精神科ニューロングステイ患者の地域生活移行支援のための
エンパワーメントアプローチ・プロトコールの実践適用

【博士論文　要約版】

2017 年

千葉大学大学院研究科

小宮　浩美

第 1 章. 研究の背景

1. 緒言

近年の世界の精神科医療は、地域を基盤にした統合的、包括的で、敏感に応答する精神保健福祉ケアサービスの拡充が求められている(WHO, 2013)。先進工業国では、1960 年代以降、施設収容型を中心とした精神科医療から地域生活を支える医療福祉へと財政的、政策的に転換がなされた。1960-70 年代には、イタリア、USA、オーストラリア、ノルウェーで、続いて 1980 年代に、フィンランド、アイルランド、スウェーデン、イギリスの精神科病床数が、軒並み減少した(佐々木, 2008)。しかし、日本の精神科病床は群を抜いて多い現状であり、地域生活移行支援は課題として残されている。

そもそも精神障害をもつ患者は、精神症状や生活機能の低下、対人障害、現実検討能力の障害があるために、地域生活に向けては幅広い看護が必要である。退院援助の調査では、看護師によって実施状況に差があった。本人の生活能力を高めるための「グループアプローチ」に並んで重要となる、患者と地域をつなぐための「社会資源の体験への同行」や「患者や家族への訪問指導」といった援助は、地域で暮らす精神障害者に対するケアの経験があったり、退院支援の研修会の受講経験があったりする一部の看護師によって提供されていた(岩崎, 小宮, 東本, 石川, & 山田, 2009; 青木, 2005)。つまり、精神科病棟の地域生活移行支援は、看護師によって実施状況にばらつきがあり、プロトコールなどにより、知識を実践に適用し、標準化する必要性がある。

一方で、精神科の患者は退院に対する心理的な葛藤を抱いている。大島ら(大島, 吉住, & 稲沢, 1996)は、精神科病棟に 1 年以上入院している患者への質問紙調査（154 施設、6,417 名）を行い、退院に対する意識とその形成要因を検討した。その結果、70.3%の入院患者が「いつも」もしくは「たまに」退院後の社会生活を考えている一方で、条件が揃えば退院したいかどうかについては、「ぜひ退院したい」は 34.5%にとどまり、「迷いがあるが退院したい」は 20.3%、「あまりもしくは絶対退院したくない」は合わせて 20.1%であった。石川（2011）は、入院期間 1 年から 5 年以内の比較的新しい精神科入院患者（精神科ニューロングステイ患者という）である 6 名の方へのインタビュー調査より、入院生活の体験の構造を明らかにした。この研究においても、精神科ニューロングステイ患者は、普通の暮らしを希求しながらも、退院に向けた心理的葛藤を抱いていた。

そして、この心理的な葛藤には患者の生活への自信のなさが影響しているといえる。精神疾患から生じる日常生活における活動の制限、強制入院が法的に正当な処遇とされていることをはじめとする専門職主導型の治療関係、加えて社会的差別や偏見によって、本来個人が持っている力が奪われている。精神病は、認知の障害であり、自分の生活を維持するために妥当な判断ができないことがある。また、青年期に発症することが多く、人生経験の未熟さから自己尊重感が低下している。よって、生活における様々な選択肢の存在を知らないばかりか、自分に選択する権限がある感覚がなく、地域生活の希望を醸成されな

いまま、日々を精神科病棟で過ごしている。さらに、入院期間が長期になれば社会と隔絶された経験により、地域生活のイメージが持てなかったり、現実的でなかったりする。地域生活においては、一日をどのように過ごすかといった些末なことから、どこで、どのように暮らすのかといったことまで、多くの決定を患者が担うことが求められる。よって、まずは患者自身が意思決定の権限をもっていること、情報と資源へのアクセスをもっていること、自分が自分の人生の変革者であることなどの感覚を取りもどすこと、つまりエンパワーメントが地域生活移行支援の要であるといえる。

しかし、精神科ニューロンブステイ患者の多くが入院している精神科療養型病棟や精神一般病棟は、看護師の人員配置が少ない上、患者の高齢化により身体合併症ケアも多く、慢性的にマンパワーが不足である。プロトコールを紙媒体で作成した場合は、数百ページになり、これを閲覧することは看護師の負担を増すと考えられる。

そこで本研究においては、精神科患者の地域生活移行支援のためのエンパワーメントアプローチ・プロトコールをタブレット端末上のアプリケーションとして開発し、そのフィージビリティ（実行可能性）を検討する。

プロトコールを開発し、フィージビリティを検討することは、精神科患者の地域生活移行支援のためのエンパワーメントアプローチ・プロトコールの実践適用における阻害要因と促進要因を明らかにすることにつながり、地域生活移行支援を進めるための示唆を得ることができると考える。

2. 用語の定義

１）エンパワーメント

エンパワーメントを、「自分自身の生活や自分が置かれた生活環境・社会に対する力を持つことであり、自信を高め、周囲に働きかけていこうとする気持ちの状態(Rogers, Chamberlin, Ellison, & Crean, 1997)」とする。

２）実践適用

知識を実践に適用することに関連する概念には、普及（Diffusion）、伝播(Dissemination)、実践適用（implementation）の三つがある(Lomas, 1993)。実践適用は、知識や革新が自然に広がっていく過程を指す「普及」やより積極的な知識の伝わりを表すが、情報の受け手の変化を必須としない「伝播」と異なり、情報の受け手が知識を実践に取り入れ、行動が変化することを目的とした能動的な試みを指す概念である。本研究では、実践者が地域生活移行支援に関する知識を取り入れ、実践が変化することに焦点をあてている。よって、実践適用（implementation）を「効果的なコミュニケーション戦略と、その実践の場で有効な管理的・教育的な技術を用いることによって、変化に対する障壁を特定し、乗り越えながら、実践の場に革新やエビデンスが実行されるプロセス」とした。

第 2 章　本研究の目的

本研究の目的は、精神科患者の地域生活移行支援のためのエンパワーメントアプローチ・プロトコールの実践適用において、タブレット端末を用いたアプリケーションのフィージビリティ（実行可能性）を検討することである。

第 3 章　研究1　精神科ニューロングステイ患者の地域生活移行支援のためのエンパワーメントアプローチ・プロトコールの作成

第 1 節　研究1－1　精神科ニューロングステイ患者の地域生活移行支援のためのエンパワーメントアプローチ・プロトコールアプリ ver.1 の作成

１．研究目的

研究１―1 の目的は、地域生活移行支援のためのエンパワーメントアプローチ・プロトコールアプリ ver.1 を作成することである。

２．研究方法

１）研究期間

平成 26 年 1 月から平成 27 年 10 月

２）プロトコールの構成要素と作成方法

プロトコールとは、原義は議定書であり、実験や治療の実施要項（計画）の意味として使われ（新英和中辞典)、看護においては、高齢者の生活機能再獲得のために看護師が行うべきことを明文化したもの(中島, 2010)や、精神看護専門看護師が行う実践を整理したもの(野末 他, 2012)を示す。これらのプロトコール開発の研究を参考にすると、プロトコールの構成要素には、①プロトコールで取り扱っているケアサービス項目に関する基本的概念、②プロトコールを使用した時の到達目標、③適応基準、④アセスメント項目、⑤具体策、⑥評価方法と評価の視点が含まれる。これらプロトコールに含まれる構成要素ごとに作成した。

