

精神科超長期入院患者の社会復帰援助レディネス尺度の検討 ：因子分析と信頼性の検証

松枝美智子, 坂田志保路, 安永 薫梨, 浅井 初, 梶原由紀子, 北川 明,
中野 榮子, 安酸 史子, 安田 妙子, 政時 和美, 松井 聡子

精神科超長期入院患者の社会復帰援助レディネス尺度の検討： 因子分析と信頼性の検証

松枝美智子*, 坂田志保路*, 安永薫梨*, 浅井 初*, 梶原由紀子*, 北川 明*,
中野榮子*, 安酸史子*, 安田妙子**, 政時和美***, 松井聡子*

Investigation of “The Practitioner’s Readiness of Community-Re-Integration Care for Prolonged-Long-Stay-Patients in Psychiatric Ward Scale”: Verification of Reliability and Factor Analysis

Michiko MATSUEDA, Shihoji SAKATA, Kaori YASUNAGA, Hajime ASAI, Yukiko KAJIWARA, Akira KITAGAWA,
Eiko NAKANO, Fumiko YASUKATA, Taeko YASUDA, Kazumi MASATOKI, Satoko MATSUI

要 旨

176項目からなる5件法の超長期入院患者の社会復帰援助レディネス尺度(案)を作成し、尺度の項目数の絞り込み、因子数の決定、尺度の信頼性を検証する目的で、便宜的に選択した精神病院3カ所の看護職者を対象に調査を行った。416名に質問紙を配布し、123(29.5%)部回収した。超長期入院患者の社会復帰援助の経験有群をクライテリオン群、経験無群を一般群として、Mann-Whitney U検定を行った。その結果、有意水準0.05で176項目中94項目に有意差が認められた。「看護師のレディネス」、「患者の見方レディネス」、「直接ケアのレディネス」、「場や仕組みのレディネス」、「チームのレディネス」のカテゴリー毎に主因子法プロマックス回転で因子分析した。同定した19因子中、因子負荷量が0.4以下の項目を削除し、合計146項目とした後、各因子のCronbach α 係数を求めた。項目間の関係性が低く、Cronbach α 係数を明らかに低下させている5項目を削除し、再度各因子のCronbach α 係数を求めた。その結果、141項目16因子で0.7以上と各因子の内的一貫性が高いことが明らかになった。しかし今回の調査は有効回答数が項目数を下回ったため、項目の削除には更なる検討が必要と考えられた。今後項目の絞り込みと尺度の信頼性・妥当性を検証するための大規模な調査を行う必要があることが示唆された。

キーワード：精神科超長期入院患者、専門職者の社会復帰援助レディネス、尺度の信頼性、因子分析、マンホイットニーU検定

緒 言

1. 研究の背景

精神医療では社会的入院者の退院促進は急務の課題である。中でも入院期間が10年以上のいわゆる「超長期入院患者」(松枝, 2003)の社会復帰援助では、看護者の患者像、看護観、援助への動機付けが援助の促進因子(石橋, 成相, 足立, 2001, 松枝, 2003)とも阻害因子(石橋, 川田, 曾田, 稲田, 2002)ともなること、「あきらめない態度」(井田, 田上, 萱間, 2002)の重要性が指摘されている。その為精神

科に勤務する看護者への社会復帰援助に特化した継続教育の充実が必要である。継続教育の問題点は研修プログラムと受講者のニーズが必ずしも一致していないこと(長吉, 2000)、専門的な教育が不足していること(天谷, 宮地, 吉田, 水野, 2003)である。特に精神科では中堅以上の看護者を対象とした教育が不足している(天谷, 宮地, 吉田, 水野, 2003)。また信頼性妥当性のある、教育効果(舟島, 定廣, 2002)や学習ニーズ(三浦, 2002)を測定する用具の開発が課題である。以上より、社会復帰を促進す

*福岡県立大学看護学部
Faculty of Nursing Fukuoka Prefectural University

**東京女子医科大学病院看護部
Department of Nursing Tokyo Women's Medical University
Hospital

***信州大学医学部保健学科
School of Health Sciences Shinshu University
連絡先：〒825-8585 福岡県田川市伊田4395番地
福岡県立大学 松枝美智子
E-mail: matsueda@fukuoka-pu.ac.jp

る為には院内研修プログラムと尺度開発が必要である。看護師の実践能力を測定する尺度には、「こころのケア技術」(梶本, 畦地, 梶原他, 1998), 「エンパワーメント」(中野, 中西, 山口他, 1999), 「心の動き」(野嶋ほか, 1995)がある。また, 精神科看護師の実践能力を測定する尺度には「ケア技術」(永井ほか, 2000: 萱間, 田中, 中山, 2000), 「精神障害者の病院から地域への移行期における看護活動」(青木, 2005)がある。職業人としての因子を測る尺度には, 「日本版Burnout尺度」(稲岡, 1990: 城野, 1999), 「仕事意欲」(川崎, 二瓶, 中村, 望月, 尾崎, 2000), 「キャリアコミットメント」(石田, 柏倉, 杉山, 2001)がある。個人因子を測る尺度には, 「自尊心(ローゼンバーグの尺度の改良)」(野嶋, 中野, 宮田ほか, 1995)がある。社会的因子を測る尺度としては, 「ソーシャル・サポート・ネットワーク」(Jane S.Norbeck/野嶋, 1984: 片田, 1987), 「甘えネットワーク質問紙」(南, 1986)がある。しかし, 超長期入院患者の社会復帰援助のレディネスを測る尺度はない。そのため本研究では, 作成した超長期入院患者の社会復帰援助レディネス尺度(案)の項目数の絞り込み, 因子数の決定, 信頼性の検証を目的とした。本尺度は, 精神科超長期入院患者の社会復帰援助に携わる看護師及び多職種で構成されるケアチームのメンバーの学習ニーズのスクリーニング, 教育評価のツールとして活用が可能である。

2. 仮説

- (1) 作成した尺度(案)の各項目は, マンホイットニーU検定で超長期入院患者の社会復帰援助の経験有群(クライテリオン群)と経験無群(一般群)との間に有意差がある。
- (2) 各因子のCronbach α 係数は0.7以上で尺度の内的一貫性がある(信頼性の検証)。

