

# 看護科学研究

*Japanese Journal of Nursing and Health Sciences*

**Vol. 16 No. 3**

**December 2018**

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 2424-0052

## 看護科学研究 編集委員会

編集委員： 委員長 太田勝正 (名古屋大学)  
副編集長 八代利香 (鹿児島大学)  
(五十音順) 江崎一子 (大分香りの博物館)  
江藤宏美 (長崎大学)  
河村奈美子 (滋賀医科大学)  
末弘理恵 (大分大学)  
三宅晋司 (産業医科大学)  
村嶋幸代 (大分県立看護科学大学)  
山下早苗 (静岡県立大学)

編集幹事： 平野 亙 (大分県立看護科学大学)

英文校閲： Gerald Thomas Shirley (大分県立看護科学大学)

事務局： 定金香里 (大分県立看護科学大学)  
安部真紀 (大分県立看護科学大学)  
山田貴子 (大分県立看護科学大学)  
秋本慶子 (大分県立看護科学大学)  
白川裕子 (大分県立看護科学大学)  
高野友愛 (大分県立看護科学大学)

### 編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人の意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文：	2名
	総説：	1名
	研究報告：	2名
	資料：	1名
	トピックス：	1名
	ケースレポート：	1名

## 看護科学研究投稿規定

### 1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を発表し、交流を図ることを目的とする。

### 2. 投稿資格

共著者も含め、特に問わない。

### 3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたもの、或いは依頼したものを掲載する。依頼原稿のカテゴリーは「企画」とし、査読の対象としない。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

### 4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。投稿論文チェックリストにより確認する。

### 5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

### 6. 投稿原稿の査読

原則として、投稿原稿は2ヶ月を目途に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものと、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。査読では以下の点を評価する。

内容：掲載価値があるか、論文の内容は正しいか、論文の区分が正しいか

形式：書き方・表現が適当か、論文の長さが適当か、タイトル・英文要旨が適当か、引用文献が適当か

### 7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに(委員会から特に指示がない場合、2ヶ月以内を目途に)再投稿すること。なお、返送の日より2ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。また、返送から2ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

### 8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWWページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

### 9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

### 10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物における **biomedical** 研究実験的治療を含む)は、関係する法令並びにヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に準拠していること。
- 2) 関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文に記載すること。ただし、投稿区分「ケースレポート」については、倫理的配慮等に関するチェックリストの提出をもって、それに代えるものとする。

### 11. 投稿料

投稿は無料とする。

### 12. 執筆要項

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

### 13. 著作権譲渡

著作権は看護科学研究編集委員会に帰属する。論文投稿時、「著者全員の同意書」を提出することにより、著作権を譲渡することを認めたものとする。

### 14. 論文投稿時に原稿とともに提出するもの

論文投稿時は、原稿とともに「投稿論文チェックリスト」(ケースレポートの場合は「ケースレポート用チェックリスト」)、「著者全員の同意書」を提出する。

### 15. 英文(全文、または和文の英文タイトル、英文要旨)のネイティブ・チェック

英語を母国語としない方は、専門分野の用語を理解している英語ネイティブのチェックを受けた後、投稿する。

### 16. 編集事務局

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

E-mail: [jjnhs@oita-nhs.ac.jp](mailto:jjnhs@oita-nhs.ac.jp)

表 1 投稿区分

カテゴリー	内容	字数
原著 (original article)	独創的な研究論文および科学的な観察	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
総説 (review article)	研究・調査論文の総括および解説	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
研究報告 (study paper)	独創的な研究の報告または手法の改良提起に関する論文	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
資料 (technical and/or clinical data)	看護・保健に関する有用な資料	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
トピックス (topics)	国内外の事情に関するの報告など	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
ケースレポート (case report)	臨地実践・実習から得られた知見	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
読者の声 (letter to editor)	掲載記事に対する読者からのコメント	和文 2,000 文字以内 英文 1,000 語以内

## 執筆要項

### 1. 原稿の提出方法

本誌は電子投稿を基本としています。以下の要領に従って電子ファイルを作成し、E-mailに添付してお送り下さい。その際、ファイルは圧縮しないで下さい。

ファイルサイズが大きい、あるいは電子化できない図表がある場合は、ファイルをCDにコピーし、鮮明な印字原稿を添えて郵送して下さい。原則として、お送りいただいた原稿、メディア、写真等は返却いたしません。

投稿区分「ケースレポート」を提出する場合は、「チェックリスト」を必ず郵送でお送り下さい。

原稿送付先

(E-mailの場合)

[jjnhs@oita-nhs.ac.jp](mailto:jjnhs@oita-nhs.ac.jp)

(郵送の場合)

角2封筒の表に「看護科学研究原稿在中」と朱書きし、下記まで書留でお送り下さい。

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

看護科学研究編集事務局

### 2. 提出原稿の内容

#### 1) ファイルの構成

表紙、本文、図表、図表タイトルを、それぞれ個別のファイルとして用意して下さい。図表は1ファイルにつき1枚とします。ファイル名には、著者の姓と名前の頭文字を付け、次のようにして下さい。投稿区分「ケースレポート」については、署名をした投稿要項別紙のチェックリストも用意してください。

(例) 大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtab1

表2: OTtab2

図表タイトル: OTcap

#### 2) 各ファイルの内容

各ファイルは、以下の内容を含むものとします。

表紙: 投稿区分、論文タイトル(和文・英文)、氏名(和文・英文)、所属(和文・英文)、要旨(下記参照)、キーワード(下記参照)、ランニングタイトル(下記参照)

本文: 論文本文、引用文献、注記、著者連絡先(郵便番号、住所、所属、氏名、E-mailアドレス)

図表タイトル: すべての図表のタイトル

#### 3) 要旨

原著、総説、研究報告、資料については、英文250語以内、和文原稿の場合には、さらに和文400字以内の要旨もつけて下さい。

#### 4) キーワード、ランニングタイトル

すべての原稿に英文キーワードを6語以内でつけて下さい。和文原稿には、日本語キーワードも6語以内でつけて下さい。また、論文の内容を簡潔に表すランニングタイトルを、英文原稿では英語8語以内、和文原稿では日本語15文字以内でつけて下さい。

### 3. 原稿執筆上の注意点

#### 1) ファイル形式

原稿はMicrosoft Wordで作成して下さい。これ以外の

ソフトウェアを使用した場合は、Text形式で保存して下さい。  
図表に関しては以下のファイル形式も受け付けますが、  
図表内の文字には、Times New Roman、Arial、MS明朝、  
MSゴシックのいずれかのフォントを使用して下さい。

Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint,  
Adobe Photoshop, Adobe Illustrator, EPS, DCS,  
TIFF, JPEG, PDF

## 2) 書体

ひらがな、カタカナ、漢字、句読点と本文(和文)中の括弧は全角で、それ以外(数字、アルファベット、記号)は半角にして下さい。数字にはアラビア数字(123...)を使用して下さい。

全角文字については、太字および斜体は使用しないで下さい。また、本文・図表とも、下記のような全角特殊文字の使用は避けて下さい。

(例) ① VII ix © ★ ※ “ No. m<sup>2</sup> kg ㄥ (株) 鞆 ☞

## 3) 句読点

本文中では、「、」と「。」に統一して下さい。句読点以外の「、」「:」「;」などは、すべて半角にして下さい。

## 4) 章・節番号

章・節につける番号は、1. 2. …、1.1 1.2 …として下さい。ただし、4桁以上の番号の使用は控えてください。

(例) 2. 研究方法

2.1 看護職に対する意識調査

2.1.1 調査対象

## 5) 書式

本文の作成にはA4判用紙を使用し、余白は上下・左右各30.0 mm、1ページあたり37行40文字を目安にして下さい。適宜、改行を用いてもかまいません。本文には、通しのページ番号を入れて下さい。

図表については大きさやページ数等の設定はいたしません。ただし、製版時に縮小されますので、全体が最大A4サイズ1ページにおさまるようフォントサイズにご留意下さい。1ページを超える図表になる場合は、編集事務局にご相談下さい。

## 6) 引用文献

本文及び図表で引用した文献は、本文の後に日本語・外国語のものを分けずに、筆頭著者名(姓)のアルファベット順に番号をふらないで記載して下さい。ただし、同一筆頭著者の複数の文献は、発行年順にして下さい。著者が3名よりも多い場合は最初の3名のみ記載し、それ以外は「他」「et al」として省略してください。雑誌名に公式な略名がある場合は略名を使用して下さい。なお、特殊な報告書、投稿中の原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を避けて下さい。原則として、引用する文献は既に刊行されているもの、あるいは掲載が確定し印刷中のものに限りです。

正確を期すため、DOIがある場合にはつけて下さい。

(例: 雑誌の場合)

江崎一子, 神宮政男, 古田栄一 他(1996). 早期リウマチ診断における抗ガラクトース欠損IgG抗体測定の臨床的意義. 基礎と臨床 30, 3599-3606.

Miyake S, Loslever P and Hancock PA (2001). Individual differences in tracking. Ergonomics. 44, 1056-1068.

Murashima S, Nagata S, Magilvy J et al (2002). Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. Public Health Nurs. 19, 94-103.

Ishikawa Y and Eto H (2012). An observational study using jncast of mother-infant interactions during breastfeeding on the fourth day after birth. Journal of Japan Academy of Midwifery. 26, 264-274. DOI: 10.3418/jjam.26.264

(例: 書籍の場合)

高木廣文(2003). 生活習慣尺度の因子構造と同等性の検討. 柳井晴夫(編), 多変量解析実例ハンドブック, pp95-110. 朝倉書店, 東京.

Emerson AG (1976). Winners and losers: Battles, retreats, gains, and ruins from the Vietnam War. Norton, New York.

O'Neil JM and Egan J (1992). Men's and Women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In Kusama T and Kai M (Eds), Gender issues across the life cycle, pp107-123. Springer, New York.

(例: 電子ジャーナル等の場合)

太田勝正 (1999). 看護情報学における看護ミニマムデータセットについて. 大分看護科学研究 1, 6-10. [http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1\\_1\\_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf) (最終閲覧日: 2016年2月5日)

Lee SW (2014). Overview of nursing theory. Jap J Nurs Health Sci 12, 58-67. [http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/12\\_2/12\\_2\\_3.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/12_2/12_2_3.pdf) (accessed: 2011-12-24)

本文中では、引用文の最後に(太田 2017)または(Ota 2017)のように記載します。ただし、一つの段落で同じ文献が続いて引用されている場合は不要です。著者が2名の場合は(太田・八代 2017)または(Ota and Yatsushiro 2017)、3名以上の場合は(太田 他 2017)または(Ota et al 2017)として下さい。同一著者の複数の文献が同一年にある場合は、(太田 2017a)、(太田 2017b)として区別します。2つ以上の論文を同一箇所引用する場合はカンマで区切ります。

(例) 食事中の塩分や脂肪は、大腸がんのリスクファクターのひとつであると考えられている(Adamson and Robe 1998a, O'Keefe et al 2007)。

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(太田 2017)のように記載し、引用文献として明示して下さい。ただし、あらかじめ著作者に転載の許可を得て下さい。

電子ジャーナルの引用は、雑誌に準じますが、加えて最終閲覧日を記載して下さい。それ以外のインターネット上のリソースに言及する必要がある場合は、引用文献とはせず、本文中にURLを明記して下さい。

(2017年4月1日改定)

# 看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 16, No. 3 (2018年12月)

## 目次

### 研究報告

- 精神疾患をもつ人々のリカバリーを支援するために、専門職者が大切であると認識していること: 自由記載の質的分析から ..... 70  
千葉 理恵、梅田 麻希、宮本 有紀、山口 創生、後藤 恭平

### 資料

- 市町村保健師による「特定健診・特定保健指導」検査項目の実施・追加判断の可能性 ..... 79  
赤星 琴美、若竹 理沙、山口 忍

### 企画

- 大分県立看護科学大学 第19回看護国際フォーラム  
医療者のグリーフとレジリエンス ～私たち医療者にケアは必要ですか?～ ..... 90  
下稲葉 かおり

## 精神疾患をもつ人々のリカバリーを支援するために、専門職者が大切であると認識していること：自由記載の質的分析から

What is important to support recovery in people with mental illness? A qualitative analysis of an open question among mental health service providers

千葉 理恵 Rie Chiba

神戸大学大学院 保健学研究科 看護学領域 Department of Nursing, Graduate School of Health Sciences, Kobe University

梅田 麻希 Maki Umeda

兵庫県立大学 地域ケア開発研究所 Research Institute of Nursing Care for People and Community, University of Hyogo

宮本 有紀 Yuki Miyamoto

東京大学大学院 医学系研究科 精神看護学分野 Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

山口 創生 Sosei Yamaguchi

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 Department of Community Mental Health & Law, Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

後藤 恭平 Kyohei Goto

精神医学研究所附属東京武蔵野病院 Tokyo Musashino Hospital

2017年12月27日投稿, 2018年11月6日受理

### 要旨

本研究は、精神科医療・福祉サービスに携わる専門職者が、サービス利用者のリカバリーを支援するために、所属する施設や部署でどのようなことを大切だと思っているかを質的に明らかにすることを目的とした。精神科医療・福祉サービスに携わる専門職者を対象に自由記述の自記式調査票を用いた横断調査を行い、125名の回答を内容分析により分析した(有効回答の回答率: 26.3%)。抽出されたカテゴリーは、『対象者との対等な関係性』、『多職種との情報共有』、『チャレンジの支援』、『対象者との信頼関係』、『専門職者としての姿勢』、『スタッフへの教育』、『ストレングス志向』、『地域資源の活用』、『リカバリー経験者と接する機会』などがあった。これらには、個々の専門職者-対象者間の関係性や、専門職者の考え方やスキル、チームや組織としての取り組みなどに関する内容があった。

### Abstract

This study aimed to qualitatively explore the views of mental health care providers about what is important regarding the support for recovery of people with mental illness in their facilities or units. A cross-sectional questionnaire survey including an open-ended question was conducted among mental health care providers. We used data from 125 participants for the content analyses (valid response rate = 26.3%). The main categories extracted were as follows: “an equal relationship with service users”, “sharing of information among inter-professional care providers”, “encouraging them to try something new”, “trustworthy relationship”, “mind as a professional”, “education for care providers”, “focusing on the strengths of service users”, “social resource utilization”, “seeing and hearing the person who has recovered”. Such categories were divided into types of the individual relationship between the mental health care provider and people with mental illness, views / experience / skills of mental health care providers, and practices as a team or organization.

