

心理教育プログラムにおける精神科看護師の援助技術に関する研究

著者	岩佐 貴史, 浦川 加代子
雑誌名	三重看護学誌
巻	15
号	1
ページ	1-8
発行年	2013-03-15
その他のタイトル	Research on Skill of Psychiatric Nursing Care in Psycho Education Program
URL	http://hdl.handle.net/10076/12409

心理教育プログラムにおける 精神科看護師の援助技術に関する研究

岩佐 貴史¹, 浦川加代子²

Research on Skill of Psychiatric Nursing Care in Psycho Education Program

Takashi IWASA and Kayoko URAKAWA

Abstract

This study clarified what kind of help a nurse practiced for the target person who participated in psychology educational program and examined a skill of nursing care. As a result of extracting a nurse's intervention from nurse's record and content analysis's analyzing qualitatively, the category [patient understanding], [instructional intervention], [motivation], [attitude], and [multi-occupational description collaboration] was extracted.

By the intervention of the nurse to be able to employ outside Psycho Education Program the characteristic Skill of Nursing care that assumed a technique and the program that a nurse performed by past normal care an opportunity existed. Both Skill of Nursing care supported the patient who participated in a program, and remedial intervention was carried out than I assumed psycho education a base. As for the nurse, it is thought that enough understanding is necessary about the purpose and prospective effect and role of the nurse on starting Psycho Education Program. In addition, work to connect minimum information provided by Psycho Educational Program and the experience of the patient can say with the role of the nurse.

Key Words: Psychiatric Nursing, Psycho education program, skill of nursing care, Role

I 緒言

昨今、統合失調症治療において生物学的アプローチとしての非定型抗精神病薬による薬物療法に加え、家族及び本人への心理教育による疾病理解や認知行動療法によって、症状への対処や社会適応の改善を図るなど、心理社会的リハビリテーションの有効性は精神科医療の現場で広く認識されるようになった。これらの治療の進歩により、2009年厚生労働省は精神保健医療福祉の更なる改革に向けて「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の中で多くの新規入院患者は早期に退院が可能になった一方で在院患者の長期化や高齢化の傾向は引き続き遷延化している現状を指摘している。

このような現状の中 2004年厚生労働省（代表者；

蒲田 2003）は「統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成と実証的研究班」を立ち上げた。その成果として、統合失調症に対しての「心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン」を作成している。それによると、心理教育は「精神障害やエイズなど受容しにくい問題を持った人たちに、正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え、病気や障害の結果もたらされる諸問題・諸困難に対する対処方法を習得してもらうことによって、主体的な療養生活を営めるよう援助する技法」とされている。

統合失調症を代表とする精神疾患の治療において、教育的部分が重要視されてきたのは最近のことであるが、1980年代後半の時点で Anderson（1987）は、脱入院化による早期の退院、ストレス脆弱性モデルな

1 三重県立こころの医療センター

2 三重大学医学部看護学科

どの生物学的基礎の明確化、インフォームドコンセントの流れ、当事者活動の発展、EE研究（Expressed Emotion：EE）の進歩、などが心理教育の必要性にとって大きい要因であると指摘している。

心理教育プログラムにおける精神科看護師の役割は、心理教育が導入されプログラムを実施する中での看護師の役割や技術が研究対象となっているが、海外における心理教育の主要構成において Morrison（2010）は「変化のための戦略はセッションの内外で実行される」と報告している。しかし、本邦では心理教育プログラム外における看護師の具体的な介入方法に関する報告は無く、精神科看護の中には浸透されておらず、技術開発も着手されていない。これは、患者に対する教育的要素を持つ看護そのものが重要視されてこなかったことが関係しており、背後には精神科疾患を持つ患者は自らの病気や治療を知ることによって混乱するという考え方や、看護師自身が患者に対する教育的要素を持つ看護実践能力を身に付けてこなかったことが挙げられよう。よって、心理教育プログラムの効果をより強固にするためには、プログラム外における病棟看護師の介入を明らかにし、有効な介入方法について検討する必要がある。

