

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

Analysis of Anxiety about Physical Complications in Nurses Working in a Mental Hospital

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

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

キーワード: 精神科看護師, 身体合併症, 不安

Key words: Psychiatric Nurses, Physical Complications, Anxiety

抄録

本研究では、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の程度、不安に関連する看護師の背景、及び不安の内容と要因を明らかにした。124名のデータを量的に分析した結果、精神科看護師の身体合併症看護への不安は大きいこと、精神科での看護経験が増すと身体合併症看護への不安が大きくなること、精神科以外の看護経験無群が有群よりも身体合併症看護への不安が大きいことが示された。又、看護師10名に半構造化面接を行い、そのデータを質的に分析しコード化したところ、身体合併症看護への不安に関連して71個が抽出された。精神科以外の看護経験有群と無群に分けて、これらのコードを内容の類似性によって分類した結果、どちらの群も、身体合併症看護への不安は、患者の精神症状に関係する要因、知識や技術の自信のなさに関係する要因、精神科病院の特色に関係する要因の3つに由来することが明らかとなった。

Abstract

We investigated the level, background factors, content, and causes of anxiety about physical complications in nurses working in a mental hospital. A quantitative analysis of data from 124 nurses revealed that many psychiatric nurses experienced anxiety about physical complications, and that such anxiety was even higher in psychiatric nurses with more experience. We also found that compared to participants with nursing experience in a department other than the psychiatric one, participants without such experience reported a high level of anxiety. Further, semi-structured interviews were conducted of 10 nurses. The data obtained were analyzed qualitatively and transformed into codes. Anxiety about physical complications covered 71 items. Participants were divided into those with experience in a department other than the psychiatric one and those without such experience. After consolidating codes on the grounds of similarity, 3 factors related to anxiety about physical complications

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 found for both groups: patients' psychiatric symptoms, nurses' self-efficacy with respect to knowledge and technology, and the characteristics of the mental hospital.

I. はじめに

精神科病棟では、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くなっている。

一方、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。また、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も少なくない (荒木他, 2012)。

このように、身体合併症を併発するリスクが高いことが予想されるのに、看護師が早期発見を含めた身体合併症看護を展開するには、精神科特有のさまざまな困難があり、身体合併症看護については、何かしらの不安を抱いていると考えられる。筆者らの研究においては、精神科での経験が長期になると、看護師は身体の客観的観察やアセスメントに自信がなくなってしまうことが明らかとなっている (荒木他, 2012) ため、看護経験と身体合併症看護への不安とは関連があると推測される。

そこで、本研究は、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の程度、看護経験と不安との関連、不安の内容と要因を明らかにすることを目的とした。先行研究がほとんど見られないこれらについて検討することは、精神科病院において、身体合併症看護に今後どのように取り組み、促進させていけばよいかについて必要な示唆を与えようとする。

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 124 名から得られた量的データを分析対象とした。

また、研究協力者のうち、面接調査への受諾のあった 10 名から得られた質的データについても分析対象とした。

2. 調査方法と調査内容

1) 質問紙調査

(1) 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。

(2) 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 (経験年数と精神科以外の経験の有無)、精神科の経験年数とした。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。

2) 面接調査

(1) 面接方法

面接は半構造化面接とし、研究施設のプライバシーの保てる部屋で実施し、研究協力者の許可を得て、IC レコーダーに録音した。

(2) 面接内容

精神科の入院患者では統合失調症患者が最も多いこと(これは研究協力施設においても同様であった), また, 同患者については高い割合で身体合併症の併発が指摘されている(Lambert et al., 2003)ことから, 面接調査では疾患を統合失調症に限定し, 「統合失調症患者に対する看護場面で, 身体合併症に関連した事柄を想起し, 身体合併症看護に対する思いについてお話しください。」と発問した。研究協力者の語りの中で, 身体合併症看護に関する不安などの内容が現れた際は, それに焦点を当ててリフレクションし, 研究協力者が身体合併症看護に関する不安などについて掘り下げて語れるようにした。

3. 分析方法

1) 質問紙調査

看護師の背景は記述統計量を算出した。身体合併症看護に対する不安についても同様に記述統計量を算出し, 不安の程度を測定した。看護経験年数と身体合併症看護に対する不安の関連は Spearman の順位相関によって分析した。また, 精神科以外の経験の有無を独立変数, 身体合併症看護に対する不安を従属変数とした Mann-Whitney のU検定を行った。分析には, 統計解析ソフト SPSS 11.0J for Windows を用いた。

