

[原著論文]

精神科治療領域におけるインフォームド・コンセントに関わる 臨床看護師の看護実践

— 質的研究から量的研究の検証 —

石原和子¹⁾、茶屋道拓哉²⁾、徳永淳也³⁾、永田俊明⁴⁾、増田安代⁵⁾

【要 旨】 先行研究の質的研究を量的研究によって検証することを目的とした。

先行研究の質的研究から抽出された7カテゴリから84の質問項目を設定し予備調査を実施した。予備調査の結果を踏まえ、探索的因子分析により質問項目の内容の妥当性、表現の明確性、回答のしやすさ、質問項目のレイアウトの適切性について精査し、6カテゴリ51質問項目に絞り込み、質問項目とした。各項目とも看護実践度を5段階の自己評価とし、5段階別の回答数を基に統計処理した。

看護部長の同意を得た16施設の精神科治療領域の臨床看護師713名に無記名自記式質問用紙を郵送し、533名から回答が得られた(回収率74.8%)。属性では、40歳以上が60.6%、専門学校卒が91.5%、10年以上勤務が71.2%、慢性期病棟と混合病棟を合わせた勤務場所が65.6%であった。看護介入では、各カテゴリのChronbach α 係数が0.8以上を示し、内的一貫性が確保されていることを確認した上で、各カテゴリの因子負荷量及びカテゴリ間の相関分析を行った。

看護介入における自己評価の統計では、《関係性の構築》、《コミュニケーション》、《信頼性の構築》、《退院への環境調整》の4カテゴリにおいて、年代における有意の差はなかった。看護師の実践度において《退院への環境調整》の“退院を前にした民生委員との連携”および《チームアプローチ》の“クリニカルパスの活用”が低い値を示した。特に、チームカンファレンスにおいてクリニカルパスシートをほとんど活用していないこと、インフォームド・コンセントにおいても活用している割合の低いことが判明した。

本研究によって、精神科治療領域における看護介入や医療システムの現状が浮き彫りになり、先行研究を量的に検証することができた。

キーワード：精神科治療領域、インフォームド・コンセント、臨床看護師、看護実践

【結 言】

精神医療モデルにおいては、身体医療モデルと異なり情報の一般化、客観化が困難であり実証的コンセンサスが得られにくいといわれている。意思決定の本質的な特徴は、医師の説明を患者が理解することと、患者の自発性にある¹⁾。精神科治療領域の治療的看護介入の成否に関する先行研究では、第一に同一施設での長期間にわたる画一化された生活からくるホスピタリズムの弊害、第二に治療的看護介入の基盤となるかわりの基本的姿勢、すなわち、「基本的信頼感を育むアプローチ」、「共感的理解を伝えるアプローチ」、「真の思いやりと関心を込めたアプローチ」、そして、「自立性を育むアプローチ」の治療的意義

の確信とその適応、第三に患者の自己決定の尊重、そして、第四に患者にとって身近な問題の一つずつ患者自身が解決できるよう援助することの四つの柱をたてて、その意義について発表されている²⁾。

精神科治療領域では、患者の日常生活や社会参加をさまたげている機能障害の回復に向け、看護師の関わりが大きな比重を占める。入院中の患者への看護師の日常の関わりは、患者のセルフケア能力を高め、さらに判断力や対人関係能力を向上させるなど、患者の社会性を育むことを意図して繰り返し行われる。つまり、看護師の関わりの中で、時間をかけて繰り返し行われるインフォームド・コンセント(以下IC)は、患者とのコミュニ

所属内容：¹⁾九州看護福祉大学 看護福祉学部 看護学科、²⁾九州看護福祉大学 看護福祉学部 社会福祉学科、

³⁾九州看護福祉大学 看護福祉学部 口腔保健学科、⁴⁾九州看護福祉大学 看護福祉学部 社会福祉学科、

⁵⁾筑波国際大学医療保健学部看護学科

ケーションを通して、個々の患者に見合った方法で患者の主体性を促す主要な関わりの一つである。

「ICにおける<知る権利>の受け手である看護師に求められるものは、殊更に構えたり、新たな取り組みをしたりすることではない。患者の個別的な了解レベルや問題などを包含したさまざまな状況を前に展開してきた看護援助の実践が培ったコミュニケーションをより確実なものにすることであり、看護職の内実に深くかかわっている人間関係に不可欠な理念を見失うことなく、患者の自己決定による<知る権利>を支えていくことに他ならないのである」と櫻井³⁾は述べている。ICの自己決定を支える看護の中で寺本⁴⁾は、「患者さんが十分な説明を受け、理解、納得した上で自主的な判断によって選択、決定するという行為は、手術や告知、服薬や注射などの時だけでなく、食事、排泄、睡眠、清潔など日常の看護の中でも重要な事柄である」と述べている。安達ら⁵⁾は、「説明と同意を得て、初めて成立する一般科のICとは、最初から土俵が違うのである。」と、述べている。精神科治療領域の急性期病棟では一般的に、病識のない患者に対して、さまざまなコミュニケーションを駆使して、患者自らの意思決定を促す努力が行われている。そこで、精神科治療領域の急性期病棟に勤務する熟練看護師を対象に先行研究として、ICに関わる半構造化面接調査による定性的研究を行った。熟練看護師の逐語録を作成し、そのデータに基づいてGTA(Grounded Theory Approach)のStrauss & Corbin 1998版⁶⁾の分析手法により7つのカテゴリを抽出した。同時に、精神科治療領域の急性期病棟における熟練看護師の経時的看護介入過程を概念構造化することができた。

本研究では、先行研究で抽出した7つのカテゴリに対応する質問項目を設定して、アンケート調査による予備調査を実施した。臨床経験3年目以上の看護師120名の対象者に対して行い、その回答をもとに質問項目の見直しをし、精緻化をはかった。この結果を踏まえて、6つのカテゴリに対応する51の質問項目を設定した。51の調査項目として、定量的(Quantitative)研究を実施し、ICにおける臨床看護師の実践について検証した。

用語の操作的定義

1) ICは、Ruth R. Faden、Tom L. Beauchampらの提唱する概念⁷⁾として、「ICは被験者または患者の自律的行動であって、その行動は被験者を研究に参加させるため、または患者に対して医療計画を開始するための許可を医療専門家に権限付託する」としている。この概念の「自律的権限付託」に準拠し、「有能性」、「開示」、「理解」、「自発性」、「権限委任(選択・同意)」の5つの概念を抽出し、これらをICの構成要素と仮定した。

2) ICを基盤とする看護援助とは、5つのIC構成要素をベースに、患者との絶え間ないコミュニケーションを通して、患者が自ら最善の選択・決定ができるように援助し、患者の生活の質全般を高める関わりとした。

3) 実践的知識とは、看護師が看護過程において、ICを効果的に実践するための知識であり、患者の意思決定を促すに十分な知識、技術、態度、倫理的感性などの諸要素を包含するものとした。

4) 熟練看護師の定義は、「3～5年の経験を経ると、単なる傍観者の立場であったことから抜け出し、主体的状況を把握するようになり、臨床へ入り込んで看護実践の具体的経験をパラダイム(範例)として使えるようになる、いわゆる中堅・エキスパートの段階からである」というPatricia Benner⁸⁾(米国)による研究結果に基づいている。

しかし、本研究では、日本の看護教育制度が米国と異なっていること、研究対象施設の看護部長のアドバイスを受けたことなどを踏まえて、10年以上継続した臨床経験に加え、精神科治療領域の臨床経験を有しており、かつ病棟看護師長の推薦がある看護師とした。

【方 法】

本調査の研究過程について段階的に述べる。

1. 先行研究

1) 熟練看護師8名の半構造化面接調査

熟練看護師8名を対象にICの実践的知識に関する半構造化面接調査を行い、逐語録を作成した。この逐語録をGTAのStrauss, A. & Corbin, J. 1998版の分析手法を用いて、7つのカテゴリを抽出し、熟練看護師のイ

