

精神科訪問看護における文化的感受性を備えた リカバリー志向の看護援助モデルの構築

看護実践開発学領域 72013004 松岡純子

指導教員 安藤幸子

I. 研究の背景

我が国の精神保健医療は、入院中心から地域生活中心へと移行が推進されている。地域ケアの充実が求められる中、精神科訪問看護に携わる看護師は今後増加すると考えられる。地域精神医療への移行を終えた欧米では、疾患の治癒や症状の軽減ではなく、当事者のその人らしい生き方を意味するリカバリーが精神保健医療の目標となっている。我が国でも、地域ケアにおいてリカバリー概念は重視されており、精神科訪問看護がリカバリー志向の援助に転換することは課題となっている。そこで、リカバリー志向の援助に必要となる、自らの価値観や考え方を客観視し、異なる価値観や考え方を尊重する文化的感受性を備えた看護援助モデルの開発が求められる。

II. 研究目的

精神科訪問看護における文化的感受性を備えたリカバリー志向の看護援助モデルを構築することである。

III. 研究方法

1. 研究の段階

第1段階：精神科訪問看護の経験が5年以上あり、リカバリー志向の優れた実践をしていると管理者に推薦された看護師に約1時間の半構成的インタビューを個別に行い、看護師が実践している文化的感受性を備えたリカバリー志向の看護実践について話を聞いた。また、同意が得られた看護師の訪問看護場面の参加観察を行い、観察内容をフィールドノーツに記載した。インタビューの逐語録とフィールドノーツの記録を精読し、質的記述的に分析した。

第2段階：精神障がいをもつ人へのリカバリー志向の援助に関する国内および海外の先行文献から、リカバリー志向の援助内容や援助者の資質を具体的に示したものを選定して対象文献とし、第1段階の結果と対比させた。結果に基づき、精神科訪問看護における文化的感受性を備えたリカバリー志向の看護援助仮モデルを構築した。

第3段階：精神科訪問看護の経験が1年以下の看護師に仮モデルに関する約90分の研修を実施し、精神科訪問看護の実践で2カ月間仮モデルを活用することを依頼し

た。活用開始時、1カ月後、2カ月後に、仮モデルの6つの構成要素の援助内容を具体的に示したチェックリストに記入してもらい、集計した。活用期間終了後、看護師に約1時間の半構成的インタビューを個別に行い、感想や実施しやすさを聞いた。インタビューデータは質的記述的に分析した。分析結果に基づいてモデルを精練した。

2. データ収集期間

2015年1月～2016年8月である。

3. 倫理的配慮

神戸市看護大学研究倫理委員会の承認を受けた計画書に基づき実施した（承認番号2014-2-19, 2015-2-19-1）。

IV. 結果

1. 第1段階

研究参加者は21名の看護師（男性8名、女性13名）であり、平均年齢は45.5歳（37～64歳）、精神科訪問看護経験年数の平均は8.8年（5～17年）、精神科病棟勤務経験年数の平均は9.7年（0～17年）であった。1名は精神科病棟勤務経験をもたず、保健師としての経験をもっていた。5名の看護師の訪問看護に同行し、11場面の参加観察を行った。インタビューおよび参加観察によって得られたデータを質的記述的に分析した結果、[①看護師自身の実践と精神医療文化の影響の不断の振り返り]、[②利用者が権利と責任を保持できるパートナーシップの構築]、[③利用者主体の対話を通した楽しみと成長の支持]、[④生活を軸にした医学モデルに偏らない自己管理の支援]、[⑤リスクを伴う利用者の希望を支持するチームによる取り組み]、[⑥利用者と利用者に関わる人々のつながりの支持]という6カテゴリーが抽出された。

6つのカテゴリーの関係性を検討した結果、①を中心として②③④がその周りに位置し、それぞれ相互に影響し合う関係性と示すことができた。これら4つのカテゴリーは「利用者と看護師との関係の中で実践される文化的感受性を備えたリカバリー志向の看護援助」と表せた。⑤と⑥は、利用者と看護師との二者関係に留まらず、利用者に関わる専門職や非専門職を巻き込んだ援助内容であり、①②③④のカテゴリーの外側に位置し、4つのカテ

ゴリーと⑤⑥は相互に影響し合う関係性と考えられた。

2. 第2段階

1996～2015年に国内外で発表された精神障がいをもつ人へのリカバリー志向の援助に関する原著論文を検索し、選定基準に基づいて7文献を抽出した。そこにリカバリー志向の看護モデルの著書を加え、8文献を対象文献とした。第1段階の結果と対比し、「ピアサポートを活用することを支える」というデータを独立させてサブカテゴリーとして追加した。またカテゴリーに不足するものはないことを確認した。そこで第1段階のカテゴリー関連図を変更することなく、精神科訪問看護における文化的感受性を備えたリカバリー志向の看護援助仮モデルとした。