### キーワード

質問紙調査、精神看護、専門職者、内容分析、リカバリー、リカバリー志向性

### Key words

questionnaire survey, psychiatric nursing, care provider, content analysis, recovery, recovery orientation

## 1. はじめに

パーソナル・リカバリー（以下、リカバリー）とは、精神疾患を有する人々（以下、サービス利用者）が、たとえ精神症状や障害が続いていたとしても、新たな人生の意味や目的を見出して充実した人生を生きていく、一人ひとりのプロセスを指す概念であると定義されている（Anthony 1993）。発病する前の状態に戻ることや精神症状の消失を目指す従来の精神医学の考え方に対して、サービス利用者が手記により異を唱えたことを発端として（Deegan 1988, Lovejoy 1982）、リカバリー概念は1980年代からアメリカを中心に広がりはじめた。近年は精神保健サービスの中核概念として位置づけられるようになり、WHO（World Health Organization, 2013）のメンタルヘルスアクションプランにも掲げられ、わが国においても精神科医療・福祉サービスの基本的理念として広く認識されてきている（野中 2010）。

しかしながら、理念としてリカバリー概念を掲げることと、精神科医療・保健領域の個々の専門職者が真にリカバリーに焦点をあてた支援をすることには隔たりがあると指摘されている（Klockmo et al 2012, Le Boutillier et al 2011, 2015, Tickle et al 2014）。専門職者の多くは経過が長期化・遷延化したサービス利用者に関わった経験をもち、悲観的な見立てをする傾向があると報告されている（Caldwell and Jorm 2001, Henderson et al 2014）。それゆえ、精神症状が続いていたとしても希望をもって新たな目標に向かい、その人らしい人生を歩んでいくこと、すなわちリカバリーを信じ、これを支援することに困難感を抱くことがあると論じられている（Bates and Stickley 2013, Gaffey et al 2016, Henderson et al 2014, Jacob et al 2015, McKenna et al 2014）。さらには、サービス利用者に対する専門職者のネガティブな態度やスティグマが、サービス利用者のリカバリーの障壁となっている実態さえも報告されている（Bates and Stickley 2012, Henderson et al 2014）。そうしたことから、専門職者がサービス利用者のリカバリーを信じ、リカバリー概念に沿ったサービスを提供する姿勢をもつことの重要性が指摘されている（Chen et al 2013, Cleary and Dowling 2009, Gale and Marshall-Lucette 2012, Klockmo et al 2012, Lakeman 2010）。

専門職者がサービス利用者のリカバリーを支援しようとする姿勢は、リカバリーを支援するサービスの運用や実践の様々な要素とともに、精神保健サービスにおける「リカバリー志向性」("recovery-orientation")という用語で概念化され（Chester et al 2016, Davidson et al 2009）、近年は専門職者のリカバリー志向性を高めていくための方策に関する研究が注目を集めている。専門職者のリカバリー志向性は、国や文化によっても異なる可能性が指摘されているが（Chiba et al 2016, 2017, Hungerford et al 2015, Slade et al 2012, Wilrycx et al 2012）、日本の専門職者が、サービス利用者のリカバリーを支援するためにどのようなことを大切だと考えているかはまだ明らかになっていない。このことが明らかになれば、わが国でリカバリーの促進につながるケアやサービスを提供していくための示唆を得られると考えた。

看護職は、精神科医療・保健サービスの領域で最も数が多い専門職であり、サービス利用者への直接的な支援も多く担うことから、看護職者におけるリカバリー志向性に関する研究はこれまでに多く報告されている（Cleary et al 2013, Cusack et al 2017, Gale and Marshall-Lucette 2012, McKenna et al 2014）。一方で、精神科医療や保健サービスでの支援は多職種で行うことが多いため、看護職者を含め支援に携わる様々な専門職者を対象として、リカバリーへの考え方をより幅広く検討した研究も報告されている（Le Boutillier et al 2015, Piat and Lal 2012）。サービス利用者に直接的に支援を提供する様々な専門職者を対象として、サービス利用者のリカバリーを支援するために大切であると認識していることを明らかにすることにより、多くの専門職者に対して適用できる支援の示唆を得られると考えた。

## 2. 研究目的

本研究は、日本の精神科医療・福祉サービスに携わる看護職者を含む専門職者が、サービス利用者のリカバリーを支援するために、所属する施設や部署でどのようなことを大切であると認識しているかを明らかにすることを目的とした。

### 3. 方法

#### 3.1 対象

関東地方の精神科病院および東京都内の精神科クリニック・福祉施設で調査を実施した。精神科病院は、研究協力の依頼を行った2施設から同意を得た。精神科クリニックと福祉施設はいずれも、独立行政法人福祉医療機構の情報サイトであるWAM NETに登録されていた東京都内の施設とし、さらに福祉施設は、主たる対象者を精神障害者とする就労移行支援、就労継続支援、生活訓練の施設とした。基準に該当した施設に研究協力の依頼文を発送し、代表者から同意を得られた精神科クリニック9か所、ならびに福祉施設47か所の計56施設を対象とした。対象者の選定基準は、常勤または非常勤で対象施設に勤務する20歳以上の者とし、職種は看護師・准看護師・保健師、精神保健福祉士、社会福祉士、精神科医、臨床心理士、薬剤師、作業療法士のいずれかの者とした。実務経験年数などの選定基準は設けなかった。

#### 3.2 調査方法

2012年2月から3月に、自記式調査票を用いた横断調査を行った。調査票は施設代表者または部署代表者より対象者に手渡しで配付してもらい、回答者が厳封した回答済み調査票を回収箱により回収した。調査票では、サービス利用者がリカバリーすることを専門職者が信じるために大切であると認識していることについて、自由回答で記載するように求めた。具体的な質問文は、「精神疾患をもつ患者(利用者)の、リカバリー(症状が続いていたとしても、希望をもってその人らしく生活していくこと)の可能性を専門職者が信じるために、あなたの所属する施設や部署で大切だと思うことがありましたら教えてください」とした。本研究は、専門職者のリカバリーへの考え方などに関する量的質問項目を含む調査の一部として実施したものであり、本研究でたずねた質問内容については、量的質問項目には含まず、自由記述の質問項目のみによってたずねた。また、性別、年齢、職種、所属施設・部署、精神科領域での経験年数、雇用形態、学歴についてもたずねた。回答時間は全体で15分程度となるように調査票を構成した。対象者の選定基準に該当し、自記式調査票を受け取った475名のうち、質的質問項目に何らかの回

答を記載して調査票を提出した者は134名であった(回答率: 28.2%)。

#### 3.3 分析方法

質的質問項目に対して得られた回答は、ベレルソンの手法(ベレルソン 1957)を参考にして内容分析を行った。具体的には、質問に対する一内容を含む単語(たとえば「多職種間の連携」など)、および文章(たとえば「差別・偏見の心をなくし、同じ一人の人間として対等に接すること」など)を記録単位とし、一人の回答に複数の内容が含まれる場合には、回答を一内容ごとの記録単位に分けた。同じ表現を用いている記録単位や同じ意味の記録単位を集約し、また、質問に対する答えになっていない回答や「なし」などの回答は分析から除外した。文脈を損ねたり歪めたりしないように記録単位をデータ化し、意味内容の類似した記録単位群を集約してサブカテゴリーを生成した。さらに、サブカテゴリー間の内容の類似性に基づきカテゴリーを生成し、カテゴリー名をつけた。分析から除外された内容のみを回答した9名は分析対象者から除外し、残る125名を分析対象者とした(有効回答の回答率: 26.3%)。カテゴリー生成までの分析は、精神保健看護学分野の研究者3名がディスカッションして行った。また、カテゴリー分類の信頼性は、無作為抽出した20%の記録単位について、それまでの分析に関わっていない精神保健学分野の研究者1名が独立に分類した。カテゴリー名の表現について再度確認し、必要な微修正を加えた。スコットの式(Scott 1955)により一致度を算出して検討し、良好な信頼性の判断基準は、舟島(2007)を参考に70%とした。

#### 3.4 倫理的配慮

本研究は、東京大学大学院医学系研究科の倫理委員会の承認を得て行った(No. 3607)。調査は無記名で行い、調査の目的や方法、研究に協力しなくても不利益は生じないこと等について書面で説明し、調査票への回答と回収をもって対象者から同意を得たものとみなした。

### 4. 結果

#### 4.1 分析対象者の人口統計学的特性

分析対象者125名の基本情報を表1に示す。年齢の範囲は22歳から71歳までで、全体の6割強

が女性であった。職種は精神保健福祉士が約半数を占め、次いで看護師・准看護師・保健師が約3割を占めた。精神科領域での経験年数は、1年から39年までの幅があった。所属施設は医療施設と福祉施設が約半数ずつであり、分析対象者の約25%は、主たる勤務部署が病棟であった。

表1. 分析対象者の基本情報 (N = 125)

属性等	n [平均]	(%) [SD]
性別 (男性)	47	(37.6)
年齢	[38.7]	[11.4]
<b>職種</b>		
精神保健福祉士	66	(52.8)
看護師・准看護師・保健師	36	(28.8)
臨床心理士	8	(6.4)
作業療法士	5	(6.0)
医師	4	(3.2)
社会福祉士	4	(3.2)
薬剤師	2	(1.6)
<b>所属施設・部署</b>		
医療施設	62	(49.6)
病棟	31	(24.8)
外来・デイケア・訪問看護等	31	(24.8)
福祉施設	63	(50.4)
就労移行支援・就労継続支援事業所	46	(36.8)
その他・不明	17	(13.6)
<b>精神科領域での経験年数</b>	[9.4]	[7.7]
<b>雇用形態</b>		
常勤	103	(82.4)
非常勤・パートタイム	19	(15.2)
不明	3	(2.4)
<b>学歴</b>		
高等学校	1	(0.8)
専門学校	32	(25.6)
短期大学	6	(4.8)
大学	70	(56.0)
大学院	16	(12.8)

注: 下線は内数を示す。

#### 4.2 精神疾患をもつ人々のリカバリーを支援するために所属する施設や部署で大切であると認識していること

分析対象者125名の回答は計267記録単位に分割され、21のカテゴリーに分類された(表2)。カテゴリー分類の一致率は71.0%であった。以下、カテゴリー名を『』で示す。

多くの回答がみられたカテゴリーには、『対象者との対等な関係性』、『多職種での情報共有』、『チャレンジの支援』、『対象者との信頼関係』、『専門職者としての姿勢』、『スタッフへの教育』、『ストレングス志向』、『地域資源の活用』、『リカバリー経験者と接する機会』などがあつた。『対象者との対等な関係性』、『対象者との信頼関係』などのカテゴリーは、個々の専門職者-対象者間の関係性

に関する内容であつた。また、『チャレンジの支援』、『専門職者としての姿勢』、『ストレングス志向』などのカテゴリーは、専門職者の考え方やスキルに関する内容であつた。さらに、『多職種での情報共有』、『スタッフへの教育』、『地域資源の活用』、『リカバリー経験者と接する機会』などのカテゴリーは、主にチームや組織としての取り組みに関するものであつた。

## 5. 考察

精神科医療や福祉サービスに従事する専門職者が回答した、サービス利用者のリカバリーを支援するために大切だと認識していることには多彩な内容が含まれ、その中には、個々の専門職者-対象者間の関係性に関すること、専門職者の考え方やスキルに関すること、チームや組織としての取り組みに関する内容などがあつた。カテゴリー分類は、一致率が基準を満たしたことから妥当であると判断された。

### 5.1 個々の専門職者-対象者間の関係性

本研究でカテゴリーとして抽出された、対象者との対等な関係性や信頼関係は、先行研究においても、リカバリーを中心とした支援を提供する上で重要な要素であると論じられている(Cleary et al 2017, Gaffey et al 2016, Kidd et al 2015, Shepherd 2008)。英国の研究では、対象者とのそうした関係性を重視した実践をすることにより、専門職者のリカバリーに対する理解がより深まり、サービス利用者のリカバリーに希望をもてるようになったことが報告されている(Perkins et al 2017)。従来の専門職者-サービス利用者の関係性を見直し、人と人としての信頼関係を築くことは、専門職者としての意識や姿勢の向上にもつながるものだと考えられる。