3. 本研究の概念枠組み

松枝(2002)の先行研究をもとに, 精神科看護学会誌ver. 1-3で「精神科」and「長期入院患者」and「社会復帰援助」又は「退院援助」のkey wordsで検索した論文から項目収集し, 尺度(案)を作成するとともに, 図1に示す概念枠組みを考案した。逆転項目は石橋(2002)の先行研究を許可を得て参考にし, 作成した。

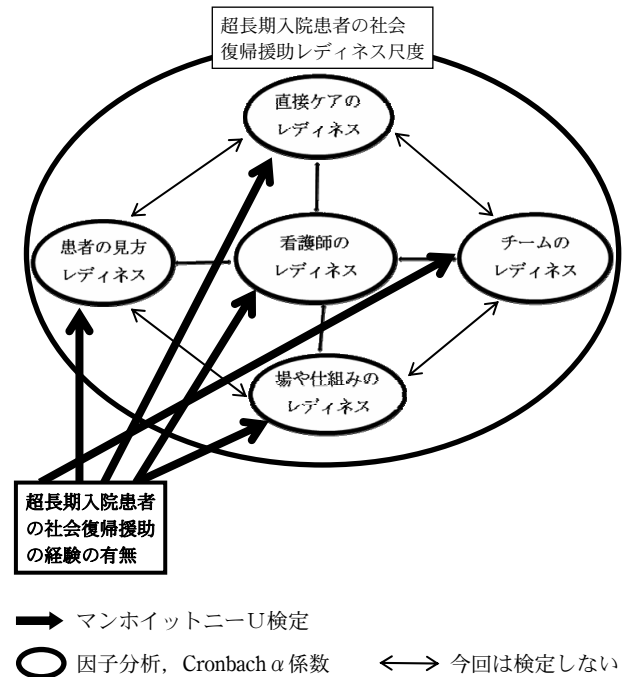


図1. 本研究の概念枠組み

4. 用語の操作的定義

1) 精神科超長期入院患者

松枝(2002)の定義, 「精神病院に継続して10年以上入院している患者群」を採用した。

2) 社会復帰援助レディネス

レディネス(readiness)とは, 「学習が効果的に行われるために不可欠な個体の内的準備状態, あるいは準備性」(和田, 南, 小峰(編), 2002a)であり, 学習の基盤として「生理的な基礎・動機付け」(和田, 南, 小峰総編集, 2002a)と共に, 「レディネスの概念も学習を可能にする先行経験の構造化を意味するように変化してきている」(和田, 南, 小峰(編), 2002b)とある。レディネス(readiness)と類似する用語として, 準備状態(Set)がある。Benner(2005)は, 「準備状態(Set)」を「特殊な状況で, ある方法により理解し行動するための前処理」と述べている。以上より社会復帰援助レディネスとは, **患者-専門職, 患者-環境-専門職とのダイナミックな相互作用により, 患者が『退院へのニード発現→退院準備→地域生活の維持』(田中, 萱間, 1995)を通じて自ら社会参加できるように専門職と患者が協働する長期的・継続的なプロセスで, 専門職者や組織が持っておくべき知識, 技術, 態度, 意欲, 価値などの内的準備状態のことで, ①看護師のレディネス, ②場や仕組みのレディネス, ③直接ケアのレディネス, ④患者の見方レディネス, ⑤チームのレディネ**

スで構成されると定義する。以下5つのレディネスの定義を述べる。

(1) 看護師のレディネス

患者をエンパワーメントし地域生活を促進するためには、看護師がパターンリズムから脱却し、固定した患者像や価値観を変えていく必要がある(野嶋, 1996: Underwood, 1999: 石原, 遠藤, 2003: 片岡ほか, 2005: 松枝, 2002, 2003: 石橋ほか, 2001, 2002)。また、長期入院患者が退院の希望を表出するには「確かな援助者」(田中, 萱間, 1995)が必要であり、効果的な社会復帰援助は看護師の「あきらめない」、「思い切る」、「励ます」(石橋ほか, 2001) 関わりや、看護師が社会復帰援助に動機付けられる(松枝, 2003) ことが必要である。“PRBGP” (Psychiatric Rehabilitation Beliefs, Goals, and Practices Scale) (Edward, 2002, 2005) を用いた精神科リハビリテーションに従事する専門職者を対象にした研究では、① “consumer-driven paradigm”, ② “staff-directed, deficit paradigm”, ③ “evidence-based practices”, ④ “individualized services”, ⑤ “recovery mission” (Edward, 2002, 2005) の5因子が同定されている。以上より、看護師のレディネスとは、看護師がパターンリズムから脱却し、患者の健康な面を引き出す看護観に変化していること、非専門職者への否定的な固定観念がないこと、社会復帰援助に内発的に動機づけられており困難に直面してもあきらめないこと、患者の病理や問題を患者と看護師の相互関係や集団力動的な視点で内省できること、援助の中で自己やチームの課題や成長を意識できている程度のことである。

(2) 場や仕組みのレディネス

システムは「階層性」、「フィードバック機構」、「透過性」を有する「境界」からなり、透過性の程度により「開放性」の程度が決まる (Friedman/野嶋監訳, 1993)。社会システムは正常に機能していれば成長する (Friedman/野嶋監訳, 1993)。田中ら (1995) は社会復帰援助では「常に既存の枠組みを変革して新しいシステム」をつくる必要性を述べている。松枝 (2005) は、精神科超長期入院患者の社会復帰が成功する要因には「直接ケアを支える要因」があることを見出している。以上より、場や仕組みのレディネスとは、超長期入院患者に①「直接的に社会復帰を促す」②「間接的に社会復帰を促す」、「チームやチームの成員の成長を促す」ための「機能と構造」

を持った「透過性」の高い有機体であり、病院内外の「システム」や「サブシステム」が「階層性」をもち、地域社会や精神保健福祉制度・政策と相互に影響し合い常に成長・進化した、全体として機能している程度のことである。

