

令和3年度 一般社団法人全国訪問看護事業協会
研究助成（一般）

報 告 書

令和4（2022）年6月

一般社団法人 全国訪問看護事業協会

目 次

はじめに

I. 令和3年度 一般社団法人全国訪問看護事業協会研究助成（一般）概要・・・2

II. 令和3年度 研究助成（一般）報告書

1. P00 マスターを取得し、重症心身障がい児の排便ケアを考える

訪問看護ステーションぶるうみい 齊藤 公美子・・・4

2. 精神科訪問看護事業所における看護管理者のコンピテンシーに関する全国調査

佐賀大学大学院医学系研究科看護学専攻修士課程

独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター 早木 幸江・・・34

はじめに

全国訪問看護事業協会では、２０１７年度から訪問看護事業の健全な発展を図り、国民の保健福祉の向上に寄与することを目的として、「訪問看護・在宅看護・地域看護に携わっている個人またはグループの代表者等」を対象に、訪問看護サービスの質の確保向上や訪問看護事業の経営等に関する調査研究を公募し、研究費用の一部を助成する事業を実施しています。

２０２１年度は、本報告書に記載されている２件の研究に対して助成いたしました。

２０１７年度以降、応募件数は総数２２件、助成件数は、総数１６件となっています。

当協会では、訪問看護の現場では多くの優れた知見や管理者の経験知があるにもかかわらず、それがエビデンスとして可視化されることなく埋もれていることは、大変残念なことと考えています。それらの内容を、ぜひ研究としてまとめ、皆で共有し、切磋琢磨する材料として活用し、訪問看護事業の質の向上につながっていけばと考えています。

会員の皆様をはじめ、訪問看護に関わる方々が本研究事業を積極的に活用して下さるよう大いに期待いたしております。

２０２２年６月

一般社団法人全国訪問看護事業協会
会長 尾寄 新平

I. 令和3年度 一般社団法人全国訪問看護事業協会研究助成（一般）概要

研究助成の目的

サービスの質の確保・向上、訪問看護事業の経営等に関する調査研究等の助成を行うことにより、訪問看護事業の健全な発展を図り、国民の保健福祉の向上に寄与することを目的とする。

研究テーマ：

サービスの質の確保・向上、地域包括ケアシステム並びに訪問看護事業の経営等に関するもの。

応募者の条件

- ① 訪問看護・在宅看護・地域看護に携わっている個人又はグループの代表者。
- ② 申請者が研究者・大学の教員・大学院生等の場合には、現在訪問看護を実践している者を共同研究者として含むこと。
- ③ 申請者が、現在訪問看護を実践している者の場合は、学識経験者（現任）を共同研究者として含むこと。
- ④ 申込みは、1個人または1グループにつき1テーマ。
- ⑤ 人を対象とするすべての研究に関して、自施設または共同研究者の施設等において倫理審査委員会等の承認を得ていること。自施設または共同研究者の施設等において倫理審査委員会等の承認を得ることが難しい場合は、当協会の研究倫理審査委員会の承認を得ること。
- ⑥ 研究期間は1年間とする。

採択について

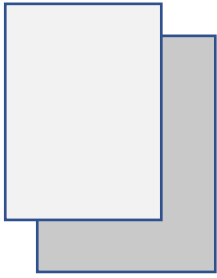
採択された件数に関わらず総額 100 万円を上限とし、採択件数で分配する。今年度は、3 件の申し込みがあり、全国訪問看護事業協会研究委員会において審査を行い2 件を採択し、会長が決定した。

採択の詳細は以下の通り

氏名	所属	テーマ	助成額
齊藤 公美子	訪問看護ステーション ぶるうみい	POO マスターを取得し、重症心身障がい 児の排便ケアを考える	318,000 円
早木 幸江	佐賀大学大学院医学系 研究科看護学専攻修士 課程 独立行政法人国 立病院機構肥前精神医 療センター	精神科訪問看護事業所における看護管理 者のコンピテンシーに関する全国調査	320,000 円

Ⅱ. 令和３年度 研究助成（一般）報告書

次頁より、実際に提出された「POO マスターを取得し、重症心身障がい児の排便ケアを考える」、
「精神科訪問看護事業所における看護管理者のコンピテンシーに関する全国調査」の報告書を掲載
する。

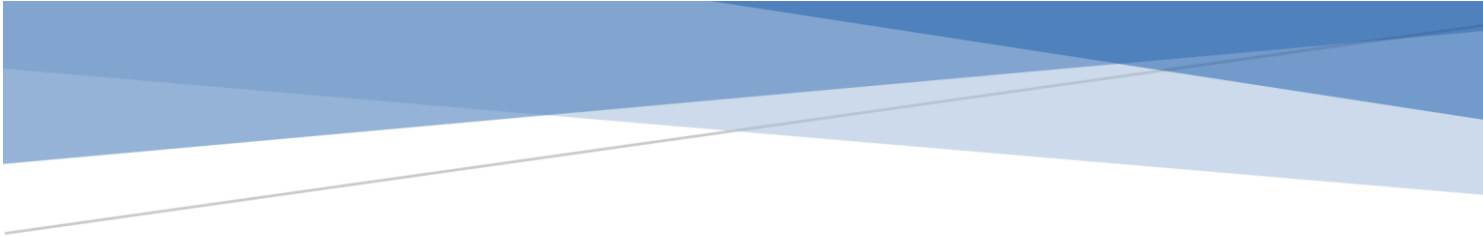


POO マスターを取得し、重症心身障がい児の
排便ケアを考える

訪問看護ステーション

ぶるうみい

齊藤 公美子



一般社団法人全国訪問看護事業協会研究助成(一般)

重症心身障がい児者の排便問題の実態調査
～排便ケアの一助となる事を目指して～

○齊藤公美子¹⁾ 小山由美子¹⁾ 外谷朋子¹⁾ 吉田聖代¹⁾
榊原千秋²⁾ 徳田真由美³⁾

1) 訪問看護ステーションぶるうみい

2) コミュニティースペース ややのいえ

3) 公立小松大学

目次

I．研究の概要

- 1．研究の目的
- 2．事業実施の概要

II．重症心身障がい児者の排便問題の実態調査

- 1．目的
- 2．対象者
- 3．実施方法
- 4．経過
- 5．結果
- 6．結果・考察
- 7．まとめ

III．添付資料

IV．引用文献・参考文献

I. 研究の概要

1. 研究の目的

重症心身障がい児者(以下、重心児者)は、様々な障がいを重複し、その一つに排便障害がある。また、重心児者の死因の中で、肺炎、突然死に次いで、イレウス等の消化器系の障がいによる死は未だ多く報告されている。

当事業所においても、排便に問題を抱える児や、ケアを行う家族の苦悩に日々直面している。しかし、重心児者の排便の問題や排便ケアについての報告は多くない。

今回、我々は、排便に浣腸や下剤を要する、重心児者24名に対し、アセスメントを行い、それに対するケアプランを検討し、実施した事を報告する。

尚、本研究、及び、研究報告に関連し、研究者全員について、開示すべきCOI関係にある企業等はありません。

2. 事業実施の概要

排便に浣腸や下剤を要する、重心児者24名に対し、排便チェック表を2週間記載し、アセスメントを行い、それに対するケアプランを検討、実施。その後、再度、2週間排便チェック表を記載し、ケアプランの妥当性を評価する。

II. 重症心身障がい児者の排便問題の実態調査

1. 目的

排便に問題を抱える児やそれを支える家族の主たる困りごとは、排便ケアに「苦痛を多く伴うこと」また、「時間を要すること」といった内容であった。

榊原氏はその著書の中で、排便ケアの現状を「とにかく出すことが重要視され、苦痛なケアも仕方がないことが当たり前になっている」と問題提起されている。

当事業所においても、排便時の苦痛に対する不安や恐怖があり、中には、泣きながら排便をする児や排便ケアに多くの時間を要し、子どもらしく遊ぶ時間さえ保証されない場面に直面する。

又、家族にとっても、ケアの煩雑さや時間の問題に加えて、苦痛を伴う子どもの姿を見る事の心理的な負担は計り知れない。

今回、我々は、日々、苦痛を伴う児を目の当たりにする中で、「本当にこのケア方法でいいのか」「少しでも楽に排便できる方法がないのか」という思いに至った。しかし、スタッフ間でも、上記の様な思いがあるものの、情報収集・排便状況の記録・アセスメント・ケアの選択方法が、統一されていなかった。そこで、榊原氏主宰の「POOマスター養成研修」を受講し、基礎的な排便の知識と技術

を深め、スタッフ間が排便ケアについて共通言語で話せる様にした。その上で、重心児者にとって排便ケアが苦痛のない、心地よいものになる事を目指し、本研究に取り組んだ。

2. 対象者

当事業所デイサービス、訪問看護を利用されている重心児者の中で、排便ケアに下剤や浣腸等が必要な利用者 24 名

3. 実施方法

1) 榊原氏が主宰する「POO マスター養成研修会」を研究者 4 名が受講した。

そこで排便の基礎的な知識とアセスメント方法、ケア方法を学んだ。

2) 研究の目的を「排便ケアに関する研究協力をお願い」を用いて、対象者に説明した。

—資料 1

3) 研究の同意を、「同意書」を用いて、対象者に許可を得た。

—資料 2

4) 研究の同意撤回を、「同意撤回書」を用いて、対象者に説明した。

—資料 3

5) 研究者が、研究倫理を習熟する為、「日本学術振興会」主催の

「研究倫理 e-ラーニングコース」を受講し、そのコースを修了した。

6) 対象者の排便の状況を把握する為、2 週間「排便チェック表」の記載を行った。

—表 1

表 1

おませうんちッチの排便チェック表

<便の量>

お名前： _____ 性別： 男 女 年齢： _____ 歳

消化管の通過時間

<便の性状>

非常に遅い（約 100 時間）
硬便

普通便

非常に速い（約 10 時間）
軟便

1 コロコロ便	2 硬い便	3 やや硬い便	4 普通便	5 やや柔らかい便	6 泥状便	7 水様便
						
硬くてコロコロ ウサギの糞状	ソーゼーシ状で 硬い	表面にひび割れ のあるソーゼー シ状	表面がなめらか なソーゼーシ状 (又はとぐろを巻く)	はっきりとした シワのある柔ら かい半固形状	境界がほぐれた 不定形の小片や 泥状	水様に固形物を 含まない液体状

- 1 付着
- 2 うさぎのふんくらい
- 3 うずらの卵くらい
- 4 鶏卵くらい
- 5 バナナ 1 本くらい
- 6 バナナ 1 本以上
 <便 意>
- わかる
- △ よくわからない
- × わからない

注）月日は排便がない日も記載して下さい。

日付	時刻	便の性状			便の量	便意	下剤・食事・水分・生活状況等
		硬便	普通便	軟便			
(/)	:	1 2	3 4 5	6 7	1 2 3 4 5 6		
(/)	:	1 2	3 4 5	6 7	1 2 3 4 5 6		
(/)	:	1 2	3 4 5	6 7	1 2 3 4 5 6		
(/)	:	1 2	3 4 5	6 7	1 2 3 4 5 6		
(/)	:	1 2	3 4 5	6 7	1 2 3 4 5 6		
(/)	:	1 2	3 4 5	6 7	1 2 3 4 5 6		
(/)	:	1 2	3 4 5	6 7	1 2 3 4 5 6		
(/)	:	1 2	3 4 5	6 7	1 2 3 4 5 6		
(/)	:	1 2	3 4 5	6 7	1 2 3 4 5 6		
(/)	:	1 2	3 4 5	6 7	1 2 3 4 5 6		
(/)	:	1 2	3 4 5	6 7	1 2 3 4 5 6		

- 7) 研究の協力を得られた24名に対し、以下の6点に着目した身体機能面、日常生活面のオリジナルのアセスメントシートを作成した。 ー表2

1. 痛みや拘縮・冷感はないか？睡眠状態はどうか？
2. 食事内容や水分量はどうか？便性状・便量はどうか？
3. お腹の動き、張りはどうか？
4. 基礎疾患や既往歴、変形・拘縮等、排便に影響する身体的な問題はないか？
5. 服薬の影響はないか？
6. 介助者の介護力の影響はないか？

表 2

排便アセスメントシート



氏名: _____ 男・女 _____ 生年月日: _____ (歳) 身長: _____ cm 体重 _____ kg

家族構成 _____

成育歴・出生のエピソード(現病歴・既往歴なども含む) _____

* 排便に影響を与える疾患については○で囲んで下さい。

本人の困っている事(排便に関わる事を中心に) _____

家族・スタッフの困っている事(排便に関わる事を中心に) _____

これまでの排便の対処方法 _____

内服している下剤 _____

(定期) _____ (臨時) _____ (浣腸) _____ 回/日 (摘便) _____ 回/日

(その他の対処法) トイレ誘導・食事の配慮・運動・マッサージ・温罨法・ウォシュレット・その他 _____

(_____)

食事・水分のスケジュール

時間	ケア内容

(水分量) _____ ml/日

(食事形態) _____

(経管栄養の内容) _____

(食物繊維) _____

(補助食) 乳酸菌・整腸剤・オリゴ糖・多糖 _____

(食事姿勢) _____

* 経口摂取の方は食事内容を別紙に記載

運動の状況・生活リズム

運動レベル・排泄に関わる身体状況(IADLも含めて)

寝返り(可・要介助・不可) 座位(可・要介助・不可) 立位(可・要介助・不可) ロダン君姿勢(可・不可・側臥位)

移動手段

排泄方法(トイレ・おむつ・導尿・その他) 排泄の介助量(自立・一部介助・全介助)

身体状況(麻痺・拘縮・手術痕・腹部膨満・褥瘡・肛門部の状況・その他)

排便チェック表 *別紙 排便チェック表(BSS)参照

排便周期 (~ 日/回)

便性状

性状	種類	判断基準	種類	
1・2	硬便	→直腸診(-) →直腸診(+)	弛緩性便秘 直腸性便秘	
3・4・5	普通便			
6・7	軟便	→急性 →慢性(3か月以上)	→感染性 →非感染性 →過敏性腸症候群 →大腸癌 →薬の副作用 →その他	下痢・嘔吐・発熱・下血 その他() 食べ過ぎ・飲みすぎ ストレスによる疾患。排便前に腹痛があり、排便で症状が改善する。 下痢を副作用にもつ薬を服用していないか。服薬開始時期を確認。 胃の摘出後・甲状腺機能亢進症・肝硬変

課題

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

対策

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

気持ち良い排便を目指
しましょう!!