本研究でこれらの回答が特に多くみられた背景には、分析対象者の約8割が精神保健福祉士または看護職者であり、利用者に個別支援を提供する時間が長い職種が中心であつたことが関連していたかもしれない。近年はわが国においても、専門職者とサービス利用者との対等なパートナーシップに焦点をあてたりリカバリー志向のサービスや支援が注目を集めており(千葉・宮本 2017, 宮本 2013)、今後はさらに、そうした関係性に基づく

表2. 精神疾患をもつ人々のリカバリーの可能性を支援するために、所属する施設や部署において専門職者が大切であると認識していること (N = 125)

	カテゴリー名	記録単位の例	記録 単位数
1	『対象者との対等な関係性』	「職員・利用者間の対等性」	36
2	『多職種での情報共有』	「スタッフ間のケースカンファレンス」	34
3	『チャレンジの支援』	「支援者側が限界を決めないこと」	29
4	『対象者との信頼関係』	「いつでも頼りにしていんだよ、という安心感と信頼感」	26
5	『専門職者としての姿勢』	「専門職は弊害にもなることをいつも忘れないでいること」	23
6	『スタッフへの教育』	「定期的な研修・勉強会」	18
7	『ストレングス志向』	「利用者の良いところに目を向けること」	16
8	『地域資源の活用』	「活用できる地域資源を知り、また開拓すること」	14
9	『リカバリー経験者と接する機会』	「リカバリーがうまくいった患者と関わる機会をもつこと」	11
10	『対象者の全人的理解』	「病気や治療に焦点をあてるのみでなく、その人全体の生き方や価値観なども考えて支援していくこと」	7
11	『長期的視野をもつこと』	「すぐにリカバリーすることは無理なので、最初から長い目で考えること」	6
12	『根拠に基づく支援』	「根拠に基づいた支援をすること」	6
13	『対象者が自身を受容すること』	「利用者が過去にこだわらず今を受け入れること」	6
14	『コミュニケーションスキルの向上』	「利用者に分かりやすく説明できる方法を身につけること」	5
15	『アセスメント』	「支援が適切であったかの評価をきちんとすること」	5
16	『今を大切にすること』	「具合が悪い時の状態を忘れること」	5
17	『施設の雰囲気』	「施設内の雰囲気は常に明るく、利用者にとって安心のできる場であること」	5
18	『薬剤調整』	「服薬」	5
19	『スタッフの充実』	「スタッフを充実させること」	4
20	『退院支援』	「病院全体が退院支援に力を入れること」	3
21	『利用者同士の交流』	「利用者同士の意見交換の場」	3

支援をどのように広く普及させていくかが、重要な課題の一つとなっていくと考えられる。

## 5.2 専門職者の考え方やスキル

サービス利用者に対してストレングス志向をもち、チャレンジを支援することは、対象者のリカバリーを信じ支援する姿勢に直結するものであり、リカバリー志向の実践の鍵となると先行研究で論じられている (Shepherd et al 2008)。リカバリーを信じる気持ちが高まることで、チャレンジへの支援やストレングス志向がさらに強化されるともいえる。しかし、チャレンジを支援することに対する専門職者の意識は必ずしも高くなく、新たな挑戦をしようとするに対してむしろ消極的な

態度をとる傾向があることもこれまでに報告されている (Bates and Stickley 2012, Bedregal et al 2006, Chiba et al 2017, Cleary and Dowling 2009, Henderson et al 2014)。その背景として、チャレンジを支援することとリスクを負うことの間にあるジレンマが指摘されている (Tickle et al 2014)。日本においても、とりわけ医療現場では事故予防の観点が重視され、たとえばインシデントが起きた時には専門職者の「ミス」として扱われる風土がある。そうしたなかで、本当の意味でサービス利用者のチャレンジを専門職者が支援するためには、専門職者の意識だけではなく、組織の風土もリスクマネジメントだけに偏らないように変えていくことが必要であると考えられる。

本研究での記録単位数は少なかったが、根拠に基づく支援を提供することもまた、リハビリ支援につながる重要な要素であることが先行研究で論じられている (Resnick et al 2005, Yamaguchi et al 2015)。専門職者が根拠に基づく支援のスキルをもつことは、対象者のチャレンジをより現実的に支援することにもつながると考えられる。

### 5.3 チームや組織としての取り組み

『スタッフへの教育』や『リハビリ経験者と接する機会』の категорияにみられた回答からは、リハビリについて学ぶ機会をもつことの重要性を感じている専門職者がいたと考えられる。先行研究においても、専門職者がサービス利用者のリハビリを信じ支援するためには、そのための教育の機会をつくることが重要であると論じられている (Cleary and Dowling 2009, Gaffey et al 2016, Henderson et al 2014; Klockmo et al 2012)。また、これまでに欧米で行われた介入研究は、リハビリ経験者と接することで、専門職者のリハビリ志向性が高まることを報告している (Happell et al 2017, Kidd et al 2014, Tsai et al 2010)。これらのことから、リハビリ経験者の実際の語りを見聞きして学ぶ経験は、たとえ困難な状況にあるサービス利用者であってもリハビリできるという事実を直接知ることにつながり、ひいては、サービス利用者とのそれまでの関係性を見直すことや、専門職者としての意識を変化させることにもつながると考えられる。本研究では、分析対象者の約25%が病棟勤務者であったことから、サービス利用者の退院後の経過を知る機会が少ない専門職者や、長期入院患者が多い病棟ではサービス利用者の変化を感じにくい者も含まれていたと推察され、特に病棟勤務者にそうした機会が提供されることは重要であると考えられる。

多職種で連携し情報を共有することは、リハビリを支えるという共通の目標に向かってチームとしてサービスを提供する上でも重要であると論じられている (Williams and Tufford 2012)。本研究の分析対象者は約8割が精神保健福祉士または看護職者であったことから、多職種連携の中心的役割を果たしたり、様々な地域資源との橋渡し役を担ったりする中で、その重要性を認識している者が多かったと考えられる。

本研究は、専門職者がサービス利用者のリハビリを支援するために大切であると認識していることを明らかにしたものであり、本研究で抽出されたカテゴリーが、サービス利用者のリハビリやQOLにどのように寄与するかについては明らかにしていない。たとえば『ストレングス志向』は、サービス利用者のリハビリ促進効果を支持する研究がある一方で (Tse et al 2016)、QOLの向上をもたらすとは限らないとも報告されており (Ibrahim et al 2014)、本研究で抽出されたカテゴリーが、サービス利用者にどのように変化や効果をもたらすのかについては、今後の研究が必要である。

本研究の分析対象者の所属施設は、医療施設と福祉施設が約半数ずつであった。また、職種は約5割が精神保健福祉士であった。リハビリ支援のために重要だと考えることは、職種による役割の違いや、施設によるサービス利用者の特性の違いによっても異なる可能性がある。本研究では、職種や施設による回答内容の違いは検討していないが、今後の研究により明らかにできれば、それぞれの特性に合わせた専門職者への支援について、より具体的な示唆を得ることができると考えられる。また、本研究の有効回答の回答率は26.3%と低かった。本調査に回答した者は、リハビリへの意識が高い専門職者が多かった可能性があり、一般化可能性に限界があると考えられる。今後はより多くの専門職者を対象として調査を行うことで、リハビリを支援していく上で専門職者が大切であると考えられることを、より包括的に明らかにできると考えられる。

## 6. 結論

精神科医療機関・福祉施設に勤務する専門職者が回答した、サービス利用者のリハビリの可能性を信じ支援するために所属する施設や部署で大切であると認識していることには、『対象者との対等な関係性』、『多職種での情報共有』、『チャレンジの支援』、『対象者との信頼関係』、『専門職者としての姿勢』、『スタッフへの教育』、『ストレングス志向』、『地域資源の活用』、『リハビリ経験者と接する機会』などがあつた。これらは、個々の専門職者-対象者間の関係性や、専門職者の考え方・スキル、チームや組織としての取り組みな

どに関する内容などに大別された。専門職者が属するチームや組織全体としてリカバリー志向の取り組みが行われることは、個々の専門職者が利用者とは良好な関係性を築くことや、その上で適切な支援を提供するための意識やスキルを高めることにもつながる可能性がある。

#### 利益相反

本稿の発表にあたり、該当する利益相反はありません。

#### 謝辞

本研究は、公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成基金、ならびに公益財団法人倶進会の助成を受けて行われたものです。また、本研究の一部は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) 障害者対策総合研究開発事業 (No. 18dk0307066h0003)、科研費 (17K17513) の助成を受けました。

#### 引用文献

Anthony WA (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 16, 11-23.

Bates L and Stickley T (2013). Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 20, 569-575. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2012.01957.x

Bedregal LE, O'Connell M and Davidson L (2006). The Recovery Knowledge Inventory: assessment of mental health staff knowledge and attitudes about recovery. *Psychiatr Rehabil J* 30, 96-103.

バーナード・ベレルソン(1957). 稲葉三千男, 金圭煥(訳), 社会心理学講座第7巻(3) 内容分析. みすず書房, 東京.

Caldwell TM and Jorm AF (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 10, 42-54.

Chen SP, Krupa T, Lysaght R et al (2013). The development of recovery competencies for in-

patient mental health providers working with people with serious mental illness. *Adm Policy Ment Health* 40, 96-116. DOI: 10.1007/s10488-011-0380-x.

Chester P, Ehrlich C, Warburton L et al (2016). "What is the work of Recovery Oriented Practice? A systematic literature review." *Int J Ment Health Nurs* 25, 270-285. DOI: 10.1111/inm.12241

千葉理恵, 宮本有紀(2017). 教育モデルによる新たな精神保健サービス: リカバリー・カレッジ. *精神障害とリハビリテーション* 21, 196-202.

Chiba R, Umeda M, Goto K et al (2016). Psychometric properties of the Japanese version of the Recovery Attitudes Questionnaire (RAQ) among mental health providers: a questionnaire survey. *BMC Psychiatry* 16, 32. DOI: 10.1186/s12888-016-0740-x

Chiba R, Umeda M, Goto K et al (2017). The property of the Japanese version of the Recovery Knowledge Inventory (RKI) among mental health service providers: a cross sectional study. *Int J Ment Health Syst* 11, 71. DOI: 10.1186/s13033-017-0178-7

Cleary A and Dowling M (2009). Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: a questionnaire survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 16, 539-545. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01411.x.

Cleary M, Horsfall J, O'Hara-Aarons M et al (2013). Mental health nurses' views of recovery within an acute setting. *Int J Ment Health Nurs* 22, 205-212. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2012.00867.x

Cleary M, Lees D, Molloy L et al (2017). Recovery-oriented care and leadership in mental health nursing. *Issues Ment Health Nurs* 38, 458-460. DOI: 10.1080/01612840.2017.1314738

Cusack E, Killoury F and Nugent LE (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt

- recovery-orientated policy in practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 24, 93-104. DOI: 10.1111/jpm.12347
- Davidson L, Tondora J, Staeheli LM et al (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice: tools for transforming mental health care*. Oxford University Press, Oxford.
- Deegan PE (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J* 11, 11-19.
- 舟島なをみ(2007). 質的研究への挑戦(第2版). 医学書院, 東京.
- Gaffey K, Evans DS and Walsh F (2016). Knowledge and attitudes of Irish Mental health professionals to the concept of recovery from mental illness - five years later. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 23, 387-398. DOI: 10.1111/jpm.12325
- Gale J and Marshall-Lucette S (2012). Community mental health nurses' perspectives of recovery-oriented practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 19, 348-353. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01803.x
- Happell B, Bennetts W, Tohotoa J et al (2017). Promoting recovery-oriented mental health nursing practice through consumer participation in mental health nursing education. *J Ment Health* 14, 1-7. DOI: 10.1080/09638237.2017.1294734
- Henderson C, Noblett J, Parke H et al (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry* 1, 467-482. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6
- Hungerford C, Dowling M and Doyle K (2015). Recovery outcome measures: is there a place for culture, attitudes, and faith? *Perspect Psychiatr Care* 51, 171-179. DOI: 10.1111/ppc.12078
- Ibrahim N, Michail M and Callaghan P (2014). The strengths based approach as a service delivery model for severe mental illness: a meta-analysis of clinical trials. *BMC Psychiatry* 14, 243. DOI:10.1186/s12888-014-0243-6
- Jacob S, Munro I and Taylor BJ (2015). Mental health recovery: lived experience of consumers, carers and nurses. *Contemp Nurse* 50, 1-13. DOI: 10.1080/10376178.2015.1012040.
- Kidd S, Kenny A and McKinstry C (2015). Exploring the meaning of recovery-oriented care: an action-research study. *Int J Ment Health Nurs* 24, 38-48. DOI: 10.1111/inm.12095
- Kidd SA, McKenzie K, Collins A et al (2014). Advancing the recovery orientation of hospital care through staff engagement with former clients of inpatient units. *Psychiatr Serv* 65, 221-225. DOI: 10.1176/appi.ps.201300054
- Klockmo C, Marnetoft SU, Nordenmark M et al (2012). Knowledge and attitude regarding recovery among mental health practitioners in Sweden. *Int J Rehabil Res* 35, 62-68. DOI: 10.1097/MRR.0b013e3283508e2e.
- Lakeman R (2010). Mental health recovery competencies for mental health workers: a Delphi study. *J Ment Health* 19, 62-74. DOI: 10.3109/09638230903469194
- Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ et al (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv.* 62, 1470-1476. DOI: 10.1176/appi.ps.001312011.
- Le Boutillier C, Slade M, Lawrence V et al (2015). Competing priorities: staff perspectives on supporting recovery. *Adm Policy Ment Health.* 42, 429-438. DOI: 10.1007/s10488-014-0585-x.
- Lovejoy M (1982). Expectations and the recovery process. *Schizophr Bull* 8, 605-609.
- McKenna B, Furness T, Dhital D et al (2014). Recovery-oriented care in older-adult acute inpatient mental health settings in Australia: an exploratory study. *J Am Geriatr Soc* 62, 1938-1942. DOI: 10.1111/jgs.13028
- 宮本有紀(2013). 人と人との関係性とリカバリーを考える: インテンショナル・ピア・サポート
-

(IPS) から学んだもの. ブリーフサイコセラピー研究 22, 1-13.

