

日本における統合失調症患者に対する地域定着を目指した
看護支援の構造と病棟風土および省察との関連

名古屋大学大学院医学系研究科

看護学専攻

牧 茂義

2022 年度 学位申請論文

日本における統合失調症患者に対する地域定着を目指した
看護支援の構造と病棟風土および省察との関連

名古屋大学大学院医学系研究科

看護学専攻

(指導：玉腰 浩司 教授)

牧 茂義

目次

| | |
|--------------------------------|----|
| 要旨 | 1 |
| Abstract | 2 |
| I 緒言 | 4 |
| II 背景 | 6 |
| 1. 再入院の関連要因 | 6 |
| 2. 看護ケアの構造 | 7 |
| 3. 看護師による省察 | 7 |
| 4. 看護師の持つ精神障がい者に対するスティグマ | 7 |
| 5. 病棟風土 | 8 |
| III 研究目的 | 8 |
| IV 用語の操作的定義 | 9 |
| V 研究方法 | 9 |
| 1. 研究デザイン | 9 |
| 2. 調査対象施設と調査対象者 | 9 |
| 3. 調査方法と調査内容 | 10 |
| 4. 分析方法 | 12 |
| 5. 倫理的配慮 | 14 |
| VI 結果 | 14 |
| 1. 対象者の特徴 | 14 |
| 2. IRERSS の構造 | 14 |
| 3. IRERSS の構造の妥当性と信頼性 | 15 |
| 4. IRERSS の関連要因 | 15 |
| VII 考察 | 16 |
| 1. IRERSS の構造 | 17 |
| 2. IRERSS の構造の妥当性と信頼性 | 18 |
| 3. IRERSS の関連要因 | 19 |
| 4. 本研究の限界と課題 | 22 |
| VIII 結論 | 23 |
| 謝辞 | 23 |
| 文献 | 24 |
| 図表 | 33 |

日本における統合失調症患者に対する地域定着を目指した看護支援の構造と 病棟風土および省察との関連

要旨

【背景】統合失調症は陽性症状、陰性症状、慢性的な認知機能障害を引き起こし、寛解した後にも症状の再燃を生じやすい。症状の再燃は、自傷他害・セルフネグレクトにつながり、地域生活の継続を困難にする。病院から退院した統合失調症患者のうち、約 15-30%が退院後 90 日以内に再入院している。日本における地域での精神保健サービス提供体制は、未だ十分であるとは言えない。入院環境においても、退院した後の安定した地域生活を目指した看護が提供される必要がある。看護実践は、看護師の個人要因だけでなく、環境要因にも影響されると言われている。地域定着を目指した病院看護実践には、病棟風土および看護師の省察が関連要因となる可能性がある。

【目的】① 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の構造を明らかにする。② 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の関連要因を明らかにする。特に、統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護と、病棟風土または省察との関連を検討する。

【方法】研究デザインは横断研究である。日本全国の精神科病棟で勤務する看護師に自記式質問紙調査を実施した。調査内容は、独自に作成した『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票』、看護師の属性、勤務病院/病棟の特徴、エッセン病棟風土評価スキーマ、Rumination-Reflection Questionnaire における省察、および看護実践の卓越性自己評価尺度—病棟看護師用—である。分析方法は、『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票』に対する項目分析、探索的因子分析、確認的因子分析、Multitrait Scaling 分析、および『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票』を従属変数とし、その他の調査内容を説明変数とした重回帰分析（ステップワイズ法）である。なお、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の承認（承認番号: 17-155）を得て実施した。

【結果】日本全国の 724 人の精神科で働く看護師の回答を分析した。統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護は、5 因子（『認知機能とセルフケアへの支援』、『再入院の課題の把握』、『退院後の生活に関わる連携体制の整備』、『退院後の目標の共有』、『休養の場の提供』）から構成されていた。重回帰分析より、統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護には、認定・専門看護師の資格、退院前カンファレンスへの家族の参加、退院前カンファレンスへの地域の多職種チームの参加、看護実践の卓越性、治療的な関心の高い病棟風土、および看護師の省察が関連していた。

【考察】『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護』には、再入院した理由を特定する要素に加えて、セルフマネジメントに関わる教育介入の支援要素が含まれていた。『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護』には、看護師の省察や卓越性といった個人要因とともに、治療的関心の高い病棟風土といった環境要因も関連した。患者のニーズに関心の高い組織風土の醸成といった病棟文化の見直しと、看護師の省察をすすめる教育訓練手法の開発が必要になる。

**Structure of in-hospital nursing care leading to reduction in early readmission among patients with schizophrenia and relationships between the nursing care, ward climate, and nurses' reflection:
A cross-sectional study in Japan**

Abstract

Background

Schizophrenia is a disorder characterized by psychotic (positive) symptoms, negative symptoms, and cognitive impairments. Most patients with schizophrenia experience psychotic relapses. About 15%–30% of patients with schizophrenia discharged from inpatient psychiatric admissions are readmitted within 90 days. Most psychiatric care in Japan is still provided in inpatient settings. Nurses need to deliver in-hospital nursing care leading to reduction in readmission within 90 days (i.e., early readmission) among patients. However, structure of in-hospital nursing care leading to reduction in early readmission among patients with schizophrenia is unclear.

Nursing performance is influenced not only by nurses' personal factors but also by nurses' environmental factors. We hypothesized that in-hospital nursing care leading to reduction in early readmission could also be predicted by the social climate in psychiatric wards as well as by nurses' reflection.

Purpose

1. To clarify the structure of in-hospital nursing care leading to reduction in early readmission among patients with schizophrenia.
2. To examine the factors predicting in-hospital nursing care leading to reduction in early readmission among patients with schizophrenia, by focusing on the social climate in psychiatric wards and nurses' reflection.

Methods

This study adopted a cross-sectional design and utilized self-administered questionnaires for nurses who worked in psychiatric ward around Japan. The questionnaires asked in-hospital nursing care leading to reduction in early readmission among patients with schizophrenia scale (IRERSS), demographic data, the Essen climate evaluation schema, "reflection" on the Rumination-Reflection Questionnaire, and Nursing excellence scale in clinical practice (NES). Exploratory factor analyses were performed to investigate the structure of in-hospital nursing care leading to reduction in early readmission. Stepwise regression analyses were conducted to examine the factors predicting in-hospital nursing care leading to reduction in early readmission. Ethical approval to conduct this study was granted by the ethics committee of the Graduate School of Medicine, Nagoya University, Japan.

Result

Data were collected from 724 registered nurses in Japan. In-hospital nursing care leading to reduction in early readmission was found to consist of five factors: promoting cognitive functioning and self-care, identifying reasons for readmission, establishing cooperative systems within the community, sharing goals about community life, and creating restful spaces. In-hospital nursing care leading to reduction in early readmission was predicted by the following variables: certified nurse or certified nurse specialist status, the participation of community care providers in pre-discharge conferences, the score on "reflection" on the Rumination-Reflection Questionnaire, the score on the nursing excellence scale in clinical practice, and the score on therapeutic hold on Essen climate

evaluation schema.

Discussion

In-hospital nursing care leading to reduction in early readmission included elements to identify the reasons for readmission, as well as care elements related to self-management education interventions. In-hospital nursing care leading to reduction in early readmission was predicted not only by individual factors such as the reflection and excellence of nurses but also by environmental factors such as the social climate in psychiatric wards with therapeutic hold. Such nursing care would be facilitated by education and training to promote the reflection of nurses and by the improvement of organizational climate such as fostering an organizational culture that is highly interested in the needs of patients.

I 緒言

統合失調症は、文化圏および社会経済状況に関わらず人口の約 1%が罹患する精神疾患である (Owen, Sawa, & Mortensen, 2016; Xia, Merinder, & Belgamwar, 2011)。統合失調症は、幻覚や妄想、解体した会話といった陽性症状を呈し、実行機能の障害、記憶の障害、情報処理スピードの障害といった慢性的な認知機能の障害を引き起こす (Marder & Cannon, 2019)。さらに、感情鈍麻、意欲低下や自閉といった陰性症状は、当事者の長期的な負担感につながる事が知られている (McCutcheon, Reis Marques, & Howes, 2020)。家族集積性が高く、遺伝的要因と環境要因の両方によって発症すると言われており、その遺伝率は 80%と高い (Nasrallah, Tandon, & Keshavan, 2011; 橋本, 2013)。しかし、発症に影響する遺伝的、環境的および社会的要因間の相互作用は十分には明確にされていない (Nasrallah et al., 2011)。統合失調症の初発の好発年齢は 10 代後半から 30 代である (福田, 2013)。多くは慢性・再発性の経過をたどり、社会的機能を低下させ (橋本, 2013)、罹患した当事者およびその家族の人生に対して、長く深刻な影響を及ぼす。長期の予後に関して、治癒、または軽度の障害が残るなどの良好な経過をたどるのは 50-60%、重度の障害が残るのは 10-20%とされている (橋本, 2013)。

統合失調症は、再発しやすいことが特徴の一つである (Pillai et al., 2018)。統合失調症の再発を示す指標は、さまざまなものが用いられている。再入院率は、統合失調症の再発の指標として国内外で広く用いられている (Chi et al., 2016; Donisi, Tedeschi, Salazzari, & Amaddeo, 2016)。統合失調症患者の中には、地域での生活を継続することが困難になるほど状態が悪化し、再入院する人もいる (Marder & Cannon, 2019)。再入院は統合失調症患者に苦難を与え、予後に影響し、家族機能の破綻、さらには医療費の高騰につながるとされている (Chi et al., 2016; Donisi, Tedeschi, Salazzari, et al., 2016; Joynt & Jha, 2012; Vigod et al., 2015)。

特に 90 日以内の再入院は早期再入院と定義され、病院から地域への移行に向けた支援の質を反映すると言われていている (Vigod, Kurdyak, et al., 2013)。約 15-30%の精神疾患を有する人々が早期再入院を経験する (Donisi, Tedeschi, Salazzari, et al., 2016; Hung, Chan, & Pan, 2017; Khaleghparast et al., 2014; Vigod, Taylor, Fung, & Kurdyak, 2013)。精神疾患を有する人々が病院から退院した後に、地域のケア提供者と治療的な関係を形成するためには、90 日が必要になり (Forchuk, Martin, Chan,

& Jensen, 2005), 病院から退院した後の 90 日以内において, 危機的な状況が生じるリスクが特に高い, とされている (Meehan et al., 2006; Walter et al., 2019)。早期再入院のリスクに関する予測要因には, 退院後の地域におけるフォローアップ体制のみでなく病院での入院期間も含まれることが報告されている (Donisi, Tedeschi, Salazzari, et al., 2016)。病院看護師には, 統合失調症患者が早期再入院せずに地域生活を継続できることを目指してケアを提供することが重要である。

日本において, 2004 年に厚生労働省が精神保健医療福祉の改革ビジョン「入院医療中心から地域生活中心へ」を策定したことに始まり, 精神障害の有無にかかわらず誰もが地域の一員として生活できることが目指されている (厚生労働省, 2020)。しかしながら, 日本の精神保健医療福祉は, 未だ入院医療が主流である (World Health Organization, 2018)。2018 年における日本の精神病床数は, 2.61 床/人口千で, 諸外国に比べて突出して多い (Canada, 0.37 床/人口千; Italy, 0.4 床/人口千; Korea, 1.26 床/人口千; United Kingdom, 0.37 床/人口千) (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020)。2018 年における日本の精神病床の平均在院日数は 265.8 日で (厚生労働省, 2019), 諸外国に比較して突出して多い (Canada, 21.2 日; Italy, 13.6 日; Korea, 176.4 日; United Kingdom, 35.2 日) (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020)。日本における地域での精神保健サービス提供体制は, 未だ十分であるとは言えない (Kasai et al., 2017)。約 25% の入院患者が 90 日以内の再入院を経験すると報告されている (国立精神・神経医療研究センター, 2018)。本研究では早期再入院した患者が 90 日を超えて地域生活を継続できることを『地域定着』と考える。日本の精神保健医療福祉の現状において, 統合失調症患者が地域定着することを目指すためには, 病院における看護ケアは重要である。統合失調症患者の地域定着を目指した看護ケアプログラムの開発が望まれる。

統合失調症患者の地域定着を目指した看護ケアプログラムを開発するためには, その看護ケアの構造と看護ケアに関連する要因を明らかにする必要がある。看護師の実践には, 看護師の個人的要素と共に看護師の環境的要因も影響する (Cha & Sung, 2020) とされている。本研究においては, 看護ケアに関連する看護師の個人的要素として, 看護師の属性, 看護師の省察, および精神障がい者に対するスティグマを検討する。これは, 看護師は省察することによって経験と知識をつなげることで卓越したケアを提供することが可能になる (Tashiro, Shimpuku, Naruse, Maftuhah,

& Matsutani, 2013) と言われていることや、専門家によるスティグマは、精神疾患を有する人々に対する行動に影響を与え、ケアの質を下げる (Del Olmo-Romero et al., 2018) と言われていることを根拠にしている。看護ケアに関連する看護師の環境的要因としては、病棟風土を検討する。これは、病棟風土に対する評価は、患者の治療意欲や患者とスタッフとの関係性に関連すると言われている (Long et al., 2011) ためである。地域生活の継続に困難を有する患者、つまり地域定着が難しい患者には、卓越した質の高いケアや質の高い患者－看護師関係が必要になる。

そこで本研究では、統合失調症をもつ患者の地域定着を目指した病院看護の構造とその病院看護の関連要因を明らかにする。その病院看護には、看護師の特性、看護師の省察、スティグマ、および病棟風土が関連すると仮説を立て検証する。

II 背景

1. 再入院の関連要因

多くの先行研究において、再入院の関連要因が明らかにされている。統合失調症の診断は、再入院することが多い精神疾患の一つであると報告されている (Han et al., 2016; Lay, Kawohl, & Rossler, 2019; Lorine et al., 2015)。再入院の関連要因は、患者の臨床的特徴、医療保健福祉システムの特徴、入院の特徴の3点に基づき分類することができる。患者の臨床的特徴に関する再入院の関連要因として、若年 (Hung et al., 2017; Vigod, Kurdyak, et al., 2013)、未婚 (Vigod, Kurdyak, et al., 2013)、合併症を有すること (Donisi, Tedeschi, Wahlbeck, Haaramo, & Amaddeo, 2016; Vigod et al., 2015)、薬物療法に対するノンアドヒアランス (Andrews et al., 2017; Chien, Mui, Gray, & Cheung, 2016; Sariah, Outwater, & Malima, 2014)、家族機能の不全 (Sfetcu et al., 2017) が明らかにされている。医療保健福祉システムの特徴に関する再入院の関連要因は、病院における経験豊富な精神科医の割合 (Han et al., 2015)、計画的でない退院 (Donisi, Tedeschi, Wahlbeck, et al., 2016) が明らかにされている。入院の特徴に関する関連要因は、過去の入院回数 (Donisi, Tedeschi, Wahlbeck, et al., 2016; Hung et al., 2017; Vigod et al., 2015)、非自発的入院の回数 (Donisi, Tedeschi, Wahlbeck, et al., 2016; Hung et al., 2017)、総入院期間 (Hung et al., 2017; Vigod et al., 2015) が明らかにされている。