3. 第3段階

研究参加者は8名の看護師（男性3名、女性5名）であり、平均年齢は33.5歳（25～45歳）、精神科訪問看護経験期間の平均は5.3カ月（1～12カ月）、精神科病棟勤務経験年数の平均は、約9.6年（0～23年）であった。チェックリストの集計では、構成要素毎に、8割以上の看護師が実施した項目の全項目に対する割合をみた。構成要素の①⑤⑥では16.7%以下、構成要素②③④では60.0%以上であったことから、実施しやすさに違いがあることが明らかになった。インタビューデータを分析した結果、活用期間中の看護師の経験として、[モデルに含まれる援助内容の重要性に気づいた]、[既に実践していることの大切さを確認し、意識して実践した]、[自分の実践をモデルと照合して、できているところや成長を確認できた]、[モデルの活用によって自分の課題に気づいた]、[病棟での実践を振り返ることに抵抗があった]、[実践の機会がなかったものがあった]、[困難な状況においてモデルに沿った実践が増えていたと気づいた]、[2カ月間の活用期間は短いと感じた]という8つのカテゴリーが抽出された。

これらの結果から、構成要素①と②③④は実施しやすさが異なることが示された。そこで、①と②③④の違いを明確にして、看護援助モデルの中に示す必要があると考えた。そして、①は「精神医療文化を客観視する文化的感受性による精神医療文化の影響を受ける看護師の実践の振り返り（基盤層）」、②③④は「利用者の立場で体験を理解する文化的感受性に基づき、専門性を差し控えることによって利用者を尊重する看護援助（中核層）」、⑤⑥は「複数の人の視点を受け入れる文化的感受性によって可能性に開かれた態度を維持する看護援助（発展層）」という異なる3つの文化的感受性の特徴をもつ看護援助として示すことができた。その構造は、中核層の下に基盤層があり、中核層の上に発展層があり、3つの階層は互いに促進し合う関係性として位置づけられた。

V. 考察

1. 本看護援助モデルの特徴

本モデルの特徴は、文化的感受性を備えたリカバリー志向の看護援助の6つの構成要素を文化的感受性の特徴によって3つの階層に分けてその構造を可視化した点であり、利用者のリカバリーを促進する上で有用なものである。また、患者の自由の制限や看護師不足がある入院精神医療の環境で患者中心のケアを行うことに苦悩した経験をもつ看護師にとって、文化的感受性を身につけることで多様な視点をもち、利用者のリカバリーを目指してケアすることを可能にする本モデルを活用することは、看護師自身のリカバリーを促進すると考えられる。

2. モデルを通して示された精神科訪問看護の専門性

一つ目は、精神医療文化の影響を踏まえた実践の振り返りを可能にする力である。患者の権利を制限することがある精神科病棟の環境は、患者を無力化し、医療者には権威を与える。入院精神医療を中心に発展してきた精神医療文化は地域ケアにも影響するため、精神医療文化の影響を踏まえた実践の振り返りがリカバリー志向の援助を行うために看護師に必要となる。二つ目は、専門性を差し控える態度である。これは、精神医療による傷つき体験をもつ利用者の主体性を引き出すために看護師に求められる。また利用者に関わる専門職や非専門職との連携においても必要とされる。専門知識や技術、経験に基づく看護師の専門性は有用であるが、看護師主導ではなく、求められたときに提供することが重要である。三つ目は、可能性に開かれた態度を維持することである。これは、利用者が成長につながるリスクを引き受けて挑戦することや、周囲の人々と折り合って地域生活を継続することを支えるために必要となる。

VI. 看護実践、看護学教育、施策への示唆

本モデルは、精神科病棟勤務経験をもたずに精神科訪問看護に携わる看護師が、利用者の体験を理解し関わり方を考える上で有用である。また精神科病棟の看護師が活用することは、精神医療文化を客観視し、病棟での看護を工夫することに繋がる。そして、看護基礎教育、継続教育、卒後教育において本モデルを紹介・活用することによって、看護学生あるいは看護師が精神障がいをもつ人の体験を理解し、リカバリー志向の看護実践力を高めることができると考える。また、精神科訪問看護基本療養費の算定要件では、精神科看護の経験や専門的知識が重視されているが、リカバリー志向の援助を目指し、文化的感受性を備えた実践に関する研修を加えることが必要である。さらに、リカバリー志向の看護援助において欠かせない利用者を取り巻く人々との連携が、精神科訪問看護の診療報酬として認められることが望まれる。

Summary

Development of a culturally sensitive recovery-oriented nursing care model in community psychiatric nursing

Sumiko Matsuoka

Kobe City College of Nursing, 2018

Dissertation Adviser: Professor Sachiko Ando

I. Background

Mental health care in Japan has been transitioning from hospital-based care to community-based care, with the goal of recovery that allows clients to live a meaningful life. To achieve recovery-oriented care, nurses need to possess cultural sensitivity that reflects their own values and respects the client's values.