野中猛(2010). 障害論から見たわが国におけるリカバリー論の展開. 精神科臨床サービス 10, 446-451.

Perkins AM, Ridler JH, Hammond L et al (2017). Impacts of attending recovery colleges on NHS staff. *Mental Health and Social Inclusion* 21, 18-24.

Piat M and Lal S (2012). Service providers' experiences and perspectives on recovery-oriented mental health system reform. *Psychiatr Rehabil J* 35, 289-296. DOI: 10.2975/35.4.2012.289.296

Resnick SG, Fontana A, Lehman AF et al (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophr Res* 75, 119-128. DOI: S0920-9964(04)00174-4

Scott WA (1955). Reliability of content analysis: the case of nominal scale coding. *Public Opinion Quarterly* 19, 321-325. DOI: 10.1086/266577

Shepherd G, Boardman J, and Slade M (2008). Making recovery a reality. Sainsbury Center for Mental Health, London. <https://imroc.org/resources/making-recovery-reality/> (最終閲覧日: 2018年11月6日)

Slade M, Leamy M, Bacon F et al (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 21, 353-364. DOI: 10.1017/S2045796012000133

Tickle A, Brown D and Hayward M (2014). Can we risk recovery? A grounded theory of clinical psychologists' perceptions of risk and recovery-oriented mental health services. *Psychol Psychother* 87, 96-110. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2012.02079.x.

Tsai J, Salyers MP and Lobb AL (2010). Recovery-oriented training and staff attitudes over time in two state hospitals. *Psychiatr Q* 81, 335-347. DOI:

10.1007/s11126-010-9142-2

Tse S, Tsoi EW, Hamilton B et al (2016). Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. *Int J Soc Psychiatry* 62, 281-291. DOI: 10.1177/0020764015623970

Williams CC and Tufford L (2012). Professional competencies for promoting recovery in mental illness. *Psychiatry* 75, 190-201. DOI: 10.1521/psyc.2012.75.2.190

Wilrycx G, Croon MA, van den Broek A et al (2012). Psychometric properties of three instruments to measure recovery. *Scand J Caring Sci* 26, 607-614. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00957.x.

World Health Organization (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization, Geneva. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1) (最終閲覧日: 2018年11月6日)

Yamaguchi S, Niekawa N, Maida K et al (2015). Association between stigmatisation and experiences of evidence-based practice by psychiatric rehabilitation staff in Japan: a cross-sectional survey. *J Mental Health* 24, 78-82. DOI:10.3109/09638237.2014.998802



#### 著者連絡先

〒654-0412

兵庫県神戸市須磨区友が丘7-10-2

神戸大学大学院 保健学研究科 看護学領域

千葉 理恵

[crie-tky@umin.ac.jp](mailto:crie-tky@umin.ac.jp)

## 市町村保健師による「特定健診・特定保健指導」検査項目の実施・追加判断の可能性

Inspection items of "Specific Health Examination / Specific Health Consultation programs": performance and capability of item addition by public health nurses in municipalities

赤星 琴美 Kotomi Akahoshi

大分県立看護科学大学 Oita University of Nursing and Health Sciences

若竹 理沙 Risa Wakatake

豊前市役所 Buzen City

山口 忍 Sinobu Yamaguthi

茨木県立医療大学 Ibaraki Prefectural University of Health Sciences

2018年4月18日投稿, 2018年10月24日受理

## 要旨

本研究は、特定保健指導に係わっている全国の市町村の保健師1,156名を対象に特定健診・特定保健指導に関する検査項目の実施状況および保健師の意見を把握することを目的に調査を行い、514名の保健師から回答が得られた。その結果、(1) 制度上は医師の判断の下で行われる詳細な健診項目の追加および特定保健指導対象者の選定を保健師の判断で行うことがいいと思っている保健師がそれぞれ30.6%、60.0%であった。(2) 18.4%の市町村が積極的特定保健指導を行う過程で血液検査を実施しており、そのうち、実施の判断を保健師が行っているのは74.2%であった。(3) 51.3%の保健師が療養中の者を特定保健指導対象者に含めてもよいと考えていた。保健師は、必要に応じて関係機関に働きかけながら、対象者と関わり、保健指導を行い、療養中の者を含めて重症化予防を行いたいと感じていた。地域の健康課題を把握し、住民に身近な存在の保健師が、専門職として十分に活動できる仕組みづくりをすることにより、国の目指す健康寿命の延伸へと繋がると考える。

## Abstract

To identify the current performance and thoughts of municipal public health nurses who participate in the Specific Health Examinations and Specific Health Consultation programs, a nationwide survey was conducted. Data were collected from 514 out of 1,156 municipal public health nurses. The results showed that, although physicians conventionally add examination items and select people who should receive the services, 30.6% of the public health nurses agreed that they should add detailed health examination items with their own decisions, and that 60.0% of them believed that it was ideal for them to select patients for Specific Health Consultation. Furthermore, as part of providing proactive Specific Health Consultation, 18.4% of the municipalities were conducting blood tests, and in 74.2% of those cases, the public health nurses made decisions for blood tests. A total of 51.3% of the public health nurses agreed that people undergoing medical treatment should receive Specific Health Consultation. Public health nurses are familiar with community residents and understand the health issues of the community, which will enable them to fully practice as healthcare professionals, and which may contribute to realizing the aspiration of extending the healthy lifespan of the Japanese population.

## キーワード

特定健診・特定保健指導、保健師、血液検査、療養者

## Key words

Specific Health Examinations / Specific Health Consultation programs, public health nurses, blood tests, patients under medical treatment

## 1. 緒言

世界保健機構 (WHO) が 2000 年に提示した「健康寿命」の概念は、わが国においても、新たな健康指標として着目され、社会保障制度、特に医療介護改革においては「健康寿命の延伸」が大きな柱の 1 つとなっており、2025 年までに現在の健康寿命 (男性 72.14 歳, 女性 74.79 歳: 平成 29 年) を 2 年延長することを目標に掲げている (厚生労働省 2005)。

健康日本 21 (第 2 次) においても「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」の実現を目指し、生活習慣病の発症予防・重症化予防のためにさまざまな目標値が設定され、一次予防、二次予防への具体的な方策が実施されつつある (厚生労働省 2013a)。

2008 年 4 月の医療制度改革関連法施行によって生活習慣病患者の増加と医療費の増大を抑えるために、すべての保険者に特定健診・特定保健指導の実施が義務づけられた。特定健診は、生活習慣病の発症予防、早期発見、重症化予防を目的に実施され、通称メタボ健診とも呼ばれている (厚生労働省 2008)。生活習慣病の予防、症状の改善や悪化防止のためには対象者一人ひとりの生活習慣の改善が不可欠であり、特定健診結果に基づいて行われる特定保健指導を通して、対象者の行動変容を促すことが健康寿命の延伸のために極めて重要である。

特定健診・特定保健指導の効果を検討している研究は多くされている (船山 他 2016, 春山 他 2012, Kuwabara 2016, 真殿 他 2018, 森川 他 2012, 蔦谷 他 2017, 吉川 2014)。特定保健指導は、医師、保健師、管理栄養士によって行われることになっているが、国民健康保険加入者に対して、自治体の行う特定保健指導は保健師によって行われる場合が多い。生活習慣病のリスクの高い生活を習慣化してきた対象者の行動変容は容易なことではなく (早川 他 2014, 平谷 他 2015, 岸 他 2016, 鈴木 他 2017, 辻・塩島 2015)、質の高い保健指導に向けた取り組みを行うために、保健師は専門職としての保健指導能力の獲得の必要性を認識している (林 他 2016, 平藪 他 2015, 金子 2017, 包國・麻原 2013, 桐生・佐藤 2015, 小出 他 2015, 岡田 他 2012)。

このような中、特定健診・特定保健指導を実施する自治体の取り組みの現状について整理したも

のはほとんど見当たらなかった。

また、平成 22 年度を初年度とする国保ヘルスアップ事業は、国保保険者が、被保険者の健康の保持・増進、生活の質の向上を目的として、効率的・効果的に実施する事業である (国民健康保険中央会 2014)。この事業では、特定保健指導の対象外となっている療養中の者や治療中断者を対象とし実施しているものもあり、このような対象者への保健指導の結果、検査値等に改善傾向がみられることもあった (鈴木 (齋藤) 他 2012)。特定保健指導の範囲のみだけではなく、被保険者全体の現状と課題の分析によって、保健指導の必要性と有効性・効率性が見込まれる対象にも拡大すべきことが示唆されている。

特定健診・特定保健指導が開始され 10 年目を迎えた現在、特定保健指導を効果的・効率的に進めていくためには、特定健診・特定保健指導に対する経験知を積み重ねてきた保健師の意見を参考に、改善に向けた検討を重ねていくことが必要である。

今回の研究は、市町村で行っている特定健診・特定保健指導に関する検査項目の実施状況を整理し、保健師の意見から積極的に予防活動に取り組みたいという意見を把握することで、国が目指す健康寿命の延伸に向けて、効果的な特定健診・特定保健指導を実施するための基礎資料を得ることができると考える。

## 2. 方法

### 2.1 対象

地方公共団体情報システム機構ホームページより、各都道府県市町村データを閲覧し、全国の保健事業担当課施設の所在の分かった 1,916 施設から乱数表を用いて、県が偏らないように各都道府県別に 1,156 施設を無作為に抽出した。抽出した 1,156 施設に勤務し、特定健診・特定保健指導を主担当している市町村保健師 (各市町村あたり 1 名) を調査対象とした。

### 2.2 調査方法

無記名の自記式質問紙を用いた郵送法による調査を行った。各対象者には依頼文書、研究計画書、調査用紙、返信用封筒を郵送し、質問紙の返信をもって研究協力に同意したとこととした。調査期

間は平成29年6月～7月末である。

### 2.3 調査内容

調査項目は、以下の5項目とした。

- 1) 属性: 所属する市町村がある都道府県名
- 2) 特定健診の検査項目<sup>\*1</sup>
  - (1) 基本的な健診の項目<sup>\*2</sup>の実施状況
  - (2) 詳細な健診の項目<sup>\*3</sup>の実施状況
  - (3) 市町村が独自に追加している項目
  - (4) 将来追加できればよいと考えている検査項目
- 3) 特定健診・特定保健指導と保健師の判断
  - (1) 詳細な健診項目の追加の判断
  - (2) 血液検査結果の判定
  - (3) 健診結果に基づく特定保健指導対象者の選定
  - (4) 特定健診の最終判定
  - (5) 特定健診・特定保健指導において、保健師の判断に関する自由記載
- 4) 特定保健指導の過程で実施している検査項目及び実施できればよいと考えている検査項目
- 5) 療養中の者<sup>\*4</sup>に対する特定保健指導のあり方
  - (1) 特定保健指導の対象者に療養中の者を含めるかの保健師の判断に関する自由記載
  - (2) 療養中の者に対する特定保健指導に関する自由記載

\*1: 特定健診の項目として、健診対象者の全員が受ける「基本的な項目」医師が必要と判断した場合に選択的に受ける「詳細な健診の項目」とがある。

\*2: 特定健診の基本的な項目: 質問項目、身体計測、(身長、体重、BMI、腹囲) 理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液化学検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)、肝機能検査AST、ALT、 $\gamma$ -GT)、血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c検査)、尿検査(尿糖、尿蛋白)がある。

\*3: 特定健診の詳細な健診の項目: 心電図検査、眼底検査、貧血検査(赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値)のうち、一定の基準の下、医師が必要と判断した場合に選択的に実施する。

\*4: 服薬療養中の者は特定保健指導の対象外とされている。

### 2.4 分析方法

各項目の記述統計量を求めた。無回答及び不明回答は欠損として取り扱い、有効回答のみで分析を行った。統計解析にはSPSS statistics 23.0を使用した。

### 2.5 倫理的配慮

調査対象者への依頼文書の中に、研究への参加は自由意思であること、協力しないことによる不利益は生じないこと、本研究は業務との関係は一切ないこと、研究以外の目的でデータを使用しないこと、質問紙は無記名であり、データから施設名、個人名が特定されないように処理すること、研究結果は公表を予定しているが、公表時に施設名を特定できないようにすること、データは鍵のかかる保管庫で管理し、研究終了後にはシュレッダーで裁断し、破棄することを記載した。