2. 看護ケアの構造

精神科における病院看護ケアのなかで、因子分析の手法を用いてその構造が明らかにされているのは5種類である。自傷行為を呈する入院患者のケアと管理 (Hosie & Dickens, 2018), 看護師によるケアマネジメントの実践 (Chen, Lee, Rong, Wu, & Liu, 2018), メンタルヘルスを促進するための保健サービス (Lundqvist, Suryani, Anna, Rafiyah, & Schroder, 2018; Lundqvist, Suryani, Hermiati, Sutini, & Schroder, 2019), 薬物使用障害患者と協働する看護師の治療的な態度 (Takano, Kawakami, Miyamoto, & Matsumoto, 2015), 精神障がい者のための長期療養施設におけるリハビリテーションケア (Killaspy, Cardoso, et al., 2016; Killaspy, White, et al., 2016; Killaspy et al., 2012; Killaspy et al., 2011) の5種類である。しかしながら、統合失調症患者の地域定着を目指した看護ケアの構造は明らかにされていない。

3. 看護師による省察

精神看護の質を上げていくためには、看護師自身が自己に意識を向けることが重要となる。これは、精神看護は看護師自身を道具として用いて看護を実践するためである。自己に注意を向ける意識に関わる概念に、自己意識がある。自己意識には、非適応的な側面の『反芻 rumination』と、適応的な側面の『省察 reflection』の両面を含んでいる (Takano & Tanno, 2009)。反芻は、脅威や喪失によって動機づけられる否定的で持続的な自己意識で、神経質や抑うつとの関連が示されている (Takano & Tanno, 2009)。一方省察は、知的好奇心に動機づけられた自己意識で、経験に対する開放性 (Takano & Tanno, 2009), 理性的な問題解決スタイル (Hasegawa et al., 2015), 精神科で働く看護師における高い看護コンピテンシー (Kurebayashi, 2018, 2020) との関連が示されている。省察は、経験と知識をつなげるもので、省察を通じて学生や看護師は自己を知り、患者に対する卓越したケアを提供することが可能になる (Tashiro et al., 2013), と言われている。以上より省察は、統合失調症患者の地域定着を目指した看護ケアに関連する看護師の個人要因と考えることができる。

4. 看護師の持つ精神障がい者に対するスティグマ

スティグマとは、『個人が持つと信じられている特徴のことを言う。これによって、価値がない、という社会的なアイデンティティが付与される。また、特定の状況や特質や人物に結びついた不

名誉の印しがもたらされる』 (Thornicroft, 2012)。精神疾患をもつ人々は、スティグマを受けることによって、社会の一員ではないという感情を抱き、自尊感情が低下し、苦悩のレベルが高まる (Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003)。さらには、医療ケアにアクセスしようとしなくなる (Ritsher et al., 2003)。継続的に医療ケアを受けることが必要な統合失調症をもつ人々には、スティグマは負の影響を与える。

精神保健ケアスタッフも統合失調症患者に対して、スティグマをもつことが知られている。ニュージーランドで精神保健サービスを受けた人のうち、16%が精神保健ケアスタッフからスティグマを『中程度』または『多く』受けたと回答した (Thornicroft, Wyllie, Thornicroft, & Mehta, 2014)。世界の27か国でおこなわれた777人の統合失調症をもつ人々に対する調査によれば、38%以上の人が精神保健スタッフからは尊重されていないと回答している (Harangozo et al., 2014)。専門家によるスティグマは、精神疾患を有する人々に対する行動に影響を与え、ケアの質を下げる (Del Olmo-Romero et al., 2018) と報告されている。統合失調症患者の地域定着を旨とした看護ケアには、看護師が持つスティグマが関連すると仮説を立てることができる。

5. 病棟風土

統合失調症患者の地域定着を旨とした看護ケアには、看護師を取り巻く環境要因としての病棟風土が関連すると考えられる。看護実践には、看護師個人の要因と同様に看護師の環境要因が影響を与える (Cha & Sung, 2020) とされている。肯定的な病棟の社会風土は、患者の高い治療動機、スタッフとの治療契約、治療同盟の水準の高さと関連がある (Long et al., 2011) と報告されている。病棟風土がスタッフのパフォーマンスやモラルに影響する (Moos & Schaefer, 1987) とされている。以上より、統合失調症患者の地域定着を旨とした看護ケアに、病棟風土が関連することが考えられる。

III 研究目的

- ① 統合失調症患者の地域定着を旨とした病院看護の構造を明らかにする。
- ② 統合失調症患者の地域定着を旨とした病院看護の関連要因を明らかにする。特に、看護師の省察、看護師が精神障がい者に対して持つスティグマ、病棟風土が関連することを検証する。

IV 用語の操作的定義

早期再入院：入院治療を受けて退院後，90 日以内の再びの入院 (Vigod, Kurdyak, et al., 2013)

地域定着：早期再入院した患者が治療を受けて退院した後，90 日を超えて地域生活を継続できること

V 研究方法

1. 研究デザイン

自記式質問紙を用いた横断研究

2. 調査対象施設と調査対象者

2-1. 調査対象施設

本研究は精神病床が全病床に対して 60%以上を占める病院に調査依頼をした。以下の 3 ステップで調査対象施設を抽出した。第 1 に，対象となる病院を日本医師会の地域医療情報システム Japan Medical Analysis Platform (<https://jmap.jp/>) で検索した。1,271 の病院が抽出され，内訳は公的病院が 59，公益法人の病院は 69，医療法人の病院は 1,143 である。第 2 に，公的病院と公益法人の全数を合わせた 128 の病院と，医療法人 1,143 から無作為に選択した 128 病院を合わせた 256 病院を抽出した。第 3 に，256 病院の病院長に研究協力の依頼文書を郵送し，研究協力の同意が得られた 40 病院を調査対象とした。内訳は 19 の公的病院，6 の公益法人の病院，15 の医療法人の病院である。

2-2. 調査対象者

調査対象施設 40 病院の看護部長に，その病院で勤務する看護師のうちで，以下の選択基準に該当する看護師の数を尋ねた。看護部長より報告された 1,995 人の看護師を調査対象者とした。包含基準は，1) 常勤の正看護師，2) 精神科病棟で勤務している看護師，である。除外基準は，1) 看護師長以上の看護管理者，2) 外来で勤務している看護師，3) パートタイムの看護師，4) 准看護師である。

サンプルサイズの設定は，Pett, Lackey & Sullivan (2003) に基づき行った。探索的因子分析を行

う際、対象者は最低でも項目数の10～15倍の数が必要となる (Pett, Lackey, & Sullivan, 2003)。したがって本研究では、430～645人の有効回答が必要になると推定された。回収率を30%と見積もり、1,433～2,150人の対象者が必要になると推定された。ゆえに、1,995人の看護師を調査対象数とすることは妥当であると考えられた。

3. 調査方法と調査内容

3-1. 調査方法

各病院の看護部長に対して、研究に関わる説明書、同意書、自記式質問紙、返信用封筒を合わせて、1,995人の看護師へ配布することを依頼した。研究協力に同意をした看護師は、回答済み自記式質問紙を返信用封筒に厳封し、研究者に直接返送した。

3-2. 調査内容

3-2-1. 人口統計学的データ

対象者個人の属性として、性別、年齢、精神科病院での勤務経験年数、認定看護師の資格の有無、専門看護師の資格の有無、精神科訪問看護の経験の有無、精神科での外来勤務の経験の有無、精神科以外の診療科での経験の有無、教育背景を尋ねた。

対象者が勤務する病院及び病棟の属性に関しては、病院設置主体、病棟でのプライマリナース・機能別看護の採用の有無、退院前カンファレンスの開催状況、退院前カンファレンスへの患者の家族の参加状況、退院前カンファレンスに参加する職種を調査した。

3-2-2. 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票 (IRERSS)

43項目からなる『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票』 *In-hospital nursing care leading to reduction in early readmission among patients with schizophrenia scale (IRERSS)* を開発した。IRERSSは回答者に、『過去に関わった統合失調症患者のうち、90日以内に再入院し、入院治療の後に90日を超えて地域生活を送った患者』を思い出してもらい、再入院の期間に回答者がその患者に行った看護支援について尋ねるものである。各項目は、1(全く当てはまらない)から5(かなり当てはまる)までの5段階で評価される。得点が高いほど、『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護』の実施する程度が高いことを示す。

IRERSSは先行研究(牧, 永井, 安藤, 2018)を基に、研究者6名および大学院生2名、精神科看

看護師 1 名の意見を参考に作成された。先行研究 (牧, 永井, 安藤, 2018) は、『再入院後に 90 日を超えて地域生活を継続できた統合失調症をもつ患者』に行った看護について, 中堅または熟練の精神科看護師 17 名へ面接調査をした質的研究で, 38 の看護支援項目を明らかにしている。IRERSS は, 研究者, 大学院生および精神科看護師の意見を参考にして, 牧ら (2018) の 38 看護支援項目に 5 項目を追加した 43 項目からなる調査票である。

3-2-3. Rumination-Reflection Questionnaire 日本語版の下位尺度『省察 (Reflection)』

Rumination-Reflection Questionnaire (RRQ) は 24 項目からなる質問項目で, 下位尺度に“反芻”12 項目と, “省察”12 項目を含む (Trapnell & Campbell, 1999)。1 (全く当てはまらない) から 5 (よく当てはまる) までの 5 段階で評価される。合計点が高いほど, 回答者は自分自身について省察する傾向が高いことを示す (高野 & 丹野, 2008)。本研究においては, 省察 12 項目 (RRQ-Ref) のみを調査に用いる。これは, 省察は自己意識のうち適応的な側面であり, 精神科看護師における高い看護コンピテンシーとの関連が示されているためである (Kurebayashi, 2018, 2020)。

3-2-4. Link スティグマ尺度

『精神科治療を受けたことのある人を見下したり差別したりする態度を, 多くの人がどの程度もっているか』を質問することにより, その人のもつスティグマの程度を測定する。現在のところ最も広く世界的に用いられている尺度である (下津 & 坂本, 2020)。12 項目からなる尺度で, 0 (全くそう思わない) から 4 (非常にそう思う) までの 5 段階で評価される。「多くの人は…」と問うことで, 社会的望ましきバイアスを最小限に抑えることができると言われている (Omori et al., 2012; 下津 & 坂本, 2020)。

3-2-5. エッセン病棟風土評価スキーマ日本語版

エッセン病棟風土評価スキーマ日本語版 Essen Climate Evaluation Schema-JPN (EssenCES-JPN)は, 3 つの下位尺度『患者間の仲間意識・相互サポート (Patients' cohesion and mutual support ; PC)』, 『安全性への実感 (Experienced safety ; ES)』, 『治療的な関心 (Therapeutic hold ; TH)』を有する 17 項目からなる質問項目である (Schalast, Redies, Collins, Stacey, & Howells, 2008)。各下位尺度は 5 項目ずつからなり, 2 項目は評点から除外される。0 (全くそう思わない) から 4 (非常にそう思う) までの 5 段階で評価され, 得点が高いほど, 回答者が社会的にポジティブな風土であると評価し

ていることを示す (Schalast et al., 2008)。EssenCES は司法精神科病棟における使用を目的に開発された質問項目であるが、精神病床一般における使用の妥当性も確認されている (Siess & Schalast, 2017; 野田, 佐藤, 杉山, 吉浜, & 伊藤, 2014)。

3-2-6. 看護実践の卓越性自己評価尺度—病棟看護師用—

看護実践の卓越性自己評価尺度—病棟看護師用— Nursing Excellence Scale in Clinical Practice (NES)は、亀岡 (2015) によって開発された 7 下位尺度を含む 35 項目の尺度である。7 下位尺度は、『連続的・効率的な情報の収集と活用』、『臨床の場の特徴を反映した専門的知識・技術の活用』、『患者・家族との関係の維持・発展につながるコミュニケーション』、『職場環境・患者個々の持つ悪条件の克服』、『現状に潜む問題の明確化と解決に向けた創造性の発揮』、『患者の人格尊重と尊厳の遵守』、『医療チームの一員としての複数役割の発見と同時進行』である。NES は、1(全く当てはまらない)から 5(かなり当てはまる)までの 5 段階で評価される。得点が高い程、看護師が自分の看護実践をより高く評価していることを示す。十分な内的整合性、内容妥当性と因子的妥当性が示されている (亀岡, 2015)。

4. 分析方法

分析には IBM SPSS Statistics version 25 および IBM SPSS Amos version 25 を用いた。調査対象者の属性、および病院・病棟の特徴に関して記述統計を算出した。データの正規性は、ヒストグラムと QQ プロットから視覚的に確認した。有意水準は、両側検定において 5%とした。

4-1. 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の構造

第 1 に、IRERSS の各項目に対して、項目分析を行った。IRERSS の各項目について天井効果と床効果の確認を行った。項目間相関分析と Item-total 相関分析を行った。項目間相関分析において、他の項目との相関係数がすべて 0.3 未満、またはいずれかの項目との相関係数が 0.9 を超える項目は除外した。Item-total 相関分析では、その項目を除く項目の総計と、その項目の相関係数が 0.3 未満のものは除外した。

第 2 に、最尤法・プロマックス回転を用いた探索的因子分析を行った。因子数の決定にあたり、Kaiser-Guttman 基準 (固有値が 1 を超える因子) を採用した。いずれの因子においても因子負荷量が 0.4 に満たない項目、および複数の因子に 0.4 を超えて負荷する項目は除外した。得られた

データに関する探索的因子分析の適切性は、Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)の標本妥当性と Bartlett の球面性検定から検討した。

4-2. 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の構造の妥当性と信頼性

『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票』の因子の妥当性を検討するため、確認的因子分析を実施した。算出されたモデル適合度は以下の通りである： χ^2 ; 自由度 df ; χ^2/df ; Goodness of Fit Index (GFI); Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI); Comparative Fit Index (CFI); Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA); Standardized Root Mean square Residual (SRMR)を算出した。収束的・弁別的妥当性を検討するため、Multitrait Scaling 分析を実施した。収束的妥当性は、各項目とその項目を除いた因子の合計得点の間が相関している（相関係数 0.5 以上）とき確認されたと判断する。弁別性は、各項目とそれが属する因子以外の因子の合計得点の間の相関係数が、収束的相関係数よりも低いとき、弁別的妥当性が確保されていると判断する (Fayers & Machin, 2016)。『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票』と NES 間における併存的妥当性を検討するため、『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票』総計およびその下位尺度得点と、NES 総計との相関係数を算出した。下位尺度得点とは、『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票』における各因子に対して、その因子に属する項目の得点を合計したものである。

信頼性に関しては、IRERSS 総得点とその各下位尺度得点の内的整合性は Cronbach の α 係数を算出することで検討した。

4-3. 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の関連要因

第 1 に、データの特徴を検討し、次に続く重回帰分析に投入する独立変数を検討するために単変量解析を実施した。IRERSS 総得点および各下位尺度得点と、RRQ-Ref, Link ステイグマ尺度, EssenCES-JPN 下位尺度得点, および NES 総得点との相関係数を算出した。IRERSS 総得点および各下位尺度得点について、対象者の属性および病院/病棟の特徴により分類される群別に記述統計を算出し、t 検定および一元配置分散分析と多重比較(Bonferroni 法)を実施し、比較した。

