

---

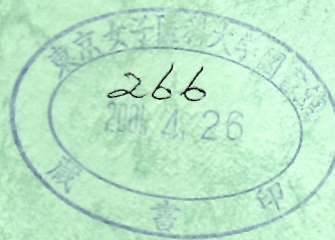
# 薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発

---

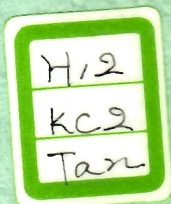
(研究課題番号 11672396)

平成11年度～12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13年3月



研究代表者 田中美恵子  
(東京女子医科大学 看護学部 教授)





---

# 薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発

---

(研究課題番号 11672396)

平成11年度～12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13年3月

研究代表者 田中美恵子  
(東京女子医科大学 看護学部 教授)

## はしがき

平成 11.12 年度 文部省科学研究費（基盤研究 C）研究成果報告書

### 薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発

（研究課題番号 1 1 6 7 2 3 9 6）

#### 研究組織

（平成 11 年度）研究代表者： 田中美恵子（東京女子医科大学・看護学部・教授）  
研究分担者： 若狭 紅子（東京女子医科大学・看護学部・助教授）  
研究分担者： 菅原とよ子（東京女子医科大学・看護学部・講師）  
研究分担者： 川添 由紀（東京女子医科大学・看護学部・助手）

（平成 12 年度）研究代表者： 田中美恵子（東京女子医科大学・看護学部・教授）  
研究分担者： 若狭 紅子（東京女子医科大学・看護学部・助教授）  
研究分担者： 菅原とよ子（東京女子医科大学・看護学部・講師）  
研究分担者： 川添 由紀（東京女子医科大学・看護学部・助手）  
研究分担者： 江波戸和子（東京女子医科大学・看護学部・助手）

#### 研究経費

平成 1 1 年度	1 2 0 0	千円
平成 1 2 年度	6 0 0	千円
計	1 8 0 0	千円

#### 研究発表

口頭発表 江波戸和子 川添由紀 菅原とよ子 若狭紅子 田中美恵子  
日本における薬物依存症患者に対する看護実践モデルの検討  
第 2 0 回日本看護科学学会学術集会、2000 年 12 月 16 日

#### 研究協力者

小沼 杏坪	（国立下総療養所）
小田 晶彦	（国立下総療養所）
富宅 俊介	（国立下総療養所）
堀部 泰治	（国立下総療養所）
大川 和男	（国立下総療養所）
及川 信雄	（国立下総療養所）

# 目 次

I. 序論	1
1. 研究の背景	1
2. 研究の目的	2
3. 用語の定義	2
II. 文献検討	4
III. 薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの試案の作成	6
1. 研究課題	6
2. 研究方法	6
1) 調査方法	6
2) 調査期間	6
3) 分析方法	6
4) 研究における倫理的配慮	7
3. 結果	7
1) 薬物依存症患者の経過に沿った看護ケアの内容	7
(1) 離脱期	
(2) 渴望期	
(3) 断薬継続期	
(4) 看護ケアの基本姿勢	
2) 薬物依存症患者を看護するうえでの看護婦・士の思い	10
4. 考察－薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの試案－	11
図・表	13
IV. 薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発	16
1. 研究課題	16
2. 概念枠組み	16
3. 調査方法	16
1) 調査票の構成	16
2) 調査票項目の検討	18
3) 質問紙調査の実施	19
(1) 対象者と対象施設	
(2) 質問紙の配布と回収の手順	
(3) 分析方法	



4. 結果 .....	20
1) 対象者の背景 .....	20
(1) 年齢、性別	
(2) 免許の種類、学歴	
(3) 職位	
(4) 経験年数、精神科の経験年数	
(5) 薬物依存症専門病棟での勤務期間	
(6) これまでに看護した薬物依存症の患者数	
(7) 婚姻状況、子供の有無	
(8) 講習会・勉強会への参加	
2) 施設の背景 .....	20
a. 対象施設の背景 .....	20
(1) 設置主体	
(2) 診療体制	
(3) 看護基準及び看護体系	
(4) 全病床数	
(5) 精神科病床数	
b. 対象病棟の背景 .....	22
(1) 病床数	
(2) 看護者数 (全体)	
(3) 看護者数 (准看護婦・士)	
(4) 看護者数 (正看護婦・士)	
(5) 勤務形態	
(6) 平均勤務者数 (日勤)	
(7) 平均勤務者数 (夜勤)	
(8) 平均勤務者数 (準夜勤)	
(9) 平均勤務者数 (深夜勤)	
(10) 病棟開放度	
(11) 患者の性別による病棟区分	
(12) 病棟の特徴	
(13) 看護方式	
(14) 薬物依存症患者の入院患者数 (年)	
(15) 薬物依存症患者の平均入院月数	
(16) 薬物依存症患者の入院時入院形態	
(17) 薬物依存症患者に関する看護マニュアルの有無	
3) 薬物依存症患者に対する看護ケアの内容とその時期 .....	25
(1) 看護ケア尺度の内容妥当性の検討	
(2) 看護ケア尺度の信頼性の検討	
(3) 看護ケア尺度の因子分析－構成概念妥当性の検討	
(4) 看護ケアの各因子間の相関	

(5) 看護ケアの尺度の各因子ごとの心がけている程度	
(6) 看護ケアの総得点と各項目ごとの平均得点	
(7) 看護ケアを行っている時期	
4) 薬物依存症患者の看護にまつわる特徴	26
(1) 薬物依存症患者の看護する上で困ること	
(2) 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の職業的やりがい	
5) 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の心身の反応	28
(1) 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の感情反応	
(2) 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士のバーンアウト	
(3) 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の身体症状	
(4) 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士のストレス・コーピング	
6) 薬物依存症患者に対する看護ケアと他の要素との関連	30
(1) 看護ケアと対象者の背景との関連	
(2) 看護ケアと施設の背景との関連	
(3) 看護ケアと看護する上で困ることとの関連	
(4) 看護ケアと職業的やりがいとの関連	
(5) 看護ケアと感情反応との関連	
(6) 看護ケアとバーンアウトとの関連	
(7) 看護ケアと身体症状との関連	
(8) 看護ケアとストレスコーピングとの関連	
7) 薬物依存症患者の看護を進めていく上での要望	32
5. 考察	34
1) 薬物依存症患者に対する看護ケアの構造とその実態	34
2) 薬物依存症患者に対する看護ケアにまつわる特徴	34
3) 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の心身の反応	35
4) 薬物依存症患者に対する看護ケアと対象者の背景および施設の背景	36
5) 薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発	36
図・表	38
V. 薬物依存症患者の看護実践に対する本研究の意義と示唆	87
VI. 謝辞	88
参考文献	90
資料	91

## I. 序論

### 1. 研究の背景

現在、わが国はこれまでにない薬物乱用拡大の危機に直面していると言われている。戦後に始まったわが国の薬物乱用の歴史は、1995年以降薬物の密輸入の国際化に伴い、「乱用薬物の多様化」と「覚せい剤乱用の若年層までへの浸透」を特徴<sup>1)</sup>とする第三次覚せい剤乱用期<sup>2)</sup>を迎え、薬物対策は国を挙げての急務となっている。

1991年から2000年は、国連の麻薬乱用撲滅の10年にあたり、1998年には、21世紀に向けた薬物乱用対策を検討するための「国際薬物統制に関する国連特別総会」がニューヨークで開かれ、国連薬物特別総会・政治宣言が提起されている。わが国においてもこの国連薬物特別総会へ向け、薬物乱用対策推進本部において、国内における長期的な総合計画の策定が申し合わされ、薬物乱用防止5ヶ年戦略(平成10年－14年)が作成された。薬物乱用防止5ヶ年戦略では、「第三次覚せい剤乱用期の到来に対し、その早期終息に向けて緊急に対策を講ずるとともに、世界的な薬物乱用問題の解決にわが国も積極的に貢献する」という基本目標の他に、以下の4つの具体的な目標が掲げられている<sup>3)</sup>。

目標 1. 中・高生を中心に薬物乱用の危険性を啓発し、青少年の薬物乱用傾向を阻止する。

目標 2. 巧妙化する密売方法に的確に対処し、暴力団、一部不良外国人の密売組織の取り締まりを徹底する。

目標 3. 密輸を水際でくい止め、薬物の密造地域における対策への支援などの国際協力を推進する。

目標 4. 薬物依存・中毒者の治療と社会復帰を支援し、再乱用を防止する。

このうち特に目標 4.は、医療専門家が直接その責務を果たすべき領域であるといえる。しかしながら、わが国における薬物依存症患者の医療体制は、昭和30年代以降発展してきたアルコール依存症患者への対応をモデルとして整備されてきており<sup>4)</sup>、理念としての「医療モデル」、「社会福祉モデル」の整備の遅れが指摘されている<sup>5)</sup>。具体的には、薬物依存症患者の治療には、薬物に関連して引き起こされる患者の多彩な問題に対応するための「治療の多様性」と、患者が薬物摂取中心の生活から脱却し、薬物のない生活習慣を身につけるまでの一貫した「治療の継続性」が必要とされるといわれる<sup>6)</sup>が、医療・福祉・警察・司法・教育などが連携した多様な治療プログラムの整備が遅れており、一方で、現行の精神保健福祉法における社会復帰施設は薬物依存症患者には利用が難しく、また薬物依存症患者を専門的に対象とする公的な社会復帰施設がないなど、包括的なリハビリテーションプログラムや支援システムの整備が極端に遅れているのが現状である<sup>7)</sup>。

このような状況の中、薬物依存症患者の増加とともに、臨床領域において看護婦・士は、薬物依存症患者への対応に迫られていることが推測できる。しかしながら、わが国の精神看護領域においては、薬物依存症患者への看護に関する研究は現段階では多くは事例研究のレベルにとどまり、系統的な研究は皆無に等しく、わが国の精神科医療施設における薬物依存症患者への看護の実際はほとんど把握されていないのが現状である。一方、米国を中心とした海外の文献では、薬物依存症患者の看護については物質依存関連障害への看護として整理され、そのモデルや援助方法が述べられている<sup>8)9)</sup>が、その翻訳・紹介はほとんど行われていない。また、精神看護学の教科書等を拾っても薬物依存症患者への看護に関する記述はアルコール依存症患者への



看護と比してもきわめて少なく、看護基礎教育課程においても薬物依存症患者の看護に関する十分な教育は行われておらず、精神看護に従事する者に薬物依存症患者への看護に関する基礎的な知識が不足している現状が推測できる。またそれが薬物依存症患者への看護の遅れをもたらしていると推察される。すでに薬物依存症患者に対する一定の看護援助を明らかにしている海外の文献の紹介も急がれることであるが、薬物依存症の問題は、その国の社会・文化的な背景と深く関わる問題であり、各国の司法との関連も含めた医療体制の違いも、治療および看護に大きな影響を与えるものと考えられる。

そこで、以上のような時代の要請、およびわが国の薬物依存症患者に対する看護実践、看護研究の現状に鑑み、日本における薬物依存症患者の看護の実態を把握し、わが国の臨床実践および看護教育に応用できる薬物依存症患者の看護ケアモデルを開発することが急務であると考えられる。

## 2. 研究の目的

本研究の目的は、わが国の臨床実践に即した薬物依存症患者の看護ケアモデルを開発することである。本研究の目的を達成するために、以下の2段階の研究過程を踏んだ。

それぞれの研究過程の課題は、以下に示す通りである。

### 〔第1段階〕

文献の検討、ならびに薬物依存症専門病棟でのフィールド調査、薬物依存症患者への看護経験を有する看護者への面接調査を実施し質的分析を加えることで、薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの試案を作成する。

### 〔第2段階〕

第1段階で得られた看護ケアモデルの試案をもとに質問紙を開発し、全国の薬物依存症患者の看護に携わる看護者に対し、薬物依存症患者に対する看護ケアの実態を調査し、その結果をもとに、わが国の臨床実践に即した薬物依存症患者に対する看護ケアモデルを開発する。

## 3. 用語の定義

本研究において、薬物依存症患者の「薬物」とは、タバコ・アルコールを除く、有機溶剤・大麻・覚せい剤などの依存性薬物を指す。

## 引用文献

- 1)和田清:日本における薬物乱用・依存の現状、日本アルコール・薬物医学会雑誌、33(5): 593、1998.
- 2)和田清:薬物乱用・依存の実態、脳の科学、22: 383、2000.
- 3)薬物乱用防止「ダメ。ゼッタイダメ。」ホームページ <http://www.dapc.or.jp/news/r.htm>
- 4)小沼杏坪:薬物依存症の治療・処遇体制、日本アルコール・薬物医学会雑誌、33(5): 608、1998.
- 5)同上.
- 6)小沼杏坪、薬物依存症の治療ガイドライン、小沼杏坪、福井進編:薬物依存症ハンドブック、金剛出版、p.74、1996.

7)前掲論文 4 ) p.611 .

8)Madeline A. Naegle : Substance-Related Disorders, Judith Haber et al.:Comprehensive Psychiatric Nursing, Mosby, Fifth Edition, 1997 .

9)Eleanor J.Sullivan et al.: Nursing Care of Clients with Substance Abuse,Mosby,1995.

## II. 文献検討

日本における薬物依存症の看護の研究・報告については、近年になり臨床領域からの実践報告が行われるようになってきた。武田ら<sup>1)</sup>は、薬物依存症患者の増加に伴い、入院患者の過半数以上が精神分裂病患者である急性期閉鎖病棟で薬物依存症患者を受け入れざるをえない現状があることを報告するとともに、入院中にできることは薬物からの離脱への援助であるとして、急性期における安全確保と身体管理、渴望期の患者の激しい感情につきあうこと、看護婦・士がイネーブラーにならずに地域の回復援助施設や自助グループにつなげることの重要性について述べている。また秋山ら<sup>2)</sup>は、十数年の覚せい剤使用歴をもつ患者に対し、看護婦・士が精神的、身体的苦痛に共感をしめすことにより患者が初めて自分の症状を訴え、また約束事を明確化することで患者がその約束事を守れるよう援助することを通して互いに信頼を深め、その結果、自助グループとの連携を経て患者が回復する過程を報告している。河内ら<sup>3)</sup>も中毒性精神障害の専門治療病棟において、刑事事件を起こした経歴と衝動的な暴力という問題をもつ覚せい剤精神病患者が単身生活を送れるようになるまでに行った4年間の援助過程を報告し、暴力の背後にある患者の心理に関心を寄せることの重要性について述べている。その他、ブロン中毒患者に対するレクリエーション療法導入についての事例報告<sup>4)</sup>、家族教育の取り組み<sup>5)</sup>、自己診断の試み<sup>6)</sup>、病棟プログラムの紹介<sup>7)</sup>などの報告が行われている。及川<sup>8)</sup>は、依存症専門病棟での実践に基づき、一般的に1～3ヶ月であるとされる入院期間を、小沼の治療経過の4期<sup>9)</sup>をもとに、薬物の離脱期、渴望期、断薬継続期の3期に分けて整理し、薬物依存症患者の看護の一般的な枠組みと各期に応じた看護のポイントについて明らかにしている。それによれば、離脱期(入院から7～10日)は、継続的な観察と症状に応じた救命的・保護的対応を行い、薬物からの脱却に失敗したことによる自信の喪失や抑うつに対して支持的に関わること、また薬物渴望期(2～6週間)には、患者の薬物への渴望や精神依存の表現としての性急・焦燥・易怒などに対して、その場限りの対応をせず、生活面でのかかわりを深めておくことや、入院前から生じていた周辺の諸問題を処理することで対応し、さらには運動療法や作業療法を通じて体力や意欲の回復や焦燥感の発散をはかり、規則正しい生活習慣の確立ができるよう援助すること、また断薬継続期には、退院を前にした不安や緊張感を理解し、退院指導や家族指導を通して、患者が薬物に頼らない生活を獲得できるよう支援することが重要であることが示されている。

文献からは以上のように、薬物依存症患者の看護について部分的に明らかにされつつあるといえるが、多くは事例報告や各種治療プログラムの紹介にとどまり、薬物依存症患者の看護ケアの指針となる体系的な知識を示すには至っておらず、また薬物依存症患者の看護に特徴的な問題の詳細に立ち入る段階には至っていない。

一方、海外の文献では、薬物依存症の看護については、物質依存関連障害への看護として整理され、そのモデルや援助方法が記述されている。Madeline A. Naegle は、物質関連障害 Substance-Related Disorders の看護過程について述べ、看護婦の介入として、環境管理、セルフケア、精神生物学的方略、健康教育、ケースマネジメント、健康の維持・増進を挙げ<sup>10)</sup>、特に看護婦の行うカウンセリングは、患者が精神活性薬物を用いることなく適応することを学ぶよう、問題解決や意志決定など現実指向のサポートを提供するものとして重要性であるとしている。また Bulhm は、看護者の役割として家族に対するカウンセリング、患者や家族のための自助グループの紹介を挙げている<sup>11)</sup>。



すでに薬物依存症患者に対する一定の看護援助を明らかにしている海外の文献の紹介も急がれることであるが、薬物依存症の問題は、その国の社会・文化的な背景と深く関わる問題であり、使用薬物の違いや、薬物依存症患者の社会文化的な特徴の違い、さらには各国の司法との関連も含めた医療体制の違いも、治療および看護に大きな影響を持つと考えられる。そこで、以上のような現状に鑑み、わが国の臨床実践に即した薬物依存症患者に対する看護ケアモデルを開発することが急務であると考えられる。

## 引用文献

- 1)武田恵子他:急性期受け入れ閉鎖病棟における薬物依存症者の看護、精神科看護、25(6):15-20、1998.
- 2)秋山悟他:慢性覚せい剤中毒患者の回復過程－医療と自助グループとの連携から－、日本精神科看護学会誌、43(2):68-71、2000.
- 3)河内秀明他:対応困難な覚せい剤精神病患者との関わり、第25回日本看護協会成人看護Ⅱ、pp.51-53、1994.
- 4)石田和子:ブロン中毒患者との関わりからの一考察、第24回日本精神看護学会誌、42(1):71-73、1999.
- 5)佐藤久美子他:薬物依存症の家族教室を実施して、第23回日本精神看護学会誌、41(1):529-530、1998.
- 6)幸村幸男他:薬物依存症者へ自己診断を試みて、第23回日本精神看護学会誌、41(1):419-421、1998.
- 7)乗末郁恵:薬物依存症からの回復をめざして 覚せい剤治療プロジェクトの効用と課題、第24回日本精神看護学会誌、42(1):186-188、1999.
- 8)及川信雄:薬物依存 看護の展開、高久史麿、森岡恭彦、大國真彦他監修、臨床看護事典、第2版、メジカルフレンド社、pp.2052-2055、1998.
- 9)小沼杏坪、薬物依存症の治療ガイドライン、小沼杏坪、福井進編:薬物依存症ハンドブック、金剛出版、pp.68-73、1996.
- 10)Madeline A. Naegle : Substance-Related Disorders, Judith Haber et al.:Comprehensive Psychiatric Nursing, Mosby, Fifth Edition, 1997.
- 11)Jude Bluhm、榎本稔他監訳:アルコール・薬物依存症者に出会ったとき、p.105-108、エイド出版、1992.

### Ⅲ. 薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの試案の作成

#### 1. 研究課題

文献の検討、ならびに薬物依存症専門病棟でのフィールド調査、薬物依存症患者への看護経験を有する看護者への面接調査を実施し質的分析を加えることで、薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの試案を作成する。

#### 2. 研究方法

##### 1) 調査方法

調査は以下の方法により行った。

(1)首都圏内にあるアルコール・薬物依存症専門病棟において、毎月2-3日程度計16日間、薬物依存症者の看護実践について参加観察した。参加観察にあたっては、病棟内では白衣を着用し、病棟看護婦・士に付いて、病棟看護活動の諸場面に参加し、同時併行してカルテ・看護記録等の記録物を参照し、特徴的な患者の経過を追った。参加観察した場面は、保護室内の患者への個別ケア、大部屋の患者ケア、院内散歩、院外散歩、外来診察、自助グループのミーティング等であった。

(2)首都圏内の5施設(公立精神病院2施設、民間精神病院3施設)で、現在薬物依存症患者の看護を行っている看護者16名(男性10名、女性6名、平均年齢36.5歳、平均臨床経験年数13.9年)に対し、薬物依存症患者の看護について1時間半～2時間程度の面接調査を行った。面接は、①現在の病棟に勤務したときの印象、②印象に残っている患者やエピソード、③勤務していて困ったこと、④勤務してよかったこと、⑤実際に看護してわかったこと、⑥看護しているうえで大切にしていることなどを中心に半構成的な質問紙を用いて行った(巻末資料)。なお、対象者の了解を得て面接内容をテープ録音し、それを逐語的に記述した。

(3)都内のある薬物依存症者のためのセルフヘルプグループの会合に参加し、薬物依存症者のセルフヘルプグループ活動の実際を知るとともに、セルフヘルプグループを組織運営する当事者から、薬物依存症者の置かれた状況、現在の要望・課題等について意見を聴取し、研究の参考とした。

##### 2) 調査期間

1999年9月 - 2000年5月

##### 3) 分析方法

参加観察、面接調査で得られたデータをコード化し、小沼<sup>1)</sup>および及川<sup>2)</sup>の薬物依存症患者に対する治療および看護経過の枠組みを参考に、看護ケアの内容を分類整理した。一方で面接の中で語られた看護婦・士の薬物依存症患者を看護するうえでの思いについても分類整理し、以上を統合して看護ケアモデルの試案を作成した。

なお、小沼は、薬物依存症患者に対する治療経過を導入期、脱慣期(前期:離脱期、後期:渴望期)(1～3ヶ月)、断薬継続期に分けて整理しているが、このうち導入期は、入院治療場面としては、初診時の外来診察場面にほぼ相当する。及川は小沼に基づきながらも、外来診察場面

にあたる導入期を除き、入院治療場面で看護婦・士が直接患者ケアにあたる時期に相当する離脱期、渴望期、断薬継続期に絞って、看護ケアの経過を整理している。本研究では、以上の及川の看護ケアの経過の枠組みにほぼ準拠し、薬物依存症患者に対する看護ケアの経過を、離脱期、渴望期、断薬継続期の3期に分け、各々の看護ケアの内容について分類整理した。

#### 4) 研究における倫理的配慮

調査対象の看護者に対しては、調査の目的・方法を文書で説明し協力を得た。また研究結果の公表に際しては、調査対象の看護者および調査の中で知り得た患者の情報について匿名性に配慮した。

### 3. 結果

以下では、最初に薬物依存症患者の経過に沿った看護ケアの内容について述べ、次に薬物依存症患者を看護するうえでの看護婦・士の思いについて述べ、それらを統合して、薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの試案について考察することとする。

#### 1) 薬物依存症患者の経過に沿った看護ケアの内容(表 1.)

##### (1) 離脱期

離脱期には、①身体症状と精神症状を観察する、②安全を確保する、③治療・看護の枠組みをつくるの3点が看護ケアの中心的内容として抽出された。

##### ① 身体症状と精神症状を観察する

この時期には、入院前の薬物乱用により患者は身体的・精神的に衰弱していたり、幻覚や妄想などの精神症状が出現していることが多く、身体症状と精神症状の十分な観察が看護ケアの中心的内容として抽出された。下位項目としては、<睡眠、栄養の状態、感染の有無を観察>、<身体症状、精神症状、心気症状の鑑別>、<幻覚妄想の有無、意識状態、離脱症状などの精神症状の観察>、<向精神薬の副作用の観察>などが含まれていた。

##### ② 安全を確保する

幻覚・妄想・精神運動性興奮などの精神症状があるため、患者の安全を確保することが、看護ケアの中心的内容の一つとなっていた。下位項目としては、<自傷他害の防止>、<全身状態の管理>が含まれていた。

具体的には、参加観察した病棟では、他の患者とのトラブルを避けるために入れ墨を見せないよう長袖の衣服を着るように伝えたり、部屋の配置を考慮したり、入浴や中庭で過ごすときには看護者が一対一で付き添うなどしていた。また入院前からの数日間にわたる不眠や入院後の向精神薬の作用によって、入院後数日間は眠り続ける場合もあり、看護婦・士は、患者の日常生活全般をモニタリングをしながら、全身状態を管理していた。

##### ③ 治療・看護の枠組みをつくる

入院場面の初期にあたる離脱期では、治療・看護の枠組みをつくるということが、看護ケアの中心的内容の一つとして抽出された。下位項目としては、<治療・看護契約とインフォームドコンセント>、<治療のオリエンテーションと決まり事の確認>、<ミーティングによる治療・看護方針の統一>が含まれていた。



薬物依存症者の入院は、必ずしも本人の意思に基づかない場合もあり、また断薬のつらさや入院生活の不自由さから、患者は入院治療に対して不満を持ちやすく、ともすれば治療的な目標が阻害されやすい状況があった。そこで、入院治療の目標やおおよその期間などについて、入院初期に患者と治療チームが話し合い同意を得ること、あるいは同意を得られるような説明を行うことが行われていた。

また、入院生活の導入をスムーズにするために、病棟規則、入院治療の見通し、隔離や拘束に関して文書でのオリエンテーションなど、入院生活上の決まり事の説明が行われていた。参加観察を行った病棟では、文書での説明を行うことで、看護婦・士間の説明の不統一が起ころことを防止し、患者の操作化によるトラブルを避ける努力がなされていた。

また患者の操作的な行動を避けるために、ミーティングによる治療・看護方針の統一が重要視され意識的に行われていた。治療チーム内での統一がとれていない場合には、患者の操作化、威嚇、暴力などを生じさせるきっかけとなる場合も観察された。

## (2) 渴望期

この時期は患者の薬物への使用欲求が高まる時期であり、過食や薬物使用のやりとりで患者に怒鳴られたり、病棟へ薬物の持ち込みをしようとするような逸脱行動などのエピソードが多く語られ、①薬物への渴望に対して関係を通して関わる、②断薬と治療継続に向けて教育的に関わるの2点が看護ケアの中心的な内容として抽出された。

### ① 薬物への渴望に対して関係を通して関わる

渴望期には、疲労が回復し、活動性が高まってくるので、これまで関心を払うことができなかった身体的な苦痛(歯痛、整形外科的な痛みなど)を訴えたり、過食が生じたり、入院前のそのままにしてきてしまった生活の身辺整理などへの関心が高まってくる時期である。薬物に対する渴望は、不安や焦燥感を助長し、常に苛々した過敏な状態をもたらす。それらは患者の特徴として「威嚇と脅し」「衝動性が高い」「社会の常識みたいなのがない」「暴力的」として、面接の中で表現されていた。またこのような患者の行動上の特徴は、特にこの時期に顕著に現れるものであった。

この時期に看護婦・士は、患者の薬物への渴望に対して関係を通して関わることを中心的に行っていた。下位項目としては、<尊重する>、<怒りへの冷静な対応>、<威嚇や操作への一貫した対応>、<問題を共有する関係作り>があり、後者に行くほど、薬物依存症患者に対する看護上の経験を必要とする看護ケアであると推測された。

まず、ほとんどの看護者が行っているのが<尊重する>という対応であった。これは、時期や状況に関わらずに行われており、「言葉使いに気をつける」「話し方とか対応は大事にしている」と表現され、言葉遣い・対応に気をつける対応であった。またこの時期の患者のイライラ感、身体的な苦痛を理解し、患者を待たせないことで、患者を不用意に苛立たせない対応を心がけることも行われていた。さらに相手の興味のある話題から関係作りをする努力なども行われていた。

しかしながら患者は看護婦・士の些細な対応を取り上げて、怒りをぶつける場合も多く、そうした場合には<怒りへの冷静な対応>を行っていた。これは患者の怒りに同調することなく落ち着いた態度で、看護婦・士側に非があれば認めて謝罪したり、あるいは耐えるといった対応である。また患者は怒るだけでなく、時に自らの要求を通すために看護婦・士を威嚇したり、あるいは一人の看護者に取り入るなどの操作的な行動を行うことがある。そのような場合にも、「裏取引はしない」と表現されるようなく威嚇や操作への一貫した対応>が行われていた。さらに「その時々

いや希望を尋ねていくようにしている」と述べられるように、感情や思いを患者と共有し、患者にとっての<問題を共有する関係づくり>への努力を意図的に行っている看護婦・士もいた。

薬物依存症の看護実践経験の少ない看護婦・士も含めたほとんどの看護婦・士が<尊重する>や<怒りへの冷静な対応>を行っていたのに対し、<威嚇や操作への一貫した対応>や<問題を共有する関係作り>は、薬物依存症患者に対する看護経験が比較的長い看護婦・士にみられた意識的・特徴的な関わりであった。

#### ②断薬と治療継続に向けて教育的に関わる

精神症状が安定してくる時期には、病棟の治療プログラムへの参加を促し、断薬への動機づけを高めるような援助が行われていた。下位項目としては、<スポーツによるストレスの発散と体力作り>、<薬物の心身への影響と治療の必要性についての教育>、<薬物の心身への影響と治療の必要性についての教育>、<断薬に向けた仲間作り(自助グループへの導入)>があった。

##### <スポーツによるストレスの発散と体力作り>

入院前の薬物を中心とした生活やその後の入院生活で低下した体力を取り戻し、また薬物以外の方法でストレスに対処したり、あるいは対人的な体験を積むために、プログラムの中にスポーツが取り入れられていた。患者は社会経験の少なさや、集中力や持続力のなさがあり、参加するといっていたのに急に取りやめたり、プログラムの途中で退座するなど、グループ運営の大変さについてアルコール依存症の患者と比較して語られることが多かったが、そうした中でも少しでも継続できるよう働きかけていた。

##### <薬物の心身への影響と治療の必要性についての教育>

5施設のうち3施設において、集団精神療法などの中で、薬物の心身への影響と治療の必要性についての教育プログラムが行われていた。また参加観察の中では、このようなプログラムの中だけでなく、中庭でのおしゃべりなどを通じて患者からの幻覚のつらさを聴くなどをきっかけに、向精神薬の作用や断薬の必要性についてわかりやすい簡単な言葉で説明する場面がみられるなど、看護婦・士による個別的な教育的な働きかけも行われていた。

##### <断薬に向けた仲間作り(自助グループへの導入)>

5施設のうち薬物依存症の専門治療病棟である2施設では、民間の自助グループを招いてのプログラムを行っていた。そこで勤務する看護婦・士は、入院中から患者と一緒に地域の自助グループを訪問したりして、退院後に患者が自助グループに通いやすいよう、入院中から自助グループへの導入を図っていくことを意識的に行っていた。

### (3)断薬継続期

特に退院前にあたる断薬継続期においては、①退院後をイメージした生活準備をする、②スリッパ時にはSOSを出すよう声をかけておくの2点が看護ケアの内容として抽出された。

#### ①退院後をイメージした生活準備をする

下位項目としては、<患者の生活背景を知る>、<治療継続できるような生活環境を整える>、<治療継続できるような生活環境を整える>、<家族支援>が含まれていた。

患者の中には、これまでの薬物乱用を中心とした生活により、仕事を失っていたり、家族からも見放されている、借金があるなど、生活が破綻してしまっている者が多く存在し、このようなく患者の生活背景を知る>と同時に、<治療継続できるような生活環境を整える>ことが入院中に

われていた。精神症状が再燃しないよう外来通院や服薬を継続することが重要であり、これまでの度重なる様々な問題のために家族や福祉からも見放されている場合には、ケースワーカーと調整しながら、外出や外泊を通じて退院準備への援助が行われていた。面接対象の1施設では、家族教室が行われており、また受け持ち看護師として家族に関わることを通じて〈家族支援〉を行っていた。

#### ②スリップ時には SOS をだすよう声を掛けておく

看護師は、薬物依存症にはスリップしてしまうことがあるということを前提に関わりをもっており、退院前の外泊や外来では、〈スリップ時には SOS をだすよう声を掛けておく〉ことを行っていた。ある看護師は、患者がスリップしてしまったときには、罪悪感を持っていたり、叱られることやあるいは処罰されること(入院させられる、保護室に入れられるなど)を恐れていることがあるため、医療が中断してしまう可能性もあるので、むしろ事前に「スリップしてしまったときには精神症状などがでる可能性もあるから必ず連絡をいれてほしいと伝えている」と話していた。

#### (4)看護ケアの基本姿勢

以上の経過に沿った看護ケアの内容を分析すると、これらの看護ケアの内容を貫くものとして、①動機づけの種を蒔く、②限界を見極める、③失敗経験を活かすという 3 つの薬物依存症患者を看護するうえでの基本姿勢が抽出された。これらの基本姿勢は、薬物依存症患者の看護に特徴的な側面を表しているものと思われた。

①動機づけの種を蒔くとは、「再入院やスリップを繰り返していたとしても、苦しんでいる気持ちがある以上働きかけていく必要があると思う」、「何がきっかけでやめる動機付けが高まるかわからない」と述べられているように、どのような状況をも断薬にむけての動機づけのチャンスとしようとする姿勢である。

②限界を見極めるには、「断薬することは思うようにはいかないことであり、患者が達成できることには限りがあり、またそれを援助するものにも限界がある」と表現されるような患者側の限界と、「回復していくのは患者自身で、やっていくのは本人、看護師は支えるだけ」「見守っているだけ」という看護婦・士自身ができることの限界の自覚が含まれる姿勢である。

③失敗経験を活かすは、断薬の継続においては常に失敗がおこることを見通しの中に入れ、断薬や生活が上手くいかないときには“失敗経験を活かす”というポジティブな姿勢をもつことで、相手の状況を受容し、もう一度断薬に向けて立ち直りを図れるようにしようとする姿勢であった。

#### 2)薬物依存症患者を看護するうえでの看護婦・士の思い(表 2.)

面接の中で対象者らは、看護の内容について語るときに同時に、彼ら自身の看護するうえでの思いについても語ることが多かった。そこで面接で語られた内容のうち、看護婦・士の思いに関連して抽出されたカテゴリーを分類整理した。看護婦・士の思いに関連して抽出されたカテゴリーは①看護するうえで困ること、②看護婦・士の感情、③看護するうえでの喜び、④看護するうえでのストレスへの対処であった。

①看護するうえで困ることに含まれる内容は、〈患者の特徴に関連して困ること〉、〈看護する立場として困ること〉の 2 つに分類された。〈患者の特徴に関連して困ること〉としては、「患者同士の喧嘩」、「性的な嫌がらせ」、「横暴な態度」、「脅しや威嚇」、「操作的な行動」などがあ



った。また<看護する立場として困ること>としては、「薬物依存症という病気の理解の難しさ」、「患者に対して統一的な対応をしなければならないこと」、「患者と関係が作りにくいこと」、「薬物依存症の治療や看護についての知識が自分自身に足りないこと」、「薬物依存症の看護についてのマニュアルがないこと」などがあつた。

また、②看護婦・士の感情には、「恐怖感」、「関わりたくない」、「威嚇や横柄な態度が感情的に許せない」などの否定的な内容があつた。また、「法を犯しているのにそれをつぐなわないことについての疑問を感じる」、「病気なのか性格なのか区別ががつきにくい」など、患者に対する看護婦・士のアンビバレントな感情も表現されていた。

一方で、③看護するうえでの喜びには、「その人が頑張ってるんだなという姿を見たとき、その人のために自分がなにかやれたんだという気持ちがあいてくる。内面的な成長に関われたときが嬉しい」、「入院中に怒鳴られたりした人が、退院して“こんにちわ”って言われると、ああ回復してるんだなあ。退院して元気にやっている人みると励みになります」など患者の回復に関連するものと、「社会的な視野が広がった」「理路整然と話ができるようになった」、「自分自身のことを振り返る」など自分自身の看護婦・士としての成長に関連するものがあつた。

また④看護するうえでのストレスへの対処には、「過ぎたら忘れる」、「そういう時期だと認識する」「耐えるしかない」、「休日を充実させる」などがあつた。

#### 4. 考察－薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの試案－(図1.)

薬物依存症患者の看護の実際の参加観察、ならびに面接調査を通して、結果1)で述べたような薬物依存症患者の経過に沿った看護ケアの内容を導き出すことができた。薬物依存症患者の治療経過については、文献も多く報告され一定の見解を得ており、今回調査対象となった施設においても、看護婦・士にその一般的な治療経過は理解されているものと思われた。しかしながら看護においては現状では、ある看護者が「手探りの看護」と述べているように、それぞれの臨床の場にある看護婦・士が、試行錯誤の中で薬物依存症患者に対する看護ケアを模索している段階と考えられた。

そこで今回、結果1)で示したような薬物依存症患者の「経過に沿った看護ケアの内容」を明らかにすることは、薬物依存症患者の看護に対して、一定の指針を提供するものとして意義あるものと考えられる。看護婦・士は、結果に示されたように、離脱期、渴望期、断薬継続期の各期において、看護上の専門的知識・技術に裏付けられた看護ケアを提供し、薬物依存症患者の入院治療において重要な役割を果たしていることが明確にされた。また日々の実践の中では、渴望期の患者の激しい薬物使用欲求への対応や、威嚇や暴力への対応を迫られるなど、看護婦・士に強い緊張を強いる状況があることもうかがえたが、一方で、看護婦・士は、このような渴望期の患者の激しい薬物への渴望に対して、精神看護の対人関係的技術に裏打ちされた専門的技術を用いて、薬物の離脱というつらい時期を患者が乗り切ることができるよう、患者との関係作りを意識的に行っていることも明らかとなった。

しかしながら、本調査を通じて、以上のような薬物依存症患者に対する看護ケアに特徴的な経過や技術を抽出することができた反面、一方では、参加観察および面接を通して、薬物依存症患者の特徴として、威嚇・暴力・操作などの反社会的な行動や逸脱傾向、またそれらが引き起こす病棟集団内での混乱等があること、さらには依存症の特徴として、回復の困難性、また病院内

治療の限界等があり、これらが総合して、看護婦・士に患者に対する怒りや恐怖、無力感等を生じさせやすい傾向があることも確かめられた。したがって、結果1)で述べた経過に沿った看護ケアが、臨床的には必ずしも計画通りには運ばず、看護婦・士にさまざまな感情体験を強いていることが推測できた。そこで、薬物依存症患者に対する看護ケアモデルにおいては、単に、経過に沿った看護ケアの内容を示すだけでは不十分であり、看護婦・士の感情反応を考慮に入れた看護ケアモデルを作成することが、より質の高い看護ケアへの方策を明らかとするうえで、臨床的に重要な意味を持つものと考えられた。また本調査では、看護婦・士が薬物依存症患者の看護に対して否定的な感情を持つばかりでなく、看護するうえでの喜びも感じていることも明らかとなった。患者の特徴や看護上の困りも含めた以上のような要因が、看護ケアの内容とどのように関連しているのかを明らかにすることも課題となろう。

そこで、本研究の結果を統合し、薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの試案として、図1.に示すようなモデルを作成した。

今後は今回作成された試案をもとに、より多くの対象者に薬物依存症患者の看護の実態について調査することを通して、わが国の臨床実践に即した薬物依存症患者の看護ケアモデルの開発を行っていくことが課題となろう。

## 引用文献

- 1)小沼杏坪、薬物依存症の治療ガイドライン、小沼杏坪、福井進編：薬物依存症ハンドブック、金剛出版、pp.68-73、1996.
- 2)及川信雄：薬物依存 看護の展開、高久史麿、森岡恭彦、大國真彦他監修、臨床看護事典、第2版、メジカルフレンド社、pp.2052-2055、1998.

