

# A県下における精神科看護師の統合失調症患者に対するフィジカルアセスメントの実態

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2023-04-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 長谷川, 小真子, 藤井, 徹也, 市江, 和子 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://fpu.repo.nii.ac.jp/records/278">https://fpu.repo.nii.ac.jp/records/278</a>

## [研究論文]

A県下における精神科看護師の統合失調症患者に対する  
フィジカルアセスメントの実態長谷川 小眞子<sup>1)</sup>・藤井 徹也<sup>2)</sup>・市江 和子<sup>3)</sup>

## I. はじめに

わが国の精神科医療は、先進諸国の中でも人口比による精神病床の多さや、長期入院患者の問題が存在しており、このような現状から、精神保健福祉施策では厚生労働省<sup>1)</sup>による「入院医療中心から地域生活中心」とする改革ビジョンが掲げられてきた。しかし、長期入院患者の退院促進は進展せず、近年では長期入院患者の高齢化によって、身体合併症への加療が必要な精神疾患患者の増加が問題となっている。なかでも、入院病床数の5割以上を占める統合失調症患者はその約4割が何らかの身体合併症を抱えている。諸外国では、統合失調症患者の平均余命は一般人口と比べ、14.5年ほど短く<sup>2)</sup>、主たる死亡原因となる虚血性心疾患などについて、生前に十分診断されていないとの報告がある<sup>3)</sup>。

統合失調症患者が身体合併症を発生する一因には、抗精神病薬の副作用の関与がある。わが国では、2011年に「抗精神病薬治療と身体リスクに関する合同プロジェクト」が発足し、抗精神病薬に関連する身体リスクの実態調査と啓発活動が開始された。本プロジェクトからは、統合失調症患者には肥満や糖脂質代謝異常等の不規則な生活習慣や抗精神病薬の副作用によって生じる身体リスクの存在が示され、抗精神病薬の多剤併用が安静時心拍数の有意な増加をもたらし、死亡相対リスクを高める等の報告が出された<sup>4)</sup>。また、統合失調症患者は抗精神病薬の使用によって痛み閾値が上昇し身体的不調を自覚しにくいとされている<sup>5) 6)</sup>。

しかし、統合失調症患者の身体管理に関しては、幾多の困難が存在する。患者側の要因として、精神症状および理解力・判断力の低下によって正確に自覚症状を表現することが難しく、治療への同意や疾病管理に関心を示さないという困難が存在する<sup>7)</sup>。看護師側の要因としては、患者の身体管理の経験が少ないため看護の質向上に制限や限界があると指摘されている<sup>8)</sup>。精神科看護師のフィジカルイグザミネーションの実施状況について、バイタルサインは日常的に測定しているが、呼吸音や腹部の観察は行われておらず、看護師の年齢層が低くなるほど、身体的ケア技術の習得に不安を感じている者の割合が増加する傾向が報告されている<sup>9)</sup>。看護にお

受付日 2022.11.01

受理日 2022.12.22

所 属 1) 福井県立大学看護福祉学部 2) 豊橋創造大学保健医療学部 3) 聖隷クリストファー大学看護学部

けるフィジカルアセスメントとは、問診とフィジカルイグザミネーションを用い、健康上の問題を明らかにするために、全身状態を系統的に査定することを示し、精神科看護師のフィジカルアセスメント能力への支援に関して課題があると言える。

看護基礎教育において、「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書（平成19年）」（厚生労働省）<sup>10)</sup>の中でコミュニケーション技術、フィジカルアセスメント技術は看護師には欠かせない能力であるため特に強化する内容として位置づけられた。継続教育において、精神科領域におけるフィジカルアセスメント教育は、職能団体主催の研修会等で実施されている。しかし、A県下ではこれまで、フィジカルアセスメントに関する研修会は開催されておらず、年1回は実施している都市部と比較し、教育の機会を得る環境として十分とは言えない状況である。

統合失調症患者に対して、精神科看護師が適切なフィジカルアセスメントを実施すれば、患者の身体不調の早期発見が可能となり、必要な介入が速やかに実施されることで、精神症状の安定につながる可能性がある。精神症状が安定すれば、追加薬剤の使用が減少し、患者のADLやQOLが向上し、地域生活に戻る可能性が高まることが予測される。以上のことから、統合失調症患者の身体合併症に対する精神科看護師へのフィジカルアセスメント能力向上への支援は急務であると考ええる。

本研究は、精神科看護師のフィジカルアセスメント能力向上のための教育支援を検討するため、精神科看護師の統合失調症患者の身体合併症に対するフィジカルアセスメントの実態を明らかにすることを目的とする。

## Ⅱ. 用語の定義

身体合併症：精神疾患と関連がなく発症した身体症状および向精神薬の副作用である身体症状および精神疾患を誘因として発症した身体症状とする。

フィジカルアセスメント：問診とフィジカルイグザミネーションを用いて、身体的健康上の問題を明らかにするために、全身の状態を系統的に査定することとする。

フィジカルアセスメント能力：フィジカルアセスメントの知識や技術を統合し、精神科看護師が患者の身体合併症の予防や早期発見等を含む身体管理を実践するための能力とする。

