



精神科訪問看護における利用者との関係づくりに関する研究

川口, 優子

(Citation)

科研報告書, 17592299

(Issue Date)

2007-03

(Resource Type)

research report

(Version)

Accepted Manuscript

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/K0002026>



精神科訪問看護における利用者との関係づくりに関する研究

(課題番号 17592299)

平成 17・18 年度科学研究費補助金 (基盤研究 C)

研究成果報告書

平成 19 年 3 月

研究代表者 川口優子

神戸大学医学部保健学科教授

目次

はじめに	1
研究組織	3
研究経費	3
研究発表	4
I. 研究課題	5
II. 文献検討	6
文献一覧	10
III. 近畿圏内における訪問看護師と利用者との関係づくり	12
引用文献	26
IV. 研究成果と今後の課題	27

資料

資料

- ・ 事前調査用紙（精神科訪問看護直後に関するアンケート調査）
- ・ アンケート依頼用紙
- ・ 質問紙
- ・ 利用者調査表
- ・ 訪問看護師フェイスシート
- ・ 精神障がい者への訪問看護対応調査（精神障害者への訪問看護について）
- ・ 質問紙回収・資料Ⅰ 発送・返送数
- ・ 利用者の特性・資料Ⅱ.表 1.1～2.3
 - 表 3.1～3.3
 - 表 4.1～4.2
 - 表 5.1～5.2
 - 表 6.1～6.2
 - 表 7.1～7.2
 - 表 8.1～8.7
 - 表 9.1～9.4
- ・ 訪問看護師の特性・資料Ⅲ.表 11.1～13
 - 表 14
 - 表 15.1～15.2
 - 表 16.1～16.2
 - 表 17
 - 表 18
- ・ 1. インフォームドコンセントに関する実施度
- ・ 2. 情報収集に関する実施度
- ・ 3. 利用者—看護師間の信頼関係づくり実施度
- ・ 表.20
- ・ 表.21
- ・ 4. 援助内容の実施度
- ・ 5. 家族との関係づくり実施度
- ・ 資料Ⅳ.表.19 他職種・家族との連携
- ・ 質問紙の各項目における記載と自由記載

はじめに

国は2006年10月に障害者自立支援法を実施し、精神障がい者を含め障がい者に自立を強いている現状である。その厳しい状況下で専門職者は、地域精神保健福祉活動を支えている。

私たちは、これまで地域精神保健に関する実証的研究である在宅精神障害者を支えるネットワークの推進づくりと、在宅精神障害者に対する訪問看護の研究に取り組んできた。そして精神障がい者の地域生活支援についての研究を継続している。

今回の研究は、前回の訪問看護の研究成果をもとに、精神科訪問看護師がどのように利用者と関係をつくり、援助をしているのかを明らかにすることである。そして地域に住んでいる精神障がい者の地域生活支援をさらに追求していきたいと考える。

本研究は、これまでの科学研究費補助金による研究を基盤として平成17年から平成18年度にわたる研究を、次のような課程を経て実施した。

1. 研究枠組みと研究方法の検討

- 1) 精神科訪問看護に関する文献を検討し、最近の動向と課題を探索した。
- 2) 研究計画・研究方法について検討し研究課題を明確化した。
- 3) 精神科訪問看護研究会の開催及び参加をした。

2. 質問紙の作成

- 1) 精神科訪問看護を実践している看護師に対し、利用者との関係づくりで工夫していること、対処していることを記述していただき質問紙の内容を考えた。
- 2) 既存の文献と前回の研究を基に、質問紙の内容を洗練し、6つのカテゴリからなる質問紙を作成した。
- 3) プレテストを実施し、その結果を取り入れわかりやすく修正した。

3. データ収集

1) 質問紙郵送先の選定

近畿圏内の訪問看護ステーションと訪問看護を実践している精神病院の名簿を作成した。

- 2) 研究依頼文と質問紙を訪問看護ステーション370施設と精神病院46施設に郵送し、返却期間を3ヶ月とした。

4. データ分析

- 1) 返却された数は、訪問看護ステーション52施設と精神病院23施設であり、有効データ数は117であった。
- 2) データを統計ソフトSPSSに入力し、統計的な有意差を分析した。

5. 研究成果の発表

- 1) データ分析結果を検討しまとめた
- 2) 日本精神保健看護学会と日本看護科学学会で発表した。

本報告書は以下の項目に分けて報告する。

- I. 研究課題
- II. 文献検討
- III. 近畿圏内における精神科訪問看護師と利用者との関係づくり
- IV. 研究成果と今後の課題

地域に住む精神障がい者の生活支援の研究を継続して実施してきた。本研究成果を訪問看護の実践に役立てていただきたいし、今後も精神科訪問看護の研究を続ける予定である。ご協力いただいた皆様に、心からお礼を申し上げます。

平成 19 年 3 月
研究代表者 川口優子

研究組織

研究代表者：川口優子 神戸大学医学部保健学科教授

研究分担者：西本美和 神戸大学医学部保健学科助手

三木智津子 神戸大学医学部保健学科助手

(平成17年度分担)

増井麻依子 神戸大学医学部保健学科助手

(平成18年度分担)

研究協力者：精神科訪問看護研究会メンバー

研究経費

交付決定額 (配分額)

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
平成17年度	600、000	0	600、000
平成18年度	500、000	0	500、000
総計	1100、000	0	1100、000

研究発表

学会発表・口頭発表

- 1) 川口優子、三木智津子、西本美和：精神科訪問看護開始直後の看護支援について、第16回日本精神保健看護学会学術集会抄録集、p 96～97、2006.
- 2) 川口優子、西本美和、三木智津子：近畿圏内における精神科訪問看護師と利用者との関係づくりに関する研究、第26回日本看護科学学会学術集会講演集、p 309、2006.

I. 研究課題

現在、地域に住む精神障害者に対する精神保健福祉サービスには、様々な職種が携わり支え手となっている。その中で精神科訪問看護は十数年の歴史があり、日々の生活援助を実践し身心のケアを行っている。

訪問看護は保険点数化され医師の指示の下、利用者との契約によって決定され開始される。平成9年の全国訪問看護事業協会調査によれば、精神科訪問看護技術上の問題として本人との関係づくりが困難であることが示された。特に陽性症状等により、利用者との意思の疎通が図りにくく信頼関係をつくるだけでも時間がかかると言われている。このような状況の中で訪問看護師は、週に数回訪問する形で信頼関係を構築する必要がある。また在院日数の短縮化で地域での生活技術が充分でない状態で退院している利用者もいるといわれる。訪問看護師が生活援助を提供するには、信頼関係が築かれていないと実践は難しい。さらに訪問看護を開始しても、利用者及び家族の訪問受け入れが難しかったり、中には訪問を拒否する利用者もいると言われている。これらが他の疾患の訪問看護と異なり、精神科訪問看護師が利用者との信頼関係を築く上で苦慮し、気をつけ工夫しているところであろう。

平成12年の日本看護協会による訪問看護モニター調査によると、統合失調者に対して実施した援助内容は、治療・服薬指導、生活の仕方に関する援助が上位に現れた。筆者らの訪問看護に同行し参加観察した平成13年の研究では、看護師は様々な看護技法を組み合わせ用い、利用者本人に添う援助を実践していた。先行研究では精神科訪問看護の効果や技法について実証的研究がなされているが、利用者と看護師との信頼関係に関する研究は現在見当たらない。

今回の研究は、精神障害者への訪問看護を実践している看護師に対し、訪問看護開始直後(3ヵ月)に利用者との関係づくりにおいて気をつけていること、工夫していることを明らかにする。そして関係をつくる上で利用者とのかかわりにおいて、どのような看護技法を活用しているのかも明らかにし、精神科訪問看護技法の普及に繋げていきたい。

II. 文献検討

2005年6月に医学中央雑誌により「精神看護」と「訪問看護」をキーワードとし、2000年から2005年までを探索した結果、170編の文献が提示された。これらの論文の中から、実践している関係づくりにおけるかかわりが述べられている20編を選択し、その概要を述べる。

1) 服薬を拒む患者さんへの訪問看護を振り返って

55歳、母親との2人暮らしである統合失調症の女性で、入退院を繰り返している事例の検討である。2年4ヶ月を費やして行われた145回の訪問看護は、服薬を拒むYさんを受診させるには至らなかったが、Yさんらしい生活を援助するという訪問看護を続けた。その中でのかかわりの技法は、Yさんが妄想の話をしたくてたまらない様子の時に

- ・ 否定せずに十分に聞くようにした
- ・ ときには聞くだけでなく、肯定したり冗談にして返した等であった。

2) 精神科訪問看護の援助効果に関する考察、さまざまな不安を抱える患者への関わり

単身生活をしている60歳女性、統合失調症の訪問看護を振り返った報告である。どのような対応の仕方が利用者に影響を及ぼすかを把握した上で対応し、スタッフ間の助言内容を統一し、あいまいな表現を避けることで生活上の不安を解決し、病状悪化を防止できたと述べている。

3) 戸惑いから喜びへ 30年目の社会復帰をささえるもの

単身生活を始める女性2人の利用者に対し、幅広く提供してきた看護の一部をまとめたものである。日ごろなに気なく利用している百元ショップやリサイクルショップが大きな社会資源となることがわかった。献立の思案から材料の購入や調理、ゴミだし等一つ一つ具体的に伝えなければならないと述べている。

4) 診療所における訪問看護活動

診療所における訪問看護について述べている。その中で35年間自宅閉居となっている57歳女性の事例は、慢性的な幻覚妄想状態であり生活能力は乏しく生活リズムも乱れている。本人への言語的なコミュニケーションが困難だったので、非言語的コミュニケーションを主にしてかかわった。それらは紙風船を使う、トランプをする、マッサージをする等であった。

5) 地域で暮らす精神障害者に対する看護職に期待される課題

訪問看護利用者の中から4事例を作為的に抽出し、援助過程を述べた論文である。その中で有効だったかかわりは、・妄想について話をし、対処方法とともに考えたであった。

- 6) 精神分裂病に対する訪問ケアに用いられる熟練看護師の看護技術
精神分裂病に対する訪問ケアにおいて、実践の技術がどのように用いられるか記述することにより、用いられている技術の全体像を把握することを目的とした研究である。精神分裂病患者を対象に訪問ケアを行っている保健師、看護師 30 名を対象に、現在あるいは過去に訪問ケア 2 ケースを想起して面接を実施した。分析の結果ケア技術の局面を表わす 7 カテゴリー、各局面における具体的な技術を表わす 64 のサブカテゴリーが抽出された。ケア技術の局面を示す 7 カテゴリーは「関係性を創る技術」「日常生活のケア」「地域で生活してゆく権利の擁護」「医療を受けることへの関わり」「症状の管理」「家族との関わり」「他職種・住民との共働」であった。
- 7) 隠された力を生かす
精神障害者への訪問看護の実践を述べている。かかわりの技法として・利用者はきちんと自分と向き合って話を聞いてほしいという欲求をもっていることを強く感じる。1 週間に 1 回の訪問では充分ではないが、よき話相手となるよう心がけていることが述べられていた。
- 8) 精神科訪問看護の経験
訪問した 4 事例を検討したものである。訪問看護にはかなりの対人関係上の力量が要求される。かかわりの技法として・適度な距離をとり、踏み込んではいけないところを知った上でかかわったことが長期間訪問を継続できた理由だと述べている。
- 9) 閉居単身者の社会性回復に向けての訪問看護
50 歳男性、統合失調症で単身生活をしている事例の検討である。月 1 回の受診時に主治医と会話する以外は、人との接触を避け閉居生活をしている事例である。かかわりの技法として、O 氏の意志を確認しながら無理強いせず、看護者と一緒に不用品をゴミ袋に入れ、出たごみは買い物ついでに集積所まで一緒に運ぶなど、O 氏ができることから進めていったことが示された。
- 10) 妄想によりひきこもりがちな患者の援助
42 歳の統合失調症の女性。自己臭妄想がみられ家にひきこもりがちな利用者、単独外出が可能となった事例を検討したものである。かかわりの技法として A さんの話を傾聴し、その行動をほめることが有効であったと述べている。
- 11) 「家」は、なんでもあり 訪問看護がはらむドラマ
地域で暮らす利用者さんをケアする専門職の楽しみや苦しみについて書かれたものである。家は異界で、なんでもありの世界に足を踏み入れることである。その部屋の主と向き合うのが訪問看護なのだから、そこには家の抱える問題や歪みに飲み込まれ、巻き込まれていく危険性が常に伴うことを知っておくこと。訪問に魅力を感じかかわり続ける人が多いのは、「信頼さ

れて家に入る」という相手からの信頼を具体的に感じる仕事だからではないかと述べている。

- 12) やりたいことを地域で立ち上げる 地域ではいろんなことがある
東京の訪問看護ステーションにおいて、援助してきたことを振り返ったものである。コミュニケーションのとり方や、信頼関係の大切さは病棟でも同じである。家に入れてもらえなければ何もできないので、はじめは利用者の話しをよく聴き、何を必要としているのかを知り、いっしょに快適な生活を送れるように協力したいという思いを分かってもらわなければならない。直接的なケアができなくても、まずは受け入れてもらうことだと述べている。
- 13) その人らしい生活の継続のために 精神訪問看護の実際
訪問看護ステーションの実践を通して、精神訪問看護の現状をまとめたものである。受け持ち看護師が、利用者の主体性を尊重し利用者の立場にたつ謙虚さと、看護の専門職としての自信や判断力とをバランスよく保てるように、本人も周囲も留意することが大切と述べている。
- 14) 初めての精神科訪問看護 初回訪問シミュレーションと関わりのコツ
精神科医師が訪問看護における留意点を述べている。面談の際の基本的なことは①医学用語は使わない、②詮索しているといった印象を与えない、③いきなり相手の生活への大きな変化をもたらすような提案はしないである。そしてできることとできないことをハッキリと区別することが必要と述べている。
- 15) 精神科訪問看護と他科の訪問看護はどう違うのか
精神訪問看護における心得を述べている。玄関先では病院名などを口に出さない、聞き上手になる、評価的態度は取らない、一貫した態度を示す、適切な距離をとる等であった。
- 16) 精神に障害をもつ人を地域でささえる 利用者の生活を支える視点と信頼関係を築く関わりが大切
多摩たんぼぼ訪問看護ステーションの取り組みを述べている。訪問看護師ができるケアは服薬管理だけではない。よい生活環境を整え、看護の視点でアセスメント力をもって利用者に関わることである。訪問看護は利用者との信頼関係を築くことが一番のポイントである。一緒に行動をとることで、ゆっくりと確実に利用者の信頼を得ていく必要があると述べている。
- 17) エキスパートに聞く 在宅ケアの専門技術と知識 精神科訪問看護
診療所の訪問看護師に、かかわりのポイントを聞いている。信頼関係を築けるように心がけている。服装は動きやすく、刺激的にならない範囲の服装にしている。服薬管理以外でのかかわりは、掃除ができないという人に

