

精神科・慢性長期在院患者の社会復帰プログラム 作成に関する研究

— 障害受容と価値の転換に焦点をあてて —

(研究課題番号 11672361)

平成11年度～平成13年度 科学研究費補助金 (基盤研究(C)(2))
研究成果報告書

平成 14 年 3 月

研究代表者 上 野 恭 子
(筑波大学社会医学系)

P63 最終行

「開発者の許可と協力の元に再度次元として確認的因子分析を行なったところ・・・」
→「開発者の志自岐に再度次元性として確認的因子分析の実施を依頼し、その結果負荷量・・・」

p64 2行目 「21項目を修正版として」 → 「NPS（21項目）として」

p 64 表1 「21項目修正版」 → 「NPS（21項目）」

目次

| | |
|-----------------------------|-----|
| はしがき | i |
| 研究組織 | ii |
| 研究経費 | ii |
| I. 研究の背景 | 1 |
| II. 研究目的と研究計画・経過 | 3 |
| III. 研究成果 | |
| <平成 11 年度成果> | |
| ・精神分裂病患者の長期入院における問題 | 6 |
| ・長期入院精神分裂病患者の生活行動の特徴 | |
| ―患者の言動に焦点をあてた質的研究― | 18 |
| <平成 12 年度成果> | |
| ・精神科看護師の患者観と関連する要因の分析 | |
| 面接法を用いた質的研究 | 30 |
| <平成 13 年度成果> | |
| ・精神科病棟で働く看護師の組織コミットメントと専門職性 | 49 |
| 結語 | 138 |
| 資料 | |
| 1. 協力依頼 | 139 |
| 2. 調査の依頼書と尺度 | 141 |
| 3. 調査再度の依頼書 | 150 |
| 4. 病院用フェイスシート | 151 |

は し が き

我が国の看護領域において、精神科看護は必ずしも順風満帆に進んだ領域とはいえない。1990年代に入り、患者の人権擁護の気運が高まるなか、精神科医療は少しずつであるが改善の兆しが現れている。しかしながら、依然として続く偏見や福祉対策の遅れなどから、精神科医療の場で働く看護師達（准看護師を含む）の苦勞や努力は、計り知れないものがある。特に長期在院患者に対して行なうケアに行き詰まった感覚を抱いていると思われた。今回、文部科学省研究助成金を得て開始された平成11年（1999年）の研究では、長期在院患者の多い精神科病棟ので参加観察を行ない、現場では何がおこっているのかを患者の気持ちや行動に関する情報を収集、分析した。さらに平成12年（2000年）には実際にケアを行なっている精神科看護師への質的アプローチを用いて看護師の患者への気持ちや援助行為に関連する要因を分析した。そして前2つの研究成果から最終研究の方向性を定め、平成13年（2001年）には精神科看護師の援助行為が有効に行なえる場すなわち病院組織との関連を量的アプローチを用いて検討した。この研究報告書は、この経過の中で得られた研究成果を報告するものである。

今回の一連の研究に当たり、多くの方々に多大なご協力をいただきました。つらいことを語ってくださった障害者や看護師のみなさま、ご多忙中アンケートに答えてくださった看護師のみなさま、そのほか、この研究にご助力くださいました関係者のみなさまに心より感謝申し上げます。

研究課題

精神科・慢性長期在院患者の社会復帰プログラム作成に関する研究
－障害受容と価値の転換に焦点をあてて－

（研究課題番号 11672361）

研究組織

研究代表者 上野恭子 （筑波大学社会医学系 看護・医療科学類・講師）

研究分担者

| | | |
|----------|-------|--------------------------|
| 平成 11 年度 | 羽山由美子 | （聖路加看護大学・教授） |
| | 小林美奈子 | （前 筑波大学医療技術短期大学部・講師） |
| | 小池秀子 | （筑波大学社会医学系 看護・医療科学類・講師） |
| | 小谷野康子 | （前 聖路加看護大学・助手） |
| | 藤谷志穂 | （前 聖路加看護大学・助手） |
| 平成 12 年度 | 羽山由美子 | （聖路加看護大学・教授） |
| | 小林美奈子 | （前 筑波大学医療技術短期大学部・講師） |
| | 西川浩昭 | （筑波大学社会医学系 看護・医療科学類・助教授） |
| 平成 13 年度 | 羽山由美子 | （聖路加看護大学・教授） |
| | 西川浩昭 | （筑波大学社会医学系 看護・医療科学類・助教授） |
| | 古市由美子 | （前 筑波大学医療技術短期大学部・助手） |

研究協力者 栗原加代 （筑波大学医科学研究科）
吉沢清美 （前筑波大学医療技術短期大学部・非常勤講師）

研究経費

| | |
|----------|----------|
| 平成 11 年度 | 1,500 千円 |
| 平成 12 年度 | 500 千円 |
| 平成 13 年度 | 500 千円 |

I 研究の背景

精神看護学を専門とし、短大の看護学生の臨床実習指導を担っている本研究者は、先ごろ、統合失調症の入院患者から衝撃的な言葉を聞いた。「外泊しても家から一步も出してもらえない」と。あらゆる領域の医療が目覚しく進歩し、それに伴い看護が発展し、そして病を持った人はそれなりの生活を再び始めてゆく。それを回りの人々は応援し協力し、その人を何とか支えようとする。それが自然の流れであると誰しも思う。しかし、精神科の患者だけはまだ例外なのか、そう思わずにはいられない言葉であった。

現在のわが国の精神医療は、偏見との闘いでもある。つい先ごろ（2002年6月）、精神分裂病の名称を統合失調症に変更することが日本精神神経学会で議決された。名称が人々に与える印象を改善することを考えてのことであった。ノーマライゼーション、障害者の社会参加、人権擁護などということばが浸透してゆく中で、精神病が不治であり、遺伝であり、危険であるという一方的な決めつけは今もなお人々の心に根強く残っている。そして驚くことに一般の人々だけではなく、医療者のなかにも精神科に対する独特なイメージ、偏った考えを抱いている場合すら感じられるのである。

しかし、1990年代になってようやく患者の人権に着目する気運が高まり、精神障害者の人権擁護も視野に入れられるようになった。精神保健法の見直しの結果、1993年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）が成立し、ようやく精神障害者の福祉の整備が謳われるようになった。このように少しずつではあるが精神医療そのものや取り巻く問題の改善がなされているように見える。しかし、実際には精神障害者の生活の改善がどこまで進んだのかは疑問である。問題は、社会全体の精神病や精神障害者への認識の改善が非常にゆっくりであり、旧態依然としているところが多いことにあると考えられる。

厚生労働省の調査によると1999年現在、約33.3万人の精神障害者が入院生活を送っている。この内、「精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害」に該当する入院患者総数は26.9万人（62.5%）である。また、全精神疾患患者を在院期間別にみると入院期間が5年以上の患者は全体の48.3%にも上り、その76%に当たる12.6万人が統合失調症である（浅井,1998）。さらに長期入院をしている慢性統合失調症患者のうち、症状が軽度および中等度の患者は38%の5万人と推定され、そのうち院内寛解患者は約3万人と推定されている（浅井,1999）。これらの患者は本来なら入院の必要性が少なく、中間施設あるいは地域で

の生活が可能である。このように多くの患者が入院生活を余儀なくされるには複数の原因が関係している。

まず、退院後に中高年齢になった患者を引き受ける場の不足がある。回復者を受け入れる就職先や福祉施設を見つけることは困難を伴う。家族の経済的負担も然ることながら家族の精神的負担は、偏見から家族メンバーの生活を守る上でもっと深刻な問題になる。家族を守るためには患者の存在すら隠し通さねばならないと感じ、冒頭の言葉からわかるようにそれを実行している家族は現在でも多く存在する。

次に患者自身がすでに施設症となっており、退院への意欲も希望も持たない状況に陥っていることである。施設症とは、人との交流が比較的閉ざされた場所に長く居住することによってもたらされる狭義の人格的变化であり、施設のなかで生活するうちにいつの間にかそこに満足してしまい、他の場所で暮らそうという気持ちすら失ってしまう状態と定義される（新福,1979）。このような状態にある患者の内的世界では時間の感覚が停止していると田中（1990）は指摘している。何の意欲も希望も持たずただ、毎日のルールに従って病院内だけの生活を営むという患者の行動は、病院外の生活に目を向けることによって生ずる現実の苦しみを避け、病棟での生活をスムーズに行なうための防衛手段とも考えられる（上野,2000；2001）。さらに患者のなかには退院を意識しても自活する自信がないことや家族が自分を引き取ってくれないことを理由に社会での生活を諦める場合も多い（菊地,1998）。

さらに症状に見合った適切な精神医療の提供の遅れが長期入院を助長させる要因の一つではないかと考えられる。これには関連施設の不足、精神科医師や看護師、その他の専門職者の量や質の問題などが挙げられるだろう。厚生労働省の調査によると援護寮や授産施設など精神障害者社会復帰施設目標数は全国で1059施設であるにもかかわらず、平成13年現在の総数はまだ600施設に留まっている。家族の受け入れにも限界がある状況を加味すると、患者の退院は、現実的に非常に困難なのである。たとえ、病院内で医療者が退院に向けて多大のエネルギーをかけて働きかけ、患者も努力していったところで彼らが帰ってゆく場がないのが現状で、このことは、精神科医療スタッフの労働意欲に少なからず影響を与えるものと考えられよう。

特に看護師の側面をみると、看護教育の上では、精神看護学が指定規則に加えられ、専門科目として位置付けられたのは平成9年度からのことである（武井,1997）。それまでは、一つの専門基礎科目とはみなされず、体系的な学問領域として学習がなされなかった。し

たがって現在精神科病院で勤務している看護師の多くは、試行錯誤をしながら経験を積み上げながら患者とのかかわりを行なっているのである。加えて、臨床現場では、他の領域と比較し、看護師一人当たりの患者数が多いことも患者一人ひとりを丁寧にケアしていくのに不都合が生じていると考えられよう。つまり、精神科看護師の従事する領域は厳しい条件が重なっており、それが複雑に絡み合っ問題を一層深刻にさせているのである。

では、このような状況の中で働いている精神科看護師は日々どのような思いを抱いて患者とかかわっているのだろうか。その思いは、どのような看護行為に関連しているだろうか。看護師のこうした行為は患者を社会復帰へと導くに当り効果的といえるだろうか。もし効果的であればそれを強化するにはどうしたらよいのだろうか、また、逆にあまり効果的でないとしたら、どこをどのように改善すればよいのだろうか。

今回、研究費の補助を受け、精神科病院での慢性長期在院患者の社会復帰プログラムを作成する一環として複雑な現象を紐解き、問題点を明らかにしようと考えている。問題点が明らかになることで今後精神科看護師の援助行為の方向に何らかの示唆が得られることを期待するものである。

II. 研究目的と研究計画と経過

本研究は、3カ年の計画の中でまず、精神科病院内に長期入院している患者の周りではなにが起こっているのか、その意味を患者側と精神看護師側から検討し、次にこれらの現象学的な予備調査の結果からさらに焦点を絞り、患者の社会復帰を考えるに当たり、効果的な看護を実施するための問題点とその解決への糸口を明らかにすることを目的とする。この一連の研究によって、将来具体的な社会復帰へのプログラムを開発するに当たり、その基礎的な情報を提供し、示唆が得られるだろう。

3カ年の研究期間における計画は以下の通りである。

<平成 11 年度>

関東にある中規模の単科精神病院療養病棟 2カ所において慢性統合失調症患者の生活行動や思いを参加観察法にて明らかにした。特に、同意の得られた入院患者の 5 名（平均入院期間 20 年 11 ヶ月、平均年齢 54 歳±6.6）と、さらに別の病院の元入院患者で調査当時

援護寮に入所していた 4 名（平均入院期間 28 年 1 ヶ月、平均年齢 57.5 歳±7.3）のインタビューを交え、彼らの思いから社会復帰を妨げる要因を分析した。

<平成 12 年度>

精神科看護師側から患者の長期入院という現象、あるいは患者に対する感情を半構成的な面接法を用いて調査し分析した。対象は関東周辺の精神科病院 5 ヶ所（平均病床数 278 床,SD=146、平均在院日数 1416 日,SD=1232）の療養病棟に勤務し、調査協力の同意を得られた看護師（准看護師を含む）27 名（男性 8 名、女性 19 名；正看護師 13 名、准看護師 14 名；平均年齢 46 歳；精神科勤務平均年数 13 年,SD=9）であった。

平成 11 年度の調査と今回の看護師対象の調査結果を研究者間で検討し、患者の社会復帰へのアプローチは、現在の段階では、患者への直接的な介入手法を考案する前に、日ごろケアを担当している精神科看護師の価値観や病気や障害に対する思いに焦点をあてることが先決であろうと結論付けられた。

<平成 13 年度>

先の研究において、精神科看護師自身の問題点が明らかになった。すなわち、患者中心のケアや社会復帰を目指したケアの重要性を認識しているにも関わらずそれができない状況であった。それは、看護師自身の問題、組織の中の従業員としての専門職のあり方、その他の要因が関連していた。したがって、3 年目の研究においては、精神科看護師が自分の持っている能力や特性を発揮し、患者ケアという行為を有効に実施できる病院、病棟組織との関連を組織コミットメントの概念を通し検証した。関東以西の精神科病院 13 ヶ所、調査対象看護師数 1313 名に対し、4 種類の尺度を実施し、彼らの仕事や組織、看護行為そして自分自身に対する意識、価値観を幅広く分析した。

引用文献

浅井邦彦：精神医療はどう変わるのか？急性期・慢性期問題をめぐって，日精協誌,17(12),28-35,1998.

浅井邦彦：長期入院患者の医療とリハビリテーション,日精協誌,18(4),6-13,1999.

菊地謙一郎ほか：長期在院の精神分裂病患者の退院の意向とそれに関連する要因について，臨床精神医学,27(5),563-571,1998.

厚生統計協会編：厚生 の 指 標 国民衛生の動向,49(9),116,122,2002.

新福尚隆：精神医学における Institutionalism の概念,臨床精神医学,8(1),91-102,1979.

武井麻子：Ⅲ.わが国における精神看護学の現状と課題,平成9年度版 看護白書,日本看護協会編：日本看護協会出版部,102-109,1997.

田中美恵子：長期入院中の指針分裂病患者の時間の流れの速さに関する感覚の分析—結核患者との対比を通して—,看護研究,23(3),42-56,1990.

上野恭子：精神分裂病患者の長期入院生活における問題,筑波大学医療技術短期大学部研究報告,21,1-7,2000.

上野恭子,栗原加代,羽山由美子：長期入院精神分裂病患者の生活行動の特徴—患者の言動に焦点をあてた質的研究—,日本精神保健看護学会誌,10(1),102-109,2001.

Ⅲ. 研究成果

<平成 11 年度成果>

精神分裂病患者の長期入院生活における問題

Problems in long-stay schizophrenic patients

上野 恭子

はじめに

厚生省の調査によると、わが国には 1998 年現在、約 33.6 万人の精神障害者が入院生活を送っている。この内、「精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害」に該当する入院患者総数は 26.4 万人 (64.9 %) である¹⁾。また、全精神疾患患者を在院期間別にみると、入院期間が 5 年以上の患者は全体の 48.3%にも上り、その 76%に当たる 12.6 万人が精神分裂病である²⁾。浅井によると、長期間入院をしている慢性精神分裂病患者の内、症状が軽度および中等度の患者は 38%の 5 万人³⁾と推定され、その内、院内寛解患者は約 3 万人と推定されている。これらの患者は本来なら入院の必要性がなく、中間施設あるいは地域での生活が可能であると考えられる。

わが国の分裂病の平均罹患危険率は、0.7%前後であり⁴⁾、数字の上では比較的ポピュラーな病気であるにもかかわらず、これまで一般的には分裂病患者は人々に理解されず、長い歴史のなかで忌み嫌われ続けてきた。その結果として一般市民と社会の公安目的で分裂病患者たちは街から姿を消し、たとえ入院の必要性がない場合でも病院という施設の中に長期間入院することになっているのである⁵⁾。

しかし、近年、倫理問題、治療方法の開発と進歩、社会経済的要請に伴った医療提供体制の見直し⁶⁾、社会復帰施設やサービスの整備の拡大といった変化により次第に入院期間の短期化が試みられるようになってきた。

そこで、精神分裂病患者の長期入院という現象に関し、患者の入院生活で生じている問題や社会復帰に至るまでの関連要因は何かを明らかにすることを目的として文献を用いて検討した。研究文献は"long stay"、"psychiatric nursing"、"schizophrenic patient"を key word にして、主に CINAHL('82-'99.7 月)と MEDLINE('96-'99.9 月)を用いて検索を行

った。

1. 分裂病患者の入院期間と状態

1) 入院期間からみた研究

Watts と Bennett ⁷⁾により長期在院患者は、期間の違いと患者の特徴から「新しい」長期在院 ('new' long-stay, NLS) 患者と「古い」長期在院 ('Old' long-stay, OLS) 患者の 2 種類に区分されている。

NLS 患者とは、1 年から 5 年の期間持続的に入院している 18 歳から 65 歳までの者で、医療者側の退院へのアプローチにもかかわらず長期にわたり入院したままである患者をいう。しかし、著者が調べた限りにおいては、この入院期間および年齢の両方の定義を満たしていると判断できる者を NLS 患者として解釈した研究は少なかった ^{8,9)}。

Lelliott ら(1994)⁸⁾は英国において NLS 患者 905 名の特徴を調べている。彼等は、対象患者を年齢的特徴によって二つのグループに分類し、一つは「若い」NLS 患者群で 18 歳から 34 歳の年齢で構成されており、男性分裂病患者が多かった。さらにこのグループの半数近い患者は、入院前に危険な行動をとるといふ問題行動がみられる傾向があった。

もう一つのグループは、55 歳以上の中高年層の患者で構成されており、既婚あるいは離婚した女性が多かった。主な診断名は感情障害、痴呆症、人格や社会的機能の低下などであり、約半数に衝動的な自傷行為がみられるという特徴があった。

一方、大悟法(1992)⁹⁾は、対象を元 NLS 患者ですでに退院した 57 名に限定し、再燃群(平均年齢 36.3 歳)と再燃しなかった群(平均年齢 33.4 歳)とに分けて、カルテより生物的要因、病理学的要因、環境的要因を調査し分析を行なった。その結果、統計処理は行なわれていないが、再燃した患者 46 名は、主に陽性症状を呈していることが明らかにされた。

以上の二つの研究から、NLS 患者の特徴の一つとして、退院後再燃してしまう患者の多くは、「若い NLS 患者群」に属していることが上げられる。大島(1996)¹⁰⁾は、入院期間が短く、若い男性患者に退院に対する積極性が高いと指摘している。すなわち、若い NLS 患者は、自分の将来を考え、早期に社会復帰したいという希望が強いが、かえってそれが焦りとなって早々とストレスの高い社会の中に身を置くことになり、障害を自分でコントロールしながら生活しなければならなくなってしまうと考えられる。そのため患者は不安や葛藤、焦燥感といった緊張した状況に直面しやすく、それらにうまく対処できず再燃

してしまうのではないかと推測される。

一方、OLS 患者については、Watts らは、NLS に比べ入院期間の開始時期が古い高齢者に多く、そのため精神的問題だけでなく身体的な問題を持つことがある¹¹⁾という特徴のみを述べており、具体的で明確な OLS 患者の定義はしていなかった。しかし、分析の対象となった患者の年齢により OLS 患者に関する判断し得るものに Dencker と Gottfries(1991)¹²⁾の研究がある。Dencker らは、スウェーデンの医療改革の一環として行なわれた精神病院の縮小化に際し、1つの精神病院に長期入院している199名の患者(痴呆性疾患患者群115名、精神病患者群84名)を対象に彼らの特徴や機能レベルを調査した。精神病患者群の内、精神分裂病患者は39名であった。精神病患者群の入院期間は1年以内から59年間(平均入院期間17年)とばらつきがあったが、精神分裂病患者の平均年齢73歳(54歳~98歳)であり、年齢の観点からこの対象者の多くは、OLS患者であろうと推測される。

この研究によると、日常生活行動の能力低下と年齢との間には強い相関が指摘された。具体的な行動として食事行為は正常範囲であったが、清潔行為と更衣、排泄コントロールにはかなりの低下が見られた。また、彼らには知的障害、感情障害、認知障害が認められた。

一方、痴呆性疾患患者群では、入院期間の長さや日常生活行動の能力低下との間には強い相関があったが、分裂病者の場合にはこの両者間に相関関係はなかった。

この調査結果から OLS 患者で痴呆症状を伴わない慢性精神分裂病患者の日常生活を行なう能力の低下は、入院期間の長さに関連しているのではなく、年齢の増加に伴う知的障害、感情障害、認知障害といった「精神機能障害」が影響していると推測される。

上記の研究以外では、入院期間の正確な区分はなされないまま、また、年齢からも NLS と OLS とも区別ができないような大ざっぱな対象で調査が行なわれていることが多い^{10) 13) 19)}。例えば、田中(1990)¹³⁾の研究では入院期間を6ヶ月以上、年齢30~65歳、大島ら¹⁰⁾は1年以上で20歳以上、Nikkonen(1995,1996)^{14) 15)}は2年から30年間入院している41~70歳の患者をそれぞれ長期在院者として扱っていた。これらの研究では、入院期間や年齢に影響される患者の特徴を考慮することなく包括的に結果を分析していると言える。さらに、これらの研究の問題点として、対象者の障害の程度が重症である場合や痴呆症状や意識障害で回答できないものは研究対象から除外されがちであることが上げられる。

本来、NLS や OLS の区別は、入院期間と年齢という属性と患者の特徴との関係を概念化したものであり、その特徴から地域生活のタイプや援助方法の方向性を示そうという意図から生まれたものであった。しかし、NLS 患者には、Lelliott らの研究²⁰⁾から明らかのように患者の年齢層と特徴によってタイプの異なる患者群が存在していることが予測された。即ち、現在の段階では、入院期間や年齢を限定することによって患者を厳密にグルーピングするにはまだ至っていないと考えられる。

2) 長期入院と患者の状態との関連について

長期入院患者の特徴を考える際、症状の特徴を中心に検討した報告が幾つかある。山角(1991)²⁰⁾は、日本の精神科病院に入院している患者の特徴を四つの患者群に整理し、その内容を報告した。その患者群とは、①急性期症状を有する群、②治療抵抗性のある群、③亜急性期であり、リハビリテーションを必要とする群、④療養を必要とする群である。長期在院患者が属する群は、④の療養を要する群であり、主として無為や自閉、感情鈍麻などの陰性症状が固定化されるために日常生活行動の障害が見られるが、保護的環境の中では一見安定している患者であると指摘した。しかもこの群に属する患者には高齢者や単身者が多く、仮に社会復帰をしたとしても些細なことで不適應をおこし、症状の再燃をきたしやすかった。

また、山角は陰性症状が日常生活行動の能力障害の原因と考えたが、これは、上田の障害構造モデル²¹⁾に当てはめてみるができる。即ち、陰性症状による障害は、疾患を原因として生じる直接的な機能障害であり、二次的に能力障害を引き起こしたものと考えられる。これが分裂病者に認められる日常生活行動の能力障害である。

しかし、このモデルは、精神障害者の機能障害と能力障害との間に因果関係があるとしたところに限界があり、むしろ上記の両障害の間には相互作用があると考えるのが妥当ではないかという見解がある²²⁾。即ち、社会的存在である人間では、機能障害(疾患との区別は鮮明にされていない)が患者を取り巻く環境に対する個人の反応(生活活動)に反映され、それが能力障害として評価されると考えるものである。

岩崎ら(1994)²³⁾や池淵ら(1995)²⁴⁾は、精神分裂病者の生活上での障害を客観的に評価するために「精神障害者社会生活評価尺度(LASMI)」を作成した。その中で、分裂病の重症度と生活障害のレベルとの関係が検討された。その結果、慢性状態で安定している患者は、陰性症状が強く、生活リズムの調整や身だしなみ、掃除、食事、服薬や金銭など

の自己管理における障害は軽度であるが、対人関係や労働または課題の遂行が障害されており、このような生活上の障害は、陰性症状や分裂病性欠陥症状との間に関連があったことが示された。やはり、この研究においても、機能障害である陰性症状や欠陥症状がどのように能力障害である生活障害に影響しているかという構造までは言及されておらず、むしろ、何らか機能障害と能力障害の相互関係とパターンが存在することを証明したにすぎなかった。

小渡(1993)²⁶⁾の調査研究においても、分裂病患者の長期入院に至った原因や退院できない要因の類型化を行い、機能障害や能力障害が存在した患者を同じグループに分類している。

以上、精神症状と入院生活上での能力障害について述べたが、この他に入院期間と病期を関連づけた報告があった²⁾。浅井は、分裂病患者の残留率（退院せずに入院し続けている患者の割合）が50%となる入院期間は入院後3ヶ月後であり、この3ヶ月間を急性期、残留率20%前後の3ヶ月から1年6ヶ月までを亜急性期、残留率が15%前後でその変化がみられなくなりほぼ一定になる1年6ヶ月以降を慢性期としている。また、慢性精神分裂病の患者は、病状は安定しており、疾病と障害を抱えている患者と定義できると述べている。

ところが、長期入院患者は、入院期間によるこの分類を用いると当然慢性期に属するのだが、「精神科医療マスタープラン基礎調査」²⁶⁾では長期入院の患者で中等度以上の重症者は3年以上の入院患者の48.6%、5年以上で41.9%、10年以上でも30.7%も存在することが明らかになった。すなわち長期入院患者の状態は必ずしも軽度で安定しているとは限らないことを示していた。

2. 長期在院患者の入院生活と退院後の生活

1) 入院中の患者の生活

① 入院期間と Institutionalism

長期入院は Institutionalism（施設症）を引き起こす原因と言われている。Institutionalism とは、Wing によれば人との交流が比較的閉ざされた場所に長く居住することによってもたらされる狭義の人格変化であり²⁷⁾、施設のなかで生活するうちにいつのまにかそこに満足してしまい、他の場所で暮らそうという気持ちすら失ってしまう状態²⁸⁾と定義されている。

分裂病患者は、もともとの陰性症状により関心の喪失や引きこもり、意欲の喪失が生じることが多く、このような症状が Institutionalism に陥る傾向を助長する。

Wirt(1999)²⁹⁾は Institutionalism の原因を Institutionalism と認められた 47 名の患者と医療スタッフ 211 名を対象に質問紙を用いて調べた。その結果、患者、スタッフとも Institutionalism は症状や治療過程の長さに関係しているという認識は少なかった。むしろ、患者側の考える理由として、制限の多い入院生活環境をあげており、スタッフ側は患者の人格や性格によると考えていた。

また、患者、スタッフとも共通して病院を強制的収容施設として見るのではなく、むしろ保護的な避難場所として見ていた。つまり、患者にとっては、外界の厳しく困難な世界に留まるよりも制限は多くても入院生活のほうがより安全で生活しやすいために入院生活から抜け出せないと感じているのではないかと解釈できる。

患者の訴える「制限の多さ」は、患者の自己決定の抑制に結びつく。Valimaki(1996,1998)^{16・17)}によれば、精神病院に在院している患者は、入院生活のなかで自分の行動を決定することを自ら抑制していた。患者らは、自己主張することで'治療'という'罰'を受けると感じ、自分の自由と自分のことは自分で行うという自立の責任を安易に放棄した。その上、スタッフの命令を簡単に聞き入れてしまうという傾向があった。患者は、自分の意思を抑圧することで入院生活を円滑におこなうことができることを学習し、このため退院意欲をも意識に上らせないといった結果を導くのではないだろうか。

患者らがルールやスタッフに従順であるということは、その反面、患者には主体性がなく、意欲が欠如し、入院生活に満足しているように見える。ここに患者の内的葛藤とスタッフの患者を自立した状態に改善しようとする行為にはすれ違いが生じていることになる。このすれ違いは、患者を混乱させる原因ともなるだろう。

しかし、現在の病院では、その制限が緩和する傾向にあり、このことが Institutionalism の現象を助長する要因になっているという研究があった。Curson ら(1992)³⁰⁾は、Institutionalism の動向を調査するために 30 年前に行なわれた同じ手法で比較調査を行なった。30 年前に比べ、現在は病棟内での制限（医療者が誘導する作業、労働など）が減少し、患者は自分で自分の活動内容を選択することができるようになっていた。患者の活動には病棟内を歩き回ったり、何もしないで過ごすといったものも含まれており、入院生活で患者が何もしないで過ごす時間は 30 年前より長くなっていた。即ち、現在では、多くの患者が一日に 5 時間以上は何も活動せずに過ごしているということが明らかになった

のである。患者が何もせずに時を過ごすというのは、彼らが自分の意思で選択した結果なのか、それとも選択能力の欠如なのかという点では議論はなされていなかった。

さらに、30年前に比べると、入院期間の長さや患者の退院への意向の欠如との間にも関連性は認められず、Curson は、この現象や何もしないで過ごす時間の増加は、最近の病棟内での強制的労働等による患者管理の束縛が緩和していることと関係があるかと分析している。入院生活において、患者によって選択される活動範囲が広がる中で、患者が目的をもった行為をどの程度実施する能力があるかという評価と、患者が自分の意思を押さえることで、内的に安定を維持しようとする機構との関係性を評価する必要があるのではないだろうか。

② 生活と価値観

入院生活に馴染んだ患者が、退院後どのような生活をしているかを知ることは、入院中意欲を失い、生活能力を喪失しているように見える患者の潜在的能力を知ることになる。

Gibbons(1987)³¹⁾は、NLS患者で、退院後地域で生活するようになった15名(精神分裂病者は9名、平均年齢は46.8歳であった)について、Quality of Life(QOL)の改善状況を把握する目的で、行動観察尺度(Alevizors et al,1978)を用いた調査をおこなった。その結果、地域での生活を営んでいるものは、入院中より「何もしない時間」が有意に少なかった。

MacGilp(1991)³²⁾の研究結果でも、地域で生活している患者48名(平均年齢56.5歳)中85%は、たとえ外部との交流が少なく家を中心にした生活であっても何らかの趣味や娯楽をもっていたことが明らかにされた。

この二つの研究では、地域での生活に順応している患者は中年層に属し、就業に至らなくても自分の時間を有意義に使う傾向があることで共通していた。

西欧では、中高年層の患者にとって、仕事を果たすことによって社会的役割を持つことができ、それが自分の価値に繋がると考える傾向があると指摘されている^{14,15)}。日本人もまた、「仕事こそ私の生きがい」という価値観のもとに自己の役割と真の自己実現とを同一視する傾向があると言われている³³⁾。そこで、患者の時間の使い方は、働くことが善であるという世代の価値観が反映していたものと考えられた。前述したように若いNLS患者が再燃しやすいのに対して、中年層の患者は新たな生活の環境条件が合えば比較的安定を保つことが可能なのかもしれない。その環境条件とは、自分の価値観に合致した自己あるいはアイデンティティを自覚できる生活環境や役割が存在することである。

③ 長期入院患者の内的世界

患者の内的世界の側面から入院中の患者を分析した研究がある。田中¹³⁾は長期在院患者の時間の感覚を分析したが、分裂病患者は、時間の感覚が停止した状態になることを指摘した。分裂病のなかでもむしろ、現実見当能力が高い患者の場合にこのような傾向が認められた。

現実を正確に見ることが可能な患者であればあるほど、厳しい将来を受け入れ難く、かといって妄想世界の中に逃避することもできず、また、自分を支えてくれる家族が少ない状況に直面することは非常に耐えがたいことである。そこで、患者は自分自身を一般社会ではなく、非現実的な世界（院内の生活）に埋没させ、将来を考えることを避け、現時点の生活に甘んずることで焦りや空しさを抑圧しているのである。

患者の防衛的視点から分析すると、病棟内のルールやスタッフに従順な態度も入院生活をスムーズに行なうための防衛手段の一つであり、さらに過去の退院後の生活で何度も挫折を繰り返した患者が、結局無為状態に陥る場合、即ち「獲得された無力感」³⁴⁾も上記の時間の感覚が停止した状態に類似した現象であると考えられる。

2) 退院希望と退院後の生活

① 退院の希望

長期入院患者の問題の一つが退院への関心が無いことであるということは先に述べた。しかし、菊池(1998)³⁵⁾の調査では、患者の約半数が退院の意向を示していた。さらに、地域に居住する患者を対象にした調査^{18・31・32)}では、患者は、地域での生活に孤独感や疎外感を抱いているものの生活に概ね満足していることが指摘され、ほとんど全ての人が病院より地域での生活を好み、再び病院に戻ることを拒否していた。その理由として、退院後の生活で「自由」の体験と実感が得られたことが上げられた。

自由とは、病棟ルールからの自由、権威者であるスタッフからの開放、活動の自由などであった³¹⁾。これは、長い入院生活では制限されることが多く²⁰⁾、患者は自己決定能力を押さえた生活をしがちである^{16,17)}ということから予測される当然の結果である。自己決定能力、これは自己を主張することに繋がり、ひいてはアイデンティティを強化することになる。患者が自分の生活において自己決定をしながら生活する行為には、自分の存在感を高める働きがある。宇佐美(1997)³⁶⁾は、同様の視点で分裂病患者の生活の質を考える時

に「存在の質」を考慮すべきであると主張している。

精神分裂病者は、退院してようやく自分の生活空間の中で自分自身が主体となって生きているという実感を得ることができる。これは一般の人々と何ら変わることはないであろう。

② 退院の拒否

菊池は、10年以上入院生活を続けている患者で退院を拒む理由で多かったのは、「自活する自信のなさ」と「家族が引き取らない」ことであると述べた。「自活する自信のなさ」は何年もの間、隔離された環境に居住することによって生まれるもので、容易に想像できる場所である。患者は、外界である社会のさまざまな変化、たとえば買い物方法やテレホンカードやキャッシュカードの使い方、金銭管理から交通機関の利用法に至るまで、その変化について行けないばかりか、想像すらできない状態である。大島ら¹⁰⁾は入院患者が社会資源の具体的なイメージを持つことによってその認識を高め、地域生活への現実性を高める可能性があるとして指摘している。また、具体的な情報を患者に伝えるという援助が、退院意欲や希望へとつながる可能性があるとして述べているが、これらのことは非常に重要なことだと思われる。

退院を躊躇する第二の理由である「家族が患者を引き取らないこと」は、患者の孤独感^{18, 31, 32)}と関連している。分裂病者は退院しても対人関係の数を増やすことは困難である。新たな人間関係を構築するより、家族以外で患者同士で仲間となり、その関係を維持する場合が多い¹⁵⁾。また、分裂病の患者は対人関係に緊張や不安が付きまとい、患者と関わりを持つ人の数が少ないと言われている。このような患者は、家族を頼りにしている場合が多いことが指摘された¹⁰⁾。

しかし、長期入院の間に患者は年齢を増し、その患者の家族もそれだけ高齢になっている。このため家族による患者の受け入れが困難になることは、現在の精神医療の中の大きな問題であり、孤独感を抱く患者が退院を躊躇する大きな理由となっている。平成11年5月の精神保健法改正により保護者の自傷他害防止監督義務が廃止となり、社会復帰促進のための援助を社会福祉施設に求められるようになったのもこうした家族の高齢化に応じた対策の一つである。

まとめ

今回、精神分裂病者の長期入院の生活で生じる問題について文献から検討した。その結果、長期入院とそれに付随する問題の分析は未だ十分になされていない状態であることが明らかになった。さらに、長期入院の患者の諸問題に関連する要因として年齢、疾患による精神機能障害や日常生活の能力のレベル、自己決定能力と入院生活環境との関係、そして患者の防衛反応、患者の価値観や存在感といったものが導き出された。

今後、これらの要因相互との関連を明らかにすること、さらに、今回取り扱われなかった性別や入院前生活の背景などの要因についても分析することが、長期入院中の分裂病患者に対する社会復帰の促進を考える上で必要であると思われる。

引用文献

1. 厚生統計協会編：国民衛生の動向,46(9)：126~128,1999.
2. 浅井邦彦：精神医療はどう変わるのか？急性期・慢性期問題をめぐって，日精協誌, 17(12)：28~35, 1998.
3. 浅井邦彦：長期入院患者の医療とリハビリテーション,日精協誌,18(4),6-13, 1999.
4. 大熊照雄：現代臨床精神医学 改訂第7版, 金原出版, p317, 1997.
5. 石川信義：心病める人たちー開かれた精神医療へー, 岩波新書：26-32, 1990.
6. 有岡二郎：行き感う医療制度改革, 社会保険旬報, 2040：6~11, 1999.
7. Watts, Fraser N. and Bennett, Douglas H.編 (福島裕監訳)：精神科リハビリテーションの実際①, 岩崎学術出版社：24, 1991.
8. Lelliott, Paul et al.: A national audit of new long-stay psychiatric patients 1: Method and description of the cohort, British Journal of Psychiatry, 165: 160-169,1994.
9. 大悟法憲雄：精神分裂病 (new long stay) の再発の状況, 脳と精神の医学, 3(2):131-137, 1992.
10. 大島巖ほか：精神病院長期入院者の退院に対する意識とその形成要因, 自記式全国調査に基づく分析, 精神医学, 38(12)：1248-1256, 1996.
11. 前掲書 7：p22.
12. Dencker, Karina and Gottfries, Carl-Gerhard: The closure of a mental hospital in

- Sweden: Characteristics of patients in long-term care facing relocation into the community, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*,240:325-330,1991.
13. 田中美恵子：長期入院中の精神分裂病患者の時間の流れの速さに関する感覚の分析—結核患者との対比を通して—, *看護研究*, 23(3) : 42-56, 1990.
 14. Nikkonen,Merja: Life after the mental hospital: the way of deinstitutionalized psychiatric patients, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,3:373-383,1995.
 15. Nikkonen,Merrja: The life situation of a long-term psychiatric patient: some restrictions in, and possibilities of, open care, *Journal of Advanced Nursing*,22:101-109,1996.
 16. Välimäki, Maritta et al.: Self-determination in clinical practice: The psychiatric patient's point of view, *Nursing Ethics*, 3(4): 320-344,1996.
 17. Välimäki,Maritta: Preconditions for and consequences of self-determination: the psychiatric patient's point of view, *Journal of Advanced Nursing*,27:204-212,1998.
 18. Borge, Lisbet, Martinsen, Egil W.,Ruud,Torleif et al.: Quality of life, loneliness, and social contact among long-term psychiatric patients, *Psychiatric Services*,50(1):81-84,1999.
 19. 萱間真美ほか：精神分裂病患者の社会復帰を促す看護婦のコミュニケーション技法の分析, *看護研究*, 28(6), 25-33, 1995.
 20. 山角駿：精神病床の在り方に関する検討会論議に基づいて, *日精協誌*, 18(4) : 41~44, 1999.
 21. 上田敏, 大川弥生：リハビリテーション医学における障害論の臨床的意義, *障害者問題研究*, 26(1) : 4~15, 1998.
 22. 岩崎晋也, 大島巖：精神障害の評価と障害論, *精神保健研究*, 43 : 27~34,1997.
 23. 岩崎晋也ほか：精神障害者社会生活評価尺度の開発とその意義,*精神科診断学*,5(2) : 221-231,1994.
 24. 池淵恵美ほか：生活障害(disability)と精神症状との関連について,*精神医学*,37(10) : 1041-1048, 1995.
 25. 小渡敬：長期在院患者の医療・福祉とリハビリテーション, *日精協誌*, 18(4) : 51~56, 1999.

26. 高橋正和：在院患者調査中間報告—精神科医療マスタープランのための入院患者調査報告—, 日精協誌, 12(15) : 971-1015, 1993.
27. 前掲書 7:p107.
28. 新福尚隆：精神医学における Institutionalism の概念, 臨床精神医学, 8(1) : 91~102, 1979.
- 29 Wirt, Gary L.: Causes of institutionalism: patient and staff perspectives, Issues in Mental Health Nursing, 20: 259~274, 1999.
30. Curson, David A. et al., : Institutionalism and schizophrenia 30 years on clinical poverty and the social environment in Three British Mental Hospitals in 1960 compared with a fourth in 1990, British Journal of Psychiatry, 160:230-241, 1992.
31. Gibbons, J. S. & Butler, J.P.: Quality of life for 'new' long-stay psychiatric in-patients The effects of moving to a hostel. • British journal of Psychiatry 151: 347-354, 1987.
32. MacGilp, Dugald: A quality of life study of discharged long-term psychiatric patients, Journal of Advanced Nursing, 16:1206-1215, 1991.
33. 小林司：「生きがい」とは何か 自己実現への道, NHK ブックス 579 : 123, 1989.
34. 村田信男：続「分裂病のリハビリテーション過程」について, 吉松和哉編：分裂病の精神病理 11, 東京大学出版会, p276, 1983.
35. 菊池謙一郎ほか：長期在院の精神分裂病患者の退院の意向とそれに関連する要因について, 臨床精神医学, 27(5) : 563~571, 1998.
36. 宇佐美しおり：精神分裂病者の“セルフケア”の概念分析—ハイブリッドモデルを用いて—, 日本精神保健看護学会誌, 6(1) : 26~33, 1997.