2) 面接調査

以下の質的内容分析の手順で分析を行った。ICレコーダーで記録した面接内容から逐語記録を作成した。逐語記録の記述文は一内容ごとに分け, 精神科で勤務する看護師が身体合併症看護に不安を抱いている状況を表している内容を抽出した。それを意味内容が損なわれないように簡潔な文章に変換してコード化した。各コードから, 内容の類似性によってまとめてグループに分け, グループに含まれるコードの内容の共通点を反映した名称をつけ, カテゴリーとした。さらに, 内容の共通したカテゴリーをまとめ, 名称をつけ, 最終的に上位カテゴリーとした。分析は, 2名の研究者間で議論しながら進め, 最終的には研究者全員の合意を得ることによって, 研究結果の妥当性が高まるように努めた。

4. 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。面接を行う際は, 直前に改めて, 研究の目的, 面接内容と拘束時間, 面接の際の録音, 謝金, 結果の公表などを説明し, 研究同意書に署名いただき承諾を得た。

III. 結果

1. 看護師の背景

看護師の背景を表1に示した。性別は男性63名, 女性61名とほぼ同数であった。年齢の中央値は41.0歳, 範囲は22.0-60.0歳であった。部署は急性期50

表1 分析対象者の背景

n = 124		
	度数	%
性別		
男性	63	50.8
女性	61	49.2
年齢		
20代	8	6.5
30代	44	35.5
40代	50	40.3
50代以上	22	17.7
中央値 (範囲)	41.0 (22.0-60.0)	
部署		
急性期	50	40.3
慢性期	74	59.7
看護経験年数		
5年未満	11	8.9
5~10年	27	21.8
10~15年	25	20.2
15~20年	24	19.3
20年以上	37	29.8
中央値 (範囲)	15.0 (0.5-40.0)	
精神科以外の看護経験		
有	75	60.5
無	49	39.5
精神科での看護経験年数		
5年未満	32	25.8
5~10年	31	25.0
10~15年	16	12.9
15~20年	15	12.1
20年以上	30	24.2
中央値 (範囲)	10.5 (0.0-40.0)	

名、慢性期74名であり、慢性期の方が多かった。看護経験年数の中央値は15.0年、範囲は0.5-40.0年であった。精神科以外の看護経験が有る者は75名、無い者は49名であり、有る者の方が多かった。精神科での看護経験年数の中央値は10.5年、範囲は0.0-40.0年であった。

2. 身体合併症看護への不安の程度と看護経験との関連

身体合併症看護への不安の程度は、中央値が7.00、四分位範囲が3.00（第1四分位数5.00、第3四分位数8.00）であった。

看護経験年数と身体合併症看護への不安の関連について Spearman の順位相関によって分析した結果を表2に示した。精神科での看護経験年数と身体合併症看護への不安とに弱い正の相関 ($r=.24, p<.01$) がみられたが、看護経験年数と身体合併症看護への不安には関連はみられなかった ($r=.06, p>.05, n.s.$)。

精神科以外の看護経験の有無を独立変数、身体合併症看護への不安を従属変数とした Mann-Whitney のU検定を行った(表3)。分析の結果、精神科以外の看護経験無群が有群よりも有意に不安が大きかった ($U=1100.50, p<.001$)。

3. 身体合併症看護への不安の内容と要因

1) 看護師の身体合併症看護への不安の内容の抽出

面接調査では10名の研究協力者を対象として、身体合併症看護についての思いを話してもらった。分

析対象者の背景を表4に示した。

逐語録から「身体合併症看護への不安」の内容を抽出すると71箇所あり、それらをコード化した。(表5、表6のコードの欄参照)。

2) 精神科以外の看護経験の有無別による不安の要因の検討

先の分析結果では、精神科以外の看護経験無群が有群よりも不安が大きいたことが示された。そのため、精神科以外の看護経験の有無によって、不安の内容が異なるかもしれないので、それを確かめるために、精神科以外の経験の有無別に、不安の内容を検討することにした。上記1)で記したコード化された71項目を精神科以外の経験の有無別に分けると、39項目が精神科以外の看護経験のある看護師によるもの、32項目が同経験のない看護師によるものであった。