ンフォームド・コンセントにおける看護展開の概念構造を組み立てた(図1)。

2. 予備調査

1) 7つのカテゴリに基づいた質問項目の設定
逐語録を分析し、カテゴリごとに考えられる限りの質問項目を抽出した。その結果、7カテゴリに対して84の質問項目を抽出した(予備調査アンケート表1)。

2) 質問項目の設定
各質問項目の内容の妥当性、表現の明確性、回答のしやすさ、質問項目のレイアウトの適切性について検討し、看護師自身の看護実践度の自己評価として5段階の尺度(以下、「実践尺度」)を設定した。

3) 予備調査の実施
設定した7カテゴリ84の質問項目について、適正性を検証するために予備調査を実施した。

予備調査は、2つの施設の精神科治療領域に勤務する臨床経験3年目以上の看護師120名を対象に行った。

回答数: 118 (回収率98%)

調査期間: 2007年7月3日～同年8月24日

4) 予備調査結果の検討
看護師の「実践尺度」を量的データとして集計し、データ解析を行なった。データの統計解析には、統計ソフトSPSS Windows版を使用した。質問項目84項目のワーディングの再検証、探索的因子分析による質問項目の妥当性および信頼性などについて見直しを行ない、質問項目の精緻化をはかった。その結果、カテゴリの《セルフケアと社会性》を《退院への環境調整》に統一して、最終的に6カテゴリ51質問項目に集約した。(本調査アンケート表2)。

3. 本調査の実施

最終的に決定した6カテゴリ51質問項目(以下、質問項目群)を用いて本調査を実施した。データの統計解析には、統計ソフトSPSS Windows版を使用した。有意水準は、0.05とし、 $P<0.05$ を有意とした。

対象施設として、精神科病床200床以上の

16病院を選定した。それぞれの病院施設の看護部長の研究協力同意書が得られた対象施設の看護部長宛に、調査対象の臨床看護師713名分のアンケート調査用紙を郵送した。

本調査のアンケート回収期間は2007年11月7～同年11月30日であった。

4. 倫理的配慮

九州看護福祉大学倫理審査委員会の承認を得て本調査に着手した。

対象施設の看護部長に研究の趣旨を口頭と文書で説明し書面による研究の同意書を得た。アンケート調査用紙は自記式無記名としたことによる自動的匿名性に加え、回答の任意性を保証し、アンケートの回答を以て本調査に同意をしたものと判断すること、及び、学術集会や学術雑誌等に公開する場合には、個人名や施設名を公表することはないこと、調査の協力を断っても不利益を被ることはないことなどを文書にて誓約した。

【結果】

1. 対象者の概要

16病院施設の713名の対象に対して郵送した。アンケート調査の回答数は533通(回収率74.8%)であった。対象者の有効回答者の年代構成は、20歳代82名(16.5%)、30歳代114名(22.9%)、40歳代154名(30.9%)、50歳代以上148名(29.7%)、無効回答者35名(6.6%)であった。無効回答者を除いた臨床経験年数では、3年未満48名(9.8%)、4～6年50名(10.2%)、7～9年43名(8.8%)、10～19年148名(30.2%)、20年以上201名(41.0%)であった。無効回答者を除いた学歴では、専門学校卒419名(91.5%)、短大卒以上39名(8.5%)であった。主たる勤務場所は、外来11名(2.3%)、急性期病棟145名(29.9%)、慢性期病棟172名(35.5%)、混合病棟146名(30.1%)、その他35名(7.2%)であった(表3)。

2. 因子の信頼性分析結果

51の質問項目について、最尤法による探索的因子分析を行った。因子数は、固有値・寄与率・解釈可能性に基づき総合的に判断した結果、6因

子を最適解として採用した。

次に、主因子法・回転法はKaiserの正規化を伴うオブリミン法による因子分析を行った。因子を構成するにふさわしい項目を採用するために、因子負荷量0.35以上を基準として項目設定を行った。Stepwise探索的因子分析を用いて6因子の適合度を判断基準に、Cronbachの α 係数およびカテゴリの内的妥当性の確保に配慮して項目を選択した。その結果、6カテゴリ51項目を設定した(表4)。「実践尺度」の実践度の評価基準は、実践尺度の4～5を実践度が高い、1～3を実践度が低いとし、それぞれを、[高度]、[低度]と表記することにした。

<「実践尺度」の実践度評価基準>

尺度	実践状況	実践率	実践度 評価
5	何時でもしている	76%以上	[高度]
4	ほとんどしている	51～75%	
3	時々している	26～50%	[低度]
2	ほとんどしていない	1～25%	
1	全くしていない	0%	

3. 統計量の算出および評価

6カテゴリの質問項目群のそれぞれについて、「実践尺度」の段階別に回答度数を集計して統計量とした。また、質問項目群のそれぞれについて「実践尺度」の段階別統計量を基に占有率を算出した。質問項目群の回答度数には、有効回答数にバラつきがあるため、占有率を統計処理の対象とした。

本文中の単位のない数値は回答度数を表し、“%値”は占有率を表す。

4. 記述統計による各カテゴリの平均値

記述統計によるカテゴリ別質問項目群の回答度数平均値は、高い順に、《コミュニケーション＝76.2》、《関係性の構築＝64.4》、《服薬の導入と協働＝62.2》、《チームアプローチ＝62.0》、《退院への環境調整＝59.4》、《信頼性の構築＝57.7》であった(表5)。

5. 年代ごとの多重比較検定

年代と6つのカテゴリとの関連では、20才代、

30才代、40才代、50才代以上の臨床看護師の看護介入において有意差はなかった。各カテゴリの《関係性の構築》では、「受け持ち看護師として、家族へ患者の身体拘束の理由と保護室入室の理由を説明する」＝43.2%、「頃合を見計らって、受け持ち看護師としての自己紹介を行う」＝67.5%、「受け持ち患者に対して、入院中はいつでも相談に応じることを伝える」＝47.6%であった。

カテゴリ《コミュニケーション》では、「患者の興奮が治まった時の患者の謝りのことばを率直に受け止める」＝48.7%、「患者の精神状況の判断が難しい場合に、経験のある先輩看護師に相談する」＝50.3%など質問項目の年代における看護介入が明らかとなった(表6)。

6. 臨床看護師の実践度について

質問項目群を次表の通り3段階の実践度レベルに分類し、質問項目別の実践度を考察した。具体的には、項目毎の実践度の傾向を評価する方法として、51の項目毎に5段階尺度の[高度]群を分母とする[低度]群との比を求め、比の大きさによって3段階の実践度レベルを設定し、高い順に“H”、“M”、“L”とした。“H”を実践度の高い項目群、“M”を普通、“L”を実践度の低い項目群とした。

<質問項目群の実践度レベル別分類の基準>

[高度]と[低度]との比	実践度 レベル	評価基準
2.0 以上	H	実践度が高い項目群
1.0 以上	M	普通
1.0 未満	L	実践度が低い項目群

各カテゴリの質問項目群のそれぞれについて実践度レベルで評価した(表7-1、表7-2)。

《関係性の構築》の14項目中7項目(50.0%)、《信頼性の構築》の3項目中2項目(66.7%)が共にレベルHの質問項目であった。低い方では、《チームアプローチ》の5項目中3項目(60.0%)、《退院への環境調整》の11項目中7項目(63.6%)がレベルLであった(表7-1)。

患者と直接に接する看護介入場面の実践度が高い傾向を示し、患者の社会復帰をサポートする看護介入の実践度が低い傾向にあり、看護介入の偏りが浮き彫りになった。

レベルⅠの中でも、最も低い値を示した質問項目が、《退院への環境調整》の“41退院に当たって地域住民との連携をはかるための調整を行う”、“42退院に当たって民生委員との連携をはかるための調整を行う”“39退院を前にして、SSTの習熟度を評価する”の3つであった。

次いで、《コミュニケーション》の“18クリニカルパスを活用し、入院治療や看護計画に沿った、退院までの治療方針についてインフォームド・コンセントする”と《チームアプローチ》の“49クリニカルパスシートを活用したチームカンファレンスを行う”の2つであり、ともにクリニカルパス活用の実践度が低いことを示している($P<0.05$)。

