

平成 29 年 5 月 23 日現在

機関番号：13901

研究種目：研究活動スタート支援

研究期間：2015～2016

課題番号：15H06283

研究課題名(和文)精神科看護技術評価の明確化に関する研究

研究課題名(英文)A Study Clarifying the Psychiatric Nursing Skill Assessment Criteria

研究代表者

畠田 盛光(morimitsu, shimada)

名古屋大学・医学系研究科(保健)・助教

研究者番号：10760473

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,100,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、継続研究として行った精神科看護技術評価の尺度開発と精神科看護師のメンタルヘルスの実態を明らかにすることである。1060名の対象者を分析した結果、精神科看護技術評価尺度は「対処能力を高める自立支援」「共感的態度による治療的なかわり」「心身アセスメントによる予防ケア実践」の3因子構造が妥当であると考えられ、下位尺度の内的整合性が高く、3つの下位尺度は互いに有意な正の相関を示した。分析対象者のGHQ-12の区分点は、健常者群(3点以下)55.1%、不健康リスク群(4点以上)44.9%の実態が明らかになった。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this research is to develop a scale for the assessment of psychiatric nursing skills and throw light on the state of the mental health of psychiatric nurses as part of continuing research. By analyzing 1060 participants, we found the three-factor structure of "self-support to enhance coping capability," "therapeutic involvement based on empathy," and "preventive care practice by mental and physical assessment" to be appropriate as a scale for the assessment of psychiatric nursing skills. There was high internal consistency of the subscales, and the three subscales showed a significant positive correlation with each other. The subjects' cut-off points in the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) were revealed to be 55.1% for a healthy subject group (3 points or less), and 44.9% for an unhealthy risk group (4 points or more).

研究分野：精神看護学

キーワード：精神科看護技術評価 尺度開発 精神科看護師 日本版GHQ-12 メンタルヘルス

1. 研究開始当初の背景

日本の精神科入院医療の現状は、『精神病床の人員配置不足や1年以上の長期入院患者が退院しても新たに長期入院に移行するなど依然課題が多い(厚生労働省, 2014)』と報告されている。平成19年に行われた精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究では、『医師・看護師・コメディカルの人員増強や多職種連携の重要性、そして精神疾患特有の看護必要度や看護技術の必要性が示唆された(伊豫ら, 2008)』と述べられている。また『わが国においては精神科看護師がケアの対象者を理解し、実際何をしているのか、どのような看護介入技術をしているかに関する研究は不十分であり(野嶋ら, 2004)』、時代に合わせた精神科医療の機能分化に対応できる精神科看護師の育成や精神科医療サービスの質向上のため、精神科看護技術評価の明確化が必要と考える。全国精神科医療施設に勤務する病棟看護師の対人関係能力やケア技術を可視化させることは、治療的関係の促進や長期入院患者の地域生活支援への示唆が得られるのではないかと考える。近年、精神科看護技術の評価や測定尺度に関する研究は少ない現状である。また、病棟勤務する精神科看護師は、日常業務の中で精神障害による症状変化や強い拘りのある患者とかかわり、適切なケア提供を行うと同時にストレスや心理的な葛藤を抱えていることであろう。そこで、国内の幅広い地域の精神科看護師の技術傾向やメンタルヘルスの実態が把握できれば、本研究による調査は重要な意味をもつと考える。

2. 研究の目的

本研究の目的は、継続研究として行った精神科看護技術評価の尺度開発と精神科看護師のメンタルヘルスの実態を明らかにすることである。

3. 研究の方法

1) 対象者

公益社団法人日本精神科病院協会ホームページ(2016)に公開されている各都道府県精神科病院協会の会員施設に1年以上病棟勤務経験のある精神科看護師を調査対象者とした。

2) 調査内容

(1) 日本版 GHQ-12 を用いた調査 12 項目

精神科看護師のメンタルヘルスの実態を明らかにするため、英国の David Goldberg 博士によって 1978 年に開発された精神健康調査票(The General Health Questionnaire: GHQ)を選定した。短期間の調査研究に適している日本版 GHQ-12(中川・大坊, 2013)は、日本版著作権をもつ日本文化科学社から購入したものを使用した。

