

原著論文

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支援

- 電話対応をしたケースとその支援の特徴 -

角 田 秋

Home visit nursing for people with schizophrenia provided by home visit nursing stations in Japan
-Characteristics and contents of care for client who had called to the nursing station-

Aki TSUNODA

Tokyo Ariake University of Medical and Health Sciences, Faculty of Nursing

Abstract : Purpose : This research aimed to clarify the characteristics and contents of home visit nursing care and telephone support for people with schizophrenia living in Japan.**Methods :** The characteristics of the nursing care received by 45 people with schizophrenia who were recently visited by 31 home visit nurses at 11 psychiatric home visit nursing stations were examined. T-tests and χ^2 tests were used to examine the characteristics of the patients/carers and compare the contents of care between the group of patients/carers who called a home visit nursing station and the group that did not call.**Result :** Fifteen patients (33.3%) and 7 carers (15.6%) had called a nursing station in the previous month. Patients who called had lower Global Assessment of Functioning scores and were more likely to be women. They received more 'Support for safety', 'Medical support for psychiatric symptoms', and 'Crisis intervention' from home visit nurses than those who did not call a nursing station. The patients whose carers called a nursing station had some positive/negative symptoms of schizophrenia and the carers received more support for 'Care management' and 'Empowering the family' from the home visit nurses.**Conclusions :** The characteristics of people with schizophrenia and the contents of their care through home visits and telephone support by home visit nurses were clarified. The results demonstrate the importance of a needs assessment for telephone support for people with schizophrenia when they start using a home visit service. Developing a crisis plan will be necessary to improve the collaboration between home visit and telephone support.**key words :** Schizophrenia, Mental health nursing, Home-Visit Nursing, Outreach service, Telephone support**要旨：目的：**わが国の訪問看護ステーションが統合失調症を有する人へ提供している訪問支援・電話対応について、その内容と対象の特徴を明らかにする。**方法：**精神障害者を主な訪問対象としている訪問看護ステーション11事業所において、31人の訪問看護師から最近訪問した45例の利用者への支援について回答を得て分析を行った。利用者・家族それぞれから、過去1か月間に事業所に電話があった群（利用者15ケース、家族7ケース）、なかった群（利用者30ケース、家族38ケース）の二群に分け、t検定および χ^2 検定を用いてケア内容および対象の特徴について群間比較を行った。**結果：**訪問看護ステーションに電話があったのは15ケース（33.3%）の利用者、7ケース（15.6%）の家族であった。電話があった群となかった群を比較した結果、利用者本人では、電話があった群でGAF（Global Assessment of Functioning）得点が低く、女性が多かった。本人から電話があった群では、訪問時には「安全確保に関する援助」「精神症状に関する援助」「危機時の介入」のケア実施が統計的に有意に多かった。家族から電話があったケース群では、統合失調症の陽性症状・陰性症状がより多く認められた。またこの群では訪問時にさまざまなケアマネジメントの支援を受けており、「家族へのエンパワメント」も多く提供されていた。**結論：**精神科訪問看護のケア対象者と支援内容を調査し、訪問と電話を組み合わせた支援を提供しているケースの特徴が示された。このことは、統合失調症患者の訪問開始時の電話対応ニーズアセスメントに活用で

