研究報告

精神科訪問看護ケアの類型化の検討 —訪問看護ステーションが統合失調症を有する人へ 提供するケアの類型と対象の特性—

Classification of Outreach Services by Home-Visiting Nurses
in Japan for People with Schizophrenia

角田 秋^{1), *}, 柳井晴夫¹⁾, 上野桂子²⁾, 木全真理³⁾,
瀬尾智美⁴⁾, 船越明子⁵⁾, 萱間真美¹⁾

Aki Tsunoda, Haruo Yanai, Keiko Ueno, Mari Kimata,
Tomomi Seo, Akiko Funakoshi, Mami Kayama

キーワード：精神科訪問看護、訪問看護、訪問看護ステーション

Key words: community mental health nursing, nursing homecare, Home-Visit Nursing

Abstract

Purpose : This research aimed to classify the service delivery pattern by home-visiting nurses for people with schizophrenia living in Japan.

Method : Nursing care delivered to schizophrenic patients ($n=422$) from 322 Japanese home visiting nursing stations and patients' characteristics were examined. The care scores of the 22 psychiatric nursing care categories were classified by cluster analysis. One-way analysis of variance and χ^2 test were used to examine the characteristics of patients and the care category clusters they received.

Result : Four characteristic clusters emerged: care for living alone; family support for patients who had severe conditions; monitoring for who had other support and support for patients with severe conditions. The ratio of who had a housemate ($p<0.001$), support from non-nurse (home help, $p<0.05$), and social functioning (GAF: Global Assessment of Functioning, $P<0.01$) showed significant differences between the clusters.

Conclusions : Characteristics of home visiting nurse users who had schizophrenia and their care delivery patterns were classified. Four significant care areas emerged, care for living alone, family and the patients' support for severe conditions, and monitoring.

要 旨

目的：精神科訪問看護で提供されたケアをもとに利用者の類型化を行い、それぞれの類型のケアがどのような対象に提供されているのかを記述する。

方法：訪問看護ステーション 322 事業所において統合失調症患者 422 名に提供されたケアの内容を

受付日：2011 年 10 月 3 日 受理日：2012 年 2 月 13 日

1) 聖路加看護大学 St. Luke's College of Nursing 2) 全国訪問看護事業協会 The National Association for Home-Visit Nursing Care

3) 東京大学高齢社会総合研究機構 Institute of Gerontology, The University of Tokyo 4) 千葉大学医学部附属病院 Chiba University Hospital 5) 三重県立看護大学 Mie Prefectural College of Nursing

* E-mail : aki-sawada@slcn.ac.jp

22 項目からなるケア得点で測定し、クラスター分析を用いて対象者を 4 群に分類した。次に、各群の特徴を明らかにするため、一元配置分散分析（群間の対比較には Tukey の多重比較）、 χ^2 検定によって群間比較を行った。

結果：精神科訪問看護で提供されたケア内容の特徴によって対象者を分類した結果、「独居者援助型」「重症者への家族援助型」「他援助がある人へのモニタリング重視型」「重症者への本人援助型」に分類でき、同居者の有無、社会機能の程度、訪問看護以外の援助者の有無において群間に差が認められた。

結論：精神科訪問看護の利用者とケア提供パターンを類型化することができた。独居者への援助、重症者への家族援助および本人への援助、モニタリングの 4 つに特化した支援が行われている利用者群があることが示された。

I. 緒 言

2004 年の厚生労働省精神保健医療福祉の改革ビジョン（厚生労働省，2004a）によりわが国の精神医療体制は「入院中心から地域生活中心へ」と転換が進められている。2009 年の改革ビジョン中間評価では、入院日数を減らし（萱間ら，2005）、再発を防ぐ（緒方ら，1997；渡辺ら，2000）効果が報告された「精神科訪問看護」の機能の充実が求められている（厚生労働省，2004b，2009）。わが国の訪問看護サービスは、1994 年に難病、障害者などに対象が拡大され（山崎，2005）、精神疾患もその対象となった。精神科訪問看護の提供主体は、医療機関と訪問看護ステーションであり、対象者の 3 分の 2 は統合失調症患者が占める（日本訪問看護振興財団，2001）。精神科病院からの訪問看護実施率は 81.4%（中央社会保険医療協議会，2011）であるのに対し、訪問看護ステーションは主に介護保険による訪問を担ってきた経緯があるため、全国訪問看護事業協会加盟の訪問看護ステーションを対象とした調査では、精神疾患対象の訪問を実施している事業所は平成 22 年で 53.9%と（萱間，2011）、約半数にとどまっている。しかしながら、精神科病院から離れた自宅へ退院した後も在宅ケアを継続するために、地域の訪問看護ステーションによる訪問体制整備が求められる。

