研究報告

精神科訪問看護で提供されるケア内容 —精神科訪問看護師へのインタビュー調査から

Nursing Interventions Provided by Psychiatric Home Visit Nurses in Japan

瀬戸屋希¹⁾, 萱間真美¹⁾, 宮本有紀²⁾, 安保寛明³⁾, 林亜希子⁴⁾, 沢田 秋²⁾,
船越明子²⁾, 小市理恵子²⁾, 木村美枝子²⁾, 矢内里英⁵⁾, 瀬尾智美¹⁾, 瀬尾千晶⁶⁾,
高橋恵子⁷⁾, 秋山美紀⁸⁾, 長澤利枝⁹⁾, 立石彩美²⁾

Nozomi Setoya, Mami Kayama, Yuki Miyamoto, Hiroaki Ambo, Akiko Hayashi, Aki Sawada,
Akiko Funakoshi, Rieko Koichi, Mieko Kimura, Rie Yanai, Tomomi Seo, Chiaki Seo,
Keiko Takahashi, Miki Akiyama, Rie Nagasawa, Ayami Tateishi

キーワード：精神看護，精神科訪問看護，看護ケア

Key words : psychiatric nursing, psychiatric home visiting, nursing care

Abstract

Psychiatric home visit nursing provides an important role in community care for people with mental disorders. Several reports indicated that home visits were associated with rate reduction of readmission to psychiatric wards and reduced hospital stays, however the type of care provided by visiting nurses has not been described. Thus, this study developed a description and categorization of care provided in psychiatric home visit nursing.

Interviews were conducted with 18 home visiting nurses. Data were analyzed qualitatively, and eight foci of care were extracted with 58 care domains and 222 care contents listed. The foci of care included : 1) maintaining everyday life / life skills acquisition and expansion, 2) maintaining and building interpersonal skills, 3) coordinating family relationships, 4) psychological support / preventing the exacerbation of psychosis, 5) providing physical care / preventing exacerbation physical symptoms, 6) creating support networks / cooperating in community psychiatric support system, 7) facilitating social support use, 8) empowering consumers. This research contributes to ongoing efforts to identify and measure the amount and content of care as well as to the development of standards of practice for the psychiatric home visit.

受付日：2007年7月31日 受理日：2008年1月15日

1) 聖路加看護大学精神看護学 Mental Health and Psychiatric Nursing, St. Luke's College of Nursing 2) 東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野 The University of Tokyo 3) 東北福祉大学健康科学部保健看護学科 Tohoku Fukushi University 4) 前聖路加看護大学精神看護学 Former Lecturer, St. Luke's College of Nursing 5) 埼玉県立精神医療センター Saitama Psychiatric Center 6) 静岡県立静岡がんセンター Shizuoka Cancer Center 7) 聖路加看護大学 21 世紀 COE プログラム COE 研究員 Researcher of 21st COE Program, St. Luke's College of Nursing 8) 東京医療保健大学保健医療学部 Tokyo Healthcare University 9) 静岡県立大学短期大学部 University of Shizuoka, Junior College

要 旨

精神障害者に対する地域ケア施策において、精神科訪問看護は重要な役割を担っている。その効果については、精神科病棟への再入院の防止と在院日数の減少に影響を与えることが報告されているものの、提供されているケアの具体的な内容については十分に検討されていない。本研究は、精神科訪問看護で提供されているケア内容を網羅するケアリストを作成することを目的に、精神科訪問看護師 18 名を対象に、行った看護ケア内容についてインタビュー調査を行った。得られた援助内容について質的に分析し、「日常生活の維持／生活技能の獲得・拡大」「対人関係の維持・構築」「家族関係の調整」「精神症状の悪化や増悪を防ぐ」「身体症状の発症や進行を防ぐ」「ケアの連携」「社会資源の活用」「対象者のエンパワメント」の 8 つのケアの焦点と、それぞれの焦点について合計 58 のケア領域と 222 のケアコンテンツからなるリストを作成した。今後は、このリストを用いてケアの内容と量を測定していくことが期待される。

I. 目 的

精神障害者に対する地域ケア施策が急速に進められるなか、精神科訪問看護は精神障害者の地域での生活を支える上で、今日不可欠なサービスとなっている。精神科訪問看護は、看護師や保健師によってボランティア的に行われてきた活動の意義が評価され、1986 年に診療報酬の裏付けを得て以降、2006 年には退院前訪問指導料および退院後 3 カ月以内の利用者への算定回数の上限緩和など、患者の社会復帰を促すケアとしての位置づけがより明確になりつつある。

