

## 精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護に関する 看護実践能力の向上を目指した研修プログラムの効果

### Effects of a Training Program Aimed at Improving Practical Nursing Abilities Related to Care Given for Physical Complications by Nurses Working in a Psychiatric Hospital

荒木 孝治<sup>1)</sup>, 瓜崎 貴雄<sup>1)</sup>, 松尾 淳子<sup>1)</sup>, 前田 環<sup>3)</sup>, 岡部 英子<sup>4)</sup>,  
正岡 洋子<sup>4)</sup>, 伏見 博之<sup>4)</sup>, 岩田 和彦<sup>5)</sup>, 米田 博<sup>2)</sup>

Takaharu Araki<sup>1)</sup>, Takao Urizaki<sup>1)</sup>, Junko Matsuo<sup>1)</sup>, Tamaki Maeda<sup>3)</sup>, Eiko Okabe<sup>4)</sup>,  
Yoko Masaoka<sup>4)</sup>, Hiroyuki Fushimi<sup>4)</sup>, Kazuhiko Iwata<sup>5)</sup>, Hiroshi Yoneda<sup>2)</sup>

キーワード: 精神科看護師, 身体合併症, 看護研修プログラム, 不安, 自律性

Key words: psychiatric nurse, physical complications, nursing training program, anxiety, autonomy

#### I. はじめに

近年, 精神科病院では, 入院患者の高齢化や抗精神病薬を長期にわたって服用することにもなう身体への負担や副作用などから, 身体合併症を併発するリスクが高まっている。しかし, 精神疾患患者は, 認知障害等で自らの精神や身体の症状について正確な自己評価ができなくなったり (Muir-Cochrance, 2006), 抗精神病薬の使用で痛み耐性が高くなり身体症状に気づきにくかったり (藪崎他, 2007, Muir-Cochrance, 2006) して, 症状を他者に訴えられない (大川他, 2004) ことがある。このような患者の精神症状に関係する要因に加えて, フィジカルアセスメントの知識や技術の自信のなさなどの看護師側の要因, 精神面の観察が優先されたり, 身体の病気を勉強する機会が少なかったりするなどの精神科病院の特色に関係する要因があり, 看護師の身体合併症看護への不安は大きい (荒木他, 2013b)。しかし, 精神科で勤務する看護師のうち約6割が, 身

体合併症看護に関する研修会に参加した経験がないことが報告されている (清野他, 2012)。

ところで, 厚生労働省の平成23(2011)年の医療施設調査によると, 精神病床344,047床のうち, 約74.5%は精神病床のみを有する病院, すなわち, 単科の精神科病院にある。また, 精神疾患患者が身体合併症を併発した場合の受け入れについては, 精神科病床を有する大学病院の56.0%, 精神科病床を有する一般病院の58.9%が可能な限り受け入れるといった報告がある (小林, 2006)。これらからは, 単科精神科病院で身体合併症を併発した際, 精神科病床を有しない総合病院や一般病院への転院は困難な場合が多いと推察される。先行研究では, 単科精神科病院入院中に身体合併症を来たした患者の受け入れ先病院は限られること (藤代他, 2007), 精神疾患患者が身体合併症を併発しても, 他科受診や入院を断られてしまい転院できないケースがあること (荒木他, 2012) が報告されている。

1)大阪医科大学看護学部 Osaka Medical College Faculty of Nursing 2)大阪医科大学医学部  
3)守口敬任会病院病理部 4)大阪府立精神医療センター看護部 5)大阪府立精神医療センター医務局

以上、先行研究は、精神科で勤務する看護師が身体合併症看護に対して不安を抱いているにもかかわらず、身体合併症看護について学習する機会が少ないこと、入院病床に占める単科精神科病院の割合が大きいことを示している。身体合併症を併発した精神疾患患者の大学病院・一般病院の受け入れ状況が5~6割程度であることを考慮すると、単科精神科病院の看護師が身体合併症看護について学習し、看護実践能力、すなわち、患者の状態に応じて適切な看護を提供するために、知識と技術を統合し実践できる能力を高め、その能力を臨床場面で発揮できるようになることが望まれる。

## II. 研究目的と研究意義

本研究の目的は、精神科で勤務する看護師を対象とした身体合併症看護に関する看護研修プログラムを作成し、その効果を検討することである。研究結果は、精神科で勤務する看護師の身体合併症看護の実践の質を高めることに貢献すると推察され、研究の意義は大きいと考えられる。

## III. 研究方法

### 1. 調査対象と手続き

近畿圏の精神科病院で勤務する看護師を対象とした。近畿圏の日本精神科病院協会の会員病院(2府4県で合計122施設)の中から、偶発的標本抽出法を用いて1施設を抽出した。施設の看護部長に対し、

