

脳卒中患者と家族への合意形成支援に携わる急性期病棟看護師の専門職的自律性に影響を及ぼす要因

内田香里¹，青木きよ子²

防医大誌 (2026) 51 (1) : 16–25

要旨：本研究では，急性期病棟看護師の専門職的自律性に着目して影響要因を明らかにし，看護師の合意形成支援の実践能力向上に向けた示唆を得ることを目的とする。

脳卒中看護に携わる看護師を対象に質問紙調査を行った。看護師の専門職的自律性は，菊池らが開発した「看護師の自律性尺度」を使用した。回答が得られた756名を分析対象とし，個人要因，環境要因，合意形成支援の実践状況との関連の検討を行った。

看護師の専門職的自律性に影響を及ぼす要因は，個人要因の「看護経験年数」「職位」「合意形成支援の学習経験」，合意形成支援の実践状況の「医師説明時の同席」の4項目であった。看護師の自律性尺度の5下位尺度のうち【抽象的判断能力】の平均値が最も低くなっていた。看護師の自律性尺度の高得点群は，看護師の合意形成支援の実践能力が有意に高くなっていた。

看護師の専門職的自律性には，個人要因，合意形成支援の実践状況が関与し，看護師の専門職的自律性の高得点群は，看護師の合意形成支援の実践能力が高くなるとの示唆が得られた。

脳卒中患者と家族への合意形成支援に携わる看護師が自律性を発揮した活動をするには，専門的な知識を基盤とする卓越した実践能力と合意形成支援に取り組む姿勢と行動が重要であるといえた。

索引用語： 脳卒中患者 / 看護師の専門職的自律性 / 合意形成支援

緒 言

わが国では高齢社会の進行に伴い，医療機関における機能分化が進められ，在院日数が短縮される中で看護の質の向上も求められている。脳卒中患者と家族も同様に，急性期であっても入院から比較的早い段階で退院後の療養先を選択する必要に迫られることが多い。脳卒中の場合，生活に影響する機能障害を残すことが多く，明確な回復の見通しが立たない中で退院後の生活に向けて大きな意思決定が必要となる。患者本人のみならず家族もその意思決定は多くの不安や迷いを伴うことが少なくなく，病棟で勤務する看護師は家族全体としての合意を支援する役割が求められる。

筆者らは先行研究において，急性期医療後に退院後の療養の場を選択する脳卒中患者と家族に対して，合意形成に向けた看護師による支援の実態とその影響要因を明らかにした¹⁾。その結果，合意形成支援の実践には，看護師自身の専門職的自律性が大きく影響していることが示され，患者と家族の意思決定を支える上で看護師の主体的な関与が重要であることが示唆された。

看護師の専門職的自律性には，一般的に2つの捉え方が認識されている^{2, 3)}。1つは「臨床的自律性 (clinical autonomy)」であり，これは看護師が標準的な業務を超えて患者ケアを提供する力を指し，特定の医行為を行う一部の看護

¹ 防衛医科大学学校地域看護学講座
Department of Community Health Nursing, National Defense
Medical College, Tokorozawa, Saitama 359-8513, Japan

² 順天堂大学大学院医療看護学研究科
Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo
University, Urayasu, Chiba 279-0023, Japan

令和7年8月19日受付
令和7年11月21日受理

看護師に期待されている業務の拡大における自律性である^{2, 3)}。2つ目は「看護実践の自律性 (nursing practice autonomy)」であり、これは行政規則で定められた看護実践の範囲内で、看護師が自分の知識と判断に従って判断・選択し、適切な患者ケアを提供するという職業上の意思決定を自主的・主体的に行う能力である^{2, 4, 5)}。本研究では、2つ目の療養上の世話を中心とした「看護実践の自律性」に着目することとする。

看護師の専門職的自律性に関する研究は、1960年代から米国において行われ、日本では1990年代から看護師の自律性を測定する尺度の日本語版が翻訳され、看護師の自律性に関する研究が進められてきた。その中でも、看護師の専門職的自律性は状況の「認知」「判断」「実践」から構成されるものとした菊池らの尺度が多く活用されている⁶⁾。

看護師の自律性との関連を調査した研究では、看護師の年齢や経験、職位等の基本属性に加え、仕事に対する意欲や自信、職務満足感、職場環境等が関連していることが報告されている^{3, 7-10)}。

先行研究¹⁾において、急性期医療後の脳卒中患者と家族に対する合意形成支援に看護師の専門職的自律性に関連があった。本研究では、

合意形成支援に携わる看護師の専門職的自律性に着目し、専門職的自律性に影響を及ぼす要因を検討することで、患者への意思決定支援および家族を含めた合意形成支援の実践能力向上につながる示唆を得たいと考えた。