訪問看護の効果については、精神科病棟への再入院の防止と在院日数の減少に影響を与えることが、報告されている(萱間ら, 2005; 緒方ら, 1997; 長尾ら, 1999; 渡辺ら, 2000)。しかし、精神科訪問看護において提供されているケアの内容や利用者の特徴については、ほとんど記述されておらず、実証的なデータは少ない現状にある。今後、更なるサービスの発展を目指すためには、訪問看護における介入プロセスを記述し、ケアの内容や質とケア効果の関連、またコストとのバランスという視点から詳細に分析を行うことが必要である。また、地域で生活する精神障害者には、ホームヘルプサービス、デイケアなどさまざまなサービスが複合的に提供されており、訪問看護で提供されている援助内容を明らかにし、訪問看護の役割を明確にしておくことが必要と考えられる。そのためには、ケアの内容を定量化することが必要であるが、そのための標準的な方法論や枠組みは確立されていない。

精神看護領域においては近年、看護活動の内容を記述する試みが行われており(野嶋ら, 2004)、青木(2005)は、病院から地域への移行期における看護活動として 54 の看護行為を報告している。また、萱間

(1999)は訪問看護師、保健師の訪問ケアにおいて、利用者と訪問看護師の関係性の構築や権利擁護を基盤としたケア技術について報告している。しかし、これら先行研究は病院から地域へという施策の流れを背景に、訪問看護をどのように導入し継続していくかという点に重点が置かれており、本人の退院への意識づけや看護師との関係構築に焦点が当てられている。また、訪問看護における目的と看護技術を整理した片倉ら(2007)の研究においても、関係性を基盤とした援助技術の局面が整理された一方、具体的な行為を記述したケアリストは確立されていない。

精神科訪問看護の役割が拡大し、地域生活を支えるための継続的なサービスとして機能している現状を考えると、導入前後の時期だけでなく、利用者の生活を継続的に支援するために、訪問看護においてどのようなサービスが提供されているかを具体的な行為のレベルで整理することが必要である。

そこで本研究は、訪問看護師が提供しているケアを網羅し、かつ具体的な行為のレベルで記述するケアリストを作成することを目的に行った。このケアリストを作成することにより、訪問看護で提供されているケア内容を把握し、定量化する際の基盤となり、ケアの標準化や効果との関連の検討に貢献できると考える。

Ⅱ. 方 法

1. 対象

精神科訪問看護を提供している訪問看護ステーション(以下、ステーションとする)8 施設および保健医療機関 10 施設(以下、医療機関とする)のうち、研究協力の得られた 11 施設に勤務する訪問看護師を対象とした。各施設 1, 2 名の訪問看護師に調査の主旨を説

表1 対象となった訪問看護師の概要

ID	年代性別	訪問看護 経験年数(年)	精神科訪問看護 経験年数(年)	臨床経験 年数(年)	精神科 経験年数(年)	週あたり 訪問件数(件)
1	30代女性	2	2	15	4	18
2	50代女性	19	19	31	28	21
3	40代女性	4	4	30	18	15
4	40代女性	4	4	4.5	0	13
5	40代男性	1	1	10	8	4
6	50代女性	2	2	30	2	6
7	30代女性	6	6	4	12	20
8	50代女性	10	10	30	15	12
9	20代女性	1	1	3	1	20
10	40代女性	1	1	15	2	20
11	30代女性	3	3	4.5	4.5	28
12	30代女性	3.5	6.5	6.5	0	14
13	20代女性	2	2	2	0	22
14	40代女性	1	1	8	8	22
15	40代女性	2.5	2.5	18	18	22
16	40代女性	4	4	20	7	9
17	40代女性	9	4	14	2	12
18	30代女性	3	3	19	16	10
	平均	4.3	4.2	14.7	8.1	16

注)ID 1-ID 10 は医療機関所属, ID 11-ID 18 は訪問看護ステーション所属の看護師であった。

明し、調査への参加は自由意志であることを説明し、文書による研究参加への同意が得られた者にインタビュー調査を行った。

2. 調査方法

調査前1週間に実施した統合失調症患者への訪問看護のうち、具体的なケア行為が想起しやすい1例について、最も近い訪問日に行ったケア内容を、時系列で想起するよう依頼した。ケア内容は、訪問前、訪問中、訪問後にその利用者に関して行ったケアをすべて挙げてもらった。また、訪問日から調査日までその利用者に関して行った業務についても尋ねた。インタビュー内容は、対象者の同意を得た上で録音し、調査者がケア内容を書き起こした。なお、個人が特定されないよう利用者について語る際には情報を匿名化した上で語ってもらうよう配慮し、インタビュー内容を書き起こす際にも地域や人名を匿名化し、データはID番号を振って管理した。