8) 上記「アセスメントシート」より、排便状況を把握し問題点の抽出を行う。

- ・排便周期
- ・排便障がいタイプ
- ・下剤やケアの妥当性を評価

9) ケアプランを立案

10) ケアプランを実施し、再度2週間、排便チェック表を記載してケアの妥当性を再評価する。

4. 経過

2週間の排便チェック表、身体機能・日常生活に関するアセスメントから立案したケアプランに基づいて、再度排便チェック表を記載し、ケアプランの妥当性を検討。排便問題が改善されなかったケースに関しては、再度ケアプランの見直しを行った。

上記の事を、個々にまとめ、下記資料を基にスタッフ間で情報共有した。その一例を以下に示す。

—表3

表3

Type:直腸性便秘

氏名：T君 男性（13歳）
現病歴：PVL、CP
既往歴：左股関節脱臼（7歳の時に両股・膝関節周囲筋解離術）
内服している下剤：酸化マグネシウム（1包/日）
その他の内服薬：エクセグラン、コントロール、セレニカ

身体機能面
寝返り（可）
座位（可）
立位（要介助）
移動手段：車椅子
排泄方法：排便（おむつ）
排尿（おむつ）

ご利用中の医療福祉サービス
放課後デイサービス 訪問看護

家族構成
・父、母、兄
・三つ子の第3子（兄・姉）
・子ども4人ともサポート要

麻痺・拘縮・手術痕・腹部膨満
肛門周囲爛れ有



食事・栄養内容

食事（一部介助） 主食：米飯 副菜：普通

3日間の食事内容

8/16 朝食：牛乳250ml・パン 昼食：ミックスフライ弁当・お茶 夕食：揚げ物（1個）・野菜炒め・ご飯・味噌汁・お茶250ml

8/17 朝食：牛乳250ml・パン 昼食：サンドイッチ・ミルクティー 夕食：揚げ物（1個）・野菜煮・ご飯・スープ・お茶250ml

8/17 朝食：牛乳250ml・パン 昼食：ハンバーガー・ミルクティー 夕食：揚げ物（1個）・野菜炒め・ご飯・味噌汁・お茶250ml

食物繊維 なし

水分内容 （ 1000 ）ml / 日



排便 初期評価

排便周期 （ 1 ～ 2 ） 日／回

便性状（1 ② 硬便 3・4・5 普通便 6・7 軟便）

排便処置 下剤 定期：酸化マグネシウム 臨薬：なし

座薬 ④ 無 ・ 有 （種類： 頻度： ）

浣腸・摘便 浣腸（5～6回/週 30ml×3本） ・ 摘便（0～1／週）

その他の対処法 1. 無 2. トイレ誘導 3. 食事への配慮

4. ⑤ 体操 5. マッサージ 6. 温罨法 7. ウォッシュレット

排泄方法：排便（おむつ） 排尿（おむつ）

一日の過ごし方：特別支援学校や、デイサービスに行く日は、身体を動かす機会が多い。
家では、YouTubeやゲームをして過ごしている。



排便チェック計画 【前期】 8月8日(日)～8月31日(火) 【後期】 9月1日(水)～9月28日(火)

前期

性別: 女 年齢: 13 歳

排便チェック計画 (約100種類)

排便時間: 1時間前後
排便量: 30ml × 3本
排便性状: 6～7

排便痛あり、排便時間がかかる事で遊べない。

本人の困っている事

家族・スタッフの困っていること

前期の特徴

排便時間: 1時間前後
排便量: 30ml × 3本
排便性状: 6～7

排便痛あり、排便時間がかかる事で遊べない。



- ★排便時の苦痛、恐怖心
- ★排便に時間がかかり、遊べない

本人の困っている事

- ★排便時の苦痛をみるのが辛い。
- ★排便に時間がかかる。
- ★偏食がある(野菜嫌い)
- ★便のにおい

家族・スタッフの困っていること





5. 結果

今回、我々は、排便問題を抱える重心児者24名の排便アセスメントを行い、ケアプランを立案し、実施した。

個々の排便ケアにおいては、目的であった排便時の苦痛の軽減や、下剤や浣腸量の減薬・中止、排便時間の短縮を認めるケースがあった。

個々の排便問題やケアプランの立案、結果については以下の別表に示す。 ー表4

表 4

直腸型便秘																			
No1 T	性別	男	女		年齢	13歳													
診断名	PVL、脳性まひ																		
初期評価																			
排便周期	便性状							便量											
1回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
内服下剤	酸化Mg																		
排便ケア	GE30ml×2～3回																		
排便姿勢	背臥位 or トイレ座位																		
栄養	経口		経管		水分量	1400ml/日													
排便問題	排便に1時間弱かかる。便臭強い。排便時の苦痛があり、母は泣く我が子への排便ケアが辛い。																		
No2 N	性別	男	女		年齢	45歳													
診断名	細菌性髄膜炎（後遺症 脳性まひ）、痙性まひ																		
初期評価																			
排便周期	便性状							便量											
3回/週	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
内服下剤	酸化Mg																		
排便ケア	GE30mlを3日に1回、摘便																		
排便姿勢	背臥位																		
栄養	経口		経管		水分量	1420ml/日													
排便問題	GEだけでなく、摘便を要する。排便時の苦痛有。排便時間に30分かかかる。便臭強い。																		
No3 N	性別	男	女		年齢	7歳													
診断名	18トリソミー、先天性心疾患																		
初期評価																			
排便周期	便性状							便量											
1回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
内服下剤	なし																		
排便ケア	GE10ml																		
排便姿勢	背臥位 or オマル座位																		
栄養	経口		経管		水分量	400+αml/日													
排便問題	直腸に便が降りてきているが、自力排便に繋がらない。排便開始時に硬便あり、排便困難。																		
No4 Y	性別	男	女		年齢	13歳													
診断名	SPTAN1異常、WEST症候群後てんかん																		
初期評価																			
排便周期	便性状							便量											
1回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
内服下剤	大建中湯、酸化Mg																		
排便ケア	GE30ml×1～2本																		
排便姿勢	背臥位																		
栄養	経口		経管		水分量	1420ml/日													
排便問題	自力排便が出来なくなった。排便時の筋緊張が亢進する。便性状が良いのに出せない。																		
ケアプラン																			
目標：嵌入便を無くし、苦痛、不安のない排便、排便時間の短縮を目指す。																			
・モビコール1/2包、サンファイバープラス1包、ヤクルト1本を開始する。酸化Mgを中止する。																			
アプローチ後																			
排便周期	便性状							便量											
1回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
結果	嵌入便に対し、上記ケアにて、便性状が改善しGE1本で、20分程度で排便可。																		
排便時の苦痛がなくなり、排便時間が短縮した事で、遊ぶ時間が増えた。便臭も改善された。																			
母も、排便ケアのストレスがなくなり、喜ばれている。																			
ケアプラン																			
目標：嵌入便を無くし、苦痛、不安のない排便、排便時間の短縮を目指す。																			
・モビコール、サンファイバープラス開始																			
・直腸診で排便周期を把握する。左ロダン姿勢でGEを試す。																			
アプローチ後																			
排便周期	便性状							便量											
1回/3日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
結果	左ロダン姿勢は全身の筋緊張が亢進し効果なし。モビコール、サンファイバー、酪酸菌（ミヤBM）開始にて嵌入便、便性状も改善され、3日ごとにGE後、5分程度で普通便が出るようになった。結果、苦痛のない排便、排便時間の短縮、便臭が改善した。																		
ケアプラン																			
目標：排便開始時の硬便をなくす。																			
・硬便に対し、水分として、ヤクルト、ヨーグルト等を試す。																			
・GE後に、便座に座り、体幹筋が賦活しやすいようにする。（力みを促したいが、心疾患で、過度な怒責はリスク有）																			
アプローチ後																			
排便周期	便性状							便量											
1回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
結果	本人の偏食も強く、母が、食形態を変える事へ不安があり、食事・水分でのアプローチには消極的で、便性状の改善には至らなかった。しかし、GE後の坐位姿勢は有効だったため、今後も家庭やデイサービスで、座位での排便の機会を増やしていく。																		
ケアプラン																			
目標：排便周期を把握し、GEのタイミングや量が適切か評価する。																			
・酸化Mgを中止。モビコールを開始する。																			
・直腸診をする。																			
アプローチ後																			
排便周期	便性状							便量											
1回/2日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
結果	ケア前は、排便の有無に関わらず、毎日GEをしていた。直腸診にて、排便周期が2日とわかり、それに合わせてGEを実施した事で、2日に1回のGEで便性状、便量変わらず排便が出来ている。GE回数が減った事で、本人、家族共に負担が減った。																		

弛緩型便秘

No 9	I	性別	男	女	年齢	3	8	歳		ケアプラン	目標：排便状況の把握。ガス貯留を軽減する。																		
診断名		脳性まひ、てんかん、慢性呼吸不全									・ガス貯留時にGEを行う。																		
初期評価										アプローチ後																			
排便周期		便性状						便量						排便周期		便性状						便量							
1回／日		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	1回／日		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6
内服下剤		なし									結果																		
排便ケア		ガス貯留が顕著な時のみGE									GEにて排ガスが容易に行え、便性状・便量も問題ない為、現状維持とする。																		
排便姿勢		背臥位																											
栄養		経口	経管			水分量			1740ml/日																				
排便問題		ガス貯留が顕著な時がある。																											

No10 S	性別	男	女	年齢	14 歳					ケアプラン	目標：脱気し、ガスの貯留を減らす																		
診断名	脳性まひ、精神運動発達遅滞、てんかん									・胃瘻からの脱気	・腹部マッサージ				・GE前後のブジー														
										・食事姿勢を検討し、呑気を減らす工夫をする																			
										・低体温症に対し、身体を温めて腹部の働きや覚醒を高める																			
初期評価										アプローチ後																			
排便周期	便性状							便量							排便周期	便性状							便量						
3 回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	3 回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6		
内服下剤	モビコール 2 包									結果	胃瘻からの頻回な脱気と、GE前後にブジー、腹部マッサージ																		
排便ケア	GE30ml（3回/日）、ブジー									を行い、張りの改善を認めた。呑気が減る様に、食事姿勢（車																			
排便姿勢	背臥位									椅子座位姿勢）を修正したことで、食事時に暖気出来るよう																			
栄養	経口		経管		水分量 800－1000 ml/日					になった。又、低体温に対し体温調整に努めた。排便ケア時の																			
排便問題	直腸診で便が触れない。ガスが貯留し、腹部が									排ガス時間が減り、排便までの時間が 1 0 分ほど短縮された。																			
	膨満、便が下りてこず、排便に一時間程かかる。																												

No11 W	性別	男	女		年齢	3 歳						ケアプラン	目標：ガスの貯留を減らす														
診断名	GBS髄膜炎後遺症											→	・食事や服薬で、便性状を改善し、ガス貯留を減らす。														
	中核性尿崩症、中核性副腎不全												・運動や姿勢ケア（オマル）で筋緊張を緩和し、排ガスを促す。														
													・尿の貯留も筋緊張に影響する為、貯留時は用手圧迫にて排尿。														
初期評価													アプローチ後														
排便周期	便性状							便量					排便周期	便性状							便量						
1～2回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	1回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6
内服下剤	なし												結果														
排便ケア	GE15ml												ご家族の考えで、食事の改善、又、服薬調整には消極的。														
排便姿勢	背臥位												排尿リズム、筋緊張、ガスの貯留が、相互に関係している事が														
栄養	経口	経管				水分量			640 ml/日				わかった。尿やガス貯留に対し、筋緊張緩和や用手圧迫を行う														
排便問題	筋緊張が高く、ガスの貯留が多い。GEに対し、												事で、ガスの貯留が減り、便が下りやすくなった。オマル姿勢も														
	ガスと水様便のみが排出される。便量が少ない												脱気・排便に効果があり、便量が増え、1日の便回数が減った。														

[illegible]

No17 Y	性別	男	女	年齢	31 歳	ケアプラン	目標：排便状況を把握する。												
診断名	サンフィリップ症候群、てんかん					・排便周期を知る													
	痙性四肢まひ					・便性状や便量を知る													
初期評価						アプローチ後													
排便周期	便性状						便量		排便周期	便性状						便量			
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
内服下剤	なし																		
排便ケア	適宜GE																		
排便姿勢	背臥位																		
栄養	経口		経管		水分量1400～1700ml/日														
排便問題	身体ケアが母の判断で実施されているため、 排便ケアにおいても排便状況が把握しにくい。																		