表 1. 薬物依存症患者の経過に沿った看護ケアの内容

経過	看護ケアの内容
離脱期	<p>①身体症状と精神症状を観察する            &lt;睡眠・栄養状態・感染の有無の観察&gt;            &lt;幻覚妄想の有無・意識状態・離脱症状の観察&gt;            &lt;身体症状・精神症状・心気症状の鑑別&gt;            &lt;向精神薬の副作用の観察&gt;</p> <p>②安全を確保する            &lt;自傷他害の防止&gt;            &lt;全身状態の管理&gt;</p> <p>③治療・看護の枠組みをつくる            &lt;治療・看護契約とインフォームドコンセント&gt;            &lt;病棟のオリエンテーションと決まり事の確認&gt;            &lt;ミーティングによる治療・看護方針の統一&gt;</p>
渴望期	<p>①薬物への渴望に対して関係を通して関わる            &lt;尊重する&gt;            &lt;怒りへの冷静な対応&gt;            &lt;威嚇や操作への一貫した対応&gt;            &lt;問題を共有する関係作り&gt;</p> <p>②断薬と治療継続に向けて教育的に関わる            &lt;スポーツによるストレスの発散と体力作り&gt;            &lt;薬物の心身への影響と治療の必要性についての教育&gt;            &lt;断薬に向けた仲間作り（自助グループへの導入）&gt;</p>
断薬継続期	<p>①退院後をイメージした生活準備をする            &lt;患者の生活背景を知る&gt;            &lt;治療継続できるような生活環境を整える&gt;            &lt;家族支援&gt;</p> <p>②スリップ時には SOS を出せるよう声をかけておく</p>
看護の基本姿勢	<p>①動機付けの種を蒔く            ②限界を見極める            ③失敗経験を活かす</p>

表 2. 薬物依存症患者を看護するうえでの看護婦・士の思い

<p>①看護するうえで困ること</p> <p>&lt;患者の特徴に関連して困ること&gt;</p> <p>患者同士の喧嘩／性的なからかい／横暴な態度／脅しや威嚇／操作的な行動／患者同士が集団でよくないことを企てること／無視すること／易怒的であること／暴力／薬のやりとり物に当たること／集中力のなさ／持久力のなさ／説明してもなかなか理解できないこと／健忘症状／過食／身体的な訴えが多いこと／頓用薬などを欲しがること／酒や違法薬物の病棟への持ち込み／病識のなさ／規則を守らないこと／社会的な常識のなさ／社会経験の乏しさ／生活習慣が身につけていないこと／もともとの支援体制がないこと／患者を取り巻く人間関係が薬を媒介としていること／病気なのか人格なのか分からない部分があること</p> <p>&lt;看護する立場として困ること&gt;</p> <p>薬物依存症という病気の理解の難しさ／患者に対して統一的な対応をしなければならないこと／患者に対して曖昧な対応ができないこと／患者と関係がづくりにくいこと／どこまで関わってよいのかわかりにくいこと／急変時の対応／夜間緊急入院時の対応／薬物依存症の治療や看護についての知識が自分自身に足りないこと／薬物依存症の看護についてのマニュアルなどが無いこと／司法との関係がよくわからないこと</p>
<p>②看護婦・士の感情</p> <p>(横柄な態度をとられて)もう関わりたくないっていうこともある／1日が早く終わればいい／横柄な態度や苛々は病状経過としては理解できるが感情的に許せない／関わりたくない／車窓からみているみたいに自分の関係ないこととして感じている／勝手に使ったんだからあとは責任取れって思うこともある／関係を回避してしまう／患者が怒っていて恐怖感があつた／緊張感／怖いという気持ちはあるがほんの一部／(精神分裂病などの)精神病と薬物依存症を同じ病気として受け入れられない／精神の人は暴力ふるっても病気の範囲だと思いが薬物はそれが商売道具でもある／対応するのに恐怖心がある／看護している上での達成感がない／男性と一緒に勤務すると気分的には楽／男性と組めば安心度が違う／(患者なので)何をされても手が出せないジレンマがある／逃げ腰になる時がある／普段勤務するときの恐怖心はない／患者の威嚇が嫌／できれば早く異動したい／処遇が医療と司法とにどのように別れるのか／病気なのか人格なのかかわからないところがある／しつけの問題じゃないかと思ってしまうのでどこまで関わっていいのかわかりにくい</p>
<p>③看護するうえでの喜び</p> <p>「担当だった〇さんいる？」って言われただけでも嬉しい／回復者の話を聞いたときに、あのときやっていたことが良かったんだって思えた／外来や自助グループでスリッパしながらも回復している人を見たとき／家族から「〇さんでよかった」といってもらえたとき／自助グループに行つて回復している人に握手を求められると感動する／良くなったときの状態、でも特別思わないようにしている／こらえる力がつく／社会的な視野が広がった(福祉のこととか)／生育歴に始まって家族背景や生活背景とか人生観とか知る／理路整然と話すことができるようになった／自分のことも振り返る</p>
<p>④看護するうえでのストレスへの対処</p> <p>じっと聞く過ぎたら忘れる／(患者に怒鳴られることなど)そういう時期だと認識する／耐えるしかない／マニュアルを作成する／マニュアル通りに行つてそれでも起きたら仕方ない／休日を充実させる</p>

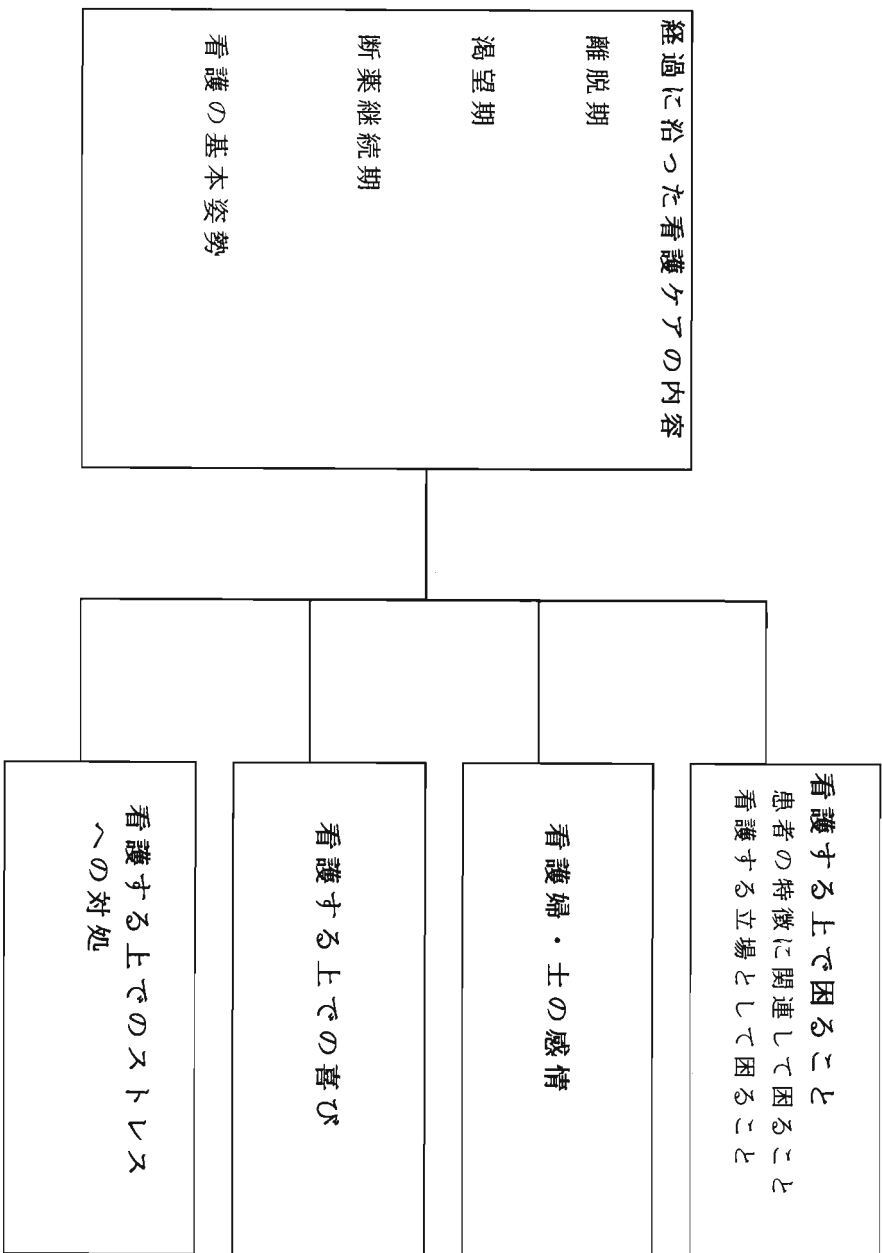


図 1. 薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの試案

## IV. 薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発

### 1. 研究課題

第1段階で得られた看護ケアモデルの試案をもとに質問紙を開発し、全国の薬物依存症患者の看護にたずさわる看護者に対し、薬物依存症患者に対する看護ケアの実態を調査し、その結果をもとに、わが国の臨床実践に即した薬物依存症患者に対する看護ケアモデルを開発する。

### 2. 概念枠組み

研究の第1段階で得られた看護ケアモデルの試案をもとに、第2段階の研究の概念枠組みを図1のように作成した。

この概念枠組みは、全体は3つの主要な構成部分から成り立っている。すなわち、〔薬物依存症患者の看護ケア〕、〔薬物依存症患者の看護にまつわる特徴〕、〔薬物依存症患者の看護に携わる看護婦・士の心身の反応〕の3つの構成部分である。このうち、〔薬物依存症患者の看護にまつわる特徴〕は、さらに看護する上で困ることと職業的やりがいの2つの構成要素から成り、〔薬物依存症患者に携わる看護婦・士の心身の反応〕は、看護婦・士の感情反応、身体症状、バーンアウト、ストレスコーピングの4つの構成要素から成り立っている。

以上の構成要素は、互いに関係するものと仮定され、さらに、それぞれの構成要素に対し、対象者の背景ならびに施設の背景が関係するものと仮定されている。

### 3. 研究方法

#### 1) 調査票の構成

調査票は、以下のような構成とした。

#### (1)『薬物依存症患者の看護ケアモデル開発のための調査』<看護職員用調査票>

- ①フェースシート
- ②薬物依存症患者に対する看護ケア
- ③薬物依存症患者を看護する上で困ること
- ④薬物依存症患者に対する感情反応
- ⑤職業的やりがい
- ⑥ストレスコーピング
- ⑦薬物依存症患者の看護をしていく上での要望
- ⑧身体症状の起こる頻度

#### (2)『薬物依存症患者の看護ケアモデル開発のための調査』施設基礎データ調査票・病棟基礎データ調査票<看護部長用>



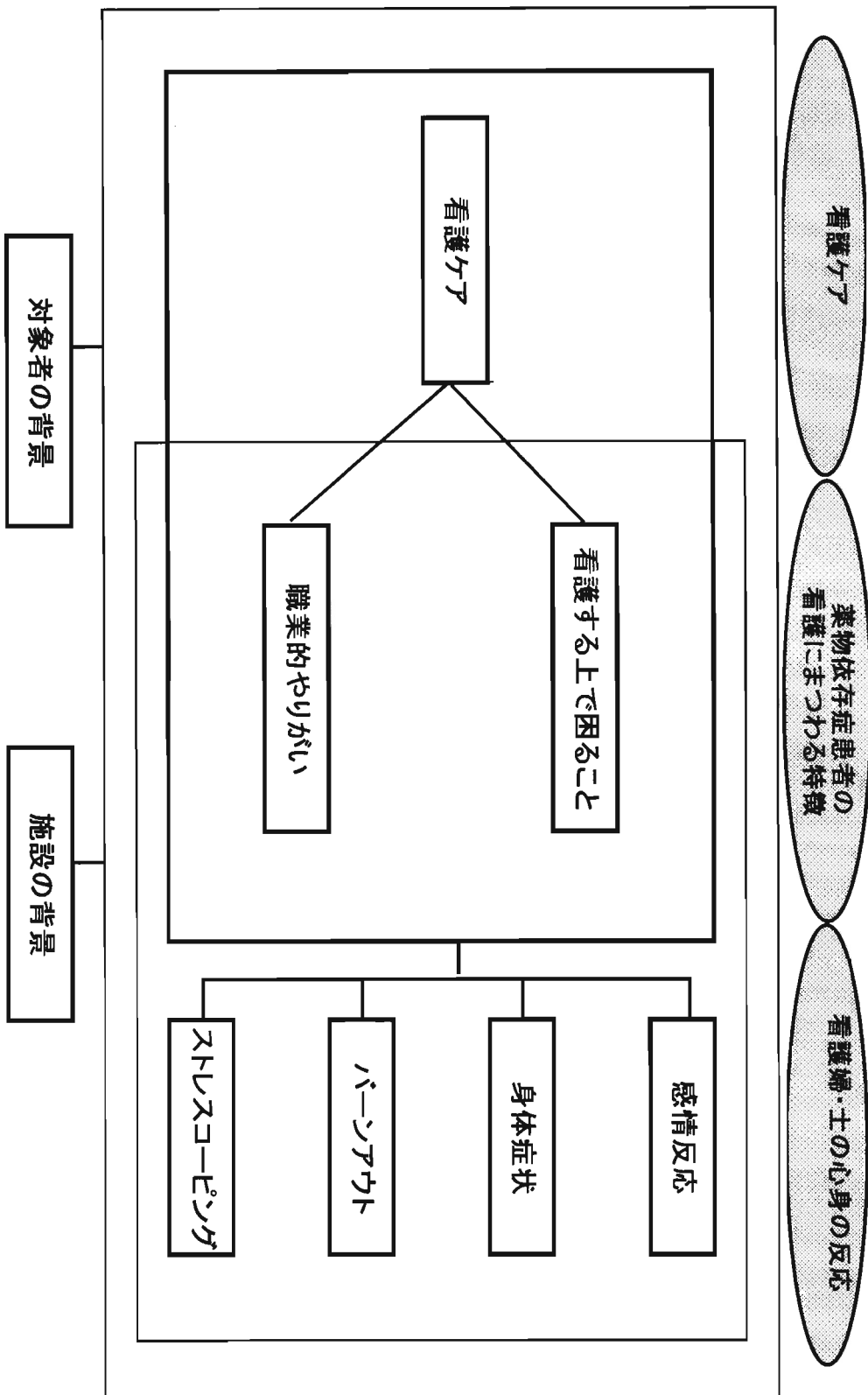


図1. : 薬物依存症患者に対する看護ケアの概念枠組み

## 2) 調査票項目の検討

### (1)『薬物依存症患者の看護ケアモデル開発のための調査』<看護職員用調査票>

#### ①フェースシート

対象者の背景を知るために、年齢、性別、免許、最終学歴、職位、経験年数、精神科経験年数、薬物依存症専門病棟での勤務年数、婚姻状況、子供の有無、今まで看護した薬物依存症の入院患者数、薬物依存症患者の看護に関する講習会・勉強会等への参加経験の有無の 13 項目の内容を尋ねる調査票を作成した。

#### ②薬物依存症患者に対する看護ケア

薬物依存症患者に対する看護ケアについて、第1段階の質的調査の結果をもとに看護ケアの内容を検討し、心掛けている程度を尋ねる 43 項目の 5 段階評定尺度と、その時期を尋ねる 4 段階評定尺度を独自に開発した。

#### ③薬物依存症患者を看護する上で困ること

薬物依存症患者を看護する上で困ることとして、第1段階の質的調査の結果をもとに看護する上で困ることの内容を検討し、その程度を尋ねる 37 項目の 5 段階評定尺度を作成した。

#### ④薬物依存症患者に対する感情反応

薬物依存症患者に対する感情反応については、南ら<sup>1)</sup>の開発した17項目からなる<対応困難患者に出会ったときの感情体験>尺度に、薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士に特徴的な感情2項目を加えて、その程度を尋ねる19項目の5段階評定尺度を作成した。

#### ⑤職業的やりがい

薬物依存症患者の看護を行う上での職業的やりがいについて、その感じる程度について尋ねる 13 項目の 5 段階評定尺度を作成した。

#### ⑥ストレスコーピング

薬物依存症患者の看護をする上で感じるストレスへの対処について、その頻度を尋ねる 30 項目の 5 段階評定尺度を作成した。

#### ⑦薬物依存症患者の看護をしていく上での要望

質的調査の結果をもとに、16 項目にわたる薬物依存症患者の看護をしていく上での要望の有無を尋ねる質問紙を作成した。

#### ⑧ Pines Burnout Measure(稲岡訳：1983)

Pines(1981)が作成し、稲垣が翻訳修正したスケールを使用した。日本においても燃え尽きを測定するのに信頼性の高い測定用具として評価されている<sup>1)</sup>。

#### ⑨身体症状の起こる頻度

南ら<sup>2)</sup>の開発した 12 項目の 7 段階評定による尺度を、Burnout Measure とともに使用した。

### (2)施設基礎データ質問紙・病棟基礎データ調査票<看護部長用>

対象病院の背景を知るために、施設名、施設の設置主体、施設の診療体制、看護基準および看護体系、施設の全病床数、精神科病床数、病棟の背景に関連して、病棟名、病棟の病床数、病棟の看護者数、看護勤務形態、平均勤務者数、病棟の開放度、患者の性別による病棟区分、病棟の特徴、看護方式、薬物依存症の入院患者数、薬物依存症患者の平均入院月数、薬物依存症患者の入院時入院形態別の割合、看護マニュアルの有無の計 19 項目の内容を尋ね

る調査票を作成した。

### 3) 質問紙調査の実施

#### (1) 対象者と対象施設

##### ① 予備調査

本調査に先立ち、薬物依存症患者の医療を行っている精神科医療施設および病棟の把握を目的とした予備調査を行った。平成 12 年 9 月時点で、「我が国の精神保健福祉平成 10 年度版」<sup>3)</sup>をもとに把握することのできた都道府県立精神病院 80 施設および薬物依存症の専門医により推薦された民間精神科医療施設 5 施設の看護部長を対象に、平成 12 年 9 月末における、前述の「薬物依存症専門病棟」の有無、調査への協力等について予備調査を行った。調査期間は平成 12 年 9 月中であった。

##### ② 本調査

予備調査の結果、都道府県立精神病院 13 施設、民間精神科医療施設 4 施設の計 17 施設、29 病棟からの調査協力の了解が得られた。平成 12 年 10 月 4 日を調査日として、平成 11 年 4 月 1 日から調査日までの間に「薬物依存症専門病棟」において勤務経験を有する 498 名の看護職員を対象として、『薬物依存症患者の看護ケアモデル開発のための調査』＜看護職員用調査票＞を用いて本調査を実施した。対象者数 498 人のうち、回答者数は 430 人、回収率は 86.3 % であった。

また別に各施設の看護部長を対象として、施設基礎データ調査票・病棟基礎データ調査票＜看護部長用＞を用いて、病院および病棟に関する調査を行った。

調査期間は、平成 12 年 10 月～11 月であった。

#### (2) 質問紙の配布と回収の手順

看護部長より調査の協力が得られた施設に対し、施設毎に対象者数分の質問紙を送り、看護部長を通じて対象者に配布してもらった。回収は看護部長を通じての一括回収を看護部長に依頼した。質問紙の回答は無記名とし、封をして提出できるよう封筒をつけ、個人のプライバシーが保持できるよう配慮した。

#### 4) 分析方法

データ分析には、統計学パッケージ SPSS を用いた。全変数の基本統計量を算出し、因子分析、相関関係、一元配置分散分析、母平均値の差の検定などを行った。

## 4. 結果

### 1) 対象者の背景

質問紙の有効回答数は 413 であった。

#### (1) 年齢、性別

平均年齢は 41.20 歳 (SD=11.44、範囲 21-75) であった。その内訳は図 2. に示すように 20 代、30 代、40 代、50 代それぞれが 20 ~ 30 % と、ほぼ同じ割合を占めていた。(表 1.)

性別については、女性 226 人(55 %)、男性 184 人(45 %)であった(図 3.表 2.)。

#### (2) 看護免許の種類、学歴

看護免許の種類については、看護婦(士)が 318 名(78 %)、准看護婦(士)が(22 %)であった(図 4.表 3.)。

看護専門教育の最終学歴は、2年課程、3年課程を合わせると看護専門学校が約 72 %となり、次いで准看護婦養成課程が 21 %となっていた。短大・大学をあわせて7%であった(図 5.表 4.)。

#### (3) 職位

職位については、スタッフが 310 名 (77 %)、主任または副看護婦(士)長が 71 人(17 %)、看護婦(士)長が 25 人(6%)であった(図 6.表 5.)。

#### (4) 経験年数、精神科の経験年数

平均経験年数は、17.26 年(SD=10.67、範囲=1年未満-50年)であり、精神科の平均経験年数は 13.33 年(SD=10.13、範囲=1年未満-46年)であった。経験年数については表 6 のように区切って、その割合を図 7. に示した。

精神科の経験年数についても表 7. のように区切って、その割合を図 8. に示した。精神科の経験年数は、3 年以下の者は 22 %、4 ~ 10 年の者は 26 %、11 ~ 20 年の者が 31 %、21 年以上の者が 21 %となっていた。

#### (5) 薬物依存症専門病棟での勤務期間

薬物依存症専門病棟(調査の対象施設はすべて本研究の定義する「薬物依存症専門病棟」である)での勤務期間は、平均年数は 4.6 年であり、その内訳は 1 年未満が 30 %、1 ~ 5 年未満が 48 %、5 ~ 10 年未満 11%、10 年以上が 11 %と、1 ~ 5 年未満の勤務経験を持つ者が全体の約半数近くを占めていた(図 9.表 8.)。

#### (6) これまでに看護した薬物依存症の患者数

これまでに看護した薬物依存症の患者数の平均値は、2.6 人であり、その内訳は 1 ~ 10 人が 24 %、11 ~ 30 人が 28 %、31 ~ 50 人が 13 %、51 人以上が 35 %であり、51 人以上経験したという者が最も多かった(図 10.表 9.)。

### (7)婚姻状況、子供の有無

既婚者は 274 人(69 %)、未婚者は 98 人(24 %)、離別・死別者が 30 人(7%)であった(図 11. 表 10.)。

子供の有無については、266 人(68 %)が有り、124 人(32 %)が無しであった(図 12.表 11.)。

### (8)講習会・勉強会への参加

講習会・勉強会への参加がある者は 129 人(32 %)、ない者は 272 人(68 %)であった(図 13. 表 12.)。

## 2)施設の背景

本研究での対象施設は 17 施設であった。

### a.対象施設の背景

#### (1)設置主体

対象施設の設置主体は、公立病院が 13 施設(76 %)、私立病院が 4 施設(24 %)であった(図 14.表 13)。

#### (2)診療体制

対象施設の診療体制は、精神病院が 15 病院(88 %)、一般病院が 2 病院(12 %)であった(図 15.表 14.)。

#### (3)看護基準及び看護体系

看護基準及び看護体系は 3 対 1 が最も多く 13 施設(76 %)、2 対 1 が 2 施設(12 %)、6 対 1 が 1 施設(6 %)、無記入が 1 施設(6 %)であった(図 16.表 15.)。

#### (4)全病床数

施設の全病床数は、平均 428 床、最少 80 床、最大 1258 床であった。内訳を表 16.のように分類すると、99 床以下が 1 施設(6%)、200 ～ 299 床以下が 6 施設(34%)、300 ～ 399 床以下が 4 施設(24%)、400 ～ 499 床以下が 2 施設(12%)、600 ～ 699 床以下が 1 施設(6%)、700 ～ 799 床以下が 1 施設(6%)、800 ～ 899 床以下が 1 施設(6%)、1000 床以上が 1 施設(6%)であった(図 17.)。

#### (5)精神科病床数

精神科病床数は、平均 333.19 床、最少 30 床、最大 72 床であった。内訳を表 17.のように分類すると、99 床以下が 3 施設(18%)、100 ～ 199 床が 1 施設(6%)、200 ～ 299 床が 5 施設(28%)、300 ～ 399 床が 3 施設(18%)、400 ～ 499 床が 2 施設(12%)、600 ～ 699 床が 1 施設(6%)、1000 床以上が 1 施設(6%)であった(図 18.)。

## b.対象病棟の背景

本調査の調査対象病棟は29病棟であった。

### (1)病床数

対象病棟ごとの病床数は、平均 50.68 床、最少 30 床、最大 72 床であった。内訳を表 18.のように分類すると、30～39 床が 6 病棟(21%)、40～49 床が 4 病棟(14%)、50～59 床が 6 病棟(21%)、60～69 床が 7 病棟(23%)、70 床以上が 2 施設(7%)であり、無記入が 4 病棟(14%)であった(図 19.)。

### (2)看護者数(全体)

対象病棟ごとの看護者全体の数は、平均 20.76 人、最少 15 人、最大 28 人であった。内訳を表 19.のように分類すると、15～19 人が 10 病棟(34%)、20～24 人が 13 病棟(45%)、25 人以上が 2 病棟(7%)、無記入が 4 病棟(14%)であった(図 20.)。

### (3)看護者数(准看護婦・士)

対象病棟ごとの准看護婦・士の数は、平均 4.68 人、最少 0 人、最大 15 人であった。内訳を表 20.のように分類すると、0 人が 4 病棟(14%)、1～4 人が 11 病棟(38%)、5～9 人が 7 病棟(24%)、10～14 人が 3 病棟(10%)、無記入が 4 病棟(14%)であった(図 21.)。

### (4)看護者数(正看護婦・士)

対象病棟ごとの正看護婦・士の数は、平均 14.44 人、最少 5 人、最大 28 人であった。内訳を表 21.のように分類すると、5～9 人が 7 病棟(24%)、10～19 人が 13 病棟(45%)、20～29 人が 5 病棟(17%)、無記入が 4 病棟(14%)であった(図 22.)。

### (5)勤務形態

対象病棟における勤務形態は、2交代制が 2 病棟(7%)、3交代制が 23 病棟(79%)、無記入が 4 病棟(14%)であった(図 23.表 22.)。

### (6)平均勤務者数(日勤)

29病棟における日勤の平均勤務者数は、5 人が 1 病棟(3%)、6 人が 4 病棟(14%)、7 人が 3 病棟(10%)、8 人が 5 病棟(17%)、9 人が 5 病棟(17%)、11 人が 1 病棟(4%)、13 人が 1 病棟(3%)、無記入が 6 病棟(22%)であった(図 24.表 23.)。

### (7)平均勤務者数(夜勤)

2交代制を実施している 2 病棟での夜勤の平均勤務者数は、2 人が 1 病棟、3 人が 1 病棟であった(図 25.表 24.)。

### (8)平均勤務者数(準夜勤)

3交代制を実施している 23 病棟での準夜勤の平均勤務者数は、2 人が 14 病棟(61%)、3 人が 6 病棟(26%)、4 人が 3 病棟(13%)であった(図 26.表 25.)。



#### (9)平均勤務者数(深夜勤)

3交代制を実施している23病棟での深夜勤の平均勤務者数は、2人が16病棟(70%)、3人が7病棟(30%)であった(図27.表26.)。

#### (10)病棟開放度

対象病棟の病棟開放度は、開放病棟が7病棟(24%)、時間開放病棟が3病棟(10%)、完全閉鎖病棟が15病棟(52%)、無記入が4病棟(14%)であった(図28.表27.)。

#### (11)患者の性別による病棟区分

対象病棟では、男子病棟が10病棟(34%)、女子病棟が2病棟(7%)、男女混合病棟が13病棟(45%)、無記入が4病棟(14%)であった(図29.表28.)。

#### (12)病棟の特徴

対象病棟の病棟特徴は、図30.のように精神科急性期病棟であるのが11病棟(38%)と最も多く、次にアルコール・薬物専門病棟であるのが5病棟(17%)、その他の病棟が8病棟(28%)、無記入が5病棟(17%)であった(表29.)。

#### (13)看護方式

対象病棟での看護方式の内訳は、表30.のように混合方式を採用している病棟が最も多く13病棟(45%)、次に機能別看護方式が6病棟(21%)、プライマリーナーシングが3病棟(10%)、チームナーシングが2病棟(7%)、固定チーム方式が1病棟(3%)であった(図31.)。

#### (14)薬物依存症患者の入院患者数(年)

対象病棟での薬物依存症患者の年間での入院患者数は、平均42.51人、最少6人、最大160人であった。内訳を表31.のような人数別に見ると、9人以下が1病棟(3%)、10～19人が6病棟(22%)、20～29人が4病棟(14%)、30～39人が4病棟(14%)、40～49人が1病棟(3%)、50～59人が2病棟(7%)、60～69人が1病棟(3%)、70～79人が1病棟(3%)、80～89人が1病棟(3%)、159人以上が2病棟(7%)、無記入が19名であった(図32.)。

#### (15)薬物依存症患者の平均入院月数

対象病棟における薬物依存症患者の平均入院月数は2.79ヶ月であり、最短0.28ヶ月、最長26.7ヶ月であった。内訳を表32.のように分類すると、1ヶ月以内が大半を占め14病棟(49%)、1～2ヶ月が3病棟(10%)、2～3ヶ月が3病棟(10%)、3～12ヶ月が1病棟(3%)、12～36ヶ月が1病棟(3%)、無記入が病棟であった(図33.)。

#### (16)薬物依存症患者の入院時入院形態の割合

対象病棟における薬物依存症患者の入院時入院形態の割合は、平均して任意入院が最も多く50.1%、次に医療保護入院が31.1%、措置入院が13.5%、その他の入院形態が5.3%であった(図34.表33.)。

#### **(17)薬物依存症患者に関する看護マニュアルの有無**

対象病棟における薬物依存症患者に関する看護マニュアルの有無については、マニュアルがない病棟が 21 病棟(72%)であり、持っているのは 4 病棟(14%)であった。また、無記入は 4 病棟(14%)であった(図 35.表 34.)。

### 3)薬物依存症患者に対する看護ケアの内容とその時期

#### (1)看護ケアの尺度の内容妥当性の検討

作成した薬物依存症患者に対する看護ケア尺度の内容妥当性については、薬物依存症の専門医3名と薬物専門病棟に勤務する看護婦・士5名による内容分析が行われ、高い支持が得られた。

#### (2)看護ケアの尺度の信頼性の検討

内部一貫性については、クロンバックアルファ信頼性係数が全体で0.922(n=327)であり、高い信頼性がみられた。

#### (3)看護ケア尺度の因子分析—構成概念妥当性の検討

構成概念妥当性については、バリマックス法による因子分析を行った結果、因子負荷量の2乗和(固有値)が1以上、因子負荷量が0.35以上の因子として6因子が抽出された。しかし、第6因子に関しては1項目のみでその項目の平均値が2.85と低く、また固有寄与率も5%以下と低い値であったため除外し、看護ケアの構成因子を5因子とした。これらの累積寄与率は60.2%であった(表35.)。

因子分析の結果から抽出された看護ケアの5因子に対して、<個を尊重した関わり><トラブルへの対応><共感的関わり><一貫した関わり><リハビリテーション>と各々命名した。

#### (4)看護ケアの各因子間の相関

看護ケアの構成因子間の相関については、図36.に示した。各因子間には、軽度～強い相関が見られた。

#### (5)看護ケアの尺度の各因子ごとの心掛けている程度

看護ケアの尺度における第1因子の<個を尊重した関わり>については、「患者の本当に入院目的や期待していることを知る」「家族の悩みや葛藤を聴く」「衝動性をコントロールする方法を患者と一緒に考える」「患者にあった目標設定をする」などの11項目が含まれ、平均得点は3.22(範囲=2.84-3.51)であった。この結果は、看護婦・士が<個を尊重した関わり>をある程度心掛けながら薬物依存症患者に対する看護ケアを行っていることを示していた。

第2因子の<トラブルへの対応>については、「トラブル発生時にはまずは人を呼んでマンパワーで対応する」「患者の暴力に対して一人で対応しない」「患者との間で病棟規則を破るような裏取引はしない」などの9項目が含まれ、平均得点は3.77(範囲=3.41-4.18)であった。この結果は、看護婦・士が<トラブルへの対応>をかなり心掛けながらケアしていることを示していた。

第3因子の<共感的関わり>については、「丁寧な言葉遣いをするように心掛ける」「患者の気持ちや思いを聴く」「外出や外泊する時には、スリップしたらSOSを出すように伝える」などの9項目が含まれ、平均得点は3.44(範囲=3.25-3.61)であった。この結果は、看護婦・士が<共感的関わり>をある程度～かなり心掛けながら看護ケアしていることを示していた。

第4因子の<一貫した関わり>については、「待たせないで早く苛々を収めるような対応をする」「規則や約束事についてオリエンテーションをする」「ミーティングによって治療や関わり方の

統一を図る」などの11項目が含まれ、平均得点は3.28(範囲=2.88-3.64)であった。この結果は、看護婦・士が<一貫した関わり>をある程度心掛けながら看護ケアしていることを示していた。

第5因子の<リハビリテーション>については、「スポーツによるストレス発散と体力づくりを行う」「退院後の生活のために福祉に関する情報を提供する」「断薬に向けて自助グループを紹介する」「教育的プログラムに参加するように促す」の4項目が含まれ、平均得点は2.85(範囲=2.69-3.12)であった。この結果は、看護婦・士が<リハビリテーション>を多少心掛けながら看護ケアしていることを示していた。

以上の結果より、看護婦・士は薬物依存症患者に対する看護ケアとして、<トラブルへの対応>を第1番に心掛けており、次いで<共感的関わり>、<一貫した関わり>、<個を尊重した関わり>、<リハビリテーション>の順であった。そして、これらの因子に関する心掛けている程度は、かなり心掛けている～多少心掛けているの範囲であった。

#### (6)看護ケアの総得点と各項目ごとの平均得点

薬物依存症患者に対する看護ケア全体の平均得点は3.33(範囲=2.70-4.12)であった。この結果は、看護婦・士が薬物依存症患者に対する看護ケアについての心掛けている程度が“心掛けている”～“かなり心掛けている”の範囲であったが、個々の看護婦・士によって差があることを示していた。

そして、この看護ケアの43項目各々について、心掛けている程度を質問した結果を図37. に示した。全項目の中で「患者との間で病棟規則を破るような裏取引はしない(M=4.17)」が一番高く、次いで「患者の暴力に対して一人で対応しない(M=3.99)」「精神症状を観察する(M=3.88)」「患者の問題を申し送りやカンファレンスなどによってスタッフ全体で共有する(M=3.85)」「トラブルが起きたときには事実を確かめてから対応する(M=3.81)」「トラブル発生時にはまずは人を呼んでマンパワーで対応する(M=3.67)」「威嚇や脅しに対して毅然とした態度で接する(M=3.65)」「雑談や何気ない会話を通じて、患者との関係づくりをする(M=3.62)」「回復していくのは患者自身という認識を持つ(M=3.60)」などの順であった。この結果は、薬物依存症患者にたずさわる看護婦・士が、上記の項目についてかなり心掛けていることを示していた。

#### (7)看護ケアを行っている時期

薬物依存症患者の看護を行う際に“心掛けている”～“大いに心掛けている”と答えた看護ケアの各項目について、各々どの時期に行っているのかを質問した結果を表36.に示した。ほとんど全ての項目に関して、“入院期間中いつも”という回答が60～90%以上を占めていた。「退院後の生活のために福祉に関する情報を提供する」「断薬に向けて自助グループを紹介する」の項目に関しては、“入院後期(退院前)”という回答が40～50%を占めていた。

### 4)薬物依存症患者の看護にまつわる特徴

#### (1)薬物依存症患者の看護する上で困ること

##### ① 看護する上で困ることおよび困っている程度

薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士が、看護する上で困ること全体の平均得点は

3.19(範囲=2.38-3.65)であった。この結果は、看護婦・士が薬物依存症患者の看護をする上で、ある程度の困りを感じながら看護しているが、個々の看護婦・士に多少の差があることを示していた。

そして、この看護する上で困ることの37項目各々について、困る程度を質問した結果を図38.に示した。全項目の中で「患者同士が集団で良くないことを企てる危険の高いこと(M=3.65)」「患者の横暴な態度(M=3.58)」「患者の威嚇や脅し(M=3.54)」「患者が性急で、易度的であること(M=3.54)」「患者が病棟の規則を守らないこと(M=3.54)」「患者が病棟に酒や違反薬物を持ち込むこと(M=3.52)」「退院しても、患者のつきあう人間関係が薬を中心にしたものであること(M=3.50)」「患者自身に病識がないこと(M=3.46)」「病気なのか人格なのか分からない部分があること(M=3.45)」「患者が物に当たったり、器物を破損したりすること(M=3.41)」「患者が看護者の注意や指示を無視すること(M=3.44)」などの項目の平均得点が高かった。この結果は、薬物依存症患者にたずさわる看護婦・士が、上記の項目について“ある程度”～“かなり”困っていることを示していた。

#### ②看護する上で困ることの尺度の信頼性係数と因子分析

看護する上で困ることの尺度のクロンバックアルファ信頼性係数は0.908であった。そしてこの尺度の37項目をバリマックス法によって因子分析を行った結果、表37.のように4因子が抽出された。第1因子は<患者の反社会的行動>、第2因子は<薬物看護に特有な難しさ>、第3因子は<患者の症状や背景・特徴>、第4因子は<看護体制の問題>と各々命名した。図39. に示したように、4因子間に“中程度”～“かなり”の相関が見られた。<患者の反社会的行動>については、「患者同士のケンカが多いこと」「患者の威嚇や脅かし」「患者の操作的な行動」など12項目が含まれ、困る程度に関する平均得点は3.38(範囲=2.38-3.65)であった。<薬物看護に特有な難しさ>については、「病気なのか人格なのか分からない部分があること」「患者に対して統一的な対応を求められること」「患者との関係を作りにくいこと」などの11項目が含まれ、その平均得点は3.13(範囲=2.61-3.44)であった。<患者の症状や背景・特徴>については、「患者が集中力や持続力に欠けること」「患者の健忘症状」「患者自身に病識がないこと」などの11項目が含まれ、その平均得点は3.10(範囲=2.53-3.50)であった。さらに<看護体制の問題>については、「薬物依存症の看護に関する基準やマニュアルが病棟にないこと」「患者の治療や看護の方針について話し合うカンファレンスがないこと」「患者の処遇について」「司法との関係が理解しにくいこと」の3項目が含まれ、その平均得点は3.04(範囲=2.73-3.26)であった。

看護婦・士は薬物依存症患者の看護する上で困ることとして、<患者の反社会的行動>を一番に挙げており、次いで<薬物看護に特有な難しさ>、<患者の症状や背景・特徴>、<看護体制の問題>の順に程度が高かった。そして、これらの因子について困っている程度は、“かなり”～“ある程度”困っているの範囲であった。