３）アプリケーションの作成と利用状況のデータ収集のためのシステム作成

（1）アプリケーションの作成理由

本プロトコールに含まれるコンテンツが膨大になること、忙しい臨床現場では紙媒体のプロトコールではなく、PC 上で起動するアプリケーションのソフトにすることで看護師が利用しやすくなると考えられた。また、キーボードやマウスといった入力機器を使用するノート型パソコンより、直接操作が可能なタブレット型 PC のほうが簡便に利用できる。よって、プロトコールはタブレット上で起動するアプリケーションとして作成することとした。

（2）アプリケーションの作成方法

アプリケーションの作成は、研究者が作成したコンテンツとアプリケーションの使用目

的、構想、想定される使用状況などをシステム開発の業者に依頼した。

（３）利用状況のデータ収集のためのシステム作成方法

研究２のデータ収集方法を業者に伝え、アプリケーションを看護師が使ったデータをサーバー上で収集できるシステム開発を依頼した。

２．結果（研究１－１）

１）プロトコールの構成要素のコンテンツ

（１）基本的概念の説明

本プロトコールが用いる基本的概念は、エンパワーメントとストレングスであった。プロトコールの解説動画には次の内容を含めた。精神科の入院患者は社会的差別や偏見、それまでの人生経験からパワレスな状態であるが、地域生活では自分で決めていくことが要求されており、「自分自身の生活や自分が置かれた生活環境・社会に対する力を持ち、自信を高め、周囲に働きかけていこうとする気持ちの状態」つまり、エンパワーメントされた状態になることが必要であることを解説した。そして、エンパワーメントアプローチとは、看護師が患者の強み（願望、能力、自信などの患者が持つ力）に働きかけ、患者の生活する力や自信を高め、患者が周囲に働きかけていこうとする気持ちの状態になることを目指したアプローチであることを説明した。そして、宋らのエンパワーメント・アプローチに基づく精神保健福祉士の実践行動(栄 & 岡田, 2005)を参考に、精神科病棟で看護師が実践に応用できる部分を５つの基本方針にまとめた。「①患者の話を傾聴し、対話する（日にちを決めて面談をする)、②患者が希望する行動の実現を目指す、③患者の強さや持ち味、健康的な部分の発揮をうながす、④患者の問題行動を責めない（問題行動が出にくい環境に改善)、⑤患者自身が他人に頼られる経験を通して、自分の存在の必要性を実感してもらえる機会をつくる」をエンパワーメント・アプローチの基本方針とした。

（２）プロトコールを使用した時の到達目標

本プロトコールでは、患者の退院準備状態が高まること、患者がエンパワーされることを目指した。

（３）適応基準

急性期を脱している精神科入院患者であり、退院のための取り組みやプロトコールアプリの適用によって自殺念慮の発現などの精神状態に悪影響がないと医師が判断した患者を適応基準とした。

（４）アセスメント項目

プロトコールに含めるアセスメント項目には退院準備状態アセスメント尺度を用いた。退院準備状態アセスメント尺度は、文部省科学研究費補助金（平成 23～25 年）による「精神科入院患者の強みを取り入れた退院準備状況アセスメント表の開発と使用効果（研究代表者　小宮浩美)」の研究で開発した。退院準備状態アセスメント尺度（ver.2）の妥当性（構成概念妥当性、基準関連妥当性）と信頼性（内的整合性、同等性）は支持された。

この尺度では、退院準備状態について患者の強み（ストレングス）に焦点をあてて表現

した。地域生活移行支援について患者と共有できること、看護師が強み指向になることでエンパワーする関係性になれることを期待した。結果として、尺度の因子名は全て強みの表現になった。しかし、因子構造としては、個人のストレングスに含まれる願望、能力、自信のうち、患者の能力に関する項目が中心であったこと、「自分なりの希望がある」、「退院への意欲がある」といった願望や自信に該当する項目は二つしかなく、これらは２.『自分の移行や変化を周囲に表現する力』の因子に含まれた。

以上から、本尺度は患者の強みのうち、願望や自信に関する項目は少ないが、精神科の看護師が入院患者の退院準備状態についてのアセスメントに活用できると考えられ、アセスメントのためのコンテンツとした。

（５）具体策

プロトコールに含める具体策は、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業による「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究（研究代表者　伊豫雅臣）」の一部として研究者が研究協力者として平成 19 年から 21 年度に研究結果（分担研究者　岩崎弥生）を用いて作成する。平成 19 年度に行った退院援助事例の調査と看護師へのインタビュー調査から、退院援助項目を抽出し、先行研究の結果を踏まえて、退院援助 43 項目を抽出した。平成 20 年度は、患者の退院困難度(佐藤 et al., 2008)とその患者に行っている退院援助 43 項目の実施頻度を四件法（「よくしている＝４点」、「ときどきしている＝３点」、「あまりしていない＝２点」、「まったくしていない＝１点」）調査した。平成 21 年度は、退院準備状態アセスメント尺度（ver.2）のもとになった退院準備状態アセスメント項目（28 項目）と退院援助 43 項目を用いて調査を行った。これらの結果で、退院援助 43 項目が退院援助の項目として妥当であることは確認できた。今回のプロトコールの作成については、退院援助 43 項目をプロトコール試案に用いた。

これらの退院援助を援助項目とし、またそれぞれの援助項目には、看護師が援助項目の理解が深まるよう、具体的な患者とのやりとりがイメージできるような表現に留意しながら研究者が独自に具体例を作成した。

（６）評価方法と評価の視点

看護師による退院準備状態アセスメント尺度（ver.2）を用いた評価とエンパワーメント尺度(畑 et al., 2003)を用いた患者自身の自己評価を行うこととした。エンパワーメント尺度は、地域で生活している精神障害者においては妥当性と信頼性が確認できているが、入院している患者においても使用可能かどうかは検討されていない。しかし、他に精神障害者のエンパワーメントを測定する尺度はない。入院患者の場合、精神症状の存在のため利用するにあたっては慎重に行う必要があった。

２）アプリケーション ver.1 の作成

（１）端末

Apple 社の iOS か Google 社の Android かの 2 択であったが、Android の方が端末の価格が安いことから Android の ASUS ZenPad 8.0 を採用した。

（2）アプリケーションの構成

プロトコールを使用する目的は、プロトコールで扱う主要な概念が理解でき、また患者のアセスメントができ、必要な看護の具体策が導き出されることであるため、アプリケーションの構成は、①ログイン画面、②エンパワーメントアプローチについての解説動画、③退院準備状態アセスメントチェックの画面、④退院援助の選択画面とした。