(筑波大学医療技術短期大学部研究報告, 21号, 2000)

長期入院精神分裂病¹患者の生活行動の特徴

－患者の言動に焦点をあてた質的研究－

Characteristics of Dally Life Activities of Long-Stay Schizophrenic Patients

from the Participant

上野 恭子

栗原 加代

羽山 由美子

はじめに

わが国の精神障害者の処遇は、1990年代の法律の改正とともに徐々にではあるが着実に改善している。患者の人権擁護という、極めて常識的で基本的倫理に関してもようやく着目され、入院中の精神障害者の治療環境に変化が生じようとしている。これは、人道的立場に基づき、患者の人権を尊重した配慮であり、評価に値する。

しかし、このような精神医療の変化にあっても、依然として精神分裂病の退院患者平均在院日数は、平成8年で実に606日¹と長期間であり、短縮への兆しは、なかなかみられない。なぜ、精神障害者は長期入院の状態から脱することができないのだろうか。本研究では精神病院に長期間にわたり入院生活を続けている患者の生活行動の特徴を明らかにし、その問題について考察し、今後の看護ケアの示唆を得ることとする。

1. 研究の背景

1) 長期入院患者の実態

厚生省の調査によると、わが国には1999年現在約33.2万人の精神障害者が入院生活を送っていると言われている²⁾。この内、「精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害」に相当する入院患者総数は26.4万人(64.9%)である²⁾。さらに全精神疾患患者を在院期間別にみると、入院期間が5年以上である精神障害者は33万人の約48.3%にのぼり、その76%に当たる12.6万人が精神分裂病患者に相当する³⁾。しかもこの入院患者達の年齢構成

¹ 本研究は「統合失調症」への名称変更以前におこなわれた研究である。

は、平成 20 年には 60 歳以上が 60%を占めると推定され、加齢による高齢化が進んでいることも深刻な問題である^{4,6)}。

ところで先行研究では、長期入院期間について入院 5 年目に境界を置き、その前後のグループの属性を明らかにした考え方が報告されている⁶⁾。しかし、多くの研究⁷⁻¹⁴⁾では、長期入院期間を明記せずに曖昧なまま用いられる傾向があった¹⁵⁾。

ところでわが国の入院患者の現状から検討すると、日精協の精神科医療マスタープラン基礎調査(1993)では、患者総数の 49.6%に相当する患者が在院期間 5 年以上であり、在院期間が長期化するほど分裂病患者の占める割合が高くなる傾向にあった⁴⁾。この調査結果から本研究では 5 年以上を長期入院とした。

2) institutionalism に関する先行研究

長期にわたる入院生活は、患者の Institutionalism (施設症) を引き起こす原因であることはすでに周知のとおりであり、慢性精神分裂病患者の陰性症状が Institutionalism に陥る傾向を助長すると考えられていた。このほかに Institutionalism に関連した研究として、Wirt¹⁰⁾の研究が挙げられる。彼は、Institutionalism は、症状や治療過程の長さというより、制限の多い入院生活環境や患者自身の人格的問題に関係することを指摘した。

さらに Välimäki^{11,12)}は、精神病院の入院患者は、スタッフに対し自己主張することで罰を受けると感じ易く、行動を選択したり決定したりすることを患者自ら抑えてしまう傾向にあることを明らかにしている。

しかしその一方で、Curson¹⁷⁾は、近年制限の多い生活が緩和され、患者の自由な生活時間が増えることによってむしろ、患者の何もしないで過ごす時間も増加していることを報告している。

これらの研究から、現在進められている精神医療の変革に準じ、患者の束縛時間が減少している中、患者自身の意思の表出方法やその能力の発達に我々がどのように関与できるかを改めて検討する必要があることが示唆された。

3) 長期入院患者の心情

田中⁸⁾は、長期入院分裂病患者の時間の感覚を分析した結果、患者は時間の感覚が停止した状態にあることを報告している。分裂病患者の中でも特に現実検討能力の高い患者にこの傾向が認められた。彼らは、家族関係や社会復帰の現実の厳しさを認知することがで

きるが故に自分自身ではどうしようもできない現実に直面せざるを得ない。そのため患者にとって未来志向の時間というものは、むしろ辛いもの、意味のないものとして処理されているのではないかと考えられる。

一方、菊池¹⁸⁾のアンケート調査では社会復帰病棟にいる長期入院分裂病者の約半数が退院の意向を示していた。退院を希望しているのは65歳以下の患者で家族の引き取りを望む傾向にあり、逆に退院を拒む理由として自活する自信がないことと、親族に引き取り手がいないことが明らかになった。

患者の内的世界や心情は、患者の自我の状態も関係するため、一律的なアンケート調査では判断し兼ねるところがあるものの、患者一人一人の内的世界は、様々な葛藤や不安、希望などが混在していることを示す結果であった。

長期入院は、人権問題の他、医療経済的にも否定的に考えられており、患者の中間施設への移動を含め退院への対策が苦慮されている。しかし、患者自身は今の入院生活をどのように考えて毎日過ごしているのか、また、将来の自分はどうかありたいと思っているのかなど未知の部分が多い。そこで、患者自身に焦点を当てた研究が必要なのではないかと考えられた。さらに、このような質的研究は、今後の研究の基礎的な存在として意義のあるものになるのではないかとと思われる。

2. 研究方法

1) 研究目的

5年以上入院している精神分裂病者を対象に患者にとって入院生活という体験はいかなるものであるのかを彼ら自身の考えや日ごろの感想から明確にし、また、入院生活での彼らの生活行動の特徴を明らかにすることを目的とする。

2) 研究対象

東京にある援護寮に4ヶ月間入所している元長期入院精神分裂病者4名および、関東北部にある単科精神病院（病床数280床、看護者総数74名）の慢性期閉鎖病棟2ヶ所（男性、女性各1病棟ずつ、各病棟とも患者5人に看護者1人の割合）に入院している慢性精神分裂病患者とし、その中で特に5名の患者を対象とした。

3) 研究方法と調査期間

援護寮の入居者の内、過去精神病院に5年以上継続して入院した経験があり、面接に耐えられる者をスタッフに判断してもらい、選定をおこなった。その後、直接4名の入居者から面接調査への同意を得た。面接は、半構成的とし1回ずつ1時間以内とした。また、同意の得られた場合にはテープによる録音を行った。面接調査期間は、1999年7月12日から同月16日の5日間であった。

精神病院では、男性ならびに女性病棟の2ヶ所に研究者が入り、参加観察を行った。特に治療者から治療的には社会復帰が可能であるが、何らかの事情で入院に留まっている患者5名を選定してもらい、彼らを中心に関わることにした。調査は、研究者と患者の実際の関わりと患者の生活行動をフィールドノートに逐次記録した。調査期間は、第1回目を1999年8月9日から同月27日に実施し、次に2000年2月16日から同月18日にも行った。2回目の調査は、研究協力者とともに1回目に観察された患者の生活行動を再度確認することと、同じ現象の分析を2名で行うことによって妥当性を高める目的であった。

尚、援護寮での4名の面接データは、当事者自身が語る過去の体験データであるという意味合いと同時に、その後行われる病棟での参加観察の観察ポイントを定めるのに用いた。

4) 倫理的配慮

援護寮および精神病院で選定した5名の患者とのインタビューに対しては、対象者に直接、研究の目的や具体的方法、プライバシーの保護の約束を説明し、同意を得た。

病棟での参加観察については、治療者および病棟スタッフに研究に対して上記と同様に説明し協力の同意を得た。病棟での参加観察中は、対象者に観察しているという緊張感や脅かしを与えないように十分注意し、病棟スタッフと似た服装を着用し、対象者の生活を乱さないよう配慮しながら関わり、「皆さんの生活の様子を知りたい、理解したいと思って病棟に来ております。よかったらお話しを伺いたい。」ということを伝えた上でその場に加わり、話を開始した。

5) 分析方法

収集したデータ（インタビューの逐語録と参加観察のフィールドノート）から、患者の生活行動の類型化を行った。次にその類型化した現象に関連した出来事、患者の気持ちや認識している内容、スタッフとの関わりなどから検討し、そのパターンの分類を帰納的に

繰り返した。

3. 結果

1) 対象者の背景

援護寮入居者4名(女性1名、男性3名)は、平均入院年数28年1ヶ月、平均年齢57.5歳±7.3であった。さらに、精神病院に入院している対象患者5名(女性2名、男性3名)の平均入院年数は20年11ヶ月、平均年齢54歳±6.6歳であった。尚、これらの対象者が生活している病棟の患者構成は、表1のとおりであり、殆どの患者は、入院期間が10数年になる中高年層の精神分裂病患者で構成されていた。

表1. 精神病院入院患者データ (2000年2月現在)

| 病棟名 | 患者数(人) | 平均年齢 | 疾患名(人) | 平均入院期間 | 過去の平均入院回数 |
|------|--------|-----------|--------|------------|-----------|
| 男性病棟 | 65 | 54.5歳±9.1 | Sc 64 | 18.7年±11.8 | 2.4回±2.4 |
| 女性病棟 | 60 | 53.2歳±7.3 | Sc 58 | 15.9年±9.9 | 3.0回±2.7 |

Sc: 精神分裂病

2) 入院時の生活行動の特徴と解釈

患者の生活行動の大半は、「習慣的行動」と「非習慣的行動」に分類できた。両者は、一見自発的行動と思われるか否か、あるいは、同じ状況で毎回決まって行われる行動か否かによって区別された。

習慣的行動は『食事』、『入浴前後』、『服薬』、『買い物』の場面で顕著であった。一方、非習慣的行動は、患者自身の何らかの判断や思考が働いており、『レクリエーション』『作業』時に見られた。

(1) 習慣的行動

ほとんどの入院患者は、食事、入浴、服薬、買い物時刻の30分から1時間前には、その準備態勢に入った。これらの時間は、病棟の時間軸あるいは規範に沿って営まれており、看護職員からの直接的な指示はなく、また、患者同士の揉め事もなく、どの患者も円滑に

行動が遂行された。このような行為は、あたかも患者自身の内部に一日の流れで習慣化されたリズムが存在しているようであった。患者の行為は、たとえば“食事に間に合うように”整列をして待っているという意味より、もっと機械的なものであった。その整列は、常に以下の観察のような状況であった。

稀に患者同士話しをしながらという場面もあるが、大抵の患者は、一人で自分の席に座っていたり列を作ったりして黙って待っている。待つ場所や姿勢もほぼ毎回同じであった。

食事や入浴、服薬、買い物時のどの場面においても整列そのものには、緊張感や逆に倦怠感も感じられなかった。このような習慣行為の習得は、次のような利点があると考えられた。

第一に患者は、いちいち次に必要な行為は何かを考えること、どうやったらうまくその目的が達せられるか、問題にどう対応したらいいのかということを考えることを省略することができる。つまり一般的な人には、些細で一瞬の努力とみなされる思考であるが、精神分裂病患者にとってこれらの思考や判断は、ストレス源となりうるもので、この行為はそのストレスを軽減させるといった利点がある。習慣は、一般に個人の判断や思考は必要ない。すなわち、一定の行動パターンを学習さえすれば、分裂病患者の脆弱した自我機能で、エネルギーの消耗を極力減らした状態で、事を遂行できるようになると考えられる。

第二の利点は、患者が、セルフケア項目である日常生活の基本的行為をスムーズに行うことは、看護目標を目指す看護職員にとって歓迎するものであるということである。新しい患者が入院すると、ある看護婦は、「あの列に入ることを覚えると後はうまくいくのです。」と語り、職員にとって、患者の習慣的行為は、患者が安定しているかという評価の目安になっていたことが裏付けられた。

以上のことから考えると、患者の習慣的行為の基準となるものは、職員の業務の規範に則ったものである為に、患者と看護職員の利益が一致すると推測された。そしてそのことが、患者の習慣的行為を強化させるものとなり、また病棟全体の安定を促進させる要因にもなったと考えられた。

病院での生活には、規則や規範の拘束がない時間帯も存在した。この時間は、2つの病棟内日課の間に位置することが多く、通常看護職員はこの間、患者に関わることはなかった。患者にとってこの時間は、いわゆる自由時間であり、病棟内は静かであった。

この時間の過ごし方は、患者個々によってパターンがあった。一人自室やホールで座ってボーッとしていたり、うずくまって寝ていたり、新聞や本を読むといった行動が目立った。中には、ホールに出て、しゃがみ込み、少数の患者同士で話をしていたり、煙草を吸う様子も見かけられた。患者同士関わりをもつ患者は、比較的表情があり、研究者にも関心を示す傾向にあった。

一方、他者に関心を示さない患者は、無意欲に見える。しかし、そういった患者も次に始まる日課を意識していた。

ベンチで腰掛けている男性患者を見つけ、何をしているのですかと問いかけると、「いえ別に・・・昼食まであと 20 分」と答え、その間何をしているのですかと問うもただ、ニタニタと笑うのみであった。

また、別の複数の患者は、「退屈じゃないよ。もう 20 年も 30 年もこの生活だから慣れたよ。慣れるまでは大変だった」といった類の話を返してくれた。

病棟内の規定がない時間は、患者はあたかも何をしたらいいのかわからず、ただ無為に過ごしているように見えるが、一般社会のどの人間においても同様の行動は見られる。意図ある行動と行動の間には、気を抜く時間が必要となる。この間、人は、「関与シールド」と呼ばれる他者からの関わりやその状況から知覚的にも、身体的にも回避し遮蔽する術を活用し、その場を取り繕うものである。それは社会的に容認された行動である。

しかし、入院生活をしている患者には、物理的にプライバシーを自分で守る場が提供されておらず、また、障害故に状況の判断能力や関わりから逃れたりする能力を持ち合わせていないと考えることができる。観察中、この時間を退屈ではないと話した患者は、自由な時間を束の間はの休息あるいは、潤滑油的存在として次に実行すべき行為のために利用していると考えることができよう。なぜならば、引き続き行われる行為の多くは、習慣的行為であり、常に自発的にかつ円滑に行われていたからである。

しかしながら、患者の自由で拘束性の少ない時間の使用用途の種類やそれを行うのに妥当な時間の長さ、症状との関連に関して、今回の観察では関係性を裏付けることはできなかった。

(2) 非習慣的行為

次に不規則的であり、患者自身の意思が反映されている行為について述べる。こうした

行為そのものの出現頻度は、それほど多くはなく、行為する患者も限られていた。また行為そのものは病棟内の規範に基づいたものであった。

今日のレクリエーションは体育館でバトミントンを行う予定であったが、屋外の暑さのせいで、この日の参加希望者は一人だけだった。

(昼食時) Iさんは、お膳に触れているのにテーブルには持って行かない。並んでいる患者が差し出すお盆に汁ものとご飯の入った容器を置いてやっている。自分は食べないでせつせと手際よく、リズムカルに置いている。彼は長靴やエプロンをつけていないから当番ではない。並んでいる患者すべてに配ってから自分もテーブルについた。彼の行為に看護婦も患者も何も言わない。・・・(別の日の同じ時間) Iさんは、すでに食事を食べ終わっている。今日は配膳の手伝いはしないと話しかけると「〇〇さんが外泊から帰ってきたからしなくていい」とはす向かいに座って食べている〇〇さんを指して言った。

非習慣的行為は、レクリエーションや作業時に見られることが多く、指示された内容に応じるか否かといった選択の意思が反映されたものであった。また例中のIさんの場合は、食事時間という枠の中で行われた自主的行為であった。Iさんは、その場の状況を判断して自分が何をしたらいいのかを考えて行動していた。

このような行為の範囲は、病棟の規範内のものであるためにすべての人—看護職員や他の患者—に容認されていた。つまり、この行為は、他の患者の習慣的行為に影響を与えることはなく、病棟内の安定を乱すような逸脱した行為とはみなされなかった。病棟の規範の施行力から見ると、彼らの行為に対して、病棟や職員の規範は緩やかであったと推測される。

さらに、病棟の規範がもっと緩やかな場合もあった。この場面は、規範より患者自身の自己規制や価値観、あるいは職員からの承認欲求といったことが行為実行の動機に繋がっていると考えられた。

Mさんは、端にあるテーブルすわり、100ccの牛乳とコーヒー牛乳の入った籠を目の前に置き、メモと受け取りに来た患者の顔を見ながら「白!」「茶!」と手際よく渡している。最後に受け取りに来ない患者の名前と2種類の牛乳パックとを比較して該当するパックに名前を書いている。どうして当番でもないのにこんなことをやっているのかと尋ねると、「(牛乳は)朝早く来るから急いで配らなならん」と苛立

ちを持ったように、しかもせわしく手作業しながら答えた。

この類の行為は、病棟内のごみ集め、メニュー貼り、掃除などといった行為において見られた。いずれもその状況の判断が行為施行者によつて的確に行われ、ある意味では周囲への配慮がなされていた。しかしながら、当事者である患者にとっては、病棟のためにか、他の患者のためにかといった他者との関わりや生活環境を良好にするために意識した行為というより、行為そのものに関心があり、そのことで、自己を安定させていると考えられる場面も含まれた。

4. 考 察

長期入院患者の日常生活行動を分析して行く中で、2種類の行動様式が存在することが明らかになった。これは、習慣的かどうかで分類されたのだが、この習慣化とはどのような意味があるのか考察したい。

精神分裂病患者にとって習慣のメリットは既に記述したが、もう一つ彼らの特徴として加えるならば、習慣的行為の裏面に潜む機能が考えられる。E.Goffmanは、精神病院で見られる患者の行為の一つに患者は、基準を持つ集まりから自己を切り離すような行為を取りながら、同時に表面的にはその状況に完全に適合する場面があることを指摘している²⁰⁾。

今回の観察で見られたどの習慣的行為も表面的には、病院や職員の示す規範に沿った行為であった。恐らく、患者がこの規範に不満を抱いている場合は、規範から逸脱した行為でその気持ちを表すであろう。しかし、長期入院患者は「しょうがない」、「今は今の生活」と言う言葉を発し、受動的態度でその状況を受け入れている。さらに、未来という時間感覚を止めて⁸⁾、外界の生活への執着を持たず、Välimäki^{11,12)}の指摘したように自己主張を抑えることで自己の安定を保とうとしていることが伺える。

しかし、ここで検討しなければならないことは、こうした習慣的行為が、患者の属する現実の社会から内面的に自己を切り離す機能を合わせ持っていることである。

習慣的な行為、たとえば、整列という行為を順守することで、彼らは、予測外の他者との関わりやそのときの現実状況から距離を置くことが可能となる。規範に沿った行為を行っている限りは、自分の周りに何が生じても、その出来事に関わる義務は生じないし、誰も期待はしない。どの患者も習得した行為を毎回同じように繰り返すことにより、看護職員や患者同士との摩擦も発生し得ない。患者は、突発的出来事に見舞われることなく、自

己の安定性を維持できるのである。

こうした観点から習慣的行為は、二重構造をもった行為ともいうべきであろう。

病棟は、患者と医療職員を構成要員とする一つの小さな社会集団であり、その集団の安定や秩序を保つための規範が存在する。精神科病棟では、その絶対的規範は医療者が決定するものであり、患者はその規範に準ずべき存在である。そして看護職員は、患者が規範を守っているかを監視する役割を担っている。この構造から考えると病棟社会は、タテ社会であり、その底辺が患者に位置すると考えることができる。

規範から逸脱しない行為は、患者が安定したと受け止められがちであるが、患者の社会復帰を考慮すると、日常生活の場で患者の自己決定能力を発揮する機会を増やすことが必要なのではないだろうか。このことは、時によっては、安定した環境を崩しかねない場合も生ずるであろうが、今までの規範はあくまでも現在志向であり、未来へ流れる時間軸ではない場合が多いことに注意すべきであろう。

5. おわりに

長期入院分裂病患者の日常生活行動を観察した結果、習慣的行為と非習慣的行為に分類できた。習慣的行為は、患者自身の安定と病棟社会の秩序を維持するのに貢献していた。しかし、一方、この機械的な行為は、患者の他者や状況との関わりからの疎外を助長させる要因にもなり得ることが考えられた。

今後、入院生活の中でどの行為を習慣ではなく、患者自身に意識化させるべきかを個別的に考慮した看護が求められるだろう。

引用文献

- 1) 厚生統計協会編：厚生指標.国民衛生の動向, 47(9), 81, 2000.
- 2) 前掲書 1) P121.
- 3) 浅井邦彦：精神医療はどう変わるのか？急性期・慢性期問題をめぐって, 日精協誌, 17(12), 28-35, 1998.
- 4) 高橋正和：精神病院在院者実態調査報告, 精神病院の再構築を巡って, 日精協誌, 12(10), 5-49, 1993.

- 5) 五十嵐良雄：長期在院患者の精神科リハビリテーション病棟における治療効果，日精協誌，18(4)，45-50，1999.
- 6) Watts, Fraser N. and Bennett, Douglas H. (福島裕監訳)：精神科リハビリテーションの実際①，岩崎学術出版社，24，1991.
- 7) 大島巖ほか：精神病院長期入院者の退院に対する意識とその形成要因，自記式全国調査に基づく分析，精神医学，38(12)，1248-1256，1996.
- 8) 田中美恵子：長期入院中の精神分裂病患者の時間の流れの速さに関する感覚の分析－結核患者との対比を通して－，看護研究，23(3)，42-56，1990.
- 9) Nikkonen, Merja: Life after the mental hospital: the way of deinstitutionalized psychiatric patients, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 3, 373-383, 1995.
- 1 0) Nikkonen, Merja: The life situation of a long-term psychiatric patient: some restrictions in, and possibilities of, open care, Journal of Advanced Nursing, 22, 101-109, 1996.
- 1 1) Välimäki, Maritta et al.: Self-determination in clinical practice: The psychiatric patient's point of view, Nursing Ethics, 3(4), 320-344, 1996.
- 1 2) Välimäki, Maritta: Preconditions for and consequences of self-determination: the psychiatric patient's point of view, Journal of Advanced Nursing, 27, 204-212, 1998.
- 1 3) Borge, Lisbet, Martinsen, Egil W., Ruud, Torleif et al.: Quality of life, loneliness, and social contact among long-term psychiatric patients, Psychiatric Services, 50(1), 81-84, 1999.
- 1 4) 萱間真美ほか：精神分裂病患者の社会復帰を促す看護婦のコミュニケーション技法の分析，看護研究，28(6)，25-33，1995.
- 1 5) 上野恭子：精神分裂病患者の長期入院生活における問題，筑波大学医療技術短期大学部研究報告，21，1-7，2000.
- 1 6) Wirt, Gary L.: Causes of Institutionalism: patient and staff perspectives, Issues in Mental Health Nursing, 20, 259-274, 1999.
- 1 7) Curson, David A. et al: Institutionalism and schizophrenia 30 years on clinical poverty and the social environment in Three British mental Hospitals in 1960

compared with a fourth in 1990, British Journal of Psychiatry, 160,230-241,1992.

- 1 8) 菊池謙一郎ほか：長期在院の精神分裂病患者の退院の意向とそれに関連する要因について, 臨床精神医学, 27(5), 563-571, 1998.
- 1 9) Goffman,E (丸木,本名訳)：集まりの構造 新しい日常行動論を求めて,誠心書房,p42,1980.
- 2 0) 森千鶴, 佐々木日出男：慢性の残遺型精神分裂病者にみられる食事摂取行動の特徴, 精神医学, 37(3), 277-283, 1995.
- 2 1) 前掲書 19, p239.

謝辞

今回の研究を進めるにあたり、快く調査にご協力いただきました援護寮ならびに精神病院の皆様に深く感謝いたします。

(日本精神保健看護学会誌, Vol.10No.103,2001)

<平成 12 年度成果>

精神科看護師の患者観と関連する要因の分析：面接法を用いた質的研究

上野 恭子¹⁾ 栗原 加代²⁾ 小林 美奈子³⁾ 西川浩昭¹⁾ 羽山由美子⁴⁾

- 1) 筑波大学社会医学系
- 2) 筑波大学医科学研究科
- 3) 茨城県立医療大学
- 4) 聖路加看護大学

はじめに

今まで我が国の他の医療領域と比較し閉ざされた領域であった精神科医療において、慢性統合失調症患者をケアする病棟での看護師の特徴に関する研究は少ない。社会的入院患者が多いとされる療養病棟や長期入院患者の援助する病棟での精神科看護師たちは、日ごろの援助の目的をどのようなものだと考え、それを維持しているのだろうか。また、援助の対象である患者についてどのように考え思いながら仕事に取り組んでいるのであろうか。これらは、看護行為に何らかの影響があると考えられる。しかしながら、その具体的な報告はない。そこで今回の研究では、精神科看護師の患者への援助を示すさまざまなエピソードから、その看護師はどのような考えを持ち援助に取り組んでいるのか、それはどのような行動と関連しているのか、または影響する要因は何かを質的帰納的分析によって明らかにする。

1. 文献検討

人が何か行動を起すとき、その人は自分のものの見方や考え方に則して状況を判断し行動様式を決定する。個人の考え方や価値判断の育成はその時点に至るまでのいろいろな経験や出来事に影響され、多様な考え方から取捨選択を行い、自分に合うようになされている

る。看護職として専門的な行為である患者へのかかわりの行動形成も例外ではない。

しかし、病院という組織集団のなかでは、看護師ひとりの価値観だけで行動が決定されるわけではないことも見落としてはならないことであろう。荻野（1998,2001）は、病院組織に形成された文化という概念に注目し、研究した^{1,2)}。この研究結果によると組織文化は組織集団に存在する一連の体系であり、組織の構成メンバー間に共通のルールや価値観を生み出し、組織に対する社会的なニーズに応えると同時に組織内の内部統合を得るような影響力を持っていたことが明らかになった。実際に荻野は精神科病棟を対象に参加観察を行なったところ、病棟集団には看護師たちが共有する信念と情緒とを基盤にして看護師メンバーに共通する行動様式が生み出されていることを観察した。

では、長期入院患者が多く存在する精神科病棟の看護師間に存在する看護行為とはどのようなものなのか、またそれにはどのような要因が影響しているのだろうか。この予備研究では面接法を用いてこれらを明らかにした。

2. 目的

本研究は、次の3つの疑問を明らかにすることを目的として実施した。

- ① 精神科病棟で勤務する看護師（正看護師と准看護師）は、長期入院患者に対し、どのような思いや考えを抱いているのだろうか。
- ② 看護師の患者への思いと看護行為にはどのような関係があるのだろうか。
- ③ 看護師の思いや行為にはどのような要因が影響しているのだろうか。

3. 研究方法

① 研究デザイン

この調査では、精神科病棟に長期入院をしている患者の看護を行なっている看護師を対象に組織へのコミットメントに関する要因を抽出するための探索的研究であり、半構成的面接法を用いた。

② 研究対象

関東南部の単科もしくは老人病等を併設した精神病院5ヶ所において調査をおこなった（表1）。研究の趣旨、方法、倫理的配慮を院長ならびに看護部長に説明したうえ

で、研究者に紹介され、かつ調査への参加に同意のあった精神科看護師 27 名（正看護師 13 名、准看護師 14 名）であった（表 2,3）。尚、表 1 は、病院が特定されないように病床数と平均在院日数を概数で表記した。

表 1. 対象病因の概要 (2000 年 8 月現在)

| 施設 | 病床数 (概数) | 患者:看護師 | 平均在院日数 (概数) |
|----|-------------|---------|---------------------|
| A | 500~1000 未満 | 5 : 1 | 3500 日 (老人・難病患者を含む) |
| B | 100 未満 | 6 : 1 | 700 |
| C | 100~500 未満 | 6 : 1 | 600 |
| D | 100~500 未満 | 6 : 1 | 1000 |
| E | 100~500 未満 | 3.5 : 1 | 1000 |

表 2. 対象者の概要 (n=27)

| 属性 | 内容 | 人数 |
|------|-------|----|
| 性別 | 女性 | 19 |
| | 男性 | 8 |
| 最終学歴 | 専門学校 | 20 |
| | 高校 | 3 |
| | 看護系短大 | 1 |
| | その他 | 3 |
| 資格 | 正看護師 | 13 |
| | 准看護師 | 14 |
| 職種 | スタッフ | 16 |
| | 副看護師長 | 7 |
| | 看護長 | 4 |
| 家族構成 | 独身 | 3 |
| | 既婚 | 24 |

表 3. 対象者の資格別年齢及び勤務年数 (n=27; 正看護師 13, 准看護師 14)

| | |
|-----------------------------|-----------------|
| 平均年齢 | 46.11 歳 ± 13.08 |
| 正看護師 | 52.38 歳 ± 7.05 |
| 准看護師 | 40.29 歳 ± 14.84 |
| 精神科勤務平均年数 | 12.96 年 ± 9.06 |
| 正看護師 | 11.85 年 ± 6.68 |
| 准看護師 | 14.00 年 ± 10.98 |
| 精神科以外の勤務平均年数 (現在の病院以前の経験年数) | 6.23 年 ± 7.87 年 |
| 正看護師 | 9.58 年 ± 5.04 |
| 准看護師 | 3.13 年 ± 8.87 |

③ データ収集期間

2000 年 9 月 12 日～同年 10 月 4 日

④ データ収集および分析方法

各対象者に対し、精神科への就職動機、患者本人や患者の家族とのよいエピソード、印象の悪いエピソード、患者に対する気持ちと看護方法の変化、仕事に対する遣り甲斐をどのように感じているか、社会復帰についての質問を含んだ半構成的面接を行なった。面接時間は原則として 60 分以内であり、許可の得られた場合のみテープ録音をおこなった。データは、逐語的に記録したあとカテゴリー別に分類し、看護師の患者への思い、患者へのかかわり方の特徴とそれに影響する要因を抽出し、研究協力者 2 名とともに意見の一致がみられるまで検討した。

4. 結果

1) 看護師の患者観とかかわりの特徴

長期入院患者を看護している看護師の患者への思いの分析を行なった結果、対象者 27 名中 26 名について**管理される人**、**一人の人格ある人間**、**かわいそうな人**の 3 つのカテゴリーに分類できた。残り 1 名は情報が不足し判別が不可能であった。

表4はカテゴリー別に看護師の患者へのかかわり方の特徴をまとめたものである。また、以下、コアカテゴリーはゴシック体で、サブカテゴリーは〔 〕で示し、関連する要因を〈 〉で表した。尚、「 」は対象者の言葉を表したものである。

(1) 患者を管理される人とみなしている看護師の特徴

このカテゴリーには10名の看護師が該当した。共通する特徴は患者を病棟内での生活に適応させ、円滑に生活できることに重点を置いたかかわりをしていた点であった。しかし、面接時の看護師の精神病患者に対する心象は、時間的経過を通して固定されたものではなく、看護師個々の過去の様々な出来事に影響され現在の患者観に到達していたと推察された。以下のケースに示すようにこのカテゴリーの看護師は、職業についてときから精神障害者を病棟の規則や看護師の権限等で行動を統制しようと考えていたわけではなかった。

(ケース1：21年目の看護師長) 新人で働いていた時、夜中にいろいろ訴えてくる患者にすぐに対応しちゃうんですよ。それに(先輩から)注意がありましたね。『もう寝る時間なんだから余計なことをするんじゃない』と。・・怪我すれば、きちんと消毒しようとする、『その程度ならほっとけばいいんだ』とか。入った当時はそういう先輩の姿勢は気になりました。これをやると注意される、やりすぎたというような。

(ケース2：12年目の准看護師) 就職した頃は、閉じ込めておくのが精神科の看護、そういう方を社会に出さないのが第一だという考えが往々にその頃の職員の方にあったようなんです。それに慣れてしまふ自分というのも怖かった。でもまあ組織としてそこで勤める以上その人たちの言ういことも聞かなきゃならない。葛藤はあったんですよ。でも、楽なんですね、そっちのほうが。上からというか、立場が強いですから、生殺与奪の権をもっているようなもんです。そういう立場にいたほうが管理はしやすい。

(ケース3：5年目の准看護師) スタッフの中で(自分の意見を言っても)『この患者さんはこうだからだめ』っていう人がいて、そっちの人のほうが力が大きいから、皆そうなっちゃって。そう言われると、ああ、やっても無駄なのかなあって思っちゃう。ここに来てからは、最初の頃はやってみなきゃわからないじゃない、言わなきゃだめというようなエネルギーのようなものはあったんですけど、今は、言わないで言われたことをしたほうがいいっていう感じなの。

表 4. 看護師の患者への思いのカテゴリー化とかかわり方の特徴

| | 具体的な内容 | | かかわり方の特徴 | 該当者数 |
|-----------|---|-----------------|---|------|
| 管理される人 | 「ある程度、我々は生殺与奪の権を持っている。だから、患者に何かをさせるのは可能」「患者さんに対して、視線が上下関係的なところがあります」というように患者は、管理されるべき対象であると思っている。 | | 精神障害者が病院の規則や看護師の権限等に準じルーティーン化した入院生活が送れるように援助しながらかかわる。または、看護師は業務がスムーズに遂行することに専念する。 | 10名 |
| 一人の人格ある人間 | 精神病とはいえ、自分と同じ人間であるという考えをもち、「一人の人格ある人間だと思って扱ってほしい」「人間だっているいろいろな反応があってもいいんじゃないか」と感じている。 | | 精神病患者は我々と同じ人間であり、同じように人格を尊重されるべき対象であるという信念のもとに個々の患者の成長に必要な援助を行なう。 | 8名 |
| かわいそうな人 | 「患者は寂しいんじゃないか」「行き場がなくてかわいそう」という感情が優先している。 | せめて、患者に楽しみを与えたい | 精神病患者は、同情、憐憫の感情を抱かせる対象であるからこそ、毎日の生活を楽しく、変化ある生活が体験できるようにかかわる。 | 6名 |
| | | でも、私は何もできない | 同情はするが、その看護師の理想とする行動ができず、行き詰まりを感じ、流れに任せたかかわりをする。 | 2名 |

判断不可能 1名

この3つのケースは、特に新人のころから精神病患者への偏見が強かったというわけではなく、むしろ一般病棟の患者に対するのと同じような人権感覚をもっていたことは明らかである。ところが、職場組織で勤務するうちにそれが変化していることが伺えた。またそのことは3例とも自覚しており、自分が変化していくことに対し葛藤も体験していたが、結局、彼らのかかわり方は社会復帰を念頭に置いて患者の問題や病状を個別的に考え対処するというより、患者が病棟内での生活に適応できるようなかかわりを促していた。このような援助は、病棟の中にすでに浸透している価値観や行動様式に基づいた〈病棟内の規範〉に影響された。さらに病棟の〈看護師間の関係〉つまり先輩看護師が示す方針に従い仲間との関係を維持しようとするために従来と異なった援助や理想とする援助方法が実行しにくい状況にあった。

(ケース4：10年目の看護師) 後輩へのアドバイスとして患者さんに背中を向けないようにということを行っています。たとえば、患者さんが、後ろで変なことをやっていることがあるんですね。行動が。急にどういう行動にでるかかわからないから。不意打ちで頭を後ろからガツンとくるから。歩いていると急にパツと。だからそういう意味で、後ろに気をつけているんです。

(ケース5：21年目の看護師 看護師長) 一生懸命やったのが仇になって反応されることはありましたね。その患者さんは妄想的で。患者さんに妄想をもたれたりすると取り込まれるんじゃないかと考えましてね。取り込まれることで悩むんですね。なんであれだけやっているのに私のこと攻撃してくるのかしらというような。やってるけど評価されない、患者さんから評価されないってことが一番辛いんですね。

上記は、患者の暴力や妄想を警戒した内容である。これは、〈患者からの脅威〉であり、患者との関係性に影響していた。

このほか、このカテゴリーに共通する内容として、看護行為の成果が得られないことによる遣り甲斐のなさがあった。上記のケース5でみられるような患者の否定的な反応から看護師自身の仕事への意欲を喪失させられているだけでなく、家族からの拒否的な反応や社会の偏見も同様の反応があった。家族の退院後の受け入れ拒否や社会の偏見は患者の退院に際し、居住の場を得られない原因になっていた。そしてこのことは看護師の仕事の満足感だけでなく、看護師の自尊心にも影響していた。

(2) 一人の人格ある人間として接している看護師

病棟の中には何らかの軌範が存在することは前述したが、その軌範と自分の信念との間に葛藤を抱きつつ、自分の信念に準じた行動をとった看護師がいた。この看護師たちは、患者を一人の人間として接していることが共通していた。この**一人の人格ある人間**として接するカテゴリーには8名が属し、彼らは、自分の信念に準じ行動をとり、患者の成長を信じてかつそれを促すかわりをしていた。

(ケース6：24年目准看護師 主任) (就職時) 確におかしな行動やおかしなことを言っている人はたくさんいたんですけど、それを見て笑ったりということはなかったです。自分では、結構早い時期から患者さんの接遇というか対応を大事にしたいなあって思っていたんですけど、仲間の中にそれができない人がいたのは悲しいかな。ちょっとつらいかな。年配の看護婦が多く、自分の子供と勘違いして対応しているんじゃないかという印象が強かったです。だから、注意するにしても一人の人格ある人間だと思って扱ってほしいと常々言っていたんですけど、ぜんぜん相手にしてもらえなかった。・・・先生(医師)はよく理解してくれます。仲間同士もギクシャクしているってことはないです。まあ意見を戦わすってことはあっても、それで関係が悪くなるってことはないです。

(ケース7：27年目の准看護師) 保護室に10年も入っていた患者さんがいて、スタッフ全体が『もう出そう』っていう意識があったんです。先生にも言われたんです『何かあっても知らないよ』って。でも婦長ももう今のチャンスを逃したら患者さん一生出られないんじゃないかっていう思いがあったからスタッフもついて行く。チームワーク出せたんだと思う。婦長がすごく責任持ったね。・・・力のない上司の下で働く私たちやる気なくなっちゃうから。個人プレーできませんから。それに(患者も)昔は問題があったかもしれないけれど、今は少しは成長して、また、違った面があるかもしれない。

ケース6の精神障害者への患者観は、ケース1からケース3に見られるような先輩看護師の影響や病棟の軌範に甘んずるところなく維持され続けていた。ケース1から3までの看護師との大きな違いは<看護師間の関係>がケース6の信念を強める働きをしていたことであろう。つまり、同じ考えをもつ仲間が存在していた。ケース7の場合も患者を「少しは成長して、また違った面があるかもしれない人」とみなしており、その気持ちは長年勤務しても変わっていない看護師であった。そして、ケース6と同様に自分を支持してくれる仲間あるいは上司の存在があった。

さらにこのカテゴリーの看護師は、患者を人として尊重するという姿勢が一貫した態度として存在し、かつ、それに下記のような精神看護の独自性、専門性を示す技術が患者とのかかわりを特徴づけていた。

（ケース6：24年目准看護師 主任） ある30歳過ぎた患者さんは、スタッフに『～ちゃん』って呼ばれていたんですね。で、本人に『あなたは、～ちゃん付けで呼ばれているけれども、それであなたは満足しているのか』っていうことを聞いたんですよ。そしたら、『嫌です』って言った。『じゃあどうして看護婦さんや他の患者さんにそれを言わないでほしいってはっきり言えないんだ。言えないんだったら私のほうから言ってあげようか。あなたも～ちゃんなんて呼ばれてその気になっていつまでも悪戯してたり悪いことしてたんじゃいけないでしょう』ってことを言ったんです。そしたら次の日からほんとにびたっとまじめな生活態度をとって3ヶ月くらいで退院しました。・・・患者さんを人としてきちっと見ていくことが一番大切だと思いますし、ちゃんと患者さんも症状が重いときも人を見ています。相手を尊重すれば理解してくれるかなあ。本人の苦しみを少しでも軽減させてやるってことと、間違っていることをどう修正していくか、話し合いのなかでどの辺に糸口を見つけるかということですよ。

