

博 士 学 位 論 文

精神科看護師が持つ「社会参加支援の意欲」を
高める取組み

2015 年

福 岡 大 学 大 学 院

中 島 富 有 子

目 次

序章	・ ・ 1
第 1 節	本研究の構成 ・ ・ 1
第 2 節	現代の精神保健医療福祉改革から考える社会参加支援 ・ ・ 1
第 3 節	研究目的と方法 ・ ・ 4
第 I 部	「精神科看護師の社会参加」に対する精神科看護師の意識調査 ・ ・ 6
第 1 章	実態調査① 精神科看護師が持つ「精神障害者の社会参加」の意識 ・ ・ 6
第 1 節	問題と目的 ・ ・ 6
第 2 節	方法 ・ ・ 7
第 3 節	結果 ・ ・ 10
第 4 節	考察 ・ ・ 17
第 5 節	課題 ・ ・ 22
第 2 章	実態調査② 「社会参加支援の意識」に患者の家族が与える影響 ・ ・ 23
第 1 節	問題と目的 ・ ・ 23
第 2 節	方法 ・ ・ 23
第 3 節	結果 ・ ・ 24
第 4 節	考察 ・ ・ 29
第 5 節	課題 ・ ・ 32
第 3 章	実態調査③ 社会参加に向かって精神科看護師の意識を変化させる要因 ・ ・ 33
第 1 節	問題と目的 ・ ・ 33
第 2 節	方法 ・ ・ 33

第 3 節	結果	・ ・ 3 6
第 4 節	考察	・ ・ 4 2
第 5 節	課題	・ ・ 4 7
第 II 部	院内研修を通して「社会参加支援の意欲向上」への 取組み	・ ・ 5 2
第 4 章	看護倫理観を高め社会参加支援の意欲向上を目指し た院内研修会	・ ・ 5 1
第 1 節	問題と目的	・ ・ 5 1
第 2 節	方法	・ ・ 5 2
第 3 節	結果	・ ・ 5 9
第 4 節	考察	・ ・ 6 7
第 5 節	課題	・ ・ 7 1
第 5 章	社会参加支援のため認知行動療法スキル獲得に向けた 院内研修会	・ ・ 7 2
第 1 節	問題と目的	・ ・ 7 2
第 2 節	方法	・ ・ 7 2
第 3 節	結果	・ ・ 7 8
第 4 節	考察	・ ・ 8 2
第 5 節	課題	・ ・ 8 4
第 III 部	リーダー育成を通して「社会参加支援の意欲向上」 への取組み	・ ・ 8 6
第 6 章	社会参加支援を踏まえた「精神科のリーダー看護師 育成プログラム」作成	・ 8 6
第 1 節	リーダーに必要な要素	・ ・ 8 6
第 2 節	リーダー育成プログラム内容	・ ・ 8 6
1.	育成プログラムの趣旨	・ ・ 8 6
2.	育成プログラムの教育内容	・ ・ 8 7

- 3. 教育方法 ・ ・ 8 9
- 4. 育成プログラムの実施 ・ ・ 9 1

第 7 章 リーダー育成プログラムの効果 ・ ・ 1 1 6

第 1 節 育成プログラムによる社会参加支援の意欲の
変化 ・ ・ 1 1 6

- 1. 目的 ・ ・ 1 1 6
- 2. 方法 ・ ・ 1 1 6
- 3. 結果 ・ ・ 1 1 7
- 4. 考察 ・ ・ 1 2 0
- 5. 課題 ・ ・ 1 2 4

第 2 節 外部講師の教育による社会参加支援の意欲の
変化 ・ ・ 1 2 4

- 1. 目的 ・ ・ 1 2 4
- 2. 方法 ・ ・ 1 2 4
- 3. 結果 ・ ・ 1 2 5
- 4. 考察 ・ ・ 1 2 7
- 5. 課題 ・ ・ 1 2 7

第 3 節 リーダー育成プログラム内容の妥当性 ・ 1 2 8

- 1. 目的 ・ ・ 1 2 8
- 2. 方法 ・ ・ 1 2 8
- 3. 結果 ・ ・ 1 2 9
- 4. 考察 ・ ・ 1 3 1
- 5. 課題 ・ ・ 1 3 3

第 4 節 病院スタッフからの評価 ・ ・ 1 3 4

- 1. 目的 ・ ・ 1 3 4
- 2. 方法 ・ ・ 1 3 4
- 3. 結果 ・ ・ 1 3 5
- 4. 考察 ・ ・ 1 3 7
- 5. 課題 ・ ・ 1 3 8

終章・・・138

第1節 本研究の成果・・・139

第2節 今後の課題・・・142

文献

序章

第 1 節 本研究の構成

本論文は、3部7章及び序章、終章によって構成される。序章で、「現代の精神保健医療福祉改革から考える社会参加支援」として本研究の背景や取り組む理由を述べ、次に「研究目的と方法」を記述している。第Ⅰ部では、「精神科看護師の社会参加」に対する精神科看護師の意識調査として3つの実態調査（第1章～第3章）を記述し、精神科看護師が持つ「社会参加支援の意欲」を高める取組みの必要性を抽出した。その実態調査の結果に基づき、仮説モデルを示した。その仮説モデルに従い、第Ⅱ部院内研修を通して看護倫理観を高め社会参加支援の意欲向上を目指した院内研修会（第4章）、社会参加支援のため認知行動療法スキル獲得に向けた院内研修会（第5章）について記述した。また、もう一つの取組みとして、第Ⅲ部にリーダー育成を通して「社会参加支援の意欲向上」への取組みについて記述している。その中で、社会参加支援を踏まえた「精神科のリーダー看護師育成プログラム」作成（第6章）した。その育成プログラムを実施し、その効果を分析した（第7章）。

終章で、本研究の結論として、本研究の取組みである精神科看護師への看護倫理研修会、認知行動療法研修会、精神科のリーダー看護師育成についての成果と課題を述べ、仮説モデルの妥当性を記述した。

第 2 節 現代の精神保健医療福祉改革から考える社会参加 支援

精神保健医療福祉に関する現状は、厚生労働省が3年毎に実施している調査によると、精神疾患で治療を受ける患者数は、年々増加し、1996年に218万、2011年には、320万人であることが公表されている。内訳として、多いものは、うつ

病，統合失調症，不安障害等であり，増加しているものは，うつ病や認知症であった（厚生労働省 精神疾患に関するデータ，2013）。現在，精神障害者に対して「入院医療中心から地域生活支援中心へ」と精神保健医療福祉改革が行われている。大きな改革として，2004年，厚生労働省（厚生労働省 精神保健福祉対策本部，2004）は，精神保健医療福祉の改革ビジョンにおいて，「入院医療中心から地域生活支援中心へ」の方策を示し，「国民の意識改革」「精神医療体系の再編」「地域生活支援体制の再編」「精神保健医療福祉施策の基盤強化」を掲げた。その結果，平均在院日数が短縮し，福祉サービスの整備やうつ病の理解が進んだ。しかし，2010年，長期入院患者が多い状況は続き課題があると厚生労働省はみて（厚生労働省 精神障害者の方の地域生活への移行支援に関する取組み，2010），さらに施策を続けている。

診療報酬改定においても，2010年度は，精神科地域移行実施加算の引き上げ，重症者への訪問看護の充実等，精神障害者の地域移行促進や地域生活支援の観点から改定が行われた。更に，2012年度においても，精神療養病棟の退院支援の評価や訪問看護の報酬体系の見直し，精神科デイケアの見直し等，精神障害者の地域生活移行がさらに促進するよう図られた。2014年度にも診療報酬の改定が行われ（厚生労働省 診療報酬改定について，2014），現在，入院期間が長くなれば保険点数が下がる仕組みとなっている（厚生労働省 政策について，2015）。

法律も，精神障害者の地域における自立した生活支援を目的として，2006年，三障害（身体障害・知的障害・精神障害）を対象に障害者自立支援法が施行された。2013年，改正され，難病を含めた障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）となった（厚生労働省 福祉・障害者福祉，2015）。

2013年、厚生労働省の「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」より中間報告が出された（厚生労働省 障害保健福祉部が実施する検討会等，2013）。ここでも、精神障害者に対し「入院医療中心から地域生活支援中心へ」という方策が示されるとともに、精神障害者に対する質の高い医療の提供や退院促進及び地域での生活の支援のための人材の育成と質の向上を推進することが明示された。この中に、もちろん、看護師も含まれ、質の高い支援ができる看護師育成が求められている。「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」が改称された「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」でも、2015年、以下のことが示された。1年以上の長期入院精神障害者は約20万人で入院中の精神障害者全体の約3分の2を占める。その内、約5万人が退院しているが、新たに毎年約5万人の精神障害者が長期入院に移行している。その中で、増加傾向にあるのは、65歳以上の患者である。このような現状を踏まえ、厚生労働省は、精神障害者の地域移行促進を図る施策に、病院スタッフへの社会復帰に関する研修会開催促進を示している（厚生労働省 障害保健福祉部が実施する検討会等，2015）。

日本の精神科病床は、2013年253,489病床で、その内、設置別では国が924床、公的医療機関11,094床で90%以上が私立（民間）の精神科病院となる。退院促進が進む中、私立精神科病院において、退院した患者がいなくなった分の収益をどのように行っていくかという経営的問題がある。入院による収益から、精神保健医療福祉改革に応じた地域包括ケアのサービスや居住系施設への転換による収益等への変換は、私立精神科病院において容易ではない。

以上のことを踏まえると、今、「入院医療中心から地域生活支援中心へ」と変わりゆく精神保健医療福祉改革に適応して

いける精神科看護師の存在が必要となる。精神科看護師の支援が社会復帰につながることを明らかにした先行研究結果（松枝，2003）（濱田，2008）（齊藤，2008）（大沼，2008）等から考えても，精神障害者の社会復帰に精神科看護師の存在が重要であることは明白である。

本研究では，特に90%以上を占め，地域生活支援中心への変換が容易ではない私立精神科病院を研究対象とし，その病院に勤務する精神科看護師の社会参加支援の意欲向上に取組み，その効果を明らかにした。研究対象病院は，地域生活支援中心となりつつある精神保健医療福祉に即し病院変革を遂げようとしているところである。その病院に勤務する精神科看護師は，現在の精神保健医療福祉に即し変わりたい希望を持っていることが推測された。本研究対象の私立精神科病院は，教員である研究者が，学生の実習施設として関わってきた。また，研究者がその病院の看護師教育の講師としても関わり，信頼関係の築けている病院である。今回その信頼関係構築のプロセスは，含めない。本研究において，用語の定義として，「社会参加」を「精神障害者自身が自分の能力を活かし社会で自分らしい生活を主体的に送ること」と定義した。また，「社会参加支援」を「精神障害者の社会参加に向けた退院支援や社会生活の支援を含むもの」と定義した。

第3節 研究目的と方法

本研究の目的は，「精神科看護師の社会参加支援の意欲向上に取組み，その効果を明らかにする」ことである。

本研究では，精神保健医療福祉改革に適応し社会参加支援ができるために，私立精神科病院において，実態調査をもとに精神科看護師に向けた集団へのアプローチと精神科看護師のリーダー育成の2つの社会参加支援の意欲向上に取組み，

その効果を分析する。方法は以下の通りである。

1) 実態調査

精神科看護師の社会参加支援の意欲に関する実態調査を行う。そこから、精神科看護師の社会参加支援の意欲向上の取組みを検討した。

2) 「精神科看護師の意欲向上」に向けた計画

実態調査を基に、以下の計画を立案し実施した。

(1) 精神科看護師に向けたアプローチ

社会参加支援の意欲向上に向け、研究対象病院の精神科看護師全体に向けた研修会を開催し、その効果についてアンケート及び半構造的面接を行い分析する。

(2) 精神科看護師のリーダー育成

① 社会参加支援の意欲を持ち、社会参加支援をリーダーとして促進できる精神科リーダー看護師育成プログラム（以下、育成プログラム）を作成する。

② 育成プログラムに従い、精神科リーダー看護師を育成する。

③ 育成プログラムに参加した精神科リーダー看護師に半構造的面接を行い、そのデータを分析する。

④ 育成プログラムに参加した精神科リーダー看護師以外の病院スタッフ（以下、病院スタッフ）に対し、半構造的面接を行い、精神科リーダー看護師育成に関する評価を分析する。

第 I 部 「精神科看護師の社会参加」に対する精神科看護師 の意識調査

第 1 章 実態調査① 精神科看護師が持つ「精神障害者の社 会参加」の意識

第 1 節 問題と目的

精神保健医療福祉改革に適応した重要な看護の一つが、精神障害者の社会参加への支援である。精神保健医療福祉改革に適応し意欲的に看護を実践するためには、精神科看護師が社会参加促進の意識を強く持つておくことが必要である。そのため、本研究では、その社会参加を促進する看護意欲向上への取組みを行うこととしているが、その基礎材料が必要であった。実態調査①では、精神障害者が受け身で退院し地域生活を送るのではなく、精神障害者自身が自分の能力を活かし自分らしい生活を主体的に送るというリカバリーに着目した。そのリカバリーへの支援こそが、精神保健医療福祉改革に適応した看護だと言えた。実態調査①では、Anthony, W. A. (1993) がいう定義を用い、リカバリーを「精神疾患からの破局的影響を乗り越え、人生の新しい意味と目的を創り出すプロセス」とした。日本でも、精神保健医療福祉改革が進んだこともあり、リカバリーの考えが普及してきている（田中，2010）。「リカバリー」の先行研究を概観すると、欧米では Corrigan (2004) や Resnick ら (2004) 等、多くの研究が行われている。文化的違い等から、リカバリーについて、欧米と日本では、認識が異なることが予測される。実態調査①の調査段階で、日本で、精神科看護師が持つリカバリーに対する意識の実態は明らかにされている研究はとても少なかった。本研究では、リカバリーの概念を社会参加に含め表現し、その支援を社会参加支援と表す。精神科看護師のリカバリーを含めた社会参加に関する意識の実態が不明確では、効果的な取組みができないという問題があった。そのため、精神科看

看護師が精神障害者のリカバリーに対してどのような意識があるのか実態を調査した（中島，2011）。実態調査①の研究目的は、「私立精神科病院に勤務する看護師が持つリカバリーの意識」を質的研究により明らかにすることである。その結果を、精神科看護師の社会参加支援の意欲向上に向けた取組みの基礎材料とする。

第2節 方法

1. 研究対象

「精神科勤務経験3～10年の精神科看護師」を対象とした。今後、病院において、看護を担っていく精神科看護師を研究対象と考え、精神科勤務経験3～10年とした。面接調査に協力できる研究対象者を看護部長と話し合い、「面接調査日」と「勤務」を調整し、精神科勤務経験3～9年（平均5.4年）の精神科看護師5名を選定した。研究対象の精神科看護師に同意を得て、半構造的面接を実施した。面接は、50分～68分、平均61.4分の時間行った。年齢が31歳～42歳で平均34.8歳、男性2名女性3名であった（表1）。

表1. 対象者の概要

対象者	性別	年齢 (歳)	精神科 勤務年 数(年)
A	男性	30代	6
B	男性	30代	5
C	女性	30代	9
D	女性	30代	4
E	女性	40代	3
平均	—	34.8	5.4

2. データ収集方法及び期間

研究の同意が得られた対象者に，2011年8月1日～8月31日の期間，個室を使用し半構造的面接を行った。面接内容は，Borkin ら（2000）のリカバリー意識を評価する RAQ 尺度（Recovery Attitude Questionnaire）を基に，以下の内容をインタビューガイドに従い聞いた（表 2）。

1) リカバリーが可能であるという信念

(1) リカバリーのための信念

精神疾患に罹患しても，人生を回復できると信じる
ことが必要だという認識。

(2) リカバリーは精神疾患の症状があってもできるという
認識。

(3) 精神疾患からリカバリーすることは，それを問題とし
ないならば可能であるという認識。

(4) 深刻な精神疾患を持つ人々であっても，リカバリーの
ために努力することができるという認識。

2) リカバリーの様々な困難

(1) リカバリー段階にある人々は，時々つまづくという
認識。

(2) 精神疾患への偏見は，リカバリーを遅らせるという
認識。

(3) 人によってリカバリープロセスは異なるという認識。

表 2. インタビューガイド

Borkin らの RAQ		インタビュー内容
1) リカバリーが可能と信じている	(1) リカバリーの信念 精神疾患に罹患しても、人生を回復するためには、回復できることと信じていることが必要だという認識。	① 精神障害者の社会復帰の観点では、回復すると信念を持って関わることが重要だと考えますか。 ② 精神障害者の中には、病院にいた方がよい人生が送れるかと考えることがありますか。どういう時に病院にいた方がよい人生が送れると考えますか。う人が病院にいた方がよい人生が送れると考えますか。
	(2) リカバリーは精神疾患の症状があってもできるという認識。	① 精神症状があっても、社会の中で生きがいを持って生活できると思えますか。
	(3) 精神疾患からリカバリーすることは、それらを問題としないならば可能であるという認識。	① 精神障害者の社会復帰のためには、当事者が精神障害を受け入れることが必要だと思いますか。 ② 病気の受容をどう考えますか。
	(4) 深刻な精神疾患を持つ人々であっても、リカバリーのために努力することができるという認識。	① 深刻な精神疾患がある人の社会復帰をどう考えますか。
2) リカバリーの様々な困難	(1) リカバリー段階にある人々は、時々つまづくという認識。	① 精神障害者が社会生活を送る際、時々症状が悪化して入院することについて、どう考えますか。
	(2) 精神疾患への偏見は、リカバリーを遅らせるという認識。	① 精神障害者の社会復帰の際、偏見が妨げとなると考えますか。
	(3) 人によってリカバリープロセスは異なるという認識。	① 社会復帰のプロセスは人によって違うことについて、どう考えますか。

3. 分析方法

面接は、対象者の承諾を得て録音した。逐語録を作成し、質的研究法の一つである修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach, 以下 M-GTA) を使用し分析した。

4. 倫理的配慮

研究対象病院の病院長と看護部長に、文書及び口頭で研究について説明し研究の承諾を得た。研究対象者に研究の趣旨と倫理的配慮を同意書に文章で記載し、口頭で説明した。同意書の署名をもって研究の同意を確認後、面接を行った。研究対象者個人の尊厳と人権の尊重、個人情報保護等、倫理的観点から、以下のことに対し、十分な配慮をしながら研究を遂行した。

- 1) 研究の協力、同意は自由意志であること。
- 2) 守秘義務を厳守し個人情報保護を徹底すること。
- 3) 得られた情報は、個人が特定されることはないこと。
- 4) 論文の公表を含む研究の目的以外には、使用しないこと。
- 5) 得られた情報は、研究者が研究終了後に破棄すること。

本研究は、福岡女学院看護大学の倫理審査委員会において承認を得て実施した（承認番号 No. 11-8）。

第3節 結果

データを分析した結果、11個の概念、5個のカテゴリーが抽出された。本文中の〈 〉はカテゴリー、《 》はコアカテゴリー、【 】は概念名、「 」は対象者の発言内容を示す。

概念、カテゴリー、カテゴリー間の関連図を図1に示す。第1回の概念化を行い、さらに第2回の概念化を行い構造図を作成した。

— 第1回 構造図 —

中核と考えられるコアカテゴリー《リカバリーへの希望》を抽出し、図1の中で、影響を受ける方向を→、相反するものを⇄、ともに影響しあるものを—で表した。図1に示した概念及びカテゴリー間の関係は、以下のように形成されていた。リカバリーに対して、精神科看護師は、常にリカバリーの希望を認識しながら、精神障害者について考えていた。コアカテゴリーとして《リカバリーへの希望》が抽出された。《リ

カバリーへの希望」は、精神障害者を【人として社会生活をさせたい】という概念と退院する時期を考えリカバリー支援するという概念【退院の時期】から構成されていた。《リカバリーへの希望》に対して、相反する＜リカバリーへの諦め＞というカテゴリーが抽出された。看護師は、リカバリーへの希望を持ちながらも、【長期入院からリカバリーする困難さ】、【偏見による妨げ】、【貧困な社会資源】が要因となり、リカバリーを諦めていた。【苦勞させたくない】、【社会からの保護】から構成される＜精神障害者の保護＞というカテゴリーが抽出され、その保護的側面が強くなると、入院のままでいいという＜リカバリーへの諦め＞へつながっていた。精神科看護師の認識に、必ず＜精神障害者とともにある家族＞の存在があり、【家族の責任】や【家族の協力】があると＜リカバリーへの希望＞へつながり、それがないと＜リカバリーへの諦め＞へつながっていた。また、【不明確なリカバリーのイメージ】は、【社会復帰に向けた消極的行動】に至り、＜リカバリーへの諦め＞へつながっていた。【社会復帰に向けた消極的行動】に至る精神科看護師の【不明確なリカバリーのイメージ】の実態は、＜リカバリーの低い認識＞であった。

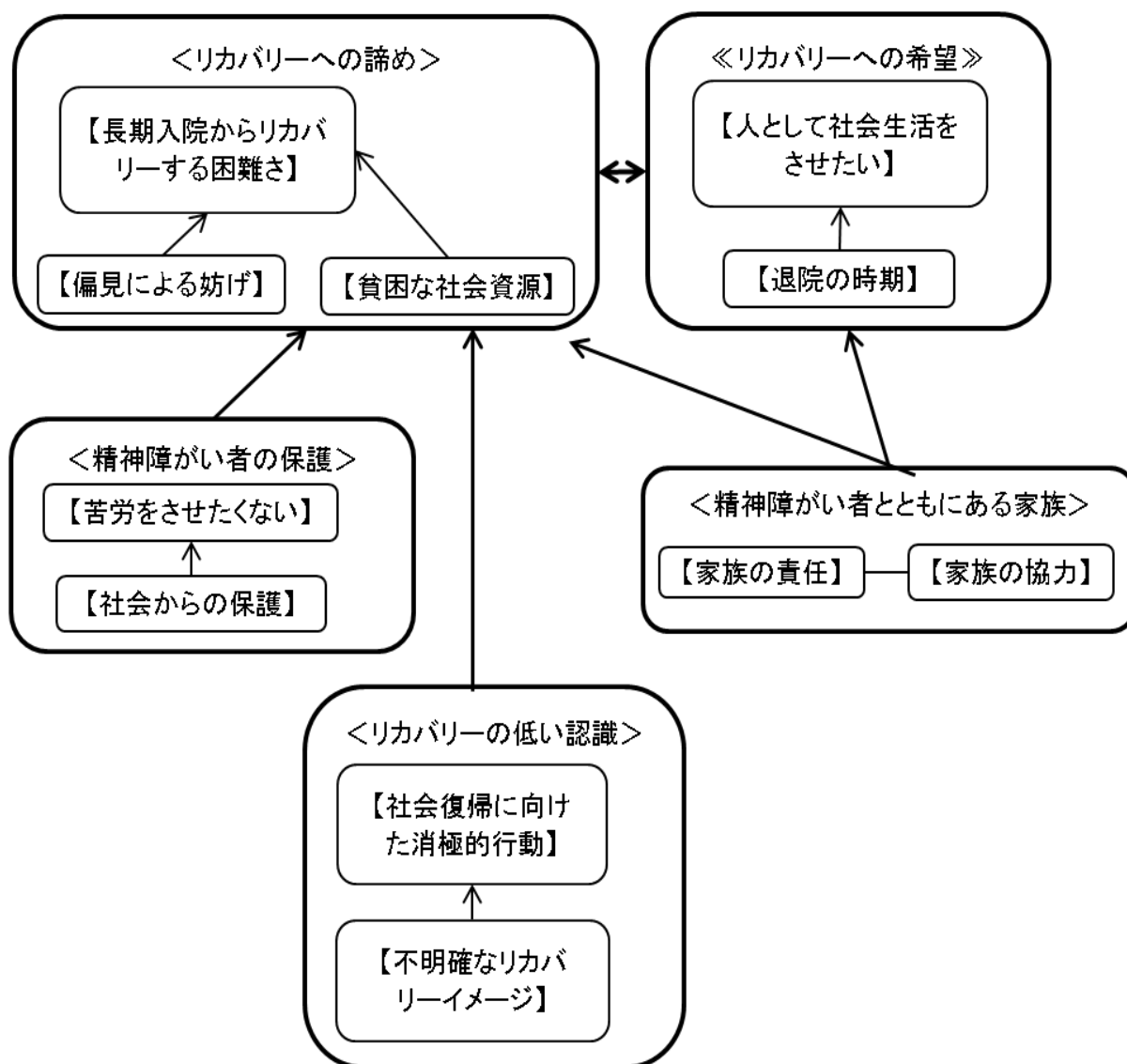


図1 精神科看護師が持つ「精神障がい者のリカバリー」に対する認識仮説モデル

次にカテゴリーと概念名について、主なヴァリエーションを示しながら説明する。

1. 《リカバリーへの希望》

《リカバリーへの希望》は、【人として社会生活をさせたい】という認識と精神障害者の退院する時期を考えているという【退院の時期】から構成されていた。

1) 【人として社会生活をさせたい】

「人だから、入院しているのはおかしい、社会へ出すことがいいと思う」「社会で暮らすのがしあわせがあると思う」と、精神障害者を一人の人として捉え社会復帰に対して考えていることを語った。「退院して、すぐ、入院してきてもいいと思います、社会で人として暮らすことがいいかなと思いますよ」「一時期でも、退院生活をして社会生活してほしいと思います、そういう援助がしたいですね」と一時期であっても社会生活が患者にとっての幸福であることを語った。また、「どの患者にも、社会に出して生活してほしい思いはあるけど、現実、難しい時もある」「入院した時点で、退院に向けた看護をするし、長期入院でも退院できるなら、退院させたいと思いはいつもあります」と、常に退院させたい気持ち、リカバリーへの希望があることを語った。

2) 【退院の時期】

退院の時期を考え、退院させたいという認識があった。「患者のいい時期がくれば退院できると思う、短期間でも社会で暮らすのがいいと思うから、時期を考えないといけないかなと思いますね」「患者によって違うから、何とも言えないけど、今かなとよく考えて（社会に）出せたらいいとは思いますが」「（退院は）患者の時期を良く考えないといけないと思います、患者の状態や患者の周囲のこと、家族のこととか考えて、慎重にやらないといけないと思います」と語った。

2. <リカバリーへの諦め>

<リカバリーへの諦め>は、【長期入院からリカバリーする困難さ】【偏見による妨げ】【貧困な社会資源】から構成されていた。

1) 【長期入院からリカバリーする困難さ】

長期入院の精神障害者がリカバリーする困難さを語り「（長

期入院患者の場合)退院後の生活に慣れにくいし、(リカバリーは)難しい、社会で暮らすより、入院していた方がしあわせじゃないのかな、ご飯も出るし、(入院)生活に慣れているし、何も変わらなくてもいいかと思えますよ」「入院が長くなると、(リカバリーは)難しい、患者によると思いますが」と語った。「今更、外に出して何もなし、患者が嬉しいかどうかもわからない、(社会)に出すのは難しい」と語り、長期入院患のリカバリーに諦めの認識があった。

2) 【偏見による妨げ】

精神障害者の偏見に対し、「偏見があって、いやな事を言われるとか、そんなことを考えたら、入院していた方がいいかなと思うね」「偏見が多すぎて、(社会に)出したいけど、出せない」と語った。「自分自身にも偏見があると思うし、看護師だから、病院で患者と接するのはどうもないけど、(仕事以外に)普通に自分の生活の中でそばに精神障害者がいるのは抵抗がないとは言えないし、そういう気持ちがある、そう考えると、偏見は、社会復帰の妨げになっていると思えますよ」と自己の偏見も含め、社会の偏見が患者のリカバリーを妨げていると語った。

3) 【貧困な社会資源】

社会資源の貧困さについて、「看護師が諦めないことも必要だけど、退院しても、使える福祉が少ないし、大変だと思う」「患者を退院させた後が大変なのに、その後、まわりに福祉の施設とかないし、大変でしょう」と語った。

3. <精神障害者の保護>

精神障害者に対し【社会からの保護】と【苦勞をさせたくない】という認識があった。

1) 【苦勞をさせたくない】

「(社会復帰すると)苦勞すると思う，それより，入院がいいかな」「一人暮らしじゃ，無理な患者が多いし，無理させない方がいい」と語った。

2) 【社会からの保護】

「(社会の)受け入れがないのに，辛い思いをするぐらいなら出したくない」と語り，社会から保護しようとする認識を持っていた。

4. <精神障害者とともにある家族>

家族の存在の重要性を語り，看護師の認識の中に【家族の責任】【家族の協力】があった。

1) 【家族の責任】

「家族がいれば，責任もって見てくれると安心だし，(リカバリーすることに対して)大丈夫でしょう」と家族が責任を持ってサポートしてくれることで，リカバリーへつながると語った。「家族がいても，(責任もって)見てくれないなら，(リカバリーは)厳しい」と語り，家族が責任もってサポートしないことがリカバリーに至らない認識があった。「(家族の思いとして退院させたくない場合)何かあったら病院が責任を持ってくれるのかという家族もいるしね，家族の圧力があると思う，(精神障害者から)家族も被害を受けていることもあるし，暴力とか，家族も苦勞しているし，家族の中で，患者は悪い時のままのイメージだと思う，家族がいいと言わないと(退院は)だめだから」と語った。家族の協力が得られず，退院させたくない家族であれば，家族の存在がリカバリーのマイナス方向に作用すると語った。精神障害者の単身生活については，「患者によってはいいでしょうけど，難しい人も多いですね，生活能力が低い人が多いし」と語った。

2) 【家族の協力】

家族の協力の必要性を話し、「(リカバリーには) 家族の協力が必要, ないとなかなか難しい」「(リカバリーには) 家族が重要でしょう」「患者が退院したいと言っても家族がダメと言ったら難しい, 協力が必要でしょう」と語った。

5. <リカバリーの低い認識>

<リカバリーの低い認識>が【不明確なリカバリーのイメージ】となり, 【社会復帰に向けた消極的行動】につながっていた。

1) 【不明確なリカバリーイメージ】

「(リカバリーの) はっきりしたイメージがわからない」「(リカバリープロセスは) はっきり, 分からないところがあります, 見たり, 体験したりするとイメージできるんでしょうけど, 研修会とか参加するといいのでしょうね」「今までが, 収容というイメージだったから, (リカバリーに) スタッフが慣れない, 退院する患者のイメージができない時がある」と語った。「私は, リカバリーについて, 勉強する機会があったから, ある程度分かるけど, (勉強する機会がないと) イメージつかないと思います」と語り, 学習するとリカバリーイメージができることについて話した。

2) 【社会復帰に向けた消極的行動】

「(リカバリープロセスの) イメージがはっきりしないからというのもあると思うんです, さっと社会復帰という行動にはならないですね」「退院後の生活を考えると難しいと思うし, 勧められない」と語り, 社会復帰に消極的な行動であることを語った。

— 第 2 回 構造図 —

第1回の構造図をさらに分析し，以下のような構造図を作成した。

結果

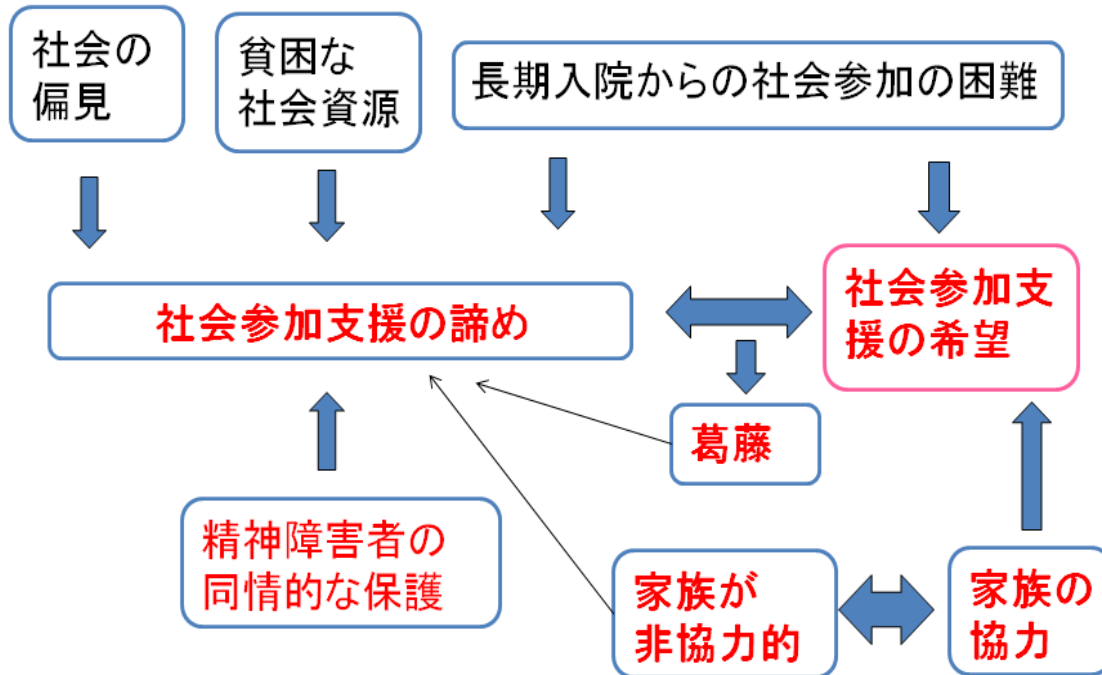


図1. 精神科看護師が持つ「精神障害者の社会参加」の意識

第 4 節 考察

本研究対象者が勤務する私立精神科病院は，入院中心から地域生活促進に向けた支援へ変革と遂げようとする日本の典型的私立病院である。今回の研究結果は，対象者数が少ないものの，私立精神科病院に勤務する看護師の特徴を表すものに近いと考えられた。第1回及び第2回の構造図は，精神科看護師が持つ「精神障害者のリカバリー」に対する認識を表していると言えた。精神科看護師が持つ認識の構造として，中心には「リカバリーへの希望」を常に持っているものの，「リカバリーの低い認識」状態で，「精神障害者の保護」＜精神障害者とともにある家族＞がマイナスに作用することで，

<リカバリーへの諦め>になるパターンが明らかになった。

入院中の精神障害者の状況が許すなら，退院し社会生活を送ってほしいという《リカバリーへの希望》がコアカテゴリーとなっていたことは，リカバリー促進の力となるものである。その認識は，精神障害者を一人の人として捉え，【人として社会生活をさせたい】という認識と社会参加できる時期を見極めるという【退院の時期】から構成されていた。【人として社会生活をさせたい】という認識は，松枝(2003)の社会参加の援助が成功した要素である「一人の人として意識する」と一致していた。【退院の時期】についての認識は，精神科スタッフを対象にした岡浦ら(2008)の研究結果と一致する認識であった。また，【退院の時期】を意識していたことは，松枝(2003)の社会参加の援助が成功した要素である「退院への働きかけに意欲を持ち続ける」ことにつながると考えられた。《リカバリーへの希望》は，構成されている概念から見ても，リカバリー促進につながる認識であると言えた。

コアカテゴリーの《リカバリーへの希望》対し，相反する<リカバリーへの諦め>というカテゴリーが抽出された。<リカバリーへの諦め>は，石橋ら(2002)の研究結果で，「看護師の諦めや意欲低下，無気力」が社会参加の援助を阻害していることから，精神科看護師のリカバリー支援を阻害していると言えた。精神科看護師がリカバリーへの希望を持ちながら，同時にリカバリーを諦めているパターンについては，木村ら(2010)の研究結果と類似していた。木村ら(2010)は，看護師が有効な看護を行いたいと思っても，知識・技能への限界や看護効力に疑問を感じ，精神科疾患特有の難しさを前に，明瞭な看護方針を見いだせず，無気力になることを明らかにしていた。研究対象の精神科看護師は，勤務する私立精神科病院が社会資源に恵まれていない立地環境にあることや長期入院・偏見という状況の中で，リカバリーに向

けた看護に希望を持ちながらも、困難さを前に諦めるという認識パターンがあると考えられた。リカバリーへの知識・技能を高め、諦めず希望を実行へ移すことができる看護師教育の必要性が示唆された。特に長期入院に関する問題は、精神障害者の生活機能が精神疾患により障害された上に、長期的に社会と離れることで、さらに生活機能障害を悪化させ、入院の長期化が生じるという悪循環がある。悪循環を断ち切ることが重要であり、藤野ら（2007）は、看護師の丁寧な根気強い関わりで信頼関係を築きながら、社会復帰プログラムを実践していく必要性を指摘している。精神科看護師が諦めず、根気強く取り組む必要があると考えられた。精神障害者に対する偏見は、低減に向け、WAP（World Psychiatric Association）アンチ・スティグマ・キャンペーンや、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の中にも啓蒙活動が盛り込まれている。統合失調症については、呼称変更が偏見の低減として行われ、2002年、日本精神神経学会総会で、英語のschizophreniaに対する訳語を「精神分裂病」から「統合失調症」に呼称変更された。しかし、統合失調症患者を含め精神障害者に対する偏見は、未だ、根強く残っているのが現状である。偏見のある社会の現状を踏まえ、精神科看護師は、リカバリー促進の支援として、偏見低減への啓蒙活動に取り組むとともに、精神障害者が社会参加する病院周辺の地域住民へ理解を求めることも必要である。本研究において、精神科看護師は、《リカバリーへの希望》は持っていますが、＜リカバリーへの諦め＞があることで、リカバリー支援実行に至らない看護上の問題が明確になったと言える。