ログイン画面では、データ収集の必要性から、使用した対象者を特定するため、当該病棟の看護師の氏名のリストから、自分の名前を選ぶようにした。

エンパワーメントアプローチの解説動画は、エンパワーメントアプローチやストレングスを解説するナレーションや動画の作成を予定したが、試作版には間に合わなかった。

退院準備状態アセスメントチェックは、自分の受け持ち患者のうち、一人を想定して退院準備状態アセスメント尺度に回答した結果が、因子ごとの得点がレーダーチャートで表示されるようにした。退院準備状態アセスメント得点の目安として、退院準備状態の調査結果の平均値と比較できるようにした。これは、対象者の実践適用へのコミットメントを構築するのに、効果の見える化とベンチマークが有効であるという Iowa モデルの知見(Cullen & Adams, 2012)を利用した。看護師が自分の受け持ちの点数が一般的にどう解釈できるのかを考えられるように、退院準備状態の平均値は、尺度開発時の妥当性検証の調査結果（n＝379）の平均値を用いた。

退院援助の選択画面は、大項目ごとにページが遷移するようにし、各援助項目の具体例は「解説」のボタンを押すとポップアップで出てくるようにした。援助項目の抽出結果が印刷できる仕組みにした。これは、実践適用の対象者の知識とコミットメントを構築するためには、いつでも手にしていられるようなポケットガイドが有効であるという Iowa モデルの知見(Cullen & Adams, 2012)にヒントを得た。

（3）アプリケーションのシステム

Android タブレット側は、ウェブページを表示しそこで操作をする方式ではなく、アプリ（ネイティブアプリ）を開発し、各端末にインストールする方式にした。理由は、病院内での利用の場合、ネット接続ができない可能性もあり、ウェブページ方式ではまったく対応できなくなる。また、病院内 Wi-Fi があったとしても、セキュリティの観点から院内メンバー以外に公開しているケースは非常に少ない。それらを考慮し、ウェブページ方式ではなく、アプリ方式にした。

本研究では、アプリを使ったアセスメントや援助項目選択の結果を他の看護師の方や患者さんと共有することが目的の一つであったため印刷できる仕組みも構築した。利用しやすいよう無線でのデータ送信が可能であり、軽量である EPSON PX-S05W を採用した。

3）データ収集のためのシステム開発

インターネット上であることからパスワードや暗号化を施し、個人を特定することにつながるような情報はサーバー内で保存することはないようにした。タブレットのアプリケーション画面では、看護師の個人名のリストが出てくるが、サーバー内で保存するときに

はID化した。データ集計サーバーは、sakura VPSサーバーを利用した。サーバーにデータが蓄積されるタイミングとして、アプリケーション１（退院準備状態アセスメント）、アプリケーション２（援助項目の選択画面）それぞれを最後まで閲覧し、印刷画面のプレビューを提示したタイミングとした。これらのシステムは、市販のもので対応できるものがなかったため、Androidアプリ・データ解析サーバシステムともに、本研究用に業者が開発した。

３．考察（研究１－１）

プロトコールはタブレット上で起動するアプリケーションとして開発した。これは、プロトコールに含まれる退院準備状態アセスメントの集計結果が掲示される仕組みにしたことと、援助項目とその解説のページが膨大になるため、紙媒体でのプロトコールの作成は困難であったことが理由であった。忙しい臨床現場においては、自分が必要な情報だけが抽出できるアプリケーションは看護師に受け入れられると予想できた。しかし、タブレットに不慣れな看護師の場合、嫌煙される可能性がある。実装のためには、アプリケーションの利用マニュアルの整備などが必要となると考えられた。

援助項目については具体的な解説を付けたが、ボリュームが多くなってしまった。エキスパートパネルの意見をもって、援助項目と具体的な解説については洗練する必要があると考えられた。

第2節　研究１－２　プロトコールアプリver.1についてのエキスパートパネル

１．研究目的

エキスパートパネルの結果から、プロトコールアプリ ver.1の援助項目の内容妥当性を検討し、コンテンツの修正点を明らかにする。

２．研究方法

１）研究期間　平成27年11月から平成28年3月

２）データ収集方法

（１）対象者の選定基準

参加者は、日本国内の精神科の地域生活移行支援の看護に精通する専門家とし、3名から5名とする。参加候補者の選定基準は、以下の全てを満たすことを条件とした。

選定基準１：精神科病院の精神科病棟において看護師として勤務した経験を持つ。

選定基準２：日本精神科看護技術協会が認定する認定看護師（退院調整）の資格を有する。

選定基準３：対象者本人から研究参加の同意が得られている。

（２）対象者の募集

エキスパートパネルに参加する専門家は、ネットワークサンプリングにて募集した。まず、研究者の知人の認定看護師（退院調整）に研究の依頼を行い、承諾を得た。その後、知人の認定看護師（退院調整）の推薦を依頼し、本人の了解を得てから、研究者から電子

メールと電話で研究の概要を説明した。文書の郵送の許可を得た後に、研究関連の文書を郵送し、口頭で研究協力の承諾を得た。エキスパートパネルの日程を調整し、当日再度研究説明を行い同意書への署名を持って研究参加への同意を確認した。

（３）エキスパートパネルの内容

研究者が作成したエンパワーメントアプローチ・プロトコールの開発過程と結果を説明した後に下記に関してのインタビューを実施する

①エンパワーメントアプローチ・プロトコールの開発過程に対する意見

②援助項目と具体例の妥当性

③エンパワーメントアプローチ・プロトコールに追加すべきもの

④病棟での使用可能性、活用方法について

（４）倫理的配慮

対象者の任意性の保障、 安全性・負担の軽減の保障、プライバシー・匿名性・個人情報の保護に留意した。なお、研究実施前に、千葉大学大学院看護学部倫理審査委員会に研究計画書を提出し、倫理面での問題がないかについて審査を受けた（承認番号 25－114）。

３．結果（研究１－２）

１）対象者の概要

エキスパートパネルの参加者は、日本精神科看護協会が認定する認定看護師（退院調整）の資格を持つ４名であった。１名の参加者はエキスパートパネル当日に調整がつかなくなったため、3 名で行った。その１名には別日にインタビューを行った。

２）エキスパートパネルでの援助項目の妥当性の検討

エキスパートパネルにおいて援助項目の妥当性について検討した結果、いくつかの項目を除き臨床的に妥当であることが確認できた。援助項目数が多いとスタッフは見なくなるので似通った援助はまとめたほうがよいという意見があった。よって、９つの項目を削除し、１つの援助項目を追加し、２つの項目の表現を修正し、43 の援助項目を 35 の援助項目に集約した案を作成した。