精神科訪問看護におけるケア内容は、国外では英国の「地域精神看護師」の機能として、カウンセリング、アセスメントの役割が多く報告され（Barratt，1989；Barker，1981；Cowman et al.，2001）、薬物療法管理、患者や家族への心理教育、認知行動療法、ケアマネジメント、状態査定（モニタリング）機能も有している（Jordan et al.，1999；Gournay，2000；Fung & Fry，1999；Hannigan，1997）。国内の精神科訪問看護ケアに関する先行研究では、保健師と看護師の訪問看護技術（萱間，1999）や、病院から地域

への移行期の看護行為（青木，2005）の報告、効果的な訪問看護の目的と技術を明らかにした研究（片倉ら，2007）がある。瀬戸屋ら（2008）の質的調査では精神科訪問看護の業務内容の整理が試みられ、精神科訪問看護ケアは「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、58 のケア領域、222 のケアコンテンツに分類され、ケアの枠組みが示された。青木、瀬戸屋らの論文では、精神科訪問看護のケア内容が網羅的に示されたものの、ケアの内容とケア対象者の特徴の関連については示されていない。萱間の論文では、ケースとの信頼関係、生活能力、周囲との摩擦、重症度、医療とのつながり、家族の理解、社会とのつながりの強さがケアレベルに関連していることが報告され、対象者の特性が提供されるケアの内容や量に関連する可能性が示された。

一方で近年も、精神科訪問看護に対する困難感に関する論文が複数発表され、業務上では訪問拒否・突然のキャンセル、連携の難しさ、頻回な電話相談への対応（林ら，2010）に困難を感じ、ケアでは訪問看護師の役割がわからなくなるという（林，2009）。このように、ケアを予測しにくいことが、スタッフの困難感や精神科訪問看護の普及が進まない一因とも考えられる。また、2011 年 5 月の中央社会保険医療協議会（中医協）（2011）において、精神疾患対象の訪問看護において状態に合った訪問看護提供のための現状把握の必要性が言及され、対象者とケア内容を整理し、定量化・可視化することが急務であると考えられる。

そこで本研究では、すでに精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションにおいて、利用者の特徴とケア内容の実態を定量的に調査し、提供されたケア内容によって対象者を類型化し、それぞれの類型のケアがどのような対象に提供されているのかを記述する

ことを目的として調査を行った。

Ⅱ. 研究方法

1. 対象

2007年10月に全国訪問看護事業協会に登録している全訪問看護ステーション(3,307事業所)のうち過去1ヵ月に精神疾患が主傷病の利用者への訪問があった664事業所に調査を依頼した。これらの事業所を直近に利用した統合失調症の者3名を対象とした。322事業所、495人の利用者について回答が得られ、ケア得点に欠損のない422名を分析対象とした。

2. 調査内容

1) ケア内容

対象者への最近の一回の訪問について、担当した看護師に調査票への記入を依頼した。ケア内容の項目は、精神科訪問看護ケアリスト(瀬戸屋ら, 2008)を研究者らが改定した22項目のケアリストを用いた。各ケア項目の実施の有無を、「直接実施」(2点)「観察・アセスメントのみ実施」(1点)「未実施」(0点)の3件法とした。これは、先行研究で地域精神看護師が多く行うとされたアセスメントの実施の有無を各ケア領域において把握するためである。本調査では、臨床の看護師が用いる「観察・アセスメント」という表現に置き換えて使用した。ただし、ケアの焦点「エンパワメント」関連のケア項目(「肯定的フィードバック」「自己効力感を高めるための援助」「コントロール感を高めるための援助」)は「観察・アセスメント」のみを行うことは困難であるため2件法とし、「直接実施」を2点、「未実施」を0点とした。

2) 患者基本情報

患者の基本属性(現在の年齢、統合失調症発症年齢、訪問看護開始時の年齢、婚姻状況、合併症の有無、居住形態、過去に精神科入院回数、保険の種別、自立支援法による障害認定、就労の有無)、訪問看護サービスに関する情報(1ヵ月あたりの訪問回数、月平均訪問滞在時間、同行者の有無、訪問看護への電話相談の回数と時間、訪問看護以外に利用している社会資源)についてたずねた。

3) 機能評価

対象患者の機能レベルを評価するため、「精神機能

の全体的評価尺度(GAF: Global Assessment of Functioning)」の記入を、訪問を担当した看護師に依頼した。GAFはアメリカ精神医学会による診断基準であるDSM-IVの多軸診断のひとつであり、心理的・社会的・職業的機能を総合的に100点満点で評価する一項目の尺度で得点が高いほど機能がよいことを示す。日本では高橋らによって翻訳され信頼性と妥当性が確認されている(APA/高橋ら, 1996)。評価の妥当性を高めるために、尺度に説明文を付記し、また記載方法についての相談を受ける問い合わせ窓口を大学研究室内に設置した。

