

□報告□

精神科看護師が身体合併症ケアを実施する上での 臨床判断における困難さ

藤野 成美¹ 脇崎 裕子² 吉武 美佐子³ 山口 扶弥⁴

抄 録

目的：精神科看護師が身体合併症ケアを実施する上での臨床判断における困難を明らかにすることである。

方法：身体合併症ケアの経験を有する精神科看護師 20 名を対象に半構成的面接を実施した。面接内容は質的帰納的に分析した。

結果：身体合併症ケアを実施する上での臨床判断における困難さは「フィジカルアセスメント能力の不足から生じる基準値内・基準値から逸脱の判断の難しさ」「精神疾患の特性に伴う患者のニーズを見極める困難さ」「精神科病院の治療環境において身体合併症ケアを実施する困難さ」の3つのカテゴリが抽出された。

結論：身体合併症ケアを実施する上で臨床判断における困難さを明らかにした結果、クリティカルシンキングの思考を高める能力獲得を視野に入れた取り組みやフィジカルアセスメント能力獲得が重要であり、知識・技術伝達型の教育的アプローチと並行して、状況から学びが深められる、ケーススタディを交えた教育の重要性が看護への示唆として示された。

キーワード：身体合併症ケア，臨床判断，精神科看護師

Clinical judgment difficulties faced by psychiatric nurses in caring for physical complications

FUJINO Narumi, WAKIZAKI Yuko, YOSHITAKE Misako and YAMAGUCHI Fumi

Abstract

Objective: To elucidate the difficulties faced by psychiatric nurses making clinical judgments while performing physical complications care.

Method: A semi-structural interview was conducted with 20 psychiatric nurses with experience in physical complications care and the data obtained were analyzed qualitatively and inductively.

Results: Difficulties faced by psychiatric nurses making clinical judgments while performing physical complications care were classified into 3 categories: "Difficulty in judgment for being within/out of standard values owing to a lack of physical assessment skills," "Difficulty in determining patient needs associated with a psychiatric disease characteristic," and "Difficulty in performing physical complications care under the treatment environment of a psychiatric hospital."

Discussion: Efforts to enhance the level of critical thinking were shown to be crucial for acquiring physical assessment skills. In addition, it was suggested that education combined with case studies offering in-depth learning from real-life situations was as important as knowledge- and technology-transmission-based educational approaches.

Keywords : caring for physical complications, clinical judgment, psychiatric nurses

受付日：2014年9月3日 受理日：2015年6月8日

¹佐賀大学 医学部 看護学科 精神・看護学分野

Division of Psychiatric & Mentalhealth Nursing, Institute Nursing, Faculty of Medicine, Saga University
fujinon@cc.saga-u.ac.jp

²前 国際医療福祉大学 福岡看護学部

(The former belonging to) International University of Health and Welfare Graduate School

³福岡女学院大学

Fukuoka Jogakuin Nursing College

⁴広島都市学園大学

Hiroshima Cosmopolitan University

I. はじめに

本邦の精神科病院では長期入院患者の高齢化が急速に進んでおり、合併症治療や身体管理の必要な患者が増加している。精神科病床に入院中の患者の身体合併症の有無について、保坂ら¹⁾は、特別な管理（入院中の加療）を要する患者が14%、日常的な管理（定期的な一般科受診）を要する患者が33%であり、全体の47%が何らかの身体合併症ケアの必要性があることを明らかにしている。しかし、単科精神科病院では身体疾患の治療やその管理を行うのに十分な看護体制がとれている病院が少なく、全国に3,000床程度必要といわれる精神障害者の身体合併症対応病床の整備も進んでいない²⁾。精神疾患に加え身体疾患を併せもつ患者の精神科におけるケアは、さらに深刻さを増していくことが予想される。

