

ベトナムの地区病院と地域保健センターにおける 看護職らの自律性の特徴と自律性に影響する要因 — 菊池らの尺度を活用した、ダナン市・グハンソン地区の調査から —

Of Characteristics of Professional Autonomy of Nursing Staff and Factors that Affect their Autonomy at a District Hospital and its Community Health Centers in Vietnam — A Report on Survey using the Kikuchi and Harada's Scale for Professional Autonomy in Nursing at Ngu Hanh Son Area, Da Nang City —

山本あゆみ¹⁾・馬場美穂²⁾・飯尾良英³⁾・Trần Thị Kim⁴⁾

Ayumi YAMAMOTO, Miho BABA, Yoshihide IIO, and Tran THI KIM

抄録：研究者らが携わる JICA 草の根技術協力事業の対象地区病院と地域保健センターに勤務する看護職ら全数86名を対象とし、自律性の特徴と自律性に影響を及ぼす要因を明らかにし、プロジェクトの継続研修のあり方に活かすため、専門的自律性尺度と属性に関するアンケート調査を行った。

有効回答数は84名であった。因子分析の結果、「理解・判断能力」「察知・行動能力」「計画力・処理能力」の3因子が抽出された。これらの3因子と、プロジェクト参加の有無、最終学歴、勤務場所について t 検定を行った結果「理解・判断能力」に、また役職の有無については「理解・判断能力」と「察知・行動能力」に有意差が認められた。対象看護職らの自律性には、プロジェクトの参加の有無、役職、最終学歴、勤務場所が影響する要因として挙げられた。今後これらに焦点を当て検討し、継続教育を進めていくことが、看護職らの自律性を高めることに繋がるという示唆を得た。

キーワード：看護職、専門的自律性、JICA 草の根技術協力事業、ベトナム

I. [はじめに]

看護における自律性とは、知識や経験に基づく意思決定であり、行動であり、責任である。ベトナムの看護教育モデルは医学的志向が強く、看護の仕事が診療の補助技術に偏っており、基本的な身体ケアと心理的ケアは家族構成員に委ねられている¹⁾。看護師が患者と家族メンバーに対してケアを指導する役割はまだ限られたものとなっている。また、患者に対する看護活動の主たる看護過程の展開は大学教育に含まれてはいるが、看護の現場では一般的に展開されていない。看護方式は機能別看護やチームナーシングシステムであり、担当の看護師が一人の患者を入院から退院まで一貫して責任を持って看護するシステムではない。つまり、看護師が主体的に患者ケアを行う機会や、看護師の意思決定能力を高める機

会が少ないのが現状である。このことは看護師の自律性の必要を感じ難い環境を生み出すことに繋がっているのではないかと考える。

現在、JICA 草の根技術協力事業（パートナー型）において「ダナン市・グハンソン地区の地区病院を中心とする老年ケア・プログラム定着と人材育成事業」（2018-2021）を展開しており、ダナン市グハンソン地区病院と4つの保健センターを中心に、日本の老年ケアを基に、ベトナムで持続できるよう改良した老年ケア・プログラムの構築を目指している。

ベトナムでは看護師国家試験がないことから看護師の国家資格化の動きや、高齢化が進む中で在宅医療の必要性の高まりなど医療の現場では変化が求められてきている。そのような現状の中で看護師に対して専門的な能力が一層求められてくると考える。

1) 中部学院大学 JICA プロジェクト 看護師・保健師 2) 一宮研伸大学看護学科 3) 人間福祉学部人間福祉学科
4) 中部学院大学 JICA プロジェクト 看護師

今回、自律性に焦点をあてた調査を行い、対象の自律性の特徴と自律性に影響を及ぼす要因が明らかになることにより、研究対象医療機関や地域における、今後の人材育成のための継続教育の在り方が示唆されると考える。

II. [用語の定義]

1. 専門職的自律性

専門職業人としての価値観に基づいて意思決定、選択を行い、その行為に責任を持つことができるという特性³⁾。

2. プロジェクト

本稿において、JICA 草の根技術協力事業(パートナー型)において「ダナン市・グハンソン地区の地区病院を中心とする老年ケア・プログラム定着と人材育成事業」の活動をプロジェクトと表記する。