関してはやってしまうのではなく、利用者と一緒にいる。この「一緒」というスタンスを大切にしていると述べている。

18) 地域で生かす精神科看護の基本～先を急がず日常の身体ケアをしっかりと訪問看護ステーションにおける精神科訪問の基本について述べている。総合病院に併設されているので、医療依存の高い利用者が多い。訪問看護と身体介護がケアの重なりあう部分を共有しながら補いあっている。また一方的なケアを進めないことであり、身体ケアをしっかりと行うことで利用者と信頼関係が築かれると述べている。

19) 「待つ姿勢」が開く利用者の心～訪問看護は利用者が主導権をもつ

統合失調症の回復期である45歳、女性で自発性に欠しく閉じこもりがちなT氏の訪問看護を検討したものである。看護師が信頼関係をどのように築いていき、利用者に決定権があることについてつぎのように述べている。

- ・ 利用者の自発的な意思の動きを待つ姿勢をとった。
- ・ 利用者から何らかの要望があったときは、できる限りその事典で支援できるようにかかわった。働きかけを行うときは「～してみましよう」ではなく「～してみますか？」という提案の姿勢を心がける。
- ・ 寄り添い見守っていることを伝えていった等であった。

20) 単身の統合失調症者に対する訪問看護師の援助

5名の単身の統合失調症者に対する訪問看護師の援助を検討した調査である。訪問看護師に同行して10回の場면을参加観察し、録音し他内容を分析した。その結果、看護技法として8つのカテゴリーを抽出した。それらは①本人の疑問や不安に対応する、②本人の言い分を聞く、③本人の思いを引き出す、④本人の反応をうかがう、⑤本人の持っている力を認め伝える、⑥看護師の思いを伝える、⑦良き話相手となる、⑧対等の立場で話を楽しむであった。

文献一覧

1. 藤本百代、馬場史津：服薬を拒む患者さんへの訪問看護を振り返る、精神看護 2 (2)、16-20、1999.
2. 藤本嘉弥：精神科訪問看護の援助効果に関する考察—さまざまな不安を抱える患者への関わり—、松山記念病院紀要、6、49-52、1999.
3. 細井 卓、北川由美子、松井恵子他：戸惑いから喜びへ 30年目の社会復帰を支えるもの、日本精神科看護学会誌、45 (1)、127-130、2002.
4. 加藤めぐみ：診療所における訪問看護活動、こころの科学、108 (3)、81-85、2003.
5. 川端弘代：地域で暮らす精神障害者に対する看護職に期待される課題—訪問看護活動を通しての報告—、日本精神科看護学会誌、44 (1)、5-8、2001.
6. 萱間真美：精神分裂病に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技、看護研究、32 (1)、53-76、1999.
7. 岡田恵美子：隠された力を生かす アンテナをはりめぐらせて、Nurse eye、12 (11)、13-15、1999.
8. 鈴木優美子、情野武志、大越成子他：精神科訪問看護の経験、松村総合病院医学雑誌、18 (1)、127-133、2000.
9. 豊田京子、島部鹿枝、閉居単身生活者の社会性回復に向けての訪問看護、日本精神科看護学会誌 44 (1)、9-12、2001.
10. 山口晴美、高橋千鶴子：妄想によりひきこもりがちな患者の援助—訪問看護による行動範囲拡大への介入、日本精神科看護学会誌 44 (2)、372-376、2001.
11. 萱間真美：「家」は、なんでも“あり”訪問看護がはらむ「ドラマ」精神看護、5 (3)、16-22、2002.
12. 美齊津聡美：やりたいことを地域で立ち上げる 地域ではいろんなことがある精神科看護 29 (7)、22-26、2002.
13. 谷藤伸恵：その人らしい生活の継続のために 訪問看護と介護看、9 (11)、796-801、2004.
14. 春日武彦：はじめての訪問看護、訪問看護と介護看、9 (10)、722-728、2004.
15. 望月哲子：精神訪問看護と他科の訪問看護はどう違うのか、訪問看護と介護看、9 (10)、729-737、2004.
16. 千葉信子：精神に生涯をもつ人を地域で支える 利用者の生活を支える視点と信頼関係を築く関わりが大切、コミュニテイケア 6 (7)、30-32、2004.
17. 渋谷美千子：エキスパートに聞く在宅ケアの専門技術と知識 精神科訪問看護コミュニテイケア 6 (10)、68-71、2004.
18. 吉田廣子：地域で生かす精神科看護の基本 先を急がず、日常のケアをしっかりと、精神科看護、31 (10)、33-38、2004.

19. 渋谷美雪：待つ姿勢が開く利用者の心、精神科看護、31 (10)、45-49、2004.
20. 川口優子、西本美和、三木智津子：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、2004.

Ⅲ. 近畿圏内における精神科訪問看護師と利用者との関係づくり

緒言

精神科訪問看護は保険点数化され、医師の指示の下、利用者と契約することにより訪問が開始となる。精神科訪問看護が開始されても、利用者との関係が築けないとケアの提供は困難である。特に陽性症状等により、意思の疎通が図りにくく信頼関係を創るだけでも時間がかかり、待つ姿勢が利用者の心を開くといわれる¹⁾。また訪問を開始しても利用者本人、または家族が訪問を受け入れ難く、訪問を拒否されることがあり、訪問看護師はかかわりにくさを体験していると推測できる。さらに近年の在院日数の短縮化により、地域での生活技能が充分でない状態で退院している利用者もいる。すなわち、精神科訪問看護師は、利用者が訪問を受け入れ看護師を信頼できるようにかかわり、身体面・精神面の症状をとらえ、生活技能を高めるようかかわっていくのである。これらを実践する精神科訪問看護では、他の訪問とは違うかかわりがあると考えられる。精神科訪問看護師は関係づくりに特に気をつけ、関係を築く工夫をしているのではないだろうか。

本研究は、精神科訪問看護を実践している近畿圏内の看護師に対し、訪問看護開始後（3ヶ月）における利用者との関係づくりの実情を明らかにし、関係づくりの技法を類型化していく資料とすることを目的とする。

用語の定義

看護大事典による信頼関係とは「相手に関心を示すことや相手が示した感情に適切に応答することにより築きあげる」と記されている²⁾。

本研究における信頼関係づくりとは、利用者と訪問看護師との間における関係であり、相手に関心を示すことや、相手が示した感情に適切に応じることにより、信頼した関係が築かれることをさす。

方法

1. 質問紙作成

1) 事前調査・第一段階

研究者間で研究課題を基盤にして質問紙について検討した。そして精神障害者への訪問看護を実践している看護師に訪問開始直後（3ヶ月以内）における看護及び利用者との関係づくりで気をつけていること、工夫していること、関係づくりで困ったことを具体的に記述してもらうことを事前調査として実施した。（資料参照・事前調査用紙）。

調査対象者：精神科訪問看護研究会に参加した訪問看護師 22 名

2) 調査結果

1ヵ月後に回答があった 11 名の調査結果をまとめた。訪問直後の看護の記述されたから 23 項目を、関係づくりについての記述から 32 項目を抽出した。

3) 質問紙の作成・第二段階

抽出した項目を研究課題の枠組みでとらえ 6 つのカテゴリーを設定した。それらは訪問看護でのインフォームド・コンセント、情報収集、信頼関係づくり、行っている看護、連携、家族との関係づくりであった。そしてサブカテゴリーを設定し、そこに認知の項目と実践の項目を入れていった。また先行研究から訪問看護の関係づくりに関すると考えられた項目も加えた。

4) 質問紙作成・第三段階

カテゴリーごとに設問し 4 段階尺度とした。訪問開始 3 ヶ月以内での訪問看護におけるインフォームド・コンセントについての考えを 4 項目、インフォームド・コンセントをどのように実践しているかを 13 項目とした。情報収集についての考えは 6 項目で実践は 15 項目、信頼関係づくりについての考えは 15 項目で実践は 34 項目、行っている看護の考えは 2 項目で実践は 17 項目、連携の考えは 2 項目で実践は 10 項目、家族との関係づくりの考えは 3 項目で実践は 9 項目とした。全部で認知に関する項目は 32 となり、実践に関する項目は 98 となった。質問紙の枚数は 6 枚となった。

5) プレテストの実施

第三段階の質問紙と利用者調査及び看護師のフェイスシートで A4 用紙 9 枚となった。平成 17 年 6 月に精神病院内の訪問看護ステーションの訪問看護師 4 名にプレテストを依頼し意見を求めた。

6) 質問紙の洗練・完成

プレテストの意見を下に検討し、修正した。また重なる項目をチェックし語句を見直し、カテゴリー別に考えと実践を一緒の設問とした。そして

インフォームドコンセントは 16 項目、情報収集は 19 項目、信頼関係づくりは 41 項目、援助内容は 19 項目、家族との関係づくりは 12 項目、連携は 2 項目とし全体として 102 項目を 4 段階評価とした。また項目以外について行ったことがあれば記入する欄を作り完成とした（資料参照・質問紙）。

7) 利用者調査

訪問を利用している利用者の状態に関する利用者の精神状態、セルフケアの状態、対人関係についての調査表を作成した（資料参照・利用者調査表）。

8) 訪問看護師のフェイスシート

訪問看護師の年齢、免許の種類、勤務場所、精神科臨床経験、一般科臨床経験、職位についてフェイスシートを作成した（資料参照・看護師フェイスシート）。

9) 精神障がい者への訪問対応調査

一般の訪問看護ステーションに対し、精神障がい者への訪問看護をどのように対応しているか、訪問をしていない事情、今後の予定をきく調査用紙 A4 用紙 1 枚を作成した。（資料参照・精神障がい者への訪問看護対応調査参照）

2. データ収集方法・対象の選定

1) 調査対象：地域に住む精神障がい者に対する訪問看護を実践している近畿圏内の訪問看護ステーション看護師と、精神病院の看護師とした。

2) 対象の選定：社団法人全国訪問看護事業協会のホームページの正会員リストから、近畿地方の県別訪問看護ステーションを、一般訪問看護ステーションとして調査対象とした。さらに日本精神科病院協会のホームページにある会員病院紹介から、近畿地方の県別精神病院をホームページで訪問看護の有無をチェックし、病棟やデイケア、外来で訪問看護を実践していると現している病院を調査対象とした。またホームページから精神病院が母体である訪問看護ステーションを抽出して調査対象とし、これらを精神科病院関連施設とした。

3) 質問紙の発送

選定した精神病院と精神病院併設の訪問看護ステーション宛てには、依頼文と質問紙 3 部を入れた。一般訪問看護ステーションには、質問紙 3 部と、代表者宛てに精神障がい者への訪問対応調査用紙を 1 部入れた。全体の郵送先は 416 施設であり、そのうち訪問看護ステーションは 370 施設、精神病院関連施設は 46 施設であった。

4) 倫理的配慮

調査依頼文に調査の主旨や個人情報の保護、個人が特定できないこと、結果は学会で発表する等を記した。連絡先を明記し、無記名による返却

とした。

5) 質問紙の回収

平成 17 年 9 月 1 日に発送し、11 月 30 日までを有効期間とした。167 施設から回答があり、回収率は 40%であった（訪問看護ステーション 144 施設、精神病院関連 23 施設、資料 I 参照）。

IV. 結果

1. 精神科訪問を実施していない一般訪問看護ステーション

一般訪問看護ステーション 370 施設に調査用紙を郵送し、144 施設から回答があった。そのうち 96 施設が精神科訪問を実践していない状態であり、一般訪問看護ステーション代表者の調査（資料精神障害者への訪問看護対応調査参照）回答は以下であった。

1) 精神障がい者への訪問についての現状を表 3 に示す。

訪問の現状	数
現在訪問はしていない	83
訪問依頼はあるが対応できず断っている	7
訪問依頼はあるが他を紹介している	6

2) 精神障がい者への訪問をしていない事情を表 4 に示す（複数回答可）。

事情	数
精神科看護経験のあるスタッフの不足	51
精神科専門の医療施設などと連携が取れていない	28
精神障がい者への援助の仕方が困難	24
スタッフが少なく精神障害者に訪問する余裕がない	23
緊急時の対応体制が取れていないため	17
スタッフの精神障がい者に対する意識や関心が低いため	6
危険性などを含めてスタッフの気持ちの上で抵抗があるため	5
訪問の効果がわかりにくい	3
診療報酬がサービスに見合わないため	2

表 4 に示されたように、精神科経験のあるスタッフが少なくその上、精神科医師との連携が取れていないことが訪問を実施していない最も多い理由となっていた。そして精神障がい者に対する訪問看護援助は、困難と捉えていることも大きな要因である

3) 今後精神科の訪問する予定を表 5 に示す。

訪問予定	数
訪問する予定はない	45
訪問したいができない	22
訪問する予定がある	24
無回答	5

回答のあった 4 分の 1 の施設は今後精神科訪問を予定しているが、半数は予定していないことが現れた。

4) 訪問看護ステーションにおける精神障がい者への訪問看護についての自由記載には、訪問を実施していない理由についての意見を次のように述べていた。

- ・精神科医療機関よりの訪問を利用されている
- ・本人に拒否された
- ・臨時訪問を要求され、対応できない
- ・精神科訪問看護の研修をすすめる経営的・人的余裕がない
- ・地域の保健所や市町村、精神専門の施設からも訪問依頼を受けたことがない、またステーションからも積極的に訪問に対する働きかけもしていない
- ・地域的に精神障がい者への訪問はまだまだである

今後積極的に取り組む予定のステーションの意見は以下であった。

- ・依頼があれば検討し受け入れていきたい
- ・職員が研修を受講し精神障がい者の訪問看護ができる体制を創る予定
- ・老人訪問看護においても精神疾患治療の必要と考えられるケースがあり、専門医との連携や学習をふまえ今後の方向性を考慮していきたい

自由記載には、代表者の率直な意見が記載されていた。対応できない理由や余裕のなさ、地域における精神障がい者の受け入れがまだまだであり、関係機関が積極的でない状況もうかがえた。その一方で積極的に研修や学習をして受け入れていくと考える代表者もいることが現れた。

2. 精神科訪問看護における関係づくり

1) データ分析

有効データ数は117で精神病棟、精神科外来、精神病院訪問看護室及び精神病院が母体である訪問看護ステーションを精神病院関連施設（以下「病院」と記す）が57、一般の訪問看護ステーション（以下「一般」と記す）が60であった。統計的分析はSPSS Version11を使用した。質問紙ごとに実施度として項目の平均値を抽出し、「一般」と「病院」との間で実施度について有意差をT検定で検討した。さらに信頼関係づくり41項目は因子分析を行った。