本研究は、所属大学の研究倫理安全委員会の承認(承認番号17-5)を得て実施した。

### 3. 結果

514名の保健師(回収率44.5%)からの回答があった。そのうち、一部の項目(基本的な健診項目)が未回答であった3名を除く、509名(44.0%)を分析対象とした。対象者は、北海道から沖縄県までの47都道府県に分布しており各都道府県別の回収率は50.4%から32.1%であった。

#### 3.1 特定健診の検査項目の実態

##### 3.1.1 基本的な健診項目及び詳細な健診項目の実施状況

健診項目の実施状況を表1に示す。

表1. 基本的な健診項目及び詳細な健診項目の実施状況

	n	(%)
<b>基本的な健診項目</b>		
身長	509	(100.0)
体重	508	(99.8)
腹囲	507	(99.6)
身体診察	482	(94.7)
血圧	509	(100.0)
中性脂肪	507	(99.6)
HDLコレステロール	506	(99.4)
LDLコレステロール	506	(99.4)
AST	502	(98.6)
ALT	498	(97.8)
$\gamma$ -GTP	506	(99.4)
空腹時血糖	422	(82.9)
HbA1c	500	(98.2)
尿糖	506	(99.4)
尿蛋白	507	(99.6)
<b>詳細な健診項目</b>		
心電図検査	471	(95.2)
眼底検査	467	(94.3)
赤血球数	433	(87.5)
ヘモグロビン値	445	(89.9)
ヘマトクリット値	440	(88.9)

n=509

「基本的な健診の項目」は空腹時血糖測定 (82.9%) を除く、全ての項目を95%以上が実施していた。「詳細な健診の項目」では、実施率の高い順に心電図検査 (95.2%)、眼底検査 (94.3%)、ヘモグロビン値 (89.9%)、ヘマトクリット値 (88.9%)、赤血球数 (87.5%) であった。

### 3. 1. 2 市町村が独自に追加している項目及び将来追加できればよいと考えている検査項目

結果を表2に示す。すべての市町村で独自の追加項目を設けていると回答した。追加項目としては、血清クレアチニン値 (94.3%)、尿酸値 (80.7%) が高かった。また、将来追加できればよいと考えている検査項目で最も多かったのは、血清アルブミン値 (13.4%) であった。

表2. 市町村が独自に追加している項目及び将来追加できればよいと考えている検査項目

	市町村独自で追加している検査項目	現在は実施していないが、将来追加できればよいと思う検査項目
血清クレアチニン値	480 ( 94.3 )	26 ( 5.1 )
尿酸値	411 ( 80.7 )	35 ( 6.9 )
ヘマトクリット値	296 ( 58.2 )	14 ( 2.8 )
ヘモグロビン値	296 ( 58.2 )	18 ( 3.5 )
赤血球数	292 ( 57.4 )	14 ( 2.8 )
アルブミン値	82 ( 16.1 )	68 ( 13.4 )
白血球数	104 ( 20.4 )	7 ( 1.4 )
尿潜血	268 ( 52.7 )	16 ( 3.1 )
心電図	269 ( 52.8 )	50 ( 9.8 )
眼底検査	172 ( 33.8 )	31 ( 6.1 )
胸部レントゲン検査	50 ( 9.8 )	5 ( 1.0 )

n=509

### 3. 2 特定健診・特定保健指導と保健師の判断

詳細な健診項目追加の判断を保健師が行うことに対して「いいと思う」、「まあいいと思う」と回答した者は30.6%であった。特定保健指導対象者の

表3. 特定健診・特定保健指導における保健師の判断\*

	いいと思う	n	%
特定健診の詳細な項目の追加の判断 (n=494)	いいと思う	151	( 30.6 )
	いいと思わない	343	( 69.4 )
特定健診の検査結果の判定 (n=497)	いいと思う	125	( 25.2 )
	いいと思わない	372	( 74.8 )
特定健診結果に基づく特定保健指導の対象者の選定 (n=495)	いいと思う	297	( 60.0 )
	いいと思わない	198	( 40.0 )
特定健診結果の最終判定 (n=490)	いいと思う	131	( 26.7 )
	いいと思わない	359	( 73.3 )

\*各質問項目に対する選択肢を「いいと思う」、「まあいいと思う」、「あまり思わない」、「思わない」の4件法とした。

いいと思うには「いいと思う」、「まあいいと思う」、いいと思わないには「あまり思わない」、「思わない」が含まれる。

選定に対しては60.0%、検査結果の判定に対しては25.2%、特定健診の最終判定に対しては26.7%の者が保健師が行うことを「いいと思う」、「まあいいと思う」と回答した(表3)。

質問紙の自由記載から保健師の判断に関する意見について42人から回答が得られた(表4)。「いいと思う」、「まあいいと思う」と回答した者の自由記載欄には、「住民の健康を守るためにも、住民に近い保健師が判断し、保健指導へとつなげていくことが大切だと思う」、「保健師が必要を感じずで判断している項目がある」との記載があった。「あまり思わない」、「思わない」と回答した者では、「医師による判断が必要だと考える」、「保健師が判断しても、法的に問題はないのか」、「特定健診は標準化を図り、他の市町村と比較をしやすいとしており、保健師が判断するものではないと思う」との記載があった。

### 3. 3 特定保健指導の過程で実施している検査項目及び今後実施できればよいと考えている検査項目

保健師が行う積極的特定保健指導の過程で血液検査をすでに実施していると回答した者が、93人18.4%あった。この中で、血液検査実施の判断を保健師が行っていると回答した者は69人74.2%を占めた(表5)。

すでに実施していると回答があった検査項目を表6に示す。HbA1c (94.6%)、HDL コレステロール (83.9%)、中性脂肪 (83.9%)、LDL コレステロール (82.8%)、空腹時血糖 (66.7%) であった。これ以外に肝機能検査 (AST、ALT、 $\gamma$ -GTP)、尿酸、血清クレアチニンを実施されていた。

実施できればよいと考えている検査項目は、LDL コレステロール (33.3%)、HbA1c (32.3%)、中性脂肪 (31.2%)、HDL コレステロール (31.2%)、空腹時血糖 (26.9%) の順であった。

### 3. 4 療養中の対象者に対する特定保健指導のあり方

療養中の者を特定保健指導対象者に含めても「いいと思う」、「まあいいと思う」と回答した者は51.3%、「あまり思わない」、「思わない」と回答した者は48.7%であった(表7)。質問紙の自由記載から療養中の対象者に対する特定保健指導に関する意見について35人から回答が得られた(表8)「医療機関と連携が取ればいい」、「医療機関との連携が密にとれば含めた方がいいと思うが、

表4. 特定健診・特定保健指導において保健師の判断に関する自由記載

	n=42
判断している	・特定健診結果に基づく特定保健指導の対象者は保健師が選定している(4人)。
	・特定健診の詳細な健診項目はすでに全項目を追加で実施している(5人)。
	・特定健診の検査結果の判定は、現在も集団実施分は特定保健指導以外でも独自に実施している
	・必要性を感じ、すでに判断している項目がある
判断してもいい	・現実、各市町村とも保健師の判断で指導対象者は工夫して実施していると思う(3人)。
	・特定保健指導の判定にこだわらず、生活指導が必要と思われる場合、個別で栄養相談等を実施している
	・特定健診結果に基づく特定保健指導の対象者の選定に関して、受診勧奨の人には服薬開始する人もいるのでいいと思う。
	・特定健診の詳細な健診項目についていいと思う。
保健師が判断するものではない	・住民の健康を守るためにも、住民に近い保健師が判断し、保健指導へとつなげていくことが大切だと思う。
	・腹囲は明らかに痩せている人については測定しなくてもよいかと思う時もある。
	・治療中で毎月のように血液検査をしている人や毎年人間ドックを受けているような人などを特定健診の対象者に入れるか入れないかの判断ができればいいと思う。
	・診断・判断は医師の役割だと思う(4人)。
その他	・特定健診の検査結果判定は保健師本来の業務ではない。
	・基準が個人の裁量に任せられると、高齢者医療確保の意味がなくなってしまう。
	・特定健診は標準化されている。(6人)
	・特定健診結果の最終判定は、医師の判断が必要だと考える(3人)。
その他	・保健師自らが判断しても法的に問題はないかと思う。
	・医師が判断すべき部分に保健師が介入する必要はないと思う。
	・特定健診は標準化を図り、他の市町村と比較をしやすいしており、保健師が判断するものではないと思う。
	・健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業が求められており、新たな保健事業の拡充を図っていかねばならない。
その他	・保健師の役割は健診結果を経年的に見て、身体で起こっていることを対象者にイメージしてもらおうと思う。
	・マンパワーがない。今後保健師ができるようになったとしても、誰がやるのか保健師が不足している状況では難しいと思う。
	・保健師が必要を感じれば県や医師会と協議し、実施や変更を働きかける形になるのではないかと思う。

表5. 保健師が行う積極的保健指導の過程での血液検査の実施状況

		n	(%)
血液検査を実施しているか(n=505)	している	93	(18.4)
	していない	412	(81.6)
血液検査実施に関する判断(n=93)(複数回答)	保健師	69	(74.2)
	保健師以外	32	(34.4)

表6. 保健指導の過程で実施している検査項目及び今後実施できればよいと考えている検査項目

	実施している検査項目	今後実施できればよいと考えている検査項目
中性脂肪	78 (83.9)	29 (31.2)
HDLコレステロール	78 (83.9)	29 (31.2)
LDLコレステロール	77 (82.8)	31 (33.3)
空腹時血糖	62 (66.7)	25 (26.9)
HbA1c	88 (94.6)	30 (32.3)
AST	42 (45.2)	17 (18.3)
ALT	42 (45.2)	17 (18.3)
γ-GTP	42 (45.2)	18 (19.4)
血清クレアチニン	27 (29.0)	19 (20.4)
尿酸	31 (33.3)	13 (14.0)
赤血球数	7 (7.5)	2 (2.2)
ヘモグロビン値	7 (7.5)	2 (2.2)
ヘマトクリット値	5 (5.4)	2 (2.2)
アルブミン値	7 (7.5)	5 (5.4)
白血球数	3 (3.2)	2 (2.2)

n=93

難しい」、「医師の指示を正確に把握できる仕組みがない」、「体制が整っていればいいが、難しいのが現場である」との記載があった。

## 4. 考察

### 4.1 特定健診・特定保健指導における市町村保健師の取り組みと役割

#### 4.1.1 特定健診の検査項目の実態

「基本的な健診の項目」に関しては、空腹時血糖を除くすべての項目が95%以上の実施されていた。また、「詳細な健診の項目」は88~95%が実施していた。さらに、すべての市町村で独自の追加項目を設けていると回答しており、特に尿酸値と血清クレアチニン値を追加しているまたは追加したいと考えている保健師が多く見られた。尿酸値は、糖尿病や高血圧等の生活習慣病との関連も示唆されており (Nagahama et al 2015, 西尾 他 2016, Oda et al 2009)、メタボリックシンドロームおよび関連疾患発症のリスク因子である (辻 他 2007)。さらに、福井らは、尿酸値は肥満関連因子の中でも内臓脂肪と強い関わりがあることを確認し、メタボリックシンドロームをターゲットに

表7. 特定保健指導の対象者に療養中の者を含めるかの保健師の判断

	n	( % )
いいと思う	249	( 51.3 )
いいと思わない	236	( 48.7 )

n=485

\*質問項目に対する選択肢を「いいと思う」、「まあいいと思う」、「あまり思わない」、「思わない」の4件法とした。

いいと思うにばいいと思う、「まあいいと思う」、いいと思わないにばあまり思わない、「思わない」が含まれる。

している特定健診の検査に取り入れるべき項目であることを示唆している(福井他2014)。また、尿酸値に対する影響因子として血清クレアチニン値があり、腎機能と強い関連があったと報告している(福井他2014)。今後追加したい検査項目として、血清アルブミン値が挙げられた。血清アルブミン値に影響を及ぼす因子としては、高血圧や糖尿病、肥満があり(荒木他2011, 江角他2008)、HbA1cなどの糖尿病関連検査とともに糖尿病予防に有用な検査になると考え、市町村保健師達は導入したいと考えていることが示唆された。

住民に対して提供されている、種々の保健活動、保健・福祉サービスは、1人当りの医療費に大きく影響し医療費の低下につながる(鈴木他2012)ことが報告されている。特定健診・特定保健指導はメタボリックシンドロームに着目した健診であるが、保健師は、「特定保健指導の判定にこだわらず、個別で相談を実施している。」や「必要性を感じ、すでに判断している項目がある」などと回答しており、地域の健康課題に合わせながら、市

町村独自に追加項目を設けるなどメタボリックシンドロームのみならず、生活習慣病予防や重症化予防等の予防的な視点を持ち、また、常に意識しながら保健活動を行っていることが示唆された。

#### 4. 1. 2 積極的保健指導の過程での血液検査の実施とその判断

現在の特定健診・特定保健指導では、特定健診受診後、特定保健指導対象者を選定し、積極的支援や動機づけ支援を実施している。現在の特定保健指導を実施後の評価は、目標達成の確認や、次年度の健診を受診するように促し、健診データ等を活用し客観的な評価を行うこととなっている(厚労省2013c)。今回の調査で、18.4%の保健師が積極的支援での保健指導の過程で血液検査を実施していることが明らかになった。日本看護協会が開発した保健指導のための支援活動プログラム「生活習慣病予防支援モデル」では、自分の体の状態を把握できるように血液検査を行うこととした。血糖値のコントロールを評価する指標となるヘモグロビンA1cの検査を毎回行い、この検査結果から、対象者自身、自分の努力やライフスタイルの改善と検査値が関係していることを理解できる保健指導を展開し、「コントロールの指標として血液検査(HbA1c)」を活用したことにより、効果をあげたと報告している(日本看護協会2007)。村本らは、特定保健指導終了後も対象者の生活習慣改善意欲を維持するためには、終了時に血液検査を実施し、検査値が改善したことを確認することが望ましいと報告している(村本他2010)。江藤は、「定期的な保健指導では、前回の保健指導内容や生活改善の評価指標が重要となってくる。対