苦勞させたくない、社会から保護するというカテゴリー＜精神障害者の保護＞については、急性期であれば看護する上で、常時必要なことである。精神状態が不安定な精神障害者に対する保護的看護は、精神機能の回復に重要である。唯、

精神障害者が急性期を脱したら、保護から自立に向けた支援へ移行する必要がある。木村ら（2010）は、精神科看護師が患者の身の上を心配し退院に消極的な気持ち・態度になりがちになることを指摘し、保護的認識の側面が強すぎるとリカバリーを阻む恐れが懸念された。

リカバリーに対する精神科看護師の認識の中に、常に＜精神障害者とともにある家族＞の存在があり、日本の精神科看護師の特徴と考えられた。精神科看護師は、家族の存在を重要と認識していた。「患者が退院したいと言っても家族がダメと言ったら難しい」という発言内容から、精神障害者の意思より家族の意向が優先される傾向が明らかになった。統合失調症に代表される精神疾患は、病態的特徴として急性期に判断能力低下が見られ自己決定が難しい。急性期を脱し自己決定が可能になっても、尚、家族の意向が優先されている傾向は否めない。リカバリーとは、精神障害者自身が自己決定し主体的に社会生活が送れるよう支援する概念であり、本研究対象者の看護師にはそれと反する認識があると言えた。社会心理学者の Deci（1980）は自己決定された行動が人間の精神的健康を高めると述べ、精神障害者が自己決定し生活することは重要である。精神科看護師は、精神障害者の捉え方として、一旦家族と切り離し個人として捉えながら、自己決定に向けた支援へ認識変換する必要性が示唆された。また、日本の風潮として、個人より家族という単位を優先しがちであり、その風潮が今回の結果に影響したと考えられた。実際、日本では、精神障害者に対する地域生活促進の施策が進められる中、退院先の多くは家庭であり（厚生労働省精神保健福祉課，2007）、家族は重要な存在となっている。そのため、【家族の責任】【家族の協力】があれば、リカバリーの可能性が高くなると言えた。家族という協力者がいることは心強いが、全ての精神障害者に対して家族の協力が得られるとは限らな

い。リカバリーを促進するためには、濱田（2008）の研究結果にあるような単身生活に向けた効果的な支援を意識し、家族の元に返すだけではないリカバリー支援の認識が必要である。看護師を含む社会が家族の代替えを行い、家族とは違う適度な距離感で客観的な見方をしたリカバリーの支援が望まれる。

<リカバリーの低い認識>については、【社会復帰に向けた消極的行動】になってしまう精神科看護師の【不明確なリカバリーのイメージ】が明らかになった。谷本（2008）、長野（2008）や藤野ら（2007）等多くの研究から、精神障害者の社会参加支援の有効性が明らかになっている。これらの文献によると、社会参加促進の取組みは、精神科看護師の十分な精神障害者理解を基盤とし、精神科看護師が社会参加のイメージを持ち積極的な支援が有効であった。特に長期入院の精神障害者は、地域で生活するというイメージが描けないことも多い。精神科看護師がリカバリープロセスをイメージし、精神障害者と精神科看護師が同じリカバリーという目標に向かって、協同作業していくことが社会参加につながると考えられる。精神科看護師自身がリカバリープロセスをイメージしできなければ、社会参加に向けた支援は消極的となると言えた。精神障害者の社会参加促進には、精神科看護師がリカバリーのイメージを明確に持つ必要性が示唆された。「私は、リカバリーについて、勉強する機会があったから、ある程度分かるけど、（勉強する機会がないと）イメージつかないと思います」という発言内容から、リカバリーに関する教育的取組みの有効性が示唆された。

本研究で明らかになった「精神科看護師が持つ精神障害者のリカバリーに対する認識」は、リカバリー促進の基礎データになると考えられた。松枝（2003）は、社会参加の重要な要因は看護師が変わることであり、そのことが精神障害者の

力を発揮することにつながることを示唆していた。松枝（2003）は、長期入院している精神障害者が社会参加する要因として精神科看護師を挙げ、その精神科看護師は、誰もが困難と感じていた精神障害者に働きかけで変化することを知り、ケアの喜びを実感し退院への働きかけに対して内発的動機づけられた精神科看護師であると述べている。精神科看護師の認識が変わることでリカバリーが促進することが考えられ、コアカテゴリー《リカバリーへの希望》を強化し、諦めない支援へ認識を持つ必要性が示唆された。

第5節 課題

現在の精神医療福祉改革の柱とも言える「精神障害者の社会参加支援」に対する意識を精神科看護師がどのように持っているか、リカバリーに着目し調査を行い、精神科看護師が社会参加の希望を持ちながらも、社会参加の諦めの意識があることが明らかになった。このことから、精神科看護師にとって、精神保健医療福祉改革に適応できていない現状があることが分かった。本研究で、「私は、リカバリーについて、勉強する機会があったから、ある程度分かるけど、（勉強する機会がないと）イメージつかないと思います」という発言内容から、リカバリーに関する教育的取組みの有効性の示唆を得た。精神保健医療福祉の改革に適応していくための＜社会復帰参加への意識を変える教育＞の必要性が考えられた。その教育に関しては、精神科看護師はリカバリー（社会参加）の希望を持ち看護活動は行っていることから、リカバリーに関する教育よりも、先にリカバリーへ（社会参加）の支援を諦めない看護専門職としての責任を強化していく必要があると考えられた。そのため、第Ⅱ部第1章に、看護専門職としての責務を含む看護倫理観を高めるアプローチに取り組む計画を立てた。

第 2 章 実態調査② 「社会参加支援の意識」に患者の家族が与える影響

第 1 節 問題と目的

この研究においては、前述の研究で、精神科看護師が持つ精神障害者のリカバリーの認識に影響していた家族に焦点を絞り分析した。精神科看護師がリカバリー意識を高く持つ必要があるにもかかわらず、家族の影響で変わるリカバリー意識は問題であると考えた。日本では、社会生活を送る精神障害者のケアの多くを同居する家族が担う傾向があり、負担が大きい（厚生労働省障害者自立支援調査研究プロジェクト，2010）。そういった日本の現状で、今回、精神科看護師が持つリカバリー意識に家族がどう影響しているか明らかにし、精神科看護師のリカバリー支援（社会参加支援）の意欲向上を講じる方策の示唆を得たいと考えた。

リカバリーの定義を第 2 章でも、Anthony, W. A. (1993) が述べた「精神疾患からの破局的影響を乗り越え、人生の新しい意味と目的を創り出すプロセス」とした。実態調査②の研究目的は、「精神障害者のリカバリー（社会参加）に対する精神科看護師の意識が、家族によって受ける影響を明らかにする」とした。その中から、精神科看護師のリカバリー支援（社会参加支援）に関する看護意欲を分析していく（中島ら，2012）。

第 2 節 方法

1. 研究対象者

私立精神科病院に勤務する看護師 5 名を対象にした。今後、社会復帰に向けた看護実践を中心的に行うことが予測される精神科勤務経験 3～10 年の看護師とした。

2. データ収集方法

研究対象となる施設の病院長に承諾を得て、看護部長と話

し合い，対象者を選定した。研究に同意した対象者に対して，2011年8月1日～10月12日に，精神障害者に対するリカバリー意識について半構造的面接を行った。面接は，対象者の承諾を得て録音した。

3. データ分析方法

逐語録を作成し家族が看護師のリカバリー意識に与える影響について，質的帰納的に分析した。

4. 倫理的配慮

研究対象者に，調査の目的，方法，回答の任意性，プライバシー保護，匿名性の保持，不利益はないこと，結果は学会等で公表するが，個人が特定されないこと等を文書及び口頭で説明した。同意書の署名をもって研究の同意を確認後，面接を行った。

本研究は，福岡女学院看護大学の倫理審査委員会の承認を得た（承認番号No.11-8）。

第3節 結果

1. 対象者の概要

対象者は，私立精神科病院に勤務する看護師5名で，同意を得て半構造的面接を実施した。面接は，1回または2回行い，1人の面接所要時間合計は50～88分で平均69.4分であった。対象者の年齢は，31歳～42歳で平均34.8歳，精神科勤務経験は，3年～9年で平均5.4年であった。男性2名女性3名であった。

2. データの分析結果

第1回 構造図

データを分析した結果，家族からの影響要因として4つのカ

テゴリー，精神科看護師のリカバリー意識として5つのカテゴリーを抽出した。本文中は，家族の影響要因であるカテゴリーを< >，その中で中核であるコアカテゴリーを《 》と表した。精神科看護師のリカバリー意識であるカテゴリーを【 】, 「 」は対象者の発言内容を表す。カテゴリー間の構成は以下のようになっていた。精神科看護師は，《リカバリーに対する家族の意志》に影響を受け，協力的かどうか，リカバリー促進の意志があるかどうかで，【家族と同居の社会生活】【単身生活】【入院継続】という3つの方向を持っていた。家族の強い希望で【入院継続】となった場合，精神科看護師は【家族支援の強化】を行いリカバリー促進へつなげようという意識があった。しかし，【入院継続】は【リカバリーの停滞】にもつながっていた。精神科看護師は，<家族が感じる社会の偏見>や<家族の病院への依存><精神症状によって家族が受けた不利益>の状況を理解し，【入院継続】を選択した家族に肯定的であった(図2)。次に各カテゴリーについて，主な看護師の発言を交え以下に述べる。

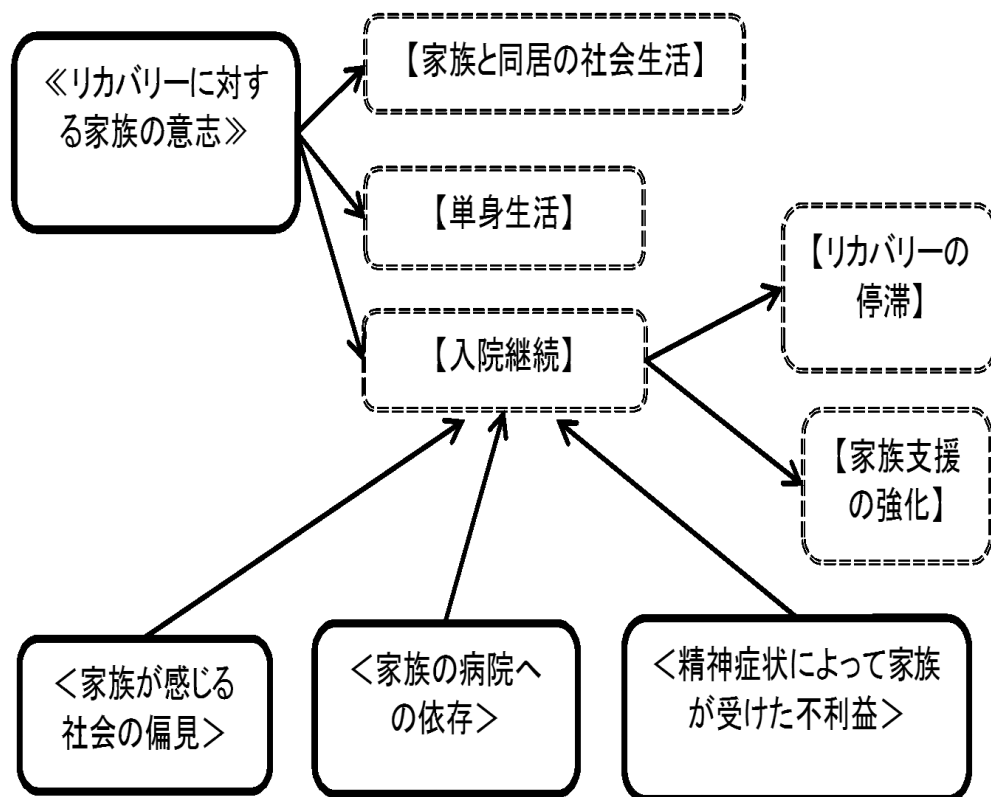


図2 家族が看護師のリカバリー意識に与える影響

1) 《リカバリーに対する家族の意志》

リカバリーに対する家族の意志が伝えられる事で、精神科看護師はその意志を尊重し、リカバリー意識が変化していた。

「家族の都合で退院とか」「家族がダメと言われれば、別の道を探せばいいのに、あまりにも家族の意志が尊重されていると思います」

このように、家族の意志で精神科看護師のリカバリー意識を変化させるという事が生じていた。

2) 【家族と同居の社会生活】

家族のリカバリー意識が高く協力的であると精神科看護師のリカバリー意識は高くなり，【家族と同居の社会生活】へ向かうと考えられた。

「病状が落ち着いていて，家族や周囲がいいと（退院は）できると思います」「重症の人でもいい時があるので，1週間でも2週間でもいいので，家族と一緒に過ごしてほしいですね，悪くなったらすぐ，帰ってきていいから」

このように，家族の協力があると社会復帰へ向けて看護師のリカバリー意識が高まる事を表していた。

3) 【单身生活】

家族が精神障害者と同居しない意志がある時，精神科看護師は单身生活の意識が生じていた。

「(家族が同居しない時は) 单身の方が帰りやすいと思う時があります」「(单身生活は) 難しいですよ」「单身での退院は，勇気がいりますよ」「(精神障害者は自分で) 生活管理ができないし，家族がいた方がいいと思う」「悪化した急性期は，(状況判断は) 家族が決めるし，患者は判断できないし」

このように，家族の協力がなければ，精神科看護師は单身生活を考えるが，单身生活は困難があると意識していた。まずは【家族と同居の社会生活】が第一選択である意識があった。

4) 【入院継続】と【リカバリーの停滞】の過程

精神障害者の状態が退院できるまで回復しても，家族の希望で入院継続になってしまうという意識が精神科看護師にはあった。

「(入院継続した方がいいと思うのは) 家族が病院へ入れといた方がいいと言われたりする時とかですね」「家族の圧力もある，何かあったら，病院が責任を取ってもらえるんですね

と言われますよ」

このように、家族の意志を尊重せざるを得ない事で入院継続になる意識を持っていた。

入院継続になっても、【家族支援の強化】を行い、リカバリーを促進する意識があった。

「家族に分かってもらうよう面会に来てもらったり、こちらが説明したりしています。患者の（退院の）思いや退院できる状態を分かってもらうように家族に働きかけますね」

このように精神科看護師は、リカバリー促進への意欲を持っていた。

家族の【入院継続】という意志の尊重は、【リカバリーの停滞】につながるという意識が精神科看護師にあった。

「入院が長くなると社会復帰は難しくなるからですね」「いい大人なんだから、親があやまったりとかしないで、自分でしていいと思うんですよ、（精神障害者は）自立させていいと思いますよ、させてないですね」

この事は、家族の意志を尊重するあまり、精神障害者のリカバリーを遅らせている意識が精神科看護師の中にあった事を表している。

5) 家族の【入院継続】の意志を肯定的に見る要因

家族の【入院継続】という意志を肯定的に見る要因として、
＜家族が感じる社会の偏見＞や＜家族の病院への依存＞＜精神症状によって家族が受けた不利益＞があった。＜家族が感じる社会の偏見＞を「近所でも有名人だったり、公に入院もできないとか」と語り、家族が偏見に苦しんでいるという意識を精神科看護師は持っていた。また、＜家族の病院への依存＞があり、「家族が（病院へ）入れとけば安心という意識があるから」と語り、病院への信頼というより依存している家族の状況を理解していた。精神科看護師は＜精神症状によっ

て家族が受けた不利益>について理解し、「家族は迷惑かけられているし、面会に来ない人とか、おかしいとは思わないですね、（精神障害者の）親とか殴られて骨折したとかあるし」「家族も被害を受けているから」と語り、家族を肯定的に見ていた。

第 2 回 構造図

第 1 回の構造図をさらに分析し、以下のような構造図とした。

結果

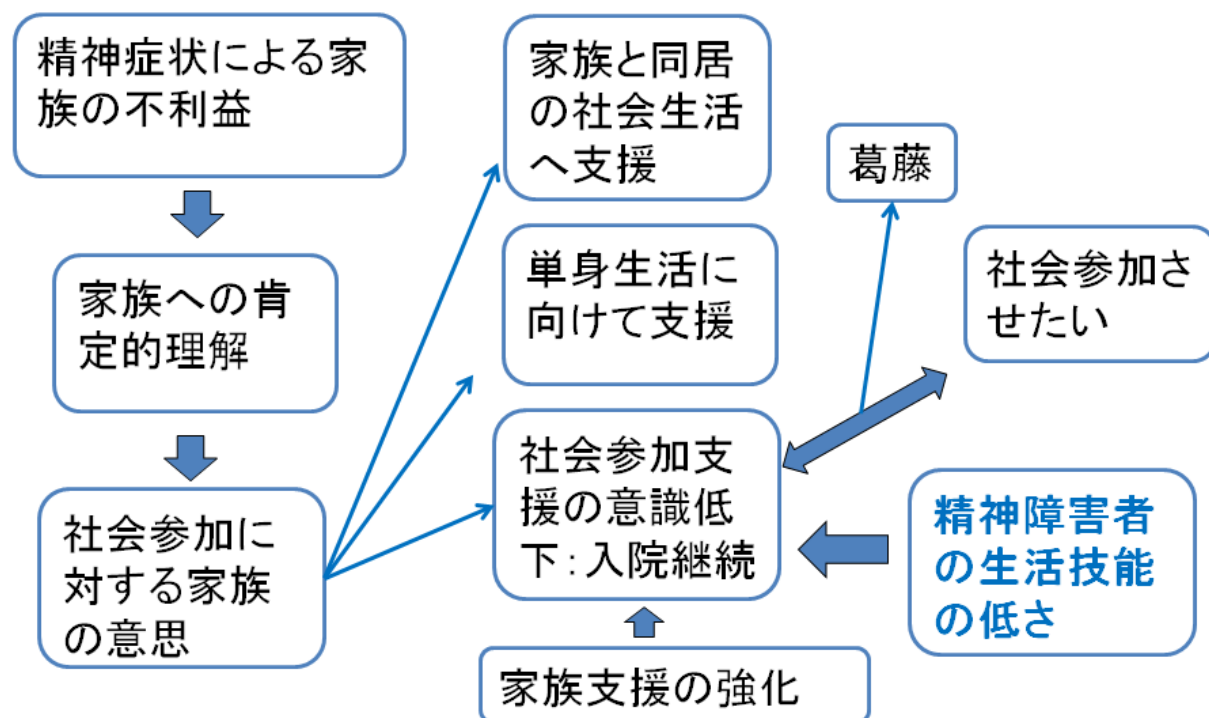


図2. 「社会参加支援の意識」に患者の家族が与える影響

第 4 節 考察

研究対象とした私立精神科病院は、入院中心から地域生活促進へ変革を遂げようとする日本の典型的私立病院である。対象者数が少ないものの、今回の研究結果は、私立精神科病院に勤務する看護師の特徴を表すものに近いと考えられた。

第 1 回及び第 2 回の構造図（図 2）は，精神障害者のリカバリーに対する精神科看護師の意識が，家族によって受ける影響を表していると言えた。

精神障害者に対する精神科看護師のリカバリー意識は，「リカバリーに対する家族の意志」に影響を受けている事が明らかになった。家族のリカバリー意識が高く協力的であると，精神科看護師のリカバリー意識は高くなり，【家族と同居の社会生活】へ向かうと考えられた。家族が果たす役割の重要性を精神科看護師は強く意識していると言え，看護職者を対象にした鳥居ら（2004）の研究結果と一致した。しかし，鳥居ら（2004）の研究で，家族に同居を求める期待が小さいのに対し，本研究対象の精神科看護師は期待が大きいと考えられた。相違の要因は，鳥居ら（2004）の研究が精神障害者の家族に限定したものでなかった事だと考えられた。一般科の患者と違い精神障害者は，退院後，生活機能障害があったり，症状が悪化すると適切な意志決定ができない事がある。そのため，精神科看護師は，社会生活で家族にそのサポートを期待していると考えられた。実際，精神障害者の場合，退院先の多くが家庭というデータもある（南山，1997）。そのため，精神障害者の【单身生活】は，精神科看護師の中で，家族と同居できない場合の第 2 選択に位置づけられていた。社会資源が不十分な現状で，单身生活の困難さは先行研究で明らかにされ（濱田，2008），第 2 の選択肢となっているとも考えられた。精神障害者の状況によっては，【单身生活】が適切な選択であり，藤野ら（2009）は，統合失調症の家族介護者を対象とした調査で，家族の苦悩を明らかにし，社会的サポート等の充実を図り精神障害者が自立し地域で生活できる事の必要性を指摘している。なかでも，統合失調症の場合は，患者に対する家族の否定的な感情表出（Expressed Emotion）が病状悪化に関係している事が明らかにされており（大島，1994），

家族と同居が良いとも限らない。社会資源の充実に向けた行政各署等への働きかけとともに、限られた社会資源の中で、単身生活が適切であれば、その方向へリカバリーを進めていく必要があると考えられた。単身生活に向けたリカバリー支援促進のスキルが精神科看護師にとって必要である事が示唆された。

精神科看護師は、家族の状況を理解し、【入院継続】を受け入れていた。社会の偏見は、未だ根強く（望月ら，2008）、＜家族が感じる社会の偏見＞により、家族が苦しんでいる事を精神科看護師は理解していた。＜家族の病院への依存＞は、病院への信頼ともとれるが、病院へ全てを委ねるという依存と考えられ、木村ら（2010）の研究結果と同様であった。家族は、依存して安心感を得たい状況とも言えた。病院の役割があるように、家族の役割がある事を家族が適正に理解できていないと考えられた。家族として精神障害者を支援できる教育が必要である事が示唆された。精神科看護師は、＜精神症状によって家族が受けた不利益＞を理解し、家族を肯定的に捉えていた。精神症状による暴力は時に家族や看護師に向けられ、家族の受ける恐怖や不利益に、精神科看護師は共感し理解を示していると考えられた。

家族のリカバリー意識が低く【入院継続】になった場合、精神科看護師は【家族支援の強化】を行っていたが、同時に【リカバリーの停滞】にもつながっていた。【家族支援の強化】を行っても、家族の意志を尊重するあまり、【リカバリーの停滞】がさらに強くなると考えられた。木村ら（2010）は、精神科看護師持つ意識の中に家族の逃避的患者対応があるとし、【リカバリーの停滞】となる家族の状況を意識する本研究結果と類似していた。木村ら（2010）は、家族の見方や態度が治療的でなく精神科看護師が批判的になりがちである事を指摘しているが、本研究対象の精神科看護師は家族に肯定的で

あった。家族の【入院継続】の意志を尊重する事は、入院の長期化が生じる事が予測される。全退院患者数に占める長期入院患者の退院率は低くなるというデータもあり（高橋，1993），入院が長期になれば，社会参加は困難になる。家族が【入院継続】を望む状況に理解を示しつつも，家族のリカバリー意識を早期に高め，入院の長期化を予防する事が必要である。精神科看護師は，リカバリー促進に向け，【入院継続】を望む家族のリカバリー意識を向上させるスキルを持つ必要性が示唆された。家族のリカバリー意識を向上させ，その事が精神科看護師のリカバリー意識向上につながる可能性があると考えられる。

第5節 課題

実態調査の分析によって，精神科看護師は，「リカバリーに対する家族の意志」に影響を受け，【家族と同居の社会生活】【单身生活】【入院継続】の3つにリカバリーの方向を分けていることが明らかになった。家族のリカバリー意識が低く【入院継続】になった場合，精神科看護師は【家族支援の強化】を行っていたが，同時に【リカバリーの停滞】につながっていた。家族のリカバリー意識を向上させるスキルが必要であると考えられた。また，【入院継続】を望む家族を持つ患者の社会スキルを向上させる必要もあると考えられる。このことから，精神科看護師に「社会参加支援を行うためのスキル獲得」が必要だと考えられた。

第 3 章 実態調査③ 社会参加に向かって精神科看護師の意識を変化させる要因

第 1 節 問題と目的

第 3 章では，社会参加に向かって精神科看護師の意識を変化させる要因を明らかにした（中島，2013）。その結果は，精神科看護師の社会参加支援の意欲を高める取組みの基礎材料になると考えた。

まず，精神科看護師が持つ社会復帰の意識に関する先行研究を概観した。松枝（2003），清家（2007），大沼ら（2008）の研究結果等からは，精神科看護師の支援が社会参加につながるということが明らかにされ，精神障害者の社会参加に精神科看護師の果たす役割は大きいと考えられた。さらに，青木（2005）が，社会参加に関する看護活動の実態を明らかにし，田嶋ら（2009）が，長期入院の精神障害者に対する退院支援の構造，藤野ら（2009）が統合失調症患者を持つ家族の問題，大谷（2008）が多職種との連携の有効性等，数多く社会参加に関する先行研究が行われていた。「社会参加支援の意識」に関するものとして，石橋ら（2002）や原田（2006），小山（2011）等の研究があるが，私立精神科病院に勤務する看護師を対象とし，「社会参加支援の意識」に影響する要因とその構造に関する研究は見当たらなかった。社会参加支援に向けた看護意欲を変化させる要因が不明確であれば，社会参加支援の意欲向上への取組みの基礎材料が不十分で効果的なものとならない問題が考えられた。以上のことより，実態調査③の研究では，社会参加に向かって精神科看護師の意識を変化させる要因とその構造を明らかにしていくことを目的とする。そこから，社会参加に向けた看護意欲を変化させる要因を検討する。

第 2 節 方法

1. 研究対象者

私立精神科病院（民間精神科病院）に勤務する看護師 25 名を対象とした。これまでの実態調査と違い、今回、精神科経験年数に制限を設けなかった。「社会参加支援の意識」に影響を及ぼす要因とその変化は、過去を振り返り考える内容であり、精神科経験年数に制限を設けないほうが多くのデータが得られると考えた。そのデータは、精神保健医療福祉改革に向けた看護意欲向上への取組みの基礎データとなると考えた。

研究対象者の勤務する私立精神科病院は、急性期病棟、回復期病棟、慢性期病棟、デイケアを所有する 270 床の単科精神病院である。

2. データ収集方法

研究対象となる施設の病院長及び看護部長に承諾を得て実施した。病棟行事や 3 交代勤務等を考え合わせ、研究協力ができる日程や協力の得られる対象者について看護部長と話し合った。研究に同意した対象者に対して、2011 年 8 月 1 日～2012 年 2 月 4 日の期間、半構造的面接を行った。面接においては、「社会復帰支援の意識」に影響したこととそれによる精神科看護師の変化について Anthony, W. A. (1993), 松枝(2003), 石橋ら(2002), 青木(2005)の研究等を基にインタビューガイドを作成し実施した。インタビューガイドの主な内容は、「社会参加支援の意識が変化したきっかけ」「社会参加支援の意識がどのように変化したか」「精神障害者の社会参加をどのように考えるか」「家族が社会参加に与える影響」「単身生活を送る精神障害者の生活支援」「長期入院の精神障害者の社会参加」等であった。面接は、対象者の承諾を得て録音した。

3. データ分析方法

まず、録音した面接内容はすべて逐語録に起こした。精神障害者に対する「社会参加支援の意識に影響する要因とそれによって変化した精神科看護師の状態」に焦点を当て分析し

た。データを繰り返し読み，そのデータの意味を解釈した。対象者全員の逐語録をコード化し，データが示す意味や内容を分類し，同じ意味を示すデータは1つのコードにまとめた。さらに，そのコードの中から「社会参加支援の意識」に影響したと考えられるものを検討し，影響要因とした。その影響要因から変化した精神科看護師の状態を示すコードを抽出した。影響要因と精神科看護師の状態を示すコード間の関係性について，検討を何度も繰り返した。類別したコードのかたまりの特性を明らかにし，抽象度を上げ，カテゴリーとしてまとめた。カテゴリーには，その内容や性質を表す言葉で命名し分析した。

4. 分析結果の信頼性

本研究は，精神科看護師の「社会復参加支援の意識」に影響したきっかけとその変化について，研究者が再構成し分析するものである。可能な限り精神科看護師が経験し話す内容について，研究者が的確に捉えられているか，精神科看護師に確認を行いながらインタビューしデータを収集した。研究者の独善的解釈に陥ることのないよう，データ収集，分析の全過程を通じ，質的研究に習熟したスーパーヴァイザーに，スーパーヴァイズを受け，精神科看護師2名の協力を得て解釈の検討を行い信頼性の確保に努めた。

5. 研究の倫理的配慮

研究対象者が勤務する施設の病院長と看護部長に，文書及び口頭で，研究について説明し，研究の承諾を得た。研究対象者に調査の目的，方法，回答の任意性，プライバシーの保護，匿名性の保持，不利益はないこと，結果は学会等で公表するが，個人が特定されないこと等を，文書及び口頭で説明した。同意書の署名をもって研究の同意を確認後，面接を行

った。

本研究は、福岡女学院看護大学の倫理審査委員会の承認を得た（承認番号 11-8）。

第 3 節 結果

1. 対象者の概要

研究参加者は、同意の得られた25名である。個室で半構造的面接を実施し、1人の面接所要時間は30～88分、平均41.2分であった。研究参加者の年齢は、23歳～52歳で平均32.8歳、精神科勤務経験は、1年～15年で平均7.0年であった。男性14名、女性11名で、勤務場所は、外来1名、回復期病棟7名、慢性期病棟17名であった。

2. データの分析結果

第1回 構造図

データを分析した結果、精神科看護師が持つ「社会参加支援の意識」に影響する要因として8つのカテゴリーを抽出した。「社会参加支援の意識」を向上させる影響要因が4つ、低下させる影響要因が4つで、それぞれに精神科看護師の変化した状態のカテゴリーを抽出した。影響要因のカテゴリーを< >と表した。影響要因から変化した精神科看護師の状態を【 】とし、『 』は対象者の発言内容を表す。カテゴリー間の構成は以下のようになっていた。

看護師のインタビューより、社会参加を社会復帰と表現していたため、その言葉を使用しカテゴリー化、構造化した。「社会復帰支援の意識」が向上する影響要因として、<支援が社会復帰につながった経験><社会復帰を積極的に進める病棟勤務><社会復帰支援に関する学習><協力的な家族>であった。影響要因である<支援が社会復帰につながった経験>によって、精神科看護師は、精神障害者の【回復する確信】

を持って、「社会復帰支援の意識」が向上していた。＜社会復帰を積極的に進める病棟勤務＞の場合，【社会復帰支援について考えることの日常化】が生じたこと，＜社会復帰支援に関する学習＞の場合，【社会復帰支援に関する目標の明確化】ができ、「社会復帰支援の意識」が向上していた。＜協力的な家族＞であれば，【家族が行う支援へ期待】をし、「社会復帰支援の意識」が向上していた。「社会復帰支援の意識」が低下する影響要因は，＜協力的でない家族＞＜長期入院＞＜偏見＞＜貧困な社会資源＞であった。＜協力的な家族＞が「社会復帰支援の意識」を向上させていたのに対し，＜協力的でない家族＞の場合は，精神障害者の【退院後の社会生活に関する不安】が生じ、「社会復帰支援の意識」が低下していた。＜長期入院＞や精神障害者に対する社会の＜偏見＞＜貧困な社会資源＞も，同じく【退院後の社会生活に関する不安】が生じ、「社会復帰支援の意識」は低下していた（図 3）。カテゴリー毎に，主な看護師の発言を交え以下に述べる。

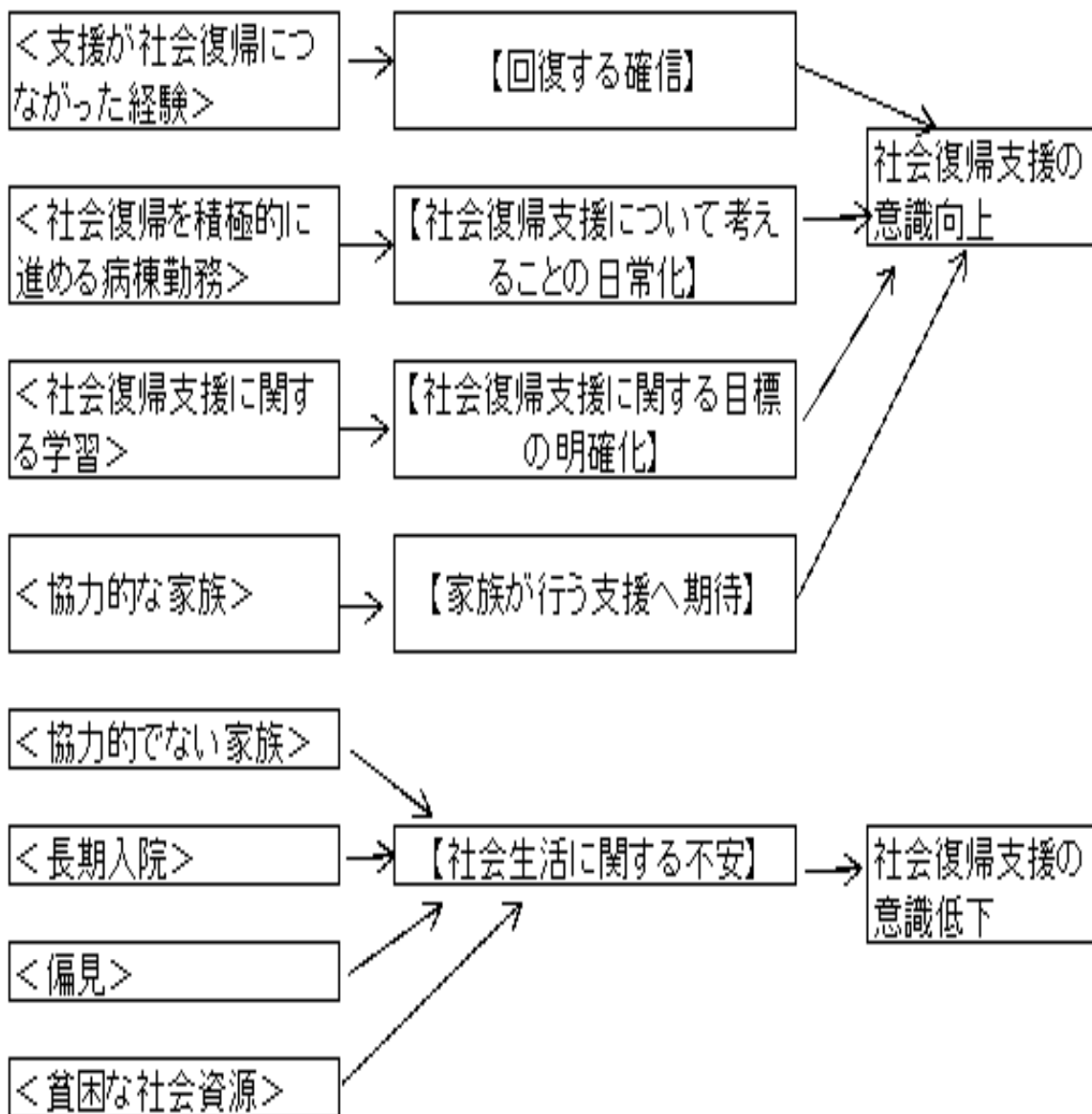


図3. 社会復帰支援の意識に影響する要因とその構造

1) 支援が社会復帰につながった経験

『(患者が) 最初は全く話さなくて、つまづくことがあっても、(支援することで) 退院までこぎつけたりですね』と回復プロセスの中で困難があっても、社会復帰支援によって精神障害者が【回復する確信】を得ていた。

『社会復帰に向けた支援みたいなことをするようになった

のがきっかけで、その時から、患者さんの目を外（社会復帰）に向けるっていうか、家に戻っていきましようという意識が高まりましたね』と【回復する確信】から、他の精神障害者に対しても社会復帰の視点で考え看護実践しようとして「社会復帰支援の意識」が向上していた。

2) 社会復帰を積極的に進める病棟勤務

社会復帰支援に積極的な病棟勤務によって、『患者は社会で生きていく、病棟を変わってから（勤務異動があってから）、強く思います』と精神障害者を社会の中で暮らす生活者と捉えながら、『退院させてあげたいし、患者さん自体退院したくないって患者さんがいらっしやらないと思うんですよ』と、どの精神障害者であっても社会復帰支援を考えるという【社会復帰支援について考えることの日常化】が生じ、「社会復帰支援の意識」が向上していた。

3) 社会復帰支援に関する学習

精神科看護師は、学会や研修会に参加し、社会復帰を積極的に進めている看護実践の報告等に刺激を受け『自分達は遅れている』と感じていた。他院での社会復帰支援を目標とし、『その差をいかに縮めるかが、こちらの地域の課題』と【社会復帰支援に関する目標の明確化】ができ、「社会復帰支援の意識」は向上していた。

4) 協力的な家族

『（患者を）家族が受け入れて、一緒にあきらめずに治療していくみたいな感じだったので、だから患者さんもここまで回復したりとか』と社会復帰に至る回復に家族の協力が効果的であることを実感していた。『再発とかも防げる』と社会復帰後の再発防止にも家族の存在が必要だと語った。家族が協

力的であれば，社会復帰後の生活支援や悪化時の対応を家族が行い，『家族が見てくれるなら，（社会復帰後）安心』と【家族が行う支援へ期待】し，「社会復帰支援の意識」が向上していた。

