

原著論文

患者のセルフケアレベル及び精神症状のレベルでの  
精神科看護介入法の活用頻度の比較

The difference of nursing intervention on the level of  
self-care and psychiatric symptom

畦地 博子 (Hiroko Azechi)\*      梶本市子 (Ichiko Kajimoto)\*\*  
青木 典子 (Noriko Aoki)\*\*      安藤 幸子 (Sachiko Ando)\*\*\*  
伊賀上 睦見 (Mutsumi Igaue)\*\*\*\*      岡本 眞知子 (Machiko Okamoto)\*\*\*\*\*  
中山 洋子 (Yoko Nakayama)\*\*\*\*\*      野嶋 佐由美 (Sayumi Nojima)\*\*

要 約

本稿は、患者のセルフケアレベルや精神症状のレベルによって精神科看護介入法の活用頻度にどのような相違があるかどうかを明らかにしようとした研究論文である。精神科看護師を対象に84看護行為の活用頻度等についての質問調査を行い、患者のセルフケアレベルの状態と精神症状に関する質問で単数回答が得られた321名を本論の分析対象とした。その結果、セルフケアレベルが高いと捉えられる患者に対して【拡大強化】を志向した看護活動を、低いと捉えられる患者には【保護】を志向した看護活動を高い頻度で用いる傾向が見られたが、精神症状のレベルに関しては、有意差が見られなかった。このように、セルフケアレベルでは理論的な看護介入の活用がなされていたにも関わらず、症状レベルではその傾向性が見られなかった結果について、病棟構造の複雑化、精神症状により影響をうけるセルフケア領域のばらつき、看護介入の対象の多様性とその意味の多様性、顕在化した症状に目を向けるという看護師の傾向性から考察を加えた。

キーワード：精神科看護、介入分類、セルフケア、精神症状

I. はじめに

看護介入法の分類は、看護介入に関する知識を整理し、標準的な看護介入へと発展させていくことを目的としている。米国においては、「看護実践分類システム (ICNP)」(アメリカ看護協会, 1996) や「IOWA 大学看護介入分類プロジェクト」(McCloskey, 1996) をはじめとして、各看護領域で取り組まれている。また、別のプロジェクトでは、看護実践に関わる情報を国家的レベルで集約するシステムの開発を目指し、看護介入法を分類し、オンライン化していく動きも見られている。これらの動きは、効果ある看護介入を探求していくプロセスでもあり、ケアの質に関する研究やOutcome Researchへとつながっ

ていくプロジェクトである。

わが国においては、いくつかの質的な研究において、エキスパートの精神科看護師が、さまざまな場や場面で、患者の理解を土台に、状況に応じた柔軟で卓越した看護ケアを提供していることが明らかになっている(畦地他, 1999; 萱間, 1991; 萱間, 1999; 萱間他, 1995; 中山他, 1995)。本研究者は、精神科看護の看護介入の類型化をはかることを目的に、精神看護関連の文献(阿保, 1995; Benner, P., 1994; 福岡他監修, 1996; 日野原監修, 1987; 河野編, 1996; 南編, 1996; 森他編, 1997; 日本精神看護技術協会編, 1997; 坂田編, 1997; Schultzs, 1990; 清水他, 1997; Stuart他編, 1986; Stuart他編, 1986; Thompson他編, 1990; 外口他, 1997; 山崎智子監修, 1997) から看護行為を抽出し、641名の精神

\*高知女子大学大学院健康生活科学研究科      \*\*高知女子大学看護学部      \*\*\*神戸市立看護大学看護学部  
\*\*\*\*愛媛大学医学部看護学科      \*\*\*\*\*愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科  
\*\*\*\*\*福島県立医科大学看護学部

科に勤務する看護師にその活用頻度を尋ねる実態調査を行い、それをもとにフォーカスグループ等を重ね、「精神科看護の看護活動分類」(野嶋他, 2004)を作成した。

この「精神科看護の看護活動分類」は、【拡大強化】【方向づけ】【保護】【解放】の4つの看護の志向性と、それらの看護の志向性に分類される18看護活動、さらにそれを構成する74看護行為からなる(表1)。**【拡大強化】**とは、患者が自分の力で考え行動できるように援助しながら、患者の能力を上げ強めようとする看護の志向性(野嶋他, 2002)

をもった看護介入法である(表1)。**【方向づけ】**は、患者の考え、行動、目標などを望ましい方向に導こうとする看護の志向性であり、教育的な意味合いが強い看護介入法である(野嶋他, 2004)。**【保護】**は、患者の安全を守る側面とセルフケア不足を補う側面からなる看護行為群である(野嶋ら, 2004)。