III. [方法]

1. 対象

グハンソン地区病院と地域保健センターに勤務する看護職ら86名(内 JICA プロジェクトメンバー25名:医師・準医師・看護師・理学療法士・薬剤師、プロジェクトメンバー以外の地区病院と地域保健センターの全看護職ら61名)

※準医師は2年間医学について学び、一般的な疾患の検査や治療、緊急時の初期治療などを行う。実施可能な医療行為は保健省からの通達により定められている⁸⁾。

2. 調査手法

無記名自記式質問紙をグハンソン地区病院内及び、グハンソン地区管轄の4か所の地域保健センターに配布し、回収用ボックスに投函してもらった。回収用ボックスは12日後に回収した。

3. 調査内容

1) 基本的属性

性別、年齢、職種、職務経験年数、所属部署、教育最終学歴、役職の有無、JICA プロジェクト参加の有無などについて質問した。

2) 看護師の専門的自律性の測定

看護職らの専門的自律性尺度は菊池、原田らが開発した「看護婦の専門的自律性測定尺度」⁶⁾を採用した。ベトナム語への翻訳に際し、元ダナン医薬技術大学看護学科教員とグハンソン病院看護部長との協議を重ねた。47項目に対し、「かなりそう思う」5点、「少しはそう思う」4点「どちらともいえない」3点「あまりそう思わない」2点「全くそう思わない」1点とし、5段階評価で回答を得た。

表1. 看護婦の専門的自律測定尺度 日本語版

		かなり そう 思う	少し そう 思う	どちら とも 言え ない	あ ま り そ う 思 わ な い	全 く そ う 思 わ な い
1	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	5	4	3	2	1
2	私は患者が将来起こるであろう危機を予測することができる	5	4	3	2	1
3	私は治療が患者に及ぼす身体的影響を予測することができる	5	4	3	2	1
4	私は患者が内心抱いている不安を状況から推測することができる	5	4	3	2	1
5	私は患者の価値観を十分に理解することができる	5	4	3	2	1
6	私は患者の言動から生活や生活習慣を読み取ることができる	5	4	3	2	1
7	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	5	4	3	2	1
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	5	4	3	2	1
9	私は患者のニーズに直ぐに気づくことができる	5	4	3	2	1
10	私は患者の言動と感情の不一致を理解することができる	5	4	3	2	1
11	私は患者の言動に共感的理解を示すことができる	5	4	3	2	1
12	私は患者の意識レベルの変化を正確に把握することができる	5	4	3	2	1
13	私は患者の検査結果と病状との関連を理解することができる	5	4	3	2	1
14	私は看護に必要な情報を直ぐに集めることができる	5	4	3	2	1
15	私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができる	5	4	3	2	1
16	私は患者の急激な生理的変化(吐血、意識消失など)に対応することができる	5	4	3	2	1

17	私は手際よく看護ができる	5	4	3	2	1
18	私は患者が落ち着いて看護が受けられるよう常に配慮ができる	5	4	3	2	1
19	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	5	4	3	2	1
20	私は患者の社会生活を配慮した看護ができる	5	4	3	2	1
21	私は多職種（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	5	4	3	2	1
22	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	5	4	3	2	1
23	私は患者の個性を考慮した看護を実践することができる	5	4	3	2	1
24	私は看護の際に必要な物品を過不足なく準備できる	5	4	3	2	1
25	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	5	4	3	2	1
26	私は患者の医療に対する不信感や不安を十分な説明を行うことにより和らげられる	5	4	3	2	1
27	私は看護を常に創意工夫することができる	5	4	3	2	1
28	私は患者の社会的適応を促進するための指導ができる	5	4	3	2	1
29	私は患者の多くの情報から必要な看護を選択することができる	5	4	3	2	1
30	私は患者の心理的变化（不安、怒り、焦りなど）に応じて看護方法を選択できる	5	4	3	2	1
31	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	5	4	3	2	1
32	私は突然の患者の生理的变化（血圧低下、悪寒など）に応じて看護方法を変更できる	5	4	3	2	1
33	私は患者の多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる	5	4	3	2	1
34	私は看護方法を自分一人で選択できる	5	4	3	2	1
35	私はカンファレンスで患者の問題を主体的に提供することができる	5	4	3	2	1
36	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	5	4	3	2	1
37	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	5	4	3	2	1
38	私は将来起こるであろう問題に向けて看護方法を選択できる	5	4	3	2	1
39	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	5	4	3	2	1
40	私は十分な情報がなくても現在の状況から適切な看護を推測できる	5	4	3	2	1
41	私は立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる	5	4	3	2	1
42	私は患者の症状や検査結果を統合して適切な看護方法を選択できる	5	4	3	2	1
43	私は患者が心情を表現してこないと精神的援助を計画できない	5	4	3	2	1
44	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	5	4	3	2	1
45	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	5	4	3	2	1
46	私は患者の意志を尊重せずに看護方法を選択してしまう	5	4	3	2	1
47	私は患者の訴えがないと何を看護すべきか分からない	5	4	3	2	1