(3) 直接ケアのレディネス

松枝 (2003) は「直接ケア」の構成要素として「[患者の健康な面を引き出し皆で支える],[家族を癒す],[退院の方向を一緒に探す]」の3つがあると述べている。田中ら (1995) がいう「(1)相互作用による看護ケア (2)側面的看護ケア」にあたる部分である。片岡ら (2005) は、「《患者の気持ちを尊重する》《患者の力を引き出す》《家族の安寧を導く》」、丸山, 荒川, 吉松 (2003) は「退院への動機づけ・意欲の促進」、「家族の協力を得る・家族への保証」、「日常生活技能の維持・促進」、「心理面へのサポート」という直接ケアを見出している。以上より直接ケアのレディネスとは、患者に関心を持ち健康な面に関わることで引き出された退院の意欲を皆で支えること、生活技能や症状への対処を患者が学ぶのを助けること、家族の傷つきを癒し苦勞を労うこと、患者と家族をつなぐこと、患者、家族、多職種が退院の方向性を一緒に探し、退院をためらう患者を皆で支えながら後押しすること、退院後は皆で見守り必要に応じて援助することが意図的に行われている程度のことである。

(4) 患者の見方レディネス

社会復帰援助の成功要因の一つは、看護師の患者像が肯定的に変化することである (松枝2005)。また多くの事例研究で社会復帰援助の経験を通して看護師の患者像が変化したことが報告されている。以上より患者の見方レディネスとは、超長期入院患者は多くの潜在能力や健康な側面を持っており、退院後に生活技能、QOL、症状が改善すること、責任能力や専門職者のケアを評価する能力があることを、看護師が経験知に基づき理解している程度のことである。

(5) チームのレディネス

田中ら (1995) は長期入院患者の社会復帰促進には、「管理的ポストにあるものの価値観の一致」に支えられた「ある種の冒険を許容するような〈柔軟な臨床風土〉」と、「強いイニシアティブを取るものの存在が不可欠」と述べている。野中 (2007) は「チームワークとは、複数の人が共通の目標に向け知恵

と力を合わせる活動」であり、成果を生むには「実践力（意欲と具体的な技術）」、「知恵（情報伝達）」、「調整力（マネージメント）」の3つが必要と述べている。松枝（2005）は超長期入院患者の社会復帰援助の成功要因の一つは、「トップを先頭に皆が患者中心に連携し社会復帰を推進する」と述べている。以上よりチームのレディネスとは、**トップリーダーを先頭に病院内外の全ての職種がメンバーシップを発揮し、患者や家族とパートナーシップを形成し、患者中心の目標に向かって職種や部門の垣根を越えてタイムリーに協働すること、そのためにあらゆる職種が対等な意見交換ができること、協働した結果を患者や家族の声を指針にして評価し、より患者や家族のニーズに添った実践に繋げていくこと、それらを長期に継続する推進力がケアチームに備わっている程度のことである。**

方 法

1. 研究デザイン

研究デザインは量的研究デザインである。

2. 調査期間 平成18年6月-10月

3. 調査対象者

便宜的に選択した民間精神病院3カ所に所属する看護職者416人のうち、文書での説明に文書で同意し、調査票を返送した人である。

4. 調査項目

1) 対象者の属性（性別、年齢、職位、所属、教育背景、臨床経験、超長期入院患者の社会復帰援助の経験の有無）

2) 精神科超長期入院患者の社会復帰援助レディネス尺度（案）

看護師のレディネス」58項目、「場や仕組みのレディネス」32項目、「直接ケアのレディネス」51項目、「患者の見方レディネス」18項目、「チームのレディネス」17項目、合計176項目からなる。「全くそうである」、「どちらかというところである」、「どちらともいえない」、「どちらかといえばそうではない」、「全くそうではない」の5件法である。

5. データ収集方法

2ヶ所は看護管理者、1カ所は管理者を通じて質問紙を配布し、個別に郵便で回収した。

6. データ分析方法

- 1) 統計ソフトSPSS 16.0Jを使用した。
- 2) 基本統計量で対象者の属性と天井効果フロア効

果の有無を分析した。

3) 超長期入院患者に対する社会復帰援助の経験有群（クライテリオン群）と経験無群（一般群）に分け、Mann-Whitney U検定を行った。

4) 探索的因子分析

本尺度は順位尺度であるが、因子分析を行うために「全くそうである」4点、「どちらかというところである」3点、「どちらともいえない」2点、「どちらかといえばそうではない」1点、「全くそうではない」0点と数量化した。尺度（案）を「看護師のレディネス」、「場や仕組みのレディネス」、「直接ケアのレディネス」、「患者の見方レディネス」、「チームのレディネス」のカテゴリー毎に主因子法で分析した。最小の固有値1を基準に、スクリープロットを描いた。それにより導き出された因子数から出発し、因子を構成する項目が内容的に妥当になるまで因子数を減らし最終的な因子とした。その後プロマックス回転を行い、因子負荷量0.4以下の項目を削除し、各因子を構成する項目に共通する因子名を命名した。

7. 倫理的配慮

- 1) 研究対象候補者の所属施設の管理者又は看護管理者に研究の概要、協力の拒否により不利益がないことを文書で説明し文書で同意を得た。
- 2) 研究対象候補者に研究の概要、研究協力の自由性、プライバシー保護の為の措置、結果の公表方法、協力の可否により不利益がないことを文書で説明し文書で同意を得た。
- 3) 回答したくない質問には回答しないよう依頼書とアンケート用紙に明記した。
- 4) データは鍵のかかる保管庫で管理し、研究終了後5年経過後にシュレッダーで廃棄する。
- 5) 福岡県立大学研究倫理委員会の承認を得た後に研究を開始した。

結 果

1. アンケートの回収数と回収率

配布数は416部、回収数は123部で回収率は29.5%であった。有効回答数は質問項目により91-123とばらつきがあった。

2. 対象者の属性

96名（78%）が女性、27名（22%）が男性で、50歳代前半が31名（25.4%）、ついで40代後半の21名（17.2%）、50代後半の23名（18.9%）であった。ス

