

## 〔資料〕

## 精神医療福祉サービス資源が少ない過疎地域における精神科訪問看護の検討

石川 かおり<sup>1)</sup> 松井 由美<sup>2)</sup> 葛谷 玲子<sup>1)</sup> 大久保 みちよ<sup>2)</sup>Nursing Care Provided by Psychiatric Home Visit Nurses in a Depopulated Area  
with Limited Social Resources for Mental Health CareKaori Ishikawa<sup>1)</sup>, Yumi Matsui<sup>2)</sup>, Reiko Kuzuya<sup>1)</sup> and Michiyo Okubo<sup>2)</sup>

## I. はじめに

精神科医療に関する今後の方向性がまとめられた「精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会(厚生労働省, 2012)」では、精神科入院患者は原則1年で退院させて地域医療で対処できる仕組みを作るとの方針を打ち出しており、今後は多くの精神障害者が地域社会で暮らせるようになることが期待される。しかし、社会資源の整備に関しては地域格差が存在し、こと過疎地域のような交通の便や人的資源に限界があり、精神医療福祉サービス資源が少ない地域においては、精神障害者を地域のなかで支援することはより大きな課題である。そのような中、利用者の生活の場へ赴いて専門的なケアを提供している精神科訪問看護には大きな期待が寄せられている。

精神科訪問看護の効果として利用者の再入院率の低下や入院期間の短縮が報告されており(緒方ら, 1997; 渡辺ら, 2000; 萱間ら, 2005)、精神障害者の地域生活への移行や定着を促進するために重要な役割を果たしている。また、精神科訪問看護の内容については、いくつかの先行研究によって明らかにされており(萱間, 1999; 川口ら, 2004; 瀬戸屋ら, 2008)、家族ケア(瀬戸屋ら, 2011; 豊島ら, 2013)や服薬支援(山下ら, 2016)に焦点化した研究やケアの類型化(角田ら, 2012)も進められている。しかし、精神医療福祉サービス資源の少ない過疎地域において実施されている訪問看護の内容に焦点を当てた研究は見当たらない。

そこで、本研究では、精神医療福祉サービス資源が少な

い過疎地域において、訪問看護ステーションで実践している精神科訪問看護の内容を明らかにし、その意義について検討することを目的とした。

## II. 研究方法

## 1. 対象地域と施設の概要

A町のB訪問看護ステーションを対象施設とした。A町は総面積の90%以上が森林で、県の過疎地域に指定されており、65歳以上人口が30%を超える町である。町内には精神科病院および精神科診療所はなく、町内の複数科を有する一病院で非常勤の精神科医による精神科外来診療が週1回行われているのみである。また、精神科領域に特化した福祉サービス資源は少ないため、住民である精神障害者は近隣市町の精神医療福祉サービス資源を活用していることが多い。

B訪問看護ステーションは、前述の町内にある病院に併設しており、2010年5月から精神科訪問看護を開始した。研究開始当時に精神科訪問看護の対象となっていたのは11名の利用者であったが、いずれも訪問看護開始後は病状悪化による再入院はなく地域生活を継続できていた。このことから、訪問看護師らは試行錯誤しながらも有用なケアを実践していることが推察されたが、訪問看護師は自分たちが実践している看護の有用性や意味について検討したことはなく、自信が持てない状況でもあった。

## 2. 対象者とデータ収集

研究開始当時に精神科訪問看護の対象であった11名の

1) 岐阜県立看護大学 地域基礎看護学領域 Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2) いび訪問看護ステーション Ibi Visiting Nursing Station

利用者のうち、研究者以外の看護師が担当し、a) 精神科病院へ再入院することなく3ヵ月以上地域生活を継続している、b) 研究への参加により病状が悪化しないと精神科医より判断されている、c) 利用者・家族が研究についての説明を受けることに同意している、の全ての条件を満たす場合に、研究参加の依頼をした。利用者および家族双方から同意が得られ、さらにその担当看護師からも研究参加の同意が得られた3事例の訪問看護記録を分析データとした。加えて、訪問看護記録からは看護の具体性が読み取れない部分について、担当の訪問看護師2名を対象に補足のための聞き取りを行った。聞き取りの内容は、本人の同意を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成して分析データとした。