・排便周期を知る					
・便性状や便量を知る					
アプローチ後					
排便周期	便性状	便量			
不明	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6			
結果					
排便チェック表の記載漏れが多く、現状把握には至らなかった。					
母の判断で排便ケアが実施される為、排便リズムがつきにくい。					
GEが必要な状況でも、母の判断で実施できない時がある。					
西洋医学には消極的。今後も、排便状況の把握に努めていく。					

器質性便秘

No18 M	性別	男	女	年齢	4 歳	ケアプラン	目標：嵌入便を無くし、便性状を改善する								
診断名	1 8 トリソミー、呼吸不全、肝芽腫					➡	・摘便								
							・モビコール開始								
							・注入配分の見直し（ミルクとソリタを分けて注入する）								
初期評価							アプローチ後								
排便周期	便性状				便量		排便周期	便性状	便量						
2 ～ 3 回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6		
内服下剤	なし										結果				
排便ケア	GE10ml										摘便により嵌入便や硬便は改善された。モビコール服用と水分				
排便姿勢	背臥位										管理により、便性状は改善傾向にあり、更に一回での排便を目				
栄養	経口		経管		水分量	1300ml/日		指す為、医師と相談した。しかし、原疾患や、イレウスの既往							
排便問題	嵌入便があり、水様便が少量ずつ頻回に出る。										がある為、便性状や便回数は現状維持が望ましいと考える。				
	脱水を起こしやすい。														

No19 M	性別	男	女	年齢	21 歳	ケアプラン	目標：ガスの貯留を軽減する。						
診断名	18トリソミー、ファロー四徴症、てんかん					➡	・直聴診をして、嵌入便の有無を確認する。						
							・便周期を把握して、GEのタイミングや量が適切か評価する。						
初期評価						アプローチ後							
排便周期	便性状						排便周期	便性状					
1 回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6
内服下剤	なし												
排便ケア	GE30ml												
排便姿勢	背臥位												
栄養	経口	経管		水分量 1300~1400ml/日									
排便問題	便量の少なさと、ガス貯留がある。												

No20 M	性別	男	女		年齢	21 歳				ケアプラン	目標：腹部膨満を改善する。		
診断名	ウェルニツヒホフマン									・胃瘻からの脱気			
	てんかん重責発作による無呼吸で低酸素脳症									・ブジーでの排ガス			
										・腹部マッサージや股関節運動での脱気			
初期評価										アプローチ後			
排便周期	便性状						便量			排便周期	便性状	便量	
1 回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6
内服下剤	ツムラ大建中湯												
排便ケア	GE45ml×3本、ブジー												
排便姿勢	背臥位												
栄養	経口	経管				水分量	1300 ml/日			結果			
排便問題	ガス貯留による腹部膨満、心拍上昇									ブジーでの排ガスは有効だったが、胃瘻からは少量のみだった。			
	排便ケアに時間がかかる（40分）									腹部マッサージや股関節運動での排ガスは有効だった。			
										便性状に関しては、大腸に狭窄部位があり、イレウスの既往もある為、現状の便性状が望ましいと考える。脱気に関してのケアを継続していく。脱気により心拍上昇が改善された。			

No21 A	性別	男	女	年齢	4 歳	ケアプラン	目標：力みの経験を促し、一回での排便する						
診断名	1 8 トリソミー					・GE後にオマルに座り、力んで排便する。							
	食道閉鎖、心室中隔欠損症					・臀部の爛れもあり、便性状の改善を検討する。							
初期評価						アプローチ後							
排便周期	便性状					便量	排便周期	便性状					便量
1 ～ 2 回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6
内服下剤	なし						結果						
排便ケア	GE15ml						GE後に、オマル姿勢で腹圧が高まり、力みが促されたことで						
排便姿勢	背臥位						一回でしっかりと排便することが出来た。オマルで排便出来る事						
栄養	経口	経管	水分量		900ml/日		を家族が喜び、排便ケアが楽しくなった。						
排便問題	自力排便はあるが、残便がある。水様便が多い						便性状の改善を検討したが、下血の既往歴もあり、原疾患も						
	水様便によって臀部が爛れる。						考慮して、現状の便性状が望ましいと考える。						
No22 U	性別	男	女	年齢	4 歳	ケアプラン	目標：排便時の痛みの軽減						
診断名	13トリソミー 臍帯ヘルニア					便性状が改善できないかを検討する							
	心室中隔欠損症					・便性状の改善については、原疾患がある為、医師に相談する。							
						・臀部の爛れに対して皮膚の保清に努める							
初期評価						アプローチ後							
排便周期	便性状					便量	排便周期	便性状					便量
3 ～ 4 日/回	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6
内服下剤	なし						結果						
排便ケア	GE1 0 m l（2回/日）						便性状を整え、排便回数を減らすことが理想ではあるが、原疾						
排便姿勢	背臥位						患や2度のイレウスの既往がある為、便性状の改善は難しいと						
栄養	経口	経管	水分量		1 0 0 0 ml/日		考える。						
排便問題	水様便で臀部が爛れている事で排便時に痛んで						臀部の爛れに関しては、保清や亜鉛華軟膏にて、臀部の痛みの						
	泣く。2度のイレウス既往がある。便回数多い。						軽減に繋がった。						
No23 K	性別	男	女	年齢	5 歳	ケアプラン	目標：自力排便で残便を出し切る						
診断名	先天性筋ジストロフィー					・マッサージや体幹筋を賦活させ、力みを促す。							
						・残便に対しては、GEを行う。							
初期評価						アプローチ後							
排便周期	便性状					便量	排便周期	便性状					便量
1 ～ 2 回/日	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6
内服下剤	モビコール1包						結果						
排便ケア	GE5ml						残便に対し、GEを実施する事で、しっかりと出し切ることが						
排便姿勢	背臥位						出来ており、現状のケアが望ましいと考える。						
栄養	経口	経管	水分量		1100～1200ml/日		力みの経験に関しては、継続してサポートしていく。						
排便問題	自力排便はあるが、一度に出し切れず、残便												
	がある。												
No24 H	性別	男	女	年齢	6 歳	ケアプラン	目標：自身で力んで排便する。						
診断名	ネマリンミオパチー、呼吸不全					・座位姿勢で、体幹筋を賦活させ、力みを促す。							
						・温あんぼう、お尻シャワー等で、排便への興味を高める。							
						・酸化Mg中止し、モビコールを評価する							
初期評価						アプローチ後							
排便周期	便性状					便量	排便周期	便性状					便量
1 日/回	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6
内服下剤	酸化Mg						結果						
排便ケア	GE 8 ml（4 + 4）						座位姿勢をとる事で、お腹に力が入りやすく、「力み」の感覚						
排便姿勢	背臥位						に気づけた。温あんぼうや、お尻シャワーの際に「あったかく						
栄養	経口	経管	水分量		450-500 ml/日		て気持ちいいね～」と言葉があり、心地良い排便に繋がった。						
排便問題	排便に関心はあるが、受け身的で、自身で力み						便性状に変化があり、浣腸量が減少傾向にあり、						
	排便する経験がない。						GE（3 + 2）mlになった。						

以上、24名の結果より、その特性から機能性便秘（直腸性便秘、弛緩性便秘）、器質性便秘の3つに分類したところ、直腸性便秘が8人、弛緩性便秘が9人、器質性便秘が7人であった。ここからは、分類ごとの特徴、ケアプランについて述べていく。

直腸性便秘

文献によると、直腸性便秘とは、直腸まで便は降りてくるが、そこからうまく出ない、出せない状態（腸の機能的問題なし）。溜まった便から水分が吸収され、硬便になる事でさらに排便が困難になる。

また、便秘改善目的に刺激性の便秘薬や浣腸を長期にわたり使用すると、さらに直腸が薬剤刺激に鈍感になり、悪循環を招く。腸の動きには問題がないので、刺激性の下剤は効果的ではないとされている。

今回、直腸性便秘8名中4名は、便性状は悪くないが、排便困難であり、他の4名は、直腸診を行う事で、「硬便」の貯留を認めた。しかし、実際のケアでは、浣腸をしても、水様便しか出ず、直腸診を行う事で、「硬便」気付く。この特徴は「嵌入便」と言える。嵌入便が放置されると巨大結腸症に繋がるとされている。直腸性便秘に対するケアプランについては、まず「排便チェック表」「アセスメントシート」を記載してもらい、排便周期や便の性状・量、身体機能面や日常生活について把握する。この時、「嵌入便」を認めるケースには、摘便を行い、嵌入便を取り除き、直腸に便がない状態を0日とし、排便チェック表を開始する。

「排便チェック表」「アセスメントシート」の結果より、便性状が悪くないのに排便困難な4名のうち、排便周期に合わせた浣腸が出来ておらず、直腸診を行い、直腸に便が有るタイミングで浣腸を行う事で、排便に繋がったケースが2名。排便姿勢を検討した事で、浣腸後、力みに繋がったケース1名だった。また、現在のケアを優先した1名のケースは、下剤の使用にて便回数が多く、ご家族が「便回数を減らす事」を希望されたが、下剤を減量すると自力排便が無くなってしまったため、回数よりも自力で排便する事を優先した。

次に「嵌入便」を認めた4名については、便性状3・4・5の普通便を目指し、服薬や食事にて便性状の改善が目指せないかを検討した。服薬については、主治医と相談し、酸化マグネシウムを中止し、モビコールを開始したケースが3名、新たにモビコールを開始したケースが1名だった。また、乳酸菌飲料（ヤクルト、青汁等）や食物性繊維（サンファイバープラス、ココア）を開始したケースが2名であった。服薬や、乳酸菌飲料、食物繊維を検討した事で、4名共に便性状が普通便まで改善する事が出来た。しかし、1名に

においては、便性状の改善を認めたもの、排便ケアに関わらず、家庭での身体ケアが疎かであり、ケアの継続が難しかった。その為、他の通所施設等と連携を取りながら、ケアを継続していく必要性がある。

便性状が改善した事で、大幅に排便時間が短縮し、ご家族から「便臭も改善した」と報告があったケースが2名あった。

身体機能面では、直腸性便秘のケースでは、筋緊張の亢進を認めるケースが多く、排便時に効率の良い体幹筋の賦活が難しく、徒手的または姿勢ケアにより体幹筋を賦活する事で排便時の力みに繋げていく事が出来た。

弛緩性便秘

文献によると、弛緩性便秘とは、大腸の筋層の機能低下が生じ、蠕動運動が障害され大腸が弛緩し、便が大腸に長時間留まることをいう。水分が過剰に吸収された結果、便が硬便となり、排便障害が生じるとされている。

今回、上記の特徴の一つである硬便症状は9名中1名のみで、8名は普通便から水様便であった。硬便1名に関しては、十分な水分摂取はされているものの、筋緊張の亢進や発作等で異常発汗が起こり、脱水傾向に陥りやすく、結果、硬便にも繋がっていると推測される。8名は、経管栄養管理で適切な水分管理がされている為、硬便に至っていないと推察される。

弛緩性便秘に対するケアプランについては、直腸性便秘同様、まず「排便チェック表」「アセスメントシート」を記載し、排便周期や便の性状・量、身体機能面や日常生活について把握する。

今回、弛緩性便秘の9名中8名の一番の特徴としては、ガスの貯留があり、直腸診にて直腸に便がないことが多かった。ガスの貯留を認めたケースは、欠伸や舌根沈下などの呼吸・嚥下障害により、呑気症を併発し腹部膨満に繋がっている。ガスが貯留すると便の動きが悪くなるだけでなく、浣腸を使っても、ガスで浣腸液が排出されてしまい、浣腸液の効果が十分に得られなかった。

前述のとおり「ガスの貯留」が最大の問題であり、それに対し腹部膨満の軽減を目指し、胃瘻からの頻回な脱気や、浣腸前後のブジーによる排ガス、また浣腸液の半量をガス排出目的で使用する等のケアを実施した。それにより、3名が浣腸液の減薬、7名が排便時間が短縮した。

身体機能面では、弛緩性便秘のケースでは、筋緊張亢進や低下等、様々なケースが見

られるが、いずれも、下部体幹筋の働きが弱く、力みに繋がる様な体幹筋の賦活に時間を要した。その為、抗重力姿勢の中で、蠕動運動に繋がる様な、体幹回旋運動や股関節運動を促すことで、体幹筋の賦活に繋がった。

器質性便秘

文献によると器質性便秘とは、腸管に基礎疾患が存在することで起こり、重篤かつ緊急を要することがある。原因としては、大腸癌などの腫瘍性病変、腸閉塞、クローン病に伴う狭窄、周辺臓器の癌などによる腸管の圧迫も原因となるとされている。

今回、器質性便秘に分類した7名は、遺伝子疾患や神経筋疾患を呈し、原疾患から想定される、消化器系の基礎疾患の既往歴がある。

7名の中で、便性状において、硬便（嵌入便）と水様便を認めたケースは1名、水様便のケースが4名、便性状に問題がなかったケースは2名だった。嵌入便に関しては摘便にて改善。水様便を認めた5名に関しては、便性状の改善を検討する中で、消化器系の既往歴があるケースがイレウス4名、下血1名居た為、医師に排便ケアに関して相談した。しかし、基礎疾患や既往歴から、便性状を変えることはハイリスクであり、現状の性状を維持していく事を優先する様にとの指示があった。便性状に問題がなかった2名に関しては、現状の便性を維持し、イレウス等を起こさない様に更なるケアに努めた。また、水様便による臀部の皮膚の爛れなどに対して、痛みや不快が生じない様に、保清し、排便が少しでも心地よいものになる様に努めた。

