

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

Analysis of Autonomy in Psychiatric Nurses and Its Relationship with Their Anxiety about Physical Complications

荒木 孝治¹⁾, 瓜崎 貴雄¹⁾, 岡部 英子³⁾, 正岡 洋子³⁾, 伏見 博之³⁾
岩田 和彦⁴⁾, 米田 博²⁾

Takaharu Araki¹⁾, Takao Urizaki¹⁾, Eiko Okabe³⁾, Yoko Masaoka³⁾, Hiroyuki Fushimi³⁾,
Kazuhiko Iwata⁴⁾, Hiroshi Yoneda²⁾

キーワード: 精神科看護師, 自律性, 身体合併症, 不安

Key words: Psychiatric Nurses, Autonomy, Physical Complications, Anxiety

抄録

本研究は精神科病院の看護師の自律性と身体合併症看護への不安との関連の量的な検討を目的とした。精神科病院の169名の看護師を対象に、(1) NRSによる身体合併症看護への不安の程度、(2) 看護師の自律性尺度(菊池他,1997)による精神科看護師の自律性の調査、(3) 抽出された【具体的・抽象的判断能力】、【身体面の実践能力】、【精神面の実践能力】、【自立的判断能力】、【予測能力】の各下位尺度に関する、精神科以外の看護経験の有無別、精神科看護年数長短別の群間比較、(4) 精神科看護師の自律性と身体合併症看護への不安の関連を検討した。その結果、(1) 具体的・抽象的判断能力、精神面の実践能力、予測能力は精神科での経験年数が長い者の能力が高い、身体面の実践能力は精神科以外の看護経験のある者の能力が高い、自立的判断能力は看護経験による差異を認めないことが示された。又、(2) 看護師の自律性の各下位尺度と身体合併症看護への不安には有意な負の相関が見られ、身体面の実践能力との関連が強いことから、同能力への継続教育の必要性が示唆された。

Abstract

This quantitative study examined the relationship between a sense of autonomy in nurses working in mental hospitals and their anxiety about physical complications. The subjects were 169 such nurses. The following was analyzed: (1) the level of anxiety about physical complications, on a numerical rating scale (NRS); (2) sense of autonomy, using the Autonomy Scale of Nurses developed by Kikuchi and Harada (1997); (3) each subscales from ability to make concrete and abstract judgments, physical practical ability, mental practical ability, ability to make independent judgments, and predictive ability

1)大阪医科大学看護学部 2)大阪医科大学医学部 3)大阪府立精神医療センター看護部
4)大阪府立精神医療センター医務局

were evaluated separately based on the absence or presence of nursing experience in a department other than psychiatry and length of nursing career; (4) the relationship between a sense of autonomy in psychiatric nurses and their anxiety about physical complications. The main findings were as follows. First, the ability to make concrete and abstract judgments, mental practical ability, and predictive ability were high in those with a longer career in a psychiatric department and physical practical ability was high in those with experience in a department other than the psychiatric one, whereas the ability to make independent judgments did not significantly differ across levels of nursing experience. Further, because there were significant negative correlations between each autonomy subscale and anxiety about physical complications and because a strong correlation was observed with physical practical ability, continuing education for skill improvement is important for psychiatric nurses.

I. はじめに

精神疾患患者の入院治療では、患者本人の自由意思による任意入院だけでなく、同意の得られにくい場合の医療保護入院、強制入院である措置入院など、さまざまな入院形態の患者を受け入れ、人権を尊重しつつ安全を守り、適切な医療を提供できるよう努めていかななくてはならない。このような中、精神科で勤務する看護師には、適確な状況の判断を行って、患者にあった看護の方法を考えて実践したり、援助の方向性について他職種間を調整したりするといった高い自律性が必要とされる。

我が国の精神科看護師の専門職としての自律性に関する研究を概観するために、医学中央雑誌 Web 版 version 5 を用い、キーワードを「精神科」、「看護師」、「自律性」として、10年間（2002年～2012年10月）で、原著論文に限定して文献検索を行ったところ、33件が抽出された。このうち、精神科で勤務する看護師の自律性を主題とした文献は、自律性尺度を用いた量的研究が2件、質的研究が1件であった。