(1) 精神科以外の看護経験がある看護師の不安の要因

研究協力者10名のうち、精神科以外の看護経験がある看護師は6名であった。39箇所が身体合併症看護への不安の内容として抽出されてコード化され、内容の類似性に基づいて分類した結果、8つのカテゴリーに分類された。そして最終的には、【患者の精神症状に関係する要因】、【知識や技術の自信のなさに関係する要因】、【精神科病院の特色に関係する要因】の3つの上位カテゴリーに分類された(表5)。

表2 身体合併症看護への不安と看護経験との関連

	看護経験年数	精神科での看護経験年数
身体合併症看護への不安	.06	.24**
看護経験年数	—	.84**
精神科での看護経験年数		—

** $p<.01$

表3 精神科以外の看護経験有無別の身体合併症看護への不安

		n=124				
精神科以外の看護経験	度数	中央値	四分位範囲	第1四分位数	第3四分位数	
有 群	75	5.00	4.00	4.00	8.00	***
無 群	49	8.00	4.00	6.00	10.00	

*** $p<.001$

表4 分析対象者の背景

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	急性期	急性期	慢性期	慢性期
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	慢性期	急性期	慢性期	慢性期
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) 精神科以外の看護経験がない看護師の不安の要因

精神科以外の看護経験がない看護師は4名であった。32箇所が身体合併症看護への不安の内容として抽出され、コード化されたものを内容の類似性に基づき分類したところ、やはり8つのカテゴリーに分類され、最終的には(1)と同様、【患者の精神症状に関係する要因】、【知識や技術の自信のなさに関係する要因】、【精神科病院の特色に関係する要因】の3つの上位カテゴリーに分類された(表6)。

IV. 考察

1. 質問紙調査による身体合併症看護への不安の程度と看護経験との関連の検討

NRSで測定した精神科に勤務する看護師の不安の中央値は7.00、四分位範囲は3.00(第1四分位数5.00、第3四分位数8.00)であり、身体合併症看護に対する不安は大きいと考えられる。清野他(2012)は、精神科病院7施設の看護師375人のデータを分析した結果、8割以上の看護師が身体合併症看護の経験があり、身体合併症看護は日常的に実践されているものの、同様に8割以上の看護師が身体合併症看護に対して、困難感や不安を抱いていることを明らかにしている。本研究の結果は、この結果を支持するものであるといえる。

本研究の結果、精神科での看護経験が増すと身体合併症看護への不安が大きくなることが示された。この結果は、精神科での経験が長期になると、看護師は身体の客観的観察やアセスメントに自信がなくなってきたという先行研究(荒木他,2012)の結果を支持するものであるといえる。また、本研究の結果では、精神科以外の看護経験無群が有群よりも不安が大きいかも示された。橋本他(2011)は事例研究において、甲状腺がん術後に嚥下機能障害をきたし、術後身体管理が長期化した症例で、精神科以外の看護経験がない看護師が「ドレーンのミルキングの力加減がよくわからず破れたらどうしようと思った」、「ドレーンは怖くてまったく触れなかった」、「水分出納の計算はまだ確実にできないし、いまでも自信がない」、「輸液ポンプへのルートセットや交換などへの恐怖や不安感があった」との思いを抱いていたことについて記している。精神科では、輸液ポンプやドレーンの管理をするなどといった、診療の補助に関する看護業務を経験する機会が少ない。そのため、実際の事例においては、精神科以外の看護経験のない看護師が身体合併症看護にあたる不安は大きいものと推察される。