クリニカルパスの活用に関する質問項目の18番と49番について、全51質問項目合計値とのTTESTを行った結果、 $P<0.0$ であり、実践度が低いことが有意に示された(表8)。

【考 察】

1. 年代に看る看護介入について

定性的(Qualitative)研究の熟練看護師の実践的知識における先行研究¹¹⁾で、コミュニケーションが困難とか、判断能力が低いなどの条件を問題にすることなく、熟練看護師は、患者の擁護者として患者を理解するための知識とコミュニケーションスキル、患者の意思決定を助けるための知識と技術、医師をはじめとするチームのメンバーに状況や患者の気持ちを伝える能力、チーム内の調整能力、倫理的感性が高いことが実証された。今回の定量的(Quantitative)研究においては、各年代とカテゴリとの関連で、臨床看護師の看護介入における有意差はなかった。

2. クリニカルパスの活用について

郡司¹²⁾は、「医療におけるパス法は、患者用パス表によって患者をも含めた医療チームが疾病経過の理解を共有することで、疾病を克服するための協働関係を樹立する手段である」と明言している。クリニカルパスは、医療者用と患者用との二つのパス活用によって、より一層の効果を発揮すると云われている。そして、郡司¹³⁾は「患者用パス表は、患者教育とインフォームド・コンセント

のツールとしても有効である。」と述べている。内田ら¹⁴⁾の「患者用パス導入の効果について」の研究では、インフォームド・コンセントの有効な手段であり、医療内容の理解を助け治療への積極的な参加をある程度促すことができ、患者満足度の向上に有効であったことを実証している。

本研究結果ではクリニカルパスの導入が不十分であることが明らかになったが、ICをさらに充実させるためにはクリニカルパスを効果的に活用することが重要な課題であると考ええる。病院内はもとより、病院間における連携のなかでクリニカルパスの内容を見直しして活用しやすいものに改良していかなければならない。精神科治療領域にクリニカルパスが侵透しない要因を調査検討し、ひとつひとつ改善していく必要がある。そのためには病院全体として医療システムの改善が必要であろう。今後さらなる研究と種々の課題の克服を目指すことによって、精神科治療領域におけるチームアプローチの展開による看護の質の向上が期待できるものと推察される。

3. 定性的研究から定量的研究について

本調査は、定性的(Qualitative)研究から定量的(Quantitative)研究へのリレーである。つまり、量的研究において臨床看護師の看護介入の年代の違いによるアプローチの仕方と精神科治療領域における医療提供のシステムの傾向を具体的に明らかにすることに意義があった。質的データが有する固有の特徴として、①追体験が可能である、②総合的・多次元的な把握ができる、③変化のプロセスや方向性における動的な把握が可能であると見田⁹⁾は述べている。精神科治療領域では長期間にわたる施設での画一化された生活からくるホスピタリズムの弊害を少なくするために、「精神障害者の自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助」が精神保健福祉法の改正(1995)によって位置づけられた。その趣旨は、機能障害(精神症状)、能力障害(対人問題解決技能、社会生活問題解決技能)の対応に加えて障害があっても社会生活を可能にするような地域ベースのリハビリテーション、すなわち、社会的不利(ハンディキャップ)への対応の位置づけであった¹⁰⁾。

看護師は24時間の継続性の中で患者のセルフ

ケア支援に密接に関わるため、ある意味では患者さんを刺激してしまうことにもなり、攻撃が向けられることも多い。これら患者からの暴力が看護師の対応ミスではなく、入院中のICの不十分さに起因することもあり、と報告されている¹⁵⁾。患者や家族にとってICが行われない診療の場は、自己の存在を無視された不信感が怒りとなって現れ、その後の治療に影響するといわれている。

“何事も説明しなければ一日が始まらない”と先行研究において看護師の積極的な関わりがあったが、コメディカルスタッフとの協働によって、社会生活上の能力の開発を目指し構築されたSST (Social Skills Training) プログラムに積極的に関与する。その関わりを通して患者個人の特性をとらえ、能力が開発されるような機会や場を通して患者の判断力や対人関係能力、社会性を育む意図がある¹⁶⁾。しかし、家庭復帰から社会復帰、障害からノーマライゼーションが叫ばれるなかにあつて、退院してもなかなか地域に受け入れられない現状がある。そのためには、普段から地域における積極的な民生委員との連携が重要であろう。

【おわりに】

量的研究において、精神科治療領域における看護師の年代の違いによる患者との看護介入を数量的に検証できたこと、精神科治療領域の医療システムの特徴が具体的に明らかになったことなどの成果が得られた。医療システムにおけるクリニカルパスシートの活用では、チームカンファレンスではほとんどが活用されていないこと、ICにおいても活用している度合いが低いこと、などが数量的に示され、クリニカルパスの導入が進んでいない傾向にあることが示された。これらの成果は、先行の質的研究では解明できなかったことであり、量的研究の意義をあらためて認識した。

【臨床への示唆】

現在のところ、精神科治療領域においてクリニカルパスはほとんど活用されていないことが明らかになった。精神科治療領域における先行研究でクリニカルパス導入の結果インフォームド・コンセントの有効な手段であることが実証されている

ことから、今後は、チームアプローチの連携を強化する意味においても、クリニカルパスにおけるインフォームド・コンセントや患者教育に有効なツールであることを提唱していきたい。

【謝辞】

本研究にご協力いただいた16施設の看護部長はじめ臨床看護師ならびに関係諸氏に深謝申し上げます。なお、本論文は平成19年度科学研究費補助金(萌芽研究・課題番号18659693)を得て実施したものである。

【文献】

- 1) 場園明.精神障害者へのインフォームド・コンセント.教育と医学. 2004; 52 (12):p.80-91.
- 2) 稲岡文明他.退院困難な慢性精神分裂病患者への有効な治療的介入—改善された事例と改善されなかった事例との比較分析をとおして—.日本看護学会誌.1999;8 (1):p.35-46.
- 3) 櫻井清.「21世紀に求められる精神科看護」—精神科における「知る権利」の現状と課題—.日本精神科看護技術協会全国大会.シンポジウム基調講演.1999.8.
- 4) 寺本松野他.IC自己決定を支える看護.日本看護協会.1994;p.3-12.
- 5) 安達義浩他.自分の病名を知ることが治療への意欲を育てる—看護計画への患者参加の取り組みから—.精神科看護. 2004; 31(11):p.23-28.
- 6) 戈木クレイグヒル滋子、グラウンデッド・セオリー・アプローチ—理論を生みだすまで—新曜社、2006.
- 7) Ruth R. Faden、Tom L. Beauchamp.インフォームド・コンセント—患者の選択—、酒井忠昭、秦洋一訳.みみず書房.1999.
- 8) Patricia Benner, Christine Tanner, Clinical Judgment, How Expert Nurses Use Intuition.Am J Nurse 87.1987; p.23.
- 9) 見田宗介.「質的」なデータ分析の方法論的な諸問題. 社会学評論、1965;15(4):p.79-80.
- 10) 江畑敬介編.精神障害者の社会参加.1996;p.13.
- 11) 石原和子・茶屋道拓哉他.精神科治療利用域におけるインフォームド・コンセントに関わる熟練看護師の実践的知識.日本保健福祉学会誌.2010;16 (2):p.1-11.

- 12) 郡司篤晃ら.「パス法 その原理と導入・評価の実
際編」編集にあたって.へるす出版社、2000.
- 13) 前掲書12)p.32.
- 14) 内田由紀子・小林律子他. 患者用パス導入の効果
について—インフォームド・コンセントの充実と

患者満足度の向上—日本精神科看護学会誌.
2001;44(2):p.21-24.

15) 前掲書11)p.8.

16) 前掲書11)p.9.