板山他（2011）は、医療観察法病棟（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った人を対象に医療やケアを行う病棟）の看護師を対象とした調査において、5年未満の看護師経験者に比べ10年以上の看護師経験者の自律性が有意に高かったことを明らかにしている。斎藤他（2012）は、同じく尺度を用いて肥満ケアの実践には看護師の自律性からの直接的な影響がなかったことを報告し、この結果は精神科における第一義的な目標が精神症状の安定であること

に起因するとしている。木村他（2010）は看護師にインタビューした内容をデータにして KJ 法を用いて分析を行い、精神科入院看護において中核要因である「ビジョンのない看護」、内部要因である「看護師間の相互理解の困難さ」など、外部要因である「不十分な退院環境」などが悪循環をきたし、精神科看護師に諸葛藤を引き起こしていることを報告している。

以上から、臨床経験が増すにつれて自律性は高まっていくこと、一方で、精神科看護師に葛藤を引き起こさせる様々な要因があり、看護業務の役割を明確にするなどしないと（木村他,2010）、看護師の自律性によく影響を与えることが示唆される。しかし、専門職としての精神科看護師の自律性の研究の数そのものが少なく、踏み込んだ知見が十分に得られていないのが現状である。

他方、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よる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、精神科で勤務する看護師は、身体の観察への不安を抱えていることが報告されている（荒木他,2012）。精神科以外の領域では、看護への不安と看護師の自律性との関連について、看護援助に対する不安がある者は自律性が低い（本田他,2012）、看護師の自律性と自己効力感には正の相関がある（渡辺他,2007）との報告がある。身体合併症看護への需要が高まる中、精神科看護師の身体の観察への不安は精神科看護師の自律性にも影響を与えているのではないだろうか。

そこで、本研究では、単科精神科病院で勤務する看護師の自律性について検討するとともに、その自律性と身体合併症看護への不安との関連について明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 調査対象

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、協力を依頼した。その施設で勤務する全看護師253名を対象として、無記名式の質問紙調査を実施し、207名から回答を得た (回収率81.8%)。このうち、欠損値のない169名から得られた量的データを分析対象とした。

2. 調査方法

質問紙調査は郵送法で実施した。受諾を得た施設に研究対象者の人数分の依頼書、質問紙を送付した。研究協力者には回答した質問紙を所定の場所に提出するように求めた。2週間程度の留め置き式とし、看護部長に対して、質問紙の配布と回収を依頼した。調査期間は、2012年7月～8月とした。

3. 調査項目および使用尺度

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 (経験年数と精神科以外での経験の有無)、精神科での経験年数とした。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 (項目番号1～14)」、「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 (項目番号15～28)」、「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 (項目番号29～35)」、「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 (項目番号36～42)」、「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 (項目番号43～47)」の5因子47項目から成る信頼性と妥当性が確認された尺度である。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。

4. 分析方法

看護師の背景は記述統計量を算出した。看護師の自律性尺度 (菊池他,1997)は、各項目の記述統計量を算出した。天井効果や床効果を認めた項目は除外して、因子構造を確認するために、探索的因子分析を行った。菊池他 (1997)と同様の因子構造が得られなかった場合は、分析結果に基づいて因子の命名を行い、Cronbachの α 係数を算出し各因子の内的整合性を検討した。看護師の背景のうち、精神科以外の看護経験、精神科看護経験年数を独立変数、看護師の自律性を従属変数とした2要因の分散分析を行い、精神科看護師の自律性を検討した。自律性の下位尺度得点と身体合併症看護への不安との関連をPearsonの積率相関係数を用いて検討した。いずれも有意水準は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。研究協力の依頼書や質問紙には、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や所属組織が特定されないことを明記した。質問紙の回収をもって、研究協力の承諾が得られたと判断した。

