつ独立の影響を明らかにする。

社会人基礎力は、2006年に経済産業省がどのような仕事に就いても求められる必要最小限の能力とその指標として示した3つの能力(前に踏み出す力・考え抜く力・チームで働く力)、12の能力要素(主体性・働きかけ力・実行力・課題発見力・計画力・創造力・発信力・傾聴力・柔軟性・状況把握力・規律性・ストレスコントロール力)で構成されている。2018年「人生100年時代の社会人基礎力」として更に重要性を増し、これまで以上に長くなる個人の企業・組織・社会との関わりの中で「ライフステージの各段階で活躍し続ける為に求められる力」と新たに定義付けられた。個人が能力を発揮するにあたって、どのように活躍するのか「目的」、何を学ぶか「学び」、どのように学ぶか「組合せ」の3つの視点が追加され、

それらのバランスを図ることが自らキャリアを切りひらいていく上で必要と位置付けられている。この経済産業省の考え方では、個人が主体性を向上させることでキャリアアップを可能にし、一方で、企業や組織は、効果的な人材確保を通じて多様な人材が活躍する場を提供するプラットフォームとなることではじめて成長し続けることが可能になる。この個人の成長と企業の成長のベクトルを合わせるにより、はじめて生産性の向上が実現可能となるとされている。先行研究によると、高橋（2013）は、「自律した専門性を発揮していくべき看護職にとって、社会人基礎力は看護を実践するための基礎的な能力と言える」と述べており社会人基礎力を育成することで「自律した姿勢」「主体性」「あきらめない姿勢」などが身につくと考えられる。大岡（2017）は職業キャリアの成熟度の高い看護師の社会人基礎力が高いこと、看護実践能力が高い者は社会人基礎力が高いことを報告している。また、北島（2015）は、社会人基礎力と看護実践能力は相互作用的に伸長しあうと述べている。これらのことから、社会人基礎力を養うことは個人の主体性、自律性を向上させることに繋がると考えられる。

「自己効力」はバンデューラによって、「課題を達成するために必要な行動を上手に行えるという自身の能力に対する自己評価」と定義付けられている。つまり、自分にどれだけの力があるかということを見極める力である。自律性を促進する要因の探究を行った小谷野（2001）が、自己効力との関連を報告し、自己効力は看護婦¹の内在している看護の価値を自律的な行動で示していくために不可欠であると述べている。

これらの先行研究の結果から、まず自律性と経験年数や教育背景、職場での役割など具体的な個人要因との関連、加えて社会人基礎力と自己効力感と自律性の関連については明らかとなっている。本研究では、すでに明らかとなっている自律性と関連する個人属性に加えて、クリニカルラダーが自律性と関連すると仮定し、教育的視点で看護職の自律性の促進につながる、より影響の強い要因を明らかにすることで、自律性促進に有効な支援に関して示唆を得ることを目的とする。

Ⅲ. 研究目的

看護職の自律性とラダーレベルを含めた個人属性の関連を検討することで、自律性を促進させるための要因を探る。

Ⅳ. 研究方法

1. 調査対象者とデータ収集方法

調査施設は、経営主体を医療法人とする 250～500 床

の中小規模病院を対象とした。対象施設の選定は、前述の条件を満たした 93 施設から無作為に選択した 60 施設のうち、協力の承諾が得られた 24 施設とした。調査用紙を配布するため、各施設の看護部長に連絡し調査協力が可能なスタッフの人数をハガキに記入後、返信を依頼した。対象者は 728 名となった。

データ収集方法は、対象病院の看護部長に調査への協力を依頼し、承諾が得られた病院に無記名自記式調査用紙を郵送した。調査用紙は看護部長から各部署への配布を依頼した。回収は、対象者自身で回答後、返信用封筒に厳密封し投函してもらう方法とした。

調査期間は、2017 年 5 月から 9 月にそれぞれ郵送し、10 月末までの返信とした。

2. 質問紙の構成

質問紙の内容は、専門職的自律性に関する項目を「看護師の専門職的自律性尺度」「The Nursing Activity Scale」の 2 尺度 28 項目、看護に対する姿勢や考え方に関するものを「社会人基礎力測定尺度」「一般セルフ・エフェカシー尺度」の 2 尺度 15 項目、個人属性として、性別、年齢、最終学歴、免許、所属部署、臨床経験年数、リーダーの有無、ラダーレベルの 8 項目の計 51 項目とした。

3. 測定尺度

1) 自律性に関するもの

「看護師の専門職的自律性尺度」は菊池（1997）が開発した尺度を使用した奥田ら（2012）の研究で抽出された 5 因子 44 項目から、負荷量 0.499 以下の項目を削除し、更に表現や内容から検討し 5 因子 23 項目を使用した。使用するにあたり開発者の承諾を得た。この尺度は、【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²】【予測能力】の 5 因子で構成されており、実践的看護活動が多角的かつ具体的に捉えられ看護師の専門性を踏まえて自律度評価をする上で適していると判断し採用した。

「The Nursing Activity Scale」は 1987 年に Schutzenhofer が開発した看護師の自律性測定の尺度を岩本ら（2001）が翻訳し信頼性と妥当性を検討したものである。30 項目で構成され、それぞれ 1 倍 2 倍 3 倍と質問項目に対して重み付けがされている。この尺度は看護師の自律性について、【意思決定】に焦点を当てた尺度で

² 本研究において「自立的」は、自らの意思で行為が律せられること、外部のコントロールを受けることのない行為の過程であり、看護師が自らの判断で意思決定し実践することとして用いている。「自立的判断能力」の「自立的」の表現に関しては、菊池の先行研究における専門職的自律性尺度の因子名の 1 つであり、本研究では因子名としてそのまま引用する。

あり、本研究で自律性の高い看護師の育成を考えたときに、奥田ら（2012）の尺度で測りきれない部分を補う目的で採用した。今回は、30 項目から日常の看護場面で意思決定をする際に起こりやすく、かつ調査対象者が想定しやすいと考えられる 5 項目を選定し採用した。

2) 看護に対する姿勢や考え方に関するもの

「社会人基礎力測定尺度」は、既存の社会人基礎力尺度を新卒看護師の測定尺度として妥当かを糸嶺ら（2015）が検討した 3 因子 36 項目の尺度である。使用するにあたり開発者の承諾を得た。社会人基礎力は 2006 年経済産業省が定義した仕事をしていくために必要な基礎的な力である。社会人基礎力測定尺度の質問表現を、現時点のものではなく、今後変わろうとする態度として測定することで、自律性形成に繋がる要因が抽出できるものと考え今回採用した。下位項目は、因子負荷量 0.5 以下の項目と因子間の数値差が小さい項目を削除し表現や内容の似通っているものを選定し【アクション（前に踏み出す力）】【シンキング（考え抜く力）】【チームワーク（チームで働く力）】の 3 因子 9 項目で使用した。

「一般セルフ・エフェカシー尺度」は坂野ら（1986）が開発し、自己効力感を測定する尺度として広く使用されている。これは、行動変容における予期機能を効力予期と結果予期の 2 種類で示し、その認知を測定することで自己効力感の高さをみる。自己効力感は自律性と関連するという先行研究があり、今回、スタッフの自律性を測る上で関連性を確認するために採用した。質問紙には【行動の積極性】【失敗に対する不安】の 2 因子 6 項目を使用した。

4. 分析方法

データ分析には統計解析パッケージソフト SPSSver.24 を使用した。まず、基本属性の単純集計を行った。その後、各尺度の因子構造を明らかにする目的で因子分析を行い、信頼性係数を確認し信頼性の検討を行った。自律性と社会人基礎力、自己効力感および個人属性と自律性の関係は、相関係数を確認した。次に、自律性各因子に対する個人属性の平均値の相違を検討するために 1 要因分散分析を行い、主効果が有意であった項目に関しては多重比較を行った。その後、1 要因分散分析で主効果が有意なグループを抽出して独立変数として一般線形モデルを用いて自律性各因子に対して分析し、主効果が有意であったグループの多重比較を行った。加えて、自律性各因子に対する各個人属性の影響の強さを検討する目的で重回帰分析を行った。