データ収集期間は2015年7月から2016年9月であった。

### 3. データ分析

訪問看護記録を熟読し、看護の内容が読み取れる記述を抽出してコード化した。さらに聞き取りデータからも同様に看護内容を抽出してコード化した。訪問看護記録および聞き取りデータから抽出したコードを合わせて、事例毎にコードの内容が類似するものをグループ化してカテゴリ化した。次に3事例のカテゴリを合わせて、内容の類似性に基づいてグループ化とカテゴリ化を行った。

分析過程の各段階において、質的研究の経験のある複数の研究者および精神科訪問看護の実践者である複数の研究者の間で意見交換し、グループ化や生成したカテゴリの適切性について検討しながら進めた。

### 4. 倫理的配慮

研究開始前に、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得て実施した（承認番号：0126 承認年月：平成27年7月）。対象者である利用者、家族、担当看護師には、それぞれに研究の目的と方法、対象者の権利（自由意思の尊重、期限内での参加中止の自由、匿名性と守秘の保証等）、研究協力による利益と不利益などについて口頭と文書で説明し、同意書へのサインを以って同意を得た。特に、利用者および家族への説明と同意書の受け取りは、参加を拒否しても受けているサービス等に影響することはなく、対象者に不利益はないことを保障した上で、極力強制力が働かないようにサービス提供者ではない看護師（研究者）が行った。また、担当看護師に対する説明と同意書の受け取りは、参加拒否しても日々の業務や評価等に影響することはなく、看護師自身に不利益はないことを保障した上で、管理者以外の看護師（研究者）が行った。

## III. 結果

### 1. 事例の概要

男性1名、女性2名の3名の利用者で、年齢は40代1名、50代1名、60代1名であった。診断名は統合失調症2名、てんかん1名で、いずれも近隣市町村にある精神科病院への入院歴があった。退院後に訪問看護の利用が開始となり、研究開始時までの利用期間は平均32（5 - 57）ヶ月であった。3名とも家族と同居していた。事例C～E氏の概要を表1に示す。

表1 3事例の概要

	C氏	D氏	E氏
性別（年齢）	男（40代）	女（60代）	女（50代）
診断	てんかん	統合失調症	統合失調症
入院歴	1回（3ヶ月）	2回（3ヶ月、2ヶ月）	1回（3ヶ月）
同居家族	母	夫	姉
研究開始時までの訪問看護利用期間	退院後～34ヶ月	退院後～5ヶ月 （治療終了にて訪問看護も終了）	退院後～57ヶ月
訪問看護導入の経緯と訪問開始当初の状況	てんかん発作があるため退院後は訪問看護による観察が必要と判断された。薬の飲み忘れ、訪問時の不在、母への暴力や易怒性が認められた。	前回退院後に通院治療の中断あり、病識はない。訪問看護の利用を条件に今回退院となったが、本人、夫とも治療や訪問看護に対して拒否的な発言があった。	同居の姉も精神的な不調を抱えており、E氏に依存することも多く、姉への対応でパニックに陥りやすい。時々様子を見に来る兄（別居）による暴言・暴力が懸念された。ホームヘルプを利用。

## 2. 担当訪問看護師の概要

3事例の担当訪問看護師は2名で、看護師歴は28～29年、訪問看護歴は10年以上であった。

## 3. 訪問看護の内容

事例ごとの分析から、C氏への訪問看護の内容は89コードから25カテゴリ、D氏への訪問看護の内容は52コードから14カテゴリ、E氏への訪問看護の内容は109コードから26カテゴリを抽出した。3事例を統合した分析から、29サブカテゴリ、11カテゴリ、さらに5つの最終カテゴリを抽出した。訪問看護の内容の一覧を表2に示す。以下に、明らかになった訪問看護の内容について、【カテゴリ】と【サブカテゴリ】を用いて説明する。