３）具体例の妥当性の検討

エキスパートパネルにおいて、援助項目の具体例の妥当性についても検討した。内容は妥当だが、どれも具体例の文字数が多く、スタッフが読まない可能性が指摘された。ただ具体例があることは援助項目の理解を助けるので、表現をシンプルに修正したほうがよいという意見であったため、具体的な関わりの言葉を中心にした表現に修正した案を作成した。

（２）プロトコールアプリ ver.1 の修正

プロトコールアプリ ver.1 について、エキスパートからの意見を参考に修正した。プロトコールアプリ ver.1 の退院準備状態アセスメントチェック結果も印刷できるようにし、使う文字を全て大きく修正し、プロトコールアプリ ver.2 を作成した。

（３）本プロトコールアプリの利用可能性についてのエキスパートの意見

本プロトコールアプリの臨床での利用可能性についてのエキスパートの意見は以下のとおりであった。地域生活移行支援の知識の普及は難しく、あまり実施できていない現状であること、しかしやる気のあるスタッフは存在するので、アプリの利用可能性はあるという意見が得られた。

４．考察（研究１－２）

エキスパートパネルにより、プロトコールアプリ ver.1 の援助項目と具体例の妥当性は検討できた。援助項目は 43 項目から、35 項目に集約し、具体例も援助の解説部分は除き、患者や家族との関わりの具体的なやりとりを表現するようにした。これは、援助項目が看護師の地域生活移行支援の実態把握のために作成した項目を参考にしていたが、看護師が使える知識とするには、まず内容を読む意志を損なわないようにする必要がある。看護師は多くの文章を読むことを嫌うというエキスパートの意見があった。これは臨床現場では忙しく動き回っているから、落ち着いて読むことが出来ないということだけではなく、文字の多さを嫌う性質があることが示唆された。

現状においては、高齢合併症のある患者に手が取られていること、自分のルーチン業務をこなして定時で帰るという文化、成功体験がなく地域生活移行支援をすることを看護師があきらめていることから、患者の退院意欲の向上のための援助が実施できていないという意見であった。そこに、アプリの存在は、看護師の地域生活移行支援に向かう気持ちやや能力育成に期待できると考えられた。

第 3 節　研究１－3　システムの動作確認のためのプロトコールアプリ ver.2 の試行

１．研究目的

プロトコールアプリ ver.2 の動作確認と内容の修正点を明らかにする。

２．研究方法

１）研究期間

平成 28 年 3 月 14 日から 3 月 31 日

２）研究対象

（１）研究依頼施設

以下の選定条件を全て満たす病棟 1 箇所とした。

①精神科療養病棟入院基本料もしくは精神病棟入院基本料を取っている病棟である。

理由：ニューロングステイ患者が多く入院している（精神科病棟全体 21.3%、精神療養病棟入院料 31%、精神病棟入院基本料 21.5%(厚生労働省, 2011)）。

②院長および看護部長による研究協力の承諾が得られており、病棟の管理者に研究協力の意志がある。

理由：本研究は、研究協力者が病棟スタッフに地域生活移行支援プロトコールを提供し、病棟スタッフが地域生活移行支援プロトコールを受け持ち患者に用いる。そのため、院長および看護部長、病棟の管理者に研究の協力をする意志があることが必要である。

（２）対象者

上記の病棟で働く病棟看護管理者および病棟看護師である。

３）データ収集

（１）アプリケーションの試行

アプリケーションの動作確認と修正点を検討するため、病棟にプリンターとアプリケーションを組み込んだタブレットを 2 週間程度設置し、試用してもらった。アプリケーションには、利用状況をタブレットからサーバーに自動でデータが集約されるシステムを組んだので、実際に利用するか、どのような時間に利用するかなどのデータを収集した。

（２）データ収集

アプリケーションの利用上の主な課題を明確にするために、ノートを配布し、スタッフに気づいたことを記入してもらい、これを用いながら看護師長にインタビューを行った。インタビューデータは、逐語記録に起こし内容分析を行った。この結果から、アプリケーションの動作確認と修正点を検討した。

（３）対象属性

対象施設、病棟、看護師の特徴を把握するため、フェイスシートへの回答を依頼した。

４）倫理的配慮

対象者の任意性の保障、 安全性・負担の軽減の保障、プライバシー・匿名性・個人情報の保護に留意した。なお、研究実施前に、千葉大学大学院看護学部倫理審査委員会に研究計画書を提出し、倫理面での問題がないかについて審査を受けた。

３．結果

１）対象病棟

A 県内の精神科病院にある療養型病床群の開放病棟である。

２）対象看護師

上記の病棟の看護師 10 名である。

３）試行データ

7 名の看護師による 14 回分の利用データが得られた。ID、利用日、時間、回答状況について、看護師個々のデータが収拾できていることが確認できた。

４）プロトコールアプリ ver.2 の修正のための意見

試行後の看護師長に対するインタビューでは、以下の意見があった。

・最初の使い方の説明のパワーポイントは変わるのが早すぎて理解できない。字が細かい。

・プリンターとタブレットがつながるまで時間がかかる。接続の不具合があり、印刷が途中で中止になることが２回あった。

・援助項目が多いと印刷が切れてしまう。
・退院準備アセスメント結果の数字がダブってわかりにくい。
・平均の値の根拠を説明してほしい。
・教育としてスタッフへのケアの説明に使用できるので、援助項目の解説が複数ページになった場合でも印刷できるようにしてほしい。
・援助項目を看護計画と連動させたいが、ADL などの違いはあるのに似たような解説になっているので適切ではない。患者によってはチェックをつけられない援助項目がある。チェックした項目によって、後の質問が自動的に変わる様にしてほしい。
・家族の退院に対する思いを確認することは家族の退院への協力が得られないことは少なくないので、退院をさせられるという不安のほうが強い。
・家族の退院に対する思いを確認するという内容は良い。家族の退院に対する不安や困難を把握し、対応するの項目も良い。しかし、家族ケアがフローチャートで出てくるとなおよいのではないか。例えば、家族の思いを確認し、退院する気持ちがあるなら、自宅か自宅以外か、自宅以外ならグループホームか、アパートかを選ぶ。家族が退院したくないなら、理由は不安や高齢、生活不安なのか、生活不安ならどういう内容かと流れていくようなフローチャート。患者本人も同じように退院したくないか、退院したいか、その後枝分かれする。