5. 倫理的配慮

本研究は、医療法人愛全会 介護老人保健施設 リラ

コート愛全 倫理委員会で承認を受けた。

1) 対象者の保護と安全の確保

本研究への参加同意は強制されることなく、自由意思である。また、匿名とし、データ管理も徹底する。本研究に参加する事による不利益は生じないと考えている。アンケートに回答後研究同意を撤回する場合は、質問調査票は返送せずに各自で破棄してもらうこととし、回答後の質問調査票の回収は、上司など他の人に渡らないよう、添付の封筒で直接返送してもらった。

2) インフォームド・コンセント

調査対象病院の看護部長あてに研究に協力可能かどうかを電話で確認し、研究調査に協力可能な返答があった病院の看護部長宛に、依頼文、研究計画書、アンケート内容、調査に協力可能な人数を記入する記入ハガキを同封し郵送した。調査協力の承諾を受けられる場合は、同封のハガキに協力可能な人数を記入の上、返信用ハガキを返送してもらい、確認後に質問調査票と返信用封筒を看護部長宛に送付した。その際、個人へ配布する質問調査票と合わせて同意説明文を郵送し、同意を得た場合のみ質問調査票に回答後、返送してもらうこととした。

質問調査票については、一度研究者が受け取った後は、匿名化により個人特定は不可能であるため、返却は行わない事、質問調査票の到着回収をもって研究への参加同意とする旨を同意説明文に明記した。

3) 個人情報の保護

研究責任者は、研究の実施にかかる重要な文書を、研究の中止または終了後 5 年が経過した日までの間鍵のかかる場所で保管し、その後は情報内容に注意して廃棄する。研究者の大学院修了後は、共同研究者の研究室の鍵のかかる場所で保管し、得られた情報は研究目的以外は使用しないこととした。

V. 結 果

全国の医療法人を経営主体とする 250～500 床の病院から無作為に選定した 60 施設の看護部長に本調査の協力依頼を行い、協力の許可の得られた 24 施設の看護師 728 名に対して調査票を送付し、432 名の回答を得た（回収率 59%）。

1. 対象の特徴

結果を表 1 に示す。対象者 432 名の平均年齢は 40.8 歳（SD=9.8）であり、性別は男性 44 名、女性 380 名、その他 1 名、無回答 7 名という結果で、女性が 9 割弱であった。年齢でみると 20 代が 59 名（13.7%）、30 代は

表1 個人属性

	属性	度数	%
性別	男性	44	10.2%
	女性	380	88.0%
	その他	1	0.2%
	無回答	7	1.6%
年齢	平均年齢	40.8	SD=9.8
	20代	59	13.7%
	30代	128	29.6%
	40代	146	33.8%
	50代	68	15.7%
	60代	16	3.7%
	無回答	15	3.5%
最終学歴	看護専門学校	384	88.9%
	看護系短大	11	2.5%
	看護系大学	22	5.1%
	大学院	1	0.2%
	無回答	14	3.2%
免許	保健師	19	4.4%
	助産師	2	0.5%
	看護師	372	86.1%
	准看護師	31	7.2%
	無回答	8	1.9%
所属部署	外科系病棟	87	20.1%
	内科系病棟	100	23.1%
	小児科病棟	2	0.5%
	産科病棟	3	0.7%
	精神科病棟	96	22.2%
	外来	25	5.8%
	その他	108	25.0%
	無回答	11	2.5%
臨床経験年数	1～3年	16	3.7%
	4～6年	46	10.6%
	7～10年	62	14.4%
	11～15年	81	18.8%
	16～20年	81	18.8%
	21～40年	133	30.8%
	40年以上	1	0.2%
	無回答	12	2.8%
リーダー経験	あり	376	87.0%
	なし	44	10.2%
	無回答	12	2.8%
ラダーレベル	レベルⅠ	12	2.8%
	レベルⅡ	49	11.3%
	レベルⅢ	149	34.5%
	レベルⅣ	129	29.9%
	レベルⅤ	50	11.6%
	無回答	43	10.0%
合計		432	100.0%

128名(29.6%)、40代は146名(33.8%)、50代は68名(15.7%)、60代は16名(3.7%)、無回答15名(3.5%)となり、30～40代が6割を占めていた。最終学歴では、看護専門学校卒が384名(88.9%)と最も多く、看護系短大卒は11名(2.5%)、看護系大学卒は22名(5.1%)、大学院卒は1名(0.2%)、無回答14名(3.2%)という結果となった。所有免許は保健師19名(4.4%)、助産師2名(0.5%)、看護師372名(86.1%)、准看護師31名(7.2%)、無回答8名(1.9%)であった。所属部署の内

訳は、外科系病棟87名(20.1%)、内科系病棟100名(23.1%)、小児科病棟2名(0.5%)、産科病棟3名(0.7%)、精神科病棟96名(22.2%)、外来25名(5.8%)、その他108名(25.0%)、無回答11名(2.5%)であった。臨床経験年数は21～40年目133名(30.8%)が最も多く、次いで11～15年目81名(18.8%)、16～20年目81名(18.8%)、7～10年目62名(14.4%)、4～6年目46名(10.6%)、1～3年目16名(3.7%)、40年以上1名(0.2%)、無回答12名(2.8%)であった。リーダー経験の有無は、あり376名(87%)、なし44名(10.2%)、無回答12名(2.8%)であった。ラダーレベルは、レベルⅠ「基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する」は12名(2.8%)、レベルⅡ「標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する」は49名(11.3%)、レベルⅢ「ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する」は149名(34.5%)、レベルⅣ「幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する」は129名(29.9%)、レベルⅤ「より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する」は50名(11.6%)、無回答43名(10%)であった。

2. 各尺度の因子分析結果

「看護師の専門職的自律性」の因子分析結果を表2に示した。主因子法で因子分析を行った結果、4因子抽出された。第1因子は、具体的な臨床での看護実践及び看護展開に関する10項目で構成され【看護の実践・展開能力】と命名した。第2因子は、患者の訴えや他者の助言がなくとも看護を判断したり、看護方式を選択できる等の5項目で構成され【自立的判断能力】とした。第3因子は、患者のニーズの把握や患者の生活習慣を読み取る等の5項目で構成され【アセスメント能力】とした。第4因子は、患者の危険如側と治療の影響の予測の2項目で構成され【予測能力】とした。因子寄与率は第1因子4.264、第2因子2.742、第3因子2.686、第4因子1.585で累積寄与率は51.258%であった。信頼係数 α はそれぞれ0.893、0.833、0.833、0.752であり信頼性は問題ないと判断した。

「The Nursing Activity Scale (NAS)」の因子分析結果を表3に示した。主因子法で因子分析を行った結果1因子が抽出された。この1因子は5項目で構成され【自律性・意思決定】と命名した。信頼係数 α は0.575で、信頼性は問題ないと判断した。

「新卒看護師の社会人基礎力に関する尺度」の因子分析結果を表4に示した。主因子法で因子抽出後、バリマックス回転を施した。第1因子は、自分にできることと他のメンバーが出来ることを判断して行動するや状況に配慮した行動をとるなどチームワークに関する項目で