6. 結果・考察

1. 排便問題を抱える24名に対し、排便チェック表を用いたアセスメントを行った。
2. 24名中、便性状が改善したケースが10名、排便時間が短縮したケースが8名、浣腸や内服液の減薬に繋がったケースが5名だった。分類としては、直腸性便秘が8名、弛緩性便秘が9名、器質性便秘が7名であった。
3. 直腸性便秘8名中、4名に嵌入便を認めた。まず、摘便を行い、嵌入便を取り除き、直腸に便がない状態を0日とし、排便チェック表を開始した。
4. モビコールやサンファイバー、ヤクルトを用いて、便性状を改善出来た。
5. 便性状が改善し、排便周期に合わせた浣腸を実施する事で、排便時間の短縮に繋がった。
6. 直腸性便秘に対し、徒手的または姿勢ケアにより体幹筋を賦活する事が有効だった。
7. 弛緩性便秘の1番の特徴は「ガスの貯留」だった。
8. 便性状は悪くないが、「ガスの貯留」により、直腸まで便が下りてこなかった。
9. 「ガスの貯留」に対し、「脱気、排ガス」を促すケアを行う事で、浣腸液の減薬や排便時間の短縮に繋がった。
10. 弛緩性便秘においても、徒手的、または、姿勢ケアにより体幹筋を賦活する事が有効だった。
11. 器質性便秘に関しては、基礎疾患の治療が最優先される為、ケアプランの変更が難しく、現状の排便ケアの中で、少しでも心地良い排便に繋がるように努めた。
12. 今後の課題としては、吞気の特徴とする「ガスの貯留の問題」に対する知識を得て、更に探求していく必要がある。今回、我々は、ガスに対し胃瘻からの脱気量の測定や腹囲の計測などを行ったが、今後、客観的なデータを取る事が求められる。
13. 重心児者は筋緊張や発作に加え、天候や気圧等の影響でも身体状況の変化がある。また、成長と共に、身体面、情緒面でもその変化は著しく、ライフステージによって問題が常に変化していく為、その都度、対応する必要がある。
14. 重心児者はその多くが家族によるケアが中心であり、家族の意向も大きく影響する。本人のみに焦点を当ててではなく、家族の状況や問題にも注意や配慮が必要であり、それを除いてはより良いケアに繋がっていかない。
15. 今回、成人期を超えた重心者でも、排便ケアが大きく変化したケースがあった。身体状況やケア方法がある程度一定であったにも関わらず、改めて、現状のケアが最善かをアセスメントした結果、著明な便性状の変化があり、生活の質が本人、家族

共に大きく変化した。成人期を超えた重心者でも、排便ケアを固定化せず、最善策はないかを常に思案する必要がある。

16. 今回、榊原氏主宰の「POO マスター 養成講座」を受講し、学んだことを基に、排便チェック表や当事業所オリジナルアセスメントシートを用い評価を行った。重心児者においても、便周期や便性状・服薬の問題に次いで、家族の問題などを把握することができ、榊原氏が提案される「アセスメントシート」は重心児者にとっても有効であった。

7. まとめ

多くの医療的ケアを必要とする重症児者にとって、医療ケアは不可欠なものであり、時に苦痛を伴う。今回、排便に問題を抱える児、家族にとっての主たる困り事は、排便ケアに「苦痛を多く伴う事、又、時間を要する事」であった。

今回、「苦痛がない、心地よい排便ケア」を目指した結果、排便状況を把握し、ケアプランを見直す事で、障がいの重症度や、年齢に関わらず、排便時の苦痛の軽減、下剤や浣腸の減薬、排便時間の短縮、家族の排便ケアの負担を減らす事が出来た。排便時間の短縮は、子どもにとって遊ぶ時間や、人との関りを楽む時間等、様々な経験を積む時間ともなり得る。

榊原氏が問題提起するよう「苦痛があっても仕方がないと思うのではなく」個々にアセスメントやケアプランを考える中で、子どもが安心して楽しく過ごせるような事に繋がる様、支援していく事が大切である。

子どもは信頼できる人と、安心できる場所の中で笑顔や情緒が育まれる。子どもたちの苦痛を取り除き、笑顔で過ごせる環境をつくる事は、私たち支援者にとって、最も大切なことであると考えます。

今後も、重心児者の排便ケアが心地よいものとなるよう、そして、重心児者の排便ケアの一助となるよう、努めていきたい。

Ⅲ. 添付資料

資料 1

「排便ケア」に関する研究協力をお願い

このたび、「重症心身障がい児の排便問題」について研究を行うこととなりました。

この研究の目的は、重症心身障がい児とご家族様が抱える排便ケアの問題について、実態を把握し、ケアの一助となる事を考えていくためのものです。

研究の対象者は、排便の問題を抱えておられる子ども達です。研究の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

普段の排便状態を2週間程度記載をお願いします。右の備考欄は、浣腸の使用の有無や水分についてなど記載をお願いします。

研究協力にあたり、以下の内容をご確認下さい

- ☐ 研究への協力は皆様の自由意思に基づくものであり、研究にご協力いただけない場合でも不利益を受けることはありません。
- ☐ どの時点でも、協力を取りやめることができます。
- ☐ 研究は個人が特定されることの無いよう、最大限の配慮を行います。
- ☐ 研究の成果は、日本看護協会の学会での発表を考えています。その際、個人が特定される情報を公表することはなく、個人情報を守られます。
- ☐ 回収した資料は、研究者が責任をもって管理し、本研究以外に使用しません。また、研究終了後に適切な方法で廃棄します。
- ☐ この研究は、日本看護協会で審査され承認を受けて行います。特定の企業等から支援を受けて行うものではなく、利益相反は存在しません。
- ☐ 研究に関する疑問等、問い合わせは、下記連絡先へお願いします。

<連絡先>

訪問看護ステーションぶるうみい

電話：072-767-6300

研究代表者 齊藤公美子（看護師）

研究チーム 小山由美子（看護師） 外谷朋子（作業療法士） 吉田聖代（理学療法士）

同意書

訪問看護ステーション ぶるうみい

代表 釜堀 久美子 殿

研究テーマ：重症心身障がい児の排便問題の実態調査
～排便ケアの一助となる事を目指して～

上記の研究実施にあたり、担当者から文書を用いて説明を受け、以下の内容について十分に理解しましたので、この研究に参加することを同意いたします。

- ☐ 研究の目的
- ☐ 研究の方法
- ☐ 研究への参加が自由である
- ☐ 個人情報が守られる
- ☐ 同意を拒否、撤回または中止した場合でも不利益を受けることはない
- ☐ 疑問や質問には担当者から適切な回答が得られる
- ☐ 個人が特定されないかたちで研究結果が公表される

令和 年 月 日

本人署名： _____

代諾者署名： _____ (続柄 _____)

説明者所属： 訪問看護ステーション ぶるうみい

説明者氏名： _____ (_____)

同意撤回書

訪問看護ステーションぶるうみい

代表 釜堀 久美子

殿

研究テーマ：重症心身障がい児の排便問題の実態調査

～排便ケアの一助となる事を目指して～

上記研究について、担当者から説明を受け同意しましたが、再度検討した結果、同意を撤回いたします。

令和 年 月 日

氏名：_____

＊同意を撤回される場合は、この同意撤回書にご記入のうえ、担当者にお渡しください。

<郵送先>

〒664 - 0026

兵庫県伊丹市寺本 6 丁目 102 番地

訪問看護ステーションぶるうみい

齊藤公美子 小山由美子 外谷朋子 吉田聖代

IV. 引用文献・参考文献

- 1) 榊原千秋：気持ちよく出す！「おまかせうんちッチ」 排便ケアの質を向上させる「p o o マスター」の取り組み 2018. 11
- 2) 榊原千秋：排泄ケアのプロフェッショナルを目指す人のおまかせうんちッチ 2019. 9
- 3) 木下芳一：最近の便秘診療 第 117 回日本内科学会雑誌 109 巻 9 号 1945—1952
- 4) 位田忍：重症心身障害児（者）の病態と栄養管理 日本重症心身障害学会誌第 44 巻 1 号 141—149（2019）
- 5) 宮副治子 谷口美和 中富明子 島内彩 國場英雄：重症士弛緩性便秘例への漢方治療と腰方形筋マッサージおよび放屁モニタリングの試み 日本重症心身障害学会誌第 42 巻第 2 号 249
- 6) 出島千代実 丸箸圭子 増田佳枝：排便コントロールが難しい重症心身障害児（者）にパウエルマッサージを行って 日本重症心身障害学会誌第 39 巻第 2 号 337
- 7) 宮崎健一 松元久美子 高尾寿賀子 岸川理恵 武富真矢子：器質性便秘がある重症心身障害児（者）に対する用手微振動の効果 日本重症心身障害学会誌第 39 巻第 2 号 337
- 8) 大田原幸子 羽原史恭 西達也 木下浩希 永田裕恒 山本奈月 青山香 久山美奈子 美濃邦夫 梶睦 藪内あさ子 太田淳子 花田香名子：腸蠕動が弱くイレウスを繰り返す重症心身障害者への前傾座位と腹部体操の導入 第 48 回日本理学療法学術大会
- 9) 眞部紀明 春間賢：慢性便秘症診療ガイドライン 2017 日本内科学会誌 109 巻 2 号 254—259
- 10) 小沢浩 中島末美 大滝潮 高橋有美 有本潔 木実谷哲史：間欠的胃内持続吸引法にて吞気症によるイレウスが改善した重症心身障害者の 2 例 脳と発達第 43 巻第 2 号 2011
- 11) 銭谷昌弘 中岡達雄 中村哲郎 堀池正樹 林広昭 大野耗一 東孝：重症心身障害者の側弯が誘因となり発症したイレウスの 1 例 日小外会誌第 48 巻 1 号 2012, 2
- 12) 平井孝明：重症心身障害を持つお子さんの排便障害への取り組み 小児リハビリテーション vol 10 28—39 2021, 7
- 13) 友政剛 松藤凡：小児慢性機能性便秘症 診療ガイドライン 日本小児栄養消化器肝臓学会 日本小児消化管機能研究会 2013, 9
- 14) 味村俊樹：慢性便秘症の診断と治療

令和3年度 一般社団法人全国訪問看護事業協会研究助成（一般）

重症心身障がい児の排便問題の実態調査
～排便ケアの一助となる事を目指して～
報告書

令和4年4月発行

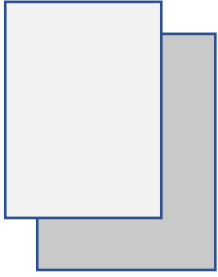
研究者名 齋藤公美子 小山由美子 外谷朋子 吉田聖代
榊原千秋 徳田真由美

〒664-0026 兵庫県伊丹市寺本6丁目102

訪問看護ステーション ぶるうみい

TEL 072 (767) 6300 FAX 072 (767) 6309

本研究の一部または全部を許可なく複写・複製することは
著作権・出版権の侵害になりますのでご注意ください。



精神科訪問看護事業所における看護管理者の コンピテンシーに関する全国調査

佐賀大学大学院医学系研究科看護学専攻修士課程

独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター

早木 幸江

令和 3 年度
一般社団法人全国訪問看護事業協会研究助成（一般）

精神科訪問看護事業所における看護管理者の
コンピテンシーに関する全国調査
報告書

令和 4（2022）年 3 月

研究者責任者：早木幸江（佐賀大学大学院医学系研究科看護学専攻）
研究分担者：藤野成美（佐賀大学医学部看護学科）
古野貴臣（佐賀大学医学部看護学科）
藤本裕二（佐賀大学医学部看護学科）

目次

I . 緒言	1
II . 研究目的	3
III . 本研究枠組みと用語の定義	3
IV . 研究方法	4
1. 研究デザイン	4
2. 研究対象者	4
3. 調査方法	4
4. 調査内容	4
5. 分析方法	6
6. 倫理的配慮	7
V . 結果	7
1. 調査対象者の属性	7
2. 分析	8
VI . 考察	10
1. 尺度の信頼性	10
2. 本研究の尺度合計得点の特徴	10
3. 影響要因	11
4. コンピテンシー向上への示唆	13
VII . 本研究の限界と課題	13
VIII . 結論	14
謝辞	14
文献	16
資料	21
1. 図表	22
2. 説明文書	26
3. 質問紙調査票	29

I．緒言

2017年に施行された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築¹⁾では、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害者の地域定着に向けた取り組みが目指されている。2019年現在、日本の精神科病床数は32.8万床、平均在院日数は266.0日²⁾である。2013年における病床数は34.4万床、平均在院日数は298日³⁾であり、どちらも減少傾向であることがわかる。さらに、精神科訪問看護を実践している医療機関及び訪問看護ステーション数は2017年で4060箇所⁴⁾であったのに対し、2019年には5305箇所と増加している⁵⁾ことから、精神科医療は地域医療へと移行しつつある。訪問看護導入による精神科病棟への再入院防止と訪問看護利用者の入院日数の減少⁶⁾など、一定の効果は実証されている。

精神障がい者の地域ケアが進んでいる欧米では、管理者がサポーターである場合とサポーターでない場合と比較して、精神科訪問看護を実施する看護師の精神的健康度が高く、ストレスとバーンアウトの下位尺度である情緒的消耗感が低い⁷⁾という研究結果が報告されている。また、精神科訪問看護の実施において、訪問スタッフに対する管理者の役割の重要性が報告されている⁸⁾。さらに、訪問看護管理者の役割は、他機関や多職種との協働、連携を考慮しながら、事業所内の役割の調整、スタッフの離職防止および個人特性やワークライフバランスへの配慮、訪問看護実践能力の向上など多岐にわたる。コロナ禍における感染対策を踏まえ、これまで以上に地域に密着して訪問看護を実践していく必要がある。以上のことから、精神科訪問看護を実践する看護管理者（以下、精神科訪問看護管理者とする）の看護管理能力は、訪問看護の質や今後の在宅医療に大きな影響を与えるとんでも過言ではない。したがって、精神科訪問看護管理者に求められる資質や能力に影響する要因を明らかにし、その人材育成への示唆を得ることは喫緊の課題である。

