日本NP学会誌　2021　vol.5　no.2　31-48（83-100）
【原著論文／Original Article】

診療看護師（NP）の精神的健康度に関する実態調査
－精神的健康度とレジリエンス・首尾一貫感覚との関係性検討－

A Survey on the Mental Health of Nurse Practitioners in Japan : The Relationships of Mental Health with Resilience and Sense of Coherence

小岩　大介[1)]・阿部　恵子[2)]・黒澤　昌洋[2)]・山中　真[3)]・泉　雅之[2)]
1）独立行政法人　国立病院機構　名古屋医療センター，2）愛知医科大学大学院　看護学研究科　臨床実践看護学，3）愛知医科大学　看護学部　基礎看護学

要　旨

【目的】
診療看護師（NP）の精神的健康度の実態を明らかにし，レジリエンスと首尾一貫感覚との関係性を明らかにする．

【対象と方法】
全国の診療看護師（NP）で協力の得られた者を対象とし，精神的健康度測定尺度（GHQ），レジリエンス測定尺度（RSR），首尾一貫感覚（SOC）測定尺度，及び，各属性を問う自作質問票による無記名自記式調査を行い，分析した．

【結果】
質問票を診療看護師（NP）242名に郵送し，103名から回答を得た．RSR合計点は79.51（±9.27），SOC合計点は45.33（±6.33），GHQ合計点は2.03（±2.31）であった．GHQを区分点で2群に分けた精神的健康群と精神的不健康群では，「RSR合計点」，「SOC合計点」，「把握可能感」等に有意差を認めた．「RSR合計点」と「職務満足度」に相関を認めた．GHQ合計点を目的変数とした重回帰分析では，「SOC合計点」，「職務満足度」等に影響要因を認めた．

【結論】
診療看護師（NP）の8割が精神的健康群に分類され，特に看護師と比較して高い傾向にあった．2割の精神的不健康群において，「把握可能感」「レジリエンス」を高める取り組みが効果的であると考えられた．精神的健康度には，「レジリエンス」は「職務満足度」を介して影響し，「首尾一貫感覚」は独立して影響する関係性が明らかになった．

Key Words：診療看護師（NP），精神的健康度，レジリエンス，首尾一貫感覚

2021年5月13日投稿受付　2021年9月3日掲載承認

Ⅰ．緒言

医療従事者である医師や看護職は，従来からストレスの多い対人専門職[1) 2) 3) 4)]であり，特に看護職は抑うつやバーンアウトなど精神的健康を害しやすい[5) 6) 7) 8) 9)]．そして，医師や看護職が精神的不健康に陥ると，自身の健康のみならず，ケアの質の低下[10) 11) 12)]，患者の死亡率に及ぼす影響[13)]，臨床におけるミスの増加やミスがさらに抑うつを招く悪循環[14)]など，患者の健康に大きく影響することが明らかにされている．近年新たに資格化された看護職である診療看護師（NP）は，看護業務に医学を統合した高度看護実践を行う活動内容が看護師と異なることから，ワーク・ライフバランスや重労働などのストレスが他の医療職と比べて生じやすく[15) 16) 17)]，加えて，低い認知度や役割の不明確さなどの特徴的なストレスを抱えている[16) 18)]．このような職場ストレスに対する対策として，これまで多くの研究でレジリエンスや首尾一貫感覚が報告されている．レジリエンスは逆境という大きなストレスが生じた際に適応する精神的回復力[19) 20) 21) 22)]であり，首尾一貫感覚は日頃の生活を健康に過ごすためのストレス対処能力[23) 24)]として，強度のストレス下において精神的健康を害することなく臨床活動を続けるための重要な鍵であることが報告されている[23) 25) 26)]．

これらのことから，一部医師の役割を担い医学と看護を統合した高度看護実践者である診療看護師（NP）の精神的健康度は，看護師とは異なり治療の提供も行う[17)]ことから，患者へ大きく関わると考えられるため，精神的健康の維持がより重要である．そのため，高度看護実践者である診療看護師（NP）に対して，本研究では「診療看護師（NP）の精神的健康度にレジリエンスと首尾一貫感覚は関連があり，精神的健康を維持している」を研究仮説とした．診療看護師（NP）の精神的健康度と，職務上の高ストレス（逆境）から立ち直る回復力としてのレジリエンス，ストレス対処能力としての首尾一貫感覚に注目し，先行研究の見当たらない診療看護師（NP）の精神的健康度の実態を明らかにし，レジリエンスと首尾一貫感覚を調査することで，精神的健康度に影響を与える要因を明らかにすることを目的とし，質問紙調査を行った．

Ⅱ．方法

1．研究目的

診療看護師（NP）の精神的健康度の実態を明らかにし，レジリエンスと首尾一貫感覚との関係性を明らかにすることである．

2．研究デザイン

質問紙を用いた量的記述的研究および関連探索型研究である．

3．研究対象者

全国の診療看護師（NP）のうち，2020年2月末日時点でNP学会会員名簿等ホームページ上に公表されている242名で，研究に同意が得られた診療看護師（NP）とした．

4．データ収集期間

2020年3月1日から4月10日までとした．

5．データ収集方法

研究対象者への依頼にあたり，2020年2月末日時点で日本NP学会，病院等のホームページ上に公表されている氏名を検索し，所属病院宛個人へ郵送等により送付した．なお，質問紙の送付に際し，ホームページ上で検索された公表氏名に加えて，病院等ホームページでの情報を検索し，可能な範囲で診療看護師（NP）であることを確認した．質問紙と返信用封筒に研究説明書を同封し，研究対象者に研究趣旨，研究参加と辞退の自由，データ内容の秘匿性について文面で提示した．また，質問紙に同封した依頼書に，診療看護師（NP）を対象とした研究であることを明記した．回答は，個人情報保護のため無記名・匿名方式とし，封筒に厳封された質問紙の返送をもって本研究に同意したものとみなした．

6．調査内容

NIOSH職業性ストレスモデル[27) 28)]を参考に，信頼性と妥当性が検証された既存尺度である精神的健康度測定尺度（GHQ）12項目版[30) 31)]，レジリエンス測定尺度（RSR）22項目版5件法[3)]，首尾一貫感覚（SOC）測定尺度13項目版5件法[29)]の3種類と，個人属性，職

場属性，客観的労働指標，調査時点の高ストレス（逆境）の有無，ストレス要因，ストレス緩和要因に関する自作質問紙の合計4種類の質問紙を使用した（図1）．各既存尺度は開発者の許可を得て使用した．さらに，本研究は精神的健康度などに関する尺度を用いた調査であることから，質問紙の順番による回答へのばらつきを補正するため，既存尺度は構成順を3通りに設定し配布した．

GHQは，「2～3週間前から現在までの健康状態で精神的・身体的に問題があるか」についての質問文より構成され，その程度に応じて4段階のうち1つに回答するように求められている．「不安・抑うつ（6項目）」「活動障害（6項目）」の合計2因子12項目で構成され，基本的に1因子として用いる．4つの選択肢を0/1データに置換し，合計点が区分点を超えるか否かにより判定する（GHQ法）．区分点は3/4点間とされ，スコアが高いほど精神的健康度が低いことを示す．

RSRは，「プロとしての誠実性（7項目）」「臨床研修に対する積極性（9項目）」「感情コントロール（6項目）」の合計3因子22項目から構成される．評価は，1（全くそう思わない）～5（強くそう思う）の5件法で測定され，スコアリングは22～110点となり，区分点はない．スコアが高いほどレジリエンスが高いことを示し，高ストレス（逆境）に積極的に適応する精神的回復力が高いと判断される．尺度の使用にあたり，尺度作成者の一部改変許可（研修医を診療看護師（NP）へ改変）を得た上で使用した．なお，先行研究で困難な状況のさなかにいるオンラインのレジリエンスと，困難な状況にないオフラインのレジリエンスを区別すべき[32]と指摘があり，本研究では，高ストレス（逆境）を「診療看護師（NP）を辞めたくなるほどのストレス」と設定し，レジリエンスを逆境の有無で選別した．