【図1】概念構造図：入院から退院における熟練看護師の経時的アプローチ

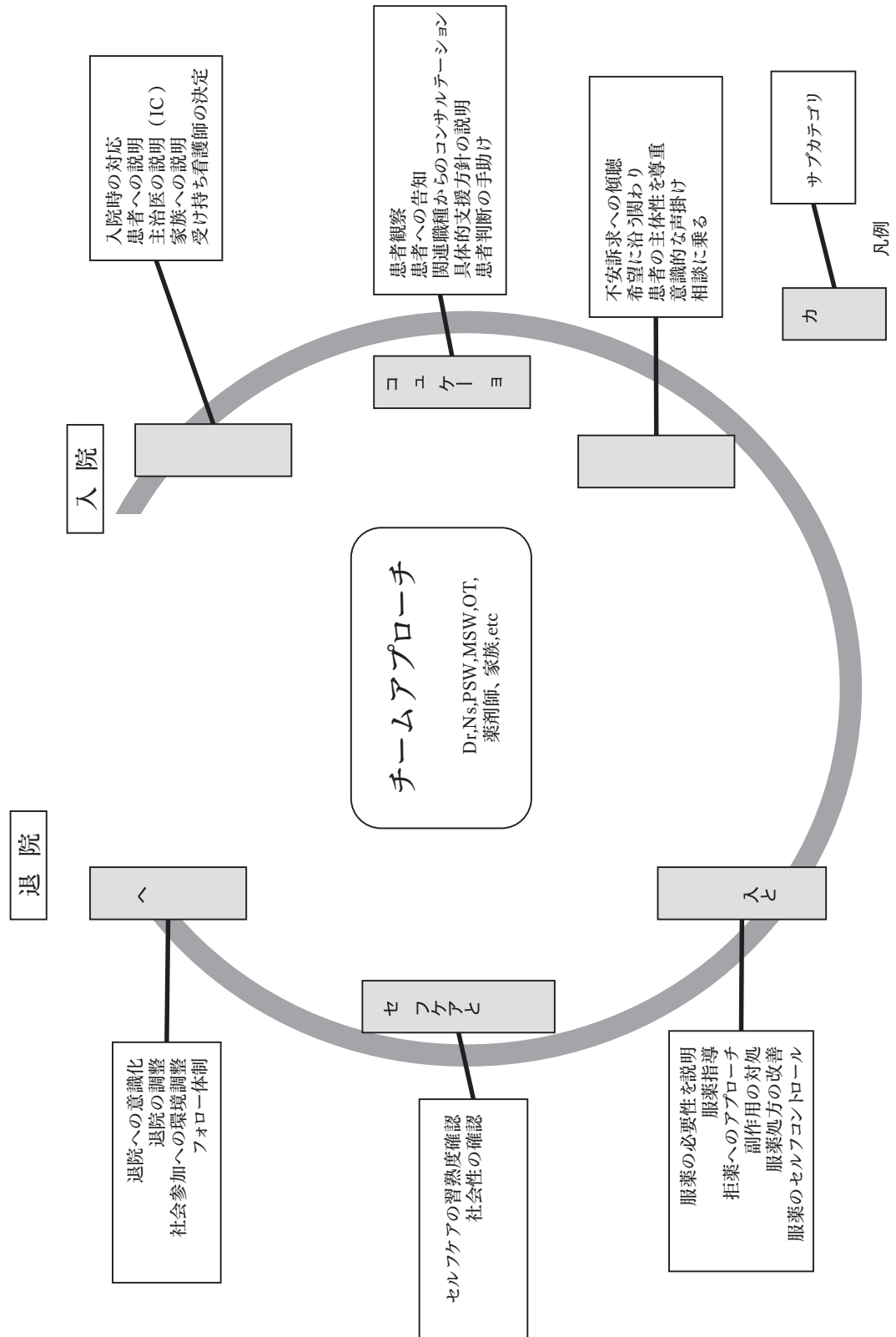


表1. 患者の入院から退院までの経時的プロセスに関わる看護師の実践度調査

19 I. 下記の「実践度自己評価スコア」を基準に、回答欄の該当の数字を○で囲ってください。

【実践度の自己評価スコア】

5: 何時もしている 4: ほとんどしている 3: 時々している 2: ほとんどしていない 1: 全くしていない

76%以上 51~75% 26~50% 1~25% 0%

CD	カテゴリ	看護師の役割	回答欄 あなたの実践度
1	1 関係性の構築	外来に新患者を迎えに行った時、患者が入院を納得していない様子が伺えたとき、入院の説明を医師より受けているか尋ねる	5・4・3・2・1
2		外来に新患者を迎えに行った時、必ず2人体制で対応している	5・4・3・2・1
3		外来で患者が興奮して入院を拒否している場合、頃合いを見計らって入院の必要性を説明している	5・4・3・2・1
4		患者の興奮が収まったのを見はからって、家族へ入院の必要性を説明している	5・4・3・2・1
5		外来患者の凶暴により、保護室に入室した場合、翌日に入院の理由を説明している	5・4・3・2・1
6		受持ち看護師として、家族へ患者の身体拘束の理由と保護室入室の理由を説明している	5・4・3・2・1
7		頃合いを見計らって、受持ち看護師としての自己紹介を行っている	5・4・3・2・1
8		精神状態が落ち着いてから入院の経過について説明している	5・4・3・2・1
9		受持ち患者や家族に対する主治医の説明の時に同席している	5・4・3・2・1
10		受持ち患者や家族に対する主治医の説明の時には、患者や家族の側に席を取るよう心がけている	5・4・3・2・1
11		受持ち患者に対して行った主治医の説明をフォローしている	5・4・3・2・1
12		他の職種からの受持ち患者に関する情報を主治医に伝えている	5・4・3・2・1
13		受持ち患者の看護診断や看護計画について主治医と話し合える関係ができています	5・4・3・2・1
14		主治医と、受持ち患者に関する情報交換をしている	5・4・3・2・1
15		受持ち患者の家族から、患者の生活状況を聞き出すよう心がけている	5・4・3・2・1
16		受持ち患者の家族に対して、何でも相談し合える環境作りをしている	5・4・3・2・1
17		受持ち患者の家族に対して、患者の入院生活の状況を伝えている	5・4・3・2・1
18		患者に対して自己紹介をし、患者の受持ちであることを説明している	5・4・3・2・1
19		受持ち患者に対して、入院期間中はいつでも相談に応じることを伝えている	5・4・3・2・1
20		精神状態が落ち着いてから入院のオリエンテーションの説明を開始している	5・4・3・2・1
21		精神状態が落ち着いてから話を聴くようにしている	5・4・3・2・1
22	2 コミュニケーション	患者が興奮状態にある時のことばを傾聴するよう心がけている	5・4・3・2・1
23		患者が興奮し終わった時の謝りのことばを率直に受け止めている	5・4・3・2・1
24		患者の精神状況の判断が難しい場合に、先輩看護師に相談する	5・4・3・2・1
25		クリニカルパスの活用による入院治療や看護計画に沿って退院まで一連の方針についてインフォームド・コンセントする	5・4・3・2・1
26		患者の嫌がる検査に対して“眠れない原因を調べましょう”“興奮の原因を調べましょう”等の声かけをするようにしている	5・4・3・2・1
27		患者は自身の病気をどのように受け止めているのかたずねる	5・4・3・2・1
28		自身の治療に対して前向きに受け止めているのかたずねる	5・4・3・2・1
29		自身の病気について主治医からどのような説明を受けたか患者にたずねる	5・4・3・2・1
30		服薬セルフケア続行に困難を感じたとき、薬剤師のコンサルテーションを受ける	5・4・3・2・1
31		受持ち患者の警戒心が強く入院生活に支障があるとき、PSWのコンサルテーションを受ける	5・4・3・2・1
32		受持ち患者が作業療法において仲間の中に入れないとき、OTのコンサルテーションを受ける	5・4・3・2・1