５）プロトコールアプリ ver.3 の作成

以上の結果から、プロトコールアプリ ver.2 を以下のように修正し、プロトコールアプリ ver.3 を作成した。

このアプリの使い方、エンパワーメントアプローチに関する解説は音声を入れた動画とした。退院準備状態の退院可能な目安として、退院準備状態の調査結果の平均値と比較できるようにした。これは、対象者の実践適用へのコミットメントを構築するのに、効果の見える化とベンチマークが有効であるという Iowa モデルの知見(Cullen & Adams, 2012)を利用した。退院準備状態の平均値は、尺度開発時の調査結果を用いた。Ver.2 では、自分の受け持ち患者の退院準備状態が一般的にはどの程度なのか判断する基準として、当尺度の妥当性を調査したときの全サンプル（n＝379）の平均値を用いていたが、エキスパートパネルでの退院可能な目安なのかどうかが判断できる基準のほうがよという意見から、看護師がすぐにでも退院可能と判断している患者（n＝12）の平均値を退院可能な目安として用いた。援助項目と具体例の修正案に変更した。しかし、優先的に必要な援助が自動で表示されるような仕組みにすることはできなかった。タブレットとプリンターとの接続方法を変更した。看護師が選んだ各援助項目と具体例すべてが印刷できるようにした。全体的に文字を大きくした。

４．考察（研究１）

プロトコールアプリケーション ver.1 に対し、4 名のエキスパート意見をもとに援助項目

と具体例の妥当性を確認した。援助項目の集約と具体例の表現の見直し、仕様を修正した ver.2 の施行の結果をふまえ、プロトコールアプリ ver.3 が完成した。プロトコールアプリ ver.3 は、エンパワーメントアプローチについての解説動画、アプリケーション 1（退院準備状態アセスメント）、アプリケーション２（援助項目の選択）で構成された。

退院準備状態アセスメントは、妥当性、信頼性ともに確認済みであるが、患者の実際の行動を評価する表現ではなく、アセスメントした結果で表現されている。そのため、患者についての情報がないと妥当な結果が得られない可能性がある。

また、当初、援助項目の具体例は理解が深まるように、それぞれに詳細な内容を入れ込むことを予定していたが、あまり文字数が多いと看護師が読まないという指摘から、内容を精選し、表現を修正した。このことで、援助項目の理解が十分になされるかは検討が必要である。また、今回援助項目の妥当性を評価したのはエキスパートであり、経験があまりなかったり、教育背景が異なったりする看護師にも理解可能であるかは研究２の結果から検討する必要がある。

固定のデスクトップ型 PC やノート PC ではなく、片手で操作できるタブレットにしたことにより場所を選ばず、看護師複数名で立ち話をしながらや患者のベッドサイドに持参して使われることを想定した。今回の試行病棟では、アプリケーションの動作上の検討が目的であったため、患者への適用はしていない。実際の運用でどのような使われ方をするかは研究 2 で明らかにする必要がある。

エキスパートパネルおよび試行調査病棟でも同様に意見があった、その患者の今の退院準備状態の段階で必要な援助項目が自動で提示される仕様については今回アプリ ver.3 には組み込めなかった。その患者に必要な援助項目は看護師が自分で選ぶ仕様になった。このことで、実際の利用にどのような影響があるか研究２で検討する必要がある。

第4章　研究2　精神科における地域生活移行支援のためのエンパワーメント アプローチ・プロトコールのフィージビリティの検討

１．研究目的

本研究の目的は、精神科における地域生活移行支援のためのエンパワーメントアプローチプロトコールのフィージビリティ（実行可能性）を検討することである。

２．研究方法

１）研究デザインの選択理由

フィージビリティスタディでは、介入の開発段階の違いにより選択する研究デザインが変わる。つまり、介入が初期的な開発段階であり、実装なされていない段階か、実装できることは証明されており、介入の有効性を検証する段階か、介入の有効性はわかっており、あらゆる状況への適用を目指せる段階かによって、採用される研究デザインが異なる

(Bowen et al., 2009)。実装できるかどうかわかっていない初期段階では、前後比較研究デザインが採用され、効果評価研究では比較群をおいた実験研究や RCT（Randomized Control Trial）が適しており、あらゆる状況への適用を検証するときには前後比較研究デザインやメタアナリシスなどが適しているといわれる(Bowen et al., 2009)。

本研究での地域生活移行支援プロトコールにある看護援助は、看護師へのインタビューと先行研究の結果から項目を作成した質問紙調査の結果を用いている。看護師が有効だと判断し実施している看護援助ではあるが、有効性の検証はされていない。よって、介入は初期的な開発段階であるため、本研究においては前後比較研究を実施した。

２）研究期間

平成 28 年 4 月から平成 28 年 10 月

３）研究対象

（１）研究依頼施設

以下の選定条件を全て満たす施設とした。

①エキスパートパネルに参加したエキスパートが勤務している施設である。

理由：エキスパートパネルにて援助項目についての妥当性について合意できている。

②精神科療養病棟入院基本料もしくは精神病棟入院基本料を取っている病棟である。

理由：ニューロングステイ患者が多く入院している（精神科病棟全体 21.3%、精神療養病棟入院料 31%、精神病棟入院基本料 21.5%(厚生労働省, 2011)）。

③院長および看護部長による研究協力の承諾が得られており、病棟の管理者に研究協力の意志がある。

理由 : 本研究は、研究協力者が病棟スタッフに地域生活移行支援プロトコールを提供し、病棟スタッフが地域生活移行支援プロトコールを受け持ち患者に用いる。そのため、院長および看護部長、病棟の管理者に研究の協力をする意志があることが必要である。

（２）対象者

上記の病棟で働く病棟看護管理者および病棟看護師である。またエンパワーメント尺度への回答を依頼する患者は、上記病棟に入院している患者のうち研究協力により病状の悪化がない者である。

４）データ収集

各病棟の看護管理者を研究協力看護師とし、研究者はこの看護師にプロトコールの紹介を行った。スタッフナースへのプロトコールの説明は研究協力看護師が行った。スタッフナースが地域生活移行支援プロトコールを各患者への援助に使用した。アプリケーションは各病棟に 3 ヶ月間の設置を依頼した。

フィージビリティスタディにおける研究の焦点には、「容認性、需要、実装、実用性、適合、統合、拡張、限定的な効果」がある(Bowen et al., 2009)。これらの焦点ごとのデータを収集した。

５）データ分析方法

アプリケーションの利用状況の分析については、サーバーに蓄積されたデータを対象者ごとに、日付、時間、使い方から、動作種別の分類を明らかにしたのち、分類ごとの動作回数をカウントした。また、看護師ごとのタイムラインを作成し、頻度の多い動作時期を明らかにした。時間帯ごとの動作回数のグラフを作成し、動作の多い時間帯を明らかにした。これらのデータ分析のうち、動作種別の分類以外はアプリケーション開発業者に依頼した。

アプリケーションの利用の関連要因の探索は以下のように行った。

推測統計として、看護師の属性のうち、名義尺度のもの（性別、職種、職位、地域で暮らす精神障害者へのケアの経験の有無、地域生活移行支援への興味の有無、日々の実践での看護計画参照の有無、IT スキルの有無、新しいことの実践への取り入れの有無）については、アプリ１利用・非利用とのクロス表を作成した。アプリ１利用・非利用で各郡の母集団に有意な差があるかどうか推測統計を行った。サンプル数全体が少なく、１つのセルが 5 以下になることが多いため、Fisher の正確確率検定を行った（有意差 $p < 0.05$ とする）。看護師の属性のうち、比率尺度のもの（年齢、看護師経験年数、精神科勤務年数）については、アプリ１利用・非利用の両郡で分布に有意な差があるかどうか推測統計を行った。正規分布は仮定できないため、検定方法は Mann-Whitney U test を行った。また、効果量、検出力を計算し、結果の採用を検討した。