操作的定義と研究の概念枠組み

1. 用語の操作的定義

1) 脳卒中患者

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血を発症した患者

2) 看護師の専門職的自律性

菊池らの定義⁶⁾を参考に、行政規則で定められた看護実践の範囲内で、看護師が自分の知識と判断に従って判断・選択し、適切な患者ケアを提供するという職業上の意思決定を自主的・主体的に行う能力とする。

3) 合意形成支援

野嶋ら¹¹⁾の定義を参考に、合意形成とは、家族としてどのようにしていくのか、一つの方向性を見出し意思決定していくプロセスのこととし、合意形成支援はそのプロセスを支援することとした。

2. 研究の概念枠組み (図1)

先行研究において、脳卒中患者が急性期医療後に退院後の療養の場を選択する際、患者と家

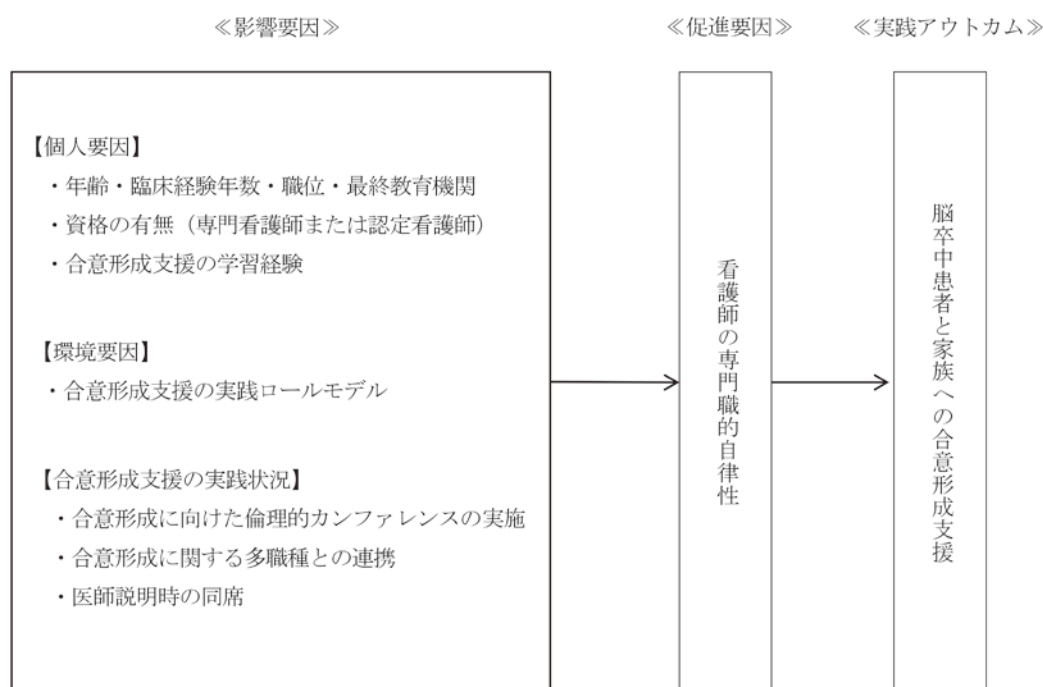


図1. 本研究の概念枠組み

族が家族全体としての1つの意思決定をすることを支える合意形成支援の実践には、看護師自身の専門職的自律性が大きく影響していることが示された¹⁾。このことから、筆者らは看護師の専門職的自律性に影響する要因を明らかにし、それらを高めることが看護師の合意形成支援の実践能力向上に寄与できると考えた。本研究では、看護師の専門職的自律性への影響要因を明らかにし、それらを通じて脳卒中患者と家族への合意形成支援という実践的アウトカムへと至るモデルを想定している。

看護師の専門職的自律性に影響する要因について、個人要因、環境要因、合意形成支援の実践状況をあげた。

個人要因には、先行研究^{3, 7-10)}を参考に、看護の経験年数や職位、看護の最終教育機関、専門看護師または認定看護師の資格の有無、合意形成支援に関する学習経験等が関与すると考えた。

退院後の療養の場を選択する合意形成支援は、患者と家族にとってどのような支援が必要であるか看護師自らの臨床倫理的判断が求められる看護実践である¹²⁾。看護師の倫理的能力の促進にはロールモデルの活用が有効とされており¹³⁾、看護師として経験年数を重ねる職場の環境が重要である³⁾ことから、環境要因には合意形成支援を実践する上でのロールモデルの有無を取り上げた。

合意形成支援の実践状況には、合意形成に向けた倫理的カンファレンスの実施状況、合意形成に関する多職種との連携状況、医師が患者や家族に説明を行う際の同席状況が関与すると考えた。

さらに、看護師の専門職的自律性は、合意形成支援の実践能力を高めると仮定した。

以上を踏まえ、本研究では図1のような概念枠組みを設定した。

研究目的

脳卒中患者と家族への合意形成支援に携わる看護師について、看護師の専門職的自律性に影響を及ぼす要因を明らかにし、看護師の実践能力向上に向けた示唆を得ることを目的とする。