3. 分析方法

精神科訪問看護の経験者を含む研究者らでワーキンググループを構成し、語られたケア内容について継続的に討議を重ね、ケア内容の分類を行った。さらに、その妥当性を検討するため、精神科訪問看護師15名によるフォーカスグループインタビューを行い、意見を参考に修正を加え、ケアの焦点とケア内容を整理し

た。なお、本研究は、聖路加看護大学研究倫理審査委員会および、東京大学大学院医学系研究科倫理委員会による承認を受けて実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の特徴

参加協力の得られた施設は、関東・中部・近畿・東北地方を含む7都府県にわたる11施設(医療機関6施設、ステーション5施設)であった。平均登録者数は医療機関104.2(SD=42.9)名、ステーション102.4(SD=32.7)、月あたり平均訪問件数は、医療機関173.0(SD=99.6)件、ステーション308.9(SD=151.0)件であった。

インタビューの協力が得られた訪問看護師は18名であった。概要を表1に示す。医療機関に所属する者は10名(うち男性1名)で、精神科訪問看護経験年数は平均5.0(SD=5.7)年、精神科臨床経験年数の平均は8.8(SD=9.4)年であった。ステーションに所属する者は8名(すべて女性)で、精神科訪問看護経験年数は平均2.8(SD=1.1)年、精神科臨床経験年数は平均6.9(SD=6.9)年であった。

2. 語られた訪問看護利用者の特徴

語られた利用者18名(男性9名、女性9名)の年齢は、30代(7名)が最も多く、次いで50代(5名)、40

表2 日常生活の維持／生活技術の獲得・拡大におけるケア領域とケアコンテンツ

ケア領域		ケアコンテンツ
食生活	モニタリング	食事の状況について尋ねる 食事の内容について尋ねる 食欲の程度について尋ねる 調理行動を観察する 買い置き食品の種類を観察する 買い置き食品の賞味期限を確認する
	維持・向上への援助	調理行動について肯定的に評価する 食事の内容について肯定的に評価する 食事の内容について助言・指導する
生活リズム	モニタリング	起床時間を観察する 生活スケジュールについて尋ねる 睡眠状況について尋ねる
	維持・向上への援助	夜間睡眠を保持する方法について助言・指導する
活動	モニタリング	外出状況について尋ねる 日中の過ごし方について尋ねる 余暇時間の使い方について尋ねる
	維持・向上への援助	余暇時間の使い方について肯定的に評価する
住環境	モニタリング	洗濯の状況を観察する 掃除の状況を観察する 整理整頓の状況を観察する
	維持・向上への援助	洗濯について肯定的に評価する 洗濯について助言・指導する ゴミ分別について肯定的に評価する ゴミ分別について助言・指導する 掃除について肯定的に評価する 掃除について助言・指導する 整理整頓について助言・指導する 生活用品の購入について助言・指導する
整容	モニタリング	身体保清について尋ねる 服装を観察する
	維持・向上への援助	身体保清について肯定的に評価する 身体保清について助言・指導する 適切な衣類選択について助言・指導する
金銭管理	モニタリング	新たな購入品について観察する
	維持・向上への援助	来月の予算立てについて助言・指導する 節約方法について助言・指導する 収支バランスの維持について助言・指導する
安全確保	モニタリング	火気扱い状況を確認する
	維持・向上への援助	火気扱いについて助言・指導をする 運転について助言・指導する 連絡手段の確保について助言・指導
家庭内役割		家庭内役割をどの程度果たしているかについて尋ねる

代(4名), 60代(2名)であった。訪問看護の利用年数は、平均2.1(SD=2.6)年、月あたりの利用回数は平均2.6(SD=1.6)回、訪問看護以外のサービスを利用している人は8名(44.4%)であった。家族との同居者は10名(55.6%)、グループホーム入所者は1名(5.6%)、単身生活者が7名(38.9%)であり、高血圧、高脂血症などの身体合併症を有するものは9名(50.0%)であった。

3. ケアの焦点とケア内容の分類過程

まずインタビュー結果から、提供されたケア行為について叙述された部分を抜き出した。次に、各事例から訪問看護の目的を抽出し、12の目的に整理した後、この枠組みによってすべてのケア行為が分類できるかどうかを検証した。加えて精神科訪問看護の経験をもつ看護師15名にフォーカスグループインタビューを行って分類の妥当性を検討した。その結果、12の目的と整理されたケア行為の内容は妥当であるものの、目的間の重複や抽象度のバラつきが明らかになった。