スタッフ看護師は96名(78%), 主任又は副主任が10名(9.7%)ずつ, 看護師長が11名(8.9%)であった。看護師資格が65名(53.3%), 准看護師資格が56名(45.9%)であった。病棟勤務が97名(79.5%), 外来勤務が18名(14.8%)であった。精神科での経験年数は7年以上9年未満が123名中16名(13%), その他はそれぞれ13名(10.6%)であった。精神科超長期入院患者の社会復帰援助経験無は79名(64.2%), 経験有は41名(33.3%)であった。

3. 天井効果とフロア効果とMann-Whitney U検定

天井効果とフロア効果がある項目はなかった。超長期入院患者の社会復帰援助の経験有群と無群は、有意水準0.05で94項目に有意差があった。

4. 因子分析

1) 因子数と因子名

看護師のレディネスで7因子, 場や仕組みのレディネスで3因子, 直接ケアのレディネスで5因子, 患者のレディネスで2因子, チームのレディネスで2因子, 合計19因子が抽出された。19因子中, 因子負荷量が0.4以下の項目を削除し, 合計146項目とした。因子を構成する項目と因子名は表1~表5に示すとおりである。表5の項目1「お互いに他職種の働きかけを率直に評価している」は因子負荷量が1.104だが重要な項目と判断したため残すこととした。

表1. 看護師のレディネスのパターン行列^aと因子相関行列

項目	因子						
	1	2	3	4	5	6	7
1 建設的意見交換	0.848	-0.140	0.033	-0.022	-0.124	0.116	-0.071
2 意欲的な取り組み	0.782	0.062	-0.062	0.127	-0.226	0.165	0.095
3 援助への自信	0.759	-0.002	-0.148	0.085	-0.090	0.130	0.124
4 全員に退院を勧奨	0.723	-0.059	0.056	0.087	-0.033	0.041	0.017
5 援助の手ごたえがある	0.719	-0.110	0.126	0.145	-0.198	0.232	0.161
6 気持ちのリフレッシュ	0.676	0.072	-0.008	-0.205	-0.161	-0.057	0.107
7 患者の退院に全スタッフが協力	0.673	0.015	0.088	-0.020	0.111	-0.002	0.067
8 援助は楽しい	0.610	0.028	0.178	0.048	-0.033	0.018	-0.132
9 肯定感情	0.574	-0.001	0.309	0.030	0.050	-0.218	-0.191
10 病棟への肯定的変化	0.567	0.015	0.290	-0.147	0.198	-0.121	-0.003
11 患者の姿が原動力	0.535	0.026	-0.061	0.271	0.090	-0.151	-0.164
12 新たな課題の発見	0.523	-0.126	-0.020	0.334	0.269	0.038	0.210
13 患者に勇気付けられる	0.502	0.073	-0.044	0.290	-0.017	0.143	-0.264
14 先入観の排除	-0.008	0.779	0.124	-0.075	-0.136	0.091	-0.068
15 計画的な看護	-0.199	0.762	-0.078	-0.203	0.105	0.094	0.069
16 健康面を引き出す	-0.018	0.702	0.221	-0.160	-0.233	-0.045	0.027
17 患者の人権擁護	0.015	0.671	0.097	0.043	-0.081	-0.024	-0.105
18 患者の希望の尊重	-0.135	0.663	-0.016	0.032	0.189	-0.177	-0.046
19 退院援助に消極的スタッフへの働きかけ	0.147	0.660	-0.115	-0.129	0.185	0.061	-0.127
20 患者同士が教えあい助け合う力は大きい	0.242	0.560	0.011	-0.023	0.112	0.096	-0.195
21 患者の行動の意味を考えケア	-0.237	0.552	0.086	0.146	-0.116	0.247	-0.106
22 コミュニケーションのモデルを意識	0.088	0.494	-0.451	0.087	0.309	-0.044	0.134
23 短期退院でも患者は成長可能	0.140	0.479	-0.028	0.165	-0.027	0.041	-0.011
24 退院に際しての揺れは健康面と認識	0.168	0.444	-0.008	0.203	-0.175	-0.245	0.117
25 家族の肯定的変化	0.094	-0.152	0.730	-0.040	0.079	0.002	0.008
26 患者の苦悩	0.057	-0.053	0.573	0.318	-0.168	0.113	0.081
27 住民の肯定的変化	0.038	-0.023	0.571	-0.174	0.298	0.155	-0.147
28 対等性	0.094	0.148	0.554	0.038	0.081	-0.083	0.030
29 潜在能力	0.072	0.234	0.545	0.205	-0.257	0.038	0.030
30 信頼関係	0.096	0.243	0.516	-0.080	-0.009	-0.189	-0.076
31 自己の不足への気付き	0.317	-0.069	-0.096	0.759	-0.012	-0.043	-0.096
32 援助を通しての自己の成長	0.390	0.031	-0.158	0.615	0.043	-0.061	0.010
33 自己の対人関係への気付き	-0.152	-0.091	0.247	0.576	0.078	0.039	0.136
34 援助に困難を感じる	0.369	-0.070	0.072	-0.433	0.055	0.390	-0.106
35 社会復帰は就労を意味する	-0.030	-0.090	-0.014	-0.090	0.574	-0.227	0.109
36 構造やシステムの影響は大きい	-0.243	0.129	-0.192	0.358	0.513	0.178	-0.237
37 長期入院の弊害	-0.234	-0.012	0.267	0.169	0.487	-0.069	0.074
38 援助による病状悪化の不安	0.288	0.081	-0.139	0.036	-0.198	0.719	-0.046
39 援助に自信がない	0.347	0.076	-0.173	-0.311	0.064	0.472	0.101
40 援助の手ごたえがない	0.400	0.040	0.073	-0.140	-0.187	0.463	0.048
41 先輩患者を援助	0.374	0.329	0.050	-0.013	0.111	-0.442	0.048
42 管理優先	-0.068	-0.010	0.187	0.151	0.012	0.420	0.005
43 グループダイナミクスの観点で見る	0.099	-0.174	0.083	0.114	0.354	-0.019	0.727
44 現象をPtとNsの相互作用で見ている	0.311	-0.069	0.093	-0.035	0.137	0.225	0.551
45 早期退院を願う	0.170	0.008	0.110	-0.069	0.358	0.070	-0.517
46 社会資源を活用できている	0.270	0.000	-0.345	-0.131	0.139	-0.100	0.439
因子抽出法:主因子法 回転法: Kaiserの正規化を伴うプロマックス法							
a. 12回の反復で回転が収束しました。							
因子	1	2	3	4	5	6	7
第1因子: 援助への内発的動機付け因子	1	0.332	0.1774	0.219	0.341	0.2201	0.1666
第2因子: ウェルネス志向のケア信念因子	0.332	1	0.3121	0.4294	0.3839	0.072	0.0373
第3因子: パートナーシップ重視因子	0.177	0.312	1	0.1558	0.0711	0.0169	0.0195
第4因子: 内省因子	0.219	0.429	0.1558	1	0.2496	0.1263	0.0809
第5因子: 社会復帰のとらえ方因子	0.341	0.384	0.0711	0.2496	1	0.1382	-0.078
第6因子: 社会復帰援助への消極性因子	0.22	0.072	0.0169	0.1263	0.1382	1	0.1044
第7因子: 環境との相互作用重視因子	0.167	0.037	0.0195	0.0809	-0.078	0.1044	1