4. 分析方法

看護職らの専門的自律性の測定は日本とベトナムでは文化の違いや看護師を取り巻く環境の違いも大きいことから因子構造を確認するために因子分析を行った。また、モデルの適合性を Cronbach の α 係数を算出して確認した。統計処理は IBM SPSS Statistics 20 を使用し、統計学的有意水準を 5% とした。

欠損値は系列中央値に置き換えて分析した。

5. 倫理的配慮

対象病院の院長、看護部長に対しプロジェクト会議にて口頭で説明し同意を得た。対象者に対しては、①研究の趣旨、②参加の自由、③アンケートは無記名で属性によるグループで分析を行い個人の特定は行わないこと、④個人情報の保護などについての説明を書面で行い、調査票の回収をもって本人からの同意が得られたものとした。

得たデータについては、グハンソン地区病院内のプロジェクト事務所のカギのかかるキャビネットに保管し、分析データについてはパスワードを設定して情報の管理を慎重に行った。

なお本研究は、中部学院大学の倫理審査委員会の承認（E18-0021）を得て実施した。

IV. [結果]

調査対象者86名 回収標本85名回収（回収率98.8%）、有効標本84名（有効回答率97.7%）であった。

1. 分析対象者の基本情報

対象の属性は表2に示したとおりである。平均年齢35（ ± 8.4 ）歳であった。経験年数の平均は12（ ± 8.0 ）年であり、10年以上勤務している者54%と過半数を占めていた。その中で役職ありが14名で16.7%を占めていた。

職種は医師3名(3.6%)、準医師19名(22.6%)、看護師47名(56.0%)、助産師12名(14.3%)、理学療法士2名(2.4%)、薬剤師1名(1.2%)であり、看護職以外の職種も含まれている。アンケート回答の際には回答者自身の職種の状況に置き換えて回答してもらった。

本研究では性別は区別せずに分析をおこなった。現在の勤務先についてはグハンソン地区病院で勤務している者が63名(75%)、地域保健センターで勤務している者が21名(25%)であった。

2. 看護職らの専門的自律性測定尺度の分析

まず、看護職らの専門的自律性尺度47項目に対して主因子法による因子分析を行った。

固有値の変化は16.706, 6.166, 3.153, 2.260……, というものであった。3因子構造が妥当であると考えられた。そこで2度目の、3因子を仮定して主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った。その結果、8項目が十分な因子負荷量を示さなかった。そこでその8項目を分析から除外し、3度目の因子分析・プロマックス回転を行った。その結果、再度十分な因子負荷量を示さなかった3項目を分析から除外し、4度目の因子分析・プロマックス回転を行った。4度のプロマックス回転後の最終的な因子パターンと因子間相関を表3に示す。なお回転前の3因子で36項目の全分散を説明する割合は57.1であった(表4)。3つの因子は相互に正の相関関係にあった(表5)。

第1因子は14項目で構成されており、「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」「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」「私は患者が将来起こるであろう危機を予測することができる」「私は患者の価値観を十分に理解することができる」という内容の項目が高い負荷量を示していた。そこで、「理解・判断能力」因子と命名した。

第2因子は13項目で構成されており、「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」「私は突然の患者の生理的变化に応じて看護方法を選択できる」「私は患者の心理的变化に応じて看護方法を選択できる」「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」「私は患者の多くの問題の中から最も優先すべき問題を変更できる」という内容の項目で高い負荷量を示していた。そこで、「察知・行動能力」因子と命名した。