III. 結果

1. 分析対象者の背景

分析対象者の背景を表1に示した。部署のその他

表1 分析対象者の背景

	n = 169	
	度数	%
性別		
男性	85	50.3
女性	84	49.7
年齢		
20代	9	5.3
30代	58	34.3
40代	68	40.2
50代以上	34	20.1
中央値 (範囲)	42.0 (22.0-62.0)	
部署		
急性期	50	29.6
慢性期	74	43.8
児童・思春期	26	15.4
その他	19	11.2
看護経験年数		
5年未満	16	9.5
5～10年	33	19.5
10～15年	32	18.9
15～20年	31	18.3
20年以上	57	33.7
中央値 (範囲)	16.0 (0.3-42.0)	
精神科以外の看護経験		
有	102	60.4
無	67	39.6
精神科経験年数		
5年未満	39	23.1
5～10年	39	23.1
10～15年	26	15.4
15～20年	21	12.4
20年以上	44	26.0
中央値 (範囲)	12 (0.0-42.0)	

には、外来、デイケア、高度ケア病棟が含まれた。

2. 看護師の自律性について

各項目の記述統計量を算出したところ、天井効果や床効果はみられなかった。全47項目について、主因子法・Promax回転による探索的因子分析を行った。因子数は、菊池他(1997)と同様に5因子を仮定した。分析の結果、複数の因子に高い因子負荷量をもつ項目が見受けられたが、概ね安定した因子構造が得られたので、項目の削除は行わなかった(表2)。なお、回転前の5因子で47項目の全分散を説明する

割合は61.4%であった。

第Ⅰ因子は19項目で構成されたが、そのうち11項目は菊池他(1997)の因子「具体的判断能力」、「抽象的判断能力」を構成する項目であり、看護師のアセスメントに関する項目が多く含まれていたため、【具体的・抽象的判断能力】と命名した。Cronbachの α 係数は.95であった。第Ⅱ因子は10項目で構成され、身体的な看護の実践能力を表す項目の因子負荷量が高かったため、【身体面の実践能力】と命名した。Cronbachの α 係数は.92であった。第Ⅲ因子は10項目で構成され、精神的な看護の実践能力を表す項目の因子負荷量が高かったため、【精神面の実践能力】と命名した。Cronbachの α 係数は.90であった。第Ⅳ因子は5項目で構成され、これらは菊池他(1997)の因子「自立的判断能力」と一致していたため、同様に【自立的判断能力】と命名した。Cronbachの α 係数は.84であった。第Ⅴ因子は3項目で構成され、これらは看護や治療に伴う患者の変化の予測に関する項目であったため、【予測能力】と命名した。Cronbachの α 係数は.86であった。

看護師の自律性について、得られた5因子の項目平均値を算出し、下位尺度得点を算出した(表3)。なお、第Ⅳ因子に含まれる項目は逆転項目として処理を行った。

次に、精神科以外の看護経験の有無と精神科経験年数を独立変数、自律性を従属変数とした2要因の分散分析を行った(表4)。なお、精神科経験年数は中央値の12.0を用いて、短(12.0年未満)と長(12.0年以上)の2水準とした。分析の結果、第Ⅰ因子【具体的・抽象的判断能力】については、精神科看護経験年数の主効果が有意であり($F(1,165)=10.77, p<.01$)、短群よりも長群の能力が高かった。第Ⅱ因子【身体面の実践能力】については、精神科以外の看護経験の主効果が有意であり($F(1,165)=8.15, p<.01$)、無群よりも有群の能力が高かった。第Ⅲ因子【精神面の実践能力】については、精神科看護経験年数の主効果が有意であり($F(1,165)=12.70, p<.001$)、短群よりも長群の能力が高かった。第Ⅳ因子【自立的判断能力】は有意でなかった(交互作用: $F(1,165)=.19, p>.05$ 、精神科以外の看護経験の主効果: $F(1,165)=.95, p>.05$ 、

表2 看護師の自律性の因子分析結果 (主因子法、プロマックス回転)