II 研究目的

精神科看護師の援助技術を検討する目的で、心理教育プログラム外での看護師の介入を看護記録から質的に分析し、プログラムに参加する患者に対して看護師がどのような援助を実践しているのかを明らかにすることで精神科看護師の援助技術を検討する。

III 用語の定義

心理教育プログラム：単に情報や対処法を伝達する

に留まらず、患者本人やその家族の主観的側面を重視する医療者の姿勢によって、患者が対処能力を獲得し自律性を最大限に発揮することを目指す教育的援助である。

IV 研究方法

1 研究対象

急性期病棟2病棟で心理教育プログラムの導入期から終了までの期間、プログラムへ参加した患者の看護記録から、心理教育プログラムに関連した記述を全て抽出した。記録を行った看護師へは特別に記録を残すよう依頼せず、通常どおりの看護記録の中から、実施した看護内容とそれに対する患者の思いや意見に関する記述を抽出した。

2 心理教育プログラムの実施

本研究における心理教育プログラムはオーストラリアの早期精神病予防介入センター（EPPIC；The Early Psychosis Prevention and Intervention Centre）の早期精神病を対象にした心理教育プログラムを改編し独自に作成した心理教育テキストを用いた（表1）。

また、プログラム中では病気の性質や治療法・対処法等の今後の療養生活に必要な正しい知識や情報を提供し、心理療法的な配慮を加えた教育的援助アプローチを実施していくことで、ストレスコーピングや認知行動療法（CBT；Cognitive Behavioral Therapy）を実施した。それによって対象者が直面するさまざまな困難について適切な対処方法を身につけ、プログラムを通して情緒的サポートを得るよう働きかけた。以下に、プログラムを作成に関して、使用した理論的な背景や情報提供の際に留意した点を幾つか述べる。

表1) 心理教育プログラム

	セッション名	内 容
第1回	知っとこ わたしの病気	疾病の成因
第2回	知っとこ みんなの不思議体験	陽性症状・陰性症状
第3回	知っとこ わたしのストレス	ストレス要因の同定
第4回	知っとこ わたしの一週間	活動スケジュール
第5回	知っとこ スッキリ問題解決	問題解決・ストレス対処
第6回	知っとこ くすりとわたし	服薬体験について
第7回	知っとこ くすりの作用	薬に関する情報提供
第8回	知っとこ くすりの副作用	副作用に関する情報提供
第9回	知っとこ くすりの続け方	再発予防

1) プログラムの特徴

① 目的

本研究で使用したプログラムは、再発予防のために疾患についての適切な知識や対処を身につけること等を目的としている。

ここでは、「ストレス—脆弱性モデル (Vulnerability Stress Model)」(中根 1994) に生物学的視点から情報提供を行い、さらに障害と共に生活していくための様々な対処技能の開発や学習にも焦点をおき「エンパワーメント・ストレングスマodel」(Charles, M 2009) に基づく認知行動療法的アプローチを用いた。また、先行研究では病初期における心理教育に慢性期とは異なる配慮が必要であると報告されていることから(池淵 2006)、本研究における心理教育プログラムでは、「早期精神病患者の再発を予防し病識や服薬行動、ストレス対処行動を促進し支援できる」ことに重点を置き、次の3点を留意点とした。①プログラムの対象者は早期退院を目指す急性期病棟に入院中の患者であること。②プログラムの内容には病識や服薬行動、ストレス対処行動を促進する上で必要な情報が含まれている。③プログラムは看護の特性を活かし患者の生活に焦点をあてる。

また、心理教育プログラムを運営する多職種関係者(医師・看護師・薬剤師・臨床心理士・精神保健福祉士・作業療法士)で検討を重ね心理教育プログラムを作成し、本研究で使用したプログラムは第2版である。