### (2)薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の職業的やりがい

#### ① 職業的やりがいおよびやりがいを感じる程度

薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の、職業的やりがい全体の平均得点は2.95(範囲=2.41-3.47)であった。この結果は、看護婦・士が薬物依存症患者の看護をする上で、個々の看護婦・士によって差があることを示していた。

そして、この職業的やりがいの13項目各々について、職業的やりがいを感じる程度を質問した結果を図40. に示した。全項目の中で「断薬を継続している人を外来や自助グループで見かける

と嬉しい」「回復者の話を聞いたときにやりがいを感じる」「薬物依存症患者の看護をして、患者の社会背景や家族背景などを深く知ることの必要性を感じるようになったと思う」「薬物依存症患者の看護をして、薬物依存症への理解が以前に比べて深まったと思う」「薬物依存症患者の看護をして、自分自身の社会的な視野が広がったと思う」などの項目の平均得点が高かった。

## ② 職業的やりがいの尺度の信頼性係数と因子分析

職業的やりがいの尺度のクロンバックアルファ信頼性係数は0.777であった。そしてこの尺度の13項目をバリマックス法によって因子分析を行った結果、表38.のように3因子が抽出された。第1因子は<看護者としての自己成長>、第2因子は<患者と関わる喜び>、第3因子は<看護者の個人生活に対する安心感>と各々命名した。図41.に示したように、3因子間に一部かなりの相関が見られた。<看護者としての自己成長>については、「理路整然と話すことができるようになった」「自分自身に冷静に対応する力がついたと思う」「自分自身の社会的視野が広がったと思う」「薬物依存症への理解が以前に比べて深まったと思う」などの5項目が含まれ、やりがいを感じる程度に関する平均得点は2.82(範囲=2.51-3.19)であった。<患者と関わる喜び>については、「患者が自分の名前を覚えてくれると嬉しい」「回復者の話を聞いたにやりがいを感じる」などの4項目が含まれ、その平均得点は3.04(範囲=2.95-3.25)であった。<看護者の個人生活に対する安心感>については、「患者とトラブルになったときに、自分自身や家族の身の危険を感じることもある」「病気だってわかっていても患者のやっていることは人間として許せないことだと思う」などの4項目が含まれ、その平均得点は2.86(範囲=2.71-3.00)であった。

薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の職業的やりがいは、<患者と関わる喜び>が一番高く、次いで<看護者の個人生活に対する安心感><看護者としての自己成長>の順であった。そして、これらの因子については、ある程度のやりがいを感じていた。

## 5)薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の心身の反応

### (1)薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の感情反応

#### ① 看護婦・士の感情反応およびその程度

薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士が、どのような感情反応をもつかについて、19項目の感情の程度を質問した結果を図42.に示した。全項目の中で「甘えている(M=3.40)」「緊張感(M=3.38)」「無力感(M=3.24)」「苛立ち(M=3.12)」「困る(M=3.10)」「恐怖感(M=3.09)」などの項目の平均得点が上位を占め、看護婦・士は日頃これらの内容について“ある程度”～“かなり”感じていることを示していた。

#### ② 看護婦・士の感情反応の尺度の信頼性係数と因子分析

本調査における看護婦・士の感情反応の尺度のクロンバックアルファ信頼性係数は0.849であった。そしてこの尺度の19項目をバリマックス法によって因子分析を行った結果、看護婦・士の感情反応として、表39.のように3因子が抽出された。第1因子は<怒り>、第2因子は<共感>、第3因子は<自責の念>と各々命名した。図43.に示したように、3因子間に軽度～中程度の相関が見られた。<怒り>については、「嫌悪感」「苛立ち」「恐怖感」などの11項目が含まれ、感情反応の強さに関する平均得点は2.98(範囲=2.38-3.39)であった。<共感>については、「痛ましさ」「気の毒」「心配」などの6項目が含まれ、その平均得点は2.63(範囲=2.35-2.98)であっ



た。また<自責の念>については、「無力感」「罪悪感」の2項目が含まれ、その平均得点は2.80(範囲=2.35-3.24)であった。

薬物依存症患者にたずさわる看護婦・士の<怒り><共感><自責の念>の感情反応には大きな差がなかった。そして、これらの感情については、“あまり感じていない”～“まあまあ感じている”という程度であった。

### ③看護婦・士の感情反応と対象者の背景

看護婦・士の感情反応と対象者の背景と関連をみると、年齢と<怒り>(r=0.172、p<.01)、<共感>(r=0.197、p<.01)、<自責の念>(r=0.189、p<.01)との間に、また経験年数と<怒り>(r=0.149、p<.01)、<共感>(r=0.155、p<.01)、<自責の念>(r=0.170、p<.01)との間にそれぞれ有意な相関がみられたが、相関係数は低かった。

### (2)薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士のバーンアウト

薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士のバーンアウトの平均得点は3.57(範囲=1.4～6.9)であった。そして表40.、図44.に示したように、バーンアウトレベルは、健康群が109名で30.0%、警告群が147名で39.0%、バーンアウト群は113名で31.0%であった。

### (3)薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の身体症状

薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の、身体症状の平均得点については図45.に示した。「肩がこる(M=3.94、SD=2.13)」と「腰痛がする」(M=3.35、SD=1.84)が比較的高めの得点ではあったが、症状の程度としては“まれにある”～“時々ある”の範囲であった。他の内容については“全くない”～“まれにある”と程度は低かった。

### (4)薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士のストレスコーピング

#### ① ストレスコーピング

薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士が、ストレスに対してどのようなコーピングをとるかについて、その頻度を質問した結果を図46.に示した。全項目の中で「困った場面では、他の看護者の応援を頼む(M=3.64)」「上司や医師に相談する(M=3.54)」「カンファレンスで治療や看護の方針を検討する(M=3.49)」「同僚にアドバイスを求める(M=3.38)」「仕事だと割り切る(M=3.40)」「家に帰ったら仕事のことは考えないようにする(M=3.40)」などの項目の平均得点が比較的高かった。そしてこの結果は、薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士が、日頃これらの内容について“たまに”～“時々”の頻度で対処していることを示していた。

#### ② ストレスコーピングの尺度の信頼性係数と因子分析

ストレスコーピングの尺度のクロンバックアルファ信頼性係数は0.823であった。そしてこの尺度の28項目をバリマックス法によって因子分析を行った結果、表41.のように3因子が抽出された。第1因子は<感情調整的コーピング>、第2因子は<問題解決的コーピング>、第3因子は<回避的コーピング>と各々命名した。図47.に示したように、3因子間に軽度～中程度の相関が見られた。

<感情調整的コーピング>については、「患者が退院するまで我慢する」「患者にあまり関わらないようにする」「家に帰ったら仕事のことは考えないようにする」などの10項目が含まれ、その平均得点は2.98(範囲=2.42-3.40)であった。<問題解決的コーピング>については、「同僚に

アドバイスを求める」「上司や医師に相談する」「カンファレンスで治療や看護の方針を検討する」などの11項目が含まれ、その平均得点は3.23(範囲=2.62-3.66)であった。＜回避的コーピング＞については、「気分転換のためにスポーツをする」「嫌なことはお酒を飲んで忘れるようにする」などの4項目が含まれ、その平均得点は2.32(範囲=1.41-3.16)であった。

薬物依存症患者を看護する看護婦・士のストレスコーピングは、＜問題解決的コーピング＞を用いることが一番多く、次いで＜感情調整的コーピング＞、＜回避的コーピング＞の順であった。そして、看護婦・士は＜問題解決的コーピング＞と＜感情調整的コーピング＞をとりやすいが、＜回避的コーピング＞はあまりとらないことを示していた。

## 6) 薬物依存症患者に対する看護ケアと他の要素との関連

### (1) 看護ケアと対象者の背景との関連

看護ケアと対象者の年齢・経験年数・精神科経験年数・薬物依存症専門病棟の勤務年(月)数との関連については、図48.に示した。有意な関連が見られたのは年齢のみであったが、その相関係数は0.123( $p < .01$ )と低かった。

また、看護ケアと対象者の性別・免許・学歴・職位・婚姻状況・今まで看護した薬物依存症の入院患者の数・薬物依存症の看護に関する講習会・勉強会等への参加経験との関連をみるために、母平均値の差の検定(t検定)および一元配置分散分析(F検定)を行った結果を図48.に示した。これらの変数の中で看護ケアと有意な関連を示したのは、職位と薬物依存症患者の看護に関する講習会・勉強会等への参加経験の2項目であった。職位については、 $F=4.663$  ( $p < .01$ )で、スタッフや主任または副看護婦(士)長よりも看護婦(士)長の方が有意に看護ケアにおいて心掛けている総合得点が高かった。薬物依存症患者の看護に関する講習会・勉強会等への参加経験については、 $t=13.16$  ( $p < .01$ )で、参加経験のある人の方が有意に看護ケアにおいて心掛けている総合得点が高かった。

### (2) 看護ケアと施設の背景との関連

看護ケアと設置主体・施設の診療体制・看護基準や看護体系・看護形態・病棟の開放度・性別による病棟区分・病棟の特徴・薬物依存症患者の看護マニュアルの有無との関連をみるために、母平均値の差の検定(t検定)および一元配置分散分析(F検定)を行った結果、有意な関連はみられなかった。

### (3) 看護ケアと看護する上で困ることとの関連

看護ケア全体と看護する上で困ることとの関連については、図49.に示した。看護ケア全体と有意な相関がみられたものは、＜患者の症状や背景・特徴＞( $r=0.189$ ,  $p < .01$ )のみで、その相関係数は低かった。

看護ケアの中の＜個を尊重した関わり＞と有意な相関がみられたものは、＜患者の症状や背景・特徴＞( $r=0.167$ ,  $p < .01$ )のみで、その相関係数は低かった。

＜トラブルへの対応＞と有意な相関がみられたものは、＜患者の症状や背景・特徴＞( $r=0.199$ ,  $p < .01$ )のみで、その相関係数は低かった。

<共感的関わり>と有意な相関がみられたものは、看護する上で困ること全体( $r=0.135, p<.01$ )と<患者の症状や背景・特徴>( $r=0.203, p<.01$ )であり、<患者の症状や背景・特徴>には軽度の相関が見られた。

<一貫した関わり>と有意な相関がみられたものは、看護する上で困ること全体( $r=0.175, p<.01$ )と<患者の反社会的行動>( $r=0.175, p<.01$ )と<患者の症状や背景・特徴>( $r=0.218, p<.01$ )であり、<患者の症状や背景・特徴>には軽度の相関がみられた。

<リハビリテーション>と有意な相関がみられたものは、<患者の症状と背景・特徴>( $r=0.150, p<.01$ )のみであった。

#### (4)看護ケアと職業的やりがいの関連

看護ケア全体と職業的やりがいの相関については、図50.～図55.に示した。看護ケア全体と有意な相関がみられたものは、職業的やりがい全体( $r=0.459, p<.01$ )と<看護者としての自己成長>( $r=0.434, p<.01$ )と<患者と関わる喜び>( $r=0.395, p<.01$ )で、いずれもかなりの相関が見られた。

看護ケアの中の<個を尊重した関わり>と有意な相関がみられたものは、職業的やりがい全体( $r=0.487, p<.01$ )と<看護者としての自己成長>( $r=0.448, p<.01$ )と<患者と関わる喜び>( $r=0.432, p<.01$ )で、いずれもかなりの相関がみられた。(図51.)

<トラブルへの対応>と有意な相関がみられたものは、職業的やりがい全体( $r=0.376, p<.01$ )と<看護者としての自己成長>( $r=0.388, P<.01$ )と<患者と関わる喜び>( $r=0.291, P<.01$ )で、いずれも軽度の相関がみられた。(図52.)

<共感的関わり>と有意な相関がみられたものは、職業的やりがい全体( $r=0.481, p<.01$ )と<看護者としての自己成長>( $r=0.433, P<.01$ )と<患者と関わる喜び>( $r=0.441, P<.01$ )で、いずれもかなりの相関がみられた。(図53.)

<一貫した関わり>と有意な相関がみられたものは、職業的やりがい全体( $r=0.337, p<.01$ )と<看護者としての自己成長>( $r=0.334, P<.01$ )と<患者と関わる喜び>( $r=0.274, p<.01$ )と「看護者の個人生活に対する安心感( $r=-0.247, p<.01$ )」で、いずれも軽度の相関がみられた。(図54.)

<リハビリテーション>と有意な相関がみられたものは、職業的やりがい全体( $r=0.348, p<.01$ )と<看護者としての自己成長>( $r=0.320, P<.01$ )と<患者と関わる喜び>( $r=0.308, p<.01$ )で、いずれも軽度の相関がみられた。(図55.)

#### (5)看護ケアと感情反応との関連

看護ケア全体と感情反応との相関については、図56.に示した。看護ケア全体と有意な相関がみられたものは、<共感>( $r=0.399, p<.01$ )と<自責の念>( $r=0.122, p<.05$ )で、<共感>については軽度の相関が見られた。

看護ケアの中の<個を尊重した関わり>と有意な相関がみられたものは、<共感>( $r=0.397, p<.01$ )と<自責の念>( $r=0.106, p<.05$ )で、<共感>では軽度の相関がみられた。

<トラブルへの対応>と有意な相関がみられたものは、<共感>( $r=0.373, p<.01$ )と<自責の念>( $r=0.171, p<.01$ )で、<共感>では軽度の相関がみられた。

<共感的関わり>と有意な相関がみられたものは、<共感>( $r=0.389, p<.01$ )と<自責の念

> ( $r=0.171, p<.01$ )で、<共感>では軽度の相関がみられた。

<一貫した関わり>と有意な相関がみられたものは、<共感> ( $r=0.189, p<.01$ )のみで、相関係数は低かった。

<リハビリテーション>と有意な相関がみられたものは、<共感> ( $r=0.415, p<.01$ )と<自責の念> ( $r=0.185, P<.01$ )で、<共感>ではかなりの相関がみられた。

#### (6)看護ケアとバーンアウトとの関連

看護ケアとバーンアウトとの相関については、図57.に示した。看護ケア全体 ( $r=-0.128, p<.05$ )と<個を尊重した関わり> ( $r=-0.118, P<.05$ )と<トラブルへの対応> ( $r=-0.158, P<.01$ )と<共感的関わり> ( $r=-0.108, P<.05$ )と<リハビリテーション> ( $r=-0.110, p<.05$ )には相関がみられたが、いずれも相関係数は低かった。

また、一元配置分散分析を用いて、看護ケアとバーンアウトレベルとの関連をみたところ、看護ケア全体とバーンアウトレベルには有意な関連 ( $F=3.476, p<.05$ )みられた。また看護ケアの中の<リハビリテーション>とバーンアウトには有意な関連 ( $F=0.16, p<.05$ )がみられたが、他の因子には関連がみられなかった。そして、健康群の方がバーンアウト群よりも、看護ケア全体や<リハビリテーション>において心掛けている平均得点が有意に高かった(図58.~図63)。

#### (7)看護ケアと身体症状との関連

看護ケアと12項目ある各身体症状との相関はみられなかった。

#### (8)看護ケアとストレスコーピングとの関連

看護ケア全体とストレスコーピングとの相関については、図64.に示した。看護ケア全体と有意な相関がみられたものは、<問題解決的コーピング> ( $r=0.395, p<.01$ )のみで、軽度の相関がみられた。

看護ケアの中の<個を尊重した関わり>と有意な相関がみられたものは、<問題解決的コーピング> ( $r=0.342, p<.01$ )のみで、軽度の相関がみられた。

<トラブルへの対応>と有意な相関がみられたものは、<問題解決的コーピング> ( $r=0.288, p<.01$ )のみで軽度の相関がみられた。

<共感的関わり>と有意な相関がみられたものは、<問題解決的コーピング> ( $r=0.410, p<.01$ )と<感情調整的コーピング> ( $r=0.107, p<.05$ )で、<問題解決的コーピング>ではかなりの相関がみられた。

<一貫した関わり>と有意な相関がみられたものは、<問題解決的コーピング> ( $r=0.386, p<.01$ )、と<感情調整的コーピング> ( $r=0.153, p<.01$ )と<回避的コーピング> ( $r=0.131, p<.05$ )で、<問題解決的コーピング>では軽度の相関がみられた。

<リハビリテーション>と有意な相関がみられたものは、<問題解決的コーピング> ( $r=0.213, p<.01$ )のみで、軽度の相関がみられた。

#### 7)薬物依存症患者の看護を進めていく上での要望

薬物依存症患者の看護を進めていく上での要望については、図65. に示した。要望として特に高かった項目は、「患者教育の充実が必要である」が397名で97.8%、次いで「薬物依存症患者を支える地域のネットワークがほしい」が393名で96.8%、「地域での社会復帰できるような体制を整えてほしい」が393名で96.3%、「自助グループの充実が必要である」が387名で96.3%、「家族教育の充実が必要である」が387名で95.5%、「薬物依存症患者の看護について専門書がほしい」が372名で92.1%、「薬物依存症患者の看護マニュアルがほしい」が366名で90.1%、「基礎教育の中で薬物依存症の看護について入れてほしい」が362名で90.0%であった。

## 5. 考察

### 1) 薬物依存症患者に対する看護ケアの構造と看護ケアの実態

結果で述べたように、本研究のために開発した43項目からなる薬物依存症患者に対する看護ケアの尺度のクロンバックアルファ信頼性係数は0.922であり、この尺度の信頼性は検証された。また、内容分析において薬物依存症患者にたずさわる専門家による高い支持を受けたことや、因子分析の結果抽出された5因子の累積寄与率が60.2%と高かったことから、この尺度全体の妥当性も検証された。そして因子分析の結果、看護ケアの構造として<個を尊重した関わり><トラブルへの対応><共感的関わり><一貫した関わり><リハビリテーション>という5因子が抽出され、それらの内容が明らかになった。これらの5因子による看護ケアの構造は、薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士が、薬物依存症患者に関する医学的・社会的・心理学的な専門的知識を持ちながら、患者との対人関係技術を基盤とした看護アプローチをしていくことの重要性を示唆しているものと解釈される。本研究の面接調査の中で、ある看護者が「手探りの看護」と述べていたように、薬物依存症患者に対してどのような看護ケアを行っていくべきなのかについて日々模索しながら看護を行っている看護婦・士にとって、これらの看護ケアの構造は実践的な看護ケアの指針となるものであり、本研究の成果としての意義は大きい。

今回の調査で、薬物依存症患者に対する看護ケアをどのような時期に行っているのかについて質問したところ、「入院期間中いつも」と回答したものが看護ケアのほとんどの項目を占めていた。今回の結果から、入院初期(離脱期)・入院中期(渴望期)・入院後期(断薬継続期)という、入院経過に沿った看護ケアの内容を明らかにすることはできなかった。このことは、薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士は、一人の患者のみを看護しているのではなく一度にさまざまな時期にある患者を看護しているため、今回のような質問紙調査の設問の仕方では、看護ケアを行っている時期をはっきり区別することは難しかったものと解釈される。フィールド調査や事例研究のような記述的方法を用いて看護ケアの時期を明らかにしていくことが、今後の検討すべき課題となるであろう。

また、調査の結果より、薬物依存症患者にたずさわる看護婦・士の看護ケアの平均得点が3.33であったことから、今回の調査対象者は看護ケアに対して、ある程度前向きに取り組んでいることの実態が明らかになった。そして看護ケアの中でも、患者の症状・人格・入院環境における規制などから生じてくる患者の<トラブルへの対応>や、患者への丁寧な言葉遣い・患者の気持ちや思いの傾聴などの患者への<共感的関わり>については、かなり積極的に行っていることが明らかになった。しかしその一方で、患者に対するスポーツによるストレス発散と体力づくり・退院後の生活に向けての福祉に関する情報提供・断薬に向けての自助グループの紹介などの<リハビリテーション>についてはあまり積極的に行っているとはいえなかった。薬物依存症患者が保護された環境としての入院生活から、退院後にさまざまな資源を活用しながら自立した社会生活をしていくためには、このような関連機関との連携を密にとりながらのリハビリテーションを薬物依存症患者に対する看護ケアとして位置づけ、もっと積極的に取り組んでいかなければならない課題といえる。

### 2) 薬物依存症患者に対する看護ケアにまつわる特徴

薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士が看護する上で困ることとして、患者同士のケ

ンカ・患者の脅しや威嚇・患者の操作的行動などの〈患者の反社会的行動〉、病気と人格との区別・統一した対応・患者との関係性などの〈薬物看護に特有な難しさ〉、患者の集中力や持続力に欠けること・患者の健忘症状・患者の病識のなさなどの〈患者の症状や背景・特徴〉、病棟における基準やマニュアル・患者の方針に関するカンファレンス・司法との関係などの〈看護体制の問題〉の5因子が抽出され、看護婦・士はこれらのどの因子についてもある程度困りを感じながら看護ケアを行っていることが明らかになった。研究過程の第1段階における面接調査の中で多く看護婦・士たちが語っている内容から考えると、もっと看護する上で困る程度が高いと予測していたが、今回の結果では、ある程度の困りを感じながらも現状の中で看護ケアとして対応できている看護婦・士の姿が浮かび上がってきた。このことは、今回の調査対象者の平均年齢が41.3歳・平均経験年数が17.26年・精神科の平均経験年数が13.33年であり、このようなさまざまな豊かな経験を持つ対象者の背景が影響しているのではないかと考えられる。実際に、看護する上で困っていることとこれらの項目には有意な相関はみられなかったが、年齢や経験年数の幅によってどのような違いがあるかについては今後検討していく必要がある。また、看護ケアの〈共感的関わり〉〈一貫した関わり〉と、看護する上で困ることの〈患者の症状や背景・特徴〉とに有意な相関がみられた。このことは、看護婦・士が薬物依存症患者を病気として症状や背景・特徴をとらえながら、共感的に一貫した態度で看護ケアをしようとするからこそ、このような患者の状態に困っているものと考えられる。今後、薬物依存症患者に対する看護ケアをさらに発展させていくためには、病気として症状や背景・特徴を的確に捉えるための専門的知識と、それを実践の中で展開していくための専門的技術も必要になってくるものと思われる。

また、薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の職業的やりがいを調べたところ、〈看護者としての自己成長〉〈患者と関わる喜び〉〈看護者の個人生活に対する安心感〉という3因子が抽出され、看護婦・士が薬物依存症患者に関わる中で、ある程度の職業的やりがいを感しながら日々の仕事に取り組んでいることが明らかになった。そして、看護ケアとこれらの職業的やりがいとかなりの相関がみられたことは、薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士が看護ケアを進めていく中で患者に関わる喜びや自己成長の実感や安心感を持てるようになることで、さらに看護ケアに積極的に取り組むようになり、このことが薬物依存症患者の看護ケアの質を高めることにつながるものと解釈される。

### 3) 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の心身の反応

薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の心身の反応を把握するために、感情反応、身体症状、バーンアウト、ストレスコーピングについてその実態を明らかにした。

看護婦・士の感情反応として、〈怒り〉〈共感〉〈自責の念〉の3因子の存在が明らかになった。そして、薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士は、これらの感情についてある程度感じてはいるものの、それほど強い感情反応を体験していないことが明らかになった。このことは、これらの感情反応が対象者の年齢や臨床経験年数と有意な相関がみられたことから推測されるように、年齢や経験年数を重ねることによって自分なりの感情コントロールができるようになり、薬物依存症患者との関わりの中でも、大きな感情の揺れ動きをもたずにある程度冷静に対応しているものと思われる。これらの感情反応の中で看護ケアと有意な相関がみられたものは〈共感〉であり、共感能力の高い看護婦・士は薬物依存症患者に対してより質の高い看護ケアを提供することができる可能性を示唆しているといえる。したがって、薬物依存症患者の看護にたずさ



わる看護婦・士の共感能力を教育や実践の場で高めていくことは、看護ケアの質を高めるための大切な要素となるものと思われる。

また、薬物依存症患者の看護にたずさる看護婦・士に身体症状があまりみられなかったことから、薬物依存症患者の看護を進めていく上で体力を使ったり、ストレス反応として身体症状が現れることは少ないものと思われる。そして、薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士のバーンアウトを調べたところ、バーンアウト群が全体の 30.6 %を示していた。細見ら<sup>4)</sup>や斉藤ら<sup>5)</sup>の公立病院の看護者を対象とした調査結果よりはやや高めではあるが大きな差はみられなかった。これらのことから、今回対象となった薬物依存症患者にたずさわる看護婦・士は、心身ともに比較的安定した集団ということが出来る。

看護婦・士のストレスコーピングを調べてみたところ、今回の対象者は<回避的コーピング>よりも<問題解決的コーピング>をとりやすく、また時に<感情調節的コーピング>もとりながら日頃のストレスに対処していることが明らかになった。この結果は、近澤<sup>6)</sup>の調査結果とも一致しており、薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士も一般科の看護にたずさわる看護婦も同様の傾向であることを示していた。さらに看護ケアと看護婦・士のストレスコーピングの中の<問題解決的コーピング>との間には有意な相関がみられ、このことはストレスに対して前向きに対処しようとする看護婦・士ほど薬物依存症患者に対する看護ケアに対しても積極的に取り組み、看護ケアの質を向上させていくことにつながるものと思われる。

#### 4) 薬物依存症患者に対する看護ケアと対象者および施設の背景

薬物依存症患者に対する看護ケアと対象者および施設の背景との関連をみたところ、わずかではあるが年齢との相関がみられ、また看護婦・士の職位と薬物依存症患者の看護に関する講習会・勉強会等への参加経験にも有意な関連がみられた。

考察の2)3)でも述べたように、平均年齢 41.3 歳という本調査の対象者の年齢が、患者の特性をありのままにとらえていく姿勢や対人関係技術の豊かさにつながり、薬物依存症患者に対する看護ケアに前向きに取り組んでいるものと思われる。

また、看護婦(士)長の方が主任または副看護婦(士)長やスタッフよりも看護ケアに前向きに取り組んでいることが明らかになった。このことは、薬物依存症患者に対する看護として、患者のみならず患者の置かれた状況や環境を管理的視点で全体に口配りしながら調整していくことが必要であり、このような管理能力をもつ看護婦・士の方が薬物依存症患者に対する看護ケアの質を高めていくことが可能になるといえる。したがって、今後の継続教育や実践の中でこのような管理的視点で薬物依存症患者の看護をとらえていくための教育や訓練が必要とされるのではないだろうか。

さらに、薬物依存症患者の看護に関する何らかの講習会や勉強会を体験している看護婦・士の方が看護ケアに前向きに取り組んでいるということは、このような学習の場を継続教育の中で積極的に企画していくことで看護ケアの質を高めていくことにつながるといえる。

#### 5) 薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発

本研究の結果より、薬物依存症患者に対する看護ケアの主要な要素として、<個を尊重した関わり><トラブルへの対応><共感的関わり><一貫した関わり><リハビリテーション>という5つの要素が明らかになった。そしてこの看護ケアは、看護する上で困ることの中の<患者の症

状や背景・特徴 > <薬物看護に特有な難しさ>、職業的やりがい、看護婦・士の感情反応の中  
の <共感>、ストレスコーピングの中の <問題解決的コーピング>、看護婦・士の年齢、職位、薬  
物依存症患者の看護に関する講習会や勉強会への参加経験に有意な関連があることが明らか  
になった。このことはつまり、薬物依存症患者に対する看護ケアとは、そのほとんどが精神看護の  
対人関係技術に裏づけられた内容でるといえる。

そして、この看護ケアの質を上げていくためには、

①薬物依存症患者の行動を、病気として患者の置かれた状況や背景を含めて理解するこ  
うにすること、

②薬物依存症患者の看護に必要な専門的知識や技術を身につけること、

③患者に対して共感的に関われるような気持ちを養うこと、

④看護婦・士が体験するさまざまなストレスに対して、問題解決的な対処ができるような支援体  
制を整えること、

⑤体験の中で患者および患者の置かれた状況や環境を、管理的視点でとらえていく管理能力  
を身につけること、

⑥薬物依存症患者の看護に関する基礎および継続教育の場を意図的に設けること、

⑦回復者の姿をみたり喜びや自己成長を共有し合うなどの職業的やりがいを感じる機会を設  
けること、

などが重要なものとして挙げられるであろう。

そしてこのような看護ケアの質を高めることによって、薬物依存症患者の看護にたずさわる看  
護婦・士の職業的やりがい感が高まり、このことがまたさらに看護ケアの質を上げていくことにつな  
がっていくものと思われる。

これらの結果より、本研究で作成した薬物依存症患者に対する看護ケアの概念枠組みを図 66.  
のように修正し、薬物依存症患者に対する看護ケアモデルとして提示する。今後、このモデルの  
妥当性について、より実践的レベルで検討していくことが課題となるであろう。

## 引用文献

1)南 裕子他:精神的に了解困難な一般病棟患者に対するリエゾン精神看護学の教育と実践モ  
デルの開発、平成 1,2 年度科学研究費補助金研究成果報告書、p6-11、平成3年。

2)稲岡文昭、松野かほる、宮里和子:看護職に見られる Burn Out とその要因に関する研究、看  
護、36(4)、pp83-84、1984。

3)厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課監修:我が国の精神保健福祉平成 10 年度  
版、厚健出版、pp454-458、平成 10 年。

4)細見 潤、藤本洋子ほか:看護婦のバーンアウトと「共依存」傾向に関する研究、看護 研究、  
32(6)、pp.59-66、1999。

5)斉藤宗一、高山勝一ほか:Y県下の 1 総合病院における看護婦のバーンアウトに関する  
調査研究、第30回日本看護学会論文集—看護管理—、pp.183-185、1999。

6)看護婦の Burnout に関する要因分析—ストレス認知、コーピングおよび Burnout の関係—、  
看護研究、21(2)、pp.37-52、1988。

表1. 年齢

n=400  
(単位:人)

20代	80
30代	95
40代	116
50代	90
60代	15
70代	4

平均値 41.20  
SD= 11.44  
最小値 21  
最大値 75

図2. 年齢

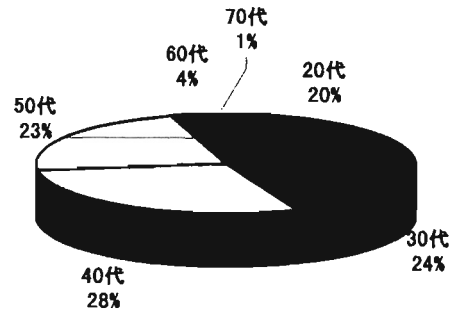


表2. 性別

n=410  
(単位:人)

男	184
女	226

図3. 性別

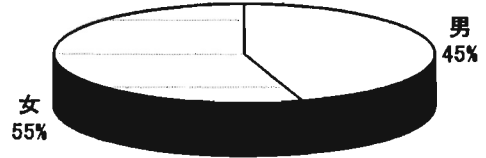


表3. 免許

n=410  
(単位:人)

准看護婦(士)	92
看護婦(士)	318

図4. 免許

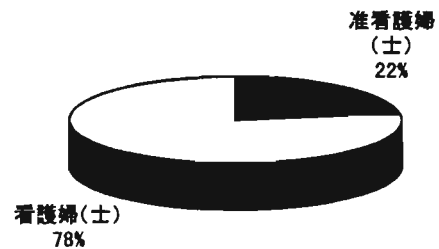


表4. 最終専門学歴 n=406  
(単位:人)

准看護婦養成課程	86
看護専門学校2年課程	139
看護専門学校3年課程	150
短期大学	12
大学	18
大学院	1

図5. 最終専門学歴

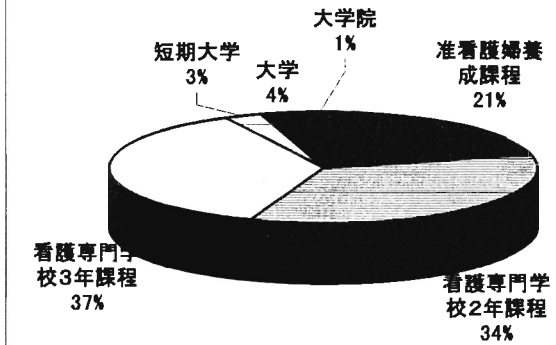


表5. 職位 n=406  
(単位:人)

スタッフ	310
主任または副看護婦(士)長	71
看護婦(士)長	25

図6. 職位

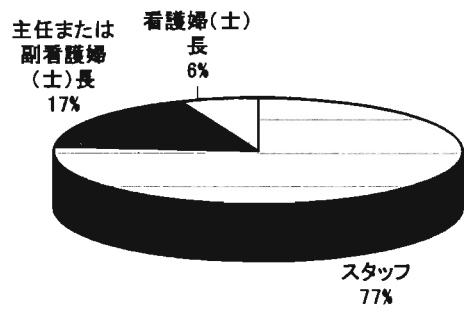
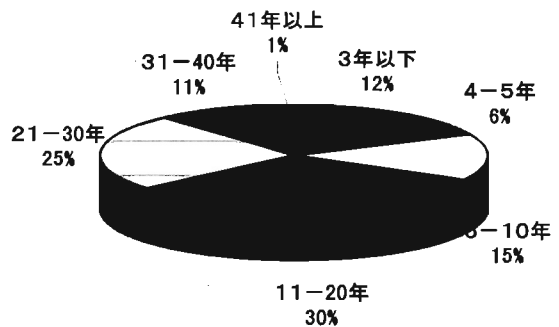


表6. 臨床経験年数 n=393  
(単位:人)

3年以下	49
4-5年	22
6-10年	59
11-20年	120
21-30年	97
31-40年	42
41年以上	4

図7. 臨床経験年数



平均値 17.26  
SD= 10.67  
最小値 0  
最大値 50

表7. 精神科の臨床経験年数 (n=409)

(単位:人)

3年以下	88
4-5年	41
6-10年	66
11-20年	125
21-30年	62
31-40年	25
41年以上	2

平均値 13.33

SD= 10.13

最小値 0

最大値 46

図8. 精神科の臨床経験年数

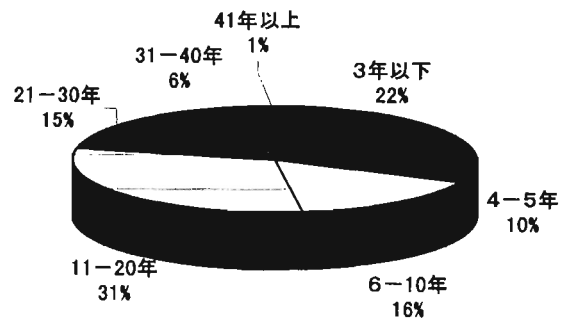


表8. 薬物依存症専門病棟での勤務期間 (n=245)

(単位:人)

6ヶ月以下	44
~1年	29
~5年	116
~10年	28
~20年	18
~40年	10

平均値 4.6(単位:年)

SD= 6.5(単位:年)

最小値 0 (単位:年)

最大値 40 (単位:年)

図9. 薬物依存症専門病棟での勤務期間

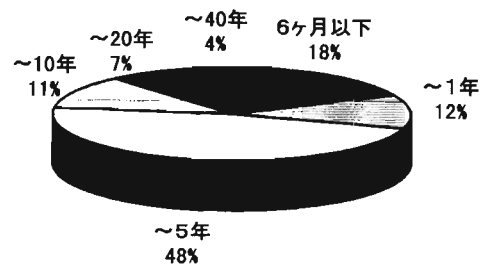


表9. これまでに看護した薬物依存症の患者数 (n=389)

(単位:人)

1~10人	92
11人~30人	108
31人~50人	52
51人以上	137

図10. これまでに看護した薬物依存症の患者数

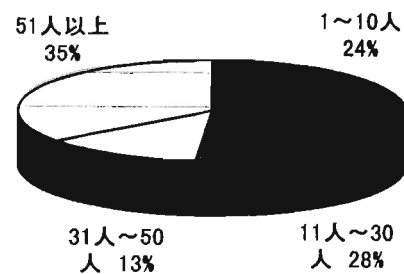


表10. 婚姻状況

n=402  
(単位:人)

未婚	98
既婚	274
離別・死別	30

図11. 婚姻状況

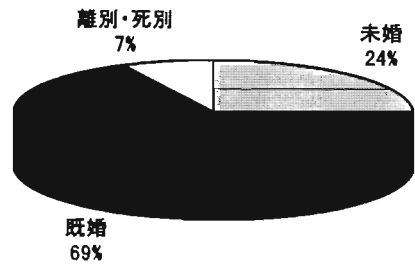


表11. 子供の有無

n=390  
(単位:人)

あり	266
なし	124

図12. 子供の有無

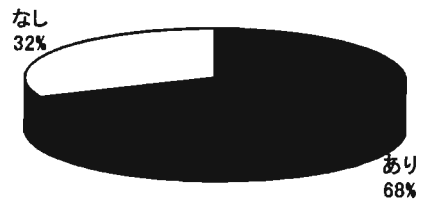


表12. 講習会・勉強会への参加

n=401  
(単位:人)

あり	129
なし	272

図13. 講習会・勉強会への参加



表13. 設置主体

n=17  
(単位: 施設)

公的医療機関	13
医療法人	4

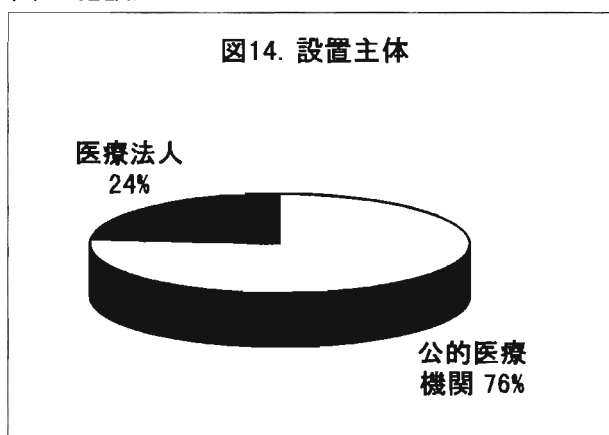


表14. 診療体制

n=17  
(単位: 施設)

一般病院	2
精神病院	15

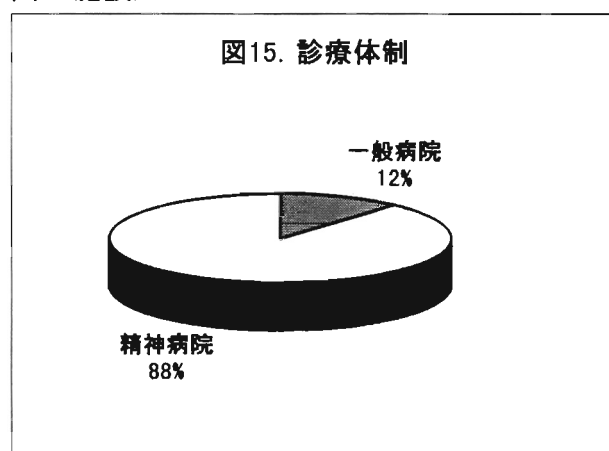


表15. 看護基準及び看護体系

n=17  
(単位: 施設)