近年、様々な職務の人材育成において、コンピテンシーの概念が導入されている。Spencer L.M ら⁹⁾は、コンピテンシーを「ある職務または状況に対し、基準に照らして効果的、あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性」と定義し、一貫性をもって示される行動と思考の方法であると表現している。根源的特性とは、動因、特性、自己イメージ、知識、スキルから成り立っており、知識やスキルの獲得および、態度や価値観を変容させることで、コンピテンシーが高まることが明らかとなっている^{9) 12)}。さらに、コンピテンシーの概念は看護職との関連性もあり、看護管理者のコンピテンシーが高まることで、患者満足の上昇や看護師の職務満足向上などの看護管理能力向上につながるという報告がある^{10) -16)}。しかし、精神科訪問看護管理者のコンピテンシーに影響する要因について明らかにした研究は見当たらない^{11) 17) -21)}。

精神科訪問看護は、精神障がい者と訪問看護師の関係性が訪問看護の継続に影響することが明らかにされている²²⁾。精神障がい者の特性として、病識の欠如やストレス脆弱性における環境や対人関係への不適応などの様々な要因から、治療中断やケアへの拒否がみられる²³⁾。実際に、利用者が訪問看護の必要性を理解できず、精神科訪問看護を実践できない実情が指摘されている²⁴⁾。このように、精神科訪問看護は、精神障がい者のニーズと訪問看護師が必要だと認識しているケアに不一致を生じやすく、倫理的ジレンマを抱えやすいと考える。質の高い看護を提供するためには、倫理的行動を自ら確認し改善する力が必要²⁵⁾であることから、倫理的ジレンマや課題に対して、対処できる精神科訪問看護管理者ほど、コンピテンシーが高いのではないかと仮定した。また、鎌田ら²⁶⁾によると精神障がい者アウトリーチ実践力がコンピテンシーに影響している可能性があることが示唆されている。さらに、精神科看護師のストレングス志向の支援態度が退院促進や地域での生活を継続していくために必要^{27) -32)}であることが明らかにされている。以上のことから、精神科訪問看護管理者のコンピテンシーに倫理的行動、精神障がい者アウトリーチ実践力、ス

トレングス志向の支援態度が影響している可能性は高く、調査する意義は大きい。

本研究により、精神科訪問看護管理者のコンピテンシーに影響する要因を検討することは、精神障がい者の地域移行支援と地域生活継続に向けた、精神科訪問看護の質向上さらには人材育成の観点において重要な示唆が得られると考える。

Ⅱ．目的

本研究の目的は、精神科訪問看護管理者のコンピテンシーに影響する要因を明らかにし、精神科訪問看護管理者のコンピテンシー向上への示唆を得ることである。

Ⅲ．本研究の概念枠組みと用語の定義

1. 本研究の概念枠組み

大出³³⁾の倫理行動測定尺度改訂版によって測定される倫理的行動、贅川ら³⁴⁾のストレングス志向の支援態度評価尺度によって測定されるストレングス志向の支援態度、鎌田ら²⁶⁾の精神障がい者アウトリーチ実践自己評価尺度によって測定される精神障がい者アウトリーチ実践力、および先行研究より考えられた背景要因は、看護管理者のコンピテンシー評価尺度¹⁷⁾により測定される精神科訪問看護管理者のコンピテンシーに影響するか評価するものとした(図1)。先行研究から、背景要因は基本的属性(性別、年齢)に加え、看護実務経験要因として、精神科看護経験年数³⁵⁾、精神科訪問看護経験年数^{36) - 38)}、看護管理者経験年数¹⁸⁾とした。学習状況は、教育背景³⁹⁾、看護の専門性を高める資格の有無³⁷⁾とした。

2. 用語の定義

1) 精神科訪問看護管理者のコンピテンシー

Spencer L.M ら⁹⁾は、コンピテンシーを「ある職務または状況に対し、基準に照らして効果的、あるいは卓越した業績を生む原因とし

て関わっている個人の根源的特性」と述べ、根源的特性を、動因、特性、自己イメージ、知識、スキルと示している。別府¹¹⁾は、看護管理者のコンピテンシーを、「看護の質の維持に徹すると同時に、組織を変革する能力であり、人材を育成し、人員を保持し、さらに他者と信頼関係を結び協働すること」と述べている。そこで、本研究における精神科訪問看護管理者のコンピテンシーとは、管理者の価値観や知識・スキルなどを活用し、精神科訪問看護を実践するステーション運営のための他機関との調整やスタッフ・利用者の管理、経営管理において、高い成果を上げるための特性とした。

IV. 方法

1. 研究デザイン

本研究の研究デザインは、無記名自記式質問紙法による横断的研究である。

2. 調査対象者

全国訪問看護事業協会に登録されている精神科訪問看護を実践している事業所で、住所が特定できた 1165 施設（2021 年 4 月時点）を母集団とし、対象施設に所属している精神科訪問看護管理者 1165 人を対象として全国における全数調査を行った。

3. 調査方法

本研究の調査期間は、2021 年 5 月～8 月であった。全国訪問看護事業協会に登録されている精神科訪問看護管理者を対象に、調査の意義と目的、調査票への記入方法、倫理的配慮（自由意志での参加であること、個人情報保護など）について記載した説明文書と質問紙調査票を同封し送付した。回収方法は、対象者の回答をもって研究の同意を得るものとし、回答が得られた質問紙調査票は厳封後、個人で郵送してもらった。

4. 調査内容

1) 背景要因

基本的属性（年齢，性別），看護実務経験に関する要因（精神科看護師経験年数，精神科訪問看護師経験年数，看護管理者経験年数），学習状況に関する要因（最終学歴，看護の専門性を高める資格の有無）を調査した．看護の専門性を高める資格については複数回答可とした．

2) 測定用具

（1）看護管理者のコンピテンシー評価尺度（Nursing Administrator's Competency Assessment Scale, NACAS）¹⁷⁾

本尺度は，看護管理者の当該組織の問題状況に対する解決や判断力や適応力を指す「問題対処行動コンピテンシー」，上司と部下に対して対等なパートナーとしての役割を担おうと考え，個人の思考や行動よりそれらを優先することを指す「対人関係コンピテンシー」，自分の能力や技術を組織に役立て，他者に対して強い影響力をもち，組織の未来への展開に責任をもつことであり，高い成果責任を伴うことを指す「目標設定コンピテンシー」，周囲に対する能動的なコミュニケーションと周囲への配慮を指す「情報収集コンピテンシー」の 4 因子 25 項目から構成されている．「全く実践していない：1」「あまり実践していない：2」「わりに実践している：3」「かなり実践している：4」「十分に実践している：5」の 5 件法にて回答を求める．点数が高いほど，看護管理者のコンピテンシーが高いことを示す．

（2）倫理的行動測定尺度改訂版³³⁾

本尺度は，リスクを回避し低減する行動をとる善行原則や危害の予防・除去に該当する「リスク回避」，患者の自律尊重原則と善行原則に該当する「善いケア」，公正原則に依拠した「公正なケア」の 3 因子 15 項目で構成されている．「全く当てはまらない：1」「あまり当てはまらない：2」「どちらかと言えば当てはまらない：3」「どちらかと言えば当てはまる：4」「わりと当てはまる：5」「非常に当てはまる：6」の 6 件法にて回答を求める．点数が高いほど，日常のケアにおいて生命倫理 4 原則に依拠した行動を実践できていることを示す．

(3) ストレngth志向の支援態度評価尺度³⁴⁾

本尺度は、当事者本人の個性などに焦点を当て、支援者も自己開示をする中で本人の希望を聞くことや挑戦を肯定的に返すなどの支援行動を指す「本人中心のアプローチ (Person-Center Approach)」，目標設定や、支援計画の作成，クライシス・プランの作成など，本人が参加して共に考えるという支援行動を指す「本人参加の意思決定と共有 (Shared Decision Making)」，当事者自身や環境のストレngthを共に探し，その活用方法を考えるなど，地域社会での生活を考える支援行動を指す「ストレngthに焦点を当てたアプローチ (Strength-Focused Approach)」の3因子11項目で構成されている．これらのストレngth志向の支援態度は，その実施度と自信度を測定することができる．実施度については，「ほとんど行っていない：0」「あまり行っていない：1」「少し行っている：2」「行っている：3」の4件法，自信度は「全く自信がない：0」「あまり自信がない：1」「少し自信がある：2」「自信がある：3」の4件法にて回答を求める．点数が高いほど，ストレngth志向の支援態度で対象者に関わっていることを示す．

(4) 精神障がい者アウトリーチ実践自己評価尺度²⁶⁾

本尺度は，多職種協働による支援と危機介入からなる「多職種チーム内における支援計画の遂行」，在宅生活継続のための精神障がい者本人及び家族への訪問支援からなる「対象者の生活機能の把握」，その人なりの人生に意味を見出す支援からなる「対象者のリカバリーに向けた支援」の3因子20項目から構成されている．「全くあてはまらない：1」「どちらかという当てはまらない：2」「どちらともいえない：3」「どちらかという当てはまる：4」「かなり当てはまる：5」の5件法にて回答を求める．点数が高いほど多職種チームにおいて精神障がい者アウトリーチを実践していることを示す．

5. 分析方法

全ての変数について記述統計量を算出した．Shapiro-Wilk検定によ

る正規性の確認後，調査対象者の属性による看護管理者のコンピテンシー評価尺度合計得点の差の有無を検討するために t 検定，または **Tukey-Kramer** による多重比較を行った．間隔尺度変数である精神科看護経験年数，精神科訪問看護経験年数，看護管理者経験年数，倫理的行動測定尺度改訂版下位因子，ストレングス志向の支援態度評価尺度下位因子，精神障がい者アウトリーチ実践自己評価尺度下位因子に関しては，看護管理者のコンピテンシー評価尺度合計得点との **Pearson** の積率相関係数を算出した．さらに，精神科訪問看護管理者のコンピテンシーに影響する要因を明らかにするために，看護管理者のコンピテンシー評価尺度合計得点を従属変数とし，群間比較または **Pearson** の積率相関分析において有意差がみられた背景要因，倫理的行動測定尺度改訂版下位因子，ストレングス志向の支援態度評価尺度下位因子，精神障がい者アウトリーチ実践自己評価尺度下位因子を独立変数として重回帰分析を行った．その際，**Stepwise** 法による変数の選択を行った．統計解析ソフトは **JMP Pro15.0** を使用し，有意水準は 5%未満とした．

6. 倫理的配慮

調査対象者には，研究への参加は個人の自由意思であること，研究に不参加であっても不利益を被らないこと，個人情報が特定されないよう処理した上で研究に利用すること，情報漏洩がないよう情報管理に努める旨を文書で伝えた．なお本研究は，佐賀大学医学部倫理審査委員会において承認後に調査を行った（承認番号：R2-23）．

本研究で使用した尺度に関しては，使用許諾を得て使用した．

V. 結果

1. 調査対象者の属性

全国訪問看護事業協会に登録されている精神科訪問看護を実践している事業所で住所を特定できた 1165 施設（2021 年 4 月時点）を母集団とし，対象施設に所属している精神科訪問看護管理者 1165 名を対

象として全国における全数調査を行った．その結果，208 名からの回答が得られた（回収率：17.8%）．4つの尺度回答に欠損のない162部を分析対象とした（有効回答率：77.8%）．

調査対象者の性別は，女性 117 名（72.2%），男性 42 名（25.9%），未回答 3 名（1.8%）であった．年齢は 20 歳代 3 名（1.8%），30 歳代 12 名（7.4%），40 歳代 59 名（36.4%），50 歳代 70 名（43.2%），60 歳以上 14 名（8.6%），未回答 4 名（2.4%）であった．精神科経験年数の平均は 9.4 年（SD=10.3），精神科訪問看護経験年数の平均は 7.4 年（SD=6.0），看護管理者経験年数の平均は 6.8 年（SD=7.1）であった．学歴は 2 年課程専門学校卒業者 42 名（25.9%），3 年課程専門学校卒業者 98 名（60.4%），4 年大学および大学院（修士課程，博士課程）卒業者は 14 名（8.6%），その他 6 名（3.7%），未回答は 2 名（1.2%）であった．看護の専門性を高める資格(複数回答)は，認定看護師 13 名（8.0%），専門看護師 5 名（3.0%），ケアマネージャー 40 名（24.6%），精神保健福祉士 5 名（3.0%），その他 37 名（22.8%），未回答が 80 名（49.3%）であった（表 1）．

2. 看護管理者のコンピテンシー評価尺度合計得点の正規性と信頼性

Shapiro-Wilk 検定の結果，0.063 であり正規分布を示していた．また，本研究における看護管理者のコンピテンシー評価尺度合計得点の平均得点は，88.1 点（SD=12.4）であった．また，本研究における Cronbach's α 係数は，0.90 であった（表 2）．

3. 調査対象者の属性別看護管理者のコンピテンシー評価尺度合計得点

看護管理者のコンピテンシー評価尺度合計得点の正規性を認めたため，2 群間比較には t 検定，3 群以上には Tukey-Kramer による多重比較，相関分析には Pearson の積率相関分析を用いた．