2. 面接調査による身体合併症看護への不安の内容と要因の検討

精神科以外の看護経験の有無別に、身体合併症看

表5 精神科以外の看護経験がある看護師の身体合併症看護についての不安

上位カテゴリー	カテゴリー	コード
患者の精神症状に関係する要因	患者の訴えがなかったり、あったとしても妄想がかかっていたり、上手く表現できなかったりする	患者が「へび」という表現を使って身体的な不調を訴える (ID1)
		耳の上が腫れていた患者さんに「どうしたのか?」と聞いても、「へびにかまれた」という返答しかしてくれない (ID2)
		患者が「お腹にへびがおる」「妊娠しました」とか言って、よくよく調べたらイレウスだったということがあった (ID2)
		「つねられている」など妄想めいた表現で痛みを訴えることがあり、痛みの程度を把握することが難しい (ID6)
		患者が幻聴の世界に行ってしまったりして、伝えにくさがある (ID6)
		「お腹に子どもがいる」と訴えていた患者が腸穿孔を起こしていた (ID9)
		患者が「痛い」って言ってこないで、対応が遅れがちになる (ID1)
		患者はうまく自分の意志を伝えられない (ID1)
		患者に聞いても患者の反応が悪いので、痛みの程度が分からず、対応が難しい (ID3)
		たばこで指間を火傷して水泡ができたり表皮剥離していても、痛みが鈍感なせいとか、患者は看護師に訴えてこない (ID5)
		普段から振戦がある患者がいつもより少し強めに震えていて、声をかけたら「いいえ、別に」って言って、ホールで誰かと話をしていたけど、熱を測ってみたら40度くらいあった (ID9)
		輸液・輸血について患者の理解が得られず、留置針を抜去してしまうことがある (ID3)
		統合失調症患者はケアの受け入れに時間を要するので、今すぐにケアをすることにはなかなか同意してもらえない (ID6)
		患者にこだわりがあり、服を着こんでいて、観察がむずかしい (ID1)
知識や技術の自信のなさに関する要因	医療行為の介助や看護技術を実践することについて不安がある	便が出ていると言った患者がイレウスを発症したことがあり、患者は言っていることとやっていることが合っていなかったりする (ID5)
		看護技術を使う機会が減り、ブランクがあると、やや複雑な処置の介助ができる自信がなくなってくる (ID3)
		以前行っていた中心静脈カテーテルを留置する際の介助がおぼろげになってくる (ID3)
		採血以外の看護技術はする機会がないため、看護技術に対して不安がある (ID6)
		点滴の機会があっても、最近やっていないので不安もあり、敬遠する感じになる (ID6)
		今の病棟でここ1、2年の間に採血を2、3度しただけで注射とか他の処置とか一切していないので、看護技術に不安がある (ID9)
		レントゲンを見てもニボー像の有無が分からない (ID1)
		身体をみる知識量が少ない (ID1)
		血液検査データの正常値がとんでる (を忘れている) (ID1)
		モニターの波形が読めない (ID3)
		身体のことに関しては“引き出し”がないので自信がない (ID1)
		自信のなさから医師への報告が遅れる (ID1)
		精神的なことはすぐに判断できても身体的なことは1歩2歩判断が遅れる (ID1)
		身体看護については学生の時に勉強した知識や技術のままで、自信のなさ、自分自身に対する不安がある (ID2)
精神科病院の特色に関係する要因	精神面の観察に比較して、身体面の観察の優先度が低い	身体合併症をみようとするのではなく、どうしても精神症状の観察や、患者やスタッフの安全を守るために暴力をふるうリスクがないかという視線でみている (ID1)
		抗精神病薬の副作用以外の身体面の観察の優先順位は下位である (ID1)
		患者の興奮が強い時は精神の方に目が行きがちになる (ID2)
		身体面の病気の診断がついていない患者が、妄想がかかった遠回しの表現で身体の不調を訴えてきた場合、身体の不調というよりも精神の不調と捉えてしまう (ID6)
		レントゲン写真をみる機会が少ない (ID1)
		身体をみる経験がないので、身体に関して弱くなる (ID1)
		初めて遭遇する身体疾患、それに伴う看護については、経験がないので自信がもてない (ID2)
		身体面の看護について以前は“よし”とされていたことが、数年たって変わっているということがあるので心配である (ID9)
		身体面を看護する機会が少ない
		身体面を看護する機会が少ない
		身体面を看護する機会が少ない
		身体面を看護する機会が少ない
		身体面を看護する機会が少ない
		身体面を看護する機会が少ない
		身体面を看護する機会が少ない
身体合併症を看護する機会が少ない	身体合併症を看護する機会が少ない	身体合併症を看護する機会が少ない (ID6)
		身体合併症を主題にした院内勉強会はあまりない (ID6)
身体合併症を看護する機会が少ない	身体合併症を看護する機会が少ない	保護室に入院している患者は身体の不調を訴えても他科受診することが難しい (ID9)
		保護室に入院している患者は身体の不調を訴えても他科受診することが難しい (ID9)