一方で、推測統計で有意差が見られた変数について、記述統計としてグラフを作成し、データの特徴を明らかにした。

６）倫理的配慮

対象者の任意性の保障、 安全性・負担の軽減の保障、プライバシー・匿名性・個人情報の保護に留意した。なお、研究実施前に、千葉大学大学院看護学部倫理審査委員会に研究計画書を提出し、倫理面での問題がないかについて審査を受けた。

３．結果（研究２）

１）対象の概要

（１）対象施設の概要

研究協力の得られた施設は、関東近県の２つの精神科病院であった。

（２）対象病棟の概要

対象病棟は、精神療養型病床入院料を取っている病棟が 3 病棟（開放病棟）、精神病棟入院基本料（10 対１）を取っている病棟が 2 病棟（閉鎖病棟）であった。

（３）研究協力同意書の提出状況

研究協力の依頼看護師数は、全病棟合わせて 77 名であった。うち、研究協力の同意が得られたのは 54 名であり、2 名の異動者および属性調査の未回答者を除いた 43 名の看護師を研究対象者とした。

（４）各調査への協力数とアプリの利用状況

43 名の看護師は、単にアプリケーションの項目を閲覧しただけではなく、患者への適用

を想定してアプリケーションを利用したかどうかで 4 つのグループに分類した。患者への適用を想定した利用かどうかは後述するデータクレンジングの結果を用いて分類した。

２）アプリケーション利用状況

研究期間における対象者全体の動作回数は、アプリ 1 は 208 回、アプリ 2 は 71 回であった。動作分類ごとの動作回数は、利用が 113 回と最も多いが、再表示と試用も 117 回と利用と同程度にあり、他 ID 借用は一人の看護師長が行ったことであるが、49 回もあった。アプリの動作の時間帯は夜中の 2 時と日中の 15 時にピークがあった。アプリ利用状況別の看護師数は、対象者 43 名中、アプリ 1 ・ 2 両方を利用した看護師は 18 名（41.9%）、アプリ 1 のみ利用は 10 名（23.2%）、アプリ 2 のみ利用は 1 名（2.3%）、どちらのアプリの利用もなかったのは 15 名（34.9%）であった。

３）アプリケーション 1 の印刷・非印刷者別看護師の属性の比較

本アプリは、プロトコールとして構成されているため、アプリ 1 の退院準備状態アセスメントを印刷利用していることが必須である。よって、アプリ 1 を印刷利用した群とそれ以外で分け、2 群の看護師の属性を比較した。

その結果、有意差が見られたものは、年齢、看護職勤務年数（月）、精神科勤務年数（月）、新しいことの実践への取り入れの有無であった。アプリケーション 1 の利用群のほうが、年齢、看護職勤務年数（月）、精神科勤務年数（月）の平均ランクが高く、新しいことの実践への取り入れがあると答えていた。しかし、有意確率を 0.05 以下とした場合、年齢、看護職経験、精神科経験の推測統計（Mann-whitney U 検定）の結果の検定力は 0.33 であり、「新しいことを実践に取り入れている」の推測統計（Fisher の直接確率検定）の結果の検定力は 0.06 であった。

４）実践適用のプロセス

介入後の質問紙調査の結果をもとに、実践適用のプロセスを明らかにした。まず、アプリケーションが搭載されたタブレットについての事前の利用意図は、対象者 43 名中 8 名が「ぜひ使ってみようと思った」、31 名が「使ってみようと思った」と答えており、90.7%が利用意図を持っていた。実際のタブレットの初回利用時は、マニュアルを参考にしながらも含めると 24 名（55.8%）が一人で操作できており、13 名（30.2%）が他者の力を借りながら操作していた。全くタブレットを使っていないと答えたのは 5 名（11.6%）、無回答 1 名（2.3%）であった。エンパワーメントアプローチの解説動画を閲覧したのは、12 名（27.9%）であり、13 名（30.2%）が動画を見ておらず、11 名（25.6%）は動画をみたかどうかわからないという回答だった。動画を見たと答えた 12 名全員がエンパワーメントアプローチについて理解できたと答えているが、援助に取り入れられたのは 3 名のみであり、9 名は取り入れられなかった。

次に、アプリ 1 （退院準備状態アセスメントチェック）を利用し、印刷したのは全対象者 43 名のうち 28 名（65.1%）であり、15 名（43.9%）はアプリ 1 の印刷まではしていな

い。アプリ 1 利用者 28 名のうち、無回答 4 名を除く 24 名の印刷物の利用方法（複数回答）は、「他のスタッフと共有した」のが 14、「患者さんの変化を比較した」が 6、「患者さんと共有した」が 5、「複数の患者さんで比較した」が 3、「その他（自分で見ただけ、うまく使えなかった)」が 5 であった。利用の結果は、「患者さんの退院準備状態について、私が理解できた」が 19、「誰が退院に近い状態にある患者さんか、私が理解できた」が 4 、「患者さんが自らの退院準備状態について理解できた」が 2 、「患者さんが自らの強みについて気づくことができた」が 2、「その他（うまく使えなかった)」4 の回答数であった。

そして、アプリ 2（退院援助と具体例）の利用は、印刷まで利用したのはアプリ 1 を利用した 28 名中 16 名（57.1%）であり、印刷まで利用しなかったのは 10 名（35.7%)、無回答 2 名(7.1%)であった。全対象者 43 名中プロトコールとして利用したのは 16 名(37.2%)であった。アプリ 2 利用者 16 名のうち 9 名が「援助項目を選べた」と答え、7 名は「あまり選べなかった」と答えた。アプリ 2 利用者 16 名の印刷物の利用方法（複数回答）は、「他のスタッフと共有した」が 6、「患者さんの看護計画に内容を追加した」が 3、「患者さんと共有した」、「白衣のポケットに入れておくなどして時々みた」、「その日実施した援助にチェックした」がそれぞれ 2、「実施する日付を入れた」が 1 の回答数であった。利用の結果（複数回答）は、「自分がやっていることの確認ができた」が 8、「今まで知らなかった援助について知ることができた」が 8、「患者さんに必要な援助がわかった」が 7 、「患者さんに地域生活移行支援として行うことが増えた」が 2 という回答数であった。アプリ 2 を利用した 16 名のうち、「援助を実施できた」と答えたのは 5 名（31.2%）であり、「あまり実施できなかった」が 10 名（62.5%)、「全く実施できなかった」が 1 名（6.3%）であった。