（ケース7：27年目の准看護師） 患者さんって必ず一つサインを出しますよね。絶対患者さんが何か言って来ても聞き漏らさないと常に思っているの。・・・（朝の申し送りで）聞き流しにしないってこと、必ず自分の目で患者さんの状況を見る。いろんな申し送りがある。そしたら、必ず自分の目で見る。そうすると、『あっ、そうか、こういうサイン出たのかとかね。それは、わたしは常に大事にしているの。この病院27年という自分の体験がものすごく物言っているし、実際の自分の体験のほうが（学校や研修の教育より）遥かに大きい。

以上のことから考えると、このグループに属する看護師の看護行為に共通する要因として＜仲間の存在＞と＜精神看護技術の応用＞が抽出された。

（3）患者をかわいそうな人とみなしている看護師

最後のカテゴリーには8名が該当した。このカテゴリーはさらに2つのサブカテゴリー、〔患者に楽しみを与えたい〕6名と〔私は何もできない〕2名に分類できた。

この患者をかわいそうな人とみなす看護師の特徴は、根本的には精神障害者には厳しい現実があり、自由の少ない現在の状況にいる患者に同情や憐憫の感情を抱き、何とかして

あげたいという思いが共通していた。サブカテゴリーではこの患者への思いがどのように行動に現れていたかで分類できた。

① 【患者に楽しみを与えたい】看護師の特徴

このグループに属す看護師の看護介入は、気の毒な患者にせめて、入院生活を楽しんでもらおうと行事やレクリエーション、毎日の生活に何らかの変化を起こしながらかかわっていた。

(ケース 8 : 11 年目の准看護師) レクリエーション係りとしては、とりあえずは、患者さんが楽しめるってことと、患者さんが一人でも多く参加してくればな、それから事故もなく安全に終わればいいなっということを一番考えます。病院の中にいると日常生活であんまり患者さんが喜んだりっていうことではないんで、レクで喜んでもらえたらいいな。でも、レクが社会復帰に結びつくということは考えていません。

(ケース 9 : 10 年目の看護師) この患者さんは、慢性で退院の見通しがいい感じの方ばかりですね。ここにいる間だけでもちょっとでも楽しみがあればなっという感じです。ある患者さんなんかは、家は近いんですけど、ほとんど帰る見込みがないです。だから、いかにここで気持ちよく過ごしてね、生活のメリハリをつけるか、そういう努力を私たちがやらないと。

このグループの特徴は社会復帰を目指すのではなく、患者に楽しみを体験してもらい、入院生活を充実させることが、看護師としての役割であると考えていたことであった。社会復帰はできるに越したことはないが、おそらく無理であろうという諦めが存在した。だからこそせめて入院生活を充実させようという構造になっていたと考えられる。

② 【私は何もできない】と思う看護師

このグループは、様々な要因の影響により自分の理想とする看護に沿った行動ができず、思い通りに働けない苦悩を抱きつつ患者と関わっていた。

(ケース 10 : 12 年目の看護師長) 家族に関わることで大事だから、連絡取るんですよ。ところが、『一切うちは関知しません。もう、お宅に頼んでるんだからもう(電話を)かけてこないでください』って

言われちゃうんです。本人が家族と話したいからってことで本人を電話に出させると向こうは一方的に電話を切っちゃいますね。・・・病院にいたいって言う患者さん結構いるんですね。退院とか勧めること自体この患者さんにとって本当に幸せなのかなあて思っちゃうんです。『私もいるからみんなここで仲良くやろうね』最終的にそうなっちゃうんですよ。

ケース 10 の場合、＜家族の拒否的な態度＞が看護師の社会復帰を目指す行動の続行を拒むために、看護師は患者の幸せは病院にいることかもしれないと合理的に考えることによって安定しようとしていた。しかし、患者は病院にいることが幸せだと断言しているわけではないことを考えると、看護師の思いは本当にこれでいいのかという葛藤も持ち合わせていたと推測できる。

（ケース 11：6 年目の看護師）開放病棟は看護婦の数が少ないですから関わってあげたくても訴えない人はそのまんまっていうか、以前はそれでもまだ外に出られたんですけど患者は年々歳をとってゆく、職員の人数は増えていかない、そうすると外で何かをしましようという事は徐々に少なくなってゆく。・・・静かな患者さんをどんどん見てあげて、今これだけでできているんだからとか我慢できているのは能力があるからという考えはあっても、我慢できているっていうことはストレスがすごいでしょ。だからそこいり辺を我慢なくていい範囲までしてあげたい。でも段々うちの病棟でも自信なくしている。私って看護婦かしらって。

上記のケースでは、＜看護師の少なさ＞、＜患者の高齢化＞が看護師の自信を失わせていた。自分の力ではどうしようもない無力感は、看護師に先が見えない行き詰まりを感じさせ、「流れにまかせた」行動をとらせていた。

2) 職務への満足感

今回の研究では、対象者に仕事の遣り甲斐についても半構成的な質問をおこなった。遣り甲斐とは自分がこの仕事をするだけの意味あるいは値打ちをもっているかということで、職務への満足度に影響するものである。遣り甲斐についての質問の答えと患者とのエピソードの整合性をもって分析し、遣り甲斐と患者とのかかわりにはどのような関係があるかを検討した。

その結果、現在の仕事に対し**遣り甲斐がある**と明確に述べたものは 12 名、遣り甲斐が

あると明言できなかったもの、あるいは否定つまり、**遣り甲斐が分からない**に属するのは 11 名であった。4 名は分析による判断ができなかった (表 5)。

(1) **遣り甲斐がある**ことの意味

精神科での仕事に遣り甲斐を持っていると述べた看護師をカテゴリー分類すると、〔患者と分かり合える喜び〕、〔自分が看護師として役に立つこと〕、〔自分の行為がポジティブに評価されること〕の 3 つのサブカテゴリーに分けることができた。患者観との関係をみると、**管理される人**に該当する看護師 3 名、**一人の人格ある人間** 5 名、**かわいそうな人**〔患者に楽しみを与えたい〕 4 名であった。

① 〔患者と分かり合える喜び〕

患者と分かり合えることを喜びと感じている看護師は、いずれも**一人の人格ある人間**、**かわいそうな人**〔患者に楽しみを与えたい〕といったカテゴリーに属しており、患者との関係性を重視していた。「感じあえる」「接すれば接するだけ楽しい」「患者は待ってってくれる」「患者はやっぱり人間よ。温かい気持ち、感謝する気持ちを持っていますよ」「患者が可愛い」といった発言が聞かれ、患者への援助、かかわりの経過を通して感情の交流が生まれており、これらの看護師はそれを喜びと感じていた。

表 5. 遣り甲斐と患者観

| カテゴリー名 | サブカテゴリー名 | 患者観 (該当者数) |
|----------------------|-------------------|---------------------|
| 遣り甲斐がある (12 名) | 患者と分かり合える喜び | 管理される人(3) |
| | 自分が看護師として役に立つ | 人格ある人間(5) |
| | 自分の行為がポジティブに評価される | かわいそうな人 〔楽しみ〕(4) |
| 遣り甲斐が分からない (11 名) | 専門的技術がわからない | 管理される人(7) |
| | 同僚との関係で疲れる | 人格ある人間(2) |
| | 期待する評価が得られない | かわいそうな人(2) |
| | 身体的に厳しい | |

判別不能 4 名

② 〔自分が看護師として役に立つこと〕

このグループの看護師は自分自身を精神科看護師として専門的な役割をもっていると感じ、患者の援助においてなにをすべきかまたは、自分が人の役に立つことが大事だと考えていた。

（ケース 12：4 年目の看護師） 精神科以外の科は患者と医者との 1 対 1。狭間にはいつている看護婦はやりにくい。精神科だと、医者もある程度チームワークがすごく大切だって感じですけど。医者がいいからって患者が治るもんでもないし。看護婦がいいからって治るもんでもないし。薬がいいからって治るもんでもない。全部が合わないとその患者さん、ぐっと悪くなったりするじゃないですか。それってやっぱり未知数なもんだと思うし。

このケースでは、患者の回復には専門家同士の連携が重要と考え、看護師としての立場と知識で他の専門家や仲間とともにその患者に働きかけるときに自分自身の存在の意義があると考えていた。

③ 〔自分の行為がポジティブに評価されること〕

前述の〔自分が看護師として役に立つ〕場合の看護師は、患者へのかかわりを専門的立場で関わることに主眼を置き、必ずしもその評価に重点を置いたものではなかった。しかし、この〔自分の行為がポジティブに評価される〕というグループの看護師は、過程より結果に注目し、自分に与えられた評価に価値を置いていた。具体的には、「患者が退院するとうれしい」「めったにない外泊や新しい行事や企画が成功すること」が挙げられた。また、患者にかかわることによってその患者が落ち着くことや感謝のことも看護師自身にとって自分が行なった行為の評価として受け止められていた。

このように評価を看護師に与える対象は、患者の退院や回復、感謝の意を示す患者自身の言動であり、自分の行動に賛同する〈仲間の存在〉であった。

（2） 遣り甲斐が分からないことの意味

遣り甲斐が分からないと答えた看護師で管理される人に該当する看護師 7 名、一人の人格ある人間 2 名、かわいそうな人 2 名であった。さらにこのカテゴリーにはさらに 4 つのサブカテゴリー、〔専門的技術がわからない〕〔同僚との関係で疲れる〕〔期待する評価が得

られない)〔身体的に厳しい〕が存在した。

① 〔専門的技術がわからない〕

ここに属した看護師は2名であり、精神科勤務年数はいずれも10年以上であった。ここでいう専門技術とは患者との接し方のことであり、「言葉が下手だから、ケアができない」「どうやって接したらいいのかわからないんですよ」といった発言があり、具体的で有効なかわり方に確信が持てずにいた。このことが看護師の自尊心を低め、自分が役に立っているという実感が持てていない状況に影響していると推測された。

精神科の看護では、自分の経験や先輩の言動を見て学ぶことが何より大切であると述べた看護師が12名存在し、彼らは専門的な技術や援助方法を書物だけでは習得しにくい、実際は「教科書よりもっと深い」と感じていた。このことは精神科看護師の専門的な技術の伝達の困難さを表現した発言と考えられた。この〔専門的技術がわからない〕といった看護師は、長年勤務はしていたものの経験が自信に結びついていなかったものと推測された。

一方、このような経験偏重の集団の中では、新しい知識や技術の導入が拒まれる傾向にあり、「キャリアの長い人の反発」が生じ、次に説明する同僚の人間関係に影響していた。

② 〔同僚との関係で疲れる〕

研究対象となった看護師の精神科勤務平均年数が10年以上と長い傾向にあり(表3参照)、前述に示すように自分たちの経験を重視する傾向にあった。このような状況のなかで、看護師は仕事を一人で遂行することの困難さを実感していた。

(ケース3:5年目の准看護師) チームで働くものだから、一人でどんどん進んでも行なえない。ある程度のところまでしかいけないだろうし。やっぱり周りに従うしかないのかな。下手に関わって患者の具合が悪くなるよりは、いつもこういう状況で良くなってからこのままでいいのかなあ。だから遣り甲斐ないかなあと思いますけど。もやもやみたいなのがあります。

この看護師は、チームの中でまだ自分の考えを主張することができず、最終的に他者の経験に基づいた看護を行っていた。この現象と同様のことが、前述の患者を**管理される人**とみなしていたケース1、2にもみられていた。彼等は、現在は同僚との関係で悩むこ

とはないが、かつて新人のころはケース3のようにチームのなかで葛藤を感じていた例があった。ケース3の葛藤は、自分の考えで患者と関わることと、すでに経験によって培われた既定された方法に関わることの間で生じており、どの方法を選択するかによって先輩の看護師から受け入れられるかどうかに影響していた。

③ 〔期待する評価が得られない〕

この概念は、先の遣り甲斐を感じているグループの〔自分の行為がポジティブに評価されること〕と反対の意味をもつ。この〔期待する評価が得られない〕に属す看護師は自分の看護行為に対する評価を必要とするにもかかわらず、患者の疾患の特徴でもある回復に時間がかかり「退院がなかなかできない」ことによって「先が見えない」状況となり、良い評価が得られにくい状況となっていた。また、退院を目指して家族の調整や患者へのリハビリテーション等をおこなっても「家族が退院を拒む」〈家族の拒否的な態度〉、「国が（退院後の）中間施設を作ってくれないとどうしようもない」といった〈社会復帰施設の少なさ〉によって、自分たちの仕事への賛同がもらえないという行き詰まりを体験していた。つまり、入院患者を退院へと導けないことは、このカテゴリーの看護師にとって患者から、家族から、そして社会からのネガティブな評価としての意味づけがあった。

④ 〔身体的に厳しい〕

50才代の看護師に聞かれた言葉であり、「体力的にきつい。若いときのようにできず、なんとなく自分に充実感が薄らいできた。精神看護って今からどんどん変わっていくと思うんですね。それについていけるがどうか。」と述べた。現在、精神医療そのものは人権問題を考慮し改善がどんどんなされてきている。しかし、長く勤務してきた看護師にとってその変化への対応はストレスにもなりうる。そのストレスに立ち向かうだけ体力的な能力が〈看護師の年齢上の限界〉によって少なくなっている状況にあった。

5. 考察

精神科看護師の経験したエピソードから、看護師の行為に影響するものを分析したところ、患者に対しどのような感情が起こり、どのような考えをしていたか、つまり患者観が重要な要因になっていたことが明らかになった。また患者観として、3つのタイプ—管理される人、一人の人格ある人間、かわいそうな人—が抽出された。ここでは、患者へのか

かわりの構造を患者観の形成に関わる要因をとおして考察する。

1) ヒエラルキーの中の存在価値

結果によると患者への思いや考えは、過去の出来事によって影響を受けていることが明らかとなった。その過去の要因の一つに病院組織の人間関係が挙げられる。

病院組織は、明らかに多くの職種、多くの同僚から形成されるヒエラルキー構造をもっている。それは、組織内の秩序を維持するための権威構造でもある。Milgram,S.(1974)は組織メンバーが自分に与えられた地位を承認することで内部の調和が確保されると述べている³⁾。すなわち、組織に看護師がどのように順応するかは、そのヒエラルキーの中での自分の存在価値をどう獲得していくかということの鍵となる。

新人看護師は<先輩看護師との関係>において、自分の行為を先輩たちに合わせるべきか否かという葛藤を体験する。長くその組織に所属する先輩看護師は組織の権威を象徴するものの一つであり、新しい看護師の思考や行為を拘束する要因となりうる。また、<病棟内の軌範>は先輩看護師が長年の経験にもとづいて作ったものであり、これもまた権威の象徴と考えることができよう。すなわち先輩看護師の期待する行為を遵守し、病棟の軌範通りに動くことは、組織の調和を維持するうえで必要なことであり、そのことによって新しい看護師は組織に受け入れられると感じ、安定感を得ることになる。

この際に組織に組み入れられた個人の内部では、権威が自分に期待していることをうまく成し遂げる点に関心が集まり、個人的な関心や願望は容易に放棄するという個人的な調整が行なわれる³⁾。

今回の結果では、組織内の権威に従った行動を行なっている具体的なエピソードを分析すると精神病患者を管理的に看ている看護師が多く、その一部に患者との立場を上下関係で見ている場合があった。彼らは必ずしも精神障害者を軽視しているというのではなく、個人内で生じた葛藤を緩和するために自分の行動の意味を正当化する必要があったものと考えられる。

このことを精神力動的に考えた場合、成人である看護師は大抵の場合、超自我がうまく機能し、患者に対し一人ひとりを尊重して大事に関わるべきだという絶対的な道徳心をもっていると考えられるにも関わらず、一部の看護師には、一見この超自我に反した思いを抱いているように感じられた。しかし、Milgram,S.は、組織に準じている人たちは決して道徳心を失っているのではなく、むしろ彼らの道徳感覚は権威に準じてどれだけ自分の責

任を果たしているかという方向に反応していると考えた⁹⁾。そしてこの場合の道徳心を表す用語に忠節、忠誠が合致する。

一方、別の群の看護師は患者を一人の人格ある人間として捉えていた。彼らの行為は、従来の病棟軌範に則ったものではないためにそのヒエラルキーの秩序を乱しかねない。しかし、彼等は自分たちの思いを実行することができた。それは彼らのエピソードから得られた影響要因、つまり〈仲間の存在〉と〈精神看護技術の応用〉に起因すると考えられる。

この研究の場合、仲間とは権威を持つ人ではなく、同じ考えを持ち、自分を応援、支持してくれる人を示している。自分の考えと異なった思考に基づく権威の中で自分の意志を遂行するには、それなりの理由と実施の際に生じる緊張を和らげる必要があるが、仲間の存在は、その看護師の行動の正当性を強め、その看護師を勇気付ける役割を担っている。Luzen(1990)は彼の研究のなかで、イデオロギーの葛藤を体験している精神科看護師は、結束度の高いグループに属することにより感情的サポートを得、緊張を緩和させていることを明らかにしたが¹⁰⁾、本研究の仲間の存在はまさしく感情的サポートの意味を持ち、そのことで人道的価値に則った行動が可能になったと考えられる。

〈精神看護技術の応用〉とは、専門的な技術によって実際に患者の好転する様を他者に示すことができ、自分の患者への関わりの正当性をさらに強化させる要因ことになると考えられる。つまり、この群に所属する看護師は、この二つの要因によって患者も自分と同じ人間であるという強い信念を曲げることなく、職場組織の中で自分の存在価値を示すことに成功したといえる。逆に遣り甲斐が分からなくなっている看護師の中に〔専門技術がわからない〕ことや〔同僚との関係に疲れる〕といったサブカテゴリーが抽出されたことは、〈仲間の存在〉と〈精神看護技術の応用〉の両方あるいはそのいずれかがうまくいっていないことを示し、このことからこの二つの要因が精神科看護師にとって重要であると考えられた。

2) 精神科看護師の孤立無援感

今回の結果によると精神科看護師は自分の看護行為の目指すところにも特徴があった。

どの領域の看護師にとっても患者が回復することや退院することを看護行為の目標として捉え、悪化や死亡を敗北のように感ずるのは共通する思いであろう。しかし、慢性精神病患者を対象にする看護師の場合、上記のような一般領域での目標レベルを期待した看護

師は「期待する評価が得られない」感覚に陥っている場合があった。この目標レベルが慢性精神病患者の社会復帰に関して挫折感を感じさせていると考えられる。

社会復帰の困難さに関連している要因は複数挙げられており、〈患者の高齢化〉〈患者からの脅威〉〈家族の拒否的な態度〉〈看護師の少なさ〉〈社会復帰施設の少なさ〉〈看護師の年齢上の限界〉などがあった。

特にこの中で〈家族の拒否的な態度〉〈看護師の少なさ〉〈社会復帰施設の少なさ〉の改善には、社会全体の理解を必要とし、看護師自身の努力によって変革するにはかなりの限界があるため、看護師に孤立無援の感覚を惹き起こす可能性がある。自分の努力ではどうすることもできない悔しさと空しさ、これは患者をかawaiiそうだという思いを抱いている看護師ほど強いものと考えられる。何もできないという無力感に対し、一部の看護師はせめてという思いで入院生活に楽しみを作ろうとし、その行為で自尊感情の低さを打ち消そうとする。また一部の看護師は、患者は入院すべきものなのだと自分の無力さを投射という防衛機制を用いて対処しようとする。そうした精神内部の葛藤が、患者の日々の生活に変化をもたらそうとする関わりであったり、管理的な関わりであったりという行為に関係すると推測される。

このようにして看護行為の目指すところを直接患者の退院や社会復帰に置かずに今現在の生活に基準を置く場合がある。これは長期入院している慢性精神病患者を看護するものの特徴の一つであろうと考えられた。

おわりに

今回の調査では、精神科看護師 27 名に対し半構成的面接を行い、精神科患者への思いを分析し、その思いがどのように形成され、どのような看護行為に影響しているかを明らかにした。

精神科看護師は、病院組織のなかで活動しており、そのヒエラルキー的構造が看護師の患者観や援助行為に影響していた。その構造の中で、特に看護師間の人間関係の影響は大きいといえよう。その他の要因として患者家族の態度や社会復帰施設の少なさ、看護師数の少なさ等は精神科看護師自身の孤立無援観を助長した。

本研究の限界として、面接法のみで内容を検討した事である。面接内容は、被面接者の意識的な内容で語られるため、実際の看護行為との比較検討を行なうことによってさらに彼

らの患者観や価値観などが詳細に検討でき、妥当性も高まったであろう。しかし、複数の施設の対象者ならびに複数の研究者での検討によってある程度は妥当性も得られたと判断された。

引用文献

- 1) 荻野雅：看護研究における組織文化の概念分析,日本看護科学誌,18(3),106-117,1998.
- 2) 荻野雅：我が国の精神科病棟の文化に関する記述的研究—3つの精神科病棟の参加観察を通して—,日本精神保健看護学会誌,10(1),50-62,2001.
- 3) Milgram, Stanley: Obedience to Authority: An experimental view by Stanley Milgram, 1997, 岸田秀訳, 服従の心理 アイヒマン実験, 河出書房新社,24-25, 1995.
- 4) 前掲3) p193.
- 5) Lutzen, Kim: Moral sensing and ideological conflict — Aspects of the therapeutic relationship in psychiatric nursing: Scand J Caring Sci, 4(2), 69-76, 1990.

(この論文の一部は、第11回日本精神保健看護学会にて発表した)

<平成 13 年度成果>

精神科病棟で働く看護師の組織コミットメントと専門職性

はじめに

プロジェクトの最後の研究では、精神科での長期在院患者を社会へ送るために看護師の援助行為の問題点とその改善点を提案するものである。前回までの患者側と看護師側の質的研究では、現場で起こっている現象から、生じている問題の性質を明らかにした。その結果、患者への介入方法を開発する前に病院で働いている看護師を対象にし、患者の社会復帰を視野に入れた看護の役割が十分に発揮できる場をどのように整えるべきかを検討するほうが優先課題であり、効果も増大すると考えられた。

そこで今回の研究では、精神科看護師を対象に彼らの仕事の場である病院組織との関連を因果モデルを用いて検討する。

第 1 章 文献検討

I. 組織コミットメントの概念

本研究は、精神科看護師の病院組織へのコミットメントと看護師の特性との関係を検討するために行なわれるものである。したがって組織コミットメントと看護師の特性や関連要因の動向についてレビューする。

1. 組織コミットメントの定義

組織コミットメント *organizational commitment* は、雇用組織と組織メンバーの心理的関係を扱った概念であり、社会心理学、組織心理学領域において以前から注目されてきた。それは、この概念は組織メンバーの離職や欠勤行動、職務業績、モチベーションなどを予測する際に重要な関係があると考えられ、特に組織の生産性を高めるために重要な働きがあると推測されているからである。1980 年代以降、わが国にもこの考えが導入され、帰属意識を中心とする日本的経営の分析に用いられている（関本と花田,1985;1986; 関本,1992; 田尾ら,1997）。では、この組織コミットメントという概念の包含する意味とはどのようなものであろうか。

一般に「コミットメント *commitment*」の用語には単に「かかわり合い」の意味だけでなく、「責任」、「義務」のほか「献身」、「傾倒」、「投入」の意味合いを含んでいる。このこ

とだけでも組織コミットメントは、行動を示す一次元の概念ではないことが理解できる。組織コミットメントは、コミットするターゲットを所属する組織に限定した上で、その組織に対しメンバーがどのような考え、価値をもって付き合っているかを表す多面的意味合いを含む概念であると考えられる。

次に類似する用語を検討してみる。類似用語の一つに「態度」があげられるが、社会心理学用語事典によると態度とは、「経験を通して体制化された精神的・神経的な準備状態であり、個人がかかわりをもつあらゆる対象や状況に対するその個人の反応に指示的ないし力動的な影響を及ぼすものである (Allport, G.W.,1935)」。社会心理学上は態度という概念は人間の行動を予測し、説明するために使用される重要な上位概念であり、態度を構成する成分には、対象に対する感情、対象についての信念や評価をともなった認知、動機や反動的な行動がある。職場での組織メンバーの態度は職務態度とよばれるが、林 (2000) はその著書のなかで、職務態度とは組織メンバーが職務上知覚する社会的な対象についての積極的なあるいは消極的な評価、情緒的な感情、および賛否の反応パターン (心理的現象) のことであると定義している。そして、その下位概念として職務満足、組織コミットメントを位置付けている。

「組織コミットメント」と「職務満足度」との関係性はすでに多くの研究で行なわれている (Meyer, Allen, & Smith,1993; Gurney, Muller, & Price, 1997; Acorn, Ratner, & Crawford, 1997; Lum, Kervin, Clark ら, 1998; Lok & Crawford,2001) が、田尾ら (1997) は、いくつかの研究結果から二つの概念の違いを次のようにまとめている。それは、他の研究者によってこの両概念の確認的因子分析の結果、二つは異なる概念であると判断されたことを前提に、その相違点を「職務満足度」は今現在かかわっている仕事に対する満足度であるのに対して、「組織コミットメント」は組織全体に対する感情的反応を反映すること。また、組織コミットメントは時間的経過をとおして比較的安定しているが、仕事満足度は日々の出来事に影響されやすいことを挙げている。

さらにコミットする対象、満足する対象の点でもその範囲は異なる。組織は、その組織社会を構成するいろいろな要素が有機的なつながりをもってできた統一体であり、その要素には組織の構成員、構成員を一定の行動に仕向ける規則、組織のもつ目標などが含まれる。つまり、コミットメントの対象はこれら全てを含む組織全体であるのに対し、職務満足度の対象は、個人の仕事、職務内容や個人の行動自体に限られる。すなわち、組織コミットメントはその意味する範囲は幅広いだけでなく、人的、物理的な要因など外部からの要因に影響を受けた感情的反応といえるだろう。

このほか、日本の研究によく見られる「帰属意識」も類似した概念であり、日本式経営の中核はこの帰属意識の高さであると思われる時代もあった。そして、その定義を尾高は、「ある集団の成員が単に形の上でそれに所属しているだけでなく、心から、つまり生活感情の上でもその一員であり、その集団を自分の集団、自分の生活根拠として感じている度合い」としている。この定義では個人と所属する組織との同一視が注目される。関本と

花田（1985）は、日本の帰属意識をより情動的に捉え、個人を犠牲にし、集団に奉仕するといった組織への忠誠心が中核にあると考えた。しかし、田尾ら（1997）は、忠誠心といった価値観を含んだかわりには、組織コミットメントの一要素であると考えている。さらに O'Reilly と Chatman（1986）は、組織コミットメントには従順、同一視、内在化といった要素を基盤としており、このことから同一視を主体とする帰属意識は組織コミットメントの一要素といってよいであろう。

組織コミットメントの初期の研究である Mowday ら(1979)は、組織コミットメントの定義を「個人が特定する組織との同一視、組織への投入するかかわりの強さ」とし、感情的な繋がりを強調した。それに対し、Allen と Meyer(1990)は、「個人を組織に繋ぐ心理的な状態」と定義し、以下に述べる3つの次元から組織コミットメントを捕らえようとした。しかし、組織心理学上では、まだ、その定義は統一されていないのが実態であるが、一貫してコミットメントが高い場合は、組織の目標や価値に対して強い信念をもって受け入れ、組織のために積極的に努力しようとし、組織に対しある程度肯定的な感情を持っている状態であるということは定着した考えであろう。

II. 組織コミットメントの3つの構成要素 (A Tree-Component Model)

Allen と Meyer（1990）は組織コミットメントを構成する要素を内容やその先行因子の特徴によって3つの次元に分けて考えた。以下にそれぞれの要素について関連ある研究とともに説明する。

1) 継続的要素(continuance)

初期の組織コミットメントの概念は、Becker(1960)によって組織メンバーの行動の特徴として明らかにされた。この理論では、組織コミットメントとはメンバーの組織への行動を愛着や忠誠心という個人の内面的で感情的つながりというより、給与や地位、今まで培ってきた人間関係、経験などの都合の良い面、つまり功利的なつながりが組織との関係を強化していると考えている。近年では、この Becker の理論を組み入れた代表的な研究に Allen と Meyer (1990)の研究がある。彼らの主張する組織コミットメントの構成要素の一つに継続的要素というのがある。これは、もし今の組織を辞めるならば、そのためのリスクや犠牲が大きいため、それを回避するために離職せず残りつづけるというものである。

この継続的要素について、McGee と Ford(1987)や Meyer, Stanley, Herscovitch ら(2001)は、継続的要素は2元性であり、離職する際の高い犠牲を自覚し、損得勘定に基づいたコミットの側面と、組織メンバー自身が今の組織以外に転職の選択の余地が少ないことを自覚していることに基づいた側面があると主張した。つまり、継続的要素の特徴は、メンバー自身今までどれだけその組織からの報酬や業績、人間関係の安定、地位の確保のために自分の能力や時間を注いできたか、そして今の結果を得るためにどれだけ努力し、自己犠牲を払ってきたか、いわばどれだけ今まで‘投資’してきたかということに関連し、

さらにその組織から離れるときにそれに代わる組織があるか、その時どれだけの損やリスクが生じるかということが、組織に留まる意義や意味を付加するというものであり、この投資の気持ちが強ければ組織への拘束力が高まる結果になるということが推測される。Meyerら(2001)のメタ分析の結果では、代替組織の有無より犠牲的感覚の認識のほうが離職の意思との間に強い否定的相関があることを明らかにし、犠牲的感覚の要素は Beckerの理論により近いものと推測した。

2) 情動的要素(affective)

Mowdayら(1979)は、功利的というよりむしろ組織との情動的な面に注目し、組織コミットメントを「組織の価値や目標を共有し、組織に残り続けたいという気持ちで特徴づけられる情動的な愛着」と定義した。最近の研究においても Acornら(1997)は、Mowdayらの考えを支持し、組織コミットメントには組織メンバーが組織の価値や目標を信じ、その組織の信念の基に働こうという意思を含むと述べている。先に述べた AllenとMeyer(1990)の研究においてもこの愛着は重要な構成要素の一つと考え、情動的要素と名づけている。

しかし、Mowdayらの組織コミットメントの定義はあまりにも狭義であり、このことに対し、もっと多元的に考慮するべきではないかという批判もある(田尾ら,1997,p23)。そのため最近の研究では、組織コミットメントを情動的要素といった単一の要素だけで説明することは少ない。

さらにいくつかの研究においてこの情動的要素と継続的要素間には関連性があることが明らかにされている(McGeeとFord,1987; Meyerら,1989; ReillyとOrsak, 1991; Meyer, Allen, Smith,1993)。Meyerら(1989)は、上記の2つの構成要素を特徴としたコミットメントと管理職者のパフォーマンスとの関係性について尺度を用いて調査した。その結果、情動的コミットメントは職務遂行レベルに正の相関があり、継続的コミットメントとは負の相関をもつというものであった。この研究結果からみると、情動的コミットメントと継続的コミットメントとは、相反する様式のように映るが、McGeeとFordの先の研究において、当該組織への愛着が増し情動的コミットメントが高くなればなるほど、転職先が少ないという感覚は増し、離職の際の犠牲が多大であるという認識が増大するという結果を導き出した。そして両要素の関連性の特徴までは明らかではないにしてもそれぞれがまったく独立して機能しているとはいえないだろうと結論づけている。

3) 規範的要素 (normative)

組織コミットメントの第3の要素として規範的要素がある。これは、AllenとMeyer(1990)によって独自に提唱され、彼らのコミットメント理論の特徴と考えられる。彼らは、この構成要素を組織に所属し続けるための義務感と定義しており、所属した組織には理由を問わず、忠誠を尽くすものだという気持ちがあることを明らかにした。実際に

は、所属する組織に大して愛着などはもたないが、ここに所属している以上働かねばならないという心象として現れる。つまり愛着があるからとか、給与や待遇がいいからという理由に影響受けないうわば、無償の義務感とってよいであろう。

この要素が培われる過程には2つある(AllenとMeyer,1990)。まず、組織に所属する以前の段階で親などの身近な人物や文化的背景として職場に忠誠を誓うのが当然であるという価値観があり、それを自然に受け継ぐ場合ともう一つは、所属後組織メンバーのいろいろな経験や役割の習得をとおして組織での社会化が進み、組織が自分の忠誠心を期待していると確信した結果としてこの規範的要素が形成される場合である。後者の組織内での社会化の場合、高橋は個人のパーソナリティ的要素が影響することを述べている(高橋a,2002,p40-43)。受動的な性格を持つ人と自ら確たる目的、動機を持って就職した人、いわば能動的な性格の人とは社会化の様相が異なる。差し詰め看護師のような専門職者の場合は、能動的で自ら学習しキャリアの向上を求める場合が多いと考えられる。

この要素の形成過程をみると、情動的要素と継続的要素は、組織に所属した後に実際の経験をとおして形成されるのに対し、規範的要素は所属前にすでに形成されている(BeckとWilson,2001)場合があるという相違はあるが、この規範的要素は、他の関連要因との間で情動的要素と連動した動き、つまり高い相関性を示すため(ReillyとOrsak,1991; Meyer, Allen, Smith,1993)情動的要素との間で明確な識別がなされているとはいいがたいという面がある。しかし、Meyerら(2001)の研究において、これら規範的要素について今後も検討が必要であるとしながらも、先行因子、関連因子そして結果の変数に対し情動的要素と規範的要素は相関関係をもっているが、その程度がかなり異なっていることが明らかとなり、現段階ではこの二つは別の概念として扱ってよいのではないかと判断できる。

以上、3つの要素の特徴から組織コミットメントの概要を述べたが、では、この3つの要素はどのように関連しあいながら発達、強化しているのだろうか。実のところ、この領域の研究はさほど進んでおらず、明らかな仮説はない。しかしながら、O'ReillyとChatman(1986)は、組織コミットメントとその結果である態度と行動の関係を調べたところ、組織コミットメントには3つの過程があり、まず報酬のような功利的勘定からその組織への従順性が培われ、次にその組織の中で順応するためにその集団の価値や意見を受け入れ、最後にその価値や意見を内在化することで、組織に対してより積極的な態度や行動が生じるという。さらに、田尾らは功利的な要素と情動的な要素とが密接に関連しあっていることを指摘したうえで、「自らの投資によって組織から離れにくくなるというコミットメント様式と組織の価値や目標の内在化、組織への同一化、情動的愛着などに注目するコミットメント様式が互いに強化しあいながら発達していくという図式がもっとも理解しやすい」と結論づけている。以上のことから推測すると、報酬や就職時の苦勞等の功利的心理から継続的コミットメントが発達し、次いで、様々な体験や組織社会化から組織の価値観が内在化起こり、情動的コミットメントと規範的コミットメントが発達し、その後の具体的な関係性は不明であるもののそれぞれが強化しあいながら発達していると考えられよ

う。そして、この経過には、暗黙として「経験」と「時間」の要素が関与しているであろう。

Ⅲ. 組織コミットメントに関連する変数— 看護学領域における研究を中心に—
現在組織コミットメントについて考える時、Allen と Meyer (1990) の3つの構成要素 (A Tree-Component Model) の理論に基づいた尺度をはじめ、実証されたいくつかの尺度が作成されている。ここでは、これらの尺度を用いた看護領域における組織コミットメント研究について概説する。

1) 看護師の組織コミットメントと職務満足に関する研究

1990年代の看護師を対象にした職務満足度に関連した研究は比較的多く存在する (Irvine & Evans, 1995; Yoder, 1995; Gurney, Mueller, & Price, 1997; Acorn, Ratner, & Crawford, 1997; Pearson & Chong, 1997; Lumら, 1998)。しかしこれらの研究で用いられた職務満足という概念の定義は2つに大別できる。一つは、職務満足を自分の従事している仕事、職業全般に対する好意的な情動の程度を表す概念と定義するものである (Irvine & Evans, 1995; Yoder, 1995; Gurney, Mueller, & Price, 1997; Acorn, Ratner, & Crawford, 1997; ; Lumら, 1998)。それに対し、Lumらの研究では、満足する対象を報酬、安全性、共働者、管理、成長の局面に区別した尺度を用いているように、職務満足をいくつかの局面に分けてそれぞれに対する感情とする考えがある。このように職務満足度の定義は研究の目的によって、包括的概念として単次元の概念あるいは、領域別に多元的性質を持った概念として扱っていた。

職務満足度とは、先にものべたが、職務態度の下位概念になる。林 (2000, p91-92) は、職務満足度を組織メンバーが自己の職務および職務環境に対して抱く満足感であると定義し、満足度に影響する要因を外部からもたらされる「外在的要因」と個人の内部的な「内在的要因」の2つに区別することができるとした。外在的要因には、組織によってコントロールされるものをいい、職場における人間関係、上司の監督方式、経営方針、賃金、昇進、労働条件などが含まれる。これに対し、内在的要因は、個人のパーソナリティに関わるもので、組織によるコントロールはされず、個々の心理プロセスに働きかけて培われるもので、仕事自体から得る自己実現、達成感、自己の能力の向上、人間成長、自律性、自尊心といった高次の欲求に対する満足を示す。そしてこの職務満足と情動的コミットメントとは特に重要な関係があると Meyerら (2001) は述べており、また、Acornら (1997) は、職務満足度を組織コミットメントの重要な予測因子として結論付けている。AdamsとBond (2000)も同様に職務満足の結果として組織コミットメントを位置付けた。

しかしながら、LokとCrawford (2001)の研究では、組織コミットメントは、直接、職務満足度の影響を受けるというより、病院内の方針や管理体制、年齢、リーダーシップの特徴といった諸要因からの影響を強く受けるという結果を出しており、職務満足と組織コミ

ットメントとの間に何らかの変数が介在するといった結果もある。

いずれにしても職務満足度は、複数の研究において外在的、内在的要因を統合した概念として用いられ、それは組織コミットメントに重要な関連性をもった概念であると位置付けられる。また、職務満足と組織コミットメントの詳細な関係については明確なコンセンサスは得られていないのが現状であるが、職務満足を組織コミットメントの先行因子として位置付ける考えがやや有力であろうと考えられている（田尾,1997）。

職務満足の結果に焦点を置いた研究には、組織コミットメント以外に組織の生産性（業績）と従業員の離転職に関するものがある。元来、職務満足度が高いと生産性や離転職が減少するのではないかという期待があったが、組織心理学領域では、離転職との関係は中程度の負の相関が認められているが、生産性との関係は今だ明らかな因果関係性は見出されていない（高橋,2002,p115-116）。

看護関係の研究においても職務満足が離転職の意思や組織コミットメントに影響することを明らかにした研究はいくつかあった。先の Lum らの研究では、平均在職期間 6.6 年の小児科看護師 358 名を対象に職務と報酬への満足度と離転職の関係について調査し、パス解析を試みた。その結果、職務満足度は離転職の意思に組織コミットメントを介して間接的に影響があった。すなわち、職務満足度がある程度高いと組織コミットメントが上昇(.40)し、その結果離転職意思が減じる(-.30)というものであった。同様に Gurney とも博士号をもった看護師 842 名を対象に調査したところ、職務満足度は組織コミットメントに直接影響を及ぼすが(.41)、離職意思とは直接的な影響はみられなかった。むしろ離職意思とはわずかではあったが、有意に間接効果(-.13)がみられたのみであった。これらの結果から考えると職務満足度は、単独で離転職すなわち在職の意思に影響すると考えるより組織コミットメントという変数を介した関係が強いといえよう。ただし、上記2つの研究でもわかるように離転職へのパス係数は大して大きいものではない。このことからたとえ間に組織コミットメントが介在したとしても影響因子はほかにもあることは認めざるをいえない。

次に職務満足に影響する関連要因をみると、専門性や職場での人間関係が重要な鍵になることが判明した。Pearson と Chong(1997)は、マレーシアの看護師 286 名の調査を行い、職務満足に影響する要因は他者からのフィードバックであると結論し、文化的価値観を考慮した考察を行った。それによると欧米では「職務課題 task 志向」であるために専門職としての自律性や調整といった行動を重んじ、そのため自己主張、業績、セルフエスティームといった要因を重要視する傾向があるが、アジアでは儒教の影響を受け、我々志向、体面、謙遜、協調を重んじた「人の和 relationship 志向」であると述べている。

しかし、欧米の看護研究においては確かに専門職性を重視した内容が目につくが、人間関係は除外されているわけではない。先に述べた Gurney らの研究では、職場グループの団結と職務満足度が、また上司や指導者のサポートと組織コミットメントが有意な正の関係を示した。また、Adams と Bond (2000) の 834 名の急性期病棟勤務の看護師を対象

とした研究においても同様に職務満足度との相関は、看護師間の団結 (.51)、スタッフの配置と作業量の関係 (.46)、医療スタッフとの共働関係 (.41) において中程度の値を示した。さらに Yoder(1995)は 390 名の軍所属の看護師を対象に調査したところ、上司との関係が重要であったことを示した。このようにスタッフ看護師にとって職務への満足感は、職場での人間関係に影響されることが明らかになった。