2) 利用者の特性

①性別・年齢

男性41名女性73名であり、全体として女性が多い。「病院」では女性と男性はほぼ同数であったが、「一般」は女性が多かった。

平均年齢は52.4 (SD=16.95) 歳であった。70歳以上の利用者は、「一般」に18名いた（資料Ⅱ. 利用者の特性表 1.1~2.3 参照）。

②入院歴・入院回数

全体で86%の利用者は入院歴があり、入院回数は1回が36.8%で2回が26.5%で全体の63.3%をしめた（資料Ⅱ. 表 3.1~3.3 参照）。

③訪問回数

週1回が51.3%で、週2回が19.7%であり、ほとんどが週1回から週2回の訪問であった（資料Ⅱ. 表 4.1~4.2 参照）。

④主たる病名

統合失調症が半数をしめ、次いで感情障害、神経症、非定型精神病であるが、境界例やアルコール依存症も含まれ多様な利用者を対象としていた（資料Ⅱ表 5.1~5.2 参照）。

⑤利用者の気分と現在の行動

「病院」と「一般」との有意差を検討すると「自殺企図がある」「多弁多動である」利用者が、「一般」に有意に多かった ($t=-1.58$ 、 $P<.01$ 、 $t=-1.43$ 、 $P<.01$ 資料Ⅱ. 表 6.1~6.2 参照)。

⑥利用者の現在の精神状態

「病院」と「一般」との有意差を検討すると「閉じこもりがちである」利用者が、「一般」に有意に多かった ($t=-2.98$ 、 $P<.01$ 資料Ⅱ. 表 7.1~7.2 参照)。

⑦利用者の現在におけるセルフケアの状態

「病院」と「一般」との有意差を検討すると「排泄の介助を必要とする」利用者が、「一般」に有意に多かった ($t=-2.74$ 、 $P<.01$ 資料Ⅱ. 表 8.1~8.7 参照)。

⑧利用者の人間関係について

「病院」と「一般」との有意差を検討するとあいさつについては「病院」と「一般」との間では有意差はなかったが、会話については、「相手の顔を見て話せる」は「病院」の利用者が有意に多く（ $t=1.99$ 、 $P<.05$ ）「相手の顔を見ずぶっきらぼうである」は、「一般」の利用者が有意に多かった（ $t=-1.42$ 、 $P<.05$ 資料Ⅱ. 表 9.1～9.4 参照）。

3) 訪問看護師の特性

① 性別・年齢

女性が 99 名で 84.6%をしめ、男性は 13 名であった。平均年齢は 43.4 歳（ $SD=8.62$ ）であった（資料Ⅲ. 看護師の特性表 11.1～12.2 参照）。

②免許

看護師免許が 102 名、87.2%をしめ、准看護師は 8 名であった（資料Ⅲ. 表 13 参照）。

③勤務場所

訪問看護ステーション勤務が 101 名と 86.3%であった（資料Ⅲ. 表 14 参照）。男性はすべて精神病院が母体の訪問看護ステーション勤務であった。

④精神科臨床経験

全体の 47%は精神科臨床経験がなく、なかでも「一般」の 48 名、84%は精神科の経験がなかった。「病院」においては、精神科勤務年数 9 年以上が 30 名いた（資料Ⅲ. 表 15.1～15.2 参照）。

⑤一般科臨床経験

「病院」において 6 名は経験がなく、「一般」に 9 年以上の経験者は 24 名おり、「病院」では 15 名であった（資料Ⅲ. 表 16.1～16.2 参照）。

⑥訪問看護経験

1 年以上 3 年未満が 24 名と最も多く、次いで 5 年以上 7 年未満が 23 名、3 年以上 5 年未満が 22 名であった（資料Ⅲ. 表 17 参照）。

⑦職位

スタッフが 71 名で 60.7%をしめ、次いで主任、看護師長であった（資料Ⅲ. 表 18 参照）。精神科訪問看護師は、ほとんどが女性のスタッフであり、看護経験が豊富なベテラン看護師であることが現れた。

4) 質問紙のカテゴリーにおける項目の実施度

①訪問看護におけるインフォームドコンセント 16 項目の実施は、資料参照（1. インフォームドコンセントに関する実施度参照）。「病院」と「一般」

との有意差を検討すると「連絡先を伝えた」「名刺を渡した」は、「一般」の方が有意に高く現れた ($t = -1.74$, $P < .05$, $t = -2.34$, $P < .01$)。②情報収集 19 項目の実施度は、資料参照 (2. 情報収集に関する実施度参照)。「病院」と「一般」との有意差を検討すると「こだわりを把握した」は、「一般」が有意に高く ($t = -1.63$, $P < .01$)「生活の場における人との付き合いを把握した」は、「病院」が有意に高く現れた ($t = -1.72$, $P < .05$)。

③利用者—看護師間の信頼関係づくりについて

1. 信頼関係づくり 41 項目の実施は、資料参照 (3. 利用者—看護師間の信頼関係づくり実施度参照)。平均値 3.5 以上の高い実施項目を以下に示す。

1. 利用者が安心して話せる雰囲気を作るよう心がけた
2. 聴く姿勢を重視した
3. 強制的な進め方はしなかった
4. 利用者が訪問看護を受け入れてもらえるよう心がけた
5. 動きやすく刺激的な服装にした
6. 何かあればいつでも相談にのると伝えた
7. 利用者に失礼のない言葉づかいや態度に気をつけた
8. 利用者の生活を尊重するよう心がけた

「病院」と「一般」との有意差を検討すると「一般」が有意に高く現れたのは、「利用者の気持ちを探った」($t = -2.21$, $P < .05$)「不在の場合は手紙や電話で連絡を取った」($t = -1.17$, $P < .05$)「利用者を叱咤激励した」($t = -2.74$, $P < .05$)「あいまいな表現はしなかった」($t = -1.55$, $P < .05$)等であった。「踏み込んではいけないところを知ってかかわった」は「病院」が有意に高く現れた ($t = .93$, $P < .05$)。

病名や精神状態によって信頼関係づくりの実施度に有意差があるのかまた看護師の経験や年齢による差はないか分析したところ、有意な差は現れなかった。

2. 信頼関係づくり 41 項目について因子分析を行った。因子負荷量が 0.35 以上を基準とすると 36 項目となり、その 36 項目を主因子法・Promax 回転による因子分析を行い 10 因子を抽出した (Cronbach α 係数 0.61~0.90、資料参照表.20)。抽出した 10 因子を次のように命名した。

- 第一因子 受容的な対応
第二因子 ほめる・喜ぶ

- 第三因子 自主性の重視
- 第四因子 安心感をもたらす
- 第五因子 タイミングをとらえる
- 第六因子 柔軟な対応
- 第七因子 理解できるように伝える
- 第八因子 相談にのる
- 第九因子 意思を引き出す
- 第十因子 看護師の意思を伝える

3. 因子間の相関関係（資料参照表. 21）。

第一因子は第三、四、五、六因子と比較的高い相関を示し、第二因子は第一と五因子と低い相関がみられた。第三因子は第一因子と比較的高い相関を示し、第四因子は第一因子と比較的高い相関であった。第五因子は第一、六因子と比較的高い相関があり、第六因子は第一、五、六因子と比較的高い相関を示した。第七因子には他の因子との相関関係が示されなかった。第八因子は第一、五因子と低い相関があり、第九因子は第三因子と比較的高い相関が示された。第十因子は第三因子と比較的高い相関が示された。

このように第一因子である受容的な対応、第三因子の自主性の重視、第五因子のタイミングをとらえる、第六因子の柔軟な対応との相関は、比較的高い関係が現れた。

④援助内容 19 項目の実施は、資料参照（4. 援助内容の実施度参照）。

「病院」と「一般」との有意差を検討すると、「一般」に高く示されたは「服薬管理をした」（ $t = -2.84, P < .05$ ）「検温をした」（ $t = -3.35, P < .01$ ）「身体的精神的危機が見られる場合は説明した」（ $t = -1.58, P < .05$ ）等であった。「病院」が有意に高く現れた項目は「掃除洗濯ごみ出しを教えた」（ $t = 2.08, P < .05$ ）「お金のやりくりを助言した」（ $t = 2.83, P < .05$ ）「利用者の就労に対する不安に対応した」（ $t = 1.05, P < .05$ ）であった。

⑤家族との関係づくり 12 項目の実施は、資料参照（資料 5 家族との関係づくり実施度参照）。平均値 3.0 以上の高い実施を示したのは、「キーパーソンを把握した」「家族関係を把握した」の 2 つであった。最も実施度が低いのは「家族会のような地域ネットワークの情報提供を行った」であった。

⑥他職種・家族との連携については資料参照（資料Ⅳ. 表 19. 他職種との連携参照）。「病院」は PSW や外来看護師等病院の他職種との連携がく、「一般」は家族やヘルパー、保健師との連携が多いことが現れた。

考察

1. 一般訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護

1) 精神科訪問看護に対応していない事情

一般訪問看護ステーション回答数 144 施設のなかで、96 施設は精神科訪問看護に対応していないことが現れた。対応していない事情が多かったのは、精神科看護経験のあるスタッフの不足と専門医療施設との連携不足であったが、今後研修等を積み重ね対応したいとの意見もみられた。

近畿圏内では看護協会等で精神科訪問看護に関する研修が行われ研修の機会があることから、一般訪問看護ステーションのスタッフが研修を受けることで、今までより精神科訪問看護が実践される可能性は大きいと考える。

2) 利用者の特性

一般訪問看護ステーションの利用者に自殺企図がある、多弁多動である、閉じこもりである、排泄の介助を要するが有意に多かったことは、介護保険の利用者でもある 70 歳以上の利用者が、一般訪問看護ステーションの方が多かったからであろう。また会話では「相手の顔を見ずぶっきらぼうである」利用者も「一般」が有意に多かったことは、一般訪問看護ステーション看護師が、意思の疎通が難しい利用者をぶっきらぼうととらえた可能性がある。

3) 看護師の特性

看護師の平均年齢は 43.4 歳で臨床経験が 5 年以上あるベテランではあるが、精神科看護経験のない看護師が 84% あった。前述したように、一般訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護が実践されない事情に精神科看護経験看護師不足が述べられていることから、この経験のない看護師に対し精神科看護のスーパーバイザーや相談する体制を作る必要があるだろう。また地域の精神病院・精神病院併設訪問看護ステーションとの連携が求められる。さらには訪問看護師たちで学習会を開くことも可能である。

4) 情報収集

情報収集において「病院」と「一般」との間の有意差を検討すると、「こだわりを把握した」が「一般」に有意に高く現れたのは、利用者のこだわっていることを把握する必要があると判断したからであろう。

5) 信頼関係づくり

信頼づくりにおいて「病院」と「一般」との間の有意差を検討すると「利用者の気持ちを探った」「利用者を叱咤激励した」「あいまいな表現はしなかった」等が「一般」で有意に高く示された。これは年齢が比較的が高く、閉じこもりがちである利用者が一般訪問看護ステーションに有意に多いことが影響していると考えられる。さらに「一般」の看護師は信頼関係を築こうとしてあいまいな表現はせず、利用者の気持ちを探ったととらえられる。その一

方では利用者を何とかしなければとの気持ちで叱咤激励したと考えられる。

6) 援助内容

援助した内容において「服薬管理をした」「検温をした」「身体的精神的危機が見られる場合は説明した」等が「一般」が有意に高く現れた。このことは一般訪問看護ステーションの看護師は身体面の援助をまず実践していることが示されたと捉えられる。向精神薬内服により身体症状の表面化が緩慢になりがちなので、精神科以外の看護経験が豊富な看護師は身体状況を的確にアセスメントできるのではないかと³⁾とあるように身体症状を看られるという強みをもつ。その一方で身体と精神を総合的視点でアセスメントし健康管理をすることは、精神科訪問看護師独自の援助である⁴⁾とされていることから、心身を総合的に看れるよう知識と経験を積み重ねが必要であろう。

7) 他職種・多職種との連携

一般訪問看護ステーションが幅広く多くの職種と連携している傾向がうかがえたことは、他職種・多職種から上手に協力を得ていると捉える。しかし、精神病院関連の訪問看護ステーションとの連携は現れていなかった。精神病院の訪問看護室と一般訪問看護ステーションと連携が求められているとの調査報告があり⁵⁾連携することで一般訪問看護ステーションが積極的に精神科訪問看護を行うことに繋がっていくと考える。また精神病院の訪問看護室が地域にある訪問看護ステーションと連携を創め、利用者の生活支援の選択肢が広がったと報告している⁶⁾ことから一般訪問看護ステーションと精神病院関連訪問看護ステーションとが連携して、互いに臨床の知を共有する事例検討会や学習会を開催することは、実現可能である。情報を共有し実践的發展に繋げていくには、精神病院関連訪問看護ステーションと一般訪問看護ステーションとの連携が求められる。

2. 精神病院関連の訪問看護ステーション・精神病院における精神科訪問看護

1) 看護師の特性

精神科看護経験年数9年以上が29名、一般科経験年数9年以上が15名いたことは、経験豊富なベテラン看護師が訪問看護を実践している現状が示された。

2) 情報収集

情報収集において「病院」の方が「生活の場における人との付き合いを把握した」が有意に高く現れたことは、ほとんどの利用者が対人関係が築き難いことを考慮して、人とのつき合いに関する情報を収集していることがうかがえる。

3) 信頼関係づくり

信頼づくりにおいて「踏み込んでいけないところを知ってかかわった」が

「病院」の方が有意に高く示された。これは、利用者の物理的・心理的テリトリーに入らない、適切な距離をとることに繋がり精神障がい者との信頼関係づくりにおける重要なかかわり方であり、ここに精神科での臨床経験が生かされていると捉えられる。

3) 援助内容

援助した内容は「掃除洗濯ゴミだしを教えた」「お金のやりくりを助言した」「利用者の就労に対する不安に対応した」等が「病院」に有意に高く現れた。このことは、日々の生活を整える支援⁷⁾を実践していること、また就労に対する不安への対応は精神科看護特有の援助を実践していることが現れたと考える。

4) 他職種・多職種との連携

PSW や外来看護師等の病院の他職種とは連携をとっているが、保健師や福祉事務所ワーカーとの連携が少ない傾向であった。必要時には連携を取ってはいるだろうが、多職種とさらに連携していくことが、利用者の生活の質を高めることに繋がるのである。

3. 精神科訪問看護における利用者との信頼関係づくり

精神科訪問看護師がどのように利用者との信頼関係をつくるのかは、因子分析による 10 因子に集約された。

- 第一因子 受容的な対応
- 第二因子 ほめる・喜ぶ
- 第三因子 自主性の重視
- 第四因子 安心感をもたらす
- 第五因子 タイミングをとらせる
- 第六因子 柔軟な対応
- 第七因子 理解できるように伝える
- 第八因子 相談にのる
- 第九因子 意思を引き出す
- 第十因子 看護師の意思を伝える