3. 分析方法

クラスター分析は、類似性を数量化し、個体または変数の近親さを明らかにする探索的方法である(柳井ら, 2007)。ケア内容の類似性をもとにケースを分類するため、利用者の22項目のケア得点をWard法による階層的クラスター分析で分類し、デンドログラムを用いクラスター数を決定した。次に、クラスター分類された各群のケア内容と利用者の特徴を明らかにするため、年齢、発症年齢、訪問看護開始時の年齢、GAF得点、訪問回数、訪問滞在時間については一元配置分散分析(群間の対比較にはTukeyの多重比較)、性別、婚姻の有無、保険種別、就労の有無、過去の入院歴の有無、合併症の有無、本人および家族からの電話相談の有無、他職種との連携の有無、各社会資源利用の有無については χ^2 検定を行い、群間比較を行った。以上の解析には、統計ソフトSPSS Ver.15.0 for Windowsを用い、有意水準は5%(両側)とした。

本研究は、研究者らが所属する2大学の倫理審査委員会で承認を得て実施した。調査票には、患者の個人名、および個人を特定できるような固有名詞は問わず、ID番号を用いて管理した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者と訪問看護の概要(表1)

精神科訪問看護を実施している664事業所のうち、322事業所(回収率48.5%)、495人の利用者について回答を得た。分析対象者の概要を表1に示す。対象は、男性186人(37.6%)、女性306人(61.8%)、平均年齢は55.0歳(SD=13.9)、統合失調症発症年齢は31.6歳(SD=14.7)、訪問看護を受け始めてからの年数は平均2.7年(SD=2.7)であった。婚姻者は

表 1 対象者と訪問看護の概要 (N = 495)

		N	(%)
属性			
年齢	平均 55.0 歳 (SD = 13.9, 範囲 14～96)		
統合失調症発症時の年齢	平均 31.6 歳 (SD = 14.7, 範囲 7～93)		
訪問看護開始からの年数	平均 2.7 年 (SD = 2.7, 範囲 0～16)		
性別	男性	186	(37.6)
	女性	306	(61.8)
	不明	3	(6.6)
婚姻状況	婚姻	106	(21.9)
	未婚	251	(50.7)
	離別・死別	127	(25.7)
	不明	11	(2.2)
居住形態	独居	192	(38.8)
	同居者あり	279	(56.4)
	グループホーム	3	(0.6)
	その他	11	(2.2)
	不明	10	(2.0)
就労	あり	18	(3.6)
	なし	461	(93.1)
	不明	16	(3.2)
合併症（複数回答）	糖尿病	94	(19.0)
	肥満	107	(21.6)
	その他合併症	100	(20.2)
過去の精神科入院歴	あり	385	(77.8)
	ありの者の平均入院回数 3.9 回 (SD = 4.2, 範囲 1～36)		
	なし	82	(16.6)
	不明	28	(5.7)
機能			
GAF	平均 52.9 点 (SD = 18.8, 範囲 1～98)		
訪問看護以外の社会資源の利用 (ある場合のみ、複数回答。)			
	ホームヘルプサービス	211	(42.6)
	デイケア	108	(21.8)
	作業所	42	(8.5)
	地域生活支援センター	34	(6.9)
	就労支援	7	(1.4)
	他の訪問看護	16	(3.2)
	他資源	54	(10.9)
対象者への訪問看護（過去 1 ヶ月）			
	訪問回数	平均 5.6 回 (SD = 3.3, 範囲 1～21)	
	滞在時間	平均 53.2 分 (SD = 17.3, 範囲 20～130)	
	訪問先までの移動時間	平均 14.3 分 (SD = 9.3, 範囲 0～90)	
今回の訪問看護での滞在時間		平均 53.2 分 (SD = 17.5, 範囲 15～120)	
今回の訪問看護での実施ケアの個数 (ケア項目数 (SD))	直接実施		9.0 (4.7)
	観察・アセスメントのみ実施		7.7 (4.0)
	未実施		4.6 (3.6)
訪問看護への電話相談（1 ヶ月平均）	本人から（7.1 回／月, 54.0 分／月）	124	(25.1)
	家族から（2.6 回／月, 160.0 分／月）	57	(11.5)
	その他から（3.4 回／月, 23.2 分／月）	38	(7.7)

図1 クラスター分析：ケア得点に基づく対象者の分類

106人(21.9%)，独居者が192人(38.8%)，同居者ありが279人(56.4%)であった。過去の精神科入院歴がある者は385人(77.8%)，平均入院回数は3.9回($SD=4.2$)であった。GAF得点の平均は52.9点($SD=18.8$) (中等度の精神症状と社会的障害レベル)であった。身体疾患の合併は，糖尿病94人(19.0%)，肥満107人(21.6%)，その他は高血圧25人(5.1%)，高脂血症8人(1.6%)などであった。過去1カ月間の平均訪問回数は5.6回($SD=3.3$)，訪問時平均滞在時間は53.2分($SD=17.3$)であり，回答は30分台，60分台に集中していた(30～35分未満17.8%，60～65分未満46.9%)。

2. 提供されたケアに基づく対象者の分類 (表2, 3)