第 2 に、多重共線性を回避し交絡要因を調整するため、ステップワイズ法による重回帰分析を実施した。変数選択基準に関して、投入基準は $p < 0.05$, 除外基準は $p < 0.1$ とした。重回帰分析

において、従属変数を IRERSS 総得点およびその下位尺度得点とし、独立変数を上記の単変量解析で統計的有意となった変数とした。

5. 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の承認（承認番号: 17-155）を得て実施した。対象者には説明書を用いて、研究の目的、方法、研究参加によって生じる利益と不利益、研究参加は自由意思によること、参加しないことで不利益は生じないことなどを書面にて説明した。研究に参加する対象者からは、書面による同意を得た。対象者には匿名で質問紙に回答し、返信用封筒に厳封して各自で返送するよう依頼した。本研究で使用した既存の尺度については、尺度開発者または著作権保持者から許諾を得て使用した。

VI 結果

1. 対象者の特徴

質問紙は 823 名の看護師から返送された（回収率 41.3%）。欠損のある回答、病棟勤務でない看護師の回答などを除外し、724 名の回答（有効回答率 36.3%）を分析対象とした。対象者の属性及び病院/病棟の特徴を表 1 に示す。

2. IRERSS の構造

2-1. 項目分析

43 項目からなる IRERSS の度数分布及び記述統計を表 2 に示す。43 項目からなる IRERSS の各項目で、天井効果と床効果のある項目はなかった。項目間相関分析において、他の項目との相関係数がいずれも 0.3 を下回った 1 項目を除外した。Item-total 相関分析で除外される項目はなかった。

2-2. 探索的因子分析

探索的因子分析では、6 項目が除外された。最終的な IRERSS のモデルは、5 因子 36 項目となった（表 3）。36 項目からなる IRERSS における KMO 値は 0.96 で、Bartlett の球面性検定では統計的に有意となり（ $\chi^2 = 14\,772$, $df = 630$, $p < 0.01$ ）、モデルは妥当であると考えられた（Pett et al., 2003）。36 項目の IRERSS における探索的因子分析の結果を表 3 に示す。因子 1 は『認知機能とセ

セルフケアへの支援』, 因子 2 は『再入院の課題の把握』, 因子 3 は『退院後の生活に関わる連携体制の整備』, 因子 4 は『退院後の目標の共有』, 因子 5 は『休養の場の提供』と命名した。

3. IRERSS の構造の妥当性と信頼性

3-1. IRERSS の因子的妥当性

確認的因子分析に関して、探索的因子分析により明らかになった 5 因子モデルは図 2 に示し、高次因子モデルは図 3 に示した。5 因子モデルのモデル適合度は、 $\chi^2 = 1812.97, df = 584, p < 0.001, \chi^2/df = 3.10, GFI = 0.872, AGFI = 0.853, CFI = 0.915, RMSEA = 0.054$ (90%CI: 0.051-0.056), SRMR = 0.046 であった。高次因子モデルのモデル適合度は $\chi^2 = 1884.02, df = 589, p < 0.001, \chi^2/df = 3.10, GFI = 0.866, AGFI = 0.848, CFI = 0.910, RMSEA = 0.055$ (90%CI: 0.052-0.058), SRMR = 0.049 であった。

3-2. IRERSS の収束的妥当性と弁別的妥当性

Multitrait Scaling 分析の結果を表 4 に示した。IRERSS のすべての項目において、収束的相関は 0.5 を超えていた。弁別的相関係数は、すべての項目において収束的相関係数より低かった。したがって、尺度化成功率はすべての下位尺度において 100% であった。

3-3. IRERSS の内的一貫性

IRERSS 総得点の平均は 131.9 (SD = 18.1) で、Cronbach の α 係数は 0.96 であった。IRERSS 因子 1 『認知機能とセルフケアへの支援』の平均は 32.3 (SD = 5.3) で、Cronbach の α 係数は 0.91 であった。IRERSS 因子 2 『再入院の課題の把握』の平均は 30.4 (SD = 4.5) で、Cronbach の α 係数は 0.88 であった。IRERSS 因子 3 『退院後の生活に関わる連携体制の整備』の平均は 24.7 (SD = 4.9) で、Cronbach の α 係数は 0.88 であった。IRERSS 因子 4 『退院後の目標の共有』の平均は 25.7 (SD = 4.2) で、Cronbach の α 係数は 0.89 であった。IRERSS 因子 5 『休養の場の提供』の平均は 18.9 (SD = 2.7) で、Cronbach の α 係数は 0.81 であった。

4. IRERSS の関連要因

4-1. 単変量解析

表 5 に IRERSS 総得点とその下位尺度得点、および RRQ-Ref, Links ステイグマ尺度総得点, EssenCES-JPN の下位尺度得点と NES 総得点の相関分析の結果を示す。RRQ-Ref の平均は 36.54 (SD = 7.29) で、IRERSS 総得点との相関は $r = 0.19, p < 0.01$ であった。Links ステイグマ尺度総得

点の平均は 34.05 (SD=4.67)で、IRERSS 総得点との相関は $r=-0.01$, $p=0.76$ であった。EssenCES-JPN における『患者間の仲間意識・相互サポート PC』の平均は 10.06 (SD=2.57)で、IRERSS 総得点との相関は $r=0.18$, $p<0.01$, 『安全性への実感 ES』の平均は 6.48 (SD=3.83)で、IRERSS 総得点との相関は $r=-0.07$, $p=0.06$, 『治療的な関心 TH』の平均は 12.58 (SD=2.93), IRERSS 総得点との相関は $r=0.33$, $p<0.01$, であった。NES 総得点の平均は 121.65 (SD=18.42)で、IRERSS 総得点との相関は $r=0.59$, $p<0.01$ であった。

表 6 および表 7 に t 検定と一元配置分散分析及び多重比較(Bonferroni 法)の結果を示す。対象者の属性や病院/病棟の特徴の変数で分けた群間で IRERSS 総得点を比較した際、以下の 9 変数において有意差があった；精神科勤務経験年数，認定・専門看護師の資格，精神科訪問看護の経験，精神科外来での経験，教育背景，病院設置主体，プライマリナーシングの採用，退院前カンファレンスへの家族の参加，退院前カンファレンスへの多職種チームの参加。

4-2. 重回帰分析

IRERSS 総得点を従属変数とし、以下の 13 の変数を独立変数として重回帰分析（ステップワイズ法）を実施した；精神科勤務経験年数，認定・専門看護師の資格，精神科訪問看護の経験，精神科外来での経験，教育背景，病院設置主体，プライマリナーシングの採用，退院前カンファレンスへの家族の参加，退院前カンファレンスへの多職種チームの参加，RRQ-Ref, EssenCES-JPN における『患者間の仲間意識・相互サポート PC』, EssenCES-JPN における『治療的な関心 TH』, NES 総得点。重回帰分析（ステップワイズ法）の結果、以下の 6 変数が有意となった；認定・専門看護師の資格 ($\beta = 0.08$, $p < 0.01$)，退院前カンファレンスの家族への家族の参加 ($\beta = 0.07$, $p = 0.03$)，退院前カンファレンスへの多職種チームの参加 ($\beta = 0.08$, $p = 0.01$)，RRQ-Ref ($\beta = 0.07$, $p = 0.03$)，EssenCES-JPN における『治療的な関心 TH』 ($\beta = 0.13$, $p < 0.001$)，NES 総得点 ($\beta = 0.52$, $p < 0.001$)。重回帰分析（ステップワイズ法）の結果は表 8 に示す。

VII 考察

本研究により、以下の 2 点が明らかになった。

- 1) 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護は 5 因子 36 項目から構成される

- 2) 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護は、認定・専門看護師の資格、退院前カンファレンスへの家族や地域の多職種チームの参加、看護師の省察、治療的な関心のある病棟風土、看護実践の卓越性と関連する

1. IRERSS の構造

IRERSS の項目分析により、IRERSS の項目間における多重共線性を回避し、十分な内的一貫性を確保することが可能となった。項目間相関分析で除外した IRERSS における項目 3「看護師の自分一人では統合失調症患者の課題をつかむことができない状況を捉えている」は、統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護に含まれないと考えられる。なぜなら、他の項目との相関係数がいずれにおいても 0.3 を下回っていたためである。

本研究で明らかになった IRERSS の構造は、先行研究 (牧 et al., 2018) の結果と概ね一致していた。牧ら (2018) は質的帰納的分析から、3 ヶ月以内に再入院した統合失調症をもつ患者に対する中堅または熟練看護師が行う支援は 5 現象から構成されることを明らかにしている。本研究で明らかになった 5 因子と牧ら (2018) の 5 現象は、以下の通り一致していた；因子 1『認知機能とセルフケアへの支援』と現象 4「患者が病気を受容し、患者の課題に向き合う支援」、因子 2『再入院の課題の把握』と現象 1「患者の理解者としての課題抽出と退院後の生活のイメージ」、因子 3『退院後の生活に関わる連携体制の整備』と現象 5「入院中の看護をプロセスの一部ととらえた地域への橋渡し」、因子 4『退院後の目標の共有』と現象 2「患者と家族の幸福を志向した退院後につながる支持的な家族関係の調整」、因子 5『休養の場の提供』と現象 3「ラポール形成能力の障害をふまえて安全感を保証した信頼関係の形成」。本研究により、統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護は 5 因子で構成されることが明らかになった。

IRERSS の 5 因子には、再入院の理由を特定する要素が含まれていた。多くの先行研究が、過去の入院回数が再入院のリスクに関連することを報告している (Donisi, Tedeschi, Wahlbeck, et al., 2016)。IRERSS の因子 2『再入院の課題の把握』は、過去の入院理由を探り、それを地域定着に向けた支援につなげることを可能にすると考えられる。例えば、項目 9「統合失調症患者の残存している能力をつかみ、再入院の原因と患者の課題をつきとめる」や項目 8「以前の入院の時よりも詳しく、統合失調症患者の再入院に至るプロセスに関する情報をつかむ」は過去の入院理由

を特定するのに役立つ事項である。さらに、セルフマネジメントに関わる教育介入は、再入院を減少させ、患者の薬物療法に対するアドヒアランスを向上させることが報告されている (Zou et al., 2013)。IRERSS の因子 1『認知機能とセルフケアへの支援』は、セルフマネジメントに関わる教育介入と多く点で共通している。セルフマネジメントに関わる教育介入を受けることで、患者は自身の健康状態を向上させ、地域生活で活用することができる問題解決技術を学習する。IRERSS における項目 30「統合失調症患者が気づいた認知の誤りへの対処を、より具体化し、自分の行動に責任感をもつように援助する」および項目 29「統合失調症患者に振り返りを促すことで、誤った外界に対する認知に気づきを与える」は、統合失調症患者が健康状態を向上させる行動を獲得するために有効であるだろう。

2. IRERSS の構造の妥当性と信頼性

IRERSS の確認的因子分析より、5 因子モデルおよび高次因子モデルにおいて、許容可能なモデル適合度が示された。確認的因子分析のモデル適合度において、先行研究では様々なカットオフ値が用いられている。モデルの許容基準を、 $CFI > 0.9$, $RMSEA < 0.08$, $SRMR < 0.08$ とする研究も少なくない(Hu & Bentler, 1999; Kline, 2016; Moss, Lawson, White, & Appearance Research, 2015; Nejati et al., 2019)。本研究において、 χ^2 検定は統計的有意になった。サンプル数が 300 を超えて多くなると、正しいモデルが棄却される傾向がある (Kline, 2015)とされている。サンプル数に影響を受け、統計的有意になったと考える。GFI および AGFI に関して、許容できるモデル適合度の基準は、 $GFI > 0.90$, $AGFI > 0.85$ とされている。本研究では、5 因子モデルにおいて $GFI = 0.872$, $AGFI = 0.853$, 高次因子モデルにおいては $GFI = 0.866$, $AGFI = 0.848$ で多くは基準に達していない。しかし、GFI および AGFI は、推定すべき母数が多く複雑なモデルになると値が大きくなりにくい性質があり、観測変数が大きくなるほど自由度が大きくなるので、観測変数が多いモデルはそれだけ適合が悪くなる傾向がある (久保, 2012)とされている。さらに、適合度として用いないコンセンサスや方向性がある (中山, 2018)とも言われている。本研究においては、観測変数は 36 と多い。ゆえに、GFI および AGFI の値が低くなったと考えられる。CFI, RMSEA, SRMR では、本研究の 5 因子モデルにおいては $CFI = 0.915$, $RMSEA = 0.054$ (90%CI: 0.051-0.057), $SRMR = 0.046$, 高次因子モデルにおいては $CFI = 0.910$, $RMSEA$

= 0.055 (90%CI: 0.052-0.058), SRMR = 0.049 で基準を満たしている。以上より、本研究におけるモデル適合は概ね良好であると考えられる。IRERSS の 5 因子構造が妥当であり、5 因子を 1 つにまとめて IRERSS を総計として考えることも可能であることが示された。

IRERSS における Multitrait Scaling 分析により、すべての項目で収束的妥当性と弁別的妥当性が確認された。IRERSS は妥当であり感度も十分であると考えられた。

IRERSS における内的一貫性に関して、総計およびすべての下位尺度得点において、 α 係数が 0.8 以上であり十分な内的一貫性が確保されていると考えられた。

3. IRERSS の関連要因

3-1. 看護実践の卓越性自己評価尺度—病棟看護師用—NES の得点

本研究で得られた NES の得点は、日本の精神科病棟で働く看護師の卓越性を反映している可能性がある。本研究の NES 総得点の平均値は、先行研究の結果と類似していた (亀岡, 2015)。亀岡(2015)は NES を用いて 799 人の日本全国の看護師に調査を実施した。NES 総得点の平均は 122.0 (SD = 18.1)であった。本研究においては、日本全国の精神科病棟で働く看護師に調査を実施している。本研究の対象者の看護実践の卓越性は、日本全国の精神科病棟で働く看護師の卓越性を反映していると考えられる。

NES 総得点は、IRERSS 総得点のうち看護師個人の实践能力部分を示していると考えられる。NES は 7 下位尺度を有している。それぞれの下位尺度は、看護実践の個人的能力の要素である。看護実践は看護師の個人の实践能力だけでなく、環境的な要因にも影響されると言われている (Cha & Sung, 2020; Cho & Han, 2018)。本研究で行った重回帰分析においては、いずれにおいても最も標準化回帰係数の値が高かったのは NES 総得点である。NES 総得点で示される看護師の個人的能力が IRERSS 総得点の大部分を説明したと考えられる。

3-2. 看護師の省察

本研究で明らかとなった統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護と看護師の省察との関連は、先行研究の結果 (Kurebayashi, 2018, 2020) に一致する。先行研究では、看護師の問題解決に関わる看護師の技術が看護師の省察と関連することが示されている。本研究においても、省察が看護師の個人要因として、統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護に関連することが