研究目的、意義、方法、倫理的配慮を記載した文書で、研究協力を依頼し同意を得た。看護部長を通じて研究目的、意義、方法、倫理的配慮、研究者の連絡先を記載した文書・研修プログラム参加協力諾否回答用紙・返信用封筒を看護師の皆様様に配布して頂いた。研修プログラムへの参加協力の諾否については、E-mail または郵便によって、研究者に連絡をして頂くように依頼した。院内の全ての病棟の看護実践能力を高めたいという協力施設の意向もあり、研修プログラムへは各病棟から最低1名の参加が得られ、かつ合計10名程度になるように、協力施設の看護部長とともに調整を行った。

### 2. 研修プログラムの詳細

看護研修プログラムへの参加者と、日程を調整し、看護研修プログラムを実施した。看護研修プログラムは、大阪医科大学で行った。研究協力が得られた施設の教育担当の看護師に共同研究者として加わって頂き、看護研修プログラムの内容を検討した。実際に臨床で遭遇することが多い身体合併症を念頭におき、各回の内容を決定した。表1に看護研修プログラムの内容を示した。看護研修プログラムは全6回、おおよそ1回/月で、6カ月間行った。1回は約3時間であり、内訳は講義90分、演習90分とした。講義と演習は、病理学、基礎看護学、精神看護学を専門とする大学教員が担当した。演習は、研究参加者を2~3名のグループに分けて行った。

#### 1) 第1回

表1 看護研修プログラムの概要

回数	講義内容	演習内容
1	電解質とその異常 静脈内注射(点滴)	輸液の準備 エコーを用いた血管の可視化 シミュレータを用いた静脈留置針の挿入
2	褥瘡を学ぶための解剖生理学と病理学の基礎 褥瘡管理看護技術-予防から創局所管理まで-	体圧測定機器を用いた臥床姿勢での体圧の測定 陰圧閉鎖療法
3	消毒を学ぶための微生物学と病理学の基礎 感染予防のための看護技術	手洗い ベッド周囲の環境整備前後におけるATP濃度の測定
4	肺炎を学ぶための解剖生理学・病理学・微生物学	なし
5	バイタルサインの基礎-心臓の機能と呼吸機能-	シミュレータを用いた心音、呼吸音の聴診
6	イレウスを学ぶための解剖生理学・病理学 排泄ケア/腹部のフィジカルアセスメント	腹部の打診、触診、聴診(正常音、異常音:金属音)

第1回は、抗精神病薬の副作用の抗コリン作用で唾液分泌が減少して口渇を来すことや、ストレスに対する対処行動として過飲水傾向がみられることなど、臨床で問題となる水中毒を念頭におき、電解質に関連した講義、演習を計画した。「電解質とその異常」の講義内容は、体液中の電解質の役割、高ナトリウム血症と低ナトリウム血症、高カリウム血症と低カリウム血症、高カルシウム血症と低カルシウム血症などであった。「静脈内注射(点滴)」の講義内容は、注射法の目的、吸収機序、注射液配合の原則、輸液滴下数の計算、静脈内注射による合併症などであった。演習内容は、輸液の準備(薬剤の溶解、輸液ボトルへの混注、輸液ボトルと輸液キットとの接続、輸液滴下量の計算など)、エコーを用いた血管の可視化、シミュレータ(採血静注シミュレータ“シンジヨーII”(京都科学))を用いた静脈留置針の挿入であった。

## 2) 第2回

第2回は、統合失調症の慢性期にみられる陰性症状の無為や自閉によって、活動が減少することで皮膚の障害を起すことがあることを考慮して、褥瘡に関連した講義、演習を計画した。「褥瘡を学ぶための解剖生理学と病理学の基礎」の講義内容は、褥瘡好発部位、皮膚組織と皮膚機能、循環障害、炎症、創傷治癒過程などであった。「褥瘡管理看護技術-予防から創局所管理まで-」の講義内容は、褥瘡の定義と分類、皮膚の観察、褥瘡発生リスクアセスメント(ブレードスケール、K式スケール)、ずれ力と圧力の排除、スキンケア、褥瘡部のケア方法などであった。演習内容は、体圧測定機器を用いた臥床姿勢での体圧の測定、陰圧閉鎖療法であった。

## 3) 第3回

第3回は、統合失調症患者は症状のために個人衛生が保ちにくいことを考慮し、看護師が患者の病床環境に関心を持てるように、環境整備に関する講義、演習を計画した。「消毒を学ぶための微生物学と病理学の基礎」の講義内容は、感染症、病原微生物の分類、肺炎、腸炎などであった。「感染予防のための看護技術」の講義内容は、感染予防の原則、手洗いの重要性と方法、米国疾病管理予防センターのガイド