3 データ収集期間と収集場所

20XX年7月～20XY年1月、県内のA精神科病院・急性期病棟

4 分析方法

本研究で扱うデータの収集方法と分析方法を以下に示す。

また、看護記録の分析には、Berelson (1957) の内容分析の手法を用いた。内容分析は、「分析対象とする記述から傾向を明らかにし、何らかの特性を明らかにする研究に活用できる」とされている。本研究は、心理教育後の看護の内容を明らかにし、その援助技術を検討することが目的であるため、内容分析の手法を用いた。看護記録の中から、実施した看護に関する内容と、それに対する対象者の思いや意見に関する記述を抽出した。内容が一文一意味であるように、文脈に留意しながら記述を区切り記録単位は一文脈とした。さらに、個々の記録単位について、類型化を繰り返し、サブカテゴリーを抽出した。さらにサブカテゴリーを類型化しカテゴリーを作成した。

V 倫理的配慮

対象者に調査は無記名式であり、施設名はコード化すること、またデータは統計学的に処理し結果はすべて一括して数量的に記述するため、個人や施設が特定されることはないことを文書によって説明し同意を得た。

調査への協力はあくまでも自由意思であり強制されるものではないこと、調査協力に同意した後でも、途中で辞退や中断がいつでも可能であること、また辞退した場合でも研究協力者の不利益になることは一切ないことを依頼書にも明記し十分説明した。また、研究協力の依頼書に、目的、方法、倫理的配慮について記載すると共に、調査に関する質問や異議申し立てがある場合の連絡先を明記した。なお本研究は研究対象施設での倫理委員会にて2009年3月21日に承認を受けている。

VI 結果

心理教育プログラムへ参加した患者(以下参加者)に対する病棟看護師によるプログラム外の援助を表2に示した。介入した看護師は8名でA病棟4名、B病棟4名であった。カテゴリーを【 】で表記しサブカテゴリーを〈 〉でコードに下線表記した。分析の結果、【患者理解】【教育的介入】【動機づけ】【態度】【多職種協働】というカテゴリーが抽出された。

【患者理解】は日常生活場面で、看護師は〈情報収集〉〈アセスメント〉といった心理教育で提供された疾病の症状に対して、参加者自身が現在体験している症状やその影響をアセスメントしていた。また単に心理教育の感想を聴くといった行為や心理教育自体への興味を探る行為が抽出された。また、プログラムの理解度の把握という行為から対処を聞くといった介入も多くされていた。

【教育的介入】は、〈指導する〉〈補足説明〉〈対応の説明〉というサブカテゴリーから抽出された。〈指導する〉のサブカテゴリーでは、参加者の具体的な行動や体験に触れ治療に関する指導や日常生活に関する指導も行っていった。〈補足説明〉ではプログラム外において参加者から心理教育に関する質問や訴えがあった時、看護師はテキストを活用しながら疾病情報や薬剤情報を参加者へ伝えていた。また、説明に留まらず、さらに、説明や指導以外にも看護師が症状やストレスといった参加者の困りごとに対して、専門的な立場から〈対応を説明〉していた。さらに、看護援助として幾つかの対応可能な行為を説明し、参加者に援助の選