SOCは，「把握可能感（5項目）」「処理可能感（4項目）」「有意味感（4項目）」の合計3因子13項目から構成され，基本的には1つの概念として捉えることが妥当とされる．評価は，各項目の質問に対して1～5の5件法で測定され，スコアリングは13～65点であり，区分点はない．スコアが高いほど首尾一貫感覚が高いことを示し，ストレス対処能力が高いと判断される．

自作質問紙は，共著者と内容を検討した．臨床で診療看護師（NP）として活動している診療看護師（NP）5名に対し4種類の質問紙のプレテストを実施し，自作質問に対する表面妥当性を検討した．プレテストの結果から，質問項目，質問内容を再度吟味し，改修したものを調査に使用した．調査時点の高ストレス（逆境）の有無を問う自作質問2件法（ある/なし），ストレス要因を

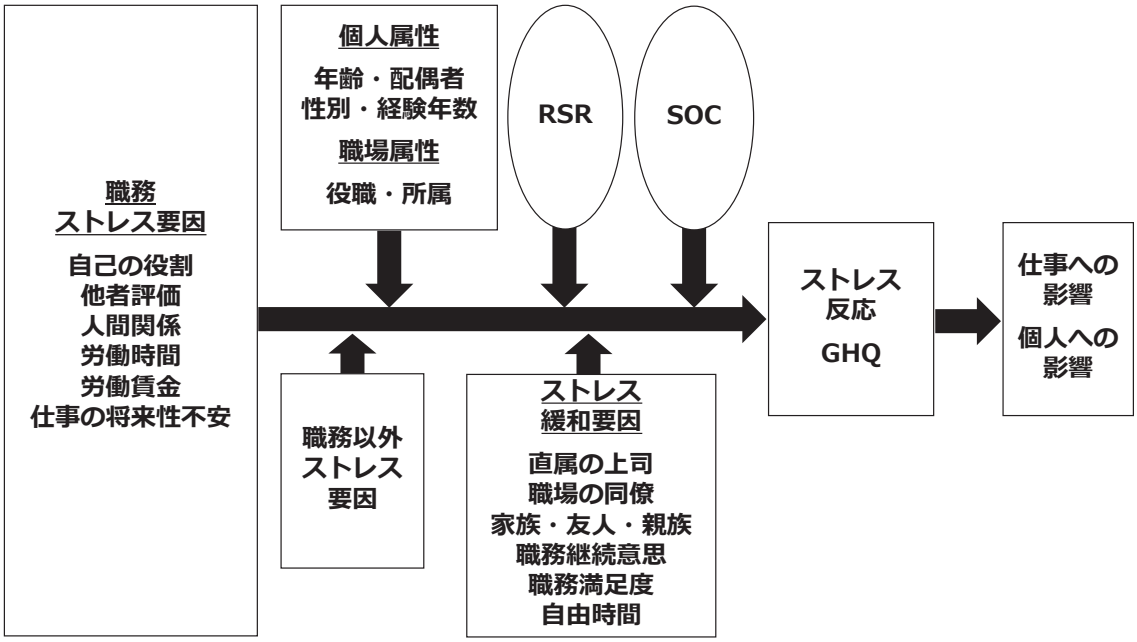

図1　精神的健康と関連要因（NIOSH職業性ストレスモデル[27) 28)]より一部改変）

問う質問5件法（1～5段階），ストレス緩和要因を問う質問5件法（1～5段階）を作成し，診療看護師（NP）が抱えているストレスの大小を数値化し，既存尺度との関連を検討した．

尚，以降は，ストレス要因の質問である「診療看護師（NP）という職種に対する他者からの評価」を「他者評価」と省略し，ストレス緩和要因の質問である「診療看護師（NP）の仕事にどれくらい満足しているか」を「職務満足度」と省略して記載する．

7．データ分析方法

データ分析には，統計ソフトStat Flex ver.6を使用し，記述統計と推測統計により分析を行い，推測統計の有意水準は5%未満とした．看護師経験年数，診療看護師（NP）経験年数，診療看護師（NP）としての職場経験年数は，Bennerの看護実践技能修得段階と初期研修期間を参考とし，看護師経験年数は5～15年と16年以上の2群，診療看護師（NP）経験年数と診療看護師（NP）職場経験年数は1～2年と3～10年の2群に分類した[33]．所属部署は，「その他」と回答した者を除く医局（診療部）と看護部に回答した者を分析対象とした．労働時間に関しては，厚生労働省の労働基準を参考に40時間以下，40～59時間，60～79時間，80時間以上の4群に分類した．RSR合計点とSOC合計点は中央値で2群に分類し，それぞれ「高値群」「低値群」とした．GHQ合計点は区分点である3/4点間で2群に分類し，3点以下を「精神的健康群」，4点以上を「精神的不健康群」と分類した．

8．用語定義

【精神的健康】

GHQの定義に従い，2～3週間前から現在まで精神的不健康でないこととする．

【レジリエンス】

診療看護師（NP）が職務における高ストレス（逆境）に積極的に適応し，トラウマやストレスを生産的に克服していく個人の特性であり，精神的回復力と定義する．

【首尾一貫感覚】

日々降り注ぐストレッサーに対し，自身の精神的健康を保持できる能力や環境がいかに存在するかを示す感覚（能力）であり，ストレス対処能力と定義する．

9．倫理的配慮

本研究への協力は，対象者の自由意思によるものであり，研究協力を辞退することによる損害や損失はないこと，対象者には質問紙の回答による不利益を被ることがないことを研究の説明書に明記した．また，本研究の目的，意義，倫理的配慮，予測される不利益と安全性の確保について文書で説明し，質問紙の返送をもって本研究に同意したものとみなした．得られたデータは適切に保管管理した上で集計し分析を行った．本研究の実施にあたり，2020年1月16日に愛知医科大学看護学部倫理委員会の承認を得た（承認番号：206）．

Ⅲ．結果

質問紙を送付した診療看護師（NP）は242名であり，そのうち111名から返送があった（回収率45.9%）．回答の得られた111名のうち，本研究では「診療看護師（NP）として活動している者」を研究対象としたため，診療看護師（NP）として活動していないと回答した7名を除外した．診療看護師（NP）は，発足後10年で，社会的な認知度は低く，働き方も個人や施設それぞれに多様であると考えられるが，本研究では自己申告で診療看護師（NP）として活動していると回答した者を診療看護師（NP）の基準とした．さらに，重要項目が無回答であった1名を除外し，103名を分析対象とした（有効回答率99.0%）．

1．調査対象となった診療看護師（NP）の実態

1）調査対象となった診療看護師（NP）の各属性

個人属性では，平均年齢は40.9（±6.81）歳，性別は男性77名（74.8%），女性26名（25.2%）であった．大学院入学前までの看護師平均経験年数は12.4（±6.26）年で，診療看護師（NP）平均経験年数は4.7（±2.36）年であった．診療看護師（NP）領域は，クリティカル75名（72.8%），プライマリ28名（27.2%）であった．職場属性では，現在初期（卒後）研修中である者は15名（14.6%）であり，所属部署は医局（診療部）48名（46.6%），看護部48名（46.6%）と同数であった．客観的労働指標では，1週間あたりの勤務・研修時間の平均は43（±16.02）時間であった．その他の個人属性，職場属性，客観的労働指標に関しては表1

の記載の通りである（表1）.