精神障害者の身体脆弱性についての指摘がなされる一方、精神科看護師のフィジカルアセスメント技術不足、精神科病院における身体管理の技術習得の教育システムの不備が、日本精神科看護協会の調査²⁾で明らかにされている。精神科看護師の身体管理に対する知識と看護の技量は、今後向上されるべき重要な課題である³⁾。Shinら⁴⁾やLyn⁵⁾は、一般科看護師を対象としたフィジカルアセスメント教育の必要性についての報告を行っているが、精神科看護師の身体合併症ケアに関する実態や教育内容についての先行研究は諸外国においてはみられない。国内においては、精神科身体合併症ケアに対する看護師の思いについてのアンケート調査⁶⁾、身体合併症ケアに関する実践報告^{7,8)}、身体合併症看護に関する要因の検討⁹⁾、精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護への不安に関する報告¹⁰⁾がある。しかし、精神科看護師が身体合併症ケアを実施する上での臨床判断についての検討は、論文としての報告は見当たらない。看護師は看護実践において看護行為の判断、すなわち臨床判断を日常的に行っており¹¹⁾、看護学教育の在り方に関する検討会報告¹²⁾でも、臨床判断は看護実践能力の中心的役割を担うことが期待されるといった主旨が述べられている。藤内ら¹³⁾は看護ケアの方向性を見出し、行動を

決定する根拠となる臨床判断は実践能力の中でも重要な課題であるとしながら、看護師の知識・技術の未熟さから看護ケアに負担を感じ、適切な臨床判断やケアが実施されない可能性を指摘している。

以上のことから、精神科看護師が身体合併症ケアを実施するにあたっては、的確な臨床判断が必要であり、どのような課題や困難を抱えているのかをまず明らかにすることが重要であると考えた。そこで本研究の目的は、身体合併症を有する精神障害者のケアを行う上での臨床判断に着目し、精神科看護師が身体合併症ケアを実施する上での臨床判断において、どのような点に困難を生じているのかを明らかにする。

1. 用語の定義

【身体合併症】本研究における身体合併症は、川野¹⁴⁾の定義を参考にして、精神疾患をもつ患者が抗精神病薬の副作用や生活習慣病による身体合併症を併発した場合を身体合併症と定義した。

【臨床判断】Corcoran¹⁵⁾の定義を参考にして、患者のデータ、臨床的な知識、状況に関する情報を考慮し、認知的な熟考と直観的な過程によって患者ケアについて決定をすることを臨床判断と捉え、本研究における臨床判断とは、患者に対するケアを決定するにあたって、何が起きているのかを認識する過程である状況の把握の特徴を明らかにすることと定義した。

II. 方法

1. 研究デザイン

本研究では、精神科看護師の身体合併症ケアを実施する上での臨床判断における困難さを明らかにするために質的記述的研究¹⁶⁾を実施した。

2. 研究対象者

A県内の2施設の単科精神科病院に勤務しており、本研究の同意が得られた精神科看護師を対象とした。対象者の要件として、精神科臨床経験3年以上の看護師とした。これは臨床判断という観点から、看護師は類似の科で3～5年勤務することにより中堅レベルに

達するといわれているという Benner¹⁷⁾ の論拠に基づくものである。調査期間は2009年9月～同年10月であった。

3. データ収集方法

半構成的面接法を実施した。まず、用語の定義に記載した身体合併症ケアを有する精神障害者と臨床判断についての定義を説明し、インタビューガイドに基づき「身体合併症ケアを必要とする患者さんに対して、臨床判断を行う上で、どのような点に困難を感じましたか」と問いかけ、自由に語ってもらった。面接途中では、基本的に対象者の自由な語りの流れに沿うようにした。研究対象者の同意を得た上で面接内容をICレコーダーに録音した。

4. データ分析方法

まず、研究対象者の語りから逐語録を作成した。その逐語録から対象者が身体合併症ケアを行う上での臨床判断における困難さについて語っている内容に着目して抜き出し、一文に1つの意味内容が含まれるよう表現し、文脈単位とした。類似する文脈単位をまとめてその意味内容を忠実に要約し、コード化した。次に複数のコード化した内容を比較し、類似性と共通性を検討し、サブカテゴリを形成した。さらにサブカテゴリを比較検討し、それに共通するテーマをつけ、カテゴリを形成した。

文脈単位の抽出からカテゴリ形成の一連の過程において、質的研究の研究者3名と修士号をもつ精神科看護師の助言や検討を繰り返し行うこと、参加者に回答内容や解釈の確認を行うことで、データ解釈の妥当性と分析の真实性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

本研究は、研究者が所属する大学の倫理審査委員会の承認（承認許可番号21-55）を得て実施した。看護師長から紹介された看護師個別に書面と口頭で研究目的・内容の説明と協力を依頼し、同意書による研究協力の同意を得た。その際、看護師長からの紹介である