### 1) 利用者・家族中心の基本姿勢

【病状の良し悪しを優先するのではなく利用者と家族の希望や考えを尊重】には、[利用者の希望を基にした支援目的/体制であることを説明][治療/ケアに対する利用者/家族の抵抗感を汲みとる][訪問の漸減/終結の希望に対しては精神状態と生活状況から評価できる強みを踏まえて判断][状態の波があっても対応は変えず訪問看護を継続]が含まれていた。利用者の状態には波があったり、治療や訪問看護によるケアを受け入れることに対して抵抗感を持っている場合があったが、利用者や家族の考えや意思を第一に考えるという基本的な姿勢であった。

また、【利用者の力になるという姿勢で傾聴】には、[利用者が話したいときに話しやすいように聴き方を工夫][不調の時は症状ではなく利用者の主観的な満足に着目し力になるという姿勢で傾聴][悩みや不安を傾聴]が含まれており、これらは利用者が困ったときや苦しいときにはいつでも相談に乗れる態勢に身をおき、開かれた態度で傾聴するかかわりであった。

### 2) 利用者の目標達成とストレングスへの焦点化

【利用者のストレングスに焦点を当てて希望を後押し】には、[利用者の関心/希望/強みに焦点をあててアプローチ][主治医に安全面の確認を行ったうえで利用者がやりたいことを達成できるよう支援][内服が目的ではなく内服は利用者の目標達成のための手段と考える]が含まれており、これらは利用者の夢や希望を探り、服薬継続をその夢や希望を実現するための手段と位置付けて利用者の目標達成や自己実現を支援するケアであった。

また、【上手くできないときや不調のときがあっても利

用者の状況を確認し肯定的な側面にも焦点を当てて評価】には、[易怒的/内服ができない/訪問時に不在でも問い詰めたりせず状況を確認して助言/肯定的にフィードバック][不調時は不調に伴う肯定的な側面にも目を向けて利用者の状況の評価][内服忘れ/服薬中断については利用者と家族の考え/判断も加味してアセスメント]が含まれていた。利用者は、地域生活を継続するなかで、時に病状の波や生活状況の変化などから危機につながるような状況に陥ることもあったが、ネガティブな側面だけでなく利用者の強みや良い面にも着目して、新たな支援の方向性を模索していた。

### 3) 心身の健康状態/生活の調整と主体的な自己管理の促進

【観察や会話を通して精神状態を観察しその変化を把握】には、[病状への影響因子を踏まえて精神状態を観察し病状の変化を把握][観察/会話から普段の精神状態/気分を把握]が含まれており、これらは利用者の精神状態をアセスメントし、小さな変化を敏感に捉えようとするケアであった。また、【利用者と家族の健康状態/生活状況を把握するために関係者から情報を収集】は、本人に会えなかったり、次回の訪問までに利用者の状態が気にかかるタイミングに、ヘルパー、地域包括支援センターの保健師、就労支援機関のスタッフなど、利用者を支援する他の専門家からも利用者の体調や精神状態と生活状況、それらに影響を及ぼす家族の状況等の情報を収集し、多角的なアセスメントにつなげるものであった。

【主体的に適切な内服自己管理が行えるよう支援】には、[服薬カレンダーを活用して自己管理を支援][内服状況に問題/気がかりがあるときには主治医への確認を促す声かけ][頓服薬/精神科以外の薬が適切に飲めるよう助言/確認]が含まれていた。利用者のなかには、治療に抵抗感を持っていたり、時々薬を飲み忘れたり、身体合併症に対する薬や頓服薬など利用者が自分で状態を判断して内服しなくてはならない場合もあることから、内服管理における利用者の主体性を高めることに主眼が置かれていた。

また、【身体的な健康と安全に配慮して主体的に生活を整えるよう支援】には、[身体的な健康状態と生活状況を確認し生活習慣/生活環境を整えるための助言][身体的な健康状態/他科受診の状況を確認し身体的不調へのケア][室内の片づけができず歩行の障害になるため一緒に片づけることの促し]が含まれていた。利用者のなかに

は、倦怠感、頭痛、風邪症状、歯痛など様々な身体的不調を訴えたり、過食や肥満傾向がみられる場合もあったため、身体的不調への看護的介入のほか、利用者自身で生活習慣を改善し生活環境を整えることを促すケアが実施されていた。

4) 家族へのサポートと家族との連携

【支援者でもありケアの対象でもある家族の状態を把握し家族の強みを活用】には、[家族を通して利用者の状況を把握したり家族の力量を考慮してサポートを依頼][家族との関係性を把握して利用者の精神状態への影響を確