第3因子は9項目で構成されており、「私は手際よく看護ができる」「私は患者が落ち着いて看護が受けられるよう常に配慮ができる」「私は優先順位を立てて計画的に1日を過ごすことができる」「私は看護の際に必要な物品を過不足なく準備できる」「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」という内容の項目で高い負荷量を示していた。そこで「計画力・処理能力」因子と命名した。

表2. 対象者の属性 (n=84, 単位=人)

	属性	人数 (%)
性別	男性	10(11.9)
	女性	74(88.1)
年齢		35(SD±8.4)
経験年数		12(SD±8.0)
職種	医師	3(3.6)
	準医師	19(22.6)
	看護師	47(56.0)
	助産師	12(14.3)
	理学療法士	2(2.4)
	薬剤師	1(1.2)
	無回答	
最終学歴	修士課程	1(1.2)
	大学	18(21.4)
	2年課程	48(57.1)
	3年課程	13(15.5)
	無回答	4(4.8)
役職	あり	14(16.7)
	なし	59(70.2)
	無回答	11(13.1)
現在勤務している部署	地区病院	63(75.0)
	総合計画室	1(1.2)
	看護管理室	2(2.4)
	診療科	10(11.9)
	外科	13(15.5)
	総合内科	7(8.3)
	リハビリ・東洋医学	4(4.8)
	産婦人科	5(6.0)
	ICU	8(9.5)
	小児科	4(4.8)
	老年科	8(9.5)
予防医学	1(1.2)	
地域保健センター	21(25.0)	
現在まで研修やプロジェクトに参加したこと	ある	37(44.0)
	ない	35(41.7)
	無回答	12(14.3)
学校に通っている	通っている	38(45.2)
	通っていない	28(33.3)
	無回答	18(21.4)
職業に対する思い	満足している	64(76.2)
	まあ満足している	14(16.7)
	どちらとも言えない	2(2.4)
	無回答	4(4.8)

表3. 看護の専門職的自律性測定尺度の因子分析結果（主因子法、プロマックス回転）

質問項目	平均値(SD)	第1因子	第2因子	第3因子
第1因子 理解・判断能力 a係数=0.940				
4 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	3.45(1.10)	0.889	-0.311	0.095
12 私は患者の意識レベルの変化を正確に把握することができる	3.33(1.13)	0.879	-0.065	-0.004
2 私は患者が将来起こるであろう危機を予測することができる	3.31(1.18)	0.860	-0.198	0.021
5 私は患者の価値観を十分に理解することができる	3.01(1.19)	0.812	0.096	-0.188
11 私は患者の言動に共感的理解を示すことができる	3.52(1.07)	0.782	-0.118	0.105
10 私は患者の言動と感情の不一致を理解することができる	3.19(1.09)	0.767	0.066	-0.043
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	3.25(1.15)	0.745	0.199	-0.290
6 私は患者の言動から生活や生活習慣を読み取ることができる	3.55(1.03)	0.702	0.085	-0.053
3 私は治療が患者に及ぼす身体的影響を予測することができる	3.63(1.04)	0.678	-0.035	0.151
13 私は患者の検査結果と病状との関連を理解することができる	3.67(1.00)	0.674	-0.046	0.304
28 私は患者の社会的適応を促進するための指導できる	3.74(1.00)	0.582	0.131	0.081
1 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	3.86(0.87)	0.533	-0.174	0.153
38 私は将来起こるであろう問題に向けて看護方法を選択できる	3.50(1.12)	0.532	0.408	-0.115
20 私は患者の社会生活を配慮した看護ができる	3.63(1.08)	0.531	0.403	-0.146
第2因子 察知・行動能力 a係数=0.932				
31 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	3.88(1.00)	-0.100	0.930	-0.168
32 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	4.23(0.75)	-0.129	0.808	0.033
30 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	4.01(0.75)	-0.101	0.768	-0.034
35 私はカンファレンスで患者の問題を主体的に提供することができる	3.86(0.91)	0.151	0.767	-0.133
33 私は患者の多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる	4.23(0.72)	-0.103	0.711	0.126
36 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	3.81(0.98)	0.137	0.683	0.073
29 私は患者の多くの情報から必要な看護を選択することができる	4.30(0.76)	-0.150	0.676	0.166
23 私は患者の個性を考慮した看護を実践することができる	3.96(0.89)	-0.010	0.669	0.123
25 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	3.96(0.88)	-0.040	0.657	0.184
41 私は立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる	3.95(0.86)	0.015	0.636	0.068
40 私は十分な情報がなくても現在の状況から適切な看護を推測できる	3.82(0.97)	0.174	0.573	0.046
34 私は看護方法を自分一人で選択できる	3.93(0.89)	0.263	0.523	-0.046
42 私は患者の症状や検査結果を統合して適切な看護方法を選択できる	4.06(0.83)	0.007	0.452	0.314
第3因子 計画力・処理能力 a係数=0.913				
17 私は手際よく看護ができる	4.27(0.75)	-0.040	-0.225	0.908
18 私は患者が落ち着いて看護が受けれるように常に配慮ができる	4.37(0.67)	-0.096	0.080	0.783
22 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	4.35(0.75)	-0.059	0.338	0.651
24 私は看護の際に必要な物品を過不足なく準備できる	4.29(0.74)	-0.035	0.241	0.646
26 私は患者の医療に対する不信感や不安を十分な説明を行うことにより和らげられる	4.37(0.67)	-0.049	0.227	0.633
15 私は緊急時も落ち着いて看護を行うことができる	4.29(0.78)	0.138	0.037	0.622
14 私は看護に必要な情報を直ぐに集めることができる	3.88(1.05)	0.250	0.009	0.565
27 私は看護を常に創意工夫することができる	4.23(0.77)	-0.590	0.389	0.541
9 私は患者のニーズを直ぐに気づくことができる	3.80(0.89)	0.337	0.114	0.448
尺度全体 a係数=0.952	3.85(1.00)			