ラインに基づいた環境整備などであった。演習内容は、手洗い(グリッターバグ(ニチオン)を用いた洗い残しの確認)、ベッド周囲の環境整備前後におけるATP(adenosine triphosphate: アデノシン三リン酸)濃度の測定であった。

## 4) 第4回

第4回は、統合失調症患者にみられる切迫的摂食や、抗精神病薬の副作用の抗コリン作用で唾液分泌が減少して食塊形成が困難になることなどから、誤嚥性肺炎を生じやすいことを考慮して、肺炎に関する講義を計画した。「肺炎を学ぶための解剖生理学・病理学・微生物学」の講義内容は、呼吸器系の解剖生理、呼吸障害(閉塞性障害、拘束性障害など)、肺炎(気管支、大葉性、非定型、誤嚥性)、肺結核などであった。

## 5) 第5回

第5回は、抗精神病薬の副作用で、時に血圧低下や不整脈が生じることを考慮するとともに、第4回の内容を踏まえて、心・呼吸機能とその観察に関する講義、演習を計画した。「バイタルサインの基礎-心臓の機能と呼吸機能-」の講義内容は、心臓の機能(心拍数と心拍出量、心臓と神経、血圧の調節、刺激伝導系)と呼吸機能(肺機能検査)などであった。演習内容は、第4回と第5回の講義内容を踏まえ、フィジカルアセスメントについて学習することを目的として、シミュレータ(呼吸器聴診シミュレータ“ラング”(京都科学)、フィジカルアセスメントモデル“Physiko”(京都科学))を用いた呼吸音(正常音、異常音:水泡音、捻髪音、笛様音)と、心音(正常音、異常音:大動脈弁閉鎖不全など)の聴診を行った。

## 6) 第6回

第6回は、抗精神病薬の副作用の抗コリン作用で腸蠕動が弱まること、慢性期の無為や自閉といった陰性症状で活動量が低下することなどにより、便秘を来すことを考慮して、便秘・イレウスに関する講義、演習を計画した。「イレウスを学ぶための解剖生理学・病理学」の講義内容は、下部消化管の概要、大腸を制御する神経、排便の仕組み、イレウスの症状・徴候、イレウスの分類などであった。「排泄ケア

「腹部のフィジカルアセスメント」の講義内容は、排便の三大要素（食事、トランジット、アウトレット）のアセスメントと看護ケア、グリセリン浣腸、摘便などであった。演習内容は、腹部の打診、触診、聴診（正常音、異常音：金属音）であった。

### 3. 調査内容

質問Ⅰは、看護師の背景に関する項目であり、性別、年齢、部署、看護経験年数、精神科以外での看護経験の有無、精神科での看護経験年数とした。

質問Ⅱは、身体合併症看護に対する不安の程度であり、Numerical Rating Scale (NRS) を用いた。NRSは主観的な痛みの強さを評価するのに最もよく用いられている評価法である。不安も痛みと同様に主観的な事柄であること、簡便に回答でき、研究協力者の負担が少ないことを考慮して、不安の程度の測定にNRSを用いることにした。得点範囲は、0～10であり、0は不安なし、10は最大の不安を表し、数字が大きくなると、不安の程度が増すことを表す。

質問Ⅲは、看護師の自律性測定尺度(菊池他, 1997)とした。これは、「認知能力(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量): 14項目」(項目例: 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、私は患者のニーズに直ぐに気づくことができる、私は患者の検査結果と症状の関連を理解することができる、など)、「実践能力(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): 14項目」(項目例: 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変化(吐血、意識喪失など)に対応することができる、私は手際よく看護ができる、など)、「具体的判断能力(訴えや症状など患者が示す具体的な手がかりに基づいて対処方法を的確に判断できる力量): 7項目」(項目例: 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、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、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、など)、「抽象的判断能力(患者の内面的状況、すなわち気分、感情、不安といった心理的状況を察知し、それに応じた看護の方法を組み立てる力量): 7項目」(項目例:

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することができる、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、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、など)、「自立的判断能力(他の看護職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量): 5項目」(項目例: 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、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、私は患者の訴えがないと何を看護すべきかわからない、など)の5因子47項目から成り、信頼性と妥当性が確認されている。回答形式は5件法(「全くそう思わない」1点～「かなりそう思う」5点)とし、各回答を1～5点に得点化した。

なお、本稿で、看護研修プログラムの評価指標として看護師の自律性測定尺度を用いた理由は、看護実践能力はそれが臨床場面で使われなければ意味をなさず、その能力を用いるためには、看護師が主体的・自主的に実行していくという自律性の発揮が求められると考えたからである。また、先行研究によって、看護師の自律性と身体合併症看護の不安とは負の相関があることが示されている(荒木他, 2013a)ため、本研究の研修プログラムの効果指標として、看護師の自律性測定尺度と身体合併症看護の程度の二つを選定した。