以上をまとめると、エンパワーメントアプローチ・プロトコールの実践適用の過程は、当初アプリケーションの利用意図を持った者は 90.7%と多く、86.0%がタブレット自体を利用しているが、エンパワーメントアプローチの解説動画は 27.9%しか閲覧しておらず、アプリ 1 の利用は 65.1%であり、プロトコールとして利用したと判断できるアプリ 2 まで利用したのは 37.2%であった。エンパワーメントアプローチについては、解説動画を見た看護師は理解できたが、援助に取り入れられたのはわずか 7.0%であった。アプリ 1 を利用して得た患者の退院準備状態の知識は、看護師が患者の退院準備状態をアセスメントすることに活用され、一部患者が退院準備状態や自らの強みを気づくことにも利用された。また、アプリ 2 を利用して得た退院援助の知識は、看護師が患者に必要な援助を知ることに役立ったが、患者への実施につながったのはわずか 11.6%であった。つまり、エンパワーメント・アプローチプロトコールを利用することによって、看護師に知識が普及したが、実践の変化まで至ったのはわずかであった。また、プロトコールとして利用した割合が対象者全体の 37.2%と脱落者が多かった。

５）フィージビリティの焦点ごとの結果

上記のアプリケーションの利用状況に関するデータおよび介入後のアプリ利用体験についての質問紙調査と看護管理者に対するインタビュー結果から、フィージビリティの 8 つ

の焦点ごとに結果を分析した。介入後の質問紙調査には、アプリ 1 利用者は 28 名中 28 名から回答があった。アプリ 1 非利用者は 15 名中 14 名から回答があった。

アプリ 1 （退院準備状態アセスメント）については興味、適切性、印刷物については 7 割以上が肯定的評価であったが、有用性、満足感は低かった。満足感が低かった理由は、退院準備状態が看護師の期待より低かったことが理由としてあげられていた。アプリ 2（援助項目と具体例）については、適切性、わかりやすさの評価は高かったが、満足感、有用性は低く、援助を選べた割合も 6 割以下であった。需要については、看護師の手が空く時間帯の利用が多かったこと、43 名中 31 名が今後も使いたいと答えた。実装は、アプリ 1 非利用者群と比較したところ、アプリ 1 を使っている看護師は、年齢、看護職経験、精神科経験が高いこと、新しいことを実践に取り入れていると答えた方が多かった。アプリ 1 利用の理由の上位には、「有用性の知覚」、「視覚化・わかりやすさ」、「上司の勧め」があった。

実装状況としては、対象者 43 名中、タブレット利用は 37 名、エンパワーメントアプローチの動画を見て理解できたのは 12 名、うち、エンパワーメントアプローチを援助に利用できたと答えたのは 3 名であった。退院準備状態アセスメントを利用したのは 28 名であった。援助項目と具体例を利用したのは、16 名、必要な援助を選べたのは 9 名、患者に援助を実施できたのは 5 名、選んだ援助を看護計画に反映したのはわずかに 3 名であった。つまり、実装には、新しい機器の利用、新しい知識の利用、入手した知識の実践への利用、入手した知識の普及のプロセスがあった。

実用性、適合、統合、拡張については、一人で使えたのが 63.2%、他の人に聞きながら自分で使えたが 31.6%であった。IT スキルの有無とアプリ 1　利用　非利用の有無に有意な差はなかった。利用した患者の疾患は統合失調症や感情障害が中心であり、他の疾患の患者への適合は検討課題であった。統合上の課題としては、看護計画との連動、優先的な援助項目の提示、簡略化、内容の充実が上げられた。拡張については、他者に勧めたいと答えたのが、78.6%であった。

6）インタビュー結果

介入後のインタビュー結果を以下に説明する。インタビュー対象者は、各病棟の師長および副師長 6 名であった。インタビュー時間は合計 217 分（一人平均 36.1 分）であった。インタビューは半構造的インタビューであり、インタビュー内容は、アプリケーション利用による組織（病棟・病院）への影響、アプリケーションの実装を促進／阻害したこと、タブレット、アプリ、プロトコール内容、印刷物それぞれに対して修正が必要だと思うところ、アプリ使用の組織的な状況への統合や持続性についての意見である。インタビュー内容を逐語記録に起こし、内容分析した。

本プロトコールアプリの阻害要因は、いくつかの阻害要因はオーバーラップするが、【新しい機器の利用の阻害要因】、【新しい知識の利用の阻害要因】、【入手した知識の実践への利用の阻害要因】、【入手した知識の普及の阻害要因】の段階それぞれに阻害要因があった。

「看護師の消極的な態度」「新奇のＩＴ機器を利用することへの不安」は、新しい機器の利用の阻害要因であった。「時間がないという看護師の認識」は新しい機器の利用と新しい知識の利用と入手した知識の実践への利用を阻害していた。「知識が公認されていないこと」「知識が既存システムに統合されていないこと」は新しい知識の利用を阻害していた。「退院支援の必要性の認識の低さ」「有用性が知覚できないこと」は新しい知識の利用と入手した知識の実践への利用を阻害していた。「患者との治療的関係が成立していない」「知識が個別化されていない」「優先的な援助項目が段落的に提示されない」「病棟のルーチン・慣習」は入手した知識の実践への利用を阻害していた。「電子カルテの看護計画を日々の看護に活用しないこと」は入手した知識が普及するのを阻害していた。「知識の自分の実践い応用する表現力の乏しさ」は入手した知識の実践への利用と普及を阻害していた。また、それぞれの要因は、何に帰属する要因かによって看護師由来、プロトコール由来、組織由来に分かれた。

７）促進要因

インタビュー分析結果と、質問紙の分析から、促進要因を明らかにした。アプリ１利用・非利用の２群における看護師属性の推測統計の分析において、アプリ１利用者のほうが「新しいことを実践に取り入れている」と答えた割合が多かったことから、『看護師の革新性』を促進要因とした。

また、質問紙調査の結果では、利用した理由の上位５位は、「自分に新しい知識が得られそうだから」、「患者さんにとって効果がありそうだから」、「患者さんの退院準備状態がチャートで表示されるから」、「使いやすそうだった」、「上司の勧めがあったから」であった。「自分に新しい知識が得られそうだから」「患者さんにとって効果がありそうだから」は『有用性の知覚』、「患者さんの退院準備状態がチャートで表示されるから」「使いやすそうだった」は『視覚化・わかりやすさ』、「上司の勧めがあったから」は『上司の勧め』として促進要因とした。

４．考察（研究２）

本プロトコールアプリのフィージビリティとして、容認性、需要はあることが確認できた。しかし、アプリ１・２の両方を利用した割合が 43 名中 28 名であること、継続的な利用が少ないこと、また、看護計画との連動、優先的な援助項目の提示、簡略化、内容の充実といった適合上の課題があることが明らかになった。