研究方法

1. 研究デザイン

質問紙調査による関連探索型研究

2. 研究方法

1) 調査対象

日本脳卒中学会認定研修教育病院で脳卒中患者の急性期医療に従事する看護師

2) 調査方法

2015年5月～8月の期間に無作為に抽出した日本脳卒中学会認定研修教育病院の250施設のうち、研究承諾を得られた86施設に勤務する病棟看護師1756名に対して、看護部の責任者を通して依頼文及び自記式質問紙、個別返信用封筒を配布し、個別返信用封筒にて質問紙を回収した。回答を得られた795名（回収率45.2%）のうち、合意形成支援項目に欠損が認められる等の39名を除いた756名（43.0%）を分析対象とした。

3. 調査項目

1) 看護師の自律性の測定

看護師の自律性を測定する尺度は、菊池・原田⁶⁾が作成した「看護師の自律性測定尺度（以下、看護師の自律性尺度）」47項目を使用した。この尺度は、看護師の専門職としての自律性を「認知」「判断」「実践」の3側面で捉え、下位尺度として【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項目で構成される。【認知能力】とは、現在の患者の状況をどれだけ正確に知覚し理解できるのかという力、【実践能力】とは、判断した看護方法を主体的に実行し、的確に成し遂げる行動、【具体的判断能力】とは、訴えや症状など患者が示す具体的な手がかりを基に対処方法を的確に判断できる力、【抽象的判断能力】とは、患者の気分や感情、不安などの心理的状況を察知し、理論を基にそれに応じた看護方法を組み立てる力、【自立的判断能力】とは、他の看護師に依存することなく自ら独自に必要な看護方法を考察する力としている。

各項目は、「1. 全くそう思わない」「2. あまりそう思わない」「3. どちらともいえない」「4. 少しはそう思う」「5. かなりそう思う」の5件法で測定し、得点が高いほど自律性が高いこと

を示す。

2) 合意形成支援の看護実践状況への影響要因

合意形成支援への影響要因としては、看護師の「個人要因」と看護師を取り巻く「環境要因」に加え、普段の「合意形成支援の実践状況」を質問項目とした。

(1) 看護師の個人要因

基本属性として、年齢、看護経験年数、職位、看護の最終教育機関、専門看護師または認定看護師の資格を尋ねた。その他、合意形成支援の学習経験について尋ねた。

(2) 環境要因

患者や家族に関する合意形成支援の実践上のロールモデルの有無について尋ねた。

(3) 合意形成支援の実践状況

患者や家族に関する倫理的な課題や問題について、合意形成に向けた倫理のカンファレンスの実施状況および合意形成に関する多職種との連携状況について尋ねた。また、医師が患者や家族に病状や今後の方針などの説明を行う際の同席状況について尋ねた。回答は5段階で評価し、実施している順に5～1点として点数化した。

(4) 合意形成支援の実践能力の測定

先行研究¹⁾において、合意形成支援の測定尺度を作成した。この尺度は、倫理的意思決定を促進するSavageモデル¹⁴⁾および野嶋らによる家族の合意形成を支えるケアガイドライン「意思決定を支える5つのステップ」¹¹⁾を参考に作成し、信頼性と妥当性の検討を行った。その結果、【最善の決定に向かえるように支える】8項目、【具体策の検討を支える】4項目、【状況の理解や問題意識の整理を支える】3項目、【家族の意向や希望を支える】2項目、【強みを活かした決定になるように支える】3項目の5因子20項目が確認できた。

合意形成支援の実践能力の測定には、4段階評価によりこの5因子20項目からなる合意形成測定尺度を使用した。回答は、4段階評価により実施の高い順に4～1点として点数化した。

4. 分析方法

1) 記述統計

看護師の自律性尺度47項目および、回答者の属性と個人要因、環境要因、合意形成支援の実践状況の記述統計を行った。

2) 看護師の専門職的自律性に影響する要因の検討

概念枠組みに沿って、個人要因、環境要因、合意形成支援の実施状況の項目を独立変数、看護師の自律性尺度を従属変数として、強制投入法による重回帰分析を行った。分析はSPSS ver.29を使用し有意水準 $p < .05$ とした。

3) 看護師の専門職的自律性と脳卒中患者・家族への合意形成支援との関連

看護師の専門職的自律性と合意形成支援との関連を確認するため、看護師の自律性尺度の総得点および下位尺度得点の平均値+SD以上を高得点群、平均値-SD以下を低得点群とし、2群間において合意形成支援の実践状況に差があるか検討を行った。検討方法はt検定を用いて有意水準 $p < .05$ とした。

5. 倫理的配慮

本研究は、順天堂大学大学院医療看護学研究科研究等倫理審査委員会の承認を得た（順看倫第26-M8）。その後、対象施設の責任者宛てに文書にて本研究の協力を依頼し、研究承諾を得られた施設に勤務する病棟看護師に対して調査を行った。研究への同意は、看護部責任者に対しては同意書の返信、研究対象となる病棟看護師に対しては無記名の調査用紙の返信をもって同意とした。