表2) 心理教育プログラム外における看護師の援助技術に関するカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	コード (記録単位数)	看護記録の内容
患者理解 (41)	情報収集	情報収集する (18) 感想を聴く (8) 興味を探る (2) 理解度の把握 (3)	心理教育の感想や分からないことを確認・主治医や薬剤師さんからはどういう説明を受けているか聞く
	アセスメント	症状をアセスメントする (8) 対処を聞く (2)	症状の日常生活への影響を聞く・苛々した時はいつもどうしているのか聞く
教育的介入 (32)	指導する	治療に関する指導 (2) 日常生活に関する指導 (2)	まず自分なりの対処をし改善しなかったら相談してみてもどうか・困ったことがあれば何時でも相談するように指導する
	補足説明	テキストを活用する (14) 補足説明する (11)	まれな病気ではない部分を強調する・ステップ1~2についての説明
	対応の説明	別の対応を説明 (2) 対応の用意を説明 (1)	午後から再度伺うと伝える・昼間であれば相談員が対応すると伝える
態度 (10)	保証する	不参加を保証 (2) 個別対応することを保証 (2)	出なくてもいいことを伝える・今後はテキストを使い受け持ちが継続して介入することを説明
	支持する	傾聴 (3) 一緒に話し合う (3)	参加したことを褒める・訴えに応じて聞く
動機付け (11)	情報提供	相談窓口の案内次回プログラムの案内 (1) 家族への情報提供 (1)	3回目の時間と場所を伝える家族と話し合う必要があることを伝える・家族ミーティングを案内する
	振り返り	過去の体験を振り返る (1) 肯定的な振り返り (3) 焦点化 (3) 明確化 (2)	症状として捉えられていることを評価する・以前、ストレスについて話していたが薬を内服することで何か生活は変化したか聞く
多職種協働 (7)	他職種介入を検討	OT参加の促し (1) PSWへ連絡 (1)	一度見学に行ってみてはどうか促す・Drと検討する
	情報交換	Drへ連絡 (3) 他部門へ調整 (2)	状態報告する・カンファレンスを開催する

択肢を与えるといった対応の用意があるという介入もされていた。

【態度】は〈保証する〉〈指示する〉というサブカテゴリーから抽出された。〈保証する〉では途中退席した参加者や、外泊等で参加出来なかった者に対して個別対応することを保証していた。また、心理教育は参加者の意思に基づいて行われていることを説明し不参加の保証もしていた。〈支持する〉では、単に参加者の訴えに耳を傾けたり、一緒に話し合う時間を作ったりと心理教育に参加しては、参加しようとしている参加者への看護師のサポート的な姿であった。

【動機付け】は、〈情報提供〉〈振り返り〉というサブカテゴリーから抽出された。〈情報提供〉では、心理教育を通じて看護師が相談窓口の案内等の参加者に必要と思われる援助についての情報提供を行っていた。参加者だけではなく家族への情報提供というように家族にも心理教育に関する情報提供をしていた。またプログラムでは参加者がストレスや困り事に対して、

問題を同定していくというプログラムが存在する。

〈振り返り〉では参加者がプログラム外で問題をこの同定していく過程で、看護師が介入し問題を明確化したり焦点化という作業を対象者とともに進めていた。また、そのプロセスの中で過去の体験を振り返ることや対象者が行った対処方法に対して肯定的な振り返りを行っていた。

【多職種協働】は、〈他職種介入を検討〉〈情報交換〉というサブカテゴリーから抽出された。〈他職種介入を検討〉では心理教育プログラムの内容について参加者からの質問や要求ごとに関して、作業療法士や精神保健福祉士といった他の専門職種からの介入を検討していた。〈情報交換〉では医師への連絡や他部門への調節といった介入を行い必要な援助を調節していることも行っていた。

VII 考察

1 プログラム外における看護師の援助技術

今回の結果より【患者理解】、【教育的介入】、【態度】、【動機付け】、【多職種協働】、という5つのカテゴリーが抽出された。

まず、【患者理解】では〈情報収集〉〈アセスメント〉というサブカテゴリーから抽出された。過去の報告では、参加者から情報収集したり、アセスメントする看護技術は、一般的な看護技術等の具体的な看護ケアのコンテンツが整理されている中でも重要な位置を占めている。また、精神科看護師の看護技術を調査した文献（萱間ら2006）でも〈情報収集〉や〈アセスメント〉は、「患者を知ることが効果的な支援の第一段階」と位置付けられている。