では、その職場での人間関係は、どうしてこのように重要視されるのであろうか。どのような機能が存在するのであろうか。Yoder の研究では、スタッフ看護師と上司との関係において、上司の役割機能として仕事を教え、仕事上の相談にのり、組織の価値観を伝達し、そのスタッフを信頼、信用した関わりをとおし、看護師としての考えを発展させる機会を与え、実施することを勇気づけ評価することを指していた。Gurney らの研究の上司や指導者のサポートというものはスタッフ看護師が成長するための機能が大きいであろう。また、Lumらは組織のなかで意思決定過程に参加し、組織の意向に対しはっきりと発言でき、業務内容や範囲に責任を持つといった自律性を生かすことのできる組織メンバー間の団結、つまり、専門職性を発達させられるような人的環境が必要であることを示唆している。Blegen(1993)の看護師と対象とした研究のメタ分析でも、職務満足に正の強い相関が見られたのは組織コミットメント(.53)であり、その他に有意な正の相関があったのは自律性のほかに上司や同僚とのコミュニケーション、評価のフィードバックであることを明らかにした。

すなわち、これらの研究結果に基づいて考えると職場での人間関係の対象が、上司であれ、同僚であれ、あるいは他の専門職者であってもその人間関係は職場での心理的安寧を保つ機能だけでなく、専門職者としてのキャリアを発達させるための教育機能、サポート機能のほか知識技能や役割を互いに補う補完機能といった重要な機能を持っていることが伺える。また、このような場を看護師は求めている結果であるとも考えられる。

2) 看護師の組織コミットメントと専門職性の特徴

看護師の組織コミットメントと専門職性に関する研究は、1990年代に入り徐々に行なわれてきた。看護師自身が実施した研究というより、組織心理学的観点から看護師が専門性を持った集団として研究の対象になったと考えられる。しかしながら、我が国では、看護学は未熟な科学としてみられ、看護師という職業は準専門職であるという見かたがある。その根拠として草刈(1995)は、看護の体系的理論性の低さと相俟って従来の徒弟的教育に基づく看護理論・技術の活用の低さ、社会的要請に伴った職業機能の緊急性、不可欠性を重んじた質の確保の不十分さ、そして理論、技術の応用に際して創造性を重んじるというより伝達の気運が強いことを上げている。確かに我が国の看護界を取り巻く状況の複雑さは看護学を科学の水準に高めていくには妨げになりうるものもある。だが、昨今の我が国の看護は、発展性の期待が大きい領域になっており、看護教育の大学化をはじめ、意識の変革は着実に行なわれていることも事実である。

一方、欧米諸国では、前に述べたように今回の組織コミットメントや職務満足の研究において研究対象を看護師にしているものが多く、すでに看護職を専門職団体として認識されているのではないかと伺われる。Gurney らの研究では、学位のための高等教育を受けた看護師に限定しているものの、彼らの職業上の行動は、専門職としての特徴を備えているとし、真の専門職であると結論づけている。

では、一般に専門職に付随するとされる特有の属性は一体何であろうか。Wallace(1995)は一般に典型的な専門職と認められている法律家を対象に専門職業人として職場にどのようなコミットメントをしているのかを調査したが、その中で、専門職に関連ある属性として次の4点を列挙している。1)専門職のメンバー間に共通した価値観と共通するアイデンティティや共同体としての感覚をともなった文化の存在、2)専門的キャリアを積むことにより、それなりの地位へ異動できる流動性、3)個人が専門的行為を実行する際の判断と実行の際の自律性、最後に4)同じ専門職者を監視し、規定する非個人的で合法的なシステムが備わっていることである。

上記のWallaceが述べた4つの属性のなかで2)と4)については、所属組織や看護専門団体のシステム全体に関わるものである。3)の自律性については看護師個々のキャリアやパーソナリティの問題を多く含み、1)とも深く影響しあうものと考えられよう。そして、この中で看護研究において主に検討されているものは3)の自律性である。

この属性の中の自律性が、組織コミットメントや職務満足との関連を研究する理由となる。すなわち、専門職業人は、一人ひとりの専門領域における自律性が必要条件となる。自分自身の判断と意思決定をおこない行動実践する力量が問われるのであるが、それが、ひとたび集団社会（組織）の中に組み込まれると、そこには当然、組織の命令系が存在するため、個々人の自律性と組織のオーソリティの間には葛藤が生じやすいのである。専門職としての機能を組織の中で最大限に発揮できるようにするためにはどうしたらいいのか、このことが、一連の研究の課題となっているのである。

Wallaceは、自律的な専門的行為とは、自分に課せられた業務を実践するにあたり、適切な知識あるいはそれにふさわしいテクニックを選択する過程における自分自身の判断を重視すると述べている。さらに志自岐(1995,1999)は、看護職の専門職的自律性を看護実践の際の役割行動で表されるものであり、役割行動の際のイニシアチブや責任をとり、患者を擁護し、彼らの権利を尊重し、医師との葛藤にも向かい合い積極的な態度で患者にアプローチすることであると具体的行動から説明した。勝原の研究(1999)では自律性という用語を明記していないが、看護専門職性に含まれるべき要素の一つ「最高で最上の仕事へのコミットメント」には自分の体験や学習のなかから判断や洞察を含め、マニュアルを超えた創造的なケアを行なおうとすることを含んでおり、すなわち自律そのものの意味を包含していた。Gurneyらは、自律性のほかに同じ業務の繰り返しではない程度として多様性をも専門職性の中心的概念として含めた。つまり様々な状況下の業務における自律的な行為を専門的行為としている。

この自律性と職務満足との関係を見ると、Blegen(1993)のメタ分析の結果では、両者の間に正の相関(.42)が確かめられ、職務満足と業務の習慣化との間には負の相関(-.41)が認められた。また、Gurneyら(1997)の共分散構造分析でも離職の意思と自律性の間には直接効果として負の関係、多様性と職務満足との間には正の関係が見られた。さらにAcornらの研究(1997)では、カナダの急性期病棟勤務の看護師200名を対象に自律性と職務満足、組織コミットメントとの関係を因果モデルをもちいて共分散構造分析で調べたところ、自律性から職務満足の方向に因果係数0.29の強さで、さらに職務満足から組織コミットメントのベクトルに0.52の強さでパスが引けた。

以上のことから、専門職性の中核となる概念のひとつを自律性とした場合、専門職性と職務満足、組織コミットメントの間には重要な関係が存在していることは間違いのないところであろう。

専門職である看護師と組織コミットメントとの関係を調査した研究で比較的早期に行なわれた研究の一つに、ReillyとOrsak(1991)の研究がある。彼等はAllenとMeyerの尺度を用い、看護師520名を対象に専門職性との関連を調査した。その結果、Reillyらは、キャリアを専門職として在職した期間と定義したところ、情動的コミットメント、継続ならびに規範的コミットメントはキャリアと正の相関関係にあったことを明らかにした。また、キャリアを年齢の段階によって検定した場合は、3つのコミットメントはいずれも有意に漸増関係があった。Meyer, Allen, Smith(1993)も、カナダの看護師603名を対象に様々な属性と3局面の組織コミットメントの関係を調べている。それによると、年齢や看護師としての期間はそれが増すごとに3つのコミットメントも有意に増加した。

上記の研究では、キャリアを年齢とその職業に携わった期間とした場合、組織コミットメントに目立った差はなかった。この点についてCohen(1991)の調査対象を専門職に限っていないけれどもキャリアと組織コミットメントのテーマを扱った41論文のメタ分析をおこない、キャリアを年齢層によって区分した場合とその仕事に携わった期間で区分した場合とを指標にして、組織コミットメント、離職の意思、職務遂行、欠勤との比較をおこなった。その結果、年齢別のキャリアでは30歳代までの初期キャリア層の場合、離職意思と組織コミットメントの間には、30歳以上の中期、後期キャリア層より強い負の関係($r=-.49$)がみられた。一方、組織コミットメントや職務遂行($r=.32$)と欠勤($r=.27$)との関係は在職期間によるキャリア指標の場合のみに有意な関係がみられた。Cohenは年齢をキャリアを表す指標とした場合、その年齢特有の人間発達のあるいは社会的出来事(たとえば、結婚、出産、就職など)が影響を及ぼし、在職期間をキャリアの指標にした場合はその影響は少なくなるだろうと述べている。それ故に、後期キャリア層ではキャリアをうまく発達させることができ、自己実現に近い状態にいたった場合は職務遂行との間に正の関係が、逆にそれに失敗あるいは不十分である場合には欠勤といった結果に影響すると考えられた。

このように看護という専門職に携わり、様々な経験や活動をおこなうことをキャリア

とした場合、キャリアの要素であるその期間や年齢は、組織コミットメントの様相や職務遂行能力や離転職、欠勤といった結果に影響することが明らかになった。

この他に専門職性の特徴と組織コミットメントや職務満足との関係を扱った研究をみると先の Meyer, Allen, Smith(1993)では、看護師の職務満足は継続的コミットメント ($r=.22$) 以外は、情動的、規範的とのあいだにそれぞれ正の相関 (.49, .37) がみられた。我が国の看護師を対象にしたこのテーマの研究はないため、欧米の研究と比較した検討は不可能である。しかし、専門職者の組織コミットメントは専門性の中心である自律性と組織のオーソリティとの葛藤が生じやすいことは共通であろうし、この特徴のほかに看護師という資格、技術知識をもって専門領域の代替職場が比較的確保しやすい状況があることもさほど違った見解とはいえないだろう。したがって専門職としての自分の意思決定と行動が得られやすい職場では職務満足が得られ、情動的コミットメントとポジティブな関係が生じ、在職意思や職務遂行に反映する。しかし、そうでない場では、職務満足が得られず、情動的コミットメントにはネガティブな関係が残るであろう。継続的コミットメントはもともと功利的要素を主としているため、専門性、自律性の要素は反映しにくいことが考えられる。

第2章 研究の概念枠組み

I. 概念枠組み

本研究では先の Allen と Meyer(1990)の Three-Component Model of Commitment を基盤となるモデルとする。研究の中で扱う上位概念は、「精神科看護師」、「職場環境」そして「職務態度」から構成されている(図1)。精神科看護師を構成する要因と職場環境を構成する要因は複雑に関連し合って職務態度に影響するというものである。この概念枠組みの精神科看護師の下位概念には「看護師の専門職性」と「個人特性」があり、職場環境の下位概念には「病棟・病院特性」「職場での人間関係」がある。そしてその両者は職務態度の下位概念である「組織コミットメント」や「職務満足」に影響する。

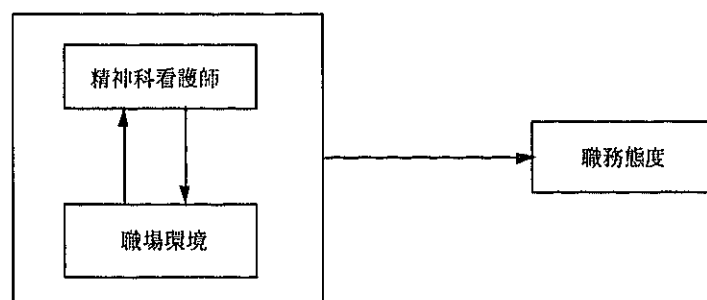


図1. 概念枠組み

II. 用語の操作的定義

本研究で使用する用語を以下のように定義する。

1) 「組織」

個人が所属する場で、いろいろな要素が有機的につながりをもってできた統一体である。本研究では精神科看護師が所属し、実際に勤務している場、すなわち、病棟あるいは病院のことをいう。

2) 「組織コミットメント」

「個人を組織に繋ぐ心理的な状態」(Allen と Meyer, 1990)であり、情動的コミットメント (affective commitment)、継続的コミットメント(continuance commitment)、規範的コミットメント(normative commitment)の3つの次元で考える。

・情動的コミットメント

構成員である精神科看護師の病棟や病院に対する心理的愛着を示すもので、病院に対して同一化し、関与する要素の強い形態である。心情的にこのまま病院に在籍「したい」という感情を抱く。

・継続的コミットメント

在職期間中の業績や人間関係、今までに費やされた時間や労力などの‘投資’とその病院から離脱することによって生じる犠牲やリスクを考えることによって、その病院との功利的な繋がりを保つ形態である。その組織に在籍「する必要がある」という感情を抱く。

・規範的コミットメント

精神科看護師が、その病院に所属し続けるための義務感を示した形態であり、個人はとにかく職場に留まり、忠誠を尽くす「べきだ」という感情を抱く。このコミットメント形成は組織内部で獲得された義務感と所属前からの価値観が影響する。

3) 看護師の専門職性

看護師免許を有した看護師（准看護師を含む）が、精神疾患で長期入院患者を「一人の人間としての個別性、権利や尊厳を尊重した態度で、専門的知識・技術に基づいたケアを行い、そのケアを評価し、さらに実践能力を向上させるよう努力する行動を指す。また、同僚の看護師、医師、ケースワーカーなど他の医療専門職と共働き、そのなかで自分の役割を認識し、権限と責任をもってケアを実践する」ことをいう（志自岐,1999）。

4) 職務満足度

一般的な定義として個人の遂行する職務内容のみでなく、職務遂行の過程・手続き・結果・職務遂行の場である組織、賃金など、職務内容に付随する要素に対する個人の充足されたと感ずる状態をいう。ここでは、精神看護師の外在的要因、内在的要因で生じる職務に対する充足感をいう。

外在的要因とは、賃金、職場の環境、病院・病棟の方針、同僚や上司との関係

内在的要因とは、仕事の価値意識、職務関与、意思決定参加、尊敬欲求（自尊心）、職務特徴の知覚、自律性

第3章 研究方法

1) 研究デザイン

本研究は、精神科領域で勤務する看護師の職場組織のコミットメント様式を専門職性と職場環境要因との関係で探索することを目的とした横断的研究で、諸関連要因との関係を因果モデルにて検証するものである。

2) 調査およびデータ収集期間

2002年8月上旬～9月下旬

3) 研究対象者とサンプリング方法

(1) 研究対象者選択基準

今回の研究では、研究対象者の選択として以下の条件を満たす者とした。

- ① 地域の大学の精神科医療関係者によって、その地域の平均的な精神科医療を実践していると判断された単科もしくは精神科を主とする病院であること。具体的方法としては、大学の精神医療関係者の主観的判断に基づくものとし、その選択基準を現在のその地域の精神医療において典型的あるいは平均的病院であり、地域の精神科病院を代表していると考えられるものとした。
- ② その病院の経営者あるいは院長に研究協力の説明を行なうことによって、その協力が得られた病院であること。（資料1）
- ③ 協力の得られた病院に勤務する有資格看護師、すなわち看護師と准看護師であること。前述のように精神科医療では有資格者の保有割合が少ないことと対象者を決定する際に管理者の私的な感情を差し挟まないように、また、対象者がそのことを意識することによって精神的負担を負わないようにするため、対象となった病院内の看護師に関しては全数調査とした。

しかし、看護師の組織コミットメント様式はキャリアステージとの間に相関関係がある

といわれている。そこで有資格者の保有割合を考慮し、以下の条件を加えた。

- ④ その病院に1年以上にわたり所属していること。
- ⑤ 以上の条件を満たし、かつ、研究参加については対象者の自由意志によって参加を決定する。

(2)調査用紙配布手順および注意事項

病院の地域性を鑑みると全国に渡って対象病院を選択するのが望ましい。したがって、九州、関東、中部地方の病院を上記1)～①の基準に則り選択した。研究許可が得られた場合、具体的な調査方法を病院代表者（看護部長、看護師長など）に直接説明を行なった。

- ① 研究の目的を説明した。
- ② 対象者となる条件 上記1)～③と④の説明を行なった。
- ③ 1)～⑤に従い研究参加は本人の自由意志によることを説明した。
- ④ 調査用紙は全て無記名であるが、整理のために調査用紙のみにID番号をつけていることを説明した。
- ⑤ 精神科関係領域の全病棟の有資格者で勤務経験1年以上の人数を確認し、後日調査用紙発送後、各病棟に人数分の調査用紙を配布していただくよう協力を依頼した。
- ⑥ 調査用紙の記入所要時間はおよそ20分であることを説明し、勤務の支障とならないよう勤務外に記入するようお願いした。

(3)調査用紙回収手順

この研究は、看護職員の組織に対するコミットメント様式を明らかにすることが目的のひとつであった。研究対象者である回答者が所属する病院や上司に対するネガティブ感情を抱いている場合、所属組織への気兼ねや良心の呵責、脅威感など、何らかの心理的要因によって回答に歪みを生じさせる原因になる。さらにこのような精神的負担に対して倫理的配慮を要するところでもある。したがって本研究での具体的な回収方法を以下のように行なった。

- ① 調査用紙一式（資料2）が看護部より回答者に配布された以降は、組織すなわち、回答内容が経営関係者ならびに管理者に関知できないように返信用封筒に両面テープを貼っておき、回答は記入後すぐに密封できるようにした。
- ② 回答後は回答者が自らの手で回収箱に投函できるようにした。
- ③ 回収箱は、およそ3週間後に原則として研究者が回収した。
- ④ 調査用紙の配布後10日頃に、各病棟宛に2度目の記入のお願いについての文書を郵送した。（資料3）

4) 測定用具

本研究では、以下に示す4種類の尺度とこの研究のために作成した個人特性調査表を用いた。(表1参照)。

- ① 日本語版3次元組織コミットメント尺度: MeyerとAllenは、Three-Component Model of Commitment (1991) を作成するにあたり、The Affective (ACS), Continuance (CCS), and Normative (NCS) Commitment Scales を開発した (AllenとMeyer, 1990)。この尺度は、因子分析での寄与率(寄与割合)がACS, 58.8%; CCS, 25.8%; NCS, 15.4%であった。さらにこの尺度は、多くの研究ですでに使用されているMowday(1979)の開発したOrganization Commitment Questionnaire (OCQ) との間で妥当性が調べられ、OCQとACS、NCSとの間の相関は、それぞれ.83、.51と高い相関が認められたが、CCSとの間では関係が認められなかった。このことから、併存的妥当性と構成概念妥当性の収束性および弁別性が認められた。内的整合性の検証では α 係数がACS, .87; CCS, .75; NCS, .79を示し、いずれも高い信頼性が支持された。よってAllenとMeyerの尺度は3つの概念要素で構成され、信頼性、妥当性とも高い尺度と考えられた。

この尺度はすでに翻訳が試みられている(高橋 a, 1999, p154)。日本語版では弁別的妥当性は文化のため若干落ち、 α 係数は、ACS, .85; CCS, .70; NCS, .77であった(Takahashi, 2002)。そこで本研究では、組織コミットメントの測定の使用に際しては、原著者ならびに翻訳者の許可を得、「日本語版3次元組織コミットメント尺度」(24項目)4段階リカートスケールを用いた。

- ② 看護師の専門性測定尺度(NPS): 看護師の専門職性は、志自岐(1999)により開発された「看護師の専門性測定尺度(NPS)」(40項目)4段階リカートスケールの修正版を開発者の許可を得て用いた。元の尺度は、「尊厳に基づくケア」「共働」「専門職としての成長」「専門職としての相互作用」「看護という仕事への専念」という5つの因子から構成され、質問紙全体の α 係数が.92であり内的一貫性が高い尺度である。さらに再テスト法による安定性も高く、専門職としての自律尺度との併存妥当性も得られた。

しかし、確認的因子分析の結果、累積寄与率が43.7%のうち、第1因子の寄与率が26.7%であり、ほかの4つの因子はそれぞれ3~5%程度と低かった。つまり、志自岐も述べているようにこの尺度は一次元性に近い尺度であると判断できる。しかも、16項目を含む第1因子の α 係数は.87と高いものの内容妥当性に基づいた質問項目の種類は「患者の権利の尊重」、「共働」、「専門職としての自律」、「看護という仕事への専心」、そして「知識と技術に基づくケア」全てを含み、一貫したものではなかった。そこで、開発者の許可と協力の元に再度一次元性として確認的因子分析を行ったところ、負荷量

が.50以上の21項目が限定された。21項目の尺度の α 係数は.91であった。この21項目を修正版として用いた。

さらにこの尺度は作成するにあたって、精神科の看護師を除外して行なわれたという経緯があり、本研究の研究者および精神科看護師により内容を検討した結果、質問項目は精神科看護師にも理解できる行動として述べられていると考えられた。

表 1. 測定用具定一覧

| 変数 | 測定用具 | 項目数 | 回答方法 | 備考 |
|---|--|-------------------|-------|---------------------|
| 組織コミットメント 情動的コミットメント 継続的コミットメント 規範的コミットメント | 3次元組織コミットメント尺度 Affective, Continuance and Normative Commitment Scales (Allen & Meyer,1997) | 6 6 6 | 4段階尺度 | 日本語版, 高橋,1997 |
| 看護師の専門職性 | 看護師の専門性測定尺度(志自岐,1999) | 21 | 4段階尺度 | 21項目修正版 志自岐,2002 |
| 職務満足度 | ミネソタ職務満足質問紙 Minnesota Satisfaction Questionnaire(Weiss ら,1967) | 20 | 4段階尺度 | 日本語版, 高橋 |
| 自尊感情 | 自尊感情測定尺度 Self Esteem Scale (Rosenberg,1965) | 10 | 5段階尺度 | 日本語版, 山本ら,1982 |
| 個人特性 個人特性について 勤務病棟の特徴 勤務病院との関係 病棟の人間関係 | 個人特性調査表 | 14 6 2 4 | 選択肢 | 研究者作成 |
| | 質問項目総数 | 95 | | |

- ③ ミネソタ職務満足質問紙 (MSQ) (Weiss, Dawis, England, & Lofquist, 1967) :
職務満足度測定尺度は、Minnesota Satisfaction Questionnaire の日本語版 (高橋
b,1999,p129) を使用した。この尺度は内在的および外在的職務満足領域の2次元を測
定するのに重点を置いた尺度として、すでに実証研究で信頼性、妥当性が確認されてい

いる。この尺度の日本語版（短縮版 20 項目：高橋）は、2次元の職務満足の総和が、その個人の全体的職務満足を表すという特徴をもっており、この日本語版の α 係数は.90 と高いものであった。よって、今回この日本語版、4 段階リカートスケールを翻訳者の許可を得て用いた。

④ 自尊感情測定尺度： 被験者の個人特性の一つとして自尊感情を調べる目的で、自尊感情測定尺度であるローゼンバーグ(1965)の自尊感情測定尺度(10項目)5段階リカートスケールを用いた。この尺度は自分自身で自己への尊重や価値を評価する程度を調べるもので、今回は、山本ら（1982）が作成した日本語版を使用した。日本語版は、主因子分析の結果、第 1 因子の寄与率が 43%と高く、単因子構造で内的一貫性は高い尺度と推測された。

⑤ 特性調査表（フェイスシート）： この特性調査表は、本研究のために研究者によって作成され、パイロットスタディ後、修正を加えたものである。特性内容項目は、個人特性、勤務病棟の特徴、勤務病院との関係性、病棟の人間関係について分類した。質問項目は、合計 26 項目であり、名義尺度、順序尺度、多項選択であった。具体的項目内容を表 2 に示した。さらに病院の特性を調べるために看護部あるいは事務部宛に病院の経営母体、総ベッド数、看護職員数、他の専門職員数、入院患者の平均在院日数そして看護体制を調査した。（資料 4）

表 2.フェイスシート項目内容

| 内容 | 項目内容 |
|----------|--|
| 個人特性 | 年齢、性別、看護基礎教育、職種、職位、勤務形態、精神科看護経験年数、当該病棟ならびに病院勤務年数、年収と世帯収入割合 |
| 病棟の特徴 | 看護師と患者の割合、病棟の種類、関連施設数、家族会との関係、入院患者の主な診断名 |
| 病院との関係 | 通勤、昇進の機会 |
| 病棟での人間関係 | 同僚、上司、他専門職との関係 |

5) 集計と分析方法

従来の量的研究においては、重回帰分析や因子分析が主に用いられてきた。重回帰分析法では変数間の関係を調べることができ、因子分析法では変数群の背景因子を抽出することができる。しかし、これらの手法では、変数間の因果関係を明らかにすることはできず、探索的な段階で論ずるにとどまっていた。パス解析においても観測変数間の因果関係を論じるにとどまっていた。そこで構成概念の性質を調べる手法として共分散構造分析法が開発され、この手法によって仮説を検証する機能が增大すると考えられた(竹内,1992)。

以上により今回の研究での分析は、SPSS 統計パッケージ Ver.10.0 と Amos4.0 による統計処理を行なった。

6) パイロット・スタディ

本調査に先立って、本研究で使用されるすべての尺度に回答してもらい、回答所要時間に関する負担の程度と本研究で作成されたフェイスシートの内容の適切さについて検討した。

対象者は、民間精神病院の精神科看護師 24 名(平均年齢 43.8 歳±9.7;女性 22 名,男性 2 名;平均勤務年数 131.2 ヶ月±100.4)であった。回答に要する時間は、予定では 20 分間程度であったが、パイロット・スタディにおいて 15 分から 35 分間の幅であったため時間に対する負担は予定範囲内であり、時間に関する負担を訴えるものはなく、質問数のボリュームは妥当であろうと判断できた。

フェイスシートの内容では、用語と回答様式の適切さについて意見を求め修正した。

5. 倫理的配慮

調査目的は、対象者の病院組織に対する心理的様相を把握するためのものであるため、対象者が本研究に参加することによって、組織からの圧力を感じ精神的負担を被らないためにプライバシーを保障すること及び、結果の匿名性とデータ管理の機密性を厳重に行なう必要があった。したがって、以下の点について配慮を行なった。

① 対象者となることの承諾

質問紙を多数配布する形式でおこなうため、一人ひとりの承諾を確認することは不可能である。そこで配布時には管理者(看護師長など)によって一括して配布していただくが、個々の封筒内には研究参加を求める依頼書(資料 2)を同封した。その上で研究への参加は本人の自由意志によるものとした。その旨は、調査書の配布を依頼する管理者にも周知していただくよう、事前に説明を行なった。

② 所属組織への気兼ねへの配慮

前述したようにこの調査書の質問項目には、所属組織への思いを尋ねる箇所があった。このことは、対象者の精神的負担を増し、研究参加への躊躇を生じさせる。回答者が所属組織への気兼ねを減少させるためには、調査書が配布された以降は、組織すなわち、経営関係者ならびに管理者の関知の無い状況を作る必要があった。したがって、「調査用紙回収手順」で示したように、返信用封筒に両面テープを貼っておき、回答は記入後すぐに密封できるようにした。回収箱の設置は、箱の投入口以外は開閉ができないように封をしたものを用意し、3週間後を目安に研究者が直接受け取りに行くことを原則とした。

③ プライバシーの保持のための配慮

どのような研究においても、研究参加者のプライバシーや秘密の保持は大原則となっている。それに加えて今回の研究対象者は、精神科医療に携わっている人々であることを十分に考慮した。精神科医療は、今もって社会一般の偏見の的となることが多い。また、病院によっても地域特性が影響し、病院が特定されることを警戒する場合がある。よって、プライバシーの保持のために以下の手順をとった。

- a. 回収後、病院による識別ができないように封筒はシュレッターにて粉碎した。
- b. 病院の名称、地域名についてはアルファベットや大まかな県名や地方名、病床数などは実数ではなく概数を用いた。
- c. 調査用紙はすべて無記名とし、整理する際のID番号については個人を識別するためのものではないことを研究依頼書に明記した。
- d. 生データの保管は研究終了まで厳重に保管し、終了後はシュレッターにかける。

第4章 結果

本研究では、1313名の精神科看護師を対象に所属する病院組織へのコミットメントと看護師専門職性の関係を明らかにする目的で調査を実施した。ここでは、Ⅰ．対象病院ならびに対象者の特徴、Ⅱ．測定尺度の基本統計量及び尺度間相関、Ⅲ．測定尺度と属性の関係、Ⅳ．因果モデルの構築、に分けて結果を述べる。尚、フェイスシート以外の尺度内の欠損値はその尺度得点の平均を挿入して計算をおこなった。

Ⅰ．対象病院ならびに対象者の特徴

1．対象病院の概要

対象病院は、関東北部5ヶ所と南部2ヶ所、近畿2ヶ所、九州北部4ヶ所の合計13ヶ所の単科あるいは精神科を主とする精神病院であった（表6-1）。経営母体は2ヶ所が公立病院でありそれ以外は法人病院であった。病床規模は100床から1000床と幅があるが、患者と看護師の比は平均3.31であり、患者3名に看護師1名の看護体制が大部分を占めていた。看護職員数も病床数に合わせて36名から304名と幅があり、また看護職員の合計に対する正看護師の割合も病院によって異なった（28.8~79.8%）。正看護師が准看護師よりも多く占める病院は7ヶ所、准看護師が過半数を占める病院が6ヶ所であった。

対象病院を関東、近畿、九州の地域別に見てみると、病床数、平均在院日数、患者－看護師比はいずれも有意差はなく地域差はみられなかった（表6-2~4）。

平均在院日数は150日から2000日以上と病院により幅がみられた。そこで平均在院日数1000日を基準にして2群に分け比較すると患者－看護師比には有意差はなかったが、病床数に有意差がみられ病床数が多いほど在院日数は短かった（表6-5,6）。しかし、対象とした病院は単科の精神科病院と精神科を主とした精神病院ではあったが、痴呆患者や難病患者が入院している場合があり、在院日数は一概に精神障害者のみに限定されたものではない。また、精神障害者の病期を考えると慢性期と急性期の患者数の割合も在院日数に影響すると思われるが、この結果は対象病院にどのような病期の患者が多く在院しているかを加味した結果ではないことを考慮しなければならない。

2．対象者の特徴

調査表は対象病院に勤務している有資格の看護師に配布した。配布数1699のうち、回収できたのは1394であり、回収率82.1%であった。そのうち、無回答や空欄の多いもの、

測定尺度に記載者の意図が明白であるもの等の記載不備及び、その病院の在職期間が1年未満のものを除いた有効回答は1313であり有効回答率は77.3%となった。

配布から回収期間は2002年7月26日から同年9月20日であった。

対象者の年齢は18歳から72歳までで平均41.4歳(SD=11.2)であった(表6-7)。3つの年齢層に分けてその分布をみると30歳から50歳未満に位置する看護師が52%を占める一方で、50歳以上が28.6%を占めた。精神科看護師の高齢化は最近問題になっているが、本研究での場合も平均年齢は40歳前半であるが、72歳を最高に約3分の1が中高年層に位置した。

性別では女性が967人(73.6%)であり、職種では正看護師が793人(60.4%)で過半数を占めた。職位別にみると78.2%の1027人がスタッフナースであり、243人(18.9%)が管理職であった。性別にその特徴をみると、正看護師793人中577名(72.8%)、准看護師494人中387人(78.3%)、スタッフナース1027人中788人(76.7%)、管理職243人中162人(66.7%)が女性であり、今後の調査結果は女性の特徴が男性に比べ優位に影響していることが明らかであった(表6-7,6-8)。

勤務期間をみると、調査時の所属病棟の勤務期間は平均29.2ヶ月であり、まだ1ヶ月にも満たず、配置後間もない対象者がいた。所属病院勤務期間と通算精神科病棟経験の期間とはその傾向は平均、標準偏差ともに近似しており、平均134~139ヶ月であった。この傾向の類似に関しては、後に潜在変数を構成する際に改めて論じる。12ヶ月以上の病院勤務に関わらず精神科経験が0ヶ月というのは、精神科以外の病棟すなわち老人病棟や内科系の病棟に勤務していたものと推測される。

次に対象者のその他の属性を検討する(表6-9)。基礎教育では、大学教育を受けたものは短大を合わせて僅か2.6%であり、大半は専門学校の卒業であった。職場である病院と家との通勤距離は30分以内の場所に位置する場合は69.6%を占め、これは対象者の74%が女性を占めており、女性は家事や育児の担い手としての役割があり、このことが通勤距離の結果に反映していたと考えられた。

精神科病棟への勤務について対象者の意向をみると、精神科勤務のみの経験者が56.9%であり、精神科を希望して現在の病院を選択したものが62.6%を占めた。一方、現在の所属科以前の領域で精神科以外の場合は40.6%であり、希望ではないが精神科に現在勤めていると答えたものが33.2%と約3分の1も占めたことは、家庭の事情、自分の年齢や身体的状況等を考慮して通勤に便利な現病院を選択した可能性があることを示している。

今回調査した病院は精神科病院の中では中規模な病院が多く、単科の法人病院が大半を占めていることを考えると昇進の機会は頻回ではないことが容易に考えられる。さらに働くきっかけとして経済上の理由が50%と過半数を占め、生きがい11.5%、以下義務や義理、使命感と続くことを考慮すると、昇進し、キャリアアップすることが対象者の勤務の目的であるとは考えにくい。実際に年収は300万円以上500万円未満のものが43.6%と多く、世帯収入に占めるその対象者の収入の割合は40%以上が大半を占め、全対象者の74.6%が、その家族の生活に欠くことのできない重要な収入源になっていた。このように今回の対象者は生活の手段としての精神科勤務を継続している傾向が強いといえよう。

次に対象者の所属する病院や病棟内の人間関係の傾向を述べる（表6-10,11）。

病棟内での人間関係に関する対象者の総評はその大半が普通以上という良好な人間関係を築いていた。しかし、自分が助けてもらえるサポートネットワークは思いのほか少なく、相談できる同僚数では3人以下と答えたものが72.9%と多く、相談相手として上司やその他の専門職者とした場合の人数に至っては該当する人がまったくいないと答えたものが各々21%と42%にもなった。先の予備研究において「仕事の遣り甲斐が分からない」と述べた看護師の中に「専門的技術がわからない」「同僚との関係で疲れる」ことがその要因になっていた。精神科看護において、患者と関わる際の機微を伴うテクニックの詳細は、なかなかテキストのみでは習得されにくいとされ、先輩や同僚からの伝達が重視される傾向にある。また、この領域では一人の患者を中心に医療者達が様々な役割を展開するチーム医療が必要とされる。今回の人間関係の結果は、サポートネットワークの量的な視点に立つと職場でのネットワークの活用が不十分であることが懸念された。

3. 所属病棟の特徴

表6-12にある特徴は、対象者自身が自分の所属する病棟の特徴について回答したものである。これによると、調査対象となった看護師の所属する病棟は看護体制では75%が患者4人以下に1人の割合で有資格の看護師が配置されていた。精神科病棟の人員配置基準は看護補助者を合わせて4：1であり、当分の間の経過措置として6：1とすることが認められていることを考えると今回の調査対象病棟は比較的、基準を満す傾向にあったといえよう。もっとも精神科以外の領域では3：1が基準になっていることを考えると4：1そのものが適切な看護を実施する上で望ましい人員数かどうかは疑問の残るところである。

病棟の種類では慢性期あるいは療養型の病棟が45%以上を占め、主な入院患者の診断名

は過半数以上が慢性期統合失調症（精神分裂病）であった。むしろ約4分の1以下が統合失調症以外の診断名であることから、対象者の多くは統合失調症患者の看護を経験していると考えられた。

つづいて社会復帰施設と患者家族についてであるが、予備調査の結果では、社会支援の不十分さや患者家族の拒否的な態度は看護師を孤立無援の気持ちにさせていた。実際に対象者の病棟で利用できる社会復帰施設数は2カ所以下であると答えたものが47.3%にも上り、症状回復後患者の受け入れを検討する場の少なさが明らかになった。さらに、家族会との関係では36.3%が関係性をもたず、患者家族個人にも73%以上が皆無か稀にしか連絡を取り合っていない状況であり、家族を巻き込んだ看護が実施しにくい状況にあることを反映した。

II. 測定尺度の基本統計量及び尺度間相関

組織コミットメントの3つの下位尺度の信頼性係数 Cronbach's α （以下 α 係数と略す）の値は情動的では.81、規範的.79と高いものであったが、継続的では.57と低い値であった（表 6-13）。しかしこの日本語版尺度はすでに高橋によって信頼性、妥当性が検証されているため、今回の研究対象者の特徴が継続的コミットメントの α 係数の低さに何らかの影響を及ぼしたと考えられる。この他の尺度では職務満足度（MSQ）が.92、自尊感情尺度.80、看護師専門職性測定尺度（NPS）では.94と高い信頼性が認められた。

3つの組織コミットメント尺度およびその他の尺度との関係をみると、NPSと情動的コミットメントと規範的コミットメントとの間に正の相関がみられ、これは、Meyerら（1993）の結果と一致している。また、情動的-規範的コミットメントの尺度間相関は.70と高い値を示し、情動的-継続的が.28、規範的-継続的も.28であった。情動的コミットメントと規範的コミットメントの間の相関が他に比べ高い傾向にあることは高橋の研究を始め、多くの研究で高い相関性を示すという文献結果と同様の結果となった。

組織コミットメントの下位尺度間の統計量では、情動コミットメント 14.9 (SD3.7)、規範的コミットメント 13.2 (SD3.5)、継続的コミットメント 17.2 (SD3.1)であった（表 6-14）。この値は、同じ尺度を用いた過去の実証研究（高橋；2002）に比べて継続的コミットメント以外は低い値であった（表 6-15）。高橋の研究は企業の管理職を対象にしたものであったため、看護職という専門性のある職業とは様相が異なることが考えられた。そこで、カナ

ダの Registered Nurse を対象とした Meyer ら（1993）の研究結果と比較すると平均年齢や在職期間に大差ないにもかかわらず、情動的コミットメントは低く、規範的及び継続的コミットメントは高い値であった。今回の調査では約 38%が准看護師であり、その影響が考えられたが、表 6-16 のように 3つの組織コミットメントでは正看護師と准看護師間に差はなく、このことから値の低さが准看護師によるものとはいえなかった。日本人の看護師を対象にした研究がないため、今回の結果を比較検討することはできなかったが、この結果の傾向は、文化、教育的背景を含んだ日本人看護師の特徴と精神科看護師の特徴が絡んでいることが推測された。

このほか、MSQ と組織コミットメントとの関係では情動のおよび規範的コミットメントにおいて中程度の相関を示した。しかし、MSQ の値は高橋の一般企業の管理職者と比較すると 10 ポイントほど低い値であった。

自尊感情尺度とは情動的において僅かであるが関係性がみられたのみであった。NPS では情動的コミットメントと弱い相関がみられた。

MSQ と自尊感情、NPS 間の関係はそれぞれ間に.24 から.34 の中程度の相関がみられた。

Ⅲ. 測定尺度と属性の関係

1. 資格と性別

正看護師と准看護師間では、組織コミットメントには差はみられず、職務満足度と自尊感情、専門職性において正看護師が有意に高かったが、組織へのコミットメントは資格には影響されていないようであった（表 6-16）。性別をみると、規範的コミットメントにのみ有意差がみられ、男性のほうが高く、病院組織への義務感や忠誠心が強く感じる傾向にあった（表 6-17）。

2. 看護師のキャリアとの関係

年齢を 30 歳未満、30 歳以上 50 歳未満、50 歳以上の 3つのグループに分け、それぞれの尺度との多重比較をみると年齢が高くなるほど情動的コミットメントと自尊感情は高い傾向があった。これは Meyer ら（1993）の年齢と組織コミットメント調査した結果を支持するものであった。しかし、MSQ は年齢との間には有意差はみられなかった（表 6-18）。

キャリアを示す指標の一つである病院勤務期間別との比較をみると、情動的コミットメ

ントは、図 6-1 から明らかなように在職 10 年以上の場合期間が長くなればなるほど値が高くなり、継続的コミットメントにおいても期間が長くなると有意にそのコミットメントが強くなる傾向があった（図 6-3）。規範的コミットメントだけは、20 年以上在職者のみが有意に高くなっていた（表 6-19, 図 6-2）。これは Reilly ら(1991)や Meyer ら (1993) の調査結果を一部支持する結果となった。

一方、MSQ と在職期間の結果をみると、在職 3~10 年で一旦最低レベルにまで値が低下しているのが特徴である（図 6-4）。NPS においても 3 年未満には増加の有意差は認められなかった。これらのことから、30 歳まであるいは在職期間 3 年未満の初期キャリア層は仕事を、働くこと自体への満足感を抱くものの、3 年以上になると現実とのギャップで一旦満足感が減少し、その影響がこの間の情動的コミットメントが増加しないと関連していると予測できた。