表4. 説明された分析の合計

因子	初期の固有値			抽出後の不可量平方和			回転後の負荷量平方和
	合計	分散 %	累積 %	合計	分析 %	累積 %	合計
1	14.018	38.940	38.940	13.595	37.764	37.764	9.670
2	5.618	15.605	54.545	5.227	14.520	52.284	11.465
3	2.156	5.988	60.532	1.735	4.821	57.105	8.932

表5. 累積相関行列

因子	理解・判断能力	察知・行動能力	計画力・処理能力
理解・判断能力	1.000	0.421	0.274
察知・行動能力	0.421	1.000	0.624
計画力・処理能力	0.274	0.624	1.000

因子抽出法：主因子法

回転方法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

3. 下位尺度間の関連

看護職らの専門的自律性尺度の3つの下位尺度に相当する項目の平均値を算出し、「理解・判断能力」下位尺度の得点 (M=3.47、SD = 0.809)、「察知・行動力」下位尺度得点 (M=4.00、SD=0.643)、「計画力・処理能力」下位尺度得点 (M=4.20、SD=0.609) とした。内合成を検討するために各下位尺度の α 係数を算出したところ「理解・判断能力」で $\alpha = 0.94$ 、「察知・行動能力」 $\alpha = 0.93$ 、「計画力・処理能力」で $\alpha = 0.99$ と十分な値が得られた。看護職らの専門的自律性の下位尺度間相関を表6に示す。3つの下位尺度は互いに有意に正の相関を示した。

表6. 各下位尺度得点の平均値と標準偏差

	平均値	標準偏差	N
理解・判断能力	3.47	0.809	84
察知・行動能力	4.00	0.643	84
計画力・処理能力	4.20	0.609	84

表7. 相関係数

		理解・判断能力	察知・行動能力	計画力・処理能力
理解・判断能力	Pearson 相関係数	1	0.448**	0.384**
	優位確立 (両側)		0.000	0.000
察知・行動能力	Pearson 相関係数	0.448**	1	0.723**
	優位確立 (両側)	0.000		0.000
計画力・処理能力	Pearson 相関係数	0.384**	0.723**	1
	優位確立 (両側)	0.000	0.000	0.000