## Ⅲ. 方法

### 1. 研究対象

A県下において研究協力の得られた施設の精神科病院に勤務する看護職550名

### 2. 調査期間

2015年8月10日～10月14日

### 3. 研究方法

無記名自記式質問紙調査を実施し、回収は郵送による個人投函とした。

### 4. 調査内容

1) 基本的属性：年代、性別、看護職の資格（看護師・准看護師）、病院病床数（200床未満・200床以上）、フィジカルアセスメント科目修得状況の有無、精神科勤務年数（1～5年未満・5年以上～10年未満・10年以上～20年未満・20年以上～30年未満・30年以上～40年未満・40年以上）、身体科病棟勤務歴の有無、身体合併症対応病床の有無、身体合併症の研修会参加状況の有無、身体合併症に対する興味関心・知識の状況（回答は4件法で「十分ある」「少しある」「あまりない」「ない」とした。）

2) 身体合併症に関する看護実践への困難感・不安感：回答は4件法で「ある」「時々ある」「少しある」「ない」とした。

3) 統合失調症患者の身体合併症に関するフィジカルアセスメントの知識・実施頻度・困難感の状況：清野ら<sup>7) 11)</sup>の研究を基に、精神科で発生しやすい身体合併症（イレウス・肺炎・心疾患）に関するフィジカルアセスメント計15項目に関して、「知識」「実施頻度」「困難感」を質問項目として回答を求めた。回答方法は4件法とし、知識においては「かなりある」1点、「ややある」2点、「あまりない」3点、「ほとんどない」4点、実施頻度は「よく実施する」1点、「たまたま実施する」2点、「あまり実施しない」3点、「ほとんど実施しない」4点、困難感については「困難はない」1点、「ほとんど困難はない」2点、「少し困難」3点、「困難」4点とした。

### 5. 分析方法

記述統計、データの正規性を確認した後、フィジカルアセスメント15項目の知識・実施頻度・困難感の状況と基本属性との関連はt検定、フィジカルアセスメント計15項目の知識・実施頻度・困難感の相関にはPearsonの相関係数を用いた。データ集計および統計処理にはPASW Statistics Ver.21を使用し、有意水準は5%とした。

### 6. 倫理的配慮

本研究の研究依頼書には、研究目的、研究の意義、研究方法、倫理的配慮等研究の概要を分かりやすく記載した。また、回答は自由意思であること、調査票は無記名とし、個人が特定されないこと、本研究への同意は、調査票の提出をもって研究協力への同意が得られたものとした。個票は鍵のかかるロッカーで保管し、研究終了後はシュレッダーにて破砕すること、研究結果は学会等で発表することも明示し、調査全般にわたって、個人情報保護法に抵触しないよう十分配慮することを紙面に明記した。

本調査は福井県立大学研究等における人権擁護・倫理委員会の承認（承認番号第2015016号）を受けて実施した。また、研究協力機関のうち、2施設において病院内の倫理審査を受け、承

認を得た。

#### IV. 結果

精神科病院（精神病床を有する一般病院を含む。なお、認知症および心身医療科等病院は除く。）12医療施設の協力依頼が得られ、質問紙は当該施設の看護職全数550名に配布した。回収数341名（回収率62.0%）であり、うち有効回答数は315名（有効回答率92.4%）であった。

##### 1. 対象者の背景

女性が230名（73.0%）であり、年代は40歳以上が210名（66.7%）であった。看護職の資格では看護師230名（73.0%）、准看護師85名（27.0%）であった。勤務病院病床数は200床未満が173名（54.9%）であった。看護基礎教育においてフィジカルアセスメント科目修得者は89名

表 1 基本属性 (n=315)

項目	回答	人数	構成比(%)
性別	男性	81	25.7
	女性	230	73.0
	無回答	4	1.3
年代	20 歳代	35	11.1
	30 歳代	70	22.2
	40 歳代	67	21.3
	50 歳代	84	26.7
	60 歳以上	59	18.7
看護職の資格	看護師	230	73.0
	准看護師	85	27.0
勤務病院病床数	200 床未満	173	54.9
	200 床以上	136	43.2
	無回答	6	1.9
フィジカルアセスメント 科目修得の有無	なし	197	62.5
	あり	89	28.3
	無回答	29	9.2
精神科勤務歴	1～5 年未満	90	28.6
	5 年以上～10 年未満	59	18.7
	10 年以上～20 年未満	86	27.3
	20 年以上～30 年未満	47	14.9
	30 年以上～40 年未満	29	9.2
	40 年以上	2	0.6
身体科勤務歴	なし	122	38.7
	あり	184	58.4
	無回答	9	2.9
身体合併症病棟の有無	なし	135	42.9
	あり	155	49.2
	無回答	25	7.9
身体合併症の研修会 参加経験	なし	197	62.5
	あり	100	31.7
	無回答	18	5.7
身体合併症への興味関心	十分ある	125	39.7
	少しある	146	46.3
	あまりない	24	7.6
	ない	8	2.5
	無回答	12	3.8
身体合併症の知識	十分ある	14	4.4
	少しある	137	43.5
	あまりない	131	41.6
	ない	19	6.0
	無回答	14	4.4

(28.3%)であった。

精神科勤務歴では10年未満が149名(47.3%)であった。身体科勤務歴があるものは184名(58.4%)であった。勤務病院における身体合併症対応病棟の有無では「あり」が155名(49.2%)であった。また、身体合併症の研修会参加状況は「なし」が197名(62.5%)、身体合併症に対する興味関心が「十分ある」125名(39.7%)、身体合併症への知識が「十分ある」と認識しているものは14名(4.4%)だった(表1)。

表2 身体合併症に対する困難感・不安感(n=315)