表8. 特定保健指導の対象者に療養中の者を含めるかの保健師の判断に関する自由記載

	n=35
いいと思う	全員に保健指導している(2人)。 ・医師の指示により療養を受けている者は除く。 ・服薬中の状態に応じてだと思う(3人)。 ・コントロール状況によると思う(2人)。
条件つきでいいと思う	・保健指導を行う保健師と栄養士が確保できればいいと思う(2人)。 ・医療機関やかかりつけ医と連携できるのであればいいと思う(5人)。 ・マンパワーが許せば含めた方がよいと思う(2人)。 ・全ての方は難しいが条件付きでいいと思う。
いいと思わない	・医師の指示を正確に把握できる仕組み作りがない。 ・特定保健指導と別に重症化予防として指導している(10人)。 ・服薬者を含め指導を行うことは理想だが、対象者数が多くなりすぎと思う。 ・治療中の者は医療機関に任せ方がよい。間違った指導をしたら大変。 ・保険者の負担が増える。 ・別枠で市町村独自の視点で対象者を決めて実施可能。 ・療養中の場合は医師との連携が重要。体制が整っていればいいとが、難しいのが現場です(2人)。

象者が保健指導内容の重要性を理解し、実現可能な行動化に結び付けられるようにするためには、臨床検査結果などの定量的データの存在は大きい。」と報告している(江藤・草間 2000)。筆者らは、保健指導の効果を最大限に向上させるためには、保健指導の過程で血液検査を実施し、結果を対象者に提示することが必要であることを提案してきた(赤星 他 2016)。

「安心と希望の医療確保ビジョン」(平成20年9月)の中では、「予防や社会資源の開発・連携体制の構築等についての医療・介護・福祉現場における保健師の専門性活用を推進する」と明言されており、適切な医療保険を提供し、健康寿命の延伸を図るうえで保健師の役割および保健師の保健活動が期待されている(厚生労働省 2008)。また、「医師の働き方改革に関する検討会」(平成29年8月)では、医師-他職種間等で行うタスク・シフティング(業務の移管)の有効活用についても指摘されている(厚生労働省 2018)。

特定保健指導を行っている保健師の裁量で血液検査をタイムリーに実施することによって、血液検査結果の変化の有無を客観的に確認でき、対象者自身が自分で自分の生活を見直し、検査値と生活習慣行動変容とが関連していることを理解し、自分の状態をつかむことができると考える。また、対象者に合った保健指導の内容を考えることにも活用することができると考える。

さらに、「特定保健指導」の過程において、保健師の判断で必要な検査を実施し、科学的根拠に基づいて保健指導対象者を階層化するとともに、集団指導、個別指導、訪問指導、学習会など、効果的な保健指導方法を選択し実施していくことにより、きめ細かい保健指導ができるのではないかと考える。対象者の生活背景を理解している保健師が血液検査や尿検査のオーダーができるようになれば、保健指導の効果がより大きくなるはずである。

#### 4.1.3 療養中の者に対する保健指導のあり方

現在、降圧薬等を服薬中の者は、継続的に医療機関を受診していることを理由に、生活習慣の改善支援については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるとされており、特定健診・特定保健指導では療養

中の者は医療の対象であり、特定保健指導の対象とされていない。

しかし、今回の調査では、50%以上の保健師が療養中の者を特定保健指導対象者に含めてもよいと考えていた。

薬物療法を受けている者に対して健康教育を取り入れたサービスを提供することにより医療費が有意に減少したことが報告されている(岡山 他 2005)。さらに、特定保健指導の対象外となっている、服薬中の者や治療中断者を対象として保健指導を実施した結果、検査値等に改善傾向がみられ、保健指導の必要性と有効性・効率性が示され、これらの者を保健指導の対象として拡大すべきこと(国民健康保険中央会 2014)が報告されている。筆者らは、服薬中の者の継続的な自己管理が十分でないこと、生活習慣の改善の必要性も認識していない者が少なくないことを報告した(赤星 他 2014)。広瀬らは、「特定健診の受診者のうち、服薬治療群において男女ともどの年齢階級でも40%程度が高血圧管理不良であったり、血糖のコントロールが十分されていない状況であった。(広瀬 他 2014)」こと、さらに「積極的支援レベル対象者のうち2年後服薬治療へ移行した者の割合は17.5%(男性)、28.3%(女性)であった(広瀬 他 2017)」と報告している。対象者自らの健康状態を認識できるよう支援し生活習慣改善への行動変容を促進するような啓発活動が有効だと考える。療養中の者の生活習慣病が重症化しないようにするためには適切な治療に加え、生活指導・生活改善が必要である。

「医療機関との連携が密にとればいいが、難しい」、「医師の指示を正確に把握できる仕組み作りがない」等の、医療機関との連携を実施することが難しい現状があるとの回答があり、医療従事者それぞれの専門性を発揮しつつチームで関わっていくチーム医療を実現していくために、地域住民を対象とした地域の人々の健康づくりに市町村保健師がリーダーシップをとり、一丸となって対応していくことが不可欠である。

#### 4.2 積極的に予防活動に取り組みたいと考える保健師の期待

効果的・効率的な保健指導が実施できるのは保健師に他ならない。なぜならば、特定保健指導の

対象者には生活環境・習慣を見据えた保健指導が不可欠だからである。

Freidson (1970) は専門的情報・知識に着目し、そうした情報を一方的に有する医師とそれを有さない患者との間で、力の不均衡が起こっていることを指摘している。保健師が丁寧に検査結果を説明することで対象者との間の専門的情報・知識の不均衡が是正し、納得して保健指導を受けることができる。

保健師の支援技術に着目した研究(平藪 他 2015, 小出 他 2014) や自治体において生活習慣病予防の保健指導スキルの向上に向けて様々な取り組みがなされている(水野 他 2016)。地域住民を対象とした保健指導を実施する保健師は、住民がいつどのようなときに足踏みをするのか、いつどのような方法でフォローすることが効果的なのかを常に意識している。また、保健師は、特定健診や生活習慣などに関する質問項目を「地域の強み」と考え、健康増進施策において健康教育や保健指導を行っている(木村 他 2016)。

特定健診における詳細な項目の追加の判断および検査結果の判断を保健師が行うことに関して「いいと思う」と回答した者はそれぞれ30.6%、25.2%であった。現在、特定健診での詳細な健診項目追加の判断、検査結果の判定や特定保健指導対象者の選定、結果の最終判定については、医師が実施することとなっており、医師の判断がなければ法的に実施できない。(厚生労働省 2013b)。その一方、詳細な健診項目を市町村が健診項目として取り入れており、健診受診者全員に実施している市町村もあることが明らかになった。具体的には、「保健師の判断で保健指導の対象者を選定し実施している」などすでに判断している(判断をしている項目があるを含む)と自由記載で回答した者や、「保健師が必要を感じれば県や医師会と協議し、実施や変更を働きかける形になるのではないかと回答した保健師がいることから、保健師は地域住民の健康課題を把握し、必要を感じれば関係機関と話し合い、指導やフォローが必要な対象者に関わることが出来るように働きかけている。

今回の調査では、特定健診での特定保健指導対象者の選定は、60.0%の者が保健師の判断で実施可能であると回答しており、保健師自らが特定保

健指導対象者の選定を行い、生活習慣病の発症予防・重症化予防のために、一次予防、二次予防の観点から対象者に関わっていきたくて考えていた。特定健診結果だけで判断するのではなく、地域の健康課題、対象者の個別性を把握した保健師が、対象者を選定し指導へとつなげていく必要があると考えている保健師がいることが示唆された。さらに、保健師の役割について、「健診結果を経年の見えていき、身体で起こっていることを対象者にイメージしてもらおう」、「健康・医療情報を活用してPDACサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業が求められており、新たな保健事業の拡充を図っていかなければならない」など、保健師としてどのような役割を持ち、対象者に関わるかを試行錯誤しながら保健活動を行っていることが窺えた。

平成21年7月に保健師助産師看護師法の一部が改正され、保健師教育の修業年限が6か月以上から1年以上に変更、保健師助産師看護師学校養成所指定規則の改正により、単位数は23単位から28単位に増えた。保健師に求められる役割と役割を踏まえ、保健師に求められる能力の一つに地域の人々と協働して地域健康増進能力を高める能力が設定された(島田 2011)。また、吉岡(2015)は、保健師自身が将来的にどのようにしていけばより住民の健康をまもることができるかについて一定の方向性を出していかなければならないと述べている。これらを機会にして、社会のニーズに対応した保健師の専門性を確立していかなければならない。

さらに、「地域における保健師の保健活動に関する指針」の中で、保健師の保健活動の基本的な方向性として、予防的介入の重視が挙げられている(厚生労働省 2013c)。本調査での「住民の健康を守るためにも、住民に近い保健師が判断し、指導へとつなげていくことが大切だと思う」との記述が示すように保健師は、地域住民に近い存在であり、地域の健康課題について把握している存在であると自負している。保健師は地域の実情に精通し、地域の健康課題を分析・評価し、その特性に応じた対策を施策化する重要な役割を担う専門職であり、保健師が担うべき役割はますます重要となっている。地域住民に身近な存在であり、地域の健康課題を把握している存在である保健師が、

専門職としての活動を十分に行えるようにすることで、国の目指す、「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」へと繋がっていくと考える。

## 5. 研究の限界

本研究では、全国の市町村保健事業担当施設の保健師を対象として調査を行った。500名以上の保健師から回答が得られたが、全市町村の26.6%の意見である。回答者の負担を考慮して質問項目を限定したので、特定健診・特定保健指導に対する保健師の思いを十分把握することはできなかった。しかし、今後の特定健診・特定保健指導や生活習慣病の発症予防・重症化予防を効果的に進めていくために検討する際の資料となり得ると考える。

## 6. おわりに

特定保健指導に係わっている市町村の保健師を対象に特定健診・特定保健指導の実態および保健師の考えを調査し、分析した結果、以下の点が明らかになった。

すべての市町村で独自の追加項目を設けており、特に血清クレアチニン値と尿酸値を追加しているまたは追加したいと考えていた。

現状では医師の判断が必要である詳細な健診項目の追加の判断および特定保健指導対象者の選定を保健師の判断で行うことがいいと思っている保健師がそれぞれ30.6%、60.0%であった。

18.4%の市町村が積極的特定保健指導を行う過程で血液検査を実施しており、そのうち、実施の判断を保健師が行っているのは74.2%であった。

51.3%の保健師が療養中の者を特定保健指導対象者に含めてもよいと考えていた。

地域の健康課題を把握し、住民に身近な存在の保健師が、専門職として十分に活動できる仕組みづくりをすることにより、国の目指す健康寿命の延伸へと繋がると考える。

## 引用文献

赤星琴美, 野中敦, 大木治郎 他(2014). 特定健診受診者の中の服薬中の対象者の病態および生活習慣. 保健の科学 56, 417-422.

赤星琴美, 佐藤愛, 佐伯圭一郎(2016). 保健師によ

る保健指導を通して把握した地域住民の疾病、服薬に対する認識の実態. 保健の科学 58, 351-356.

荒木威, 石川善英, 岡崎仁 他(2011). 献血者集団におけるグリコアルブミン値の解析. 糖尿病 54, 337-343. DOI: 10.11213/tonyoby.54.337

江角幸夫, 白根紀子, 佐藤宏充(2008). 血清アルブミン値に影響を及ぼす因子の検討と高齢者用基準範囲設定の試み. 島根医学検査 36, 7-10.

江藤真紀, 草間朋子(2012). 大学院修士課程における保健師教育の開始. 看護教育 53(6), 466-471. DOI: 10.11477/mf.1663102097

Freidson E (1970). Professional dominance' The social structure of medical care. New York. (進藤雄三, 宝月誠 訳(1992). 医療と専門家支配. 恒星社厚生閣, 102-105, 東京.)

福井敏樹, 丸山美江, 山内一裕 他(2014). 肥満関連因子と尿酸値との関係～特に内臓脂肪との関連について～. 人間ドック 29, 26-33. DOI: 10.11320/ningendock.29.26

船山和志, 飛田ゆう子, 東健一 他(2016). 特定健診結果とレセプトデータを利用した腹囲と平均年間医療費の関係について. 厚生の指標 63(2), 20-25.