II. Aim

This study aimed to develop a culturally sensitive recovery-oriented nursing care model in community psychiatric nursing.

III. Methods

1. Stage 1: Semi-structured interviews and participant observations of nursing visits were conducted with nurses who have at least 5 years of experience in community psychiatric nursing. They were recommended as excellent practitioners of recovery-oriented nursing by their managers. Data from interviews and field notes were analyzed qualitatively.

2. Stage 2: A literature review was conducted on recovery-oriented care and the nature of professionals. The extracted articles were compared with the results of Stage 1 and an initial nursing care model was developed.

3. Stage 3: Nurses with up to 1 year of experience in community psychiatric nursing used the initial nursing care model for 2 months and completed the checklist. Semi-structured interviews were conducted with the nurses about their impressions using the model and interview data were analyzed qualitatively. The nursing model was refined based on results of the analysis.

Data were generated from January 2015 to August 2016. This study was approved by the research ethics committee of Kobe City College of Nursing.

IV. Results

1. Stage 1: The participants were 21 nurses (eight male, 13 female) with a mean age of 45.5 years. Their mean length of experience in community psychiatric nursing was 8.8 years (range: 5-17) and their mean length of experience in the psychiatric ward was 9.7 years (range: 0-17 years). Five nurses were observed during nursing visits with clients. The analysis identified the following six categories: 1. Conducting continued reflection on one's own practice and the common culture of mental health professionals that influences one's practice; 2. Constructing a partnership with clients to uphold their rights and responsibilities; 3. Conducting client-centered dialogue to help them enjoy life and grow; 4. Supporting clients' lives and strengthening self-management; 5. Working as a team to achieve clients' wishes, which includes some risks; and 6. Maintaining a relationship between clients and the people who care for them. Based on the relationships among categories, the structure of nursing care was clarified.

2. Stage 2: Seven original articles and one book about recovery-oriented care published from 1996 to 2015 were extracted based on the selection criteria. The eight articles were compared with the results of Stage 1. Data on supporting the use of peer support was found to be an independent subcategory.

3. Stage 3: Participants were eight nurses (three

male, five female) with a mean age of 33.5 years. Their mean length of experience in community psychiatric nursing was 5.3 months and their mean length of experience in the psychiatric ward was 9.6 years (range: 0-23 years). The ratio of checklist items performed by more than 80% of nurses was calculated for each of the six components of the nursing care model. Differences existed in the ease of performance among the six components. The following eight categories were revealed in the analysis of interview data: 1. Recognizing the importance of nursing care presented in the model; 2. Recognizing the importance of one's own care; 3. Noticing their own strength and growth by comparing their care with the model; 4. Becoming aware of their tasks by using the model; 5. Feeling resistance to reflecting on their own practice in the psychiatric ward; 6. Having no opportunity to perform some components of the model; 7. Realizing that they performed care in accordance with the model more in difficult situations; and 8. Feeling 2 months is not enough time to adequately use the model.

Based on these results, the model was modified to include the following three cultural sensitivities. Component 1 reflects nursing care influenced by the common culture of psychiatric professionals based on the cultural sensitivity of realizing the common culture. This component is located on the basic level. Components 2, 3, and 4 reflect respect for clients without displaying nurses' specialization based on cultural sensitivity for understanding clients' experience and position. These components are located on the core level. Components 5 and 6 reflect keeping an open attitude about the possibilities for clients based on cultural sensitivity to accept others' perspectives. These components are located on the extended level. The three component levels promote each other.

V. Discussion

The originality of the model is in the structure of the six components of recovery-oriented nursing care along with the three levels of cultural sensitivity and its utility for improving clients' recovery.

One feature of recovery-oriented psychiatric visit nursing is the ability for nurses to reflect on their own practice influenced by the common culture of psychiatric professionals. In the psychiatric ward, patients' rights are often restricted, leaving decision-making in the hands of professionals. The psychiatric professional culture that has developed in the hospital setting would also affect nursing care in the community; therefore, nurses' reflections on how their practice is influenced by this common culture are necessary for recovery-oriented nursing. The second feature is the attitude of refraining from displaying specialization as nurses. It is necessary for nurses to promote the independence of clients who have been injured by an in-hospital experience. It is also important for nurses to cooperate with other professionals and non-professionals. The third feature is for nurses to have an open attitude about clients' possibilities. This is essential for supporting clients in overcoming risks and helping them connect to their growth and continue living in the community.

This model is useful for community psychiatric nurses who do not have psychiatric ward experience to understand the clients' experience. It helps nurses working in the psychiatric ward to reflect on their care and make any necessary changes. At present, nurses are required to have clinical experience in the psychiatric ward or special training for psychiatric visit nursing under the basic medical expense system. However, it is necessary for nurses to have training in cultural sensitivities that enable recovery-oriented nursing.