表2 訪問看護の内容

最終カテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ	各事例のカテゴリ (事例のカテゴリ No.)
利用者・家族中心の基本姿勢	病状の良し悪しを優先するのではなく利用者や家族の希望や考えを尊重	利用者の希望を基にした支援目的 / 体制であることを説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の希望に沿って看護師がお手伝いしたいこと (訪問の目的) を伝える (D1)</li> <li>利用者を地域の支援者でサポートしていく体制であることを伝える (D2)</li> <li>通院や訪問看護に対する利用者・家族の要望を把握した上で、本人・家族が納得して継続できるような対応策や意見を伝える (D10)</li> </ul>
		治療 / ケアに対する利用者 / 家族の抵抗感を汲みとる	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問に対する抵抗感を汲みとり一歩下がって支援する (D3)</li> <li>入院中から退院希望が強かったという情報を得ていたため、利用者の入院治療に対する思いを聴く (D4)</li> <li>家族の話を聴き、支援を受けたがらない家族なりの理由を把握する (D9)</li> </ul>
		訪問の漸減 / 終結の希望に対して精神状態と生活状況から評価できる強みを踏まえて判断	訪問回数を減らしたい、終結したいという希望に対しては精神状態と生活状況から評価できる強みを踏まえて判断する (D8)
		状態の波があっても対応は変えず訪問看護を継続	状態には波があり良い時も悪い時もあるが、それによって対応を大きく変えることなく、週1回の訪問看護を継続する (C25)
	利用者の力になるという姿勢で傾聴	利用者が話したいときに話しやすいように聴き方を工夫	利用者が話したいときに話しやすいように聴き方を工夫する (E11)
		不調時は症状ではなく利用者の主観的な満足に着目し力になるという姿勢で傾聴	<ul style="list-style-type: none"> <li>妄想的な発言や誇大的な発言については満足できるあたりまで傾聴し、苦痛を伴わないように深く追求はしない (C22)</li> <li>頻繁に電話がかかってくるときには実際に調子が悪く訪問看護師を頼っているので、力になるという姿勢で応える (C24)</li> </ul>
悩みや不安を傾聴		<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事の状況を把握し、悩みやストレスについて傾聴して労う (C14)</li> <li>利用者からの不安の訴えを傾聴し、安心できるような声をかける (E23)</li> </ul>	
利用者の目標達成とストレスへの焦点化	利用者のストレスに焦点を当てて希望を後押し	利用者の関心 / 希望 / 強みに焦点をあててアプローチ	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の特性や強みを活かして関係性を築ききっかけをつくる (C12)</li> <li>利用者のやりたい事である仕事に焦点を当てて話を聴き、後押しする (C13)</li> <li>楽しく仕事を継続できるように、できていることに焦点を当てて話を聴く (C15)</li> <li>利用者が興味を持っていることや生活のなかで大事にしていることに焦点を当ててアプローチする (D5)</li> <li>利用者の興味のあること、できていること、希望に焦点を当ててアプローチする (E9)</li> </ul>
		主治医に安全面の確認を行ったうえで利用者がやりたいことを達成できるよう支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>外出の際に徒歩でかなり時間がかかるため、調子が良い時には自転車に乗れると良いと考え、主治医に相談するよう促す (C19)</li> <li>利用者がやりたいことを支援する場合は安全に行えるように事前に主治医に相談する (C20)</li> </ul>
		内服が目的ではなく内服は利用者の目標達成のための手段であると考えて	内服することが目的ではなく就労したいという利用者の目標のために、内服する必要があると考える (C18)
	上手くできないときや不調のときがあっても利用者の状況を確認し肯定的な側面にも焦点を当てて評価	易怒的 / 内服ができない / 訪問時に不在でも問い詰めたりせず状況を確認して助言 / 肯定的にフィードバック	易怒的になったり、内服ができなかったり、訪問時にいなかったりしても、問い詰めたりせず、状況を確認してアドバイスをしたり、肯定的なフィードバックをする (C23)
		不調時は不調に伴う肯定的な側面にも目を向けて利用者の状況を確認し肯定的な側面にも焦点を当てて評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>調子が悪いときには体調や気持ちを確認して無理はしなくて良いことを保障し、再入院せずに日常生活が送れていけば良いという捉え方である (E12)</li> <li>利用者が頻りに電話して相談してくることに、訪問看護ステーションのスタッフを信頼して受け入れてくれていると捉えている (E22)</li> </ul>
		内服忘れ / 内服中断については利用者や家族の考え / 判断も加味してアセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬の飲み忘れはあるが関心はあるので、利用者の考えを確認しながら薬の大切さについて意識付ける (C6)</li> <li>内服していなかったが、利用者の思いを想像し、正直に話してもらったことを評価する (D11)</li> <li>内服はしていないけれども、家族が捉えている患者の状態と支援者に連絡がないことから状態は安定していると判断する (D12)</li> </ul>