5) 協力的でない家族

『患者が退院したいと言っても，家族がダメと言ったら難しい』と退院について家族の意向を重視していた。家族が協力できない場合，単身生活を送ることを想定し，『単身の退院は，勇気がいる，出すのは簡単だけど，（社会復帰後の）サポートが難しい。（例えば）薬も飲みなさいと言うから，怒られるから飲んでいると言うし，（服薬について）必要性が分かっていない人もいるから』と社会復帰後に家族の生活支援が得られないことで，【退院後の社会生活に関する不安】が生じ，「社会復帰支援の意識」は，低下していた。

6) 長期入院

長期入院の精神障害者に対して，『バスの乗り方も忘れてしまったりとか』『銀行に行ってもどうしたらいいか分からなくなったりとか』等社会から離れていることで生じる問題により『社会に溶け込むのが難しい』と語り，社会復帰後に『つらい思いをする』と心配していた。親が亡くなり家族の世代交代で『兄弟の家庭もあるから，（協力は）難しい』と家族の協力が得られにくいと語った。社会生活に適応できにくいこと，家族の協力が得られないことで，精神科看護師の中に【退院後の社会生活に関する不安】生じ，「社会復帰支援の意識」は低下していた。

7) 偏見

精神科看護師は，『偏見は少ない方だと思います』と言いな

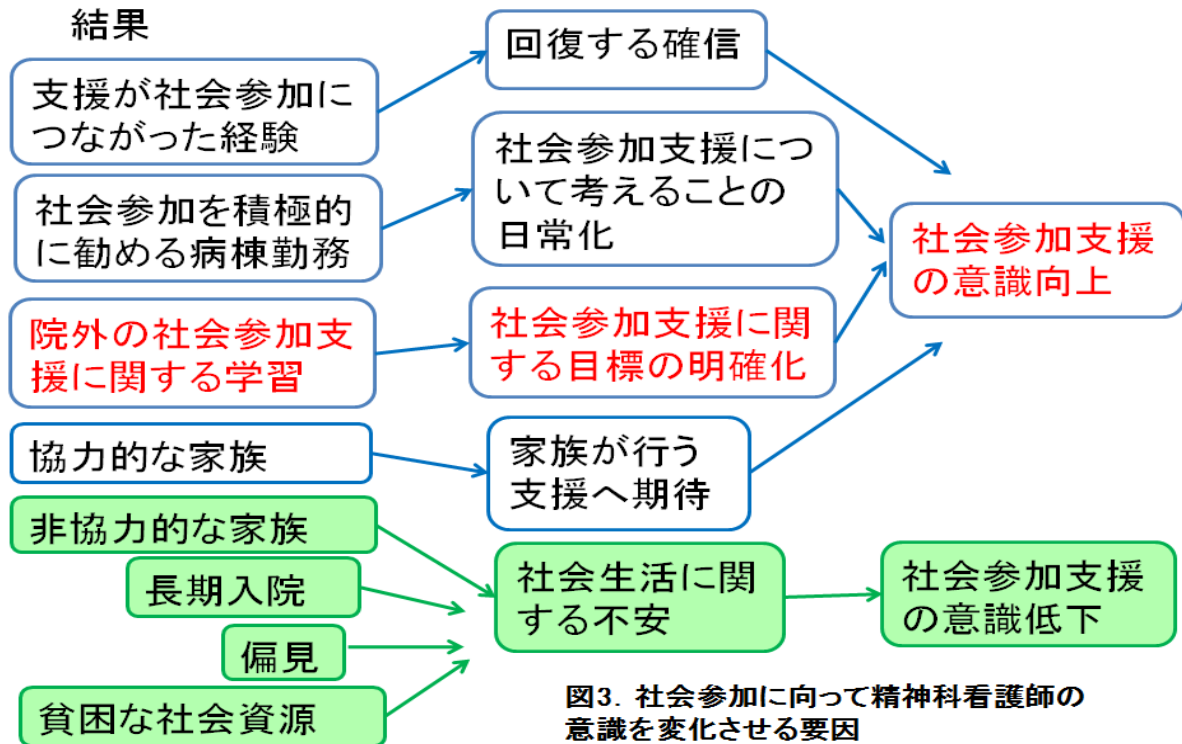
がらも、『精神科で働いている自分達でさえも、近くに住みま
すと言われたら、どうぞとはすぐに言えない』と自らの偏見
を自覚していた。『社会の受け入れがないのに、辛い思いをす
るぐらいなら出したくない』と偏見によって、【退院後の社会
生活に関する不安】が生じ、「社会復帰支援の意識」は低下し
ていた。

8) 貧困な社会資源

『受け皿が少ないと感じる、近くにグループホームも少ない
し、退院しても、使える福祉が少ないし、大変だと思う』と
社会資源が貧困であると考えていた。貧困な社会資源は、『(社
会資源が使える環境でないから)生活がうまくできないし、
場合によっては、そのままが(入院)がいい』と【退院後の
社会生活に関する不安】が生じ、「社会復帰支援の意識」が低
下していた。

第 2 回 構造図

第 1 回の構造図からさらに分析し，以下のように構造図を作成した。



第 4 節 考察

本研究参加者は，入院治療中心から地域生活支援へ変革を遂げようとする日本の典型的な私立精神科病院に勤務する看護師である。参加者数が少ないものの，今回の研究結果は，私立精神科病院の看護師が持つ「社会参加支援の意識」に影響を及ぼす要因とその構造を示すものと考えられた。第 1 回及び第 2 回の構造図は，その結果を表す構造図と言える。本研究結果は，私立精神科病院に勤務する看護師の「社会参加支援の意識」向上への取組みを考える材料に成り得る。以下に，「社会参加支援の意識」に影響を及ぼす要因毎に考察する。第 1 回の構造図で使用した社会参加支援を社会復帰支援と同様の意味として以下の考察とする。

1. 支援が社会復帰につながった経験

本研究参加の精神科看護師は、支援が社会復帰につながった経験から、【回復する確信】を得て、「社会復帰支援の意識」が向上したことが明らかになった。社会復帰につながった支援の経験は、成功体験と言え、その経験が精神科看護師の自己効力感を高め、意識の向上につながったと推測された。Bandura（1997）によれば、自己効力感は、成果を生み出す行為が自分にできるという能力認知であり、自己効力感を高める要因として成功体験を挙げている。研究参加の精神科看護師は、社会復帰支援の効果で精神障害者が【回復する確信】を得ていた。同時に、回復の成果を生み出す社会復帰支援ができるという能力認知が生じ自己効力感が高まっていた。片岡ら（2005）も長期入院患者の社会復帰に限定していたが、精神科看護師の社会復帰の意識を高めるためには、成功体験が重要であることを指摘していた。松枝（2003）の研究でも、本研究同様、精神科看護師が社会復帰支援により精神障害者の回復を実感し、社会復帰支援に意欲的になっていた。支援が社会復帰につながる経験は、精神科看護師の「社会復帰支援の意識」を高める効果があることが明らかになった。

2. 社会復帰を積極的に進める病棟勤務

社会復帰を積極的に進める病棟に勤務することで、【社会復帰支援について考えることの日常化】が生じ、「社会復帰支援の意識」は向上していた。角川ら（2009）は、長期入院の精神障害者に絞ったものであったが、精神科看護師が、退院促進活動が進んでいる病院で、社会復帰に対し成功する、決まる、目処がつくといった良いイメージを持っていることを明らかにしている。職場環境によって、精神科看護師の「社会復帰支援の意識」が変わることが明らかになった。

3. 社会復帰支援に関する学習

精神科看護師は、学会や研修会に参加し、積極的に取り組んでいる社会復帰支援の報告等に刺激を受けていた。他院が行っている社会復帰支援を目標とし、自らの支援に応用するため【社会復帰支援に関する目標の明確化】ができ、支援の意識は高まっていた。木村ら（2010）は、精神科病棟勤務の看護師の葛藤を調査し、ビジョンのない看護から脱却する必要性を指摘している。社会復帰支援に関する学習は、社会復帰支援の目標を明確化し、ビジョンを定める機会となると考えられた。東中須（2007）が、精神科看護のスキルアップのために院内研修を工夫する必要性について指摘し、社会復帰支援の意識向上に向けた効果的学習の機会が必要であると考えられた。

4. 家族の協力

<協力的な家族>であれば、【家族が行う支援へ期待】をし、「社会復帰支援の意識」が向上していた。反対に<協力的でない家族>の場合、【退院後の社会生活に関する不安】が生じ、「社会復帰支援の意識」が低下していた。『患者が退院したいと言っても、家族がダメと言ったら難しい』という発言内容からも、精神科看護師は、精神障害者の意思より家族の意向を優先し家族の存在を重視していた。一般科の患者と違い精神障害者は、社会復帰後、生活機能障害があったり、症状が悪化すると適切な意志決定ができないことがある。特に統合失調症は、病態的特徴で急性期における判断能力低下を認め自己決定が難しい。そのため、精神科看護師は、社会生活において、家族にそのサポートを期待していると考えられた。田嶋ら（2009）は、粘り強く精神障害者と家族をつなげることが、長期入院の精神障害者の社会復帰支援において、重要であることを明らかにしている。日本社会の傾向として、個

人より家族の単位を優先しがちであり，その傾向が今回の結果に影響したことも考えられた。実際，わが国では，精神障害者の退院先が単身よりも家族との同居が多い現状がある（特例社団法人 日本精神科看護技術協会，2011）。青木（2005）の研究結果同様に研究参加の精神科看護師にとって，精神障害者の社会生活に家族の存在は非常に重要である。精神障害者の状況によっては，家族との同居ではなく，単身生活が適切な選択という場合もある。藤野ら（2009）は，統合失調症の家族介護者を対象とした調査で，家族の苦悩を明らかにし，社会的サポート等の充実を図り精神障害者が自立し地域で生活できることの必要性を指摘している。精神障害者の中でも，統合失調症の場合は，患者に対する家族の否定的な感情表出（Expressed Emotion）が病状悪化に関係していることが明らかにされており（大島ら，1994），家族との同居が問題となることもある。社会復帰促進に向け，精神科看護師は，精神症状によって家族が受けた暴力等の不利益を理解し，家族を肯定的に捉え家族に社会復帰の協力を求めていくスキルと，単身生活に向けた社会復帰支援促進のスキルを持つことが必要であると考えられた。

5. 長期入院

<長期入院>の精神障害者に対して，【退院後の社会生活に関する不安】が生じ，「社会復帰支援の意識」は低下していた。石橋ら（2002）は，精神科看護師が長期入院の精神障害者に対し，固定化した捉え方と働きかけをあきらめることを社会復帰の阻害要因として明らかにしている。長期入院の精神障害者に対し，精神科看護師の意識が社会復帰できるという方向へ変わることが重要である。長期入院の精神障害者は，社会性の低下や高齢，家族の世代交代等の問題を抱え，社会復帰には困難を要する。長期入院に関する問題は，精神障害者

の生活機能が精神疾患により障害された上に，長期的に社会と離れることで，さらに生活機能障害を悪化させ，入院の長期化が生じるという悪循環がある。悪循環を断ち切ることが重要であり，精神科看護師があきらめず，根気強く取り組むという「社会復帰支援の意識」が必要である。

6. 偏見

精神障害者に対する偏見によって，【退院後の社会生活に関する不安】が生じ，「社会復帰支援の意識」は低下していた。看護師だから『偏見は少ない方だと思います』と語っているように，中島ら（2011）も，統合失調症患者に限定した偏見の研究で，精神科看護師が看護助手より偏見が少なく，看護師資格の元となる教育の差が影響した事を指摘していた。『精神科で働いている自分達でさえも，近くに住みますと言われたら，どうぞとはすぐに言えない』という発言から，木村ら（2010）の研究と同様に，精神障害者が自分の能力に見合あう生き方ができないことや常軌を逸した行動をとるというネガティブなイメージを精神科看護師が抱いていと推測された。精神症状により社会生活能力低下や常軌を逸した行動があるのも事実であり，林（2009）は，訪問看護師が精神症状悪化時の自傷他害の恐怖を抱えていることを明らかにしている。近藤ら（2008）が，退院を希望する精神障害者を対象に，偏見のある社会で生活する困難さを明らかにしているように，偏見の中で暮らすことの困難を予測し，【退院後の社会生活に関する不安】が生じていると言えた。偏見低減への啓蒙活動に取り組むとともに，精神障害者とともに，社会復帰する病院周辺の地域住民へ理解を求めるスキルを看護師が持つことも必要であると考えられた。

7. 貧困な社会資源

『受け皿が少ないと感じる，近くにグループホームも少ないし』という言葉から，研究参加病院の地域特性として，周囲に社会復帰支援施設が少ないことが影響していることが推測された。『退院しても，使える福祉が少ないし，大変だと思う』というように，近藤ら（2008）の研究では，精神障害者が住居や仕事探しが厳しいことや施設だと生活費に余裕がなくなる等社会の中で暮らす不安を語っていた。社会で暮らすことの困難さを想定し，【退院後の社会生活に関する不安】が生じ，「社会復帰支援の意識」が低下していた。

また，社会資源が貧困であるために，社会復帰後に苦勞させたくない，社会からの保護から，「社会復帰支援の意識」が低下していると言えた。精神障害者を保護的に考えることは，急性期であれば看護する上で，必要なことである。木村ら（2009）は，不十分な退院環境が精神科看護師の葛藤につながっていることを明らかにし，精神障害者の身の上を精神科看護師が心配し退院に消極的な気持ち・態度になりがちになることを指摘している。保護的認識の側面が強すぎると社会復帰を阻むことが懸念された。

第5節 課題

「精神科看護師が持つ社会参加の意識を変化させる要因」を分析し，その中で「社会参加支援に関する学習」が影響していたことから，教育で意識が変化することが期待できた。「社会参加支援に関する学習」は，病院外の研修会や学会といった＜外部からの学習刺激＞によってもたらされていた。精神科看護師の社会参加支援の意欲向上に取組みには，＜外部からの学習刺激＞が有効であると考えられた。

以上，3つの実態調査から，＜社会参加支援への意識を変える教育＞や＜社会参加支援を行うためのスキル獲得＞，＜外部からの学習刺激＞が必要であると考えられた。そのため，

以下のことを計画した。

1. 精神科看護師に対する看護倫理観を高める研修会開催

実態調査から得られた「社会参加支援への意識を変える教育」に、看護倫理観を高く持つ教育が必要であると考えた。質の高い看護には、高い倫理観が必要とされる。高い倫理観を持った看護師は、使命感を持ち専門職として看護に意欲的である。特に、精神障害者のリカバリー（社会復帰）への支援について責任を持って専門職として行っていくと期待できた。精神科看護師の倫理綱領（一般社団法人日本精神科看護協会 倫理綱領，2004）の中に、「精神科看護者は、専門的知識と技術をもって、社会の信頼と期待に応えられるよう努める」と明記され、今、社会が精神保健医療福祉改革に適応した質の高い社会参加支援の看護が求め、精神科看護師はその期待に応える必要がある。看護の倫理観を高めることが、「精神科看護師の社会参加支援の意欲向上」につながると考えた。実態調査より得られた＜外部からの学習刺激＞として、研修会の講師は、外部の講師である研究者が担当した。

2. 精神科看護職に対する認知行動療法スキル獲得に向けた研修会の開催

実態調査から得られた＜社会参加支援を行うためのスキル獲得＞として、認知行動療法のスキル獲得に向けた取り組みとした。認知行動療法は、精神症状や生活障害に対して、心理社会的アプローチで対処し、効果を得ようとするものである。認知行動療法は、もともと、うつ病に対する治療法として確立され（厚生労働省 うつ対応マニュアル，2004），その後、統合失調症，パーソナリティ障害等の精神疾患，身体疾患による疼痛，生活習慣病といった様々な健康障害を持つ人，さらには健康な人にも効果があると言われている（名城ら，2011）。そのため、精神障害者やその家族の支援を行うスキ

ルとなりえると考えられた。厚生労働省より、本研究の育成プログラム実施途中に出された「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」の中間報告（厚生労働省 障害保健福祉部が実施する検討会等，2013）に、社会参加促進・地域生活支援に向け「認知行動療法等の薬物療法以外の療法の普及を図る」と明記されている。さらに、認知行動療法は、「安定した社会生活を目指す」ことが、看護と認知行動療法の共通目標となり、看護の中に導入しやすい（岡田，2011）。特に Social Skills Training（以下，SST）では、生活障害の明らかな改善が期待できる（戸谷ら，2008）。海外では、多くの看護師が認知行動療法を実践し効果を上げている（Heli Jämefelt ら，2012）（Karen Heslop ら，2013）。日本においても、看護師の認知行動療法実践が増えつつあり、その効果について研究により検証がなされている（門田，2009）（古屋，2010）。精神障害者の社会参加促進や地域生活支援のスキルとして、さらに、家族支援としても精神科看護師に必要とされるものだと考えた。また、白倉ら（2011）は、859名の精神科看護師のデータを分析し、教育・トレーニングのニーズとして、薬物療法 68.8%や精神疾患別の基本的理解と看護 44.1%といったものが上がった中で、認知行動療法のニーズが 14.7%あることを明らかにしている。そのため、認知行動療法の知識と技術を身につけることが「精神科看護師の意欲向上」につながると考えた。実態調査より得られた＜外部からの学習刺激＞として、研修会の講師は、外部の講師である研究者が担当した。

3. 精神保健医療福祉改革に適した看護の提供に向けた精神科看護師のリーダー育成

実態調査より得られた＜社会参加支援への意識を変える教育＞や＜社会参加支援を行うためのスキル獲得＞＜外部から

の学習刺激を踏まえた精神科看護師のリーダー育成が必要であると考えられた。そこで、それらの要件を満たし、社会復帰に向けたリーダーシップをとれる精神科看護師の育成を計画した。リーダー育成にあたり、「資格認定制度」に着目した。資格認定制度は、高度医療に即し、看護師の資格をさらに高度化・専門分化したものである。日本看護協会が1994年に専門看護師、1995年に認定看護師、1998年に認定看護管理者制度を発足させた（公益社団法人日本看護協会資格認定制度、2013）。専門看護師は大学院の修士課程修了が必要であり、進学による時間の確保や経済的負担があると考えられた。認定看護師は、最初の2分野から現在21分野に拡大されたが、精神看護領域がない。認定看護管理者は、看護管理者を対象としたものであった。日本精神科看護協会が1995年、認定制度を創設し、優れた看護技術と知識及び実践能力を有し指導的役割を果たす精神科認定看護師を育成している（一般社団法人日本精神科看護協会 精神科認定制度、2014）。そのため、資格認定制度の内、日本精神科看護協会が認定する精神科認定看護師が、精神保健医療福祉改革を行う看護領域のリーダーになりうるのではないかと考えた。2015年3月末の段階で、精神科認定看護師は611名である。しかし、精神科認定看護師を対象にした金城らの研究（2006）によると、資格取得までの期間は平均31か月、総経費が職場から援助を受けない場合には350万円、援助を受けた場合にも個人で負担する経費の平均は141万円かかり、取得までに時間がかかることや経済的負担が課題としてあがった。そうした負担を踏まえ、病院によっては独自に規定を設け、院内認定看護師を育成しているケースもある。院内認定看護師を育成した病院では、そうした院内認定看護師に専門性の高い臨床実践モデルや指導的立場をとらせ、看護の質的向上を図っていた（相原、2002）。これらの報告から、院内認定看護師制度を活用し、精神科病

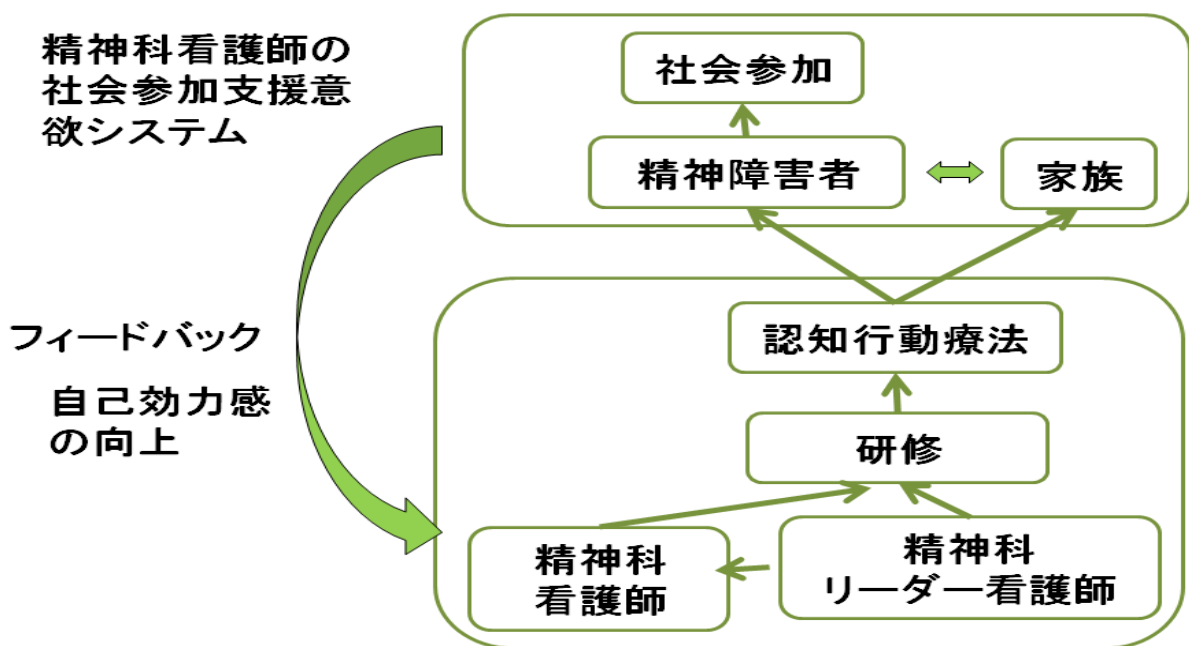
院内で活躍するリーダーを育成したいと考えた。そのリーダーが精神保健医療福祉改革に適した看護への転換を指導的立場で意欲的に行うことができると考えた。

先行研究を概観すると、院内認定看護師に関する研究は少なく、精神科において確立化された院内認定看護師の育成プログラムは見当たらなかった。そのため、今回、独自に精神科看護師のリーダー育成プログラムを作成し、社会参加支援の意欲を持ちさらにその支援を促進できるリーダー育成を目指した。

以上、実態調査より得られた＜社会参加支援への意識を変える教育＞を精神科看護師のリーダー教育として院内認定看護師制度を活用し行うこととした。その育成の中で、＜社会参加支援を行うためのスキル獲得＞として認知行動療法のスキルを獲得できる教育とし、＜外部からの学習刺激＞として外部からの講師に教育を行う計画をした。

これらのことを踏まえ、以下のように仮説モデルを作成し検証することとした。

仮説検証モデル



第Ⅱ部 院内研修を通して「社会参加支援の意欲向上」への 取り組み

第4章 看護倫理観を高め社会参加支援の意欲向上を目指し た院内研修会

第1節 問題と目的

実態調査で、＜社会参加支援への意識を変える教育＞の必要性が明らかになったことを受け、その教育として、精神科看護師が持つ看護倫理観を高める研修会を計画した。高い看護の倫理観を持つことで、使命感を持ち専門職として看護に意欲的になれ、社会参加支援の意欲が向上し、質の高い看護の提供に期待した。実態調査①の精神障害者のリハビリ（社会復帰）を諦めていた問題や実態調査②の家族の意向で社会参加支援が停滞することの問題があったが、それに対しても、看護倫理研修会の中で看護専門職としての責任を強く再認識することで、問題解決へつながると考えた。看護倫理について、以下のような考えも加え、研究を行った。

看護師は、看護実践の中で人の生命に関わり、プライバシーとされる生活を支援することから、常に倫理的配慮が求められる。「看護師の看護倫理」に関する先行研究を概観すると、水澤（2010）は、看護倫理の研修会受講について看護基礎教育機関で67%、看護基礎教育終了後40%の受講率で、決して高くないことを明らかにしていた。さらに、90%以上の看護師が倫理的知識に乏しいと認識し（水澤，2010）、山本ら（2005）は、倫理教育のニーズが高いことを明らかにしている。

精神科において、田中ら（2010）は、精神疾患の状態によっては、精神障害者の判断能力が低下することもあり、精神科看護師が体験する頻度の高い倫理的問題が、精神科看護師の判断と精神障害者の判断が対立することから生じることを明らかにしている。患者尊重を含めた倫理的問題の解決に、石崎（2006）は、コミュニケーションが困難な患者を対象と

する精神科で患者との人間関係構築の重要性を示唆していた。精神科では、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に基づき、患者の意思と関係なく強制的入院や隔離、身体的拘束といった行動制限の伴う治療（以下、治療的行動制限）が認められ、医療者優位に陥る危険性を秘めている。また、退院後に地域生活を送る精神障害者であっても、社会やマスメディアから作られる偏見や差別があり、人権侵害を受けやすい。このように、精神障害者やその家族に関わる精神科看護師には、治療及び生活の場における倫理的な配慮が必要とされる。

本研究では、精神科看護師を対象に看護倫理に関する研修会を行い、その直後と、6カ月後に、精神科看護師の看護倫理に対する意識調査を実施した。本研究の目的は、看護倫理研修会に参加した精神科看護師の看護倫理に対する意識を構造化することである。その中から、研修会によって、社会参加の看護意欲が向上したかを検討する。

第2節 方法

1. 研究対象

研究対象は、約300床の単科精神科民間病院に勤務する精神科看護師で、そのうち、看護倫理の院内研修会（以下、研修会）に参加した39名である。

2. 研究期間

2013年4月～2014年2月

3. 看護倫理研修会の概要

まず、研究対象病院より研修会の依頼があり、その研究対象病院に研究の承諾を得て研究メンバーで研修会計画を検討した。看護倫理をテーマとした研修会開催について、

研究対象病院の教育委員会メンバーと協議し修正を加え、依頼の3カ月後である5月に研修会を開催した。

1) 看護倫理研修会の学習目標

精神科における基本的な看護倫理について理解することである。

2) 研修時間

研修時間は、研究対象病院の教育委員会メンバーと相談して精神科看護師の負担が少なく、看護業務に支障のない60分間に設定した。

3) 研修内容

文献(坂田ら, 2006)や一般社団法人日本精神科看護協会 倫理綱領(2004), 先行研究(石川ら, 2005)(横田, 2011)等をもとに研修内容を抽出した。まず、看護倫理の必要性について5分間説明した(導入)。次に、日本精神科看護協会が示す倫理綱領10項目(一般社団法人日本精神科看護協会 倫理綱領, 2004)を中心に、精神科における看護倫理について事例を挙げながら40分間説明した。そして、臨床の倫理的問題を考える方法としての臨床倫理4分割表の活用方法(Jonsen AR, 1992)を15分間説明した。臨床倫理4分割表(The four topics approach to clinical ethics case analysis)は、Jonsen ARによって1980年代に米国で提唱された。臨床の倫理的問題を有効に検討する道具である。臨床倫理4分割表の4つの枠である医学的適応(Medical Indication), 患者の意向(Patient Preferences), 生きることの質(Quality Of Life), 周囲の状況(Contextual Features)に、倫理的問題を分け、考えようとするものである。日本には、赤林らによって紹介された。現在、臨床倫理を考える中で利用され、看護師が臨床倫理を考える方法としても、4分割表の有効性は明らかにさ

れている（石川ら，2005）（横田，2011）。

4. データ収集方法

質問紙は，研修会資料とともに配布した。研修会終了直後，研究者が研究の趣旨を説明し，質問紙調査を実施した。研修会終了後，回収ボックスで回収した。さらに，6カ月後，研究の趣旨を説明後，研究に同意した精神科看護師に対して，半構造的面接を行った。面接は，プライバシーが確保できる個室を使用し，参加者の同意を得て録音した。調査内容は，質問紙及び面接ともに，基本属性として年齢，性別，看護師経験，その内の精神科勤務経験とした。質問紙は「研修会の学びや感想」の自由記述とし，その中から「看護倫理の意識」に関する内容を抽出し分析データとした。主な面接内容は，先行研究（水澤，2010）（山本ら，2005）（田中ら，2010）（石崎，2006）等を基に「看護実践をする中の看護倫理の意識」，「看護倫理を意識する時」，「看護倫理の学習」とした。

5. 分析方法

回収した回答用紙および面接で得られたデータは，すべて逐語録に起こした。回答用紙の「研修会の学びや感想」の記述から看護倫理に関する部分について，同一内容の記述をひとつのコードとして取り出した。それらのコードについて質的帰納的に分析を進めて抽象度を上げ，サブカテゴリーおよびカテゴリーとして集約した。さらに，カテゴリーを図式化し，その関係性を含め意味内容を文章化した。コード化と帰納的分析，コード間の関係性については，研究者4名でその妥当性の検討を繰り返し行った。

6. 倫理的配慮

研究対象である精神科看護師が勤務する施設の病院長と看

護部長に、文書および口頭で、研究について説明し研究の承諾を得た。すなわち、研究対象である精神科看護師に調査の目的および方法、回答の任意性、プライバシーの保護、匿名性の保持、不利益はないこと、結果は学会等で公表するが個人が特定されないこと、回答用紙の提出をもって同意が得られたとみなすことを口頭で説明した。質問紙への回答は無記名とした。回答用紙の提出をもって同意が得られたとみなした。面接については、同意書の署名をもって研究の同意を確認後、実施した。研究対象である精神科看護師が所属する病院の倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号 13-1）。

研修会「精神科看護と看護倫理」



1. 倫理とは

人として行う道筋、社会生活を送る上での一般的な決まりごと、守るべき秩序
人として、ふさわしいふるまい方

2. 医療の中の倫理

医の倫理：医師の倫理？ 医療倫理：医療者の倫理 臨床倫理：医療の現場で考える倫理
看護倫理：看護者の倫理

3. 看護倫理

1) 日本看護協会 看護者の倫理綱領 15 条文

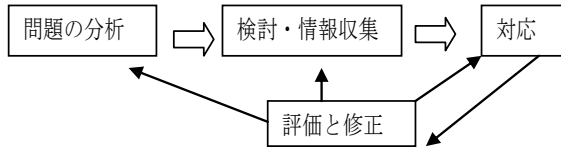
2) 日本精神科看護技術協会 倫理綱領

- ①精神科看護者は、対象となる人々の基本的人権を尊重し、個人の尊厳と権利を擁護する。
- ②精神科看護者は、対象となる人々が説明と同意に基づき治療へ参画できるよう努める。
- ③精神科看護者は、治療過程において隔離等の行動制限が必要な場合に、それを最小限にとどめるよう努める。
- ④精神科看護者は、職務上知り得た秘密を守り、プライバシーを保護する。
- ⑤精神科看護者は、専門職業人として質の高い看護を提供するため継続して学習に努める。
- ⑥精神科看護者は、より有効な看護実践を探求するため研究に努める。
- ⑦精神科看護者は、家族や他の専門職との連携を図り、対象となる人々がその人らしく生活できるように努める。
- ⑧精神科看護者は、専門的知識と技術をもって、社会の信頼と期待に応えられるよう努める。
- ⑨精神科看護者は、地域社会の人々にノーマライゼーションの観点から、精神保健福祉の普及に努める。
- ⑩精神科看護者は、看護専門職能人として地位の向上と看護水準を高めるため政策提言をおこなう。

3) 気になる倫理的な問題は？

4. 臨床倫理

1) 考え方



2) 臨床倫理の4分割表

(Jonsen AR, et al (赤木朗ほか監訳) : 臨床倫理学—臨床医学における倫理的決定のための実践的アプローチ、新興医学出版社、1997、p215)

<p>医学的適応 善行・無害の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 診断と予後 2. 治療目標の確認 3. 医学の効用とリスク 4. 無益性 	<p>患者の意向 自己決定の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者さんの判断能力 と対応能力 2. インフォームドコンセント コミュニケーションと信頼関係 3. 治療の拒否 4. 事前の意思表示 Living Will 5. 代理決定 (代行判断、最善利益)
<p>QOL 幸福追求の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. QOL の定義と評価 (身体、心理、社会、スピリチュアル) 2. 誰がどのような基準で決めるか ・ 偏見の危険 ・ 何が患者にとって最善か 3. QOL に影響を及ぼす因子 4. 生命維持についての意思決定 	<p>周囲の状況 公平・利益の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 家族や利害関係者 2. 守秘義務 3. 経済的側面、公共の利益 4. 施設の方針、診療形態、研究教育 5. 法律、慣習、宗教 6. その他 (診療情報開示、医療事故など)

経験をもとに4分割表を記入してみましょう。

医学的適応	患者の意向
QOL	周囲の状況

対応としては？

第 3 節 結果

1. 対象者の概要

回答用紙の回収ができたのは 25 名（回収率 64.1%）で，女性 16 名，男性 9 名であった。平均年齢は 40.8 歳，臨床経験は平均 17.9 年，その内の精神科勤務経験が平均 17.3 年であった。面接は精神科看護師 6 名（追跡率 24%）に対して実施し，女性 3 名，男性 3 名であった。平均年齢 35.7 歳，看護師経験が平均 9.7 年，その内の精神科勤務経験が平均 9.7 年であった。面接は，一人 1～2 回，時間は一人平均 30.5 分間であった。

2. 看護倫理に対する意識のカテゴリー

第 1 回 構造図

データを分析しコード化した（表 3，表 4）。さらに分析を重ね，以下のようなサブカテゴリーおよびカテゴリーを抽出した（図 4）。集約されたコードの内容は『 』，サブカテゴリーは《 》，カテゴリーは，【 】で表す。

研修会終了直後に関して，以下のような 8 つのサブカテゴリーおよび 5 つのカテゴリーを抽出した。研修会に参加した精神科看護師は，《倫理的問題を考えることは難しい》と感じ，《研修会は看護を倫理的視点で振り返る機会》で，【難しい看護倫理を考える機会としての研修会】と捉えていた。その中で，【精神科看護師としての職業倫理的役割】を意識する機会となり，《看護師の立場での人権保護》及び精神科に特化した《治療的行動制限を受ける患者の人権保護》といった【患者の人権保護】を意識していた。さらに，《倫理的問題に対するジレンマ》を感じながら，《倫理的問題の対策》を考え，研修会は【倫理的問題に対するジレンマと対策】を考える機会ともなっていた。研修会参加によって，《看護倫理

に関する学習不足の意識」が生じ，「看護倫理に関する学習の必要性の意識」ができ，【看護倫理への学習意欲の向上】が生じていた。

研修会終了 6 カ月後に関して，以下のような 4 つのサブカテゴリーおよび 3 つのカテゴリーを抽出した。精神科看護師は，研修会終了直後から継続し「看護師の立場での人権保護」及び精神科に特化した「治療的行動制限を受ける患者の人権保護」といった【患者の人権保護】を常に意識していた。さらに，研修会終了直後から継続した「倫理的問題に対するジレンマ」があり，同時に「倫理的問題の対策」を講じるという【倫理的問題に対するジレンマと対策】が存在していた。6 ヶ月の間に研修会の時の学習内容が薄れているものの，研修会終了直後の【看護倫理への学習意欲の向上】が影響し，【定期的な研修会の必要性】を感じていた。325 のコードの内，主なコードを交え，研修会終了直後および 6 カ月後のカテゴリー毎に，以下，説明する。

表 3. 研修会参加直後における精神科看護師の看護倫理に対する意識

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード
難しい看護倫理を研究し、研修会の機会を捉えたい	倫理的な問題は難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・倫理的な問題は非常に難しい ・研修会の短い時間では頭に入らなかつた
	研修会では看護の視点を振り返る機会	<ul style="list-style-type: none"> ・難しいが、倫理的問題を考える機会があった ・患者や家族への対応を倫理的な視点で考える機会があった ・患者のプライバシーを守っていた
精神科看護師としての役割を倫理的に割り切りたい		<ul style="list-style-type: none"> ・患者を第一に尊重 ・人の道 ・精神科看護師としてどうあるべきかを極める ・患者が暴力に及ばないように観察し、洞察力を磨き予防に務める ・日本精神科看護協会に倫理意識を伝える ・看護士としての倫理観を軸に、看護士と共に取り組むことが大切
患者の人権保護	看護師の立場での人権保護	<ul style="list-style-type: none"> ・同じ人としての関わりたい ・基本的人権の尊重が看護師に必要である
	治療的行動制限を受ける患者の人権保護	<ul style="list-style-type: none"> ・治療的行動制限があることで基本的な人権の尊重が求められる ・患者の日常生活行動で満足につなげる工夫
倫理的な問題に対するジレンマと対策	倫理的な問題に対するジレンマ	<ul style="list-style-type: none"> ・研修会の参加で、ジレンマと認識することが増える ・精神科の臨床では、倫理的ジレンマが多い ・治療的行動制限をするジレンマ
	倫理的な問題の対策	<ul style="list-style-type: none"> ・治療的行動制限を人道的な視点で考え対応する ・指が導が困難でも口調が強くなったことへの反省
看護倫理の学習意欲を向上させる	看護倫理に関する意識	<ul style="list-style-type: none"> ・まだまだ自分が未熟なのかわかる ・看護倫理についての意識、知識が不足している ・4分割表は有効 ・4分割表を使用することが難しい
	看護倫理に関する必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職として努力していかなければならない ・臨床倫理の4分割表について学習したい