2）ストレス要因・ストレス緩和要因

対象者のストレス要因における平均値（±標準偏差）は，「診療看護師（NP）としての自己の役割」は3.09（±1.25），「他者評価」は2.88（±1.31），「職場内の人間関係」は2.74（±1.29），「労働時間」は2.24（±1.24），「労働賃金」は3.00（±1.44），「労働環境」は2.74（±1.35）であった．仕事の将来性不安として質問した「診療看護師（NP）の仕事が制度化されるかについてどのくらいはっきりしていると思うか」は4.32（±0.87）で，「あまりはっきりしていない」「ややはっきりしていない」と回答した者は82名（79.5%）であった（表2）．ストレス要因に関して，医局（診療部）と看護部で群間の比較を実施した結果，「労働賃金」（$p < 0.01$）において有意差を認めた．

次に，ストレス緩和要因における平均値（±標準偏差）は，社会的支援として，「直属の上司」は3.52（±1.29），「職場の同僚」は3.28（±1.31），「配偶者，友人，親族」は3.51（±1.26）であった．職務意欲とし

表1　調査対象者の各属性

（n＝103）

		n（%）	平均値（±標準偏差）	範囲
【個人属性】				
年齢（無回答4名）		99（96.1%）	40.9（±6.81）	30～60
	30～39歳	49（47.6%）		
	40～49歳	38（36.9%）		
	50～60歳	12（11.7%）		
性別	男	77（74.8%）		
	女	26（25.2%）		
配偶者の有無（無回答2名）	あり	64（62.1%）		
	なし	37（35.9%）		
診療看護師（NP）以外の所持資格（無回答4名）	あり（重複あり）	16（15.5%）		
	なし	50（48.5%）		
大学院入学前までの看護師経験年数（無回答1名）		102（99%）	12.4（±6.26）	5～37
	5～15年	78（75.7%）		
	16年以上	24（23.3%）		
診療看護師（NP）経験年数		103（100%）	4.7（±2.36）	1～10
	1～2年	21（20.4%）		
	3～10年	82（79.6%）		
診療看護師（NP）としての現在の職場経験年数		103（100%）	4.0（±2.39）	1～10
	1～2年	33（32%）		
	3～10年	70（68%）		
看護師以外の社会経験の有無	あり	16（15.5%）		
	なし	87（84.5%）		
診療看護師（NP）領域	クリティカル	75（72.8%）		
	プライマリ	28（27.2%）		
【職場属性】				
現在初期（卒後）研修中であるか	はい	15（14.6%）		
	1～2年	12（11.7%）		
	3～10年	3（2.9%）		
	いいえ	88（85.4%）		

続き）表1　調査対象者の各属性

		n（%）	平均値（±標準偏差）	範囲
所属部署	医局（診療部）	48（46.6%）		
	看護部	48（46.6%）		
	その他	6（5.8%）		
所属部署における役職	あり	30（29.1%）		
	なし	73（70.9%）		
自施設の他の診療看護師（NP）	あり	66（64.1%）		
	人数（無回答4名）	62（60.2%）	4.54（±4.64）	1～21
	なし	37（35.9%）		
【客観的労働指標】				
1週間あたりの勤務/研修時間の平均			43（±16.02）	8～80
	40時間以下	8（7.8%）		
	40～59時間	68（66%）		
	60～79時間	16（15.5%）		
	80時間以上	1（0.9%）		
1ヶ月の夜勤回数の平均（無回答1名）			0.91（±1.77）	0～10
1日あたりの睡眠時間の平均			5.92（±0.99）	3～8
1ヶ月の休日日数の平均			7.84（±1.53）	2～12

表2　ストレス要因

（n＝103）

ストレス要因	平均値（±標準偏差）
診療看護師（NP）としての自己の役割	3.09（±1.25）
診療看護師（NP）という職種に対する他者からの評価（他者評価）	2.88（±1.31）
職場内の人間関係	2.74（±1.29）
労働時間	2.24（±1.24）
労働賃金	3.00（±1.44）
労働環境	2.74（±1.35）
診療看護師（NP）の仕事が将来制度化されるかについてどのくらいはっきりしていると思うか	4.32（±0.87）
職務以外（無回答1名）	2.26（±1.12）

※数値が高いほどストレス要因が高いと回答している

て質問した「診療看護師（NP）の継続意思の有無」は4.6（±0.63）で，「ある」「どちらかというとある」と回答した者は95名（92.1%）であった．「職務満足度」は3.84（±0.89）で，「非常に満足している」「いくらか満足している」と回答した者は76名（73.8%）であった．自由時間については，「勤務日で1日の中で自由に使える平均時間」は2.66（±1.98）時間で，「休日で1日の中で自由に使える平均時間」は10.05（±6.79）時間であった（表3）．ストレス緩和要因に関して，医局（診療部）と看護部で群間の比較を実施した結果，有意差を認める要因はなかった．

2．GHQ合計点とRSR・SOCの関係性

1）GHQ・RSR・SOCの合計点の関係

分析の実施に際し，「2～3週間前から本日までに診療看護師（NP）を辞めたくなるようなストレスを経験し

表3　ストレス緩和要因

（n＝103）

ストレス緩和要因	平均値（±標準偏差）
次の人たちは診療看護師（NP）であるあなたの仕事が楽になるように，どの程度配慮や手助けしてくれますか	
・直属の上司	3.52（±1.29）
・職場の同僚	3.28（±1.31）
・配偶者，友人，親族	3.51（±1.26）
診療看護師（NP）の継続意思の有無	4.60（±0.63）
診療看護師（NP）の仕事にどのくらい満足しているか（職務満足度）	3.84（±0.89）
勤務日で1日の中で自由に使える平均時間（無回答1名）	2.66（±1.98）
休日で1日の中で自由に使える平均時間（無回答5名）	10.05（±6.79）

※数値が高いほどストレス緩和要因が高いと回答している

表4　RSR・SOC・GHQ得点

（n＝77）

	平均値（±標準偏差）		
RSR合計点	79.51（±9.27）		
SOC合計点	45.33（±6.33）		
		精神的健康群	精神的不健康群
GHQ合計点	2.03（±2.31）	≦3：62名（80.5%）	≧4：15名（19.5%）

表5　RSR合計点・SOC合計点・GHQ合計点の尺度間の相関

（n＝77）

	RSR合計点	SOC合計点	GHQ合計点
RSR合計点	—		
SOC合計点	0.446**	—	
GHQ合計点	-0.339**	-0.314**	—

Spearmanの順位相関分析　　*P＜0.05　**P＜0.01

ましたか？」の質問に対して「あり」と回答した者，すなわちレジリエンスの定義上で述べられている高ストレス（逆境）があったと回答した者は，底打ち・立ち直りの複雑な過程であるオンライン[32]にあると予測し，その者を除外した77名を分析対象とした．

本研究で使用した既存尺度のCronbach α係数は，RSRが0.806，SOCが0.804，GHQが0.877であった．また，対象者の既存尺度における平均値（±標準偏差）は，RSR合計点が79.51（±9.27），SOC合計点が45.33（±6.33），GHQ合計点が2.03（±2.31）であった．GHQ合計点を区分点で確認すると，3点以下の精神的健康群は62名（80.5%），4点以上の精神的不健康群は15名（19.5%）と分類された（表4）．

本研究で使用した既存尺度の合計点の相関分析を実施した結果，「RSR合計点」と「SOC合計点」（r＝0.446，p＜0.01），「RSR合計点」と「GHQ合計点」（r＝-0.339，p＜0.01），「SOC合計点」と「GHQ合計点」（r＝-0.314，p＜0.01）に有意な相関を認めた（表5）．