表3 対人関係の維持・構築におけるケア領域とケアコンテンツ

ケア領域	ケアコンテンツ
コミュニケーション能力の維持向上への援助	会話のスピードを観察する まとまりある会話ができるかを観察する 質問に対する返答の正確さを観察する 自分の気持ちの表出を促す 次回訪問日までの課題を共有する コミュニケーションの見本を提示する 利用者の話を理解したことを伝える 不適切な対人批判を指摘する 挨拶や時事などの日常会話を交わす 生活者の視点で接する 話しやすい雰囲気をつくる
近隣住民との関係性への援助	近所づきあいについて聞く 近隣との接し方についてロールプレイをする 近隣の住民からの苦情を把握する 大家との付き合い方をアドバイスする
当事者同士の関係性への援助	当事者同士の会話の内容を聞く 対当事者関係における悩みを聞く グループホーム入居者に対する不満を傾聴する 対当事者関係における悩みの解決策と一緒に考える
異性関係への援助	異性関係について聞く 異性との問題を自分で解決するよう促す 恋人との問題について、支持的に関わる
初対面の人との関わりへの援助	初対面の人への接し方・表情を観察する
社会との接点をもつことへの援助	他者との関わりを勧める
他の医療・福祉スタッフとの関係性への援助	他の援助機関の職員との交流を勧める 医療・福祉への疑問および不満を傾聴する

め、ケアの目的を「ケアの焦点」として定義を明確にし、ケアの焦点・ケア領域の整理とケア行為の再分類を継続的にを行い、語られた看護行為が網羅できるよう内容の整理を進めた。その結果、「日常生活の維持／生活技能の獲得・拡大」「対人関係の維持・構築」「家族関係の調整」「精神症状の悪化や増悪を防ぐ」「身体症状の発症や進行を防ぐ」「ケアの連携」「社会資源の活用」「対象者のエンパワメント」の8つのケアの焦点に整理された。表2～表9にそれぞれのケアの焦点と含まれるケアの領域、ケアコンテンツを示し、以下にそれぞれのケアの焦点の定義について述べる。

1) 日常生活の維持／生活技能の獲得・拡大(表2)

生活技能についてモニタリングし、さらに維持・向上を図るための援助である。食生活、生活リズム、活動、住環境、整容、金銭管理、安全確保への援助や、家庭内で期待されている主婦や母親などの役割を担うことへの援助も含んでいる。具体的には、食事内容等について、対象者からの情報や居宅状況の観察から把握し、改善点を具体的に対象者とともに考え、指導していた。生活スケジュールや睡眠の状況についても、

本人に話を聞き、対象者が1日の生活を組み立てやすい時間に訪問看護を設定して生活リズムの確立を助けることもあった。決まった活動の場をもたない対象者では、日中の過ごし方や余暇の過ごし方を把握し、努力や工夫している点を評価していた。また、住環境の整理整頓、掃除、洗濯についてアセスメントし、場合によっては一緒に行うなどして具体的な技術を指導していた。整容についても同様で、対象者が社会的不利益をこうむらないように状態を把握し、具体的な助言を行うこともあった。金銭管理や火の元の管理を中心とする安全確保については、実際の生活の場で現状を把握し、どのようにすれば安全を確保できるかをともに考え、改善していた。

2) 対人関係の維持・構築(表3)

訪問看護師との関係性の維持・構築を基盤として、家族以外の周囲の人々との関係性を維持・構築するための援助である。具体的には訪問看護師との会話を基盤に、対象者のコミュニケーション能力をアセスメントするとともに、対象者が自分の意思や感情を適切に伝達する能力が向上できるよう援助していた。また、