ケア得点の欠損のない422名を分析対象とし，ケア得点をWard法によるクラスター分析で分類したところ，デンドログラムをもとに，対象者がケアの特徴によって4分類された(図1，表2，3)。2，4群の年齢と訪問看護開始年齢が3群に比べ統計的に有意に低く，GAF得点が1群に比べ有意に低かった。訪問滞在時間は第4群がほかすべての群より統計的に有意に長かった。また，同居家族の有無($\chi^2=79.0$, $df=3$, $p<0.001$)，本人からの電話相談の有無($\chi^2=28.7$, $df=3$, $p<0.001$)，家族からの電話相談の有無($\chi^2=17.6$, $df=3$, $p=0.001$)，電話相談がないこと($\chi^2=18.6$, $df=3$, $p<0.001$)，作業所の利用($\chi^2=12.3$, $df=3$, $p<0.01$)，地域生活支援センターの利用($\chi^2=8.9$, $df=3$, $p<0.05$)，ホームヘルプサービスの利用($\chi^2=10.7$, $df=3$, $p<0.01$)についても統計的有意差が認められた。以下，各群のケアと対象者の

特徴について述べる。

1) 1群〈独居者援助型〉の特徴

この群は，服薬行動，エンパワメントに関するケアの実施と，日常生活に関する観察が多く，一方で家族支援は過半数で実施されていない。社会機能は4群中最も高く，同居者がいる者が統計的に有意に少なく(31.4%)，家族から訪問看護への電話相談が少ない(3.3%)が，作業所の利用者が他群より多く(12.2%)，ホームヘルプサービスを利用している者が5割であり，福祉系サービスを利用し独居で生活できる者であった。訪問看護では，服薬や身体症状・副作用といった医療に重点を置いたケアを直接実施し，生活に関わる内容をモニタリングしていた。以上からこの群は，主に独居生活をする人の医療と生活の見守りを幅広く行う援助類型であり，〈独居者援助型〉とした。

2) 2群〈重症者への家族援助型〉の特徴

この群では，エンパワメントに関する援助を全対象者に実施し，家族支援の実施が多く，日常生活にまつわる観察が多く実施されていた。平均年齢は51.5歳と4群中で最も若く，GAF得点は48点と4群中最も社会機能が低い群であった。同居者がいる者(89.3%)，家族からの電話相談がある者(17.8%)が他群に比べ多く，作業所の利用(2.8%)と地域生活支援センターの利用(2.8%)が少なかった。すなわちこの群は，比較的若年で社会機能が低い患者群であるが，看護師は訪問時に，生活や症状に関わる援助を，直接援助するよりも，モニタリングしていることが多かった。また看護師は，同居している家族への援助や，

表2 クラスター分析で分類した4グループの属性・機能レベル (N=422)

	Group 1	Group 2	Group 3	Group 4		
	独居者援助型	重症者への 家族援助型	他援助がある人への モニタリング重視型	重症者への 本人援助型	検定	
N	123	107	107	85		
(%)	(24.8)	(21.6)	(21.6)	(17.2)		
属性						
年齢（歳）(SD)	55.9(13.2) ^{a)b)}	51.5(15.6) ^{a)}	58.7(12.7) ^{b)}	53.2(13.5) ^{a)}	F = 5.5	p = 0.001 **
発症年齢（歳）(SD)	31.6(14.4) ^{a)b)}	30.2(14.7) ^{a)b)}	35.1(15.7) ^{b)}	29.0(13.7) ^{a)}	F = 2.5	p = 0.061
訪問開始年齢（歳）(SD)	53.7(12.6) ^{a)b)}	48.7(15.8) ^{a)}	55.9(12.8) ^{b)}	50.5(14.1) ^{a)}	F = 5.6	p = 0.001 **
女性の割合（%）	69(57.0)	71(67.0)	69(64.5)	52(61.2)	χ ² = 2.7	p = 0.443
同居家族あり	38(31.4)	92(87.6)	65(61.9)	50(60.2)	χ ² = 79.0	p < 0.001 ***
婚姻						
婚姻	20(16.4)	22(21.4)	29(27.4)	20(24.1)	χ ² = 6.3	p = 0.390
未婚	69(56.6)	58(56.3)	51(48.1)	38(45.8)		
離婚・死別	33(27.0)	23(22.3)	26(24.5)	25(30.1)		
保険種別						
健康保険	73(75.3)	68(73.1)	59(61.5)	59(78.7)	χ ² = 7.5	p = 0.059
介護保険	24(24.7)	25(26.9)	37(38.5)	16(21.3)		
就労あり	5(4.2)	3(3.0)	4(3.8)	4(4.9)	χ ² = 0.5	p = 0.926
過去の入院歴あり	98(83.8)	84(82.4)	73(74.5)	71(87.7)	χ ² = 5.7	p = 0.126
機能						
GAF	57.0(17.0) ^{a)}	48.0(18.1) ^{b)}	53.2(21.4) ^{a)b)}	50.9(18.1) ^{a)b)}	F = 4.7	P = 0.003 **
相談						
本人電話相談あり	33(26.8)	24(22.4)	12(11.2)	38(44.7)	χ ² = 28.7	p < 0.001 ***
家族電話相談あり	4(3.3)	19(17.8)	11(10.3)	17(20.0)	χ ² = 17.6	p = 0.001 **
電話相談なし	78(63.4)	59(55.1)	74(69.2)	34(40.0)	χ ² = 18.6	p < 0.001 **
本人電話相談時間（n = 124） （分（SD））	37.8(67.5)	27.3(33.5)	40.6(27.6)	97.7(147.9)	F = 2.6	p = 0.057
家族電話相談時間（n = 57） （分（SD））	25.0(5.0)	35.0(45.2)	20.0(18.4)	29.2(24.4)	F = 0.28	p = 0.837
社会資源利用（n = 利用者数）						
ホームヘルプ（n = 211）	62(50.4)	33(30.8)	52(48.6)	35(41.2)	χ ² = 10.7	P = 0.014 *
デイケア（n = 108）	26(21.1)	30(28.0)	17(15.9)	18(21.2)	χ ² = 4.7	p = 0.194
作業所（n = 42）	15(12.2)	3(2.8)	5(4.7)	12(14.1)	χ ² = 12.3	P = 0.006 **
地域生活支援センター（n = 34）	11(8.9)	3(2.8)	7(6.5)	12(14.1)	χ ² = 8.9	p = 0.031 *
訪問看護の特徴						
訪問回数（1ヵ月平均）	6.0(3.7)	5.3(3.1)	5.2(3.2)	6.1(3.2)	F = 1.9	p = 0.13
訪問滞在時間（1ヵ月平均）	52.3(16.6) ^{a)b)}	55.6(14.8) ^{a)b)}	49.7(18.9) ^{a)}	57.9(17.6) ^{b)}	F = 4.4	p = 0.004 **