訪問看護師は利用者の意思・自立性を尊重して関係をつくっていることは、利用者の主体性を尊重し利用者の立場に立つ謙虚さ⁸⁾を現わしていると考えられる。そして利用者との生活の中の困りごとに、一緒に取り組むパートナーとして認識してもらうことが信頼関係を気づく近道となる⁹⁾と述べられているように、共に喜び相談にのる姿勢をとっている。そして一緒に行動を共にすることで、ゆっくりと確実に利用者の信頼を得ていく必要がある¹⁰⁾と言われる。

その一手段として一緒に掃除洗濯等をする、同じ体験をすることで時間や感覚、感情を容易に共有することができ、安心感や信頼感を得やすいといえる¹¹⁾と述べているように、訪問看護師は利用者と共に掃除洗濯等実践している。また訪問開始の関係づくりでは、話し相手として関係作りから始めた¹²⁾とあるように利用者が安心して話を聴いてもらえた実感できるような安心感をもたらす関係づくりを行っていることが示された。

利用者の信頼を得るには、看護師自身のことば、態度、服装にも留意している状況が示されたことは、利用者を尊重する姿勢をとっていることがここにも現われたと考える。さらに利用者の意思を引き出すだけでなく、看護師の意思を伝えるという専門職としての知識と判断力を現すことも必要であり、両者のバランスを保つことが信頼関係を築く基盤となるのである。すなわち、傾聴するとともに、専門職としての専門性を示し決定は利用者がするという姿勢が、精神科訪問看護において信頼関係を構築すると考える。

使用した質問紙は精神科訪問看護の実践に基づき、筆者らの前回の研究結果を取り入れて作成したものであり、因子間の相関関係も現われ妥当性はあると考える。

筆者らは年4回、精神科訪問看護に関心のある方は誰でも参加できる精神科訪問看護研究会を、精神病院関連施設の看護職と共同で開催して10年余が経過した。このように地域の精神科訪問看護に関連する専門職者が自由に集まり、情報交換や事例検討をすることで互いに顔見知りとなることで連携しやすくなり、地域ネットワークと発展していく可能性がある。前述したように、まずは地域にある精神病院関連訪問看護室・訪問看護ステーションと一般訪問看護ステーションが互いに情報交換をする、連携をすることから始めることである。そして事例検討会や学習会を開催することにつなげ、精神障がい者の地域生活支援ネットワークとして発展することを期待したい。

本研究の限界と今後の課題

本研究の回答率は40%と低かった。途中で回答依頼の通知をすれば、回答率をもう少し高めることができたと考える。また調査対象となる利用者を訪問開始3ヶ月と限定したことも回答率を低めた要因である。利用者を限定せず訪問最初の関係づくりを想起して答えてもらうことも可能であった。また質問紙の妥当性はあると考えるが、さらに検証する必要がある。今後は信頼関係づくりの技法についてさらに類型化していきたい。

謝辞

調査に協力してくださった近畿圏内の精神病院及び精神病院関連施設の皆様、訪問看護ステーションの皆様、ありがとうございました。また調査に協力くださり、意見をくださった精神科訪問看護研究会の皆様にお礼を申し上げます。

引用文献

- 1) 渋谷美雪；待つ姿勢が開く利用者の心、精神科看護 145、45～49、2004.
- 2) 和田 攻、南裕子、小峰光博編、看護大事典、1479、2002、医学書院
- 3) 望月哲子；精神科訪問看護と他科の訪問看護はどう違うのか、訪問看護と介護 Vol19 (10)、729～737、2004.
- 4) 川口優子、西本美和、三木智津子；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、Vol113、45～52、2004.
- 5) 末安民生他；精神科訪問看護の機能と役割、精神科看護 145、39～44、2004.
- 6) 岸 珠江；訪問看護ステーションとの連携、精神科看護 169、54～58、2006.
- 7) 渋谷美千子；エキスパートに聞く在宅ケアの専門技術と知識 精神科訪問看護、コミュニティケア、6 (10)、68～71、2004.
- 8) 谷藤伸恵；その人らしい生活の継続のために、訪問看護と介護 Vol19 (11)、796～801、2004.
- 9) 坂田三充総編集；精神科訪問看護、29、中山書店、2005.
- 10) 千葉信子；利用者の生活を支える視点と信頼関係を築く関わりが大切、コミュニティケア、6 (7)、30～32、2004.
- 11) 坂田三充総編集；精神科訪問看護、35、中山書店、2005.
- 12) 川口真祐美、木下公子、東 英敏；精神障がい者を支援する継続看護の在り方、日本看護学会論文集、地域看護 36 号、49～51、2005.

IV. 研究成果と今後の課題

精神科訪問看護における利用者との関係づくりに関する研究を終え、研究成果を踏まえて今後の研究課題について考えてみる。

筆者らは、地域に住む精神障がい者の生活支援について研究を重ねてきた。最初は在宅精神障がい者を支えるネットワークの推進、次に在宅精神障がい者に対する訪問看護、そして今回は訪問看護における利用者との関係づくりと近年は訪問看護に関する研究に焦点をあててきた。

日本の精神医療は、国の政策として積極的に精神障がい者の地域生活と自立に向けての援助を推進する動向であり、自立支援法が施行された。精神障がい者の地域生活において、自宅に訪れ日常生活の援助をする訪問看護師の存在は大きい。介護保険の施行により、在宅ケアが推進され地域に訪問看護ステーションが開設され、訪問看護を受けることが以前に比べ受けやすくなった。しかし、それぞれの訪問看護ステーションが精神障がい者の訪問看護を実践しているわけではない。一般の訪問看護ステーションにおいて、精神障がい者の訪問看護を実践していない要因の一つに、精神障がい者である利用者と信頼関係が築きにくい、意思の疎通が困難であるという看護師側のかかわりにくさがあると考え今回の研究課題とした。

研究成果として、利用者との関係づくりは、因子分析による10個の因子に集約され、訪問看護の実践に活用できると考える。

医学中央雑誌WEBにより2002年～2007年で精神看護・訪問看護で探索すると57件が抽出された。その中で精神科訪問看護に関する研究論文は、訪問看護の実態調査、効果、介護職との支援、連携についてが主であった。精神科訪問看護の研究の動向としては、事例を積み重ねていく研究は必要であるものの、訪問看護師としての介入や看護技法に関する研究が必要ではないだろうか。本研究成果を基盤として精神障がい者に対する訪問看護技法を追及し、類型化することで、訪問看護師なら誰でも活用できるように発展させたいと考える。

平成14年患者調査によれば、受療中の精神障がい者は約258万人おりこのうち約33万人は精神病院等において入院治療をうけている。この33万人の中で受け入れ体制が整えば退院可能な入院患者は約6万9千人いるといわれており、現在、長期入院患者の退院を推進している状況である。

地域の受け入れ体制として、また地域生活支援ネットワークとして訪問看護ステーションの役割がますます求められると予測できる。現在は精神科訪問看護を行っていない一般訪問看護ステーションにおいても、今後は訪問依頼が増加し精神障がい者の訪問看護を実践していく必要性が現われる可能性は大きい。どこに住んでいても精神科訪問看護が受けられるよう整備していくと共に、訪問する看護師の知識・技術を研鑽することが必要である。

そこで今回の研究結果の成果を訪問でどのように活用されたかを検証することも必要である。

今後も地域で生活する精神障がい者の生活支援としての訪問看護に関する研究を継続していく所存である。

資料

資料

- ・ 事前調査用紙（精神科訪問看護直後に関するアンケート調査）
- ・ アンケート依頼用紙
- ・ 質問紙
- ・ 利用者調査表
- ・ 訪問看護師フェイスシート
- ・ 精神障がい者への訪問看護対応調査（精神障害者への訪問看護について）
- ・ 質問紙回収・資料Ⅰ 発送・返送数
- ・ 利用者の特性・資料Ⅱ.表 1.1～2.3
 - 表 3.1～3.3
 - 表 4.1～4.2
 - 表 5.1～5.2
 - 表 6.1～6.2
 - 表 7.1～7.2
 - 表 8.1～8.7
 - 表 9.1～9.4
- ・ 訪問看護師の特性・資料Ⅲ.表 11.1～13
 - 表 14
 - 表 15.1～15.2
 - 表 16.1～16.2
 - 表 17
 - 表 18
- ・ 1. インフォームドコンセントに関する実施度
- ・ 2. 情報収集に関する実施度
- ・ 3. 利用者一看護師間の信頼関係づくり実施度
- ・ 表.20
- ・ 表.21
- ・ 4. 援助内容の実施度
- ・ 5. 家族との関係づくり実施度
- ・ 資料Ⅳ.表.19 他職種・家族との連携
- ・ 質問紙の各項目における記載と自由記載

精神科訪問看護直後に関するアンケート調査

神戸大学医学部保健学科
精神看護・平成16年4月

あなたが担当している利用者を重い浮べ、次のことをお尋ねします。訪問が開始された直後から3ヶ月間における訪問についてお書きください。

I. 訪問開始直後(3ヶ月以内)に、気をつけていること、工夫していることはどのようなことでしょうか。ご自由にお書きください。

II. 訪問開始直後(3ヶ月以内)での利用者との関係づくりについて、お尋ねします。

①訪問開始直後(3ヶ月以内)での利用者との関係づくりで気をつけていることは、どのようなことでしょうか。

②訪問開始直後(3ヶ月以内)での利用者との関係づくりにおいて、工夫していることは、どのようなことでしょうか。

③あなたが担当しているケースで、訪問開始直後（3ヶ月以内）に、利用者との関係づくりで困ったことについてお尋ねします。それぞれの利用者に対して、どのように対応されたかを以下の表に書ける範囲でお書きください。

利用者	困ったこと	対応
疾患名： 性別： 男、女 年齢： 歳 家族状況：単身、家族と同居 その他（ ）		
疾患名： 性別： 男、女 年齢： 歳 家族状況：単身、家族と同居 その他（ ）		
疾患名： 性別： 男、女 年齢： 歳 家族状況：単身、家族と同居 その他（ ）		
疾患名： 性別： 男、女 年齢： 歳 家族状況：単身、家族と同居 その他（ ）		
疾患名： 性別： 男、女 年齢： 歳 家族状況：単身、家族と同居 その他（ ）		

Ⅲ. このアンケートに関して、何かお気づきの点があれば、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

平成17年9月

看護部御中

アンケート調査のお願い

神戸大学医学部保健学科看護学専攻

川口優子

西本美和

三木智津子

毎日の看護お疲れ様です。

私たちは、神戸大学医学部保健学科の精神看護担当教員です。突然ですが調査にご協力していただきたく、手紙を出しております。

現在、地域に住む精神障害者の看護実践に役立てることを目的として、在宅精神障害者の援助に関する研究を続けております。貴病院では精神障害者（認知症を除く）への訪問看護を実践されていますでしょうか。もしされているならば、精神科訪問看護における関係づくりに関する調査を、訪問している看護師の方（病棟、外来、デイケア看護師）にお願いしてください（質問紙は両面印刷、3部同封）。

この調査は近畿2府4県において地域に住む精神障害者への訪問看護を実施している訪問看護ステーションの訪問看護師と、精神病院の看護師を対象としています。データはコンピューターで統計的処理をし、研究以外で使用することはありません。終了後はデータを廃棄致します。また調査結果は学会等で公表させていただきます。

以上研究の主旨をご理解いただき、同意していただいた上で調査にご協下さいますようお願いいたします。不明な点は遠慮なく下記にお問お問合わせください。私たちの研究「在宅精神障害者に対する訪問看護師の援助」の冊子を希望する施設には進呈しますので連絡ください。

尚この研究は文部科学省科学研究費補助金の交付を受けております。恐れ入りますが1ヶ月を目安に、遅くとも11月末までに同封の封筒にて投函くださいませ。

連絡先

〒654-0142 神戸市須磨区友が丘7-10-2

神戸大学医学部保健学科

川口優子 TEL&Fax 078-796-4521 メール: yuko@ams.kobe-u.ac.jp

精神病院系列
訪問看護ステーション看護師各位

アンケート調査のお願い

神戸大学医学部保健学科看護学専攻
川口優子
西本美和
三木智津子

毎日の訪問お疲れ様です。

私たちは、神戸大学医学部保健学科の精神看護担当教員です。突然ですが調査にご協力していただきたく、手紙を出しております。

現在、地域に住む精神障害者の看護実践に役立てることを目的として、在宅精神障害者の援助に関する研究を続けております。この度、精神科訪問看護における訪問開始直後（3ヶ月以内）の利用者との関係づくりについて、調査をお願いしたいと考えています。調査用紙は利用者について、訪問における関係づくりについて（インフォームドコンセント、情報収集、信頼関係づくり、援助内容、家族との関係づくり、連携など両面印刷）、看護師のプロファイルとなっています。記入には15分程度かかります。

（質問紙は両面印刷、3部同封）。

この調査は近畿2府4県において地域に住む精神障害者への訪問看護を実施している訪問看護ステーションの訪問看護師と、精神病院の看護師を対象としています。データはコンピューターで統計的処理をし、研究以外で使用することはありません。終了後はデータを廃棄致します。また調査結果は学会等で公表させていただきます。

以上研究の主旨をご理解いただき、同意していただいた上で調査にご協下さいますようお願いいたします。不明な点は遠慮なく下記にお問お問合わせください。私たちの研究「在宅精神障害者に対する訪問看護師の援助」の冊子を希望する施設には進呈しますので連絡ください。

尚この研究は文部科学省科学研究費補助金の交付を受けております。恐れ入りますが1ヶ月を目安に、遅くとも11月末までに同封の封筒にて投函くださいませ。

連絡先

〒654-0142 神戸市須磨区友が丘 7-10-2
神戸大学医学部保健学科
川口優子 Tel&Fax 078-796-4521 メール: yuko@ams.kobe-u.ac.jp

平成17年9月

訪問看護師各位

精神科訪問看護における関係づくりに関する調査のお願い

神戸大学医学部保健学科看護学専攻

川口優子

西本美和

三木智津子

毎日の訪問お疲れ様です。

私たちは、神戸大学医学部保健学科の精神看護担当教員です。現在、地域に住む精神障害者の看護実践に役立てることを目的として、在宅精神障害者の援助に関する研究を続けております。精神科の訪問看護は利用者との関係づくりが難しいといわれています。今回は、精神科訪問看護における訪問開始直後（3ヶ月以内）の利用者との関係づくりについて調査をお願いしたいと考えています。調査用紙は利用者について、訪問における関係づくりについて（インフォームドコンセント、情報収集、信頼関係づくり、援助内容、家族との関係づくり、連携など両面印刷）、看護師のプロファイルとなっています。記入には15分程度かかります。

この調査は近畿2府4県において地域に住む精神障害者への訪問看護を実施している訪問看護ステーションの訪問看護師と、精神病院の看護師を対象としどのように実践をなさっているのかの実態調査です。データはコンピューターで統計的処理をし、研究以外で使用することはありません。終了後はデータを廃棄致します。また調査結果は学会等で公表させていただきます。