質問紙調査は、看護研修プログラム第1回実施前と、第6回終了+2～3カ月後に実施した。なお、質問紙調査は対応のある検定を行うために記名式とした。

### 4. 分析方法

看護師の身体合併症看護への不安、看護師の自律性の記述統計量(中央値、四分位範囲、第1四分位数、第3四分位数)を算出し、研修前後を比較した。さらに、看護師の自律性は、下位尺度ごとに尺度得点(下位尺度を構成する項目の得点合計/項目数)を算出し、研修前後を比較した。分析には、ウィルクソンの符号付き順位和検定を用いた。有意水準は5%とし、分析には、統計解析ソフトSPSS 11.0J for Windowsを用いた。

## 5. 倫理的配慮

大阪医科大学倫理委員会と、研究協力施設の倫理委員会に審査を申請し、承認を得て実施した。研究協力の依頼書には、研究協力を拒否しても不利益を一切被らないこと、質問紙は量的に分析するため、結果の公表に際して個人が特定されることがないことを明記した。研究協力の受諾があった研究参加者には、口頭で改めて、研究の目的、研究計画、倫理的配慮について説明し、いったん了解して研究を開始しても嫌になればいつでも中止できることを伝え、研究同意書にサインを頂き承諾を得た。

## IV. 結果

### 1. 研究参加者の背景

看護研修プログラムには、4つの慢性期病棟から1名ずつ、2つの急性期病棟から1名ずつ、医療観察法病棟から2名、児童期病棟と思春期病棟から1名ずつの計10名が参加した。表2に研修参加者の背景を示した。性別は、男性が4名(40.0%)、女性が6名(60.0%)であった。年齢の中央値は36.5、範囲は16.0(最小値27.0-最大値43.0)であった。看護経験年数の中央値は13.5、範囲は17.0(最小値3.0-最大値20.0)であった。精神科以外の看護経験の有る者は6名(60.0%)、無い者は4名(40.0%)であった。精神科看護経験年数の中央値は10.0、範囲は17.0(最小値3.0-最大値20.0)であった。

表2 研究参加者の背景 (n = 10)

ID	1	2	3	4	5
性別	男性	男性	男性	女性	女性
年齢	30代	30代	30代	30代	40代
部署	急性期病棟	医療観察法病棟	急性期病棟	慢性期病棟	慢性期病棟
看護経験年数	11	17	11	10	16
精神科以外の看護経験	有	有	有	無	有
精神科看護経験年数	9	10	8	10	11
ID	6	7	8	9	10
性別	女性	男性	女性	女性	女性
年齢	20代	40代	40代	30代	30代
部署	慢性期病棟	慢性期病棟	医療観察法病棟	思春期病棟	児童期病棟
看護経験年数	6	20	20	18	3
精神科以外の看護経験	有	無	無	有	無
精神科看護経験年数	3	20	20	10	3

### 2. 看護研修プログラムの実際と出席の状況

全6回の看護研修プログラムは各回を約3時間とし、内訳は講義90分、演習90分で行った。研修参加者数は、第1回が8名、第2回が9名、第3回が9名、第4回が8名、第5回が6名、第6回が9名であり、全ての回に出席した者が2名、1回欠席した者が5名、2回欠席した者が3名であった。看護研修プログラムの平均出席率は81.7%であった。

### 3. 研修前後における身体合併症看護への不安と看護師の自律性の変化

看護師の自律性の各項目の記述統計量と研修前後の比較を表3に示した。【認知能力】を構成する項目では、「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」( $z=-2.07$ ,  $p<.05$ )と、「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」( $z=-2.00$ ,  $p<.05$ )が研修前後で有意差がみられ、研修後の方が研修前よりも得点が高かった。【実践能力】を構成する項目では、「私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができる」( $z=-2.27$ ,  $p<.05$ )と、「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」( $z=-2.45$ ,  $p<.05$ )が研修前後で有意差がみられ、研修後の方が研修前よりも得点が高かった。【具体的判断能力】を構成する項目では、「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」( $z=-2.27$ ,  $p<.05$ )と、「私はカンファレンスで患者の問題を主体的に提