**【解放】**は、患者の気持ちを解きほぐしたり、解き放つたりすることを志向する看護介入法である(野嶋ら, 2004)。これらの看護介入や看護活動は、患者の状態に応じて選択されていくべきである。

表1 「精神看護の看護活動分類」

4 看護の志向性	18 看護活動	74 看護行為
拡大強化	1. セルフコントロールを促す	自己管理させる
		コントロールさせる
		求助行動をとらせる
		対処させる
	2. 社会人としての自覚を促す	役割をとらせる
		責任をとらせる
	3. 振り返りを促す	認めさせる
		受け入れさせる
		確かめさせる
		気づかせる
		現実を検討させる
		評価させる
		表現させる
	4. 継続して力をつける	訓練する
		患者の能力を強化する
		習慣づける
		導く
		維持させる
		生活範囲を拡大する
		耐性を高める
	5. 具体性をもたせる	具体的にイメージさせる
		計画を立てさせる
		決定させる
		試させる
	6. 意志・意欲を強める	動機づける
		準備性を高める
		機会や場をつくる
		提案する
勧める		
7. 人と場を拡げる	活用する	
	連携する	
	活用させる	

4 看護の志向性	18 看護活動	74 看護行為
方向づけ	8. 教育的に関わる	指導する
		教える
		説明する
		助言する
	9. 方向性を示唆し進めていく	励ます
		誉める
		関心をそらす
		視点を変える
		一緒にする
		慰める
	10. 話し合う	語り合う
		相談にのる
	11. 契約する	合意を形成する
約束をとりつける		
12. 動きを見守る	待つ	
	期待を伝える	
	無視する	
13. 指示する	説得する	
	注意する	
	修正する	
保 護	14. 補う	代行する
		代弁する
		補助する
		介助する
		誘導する
		処置する
	15. 保護的調整をする	安全を確保する
		緩和する
		保護する
		保証する
		予防する
		調整する
		容認する
	16. 制限する	枠組みを設定する
		制限する
		監視する
切り離す・隔離する		
解 放	17. 楽しませる	楽しませる
		発散させる
		主体的に参加させる
	18. 安らぎを提供する	安心させる
		安楽にさせる

本研究の目標は、患者のセルフケアレベルや精神症状のレベルによって精神科看護介入活動頻度が異なるかどうかを明らかにすることである。患者のセルフケアレベルや精神症状のレベルといったアセスメントの視点が、精神科看護介入法の選択にどの程度反映されているのか、その現状を把握する。

## II. 研究方法

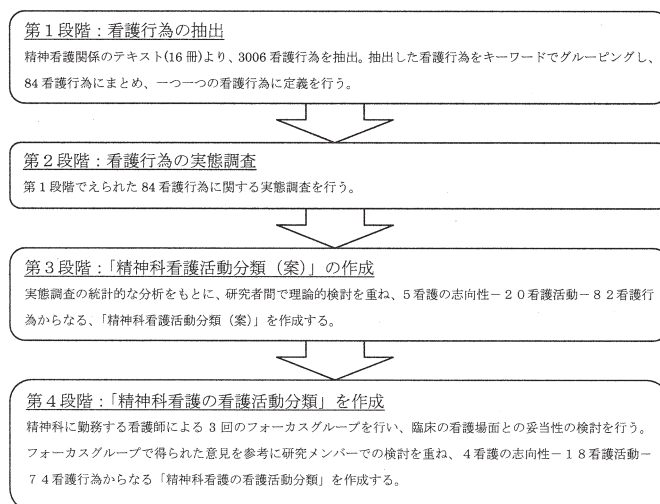
### 1. 研究の方法

図1に提示した精神科看護の看護活動分類に関する質問紙を活用した。この質問紙には、最近勤務について7日間を思い出して、一定の患者を想定して記入するように依頼した。また質問紙には、①「食生活の領域」「対人関係の領域」「病気・薬に関する領域」「生活リズム・活動と休息の領域」毎に各看護活動をどの程度行ったかを4段階と「該当なし」を加えた質問に対して、②想定した患者のセルフケアレベルと精神症状の程度を3段階で質問するとともに、重複回答可能とした。

### 2. 倫理的配慮

質問紙調査は、まず看護管理者に研究の主旨を説明し、研究の依頼を行った。対象者にも研究の主旨、プライバシーの保護、研究への自由参加の保証、個人を特定しない形で結果を公表する旨を文書のみ、あるいは文書と口頭の両方から説明し同意を得た。データは個人が特定できない形で分析するように配慮した。

図1 「精神科看護の看護活動分類」作成のプロセス



## III. 結果

### 1. 対象者の特徴

分析では、平均値の比較を行うために、得られた641名のデータのうち、患者のセルフケアの状態に関する質問、および精神症状に関する質問で単数回答が得られた321名（セルフケアレベル単数回答者303名・精神症状単数回答者293名）のデータが用いられた。

対象者の平均年齢38.4歳（標準偏差10.6）、平均臨床経験181.3月（標準偏差113.2）、平均精神看護者としての経験118.8月（標準偏差100.0）であり、経験豊かな看護者であった。また、女性246人（76.6%）、男性75人（23.4%）であり、看護師244人（76.0%）、准看護師は76名（23.7%）、スタッフ看護師251人（81.3%）であった。