表 4 家族関係の調整におけるケア領域とケアコンテンツ

ケア領域	ケアコンテンツ
家族関係のモニタリング・アセスメント	本人と家族の関係性をアセスメントする 本人や家族の気持ちを聞く 本人の気持ちを聞く 本人・家族・関係者から家族状況について話を聞く 家族状況についての話を整理する 家族状況の在宅状況を観察する 家族と本人の情報、今後の方針を共有する
本人と家族の関係性の維持・向上への援助	他の家族員にも相談するよう助言する 家族と本人の緊張を緩和する 家族の前で、本人が気持ちを表出できるような場を設ける 本人が気持ちを表出できるよう、家族に待つように伝える 本人の気持ちを聞く 家族員それぞれの思いを傾聴する 訪問看護師が入ること、話しやすい場を作る 訪問看護師が入ること、家族がともに楽しい時間を過ごす 本人の気持ちを家族に代弁する 家族の気持ちを本人に代弁する
家族とのつきあいに対する本人の対処能力の維持・向上への援助	家族への不満を傾聴する 本人から、家族に関する話を聞く 他の家族員にも相談するよう助言する 家族への関わり方について助言する 家族に対する本人の否定的な感情が変容できるよう助言する
本人とのつきあいに対する家族の対処能力の維持・向上への援助	訪問看護の役割と方針を説明する 家族も専門的支援を利用できることを保障する 本人の自立を促す支援の必要性を家族に伝える 本人の自立を促す支援の具体例を家族に紹介する 家族の苦労をねぎらう 家族が抱え込まなくてよいことを伝える 家族の話を聞く 家族の愚痴を聞く 家族の心配ごとを聞く 心配し過ぎなくてよいことを伝える 本人の反応を待つよう、家族に伝える 本人を責めないよう、家族に伝える
本人の家族内役割遂行の維持・向上への援助	子育てに対する本人の気持ちをアセスメントする 子育てに関する本人の前向きな気持ちを支える 家庭内役割(母親役割)の遂行状況を観察する

近隣住民、当事者同士、異性や初対面の人など、地域生活を営む上で接点をもつ多くの人たちとのコミュニケーションの状況をアセスメントし、悩みやトラブルを対象者が主体的に解決できるようアドバイスしたり、訪問看護師がロールプレイを行うなどして具体的な技術を伝達していた。また、訪問看護師との関係性を基盤に、社会や他の医療・福祉スタッフなど、さらに対人関係を拡大していくための援助を行っていた。

3) 家族関係の調整(表 4)

本人と家族の関係性や家族内における本人の役割をアセスメントし、その調整を図ったり、家族員が抱えるストレスを緩和するための援助である。具体的には、本人や家族員からの話や観察から家族関係をアセスメ

ントし、その上で本人と家族の思いを聞き、それぞれの思いがうまく表出できるよう働きかけていた。訪問看護師という第三者が関わることで、緊張関係を緩和し、互いの感情を表現しやすい雰囲気を作り出していた。また、それぞれの対処能力を高めるよう、本人の家族との関わり方について助言をしたり、家族の心配ごとや不安を聞き、苦労をねぎらい、本人への関わり方について具体的な助言を行うことで対処能力を高めていた。

4) 精神症状の悪化や増悪を防ぐ(表 5)

幻覚・妄想や不安といった精神症状によって、日常生活が支配されることのないよう、現実感覚を保つための援助や、ストレスを緩和するための援助である。

表5 精神症状の悪化や増悪を防ぐためのケア領域とケアコンテンツ

ケア領域	ケアコンテンツ
精神症状のモニタリング・アセスメント	精神症状に関して訪問前の情報収集をする 表情を観察する 話し方を観察する 幻覚・妄想を観察する 強迫観念・強迫行為を観察する 不安を観察する その他の精神症状を観察する 精神症状への対処方法を観察する 精神症状によって障害される日常生活行動を観察する 精神症状によって障害される日常生活環境を観察する
精神症状の安定・改善への援助	妄想に聞き入らない 幻覚・妄想を傾聴するが、肯定しない 妄想に巻きこまれない 不安を傾聴する 不安を抱かせないように予防する 不安を軽減する 精神状態に合わせて活動を調整する 他者の支援を求めることの必要性を意識づける 精神症状の判断を助ける 利用者の対処方法を支持する
危機予防のためのモニタリング・アセスメント	訪問前に安否の確認を行う 自傷行為の有無を観察する 不調のサイクルを観察する
睡眠状況のモニタリング・アセスメント	睡眠に関して訪問前に情報収集する 夜間睡眠時間の確認をする 睡眠パターンの確認をする 睡眠に影響する要因を探る
睡眠の維持・確保への援助	睡眠習慣を確立するための指導をする 睡眠薬の適切な内服時間を指導する
服薬行動のモニタリング・アセスメント	どの程度の内服確認が必要か判断する 口頭で内服確認を行う 残薬を確認する 頓用薬の服用の程度について確認する 副作用の程度を観察する
服薬行動の維持・向上への援助	服薬準備の援助を行う 服薬に関して相談にのる 飲み忘れ時の対応を指導する 睡眠薬の適切な内服方法を指導する 頓用薬の適切な内服方法を指導する 服薬行動に関して深く追求しない 服薬の意味づけをする 内服管理について肯定的に評価する 服薬行動をセルフケアレベルに応じて援助する 協力者へ指導する
通院行動のモニタリング・アセスメント	確実に通院しているか確認する 通院時の状況を確認する 通院予定を確認する 通院行動のセルフケアレベルをアセスメントする 協力者からの情報収集を行う
通院行動の維持・向上への援助	通院行動に付き添う 本人の通院行動を評価する 通院行動をセルフケアレベルに応じて援助する 通院していない時の早期対応を行う 金銭面での通院困難時の対応を行う 主治医不在時の対応策を提案する