患者の入院から退院までの経時的プロセスに関わる看護師の実践度調査

CD	カテゴリ	看護師の役割	回答欄 あなたの実践度
33	2 コミュニケーション	看護計画に沿った看護支援について具体的に説明する	5・4・3・2・1
34		患者の言動に対して振り返りができるな関わりを心がける	5・4・3・2・1
35		声かけによる入浴の準備を促すかわりをする(季節に合った衣類の調整など)	5・4・3・2・1
36		患者の表情を観察しながら傾合いを見計らって興奮した時の状況を説明する	5・4・3・2・1
37	3 信頼性の構築	日ごろのかかわりを大切にし、患者の感情を率直に出していいことを保証する	5・4・3・2・1
38		患者の理解者として存在し、患者が自身の不安を表出するような関わりをする	5・4・3・2・1
39		患者の希望に沿う関わり方をするために他の職種のコンサルテーションを受ける	5・4・3・2・1
40		声かけによる清潔を保つかかわりを心がける(下着の取り替え等)	5・4・3・2・1
41		さまざまな相談に乗るも最終的に患者の意思決定を尊重する姿勢を保つ	5・4・3・2・1
42		普段の語りかけが出来るような関係作りを意識している	5・4・3・2・1
43	4 服薬の導入と協働	主治医による服薬の必要性を説明した後に、薬の効用について説明する	5・4・3・2・1
44		不安を煽ったり、脅迫的な言動にならないように心がけている。(“薬をのまないと退院できませんよ”)	5・4・3・2・1
45		服薬コントロールの必要性について説明し、薬剤師と協働して服薬の意義を説明する	5・4・3・2・1
46		医療従事者側の一致した治療計画のもとで統一的服薬指導をする	5・4・3・2・1
47		内服薬の服用の仕方、効用、副作用等について薬剤師より服薬指導を受ける	5・4・3・2・1
48		複数のスタッフの観察に基づいた判断をし調整をする	5・4・3・2・1
49		薬に対する不安感を取り除く工夫をする	5・4・3・2・1
50		副作用の観察を密に行い無理に服薬させないようにする	5・4・3・2・1
51		患者の訴える副作用を傾聴し、副作用対処システムを活用する	5・4・3・2・1
52		主治医に患者の副作用について説明し、服薬処方箋の変更を申し出る	5・4・3・2・1
53		複数のスタッフの観察に基づいて服薬セルフコントロールの判断をする	5・4・3・2・1
54		服薬コントロールの必要性について度々説明し、患者の服薬セルフコントロールを評価する	5・4・3・2・1
55		服薬拒否の原因について十分に傾聴し、服薬の無理強いを避けるようにする。	5・4・3・2・1
56	5 社会性とセルフケア	複数スタッフによる服薬のセルフケアや金銭の自己管理の習熟度を観察する	5・4・3・2・1
57		複数スタッフによる日常生活や作業療法における人間関係の維持状態を観察する	5・4・3・2・1
58	6 退院への環境調整	家族との協働により患者に外泊の体験をさせる	5・4・3・2・1
59		家族に家族教室への参加を促し、退院後の受け入れ方の調整をはかる	5・4・3・2・1
60		退院の直前に訪問看護師との連携と調整をはかる	5・4・3・2・1
61		退院の直前に家族との関係維持の調整をはかる	5・4・3・2・1
62		退院を前にして、SSTの習熟度を評価する	5・4・3・2・1
63		退院に当たって患者と一緒に外来ディケアの見学と情報交換をする	5・4・3・2・1
64		退院に当たって地域住民との連携をはかるための調整を行う	5・4・3・2・1
65		患者自治会による文化活動(文化祭)に地域住民の参加を促す広報活動をする	5・4・3・2・1
66		退院に当たって民生委員との連携をはかるための調整を行う	5・4・3・2・1
67		患者に所轄保健所のフォロー体制について説明する	5・4・3・2・1
68		患者に地域民生委員によるフォロー体制について説明する	5・4・3・2・1
69		退院に当たってケースワーカーとの連携をはかるための調整を行う	5・4・3・2・1
70		スタッフ同伴による外出の体験をする	5・4・3・2・1
71		外来定期通院によるフォロー体制について説明する	5・4・3・2・1
72		社会資源の情報提供と活用法について説明する	5・4・3・2・1
73	7 チームアプローチ	チームカンファレンスに基づいた情報の共有と協働を図る	5・4・3・2・1
74		複数のスタッフの観察に基づいたセルフケアの判断をする	5・4・3・2・1
75		複数スタッフの情報を参考に、アセスメントに基づいたOTによる作業療法の計画決定	5・4・3・2・1

患者の入院から退院までの経時的プロセスに関わる看護師の実践度調査

CD	カテゴリ	看護師の役割	回答欄 あなたの実践度
75		をする	
76	7 チームアプローチ	クリニカルパスシートを活用したチームカンファレンスを行う	5・4・3・2・1
77		チームカンファレンスによる看護方針の検討をする	5・4・3・2・1
78		チームカンファレンスによる看護計画の修正をする	5・4・3・2・1
79		外来・デイケアとの情報交換をする	5・4・3・2・1
80		ケースワーカーとのコンサルテーションをする	5・4・3・2・1
81		退院準備計画に向けて、チームカンファレンスをする	5・4・3・2・1
82		問題発生の実事関係を職員スタッフの情報をもとに確認し、患者とともに事実関係をフィードバックする	5・4・3・2・1
83		患者自治会と職員スタッフとの合同会議で、文化祭の企画、処遇改善の提案等をする	5・4・3・2・1
84		患者に地域住民の余暇活動への参加を促す(写真展・ピアノ発表・社交ダンス等)	5・4・3・2・1
85			5・4・3・2・1
86	II.	◆◆ インフォームドコンセントに関するあなたのお考えをお聞かせ下さい ◆◆	

Ⅲ. あなたご自身についてお尋ねします・〔〕や（）には数字や文字を、①～⑤は該当に○を付けてください。

- 回答記入日：平成19年 月 日 2. 年齢〔 〕才
- 看護歴〔通算 年〕 精神系病棟〔 年〕
- 職位 ①看護スタッフ ②副看護師長 ③看護師長 ④他（ ）
- 学歴 ①看護専門学校 ②看護短期大学 ③看護大学 ④大学院 ⑤他（ ）
- 主たる勤務場所 ①外来 ②病棟（急性期） ③病棟（慢性期） ④病棟（混合） ⑤他（ ）

ご協力ありがとうございました。

表2. 患者の入院から退院までの経時的プロセスに関わる看護師の実践度調査

1. 下記の「実践度自己評価スコア」を基準に、[あなたの実践度]欄の該当の数字を○で囲ってください。

【実践度の自己評価スコア】

5: いつもしている 4: ほとんどしている 3: 時々している 2: ほとんどしていない 1: 全くしていない
76%以上 51~75% 26~50% 1~25% 0%