表2. 場や仕組みのレディネスのパターン行列^aと因子相関行列

項 目	因 子		
	1	2	3
1 人権に配慮した場や仕組み	.938	.069	-.157
2 見学は受け入れない	.837	-.221	-.069
3 病院外からの見学の受け入れ	.817	-.070	-.039
4 自主性自立性が発揮できる仕組み	.565	.217	-.076
5 退院患者の昼間の居場所がない	.558	-.169	.035
6 退院患者の昼間の居場所がある	.557	-.119	.126
7 暴力には警察の介入を要請する	.478	-.013	.153
8 受け持ち看護制である	.446	.085	-.012
9 外泊訓練の場や機会がある	.405	.245	.110
10 退院患者のための入院枠の確保	-.109	.830	-.155
11 生活技能学習のプログラムの充実	-.051	.748	.096
12 退院患者と入院患者の交流の場	.212	.629	-.167
13 患者のニーズに即応する柔軟な仕組	.504	.566	-.226
14 終日のフォローアップ体制	.140	.557	.161
15 全ての場を生活技能学習の場にする	.026	.552	.066
16 入院・退院患者の交流の場が評価の場	-.045	.539	.220
17 生活技能学習の場の不足	-.259	.536	-.029
18 ミーティング中心の治療環境	.142	.500	.146
19 家族同士の交流の場がある	.075	.004	.768
20 毎日全部署と職種の話合いの場がある	-.060	.195	.744
21 Nsの裁量の範囲が広い	.163	-.482	.725
22 退院について一緒に話し合う場がある	.134	-.025	.722
23 就労支援の場や仕組み	-.086	.326	.714
24 退院先への適応を促す話し合いの場	.372	-.110	.639
25 退院先の開拓	-.166	.311	.532
26 退院患者に候補者を選択させる	-.337	.257	.478
27 退院に際しての経済的基盤の確保	.189	.140	.471
因子抽出法:主因子法 回転法: Kaiserの正規化を伴うプロマックス法			
a. 6回の反復で回転が収束しました.			
因 子	1	2	3
第1因子: 社会に近い場や仕組み因子	1.000	.546	.574
第2因子: 社会復帰にゆるやかに動機づける場や仕組み因子	.546	1.000	.679
第3因子: 地域生活への移行を促進する場や仕組み因子	.574	.679	1.000

表3. 直接ケアのレディネスのパターン行列^aと因子相関行列

項 目	因 子				
	1	2	3	4	5
1 退院への意欲をみんなで支える	0.865	0.056	-0.045	0.043	-0.008
2 退院後予測できる問題に焦点を当てる	0.791	-0.120	0.173	-0.097	0.140
3 社会に目を向けられるような援助	0.765	0.041	0.159	-0.102	-0.082
4 退院に向けて患者と目標を共有する	0.764	-0.106	0.138	0.030	0.155
5 退院後の目標を意識化できるように援助	0.750	-0.073	0.241	0.001	-0.102
6 退院に向けて具体的対策を患者と考える	0.748	-0.164	0.141	0.079	0.141
7 あきらめず退院援助する	0.747	-0.022	0.019	-0.092	0.259
8 退院患者と退院候補者の交流促進	0.730	-0.152	0.263	-0.107	-0.325
9 生活技能獲得に向けて段階的に援助	0.697	-0.034	-0.093	0.274	0.081
10 援助を求める力を育む関わりをしている	0.550	0.223	0.063	0.208	-0.255
11 退院後の生活上の役割獲得を援助	0.549	0.119	0.176	0.222	-0.233
12 患者が直面化できるように援助する	0.436	0.103	0.242	0.315	-0.220
13 ミーティングで患者の気づきを促す	0.420	0.398	0.038	-0.266	0.256
14 患者の健康な面を引き出す	-0.217	0.873	0.222	0.042	-0.061
15 患者に関心を持って関わる	0.115	0.856	-0.271	-0.147	0.164
16 生活背景や関心をケアの糸口にする	-0.111	0.829	0.023	-0.020	0.099
17 患者との信頼関係を発展させる	0.175	0.752	-0.077	-0.062	-0.043
18 患者の希望に添う	-0.282	0.730	0.094	0.012	0.168
19 持てる力を発揮しやすい環境づくり	-0.024	0.722	0.138	0.135	-0.080
20 患者同士の仲間作りを勧める	0.082	0.631	-0.067	0.207	-0.042
21 症状の裏にある気持ちへの共感	0.157	0.419	0.280	0.089	-0.057
22 退院後の変化やチームの支えを確信し退院決定	0.079	0.156	0.796	-0.133	-0.091
23 希望に応じて就労援助をしている	0.273	-0.062	0.694	-0.175	-0.263
24 退院後の経済的基盤を作れるよう援助する	0.278	-0.083	0.690	-0.127	0.120
25 不安を明確化し一緒に具体策を考える	0.060	0.032	0.671	-0.038	0.201
26 家族に退院後の医療的福祉的手立てを伝える	0.211	-0.109	0.558	-0.063	0.322
27 サポートネットワークを拡大できるように援助	0.171	0.051	0.550	0.165	0.015
28 家族が患者への接し方を学べるよう援助する	0.078	0.027	0.543	0.325	-0.069
29 普段に家族の苦悩に共感し心痛を癒している	-0.003	0.122	0.430	0.109	0.179
30 家族が病気や治療について理解できるように援助	-0.115	-0.024	-0.056	0.894	0.237
31 家族が患者との相互影響性に気付くよう援助	-0.087	-0.017	0.125	0.835	0.074
32 患者の健康な面や良い点を家族に伝える	0.124	-0.041	-0.165	0.818	0.132
33 持っている生活技能や向上を褒める	0.415	-0.020	-0.366	0.519	0.277
34 問題をチャンスと捉え援助する	0.466	0.136	-0.277	0.496	0.030
35 家族と患者の絆が切れないよう援助する	-0.231	-0.141	0.262	0.470	0.407
36 退院可能な患者の躊躇には状況を作り後押しする	0.139	0.193	0.142	0.401	-0.028
37 退院後困った時は受け入れることを保証	-0.086	0.122	0.167	0.175	0.628
38 退院後の治療継続への援助を行う	0.042	0.263	-0.015	0.041	0.613
39 退院先への外泊を繰り返し皆で見守る	0.025	0.175	0.104	0.111	0.556
40 患者の不安が高いときは退院を中止する	0.114	-0.163	0.141	-0.063	-0.446
41 家族は退院に非協力的なので働きかけない	0.032	-0.189	0.001	0.061	0.429
因子抽出法:主因子法 回転法: Kaiserの正規化を伴うプロマックス法					
a. 10回の反復で回転が収束しました.					
因 子	1	2	3	4	5
第1因子: 患者を社会復帰に動機づけ維持するためのケア因子	1	0.6569	0.6776	0.6566	0.4524
第2因子: 信頼関係を育むためのケア因子	0.6569	1	0.5068	0.5965	0.4312
第3因子: サポートネットワークの活用因子	0.6776	0.5068	1	0.6282	0.3861
第4因子: 患者と家族をつなぐためのケア因子	0.6566	0.5965	0.6282	1	0.3898
第5因子: 患者や家族の不安に添うケア因子	0.4524	0.4312	0.3861	0.3898	1