### 2. 患者のセルフケアレベルによる比較

#### 1) 回答するにあたって想定した患者のセルフケアレベル

患者のセルフケアレベルについて単数回答していた対象者は303名（47.6%）であった。そのうち「自立度が低く、援助を要する」を回答した者は107名（48.5%）、「ある程度自立しているが、一部援助を要する」を回答した対象者は147名（35.3%）、「自立度が高い」を回答した者は49名（16.2%）であった。セルフケアレベル、精神症状のレベルを3段階の尺度とみなしその相関を見た結果、Psarsonの相関係数は.307であった。

## 2) 看護の志向性による比較

患者のセルフケアレベルについて、4つの看護志向性の活用頻度の平均値を比較した(表2)。有意確率5%以下で有意差が見られたものは【保護】のみであり、セルフケアレベルが低くなるにつれ活用頻度が高くなっていった。

有意差は見られなかったが、【拡大強化】はセルフケアレベルが高くなるにつれて高い頻度で活用されていた。【方向づけ】はセル

フケアレベルが中等度の患者に対して最も高く、次いでセルフケアレベルの高い患者、低い患者の順であった。【解放】はセルフケアレベルが低い患者に最も高い頻度で活用され、次いでセルフケアレベルの高い患者、中等度の患者であった。

## 3) 18の看護活動による比較

患者のセルフケアレベルについて、18の看護活動の活用頻度の平均値を比較した(表3)。

表2 セルフケアレベルによる看護志向性の活用頻度の比較

	看護志向性の活用頻度平均値			F 値	有意確率
	レベル1* <sup>1</sup>	レベル2* <sup>2</sup>	レベル3* <sup>3</sup>		
拡大強化	2.35	2.43	2.51	2.569	.078
方向づけ	2.67	2.70	2.68	.228	.797
保護	2.91	2.80	2.72	4.976	.007
解放	2.85	2.77	2.78	.949	.388

\*<sup>1</sup>レベル1 「自立度が低く、援助を要する」\*<sup>2</sup>レベル2 「ある程度自立しているが一部援助を要する」\*<sup>3</sup>レベル3 「自立度が高い」

表3 セルフケアレベルによる看護活動の活用頻度の比較

	看護活動の活用頻度平均値			F 値	有意確率
	レベル1* <sup>1</sup>	レベル2* <sup>2</sup>	レベル3* <sup>3</sup>		
セルフコントロールを促す	2.33	2.50	2.58	5.272	.006
社会人としての自覚を促す	2.19	2.29	2.53	5.922	.003
振り返りを促す	2.36	2.49	2.54	3.339	.037
継続して力をつける	2.53	2.53	2.53	.003	.997
具体性をもたせる	2.15	2.27	2.38	3.095	.047
意志・意欲を強める	2.59	2.66	2.67	.872	.419
人と場を拡げる	2.30	2.30	2.36	.286	.752
教育的に関わる	2.81	2.89	2.88	1.238	.291
方向性を示唆しすすめていく	2.78	2.78	2.71	.588	.558
話し合う	2.76	2.88	2.87	1.648	.194
契約する	2.41	2.42	2.48	.242	.785
動きを見守る	2.52	2.52	2.51	.038	.963
指示する	2.77	2.73	2.65	1.237	.292
補う	3.015	2.84	2.68	10.567	.000
保護的調整をする	2.99	2.90	2.85	2.709	.068
制限する	2.72	2.66	2.62	1.082	.340
楽しませる	2.68	2.67	2.69	.045	.956
安らぎを提供する	3.02	2.88	2.86	2.948	.054

\*<sup>1</sup>レベル1 「顕著に出現している」\*<sup>2</sup>レベル2 「安定してきつつある」\*<sup>3</sup>レベル3 「殆ど見られないか、あっても安定している」

有意確率5%以下で有意差が見られた看護活動は5看護活動であった。そのうち、「セルフコントロールを促す」「社会人としての自覚を促す」「振り返りを促す」「具体性をもたせる」の4つの看護活動は、セルフケアレベルが高くなるにつれ活用頻度が高くなる傾向が見られた。逆に、「補う」は、セルフケアレベルが低くなるにつれ活用頻度が高くなっていた。

#### 4) 74の看護行為による比較

患者のセルフケアレベルについて、74の看護行為の活用頻度の平均値を比較した。有意確率5%以下で有意差が見られた看護行為は18看護行為であった(表4)。

18看護行為のうち、活用頻度の平均がセルフケアレベルの低い患者に対して高くなって

いる看護行為は10看護行為で、<安楽にさせる><切り離す・隔離する><安全を確保する><処置する><介助する><補助する><代弁する><代行する><関心をそらす><機会や場を作る>であった。反対に、活用頻度の平均がセルフケアレベルの高い患者に対して高くなっている看護行為は8看護行為で、<自己管理させる><対処させる><役割をとらせる><責任をとらせる><受け入れさせる><現実を検討させる><評価させる><準備性を高める>であった。