** .相関係数は1%水準で有意 (両側)

a. 職種の差の検定

職種の差の検定を行うために、専門的自律性の各下位尺度得点についてt検定を行った。ベトナムでは看護師と助産師の教育課程でのカリキュラムは異なっているが、地域保健センターでは助産師は看護師と同様の業務も行っている。保健省からの通達⁹⁾でも、看護師と助産師の職務に共通も多くあることから看護職とし、その他の職種との比較を行った。その結果、「理解・判断能力」(t=0.13、df=82、n.s)、「察知・行動能力」(t=0.76、df=82、n.s)、「計画力・処理能力」(t=1.08、df=82、n.s)であり、どれも看護職とその他の職種間での有意差はなかった。

b. 学習会参加者別の差の検定

学習会参加者の差の検定を行うために、専門的自律性の各下位尺度得点についてt検定を行った。その結果、「理解・判断能力」(t=4.00、df=81.99、P<0.01)について、学習会メンバーの方が有意に高い得点を示していた。「察知・行動能力」(t=0.64、df=82、n.s)と「計画力・処理能力」(t=1.68、df=82、n.s)については学習会参加の有無では有意差はなかった。

また現在までに研修やプロジェクトに参加したことがあるかの比較では、参加したことがある者37名、参加していない者35名に有意差はなかった。

c. 役職の有無の差の検定

役職の差の検定を行うために、専門的自律性の各下位尺度得点について無回答の者を除く73名でt検定を行った。その結果、「理解・判断能力」(t=4.49、df=49.3、P<0.01)、「察知・行動能力」(t=2.01、df=71、P<0.05)について、役職ありの方が有意に高い得点を示していた。「計画力・処理能力」については役職の有無では有意差はなかった (t=1.20、df=71、n.s)

d. 最終学歴の差の検定

最終学歴の差の検定を行うために、専門的自律性の各下位尺度得点について、無回答の者を除く80名でt検定を行った。その結果、「理解・判断能力」(t = 2.34, df = 78, P < 0.05) で大学卒業以上の方が有意に高い得点を示していた。「察知・行動能力」(t = 0.86, df = 78, n.s.)、「計画力・処理能力」(t = 0.70, df = 78, n.s.) について、最終学歴で有意差はなかった。

また現在、学校に通っているかどうかの比較では、通学している38名と通学していない28名に有意差はなかった。

e. 勤務場所の違いの差の検定

勤務先の差の検定を行うために、専門的自律性の各下位尺度得点についてt検定を行った。その結果、「理解・判断能力」(t = 3.47, df = 30.42, P < 0.01)、について、グハンソン地区病院と地域保健センター間ではグハンソン地区病院の方が優位に高い得点を示していた。「察知・行動能力」(t = 1.48, df = 30.07, n.s.)、「計画力・処理能力」(t = 1.99, df = 82, n.s.) では勤務場所の違いでは有意差はなかった。

表8. 各属性の標準偏差およびt検定・P値の結果

職種の違い	看護職	その他の職種	t 値	P 値
	n = 59 Mean (SD)	n = 25 Mean (SD)		
理解・判断能力	3.48(0.86)	3.46(0.68)	0.13	0.025
察知・行動能力	4.03(0.66)	3.92(0.62)	0.76	0.117
計画力・処理能力	4.25(0.61)	4.09(0.61)	1.08	0.157
学習会参加の違い	プロジェクト参加者	その他のスタッフ	t 値	P 値
	n = 25 Mean (SD)	n = 59 Mean (SD)		
理解・判断能力	3.86(0.37)	3.31(0.89)	4.00**	0.000
察知・行動能力	4.07(0.51)	3.97(0.69)	0.64	0.527
計画力・処理能力	4.37(0.59)	4.13(0.61)	1.68	0.097
役職の有無	役職あり	役職なし	t 値	P 値
	n = 14 Mean (SD)	n = 59 Mean (SD)		
理解・判断能力	3.97(0.38)	3.29(0.88)	4.49**	0.000
察知・行動能力	4.30(0.50)	3.90(0.69)	2.01*	0.048
計画力・処理能力	4.31(0.43)	4.09(0.64)	1.20	0.233
最終学歴の違い	大学卒業以上	2年、3年課程	t 値	P 値
	n = 19 Mean (SD)	n = 61 Mean (SD)		
理解・判断能力	3.82(0.65)	3.33(0.83)	2.34*	0.022
察知・行動能力	4.09(0.59)	3.95(0.67)	0.86	0.391
計画力・処理能力	4.25(0.65)	4.14(0.59)	0.70	0.484
勤務場所の違い	グハンソン地区病院	地域保健センター	t 値	P 値
	n = 63 Mean (SD)	n = 21 Mean (SD)		
理解・判断能力	3.65(0.72)	2.94(0.84)	3.47**	0.002
察知・行動能力	4.06(0.61)	3.81(0.72)	1.48	0.151
計画力・処理能力	4.28(0.59)	3.98(0.61)	1.99	0.050