表4. 患者の見方レディネスのパターン行列^aと因子相関行列

項 目	因 子	
	1	2
1 退院後患者は活気が出る	.904	-.306
2 患者は退院後生活することに自信を持つ	.836	-.159
3 患者は退院後他者との交流が増える	.809	-.071
4 患者は入院中のケアやスタッフを率直に評価する	.791	-.163
5 患者は他患者のコミュニケーションの良いモデル	.787	.034
6 退院患者から退院候補者への援助は有効だ	.661	.129
7 退院患者を見て入院患者は退院への希望を持つ	.561	.261
8 患者は退院後状況に適応し生活圏を拡大する	.541	.261
9 患者は退院後自主性自立性が増す	.526	.289
10 患者は退院後生活の質が上がる	.512	.272
11 患者は退院後周囲に配慮して生活するようになる	.448	.379
12 患者は求援行動をとる力を持っている	.440	.341
13 患者は退院後症状が改善する	.424	.227
14 患者には物事を常識的に判断する力がある	-.224	.987
15 患者は物事を常識的に判断する力がない	-.257	.712
16 患者は退院に際しての不安を乗り越える力がある	.291	.511
因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiserの正規化を伴うプロマックス法 a. 3回の反復で回転が収束しました。		
因 子	1	2
第1因子: 患者の生活力信頼因子	1.000	.691
第2因子: 患者の潜在能力信頼因子	.691	1.000

表5. チームのレディネスのパターン行列^aと因子相関行列

項 目	因 子	
	1	2
1 お互いに他職種の働きかけを率直に評価している	1.104	-.398
2 全部署が垣根をなくし協力して患者をケアしている	.957	-.114
3 全職種は対等かつ率直に意見交換している	.916	-.073
4 各部署の問題を開示し全部署で対策を考える	.701	.162
5 全職員が患者から教えてもらう気持ちでいる	.698	.049
6 各職種の役割分担と協働がうまくいっている	.641	.267
7 トップを始め全職員が患者の意見を治療やケアの指針にしている	.639	.215
8 最新の情報を皆で共有し後手に回らず対応する	.621	.215
9 部署同士で要請があればお互いに応援に行く	.618	.050
10 トップが改革を続けている	.105	.720
11 医師がチームをまとめている	-.145	.712
12 トップを先頭に全職員が力を合わせ退院を促進	.212	.706
13 患者ケアの方針は全職員で話し合い決定する	.094	.693
14 患者を中心に全職員が目標を共有し協働する	.259	.630
15 全職員は常にアンテナを張り情報やアイデアを集めている	.327	.485
16 職種が違っても対等に意見交換ができない	-.026	.439
因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiserの正規化を伴うプロマックス法 a. 3回の反復で回転が収束しました。		
因 子	1	2
第1因子: チームメンバーの相互作用促進因子	1.000	.757
第2因子: 患者中心のチームの推進力因子	.757	1.000

表6. 超長期入院患者の社会復帰援助レディネス尺度の因子の信頼性係数 (太文字は0.7以上)

看護師のレディネスの因子名	有効数	標準化された項目に基づいたCronbach α係数	項目数
第1因子: 援助への内発的動機付け因子	101	0.929	13
第2因子: ウェルネス志向のケア信念因子	109	0.869	11
第3因子: パートナーシップ重視因子	115	0.757	6
第4因子: 内省因子	115	0.678	3
第5因子: 社会復帰のとらえ方因子	118	0.322	3
第6因子: 社会復帰援助への消極性因子	105	0.637	4
第7因子: 環境との相互作用重視因子	110	0.758	3
場や仕組みのレディネスの因子名			
第1因子: 社会に近い場や仕組み因子	102	0.843	9
第2因子: 社会復帰にゆるやかに動機づける場や仕組み因子	103	0.872	9
第3因子: 地域生活への移行を促進する場や仕組み因子	104	0.899	9
直接ケアのレディネスの因子名			
第1因子: 患者を社会復帰に動機づけ維持するためのケア因子	111	0.958	13
第2因子: 信頼関係を育むためのケア因子	109	0.910	8
第3因子: サポートネットワークの活用因子	107	0.926	8
第4因子: 患者と家族をつなぐためのケア因子	108	0.908	7
第5因子: 患者や家族の不安に添うケア因子	111	0.873	3
患者の見方レディネスの因子名			
第1因子: 患者の生活力信頼因子	106	0.933	13
第2因子: 患者の潜在能力信頼因子	114	0.702	3
チームのレディネスの因子名			
第1因子: チームメンバーの相互作用促進因子	111	0.940	9
第2因子: 患者中心のチームの推進力因子	116	0.886	7