表6 身体症状の発症や進行を防ぐためのケア領域とケアコンテンツ

ケア領域	ケアコンテンツ
身体症状のモニタリング	バイタルサインの測定 体重測定 一般状態の観察 通常のバイタルサインの把握 症状についてのアセスメント 異常早期発見のための観察 合併症の症状の有無を確認 症状が発生した経過の把握 予測される症状の有無の確認 検査結果の確認
身体症状の改善・悪化防止	リハビリ指導
生活習慣(全般)についての助言・指導	生活習慣についての指導 節煙・禁煙についての指導
生活習慣(運動)／モニタリング 助言・指導	日課である運動の継続状況を確認 運動量を維持・促進するための援助
生活習慣(食事)／モニタリング 助言・指導	間食状況の把握 食習慣の把握 栄養指導
排泄／モニタリング 助言・指導	排便状況の確認 失禁の状態の確認 下剤の使用方法について把握 下剤の使用方法について指導
自己管理能力を高める援助	問題の意識づけ 自己管理行動の促進 検診についての情報提供
身体症状に関する不安の軽減	生活習慣に対する不安の軽減 食事内容に対する不安の軽減 合併症に対する不安の軽減

具体的には、訪問時の本人の様子や家庭内の状況、本人からの情報収集を通じて、妄想・幻覚や不安といった精神症状をアセスメントし、症状が安定・改善するための具体的な助言を行い、利用者の対処方法を支持・指導していた。また、精神症状の安定のために、睡眠が十分に取れているか、服薬や通院が行われているかをアセスメントし、それらが継続されるよう助言・指導を行っていた。危機の予防を目的として、利用者の定期的な安全確認や症状変動のパターンの把握も行っていた。

5) 身体症状の発症や進行を防ぐ(表6)

身体症状の発症を予防し、何らかの疾患が発症した場合には経過をモニタリングして、悪化を防ぐための介入を行う援助である。具体的には、バイタルサイン、体重等の身体所見や観察から身体症状をモニタリングし、悪化を防ぐための指導を行っていた。また、運動、食事、排泄などの生活習慣の状況を把握し、栄養指導や運動指導を行い、副作用への対処について助言を行っていた。自己の身体問題への意識づけや情報提供を

通じて、自己管理能力を高めたり、身体症状の変動に伴う不安を軽減するための援助も行っていた。

6) ケアの連携(表7)

本人をサポートしている関係者と連携をとり、本人のサポートに関する検討を行う援助である。施設内外の関係者からの情報収集、情報交換、情報共有が含まれる。具体的には、主治医、保健師、ホームヘルパー、精神保健福祉士、デイケアや作業所のスタッフ、家族など関係者との会議や記録の共有を通してネットワークをつくり、情報交換・共有を行っていた。また、ケア方針をともに検討し、それぞれの役割分担を行い、円滑なケアが提供できるよう調整していた。

7) 社会資源の活用(表8)

施設サービス、人的サービス、支援制度などの社会資源の有効な活用に向けた援助である。具体的には、社会資源の利用に関する情報提供を行い、利用申請に同行するなど利用を導入するための援助を行っていた。また、利用状況をモニタリングし、有効な活用ができ

表7 ケアの連携におけるケア領域とケアコンテンツ

ケア領域	ケアコンテンツ
施設内関係者とのネットワーキング	施設内関係者会議の開催 記録の共有
施設内関係者との個別の連携・検討	施設内関係者からの情報収集・交換・伝達・提供・共有 訪問看護方針の検討・共有 記録の作成
施設外関係者とのネットワーキング	関係者会議の実施・参加 連絡ノートの使用 訪問看護の取り組み報告
施設外関係者との個別の連携・検討	施設外関係者との情報収集・交換・伝達・提供・共有 方針確認・検討 役割分担の検討

表8 社会資源の活用におけるケア領域とケアコンテンツ

ケア領域	ケアコンテンツ
社会資源利用に関する基本的な情報の提供	社会復帰施設についての情報提供 利用可能な援助(ヘルパーや訪問看護師)について教える 支援センターのプログラムについて話す 本人の利用しているサービスの費用について話す
社会資源の利用導入のための援助	具体的通所方法の話し合い 具体的な利用手順の確認(話し合い) サービス申請の同行
社会資源の利用状況モニタリング	作業所への通所状況を聞く 支援センターの利用頻度を聞く
社会資源の有効な活用に向けた援助	支援センタースタッフへの相談のすすめ ヘルパーの有効な利用方法の検討 福祉手帳の利用方法の指導