表3 看護師の自律性の各項目の記述統計と研修前後の比較

	研修前				研修後				P
	中央値	四分位 範囲	第1四 分位数	第3四 分位数	中央値	四分位 範囲	第1四 分位数	第3四 分位数	
<b>【認知能力】</b>									
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	3.00	1.25	2.75	4.00	4.00	.25	3.75	4.00	.038
2 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	3.00	1.25	2.75	4.00	3.50	1.00	3.00	4.00	.257
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	3.00	2.00	2.00	4.00	4.00	1.25	2.75	4.00	.317
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	3.00	1.25	2.00	4.00	3.50	1.00	2.00	4.00	.317
5 私は患者の価値観を十分に理解することができる	3.00	1.25	2.75	4.00	3.00	1.00	3.00	4.00	.705
6 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	4.00	.25	3.75	4.00	4.00	1.00	3.00	4.00	1.000
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	3.00	1.00	3.00	4.00	3.00	.50	2.75	3.25	.157
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	3.50	1.25	2.75	4.00	4.00	1.00	3.00	4.00	.603
9 私は患者のニーズに直ぐに気づくことができる	3.00	1.00	3.00	4.00	3.50	1.00	3.00	4.00	.083
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	3.00	1.00	3.00	4.00	4.00	1.00	3.00	4.00	.083
11 私は患者の言動に共感的理解を示すことができる	3.00	1.00	3.00	4.00	4.00	1.00	3.00	4.00	.102
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	3.00	1.25	2.75	4.00	4.00	1.00	3.00	4.00	.046
13 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	3.00	2.00	2.00	4.00	4.00	1.25	2.75	4.00	.102
14 私は看護に必要な情報を直ぐに集めることができる	3.00	1.25	2.75	4.00	3.00	1.00	3.00	4.00	.317
<b>【実践能力】</b>									
15 私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができる	2.50	1.50	1.75	3.25	4.00	1.25	2.75	4.00	.023
16 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	2.00	1.50	1.75	3.25	3.00	2.00	2.00	4.00	.096
17 私は手際よく看護ができる	2.50	1.25	2.00	3.25	3.00	.50	2.75	3.25	.257
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	3.00	.25	2.75	3.00	3.50	1.00	3.00	4.00	.014
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	3.00	.25	2.75	3.00	3.00	1.00	3.00	4.00	.059
20 私は患者の社会生活に配慮した看護ができる	3.00	1.25	2.75	4.00	4.00	1.00	3.00	4.00	.380
21 私は他職種(栄養士, 理学療法士など)と連携を上手にとることができる	3.50	1.25	2.75	4.00	4.00	1.00	3.00	4.00	.705
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	3.00	1.25	2.75	4.00	3.00	1.00	3.00	4.00	.739
23 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	3.50	1.00	3.00	4.00	4.00	1.00	3.00	4.00	.564
24 私は看護の際に必要な物品を過不足なく準備できる	3.00	2.00	2.00	4.00	3.50	1.25	2.75	4.00	.408
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	3.00	1.00	3.00	4.00	3.00	1.00	3.00	4.00	.317
26 私は患者の医療に対する不信任や不安を十分な説明を行うことにより和らげられる	3.00	.25	3.00	3.25	3.00	1.00	3.00	4.00	.083
27 私は看護を常に創意工夫することができる	3.00	1.25	2.00	3.25	3.00	1.00	3.00	4.00	.206
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	2.50	1.00	2.00	3.00	3.00	.25	2.75	3.00	.059
<b>【具体的判断能力】</b>									
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	3.00	.50	2.75	3.25	3.00	.25	3.00	3.25	.414
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	3.50	1.00	3.00	4.00	4.00	1.00	3.00	4.00	1.000
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	3.00	.25	3.00	3.25	3.50	1.00	3.00	4.00	.414
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	2.50	2.00	2.00	4.00	4.00	.00	4.00	4.00	.023
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	3.00	1.00	3.00	4.00	3.50	1.00	3.00	4.00	.564
34 私は看護方法を自分一人で選択できる	3.00	1.25	2.00	3.25	4.00	1.25	2.75	4.00	.107
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	3.00	.25	2.75	3.00	3.50	1.00	3.00	4.00	.008
<b>【抽象的判断能力】</b>									
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	2.50	1.00	2.00	3.00	3.00	.50	2.75	3.25	.025
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	2.00	2.00	1.00	3.00	3.00	1.00	2.00	3.00	.034
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	3.00	1.25	2.00	3.25	3.00	1.00	3.00	4.00	.084
39 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	3.00	2.00	2.00	4.00	4.00	1.00	3.00	4.00	.234
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	3.00	1.00	2.00	3.00	3.00	1.00	2.00	3.00	.414
41 私が立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる	3.00	1.00	2.00	3.00	3.00	.25	3.00	3.25	.034
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	3.00	1.25	2.00	3.25	3.00	1.25	2.75	4.00	.234
<b>【自立的判断能力】</b>									
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	2.00	1.00	2.00	3.00	2.50	1.00	2.00	3.00	.527
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	3.00	1.00	2.00	3.00	2.00	.00	2.00	2.00	.034
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	2.00	1.00	2.00	3.00	2.00	.25	2.00	3.00	.157
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	2.50	1.25	1.75	3.00	2.00	1.00	2.00	3.00	.527
47 私は患者の訴えないと何を看護すべきかわからない	2.00	.50	1.75	2.25	2.00	1.25	1.00	2.25	.317