表 2 専門職的自律性測定尺度の因子分析結果（主因子法—バリマックス回転）

n = 416

因子名	項目	因子				共通性	信頼係数 α	
		1	2	3	4			
看護の実践展開能力	Q 2_2	私は看護に必要な情報を直ちに集めることができる	.693	-.087	.193	.119	.539	.893
	Q 2_1	私は緊急時にも落ちついて看護を行うことができる	.662	-.065	.118	.036	.458	
	Q 2_7	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	.646	-.178	.218	.300	.586	
	Q 2_10	私は患者の変化（結果）を予測して看護を選択できる	.604	-.189	.312	.337	.612	
	Q 2_4	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	.603	-.213	.185	.202	.484	
	Q 2_3	私は患者が落ち着いて看護を受けられるように常に配慮できる	.569	-.127	.350	.125	.478	
	Q 2_6	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	.567	-.216	.104	.145	.400	
	Q 2_5	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	.566	-.133	.253	.074	.407	
	Q 2_9	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	.550	-.114	.314	.253	.479	
	Q 2_8	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	.539	-.039	.253	.118	.370	
判断能力 自立的	Q 2_20	私は患者の訴えがないと何を看護すべきかわからない R	-.110	.820	-.139	-.043	.706	.833
	Q 2_19	私は他者の助言を受けなければ看護方式を選択できない R	-.249	.739	-.053	.007	.611	
	Q 2_21	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 R	-.057	.721	-.163	-.085	.557	
	Q 2_18	私は患者の言動に惑わされて適切な看護方式を選択できない R	-.150	.649	.017	-.136	.463	
	Q 2_17	私は患者の意思を尊重せずに看護方式を選択してしまう R	-.080	.531	-.041	-.060	.294	
アセスメント能力	Q 2_14	私は患者のニーズに直ぐに気づくことができる	.290	-.038	.712	.132	.609	.833
	Q 2_13	私は患者の言動から性格や生活習慣を読み取ることができる	.199	-.109	.687	.191	.561	
	Q 2_15	私は患者が内心抱えている不安を状況から推測することができる	.286	-.112	.678	.181	.587	
	Q 2_12	私は患者の価値観を十分に理解することができる	.282	-.072	.597	.011	.441	
	Q 2_16	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	.352	-.158	.426	.374	.470	
能力予測	Q 2_22	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	.251	-.089	.138	.728	.620	.752
	Q 2_23	私は治療が患者に及ぼす影響を予測することができる	.251	-.128	.223	.645	.545	
因子寄与			4.264	2.742	2.686	1.585		
累積寄与率			19.381	31.846	44.055	51.258		
因子間相関								
第 1 因子			1.000					
第 2 因子			.357	1.000				
第 3 因子			.639	.275	1.000			
第 4 因子			.500	.228	.443	1.000		

R：反転項目

表 3 The Nursing Activity Scale 因子分析結果（主因子法）

n = 422

因子名	項目	因子	共通性	信頼係数 α
		1		
自律性・意思決定	Q 2-27 患者に治療の効果が見られないときは医師に相談する	.653	.426	.575
	Q 2-26 医師が処方した薬でも患者の状況から危険が予測される場合は投与しない	.499	.249	
	Q 2-28 看護師としての行動は医師に左右されるものではなく看護の専門性により決定する	.442	.195	
	Q 2-24 看護計画の効果が患者に見られないときは他の看護師と相談する	.437	.191	
	Q 2-25 自分の仕事の将来設計を発展させるために仕事内容の変更を上司に申し出る	.293	.086	
初期の固有値合計		1.875		
抽出後の負荷量平方和 分散の%		22.933		
累積%		22.933		

構成され【チームワーク】とした。第 2 因子は、新しいものを創り出そうとする、発想を転換し解決策を作り出す等の考え抜く力の項目で構成され【シンキング】とした。第 3 因子は、自発的・自律的行動や粘り強い取り組みなどの行動力の項目で構成されており【アクション】とした。因子・項目共に先行研究と全く同じ結果となり、因子寄与は第 1 因子 2.035、第 2 因子 1.915、第 3 因子

1.155、累積寄与率 63.823%であった。信頼係数 α はそれぞれ 0.854、0.809、0.713 であり信頼性は問題ないと判断した。

「一般セルフ・エフェカシー尺度」の因子分析結果を表 5 に示した。主因子法で因子抽出後、プロマックス回転を施した。第 1 因子は積極的行動や引っ込み思案ではないなどの項目で【行動の積極性】とした。第 2 因子は、

表4 社会人基礎力測定尺度の因子分析結果（主因子法—バリマックス回転）

n = 424

因子名	項目		因子			共通性	信頼係数 <i>a</i>
			1	2	3		
チームワーク	Q 3_5	自分にできることと・他のメンバーができることを判断して行動しようとしている	.832	.140	.224	.762	.854
	Q 3_4	周囲の人間関係や忙しさを把握し、状況に配慮して行動をとろうと思う	.783	.166	.195	.678	
	Q 3_6	自分の意見を持ちながら、メンバーの意見も受け入れようとしている	.678	.142	.265	.551	
シンキング	Q 3_2	複数のもの・考え方・技術等を組み合わせ、新しいものを創り出そうとしている	.108	.926	.188	.904	.809
	Q 3_1	従来の常識や発想を転換し、新しいものや解決策を作り出そうとしている	.150	.822	.228	.750	
	Q 3_3	計画の進み具合や不測の事態に合わせて、柔軟に計画を修正しようとしている	.301	.435	.246	.341	
アクション	Q 3_8	自分の役割や課題に対して自発的・自律的に行動しようとしている	.273	.291	.673	.612	.713
	Q 3_7	目標達成に向かって粘り強く取り組み続けようとしている	.267	.203	.629	.509	
因子寄与率			2.035	1.915	1.155		
累積寄与率			25.439	49.382	63.823		
因子間相関			第 1 因子	1.000			
			第 2 因子	.401	1.000		
			第 3 因子	.506	.499	1.000	

表5 一般的セルフエフェカシー尺度の因子分析結果（主因子法—プロマックス回転）

n = 428

因子名	項目	因子		共通性	信頼係数 <i>a</i>
		1	2		
積極性の行動	Q 3-11 積極的に活動するのは苦手な方である R	.971	.189	.978	.807
	Q 3-10 引っ込み思案な方だと思う R	.735	.292	.625	
	Q 3-15 どんなことでも積極的にこなすほうである	-.503	-.256	.318	
失敗に対する不安	Q 3-12 仕事を終えた後、失敗したと感ずることのほうが多い R	.169	.782	.639	.792
	Q 3-13 何かを決めるときうまくいかないのではないかと不安になることが多い R	.297	.749	.648	
	Q 3-14 どうやったらよいか決心がつかずに仕事にとりかかれなことがよくある R	.262	.605	.434	
初期の固有値合計		3.219	1.092		
抽出後の負荷量平方和 分散の%		47.767	12.961		
累積%		47.767	60.728		
回転後の負荷量平方和合計		2.449	2.303		
因子間相関 第1因子		1.000			
第2因子		.533	1.000		

R：反転項目

仕事後の失敗感や不安、決心がつかない等で構成され【失敗に対する不安】とした。信頼係数 α はそれぞれ 0.807、0.792 であり、信頼性は問題ないと判断した。

3. 自律性下位項目平均点と個人属性および社会人基礎力、自己効力感との相関関係

次に、自律性のサブカテゴリーの平均値と標準偏差を表6に示した。【看護の実践・展開能力】は平均値 2.73 ± 0.39 、【アセスメント能力】は 2.68 ± 0.41 、【自立的判断能力】は 3.13 ± 0.43 、【予測能力】は 2.81 ± 0.42 、【自律性・意思決定】は 2.81 ± 0.41 であった。

表6 自律性各下位項目の平均値と標準偏差

自律性	平均値（標準偏差）
看護実践・展開能力	2.73 (.39)
アセスメント能力	2.68 (.41)
自立的判断能力	3.13 (.43)
予測能力	2.81 (.42)
意思決定	2.81 (.41)

次に自律性と個人属性の相関係数を表7に示した。年齢と【看護の実践・展開能力】で有意な正の相関が見られた ($r=0.113$, $p<0.05$)。経験年数と【看護の実践・展開能力】($r=0.166$, $p<0.01$)、経験と【自律性・意思

表7 自律性各下位項目と個人属性との相関係数

	年齢	経験	リーダー
看護実践・展開能力	.113*	.166**	.158**
アセスメント能力	.029	.063	.149**
自立的判断能力	.030	.080	.098*
予測能力	.009	.088+	.093+
意思決定	.013	.098*	.031

** : $p < .01$, * : $p < .05$, + : $p < .10$

決定】($r = 0.098$, $p < 0.05$)でそれぞれ有意な正の相関が見られた。リーダーレベルと【看護の実践・展開能力】($r = 0.158$, $p < 0.01$)、【アセスメント能力】($r = 0.149$, $p < 0.01$)、【自立的判断能力】($r = 0.098$, $p < 0.05$)で有意な正の相関が見られた。次に自律性に関する要因の関連をみるために、専門職的自律性4因子とNASの意思決定1因子と、社会人基礎力、自己効力感それぞれの因子の相関係数を求めた。結果を表8に示した。すべてにおいて有意な正の相関がみられた($r = 0.170 \sim 0.528$, $p < 0.01$)。

4. 各属性と自律性の関連 (t検定、1要因分散分析)

自律性下位項目における個人属性別の平均値の相違を検討するために、リーダー経験の有無についてはt検定で、その他に関しては1要因分散分析、一般線形モデルを用い主効果が有意であった項目に関しては多重比較を行った。

