

## 原著論文

# 精神科訪問看護師の看護観の形成に関する探索的質的研究 Background Affecting the Formation of Nursing Beliefs among Community Mental Health Nurses: A Qualitative Interview Study

石富千瑞<sup>1)</sup> 岩隈美穂<sup>2)</sup>  
Chizu Ishitomi, MPH<sup>1)</sup> Miho Iwakuma, Ph.D.<sup>2)</sup>

1) 医療法人三幸会 第二北山病院

2) 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医学コミュニケーション学分野

1) **Dainikitayama Hospital Medical Corporation Sankokai**

2) **Department of Medical Communication, Kyoto University School of Public Health**

## Abstract

In recent years, mental health and welfare measures have changed psychiatric treatment from a focus on hospital treatment toward an individual community-based lifestyle. The demands of psychiatric home-visiting nursing have therefore increased. The difficulties of communicating with people with mental illness also force nurses to pay more attention to care techniques. This study explored the effect of background on the formation of nursing beliefs among community mental health nurses. It was an exploratory qualitative study using semi-structured interviews. Between July and November 2019, we used purposive sampling to select and interview people working for psychiatric home-visit nursing agencies in Kyoto City. We used thematic analysis to identify two main possibilities strongly influencing the organization of nursing beliefs of community mental health nurses. A shared culture between nurses and patients strongly influenced awareness and adaptation. Further research is necessary to investigate the influence of social environments on the formation of nursing beliefs and the treatment of patients as ordinary people.

## 要旨

近年、精神保健福祉施策において、入院医療中心から地域生活中心へと移行する改革が進められており、精神科訪問看護への需要は年々高まっている。一方で精神障害者の症状によるコミュニケーションの困難さに対し、看護師は情緒的な関与を技術として求められる。本研究では看護観に着目し、精神科訪問看護師の看護観の形成過程と構成概念について探索することを目的に研究を実施した。2019年7月～11月に、京都市の訪問看護ステーションに勤務する看護師を対象に、合目的的サンプリングにより半構造化式の個人インタビューを20名に行った。逐語録化したインタビューデータをテーマ分析手法に従って分析した結果、40の概念コード、14のサブカテゴリー、7のカテゴリーから最終的には5つのテーマが生成された。本研究では、精神科訪問看護師の看護観の形成に関し、看護観は経験とともに変化していくと認識しており、利用者の「文化」への気付きと適応をしていくことが明らかになった。今後は看護観の形成に影響する社会的背景と一人の人として利用者に向き合う看護観の形成についてのさらなる研究が必要である。

キーワード：精神科訪問看護、看護観、質的研究、インタビュー

Keywords: Community Mental Health Nurse, Nursing Philosophy, Qualitative Study, Interview

## 1. 序文

近年厚生労働省<sup>1)</sup>は、精神保健福祉施策について、入院患者本人の病状や本人及び家族の意向に応じて、入院医療中心から地域生活中心へと移行する改革を進めている。精神障害者の地域生活を支えるため包括的生活支援プログラム (Assertive Community Treatment : ACT)<sup>2)</sup>が導入され、看護師 (外来看護・訪問看護・デイケア等)・精神保健福祉士・作業療法士・精神科医・ケアマネージャー・福祉サービススタッフ等で構成される多職種連携が

推奨されている。地域で生活する精神障害者を対象に、ケースマネジメント、カウンセリング、投薬管理等の看護ケアを実施している<sup>3)</sup>精神科訪問看護への需要は年々高まっている<sup>4)</sup>。また精神障害者は、幻覚・妄想等の病的体験やそれに関連する被害的な関係念慮、自我の脆弱さ等により<sup>5)</sup>、論理的なコミュニケーションを取ることが困難なケースがあり、看護師は医療的介入だけでなく、情緒的な関与を技術として求められる<sup>6)</sup>。しかし、看護師の具体的な関わり方は個人によって異なる。

「看護師として患者にどのような看護を行うか、どのように接するか」についての考え方として看護観がある。看護観は看護の理論や知識、経験からのみ生じるものではなく<sup>7)</sup>、体験により内的に形成され、形成した看護観を意識した看護ケアの実践の積み重ねでさらに発展していき、看護技術に反映される<sup>8)</sup>。本研究では「知識と真実（認識論）の性質について、体系化するための概念的枠組み（メタパラダイム）で表される基礎的で一般的な仮定、信念、および原則」と定義される<sup>9)</sup> “nursing philosophy”<sup>8)10)11)</sup> を「看護観」と同義として用いる。また看護理論におけるメタパラダイムとは「人間」「環境」「健康」「看護」から構成され<sup>12)</sup>、高度な看護技術の提供のため、看護師自身が個人の看護観を発展させていく必要があると言及されている。

さらに看護師と患者の関係においては、様々な先行研究があり、コミュニケーションにおける課題<sup>13)</sup>、両者の関係性のモデル<sup>14)</sup>及び役割<sup>15)</sup>等について、両者の持つ特性や文化の違いに際し言及されている。ここでの文化とは、国籍・人種・言葉による区別とは限らず<sup>16)</sup>、知識・信仰・芸術・法律・習俗・その他、社会の一員としての人の得る能力と習慣とを含む複雑な全体とも定義される<sup>17)</sup>。そしてヘルスコミュニケーションにおける医療者文化は「組織文化」の文脈で研究が進んでおり<sup>18)</sup>、情報共有、モラル、共通価値、協働などの8つの下位概念が明らかになっており<sup>19)</sup>、ケアの質、患者の生活の質（Quality of Life: QOL）や患者満足度に影響を与える因子として挙げられている<sup>20)21)22)</sup>。