供することができる」(z=-2.65, p<.01)が研修前後で有意差がみられ、研修後の方が研修前よりも得点が高かった。【抽象的判断能力】を構成する項目では、「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」(z=-2.24, p<.05), 「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」(z=-2.12, p<.05), 「私が立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる」(z=-2.12, p<.05)が研修前後で有意差がみられ、研修後の方が研修前よりも得点が高かった。【自立的判断能力】を構成する項目では、「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」(z=-2.12, p<.05)が研修前後で有意差がみられ、研修後の方が研修前よりも得点が低かった。

続いて、身体合併症看護への不安、看護師の自律性の下位尺度得点について、研修前後を比較した結果を表4に示した。身体合併症看護への不安は、研修前後で差はみられなかった(z=-1.37, p>.05, n.s.)。看護師の自律性の下位尺度のうち、【実践能力】【具体的判断能力】【抽象的判断能力】については研修前後で有意差がみられ、研修後の方が研修前よりも得点が高かった(【実践能力】z=-1.99, p<.05, 【具体的判断能力】z=-2.17, p<.05, 【抽象的判断能力】z=-2.08, p<.05)。【認知能力】【自立的判断能力】は研修前後で差はみられなかった(【認知能力】z=-1.40, p>.05, n.s., 【自立的判断能力】z=-1.06, p>.05, n.s.)。

## V. 考察

### 1. 看護師の自律性に対する看護研修プログラムの効果について

本研究で行った看護研修プログラムは、1回3時間、計6回という短時間、短期間のものであったにも関わらず、参加した看護師の自律性のうち、一部が向上することが示された。具体的には、自律性の下位尺度のうち、【実践能力】【具体的判断能力】【抽象的判断能力】の得点が上昇した。また、各項目では、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」、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」、15. 「私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができる」、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」、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」、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」、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」、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」、41. 「私が立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる」の得点が上昇し、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」の得点が減少した。

看護研修プログラムでは、毎回到身体の基礎的知識に関する内容が講義されたが、これにより、自律性の項目12. 15. 32. 41. 44. といった身体を観察しアセスメントする能力や、自律性の項目1. といった患者への心理的影響をアセスメントする能力、さらには、自律性の項目18. といった調整能力が向上

表4 身体合併症看護への不安と自律性の下位尺度得点の研修前後の比較

	研修前				研修後				P
	中央値	四分位範囲	第1四分位数	第3四分位数	中央値	四分位範囲	第1四分位数	第3四分位数	
身体合併症看護への不安	7.50	5.50	3.75	9.25	5.50	3.50	3.75	7.25	.168
認知能力	3.32	.91	2.68	3.59	3.54	.50	3.18	3.68	.159
実践能力	3.04	.95	2.57	3.52	3.29	.39	3.20	3.59	<b>.046</b>
具体的判断能力	3.00	.54	2.82	3.36	3.50	.68	3.21	3.89	<b>.029</b>
抽象的判断能力	2.64	.75	2.29	3.04	3.29	.78	2.68	3.46	<b>.037</b>
自立的判断能力	2.20	.50	2.15	2.65	2.30	.50	1.90	2.40	.287

することが示された。自律性の項目 35. の改善は、本研修プログラムに参加することによって、看護師が日々の看護実践の中でより能動的に行動できるようになったことを表していると考えられる。さらに、自律性の項目 36. 37. の改善は、看護研修プログラムの講義の中で、エビデンスに基づいた最新の知見に触れたり、演習で最新のシミュレータを用いて学んだりした経験が学習の動機づけを高め、日々の看護実践の取り組みにも良い影響をもたらしていることを表していると考えられる。

上記のような変化が現れた要因について考察する。第一に、看護研修プログラムの内容と形態に関連した要因が考えられる。先行研究においては、精神科で勤務する看護師が身体合併症看護について学習する機会を提供する必要性が示されている(橋本他, 2011)。清野(2012)は、精神科で勤務する看護師自身が身体合併症看護を円滑に実施するために必要だと考える対策には、身体への看護技術に関する院内研修の充実、病棟単位の勉強会や事例検討会の開催などといった現任教育の充実が挙げられたことを示している。本研究で行った看護研修プログラムは、現任教育の一つとして位置づけられるが、本研究でユニークだったのは、看護研修プログラムを実施する研究チームに、研究協力施設の教育担当の看護師が加わり、臨床と大学とが共同で看護研修プログラムを計画、実施したという点である。そうすることで、臨床の看護師が直面する身体合併症に関連した観察や援助の方法を主題にできた。具体的には、講義では、精神科看護場面で、統合失調症の症状によって、あるいは薬物療法(抗精神病薬の副作用)によって、生じやすい身体合併症(水中毒、褥瘡、肺炎、不整脈、イレウスなど)に焦点を当て、それに関連した解剖学、生理学に関する基本的な知識と看護実践に関する具体的な知識を提供することができた。また、演習では、講義で学んだ内容を踏まえ、最新の機器(体圧測定器具、シミュレータ、エコーなど)を用いて、看護場面で実際に行う看護技術の体験(留置針の挿入・固定の方法、呼吸音・心音・腸蠕動音の聴診など)や、看護ケアの根拠となる知識を実体験(例えば、実際に体圧を測定し、安楽枕の挿入位