示された。

看護師の省察は、患者の状態や患者の入院理由といった患者の状態把握をする際に重要になると考えられる。本研究における重回帰分析では、看護師の省察は因子 2『再入院の課題の把握』と関連しており、その他の因子には関連していなかった。因子 2『再入院の課題の把握』は、患者の状態を把握する側面が強い因子である。省察は経験と知識をつなげるものである (Tashiro et al., 2013) と言われている。省察は看護実践の経験を学びとして知識につなげ、次に関わる患者の状態把握につなげるために重要となることが示唆される。看護師の省察をすすめる教育訓練手法の開発が必要と考えられる。

3-3. 看護師が精神障がい者に対して持つスティグマ

本研究の Link スティグマ尺度総得点は、日本の一般住民を対象にした先行研究の結果よりも高かった。先行研究における大学生 256 名への調査における平均値は 31.95 (SD = 5.74) (下津, 坂本, 堀川, & 坂野, 2006), 中学生や高校生の子を持つ母親における平均値は 32.8 (SD = 4.4) (凌, 2013) と本研究の値は高かった。しかしながら, Henderson ら (2014) は『専門家がスティグマに関わる質問に回答する際, 一般住民に比べて社会的望ましきバイアスが生じることは少なく, 専門家は否定的に評価されやすい。実際には, 専門家は精神疾患をもつ人々の権利に対してサポートタイプである』(Henderson et al., 2014) と述べている。Link スティグマ尺度は, 社会的望ましきバイアスが生じることに配慮して作成された尺度である。それによって Link スティグマ尺度の得点が高くなったと考えられる。

Link スティグマ尺度総得点は IRERSS 総得点, および IRSRSS 下位尺度のいずれとも関連していなかった。専門家がもつスティグマは精神疾患を有する人々に対する行動に影響を与え, ケアの質を下げる (Del Olmo-Romero et al., 2018) と言われている。しかしながら本研究の結果は, 先行研究の報告とは異なるものとなった。これは, Link スティグマ尺度が測定するスティグマの側面によるものと考えられる。先行研究において, メンタルヘルスの専門家がもつスティグマの程度は, 測定されるスティグマの側面や対象者の背景によって異なる結果が報告されている (Loch et al., 2013; Schulze, 2007)。本研究で用いた Link スティグマ尺度は『多くの人がどの程度スティグマを持っていると考えているか』という知覚的スティグマを測定するものである (下津 & 坂本, 2020)。

知覚的スティグマとは異なる側面と、統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の関連を検討する必要がある。

3-4. 治療的関心の高い病棟風土

日本の看護師は欧米諸国の看護師に比べて、精神科病棟の風土を治療的ではないと感じていると考えられる。本研究で得られた EssenCES の下位尺度『治療的な関心』における平均値は、ドイツの閉鎖精神科病棟のそれに比べて低く (mean = 13.8, SD は記載なし) (Siess & Schalast, 2017), ドイツの開放病棟よりも低く (mean = 15.6, SD は記載なし) (Siess & Schalast, 2017), イギリスにおける司法精神科病院の高度保安病院 High-security hospital よりも低かった (mean = 14.17, SD = 3.29) (Howells et al., 2009)。本研究における EssenCES の下位尺度『治療的な関心』得点は、日本における先行研究の結果に類似していた (mean = 13.44, SD = 3.38) (野田 et al., 2014)。日本の看護師は諸外国に比べて、精神科病棟の風土に関して患者のニーズに関心を払うことが少ないと感じている可能性がある。

本研究により、統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護には看護師の個人要因のみでなく、環境要因が関連することが明らかになった。IRERSS 総得点を従属変数とした重回帰分析において、EssenCES の下位尺度『治療的な関心』が統計的に有意に関連した。看護実践は看護師の個人要因だけでなく、環境要因や患者要因に影響を受けると言われている (Campbell, Massey, Broadbent, & Clarke, 2019)。本研究の重回帰分析における決定係数が十分に高くなかったのは、説明変数に患者要因が含まれていなかったためと考えられる。本研究では患者の特徴に関するデータは収集していない。本研究の重回帰分析の説明変数には、看護師の個人要因と環境要因は含まれていたが、患者要因は含まれていない。そのため決定係数が十分には高くはないと考えられる。重回帰分析に患者要因が含まれていれば、さらに決定係数は高くなっていたであろう。本研究で明らかになったのは、統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護には看護師の個人要因 (NES 総得点, RRQ-Ref, 認定・専門看護師の資格) とともに、EssenCES の下位尺度『治療的な関心』によって示される環境要因が関連することである。

3-5. 地域でのケア提供者とのコミュニケーションを促進するシステム

患者が退院する前に、患者と地域におけるケア提供者 (家族や地域の多職種チーム) とのコミ

コミュニケーションを促進するシステムの構築が必要である。重回帰分析より IRERSS 総得点は、『退院前カンファレンスに家族や地域の多職種チームが参加すること』と関連していた。先行研究においても、地域のケア提供者が入院時に関与することによって再入院を減少させることができることが示されている (Chen, 2014; Shaffer et al., 2015; Tyler, Wright, & Waring, 2019; Vigod, Kurdyak, et al., 2013)。本研究では、入院中に患者と地域におけるケア提供者 (家族や地域の多職種チーム) がコミュニケーションをとることによって、統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護が促進されることが明らかになった。

4. 本研究の限界と課題

本研究の限界を5点あげることができる。第1点は、回収率が低かったことである。本研究の結果は、より看護実践の卓越性が高く、患者のニーズに関心の高い看護師の回答の影響を強く受けた可能性がある。回収率が低いのは、質問紙の項目数が多いことや、IRERSS の表現が冗長であることが理由として挙げられる。IRERSS の項目をより洗練させる必要がある。さらに、本研究の対象者は公的医療機関に所属する看護師が半数にのぼり、日本の全精神病床に対する公的医療機関における精神病床の割合に比べて高い。本研究の結果は、公的医療機関に所属する看護師の回答の影響を強く受け、日本全体の看護師の状況を十分には反映していない可能性がある。第2点は、質問紙への回答にリコールバイアスが影響した可能性である。IRERSS に回答する際、対象者ははっきりとした記憶のない中で、望ましい回答をしたかもしれない。それによってより望ましい結果が得られた可能性がある。第3点は、IRERSS は看護師の実践能力を評価しているとは言いきれない点である。IRERSS は、過去に関わった特定の統合失調症患者に対して実施した看護支援について尋ねており、日常的な看護師の支援を評価するものにはなっていない。IRERSS の教示文を変更し、実践の頻度を尋ねるスケールに修正する必要がある。第4点は、本研究では患者の特徴や患者が受けた治療、入院期間に関するデータを収集していない点である。看護師は、患者の精神状態や社会的背景によって看護ケアを組み立ててゆく。今後、統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護に患者要因がどの程度関連するかを明らかにすることが課題となる。第5点は、本研究では IRERSS の因子や項目のうち、どれが統合失調症をもつ患者の地域定着につながったかを明確にすることができない点である。IRERSS には統合失調症患者の

地域定着に有効である支援項目も、一般的に患者に関わる際に基盤となる支援項目も両方を含んでいる。両側面とも、統合失調症患者の地域定着に向けた看護支援として重要だと考えられる。しかし、どの因子や項目が統合失調症患者の地域定着に有効であるかは明らかでない。これは本研究が、地域定着できなかった患者群のようなコントロール群をおいていないためである。今後は、地域定着できた統合失調症患者の群と早期再入院した患者の群で、提供された看護支援を比較する研究を行い、検証をすることが必要である。

VIII 結論

本研究により、日本の精神科病棟で勤務する看護師が提供する『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護』は5因子から構成されることが明らかになった。『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護』には、再入院の理由を特定する要素に加えて、地域生活で活用可能なセルフマネジメントに関する教育介入の要素が含まれていた。

『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護』は、看護師の個人要因（看護実践の卓越性や看護師の省察）のみでなく、病棟の治療的な関心の高さといった病棟風土や退院前カンファレンスへの地域のケア提供者の参加といった環境要因も関連することが明らかになった。統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の提供を促進するためには、看護師の省察をすすめる教育訓練手法の開発、および患者のニーズに関心の高い病棟風土の醸成や入院時から患者と地域でのケア提供者がコミュニケーションをとることのできるシステムを構築することが必要である。

謝辞

本研究に協力いただきました看護師の皆様、窓口となってくださいました皆様に心より感謝申し上げます。質問項目の作成において、貴重な意見をいただいた大学院生の皆様、看護師の皆様に感謝致します。研究遂行にあたり貴重なご助言を賜りました名古屋学芸大学看護学部看護学科永井邦芳教授に感謝いたします。研究の遂行、博士論文作成にあたりご指導、ご助言賜りました名古屋大学大学院医学系研究科 玉腰浩司教授に感謝申し上げます。最後になりましたが、博士前期課程から博士後期課程までの長期にわたり、研究計画から実施、論文作成に至る過程、研究者

としてのあり方に関して、ご指導賜りました名古屋大学 安藤詳子名誉教授には深く感謝いたします。

文献

- Andrews, C. E., Baker, K., Howell, C. J., Cuerdo, A., Roberts, J. A., Chaudhary, A., . . . Nucifora, F. C., Jr. (2017). Risk of Hospitalization Due to Medication Nonadherence Identified Through EMRs of Patients With Psychosis. *Psychiatr Serv, 68*(8), 847-850. doi:10.1176/appi.ps.201600334
- Campbell, K., Massey, D., Broadbent, M., & Clarke, K. A. (2019). Factors influencing clinical decision making used by mental health nurses to provide provisional diagnosis: A scoping review. *Int J Ment Health Nurs, 28*(2), 407-424. doi:10.1111/inm.12553
- Cha, C., & Sung, C. (2020). Factors related to nursing performance in South Korean intensive care units. *International Journal of Nursing Practice*. doi:10.1111/ijn.12874
- Chen, F. P. (2014). Developing community support for homeless people with mental illness in transition. *Community Ment Health J, 50*(5), 520-530. doi:10.1007/s10597-013-9641-3
- Chen, S.-C., Lee, S.-K., Rong, J.-R., Wu, C.-C., & Liu, W.-I. (2018). The Development and Psychometric Testing on Psychiatric Nurses of a Nurse Case Management Competence Scale in Taiwan. *The journal of nursing research : JNR, 26*(2), 72-79. doi:10.1097/jnr.0000000000000230
- Chi, M. H., Hsiao, C. Y., Chen, K. C., Lee, L. T., Tsai, H. C., Hui Lee, I., . . . Yang, Y. K. (2016). The readmission rate and medical cost of patients with schizophrenia after first hospitalization - A 10-year follow-up population-based study. *Schizophr Res, 170*(1), 184-190. doi:10.1016/j.schres.2015.11.025
- Chien, W. T., Mui, J., Gray, R., & Cheung, E. (2016). Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry, 16*, 42. doi:10.1186/s12888-016-0744-6
- Cho, H., & Han, K. (2018). Associations Among Nursing Work Environment and Health-Promoting Behaviors of Nurses and Nursing Performance Quality: A Multilevel Modeling Approach. *J Nurs Scholarsh, 50*(4), 403-410. doi:10.1111/jnu.12390

- Del Olmo-Romero, F., González-Blanco, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín-Carrasco, M., Martínez-Cabezón, A. C., . . . González-Fraile, E. (2018). Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. *European Archives of Psychiatry And Clinical Neuroscience*. doi:10.1007/s00406-018-0867-5
- Donisi, V., Tedeschi, F., Salazzari, D., & Amaddeo, F. (2016). Pre- and post-discharge factors influencing early readmission to acute psychiatric wards: implications for quality-of-care indicators in psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry, 39*, 53-58. doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.10.009
- Donisi, V., Tedeschi, F., Wahlbeck, K., Haaramo, P., & Amaddeo, F. (2016). Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry, 16*(1), 449. doi:10.1186/s12888-016-1114-0
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2016). *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Reporting of Patient-reported Outcomes* (Third ed.). New Jersey, United States: Wiley-Blackwell.
- Forchuk, C., Martin, M. L., Chan, Y. L., & Jensen, E. (2005). Therapeutic relationships: from psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing, 12*(5), 556-564.
- 福田正人. (2013). 当事者・家族から見た統合失調症 統合失調症の基礎知識—診断と治療についての説明用資料. 日本統合失調症学会監, 福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉, 他: 統合失調症. 医学書院, 東京, 25-36.
- Han, K. T., Kim, S. J., Jang, S. I., Hahm, M. I., Kim, S. J., Lee, S. Y., & Park, E. C. (2015). The outcomes of psychiatric inpatients by proportion of experienced psychiatrists and nurse staffing in hospital: New findings on improving the quality of mental health care in South Korea. *Psychiatry Res, 229*(3), 880-886. doi:10.1016/j.psychres.2015.07.051
- Han, K. T., Lee, S. Y., Kim, S. J., Hahm, M. I., Jang, S. I., Kim, S. J., . . . Park, E. C. (2016). Readmission rates of South Korean psychiatric inpatients by inpatient volumes per psychiatrist. *BMC Psychiatry, 16*, 96. doi:10.1186/s12888-016-0804-y
- Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, J. J., . . . Thornicroft, G. (2014). Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical

- services. *Int J Soc Psychiatry*, 60(4), 359-366. doi:10.1177/0020764013490263
- Hasegawa, A., Yoshida, T., Hattori, Y., Nishimura, H., Morimoto, H., & Tanno, Y. (2015). Depressive Rumination and Social Problem Solving in Japanese University Students. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 29(2), 134-152. doi:10.1891/0889-8391.29.2.134
- 橋本亮太. (2013). 病因と病態モデル. 日本統合失調症学会監, 福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉, 他: 統合失調症. 医学書院, 東京, 103-114.
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., . . . Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467-482. doi:10.1016/s2215-0366(14)00023-6
- Hosie, L., & Dickens, G. L. (2018). Harm-reduction approaches for self-cutting in inpatient mental health settings: Development and preliminary validation of the Attitudes to Self-cutting Management (ASc-Me) Scale. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 25(9-10), 531-545. doi:10.1111/jpm.12498
- Howells, K., Tonkin, M., Milburn, C., Lewis, J., Draycot, S., Cordwell, J., . . . Schalast, N. (2009). The EssenCES measure of social climate: a preliminary validation and normative data in UK high secure hospital settings. *Crim Behav Ment Health*, 19(5), 308-320. doi:10.1002/cbm.745
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria versus New Alternatives. *Structural equation modeling*, 6(1), 1-55.
- Hung, Y. Y., Chan, H. Y., & Pan, Y. J. (2017). Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission. *PLoS One*, 12(10), e0186768. doi:10.1371/journal.pone.0186768
- Joynt, K. E., & Jha, A. K. (2012). Thirty-day readmissions--truth and consequences. *The New England journal of medicine*, 366(15), 1366-1369. doi:10.1056/NEJMp1201598
- 亀岡智美. (2015). 看護実践の卓越性自己評価尺度—病棟看護師用—, 舟島なおみ, 看護実践・教育のための測定用具ファイル—開発過程から活用の実際まで— 第3版:医学書院, 東京.
- Kasai, K., Ando, S., Kanehara, A., Kumakura, Y., Kondo, S., Fukuda, M., . . . Higuchi, T. (2017).