2）RSR合計点・SOC合計点の関連要因

「RSR合計点」と「SOC合計点」は，それぞれ個人属性・職場属性・客観的労働指標すべてにおいて関連する要因は認められなかった．「RSR合計点」と「SOC合計点」に相関を認めた要因について，「RSR合計点」

では，ストレス要因の「職場内の人間関係」（r＝−0.295，p＜0.01），「労働時間」（r＝−0.331，p＜0.01），「労働環境」（r＝−0.290，p＜0.05），ストレス緩和要因の「職務満足度」（r＝0.410，p＜0.01）に有意な相関を認めた．「SOC合計点」では，ストレス要因の「他者評価」（r＝−0.301，p＜0.01），「職場内の人間関係」（r＝−0.385，p＜0.01），「労働時間」（r＝−0.310，p＜0.01），ストレス緩和要因の「直属の上司」（r＝0.270，p＜0.05）に有意な相関を認めた（表6）．

3．GHQ合計点の関連要因

1）GHQ合計点と個人属性，職場属性，客観的労働指標の関連

個人属性，職場属性，客観的労働指標から「GHQ合計点」の差の検定を実施した結果，すべての項目において有意差は認めなかった．また，「GHQ合計点」と基本属性・客観的労働指標について相関を確認したところ，相関は認められなかった．

2）精神的健康群と精神的不健康群の群間の比較と重回帰分析

「GHQ合計点」を区分点で群分けし，3点以下の精神的健康群と4点以上の精神的不健康群の群間の比較を実施した．その結果，個人属性，職場属性，客観的労働指標すべてにおいて有意差を認めなかった．ストレス要因では，「診療看護師（NP）としての自己の役割」（p＜0.05），「他者評価」（p＜0.01），「診療看護師（NP）の仕事が将来制度化されるかについてどのくらいはっきりしているかと思うか」（p＜0.01）において有意差を認め，精神的健康群が低く回答する傾向にあった．ストレス緩和要因では，「職務満足度」（p＜0.05）において有意差を認め，精神的健康群が高く回答する傾向にあった．また，RSRは「RSR合計点」（p＜0.01），下位因子「プロとしての誠実性」（p＜0.05），「臨床研修に対する積極性」（p＜0.01），「感情コントロール」（p＜0.01）において有意差を認めた．SOCは「SOC合計点」（p＜0.05），下位因子「把握可能感」（p＜0.05）において有意差を認めた（表7）．

最後に，「GHQ合計点」を目的変数とし，「GHQ合計点」に影響を与えると予測される要因を説明変数とし

表6　RSR・SOC合計点とストレス要因・ストレス緩和要因の相関

（n＝77）

変数	RSR合計点	SOC合計点
【ストレス要因】		
診療看護師（NP）としての自己の役割	−0.153	−0.279
診療看護師（NP）という職種に対する他者からの評価（他者評価）	−0.204	−0.301＊＊
職場内の人間関係	−0.295＊＊	−0.385＊＊
労働時間	−0.331＊＊	−0.310＊
労働賃金	−0.233	−0.054
労働環境	−0.290＊	−0.174
診療看護師（NP）が将来制度化されるかについてどのくらいはっきりしていると思うか	−0.258	−0.015
職務以外	−0.187	−0.083
【ストレス緩和要因】		
直属の上司	0.206	0.270＊
職場の同僚	0.101	0.055
配偶者，友人，親族	0.229	0.202
診療看護師（NP）の継続意思の有無	0.189	0.200
診療看護師（NP）の仕事にどのくらい満足してるか（職務満足度）	0.410＊＊	0.103
勤務日で1日の中で自由に使える平均時間	−0.011	−0.208
休日で1日の中で自由に使える平均時間	0.042	−0.025

Spearmanの順位相関分析　＊p＜0.05　＊＊p＜0.01

て，重回帰分析を実施した（表8）．その結果，調整済 $R^2 = 0.322$ で適合し，「SOC合計点」（$\beta = -0.2929$，$p < 0.01$），「職務満足度」（$\beta = -0.2934$，$p < 0.01$），「他者評価」ストレス（$\beta = 0.2963$，$p < 0.01$），「勤務日で1日の中で自由に使える平均時間」（$\beta = -0.2334$，$p < 0.05$），「労働環境」ストレス（$\beta = -0.2523$，$p < 0.05$）に影響要因を認め，RSR合計点は予測モデルから削除された．また，GHQ合計点（区分点3/4点間で群分けした精神的健康0，精神的不健康1）を目的変数とした，RSR高値群・低値群とSOC高値群・低値群の二項ロジスティック回帰分析を実施した．その結果，年齢，性別，診療看護師（NP）経験年数はモデルから削除され，RSR高値群を基準としたRSR低値群のオッズ比は4.65（95% CI:1.50–14.44，$p < 0.01$），SOC高

表7　精神的健康群と精神的不健康群の比較

（n＝77）

		精神的健康群 n（%）	精神的不健康群 n（%）	p値
性別[1]	男	49（81.7%）	11（18.3%）	n.s.
	女	13（76.4%）	4（23.5%）	
配偶者の有無[1]	あり	41（85.4%）	7（14.6%）	n.s.
	なし	20（71.4%）	8（28.6%）	
診療看護師（NP）以外の所持資格[1]	あり	16（69.6%）	7（30.4%）	n.s.
	なし	42（84%）	8（16%）	
看護師以外の社会経験の有無[1]	あり	20（87%）	3（13%）	n.s.
	なし	52（81.3%）	12（18.7%）	
診療看護師（NP）領域[1]	クリティカル	43（81.1%）	10（18.9%）	n.s.
	プライマリ	19（79.2%）	5（20.8%）	
現在初期研修中であるか[1]	はい	9（75%）	3（25%）	n.s.
	いいえ	53（81.5%）	12（18.5%）	
診療看護師（NP）としての能力や知識を維持/向上するためのフォロー体制はあるか[1]	あり	38（79.2%）	10（20.8%）	n.s.
	なし	24（82.7%）	5（17.3%）	
所属部署[1]	医局（診療部）	24（72.7%）	9（27.3%）	n.s.
	看護部	32（84.2%）	6（15.8%）	
所属部署における役職[1]	あり	21（87.5%）	3（12.5%）	n.s.
	なし	41（77.4%）	12（22.6%）	
自施設の他の診療看護師（NP）[1]	あり	43（84.3%）	8（15.7%）	n.s.
	なし	19（73.1%）	7（26.9%）	
		中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）	p値
年齢[2]		39（33-44）	38（35-44）	n.s.
大学院入学前までの看護師経験年数[2]		11（8-15）	10（6-14）	n.s.
診療看護師（NP）経験年数[2]		4（3-7）	4（2-6）	n.s.
診療看護師（NP）としての現在の職場経験年数[2]		3.5（2-6）	4（1-5）	n.s.
1週間あたりの勤務・研修時間の平均[2]		45（40-55）	40（40-60）	n.s.
1ヶ月の夜勤回数の平均[2]		0（0-2）	0（0-3）	n.s.
1日あたりの睡眠時間の平均[2]		6（5-6）	6（5-7）	n.s.
1か月の休日日数の平均[2]		8（8-9）	8（7-8）	n.s.
【ストレス要因】				
診療看護師（NP）としての自己の役割[2]		3（2-3）	3（3-4）	*
診療看護師（NP）という職種に対する他者からの評価（他者評価）[2]		2（1-3）	4（3-4）	**