表 4. 研修会参加 6 ヶ月における精神科看護師の看護倫理に対する意識

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード
患者の人権保護	看護師の立場での人権保護	<ul style="list-style-type: none"> ・人権保護は常に意識している ・人権の尊重は重要
	治療的行動制限を受ける患者の人権保護	<ul style="list-style-type: none"> ・治療的行動制限時は特に人権の尊重が重要 ・治療的行動制限されている中で生活を充実させる工夫
倫理的問題に対するジレンマと対策	倫理的問題に対するジレンマ	<ul style="list-style-type: none"> ・倫理的ジレンマが多い ・治療的行動制限に納得できずいやがる患者から感じるジレンマ
	倫理的問題の対策	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスで倫理的問題を話し合う ・倫理的問題を話し合う場の必要性
定期的な研修会の必要性		<ul style="list-style-type: none"> ・研修会を受けた時は看護倫理に納得 ・研修会内容は言われないうちが多い ・職業倫理的な意識が薄れてくる ・研修会が倫理を考える刺激 ・学習したい ・看護倫理を認識するための研修会が定期的に必要

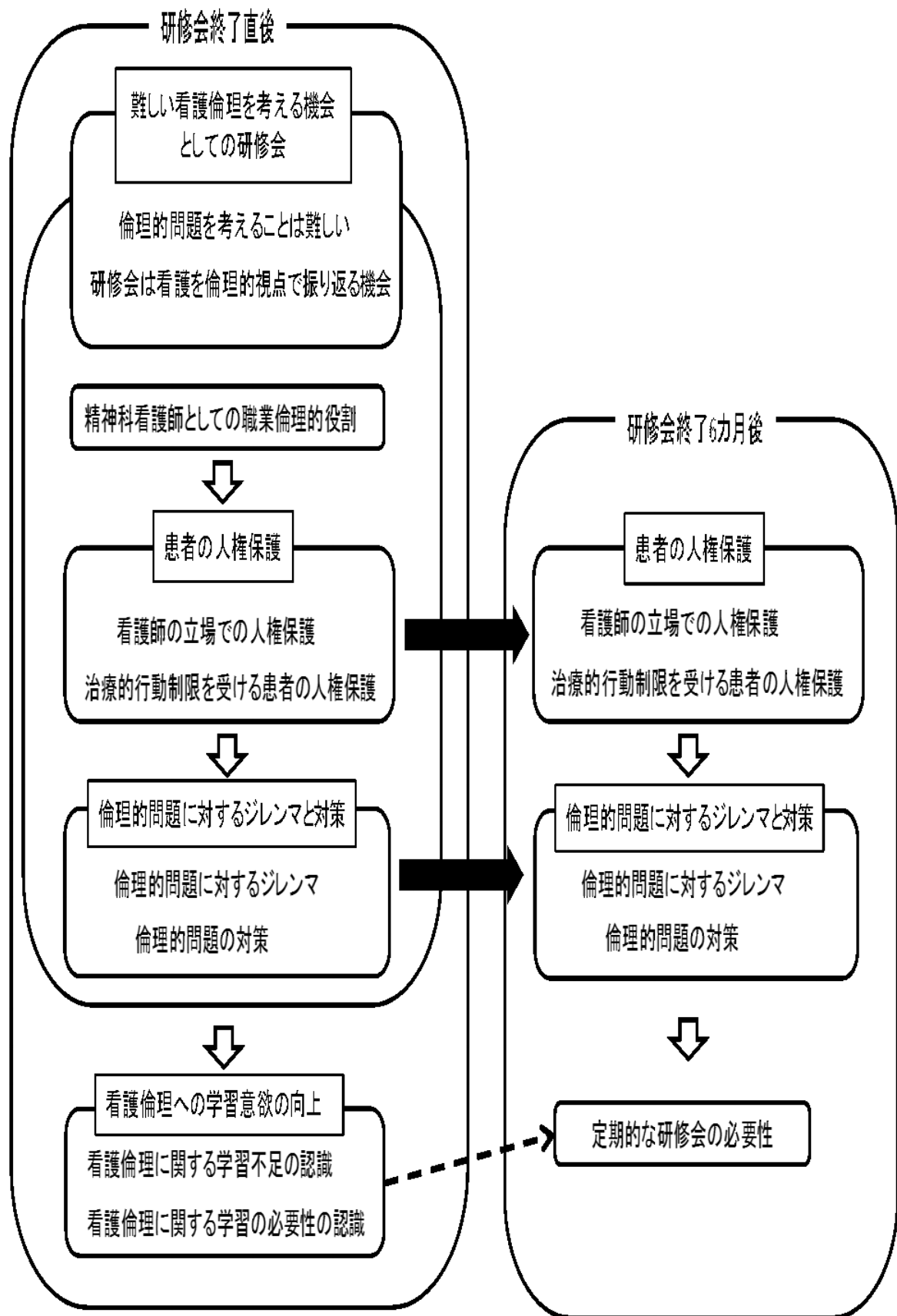


図4. 精神科看護師の看護倫理に対する意識の構造

1) 研修会終了直後のカテゴリー（表 3）

(1) 難しい看護倫理を考える機会としての研修会

『倫理的な問題は非常に難しい』と『短い時間では頭に入らず、困った』から、サブカテゴリーを「倫理的問題を考えることは難しい」とした。『難しいが、倫理的問題を考える機会となった』、『患者や家族への対応を倫理的な視点で考える機会となった』、『患者のプライバシーを守れているのか考える機会となった』からサブカテゴリーを「研修会は看護を倫理的視点で振り返る機会」とした。これら2つのサブカテゴリーから、カテゴリー【難しい看護倫理を考える機会としての研修会】に集約した。

(2) 精神科看護師としての職業倫理的役割

精神科看護師は、職業倫理的役割について、『患者を第一に尊重』し『人の道』に反していないかを考え、『精神科看護師としてどうあるべきかを見極める』ことが必要であると捉えていた。精神症状により『患者が暴力に及ばないように観察、洞察力を磨き予防に務める』ことが、職業倫理的役割と意識していた。質の高い看護の提供につなげるために、『日本精神科看護協会が示す倫理綱領 10 項目を常に意識しておく』や『看護師としての倫理観を軸に、みんなで共有し、考え検討していくことが大切』という看護チームでの倫理的検討を役割と考え、【精神科看護師としての職業倫理的役割】というカテゴリーに集約した。

(3) 患者の人権保護

厳しい偏見のある社会で生きる精神障害者に、『同じ人として関わりたい』や『基本的人権の尊重が看護師に必要である』と意識し、サブカテゴリーを「看護師の立場での人権保護」とした。『治療的行動制限があることで特に基本的

人権の尊重が求められる』と捉え、治療的行動制限を受ける患者に対し、隔離室外で行う洗面等はそばに付き添いゆっくりしてもらおう等、『患者の日常生活行動で満足につながる工夫』を行っていたことから、サブカテゴリー「治療的行動制限を受ける患者の人権保護」を抽出した。これらの2つのサブカテゴリーをカテゴリー【患者の人権保護】に集約した。

(4) 倫理的問題に対するジレンマと対策

研修会参加により倫理的視点で看護を振り返り、『治療的行動制限をするジレンマ』を多く感じ、『研修会の参加で、ジレンマとして認識することが増える』や『精神科の臨床では、倫理的ジレンマが多い』と捉え、サブカテゴリー「倫理的問題に対するジレンマ」を抽出した。ジレンマを感じると同時に、『治療的行動制限を人道的な視点で考え対応する』ことを心がけ、精神障害者の病識がない場合等、『指導が困難で倫理的に問題とわかっているにもかかわらず口調が強くなったことの反省』をしていることから、サブカテゴリー「倫理的問題の対策」を抽出した。2つのサブカテゴリーを、カテゴリー【倫理的問題に対するジレンマと対策】に集約した。

(5) 看護倫理への学習意欲の向上

『まだまだ自分が未熟なのがある』、『看護倫理についての意識、知識が不足している』と捉えていた。研修会が開催される前の院内看護研究発表で4分割表に関する研究発表を想起し、『4分割表は有効』だが『4分割表を使用することが難しい』とあった。以上のことから、サブカテゴリー「看護倫理に関する学習不足の意識」を抽出した。『専門職として努力していかなければならない』、『臨床倫理の4分割表につい

て学習したい』という希望があり，サブカテゴリー《看護倫理に関する学習の必要性の意識》を抽出した。2つのサブカテゴリーを，カテゴリー【看護倫理への学習意欲の向上】に集約した。

2) 修会終了6カ月後のカテゴリー（表3）

(1) 患者の人権保護

『人権保護は常に意識している』や『人権の尊重は重要』から，サブカテゴリー《看護師の立場での人権保護》を抽出した。『治療的行動制限時は特に人権の尊重が重要』や『治療的行動制限されている中での生活を充実させる工夫』を常に意識していることから，サブカテゴリー《治療的行動制限を受ける患者の人権保護》とした。2つのサブカテゴリーを，カテゴリー【患者の人権保護】に集約した。

3) 倫理的問題に対するジレンマと対策

精神科の臨床では，『倫理的ジレンマが多い』と考え，『治療的行動制限に納得できずいやがる患者から感じるジレンマ』があり，サブカテゴリー《倫理的問題に対するジレンマ》を抽出した。精神科看護師は，ジレンマを感じると同時に『カンファレンスで倫理的問題を話し合う』ことはあるが，もっと『倫理的問題を話し合う場の必要性』を感じ，サブカテゴリー《倫理的問題の対策》を抽出した。2つのサブカテゴリーを，カテゴリー【倫理的問題に対するジレンマと対策】に集約した。

2) 定期的な研修会の必要性

『研修会を受けた時は看護倫理に納得』するが，日々の業務に紛れて，6ヶ月後において『研修会内容は言われな
と思いだせないことも多い』と考え，精神保健福祉の普及

や社会の信頼と期待に応えるといった『職業倫理的な意識が薄れてくる』ことが生じていた。しかし、『研修会が倫理を考える刺激』となり、研修会終了直後の【看護倫理への学習意欲の向上】が、6ヶ月後も『学習したい』という意欲となっていた。そのため、『看護倫理を認識するための研修会が定期的に必要』と感じていた。以上のことから、カテゴリー【定期的な研修会の必要性】を抽出した。

第 2 回 構造図

第 1 回の構造図をさらに分析し、構造化した。

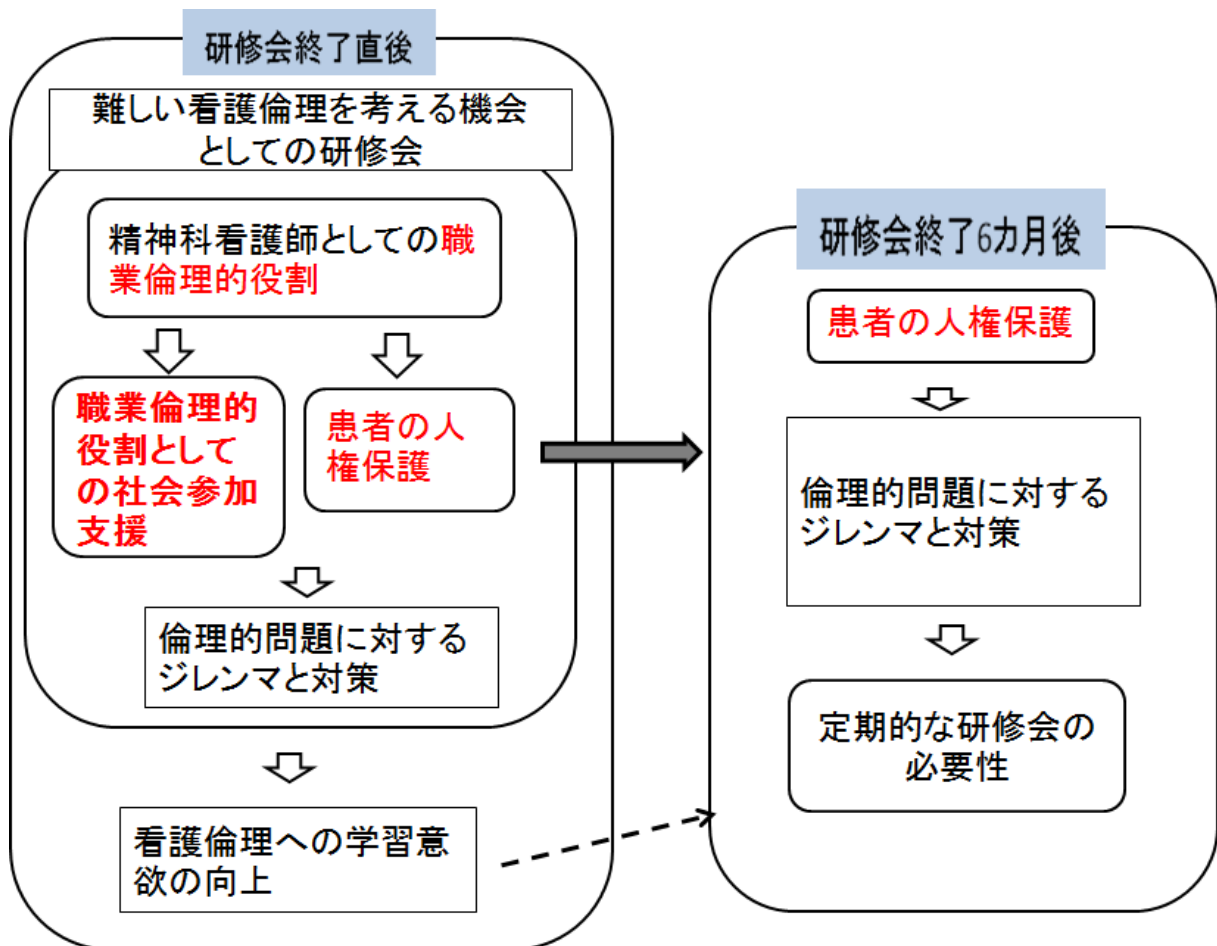


図4. 精神科看護師の看護倫理に対する意識の構造

第 4 節 考察

分析対象となる精神科看護師の数が少なく今後のさらなる

研究が必要であるものの、精神科看護師の看護倫理に対する意識の構造を図4のように表してみた。しかし、本研究に参加の精神科看護師は、研究参加の意思がある時点で看護倫理への興味や学習意欲があるとも言えた。今後、そういったバイアスをできるだけ除外し、分析対象者を増やした研究が必要である。

図4の構造図を見ると、研修会開催は、精神科看護師にとって【難しい看護倫理を考える機会としての研修会】となることが明らかである。その中で【精神科看護師としての職業倫理的役割】、【患者の人権保護】、【倫理的問題に対するジレンマと対策】を考える機会となり、研修の学習目標「精神科における基本的な看護倫理の理解」は達成と評価できる。山本ら（2005）の看護師同様、本研究の精神科看護師も倫理教育のニーズが高かったことが推定され、そのため、学習効果が上がったと考えられた。さらに、研修会参加によって【看護倫理への学習意欲の向上】が生じ、その影響は、研修会終了6カ月後においても【定期的な研修会の必要性】へつながることが明らかになった。研修会は、看護倫理の内容によっては意識が薄らぐものがあるものの、6ヶ月後に影響を及ぼし有効であると考えられた。精神科看護師が時期を問わず常に意識していたものは、【患者の人権保護】であった。精神障害者の人権侵害を象徴する1984年の宇都宮病院事件を筆頭に、医療現場での精神障害者に対する人権侵害の歴史がある。本研究結果は、精神科看護師が治療的行動制限等により人権侵害に及ぶ危険性を意識していると言え、常に倫理的意識を持っているとも言えた。また、同じように時期を問わず意識していたものとして、《倫理的問題に対するジレンマ》があった。水澤（2009）は、看護師を対象にした調査で、倫理をめぐる問題を1カ月に1～3回経験することが多いが、経験した問題を解決した割合は40%と低いことを明らかにしている。《

倫理的問題の対策」を講じても、解決しなかったり、新たな倫理的問題のジレンマが生じ、【倫理的問題に対するジレンマと対策】は精神科看護師の中に常に存在していることが推測された。

次にコードを見ていくと、【難しい看護倫理を考える機会としての研修会】のコードである『短い時間では頭に入らず、困った』は、研修の時間に対して学習内容が多すぎたことが考えられた。水澤（2009）は、倫理教育の内容や効果の見直しを指摘しており、今回の研究から得られた改善点を活かし、精神科看護師の理解しやすい教育への工夫が必要である。【精神科看護師としての職業倫理的役割】のコードでは、暴力に及ばないように『観察、洞察力を磨き予防に務める』ことが再認識できていた。古木ら（2007）の患者による暴力の被害実態調査によると、精神科看護師の被害経験率が最も高いと報告されている。佐藤ら（2008）は、精神科において暴力が日常化し暴力のリスクよりもケアの遂行が重視され、暴力を受けるのも仕事の一部と認識される危険性を指摘している。精神科において、精神疾患という病気の特性に由来した患者の暴力への対応は、精神科看護の中でも重要事項の一つである。今回の研修会は、暴力を予防するアプローチが職業倫理的役割であることを再認識する機会になっていた。さらに、『日本精神科看護協会が示す倫理綱領を常に意識しておく』というコードから、精神科における倫理綱領についての理解も深まっていた。木村ら（2010）が精神科の看護スタッフ間における意見交換の不十分さを明らかにしていたが、本研究でも『看護師としての倫理観を軸に、みんなで共有し、考え検討していくことが大切』ということを確認していた。【患者の人権保護】のコードは、精神科看護師が治療的行動制限で患者の人権が侵害されやすいことを常に意識し、その中で『患者の日常生活行動で満足につながる工夫』を看護実践し

ていることが明らかになった。【倫理的問題に対するジレンマと対策】の『ジレンマとして認識することが増えた』というコードは、研修会によって精神科看護師が臨床場面を倫理的視点考えることで生じたと推測され、倫理的視点が強化された結果と言える。治療的行動制限時に生じるジレンマは、治療的行動制限を必要とする医療者と必要性を感じない患者の思いの齟齬から生じる。田中ら（2010）は、精神科看護師の体験頻度が高い倫理的問題は退院の困難さであることを報告しているが、本研究では行動制限に関する内容であった。これは、治療的行動制限について、研修会における説明の影響が考えられた。『指導が困難で倫理的に問題とわかっていても口調が強くなったことの反省』のコードでは、精神科看護師が倫理的問題と意識しつつも、患者に対し感情的になり口調が強くなると反省していることが明らかになった。精神科看護師が感情的になることの弊害について、菅原ら（2012）は5つの事例の分析から、精神科看護師の強い口調の対応や強引なアプローチは、患者へ援助意図が伝わらないことを明らかにしている。本研究では、病識がない患者の指導の場面を挙げ、精神科看護師が患者指導という専門職の責任から、患者と真剣に向き合うために沸き起こる怒りの感情が考えられた。精神科看護師は、精神症状により常識では考えられない患者の言動に当惑し、礼儀や尊重に欠如した対応になる危険性がある。木村ら（2010）は、精神科看護師が患者に対して子どもを叱るような態度をとったり、患者に関わることの拒否等、患者への尊重の欠如を明らかにしている。精神科看護師はそのような状況に陥る危険性を意識することが必要であり、今回の研修会は、看護場面を振り返り、精神科看護師自身の負の感情に気づく機会にもなっていた。【看護倫理への学習意欲の向上】のコードは、水澤の研究（2010）で、看護師が倫理的知識のなさを認識していると報告があるように、本研究も『看

護倫理についての意識，知識が不足している』、『研修会に参加し，まだまだ自分が未熟なのがおかる』というコードがあげられた。また，『専門職として努力していかなければならない』等のコードから，学習への動機を高められたと考えられる。また，本研究では，精神科看護師の中で，実際に4分割表を活用しその効果を体験した者もいたが，ほとんどは4分割表について学習しておらず，短い時間で理解できていなかった。看護の中でも臨床倫理を考える方法として，4分割表の有効性は明らかにされ（石川ら，2005）（横田，2011），本研究で学習の希望があったことから，今後の研修会での学習課題となった。【定期的な研修会の必要性】のコードでは，研修会で高められた倫理的学習は，職業倫理的な意識等が6ヶ月の間に薄れることが明らかとなった。『看護倫理を認識するための研修会が定期的に必要』というコードから定期的な研修会の必要性を精神科看護師は意識していた。岩本ら（2005）も，看護師長を対象にしたものであったが，定期的な倫理教育の意識が高いことを明らかにしている。

今後の課題として，精神科看護師が理解しやすい研修会を定期的に開催し，看護倫理の意識を高く継続できる工夫が必要であると考えられた。

第5節 課題

看護倫理の研修会によって，倫理的に考え，『専門職として努力していかなければならない』等のように看護意欲は高まったが，時間経過とともに薄らぐことが明らかになり，看護倫理の意識を高く継続できる工夫として，理解しやすい研修会を定期的に開催する必要がある。そのことで社会参加支援の意識が向上すると考えられた。

第 5 章 社会参加支援のための認知行動療法のスキル獲得に向けた院内研修会

第 1 節 問題と目的

実態調査①で明らかになった精神科看護師が精神障害者のリカバリー（社会復帰）を諦めていたり，実態調査②で家族の意向でリカバリー（社会復帰）の支援が停滞する問題に対し，〈社会参加支援を行うためのスキル獲得〉になる認知行動療法の研修会を行った。精神科看護師にとって，認知行動療法が精神障害者への生活力を高めるスキルとなり，家族の負担という認知を変える家族支援ともなると考えられた。特に，近年，精神医療福祉の領域で，社会心理的治療への関心が高まっている。薬物療法で改善されない精神症状や生活障害に対して，心理社会的アプローチによって対処し，効果を得られる社会心理的治療である認知行動療法が社会生活上の問題の改善や課題の解決を図れるからである。

今回，研修会によって，精神科看護師が認知行動療法のスキルを習得する第一歩となると期待できた。本研究によって，その研修会の効果と課題を明らかにし，精神科看護師が認知行動療法のスキル習得に向けた今後の教育の材料としたいと考えた。本研究の目的は，精神科看護師に対する認知行動療法研修会の効果と課題を明らかにすることである。そこから，研修会による認知行動療法の学習が看護意欲にどう効果があったか検討する。

第 2 節 方法

1. 研究対象

研究対象は，約 300 床の単科精神科民間病院に勤務する精神科看護師で，認知行動療法の院内研修会（以下，研修会）に参加した 41 名である。

2. 研修会の概要

研修会開催の約半年前に、研究対象病院の院長，看護部長，副看護部長，教育委員会メンバーに文書および口頭で，研究について説明し研究の承諾を得た。効果的な研修会にするため，その目標，日時，時間，内容等を教育委員会メンバーと検討し，以下のように決定した。

1) 研修会の目標

研究対象病院に勤務する精神科看護師の認知行動療法実践に向けた第一回の研修会とし，まずは「認知行動療法の基本的方法について理解する」ことを目標とした。

2) 研修会の時期

病院および病棟における治療や行事等を考え，日時を設定した。精神科看護師が，負担なく研修会に参加でき，看護業務に支障のない60分間を設定した。

3) 研修の案内と参加の促進

教育委員会メンバーより案内と参加の働きかけを行うことにした。

4) 研修内容

岡田(2011)の文献を中心に，内山ら(2008)，秋山ら(2011)，David Kingdonら(2002)，Sharon Maorgillo Freemanら(2004)等を参考に研修のポイントとなる内容を決定した。その資料を配布し，以下のことを研修会で行うことにした。

(1) 認知行動療法の概要について説明

認知行動療法の理論・効果・対象となる人・方法について，説明する。プレゼンテーション用のスライドを使用し，イラスト，図表を入れながら理解しやすいようにする。

(2) 精神科看護師自身が認知行動療法の疑似体験ができる
演習

精神科看護師自身の生活に認知が及ぼす影響について説明し、精神科看護師自身が自分の認知に気がつく演習を行う。さらに認知行動療法的アプローチの効果を経験した精神科看護師自身が感じてもらう演習を行う。

(3) 看護実践の中で行う患者への認知行動療法をイメージできる場面の創作（ロールプレイ場面）

研究対象病院で認知行動療法を実践する場면을創作し、ロールプレイで認知行動療法の看護実践がイメージしやすいようにする。

ロールプレイ場面

場面 1：看護師自身の認知，行動について考えるロールプレイ

看護師長「昨日，研修会で勉強したよね。夕方のカンファレンスで伝達してね。しっかり，伝達してよ。」

看護師「急に無理」

「できるかな，不安，焦る・・・」

「ドキドキしてきた，胃が痛い」

「今日は，いろいろ患者のケアがあるのに，気になって・・・集中できん」

場面 2：看護師自身の認知，行動について考えるロールプレイ

看護師「〇〇さんは，今日，妄想がひどくて，食事に毒が入っていると言って，食べないし，急に踊りだして，隔離解除したばかりで，周囲の刺激が多いと思って，強制的に食堂から部屋に帰ってもらったんです」

看護師長「〇〇さんの場合，それはどうかな，その対応じゃ・・・」

看護師「どうしたら，いいですか」

看護師長「あ，会議の時間だった」と言って去る

看護師「その日，どこがいけないのか聞こうとして師長さんを待っていたけど，会議が遅くまであり，帰るまでに会えませんでした。家に帰っても，気になって，こう見えても小心者で・・・布団をかぶり寝ました。」

「認知のゆがみがあるので，その日考えたことは，辞めさせられる，病棟異動かな・・・これは恣意的推論，ネガティブな結論を出すことです」

「師長に嫌われている，これも恣意的推論，感情的決めつけとも言います」

「本当は師長の〇〇さんに対する看護の考えがあってその意見を言われただけ」

「それと私に看護師として成長してほしいと思って言われたかもしれませんが・・・」

場面 3：患者に対する認知行動療法

看護師：「この前の面接で，一郎さんは，太郎さんに透視能力があって自分を見張っていると思って怖くなるという話をしましたね」

一郎：「そうです，怖いんです。そう思います，間違いないです」

「時々，ひどく怖くなります」

看護師：「そう思っておられるのですか」

「今日は，一郎さんが怖いと感じなくて済むように，一郎さんの思っていることを色々な角度から一郎さんと調べてみようと思っています」

「どうでしょうか」

一郎：「わかりました」

看護師：「わかりやすく、考えていくために記録表を準備してきました」
「この記録表で整理して、一郎さんの怖い気持ちが和らぐような考え方をいろいろな視点から調べていきます」
「今日は、初めてなので、私が書き込みますね」
「いかがでしょうか」

一郎：「はい、わかりました」

看護師：「どんな時に見張られていると思いますか」

一郎：「部屋で寝てるとき、洗面所から見張っています」

看護師：「どういう時間ですか」

一郎：「午後が多いです」

看護師：「その時の怖さはどれくらいですか、0～100%で表すとどうですか？」

一郎：「95%です」

看護師：「わかりましたと言って、表に書き込み、一郎さんに確認します」
「太郎さんの透視能力については、以前、調べたわけではないと言われていましたがどうですか」

一郎：「調べてはないけど、太郎はよく本を読んでいるし、透視能力ぐらいあると思って・・・」

看護師：「ここで色々と一郎さんと太郎さんの日頃の関わり方について聞いていきます。その結果、話したこともほとんどなく、透視能力があるかも太郎さんに聞いたわけでないということがわかってきます」
「透視能力があるか怪しいということを一郎さんと話し合います」

一郎：「洗面所からは透視能力がないなら部屋にいる私を見張られないですね」
「でも、ホールにいる時だったらなくても見張れます」

看護師：「ホールで見張られていると思ったことはありますか」

一郎：「そういえば、ないですね」

看護師：「透視能力がなければ、洗面所から見張れないしホールで見張られていないことを一郎さんへ確認していきます」
「色々考えてきましたが、面接の最初で怖い気持ちが95%でしたが、今はどれくらいですか」

一郎：「少し減って70%くらいです、まだ、半信半疑です。透視能力がないと言い切らないし・・・」

看護師：「今、話し合ったばかりですし、これから、1週間、調べてみましょう・・・と続いています。」

3. 研究時期

2013年3月から12月とした。

4. データ収集方法

質問紙を研修会資料とともに配布し，研修会終了直後に研究者が研究の趣旨を説明し，回答するように依頼した。研修会終了後，質問紙を回収ボックスで回収した。質問紙では，基本属性として年齢，性別，看護師経験，精神科勤務経験を尋ね，「認知行動療法についての学びや感想」を自由記述させた。

5. 分析方法

回収した回答用紙で得られた「認知行動療法についての学びや感想」に関する自由記述は，すべて逐語録に起こした。逐語録を分析し，同一内容と判断できる記述をひとつのコードとして取り出した。それらのコードについて質的帰納的に分析を進めて抽象度を上げ，カテゴリーとして集約した。さらに，カテゴリーを図式化し，その関係性を含め意味内容を文章化した。コード化と帰納的分析，コード間の関係性については，研究者間でその妥当性の検討を繰り返し行った。

6. 倫理的配慮

本研究は，研究対象である精神科看護師が所属する病院の倫理審査委員会の承認を得て行った。加えて，研究対象である精神科看護師が勤務する施設の病院長と看護部長，教育委員会メンバーに，文書および口頭で，研究について説明し研究の承諾を得た。研究対象である精神科看護師に調査の目的および方法，回答の任意性，プライバシーの保護，匿名性の保持，不利益はないこと，結果は学会等で公表するが個人が特定されないこと，回答用紙の提出をもって同意が得られた

とみなすことを口頭で説明した。質問紙への回答は無記名とし、回答用紙の提出をもって同意が得られたとみなした。研究対象である精神科看護師が所属する病院の倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号 13-1)。

第 3 節 結果

1. 対象者の概要

研修会参加者 41 名の内、研究参加者は 26 名 (回収率 63.4%) であった。その内訳は、男性 7 名、女性 19 名であり、平均年齢は 39.7 歳であった。また、看護師経験が平均 17.0 年、その内、精神科での臨床経験が平均 13.6 年であった。

2. 「認知行動療法についての学びや感想」に関する自由記述の解析とカテゴリーの抽出

第 1 回 構造図

本論文では、これ以降、コードを『 』, コードから抽出したカテゴリーを<>で表す。

「認知行動療法についての学びや感想」に関する自由記述を質的帰納的に分析した結果、97 個のコードを抽出した。認知行動療法研修会に関して、参加の効果を示す 3 つのカテゴリー<自分自身の認知の自覚>コード数 16 個、<自分自身に対する認知行動療法の効果を体験>コード数 15 個、<患者に対する認知行動療法活用の意欲>コード数 31 個と課題を示す 1 つのカテゴリー<患者への認知行動療法活用の困難>コード数 15 個が抽出できると判断した。3 つのカテゴリーに属さないコード 20 個の内容としては、過去の認知行動療法への興味や理解できた学習内容等があった (図 5)。

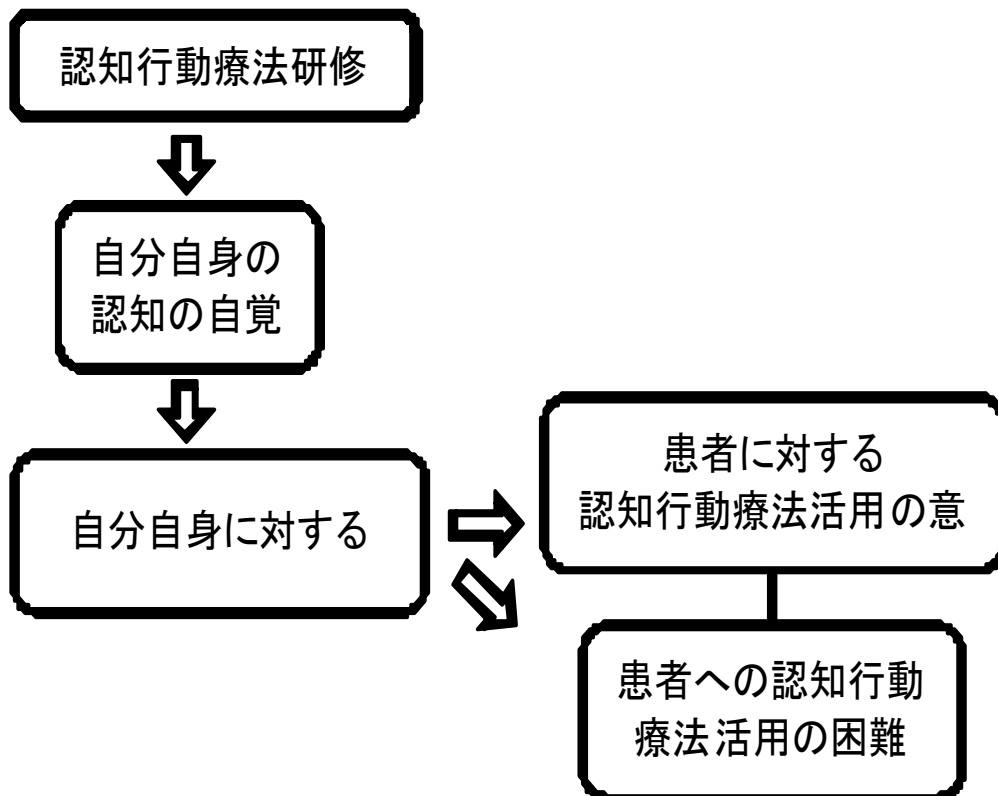


図5. 認知行動療法研修会の成果

以下にカテゴリー毎に，主なコードを交えて説明する。

1) 自分自身の認知の自覚

精神科看護師は，『自分の認知の歪みを再認識できた』『自分の考えを見直せた』という認知の確認ができていた。『自分というものが見えてきた』『自分が思っていなかった自分に気がついた』という新たな認知の気づきがあった。以上のことから，研究参加の効果として，カテゴリー＜自分自身の認知の自覚＞が抽出できると判断した。

2) 自分自身に対する認知行動療法の効果を体験

『自分自身に認知行動療法をやり効果が体験できた』と認

識し、これから『認知行動療法を自分自身に使っていききたい』
『自分のセルフコントロールに使える』と考えていた。『認知行動療法の本を購入したが、よくわからず、今回、自己診断もありわかりやすかった』と考えていた。認知行動療法によって、『イライラしなくていいと思った』『自分の思い・考えを変えるとゆとりが出る』という認知行動療法の効果について体験できていた。以上のことから、研修会参加の効果として、カテゴリー＜自分自身に対する認知行動療法の効果を体験＞が抽出できると判断した。

3) 患者に対する認知行動療法活用の意欲

『認知行動療法には興味があったので、聴けて良かった』
『次の研修会を楽しみにしている』『ロールプレイで楽しい雰囲気』の研修会』と捉え、『(ロールプレイの)具体的な患者の症例でわかりやすかった』『認知行動療法の方法はわかった』と学習できていた。さらに、『自分に良いとわかったし認知行動療法で患者の支援をしたい』と自分自身の認知行動療法の体験が患者活用へつなげていた。『認知行動療法によって患者がいい方向に変わればいい』、『もっと患者の認知行動療法の事例を知りたい』とあった。以上のことから、研修会参加の効果としてカテゴリー＜患者に対する認知行動療法活用の意欲＞が抽出できると判断した。

4) 患者への認知行動療法活用の困難

『認知行動療法の進め方がわかったが患者に実際にするのは難しい点がある』、『認知行動療法は、時間もいるし難しい』、『患者の症状により、実際は難しい』『実際の患者に行うには、認知行動療法をもう少し細かく理解しないといけないと思う』といった患者への認知行動療法活用の困難を示めしていた。以上のことから、今後の研修会の課題に関連するカテゴリー

＜患者への認知行動療法活用の困難＞が抽出できると判断した。

3. カテゴリー間の関係

カテゴリー間の関係性を検討した結果，図5のように構造化できると判断した。認知行動療法研修会の効果として，精神科看護師は，＜自分自身の認知の自覚＞と＜自分自身に対する認知行動療法の効果を体験＞していた。さらに，患者に対する認知行動療法活用方法の説明やロールプレイを見学し，＜患者に対する認知行動療法活用の意欲＞が精神科看護師の中に生じた。それと同時に，看護実践を振り返り，＜患者への認知行動療法活用の困難＞を感じ，このことに対する教育が今後の研修会の課題であった。