(2) 精神科看護技術評価に関するアンケート調査 37 項目

作成手順は、先行研究(萱間ら, 2001)の

5つの領域を参考に、我々が開発した『精神科における看護技術評価尺度(畠田ら, 2010)』の項目表現を洗練させた質問紙原案を作成した。次に質問紙原案は内容的妥当性を確認するため、精神看護の専門家である精神看護専門看護師2名に協力を依頼し、スーパーバイズを受けた。質問項目は指導助言を得て加筆修正し、整合性を確認したものを本調査に用いた。回答の選択肢は、“かなり当てはまる”(5点)、“わりに当てはまる”(4点)、“どちらかという当てはまる”(3点)、“どちらともいえない”(2点)、“当てはまらない”(1点)の5段階評価とし、合計得点が高いほど精神科看護技術評価が高いと解釈する。

(3) 基本属性に関するアンケート調査 20 項目

基本属性は、組織属性：設置主体、精神科病院分類、病床数、病院機能評価、病棟特徴、看護単位、看護体制など、個人属性：性別、年齢、看護基礎教育、免許、資格、精神科経験年数、精神看護実習指導経験、役職、雇用形態などに関する項目で構成した。

(4) データ収集の手順

施設承認を得る方法：研究者が各都道府県精神科病院協会の会員施設の看護部門長に電話連絡をとり、アンケート調査の趣旨を説明後、研究協力を依頼した。施設側の協力が得られそうな場合には、研究依頼文と研究承諾書を郵送し、研究承諾書の返信をもって承認を得た。後日、調査票セットを郵送し、看護部経由で調査対象者に配付した。

調査方法：郵送法による質問紙調査

調査期間：平成28年8月~11月

分析方法：各質問項目の単純集計を行い、項目分析、相関分析、探索的因子分析、平均値の差の検定を行った。統計分析には、IBM SPSS Ver.23を使用した。

倫理的配慮：本研究は、名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理審査委員会にて承認(承認番号2016-0073)を得て実施した。調査対象者には、配付した調査用紙に研究参加への自由、プライバシーの保護などを書面で説明し、調査票の返信をもって同意を得た。

4. 研究成果

(1) 回収率

回収数は、34施設の精神科看護師1076名(回収率74.7%)、有効回答1060名(有効回答率98.5%)であった。

(2) 対象者の背景

分析対象者は、精神科看護師1060名、男性354名(33.4%)、女性698名(65.8%)、性別回答なし8名(0.8%)であった。年齢平均は、43.83歳(標準偏差、以下SD±11.20)、21~77歳の範囲であった。免許は、保健師52名(4.9%)、看護師748名(70.6%)、准看護師231名(21.8%)、回答なし29名(2.7%)であった。精神科経験年数平均は、12.99年(SD±9.06)、0~52年の範囲であった。

(3)精神科看護技術評価尺度の作成

項目分析

37 項目の平均値、標準偏差を算出し、天井効果およびフロア効果がないことを確認した。項目間相関では、37 項目相互の相関係数を算出した結果、0.20~0.72 の範囲であった。項目間相関 0.70 以上の組み合わせ 3 組について類似性を確認した。3 組いずれも異なる内容であるため、類似性なしと判断した。I-T 分析では、各項目と尺度総得点の結果が 0.48~0.76 の範囲であり、質問項目による尺度の一貫性を損なう項目がないことを確認した。G-P 分析では、各項目の平均点を基準として上位群 (25%) と下位群 (25%) に二分し、項目ごとに上位群と下位群について Mann-Whitney U 検定を行った結果、項目すべてにおいて 1%水準で有意差がみられた。以上により、表 1 に示した項目分析では、削除する項目はなかった。

表1 項目分析の結果

(N=1,060)