自律性におけるリーダー経験の有無の差を、t検定を用いて比較した結果を表9に示した。専門職的自律性では4因子すべてにおいて、リーダー経験「あり」が「な

し」より有意に高い評定をつけていた。【看護の実践・展開能力】リーダー経験あり 2.75 ± 0.38 、なし 2.56 ± 0.38 ($t(412) = 2.99$, $p < 0.01$)。【アセスメント能力】リーダー経験あり 2.69 ± 0.40 、なし 2.55 ± 0.51 ($t(415) = 2.13$, $p < 0.05$)。【自立的判断能力】リーダー経験あり 3.14 ± 0.43 、なし 3.00 ± 0.38 ($t(415) = 2.13$, $p < 0.05$)。【予測能力】リーダー経験あり 2.83 ± 0.40 、なし 2.66 ± 0.58 ($t(411) = 2.50$, $p < 0.05$)。NASの【自律性・意思決定】では、リーダー経験あり 2.84 ± 0.41 、なし 2.65 ± 0.44 で経験ありが有意に高い評定をつけていた ($t(410) = 2.93$, $p < 0.01$)。専門職的自律性の4因子それぞれにおいて、属性を要因とする1要因の分散分析を行いその結果を表10に示した。年齢別では、【看護の実践・展開能力】($F(4, 406) = 2.701$, $p < 0.05$)で主効果が有意であり、多重比較で20代と40代に有意差が見られた。経験年数別では、【看護の実践・展開能力】($F(5, 407) = 3.450$, $p < 0.01$)で主効果が有意であり、多重比較で3年未満と20年以上に有意差がみられていた。所属部署別では、【予測能力】($F(6, 407) = 3.285$, $p < 0.01$)で主効果が有意であり、多重比較で内科病棟と精神科病棟で有意差がみられた。NASに対する経験年数を要因とする分散分析結果 ($F(5, 406) = 2.528$, $p < 0.05$)で主効果が有意であり、多重比較で6～10年未満と15～20年未満に有意差がみられた。リーダー別の分析結果を表11に示した。【看護の実践・展開能力】($F(5, 417) = 8.592$, $p < 0.001$)、【アセスメント能力】($F(5, 420) = 6.282$, $p < 0.001$)、【自立的判断能力】($F(5, 420) = 3.623$, $p < 0.001$)、【予測能力】($F(5, 416) = 4.225$, $p < 0.001$)の全てのカテゴリー

表8 自律性各下位項目と社会人基礎力・自己効力感の相関係数

		専門職的自律性				
		看護実践・展開能力	自立的判断能力	アセスメント能力	予測能力	意思決定
社会人基礎力	チームワーク	.433**	.394**	.308**	.290**	.339**
	シンキング	.528**	.260**	.441**	.311**	.417**
	アクション	.504**	.288**	.424**	.332**	.372**
自己効力感	行動の積極性	.433**	.239**	.320**	.166**	.284**
	失敗に対する不安	.420**	.345**	.232**	.218**	.170**

*** : $p < .001$ ** : $p < .01$ * : $p < .05$

表9 自律性各下位項目とリーダー経験 (t検定)

リーダー経験

		あり (n=375)	なし (n=43)	t 値	df	p 値
項目		平均値 ± 標準偏差	平均値 ± 標準偏差			
専門職的自律性	看護実践・展開能力	2.75 ± .38	2.56 ± .38	2.99	412	.003**
	アセスメント能力	2.69 ± .40	2.55 ± .51	2.13	415	.034*
	自立的判断能力	3.14 ± .43	3.00 ± .38	2.13	415	.037*
	予測能力	2.83 ± .40	2.66 ± .58	2.50	411	.013*
NAS	意思決定	2.84 ± .41	2.65 ± .44	2.93	410	.004**

*** : $p < .001$ ** : $p < .01$ * : $p < .05$

表 10 自律性各下位項目と属性の関連（1 要因分散分析 多重比較）

年齢別						
	年齢別	n	平均値	標準偏差	F 値	多重比較
看護実践・ 展開能力	20 代	59	2.58	0.366	2.701*	┐*
	30 代	127	2.73	0.337		┐
	40 代	145	2.77	0.433		┐
	50 代	65	2.73	0.380		┐
	60 代	15	2.78	0.420		┐
*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05						
経験年数別						
	経験年数	n	平均値	標準偏差	F 値	多重比較
看護実践・ 展開能力	1～3 年未満	16	2.48	0.506	3.450**	┐*
	3～6 年未満	46	2.62	0.294		┐
	6～10 年未満	62	2.67	0.339		┐
	10～15 年未満	81	2.74	0.321		┐
	15～20 年未満	77	2.76	0.431		┐
	20 年以上	131	2.80	0.411		┐
*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05						
所属部署別						
	所属部署	n	平均値	標準偏差	F 値	多重比較
予測能力	外科系病棟	85	2.82	0.414	2.231*	┐
	内科系病棟	97	2.91	0.315		┐**
	小児科病棟	2	3.25	0.354		┐
	産科病棟	3	3.00	0.000		┐
	精神科病棟	95	2.69	0.469		┐
	外来	25	2.66	0.554		┐
	その他	107	2.83	0.407		┐
*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05						
NAS 因子と経験年数						
	経験年数	n	平均値	標準偏差	F 値	多重比較
NAS	1～3 年未満	16	2.74	0.460	2.528*	┐
	3～6 年未満	46	2.73	0.354		┐
	6～10 年未満	61	2.70	0.399		┐*
	10～15 年未満	80	2.85	0.435		┐
	15～20 年未満	77	2.90	0.415		┐
	20 年以上	132	2.85	0.402		┐
*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05						

に有意差が認められた。ラダー間の差をみるために多重比較を行った。【看護展開・実践能力】と予測能力はラダーレベル 5 とその他すべてに有意な差がみられていた。【アセスメント能力】ではラダーレベル 5 とラダーレベル 2,3,4、ラダーなしに有意な差がみられていた。【自立的判断能力】ではラダーレベル 5 とレベル 2,3、ラダーなしに有意な差が見られた。

5. 自律性各因子と個人属性の関連（一般線形モデル）

自律性各因子を従属変数とし、個人属性の要因のうち

分散分析で有意差のあったグループを独立変数として GLM を用いて検討した結果を表 12 から 15 に示した。【看護の実践・展開能力】では、ラダーレベル別の主効果 ($F(5,267)=3.581, p<0.01$)、経験年数別の主効果 ($F(5,267)=2.203, p<0.1$) が有意となった。交互作用は有意とならなかった。有意差のあったグループの多重比較により、ラダーレベル 5 とそれ以外すべて、ラダーレベル 4 とレベル 2、ラダーレベルなしに有意差が確認された。経験年数別では 3 年未満と 20 年以上の間に有意差が確認された。【アセスメント能力】では、ラダーレ

表 11 自律性各下位項目と属性の関連 (1 要因分散分析 多重比較)

ラダー別	ラダーレベル	n	平均値	標準偏差	F 値	多重比較
看護実践・ 展開能力	レベル 1	12	2.53	0.403	8.592***	***
	レベル 2	48	2.61	0.377		***
	レベル 3	147	2.67	0.343		***
	レベル 4	128	2.78	0.369		***
	レベル 5	48	3.00	0.440		***
	ラダーなし	40	2.62	0.366		
アセスメント 能力	レベル 1	12	2.57	0.518	6.282***	
	レベル 2	49	2.57	0.478		***
	レベル 3	149	2.61	0.399		***
	レベル 4	127	2.73	0.364		**
	レベル 5	49	2.93	0.371		**
	ラダーなし	40	2.61	0.405		
自立的判断 能力	レベル 1	12	3.02	0.289	3.623**	
	レベル 2	49	3.06	0.367		*
	レベル 3	148	3.08	0.402		**
	レベル 4	128	3.15	0.424		
	レベル 5	49	3.34	0.483		*
	ラダーなし	40	3.05	0.514		
予測能力	レベル 1	12	2.67	0.444	4.225**	***
	レベル 2	49	2.61	0.523		***
	レベル 3	147	2.83	0.391		***
	レベル 4	127	2.85	0.358		***
	レベル 5	47	2.94	0.399		***
	ラダーなし	40	2.71	0.465		