ことによる強制力が加わらないよう配慮した。研究説明・同意書には、研究協力は自由意思であること、研究協力に同意した後も協力の拒否ができること、全研究過程において匿名性が保証されること、個人の秘密が守られること、また研究結果の公表方法を明記した。データ収集の際は、静かな落ち着いた空間を確保し、プライバシーに配慮した。

III. 結果

研究協力者は男性10人、女性10人、平均年齢は37.4歳、精神科看護経験年数は平均11.6年、臨床経験年数は平均16.3年であった（表1）。なお、各対象者への面接回数は1回で、1人あたりの面接時間は平均50.4分であった。

身体合併症ケアを実施する上での臨床判断における困難に関して189の文脈を分析した結果、23コード、10サブカテゴリ、3カテゴリとなった。以下に生成されたカテゴリについて説明する。文中のカテゴリは<>、サブカテゴリは【】、具体的な文脈単位の実例を「」で示した。（表2）。

1. <フィジカルアセスメント能力の不足から生じる基準値内・基準値から逸脱の判断の難しさ>

【身体管理の経験不足に伴う判断の難しさ】【フィジカルアセスメント能力の不足に伴う判断の難しさ】の2つのサブカテゴリが示された。

【身体管理の経験不足に伴う判断の難しさ】は「一般科での経験がないので、突然の吐血の対応にどうしていいかわからず判断が難しい」「状態が急変してもどうしたらいいのかわからないから、人を呼ぶしかない。経験があまりないから、何をどうしていいのか判断がつかない」で構成されていた。精神疾患を抱える患者の身体ケアの経験が不足しているために、どのように臨床判断を行い対処していいのかわからない状況が困難として語られていた。【フィジカルアセスメント能力の不足に伴う判断の難しさ】は「肺炎にしても肺音を聴取したことがないため、悪化時の具体的な音がわからない」「イレウスの患者の腸音を聴く経験が

表1 対象者の基本属性 (面接調査)

対象者	年齢 (歳)	性別	精神科看護 経験年数 (年)	臨床経験年数 (年)	面接時間 (分)
1	33	男	9	12	60
2	31	男	10	10	55
3	39	男	13	18	58
4	36	男	15	15	54
5	47	女	6	26	60
6	39	女	8	18	50
7	48	女	15	25	43
8	51	女	20	30	55
9	40	男	19	19	50
10	46	女	10	25	43
11	25	女	3	5	38
12	26	男	6	6	48
13	31	女	11	11	50
14	36	女	15	15	45
15	50	男	20	30	35
16	44	男	13	23	55
17	32	女	10	10	48
18	30	女	8	8	55
19	33	男	11	11	60
20	31	男	9	9	46

少ないので、どう判断していいか難しい」等で構成されていた。身体合併症ケアを実施するなかで自身のフィジカルアセスメント能力の不足を実感し、それが臨床判断を困難にしていることを自覚した内容が語られていた。

2. <精神疾患の特性に伴う患者のニーズを見極める困難さ>

【自覚症状が乏しいことによる判断の難しさ】【妄想に起因する衝動性や暴力的反応に対する不安・恐怖】【精神疾患に起因するものか身体疾患に起因するものか見極めが困難】【言語化が困難な患者への対応の難しさ】【看護の必要性和患者のニーズとのずれに伴う対立・葛藤】の5つのサブカテゴリが示された。

【自覚症状が乏しいことによる判断の難しさ】は「痛みに対する閾値が高い患者が多いため、自覚症状があるのかないか判断が難しい」「(尿路)結石があっても痛がらないため判断が難しい」「抗精神病薬を服用していることもあり、自覚症状が乏しいため判断が

きにくい」で構成され、患者が自覚症状やその程度を看護師に的確に表現できないことによる困難さの内容が示されていた。【妄想に起因する衝動性や暴力的反応に対する不安・恐怖】は「喘息の症状を軽減するためのケアをしたいが、患者が妄想に支配されると患者に叩かれるのではないかとというジレンマを抱いてしまう」「患者へのケアが優先だとわかっている、身体ケアの治療を促すと被害的にとられ、癇癪を起こされるので怖い」で構成されていた。病的体験とされる妄想や幻聴などが、対象者にとって現実以上のリアルなものとして経験されるために生じる困難さが示されていた。【精神疾患に起因するものか身体疾患に起因するものか見極めが困難】は「糖尿病による口渇なのか水中毒による口渇なのか臨床症状が似ているので判断が難しい」「不定愁訴が多い患者は精神症状の悪化なのか、本当に身体症状の訴えなのかわかりにくいので身体合併症を見落としやすい」で構成されていた。自覚症状が乏しく、病識がもてない患者に対して、精神症状かあるいは身体症状によるものなのか臨床判断