結 果

1. 回答者の概要（表1）

1) 看護師の個人要因

回答者の平均年齢は、34.1（±9.1）歳、看護経験の平均年数は11.3（±8.5）年であった。師長・副師長または主任の職位を持つのは151名（20.0%）であり、10年以上の看護経験を持ち役職を持たないスタッフが多かった。看護の最終教育機関は、大学または大学院を修了したのは138名（18.4%）、それ以外は613名（81.6%）であった。専門看護師または認定看護師の資格を持つのは24名（3.3%）、これらの資格を持たないのは707名（96.7%）であった。脳卒中患者と家族への合意形成支援の学習経験について、これまで合意形成支援の学習の経験があるとの回答は264名（34.9%）で、全体の7割以上は学習の経験がないとの回答であった。

表1. 回答者の概要

対象背景		n	看護師の自律性尺度総得点 平均値 ± 標準偏差
個人要因			
年齢 (n=756)	平均	34.1 ± 9.1歳	
看護経験年数 (n=731)	平均	11.3 ± 8.5年	
職位 (n=756)	役職あり (師長・副師長・主任)	151	182.7 ± 23.6
	役職なし (スタッフ)	605	161.6 ± 23.4
最終教育機関 (n=751)	大学・大学院	138	162.3 ± 25.8
	大学・大学院以外	613	166.6 ± 24.6
資格 (専門看護師または認定看護師) (n=731)	資格あり	24	177.7 ± 26.4
	資格なし	707	165.1 ± 24.8
合意形成支援の学習経験 (n=755)	学習経験あり	264	171.6 ± 24.9
	学習経験なし	491	162.6 ± 24.4
環境要因			
合意形成支援の実践ロールモデル (n=754)	あり	391	165.9 ± 25.3
	なし	363	165.7 ± 24.5
合意形成支援の実践状況			
合意形成に向けた倫理的カンファレンスの実施 (n=753)	積極的に行っている	244	159.5 ± 25.4
	時々行っている	351	162.3 ± 23.1
	どちらともいえない	72	151.3 ± 21.6
	あまり行っていない	68	156.7 ± 24.2
	全く行っていない	18	159.2 ± 17.5
合意形成に関する多職種との連携 (n=750)	積極的に連携している	327	162.6 ± 24.0
	時々連携している	268	158.9 ± 23.7
	どちらともいえない	92	154.0 ± 22.7
	あまり連携していない	50	159.4 ± 25.1
	全く連携していない	13	153.2 ± 16.9
医師説明時の同席 (n=756)	積極的に同席している	269	164.7 ± 24.8
	時々同席している	309	158.7 ± 22.3
	どちらともいえない	49	157.5 ± 21.1
	あまり同席していない	86	154.6 ± 22.2
	全く同席していない	43	149.1 ± 28.5

2) 環境要因

患者と家族の合意形成支援を行う上での実践ロールモデルについて、有りと回答したのは391名 (51.9%) で約半数であった。

3) 合意形成支援の実践状況

合意形成に向けた倫理的カンファレンスの実施状況については、「積極的に行っている」が244名 (32.4%), 「時々行っている」が351名 (46.6%) であり、合意形成に関する多職種との連携状況については、「積極的に連携している」が327名 (43.6%), 「時々連携している」が268名 (35.7%) であった。

また、医師が患者や家族に説明する際の同席

状況については、「積極的に同席している」が269名 (35.6%), 「時々同席している」が309名 (40.9%) であった。いずれの看護実践も、実施していると回答したのは全体の7割以上であった。

4) 看護師の自律性尺度得点 (表2)

対象者の自律性尺度得点の項目全体の平均値は165.8 (±24.9) 点であり、各下位尺度の平均得点は、【自立的判断能力】3.6 (±0.8) 点、【具体的判断能力】3.6 (±0.7) 点、【認知能力】3.6 (±0.5) 点、【実践能力】3.5 (±0.6) 点、【抽象的判断能力】3.2 (±0.7) 点の順となり、【抽象的判断能力】の平均得点が最も低かった。