一方、精神障害者の文化については、長らく精神障害の当事者の主観世界が十分に明らかにされてこなかった中で、当事者の視点で語る当事者研究が注目を集め、徐々に日本の精神医療・福祉に影響を与えてきた。ここでの当事者とは、障害者福祉において、当初の社会福祉サービスの受益者という用語から範疇を拡大し、社会福祉行政において規定するところの障害者（身体障害者・知的障害者・精神障害者）と、それ以外の者も含めている<sup>23)</sup>。

当事者研究とは、北海道浦河町における「べてるの家」<sup>24)25)</sup>での起業をベースとした統合失調症等をかかえた当事者活動や暮らしの中から生まれ育ってきたエンパワメント・アプローチから始まっており、当事者の生活経験の蓄積から生まれた自助（自分を助け、励まし、活かす）と自治（自己治療・自己統治）のツールである<sup>26)</sup>。当事者が抱える生きづらさや不快な出来事や感覚、身体の不調や症状、薬との付き合い方、日常生活と関わりの深い制度やサービスの活用レベルまで、そこから生じるジレンマや葛藤を自分の「大切な苦勞」ととらえるところに特徴がある<sup>26)</sup>。

べてるの家での当事者研究が始まった後、病気体験を社会に語る精神障害者グループに関する研究では<sup>27)</sup>、自分に関連した過去の体験や現在の状況の中から生じた手に入れたという要求を表す「階層からなる自分」、もともと持っていなかったり失ったものを再び手に入れ

たりすることを表す「獲得したもつ自分」、環境要因の自分に与える影響が非常に大きいことを表す「環境の影響を非常に大きく受ける自分」の3つにより自己概念が構成されていた。この研究により、ケア提供者は、当事者を歴史・時代から大きな影響を受ける社会的存在としてとらえ、体験の中に意味を紡ぎだすプロセスを支援する、地域社会とメンバーの橋渡しの役割を強化する、無条件に受け入れる対人関係を構築する、活動の場作りの支援を行うことの必要性が示唆されている。

また、当事者研究における物語り研究<sup>28)</sup>では、当事者が集まるフリースペースにおいて参加者が着席順に語る「言いつばなし聞きつばなし」の実践を紹介している。この順番割り当て技法により、それぞれの話者が自由に語りを試すことができること（語りの思考可能性）、参加者は理解の適否のレリヴァンスから自由に聴くことが可能になり、それぞれの発言や語りが行為の連鎖を作る可能性を防ぐこと（語りの集積の形成可能性）、集積から経験について新たな分節化を作り出す可能性があることを示唆している。以上のように、べてるの家の取り組みから始まり広がりつつある当事者研究は、当事者しか知りえない痛みや感覚を医療者と提示・共有できるため、近年では医療者にもその意義が認識されつつある<sup>29)</sup>。

日本における精神科訪問看護に関する研究では、ACTと精神科訪問看護のケア内容の機能分化の検討<sup>30)</sup>、精神科訪問看護の支援領域についての研究<sup>31)</sup>や、訪問実態と困難性を明らかにした研究<sup>32)</sup>等、看護師の実施する看護ケアやそれに伴う看護師の感情について明らかになっている。一方で看護観に関する研究は看護学生の教育<sup>33)</sup>や病棟看護師の看護観の変化や看護への影響<sup>34)</sup>に関するものが多く、精神科訪問看護師の看護観の形成に焦点を当てた研究は極めて少ない。本研究では看護観<sup>35)</sup>に着目し、また「精神科」の訪問看護は利用者とのコミュニケーションの実践によって形成されていくと考えられるため、精神科訪問看護師の看護観の形成についてインタビューによる探索的な質的調査を行った。

## 1-1. 研究目的

精神科訪問看護師の看護観の形成過程と構成概念について探索的な聞き取り調査により明らかにする。

## 2. 方法

### 2-1. 研究デザイン

本研究は半構造化式の個別インタビューを用いた探索的質的研究である。

### 2-2. 研究方法

<対象者>京都市の精神科訪問看護ステーション4施設（精神科病院付属：3施設、独立型訪問看護ステーション：1施設）に勤務する看護師のうち、研究参加の同意と理解が得られた職員。

<サンプリング>今回の調査においては、豊かな情報を

得るために合目的なサンプリングを用いた。対象者と関係性を作ったうえでインタビューを実施するために、事前に対象者の訪問看護への同行及び対象者の所属施設での実習を実施した。年齢・性別・勤務歴等の背景要因の偏りが少なくなるように対象者の選定を行った。

### 2-3. インタビュー実施方法

研究実施前に協力訪問看護ステーションで実習を行った。実習においては看護師の訪問看護に同行し、医療的ケアの見学及び、利用者と看護師のコミュニケーションの参与観察を実施した。対象者の業務の理解に努め、関係性を築いたうえで2019年7月～11月に、調査担当者（石富）が対象者1人に対し約1時間（35分～115分）のインタビューを実施した。面接実施前に質問紙を用いて対象者の属性データ（性別、年齢、精神科訪問看護師勤務年数、職歴）を収集した。項目は先行研究の内容<sup>36)</sup>に加え、インタビュー実施前の研修での看護師との会話から得られた情報をもとに以下を事前に用意した。項目は①精神科訪問看護師に従事した契機、②患者・利用者との関係について、③精神科患者の地域移行の課題について、④地域生活継続の中での課題について、⑤利用者のニーズと医療的支援について、⑥利用者のニーズや価値観について、⑦看護観の変化について、である。インタビューの流れを重視し順番は柔軟に変更した。また、インタビューに際し、対象者に看護観の説明を実施した上でインタビューを実施した。インタビューは対象者の希望に応じて、休憩時間中または勤務後に行い、面接場所は、利便性とプライバシーを考慮し、訪問看護ステーションの面談室等で行った。参加者には時間拘束に対する補填として、図書カード500円分の謝礼を渡した。