*** : $p < .001$ ** : $p < .01$ * : $p < .05$

ベル別の主効果 ($F(5, 270) = 5.054$, $p < 0.001$)、経験年数別の主効果 ($F(5, 270) = 2.361$, $p < 0.05$) が有意となった。その後の多重比較では、ラダーレベル 5 とそれ以外すべてに有意差がみられた。経験年数別は多重比較では有意差が見られなかった。【自立的判断能力】は、ラダーレベル別と経験年数別とリーダー経験の有無で交互作用 ($F(3, 270) = 2.767$, $p < 0.05$) が有意となった。この 3 要因の交互作用を確認したところ、データの存在しないセルがあり多重比較はできなかった。クリニカルラダー 5 と 2、3、ラダーなしに多重比較で有意差がみられた。【予測能力】は、経験年数別の主効果 ($F(5, 266) = 2.740$, $p < 0.05$)、所属部署別の主効果 ($F(6, 266) = 2.231$, $p < 0.05$) が有意となった。多重比較では、所属部署別で内科病棟と精神科病棟に有意差がみられ、経験年数別は有意差がみられなかった。ラダーレベルではレベル 2 と 3、4、5 に有意差が見られた。

6. 自律性と個人属性、ラダーレベル、社会人基礎力、自己効力感の重回帰分析

自律性各因子に対する様々な変数のより強い影響をみ

るために、独立変数として個人属性のラダーレベル、リーダー経験の有無、最終学歴、経験年数、所属部署をそれぞれダミー変数として処理し、自律性の下位項目を従属変数としてステップワイズ法で重回帰分析を行った。この際、個人属性の自律性各因子に対する影響の確実性を得るために、自律性に影響を及ぼすとされる社会人基礎力と自己効力感の各変数も独立変数に追加した。結果を表 16 に示した。【看護の実践・展開能力】は、シンキング ($\beta = 0.226$, $p < 0.01$)、失敗に対する不安 ($\beta = 0.194$, $p < 0.01$)、アクション ($\beta = 0.213$, $p < 0.01$)、行動の積極性 ($\beta = 0.157$, $p < 0.01$)、ラダーレベル 5 ($\beta = 0.097$, $p < 0.01$)、チームワーク ($\beta = 0.138$, $p < 0.01$)、ラダーレベル 1 ($\beta = -0.081$, $p < 0.01$)、大学院 ($\beta = 0.077$, $p < 0.05$)、精神科 ($\beta = -0.073$, $p < 0.05$) であり適合度は高かった ($R^2 = 0.488$)。【アセスメント能力】は、シンキング ($\beta = 0.231$, $P < 0.01$)、アクション ($\beta = 0.234$, $P < 0.01$)、行動の積極性 ($\beta = 0.161$, $P < 0.01$)、ラダーレベル 5 ($\beta = 0.108$, $p < 0.05$)、大学院 ($\beta = 0.085$, $P < 0.05$) であった ($R^2 = 0.289$)。【自立的判断能力】は、チームワーク ($\beta = 0.323$, $P < 0.01$)、失敗に対する不安

表 12 看護実践・展開能力と個人属性の関連（一般線形モデル）

従属変数	平方和	自由度	平均平方	F 値
所属部署別	0.440	6	0.073	0.559
経験年数別	1.444	5	0.289	2.203 ⁺
ラダー別	2.347	5	0.469	3.581 ^{**}
リーダー経験	0.005	1	0.005	0.034
R ²	0.416			
調整済み R ²	0.114			

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05 + : p<.1

多重比較

	ラダーレベル	n	平均値	標準偏差	F 値	多重比較
看護実践・ 展開能力	レベル 1	11	2.48	0.403	3.581 ^{**}	— **
	レベル 2	43	2.60	0.377		— *** *
	レベル 3	144	2.67	0.343		— ***
	レベル 4	127	2.78	0.369		— * **
	レベル 5	47	3.00	0.440		— ***
	ラダーなし	27	2.53	0.366		—

	経験年数	n	平均値	標準偏差	F 値	多重比較
看護実践・展 開能力	1～3 年未満	16	2.48	0.506	3.450 ^{**}	— *
	3～6 年未満	46	2.62	0.294		—
	6～10 年未満	62	2.67	0.339		—
	10～15 年未満	81	2.74	0.321		—
	15～20 年未満	77	2.76	0.431		—
	20 年以上	131	2.80	0.411		—

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05

表 13 アセスメント能力と個人属性の関連（一般線形モデル）

従属変数	平方和	自由度	平均平方	F 値
所属部署別	0.814	6	0.136	0.900
経験年数別	1.779	5	0.356	2.361 [*]
ラダー別	3.809	5	0.762	5.054 ^{***}
リーダー経験	0.005	1	0.005	0.030
R ²	0.407			
調整済み R ²	0.104			

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05

多重比較

	ラダーレベル	n	平均値	標準偏差	F 値	多重比較
アセスメント 能力	レベル 1	11	2.56	0.518	5.054 ^{***}	— *
	レベル 2	44	2.58	0.478		— ***
	レベル 3	146	2.62	0.399		— ***
	レベル 4	126	2.73	0.364		— *
	レベル 5	48	2.94	0.371		— **
	ラダーなし	27	2.59	0.405		—

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05

表 14 自立的判断能力と個人属性の関連 (一般線形モデル)

従属変数	平方和	自由度	平均平方	F 値
所属部署別	0.989	6	0.165	0.941
経験年数別	1.276	5	0.255	1.456
ラダー別	0.229	5	0.046	0.265
リーダー経験	0.040	1	0.040	0.228
ラダー*経験*リーダー	1.455	3	0.485	2.767*
R ²	0.354			
調整済み R ²	0.024			

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05

多重比較

	ラダーレベル	n	平均値	標準偏差	F 値	多重比較
自立的判断能力	レベル 1	11	3.02	0.289	0.487	
	レベル 2	44	3.03	0.367		
	レベル 3	145	3.08	0.402		
	レベル 4	127	3.15	0.424		
	レベル 5	48	3.33	0.483		
	ラダーなし	27	3.03	0.514		

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05

表 15 予測能力と個人属性の関連 (一般線形モデル)

従属変数	平方和	自由度	平均平方	F 値
所属部署別	1.943	6	0.324	2.231*
経験年数別	1.988	5	0.398	2.740*
ラダー別	1.037	5	0.207	1.429
リーダー経験	0.266	1	0.266	1.836
R ²	0.444			
調整済み R ²	0.155			

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05

多重比較

	所属部署	n	平均値	標準偏差	F 値	多重比較
予測能力	外科系病棟	85	2.82	0.414	2.231*	
	内科系病棟	97	2.91	0.315		
	小児科病棟	2	3.25	0.354		
	産科病棟	3	3.00	0.000		
	精神科病棟	95	2.69	0.469		
	外来	25	2.66	0.554		
	その他	107	2.83	0.407		

	ラダーレベル	n	平均値	標準偏差	F 値	多重比較
予測能力	レベル 1	11	2.64	0.444	1.429	
	レベル 2	44	2.64	0.523		
	レベル 3	144	2.83	0.391		
	レベル 4	126	2.85	0.358		
	レベル 5	46	2.92	0.399		
	ラダーなし	27	2.74	0.465		

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05

表 16 自律性下位項目を基準変数とした重回帰分析（ステップワイズ法）

独立変数名	自律性合計	看護実践展開	アセスメント	自立的判断	予測	意思決定
アクション	.229**	.213**	.234**	—	.160**	.138*
シンキング	.202**	.226**	.231**	—	.144**	.240**
チームワーク	.185**	.138**	—	.323**	.131*	.144**
行動の積極性	.119**	.157**	.161**	—	—	.125**
失敗不安	.243**	.194**	—	.266**	.092*	—
経験 3～6 年未満	—	—	—	-.093*	—	—
経験 10～15 年未満	—	—	—	—	-.091*	—
看護学校卒	—	—	—	-.093*	—	—
大学院卒	.097**	.077*	.085*	—	—	—
精神科勤務	-.115**	-.073*	—	-.162**	-.145**	—
外来勤務	—	—	—	—	-.100*	—
小児科勤務	.097**	—	—	—	—	—
リーダー経験あり	—	—	—	—	—	.114**
ラダーレベル 1	—	-.081*	—	—	—	—
ラダーレベル 2	—	—	—	—	-.113*	—
ラダーレベル 5	—	.097**	.108*	—	—	—
R^2	.501**	.488**	.289**	.266**	.214**	.255**