表2 訪問看護の内容(つづき)

最終カテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ	各事例のカテゴリ (事例のカテゴリ No.)	
心身の健康状態 / 生活の調整と自己管理の促進	観察や会話を通して精神状態を観察しその変化を把握	病状への影響因子を踏まえて精神状態を観察し病状の変化を把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・てんかん発作があり服薬も安定していない時期には、正確に内服できることと症状の有無の把握を最優先に行う (C1)</li> <li>・母への暴力や易怒性が認められることがあるため、利用者と母親双方の状況を把握する (C10)</li> <li>・季節の変化や姉との関係の影響も踏まえて、本人の精神状態の変化について気をつけて把握する (E13)</li> </ul>	
		観察 / 会話から普段の精神状態 / 気分を把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の言動や生活の様子を観察して精神状態を把握する (D7)</li> <li>・主治医の話や雰囲気など受診の状況について意図的に尋ねて気分や状態を確認する (E1)</li> <li>・表情を観察したり、活動状況を聞いたり、気持ちを聞いて、精神状態や気分を把握する (E10)</li> </ul>	
	主体的に適切な内服自己管理が行えるよう支援	利用者 / 家族の健康状態 / 生活状況を把握するために関係者から情報を収集	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就労先のスタッフと利用者の就労状況、内服状況、症状の有無などについて情報交換する (C16)</li> <li>・退院前に担当者会議で関係する他機関・他職種から利用者の思いや精神状態・生活状況について情報を得る (D13)</li> <li>・ヘルパーから利用者の精神状態だけでなく利用者の精神状態に影響するようなきょうだいの状況についても情報を得る (E8)</li> </ul>	
		服薬カレンダーを活用して自己管理を支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬カレンダーを使用して内服状況を確認しながら自己管理を支援する (C3)</li> <li>・薬を1週間分一緒にセットして自己管理を支援する (D6)</li> <li>・内服薬を1週間分お薬カレンダーにセットし、内服の状況を確認し、自己管理をサポートする (E15)</li> </ul>	
		内服状況に問題 / 気がかりがあるときには主治医への確認を促す声かけ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己中断をしたときや副作用と思われる訴えがあるときは、主治医に確認するよう促す (C4)</li> <li>・内服状況について気になることは主治医に相談して処方調整をしてもらう (E14-1)</li> </ul>	
	身体的な健康と安全に配慮して主体的に生活を整えるよう支援	頓服薬 / 精神科以外の薬が適切に飲めるよう助言 / 確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科以外の受診状況について確認し、鎮痛剤を過剰に内服しないよう服薬方法について助言する (C9)</li> <li>・不穏持薬や不眠時薬、鎮痛薬などの頓服薬を飲みすぎたり、適切な時間に飲めないことがあるため、その都度確認したり説明をする (E16)</li> </ul>	
		身体的な健康状態と生活状況を確認し生活習慣 / 生活環境を整えるための助言	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的な状態と関連する生活状況について確認する (C7)</li> <li>・浮腫、失禁、肥満などの身体的な問題が生じているため、身体状態を確認し(利用者のプライドに配慮しながら) 食事や飲水量の制限や運動を勧める (C8)</li> <li>・冷暖房がないため冬季や夏季の体調不良を予防するための観察と助言を行う (E25)</li> <li>・体重が増加したため、ストレッチや散歩を促したり、食事や間食について助言する (E26)</li> </ul>	
		身体的な健康状態と他科受診の状況を確認し身体的不調へのケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体状況と他科受診の状況を確認し、身体的な不調へのケアを行う (E24)</li> </ul>	