2対1	2
3対1	13
6対1	1
無記入	1

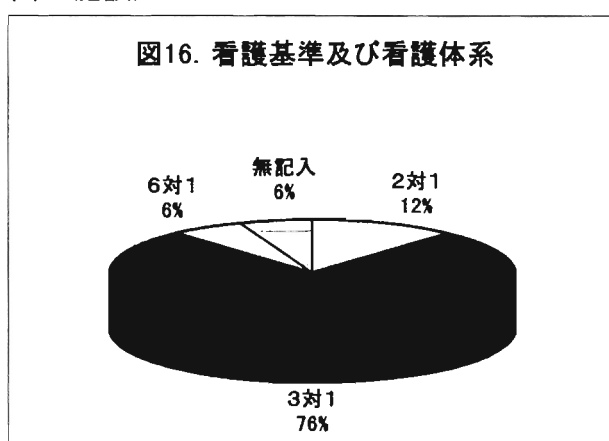


表16. 全病床数

n=17  
(単位:施設)

99床以下	1
200~299床	6
300~399床	4
400~499床	2
600~699床	1
700~799床	1
800~899床	1
1000床以上	1

平均値 428  
最小値 80  
最大値 1258

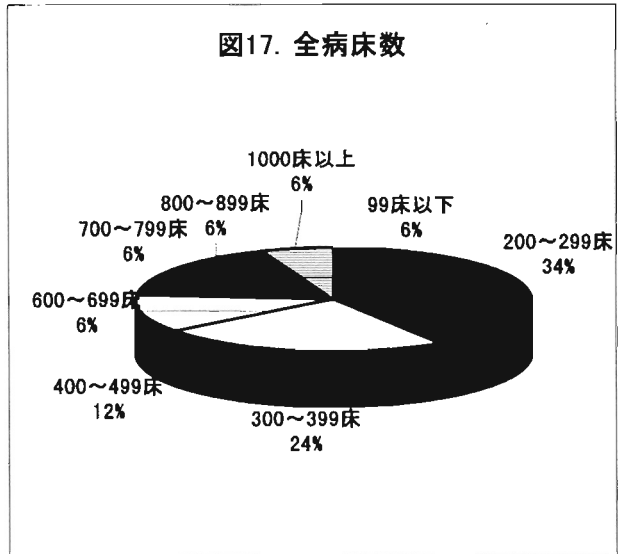


表17. 精神科病床数

n=18  
(単位:施設)

99床以下	3
100~199床	1
200~299床	5
300~399床	3
400~499床	2
600~699床	1
1000床以上	1
無記入	1

平均値 333.19  
最小値 30  
最大値 1258

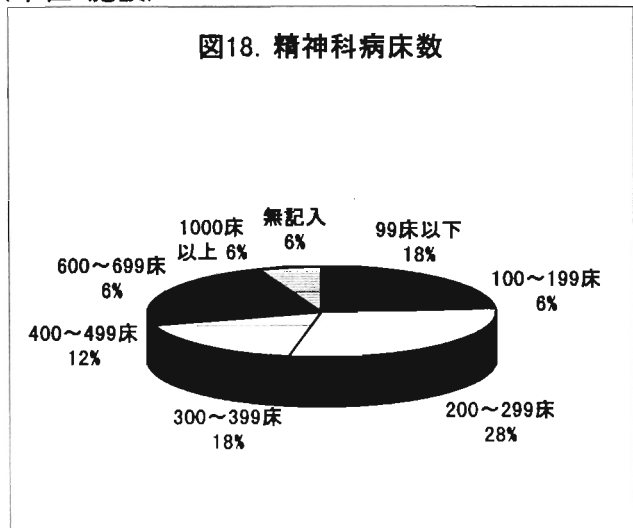


表18. 病床数

n=29  
(単位:病棟)

30~39床	6
40~49床	4
50~59床	6
60~69床	7
70床以上	2
無記入	4

平均値 50.68  
最少値 30  
最大値 72

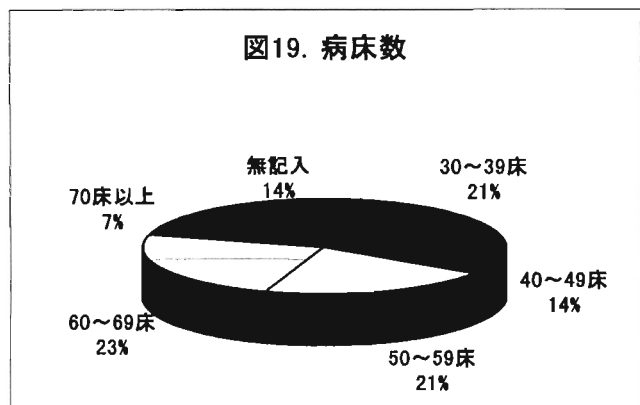




表16. 全病床数

n=17  
(単位:施設)

99床以下	1
200~299床	6
300~399床	4
400~499床	2
600~699床	1
700~799床	1
800~899床	1
1000床以上	1

平均 428  
最少 80  
最大 1258

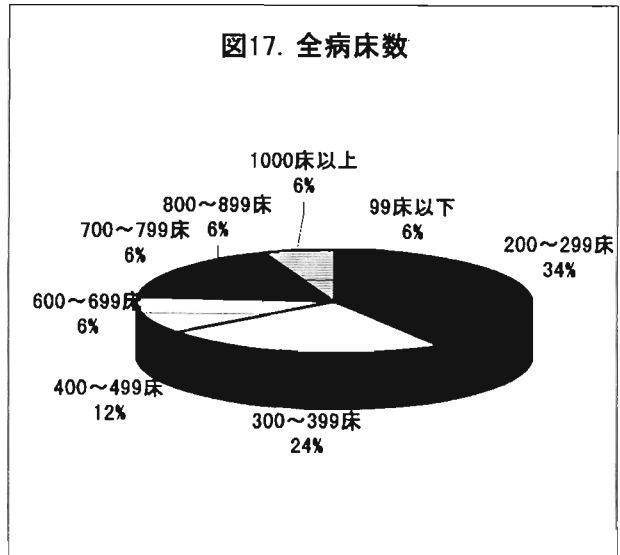


表17. 精神科病床数

n=18  
(単位:施設)

99床以下	3
100~199床	1
200~299床	5
300~399床	3
400~499床	2
600~699床	1
1000床以上	1
無記入	1

平均 333.19  
最少 30  
最大 1258

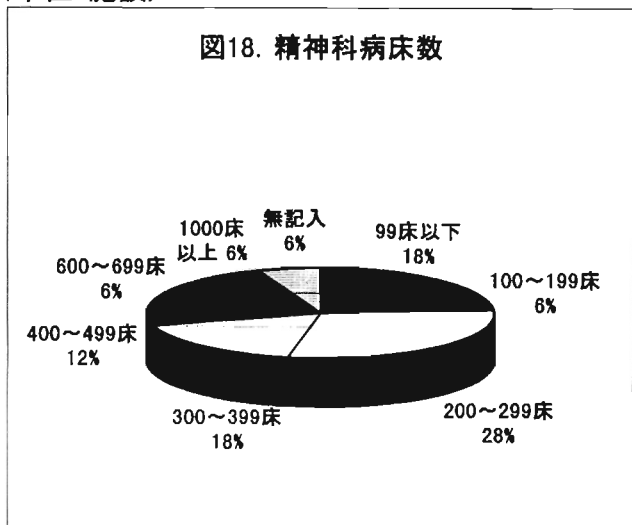


表18. 病床数

n=29  
(単位:病棟)

30~39床	6
40~49床	4
50~59床	6
60~69床	7
70床以上	2
無記入	4

平均 50.68  
最少 30  
最大 72

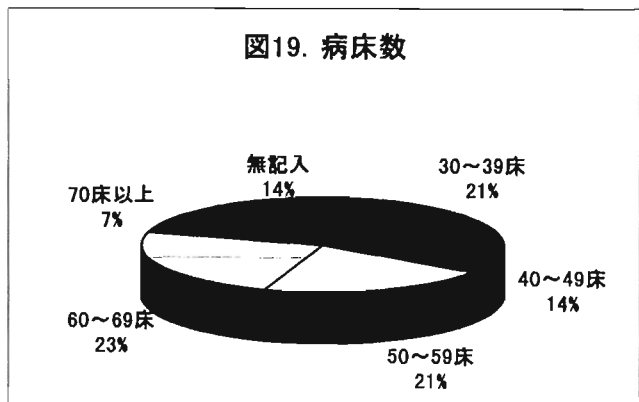


表19. 看護者数(全体)

n=29  
(単位:病棟)

15~19人	10
20~24人	13
25人以上	2
無記入	4

平均値 20.76  
最小値 15  
最大値 28

図20. 看護者数(全体)

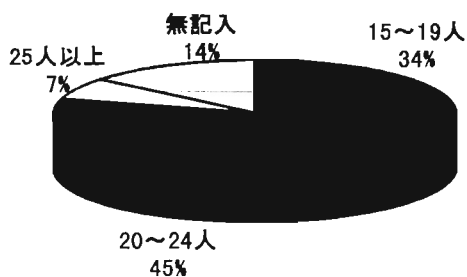


表20. 看護者数(准看護婦・士)

n=29  
(単位:病棟)

0人	4
1~4人	11
5~9人	7
10~14人	3
無記入	4

平均値 4.68  
最小値 0  
最大値 15

図21. 看護者数  
(准看護婦・士)

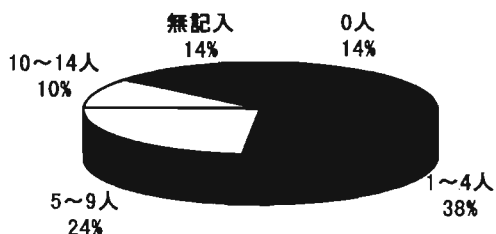


表21. 看護者数(正看護婦・士)

n=29  
(単位:病棟)

5~9人	7
10~19人	13
20~29人	5
無記入	4

平均値 14.44  
最小値 5  
最大値 28

図22. 看護者数  
(正看護婦・士)

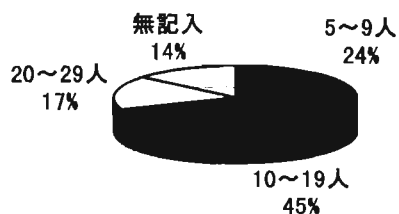


表22. 勤務形態

n=29  
(単位: 病棟)

2交代	2
3交代	23
無記入	4

図23. 勤務形態

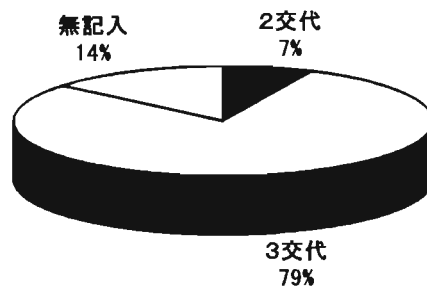


表23. 平均勤務者数(日勤)

n=29  
(単位: 病棟)

5人	1
6人	4
7人	3
8人	5
9人	5
11人	4
13人	1
無記入	6

図24. 平均勤務者数(日勤)

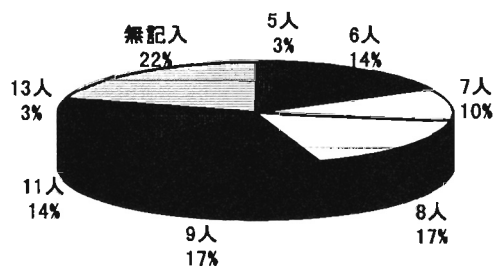


表24. 平均勤務者数(夜勤)

n=2  
(単位: 病棟)

2人	1
3人	1

図25. 平均勤務者数(夜勤)



表25. 平均勤務者数(準夜勤)

n=23  
(単位: 病棟)

2人	14
3人	6
4人	3

図26. 平均勤務者数  
(準夜勤)

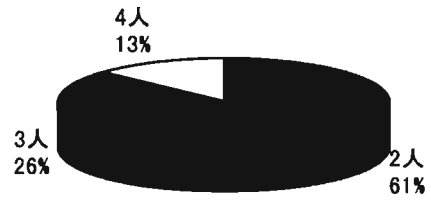


表26. 平均勤務者数(深夜勤)

n=23  
(単位: 病棟)

2人	16
3人	7

図27. 平均勤務者数  
(深夜勤)



表27. 病棟開放度

n=29  
(単位: 病棟)

開放	7
時間開放	3
完全閉鎖	15
無記入	4

図28. 病棟開放度

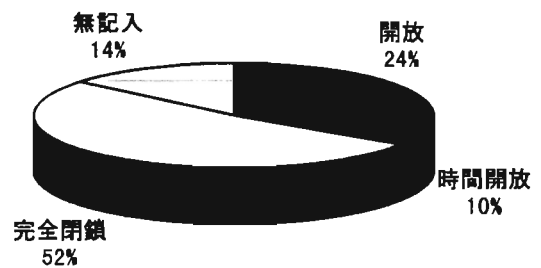


表28. 患者の性別による病棟区分 n=29  
(単位: 病棟)

男子病棟	10
女子病棟	2
男女混合病棟	13
無記入	4

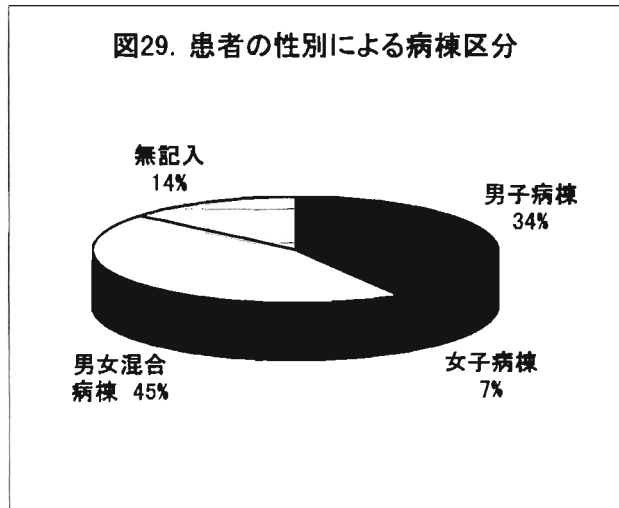


表29. 病棟の特徴 n=29  
(単位: 病棟)

精神科急性期	11
アルコール・薬物専門	5
その他	8
無記入	5

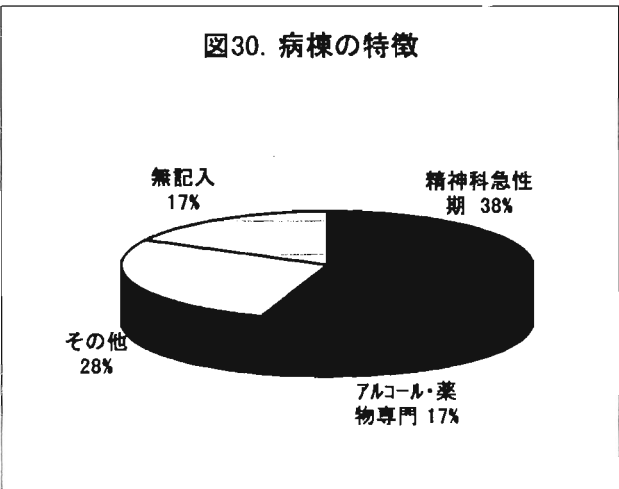


表30. 看護方式 n=29  
(単位: 病棟)

チームナーシング	2
固定チーム方式	1
プライマリーナーシング	3
機能別看護方式	6
混合方式	13
無記入	4

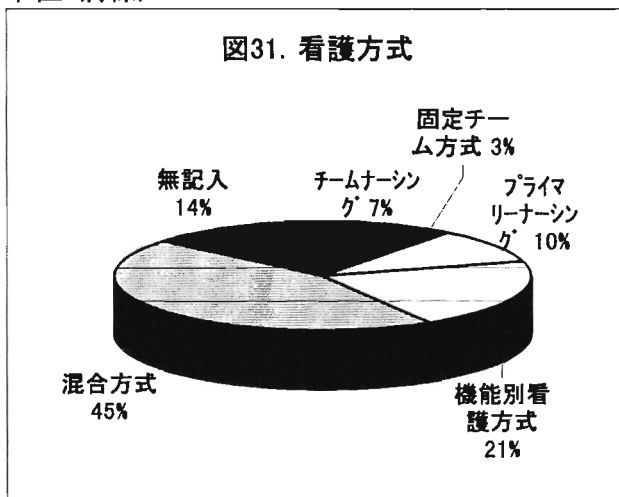


表31. 薬物依存症患者の入院患者数(年)

n=29  
(単位:病棟)

9人以下	1
10~19人	6
20~29人	4
30~39人	4
40~49人	1
50~59人	2
60~69人	1
70~79人	1
80人~89人	1
150人以上	2
無記入	6

平均値 47.9 (単位:人)  
SD = 45.5 (単位:人)  
最小値 6 (単位:人)  
最大値 160 (単位:人)

図32. 薬物依存症患者の入院数(年)

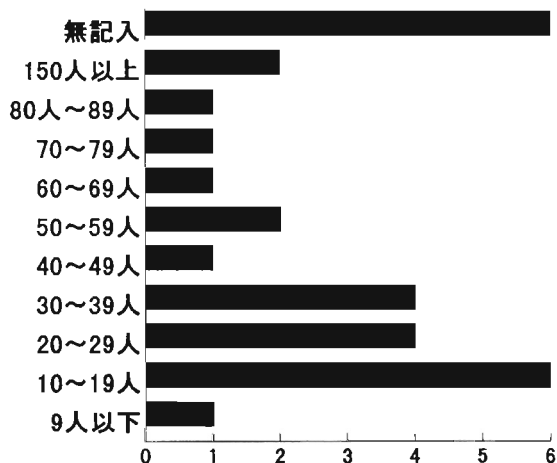


表32. 薬物依存症患者の平均入院月数

n=29  
(単位:病棟)

1ヶ月以内	14
~2ヶ月以内	3
~3ヶ月以内	3
~12ヶ月以内	1
~36ヶ月以内	1
無記入	7

平均値 2.42 (単位:月)  
SD = 4.99 (単位:月)  
最小値 0.28 (単位:月)  
最大値 26.7 (単位:月)

図33. 薬物依存症患者の平均入院月数

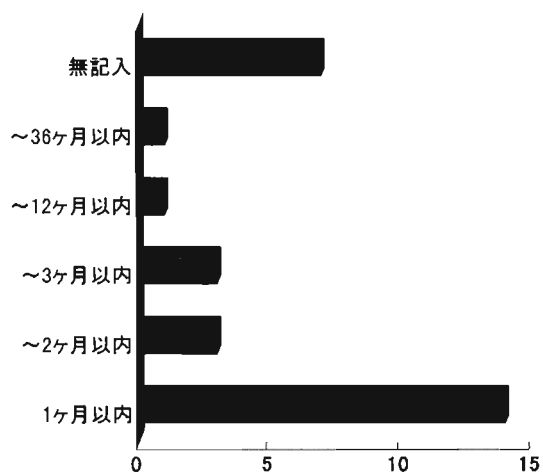


表33. 薬物依存症患者の入院時入院形態の割合

n=29  
(単位:病棟)

任意	5.01
医療保護	3.11
措置	1.35
その他	0.53

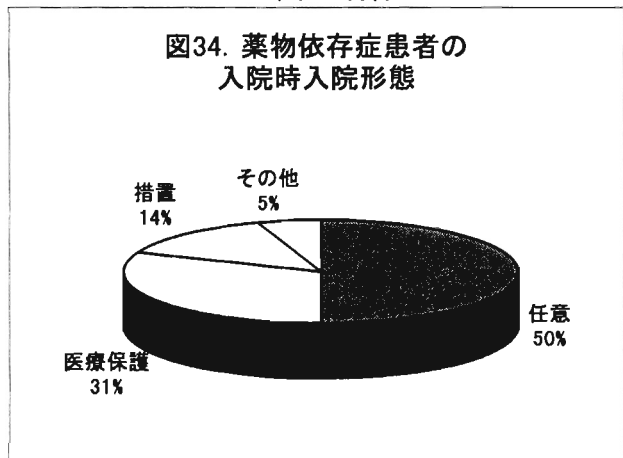


表34. 薬物依存症患者に関する看護マニュアルの有無

n=29  
(単位:病棟)

ある	4
なし	21
無記入	4

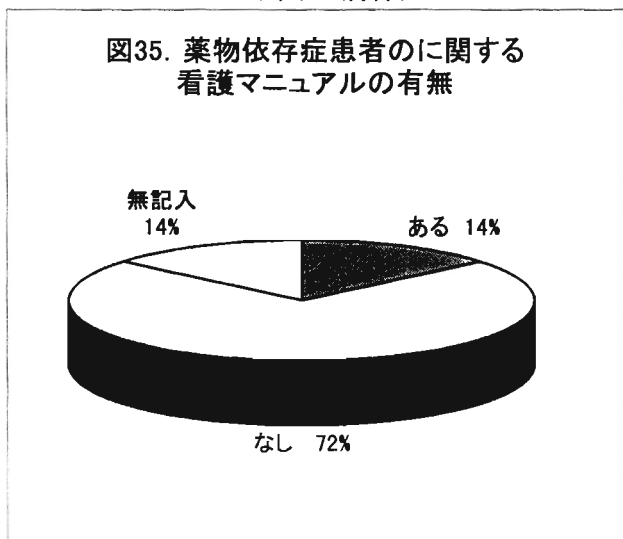


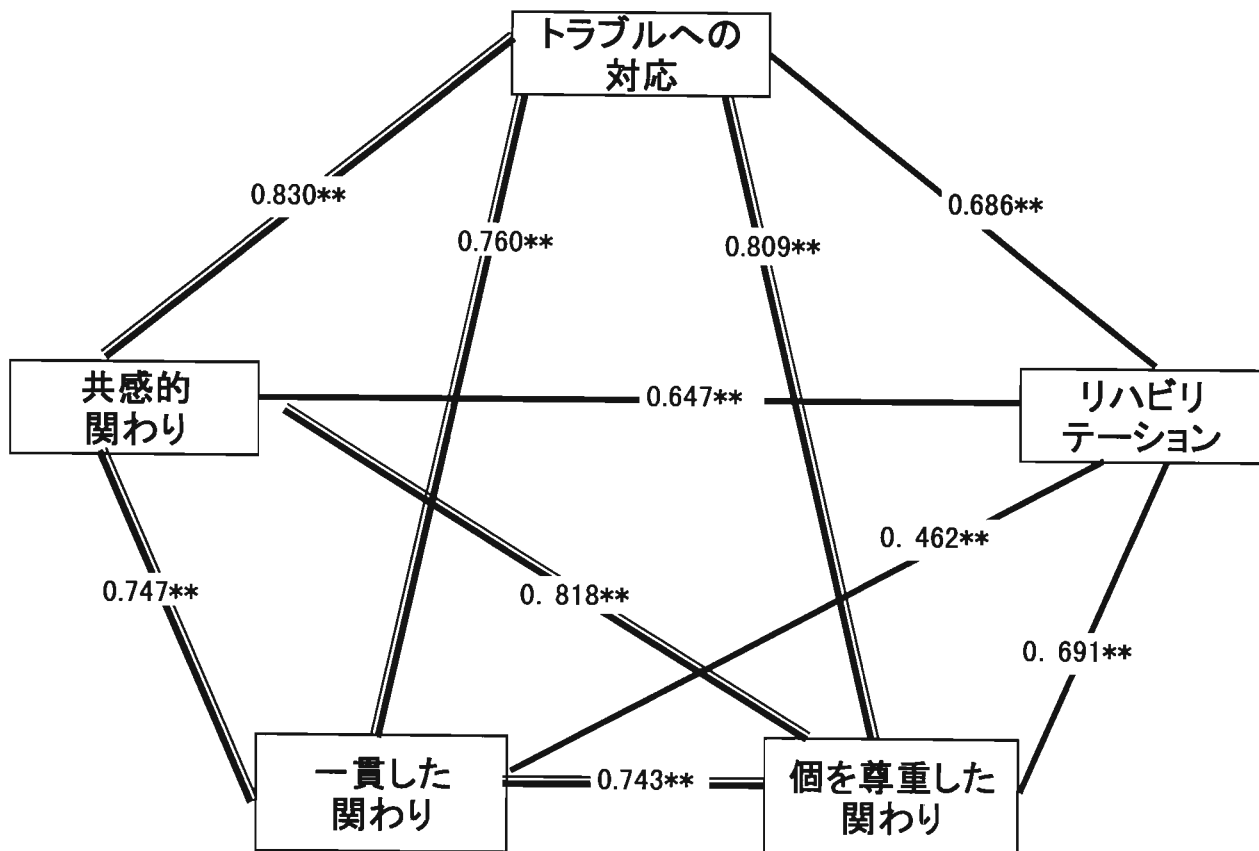
表35. 看護ケア  
因子分析(バリマックス法)の結果と因子ごとの平均値

因子	項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	平均値	因子平均値
個を尊重した関わり	患者の本当の入院目的や期待していることを知る	0.446					3.22	3.22
	家族の悩みや葛藤を聴く	0.527					3.15	
	衝動性をコントロールする方法を患者と一緒に考え	0.476					3.12	
	患者に退院後の目標や計画を聞く	0.566					3.25	
	指示的になることを慎しみ、患者自身が意志決定できるように援助する	0.506					3.40	
	患者の抱える問題について患者と一緒に話し合う	0.663					3.30	
	患者の個性に合わせて積極的に関係を築く	0.728					3.13	
	患者が達成感を得られるような体験を取り入れる	0.689					2.84	
	患者にあった目標設定をする	0.701					3.18	
	日常の関わりの中で、断薬の動機づけを心掛ける 一概に薬物依存症といっても様々な患者がいるので 個別的な看護をする	0.660 0.577					3.35 3.51	
トラブルへの対応	トラブル発生時にはまずは人を呼んでマンパワーで対応する		0.530				3.66	3.77
	患者の暴力に対して一人で対応しない		0.750				3.99	
	精神症状を観察する		0.609				3.87	
	患者との間で病棟規則を破るような裏取引はしない		0.747				4.18	
	患者の問題を申し送りやカンファレンスなどによって スタッフ全体で共有する		0.464				3.85	
	トラブルが起きたときには事実を確かめてから対応す		0.525				3.81	
	患者が怒鳴った時には時間をおいてそのことについて話し合う		0.384				3.41	
	看護者ができることとできないことの認識を持つ 回復していくのは患者自身という認識を持つ		0.663 0.531				3.56 3.60	
共感的関わり	丁寧な言葉遣いをするように心掛ける			0.689			3.48	3.44
	患者の気持ちや思いを聴く			0.702			3.51	
	外出や外泊する時には、スリップしたらSOSを出すように伝える			0.575			3.24	
	患者の行動を見守る			0.523			3.55	
	暴力がものに向かう場合には落ち着くのを待って対応する			0.402			3.30	
	患者の生活背景を知る			0.439			3.44	
	身体的・精神的なつらさを理解する			0.503			3.43	
	雑談や何気ない会話を通じて、患者との関係づくりをする			0.476			3.61	
	スリップしたときに失敗を責めず、受容的に関わる			0.411			3.40	
一貫した関わり	待たせないで早く苛々を収めるような対応をする				0.455		3.26	3.28
	規則や約束事についてオリエンテーションをする				0.446		3.54	
	ミーティングによって、治療や関わり方の統一を図る				0.621		3.41	
	威嚇や脅しに対して毅然とした態度で接する				0.553		3.63	
	身体症状を把握しながら、全身管理を行う				0.465		3.48	
	患者の受診行動を率直に評価しフィードバックする				0.583		3.06	
	使用薬物の種類に応じた患者の看護を行う				0.637		2.88	
	患者に対して理路整然と話すように心掛ける				0.577		3.28	
	ありのままに患者の努力と限界を認める				0.536		3.22	
	アディクションの心理を理解する				0.473		3.01	
リハビリテーション	スポーツによるストレスの発散と体力づくりを行う					0.602	2.69	2.85
	退院後の生活のために福祉に関する情報を提供す					0.498	2.77	
	断薬に向けて自助グループを紹介する					0.805	2.84	
	教育的プログラムに参加するように促す					0.740	3.11	

因子負荷量平方和 6.772 5.656 5.430 5.055 3.570  
寄与率 15.390 12.854 12.342 11.490 8.114  
累積寄与率 15.390 28.244 40.586 52.076 60.190



図36. 看護ケアの各因子間の相関関係



数字はピアソン積率相関係数を示す

--- 0~±0.2未満

— ±0.2~±0.4未満

== ±0.4~±0.7未満

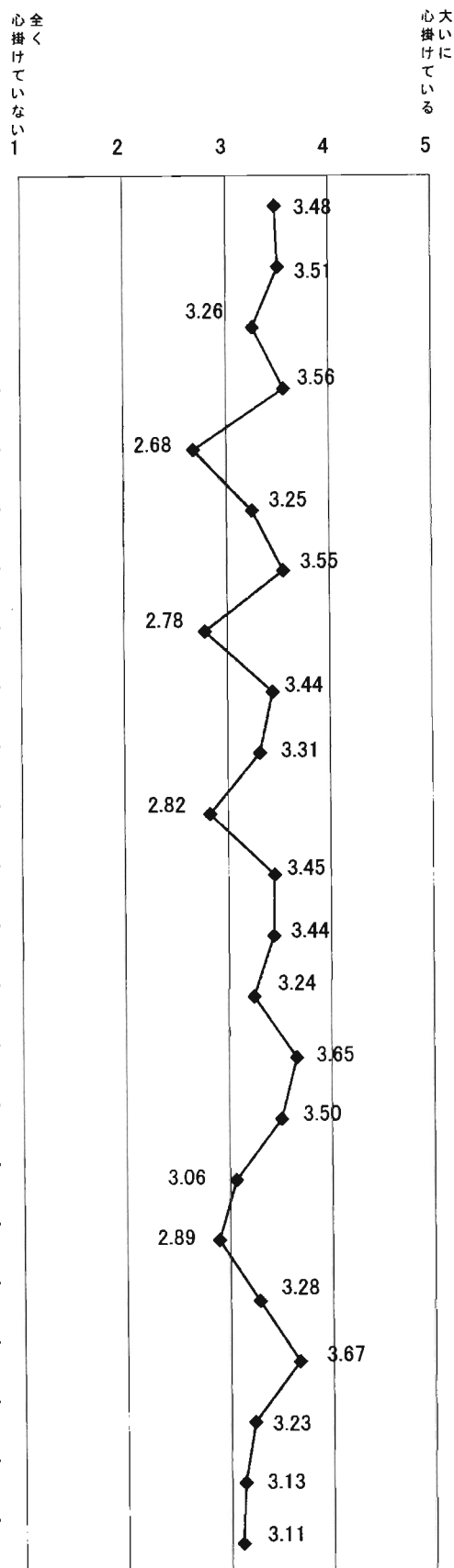
=== ±0.7以上

\*\*p<0.01

\*p<0.05

図37. 薬物依存症患者に対する看護ケア  
—各項目の平均値—

	平均値	標準偏差	有効標本数
1. 丁寧な言葉遣いをするように心掛ける。	3.48	0.82	410
2. 患者の気持ちや思いを聴く。	3.51	0.81	410
3. 外出や外泊する時には、スリップしたらSOSを出すように伝える。	3.26	0.95	394
4. 患者の行動を見守る。	3.56	0.80	410
5. スポーツによるストレスの発散と体力づくりを行う。	2.68	0.94	399
6. 待たせないで早く奇々を取めるような対応をする。	3.25	0.80	409
7. 規則や約束事についてオリエンテーションをする。	3.55	0.84	409
8. 退院後の生活のために福祉に関する情報を提供する。	2.78	0.93	404
9. ミーティングによって、治療や関わり方の統一を図る。	3.44	0.98	408
10. 暴力がものに向かう場合には落ち着くのを待って対応する。	3.31	0.91	404
11. 断薬に向けて自助グループを紹介する。	2.82	1.09	400
12. 患者の生活背景を知る。	3.45	0.89	408
13. 身体的・精神的なつらさを理解する。	3.44	0.87	409
14. 患者の本当の入院目的や期待していることを知る。	3.24	0.82	403
15. 威嚇や脅しに対して毅然とした態度で接する。	3.65	0.90	406
16. 身体症状を把握しながら、全身管理を行う。	3.50	0.85	406
17. 患者の受診行動を率直に評価しフィードバックする。	3.06	0.87	400
18. 使用薬物の種類に応じた患者の看護を行う。	2.89	0.96	406
19. 患者に対して理路整然と話すように心掛ける。	3.28	0.85	404
20. トラブル発生時にはまずは人を呼んでマンパワーで対応する。	3.67	0.99	407
21. ありのままに患者の努力と限界を認める。	3.23	0.81	404
22. 家族の悩みや葛藤を聴く。	3.13	0.87	401
23. 衝動性をコントロールする方法を患者と一緒に考える。	3.11	0.84	401



全く  
心  
掛  
け  
て  
い  
な  
い

大  
心  
掛  
け  
て  
い  
る

	平均値	標準偏差	有効標本数
24. アディクションの心理を理解する。	3.02	0.91	389
25. 患者の暴力に対して一人で対応しない。	3.99	0.95	406
26. 精神症状を観察する。	3.88	0.91	407
27. 患者に退院後の目標や計画を聞く。	3.26	0.95	403
28. 雑談や何気ない会話を通じて、患者との関係づくりをする。	3.62	0.92	408
29. 患者との間で病棟規則を破るような裏取りはしない。	4.17	0.96	407
30. 患者の問題を申し送りやカンファレンスなどによってスタッフ全体で共有する。	3.85	0.96	408
31. スリップしたときに失敗を責めず、受容的に関わる。	3.40	0.89	401
32. 指示的になることを慎しみ、患者自身が意志決定できるように援助する。	3.41	0.88	405
33. トラブルが起きたときには事実を確かめてから対応する。	3.81	0.89	407
34. 患者が怒鳴った時には時間をおいてそのことについて話し合う。	3.41	0.90	404
35. 男性患者と女性患者とでは対応を変えている。	2.84	1.00	386
36. 患者の抱える問題について患者と一緒に話し合う。	3.30	0.85	403
37. 教育的プログラムに参加するように促す。	3.12	1.07	394
38. 患者の個性に合わせて積極的に関係を築く。	3.12	0.95	398
39. 患者が達成感を得られるような体験を取り入れる。	2.83	0.94	396
40. 患者にあった目標設定をする。	3.18	0.92	397
41. 看護者ができることとできないことの認識を持つ。	3.57	0.97	398
42. 日常の関わりの中で、断薬の動機づけを心掛ける。	3.36	0.96	401
43. 回復していくのは患者自身という認識を持つ。	3.60	0.96	402
44. 一概に薬物依存症といっても様々な患者がいるので個別的な看護をする。	3.50	0.97	404

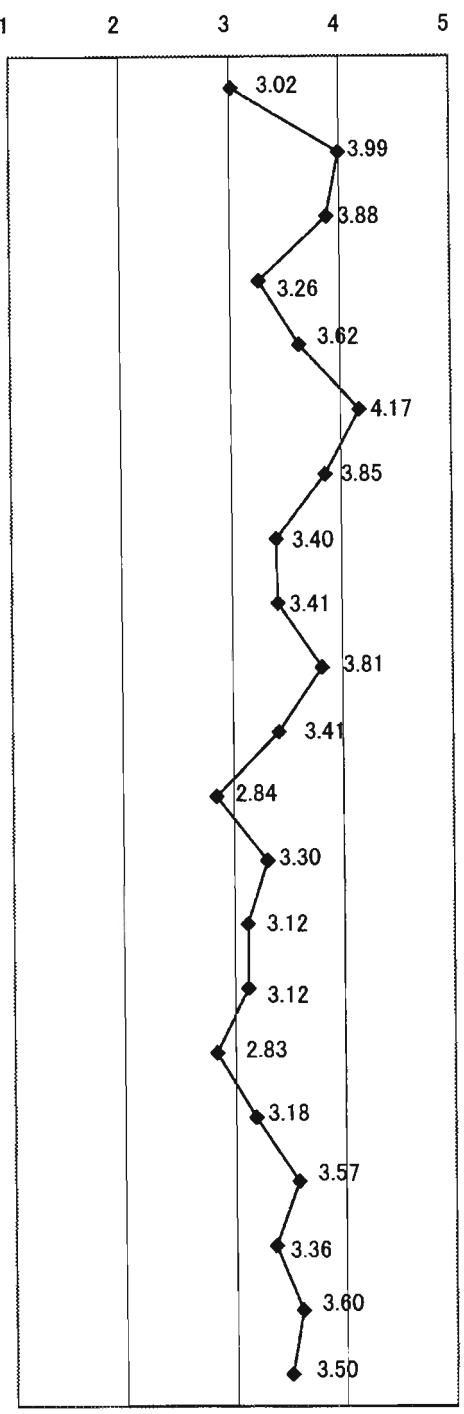
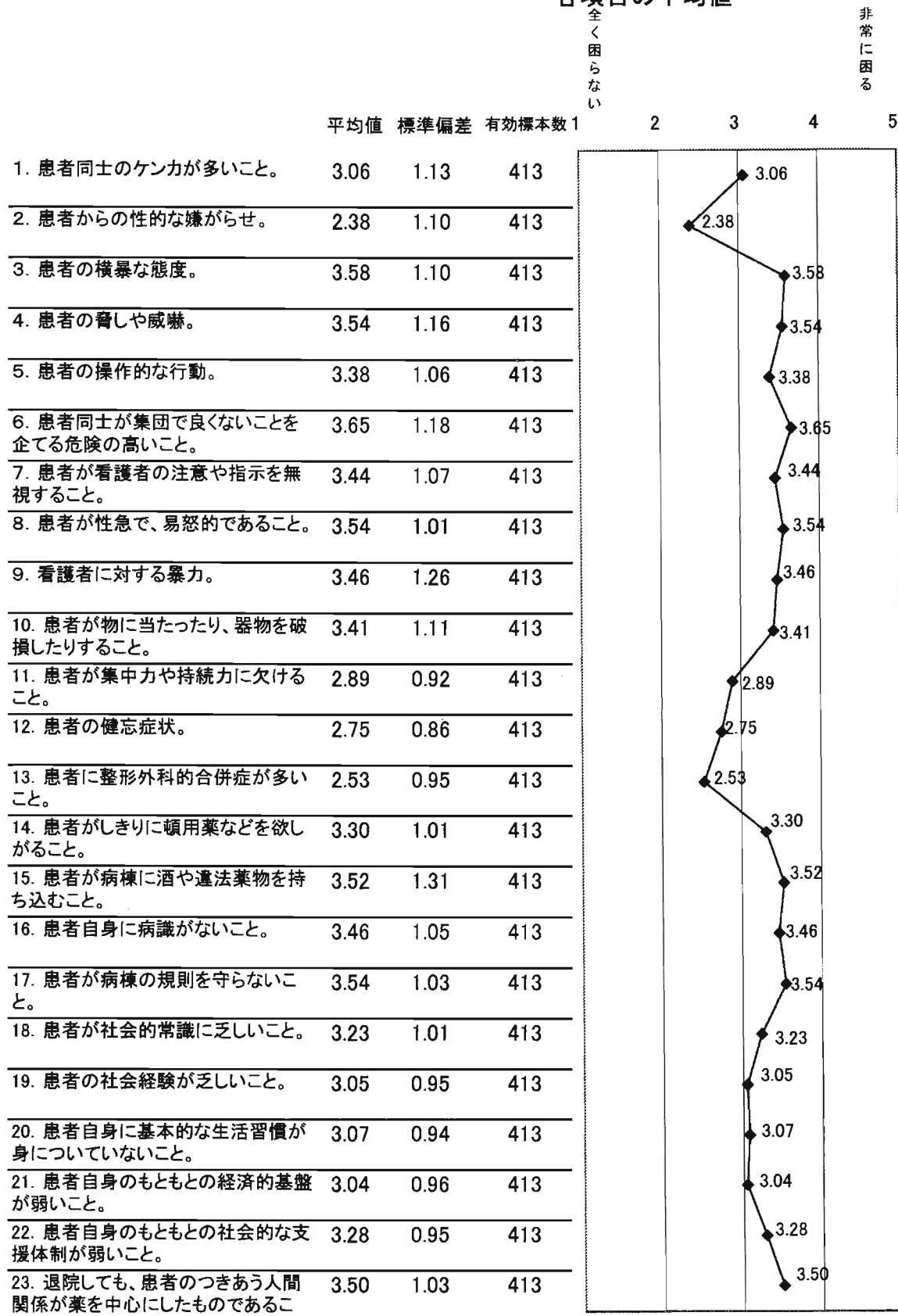