表2 精神科看護師が身体合併症ケアを実施する上での臨床判断における困難

カテゴリ	サブカテゴリ	コード化の内容
フィジカルアセスメント能力の不足から生じる基準値内・基準値から逸脱の判断の難しさ	身体管理経験の不足に伴う判断の難しさ	一般科病棟での経験がないため状態の急変に判断を戸惑う 身体科の経験不足のため、どのように対処すべきか判断が難しい
	フィジカルアセスメント能力の不足に伴う判断の難しさ	経験不足により状態悪化時の肺音、聴音、心音等がわからないため、正常と異常の判断が難しい 患者の訴えに対して、生命の危険があるのか判断が難しい 血液データの異常を読み取る能力が不足しているため、判断が難しい
精神疾患の特性に伴う患者のニーズを見極める困難さ	自覚症状が乏しいことに伴う判断の難しさ	痛みに対する閾値が高い患者に対して、自覚症状にどのように対処すべきか判断が難しい 抗精神病薬を服用しているため、自覚症状が乏しく判断が難しい 陽性症状（妄想や幻聴）により、自覚症状が乏しく身体ケアを拒否することが多いため判断が難しい
	妄想に起因する衝動性や暴力的反応に対する不安・恐怖	妄想に支配された患者の暴力行為への不安とともに、身体合併症ケアを優先すべきかどうかジレンマを抱く 妄想をもつ患者の身体合併症治療に対する理解が難しく、衝動的行動への懸念を抱く
	精神疾患に起因するものか身体疾患に起因するものか見極めが困難	口渇の訴えに対して、糖尿病によるものか水中毒によるものか抗精神病薬の副作用によるものか判断が難しい 不定愁訴が多い患者は精神症状の悪化によるものか身体合併症に起因するものか見極めが難しい
	言語化が困難な患者への対応の難しさ	身体症状についての訴えが乏しく、症状の悪化が予測しづらい 患者が症状を言語化できないため、重症化しやすいことに対する懸念
	看護の必要性和患者のニーズとのずれに伴う対立・葛藤	症状についての曖昧な発言に、本人の意思を尊重すべきかどうか判断に迷う 被害妄想をもつ患者に対して、本人の意思と反したケアを強制してまでもすべきか判断が難しい 「きつい」の一言が、精神的なものか、関わりをもちたいのか、身体的なものか判断が難しいため対応に悩む
精神科病院の治療環境において身体合併症ケアを実施する困難さ	精神科病院における治療環境への課題	ナースコールの設備がないことにより、不測の事態が起きた時の対処への懸念を抱く 身体症状の管理を行う上での設備や必要物品の不十分さを感じるため、対処に困る
	急変時の対応に伴う危機感	看護師だけではなく、精神科医の身体的知識や経験が不足しているため、急変時の対応に危機感をもつ 患者の急な身体症状の訴えに対して、信憑性に疑問を感じ、常に危機感を抱く
	「様子観察」指示への戸惑い・不安	状態の急変に対して、精神科医の「様子観察」の指示に判断に戸惑い不安を抱く 精神科医の「様子観察」の指示に対して、責任の所在に戸惑いを感じる

の見極めが困難なケースが多いことが示されていた。
【言語化が困難な患者への対応の難しさ】は「身体症状について聞いても、『大丈夫』と訴えるばかりで、症状の変化がわかりづらい」「『いつもよりもどうかあ

る』と言葉の表現がはっきりしない患者の対応が難しい」「患者が『痛い』『どうかある』ということをやまなく言語化できないため、気付いた時は重症化していることがある」で構成されていた。自覚症状を他者に