- Strengthening community mental health services in Japan. *Lancet Psychiatry*, 4(4), 268-270. doi:10.1016/s2215-0366(16)30373-x
- Khaleghparast, S., Ghanbari, B., Kahani, S., Malakouti, K., SeyedAlinaghi, S., & Sudhinaraset, M. (2014). The effectiveness of discharge planning on the knowledge, clinical symptoms and hospitalisation frequency of persons with schizophrenia: a longitudinal study in two hospitals in Tehran, Iran. *J Clin Nurs*, 23(15-16), 2215-2221. doi:10.1111/jocn.12499
- Killaspy, H., Cardoso, G., White, S., Wright, C., Caldas de Almeida, J. M., Turton, P., . . . King, M. (2016). Quality of care and its determinants in longer term mental health facilities across Europe: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*, 16, 31. doi:10.1186/s12888-016-0737-5
- Killaspy, H., White, S., Dowling, S., Krotofil, J., McPherson, P., Sandhu, S., . . . King, M. (2016). Adaptation of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC) for use in mental health supported accommodation services (QuIRC-SA). *BMC Psychiatry*, 16, 101. doi:10.1186/s12888-016-0799-4
- Killaspy, H., White, S., Wright, C., Taylor, T. L., Turton, P., Kallert, T., . . . King, M. (2012). Quality of longer term mental health facilities in Europe: validation of the quality indicator for rehabilitative care against service users' views. *PLoS One*, 7(6), e38070. doi:10.1371/journal.pone.0038070
- Killaspy, H., White, S., Wright, C., Taylor, T. L., Turton, P., Schutzwohl, M., . . . King, M. B. (2011). The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC): a measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*, 11, 35. doi:10.1186/1471-244X-11-35
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (Fourth ed.). New York, United States: The Guilford Press.
- 国立精神・神経医療研究センター. (2018). 平成 29 年度精神保健福祉資料. Retrieved from <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>
- 厚生労働省. (2019). 平成 30 (2018) 年医療施設 (動態) 調査・病院報告. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/18/dl/03byouin30.pdf>
- 厚生労働省. (2020). 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について. Retrieved from

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html>

久保沙織. (2012). 確認の因子分析. 豊田秀樹編著, *因子分析入門—R で学ぶ最新データ解析—*. 東京図書, 東京.

Kurebayashi, Y. (2018). Comparison of factors predicting nursing skills between general and psychiatric nurses. *Perspect Psychiatr Care*. doi:10.1111/ppc.12316

Kurebayashi, Y. (2020). Self - compassion and nursing competency among Japanese psychiatric nurses. *Perspect Psychiatr Care*. doi:10.1111/ppc.12649

Lay, B., Kawohl, W., & Rossler, W. (2019). Predictors of Compulsory Re-admission to Psychiatric Inpatient Care. *Front Psychiatry, 10*, 120. doi:10.3389/fpsyt.2019.00120

Loch, A. A., Hengartner, M. P., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Wang, Y. P., Gattaz, W. F., & Rossler, W. (2013). The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Res, 205*(3), 185-191. doi:10.1016/j.psychres.2012.11.023

Long, C. G., Anagnostakis, K., Fox, E., Silaule, P., Somers, J., West, R., & Webster, A. (2011). Social climate along the pathway of care in women's secure mental health service: variation with level of security, patient motivation, therapeutic alliance and level of disturbance. *Crim Behav Ment Health, 21*(3), 202-214. doi:10.1002/cbm.791

Lorine, K., Goenjian, H., Kim, S., Steinberg, A. M., Schmidt, K., & Goenjian, A. K. (2015). Risk Factors Associated With Psychiatric Readmission. *J Nerv Ment Dis, 203*(6), 425-430. doi:10.1097/NMD.0000000000000305

Lundqvist, L. O., Suryani, Anna, N., Rafiyah, I., & Schroder, A. (2018). Indonesian adaptation of the Quality in Psychiatric Care-Inpatient (QPC-IP) instrument: Psychometric properties and factor structure. *Asian J Psychiatr, 34*, 1-5. doi:10.1016/j.ajp.2018.03.006

Lundqvist, L. O., Suryani, Hermiati, D., Sutini, T., & Schroder, A. (2019). A psychometric evaluation of the Indonesian version of the Quality in Psychiatric Care-Inpatient Staff (QPC-IPS) instrument. *Asian J Psychiatr, 46*, 29-33. doi:10.1016/j.ajp.2019.09.027

牧茂義, 永井邦芳, & 安藤詳子 (2018). 3 ヶ月以内に再入院した統合失調症患者に対する地域定着に向けた中堅・熟練病院看護師の支援プロセス. *日本看護研究学会雑誌, 41*(4), 713-722.

Marder, S. R., & Cannon, T. D. (2019). Schizophrenia. *N Engl J Med, 381*(18), 1753-1761.

doi:10.1056/NEJMra1808803

McCutcheon, R. A., Reis Marques, T., & Howes, O. D. (2020). Schizophrenia-An Overview. *JAMA Psychiatry*, *77*(2), 201-210. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3360

Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I. M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., . . . Appleby, L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, *188*(FEB.), 129-134.

Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1987). Evaluating health care work settings: A holistic conceptual framework. *Psychology & Health*, *1*(2), 97-122. doi:10.1080/08870448708400318

Moss, T. P., Lawson, V., White, P., & Appearance Research, C. (2015). Identification of the underlying factor structure of the Derriford Appearance Scale 24. *PeerJ*, *3*, e1070. doi:10.7717/peerj.1070

中山和弘. (2018). *看護学のための多変量解析入門*, 医学書院, 東京.

Nasrallah, H., Tandon, R., & Keshavan, M. (2011). Beyond the facts in schizophrenia: closing the gaps in diagnosis, pathophysiology, and treatment. *Epidemiol Psychiatr Sci*, *20*(4), 317-327. doi:10.1017/s204579601100062x

Nejati, B., Lin, C. C., Imani, V., Browall, M., Lin, C. Y., Brostrom, A., & Pakpour, A. H. (2019). Validating patient and physician versions of the shared decision making questionnaire in oncology setting. *Health Promot Perspect*, *9*(2), 105-114. doi:10.15171/hpp.2019.15

野田寿恵, 佐藤真希子, 杉山直也, 吉浜文洋, & 伊藤弘人 (2014). 患者および看護師が評価する精神科病棟の風土 エッセン精神科病棟風土評価スキーマ日本語版(EssenCES-JPN)を用いた検討. *精神医学*, *56*(8), 715-722.

Omori, A., Tatenno, A., Ideno, T., Takahashi, H., Kawashima, Y., Takemura, K., & Okubo, Y. (2012). Influence of contact with schizophrenia on implicit attitudes towards schizophrenia patients held by clinical residents. *BMC Psychiatry*, *12*, 205. doi:10.1186/1471-244X-12-205

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). OECD health statistics. Retrieved from <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, *388*(10039), 86-97. doi:10.1016/s0140-6736(15)01121-6

- Pett, M., Lackey, N., & Sullivan, J. (2003). *Making Sense of Factor Analysis*. California, USA: Sage Publications, Inc.
- Pillai, A., Schooler, N. R., Peter, D., Looney, S. W., Goff, D. C., Kopelowicz, A., . . . Buckley, P. F. (2018). Predicting relapse in schizophrenia: Is BDNF a plausible biological marker? *Schizophr Res*, *193*, 263-268. doi:10.1016/j.schres.2017.06.059
- Ritsher, B. J., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*(1), 31-49. doi:10.1016/j.psychres.2003.08.008
- 凌一葦 (2013). 中学生・高校生の母親が持つ統合失調症へのスティグマの決定要因に関する研究. *新潟医学会雑誌*, *127*(12), 670-680.
- Sariah, A. E., Outwater, A. H., & Malima, K. I. (2014). Risk and protective factors for relapse among individuals with schizophrenia: a qualitative study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, *14*, 240. doi:10.1186/s12888-014-0240-9
- Schalast, N., Redies, M., Collins, M., Stacey, J., & Howells, K. (2008). EssenCES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards. *Crim Behav Ment Health*, *18*(1), 49-58. doi:10.1002/cbm.677
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, *19*(2), 137-155. doi:10.1080/09540260701278929
- Sfetcu, R., Musat, S., Haaramo, P., Ciutan, M., Scintee, G., Vladescu, C., . . . Katschnig, H. (2017). Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 227. doi:10.1186/s12888-017-1386-z
- Shaffer, S. L., Hutchison, S. L., Ayers, A. M., Goldberg, R. W., Herman, D., Duch, D. A., . . . Terhorst, L. (2015). Brief Critical Time Intervention to Reduce Psychiatric Rehospitalization. *Psychiatr Serv*, *66*(11), 1155-1161. doi:10.1176/appi.ps.201400362
- 下津咲絵, & 坂本真士. (2020). 【精神科臨床評価マニュアル(改訂版)】(第1章)精神科臨床評価全般 精神障害に対する態度, 偏見, Link スティグマ尺度. *臨床精神医学*, *49*(8), 1011-

1017.

- 下津咲絵, 坂本真士, 堀川直史, & 坂野雄二. (2006). Link ステイグマ尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *精神科治療学*, *21*(5), 521-528.
- Siess, J., & Schalast, N. (2017). Psychometric Properties of the Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES) in a Sample of General Psychiatric Wards. *Arch Psychiatr Nurs*, *31*(6), 582-587. doi:10.1016/j.apnu.2017.08.001
- Takano, A., Kawakami, N., Miyamoto, Y., & Matsumoto, T. (2015). A Study of Therapeutic Attitudes Towards Working With Drug Abusers: Reliability and Validity of the Japanese Version of the Drug and Drug Problems Perception Questionnaire. *Arch Psychiatr Nurs*, *29*(5), 302-308. doi:10.1016/j.apnu.2015.05.002
- 高野慶輔., & 丹野義彦. (2008). Rumination-Reflection Questionnaire 日本語版作成の試み. *パーソナリティ研究*, *16*(2), 259-261.
- Takano, K., & Tanno, Y. (2009). Self-rumination, self-reflection, and depression: self-rumination counteracts the adaptive effect of self-reflection. *Behav Res Ther*, *47*(3), 260-264. doi:10.1016/j.brat.2008.12.008
- Tashiro, J., Shimpuku, Y., Naruse, K., Maftuhah, & Matsutani, M. (2013). Concept analysis of reflection in nursing professional development. *Jpn J Nurs Sci*, *10*(2), 170-179. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00222.x
- Thornicroft, C., Wyllie, A., Thornicroft, G., & Mehta, N. (2014). Impact of the "Like Minds, Like Mine" anti-stigma and discrimination campaign in New Zealand on anticipated and experienced discrimination. *Aust NZ J Psychiatry*, *48*(4), 360-370. doi:10.1177/0004867413512687
- Thornicroft G. (2006). *Shunned Discrimination Against People with Mental Illness*. Oxford University Press, Oxford
- (青木省三 & 諏訪浩(監訳).(2012). *精神障害者差別とは何か*. 日本評論社, 東京.)
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality And Social Psychology*, *76*(2), 284-304.

- Tyler, N., Wright, N., & Waring, J. (2019). Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Serv Res*, *19*(1), 883. doi:10.1186/s12913-019-4658-0
- Vigod, S. N., Kurdyak, P. A., Dennis, C. L., Leszcz, T., Taylor, V. H., Blumberger, D. M., & Seitz, D. P. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *Br J Psychiatry*, *202*(3), 187-194. doi:10.1192/bjp.bp.112.115030
- Vigod, S. N., Kurdyak, P. A., Seitz, D., Herrmann, N., Fung, K., Lin, E., . . . Gruneir, A. (2015). READMIT: a clinical risk index to predict 30-day readmission after discharge from acute psychiatric units. *J Psychiatr Res*, *61*, 205-213. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.12.003
- Vigod, S. N., Taylor, V. H., Fung, K., & Kurdyak, P. A. (2013). Within-hospital readmission: an indicator of readmission after discharge from psychiatric hospitalization. *Can J Psychiatry*, *58*(8), 476-481. doi:10.1177/070674371305800806
- Walter, F., Carr, M. J., Mok, P. L. H., Antonsen, S., Pedersen, C. B., Appleby, L., . . . Webb, R. T. (2019). Multiple adverse outcomes following first discharge from inpatient psychiatric care: a national cohort study. *The Lancet Psychiatry*, *6*(7), 582-589. doi:10.1016/s2215-0366(19)30180-4
- World Health Organization. (2018). WHO. Mental health atlas 2017. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*(6), CD002831. doi:10.1002/14651858.CD002831.pub2
- Zou, H., Li, Z., Nolan, M. T., Arthur, D., Wang, H., & Hu, L. (2013). Self-management education interventions for persons with schizophrenia: a meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs*, *22*(3), 256-271. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00863.x