働きかけの領域、すなわち、「食生活の領域」「対人関係の領域」「病気・薬に関する領域」「生活リズム・活動と休息の領域」において有意確率5%以下で有意差が見られた看護行為を表5に示している。

表4 セルフケアレベルによる看護行為の活用頻度の比較

	看護行為活用頻度の平均値			F 値	有意確率
	レベル1* <sup>1</sup>	レベル2* <sup>2</sup>	レベル3* <sup>3</sup>		
安楽にさせる	2.99	2.80	2.74	4.445	.013
切り離す・隔離する	2.59	2.37	2.39	3.164	.044
安全を確保する	3.38	3.29	3.09	6.999	.001
処置する	2.98	2.78	2.60	5.568	.004
介助する	3.19	2.97	2.81	7.644	.001
補助する	3.04	2.78	2.71	9.612	.000
代弁する	2.67	2.53	2.37	4.264	.015
代行する	2.94	2.73	2.54	7.354	.001
関心をそらす	2.59	2.49	2.26	4.928	.008
機会や場を作る	2.92	2.86	2.62	4.277	.015
自己管理させる	2.40	2.68	2.73	7.759	.001
対処させる	2.22	2.38	2.47	3.192	.042
役割をとらせる	2.18	2.30	2.51	4.412	.013
責任をとらせる	2.18	2.28	2.54	4.691	.010
受け入れさせる	2.30	2.48	2.47	3.305	.038
現実を検討させる	2.34	2.49	2.59	3.237	.041
評価させる	2.17	2.32	2.43	3.224	.041
準備性を高める	2.40	2.53	2.64	3.120	.046

\*<sup>1</sup>レベル1 「自立度が低く、援助を要する」  
 \*<sup>2</sup>レベル2 「ある程度自立しているが一部援助を要する」  
 \*<sup>3</sup>レベル3 「自立度が高い」

表5 働きかけの領域毎で活用頻度に有意差の見られた看護行為

	セルフケアレベルが高い程活用頻度が高い	セルフケアレベルが低い程活用頻度が高い
食生活の領域	【拡大強化】 自己管理させる／	【保護】 代行する／誘導する／ 処置する／安全を確保する／ 保護する／予防する／ 枠組みを設定する／監視する 【解放】 安楽にさせる 【方向づけ】 一緒にする／注意する 【拡大強化】 受け入れさせる
対人関係の領域	【拡大強化】 自己管理させる／ 対処させる／ 役割をとらせる／ 責任をとらせる／ 現実を検討させる／ 具体的にイメージさせる／ 計画を立てさせる 【方向づけ】 相談にのる	【保護】 代行する／代弁する／ 補助する／介助する／ 処置する／誘導する／ 安全を確保する／ 切り離す・隔離する 【解放】 安楽にさせる
病気・薬に関する領域	【拡大強化】 自己管理させる／ 求助行動をとらせる／ 対処させる／ 役割をとらせる／ 気づかせる／ 現実を検討させる／ 表現させる／ 具体的にイメージさせる／ 決定させる／ 活用させる 【保護】 予防する	【保護】 代行する／ 補助する
生活リズム・ 活動と休息の領域	【拡大強化】 自己管理させる／ 現実を検討させる／ 勧める／ 【方向づけ】 教える／説明する／ 助言する	【保護】 補助する／ 切り離す・隔離する

### 3. 患者の精神症状のレベルによる比較

#### 1) 回答するにあたって想定した患者の精神症状のレベル

患者の精神症状について単数回答していた対象者は293名(46.0%)であった。そのうち、「顕著に出現している」を回答した者は77名

(26.3%)、「安定してきつつある」を回答した者は126名(42.6%)、「殆ど見られないか、あっても安定している」を回答した者は91名(31.1%)であった。セルフケアレベル、精神症状のレベルを3段階の尺度とみなしその相関を見た結果、Pearsonの相関係数は.307であった。

## 2) 看護の志向性による比較

患者の精神症状のレベル別に、4つの志向性をもった看護介入法の活用頻度の平均値を比較した(表6)。有意確率5%以下で有意差が見られたものはなかった。有意差は見られなかったが、【拡大強化】【方向づけ】【保護】【解放】の4つが全てで、精神症状が顕著に出現している患者に対して活用頻度が高くなるという傾向性が見られた。

## 3) 18の看護活動群による比較

患者の精神症状別に18の看護活動の活用頻度の平均値を比較した(表7)。有意確率5%以下で有意差が見られた看護活動は1看護活動で「制限する」だった。「制限する」は、精神症状が顕著に見られる患者に対して最も活用頻度が高く、次いで精神症状が落ち着いている患者、精神症状が中程度の患者の順であった。

表6 精神症状のレベルによる看護志向性の活用頻度の比較

	看護志向性の活用頻度平均値			F 値	有意確率
	レベル1* <sup>1</sup>	レベル2* <sup>2</sup>	レベル3* <sup>3</sup>		
拡大強化	2.47	2.45	2.40	.676	.509
方向づけ	2.76	2.69	2.68	.923	.399
保護	2.92	2.82	2.82	1.853	.159
解放	2.87	2.81	2.80	.743	.474