項目	回答	人数	構成比(%)
困難感	ある	153	48.6
	時々ある	113	35.9
	少しある	46	14.6
	ない	3	1.0
不安感	ある	148	47.0
	時々ある	108	34.3
	少しある	49	15.6
	ない	8	2.5
	無回答	2	0.6

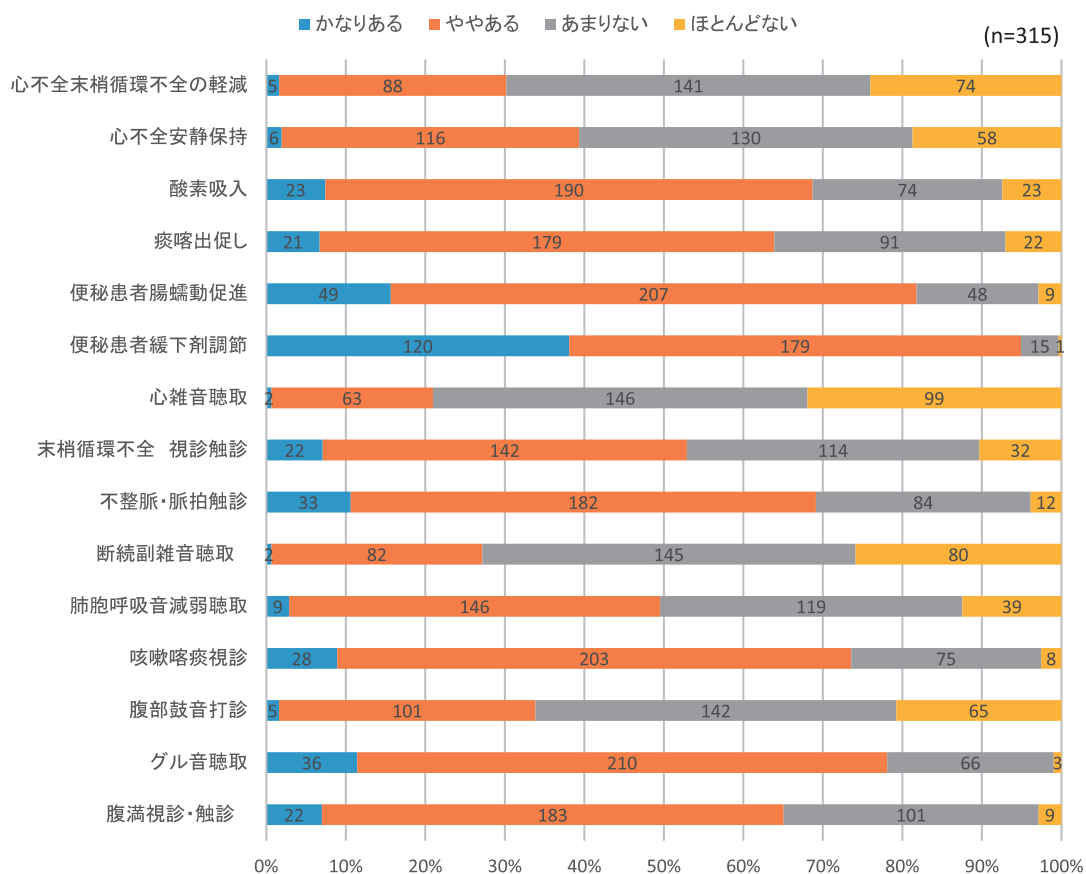


図1 統合失調症患者の身体合併症に関するフィジカルアセスメントの知識

## 2. 身体合併症に関する看護実践への困難感・不安感

身体合併症に関する看護実践への困難感に対しては、「ある」が153名（48.6%）、「ある」「時々ある」「少しある」を合わせると312名（99.1%）であった。また、不安感は「ない」と回答したものは8名（2.5%）であった（表2）。

## 3. 統合失調症患者の身体合併症に関するフィジカルアセスメント状況

## 1) 知識の実態

精神科で発生しやすい身体合併症（イレウス・肺炎・心疾患）に関するフィジカルアセスメントの知識について、「かなりある」と回答した者が多かった上位3項目をみると、「便秘患者の緩下剤調節」120名（38.1%）、「便秘患者腸蠕動運動促進」49名（15.7%）、「グル音聴取」36名（11.4%）であった。一方、知識が「ほとんどない」の上位3項目は、「心雑音聴取」99名（31.3%）、「断続副雑音聴取」80名（25.9%）、「心不全末梢循環不全の軽減」74名（24.0%）であった（図1）。

一方、平均点による知識が低かった上位3項目は順に「心雑音聴取」3.10点、「断続副雑音聴取」2.98点、「心不全末梢循環不全の軽減」2.92点であった（表3）。

## 2) 実施頻度の実態

「よく実施する」が多かった上位3項目は、「便秘患者の緩下剤調節」214名（68.2%）、「不整脈・脈拍触診」81名（26.0%）、「グル音聴取」77名（24.4%）であった。一方、実施頻度が「ほとんど実施しない」が多かった上位3項目は、「心雑音聴取」137名（44.2%）、「心不全末梢循