### 2-4. 分析方法

逐語録化した録音データに、面接時に得られた非言語的情報を補足情報として加えてテーマ分析手法<sup>37)</sup>に基づき分析した。分析の過程は、①逐語録を読み返しデータになじむ、②研究目的に関連する個所に目を通し、概念コードを抽出する、③解釈の偏りを避けるため、類似例や対局例の両観点から継続的に比較検討し、サブカテゴリーを抽出する、④抽出されたサブカテゴリー同士を比較する、⑤サブカテゴリーからまとまりのあるカテゴリーを生成する、⑥カテゴリー間の関係性を分析し、全体の関係とプロセスを概念化する、である。分析はスーパーバイザーの意見を参考に抽出カテゴリーを検討し、研究者トライアングレーションを行った。

### 2-5. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、京都大学・医の倫理委員会による承認（R1973）と研究協力施設の倫理委員会による承認及び承諾を得た。事前に本研究の目的や調査内容を口頭と文書で説明した。自由参加であり途中離脱が可能であること、答えたくない質問には答える必要がないこと、

それらによる不利益は一切生じないことの理解を確認したうえで、書面による参加同意を得た。

## 3. 結果

**3-1. 研究対象者の概要** 個人インタビューを22回実施し、20名の看護師に協力を得た（うち2名に2回ずつ実施）。対象者の属性や訪問看護経験年数に関する情報は表1に示した通りである。男性9名、女性11名であり、年代は20代1名、30代1名、40代10名、50代6名、60代2名であった。また、精神科訪問看護の経験年数は、1年未満が2名、1年以上5年未満が13名、5年以上10年未満は2名、10年以上が3名であった。参加者全員が病棟での看護師の経験があった。

人	性別	年代	精神科訪問看護歴	看護師歴
A	女	40代	3年4か月	16年
B	女	40代	4年4か月	16年
C	男	40代	14年	29年*
D	男	50代	4年	15年*
E	女	50代	11年	26年*
F	男	50代	5年	25年*
G	男	40代	2年6か月	23年6か月*
H	女	60代	2年8か月	32年*
I	女	50代	6年1か月	28年
J	女	60代	14年	39年*
K	男	50代	2年6か月	39年*
L	男	30代	1年7か月	6年
M	女	50代	2年4か月	36年4か月
N	女	40代	1年	10年
O	男	40代	2年2か月	23年
P	男	40代	1年2か月	10年6か月
Q	女	20代	2年1か月	6年4か月
R	男	40代	6か月	15年6か月*
S	女	40代	11か月	19年
T	女	40代	1年10か月	18年10か月

表1. 対象者一覧

※准看護師資格での勤務を含む

### 3-2. 各コードの説明

精神科訪問看護師の看護観の形成過程や構成概念について、テーマ分析を行った結果、40の概念コード、14のサブカテゴリー、7のカテゴリーから、最終的には5つのテーマが生成された(表2)。以下、各コードについてカテゴリー別に論じる。紙面の都合上、コード及び語りのバリエーションは一部のみを提示する。【】はカテゴリー、[]はサブカテゴリー、下線部は概念コード、『斜体』は参加者の語り(注:末尾のカッコ内のアルファベットは、参加者ID、()は補足情報)を表す。

コード (40)	サブカテゴリ (14)	カテゴリ (7)
<b>テーマⅠ：看護観に対する看護師の認識</b>		
①職務経験とともに変化する看護への向き合い方	(1)経験による看護観の変化	1. 変化する看護観
②看護師のライフスタイルによって変化する看護観		
<b>テーマⅡ：利用者の文化への気付き</b>		
③疾患のベテラン	(2)長期的な疾患との付き合いの中で生じた利用者の価値観	2. 訪問看護の軸となる利用者の価値観
④利用者のマイルール		
⑤利用者にとってできないことは絶対にできない		
⑥行動変容が上手く行く例は少数	(3)行動変容の困難さ	
⑦難易度や時間の経過によっては行動が変容する		
⑧利用者が行動を変容しないことは利用者の選択の一つ	(4)利用者の人生である行動の選択	
⑨自分で行動を選択することが人生		
<b>テーマⅢ：病棟看護と訪問看護の違いの認識</b>		
⑩病気の症状を許容してくれる場	(5)患者の人生の一部でしかない病棟看護	3. 病棟看護と訪問看護の違い
⑪治療的な場		
⑫患者の切り取られた人生としての入院		
⑬短期間で回数を重ねて関わりが可能		
⑭集団で患者に向き合えることによる責任の分散		
⑮患者全体の中での優先度の決定	(6)持続的な人生を意識する訪問看護	
⑯完結せず継続的		
⑰人生の中での人としての広がり		
⑱「点」の関わり		
⑲確保された時間内で一対一での対応		
⑳常に一対一における責任	(7)病棟的感覚では通用しない訪問看護	
㉑病棟での看護師の無意識的なぞんざい態度への気付き		
㉒病棟看護で培われた知識のみでは対応が不十分であることへの気付き		
<b>テーマⅣ：看護師の内省と人として向き合う姿勢</b>		
㉓看護師自身が利用者より規則正しい生活を送っていない	(8)看護師自身の生活習慣の内省	4. 看護師自身の内省
㉔利用者の領域に入らせてもらう感覚	(9)訪問継続のための看護師の姿勢	5. 人と人として向き合う姿勢
㉕踏み込んでほしくない利用者に対しては深入りしない		
㉖利用者の要求を勘違いしない		
㉗資格や役職に対する患者の態度の変化の経験	(10)看護師として・人として利用者に向き合う看護観の形成	
㉘看護師自身が一人の人であるという感覚		
㉙「一緒にする」関係でありたいという認識		
㉚人としてだけでなく医療者としても関わることのできる人		
㉛「疾患から人を見る」から「人から疾患を見る」への視点の変化		
<b>テーマⅤ：利用者の主体的行動のためのコミュニケーション</b>		
㉜危険を伴う事柄に対する防止・制限	(11)利用者が自ら行動を選択できるための情報提供	6. メディカルケアを選択するための「一緒に考える」ケア
㉝利用者自身が「気づく」ためのサポート		
㉞限定的なケアである服薬	(12)利用者の自己選択を待つ服薬	
㉟利用者が服薬の必要性を理解した上で選択するときが医療的な関わりのタイミング		
㊱ルーチンから外れた行動をキャッチして捉える「いつも」との違い	(13)利用者のペースから判断する「安定」	7. 利用者のパーソナリティカバリーのためのコミュニケーション
㊲利用者のペースの基準値からの逸脱		
㊳日常生活が成り立っているか		
㊴自己の状態を俯瞰する促し	(14)利用者自身に「安定」に戻してもらう術の提示	
㊵行動の修正ではなく別の見方があることへの利用者の気付きの促し		