\*<sup>1</sup>レベル1 「顕著に出現している」  
 \*<sup>2</sup>レベル2 「安定してきつつある」  
 \*<sup>3</sup>レベル3 「殆ど見られないか、あっても安定している」

表7 精神症状のレベルによる看護活動の活用頻度の比較

	看護活動の活用頻度平均値			F 値	有意確率
	レベル1* <sup>1</sup>	レベル2* <sup>2</sup>	レベル3* <sup>3</sup>		
セルフコントロールを促す	2.48	2.48	2.46	.086	.917
社会人としての自覚を促す	2.34	2.31	2.26	.478	.620
振り返りを促す	2.52	2.50	2.40	1.825	.163
継続して力をつける	2.57	2.55	2.55	.095	.910
具体性をもたせる	2.32	2.25	2.25	.468	.627
意志・意欲を強める	2.70	2.66	2.61	1.002	.368
人と場を抜げる	2.35	2.37	2.24	1.596	.204
教育的に関わる	2.93	2.85	2.87	1.098	.335
方向性を示唆しすすめていく	2.86	2.77	2.74	1.676	.189
話し合う	2.88	2.83	2.82	.319	.727
契約する	2.47	2.44	2.44	.092	.912
動きを見守る	2.58	2.55	2.49	1.083	.340
指示する	2.80	2.73	2.74	.762	.468
補う	2.95	2.90	2.86	.699	.498
保護的調整をする	3.00	2.94	2.92	.786	.457
制限する	2.81	2.62	2.66	4.354	.014
楽しませる	2.70	2.68	2.68	.063	.939
安らぎを提供する	3.04	2.93	2.92	1.566	.211

\*<sup>1</sup>レベル1 「顕著に出現している」  
 \*<sup>2</sup>レベル2 「安定してきつつある」  
 \*<sup>3</sup>レベル3 「殆ど見られないか、あっても安定している」



4) 74の看護行為による比較

患者の精神症状のレベルについて、看護行為の活用頻度の平均値を比較した。有意確率5%以下で有意差が見られた看護行為は3看護行為であった。(表8)

3看護行為は、<切り離す・隔離する><監視する><安全を確保する>であり、こ

れらの看護行為は全て、精神症状のレベルが高い患者に対して活用頻度が高くなっていた。

働きかけの領域、すなわち、「食生活の領域」「対人関係の領域」「病気・薬に関する領域」「生活リズム・活動と休息の領域」において有意確率5%以下で有意差が見られた看護行為を表9に示している。

表8 精神症状のレベルによる看護行為の活用頻度の比較

	看護行為活用頻度の平均値			F 値	有意確率
	レベル1* <sup>1</sup>	レベル2* <sup>2</sup>	レベル3* <sup>3</sup>		
切り離す・隔離する	2.66	2.34	2.43	5.086	.007
監視する	2.99	2.75	2.85	4.467	.016
安全を確保する	3.39	3.20	3.21	4.348	.014

\*<sup>1</sup>レベル1 「顕著に出現している」

\*<sup>2</sup>レベル2 「安定してきつつある」

\*<sup>3</sup>レベル3 「殆ど見られないか、あっても安定している」

表9 働きかけの領域毎で活用頻度に有意差の見られた看護行為

	症状が顕著なほど活用頻度が高い	症状が安定するほど活用頻度が高い	症状が中程度のとき活用頻度が高い
食生活の領域	<b>【拡大強化】</b> 対処させる 確かめさせる 気づかせる 導く 連携する <b>【方向づけ】</b> 合意を形成する <b>【保護】</b> 代弁する 切り離す・隔離する		
対人関係の領域	<b>【拡大強化】</b> 活用する <b>【方向づけ】</b> 指導する 関心をそらす <b>【保護】</b> 代行する 代弁する 安全を確保する 保護する 制限する 切り離す・隔離する		
病気・薬に関する領域	<b>【拡大強化】</b> 確かめさせる <b>【方向づけ】</b> 説得する <b>【解放】</b> 楽しませる		
生活リズム・活動と休息の領域	<b>【拡大強化】</b> 求助行動をとらせる 対処させる 確かめさせる <b>【方向づけ】</b> 待つ		<b>【方向づけ】</b> 注意する <b>【保護】</b> 予防する

#### IV. 考 察

患者のセルフケアレベルや精神症状のレベルによって精神科看護介入法の活用頻度に相違があるかどうかを明らかにすることを目標とした。理論的には、【拡大強化】を志向した看護介入は急性期を過ぎ、精神症状の影響によって一時低下していたセルフケアレベルが回復し、患者が従来のある生活を取り戻しはじめた頃に重点的に提供される看護介入法であると考えられる。同様に【方向づけ】は急性期を過ぎ精神症状の影響によって一時低下していたセルフケアレベルが回復してきた頃に、【保護】は精神症状等の影響によってセルフケアレベルの低下が著しい場合、もしくはセルフケア全般にわたる障害が著しい場合に、【解放】はさまざまな状況で用いられるものの、特に急性期において重要な看護介入法であると考えられる。