cd1	カテゴリ	cd2	看護師の役割	あなたの実践度				
1	関係性の構築	1	外来に新患者を迎えに行った時、患者が入院を納得していない様子が伺えたとき、入院の説明を医師より受けているかを尋ねる	5	4	3	2	1
		2	外来に新患者を迎えに行く時は、必ず2人体制で対応する	5	4	3	2	1
		3	外来で患者が興奮状態で入院を拒否している時、傾合いを見計らって入院の必要性について説明する	5	4	3	2	1
		4	受持ち看護師として、家族へ患者の身体拘束の理由と保護室入室の理由を説明する	5	4	3	2	1
		5	傾合いを見計らって、受持ち看護師としての自己紹介を行う	5	4	3	2	1
		6	精神状態が落ち着いてから入院の経過について説明する	5	4	3	2	1
		7	受持ちの患者や家族に対する主治医の説明の時に同席する	5	4	3	2	1
		8	受持ちの患者や家族に対する主治医の説明の時には、患者や家族の側に席をおく	5	4	3	2	1
		9	受持ち患者に対して行った主治医の説明に関するフォローを行う	5	4	3	2	1
		10	他の医療職種からの受持ち患者に関する情報を主治医に伝える	5	4	3	2	1
		11	受持ち患者の看護診断や看護計画について主治医と話し合える関係をつくる	5	4	3	2	1
		12	受持ち患者の家族に対して、何でも相談し合える環境をつくる	5	4	3	2	1
		13	受持ち患者に対して、入院中はいつでも相談に応じることを伝える	5	4	3	2	1
		14	精神状態が落ち着いてから入院のオリエンテーションを行う	5	4	3	2	1
2	コミュニケーション	15	患者が興奮状態にある時は“聞き役”に徹する	5	4	3	2	1
		16	患者の興奮が治まった時の患者の謝りのことばを率直に受け止める	5	4	3	2	1
		17	患者の精神状況の判断が難しい場合に、経験のある先輩看護師に相談する	5	4	3	2	1
		18	クリニカルパスを活用し、入院治療や看護計画に沿った、退院までの治療方針についてインフォームド・コンセントをする	5	4	3	2	1
		19	患者の嫌がる検査のとき、“眠れない原因を調べましょう”“興奮の原因を調べましょう”等の声かけをする	5	4	3	2	1
		20	患者自身の病気について、主治医からどのような説明を受けたか患者にたずねる	5	4	3	2	1
		21	受持ち患者が他人への警戒心が強く入院生活に支障があるとき、PSWのコンサルテーションを受ける	5	4	3	2	1
		22	患者の言動に対して振り返りができる様な関わりを心がける	5	4	3	2	1
3	信頼性の構築	23	日頃のかかわりを大切に、患者が感情を安心して表出できるように誘導する	5	4	3	2	1
		24	患者の希望に沿った関わりを維持するために他の医療職種のコンサルテーションを受ける	5	4	3	2	1
		25	さまざまな相談に乗るも、最終的に患者の意思決定を尊重する	5	4	3	2	1
4	服薬の導入と協働	26	主治医による服薬の必要性についての説明の後に、薬の効用について説明をする	5	4	3	2	1
		27	不安をあおったり、脅迫的にならないよう言動に配慮する（“薬を飲まないと退院できませんよ”）	5	4	3	2	1
		28	薬剤師と協働して服薬コントロールの必要性について説明する	5	4	3	2	1
		29	医療者側の一致した治療計画のもとで統一した服薬指導をする	5	4	3	2	1
		30	内服薬の服用の仕方、効用、副作用等について薬剤師より服薬指導を受ける	5	4	3	2	1
		31	複数のスタッフの観察に基づいた判断をくだす	5	4	3	2	1
		32	患者の訴える副作用について傾聴し、副作用対処システムを活用する	5	4	3	2	1
		33	主治医に患者の副作用について説明し、服薬処方箋の変更を申し出る	5	4	3	2	1
		34	服薬拒否について患者の声を十分に傾聴し、服薬の無理強いを避ける	5	4	3	2	1
		35	複数のスタッフの観察により、服薬のセルフケアや金銭の自己管理能力を評価する	5	4	3	2	1

患者の入院から退院までの経時的プロセスに関わる看護師の実践度調査

cd1	カテゴリ	cd2	看護師の役割	あなたの実践度				
5	退院への環境調整	36	家族に家族教室への参加を促し、退院後の受け入れ方の調整をはかる	5	4	3	2	1
		37	退院直前に訪問看護師との連携と調整をする	5	4	3	2	1
		38	退院直前に家族との関係維持の調整をする	5	4	3	2	1
		39	退院を前にして、SSTの習熟度を評価する	5	4	3	2	1
		40	退院に当たって患者と一緒に外来ディケアの見学と情報交換をする	5	4	3	2	1
		41	退院に当たって地域住民との連携をはかるための調整を行う	5	4	3	2	1
		42	退院に当たって民生委員との連携をはかるための調整を行う	5	4	3	2	1
		43	退院に当たってケースワーカーとの連携をはかるための調整を行う	5	4	3	2	1
		44	患者に看護スタッフ同伴による外出の体験をさせる	5	4	3	2	1
		45	外来定期通院によるフォロー体制について説明を行う	5	4	3	2	1
		46	社会資源の情報提供と活用方法について説明をする	5	4	3	2	1
6	チームアプローチ	47	チームカンファレンスによる情報の共有と協働をはかる	5	4	3	2	1
		48	複数のスタッフの観察に基づいてセルフケアの評価をする（食事・清潔、服薬管理、他人に相談する「判断力」、対人能力、社会性など）	5	4	3	2	1
		49	クリニカルパスシートを活用したチームカンファレンスを行う	5	4	3	2	1
		50	ケースワーカーとのコンサルテーションを実施する	5	4	3	2	1
		51	問題発生の事実関係を職員スタッフの情報をもとに確認し、患者にフィードバックする	5	4	3	2	1

Ⅱ. あなたご自身についてお尋ねします・〔 〕には数字や文字を、他は該当に○を付けてください。

1. 回答記入日：平成19年 月 日 2. 年齢〔 〕才 3. 看護歴〔通算 年〕
 4. 職位 ①看護スタッフ ②副看護師長 ③看護師長 ④他（ ）
 5. 学歴 ①看護専門学校 ②看護短期大学 ③看護大学 ④大学院 ⑤他（ ）
 6. 主たる勤務場所 ①外来 ②病棟（急性期） ③病棟（慢性期） ④病棟（混合） ⑤他（ ）

Ⅲ. インフォームド・コンセントについて、あなたのお考えをお聞かせ下さい。

ご協力ありがとうございました。

表 3. 対象者の概要 (回答者数 n=533 名)

年齢層	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代以上	合計 1	無効回答	合計 2
回答度数	82	114	154	148	498	35	533
有効回答占有率%	16.5	22.9	30.9	29.7	100.0	—	—
全回答占有率%	15.4	21.4	28.9	27.8	93.4	6.6	100.0

看護歴	3 年未満	4～6 年	7～9 年	10～19 年	20 年以上	合計 1	無効回答	合計 2
回答度数	48	50	43	148	201	490	43	533
有効回答占有率%	9.8	10.2	8.8	30.2	41.0	100.0	—	—
全回答占有率%	9.0	9.4	8.1	27.8	37.7	91.9	8.1	100.0

学歴	専門学	短大卒以上	合計 1	無効回答	合計 2
回答度数	419	39	458	75	533
有効回答占有率%	91.5	8.5	100.0	—	—
全回答占有率%	78.6	7.3	85.9	14.1	100.0

主たる勤務場所	外来	病棟 (急性期)	病棟 (慢性期)	病棟 (混合)	その他	合計 1	無効回答	合計 2
回答度数	11	145	172	146	35	509	48	533
有効回答占有率%	2.3	29.9	35.5	30.1	7.2	100.0	—	—
全回答占有率%	—	—	—	—	—	91.0	9.0	100.0

※ [合計 1]は有効回答の合計、[合計 2]は無効回答を含む合計である
 ※※ 主たる勤務場所は複数回答のため、[合計 1]≠[無効回答]+[合計 2]である

表 5. カテゴリ別得点統計量 (回答者数 n=533 名)

	有効回答度数	平均値	最小値	最大値	平均値	標準偏差	無効回答
コミュニケーション	488	76.2	19.2	100.0	76.2	14.3	50
退院への環境調整	490	59.4	0.0	100.0	59.4	22.6	43
服薬の導入と協働	500	62.2	0.0	100.0	62.2	18.8	33
関係性の構築	490	64.4	0.0	100.0	64.4	19.5	43
信頼性の構築	498	57.7	0.0	100.0	57.7	24.3	35
チームアプローチ	491	62.0	0.0	100.0	62.0	20.8	42

表 6-1. 年代群別の回答度数と実践度得点平均値

6つのカテゴリ		年代群別の回答度数と実践度得点平均				
		20才代	30才代	40才代	50才代以上	全年代
関係性の構築	回答度数	79	110	145	128	462
	平均値	61.84	63.86	65.15	66.94	64.77
コミュニケーション	回答度数	76	107	141	138	462
	平均値	76.06	75.40	76.84	77.12	76.46
信頼性の構築	回答度数	78	137	109	144	468
	平均値	40.34	38.12	39.84	39.79	39.51
服薬の導入と協働	回答度数	79	111	145	139	474
	平均値	59.86	58.75	64.09	64.18	62.16
退院への環境調整	回答度数	78	110	144	133	465
	平均値	54.61	58.52	60.46	61.96	59.45
チームアプローチ	回答度数	49	113	144	131	437
	平均値	62.91	62.30	61.25	63.02	62.28