続き）表7　精神的健康群と精神的不健康群の比較

	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）	p値
職場内の人間関係[2)]	2（1-3）	3（2-3）	n.s.
労働時間[2)]	2（1-3）	3（1-3）	n.s.
労働賃金[2)]	3（1.75-4）	3（1-3）	n.s.
労働環境[2)]	2（1-3）	3（1-4）	n.s.
診療看護師（NP）の仕事が将来制度化されるかについてどの位はっきりしているか[2)]	4（3-5）	5（5-5）	**
職務以外	2（1-3）	2（1-4）	n.s.
【ストレス緩和要因】			
直属の上司[2)]	4（3-5）	4（2-5）	n.s.
職場の同僚[2)]	3.5（3-5）	3（3-5）	n.s.
配偶者，友人，親族[2)]	4（3-5）	4（3-5）	n.s.
診療看護師（NP）の継続意思の有無[2)]	5（5-5）	5（4-5）	n.s.
診療看護師（NP）の仕事にどのくらい満足しているか（職務満足度）[2)]	4（4-4.25）	3（3-5）	*
勤務日で1日の中で自由に使える平均時間[2)]	2（2-3.25）	2（1-2）	n.s.
休日で1日の中で使える平均時間[2)]	10（5.5-14）	6（3-10）	n.s.
RSR合計点[2)]	80.5（75.75-87.25	70（65-77）	**
プロとしての誠実性[2)]	25（22.75-27.25）	22（20-25）	*
臨床研修に対する積極性[2)]	32（29.75-35）	29（26-31）	**
感情コントロール[2)]	24（21.75-26）	21（19-24）	**
SOC合計点[2)]	47（40-50.25）	42（36-45）	*
有意味感[2)]	16（13-17）	15（13-16）	n.s.
把握可能感[2)]	18（16-20）	15（14-18）	*
処理可能感[2)]	13（11-15.25）	12（10-13）	n.s.

1）Fisherの直接確立計算法　2）Mann-WhitneyのU検定　　n.s.非有意　*p＜0.05　**p＜0.01

表8　GHQ合計点に影響を与える要因（重回帰分析）

（n＝77）

変数	標準偏回帰係数	偏回帰係数の有意性の検定 F値	P値
SOC合計点	−0.2929	8.0579	0.0060
診療看護師（NP）の仕事にどのくらい満足してるか（職務満足度）	−0.2934	7.5648	0.0076
診療看護師（NP）という職種に対するする他者からの評価（他者評価）ストレス	0.2963	7.4081	0.0082
勤務日で1日の中で自由に使える平均時間	−0.2334	5.6348	0.0204
労働環境ストレス	−0.2523	5.1338	0.0267
定数項		15.0046	P＜0.001

R＝0.6142　R^2＝0.3773　調整済R^2＝0.3223

値群を基準としたSOC低値群はオッズ比4.02（95% CI:1.33-12.22，p＜0.05）であった（表9）.

Ⅳ．考察

1．ストレス要因とストレス緩和要因の特徴

ストレス要因として，「診療看護師（NP）としての自己の役割」「労働賃金」が他のストレス要因より高い傾向にあった．診療看護師（NP）のストレス要因は，表2より平均値3以上で「診療看護師（NP）としての自己の役割」「労働賃金」が，他の職務ストレス要因と比較し高い傾向にあった．そして，「診療看護師（NP）が将来制度化されるかについてどのくらいはっきりしているか」は，全体の79.5%がはっきりしていないと回答する傾向にあった．これらの結果は，診療看護師（NP）の就業実態や困難な要因を質的に分析した先行研究から得られた「診療看護師（NP）への低い認知度」「認められない存在」「診療看護師（NP）としての目標の不明確さ」「就業格差」[16) 18) 34)]などと一致する傾向にあった．「労働賃金」のストレスに関しては，医局（診療部）と看護部の所属間に有意差を認めた．先行研究では，資格手当等に関する調査が行われているが，結果の公表はされていない．そのため，実際の報酬等に関する詳細は不明であるが，診療看護師（NP）の高度看護実践が就業に生かされない報酬であることによる就業格差を生んでいる結果であると考える．

従来から，看護職でストレスマネジメントを困難にする要因が報告されている．先行研究では，業務量の多さ，常に注意力や集中力が求められる事，高度な知識や技術を使う事，自分で業務の順番を決める事や，自分のペースで進めていく事が難しい[26) 35)]などの要因が報告されている．「診療看護師（NP）としての自己の役割」に対するストレスを高く回答した診療看護師（NP）は，看護師とは異なり治療の提供も行う[17)]ことから，役割が不明確で自立した活動ができないこと，看護師としての役割も求められていることに加えて，先行研究の質的分析により職務の量的・質的負荷がより強く生じている可能性が示唆されている[16) 18)]．したがって，これらの要因が診療看護師（NP）のストレスマネジメントをさらに困難にしている可能性が考えられる．

一方，ストレス緩和要因では，表3より「診療看護師（NP）の継続意思の有無」は，全体の92.1%で，「職務満足度」は，全体の73.8%が満足していると回答した．これらの結果は，診療看護師（NP）の就業実態要因を質的に分析した先行研究から得られた「役割モデルが無い中で自己研鑽し，将来を模索する個々の職務意欲に支えられている」[16) 18) 36)]と一致していた．このことから，ストレスを抱えながらも何らかの方法でストレス対応を行い，強い継続意思と職務満足に支えられ業務を継続していることが伺える．看護師の4人に3人が辞めたいと思いながらも仕事をしている報告とは大きく異なる点である[37)]．

ストレスへの対処方法には，ストレッサーの除去と資源の活用がある．森本は，ストレッサーの除去は職場にまつわる様々な影響を考慮して，資源の活用が有効であると主張している[37)]．ストレスに対処する資源には，金銭，道具，援助者，制度，組織などの直接利用可能な人的・物的な資源と，それらを見つけ出し，効果的に利

表9　精神的健康度に影響する要因（二項ロジスティック回帰分析）

（n＝77）

		オッズ比の95%信頼区間		
	オッズ比	下限値	上限値	P値
RSR2群				
RSR高値群	1			
RSR低値群	4.65	1.50	14.44	0.0078
SOC2群				
SOC高値群	1			
SOC低値群	4.02	1.33	12.22	0.0140

GHQ（区分点3/4点間で群分けした精神的健康0，精神的不健康1）を目的変数，RSR2群，SOC2群を説明変数とし，RSR高値群，SOC高値群を基準とした二項ロジスティック回帰分析

用していく個人的な資源がある[23]．この個人的な資源として，首尾一貫感覚が精神的な健康を保持することが，これまでの多くの研究で立証されている[23) 26) 38) 39) 40) 41) 42)]．また，レジリエンスが高ストレス（逆境）を乗り越え適応していく力として，これまでの多くの研究で立証されている[19) 20) 22) 25) 43)]．そのため，医学と看護を統合した高度看護実践者である診療看護師（NP）が，職務におけるストレスに対処し，看護の質や治療に影響する精神的健康度[10) 11) 12) 13) 14)] を高く保持するためには，レジリエンスや首尾一貫感覚などの個人の資質が看護師よりも重要であると考える．

2．精神的健康度とストレス対処力能力の実態

診療看護師（NP）は，精神的健康度は高く，精神的健康を維持している．同尺度を使用した先行研究では，精神的健康度は，全国サンプルの平均は3.63（±3.44）[31)]，研修医では2.6（±2.9）[44)]，4.8（±3.2）[45)] など，様々な健康度が報告されている．これら先行研究と本研究を比較すると，表4より，精神的健康度合計の平均は2.03（±2.31）と非常に低い値であったことから，健康度は高いと言える．一方，看護師の報告では4.6（±2.4）[2)]，4.3（±3.5）[46)]，5.42（±3.29）[47)]，4.4（±3.22）[48)] などの報告があり，60%程度が精神的不健康[46) 49)] であると報告されている．これら看護師の調査結果とは対称的に，本研究の診療看護師（NP）の80.5%は精神的健康群に分類されたことから，先行研究の看護師よりも精神的健康度は高いことが示唆された．