表2. 看護師の自律性尺度得点

		n = 756	
看護師の自律性尺度 (47項目)		平均値	± 標準偏差
尺度総合得点		165.8	± 24.9
第1因子：認知能力		3.6 ± 0.5	
私は治療が患者に及ぼす心理的影響を予測することができる		3.7 ± 0.7	
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		3.8 ± 0.8	
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		3.9 ± 0.7	
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		3.6 ± 0.7	
私は患者の価値観を十分に理解することができる		3.3 ± 0.7	
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		3.5 ± 0.8	
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		3.5 ± 0.8	
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		3.5 ± 0.8	
私は患者のニーズに直ぐに気づくことができる		3.3 ± 0.8	
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		3.4 ± 0.7	
私は患者の言動に共感的理解を示すことができる		3.9 ± 0.7	
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		3.9 ± 0.7	
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		3.8 ± 0.7	
私は看護に必要な情報を直ぐに集めることができる		3.7 ± 0.8	
第2因子：実践能力		3.5 ± 0.6	
私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができる		3.4 ± 1.0	
私は患者の急激な生理的変化(吐血、意識喪失など)に対応することができる		3.6 ± 0.9	
私は手際よく看護ができる		3.3 ± 0.9	
私は患者が落ち着いて看護を受けられるよう常に配慮ができる		3.6 ± 0.8	
私は患者の突然の求めにも躊躇せずに応じることができる		3.5 ± 0.8	
私は患者の社会生活に配慮した看護ができる		3.5 ± 0.8	
私は他職種(栄養士、理学療法士など)と連携を上手に取ることができる		3.7 ± 0.8	
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		3.8 ± 0.8	
私は患者の個別性を考慮した看護を実施することができる		3.7 ± 0.7	
私は看護の際に必要な物品を過不足なく準備できる		3.6 ± 0.8	
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		3.6 ± 0.7	
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		3.5 ± 0.7	
私は看護を常に創意工夫することができる		3.4 ± 0.8	
私は患者の社会的適応を促進するための指導ができる		3.2 ± 0.8	
第3因子：具体的判断能力		3.6 ± 0.7	
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		3.6 ± 0.8	
私は患者の心理的変化(不安、怒り、焦りなど)に応じて看護方法を選択できる		3.6 ± 0.8	
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		3.6 ± 0.7	
私は突然の患者の生理的変化(血圧低下、悪寒など)に応じて看護方法を変更できる		3.7 ± 0.8	
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		3.7 ± 0.8	
私は看護方法を自分一人で選択できる		3.4 ± 0.9	
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		3.6 ± 0.9	
第4因子：抽象的判断能力		3.2 ± 0.7	
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		3.1 ± 0.9	
私は看護研究の結果など最新の情報を活用し看護を決定できる		2.9 ± 0.9	
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		3.3 ± 0.8	
私は患者の変化(結果)を予想して看護を選択することができる		3.4 ± 0.8	
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		3.2 ± 0.9	
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		3.4 ± 0.8	
私は患者の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		3.5 ± 0.8	
第5因子：自立的判断能力		3.6 ± 0.8	
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		3.3 ± 0.8	
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		3.4 ± 0.8	
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		3.5 ± 0.9	
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		3.7 ± 0.9	
私は患者の訴えがないと何を看護すべきかわからない		3.9 ± 1.0	

2. 看護師の専門職的自律性と影響要因(表3)

脳卒中患者と家族への合意形成支援に携わる看護師の専門職的自律性に影響する要因を検討するにあたり、個人要因5項目、環境要因1項目、合意形成支援の実践状況3項目の9つの項目を独立変数、看護師の自律性尺度を従属変数として、強制投入法による重回帰分析を行った。看護師の自律性尺度総得点について有意水準 ($p < .05$) を認めたのは、個人要因の「看護経験年数」($\beta = .21$)、「職位」($\beta = .21$)、「合意形成支援の学習経験」($\beta = .09$) と、合意形成支援の実践状況の「医師説明時の同席」($\beta = .12$)、の4項目であった。重相関係数 R は.42、調整済み決定係数 R^2 は.18であった。また、多

重共線性の検討を行い、VIF 最大値1.56にて問題なしと判断した。

3. 看護師の専門職的自律尺度と合意形成支援の尺度との関連(表4)

看護師の自律性尺度の総得点および下位尺度得点の平均値により高値群と低値群の2群に分け、合意形成支援尺度得点に差があるか検討を行った。

その結果、合意形成支援の総得点および5下位尺度のすべての平均値に2群間において有意差がみられ ($p < .05$)、看護師の専門職的自律性は合意形成支援の実践に関与していることが示された。

表3. 脳卒中患者と家族への合意形成支援に携わる看護師の専門職的自律性に影響する要因

対象背景	看護師の自律性尺度											
	総得点		認知能力		実践能力		判断能力					
							具体的判断能力		抽象的判断能力		自立的判断能力	
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
個人要因												
看護経験年数	.21	.000 ***	.19	.000 ***	.21	.000 ***	.19	.000 ***	.19	.000 ***	.01	.824
職位 a	.21	.000 ***	.16	.000 ***	.17	.000 ***	.18	.000 ***	.21	.000 ***	.18	.000 ***
最終教育機関 b	.03	.322	.04	.309	.01	.852	.02	.584	.03	.356	.07	.049 *
資格(専門・認定看護師) c	.03	.335	.01	.823	.03	.319	.03	.411	.03	.410	.05	.180
合意形成支援の学習経験 d	.09	.008 **	.10	.005 **	.06	.083	.08	.032 *	.13	.000 ***	.02	.650
環境要因												
合意形成支援の実践ロールモデル e	.01	.715	.02	.666	-.01	.784	-.00	.993	.03	.455	.04	.253
合意形成支援の実践状況												
倫理的カンファレンスの実施 f	.02	.633	.04	.338	.01	.868	-.01	.891	.01	.836	.03	.536
多職種との連携 g	.06	.114	.06	.134	.07	.082	.07	.095	.07	.089	-.04	.307
医師説明時の同席 h	.12	.000 ***	.09	.009 **	.15	.000 ***	.12	.001 ***	.10	.003 **	-.03	.477
R	.42		.36		.40		.38		.42		.20	
R^2	.18		.13		.16		.15		.18		.04	