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

平均 (SD)

連続変数は平均値, カテゴリカル変数はケース数 (グループ内の %) を示す.

連続変数は一元配置分散分析 (Tukey の多重比較), カテゴリカル変数は χ^2 検定の結果を示す.

a), b): 異なる肩付き文字の間に有意差 (Tukey の多重比較: p < 0.01) があることを示す.

家族との関係調整を行っていた. 本群は, 家族が患者を自宅でケアし, 看護師は家族による援助を観察・モニタリングしつつ, 家族を支援する特徴を有しており, 〈重症者の家族援助型〉とした.

3) 3群〈他援助がある人へのモニタリング重視型〉の特徴

この群では, 生活に関するケア項目で観察を多く実施していた. 平均年齢 (58.7 歳) が高く, 訪問回数は 5.2 回と少なく, 訪問滞在時間は 49.7 分と短かった.

表3 クラスター分析で分類した4グループの項目別ケア得点 (N=422)

	Group 1 独居者 援助型	Group 2 重症者への 家族援助型	Group 3 他援助がある人への モニタリング重視型	Group 4 重症者への 本人援助型	検定	
N	123	107	107	85		
住環境に関する援助	1.0 ^{a)}	0.7 ^{b)}	0.7 ^{b)}	1.4 ^{c)}	F = 24.24	$p < 0.001$ ***
金銭管理に関する援助	0.6 ^{a)}	0.4 ^{a)b)}	0.3 ^{b)}	0.9 ^{c)}	F = 13.31	$p < 0.001$ ***
安全確保に関する援助	0.5 ^{a)}	0.3 ^{b)}	0.4 ^{a)b)}	1.0 ^{c)}	F = 21.72	$p < 0.001$ ***
食生活に関する援助	1.0 ^{a)}	1.0 ^{a)}	1.0 ^{a)}	1.6 ^{b)}	F = 24.38	$p < 0.001$ ***
整容に関する援助	1.1 ^{a)}	0.9 ^{a)}	1.0 ^{a)}	1.5 ^{b)}	F = 11.62	$p < 0.001$ ***
社会資源利用の援助	1.0 ^{a)}	0.9 ^{a)}	0.7 ^{b)}	1.5 ^{c)}	F = 20.62	$p < 0.001$ ***
活動・生活リズムに関する援助	1.3 ^{a)}	1.4 ^{a)}	1.1 ^{b)}	1.7 ^{c)}	F = 19.16	$p < 0.001$ ***
他者との関わりへの援助	1.2 ^{a)}	1.2 ^{a)}	0.7 ^{b)}	1.6 ^{c)}	F = 27.30	$p < 0.001$ ***
睡眠	1.3 ^{a)}	1.4 ^{a)}	1.0 ^{b)}	1.9 ^{c)}	F = 45.55	$p < 0.001$ ***
精神症状	1.4 ^{a)}	1.6 ^{a)}	1.2 ^{b)}	1.9 ^{c)}	F = 36.59	$p < 0.001$ ***
身体症状・副作用	1.4 ^{a)}	1.4 ^{a)}	1.1 ^{b)}	1.9 ^{c)}	F = 37.65	$p < 0.001$ ***
服薬行動	1.7 ^{a)}	1.5 ^{b)}	1.5 ^{b)}	1.9 ^{c)}	F = 15.22	$p < 0.001$ ***
排泄	1.1 ^{a)}	0.9 ^{a)}	1.1 ^{a)}	1.7 ^{b)}	F = 28.88	$p < 0.001$ ***
生活習慣	1.4 ^{a)}	1.4 ^{a)}	1.1 ^{b)}	1.9 ^{c)}	F = 34.45	$p < 0.001$ ***
通院行動	1.0 ^{a)}	0.9 ^{a)b)}	0.7 ^{b)}	1.4 ^{c)}	F = 15.79	$p < 0.001$ ***