項目	Mean ± SD	項目間相関	I-T分析	G-P分析	Mann-Whitney U 検定		
					Spearman の順位相関係数	下位群の平均ランク (N=284)	上位群の平均ランク (N=269)
項目01	3.75 ± 0.80	0.26	~ 0.67	0.58 **	175.24	384.43	0.000
項目02	3.57 ± 0.82	0.25	~ 0.67	0.56 **	181.98	377.32	0.000
項目03	3.84 ± 0.78	0.27	~ 0.72	0.64 **	168.15	391.92	0.000
項目04	3.80 ± 0.78	0.20	~ 0.72	0.59 **	173.87	385.88	0.000
項目05	3.83 ± 0.79	0.29	~ 0.59	0.60 **	172.82	386.99	0.000
項目06	3.38 ± 0.88	0.25	~ 0.59	0.58 **	173.26	386.53	0.000
項目07	3.54 ± 0.82	0.27	~ 0.60	0.65 **	164.14	396.15	0.000
項目08	3.70 ± 0.79	0.33	~ 0.60	0.69 **	162.19	398.22	0.000
項目09	3.56 ± 0.85	0.34	~ 0.55	0.64 **	167.61	392.49	0.000
項目10	3.91 ± 0.79	0.21	~ 0.42	0.48 **	198.11	360.29	0.000
項目11	3.68 ± 0.80	0.31	~ 0.60	0.63 **	169.69	391.35	0.000
項目12	3.52 ± 0.79	0.34	~ 0.60	0.72 **	158.77	401.83	0.000
項目13	3.32 ± 0.90	0.26	~ 0.59	0.65 **	163.75	396.56	0.000
項目14	3.66 ± 0.78	0.37	~ 0.59	0.73 **	156.11	404.63	0.000
項目15	3.54 ± 0.83	0.28	~ 0.59	0.66 **	164.54	395.73	0.000
項目16	3.28 ± 0.88	0.26	~ 0.55	0.66 **	168.38	391.68	0.000
項目17	3.45 ± 0.89	0.32	~ 0.58	0.65 **	169.51	390.49	0.000
項目18	3.46 ± 0.83	0.34	~ 0.70	0.75 **	153.37	407.52	0.000
項目19	3.38 ± 0.79	0.30	~ 0.70	0.76 **	152.96	407.96	0.000
項目20	3.30 ± 0.81	0.30	~ 0.66	0.70 **	159.95	400.57	0.000
項目21	3.52 ± 0.85	0.31	~ 0.65	0.68 **	163.69	396.63	0.000
項目22	3.42 ± 0.85	0.31	~ 0.71	0.69 **	156.07	404.68	0.000
項目23	3.45 ± 0.84	0.28	~ 0.71	0.68 **	159.18	401.39	0.000
項目24	3.32 ± 0.82	0.24	~ 0.57	0.67 **	161.93	398.48	0.000
項目25	3.27 ± 0.84	0.23	~ 0.61	0.63 **	167.46	392.65	0.000
項目26	3.34 ± 0.83	0.31	~ 0.61	0.64 **	164.72	395.54	0.000
項目27	3.10 ± 0.87	0.23	~ 0.59	0.64 **	165.70	394.50	0.000
項目28	3.26 ± 0.84	0.25	~ 0.58	0.64 **	165.42	394.81	0.000
項目29	3.04 ± 0.84	0.21	~ 0.67	0.67 **	167.08	393.04	0.000
項目30	3.11 ± 0.84	0.21	~ 0.67	0.62 **	168.92	391.11	0.000
項目31	3.07 ± 0.87	0.22	~ 0.60	0.66 **	166.98	393.15	0.000
項目32	3.30 ± 0.89	0.28	~ 0.60	0.66 **	166.79	393.35	0.000
項目33	3.42 ± 0.85	0.33	~ 0.59	0.71 **	158.27	402.35	0.000
項目34	3.64 ± 0.89	0.28	~ 0.56	0.61 **	173.89	385.86	0.000
項目35	3.39 ± 0.96	0.20	~ 0.52	0.54 **	188.98	369.93	0.000
項目36	3.61 ± 0.82	0.34	~ 0.63	0.69 **	166.84	393.30	0.000
項目37	3.40 ± 0.84	0.31	~ 0.63	0.69 **	166.08	394.11	0.000

**p<0.01

妥当性の検討

37 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、16.32、2.17、1.49、1.18、・・・というものであり、3 因子構造が妥当であると考えられた。そこで再度 3 因子を仮定して主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。

表2 因子分析の結果 (主因子法, Promax回転後の因子パターン)

(N=1,060)