	家族へのサポートと家族との連携	支援者でもありケアの対象でもある家族の状況を把握し家族の強みを活用	室内の片付けができず歩行の障害になるため一緒に片付けることの促し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・室内の片付けや衣類の片付けができず歩行の障害になることもあるため、室内の状況を観察して、一緒に片付けることを促す (E17)</li> </ul>
			家族を通して利用者の状況を把握したり家族の力量を考慮してサポートを依頼	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母親に内服状況や生活状況の見守りを依頼し、母親からもそれらの状況を確認する (C5)</li> <li>・訪問時に利用者が不在の際には、本人に何か対応することはせず、母親と情報交換したり、話を傾聴したりする (C11)</li> <li>・内服や片付けについて、同居している姉に声をかけて一緒にやってほしいとサポートを依頼する (E18)</li> </ul>
家族との関係性を把握して利用者の精神状態への影響を確認			<ul style="list-style-type: none"> <li>・兄による暴力が気になるので暴言や暴力の有無、兄との関係性、兄が同行する受診の様子と精神状態への影響を確認する (E2)</li> <li>・兄の関わり方を観察したり利用者の兄に対する思いを確認して、兄が利用者と姉のためにやってくれていることを把握する (E7)</li> <li>・同居している姉との関係が利用者の負担になっていないかどうか、観察したり個別に話をきく (E19)</li> </ul>	
他の支援者と連携して問題 / 困難に対応	問題の内容に応じてより専門的な知識をもつ専門家へ相談	家族の精神状態 / 利用者への関わり方を考慮して家族に助言	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に対する兄の不満を傾聴し、兄が気にしている利用者の行動は病気の影響であることを説明する (E6)</li> <li>・同居している姉の精神状態も気になるので精神科受診をすすめている (E20)</li> </ul>	
		精神状態 / 服薬状況に懸念があるときは主治医に対応を相談	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気になる症状や訴えがある場合には主治医に報告したり相談する (C2)</li> <li>・兄の暴力による影響で精神状態が悪化したり、受診を拒んだりする状況になったため、主治医に対応を相談する (E4)</li> <li>・内服状況について気になることは主治医に相談して処方調整をもらう (E14-2)</li> </ul>	
	一人で対処しきれない支援上の困難は複数の支援者で協力して対応	就労に関連して訪問看護師が対応するのが難しいことは就労支援関連の専門機関に相談 / 連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就労先で利用者が困っていることへの対応について就労先のスタッフと相談する (C17)</li> <li>・就労支援については不慣れなため、関係機関・職種と連携して就労支援施設を探す (C21)</li> </ul>	
		支援をするなか生じる困難に対しては複数の専門職で連携して対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が支援に対して抵抗を示した際には、包括の保健師と情報交換したり、一緒に訪問するなどする (D14)</li> <li>・兄の暴力の問題があるため、行政担当者、地域包括支援センターのスタッフ、ヘルパーと相談し、利用者や姉の施設入所や警察の巡回など対応策を検討する (E3)</li> <li>・兄と二人だけになることを避けるためにヘルパーと相談してヘルパーが受診に同行できるようにする (E5)</li> </ul>	
利用者の状況はスタッフ間で共有してみんなで対応し担当看護師一人で抱え込まない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況はスタッフ間で共有してみんなで対応しており、担当看護師一人で抱え込まないようにしている (E21)</li> </ul>			

認][家族の精神状態/利用者への関わり方を考慮して家族に助言]が含まれていた。3事例とも家族と同居し、家族から何らかのサポートを得ていたが、その家族が高齢で利用者へのケアに負担を感じていたり、家族自身も精神的な不調を抱えていたり、家族関係が利用者の精神状態に良くない影響を及ぼしている場合もあった。そのため支援者としての家族の役割を支えつつ、家族の、あるいは利用者を含む家族全体の健康状態や負担に配慮したケアであった。