表3 フィジカルアセスメント15項目の知識の平均得点

項目	n	mean	sd
心雑音聴取	310	3.10	0.734
断続副雑音聴取	309	2.98	0.743
心不全末梢循環不全の軽減	308	2.92	0.766
腹部鼓音打診	313	2.85	0.758
心不全安静保持	310	2.77	0.768
肺胞呼吸音減弱聴取	313	2.60	0.740
末梢循環不全 視診触診	310	2.50	0.775
痰喀出促し	313	2.36	0.713
腹満視診・触診	315	2.31	0.641
酸素吸入	310	2.31	0.717
不整脈・脈拍触診	311	2.24	0.688
咳嗽喀痰視診	314	2.20	0.625
グル音聴取	315	2.11	0.592
便秘患者腸蠕動促進	313	2.05	0.651
便秘患者緩下剤調節	315	1.67	0.579

A県下における精神科看護師の統合失調症患者に対するフィジカルアセスメントの実態

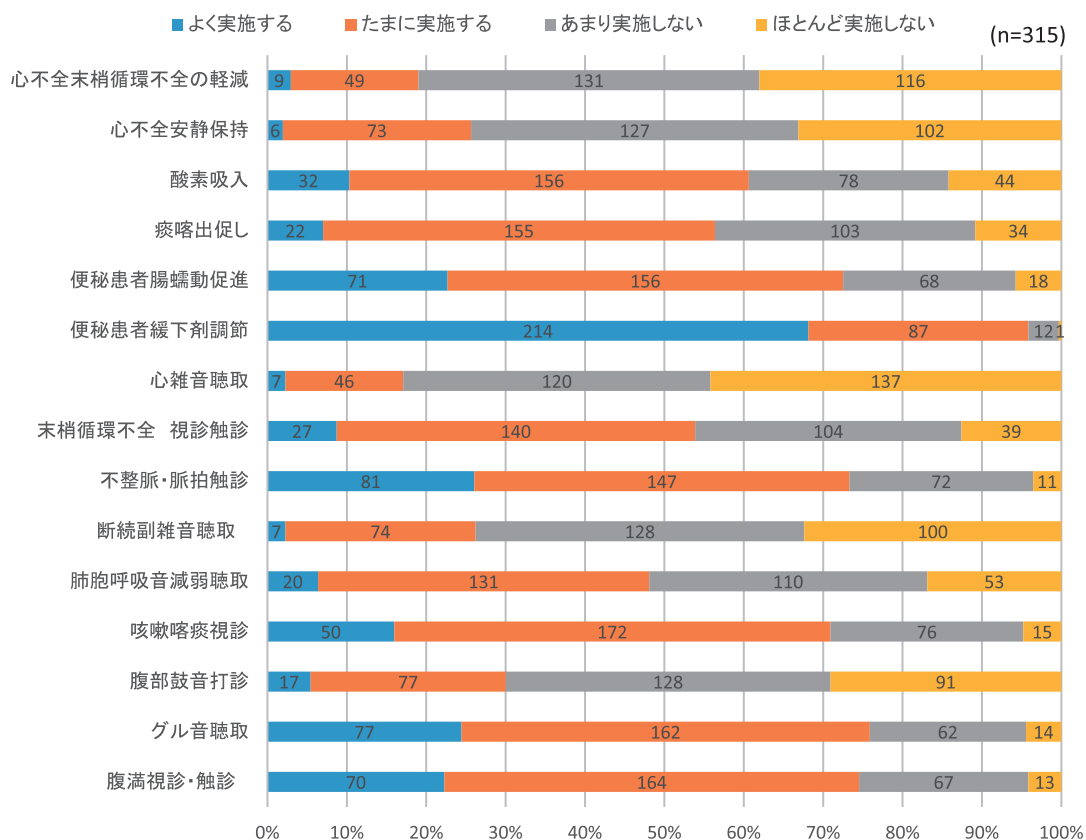


図2 統合失調症患者の身体合併症に関するフィジカルアセスメントの実施頻度

表4 フィジカルアセスメント15項目の実施頻度の平均得点

項目	n	mean	sd
心雑音聴取	310	3.25	0.788
心不全末梢循環不全の軽減	305	3.16	0.797
心不全安静保持	308	3.06	0.803
断続副雑音聴取	309	3.04	0.809
腹部鼓音打診	313	2.94	0.867
肺胞呼吸音減弱聴取	314	2.62	0.838
末梢循環不全 視診触診	310	2.50	0.823
痰喀出促し	314	2.47	0.780
酸素吸入	310	2.43	0.859
咳嗽喀痰視診	313	2.18	0.751
便秘患者腸蠕動促進	313	2.11	0.816
腹満視診・触診	314	2.07	0.774
グル音聴取	315	2.04	0.787
不整脈・脈拍触診	311	2.04	0.796
便秘患者緩下剤調節	314	1.36	0.573