表 2. 抽出した概念

### 3-2-1. テーマⅠ：看護観に対する看護師の認識

#### 【1. 変化する看護観】

精神科訪問看護師において①職務経験とともに変化する看護への向き合い方、②看護師のライフスタイルによって変化する看護観といった、看護師自身の〔(1)経験による看護観の変化〕を認識している。

①『治療的支援者ではありたくないというのが最近特に思っていることなんよね。(G)』②『自分のライフスタイルが変化の中で、なんとなく看護観が変化しているなって。(E)』

### 3-2-2. テーマⅡ：利用者の文化への気付き

#### 【2. 訪問看護の軸となる利用者の価値観】

利用者は慢性的な疾患との付き合いの中で③疾患のベテランとなり、④利用者のマイルールといった〔(2)長期的な疾患との付き合いの中で生じた利用者の価値観〕を持つ。訪問看護の中で看護師は⑤利用者にとってできな

いことは絶対にできないことや、⑦難易度や時間の経過によっては行動が変容する場合もあるが、⑥行動変容が上手くいく例は少数であるという〔(3)行動変容の困難さ〕を経験する。医療的に望ましいことを理解の上で⑧利用者が行動を変容しないことは利用者の選択の一つであり、利用者が⑨自分で行動を選択することが人生、すなわち〔(4)利用者の人生である行動の選択〕の集積を利用者の「文化」として訪問看護師は認識し、利用者の価値観を軸とした看護を実施している。

③『利用者さんは病気のベテランなので(F)』④『その人の家のルールの方がしっかりとある(E)』⑤『ダメな人はダメ、起きられない人は起きられない。(A)』⑦『順番だけ変えろとか。…ちょっと気にしているような風はありますね。(A)』⑧『「分かってるけど、やっぱりやめられんねん」とか「やめたくないねん」とかなったら、もうそれはその人の選択と思う(A)』⑨『自分で選んで人生やっとなって、…うまくいこうが、行かないだろうが、自己

責任(C)』

### 3-2-3. テーマⅢ：病棟看護と訪問看護の違いの認識

#### 【3. 病棟看護と訪問看護の違い】

利用者の「文化」に触れる過程で、看護師は病棟での看護（以下、病棟看護）と訪問看護の違いを認識し始める。病棟は⑩病気の症状を許容してくれる場や⑪治療的な場として⑫患者の切り取られた人生としての入院を支える役割を担い、看護においては⑬短期間で回数を重ねて関わりが可能であり、看護師が⑭集団で患者に向き合えることによる責任の分散という利点を持つが、⑮患者全体の中での優先度の決定をしなければならず、業務優先的な特徴がある。これらの〔(5)患者の人生の一部でしかない病棟看護〕に対し、訪問看護は⑯確保された時間内で一対一での対応ができ、⑰完結せず継続的で、利用者の⑱人生の中での人としての広がりにも焦点を当てる特徴を持つ。このように〔(6)持続的な人生を意識する訪問看護〕であるが、一回の訪問は時間が制限されるため⑲「点」の関わりであり利用者に対して連続したアプローチができない、⑳常に一対一における責任があるといった病棟看護との違いを看護師は感じている。また訪問看護に転向したことで㉑病棟での看護師の無意識的なぞんざいな態度への気付き、㉒病棟看護で培われた知識のみでは対応が不十分であることへの気付き等の〔(7)病棟の感覚では通用しない訪問看護〕の性質を認識する。

⑩『急性期はある意味唯一その病気が出せる場っていう認識もあった (I)』⑪『…入院というのはその人の人生の24時間で例えたら、10分とか20分の世界(E)』⑫『病棟では何度も患者さんのところに行って言うこともできる (M)』⑬『他の患者さんも見ながら、全体を見て優先度を決めないといけない(F)』⑭『病棟って、…良くなってもらったら、出て行ってもらって、その時に完結していくものなんだけど、訪問はすごく継続的(A)』⑮『この人の家族がいて、子供がいて、今までの何十年という人生があって、これからどうしようって思ってるとかっていう、人としての広がり(A)』⑯『…わずか30分週一回の中で、継続的にできることはない、あくまで訪問看護は、線じゃなくて「点」の関わりしかできない。(G)』⑰『訪問の間はその人としっかり関わられるわけで(E)』⑱『…(患者への対応は)病棟だったらすぐ誰かいるわけだし。…訪問はそういうわけにはいかない(M)』⑲『本当は病棟でも、「いいですか、触っても」と言わなきゃいけない(E)』⑳『今(訪問看護)はいわゆる知識的な部分だけでは太刀打ちできないような場所にいるような気がして。(I)』