表36. 看護ケアを行っている時期

項目	初期	中期	後期	無回答	有効標本数
1. 丁寧な言葉遣いをするように心掛ける。	62	10	4	8	384
2. 患者の気持ちや思いを聴く。	29	40	23	13	395
3. 外出や外泊する時には、スリップしたらSOSを出すように伝える。	10	27	91	9	327
4. 患者の行動を見守る。	34	20	9	13	400
5. スポーツによるストレスの発散と体力づくりを行う。	3	42	41	8	223
6. 待たせないで早く苛々を収めるような対応をする。	72	26	2	11	364
7. 規則や約束事についてオリエンテーションをする。	95	43	4	8	390
8. 退院後の生活のために福祉に関する情報を提供する。	3	11	118	6	233
9. ミーティングによって、治療や関わり方の統一を図る。	39	29	7	11	348
10. 暴力がものに向かう場合には落ち着くのを待って対応する。	55	27	2	14	348
11. 断薬に向けて自助グループを紹介する。	3	26	102	6	238
12. 患者の生活背景を知る。	122	18	6	11	373
13. 身体的・精神的なつらさを理解する。	35	26	5	8	377
14. 患者の本当の入院目的や期待していることを知る。	47	42	9	11	350
15. 威嚇や脅しに対して毅然とした態度で接する。	41	19	0	14	388
16. 身体症状を把握しながら、全身管理を行う。	84	8	5	12	384
17. 患者の受診行動を率直に評価しフィードバックする。	21	21	16	9	304
18. 使用薬物の種類に応じた患者の看護を行う。	25	15	4	14	258
19. 患者に対して理路整然と話すように心掛ける。	12	20	8	16	351
20. トラブル発生時にはまずは人を呼んでマンパワーで対応する。	36	11	1	11	373
21. ありのままに患者の努力と限界を認める。	13	19	14	9	353
22. 家族の悩みや葛藤を聴く。	23	11	21	12	323
23. 衝動性をコントロールする方法を患者と一緒に考える。	11	29	25	11	319
24. アディクションの心理を理解する。	9	21	7	16	290
25. 患者の暴力に対して一人で対応しない。	27	10	4	13	392
26. 精神症状を観察する。	34	12	2	12	403
27. 患者に退院後の目標や計画を聞く。	6	12	151	11	329
28. 雑談や何気ない会話を通じて、患者との関係づくりをする。	16	25	18	11	382
29. 患者との間で病棟規則を破るような裏取りはしない。	12	7	1	13	398
30. 患者の問題を申し送りやカンファレンスなどによってスタッフ全体で共有する。	23	9	2	8	391
31. スリップしたときに失敗を責めず、受容的に関わる。	19	17	22	9	362
32. 指示的になることを慎み、患者自身が意志決定できるように援助する。	10	23	18	12	365
33. トラブルが起きたときには事実を確かめてから対応する。	9	15	3	12	399
34. 患者が怒鳴った時には時間を置いてそのことについて話し合う。	16	17	5	10	356
35. 男性患者と女性患者とでは対応を変えている。	7	7	3	9	239
36. 患者の抱える問題について患者と一緒に話し合う。	5	19	24	12	356
37. 教育的プログラムに参加するように促す。	6	27	40	4	285
38. 患者の個性に合わせて積極的に関係を築く。	11	26	10	14	299
39. 患者が達成感を得られるような体験を取り入れる。	2	27	35	7	237
40. 患者にあった目標設定をする。	17	26	27	10	321
41. 看護師ができることとできないことの認識を持つ。	11	14	10	11	366
42. 日常の関わりの中で、断薬の動機づけを心掛ける。	11	23	41	10	342
43. 回復していくのは患者自身という認識を持つ。	11	14	28	13	374
44. 一概に薬物依存症といっても様々な患者がいるので個別的な看護をする。	4	11	8	8	358

図38. 薬物依存症患者の看護をする上で困ること  
—各項目の平均値—



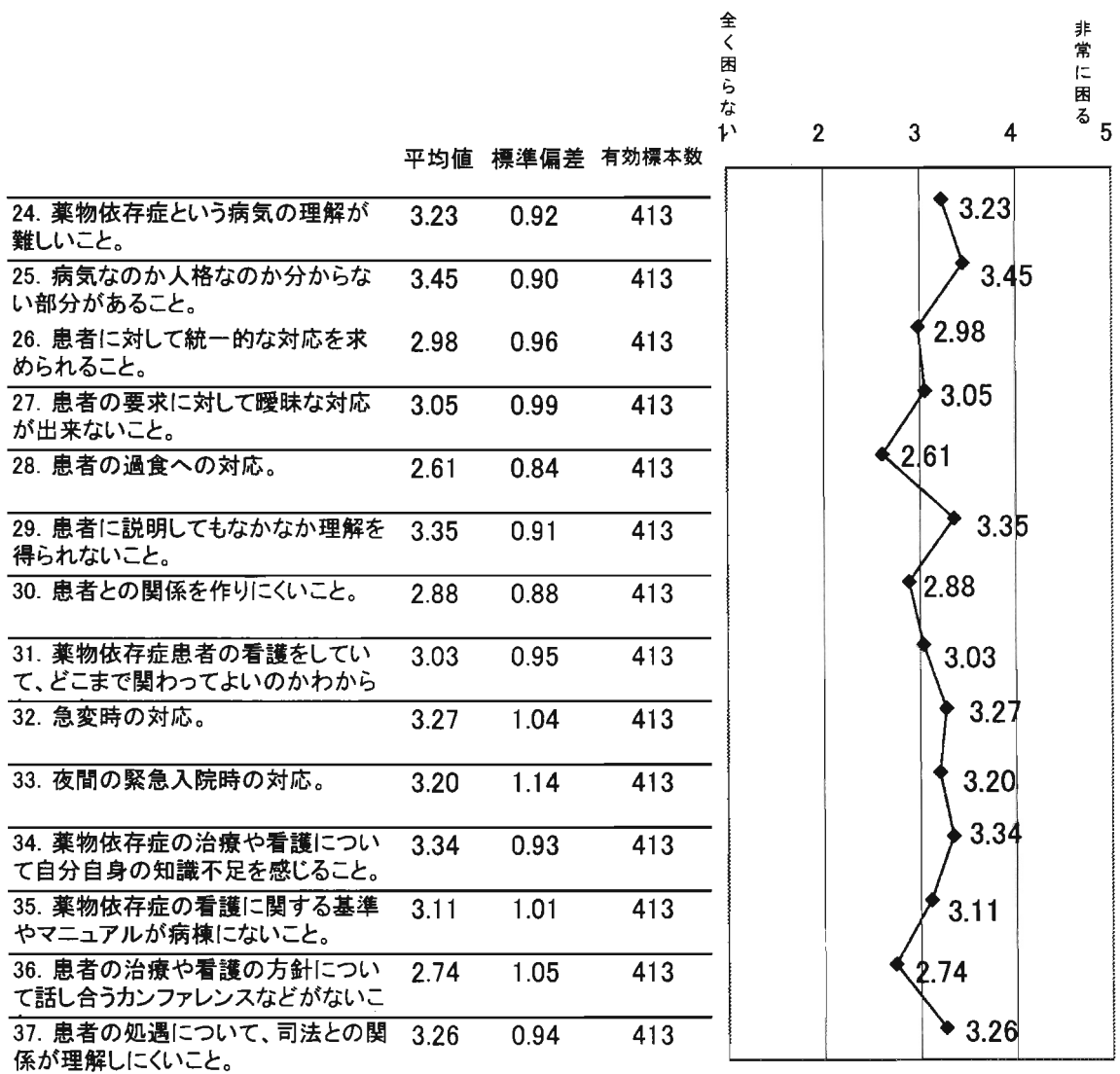
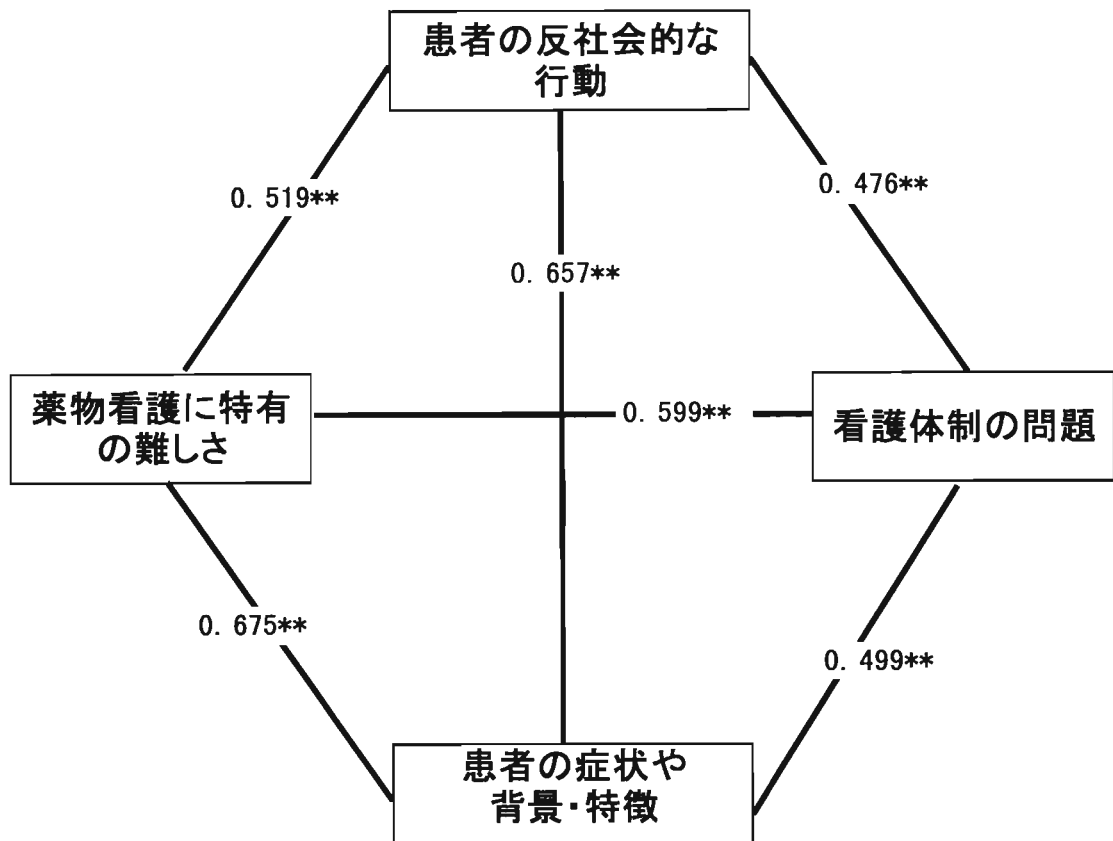


表37. 薬物依存症患者を看護する上で困ること  
 因子分析(バリマックス法)の結果と因子ごとの平均値

因子	項目	因子1	因子2	因子3	因子4	平均値	因子平均値
患者の反社会的な行動	患者の脅しや威嚇	0.857				3.54	3.38
	患者の横暴な態度	0.840				3.58	
	患者の操作的な行動	0.774				3.38	
	患者が性急で、易怒的であること	0.765				3.54	
	患者が看護者の注意や指示を無視すること	0.720				3.44	
	看護者に対する暴力	0.668				3.46	
	患者同士が集団で良くないことを企てる危険の高いこと	0.644				3.65	
	患者が物に当たったり、器物を破損したりすること	0.619				3.41	
	患者が病棟の規則を守らないこと	0.579				3.54	
	患者同士のケンカが多いこと	0.632				3.06	
	患者が病棟に酒や違法薬物を持ち込むこと	0.345				3.52	
	患者からの性的な嫌がらせ	0.319				2.38	
薬物看護に特有の難しさ	薬物依存症患者の看護をしていて、どこまで関わってよいかわからないこと		0.758			3.03	3.13
	患者との関係を作りにくいこと		0.699			2.88	
	患者の要求に対して曖昧な対応が出来ないこと		0.683			3.05	
	病気なのか人格なのか分からない部分があること		0.676			3.45	
	薬物依存症の治療や看護について自分自身の知識不足を感じる事		0.670			3.34	
	薬物依存症という病気の理解が難しいこと		0.646			3.23	
	患者に対して統一的な対応を求められること		0.607			2.98	
	患者に説明してもなかなか理解を得られないこと		0.601			3.35	
	急変時の対応		0.534			3.27	
	夜間の緊急入院時の対応		0.503			3.20	
	患者の過食への対応		0.367			2.61	
患者の症状や背景の特徴	患者自身のもともとの経済的基盤が弱いこと			0.787		3.04	3.10
	患者の社会経験が乏しいこと			0.776		3.05	
	患者自身に基本的な生活習慣が身につけていないこと			0.735		3.07	
	患者が社会的常識に乏しいこと			0.687		3.23	
	患者自身のもともとの社会的な支援体制が弱いこと			0.678		3.28	
	患者が集中力や持続力に欠けること			0.606		2.89	
	退院しても、患者のつきあう人間関係が薬を中心にしたものであること			0.598		3.50	
	患者の健忘症状			0.511		2.75	
	患者自身に病識がないこと			0.509		3.46	
	患者がしきりに頓用薬などを欲しがること			0.441		3.30	
	患者に整形外科的合併症が多いこと			0.334		2.53	
	看護体制の問題	患者の治療や看護の方針について話し合うカンファレンスなどが無いこと				0.852	
患者の処遇について、司法との関係が理解しにくいこと					0.503	3.26	
薬物依存症の看護に関する基準やマニュアルが病棟にないこと					0.621	3.11	

因子負荷量平方和 6.611 5.652 5.463 2.029  
 寄与率 17.868 15.277 14.766 5.484  
 累積寄与率 17.868 33.144 47.910 53.395

図39. 薬物依存症患者を看護する上で困ることの各因子間の相関関係



数字はピアソン積率相関係数を示す

--- 0~±0.2未満

— ±0.2~±0.4未満

— ±0.4~±0.7未満

— ±0.7以上

\*\*p<0.01

\*p<0.05



図40. 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の職業的やりがい  
—各項目の平均値—

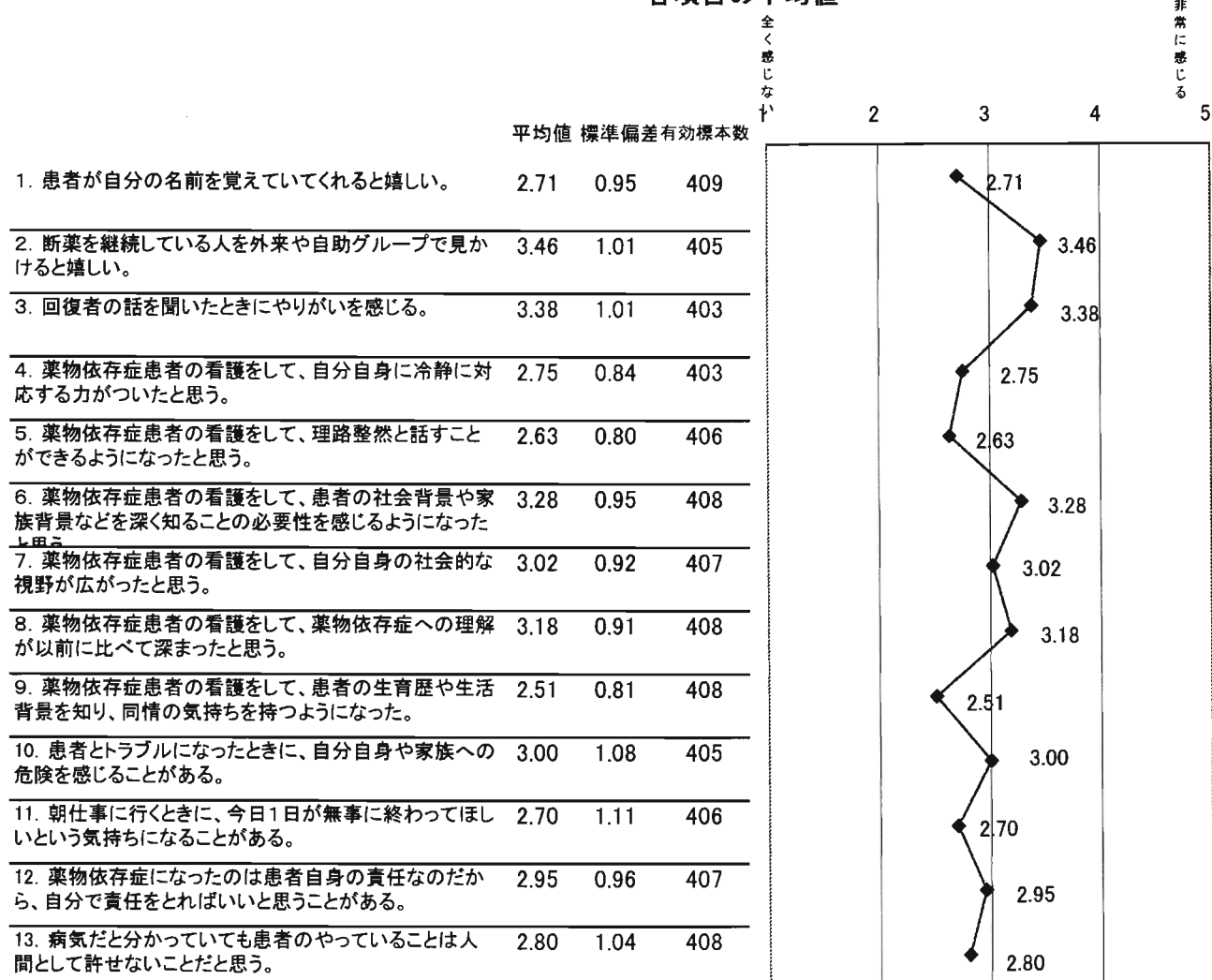
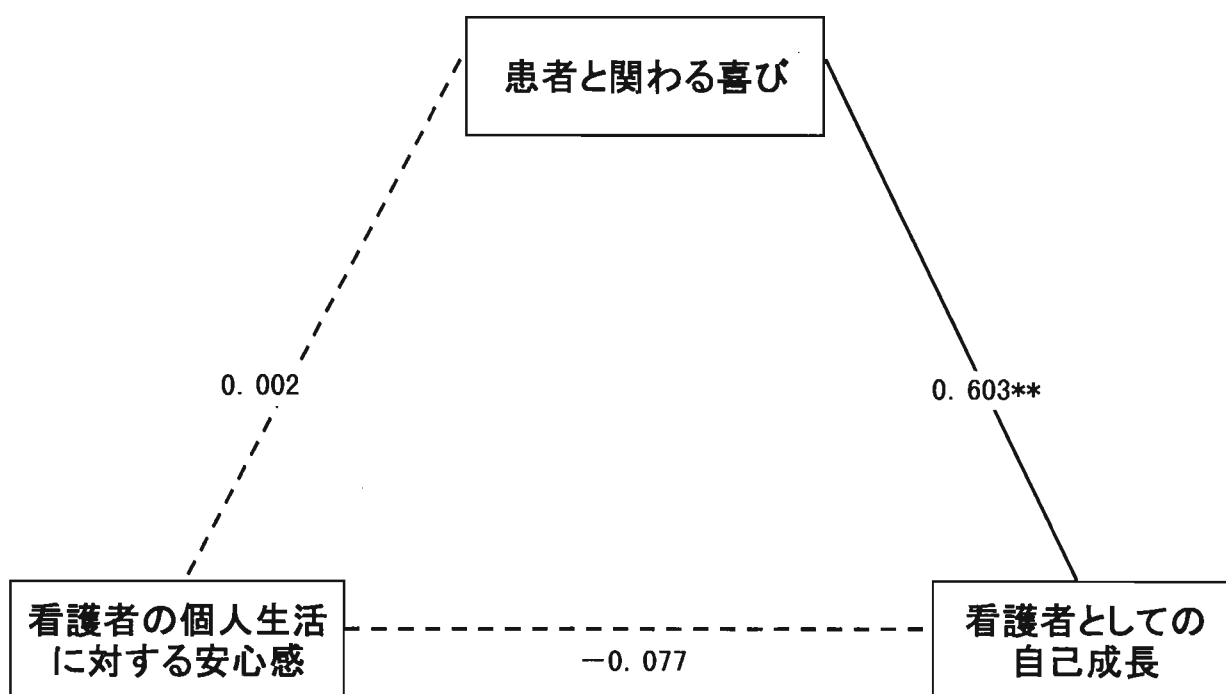


表38. 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の職業的やりがい  
因子分析(バリマックス法)の結果と因子ごとの平均値

因子	項目	因子1	因子2	因子3	平均値	因子平均値
看護者としての自己成長	薬物依存症患者の看護をして、自分自身の社会的な視野が広がったと思う	0.840			3.03	2.82
	薬物依存症患者の看護をして、理路整然と話すことができるようになったと思う	0.775			2.63	
	薬物依存症患者の看護をして、薬物依存症への理解が以前に比べて深まったと思う	0.761			3.18	
	薬物依存症患者の看護をして、自分自身に冷静に対応する力がついたと思う	0.755			2.75	
	薬物依存症患者の看護をして、患者の生育歴や生活背景を知り、同情の気持ちを持つようになった	0.546			2.51	
患者と関わる喜び	断薬を継続している人を外来や自助グループで見かけると嬉しい		0.862		3.25	3.04
	回復者の話を聞いたときにやりがいを感じる		0.817		3.00	
	患者が自分の名前を覚えていてくれると嬉しい		0.702		2.95	
	薬物依存症患者の看護をして、患者の社会背景や家族背景などを深く知ることの必要性を感じるようになったと思う		0.526		2.98	
看護者の個人生活に対する安心感	病気だと分かっているにもかかわらず患者のやっていることは人間として許せないことだと思う			0.791	2.80	2.86
	朝仕事に行くときに、今日1日が無事に終わってほしいという気持ちになることがある			0.783	2.70	
	薬物依存症になったのは患者自身の責任なのだから、自分で責任をとればよいと思うことがある			0.737	2.96	
	患者とトラブルになったときに、自分自身や家族への危険を感じることもある			0.703	2.98	

因子負荷量平方和 3.278 2.548 2.358  
寄与率 25.218 19.603 18.141  
累積寄与率 25.218 44.822 62.962

図41. 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の職業的やりがいの各因子間の相関関係



数字はピアソン積率相関係数を示す

- 0~±0.2未満
- ±0.2~±0.4未満
- == ±0.4~±0.7未満
- === ±0.7以上

\*\*p<0.01

\*p<0.05

図42. 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の感情反応  
 -各項目の平均値-

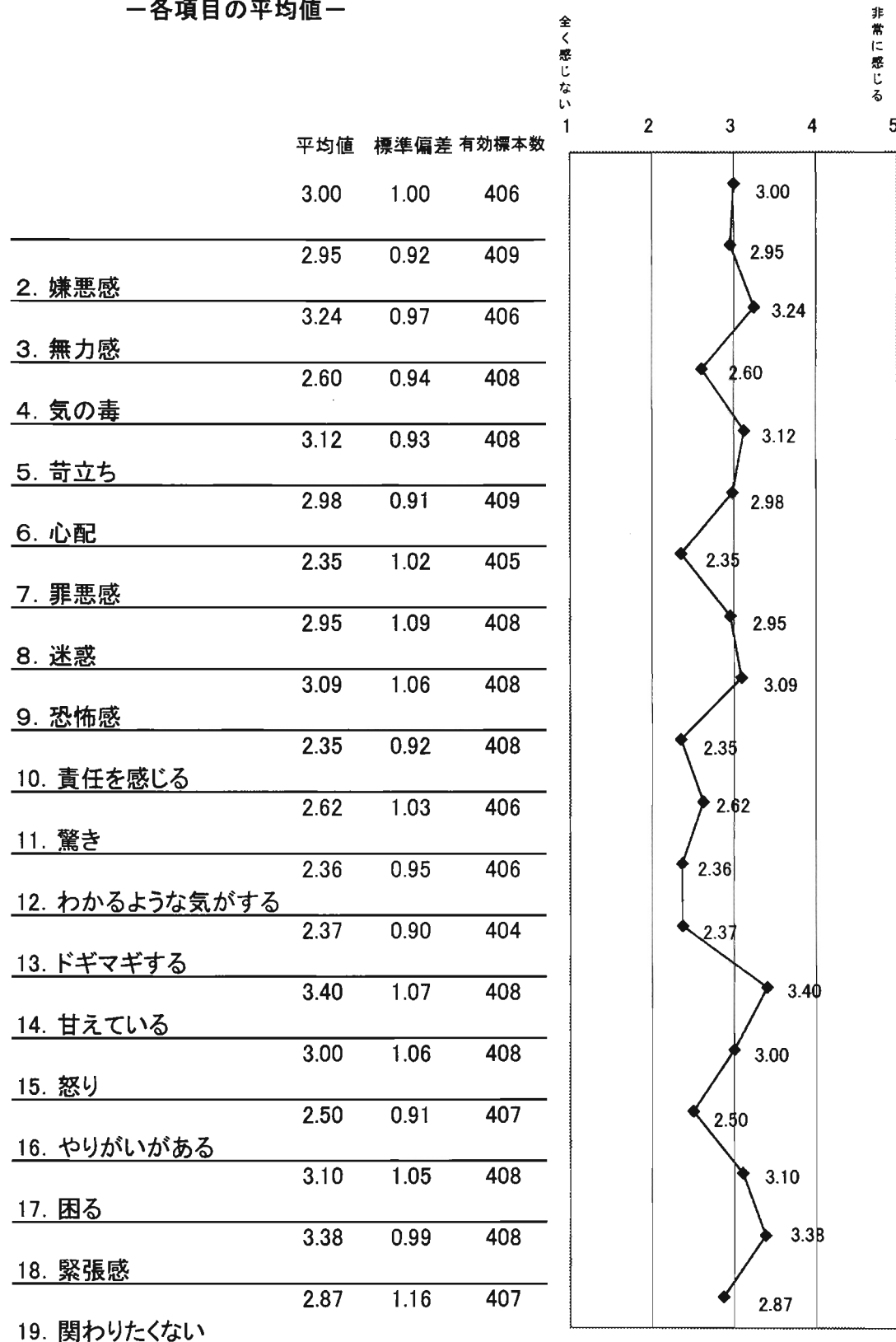


表39. 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の感情反応  
 因子分析(バリマックス法)の結果と因子ごとの平均値

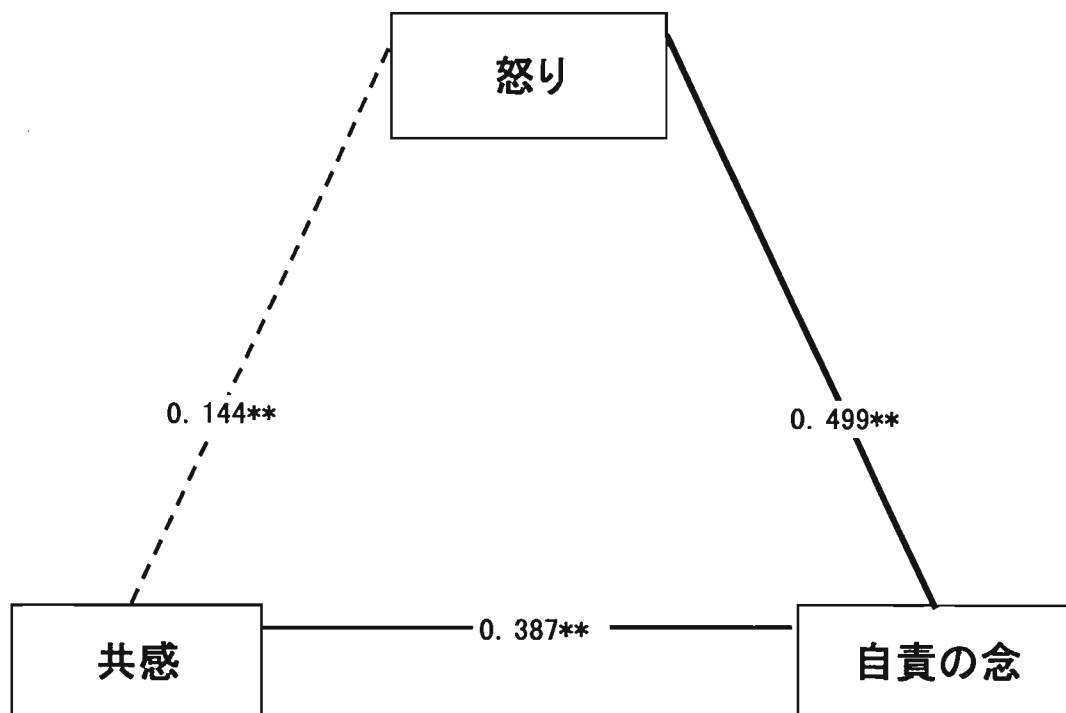
因子	項目	因子1	因子2	因子3	平均値	因子 平均値
怒り	困る	0.817			3.10	2.98
	怒り	0.760			2.99	
	甘えている	0.720			3.41	
	恐怖感	0.698			3.08	
	迷惑	0.692			2.95	
	緊張感	0.646			3.37	
	関わりたくない	0.621			2.89	
	驚き	0.415			2.61	
	ドギマギする	0.399			2.38	
	嫌悪感	0.466			2.94	
	苛立ち	0.562			3.11	
共感	痛ましさ		0.725		2.99	2.63
	気の毒		0.671		2.59	
	心配		0.651		2.96	
	責任を感じる		0.594		2.36	
	わかるような気がする		0.581		2.38	
	やりがいがある		0.562		2.50	
自責	無力感			0.691	3.24	2.80
	罪悪感			0.002	2.33	

因子負荷量平方和 4.555 3.522 1.583

寄与率 23.974 18.539 5.385

累積寄与率 23.974 42.513 51.487

図43. 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の感情反応の各因子間の相関関係



数字はピアソン積率相関係数を示す

- 0~±0.2未満
- ±0.2~±0.4未満
- == ±0.4~±0.7未満
- === ±0.7以上

\*\*p<0.01  
\*p<0.05

表40. 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士のバーンアウトレベル

n=369  
(単位:名)

健康群	109
警告群	147
バーンアウト群	113

図44. 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士のバーンアウトレベル

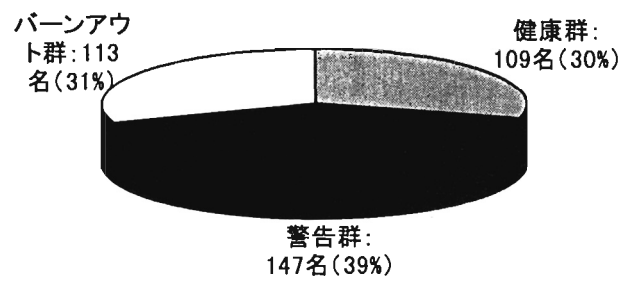


図45. 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士の感じる身体症状  
—各項目の平均値—

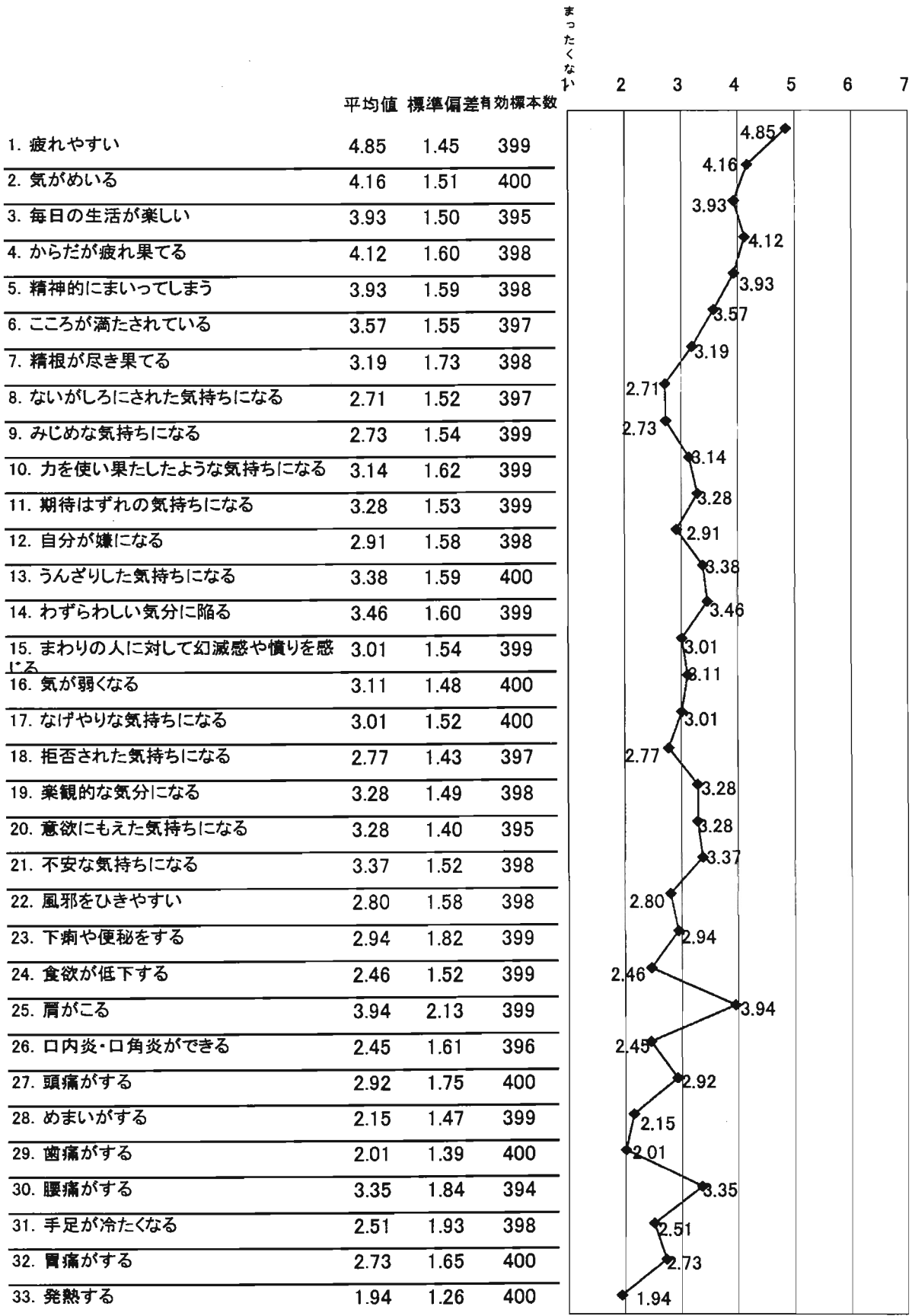




図46. 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士のストレスコーピング  
—各項目の平均値—

	平均値	標準偏差	有効標本数
1. 患者が退院するまで我慢する。	3.02	1.01	404
2. 患者にあまり関わらないようにする。	2.79	1.00	404
3. 勤務異動を希望する。	1.72	1.72	402
4. 患者に怒鳴られた時はじっと耐える。	2.88	0.98	404
5. 患者に対しては、当たりさわりのないように対応する。	2.99	0.94	405
6. 患者の前では目立たないように振る舞う。	2.44	0.93	405
7. 同僚にアドバイスを求める。	3.38	0.96	404
8. 上司や医師に相談する。	3.53	0.96	405
9. 患者に対する自分の見方を変えてみる。	3.17	0.84	404
10. 患者には感情移入をしないようにする。	3.25	0.93	406
11. 自分の勤務異動が来るまで我慢する。	2.45	1.09	399
12. 耐えられない時は、受持ち患者を代わってもらう。	2.00	0.84	396
13. せつかくの機会だから勉強しようと思う。	2.95	0.89	405
14. 薬物依存について、本や教科書を見て勉強する。	3.07	0.89	403
15. 仕事だと割り切る。	3.40	0.86	406
16. 嫌なことは過ぎたら忘れる。	3.30	0.90	405
17. 家に帰ったら仕事の事は考えないようにする。	3.40	1.05	407
18. 趣味に没頭する。	3.16	1.06	406
19. 気分転換のためにスポーツをする。	2.80	1.15	406
20. 気分転換のために旅行に行く。	2.95	1.14	404
21. 嫌なことはお酒を飲んで忘れるようにする。	2.22	1.14	406
22. 患者への対応の仕方は、先輩をモデルにする。	3.31	0.96	408
23. 自分のせいではないと考える。	2.61	0.90	399
24. カンファレンスで治療や看護の方針を検討する。	3.49	0.95	406
25. 薬を飲んで気分を変えるようにする。	1.40	0.78	405
26. 自分の気持ちをカンファレンスで話す。	3.08	0.99	407
27. 困った場面では、他の看護者の応援を頼む。	3.64	0.93	405
28. 一日、何事もなく無事に終わるよう祈る。	3.20	1.22	407