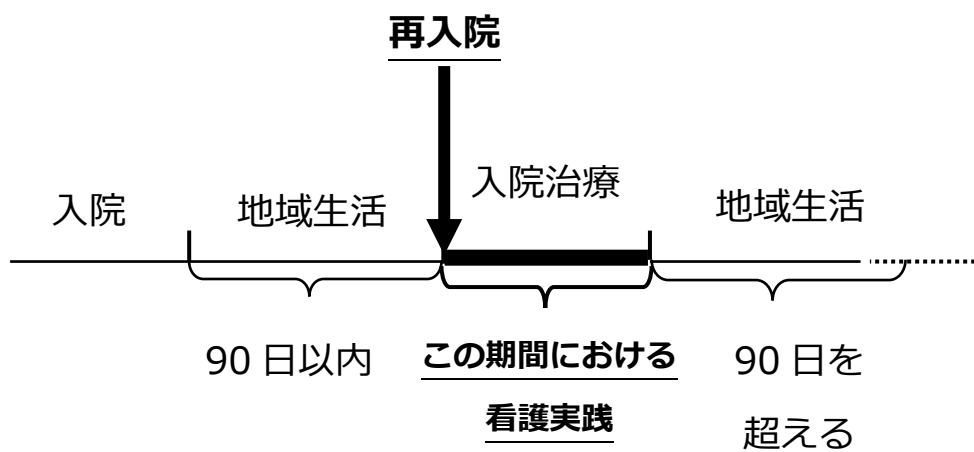


図1 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護

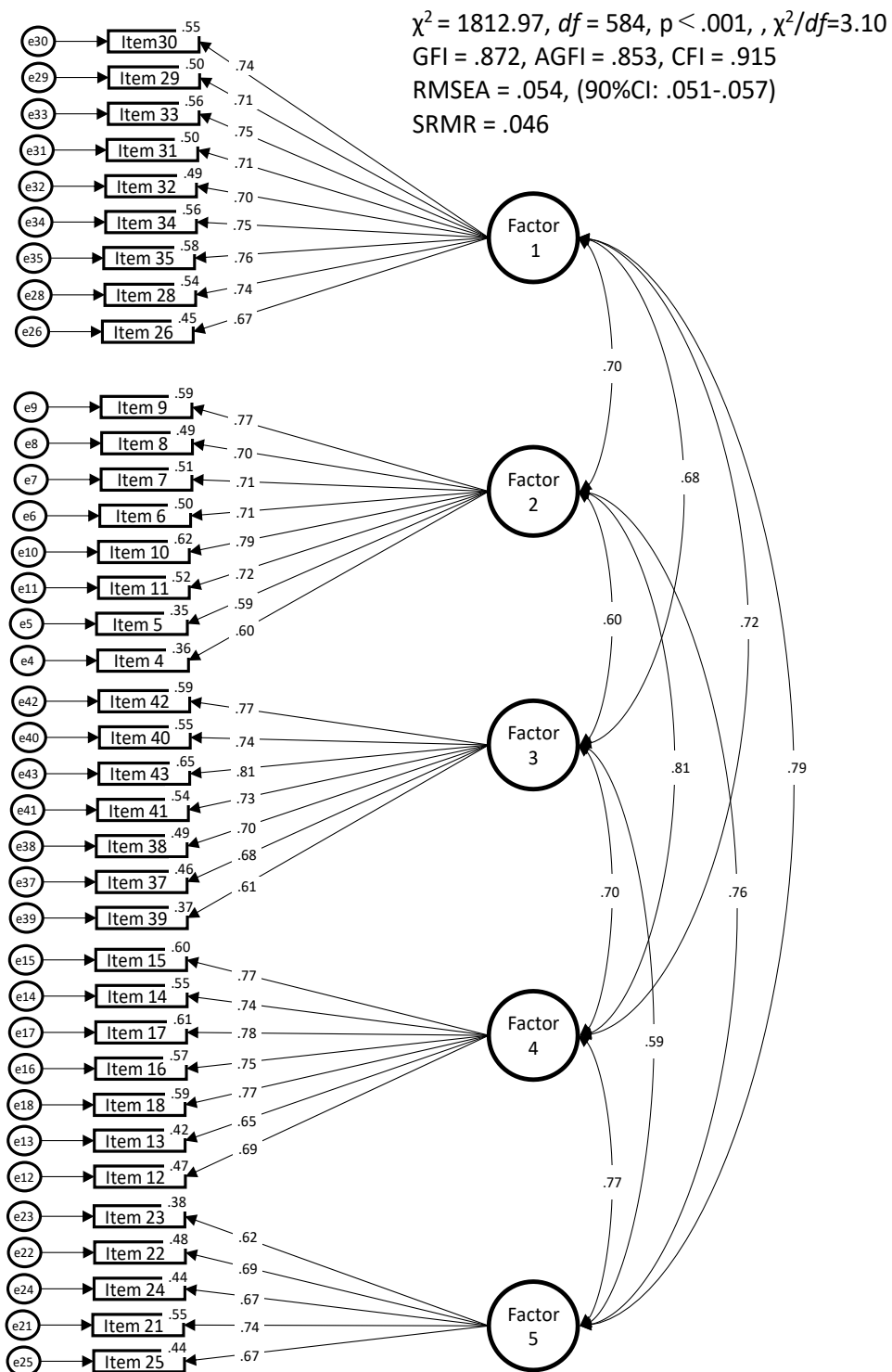


図 2 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の確認的因子分析 (5 因子モデル)

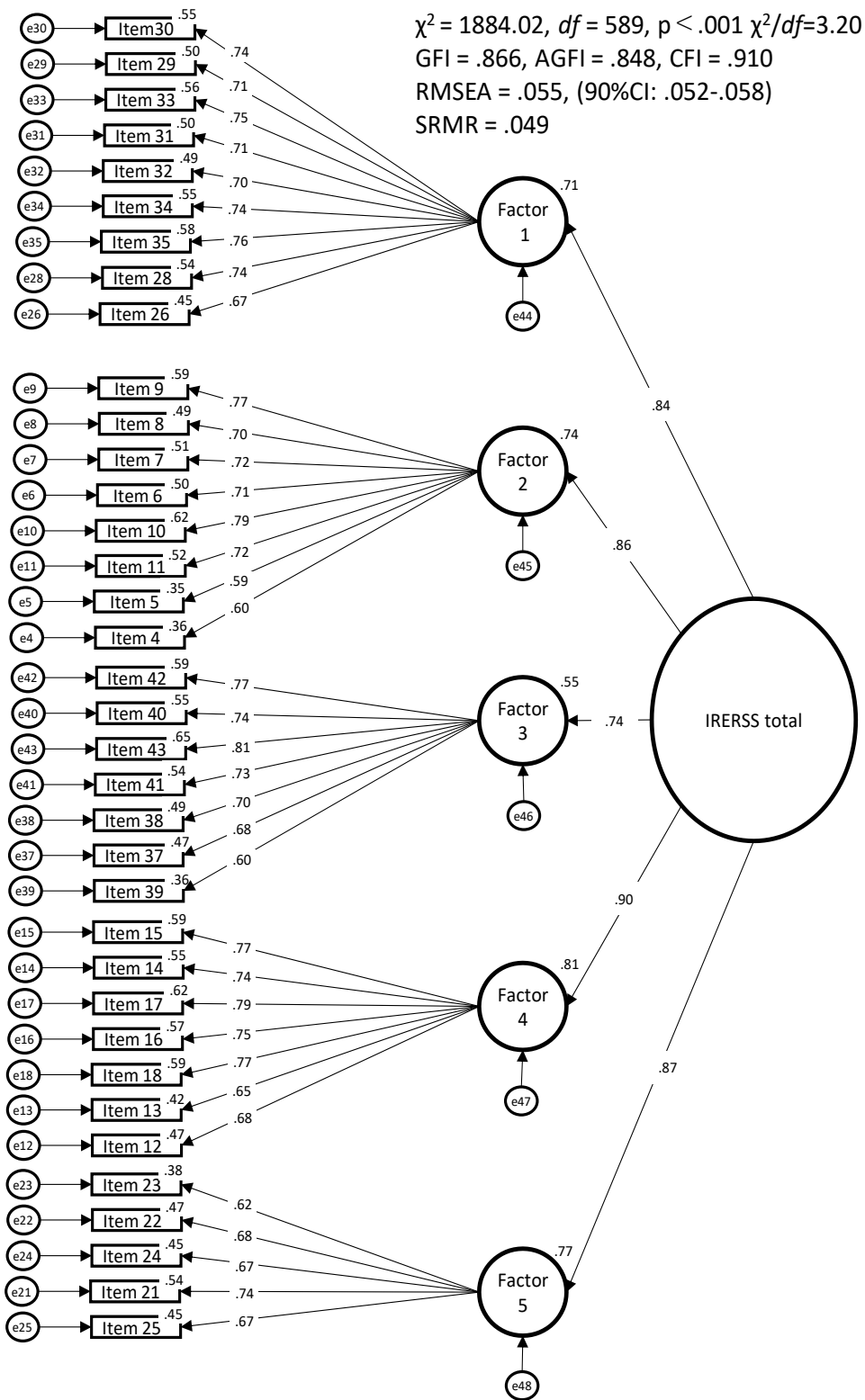


図 3 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の確認的因子分析（高次因子モデル）

表 1. 研究参加者の属性と参加者の所属する病院/病棟の特徴 (n = 724)

| | | n | % |
|-----------------------------|----------------------------|------|------|
| 看護師 | 性別 | | |
| | 男性 | 324 | 44.8 |
| | 女性 | 400 | 55.2 |
| | 精神科経験年数(年) | | |
| | < 5 | 191 | 26.4 |
| | 5 - 14 | 323 | 44.6 |
| | ≥ 15 | 210 | 29.0 |
| | 認定・専門看護師の資格 | | |
| | なし | 698 | 96.4 |
| | あり | 26 | 3.6 |
| | 精神科訪問看護の経験 | | |
| | なし | 555 | 76.7 |
| | あり | 169 | 23.3 |
| | 精神科外来ケアの経験 | | |
| | なし | 652 | 90.1 |
| あり | 72 | 9.9 | |
| 精神科以外の診療科における経験 | | | |
| なし | 264 | 36.5 | |
| あり | 460 | 63.5 | |
| 教育背景 | | | |
| 専門学校・高校 | 598 | 82.6 | |
| 大学 | 112 | 15.5 | |
| 大学院(修士) | 14 | 1.9 | |
| 病院/病棟 | 病院設置主体 | | |
| | 公的医療機関 | 366 | 50.6 |
| | 公益法人 | 27 | 3.7 |
| | 医療法人 | 331 | 45.7 |
| | 病棟におけるプライマリナーシングの採用 | | |
| | なし | 325 | 44.9 |
| | あり | 399 | 55.1 |
| | 病棟における機能別看護の採用 | | |
| | なし | 431 | 59.5 |
| | あり | 293 | 40.5 |
| | 普段の退院前カンファレンスの開催状況 | | |
| | 開催していない | 166 | 2.9 |
| | 開催している | 558 | 77.1 |
| | 家族の退院前カンファレンスの参加状況 | | |
| | 参加していない | 122 | 16.9 |
| 参加している | 436 | 60.2 | |
| 退院前カンファレンスの多職種チームの構成 | | | |
| 病院スタッフのみから構成される | 312 | 43.1 | |
| 地域の多職種チームと病院スタッフの両方から構成される | 246 | 34.0 | |

表 2 『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票』の度数分布と記述統計 (n = 724)

| | n (%) | | | | | mean (SD) |
|--|------------|-------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| #1 ^a 統合失調症の特性を踏まえた患者の人となりをつかみ, 全体像を思い描く | 5 (.7) | 32 (4.4) | 272 (37.6) | 328 (45.3) | 87 (12.0) | 3.64 (.78) |
| #2 ^a 統合失調症患者の思いを慮り, 患者の理解者となる | 3 (.4) | 25 (3.5) | 242 (33.4) | 379 (52.3) | 75 (10.4) | 3.69 (.72) |
| #3 ^b 看護師の自分一人では統合失調症患者の課題をつかむことができない状況を捉えている | 7 (1.0) | 54 (7.5) | 245 (33.8) | 326 (45.0) | 92 (12.7) | 3.61 (.84) |
| #4 退院支援に向け, 日頃からスタッフ間の助け合いを意識している | 4 (.6) | 3 (.4) | 168 (23.2) | 373 (51.5) | 146 (20.2) | 3.86 (.81) |
| #5 統合失調症患者が話しやすい看護師を通して, スタッフ間で情報を共有する | 4 (.6) | 20 (2.8) | 141 (19.5) | 430 (59.4) | 129 (17.8) | 3.91 (.73) |
| #6 日常的に関わる看護師として, 統合失調症患者が困ることを普段から把握しておく | 4 (.6) | 17 (2.3) | 193 (26.7) | 415 (57.3) | 95 (13.1) | 3.80 (.71) |
| #7 印象的な出来事や気にかかる生活状況を通して明らかになる統合失調症患者の課題に気づく | 3 (.4) | 29 (4.0) | 245 (33.8) | 366 (50.6) | 81 (11.2) | 3.68 (.74) |
| #8 以前の入院の時よりも詳しく, 統合失調症患者の再入院に至るプロセスに関する情報をつかむ | 4 (.6) | 45 (6.2) | 255 (35.2) | 324 (44.8) | 96 (13.3) | 3.64 (.81) |
| #9 統合失調症患者の残存している能力をつかみ, 再入院の原因と患者の課題をつきとめる | 3 (.4) | 31 (4.3) | 209 (28.9) | 382 (52.8) | 99 (13.7) | 3.75 (.76) |
| #10 統合失調症患者の退院後の生活をイメージし, 退院後の生活に向けた目標を想定する | 3 (.4) | 21 (2.9) | 179 (24.7) | 395 (54.6) | 126 (17.4) | 3.86 (.75) |
| #11 他のスタッフの多角的な意見を集約し, 看護の方向性を明確にする | 4 (.6) | 23 (3.2) | 171 (23.6) | 405 (55.9) | 121 (16.7) | 3.85 (.747) |
| #12 統合失調症患者と家族の関係性から, 双方にとっての幸せを考える | 3 (.4) | 28 (.9) | 216 (29.8) | 372 (51.4) | 105 (14.5) | 3.76 (.76) |
| #13 家族と統合失調症患者の歴史に思いを巡らし, 家族の退院への抵抗感を和らげる | 3 (.4) | 72 (9.9) | 288 (39.8) | 296 (40.9) | 65 (9.0) | 3.48 (.81) |
| #14 家族と信頼関係を結び, 患者と家族と看護師の三者で退院後の生活の目標を共有する | 2 (.3) | 49 (6.8) | 252 (34.8) | 337 (46.5) | 84 (11.6) | 3.62 (.79) |
| #15 退院後, 社会資源を利用しながら継続してゆける生活について, 家族と相談する | 2 (.3) | 40 (5.5) | 199 (27.5) | 354 (48.9) | 129 (17.8) | 3.78 (.81) |
| #16 退院後の統合失調症患者の新しい居場所を想定し, 病院内で行えることを緩やかに準備する | 2 (.3) | 36 (5.0) | 207 (28.6) | 387 (53.5) | 92 (12.7) | 3.73 (.75) |
| #17 統合失調症患者や家族に対し, 単身生活や施設入所という環境変化への抵抗感を和らげる | 2 (.3) | 47 (6.5) | 238 (32.9) | 369 (51.0) | 68 (9.4) | 3.63 (.75) |
| #18 退院に向けて, 統合失調症患者や家族の緊張感に対して, 心の準備をすすめていく | 1 (.1) | 28 (3.9) | 241 (33.3) | 377 (52.1) | 77 (10.6) | 3.69 (.72) |
| #19 ^a 統合失調症患者に振り返りを促しながら, 目標を共有する | 1 (.1) | 30 (4.1) | 220 (30.4) | 373 (51.5) | 100 (13.8) | 3.75 (.75) |
| #20 統合失調症の特性であるラポール形成能力の障害を踏まえ, 患者の対人関係における苦悩を軽減したいという願いをもって関わる | 2 (.3) | 42 (5.8) | 286 (39.5) | 301 (41.6) | 93 (12.8) | 3.61 (.79) |
| #21 統合失調症患者の他者への緊張に対して, 安全感を保証し, 患者との信頼関係を形成する | 1 (.1) | 19 (2.6) | 201 (27.8) | 386 (53.3) | 117 (16.2) | 3.83 (.73) |
| #22 統合失調症患者の不安定な状態に対して, 休養を促し症状の鎮静化をはかる | 0 (0) | 15 (2.1) | 145 (20.0) | 416 (57.5) | 148 (20.4) | 3.96 (.70) |
| #23 統合失調症患者に対して, ストレスを与えないよう配慮する | 0 (0) | 25 (3.5) | 212 (29.3) | 373 (51.5) | 114 (15.7) | 3.80 (.74) |
| #24 他のスタッフの多角的な意見を網羅した統一的な関わりをする | 1 (.1) | 20 (2.8) | 235 (32.5) | 372 (51.4) | 96 (13.3) | 3.75 (.72) |
| #25 統合失調症患者の望みを具体的な地域生活につなげて, ストレスがかからないようにする | 3 (.4) | 32 (4.4) | 301 (41.6) | 335 (46.3) | 53 (7.3) | 3.56 (.71) |
| #26 統合失調症を病気として受け入れ生活する方法を探す | 3 (.4) | 38 (5.2) | 242 (33.4) | 363 (50.1) | 78 (10.8) | 3.66 (.76) |
| #27 統合失調症患者の弱さを強みと捉え, 患者が退院後も自信をもって継続できる ^a 生活習慣を身につけられるように支える | 2 (.3) | 42 (5.8) | 258 (35.6) | 346 (47.8) | 76 (10.5) | 3.62 (.76) |