表9 対象者のエンパワメントにおけるケア領域とケアコンテンツ

ケア領域	ケアコンテンツ
自己効力感を高めるための援助	自尊心へ配慮する 自信を低下させない やる気を引き出す 不必要な介入をしない 利用者の権利を保障し許可を求める
コントロール感を高めるための援助	本人が問題状況を把握できるよう援助する 解決方法を探すための援助をする 問題解決のための行動を支援する
肯定的フィードバック	できていることをたたえる ねぎらう 支持する

るよう助言していた。

8) 対象者のエンパワメント(表9)

利用者本人の自己効力感を高め、自分の生活を自分でコントロールできるという感覚が高まるよう働きかける援助である。この機能は単独の看護行為として行われるというよりも、前述の看護援助と同時に実施されていた。具体的には、利用者の自尊心に配慮し、や

る気を引き出すような声かけを行ったり、利用者の能力に応じて自立を促す援助や、本人が問題解決できるよう援助することで、対象者の自己効力感やコントロール感を高めていた。また、肯定的なフィードバックをすることで、意識的に対象者のエンパワメントを行っていた。

Ⅳ. 考 察

1. 「活動と参加」への援助を通じた心身機能・環境への働きかけ

精神科訪問看護師へのインタビュー調査から、訪問看護における8つのケアの焦点が抽出された。人の生活機能と障害に関する状況を、「心身機能と身体構造」「活動と参加」「環境因子」「個人因子」の4つの構成要素で分類している国際障害分類改訂版(International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF)(WHO, 2002)に、今回得られた8つのケアの焦点を対応させてみると、すべての焦点において「活動と参加(生活・人生領域)」の要素への働きかけが行われていた。そして、「活動と参加」を促す関わりと同時に、その行為を通じて、精神症状や身体状況などの「心身機能」を査定し、維持・向上するための援助を行い、また対人関係、家族関係、社会資源といった「環境因子」への働きかけを同時に行っていた。特に多くみられたのは、日常生活の維持や生活技能の獲得・拡大を焦点としながら、対象者の精神機能をアセスメントし、働きかけるという行為であった。

伊藤ら(2004)が身体、精神、家族関係、生活状況に関連させながら全体状況を捉えるという看護師の特徴を示しているように、訪問看護師は心身の状態と生活状況の関連を統合的にアセスメントしていた。その上で、生活を支えることにより症状の安定を図り、また症状コントロールを支援することで利用者の生活を支えるという双方向からの働きかけを行っていたことは、精神科訪問看護の特徴であるといえよう。訪問看護師が利用者の生活の場の中で、どのようにアセスメントし、働きかけているか、本研究ではその視点とケア行為を具体的に示し、整理できたという点で、非常に意義深く、先行研究で示されてきたような援助技術が、具体的な行動としてどのように提供されているかを示すことができたと考ええる。

2. 利用者の地域生活の継続、拡大を支援する訪問看護

訪問看護師は、衣食住をはじめ生活に密着した、利用者が現在直面している実質的な困難について、ともに考え、支援し、本人の能力を高める働きかけを行っており、このような一つひとつの体験を積み重ねることで、利用者の地域生活が継続できるよう支えていた。加えて、「ねぎらう」「支持する」などの対象者のエンパ

ワメントを意識的に行うことで、次へのステップとなるよう意味づけを行っていた。野嶋ら(2004)が精神看護の志向性の1つとして「拡大強化」を挙げているように、利用者の主体性を引き出し、能力を高める援助については、先行研究でも多く指摘されている。これらはセルフケアや環境への援助と同時に提供されているが、本研究では明確な目的をもつ、独立した1つの焦点として抽出した点が特徴である。加えて訪問看護師は対人関係、家族関係、社会資源等、周囲との調整や働きかけを行い、対象者を取り囲むネットワークを構築するとともに、環境に対する本人の対処能力を高める働きかけを行っており、本人と環境の双方に働きかけていることが特徴的であった。精神看護における看護活動分類(野嶋ら, 2004)や、看護技術に関する先行研究(片倉ら, 2007; 川口ら, 2004)でも、看護の焦点として、セルフケア、病気とのつきあい、環境の側面が挙げられている。