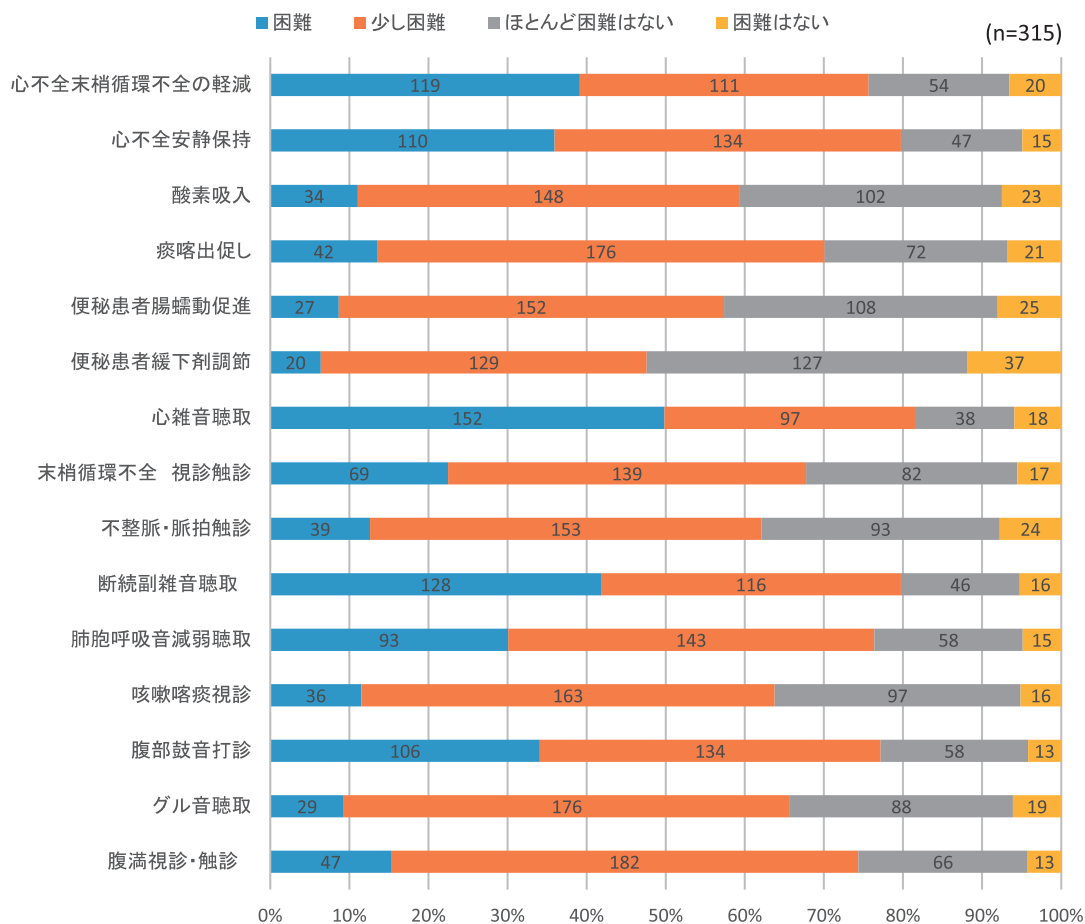


図3 統合失調症患者の身体合併症に関するフィジカルアセスメントの困難感

環不全の軽減」116名（38.0%）、「心不全安静保持」102名（33.1%）であった（図2）。

一方、平均点による実施頻度が低かった上位3項目は順に「心雑音聴取」3.25点、「心不全末梢循環不全の軽減」3.16点、「心不全安静保持」3.06点であった（表4）。

### 3) 困難感の実態

フィジカルアセスメントに関する困難感において、「困難」が全体の3割を超えたのは15項目中6項目で、「心雑音聴取」152名（49.8%）、「断続副雑音聴取」128名（41.8%）、「心不全末梢循環不全の軽減」119名（39.1%）、「心不全安静保持」110名（35.9%）、「腹部鼓音打診」106名（34.1%）、「肺胞呼吸音減弱聴取」93名（30.1%）であった。また、「困難はない」が最も多かった項目は「便秘患者の緩下剤調節」37名（11.8%）であった。それ以外の14項目で「困難はない」は10%に満たなかった（図3）。

一方、平均点による困難感が高かった上位3項目は順に「心雑音聴取」3.26点、「断続副雑

音聴取」3.16点、「心不全安静保持」3.11点であった（表5）。

表5 フィジカルアセスメント15項目の困難感の平均得点

項目	n	mean	sd
心雑音聴取	305	3.26	0.892
断続副雑音聴取	306	3.16	0.868
心不全安静保持	306	3.11	0.837
心不全末梢循環不全の軽減	304	3.08	0.910
腹部鼓音打診	311	3.07	0.832
肺呼吸音減弱聴取	309	3.02	0.828
腹満視診・触診	308	2.85	0.718
末梢循環不全 視診触診	307	2.85	0.832
痰喀出促し	311	2.77	0.765
咳嗽喀痰視診	312	2.70	0.738
グル音聴取	312	2.69	0.724
不整脈・脈拍触診	309	2.67	0.794
酸素吸入	307	2.63	0.779
便秘患者腸蠕動促進	312	2.58	0.761
便秘患者緩下剤調節	313	2.42	0.781