確に訴えることが困難な患者が多く、その訴えの真意を読み取ることが重要であるが、その難しさが語られていた。【看護の必要性和患者のニードとのずれに伴う対立・葛藤】は「排便がなくても、本人が食べたいから『(便が) 出た』とあいまいな訴えをする時に、本人の意思を尊重すべきかどうか判断に迷う」「固定した被害妄想により、本人がしたくないケアを強制してまでもすべきか判断が難しい」等で構成されていた。症状改善に必要な看護を優先したいが、それが患者のニードに沿わない場合に心理的対立・葛藤を生じ、困難さを伴う内容が語られていた。

3. <精神科病院の治療環境において身体合併症ケアを実施する困難さ>

【精神科病院における治療環境への課題】【急変時の対応に伴う危機感】【「様子観察」指示への戸惑い・不安】の3つのサブカテゴリが示された。

【精神科病院における治療環境への課題】は「ナースコールがついていないため、不測の事態が起きた時の対処に困る」「例えば、AEDが不足していたり身体管理を行う上での設備の不十分さを感じるため、何かあった時を考えると、どう対応すべきか判断が難しい」等で構成されており、精神科病院において身体ケアを実施する上での設備や備品の不十分さに困難を感じるという内容が語られていた。【急変時の対応に伴う危機感】は「看護師だけではなく、精神科医の身体的知識が乏しいため、急変時の対応に危機感をもつ」「患者さんの身体的訴えに信憑性が乏しいため、いつも危機感を感じながら仕事をしている」で構成されていた。看護師自身の身体合併症ケアに対する自信のなさに加えて、精神科医の対応や患者の訴えの信憑性に強い不安や不信感を抱くことによる難しさが語られていた。【「様子観察」指示への戸惑い・不安】は「『いつもと何かおかしい』と感じた時に、医師に報告したら様子観察との指示に、どう観察していいのかわからず、このまま状態が悪化するのではないかと不安で判断に迷う」「医師の『様子を見て』が一番困る。何かあった時にどう責任をとるのかと不安になる」で構成され

ていた。「いつもの患者」との相違を感じて医師へ報告するが、臨床判断の根拠が明確でないこともあり、医師からの様子観察の指示に戸惑いと不安を感じていた。

IV. 考察

高齢化と身体合併症が精神科の二大テーマといわれるほど、身体処置を必要とする精神疾患患者が急増している¹⁸⁾。これまでは、精神科の身体合併症ケアはその必要性や重要性が指摘されていながらも、主に合併症看護という狭い枠組みでの特殊な領域として取り扱われることが多かった。しかしながら、精神科看護師の日常業務において、精神疾患特有の症状をもつ患者の身体合併症ケアにおいて、それぞれが臨床判断を迫られることが少なくない。その臨床判断は看護師の個人的価値観や個人の生活習慣や経験知に基づいていることが多く、自分の下した判断がこれでよかったのかどうか、困難感や葛藤、ジレンマを抱くことはまれではないことが、今回の調査から明らかとなった。

本研究によって、精神科看護師が身体合併症ケアを実施する上での臨床判断における困難として<フィジカルアセスメント能力の不足から生じる基準値内・基準値から逸脱の判断の難しさ><精神疾患の特性に伴う患者のニーズを見極める困難さ><精神科病院の治療環境において身体合併症ケアを実施する困難さ>が示された。これは、患者の疾病性、スタッフの力不足、施設の設備上の問題といった要因が複雑に絡み合って、十分な身体ケアが提供されない現状が精神科病院では続いていると美濃¹⁸⁾が報告した内容と一致するものであり、その詳細がより明確になった点で本研究の意義は大きい。また、精神科看護師は心のケアについては、プロだが、身体管理のアセスメントが十分とはいえない場合があるとの報告²⁾がある。本研究においても、バイタルサインのチェックをして記録はするが、それが意味することを理解し、データに基づいて、どうアセスメントし、どのようにしてケアに活かすかということの関連付けが不足していたことがインタビュー調査の結果、明らかとなった。

Rubinfeld と Scheffer¹⁹⁾ は、思考に対する最も大きな障害の1つは慣例に陥ることであるとして、習慣は安心と快適さを提供するが、思考を停止させ、吟味やアイデアや創造性を使用する気をなくさせてしまうと述べている。つまり、この状況を打破するためには、日常のルーチン業務の看護実践としての病棟マニュアル的思考ではなく、目の前の個々の患者の言動や反応を的確にアセスメントできる感度のよいアンテナをもった、クリティカルシンキングの思考を高める能力獲得を視野に入れた取り組みが重要であるという示唆が得られた。