首尾一貫感覚についても，同尺度を使用した先行研究では，全国サンプルの平均値は44.06（±8.83）[29)]，研修医では43.1（±6.8）[4)] などの報告があり，これら先行研究と本研究を比較しても，表4より首尾一貫感覚合計の平均値は45.33（±6.33）と比較的高い傾向にあった．特に，先行研究の看護師の報告にある38.4（±6.24）[50)] や38.61（±5.86）[51)] などと比較すると，さらに高い傾向にあった．レジリエンスについては比較する過去の文献が見当たらなかったが，レジリエンスの構成要因の1つとして「対処能力」が先行研究により報告されており[52) 53)]，本研究では，RSRと高い傾向にあったストレス対処能力であるSOCに正の相関を認めた．また，RSRは低い傾向にあったGHQとも負の相関を認め，レジリエンスに関しても集団として高い傾向にあることが推察された．

以上より，比較した先行研究の範囲では，診療看護師（NP）は，特に看護師と比較してストレス対処能力である首尾一貫感覚が高く，精神的健康度が高い傾向にあると考えられ，高い精神的健康度は診療看護師（NP）が実践する高度看護実践に影響し，ケアや治療の質を保持する要因の1つであることが示唆された．

3．高い精神的健康度を保持する診療看護師（NP）の特徴と教育的示唆

表8の重回帰分析の結果より，診療看護師（NP）には，「首尾一貫感覚」「職務満足度」が精神的健康度を高めることに影響し，「他者評価」ストレスが精神的健康度を低下させることに影響していることが明らかになった．「他者評価」ストレスが，精神的健康度を低下させることに影響している傾向を認めたことは，実績や認知度・社会的地位が十分に確立されていないため[16) 18)]，活動を行う上で様々な問題や課題などに直面したときの解決方法や手順について先行事例の蓄積がないことから，自ら考え，解決せざるを得ない状況にある[54)] 診療看護師（NP）に特徴的なストレスが影響しているからではないかと考える．

一方で，「首尾一貫感覚」が精神的健康度を高めることに影響している傾向を認めた．先行研究によると，首尾一貫感覚が高いと，ストレス要因になりうるストレッサーを，ストレス要因ではなくチャレンジとして捉え[4) 23) 24)]，精神的にも肉体的にもより健康で，人生の満足度もより高い[55) 56)] と報告されている．首尾一貫感覚が高い傾向にある診療看護師（NP）は，現在の活動に意味を見出し，活動の目標や目標達成に向けた問題が把握できるようになり，汎抵抗資源[23)] を適切な対処方略や方法を選び駆使し，問題を解決することで精神的健康を維持している可能性が考えられた．首尾一貫感覚を定義したAntonovskyは，首尾一貫感覚を用いてストレスにうまく対処できたという成功体験を重ねることで，首尾一貫感覚をさらに高めることができると述べている[23)]．

診療看護師（NP）の首尾一貫感覚が高い傾向を示したことについて，看護師として5年以上の臨床経験と，診療看護師（NP）として習得した「直接的臨床実践能力」や「コンサルテーション能力」など高度実践看護師としてのコンピテンシー[57)] という資源を持ち活動して

いることが関係していると推察される．先行研究では，診療看護師（NP）の特徴的な問題や課題に対して，コンピテンシーとしての資源を用いた活動で対応し，患者や家族，医療従事者から高い評価を受けるなど成功体験を得ていること[58) 59)]が報告されており，看護師としてのアイデンティティを根幹に持ち[60)]，診療看護師（NP）として成功体験を経験することが，過去の点と点をつなぐ首尾一貫した経験となり，首尾一貫感覚を高く保持する要因であると考える．

一方で，表4より診療看護師（NP）の2割は精神的不健康にあり，首尾一貫感覚が低い傾向にあることを認めた．そのような精神的不健康群においては，首尾一貫感覚の中でも下位因子の「把握可能感」において，表7より精神的健康群が精神的不健康群より有意差に高い結果を示したことから，「把握可能感」を高める取り組みが効果的であると考える．「把握可能感」は「自分の置かれている状況を理解できる，又は今後の状況がある程度予測できる」という感覚であり，役割そのものを模索して活動する[18)]診療看護師（NP）の特徴であると考えることもできる．「把握可能感」は，一貫性のある体験から育まれると報告されており[61)]，直属の上司や職場の同僚などによる適切なフィードバックが受けられる職場の教育体制が望まれる．

また，表8より「職務満足度」についても，精神的健康度を高めることに関連していることが示唆された．本研究では，表7より精神的健康群は精神的不健康群と比較し有意に高いことを認めた．先行研究では，職務満足度とレジリエンスは関連し[62) 63)]，レジリエンスの帰結とする因果関係が報告されており[64)]，本研究においても，表6より「職務満足度」と「レジリエンス」は正の相関を認めた．そのため，レジリエンスを高めることで逆境からの回復と適応を促進し，帰結として職務への満足感につながっている可能性が考えられ，職務への満足感を維持する上でレジリエンスを高める支持的な環境の提供やサポート体制など，環境調整の取り組みも重要であると考えられた．

以上のように，高度実践看護師である診療看護師（NP）は，認知度や社会的地位が十分に確立されていない中で，役割が不明確などの過酷なストレス状態にあっても，それらに対処することで首尾一貫感覚を高め，また，レジリエンスを高めることで，精神的健康度を高く保持している可能性があり，看護師と異なる診療看護師（NP）の特徴であると考える．

そして，表8の重回帰分析の結果と，表6のレジリエンスと職務満足度の相関より，診療看護師（NP）の精神的健康度とレジリエンスと首尾一貫感覚について，レジリエンスは精神的健康度に独立して影響する「職務満足度」を介して精神的健康度に影響している可能性があり，首尾一貫感覚は独立して精神的健康度に影響しているという関係性が示唆された（図2）．

4．レジリエンスと首尾一貫感覚を測定することの有用性

最後に，表9の二項ロジスティック回帰分析の結果から，首尾一貫感覚に関する先行研究[4) 65)]と同様の傾向として，レジリエンスと首尾一貫感覚は，高値群を基準とした低値群は約4倍精神的不健康になりやすい結果を認め，精神的健康度を予測する要因の1つであると考える．精神的不健康になりやすいリスク群が同定できれば，施設管理者や上司などが情報を共有し，指導者との面談を通したきめ細かなモニタリングなど個別の介入が可能となり，精神的不健康の兆候をより早期に発見することが可能になるのではないかと考える．

5．研究の限界

本研究は，診療看護師（NP）を対象としており，調査時点での母集団は417名であった．今回の対象者は242名であり，分析対象は103名のサンプルサイズで，診療看護師（NP）母集団の約3割程度に該当し，診療看護師（NP）のすべてを反映するには限界があると考える．一方で，精神的健康度や精神的健康度に関連する要因について実態を把握できたことは，診療看護師（NP）の実態を評価する上で基礎的資料として一定の傾向を示したと考える．

Ⅴ．結論

1．本研究で使用した既存尺度において，精神的健康度にレジリエンスと首尾一貫感覚は相関を認め，精神的健康を維持していることが検証された．
2．調査対象となった診療看護師（NP）は，8割が精神的健康群に分類され，首尾一貫感覚は高い傾向にあることが示唆された．