大抵の職位は在職期間に連動するものである。したがってスタッフナースか管理職かで比較すると、継続的コミットメントを除いて管理職のほうが高い傾向にあった（表 6-20）。また、前述したように今回の対象病院では、昇進の機会がそれほど多くあるとは考えにくい、昇進の機会はやはり継続的コミットメント以外の組織コミットメントや職務満足感、専門職性、自尊感情を刺激し、有意に高める傾向にあり（表 6-21）、職位の傾向と一致していた。年収は一般的には在職期間や年齢、職位が上がると収入も相対的に上がると考えられる。したがって、年齢や職位の変化と同様の変化が期待され、情動的コミットメントと自尊感情、NPS において類似した傾向になっていた（表 6-22）。

3. 病棟の特徴

看護師数と患者数の割合を比較すると、MSQ、自尊感情、NPS において看護師一人当りの患者数の少ないほうが得点は高く、ゆとりを持って患者に関われる状況は看護師の仕事への満足や看護師としての専門性を高めることが可能となり、自尊感情も高められる傾向がみられた。また、病棟の種類別ではいずれも有意差はなく、病棟の条件そのものは看護師個々の組織コミットメントには何ら影響はないと考えられた（表 6-23,24）。

しかし、精神看護の目的の一つである患者の社会復帰や家族調整に関しては、特に看護専門職性に有意な関連性を示し、患者を送り出す場の数や家族会と家族そのものとの関係があるほど専門職性を有効に発揮できる傾向にあった（表 6-25~27）。また、MSQ と自尊感情も家族会、患者家族との関わり頻度が多いほど高くなる傾向にあり、合わせてそれは

病院組織への愛着の強さにも関連していた。

4. 職場でのソーシャルサポート

仕事上で困った事が生じたときにどの位の人が自分を支え、援助してくれるかがその人が問題にうまく対処できる鍵になるということは、すでにソーシャルサポートの研究で実証されている。この調査では職場で相談できる同僚、上司、医師をはじめとする専門職者数の回答を得て、それを検討した。その結果、相談する対象が誰であれ、情動的コミットメント、規範的コミットメント、MSQ,自尊感情、そしてNPSにおいてサポートの人数が多いほど得点が有意に高くなっていた。このことからサポートの数が多く、その人間関係を良好に保つことが仕事への充実感や満足を増加させ、所属病院への関わりを強くする一因になると考えられる。しかし、継続的コミットメントだけは人間関係には影響されなかった(表 6-28~30)。

5. 精神科勤務の希望

内科や外科を始めとした実際の臨床場面の看護は、その領域によって看護方法やその性質がかなり異なるものである。そのため、看護師自身は自分の性格や目的によって勤務場所を選択しようとする。この意味で精神科を希望して現在に到っているのか否かということは、その後の組織コミットメントに何らかの影響を及ぼしているのではないかと考えられた。結果は予測どおり希望して勤務している者はそうでない者に比べ、継続的コミットメント以外の尺度で有意に高かった(表 6-31)。また、過去に他領域で看護経験をした者に比べ、精神科のみで勤務している者は、規範的コミットメントとNPSが有意に高かった(表 6-31)。以上のことから自分の専門性を早く決め、長い期間に渡って従事することは専門性への意識を一層高める傾向にあったといえよう。逆に他領域経験者は、精神科での専門職性を高めることが困難である傾向があると推測された。

次に、勤務動機について多重比較をおこなった(表 6-33)。この中で「経済的理由」が有意に高く出たのは継続的コミットメントだけであった。このコミットメント様式の特徴は、今回の調査対象者の多くが、自分の収入の世帯収入に占める割合が高く、家計をかなり負担していること、また人間関係には影響されていないこと、年収500万円以上で有意に高くなっていることを考えると、在職中の人間関係を保つ労力や業績を得るための時間等の“投資”的側面を重視するというよりもむしろ“経済的な功利”的側面が影響しているのではないかと推測された。

「義務・使命感」という動機は、規範的コミットメントの概念の特徴からこの様式に特徴的ではないかと予測していたが、結果はそれほど特徴的なものではなく、規範的コミットメントは所属前にすでに形成されている（Allen と Meyer,1990; Beck と Wilson,2001）という見解とは一致せず、Allen らの所属後にその組織内で社会化が進み忠誠心が培われるというもう一つの形成過程のほうが今回の結果に対して説得力がある。

次に「何となく」という就職のきっかけを持ったものは 325 名（24.8%）に達し、しかも全ての尺度において他の動機に比べ有意に低くなっていた。この集団を詳しくみると、表 6-34,35 に示すように性別では男性に、年齢層では 30 歳未満の層に多かった。就職時にこの「何となく」といった動機を抱いていたものが、就職後の調査時に全ての尺度で低い傾向にあったということ、またこの集団は全体の 4 分の 1 に相当することを鑑みると、組織の生産性を高める上で何らかの改善策が必要となるだろう。

IV. 因果モデルの構築

1. 潜在変数の確定と命名

共分散構造分析を行なうに当たって、各尺度から潜在変数を設定し、その妥当性を確認しなければならない。そこで、潜在変数を構成する観測変数を決定するにあたり、以下の手順を取ることにした。①本研究で用いた4つの尺度とフェイスシートから得られたデータの背後にどのような潜在変数を設定するのが適切かを尺度毎に主因子法（プロマックス回転）による探索的因子分析を用いて、潜在変数を構成するための観測変数となる項目を仮定する。②探索的因子分析で抽出された因子が複数の場合、最尤法（プロマックス回転）による確認的因子分析を用いて、先に選んだ項目によって因子が再現できるかを確認する。③確定した複数の観測変数から何がある背後に含まれているかの解釈を行い、適切な用語で命名する。

探索的因子分析を直交解でなく、斜交解を用いることは、この共分散構造分析法ではよく見られることであり、後者のほうが微妙な相関をもつ項目を拾いやすく解釈が容易にあること、さらにバリマックス解で得られる知見の殆どはプロマックス解によって網羅できるという利点がある（豊田, 1998, p280）。そこでここでは全てプロマックス回転を用いた。

また、観測変数を選択する作業においてその観測変数（項目）の数はできるだけ同じ数が好ましい。そのため一つの潜在変数当り観測変数を2、3の項目数に統一した上で、信頼係数や他の変数間相関を調べその傾向が元のそれと類似するかを検討した。

1) 3次元組織コミットメント尺度改訂版から得られた潜在変数（表6-36～38）

もともと3つの構成要素で構成されているこの質問紙から探索的因子分析の段階では4つの因子が抽出された。そこでそれぞれの寄与率について調べたところ、表6-36と図6-7に見られるように第4因子以降の寄与率が低かったため、元来の尺度構成の意図に準じ、3つの要素を選択し第3因子までを使用することにした。構成変数は因子負荷量の大きいものから3項目ずつ選択し、因子数を3に設定して確認的因子分析を行った。その結果、さらに負荷量の大きい項目のみを組み合わせ、構成概念が再現されたため、潜在変数を3つとした。

第1因子を構成するのは質問項目A7、A8、A16であり、第2因子にはA14、A13が、第3因子にはA2、A4となった。各質問内容から、それぞれの背後にある共通概念を「情動的コミットメント」、「規範的コミットメント」、「継続的コミットメント」と解釈した。

2) 職務満足度尺度 (MSQ) から得られた潜在変数 (表 6-39, 40)

MSQ から探索的に因子分析を行なったところ、表 6-38 にみるように MSQ は単一の因子で構成されていると考えられた。よって負荷量の大きい項目 B3、B1、B2 を選択しその内容から「自律性に関する職務満足度」と命名した。

3) 自尊感情尺度から得られた潜在変数 (表6-41, 42)

自尊感情尺度も単一の構造であり、負荷量の大きさから C2、C1、C4を抽出し、尺度名そのまま「自尊感情」と命名した。

4) 看護師の専門職性測定尺度 (NPS) から得られた潜在変数 (表6-43, 44)

NPSの探索的因子分析では明らかに単一構造であり、3つの項目D19、D16、D20とし、「精神科看護師のケアに関する専門職性」と命名した。

以上の観測変数から得られた潜在変数の信頼係数と観測変数間の相関は表6-45にまとめられた。 α 係数は表6-13と比較すると継続的コミットメント以外はいずれも若干低めになっていた。内的整合性を示す α 係数はその項目数が多いほど高くなる傾向があるといわれ(朝田ほか, 1994)、今回の結果の低さは項目数の少なさが影響しているものと考えられる。また、グループレベルの比較を行なうのであれば、信頼係数は0.70あればよいとされ(Polit & Hungler; 1994, p246)、今回は継続的コミットメント以外0.70以上を保っていたことから、これらの項目の編成は一応の内的整合性を有するものと考えられる。さらに各変数間の相関傾向は表6-13で示す傾向と概ね同じであり、ここで構成された潜在変数は元の主要概念を再現できたと考えられる。

5) 対象者の属性から得られた潜在変数 (表6-46~48)

対象者の属性に関して、本研究で作成した26項目のフェイスシートを用いて調査した。このうち14項目は、順序尺度と間隔尺度を用いているため因子分析法を用いて潜在変数を構成した。この14項目のうち、所属病院勤務期間と通算精神科病棟経験の期間は、先に述べたように平均、標準偏差とも近似しており、相関がかなり高くなることが予想された。共分散構造分析の計算の際に相関が1に近いものを導入すると構造が不安定になるため所属病院勤務期間のみを因子分析に加えることにした。そのため、合計13項目によって分析

することとなった。さらに年齢、所属病院勤務期間、病棟勤務期間は間隔尺度（連続量）であり、変数が有する範囲（range）が大きいのに対し、他の項目は順序尺度である。そこで安定性を得るために間隔尺度を順序尺度と同程度の測定レベル数になるように年齢や期間を3から4段階になるようにグループ化を行い、変換して用いた。

まず、13項目について探索的因子分析主因子法を行なったところ5つの因子が抽出されたが、第4因子以降の寄与率が小さいために3つの因子に限定した（表6-47, 図6-8）。その後負荷量の大きな8項目に対し因子数を3つにして確認的因子分析を行い、第1因子を〈年収〉〈年齢〉〈病院勤務月数〉からなる「勤務経験」、第2因子を〈家族会との繋がり〉〈患者家族との連絡〉からなる「患者家族との関係」、そして第3因子を〈相談できる同僚の数〉〈相談できる上司の数〉〈相談できる専門職者の数〉からなる「職場でのサポートネットワーク」と命名した。

表6-49は、3つの組織コミットメントを従属変数として潜在変数となった属性を重回帰分析で解析し、さらにその特徴を調べたものである。変数が連続量でないこともあって決定係数（ R^2 ）は小さくなっているものの、その傾向として、情動的コミットメントでは、年齢、相談できる上司数、病院勤務月数、年収、相談できる同僚数の順に影響力が大きかった。規範的コミットメントでは、相談できる上司数と病院勤務月数が同程度に、そして継続的コミットメントでは、年収、次に病院勤務月数が影響していた。

以上のようにして求められた潜在変数の内容は表6-50に記した。

2. 共分散構造モデルの構成

1) 全体的評価

第4章の因果モデル（図4-3）をもとに3段階の因果連鎖を想定して共分散構造分析をおこなった。しかし、潜在変数「勤務経験」、「職場でのサポートネットワーク」、「患者家族との関係」と「自尊感情」、「自律性に関する職務満足度」間にパスを想定した場合に適合度指標が上昇し、当てはまりのよいモデルとなった。これらの変数間には明確な時間的關係が存在していないため、比較的自由にパスを想定することが可能である。しかし、このようにすることによって、このモデルは因果モデルと異なることになり、因果關係の実証を確認するものとはなっていないことになる。このことに対し前田は、「統計的手段に基づくものではない確固たる理論的背景をもっているならば、心理学的な変数間に因果モデルを構成することは有用である」（1995）と述べており、今回のモデル構築は、こうした立

場に基づくものといってよいであろう。そこで、本研究の理論的背景は第4章の中で述べたが、ここで再度概要を述べておく。

- ① 精神科看護師を構成する要因すなわち、「勤務経験」「看護師の専門職性」「自尊感情」と職場環境を構成する要因「患者家族との関係」「職場での人間関係」は複雑に関連しあって職務態度「組織コミットメント」「職務満足度」に影響する。
- ② 組織コミットメントには3つの様式があり、その中の「情動的コミットメント」は「職務満足度」に関連する。

選択したモデルのパスダイアグラムを図6-3に示した。このモデルの適合度指標(GFI: Goodness of Fit Index)は0.96、修正適合度指標(AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index)は0.95であった。この両者とも0.9以上が必要であり、 $GFI \geq AGFI$ の関係を持ちつつその差が顕著でないことが望まれることを考え、今回の値はその基準を満たしているといえよう。また、モデルの分布と真の分布との乖離を1自由度当りの量として表現した指標RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation)は0.05以下であれば当てはまりがよいと判断でき(豊田,1998,p173,177)、今回の値0.04においても当てはまりはよいと考えられた。さらに構成概念から各観測変数への影響指標は0.48~0.83であり、潜在変数は観測変数によって比較的適切に測定されていた。全ての係数は統計的に有意($p < .05$)であることを加え、以上のことから、このモデルは全体的に妥当であると判断された。

2) モデルの解釈(図6-9,表6-51~53)

モデルの解釈することは、一方の変数から他方の変数への影響(効果)を評価することである。直接的に影響するものを『直接効果』と呼び、他の変数が間に挟まって影響する場合を『間接効果』という。そして直接効果を含め、すべての単方向の経路の影響を加算したものが『総合効果』と言われるものである(豊田,1998,p188-191)。

まず、このパスダイアグラムのなかの中心的な概念の一つである「精神科看護師のケアに関する専門職性」について検討する。この「精神科看護師のケアに関する専門職性」は直接効果として3本のパスが向かっていた。「患者家族との関係」の因果係数は0.43、「職場でのサポートネットワーク」は0.26「自尊感情」は0.24であった。患者家族や家族会との関係が良く、連絡しあうことが多いほど、職場でのサポートネットワークが良いほど、そして自尊感情が高いほど精神科看護師の専門職性は上昇すると考えられた。このほか「精

神科看護師のケアに関する専門職性」と「自律性に関する職務満足度」との間には関係を示すパスは引けず直接効果はなかったが、「自尊感情」を介して間接的に影響があった。しかし、その間接効果は表 6-53 より 7%と僅かであった。年齢や勤務期間、年収を観測変数とする「勤務経験」と「自律性に関する職務満足度」からも直接的な影響はなく、間接効果の割合はそれぞれ 4%、7%と低かった。

このモデルのもう一つの中心的な概念として「情動コミットメント」が挙げられる。これは、組織コミットメントの下位概念の一つであり、組織への心理的愛着を示す概念であった。「情動コミットメント」は「自律性に関する職務満足度」0.48、「継続的コミットメント」0.34、そして「精神科看護師のケアに関する専門職性」0.16 の因果係数で影響された。つまり自律性への満足感が高いほど愛着感も増すことを示し、総合効果では 51% も影響力があった。専門職性との関係は際立ってはいないものの総合効果として 17% を占めていた。この他、「職場でのサポートネットワーク」19%、「患者家族との関係」15%、「勤務経験」13%が影響していた。

「継続的コミットメント」も「情動コミットメント」に影響し、総合効果では 35% が説明されていた。このことは「継続的コミットメント」が高くなれば「情動コミットメント」も高くなることを指している。「継続的コミットメント」が「情動コミットメント」に与える影響は 35% であることを考えると、情動コミットメントも継続的コミットメントの功利的な部分、あるいは代替の就職先のなさがから現組織への関わりを強化し、このことが愛着をも強めるといった関係が存在していると推測された。

「規範的コミットメント」は「情動コミットメント」から 53% の効果を受け、このほかの潜在変数からの影響は直接的には受けていなかった。「規範的コミットメント」とは、組織への忠誠心や義務感で構成された概念であるが、心理的な愛着が多大になればなるほど忠誠心や義務感も増加する結果であった。

3) 同時多母集団の比較

共分散構造分析では、適合性が高く、妥当性が確認されたモデルについて、対象の属性別に因果係数の推定を行い、その結果を比較することが可能である。これを多母集団の同時分析という（狩野；1997, p 188）。本研究では 1) で十分な適合性と妥当性を有する

モデルが得られたので、これを基本モデルとして対象属性別に因果係数を推定し比較を試みた。

(1) 正看護師と准看護師 (図 6-10,11)

モデルの母集団を正看護師と准看護師に限定し、比較検討を行なった。かつて「Ⅲ.測定尺度と属性の関係」のなかで述べたように両者の間には、組織コミットメントには差がみられず、「自律性に関する職務満足度」、「自尊感情」、「精神科看護師のケアに関する専門職性」について正看護師のほうが有意に高いという関係があった(表 6-16)。この点に関して共分散構造モデルでみると、正看護師集団では准看護師集団と比較して、「職場のサポートネットワーク」から「自律性に関する職務満足度」と「精神科看護師のケアに関する専門職性」へ向かう因果係数が高く(0.32 と 0.32)、人間関係の円滑さが仕事にうまく反映されていた。さらに「患者家族との関係」と「自律性に関する職務満足度」間も値としては僅かであるが、有意な関係(0.14)があるのに対し、准看護師集団では関係性がみとめられていない。

つまり、准看護師は自律性に関する職務満足を得る機会が少なく、そのために自尊感情やケアに関する専門職性に影響しているものと考えられ、このことがこの3つの尺度において准看護師が低めになった原因ではないかと推測された。

しかし、この結果は、潜在変数「精神科看護師のケアに関する専門職性」を構成している NPS の項目を3項目(No.16、19、20)とし、標本数の異なる正看護師(n=793)と准看護師(n=494)の専門性を均一に考えたときを想定したものであった。そこでより正確に資格による専門職性を検討するために NPS 全項目の差ならびに資格差による判別分析を行なった(表 6-54)。それによると、准看護師に比較的強く反応した項目は、NO.1、8、16 であり、患者への現在の直接的なケアに関するものであった。正看護師に対しては、NO.6、7、20、21 であり、チームメンバーとの共働が特徴で、治療や看護方針に関する内容に関与するものであった。こうした専門的行為の相違が准看護師の因果関係の低さに反映しているとも考えられた。

一方、准看護師の因果係数が高い傾向にあったのは、勤務経験と継続的コミットメント間の 0.43 であった。この勤務経験の観測変数である年齢には職種間で有意差があり(表 6-7)、他の要因に差が見られないことから准看護師の年齢の高さが影響していたと考えられた。

(2) 男性と女性 (図 6-12,13)

次に性別で検討する。資格の差に比べ性差による違いは複雑であった。第 1 の違いは、「精神科看護師のケアに関する専門職性」を規定する潜在変数では、女性は「自尊感情」と「職場でのサポートネットワーク」が男性に比べ高い傾向にあり、男性では「患者家族との関係」が高かったことである。女性の場合、特に「職場でのサポートネットワーク」は、「自律性への職務満足度」よりも「精神科看護師のケアに関する専門職性」に対する影響が強く、同僚を含めた専門職者との関係をとおした活動が重要となっている。この点、男性はチームワークというより単独での活動に意味を持つ傾向がある。

第 2 に組織コミットメントと専門職性との関係をみると、女性は「情動的コミットメント」との間は因果係数 0.2 であったにもかかわらず、男性には有意差がみられなかった。つまり、男性は組織へのコミットと専門職としての行為とは何ら関連性をもたず、むしろ「自律性に関する職務満足度」に依存し、満足度が高いほど組織への愛着が高くなり、その傾向が女性より強い。この男性集団の「自律性に関する職務満足度」は主に「職場のサポートネットワーク」で規定されていた。

専門職性の差を NPS 全項目の差ならびに性差による判別分析を行なった (表 6-55)。その結果、男性は No.2、13、16、21 において反応がみられ、看護としての視点を主張しながら患者が治療やケアに自ら関心をもてるような働きかけを行なう傾向があった。女性は、No.8、10、11、15、20 に特徴が見られ、職場での人間関係を円滑にすることに重要性を持ちながら、患者の立場に立って看護行為を行なおうという傾向がある。

以上のことから、男性は仕事上のことで困難に出会った時、相談できる人材があることで心理的な安心感を得て自分自身を支えるものの、そのことでチームを組んで看護行為を行なうというより、自己の判断を裏付けたり知識を得たりするためにサポートを利用しているといえよう。それに対し、女性はチームのメンバーとしての自己の立場や役割に意味をもっているようであった。

第 3 に組織コミットメント間の様相では、男性は明らかに「情動的コミットメント」から「規範的コミットメント」への関係が強く、心理的愛着が高くなるほど組織への忠誠心や義務感も強くなる傾向があった。これは、表 6-17 でも示されているように男性集団は規範的コミットメントが有意に高く、男性は組織への忠誠心や義務感を抱きやすい傾向にあると考えられる。

第 4 に「継続的コミットメント」と「勤務経験」の間では女性の方が因果係数は高く、

表 6-7 から性差別年齢では女性が有意に高く、その影響があったものと考えられる。また、男性の場合、勤務経験というより、職場でどれだけ満足感が得られるかが組織コミットメントを強化する鍵になっていたと推測できた。

第5章 考 察

本調査は、関東以西の精神科病院 13 ヶ所に勤務する有資格看護師 1313 名を対象に所属組織へのコミットメントの程度と看護師の専門職性との関係を調べたものである。

対象病院の所在地による地域差は見られず、有効回答数 1313 という対象者数は質問項目 95 に対し分析、検討するのに十分な数であった。また、使用した調査尺度は組織コミットメントの下位尺度である継続的コミットメントの内的整合性 α 係数が .57 であった以外は .79 以上と高い値で信頼性が得られていると考えられた。

3次元組織コミットメント尺度は、Allen と Meyer によって開発されたのち、すでに多くの実証研究が行なわれており、 α 係数も安定している尺度である。日本語版では、文化的背景のため弁別的妥当性の低下が若干みられるものの、継続的コミットメントは .70 が確認されている。しかしこの日本語版検証の対象には、看護師といった専門職者は含まれておらず、しかも今回の研究と比較検討できるような日本人対象の研究はまだ行なわれていない。したがって判断には限界があり、継続的コミットメントの α 係数の値については、専門職である看護師の特徴、さらにそのなかでも精神科看護師の特徴が反映したものと考えられる。

今回の精神科看護師を対象とした3次元組織コミットメントの様相をみると、Meyerら(1993)のカナダ Registered Nurse (RN) 対象の結果と比較すると、情動的コミットメントが低く、継続的コミットメントが高いことが明らかとなった。この継続的コミットメントが高くなった影響要因のひとつとして対象者の特徴を示すことができる。本調査では、全対象の 75% 近くが世帯の中で重要な収入源を担っており、勤務する動機も経済的由が最も多く、全体の 52% を占めていた。つまり、本調査の対象は、経済的な理由を主とした功利的な心理の高い集団であることが挙げられる。

経済的理由で就職した看護師は、生きがいや勤務動機としている看護師に比べ、職務満足度や看護専門職性、自尊感情が低く、組織への愛着や使命感も顕著に低い値を示した。多くの研究において職務満足と専門職性の関係をみると両者は正の相関関係にあることがすでに示唆されており、本研究においても職務満足が高いほど自尊感情が高くなり、その自尊感情の高さを介して看護専門職性が高くなっていることを示している。しかも経済的理由でコミットする継続的コミットメントとは当然正の関係があり、継続的コミットメントと自尊感情は負の関係、自尊感情と看護専門職性とは正の関係を示したことから、経済

的理由の高い集団は、継続的コミットメントが高く職務満足度が低い故に自尊感情と看護専門職性にネガティブに影響したと推測される。

ただし、本研究の組織コミットメント値や専門職性の値が看護職全体の中でも低い位置にあるかどうかということを始め、精神科看護師の特徴をより鮮明に抽出するには比較研究がないために今の状況ではその検討には限界がある。この点に関しては今後の類似研究の結果を待たざるを得ない。

次に、この集団の特徴として、職場での人間関係の希薄さがあげられよう。職務満足に影響する要因に職場での人間関係が重要な鍵となることは文献ですでに明らかになっている。特に精神看護学では、治療的関係という概念があり、看護師と患者との親密な関わりを通して患者の自己の成長を促す役割が重要とされている（稲岡,1996;Shives,1998;Webster,1996）。また、その治療的関係を有効な状態で維持しつつ看護の成果をあげるには、看護師が全てを単独で行なうことに限界がある。なぜなら、看護師は様々な専門職種からなるチームの一員としての役割のほか、患者との関係において共感や感情移入などといった表面的で意識的な関わりのみならず無意識下の感情の交流が展開され、看護師の自我や人格の成長が求められるためである。これらのことは精神科看護において基本的技術となるが、その手技を習得するためには、知識のみならず実際の体験が必要と思われている。したがって、看護師がよりすぐれた成果を上げるためには、その看護師を同僚やその他の専門職者間で支えあい、成長しあうシステムが必要となる。具体的には知識、技術を開発し、向上させるための他職種や仲間との関わり、無意識的な看護師自身の行動を客観的に観察し適正な評価と示唆を与えるスーパーバイザーの存在、患者や家族などからの脅威から看護師自身を守り、勇気づけ成長に導いてくれるような仲間などの存在とその関係である。

しかしながら、今回の結果においては、相談できる同僚数は3人まではあるものの、対象者の20~40%以上に上司や他の専門職種の存在すらなかった。このことは精神科領域においては大変厳しい状況といわざるを得ない。先に行なった予備研究においても、仕事に対し遣り甲斐がないと答えた看護師は、専門的技術を習得できなかつたり、同僚との付き合いで疲れてしまつたりという状況がその理由であった。さらに加えるならば、遣り甲斐をもち積極的に看護を展開できるスタッフには、行為をポジティブに評価してくれる仲間やチームワークの充実がみられた。これらのことはすなわち、精神科での専門的な技術を習得するには、患者と看護師間の感情の機微が重要な影響力をもつために書籍からの学習

のしにくさがあり、故に同僚や先輩の言動を実際に見て学ぶ傾向が強く、そのことが一層職場での人間関係のよさや円滑さを必要としていることを意味している。

情動的、規範的コミットメントと人間関係の特徴をみると、重回帰分析の結果において相談できる対象として同僚のほか上司が特に重要な意味をもつことが明らかになった。このことは、Yoder(1995)の述べたように上司はサポートや教育者としての役割、スーパーバイズとしての役割をもち、これらをとおしてスタッフナースの看護師としての考えや価値を発展させ、成長を促す機能を持っていることを含意している。

さらに共分散構造分析の結果をみると職場でのサポートネットワークは、職務満足だけでなく精神科看護師の専門職性にも影響力を持っていることが明らかになった。この傾向は特に正看護師と女性看護師に強かった。もっとも、正看護師の73%が女性であることを考慮すると、この特徴は女性に強く現れていると考えたほうが妥当であろう。判別分析の結果からみると女性看護師はチームメンバーとしての自分の立場や役割を基盤とし、その上で精神看護を実践し専門性を出している。一方男性看護師は、チームのなかの立場を看護行為の基盤とするというより、人間関係を保つことが何らかの拠り所となり、その上で個として専門性を発揮しようとする傾向があると推測される。すなわち、圧倒的に女性看護師の多い職場の中で一握りの男性看護師が所属しているという現状では、男性看護師は、職場での人間関係の均衡を保ちつつ、少人数間で支え合うことによって個を生かそうとするのではないかと考えられる。

しかしながら、今回用いたNPSは、信頼性妥当性の高い尺度ではあるが、NPS作成の志自岐(1999)の研究対象は788人中男性看護師がわずか7人であり、この尺度では男性看護師の専門職性が十分に抽出されたとは言い切れない点は注意しなければならない。

同じように正看護師と准看護師との比較をみると、正看護師では職場でのサポートネットワークは、「精神科看護師のケアに関する専門職性」と「自律に関する職務満足度」の両方に対して准看護師より強い影響力があった。正看護師は、同僚や他の専門職種との共働のための人間関係を維持することによって専門性が発揮でき、職務満足そして自尊感情も高くなると考えられる。一方、准看護師の場合は、職場でのサポートネットワークがケアを行なう際の重要な要因になるとは言いがたい。准看護師が考える専門職性は、資格の制約を反映し、直接的な患者ケア提供に関することに重点が置かれているが、このことだけでは准看護師の職務満足度、自尊感情を高めることには到っていないことを意味している。

さらに両集団の平均年齢では明らかに准看護師集団が高く、そのことが継続的コミット

メントの関係に強く影響している。すなわち、このことは離職に対するリスクの大きさから職場への関係を保とうとする傾向が強いことを示唆している。正看護師にこの傾向が比較的弱いのは専門職として知識や技術を身に付け、そのことを資格によって社会的に保障されているために離職後の代替組織を捜すのにさほど苦勞しなくてよいからと推測できる。以上のことから、准看護師の複雑な心境や葛藤の結果として、正看護師に比べて明らかに低い職務満足度や自尊心につながっているものと推測できる。

精神科医療の歴史を振り返ると准看護師の役割は大きく、現在も精神医療のマンパワーとして准看護師の存在が他の領域より重要視されていることを考えると、チームのメンバーとして再度認識しあい、病棟内の人間関係をサポートネットワーク機能として拡大できるように努力する必要があるだろう。

もう一つ検討すべき集団の特徴として勤務動機の中かの「何となく」働くことになったという回答が全体の 25%に該当したことである。問題は、この動機をもって就職した看護師の各尺度の値が低い値になっていることである。すなわち、はっきりとした動機を持ち合わせず勤務しつづけている看護師は、その後の組織コミットメントや職務満足度などの値が低い状態になっているのである。そして、この「何となく」の集団は 30 歳未満のものに多かった。

この年齢層の組織コミットメントと職務満足度を平均プロットでみると情動的コミットメントや規範的コミットメントの上昇がみられず、職務満足度はむしろ低下している。また、自尊感情や専門職性の度合いは上昇していることから、このキャリアの若い年齢層はまだ、組織への愛着や義務感は少なく、むしろ、現実を自分なりに把握できるようになるため、満足感は減少しつつも一人前に働けるようになり看護職という専門職に対する意識が上昇しつつある時期といえよう。このことについて、高橋（2002,p32,38-39）は、組織社会化という概念を用い説明している。それによると、組織への社会化は「組織への新規参入者が組織の規範・価値・文化を習得し、期待されている役割を遂行し、職務遂行上必要な技能を獲得することによって組織に適応すること」と定義づけ、社会化のプロセスにおいて長いスパンでみると、時間とともに職務満足感が高まり、組織への愛着感が生まれ、長期にわたって安定した業績を上げる基礎ができるとしている。しかし、就職 3~5 年目において社会化の達成度が一旦低下すると述べ、今回の職務満足度の低下を裏付ける見解を示している。高橋は、この低下に対し 2 つの理由を考えている。組織の一員として認められた後の緊張感の低下が起こることと、それまで無批判に受け入れてきた組織の規範や文

化への疑問や葛藤、すなわち現実の問題に目が行くようになるために生じる低下である。

一般に就職 3~5 年目のものに職務満足が低下するのであれば、今回の「何となく」就職した看護師だから職務満足度の低下が見られたと因果的な関係を言及することはできない。むしろ職務満足の低下は現実の厳しさとの直面によるものと考えたほうが理解しやすい。20 歳代の看護師の特徴は Benner(1984)の理論によると、一人前から中堅の看護師に該当し、専門職者として実感し、他者からも認められたという安心感が生じるであろう。しかし、精神科においては、看護師がその専門職としての業務を果たそうとすると社会的偏見や社会復帰対策の遅れによる患者処遇の厳しさがあるが故に現実への様々な疑問に直面せざるを得ず、そのことから精神科看護師であることへの劣等感や葛藤を生じさせることが考えられる。このことは利用できる社会復帰施設の数が少ないほど、また患者会や患者家族との繋がりが少ないほど職務満足や自尊心、看護専門職性が低かったことから裏付けられる。精神科看護師が組織に適応する過程においては、この状況を一旦受け入れた後、新たに組織の社会化が進んでいくものと推測できる。その様子は予備研究の中で患者観に変化が生じ、葛藤の中で勤務している看護師に現れている。

では、「何となく」という動機をどのように考えればよいのであろうか。このことについてはむしろ、「何となく」というのを防衛的な表現として使われたと考えるほうが理解しやすいであろう。現在、我が国では精神科医療と看護に対し、社会一般は明るいイメージを持っていない。人権を保護する気運が高まる昨今でも何か奇異な事件が起こると精神疾患との関係をマスメディアが取り上げるもの事実である。このような精神科医療の中に参入するには、それなりの理由や強い意思が必要であろう。しかし、そこまでのものを持ち得ない場合やどのような出来事が目の前に展開されるかわからず、戸惑っている時には、人は将来の起こり得る現実を危惧して自分を擁護しようとする。いわゆる予期不安に対する防衛機制である。「何となく」という気持ちで組織あるいは精神科医療に参入したのだと合理化した場合、たとえ現実が厳しいものであっても自分自身の目的や理想を崩す必要はなくなる。どうせ何となく就職したのだからと。しかし、だからといって彼らの行為は反組織的だとも看護師に不向きであるともいえる根拠は何もない。彼等はむしろ、現実に向かい合って自分自身の看護師としてのアイデンティティを模索している状態と考えられるだろう。つまり彼らのこの時期は、精神科看護師としてどのような自分になればよいのかを決定する重要な時期でもある。

病院組織として精神科看護の成果をより高めるためには、看護専門職性を向上させ、か

つ組織コミットメントの中の情動あるいは規範的コミットメントを上げることが望ましい。しかしながら、今回の結果では、専門職性と情動的コミットメントが僅かに関係しているのみであった。最も関係性が強かったのは、自律性に関する職務満足と情動的コミットメントであり、ついで経験年数や年齢、年収といった内容が継続的コミットメントに関連していた。

精神科看護師のケアに関する専門職性と自律性に関する職務満足度とは専門性という意味では似た概念であり、弱いながらも正の相関（.20）が認められた。共分散構造分析ではこの両者間に直接的なパスが得られなかったものの、間接的な繋がりを認めた。自律性に対する職務満足度と情動コミットメントとの繋がりも共分散構造分析とPearsonの相関の両方において中程度の正の相関が認められ、これらの結果から看護専門職性と職務満足と情動的コミットメントは一連の関連性があると考えられる。そして、その形態は組織としては望ましい形になっていると考えられる。ただ、つながりだけでなくその強さをみると今回得られた値はさほど大きいものではなく、今後、自律性のみでなく精神科としての専門職性と情動コミットメントとの関係をさらに強化できるような工夫が必要である。

LokとCrawford(2001)は組織文化とコミットメントについて研究し、その中で組織コミットメントは、病院全体というよりむしろサブ的な組織、いわゆる病棟の文化に大きく影響し、しかも‘お役所的’な文化より革新的な考えをもつ文化のほうが強く影響したことを明らかにした。また、Wallace(1995)やReillyとOrsak(1991)の研究では、組織の目標を専門職性が満たされるような目標から構成することが重要であると述べ、専門職の目標と価値とが、彼らを雇用している組織のそれと一致することが組織コミットメントを強化させ専門職性を伸ばすことに寄与することを示唆している。

以上から結論として、精神科看護師の専門職性を高めつつ組織への情動的コミットメントを高めるために3つの対策ポイントが明らかになった。

1. 精神科看護師が直接勤務している場所、つまり病棟のシステムや文化の見直し：病棟の規範は何か、何に価値を置いて仕事に従事しているのか、病棟内の人間関係のダイナミクスは、どのようになっているのか、命令系統はどのようになっているのかなどを整理し、専門職としての意見が反映しやすい職場環境を考えること。
2. 病院組織としての目標や価値を看護師の役割に見合った内容として具体的に明示すること。さらに病院組織としては、病院の目標を具体的に掲げるために社会への働きかけ、すなわち患者の退院先の確保、地域での生活の支援対策、偏見への対策

のための啓蒙活動が必要であろう。

3. 精神科看護師の自尊心ならびに専門的技術の向上のため、また、チームメンバーの成長のための教育の工夫：徒弟性的な知識技術の伝達に留まらず、視覚的教材の利用、チーム内でのディスカッションの場や他専門職種との知識の交流、文献をとおしてチームメンバー間の知識や認識の共有をはかることを積極的に取り入れるなどである。

表6-1. 対象病院の特徴 (n=13)

| 病院 | 経営母体 | 病床数* | 看護体制 | 患者/看護師比 | 病棟数 | 看護職員数 | | 職員数 (非常勤) | 平均在院日数 |
|----|------|------|-----------|-------------------|-----|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| | | | | | | 上段:合計 中段:正看 (%) 下段:准看 (%) | (%) | | |
| A | 法人 | 300 | 3 : 1 | 3.59 | 5 | 78 24 (30.8) 54 (69.2) | 精神科医 PSW OT | 6(6) 5 2 | 1151 |
| B | 法人 | 100 | 5 : 1 | 3.36 | 2 | 36 14 (38.8) 22 (61.1) | 精神科医 内科医 | 2(4) 1 | 1378 |
| C | 法人 | 300 | 6 : 1 | 4.81 | 6 | 67 24 (35.8) 43 (64.2) | 精神科医 PSW ケースワーカー 臨床心理士 | 6(15) 3 3 1 | 571 |
| D | 法人 | 600 | 3 : 1 | 2.80 | 10 | 210 148 (70.5) 62 (29.5) | 精神科医 PSW OT 臨床心理士 | 18(27) 19(2) 9 2 | 154 |
| E | 公立 | 600 | 3 : 1 | 2.90 | 10 | 203 150 (73.9) 53 (26.1) | 精神科医 ケースワーカー OT 臨床心理士 | 13(1) 4 5 3 | 312 |
| F | 法人 | 900 | 3.5~4 : 1 | 3.50 | 14 | 248 104 (41.9) 144 (58.1) | 精神科医 内科医他 PSW OT 臨床心理士 | 12(6) 7(12) 5 9 2(1) | 633 |
| G | 公立 | 600 | 3 : 1 | 2.40 | 13 | 263 210 (79.8) 53 (20.2) | 精神科医 PSW OT 臨床心理士 | 21(3) 10 8 5 | 448 |
| H | 法人 | 200 | 3 : 1 | 3.73 | 3 | 52 15 (28.8) 37 (71.2) | 精神科医 PSW OT | 3(8) 2 2 | 1218 |
| I | 法人 | 400 | 3~6 : 1 | 3.65 | 8 | 119 56 (47.1) 63 (52.9) | 精神科医 PSW OT 臨床心理士 理学療法士 | 9(2) 10 9 2(1) 5 | 331 |
| J | 法人 | 500 | 2.5~3 : 1 | 3.91 | 9 | 128 83 (64.8) 45 (35.2) | 精神科医 PSW OT 臨床心理士 | 20(3) 7 18 1 | 304 |
| K | 法人 | 400 | 3 : 1 | 2.76 | 7 | 134 95 (70.9) 39 (29.1) | 精神科医 PSW OT 臨床心理士 | 9(16) 6 13(1) 3 | 529 |
| L | 法人 | 200 | 3 : 1 | 2.36 | 3 | 84 53 (63.1) 31 (36.9) | 精神科医 PSW OT 臨床心理士 | 5(12) 3 4 1 | 2010 |
| M | 法人 | 1000 | 3.5 : 1 | 3.27 | 17 | 304 182 (59.9) 122 (40.1) | 精神科医 PSW OT 臨床心理士 | 19(7) 25 13 9 | 411 |
| 平均 | | | | 3.31 (SD=0.68) | | 148.5 (SD=88.67) | | | 726.9 (SD=546.0) |

* 病院の特定を避けるため、下二桁目を四捨五入

表6-2. 地域別 対象病院の病床数^a

病床数

| 地域別 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 | 中央値 |
|-----|--------|----|--------|--------|
| 1 | 423.00 | 7 | 266.70 | 322.00 |
| 2 | 813.50 | 2 | 256.68 | 813.50 |
| 3 | 375.50 | 4 | 129.69 | 402.00 |
| 合計 | 468.46 | 13 | 263.04 | 434.00 |

地域 1:関東北部と南部, 2:近畿, 3:九州北部

a. 一元配置分散分析による $F=2.64$ ($p=0.12$)

表6-3.地域別平均在院日数^a

病床数

| 地域別 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 | 中央値 |
|-----|--------|----|--------|--------|
| 1 | 423.00 | 7 | 266.70 | 322.00 |
| 2 | 813.50 | 2 | 256.68 | 813.50 |
| 3 | 375.50 | 4 | 129.69 | 402.00 |
| 合計 | 468.46 | 13 | 263.04 | 434.00 |

地域 1:関東北部と南部, 2:近畿, 3:九州北部

a. 一元配置分散分析による $F=0.31$ ($p=0.74$)