強制投入法による重回帰分析 * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

a: 役職なし = 1, 役職あり = 2

b: 大学・大学院以外 = 1, 大学・大学院 = 2

c: 資格なし = 1, 資格あり = 2

d: 学習経験なし = 1, 学習経験あり = 2

e: なし = 1, あり = 2

f: 「全く行っていない」 = 1 から「積極的に行っている」 = 5 まで

g: 「全く連携していない」 = 1 から「積極的に連携している」 = 5 まで

h: 「全く同席していない」 = 1 から「積極的に同席している」 = 5 まで

表4. 看護師の自律性尺度と合意形成支援尺度との関連

n = 756														
脳卒中患者と家族への合意形成支援														
		n	総得点	第 1 因子 最善の決定に 向かえるよう に支える		第 2 因子 具体策の検 討を支える		第 3 因子 状況の理解や 問題意識の整 理を支える		第 4 因子 家族の意向 や希望を支 える		第 5 因子 強みを活かし た決定になる ように支える		
				平均値 ± SD	平均値 ± SD	平均値 ± SD	平均値 ± SD	平均値 ± SD	平均値 ± SD	平均値 ± SD				
看護師の自律性尺度														
総得点	上位群	102	69.7 ± 9.0	***	27.7 ± 4.3	***	13.8 ± 2.1	***	10.4 ± 1.5	***	7.6 ± 0.7	***	10.2 ± 1.6	***
	下位群	99	51.3 ± 9.6		20.2 ± 4.8		9.9 ± 2.1		7.8 ± 1.5		5.9 ± 1.1		7.4 ± 1.7	
認知能力	上位群	118	68.6 ± 10.1	***	27.3 ± 4.8	***	13.6 ± 2.4	***	10.2 ± 1.5	***	7.5 ± 0.8	***	10.0 ± 1.8	***
	下位群	123	51.8 ± 9.5		20.4 ± 4.5		10.2 ± 2.2		7.8 ± 1.5		5.9 ± 1.1		7.5 ± 1.7	
実践能力	上位群	116	68.7 ± 9.4	***	27.4 ± 4.4	***	13.6 ± 2.2	***	10.2 ± 1.5	***	7.5 ± 0.8	***	10.0 ± 1.7	***
	下位群	112	52.5 ± 10.2		20.7 ± 5.0		10.0 ± 2.3		8.0 ± 1.6		6.1 ± 1.2		7.6 ± 1.7	
具体的判断能力	上位群	77	68.4 ± 10.5	***	27.1 ± 5.2	***	13.6 ± 2.3	***	10.1 ± 1.6	***	7.5 ± 0.7	***	10.0 ± 1.8	***
	下位群	112	52.5 ± 10.1		20.6 ± 5.0		10.2 ± 2.4		8.0 ± 1.5		6.2 ± 1.2		7.5 ± 1.6	
抽象的判断能力	上位群	138	67.3 ± 9.7	***	26.7 ± 4.6	***	13.4 ± 2.1	***	10.1 ± 1.5	***	7.2 ± 1.0	***	10.0 ± 1.6	***
	下位群	100	52.6 ± 9.7		20.6 ± 4.8		10.1 ± 2.3		8.1 ± 1.5		6.2 ± 1.1		7.5 ± 1.7	
自立的判断能力	上位群	118	63.6 ± 11.3		25.0 ± 5.5		12.5 ± 2.4		9.7 ± 1.8	*	7.2 ± 1.0	***	9.2 ± 1.8	
	下位群	97	60.8 ± 10.4		24.2 ± 4.7		12.0 ± 2.3		9.2 ± 1.7		6.5 ± 1.1		9.1 ± 1.7	
t 検定 * p < .05, ** p < .01, *** p < .001														

t検定 *p<.05, **p<.01, ***p<.001

考 察

1. 脳卒中患者と家族への合意形成支援に携わる看護師の専門職的自律性と影響要因

看護師の自律性の概念について、研究が始められた1980年代は患者ケア提供の際に行うべきことを決定する力、判断して行為することとされていたが、その後、定義と測定方法は時間と共に発展し、「患者を擁護し、看護独自および他職種と協働して患者のケアを意思決定する」という側面を持つようになった^{2, 15-18)}。