項目番号・項目内容	因子						
	I	II	III	IV	V		
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	.86	-.13	-.04	.02	.07	具体的・抽象的判断能力	
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	.83	.08	-.03	.07	-.04		
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	.81	-.12	-.09	.04	.07		
20. 私は患者の社会生活に配慮した看護ができる	.80	-.17	.16	.07	-.10		
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	.73	.03	-.03	-.06	.06		
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	.69	-.15	.18	.09	-.02		
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	.63	-.02	.24	.05	-.01		
27. 私は看護を常に創意工夫することができる	.63	.00	.22	-.05	-.00		
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	.55	.25	-.04	-.08	.14		
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	.53	.39	-.15	-.19	.02		
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	.53	.25	.08	-.11	-.10		
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	.49	.09	.17	-.09	-.04		
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	.46	.26	-.04	.03	.21		
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	.45	-.04	.38	.12	-.02		
11. 私は患者の言動に共感的理解を示すことができる	.45	-.09	.27	-.05	.02		
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	.44	.32	.07	.05	.04		
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	.42	.16	.28	-.02	-.01		
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	.41	.26	.15	-.07	.05		
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	.39	.27	.19	.06	-.22		
16. 私は患者の急激な生理的变化 (吐血、意識喪失など) に対応することができる	-.30	1.04	-.05	.07	-.01	身体面の実践能力	
17. 私は手際よく看護ができる	-.07	.81	.12	-.01	-.01		
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	.14	.80	-.27	.08	.02		
15. 私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができる	-.16	.79	.14	.02	.02		
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	-.07	.65	.04	-.05	.19		
24. 私は看護の際に必要な物品を過不足なく準備できる	.22	.53	-.03	.05	-.02		
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	.46	.51	-.14	.00	.02		
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	.13	.45	.11	.01	.04		
14. 私は看護に必要な情報を直ぐに集めることができる	.27	.43	.15	.01	.02		
34. 私は看護方法を自分一人で行うことができる	.24	.35	.25	-.06	.00		
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	-.08	-.04	.82	-.07	.07	精神面の実践能力	
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	-.04	.04	.70	-.06	.20		
9. 私は患者のニーズに直ぐに気づくことができる	.01	.14	.68	-.05	-.09		
5. 私は患者の価値観を十分に理解することができる	.04	-.08	.64	-.06	.10		
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	.09	-.07	.62	-.00	.10		
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	.23	-.06	.61	.09	-.16		
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	.01	-.02	.56	.12	.18		
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	.06	.26	.53	.01	-.15		
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	.21	-.07	.43	-.03	.15		
26. 私は患者の医療に対する不信感や不安を充分な説明を行うことにより和らげられる	.37	.07	.41	-.00	-.07		
47. 私は患者の訴えないと何を看護すべきかわからない	-.06	.01	.08	-.81	-.08	自立的判断能力	
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	.20	-.13	-.16	-.73	.05		
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	-.17	.09	.11	-.71	-.06		
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	-.00	-.04	.17	-.65	-.02		
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	.02	-.09	-.17	-.62	.02		
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	-.01	.16	.03	.01	.79	予測能力	
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	.06	.08	.09	.06	.69		
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	.04	-.10	.40	.00	.52		
因子相関行列		I	II	III	IV	V	
		I	—	.71	.74	.27	.50
		II	.71	—	.59	.23	.47
		III	.74	.59	—	.31	.44
		IV	.27	.23	.31	—	.11
		V	.50	.47	.44	.11	—

表3 看護師の自律性の下位尺度得点の平均と標準偏差

	平均値	標準偏差
I 具体的・抽象的判断能力	3.25	.59
II 身体面の実践能力	3.09	.68
III 精神面の実践能力	3.35	.56
IV 自立的判断能力	3.68	.64
V 予測能力	3.48	.70

表4 看護経験(精神科以外の有無・精神科経験年数)と看護師の自律性

						n=169		
	看護経験 経験年数 (度数)	精神科以外あり		精神科以外なし		主効果 (F値)		交互作用 (F値)
		短 (67)	長 (35)	短 (24)	長 (43)	看護経験	経験年数	
I 具体的・抽象的判断能力	平均	3.19	3.34	2.95	3.43	.57	10.77**	3.01
	標準偏差	.55	.64	.56	.58			
II 身体面の実践能力	平均	3.19	3.2	2.7	3.06	8.15**	2.83	2.51
	標準偏差	.63	.64	.69	.73			
III 精神面の実践能力	平均	3.24	3.44	3.13	3.56	.01	12.70***	1.53
	標準偏差	.56	.54	.51	.53			
IV 自立的判断能力	平均	3.67	3.78	3.52	3.72	.95	2.25	.19
	標準偏差	.64	.69	.41	.70			
V 予測能力	平均	3.44	3.71	3.24	3.49	3.54	5.41*	.01
	標準偏差	.70	.67	.71	.68			