療養型病床群の病棟では、高齢化した身体合併症の患者が増加しており、身体的なケアに手が取られている。精神科一般の病棟では、精神科急性期治療病棟や精神科救急病棟から退院が困難となった患者が入院しており、精神状態が悪い患者への対応に手が取られている。そのため、地域生活移行支援のためのプロトコールアプリケーションの需要はあっても、時間がかかり、項目が多いことにわずらわしさを感じ、継続的に利用しなくなると考えられる。しかし、退院準備状態アセスメントの結果がレーダーチャートで可視化され

ることには評価が高く、このような自分がインプットしたことに対するリアクションに面白みを感じると利用されることがわかった。

継続利用が課題であることは他のタブレット端末を利用した教育的介入の研究でも示されている。田中ら（2015）のタブレット端末を使用した在宅酸素療養患者のセルフマネジメントの有用性を検討した研究では、呼吸リハビリテーションの維持・改善につながる可能性は一部の対象者に限定されるが示されたこと、しかしタブレット端末に療養日誌を入力し続けたのは、介入 1 週目は全患者（59 名）が入力していたものの、開始から 2 週目で 37 名に減少し、研究期間の 90 日間継続して入力したのは 4 名であった。理由は、「面倒」「体調が良くなかった」「忘れた」「忙しい」「使い方がよく分からない」だった。アプリケーションの継続利用という共通した課題に対する検討が必要である。

ニューロングステイ患者を想定してプロトコールの作成を行ったが、実際にはそれ以外の長期入院患者や入院期間が 1 年未満の患者にも使用された。長期入院患者や 1 年未満の患者であっても、地域生活移行支援を行っていく必要はある。特に、入院期間が 1 年未満であっても、精神科一般病棟や療養型病棟に入院してくる患者は複数回目の入院である患者が多く、地域生活移行支援を行なわないと入院期間が長期化してしまう可能性がある。

第 5 章　全体考察

地域生活移行支援のプロトコールの実践適用の阻害要因は、新しい機器の利用、新しい知識の利用、入手した知識の実践への利用、入手した知識の普及の段階ごとに、プロトコール関連、看護師関連、組織関連の要因があった。

実践適用の進展のためには、学習のための相互作用が生まれやすく、限られた時間で効率よく必要な知識に到達できるアプリケーションの開発およびこれを用いた看護師個人に対する教育的なアプローチだけではなく、組織文化を把握し介入するための病棟の看護管理者に対する知識提供も準備しなければならない。看護師個人に対して、相互作用を促進するタブレット媒体による知識提供に加え、エンパワーメントアプローチや地域生活移行支援の重要性の気づきにつながる体験を共有する研修の企画といった異なる教育方法を用いることが効果的であろう。また、組織に対しても、組織内の人物に実践適用のための重要な役割を担ってもらえるような教育的介入、組織文化に自明になれる学習機会が重要であると考えられた。つまり、地域生活移行支援のための実践適用のためには、看護師個人、管理者それぞれに対する ICT 教育、体験を共有する face-to-face の研修などの多面的な介入が必要だと考えられる。

第6章　結論

１．本研究結果の意義

本研究では、先行研究とエキスパートパネルから精神科ニューロングステイ患者の地域生活移行支援のためのエンパワーメントアプローチ・プロトコールのアプリケーションを作成した。そして、5 つの精神科病棟におけるフィージビリティスタディを実施し、プロトコールのフィージビリティを検討した。これらの結果から、精神科ニューロングステイ患者の地域生活移行支援のためのエンパワーメントアプローチ・プロトコールの実践適用の阻害・促進要因には、知識利用の各段階特有のプロトコール由来、看護師由来、組織由来の要因があることを明らかにした。これらの結果は、実践適用の進展に向けた検討をするのに重要な知見であろう。

２．研究の限界と今後の課題

今回の研究 2 の対象者は 43 名と少ない。そのため推測統計の結果は検定力が低く、多くが記述的な分析のため、結果の一般化には限界がある。今後は、プロトコールアプリケーションの改良をした後、対象者を拡大した研究を行う必要がある。

そして、研究２はアプリを設置した病棟内のアプリ利用者と非利用者での比較検討を行っているため、非利用群がアプリの影響を受けている可能性がある。今後は比較群としての病棟を設置した前後比較デザインへと研究デザインを変更し、プロトコールの利用効果を検討する必要がある。

謝辞

本研究をまとめるにあたり、ご協力いただいた看護師および患者の皆様に深く感謝申し上げます。

本研究の一部は、科学研究補助金　挑戦的萌芽　課題番号 25670930　「精神科看護の質向上のための退院支援プロトコールの開発」（研究代表者　小宮浩美）を受けて実施した。

引用文献

Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., . . . Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. American Journal of Preventive Medicine, 36(5), 452-457. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.002

Cullen, L., & Adams, S. L. (2012). Planning for Implementation of Evidence-Based

Practice. Journal of Nursing Administration, 42(4), 222-230. doi:10.1097/NNA.0b013e31824ccd0a

石川かおり (2011). 精神科ニューロングステイ患者の入院生活の体験. 岐阜県立看護大学紀要, 11(1), 13-24.

岩崎弥生, 小宮浩美, 東本裕実, 石川かおり, & 山田 洋. (2009). 精神障害者の退院支援における看護援助(その 2) 質問紙調査による退院援助の実施状況の把握. 日本看護科学学会学術集会講演集, 29 回, 503.

厚生労働省 (2011). 平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 23 年度調査）精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査 報告書: http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002djkw-att/2r9852000002djv5.pdf（2014. 1.7 アクセス）.

Lomas, J. (1993). Diffusion,Dissemination and Implementation: Who Should Do What? (Vol. 703, pp. 226-235): Annals of the New York Academy of Sciences.

中島紀代子 (2010). 高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコール: 日本看護協会出版会.

野末聖香, 野嶋佐由美, 永井優子, 岡田佳, 佐久間, 宇佐美, . . . 日本精神保健看護学会学術連携委員会 (2012). APN による医行為を含むケア・プロトコール試案. 日本精神保健看護学会誌, 21(1), 28-54.

大島巌, 吉住昭, 稲沢公一 (1996). 精神病院長期入院者の退院に対する意識とその形成要因 自記式全国調査に基づく分析. 精神医学, 38(12), 1248-1256.

Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. Psychiatric Services (Washington, D.C.), 48(8), 1042-1047.

栄セツ子, 岡田 進 (2005). 精神科ソーシャルワーカーのエンパワーメント・アプローチに基づく精神保健福祉実践活動 実践活動の現状とその活動を促進させる関連要因. 生活科学研究誌, 3, 205-216.

佐々木 一 (2008). 平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金 精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究（主任研究者：伊豫雅臣）「精神医療の提供実態に関する国際比較研究」（分担研究者：佐々木一） (pp. 53-202).

田中弥生, 本川佳子, 中澤 優, 田中友規, 横山典子, 渡部 厚一,… 久野 譜也 (2015). タブレット端末を使用した在宅酸素療養患者のセルフマネジメントの有用性について. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 25(3), 446-452.

WHO. (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html.