**P < .01 *P < .05

V. [考察]

1. 各因子について

第1因子として患者の状態と推測、理解する項目と選択や指導する項目が抽出された。これらは菊池らの研究⁴⁾において主に「認知能力因子」に含まれていた。「認知能力因子」に加えて「実践能力因子」の「私は患者の社会生活に配慮した看護ができる」「私は患者の社会的適応を促進するための指導ができる」、「具体的判断能力因子」の「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」が含まれていた。ベトナムでは入院期間が14日と限りがあることから、現在の状況だけでなく退院後の生活を推測することが求められると考える。

第2因子には選択や判断、実践する項目が抽出された。これらは、主に菊池らの研究⁶⁾の「具体的判断能力因子」と「抽象的判断能力因子」に含まれていた。また「実践能力因子」の「私は個別性を考慮した看護を実践することができる」「私は患者の情動の変化に対処することができる」が含まれていた。

第3因子には対応や計画する項目が抽出された。これは主に菊池らの研究⁴⁾の「実践能力因子」に含まれていた。また「認知能力因子」の「私は患者のニーズに直ぐに気づくことができる」「私は看護に必要な情報を直ぐに集めることができる」が含まれていた。

2. 各検定について

a. 職種の違いについて

看護職とその他の職種で比較を行ったところ、各因子の平均値はどの項目においても看護職の方がその他の職種に比べ高い値であったが、有意な差は認められなかった。

対象者の職種で準医師が19名(22.6%)と看護師に次いで多い職種である。ベトナムで、準医師の養成は縮小されており、2025年以降廃止される予定である⁷⁾。そのため準医師の免許を持っているものが、看護師や理学療法士などの免許を再度取り直していることも珍しくない。実際に対象の中にも準医師として働きながら学校に通っている者や、看護師の免許を取得した者が2名存在した。職務についても医師の指示を受け、看護師の仕事と重なる部分も多いことは、看護職とその他の職種に有意差が出なかった一因と考えられる。

b. プロジェクト参加の有無の関連

今回の調査では JICA 草の根プロジェクトの参加者とその他のスタッフで、比較を行ったところ各因子の平均値はどの項目においてもプロジェクト参加の値の方が高い値であった。これはもともと、プロジェクト参加者は病院や地域保健センターの中でもリーダー的役割の者を含んでおり、専門的自律性が高いことが考えられる。

「理解・判断能力」については有意に高い結果となった。

プロジェクトが開始された9月からアンケートを実施した1月までの期間に、高齢者の疑似体験や ICF の考え方、フィジカルアセスメント、ICN 看護師の倫理綱領などの25名のプロジェクト参加者の中で学習会が行われ、様々なことを学び吸収している期間であったことも影響していると考ええる。

c. 役職の有無の関連

役職の有無で比較を行ったところ各因子の平均点ほどの項目においても役職ありの方が高い値であった。また「理解・判断能力」と「察知・行動能力」で有意に高い値であった。日本の菊池らの研究においても、主任や師長に就く看護師はスタッフナースよりも自律性が高いと報告されている⁵⁾。

d. 最終学歴の差の関連

最終学歴の関連でも各因子の平均値は全ての項目で大学卒以上が2・3年課程よりも高い値であった。また「理解・判断能力」については有意に高い値であった。ベトナムでも看護の社会的地位が認められるようになり、看護教育の高等化が進んでいる²⁾。このような状況のなかで、専門学校から大学へ編入する者も少なくない。実際に今回の回答者の中にも38名(45.2%)が現在、学校に通っていると回答していた。今後ベトナムにおいても自律性は職位や継続教育システムと共に重要視されていくと考えられる。

e. 病院と地域保健センターの関連

地域保健センターはグハンソン地区病院に比べて平均値は全ての項目で低い値であった。グハンソン地区病院が「理解・判断能力」は有意に高い値であった。地域保健センターでは応急処置や健診のような役割が多く、患者と継続的に関わる機会が少ないことが影響しているのではないかと考える。地域保健センターで受けることのできるサービスが限られていることもあり、住民はあまり地域保健センターを利用しない現状でもある。また保健センターを受診できない患者の在宅への訪問システムもまだ未整備である。