置を変えることでの体圧の変化を知る、エコーなどを用いて血管の走行を可視化するなど)を通して学ぶことができた。このような看護研修プログラムの内容は、研究参加者が身体合併症看護について知りたいことや、臨床で身体合併症看護を行う上での困難や課題に合致しており、研究参加者の学習のニーズを満たすことができたと考えられる。第二に、研修参加者に関連した要因が考えられる。研究参加者は、看護経験年数3~20年と範囲が大きかったが、8割は10年以上の経験を有しており、病棟では、管理職ではないもののリーダーとしての役割や、新人や後輩の指導を担う中堅看護師であった。卯川他(2011)は、中堅看護師になると自分の関心領域である程度の手ごたえを感じ、教えられる側ではなく他のスタッフに教えたり、自分が中心になってケアのリーダーシップをとっていきたいという主体的な看護実践を願う思いが芽生えることを明らかにしている。ところが、中堅看護師を対象とした現任教育については、平井(2003)は、施設内教育は卒後3年目までを対象とした内容が多く、3年目を過ぎると、教育はほぼ個人の自覚と責任に任せられ、組織内教育のメニューから姿を消す現状があると述べている。このような中で、本看護研修プログラムは、中堅看護師の主体的な看護実践を願う思い(卯川他, 2011)に応える一つの手段となったといえ、8割を超える平均出席率に表れているように、研究参加者は主体的に研修会に参加していたと考えられる。

## 2. 看護師の身体合併症看護への不安に対する看護研修プログラムの効果について

NRSで測定した看護師の身体合併症看護への不安の程度の中央値(第1四分位数-第3四分位数)は、研修前7.50(3.75-9.25)から研修後5.50(3.75-7.25)へと低下していたが、有意差は認められなかった。しかし、身体合併症看護への不安と看護師の自律性には有意な負の相関がある(荒木他, 2013a)ことや、本研修プログラムで看護師の自律性の一部が高まったことを考慮すると、看護研修プログラムによって、身体合併症看護への不安が軽減される可能性があると考えられる。

筆者らの行った研究では、身体合併症看護につい



ての不安には、身体合併症看護についての知識や技術の自信のなさに関する要因、患者の訴えがなかったり、訴えがあったとしても妄想がかっていたりするなど患者の精神症状に関する要因、身体合併症看護に用いる新しい製品に触れる機会が少なかったり、身体合併症看護について学ぶ機会が少ないといった精神科病院に関する要因があることが明らかになった(荒木他, 2013b)。これらの不安の内容と本看護研修プログラムの講義や演習とを対比させると、本研修プログラムは、特に、知識や技術の自信のなさに関する要因や精神科病院に関する要因が身体合併症看護への不安に与える影響を小さくすることに貢献したと考えられる。しかし、患者の精神症状に関する要因については、講義・演習の内容に十分に加味することができなかったと思われる。精神疾患患者は、例えば幻覚・妄想といった陽性症状や無為・自閉といった陰性症状のために、観察を行うことがむずかしくなったり、ケアを拒んだりすることが少なくない。また、身体疾患を合併した精神疾患患者に対する看護の方法の特徴には、異常の早期発見のための観察、妄想活発な患者が身体治療を受けられるようにすること、陰性症状や不安のある患者の自立を促していくことなどがある(中村, 2008)。このような点を踏まえ、精神症状を有する患者に対して、学習した身体合併症(水中毒、褥瘡、肺炎、不整脈、イレウスなど)の看護の知識や技術をどのように用いていくのか、具体的な観察時の留意点や関わり工夫を看護研修プログラムの内容に反映させることができれば、身体合併症看護に対する不安の軽減が図られるのではないかと考えられる。

### 3. 本研究の限界と課題

本研究では看護研修プログラムによって、看護師の自律性の一部が高まることを明らかにした。しかし、本研究では対照群を設定していない。看護研修プログラムが看護師の自律性に寄与することを明確にするためには、対照群を設定し、再度検証する必要があるといえる。また、本研究では看護研修プログラムの評価を量的な手法を用いて行ったが、研究参加者の感情や思考の変化を詳細に検討するために