Cronbach's = 0.96

項目	因子負荷量			
	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	
【第 1 因子】対処能力を高める自立支援 (12項目) Cronbach's = 0.93				
30.自分の抱える問題に直面することができず、現実の問題に目を向けられない患者に対して、現実の問題としてとらえるように働きかける	0.85	-0.07	-0.08	
29.自ら対処能力を高める行動がとれない患者に対して、対処能力が養われる場面や機会を提供する	0.78	0.04	-0.08	
27.刺激に過敏で注意が散漫になり集中できない患者に対して、意図的に刺激をコントロールして集中力を高め、対処できるように援助する	0.77	-0.08	0.07	
25.幻覚・妄想により間違えた認識に固執している、または不安により注意が狭められている患者に、客観的事実や看護者の意見を伝え、別の	0.74	-0.08	0.06	
28.過去にとらわれたり、必要以上に先の不安を感じたりしている患者に対して、現実を目向けられるようにかかわる	0.74	0.00	-0.02	
26.患者の現実検討能力が低下し、現実を歪めて解釈している場合、時間、場所、状況を正しく認識できるように働きかける	0.71	-0.08	0.11	
31.患者の症状や治療経過などを多面的に分析し、生物学的・心理学的・社会的側面から患者の状態を判断する	0.67	-0.06	0.16	
32.家族・主治医・患者との会話をすべて活用して、患者が何にこだわっているのか、関心があるのかを探る	0.59	0.01	0.16	
24.患者の意思表示に対し、自分の決定に自信や責任を自覚できるように働きかける	0.58	0.22	-0.07	
20.自分の思いを実現するための行動がとれない患者に対して、必要な行動がとれるように指導する	0.51	0.34	-0.09	
33.ひとり人間として看護者自身の思いや経験を意識的に活用しながら、患者との関係を模索する	0.47	0.19	0.14	
16.患者と会話するなかで看護者の気持ちや感情を率直に伝え、患者の成長を促す	0.45	0.29	-0.02	
【第 2 因子】共感的態度による治療的なかかわり (14項目) Cronbach's = 0.93				
12.患者がなかなか表現できない思いを表出できるように、言いたいことが言える雰囲気をつくる	0.06	0.78	-0.08	
08.患者との関係をつくるために、患者の思いに寄り添い理解や共感を示す	-0.06	0.77	0.05	
06.看護者が安全な存在であることが伝わるよう患者のそばにいる	-0.14	0.73	0.05	
11.患者のおかれた状況を理解し、いたわりの言葉をかける	-0.06	0.70	0.03	
13.患者の思いを聴くときには、状況や患者の好みに合わせて場所を選択する	0.16	0.66	-0.16	
07.看護者が患者の不安に気づき、わらうとしていることを伝え、不安を言語化するように促す	0.01	0.65	0.06	
05.看護者が安全な存在であることが伝わるよう患者に話しかける	-0.18	0.61	0.26	
15.妄想的な発言や理解しづらい言動を繰り返す患者の話を中断せず、必要な内容に注意を払いながら傾聴する	0.12	0.60	-0.01	
14.会話の内容や表情から患者の思いを察知し、それに合わせた対応をする	0.12	0.59	0.09	
09.患者が好きなもの、関心のあるものを探すような働きかけをする	0.10	0.55	0.06	
22.自分で意思決定するのに時間がかかる患者の意思決定力を育むために、急かさず待ち、意思決定に必要な時間を確保する	0.30	0.50	-0.07	
19.患者の考え方や信念を把握し、患者の意思を尊重しながら適切に方向づける	0.32	0.50	0.02	
18.患者の意欲的な発言を支持し、実現に向けて援助する	0.31	0.47	0.05	
23.自分で意思決定できない患者の意思決定力を育むために、決定できなくても強制せず、無理強いしない提案や選択肢を提供する	0.38	0.42	-0.06	
【第 3 因子】心身アセスメントによる予防ケア実践 (5項目) Cronbach's = 0.84				
02.患者の身体状態や関連するデータを意図的に観察し、身体症状をアセスメントする	0.14	-0.15	0.78	
01.患者の表情や言動を意図的に観察し、精神症状をアセスメントする	0.13	-0.07	0.74	
04.患者の身体症状を軽減する、または悪化させないよう援助する	-0.09	0.22	0.64	
03.患者の精神症状を軽減する、または悪化させないよう援助する	-0.17	0.40	0.60	
34.患者、家族、医師、看護師、多職種をチームとしてとらえ、情報共有やケアの調整などの役割を果たす	0.29	0.09	0.33	
回転後の負荷量の平方和		11.5	11.9	7.7
寄与率 (%)		43.8	5.2	3.3
累積寄与率 (%)		43.8	49.0	52.3
因子相関行列				
		0.72	0.53	
			0.84	