肯定的フィードバック	2.0 ^{a)}	2.0 ^{a)}	1.5 ^{b)}	2.0 ^{a)}	F = 26.26	$p < 0.001$ ***
自己効力感を高める援助	2.0 ^{a)}	2.0 ^{a)}	1.1 ^{b)}	2.0 ^{a)}	F = 50.69	$p < 0.001$ ***
コントロール感を高める援助	2.0 ^{a)}	2.0 ^{a)}	0.2 ^{b)}	1.9 ^{a)}	F = 523.78	$p < 0.001$ ***
コミュニケーション能力を高める援助	1.3 ^{a)b)}	1.6 ^{b)c)}	1.2 ^{a)}	1.7 ^{c)}	F = 21.06	$p < 0.001$ ***
家族への援助	0.3 ^{a)}	1.9 ^{b)}	1.0 ^{c)}	1.7 ^{b)}	F = 112.14	$p < 0.001$ ***
家族との関係に対する本人への援助	0.6 ^{a)}	1.6 ^{b)}	0.7 ^{a)}	1.7 ^{b)}	F = 77.40	$p < 0.001$ ***
家庭内役割に関する援助	0.2 ^{a)}	0.5 ^{b)}	0.3 ^{a)}	1.0 ^{c)}	F = 27.90	$p < 0.001$ ***
総ケア得点	25.3 ^{a)}	27.27 ^{b)}	19.46 ^{c)}	35.84 ^{d)}	F = 197.83	$p < 0.001$ ***

*** $p < 0.001$

一元配置分散分析 (Tukey の多重比較)

a), b), c), d) : 異なる肩付き文字の間に有意差 (Tukey の多重比較 : $p < 0.01$) があることを示す。

他群に比べて訪問看護への電話相談がないケースが多く (69.2%), 作業所の利用 (4.7%) が少なく, 約半数がホームヘルプを利用していた。6割は同居家族があり, 半数はホームヘルプサービスの利用があり, 何らかの直接的な援助を受けることができる群であった。訪問看護は直接援助やエンパワメントをするよりも, 生活や症状全般のモニタリングに重点を置いており, 一定の距離を置き関わる〈他援助がある人へのモニタリング重視型〉とした。

4) 4群〈重症者への本人援助型〉の特徴

この群は, 多くの項目でケアが直接実施され, 項目別ケア得点が高かった (表3)。発症年齢は29.0歳と4群中最も若く, 現在の年齢は53.2歳であり2群に次いで若かった。訪問看護滞在時間は4群中最も長く57.9分であった。GAF得点は2群に次

いで低かった。また, 本人からの電話相談 (44.7%) と家族からの電話相談 (20.0%), 地域生活支援センターを利用している者 (14.1%) が4群中最も多かった。訪問看護では, 生活に関する援助, 症状マネジメント, 家族援助, エンパワメントと, 様々な援助を手を掛け提供され, 一回の訪問での滞在時間も長かった。若年で心理・社会・職業的機能レベルが低下している群であり, 多種類のケアを時間をかけ行うことから, 〈重症者への本人援助型〉とした。訪問時に直接ケアを実施する以外に, 訪問看護ステーションにおいて, 患者本人からの電話相談を月平均10.3回, 月あたりのべ97.7分間と, 訪問時以外にも時間をかけたケアを実施していた。

Ⅳ. 考 察

1. 精神科訪問看護のケアタイプの特徴

本研究では、訪問看護ステーションの看護師が統合失調症を有する人に提供するケア内容の類似性をもとに対象者を類型化し、4群の代表的訪問看護の類型を抽出した。群間で統計的有意差があった患者特性・機能は、同居家族の有無、訪問看護以外の援助者の有無、社会機能レベルであり、これらの相違がケアのパターンに関連していることが示された。このことは、先行研究における、生活能力、重症度、家族の理解、社会とのつながりなどの強さがケアレベルに関連しているという知見を支持するものであった。