2) 各因子のCronbach α係数

Cronbach α係数を明らかに低下させている項目を「看護師のレディネス」の「内省因子」から1項目、「社会復帰援助への消極性因子」から1項目、「環境との相互作用重視因子」から1項目、「直接ケアのレディネス」の「患者と家族をつなぐためのケア因子」の2項目を削除した。その結果、表6の通り19因子中16因子でCronbach α係数が0.7以上となった。最終的な項目数は141である。

考 察

1. クライテリオン群の設定による項目の削除について

超長期入院患者の社会復帰援助の経験有群をクライテリオン群, 経験無群を一般群として有意差をみたところ, 有意水準0.05で94項目に有意差が見られた。このことから仮説(1)の一部が検証され, 94項目については弁別力のある項目と考えられた。しかし項目数に比してサンプル数が少ないこと, 超長期入院患者の社会復帰援助経験がある人しか高い点数がつけられない項目があるため, 更なる検証が必要である。また, 片岡ら(2005)は, 長期入院患者の社会復帰援助を支えていることの一つに, 「看護師自身

が成功体験を持つこと」を明らかにしている。そのため今後は社会復帰援助の成功経験の有無により有意差がある項目を調べるために、量的に規模を拡大した調査が必要である。

2. 信頼性の検証について

本尺度の19因子中16因子でCronbach α 係数が0.7以上であったため、仮説(2)の一部は支持されたと考える。しかし、看護師のレディネスにおける「社会復帰のとらえ方因子」、「内省因子」、「社会復帰援助への消極性因子」はCronbach α 係数が0.7以下であり、尺度に含めるかどうかは量的に拡大した調査を行い判断する必要がある。また、「社会復帰援助への消極性因子」はいずれも逆転項目で構成されていたが、必ずしもマイナスの値ではなかったため、逆転項目としての機能を果たしていない可能性が示唆された。今後、逆転項目がその機能を果たしているかどうかについても検討が必要である。

3. 本研究の限界

回収数が項目数を下回ったことから、分析結果の信頼性が低いこと、統計学的には弁別力が低い超長期入院患者の社会復帰援助で重要と考えられる項目が含まれていたことから本調査のみでは項目数を絞り込むことは難しかった。これらのことから、今後サンプル数を増やした調査で再度同様の分析を行う必要がある。

結 論

1. 超長期入院患者の社会復帰援助の経験の有無によりMann-Whitney U検定を行い、有意水準0.05で94項目に有意差がありそれらの項目では構成概念妥当性が検証され、仮説は一部支持された。
2. 19因子中16因子のCronbach α 係数が0.7以上であり、それらの因子は内的一貫性が高く、仮説は支持された。

謝 辞

本研究に御協力くださった看護職者とその所属施設、神戸大学教授松田宣子先生、千里金襴大学教授山本直美先生、元甲南女子大学教授川口優子先生、山形県立保健医療大学教授関戸好子先生に深謝申し上げます。

尚、本研究は第28回日本看護科学学会で発表したものに加筆修正した論文である。

文 献

- 天谷真奈美, 宮地文子, 吉田中子, 水野智子. (2003). 精神病院が提供する継続教育プログラムの特徴: S県内の精神病院とその他の病院との対比から. *日本精神保健看護学会誌*, 12(1), 58-64.
- 青木典子. (2005). 精神障害者の病院から地域への移行期における看護活動の実態. *日本精神保健看護学会誌*, 14(1), 42-52.
- Benner Patricia, Hooper-Kyriakidis P.L, Stannard D. (2005). *ベナー看護ケアの臨床知: 行動しつつ考えること*. (井上智子監訳), 医学書院, 766. (Benner Patricia, Hooper-Kyriakidis P.L, Stannard D. (1999). *Clinical Wisdom and Intervention in Critical Care: A Thinking -In-Action Approach*. USA: W.B. Saunders Company)
- Edward S. Casper, Oursler. Janice, Schmidt T. Lisa & Gill J. Kenneth. (2002). Measuring Practitioners' beliefs, goals, and practices in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3).
- Edward S. Casper. (2005). The latent Variable Model of the Psychiatric Rehabilitation Beliefs, Goals, And Practices Scale. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(3).
- 舟島なをみ, 定廣和香子. (2002). わが国における看護継続教育研究の動向. *看護研究*, 35(6), 3-13.
- Friedman M. Marilyn. (1993). *家族看護学: 理論とアセスメント*. (野嶋佐由美監訳). 東京, へるす出版. (Friedman M. Marilyn. (1986). *Family Nursing: Theory and Assessment*. Los Angeles, California: Appleton & Lange.)
- 井田めぐみ, 田上美千佳, 萱間真美. (2002). 精神分裂病患者の退院に向けた看護婦(師)の関わり. *日本精神保健学会誌*, 10(1), 127-133.
- 福岡文昭 (1990). 看護婦のバーンアウトの実態・要因および予防. *医学の歩み*, 153(5), 243-246.
- 石橋照子, 川田良子, 曾田教子, 稲田順子. (2002). 長期入院精神障害者の社会復帰への援助を阻害する看護者の捉えと態度. *日本看護学会誌*, 11(1), 11-20.
- 石橋照子, 成相文子, 足立美恵子. (2001). 精神分裂病長期入院患者の社会復帰に向けて効果的な看護介入のコツ. *日本精神保健看護学会誌*, 10(1), 33-49.