今回の結果からも、この【患者理解】は他カテゴリーと比較した時最も多く使われていた介入であり、今回は心理教育に限定した介入を抽出したが、普段から看護師はこの技術を頻繁に使用しているとも考えられた。しかし心理教育が契機となっていた【患者理解】の技術はプログラムの理解度を把握したり、プログラムの感想を聞いたり、心理教育に関連した特徴的な介入も行われていた。また、このような単なる情報収集に留まらず、テキストを使い参加者の症状をアセスメントしたり、困りごとへの対処方法を把握しようとしていた。このように、看護師はプログラムへの参加者が胸の内を語る姿や、参加者によって語られている内容そのものを知ることにより、通常のケアでは把握しきれない参加者の力や苦しみを理解する姿勢が促進されていたと考えられる。

この【患者理解】の技術を背景とした、参加者への直接的介入が【教育的介入】であるが、これは、参加者の考え、行動、目標などを望ましい方向に導こうする介入であり〈指導する〉、〈補足説明〉、〈対応の説明〉といった教育的な意味合いが強い働きかけである。既存の文献（萱間 1995, 1999）における「教育的に関わる」に含まれる看護行為は抽出度が高く、日常的に意図的に行おうとされていることが分かる。本研究における【教育的介入】は心理教育プログラムに基づいたものである。プログラムのテキストには「陽性症状・陰性症状について」「生活習慣と活動スケジュール」等、参加者の生活場面に配慮した項目が多く含まれている。そのため、プログラム外の場面では、プログラムで得た知識や体験を自己の生活場面で直面化した時、看護師に相談する場面もあり、【教育的介入】という看護援助の回数も他のカテゴリーに比べ多かった。これは、常に看護師はテキストを通じて療養に必

要なことを〈説明〉し、行動変容を期待した〈指導〉を行っていた結果とも言える。

また、野島ら（2008）は精神科における看護活動の分類に焦点をあて「精神科看護において心理教育などが導入され、教育的な介入によって患者を方向付けるケアが重要視されるようになった。（中略）教育的な関わりは、最近の精神科看護の傾向を特徴付けるケアと言える」と報告している。

これより、【教育的介入】は心理教育を契機とした看護師の特徴的な介入と言え、心理教育の目的でもある「患者が生活上の困難に気づき、主体的に解決を手伝うこと」を促進させる技術だといえる。さらに、心理教育の目的とプログラム外の看護師の介入を照らし合わせた時、看護師は〈説明〉や〈指導〉する場面において重要なことは、専門的な情報を多く提供して知識の提供を志向せず、患者と同じ視点に立ち理解しやすい形でのアプローチを心かける必要がある。そして、プログラムに参加した患者は、精神疾患を自分流に理解していた者がいるように、患者に必要な情報は必要最小限度の情報でよく、大切なことは提供した必要最低限度の情報と、患者の経験を繋ぎ合わせる作業であろう。

こういった【教育的介入】の技術以外に【動機付け】という介入も抽出された。このカテゴリーは〈情報提供〉と〈振り返り〉というサブカテゴリーから抽出された。〈情報提供〉という技術は、「看護実践国際分類（ICPN）」（国際看護協会 1996）の分類にも、「情報を提供する」というカテゴリーが提示されており、〈情報提供〉は精神科看護分野に限らず、看護全般で行われている技術だといえる。しかし、ここでの情報提供はプログラムに関連した〈情報提供〉であり、参加者がプログラムや治療へ参画できることを目的とした特徴的な〈情報提供〉とも言え、心理教育プログラム又は治療へ主体的に取り組む【動機付け】と表現される。

精神科における心理社会的援助（池田ら 1996）の中で【動機付け】という技術は、「患者が『自分でも出来そう』と思えるように援助すること」と位置づけている。今回の心理教育プログラムは任意参加であり、言い換えると治療に参加する機会が有益になるか否かは患者自身に委ねられているため、プログラムを通して何を獲得するかは、まさにプログラム参加者の主体性そのものに他ならない。よって、今回の参加者がプログラムに参加したかどうかだけでなく、【動機付け】を活用し、肯定的評価のフィードバックや受療行動を促進させるといったプロセスに視点をおき援助することで、患者の自発性を刺激し、現実感や自信の回