### 3-2-4. テーマⅣ：看護師の内省と看護観の形成

#### 【4. 看護師自身の内省】

医療者として医療的に望ましい行動を利用者に伝える中で、㉑看護師自身が利用者より規則正しい生活を送っていないといった〔(8)看護師自身の生活習慣の内省〕をし、一人の人として看護師も達成できないことを無理に利用者押し付けられないという、人としての関わり視点の訪問看護師は持つように

なる。

㉒『私も普段自分のことでできてないこと、多いじゃないですか(P)』

#### 【5. 人と人として向き合う姿勢】

㉓利用者の領域に入らせてもらう感覚を持ちつつ、㉔踏み込んでほしくない利用者に対しては深入りしないこと、求められている場合も㉕利用者の要求を勘違いしないといった〔(9)訪問看護継続のための看護師の姿勢〕を訪問看護師は意識している。利用者とのコミュニケーションを重ねる中で、㉖「疾患から人を見る」から「人から疾患を見る」へ視点の変化、㉗看護師自身が一人の人であるという感覚、且つ㉘人としてだけでなく医療者としても関わることのできる人という意識の形成または強化をする。㉙資格や役職に対する患者の態度の変化の経験及び、医療者が利用者支援するのではなく、㉚「一緒にする」関係でありたいという認識から〔(11)看護師として・人として利用者に向き合う看護観の形成〕がされている。

㉓『…当たり前にはいる感じのところに、こっちが入る…神聖な場所に伺わせていただいているという気持ち(I)』  
 ㉔『求めてこない人には自分からはぐいぐいいかない(A)』  
 ㉕『お互いが求める深さが、食い違わないようにしないと…(H)』『(看護師の持つ役職に対し)やっぱりむこうが気を遣ってくれてはるんやろうなって。…だから悪い意味じゃないけど、距離はちょっと違うんややろなと(K)』  
 ㉖『純粹にこう人と人、たまたま資格を持って働かせてもらってるけど、人として人に向き合いたい(G)』  
 ㉗『…困ってはることを一緒に考えることが…関係性の大事なこと(K)』  
 ㉘『人として、医療者としてちゃんと聞くべきことは頭に入れて、あとは対人として接する方がいいのかなと(M)』  
 ㉙『統合失調症の〇〇さんと見ていたのが、今は〇〇さんは統合失調症を持っているなと(L)』

### 3-2-5. テーマⅤ：利用者の主体的行動のためのコミュニケーション

#### 【6. メディカルケアを選択するための「一緒に考える」ケア】

看護師は㉚危険を伴う事柄に対する防止・制限をしながら㉛利用者自身が「気付く」ためのサポートをする等、〔(11)利用者が自ら行動を選択できるための情報提供〕を行う。例えば精神疾患に対して㉜限定的なケアである服薬においては、㉝利用者が服薬の必要性を理解した上で選択するときが医療的な関わりタイミングとして、一緒に考えた上で〔(12)利用者の自己選択を待つ服薬〕に対する関わりを実施している。

㉚『言わなあかんことは言う、(危険なことは)止めないと(C)』  
 ㉜『元気な時に自分がどうなったら自分で判断できなくなってるかというのを…共有をしておく。(I)』  
 ㉝『…薬なんか微々たるものだなという体験も今訪問に行