以上研究の主旨をご理解いただき、同意していただいた上で調査にご協下さいますようお願いいたします。不明な点は遠慮なく下記にお問い合わせください。

尚この研究は文部科学省科学研究費補助金の交付を受けております。恐れ入りますが1ヶ月を目安に、遅くとも11月末までに同封の封筒にて投函くださいませ。

連絡先

〒654-0142 神戸市須磨区友が丘7-10-2

神戸大学医学部保健学科

川口優子 Tel&Fax 078-796-4521

メール: yuko@ams.kobe-u.ac.jp

平成17年9月

訪問看護ステーション代表者各位

アンケート調査のお願い

神戸大学医学部保健学科看護学専攻

川口優子

西本美和

三木智津子

毎日の訪問お疲れ様です。

私たちは、神戸大学医学部保健学科の精神看護担当教員です。突然ですが調査にご協力していただきたく、手紙を出しております。

現在、地域に住む精神障害者の看護実践に役立てることを目的として、在宅精神障害者の援助に関する研究を続けております。貴ステーションでは精神障害者（認知症を除く）への訪問看護を実践されていますでしょうか。もしされているならば、精神科訪問看護における関係づくりに関する調査を、看護師の方にお願ひしてください（質問紙は両面印刷、3部同封）。されていないなら、精神障害者の訪問に対しどのように対応されているか1枚の調査用紙に記入してくださいませ。

この調査は近畿2府4県において地域に住む精神障害者への訪問看護を実施している訪問看護ステーションの訪問看護師と、精神病院の看護師を対象としています。データはコンピューターで統計的処理をし、研究以外で使用することはありません。終了後はデータを廃棄致します。また調査結果は学会等で公表させていただきます。

以上研究の主旨をご理解いただき、同意していただいた上で調査にご協下さいますようお願いいたします。不明な点は遠慮なく下記にお問い合わせください。私たちの研究「在宅精神障害者に対する訪問看護師の援助」の冊子を希望する施設には進呈しますので連絡ください。

尚この研究は文部科学省科学研究費補助金の交付を受けております。恐れ入りますが1ヶ月を目安に、遅くとも11月末までに同封の封筒にて投函くださいませ。

連絡先

〒654-0142 神戸市須磨区友が丘 7-10-2

神戸大学医学部保健学科

川口優子 Tel&Fax 078-796-4521 メール: yuko@ams.kobe-u.ac.jp

あなたが担当している利用者の中から訪問を開始して3ヶ月以内の方一人を選び、その方の訪問看護状況についてお尋ねします。

全
く
行
わ
な
か
つ
た

あ
ま
り
行
わ
な
か
つ
た

ま
あ
ま
あ
行
な
つ
た

非
常
に
行
な
つ
た

I. 訪問開始3ヶ月以内での訪問看護におけるインフォームドコンセントについてお尋ねします。どのように行っているか、あてはまる番号を○で囲んでください。

- | | | | | | |
|------------------------------------------------|----|---|---|---|---|
| ア. 訪問看護の目的、内容などを理解しているかどうかを把握した | ア. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| イ. 医療や福祉関係者に対する反感や好意などの情緒的反応をとらえた | イ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ウ. 利用者の訪問看護への理解を深めてもらうようこころがけた | ウ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| エ. 利用者の訪問看護に対する要望を把握した | エ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| オ. 利用者が訪問看護をどのように利用したいと思っているか確認した | オ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| カ. 訪問目的・内容をはっきりと伝えた | カ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| キ. 訪問までに訪問の用件を利用者が承知しているか確認した | キ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ク. 訪問の活用の仕方等情報を伝えた | ク. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ケ. 訪問看護師のできることとできないことを示した | ケ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| コ. 連絡先を伝えた | コ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| サ. 訪問日と訪問時間を厳守した | サ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| シ. 自宅へ伺う前に必ず電話してから訪問した | シ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ス. 名刺を渡した | ス. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| セ. 訪問看護師自身の自己紹介をした | セ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ソ. 守秘義務を実践した | ソ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| タ. 次回訪問日の約束をした | タ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| チ. インフォームドコンセントについて、上記の項目以外に行ったことがあれば、お書きください。 | | | | | |

[]

Ⅱ. 訪問看護開始3ヶ月以内での情報収集についてお尋ねします。
 あなたがどのように行っているのか、あてはまる番号を○で囲んでください。

	全く行わなかった	あまり行わなかった	まあまあ行なった	非常に行なった
ア. 利用者の全体像を把握した	ア. 1	2	3	4
イ. 異常の早期発見につとめた	イ. 1	2	3	4
ウ. 利用者の住環境を把握した	ウ. 1	2	3	4
エ. 利用者が訪問看護を受け入れているかどうか留意した	エ. 1	2	3	4
オ. 利用者一看護師間での安心できる距離をさぐった	オ. 1	2	3	4
カ. 利用者の趣味や興味のあることを知ろうとつとめた	カ. 1	2	3	4
キ. 生活状況や生活リズムを把握した	キ. 1	2	3	4
ク. 病状を把握した	ク. 1	2	3	4
ケ. 服薬を把握した	ケ. 1	2	3	4
コ. どんな性格かを知ろうとつとめた	コ. 1	2	3	4
サ. こだわりを把握した	サ. 1	2	3	4
シ. 以前の病状や生活状況を把握した	シ. 1	2	3	4
ス. 精神面と身体面をアセスメントした	ス. 1	2	3	4
セ. 生活の場における人との付き合い方を把握した	セ. 1	2	3	4
ソ. 家族を含めて、全体像をつかむよう心がけた	ソ. 1	2	3	4
タ. 突っ込んだ情報収集はしなかった	タ. 1	2	3	4
チ. ふみこんではいけないところや、嫌がる話題を把握した	チ. 1	2	3	4
ツ. 早計な判断はしないようこころがけた	ツ. 1	2	3	4
テ. 利用者が一番望んでいることを、聞き出すようつとめた	テ. 1	2	3	4

ト. 情報収集について、上記の項目以外に行ったことがあれば、お書きください。

[]

Ⅲ. 訪問看護開始3ヶ月以内での、利用者一看護師間の信頼関係づくりについてお尋ねします。

あなたがどのように行っているのか、あてはまる番号を○で囲んでください。

	全く行わなかった	あまり行わなかった	まあまあ行なった	非常に行なった
ア. 利用者が訪問看護師を受け入れてもらえるようこころがけた	ア. 1	2	3	4
イ. 利用者が安心して話せる雰囲気を作るようこころがけた	イ. 1	2	3	4
ウ. 利用者一看護師間での共通理解をはかるようこころがけた	ウ. 1	2	3	4
エ. 看護師の気持ちを伝えるようこころがけた	エ. 1	2	3	4
オ. 利用者一看護師間での適切な距離を考えた	オ. 1	2	3	4
カ. 利用者に看護師の言ったことが伝わったかどうか確認した	カ. 1	2	3	4
キ. 利用者の反応によっては、対応を変えるようこころがけた	キ. 1	2	3	4
ク. 利用者の生活を尊重するようこころがけた	ク. 1	2	3	4
ケ. 利用者の生活の自己決定を促すようこころがけた	ケ. 1	2	3	4
コ. 強制的な進め方はしないようこころがけた	コ. 1	2	3	4
サ. 提案の姿勢をこころがけた	サ. 1	2	3	4
シ. 利用者が依存的にならないう気をつけた	シ. 1	2	3	4
ス. 利用者の言葉が本当の要望であるのかを見極めるようこころがけた	ス. 1	2	3	4
セ. 利用者をエンパワーメントするようこころがけた	セ. 1	2	3	4
ソ. 評価的な態度はとらなかった	ソ. 1	2	3	4
タ. 時には冗談を言った	タ. 1	2	3	4
チ. 何かあればいつでも相談にのることを伝えた	チ. 1	2	3	4
ツ. 利用者に関する情報を会話にもり込んでいった	ツ. 1	2	3	4
テ. 看護師の気づいたことを伝えた	テ. 1	2	3	4
ト. 利用者の気持ちをさぐった	ト. 1	2	3	4
ナ. 利用者の思いを表出させた	ナ. 1	2	3	4
ニ. 利用者の疑問に対応した	ニ. 1	2	3	4
ヌ. 利用者の訴えに対して受容した	ヌ. 1	2	3	4
ネ. 聞く姿勢を重視した	ネ. 1	2	3	4
ノ. 利用者のよい話相手となった	ノ. 1	2	3	4

全く行わなかった
あまり行わなかった
まあまあ行なった
非常に行なった

ハ. 良い事も悪い事も訴えは一旦受け止めた	ハ.	1	2	3	4
ヒ. ふみこんではいけないところを知ってかかわった	ヒ.	1	2	3	4
フ. タイミングをとらえてかかわった	フ.	1	2	3	4
ヘ. 辛抱強く見守るようつとめた	ヘ.	1	2	3	4
ホ. 利用者に失礼のないように言葉遣いや態度に気がつけた	ホ.	1	2	3	4
マ. 動きやすく刺激的にならない服装にした	マ.	1	2	3	4
ミ. 利用者の意見を尊重した	ミ.	1	2	3	4
ム. あいまいな表現をしなかった	ム.	1	2	3	4
メ. 医学用語を使わなかった	メ.	1	2	3	4
モ. 利用者のできることから勧めていった	モ.	1	2	3	4
ヤ. 不在の場合は手紙や電話で連絡をとった	ヤ.	1	2	3	4
ユ. 利用者の持っている力を認め伝えた	ユ.	1	2	3	4
ヨ. 利用者のできたことを誉めた	ヨ.	1	2	3	4
ラ. 利用者とともに喜んだ	ラ.	1	2	3	4
リ. 利用者を叱咤激励をした	リ.	1	2	3	4
ル. 利用者の自己決定を促した	ル.	1	2	3	4

レ. 利用者—看護師間の信頼関係づくりについて、上記の項目以外に行ったことがあれば、お書きください。

[]

IV. 訪問看護開始3ヶ月以内での援助内容についてお尋ねします。

あなたがどのように行っているのか、あてはまる番号を○で囲んでください。

	全 く 行 わ な か つ た	あ ま り 行 わ な か つ た	ま あ ま あ 行 な つ た	非 常 に 行 な つ た
ア. 利用者からの要望にはできるかぎり応じるようところがけた	ア. 1	2	3	4
イ. 日常生活支援ではできるかぎり利用者にしてもらうようところがけた	イ. 1	2	3	4
ウ. 診察日と診察の内容を把握した	ウ. 1	2	3	4
エ. 受診に付き添った	エ. 1	2	3	4
オ. 内服確認した	オ. 1	2	3	4
カ. 服薬管理した	カ. 1	2	3	4
キ. 検温をした	キ. 1	2	3	4
ク. 日常の身体ケアを行なった	ク. 1	2	3	4
ケ. 看護計画立案を利用者と一緒にした	ケ. 1	2	3	4
コ. ケースカンファレンスを実施した	コ. 1	2	3	4
サ. 身体的精神的危機が見られる場合は説明した	サ. 1	2	3	4
シ. 買出し・調理方法を教えた	シ. 1	2	3	4
ス. 掃除・洗濯・ゴミ出しを教えた	ス. 1	2	3	4
セ. お金のやりくりを助言した	セ. 1	2	3	4
ソ. スーパーや外食に同行した	ソ. 1	2	3	4
タ. 手続きの代行をした	タ. 1	2	3	4
チ. 社会資源に対する情報提供した	チ. 1	2	3	4
ツ. ハローワークや作業所に同伴した	ツ. 1	2	3	4
テ. 利用者の就労に対する不安に対応した	テ. 1	2	3	4

ト. 援助内容について、上記の項目以外に行ったことがあれば、お書きください。

[]

V. 家族との関係づくりについてお尋ねします。

あなたがどのように行っているのか、あてはまる番号を○で囲んでください。

	全く行わなかった	あまり行わなかった	まあまあ行なった	非常に行なった
ア. 利用者の家族との交流をこころがけた	ア. 1	2	3	4
イ. 再発の兆候について家族の理解を深めるようにつとめた	イ. 1	2	3	4
ウ. 利用者の家族のサポートを得ようとつとめた	ウ. 1	2	3	4
エ. 服薬の必要性を説明した	エ. 1	2	3	4
オ. 対応の仕方を教えた	オ. 1	2	3	4
カ. 疾患の知識を提供した	カ. 1	2	3	4
キ. 通院の必要性を説明した	キ. 1	2	3	4
ク. 家族会のような地域ネットワークの情報提供を行った	ク. 1	2	3	4
ケ. 家族の思いを聴いた	ケ. 1	2	3	4
コ. 家族関係を把握した	コ. 1	2	3	4
サ. キーパーソンを把握した	サ. 1	2	3	4
シ. 家族を見方につけた	シ. 1	2	3	4

ス. 家族との関係づくりについて、上記の項目以外に行ったことがあれば、お書きください。

[]

VI. 連携についてお尋ねします。

ア) 他職種と連携を行ってますか？(はい ・ いいえ)

イ) ア)ではいと答えた方にお尋ねします。

どの職種とどのような連携をとられましたか？

職種名	具体的な連携内容
例) (PSW)	(訪問の同行)
()	()
()	()
()	()
()	()

ウ) 他職種と情報交換についてお尋ねします。

a)～o)の職種との情報交換の有無・頻度および内容について、例を参考にお答えください。

	情報交換の有無	情報交換頻度	情報交換内容
例 a)医師	(あり ・ なし)	(1回/2週間)	(病状・服薬について)
a)医師	(あり ・ なし)	(回/)	()
b)外来看護師	(あり ・ なし)	(回/)	()
c)病棟看護師	(あり ・ なし)	(回/)	()
d) PSW	(あり ・ なし)	(回/)	()
e)ヘルパー	(あり ・ なし)	(回/)	()
f)家族	(あり ・ なし)	(回/)	()
g)保健師	(あり ・ なし)	(回/)	()
h)福祉事務所	(あり ・ なし)	(回/)	()
i)民生委員	(あり ・ なし)	(回/)	()
j)近隣住民	(あり ・ なし)	(回/)	()
k)デイケア	(あり ・ なし)	(回/)	()
l)作業所	(あり ・ なし)	(回/)	()
m)心理職	(あり ・ なし)	(回/)	()
n)作業療法士	(あり ・ なし)	(回/)	()
o)その他： 職種名()	()	(回/)	()

利用者調査 調査番号

あなたがこの調査票を受け取った時点で、あなたの担当している利用者の中から、訪問を開始して3ヶ月以内の方一人を選び、その方の現在の訪問について記入してください。利用者の状況について質問Ⅰ～Ⅴは、あてはまる数字を○で囲んでください、またはその他があれば、()内に具体的に記入してください。質問Ⅵ～Ⅷは、当てはまる欄に○印をつけて下さい。またその他があれば()内に具体的に記入して下さい。