春山康夫, 武藤孝司, 中出麻紀子 他(2012). 市町村国民健康保険加入者における特定保健指導後のメタボリックシンドローム改善効果. 日本公衛誌 59(10), 731-742. DOI: 10.11236/jph.59.10\_731

早川泰子, 山口仁美, 岩村洋子 他(2014). 特定保健指導における保健指導効果とその保健指導内容との検討. 保健師ジャーナル 70(1), 42-48. DOI: 10.11477/mf.1664102324

林芙美, 小澤啓子, 川畑輝子 他 (2016). 特定保健指導の実績が良好な全国健康保険協会の支部における取り組みと課題. 日本公衛誌 63(10), 606-617. DOI: 10.11236/jph.63.10\_606

平谷恵, 中村繁美, 中西早百合 他(2015). 特定保健指導の効果に関する検討. 日農医誌 64(1), 34-40. DOI: 10.2185/jjrm.64.34

平藪小百合, 今松友紀, 田高悦子 他 (2015). 生活習慣病予防における対象者に応じた行動目標設定のための保健師の支援技術の明確化. 日本地域看護学会誌 18(1), 20-27. DOI: 10.20746/jachn.18.1\_20

広瀬かおる, 小栗信, 濱武通子 他 (2014). 愛知県における特定健康診査データを活用した地域診断. 愛知衛所報 64, 1-8.

広瀬かおる, 續木雅子, 大参寛典 他 (2017). 愛知県における特定健診・保健指導情報からみた保健指導の効果評価. 愛知衛所報 67, 1-9.

金子あけみ (2017). 特定保健指導における熟練保健師のコミュニケーションの特徴. 北里看護学誌 19(1), 11-21.

包國幸代, 麻原きよみ (2013). 対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術. 日本看護科学会誌 33(1), 71-80. DOI: 10.5630/jans.33.1\_71

木村宣哉, 佐伯和子, 平野美千代 (2016). 健康増進施策において保健師が重要と認識する地域の栄養・食生活アセスメント項目. 日本公衆衛生看護学会誌 5(2), 126-135. DOI: 10.15078/jjphn.5.2\_126

桐生育恵, 佐藤由美 (2015). 特定保健指導の行動計画設定支援における保健師の思考プロセス. 日本地域看護学会誌 18(2-3), 51-60. DOI: 10.20746/jachn.18.2-3Comb-No\_51

岸知子, 鶴川重和, 村本あき子 他 (2016). 特定保健指導積極的支援利用者の1年後の体重減少に影響を与える個人特性の検討. 保健師ジャーナル 72(4), 316-323. DOI: 10.11477/mf.1664200418

小出恵子, 岡本玲子, 草野恵美子 他 (2014). 生活習慣病予防のための行動変容を促す初回保健指導における保健師のコアとなる技術項目. 四国公衆衛生誌 59(1), 103-113.

小出恵子, 岡本玲子, 猫田泰敏 他 (2015). 保健師を対象としたリフレクシオンに基づく保健指導技術向上プログラムの効果. 日本地域看護学会誌 17(3), 4-13. DOI: 10.20746/jachn.17.3\_4

厚生労働省 (2005). 「健康フロンティア戦略」の推進に向け取り組むべき施策について. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0725-7h.html> (最終閲覧日: 2018年3月3日)

厚生労働省 (2008). 安心と希望の医療確保ビジョン. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf> (最終閲覧日: 2018年10月4日)

厚生労働省 (2008). 「特定健診・特定保健指導」について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html> (最終閲覧日: 2017年5月8日)

厚生労働省 (2008). 「特定健診・特定保健指導」について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html> (最終閲覧日: 2017年5月8日)

厚生労働省 (2013a). 健康日本21第二次. [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html) (最終閲覧日: 2017年5月8日)

厚生労働省 (2013b). 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/info03d-1.pdf> (最終閲覧日: 2017年5月8日)

厚生労働省 (2013c). 地域における保健師の保健活動について. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000144644.pdf>. (最終閲覧日: 2017年12月8日)

公益社団法人 国民健康保険中央会 (2014). 国保ヘルスアップ事業評価報告書. [http://www.oita-kokuhoren.or.jp/files/TopicDetail\\_175\\_file.pdf](http://www.oita-kokuhoren.or.jp/files/TopicDetail_175_file.pdf) (最終閲覧日: 2017年12月8日)

厚生労働省 (2018). 医師の働き方改革に関する検討会. [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/otherisei\\_469190.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/otherisei_469190.html) (最終閲覧日: 2018年10月5日)

Kuwabara Y (2016). Behavior modification stages of attendance at specific health check-ups and relevant knowledge, attitudes, and behaviors in one municipal insurance representation. *Health and Behavior Sciences* 15(1), 1-11.

真殿亜季, 由田克士, 栗林徹 他 (2018). 特定保健指導の積極的支援介入前後の生活習慣の変化が減量効果に及ぼす影響. 総合健診 45(2), 374-381. DOI: 10.7143/jhep.45.374



## 大分県立看護科学大学 第19回看護国際フォーラム

## 医療者のグリーフとレジリエンス ～私たち医療者にケアは必要ですか？～

Healthcare professional's grief and resilience ~Do we need support and care for ourselves?~

下稲葉 かおり Kaori Shimoinaba

オーストラリア モナシュ大学 医学・看護学・健康科学部 看護・助産師科 Monash University, Nursing and Midwifery

2018年2月20日投稿

## 要旨

医療者はケア提供を通して、患者・家族のさまざまな喪失体験や死と向き合うことになる。それらを通して、医療者も喪失・悲嘆を経験する可能性がある。本稿では、医療者の経験する喪失・悲嘆の特徴とそのケアについて述べる。喪失経験のあとに悲嘆を経験することは自然なことであっても、それが仕事を通して蓄積すると大きな影響がでたりバーンアウトの原因になるといわれている。同時に、ケア提供を通して医療者としてのやりがいや達成感を感じたり、専門職・人としての成長を感じることができている。この内なる強さはresilience（レジリエンス）と呼ばれる。レジリエンスを育て強めていくには、大きく2つの要素があり、サポートを受けること（外からの要素）と自己認知とセルフケア（内からの要素）が含まれる。ケアを通して経験する喪失・悲嘆について知り、医療者が十分なサポートを受け、さらにセルフケア実施していくことは、良いケアを提供していくためのひとつの鍵となるのではないだろうか。

## キーワード

グリーフ、レジリエンス、セルフケア、サポート

## Key words

grief, resilience, self-care, support

## 1. はじめに

患者・家族のケアに携わるとき、私たち医療者は患者・家族のさまざまな喪失体験を目の当たりにし、時として患者の死や、愛する人を失う家族と向き合うことになる。人の生と死に携わり、そしてそのケアの過程で強い絆が築かれたとき、医療者であってもその方の死を通して喪失・悲嘆を経験することはとても自然なことだといえる。そうであるならば、私達医療者がケアを通して経験する喪失や悲嘆の特徴について知り、自分自身の悲嘆に対して必要なケアをしていく必要がある。

本稿では、まず喪失と悲嘆の定義や特徴について説明する。そして、医療者特に看護師の経験する悲嘆（グリーフ）とその特徴について筆者の研究を元に述べる。大切な人を失うという喪失を経験したあとに悲嘆を経験することは自然なことであっても、それが仕事を通して蓄積すると大きな影響がでると言われており、バーンアウトの原因にもなることがわかっている。それと同時に、私達はこのケア提供を通して医療者としてのやりがいや達成感を感じたり、専門職・人としての成長

を感じることができている。喪失・悲嘆と同時に、私達を支えているこの内なる強さ（レジリエンス）にも目を向ける必要があり、本稿ではそのレジリエンスを高めるためのサポート、自己認知そしてセルフケアについても述べる。

## 2. 喪失と悲嘆、その定義

悲嘆（グリーフ）は、「喪失に対する全人的な反応（精神的、行動的、社会的、身体的、スピリチュアル）、その経験のプロセスである。グリーフは喪失に対する個人的な経験であり、喪失とは死のみをさすのではない。」と定義される（Rando 1993）。悲嘆の定義の理解において重要なのは、悲嘆が全人的な経験であり、私たちの存在全てに影響を及ぼすものであること、また、死のみに起因するのではなく、その他のさまざまな喪失が悲嘆の原因であること、そして、喪失や悲嘆は他者と比較ができない個人的な経験であり、時間をかけて経験するプロセスであるということであろう。悲嘆の原因となる喪失の一例としては、愛する人の死、離婚・別離、ペットの死、病気、身体の一

部の喪失、引越し、転校、失業、試験の失敗、自尊心の喪失などがある。病气(健康の喪失)や、身体の一部の喪失が悲嘆の原因となる喪失であるとすれば、私たち医療者は日々仕事を通して患者・家族の喪失・悲嘆に向かい合っていることになる。また悲嘆は精神・感情的な経験だけではなく、全人的(身体的、社会的・文化的、スピリチュアル)なものとしても経験されるということを目指し、悲嘆を経験している人の全存在に影響を及ぼすといえる。

上記の定義にもあるように、悲嘆は個人的な経験であり、指紋のように全ての人の悲嘆の経験はユニーク(唯一のもの)である。二人の異なる対象の悲嘆、自分と他者の悲嘆を比較できない、比較する必要はないということである。また、喪失は大切な人や物を失ったことに対する自然な反応であり、喪失に関連した強く痛みを伴う感情を表現することは正常で健康的なこととされている。そして十分に悲しむことは喪失や別離による傷を癒すのに大切といわれる (McKissock and McKissock 1995)。また悲嘆は取ったり治したりするものではなく、その喪失と共に生きることを学ぶことといわれている。現在、この悲嘆のプロセスは「グリーフの二次元モデル」(Stroebe and Schut 2001)で理解されている。このモデルは、悲嘆を経験した人が「回復に関連した」要素と「悲嘆に関連した」要素の2つの要素を行ったりきたりしながら時間とともに「悲嘆に関連した」状態から「回復に関連した」状態へとどまることが多くなってくることをさす。ただ、何かのきっかけ(例:亡くなった人の誕生日など)によって、時間がかなり経っていたとしても一時的に「悲嘆に関連した」状態に戻ることもありうる。この理解があれば、時間が経って元気そうに見えた人が、急に悲しむことがあってもそのままを受け入れることができるのではないだろうか。

悲嘆を経験している人に対しては、聴くこと、それぞれの経験や悲しみ方に個性があることの認識、さまざまな感情(悲しみ、罪責感、怒り、泣くなど)が表現できること、十分に悲しむ時間・話す時間があることが必要とされている。日々のケアの中で、傾聴を含む悲嘆へのケアを提供するために、私たち医療者には私たち自身が死と向き合うこと(死生観の探求)、効果的な傾聴と対応の

スキルを得ること、自己の限界の認識、いつ助けが必要かを知ること、バーンアウトを防ぐことなどが求められる。

### 3. 医療者の悲嘆の経験について

先に述べたように、医療者は日々仕事を通して患者・家族の喪失や悲嘆、そして死に向き合っていることになる。その経験を通して、医療者もまた悲嘆を経験する可能性が高いことがわかってきている。ここでは著者が行った日本での研究を通して、看護師の経験する悲嘆について述べる。

筆者は、日本の緩和ケア病棟に勤務する看護師16名へのインタビューを行い(それぞれ60-90分)、患者が亡くなったあとの看護師の気持ちについて聞いた。インタビューは質的研究法のグラウンデッドセオリーを用いて分析した(Shimoinaba et al 2009, 2014, 2015)。下記はそのインタビューから一例として抜粋したコメントである。

"ご苦労さまっていうのと、つらいつらいつらいつらいつらというより、何か穴が空いたというか、抜け落ちたような。すっぱり何かなくなったような感じです……今までそこに埋まっていたものがなくなるような"

"忘れていたこともあるし、また出てくることもあります。その人を思い出すと、何かやっぱり、何かスカスカする"

これらのコメントを見ても明らかなのは、看護師は自らの経験を「ストレス」とは区別して語っているということである。看護師へのインタビューを通して、緩和ケアに勤務する看護師が以下の4つのタイプの喪失・悲嘆を経験していることがわかった。

- 1) 関係が築かれた患者さんの死・その後の悲嘆
- 2) 喪失を予測しての悲嘆(予期悲嘆)
- 3) 個人の喪失との重なり

- 4) 専門職としてのセルフエスティームの喪失

4つのタイプそれぞれの喪失・悲嘆について、下記に看護師のコメントを添えて説明する。

- 1) 関係が築かれた患者さんの死・その後の悲嘆

患者が亡くなった後の看護師自身の悲嘆について、インタビューの中で重ねて語られた。

"もう1ヶ月ぐらい結構、仕事してても、その方のことをみんなと話すと、涙が出てきちゃった"

りとか、なんかこう、いつもの自分じゃないって  
いうか。初めての経験ですけど、自分も喪失体験  
をしたんだなって、しばらくしてから感じたって  
いうか"

インタビューの中で「喪失体験」「心に穴が開いた」などの言葉を用いて、看護師自身の悲しみや感情が表現された。インタビューに参加した看護師が勤務するほとんどの緩和ケア病棟でプライマリナース制が導入されており、入院時から退院時（死亡）そして死後の家族のグリーフケアにあたっていることがほとんどであった。「人対人」の関係を築いた対象が亡くなったとき、看護師はその死・喪失を悲しむことがインタビューを通して明確となった。

## 2) 予期悲嘆

予期悲嘆は、患者が死を予期し残していく家族を思い、また家族が愛する人の死を感じ亡くなった後のことを予期して悲しむことをさしている。しかし、筆者の研究においては看護師もまた予期悲嘆を経験していることがわかった。

"最初来られた時に、わりと自分のことも自分でできていて、元気っていったら何だけど、そういう方がだんだん状態が悪くなっていったってのは、結構つらいですね。何か寂しいというか"