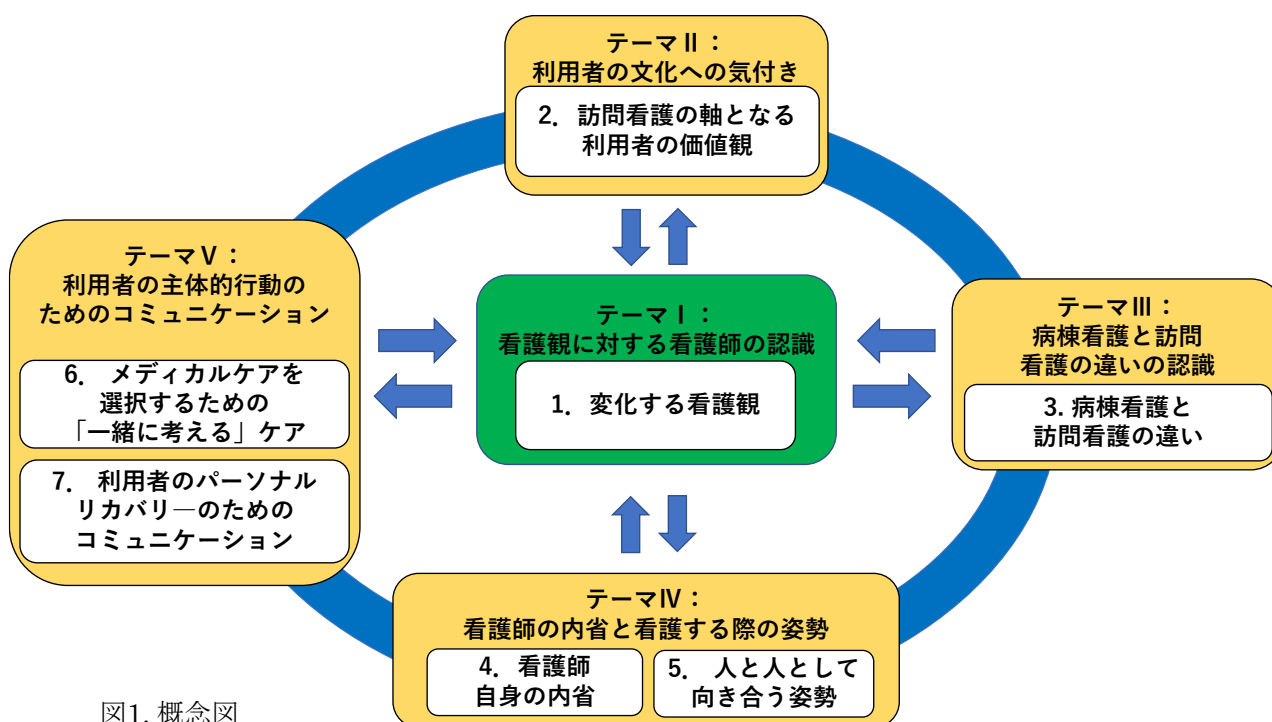


図1. 概念図

ってから経験させてもらって(I)』⑳『お薬は自分が必要だと思ったら、…自然に飲むことになる…大事だよねって思えることを一緒に考える、…そこから薬を飲み始めることが医療的なタイミングの関わりなのかなと思って。(E)』

### 【7. 利用者のパーソナルリカバリーのためのコミュニケーション】

利用者の㉑ルーチンから外れた行動をキャッチして捉える「いつも」との違い、㉒利用者のベースからの逸脱、㉓日常生活が成り立っているかといった〔(13)利用者のベースから判断する「安定」〕を軸に、訪問看護師は利用者が自らリカバリーができるよう㉔自己の状態を俯瞰する促しや㉕行動の修正ではなく別の見方があることへの利用者の気付きの促し等〔(14)利用者自身に「安定」に戻してもらう術の提示〕を行う。

㉖『いつもこうしてほっこりしてはるけど、今日はそこまで行きついていないしんどさがあるんだなと(E)』㉗『その人の基準値…ラインをやはりある程度見せてもらわないと、…どれだけ逸脱しているのかが分からない(F)』㉘『生活が成り立っているかどうか、そっちが大事かなと(G)』㉙『この人のベースって何なんだろうって…いい感じの自分ってどうだろうというところ…(I)』㉚『こういうのありますよとか、伝えて、知ってもらおうとか(L)』

### 3-3. 結果の全体像

これまでの結果を概念図として示す(図1)。精神科の訪問看護師は自身の【変化する看護観】として、経験に伴って変化していくと認識していた。【訪問看護の軸となる利用者の価値観】といった利用者の「文化」に触れ、看護師は自身の持っていた病棟的感覚が訪問看護で通用し

ない等の【病棟看護と訪問看護の違い】を意識するようになり、利用者に受け入れてもらうため、【看護師自身の内省】をした上で利用者に関わる等、【人と人として向き合う姿勢】を形成していくことが考えられた。また利用者が自身の「文化」に沿って主体的行動ができるようになるために、看護師は【メディカルケアを選択するための「一緒に考える」ケア】を実施し、【利用者のパーソナルリカバリーのためのコミュニケーション】を取ることが示唆された。

## 4. 考察

### (1)精神科訪問看護における看護観

看護観とは、前述したように「看護師として患者にどのような看護を行うか、どのように接するか」の考え方である<sup>35)</sup>。本研究においては、「一人の人として向き合う」という意識及び考えが多くの対象者である訪問看護師から看護観の核として挙げられていた。先行研究でも精神科訪問看護において、看護師は様々な困難感を抱えていることがわかっている<sup>32)</sup>。本研究の研究協力者たちはその困難感を脱するため、看護師という医療者としての立場や意識を訪問看護を実施する際に利用者に対して向けないようにしていた(例:『治療的支援者ではありたくないというのが最近特に思っていることなんよね』)。さらに精神科の訪問看護師の看護観は固定されておらず、自身の経験とともに変化しており(例:『自分のライフスタイルが変化する中で、なんとなく看護観が変化してきたりとかあるなって』)、本研究の結果は先行研究<sup>8)</sup>における看護観は柔軟であり変化していくという結果と一致している。

### (2) 利用者の「文化」に適應する看護観の形成

本研究では、精神科訪問看護師の形成において、利用

者の「文化」への気付きと適応が示された。患者や家族が、ある特定の病のエピソードについて抱く考えとして、Kleinman の提唱する説明モデル<sup>38)</sup>がある。精神疾患との長期的な付き合いにより、利用者は説明モデルを構築し、加えて今までの人生経験の中で構築されたルーチンの行動やルールといった価値観により構成された「文化」を持って生活をしている。治療的な場である病棟ではメディカルケアが患者と看護師のコミュニケーションの核となり、看護師は効率的な医療を進める中で業務優先的である病棟的な看護観が備わる。先行研究では、精神科病棟に所属する看護師が病棟での関わりがある患者の訪問看護を行う中で「患者のペースや都合を優先しないと、支援を受け入れてもらえない負担感」や「患者の主体性を尊重する訪問看護への切り替えられない難しさ」等の困難感があることが明らかになっている<sup>39)</sup>。また海外では、患者や家族との「異文化」コミュニケーションに適応できる文化的知識や態度及び感情等が看護師に求められると報告されている<sup>39)</sup>。前述の医療者の組織文化の下位概念には、モラル、情報共有や共通価値観など8つの下位概念が挙げられているが<sup>19)</sup>ほとんどが医療者間で育まれる概念であり、つまり患者との共有を前提としていない。そのため医療者同士で培われてきた病棟看護師の「文化」を下地とする看護観では、訪問看護で立ち行かなくなってしまう。本研究の対象者においても、治療中心の病棟看護から訪問看護に転向後、利用者の価値観による行動変容の困難さ等、病棟看護で培われた知識や病棟での看護師の「文化」では通用しないと感じていた(例:『今(訪問看護)はいわゆる知識的な部分だけでは太刀打ちできないような場所』)。利用者の領域に入らせてもらう感覚や一人の「人として」利用者に向き合うという意識は、前述のべてるの家<sup>29)</sup>のモットーである「自分自身で、ともに」と通底している。