** : $p < .01$, * : $p < .05$

($\beta = 0.266$, $P < 0.01$)、精神科 ($\beta = -0.162$, $P < 0.01$)、看護学校卒 ($\beta = -0.093$, $P < 0.05$)、経験 3～6 年未満 ($\beta = -0.093$, $P < 0.05$) であった ($R^2 = 0.266$)。【予測能力】は、アクション ($\beta = 0.160$, $P < 0.01$)、シンキング ($\beta = 0.144$, $p < 0.01$)、ラダーレベル 2 ($\beta = -0.113$, $p < 0.05$)、チームワーク ($\beta = 0.131$, $p < 0.05$)、経験 11～15 年未満 ($\beta = -0.091$, $p < 0.05$)、精神科 ($\beta = -0.145$, $p < 0.01$)、外来 ($\beta = -0.100$, $p < 0.05$)、失敗に対する不安 ($\beta = 0.092$, $p < 0.05$) であった ($R^2 = 0.214$)。【意思決定能力】は、シンキング ($\beta = 0.240$, $p < 0.01$)、チームワーク ($\beta = 0.144$, $p < 0.01$)、行動の積極性 ($\beta = 0.125$, $p < 0.01$)、リーダー経験あり ($\beta = 0.114$, $p < 0.01$)、アクション ($\beta = 0.138$, $p < 0.05$) であった ($R^2 = 0.255$)。

Ⅵ. 考 察

看護職の自律性の形成および促進に影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的に、クリニカルラダーレベルを含めた個人属性との関連を検討した。その結果、実践現場での自律性を構成する各因子と経験年数、所属部署、学歴、リーダー経験に加えラダーレベルが自律性に影響を与えていることが明らかとなった。

1. 対象者の特徴

本研究の対象者 432 名の年齢階級別割合は、高いほうから 40 代 (33.8%)、30 代 (29.6%)、50 代 (15.7%)、20 代 (13.7%)、60 代 (3.7%) の順であったのに対し、平成 28 年時点の厚生労働省報告の年齢階級別にみた就業看護師数は、40 代 (28.2%)、30 代 (26.7%)、20 代 (21.1%)、50 代 (17.8%)、60 代以上 (6.3%) という結

果となり、本研究の対象者構成は一般的な構成割合と言える。最終学歴は、看護専門学校卒が圧倒的に多く、平成 28 年時点の看護職養成状況から 3 年過程の養成所が学校数のうち 6 割強と最も多いことや、本研究の対象施設が、大学病院などの公的医療機関ではない、中規模の医療法人としたことが影響していると推察された。所属部署は外科病棟、内科病棟、精神科病棟がそれぞれ 2 割強となり、小児科、産科、外来からの回答は少なかった。その他の部署には回復期リハビリテーション病棟、手術室、神経内科病棟、ICU、検査室勤務など様々な部署が含まれた。今回の対象が公的医療機関ではなく民間の施設を対象としたことで小児科や産科が少なかったことが考えられる。臨床経験年数は、10 年以上 20 年未満が 162 名 (37.6%)、20 年以上が 134 名 (31%) で、中堅ベテラン層の多い集団であった。リーダー経験に関しては、ありが 376 名 (87%) と 9 割弱を占め、ベテラン層であることから、チームリーダーおよび業務リーダーの役割を担っているスタッフが多かった。加えてラダーレベルにおいても、ケアの受け手に合う個別的な看護を実践するレベル 3 が 149 名 (34.5%) と最も多く、ついで幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践するレベル 4 が 129 名 (29.9%)、より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択し QOL を高めるための看護を実践するレベル 5 も 50 名 (11.6%) と 8 割近いスタッフがレベル 3 以上の集団となった。

2. 各尺度の構造的特性

1) 自律性の構造的特性

「専門職的自律性」は、奥田ら (2012) の先行研究では 5 因子抽出されていたが、本研究では 4 因子となった。第 1 因子は、「看護の実践・展開能力」となり、速やかで

適切な情報収集、冷静な判断や看護の選択に関する項目が高い因子負荷量となった。先行研究では「実践」と「展開」はそれぞれ分かれた因子として扱われていたが、本研究では看護を実践しながらその延長として展開していくという結果となった。対象者が豊富な経験を有し、高い経験値から熟練した技術と知識を用いて、その場その場にあった多様な看護実践を展開しているため「実践」と「展開」が同じカテゴリーに含まれたものと考えられる。第2因子は「自立的判断能力」となった。患者の訴えや上司の助言を受けなくても、患者の心情も含めてその時に必要な看護を選択する判断能力として抽出された因子と考える。第3因子は「アセスメント能力」であった。患者のニーズをすばやく察知し、言動や表情から不安や生活習慣を読み取る全体をとらえる能力が、高い負荷量となっていた。第4因子は「予測能力」であり、2つの項目で構成されていた。患者の今後について予測する能力で、これは観察力や洞察力も含め、今までの経験を知識として認知し判断する能力として捉える事ができる。因子間相関をみると、「看護の実践・展開能力」と「アセスメント能力」、「予測能力」の間に関連が見られた。これは、看護をする時、対象を観察し得られた情報を速やかにアセスメントしたうえで実践や展開に繋がっていくこと、また、その看護の展開は今後を予測しながら修正されながら行われていくものと考えられた。「自立的判断能力」はその他の3因子と弱い関連がみられ、判断をする際に他者の助言や患者の言動などの影響を受けないという質問の特性によると推察された。次に、自律性の意思決定を測定する目的で岩本ら（2001）が作成した「The Nursing Activity Scale (NAS)」を用いた因子分析は、1因子構造となり患者への治療の効果や危険予測、自らのキャリアに対する意見の上司への申し出など看護師として責任のとれる仕事をしたいと思う意識の高さが、専門職的自律性の中の「意思決定」として抽出されたものと考えられる。

上記の結果から、自律性の高い看護師は、高い観察力を持ち速やかに患者をアセスメントした上で、適切な看護を選択しながら実践し、予測性をもって自らの看護をそのつど修正しながら展開していくという実践の中で表される力として、臨床場面の看護活動における実践の中で捉えることができたと言える。加えて、本研究の対象者の特徴から、ある程度経験豊富な集団であり、自律性サブカテゴリーそれぞれの平均点が2.63~3.13と、自己評価が高いことから、自律性の高い看護師が多かったものと推察される。

2) 社会人基礎力の構造的特性

「社会人基礎力」は、質問表現を、現時点のものではなく、今後変わろうとする態度として測定することで、自

律性形成に繋がる要因が抽出できるものと考えている。因子分析の結果、先行研究と同じ3因子が抽出された。自分にできることと他のメンバーができることを判断して行動しようとしている、周囲の状況に配慮して行動しようと思う、自分の意見を持ちながらメンバーの意見も受け入れようとしているという「チームワーク（チームで働く力）」が第1因子となった。第2因子には様々な要因を組み合わせ創造する努力や発想の転換、新しいものを作り出す力、柔軟な対応などの「シンキング（考え抜く力）」が抽出された。第3因子は自発的・自律的行動の努力や目標達成に向けた粘り強い取り組みの「アクション（前に踏み出す力）」となり、社会人基礎力がチームで働くためにお互いを意識し、それぞれが創造的に考え、前に踏み出そうとしている前向きな要素で構成されていた。

3) 自己効力感の構造的特性

看護師の自律性に関する研究で、仕事に対する意欲や自信が自律に関連していることは既に報告されている。今回、先行研究で用いられた「仕事に対する自信」を、何らかの課題に直面した際に「自分ならこれぐらいできるのではないか」といった可能性を考える「自己効力感」を測定することと置き換え、その際に広く使用されている、坂野ら（1986）が開発した「一般セルフ・エフェカシー尺度」を使用した。因子分析の結果、先行研究と同じ結果を得た。行動変容における予期機能となる効力予期と結果予期の認知を測定するこの尺度において、積極的に行動することを表す「行動の積極性」と仕事後に失敗を感じたり、何かをする前に不安を感じる、決めかねるなどの「失敗に対する不安」の2因子で構成されていた。