復を高めていくと考えられる。ここで重要になってくるのは、【動機付け】を行う看護師が、心理教育プログラムは対象者に対するケアとして重要であることを認識しているか否かという点である。すなわち、心理教育プログラムを開始するに当たりその目的や期待される効果と看護師の役割について十分な理解が必要であるとも考えられる。

次に【態度】の категорияであるが、これは、〈保証する〉〈支持する〉というサブcategoryから抽出されており、これまでの心理教育プログラムへの参加者に対する、看護師の姿勢を表したcategoryであった。これは、患者がプログラムへ参加又は不参加の態度を示した時に、看護師が指示的に関わるのではなく、不参加を保証したり、参加出来たことを肯定的に評価したりと受容的な介入を行った結果と考えられる。この保証、支持といった技術は生活臨床（1987）の中において「患者が言葉で伝えようとしている努力を認めること」又は「患者の話聞き主体的な行動を支える」こと表現されている。

よって、この【態度】とは、前田（2000）による心理教育の定義「心理教育とは何らかの特定の技法を示すものでも、あるいは何らかの技法の集積を示すものでもなく、それを行おうとする治療者の姿勢を表すものである。」を指示するものであった。心理教育の成否はプログラム外においても看護師の姿勢によるところが大きく、患者の疾患や服薬の受け止め大きな影響を与えと言っても過言ではない。

【多職種協働】というcategoryも同様に、これまで精神科看護分野でも常に使われてきた介入である（萱間ら 2006）。特に近年では、従来の医師中心の精神科医療は見直され、「精神保健医療福祉の改革ビジョン（2003）」等の取り組みを中心に、患者を中心とした医療チームへと移り変わっている。今回の結果より、看護師はプログラムを契機とし、参加者に対してあらゆる角度からの情報収集や、治療方針の検討を医療チームの一員として行っていた。野中（2007）は早期精神病患者に対するケアマネジメントの概念から、「チームが有機的に機能することは患者の利益に繋がる」と指摘している。よって、【多職種協働】とは単なる専門職の集まりということではなく、チーム全員が治療、援助における一定水準の知識と技能を持つことが重要となり、看護師は参加者に対してより良い支援を提供しようとした結果であるとも考えられる。

以上のように、心理教育プログラム外において看護師は様々な技術を使用していた。今回は、看護師の援助技術を明らかにする意味で、それぞれの介入をcategoryとして分化したが、この5つの援助技術は参加

者に対する援助のプロセスであり様々な介入がなされていた。また、今回は心理教育プログラムに関する限定された場面で技術的な要素を見出すことを行ったが、今後はプログラム外において、有用な看護援助技術をさらに検討する必要がある。

2 心理教育を支える看護技術

心理教育を実践していく上では、プログラム自体を運営する担当者以外に患者へ関わる医療者の役割が重要になる。本研究において、プログラム外の看護師の援助技術を明らかにするという理由にもなり得たものであるが、以下に今回の結果から臨床における心理教育プログラムを効果的かつ円滑に実施する上での示唆を述べる。

まず、心理教育プログラムでは全ての看護師がプログラムの担当者ではないが、病棟に入院している参加者はプログラム担当者以外のスタッフでも看護技術を提供する機会は多々存在する。よって、心理教育担当者はプログラムの目的やそこで参加者に提供される情報やその根拠について、臨床看護師に十分に説明する必要がある。さらに、担当者は他スタッフと日常の看護行為の中で、参加者の些細な変化についても共有し患者に対する共通認識を持つことが重要であると考えられる。この共通認識を促進させるためには、精神保健上の知識に関する技術や患者の精神症状から日常生活行動までの全般的なアセスメント能力の向上が必須である。加えてプログラム担当者と臨床看護師が円滑なコミュニケーションを基盤とした、関係を構築しておく必要もあると考えられる。