文化差の認識に基づいて自己の世界観を形成していくことを人間としての発達過程とみなし、その発達段階を分類する Bennett の提唱する異文化感受性発達モデル<sup>40)</sup>がある。本研究の研究協力者たちは試行錯誤を重ね、利用者の「文化」に看護師が入れてもらう・馴染むように、看護観の形成をすることで、この異文化感受性発達モデルのように、自文化を自然かつ合理的な唯一の視点とする自文化中心主義から文化によって異なる視点を認識かつ尊重する文化相対主義へと異なる「文化」への適応をしていると考えられた。さらに次の項目は、先行研究でこれまでほとんど取り上げられておらず、本研究で明らかになった点である。

### (3) 利用者に向き合う中での看護師自身の内省

本研究では看護師自身の内省が看護観の形成、および利用者とのコミュニケーションに影響していることが示唆された。訪問看護においては、利用者の長期的な地域生活の維持のために、治療だけではなく日常生活を利用者自身が可能な範囲で成立させていくことが課題となる。本研究において、看護師の内省が利用者の主体的行動の

ためのコミュニケーションに影響を与えていることが明らかになった。例えば医療的に望ましい行動であっても、実施のしやすさには個人差があり、それは医療者である看護師も同様である。看護師が自分たちの生活を振り返り、看護師自身が規則正しい生活を送っていないことや行動の継続ができないことを省みて(例:『私も普段自分のことでできてないこと、多いじゃないですか』)、利用者とのコミュニケーションの中で、利用者が実施可能な範囲での行動を提案・提示していた。

先行研究では看護師自身が実施したケアそのものに対して振り返りを行うことで個人の看護技術が発展すると報告されている<sup>41)42)</sup>。臨床心理士によるエスノグラフィ調査でも、ケアよりセラピーのほうが専門的で「上等」であるという医療者の規範や文化に染まっていた著者が、精神疾患患者とのかかわりの中から「する」ことだけでなく、精神疾患患者と時間を共有し、生産的でも合理的でもないただ「いる」ことの重要性に気が付く医療者自身の内省の過程が丹念に描かれている<sup>43)</sup>。ケアに対する振り返りに加え、看護師自身の内省をすることで、精神疾患の有無に関わらず看護師も利用者も一人の人であるという意識が生じ、医療者としての立場だけでなく、人として人に向き合う看護観が形成されることが考えられる。

## 5. 研究の限界

これまでの精神科訪問看護についての研究では、事例研究が主でありまたマイクロな対人看護に関する研究のみだったが、本研究での特長は実習期間を含め長期にわたる調査から、上記のような看護師自身の内省や歴史的・マクロ的背景が看護観の形成に影響していると言及したことである。一方で研究の限界としては、実習として対象の訪問看護師に関わったことが円滑で深いインタビューに繋がった反面、その関係性の中での発言の抑制や、社会的望ましさによるバイアスが生じた可能性もある。また、4施設中3施設が同一法人に所属しており、法人特有の精神科看護の理念や思想がインタビュー結果に反映されている可能性も否定できない。

## 6. 結語

本研究では、精神科訪問看護師の看護観の形成に関し、看護観は経験とともに変化していくと認識しており、利用者の「文化」への気付きと適応をしていくことが考えられた。今後は看護観の形成に影響する社会的背景と一人の人として利用者に向き合う看護観の形成についてのさらなる研究が必要である。

## 謝辞

本研究実施にあたり、ご協力くださいました訪問看護ステーション施設長方各位、参加者の皆様、御指導賜りました皆様に心より感謝申し上げます。

## 研究資金

本研究は、京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医学コミュニケーション学分野運営費によって実施した。