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

表5 身体合併症看護への不安と自律性との関連

	身体合併症看護への不安	I 具体的・抽象的判断能力	II 身体面の実践能力	III 精神面の実践能力	IV 自立的判断能力	V 予測能力
身体合併症看護への不安	—	-.28***	-.53***	-.21**	-.27***	-.26***
I 具体的・抽象的判断能力		—	.80***	.81***	.29***	.64***
II 身体面の実践能力			—	.67***	.29***	.59***
III 精神面の実践能力				—	.30***	.62***
IV 自立的判断能力					—	.23*
V 予測能力						—

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

精神科看護経験年数の主効果: $F(1,165)=2.25, p > .05$)). 第V因子【予測能力】については, 精神科看護経験年数の主効果が有意であり ($F(1,165)=5.41, p < .05$), 短群よりも長群の能力が高かった。

3. 看護師の身体合併症看護への不安と自律性の関連

身体合併症看護への不安の平均値は6.58, 標準偏差は2.49であった。身体合併症看護への不安と自律性の関連を Pearson 積率相関によって分析した結果

を表5に示した。身体合併症看護への不安と【具体的・抽象的判断能力】が有意な弱い負の相関 ($r = -.28, p < .001$), 【身体面の実践能力】が有意な比較的強い負の相関 ($r = -.53, p < .001$), 【精神面の実践能力】が有意な弱い負の相関 ($r = -.21, p < .001$), 【自立的判断能力】が有意な弱い負の相関 ($r = -.27, p < .001$), 【予測能力】が有意な弱い負の相関 ($r = -.26, p < .001$) を認めた。

IV. 考察

1. 精神科看護師の自律性についての検討

本研究では、看護師の自律性尺度(菊池他,1997)の再現性は得られず、【具体的・抽象的判断能力】【身体面の実践能力】【精神面の実践能力】【自立的判断能力】【予測能力】の5因子が抽出されたが、Cronbachの α 係数は、いずれも.80以上であり、十分な内的整合性が確認された。そして、【具体的・抽象的判断能力】は精神科での看護経験年数が短い者よりも長い者の能力が高いこと、【身体面の実践能力】は精神科以外の看護経験がない者よりもある者の能力が高いこと、【精神面の実践能力】は、精神科での看護経験年数が短い者よりも長い者の能力が高いこと、【自立的判断能力】は精神科看護経験年数の長短や精神科以外の看護経験の有無において差がないこと、【予測能力】は精神科での看護経験年数が短い者よりも長い者の能力が高いことが明らかとなった。

医療観察法病棟の精神科看護師の自律性について検討した先行研究(板山他,2011)では、看護経験年数が5年未満の看護師に比べ、10年以上の看護師の自律性が、全ての下位尺度において有意に高いことが示されている。この研究では、看護師としての経験年数に注目しているが、その経験の詳細については言及されていなかった。本研究において、精神科での看護経験年数と精神科以外の看護経験の有無に焦点を当てて分析を行ったところ、【具体的・抽象的判断能力】【精神面の実践能力】【予測能力】は精神科での看護経験年数が長くなると能力が増していくことが示された。しかし、【身体面の実践能力】は、精神科での看護経験年数での差異はみられず、経験年数を経るだけでは能力を増すことは難しいといえる。精神科以外の看護経験の有無による差異があったことから、経験の内容が重要であると考えられる。

なお、【自立的判断能力】は看護経験による差異を認めなかったが、これは本研究で精神科看護経験年数を、12年を基準に長短に分けたためとも考えられる。精神科看護師を対象にした調査ではないが、臨床経験を10年単位で3群に分けて検討した先行研究(渡辺他,2007)においても、他の下位尺度は差異を認めたものの、【自立的判断能力】だけは、群間によ