"例えば2ヶ月、3ヶ月位のかかわり、受け持ちで、だんだん状態が悪くなってきて、いつ亡くなってもおかしくないって時は、やっぱり仕事行ってもすごく、何て言ったらいいんだろう、すごく落ち着かないっていうか、そわそわでもないけど、落ち着かないような感じ"

看護師は入院時と比べてだんだん低下してくる身体状況を目の当たりにし、この患者との別れのときが来ると予期して、患者が亡くなる前から悲しんでいることがわかる。

## 3) 看護師個人の悲嘆との重なり

この研究のインタビューに参加したほとんどの看護師が個人的な悲嘆を経験しており、仕事を通しての経験が時として自己の悲嘆と重なることを述べている。

"(母が亡くなったんですが) 同じような患者さん、同じような年齢の患者さんとか、「ああ、お母さんに似た人だったな」と思うときがあるんですけど、それ以外にも、娘さんがおられて、話を聞く

ことがあって。「ああ、私もそんなだったわ」って思うことがあります。私、古い人間なのかもしれないけど、泣いたらいけないってやっぱり思ってしまうんですよ。泣くことも必要だと思うんだけど、患者さんや家族の話を聞きながら「泣いたらだめ」って思うときもあって。だから、うるうるしながら、我慢している自分がいるんですけど。"

看護師個人の悲嘆の経験(両親や祖父母の死)は、普段の生活・仕事の中では特に表面化していないことが多かった。しかし、ケアを提供している患者の年齢・性別・疾患・症状・家族の状況・見た目(顔・面影)などが看護師自身の愛する人と重なるとき、看護師の悲嘆が再度心の痛みとして感じられることがある。

## 4) 専門職としての喪失

インタビューに参加した多くの看護師が、下記のように「もう少し何かできたのではないか」「私でなければもっと良いケアが受けられたのではないか」というような発言をした。

"すごく何ていうか、申し訳ないとか、何かもうちょっと、こうしてあげたらよかったとか、後で考えたりすることがある。すごく自分の未熟さを痛感というか"

インタビューを実施した第三者の筆者からすれば、これ以上何ができたのだろうかというような心からのケアを提供されていても、十分でなかったという思いを抱いている看護師が多かった。緩和ケアに携わる看護師として「疼痛やその他の症状の緩和をしたい」、「最期の願い(家に帰るなど)を叶えたい」との熱い思いでいても、そのゴールが達成されなかったとき、看護師が専門職としてのセルフエスティームの喪失を経験しているといえる。一言に悲嘆といっても、このように異なる喪失を通して看護師が悲嘆を経験していることがわかった。

## 4. 医療者の喪失の特徴

医療者が経験する喪失の特徴として、さらに「悲嘆の蓄積」と「社会に認められない悲嘆」の2つが挙げられる。

悲嘆の蓄積とは、「職業を通して経験する喪失・悲嘆であり、積み重なる可能性が高い」ことをいう(Aycock and Boyle 2009)。

仕事を通して悲嘆を経験する場合、それを十分

に悲しむ時間を持つことなしに、次の患者をお迎えしなければならぬのが現状である。その結果、医療者の悲嘆は蓄積する可能性があり、時としてそれはバーンアウトの原因になるともなるといわれている。

社会に認められない（公認されない）悲嘆とは、「医療者－患者の関係が、喪失・悲嘆を経験する関係と社会的に認められにくい」ことをいう（Doka 2002）。

医療者はケアを提供する専門家である。そうであるから、患者が亡くなってもそれを医療者が悲しむということや、医療者と患者の関係が悲嘆の原因になる関係であることが社会に認められにくいのが現状である。さらに言えるのは、時として医療者自身が「私はケアを提供する専門職であるから」と自分の悲嘆を認めないこともおこりうる。この現象に対して Papadatou (2009) は、「自分が苦しんでいるということに気づいて初めて、私たちはその苦しみに対して適切な方法で対処できるのです。でも、現代社会においてそれは簡単なことではありません。病气や疾患を経験している人が苦しんでいるのであって、医療者は苦しむ対象ではなく、ケアとサポートを提供する"プロフェッショナル"と見られているからです」と述べている。

## 5. 悲嘆のケアに携わる私たちに必要なこと

先に見たように、看護師は日々のケアの中で喪失に向き合い、悲嘆へのケアを提供している。またそのケアを通して、私たち看護師が喪失・悲嘆を経験する可能性もある。ケアを継続し続けることができるために、私たちに必要なこととして下記があげられる。

- ・レジリエンスの発展
- ・サポート
- ・自己認知・セルフケア

### 5.1 レジリエンス

レジリエンスは以下のように定義される（Machin 2007）。

「重大な困難や人生の危機に直面している状況において、効果的な適応をすることができる能力、そのプロセスと定義される。レジリエンスは、個人・グループ・コミュニティに適用され、困難を通しての成長の可能性を含む。」

筆者はこのレジリエンスを、「しなやかな強さ」と理解している。このレジリエンスという言葉自体は比較的新しいかもしれないが、実はレジリエンスは私たち看護師それぞれがもっているものである。インタビューに参加した看護師のコメントがそれを表している。

"多くの患者さんの生き方をみさせていただいて、私自身多くを学び、成長できていると思っています。この仕事を通して何かを与えられていて、それが私を人間として豊かにしてくれていると思います。"

看護師は仕事を通して死と向き合い、時として悲嘆を経験している。しかし、その看護師の中にレジリエンスがあり、これらの経験を通して学び成長すると語っている。このレジリエンスは、多くのストレス要因の中でも健康を保ち精神的に安定して機能することができる能力の大切な要素である。普段自覚していなくても、私達全てがこのレジリエンスをもっているといわれており、大切なのはこのレジリエンスを育て強め発展させていくことである（Tugade and Fredrickson 2004）。このレジリエンスをさらに発展させるために、「外からの要因」（サポート、ガイダンスなど）と「内からの要因」（コーピング、自己認知、セルフケアなど）が必要である。

### 5.2 サポート

「外からの要因」として職場で提供されるサポート・ガイダンスには、チーム内のサポートの形成、スーパービジョン、同僚間でのサポート、グリーフへの振り返り、教育の提供などが含まれる。効果的に機能するチームの構築、その中で幅広い意味でのサポート（スーパービジョン、同僚間でのサポート、グリーフへの振り返り、教育の提供）が提供されることが求められる。そのためには、サポートを提供する組織作りがまず必要だといえる。またサポートを受ける看護師も、同僚間のサポートにおいて同僚からサポートを受けると同時に、自分も同僚にサポートを提供する役割が求められることを認識し実践する必要がある。また患者ケアについてディスカッションするカンファレンスのみならず、看護師の気持ち、特に悲嘆を語り合うことができるようなミーティングも有用である。

### 5.3 自己認知とセルフケア

「内からの要因」は、セルフケアが主であり、そのためには自己認知が必要となる。自己認知は下記のように定義されている (Bernard 1986)。

「自己認知とは、自分について探求し続けることによって、少しずつ、そして継続的に全人的存在（行動・精神・身体・スピリチュアルな側面を含む）の自分について気づいていくプロセスをさす。それは、深い部分での自己理解を目的としている。」

大切なポイントは、自己認知とはプロセスを通しての自己探求であり、いっぺんに自分をわかってしまうような性質のものではないこと、そして、全人（行動・精神・身体・スピリチュアルな側面）としての自分に気づく深い自己理解をさすということである。具体的な自己認知の例としては、1) 自分の喪失経験について、そのプロセスについて考える、2) 自分のコーピング（適応）メカニズムについて知る、3) 自分の死生観を知る、深める、4) 自分のニーズに気づくこと、などがある。

筆者の研究の参加者が下記のように述べている。

"母親が亡くなってから普通に仕事もしていて、ほかの患者さんとかご家族と一緒にこう、涙したりしてたけども、私、自分の悲しみに泣いていたんだなって。自分が悲しい、自分の悲しみに泣くうちは本当のケアしてないわって"

このコメントは、この看護師の自分自身の悲嘆に対する自己認知と言えるのではないだろうか。私たちが自分について気づき、認めることによって、自分に必要なセルフケアを実施していけるといえる。セルフケアにはいくつも定義があるが、下記を紹介する。

セルフケアとは「自分自身の生活・健康・幸せを維持するために、個人が率先して実行する活動のこと。セルフケアは、自己認知し自信をもつこと、目的や意味を見出すこと、それによって高められる個人の身体・精神・社会・スピリチュアルの健康と幸福をさす。」 (Grafton and Coyne 2012)

私たち医療者、特に看護師は、患者・家族のニーズをアセスメントし、ケア計画を立て、その必要を満たそうと絶えず努力している。しかしそれに加えて必要なことは、私たち自身が自分のニーズに気づき、セルフケア計画を立て、実践していく

ことである。セルフケアを通して私たちが心身ともに健康であることが、質のよいケアを提供するひとつの鍵と言えるのではないだろうか。セルフケアを全人的に実践する具体的な例として、以下をあげる。

- 1) 身体的セルフケア: バランスのとれた食事、睡眠、エクササイズと休息、リラクゼーション
- 2) 精神・感情的セルフケア: 自分を振り返るための時間、家族・友達との時間、強い感情を表現する機会、ユーモア
- 3) スピリチュアル面のセルフケア: 音楽、メディテーション、自然に触れる時間、祈り、振り返り、思い出、自分にとっての意味を深める
- 4) 職業上のセルフケア: バランスのとれた仕事量、ふっと息を抜く時間、同僚間のサポート、振り返り、スーパービジョン、カンファレンスに参加するなど専門性の向上、死生観に関する教育

これらはほんの一例であり、私たち看護師一人ひとりが自分にあうセルフケアを見つけ、実践し続けることが大切である。また、年齢や経験を重ねるごとに、個人に適したセルフケアが変わってくる可能性もある。これらに加えて、自分のコーピングに気づくこと、どこに助けを得るか知っておくこと、患者の死後など悲しいときに悲しむ許可を自分に与えることなどもセルフケアに含まれる。セルフケア実践のポイントとして、毎日手軽にできるケアの方法を持っておくこと、特別なときに行うセルフケアの方法を持っておくこと、セルフケアの実践を理解しサポートしてくれる友人・同僚をもつこと、そしてセルフケアを継続して行っていくこと、自分自身に対して優しいまなざしを持つことがあげられる。渡辺和子先生（ノートルダム清心学園）は書著「目に見えないけれど大切なもの」のなかで、「大切なのは、傷つかないことではなくて、傷ついた自分をいかに癒し、その傷から何を学ぶかではないでしょうか」と記しておられる（渡辺 2012）。私たち看護師も喪失や悲嘆を経験したとき、その自分の経験に気づき、その悲しみの癒しのために必要な行動をとり、そこから学んでいくことを渡辺先生は教えてくださっているのではないだろうか。

## 6. おわりに

本稿では、筆者の研究をもとに医療者、特に看護師の経験する悲嘆の特徴と、それに関連して看護師のもつレジリエンス、そしてレジリエンスを高めていくための実践について述べた。私たちの悲嘆やレジリエンスについて自己認知を深め、そして私たち自身に必要なサポートを受け、セルフケアを実践していくことは、私たちが日々質の良いケアを提供していくために必要なことといえよう。

### 引用文献

Aycock N and Boyle D (2009). Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 13, 183-191.

Bernard W (1986). Cognition, Emotion and Action. In Higgins T and Richard M (Eds), *Handbook of Motivation and Cognition: Foundations of Social Behaviour*, pp281-312. Guilford, New York.

Doka KJ (2002). *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Research Press, Illinois.

Grafton E and Coyne E (2012). Practical self-care and stress management for oncology nurses. *The Australian Journal of Cancer Nursing* 13, 17-20.

Machin L (2007). Resilience and bereavement: Part 1. In Monroe B and Oliviere D (Eds), *Resilience in Palliative Care - Achievement in Adversity*, pp 157-165. Oxford University Press, Oxford.

McKissock M and McKissock D (1995). *Coping with Grief* (3rd ed). ABC Books, Sydney.

Papadatou D (2009). *In the face of death: professional who care for the dying and the bereaved*. Springer Publishing Company, New York.

Rando TA (1993). *Treatment of Complicated Mourning*. Research Press, Illinois.

Tugade MM and Fredrickson BL (2004). *Resilient*

*Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences*. *Journal of Personality and Social Psychology* 86, 320-333.

Shimoinaba K, O'Connor M and Lee S et al (2009). Staff grief and support systems for Japanese health care professionals working in palliative care. *Palliative and Supportive Care* 7(2), 245-252.

Shimoinaba K, O'Connor M and Lee S et al (2013). Developing relationships: A strategy for compassionate nursing care of the dying in Japan. *Palliative and Supportive Care* 12(6), 455-464.

Shimoinaba K, O'Connor M and Lee S et al (2015). Nurses' resilience and nurturance of the self. *International Journal of Palliative Nursing* 21(10), 504-510.

Stroebe MS and Schut H (2001). Models of Coping with Bereavement: A Review. In Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W et al (Eds), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*, pp375-403. American Psychological Association, Washington DC.

渡辺和子(2012). 目に見えないけれど大切なもの—あなたの心に安らぎと強さを—. PHP 研究所, 東京.



### 著者連絡先

下稲葉かおり  
Nursing & Midwifery  
Monash University  
McMahons Rd. Frankston VIC 3199,  
Australia  
kaori.shimoinaba@monash.edu