3. 看護専門職的自律性と社会人基礎力、自己効力感の関連

社会人基礎力の3因子と専門職的自律性4因子の単相関はすべてにおいて有意な結果を得た。中でも看護の臨床での冷静な看護ケアの実践や優先順位を考えて看護を選択する自律性の「看護の実践・展開能力」は社会人基礎力3因子すべてと高い相関を示していた。看護実践能力が高い看護師は、「自ら学び、自ら考え、人とかかわる能力を養い、自ら能力を身につけチームで生き生きと活躍する」社会人基礎力すべてを身につけていると考えられる。つまり、自ら学び育った看護師は、看護実践の場において、自律した看護の提供ができていくと言える。そして、社会人基礎力を養うことを通して、今後自分どのように活躍するのか、そのために何を学ぶか、どのように学ぶかを考えることが、看護師個人のキャリア開発にもつながっていくと考えられる。

自己効力感2因子と自律性の単相関もすべて有意な結果となり、社会人基礎力と同様に「看護の実践・展開能力」との高い相関がみられていた。これは自分が物事をうまくやれると思う自信があることが、積極的な看護活動の実践につながっているものと解釈できる。自己効力は、実際にできるかどうかよりも自らが「できる」と認識しているかどうかが行動や結果に影響すると安達（2016）は述べており、看護を提供する際、自分の行動が失敗すると思う可能性つまり不安が低いほど、「できる」との認識から次の行動に移していく意欲が増し、それらが積極的な行動につながり結果として自律性が高まると考えられる。

この社会人基礎力と自己効力感の間には高い相関が確認されており、一方が高まればもう一方も高まるという双方向の関係にあるといえる。

4. 看護専門職的自律性と個人属性の関連

まず、自律性各因子と年齢、経験年数、ラダーレベルの相関関係をみると、年齢が高く看護の経験の多い看護師ほど、また高いラダーレベルを習得している看護師ほど自律性の中の「看護の実践・展開能力」が高いことが示された。これは豊富な経験を有し、高い経験値から熟練した技術と知識を用いて、その場その場にあった多様な看護を主体的に実践している看護師の自律性が高いことを示唆している。また、ラダーレベルの高さは、「看護の実践・展開能力」「アセスメント能力」「自立的判断能力」「予測能力」とそれぞれ相関が見られ、看護師の段階的な能力開発を目的としているクリニカルラダーの有効性が示されたと言える。看護の経験の多さは「予測能力」と「意思決定」に関係しており、観察力や洞察力など今までの経験を知識として認知し判断する力、看護師としての責任感を持ち専門職としての意思決定ができる能力を得るために必要なものであると言える。更に、1要因分散分析で多重比較を行ったところ、ラダーレベル5がその他のレベルよりも自律性の高さに影響していた。これらの結果から、複雑な状況において、ケアの受け手にとって最適な手段を選択しQOLを高める看護の展開ができるというラダーレベル5の自律性の高さが裏付けられた。自ら課題を見出しそれに取り組む意識の高い看護師は、キャリアアップを目指しラダー取得に向けて自律的に行動できていると考えられる。つまり、自律性の高さがラダーレベル5の取得に繋がっていることも考えられる。ただ、クリニカルラダーの活用やステップアップに関しては、未だ施設による取り組みの差が大きいのが現状であり、久保（2008）は、看護師個人がラダーの意義を感じて取り組めるよう看護管理者による支援が必要であると指摘している。自ら課題を見出しそれに取り組む意識の高い看護師は、やはりキャリアアップを目指

しラダー取得に向けて自律的に行動できていると考えられる。ラダーへの取り組みには子育て世代の時間外研修への参加などの時間調整の困難さや、経験年数11～19年の看護師は日々の業務の現状と意欲との乖離からキャリア開発に対する意欲の低さがあるとの報告（小野、2015）もあり、クリニカルラダーの活用には、施設全体での環境調整に課題が残る。

次に、所属別に自律性の得点を見てみると、精神科と外来が他の所属部署と比較して低い得点となっていた。外来は、看護師の自律性を考えるとき問題となる診療の補助の部分が影響していることが伺える。つまり、外来は医師の近くで診療の補助的業務をするという環境が影響し、指示を受け行動することが日常化していることから看護師が自ら主体的に判断したり予測する能力が育成されにくい結果と考えられる。精神科に関しては、その領域の特殊性が影響し、看護師が主体的に看護の選択や実践及び判断をしていると感じられていないことが考えられる。精神科領域は精神疾患の患者を対象とし看護を行うが、その対象の特殊性から状態の変化の予測は難しく、医師による内服調整で患者の状態のコントロールを行い医師の指示で援助をする医師に依存する部分が多いことが予想される。以上より、勤務部署により自律性形成および促進に差が生じる可能性が示唆された。特に精神科と外来勤務の看護師は自律性の自己評価が低かったことから、所属長は自己の能力を正しく認知し、主体性をもって看護をしているという感覚を持てるようなかわりをすることが求められる。

また、「看護の実践・展開能力」において、経験年数3年未満が20年以上より有意に低い評価となり経験値の差の実際が明らかとなった。年齢では20代が40代より低い評価となりこれも経験年数に比例する結果となっていた。これは、前述した相関関係においても同結果を示しており、看護実践及び展開をする能力は、臨床経験に比例して得られ、自律性が高まっていく、年数とともに獲得していける能力であるといえる。更に、リーダーの経験があることが、自律性の4因子すべてにおいてその高さが示された。これは、自律性との関連において、「リーダーとしての責任を引き受けることが自律性を高めていく」と述べた小谷野（2001）の報告を支持し、自律性を高めるうえで重要な経験であることが示唆された。

5. 看護専門職的自律性により強く影響する個人属性

相関関係、分散分析及び多重比較で有意な影響が確認された項目から、より影響の強い項目を抽出するためにGLMを用いて個人属性の分散分析を行い、多重比較で具体的な差を確認した。その上で、社会人基礎力と自己効力感を含めた重回帰分析をステップワイズ法を用いて行い、自律性各因子に対してより影響の強い属性の要素

を明らかにした。

まず、社会人基礎力と自己効力感は、個人属性とともに説明変数とした検討においても、自律性各因子にそれぞれ強く影響を与える結果となり、この点はすでに寺本(2019)が報告した通りである。しかし、これらの要因は、自律性も含め自己評価による得点で、自己認識に基づく数値なため自律性、社会人基礎力、自己効力感の関連が抽出されることは必然とも言える。そこで、本研究で注目した、能力開発・評価システムであるクリニカルラダーを、他者から評価を受け認定される客観的な指標として加えている。

「看護の実践・展開能力」には、前述したように社会人基礎力、自己効力感はすべて影響している。個人属性として独自の影響が考えられる項目としてラダーレベル1と5、大学院卒、精神科勤務が抽出された。ラダーレベル5は、より複雑な状況において、ケアの受け手としての最適な手段を選択し、QOLを高めるための看護を実践できる能力があることを示している。ラダーレベル5と、この因子の関連は、ラダーレベルが高いスタッフは自律性も高いという関連が有意であったと解釈でき、つまり看護実践・展開能力の高いスタッフは高いラダーレベルの認定を受けている。このような関連から、自律性を高めることを考えたとき、目指すべき明確な指標として、クリニカルラダーの活用が有効となると考えられる。反対にラダーレベル1は、基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践するという基礎レベルの能力を表し、看護実践や展開を自律的に進めていく段階に到達していない。ラダーレベルを1つずつステップアップしていくことで、看護の実践・展開能力が伴い、自律性を段階的に育成していくというクリニカルラダーシステムの目的に合致した結果が得られたと考えられる。また、評価システムとして客観的に認定されるラダーレベル1および5が、自己評価している自律性の高低と一致したことも、評価の適正さを裏付ける結果となったと言える。GLMの結果からも、この「看護の実践・展開能力」という自律性を構成する能力を説明する際の関連要因として、クリニカルラダーの影響の強さが確実なものと言えるであろう。重回帰分析で、大学院卒という学歴がプラスの影響で示されたことについては、志々岐(1998)の報告と一致した結果となり、教育背景が看護の実践・展開能力に影響することが示唆された。大学院の学びは主体性を養うことにつながり、臨床での実践に活かされていると考えられる。反対にマイナスの要素となった精神科勤務については、分散分析の結果とも一致するが、所属別に自律性の得点を比較した場合、低い結果を得ており、精神科勤務の看護師の自己評価の低さが表れていた。精神科看護の領域がその他の外科、内科、小児科、産婦人科とは看護過程の展開が異なるこ