ベトナムの人口統計データによると、今後高齢者人口の増加に伴い、在宅で療養する高齢者も増加していくことが予測される。そのような中で、地区病院と地域保健センターや地域が一体となり、切れ目なく医療サービスを提供していくことが重要であると考えられる。また、地域保健センターに求められる役割も多岐に渡ることが予測される。

「理解・判断能力」を強化していき、専門職的自律性を高めていくような継続教育プログラムを実施していくことや、地域保健センターの役割の拡大や受け入れ態勢の強化を図ることが重要になってくると考える。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究では日本語版の看護師の専門職的自律性尺度を使用した。翻訳においては何度も検討を重ねたが、改善の余地がある。また、対象となったベトナムの看護職らは「…できない」「…わからない」という否定的な表現の内容の質問に慣れていないという現状があった。これらを含め、今後ベトナム語版の尺度の更なる翻訳の検討と妥当性を十分に検証する必要がある。また看護職らの専門的自律性の尺度を他の職種に対しても使用したが、業務内容に違いがある職種にとって回答が正当であったかについて検証できていない。

今後の課題として、尺度のベトナム語版の妥当性を高めるため、看護師を対象に対象数を増やして検証を重ねる必要がある。

VI. [結論]

1. 菊池らの専門的自律性尺度をもとにした調査により、対象ベトナム看護職らの専門的自律性は、「理解・判断能力」「察知・行動能力」「計画力・処理能力」と命名した3因子36項目の因子構造が確認できた。専門的自律性尺度のベトナム語版について更なる検討の課題がある。
2. プロジェクト参加者は参加しない看護職らより「理解・判断能力」が有意に高い。
3. 役職の有無の関連では役職ありで「理解・判断能力」と「察知・行動能力」で有意に高く、最終学歴の差の関連では大学卒業以上が2,3年課程卒業に比べ「理解・判断能力」が有意に高い値で、日本と同様に職位や学歴が自律性と関連していた。
4. 勤務場所の違いの関連では地区病院で勤務する者が、地域保健センターで勤務する者に比べ「理解・判断能力」において有意に高い値であった。今後の地域保健センターに期待される役割から、病院との構成員の違いなど更に検討し、スタッフに対して自律性を高めていくような教育が必要であるという示唆が得られた。

【謝辞】

本研究にご理解・ご協力頂きましたグハンソン地区病院、4か所の地域保健センターの職員及び病院長の Dũng 様、看護部長 Đào 様、JICA の皆様に感謝申し上げます。本研究は、JICA 草の根技術協力事業（パートナー型）として採択された「ダナン市・グハンソン地区の地区病院を中心とする老年ケア・プログラム定着と人材育成事業（事業年度：2018～2021年、実施機関：中部学院大学）」の一環で実施されました。

引用文献

- 1) 比留間洋一, 天野ゆかり: ベトナム看護師史についての覚書—ベトナム看護協会会長提供の資料を中心に—, 国際関係・比較文化研究, 14(1), 82, 2015
- 2) 比留間洋一, 天野ゆかり: ベトナム看護師史についての覚書—ベトナム看護協会会長提供の資料を中心に—, 国際関係・比較文化研究 14(1), 84-98, 2015
- 3) 今堀陽子, 作田裕美, 坂口桃子: 看護師の専門的自律性獲得とメンタリング, 日本看護学研究会雑誌 Vol.31 No.2, 56, 2008
- 4) 菊池昭江, 原田唯一: 看護の専門職的自律性に関する一研究, 静岡大学教育学部研究報告, 47, 246-250, 1997
- 5) 菊池昭江, 原田唯一: 看護の専門職的における自立性に関する基本的属性・内的属性との関連, 看護研究, 30(4), 23-35, 1997
- 6) 松井豊編: 心理測定尺度集Ⅲ, サイエンス社, 328-333, 2008
- 7) Tuổi trẻ ホームページ
<https://tuoitre.vn/ngung-nhan-nguoi-he-trung-cap-trong-nganh-y-tu-nam-2021-1056853.htm>. 2020年8月21日確認
- 8) ベトナム保健省の通達 10/2015/TTLT-BYT-BNV.
- 9) ベトナム保健省の通達 26/2015/TTLT-BYT-BNV.