本研究結果では、セルフケアレベルが高いと捉えられる患者に対して【拡大強化】を志向した看護活動や看護行為、低いと捉えられる患者には【保護】を志向した看護活動や看護行為が高い頻度で用いられる傾向が見られた。この結果から、看護師は、患者のセルフケアレベルを考慮して、理論的にも適切と考えられる看護介入法を選択し活用しているといえるだろう。看護師が患者の病気を抱えた生活に最も関心を払い、そこに対する看護介入法に看護の独自性を見出しているということがいえるのではないかと考える。一方、精神症状のレベルに関しては、有意差は見られなかったものの、【拡大強化】【方向づけ】【保護】【解放】を志向する看護介入法の活用頻度が、精神症状が顕著なほど高くなるという傾向性が見られた。

考察では、セルフケアレベルを見た場合に理論的な看護介入の活用がなされていたにもかかわらず、何故症状レベルでその傾向性が見られなかったかを中心に論じ課題について考察していく。

##### 1. 病棟構造の複雑化

現在、精神科病棟における在院日数が急速に短縮化される一方、入院患者の実態は5年

以上の長期入院を余儀なくされている患者層と数ヶ月で退院していく患者層に2層化されていることが報告されている。また、早期退院は必ずしも早期治癒を意味しないという指摘（木田，2001）や、長期入院患者の中には社会的入院といわれる患者層が多く存在しているという指摘もきかれる。このような現状の中で、症状レベルが安定しないにもかかわらず社会復帰を目指した【拡大強化】を志向するような看護介入をせざるをえない状況や、症状が安定しているにもかかわらず退院のめどが立たず、【拡大強化】や【方向づけ】を志向した看護介入がなされずにいるケースなど、複雑な状況にあることは十分に考慮できる。

また、従来、統合失調症を中心とした入院の疾患構造が、95年ころより統合失調症が軽症化する傾向が見られるようになり、同時に、人格障害などの多様な診断名をもつ患者が入院してくる状況が見られるようになったともいわれている（高木他，2003）。理論的な看護介入法の選択は、従来精神科治療の中心であった重症の統合失調症患者の回復の過程を基盤として構成されている可能性も否めない。疾患構造が変化していく中で、看護介入法の選択もその複雑さに呼応し変化していることが考慮されるであろう。しかし、海外で行われた研究では、診断名や治療の対象となっている問題によって患者は看護介入に対し違ったニーズをもっているにもかかわらず、看護師はどのような疾患に対しても同じ看護介入を提供する傾向にあるとする研究（Yoder, D. S. et. al, 1990）も見られ、看護師が複雑化する疾患構造に対応しきれているかという点には疑問も残る。

今回の研究結果は、この2つの見解に対して明確に答えることのできるものではなく、今後は患者のおかれた状況について特定した同様の研究や、疾患による看護介入法の選択に焦点をあてた研究を行う必要があると考えられる。

##### 2. 精神症状により影響をうけるセルフケア領域のばらつき

前述したように、近年、統合失調症は軽症

化する傾向が見られ、同時に人格障害をはじめとする多様な診断名をもつ患者が入院してくる状況が見られるようになった。その結果、精神症状が顕著であったとしてもセルフケアの全領域にわたって著しい障害が見られることは少なくなっていることも考えられる。例えば、人格障害患者では、対人関係および生命を守るということに関して著しい問題があったとしても、他のセルフケア領域では問題が見られないという状況も多々ある。今回の結果において、精神症状のレベルとセルフケアのレベルには弱い相関しか見られず、著しい精神症状が必ずしもセルフケアレベル全般の低下をもたらしてはいないことが明らかになった。このことから、精神症状により影響を受けるセルフケアの領域にばらつきがある可能性も考慮される。

そのような場合、精神症状が顕著であったとしても、セルフケア全域で見た場合の評価は比較的高く保たれ、保たれているセルフケアの領域に対して【拡大強化】を志向するような積極的な看護介入が行われている可能性があり、それが今回のような結果に反映されているとも考えられる。本研究では、働きかけの領域別での看護行為の活用頻度の比較において、「食生活の領域」で【拡大強化】を志向する看護行為が活用されている傾向性も見られている。

しかし、症状が著しいとき、たとえ保たれている領域であったとしても、維持するだけでなく【拡大強化】を志向するような積極的な介入を行うべきかどうかについては疑問も残る。精神疾患の状態を急性期・回復期前期・回復期後期にわけ、看護師のケアに対する意識と患者のケアに対する捉えのずれを明らかにした研究（奥村，1999）では、患者は回復期にいたっても急性期での心身消耗が回復するまでは【保護】を志向したケアを望むのに対し、看護師は患者のペースを尊重すべきと考えながらも、陰性症状が気になり、焦りが生じ、活動を触発するような看護介入をする傾向にあることが明らかになっている。本研究結果からは、もっと早い時期にも【拡大強化】を志向した積極的な看護介入が行われていることが窺われる。たとえそれが保たれて