(Continued)

表 2 (Continued)

| | n (%) | | | | | mean (SD) |
|---|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| #28 統合失調症患者の生活習慣の改善を図り、患者自身で生活習慣を維持できるか、評価する | 2 (.3) | 33 (4.6) | 237 (32.7) | 369 (51.0) | 83 (11.5) | 3.69 (.74) |
| #29 統合失調症患者に振り返りを促すことで、誤った外界に対する認知に気づきを与える | 5 (.7) | 51 (7.0) | 299 (41.3) | 311 (43.0) | 58 (8.0) | 3.51 (.77) |
| #30 統合失調症患者が気づいた認知の誤りへの対処を、より具体化し、自分の行動に責任感をもつように援助する | 3 (.4) | 56 (7.7) | 291 (40.2) | 316 (43.6) | 58 (8.0) | 3.51 (.77) |
| #31 統合失調症患者のとの対処行動が変化し始めた兆しから、看護師の行った援助を評価する | 3 (.4) | 67 (9.3) | 300 (41.4) | 286 (39.5) | 68 (9.4) | 3.48 (.81) |
| #32 陽性症状の悪化に気をつけながら統合失調症患者の変容を強化し、患者自身の問題解決力を信じる | 3 (.4) | 57 (7.9) | 270 (37.3) | 324 (44.8) | 70 (9.7) | 3.55 (.79) |
| #33 統合失調症患者が認知の誤りへの対処を身につけたことを確認する | 5 (.7) | 52 (7.2) | 321 (44.3) | 286 (39.5) | 60 (8.3) | 3.48 (.78) |
| #34 統合失調症患者に振り返りを促して、自己認知の違和感を具体化し、薬の必要性を自覚できる気づきを与える | 4 (.6) | 23 (3.2) | 237 (32.7) | 353 (48.8) | 107 (14.8) | 3.74 (.77) |
| #35 統合失調症患者の陽性症状悪化時の自己の認識や薬に対する認識の変化を評価する | 5 (.7) | 32 (4.4) | 238 (32.9) | 348 (48.1) | 101 (14.0) | 3.70 (.79) |
| #36 入院中の看護は患者の人生にとってプロセスの一部と捉え、患者の望む生き方を尊重する ^a | 1 (.1) | 43 (5.9) | 246 (34.0) | 320 (44.2) | 114 (15.7) | 3.69 (.81) |
| #37 退院後、規則正しい生活スタイルを継続していけるよう、統合失調症患者と周りの人を継続的にフォローする | 9 (1.2) | 56 (7.7) | 266 (36.7) | 318 (43.9) | 75 (10.4) | 3.54 (.83) |
| #38 地域で関わる看護師へ、患者の退院後に、入院中の支援を続けられるように橋渡しをする | 13 (1.8) | 66 (9.1) | 251 (34.7) | 300 (41.4) | 94 (13.0) | 3.55 (.89) |
| #39 統合失調症患者に対して、退院すると、どのようなメリットがあるかを伝える | 6 (.8) | 60 (8.3) | 245 (33.8) | 324 (44.8) | 89 (12.3) | 3.59 (.84) |
| #40 退院前に訪問看護やホームヘルパーが参加する多職種でのケア会議に参加する | 35 (4.8) | 66 (9.1) | 229 (31.6) | 271 (37.4) | 123 (17.0) | 3.53 (1.03) |
| #41 入院中と退院後の統合失調症患者の状態を比較し、セルフケア能力の差異を査定する | 23 (3.2) | 66 (9.1) | 289 (39.9) | 270 (37.3) | 76 (10.5) | 3.43 (.91) |
| #42 統合失調症患者とともに、退院後に患者が利用する社会資源を一緒に見たり、感想を話し合ったりする | 28 (3.9) | 68 (9.4) | 246 (34.0) | 293 (40.5) | 89 (12.3) | 3.48 (.96) |
| #43 退院後の支援体制を医療チーム間および統合失調症患者とその家族で確認をする | 18 (2.5) | 62 (8.6) | 252 (34.8) | 294 (40.6) | 98 (13.5) | 3.54 (.92) |

a: 探索的因子分析により除外された項目

b: 項目分析により除外された項目

表3 『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票』の探索的因子分析 (n = 724)

| Total 『統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票』 | | 因子負荷量 | | | | | h ^{2a} |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|------|------|------|------|-----------------|
| mean = 131.9 (SD = 18.1) α = .958 | | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | |
| 因子1 『認知機能とセルフケアへの支援』 | | mean = 32.3 (SD = 5.3) α = .908 | | | | | |
| #30 | 統合失調症患者が気づいた認知の誤りへの対処を、より具体化し、自分の行動に責任感をもつように援助する | .96 | -.07 | -.08 | .04 | -.14 | .65 |
| #29 | 統合失調症患者に振り返りを促すことで、誤った外界に対する認知に気づきを与える | .93 | -.07 | -.05 | .05 | -.18 | .59 |
| #33 | 統合失調症患者が認知の誤りへの対処を身につけたことを確認する | .74 | -.01 | -.01 | -.02 | .06 | .56 |
| #31 | 統合失調症患者のどの対処行動が変化し始めた兆しから、看護師の行った援助を評価する | .68 | .07 | .06 | -.03 | -.04 | .51 |
| #32 | 陽性症状の悪化に気づけながら統合失調症患者の変容を強化し、患者自身の問題解決力を信じる | .59 | .13 | .00 | -.06 | .09 | .50 |
| #34 | 統合失調症患者に振り返りを促して、自己認知の違和感を具体化し、薬の必要性を自覚できる気づきを与える | .58 | -.00 | .07 | .01 | .12 | .52 |
| #35 | 統合失調症患者の陽性症状悪化時の自己の認識や薬に対する認識の変化を評価する | .55 | .12 | .09 | -.05 | .10 | .54 |
| #28 | 統合失調症患者の生活習慣の改善を図り、患者自身で生活習慣を維持できるか、評価する | .49 | -.00 | .07 | .19 | .06 | .54 |
| #26 | 統合失調症を病気として受け入れ生活する方法を探す | .43 | .12 | .05 | .02 | .14 | .45 |
| 因子2 『再入院の課題の把握』 | | mean = 30.4 (SD = 4.5) α = .883 | | | | | |
| #9 | 統合失調症患者の残存している能力をつかみ、再入院の原因と患者の課題をつきとめる | -.03 | .83 | .04 | .03 | -.10 | .62 |
| #8 | 以前の入院の時よりも詳しく、統合失調症患者の再入院に至るプロセスに関する情報をつかむ | -.04 | .74 | .03 | -.02 | -.00 | .51 |
| #7 | 印象的な出来事や気にかかる生活状況を通して明らかになる統合失調症患者の課題に気づく | .14 | .72 | -.02 | -.05 | -.06 | .53 |
| #6 | 日常的に関わる看護師として、統合失調症患者が困ることを普段から把握しておく | .09 | .72 | -.05 | -.11 | .08 | .53 |
| #10 | 統合失調症患者の退院後の生活をイメージし、退院後の生活に向けた目標を想定する | -.03 | .66 | .02 | .27 | -.11 | .62 |
| #11 | 他のスタッフの多角的な意見を集約し、看護の方向性を明確にする | -.05 | .58 | .04 | .17 | .01 | .51 |
| #5 | 統合失調症患者が話しやすい看護師を通して、スタッフ間で情報を共有する | -.04 | .54 | -.06 | -.06 | .22 | .37 |
| #4 | 退院支援に向け、日頃からスタッフ間の助け合いを意識している | -.05 | .43 | .05 | .16 | .05 | .36 |
| 因子3 『退院後の生活に関わる連携体制の整備』 | | mean = 24.7 (SD = 4.9) α = .882 | | | | | |
| #42 | 統合失調症患者とともに、退院後に患者が利用する社会資源を一緒に見たり、感想を話し合ったりする | .08 | -.07 | .85 | -.04 | -.07 | .63 |
| #40 | 退院前に訪問看護やホームヘルパーが参加する多職種でのケア会議に参加する | -.14 | .03 | .84 | .06 | -.10 | .61 |
| #43 | 退院後の支援体制を医療チーム間および統合失調症患者とその家族で確認をする | .07 | -.02 | .76 | -.10 | -.10 | .65 |
| #41 | 入院中と退院後の統合失調症患者の状態を比較し、セルフケア能力の差異を査定する | .13 | .04 | .73 | -.12 | -.04 | .55 |
| #38 | 地域で関わる看護師へ、患者の退院後に、入院中の支援を続けられるように橋渡しをする | -.16 | .04 | .69 | .03 | .13 | .50 |
| #37 | 退院後、規則正しい生活スタイルを継続していけるよう、統合失調症患者と周りの人を継続的にフォローする | .02 | .00 | .50 | .06 | .21 | .49 |
| #39 | 統合失調症患者に対して、退院すると、どのようなメリットがあるかを伝える | .21 | -.01 | .43 | -.04 | .10 | .38 |
| 因子4 『退院後の目標の共有』 | | mean = 25.7 (SD = 4.2) α = .891 | | | | | |
| #15 | 退院後、社会資源を利用しながら継続してゆける生活について、家族と相談する | -.07 | .03 | .05 | .84 | -.08 | .65 |
| #14 | 家族と信頼関係を結び、患者と家族と看護師の三者で退院後の生活の目標を共有する | .03 | .00 | .02 | .79 | -.10 | .58 |
| #17 | 統合失調症患者や家族に対し、単身生活や施設入所という環境変化への抵抗感を和らげる | .05 | -.08 | .06 | .70 | .09 | .61 |
| #16 | 退院後の統合失調症患者の新しい居場所を想定し、病院内で行えることを緩やかに準備する | .07 | -.00 | -.02 | .67 | .11 | .57 |
| #18 | 退院に向けて、統合失調症患者や家族の緊張感に対して、心の準備をすすめていく | .07 | -.00 | -.02 | .65 | .11 | .57 |
| #13 | 家族と統合失調症患者の歴史に思いを巡らし、家族の退院への抵抗感を和らげる | .10 | .08 | .03 | .55 | -.09 | .41 |
| #12 | 統合失調症患者と家族の関係性から、双方にとっての幸せを考える | .04 | .20 | -.08 | .55 | -.01 | .47 |
| 因子5 『休養の場の提供』 | | mean = 18.9 (SD = 2.7) α = .810 | | | | | |
| #23 | 統合失調症患者に対して、ストレスを与えないよう配慮する | -.10 | -.02 | -.04 | -.11 | .89 | .52 |
| #22 | 統合失調症患者の不安定な状態に対して、休養を促し症状の鎮静化をはかる | .12 | .05 | -.12 | .06 | .59 | .48 |
| #24 | 他のスタッフの多角的な意見を網羅した統一的な関わりをする | -.07 | .02 | .07 | .13 | .58 | .46 |
| #21 | 統合失調症患者の他者への緊張に対して、安全感を保証し、患者との信頼関係を形成する | .16 | .11 | -.01 | .09 | .44 | .50 |
| #25 | 統合失調症患者の望みを具体的な地域生活につなげて、ストレスがかからないようにする | .18 | .01 | .05 | .09 | .41 | .43 |
| | | 固有値 | 14.8 | 2.2 | 2.0 | 1.2 | 1.2 |
| | | 因子間相関 | 1 | | | | |
| | | | .64 | 1 | | | |
| | | | .63 | .55 | 1 | | |
| | | | .66 | .75 | .67 | 1 | |
| | | | .71 | .70 | .52 | .68 | 1 |

a: 共通性

表 4 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票の収束的妥当性と弁別的妥当性 (n=724)

| 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票 | 項目数 | 収束的妥当性 ¹⁾ (相関係数の範囲) | 弁別的妥当性 ²⁾ (相関係数の範囲) | 尺度化成功数 ³⁾ (率) |
|---------------------------|-----|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 因子1『認知機能とセルフケアへの支援』 | 9 | .619～.725 | .400～.575 | 36/36 (100%) |
| 因子2『再入院の課題の把握』 | 8 | .567～.719 | .291～.640 | 32/32 (100%) |
| 因子3『退院後の生活に関わる連携体制の整備』 | 7 | .555～.742 | .325～.549 | 28/28 (100%) |
| 因子4『退院後の目標の共有』 | 7 | .617～.728 | .413～.597 | 28/28 (100%) |
| 因子5『休養の場の提供』 | 5 | .568～.620 | .280～.572 | 20/20 (100%) |

1) 各項目得点とその得点を除外した各ドメイン得点との相関係数

2) 各項目得点とその項目が属さないドメイン得点との相関係数

3) 収束的相関が弁別的相関よりも高い相関係数の数/全相関係数の数

表 5 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票と看護実践の卓越性, 病棟風土, 省察, およびスティグマとの相関 (n=724)

| 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票 | 看護実践の卓越性 自己評価尺度 | EssenCES I 患者間の仲間意識 PC | EssenCES II 安全への実感 ES | EssenCES III 治療的な関心 TH | RRQ における 省察 | Link スティグマ 尺度 |
|---------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------|------------------|
| 総計 | .590** | .180** | -.071 | .331** | .186** | -.011 |
| 因子 1 『認知機能とセルフケアへの支援』 | .534** | .152** | -.095* | .260** | .156** | -.012 |
| 因子 2 『再入院の課題の把握』 | .547** | .119** | -.033 | .315** | .230** | .024 |
| 因子 3 『退院後の生活に関わる連携体制の整備』 | .414** | .182** | -.076* | .277** | .112** | -.030 |
| 因子 4 『退院後の目標の共有』 | .472** | .160** | -.037 | .257** | .151** | -.015 |
| 因子 5 『休養の場の提供』 | .512** | .133** | -.039 | .284** | .124** | -.014 |