本研究で使用した菊池らの尺度は、これらの背景を踏まえ、看護師の「状況の認知、判断、実践」という意思決定プロセスに、看護の専門性の発揮の過程が現れるとするものである。つまり、菊池らの尺度は自主的・主体的な意思決定プロセスを測定するものであるが、その看護実践の基本姿勢に患者の擁護や患者の権利の尊重が含まれる。本研究において、看護師の自律性には、医師説明時に同席するという倫理的な看護実践が影響していることが示され、これらの結果は、看護師の自律性の概念に患者の擁護が含まれるとする主張を支持するものであった。

本研究対象者の自律性尺度の得点は、急性期

病院に勤務する看護師を対象とした先行研究³⁾とほぼ同様の結果であった。また、看護師の自律性には、看護師の経験年数や職位等の基本属性^{6, 10)}や学習経験^{19, 20)}が関連していることが報告されている。本研究においても、脳卒中患者と家族への合意形成支援に携わる看護師の専門職的自律性には、看護経験年数や職位、合意形成支援の学習経験が関連していた。さらに、看護師の自律性尺度の【抽象的判断能力】の平均得点が最も低かったことも、田村ら³⁾の研究対象者と同様の結果であった。本研究の対象者は、急性期ケアを行っている者が9割以上であったことから、一般的な対象群であると考えられた。脳卒中患者と家族への合意形成支援に携わる看護師が自律性を発揮した活動をするためには、特に【抽象的判断能力】を養うことの重要性が示唆された。そのためには、看護経験を生かし合意形成支援の学習経験が得られる組織体制が必要になるといえた。

2. 看護師の専門職的自律性の形成と合意形成支援に向けた看護への示唆

本研究において、看護師の自律性の形成には、専門的な知識を基盤とする卓越した実践能

力や経験年数に加え、合意形成支援の実践が影響すると示された。安藤ら²¹⁾は、倫理的行動力の高い組織では、潜在的なニーズを見出そうとするなど、患者のより良い看護について考える誠実な姿勢があり、個別性のある看護を積極的に行っていることを明らかにしている。さらに、看護師の自律性尺度得点の平均値より高得点群と低得点群の2群において、合意形成支援の総得点および下位尺度すべてに有意差がみられた。このことから、看護師の専門職的自律性の形成は、合意形成支援の実践能力を高めることに繋がるとの示唆が得られた。

これらから、普段の看護実践において、患者の話に耳を傾け主体的に患者にとっての最善をめざす倫理的姿勢と行動が、看護師の自律性および患者と家族への合意形成支援の実践能力の向上につながると考えられた。経験年数については単なる時間の経過や長さを積むのではなく、経験の質が重要であり^{22, 23)}、日々のケアについて個人またはチーム内で内省し、経験値として蓄積していくことが重要となる。そのためには、個人の努力に加えて看護経験を生かしたキャリアパス、合意形成支援に必要な学習経験や学習しやすい職場環境であることが求められているといえた。

研究の限界と今後の課題

今回、看護師の専門職的自律性を測定するツールには菊池らの尺度を用いて、脳卒中の急性期ケアに携わる看護師の一定の専門職的自律性と関連要因を提示できたと考える。看護師の専門職的自律性の概念と測定方法は時間と共に発展してきていることから²⁾、自律性に関与すると言われる内的特性にも着目して影響要因を検討する必要がある。また、看護師の自律性の形成には、組織が作り出す看護実践環境が重要であると言われることから³⁾、組織の倫理的行動を測定するなど、職場の合意形成支援の実践を多面的に捉えていくことも課題である。

結 語

1. 脳卒中患者と家族への合意形成支援に携わる看護師の専門職的自律性に影響を及ぼす要因は、個人要因の「看護経験年数」「職位」「合意

形成支援の学習経験」、合意形成支援の実践状況の「医師説明時の同席」の4項目であった。

2. 看護師の自律性尺度の高得点群は、看護師の合意形成支援の実践能力が有意に高く、看護師の専門職的自律性の形成は、合意形成支援の実践能力を高めるとの示唆が得られた。

3. 脳卒中患者と家族への合意形成支援に携わる看護師が自律性を発揮した活動をするには、専門的な知識を基盤とする卓越した実践能力と合意形成支援に取り組む姿勢と行動が重要と考えられた。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力くださいました施設長ならびに看護部長の皆様、看護師の皆様は心より御礼申し上げます。