全くそうしない

いつもそうする

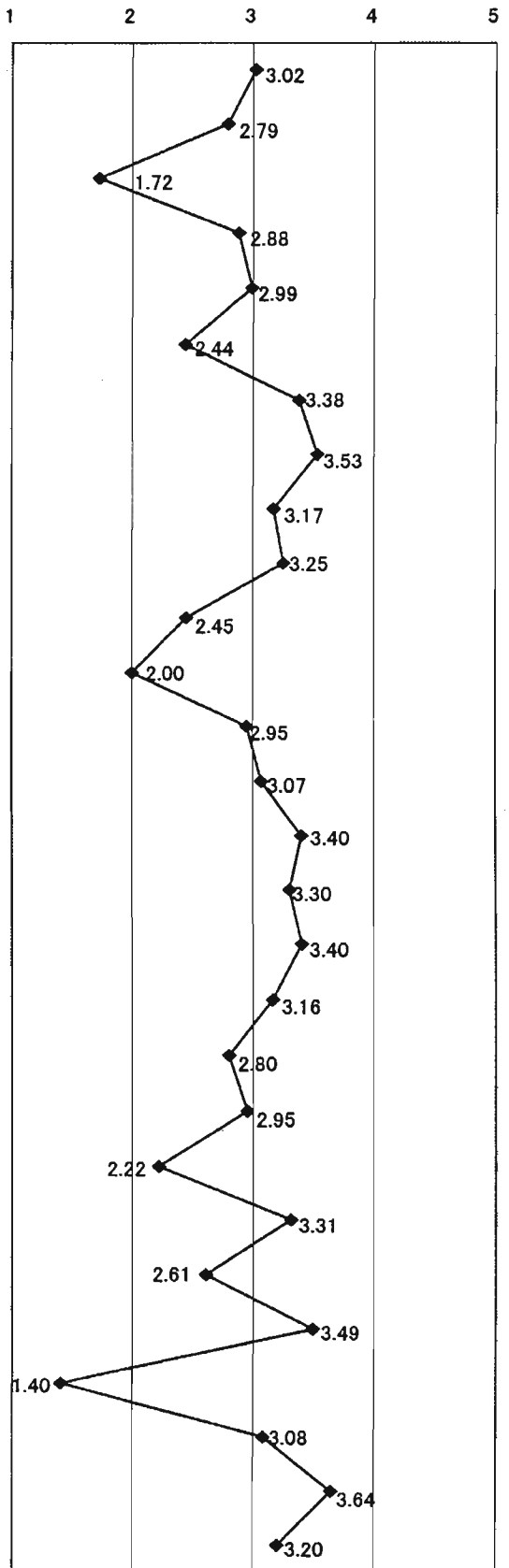
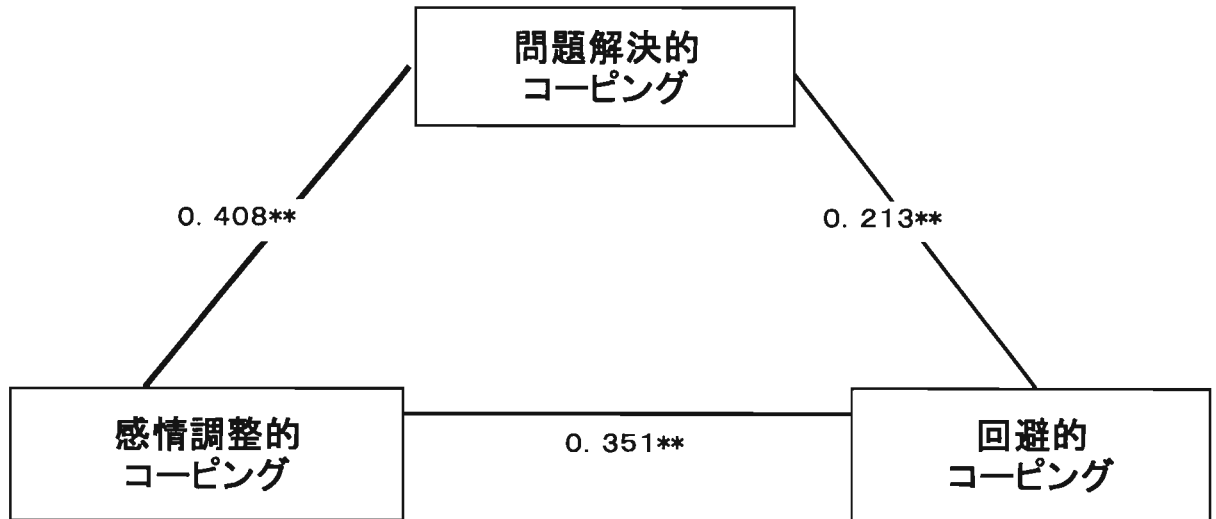


表41. 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士のストレスコーピング  
因子分析(バリマックス法)の結果と因子ごとの平均値

因子	項目	因子1	因子2	因子3	平均値	因子 平均値
感情調整 的コーピ ング	家に帰ったら仕事の事は考えないようにする	0.778			3.41	2.98
	患者に対しては、当たりさわりのないように対応する	0.755			2.98	
	嫌なことは過ぎたら忘れる	0.750			3.29	
	患者の前では目立たないように振る舞う	0.743			2.42	
	仕事だと割り切る	0.684			3.41	
	患者にあまり関わらないようにする	0.581			2.77	
	患者が退院するまで我慢する	0.580			3.00	
	自分の勤務異動が来るまで我慢する	0.543			2.43	
	患者に怒鳴られた時はじっと耐える	0.530			2.86	
患者には感情移入をしないようにする	0.400			3.25		
問題解決 的コーピ ング	せっかくの機会だから勉強しようと思う		0.818		2.96	3.23
	上司や医師に相談する		0.764		3.53	
	カンファレンスで治療や看護の方針を検討する		0.742		3.49	
	薬物依存について、本や教科書を見て勉強する		0.737		3.06	
	同僚にアドバイスを求める		0.733		3.41	
	自分の気持ちをカンファレンスで話す		0.720		3.11	
	困った場面では、他の看護者の応援を頼む		0.703		3.67	
	患者への対応の仕方は、先輩をモデルにする		0.575		3.35	
	自分のせいではないと考える		0.562		2.63	
	患者に対する自分の見方を変えてみる		0.507		3.16	
一日、何事もなく無事に終わるよう祈る		0.480		3.20		
回避的 コーピ ング	気分転換のために旅行に行く			0.797	2.92	2.32
	気分転換のためにスポーツをする			0.794	2.80	
	薬を飲んで気分を変えるようにする			0.663	1.42	
	趣味に没頭する			0.628	3.17	
	勤務移動を希望する			0.626	1.71	
	耐えられない時は、受け持ち患者を代わってもら 嫌なことはお酒を飲んで忘れるようにする			0.610 0.403	1.99 2.22	

因子負荷量平方和 5.239 6.510 3.944  
寄与率 18.710 23.248 14.087  
累積寄与率 18.710 41.958 56.045

図47. 薬物依存症患者の看護にたずさわる看護婦・士のストレスコーピングの各因子間の相関関係



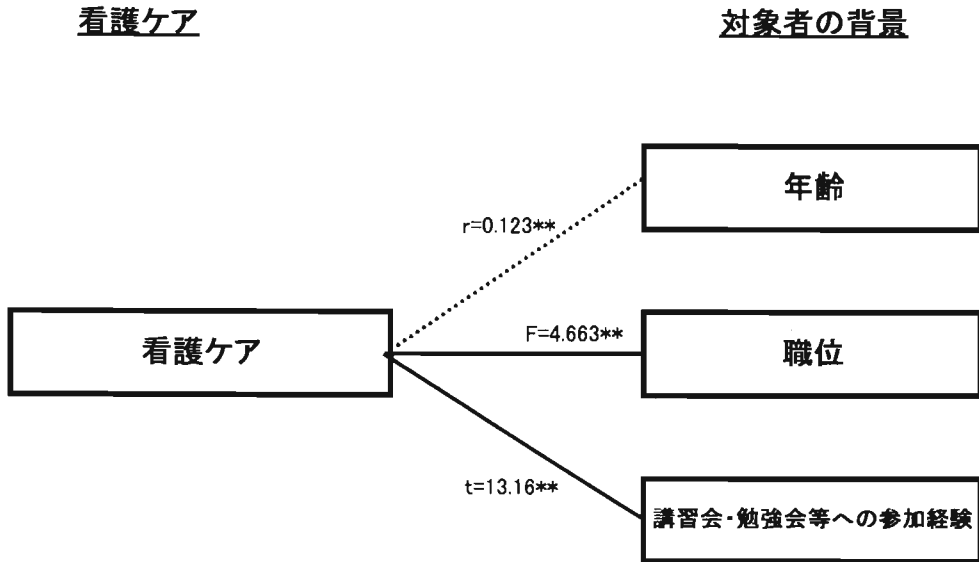
数字はピアソン積率相関係数を示す

- 0~±0.2未満
- ±0.2~±0.4未満
- ±0.4~±0.7未満
- == ±0.7以上

\*\*p<0.01

\*p<0.05

図48. 看護ケアと対象者の背景との関連



$r$  =ピアソンの積率相関係数

$t$  = $t$ 値

$F$  = $F$ 値

$^{**}p<0.01$

$^{*}p<0.05$

図49. 看護ケアと看護する上で困ることとの関連

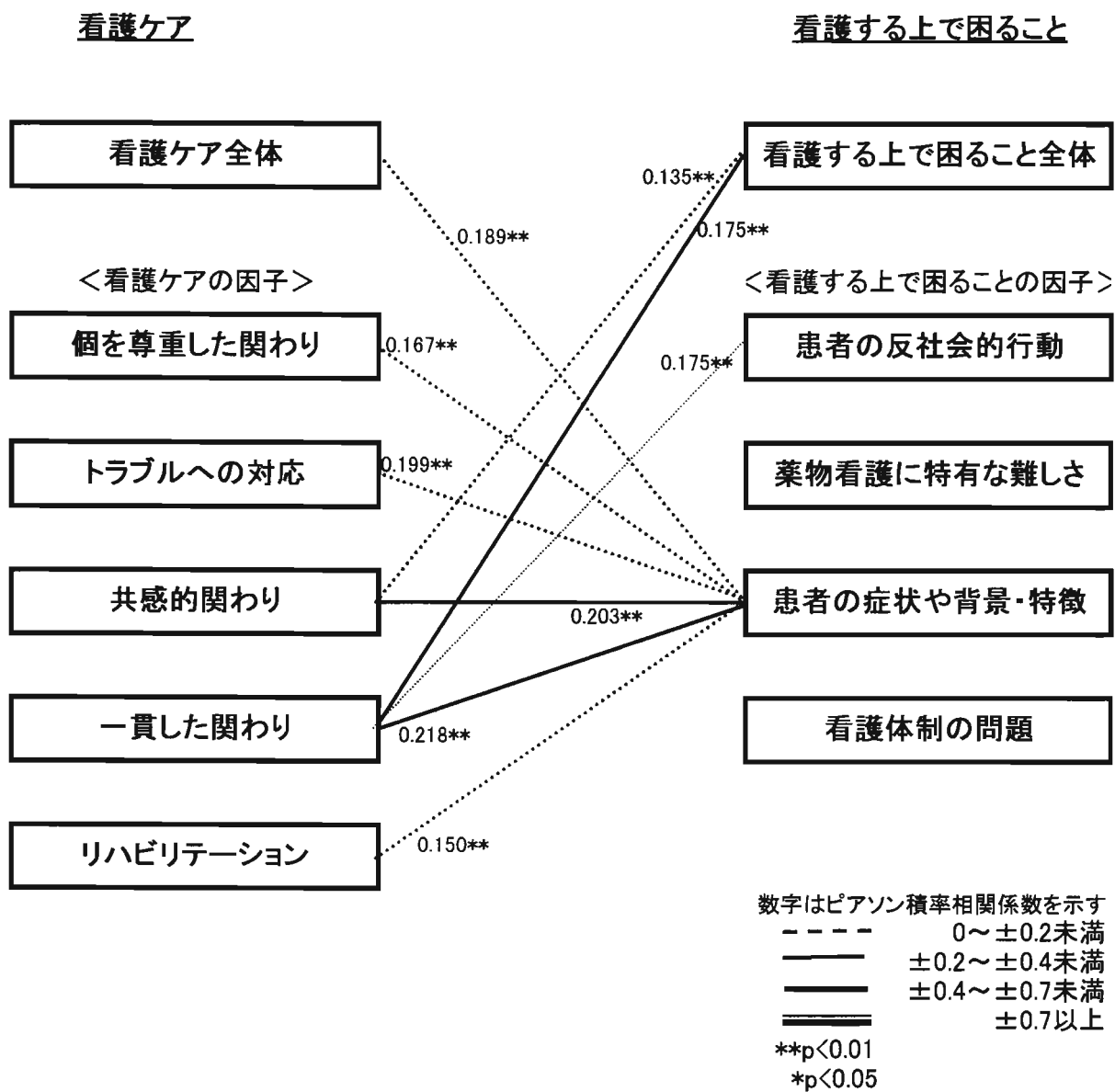


図50. 看護ケアと職業的やりがいとの関連(看護ケア全体)

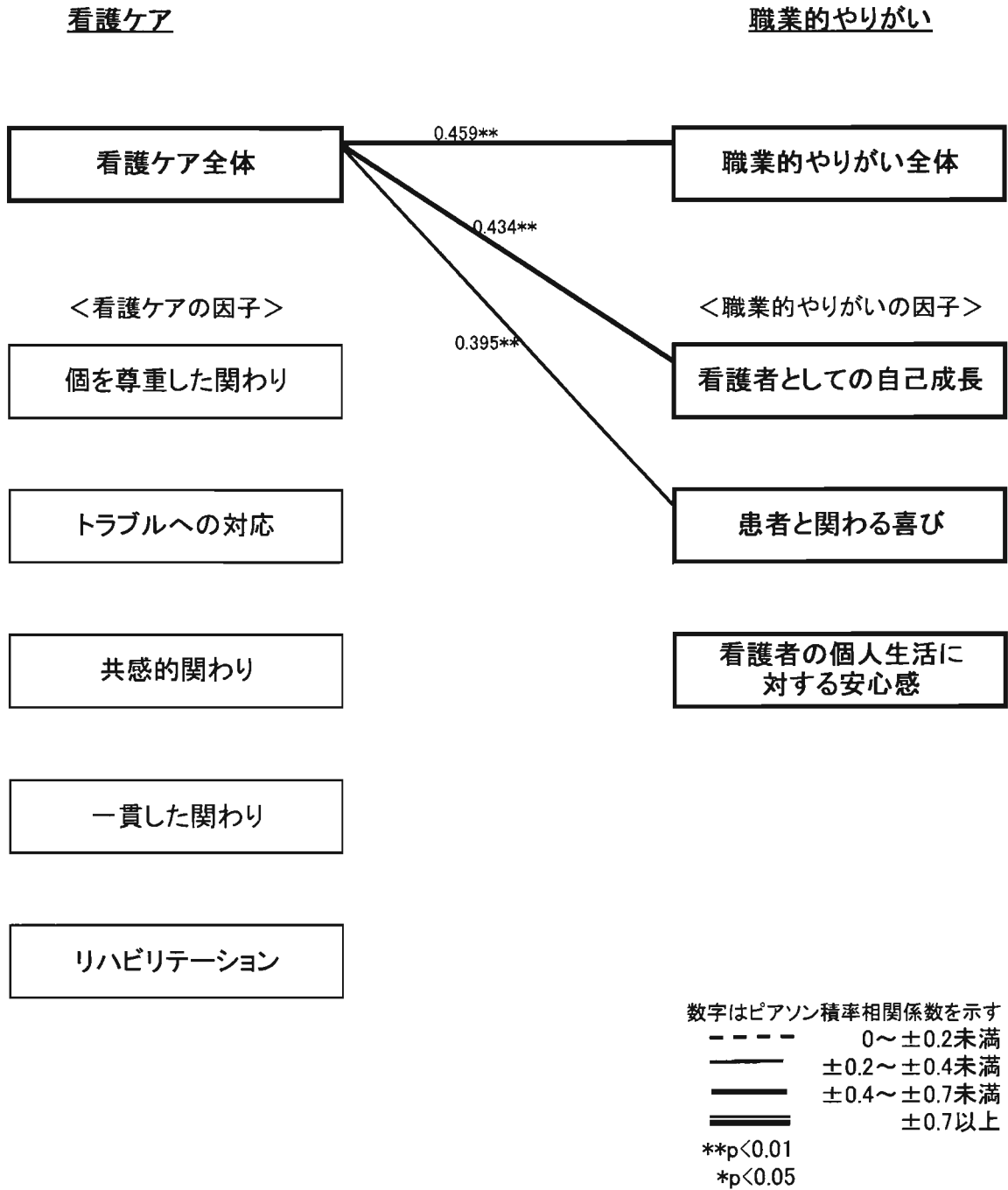


図51. 看護ケアと職業的やりがいとの関連(看護ケア因子<個を尊重した関わり>)

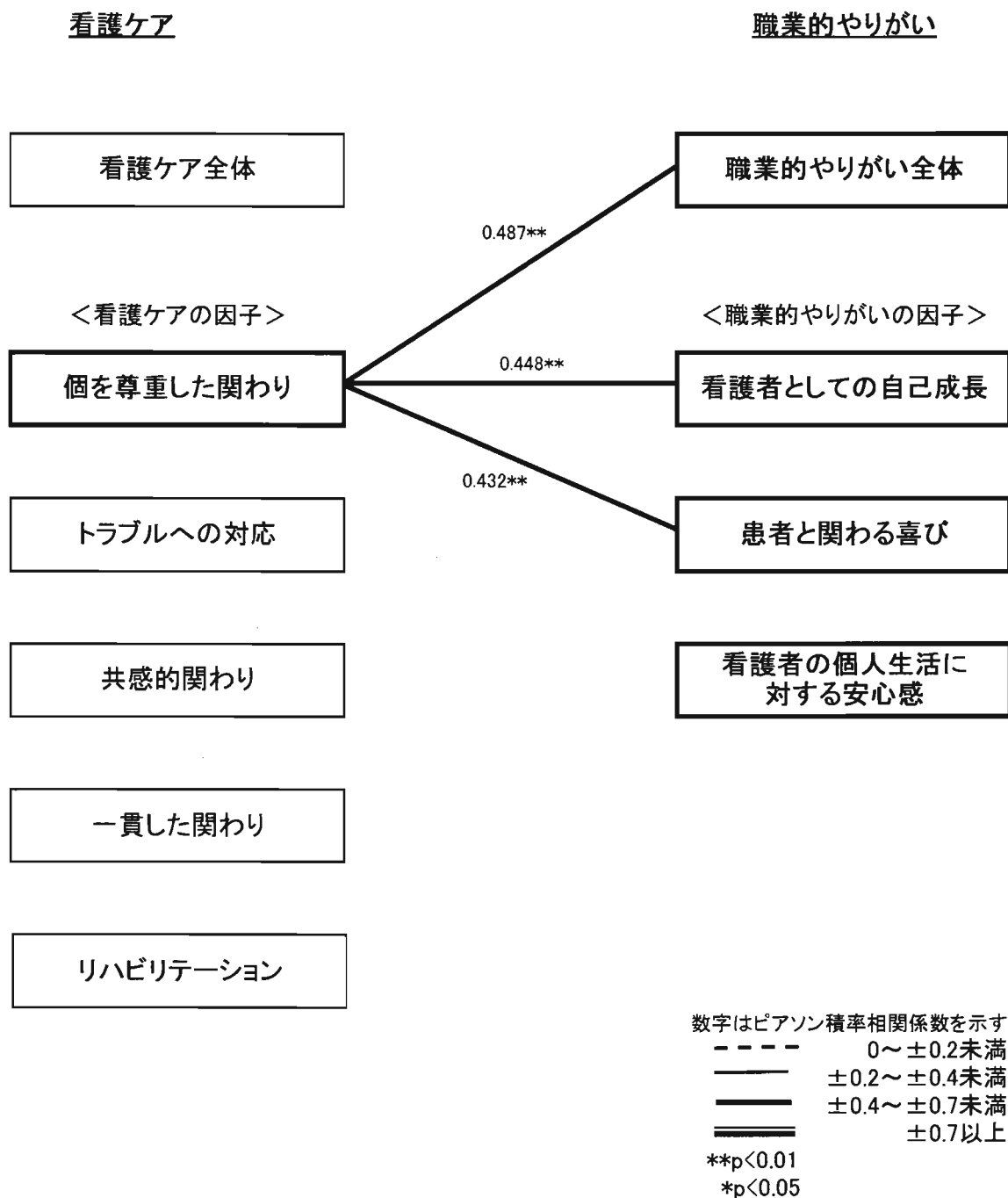


図52. 看護ケアと職業的やりがいとの関連(看護ケア因子<トラブルへの対応>)

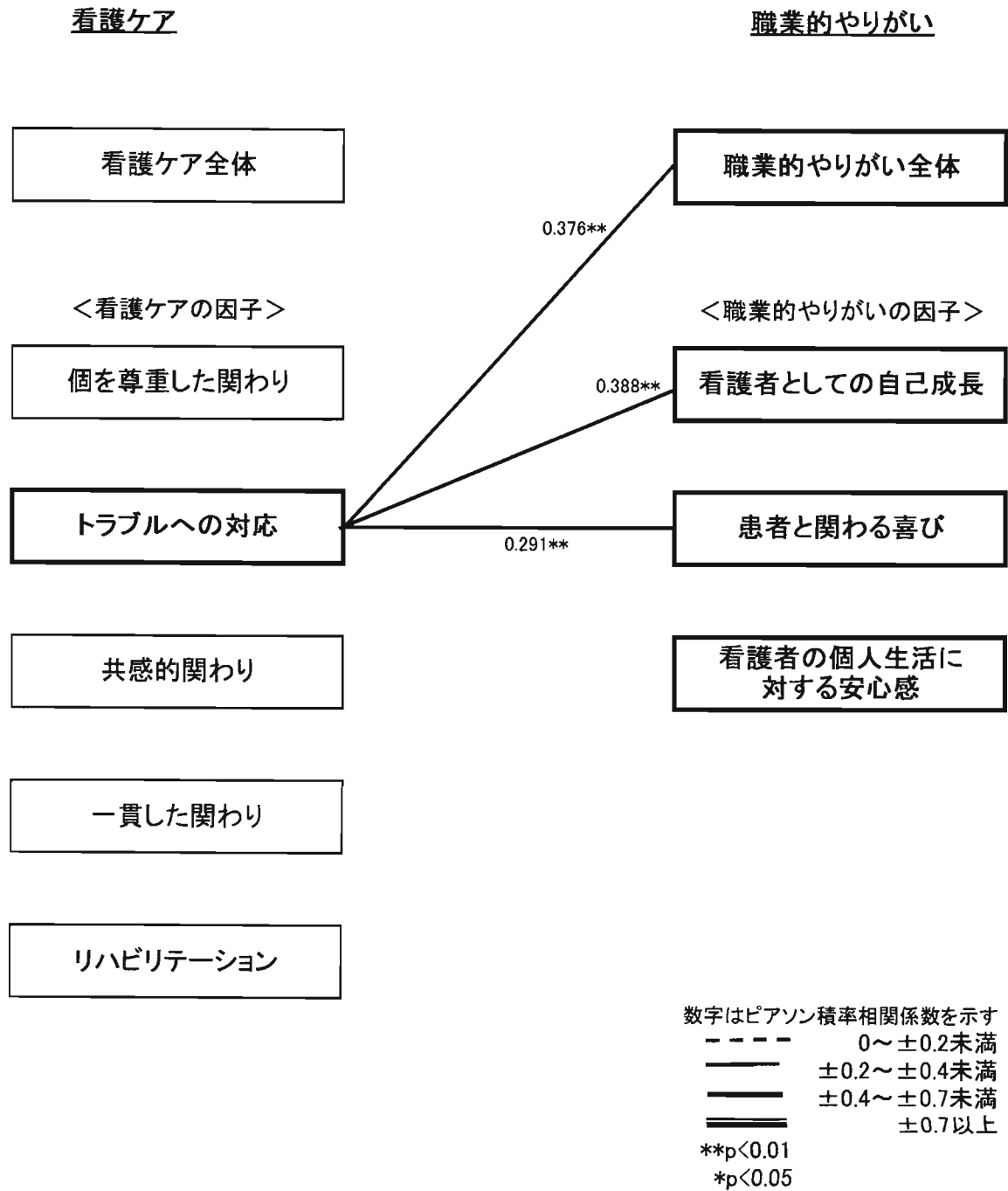




図53. 看護ケアと職業的やりがいとの関連(看護ケア因子<共感的関わり>)

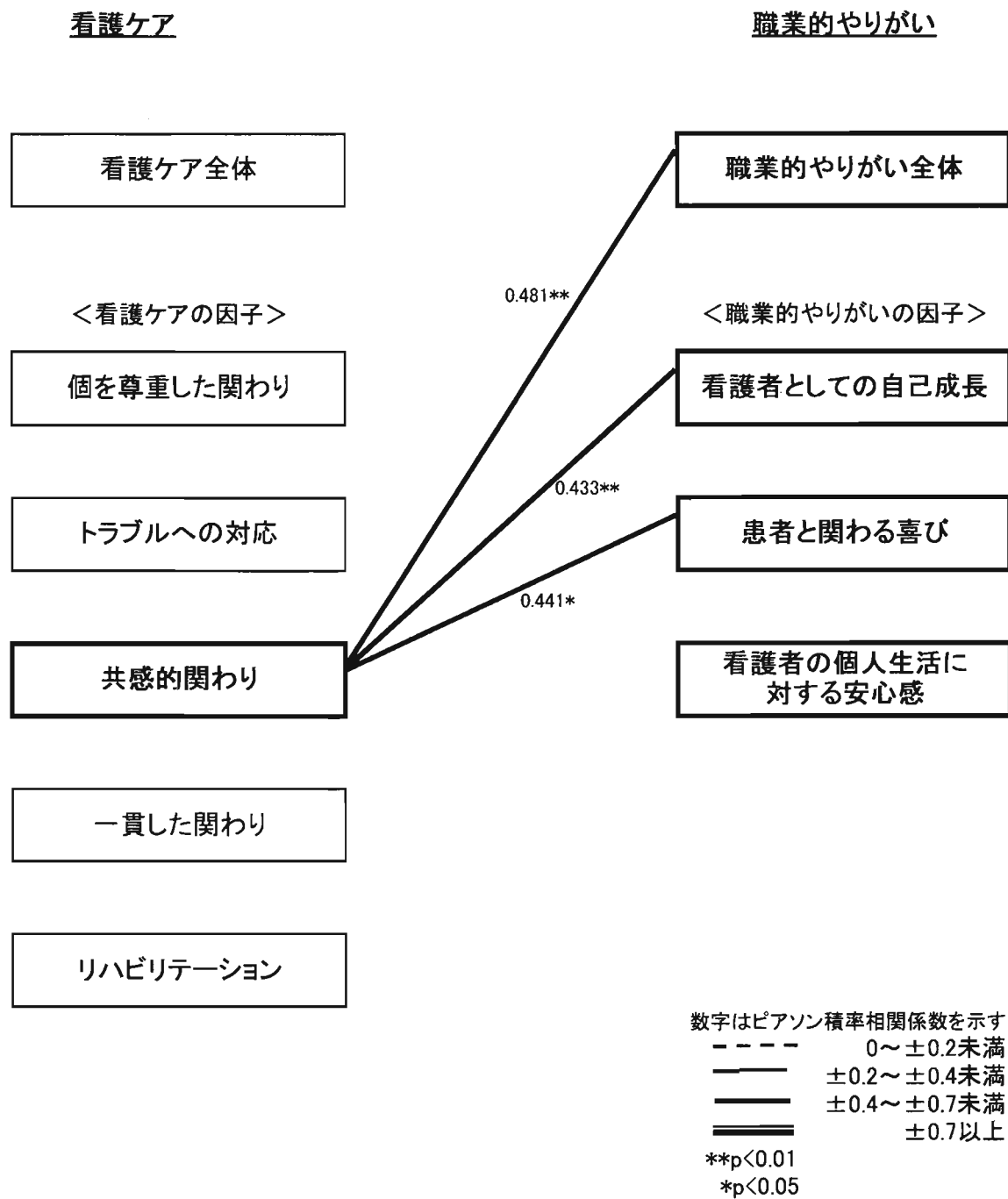


図54. 看護ケアと職業的やりがいとの関連(看護ケア因子<一貫した関わり>)

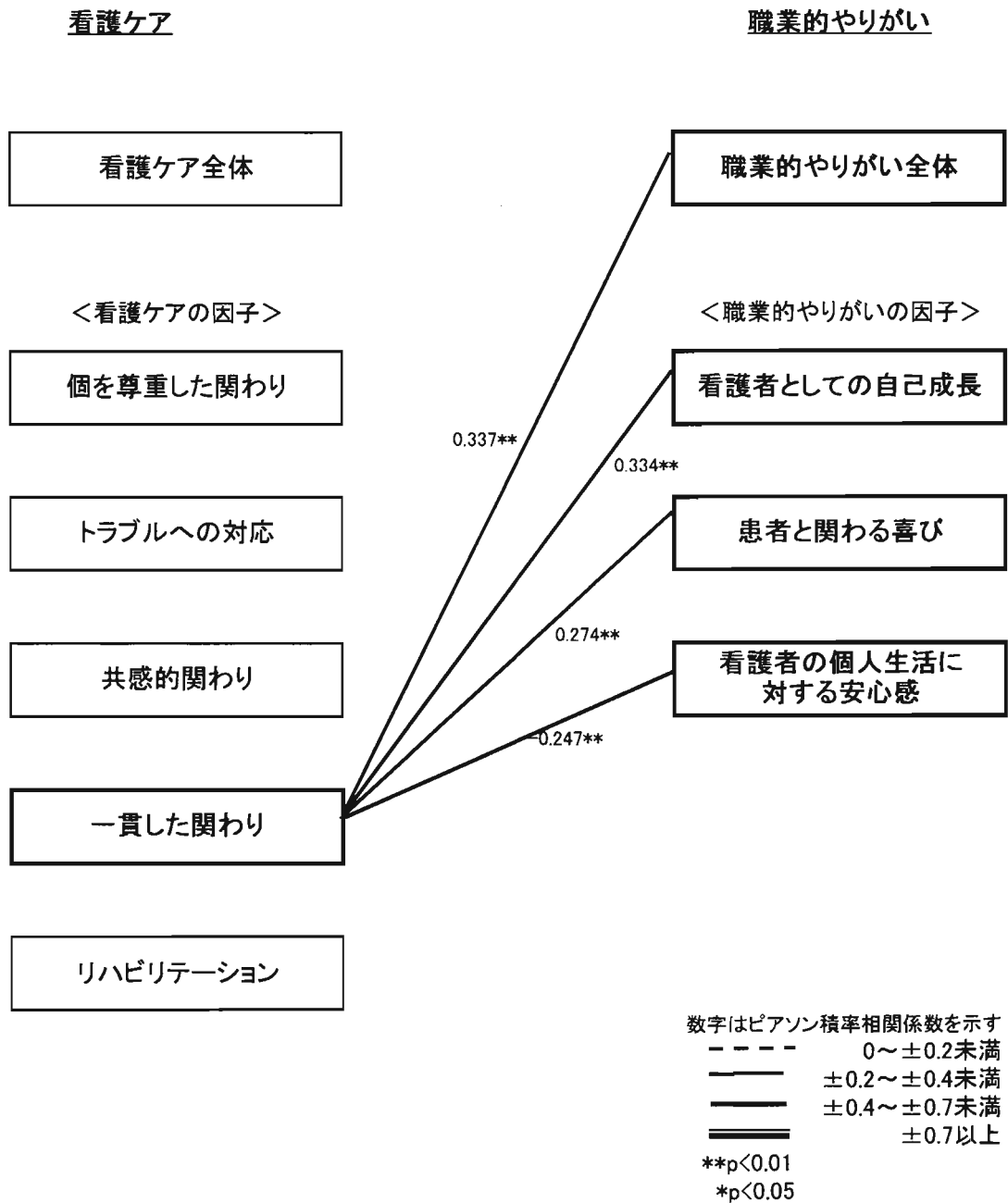


図55. 看護ケアと職業的やりがいとの関連(看護ケア因子<リハビリテーション>)