Ⅰ・性別

1. 男性 2. 女性

Ⅱ・年齢

1. 10歳代 2. 20歳代 3. 30歳代 4. 40歳代 5. 50歳代
6. 60歳代 7. 70歳代

Ⅲ・入院歴

1. あり（入院回数 回） 2. なし

Ⅳ・訪問回数

1. 週1回 2. 週2回 3. 週3回 4. 週4回 5. その他(週 回)

Ⅴ・主たる病名

1. 統合失調症 2. 感情障害 3. 神経症 4. 境界例 5. その他()

Ⅵ・利用者の現在の気分と行動について、当てはまる欄に○印をつけて下さい。
この他にあれば()内に具体的に記入して下さい。

	なし	時々ある	頻繁にある
a. 悲しみ、悲嘆、不安感などの意志表示がある			
b. 涙ぐむ、感情的なうめき、ため息、息切れ等がある			
c. デイケアなどの社会参加を拒否する			
d. 健康のことばかりを考えている			
e. 自殺企図がある			
f. 熟睡感がなく不機嫌である			
g. 多弁・多動である			
h. その他()			

Ⅶ・利用者の現在の精神状態について、当てはまる欄に○印をつけて下さい。

この他にあれば()内に具体的に記入して下さい。

	なし	時々ある	頻繁にある
a. 目的もなく歩きまわる			
b. 脅かす、どなる			
c. 過食、拒食がある			
d. 被害的な訴えがある			
e. 幻覚(幻視、幻聴)がある			
f. 妄想、作話がある			
g. 迷惑な音をたてる			
h. 騒々しい、叫ぶ、奇声をあげる			
i. ケアの拒否がある			
j. 閉じこもりがちである			
k. その他()			

Ⅷ.利用者の現在におけるセルフケアの状態について、当てはまる欄に○印をつけて下さい。

	自立	見守り	指導・助言	部分的介助	全面介助
a. 食事					
b. 排泄					
c. 個人衛生					
d. 活動と休息のバランス					
e. 人とのつきあい					
f. 服薬					

Ⅸ.利用者の対人関係について、当てはまる項目を○印で囲んで下さい。

あいさつについて

- a. 時、場、状況に応じて言える
- b. 自分から言える
- c. 相手から促されて言える
- d. 声かけをしても反応を示さない

会話について

- a. 丁寧でやさしい話し方、表情、態度である
- b. 相手の顔を見て話せる
- c. 相手の顔も見ずぶっきらぼうである
- d. 声かけしてもできない

看護師 調査番号

あなた自身のことをお書きください。

あてはまる数字を○で囲んでください。または()に該当する場合は具体的に()内に記入してください。

1.あなたの年齢

- ① 20歳代 ② 30歳代 ③ 40歳代 ④ 50歳代 ⑤ 60歳代

2.性別

- ① 女性 ② 男性

3.現在働いている免許の種類

- ① 保健師 ② 看護師 ③ 准看護師

4.勤務場所

- ① 訪問看護ステーション ② 病院・訪問看護室 ③ 精神科外来
④ 精神科デイケア ⑤ 病棟 ⑥ その他()

5.精神科での臨床経験

- ① 精神科経験なし ② 1年未満 ③ 1年以上3年未満
④ 3年以上5年未満 ⑤ 5年以上7年未満 ⑥ 7年以上9年未満
⑦ 9年以上(年)

6.一般科での臨床経験

- ① 一般科での経験なし ② 1年未満 ③ 1年以上3年未満
④ 3年以上5年未満 ⑤ 5年以上7年未満 ⑥ 7年以上9年未満
⑦ 9年以上(年)

7.訪問看護師(精神科以外も含む)としての経験年数:

- ① 1年未満 ② 1年以上3年未満 ③ 3年以上5年未満
④ 5年以上7年未満 ⑤ 7年以上9年未満
⑥ 9年以上(年)

8.あなたの職位

- ① スタッフ ② 主任 ③ 師長 ④ その他()

9.精神科訪問看護に関して、何でも自由にお書きください。

ありがとうございました。お手数ですが同封の封筒にいれ、投函してください

精神障害者への訪問看護について

I. 貴ステーションでは、精神障害者の訪問依頼に対してどのように対応してますでしょうか。当てはまる項目の番号を一つ○で囲んでください。

1. 現在、訪問依頼はない
2. 訪問依頼があるが、対応できないので断っている
3. 訪問依頼があるが、対応できないので、保健所や市町村窓口、他の訪問看護ステーション等を紹介している

II. 貴ステーションで、精神障害者への訪問をしていない事情をお聞かせください。当てはまる項目の番号いくつかを○で囲んでください。(複数回答可)

1. 精神科看護経験のあるスタッフの不足しているため
2. スタッフ数が少なく、精神障害者に訪問する余裕がないため
3. 精神障害者への援助の仕方が困難なため
4. 訪問の効果がわかりにくい
5. 精神障害者への訪問の意義が低いと思うため
6. スタッフの精神障害者に対する意識や関心が低い
7. 危険性などを含めてスタッフの気持ちの上で抵抗があるため
8. 緊急時の対応体制がとれていない
9. 精神科専門の医療施設などとの連携体制がとれていない
10. 診療報酬がサービスに見合わない

11. 上記以外にあれば具体的にお書きください。

--

III. 今後の予定はいかがでしょう。当てはまる項目の番号を一つ○で囲んでください。

1. 訪問する予定はない
2. 訪問したいができない
3. 訪問する予定がある

ありがとうございました。同封の封筒に入れて投函してください。

資料 I . 発送・返送数

表 1 県別訪問看護ステーション発送数・返送数

	兵庫県	大阪府	京都府	滋賀県	和歌山県	奈良県	計
発送数	102	87	64	37	40	40	370
返送数	42	30	25	17	14	16	144
回収率%	41.2	34.5	39	45.9	35	40	38.9

表 2 県別精神病院発送数・返送数

	兵庫県	大阪府	京都府	滋賀県	和歌山県	奈良県	計
発送数	14	17	7	4	1	3	46
返送数	7	11	2	1	0	2	23
回収率%	50	64.7	28.6	16.7	0	66.7	50

資料Ⅱ. 利用者の特性

表 1.1 性別 全体 N=116

性	数	%
女性	73	63
男性	43	37

表 1.2 利用者の性別 病院 N=56 一般 N=60

性	病院	一般
女性	27	46
男性	29	14

表 2.1 利用者の年齢 全体 N=116

年齢	数	%
10歳代	4	3.4
20～29歳	7	6
30～39歳	18	15.4
40～49歳	21	17.9
50～59歳	23	19.7
60～69歳	20	17.1
70～79歳	23	18.8

表 2.2 利用者の年齢

	病院	一般
10歳代	3	1
20歳代	4	3
30歳代	12	6
40歳代	9	12
50歳代	14	9
60歳代	10	10

表 2.3 年齢70歳以上の利用者数

年齢	病院	一般
70歳以上	5	18

表 3.1 入院歴 病院 N=55 一般 N=59

	病院	一般
なし	5	11
あり	50	48

表 3.2 入院回数 全体 N=67

回数	数	%
1回	26	36.8
2回	17	26.5
3回	11	16.2
4回	6	8.8
5回	2	2.9
7回	1	1.5
8回	1	1.5
10回	3	4.4

表 3.3 入院回数

回数	病院	一般
1回	15	11
2回	9	8
3回	7	4
4回	3	3
5回	1	1
7回	0	1
8回	1	0
10回	1	2

表 4.1 訪問回数 全体 N=114

回数	数	%
週1回	60	51.3
週2回	23	19.7
週3回	10	8.5
週4回	1	.9
その他	20	17.1

表 4.2 訪問回数

回数	病院	一般
週1回	34	26
週2回	10	13
週3回	1	9
週4回	0	1
その他	12	8

表 5.1 主たる病名 全体 N=114

病名	数	%
統合失調症	63	53.8
感情障害	15	12.8
神経症	8	6.8
非定型精神病	6	5.1
境界例	4	3.4
アルコール依存症	3	2.6
アルツハイマー型認知症	2	1.7
その他	13	11.1

表 5.2 主たる病名

病名	病院	一般
統合失調症	33	30
感情障害	5	10
神経症	1	7
非定型精神病	4	2
境界例	2	2
アルコール依存症	1	0
アルツハイマー型認知症	2	0

表 6.1 利用者の気分と現在の行動 全体

	なし	時々ある	頻繁にある
悲しみ、悲嘆、不安感などの意志表示	39	49	28
涙ぐむ、感情的なうめき、ため息、息切れ	74	25	16
デイケアなどの社会参加を拒否	49	29	34
健康のことばかりを考えている	58	33	22
自殺企図がある	100	12	3
熟睡感がなく不機嫌	69	33	13
多弁・多動	69	29	18

表 6.2 利用者の気分と現在の行動 病院 N=57 一般 N=59

1. 悲しみ、悲嘆、不安感などの意志表示	病院	一般
なし	18	21
時々ある	26	23
頻繁にある	13	15
2. 涙ぐむ、感情的なうめき、ため息、息切れ	病院	一般
なし	37	37
時々ある	15	10
頻繁にある	4	12
3. デイケアなどの社会参加を拒否	病院 N=53	一般 N=59
なし	31	18
時々ある	9	20
頻繁にある	13	21
4. 健康のことばかりを考えている	病院	一般
なし	27	31
時々ある	17	16
頻繁にある	10	12
5. 自殺企図がある	病院 N=56	一般 N=59
なし	51	49
時々ある	5	7
頻繁にある	0	3
6. 多弁・多動	病院 N=56	一般 N=60
なし	35	34
時々ある	16	13
頻繁にある	5	13

7.1 利用者の現在の精神状態 全体

	なし	時々ある	頻繁にある
目的もなく歩きまわる	98	13	5
脅かす、どなる	92	19	4
過食、拒食がある	69	33	10
被害的な訴えがある	56	37	23
幻覚（幻視、幻聴）がある	71	27	18
妄想、作話がある	77	23	13
迷惑な音をたてる	98	11	5
騒々しい、叫ぶ、奇声をあげる	95	13	6
ケアの拒否がある	67	37	10
閉じこもりがちである	45	34	36

表 7.2 利用者の現在の精神状態 病院 N=56 一般 N=60

目的もなく歩きまわる	病院	一般
なし	45	53
時々ある	7	6
頻繁にある	4	1
脅かす、どなる	病院	一般
なし	42	50
時々ある	11	8
頻繁にある	2	2
過食、拒食がある	病院	一般
なし	35	34
時々ある	16	17
頻繁にある	2	8
被害的な訴えがある	病院	一般
なし	27	29
時々ある	20	17
頻繁にある	9	14
幻覚（幻視、幻聴）がある	病院	一般
なし	37	34
時々ある	8	19
頻繁にある	11	7
妄想、作話がある	病院	一般
なし	38	39
時々ある	10	13
頻繁にある	5	8
迷惑な音をたてる	病院	一般
なし	48	50
時々ある	4	7
頻繁にある	2	3
騒々しい、叫ぶ、奇声をあげる	病院	一般
なし	46	49
時々ある	5	8
頻繁にある	4	2
ケアの拒否がある	病院	一般
なし	35	32
時々ある	16	21
頻繁にある	3	7
閉じこもりがちである	病院 N=55	一般 N=60
なし	28	17
時々ある	16	18
頻繁にある	11	25

表 8.1 利用者の現在のセルフケア状態 全体

	自立	見守り	指導・助言	部分的介助	全面介助
食事	81	8	13	10	4
排泄	96	3	5	5	7
個人衛生	52	7	24	23	8
活動と休息のバランス	35	20	44	8	6
人とのつきあい	27	26	36	14	11
服薬	28	17	34	23	11

表 8.2 利用者の現在の食事状態 病院：一般

食事	病院	一般
自立	41	40
見守り	4	4
指導・助言	6	7
部分的介助	5	5
全面介助	0	4

表 8.3 利用者の現在の排泄状態 病院：一般

排泄	病院	一般
自立	52	44
見守り	1	2
指導・助言	1	4
部分的介助	1	4
全面介助	1	6

表 8.4 利用者の現在の個人衛生状態 病院：一般

個人衛生	病院	一般
自立	32	20
見守り	4	3
指導・助言	10	14
部分的介助	8	15
全面介助	0	8

表 8.5 利用者の現在の活動と休息のバランス状態 病院：一般

活動と休息のバランス	病院	一般
自立	19	16
見守り	10	10
指導・助言	23	21
部分的介助	3	5
全面介助	0	6

表 8.6 利用者の現在の人とのつきあい状態病院：一般

人とのつきあい	病院	一般
自立	15	12
見守り	14	12
指導・助言	19	17
部分的介助	6	8
全面介助	2	9

表 8.7 利用者の現在の服薬状態 病院：一般

服薬	病院	一般
自立	17	11
見守り	10	7
指導・助言	16	18
部分的介助	8	15
全面介助	3	8

表 9.1 利用者の対人関係 あいさつについて 全体 N=131 (複数回答)

時、場、状況に応じて言える	52
自分から言える	53
相手から促されて言える	20
声かけをしても反応を示さない	6

表 9.2 利用者の対人関係 あいさつ 病院：一般

あいさつ	病院	一般
時、場、状況に応じて言える	26	26
自分から言える	28	25
相手から促されて言える	8	12
声かけをしても反応を示さない	2	4

表 9.3 利用者の対人関係 会話について N=127 (複数回答)

丁寧でやさしい話し方、表情、態度	35
相手の顔を見て話せる	65
相手の顔も見ずぶっきらぼうである	21
声かけしてもできない	7

表 9.4 利用者の対人関係 会話について 病院：一般

会話について	病院	一般
丁寧でやさしい話し方、表情、態度	18	17
相手の顔を見て話せる	36	29
相手の顔も見ずぶっきらぼうである	7	14
声かけしてもできない	2	5

資料Ⅲ. 訪問看護師の特性

表 11.1 年齢 全体 N=112

年齢	数	%
20 歳代	5	4.3
30 歳代	33	28.2
40 歳代	51	43.6
50 歳代	20	17.1
60 歳代	3	2.6

表 11.2 年齢 病院：一般

年齢	病院	一般
20 歳代	3	2
30 歳代	10	23
40 歳代	29	22
50 歳代	11	9
60 歳代	2	1

表 12.1 性別 全体 N=112

性	数	%
女性	99	84.6
男性	13	11.1

表 12.2 性別 病院：一般

性	病院	一般
女性	42	57
男性	13	0

表 13 免許 全体 N=112

免許の種類	数	%
保健師	2	1.7
看護師	102	87.2
准看護師	8	6.8

表 14 勤務場所 全体 N=114

場所	数	%
訪問看護ステーション	101	86.3
精神病院訪問看護室	8	6.8
精神科外来	3	2.6
精神科デイケア	1	.9
精神科病棟	1	.9

表 15.1 精神科臨床経験・全体 N=112

精神科臨床経験	数	%
なし	55	47
1年未満	3	2.6
1年以上3年未満	8	6.8
3年以上5年未満	8	6.8
5年以上7年未満	3	2.6
7年以上9年未満	5	4.3
9年以上	30	25.6