表6 フィジカルアセスメント15項目を平均した知識・実施頻度・困難感と属性との関連

	知識					実施頻度					困難感				
	n	Mean	±	SD	p <sup>1)</sup>	n	Mean	±	SD	p <sup>1)</sup>	n	Mean	±	SD	p <sup>1)</sup>
年代	20歳代	35	2.63	± 0.463	.003	35	2.72	± 0.516	.004	33	2.97	± 0.512	.098		
	30歳代	68	2.57	± 0.426		68	2.52	± 0.467		66	2.87	± 0.548			
	40歳代	64	2.40	± 0.459		60	2.46	± 0.501		59	2.67	± 0.645			
	50歳代	80	2.35	± 0.391		79	2.35	± 0.485		71	2.91	± 0.553			
	60歳以上	50	2.53	± 0.498		46	2.51	± 0.457		45	2.84	± 0.532			
職種	看護師	223	2.43	± 0.431	.008	218	2.47	± 0.486	.540	205	2.84	± 0.583	.853		
	准看護師	74	2.60	± 0.489		70	2.52	± 0.518		69	2.86	± 0.530			
勤務病院病床数	200床未満	160	2.52	± 0.471	.112	153	2.52	± 0.496	.649	146	2.84	± 0.586	.959		
	200床以上	132	2.42	± 0.423		129	2.43	± 0.490		123	2.85	± 0.560			
フィジカルアセスメント 科目修得	なし	185	2.49	± 0.438	.248	178	2.49	± 0.467	.788	171	2.84	± 0.567	.933		
	あり	87	2.43	± 0.466		84	2.51	± 0.543		78	2.85	± 0.585			
精神科勤務年数	10年未満	143	2.49	± 0.466	.588	140	2.56	± 0.482	.007	132	2.73	± 0.588	.002		
	10年以上	153	2.46	± 0.438		147	2.41	± 0.494		141	2.95	± 0.534			
身体科病棟勤務歴	なし	115	2.60	± 0.453	.000	113	2.62	± 0.470	.000	108	2.99	± 0.529	.001		
	あり	176	2.39	± 0.433		170	2.40	± 0.481		161	2.75	± 0.580			
身体合併症病棟	なし	128	2.54	± 0.491	.015	124	2.60	± 0.484	.001	119	2.87	± 0.621	.465		
	あり	151	2.41	± 0.409		148	2.40	± 0.477		139	2.82	± 0.529			
身体合併症の研修会参加 経験	なし	185	2.53	± 0.494	.005	180	2.56	± 0.515	.001	173	2.86	± 0.601	.597		
	あり	98	2.38	± 0.345		95	2.36	± 0.424		88	2.82	± 0.512			

欠損値がある場合はペア単位で除外した

1) 2値はχ検定、3個以上は一元配置分散分析

2) 多重比較はTukey法を使用した

#### 4. フィジカルアセスメントの知識・実施頻度・困難感と基本属性との関連

フィジカルアセスメント15項目の知識・実施頻度・困難感と属性との関連を表6に示した。年代別で見ると、50歳代が20歳代・30歳代に比べて知識は高く ( $p=.003$ )、実施頻度は、50歳代が20歳代に比べて高かった ( $p=.004$ )。資格別では、看護師は准看護師に比べて知識が高かった ( $p=.008$ )。勤務病院病床数においては、知識・実施頻度・困難感ともに有意差を認めなかった。フィジカルアセスメント科目修得状況の有無では、有意差を認めなかった。精神科勤務歴においては、10年以上の者は10年未満の者より実施頻度が高いものの ( $p=.007$ )、困難感も高かった ( $p=.002$ )。身体科勤務経験有無別では、知識・実施頻度・困難感の全てにおいて有意差を認め、身体科勤務歴がある者は知識 ( $p=.000$ )、実施頻度 ( $p=.000$ ) が高く、困難感 ( $p=.001$ ) は低かった。

身体合併症病棟の有無別では、身体合併症病棟「あり」が知識は高く ( $p=.015$ )、実施頻度も高かった ( $p=.001$ )。身体合併症研修会の参加状況では、研修会参加経験「あり」は知識 ( $p=.005$ )、実施頻度 ( $p=.001$ ) が高かった。

#### 5. フィジカルアセスメントの知識・実施頻度・困難感の相関

フィジカルアセスメント15項目を平均した知識・実施頻度・困難感の相関を表7に示した。知識と実施頻度は0.716と強い相関があり ( $p=.000$ )、知識と困難感では0.357 ( $p=.000$ )、実施頻度と困難感0.195 ( $p=.001$ ) であり、いずれも知識、実施頻度が高ければ困難感は低かった。

表7 フィジカルアセスメント 15 項目を平均した知識・実施頻度・困難感の相関

	相関係数 ( $r$ )	$p$
知識と実施頻度	0.716	.000
知識と困難感	0.357	.000
実施頻度と困難感	0.195	.001

## V. 考察

今回、精神科看護師のフィジカルアセスメント能力向上のための教育支援を検討するため、精神科看護師の統合失調症患者の身体合併症に対するフィジカルアセスメントの実態を把握した。その結果、ほぼ全数に近い精神科看護師が身体合併症に関する看護実践への困難感・不安感を抱いており、身体合併症看護の困難さを指摘した先行研究<sup>12) 13) 14)</sup>と同様の結果であった。

精神科での身体合併症看護に関する先行研究は症例研究が多く、質的記述的研究が少数存在するのみである<sup>15) 16) 17) 18) 19)</sup>。これらの先行研究は、いずれも、看護の困難さや身体合併症に気づくための観察やアセスメントの重要性の指摘にとどまっている。特に、入院患者の半数以

上を占め、身体管理が難しいとされる統合失調症患者の身体合併症について、フィジカルアセスメントの実態や看護実践の状況に関して明らかにされておらず、精神科看護師への教育支援体制が十分ではないと考えられる。

統合失調症患者の身体合併症に関するフィジカルアセスメントの状況をみると、知識が「かなりある」と回答した者が多かった上位項目は「便秘患者の緩下剤調節」「便秘患者腸蠕動運動促進」「グル音聴取」等であった。実施頻度においても「便秘患者の緩下剤調節」「グル音聴取」で、「困難はない」との回答で「便秘患者の緩下剤調節」が最も多かった。これらのことから、「便秘」に対するケアは日常的に実施されていることが明らかとなった。精神科薬物治療における消化管有害事象では日常診療上で便秘がもっとも頻度が高く<sup>20)</sup>、患者自身も薬物治療の副作用への不満として便秘を挙げる者が多い<sup>21)</sup> ことなどが影響し、日々の「便秘」に対する看護が実践されていると思われる。