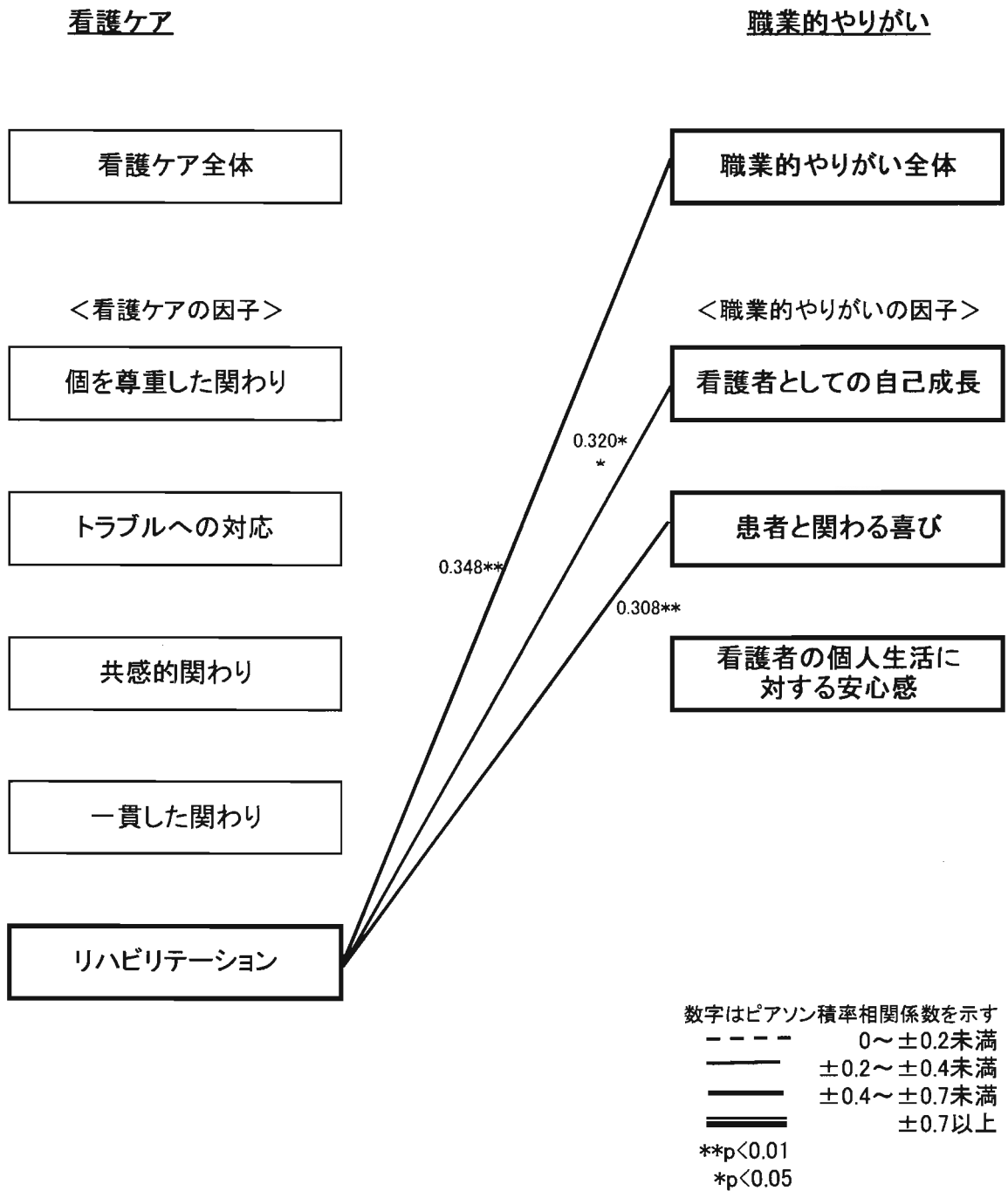


図56. 看護ケアと感情反応との関連

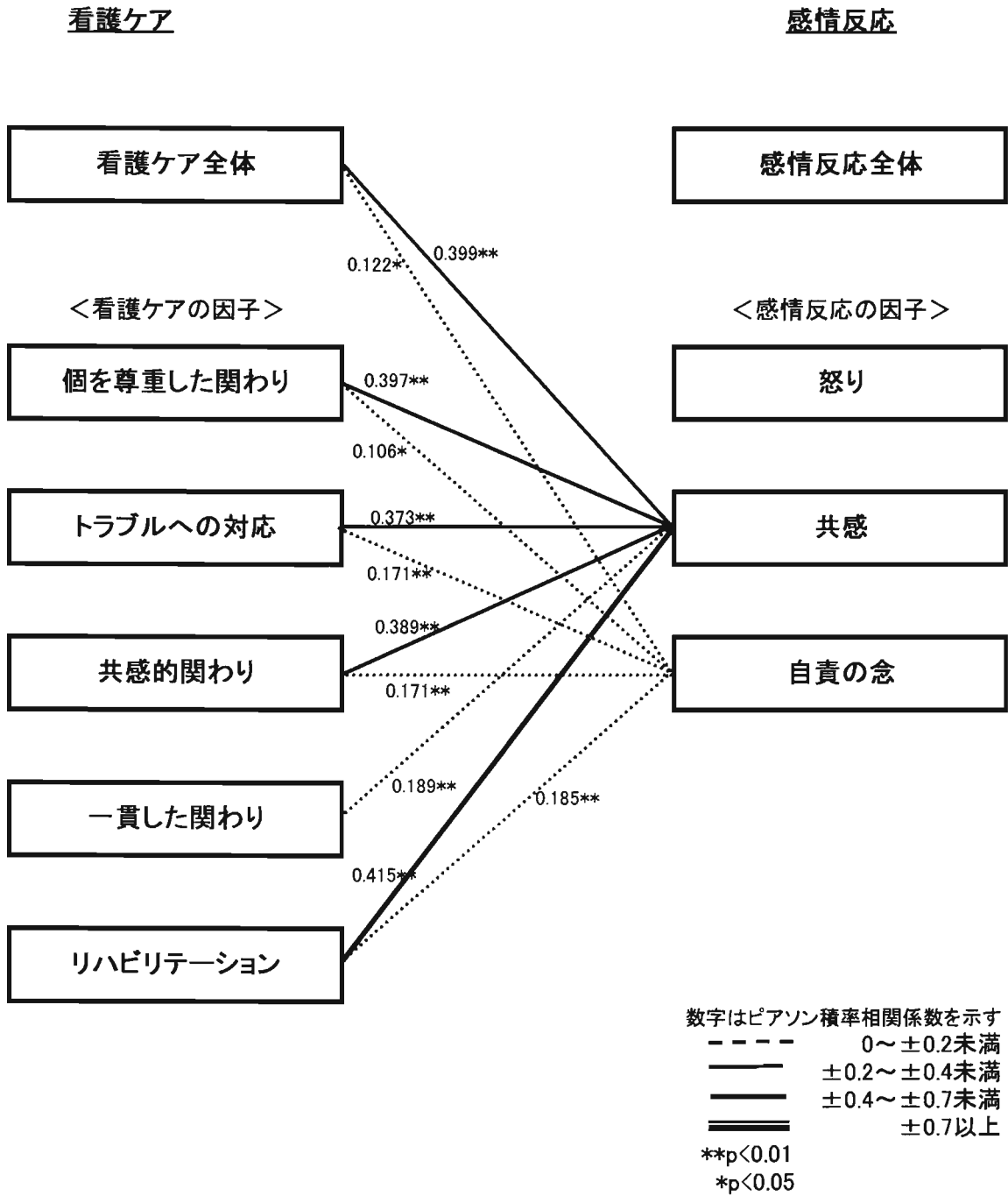


図57. 看護ケアとバーンアウトとの関連

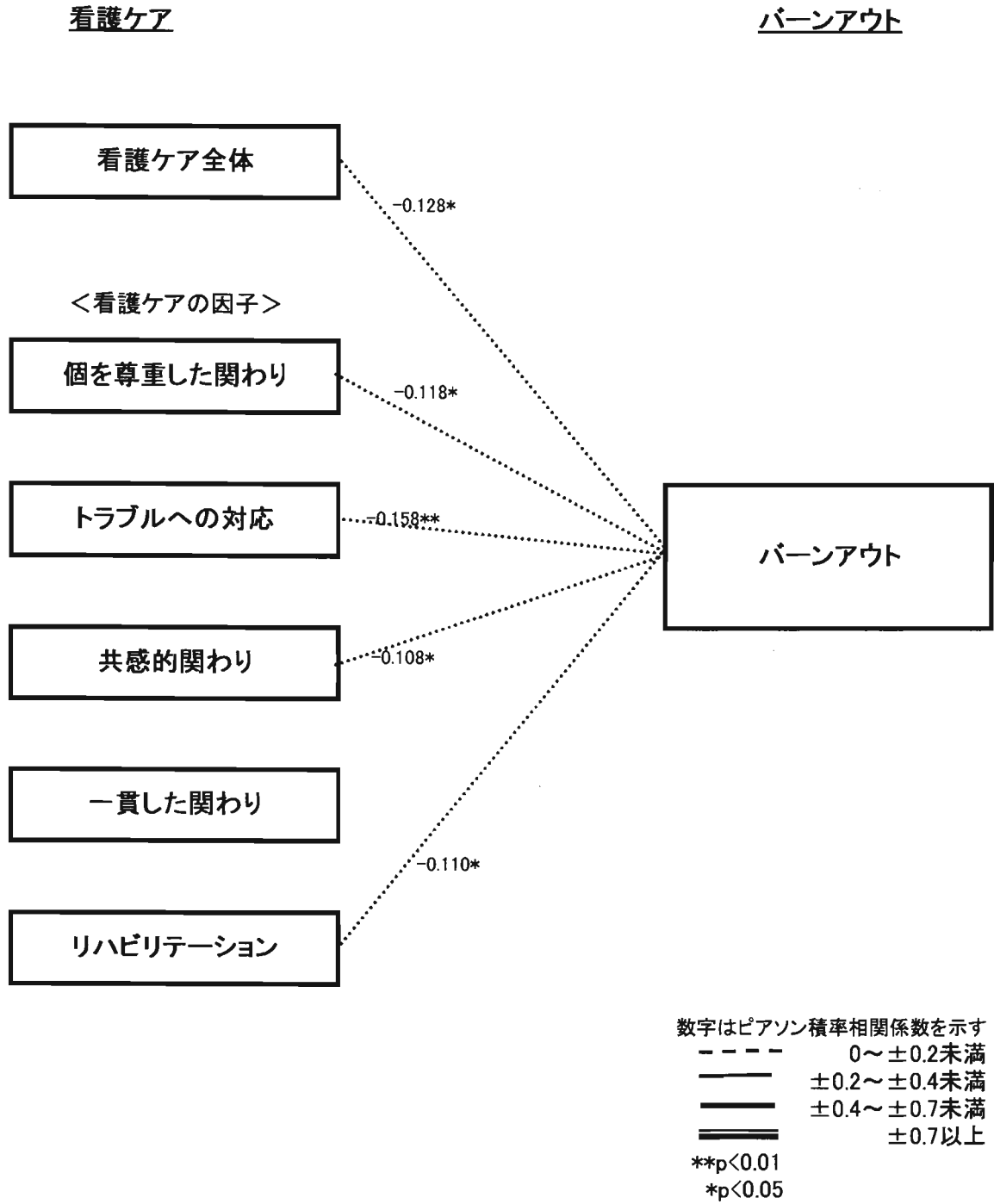
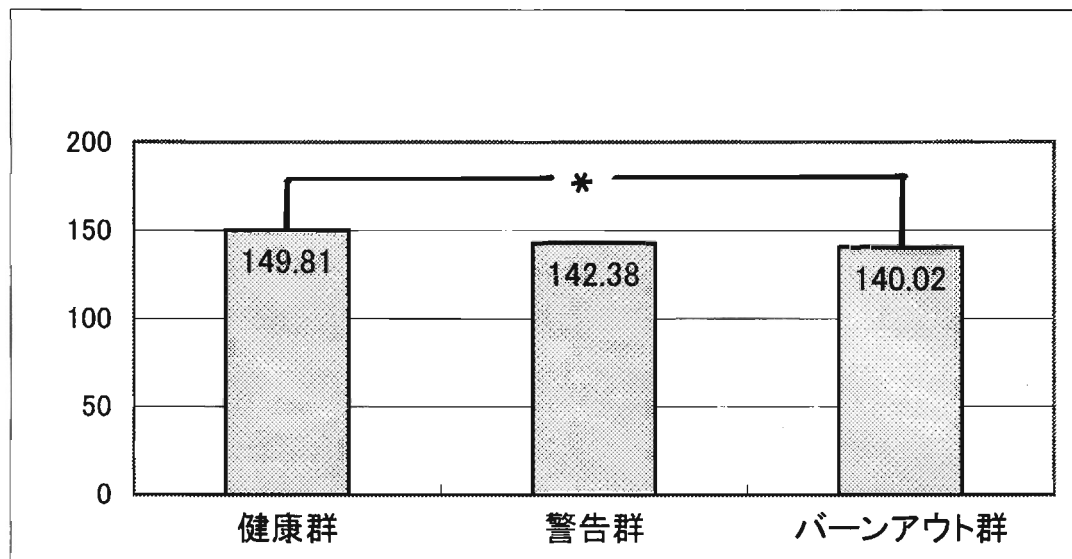


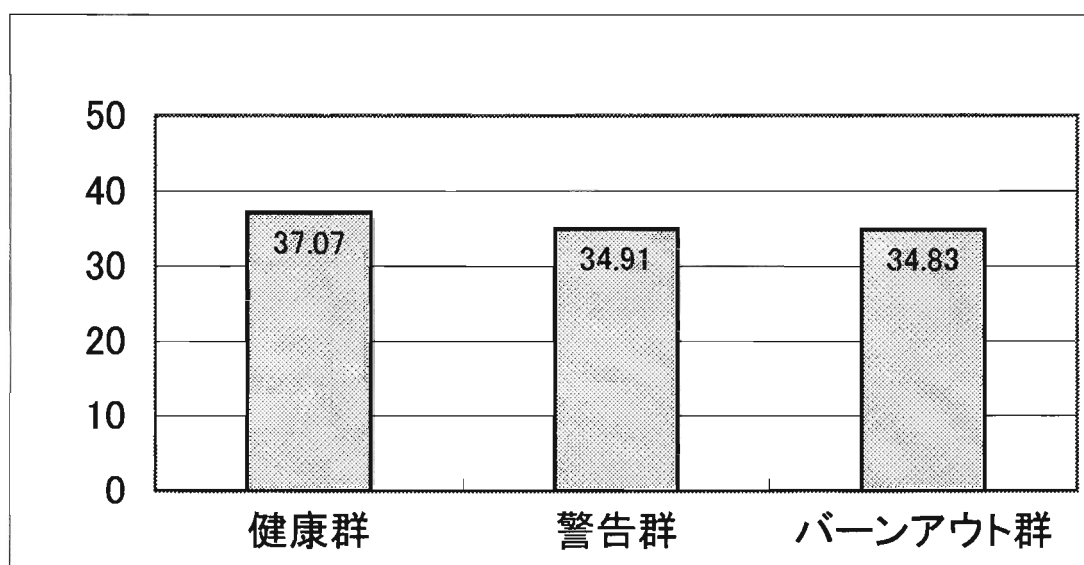
図58. 看護ケア全体とバーンアウトレベルとの関連  
(一元配置分散分析の結果)



\*\*p<0.01

\*p<0.05

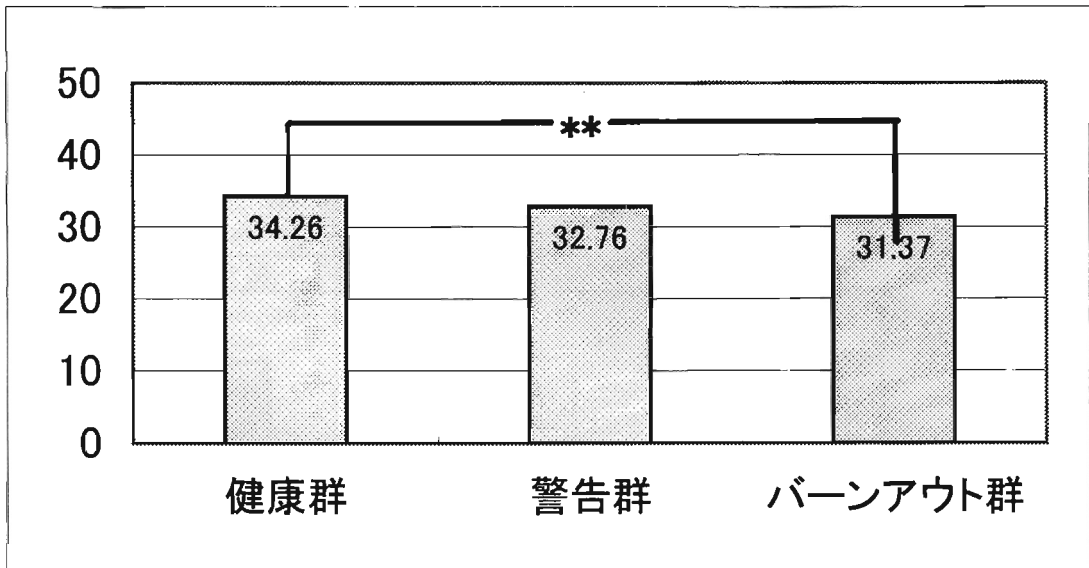
図59. 看護ケア因子<個を尊重した関わり>とバーンアウトレベルとの関連  
(一元配置分散分析の結果)



\*\*p<0.01

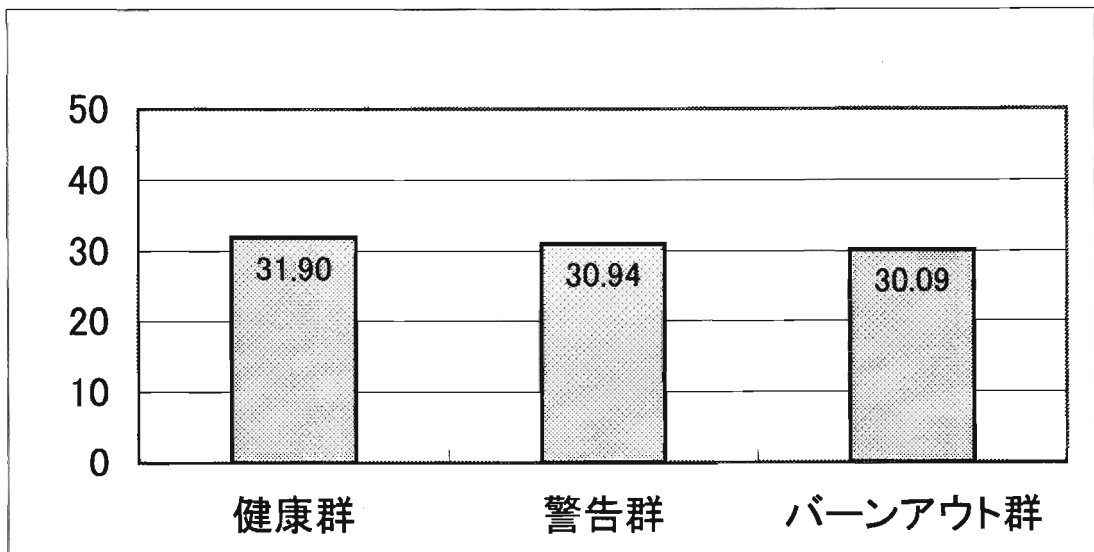
\*p<0.05

図60. 看護ケア因子<トラブルへの対応>とバーンアウトレベルとの関連  
(一元配置分散分析の結果)



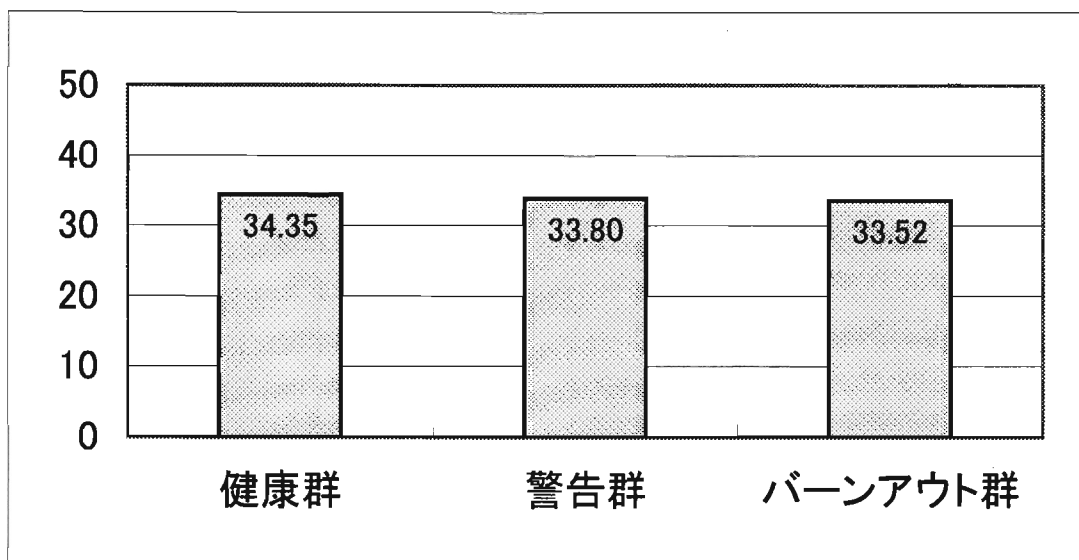
\*\*p<0.01  
\*p<0.05

図61. 看護ケア因子<共感的関わり>とバーンアウトレベルとの関連  
(一元配置分散分析の結果)



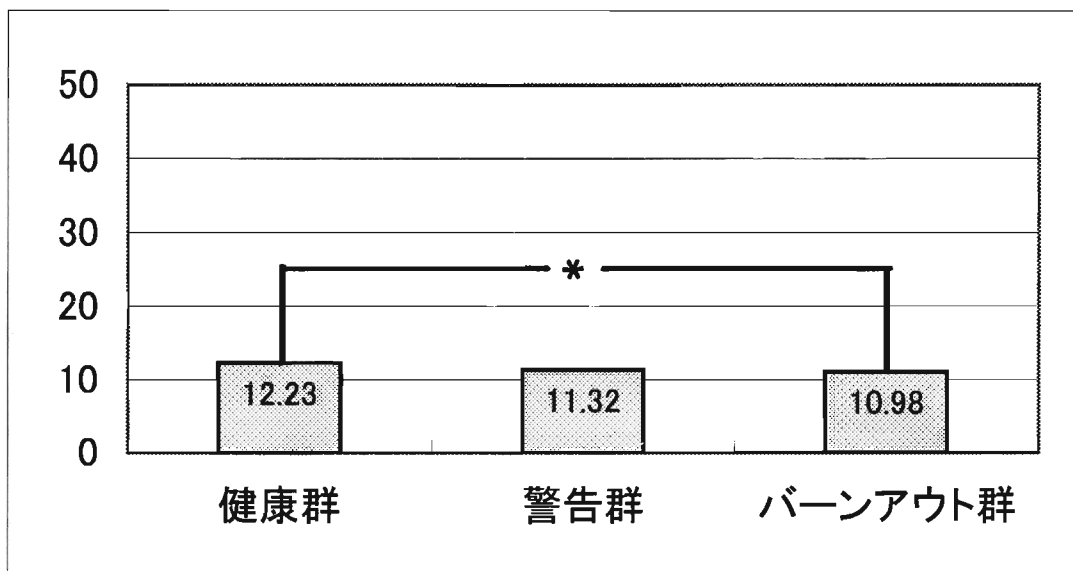
\*\*p<0.01  
\*p<0.05

図62. 看護ケア因子<一貫した関わり>とバーンアウトレベルとの関連  
(一元配置分散分析の結果)



\*\*p<0.01  
\*p<0.05

図63. 看護ケア因子<リハビリテーション>とバーンアウトレベルとの関連  
(一元配置分散分析の結果)



\*\*p<0.01  
\*p<0.05



図64. 看護ケアとストレスコーピングとの関連

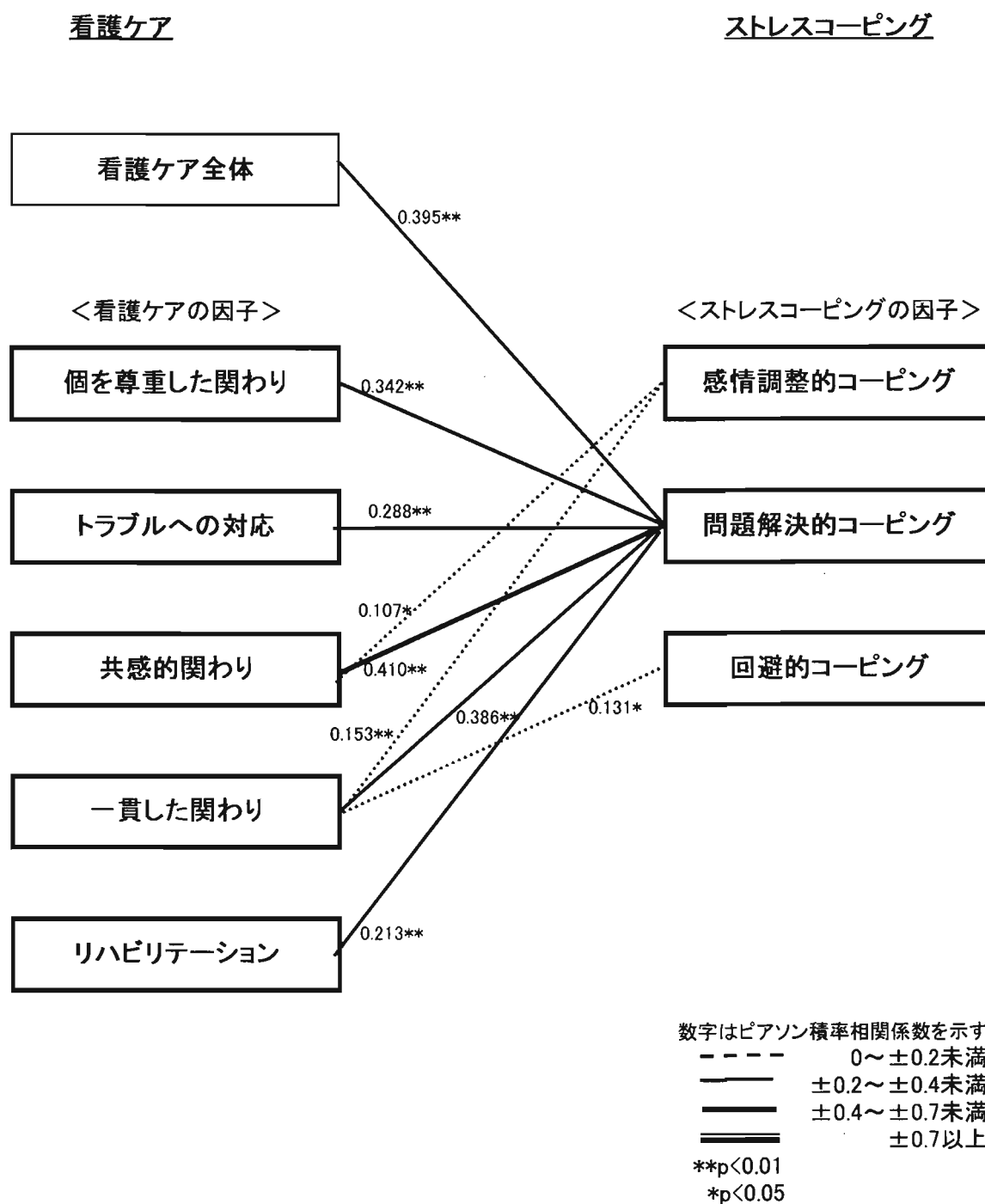
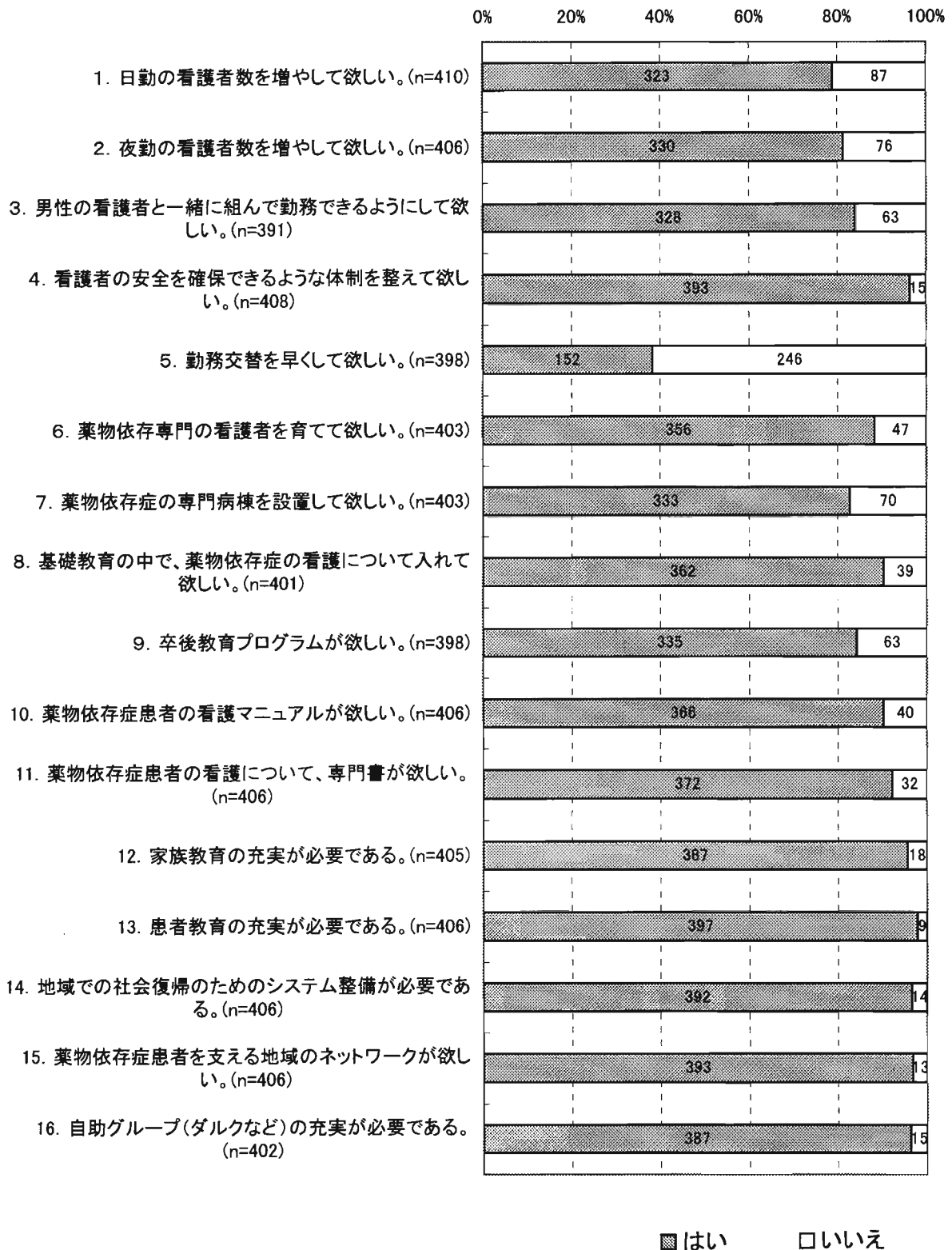


図65. 薬物依存症患者の看護  
をしていくうえでの要望



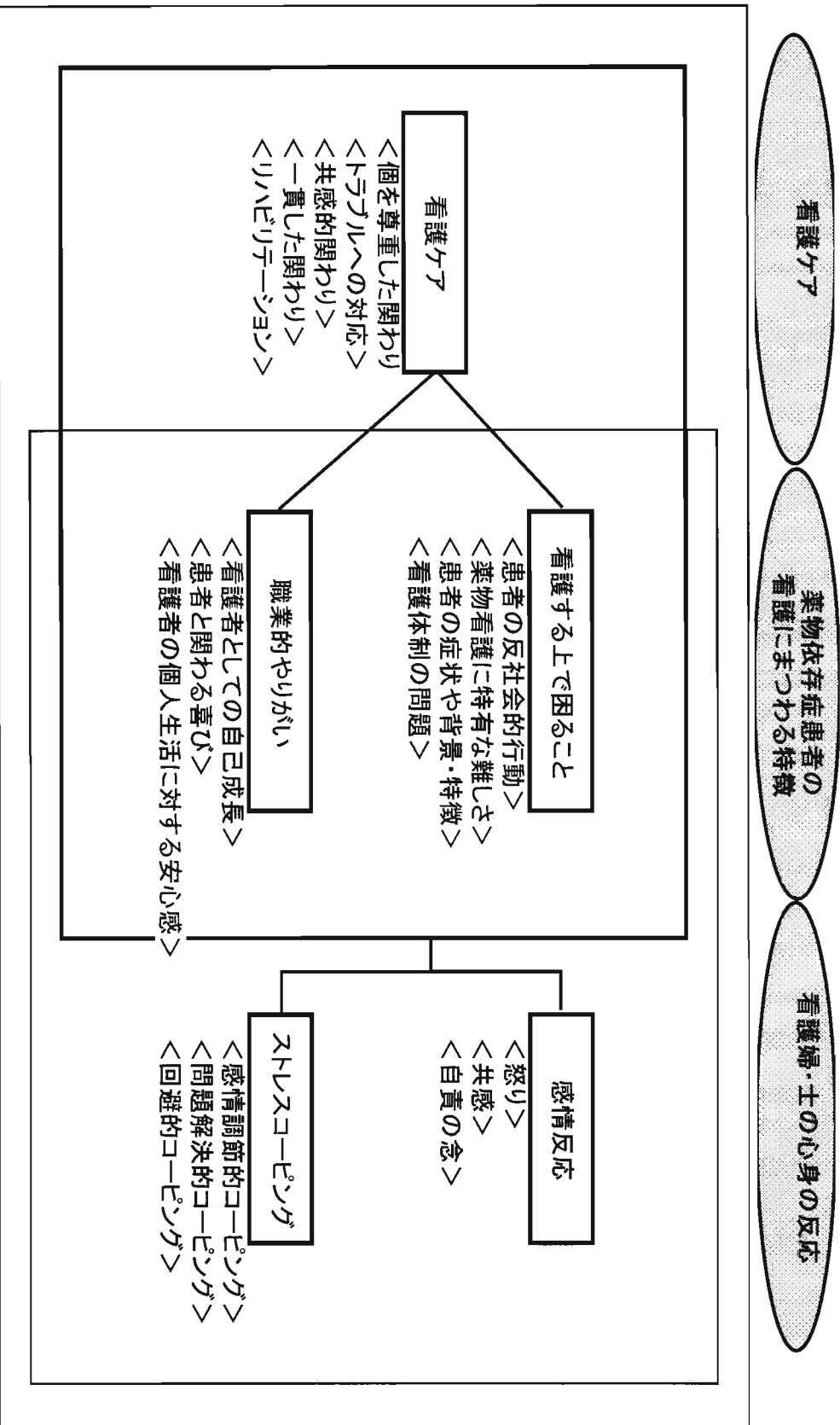


図 66. 薬物依存症患者に対する看護ケアモデル

## V. 薬物依存症患者の看護実践に対する本研究の意義と示唆

ここでは特に、薬物依存症患者の看護実践および看護教育における本研究の意義と、そこから示唆されることを中心に述べていく。

序論でも述べたように、わが国の薬物依存症患者の看護についての教育や研究はきわめて不十分な段階にあり、臨床にある看護婦・士はいまだ確たる指針もなく、手探りの状態で薬物依存症患者の看護に当たっているものと考えられる。

このような状況の中、本研究の過程を通して、薬物依存症患者に対する看護ケアモデルを一定の形として提示することができたこと、ならびに薬物依存症患者の看護上の特徴を質的・量的研究プロセスの双方を通して、ある程度記述的に明らかにすることができたことは、薬物依存症患者の看護実践に一つの指針を提供するものとして意義あることと考える。

本研究では、薬物依存症患者に対し看護する上で困ることとして、患者の反社会的行動特性を中心とした薬物依存症患者に特有な看護の難しさが浮き彫りにされたが、同時に、このような困難に対応する看護ケアの主要な要素が明らかにされた。

具体的には、薬物依存症患者の看護に特徴的な看護ケアの要素として、〈個を尊重した関わり〉〈トラブルへの対応〉〈共感的関わり〉〈一貫した関わり〉〈リハビリテーション〉という5つの要素が明らかにされたが、これらの要素は、特に薬物への渴望を背景とした患者のイライラや怒り、また反社会的行動特性と関連した威嚇・暴力・操作などに対応するための看護上の基本的指針を提供するものである。またそれらの中味をみてみれば、そのほとんどが精神看護の対人関係技術に裏付けられた内容であることがわかる。つまり薬物依存症患者の看護においても、他の精神看護にも共通する対人関係技術が重要な基礎となっていることを確認できたといえる。このことはまた、薬物依存症患者の看護における対人関係技術の重要性を示唆するものでもある。また、〈個を尊重した関わり〉や〈共感的関わり〉に示されるように、患者の有する様々な困難性にも関わらず、個人を尊重し共感的に関わるというすべての看護に共通する事柄が、薬物依存症患者の看護においても重要な要素として挙げられたことは大きな意義を有するものであろう。

加えて本研究においては、薬物依存症患者の看護に特徴的な対人関係技術の内容が明らかにされた。〈トラブルへの対応〉や〈一貫した関わり〉に示されたように、薬物依存症患者の看護においては、単に共感的・受容的な姿勢ばかりでなく、操作や威嚇に簡単にのらない冷静で一貫した対応という対人関係技術が必要とされていることが明らかにされた。また、〈リハビリテーション〉という要素に示されたように、入院治療という限界の中でも、リハビリテーション援助の必要性も明確に位置づけられた。これは、患者の問題解決に向けた看護援助を示すものでもあるともいえ、研究の第1段階で示された〈問題を共有する関係作り〉に対応するものとみなすこともできよう。

以上の結果は、第1に薬物依存症患者の看護の困難性の特徴を具体的に示す一方、そのような困難性を持つ看護に必要な専門的技術を明らかにしたという点で意義を有するものである。

今後は、ここに示されたような看護ケアの内容や技術をより具体的なレベルにおいて明らかにし、看護基礎教育や臨床での継続教育に応用可能なものとしていくことが課題とな

ろう。

ところで本研究では、このような特徴的な困難を有する看護でありながらも、看護婦・士は<職業的やりがい>をも感じており、しかもそれが、<看護ケア>を“心掛けている程度”とかなり強く関連することが明らかにされた。<職業的やりがい>の内容をみれば、薬物依存症患者の看護に特徴的な自己成長を促す性質をみてとることができるし、また、患者との関わりという看護の中核的な要素が、薬物依存症患者の看護においてもやはり看護婦・士のやりがいに大きく関与していることが見てとれることは興味深い。このことは、薬物依存症患者の看護に特徴的な専門的技術や患者との関係作りの技術を高めていくことで、より看護婦・士のやりがい感を高め、それによって、薬物依存症患者の看護ケアの質を高めていくことが可能であることを示唆するものである。また、とかく回復の姿がみえづらい薬物依存症患者の看護において、患者の回復を実感できる機会をもつこともまた、看護婦・士のやりがい感を高めることにつながるものであるといえよう。

さらに今回十分明らかにすることはできなかったが、その関係作りは、薬物依存症患者の疾患や回復過程の特徴を踏まえた特有なスタンスを持っていることが推測できる。つまり、研究の第1段階で看護の基本姿勢として、<動機付けの種を蒔く>、<限界を見極める>、<失敗経験を活かす>という3つの姿勢が抽出されたが、ここに示されたような過度に期待したりのめり込んだりはしないが、回復への希望を失わず根気よく患者と付き合っていくというような、薬物依存症患者の看護に独特なスタンスがあり、それが患者、看護婦・士の双方にとって良いものとして機能していることも推測できる。このような看護上の関係作りの特徴は、事例研究などを通してより具体的な調査を通して明らかにしていく必要があるであろう。

また、本研究の結果から、看護婦・士は、患者の反社会的行動を困ることとして挙げながらも、患者の行動を病気の症状として理解する姿勢を示すほど、また患者の置かれた社会的状況や生活背景に関心を示すほど、看護ケアを“心掛けている程度”が高いことも明らかにされた。また、看護婦・士の薬物依存症患者に対する感情反応は、<怒り>が一番強いものであったが、一方で<共感>を示すほど、看護ケアを“心掛けている程度”が高いことも示された。つまりこれらの結果は、薬物依存症という疾患の正しい理解と、患者の社会的背景に関する正しい理解を促すような教育が行われることで、より質の高い看護ケアを保証していくことが可能であることを示唆するものである。また看護婦・士の感じる怒りや恐怖、無力感などの陰性感情がチーム内で適切に処理されることの重要性をも示唆するものである。

本研究では研究の第1段階の結果を踏まえて、看護婦・士が看護する上で困ることや、職業的やりがい、看護婦・士の心身の反応など、看護ケアに付随する要素を含めた形でモデルを作成し検証を行った。その結果、薬物依存症患者の看護においては、看護婦・士のやりがいや心身の反応、ストレスコーピングなど、いわば看護婦・士のあり方が、看護ケアそのものに影響を与えることが確かめられた。しかし、翻って看護という行為は、本質的に患者との関わりを通して展開されるという性質を持つものなので、看護婦・士の職業人以前の感情レベルでの反応や、職業を通しての達成感など、いわば看護婦・士の全人格的な要素が看護ケアに深く関わり、それらが統合して看護実践の内実を構成しているということは、他のすべての看護にも共通していえることであろう。言い換えれば、看護とい

う行為は、対象との人格的な交流を避けられない性質をもつために、職業人以前の看護婦・士の人間的な反応とともに、看護婦・士個人の職業意識やその育成のあり方が、看護実践の質を左右する要素として挙げられるということができよう。

しかし、今回調査対象となった看護婦・士たちにおいては、健全な問題解決的な対処を行いながら、専門職業人意識に支えられ、ある程度のやりがい感をも持って、薬物依存症患者の看護にあたっている姿も伺うことができた。ともすれば困難性が強調されがちな薬物依存症患者の看護においても、精神看護の基本的技術は他の看護領域と同じく基礎的かつ有効であり、そのような技術に支えられた専門職業人としての看護実践の実態を本調査を通して捉えることができたこともまた有意義なことと考える。

今回提示したモデルは、先に述べたように看護という行為の本質を踏まえた構成となっているという意味では、他のすべての看護領域にも応用可能なモデルといえるが、その内容に一步踏みいけば、薬物依存症患者の看護の特徴を表したものであるといえる。今回は、看護ケアの詳細を明らかにするまでには至らなかったが、今後はこのモデルを土台として、薬物依存症患者の看護をより具体レベルで明らかにし、臨床的に応用可能なマニュアル化も必須の作業であろう。

まとめれば、薬物依存症患者の看護ケアの質を高めるためには、第1に、薬物依存症患者の看護の知識や技術を研究的により詳細に明らかにし、看護基礎教育課程や継続教育において、薬物依存症患者とその看護について正しい理解を促し、専門的な技術を獲得できるような教育を行っていくこと、第2に看護婦・士の感情が適切に処理され、問題解決的な取り組みができるようなチーム体制を整えていくことが重要であるといえよう。このことは同時に、看護婦・士の自己成長を促し、職業的なやりがい感を高めることにもつながるものであろう。

## VI. 謝辞

本研究を行うにあたり、フィールド調査、面接調査、質問紙調査のそれぞれの過程におきまして、多くの医師・看護者・当事者の方々から貴重なご助言・ご協力を賜りました。ここに心より感謝申し上げます。

## 参考文献

- 秋山悟他:慢性覚せい剤中毒患者の回復過程－医療と自助グループとの連携から－, 日本精神科看護学会誌, 43(2), pp68-71, 2000.
- 長谷川富美子:地域ケアを担う保健婦の立場で－アルコール依存症患者の QOL 向上のための地域ケア－, 精神科看護, 25(6), pp32-35, 1998.
- 石田和子:ブロン中毒患者との関わりからの－考察－院外レクリエーションの試みを通じて－, 第 24 回日本精神看護学会誌, 42(1), pp71-73, 1999.
- 小沼杏坪:薬物依存症の治療処遇体制, 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 33(5), pp603-612, 1998.
- 小沼杏坪:触法薬物依存・中毒者の治療と措置入院, 日本精神病院協会誌, 17(2), pp28 - 34, 1998.
- 木寺敦子、飯島敏枝:若いアディクション患者の看護, 精神科看護, 25(6), pp21-26, 1998.
- 小泉隆司、遊佐安一郎:重症アルコール症患者の入院治療とチームアプローチ, 精神科看護, 25(6), pp36-40, 1998.
- 河内秀明他:対応困難な覚醒剤精神病患者との関わり. 第 25 回日本看護協会成人看護Ⅱ, pp51-53, 1994.
- 松村芳子:依存性薬物使用の現状, 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 33(5), pp597-602, 1998.
- 森田展彰:アディクションと治療, 精神科看護, 25(6), pp8-14, 1998.
- 波田あい子:薬物依存リハビリ施設「ダルク」について, 保健の科学, 36(1), pp29 - 31, 1994.
- 乗末郁恵:薬物依存症からの回復をめざして－覚醒剤治療プロジェクトの効用と課題－第 24 回日本精神看護学会誌, 42(1), pp186-188, 1999.
- 及川信雄:薬物依存 看護の展開(高久史磨、盛岡恭彦、大國真彦他監修)「臨床看護事典」, 第 2 版, メジカルフレンド社, pp2052-2055, 1998.
- 佐藤久美子他:薬物依存症の家族教育を実施して－プログラム改正に伴う変化について－. 第 23 回日本精神看護学会誌, 4(1), pp529-530, 1998.
- 武田恵子、寶田穂、川原稔:急性期受け入れ病棟における薬物依存症者の看護－専門病棟のない病院での現状－, 精神科看護, 25(6), pp15-20, 1998.
- 上田正人:薬物依存の治療現場から考えること, 精神科看護, 25(6), pp27-31, 1998.
- 宇佐美しおり:文献を通してみるアディクション患者へのケア, 精神科看護, 25(6), pp41-44, 1998.
- 氏家由里、岩井一正、田村敦子:女性の薬物依存、乱用者の実態と対応策の検討－東京都女性相談センター入所の 69 例から－, 東京女子医大雑誌, 67(1・2), pp69 - 79, 1997.
- 和田清:日本における薬物乱用・依存の現状, 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 33(5), pp587-596, 1998.
- 幸村幸男他:薬物依存症者へ自己診断を試みて. 第 23 回日本精神看護学会誌, 4(1), pp419-421, 1998.