いるセルフケア領域に対する看護介入であったとしても、患者の視点から見た場合大変負担であると捉えられる可能性は否めない。精神症状が顕著な時期は心身ともに疲弊した状態にあるといわれており（阪内，2003；南出他，2003）、その時期に完全な休養を提供することの意義は大きいといえるだろう。

### 3. 看護介入の対象の多様性とその意味の多様性

働きかけの領域別に有意差の見られた看護行為をひとつひとつ検討していくと、症状が顕著であったとしても【拡大強化】を志向する看護介入が効果的だと考えられるものもあった。例えば、精神障害者の地域生活を維持・促進させる急性期治療病棟における看護ケアの研究（宇佐美他，2003）において、急性期に患者と家族との関係の調整を行ったり、日常生活での相談できる人と場を作ったりする看護ケアの重要性が示唆されていた。それらの看護ケアは、精神科看護の看護活動分類の【拡大強化】を志向する「人と場を拡げる」を構成するような看護行為であると考えられる。家族やサポートシステムなどを対象とした看護介入は、入院当初から開始することが重要であると考えられ、そのような意味で「対人関係の領域」で〈活用する〉という看護行為が精神症状の著しい時期に提供されていることは納得できる。このように看護介入の対象が必ずしも患者のみに限定されていないことが今回の結果に影響を与えていることが考慮される。今後はどのような対象にどのような看護介入が行われているかという点でも研究をすすめる必要があるだろう。

また、精神症状が顕著なときに活用頻度が高くなる【拡大強化】を志向する看護行為には状況が推察しうるものもある。例えば、「食生活の領域」で有意差の見られた〈確かめさせる〉という看護行為は、被毒妄想などがある状況で安心して食べることができることを確かめさせるという意味が考えられるだろう。しかしその場合、確かめさせることに意味があるのか、それとも安心させることのほうに意味があるのか考える必要があるのではなかろうか。どのような看護の志向性をもつ

て看護行為を行うかということも成果を評価するという意味においても看護師にとって重要な課題であると考えられる。

#### 4. 顕在化した症状に目を向けるという看護師の傾向性

精神科急性期看護のケア量の時期に応じた増減をケア時間とケア回数で明らかにした研究において（宮本有紀他，2003）、入院直後、および隔離直前の急性期症状が激しい時期にはケア時間が長くなることが報告されている。今回の結果からも、【拡大強化】【方向づけ】【保護】【解放】を志向する看護介入法の活用頻度が、精神症状が顕著なほど高くなるという傾向性が見られた。また、精神科棟に入院中の患者を対象としたものではないが、患者の満足度調査（加納川他，1996）において、症状が軽症化するに従って患者の満足度は低下するという結果が明らかになり、症状が軽減すると看護師との関わりが減少し満足度も低下するのではないかという解釈がなされている。このような結果から、精神科に限らず、一般的な看護師の傾向性として、顕在化した症状に関心がいき、そのときには全力で関わるが、症状が緩和したときには関わりが少なくなる傾向性が存在している可能性が考慮される。

看護師個々がこのような傾向性を意識し、症状が軽減した状況での看護ケアを洗練させていくことは今後の課題といえよう。しかし同時に、宮本らの研究（宮本有紀他，2003）でケア量に応じた必要な人員配置がなされていない現状が指摘されているように、現在の一律に扱われている人員配置のあり方では、症状が顕在化している患者に手を取られ、症状が落ち着いている患者に対するケアが充分に行えないという状況も存在していると考えられる。このようなシステムの問題をいかに改善していくかということも看護師にとっての課題だといえる。

#### V. おわりに

本研究は、量的な研究において精神科看護介入の現状と課題を明らかにしようとした新

しい取り組みであるという点で意義が大きいと考える。しかし、本研究のデータは看護行為の実施度に焦点をあてており、重点的になされる看護介入という意識的な意味合いを含むとき、実施度だけでは測定しきれない他側面の存在も考慮されるであろう。また、患者のおかれた状況や疾患を明確に特定しておらず、質問紙を回答するにあたっては、さまざまな状況におかれた患者が対象とされていることや痴呆を含むさまざまな疾患をもつ患者が想定されたことも結果に影響を与えていると考えられる。このような点で、今後への課題を残しているといえよう。

今後はさらに、急性期や社会復帰に向かう時期など場面を限定したり、疾患による看護介入法の違いなどに焦点をあて、精神科看護介入の現状と課題を明らかにしていく必要があるであろう。