第2回 構造図

第1回の構造図をさらに分析し，構造化した。

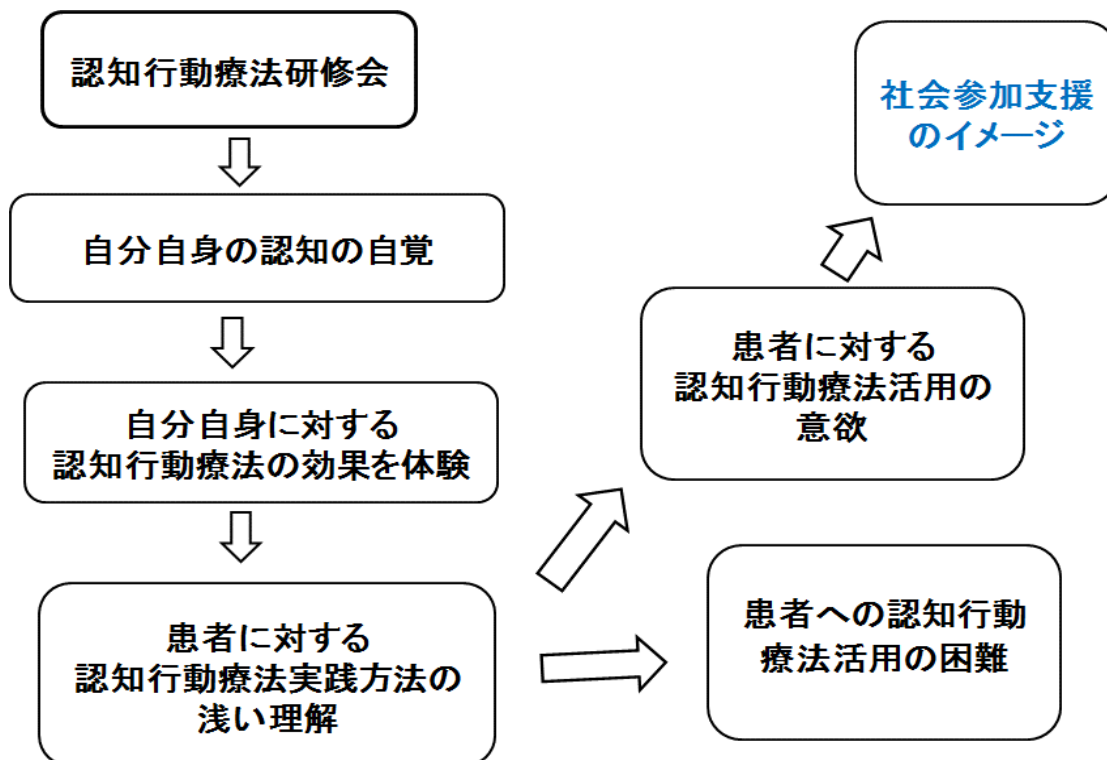


図5. 認知行動療法研修会の成果

第 4 節 考察

対象人数が少なく，一般化は難しいが，図 5 は，研修会の結果を構造化したもので，次の研修計画の材料に成り得ると考えられた。今後，普遍性の高いものとするには，対象者の拡大や質問紙に限らないデータ収集方法の検討等が必要である。

図 5 を見ると，精神科看護師の＜自分自身の認知の自覚＞と＜自分自身に対する認知行動療法の効果を体験＞し，＜患者に対する認知行動療法活用の意欲＞が得られ，これらが研修会の効果であった。＜患者に対する認知行動療法活用の意欲＞は，「認知行動療法が自分にできるという認知」の高まりといえた。この成果を生み出す行為が自分にできるという認知は，self-efficacy（以下，自己効力感）であり，研修会参加の精神科看護師は自己効力感が高まったと考えられた。自己効力感に関する理論は，Bandura により提唱されている（Bandura, 1997）。Bandura は，強力な効力感を作り出す最も効果的な方法として，制御体験という忍耐強い努力の成功体験をあげている。コードの『認知行動療法の本を購入したが，よくわからず，今回，自己診断もありわかりやすかった』とあるように，精神科看護師は認知行動療法の理解に苦勞をしていることが考えられた。今回，＜自分自身に対する認知行動療法の効果を体験＞という成功体験ができ，自己効力感が高まり，＜患者に対する認知行動療法活用の意欲＞につながったと考えられた。山根（2009）も，精神科看護師を対象に行った調査より，自信が持てることが看護実践の意識を高めるとし，精神科看護師が成功体験で自信が得られたと考えられた。

また，＜患者に対する認知行動療法活用の意欲＞と同時に，精神科看護師は＜患者への認知行動療法活用の困難＞を感じていた。このことは，認知行動療法実践をイメージできたか

らこそ、出てきた内容とも考えられ、次回の研修会の課題と言えた。精神科看護師が認知行動療法を看護に導入し効果を得た研究が増えつつあり（門田，2009）（古屋，2010），その研究から具体的に認知行動療法実践のモデルを示し，コードの『実際の患者に行うには，認知行動療法をもう少し細かく理解しないとイケないと思う』という欲求を満たすような支援が必要である。『認知行動療法は，時間もいるし難しい』，『患者の症状により，実際は難しい』と過去の看護実践を振り返りながら，勤務の状況や患者の状況から認知行動療法活用の困難を感じていることが推測された。松永ら（2013）は，看護師を対象に災害救済活動への参加経験がない理由の多くが，「自分に何ができるかわからなかった」46.2%，「自分がどの程度役に立つかわからなかった」44.1%であることを明らかにしていた。松永ら（74）の研究同様，今回の研修会だけでは，自分にどの程度できて，どの程度の効果を出せるかわからなかったと考えられる。時間や患者の症状による問題に対しては，そのことを考え実践する方法を教育していく必要がある。東中須（2007）は，院内教育の実態調査より，精神科看護師が病棟で体験しながら学ぶ研修の必要性を示唆していた。患者に活用できる認知行動療法のスキル習得に向けて，病棟で体験しながら具体的な認知行動療法実践の教育が必要である。

『（ロールプレイの）具体的な患者の症例でわかりやすかった』や『認知行動療法の方法はわかった』というコードから，研修会の目標である「認知行動療法の基本的な方法について理解する」は，達成できたと評価できる。『自分が思っていなかった自分に気がついた』とあるように，精神科看護師は，自分自身の認知について，考える機会を得ていた。精神科看護師自身の認知の自己診断があることで，認知行動療法がわかりやすくなったことが明らかになった。今後，認知行動療法

に関する研修会において、精神科看護師自身の認知を自覚する演習を導入とすることが、効果的であることが示唆された。精神科看護師が＜自分自身に対する認知行動療法の効果を体験＞し、『これからも自分のセルフコントロールに使える』というコードから、精神科看護師の精神的健康や生活自体が、質的に向上すると推測された。香月ら（2010）が、精神科看護師に認知行動療法を実施し、精神科看護師の気分や精神的健康が改善された結果が今後期待できる。白石ら（2010）の研究によれば、精神科看護師は、患者の妄想や幻覚に対し効果的な対応ができないというつらい感情を持つと、その患者の関わりを拒否する傾向を明らかにしていた。このことから、認知行動療法によって、精神科看護師自身のつらい感情を軽減し、さらに患者の妄想や幻覚に対して認知行動療法を実践することで効果を得ることができれば、非常に有益であると考えられた。『ロールプレイで楽しい雰囲気での研修会』とあるように、研修会の時間内は、興味を持って学習できたと言える。『次の研修会を楽しみにしている』等、学習に期待を持ち、次回につなげることができたことは有益であった。桑田ら（2013）は、看護師を対象に調査し、患者を通して感じる喜びがやりがいにつながっていることを明らかにしていた。岡部ら（2002）も、精神科看護師の勤務経験5年以上と限定した対象ではあるが、やる気を支えているものとして、患者から得られる喜びを挙げている。＜患者に対する認知行動療法活用の意欲＞があることから、患者への認知行動療法の効果を得られることで意欲が継続できると考えられ、そういった教育の工夫も必要であると考えられた。

第5節 課題

今回、＜患者に対する認知行動療法活用の意欲＞があることから、看護意欲の向上につながったと考えられた。今後、

患者への認知行動療法の効果を得られることで意欲が継続できると考えられ、認知行動療法実践への支援が必要である。アンケートのデータ分析により研修会の効果が確認でき、認知行動療法のスキル獲得に向けた研修会のさらなる開催とともに、精神科看護師が病棟で体験しながら学ぶ研修会の開催が必要であると考えられた。

第Ⅲ部 リーダー育成を通して「社会参加支援の意欲向上」への取り組み

リーダー育成は、半年間の一連のプログラムを2回展開し、8名のリーダー育成に関することを述べる。リーダー育成に関しては、育成プログラムに参加する前に、研究対象病院や精神科看護師へ博士課程における研究でもあることを説明して開始した。リーダー育成プログラムで育成された精神科看護師を「精神科リーダー看護師」または「院内認定看護師」と呼び、文中でもその表現をしている。

第6章 社会参加支援を踏まえた「精神科のリーダー看護師育成プログラム」作成

前述の第Ⅱ部における実態調査の分析より、社会参加支援の意欲を高く持ちその支援を促進できる精神科リーダーを育成するプログラムを作成した。

第1節 リーダー必要な要素

育成プログラム作成にあたり、認定看護師制度を活用しながら、必要な要素を検討した。必要とされる要素を、以下のように考えた。

- ① 精神保健医療福祉改革を踏まえ、指導的役割がとれる。
- ② 他の看護師のモデルとなり得るための看護の深い理解がある。
- ③ 精神保健医療福祉改革を踏まえ、社会復帰や地域生活支援のスキルがある。

第2節 リーダー育成プログラム内容

前述の第1節リーダー必要な要素を踏まえ、以下のように育成プログラムの内容を抽出した。

1. 育成プログラムの趣旨

精神保健医療福祉政策を踏まえ，現代社会が求める精神看護に関心を持ち，院内における指導及び教育的役割を担える精神科看護師育成のためのプログラムとした。

本研究で育成プログラムを受講し，研究対象病院でリーダーと認められた精神科看護師を「精神科リーダー看護師」または「院内認定看護師」とした。

2. 育成プログラムの教育内容

精神科認定看護師制度ガイドブック（一般社団法人日本精神科看護協会 教育認定委員会，2013）や先行研究（福田ら，2010）（中島，2011）（中島ら，2012）（中島，2013）（Bandura，1997）（諏訪，2011）等を参考に，前述「第1節 リーダーに必要な要素」を踏まえ，学習内容と教授方法を以下のように決めた。講師は，教育内容に応じ，適切な教授ができる人材に依頼した。一連の育成プログラム実施の1回目は全て外部講師とし，2回目は，外部講師と「研究対象病院の看護部長」，「1回目に育成された精神科リーダー看護師」が担うこととした。また，前述（第Ⅱ部）の研修会とリーダー育成を連動させ，研修会において，リーダー育成をアピールし，精神科リーダー看護師が活動する際の病院スタッフ協力につなげた。さらに，育成プログラムの一部を公開にし，公開研修会として病院スタッフも参加できるようにした。

(1) 精神保健医療福祉政策のもと，看護を変化させるリーダーの役割

前述の「第1節リーダーに必要な要素」である【①精神保健医療福祉改革を踏まえ，指導的役割がとれる】ことを目指し教育することとした。

リーダーの役割を学習内容とし、そのことについて事例を交え説明する。1回目を精神科認定看護師である外部講師、2回目は精神科認定看護師である看護部長が担当した。

(2) リーダーに求められる深い看護の理解

前述の「第1節リーダーに必要な要素」である【②他の看護師のモデルとなり得るための看護の深い理解がある。】ことを目指し教育することとした。

育成プログラムに参加した精神科看護師が自らの看護実践と看護理論及び看護倫理を結びつけ、自分自身の課題を明確化できる学習内容とした。さらに、看護実践を看護研究としてまとめるようにした。また、看護は全人的ケアであり、身体的看護の理解を深めるため、精神科病院で行う救急救命処置を講義及び演習で学習する。

1回目、2回目とも外部講師が担当した。研究者を含む看護大学の教員である外部講師3名、救急救命士で看護師である外部講師や救急看護を経験した看護師が担当した。

(3) 認知行動療法についての学習

前述の「第1節リーダーに必要な要素」である【③精神保健医療福祉改革を踏まえ、社会復帰や地域生活支援のスキルがある】ことを目指し教育することとした。

社会復帰や地域生活を支援するための認知行動療法について学習する。ここでは、1回目、2回目とも外部講師が担当した。認知行動療法の問題解決法、認知再構成法については、研究者を含む看護大学の教員である外部講師3名が担当した。認知行動療法の資料は、主に岡田の文献（2011）のもとに作成した。SSTについては、SSTを専門とする実践者であり教育者でもある臨床心理士、SSTの実践者であり教育者でもある保健師、また精神看護学を専門とする教育者である看護師、認

知行動療法を実践している看護師の4名が外部講師となり教育を行った。

育成プログラムでは、認知行動療法の理論を教え、SST、問題解決法、認知再構成法等認知行動療法の実践方法に至る学習内容を抽出し教育した。

(4) 地域生活支援についての学習

前述の「第1節リーダーに必要な要素」である【③精神保健医療福祉改革を踏まえ、社会復帰や地域生活支援のスキルがある】ことを目指し教育することとした。

精神科訪問看護ステーション等の協力が得られ、地域生活支援について学習する内容を当初作成していた育成プログラムに追加した。そのため、一連の育成プログラムを実施した2回の内、1回目の育成プログラム実施の際は、最後に追加する形になった。2回目は、育成プログラムの中に組み込み学習できるようにした。1回目は、外部講師である研究者、2回目は、1回目にリーダーとなった精神科看護師が担当した。

3. 教育方法

教育内容の習得に必要な講義・演習を検討した。その結果、以下のように決定した。

- 1) 45分を1コマとした30コマの講義及び演習、9種類の課題レポートによる教育を半年間かけて実施する。
- 2) 9種類の課題レポートは、講義及び演習での学びをさらに深めるテーマとし、合格基準を設け指導し、合格基準まで再提出を求める。
- 3) 研究者による個別指導体制を整備し、学習理解の支援や心理的支援ができるようにする。

4) すべての講義・演習は，研究対象病院の協力を得て，勤務時間内に病院内で実施し，育成プログラム受講の負担が最小限になるよう配慮する。

5) 院内認定看護師育成に関する規定

研究対象病院の院長，看護部長，教育委員長と審議し，規定を以下のように作成した（表 5）。

表 5 院内認定看護師（精神科リーダー看護師）育成に関する規定

〈受講要件〉

精神看護領域での経験年数が3年以上あること。
部署責任者等の推薦を必要があること。

〈研修時間数〉

講義，演習で30時間受講する。

〈評価方法〉

課題レポート，研修態度，面接審査で評価する。

〈認定基準〉

以下の基準に達し，病院長が承認した場合，院内認定看護師として認定される。尚，認定期間は5年間とする。

- ・講義，演習において，2/3以上の出席がある。
- ・課題レポート，研修態度を評価し合格基準に達している。
- ・面接での評価が合格基準に達している。

〈フォローアップ体制〉

5年後の更新審査を行う。

「認定更新の資格取得条件」として，5年間で30ポイント修得する。

- ・専門領域における自己研鑽
 - 論文投稿 25ポイント
 - 学会発表 20ポイント
 - 院内研究発表 15ポイント
 - 院内研究会参加 5ポイント
 - 学会参加 10ポイント
 - 院外研修会参加 10ポイント
- ・活動実績
 - 研修の講師 20ポイント

4. 育成プログラムの実施

研究対象病院より精神科リーダー看護師候補が，1回目6名，2回目2名が推薦された。育成プログラムに従い，教育を行う。1名が4コマの欠席があったが，補充講義を行い，結局，全員が全ての育成プログラムを受講できた。9種類の課題レポートも合格基準に達し，最終的評価を管理者である病院長と看護部長，研究者間で行い，全員がリーダーとして承認された。以下に実施した主な教育内容と資料を示す。

1) 精神保健医療福祉政策のもと，看護を変化させるリーダーの役割

- ・担当講師が教育にあたり，精神保健医療福祉の現状を話しながら，リーダーとしての役割について説明を行う。
- ・リーダーの役割について，事例を交えながら説明する。
- ・日本で認定看護師制度である日本精神科看護協会及び日本看護協会の認定看護師制度の目的，その存在意義について説明する。
- ・病院内で認定されるリーダーとなる看護師（院内認定看護師）の存在意義について説明する。

主な授業資料

院内認定看護師の存在意義について

認定看護師制度とは

- ・日本精神科看護技術協会

Certified Expert Psychiatric Nurse

精神科の看護領域においてすぐれた看護技術と知識を用いて，水準の高い看護実践のできる看護師を社会に送り出すことにより，看護現場における看護のケアの質の向上をはかることを目的とする。

- ・日本看護協会

Certified Nurse

認定看護師制度は、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護現場における看護ケアの広がり**と質の向上**をはかることを目的としている。

豊かな人間性、熟練した知識と技術を持った看護師で、**看護モデル**として、実践の指導や研修会講師等行い、看護の質を向上させる。

院内認定看護師とは・・・

豊かな人間性、熟練した知識と技術を持った看護師で、**看護モデル**として、実践の指導や研修会講師等行い、看護の質を向上させる。

2) リーダーに求められる深い看護の理解

(1) 看護理論を講義後、育成プログラムを受講している精神科看護師が経験した看護実践を看護理論に沿ってまとめ、自己の看護の分析を課題レポートとする。課題レポートは、個別指導とし、看護理論に沿って、看護的視点で分析できるまで修正を求めた。

精神科における看護倫理の内容について、前述（第Ⅱ部第1章）の看護倫理研修会と今回のリーダー育成を連動させ、看護倫理研修会参加時間を1コマと認めた。さらに、看護倫理研修会とは別に、社会が求める精神保健福祉改革に適応した看護を実践する責務について話した。日本精神科看護協会が示す倫理綱領を中心に、看護専門職の倫理について再度説明した。

授業 主なプレゼンテーション用スライド

ス
ラ
イ
ド

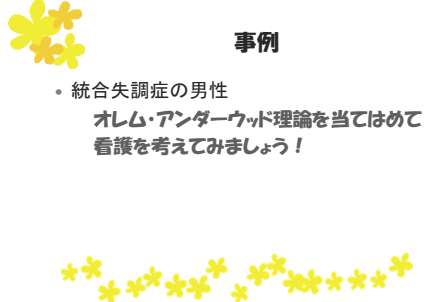
1



看護理論



ス
ラ
イ
ド
4



事例

- 統合失調症の男性
オレム・アンダーウッド理論を当てはめて
看護を考えてみましょう！

ス
ラ
イ
ド

2



看護理論・・・多くある

人名	著書	理論の内容
ペプロウ	人間関係の看護論	精神力助的理論に基づく治療的な看護者-患者関係
トラベルビー	人間対人間の看護	看護を援助する対人関係のプロセス
オレム	オレム看護論	セルフケアを中心的概念とする看護理論
アンダーウッド	オレム・アンダーウッド理論	精神科に合わせオレム看護論の修正
ナイチンゲール	看護覚え書	病気の看護ではなく病人の看護、自然が働きかけるよう最善の状態におく
ヘンダーソン	看護の基本となるもの	看護の独自の機能 日常の行動、知識や体力、意思の力の不足しているとき手をかすことが看護

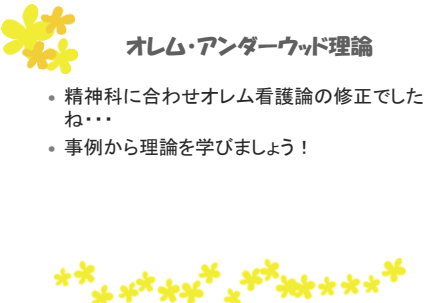
ス
ラ
イ
ド
5



セルフケア理論

ス
ラ
イ
ド

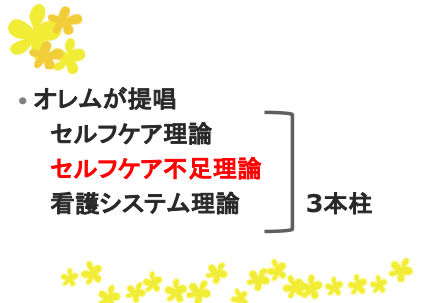
3



オレム・アンダーウッド理論

- 精神科に合わせオレム看護論の修正でしたね・・・
- 事例から理論を学びましょう！

ス
ラ
イ
ド
6



- オレムが提唱

セルフケア理論	}	3本柱
セルフケア不足理論		
看護システム理論		

ス
ラ
イ
ド
7

セルフケア理論

- **セルフケアとは**
個人が、日常生活の中で、生命、健康、安寧を維持するために自分自身で開始し施行する諸活動の実践

ス
ラ
イ
ド
10

• **セルフケアの意図的過程**

ス
ラ
イ
ド
8

セルフケア要件

人間は、自分の生命や健康、安寧を維持していくために持つ欲求(ニード)を必ず有し、オレムはこれをセルフケア要件と呼んだ

「普遍的セルフケア要件」、「成長発達に関するセルフケア要件」、「健康逸脱に関するセルフケア要件」がある

- ・ 要件を満たすことは、人間の生命が維持され、人間の構造や機能の正常化が促進され、その人の潜在能力が活性化され、損傷や疾病を予防し、安寧を促進する

ス
ラ
イ
ド
11

• **セルフケアの影響要因**

年齢、性別、発達状態、健康状態、社会文化的指向、ヘルスケアシステムや治療、家族システム、これまでの生活パターン、環境要因、資源の利用可能性

ス
ラ
イ
ド
9

- **普遍的セルフケア要件** 8つに分類
十分な空気の維持、十分な水分の維持、十分な食物の維持、排泄過程の調整・処理、活動と休息のバランスの維持、孤独と人との付き合いのバランスの維持、生命の機能・安寧に対する危険の予測、正常性の促進
- **成長発達に関するセルフケア要件**
人間の心理社会的成長発達における課題、すなわち成長発達上のニードを持つこと
- **健康逸脱に関するセルフケア要件**
病氣・症状・障害・治療によって生じるニード
病氣や症状をコントロールしたいというニードを指す

ス
ラ
イ
ド
12

セルフケア不足理論

- オレムの理論の中核的なもの
特に人としてのセルフケア能力に争点
- 病氣や障害などで、今までやれていたセルフケアができなくなる
- ↓
- 普遍的セルフケアが再度認識
- ↓
- 看護が必要

ス
ラ
イ
ド


13

看護システム理論

- 看護師—患者関係、基本的看護システム論、援助方法に分けることができる
- 看護師—患者関係

社会的関係、看護師はセルフケアの促進・再構築という目的を持つ、患者はセルフケアを遂行する社会的役割を持つ、相互作用

- 基本的看護システム論
全代償システム、部分代償システム、教育・支援システム

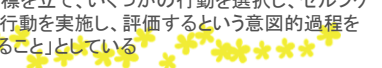


ス
ラ
イ
ド

16

オレムのセルフケア不足の理論の修正

- オレムの理論を精神障害者に活用できるようにセルフケア不足の理論をもとに修正したものである
- セルフケア能力の中でも特に自己決定能力が重要とし、「セルフケアとは意図的過程であり、自己決定能力を用いながら、普遍的セルフケア要件の中でニーズに基づいてセルフケア上の目標を立て、いくつかの行動を選択し、セルフケア行動を実施し、評価するという意図的過程をどること」としている




ス
ラ
イ
ド

14


援助方法

代わってセルフケアの実施や指導・方向付け、新しいセルフケアの獲得の促進、精神的支援、成長発達を促す、教育など




ス
ラ
イ
ド

17



- 自己決定能力及びセルフケアに影響を与える要因が「基本的条件付けの要因」
年齢、性別、社会・文化的オリエンテーション、ライフスタイル、精神状態を含む健康状態診断
- 脆弱性—ストレスモデルと精神状態の査定、精神力学理論の活用



ス
ラ
イ
ド

15




**オレム・アンダーウッド
理論**




ス
ラ
イ
ド

18



- セルフケアのアセスメント
- セルフケア支援
長期目標
短期目標
ケアプラン



ス
ラ
イ
ド

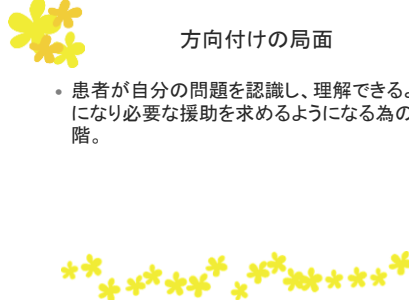
19



**ペフロウ
人間関係の看護論**

ス
ラ
イ
ド

22

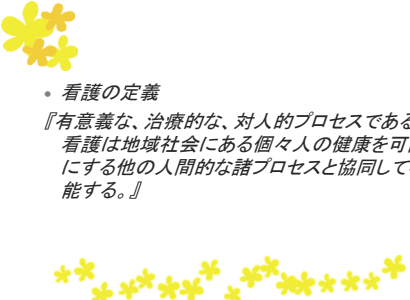


方向付けの局面

- 患者が自分の問題を認識し、理解できるようになり必要な援助を求めるようになる為の段階。

ス
ラ
イ
ド

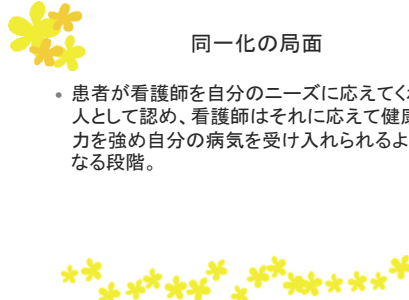
20



• **看護の定義**
『有意義な、治療的な、対人的プロセスである。
看護は地域社会にある個々人の健康を可能にする他の人間的な諸プロセスと協同して機能する。』

ス
ラ
イ
ド

23

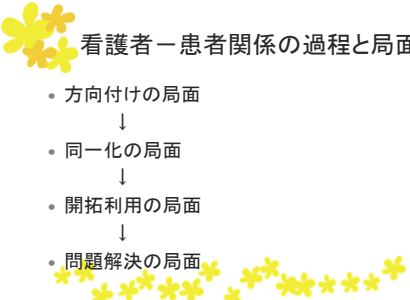


同一化の局面

- 患者が看護師を自分のニーズに応じてくれる人として認め、看護師はそれに応じて健康な力を強め自分の病気を受け入れられるようになる段階。

ス
ラ
イ
ド

21

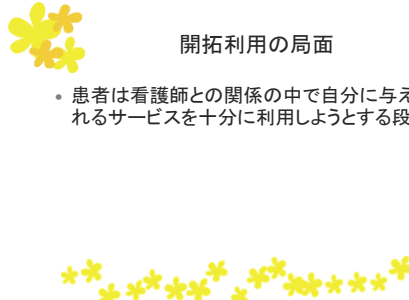


看護師－患者関係の過程と局面

- 方向付けの局面
↓
- 同一化の局面
↓
- 開拓利用の局面
↓
- 問題解決の局面

ス
ラ
イ
ド

24



開拓利用の局面

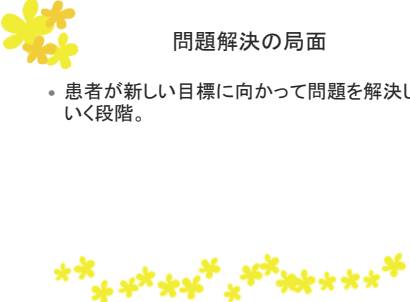
- 患者は看護師との関係の中で自分に与えられるサービスを十分に利用しようとする段階。

ス
ラ
イ
ド

25

問題解決の局面

- 患者が新しい目標に向かって問題を解決していく段階。



ス
ラ
イ
ド

28

診察
入院
看護

看護理論に当てはめて考えると...



ス
ラ
イ
ド

26

事例

- Aさん
- 20代
- 女性
- 元事務職
- 買ってきたものは全て拭かないと気が済まない

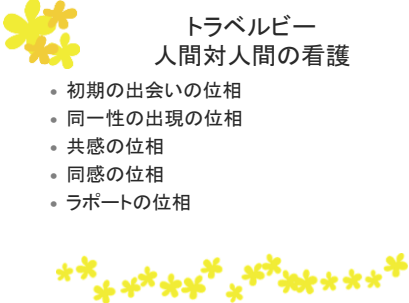


ス
ラ
イ
ド

29

トラベルビー
人間対人間の看護

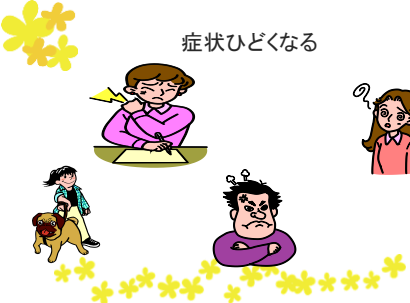

- 初期の出会いの位相
- 同一性の出現の位相
- 共感の位相
- 同感の位相
- ラポートの位相



ス
ラ
イ
ド

27

症状ひどくなる



ス
ラ
イ
ド

30

共に成長していく関係



(2) 身体的看護の理解を深める内容

救急救命処置は、実際の精神科の救急場面を設定し、演習を行った。看護師がイメージしやすいように、精神科の臨床で生じた窒息の事例を設定した。また看護実践へ繋がるように、実際に研究対象病院にある救急カートと蘇生人形を使用し、デモンストレーションを行いながら、適切な看護師の行動を中心に説明した。救命処置や呼吸管理、薬物療法、フィジカルアセスメント、看護記録の具体的な方法をポイントに講義と演習を行う。病院スタッフも自由参加できる公開した授業形式をとった。

3) 認知行動療法についての学習

認知行動療法の理論について説明し、自分の認知、行動について考え、課題レポートにする。次に、認知行動療法（SSTは含まない）の看護実践方法について講義する。実際に認知行動療法が実践できるまでを目標とした。その教育の内、1コマのみは、前述（第2部第2章）の認知行動療法研修会の参加時間とした。

Social Skills Training（以下、SST）については、SSTの理論と実践について講義後、集団及び個人のSSTについて演習を行う。SSTについても、一部を公開研修会とする。

その後、病院の許可を得て、実際の患者に認知行動療法（SSTを含む）を行うようにした。課題レポートを書き、実践まで理解できるようにし、個別指導を行った。

授業 主なプレゼンテーション用スライド

ス
ラ
イ
ド
1

**看護師が行う
認知行動療法**

中島富有子

ス
ラ
イ
ド
4

効果のプロセス

患者の抱える問題
⇒傾聴・共感
⇒認知行動療法
⇒患者が楽になる
生活の質向上

ス
ラ
イ
ド
2

心理療法

1990年代から
認知行動療法と
呼ばれる

1950年代に
生まれた
行動療法

融合

1960年代に
アロン・ベック
により開発された
認知療法

2

ス
ラ
イ
ド
5

**「看護のための認知行動療法」
テキストをもとに認知行動療法
を理解しましょう**

5

ス
ラ
イ
ド
3

認知行動療法とは
cognitire behavioral therapy ⇒ CBT

- 「**認知**」と「**行動**」に働きかけることにより、**セルフコントロール**する力を高め、**社会生活上の問題の改善**や課題の解決をはかろうとする心理療法

(患者自身が自分で解決する力をつけていけるようサポートすることが重要)

ス
ラ
イ
ド
6

普段の体験から

- 環境(状況): 朝、看護師長から「研修会で学んだことを夕方のカンファレンスで報告してね」

急に無理・・・

身体

心臓どきどき、胃が痛い

不安・焦り

気分

患者のケアに集中できない

行動

ス
ラ
イ
ド
7

認知を変えると

- 認知：記録があるから、それを見て説明したらいいから、難しいことではない

↓

気分：身体：行動が変わる

ス
ラ
イ
ド
10


行動を変えると

状況は変えにくい

行動：変える

↓

認知：気分：身体が変わる



ス
ラ
イ
ド
8

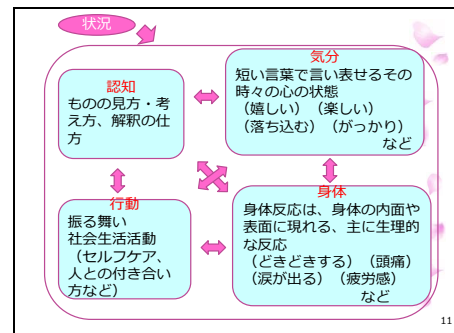
行動を変えると

- 行動：昼休みに研修の記録を見る

↓

気分：身体：認知が変わる

ス
ラ
イ
ド
11



ス
ラ
イ
ド
9


認知を変えると

状況は変えにくい

認知：変える

↓

気分：身体：行動が変わる



ス
ラ
イ
ド
12

認知のレベルとは？

- **自動思考**
気分と同時に瞬間的に頭に浮かぶ考え、イメージ
- **スキーマ**
自動思考の根底にある確信的な考え
自動思考を規定

ス
ラ
イ
ド
13

認知のアンバランス

- 誰でも経験するもの
- うつや不安など情動的な問題を抱えている時、見られる
- 悲観的で、非合理的、非現実的
- 自動思考に表れている

ス
ラ
イ
ド
16

認知行動療法の進め方

- セッション回数16回（16週間）
1回30分以上の面接
(厚労省マニュアル2009)
- できるところからやる
4回でもOK

ス
ラ
イ
ド
14

例えば、うつ病の女性・・・

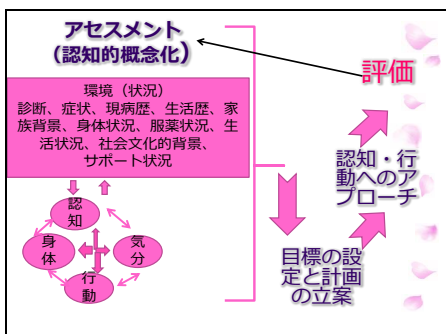
- 夫から、自分が家事はやるから、家族は大丈夫だと言われた
↓
- 自分は必要とされていない、夫に任せるなんて主婦失格、ダメな人間
↓
- 結論の飛躍、マイナス思考、全か無か思考、レッテル貼り、拡大解釈

ス
ラ
イ
ド
17

対象者に求められること

- CBTを行いたいという動機
- セラピストとの協力作業など


ス
ラ
イ
ド
15



ス
ラ
イ
ド
18

看護師に必要な技法

- 構造化
- 協働関係の構築
- 認知的概念化
- 認知・行動への介入など



ス
ラ
イ
ド
19


認知行動療法の必要なもの

- プライバシーの保てる個室
- テキスト・ワークシートの使用

ス
ラ
イ
ド
22

行動への介入技法

- **問題解決法**
- 行動活性化（行動記録表など）
- 行動実験
- 注意そらし法
- コーピング・カード
- 段階的課題設定
- アサーション
- 行動リハーサル
- リラクゼーションなど



ス
ラ
イ
ド
20

アセスメント（認知概念化）

- 環境（状況）
- 気分
- 認知
- 行動

ワークシートの活用：メリット、デメリットあり

ス
ラ
イ
ド
23

認知再構成法演習

- 自動思考記録表を活用



ス
ラ
イ
ド
21

認知への介入技術

- **認知再構成法**
- ノーマライジング
- 心理教育
- 思考停止法
- 自己教示法
- 読書療法
- スキーマの特定・修正など



ス
ラ
イ
ド
24

認知再構成法演習


- 自動思考記録表を活用
- うつ病の女性の事例



ス
ラ
イ
ド
25

問題解決技法演習

- 問題解決策リスト作成
- うつ病の女性

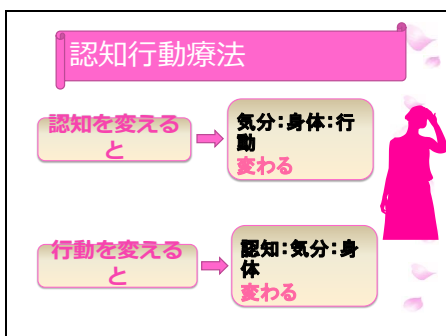


ス
ラ
イ
ド
27

変わるためには？エッセンス

- 認知と行動を変えるために・・・
 - ★別の考え方はできないか
 - 自分に問いただす
 - 相談する
 - 別の手法
- ★行動から・・・

ス
ラ
イ
ド
26



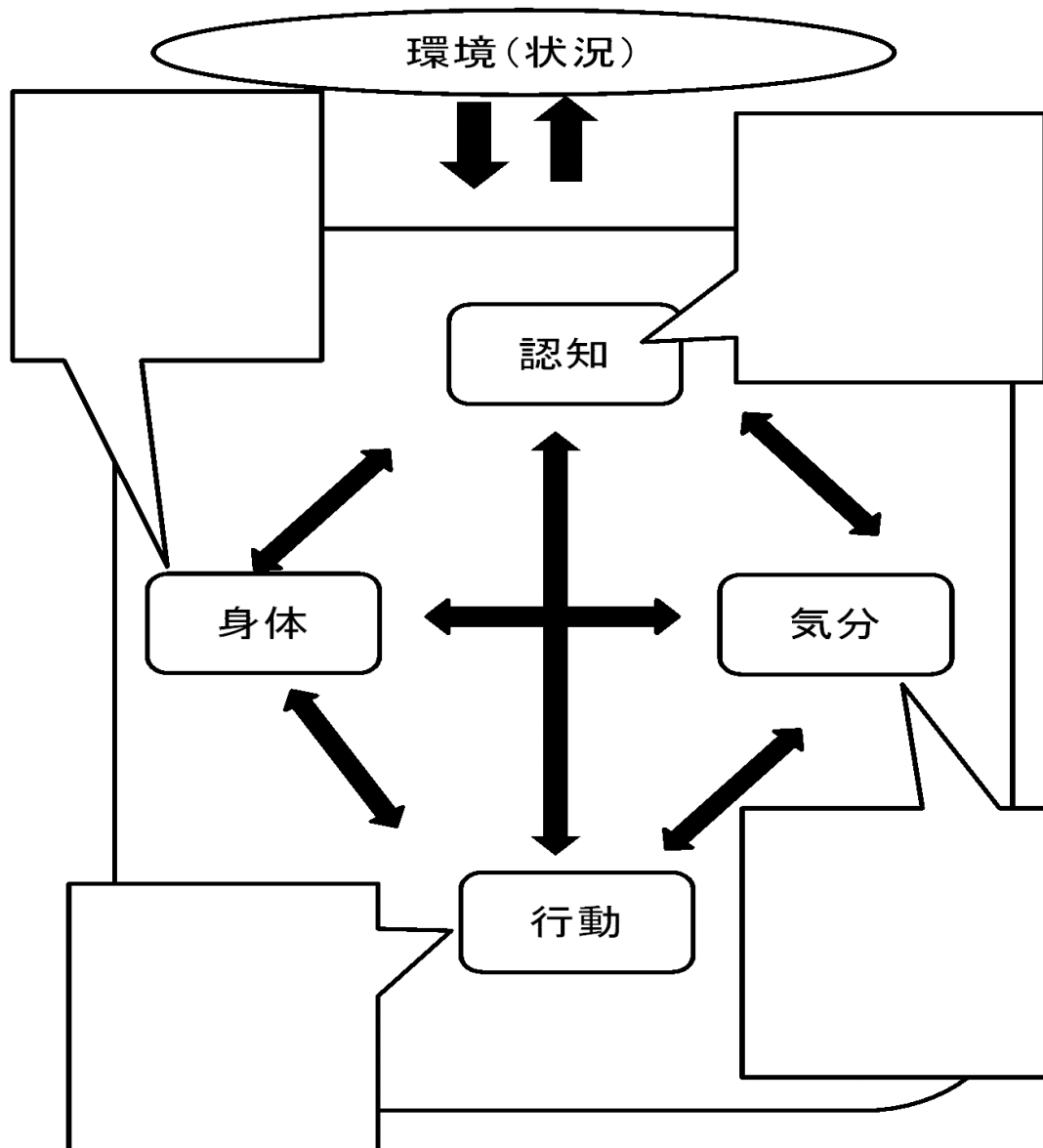
ス
ラ
イ
ド
28

急性期

- 可能ではあるが臨床状況を考えると難しいこともある
- 3ヶ月という期間で1ヶ月半からやり、入院中は学習で終わり、後は外来で行うということがある

配布資料：岡田（2011）を基に作成

アセスメントシート：生活体験と5つの領域とその関連



配布資料：岡田（2011）を基に作成

自動思考記録

1. 状況
2. 気分(%)
3. 自動思考(気分と同時に瞬間的に頭に浮かぶ考え、イメージ) ホットな自動思考に○
4. 根拠(理由)
5. 反証(自動思考をはね返す考え)
6. 適応思考(バランスのとれた考え)
7. 気分(%)