表6 精神科以外の看護経験がない看護師の身体合併症看護についての不安

上位カテゴリー	カテゴリー	コード
知識や技術の自信のなさに関する要因	フィジカルアセスメントと対応が十分でない	心電図の異常波形について、緊急度をどう判断してよいか分らなかった (ID4)
		経験がほとんどないので、大量の吐血の場面では頭が真っ白になる (ID7)
		心電図モニターの波形の見方が分からない (ID8)
		普段から経験していないので、呼吸音や腸蠕動音について分かっていない (ID8)
		患者が発熱した際、知識がないので他の人に聞いて助けてもらおうとしても、聞いた人も精神科の経験しかなくてやっぱり分からなかった (ID10)
	点滴、吸引、心電図モニター装着といった看護技術が未熟である	留置針を挿入する手技に慣れていないので、血管が分かりづらかったりする (ID4)
		吸引の手技が未熟なので上手に痰がとれない (ID4)
		心電図モニターをつける時は、パッパッとつけられず、説明書をみないと分からない (ID7)
		点滴の準備も他のスタッフに聞かないと分からない (ID7)
	観察のポイントが分からないので、すぐの対処ができず、見過ごしてしまう	持続点滴の際の留置針を挿入する手技では、必要物品の準備もできないことがいまだにある (ID8)
		あれつと異変を感じても、もうちょっと様子をみようとなって、すぐの対処ではなくなってしまう (ID4)
		観察のポイントが分からないので、医師への報告の必要性についての判断が難しい (ID8)
		身体合併症の症状が分からず、観察点が分からないので、見つけるのが遅くなる (ID10)
	自己学習しているが、身体をみる自信がない	身体をみる時に、ポイントを知っておかないと、見過ごしてしまうことがあるかもしれないから難しい (ID10)
		本を読んだり、スタッフに聞いたりしているけど、身体をみる自信が全然ない (ID4)
患者の精神症状に関係する要因	患者の訴えがなかったり、あったとしても妄想がかかっていたり、上手く表現できなかったりする	身体をみる自信の無さが常にあり、精神的に辛くなる (ID4)
		「腰におのが刺さっている」と訴えていた患者は結局腸骨骨折をしていたが、発見までに数週間かかった (ID4)
		統合失調症の患者が吐血した際に「コーヒを吐いた」と訴えてきた (ID7)
		者は自分の身体の変化に関心が向けられないので、しんどいという訴えがない (ID7)
		痛みの表現が、聞くごとにいろいろ変わっていく患者がいる (ID8)
		排便がなくても「1回出ている」と毎日言う患者がいる (ID8)
		患者が痛みを上手に伝えることができない (ID10)
	患者が看護師のかかわりや処置を拒む	発達障害のある患者はコミュニケーションが上手にできず、言葉の表し方も患者によって違うので痛みの有無や程度を観察するのが難しい (ID10)
		錯乱した患者が吸引をさせてくれなかった (ID4)
		言葉のキャッチボールが続かず、患者は「いいです」と断ってばかりする (ID7)
精神科病院の特色に関係する要因	看護に用いる製品が新しくなっているけど、触れる機会がないので、その扱い方に不安がある	採血に対して拒否し、看護師を蹴った患者がいる (ID8)
		留置針の製品が新しくなっており、操作にからだがついてこない (ID7)
		看護に用いる製品が新しくなっていて、それを使うことに不安がある (ID7)
	精神面の観察に比較して、身体面の観察の優先度が低い	注射針など新しい製品の説明を聞いても、それを実際に触る機会はない (ID8)
		いつもは身体的な部分の観察をしていないことが多い (ID10)
		普段は成長発達や社会性の部分をみていることが多いので、身体はあまり見ていないと思う (ID10)
		身体合併症看護を主題にした院内研修会はあまりない (ID4)

護への不安の要因を検討した結果、いずれも【患者の精神症状に関係する要因】、【知識や技術の自信のなさに関する要因】、【精神科病院の特色に関係する要因】の3つの上位カテゴリーに分類され、不安の要因に相違はみられなかった。以下では、各上位カテゴリーにもとづいて身体合併症看護への不安の要因について検討する。

1) 【患者の精神症状に関係する要因】

これは、＜患者の訴えがなかったり、あったとしても妄想がかかっていたり、上手く表現できなかったりする＞、＜必要な援助について、なかなか同意が得られない＞、＜患者が看護師のかかわりや処置を拒む＞といったカテゴリーと、「患者にこだわりがあり、服を着こんでいて、観察がむずかしい」、「便が出ていると言った患者がイレウスを発症したこと