一方、精神科看護師の知識がなく、実施頻度が低く、困難感を感じるフィジカルアセスメントは「心雑音聴取」「断続副雑音聴取」「心不全末梢循環不全の軽減」「心不全安静保持」「肺胞呼吸音減弱聴取」等であった。このことから、日頃の看護において、呼吸器や循環器に対する看護実践が実施されにくい現状が推測された。統合失調症患者は生活習慣病や心血管系疾患の罹患が高く、突然死を含む死因として心筋梗塞が大きなウエイトを占めている<sup>22)</sup>。また、精神科病棟に入院中の患者の身体合併症は循環器疾患が一番多く3割を占めるとされている<sup>23)</sup>。したがって、フィジカルアセスメントでは、特に呼吸器や循環器に関する知識や技術習得の強化が必要だと考える。

フィジカルアセスメントの知識・実施頻度・困難感と基本属性との関連では、年代別で50歳代は20歳代・30歳代に比べて知識が高く、実施頻度は20歳代に比べて高かった。また、精神科勤務歴をみると、10年以上の者は10年未満の者より実施頻度は高いが、困難感も高かった。これらのことから、年代別・精神科勤務歴年数別で、知識・実施頻度・困難感が異なることが推測される。道上是<sup>24)</sup> 精神科患者と接する時間が多いほど、理解力の低下や治療への参画拒否を目の当たりにし、身体合併症の早期発見や身体ケアの困難を実感として捉えていると報告している。つまり、経験年数により知識・実施頻度は増えるが、さまざまな事例を経験することで、身体合併症看護の困難さを感じていると考えられる。看護職の資格別において看護師が准看護師より知識が高かったことに関しては、それぞれの資格の教育課程における教育目的や教育内容、履修時間の相違が影響していると考えられる。学習状況では、看護基礎教育におけるフィジカルアセスメント科目習得の有無で有意差が無かったこと、および、身体合併症の研修会参加経験「あり」は知識、実施頻度が高かったことから、就職後の学習の有無がフィジカルアセスメントの実施に影響を与えられられる。勤務病院の病床数において、知識・実施頻度・困難感ともに有意差を認めなかった。これは、病院の規模がフィジカルアセスメントの実

施に影響するとは言い難いと考えられる。

身体科勤務経験がある者は知識・実施頻度が高く、困難感が低かった。また、身体合併症病棟「あり」で知識、実施頻度が高かった。武石ら<sup>25)</sup>の研究では精神科病棟以外での勤務経験がない精神科看護師は、身体合併症看護の知識・技術・経験不足に加え、精神症状との兼ね合いなど心理的負担を抱えながら身体合併症看護を実践していると報告されている。これらのことから、フィジカルアセスメントに身体科勤務経験の有無が大きく影響すると考えられる。一方、フィジカルアセスメントの知識・実施頻度・困難感の相関において、知識、実施頻度が高くなれば困難感は低くなることから、知識の獲得、実施頻度を高めていくことが困難感の解消につながると考えられる。

以上のことから、精神科看護師の統合失調症患者の身体合併症に対するフィジカルアセスメント能力向上のためには、年代や資格、および経験年数を考慮する必要があると思われる。わが国の精神科医療は「長期入院による患者の高齢化」や「薬物療法における多剤併用の実施」などの現状から、患者の身体リスクに多大な影響を与えている。特に、高い頻度で身体合併症を併発し、抗精神病薬の副作用を被る統合失調症患者の身体管理に関しては、精神科看護師が担う責務は非常に大きい。特に身体科病棟勤務歴のない精神科看護師に対しての教育支援の必要性が示唆された。

本研究は、7年前の調査であり、一つの県の限られた人数の実施者を対象として検討したものである。今後はさらに多くの実施者を対象として調査を実施し、統合失調症患者の身体合併症に対するフィジカルアセスメント能力向上の教育プログラムを開発し、統合失調症患者のADLやQOLの向上に寄与することが課題である。

## VI. 結論

精神科看護師の統合失調症患者の身体合併症に対するフィジカルアセスメントの実態を調査した結果、以下のことが明らかになった。

1. 身体合併症に関する看護実践への困難感・不安感は、ほぼ全数の精神科看護師が感じていた。
2. 統合失調症患者の身体合併症に関するフィジカルアセスメント状況として、知識があり、実施頻度が高く、困難はないケアは「便秘患者の緩下剤調節」「便秘患者腸蠕動運動促進」「グル音聴取」であった。一方、知識がなく、実施頻度が低く、困難感を感じるフィジカルアセスメントは「心雑音聴取」「断続副雑音聴取」「心不全末梢循環不全の軽減」「心不全安静保持」「肺胞呼吸音減弱聴取」等であった。
3. フィジカルアセスメントの知識・実施頻度・困難感と基本属性との関連では、50歳代が20歳代・30歳代に比べて知識は高く、実施頻度は、50歳代が20歳代に比べて高かった。資格別では、看護師は准看護師に比べて知識が高かった。精神科勤務歴は、10年以上の者は10

年未満の者より実施頻度が高いものの、困難感も高かった。身体科勤務経験有無別では、知識・実施頻度・困難感の全てにおいて有意差を認め、身体科勤務歴がある者は知識、実施頻度が高く、困難感は低かった。