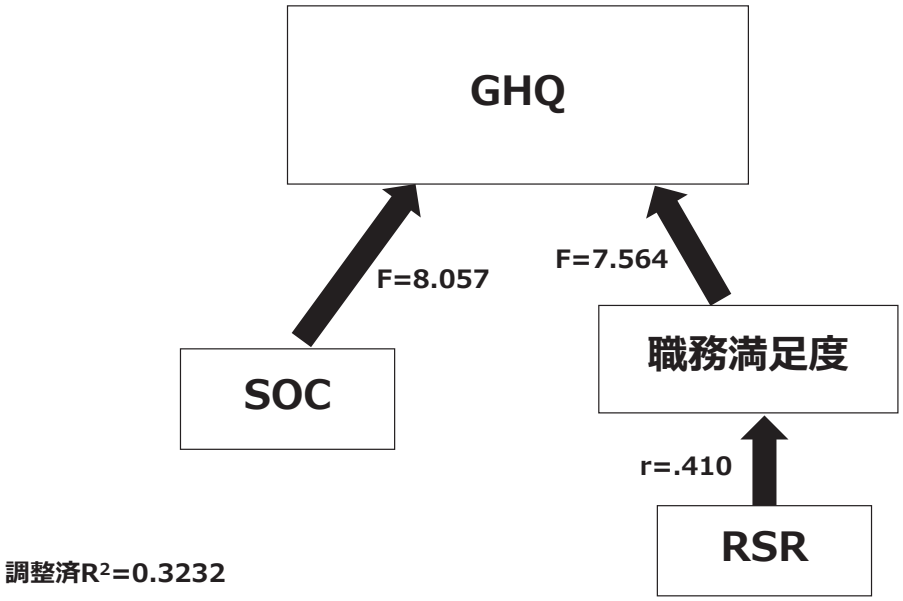

図2　診療看護師（NP）のGHQとRSR・SOCの関係性

3. レジリエンスは精神的健康度に独立して影響する「職務満足度」を介して精神的健康度に影響し，首尾一貫感覚は精神的健康度に影響していることが示唆された．
4. 精神的健康度に独立して影響する「首尾一貫感覚」は，精神的不健康群において「把握可能感」を高める取り組みが精神的健康を維持するために効果的な可能性がある．また，「職務満足度」と相関を認めたレジリエンスを高める取り組みも，精神的不健康群において効果的であることが示唆された．

Ⅵ．謝辞

本研究の分析，執筆にあたり，ご指導くださいました先生方に深く感謝申し上げます．また，本研究へのご協力，ご指導や叱咤激励くださいました診療看護師（NP）の皆様に心より感謝申し上げます．RSRの使用にあたり，使用許可および質問紙一部改変をご快諾していただきました獨協医科大学埼玉医療センター 儀藤政夫先生に深く感謝申し上げます．

本研究は令和2年度愛知県看護協会看護研究助成金を受けて実施しました．助成をいただきました愛知県看護協会に感謝申し上げます．なお，本論文は修士コースの論文を一部加筆・修正したものです．

利益相反

本研究遂行において利益相反は存在しません．

引用・参考文献

1）川口貞親，豊増功次：看護師のストレス状況とその関連要因，Quality Nursing，51-58，1998.
2）影山隆之，錦戸典子，小林敏生，他：病棟看護職における職業性ストレスの特徴および精神的不調感との関連，こころの健康，16（1），69-81，2001.
3）儀藤政夫，井原裕，尾形広行，他：研修医レジリエンス尺度の作成および信頼性・妥当性の検討，精神医学，55（12），1183-1190，2013.
4）伊藤慎：初期研修医のストレス対処能力と抑うつに関する研究，筑波大学博士（医学）学位論文12102甲，7436，2015.
5）稲岡文昭，川野雅資，宗像恒次：看護者のBURN-OUTと社会的環境および行動特性との関連についての研究―一般医，精神科医との比較を通して―，日本看護科学学会雑誌，6（3），50-60，1986.
6）稲岡文昭，松野かほる，宮里和子：看護職にみられるBurn Outとその要因に関する研究，日本看

護科学学会雑誌，36（4），81-104，1984.
7）森本寛訓，水子学，水上喜美子：看護師の精神的健康に関する研究―仕事の裁量度の視点から―，川崎医療福祉学会誌，15（1），243-247，2005.
8）野中真由子：精神科看護師のストレス要因とその対処行動，心身健康科学，4（1），47-53，2008.
9）谷口清：看護師のメンタルヘルスとレジリエンス支援に関する介入研究．筑波大学博士論文，6247，2012.
10）Kawano Y: Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals, Journal of Occupational Health, 50 (1), 79-85, 2008.
11）久保真人，田尾雅夫：看護婦におけるバーンアウト―ストレスとバーンアウトとの関係―，実験社会心理学研究，34（1），33-43，1994.
12）山岸直子：看護婦のバーンアウトに関する看護研究の現状と今後の課題, 慶應義塾看護短期大学紀要, 11，1-11，2001.
13）Aiken, L.H., Clarke, S.P., Slone, D.M., et al.: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, Journal of American Medical Association, 288 (16), 1987-1993. 2002.
14）Fahrenkopf, A.M., Sectish, T.C., Barger, L.K., et al.: Rates of medication errors among 49 depressed and burn out residents, prospective cohort study, BMJ, 336 (7642), 488-491. 2008.
15）Grace, M.K., VanHeuvelen, J.S.: Occupational variation in burnout among medical staff: Evidence for the stress of higher status, Social science & medicine, 232, 199-208, 2019.
16）松山伴子，佐藤潤，草間朋子：診療看護師の就労環境等の実態調査―診療看護師の所属部署に着目して―，看護科学研究，15，7-14，2017.
17）塚本容子：過去5年間におけるナースプラクティショナー提供医療と医師提供医療におけるアウトカムに関する系統的文献検討，北海道医療大学看護福祉学部紀要，23，59-63，2016.
18）石川倫子，小村三千代，岩本郁子，他：診療看護師が抱いていた職務上の困難とその対応，日本NP学会誌，3（1），1-9，2019.
19）石毛みどり，無藤隆：中学生における精神的健康とレジリエンスおよびソーシャルサポートとの関連―受験期の学業場面に着目して―，教育心理学研究，53，356-367，2005.
20）小塩真司，中谷素之，金子一史，他：ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性―精神的回復力尺度の作成―，カウンセリング研究，35，57-65，2002.
21）Masten, A.S., Best, K.M., & Garmezy, N.: Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity, Development and Psychopathology, 2 (4), 425-444, 1990.
22）大久保麻矢，杉田理恵子，藤田佳代子，他：看護学分野におけるレジリエンス研究の傾向分析，目白大学健康科学研究，5，53-59，2012.
23）Antonovsky著／山崎喜比古，吉井清子監訳：健康の謎を解く―ストレス対処と健康保持のメカニズム―，有信堂高文社，東京，2006.
24）日本人のストレス実態調査委員会編著：ストレスの進行と防止の過程徹底分析―ストレスとの上手な向き合い方 つきあい方―，現代日本人のストレス，NHK出版，東京，2003.
25）Dahn, H., McGibbon, A., Bowes, D., et al.: Burn out and Resiliency in Canadian Oncology Residents: a Nationwide Resident and Program Director Survey, Pract Radiat Oncol, 9 (1), 118-125. 2018.
26）吉田えり，山田和子，芝瀧ひろみ，他：看護師のSense of coherenceとストレス反応との関連，日本看護研究会雑誌，36（5），25-33，2013.
27）Hurrell, J.J., McLaney, M.A.: Exposure to job stress -- a new psychometric instrument, Scand J Work Environ Health, 14 (1), 27-8. 1988.
28）NIOSH: STRESS... At Work. DHHS（NIOSH）Publication, 99-101, 1999.