る差異を認めなかったことが示されている。看護職の自律性を構成する各能力は、臨床経験3年を境に大きく高まる(菊池,1999)、【自立的判断能力】は経験年数が長くなるにつれ、微弱ながら高まっていく(後藤他,2008)との指摘がある。これらから、【自立的判断能力】は、臨床経験が比較的短い時期に急激に上昇し、その後は緩やかな上昇を辿ると考えられ、そのために12年で区切った場合に差異を認めなかったものと推察される。

2. 精神科看護師の自律性と身体合併症看護への不安との関連について

身体合併症看護への不安と自律性の関連について分析した結果、身体合併症看護への不安と自律性の各下位尺度には有意な負の相関がみられた。このことから、身体合併症看護への不安を軽減するような継続教育により、精神科看護師の自律性が高まることが示唆される。結果では、特に【身体面の実践能力】と比較的強い負の関連を認めた。【身体面の実践能力】は、単に精神科での看護の経験を経るだけでは高まっていかないため、他科の経験がないことを補填するような具体的な継続教育が必要であると考えられる。筆者らの研究においては、精神科看護師は普段から様々な工夫を行いつつ、統合失調症患者の身体合併症の早期発見に努めているが、フィジカルアセスメントなど身体看護に関する学習の機会が少ないことが明らかになった(荒木他,2012)。他科経験の無さを補うために、身体看護について学習する機会を設けることは有用であると考えられる。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の結果は、近畿圏の1施設の看護師169名から得られた知見をまとめたものである。そのため、本研究の結果を普遍化し、我が国の精神科病院で勤務する看護師にみられる傾向とみなすことには、慎重にならなければならない。特に本研究では、研究協力者数に占める看護経験年数5年未満の看護師の割合が非常に少なかった。そのため、研究協力施設数や研究協力者数を増やして、経験年数の短い看護師の自律性、身体合併症看護への不安について検討することが課題であると考えられる。また、不安の測定用具についても課題がある。本研究で用いた

NRSは、主として疼痛の主観的評価尺度として広く用いられているが、不安の程度の測定には一般的には用いられていない。NRSに加えて、既存の不安の尺度も併用するなどの工夫が必要であると考えられる。

本研究の結果からは、精神科看護師の自律性のうち、【身体面の実践能力】は精神科での経験を経るだけでは能力の向上が見込めず、他科経験の無さを補う継続教育の必要性が示唆される。そのため、まずは、身体看護についての実践能力の現状や、精神科看護師が具体的にどのような点に不安があるのかについて、その詳細を明らかにする必要があると考えられる。

V. 結論

1. 看護師の自律性の下位尺度について、【具体的・抽象的判断能力】【精神面の実践能力】【予測能力】は精神科での看護経験年数が短い者よりも長い者の能力が高いこと、【身体面の実践能力】は、精神科以外の看護経験がない者よりもある者の能力が高いこと、【自立的判断能力】は看護経験による差異を認めないことが示された。
2. 精神科看護師の自律性の各下位尺度と身体合併症看護への不安とには有意な負の相関がみられ、特に【身体面の実践能力】との関連が強いことが示された。

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, 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.
- 後藤恭一, 久米美代子 (2008) : 看護職の看護経験年数と専門的自律性獲得の実態に関する研究, 日本ウーマンズヘルス学会誌, 7, 107-113.
- 本田沙織, 今村仁美, 杉森万記他 (2012) : 術後早期離床の実施状況および不安と看護師の自律性との関連, 日本看護学会論文集 ; 成人看護 I, 42, 38-41.
- 板山稔, 田中留伊 (2011) : 医療観察法病棟に勤務する看護師の自律性, ストレッサー, バーンアウトに関する研究, 弘前医療福祉大学紀要, 2 (1), 29-38.
- 菊池昭江 (1999) : 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, 看護研究, 32 (2), 92-103.
- 菊池昭江, 原田唯司 (1997) : 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), 285-297.
- 木村克典, 松村人志 (2010) : 精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点, 日本看護研究学会雑誌, 33 (2), 49-59.
- 斎藤まさ子, 内藤守 (2012) : 精神科看護師による肥満ケアの実践に影響を与える要因, 新潟青陵学会誌, 4 (3), 11-20.
- 渡辺みどり, 奥野茂代 (2007) : 介護老人保健施設看護職者の自律性と自己効力感, 日本看護福祉学会誌, 12 (2), 79-89.