配布資料：岡田（2011）を基に作成

問題解決リスト

1. 現在抱えている問題
2. 今回取り組むこと
3. ブレインストーミング(考えられる解決策リスト)
4. 解決策リストの長所と短所(3の番号と対応させて書く)
5. 今回実行する解決策
6. 実行
7. 実行したことの評価

配布資料：岡田（2011）を基に作成

目標設定・計画立案シート

<p>【問題・課題の整理】現在困っていること、改善したいことを書き出す</p>
<p>【目標の設定】現実的で、達成可能なものを挙げる</p> <p>短期目標</p> <p>長期目標</p>
<p>【認知行動療法の実施計画の立案】実施がイメージできるようなプランにする</p> <ul style="list-style-type: none">・ 日時・ 時間・ 期間・ 回数・ 場所・ 実行すること <ul style="list-style-type: none">・ 効果を測る方法
<p>備考</p>

配布資料：岡田（2011）を基に作成

アクションプラン

1. 目標設定
2. アクションプラン
3. 開始時期
4. イメージする
5. 心配なこと
6. 心配を乗り越える方法
7. 実行
8. 計画の達成状況
9. 発見した点・改善点

配布資料：岡田（2011）を基に作成

行動実験表

1. 試してみる考え	
	確信度
2. 実際に実験すること	
3. 予測される問題	
4. 問題が起こったときの対処	
5. 実験結果	
6. 結果から得られる「1. 試してみる考え」の確信度	
7. この実験から学んだこと	

配布資料：岡田（2011）を基に作成

実施シート

【実施】できたこと、できなかったことの両方を含めて書く

配布資料：岡田（2011）を基に作成

評価シート

【評価】	評価日	年	月	日	(曜日)
目標の達成状況					
効果があったこと					
効果がなかったこと					
新たに発見したこと					
今後の改善点(次の目標設定に向けて)					
備考					

配布資料：岡田（2011）を基に作成

活動記録表

活動内容と、その時の気分(例 やる気)の程度を
点数(0~100)で書く

観察する気分:()

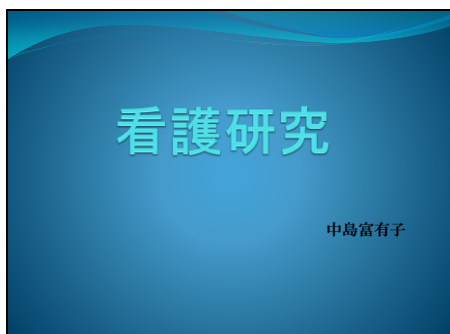
時間	活動 気分	()月()日	()月()日	()月()日	()月()日	()月()日	()月()日
		月	火	水	木	金	土
		睡眠					
5 ~6時	活動						
	気分						
6 ~7時	活動						
	気分						
7 ~8時	活動						
	気分						
8 ~9時	活動						
	気分						
9 ~10時	活動						
	気分						
10 ~11時	活動						
	気分						
11 ~12時	活動						
	気分						
12 ~13時	活動						
	気分						
13 ~14時	活動						
	気分						
14 ~15時	活動						
	気分						
15 ~16時	活動						
	気分						
16 ~17時	活動						
	気分						
17 ~18時	活動						
	気分						
18 ~19時	活動						
	気分						
19 ~20時	活動						
	気分						
20 ~21時	活動						
	気分						
21 ~22時	活動						
	気分						
22 ~23時	活動						
	気分						
23 ~24時	活動						
	気分						
	活動						
	気分						

4) リーダーに求められる深い看護の理解のための看護研究

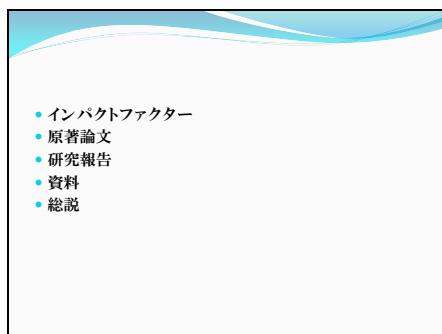
研究計画書作成から研究を実施し、院内発表を行った。病院管理者の承諾を得て、育成プログラム終了後、外部への論文投稿の計画まで行う。

授業 看護研究の主なプレゼンテーション用スライド

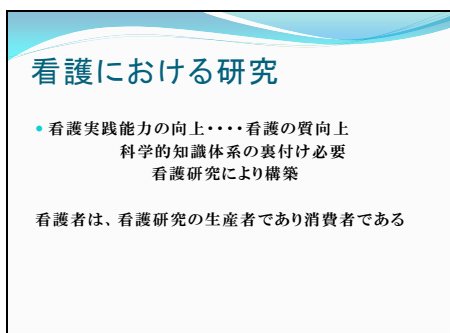
ス
ラ
イ
ド
1



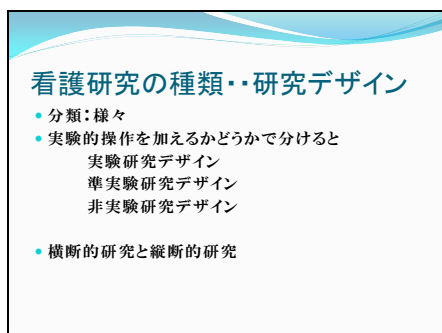
ス
ラ
イ
ド
4



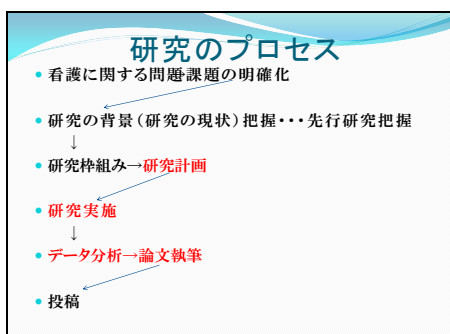
ス
ラ
イ
ド
2



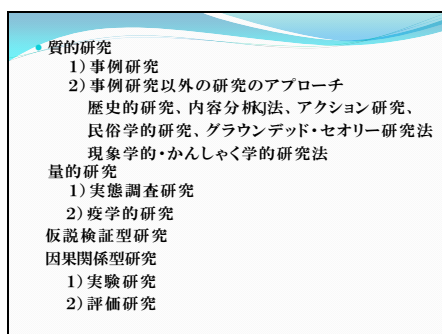
ス
ラ
イ
ド
5



ス
ラ
イ
ド
3



ス
ラ
イ
ド
6



ス
ラ
イ
ド
7

論文の書き方

- 研究の内容、骨格を明確にする
要約を書く
各section毎に、書くべきことを箇条書きにする
- どの雑誌に投稿するか決め、その投稿規程に沿って書く
注意すること
二重投稿は厳禁
倫理的配慮はしっかり
科学者としてのモラルに反することはしない
データを盗む、データのつち上げなど
- 論文の備えるべき条件
正確性、客観性、論理性、普遍性、独創性

ス
ラ
イ
ド
10

論文の書き方

- 接続語は、できるだけ使わない
- 短い文章で書いていく
- 先行研究の引用は、その研究で明らかになったことを引用する、孫引きはしない
- 書く内容を決めたら、文章表現は何度も読み返し、修正する

ス
ラ
イ
ド
8

論文の構成

- タイトル
気を引くようなタイトルにする
内容が想像できるようにする
- はじめに(緒言)
問題提起と重要性の強調
研究の現状
先行研究の紹介及び本研究との関連
独創性について
- 研究目的・はじめにの最後に書いてもいい
- 方法
対象
研究方法: デザイン、測定方法、分析方法
- 倫理的配慮

ス
ラ
イ
ド
11

論文のクリティーク

- 研究テーマと研究目的の整合性
- キーワードの適正か
- 研究目的からみた研究方法の合理性
対象、測定指標、測定方法、測定機器、研究手順、データ処理・分析
- 倫理的配慮は十分か
- 研究結果の適正、信頼性
- 研究結果と考察の合理性、正当性、妥当性

ス
ラ
イ
ド
9

- 結果
データの結果、量的研究であれば統計結果表示
解釈の文章化
- 考察
結果のまとめを数行
先行研究との比較
結果から示唆されること
実践への示唆
研究の限界、将来の研究への展望
(項目立てすることもある)
- 結論
- 謝辞(ないときもある)
- 文献(引用文献のみが多くなった)

ス
ラ
イ
ド
12

実際のクリティーク: 論文中の言葉の説明

- n: 標本数、研究対象数
- 統計的処理: 多変量統計分析: 因子分析
大きなまとまりの変数をより小さなまとまりの変数(因子)へ分け説明する統計手法
最小二乗法: 因子抽出法の一つ
ブリマックス回転: 軸を回転させ、データの影響度を変える
因子負荷: 因子がデータに及ぼしている影響
共通因子と分析に使用された変数との相関係数に相当
固有値: 各因子を2乗した重みの総和に等しい値、分散
因子寄与率: 説明力の大きさをみる
Kaiser Meyer Olkinの標本妥当性: 因子分析ができるか
みる検定、1に近いほど良い、0.5以下はふさわしくない

- Cronbach α 係数:信頼性係数、質問項目間の内的一貫性を表す、0.7以上なら良い
- 確率P値5%:有意水準あるいは危険率5%
例20回に1回違う危険があるということ
- SD:個人の得点と平均値の差である偏差値によって計算される
- SPSS:統計処理ソフト
- 統計的処理:検定・資料参照

- 抄読会

6) 地域生活支援についての学習

1回目の育成プログラムに参加した精神科看護師は、精神科訪問看護ステーションへ見学し、その見学先の訪問看護師より、訪問時の看護について詳しく説明を受ける。

2回目も、精神科訪問看護ステーション等を見学し、説明を受け学習する。

第7章 リーダー育成プログラムの効果

第1節 育成プログラムによる社会参加支援の意欲の変化

育成プログラムによって、院内認定看護師と研究対象病院で認められる精神科リーダー看護師の育成を行った効果を分析する。ここでは、育成の効果を、まず、プログラムに参加した精神科リーダー看護師の心理的变化に焦点を当て、分析した。

1. 目的

精神保健医療福祉政策を踏まえた「精神科看護師のリーダー育成プログラム」による心理的变化（社会参加支援の意欲の変化）を明らかにする。

2. 方法

1) 研究対象

「精神科看護師のリーダー育成プログラム（以下、育成プログラム）」を受講し、リーダーとして研究対象病院より承認を受けた精神科看護師8名を対象とする。

2) データ収集方法

育成プログラムを受講し研究対象病院でリーダーと承認された後に、研究の同意の得られた精神科看護師（以下、研究参加者）に半構造的面接を行う。面接においては、先行研究（松枝，2003）（中島，2011）（中島ら，2012）（中島，2013）（Anthony, 1993）等を基にインタビューガイドを作成し実施した。インタビューガイドの主な内容は、「育成プログラムの教育過程で生じた心理的状态」，「育成プログラムに参加後の心理的变化」，「心理的变化を起こさせた要因」等とした。面接は、研究参加者の承諾を得て録音する。

3) 研究期間

2013年4月～2015年3月

4) データ分析方法

録音した面接内容は全て逐語録に起こす。データを繰り返し読み、そのデータの意味を解釈する。データをコード化し、その意味や内容を分類し、同じ意味を示すものは1つにまとめ、カテゴリーとする。その関係性について、

検討を何度も繰り返し、カテゴリーには、その内容や性質を表す言葉で命名する。

5) 分析結果の信頼性

本研究では、可能な限り研究参加者が経験し話す内容について、研究者が的確に捉えられているか、研究参加者に確認を行いながらインタビューしデータを収集した。研究者の独善的解釈に陥ることのないよう、データ収集、分析の全過程を通じ、質的研究に習熟したスーパーヴァイザーに、スーパーヴァイズを受け、解釈を検討し信頼性の確保に努めた。

6) 倫理的配慮

育成プログラムを実施する研究対象病院の管理者に、文書及び口頭で、研究について説明し研究の承諾を得た。半構造的面接は、任意性を確保するために精神科看護師がリーダーとして承認された後に行った。育成プログラムに参加した精神科看護師には、研究の目的、方法、回答の任意性、プライバシーの保護、匿名性の保持、不利益はないこと、結果は学会等で公表するが、個人が特定されないこと等を、文書及び口頭で説明した。同意書の署名をもって研究の同意を確認後、研究参加者に面接を行った。本研究は、研究対象であるA病院において、2013年3月6日のA病院倫理審査委員会を経て、2013年4月1日に承認を得た（承認番号13-1）。

3. 結果

リーダーとして承認された後に、精神科リーダー看護師7名の同意が得られ、半構造的面接を行った。面接時間は、50分～68分、平均59.8分であった。研究参加者の平均年齢35.3歳、男性3名、女性4名であった。データを分析した結果、心理的变化等を示す4つのカテゴリーを抽出した。カテゴリーを【 】, そのカテゴリーを表す特徴的な言葉を『 』で表す。カテゴリー間の構成として、育成プログラムを受講した研究参加者は、【課題レポートの困難を乗り越えた達成感】を得て、それが【個別指導による支援】によって支えられていた。その達成感から、【リーダーとして看護を変えたい思い】が生じ、それは、【今後の活動への期待と不安】へつながっていた(図6)。以下、カテゴリー毎に主な研究参加者の特徴的言葉を交え述べる。

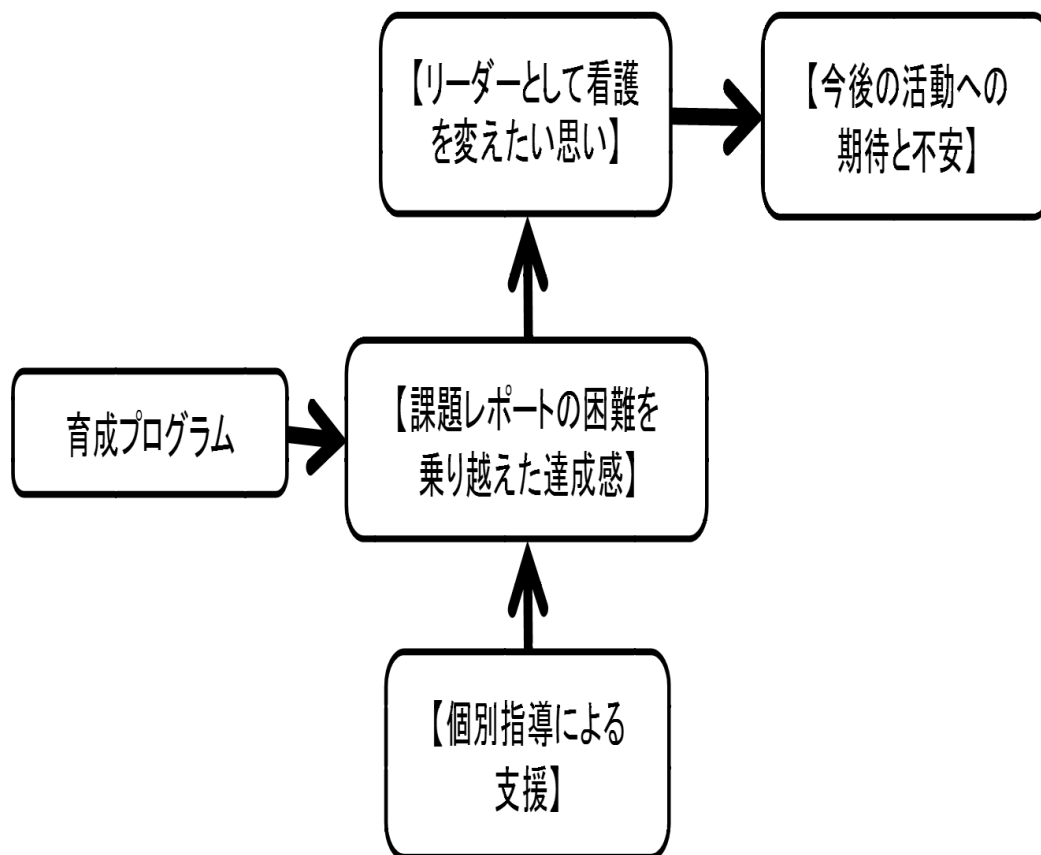


図6. 育成プログラムによる心理的变化

1) 課題レポートの困難を乗り越えた達成感

課題レポートについて、全員が『大変だった』や『悩んだ』と話し、『やれた』と困難を乗り越えてやりとげた達成感について話した。課題レポートの負担について、『(育成プログラムの) 途中、やる気がなくなることもあったけど、やれることができました』と一時的な意欲の低下について語った。『うまく課題が書けず悩んデータけど、いろんな文献を読んだり、言葉を調べ、ノートするようになったので、(課題レポートが書けて) 良かったと思います』、『新しいことを勉強できました』と話し、学習困難を努力で乗り越えたことや新たな学びとなったことを語った。また、『課題レポートもやれたので、(今後のリーダーとして) 自信ができました』と語った。

2) 個別指導による支援

課題レポートに対する学習について、『(できていないところは)人とは違うので、一人一人に合わせてもらって、わかったし、努力できました』と語った。個別指導があることで、『不安がなくなり、相談すれば何とかなるといふ気持ちになりました』や『家庭のことや勤務のこと、体調とか考えてもらったからできました』と精神的に支えられた内容を話した。

3) リーダーとして看護を変えたい思い

リーダーとして、『学んだことを伝えたいと思います』や『認知行動療法は、興味があったから、他の人もそういう話は聞くし、(他の看護師に)指導していきたいです』と意欲的に語った。『看護師自身が変わっていった方がいいと思っています』やリーダーとして、『看護を変えたいと思っています』と精神保健医療福祉政策を踏まえ、看護が変わっていく必要性や変えていきたい意欲を語った。『地域で支援する重要性、伝えたいと思います』と話した。『どうせ、だめだという気持ちが変わってきたと思います』や『病院の看護の質を上げたいと思います』と意欲を示した。

研究参加者は、自分自身が意欲的になったことに加え、育成プログラムに参加している自分以外の精神科看護師に対して、『自分も意欲が出ましたが、他の人を見てても、やる気が出て変わったなと思います』と話した。

4) 今後の活動への期待と不安

『病院(の看護)を変えるために、計画してやっていきたいですね』や『(リーダーとしての活動を)計画を立てて、病院に認めてもらうようにしたいですね』と今後の活動内容を話した。また、『これからのことを(今後の活動)、話すことが多くなりました』と今後のリーダーとしての具体的行動を考えていると話した。それと同時に『活動しないといけないけど、不安があります』や『これからです、どうやっていくか』と活動することの不安を語った。『うまく、やっていけるか不安はあります』と今後の活動の結果に対する不安も語った。

4. 考察

「育成プログラムによる心理的变化」の構造図は、7名と対象者数が少ないものの、育成プログラムによる心理的变化を表すものと考えられる。精神保健医療福祉政策を踏まえ、精神科病院内部で看護の質向上に向け活動を行

うリーダー育成は重要であり、7名のデータ及び分析結果は貴重である。今回の育成プログラムによる最終的な心理的变化は、【今後の活動への期待と不安】であった。このことから、育成プログラムによって、不安があるものの、リーダーとして今後の活動に期待し、精神保健医療福祉政策を踏まえ活動する意欲が高まったと評価できる。この意欲の高まりという心理的变化が、育成プログラムの大きな成果と考えられた。以下、カテゴリ毎に考察する。

1) 課題レポートの困難を乗り越えた達成感

研究参加者は、講義・演習の学びを課題レポートでさらに深め、【課題レポートの困難を乗り越えた達成感】が得られていた。それは、『課題レポートもやれたので、(今後のリーダーとして)自信ができました』という言葉からも、精神保健医療福祉政策を踏まえリーダーとして活動する自信へつながることが示唆された。その達成感からくる自信は、self-efficacy(以下、自己効力感)の高まりと考えられた。自己効力感とは、成果を生み出す行為が自分にできるという認知であり、その理論は、Bandura(1997)により提唱されている。Banduraは、自己効力感を育てるために、「制御体験」、「代理体験」、「社会的説得」、「生理的・感情的状態が良いこと」といった4つの主要な影響力を明らかにしている。その中で、制御体験は忍耐を要する努力の成功体験を意味し、自己効力感を作り出す最も効果的な方法である。制御体験で得る自己効力感の強さには、忍耐強い努力によって障害に打ち勝つ体験が要求される。課題レポートには、合格基準を設定したために、忍耐強い努力を必要とする困難が生じていた。その障害に打ち勝ち達成感を得ることで、自己効力感は向上したと言える。また、人間がものごとを遂行していく上の困難やつまずきは、成功のため絶えず努力することの必要性を教える役割を果たす(51)。今回の課題レポートの困難は、今後の活動に絶えず努力する必要性を教える役割となることが示唆された。制御体験を通して自己効力感を高めることは、もともと持っている習慣を用いることではない(Bandura(1997))。今回、研究参加者にとって日常と違い、課題レポートを書き新たな知識・技術を習得する体験が、自己効力感を高めたと考えられる。本研究の新たな学びが自己効力感を高めていた結果は、棚橋ら(2010)の研究で、精神科における服薬指導の勉強会で得た新たな学びが、看護師の自己効力感を高めていた結果と類似している。また、Stanleyら(2013)は、小

児科の看護師を対象に疼痛管理の知識レベルと自己効力感の関係において関連を認めない結果から、知識レベルをただ単に高めるだけでは自己効力感が高められないことを示唆していた。山根らの研究（2010）では、精神科認定看護師となるプロセスが自己効力感向上に影響したことを示唆していた。本研究においては、単なる知識獲得ではなく、学びとなるプロセスが自己効力感を高めたと考えられた。

その一方で、自己効力感がしっかり確立される前に失敗すれば、それは自己効力感を低下させてしまうと言われている Bandura（1997）。本研究では、育成プログラムの途中で意欲低下があったものの結果的に成功体験となり、自己効力感は高められていた。しかし、自己効力感の確立前に失敗する危険性もあり、育成プログラム参加者にとって、成長を促すための適正な困難を持つ課題レポートであるか検討しながら、成功体験につながる支援が必要である。

2) 個別指導による支援

個別指導は、課題レポートを含む学習支援や心理的支援となることが示唆された。個人によって学習進度や疑問点が異なることから個別指導が有効であったと言えた。二重作ら（2005）の研究では、看護師に対し看護研究の研修会を行った実態調査で、研究の進度や経験、教育が個別に異なっている状況で、一斉に行う研修だけで参加者のニーズを満たすことが困難であることを明らかにしていた。今回の育成プログラムは、一斉の講義・演習とともに、個別指導を取り入れたことが、研究参加者個々の学習ニーズに応じた教育になったと考えられる。

また、個別指導による支援で、学習の不安軽減になっていた。軽度の不安は、学習に有益であるが、強くなることで学習の障害となり（川野ら、1987）（H. E. Peplau, 1973）、個別指導で心理的支援ができたと言える。篠原（2010）は、精神科看護師のストレスの度合いやそのコーピングが個人で違うことを明らかにしていたことから、個別の心理的支援は必要であると考えられた。

個別指導は、体調も考えてもらったというデータから、身体的健康の支援ともなり、Banduraによる自己効力感を高める要因である心身の状態への支援につながったことが考えられた。また、研究参加者は、個別指導時の支援で、Resilienceが向上したと考えられた。Resilienceは、ストレスフルで困難な体験をしても、心理社会的な不適応を起こす者もいれば、健康を維持

できる者もいて、そのような個人が示す特性に注目し、Rutter (1985) が Resilience の概念を提唱した。Resilience の概念は、研究者によりその定義が異なり、清野らの研究 (2012) では、Resilience を「看護における様々な困難な状況を乗り越えるための全般的な能力」と定義し、看護師の Resilience に影響するものとして、「職場や職場以外の他者からの支援」、「相談や話すこと」等を抽出し、それらが困難を乗り越える要因であることを明らかにしていた。本研究において、個別指導時の支援が、Resilience を向上させることが示唆された。

3) リーダーとして看護を変えたい思い

研究参加者が持っている思いとして、学習したことを他のスタッフへ伝えたい思いやリーダーシップをとっていきたいという思いが明らかになり、今後の活動に期待できる。研究参加者が育成プログラムにより意欲的に変化し、自己効力感が向上したことは明らかである。研究参加者は、自分自身だけでなく他の育成プログラム参加者に対して、やる気が出て変わったという思いもあった。このことは、「同じような立場の人間が努力した成功を見ることで自己効力感が高まる代理体験」(Bandura, 1997) になっていると考えられた。この代理体験による自己効力感の向上が考えられた。精神科看護師を対象に自己効力感を調査した谷らの研究 (2012) によれば、役職者や勤務年数が長くなると自己効力感が高くなり、役割が大きく社会的評価を受けることが自己効力感を高まることを示唆していた。今回、リーダーという役割を持ち、病院で認められるという社会的評価を受けることで、自己効力感が高まると考えられる。Bandura は、成功するために何を賭けるのかを確信した後は、逆境に直面してもそれに耐え、つまずきから素早く立ち直るとしている。研究参加者は、精神保健医療福祉政策を踏まえ看護を変化させる必要性が確信でき、今後、リーダーとして活動し逆境に直面しても立ち直り、やり遂げることが期待できる。

『認知行動療法は、興味があったから、他の人もそういう話は聞くし、(他の看護師に) 指導していきたいです』という言葉から、研究参加者の認知行動療法を指導する意欲が確認された。認知行動療法は、精神障害者への効果が注目されているものである(厚生労働省 障害保健福祉部が実施する検討会等, 2013)。また、白倉ら (2011) は、859 名の精神科看護師のデータを分析し、教育・トレーニングのニーズとして、薬物療法 68.8%や精神疾患別

の基本的理解と看護 44.1%といったものが上がった中で、認知行動療法のニーズが 14.7%あることを明らかにしている。研究参加者の興味は、育成プログラムが進む中、学習することの意欲につながったと考えられた。永井らの研究（2012）において、中堅看護師を対象に、リーダーシップ研修を行った結果、自己・他者評価ともにリーダーシップが発揮できたことを明らかにしていた。本研究においては、リーダーとしての意識が認められたが、永井らの研究（2012）のようにリーダーシップが発揮できるかは、これからの活動を評価する必要がある、今後の課題である。野々川らの研究（2013）において、看護師長を対象としたアンケート調査ではあったが、看護師長としての経験年数が多くなると、教育や患者理解、病棟管理、責任遂行に関するリーダーシップが発揮できることを明らかにしていた。看護師長という立場は違っているが、本研究参加者も経験によって、高いリーダーシップが発揮できることが期待できる。

4) 今後の活動への期待と不安

リーダーとしての活動への期待があったが、それと同時に不安があった。不安とは、自己の価値を脅かすような危険の漠然とした予感である。有害な不安と有用な不安があると言われ、軽い不安が、かえって活動世界を拡大させ、生体を活性化し人格の発達を促す働きをしていることが少なくない（川野ら，1987）。不安は克服すると一歩前進することができるとも言われ（川野ら，1987），研究参加者の不安に対する支援が今後の重要な課題と言えた。

『これからのことを（今後の活動）、話すことが多くなりました』という言葉から、具体的行動へと前進していることが明らかになった。また、この言葉は、活動ができるという認識があるから、生じる内容であり、自己効力感の高まりと考えられた（Bandura，1997）。研究参加者に、精神保健医療福祉政策を踏まえ、病院の看護を変える期待が持てた。

5. 課題

育成プログラムによって、リーダーとして精神科看護師の看護意欲（社会参加支援の意欲）は、高められたと考えられた。育成プログラムは、活動への不安はあるものの、精神保健医療福祉改革を踏まえ活動するリーダーシップが発揮できる精神科看護師が育成できることが示唆された。今後、不安

が増強しないような支援やリーダーとして、活動できる体制作りが課題である。

第2節 外部講師の教育による社会参加支援の意欲の変化

1. 目的

外部講師の教育に焦点をあて精神科リーダー看護師の心理的变化（社会参加支援の意欲の変化）を分析する。研究目的を「育成プログラムの中で、外部講師が教育する心理的効果を明らかにする」とした。

2. 方法

1) 研究対象

育成プログラムを受講し、リーダーとして研究対象病院より承認を受けた精神科リーダー看護師8名を対象とする。

2) データ収集方法

育成プログラムを受講し研究対象病院で精神科リーダー看護師と承認された後に、研究の同意の得られた精神科リーダー看護師（以下、研究参加者）に半構造的面接を行う。面接においては、先行研究（中島，2013）（香月ら，2010）（Bandura，1996）等を基にインタビューガイドを作成し実施した。インタビューガイドの主な内容は、「外部講師で教育されることで生じた心理的状态」、「外部講師で困ったこと」、「外部講師で良かったこと」等とした。面接は、研究参加者の承諾を得て録音する。

3) 研究期間

2013年4月～2015年3月

4) データ分析方法

録音した面接内容は全て逐語録に起こす。データを繰り返し読み、そのデータの意味を解釈する。データをコード化し、その意味や内容を分類し、同じ意味を示すものは1つにまとめ、カテゴリーとする。その関係性について、検討を何度も繰り返し、カテゴリーには、その内容や性質を表す言葉で命名する。

5) 分析結果の信頼性

本研究では、可能な限り研究参加者が経験し話す内容について、研究者が的確に捉えられているか、研究参加者に確認を行いながらインタビューしデータを収集した。研究者の独善的解釈に陥ることのないよう、データ収集、分析の全過程を通じ、質的研究に習熟したスーパーヴァイザーに、スーパーヴァイズを受け、解釈を検討し信頼性の確保に努めた。

6) 倫理的配慮

育成プログラムを実施する研究対象病院の管理者に、文書及び口頭で、研究について説明し研究の承諾を得た。半構造的面接は、任意性を確保するために精神科看護師がリーダーとして承認された後に行った。精神科リーダー看護師には、研究の目的、方法、回答の任意性、プライバシーの保護、匿名性の保持、不利益はないこと、結果は学会等で公表するが、個人が特定されないこと等を、文書及び口頭で説明した。同意書の署名をもって研究の同意を確認後、研究参加者に面接を行った。本研究は、研究対象である A 病院において、2013 年 3 月 6 日の A 病院倫理審査委員会を経て、2013 年 4 月 1 日に承認を得た（承認番号 13-1）。

3. 結果

リーダーとして承認された後に、精神科リーダー看護師 7 名の同意が得られ、半構造的面接を行った。面接時間は、20 分～45 分、平均 28 分であった。研究参加者の平均年齢 35.3 歳、男性 3 名、女性 4 名であった。7 名とも看護師としての経験は精神科のみで平均 9.7 年で、そのほとんどが、研究対象病院での経験であった。

データを分析した結果、外部講師による講義による心理的变化として、4 つのカテゴリーが抽出できた。カテゴリーを【 】, そのカテゴリーを表す特徴的な言葉を『 』で表す。病院外部の講師による講義によって、精神科リーダー看護師は【新鮮な学び】と感じ、【学習意欲の向上】があった。そこから、【新たな知識・技術習得による自信】が得られていた。また、【学習意欲の向上】には、外部講師が【雇用の利害と無関係な気楽さ】が影響していた。以下、カテゴリー毎に主な看護師の発言を交え述べる（図 7）。

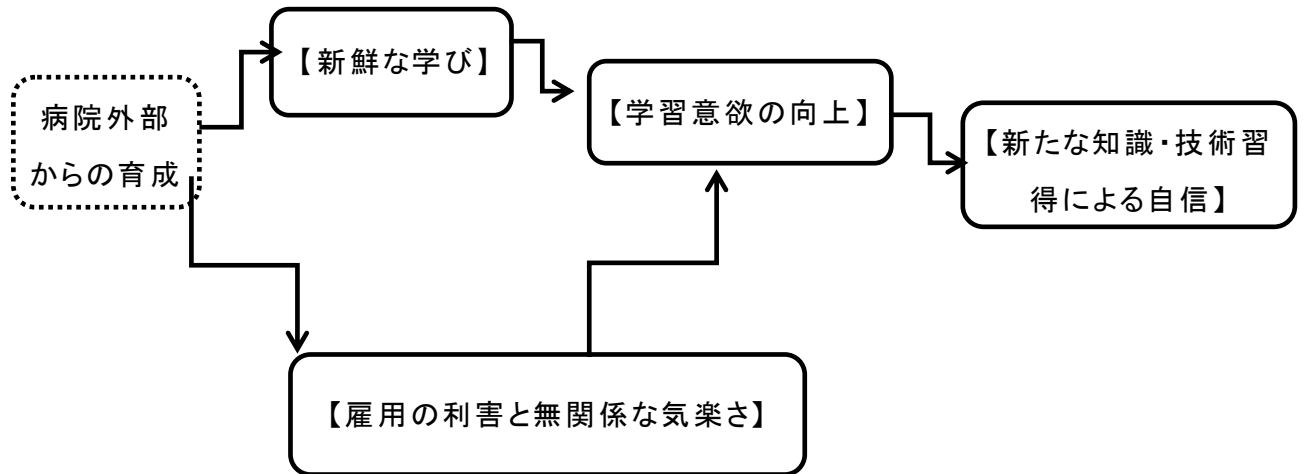


図7 外部講師による講義による心理的变化

1) 新鮮な学び

『病院内部だったら、講義の内容が予測できるし、新しい考えは学べなかったと思います』『(病院外部からだから)新しいことが学べました』『病院内部だと、何を言うか予測がついて、新鮮でなかったと思います』という言葉があり、外部からの育成ということで、新鮮な学びができていた。

2) 学習意欲の向上

『(新しいことが)少しずつ分かってきて、(学習の)意欲が出てきました』というように、学習意欲の向上につながっていた。

(3) 新たな知識・技術習得による自信

学んだことは、新たな知識・技術になり、『(講義・演習によって)学んてことを実際に行っていきたいと思います』といった新しい学習ができた自信ができ、臨床で取り組む自信となっていた。

(4) 雇用の利害と無関係な気楽さ

病院外の利害関係のない中立的立場の研究者だったので、『気が楽でした』というデータを得られた。

4. 考察

越田ら(2008)は、看護師を対象に外部からの研究指導の効果を自己効力

感で分析し、明確な外部講師による効果という分析結果を得られなかった。越田ら（2008）の結果と違い、本研究においては、半構造的面接におけるデータにより、外部講師によって効果的学習につながったことが明らかになった。外部講師による講義は、新鮮であり効果的であったと評価できた。『病院内部だったら、講義の内容が予測できるし、新しい考えは学べませんでした』という精神科リーダー看護師の言葉は、今回の研究対象者の精神科経験年数平均 9.7 年で、そのほとんどが、研究対象病院での経験であったことも影響していると考えられる。棚橋ら（2010）は、精神科における服薬指導の勉強会の効果で、新たな学びがあることで精神科看護師の自己効力感の向上があったことを明らかにしている。今回の【新鮮な学び】が学習意欲につながったことの中に自己効力感の向上があったと推測された。