〈重症者への家族援助型〉は、社会機能が低い対象へ家族ケアが積極的に実施されている群であった。本人への援助だけでなく、家族を援助することで間接的に患者を援助するパターンである。統合失調症患者の家族は介護負担感や困難を抱きやすく（藤野ら、2009；酒井ら、2002）、また家族支援の実施が患者の予後を改善することが知られている（Pilling et al., 2002）。地域における看護師の家族ケアの重要性は近年注目されており（MacLeod et al., 2010）、今回の調査でも家族援助に重点を置いた利用者群が1つの類型として得られ、その対象者が重症群であったことは、訪問看護における家族援助の重要性を示す結果といえよう。比較的重症者であっても、支える家族がおり、それを支える訪問看護があることで地域生活が継続できているといえる。今回の調査では家族支援の詳細な内容は把握しておらず、今後この群での家族支援の具体的な内容や技術、その効果の検討が必須と考える。〈他援助がある人へのモニタリング重視型〉は、家族またはホームヘルパーが直接援助に関わり、かつ効果的な援助を得られている対象であるといえ、それまでに保健師や看護師等が支援体制を調整・整備してきた結果ともとらえられる。このような場合には、訪問看護師は直接的な援助よりも生活や機能全般をモニタリングしながら、家族や他資源を調整しつつ関わっていると考えられる。

次に、〈独居者援助型〉の訪問看護は、医療を提供し、生活全般をモニタリングしている群であった。厚生労働省が示した「受け入れ条件が整えば退院可能な者約7万人」という、いわゆる社会的入院患者は、65歳以上が約45%、55歳以上が約70%と推計されているが（厚生労働省、2009）、退院後に独居高齢者

となる可能性が高く、このタイプの訪問を利用することができるだろう。また〈重症者への本人援助型〉は、本人への手厚い医療・生活面への援助を行う援助類型であった。家族と同居する精神障害者は219万人、単身生活者は47.7万人と推計されているが（厚生労働省、2008a）、同居している者には〈重症者への家族援助型〉を、親からの自立を目指す場合には〈重症者への本人援助型〉訪問看護を利用することができる。本研究で抽出された支援形態は、わが国の精神保健医療制度を考える際の、いくつかの重要な患者層の支援に適用できると考えられ、一定の妥当性を有する分類であると考ええる。

各群のケア量を比較すると、家族への援助が多い〈重症者への家族援助型〉と、本人からの電話相談が多い〈重症者への本人援助型〉は、患者の重症度が高く訪問滞在時間が長く、時間外の電話相談も多いなど、他群に比べケア量が多くなっていた。対象によってケア量に差があることを理解しておくことは、マンパワーの確保や調整、また必要な制度や報酬の検討に活用できると考える。

2. ケアタイプ類型化の意義

本研究では4つの代表的な精神科訪問看護のケア類型および対象者の特性を抽出できた。この知見は、精神科訪問看護を具体的なイメージをもって理解する助けとなると考える。訪問看護提供者は、利用者のタイプとケアのパターンを具体的にイメージし準備することで、経験が少なくとも、新規利用者に対し新たなケアを展開する助けとなることが考えられる。本調査の予備調査において、精神科訪問看護未実施の事業所のうち34.7%が「精神科訪問看護の経験がある職員がない」ことを理由としており（全国訪問看護事業協会、2008）、事業所スタッフや管理者に対し、精神疾患をもった利用者像と具体的なケア内容・量を示し、精神科訪問看護は可視化できることを情報提供していくことで、他疾患同様に、精神科疾患対象の訪問を組み込みやすくなると考える。また本結果でケアのパターンを示したことは、訪問看護報酬体制整備のための基礎資料となり、精神科訪問看護の普及を後押しできると考える。

欧米諸国に遅れること半世紀ではあるが、わが国がもつ訪問看護ステーションという資源を十分に活用することで、精神科医療の脱施設化と地域生活への移行はさらに促進できると考える。今後は、本研究の各群

の対象者と援助者に対象を絞り、群ごとのニーズ調査や、さらなる普及のための方策を考えていく必要がある。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、精神科訪問看護の実績がある事業所に、直近の統合失調症の訪問事例を最大3例まで記入を依頼したが、精神科訪問看護に積極的な事業所のデータが多く収集されたことが考えられる。また事業所が精神科を専門としているか否かなど施設特性による比較を行っていないという限界がある。また今回は一時点でのケア内容の調査であり、利用者の状態や援助者との関係性におけるケアの差異は把握できなかった。今後は、施設背景、治療経過、サービス導入経過も考慮し、実態を分析する必要があると考える。

V. 結 論

本研究では、訪問看護ステーションの看護師が統合失調症を有する人へ提供する訪問看護のケア内容と対象者の実態調査を行い、ケアと対象者の類型化を行った。ケア実施度の特徴をもとに分類したところ、ケアと対象者の属性に特徴のある〈独居者援助型〉〈重症者への家族援助型〉〈他援助がある人へのモニタリング重視型〉〈重症者への本人援助型〉の4群に分類でき、対象は、同居者の有無、社会機能、訪問看護以外の援助者の有無で差が認められた。精神科訪問看護の業務量および内容は、対象者の特性において一定のパターンがあることが示された。