29）戸ヶ里泰典，山崎喜比古：13項目5件法版Sense of Coherence Scaleの信頼性と因子的妥当性の検討，民族衛生，71（4），168-182，2005.
30）大坊郁夫：日本版GHQ短縮版の有効性，日本心理学会第51回発表論文集，737，1987.
31）中川泰彬，大坊郁夫：日本語版GHQ精神健康調査票（増補版），日本文化科学社，東京，2013.
32）村木良考：レジリエンスの総合的理解に向けて，東京大学大学院教育学研究科紀要，55，281-289，2015.
33）Benner，P．著/井部俊子，井村真澄，他訳:ベナー看護論―達人ナースの卓越性とパワー―，10-27，医学書院，東京，2003.
34）石川倫子，岩本郁子，児玉菜桜：修了生の活動を支える情報交換会，厚生福祉，5950，2-4，2012.
35）森本寛訓：医療福祉分野における対人援助サービス従事者の精神的健康の現状とその維持対策について―職業性ストレス研究の枠組みから―，川崎医療福祉学会誌，16（1），31-40，2006.
36）黒澤昌洋，森一直，伊藤美佳，他:ナースプラクティショナー・特定行為に係る看護師の研修制度に関する看護師の意識調査，第1回日本NP学会学術集会抄録集，38，2015.
37）日本医療労働組合連合会ホームページ：2017年看護職員の労働実態調査結果報告，http://irouren.or.jp/research/a963a18ec428aeea117c867e50553e1be62a4db0.pdf，（2021，4月access）
38）枝さゆり，辰巳有紀子，野村美紀：救急看護師のSense of Coherence とストレスのバーンアウトとの関連，日本救急看護学会雑誌，8（2），32-42，2007.
39）岩谷美貴子，渡邉久美，國方弘子：クリティカルケア領域の看護師のメンタルヘルスに関する研究―感情労働・Sense of Coherence・ストレス反応の関連―，日本看護研究学会雑誌，31（4），87-93，2008.
40）小林裕美，乗越千枝：訪問看護師のストレスに関する研究―訪問看護に伴う負担と精神健康状態（GHQ）および首尾一貫感覚（SOC）との関連について―，日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report，4，128-140，2005.
41）Takeuchi T., Yamazaki Y.: Relationship between work-family conflict and a sense of coherence among Japanese registered nurse, Japan Journal of Nursing Science, 7, 158-168, 2010.
42）井奈波良一，井上眞人，日置敦巳：1年目研修医のバーンアウトと社会的スキルおよび首尾一貫感覚との関係，日職災医誌，65，1-7，2017.
43）田中千晶，兒玉憲一：レジリエンスと自尊感情・抑うつ症状・コーピング方略との関連，広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要，9，67–79，2010.
44）前野哲博，中村明澄，前野貴美，他：新臨床研修制度における研修医のストレス, 医学教育, 39（3），175-182，2008.
45）羽岡健史，商真哲，大井雄一，他：研修医のストレス対処能力と職業性ストレスの関連, 体力･栄養･免疫学雑誌，19（2），182-183，2009.
46）影山隆之，錦戸典子，小林敏生，他：公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度との関連，大分看護科学研究，4（1），1-10，2003.
47）Suzuki K.,Ohida T.,Kaneita Y.,et al.: Mental Health Status, Shift Work, and Occupational Accidents among Hospital Nurse in Japan, Journal of Occupational Health, 46, 448-454, 2004.
48）布川智恵，稲谷ふみ枝：精神科における看護師のストレス及び職務満足度．Kurume University Psychological Research，11，55-60，2012.
49）足立はるゑ，井上眞人，井奈波良一：看護職のストレスマネジメントに関する研究―ストレス・コーピング尺度（SSCQ）の看護職への適応―，産業衛生学雑誌，47（1），1-10，2005.
50）山口優，江川幸二，平尾明美：救急看護師のSense of Coherenceに影響を与える要因，日本救急看護学会雑誌，18（2），1-10．2016.
51）室谷寛，比嘉勇人，田中いずみ，他：看護師の首尾一貫感覚に私的スピリチュアリティおよび二次元レジリエンス要員が及ぼす影響，富山大学看護

学会誌，15（2），137-143，2016.
52）Kornhaber, R.A. Wilson, A.: Building resilience in burns nurses a descriptive phenomenological inquiry, J Burncare Res, 32（4），481-8, 2011.
53）關本翌子，亀岡正二，冨樫千秋：看護師を対象としたレジリエンス研究の動向, 日看管会誌, 17（2），126-135，2013.
54）齋藤真人，渡邊隆夫，津田丈秀，他：東北NP研究会の軌跡と今後の展望，日本NP学会誌，3（2），1-5，2019.
55）Eriksson, M., Lindstrom, B.: Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health, a systematic review, J Epidemiol Community Health, 60（5）, 376-381, 2006.
56）Eriksson, M., Lindstrom, B.: Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health, a systematic review, J Epidemiol Community Health, 61（11）, 938-944. 2007.
57）Hamric, A.B., Hanson, C.M., & Tracy, M.F.著/中村美鈴，江川幸二監訳：高度実践看護学 総合的アプローチ，へるす出版，東京，2017.
58）冷水育：クリティカルケア領域のチーム医療を円滑に進めるために，看護管理，24（7），634-639. 2014.
59）草野淳子，小野美喜，福田広美，他：プライマリ・ケア領域の診療看護師（NP）教育に求められるもの―修了生の意見分析から―, 日本NP学会誌, 2(1)，17-25，2018.
60）近藤信吾：診療看護師の倫理的感性の特徴，日本NP学会誌，2，7-17，2017.
61）山崎喜比古，戸ヶ里泰典，坂野純子：ストレス対処能力SOC，有信堂高文社，東京，2008.
62）Anthony, C.W., Melissa, S., & Melinda, A.H., et al.: Resilience among Employed Physicians and Mid-Level Practitioners in Upstate New York, Health services research, 51, 5, 2016.
63）Hodges, H.F., Troyan, P.J., & Keeley, A.C.: Career Persistence in Baccalaureate-Prepared Acute Care Nurses, Journal of Nursing Scholarship, 42（1）, 83-91, 2010.
64）砂見緩子：看護師のレジリエンスの概念分析．聖路加看護学会誌，22（1），13-20，2018.
65）Sairenchi, T., Haruyama, Y., Ishikawa, Y., et al.: Sense of coherence as a predictor of onset of depression among Japanese workers, a cohort study, BMC Public Health, 1（11）, 205, 201

Abstract

【Purpose】

To explore the mental health of Japanese nurse practitioners (NPs) and examine its relationships with resilience and sense of coherence.

【Methods】

An anonymous self-administered questionnaire survey consisting of demographic items, the resilience measurement scale (RSR), the sense of coherence measurement scale (SOC), and the mental health measurement scale (GHQ) was conducted with Japanese NPs who agreed to participate in the study.

【Results】

Out of 242 questionnaires distributed, 103 were collected. The total scores of RSR, SOC, and GHQ were 79.51 (± 9.27), 45.33 (± 6.33), and 2.03 (± 2.31), respectively. Significant differences were found between the mentally healthy and unhealthy groups regarding the RSR scores, the SOC scores, and comprehensibility. A correlation was observed between the RSR scores and job satisfaction. In a multiple regression analysis using the GHQ scores as the dependent variable, the SOC scores and job satisfaction were found to be significant predictors.

【Conclusion】

Eighty percent of the NPs surveyed were classified into the mentally healthy group, showing a higher rate compared to staff nurses. Regarding the mentally unhealthy, interventions to enhance comprehensibility and resilience seemed effective. Mental health was found to be directly affected by sense of coherence and indirectly by resilience through job satisfaction.

Key Words：nurse practitioner, mental health, resilience, sense of coherence