表 6-2. 各カテゴリにおける年代群ごとの多重比較検定

6つのカテゴリ		年代群ごとの有意確率			
		20才代	30才代	40才代	50才代以上
関係性の構築	20才代		0.892	0.608	0.250
	30才代	0.892		0.952	0.607
	40才代	0.906	0.952		0.869
	50才以上	0.250	0.607	0.869	
コミュニケーション	20才代		0.989	0.979	0.952
	30才代	0.989		0.850	0.772
	40才代	0.979	0.850		0.998
	50才以上	0.952	0.772	0.998	
信頼性の構築	20才代		0.920	0.998	0.998
	30才代	0.920		0.942	0.950
	40才代	0.998	0.942		1.000
	50才以上	0.998	0.950	1.000	
服薬の導入と協働	20才代		0.977	0.353	0.340
	30才代	0.977		0.099	0.095
	40才代	0.353	0.099		1.000
	50才以上	0.440	0.095	1.000	
退院への環境調整	20才代		0.635	0.243	0.096
	30才代	0.635		0.902	0.629
	40才代	0.243	0.902		0.944
	50才以上	0.096	0.629	0.944	
チームアプローチ	20才代		0.997	0.939	1.000
	30才代	0.997		0.977	0.993
	40才代	0.939	0.977		0.893
	50才以上	1.000	0.993	0.893	

※ 有意水準は、0.05 とし、 $P < 0.05$ を有意とした。
 ※※ 有意確率は、Tukey HSD法により検定した。Gamese-Howell法による検定でもほぼ同等の値を示した。

表 7-1. カテゴリ毎の実践度レベル別項目数

《カテゴリ》		項目数 合計	レベル H		レベル M		レベル L	
			項目数/占有率		項目数/占有率		項目数/占有率	
1	関係性の構築	14	7	(50.0)	3	(21.4)	4	(28.6)
2	コミュニケーション	8	3	(37.5)	3	(37.5)	2	(20.0)
3	信頼性の構築	3	2	(66.7)	0	(0.0)	1	(33.3)
4	服薬の導入と協働	10	3	(30.0)	3	(30.0)	4	(40.0)
5	退院への環境調整	11	0	(0.0)	4	(36.4)	7	(36.6)
6	チームアプローチ	5	1	(20.0)	1	(20.0)	3	(60.0)
合計		51	16		14		21	

※ 各項目の実践度評価レベル：「実践尺度 4□ 5（[高度]）の合計の占有率」を分母とする「実践尺度 1□ 3 の合計（[程度]）の占有率」との比が、2.0 以上を“H”、1.0 以上を“M”、1.0 未満を“L”とした。

表 8. クリニカルパスの活用に関する質問項目 18 番と 49 番の T-test

実践尺度	質問項目 18 番		質問項目 49 番		51 質問項目の合計	
	回答度数	占有率%	回答度数	占有率%	回答度数	占有率%
5	45	8.8	57	11.4	118.9	6.1
4	124	24.2	101	20.2	167.7	10.9
3	134	26.1	118	23.6	144.3	27.8
2	100	19.5	86	17.2	56.5	32.3
1	110	21.4	139	27.7	31.6	22.9
T-test T-test						
片側検定: 0.498816			片側検定: 0.500			
自由度 4: 2.7764			∴P<0.05			

表 4. 看護師の実践度調査における因子の信頼性分析結果

		因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiser の正規化を伴うオブリミン法 ※因子負荷量 0.35 以上を数値表示 (空欄は 0.35 以下)						
6 つの概念(因子)と看護師の役割		Cronbach ・ α =	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	第 4 因子	第 5 因子	第 6 因子
第 1 因子:関係性の構築 (α)								
1	外来に新患者を迎えに行った時、患者が入院を納得していない様子が伺えたとき、入院の説明を医師より受けているかを尋ねる	—						
2	外来に新患者を迎えに行く時は、必ず2人体制で対応する	0.513					0.56	
3	外来で患者が興奮状態で入院を拒否している時、頃合いを見計らって入院の必要性について説明する	0.513					0.53	
4	受持ち看護師として、家族へ患者の身体拘束の理由と保護室入室の理由を説明する	0.872						
5	頃合いを見計らって、受持ち看護師としての自己紹介を行う	0.898	0.50					
6	精神状態が落ち着いてから入院の経過について説明する	—						
7	受持ちの患者や家族に対する主治医の説明の時に同席する	0.872				0.79		
8	受持ちの患者や家族に対する主治医の説明の時には、患者や家族の側に席をおく	0.872				0.72		
9	受持ち患者に対して行った主治医の説明に関するフォローを行う	0.872				0.65		
10	他の医療職種からの受持ち患者に関する情報を主治医に伝える	0.872				0.50		
11	受持ち患者の看護診断や看護計画について主治医と話し合える関係をつくる	0.872				0.57		
12	受持ち患者の家族に対して、何でも相談し合える環境をつくる	0.872				0.55		
13	受持ち患者に対して、入院中はいつでも相談に応じることを伝える	0.898	0.71					
14	精神状態が落ち着いてから入院のオリエンテーションを行う	0.898	0.54					
第 2 因子:コミュニケーション								
15	患者が興奮状態にある時は“聞き役”に徹する	0.898	0.56					
16	患者の興奮が治まった時の患者の謝りのことばを率直に受け止める	0.898	0.65					
17	患者の精神状況の判断が難しい場合に、経験のある先輩看護師に相談する	0.898	0.45					
18	クリニカルパスを活用し、入院治療や看護計画に沿った、退院までの治療方針についてインフォームド・コンセントをする	0.818						
19	患者の嫌がる検査のとき、“眠れない原因を調べましょう”、“興奮の原因を調べましょう”等の声かけをする	0.898	0.41					
20	患者自身の病気について、主治医からどのような説明を受けたか患者にたずねる	0.898	0.46					
21	受持ち患者が他人への警戒心が強く入院生活に支障があるとき、PSW のコンサルテーションを受ける	—						
22	患者の言動に対して振り返りができる様な関わりを心がける	0.898	0.50					
第 3 因子:信頼性の構築								
23	日頃のかかわりを大切にし、患者が感情を安心して表出できるように誘導する	0.898	0.57					

24	患者の希望に沿った関わりを維持するために他の医療職種とのコンサルテーションを受ける	-	
25	さまざまな相談に乗るも、最終的に患者の意思決定を尊重する	0.898	0.58
第4因子:服薬導入と協働			
26	主治医による服薬の必要性についての説明の後に、薬の効用について説明をする	-	
27	不安をあおったり、脅迫的にならないよう言動に配慮する(“薬を飲まないと退院できませんよ”)	0.898	0.41
28	薬剤師と協働して服薬コントロールの必要性について説明する	0.859	
29	医療者側の一致した治療計画のもとで統一した服薬指導をする	0.859	-0.37
30	内服薬の服用の仕方、効用、副作用等について薬剤師より服薬指導を受ける	0.859	
31	複数のスタッフの観察に基づいた判断をくだす	0.859	-0.50
32	患者の訴える副作用について傾聴し、副作用対処システムを活用する	0.859	-0.40
33	主治医に患者の副作用について説明し、服薬処方箋の変更を申し出る	0.859	-0.55
34	服薬拒否について患者の声を十分に傾聴し、服薬の無理強いを避ける	0.898	-0.44
35	複数のスタッフの観察により、服薬のセルフケアや金銭の自己管理能力を評価する	0.859	-0.42
第5因子:退院への環境調整(「セルフケアと社会性」を含む)			
36	家族に家族教室への参加を促し、退院後の受け入れ方の調整をはかる	0.909	
37	退院直前に訪問看護師との連携と調整をする	0.909	-0.62
38	退院直前に家族との関係維持の調整をする	0.909	-0.51
39	退院を前にして、SSTの習熟度を評価する	0.818	-0.45
40	退院に当たって患者と一緒に外来ディケアの見学と情報交換をする	0.909	-0.68
41	退院に当たって地域住民との連携をはかるための調整を行う	0.818	-0.37
42	退院に当たって民生委員との連携をはかるための調整を行う	0.818	
43	退院に当たってケースワーカーとの連携をはかるための調整を行う	0.909	-0.62
44	患者に看護スタッフ同伴による外出の体験をさせる	0.909	-0.68
45	外来定期通院によるフォロー体制について説明を行う	0.909	-0.74
46	社会資源の情報提供と活用方法について説明をする	0.909	-0.66
第6因子:チームアプローチ			
47	チームカンファレンスによる情報の共有と協働をはかる	0.818	
48	複数のスタッフの観察に基づいてセルフケアの評価をする(食事・清潔、服薬管理、他人に相談する「判断力」、対人能力、社会性など)	0.818	
49	クリニカルパスシートを活用したチームカンファレンスを行う	0.818	
50	ケースワーカーとのコンサルテーションを実施する	0.818	
51	問題発生の実態関係を職員スタッフの情報をもとに確認し、患者にフィードバックする	0.818	