#### 5) 他の支援者と連携して問題/困難に対応

【問題の内容に応じてより専門的な知識をもつ専門家へ相談】には、[精神状態/服薬状況に懸念があるときは主治医に対応を相談][就労に関連して訪問看護師が対応するのが難しいことは就労支援関連の専門機関に相談/連携]が含まれていた。これらは患者が抱える問題に応じて適切な専門家を判断し相談することで利用者の問題解決につなげるケアであった。

また、【一人で対処しきれない支援上の困難は複数の支援者で協力して対応】には、[支援するなかで生じる困難に対しては複数の専門職で連携して対応][利用者の状況はスタッフ間で共有してみんなで対応し担当看護師一人で抱え込まない]が含まれていた。訪問看護時は基本的には担当看護師一人で対応しているが、対応に困ったときや判断に迷った時には複数で知恵を出し合ったり、ステーション内で問題を共有する体制をとってケアにあたっていた。

## IV. 考察

本研究で得られた精神医療福祉サービス資源が少ない過疎地域における精神科訪問看護の意義について検討する。

### 1. 利用者のリカバリーを支援する

近年では、欠陥や問題に焦点を当てるのではなく、その人のもつストレングスを生かして支援を組み立てるストレングスモデルを活用して、精神障害者主導の回復のプロセスであるリカバリーを支援することが重要視されている。リカバリーには様々な定義があるが、精神疾患を持っていても、新たな人生の意味を見出したり、希望を取り戻したり、自分の目標に向かって挑戦したり、その人らしく生きていくプロセスを意味している。本研究では、利用者のストレングスに焦点を当てて、その人の希望や目標を後押しすることが中心的なケアの一つとして行われていたが、こ

れは利用者のリカバリーを支援する重要なケアであると考えられる。加えて、特に過疎地域においては、精神医療福祉サービス資源だけでなく、余暇活動や就労など利用者の夢や希望に関連する社会資源も十分ではない現状があるが、そのような状況に置かれているからこそ、訪問看護師がいろいろな可能性を信じて利用者の希望や目標を後押しすることには大きな意味があるのではないかと推察する。

そして、利用者や家族の希望や考えを中心に据えて支援するという基本姿勢は、利用者の希望や目標を把握するための傾聴と、リカバリーという主観的な体験を尊重する態度の双方を含むものであった。対象者のリカバリーはいつも順調に進むわけではないため、これらは順調にいかない状況でも周囲の支援者と共に一進一退しながらも持ちこたえることのできる「関係性」(萱間, 2016, p. 30)を構築するための基盤となる看護の姿勢でもあると考える。

また、心身の健康状態を調整し、主体的な自己管理を促進するケアは、先行研究でも同様の内容が示されている(川口ら, 2004; 瀬戸屋ら, 2008)。これに含まれる精神状態の把握や内服自己管理の支援は、従来であれば病状のコントロールや服薬の継続ができていないかどうか焦点を当て問題解決的なアプローチで支援がされてきた。しかし、本研究においては、内服は利用者の目標を達成するための手段とする考えが示されていることから、問題解決志向のケアからリカバリー志向のケアへ転換されている点は重要なポイントであろう。さらに、精神障害者は様々な要因から身体合併症を持つことが多く、平均余命が短いことが指摘されていることから、リカバリーのために“夢に向かえる身体づくりをサポートすること”は看護独自の機能である(萱間, 2016, p5)。そのため、身体的な健康と安全に配慮して主体的に生活を整えるための支援は、リカバリーを促進する一助となることも示唆される。

### 2. 利用者・家族を包括的に支援する

訪問看護の直接的な支援の対象は利用者本人であるが、本研究の3事例はいずれも家族と同居しており、利用者だけでなく家族の希望や考えも尊重した上で、家族もケアの対象としていた。先行研究においては、利用者が家族と同居している場合には、訪問看護師が家族への直接ケアを実施している割合が高く、そのような場合、利用者は全般的機能が低く、ホームヘルプサービスの利用は少なく、家族が日常生活上のケアの多くを担っていることが示唆されて