は、質的なデータも加え、多面的に評価を行う必要性があると考えられる。さらに、看護研修プログラムに参加した看護師がそれぞれの病棟に戻った際に、他の看護師に与える影響について検討する必要がある。例えば、看護研修プログラムに参加した看護師に刺激を受けて、同病棟の他の看護師の身体合併症看護に対する関心が高まるか、あるいは、看護研修プログラムに参加した看護師が知識や技術を伝達することによって、他の看護師の身体合併症看護に関連した知識や技術が向上するか、などについて検討することが課題であるといえる。

## VI. 結論

精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護に関する看護実践能力の向上を目指した看護研修プログラムを実施し、その効果を測定した結果、次のことが明らかとなった。

- ・看護師の自律性を構成する項目のうち、「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」、「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」、「私は患者が落ち着いて看護を受けられるよう常に配慮ができる」、「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」、「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」、「私は看護モデルを用いて看護方法を決定することができる」、「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」、「私が立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる」の得点が、研修後に上昇した。
- ・看護師の自律性を構成する項目のうち、「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」の得点が、研修後に減少した。
- ・看護師の自律性の下位尺度のうち、【実践能力】【具体的判断能力】【抽象的判断能力】の尺度得点が研修後に上昇した。
- ・看護師の自律性の下位尺度のうち、【認知能力】【自立的判断能力】は研修前後で変化がみられなかった。

- ・身体合併症看護への不安は、研修前後で変化がみられなかった。

## 謝辞

本研究にご協力いただきました看護師の皆様に深く感謝申し上げます。

なお、本研究は、2012年度大阪医科大学看護学部共同研究費「研究課題番号10：精神疾患患者の身体合併症を早期に発見する看護師の看護実践技術について」の交付を受けて実施した研究成果の一部である。

## 文献

- 荒木孝治, 瓜崎貴雄, 岡部英子, 他 (2013a) : 精神科看護師の自律性についての検討と身体合併症看護への不安との関連, 大阪医科大学看護研究雑誌, 3, 29-36.
- 荒木孝治, 瓜崎貴雄, 正岡洋子, 他 (2013b) : 精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護への不安に関する検討, 大阪医科大学看護研究雑誌, 3, 100-108.
- 荒木孝治, 瓜崎貴雄, 正岡洋子, 他 (2012) : 統合失調症患者の身体合併症看護を促進させるための体制の整備について, 大阪医科大学看護研究雑誌, 2, 9-20.
- 藤代潤, 秋澤千晴, 煙石洋一, 他 (2007) : 精神科単科病院における身体合併症の発生とその対応について, 臨床精神医学, 36 (1), 91-98.
- 橋本敏子, 池田静子 (2011) : 精神科病棟における身体合併症看護からみえた看護師教育の課題 ; 術後身体管理が長期化した認知症患者を通して, 日本精神科看護学会誌, 54 (3), 216-220.
- 平井さよ子 (2003) : 看護師のキャリア開発と求めら

れている支援 ; 組織と個人の相互作用のなかで, 看護展望, 28 (8), 17-21.

- 菊池昭江, 原田唯司 (1997) : 看護の専門職における自律性に関する研究, 看護研究, 30 (4), 23-35.
- 小林孝文 (2006) : 総合病院精神科の現状と問題点, 臨床精神医学, 35 (5), 501-509.
- Muir-Cochrane, E. (2006) : Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13 (4), 447-452.
- 中村弥生 (2008) : 身体疾患を合併した精神疾患患者に対する看護の方法 ; ケア参加型支援を通じた事例報告, 日本精神保健看護学会誌, 17 (1), 93-102.
- 大川貴子, 中山洋子 (2004) : 入院精神障害者の身体合併症の実態とケア上の困難さの分析, 日本精神保健看護学会誌, 13 (1), 63-71.
- 清野由美子 (2012) : 精神科病院における身体合併症看護の現状と課題 (その2) ; 看護師が抱く困難性にかかわる要因と円滑な看護への対策, 日本看護学会論文集 ; 精神看護, 42, 222-225.
- 清野由美子, 中村勝 (2012) : 精神科病院における身体合併症看護の現状と課題 (その1) ; 身体観察および身体ケアの困難性, 日本看護学会論文集 ; 精神看護, 42, 218-221.
- 卯川久美, 細田泰子, 星和美 (2011) : 専門・関心領域を明確にしている中堅看護師のキャリアデザインとその環境要因, 大阪府立大学看護学部紀要, 17 (1), 1-12.
- 藪崎元浩, 河内俊二 (2007) : イレウスの早期発見につなげる看護プロセス ; 精神情緒状態や生活行動の変化と身体合併症の存在を結びつける気づき, 精神科看護, 34 (12), 46-52.