美濃¹⁸⁾ は、精神症状の悪化だと思われていた拒否的な行動や妄想的な言動は、うまく身体症状を訴えられない場合に生じていたと述べており、本研究においても精神疾患の特性に伴う患者のニーズを見極める困難さというカテゴリが示された。精神疾患を抱える患者において、本人の訴えから身体症状を見極めることはかなり難しい。重要なことは、患者一人ひとりの言動や反応に隠された真の訴えに気付くことであり、そのためには、日常からいつもの患者の状態を知っておくことが第一である。

精神科における身体合併症は高齢化だけの問題ではなく、精神疾患患者がもつ特有のエビデンスがあり、日下²⁰⁾ は精神科看護師として患者の真のニーズを見抜く感覚をもつことの重要性を挙げている。今回のインタビュー調査において「固定した被害妄想により身体ケアを拒否することが多いため対処が難しい上に、拒否が続くと、これでいいのかわからなくなり自信がなくなる」という内容が語られた。荻野²¹⁾ は、精神科では患者からの承認体験や成功体験が得られにくいことで、看護の手ごたえがもてず、やりがいにつながりにくいことを報告している。これまでに培った身体的ケアの知識や技術を発揮できないことに対してジレンマやプライドの傷つき体験をしていることを理解し、自己肯定感を高める関わりの重要性が示唆された。したがって、精神科看護師のフィジカルアセスメント能力習得のためには、知識・技術伝達型の教育的アプローチと並行して、状況からの学びが深められるケー

スタディを交えた教育と看護師自身の自己肯定感が高められるような心理的アプローチが有効であると考える。

精神科病院における全国的な身体合併症治療環境の不備や医療機器の整備の不十分さ、精神科病院に入院している患者が身体科を受診しにくいシステムが構築されている現状で、本研究においても精神科病院の治療環境において身体合併症ケアを実施する困難さが示された。精神科看護師が身体合併症ケアの限界を生じ、無力感をもたざるを得ない状況であることも否めない。しかし、このような精神医療システムの限界を感じつつも重要なことは、精神科病院に入院中である患者一人ひとりの言動や反応による身体症状を見極めるために、看護師自身が身体合併症ケアに対して積極的に関わる努力を積み重ねる姿勢が必要不可欠であると考えられる。萱間ら²²⁾ は、精神科看護師の臨床能力の明確化に関する研究において、精神科看護師は患者の多様な反応に臨機応変に複数の機能や能力を同時に用いることを示している。つまり、患者の表出行動にみられる精神の内的世界のメッセージを真摯に受け止め、真意を解釈する能力が重要であることを示唆している。今後、精神科病院において身体合併症ケアが必要な患者は増加の一途をたどる上、長期入院患者の高齢化も避けられない。そのため、精神科看護師の多方面における臨床能力向上は必至である。なかでも、フィジカルアセスメントは適切なケアを実施するための観察力・的確な臨床判断能力のコアを構成する要素であると山内ら²³⁾ は述べており、精神科看護師においてもフィジカルアセスメント能力向上に対しての方策は今後重要な課題であると考えられる。

本研究の限界についてであるが、本研究結果は研究協力が得られた精神科病院の看護師を対象としており、精神科看護師全体からみれば一部にすぎない。このため、全国の精神科病院に勤務する精神科看護師の身体合併症ケアの全容を表すものではない。また、身体合併症ケアの実践力は一般科経験年数やフィジカルアセスメント研修の受講回数など様々な影響を受けやすいため、一概にはいえない。今後は身体合併症ケア

に影響する要因を検討することも視野に入れ、精神科看護師が身体合併症ケアを実施する上での臨床判断における困難さを軽減できるよう、身体管理に関する知識・技術習得向上に向けた施設レベルの教育プログラム構築に向けて検討していくことが課題であると考え

V. 結論

本研究により、身体合併症ケアを実施する上での臨床判断における困難として<フィジカルアセスメント能力の不足から生じる基準値内・基準値から逸脱の判断の難しさ><精神疾患の特性に伴う患者のニーズを見極める困難さ><精神科病院の治療環境において身体合併症ケアを実施する困難さ>の3項目が抽出された。以上のことから、クリティカルシンキングの思考を高める能力獲得を視野に入れた取り組みやフィジカルアセスメント能力獲得が重要であり、知識・技術伝達型の教育的アプローチと並行して、状況から学びが深められる、ケーススタディを交えた教育の重要性が看護への示唆として示された。