また、外部講師であったため、【雇用の利害と無関係な気楽さ】があり、それが学習へプラスの影響をしていたと言える。そういった新鮮な学びを【雇用の利害と無関係な気楽さ】の中で学習することで、【学習意欲の向上】につながっていた。それは、さらに、【新たな知識・技術習得による自信】となっていた。今回、外部講師による講義は、有効であったと言えた。Young Sook Roh ら（2013）は、蘇生トレーニング方法の違いで看護師の自己効力感に有意差がなかったことを明らかにしていた。そのため、内部講師によるメリットも考えられることから、教育方法を変更した場合、自己効力感の向上につながるような工夫が必要である。

5. 課題

外部講師による学習効果が認められた。外部講師が教育するメリットはあるが、内部講師による教育のメリットも考えられる。内部講師では、病院の理念や方針を十分に認識し、育成プログラム参加の精神科看護師の状況も理解できている等の内部講師によるメリットが考えられる。効果的な教育について検討し、教育内容により外部講師と内部講師の担当を考える必要がある。内部講師の場合、外部講師による学習刺激と同様の新鮮な学びを感じることができることや自己効力感を高める等の工夫が必要である。

第3節 リーダー育成プログラム内容の妥当性

1. 目的

育成プログラム内容が妥当かどうか検討する必要があると考えた。ここで

の目的は、「育成プログラム内容の妥当性を明らかにする」とした。

2. 方法

1) 研究対象

育成プログラムを受講し、リーダーとして研究対象病院より承認を受けた精神科リーダー看護師 8 名を対象とする。

2) データ収集方法

育成プログラムを受講し研究対象病院でリーダーと承認された後に、研究の同意の得られた精神科リーダー看護師（以下、研究参加者）に半構造的面接を行う。面接においては、先行研究（諏訪，2011）（岡田，2011）（棚橋ら，2010）等を基にインタビューガイドを作成し実施した。インタビューガイドの主な内容は、「育成プログラムの学習の理解度」，「育成プログラム内容で困難だったこと」，「学習の中で希望すること」等とした。面接は、研究参加者の承諾を得て録音する。

3) 研究期間

2013 年 4 月～2015 年 3 月

4) データ分析方法

録音した面接内容は全て逐語録に起こす。データを繰り返し読み、そのデータの意味を解釈し、分析した。。

5) 分析結果の信頼性

本研究では、可能な限り研究参加者が経験し話す内容について、研究者が的確に捉えられているか、研究参加者に確認を行いながらインタビューしデータを収集した。研究者の独善的解釈に陥ることのないよう、データ収集、分析の全過程を通じ、質的研究に習熟したスーパーヴァイザーに、スーパーヴァイズを受け、解釈を検討し信頼性の確保に努めた。

6) 倫理的配慮

育成プログラムを実施する研究対象病院の管理者に、文書及び口頭で、研究について説明し研究の承諾を得た。半構造的面接は、任意性を確保するた

めに精神科看護師がリーダーとして承認された後に行った。精神科リーダー看護師には、研究の目的、方法、回答の任意性、プライバシーの保護、匿名性の保持、不利益はないこと、結果は学会等で公表するが、個人が特定されないこと等を、文書及び口頭で説明した。同意書の署名をもって研究の同意を確認後、研究参加者に面接を行った。本研究は、研究対象である A 病院において、2013 年 3 月 6 日の A 病院倫理審査委員会を経て、2013 年 4 月 1 日に承認を得た（承認番号 13-1）。

3. 結果

リーダーとして承認された後に、精神科リーダー看護師 7 名の同意が得られ、半構造的面接を行った。面接時間は、15 分～40 分、平均 25 分であった。研究参加者の平均年齢 35.3 歳、男性 3 名、女性 4 名であった。以下、主な教育内容毎にデータを交えて述べる。

1) 精神保健医療福祉政策のもと、看護を変化させるリーダーの役割

『(講義により) 役割はだいたい理解できました』と話し、『勉強の機会を得たことはラッキーでした』と話す。『(リーダーの精神科看護師として) やっていけるか不安はあります』と話す。『(リーダーの精神科看護師として) 病院の看護の質を高めたいです』『リーダーシップを発揮していきたいです』と意欲が向上した変化したことについて語った。

2) リーダーに求められる深い看護の理解

精神科の看護実践を深める内容は、結果的に『参加する前より深まりました』と話した。看護理論について、『精神科看護が深まったから、認知行動療法を行うベースとなったと思います』と述べた。『難しかった』と語った。看護倫理については、『看護倫理について、授業の時はよくわかったが、時間がたつと忘れます』や『間違ったことはしてないと思うが、意識していないで(看護実践)しています』と話し、『(意識するためにも) 定期的に学習が必要だと思います』と語った。

看護研究に関しては、『看護倫理でも研究は看護師としてやらないといけなかったし、やりますよ』『看護の質を上げる為に必要でしょう』と語った。『研究はやったことあるけど、(研究) 計画書の書き方とか、勉強になった』と話した。『研究の文献検索も分かったし、やります』と語った。

身体的看護の理解を深める内容に対しては、『講義があったから、身体的

視点の復習になりました』(身体的な)見方やポイントがわかりました』と話した。『もっと、いろいろ、学びたかったです』と希望を語った。

3) 認知行動療法についての学習

『認知行動療法ができるところまで、勉強できました』と言い、認知行動療法実践までの理解ができたことを語った。『実際、やってみてわかったことが多くありました』言い、講義やペーパーシュミレーションよりも、実践から学ぶことの効果を語った。『早くから、患者に認知行動療法をやりたいと思います』と話した。『まだ、不安があるけど、やれる自信がついたようにも思います』と語った。『患者に関わりたいという思いが強くなりました』と語った。『もっと、他の人(精神科リーダー看護師)の認知行動療法をどうやっているか聴きたかったです』と語った。公開研修会については、『他の人(病院スタッフ)と一緒に(学習)できていいと思います』と語った。

4) 地域生活支援についての学習

『地域支援は勉強になった』と言い、『社会復帰へ向けてリーダーして、(病院スタッフに)指導していきたい』『病院を地域生活支援が中心とできるよう、言っていきたい(働きかけたい)』と意欲的に語った。

4. 考察

育成プログラムの内容として、改善点はあるものの、ある程度は妥当だと考えられた。西園ら(2009)は、院内教育の成果を33病院の看護師を対象に調査し、1年目の看護師が病院選択理由に勤務地、次に院内教育の充実を挙げ、4、5年目の看護師の院内教育の満足に目標管理が影響していた。今回の育成プログラムにおいて、院内教育として精神科看護師のリーダー育成ができた成果や公開研修会は、院内教育の充実につながったと考えられた。また、精神科リーダー看護師としての役割から目標を得られることが、精神科看護師の満足が高まったと考えられる。西園ら(2009)は、院内教育を充実させることが採用を促進し、離職率を低下させることを示唆し、この育成プログラムが、そのような効果につながることに、今後の研究課題としたいと考えている。

「精神保健医療福祉政策のもと、看護を変化させるリーダーの役割」に

については、学習できていたと評価できる。先行研究で、退院調整領域の精神科認定看護師の活動を調査した高田の研究(2010)や、同じく、仲田(2011)の退院調整領域の精神科認定看護師が看護チームをコーディネートする効果を分析した研究、南迫(2011)によるうつ病看護領域の精神科認定看護師活動を調査した研究等、精神科認定看護師に関する研究は多いが、院内の精神科リーダー看護師や院内認定看護師の活動やその効果に関する研究は少ない。今後、その活動から、明確な役割や活動の効果を明らかにする研究が必要である。今回、研究参加者は、リーダーとしての不安はあるものの、病院の看護の質向上やリーダーとしてやっていくという意欲の向上が認められた。永井らの研究(2012)において、中堅看護師を対象に、リーダーシップ研修を行った結果、自己・他者評価ともにリーダーシップが発揮できたことを明らかにしていた。八尾らの研究(2012)においても看護協会ファーストレベルの終了した看護師を対象に、看護管理能力を調査し、リーダーシップ能力等が向上したことを明らかにしていた。本研究においては、永井らの研究(2012)や八尾ら(2012)の研究と類似しリーダーシップの意欲が認められたが、そのリーダーシップが発揮できるかは、これからの活動を評価する必要がある、今後の課題である。野々川らの研究(2013)において、看護師長のアンケート調査より、看護師長としての経験年数が多くなると、教育や患者理解、病棟管理、責任遂行に関するリーダーシップが発揮できることを明らかにしていた。看護師長と院内認定看護師という立場は違っているが、リーダーシップが求められる共通点から、本研究対象の精神科リーダー看護師は、これからの経験によって、リーダーシップが発揮できることが期待できる。強瀬らの研究(2012)において、臨床経験7年目までの女性看護師を対象として、リーダーの看護師像を調査した結果、「指導力」「人間力」「看護実践力」を求めていることを明らかにしており、それらの先行研究や現在の精神保健医療福祉改革で求められるリーダーシップが発揮できることが課題である。

半構造的面接のデータで、『勉強の機会を得たことはラッキーでした』と育成プログラム参加を振り返り肯定的に捉えていた。この点からも、精神科リーダー看護師にとって、妥当な教育であったと評価できた。

看護理論に関する学習内容は、認知行動療法を行うベースとなり、適した内容であったと考えられる。看護倫理に関しては、講義の理解ができたものの、その後の活用が不十分であり、講義の工夫や定期的に学習の必要

性が示唆された。

身体的看護の理解を深める内容については、身体的視点の復習になり、学習への希望があり効果的であったと評価できる。

認知行動療法に関する学習は、結果的に、認知行動療法実践までの理解ができ、心理的变化として自信につながっていた。育成プログラム内容としては妥当であると評価できる。実践を通し学習する効果が期待できることから、患者実践の時期をもっと早めることが精神科リーダー看護師の意欲につながると考えられた。桑田ら（2013）は、看護師を対象に調査し、患者を通して感じる喜びがやりがいにつながっていることを明らかにしていた。岡部ら（2002）も、精神科看護師の勤務経験5年以上と限定した対象に調査し、やる気を支えているものとして、患者から得られる喜びを挙げている。本研究対象者も患者への認知行動療法の看護実践から得られる喜びが意欲につながることが推察される。また、田森（2011）は、新人看護師の成功体験として、患者からの感謝の言葉を挙げているように、看護師にとって患者との看護実践で得たものが大きいと考えられる。今後、学習状況にもよるが、患者に対する認知行動療法の実践の時期を早くするプログラム改善を検討したい。しかし、相原（2002）は、院内認定看護師の育成プログラムを受ける中で、on the job trainingが重要であるしながらも、学んだことをすぐ実践に移すことでとまどったと述べている。実践の時期を早めることで生じる問題を考えながら、取り組む必要があると考えられた。

育成プログラムの中で認知行動療法実践に関するプレゼンテーション及びディスカッションする機会がもっと多いことを希望していることから、その点についても改善していく必要があると言えた。認知行動療法実践のプレゼンテーション及びディスカッションする機会は、Bandura（1997）のいう代理体験となりうると考えられ、自己効力感を高められる。自分と同じ精神科リーダー看護師として忍耐強く努力し成功している姿を見る機会を増やすことが自己効力感をより高くすると考えられる。

看護研究に関する内容は、研究への意欲が認められた。精神科リーダー看護師は研究の経験があったものの、研究計画書や文献検索の方法が学習できたと言えた。看護倫理の中で学習した職業倫理で研究の必要性を研究の学習へつなげていた。山根の研究（2009）において、精神科看護師の自己教育力を高め看護実践を向上させるために、学習の技能と基盤と高める

ことを明らかにしている。特に、文献検索や研究的視点で検討し、文章にまとめる等の学習技能を高める必要を示唆していた。今回の看護研究に関する内容は、文献検索の意欲や研究を行う意欲があり、自己教育力が高まっていることが推測された。福間ら（2008）は、精神科認定看護師と皮膚・排泄ケア認定看護師との研究活動の比較をした結果、共同研究件数、看護・医学系雑誌への投稿件数、合計研究の件数が有意に精神科認定看護師の方が少なかったことを明らかにしている。実践の効果を研究によって明らかにするとともに、精神科リーダー看護師としての成長や活動のアップールのためにも研究は必要であり、研究の奨励が必要であることが考えられた。地域生活支援についての学習に関しても効果的であったと評価できる。活動への意欲が認められ、今後に期待できた。

5. 課題

佐藤ら（2012）は、訪問看護認定看護師を対象にした研究で、認定看護師の教育に関わる者は、課題を抱えながら活躍する認定看護師の活動の方向性を見守り、サポートを続け、カリキュラムの課題を見つけ、それを育成に反映する重要性を示唆している。本研究においても、精神科リーダー看護師の活動を見ながら、育成プログラムの改善が重要であると考えられた。

第4節 病院スタッフからの評価

1. 目的

育成プログラムに対して、病院スタッフがどのように評価しているのかを調査した。研究目的は、「育成プログラムに対する病院スタッフからの評価を明らかにする」とした。

2. 方法

1) 研究対象

研究協力の同意が得られた病院スタッフ 11 名（以下、研究参加者）を対象とする。

2) データ収集方法

育成プログラムにおいて、精神科リーダー看護師承認された直後に、研究の同意の得られた病院スタッフに半構造的面接を行う。面接においては、先行研究（山根ら，2009）福田ら（2008）等を基にインタビューガイドを作成し実施した。インタビューガイドの主な内容は、「育成プログラムに期待するもの」、「育成プログラムで改善が必要と思うこと」、「協力の意思」等とした。面接は、研究参加者の承諾を得て録音またはメモをとる。

3) 研究期間

2013年4月～2015年3月

4) データ分析方法

録音またはメモした面接内容は全て逐語録に起こす。データを繰り返し読み、そのデータの意味を解釈した。データをコード化し、その意味や内容を分類し、同じ意味を示すものは1つにまとめ、カテゴリーとする。その関係性について、検討を何度も繰り返し、カテゴリーには、その内容や性質を表す言葉で命名する。

5) 分析結果の信頼性

本研究では、可能な限り研究参加者が経験し話す内容について、研究者が的確に捉えられているか、研究参加者に確認を行いながらインタビューしデータを収集した。研究者の独善的解釈に陥ることのないよう、データ収集、分析の全過程を通じ、質的研究に習熟したスーパーヴァイザーに、スーパーヴァイズを受け、解釈を検討し信頼性の確保に努めた。

6) 倫理的配慮

育成プログラムを実施する研究対象病院の管理者に、文書及び口頭で、研究について説明し研究の承諾を得た。病院スタッフに、研究の目的、方法、回答の任意性、プライバシーの保護、匿名性の保持、不利益はないこと、結果は学会等で公表するが、個人が特定されないこと等を、文書及び口頭で説明した。研究の同意を確認後、研究参加者に面接を行った。本研究は、研究対象であるA病院において、2013年3月6日のA病院倫理審査委員会を経て、2013年4月1日に承認を得た（承認番号13-1）。

3. 結果

面接時間は10～35分間で、平均25分間であった。病院スタッフ11名は、看護師4名、精神保健福祉士3名、作業療法士4名で、男性4名、女性7名であった。平均年齢は、35.0歳、精神科勤務経験は平均10.6年であった。

データを分析した結果、4つの主なカテゴリーを抽出した。カテゴリーを【 】, そのカテゴリーを表すデータを『 』で表す。育成プログラムについての評価は、【努力している精神科リーダー看護師】と評価し、【外部講師による育成効果の期待】と【精神科リーダー看護師への期待と協力の意思】があった。しかし、一方で【精神科リーダー看護師の活動への疑問】があった(図8)。

以下、カテゴリー毎に述べる。

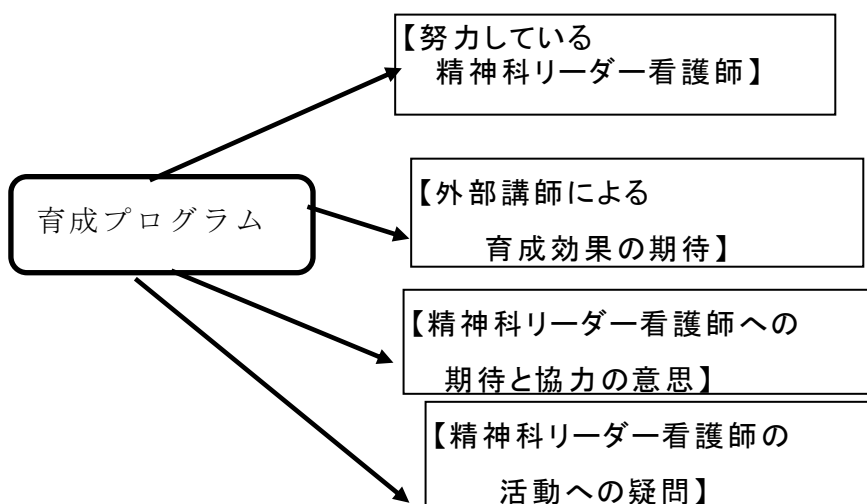


図8. 病院スタッフの育成プログラムに対する評価

1) 努力している精神科リーダー看護師

『学習はされていましてね』『大変そうでしたね，レポートとか，講義とか』と話した。

2) 外部講師による育成効果の期待

外部講師による育成について、『(病院の) 外からでないと思えれないと思います，(現状に) 慣れてしまっているから』や『外からだから，やれると思います』『病院とは違う新しいこととか入ってくるし，中からは，変えにくいところもあります』

と語った。

3) 精神科リーダー看護師への期待と協力の意思

『頑張ってもらいたい，リーダーシップをとってやってほしいですね』『活躍してほしいです』『今までは，研修にあって，行ったすぐは，やろうとされるけど，そのまま，消えてしまっていたので，継続した活動ができると思います』と活動の期待を語った。『知識を持ってくれたら，いい方向にいくと思います』『病院や看護師さんたちがいい方向に変わるといいと思います』と看護改革への期待を語った。『認知行動療法で，生活障害とか社会障害を改善できると思います』『患者のそばに一番いる看護師が(認知行動療法を)するというのはいいとは思いますが』とという認知行動療法に期待していた。『地域支援の強化にもなると思います』と語った。

また，協力の意思を語った。『これまで，勤務調整して行っていたのは知っていたし，協力しませ，これからは協力しますよ』という精神科看護師の漠然とした協力の内容から，具体的な協力として，『看護師と作業療法士が連携して作業療法の中に(認知行動療法を)入れてやっていくという方法もあります』と語った。

4) 精神科リーダー看護師の活動への疑問

精神科リーダー看護師の活動への疑問について，『精神科リーダー看護師が何をするのかよくわからないですね』『これから，何をしていられるかでしょうかね』『看護師の人数に余裕がないのにできるのかとは思いますが』といった活動への疑問を語った。

『(精神科リーダー看護師に) メリットがどれくらいあるのか疑問ですよ』

『大丈夫かと、(研究対象病院で行っている)心理教育も限定した病棟だけになったし、効果が出るのでしょうか』といったメリットに関する疑問があった。

3, 考察

病院スタッフからのデータを分析した結果、精神科リーダー看護師の学習における努力を病院スタッフが肯定的に評価していることが明らかになった。また、外部講師による育成効果を期待していることが明らかになり、病院が変わることを期待していた。病院内部だけでは変わらないと考え、外部からの介入による期待があった。病院スタッフは、今後の精神科リーダー看護師への期待と協力の意思を示していた。継続した活動に期待し、いい方向にいくというと精神保健医療福祉改革に合わせ、看護改革する期待を持っていると推測された。この結果は、山根らの研究(2009)で得られた精神科看護師が精神科認定看護師に期待するものとして、病院を変えていくリーダーシップがあることと類似していた。また、病院スタッフは、認知行動療法による効果も期待していた。言い換えれば、認知行動療法実践と他スタッフへの役割モデルとなる期待があると推測された。山根らの研究結果(2009)での精神科認定看護師に期待する役割モデルという結果と類似している。福田ら(2008)も精神科認定看護師に対し、精神科単科病院の看護管理者や教育担当責任者が指導的役割等を期待している結果とも類似していた。また、佐藤ら(2012)は、医療観察法病棟においてではあるが、他職種が看護師に期待するものとして、高い専門性・主体性、ケアコーディネーターとしての役割であることを明らかにしていた。今後、精神科リーダー看護師が専門性を活かし活動の成果を出すことが、病院スタッフの期待することであると言えた。

期待を語った後に、協力の意思を語り、協力が得られることは、今後の精神科リーダー看護師の活動へ大きな力になることが推測された。大塚ら

(2009)は、精神科認定看護師を対象に調査し、認定看護師としての経験年数が増すごとに所属施設から期待される活動が拡大し、その期待が現実的な活動へ変化することを明らかにしている。本研究対象病院においても、そのような経過をたどるようにすることが課題と考えられた。

しかし、精神科リーダー看護師の活動への疑問もあり、精神科リーダー看護師という存在にとまどいがあると考えられる。精神科看護師の人数に

余裕がない状態での認知行動療法導入や精神科リーダー看護師のメリットについての疑問については、今後活動を行う上での課題である。精神科リーダー看護師が課題解決への対策を示すことで、病院内での精神科リーダー看護師の存在意義は確立していくと考えられる。そのことで、精神科リーダー看護師が自信を強める心理的变化を示すことが推測される。木田ら（2009）は、精神科看護師を対象に調査し、精神科認定看護師が広報誌を発行していても、21.4%が精神科認定看護師を知らないと答え、認知度が低いことを明らかにしていた。精神科リーダー看護師の活動に対する理解を求める工夫が必要であると考えられた。金城ら（2006）は、精神科認定看護師を対象にした調査で、認定看護師としての資格を発揮できていないと主観的に評価しているもの42.9%で、半数近くが発揮できていないと感じていることを明らかにしていた。その背景に社会的認知の低さを示唆していた。精神科リーダー看護師や院内認定看護師を院内外にアピールするとともに、そのスキルを活かし、今後、実績となる活動が課題であると考えられた。田岡ら（2003）が、看護師を対象に調査し、看護師の職業的自立性の育成を阻むものの一つに、病院組織のシステムに対する看護師の関わり方の限界を挙げている。今回の取組みで、精神科リーダー看護師による精神保健医療福祉改革に合わせ看護も改革ができなければ、病院システムの看護師の関わり方の限界を感じ、職業的自立性は進まないと考えられ、今後の活動が重要であると考えられた。

4. 課題

病院スタッフが、【努力している精神科リーダー看護師】と認識し、【外部講師による育成効果の期待】と【精神科リーダー看護師への期待と協力の意思】があったことは、本研究の効果である。しかし、【精神科リーダー看護師の活動への疑問】については、今後、精神科リーダー看護師の活動の成果を示すことが必要である。病院スタッフが協力の意思があることから、どのように協力を得ていくのかが課題となる。

終章

第 1 節 本研究の成果

本論文の実態調査で明らかになった社会参加向上のための〈社会復帰支援への意識を変える教育〉として、2回の研修会と精神科看護師リーダー育成を行った。その結果、看護意欲の向上として、自己効力感の向上(Bandura, 1997)が確認できた。先行研究を概観する中で、本論文と同じものは、見当たらなかったが、自己効力理論(Bandura, 1997)に基づく看護の質向上に向けた研究は多く行われていた。海外においては、患者を対象とした Fedricker Diane Barber の研究(2013)や Aleda M. H. Chen らの研究(2013)、訪問看護を受ける高齢者を対象とした Habibollah Hossenini らの研究(2013)、家族を対象とした Arzu Yildirim の研究(2014)があった。本研究同様、看護師を対象とした Eliseth Ribeiro Leão の研究(2013)、Henk A Gloudemans の研究(2013)等もあった。国内でも、患者を対象とした根本の研究(2013)や高岸の研究(2011)、家族を対象とした鈴木の研究(2013)があった。本研究同様、看護師を対象とした池田らの研究(2011)、吉田らの研究(2011)、榊原らの研究(2009)、東山の研究(2012)等があった。このように、看護の質向上のために、国内外ともに、自己効力理論は看護研究に活用され、評価として妥当な理論であると言えた。本論文での取組みによって得たデータを自己効力理論に基づき分析した結果、精神科看護師の自己効力感向上の効果を認めたことは、適切な評価と言える。

本論文の実態調査で明らかになった看護意欲向上のための〈社会復帰支援を行うためのスキル獲得〉については、先行研究の結果から、認知行動療法のスキル獲得を試みた。精神科リーダー看護師は、育成プログラムの中で、認知行動療法の実践ができるまで成長しているので、現在も継続し認知行動療法を行っている。また、精神科リーダー看護師は、病院において、院内認定看護師として、2014年より病院の承認を得て院内認定看護師委員会活動を行っている。その委員会は、会議を月1回定期的に行い、精神保健医療福改革を踏まえた活動内容を検討している。その中で、育成プログラムで学んだ認知行動療法について、院内学習会を2カ月に1回、定期的を開催したり、相談会、ポスター作成を含めた広報活動等を行っている。また、病棟で認知行動療法や社会復帰促進に向けた看護師指導も行っている。その中の一人の精神科リーダー看護師は、認知行動療法の学習会を病棟で4回開催した。その後、個別指導を行い、結果として、所属する病棟の精神科看護師12名、

精神科准看護師 5 名が, SST と問題解決法を患者に実施することができている。さらに, 本論文での取組みによって刺激を受け, 精神科リーダー看護師を含め, SST 普及協会開催の研修に初級 SST 研修 7 名, 訪問看護 SST 研修 5 名が受講しスキル向上に努力している。白石らの研究 (2014) によると認知行動療法を聞いたことある看護師よりも内容を知っている看護師の方が自律性が高く, 認知行動療法実践の経験者がさらに自律性が高いことを明らかにしている。このことから, 本論文の取組みで, 看護に対する自律性が高まったと推測される。課題として, 認知行動療法の普及への継続した取組みが必要である。

今後の活動体制が十分整っていないため, 精神科リーダー看護師の中に不安がある。活動への支援が必要であるが, 神坂ら (2010) は, 認定看護師の意識として, 活動する上のキーパーソンとなるものに看護部長という認識を持った者が一番多いことを明らかにしていた。看護部長は, 「認定看護師の効果的な運用方法を考え, 実行できる権限がある」という理由であった。今後, 看護部長の協力を得ながら支援する必要があると考えている。課題としては, 病院における精神科リーダー看護師の活動体制作り, 今後の精神保健医療福祉改革に適応するための目標を段階的に設定することが課題である。

精神科リーダー看護師 8 名全員が, 育成プログラムの教育内容であった看護研究を院内発表することができた。その後, 学会へ論文投稿が 5 名できている。残りの 3 名も論文投稿準備中である。さらに, 6 名が所属する病棟の精神科看護師の研究指導を行うことができている。

精神障害者に対する地域支援中心への移行促進として, 精神科リーダー看護師の働きかけで, 訪問看護が患者一人の平均月 1 回であったものが, 週 1 回程に回数が増えている。訪問看護が精神障害者の地域生活の維持と QOL 向上へつながっていることを, 現在, 研究として研究者と研究対象病院の精神科看護師で, 明らかにしようとしているところである。精神科リーダー看護師は, 精神保健医療福祉改革に適応する看護に向けた活動の意識は高いが, それ以外の精神科看護師の意識を今回の 2 回の研修会だけでは難しく, 今後, 継続した研修会を開催する予定である。Da Q Zhu (2013) は, 看護師のデータをパス解析し, 成人患者の体重管理に対する支援に看護師の自己効力感が影響していることを明らかにし, 看護師の自己効力感を向上させることで看護実践を促進することを示唆していた。研修会においては, 精神保健医療福祉改革に適応する看護の知識やスキルだけでなく, 自己効力感向上のための

エッセンスを加味する必要があると考えられる。また、藤野ら（2014）による統合失調症患者の地域定着のプロセスや國方ら（2009）の精神障害者の自己概念等の研究結果をもとに、看護の対象の理解に向けた研修会も必要である。また、千葉ら（2010）による病気等の経験を経て得られたものやポジティブな変化があったと感じるベネフィット・ファインディングという新たな概念で精神障害者について調査した結果も対象理解に応用できると考えられる。さらに、統合失調症患者へのメンタルヘルス看護師による認知行動療法の効果を分析した Malik N（2009）の研究、再入院予防に向けた取組みに関する宇佐美らの研究（2012）等を基に今後研修会を開催していく必要がある。また、研修方法として、関谷らの研究（2012）にあるように、一般的な知識の説明からの演繹的方法でなく、具体的な事例検討から入る帰納的方法の研修会の理解が良いと考えられる。

本論文の実態調査で明らかになった看護意欲向上のための〈外部からの学習刺激〉は、外部講師の教育を入れ効果が認められた。病院の看護部の自律を考えると、外部刺激に代わって病院スタッフが学習刺激となることが望ましいが、段階をおって精神科リーダー看護師がその学習刺激となるよう移行することは課題である。

30 コマの講義・演習及び9種類の課題レポートから構成された育成プログラムは有効であり、それに加え、個別指導が重要であると考えられた。森らの研究（2010）では、精神科看護師を対象にした学習会で、自己効力感の向上のために、特に「生理的、情動的状态」が負の因子となっている不安や緊張、嫌悪感を軽減できる取組みの必要性を明らかにしていた。今回、「生理的、情動的状态」が負の因子となっている部分を個別指導で改善できたことが示唆された。

今後、研究対象病院で、自己効力感が高まった精神科リーダー看護師の影響で、看護機能が向上することが期待できる。Bandura（1976）は、社会的学習理論の中で、成功体験となる行動が選択され、効果のない行動は選択されないとしている。今回の育成プログラムにおいて学習し獲得した行動は、成功体験の行動と考えられた。そのため、その獲得した行動は、今後、選択される行動であり、行動継続ができ、精神保健医療福祉改革に向け、看護改革ができると期待できた。また、精神科リーダー看護師が、病院スタッフに協力を得ながら、その病院スタッフに認められる活動と広報が課題である。

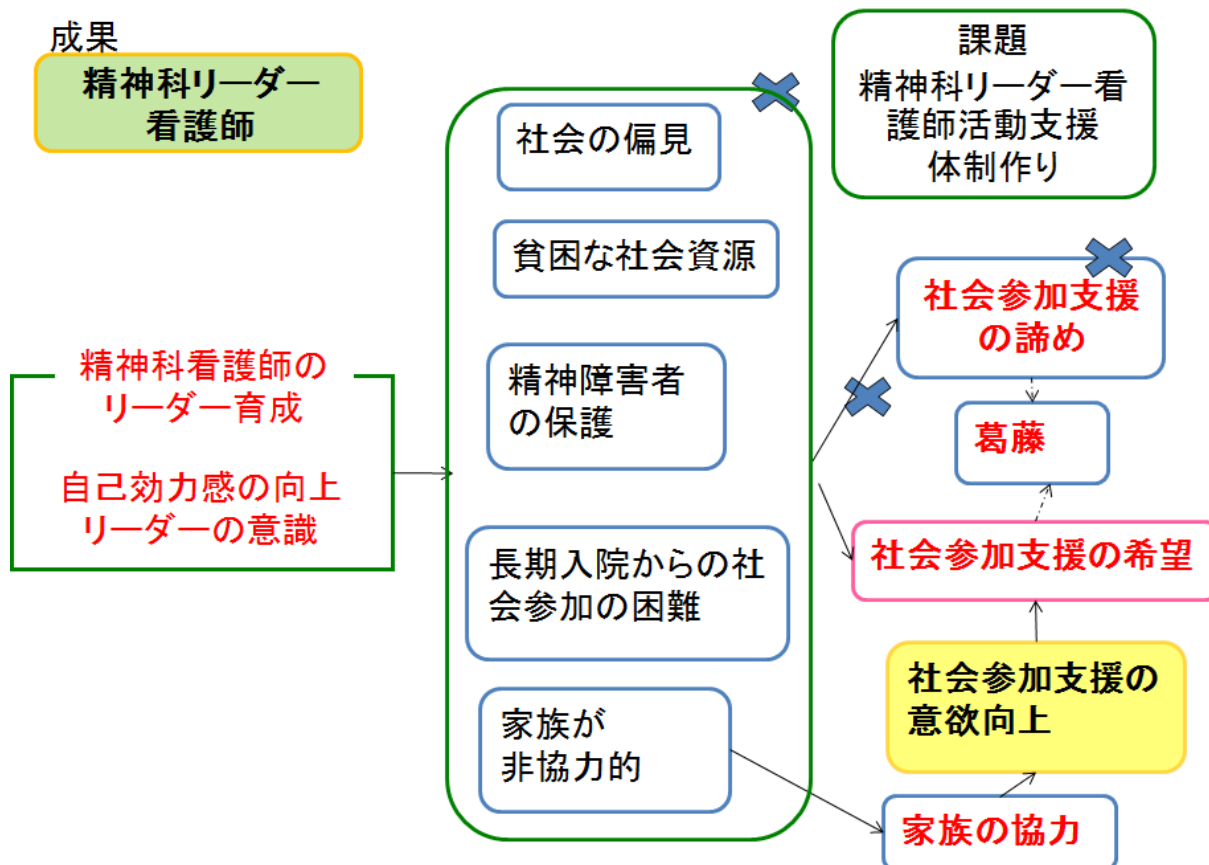


図11. 精神科リーダー看護師が持つ「精神障害者の社会参加」の意識の変化

第2節 今後の課題

本論文での取組みは、対象病院を増やし検証することも必要であるが、研究対象病院で、継続した取組みも必要である。実態調査で明らかになった＜社会復帰支援への意識を変える教育＞＜社会復帰支援を行うためのスキル獲得＞＜外部からの学習刺激＞は、本論文で記載した取組みで効果があったものの、研究対象病院で行う以下の課題が考えられた

1. 精神科リーダー看護師が不安なく有効に活動できるための、活動体制作り、精神保健医療福祉改革に適應する目標を段階的な設定のため、精神科リーダー看護師や病院管理者との審議が必要である。
2. ＜社会復帰支援を行うためのスキル獲得＞として認知行動療法の研究対象病院における普及が必要である。
3. ＜社会復帰支援への意識を変える教育＞として、精神科リーダー看護師以外の精神科看護師に向けた精神保健医療福祉改革に適應のための研修会が必要である。研修会においては、自己効力感向上のためのエッセンスを加味する必要がある。研修内容等の検討も必要である。
4. ＜外部からの学習刺激＞は、精神保健医療福祉改革に適應する看護改

革の研修会等で、精神科リーダー看護師が講師となり、学習刺激となる取組みが必要である。

5. 育成プログラムは、今回関わったすべての関係者で審議し、プログラムの修正を行うことも課題としている。

6. 病院スタッフの多職種と協働し精神保健医療福祉改革に適応するための取組みが必要である。

引用文献

序章

厚生労働省 精神疾患に関するデータ（2013）：

<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>.

厚生労働省 精神保健福祉対策本部（2004）：精神保健医療福祉の改革ビジョン，

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902.html>.

厚生労働省 精神障害者の方の地域生活への移行支援に関する取組み（2010）：入院医療中心から地域生活中心，

<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/area.html>.

厚生労働省 診療報酬改正について（2014）：平成22年度診療報酬の改定，平成24年度診療報酬の改定，

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryau/iryauhoken/shinryou_housyu.html.

厚生労働省 政策について（2015）：平成26年度診療報酬改定について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000032996.html>.

厚生労働省福祉・障害者福祉（2015）：地域生活における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法規の整備に関する法律について，

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sougoushien/index.html.

厚生労働省 障害保健福祉部が実施する検討会等（2013）：精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会，

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000026682.html>.

厚生労働省 障害保健福祉部が実施する検討会等（2015）：長期入院精神

- 障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会,
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html>.
- 厚生労働省 医療施設動態調査 (2013) : 病床数, 開設者・病院の種類・
病床の規模別,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m13/is1302.html>.
- 松枝美智子(2003) : 精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する
要因-日本語版治療共同体における看護師の変化-, 日本精神保健看
護学会誌, 12 (1) , 45 - 57.
- 濱田誠士(2008) : はじめて単身生活をおくる社会的入院患者への退院支援,
日本精神科看護学会誌, 51 (3) , 360-364.
- 齊藤淳子 (2008) : 退院に不安を抱えた長期入院患者の退院支援, 日本精
神科看護学会誌, 51(3), 464-468.
- 大沼博昭, 佐武良幸, 竹中紀子, 他 (2008) : 長期入院により活動性が低
下した患者への援助 とともに取り組むことによる活動意欲向上と援
助の効果, 日本精神科看護学会誌, 51(3), 570-574.