*p < 0.05, **p < 0.01

表 6 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票に関わる対象者の属性における群間比較 (n = 724)

| | Total: IRERSS | | | | 因子 1: 認知機能と セルフケアへの支援 | | 因子 2: 再入院の 課題の把握 | | 因子 3: 退院後の 生活に関わる 連携体制の整備 | | 因子 4: 退院後の 目標の共有 | | 因子 5: 休養の 場の提供 | | | | | | |
|--|---------------|--------|-------|---------------|-----------------------------|------|------------------------|-------|---------------------------------|---------------|------------------------|------|----------------------|-------|------|---------------|-------|------|---------------|
| | n | Mean | SD | p | Mean | SD | p | Mean | SD | p | Mean | SD | p | Mean | SD | p | | | |
| 性別^a | | | | t = -.38 .71 | | | t = .67 .50 | | | t = -1.82 .07 | | | t = -.47 .64 | | | t = -.17 .87 | | | t = .29 .78 |
| 男性 | 324 | 131.63 | 17.72 | | 32.46 | 5.13 | | 30.02 | 4.37 | | 24.56 | 4.64 | | 25.67 | 4.11 | | 18.92 | 2.64 | |
| 女性 | 400 | 132.15 | 18.40 | | 32.20 | 5.42 | | 30.63 | 4.56 | | 24.74 | 5.09 | | 25.72 | 4.27 | | 18.87 | 2.77 | |
| 精神科経験年数^b | | | | F = 12.06 .00 | | | F = 8.32 .00 | | | F = 7.40 .00 | | | F = 10.45 .00 | | | F = 8.89 .00 | | | F = 6.34 .00 |
| < 5 | 191 | 128.12 | 17.32 | | 31.39 | 5.02 | | 29.59 | 4.34 | | 23.77 | 4.94 | | 24.92 | 4.31 | | 18.45 | 2.61 | |
| 5 - 14 | 323 | 131.09 | 17.88 | 】** | 32.11 | 5.41 | 】** | 30.21 | 4.48 | 】* | 24.39 | 4.72 | 】** | 25.55 | 4.14 | 】** | 18.82 | 2.70 | 】** |
| ≥ 15 | 210 | 136.64 | 18.17 | 】** | 33.47 | 5.16 | 】** | 31.26 | 4.47 | 】** | 25.88 | 4.90 | 】** | 26.63 | 4.01 | 】* | 19.40 | 2.75 | 】** |
| 認定・専門看護師の 資格の有無^a | | | | t = -4.06 .00 | | | t = -3.07 .00 | | | t = -3.68 .00 | | | t = -2.78 .01 | | | t = -3.94 .00 | | | t = -3.85 .00 |
| なし | 698 | 131.39 | 17.96 | | 32.20 | 5.27 | | 30.23 | 4.48 | | 24.56 | 4.87 | | 24.56 | 4.87 | | 18.82 | 2.69 | |
| あり | 26 | 145.92 | 15.97 | 】** | 35.42 | 4.84 | 】** | 33.50 | 3.23 | 】** | 27.27 | 4.80 | 】** | 27.27 | 4.80 | 】** | 20.88 | 2.60 | 】** |
| 精神科訪問看護経験^a | | | | t = -3.76 .00 | | | t = -3.33 .00 | | | t = -1.88 .06 | | | t = -4.73 .00 | | | t = -2.93 .00 | | | t = -2.39 .02 |
| なし | 555 | 130.54 | 17.86 | | 31.95 | 5.22 | | 30.18 | 4.44 | | 24.19 | 4.87 | | 25.45 | 4.25 | | 18.76 | 2.68 | |
| あり | 169 | 136.45 | 18.14 | 】** | 33.49 | 5.37 | 】** | 30.92 | 4.59 | | 26.20 | 4.64 | 】** | 26.52 | 3.91 | 】** | 19.33 | 2.78 | 】* |
| 精神科外来の経験^a | | | | t = -2.12 .03 | | | t = -1.02 .31 | | | t = -3.20 .00 | | | t = -1.95 .05 | | | t = -1.62 .11 | | | t = -.86 .39 |
| なし | 652 | 131.44 | 18.05 | | 32.25 | 5.25 | | 30.18 | 4.48 | | 24.54 | 4.90 | | 25.62 | 4.18 | | 18.86 | 2.71 | |
| あり | 72 | 136.19 | 18.03 | 】* | 32.92 | 5.59 | | 31.94 | 4.25 | 】** | 25.72 | 4.72 | | 26.46 | 4.28 | | 19.15 | 2.75 | |
| 教育背景^b | | | | F = 3.57 .03 | | | F = 3.47 .03 | | | F = 2.50 .08 | | | F = 1.50 .22 | | | F = 2.25 .11 | | | F = 3.86 .02 |
| 高校・専門学校 | 598 | 131.38 | 18.10 | | 32.18 | 5.38 | | 30.23 | 4.48 | | 24.59 | 4.91 | | 25.59 | 4.10 | | 18.79 | 2.69 | |
| 大学 | 112 | 133.32 | 17.49 | 】* | 32.56 | 4.66 | 】* | 30.74 | 4.50 | | 24.76 | 4.76 | | 26.05 | 4.57 | | 19.21 | 2.76 | 】* |
| 大学院（修士） | 14 | 143.64 | 18.98 | 】* | 35.86 | 5.08 | 】* | 32.64 | 4.16 | | 26.86 | 4.85 | | 27.71 | 4.75 | | 20.57 | 2.82 | 】* |
| 他科の経験^a | | | | t = .13 .90 | | | t = .85 .40 | | | t = -.38 .70 | | | t = .84 .40 | | | t = -.25 .80 | | | t = -.63 .53 |
| なし | 264 | 132.03 | 17.70 | | 32.53 | 5.10 | | 24.57 | 4.81 | | 25.13 | 3.89 | | 25.65 | 4.33 | | 18.81 | 2.68 | |
| あり | 460 | 131.85 | 18.33 | | 32.19 | 5.50 | | 24.71 | 4.94 | | 24.86 | 4.37 | | 25.73 | 4.12 | | 18.64 | 2.73 | |

IRERSS: 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票, *p < 0.05, **p < 0.01, a: t 検定, b: 一元配置分散分析と多重比較 (Bonferroni 法)

表 7 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票に関わる病院/病棟の特徴における群間比較 (n = 724)

| | Total: IRERSS | | | | 因子 1: 認知機能と セルフケアへの支援 | | | 因子 2: 再入院の 課題の把握 | | | 因子 3: 退院後の 生活に関わる 連携体制の整備 | | | 因子 4: 退院後の 目標の共有 | | | 因子 5: 休養の 場の提供 | | |
|---|---------------|--------|-------|---------------|-----------------------------|------|---------------|------------------------|------|---------------|---------------------------------|------|---------------|------------------------|------|---------------|----------------------|------|---------------|
| | n | Mean | SD | p | Mean | SD | p | Mean | SD | p | Mean | SD | p | Mean | SD | p | Mean | SD | p |
| 病院設置主体^b | | | | F = 6.57 .00 | | | F = 4.96 .01 | | | F = 6.54 .00 | | | F = 1.26 .28 | | | F = 6.17 .00 | | | F = 7.38 .00 |
| 公的医療機関 | 366 | 134.31 | 17.50 | ** | 32.92 | 5.33 | ** | 30.94 | 4.22 | ** | 24.94 | 4.87 | ** | 26.23 | 4.07 | ** | 19.27 | 2.67 | ** |
| 公益法人 | 27 | 129.78 | 19.15 | | 31.48 | 6.02 | | 29.59 | 3.89 | | 24.59 | 4.96 | | 25.59 | 4.55 | | 18.52 | 2.72 | |
| 医療法人 | 331 | 129.45 | 18.34 | | 31.71 | 5.11 | | 29.76 | 4.73 | | 24.35 | 4.91 | | 25.12 | 4.23 | | 18.50 | 2.71 | |
| 病棟機能の別^b | | | | F = .54 .58 | | | F = .84 .43 | | | F = 1.58 .21 | | | F = .29 .75 | | | F = .02 .98 | | | F = .04 .97 |
| 救急・急性期 | 299 | 132.71 | 17.45 | | 32.62 | 5.00 | | 30.67 | 4.27 | | 24.77 | 4.71 | | 25.74 | 4.10 | | 18.92 | 2.66 | |
| 慢性期・回復期 | 336 | 131.51 | 18.76 | | 32.08 | 5.52 | | 30.22 | 4.52 | | 24.66 | 5.04 | | 25.68 | 4.23 | | 18.87 | 2.85 | |
| その他 | 89 | 130.79 | 17.73 | | 32.17 | 5.37 | | 29.79 | 4.98 | | 24.31 | 4.94 | | 25.65 | 4.41 | | 18.87 | 2.34 | |
| プライマリナーシング^a | | | | t = -4.21 .00 | | | t = -3.14 .00 | | | t = -3.81 .00 | | | t = -3.69 .00 | | | t = -3.65 .00 | | | t = -3.23 .00 |
| なし | 325 | 128.82 | 17.83 | ** | 31.63 | 5.17 | ** | 29.66 | 4.65 | ** | 23.92 | 4.92 | ** | 25.07 | 4.05 | ** | 18.53 | 2.68 | ** |
| あり | 399 | 134.44 | 17.93 | | 32.87 | 5.33 | | 30.92 | 4.26 | | 25.26 | 4.79 | | 26.21 | 4.25 | | 19.18 | 2.71 | |
| 機能別看護^a | | | | t = 4.15 .00 | | | t = 2.89 .00 | | | t = 3.94 .00 | | | t = 3.52 .00 | | | t = 3.75 .00 | | | t = 3.26 .00 |
| なし | 431 | 134.19 | 17.78 | ** | 32.78 | 5.31 | ** | 30.89 | 4.80 | ** | 25.18 | 4.80 | ** | 26.18 | 4.18 | ** | 19.16 | 2.70 | ** |
| あり | 293 | 128.57 | 18.05 | | 31.63 | 5.20 | | 29.56 | 4.73 | | 23.89 | 4.94 | | 25.00 | 4.73 | | 18.49 | 2.69 | |
| 家族の 退院前カンファレンスの参加状況^b | | | | F = 8.55 .00 | | | F = .46 .63 | | | F = 4.82 .01 | | | F = 20.07 .00 | | | F = 12.37 .00 | | | F = 1.54 .22 |
| 開催しない | 166 | 128.10 | 18.29 | ** | 32.05 | 5.28 | ** | 29.59 | 4.83 | ** | 23.02 | 5.14 | ** | 24.80 | 4.46 | ** | 18.33 | 2.75 | ** |
| なし | 122 | 129.18 | 19.47 | | 32.12 | 5.87 | | 29.93 | 4.71 | | 23.68 | 5.02 | | 24.70 | 4.37 | | 18.74 | 2.76 | |
| あり | 436 | 134.14 | 17.29 | | 32.47 | 5.13 | | 30.76 | 4.23 | | 25.56 | 4.54 | | 26.32 | 3.92 | | 19.03 | 2.68 | |
| 多職種スタッフの 退院前カンファレンスの参加状況^b | | | | F = 8.14 .00 | | | F = .85 .43 | | | F = 6.14 .00 | | | F = 21.83 .00 | | | F = 7.31 .00 | | | F = .98 .38 |
| 開催しない | 166 | 128.10 | 18.29 | ** | 32.05 | 5.28 | ** | 29.59 | 4.83 | ** | 23.02 | 5.14 | ** | 24.80 | 4.46 | ** | 18.63 | 2.75 | ** |
| 病院のスタッフのみで | 312 | 131.34 | 17.67 | | 32.18 | 5.40 | | 30.17 | 4.16 | | 24.38 | 4.71 | | 25.63 | 4.02 | | 18.97 | 2.70 | |
| 地域と病院の多職種で | 246 | 135.23 | 17.97 | | 32.66 | 5.16 | | 31.10 | 4.54 | | 26.11 | 4.54 | | 26.39 | 4.11 | | 18.96 | 2.70 | |

IRERSS: 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票, *p < 0.05, **p < 0.01, a: t 検定, b: 一元配置分散分析と多重比較 (Bonferroni 法)

表 8 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の関連要因 (n = 724)

| | | | Total: IRERSS | | | 因子 1: 認知機能と セルフケアへの支援 | | | 因子 2: 再入院の 課題の把握 | | | 因子 3: 退院後の 生活に関わる 連携体制の整備 | | | 因子 4: 退院後の 目標の共有 | | | 因子 5: 休養の 場の提供 | | |
|-------------------------|----------------------------|--|-----------------------|--------------|------|-----------------------------|--------------|------|------------------------|--------------|------|---------------------------------|--------------|------|------------------------|--------------|------|----------------------|------------|------|
| | | | B [95%CI] | β p | VIF | B [95%CI] | β p | VIF | B [95%CI] | β p | VIF | B [95%CI] | β p | VIF | B [95%CI] | β p | VIF | | | |
| 認定・専門看護師 | なし | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | あり | | 7.79 [2.18, 13.40] | .08 .01 | 1.02 | | | | 1.59 [.15, 3.03] | .07 .03 | 1.02 | | | | 2.10 [.68, 3.53] | .09 .00 | 1.01 | 1.27 [.36, 2.18] | .09 .01 | 1.01 |
| 精神科訪問看護の経験 | なし | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | あり | | | | | | | | | | | 1.26 [.52, 2.00] | .11 .00 | 1.03 | | | | | | |
| 教育背景 | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | 専門学校・高校 | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | 大学 | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | 大学院（修士） | | | | | 2.47 [.11, 4.83] | .06 .04 | 1.01 | | | | | | | | | | | | |
| 退院前カンファレンスの家族の参加状況 | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | カンファレンスを開かない 参加しない | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | 参加する | | 2.64 [.28, 4.99] | .07 .03 | 1.24 | | | | | | | 1.28 [.58, 1.98] | .13 .00 | 1.25 | 1.34 [.80, 1.88] | .16 .00 | 1.00 | | | |
| 退院前カンファレンスの多職種スタッフの参加状況 | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | カンファレンスを開かない 病院スタッフのみ参加 | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | 地域の多職種スタッフも参加 | | 3.05 [.62, 5.47] | .08 .01 | 1.24 | | | | .91 [.35, 1.47] | .10 .00 | 1.01 | 1.41 [.69, 2.14] | .13 .00 | 1.24 | | | | | | |
| EssenCES I 患者間の仲間意識 | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | .16 [.03, .28] | .08 .02 | 1.11 | .14 [.03, .24] | .08 .01 | 1.03 | | | |
| EssenCES II 安全への実感 | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | | | | | | -.12 [-.21, -.04] | -.09 .01 | 1.00 | | | | | | | | | | | | |
| EssenCES III 治療的な関心 | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | | | .82 [.44, 1.21] | .13 .00 | 1.18 | .15 [.03, .27] | .08 .01 | 1.16 | .22 [.13, .32] | .15 .00 | 1.18 | .17 [.05, .28] | .10 .01 | 1.26 | | | | .11 [.05, .17] | .12 .00 | 1.14 |
| Reflection | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | | | .16 [.02, .31] | .07 .03 | 1.08 | | | | .08 [.04, .11] | .12 .00 | 1.08 | | | | | | | | | |
| 看護実践の卓越性自己評価尺度 | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | Reference | | | | | |
| | | | .51 [.44, .57] | .52 .00 | 1.23 | .14 [.13, .16] | .50 .00 | 1.15 | .11 [.10, .13] | .46 .00 | 1.23 | .09 [.07, .11] | .34 .00 | 1.17 | .10 [.09, .12] | .44 .00 | 1.04 | .07 [.06, .08] | .46 .00 | 1.16 |
| R ² | | | .393 | | | .303 | | | .346 | | | .262 | | | .263 | | | .282 | | |
| adjusted R ² | | | .388 | | | .299 | | | .342 | | | .256 | | | .259 | | | .279 | | |

IRERSS: 統合失調症患者の地域定着を目指した病院看護の調査票