があり、患者は言っていることとやっていることが合わなかったりする」といったコードから構成されている。

三浦他(2006)らは、「精神症状があるので大切なルートやドレーンを抜いてしまったり、創に触れたりするのはと不安」、「訴えが少ないし何を言っているのかはわからないから自分の観察だけでは不安」、「自分の症状を言えないのでこちらが充分観察できているか不安」といった具体例をあげつつ、身体合併症看護にあたる看護師が、精神症状をもった患者との関わりやコミュニケーションを行なう際の困難について記している。筆者らが行った研究においても、患者は看護師に痛みなどの身体的不調を訴えなかったり、訴えたとしてもうまく言葉で表現できなかったり、また、外泊の中止など行動を制限されることをおそれて医師に言わなかったりすることが明らかとなっている(荒木他,2012)。

2) 【知識や技術の自信のなさに関係する要因】

これは、＜医療行為の介助や看護技術を実践することについて不安がある＞、＜身体についての知識が少なく、フィジカルアセスメントができない＞、＜身体面への看護についての知識が少なく、自信のなさから判断が遅れる＞、＜フィジカルアセスメントと対応が十分できない＞、＜点滴、吸引、心電図モニター装着といった看護技術が未熟である＞、＜観察のポイントが分からないので、すぐの対処ができず、見過ごしてしまう＞、＜自己学習しているが、身体をみる自信がない＞といったカテゴリーから構成されている。

フィジカルアセスメントの難しさについて、清野他(2012)は「心雑音の聴取」、「腹部の鼓音の打診」、「粗い断続性副雑音の聴取」、「肺胞呼吸音の減弱の聴取」に身体観察の困難を感じている看護師が多かったことを示している。

3) 【精神科病院の特色に関係する要因】

これは、＜精神面の観察に比較して、身体面の観察の優先度が低い＞、＜身体面を看護する機会が少ない＞、＜身体の病気を勉強する機会があまりない＞、＜看護に用いる製品が新しくなっている、触れる機会がないので、その扱い方に不安がある＞と

いったカテゴリーと、「保護室に入院している患者は身体の不調を訴えても他科受診することが難しい」、「身体合併症看護を主題にした院内研修会はあまりない」といったコードから構成されている。

精神疾患患者が身体合併症を併発した場合、民間の一般科の病院が診てくれなかったり、入院させてもらえなかったりすることがあるため、精神科看護師が身体看護の知識や技術を向上させることが必要であると考えられる。しかし、清野他(2012)が、精神科病院7施設の看護師375人のデータを分析した結果、身体合併症看護の技能向上を目的とした研修会への参加がある者は42.7%と少なかったことを示している。

4) まとめ

本研究での面接調査の分析では、精神科以外の看護経験のある看護師、ない看護師に関係なく、身体合併症看護への不安は、患者のもつ精神症状、看護師のもつ知識や技術、精神科病院の特色の3つに由来していた。これら3つの不安の要因を踏まえ、看護師が参加しやすい方法を工夫して、身体合併症看護の研修プログラムを組んでいくことの必要性が示唆される。

3. 研究の限界と今後の課題

量的研究では、研究の限界として、研究協力者数に占める看護経験年数が5年未満である者の割合が非常に少なかったことが挙げられる。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身体合併症看護への不安の程度、それに関連する要因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。

質的研究では、研究の限界として、研究協力者数が十分でなく、分析に用いたコード数が少なかったことが挙げられる。そのため、研究協力者数を増やし、不安の内容についてさらに検討していくことが課題であると考えられる。

V. 結論

1. 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は大きかった。
2. 精神科での看護経験が増すと身体合併症看護への不安が大きくなること、精神科以外の看護経験無群が有群よりも不安が大きいことが示された。
3. 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の要因は、【患者の精神症状に関係する要因】、【知識や技術の自信のなさに関係する要因】、【精神科病院の特色に関係する要因】であった。

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, 正岡洋子他：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.
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；術語身体管理が長期化した認知症患者を通して, 54 (3), 216-220.

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), 日本看護学会論文集；精神看護, 42, 218-221.

Lambert, T., Velakoulis, D. & Pantelis, C. (2003)：Medical comorbidity in schizophrenia, Medical Journal of Australia, 178, S67-70.

三浦善博, 久保寛子, 吉鶴淳子, 林田千秋 (2006)：精神身体合併症看護における困難性に対する看護師の思い, 日本看護学会論文集；精神看護, 36, 243-245.

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.

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.

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.