きる。クライシスプランを策定しておくことで、訪問・電話を組み合わせた支援をより効果的に行えるようにすることが求められる。

キーワード：統合失調症，精神科看護，訪問看護，アウトリーチ支援，電話対応

I. 緒 言

わが国では2004年厚生労働省精神保健医療福祉の改革ビジョン¹⁾によって、精神医療体制を「入院中心から地域生活中心へ」と方向転換を目指すことになった。この改革ビジョンの中間評価においても、在宅医療、なかでも、患者の入院日数を減らし²⁾、再発を防ぐ³⁾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が⁴⁾、精神科疾患対象の訪問看護を実施している事業所は、全事業所の6割弱で頭打ちとなっている⁵⁾。精神科訪問看護は、瀬戸屋ら⁶⁾の質的調査で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。訪問看護では、訪問しこれらのケアをおこなうが、事業所では、訪問以外にも電話を用いて、不安の傾聴・解消、生活に関する相談、薬物療法に関する相談などを行っている⁵⁾。精神科訪問看護における電話対応は、電話対応時間が長い、頻回、対応方法がわからないなど、事業所が精神科疾患対象の訪問を困難に思う理由として挙げられてきた^{7,8)}。しかしながら、電話は地域生活を営む対象において、相談手段として重要な役割を果たしていると考えられる。そこで本研究では、精神障害者を主な訪問対象としている訪問看護ステーションにおいて、利用者の特徴と支援内容を定量的に調査し、電話対応をしたケースとしないケースとを比較することで、電話対応をしたケースと支援の特徴を明らかにすることを目的として調査をおこなった。

II. 方 法

精神障害者を主とした訪問対象としている訪問看護ステーション11事業所を対象に、精神科訪問看護のうちもっとも割合の多い「統合失調症」の利用者について、郵送法による自記式質問紙調査を実施した。調査実施期間は2015年1月から3月までとした。各事業所で、直近に訪問した利用者の中で、統合失調症を主診断とする者について、看護師一人あたり3名まで、記入を依頼した。また、事業所調査票の記入を管理者に依頼した。

1. 調査内容

1) 患者基本情報

利用者の基本属性、訪問看護利用状況、本人または家族からの過去1か月間での事業所への電話の有無、他のサービス利用状況、過去の入院回数についてたずねた。

2) ケア内容

瀬戸屋ら⁶⁾の訪問看護師へのインタビュー調査から項目を起し、改訂を加え、厚生労働科学研究⁵⁾でも使用された「ケア内容調査票」を使用した。

3) 機能評価

(1) 精神機能の全体的評価尺度 (GAF: Global Assessment of Functioning)⁹⁾

心理的・社会的・職業的機能を100点満点で評価する1項目の尺度であり、得点が高いほど機能がよいことを示す。わが国では、特定機能病院入院基本料(精神病棟)における機能評価や診療報酬「精神科在宅患者支援管理料」での重症度評価でも使用されている¹⁰⁾。

(2) 社会行動評価尺度 (SBS: Social Behavior Schedule)

地域で暮らす長期慢性患者の社会機能を評価するために、Wykes と Sturt によって開発された尺度である^{11,12)}。25項目からなり、各項目は0点から2点、あるいは4点までの、3から5段階で評定され、得点が低いほど機能がよいことを示す。25項目は、5項目の下位尺度「社会的交流」「情緒の問題」「奇妙な行動」「問題行動」「能動性の障害」から成る。

4) 事業所調査

本調査対象事業所の特徴を知るために、開設主体、各種届出状況について、管理者に記入を依頼した。

5) 看護師調査

訪問看護ケア提供者側の特性を知るために、有する資格、精神科臨床経験、訪問看護経験年数等をたずねた。

以上について、回答者ごとに、返信用封筒を用いて研究者への返送を依頼し、調査に内諾のあった全員(11事業所、31名)から返送を得た。

2. 分析方法

得られたデータは、SPSS Statistics Ver.26を用いて解析した。利用者の基礎属性、訪問看護の利用状況、社会

機能レベル、提供したケア内容について、本人、または家族から事業所への電話の有無でそれぞれ2群に分け、t検定および χ^2 検定を用いて群間比較を行った。本研究は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を順守し、研究者が所属する大学の倫理審査委員会の審査を受け実施した（承認番号14-099）。個人情報収集せず、調査票はIDで管理し、鍵のかかる場所で管理された。連続不可能匿名化し分析を行った。

Ⅲ. 結 果

1. 訪問支援提供者について

11事業所、31人の看護師から、45人の訪問看護利用者についての回答が得られた。協力を得た事業所の所在地は、関東地方4事業所、北海道東北地方および中国四国地方各2事業所、中部・関西・九州の各地方で1事業所ずつであった。開設主体は、医療法人が8事業所、営利法人1事業所、NPO法人が2事業所であった。すべて精神障害者を主たる訪問対象としており、すべての事業所が自立支援医療機関の指定を受け、精神科訪問看護基本療養費の届出をしていた。回答した看護師は、男性7名、女性24名、最も多い年代が50歳代で14名、ついで40歳代で10名であった。7名が管理者、5名がケアマネージャー、2名が精神保健福祉士免許を所持していた。精神科訪問看護経験年数は平均6.9年（SD=5.9）、訪問以外の精神科臨床経験は8.4年（SD=7.4）であった（表1）。