## 利益相反自己申告

利益相反はない。

## 引用文献

- 1)地域精神保健医療体制の現状について. 厚生労働省; 2018
- 2)ACT 概要. 地域精神保健福祉機構; [cited 2020 September 14]. Available from: [https://www.comhbo.net/?page\\_id=1379](https://www.comhbo.net/?page_id=1379)
- 3)Happell, B., Honey, W. & Gaskin, C. J. Community mental health nurses, caseloads, and practices: A Literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2012; 21: 131-137.
- 4)訪問看護について 第 8 回指針検討会. 厚生労働省; 2014
- 5)香月富士日. 精神科における看護師の患者に対する心理的距離の関連要因. *日本看護研究会雑誌*. 2009; 32(1): 105-111.
- 6)田中浩二, 吉野暁和, 長谷川雅美, 長山豊, 大江真人. 精神科看護師の患者看護師関係における共感体験. *日本看護科学会誌*. 2015; 35: 184-193.
- 7)ケイコ・イマイ・キシ. 看護倫理のための意思決定 10 のステップ. 東京: 日本看護協会出版会; 2004
- 8)畑中純子, 伊藤収. 看護観が体験から発展するまでの看護師の思考のプロセス. *日本看護科学会誌*. 2016; 36: 163-171.
- 9)Pamrls G. Reed. A treatise on nursing knowledge development for the 21<sup>st</sup> century: Beyond postmodernism. *Advances in Nursing Science*. 1995; (17)3: 70-84.
- 10)小野若菜子, 麻原きよみ. 在宅高齢者を看取る「家族を支援した訪問看護師の看護観. *日本看護科学会誌*. 2007; 27(2): 34-42.
- 11)野戸結花, 三上れつ, 小松万喜子. 終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究. *日本がん看護学会誌*. 2002; 16(1): 28-38.
- 12)Thorne S, Canam, C, Dahinten S, Hall, W, Henderson, A, Kirkham SR. Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 27(6): 1257-1268.
- 13)福田正治. 看護における共感とコミュニケーション. *富山大学看護学会誌*. 2009; 9(1): 1-13.
- 14)石川ひろの, 保健医療専門職のためのヘルソコミュニケーション学入門. 東京: 大修館書店; 2020
- 15)Antonio R Moreno-Poyato, Pilar Monteso-Curto, Pilar Delgado-Hito, Raquel Suarez-Perez, Rosa Acena-Dominguez, Regina Carreras-Salvador, et al. The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016; 30: 782-787.
- 16)Keesing R. Thories of culture. *Annual Review of Anthropology*. 1974; 3: 73-97.
- 17)E.B.タイラー. 原始文化—神話・哲学・宗教・言語・芸能・風習に関する研究. 東京: 誠信書房; 1962
- 18)Cameron KS, Quinn RE. Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 1999
- 19)Kobuse H, Morishima T, Tanaka M et al. Visualizing variations in organizational safety culture across an inter-hospital multifaceted workforce. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2014; 20: 273-80.
- 20)Scott T, Mannion R, Marshall M et al. Does organizational culture influence health care performance? A review of the evidence. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2003; 8: 105-17.
- 21)Meterko M, Mohr DC, Young GJ. Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Medical Care*. 2004; 42: 492-498.
- 22)Mannion R, Davies HT, Marshall MN. Cultural characteristics of “high” and “low” performing hospitals. *Journal of Health Organization and Management*. 2005; 19: 431-439.
- 23)松本学. 当事者による当事者研究の意義. 教育方法の研究. 2002; 5: 93-98.
- 24)べてるの家. べてるの家の「非」援助論: そのままでいいと思えるための 25 章. 東京: 医学書院; 2002.
- 25)向谷地生良. 技法以前: べてるの家のつくりかた. 東京: 医学書院; 2009
- 26)当事者研究について—当事者研究の理念と構成—(向谷地生良). 当事者研究ネットワーク; [cited 2020 September 14]. Available from: [https://toukennet.jp/?page\\_id=56](https://toukennet.jp/?page_id=56)
- 27)國方弘子, 本田圭子. 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. *日本看護研究学会雑誌*. 2009; 32(2): 45-53.
- 28)浦野茂, 綾屋紗月, 青野楓, 喜田ことこ, 早乙女ミナリ, 陽トウコ・他. 言いつばなし聞きつばなし—自閉症スペクトラム症当事者による当事者研究における物語り. ナラティブとケア. 2015; 6: 92-101.
- 29)石原孝二 編. 当事者研究の研究とは何か. 東京: 医学書院; 2013
- 30)吉田光爾, 瀬戸谷雄太郎, 瀬戸谷希他. 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチ サービスにおける機能分化の検討: Assertive Community Treatment と訪問看護のサービス比較調査より. *精神障害とリハビリテーション*. 2011; 15 (1): 54-63.
- 31)嶋澤順子, 大澤真奈美, 久保善子. 独立型訪問看護ステーション看護師による精神障害者地域生活継続への支援内容. *社会医学研究*. 2018; 35(1): 63-71.
- 32)川内健三, 天谷真奈美. 精神科訪問看護において病棟看護師が感じる困難. *日本看護研究学会雑誌*. 2018;



36(2): 1-11.

<sup>33)</sup>藤本由香, 河村優子, 楫野由美子, 他. 精神看護学演習に参加した精神科看護師の自己認識について. 日本看護学会論文集:精神看護. 2015; 45: 199-202.

<sup>34)</sup>福間浩樹, 原田昌幸, 末森俊宏, 他. 病棟看護師の看護観. 日本精神看護学術集会誌. 2012; 55(1): 390-391.

<sup>35)</sup>薄井坦子. 科学的看護論(第3版). 東京: 日本看護協会出版会; 1997

<sup>36)</sup>Tanaka K. Nursing Philosophy of community mental health nurse in Japan: A qualitative, descriptive study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2018; 27: 765-773.

<sup>37)</sup>Liamputtong P 編, 木原雅子, 木原正博訳. 現代の医学的研究法 質的・量的方法、ミックスメソッド、EBP: メディカル・サイエンス・インターナショナル. 東京: 2012

<sup>38)</sup>Kleinman A, Eisenberd L, Good B. Culture, Illness and care : clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*. 1978; 88: 251-25.

<sup>39)</sup>Dympna T. Effective intercultural communication in nursing. *Nursing Standard*. 2019; 34(2): 45-50.

<sup>40)</sup>Bennett M. Intercultural Adaptation. Basic concepts of

intercultural communication: Paradigms, principles, & practices. UK: Intercultural Press; 2013

<sup>41)</sup>小山田恭子. 中堅看護師の能力開発における「ナラティブを用いた内省プログラム」の構築に関する基礎研究. 日本看護管理学会誌. 2007; 11(1): 13-19.

<sup>42)</sup>今井多樹子, 高瀬美由紀. 新人看護師の看護実践の質向上に資する職場の支援体制; KJ 法による看護管理者の面接内容の構造化から. 日本職業・災害医学会誌. 2016; 65(3): 111-117.

<sup>43)</sup>東畑開人. 居るのはつらいよ ケアとセラピーについての覚書. 東京: 医学書院; 2020

**\*責任著者 Corresponding author :**

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医学コミュニケーション学分野  
岩隈美穂 准教授 iwakuma.miho.8n@kyoto-u.ac.jp

投稿日 : 2020 年 4 月 29 日

受理日 : 2020 年 9 月 16 日