第 I 部 精神科看護師の看護意欲に関する実態調査

第 1 章 実態調査① 精神障害者のリカバリーに向けた看護意欲の実態

- Anthony, W. A. (1993) : Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision
of the Mental Health Service System in the 1990s, Reprinted from
Psychosocial Rehabilitation journal, 16(3), 11-23.
- 田中英樹(2010) : リカバリー概念の歴史, 精神科臨床サービ
ス, 10(4), 428-433.
- Corrigan, P. W., Phelan, S. M. (2004) : Social Support and Recovery in
People With Serious Mental Illnesses, Community Mental Health
Journal, 40, 513-523.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., Lehman, A. F. (2004) : An Exploratory
Analysis of Correlates of Recovery, PSYCHIATRIC
SERVICES, 55(5), 540-547.
- 中島富有子 (2011) : 精神科看護師が持つ「精神障がい者のリカバリー」
に対する認識. 福岡大学臨床心理学研究. 10, 19-26.
- Borkin J. R., Steffen J. J., Ensfield L. B., et al. (2000) : Recovery

- Attitude Questionnaire : Development and evaluation, *Psychiatr. Rehabil. J.* , 24 (2) , 95—102.
- 松枝美智子(2003) : 精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因-日本語版治療共同体における看護師の変化-, *日本精神保健看護学会誌* , 12 (1) , 45 - 57.
- 岡浦真心子・濱口裕司(2008) : 退院支援の背景にあるスタッフの思い (報告2) , *日本精神科看護学会誌* , 51 (3) , 55-59.
- 石橋照子・川田良子, 曾田教子, 他(2002) : 長期入院精神障害者の社会復帰への援助を阻害する看護師の捉えと態度, *日本看護学会誌* , 11, 1, 11 - 20.
- 木村克典・松村人志(2010) : 精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点, *日本看護研究学会雑誌* , 33, 2, 49-59.
- 藤野成美, 脇崎裕子, 岡村仁(2007) : 精神科における長期入院患者の苦悩, *日本看護研究学会雑誌* , 30, 2 , 87-95.
- Deci, E. L. (1980) : *The psychology of self determination* , D. C. Health & Company / 石田梅男訳 : 自己決定の心理学 内発的動機づけの鍵概念をめぐって, 誠心書房, 東京, 1985.
- 厚生労働省精神保健福祉課 (2007) : 社会保障審議会障害者部会精神障害者分会 (第1回資料1) 精神保健・医療・福祉の現状
2007-06-14, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/01/s0128-7.html>.
- 濱田誠士(2008) : はじめて単身生活をおくる社会的入院患者への退院支援, *日本精神科看護学会誌* , 51 (3) , 360-364.
- 谷本三枝, 山岡美幸, 柳原光子, 他(2008) : 「退院はできない」と答えた社会的入院患者の社会復帰への動機づけ ピアサポーターからの言葉と社会資源見学で社会生活への関心を高める, *日本精神科看護学会誌* , 51, 3, 242-245.
- 長野浩二, 隠塚和子, 金子光, 他(2008) : 退院に消極的な長期入院患者と家族へのアプローチ LASMI を用いた退院に向けての支援と経過, *日本精神科看護学会誌* , 51, 3, 575-579.
- 第2章 実態調査② 「精神障害者のリカバリーに向けた看護意欲」に家族が与える影響

- 厚生労働省 障害者自立支援調査研究プロジェクト (2010) : 精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究,
http://seishinhoken.jp/attachments/view/articles_files/src/5.
- Anthony, W. A. (1993) : Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s, Reprinted from Psychosocial Rehabilitation journal, 16(3), 11-23.
- 中島富有子, 柴田裕子, 森中恵子 (2012) : 「精神障がい者のリカバリーに対する看護師の意識」に家族が与える影響. 医学と生物学, 156(1), p. 20-25.
- 鳥居央子, 森秀子, 杉下知子 (2004) : 看護職者の家族看護についての認識—本学会員対象の調査成績から—, 家族看護学研究, 9 (3), 112 - 122.
- 南山浩二 (1997) : 精神障害者・家族の概要 全家連保健福祉研究所編 精神障害者家族の健康状況と福祉のニーズ 97 第3回全国家族調査(I)地域家族会篇, ぜんかれん保健福祉研究所モノグラム, 18, 7-46.
- 濱田誠士 (2008) : はじめて単身生活をおくる社会的入院患者への退院支援, 日本精神科看護学会誌, 51 (3) , 360-364.
- 藤野成美, 山口扶弥, 岡村仁 (2009) : 統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦痛, 日本看護研究学会雑誌, 32 (2) , 35-43.
- 大島巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, 他 (1994) : 精神分裂病・家族の属性別にみた EE (Expressed Emotion) の特徴, 精神医学, 36 (12) , 1234-1243.
- 望月美栄子, 山崎喜比古, 菊澤佐江子, 他 (2008) : こころの病をもつ人々への地域住民のスティグマおよび社会的態度 全国サンプル調査から, 厚生指標, 55 (15) , 6 - 15.
- 木村克典・松村人志 (2010) : 精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点, 日本看護研究学会雑誌, 33, 2, 49-59.
- 高橋正和 (1993) : 在院患者調査中間報告 精神科医療マスタープランのための入院患者調査報告, 日本精神病院協会誌, 12, 971-1015.

第3章 実態調査③ 社会復帰に向けた看護意欲を変化させる要因

- 中島富有子 (2013) : 精神科看護師の「社会復帰支援の意識」に影響する要因とその構造—民間精神科病院に勤務する看護師の面接調査を通して. 日本精神保健看護学会誌, 22 (2), 50-57.
- 松枝美智子 (2003) : 精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因 日本版治療共同体における看護師の変化, 日本精神保健看護学会誌, 12 (1), 45-57.
- 清家太美子 : 精神科病棟における看護師の退院に向けての援助, 日本精神保健看護学会誌, 16 (1), 32-39, 2007.
- 大沼博昭, 佐武良幸, 竹中紀子, 他 (2008) : 長期入院により活動性が低下した患者への援助 とともに取り組むことによる活動意欲向上と援助の効果, 日本精神科看護学会誌, 51(3), 570-574.
- 青木典子 (2005) : 精神障害者の病院から地域への移行期における看護活動の実態, 日本精神保健看護学会誌, 14 (1), 42 - 52.
- 田嶋長子, 島田あずみ, 佐伯恵子 (2009) : 精神科長期入院患者の退院を支援する看護実践の構造, 日本精神保健看護学会, 18 (1), 50-60.
- 藤野成美, 山口扶弥, 岡村仁 (2009) : 統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦痛, 日本看護研究学会雑誌, 32 (2) , 35-43.
- 大谷京子 (2008) : 精神障害リハビリテーションの境界を広げる 職種の役割と多職種間連携, 精神障害とリハビリテーション, 12 (1) , 34-39, 2008.
- 石橋照子・川田良子, 曾田教子, 他 (2002) : 長期入院精神障害者の社会復帰への援助を阻害する看護師の捉えと態度, 日本看護学会誌, 11, 1, 11 - 20.
- 原田かおり (2006) : 退院促進に対する精神科スタッフの思い 精神科看護師へのアンケート調査より, 日本精神科看護学会誌 49 (2) , 284-288.
- 小山明美 (2011) : 精神科長期入院患者への退院を意識する条件, 援助, 連携に関する要因の検討 看護師への質問紙調査を通して, 日本看護学会論文集 精神看護, 41, 200 - 203.
- Anthony, W. A. (1993) : Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s, Reprinted from Psychosocial Rehabilitation journal, 16(3), 11-23.

- 松枝美智子(2003)：精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因-日本語版治療共同体における看護師の変化-, 日本精神保健看護学会誌, 12 (1) , 45 - 57.
- 石橋照子・川田良子, 曾田教子, 他(2002)：長期入院精神障害者の社会復帰への援助を阻害する看護師の捉えと態度, 日本看護学会誌, 11, 1, 11 - 20.
- 青木典子 (2005)：精神障害者の病院から地域への移行期における看護活動の実態, 日本精神保健看護学会誌, 14 (1), 42 - 52.
- Bandura A (1997)：SELF-EFFICACY IN CHANGING SOCIETIES／本明寛, 野口京子監訳(2006)：激動社会の中の自己効力感, 3-35, 金子書房, 東京, 1-30.
- 片岡三佳, 高橋香織, グレグ美鈴, 他 (2005)：精神疾患をもつ長期入院患者の社会復帰に向けての看護実践と課題 (第一報), 岐阜県立看護大学紀要, 5, 1, 11-18.
- 角川和也, 佐伯興平 (2009)：精神科長期入院患者の退院促進に対する精神科看護師の意識調査 退院促進活動に対するイメージと停滞の原因, 日本看護協会第40回 精神看護, 69 - 71.
- 木村克典・松村人志(2010)：精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点, 日本看護研究学会雑誌, 33, 2, 49-59.
- 東中須恵子 (2007)：精神科看護の質向上を求めて 臨床への実態調査から院内教育の現状を探る, 弘前学院大学看護紀要, 2, 31-39.
- 田嶋長子, 島田あずみ, 佐伯恵子(2009)：精神科長期入院患者の退院を支援する看護実践の構造, 日本精神保健看護学会, 18 (1), 50-60.
- 特例社団法人 日本精神科看護技術協会 (2011)：平成 22 年度障害者総合福祉推進事業 精神科病院からの地域移行における障害福祉サービスの効果的利用を促進するための普及・研修事業, 33, 特例社団法人 日本精神科看護技術協会, 東京.
- 青木典子 (2005)：精神障害者の病院から地域への移行期における看護活動の実態, 日本精神保健看護学会誌, 14 (1), 42 - 52.
- 藤野成美, 山口扶弥, 岡村仁 (2009)：統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦痛, 日本看護研究学会雑誌, 32 (2) , 35-43.
- 大島巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, 他 (1994)：精神分裂病・家族の属性別にみた EE (Expressed Emotion) の特徴, 精神医学, 36

(12) , 1234-1243.

石橋照子・川田良子, 曾田教子, 他(2002) : 長期入院精神障害者の社会復帰への援助を阻害する看護師の捉えと態度, 日本看護学会誌, 11, 1, 11 - 20.

中島富有子, 山川裕子, 藤本裕二 (2011) : 精神科看護職の統合失調症患者に対する偏見と専門的学習との関連, 医学と生物学, 155 (10), 691-696.

木村克典・松村人志(2010) : 精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点, 日本看護研究学会雑誌, 33, 2, 49-59.

林裕栄 (2009) : 精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難, 日本看護研究学会雑誌, 32 (2), 23-35.

近藤浩子, 岩崎弥生 (2008) : 慢性精神障害者の退院を支援するグループ・アプローチに関する研究(第1報), 千葉看護学会会誌, 14(1), 44-52.

一般社団法人日本精神科看護協会 倫理綱領(2004) : 倫理綱領,

<http://www.jpna.jp/outline/ethics.html>.

厚生労働省 うつ対応マニュアル (2004) : うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー.

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/s0126-5f.html>

名城健二, 諸留華英 (2011) : 大学生に対する SST (ソーシャル・スキルズ・トレーニング) の効果について, 沖縄大学人文学部紀要, 13, 65-72.

厚生労働省 障害保健福祉部が実施する検討会等 (2013) : 精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会,

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000026682.html>.

岡田佳詠 (2011) : 看護のための認知行動療法, 医学書院, 東京.

戸谷理沙, 深澤香織, 峯村文, 他 (2008) : 精神科急性期病棟における効果的な SST への取組み SST の再検討とその導入の効果, 日本看護学会論文集 精神看護, 39, 77-79.

Heli Jämfelt, Rea Lagerstedt, Soili Kajaste, Mikael Sallinen, Aslak Savolainen, Christer Hubin (2012) : Cognitive behavioral therapy for shift workers with chronic insomnia, Sleep Medicine, 13, 10, 1238-1246.

Karen Heslop, Julia Newton, Christine Baker, Graham Buma, Debbie Cmick,

- Anthony De Soyza (2013) : Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) interventions for anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) undertaken by respiratory nurses: the COPD CBT CARE study, Published online, 4, 13–62.
- 門田幸子, 西丸賀奈江, 川島千恵子 (2009) : 訪問看護に認知行動療法を取り入れての効果, 日本精神科看護学会誌, 52(2), 337-341.
- 古屋喜代子, 斉藤永子 (2010) : 統合失調症患者に対する認知行動療法の試み 症状自己管理グループと個別看護の実践, 日本精神科看護学会誌, 53(3), 95-99.
- 白倉直樹, 武藤教志, 川村知奈美 (2011) : 精神科看護師の教育やトレーニングのニーズ, 精神科看護, 38(5), 48-54.
- 公益社団法人日本看護協会資格認定制度(2013) : 認定看護師・専門看護師・認定看護管理者,
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>.
- 一般社団法人日本精神科看護協会 精神科認定制度(2014) : 教育事業 精神科認定制
度, <http://www.jpna.jp/education/certified-nurse.html>
- 一般社団法人日本精神科看護協会 教育認定委員会 (2013) : 精神科認定看護師制度ガイドブック平成 25 年度版, 特定社団法人日本精神科看護技術協会, 東京.
- 金城祥教, 三木明子 (2006) : 精神科認定看護師の認定までのプロセスと認定後の諸問題, 日本精神保健看護学会, 15 (1), 77–85.
- 相原友直 (2002) : 院内認定看護師の体験から, 精神科看護, 129 (10), 23-27.

第Ⅱ部 精神科看護師の看護意欲向上へのアプローチ

第1章 看護倫理観を高めるアプローチ

- 水澤久恵 (2010) : 看護師の倫理に関する知識と倫理教育機会の有無についての実態調査, 日本看護学会論文集. 看護教育 41, 87-89.
- 山本捷子, 本田多美枝, 寺門とも子 (2005) : 九州ブロック N 系列病院における看護職者のキャリア形成に関する学習ニーズ調査, 日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report3, 208-218.
- 田中美恵子, 濱田由紀, 嵐弘美, 他 (2010) : 精神科看護師が倫理的問題

- を体験する頻度と悩む程度，および倫理的問題に直面したときの対処行動，東京女子医科大学看護学会誌，1-9.
- 石崎智子（2006）：「ナーシング・リスクマネジメント」の現状分析を通じた「看護倫理」の役割に関する研究 精神科看護の現場に焦点を当てて，弘前大学大学院地域社会研究科年報(2)，61-78.
- 坂田三允，萱間真美，櫻庭繁，他（2006）：精神看護と法・倫理，中山書店，1-188.
- 一般社団法人日本精神科看護協会 倫理綱領(2004)：倫理綱領，
<http://www.jpna.jp/outline/ethics.html>.
- 石川志保，鶴田真弓，岡元景子（2005）：治癒困難にある患者を持つ家族を支える援助-JONSENらの臨床倫理の4分割表を用いて，日本看護学会論文集 2 成人看護 36，202-204.
- 横田宜子，上村智彦，小田正枝（2011）：Jonsen 4 分割表を用いた臨床倫理カンファレンスが医師と看護師に与える影響，日本がん看護学会誌 25(2)，14-23.
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. (1992): Clinical Ethics—A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine (3rd ed.). McGraw-Hill, New York／赤林朗監修，大井玄監訳臨床倫理学：臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ，新興医学出版社，東京，1997.
- 水澤久恵（2010）：看護師の倫理に関する知識と倫理教育機会の有無についての実態調査，日本看護学会論文集.看護教育 41，87-89.
- 山本捷子，本田多美枝，寺門とも子（2005）：九州ブロック N 系列病院における看護職者のキャリア形成に関する学習ニーズ調査，日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report3，208-218.
- 田中美恵子，濱田由紀，嵐弘美，他（2010）：精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度，および倫理的問題に直面したときの対処行動，東京女子医科大学看護学会誌，1-9.
- 石崎智子（2006）：「ナーシング・リスクマネジメント」の現状分析を通じた「看護倫理」の役割に関する研究 精神科看護の現場に焦点を当てて，弘前大学大学院地域社会研究科年報(2)，61-78.
- 山本捷子，本田多美枝，寺門とも子（2005）：九州ブロック N 系列病院における看護職者のキャリア形成に関する学習ニーズ調査，日本赤十

- 字九州国際看護大学 Intramural Research Report3, 208-218.
- 水澤久恵 (2009) : 病棟看護師が経験する倫理的問題の特徴と経験や対処の実態及び-それらに関連する要因, 生命倫理 19(1), 87-97.
- 古木正文 (2007) : 精神科病院職員が患者から受ける暴力の実態, 日本精神科看護学会誌 50(1), 218-219.
- 佐藤雅美, 大山明子, 篠木由美, 他 (2008) : 精神科看護職員の被暴力体験後のサポートのあり方に関する研究, 精神看護 11(2), 99-101.
- 木村克典・松村人志 (2010) : 精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点, 日本看護研究学会雑誌, 33, 2, 49-59.
- 田中美恵子, 濱田由紀, 嵐弘美, 他 (2010) : 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度, および倫理的問題に直面したときの対処行動, 東京女子医科大学看護学会誌, 1-9.
- 菅原大輔, 岡田実 (2012) : 強引な看護アプローチによる精神科看護師と患者の間に生じた対立場面の解釈-援助を構成する「患者理解」と「援助態度」の概念を用いて, 弘前学院大学看護紀要 7, 1-9.
- 木村克典・松村人志 (2010) : 精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点, 日本看護研究学会雑誌, 33, 2, 49-59.
- 水澤久恵 (2010) : 看護師の倫理に関する知識と倫理教育機会の有無についての実態調査, 日本看護学会論文集. 看護教育 41, 87-89.
- 石川志保, 鶴田真弓, 岡元景子 (2005) : 治癒困難にある患者を持つ家族を支える援助-JONSEN らの臨床倫理の 4 分割表を用いて, 日本看護学会論文集 2 成人看護 36, 202-204.
- 横田宜子, 上村智彦, 小田正枝 (2011) : Jonsen 4 分割表を用いた臨床倫理カンファレンスが医師と看護師に与える影響, 日本がん看護学会誌 25(2), 14-23.
- 岩本幹子, 溝部佳代, 高波澄子 (2005) : 大学病院において看護師長が体験する倫理的問題, 看護総合科学研究会誌 8(3), 3-14.

第 2 章 認知行動療法のスキル獲得へのアプローチ

- 岡田佳詠 (2011) : 看護のための認知行動療法, 医学書院, 東京.
- 内山喜久雄, 坂野雄二 (2008) : 認知行動療法の技法と臨床, 日本評論社, 東京, 1-322.
- 秋山剛, 大野裕 (2011) : うつ病の集団認知行動療法, 医学映像教育セン

- ター, 東京, 1-152.
- David Kingdon, Douglas Turkington (2002) : The Case Study Guide to Cognitive Behaviour Therapy of Psychosis / 原田誠一監訳
(2007) : 症例から学ぶ 統合失調症の認知行動療法, 日本評論社, 1-316.
- Sharon Maorgillo Freeman, Arthur Freeman (2004) : Cognitive Behaviour Therapy in Nursing Practice / 白石裕子監訳 (2008) : 看護実践における認知行動療法, 星和書店, 東京, 1-487.
- Bandura A (1997) : SELF-EFFICACY IN CHANGING SOCIETIES / 本明寛, 野口京子監訳 (2006) : 激動社会の中の自己効力感, 金子書房, 東京, 3-35.
- 山根美智子 (2009) : 精神科看護師の自己教育力と看護実践および学習ニードの関連, 獨協医科大学看護学部紀要, 3, 11-22.
- 門田幸子, 西丸賀奈江, 川島千恵子 (2009) : 訪問看護に認知行動療法を取り入れての効果, 日本精神科看護学会誌, 52(2), 337-341.
- 古屋喜代子, 斉藤永子 (2010) : 統合失調症患者に対する認知行動療法の試み 症状自己管理グループと個別看護の実践, 日本精神科看護学会誌, 53(3), 95-99.
- 松永妃都美, 秋永和之, 梅崎節子, 他 (2013) : 災害救援活動の参加に必要な条件, 情報や知識, バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌, 15 (1) , 1-6.
- 東中須恵子 (2007) : 精神科看護の質向上を求めて 臨床への実態調査から院内教育の現状を探る, 弘前学院大学看護紀要, 2, 31-39.
- 香月富士日, 門田真小代 (2010) : 精神科看護師に対するストレスマネジメントエンパワメントプログラムの効果 予備研究報告, 日本精神保健看護学会, 19 (2) , 55-64.
- 白石裕子, 則包和也 (2010) : 幻覚・妄想の訴えに対する精神科看護師の認知・感情・対処の検討 精神科看護師における認知行動療法の導入を目指して, 日本精神保健看護学会誌, 19 (1), 34-43.
- 桑田佐代子, 小木曾加奈子, 今井七重 (2013) : 中規模病院における看護職種の職務満足度の現状と課題 「やりがいを感じる時」「やる気をなくす時」「働きやすい職場」とは, 日本看護学会論文集 看護管理, 43, 127-130.

岡部今朝美, 森本 仁美, 平井 友子, 他 (2002): 精神科ベテランナースのやる気を支えているもの, 日本精神科看護学会誌, 45 (1), 378-381.

第Ⅲ部 精神科看護師の看護意欲向上のためのリーダー育成

第1章 リーダー育成プログラム作成

一般社団法人日本精神科看護協会 教育認定委員会 (2013): 精神科認定看護師制度ガイドブック平成25年度版, 特定社団法人日本精神科看護技術協会, 東京.

中島富有子 (2011): 精神科看護師が持つ「精神障がい者のリカバリー」に対する認識. 福岡大学臨床心理学研究. 10, p.19-26.

中島富有子, 柴田裕子, 森中恵子 (2012): 「精神障がい者のリカバリーに対する看護師の意識」に家族が与える影響. 医学と生物学, 156(1), p.20-25.

中島富有子 (2013): 精神科看護師の「社会復帰支援の意識」に影響する要因とその構造—民間精神科病院に勤務する看護師の面接調査を通して. 日本精神保健看護学会誌, 22 (2), 50-57.

福田晶子, 倉田隆明, 服部春樹 (2010): 看護管理者および教育担当責任者が求める精神科認定看護師の活用方法, 日本精神科看護学会, 53 (1), 196-197.

Bandura A (1997): SELF-EFFICACY IN CHANGING SOCIETIES / 本明寛, 野口京子監訳 (2006): 激動社会の中の自己効力感, 金子書房, 東京.

諏訪茂樹 (2011): 看護にいかすリーダーシップ, 医学書院, 東京.

岡田佳詠 (2011): 看護のための認知行動療法, 医学書院, 東京.

第2章 リーダー育成プログラムの効果

松枝美智子 (2003): 精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因—日本語版治療共同体における看護師の変化—, 日本精神保健看護学会誌, 12(1), 45 - 57.

中島富有子 (2011): 精神科看護師が持つ「精神障がい者のリカバリー」に対する認識. 福岡大学臨床心理学研究. 10, p.19-26.

中島富有子, 柴田裕子, 森中恵子 (2012): 「精神障がい者のリカバリーに対する看護師の意識」に家族が与える影響. 医学と生物学, 156(1),

p. 20-25.

- 中島富有子 (2013) : 精神科看護師の「社会復帰支援の意識」に影響する要因とその構造—民間精神科病院に勤務する看護師の面接調査を通して. 日本精神保健看護学会誌, 22 (2), 50-57.
- Anthony, W. A. (1993) : Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s, Reprinted from Psychosocial Rehabilitation journal, 16(3), 11-23.
- Bandura A (1997) : SELF-EFFICACY IN CHANGING SOCIETIES / 本明寛, 野口京子監訳 (2006) : 激動社会の中の自己効力感, 金子書房, 東京.
- 棚橋政国, 松田智子, 根本綾香, 他 (2010) : 精神科における服薬指導の向上にむけた勉強会の効果 看護師の認識 と自己効力感を中心に, 東邦大学看護研究会誌, 7, 11-20.
- Stanley, Mercedes, Pollard et al, (2013) : Relationship Between Knowledge, Attitudes, and Self-Efficacy of Nurse Pediatric Pain, Pediatric Nursing, 39(4), 165 - 167.
- 山根俊恵, 東美奈子, 草地仁史, 他 (2010) : 精神科認定看護師のコンピテンシーに関する研究, 日本精神科看護学会誌, 53(1), 27-38.
- 二重作清子, 宮林郁子, 中山さち子, 他 (2005) : 臨床における看護研究を支える看護師と教員の連携, 日本看護学会論文集 看護教育, 36, 269-271.
- 川野友信, 風祭元 (1987) : 不安の科学と健康, 朝倉書店, 東京, 1 - 38.
- H. E. Peplau (1973) : Interpersonal relations in nursing / 稲田八重子, 武山満智子, 小林富美栄他訳 : 人間関係の看護論, 医学書院, 東京, 131-167.
- 篠原智美 (2010) : 看護職のストレス状況の把握とストレス対策研修の効果 精神療養病棟における試み, 長野県看護研究学会論文集, 30, 115-117.
- Rutter, Michael (1985) : Resilience in the face of adversity, Protective factor and resilience to psychiatric disorder, British Journal of Psychiatry, 147, 598-611.
- 清野純子, 森和代, 井上真弓, 他 (2012) : 看護師のレジリエンスに影響する要因の検討, 日本ウーマンズヘルス学会誌, 11(1), 127-134.
- Bandura A (1997) : SELF-EFFICACY IN CHANGING SOCIETIES / 本明寛, 野

- ロ京子監訳 (2006) : 激動社会の中の自己効力感, 金子書房, 東京, 1-30.
- 谷幸晃, 瀬戸 栄之, 竹内 重之 (2012) : 精神科看護師の一般性セルフ・エフィカシーの実態調査, 日本精神科看護学術集会誌, 55(1), 394-395.
- 厚生労働省 障害保健福祉部が実施する検討会等 (2013) : 精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000026682.html>
- 白倉直樹, 武藤教志, 川村知奈美 (2011) : 精神科看護師の教育やトレーニングのニーズ, 精神科看護, 38(5), 48-54.
- 永井嘉子, 亀田 律子 (2012) : 中堅看護師のリーダーシップ能力の向上を目指した研修の検討, 日本看護学会論文集 看護管理, 42, 99-102.
- 野々川陽子, 谷口由美子 (2013) : 職員のやる気を引き出す看護師長の関わり方 看護師長のリーダーシップ行動測定尺度を使用した分析から, 日本看護学会論文集 看護管理, 43, 439-442.
- 川野友信, 風祭元 (1987) : 不安の科学と健康, 朝倉書店, 東京, 1 - 38.
- Bandura A (1997) : SELF-EFFICACY IN CHANGING SOCIETIES / 本明寛, 野口京子監訳 (2006) : 激動社会の中の自己効力感, 金子書房, 東京, 1-35.
- 中島富有子 (2013) : 精神科看護師の「社会復帰支援の意識」に影響する要因とその構造—民間精神科病院に勤務する看護師の面接調査を通して. 日本精神保健看護学会誌, 22 (2), 50-57
- 香月富士日, 門田真小代 (2010) : 精神科看護師に対するストレスマネジメントエンパワメントプログラムの効果 予備研究報告, 日本精神保健看護学会, 19 (2) , 55-64
- Albert Bandura A (1976) : Social Learning Theory, Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall, 17-18.
- 越田美穂子, 片山陽子, 大西美智恵 (2008) : 看護師への外部講師による継続した研究指導が自己効力感と自律性に与える影響, 香川大学看護学雑誌, 12 (1), 57-64.
- 棚橋政国, 松田智子, 根本綾香, 他 (2010) : 精神科における服薬指導の向上にむけた勉強会の効果 看護師の認識 と自己効力感を中心に, 東邦大学看護研究会誌, 7, 11-20.

- Young Sook Roh, Woo Lee Sook Lee, Hyun Soo Chung, Young Mi Park (2013) :
The effects of simulation-based resuscitation training on
nurses' self efficacy and satisfaction, Nurse Education Today,
33, 2, 123 - 128.
- 諏訪茂樹 (2011) : 看護にいかすリーダーシップ, 医学書院, 東京。
- 岡田佳詠 (2011) : 看護のための認知行動療法, 医学書院, 東京。
- 棚橋政国, 松田智子, 根本綾香, 他 (2010) : 精神科における服薬指導の
向上にむけた勉強会の効果 看護師の認識 と自己効力感を中心
に, 東邦大学看護研究会誌, 7, 11-20.
- 西園民子, 平井さよ子, 飯島佐知子, 他 (2009) : A 県下における院内教育
の成果に影響する要因の分析 院内教育の構造・過程との関連,
日本看護管理学会誌, 13 (2), 58-65.
- 高田久美 (2010) : 退院調整を担う地域連携室における看護師の役割 総
合病院の地域連携室における精神科認定看護師(退院調整領域)の
活動, 日本精神科看護学会誌, 53 (3), 253-257.
- 仲田弘子 (2011) : 長期入院患者の退院に向けた支援 退院調整領域の精
神科認定看護師の役割を考える, 日本精神科看護学会誌, 54, (3),
46-50.
- 南迫裕子 (2011) : 精神科認定看護師の活動の実態と今後の課題 うつ病
看護領域の精神科認定看護師の語りより, 日本精神科看護学会誌,
54 (2), 141-145.
- 永井嘉子, 亀田 律子 (2012) : 中堅看護師のリーダーシップ能力の向上
を目指した研修の検討, 日本看護学会論文集 看護管理, 42, 99-102.
- 八尾雅子, 大川長子, 澤邊綾子, 他 (2012) : 認定看護管理者制度「ファ
ーストレベル」修了後の看護管理能力の変化に関する自覚調査
ファーストレベル修了者のアンケート調査の分析より, 日本看護
学会論文集 看護管理, 42, 167-170.
- 野々川陽子, 谷口由美子 (2013) : 職員のやる気を引き出す看護師長の関
わり方 看護師長のリーダーシップ行動測定尺度を使用した分析
から, 日本看護学会論文集 看護管理, 43, 439-442.
- 強瀬美佐子, 中澤明美, 長谷川里香 (2012) : 若い看護師の求めるリーダ
ー看護師像 グループインタビューによる語りの分析, 日本看護学
会論文集 看護管理, 42, 280-283.

- 桑田佐代子, 小木曾加奈子, 今井七重 (2013): 中規模病院における看護職種の職務満足度の現状と課題 「やりがいを感じる時」「やる気をなくす時」「働きやすい職場」とは, 日本看護学会論文集 看護管理, 43, 127-130.
- 岡部今朝美, 森本 仁美, 平井 友子, 他 (2002): 精神科ベテランナースのやる気を支えているもの, 日本精神科看護学会誌, 45 (1), 378-381.
- 田森さな江 (2011): 新人看護師の成功体験の実態調査と指導者の課題, 全国自治体病院協議会雑誌, 50 (4), 556-559.
- 相原友直 (2002): 院内認定看護師の体験から, 精神科看護, 129 (10), 23-27.
- Bandura A (1997): SELF-EFFICACY IN CHANGING SOCIETIES / 本明寛, 野口京子監訳 (2006): 激動社会の中の自己効力感, 3-35, 金子書房, 東京, 1-30.
- 山根美智子 (2009): 精神科看護師の自己教育力と看護実践および学習ニードの関連, 獨協医科大学看護学部紀要, 3: 11-22.
- 福間幸夫, 木田ゆかり (2008): 精神科認定看護師登録者の研究活動について 皮膚・排泄ケア認定看護師との比較, 日本精神科看護学会誌, 51 (1), 272-273.
- 佐藤弥生, 桜井礼子 (2012): 修了生の現状からみた訪問看護認定看護師の活動の場と役割についての検討, 看護科学研究, 10, 9-13.
- 福田晶子, 倉田隆明, 服部春樹 (2010): 看護管理者および教育担当責任者が求める精神科認定看護師の活用方法, 日本精神科看護学会, 53 (1), 196-197.
- 佐藤 優介, 山田 理加 (2012): 医療観察法病棟において, 多職種が看護師に期待する役割, 日本看護学会論文集 精神看護, 42, 272-275.
- 山根美智子 (2009): 精神科看護師の自己教育力と看護実践および学習ニードの関連, 獨協医科大学看護学部紀要, 3: 11-22.
- 福田晶子, 倉田隆明, 服部春樹 (2010): 看護管理者および教育担当責任者が求める精神科認定看護師の活用方法, 日本精神科看護学会, 53 (1), 196-197.
- 佐藤 優介, 山田 理加 (2012): 医療観察法病棟において, 多職種が看護師に期待する役割, 日本看護学会論文集 精神看護, 42, 272-275.

大塚恒子，小川貞子，東谷美智子，他（2009）：精神科認定看護師の現状に関する調査，精神科看護 36（2），47-52.

木田ゆかり，石川博康，藤田由美，他（2009）：病院組織に期待される精神科認定看護師の役割 アンケート調査による活用方法の検討，日本精神科看護学会誌，52（2），182-186.

金城祥教，三木明子（2006）：精神科認定看護師の認定までのプロセスと認定後の諸問題，日本精神保健看護学会，15(1)，77-85.

田岡眞由美，森本智磨子，植林みどり，他（2003）：看護師の職業的自立性の育成に影響する要因の構造化，日本看護学会論文集 看護管理，34，184-186.

終章

Bandura A（1997）：SELF-EFFICACY IN CHANGING SOCIETIES／本明寛，野口京子監訳（2006）：激動社会の中の自己効力感，金子書房，東京.

Fedricker Diane Barber（2013）：Effects of social support on physical activity, self-efficacy, and quality of life in adult cancer survivors and their caregivers, Oncology Nursing Forum, 40, 5, 481 - 489.

Aleda M. H. Chen, Karen S. Yehle, Nancy M. Albert, et al（2013）：Health literacy influences heart failure knowledge attainment but not self-efficacy for self-care or adherence to self-care over time, nursing reserch and practice, Volume2013, 8 pages.

Habibollah Hossenini, Sara Torkani, Khosrow Tavakol（2013）：The effect of community health nurse home visit on self-care self-efficacy of the elderly living in selected Falavarjan villages in Iran in 2010, Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 18（1），47 - 53.

Arzu Yildirim, Sevim Buzlu, Rabia Hacihasanoğlu Asilar, et al（2014）：The effect of family-to-family support programs provided for families of schizophrenic patients on information about illness, family burden and self efficacy, Türk Psikiyatri Dergisi, 25（1），31 - 37.

Eliseth Ribeiro Leão, Olga Guilhermina Farah, Elish Aparecida Alves

- Reis,, et al (2013): Academic profile, beliefs, and self-efficacy in research of clinical nurses : implications for the nursing research program in a magnet journey hospital, *Einsein (São Paulo)*, 11, 4, 507 - 513.
- Henk A Gloudemans, René M.J.D.Schalk, Wouter Reynaert (2013) : The relationship between critical thinking skills and self-efficacy beliefs in mental health nurses, *Nurse Education Today*, 33, 3, 275-280.
- 根本友見 (2013) : 急性期統合失調症患者の症状対処行動に関する自己効力感向上をめざした心理教育の効果の検討, *日本精神保健看護学会誌*, 22, 1, 49-58.
- 高岸弘美 (2011) : 手術後 6 ヶ月以内の喉頭摘出患者における自己効力感と QOL の変化とその関連要因, *山梨県立大学看護学部紀要*, 13, 17-25.
- 鈴木千絵子 (2013) : 2 型糖尿病患者の血糖コントロールに及ぼす家族支援と自己効力感について 患者の性別に焦点を当てて, *ヒューマンケア研究学会誌*, 5, 1, 41-46.
- 池田道智江, 平野真紀, 坂口美和, 他 (2011) : 看護師の QOL と自己効力感が離職願望に及ぼす影響, *日本看護科学会誌*, 31, 4, p 46-54.
- 吉田えり, 山田和子, 森岡邦春 (2011) : 卒後 2~5 年目の看護師における自己効力感とストレス反応との関連, *日本看護研究学会雑誌*, 34, 4.
- 榊原美代子, 馬場 叔子 (2009) : 女性看護師の自己効力感を高める要因と役割受容との関係 女性看護師の主体的な学習を支援するために, *日本看護学会論文集 看護管理*, 39, p 217-219.
- 東山 久美 (2012) : 急性期病院看護職員の自己効力感とその影響要因に関する調査研究(第 1 報) 影響要因尺度の作成と一般性セルフ・エフィカシーとの関係性, *日本看護学会論文集 看護管理*, 42, p 316-319.
- 白石裕子, 青石恵子, 田上博喜(2014): 認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy : CBT) への関与度が精神科看護師の看護職自律性に及ぼす影響要因の検討, *日本精神 保健看護学会誌*, 23 (2), 58-64.
- 神坂登世子, 松下年子, 大浦ゆう子 (2010) : 認定看護師の活動と活用に

- 対する意識, 日本看護研究学会雑誌, 33 (4), 73-84.
- Da Q Zhu, Ian J Norman, Alison E While (2013) : Nurses self-efficacy and practices relating to weight management of adult patients:a path analysis, International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity, 10 - 131.
- 藤野清美 (2014) : 慢性的統合失調症患者の地域生活の定着に向けた意志決定過程, 日本精神保健看護学会誌, 23 (1), 81-90.
- 國方弘子, 本田圭子 (2009) : 病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念, 日本研究看護学会, 32 (2), 45-53.
- 千葉理恵, 宮本有紀, 船越明子 (2010) : 精神疾患をもつ人におけるベネフィット・ファインディングの特性, 日本看護科学学会誌, 30 (3), 32-40.
- Malik N, Kingdon D, Pelton J, et al (2009) : Effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy for schizophrenia delivered by mental health nurses:relapse and recovery at 24 munths, J Clin Psychiatry, 70, 2, 201-207.
- 宇佐美しおり, 中山洋子, 野松聖香, 他 (2012) : 再入院予防を目的とした精神障害者への看護ケアの実態, 日本精神保健看護学会誌, 23 (1), 70-80, 2014.
- 関谷由香里, 小岡亜希子 (2012) : 現任教育としての看護倫理の教育方法に関する検討 臨床の看護師による看護倫理研修に対する評価より, 日本看護学教育学会誌, 22 (2), 55-63.
- 森 法美, 鈴木 恵理, 山本 弓生 (2010) : 看護師に対する自己効力感向上への働きかけ 学習会に自己効力理論を取り入れて, 日本精神科看護学会誌, 53 卷, 2 号 P301-305.
- Albert Bandura A (1976) : Social Learning Theory, Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall, 17-18.