表 15.2 精神科臨床経験 病院 N=55 一般 N=57

精神科経験	病院	一般
なし	7	48
1年未満	1	2
1年以上3年未満	6	2
3年以上5年未満	5	3
5年以上7年未満	3	0
7年以上9年未満	4	1
9年以上	29	1

表 16.1 一般科臨床経験・全体

一般科経験年数	数	%
なし	6	5.1
1年未満	2	1.7
1年以上3年未満	13	11.1
3年以上5年未満	18	15.4
5年以上7年未満	12	10.3
7年以上9年未満	20	17.1
9年以上	39	33.3

表 16.2 一般科臨床経験 病院 N=54 一般 N=56

一般科経験	病院	一般
なし	6	0
1年未満	2	0
1年以上3年未満	8	5
3年以上5年未満	11	7
5年以上7年未満	4	8
7年以上9年未満	8	12
9年以上	15	24

表 17 訪問看護経験 全体 N=111

訪問看護経験年数	数	%
1年未満	14	12
1年以上3年未満	24	20.5
3年以上5年未満	22	18.8
5年以上7年未満	23	19.7
7年以上9年未満	14	12
9年以上	14	12

表 18. 職位 全体 N=110

職位	数	%
スタッフ	71	60.7
主任	15	12.8
看護師長	11	9.4
その他	13	11.1

1.インフォームドコンセントに関する実施度

順位	項目	N	平均値	標準偏差
1	守秘義務を実施した	116	3.91	0.28
2	次回訪問日の約束をした	116	3.89	0.28
3	訪問看護師自身の自己紹介をした	116	3.68	0.53
4	訪問日と訪問時間を厳守した	116	3.65	0.56
5	連絡先を伝えた	116	3.57	0.71
6	訪問目的・内容をはっきりと伝えた	115	3.52	0.67
7	利用者の訪問看護に対する要望を把握した	115	3.37	0.58
8	利用者の訪問看護への理解を深めてもらうよう心がけた	116	3.32	0.71
9	訪問の活用の仕方等情報を伝えた	115	3.29	0.69
10	訪問までに訪問の用件を利用者が承知しているか確認した	116	3.22	0.82
11	利用者が訪問看護をどのように利用したいと思っているか確認した	116	3.21	0.64
12	医療や福祉関係者に対する反感や好意などの情緒的反応をとらえた	116	3.19	0.66
13	訪問看護の目的、内容などを理解しているかどうかを把握した	116	3.13	0.61
14	訪問看護師のできることとできないことを示した	116	3.07	0.75
15	名刺を渡した	116	2.96	0.12
16	自宅へ伺う前に必ず電話してから訪問した	116	2.19	0.11

2.情報収集に関する実施度

順位	項目	N	平均値	標準偏差
1	服薬を把握した	114	3.62	0.6
2	病状を把握した	115	3.55	0.54
3	生活状況や生活リズムを把握した	115	3.53	0.51
4	利用者が訪問看護を受け入れているかどうかに留意した	115	3.48	0.53
5	異常の早期発見につとめた	115	3.47	0.58
6	利用者一看護師間での安心できる距離をさぐった	115	3.47	0.63
7	利用者の全体像を把握した	115	3.46	0.56
8	利用者の全体像を把握した住環境を把握した	115	3.45	0.53
9	利用者の趣味や興味のあることを知ろうとつとめた	115	3.43	0.59
10	どんな性格か知ろうとつとめた	115	3.43	0.63
11	家族を含めて全体像をつかむよう心がけた	114	3.35	0.71
12	利用者が一番望んでいることを聞き出すようつとめた	115	3.33	0.61
13	早計な判断はしないよう心がけた	114	3.31	0.56
14	精神面と身体面をアセスメントした	114	3.24	0.62
15	こだわりを把握した	114	3.23	0.68
16	以前の病状や生活状況を把握した	114	3.21	0.7
17	生活の場における人との付き合い方を把握した	113	3.1	0.69
18	ふみこんではいけないところや嫌がる話題を把握した	114	2.99	0.82
19	突っ込んだ情報収集はしなかった	111	2.25	0.76

3.利用者—看護師間の信頼関係づくり実施度

順位	項目	N	平均値	標準偏差
1	利用者が安心して話せる雰囲気を作るようところがけた	117	3.72	0.44
2	聞く姿勢を重視した	117	3.65	0.53
3	強制的な進め方はしないようところがけた	117	3.64	0.68
4	利用者が訪問看護を受け入れてもらえるようところがけた	116	3.62	0.52
5	動きやすく刺激的にならない服装にした	115	3.59	0.57
6	何かあればいつでも相談にのることを伝えた	117	3.59	0.57
7	利用者に失礼のないように言葉遣いや態度に気をつけた	115	3.58	0.54
8	利用者の生活を尊重するようところがけた	117	3.54	0.49
9	利用者の意見を尊重した	115	3.52	0.55
10	利用者—看護師間での共通理解をはかるようところがけた	117	3.49	0.62
11	利用者のできたことを誉めた	115	3.47	0.66
12	利用者—看護師間の適切な距離を考えた	117	3.48	0.53
13	利用者とともに喜んだ	115	3.46	0.63
14	利用者のできることから勧めていった	115	3.45	0.63
15	良い事も悪い事も訴えは一旦受け止めた	115	3.44	0.56
16	利用者の訴えに対して受容した	117	3.43	0.54
17	利用者の良い話相手となった	117	3.41	0.6
18	利用者の反応によっては対応を変えるようところがけた	117	3.38	0.62
19	利用者の生活の自己決定を促すようところがけた	117	3.36	0.68
20	利用者の持っている力を認め伝えた	113	3.33	0.66
21	看護師の気持ちを伝えるようところがけた	117	3.3	0.72
22	利用者の疑問に対応した	116	3.33	0.54
23	提案の姿勢をところがけた	117	3.25	0.65
24	辛抱強く見守るようつとめた	116	3.25	0.69
25	利用者の言葉が本当の要望であるかを見極めるようところがけた	116	3.23	0.7
26	利用者の思いを表出させた	116	3.2	0.59
27	利用者の自己決定を促した	114	3.18	0.69
28	利用者に関する情報を会話にもり込んでいった	117	3.17	0.7
29	看護師の気づいたことを伝えた	117	3.17	0.59
30	利用者—看護師の言ったことが伝わったかどうか確認した	117	3.17	0.62
31	利用者をエンパワーメントするようところがけた	104	3.14	0.71
32	利用者の気持ちをさぐった	116	3.13	0.61
33	タイミングをとらえてかかわった	114	3.12	0.68
34	不在の場合は手紙や電話で連絡をとった	103	3.12	1.08
35	時には冗談をいった	117	3.09	0.73
36	利用者が依存的にならないよう気をつけた	117	3.06	0.73
37	踏み込んではいけないところを知ってかかわった	114	2.92	0.77
38	利用者を叱咤激励した	114	2.17	1.01
39	あいまいな表現をしなかった	113	1.97	0.73
40	評価的な態度はとらなかった	116	1.81	0.75
41	医学用語を使わなかった	115	1.74	0.68

表20. 因子分析後の因子負荷量

質問項目	因子1	因子2	因子3	因子4
第1因子<受容的な対応> Cronbach α 係数=0.8451				
23.利用者の訴えに対して受容した	0.717	0.000	-0.030	-0.069
24.聞く姿勢を重視した	0.696	-0.015	-0.102	-0.029
32.利用者の意見を尊重した	0.645	0.136	0.036	-0.010
9.利用者の生活の自己決定を促すようところがけた	0.575	0.043	0.230	0.092
10.強制的な進め方はしないようところがけた	0.544	-0.097	0.101	0.330
41.利用者の自己決定を促した	0.479	0.176	0.060	-0.044
26.良い事も悪い事も訴えは一旦受け止めた	0.400	0.197	-0.165	-0.146
第2因子<ほめる・喜ぶ> Cronbach α 係数=0.9014				
38.利用者のできたことを誉めた	0.067	0.940	-0.036	0.052
39.利用者とともに喜んだ	0.016	0.935	0.022	0.023
37.利用者の持っている力を認め伝えた	0.023	0.722	0.005	0.085
第3因子<自主性の重視> Cronbach α 係数=0.8148				
12.利用者が依存的にならないよう気をつけた	0.055	0.064	0.776	-0.108
15.評価的な態度はとらなかった	-0.057	-0.105	0.559	0.076
13.利用者の言葉が本当の要望であるのかを見極めるようところがけた	0.233	-0.012	0.532	-0.016
19.看護師の気づいたことを伝えた	0.147	-0.013	0.509	-0.051
20.利用者の気持ちをさぐった	-0.145	0.088	0.432	-0.049
18.利用者に関する情報を会話にもり込んでいった	-0.090	0.103	0.419	0.100
11.提案の姿勢をところがけた	0.271	-0.164	0.413	0.077
第4因子<安心感をもたらす> Cronbach α 係数=0.8238				
2.利用者が安心して話せる雰囲気を作るようところがけた	0.073	0.077	-0.059	0.874
1.利用者が訪問看護師を受け入れてもらえるようところがけた	-0.006	0.048	0.019	0.768
3.利用者一看護師間での共通理解をはかるようところがけた	-0.138	0.087	0.034	0.567
第5因子<タイミングをとらえる> Cronbach α 係数=0.7594				
27.ふみこんではいけないところを知ってかかわった	-0.030	0.050	0.032	-0.053
28.タイミングをとらえてかかわった	-0.082	0.014	-0.113	0.085
29.辛抱強く見守るようつとめた	0.147	-0.063	0.150	0.032
第6因子<柔軟な対応> Cronbach α 係数=0.7620				
7.利用者の反応によっては、対応を変えるようところがけた	0.032	-0.109	-0.113	0.039
8.利用者の生活を尊重するようところがけた	0.234	0.043	-0.019	0.144
5.利用者一看護師間での適切な距離を考えた	-0.108	0.214	0.230	-0.093
第7因子<理解できるように伝える> Cronbach α 係数=0.6160				
34.医学用語を使わなかった	0.194	-0.114	-0.150	-0.018
33.あいまいな表現をしなかった	-0.114	-0.076	0.264	0.047
40.利用者を叱咤激励をした	-0.296	0.075	0.085	-0.053
35.利用者のできることから薦めていった	0.211	0.370	-0.125	0.055
第8因子<相談にのる> Cronbach α 係数=0.6363				
16.時には冗談を言った	0.068	0.019	0.093	-0.072
17.何かあればいつでも相談にのることを伝えた	0.146	0.001	-0.102	0.009
第9因子<意思を引き出す> Cronbach α 係数=0.7010				
22.利用者の疑問に対応した	0.163	0.059	0.055	-0.088
21.利用者の思いを表出させた	0.079	-0.289	0.042	0.108
第10因子<看護師の意思を伝える> Cronbach α 係数=0.6398				
4.看護師の気持ちを伝えるようところがけた	-0.022	0.017	-0.006	0.211
6.利用者に看護師の言ったことが伝わったかどうか確認した	0.368	-0.109	-0.007	-0.100
寄与率	32.220	6.694	5.259	4.996
累積寄与率	32.220	38.914	44.173	49.169

因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

因子5	因子6	因子7	因子8	因子9	因子10	共通性
0.066	0.118	-0.067	0.072	0.155	-0.054	0.716
0.013	-0.058	-0.081	0.078	-0.037	0.277	0.578
0.022	-0.026	0.122	-0.013	-0.001	-0.046	0.556
-0.304	-0.154	-0.038	-0.125	0.189	0.184	0.535
0.087	0.031	0.081	-0.001	-0.135	-0.241	0.591
-0.040	0.088	0.064	-0.019	0.226	-0.161	0.467
0.285	0.045	-0.115	0.127	0.004	0.128	0.529
-0.016	-0.025	-0.028	0.029	-0.200	0.023	0.879
0.022	-0.021	-0.022	-0.022	-0.012	-0.010	0.887
0.003	-0.001	-0.116	0.016	0.159	-0.060	0.620
-0.088	-0.131	0.189	-0.141	-0.056	0.168	0.661
0.022	0.012	-0.119	0.059	0.040	-0.114	0.294
0.001	0.209	0.037	0.036	-0.024	-0.090	0.605
0.087	-0.247	0.116	0.167	0.074	0.026	0.490
-0.015	0.144	0.011	0.022	0.313	0.029	0.442
0.030	0.005	-0.097	0.326	0.031	-0.041	0.444
0.154	0.047	-0.090	0.266	-0.145	0.007	0.633
-0.041	-0.049	0.002	-0.072	0.040	0.086	0.816
-0.003	0.069	-0.033	-0.037	-0.005	0.075	0.670
0.116	0.075	0.034	0.031	-0.128	0.259	0.559
0.755	0.000	0.210	0.084	-0.075	-0.138	0.602
0.754	-0.054	0.210	-0.089	0.253	-0.127	0.624
0.629	-0.027	-0.089	-0.243	0.123	0.066	0.578
-0.054	0.880	0.131	-0.026	0.044	0.080	0.746
-0.126	0.530	0.036	0.135	0.117	-0.081	0.594
0.250	0.458	-0.103	-0.172	-0.062	0.240	0.649
0.160	0.140	0.620	-0.057	-0.192	0.073	0.476
0.241	0.002	0.537	-0.054	0.065	-0.014	0.503
-0.104	0.114	0.417	0.281	0.163	0.152	0.356
0.131	-0.122	0.383	0.056	0.000	0.089	0.603
-0.154	-0.018	0.036	0.887	-0.128	-0.061	0.670
0.227	-0.067	-0.067	0.441	0.192	0.179	0.616
0.129	0.078	-0.062	-0.153	0.725	-0.083	0.653
0.117	-0.053	-0.035	0.055	0.529	0.259	0.581
-0.113	0.053	0.064	-0.016	0.039	0.789	0.753
-0.118	0.244	0.199	-0.043	-0.003	0.420	0.492
4.449	3.876	3.629	3.501	3.064	2.782	
53.618	57.494	61.123	64.624	67.688	70.470	

表21. 因子間相関行列

因子	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1.000	0.423	0.527	0.504	0.583	0.513	0.228	0.424	0.367	0.394
2	0.423	1.000	0.298	0.369	0.419	0.261	0.301	0.309	0.274	0.325
3	0.527	0.298	1.000	0.392	0.402	0.454	0.265	0.364	0.435	0.453
4	0.504	0.369	0.392	1.000	0.404	0.346	0.268	0.391	0.302	0.288
5	0.583	0.419	0.402	0.404	1.000	0.520	0.125	0.405	0.336	0.348
6	0.513	0.261	0.454	0.346	0.520	1.000	0.112	0.226	0.215	0.303
7	0.228	0.301	0.265	0.268	0.125	0.112	1.000	-0.049	0.195	0.127
8	0.424	0.309	0.364	0.391	0.405	0.226	-0.049	1.000	0.384	0.294
9	0.367	0.274	0.435	0.302	0.336	0.215	0.195	0.384	1.000	0.338
10	0.394	0.325	0.453	0.288	0.348	0.303	0.127	0.294	0.338	1.000