とに起因すると考える。

次に「アセスメント能力」について、社会人基礎力のシンキング、アクションと自己効力感の行動の積極性が影響し、個人属性ではラダーレベル5と大学院卒が抽出された。患者の全体像をとらえて適切な看護に繋げる基礎となる能力には、考え抜く力や積極的に行動をする力が含まれ、それとは別に看護師としての実践能力が高いことを示すラダーレベル5、主体的に学ぶ姿勢を身につける大学院卒の教育が有効であることが示された。クリニカルラダーの「アセスメント能力」に対する影響の強さは、GLMの結果も同様である。

「自立的判断能力」は、社会人基礎力のチームワーク、失敗に対する不安が低いことがプラスに影響し、個人属性では精神科勤務と看護学校卒、経験3～6年未満がマイナスの影響となった。本研究では自立的判断能力を、他者の力を借りずに自ら判断するという自立性として表している。精神科看護は、患者の精神疾患に関して看護展開する際に医師及びスタッフとの情報交換、共有などカンファレンスを持つ機会が多いと考えられる。また、教育背景から看護学校卒がマイナスの影響を示したことに関しては、精神科と同様に看護学校の教育がカンファレンスを重視し、他者との相互関係を通して看護を学ぶ教育が影響したと考える。経験年数からは、3～6年未満の看護師はチームや委員会活動などでリーダーの役割を担うようになり、徐々に自らの判断に自信をつけていく時期である。しかし、まだその判断には十分な確信は持てず先輩看護師に相談しながら判断をしていく時期であると言える。以上のように他者と関わることが必要な時期や環境が影響した結果、自立的判断という自律性にこれらの個人属性はマイナスの影響を示したと考えられる。加えて、GLMでは個人属性それぞれの影響は確認されなかったものの、多重比較においてラダーレベル5と2、3、レベルなしの間に差があることが明らかとなっている。ここでも他者の助言を受けなくても自らの責任において物事を判断する自立的判断能力という自律性を高めるために、クリニカルラダーの活用が有効であることが示唆された。

「予測能力」には、複数の因子の影響が確認された。社会人基礎力は3因子すべての影響があり自己効力感からは失敗に対する不安の低さが抽出された。個人属性から、ラダーレベル2、経験年数が10～15年未満、精神科勤務、外来勤務、がそれぞれマイナスの影響で抽出されている。まず、ラダーレベル2は、標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する能力である。これは、まだ標準的なレベルの看護に留まり創造性の発揮ができていない時期であり、自律性はこれから培っていく段階である。そのため、患者に提供される看護の先を予測するという自律性の能力の促進にはつながりにくいことが考

えられる。GLMでもクリニカルラダーは多重比較において、ラダーレベル2と3、4、5との間に差があるという結果を得ている。レベル1と2は平均点が同じであり、予測能力においてはクリニカルラダー3以上で能力として養われていくものと考えられる。次に精神科勤務の看護師は、「看護の実践・展開能力」「自立的判断能力」でもマイナスの影響となっていた。予測能力と言う自律性もまた、精神疾患の患者の症状の個体差が大きく一般化が難しいことから得にくいことが考えられる。これらの結果から、精神科勤務の看護師に対する自律性促進の教育的関わりが十分ではないことが予想される。外来勤務もマイナスの影響であり、24時間患者を連続して観察している病棟と異なることが影響していると言える。経験年数については、10～15年未満という時期がマイナスに影響したことは、この時期が年齢にすると30代が大半と考えられることから結婚や出産、子育てなど家庭の中での役割変化も大きい時期と考えられる。そのため、自律性の高まりが一時的に下がることが予測される。

Ⅶ. 結 論

自律性の形成および促進に有効な要素として以下のことが示唆され、それに対する支援が有効と考えられる。

- ・クリニカルラダーを活用し看護実践の能力を段階的に高めていくことは、自律性の形成および促進に有効である。特にラダーレベル5の看護師はすでに高い自律性を有していると言える。施設全体でクリニカルラダーを意義のあるものとして推進していくことが重要である。
- ・大学院の教育課程を経ることは、臨床現場での看護活動の自律的な行動を促す可能性がある。個人のライフスタイルに合わせ、ある程度の臨床経験を経たタイミングでも大学院進学は可能であり、職場での環境調整など進学意欲を高める支援が必要となる。
- ・配属部署に応じて自律性の育成や促進に差が出る可能性が示唆された。特に、精神科と外来に勤務する看護師には、自らが主体性をもって看護活動を行っていると感じられるような教育的かわりが必要となる。
- ・年齢と臨床経験の高さは自律性に影響を及ぼすが、比例的に高くなる一方ではなく、ライフスタイルやその時期の役割に応じて一時的に停滞する場合もある。看護師個人の置かれている状況に合わせた職務上の役割を与え、長期的に自律性を養っていきけるような配慮が求められる。ただしリーダー経験は自律性促進に有効であることを念頭におき、その役割を担う場面の設定

をする必要もある。

引用文献

- 天野正子：専門職化をめぐる看護婦・看護学生の意識構造，看護研究，5(1)，p.183，1972.
- 岩本幹子：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)，pp.29-37，2001.
- 糸嶺一郎：新卒看護師の社会人基礎力に関する尺度の妥当性と信頼性の検討，Japanese Society of Human Science of Health-Social Services，pp.23-32，2015.
- 笠松由利：総合病院看護師の社会人基礎力の構成要素とクリニカルラダーによる相違の検討，兵庫医療大学紀要，5(1)，pp.1-9，2017.
- 小寺利美：看護師長の支援と看護師の専門職的自律性との関連，日本看護管理学会誌，20(1)，pp.18-25，2016.
- 小谷野康子：看護専門職の自律性に影響を及ぼす要因の分析——急性期病院の看護婦を対象にして——，聖路加看護大学紀要，27，pp.1-9，2001.
- 菊池昭江：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・社会科学篇），47，pp.241-254，1997.
- 菊池昭江：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)，pp.285-296，1997.
- 久保和子：クリニカルラダーと臨床看護師の自己教育力との関連，徳島赤十字病院医療ジャーナル，13(1)，pp.137-141，2008.
- 北島洋子：新人看護師における社会人基礎力の関連要因の検討，日本看護研究学会雑誌，38(3)，p.286，2015.
- 久留島美紀子：看護師のクリニカルラダーに対する認識——第一報——，人間看護学研究，5，pp.49-55，2007.
- 中間玲子：自尊感情の心理学，金子書房，pp.50-60，2016.
- 中村悦子：看護における人的資源管理、その意義と課題，新潟青陵大学紀要，5，pp.333-345，2005.
- 小野麻由子：中規模療養型病院に従事する看護師のキャリア開発ラダーに対する意識調査，老年看護学，20(1)，pp.81-87，2015.
- 大岡裕子：大学病院に勤務する看護師の社会人基礎力に関連する要因の分析，日本看護管理学会誌，21(2)，pp.87-97，2017.
- 奥田のり美：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，1，pp.63-72，2012.
- 坂野雄二：一般セルフ・エフィカシー尺度 GSES，こころネット株式会社，1986.
- 志自岐康子：看護職の専門職的自律性——その意義と研究，インターナショナルナースングレビュー，18(1)，pp.23-28，1995.
- 志自岐康子：看護婦の専門職的自律性に関連する因子の分析，東京都立医療技術短期大学紀要，11，pp.75-82，1998.
- 高橋恵：いま看護職に求められる「社会人基礎力」とは，看護展望，38(7)，pp.612-614，2013.
- 辻ちえ：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，pp.27-38，2004.
- 寺本千夏：看護師の自律性を促進させるための師長のリーダーシップ要素——職務満足を通じて——，北海学園大学大学院経営学研究科修士論文，2019.
- 山口佳子：看護専門職の自律性に関する要因の分析——一般属性、看護職自身及び部下が評価する看護師長のリーダーシップとの関連——，日本赤十字看護学会誌，10(1)，pp.1-10，2009.