群間比較の結果，性別（ $p=.001$ ）にのみ有意差がみられ，女性が 86.2 点（SD=11.2），男性が 93.0 点（SD=13.8）であった．年齢，

最終学歴，看護の専門性を高める資格には有意差を認めなかった（表 3）．Pearson の積率相関係数を求めたところ，背景要因である精神科看護経験年数（ $r = .013$ ， $p = .871$ ），精神科訪問看護経験年数（ $r = .086$ ， $p = .274$ ），看護管理者経験年数（ $r = .100$ ， $p = .204$ ）において，有意な相関は認めなかった（表 4）．

4. 各尺度別看護管理者のコンピテンシー評価尺度合計得点との相関

看護管理者コンピテンシー評価尺度合計得点は，倫理的行動測定尺度改訂版下位因子である「リスク回避（ $r = .424$ ， $p < .001$ ）」「善いケア（ $r = .525$ ， $p < .001$ ）」「公正なケア（ $r = .222$ ， $p = .004$ ）」と有意な相関を認めた．ストレングス志向の支援態度評価尺度下位因子に関しては，「本人中心のアプローチ（実施度： $r = .250$ ， $p = .001$ ，自信度： $r = .360$ ， $p < .001$ ）」，「本人参加の意思決定と共有（実施度： $r = .373$ ， $p < .001$ ，自信度： $r = .493$ ， $p < .001$ ）」，「ストレングスに焦点を当てたアプローチ（実施度： $r = .427$ ， $p < .001$ ，自信度： $r = .460$ ， $p < .001$ ）」と有意な相関を認めた．精神障がい者アウトリーチ実践自己評価尺度下位因子に関しては，「多職種チーム内における支援計画遂行（ $r = .437$ ， $p < .001$ ）」「対象者の生活機能の把握（ $r = .461$ ， $p < .001$ ）」「リカバリーに向けた支援（ $r = .463$ ， $p < .001$ ）」と有意な相関を認めた（表 4）．

5. 精神科訪問看護管理者のコンピテンシーに影響する要因（表 5）

看護管理者のコンピテンシー評価尺度合計得点を従属変数とし，検定や相関の結果において有意差がみられた性別，倫理的行動測定尺度改訂版下位因子である「リスク回避」，「善いケア」，「公正なケア」，ストレングス志向の支援態度評価尺度の実施度と自信度それぞれにおける下位因子である「本人中心のアプローチ」，「本人参加の意思決定と共有」，「ストレングスに焦点を当てたアプローチ」，精神障害者アウトリーチ実践自己評価尺度下位因子である「多職種チーム内における支援計画の遂行」，「対象者の生活機能の把握」，「対

象者のリカバリーに向けた支援」を独立変数として、Stepwise 法による重回帰分析を実施した。結果、倫理的行動測定尺度改訂版下位因子である「善いケア ($\beta = .359$, $p < .001$)」, ストレngth志向の支援態度評価尺度自信度下位因子である「本人参加の意思決定と共有 ($\beta = .290$, $p < .001$)」, 精神障がい者アウトリーチ実践自己評価尺度下位因子である「多職種チーム内における支援計画の遂行 ($\beta = .159$, $p = .028$)」が、精神科訪問看護管理者のコンピテンシーに有意な影響力を持つ変数として採択された (調整済み $R^2 = .391$)。

VI. 考察

1. 本研究で用いた尺度の信頼性およびモデル適合度

看護管理者のコンピテンシー評価尺度合計得点における Cronbach's α 係数は 0.90, その他の使用尺度においても Cronbach's α 係数は 0.7 以上であり, 本研究における信頼性は担保されたといえる (表 2)。

重回帰分析の結果, モデル全体の 39.1%が説明された。また, 各変数間における VIF は 1.235 から 1.389 を示し, 多重共線性は認められなかった。よって, 良好な適合度を示したと判断する (表 5)。

2. 看護管理者のコンピテンシー評価尺度合計得点の特徴

看護管理者のコンピテンシー評価尺度の下位因子各項目における平均得点を, 大重ら¹⁸⁾による看護師長のコンピテンシーを調査した論文と比較すると, 「問題対処行動コンピテンシー」と「目標設定コンピテンシー」が高い得点を示していた。「問題対処行動コンピテンシー」は, 看護管理者の当該組織の問題状況に関する解決や判断力, 適応力の認識を示しており, 管理職としての問題解決に関する役割行動を表している¹⁷⁾。また, 「目標設定コンピテンシー」は, 自分の能力や技術を組織に役立て, 他者に対して強い影響力を持ち, 組織の未来への展望に責任を持つことであり, 高い成果責任を伴うことを表している¹⁷⁾。訪問看護管理者は, 病院などの施設内看護管理者と違い, 訪問看護ステーション運営のための他機関との調整, スタッフおよび

利用者の管理，経営管理において，自律した行動を求められている⁴⁰⁾．特に精神科訪問看護は，利用者との関係構築，精神症状への対応，利用者の家族や周囲の人への対応，多職種との連携において困難感を感じやすく³⁷⁾，精神科訪問看護ならではの専門的知識や技術が必要とする．精神科訪問看護管理者は，質の高い精神科訪問看護を提供できるよう，スタッフや利用者，他機関との調整などを一括して管理，調整する必要があるため，病棟で勤務する看護師長より高い数値が示されたのではないかと考える．

3. 精神科訪問看護管理者のコンピテンシーへの影響要因

1) 倫理的行動と精神科訪問看護管理者のコンピテンシー

大出³³⁾は，倫理的行動測定尺度改訂版下位因子における「善いケア」について，ジレンマを抱えながらもいかに善いケアを提供できるかということに尽力することと述べている．訪問看護師は，利用者とその家族から受け入れられなければ看護の提供ができないため，サービスを提供するためには信頼関係の構築が重要である⁴⁰⁾．さらに精神障がい者の特性として，病識の欠如やストレス脆弱性における環境や対人関係への不適応などの様々な要因から，治療中断やケアへの拒否がみられる²³⁾．実際に利用者が必要性を理解できずに，精神科訪問看護を実践できない実情が指摘されている²⁴⁾．以上のことより，本人の望むケアと支援者が必要だと思うケアの一致が重要であり，そのためには信頼関係の構築が不可欠であることを示唆している．看護管理者の倫理的な実践力がケアの質を左右する²⁵⁾との報告があり，利用者がこれからどのように生きていきたいのか，意思決定できるように支援する必要性は高いといえる⁴¹⁾．したがって，精神障がい者を理解し尊重するという価値観，そして精神障がい者との信頼関係構築および意思決定支援のための治療的コミュニケーションスキルの修得は，精神科訪問看護管理者のコンピテンシーを高めるために重要であると考えられる．

2) ストレングス志向の支援態度と精神科訪問看護管理者のコンピテンシー

ストレングス志向の支援態度評価尺度自信度下位因子における「本人参加の意思決定と共有」は、目標設定や支援計画の作成、クライシス・プランの作成、支援計画の見直しなど、本人が参加して共に考える支援行動で構成されている³⁴⁾。クライシス・プランとは、病状や状態に応じた自己対処法や支援者の対応方法をまとめた計画書のことである⁴²⁾。元来、医療観察法制度の下で使用されていたが、近年は精神保健医療福祉制度において、地域移行や地域定着支援充実を目的にクライシス・プランが注目されている⁴²⁾。萱間⁴³⁾は、当事者が希望をもち自ら信じられる体験をし、自らの責任を引き受けながら、社会での役割を得ていくプロセスを支えることで、地域生活への移行はスムーズになると述べている。また、精神科訪問看護師には、利用者の対処や変化を支持し、主体的な取り組みを支える援助を行う能力が求められており⁴⁴⁾、本研究結果は、これらを支持するものであった。したがって、精神障がい者が主体性を獲得するための支援は、地域生活移行や地域生活定着のために重要であり、精神科訪問看護管理者のコンピテンシーを高めるために必要不可欠な要素であると考えられる。

3) 精神障がい者アウトリーチ実践力と精神科訪問看護管理者のコンピテンシー

精神障がい者アウトリーチ実践自己評価尺度下位因子における「多職種チーム内における支援計画遂行」は、多職種協働による支援と危機介入について示している。精神科訪問看護は、利用者の生活リズムや服薬確認、社会復帰支援などの実践において、他機関、多職種連携のため非常に自律した行動が求められる⁴⁵⁾。2017年には、医療、障害福祉、介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障がいにも対応した地域包括支援ケアシステム」の構築を推進し、精神障がい者の地域定着に向けた取り組みが目指されている¹⁾。未治療者や医療中断者への早期支援、さらに長期入院患者

をはじめとする、中等度または重度精神障がい者の地域移行や地域定着を推進するためには、多職種および他施設間連携を推進していくことが重要である⁴⁶⁾。関係機関の連携を密に行うことで、障害特性の理解、障害特性に合わせた看護や支援、利用者との関係構築、急性増悪時の速やかな対応に繋がると考える。以上のことから、関係職種の連携のため、利用者の支援計画が可視化できるシステムの構築や積極的な支援会議の実施は、精神障がい者が安心して自分らしい生活を継続する上で重要であり、精神科訪問看護管理者のコンピテンシーを高めるために必要であると考えます。

4. 精神科訪問看護管理者のコンピテンシー向上への示唆

2014年に施行された「良質かつ適正な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」では、精神病床の機能分化と入院医療から地域医療への移行の推進が明示されている⁴⁷⁾。今後、入院期間の短縮化や長期入院精神障がい者の退院促進が進められ、在宅療養における重症者への対応強化など、精神科訪問看護の重要性はより高まっていくことが想定される。看護管理者のコンピテンシーが高まることで、看護の質向上や管理能力向上につながるという報告^{10) - 16)}から、精神科訪問看護管理者のコンピテンシー向上への取り組みは、ひいては精神科医療の質向上に寄与すると考える。

精神科訪問看護管理者のコンピテンシーを高めるために必要な支援プログラムとして、精神障がい者との信頼関係構築および意思決定支援のための治療的コミュニケーションスキルの修得、クライシス・プラン作成や本人参加による支援計画作成などストレングス志向の支援態度を基盤とした看護実践スキルの修得、多職種連携や他機関における信頼関係構築の促進を踏まえた取り組みが効果的であることが示唆された。

Ⅶ. 研究の限界

今回、全国における全数調査を行ったが回収率が17.8%と低く、結

果を一般化するには限界がある。さらに，本研究は横断的研究であるため，研究結果を踏まえた教育や支援によるコンピテンシーの変化について，経時的な結果は得られていない。今後は，精神科訪問看護管理者のコンピテンシーの変化について経時的な結果を得ることができるよう，縦断的研究による更なる調査を行うことが必要である。また，精神科訪問看護管理者向けの教育研修プログラムの開発や，多職種連携を促進するためのシステム構築を見据えた取り組みが重要であると考えられる。

VIII. 結論

精神科訪問看護管理者のコンピテンシーに影響する要因を検討し，以下の2点が明らかとなった。

- 1) 精神科訪問看護管理者のコンピテンシーには，倫理的行動測定尺度改訂版の下位因子である「善いケア」，ストレングス志向の支援態度評価尺度自信度の下位因子である「本人参加の意思決定と共有」，精神障がい者アウトリーチ実践自己評価尺度の下位因子である「多職種チーム内における支援計画の遂行」が，有意な影響力を持つ変数として採択された。
- 2) 精神科訪問看護管理者のコンピテンシー向上には，精神障がい者との信頼関係構築および意思決定支援のための治療的コミュニケーションスキル，精神障がい者が主体性を獲得するための看護実践スキル，精神障がい者を地域で包括的に支援するための多職種連携スキルを修得し，実践経験を積み重ねることの重要性が示唆された。

謝辞

修論作成にあたり，大変ご多忙の中，終始熱心にご指導ご鞭撻頂きました佐賀大学医学部看護学科統合基礎看護学講座の藤野成美教授をはじめ，古野貴臣講師，藤本裕二講師に深く感謝いたします。そして何より，本研究に協力頂いた，精神科訪問看護管理者の皆様に心から深く御礼申し上げます。

助成

本研究は，令和 3 年度一般社団法人全国訪問看護事業協会研究助成（一般）の助成を受けて行った．

利益相反

本研究における利益相反はない．

文献

- 1) 厚生労働省(2017)：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組み <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html>(閲覧日：2021年11月22日)
- 2) 厚生労働省(2019)：病院報告，https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m19/dl/is1901_01.pdf(閲覧日：2020年1月21日)
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m19/dl/1902kekka.pdf>(閲覧日：2020年1月21日)
- 3) 厚生労働省(2018)：最近の精神保健医療福祉施策の動向について，<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf>(閲覧日：2022年1月31日)
- 4) 厚生労働省(2017)：精神保健福祉に関する資料：630集計，<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>(閲覧日：2021年9月30日)
- 5) 厚生労働省(2020)：精神保健福祉に関する資料：630集計，<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>(閲覧日：2021年9月30日)
- 6) 萱間真美，松下太郎，船越明子(2005)：精神科訪問看護の効果に関する実証的研究 - 精神科入院日数を指標とした分析，精神医学，Vol.47，No.6，p647－653
- 7) Coffey M., Coleman M.(2001)：The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing, J. Adv. Nurs., (3), p397－407
- 8) Kipping C., Hickey G.(1998)：Exploring mental health nurses' expectations and experiences of working community, J. Clin. Nurs. p531－538
- 9) Spencer L.M, Spencer S.M(1998)／梅津裕良，成田政，横山哲夫(2011)：コンピテンシー・マネジメントの展開[完訳版]，生産性出版，東京
- 10) 宮本美穂，柳澤理子(2018)：地域包括支援センター保健師のコンピテンシー，日本在宅看護学会誌，Vol7，No1，p242－251