因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

4.援助内容の実施度

順位	項目	N	平均値
1	服薬確認した	116	3.53
2	診察日と診察の内容を確認した	115	3.4
3	検温をした	116	3.25
4	利用者からの要望にはできる限り応じるようこころがけた	115	3.18
5	日常生活支援では、できる限り利用者にしてもらうようこころがけた	115	3.14
6	身体的精神的危機がみられる場合は、説明した	112	2.72
7	社会資源に対する情報提供をした	115	2.6
8	服薬管理した	116	2.55
9	ケースカンファレンスを実施した	115	2.36
10	日常の身体ケアを行った	116	2.32
11	看護計画立案を、利用者と一緒にした	116	1.95
12	お金のやりくりを助言した	115	1.86
13	買出し・調理方法を教えた	113	1.76
14	利用者の就労に対する不安に対応した	113	1.67
15	掃除・洗濯ゴミだしを教えた	114	1.65
16	受診に付き添った	115	1.47
17	手続きの代行をした	115	1.41
18	スーパーや外食に同行した	115	1.4
19	ハローワークや作業所に同行した	113	1.07

5.家族との関係づくり実施度

順位	項目	N	平均値	標準偏差
1	キーパーソンを把握した	113	3.13	1.05
2	家族関係を把握した	113	3.06	1.04
3	家族の思いを聴いた	112	2.86	1.19
4	利用者と家族との交流をこころがけた	112	2.82	1.14
5	服薬の必要性を説明した	110	2.76	1.19
6	利用者の家族のサポートを得ようとつとめた	111	2.74	1.16
7	再発の兆候について家族の理解を深めるようつとめた	111	2.66	1.17
8	対応の仕方を教えた	110	2.53	1.13
9	通院の必要性を説明した	110	2.49	1.18
10	疾患の知識を提供した	111	2.41	1.08
11	家族を見方につけた	105	2.34	1.09
12	家族会のような地域ネットワークの情報提供を行った	111	1.91	1.07

資料Ⅳ. 他職種・家族との連携

表 19 他職種との連携 病院 N=52 一般 N=54

職種	病院	一般	%
医師	48	51	93.4
家族	29	40	65.1
PSW	35	15	47.2
外来看護師	26	13	36.8
デイケア職員	16	15	29.2
ホームヘルパー	10	20	28.5
保健師	7	21	28.3
福祉事務所ワーカー	6	6	11.3
民生委員	3	4	6.6
作業所職員	2	4	5.7
近隣住民	1	4	4.7
作業療法士	2	2	3.8
心理職	0	3	2.8

インフォームドコンセント	情報収集	利用者一援助関係	援助内容	家族	本人の気持ちや尊重し、その人の異常を見つけないで、できないこと、援助から信頼関係を築くよう心がけている
本人の能力・できない能力を見極めていく、福祉と連携していく			保健師と連携をとり役割をはっきりさせていった		本人の気持ちや尊重し、その人の異常を見つけないで、できないこと、援助から信頼関係を築くよう心がけている
本人だけでなく、娘たちとの連携を密にした				単身であり、家族とのかかわりをもつことがないが、本人からの情報から家族関係を知るようにした	1人暮らしの人の場合の生活の自立を促すことが難しい。サポートしてもらえない家族が近くにいないか。サポートしてもらえない場合が多い。また、家族が病気の理解をしようとせず、かえって本人にとってストレスになっていることがある。
					訪問活動を開始したばかりで症例数が少なく、十分に経験を積み上げています。
					外に出にくい人の往診制度があるとよい。また、受診に同行してくれる制度も必要ではないかと考えます。
					精神障害者は生活障害を有し社会的不利を有する障害と同時に、精神疾患を有し、保健医療サービスが必要とする患者でもあります。PSWとケアの訪問は利用者にとって福祉サービス利用のサポートという点において、たいへんメリットになると実感しております。
		母親の支援に努めました			
入院中、退院前に訪問の承諾書を作成し、本人に了解を得た。					病棟勤務が高くなる、訪問に配属となったため、自分としての看護の確立は未だはつきりせず、手探り状態です。
					一般常識では考えられない事も多く、本当にこれでもいいのかと考えてしまつ時があります。
				家族が服薬管理等全て本人の日常生活行動について管理されているため、必要なケアが済めば帰って欲しいと言われた。家族がおられない日だけはゆくり話をすることができた。	
			現在、就労のため、活動と休息のバランスについてよく話をした		
					医師や病棟看護師が訪問看護の認識・理解が少ないので病院から地域への連携に必要な時間が少なすぎると感じる。精神障害者グループホームへの訪問看護は基本療養量の算定はできないのではないか。
	目的の情報収集は、普段話から収集するようにする				利用者さんが楽しめるような看護の提供をする
		自己決定を促すが、判断できないと見受けられた場合、選択範囲を呈示し、範囲を少なくしていくようにした		家族は見方につけるのではない、利用者・訪問看護師の協力者では	

家族の方にもっと寄り添って情報提供した		身体的な不調について訴えが多い方であったが、常に傾聴の姿勢をとった	訪問内容が傾聴を重視しているため、また本人のリズムがあるため、援助内容としては少ない状況を理解してください。	本人様のおかれている状況により関わりをもちたいが、家人との関係をつくることで信頼関係が壊れる可能性がある		医師から指示をもらって訪問看護を開始するが、本人の望まない訪問であることもしばしばあり、そのため望まない訪問のケースも時々あり、そういう場合はなかなかの時間を要しますが、なるべく本人の意に沿えるよう援助していくことで信頼関係が築けるものと思われれます。
		尿頻あり、導尿行いました、家族支援、保清	秘密事項が非常に多く、日中の緊急連絡の際に職場のスタッフに知られ、直に接家人と会ったのは退院時だけである。今後必要な時にはコンタクトをとっていく予定である。	利用者以外の精神科患者の方々と共同生活を行っておられ、直接家人と会ったのは退院時だけである。今後必要な時にはコンタクトをとっていく予定である。		訪問をするようになって初めて、精神科の病気が本当に理解できた。その人ごと多彩な症状と問題があり、経過も異なるので、入院中のかかわりだけでは、本当に理解できない。病棟看護師にもっと積極的に訪問に行き、その人と関わって欲しい。ケアの工夫が欲しいです。
		福祉センターなどの協力があまりなかったため時間をかけて話し合い				訪問者はアドバイスと書いて言っても重く受け止めてもらえず、病状が悪くなったり、被害的に思ってしまったりとアドバイスひとつも難しいと感じることが多いです。
		訪問時間の約束は必ず守る				訪問看護なので看護師が興味を持ってもらえば、もっと在宅で生活することに支援できますが、現状は退院促進を進めてもそれをどうするのかというところが弱く思っています。その点PSWは生活、在宅という視点では看護師とは違ったことでより多く協働してもらえますが、ステーションではPSWがカウントできないのが、何なのででしょうか？早く実現できることを希望します。
						精神的にも安定し生活できている利用者さんでも服薬セットが必要だったり、訪問看護を継続しているから安定してると考えると、終了(ゴール)かな……とも思っています。
						この事例は、自ら訪問看護を希望したのと、以前より、ご主人の訪問看護を行っていたので、受け入れは良かった例です。一度で受け入れてくれない例もあるので、まず、胸を覚えてもらおうことから始めることが必要だと思います。時間がかかると感じています。
						精神科での経験の無い看護師ばかりなので、訪問することに対して恐怖や不安感があり、精神の病状理解や関わり方を学ぶ必要と考えます。
		情報収集の場所を自宅から本人の好むところ、散歩や喫茶店に行った				訪問看護師が介入することにより、家族間の緊張が取れることは取れも悪い感じですが、でもまだまだ社会参加できる場所が少ない。個別性が少ない。精神の通所看護をしたいとかんがえていて一人です。もっと利用者がお元気にされて、健康的な身体作りを目指す必要がある。

					<p>受診もできない病状に対して受容できない、かといって入院する程の病状ではなく、なんとか家族の対応で暮らしている。本文看護師が、色々サビヒスなど勧めても行かない。薬は飲めていない。プロライドにこだわり、うまく聞われません。1度、一緒に外出を勧めてみようと思います。</p>
				<p>精神については経験は少ないですが、利用者によって非常に時間がかかる方も居られるため、本人からの情報というよりは医療スタッフやその他の方より情報収集しつつ、信頼関係を築くことがまず大切だと思います。訪問看護は接する時間も短いため。</p>	
			<p>家族からの情報収集</p>		<p>精神科というと今まで雇員の目でみられることもあるかと思いますが、私はこの仕事で精神疾患の方と接して一番初めに感じたことは「普通の人間」ということでした。在宅なので落ち着いているということもありますが、今二人の精神疾患のかたの訪問をしています。会話を一時間前後じっくりしてその間で笑顔がみられたらいいかなと思います日々訪問しています。</p>
				<p>家族の複雑な思いがあったため、積極的な情報収集は行っていません</p>	<p>訪問開始当初は性格と症状の区別や対応についてわからないことも多くあつたが、利用者の行動パターンや疾患の理解がすすむにつれてこちらの対応策ができ、ふりまわされることが、少なくなつた。緊急用の電話に話し合い手になってほしいような内容の電話が夜間によくかかるので困る。何回か絡くと緊急用電話の説明を行う。少しよくなるが何ヶ月か過ぎると再び入る。</p>
				<p>本人様は独居であり母親が主に訪問に来る程度。母親がいれば、母親の思いを聞き相談に乗っています。時間が短いので十分な相談相手になつたかかは不明。</p>	<p>24時間体制を行っているため不安になると電話がはいってきます。ゆっくり聞いてあげたい気持ちもありませんが、翌日に訪問しゆっくりきかからと説明しています。身体的表現障害(神経がかゆい、ドリルでえぐられる、鉛になつている、ガラスがつかささるなど)といったどんな状態なのでしょう？</p>
			<p>身体的ケアやお金の管理など二入が不足し、援助を必要としなさい。仕事はすでに開始されており、継続できるよう援助する。</p>		
				<p>家人との連絡を密にノート、電話、1ヶ月に1度面接等の形で行った</p>	<p>住診して下さる医師、緊急で動いて下さる医師がいない</p>
					<p>精神の利用者さんの訪問は心身ともにとても疲れる。しかし訪問していく中で確実に変化してきているのがすくいです</p>
					<p>精神科の患者に対応する様にする様にする(身近に)があれば今後の看護に役立てると思えます</p>

					両親はすでに他界されている。兄弟とは疎遠である。	
			以前できていたことでも対応する人によって使い分けをしているため、何度も担当者会議を開催しましたが、看護師をどうしても都合のいい人としてしかとらえられず、問題として残っている部分の対応者であります。家族の援助についてのズレ修正はムリです		家族の母以外には接触できず、他の家族は在室日には看護師にキャンセルを入れる。その母が家族について、本人について、看護師が指導することを否定される	今後増加していく在宅療養者といかに信頼関係を築き、できるだけ長く在宅で療養できるか、色々悩み、日々患者さんと接しています
			危機的状況は今のところない			
			父親が同居しており、父親と相談したり支援した			
			本人と直接話し、理解を得たりすること、難しく、父親とコンタクトをとり、説明した		家族は生活するのがいっばいで、患者様の病気の受け入れも理解もできていません	服薬管理や定期受診を促しているが、病識を持ってもらうための指導も大変です。煩雑のむづかしさ
			病状の不安定な患者様のため、看護師よりはインフォームドコンセントを行うが、本人がどこまで理解できているのかは不明です		症状の不安定な患者様の場合、同時期に家族の援助を行うことを優先することが多いです	身体的疾患の方は少ないので、訪問時約束をしていても外出したら、連絡なく引越していたりということが多くあります。患者様自身では症状の不安定を認識しにくく、病院への診察を拒否することが多いです。内服でコントロールしている病識がなく、理由をつけては服薬を怠る方が多いです。高齢化とともに生活能力の低下が目立ちますが、人間関係が複雑なためヘルパーの受け入れを快く思わず断る方が多いです。(お金も必要になるので)
					悪くに関しては家族の方が利用者さんのことはよく理解されており、情報もたくさんお持ちで、必要ありませんでした。過去25年間家族は利用者さんの病状と闘い続けておられた。本人の前ではあまり家人と密に話すことは控えました。	一言でいうと難しいと感じました。「訪問」ということで、患者さんだけでなく家族の思いをたくさん聞かせていただいた。年々歩いていくと訪問にとっては決まってきたことではすまされぬ出来事であり大変な苦勞をされていることを強く感じていただきました。
			保清の援助と共に、ADLの低下を予防するため。			精神科の看護は病院勤務の経験から大変であると思っています。明らかに見えなため、評価も難しいと思われれます。
			後見人、保健師、ホームヘルパー、主治医等関係者との連携をしっかりと、得た情報を生かして信頼関係づくりに役立てた。		本人独居。後見人である親戚を家族とみなして回答しました。後見人も障害疾患あり。訪問看護導入前入りに保健師より上記訪問についてよく説明されており、理解されていた。	訪問看護に従事しケースの主体性を尊重して訪問看護することは、支援がケースに適している場合は自主自立が目に見えてきて、自分自身も与えられたいものがある。基本を大事にして、ケースに寄り添っていきたい。
			本人は独居。親戚が後見人であり、その方の訪問看護利用要望を確認した。		家族のほうを利用者さまの業のこなどよくご存知なので、ご家族の話をよく聞きご意向やご意見に沿うようにしました。お母様(精神疾患)とは、まだコンタクトが取れていない状態。	
			本人の調子が悪く、訪問時間を変更したりとできるだけだけあわせるようにした。		会う機会がない	うつ状態のときの対応がむずかしい

	利用者自身まったく築がないので介護者の娘からの情報のみ	信頼関係ができたと感じたのはもつと後。まず、自分自身が患者にことっていやなことをする人間ではないということを知ってもらった心がけた	何年も入浴していないので、清拭、更衣など身体の清潔につとめた	御居で家族が選いたため、本人に對する働きかけのみです。	必ずしもこの設問に答えられるとは限らなかった。情報も家族からのみ。今だから意思表示が理解できるようになった。3ヶ月くらいで患者を理解するのはとても難しいと考える
		訪問時子どもが同席されるため子どもの信頼関係づくりにも気をつけた。個人情報に触れることをいやがるので、今のところは、踏み込んだ質問はしていない。	夕からはデイサービス担当者が行っている		