そして、心理教育によって、服薬の自己管理が行えるようになった等の治療を促進させる要因となったとい実感が必要である。そのためには、プログラム担当者自身が運営者として、臨床看護師と共に実践することによって、運営者の姿勢そのものを伝えと同時に互いに実践能力を高める必要があり、これらが心理教育を支える看護師援助技術を促進させ、今後も進展させていくことが求められる。

VIII 研究の限界と今後の課題

本研究は看護師の援助技術を心理教育プログラム外において、参加者に介入した場面の看護記録を基に帰納的に分析した。質的デザインとして分析結果の適応範囲には限界がある。さらに実施期間が数週間に及ぶことによる参加者の成熟の問題があり、効果の内的妥当性を脅かす因子を含んでいる。今後の課題は、下記の通りである。

- ① 質的記述の信頼性を高めるため、さらにデータを蓄積するとともに他施設との比較や理論的サンプリングを行う必要がある。
- ② 介入した看護師は8名でA病棟4名、B病棟4名であったが看護師の属性要因が結果に影響している可能性がある。今後は介入した看護師の属性から介入に至った要因について分析を行う必要がある。
- ③ 心理教育プログラムの有用性は実施者の姿勢に依拠するため、本プログラムの実施またはさらなる臨床実践するにあたり、実施者となるスタッフへの教育を継続していく必要がある。

(本論文は、平成22年度三重大学医学系研究科看護学専攻精神看護学分野の修士論文として提出した内容の一部に加筆修正したものである。)

文献目録

- ・酒井佳永 金吉春 秋山剛 (2000)：病識評価尺(The Schedele for Assessment of Insight)日本語版(SAI-J)の信頼性と妥当性の検討, 臨床精神医学, 29, p 177-183.
- ・大川希 大島巖 長直子 (2001)：精神分裂病の地域生活に対する自己効力感尺度(SECL)の開発, 精神医学, 43, p 727-735.
- ・日城広昭 町野彰彦 澤雅世 (2005)：統合失調症における病識や「薬に対する構え」の変化, 臨床精神医学, 34 (8), p 1073-1078.
- ・鈴木美穂 浮ヶ谷幸子 酒井郁恵 (2005)：プライマリーナーシングの評価, 日本精神科看護学会誌, 48 (1), p 324-325.
- ・佐伯幸浩 赤城いちよ 浮ヶ谷幸子 (2006)：統合失調症への集団心理教育の効果と影響を与える要因の研究, 日本看護学会論文集, 37, p 148-150.
- ・精神科急性期入院患者に対する心理教育プログラム施行による病識の変化 (2007)：日本看護学会論文集, 38, p 108-110.
- ・Jane Edwards Patrik D. McGorry (2001)／水野雅文 (2003)：精神疾患早期介入の実際 早期精神病治療サービスガイド, 金剛出版.
- ・Arthur J. Frankel Sheldon R. Gelman (2003)／野中猛 (2006)：ケースマネジメントの技術, 金剛出版.
- ・小林啓之著 水野雅文 (2009)：専門医のための精神科臨床リユミエール5 統合失調症の早期診断と早期介入, p 52-60, 中山書店.
- ・小林啓之 山澤涼子 根本隆洋 (2009)：前駆状態のアセスメントー症候学的観点からー日本精神・神経学会雑誌, 111 (3), 288-292.
- ・志井田孝 秋坂真史 (2004)：トロント市マウント際内病院 ACT チームの在宅医療, 病院・地域精神医学, 47 (2), 124-130.
- ・大島巖編 (2003)：ACT ケアマネジメント, ホームヘルプサービス, 精神障害者地域生活支援のデザイン, p 98-99, 精神看護出版.
- ・水野雅文 (2008)：専門医のための精神科臨床リユミエール5ー統合失調症の早期診断と早期介入ー, p 124-127, 中山書店.
- ・羽山由美子 水野恵理子 藤村尚宏 (2002)：精神科急性期病棟における服薬および治療への構えに関する患者心理教育の効果, 臨床精神医学, 31 (6), 681-689.
- ・連理貴司 (1995)：精神分裂病者に対する心理教育ミーティングの効果 疾病・薬物知識度調査の結果から, 精神医学, 37 (10), 1031-1039.
- ・鈴木啓子 中川幸子 (1996)：精神分裂病患者への心理教育的援助の効果に関する研究, 千葉大学看護学部紀要, 18, p 47-56.
- ・池淵恵美 納戸昌子 吉田久恵 (1998)：服薬及び症状自己管理モジュールを用いた心理教育の効果, 精神医学, 40 (5), 543-546.
- ・蒲田重治郎 (2004)：心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン (暫定版), 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究」, 2004.
- ・池淵恵美 (2001)：非定型抗精神病薬は精神障害リハビリテーションにどんな影響を与えるか, 精神障害とリハビリテーション, 5 (2), 133-141.
- ・藤井康男 (1998)：分裂病患者への抗精神病薬治療と Quality of Life. 臨床精神薬理, 1 (2), 135-151.
- ・白石弘巳 (1999)：心理教育をエンパワーするー当事者の回復の視点からー. 治療の聲, 2 (1), 61-69.
- ・Greenfeld D. Strauss JS. Bowers MB. (1989)：Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. Schizophrenia Bulletin, 15 (2), 245-252.
- ・吉尾隆 (2000)：こころの臨床 à la carte 精神分裂病の薬物療法 100 の Q&A p.261-263, 星和書店, 東京.
- ・前田正治 (1997)：なぜ精神分裂病患者に対して心理教育を行う必要があるのか?. 臨床精神医学, 26 (4), 433-440.
- ・安西信雄 池淵恵美 (1997)：サイコエデュケーションの概念と展開. 臨床精神医学, 26 (4), 425-431.
- ・Seltzer A. Roncari I. Garfinkel P. (1980)：Effect of patient education on medication compliance, Canadian Journal of Psychiatry, 25 (8), 638-645.
- ・鈴木啓子 中川幸子 (1996)：精神分裂病患者への心理教育的援助の効果に関する研究. 千葉大学看護学部紀要, 18, 47-56.
- ・西園マーハ文 (2000)：心理教育. 臨床精神医学, 31 (6), 287-290.