身体合併症病棟「あり」が知識は高く、実施頻度も高かった。身体合併症研修会参加経験「あり」は知識、実施頻度が高かった。

4. フィジカルアセスメントの知識・実施頻度・困難感の相関では、知識と実施頻度は強い相関があり、知識、実施頻度が高ければ困難感は低かった。

## 謝辞

調査にご協力いただいた関係機関とスタッフの皆様に深謝します。

本研究の一部は2022年度日本看護研究学会第48回学術集会において発表した。

## 文献

- 1) 厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョンについて、  
[https://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/ff3791a2df0df71d49256f1600261f53/\\$FILE/siryu2\\_vision\\_1.pdf](https://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/ff3791a2df0df71d49256f1600261f53/$FILE/siryu2_vision_1.pdf) (2022年10月21日アクセス可能)
- 2) Hjorthoj C, Sturup, AE, McGrath JJ, et al : Years of potential life lost and expectancy in schizophrenia : a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*4 : 295-301, 2017.
- 3) Crump C,Winkleby MA,Sundquist K, et al : Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia : a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry*170 : 324-333, 2013.
- 4) 染矢俊幸：「抗精神病薬治療と身体リスクに関する合同プロジェクト」の背景と成果。－統合失調症患者さんの健康と命を守るために－, *精神神経学雑誌*, 120(12) : 1074-1081, 2018.
- 5) 藪崎元浩・河合俊二：イレウスの早期発見につなげる看護プロセス：精神情緒状態や生活行動の変化と身体合併症の存在を結びつける気づき, *精神科看護*, 34(12) : 46-52, 2007.
- 6) Muir-Cochrane, E. : Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,13(4) : 447-452, 2006.
- 7) 清野由美子・中村勝：精神科病院における身体合併症看護の現状と課題（その1）－身体観察および身体ケアの困難性－, 第42回日本看護学会論文集（精神看護）：218-221, 2012.
- 8) 一般社団法人日本精神科看護協会：精神科における身体合併症治療の中での看護の役割に関する検討・プロジェクト報告 ,<http://www.jpna.or.jp/info/kawara/070814gakkaiPhoukokusyuo.pdf> (2015年5月1日アクセス可能)
- 9) 木挽秀夫：精神科における身体観察の実態調査, 第36回日本看護学会論文集（精神看護）：48-50, 2006.
- 10) 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書（平成19年）」（厚生労働省）, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> (2022年10月31日アクセス可能)
- 11) 清野由美子・中村勝：精神科病院における身体合併症看護の現状と課題（その2）－看護師が抱く困難性にかかわる要因と円滑な看護への対策－, 第42回日本看護学会論文集（精神看護）：222-225, 2012.



- 12) 大川貴子・中山洋子：入院精神障害者の身体合併症の実態とケア上の困難さの分析, 日本精神保健看護学会誌, 13(1) : 63-71, 2004.
- 13) 服部智佐・亀井利江・清水ちよみ：精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護への思いと課題, 日本精神科看護学術集会誌, 59(1) : 224-225, 2016.
- 14) 荒木孝治・瓜崎貴雄・正岡洋子他：精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護への不安に関する検討, 大阪医科大学看護研究雑誌, 3 : 100-108, 2013.
- 15) 藤野成美・富森玲子・福原百合：精神科看護師の一般診療所研修における成果と身体合併症ケア能力向上のための教育プログラム構築への示唆, 日本精神科看護学術集会誌, 56(1) : 22-30, 2013.
- 16) 上野端子・藤原健一：身体合併症看護実践過程における看護師の認識, 日本精神科看護学会誌, 54 (3) : 226-230, 2011.
- 17) 石橋照子：精神科看護師による身体合併症への気づきのプロセス－修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて, 日本精神保健学会誌, 15(1) : 104-112, 2006.
- 18) 三森康雄他：精神疾患患者の身体合併症発見に繋がる気づき－2 事例を通して, 日本看護学会論文集精神看護, 37 : 57-59, 2006.
- 19) 大川貴子・中山洋子：入院精神障害者の身体合併症の実態とケア上の困難さの分析, 日本精神保健看護学会誌, 13(1) : 63-71, 2004.
- 20) 船槻紀也・嶽北佳輝：【統合失調症患者の身体的脆弱性：精神科薬物治療と寿命の短縮】統合失調症の病因および病態における消化管の関連性について, 臨床精神薬理, 25(4) : 413-420, 2022.
- 21) Takahashi Kei, Yamasawa Ryoko, Suzuki Takefumi et al : Gap between patients with schizophrenia and their psychiatrists on the needs to psychopharmacological treatment : A cross-sectional study : Neuropsychopharmacology Reports, 40(3) : 232-238, 2020.
- 22) 古郡規雄：統合失調症患者の身体モニタリング, 精神神経学雑誌, 120(12), 1095-1100, 2018.
- 23) 荻野夏子・吉川隆博・北村周美他：精神科入院患者における身体合併症の現状調査, 病院・地域精神医学, 60(2) : 201-203, 2018.
- 24) 道上勝春：A 精神科病院の身体合併症早期発見に対する看護師の認識, 日本精神科看護学術集会誌, 60(2) : 333-336, 2018.
- 25) 武石美香・藤原美那子・白山翠他：精神科病棟以外での勤務経験がない看護師が抱く身体合併症看護に対する心理的負担, 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要, 25(1) : 99-105, 2017.