表6-4.地域別患者-看護師比^a

PTとNS比

| 地域別 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 | 中央値 |
|-----|------|----|------|------|
| 1 | 3.53 | 7 | .66 | 3.50 |
| 2 | 2.84 | 2 | .62 | 2.84 |
| 3 | 3.17 | 4 | .73 | 3.20 |
| 合計 | 3.31 | 13 | .67 | 3.36 |

地域 1:関東北部と南部, 2:近畿, 3:九州北部

a. 一元配置分散分析による $F=0.93$ ($p=0.43$)

表6-5. 平均在院日数と患者-看護師比^a

| | 平均在院日数 | 病院数(N) | 平均値 | 標準偏差 | 平均値の標準誤差 |
|--------|--------|--------|------|------|----------|
| PTとNS比 | 1 | 9 | 3.33 | .73 | .24 |
| | 2 | 4 | 3.26 | .62 | .31 |

平均在院日数 1:1000日未満, 2:1000日以上

a. $t=0.17$ ($p=0.87$)

表6-6. 平均在院日数と病床数^a

| | 平均在院日数 | 病院数(N) | 平均値 | 標準偏差 | 平均値の標準誤差 |
|-----|--------|--------|--------|--------|----------|
| 病床数 | 1 | 9 | 588.56 | 222.41 | 74.14 |
| | 2 | 4 | 198.25 | 64.98 | 32.49 |

平均在院日数 1:1000未満, 2:1000日以上

a. $t=3.37$ ($p=0.01$) $p<0.05$

表 6-7. 対象者の特徴 (欠損値を除く)

| カテゴリー | 分類別 | 人数 (有効%) | 平均値±SD | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|-----------|----------|-------------|---------------|-------|------|-------|
| 年齢 | | 1313 (100) | 41.4±11.2 | 41.2 | 18 | 72 |
| | 30歳未満 | 254 (19.3) | | | | |
| | 30~50歳未満 | 683 (52.0) | | | | |
| | 50歳以上 | 376 (28.6) | | | | |
| 性別 | 女性 | 967 (73.6) | 年齢 42.5±11.3* | | | |
| | 男性 | 321 (24.4) | 38.0±10.4 | | | |
| 職種 | 正看護師 | 793 (60.4) | 年齢 40.5±10.7* | | | |
| | 准看護師 | 494 (37.6) | 42.8±12.1 | | | |
| 職位 | スタッフ | 1027 (78.2) | | | | |
| | 副看護師長 | 147 (11.2) | | | | |
| | 看護師長 | 96 (7.3) | | | | |
| 現在の病棟所属期間 | | | 29.2ヶ月±33.2 | 21ヶ月 | 0ヶ月 | 388ヶ月 |
| 現在の病院所属期間 | | | 133.9ヶ月±104.4 | 102ヶ月 | 12ヶ月 | 628ヶ月 |
| 通算精神科経験期間 | | | 139.3ヶ月±109.7 | 111ヶ月 | 0ヶ月 | 628ヶ月 |

* p<.01

表 6-8. 性別特徴 (欠損値を除く)

| カテゴリー | 分類別 | 女性 (%) | 男性 (%) |
|-------|-------|------------|------------|
| 年齢 | | 42.5歳±11.3 | 38.0歳±10.4 |
| 職種 | 正看護師 | 577(72.8) | 215(27.1) |
| | 准看護師 | 387(78.3) | 104(21.1) |
| 職位 | スタッフ | 788(76.7) | 236(23.0) |
| | 副看護師長 | 91(61.9) | 56(38.1) |
| | 看護師長 | 71(74.0) | 24(25.0) |

表6-9. 対象者の背景

| カテゴリー | 分類別 | 割合(%) |
|------------|-------------|-------|
| 基礎教育 | 3年専門学校 | 29.9 |
| | 2年専門学校 | 25.4 |
| | 高等学校(衛看) | 3.8 |
| | 准看護学校 | 34.0 |
| | 短期大学 | 1.7 |
| | 4年制大学 | 0.9 |
| | その他 | 1.1 |
| 勤務形態 | 常勤 | 95.7 |
| | 非常勤 | 2.4 |
| 年収 | ～300万円未満 | 18.6 |
| | 300万～500万未満 | 43.6 |
| | 500万～700万未満 | 21.4 |
| | 700万円以上 | 11.3 |
| 世帯収入に占める割合 | ～20%未満 | 7.3 |
| | 20～40%未満 | 14.5 |
| | 40～60%未満 | 27.6 |
| | 60～80%未満 | 9.7 |
| | 80～100% | 37.3 |
| 通勤手段と時間 | 徒歩/自転車 | 27.9 |
| | 車で30分未満 | 41.7 |
| | 車で30分以上 | 16.4 |
| | 公共交通で1時間未満 | 8.0 |
| | 公共交通で1時間以上 | 3.4 |
| 以前の所属科 | なし | 14.7 |
| | 精神科系 | 42.2 |
| | 内科系 | 13.5 |
| | 外科系 | 9.3 |
| | その他 | 17.8 |
| 精神科勤務希望 | あり | 62.6 |
| | なし | 33.2 |
| 働くきっかけ | 経済上 | 50.0 |
| | 生きがい | 11.5 |
| | 義務・義理 | 5.7 |
| | 使命感 | 4.0 |
| | 何となく | 24.8 |
| 昇進の機会 | めったにない | 71.7 |
| | ときどきある | 19.8 |
| | よくある | 1.2 |

表6-10. 職場でのソーシャル・サポート

| カテゴリー | 分類別 | 割合 (%) |
|-----------------------------|------|--------|
| 相談できる同僚の人数 | 0人 | 5.1 |
| | 1～3人 | 67.8 |
| | 4～6人 | 15.7 |
| | 6人以上 | 8.4 |
| 相談できる上司の人数 | 0人 | 21.2 |
| | 1～3人 | 71.4 |
| | 4～6人 | 2.8 |
| | 6人以上 | 1.3 |
| 相談できる専門職者 (医師, OTほか) の人数 | 0人 | 42.4 |
| | 1～3人 | 49.3 |
| | 4～6人 | 3.0 |
| | 6人以上 | 1.9 |
| 病棟での人間関係の良さ の程度 | 良い | 33.1 |
| | 普通 | 58.6 |
| | 悪い | 5.3 |

表6-11. 性・職種・職位別による職場でのソーシャルサポート 単位: 人 (%)

| n | 性別 | | 職種別 | | 職位別 | | |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | F | M | 正看護師 | 准看護師 | スタッフ | 管理職 | |
| 相談できる同僚の人数 | 967 | 321 | 793 | 494 | 1027 | 243 | |
| | 0人 | 40 | 23 | 40 | 23 | 55 | 10 |
| | | (4.1) | (7.2) | (5.0) | (4.7) | (5.4) | (4.1) |
| | 1～3人 | 675 | 208 | 527 | 355 | 710 | 161 |
| | (69.8) | (64.8) | (66.5) | (71.9) | (69.1) | (66.3) | |
| 4～5人 | 157 | 48 | 135 | 70 | 158 | 44 | |
| | (16.2) | (15.0) | (17.0) | (14.2) | (15.4) | (18.1) | |
| 6人以上 | 73 | 36 | 71 | 38 | 84 | 22 | |
| | (7.5) | (11.2) | (9.0) | (7.7) | (8.2) | (9.1) | |
| 相談できる上司の人数 | 210 | 63 | 163 | 111 | 245 | 29 | |
| | | (21.7) | (19.6) | (20.6) | (22.5) | (23.9) | (11.9) |
| | 1～3人 | 702 | 228 | 579 | 349 | 717 | 197 |
| | | (72.6) | (71.0) | (73.0) | (70.6) | (69.8) | (81.1) |
| 4～5人 | 22 | 15 | 23 | 14 | 31 | 6 | |
| | (2.3) | (4.7) | (2.9) | (2.8) | (3.0) | (2.5) | |
| 6人以上 | 9 | 8 | 9 | 8 | 13 | 4 | |
| | (0.9) | (2.5) | (1.1) | (1.6) | (1.3) | (1.6) | |
| 相談できる専門職者 | 423 | 128 | 316 | 234 | 495 | 55 | |
| | | (43.7) | (39.9) | (39.8) | (47.4) | (48.2) | (22.6) |
| | 1～3人 | 469 | 171 | 407 | 233 | 474 | 153 |
| | | (48.5) | (53.3) | (51.3) | (47.2) | (46.2) | (63.0) |
| 4～5人 | 30 | 10 | 32 | 8 | 23 | 17 | |
| | (3.1) | (3.1) | (4.0) | (1.6) | (2.2) | (7.0) | |
| 6人以上 | 20 | 5 | 16 | 9 | 15 | 9 | |
| | (2.1) | (1.6) | (2.0) | (1.8) | (1.5) | (3.7) | |

表6-12. 所属病棟の特徴

| カテゴリー | 分類別 | 割合 (%) |
|-------------|--------------|--------|
| 看護体系 | 患者2～3人：Ns 1人 | 51.6 |
| | 4：1 | 23.7 |
| | 5：1 | 6.9 |
| | 6：1 | 10.5 |
| | 7～：1 | 0.5 |
| 病棟の種類 | 急性期病棟 | 20.4 |
| | 療養/慢性期病棟 | 45.8 |
| | リハビリ病棟 | 5.6 |
| | アルコール病棟 | 2.6 |
| | 痴呆病棟 | 5.3 |
| | その他 | 16.2 |
| 入院患者の主な診断名 | 急性期精神分裂病 | 16.3 |
| | 慢性期精神分裂病 | 56.3 |
| | 躁うつ病 | 3.4 |
| | 神経症 | 1.8 |
| | 中毒/アルコール症 | 3.5 |
| | 人格障害 | 2.0 |
| | 痴呆/器質的精神障害 | 9.5 |
| | その他 | 4.3 |
| 社会復帰/福祉施設の数 | 殆どなし | 9.4 |
| | 1～2カ所 | 37.9 |
| | 3～5カ所 | 32.8 |
| | 6カ所以上 | 10.7 |
| 家族会との繋がり | 殆どなし | 36.3 |
| | 稀にある | 22.3 |
| | 定期的にある | 33.4 |
| | 頻繁にある | 3.3 |
| 患者家族との連絡 | なし | 20.9 |
| | 稀にある | 52.3 |
| | 定期的にある | 18.7 |
| | 頻繁にある | 4.6 |

表 6-13. Study 変数間の相関と信頼係数^a

| | AC | NC | CC | MSQ | 自尊感情 | NPS |
|-------------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|------|
| AC(6項目) 有意確率 | 1.00 | | | | | |
| NC(6項目) 有意確率 | 0.70** 0.00 | 1.00 | | | | |
| CC(6項目) 有意確率 | 0.28** 0.00 | 0.28** 0.00 | 1.00 | | | |
| MSQ(全項目) 有意確率 | 0.52** 0.00 | 0.44** 0.00 | 0.07** 0.00 | 1.00 | | |
| 自尊感情(全項目) 有意確率 | 0.18** 0.00 | 0.02 0.22 | -0.08** 0.00 | 0.24** 0.00 | 1.00 | |
| NPS(全項目) 有意確率 | 0.26** 0.00 | 0.16** 0.00 | 0.02 0.19 | 0.31** 0.00 | 0.34** 0.00 | 1.00 |
| α係数 | 0.81 | 0.79 | 0.57 | 0.92 | 0.80 | 0.94 |

Pearson の相関係数, Cronbach の α 係数 **p<.01

- a. AC= affective commitment scale (情動的); NC= normative commitment scale (規範的);
CC= continuance commitment scale (継続的); MSQ=職務満足度尺度; NPS=看護師の専門職性測定
尺度

表6-14 .Study変数の統計量

| | AC6項目 | NC6項目 | CC6項目 | MSQ全項 | 自尊全項 | NPS全項 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 度数 有効 | 1313 | 1313 | 1313 | 1313 | 1313 | 1313 |
| 欠損値 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 平均値 | 14.91 | 13.21 | 17.22 | 49.59 | 31.94 | 52.27 |
| 標準偏差 | 3.73 | 3.51 | 3.05 | 10.92 | 6.35 | 11.60 |
| 最小値 | 6.00 | 6.00 | 8.00 | 20.00 | 10.00 | 21.00 |
| 最大値 | 24.00 | 24.00 | 24.00 | 80.00 | 50.00 | 84.00 |

表6-15. 3次元組織コミットメント,MSQ得点比較-他研究との比較

| | 平均年齢 | 在職期間 | AC | NC | CC | MSQ |
|----------------------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|
| カナダ RN ¹⁾ | 40 歳 | 15 年 | 0.796 | 0.481 | 0.549 | — |
| 日本一般企業 ²⁾ | 47.6 歳 | — | 0.719 | 0.592 | 0.707 | 58.35 |
| 本調査 | 41.6 歳 | 11.2 年 | 0.621 | 0.550 | 0.718 | 49.59 |

注1) Meyer, J. P., Allen, N.J., & Smith, G.A. (1993)

注2) 高橋弘司(2002)

AC, NC, CCは、(平均値÷最大値)から算出 MSQは平均値の実数

表 6-16. 職種による測定尺度得点*

| | 職種 | N | 平均値 | SD | t 値 |
|------|----|-----|-------|-------|--------|
| AC | 1 | 793 | 14.90 | 3.76 | -0.18 |
| | 2 | 494 | 14.94 | 3.71 | |
| NC | 1 | 793 | 13.15 | 3.51 | -0.69 |
| | 2 | 494 | 13.29 | 3.51 | |
| CC | 1 | 793 | 17.22 | 3.05 | -0.07 |
| | 2 | 494 | 17.21 | 3.08 | |
| MSQ | 1 | 793 | 50.11 | 10.79 | 2.60** |
| | 2 | 494 | 48.49 | 10.83 | |
| 自尊感情 | 1 | 793 | 32.35 | 6.56 | 2.79** |
| | 2 | 494 | 31.36 | 6.00 | |
| NPS | 1 | 793 | 54.60 | 11.31 | 9.43** |
| | 2 | 494 | 48.53 | 11.09 | |

職種 1:正看護師 2:准看護師

*p<.05 **p<.01

a. 測定尺度は全項目の合計 (AC:情動コミットメント, NC:規範的コミットメント
CC:継続的コミットメント)

表 6-17. 性差による測定尺度*

| | 性別 | N | 平均値 | SD | t 値 |
|------|----|-----|-------|-------|--------|
| AC | 1 | 967 | 14.85 | 3.72 | -1.06 |
| | 2 | 321 | 15.10 | 3.82 | |
| NC | 1 | 967 | 13.10 | 3.43 | -1.98* |
| | 2 | 321 | 13.55 | 3.76 | |
| CC | 1 | 967 | 17.26 | 3.05 | 0.60 |
| | 2 | 321 | 17.14 | 3.12 | |
| MSQ | 1 | 967 | 49.51 | 10.79 | 0.23 |
| | 2 | 321 | 49.35 | 10.99 | |
| 自尊感情 | 1 | 967 | 31.94 | 6.28 | -0.19 |
| | 2 | 321 | 32.01 | 6.73 | |
| NPS | 1 | 967 | 52.49 | 11.64 | 1.24 |
| | 2 | 321 | 51.57 | 11.42 | |

性別 1:女性 2:男性

* P<.05

a. 測定尺度は全項目の合計

表 6-18. 年齢層による多重比較^a

| 従属変数 | (I)年齢層別 | (J)年齢層別 | 平均値差(I-J) | 有意確率 |
|------|---------|---------|-----------|------|
| AC | 1 | 2 | -1.45* | 0.00 |
| | | 3 | -2.87* | 0.00 |
| | 2 | 3 | -1.41* | 0.00 |
| NC | 1 | 2 | -0.24 | 1.00 |
| | | 3 | -0.95* | 0.00 |
| | 2 | 3 | -0.71* | 0.00 |
| CC | 1 | 2 | -1.16* | 0.00 |
| | | 3 | -1.12* | 0.00 |
| | 2 | 3 | 0.00 | 1.00 |
| MSQ | 1 | 2 | -0.94 | 0.73 |
| | | 3 | -1.60 | 0.21 |
| | 2 | 3 | -0.66 | 1.00 |
| 自尊心 | 1 | 2 | -2.53* | 0.00 |
| | | 3 | -3.98* | 0.00 |
| | 2 | 3 | -1.44* | 0.00 |
| NPS | 1 | 2 | -3.17* | 0.00 |
| | | 3 | -3.50* | 0.00 |
| | 2 | 3 | -0.33 | 1.00 |

a. Bonferroni法による * p<.05
 年齢層 1:30歳未満(n=254), 2:30歳以上50歳未満(n=683), 3:50歳以上(n=376)

表 6-20. 職位による測定尺度得点^a

| | 職位 | N | 平均値 | SD | t 値 |
|-----|----|------|-------|-------|----------|
| AC | 1 | 1027 | 14.53 | 3.74 | -7.62** |
| | 2 | 243 | 16.44 | 3.39 | |
| NC | 1 | 1027 | 12.90 | 3.44 | -6.28** |
| | 2 | 243 | 14.45 | 3.53 | |
| CC | 1 | 1027 | 17.19 | 3.07 | -1.32 |
| | 2 | 243 | 17.47 | 2.99 | |
| MSQ | 1 | 1027 | 48.62 | 10.91 | -6.28** |
| | 2 | 243 | 53.10 | 9.76 | |
| 自尊心 | 1 | 1027 | 31.53 | 6.45 | -4.77** |
| | 2 | 243 | 33.69 | 5.78 | |
| NPS | 1 | 1027 | 50.57 | 11.28 | -11.68** |
| | 2 | 243 | 59.17 | 10.08 | |

職位 1:スタッフナース, 2:看護師長及び副看護師長 *p<.05 ** p<.01
 a. 測定尺度は全項目の合計

表 6-19. 病院勤務期間別による多重比較

| 従属変数 | (I)勤務期間別 | (J)勤務期間別 | 平均値差(I-J) | 有意確率 |
|------|----------|----------|-----------|------|
| AC | 1 | 2 | 0.04 | 1.00 |
| | | 3 | -1.30** | 0.00 |
| | | 4 | -2.70** | 0.00 |
| | 2 | 3 | -1.34** | 0.00 |
| | | 4 | -2.74** | 0.00 |
| | 3 | 4 | -1.40** | 0.00 |
| NC | 1 | 2 | -0.14 | 1.00 |
| | | 3 | -0.54 | 0.60 |
| | | 4 | -1.48** | 0.00 |
| | 2 | 3 | -0.40 | 0.59 |
| | | 4 | -1.35** | 0.00 |
| | 3 | 4 | -0.95** | 0.01 |
| CC | 1 | 2 | -0.74* | 0.03 |
| | | 3 | -1.40** | 0.00 |
| | | 4 | -1.77** | 0.00 |
| | 2 | 3 | -0.66* | 0.01 |
| | | 4 | -1.03** | 0.00 |
| | 3 | 4 | -0.37 | 0.88 |
| MSQ | 1 | 2 | 1.06 | 1.00 |
| | | 3 | -0.53 | 1.00 |
| | | 4 | -2.27 | 0.22 |
| | 2 | 3 | -1.59 | 0.21 |
| | | 4 | -3.32** | 0.00 |
| | 3 | 4 | -1.74 | 0.36 |
| 自尊心 | 1 | 2 | -0.85 | 0.71 |
| | | 3 | -1.90** | 0.01 |
| | | 4 | -2.75** | 0.00 |
| | 2 | 3 | -1.05 | 0.10 |
| | | 4 | -1.90** | 0.00 |
| | 3 | 4 | -0.85 | 0.66 |
| NPS | 1 | 2 | -1.64 | 0.58 |
| | | 3 | -4.61** | 0.00 |
| | | 4 | -6.01** | 0.00 |
| | 2 | 3 | -3.00** | 0.00 |
| | | 4 | -4.37** | 0.00 |
| | 3 | 4 | -1.41 | 0.88 |

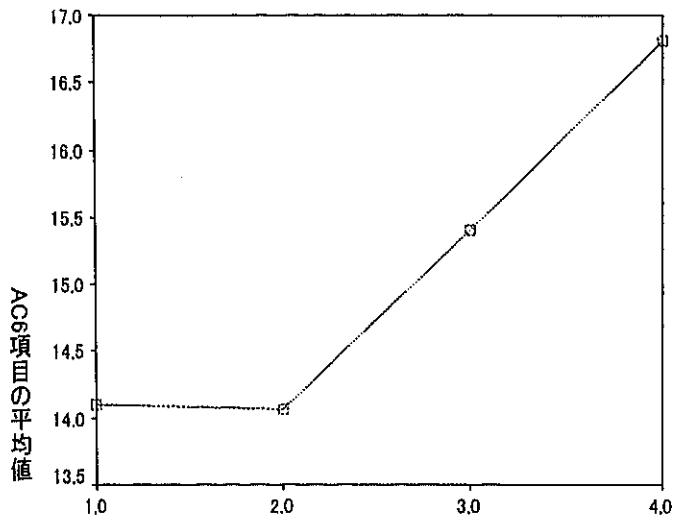
Bonferroni 法による

*p<.05

**p<.01

病院勤務期間 1:36ヶ月未満(n=175), 2:36ヶ月以上120ヶ月未満(n=568),

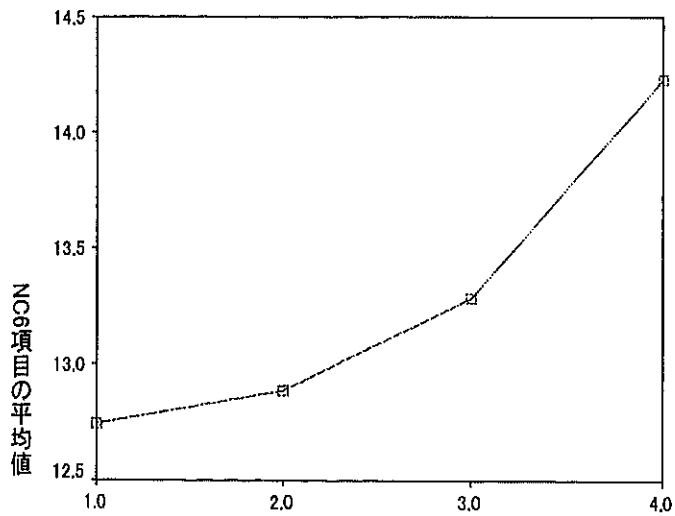
3:120ヶ月以上240ヶ月未満(n=329), 4:240ヶ月以上(n=241)



病院勤務期間

1:36ヶ月未満,2:36ヶ月以上120ヶ月未満,3:120ヶ月以上240ヶ月未満,4:240ヶ月以上

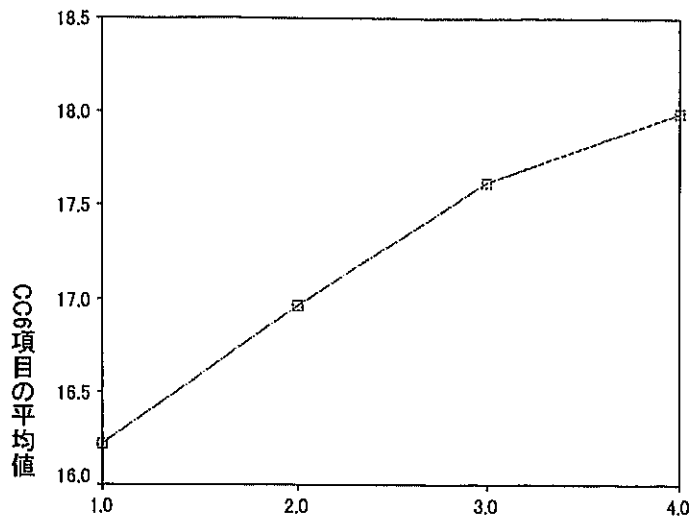
図 6-1. 病院勤務期間と AC の平均プロット



病院勤務期間

1:36ヶ月未満,2:36ヶ月以上120ヶ月未満,3:120ヶ月以上240ヶ月未満,4:240ヶ月以上

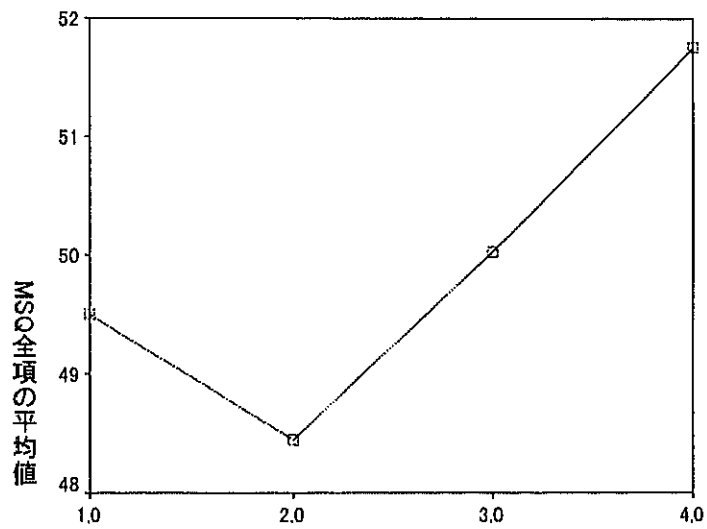
図 6-2. 病院勤務期間と NC の平均プロット



病院勤務期間

1:36ヶ月未満,2:36ヶ月以上120ヶ月未満,3:120ヶ月以上240ヶ月未満,4:240ヶ月以上

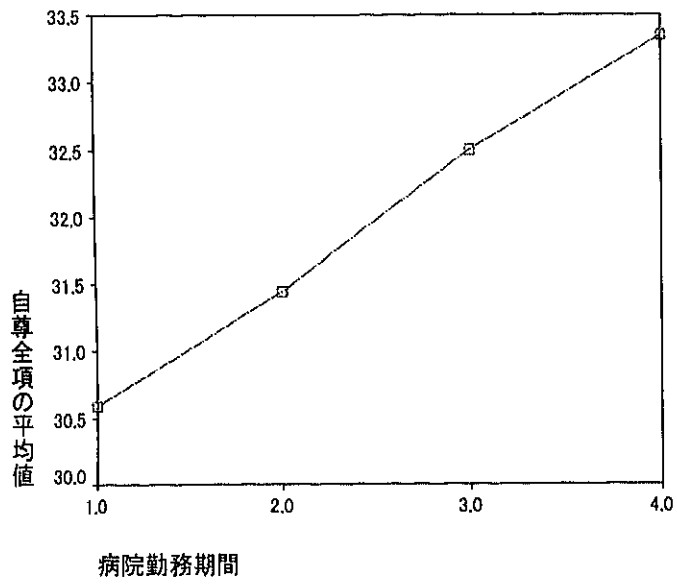
図 6-3. 病院勤務期間と CC の平均プロット



病院勤務期間

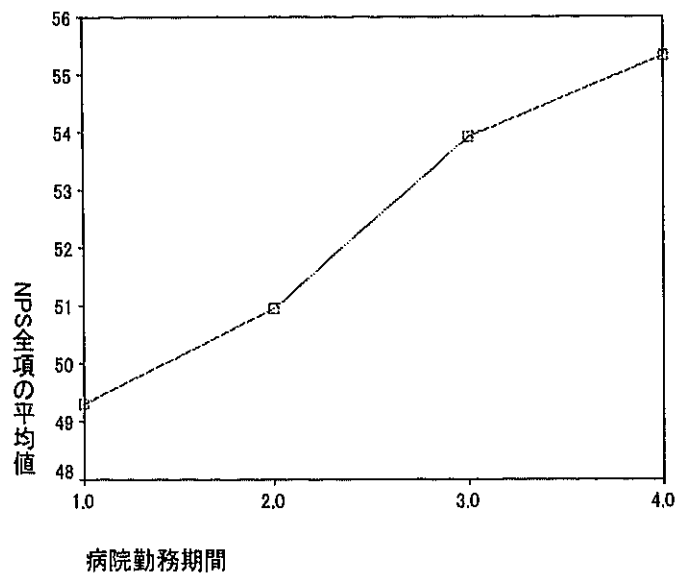
1:36ヶ月未満,2:36ヶ月以上120ヶ月未満,3:120ヶ月以上240ヶ月未満,4:240ヶ月以上

図 6-4. 病院勤務期間と MSQ の平均プロット



1:36ヶ月未満,2:36ヶ月以上120ヶ月未満,3:120ヶ月以上240ヶ月未満,4:240ヶ月以上

図 6-5. 病院勤務期間と自尊感情尺度の平均プロット



1:36ヶ月未満,2:36ヶ月以上120ヶ月未満,3:120ヶ月以上240ヶ月未満,4:240ヶ月以上

図 6-6. 病院勤務期間とNPSの平均プロット

表 6-21. 昇進の機会の程度による測定尺度得点^a

| 昇進の機会 | | N | 平均値 | SD | t 値 |
|-------|---|-----|-------|-------|---------|
| AC | 1 | 942 | 14.62 | 3.80 | -4.70** |
| | 2 | 276 | 15.74 | 3.40 | |
| NC | 1 | 942 | 13.05 | 3.53 | -2.81** |
| | 2 | 276 | 13.73 | 3.57 | |
| CC | 1 | 942 | 17.26 | 3.07 | 0.41 |
| | 2 | 276 | 17.17 | 3.07 | |
| MSQ | 1 | 942 | 48.33 | 10.85 | -5.98** |
| | 2 | 276 | 52.71 | 10.19 | |
| 自尊感情 | 1 | 942 | 31.57 | 6.37 | -3.38* |
| | 2 | 276 | 33.04 | 6.35 | |
| NPS | 1 | 942 | 51.00 | 11.35 | -6.91** |
| | 2 | 276 | 56.35 | 11.22 | |

昇進の機会の程度 1:めったにない, 2:ある

*p<.05 **p<.01

a. 測定尺度は全項目の合計

表 6-22. 年収額別による多重比較

| 従属変数 | (I) 年収 | (J) 年収 | 平均値の差 | |
|------|--------|--------|---------|------|
| | | | (I-J) | 有意確率 |
| AC | 1 | 2 | -0.80** | 0.01 |
| | | 3 | -2.10** | 0.00 |
| | 2 | 3 | -1.29** | 0.00 |
| NC | 1 | 2 | 0.20 | 1.00 |
| | | 3 | -0.59 | 0.11 |
| | 2 | 3 | -0.57** | 0.03 |
| CC | 1 | 2 | -0.44 | 0.15 |
| | | 3 | -1.28** | 0.00 |
| | 2 | 3 | -0.84** | 0.00 |
| MSQ | 1 | 2 | -1.54 | 0.18 |
| | | 3 | -2.45** | 0.02 |
| | 2 | 3 | -0.92 | 0.53 |
| 自尊感情 | 1 | 2 | -1.19** | 0.04 |
| | | 3 | -3.16** | 0.00 |
| | 2 | 3 | -1.97** | 0.00 |
| NPS | 1 | 2 | -3.16** | 0.00 |
| | | 3 | -6.14** | 0.00 |
| | 2 | 3 | -3.38** | 0.00 |

Bonferroni 法による

**p<.01

年収額 1:300 万円未満(n=244), 2:300 万円以上 500 万円未満(n=639),
3:500 万円以上(n=430)

表 6-23. 看護体制による測定尺度得点^a

| 看護体系 | N | 平均値 | SD | t 値 | |
|------|---|-----|-------|-------|--------|
| AC | 1 | 677 | 15.00 | 3.76 | 0.84 |
| | 2 | 636 | 14.82 | 3.71 | |
| NC | 1 | 677 | 13.26 | 3.61 | 0.50 |
| | 2 | 636 | 13.16 | 3.41 | |
| CC | 1 | 677 | 17.33 | 3.03 | 1.43 |
| | 2 | 636 | 17.09 | 3.07 | |
| MSQ | 1 | 677 | 50.24 | 10.99 | 2.23* |
| | 2 | 636 | 48.90 | 10.80 | |
| 自尊感情 | 1 | 677 | 32.28 | 6.60 | 2.07* |
| | 2 | 636 | 31.58 | 6.07 | |
| NPS | 1 | 677 | 53.62 | 11.41 | 4.37** |
| | 2 | 636 | 50.84 | 11.63 | |

看護体制 1:患者 2~3 人対看護師 1 人, 2:患者 4 人以上対看護師 1 人 *p<.05 **p<.01
a. 測定尺度は全項目の合計

表 6-24. 病棟の種類別による多重比較

| 従属変数 | (I) 病棟 | (J) 病棟 | 平均値の 差(I-J) | 有意確率 |
|------|--------|--------|----------------|------|
| AC | 1 | 2 | 0.07 | 1.00 |
| | | 3 | -0.01 | 1.00 |
| | 2 | 3 | -0.09 | 1.00 |
| NC | 1 | 2 | 0.02 | 1.00 |
| | | 3 | 0.20 | 1.00 |
| | 2 | 3 | 0.18 | 1.00 |
| CC | 1 | 2 | -0.15 | 1.00 |
| | | 3 | -0.24 | 0.94 |
| | 2 | 3 | -0.09 | 1.00 |
| MSQ | 1 | 2 | 0.93 | 0.74 |
| | | 3 | -0.65 | 1.00 |
| | 2 | 3 | -1.58 | 0.06 |
| 自尊感情 | 1 | 2 | 0.08 | 1.00 |
| | | 3 | -0.75 | 0.38 |
| | 2 | 3 | -0.76 | 0.24 |
| NPS | 1 | 2 | 0.80 | 1.00 |
| | | 3 | -0.79 | 1.00 |
| | 2 | 3 | -1.59 | 0.09 |

Bonferroni 法による

病棟の種類 1:急性期病棟(n=268), 2:慢性期及び療養型病棟(n=601),
3:リハビリ,アルコール,痴呆,その他(n=444)

表 6-25. 社会復帰施設数による測定尺度得点*

| | 施設数 | N | 平均値 | SD | t 値 |
|-----|-----|-----|-------|-------|---------|
| AC | 1 | 617 | 15.05 | 3.75 | 0.74 |
| | 2 | 572 | 14.89 | 3.72 | |
| NC | 1 | 617 | 13.33 | 3.50 | 0.75 |
| | 2 | 572 | 13.18 | 3.58 | |
| CC | 1 | 617 | 17.32 | 2.99 | 0.90 |
| | 2 | 572 | 17.18 | 3.13 | |
| MSQ | 1 | 617 | 49.53 | 10.77 | -1.29 |
| | 2 | 572 | 50.34 | 10.81 | |
| 自尊心 | 1 | 617 | 31.97 | 6.10 | 0.16 |
| | 2 | 572 | 31.91 | 6.67 | |
| NPS | 1 | 617 | 51.10 | 10.97 | -5.16** |
| | 2 | 572 | 54.47 | 11.55 | |

社会復帰施設数 1:0~2カ所, 2:3ヶ所以上
a. 測定尺度は全項目の合計

**p<.01

表 6-26. 患者会との繋がりによる測定尺度得点*

| | 繋がり の程度 | N | 平均値 | SD | t 値 |
|-----|------------|-----|-------|-------|---------|
| AC | 1 | 447 | 14.52 | 3.67 | -2.88** |
| | 2 | 836 | 15.14 | 3.75 | |
| NC | 1 | 447 | 12.97 | 3.37 | -1.92 |
| | 2 | 836 | 13.35 | 3.59 | |
| CC | 1 | 447 | 17.06 | 3.15 | -1.38 |
| | 2 | 836 | 17.30 | 3.00 | |
| MSQ | 1 | 447 | 48.09 | 10.80 | -3.82** |
| | 2 | 836 | 50.45 | 10.90 | |
| 自尊心 | 1 | 447 | 31.49 | 6.24 | -1.96* |
| | 2 | 836 | 32.20 | 6.40 | |
| NPS | 1 | 447 | 49.77 | 11.23 | -5.98** |
| | 2 | 836 | 53.70 | 11.57 | |

家
家族会との繋がり
の有無 1:殆どなし, 2:有り
a. 測定尺度は全項目の合計

*p<.05 **p<.01

表 6-27. 患者家族との関係の程度による測定尺度得点^a

| | 関係の程度 | N | 平均値 | SD | t 値 |
|------|-------|------|-------|-------|----------|
| AC | 1 | 275 | 14.07 | 3.66 | -4.22** |
| | 2 | 1038 | 15.14 | 3.72 | |
| NC | 1 | 275 | 12.89 | 3.65 | -1.73 |
| | 2 | 1038 | 13.30 | 3.47 | |
| CC | 1 | 275 | 17.10 | 3.13 | -0.70 |
| | 2 | 1038 | 17.25 | 3.03 | |
| MSQ | 1 | 275 | 47.10 | 11.31 | -4.27** |
| | 2 | 1038 | 50.25 | 10.72 | |
| 自尊感情 | 1 | 275 | 30.98 | 6.44 | -2.83** |
| | 2 | 1038 | 32.19 | 6.31 | |
| NPS | 1 | 275 | 45.92 | 11.49 | -10.64** |
| | 2 | 1038 | 53.96 | 11.04 | |

患者家族との関係の程度 1:殆どなし, 2:有り

**p<.01

a. 測定尺度は全項目の合計

表 6-28. 相談できる同僚数による測定尺度得点^a

| | 同僚の人数 | N | 平均値 | SD | t 値 |
|------|-------|-----|-------|-------|---------|
| AC | 1 | 957 | 14.70 | 3.68 | -3.38** |
| | 2 | 356 | 15.48 | 3.82 | |
| NC | 1 | 957 | 13.05 | 3.49 | -2.81** |
| | 2 | 356 | 13.66 | 3.54 | |
| CC | 1 | 957 | 17.29 | 3.05 | 1.41 |
| | 2 | 356 | 17.02 | 3.06 | |
| MSQ | 1 | 957 | 48.59 | 10.75 | -5.49** |
| | 2 | 356 | 52.27 | 10.94 | |
| 自尊感情 | 1 | 957 | 31.60 | 6.38 | -3.22** |
| | 2 | 356 | 32.86 | 6.18 | |
| NPS | 1 | 957 | 51.03 | 11.32 | -6.45** |
| | 2 | 356 | 55.61 | 11.70 | |

相談できる同僚の人数 1:0~3人, 2:4人以上

**p<.01

a. 測定尺度は全項目の合計

表 6-29. 相談できる上司の人数による測定尺度得点*

| 上司の人数 | | N | 平均値 | SD | t 値 |
|-------|---|------|-------|-------|----------|
| AC | 1 | 278 | 13.53 | 3.99 | -6.64** |
| | 2 | 1035 | 15.28 | 3.57 | |
| NC | 1 | 278 | 12.11 | 3.76 | -5.97** |
| | 2 | 1035 | 13.51 | 3.39 | |
| CC | 1 | 278 | 17.43 | 3.26 | 1.29 |
| | 2 | 1035 | 17.16 | 2.99 | |
| MSQ | 1 | 278 | 43.32 | 10.97 | -11.29** |
| | 2 | 1035 | 51.27 | 10.28 | |
| 自尊感情 | 1 | 278 | 31.14 | 6.57 | -2.36* |
| | 2 | 1035 | 32.15 | 6.28 | |
| NPS | 1 | 278 | 48.19 | 11.60 | -6.72** |
| | 2 | 1035 | 53.37 | 11.36 | |

相談できる上司の人数 1:0 人, 2:1 人以上 *p<.05 **p<.01
a. 測定尺度は全項目の合計

表 6-30. 相談できる他の専門職の人数による測定尺度得点*

| 人数 | | N | 平均値 | SD | t 値 |
|------|---|-----|-------|-------|----------|
| AC | 1 | 557 | 14.11 | 3.78 | -6.80** |
| | 2 | 756 | 15.50 | 3.59 | |
| NC | 1 | 557 | 12.61 | 3.52 | -5.38** |
| | 2 | 756 | 13.65 | 3.45 | |
| CC | 1 | 557 | 17.29 | 3.08 | 0.79 |
| | 2 | 756 | 17.16 | 3.03 | |
| MSQ | 1 | 557 | 46.84 | 11.13 | -7.92** |
| | 2 | 756 | 51.61 | 10.31 | |
| 自尊感情 | 1 | 557 | 30.66 | 6.29 | -6.37** |
| | 2 | 756 | 32.88 | 6.23 | |
| NPS | 1 | 557 | 48.27 | 10.74 | -11.23** |
| | 2 | 756 | 55.22 | 11.33 | |