表7-2. 質問項目毎の実践度レベル

n=533

※「高度と低度との占有率比」= (尺度1~3の合計の占有率) / (尺度4~5の合計の占有率)

				実践度 [低度]				実践度 [高度]				
《カテゴリ》	質問項目番号	実践度レベル	※高度と低度との占有率比	尺度1〜3の回答度数と占有率				尺度4〜5の回答度数と占有率			回答度数合計	欠損回答
				1	2	3	(1+2+3)%	4	5	(4+5)%		
1 関連性構築	5	H	8.6	3	6	46	10.4	117	357	89.6	529	4
	13	H	4.6	3	16	74	17.7	182	250	82.3	525	8
	14	H	3.4	10	27	82	22.8	203	199	77.2	521	12
	4	H	2.6	27	46	70	27.8	149	222	72.2	514	19
	6	H	2.2	15	31	115	31.4	192	160	68.6	513	20
	1	H	2.0	23	49	98	33.0	181	164	67.0	515	18
2 コミュニケーション	10	H	2.0	10	30	133	33.1	195	154	66.9	522	11
	16	H	6.5	2	7	61	13.3	201	257	86.7	528	5
	17	H	5.9	3	10	63	14.4	186	265	85.6	527	6
3 信頼性構築	15	H	5.1	1	7	79	16.5	242	197	83.5	526	7
	23	H	3.0	0	13	120	25.3	260	132	74.7	525	8
4 服薬導入	25	H	2.7	4	15	119	26.7	246	133	73.3	517	16
	31	H	2.6	5	18	124	28.1	256	120	71.9	523	10
6 チームアップローチ	27	H	2.2	9	29	126	31.1	206	157	68.9	527	6
	34	H	2.0	3	17	156	33.7	218	129	66.3	523	10
カテゴリ平均			3.6	7.7	21.3	99.3	24.6	200.6	193.5	75.4	522.3	
1 関連性構築	3	M	1.3	29	46	143	43.5	167	116	56.5	501	32
	9	M	1.3	12	39	177	43.4	192	105	56.6	525	8
	12	M	1.1	13	47	195	48.7	191	78	51.3	524	9
2 コミュニケーション	19	M	1.9	10	45	124	33.9	218	131	66.1	528	5
	20	M	1.5	13	32	171	40.8	203	110	59.2	529	4
4 服薬導入	22	M	1.5	2	30	180	40.8	215	93	59.2	520	13
	29	M	1.2	15	57	161	45.1	176	108	54.9	517	16
	35	M	1.6	14	39	146	38.1	199	124	61.9	522	11
5 退院環境整備	33	M	1.1	18	51	182	48.2	171	99	51.8	521	12
	45	M	1.3	38	54	131	43.0	171	125	57.0	519	14
	43	M	1.2	30	53	146	44.7	154	129	55.3	512	21
	38	M	1.1	31	62	153	47.7	177	93	52.3	516	17
6 チームアップローチ	44	M	1.0	42	47	166	49.6	150	109	50.4	514	19
	48	M	1.9	9	31	138	34.3	191	150	65.7	519	14
カテゴリ平均			1.3	21.3	47.0	156.0	43.2	183.4	112.1	56.8	519.8	
1 関連性構築	8	L	0.9	32	95	144	52.4	131	115	47.6	517	16
	7	L	0.8	23	73	191	55.0	154	81	45.0	522	11
	11	L	0.6	28	84	213	62.1	154	44	37.9	523	10
	2	L	0.5	60	134	157	67.2	80	91	32.8	522	11
2 コミュニケーション	21	L	0.9	32	74	164	52.5	167	77	47.5	514	19
	18	L	0.5	110	100	134	67.1	124	45	32.9	513	20
3 信頼性構築	24	L	0.8	27	79	177	54.6	177	58	45.4	518	15
4 服薬導入	30	L	0.7	28	92	188	59.1	135	78	40.9	521	12
	32	L	0.7	37	83	188	59.5	145	65	40.5	518	15
	26	L	0.6	22	80	224	62.8	145	48	37.2	519	14
	28	L	0.6	42	99	183	61.8	139	61	38.2	524	9
5 退院環境整備	37	L	0.9	36	54	184	52.7	158	88	47.3	520	13
	46	L	0.8	51	76	157	55.0	139	93	45.0	516	17
	36	L	0.7	63	83	156	58.4	149	66	41.6	517	16
	40	L	0.6	50	80	187	61.3	131	69	38.7	517	16
	39	L	0.4	89	126	145	70.9	103	45	29.1	508	25
	41	L	0.2	133	132	162	82.8	64	25	17.2	516	17
6 チームアップローチ	42	L	0.2	154	146	134	84.6	53	26	15.4	513	20
	50	L	0.9	39	76	159	53.5	151	87	46.5	512	21
	51	L	0.9	18	57	193	51.8	168	81	48.2	517	16
カテゴリ平均			0.6	56.5	93.9	171.6	62.2	130.4	65.3	37.8	517.7	

[Original Article]

Clinical Nurses' Nursing Practice Regarding the Informed Consent in the Field of Psychiatric Treatment

— Verification of Quantitative Study vis-à-vis Qualitative Study —

Kazuko Ishihara¹, Takuya Chayamichi², Junya Tokunaga³, Toshiaki Nagata⁴, Yasuyo Masuda⁵

¹ Kyushu University of Nursing and Social Welfare Nursing

² Kyushu University of Nursing and Social Welfare Social Welfare

³ Kyushu University of Nursing and Social Welfare Oral Health Science

⁴ Kyushu University of Nursing and Social Welfare Social Welfare

⁵ Tsukuba International University Nursing

Key words : psychiatric treatment field, informed consent, clinical nurse, nursing practice

【Abstract】

The purpose of this study is to recognize the significant of the quantitative study through a preliminarily qualitative study. Based on the result of the preliminarily survey, 84 question items of 7 categories were first elaborated through the exploratory factor analysis. The result of the exploratory factor analysis, we then set the 51 question items of 6 categories for the questionnaire of the main survey through the inquiry factor analysis into of the items of questionnaires carrying for validity, clearness of the expression, easiness for the responses, and appropriateness for the layout. It analyzed statistically based on the 5 nursing practice levels as the self-evaluations of their nursing practices. The anonymous self-administered questionnaires were sent to 713 clinical nurses of the psychiatric treatment which respondent to the 16 nursing directors' consent, out of whom 533 responded (response rate: 74.8%). Regarding for an attribute, it were 60.6% of the forty years more, 91.5% of the graduated school of nursing, 71.2% of the ten years more continuing nursing practices, 65.6% of the chronic ward and mixed ward. We conducted the factor loading analysis of each category and the correlation analysis between the categories, which demonstrated Chronbach's Alpha of each category as 0.8 or more, ensuring the adequate level of internal consistency. As for the basic attitude toward the nursing intervention, summary through the descriptive statistics showed that, in the four categories of "building the relationship", "communication", "building the confidence", and "adjusting the environment for the hospital discharge", nurses in their forties and no significantly more interested in the nursing intervention than those in their twenties and thirties. The nursing practices were a little in the clinical pathway as for "adjusting the environment for the hospital discharge" in cooperation with the social workers and for "team approach". As for the utilization of the clinical pathway in the medical system of the psychiatric treatment, our quantitative study revealed that the clinical pathway was hardly or little used in the team conference or the informed consent, indicating the introduction of the clinical pathway at a standstill. These elucidations could not have been attained through a qualitative study, allowing us once again to recognize the significance of the quantitative study.