#### <文献>

- 1) 畦地博子・梶本市子・粕田孝行他：精神科看護婦・士のクリニカルジャッジメントの構造とタイプ，Quality Nursing, 5 (9), 51-61, 1999.
- 2) 阿保順子：精神科看護の方法；患者理解と実践の手がかり，医学書院，1995.
- 3) 阪内英世：急性期看護を組み立てる 最初のかかわりがかんじん，精神科看護，30(8)，10-14，2003.
- 4) Benner, P., 柴田恭亮監訳：HBJ看護サマリー・シリーズ；精神科看護，レグルス，1994.
- 5) 福岡康子他監修；看護診断に基づく標準看護計画11；精神科，メヂカルフレンド，1996.
- 6) 日野原重明総監修；ナーシング・マニュアル第12巻；精神障害・心身症看護マニュアル，学習研究社，1987.
- 7) 加納川栄子他：看護婦による心のケアに対する患者の期待、満足、エンパワーメント，平成8年厚生省看護対策総合研究事業，1-32，1996.
- 8) 萱間真美：精神分裂病急性期の患者に対する看護ケアの意味と構造，看護研究，24(5)，455-473，1991.

- 9) 萱間真美：精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術－保健婦・訪問看護婦のケア実践の分析，看護研究，32(1)，53-76，1999.
- 10) 萱間真美・田中美恵子・中山洋子：精神分裂病患者の社会復帰を促す看護婦のコミュニケーション技術の分析，看護研究，28(6)，455-463，1995.
- 11) 河野雅資編：精神科看護；看護診断とケアプラン，医学書院，1996.
- 12) 木田孝太郎：現代日本の精神科医療，月刊保団連，723，4-7，2001.
- 13) 国際看護婦協会 (ICN) / 輪湖史子訳：看護実践国際分類 (ICPN) - アルファバージョン 統合のためのフレームワーク，インターナショナルナーシングレビュー，20(3)，1996.
- 14) McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. : Nursing Interventions Classification (NIC) Second edition, IOWA INTERVENTION PROJECT, Mosby, 1996.
- 15) 南裕子・稲岡文昭監修：セルフケア概念と看護実践－Dr. P.R. Underwoodの視点から，へるす出版，1987.
- 16) 南裕子編：基本セルフケア看護；心を癒す，講談社，1996.
- 17) 南出敬二他：回復の兆しをどう読みとりケアに生かすか，精神科看護，30(11)，15-21，2003.
- 18) 宮本有紀他：精神科急性期看護のケア量の時期に応じた増減の特徴，精神科看護，30(11)，42-47，2003.
- 19) 森温理他編：標準看護学講座27；精神看護学，金原出版，1997.
- 20) 中山洋子・粟生田友子・片平好重他：精神障害者への訪問看護に必要な看護技術の開発，科学研究費補助金研究成果報告書，1998.
- 21) 日本精神看護技術協会編：精神科看護の専門性をめざして 専門編，中央法規出版，1997.
- 22) 野嶋佐由美他：精神科看護領域で活用されている看護介入法の類型化に関する研究，科学研究費補助金研究成果報告書，2002.
- 23) 野嶋佐由美他：精神科の看護活動分類 (第一報)，日本看護科学会誌，23(4)，1-19，2004.
- 24) 奥村太志：寛解過程における看護者のあり方に関する研究 (その1)，精神科看護，26(1)，42-49，1999.
- 25) 奥村太志：寛解過程における看護者のあり方に関する研究 (その2)，精神科看護，26(2)，41-47，1999.
- 26) 奥村太志：寛解か低における看護者のあり方に関する研究 (終)，精神科看護，26(3)，41-48，1999.
- 27) 坂田三よし編：シリーズ生活をささえる看護；心を病む人の看護，中央法規出版，1990.
- 28) Schultz, M.J. 他・田崎博一他訳：看護診断に基づく精神看護ケアプラン，医学書院，1990.
- 29) 清水順三郎他：新版看護学全書 第36巻；精神看護学2，メヂカルフレンド，1997.
- 30) Stuart, W.G. 他編・樋口康子他監訳：新臨床看護学体系；精神看護学I，医学書院，1986.
- 31) Stuart, W.G. 他編・樋口康子他監訳：新臨床看護学体系；精神看護学II，医学書院，1986.
- 32) 高木俊介他：特集 人格障害のカルテ 人格障害と呼ばれる人々の暮らしをめぐって，PSYCHIATRY，30，9-29，2003.
- 33) Thompson, M.J. 他編・石川稔生他監訳：クリニカルナーシング17；精神疾患患者の看護診断とケア，医学書院，1990.
- 34) 外口玉子他：系統看護学講座 専門25 精神看護学<2>；精神保健看護の方法と技術，医学書院，1997.
- 35) 宇佐美しおり他：精神障害者の地域生活を維持・促進させる急性期治療病棟における看護ケア，看護研究，36(6)，493-503，2003.
- 36) 山崎智子監修：明解看護学双書3；精神看護学，金芳堂，1997.
- 37) Yoder, D.S. et.al. : How are you doing? Patients Evaluation of Nursing Actions, J of Psychosocial Nursing, 28(10)，26-30，1990.