謝辞

本研究にご協力いただきました精神科看護師の皆様には、大変貴重なお話を聞かせていただき心から感謝申し上げます。また、研究調査を快くお引き受けくださり、ご協力をいただきました各施設の施設管理者の皆様、心より深く感謝申し上げます。なお、本研究は文部科学省科研費の助成により実施いたしました。

文献

- 1) 保坂隆, 本間正人. 精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究. 東京: 厚生労働省, 2004
- 2) 末安民生. 精神科における身体合併症治療の中での看護の役割に関する検討 プロジェクト報告. 日本精神科看護技術協会. 2007: 18
- 3) 厚生労働省. 2012. 第23回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0910-2.html> 2012.3.20
- 4) Shin H, Kim BJ, Kang HS. Use of physical assessment skills and education needs of advanced practice nurses and nurse specialists. Korean Acad. Nurs. 2009; 39(5): 709-719
- 5) Lyn SL. The role of the physical examination in clinical assessment. a useful skill for professional nursing. Pfllege German 2007; 20(4): 185-190
- 6) 高村光代, 池本浩子, 山崎和枝ら. 精神科に勤務する看護師の身体合併症看護に対する思い 総合病院精神科病棟の看護師と単科病院精神科病棟の看護師が抱く看護への困難性の違い. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 2011; 6: 181-184
- 7) 大津聡美, 岡村志津英. 身体合併症をもつ精神障がい者の看護において一般病院の看護師が求めるもの. 精神科看護 2008; 35(6): 50-55
- 8) 大川貴子, 中山洋子. 入院精神障害者の身体合併症の実態とケア上の困難さの分析. 日本 精神保健看護学会誌 2004; 13(1): 63-71
- 9) 荒木孝治, 瓜崎貴雄, 正岡洋子ら. 統合失調症患者の身体合併症看護を促進させるための体制の整備について. 大阪医科大学看護研究雑誌 2012; 2: 9-20
- 10) 荒木孝治, 瓜崎貴雄, 正岡洋子ら. 精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護への不安に関する検討. 大阪医科大学看護研究雑誌 2013; 3: 100-108
- 11) 尾形裕子. 状況の把握に焦点をあてた臨床判断のパターン. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌 2012; 8(1): 11-20
- 12) (社)日本看護協会(編). 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標(看護学教育の在り方に関する検討会報告)平成17年版看護白書. 日本看護協会 2006: 8
- 13) 藤内美保, 宮腰由紀子, 安東和代. 新人看護師の臨床判断プロセスの概念化. 日本看護研究学会誌 2008; 31(5): 29-37
- 14) 川野雅資編. エビデンスに基づく精神科看護ケア関連図. 東京: 中央法規出版, 2008: 79
- 15) Corcoran SA. 看護におけるクリニカルジャッジメントの基本的概念. 看護研究 1990; 23(4): 351-360
- 16) グレック美鈴, 麻原きよみ, 横山美江編. よくわかる質的研究の進め方・まとめ方. 東京: 医歯薬出版, 2007: 54-72
- 17) Benner P. From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, 1984: 80
- 18) 美濃由紀子編著. 精神科の身体ケア技術. 東京: 医学書院, 2008: 314
- 19) Rubenfeld MG, Scheffer BK (中木高夫ら監訳). クリティカルシンキング: 看護における思考能力の開発. 東京: 南江堂 1997: 110
- 20) 日下修一. 精神「科」看護を教えるとはどういうことか 教員が知るべき方向性. 看護教育 2008; 49(7): 578-583
- 21) 荻野雅. 我が国の精神科病棟の文化に関する記述的研究: 3つの精神科病棟の参与観察を通して. 日本精神保健看護学会誌 2001; 10(1): 50-62
- 22) 萱間真美, 田中隆志, 金城祥教ら. 精神科看護の臨床能力の明確化に関する研究: 参加観察法を用いた新人看護師と熟練看護師の臨床能力の比較. 精神科看護 2000; 27: 44-52
- 23) 山内豊明, 三苦里香, 志賀たずよ. 訪問看護実践に必要とされるフィジカルアセスメントについての現状調査. 日本看護医療学会雑誌 2003; 5(1): 35-42