相談できる他の専門職者の人数 1:0 人, 2:1 人以上 **p<.01
a. 測定尺度は全項目の合計

表 6-31. 精神科希望の有無による測定尺度得点^a

| | 希望の有無 | N | 平均値 | SD | t 値 |
|-----|-------|-----|-------|-------|--------|
| AC | 1 | 822 | 15.22 | 3.65 | 4.04** |
| | 2 | 436 | 14.33 | 3.81 | |
| NC | 1 | 822 | 13.36 | 3.53 | 2.15* |
| | 2 | 436 | 12.92 | 3.45 | |
| CC | 1 | 822 | 17.27 | 3.02 | 0.67 |
| | 2 | 436 | 17.14 | 3.13 | |
| MSQ | 1 | 822 | 50.64 | 10.82 | 4.93** |
| | 2 | 436 | 47.53 | 10.34 | |
| 自尊心 | 1 | 822 | 32.41 | 6.39 | 3.38** |
| | 2 | 436 | 31.15 | 6.13 | |
| NPS | 1 | 822 | 53.05 | 11.57 | 3.46** |
| | 2 | 436 | 50.70 | 11.30 | |

精神科所属希望 1:希望した, 2:希望しなかった *p<.05 **p<.01

a. 測定尺度は全項目の合計

表 6-32. 過去の精神科所属経験による測定尺度得点^a

| | 経験の科 | N | 平均値 | SD | t 値 |
|-----|------|-----|-------|-------|-------|
| AC | 1 | 747 | 14.98 | 3.71 | 0.74 |
| | 2 | 566 | 14.82 | 3.76 | |
| NC | 1 | 747 | 13.38 | 3.53 | 2.03* |
| | 2 | 566 | 12.99 | 3.48 | |
| CC | 1 | 747 | 17.26 | 3.05 | 0.60 |
| | 2 | 566 | 17.16 | 3.06 | |
| MSQ | 1 | 747 | 50.06 | 10.56 | 1.77 |
| | 2 | 566 | 48.97 | 11.35 | |
| 自尊心 | 1 | 747 | 31.83 | 6.55 | -0.70 |
| | 2 | 566 | 32.08 | 6.09 | |
| NPS | 1 | 747 | 52.93 | 11.19 | 2.35* |
| | 2 | 566 | 51.40 | 12.07 | |

過去の精神科所属経験 1:精神科のみ, 2:精神科以外 *p<.05

a. 測定尺度は全項目の合計

表 6-33.勤務動機による多重比較

| 従属変数 | (I) 動機 | (J) 動機 | 平均値の差 | |
|------|--------|--------|---------|------|
| | | | (I-J) | 有意確率 |
| AC | 1 | 2 | -1.93** | 0,00 |
| | | 3 | -0.26 | 1,00 |
| | | 4 | 0.88** | 0,00 |
| | 2 | 3 | 1.67** | 0,00 |
| | | 4 | 2.82** | 0,00 |
| | 3 | 4 | 1.14* | 0,02 |
| NC | 1 | 2 | -1.07* | 0,02 |
| | | 3 | -0.58 | 0,53 |
| | | 4 | 0.61 | 0,06 |
| | 2 | 3 | 0.49 | 1,00 |
| | | 4 | 1.68** | 0,00 |
| | 3 | 4 | 1.18** | 0,00 |
| CC | 1 | 2 | 0.79* | 0,02 |
| | | 3 | 0.45 | 0,72 |
| | | 4 | 1.35** | 0,00 |
| | 2 | 3 | -0.33 | 1,00 |
| | | 4 | 0.57 | 0,34 |
| | 3 | 4 | 0.96* | 0,03 |
| MSQ | 1 | 2 | -5.47** | 0,00 |
| | | 3 | -1.82 | 0,48 |
| | | 4 | 1,00 | 1,00 |
| | 2 | 3 | 3.65* | 0,03 |
| | | 4 | 6.47** | 0,00 |
| | 3 | 4 | 2.82 | 0,07 |
| 自尊感情 | 1 | 2 | -1.86** | 0,00 |
| | | 3 | -1.37 | 0,16 |
| | | 4 | 0.58 | 1,00 |
| | 2 | 3 | 0.49 | 1,00 |
| | | 4 | 2.44** | 0,00 |
| | 3 | 4 | 1.95* | 0,02 |
| NPS | 1 | 2 | -6.18** | 0,00 |
| | | 3 | -5.67** | 0,00 |
| | | 4 | 0.34 | 1,00 |
| | 2 | 3 | 0.51 | 1,00 |
| | | 4 | 6.52** | 0,00 |
| | 3 | 4 | 6.01** | 0,00 |

Bonferroni 法による

*p<.05

** p<.01

勤務動機 1:経済的理由(n=656), 2:生きがい(n=151), 3:義務・使命感(n=127),
4: 何となく(n=325)

表 6-34. 性差による動機の割合 (単位:人)

| 性別 | 何となく | その他 | 合計 |
|-----------|---------------|---------------|--------------|
| 女性 (%) | 223 (23.7) | 719 (76.3) | 942 (100) |
| 男性 (%) | 100 (32.1) | 212 (67.9) | 312 (100) |
| 合計 | 325 | 934 | |

$\chi^2 = 9.118$ $p < .05$

その他= 経済的、生きがい、義理・使命感の合計

表 6-35. 年齢層による動機の割合 (単位:人)

| 年齢層 | 何となく | その他 | 合計 |
|--------------------|---------------|---------------|--------------|
| 30歳未満 (%) | 100 (40.5) | 147 (59.5) | 247 (100) |
| 30歳以上 50歳未満 (%) | 149 (23.1) | 495 (76.9) | 644 (100) |
| 50歳以上 (%) | 76 (20.7) | 292 (79.3) | 368 (100) |
| 合計 | 934 | 325 | |

$\chi^2 = 35.295$ $p < .01$

その他= 経済的、生きがい、義理・使命感の合計

表6-36. 3次元組織コミットメント尺度探索的因子分析
パターン行列

| | 因子 | | | |
|-----|------------|------------|------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A8 | .853 | -.119 | -.118 | 8.707E-02 |
| A7 | .719 | -7.743E-02 | 5.588E-02 | 4.513E-02 |
| A16 | .603 | -2.442E-02 | .198 | -.104 |
| A18 | .600 | .119 | .106 | -.142 |
| A10 | .575 | 8.968E-02 | -.102 | 9.217E-02 |
| A5 | .573 | 8.358E-03 | .111 | 1.252E-02 |
| A9 | .554 | .163 | -.161 | 6.499E-02 |
| A6 | .442 | .172 | .120 | 4.581E-02 |
| A14 | 3.623E-02 | .832 | -.122 | -6.158E-02 |
| A13 | 4.958E-02 | .643 | 7.872E-02 | 1.648E-02 |
| A11 | 6.662E-02 | .490 | .111 | 2.149E-02 |
| A3 | .174 | -4.801E-02 | .766 | -.171 |
| A2 | -3.988E-02 | 7.364E-02 | .504 | .333 |
| A4 | -.118 | 1.862E-02 | .465 | .320 |
| A1 | 3.603E-02 | 2.808E-02 | -.101 | .537 |
| A17 | .145 | -.158 | 8.948E-02 | .357 |
| A12 | -3.191E-03 | 3.056E-02 | -8.063E-02 | .335 |
| A15 | -1.511E-02 | 1.367E-02 | -8.658E-02 | -.260 |

因子抽出法: 主因子法
回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表6-37. 3次元組織コミットメントの説明された分散の合計

| 因子 | 初期の固有値 | | | 抽出後の負荷量平方和 | | | 回転後の |
|----|--------|--------|---------|------------|--------|--------|-------|
| | 合計 | 分散の% | 累積% | 合計 | 分散の% | 累積% | 合計 |
| 1 | 5.526 | 30.699 | 30.699 | 5.008 | 27.821 | 27.821 | 4.591 |
| 2 | 1.734 | 9.632 | 40.330 | 1.066 | 5.922 | 33.744 | 3.262 |
| 3 | 1.296 | 7.202 | 47.533 | .821 | 4.562 | 38.306 | 2.903 |
| 4 | 1.029 | 5.715 | 53.248 | .417 | 2.315 | 40.620 | 1.275 |
| 5 | .962 | 5.343 | 58.591 | | | | |
| 6 | .865 | 4.808 | 63.398 | | | | |
| 7 | .823 | 4.570 | 67.968 | | | | |
| 8 | .710 | 3.944 | 71.912 | | | | |
| 9 | .672 | 3.733 | 75.645 | | | | |
| 10 | .655 | 3.641 | 79.286 | | | | |
| 11 | .618 | 3.433 | 82.719 | | | | |
| 12 | .558 | 3.101 | 85.821 | | | | |
| 13 | .497 | 2.761 | 88.581 | | | | |
| 14 | .445 | 2.470 | 91.051 | | | | |
| 15 | .430 | 2.387 | 93.438 | | | | |
| 16 | .416 | 2.309 | 95.747 | | | | |
| 17 | .398 | 2.210 | 97.957 | | | | |
| 18 | .368 | 2.043 | 100.000 | | | | |

因子抽出法: 主因子法
a. 因子が相関する場合は、負荷量平方和を加算しても総分散を得ることはできません。

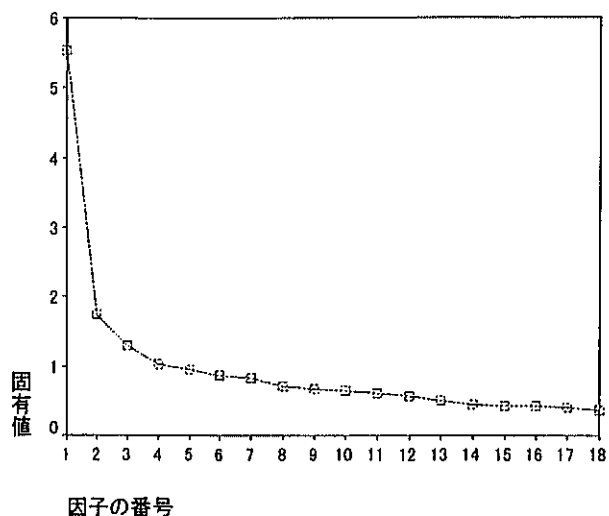


図6-7 3次元組織コミットメントの因子のスクリープロット

表6-38 3次元組織コミットメント
確認的因子分析 パターン行列(因子数=3)

| | 因子 | | |
|-----|------------|-----------|------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| A7 | .751 | 1.687E-02 | -4.556E-02 |
| A8 | .733 | 6.220E-02 | -.152 |
| A16 | .659 | 3.728E-02 | 5.493E-03 |
| A3 | .477 | -.120 | .422 |
| A14 | -1.015E-02 | .818 | -8.591E-02 |
| A13 | 5.466E-02 | .668 | 8.117E-02 |
| A11 | 5.922E-02 | .478 | .146 |
| A2 | -1.451E-02 | 6.153E-02 | .684 |
| A4 | -.145 | 2.619E-02 | .655 |

因子抽出法: 最尤法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表6-39 .MSQの説明された分散の合計

| 因子 | 初期の固有値 | | | 抽出後の負荷量平方和 | | | 回転後の |
|----|--------|--------|---------|------------|--------|--------|-------|
| | 合計 | 分散の% | 累積% | 合計 | 分散の% | 累積% | 合計 |
| 1 | 8.398 | 41.991 | 41.991 | 7.888 | 39.440 | 39.440 | 6.946 |
| 2 | 1.181 | 5.903 | 47.894 | .838 | 4.191 | 43.631 | 7.002 |
| 3 | 1.118 | 5.592 | 53.487 | .562 | 2.809 | 46.440 | 4.909 |
| 4 | .977 | 4.884 | 58.371 | | | | |
| 5 | .871 | 4.354 | 62.725 | | | | |
| 6 | .834 | 4.171 | 66.896 | | | | |
| 7 | .738 | 3.691 | 70.587 | | | | |
| 8 | .716 | 3.580 | 74.166 | | | | |
| 9 | .655 | 3.273 | 77.440 | | | | |
| 10 | .601 | 3.006 | 80.446 | | | | |
| 11 | .537 | 2.685 | 83.132 | | | | |
| 12 | .509 | 2.544 | 85.676 | | | | |
| 13 | .474 | 2.370 | 88.046 | | | | |
| 14 | .466 | 2.331 | 90.377 | | | | |
| 15 | .401 | 2.004 | 92.381 | | | | |
| 16 | .380 | 1.898 | 94.279 | | | | |
| 17 | .344 | 1.719 | 95.998 | | | | |
| 18 | .326 | 1.629 | 97.627 | | | | |
| 19 | .254 | 1.270 | 98.897 | | | | |
| 20 | .221 | 1.103 | 100.000 | | | | |

因子抽出法: 主因子法(プロマックス法)

a. 因子が相関する場合は、負荷量平方和を加算しても総分散を得ることはできません。

表6-40 .MSQのパターン行列

| | 因子 | | |
|-----|------------|------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| B3 | .863 | -8.395E-02 | -8.377E-02 |
| B1 | .854 | -.148 | 6.060E-03 |
| B2 | .852 | 7.112E-02 | -3.244E-02 |
| B9 | .871 | 3.855E-02 | 7.469E-03 |
| B11 | .436 | .424 | -6.710E-02 |
| B4 | .433 | .254 | 6.324E-04 |
| B7 | .398 | 6.357E-02 | .240 |
| B20 | .376 | .365 | 2.166E-02 |
| B8 | .312 | .191 | .215 |
| B12 | .312 | .305 | .157 |
| B18 | .216 | .162 | .186 |
| B15 | 2.424E-03 | .829 | -6.458E-02 |
| B16 | -1.784E-02 | .802 | -7.209E-02 |
| B14 | -.147 | .721 | 2.160E-02 |
| B19 | 8.962E-02 | .531 | .108 |
| B10 | .141 | .457 | -3.212E-02 |
| B13 | 3.214E-02 | .388 | .103 |
| B17 | 2.300E-02 | .352 | .128 |
| B6 | -3.563E-02 | -8.541E-02 | .960 |
| B5 | -2.675E-02 | .105 | .766 |

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表6-41 自尊感情尺度の説明された分散の合計

| 因子 | 初期の固有値 | | | 抽出後の負荷量平方和 | | | 回転後の |
|----|--------|--------|---------|------------|--------|--------|-------|
| | 合計 | 分散の% | 累積% | 合計 | 分散の% | 累積% | 合計 |
| 1 | 3.888 | 38.885 | 38.885 | 3.419 | 34.195 | 34.195 | 2.944 |
| 2 | 1.501 | 15.009 | 53.894 | .980 | 9.801 | 43.996 | 2.809 |
| 3 | .961 | 9.613 | 63.507 | | | | |
| 4 | .787 | 7.873 | 71.380 | | | | |
| 5 | .674 | 6.743 | 78.123 | | | | |
| 6 | .597 | 5.967 | 84.090 | | | | |
| 7 | .510 | 5.099 | 89.189 | | | | |
| 8 | .495 | 4.954 | 94.143 | | | | |
| 9 | .317 | 3.167 | 97.310 | | | | |
| 10 | .269 | 2.690 | 100.000 | | | | |

因子抽出法: 主因子法(プロマックス法)

a. 因子が相関する場合は、負荷量平方和を加算しても総分散を得ることはできません。

表6-42 自尊感情尺度のパターン行列

| | 因子 | |
|-----|------------|-----------|
| | 1 | 2 |
| C2 | .856 | 9.905E-02 |
| C1 | .845 | 8.474E-02 |
| C4 | .680 | 2.180E-02 |
| C7 | .386 | -.251 |
| C6 | .365 | 1.881E-02 |
| C9 | -3.301E-03 | .837 |
| C10 | -.175 | .707 |
| C3 | 3.718E-02 | .646 |
| C5 | -.158 | .463 |
| C8 | .235 | .442 |

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表6-43. NPSの説明された分散の合計

| 因子 | 初期の固有値 | | | 抽出後の負荷量平方和 | | | 回転後の |
|----|--------|--------|---------|------------|--------|--------|-------|
| | 合計 | 分散の% | 累積% | 合計 | 分散の% | 累積% | 合計 |
| 1 | 9.236 | 43.982 | 43.982 | 8.733 | 41.587 | 41.587 | 7.725 |
| 2 | 1.275 | 6.072 | 50.054 | .749 | 3.565 | 45.152 | 6.940 |
| 3 | 1.204 | 5.735 | 55.790 | .688 | 3.278 | 48.430 | 5.791 |
| 4 | .934 | 4.448 | 60.237 | | | | |
| 5 | .759 | 3.612 | 63.849 | | | | |
| 6 | .700 | 3.334 | 67.184 | | | | |
| 7 | .658 | 3.132 | 70.316 | | | | |
| 8 | .634 | 3.017 | 73.333 | | | | |
| 9 | .622 | 2.961 | 76.294 | | | | |
| 10 | .565 | 2.691 | 78.985 | | | | |
| 11 | .521 | 2.481 | 81.467 | | | | |
| 12 | .493 | 2.349 | 83.815 | | | | |
| 13 | .481 | 2.288 | 86.104 | | | | |
| 14 | .444 | 2.112 | 88.216 | | | | |
| 15 | .441 | 2.099 | 90.315 | | | | |
| 16 | .381 | 1.813 | 92.128 | | | | |
| 17 | .378 | 1.802 | 93.930 | | | | |
| 18 | .375 | 1.785 | 95.715 | | | | |
| 19 | .337 | 1.605 | 97.320 | | | | |
| 20 | .304 | 1.449 | 98.768 | | | | |
| 21 | .259 | 1.232 | 100.000 | | | | |

因子抽出法: 主因子法(プロマックス法)

a. 因子が相関する場合は、負荷量平方和を加算しても総分散を得ることはできません。

表6-44. NPSのパターン行列

| | 因子 | | |
|-----|------------|------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| D19 | .717 | -.184 | .238 |
| D16 | .699 | -.115 | .161 |
| D20 | .695 | -5.000E-02 | 6.088E-02 |
| D17 | .663 | -1.982E-02 | 9.476E-02 |
| D13 | .602 | .337 | -.162 |
| D18 | .596 | .193 | -.202 |
| D12 | .592 | .309 | -.163 |
| D21 | .513 | .244 | -6.711E-03 |
| D15 | .380 | 1.171E-02 | .265 |
| D4 | 9.473E-03 | .712 | 4.517E-02 |
| D6 | .118 | .624 | -4.199E-02 |
| D5 | -5.782E-02 | .610 | .176 |
| D2 | .137 | .587 | -8.340E-02 |
| D3 | 7.044E-03 | .504 | .167 |
| D1 | -.172 | .479 | .272 |
| D7 | 3.068E-02 | .401 | .343 |
| D8 | -.116 | 1.607E-02 | .765 |
| D11 | .115 | .240 | .453 |
| D14 | .348 | -2.686E-02 | .415 |
| D10 | .372 | 9.451E-02 | .385 |
| D9 | .273 | .193 | .371 |

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表 6-45. 潜在変数間の相関と信頼係数^a

| | AC | NC | CC | MSQ | 自尊感情 | NPS |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------|
| AC 有意確率 | 1.00 | | | | | |
| NC 有意確率 | 0.44** 0.00 | 1.00 | | | | |
| CC 有意確率 | 0.27** 0.00 | 0.25** 0.00 | 1.00 | | | |
| MSQ 有意確率 | 0.41** 0.00 | 0.23** 0.00 | 0.08** 0.00 | 1.00 | | |
| 自尊感情尺度 有意確率 | 0.22** 0.00 | 0.06* 0.01 | -0.01 0.35 | 0.23** 0.00 | 1.00 | |
| NPS 有意確率 | 0.21** 0.00 | 0.10** 0.00 | -0.02 0.28 | 0.20** 0.00 | 0.25** 0.00 | 1.00 |
| α 係数 | 0.74 | 0.72 | 0.59 | 0.80 | 0.80 | 0.77 |

Pearson の相関係数, Cronbach の α 係数

* $p < .05$, ** $p < .01$

a. 共分散構造分析の潜在変数として、観測変数となる項目の値の加算で検定 (NC と CC は各 2 項目ずつ, AC, MSQ, 自尊感情尺度, NPS は 3 項目ずつ)

表6-46. フェイスシート 探索的因子分析 パターン行列

| | 因子 | | | | |
|----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 年齢 | .830 | -3.368E-02 | 4.676E-02 | -.316 | .117 |
| 病院勤務月数 | .759 | 3.130E-03 | 2.284E-03 | .201 | .106 |
| 年収 | .572 | 2.209E-03 | -2.782E-02 | .289 | -.266 |
| 相談できる専門職 | .152 | .660 | 1.712E-02 | -9.497E-03 | 9.182E-02 |
| 相談できる同僚 | -8.880E-02 | .627 | -5.755E-02 | -6.564E-02 | -.131 |
| 相談できる上司 | -8.024E-02 | .609 | 3.617E-02 | -8.366E-02 | 8.561E-03 |
| 家族会との繋がり | -6.080E-02 | -5.929E-02 | .684 | -7.275E-02 | -.182 |
| 患者家族との連絡 | 9.775E-02 | 2.444E-02 | .526 | -3.067E-02 | 7.212E-02 |
| 昇進の機会 | 4.496E-02 | .116 | .194 | 8.727E-02 | -3.636E-02 |
| 社会復帰施設数 | -8.109E-02 | 1.411E-02 | .152 | .420 | .252 |
| 世帯収入の割合 | 4.935E-02 | -9.023E-02 | -7.167E-02 | .330 | -6.068E-03 |
| 看護体系 | 4.638E-02 | -5.746E-02 | -.105 | 1.341E-02 | .444 |
| 病棟勤務月数 | .142 | 3.511E-02 | 1.549E-02 | 7.421E-02 | .178 |

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表6-47. フェイスシートの説明された分散の合計

| 因子 | 初期の固有値 | | | 抽出後の負荷量平方和 | | | 回転後の合計 |
|----|--------|--------|---------|------------|--------|--------|--------|
| | 合計 | 分散の% | 累積% | 合計 | 分散の% | 累積% | |
| 1 | 2.222 | 17.095 | 17.095 | 1.778 | 13.676 | 13.676 | 1.708 |
| 2 | 2.003 | 15.410 | 32.505 | 1.433 | 11.022 | 24.699 | 1.324 |
| 3 | 1.321 | 10.159 | 42.665 | .720 | 5.540 | 30.239 | 1.060 |
| 4 | 1.102 | 8.478 | 51.142 | .447 | 3.437 | 33.675 | .860 |
| 5 | 1.012 | 7.784 | 58.927 | .207 | 1.593 | 35.268 | .744 |
| 6 | .945 | 7.272 | 66.199 | | | | |
| 7 | .867 | 6.668 | 72.867 | | | | |
| 8 | .830 | 6.384 | 79.252 | | | | |
| 9 | .659 | 5.072 | 84.324 | | | | |
| 10 | .635 | 4.887 | 89.211 | | | | |
| 11 | .557 | 4.285 | 93.496 | | | | |
| 12 | .489 | 3.758 | 97.254 | | | | |
| 13 | .357 | 2.746 | 100.000 | | | | |

因子抽出法: 主因子法

a. 因子が相関する場合は、負荷量平方和を加算しても総分散を得ることはできません。

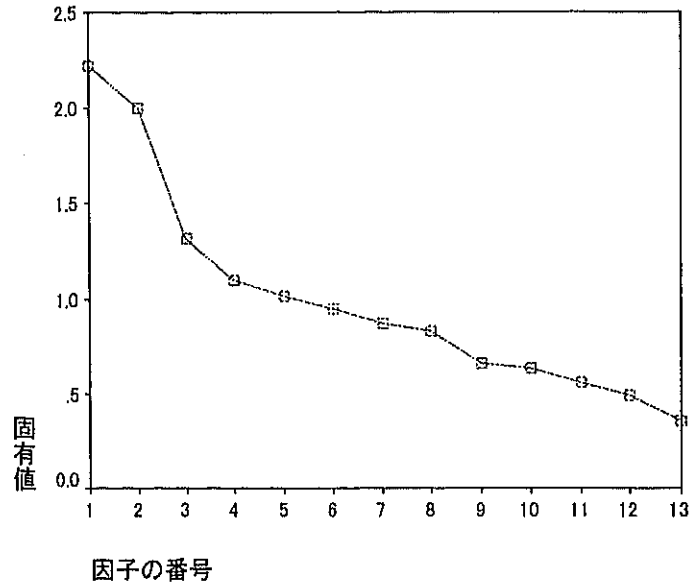


図6-8. フェイスシートの因子のスクリープロット

表6-48. フェイスシート 確認的因子分析
パターン行列 (因子数=3)

| | 因子 | | |
|----------|------------|------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| 病院勤務月数 | .875 | 8.118E-03 | 4.553E-02 |
| 年収 | .632 | 9.406E-02 | 1.244E-02 |
| 年齢 | .611 | -6.270E-02 | -.109 |
| 家族会との繋がり | -2.041E-02 | 1.006 | -4.424E-02 |
| 患者家族との連絡 | 8.135E-02 | .314 | .139 |
| 相談できる専門職 | 9.860E-02 | -4.382E-03 | .648 |
| 相談できる上司 | -8.496E-02 | 4.125E-02 | .606 |
| 相談できる同僚 | -7.192E-02 | 1.456E-02 | .570 |

因子抽出法: 最尤法
 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表 6-49. 3 種類のコミットメント様式に対する標準偏回帰係数

| コミットメント様式 | AC | | NC | | CC | |
|------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| | R=0.407 | | R=0.243 | | R=0.202 | |
| | R ² =0.166 | | R ² =0.059 | | R ² =0.041 | |
| | beta | t | beta | t | beta | t |
| 年齢 | 0.212 | 6.97* | 0.055 | 1.69 | 0.011 | 0.34 |
| 年収 | 0.065 | 2.08* | -0.021 | -0.64 | 0.113 | 3.37* |
| 病院勤務月数 | 0.134 | 3.94* | 0.141 | 3.90* | 0.088 | 2.39* |
| 相談できる同僚数 | 0.056 | 1.98* | 0.023 | 0.77 | -0.059 | -1.95 |
| 相談できる上司数 | 0.178 | 6.16* | 0.145 | 4.75* | 0.006 | 0.18 |
| 相談できる専門職者数 | 0.020 | 0.70 | 0.038 | 1.23 | -0.052 | -1.66 |
| 家族会と繋がり頻度 | 0.044 | 1.62 | 0.039 | 1.35 | 0.023 | 0.80 |
| 患者家族との連絡頻度 | 0.062 | 2.28 | -0.002 | -0.07 | -0.001 | -0.04 |

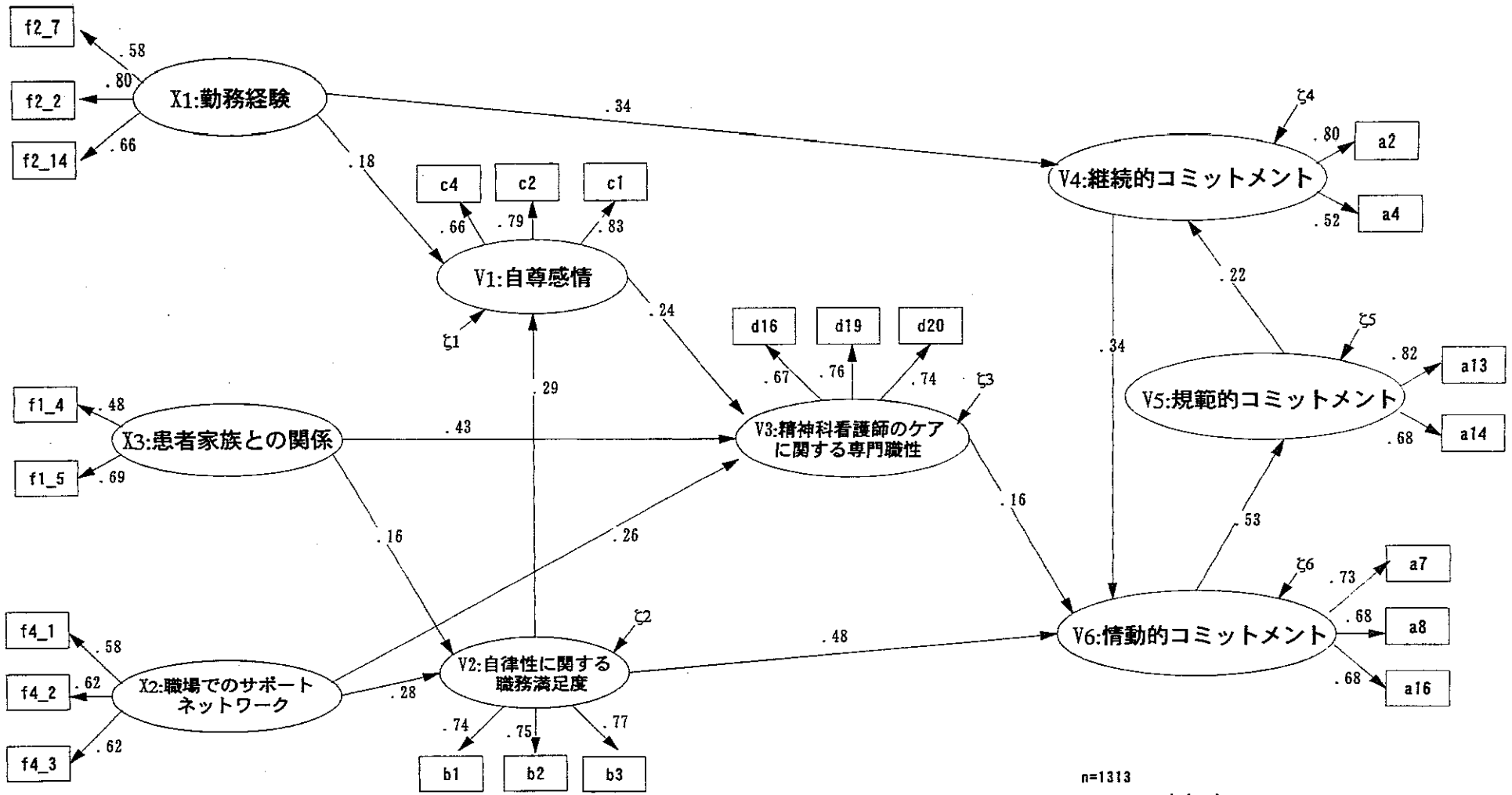
* p < 0.05

表 6-50. 分析に使用した項目と関連する構成概念（潜在変数）の内容

| 潜在変数 | 構成概念（潜在変数） の内容 | 観測変数 (項目 No) | 項目内容 |
|------|-------------------|-----------------|--|
| X1 | 勤務経験 | f2_2 | 所属病院の勤務期間 |
| | | f2_7 | 年齢 |
| | | f2_14 | 年収 |
| X2 | 職場でのサポートネットワーク | f4_1 | 困った時に相談できる同僚の人数 |
| | | f4_2 | 困った時に相談できる上司の人数 |
| | | f4_3 | 困った時に相談できる他の専門職者の人数 |
| X3 | 患者家族との関係 | f1_4 | 家族会との連絡頻度 |
| | | f1_5 | 患者家族との連絡頻度 |
| V1 | 自尊感情 | c1 | 自分は少なくとも人並には、価値ある人間である |
| | | c2 | 自分は色々なよい素質を持っている |
| | | c4 | 自分は物事を人並には、うまくやれる |
| V2 | 自律性に関する職務満足度 | b1 | やるべき仕事がいちもあることへの満足 |
| | | b2 | 一人きりで仕事ができる機会があることへの満足 |
| | | b3 | その時々違った仕事ができることへの満足 |
| V3 | 精神科看護師のケアに関する専門職性 | d16 | 患者が将来の見通しが立てられるように、今後のケアや入院期間などについて、患者が納得するまで説明する。 |
| | | d19 | 患者が病状や治療内容を医師に尋ねることを遠慮している場合は、患者が医師に質問できるように励まし支援している。 |
| | | d20 | 患者が退院した後のことまで考えてケアを実践している。 |
| V4 | 継続的コミットメント | a2 | 病院を去ったら自分の人生の大部分が崩れてしまう |
| | | a4 | 病院を辞めた後の代わりの勤め先に困る |
| V5 | 規範的コミットメント | a13 | 一緒に働く人々に対する義務感があるので病院を去ることは決してない |
| | | a14 | 病院を辞めたら罪の意識を感じる |
| V6 | 情動的コミットメント | a7 | この病院は私にとって個人的に重要な意味がある |
| | | a8 | 自分はこの病院の一員と強く感じる |
| | | a16 | この病院に愛着を感じている |

ζ1
 ζ2
 ζ3
 ζ4
 ζ5
 ζ6

誤差変数



n=1313
 $\chi^2=685.76(p<.01)$
df=239
GF1=0.958
AGFI=0.948
RMSEA=0.038

図6-9. 精神科看護師の組織コミットメント-看護師の専門職性の構造

表6-51. 因子間の標準化総合効果 (n=1313)

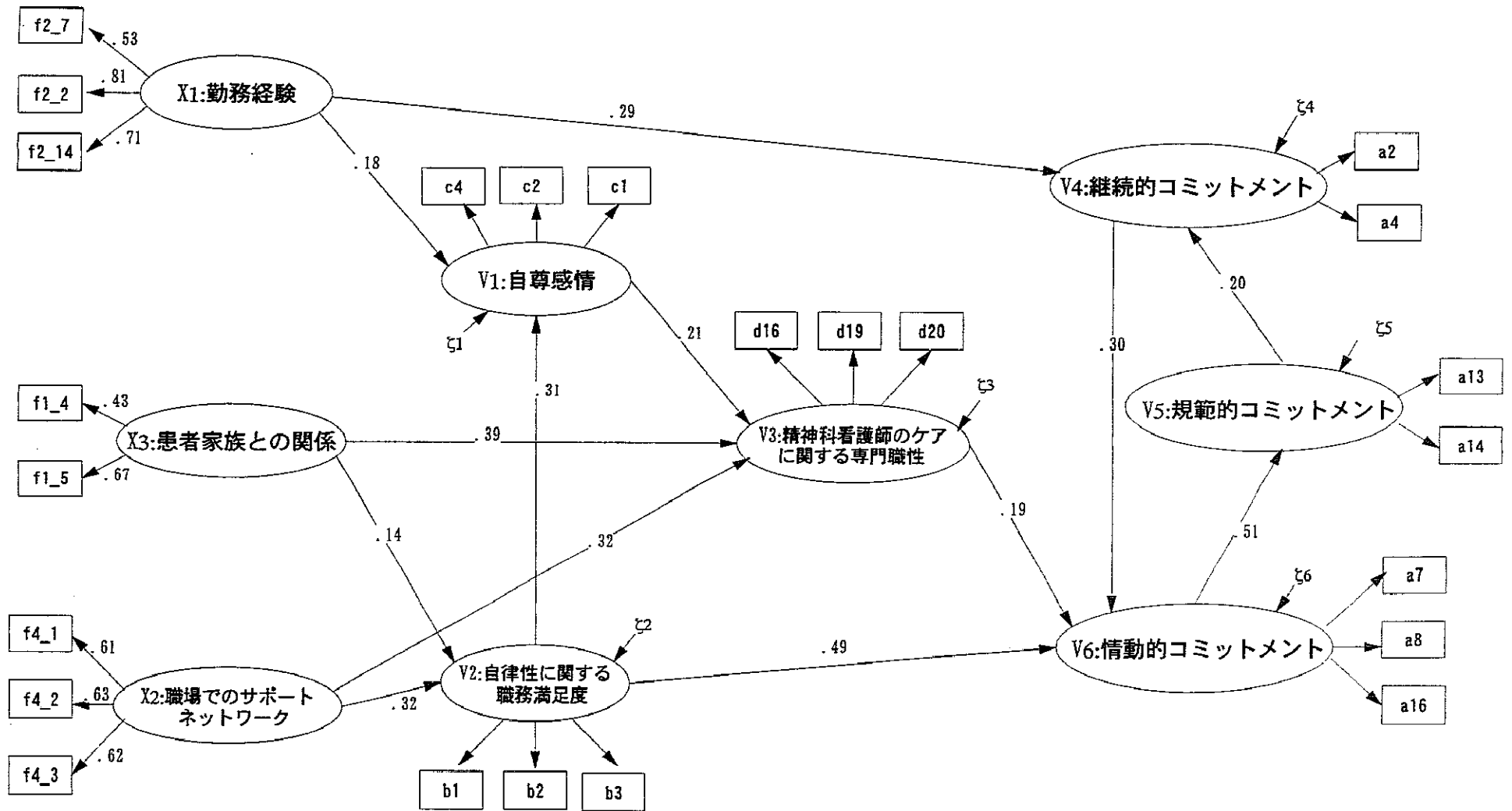
| | 患者家族との関係 | 勤務経験 | 職場での人間関係 | 職務満足度 | 自尊感情 | 看護専門職性 | 規範的コミットメント | 継続的コミットメント | 情動的コミットメント |
|---------|----------|------|----------|-------|------|--------|------------|------------|------------|
| 職務満足度 | 0.16 | 0.00 | 0.28 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 自尊感情 | 0.05 | 0.18 | 0.08 | 0.29 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 専門職性 | 0.44 | 0.04 | 0.28 | 0.07 | 0.24 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 規範的コミット | 0.08 | 0.07 | 0.10 | 0.27 | 0.02 | 0.09 | 0.04 | 0.19 | 0.55 |
| 継続的コミット | 0.02 | 0.36 | 0.02 | 0.06 | 0.00 | 0.02 | 0.23 | 0.04 | 0.12 |
| 情動的コミット | 0.15 | 0.13 | 0.19 | 0.51 | 0.04 | 0.17 | 0.08 | 0.35 | 0.04 |

表6-52. 因子間の標準化直接効果 (n=1313)

| | 患者家族との関係 | 勤務経験 | 職場での人間関係 | 職務満足度 | 自尊感情 | 看護専門職性 | 規範的コミットメント | 継続的コミットメント | 情動的コミットメント |
|---------|----------|------|----------|-------|------|--------|------------|------------|------------|
| 職務満足度 | 0.16 | 0.00 | 0.28 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 自尊感情 | 0.00 | 0.18 | 0.00 | 0.29 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 専門職性 | 0.43 | 0.00 | 0.26 | 0.00 | 0.24 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 規範的コミット | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.53 |
| 継続的コミット | 0.00 | 0.34 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.22 | 0.00 | 0.00 |
| 情動的コミット | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.48 | 0.00 | 0.16 | 0.00 | 0.34 | 0.00 |

表6-53. 因子間の標準化間接効果 (n=1313)

| | 患者家族との関係 | 勤務経験 | 職場での人間関係 | 職務満足度 | 自尊感情 | 看護専門職性 | 規範的コミットメント | 継続的コミットメント | 情動的コミットメント |
|---------|----------|------|----------|-------|------|--------|------------|------------|------------|
| 職務満足度 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 自尊感情 | 0.05 | 0.00 | 0.08 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 専門職性 | 0.01 | 0.04 | 0.02 | 0.07 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 規範的コミット | 0.08 | 0.07 | 0.10 | 0.27 | 0.02 | 0.09 | 0.04 | 0.19 | 0.02 |
| 継続的コミット | 0.02 | 0.01 | 0.02 | 0.06 | 0.00 | 0.02 | 0.01 | 0.04 | 0.12 |
| 情動的コミット | 0.15 | 0.13 | 0.19 | 0.03 | 0.04 | 0.01 | 0.08 | 0.01 | 0.04 |



n=793
 $\chi^2=543.94 (p<.01)$
 df=239
 GFI=0.947
 AGFI=0.933
 RMSEA=0.040

図6-10. 精神科看護師の組織コミットメント-看護師の専門職性の構造 (正看護師)

表 6-54 .NPS の職種差:t 検定と判別分析の結果

| NPS 項目 | 平均値 | | t 検定 | 判別係数 |
|--------|------|------|-------|-------|
| | 正看護師 | 准看護師 | | |
| 1 | 2.62 | 2.57 | 1.50 | -0.33 |
| 2 | 2.61 | 2.29 | 6.42* | 0.15 |
| 3 | 2.53 | 2.27 | 6.00* | 0.08 |
| 4 | 2.47 | 2.05 | 8.40* | 0.15 |
| 5 | 2.40 | 2.13 | 7.03* | 0.17 |
| 6 | 2.32 | 1.86 | 9.26* | 0.27 |
| 7 | 2.68 | 2.34 | 7.61* | 0.28 |
| 8 | 3.00 | 2.95 | 1.13 | -0.22 |
| 9 | 2.73 | 2.45 | 5.78* | -0.05 |
| 10 | 2.74 | 2.45 | 6.17* | 0.01 |
| 11 | 2.90 | 2.62 | 5.62* | 0.04 |
| 12 | 2.60 | 2.23 | 7.60* | 0.10 |
| 13 | 2.42 | 2.05 | 7.67* | 0.06 |
| 14 | 2.81 | 2.63 | 3.87* | -0.03 |
| 15 | 2.82 | 2.67 | 3.43* | -0.14 |
| 16 | 2.51 | 2.32 | 3.93* | -0.24 |
| 17 | 2.51 | 2.22 | 5.75* | 0.04 |
| 18 | 1.73 | 1.40 | 7.96* | 0.17 |
| 19 | 2.84 | 2.56 | 5.73* | -0.04 |
| 20 | 2.63 | 2.23 | 7.57* | 0.30 |
| 21 | 2.74 | 2.27 | 8.91* | 0.25 |