- 11)別府千恵(2019)：看護管理者のコンピテンシーの概念分析，日本看護管理学会誌，Vol.23，No.1，p160－167
- 12)編集／武村雪江，著／東京大学医学部附属病院看護部，東京大学医科学研究所附属病院看護部(2014)：看護管理に活かすコンピテンシー成果につながる「看護管理力」の開発，メジカルフレンド社，東京
- 13)Axley,L.(2008)：Competency：A concept analysis Nursing Forum,4(43),p214－222
- 14)Anthony,M.K.,Standing,T.S.,Glick,J.,Duffy,M.,Paschall,F.,Saue r,M.R.,Sweeney,D.K.,Modic,M.B.,Dumpe,M.L.(2005)：Leadersh ip and nurse retention: The pivotal role of nurse manager,J ournal of Nursing Administration,35(3),p146－155
- 15)Gunawan,J.,Aungsuroch,Y.(2017)：Managerial competence of first-line nurse managers：A concept analysis,International Journal of Nursing Practice,23(1),<https://doi.org/10.1111/ijn.12502>(閲覧日：2022年1月6日)
- 16)Sherman,R.O.,Bishop,M.,Eggenberger,T.,Karden,R.(2007)：Dev elopment of a leadership competency model,Journal of Nursi ng Administration,37(2),p85－94.
- 17)本村美和，川口孝泰(2013)：中規模病院の看護管理者におけるコ ンピテンシー評価尺度の開発，日本看護研究学会雑誌，Vol.36， No.1， p61－70
- 18)大重育美，塩水絹子，坪井幸代，相田由紀(2019)：看護師長の経 験年数別によるコンピテンシーの比較，日本看護管理学会誌，Vol. 23，No.1， p177－185
- 19)河野 啓子，工藤 安史，後藤 由紀，中神 克之，畑中 純子(201 9)：産業看護職のコンピテンシー尺度の開発と信頼性・妥当性の 検証，日本産業看護学会誌，Vol.6，No.1， p1－7
- 20)塩見美沙，岡本玲子岩本里織(2009)：事業・社会資源の創出に関 する保健師のコンピテンシー評価尺度開発信頼性・妥当性の検

- 討, 日本公衛誌, Vol.56, No.6, p391-401
- 21)那須明美, 松本啓子, 常国良美, 亀高泰世(2018): 病院に勤務する看護師のインタープロフェッショナルワークに関するコンピテンシーの文献検討, 日本看護科学学会誌, Vol.38, p82-88
- 22)船越明子, 宮本有紀, 萱間真美(2006): 訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護を実施する際の訪問スタッフの抱える困難に対する管理者の認識, 日本看護科学学会誌, Vol.26, No.3, p67-76
- 23)武井麻子, 江口重幸, 末安民生, 小宮敬子, 式守晴子, 相田信男, 濱田秀柏, 橋田昌也, 長嶺敬彦, 吉浜文洋(2017): 系統看護学講座-専門分野Ⅱ 精神看護学 1 精神看護の基礎第5版, 医学書院, 東京
- 24)林裕栄, 内田恵美子, 田中敦子(2010): 訪問看護ステーションにおける在宅精神障害者への援助実態とその困難性, 訪問看護と介護, Vol.15, No.1, p42-46
- 25)永野光子, 舟島なをみ(2019): 看護師としての倫理的行動自己評価尺度の開発, 看護教育学研究, Vol.28, No.1, p45-56
- 26)鎌田ゆき, 藤野成美, 古野貴臣, 藤本裕二(2020): 精神障がい者アウトリーチ実践自己評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討, 日本精神保健看護学会誌, Vol.29, No.1, p70-79
- 27)福原百合, 藤野成美, 脇崎裕子(2013): 精神科訪問看護師が抱く精神科長期入院患者の退院促進および地域生活継続のための看護実践上の課題, 国際医療福祉大学学会誌, Vol.16, No.2, p36-49
- 28)葛谷玲子, 藤澤まこと(2015): 精神科急性期治療期間を超過した患者のさらなる入院長期化を防止するために必要な看護, 岐阜県立看護大学紀要(1346-2520), Vol.15, No.1, p43-53
- 29)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, Vol.11, No.1, p13-24
- 30)千葉理恵, 梅田麻希, 宮本有紀, 山口創生, 後藤恭平(2018): 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、日本看護科学研究，Vol.16，p70－78
- 31)多田羅光美，國方弘子(2013)：精神障害者の希望を引き出す精神科看護職の看護活動の構造，日本精神保健学会誌，Vol.16，No.1，p5－13
- 32)塩見理香，畦地博子(2016)：地域で生活する精神障害者のストレスを高めるケアに取り組んでいる看護師の姿勢－6つのテーマに焦点を当てて－，高知女子大学看護学会誌，Vol.41，No2，p42－50
- 33)大出順(2019)：看護師の倫理的行動測定尺度改訂版の作成，日本看護倫理学会誌，Vol.11，No.1，p13－19
- 34)贅川信幸，前田恵子，山口創生(2012)，平成23年度厚生労働省科学研究補助金「地域生活中心」を推進する，地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究(主任研究者：伊藤順一郎)総括・分担研究報告書，p117－148
- 35)川内健三，天谷真奈美(2013)：精神科訪問看護において病棟看護師が感じる困難，日本看護研究学会，Vol.36，No.2，p1－11
- 36)林裕栄(2009)：精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難，日本看護研究学会雑誌，Vol.32，No.2，p23－34
- 37)川内健三，板山稔，風間眞理(2017)：訪問看護師が精神障害者の支援を行う中で困難を乗り越えた体験，日本精神保健看護学会誌，Vol.25，No.1，p10－19
- 38)平松悦子，難波峰子，木村美智子(2019)：熟練訪問看護師が統合失調症者に対して実践する臨床判断，日本精神保健看護学会誌，Vol.28，No.2，p20－29
- 39)厚生労働省(2009)：看護教育の内容と方法に関する検討会，<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/04/s0428-8.html>(閲覧日：2019年10月24日)

- 40)編著／清崎由美子(2020)：これだけはおさえておきたい明日からできる訪問看護管理 改訂2版，MCメディカ出版，大阪
- 41)編集／天賀谷隆，遠藤淑美，末安民生，永井優子，吉浜文洋，発行／藤丸 成(2007)：実践 精神科看護テキスト 看護実践看護倫理第1版，精神看護出版，東京
- 42)狩野俊介，三浦剛(2019)：精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成と活用の在り方に関する研究—精神科病院と相談支援事業所のソーシャルワーカーへのインタビュー調査—，社会福祉学，Vol.60，No.1，p47－62
- 43)萱間真美(2016)：リカバリー・退院支援・地域連携のためのストレングスモデル実践活用術，医学書院，東京
- 44)松岡純子(2018)：精神科訪問看護にいて利用者が求める看護援助，日本精神保健看護学会誌，Vol.27，No.1，p52－62
- 45)新井香奈子，中野康子，梶原理恵，大向政栄(2011)：管理者の認識する精神科訪問看護実践における困難，兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要，Vol.18，p109－118
- 46)厚生労働省(2017)：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書，<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000152026.pdf>(閲覧日：2021年12月24日)
- 47)厚生労働省(2014)：良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00008830&dataType=0&pageNo=1(閲覧日：2021年12月24日)

資料

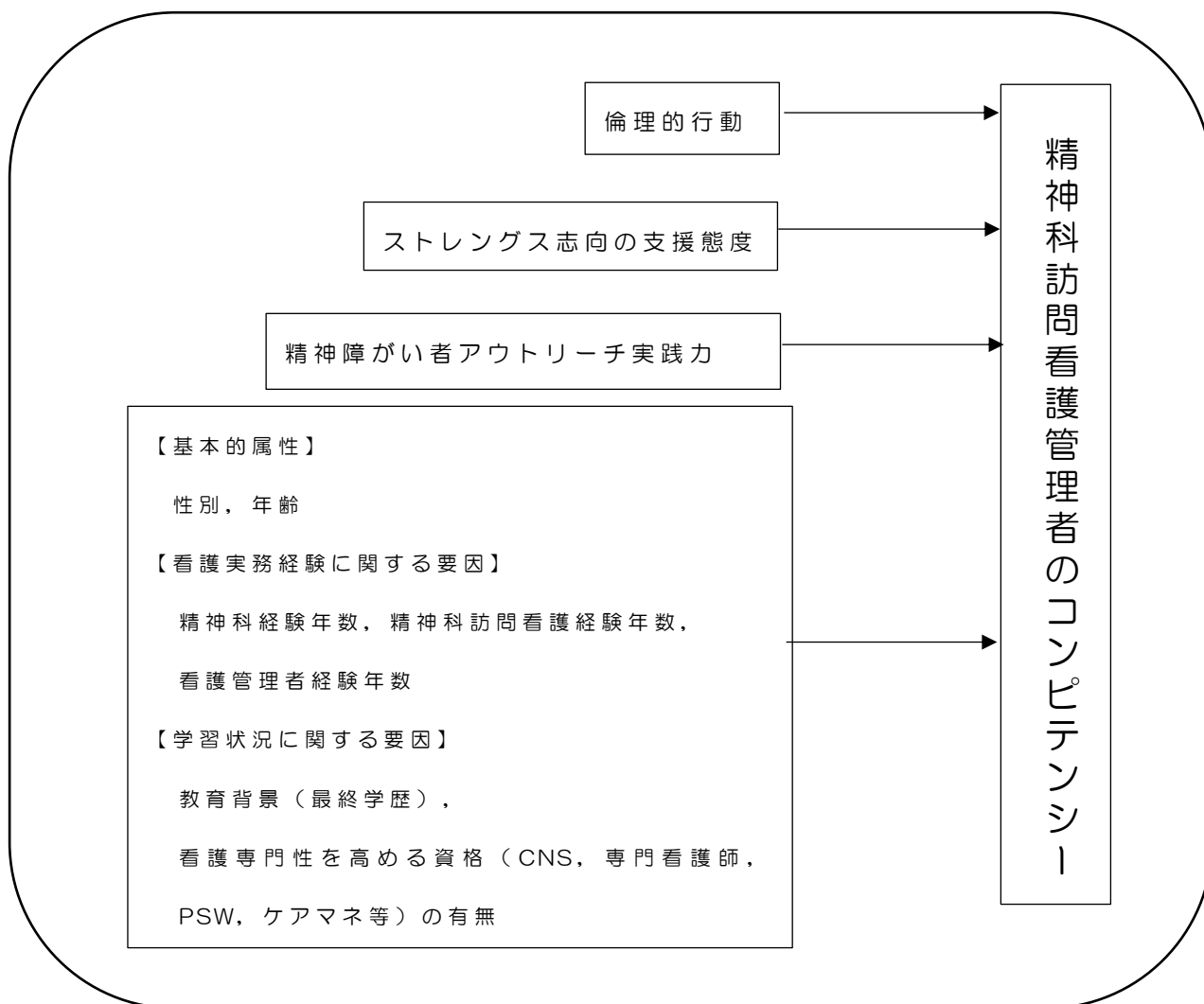


図 1 本研究概念枠組み

表 1 調査対象者の属性

n=162

	カテゴリー	人数	%	平均得点 ±SD
性別	女性	117	72.2	-
	男性	42	25.9	
	未回答	3	1.8	
年齢	20歳代	3	1.8	-
	30歳代	12	7.4	
	40歳代	59	36.4	
	50歳代	70	43.2	
	60歳以上	14	8.6	
	未回答	4	2.4	
精神科経験年数				9.4±10.3
精神科訪問看護経験年数				7.4±6.0
看護管理者経験年数				6.8±7.1
最終学歴	2年課程	42	25.9	-
	3年課程	98	60.4	
	4年大学以上	14	8.6	
	その他	6	3.7	
	未回答	2	1.2	
看護の専門性を高める資格	認定看護師	13	8.0	-
	専門看護師	5	3.0	
	ケアマネージャー	40	24.6	
	精神保健福祉士	5	3.0	
	その他	37	22.8	
	未回答	80	49.3	

表 2 各尺度の平均得点と信頼性係数

n=162

	平均得点±SD	Cronbach's α 係数
看護管理者のコンピテンシー評価尺度	88.1±12.4	0.90
問題対処行動コンピテンシー	3.46±0.78	
対人関係コンピテンシー	3.85±0.75	
目標設定コンピテンシー	3.29±0.89	
情報収集コンピテンシー	3.25±0.93	
ストレングス志向の支援態度評価尺度実施度	25.2±4.8	0.78
ストレングス志向の支援態度評価尺度自信度	22.1±6.0	0.84
倫理的行動測定尺度改訂版	70.9±7.9	0.77
精神障がい者アウトリーチ実践自己評価尺度	78.7±8.8	0.87

信頼性係数の算出には,Cronbach's α 係数を用いた

表 3 調査対象者の属性別看護管理者のコンピテンシー評価尺度検定結果 n = 162

		人数	%	看護管理者の コンピテンシー 評価尺度 平均得点±SD	p 値
性別	女性	117	72.2	86.2±11.2	.001**
	男性	42	25.9	93.0±13.8	
年齢	20 歳代	3	1.8	107±13.8	—
	30 歳代	12	7.4	87.8±15.2	
	40 歳代	59	36.4	86.8±10.9	
	50 歳代	70	43.2	87.7±12.3	
	60 歳以上	14	8.6	93.5±14.7	
最終学歴	2 年課程	42	25.9	89.1±13.6	—
	3 年課程	98	60.4	87.3±11.8	
	4 年大学以上	14	8.6	92.1±13.6	
	その他	6	3.7	87.0±14.2	
看護の専門 性を高める 資格 (複数回答)	認定看護師	13	8.0	93.4±15.1	—
	専門看護師	5	3.0	84.2±8.0	
	ケアマネージャー	40	24.6	88.0±11.8	
	精神保健福祉士	5	3.0	85.0±14.3	
	その他	37	22.8	89.3±13.4	