- 酒井佳永 金吉晴 秋山剛 (2000) : 病識評価尺度 (The Schedule for Assessment of Insight) 日本語版 (S AI-J) の信頼性と妥当性の検討, 臨床精神医学, 29 (2), 177-183.
- 藤井洋一郎 (1991) : 精神分裂病者の外来通院継続の要件—対処空間 (coping zone) について—. 分裂病の精神病理と治療 1. p.209-227, 星和書店, 東京.
- 羽山由美子 水野恵理子 藤村尚宏 (2002) : 精神科急性期病棟における服薬および治療への構えに関する患者心理教育の効果, 臨床精神医学, 31 (6), 681-689.

要 旨

本研究は、心理教育プログラムに参加する患者に対して、看護師が日常的にどのような援助を実践しているのかを明らかにし精神科看護師の援助技術を検討した。看護師の介入を看護記録から抽出し内容分析によって質的に分析した結果、【患者理解】【教育的介入】【動機付け】【態度】【多職種協働】というカテゴリーが抽出された。

心理教育プログラム外における看護師の介入では、看護師がこれまでの通常のケアで行ってきた技術と、プログラムを契機とした特徴的な援助技術が存在した。いずれの援助技術もプログラムに参加する患者を支え、心理教育を基盤としたより治療的な介入が行われていた。

看護師は心理教育プログラムを開始するに当たり、その目的や期待される効果と看護師の役割について十分な理解が必要であるとも考えられる。また心理教育プログラムによって提供される必要最低限度の情報と、患者の経験を繋ぎ合わせる作業が看護師の役割ともいえる。

キーワード : 精神科看護, 心理教育プログラム, 援助技術, 役割