*p < 0.05

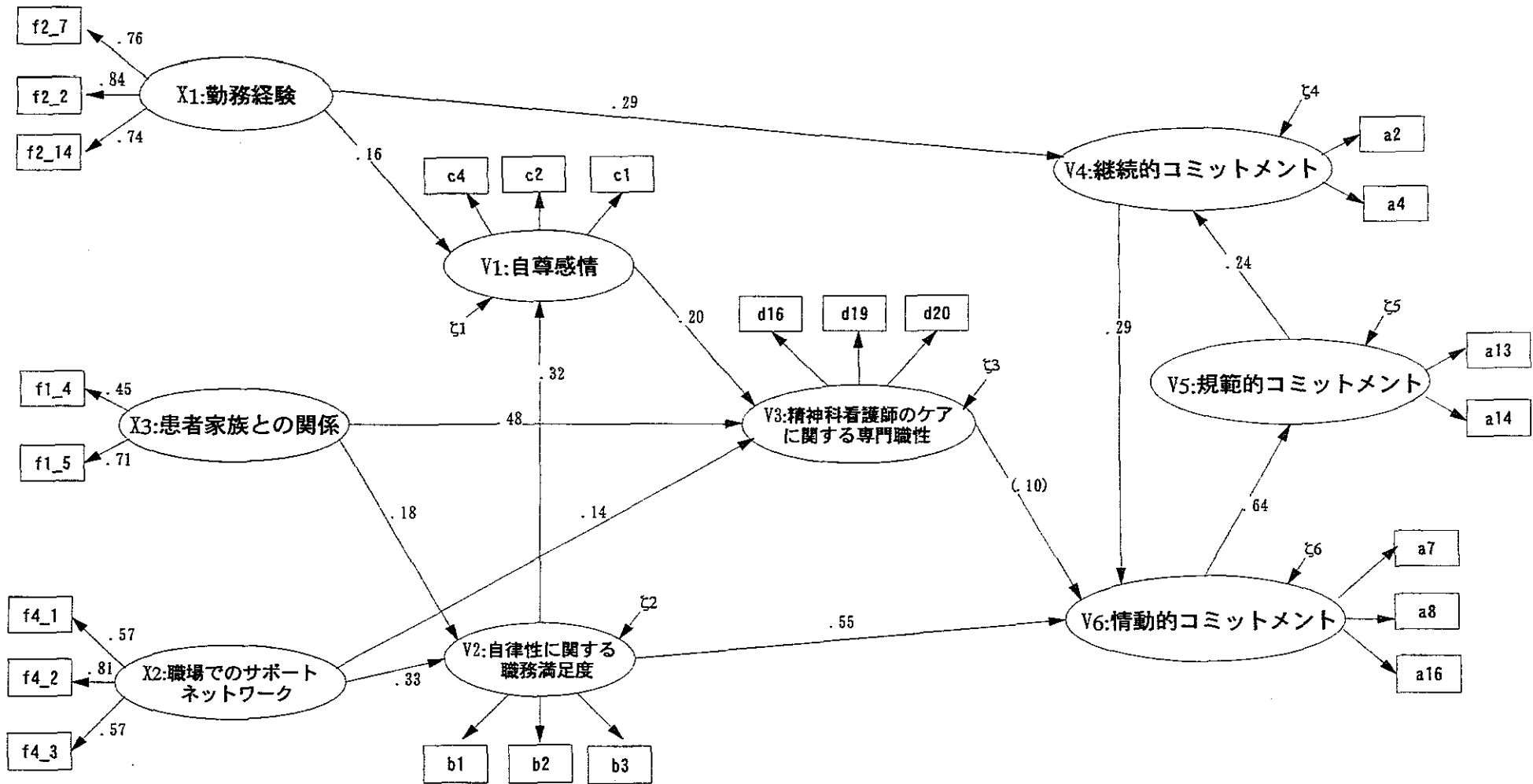
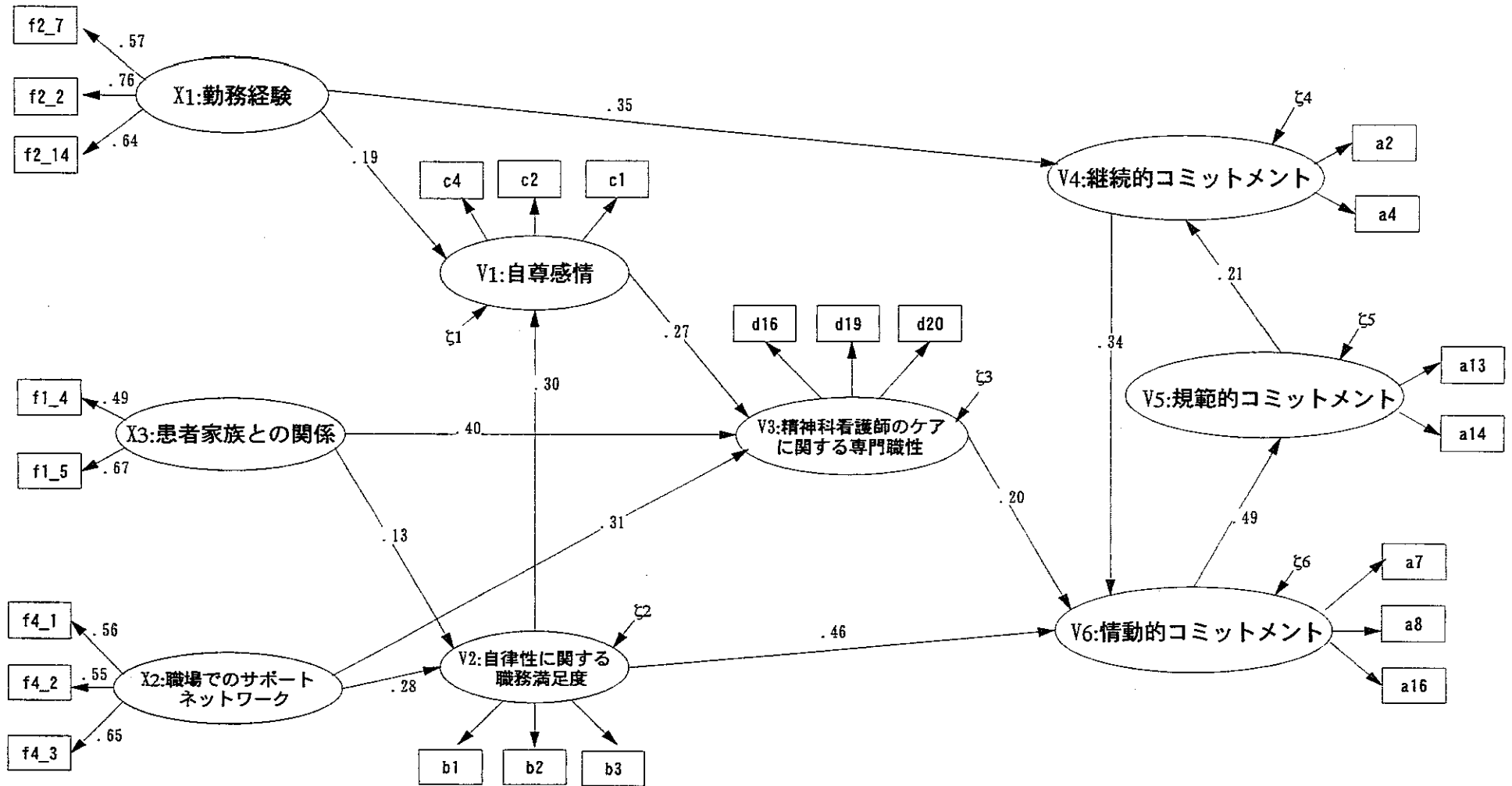


図6-12. 精神科看護師の組織コミットメント-看護師の専門職性の構造 (男性)

n=321

() 有意差なし



n=967
 $\chi^2=534.10 (p < .01)$
 df=239
 GFI=0.956
 AGFI=0.945
 RMSEA=0.036

図6-13. 精神科看護師の組織コミットメント-看護師の専門職性の構造 (女性)

表 6-55. NPS 値の性差:t 検定と判別分析の結果

| NPS 項目 | 平均値 | | t 検定 | 判別係数 |
|--------|------|------|--------|-------|
| | 女性 | 男性 | | |
| 1 | 2.60 | 2.61 | -0.27 | -0.11 |
| 2 | 2.46 | 2.56 | -2.14* | -0.32 |
| 3 | 2.45 | 2.36 | 1.82 | 0.24 |
| 4 | 2.30 | 2.33 | -0.67 | -0.17 |
| 5 | 2.30 | 2.29 | 0.27 | -0.07 |
| 6 | 2.14 | 2.15 | -0.20 | 0.07 |
| 7 | 2.55 | 2.53 | 0.38 | -0.21 |
| 8 | 3.03 | 2.83 | 4.03* | 0.34 |
| 9 | 2.64 | 2.56 | 1.40 | 0.03 |
| 10 | 2.66 | 2.54 | 2.25* | 0.27 |
| 11 | 2.83 | 2.67 | 2.93* | 0.26 |
| 12 | 2.47 | 2.43 | 0.58 | 0.18 |
| 13 | 2.27 | 2.30 | -0.59 | -0.29 |
| 14 | 2.77 | 2.65 | 2.22* | -0.03 |
| 15 | 2.83 | 2.55 | 5.62* | 0.77 |
| 16 | 2.43 | 2.44 | -0.13 | -0.34 |
| 17 | 2.40 | 2.38 | 0.35 | 0.06 |
| 18 | 1.58 | 1.67 | -1.69 | -0.19 |
| 19 | 2.75 | 2.68 | 1.19 | -0.11 |
| 20 | 2.50 | 2.39 | 1.87 | 0.29 |
| 21 | 2.54 | 2.60 | -1.09 | -0.38 |

*p <0.05

引用文献

第1章

Acorn, Sonia, Ratner, Pamela A., & Crawford, Marilyn: Decentralization as a determinant of autonomy, job satisfaction, and organizational commitment among nurse managers, *Nursing Research*, 46(1), 52-58, 1997.

Adams, Ann & Bond, Senga : Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics, *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 536-543, 2000.

Allen, Natalie J. & Meyer, John P.: The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization, *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18, 1990.

Beck, Karen & Wilson, Carlene: Have we studied, should we study, and can we study the development of commitment? Methodological issues and the developmental study of work-related commitment, *Human Resource management Review*, 11, 257-278, 2001.

Blegen, Mary A.: Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables, *Nursing Research*, 42(1), 36-41, 1993.

Cohen, Aaron: Career stage as a moderator of the relationships between organizational commitment and its outcomes: A meta-analysis, *Journal of Occupational psychology*, 64, 253-268, 1991.

Gurney, Cynthia A., Muller, Charles W., Price, James L.: Job satisfaction and organizational attachment of nurses holding doctoral degrees, *Nursing Research*, 46(3), 163-171, 1997.

林伸二：組織心理学,白桃書房,91,2000.

Irvine, Diane M. and Evans, Martin G.: Job satisfaction and turnover among nurses: Integrating research findings across studies, *Nursing Research*, 44(4), 246-253, 1995.

勝原裕美子：日本の看護婦・士の Professionhood を構成する要素,日本看護科学会

誌,19(1),42-48,1999.

草刈淳子: 専門職 (プロフェッション) の概念と専門職化が進み始めた看護職, インターナショナル・ナーシング・レビュー,18(1),4-10,1995.

Lok, Peter & Crawford, John: Antecedents of organizational commitment and the mediating role of job satisfaction, *Journal of Managerial Psychology*, 16(8),594-613,2001.

Lum, Lillie, Kervin, John, Clark, Kathleen, et al.: Explaining nursing turnover intent: job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment?, *Journal of organizational behavior*, 19, 305-320, 1998.

McGee, Gail W. & Ford, Robert C.: Two (or more?) dimensions of organizational commitment; reexamination of the affective and continuance commitment scales, *Journal Of Applied Psychology*, 72(4), 638- 642, 1987.

Meyer, John P., Allen, Natalie J., Smith, Catherine A.: Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three- component conceptualization, *Journal of Applied Psychology*, 78(4), 538- 551, 1993.

Meyer, John P., Stanley, David J., Herscovitch, L., Topolnytsky, L.: Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences, *Journal of Vocational Behavior*, published online,1-33, 2001.

Meyer, John P., Paunonen, Sampo V., et al.: Organizational commitment and job performance: It's the nature of the commitment that counts, *Journal of Applied Psychology*, 74(1), 152- 156, 1989.

Mowday, R.T., Steers, R.M. & Porter, L. W.: The measurement of organizational commitment, *Journal of Vocational Behavior*, 14,224-247, 1979.

小川一夫監修: 社会心理学用語辞典,北大路書房,190-191,1989.

O'Reilly III, Charles and Chatman, Jennifer: Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior, *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 492- 499, 1986.

Pearson, Ceil & Chong, Jeannette: Contributions of job content and social information on organizational commitment and job satisfaction: An exploration in a Malaysian nursing context, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 357-374, 1997.

Reilly, Nora P. & Orsak, Charles I.: A career stage analysis of career and organizational commitment in nursing, *Journal of Vocational Behavior*, 39, 311- 330, 1991.

関本昌秀: 企業帰属意識の変化, *法学研究*, 65(1), 287- 312, 1992.

関本昌秀, 花田光世: 変質する従業員の意識に企業はどう対応すべきか 11社4539名の調査分析にもとづく企業帰属意識の研究(上), *ダイヤモンド・ハーバード・ビジネス*, 10(6), 84-96, 1985.

関本昌秀, 花田光世: 変質する従業員の意識に企業はどう対応すべきか 11社4539名の調査分析にもとづく企業帰属意識の研究(上), *ダイヤモンド・ハーバード・ビジネス*, 11(1), 53-62, 1986.

志自岐康子: 看護職の専門職的自律性: その意義と研究, *インターナショナル・ナーシング・レビュー*, 18(1), 23-28, 1995.

志自岐康子: 看護婦の専門職性を測定する質問紙の開発, 聖路加看護大学大学院看護学科研究科 博士論文, 1999.

高橋弘司: 第5章 職務満足, 宗方比佐子, 渡辺直登編, *キャリア発達の心理学*, 川島書店, 115-116, 2002.

田尾雅夫 編著: 「会社人間」の研究, 京都大学学術出版会, 1997.

Wallace, Jean E.: Corporatist control and organizational commitment among

professionals: The case of lawyers working in law firms, *Social Forces*, 73(3), 811-839, 1995.

Yoder, Linda H.: Staff nurses' career development relationships and self-reports of professionalism, job satisfaction, and intent to stay, *Nursing Research*, 44(5), 290-297, 1995.

第2章

Allen, Natalie J. & Meyer, John P.: The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization, *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18, 1990.

志自岐康子:看護婦の専門職性を測定する質問紙の開発, 聖路加看護大学大学院看護学科研究科 博士論文, 1999.

第3章

Allen, Natalie J. & Meyer, John P.: The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization, *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18, 1990.

志自岐康子:看護婦の専門職性を測定する質問紙の開発, 聖路加看護大学大学院看護学科研究科 博士論文, 1999.

高橋弘司 a: 第5章 態度の測定(Ⅱ) 組織コミットメント, 渡辺直登, 野口裕之編: 組織心理測定論, 白桃書房, 154, 1999.

高橋弘司 b: 第4章 態度の測定(Ⅰ) 職務満足, 渡辺直登, 野口裕之編: 組織心理測定論, 白桃書房, 129, 1999.

Takahashi, Koji, Ando, Fumie, Shimazaki, Takayuki et al.: measurement and evaluation of Knowledge Creation Assets (SKCA): Factor structure, reliability, and validity, Presented at the 25th International Congress of Applied Psychology, 2002.

竹内啓監修: SASによる共分散構造分析, 東京大学出版会, 2, 1992.

堀洋道監修：自尊感情尺度,心理測定尺度集 I 人間の内面を探る,サイエンス社,29-31,2001.

山本真理子,松井豊,山成由紀子：認知された自己の諸側面の構造, *Jap. J. of Educ. Psychol.*, XXX, (1),64-68, 1982.

第 4 章

Allen, Natalie J. & Meyer, John P.: The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization, *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18, 1990.

朝田隆,吉岡充,森川三郎ほか：痴呆患者の問題行動評価票(TBS)の作成, *日本公衛誌*, 41(6), 518-527, 1994.

Beck, Karen & Wilson, Carlene: Have we studied, should we study, and can we study the development of commitment? Methodological issues and the developmental study of work-related commitment, *Human Resource management Review*, 11,257-278,2001.

狩野裕：AMOS EQS LISREL によるグラフィカル多変量解析－目で見ると共分散構造分析－,現代数学社,188,1997.

前田忠彦：日本人の満足感の構造とその規定因に関する因果モデル－共分散構造分析の「日本人の国民性調査」への適用－, *統計数理*,43(1),141-160,1995.

Meyer, John P., Allen, Natalie J., Smith, Catherine A.: Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization, *Journal of Applied Psychology*, 78(4), 538-551, 1993.

Polite, Denise E. and Hungler, Bernadette P.: Nursing research principles and methods, 1987,近藤潤子監訳,看護研究 原理と方法,医学書院, 246, 1994.

Reilly, Nora P. & Orsak, Charles I.: A career stage analysis of career and organizational commitment in nursing, *Journal of Vocational Behavior*, 39, 311-330, 1991.

高橋弘司：職務満足—組織コミットメント関係性再考 —IRT 潜在特性尺度値を用いて—，
南山経営研究， 16(3),217-225, 2002.

豊田秀樹：共分散構造分析 入門編 構造方程式モデリング， 朝倉書店,173, 177,
188-191, 280,1998.

第 5 章

Benner, Patricia: From Novice to Expert, Excellence and power in clinical nursing practice, 1984, 井部俊子他訳,ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー, 19-22,医学書院 1992.

稲岡文昭：精神看護の働きかけ,樋口康子,稲岡文昭監,精神看護,56,1996.

Lok, Peter and Crawford, John: Antecedents of organizational commitment and the mediating role of job satisfaction, Journal of Managerial Psychology, 16(8), 594-613,2001.

Meyer, John P., Allen, Natalie J., Smith, Catherine A.: Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three- component conceptualization, Journal of Applied Psychology, 78(4), 538- 551, 1993.

Reilly, Nora P. & Orsak, Charles I.: A career stage analysis of career and organizational commitment in nursing, Journal of Vocational Behavior, 39, 311- 330, 1991.

志自岐康子:看護婦の専門職性を測定する質問紙の開発, 聖路加看護大学大学院看護学科研究科 博士論文,1999.

Shives, Louise R.: Basic concepts of psychiatric-mental health nursing, 4th Ed.,107-108, Lippincott, 1998.

高橋弘司：第 2 章 組織社会化, 宗方比佐子,渡辺直登編,キャリア発達の心理学,川島書店,32,38-39,2002.

Webster, Mary M.: Interactive therapies and methods of implementation, Fortinash,

Katherine M., *Psychiatric Mental Health Nursing*, 503, Mosby, 1996.

Yoder, Linda H.: Staff nurses' career development relationships and self-reports of professionalism, job satisfaction, and intent to stay, *Nursing Research*, 44(5), 290-297, 1995.

Wallace, Jean E.: Corporatist control and organizational commitment among professionals: The case of lawyers working in law firms, *Social Force*, 73(3), 811-839, 1995.

結 語

我が国の精神医療は目下、目覚しく変革されようとしている。マンパワーとして圧倒的に多い看護師が生み出す成果は、その変革に大きな貢献をもたらすものと期待できる。看護師の専門的な知識や技術をもとにした行為の拡充とそれらを備えた看護師の病院への定着はその変革になくてはならないものである。

今回長期在院患者の社会復帰のために我々看護師に何ができるかという疑問から発した研究であったが、3種類の研究によって看護師自身の力を十分に発揮し得る状態にすることの重要性和、そのために様々な角度からそれぞれの持つ価値観あるいは考え方をどのように活性化あるいは転換しなければならないかを考えることができた。

実際には、本研究のタイトルにあるような障害受容にまでは論述を深めるに到らなかったが、長期在院患者の中の社会的入院といわれる約7万人の患者をここ10年で退院の方向にもってゆくには、今回の研究成果の上に早急に次のことをする必要があるだろう。それは、長期在院患者へのより具体的な看護介入技術の開発と家族や患者本人の障害受容等についての実情の把握と改善策、地域での精神障害者の生活の実態を把握し検討することである。

最後にこの研究にあたり、多大なご協力をいただきました病院の院長、看護部長、スタッフの皆様、ならびに尺度使用にあたりご指導とご援助くださいました南山大学高橋弘治先生に深謝致します。

資 料

資料 1

〇〇病院長先生， 看護部長様

平成 14 年 8 月 日

筑波大学医療技術短期大学部助教授

上野 恭子

「精神科看護師の組織コミットメントと専門職性に関する調査」協力依頼

私は、筑波大学医療技術短期大学部助教授として精神看護学を担当しているものです。

最近精神科医療は、少しずつではありますが徐々に改善の兆しが見え始めたように感じられます。しかし、依然として続く偏見や福祉対策の遅れなどから精神科医療の場で勤務する看護者の方々のご苦勞は計り知れないものがあるのも事実です。この研究では、精神科看護師と准看護師の皆様がやりがいや使命感だけでなく、現状の厳しさから生じる複雑な心境やその他の要因が、所属病院へのコミットメント（所属している病院へのかかわり方の程度や病院への感情など）に影響しているのではないかと、そしてそれが看護という専門職の行動に影響しているのではないかとという視点から調査を行なうものです。

調査は勤務経験 1 年以上の看護師、准看護師のかた全員に対し、フェイスシートと 4 種類のスケールを用いたアンケートを配布し、回答を記入していただく形式で行ないます。すべてコンピューターで統計処理を行ない、研究参加は看護師のかたの自由意志で、無記名とさせていただきます。勿論、貴院のお名前も特定できないよう配慮させていただきます。なお、アンケート記入に際しましては、約 20 分程度でご記入できますが、勤務に支障のないよう勤務外にお願いする所存です。回答は、回収箱を準備させて頂き、約 3 週間後にこちらで受け取りに参ります。

目標としては、九州、関西、関東、東北地方で合計 600～1000 名ほどの看護師の方々からご回答を得たいと考えています。そして今の精神科看護師のお考えや行動の傾向ならびに問題の明確化と改善点を明らかにするきっかけになればと考えております。なお、調査結果は、看護関連の学会ならびに学会誌にて発表し、科学研究補助金研究成果報告書を貴院宛にお送りさせていただきます。

資料 1

皆様のご回答は目的以外には使用いたしません。ご面倒とは存じますが、本研究の趣旨をご理解の上、調査へのご協力をお願いいたします。

かしこ

研究代表者 上野 恭子
筑波大学医療技術短期大学部 助教授
聖路加看護大学 研究生
Tel & Fax : 0298 (53) 〇〇〇〇 (直通)
E-mail: 〇〇@sakura.cc.〇〇.ac.jp

指導教官 羽山 由美子
聖路加看護大学 教授
Tel: 03 (3543) 〇〇〇〇 (代表)
Fax: 03 (5565) 〇〇〇〇 (代表)

精神科看護師の組織コミットメントと専門職性に関する調査のお願い

調査のお願い

この調査は、看護師と准看護師の皆様は、所属している組織（病院）に対し、どのような気持ちを抱いて勤務しているか（コミットメント）ということと看護職としての行動やお考えにどのような関係があるのかを明らかにするものです。

現在、ようやく精神科医療に対し社会の関心が向けられつつあります。これは、私たちの長いあいだの願いでした。しかし現状にはまだまだ厳しいものがあり、私たちは使命感ややりがいだけでなく、心のなかに悶々とした苦しい思いを抱きつつ業務にたずさわっているのではないのでしょうか。このような複雑な思いが日常の看護行為にどのように結びついているのかを明らかにし、改善に結びつくきっかけになればと考えております。

ご記入にあたっての注意

お名前を記入する必要は全くありません。皆様からご回答いただいたアンケートは、貴重な資料としてプライバシーの保護に万全の注意を払って処理します。調査用紙にすでに記入している番号は、回答の整理の際に使用するためのもので、個人を識別するためのものではありません。したがって、皆様のお名前や病院名はいっさい特定できず、どこにも公表されることはありませんし、結果は目的以外には使用しません。

質問項目は、全部で95項目とかなり多くなっていますが、正確な実態を把握するために必要なものです。だいたい20分程度でお答えになれると思います。勤務に支障のないようご配慮いただきながら、本調査の趣旨をご理解の上、全ての項目にご回答くださいますようお願いいたします。なお、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

ご回答は、平成14年 月 日までに
質問用紙の入っていた封筒に入れ、封をして、
備えつけております回収箱にお入れください。

研究代表者 上野 恭子
筑波大学医療技術短期大学部 看護学科
聖路加看護大学 研究生
Tel & Fax : 0298 (53) 〇〇〇〇 (直通)
E-mail: 〇〇@sakura.〇〇.ac.jp

指導教官 羽山 由美子
聖路加看護大学 教授
Tel: 03 (3543) 〇〇〇〇 (代表)
Fax: 03 (5565) 〇〇〇〇 (代表)

3次元コミットメント尺度改訂版(日本語版)(論文中には項目名に“a”を記入)

以下の質問は、看護師(准看護師を含む)が病院に対して感じる気持ちを記したものです。あなたは現在勤めている病院に対してどのような気持ちを抱いていますか。それぞれの質問に対し、1から4のいずれかの番号を○で囲んでください。

| | その通りではない | 全然 | そうではない | 少しそうだ | 全くその通りだ |
|--|----------|----|--------|-------|---------|
| 1. この病院をいまず去ろうと思っても、実際にそうするのは難しい。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 2. いま病院を去る決心をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 3. 私の仕事生活(キャリア)の残りを、いまの病院で過ごせたら、とても幸せだ。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 4. 病院を辞めたとしたら、代替りの勤め先が見つからずに困るだろう。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 5. 私は、病院という「家族」の一員になっているように思う。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 6. この病院に勤めることは、私の義務だと思う。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 7. この病院は、私にとって個人的に重要な意味をもっている。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 8. 私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることもある。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 9. 私は、この病院に大きな恩義がある。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 10. この病院の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 11. 自分に有利になるとしても、いまこの病院を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 12. この病院でこんなに働いてこなかったなら、他の病院で働くことも考えるだろう。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 13. 病院で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が病院を去ることは決してないだろう。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 14. いまこの病院を辞めてしまったら、罪の意識を感じるだろう。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 15. この病院を辞めたら、他の働き場所がないかもしれないが、私は別にかまわない。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 16. 私はこの病院に、愛着を感じていると思う。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 17. いま、この病院にいるのは、働く必要があるからだ。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |
| 18. この病院は、私が忠誠を尽くすに値する病院だ。 | 1 | | 2 | 3 | 4 |

職務満足度尺度 (MSQ)

(論文中には項目名に“b”を記入)

あなたが自分の「仕事」に対して思っていることについておきぎします。いまのあなたの仕事で、以下の短い言葉で表された状況に、あなたはどのぐらい満足していますか。あなたの考えに一番近い答えの番号を1つ選び、○で囲んでください。

| | 満足していない | あまり満足していない | 少し満足している | 満足している |
|---------------------------------------|---------|------------|----------|--------|
| 1. やるべき仕事があること。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ひとりきりで仕事ができる機会があること。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. その時どきに違った仕事ができること。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. 病院で、「仕事がよくできる人」「役に立つ人物」として認められること。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. 私の上司の、部下(私)の扱いかた。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. 私の上司が、ものごとを判断・決定する能力。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. 自分の良心に反しない仕事ができること。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. よい仕事をすれば、クビにならずにずっと勤め続けられること。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ほかの人のために、何かしてやれること。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ほかの人に何かをするように命令すること。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. 私の能力を活用して、何かをする機会があること。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. 病院の方針に従って自分の仕事をする事。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. 仕事の量に対する給料の額。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. いまの仕事での、昇進のチャンス。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. 自分自身で、(仕事上の)判断ができる自由。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. 仕事をするときに、自分独自のやり方を試してみる機会。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. 仕事の環境(光熱・換気など)。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. 私の同僚(仕事仲間)と、おたがいに仲良くやっていくこと。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. よい仕事をしたときに受ける賞賛。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. 自分の仕事から得られる達成感。 | 1 | 2 | 3 | 4 |

次の特徴のおののについて、あなた自身にどの程度あてはまるかをお答えください。他からどう見られているかではなく、あなたが、あなた自身をどのように思っているかを、ありのままにお答えください。

| | あてはまらない | あてはまらない あまり | どちらでもない | ややあてはまる | あてはまる |
|-----------------------------|---------|----------------|---------|---------|-------|
| 1. 少なくとも人並みには、価値のある人間である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 色々なよい素質を持っている。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 敗北者だと思ふことがよくある。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 物事を人並みには、うまくやれる。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 自分には、自慢できるところがあまりない。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. 自分に対して肯定的である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. だいたいにおいて、自分に満足している。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. もっと自分自身を尊敬できるようになりたい。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. 自分は全くだめな人間だと思ふことがある。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. 何かにつけて、自分は役に立たない人間だと思ふ。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

下記の項目は、臨床における看護師の行動を示したものです。次のそれぞれの項目について、日頃のあなたの行動に最も当てはまる回答番号に○をつけてください。

| | 全 く な い | た ま に あ る | 時 々 あ る | い つ も あ る |
|--|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| 1. 患者の日常生活の援助方法（療養上の世話）に関する最終的な決定は、私が行なっている。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. 勤務する施設や部署で行なわれる勉強会・研修会には勤務時間以外でも出席している。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. 患者の身体的変化（急変など）・精神的変化を的確に予知することがある。* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. 勤務する施設以外で行なわれる研修会や講義にも、自分のお金や時間を使って出席している。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. 患者のかかえる問題が自分の力量を超える場合は、患者が必要とする適切な援助が得られるよう同僚や他職種の協力を求める。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. 共通の目標のもとに患者へケアを提供できるよう必要時、医師と共に患者と話す機会を持っている。* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. 私が行なったケアに対しては、必ず成果の評価を行なっている。* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. 主治医の方針に対し、反対意見を述べる際には、相手から受け入れてもらえるよう工夫している。* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. 看護学生が実習にきた時は、仲間として温かく受け入れ、自分から声をかけている。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. 職能団体である日本看護協会などが発行している新聞やニュースレターを読んでいる。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. 私が創意工夫することで、患者の問題が解決されることがある。* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. 医師が処方した薬が患者にとって危険と思われる場合は、そのことを医師に伝えている。* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. 看護ケアについて同僚から相談された時には、快く応じている。 | 1 | 2 | 3 | 4 |

専門職性測定尺度 NPS (21 項目) 2 (* 本研究で用いた 21 項目を指す)

| | 全 く な い | た ま に あ る | 時 々 あ る | い つ も あ る |
|---|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| 14. 同僚が看護ケアについて悩んでいる時には、問題が解決する方向へ進むよう支援している。 * | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. 患者の苦痛を伴うケアや処置は、ていねいに、かつ手際よく行なっている。 * | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. 患者ケアの計画を立てる時は、患者の意向や意思を確認しながら行なっている。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. 患者の意見と医師の意見が異なる場合、私は患者の立場に立ち、患者が自分の意見や考えを十分に医師に伝えられるよう支援している。 * | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. 患者と家族の意見が対立している場合、患者の気持ちが家族へ伝わるよう患者を支援している。 * | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. 同僚や看護助手が行なったケアや業務について良いと評価した場合、そのことを本人に伝えている。 * | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. 患者が看護ケアや治療を受けることをためらったり、納得しないでいる場合、患者の気持ちや考えを聴いている。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. 病院や看護部における委員会や行事のメンバーになった時、積極的に活動している。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. 患者のケアについて他の職種（医師、栄養士、理学・作業療法士、臨床心理士、薬剤師、ソーシャルワーカーなど）と積極的に話し合っている。 * | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. 家族や友人など周囲の人に看護という仕事の価値や自分が傾ける情熱について話すことがある。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. ケア提供の根拠を、看護の視点から他職種に伝えている。 * | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. 患者の日常生活の援助において、その人がもつ力を最大限に出すような工夫をしている。 * | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. 患者ケアに関して葛藤やジレンマを感じたときには、同僚や上司にそのことを伝え、話し合っている。 * | 1 | 2 | 3 | 4 |

専門職性測定尺度 NPS (21 項目) 3

(* 本研究で用いた 21 項目を指す)

| | 全 く な い | た ま に あ る | 時 々 あ る | い つ も あ る |
|--|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| 27. 患者が将来の見通しが立てられるように、今後のケアや入院期間などについて、患者が納得するまで説明している。* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. 自分のキャリアを発展させるために、計画を立て、自分の目標や進路を決めている。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. 患者が医師から治療や手術に関して説明を受ける際、患者がより理解できるように患者の立場にたって詳しい説明を求めている。* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. その患者に在宅ケアが必要である場合、医師の指示を待つのではなく、私が提案し、計画・調整している。* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. 看護師としての能力を高めるために、自分の課題に取り組んでいる。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. 患者がその日の予定が立てられるように、検査、回診、処置などのおおよその時間を知らせ、調整している。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. 施設（病院など）や看護部が決めた方針でも、疑問を感じた場合はそのことを上司に伝えている。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. 患者が病状や治療内容を医師に尋ねることを遠慮している場合は、患者が医師に質問できるように、患者を励まし、支援している。* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. 大部屋では、患者のをプライバシーそこなわないように注意しながら、患者と話している。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. 患者が退院した後のことまで考えてケアを実践している。* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. 薬剤の使用以外に、患者の痛みを緩和したり、苦痛を軽減する方法を用いている。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. 主治医の指示や治療方針に疑問を感じた時は、その医師に直接確かめている。* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. 看護や医療に関する社会の動きを知るために、新聞を読んでいる。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. 少なくとも月に1回は、看護関係の学術雑誌に目を通して いる。 | 1 | 2 | 3 | 4 |

(注：NPS (21 項目) は本研究のために使用許可を得たものである。NPS は「志自岐康子：看護婦の専門職性を測定する質問紙の開発，聖路加看護大学大学院看護学科研究科，博士論文，1999。」より引用)

フェイスシート 1 (論文中には項目名に“f”を記入)

本研究の調査にご協力いただきまして、ありがとうございます。最後に、勤務状況等につきまして、いくつか質問させていただきます。無記名で処理し、皆様のプライバシーは必ず守ります。該当する()に○か語句をご記入ください。

1. 現在勤務している病棟についてお尋ねします。

1) あなたの病棟の入院患者数と免許所有者(看護師と准看護師)数との割合

- () ① 患者 2 人～3 人：看護者 1 人
() ② 4 人：1 人
() ③ 5 人：1 人
() ④ 6 人：1 人
() ⑤ 7 人～：1 人

2) 病棟の種類

- () ① 急性期病棟 () ② 療養型または慢性期病棟
() ③ 主にリハビリを目的とした病棟 () ④ アルコール病棟
() ⑤ 痴呆 () ⑥ その他(具体的に)

3) 実際に利用できる病院内外の社会復帰やリハビリテーション施設、福祉施設の数

- () ① なし () ② 1 箇所～2 箇所
() ③ 3 箇所～5 箇所 () ④ 6 箇所以上

4) 家族会との繋がりはありますか。

- () ① ほとんどない
() ② まれにある
() ③ 定期的にある
() ④ 頻繁にある

5) あなたは、家族の方々との連絡はどのくらいしていますか。

- () ① ほとんどない
() ② まれにある
() ③ 定期的にある
() ④ 頻繁にある

6) 入院患者様の診断名で代表的な病名を一つ選んでください。

- () ① 急性精神分裂病 () ② 慢性精神分裂病
() ③ 躁うつ病 () ④ 神経症
() ⑤ 中毒/アルコール依存症 () ⑥ 人格障害
() ⑦ 痴呆/器質的な精神障害 () ⑧ その他()

2. あなた自身のことについてお尋ねします。

1) 現在の病棟にどのくらい勤務していますか。() 年 () ヶ月)

2) 現在の病院にどのくらい勤務していますか。() 年 () ヶ月)

3) 通算して精神科にはどのくらい勤務していますか。() 年 () ヶ月)

4) 現在の病棟に勤務する直前に所属していた科はどれですか。

- () ① なし () ② 精神科系
() ③ 内科系 () ④ 外科系
() ⑤ 小児科系 () ⑥ 産婦人科系
() ⑦ 混合病棟 () ⑧ その他(具体的に)

5) 精神科勤務は希望しましたか。

- () ① はい () ② いいえ

6) この病院で働くきっかけは何ですか。一番近いものを一つ選んでください。

- () ① 経済上 () ② 生きがい
() ③ 義務・義理 () ④ 使命感
() ⑤ 何となく

7) 年齢 () 歳

8) 性別 () ① 女 () ② 男

9) 職種 () ① 正看護師 () ② 准看護師

10) 職位 () ① スタッフ
() ② 副看護師/主任
() ③ 看護師長

11) 勤務形態 () ① 常勤 () ② パート(非常勤)

12) 世帯収入の中であなたの収入が占める割合はどの位ですか。

- () ① ~20%未満 () ② 20~40%未満
() ③ 40~60%未満 () ④ 60~80%未満
() ⑤ 80~100%

13) 看護の基礎教育を受けた学校

- ① 3年課程看護系専門学校 ② 2年課程看護系専門学校
 ③ 高等学校(衛看) ④ 准看護学校
 ⑤ 看護系短期大学 ⑥ 医療・看護系学部の4年制大学
 ⑦ その他 (具体的に)

14) 年収

- ① ~300万円未満 ② 300万~500万円未満
 ③ 500万~700万円未満 ④ 700万円以上

3. 病院についてお尋ねします。

1) 通勤手段と所要時間

- ① 徒歩・自転車で可能な距離
 ② 自家用車で30分以内
 ③ 自家用車で30分以上
 ④ 公共の交通利用で1時間未満
 ⑤ 公共の交通利用で1時間以上

2) 昇進の機会は

- ① めったにない
 ② ときどきある
 ③ よくある

4. 病院での人間関係についてお尋ねします。

1) 困った時に相談できる同僚は、

- ① いない ② 1~3人
 ③ 4~6人 ④ 6人以上

2) 困った時に相談できる上司は、

- ① いない ② 1~3人
 ③ 4~5人 ④ 6人以上

3) 困った時相談できる医師や他の専門職員は、

- ① いない ② 1~3人
 ③ 4~5人 ④ 6人以上

4) 病棟での人間関係は、

- ① 良いほう ② 普通 ③ 悪いほう

これで、すべて終了しました。長い時間ありがとうございました。記入漏れがないか今一度お確かめの上、調査用紙が入っていた封筒に入れ、封をして回収箱に御投入くださいますようお願いいたします。

資料 3

「精神科看護師の組織コミットメントと専門職性に関する調査」再度のお願い

精神科看護師， 准看護師の皆様へ

皆様にはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は、先日皆様へ「精神科看護師の組織コミットメントと専門職性に関する調査」をお願いしたものです。この調査をとおして、精神科看護の様子を少しでも明らかにし、将来何らかのかたちで皆様のお役に立てればと考えています。

まだ、ご回答いただいていない方は、先日お配りした調査用紙の記入に 20 分位かかりませんが、繰り返してご記入のご協力をお願いいたします。

なお、すでにご協力いただいた方には、このお願いが行き違いになってしまいましたことをご容赦ください。

ご回答は、あと数日で回収させていただきますので、平成 14 年 9 月 14 日までに調査書の入っていた封筒に入れ、封をして回収箱にお入れくださいますよう重ねてお願いいたします。

2002 年 9 月 日

研究代表者 上野 恭子

筑波大学医療技術短期大学部 看護学科

聖路加看護大学 研究生

Tel & Fax : 0298 (58) 〇〇〇〇 (直通)

E-mail: 〇〇@sakura.〇〇.ac.jp