本研究では、対象事例が訪問看護を開始して平均2年を経過しており、生活の「維持」や「悪化を防ぐ」ことが多くのケアの焦点として挙げられ、また「身体症状の発症や進行を防ぐ」など、予防的観点からのケアも整理された。訪問看護が利用者の現在の生活を維持・継続することを目標とし、それを基盤として活動範囲の拡大を目指していることは、精神科訪問看護が、地域ケアへの移行を進めるだけでなく、地域生活を継続的に支え、活動の拡大を支援するための援助として機能していることを示すものと考ええる。先行研究では、訪問看護導入時の関係づくりや援助技術に重点が置かれていたが、本研究では生活の維持により焦点を当て、具体的な援助行為を整理できたといえよう。看護師や家族以外の対人関係や他の社会資源の活用が、独立したケアの焦点として挙げられたことも、地域生活の維持に重点が当てられたためと考えられる。

3. 本研究の意義と限界、今後の課題

以上の結果から、今回作成されたケアリストは、地域ケアを支えるサービスの1つである訪問看護において、提供されている看護援助を網羅した内容であったと考える。今後、このケアリストに基づいて、実際に提供しているケア内容を把握することにより、精神科訪問看護におけるケアの実態を把握することができ、ケア内容と効果の関連、利用者の特徴とケア内容の関連、提供施設や地域による差異について検討することで、サービスの質向上に寄与できると考える。

しかし、本研究の結果は18名の看護師へのインタビュー調査から得られた看護行為であり、ケアの領域は網羅できたものの、個々のケアコンテンツに関しては検討が不十分であると考えられる。今後は、ケアリストの活用を通じて、さらにケアコンテンツを充実させるとともに、参加観察を同時に行い、ケアリストの妥当性を検討し内容の精錬を図ることが必要と考える。また、看護師は1つの援助行為の中でさまざまな目的をもってケアを提供しており、それらをどのように定量化するかという方法論上の課題を検討することも必要と考える。

V. 結 論

精神科訪問看護師18名を対象に、統合失調症の利用者に対して行った看護ケア内容についてインタビュー調査を行った。その結果、「日常生活の維持／生活技能の獲得・拡大」「対人関係の維持・構築」「家族関係の調整」「精神症状の悪化や増悪を防ぐ」「身体症状の発症や進行を防ぐ」「ケアの連携」「社会資源の活用」「対象者のエンパワメント」の8つのケアの焦点が抽出され、それぞれの焦点について合計58のケア領域、222のケアコンテンツが整理された。リストでは、訪問看護師が利用者の地域生活維持を援助する際の、具体的な視点と援助方法が整理され、生活状況への働きかけを通じて精神状態・身体状態、環境に働きかけていることが示された。

謝辞：インタビューにご協力いただきました施設の方々、訪問看護師の皆様に深く感謝いたします。

なお、本研究は「平成15-17年度 厚生労働科学研究医療

安全・医療技術総合評価研究事業(主任研究者 萱間真美)」の一環として行った。

文 献

- 青木典子(2005)：精神障害者の病院から地域への移行期における看護活動の実態，日本精神保健看護学会誌，14(1)，42-52。
- 伊藤恵美子，相沢和美，風間真理，他1名(2004)：地域支援における精神障害者の危機に対する看護者の判断・実施過程の構造と特徴—入院に至る過程に焦点をあてて，山梨県立看護大学紀要，6，33-46。
- 片倉直子，山本則子，石垣和子(2007)：統合失調症をもつ利用者に対する効果的な訪問看護の目的と技術に関する研究，日本看護学会誌，27(2)，80-91。
- 川口優子，西本美和，三木智津子(2004)：単身の統合失調症者に対する訪問看護師の援助，日本精神保健看護学会誌，13(1)，45-52。
- 萱間真美(1999)：精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術—保健婦，訪問看護婦のケア実践の分析，看護研究，32(1)，53-76。
- 萱間真美，松下太郎，船越明子，他16名(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，47(6)，647-653。
- 長尾喜代治，宮本歩，長尾喜一郎，他2名(1999)：精神分裂病患者に対する精神科訪問看護の現状と問題点，精神神経学雑誌，101(10)，819-820。
- 野嶋佐由美，梶本市子，畦地博子，他4名(2004)：精神科の看護活動分類(第一報)，日本看護学会誌，23(4)，1-19。
- 緒方明，三村孝一，今野えり子，他5名(1997)：精神科訪問看護による精神分裂病の再発予防効果の検討，精神医学，39(2)，131-137。
- 世界保健機構(WHO)(2002)：ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版，中央法規。
- 渡辺美鈴，河野公一，西浦公朗，他4名(2000)：精神科の訪問看護を受けている精神障害者の再入院に影響を与える要因について，厚生学の指標，47(2)，21-27。