- 石原恵子, 遠藤容子. (2003). パターナリズムの影響が考えられる長期入院患者の自立に必要な看護者の役割. *第28回日本精神科看護学会沖縄大会*, 125-127.
- 梶本市子, 畦地博子, 梶原和歌, 宮田留理, 中西純子, 加納川栄子, 宮井千恵, 野嶋佐由美. (1998). 「こころのケア」に関する看護婦の認識. *高知女子大学紀要看護学部編*, 48, 59-69.
- 梶本市子, 畦地博子, 梶原和歌, 中山洋子, 野嶋佐由美. (1996). 精神科看護婦によるこころのケア技術研究. *平成8年度厚生省看護対策研究事業研究報告書*, 44-65.
- 加納川栄子, 中野綾美, 宮田留理, 畦地博子, 中西純子, 梶原和歌, 宮井千恵, 野嶋佐由美. (1999). 「織りなすこころの看護」におけるキャリア・ディベロップメントの特徴. *高知女子大学紀要看護学部編*, 48, 45-57.
- 片田範子. (1987). 小児看護とソーシャル・サポート・ネットワーク. *看護研究*, 20(3), 20-25. (中島紀恵子, 中西睦子, 前原澄子, 南裕子編集. (2003). *看護研究アーカイブス*, 第2巻, 21-45.)
- 片岡三佳, 高橋香織, グレグ美鈴, 池西悦子, 池邊敏子, 長瀬義勝, 家田重博, 瀬瀬富久, 村岡大志. (2005). 精神疾患を持つ長期在院者の社会復帰に向けての看護実践と課題 (第一報). *岐阜県立看護大学紀要*, 5(1), 11-18.
- 川崎久子, 二瓶恵子, 中村あや子, 望月綾子, 尾崎フサ子. (2000). 看護婦の仕事意欲に関する研究: 職場でやる気をなくす時の分析. *新潟大学医学部保健学科紀要*, 7(2), 163-167.
- 萱間真美, 田中美恵子, 中山洋子. (1995). 精神分裂病患者の社会復帰を促すコミュニケーション技術の分析. *看護研究*, 28(6), 25-33.
- 厚生労働省精神保健福祉課. (2003). 精神障害者退院促進支援事業実施要綱. *精神科看護*, 30(8), 40-43.
- 丸山伸子, 荒川弥生, 吉松小百合. (2003). 長期入院患者の退院を可能にした影響要因. *第28回日本精神看護学会沖縄大会*, 199-202.
- 松枝美智子. (2002). 精神科超長期入院患者の社会復帰への援助とその成功要因: 看護者が語った日本版治療共同体の実践の分析から. *兵庫県立大学大学院看護学研究科修士論文*.
- 松枝美智子. (2003). 精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因: 日本版治療共同体における看護師の変化. *日本精神保健看護学会誌*, 12(1), pp. 45-57.
- 松枝美智子. (2005). 精神科超長期入院患者社会復帰援助が成功するシステム上の要因: 日本版治療共同体の実践の分析から. *福岡県立大学看護学部紀要*, 2(2), 80-91.
- 南裕子. (1986). 甘えネットワーク質問紙の作成と検定 (その1). *看護研究*, 19(2), 211-222. (中島紀恵子, 中西睦子, 前原澄子, 南裕子編集. (2003). *看護研究アーカイブス*, 第2巻, 185-196.)
- 三隅不二男. (1994). モラル等変数の質問項目 (勤労意欲の測定のための尺度). 堀洋道, 山本真理子, 松井豊編. *心理尺度ファイル*, 垣内出版, 506-514.
- 三浦弘恵 (2002). 看護管理者が知覚する院内教育の課題. *看護研究*, 35(6), 27-34.
- 永井優子, 金城祥教, 粕田孝行, 釜英介, 萱間真美, 小林信, 小林辰夫, 仲地晁明. (2000). 精神科看護の臨床能力の明確化に関する研究 (第1報): 精神科看護の臨床能力に関する文献検討から調査用紙の作成まで. *精神科看護*, 27(7), 45-56.
- 長吉孝子 (2000). 看護基礎教育課程卒業後の教育: 卒後3~5年目の看護職者の現任教育. *立教大学教育研究所紀要*, 9, 103-110.
- 中野綾美, 中西純子, 山口利子, 長戸和子, 畦地博子, 梶本市子, 加納川栄子, 宮田留理, 梶原和歌, 宮井千恵, 野嶋佐由美. (1999). エンパワーメントに関する患者と看護者の認識の特徴. *高知女子大学紀要看護学部編*, 48, 79-88.
- 中山洋子, 野嶋佐由美. (2001). 看護研究の現在: 現状を変える視点; 看護婦の仕事の継続意志と満足度に関する要因の分析. *看護*, 53(8), 81-91.
- 野嶋佐由美, 中野綾美. (2005). *家族のエンパワーメントをもたらす看護実践*. へるす出版, 114-116.
- 野嶋佐由美, 中野綾美, 宮田留理, 畦地博子, 梶本市子, 中西純子, 加納川栄子, 梶原和歌, 宮井千恵. (1995). こころのケア技術研究. *平成7年度厚生省看護対策研究事業研究報告書*, 1-7, 22-56.
- 野中猛. (2007). *図説ケアチーム*. 中央法規出版, 13.
- Norbeck S. Jane. (1984). 野嶋佐由美訳. ソーシャルサポートを測定する測定用具の開発過程. *看護研究*, 17(3), 185-194. (Jane S. Norbeck. The process of Instrument Development for Tool to

Measure Social Support.) (中島紀恵子, 中西睦子, 前原澄子, 南裕子編集. (2003). *看護研究アーカイブス*, 第2巻, 164-173.)

田中美恵子, 萱間真美. (1995). 精神分裂病患者の社会復帰を促す看護実践の構造. *臨床・看護研究の進歩*, 7, 145-154.

Underwood Patricia, 宇佐美しおり訳. (1999). 地域生活への準備: スタッフ, 地域, 精神障害者自身にできること. *精神科看護*, 26(2), 8-13.

和田攻, 南裕子, 小峰光博総編集. (2002a). *看護大事典*, 第1版医学書院, 2819.

和田攻, 南裕子, 小峰光博総編集. (2002b). *看護大事典*, 第1版医学書院, 407.

受付 2011. 4. 22

採用 2011. 9. 13