いた(瀬戸屋ら, 2011)。しかし、精神医療福祉サービス資源が少ない過疎地域においては、通常の日常生活において不便な面が多々あり、利用者の全般的機能がそれほど低くない場合でも独居で生活することが難しい状況もあることから、家族と同居していることも少なくない。また、本研究の対象者のように同居する家族が高齢であったり、病気を抱えていたり、家族関係上の問題を抱えていることもあるため、利用者の生活上の問題と家族の問題を切り離して支援することは現実的ではなく、他の支援者らと連携しながら家族の問題も含めて包括的にアセスメントして支援することが必要とされている。一方で、サポート資源の少ない地域においては、家族も利用者の重要な支援者でもあるため、家族をケアするだけでなく支援者の一人としてサポートしたり家族と協力したりすることは、利用者のリカバリーの促進にもつながると考える。

### 3. 資源が少ないことの利点を生かして連携する

訪問看護師は、問題や困難が生じた際にも、一人で抱え込まず保健師、主治医、ホームヘルパー、就労支援のスタッフなど他の支援者たちとその問題を共有し、問題の内容に応じて連携して支援していた。先行研究においても、訪問看護師は支援上の困難を乗り越える際には、ステーションのスタッフと協働する、スタッフ以外の関係者と協力する、専門家の指導を求めることを体験していた(川内ら, 2017)が、一方で、精神科訪問看護実践の困難として、単独で訪問して対応しなければならないことによる高緊張状態があることや、主治医や関係機関との連携が難しいことも指摘されている(新井ら, 2011)。本研究においては、資源が少ない過疎地域のため、協力したり連携できる相手や機関は限られているが、常日頃から見知った支援者であるからこそ、お互いに相談しあったり補完しあったりして支援することが前提となっており、主治医や地域包括支援センター、ホームヘルプ、就労支援施設等の関係機関への連絡や相談が適時に無理なく実施できる風土が醸成されていることが推察された。このことから、資源が少ないことは一般的には地域生活を支援する上での弱点要素であるかもしれないが、連携・協働する支援者が複雑ではない分、連絡や調整がしやすく、お互いに協力することが前提となっており、その利点を生かすことで有機的な連携や協働が可能になっていると考える。

### 利益相反

本研究は、科学研究費助成事業基盤研究(C)(課題番号: 26463497)の助成を受けて実施した研究「精神保健医療福祉サービス資源が限られた地域における地域基盤型看護モデルの開発」の一部である。

本研究において開示すべき利益相反は存在しない。

### 文献

- 新井香奈子, 中野康子, 梶原理絵ほか. (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, 18, 109-118.
- 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—保健師、訪問看護師のケア実践の分析—. 看護研究, 32(1), 53-76.
- 萱間真美, 松下太郎, 船越明子ほか. (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. (2016). リカバリー・退院支援・地域連携のためのストレングスマodel実活用術(第1版). 医学書院.
- 川口優子, 西本美和, 三木智津子. (2004). 単身の統合失調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.
- 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なかで困難を乗り越えた体験. 日本精神保健看護学会誌, 26(1), 10-19.
- 厚生労働省. (2012). 精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会. 2017-8-15, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ea3j-att/2r9852000002ea7d.pdf>
- 緒方明, 三村孝一, 今野えり子ほか. (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.
- 瀬戸屋希, 萱間真美, 宮本有紀ほか. (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.
- 瀬戸屋希, 萱間真美, 角田秋ほか. (2011). 精神科訪問看護における家族ケアの実施状況と、家族ケアに関連する利用者の特徴. 日本社会精神医学会雑誌, 20(1), 17-25.
- 豊島泰子, 大坪昌喜, 鷲尾昌一. (2013). 精神障がい者を介護する家族に対する訪問看護師による支援内容の検討. 日本精神保健看護学会誌, 22(1), 78-84.

角田秋，柳井晴夫，上野桂子ほか．(2012)．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案するケアの類型と対象の特性－．日本看護科学会誌，32(2)，3-12.

山下真裕子，藪田歩，伊関敏男．(2016)．地域で暮らす精神障がい者の訪問看護師による服薬支援の現状と課題．日本精神保健看護学会誌，25(1)，99-107.

渡辺美鈴，河野公一，西浦公朗ほか．(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．厚生指標，47(2)，21-27.

(受稿日 平成29年8月28日)

(採用日 平成30年1月10日)