スク群は、476 名 (44.9%) であった。全体得点の平均は、3.74 点 (SD3.23) であった。

表5-1 GHQ-12得点の分布と平均値,SD

(N = 1,060)			
GHQ-12採点法	区分点	人数	%
全体	3.74 ± 3.23 点	(中央値3.00点)	
健常者群	0点	171	(16.1)
	1点	163	(15.4)
	2点	140	(13.2)
	3点	110	(10.4)
	4点	102	(9.6)
不健康リスク群	5点	94	(8.9)
	6点	70	(6.6)
	7点	48	(4.5)
	8点	44	(4.2)
	9点	37	(3.5)
	10点	31	(2.9)
	11点	33	(3.1)
	12点	17	(1.6)

GHQ-12得点の全体は、平均値 ± 標準偏差 (中央値) を示した。GHQ-12得点の区分点は、3点以下を健常者群、4点以上を不健康リスク群とした。

男女差の検討

男女差を検討するために、GHQ-12 得点、うつ症傾向因子、社会活動障害因子の得点について *t* 検定を行った結果を表5-2 に示す。その結果、うつ症傾向因子 ($t(1050) = -2.20$, $p < 0.05$) は、男性よりも女性の平均得点が高く有意差がみられた。GHQ-12 得点 ($t(1050) = -1.10$, N.S.) と社会活動障害因子 ($t(1050) = 0.18$, N.S.) は、男女の平均得点の有意差がみられなかった。

表5-2 GHQ-12における男女別の平均値とSDおよび *t* 検定の結果

	男性 (N=354)		女性 (N=698)		<i>t</i> 値	
	平均	SD	平均	SD		
GHQ-12得点	3.60	3.33	3.83	3.17	-1.10	N.S.
うつ症傾向因子 (第1因子)	7.79	3.56	8.28	3.36	-2.20	*
社会活動障害因子 (第2因子)	6.90	2.47	6.87	2.38	0.18	N.S.

* $p < 0.05$, N.S.: not significant

(6)まとめ

本研究では、精神科病棟看護師用の 31 項目からなる精神科看護技術評価尺度を開発した。開発した尺度は、「対処能力を高める自立支援」「共感的態度による治療的なかわり」「心身アセスメントによる予防ケア実践」の 3 因子構造が明らかとなり、下位尺度間の内的整合性は高く、全 31 項目において 1%水準で有意な正の相関がみられ、概ね信頼性・妥当性が確認できた。

分析対象者のうつ症傾向因子は、男性より女性の平均得点が高く有意差があり、GHQ-12 得点と社会活動障害因子の有意差は見られなかった。GHQ-12 得点の区分点は、健常者群 (3 点以下) 55.1%、不健康リスク群 (4 点以上) 44.9%の実態が明らかになった。

<引用文献>

厚生労働省 (2014): 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性、

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kyokushougai/hokenfukushibu-Kikakuka/0000051138.pdf>

(2016.4.14 アクセス)

伊豫雅臣・椎名明大 (2008): 精神医療の質の実態と最適化に関する総合研究, 平成 19 年度 総括・分担研究報告書, 厚生労働科学研究費補助金, こころの健康科学研究, 7 - 8.

野嶋佐由美・梶本市子・他 (2004): 精神科の看護活動分類 (第 1 報), 日本看護科学学会誌, 23 (4), 1 - 9.

中川泰彬・大坊郁夫 (2013): 日本版 GHQ 精神健康調査票手引 (増補版), 日本文化科学社, 69-80.

萱間真美・田中隆志・他 (2001): 精神科看護の臨床能力の明確化に関する研究 (第 3 報), 精神看護, vol. 28, No. 9 (通巻 108 号), 42-49.

鳶田盛光・平井さよ子・他 (2010): 精神科における看護技術評価尺度の信頼性・妥当性の検証, 第 41 回日本看護学会論文集 看護総合, 10-13.

公益社団法人日本精神科病院協会 (2016): 病院検索, 2016.4,

http://www.nisseikyo.or.jp/hospital_search/hospital_search_Map.php

(2016.4.14 アクセス)

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計 0 件)

〔学会発表〕(計 0 件)

〔図書〕(計 0 件)

〔産業財産権〕
出願状況 (計 0 件)

取得状況 (計 0 件)

〔その他〕
ホームページ等 なし

6. 研究組織

(1) 研究代表者

鳶田 盛光 (SHIMADA, Morimitsu)
名古屋大学医学系研究科 (保健)・助教
研究者番号: 10760473