付 記

本論文は順天堂大学大学院医療看護学研究科修士論文の一部に加筆・修正を加えたものであり、本稿の一部を第36回日本看護科学学会学術集会にて発表した。

利 益 相 反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 1) 内田香里, 青木きよ子: 急性期医療後の療養の場を選択する際の脳卒中患者の家族への合意形成支援と影響要因の検討. 日本看護科学会誌, 41: 201-210, 2021.
- 2) Mrayyan MT, Khait AA, Rababa M, et al.: Professional Autonomy in Nursing: A Concept Analysis. *Sage Journals*. 1-17, 2024.
- 3) 田村直美, 勝山貴美子, 柏木聖代: 急性期病院に勤務する看護師の自律性と看護実践環境との関連, 日本クリティカルケア看護学会誌 13: 39-47, 2017.
- 4) Hara Y, Asakura K, Asakura T.: The impact of changes in professional autonomy and occupational commitment on nurses' intention to leave: A two-wave longitudinal study in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. 17: 1-14, 2020.
- 5) Rouhi-Balasi L, Elahi N, Ebadi A, et al.: Professional Autonomy of Nurses: A Qualitative Meta-Synthesis Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 25: 273-281, 2020.
- 6) 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 人文・社会科学篇 47: 241-254, 1997.
- 7) 菊池昭江: 専門看護師 (CNS) における自律性に影響を及ぼす要因の検討, 日本看護科学会誌 34: 362-370, 2014.

- 8) 新山真奈美：脳卒中高齢者に携わる看護師の専門職的自律性に影響を及ぼす要因の検討, バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌 16: 1-10, 2014.
- 9) 菊池昭江：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－. 看研 32: 92-103, 1999.
- 10) 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. 看研 30, 285-297, 1997.
- 11) 野嶋佐由美：家族の意思決定を支える看護のあり方. 家族看護 1: 28-35, 2003.
- 12) 宇都宮宏子, 長江弘子, 山田雅子, 他：退院支援・退院調整ステップアップQ&A 実践者からの知恵とコツ. 日本看護協会出版会, 東京, 2012, pp8-16.
- 13) 小西恵美子, 和泉成子, 江藤裕之 (2008)：看護倫理を教える・学ぶ－倫理教育の視点と方法－. Davis AJ., Tschudin V., Raeve L編, 日本看護協会出版会, 東京, 2008, pp201-205.
- 14) 奥宮暁子：リハビリテーション看護の実践－概念と専門性を示すARNのコアカリキュラム, アメリカリハビリテーション看護師協会編, 日本看護協会出版会, 東京, 2006, pp33-41.
- 15) 古地順子：看護職の自律性概念の探求 (第一報) 英語の文献から. 日本看護倫理学会誌 7: 26-35, 2015.
- 16) Pursio K, Kankkunen P, Sanner - Stiehr E, et al. : Professional autonomy in nursing: An integrative review. *J Nurs manag.* 29: 1565-1577, 2021.
- 17) 古賀節子：「看護師の自律性」概念分析. 豊橋創造大学紀要 23: 87-103, 2019.
- 18) Wade GH: Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *J Adv Nurs.* 30: 310-318, 1999.
- 19) 中村卓樹, 吉岡さおり, 入江多津子：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. 京都府立医科大学看護学科紀要 29: 1-9, 2019.
- 20) 梶山倫子, 吉岡さおり：終末期がん患者の在宅療養移行に向けた一般病棟看護師の意思決定支援の実態とその関連要因. *Palliative Care Research.* 13: 99-108, 2018.
- 21) 安藤千智, 中西貴美子：看護師の倫理的行動力が高い組織文化の特徴について. 三重県立看護大学紀要 21: 1-9, 2018.
- 22) 辻ちえ, 小笠原知枝, 竹田千佐子, 他：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. 日本看護研究学会雑誌 30: 31-38, 2007.
- 23) Benner P：ベナー看護論. 医学書院, 東京, 2005, pp1-32.

Factors influencing the professional autonomy of acute care nurses involved in supporting mutual agreement between stroke patients and their families

Kaori UCHIDA¹, Kiyoko AOKI²

J. Natl. Def. Med. Coll. (2026) 51 (1) : 16–25

Abstract: We studied the factors influencing the professional autonomy of acute stroke nurses and identified suggestions for improving their practical ability to support mutual agreement. A questionnaire, including the Scale for Professional Autonomy in Nursing, was administered to 756 acute stroke nurses. Four factors influenced the professional autonomy of acute stroke nurses: “years of nursing experience,” “job position,” “learning experience in mutual agreement support,” and “attending physicians’ explanations.” Of the five subscales of the Scale for Professional Autonomy in Nursing, the average scores for “abstract judgment ability” was the lowest. Nurses with high scores on the scale demonstrated a significantly greater practical ability to support mutual agreement than those with low scores. Individual factors and practices that support mutual agreement influence the professional autonomy of acute stroke nurses. Nurses who scored high on professional autonomy assessments demonstrated a greater ability to support mutual agreement than those with lower scores. Acute stroke nurses must possess advanced practical skills grounded in specialized knowledge, along with attitudes and behaviors that facilitate mutual agreement, to exercise professional autonomy effectively.

Key words: stroke patients / professional autonomy in nursing /
mutual agreement