謝辞：本研究を行うにあたり、ご協力いただきました訪問看護ステーションのスタッフの皆様へ心から感謝を申し上げます。本研究は平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）「精神障害者の地域生活を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」（主任研究者：萱間真美、調査研究班：伊藤順一郎、木全真理、瀬戸屋希、瀬尾智美、立森久照、柳井晴夫、沢田秋、船越明子、八巻心太郎、吉池由美子）の一部として行われました。本論文は、東京大学大学院医学系研究科に提出した博士論文の一部であり、第14回日本在宅ケア学会学術集にて発表したものを加筆・修正したものです。論文作成にあたりご指導いただきました、川上憲人先生、宮本有紀先生（東京大学大学院医学系研究科）、瀬戸屋希先生（前聖路加看護大学）に感謝申し上げます。

文 献

- American Psychiatric Association／高橋三郎、大野裕、染谷俊幸訳（1996）：DSM-IV精神疾患の診断 統計マニュアル、医学書院、東京。
- 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。
- Barker C. (1981): Mental health: into the community, Health Soc. Serv. J., **91**(4735), 315-318.
- Barratt E. (1989): Community psychiatric nurses: their self-perceived roles, J. Adv. Nurs., **14**, 42-48.
- Beebe L. H. (2001): Community nursing support for clients with schizophrenia, Arch. Psychiatr. Nurs., **15**(5), 214-222.
- 中央社会保険医療協議会（2011）：総会（第190回）資料 精神科医療について。
- Cowman S., Farrelly M., Gilheany P. (2001): An examination of the role and function of psychiatric nurses in clinical practice in Ireland, J. Adv. Nurs., **34**(6), 745-753.
- 藤野成美、山口扶弥、岡村仁（2009）：統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩、日本看護研究学会雑誌、**32**(2), 35-43.
- Fung C., Fry A. (1999): The role of community mental health nurses in educating clients and families about schizophrenia, Austr. N. Z. J. Ment. Health Nurs., **8**(4), 162-175.
- Gournay K., Brooking J. (1994): Community psychiatric nurses in primary health care, The Br. J. Psychiatry, **165**, 231-238.
- Gournay K. (2000): Role of the community psychiatric nurse in the management of schizophrenia, Adv. Psychiatr. Treat., **6**, 243-251.
- Hannigan B. (1997): A challenge for community psychiatric nursing: is there a future in primary health care?, J. Adv. Nurs., **26**(4), 751-757.
- 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、**32**(2), 23-33.
- 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の援助実態とその困難性、訪問看護と介護、**15**(1), 42-46.
- Jordan S., Hardy B., Coleman M. (1999): Medication management: an exploratory study into the role of community mental health nurses, J. Adv. Nurs., **29**(5), 1068-1081.
- 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、日本看護科学会誌、**27**(2), 80-91.
- 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（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.
- 萱間真美（2011）：精神医療の現状把握と精神科訪問看護か

らの医療政策・平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」（研究代表者 安西信雄）分担研究報告書。

厚生労働省（2004a）：精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要），厚生労働省精神保健福祉対策本部，平成16年9月。

厚生労働省（2004b）：今後の障害保健施策について（改革のグランドデザイン案），社会保障審議会障害者部会（第18回）資料，厚生労働省障害保健福祉部，平成16年10月12日。

厚生労働省（2008a）：地域生活への移行・地域生活の支援について，第10回今後の精神保健医療のあり方等に関する検討会（平成20年9月25日）資料1。

厚生労働省（2008b）：「診療報酬の算定方法を定める件」等について（通知），平成20年3月5日付。

厚生労働省（2009）：精神科医療福祉の更なる改革に向けて，今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書，厚生労働省ウェブサイト。 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf> (2011/10/1)

Macleod S. H., Elliott L., Brown R. (2010): What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature, *Int. J. Nurs. Stud.*, **48**(1), 100–120.

日本訪問看護振興財団（2001）：全国における訪問看護・家庭訪問サービス 定点モニター調査2000 調査研究報告書。

緒方明，三村孝一，今野えり子，他（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.

Pilling S., Bebbington P., Kuipers E. (2002): Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behavior therapy, *Psychol. Med.*, **32**(5), 763–782.

酒井佳永，金吉晴（2002）：精神分裂病患者の家族負担に関する研究，*精神医学*, **44**(10), 1087–1094.

瀬戸屋希，萱間真美，宮本有紀，他（2008）：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，*日本看護科学会誌*, **28**(1), 41–51.

渡辺美鈴，河野公一，西浦公朗，他（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*の指標, **47**(2), 21–27.

山崎麻耶（2005）：地域における訪問看護活動の変遷と現状，最新訪問看護研修テキストステップ1-①，川越博美，山崎麻耶，佐藤美穂子総編集，日本看護協会出版会，東京。

柳井晴夫，緒方裕光編著（2007）：SPSSによる統計データ解析，現代数学社，京都。

全国訪問看護事業協会（2008）：精神障害者の地域生活を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討 報告書，平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）。