2 群間の比較には t 検定, 3 群間以上の比較には Tukey-Kramer による多重比較を用いた

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

欠損値 : n(%)性別:3(1.8),年齢:4(2.4),最終学歴:2(1.2),精神科訪問看護の専門性を高める
資格:80(49.3)

**表 4 看護管理者のコンピテンシー評価尺度合計得点との相関
n = 162**

	相関係数	p 値
精神科看護経験年数	.013	.871
精神科訪問看護経験年数	.086	.274
看護管理者経験年数	.100	.204
倫理的行動測定尺度改訂版		
リスク回避	.424	<.001***
善いケア	.525	<.001***
公正なケア	.222	.004**
ストレングス志向の支援態度評価尺度（実施度）		
本人中心のアプローチ	.250	.001**
本人参加の意思決定と共有	.373	<.001***
ストレングスに焦点を当てたアプローチ	.427	<.001***
ストレングス志向の支援態度評価尺度（自信度）		
本人中心のアプローチ	.360	<.001***
本人参加の意思決定と共有	.493	<.001***
ストレングスに焦点を当てたアプローチ	.460	<.001***
精神障がい者アウトリーチ実践自己評価尺度		
多職種チーム内における支援計画遂行	.437	<.001***
対象者の生活機能の把握	.461	<.001***
リカバリーに向けた支援	.463	<.001***

相関分析には Pearson の積率相関分析を用いた

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

表 5 看護管理者のコンピテンシー評価尺度合計得点を従属変数とした重回帰分析 n=162

	標準化係数 β	VIF	p 値
善いケア（倫理的行動測定尺度改訂版）	.359	1.235	<.001***
自信度：本人参加の意思決定と共有 （ストレングス志向の支援態度評価尺度）	.290	1.348	<.001***
多職種チーム内における支援計画の遂行 （精神障がい者アウトリーチ実践自己評価尺度）	.159	1.389	.028*

調整済み R^2 .391

重回帰分析には Stepwise 法を用いた

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

精神科訪問看護管理者を対象とした
コンピテンシーに関する研究

調査用紙

- 別紙の「精神科訪問看護管理者を対象としたコンピテンシーに関する研究の説明文書」をお読みください。
- 研究への同意は、本調査用紙への回答をもって行うこととします。
- 回答が終わりましたら、同封した返信用封筒に調査用紙を厳封し、調査用紙配布後 2 週間以内を目安にご投函ください。
- 回答時間は 15 分程度です。

※コンピテンシーとは、卓越した業績を生むための行動特性と言われています。コンピテンシーが高まることにより、看護管理能力向上や質の高い実践行動につながるという報告があります。

本調査用紙の構成

- | | |
|-----------------------------|---------|
| 1. あなた自身のことについて | 1 ページ |
| 2. あなたの看護管理者としてのコンピテンシーについて | 2～3 ページ |
| 3. 看護職としての倫理的行動について | 4 ページ |
| 4. あなたの精神科訪問看護における支援態度について | 5 ページ |
| 5. 精神科訪問看護におけるあなたの看護実践について | 6～7 ページ |

1. あなた自身のことについてお聞かせください。

当てはまるものに○をつけ，（ ）の中には直接記載してください。

※調査用紙はこの用紙を含めて全部で7ページあります。

1) 性別

- ①女性 ②男性

2) 年齢

- ① 20～29 歳 ②30～39 歳 ③40～49 歳 ④50～59 歳 ⑤60 歳以上

3) 精神科経験年数

() 年

4) 精神科訪問看護経験年数

() 年

5) 看護管理者経験年数

() 年

6) 最終学歴

- ① 専門2年課程 ②専門3年課程 ③4年大学 ④修士課程 ⑤博士課程 ⑥その他

7) 資格の有無（複数回答可）

- ① 認定看護師 ②専門看護師 ③ケアマネージャー ④精神保健福祉士 ⑤その他

2. あなたの看護管理者としてのコンピテンシーについてお答えください。 下記の質問を読み、最もよくあてはまる番号に○をつけてください。 (5 : 十分に実践している ～ 1 : 実践していない)	十分に実践している	かなり実践している	わりに実践している	あまり実践していない	全く実践していない
1.手堅く問題を解決している。	5	4	3	2	1
2.素早く問題を解決している。	5	4	3	2	1
3.迅速に解決策を策定し、問題进行处理している。	5	4	3	2	1
4.葛藤を恐れず問題から逃げていない。	5	4	3	2	1
5.起こった問題の因果関係を探り、何が真の問題かを明確にしている。	5	4	3	2	1
6.過去の事例や情に流されず、安易な解決策を出していない。	5	4	3	2	1
7.怖がらずに信念をもって勇気ある決断をしている。	5	4	3	2	1
8.常に達成できると信じて行動している。	5	4	3	2	1
9.相手が話しやすい雰囲気をつくっている。	5	4	3	2	1
10.相手の意見を否定せず尊重している。	5	4	3	2	1
11.相手の話を聞くための場や時間を設けている。	5	4	3	2	1
12.手の表情の変化、身なり、体調などに関心を持っている。	5	4	3	2	1

	十分に実践している	かなり実践している	わりに実践している	あまり実践していない	全く実践していない
13.どの相手に対しても同じ目線で話している。	5	4	3	2	1
14.相手に伝わったかどうか確認している。	5	4	3	2	1
15.スタッフの声を聞き，合意をとっている。	5	4	3	2	1
16.新人スタッフが職場になじむように配慮している。	5	4	3	2	1
17.何をやればよいのかよくわかる計画を立てている。	5	4	3	2	1
18.病院全体の方針を反映した計画づくりをしている。	5	4	3	2	1
19.コストなどの予算の裏付けをとっている。	5	4	3	2	1
20.今後の方向を明確にしている。	5	4	3	2	1
21.目標達成に向けて強い意志をもっている。	5	4	3	2	1
22.積極的に他の部署をまわり，自らあいさつしている。	5	4	3	2	1
23.よく職場を歩き回って，スタッフ・患者・家族に声をかけている。	5	4	3	2	1
24.関係業務の情報や人材情報の収集活動を常にしている。	5	4	3	2	1
25.実際にその場に出かけて，自分の目と耳とで生の情報を収集している。	5	4	3	2	1

3. 以下の項目を読んで、あなたが日々実践している看護について、最もあてはまると思われる選択肢（1. 全く当てはまらない ～ 6. 非常に当てはまる）を選んで○をつけてください。 注：本文中に記載されているケアとは、日常生活援助や診療の補助を指します。	非常に当てはまる	わりと当てはまる	どちらかといえば当てはまる	どちらかといえば当てはまらない	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
1.私のケアは常に患者への安全が配慮されている。	6	5	4	3	2	1
2.あくまでも危険防止を目的とし、最低限の身体抑制にしている。	6	5	4	3	2	1
3.私は常に清潔操作を徹底している。	6	5	4	3	2	1
4.患者の安全について常に危険を予測している。	6	5	4	3	2	1
5.患者の個人情報の保護は徹底している。	6	5	4	3	2	1
6.患者の話を聴く機会を積極的に作っている。	6	5	4	3	2	1
7.インフォームド・コンセントの支援のために、他職種とのコミュニケーションに日頃から取り組んでいる。	6	5	4	3	2	1
8.インフォームド・コンセントの場面では、患者の意思表示がしやすいような雰囲気作りを行っている。	6	5	4	3	2	1
9.患者のケアには常に最善を尽くしている。	6	5	4	3	2	1
10.いつも善いケアとはなにかを考えながら実践している。	6	5	4	3	2	1
11.患者に対する好みで優先順位が変わることがある。	6	5	4	3	2	1
12.自分の好みで患者に対するケアに差が生じることがある。	6	5	4	3	2	1
13.面倒なケアは億劫になる。	6	5	4	3	2	1
14.コンプライアンスの悪い。患者へのケアは消極的になる。	6	5	4	3	2	1
15.複数の患者の心身に配慮した公平なケアができていない。	6	5	4	3	2	1

4. あなたの支援態度についてお答えください。下記の質問を読み、最もよくあてはまる番号に○をつけてください。（どの程度実践しているか、実践に自信があるかについて、それぞれお答えください。）	実践しているか				実践に自信があるか			
	行っている	少し行っている	あまり行っていない	ほとんど行っていない	自信がある	少し自信がある	あまり自信がない	全く自信がない
1. 本人の病状が不安定になる可能性がある とあなたが感じた場合でも、本人の挑戦 したいという気持ち（就職や恋愛など） に、まずは肯定的なコメントを返す。	3	2	1	0	3	2	1	0
2. 病気や症状以外の本人の個性、価値観 などについても積極的に焦点を当てて本人 と会話をする。	3	2	1	0	3	2	1	0
3. 支援にあたっては、本人が地域生活を送 る上で望むことややりたいこと、現在の 課題などを尋ねる。	3	2	1	0	3	2	1	0
4. 目標設定や支援計画づくりは、本人と共 に考え、本人が主体的に選択できるよう サポートする。	3	2	1	0	3	2	1	0
5. クライシス（危機的状況）時に、本人が 自分で行うと良いこと、周囲の人にやっ てほしいことなどを、事前に本人と一緒 に考える。	3	2	1	0	3	2	1	0
6. 目標設定や支援計画づくりのカンファレ ンス・話し合いは、本人が参加して行 う。	3	2	1	0	3	2	1	0
7. アセスメント票や支援計画には、本人の 言葉を積極的に活用する。	3	2	1	0	3	2	1	0
8. アセスメント票と支援計画は、本人と一 緒に定期的に見直し、更新する。	3	2	1	0	3	2	1	0
9. 本人の個人および環境の持つストレング ス（長所・強み）を、本人との対話や 行動のなかで一緒に見つける。	3	2	1	0	3	2	1	0
10. 本人の上手くいった経験も上手く いかなかった経験も、次の活動を行う際 に役立つ体験と捉え、本人がそれを活用 しやすいように対話を進める。	3	2	1	0	3	2	1	0
11. 支援計画は、支援活動の大部分が地域 社会の中で（入院中の者に対しては、 すみやかに病院の敷地外で）行われる ように作る。	3	2	1	0	3	2	1	0

5. 精神科訪問看護におけるあなたの看護実践についてお答えください。下記の質問を読み、最もよくあてはまる番号に○をつけてください。 （ 5：かなり当てはまる ～ 1：全く当てはまらない ）	かなり当てはまる	どちらかという当てはまる	どちらとも言えない	どちらかという当てはまらない	全く当てはまらない
1.私は、多職種チーム内で支援の目標が到達したかを評価している。	5	4	3	2	1
2.私は、多職種チーム内で支援計画の妥当性を定期的に検討している。	5	4	3	2	1
3.私は、多職種チーム内で協議した上で支援計画を作成している。	5	4	3	2	1
4.私は、多職種チーム内で支援内容や対象者に関する情報を共有している。	5	4	3	2	1
5.私は、多職種チーム内で専門性を発揮している。	5	4	3	2	1
6.私は、多職種チーム内で個人情報保護対策を共有し実施している。	5	4	3	2	1
7.私は、支援するにあたりインフォームド・コンセントを実施している。	5	4	3	2	1
8.私は、対象者のニーズを把握している。	5	4	3	2	1
9.私は、対象者の解決すべき生活上の課題を把握している。	5	4	3	2	1
10.私は、対象者の精神症状を把握している。	5	4	3	2	1

	かなり当てはまる	どちらかというと当てはまる	どちらとも言えない	どちらかというと当てはまらない	全く当てはまらない
11.私は、対象者の身体状況を把握している。	5	4	3	2	1
12.私は、対象者と家族の関係性を把握している。	5	4	3	2	1
13.私は、対象者が服薬などの治療を継続できるよう支援している。	5	4	3	2	1
14.私は、対象者のストレングスを活かした支援をしている。	5	4	3	2	1
15.私は、対象者が自立した生活を送れるよう必要な情報を提供している。	5	4	3	2	1
16.私は、対象者が社会生活技能を身に付けられるよう支援している。	5	4	3	2	1
17.私は、対象者と一緒に支援計画を作成している。	5	4	3	2	1
18.私は、対象者の幸福を目標とした支援をしている。	5	4	3	2	1
19.私は、対象者が努力していることを理解し支援している。	5	4	3	2	1
20.私は、対象者が利用可能な社会資源を把握している。	5	4	3	2	1

以上で調査は終了です。
 お手数をおかけしますが、今一度、記入漏れがないかご確認ください。
 調査にご協力いただきありがとうございました。

令和3年度 一般社団法人全国訪問看護事業協会研究助成
(一般)
精神科訪問看護事業所における看護管理者のコンピテンシー
に関する全国調査

報告書

令和4年3月発行

研究責任者 早木 幸江

研究分担者 藤野 成美

古野 貴臣

藤本 亮二

〒849-8501 佐賀県佐賀市鍋島5丁目1番1号

TEL : 0952-34-2567 E-mail : m_yukie5263@yahoo.co.jp

本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になりますのでご注意ください。

令和3年度 一般社団法人 全国訪問看護事業協会
研究助成（一般）「報告書」

令和4（2022）年6月発行

発行・編集 一般社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿1丁目3番12号 壹丁目参番館401

TEL 03（3351）5898 FAX 03（3351）5938

本書の一部もしくは全部を無断で転載することを禁じます。