資料



## 資料

### 研究課題 1. 「薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの試案の作成」関連資料

- ・薬物依存症専門病棟における参加観察調査、面接調査のお願い（研究計画書）
- ・面接調査対象者への調査説明書
- ・面接調査用インタビューガイド

### 研究課題 2. 「薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発」関連資料

- ・『薬物依存症患者の看護ケアモデル開発のための調査』の予備調査協力依頼
- ・予備調査回答用紙
- ・本調査依頼
- ・調査の趣旨説明と協力のお願
- ・調査票の記入・配布・回収のお願い
- ・施設基礎データ質問紙＜看護部長用＞
- ・病棟基礎データ質問紙＜看護部長用＞
- ・『薬物依存症患者の看護ケアモデル開発のための調査』＜看護職員用調査票＞

1999.6.22.

看護部長

様

拝啓

梅雨らしい毎日が続いております。

先日は、突然のお願いにもかかわらず、ご親切な対応ありがとうございました。

ところで、遅くなりましたが、薬物依存の看護に関する研究の計画書、別紙の通りお送りさせていただきます。お手数をお掛けいたしますが、ご検討のほどよろしくお願い申し上げます。

時節柄、どうかご自愛下さいませ。

敬具

162-8666

新宿河田町8-1

東京女子医科大学・看護学部

田中 美恵子

TEL/FAX (直通) 03-3357-4978

## 研究計画書

研究課題名：薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発

研究組織：田中 美恵子（東京女子医科大学・看護学部・教授）  
若狭 紅子（同上・助教授）  
菅原 とよ子（同上・講師）  
川添 由紀（同上・助手）  
江波戸和子（同上・助手）

研究目的：

本研究は、日本における薬物依存症患者に対する看護ケアの実際を把握し、臨床現場に応用できる薬物依存症患者の看護ケアモデルを開発することを目的とする。さらにその結果から、薬物依存症患者に対する看護について、基礎教育・卒後教育において、どのような教育プログラムが必要であるかを検討するための資料を得ることを目的とする。

研究方法：

1. 薬物依存症患者の看護を行っている精神科医療施設において、看護実践のフィールドワークを行う。
2. 薬物依存症患者の看護を行っている精神科看護者へ、薬物依存症患者を看護する上での問題点等について、インタビューを行う。

研究期間：1999年4月～2001年3月まで。

具体的な研究計画

薬物依存症病棟において、1999年9月下旬頃より、月に1回程度ずつ、3日～1週間程度のフィールドワークを行わせて頂きたいと考えています。最初は、まず病棟での活動に参加しながら、病棟活動の実際を把握し、その後、看護者へのインタビューを実施させて頂きたいと考えています。

なお、本調査は、文部省科学研究費の助成を受けて実施されるもので、他の精神科医療施設での調査も、同時に実施する予定です。また、来年度は、本年度の調査結果を踏まえて、薬物依存症患者の看護に対する統計的な実態調査を実施する予定です。

具体的な方法、日程等につきましては、後ほどご相談させていただきたいと考えております。

以上、ご検討のほどよろしくお願い申し上げます。

研究代表者：田中 美恵子

〒162-8666 新宿河田町8-1

東京女子医科大学・看護学部

TEL/FAX（直通）03-3357-4978

インタビュー調査にご協力いただく皆様へ

本調査は、「薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発（平成 11、12 年度文部省科学研究費補助金・基盤研究C助成研究）」の研究活動の一つとして行われるものです。本研究の目的は、日本における薬物依存症患者に対する看護ケアの実際を把握し、臨床現場に応用できる薬物依存症患者の看護ケアモデルを開発することですが、その過程において看護者に個別のインタビュー調査を行うことにより、薬物依存症患者に対する看護についての具体的な現状を把握したいと考えております。

インタビューは、こちらの質問にお答えいただく形で行います。所要時間は、約 1 時間程度です。インタビュー内容は録音させていただきますが、そこで得られた情報は研究の目的にそってのみ用いることをお約束いたします。尚、複数のインタビューデータをもとに、その内容を発表することがあるかもしれませんが、その際にはお話の中のでてくるケース並びにインタビューを受けた方が特定されることのないよう匿名性を厳守し、ご迷惑のかかることのないようにいたします。

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までお問い合わせくださいますよう、宜しくお願い申し上げます。

東京女子医科大学看護学部 精神看護学

〒 162-8666 東京都新宿区河田町 8 - 1

電話：代表 03(3353)8111

田中美恵子（研究代表者）

若狭紅子

菅原とよ子

川添由紀

江波戸和子

「薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発」

個人面接調査用インタビューガイド

調査日時：

調査対象者

面接者：

I. 看護者の背景

- 1, 年齢 ( ) 歳
- 2, 性別 男 女
- 3, 看護婦免許の種類 正看護婦 准看護婦
- 4, 現在の職位 スタッフ 主任 病棟長 その他 ( )
- 5, 婚姻・子供の有無
  - 1) 婚姻： 既婚 未婚 婚姻歴あり
  - 2) 子供： 有 ( 人 ) 無
- 6, 看護者としての臨床経験年数 ( ) 年
- 7, これまでの職歴 (勤務してきた科や病棟)

8, 現在の病棟の勤務年数

9, 現在の病棟へ異動となった時の希望の有無

希望して異動した

希望しなかった

II. 勤務施設の背景

1, 施設の種類

1) 診療科目： 精神科単科 総合病院

2) 設置主体： 国立 公立 民間

2, 施設全体の病床数 ( ) 床

3, 病棟構造について

1) 病床数： ( ) 床、うち隔離室 ( ) 床

2) 開放・閉鎖の区別： 開放 閉鎖

3) 男女混合・男子・女子の区別： 男女混合 男子 女子

4, 病棟入院患者の主な疾患：

### Ⅲ. 薬物依存症患者に対する看護について

- 1, 現在の病棟に勤務したときの印象や感じたことは何ですか？
- 2, 印象に残っている患者やエピソードはありますか？
- 3, 勤務していて困ったことあるいは困ることはありますか？
- 4, 現在の病棟に勤務してよかったことはありますか？  
(学び、自己の成長、やりがい、達成感、面白みなど)
- 5, 実際に看護してみてわかったことはありますか？
- 6, 患者さんに対して、あるいは看護するうえで大切にしていることはありますか？

平成12年9月1日

全国精神科医療施設  
看護部長各位

東京女子医科大学  
看護学部教授  
田中 美恵子

**『薬物依存症患者の看護ケアモデル開発のための調査』の予備調査  
協力依頼**

拝啓

時下、ご清栄のことと存じ上げます。

近年、覚せい剤を始めとする薬物乱用の若年化と多様化に伴い、薬物依存症の患者は増加の一途を辿り、深刻な社会問題となっております。しかし、わが国では、薬物依存症患者の看護に関する系統的な研究は皆無に等しく、精神科臨床における薬物依存症患者に対する看護は確かな指針もないまま、未だ模索の段階にあると考えられます。

この調査は、平成11.12年度・文部省科学研究費補助金（一般研究C）による『**薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発**』の研究の一部として、全国の薬物依存症患者を受け入れている精神科医療施設に勤務している看護職員を対象に実施されるもので、わが国の実践に適した薬物依存症患者の看護ケアモデルを開発することを目的としております。この度、本調査『**薬物依存症患者の看護ケアモデル開発のための調査**』を実施する前に、調査対象を限定するために、下記の要領で**予備調査**を計画致しました。ご多用中誠に恐縮ではありますが、まずはこの予備調査にご協力いただきたくお願い申し上げます。

なお、この調査は、平成12年度精神・神経疾患研究委託費『**今後の精神医療のあり方に関する行政的研究（主任研究者：宇野正威）**』という精神科政策医療の分野における分担研究課題：「**薬物関連精神疾患の医療の現状と課題（2）**」の分担研究者：国立下総療養所精神科医長小沼杏坪先生のご協力を得て実施されるものです。

下記の予備調査の項目について、同封の別紙**FAX送信票**にて、折り返し、ご返事をいただきたく、お願い申し上げます。

敬具

記

---

**本調査の対象者：**平成11年4月1日以降現在までの間に、薬物依存症専門病棟において勤務経験を有する現職の看護職員（但し、看護助手は除く）。

**本調査における「薬物依存症専門病棟」の定義：**薬物依存症の入院患者を受け入れている病棟であり、平成11年度1年間の薬物依存症入院患者が10名以上の病棟。

**本調査における「薬物」の定義：**タバコ・アルコールを除く有機溶剤・大麻・覚せい剤などの**依存性薬物を指す。**

予備調査事項：(1)上記の定義による薬物依存症専門病棟の

①病棟の名称、

②各病棟の看護職員数（H.11年4月1日以降に勤務経験があり、調査時点ですでに他病棟へ異動した者を含む）

(2)本調査にご協力いただけるか否かの別

本調査実施予定時期：平成12年9月下旬

なお、本調査の結果は統計的に処理され、個人および施設が特定されることはありません。

本調査の調査票（見本）を1部同封させていただきますのでご参照ください。

---

\*9月15日（金）をめぐりに別紙・予備調査回答用紙をご送付いただければ幸いに存じます。

なお、本件に関するお問い合わせは、下記までお願い致します。

東京女子医科大学・看護学部・田中研究室 TEL/FAX：03-3357-4978

## FAX送信票

送信先 FAX:03-3341-8832  
東京女子医科大学・看護学部  
田中 美恵子 宛

発信元 施設名：  
TEL：  
FAX：

### 予備調査回答用紙

(1)本調査の定義に基づく**薬物依存症専門病棟**の有無

1. あり 2. なし

\*「1. あり」と答えた場合のみ、(2)以降の質問にお答えください  
なお、薬物依存症専門病棟が「なし」と答えた施設には、本調査は行いません。

(2)**薬物依存症専門病棟**（薬物依存症の入院患者を受け入れている病棟であり、平成11年度1年間の薬物依存症入院患者が10名以上の病棟）の**病棟名と各看護職員数**をお答えください。

	病棟名	現在の看護職員数 (看護助手を除く)	H.11年4月以降勤務経験があり、 現在は他病棟へ異動した者の数
1.		人	人
2.		人	人
3.		人	人

(3)この研究の本調査（9月下旬実施予定）に協力していただけますか？

1. 協力する 2. 協力できない

予備調査へのご協力ありがとうございました。

本調査へご協力いただけます場合には、折り返し人数分の調査票を送付させていただきます。その折にはお手数でも、調査対象の看護職員への調査票の配布・回収をお願い申し上げます。また本調査の際には、看護部長様にも、施設・病棟の基礎データに関する簡単な質問紙へのご回答をお願い致す所存です。ご多用中誠に恐縮ではありますが、併せてご協力を賜りますようお願い申し上げます。

以上、何卒よろしくようお願い申し上げます。

**\*9月15日(金)**をめどにご回答を送付いただければ幸いに存じます。



平成12年10月4日

全国精神科医療施設  
看護部長 各位

東京女子医科大学  
看護学部教授  
田中美恵子

拝啓

時下ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、この度は、私どもの『薬物依存症患者の看護ケアモデル開発のための調査』に対しまして、快くご協力の意を賜り心より感謝申し上げます。

先般、予備調査にてお願い致しましたように、本日は、本調査用の調査票をお送りさせていただきます。

以下の内容を同封させていただきましたので、ご確認くださいませようお願い致します。

- ①調査の趣旨説明と協力をお願い
- ②調査票の記入・配布・回収をお願い
- ③施設基礎データ質問紙<看護部長用>
- ④病棟基礎データ質問紙<看護部長用>（調査該当病棟分）
- ⑤『薬物依存症患者の看護ケアモデル開発のための調査』<看護職員用調査票>、及び個人封入用の封筒（調査対象看護職員数＋若干数の予備）
- ⑥着払い宅配便伝票と返送用袋

なお、誠に恐縮ですが、平成12年10月末日までにご返送いただきますようお願い申し上げます。

皆様からいただきました回答は大切に扱い、調査結果がまとまり次第、ご報告をさせていただきます所存です。

ご多用中大変お手数をお掛け致しますが、何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

敬具

看護部長 各位

## 調査票の記入・配布・回収のお願い

この度は、本調査へのご協力ありがとうございます。  
ご多用中誠に恐縮ですが、以下の手順で、調査票の記入・  
配布・回収をお願い申し上げます。

調査票は、①<看護部長用>と  
②<看護職員用>の2種類があります。

### (1)<看護部長用>調査票について

<看護部長用>調査票は、お手数ですが、看護部長様に、  
ご記入をお願い致します。この調査票は、貴施設並びに  
貴施設の薬物依存症専門病棟に関する基礎データを記入  
していただくものです。

貴施設におきまして、薬物依存症専門病棟に該当する  
病棟が複数ある場合は、その数分を同封しておりますので、  
各病棟別に基礎データをご回答いただきますようお願い  
申し上げます。

### (2)<看護職員用>調査票について

予備調査でお知らせ頂いた調査該当病棟の看護職員数に  
基づいて、若干の予備を含め<看護職員用>の調査票をお  
送り致しております。

お手数ですが、調査対象の看護職員への配布・回収をお願  
い申し上げます。

最後に、①<看護部長用>調査票と  
②<看護職員用>調査票のすべてを、  
同封の着払い宅配便伝票と返送用袋をお使いの上、  
平成12年10月末日までにご返送いただきますよう  
お願い申し上げます。

ご協力の程よろしくようお願い申し上げます。

## 調査の趣旨説明と協力をお願い

－『薬物依存症患者の看護ケアモデル開発のための調査』－

拝啓

近年、覚せい剤を始めとする薬物乱用の若年化と薬剤の多様化に伴い、薬物依存症患者は増加の一途を辿り、深刻な社会問題となっております。しかし、わが国では、薬物依存症患者の看護に関する系統的な研究は皆無に等しく、臨床における薬物依存症患者に対する看護は、確かな指針もないまま、未だ模索の段階にあると考えられます。

本調査は、平成 11.12 年度・文部省科学研究費補助金（一般研究 C）による『**薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発**』の研究の一部として、薬物依存症患者を受け入れている精神科医療施設で勤務している看護職員を対象に実施されるもので、わが国の実践に適した薬物依存症患者の看護ケアモデルを開発することを目的としております。

なお、この調査は、平成 12 年度精神・神経疾患研究委託費『今後の精神医療のあり方に関する行政的研究（主任研究者：宇野正威）』という精神科政策医療の分野における分担研究課題：「薬物関連精神疾患の医療の現状と課題（2）」の分担研究者：国立下総療養所・精神科医長小沼杏坪先生のご協力を得て実施されるものです。

調査の結果は統計的に処理され、個人が特定されることは決してありません。ご多用中、誠に恐縮ではありますが、調査趣旨をご理解の上、何卒ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

敬具

平成 12 年 10 月 4 日

平成 11.12 年度・文部省科学研究費補助金（一般研究 C）

『薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発』

東京女子医科大学・看護学部・精神看護学

研究代表者 田中美恵子

研究メンバー 若狭 紅子

菅原とよ子

川添 由紀

江波戸和子

【本調査に関する問い合わせ・連絡先】

〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1

東京女子医科大学・看護学部・田中研究室

TEL/FAX 03-3357-4978

--	--	--

\*施設名称を下欄にご記入下さい。

施設名称	
------	--

【質問】貴施設についてお尋ねします。以下の内容であてはまるもの1つに○印を付けるか、あるいは数字でお答え下さい。

1. 施設の設置主体
- |           |           |             |
|-----------|-----------|-------------|
| 1. 国      | 2. 公的医療機関 | 3. 社会保険関係団体 |
| 4. 公益法人   | 5. 医療法人   | 6. 学校法人     |
| 7. その他の法人 | 8. 個人     | 9. その他      |

2. 施設の診療体制
- |         |         |        |
|---------|---------|--------|
| 1. 一般病院 | 2. 精神病院 | 3. その他 |
|---------|---------|--------|

3. 看護基準および看護体系
- |         |           |            |           |
|---------|-----------|------------|-----------|
| 1. 特2   | 2. 特1 - I | 3. 特1 - II | 4. 基本1    |
| 5. 基本2  | 6. その他1種  | 7. その他2種   | 8. その他3種  |
| 9. 2対1  | 10. 2.5対1 | 11. 3対1    | 12. 3.5対1 |
| 13. 4対1 | 14. 5対1   | 15. 6対1    |           |

4. 施設の全病床数  床、うち精神科病床数  床

--	--	--

\*病棟名称を下欄にご記入下さい。

病棟名称	
------	--

【質問】調査対象となる病棟についてお尋ねします。以下の内容であてはまるもの1つに○印を付けるか、あるいは数字でお答え下さい。

1. 病棟の病床数  床
2. 病棟の看護者数 約  人、うち准看護婦(士) 約  人  
看護婦(士) 約  人
3. 看護勤務形態      1. 2交代                  2. 3交代                  3. その他
4. 平均勤務者数 < 2交代の場合 >  
1. 日勤 約  人    2. 夜勤 約  人  
< 3交代およびそれに準ずる場合 >  
1. 日勤 約  人    2. 準夜勤 約  人    3. 深夜勤 約  人
5. 病棟の開放度      1. 開放      (8時間以上の開放時間が確保されている入院病棟)  
2. 時間開放 (1日のうち常時 0.5 時間以上 8 時間未満の開放時間が確保されている入院病棟)  
3. 完全閉鎖 (開放時間が確保されていない入院病棟)
6. 患者の性別による病棟区分      1. 男子病棟      2. 女子病棟      3. 男女混合病棟
7. 病棟の特徴      1. 精神科急性期                  2. 精神科慢性期  
3. アルコール・薬物専門      4. 一般科                  5. その他
8. 看護方式      1. チームナーシング                  2. 固定チーム方式  
3. プライマリーナーシング (モジュール方式を含む)  
4. 日替わり受持ち方式                  5. 機能別看護方式  
6. 混合方式                  7. その他 (                  )

9. 薬物依存症の入院患者数 約  人 / 月、 または約  人 / 年

10. 薬物依存症患者の平均入院月数 約  ヶ月

11. 薬物依存症患者の入院時入院形態別の割合

1. 任意入院 約  割      2. 医療保護入院 約  割  
3. 措置入院 約  割      4. その他 約  割

12. 薬物依存症患者に関する看護マニュアルの有無

1. あり                                  2. なし

## 『薬物依存症患者の看護ケアモデル開発のための調査』

(看護職員用調査票)

### 看護職員各位

以下の要領で調査票の記入・回収にご協力下さるようお願い致します。

- ・本調査の対象者：  
平成 11 年 4 月 1 日以降現在までの間に、薬物依存症専門病棟において勤務経験を有する現職の看護職員（但し、看護助手は除く）。
- ・本調査における「薬物依存症専門病棟」の定義：  
薬物依存症の入院患者を受け入れている病棟であり、平成 11 年度 1 年間の薬物依存症入院患者が10名以上の病棟。
- ・本調査における「薬物」の定義：  
タバコ・アルコールを除く、有機溶剤・大麻・覚せい剤などの依存性薬物を指す。
- ・調査票の記入が終わりましたら、封筒に入れ、封をした後ご提出下さい。

【問1】あなた自身のことについてお尋ねします。以下の内容であてはまるもの1つに○印を付けるか、あるいはその内容についてお答え下さい。

1. 現在勤務している病棟

1. 薬物依存症専門病棟
2. 薬物依存症専門病棟以外の病棟

2. 勤務している施設名

3. 勤務している（していた）薬物依存症専門病棟名

4. 年齢

 歳

5. 性別

1. 男
2. 女

6. 免許

1. 准看護師（士）
2. 看護師（士）

7. 最終専門学歴

1. 准看護師養成課程
2. 看護専門学校2年課程
3. 看護専門学校3年課程
4. 短期大学
5. 大学
6. 大学院

8. 職位

1. スタッフ
2. 主任または副看護師（士）長
3. 看護師（士）長
4. 科長

9. 臨床経験年数

約  年

10. 精神科経験年数

約  年

11. 薬物依存症専門病棟での勤務年数  年  ヶ月

12. 婚姻状況

1. 未婚
2. 既婚
3. 離別・死別

13. 子供の有無

1. あり
2. なし

14. 今までに看護した薬物依存症の入院患者の数

1. 1～10人
2. 11～30人
3. 31～50人
4. 51人以上

15. 薬物依存症患者の看護に関する講習会・勉強会等への参加経験の有無

1. あり
2. なし

（名称：

）



【問2】薬物依存症患者の看護をするうえで困っている（いた）問題について、お答え下さい。  
以下の項目それぞれについて、あてはまるもの1つに○印をお付け下さい。

	全く 困ら ない	あ ま り 困 ら ない	困 る	か な り 困 る	非 常 に 困 る
<u>＜患者に関して困ること＞</u>					
1. 患者同士のケンカが多いこと。	1	2	3	4	5
2. 患者からの性的な嫌がらせ。	1	2	3	4	5
3. 患者の横暴な態度。	1	2	3	4	5
4. 患者の脅しや威嚇。	1	2	3	4	5
5. 患者の操作的な行動。	1	2	3	4	5
6. 患者同士が集団で良くないことを企てる危険の高いこと。	1	2	3	4	5
7. 患者が看護者の注意や指示を無視すること。	1	2	3	4	5
8. 患者が性急で、易怒的であること。	1	2	3	4	5
9. 看護者に対する暴力。	1	2	3	4	5
10. 患者が物に当たったり、器物を破損したりすること。	1	2	3	4	5
11. 患者が集中力や持続力に欠けること。	1	2	3	4	5
12. 患者の健忘症状。	1	2	3	4	5
13. 患者に整形外科的合併症が多いこと。	1	2	3	4	5
14. 患者がしきりに頓用薬などを欲しがること。	1	2	3	4	5
15. 患者が病棟に酒や違法薬物を持ち込むこと。	1	2	3	4	5
16. 患者自身に病識がないこと。	1	2	3	4	5
17. 患者が病棟の規則を守らないこと。	1	2	3	4	5
18. 患者が社会的常識に乏しいこと。	1	2	3	4	5
19. 患者の社会経験が乏しいこと。	1	2	3	4	5
20. 患者自身に基本的な生活習慣が身につけていないこと。	1	2	3	4	5
21. 患者自身のもともとの経済的基盤が弱いこと。	1	2	3	4	5
22. 患者自身のもともとの社会的な支援体制が弱いこと。	1	2	3	4	5
23. 退院しても、患者のつきあう人間関係が薬を中心にしたものであること。	1	2	3	4	5

<看護する立場として困ること>

	全く困らない	あまり困らない	困る	かなり困る	非常に困る
24. 薬物依存症という病気の理解が難しいこと。	1	2	3	4	5
25. 病気なのか人格なのか分からない部分があること。	1	2	3	4	5
26. 患者に対して統一的な対応を求められること。	1	2	3	4	5
27. 患者の要求に対して曖昧な対応が出来ないこと。	1	2	3	4	5
28. 患者の過食への対応。	1	2	3	4	5
29. 患者に説明してもなかなか理解を得られないこと。	1	2	3	4	5
30. 患者との関係を作りにくいこと。	1	2	3	4	5
31. 薬物依存症患者の看護をしていて、どこまで関わってよいのかわからないこと。	1	2	3	4	5
32. 急変時の対応。	1	2	3	4	5
33. 夜間の緊急入院時の対応。	1	2	3	4	5
34. 薬物依存症の治療や看護について自分自身の知識不足を感じる事。	1	2	3	4	5
35. 薬物依存症の看護に関する基準やマニュアルが病棟にないこと。	1	2	3	4	5
36. 患者の治療や看護の方針について話し合うカンファレンスなどが無いこと。	1	2	3	4	5
37. 患者の処遇について、司法との関係が理解しにくいこと。	1	2	3	4	5
38. その他に、困っている問題があればご自由に簡条書きでお書き下さい。					

【問3】薬物依存症患者の看護をする際に、日頃心掛けている(いた)ことについてお尋ねします。

① A欄では、以下の質問項目全てに対して、最もあてはまるもの1つに○印をお付け下さい。

② B欄では、A欄で3(心掛けている)・4(かなり心掛けている)・5(大いに心掛けている)を選択した場合にのみ、その看護を特にどの時期に行っているかについて、お答え下さい。

A欄で3・4・5に○印を  
つけた項目のみ、B欄をお答え下さい ↓

項目	A欄(心掛けていること)					B欄(その時期)			
	全く心掛けていない	あまり心掛けていない	心掛けている	かなり心掛けている	大いに心掛けている	入院初期(離脱期)	入院中期(渴望期)	入院後期(退院前)	入院期間中いつも
1. 丁寧な言葉遣いをするように心掛ける。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
2. 患者の気持ちや思いを聴く。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
3. 外出や外泊する時には、スリッパしたらSOSを出すように伝える。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
4. 患者の行動を見守る。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
5. スポーツによるストレスの発散と体力づくりを行う。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
6. 待たせないで早く苛々を収めるような対応をする。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
7. 規則や約束事についてオリエンテーションをする。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
8. 退院後の生活のために福祉に関する情報を提供する。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
9. ミーティングによって、治療や関わり方の統一を図る。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
10. 暴力がものに向かう場合には落ち着くのを待って対応する。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
11. 断薬に向けて自助グループを紹介する。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
12. 患者の生活背景を知る。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
13. 身体的・精神的なつらさを理解する。	1	2	3	4	5	1	2	3	4

A 欄で 3・4・5 に○印を  
つけた項目のみ、B 欄をお答え下さい ↓

項目	A 欄 (心掛けていること)					B 欄 (その時期)			
	全く心掛 けていな い	あまり心 掛けてい ない	心掛 けている	かなり心 掛けている	大いに心 掛けている	入院 初期 (離脱 期)	入院 中期 (渴望 期)	入院 後期 (退院 前)	入院 期間 中いつ も
14. 患者の本当の入院目的や期待していることを知る。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
15. 威嚇や脅しに対して毅然とした態度で接する。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
16. 身体症状を把握しながら、全身管理を行う。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
17. 患者の受診行動を率直に評価しフィードバックする。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
18. 使用薬物の種類に応じた患者の看護を行う。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
19. 患者に対して理路整然と話すように心掛ける。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
20. トラブル発生時にはまずは人を呼んでマンパワーで対応する。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
21. ありのままに患者の努力と限界を認める。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
22. 家族の悩みや葛藤を聴く。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
23. 衝動性をコントロールする方法を患者と一緒に考える。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
24. アディクションの心理を理解する。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
25. 患者の暴力に対して一人で対応しない。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
26. 精神症状を観察する。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
27. 患者に退院後の目標や計画を聞く。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
28. 雑談や何気ない会話を通じて、患者との関係づくりをする。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
29. 患者との間で病棟規則を破るような裏取引はしない。	1	2	3	4	5	1	2	3	4

A欄で3・4・5に○印を  
つけた項目のみ、B欄をお答え下さい ↓

項目	A欄 (心掛けていること)					B欄 (その時期)			
	全く心掛けていない	あまり心掛けていない	心掛けている	かなり心掛けている	大いに心掛けている	入院初期(離脱期)	入院中期(渴望期)	入院後期(退院前)	入院期間中いつも
30. 患者の問題を申し送りやカンファレンスなどによってスタッフ全体で共有する。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
31. スリップしたときに失敗を責めず、受容的に関わる。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
32. 指示的になることを慎しみ、患者自身が意志決定できるように援助する。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
33. トラブルが起きたときには事実を確かめてから対応する。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
34. 患者が怒鳴った時には時間をおいてそのことについて話し合う。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
35. 男性患者と女性患者とでは対応を変えている。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
36. 患者の抱える問題について患者と一緒に話し合う。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
37. 教育的プログラムに参加するように促す。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
38. 患者の個性に合わせて積極的に関係を築く。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
39. 患者が達成感を得られるような体験を取り入れる。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
40. 患者にあった目標設定をする。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
41. 看護者ができることとできないことの認識を持つ。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
42. 日常の関わりの中で、断薬の動機づけを心掛ける。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
43. 回復していくのは患者自身という認識を持つ。	1	2	3	4	5	1	2	3	4
44. 一概に薬物依存症といっても様々な患者がいるので個別的な看護をする。	1	2	3	4	5	1	2	3	4

【問4】薬物依存症患者の看護をするうえで、患者に対してどのような気持ちになります(なりました)か。以下の全ての項目に対して、最もあてはまるもの1つに○印をお付け下さい。

	全く感じない	あまり感じない	まあまあ感じる	かなり感じる	非常に感じる
1. 痛ましさ -----	1	2	3	4	5
2. 嫌悪感 -----	1	2	3	4	5
3. 無力感 -----	1	2	3	4	5
4. 気の毒 -----	1	2	3	4	5
5. 苛立ち -----	1	2	3	4	5
6. 心配 -----	1	2	3	4	5
7. 罪悪感 -----	1	2	3	4	5
8. 迷惑 -----	1	2	3	4	5
9. 恐怖感 -----	1	2	3	4	5
10. 責任を感じる -----	1	2	3	4	5
11. 驚き -----	1	2	3	4	5
12. わかるような気がする ---	1	2	3	4	5
13. ドギマギする -----	1	2	3	4	5
14. 甘えている -----	1	2	3	4	5
15. 怒り -----	1	2	3	4	5
16. やりがいがある -----	1	2	3	4	5
17. 困る -----	1	2	3	4	5
18. 緊張感 -----	1	2	3	4	5
19. 関わりたくない -----	1	2	3	4	5

【問5】薬物依存症患者の看護をするうえで、自分自身が感じる（感じた）思いをお答え下さい。以下の項目それぞれについて、あてはまるもの1つに○印をお付け下さい。

	全く感じない	あまり感じない	感じる	かなり感じる	非常に感じる
1. 患者が自分の名前を覚えていてくれると嬉しい。	1	2	3	4	5
2. 断薬を継続している人を外来や自助グループで見かけると嬉しい。	1	2	3	4	5
3. 回復者の話を聞いたときにやりがいを感じる。	1	2	3	4	5
4. 薬物依存症患者の看護をして、自分自身に冷静に対応する力がついたと思う。	1	2	3	4	5
5. 薬物依存症患者の看護をして、理路整然と話すことができるようになったと思う。	1	2	3	4	5
6. 薬物依存症患者の看護をして、患者の社会背景や家族背景などを深く知ることの必要性を感じるようになったと思う。	1	2	3	4	5
7. 薬物依存症患者の看護をして、自分自身の社会的な視野が広がったと思う。	1	2	3	4	5
8. 薬物依存症患者の看護をして、薬物依存症への理解が以前に比べて深まったと思う。	1	2	3	4	5
9. 薬物依存症患者の看護をして、患者の生育歴や生活背景を知り、同情の気持ちを持つようになった。	1	2	3	4	5
10. 患者とトラブルになったときに、自分自身や家族への危険を感じることもある。	1	2	3	4	5
11. 朝仕事に行くときに、今日1日が無事に終わってほしいという気持ちになることがある。	1	2	3	4	5
12. 薬物依存症になったのは患者自身の責任なのだから、自分で責任をとればいいと思うことがある。	1	2	3	4	5
13. 病気だと分かっているにもかかわらず患者のやっていることは人間として許せないことだと思う。	1	2	3	4	5

【問6】薬物依存症患者の看護をするうえで、困ったりストレスを感じた時、どのように対処しています(いました)か。以下の項目それぞれについて、あてはまるもの1つに○印をお付け下さい。

	全くそうしない	あまりそうしない	そうする	時々そうする	いつもそうする
1. 患者が退院するまで我慢する。	1	2	3	4	5
2. 患者にあまり関わらないようにする。	1	2	3	4	5
3. 勤務異動を希望する。	1	2	3	4	5
4. 患者に怒鳴られた時はじっと耐える。	1	2	3	4	5
5. 患者に対しては、当たりさわりのないように対応する。	1	2	3	4	5
6. 患者の前では目立たないように振る舞う。	1	2	3	4	5
7. 同僚にアドバイスを求める。	1	2	3	4	5
8. 上司や医師に相談する。	1	2	3	4	5
9. 患者に対する自分の見方を変えてみる。	1	2	3	4	5
10. 患者には感情移入をしないようにする。	1	2	3	4	5
11. 自分の勤務異動が来るまで我慢する。	1	2	3	4	5
12. 耐えられない時は、受持ち患者を代わってもらう。	1	2	3	4	5
13. せっかくの機会だから勉強しようと思う。	1	2	3	4	5
14. 薬物依存について、本や教科書を見て勉強する。	1	2	3	4	5
15. 仕事だと割り切る。	1	2	3	4	5
16. 嫌なことは過ぎたら忘れる。	1	2	3	4	5
17. 家に帰ったら仕事の事は考えないようにする。	1	2	3	4	5
18. 趣味に没頭する。	1	2	3	4	5
19. 気分転換のためにスポーツをする。	1	2	3	4	5
20. 気分転換のために旅行に行く。	1	2	3	4	5
21. 嫌なことはお酒を飲んで忘れるようにする。	1	2	3	4	5



	全くそうしない	あまりそうしない	そうする	時々そうする	いつもそうする
22. 患者への対応の仕方は、先輩をモデルにする。	1	2	3	4	5
23. 自分のせいではないと考える。	1	2	3	4	5
24. カンファレンスで治療や看護の方針を検討する。	1	2	3	4	5
25. 薬を飲んで気分を変えるようにする。	1	2	3	4	5
26. 自分の気持ちをカンファレンスで話す。	1	2	3	4	5
27. 困った場面では、他の看護者の応援を頼む。	1	2	3	4	5
28. 一日、何事もなく無事に終わるよう祈る。	1	2	3	4	5

【問7】薬物依存症患者の看護をしていくうえで、どのような要望がありますか？  
以下のそれぞれの項目について、1、2のどちらかに○印をお付け下さい。

- |  |       |        |
|--|-------|--------|
| 1. 日勤の看護者数を増やして欲しい。 -----                    | 1. はい | 2. いいえ |
| 2. 夜勤の看護者数を増やして欲しい。 -----                    | 1. はい | 2. いいえ |
| 3. 男性の看護者と一緒に組んで勤務できるようにして欲しい。 -----         | 1. はい | 2. いいえ |
| 4. 看護者の安全を確保できるような体制を整えて欲しい。 -----           | 1. はい | 2. いいえ |
| 5. 勤務交替を早くして欲しい。 -----                       | 1. はい | 2. いいえ |
| 6. 薬物依存専門の看護者を育てて欲しい。 -----                  | 1. はい | 2. いいえ |
| 7. 薬物依存症の専門病棟を設置して欲しい。 -----                 | 1. はい | 2. いいえ |
| 8. 基礎教育の中で、薬物依存症の看護について入れて欲しい。 -----         | 1. はい | 2. いいえ |
| 9. 卒後教育プログラムが欲しい。 -----                      | 1. はい | 2. いいえ |
| 10. 薬物依存症患者の看護マニュアルが欲しい。 -----               | 1. はい | 2. いいえ |
| 11. 薬物依存症患者の看護について、専門書が欲しい。 -----            | 1. はい | 2. いいえ |
| 12. 家族教育の充実が必要である。 -----                     | 1. はい | 2. いいえ |
| 13. 患者教育の充実が必要である -----                      | 1. はい | 2. いいえ |
| 14. 地域での社会復帰のためのシステム整備が必要である。 -----          | 1. はい | 2. いいえ |
| 15. 薬物依存症患者を支える地域のネットワークが欲しい。 -----          | 1. はい | 2. いいえ |
| 16. 自助グループ（ダルクなど）の充実が必要である。 -----            | 1. はい | 2. いいえ |
| 17. その他、何か要望がありましたらご自由に <u>簡条書き</u> でお書き下さい。 |       |        |

【問8】以下の33の質問項目の1つ1つについて、あなたは最近どの頻度で体験しますか。  
該当する箇所に○印をつけて下さい。

	ま っ た く な い	ご く ま れ に あ る	ま れ に あ る	と き ど き あ る	し ば し ば あ る	た い て い あ る	い つ も あ る
1. 疲れやすい -----	1	2	3	4	5	6	7
2. 気がめいる -----	1	2	3	4	5	6	7
3. 毎日の生活が楽しい -----	1	2	3	4	5	6	7
4. からだが疲れ果てる -----	1	2	3	4	5	6	7
5. 精神的にまいってしまう -----	1	2	3	4	5	6	7
6. ころろが満たされている -----	1	2	3	4	5	6	7
7. 精根が尽き果てる -----	1	2	3	4	5	6	7
8. ないがしろにされた気持ちになる -----	1	2	3	4	5	6	7
9. みじめな気持ちになる -----	1	2	3	4	5	6	7
10. 力を使い果たしたような気持ちになる -----	1	2	3	4	5	6	7
11. 期待はずれの気持ちになる -----	1	2	3	4	5	6	7
12. 自分が嫌になる -----	1	2	3	4	5	6	7
13. うんざりした気持ちになる -----	1	2	3	4	5	6	7
14. わずらわしい気分に限る -----	1	2	3	4	5	6	7
15. まわりの人に対して幻滅感や憤りを感じる -----	1	2	3	4	5	6	7
16. 気が弱くなる -----	1	2	3	4	5	6	7
17. なげやりな気持ちになる -----	1	2	3	4	5	6	7
18. 拒否された気持ちになる -----	1	2	3	4	5	6	7
19. 楽観的な気分になる -----	1	2	3	4	5	6	7
20. 意欲にもえた気持ちになる -----	1	2	3	4	5	6	7
21. 不安な気持ちになる -----	1	2	3	4	5	6	7
22. 風邪をひきやすい -----	1	2	3	4	5	6	7
23. 下痢や便秘をする -----	1	2	3	4	5	6	7
24. 食欲が低下する -----	1	2	3	4	5	6	7
25. 肩がこる -----	1	2	3	4	5	6	7
26. 口内炎・口角炎ができる -----	1	2	3	4	5	6	7
27. 頭痛がする -----	1	2	3	4	5	6	7
28. めまいがする -----	1	2	3	4	5	6	7
29. 歯痛がする -----	1	2	3	4	5	6	7
30. 腰痛がする -----	1	2	3	4	5	6	7
31. 手足が冷たくなる -----	1	2	3	4	5	6	7
32. 胃痛がする -----	1	2	3	4	5	6	7
33. 発熱する -----	1	2	3	4	5	6	7

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。

折角のご協力をきちんと生かすために、恐れ入りますがもう一度  
記入漏れなどがないか確認をして下さい。

その上で、封筒に入れ封をした後、ご提出下さい。