表1 回答した訪問看護師の概要（N=31）

属性 n(%)			
年齢	20代	1	(3.2)
	30代	3	(9.7)
	40代	10	(32.3)
	50代	14	(45.1)
	60代	2	(6.5)
	70代	1	(3.2)
性別	男性	7	(21.2)
	女性	24	(77.7)
看護師免許以外の資格等	管理者	7	(22.6)
	ケアマネージャー	5	(16.1)
	精神保健福祉士	2	(6.5)
臨床経験			
精神科訪問看護	6.9年	(SD=5.9)	
精神科以外の訪問看護	3.1年	(SD=6.6)	
訪問以外の精神科臨床	8.4年	(SD=7.4)	

2. 訪問看護利用者の特徴（表2）

訪問看護利用者の基本属性は、男性30名（66.7%）、女性15名（33.3%）、利用者の年代は、60歳代が最も多く12名、次いで40歳代10名、50歳代9名であった。過半数の利用者に何らかの合併症があり、高血圧7名（15.6%）、脂質異常症7名（15.6%）、肥満6名（13.3%）糖尿病3名（6.6%）、統合失調症以外の精神疾患2名（4.4%）等であった。2名を除いて過去に精神科入院歴があり（平均4.8回）、三人に一人は過去1年間に精神科に入院していた（36.6%）。未婚者が37名（82.2%）であり、全体の半数が独居であり、約4割が家族と同居していた。現在就労している者は2名のみであった。GAF得点の平均は48.3点（SD=19.8）であり、SBS総得点の平均は16.1点（SD=10.8）であった。デイケア利用者が11名（24.4%）、地域生活支援センター等集う場の利用が8名（17.8%）、就労継続支援事業所利用が6名（13.3%）であった。またホームヘルプサービス利用者が10名（22.2%）であった。1か月の訪問回数は7.2回（SD=10.1）、平均訪問滞在時間は42.4分（SD=13.7）であった。事業所への電話については、24時間対応体制加算（利用者又はその家族等から電話等により相談や看護に関する意見を求められた場合、常時対応できる体制を整備し、必要に応じて緊急訪問も行える体制を整備していることに対する評価）を算定している者が15人（33.3%）、24時間連絡体制加算（電話等による相談体制のみ、2018年度から24時間対応体制加算に一本化され廃止）が2名（4.4%）、算定していない者が28名（62.2%）であった。

1) 事業所へ電話があった利用者の特徴（表3）

過去1か月に利用者本人から事業所へ電話をかけたことがある人は15名（33.3%）であり、電話回数は月平均8.3回、計23.2分間であった。この対象と、電話をかけていない人（30名、66.6%）との2群間で、t検定および χ^2 検定で両群の特性と機能について差の検定を行った。電話をかけた人は女性に多かったが（9名、60.0%）、両群で、過去の入院回数、月あたりの総訪問回数、訪問滞在時間の平均に差は認められなかった。また機能面をみると、電話があった群でGAF得点が統計的に有意に低く（電話あり40.1点（SD=17.5）、電話なし52.5点（SD=19.9））、社会行動評価尺度（SBS）の下位尺度「情緒の問題」で有意に得点が高かった（電話あり2.5点（SD=1.5）、電話なし1.6点（SD=1.4））。

2) 家族から事業所へ電話があった利用者の特徴（表4）

過去1か月に家族が訪問看護事業所に電話をかけたケースは、45人中7人（15.6%）であり、電話回数は月平均2.4回、計14.3分間であった。訪問対象となっているのは男性6名、女性1名であった。電話があったケースとなかったケースを比較したところ、利用者の

表2 統合失調症を有する訪問看護利用者の概要 (N=45)

属性 n(%)		
年齢	20代	3 (6.6)
	30代	8 (17.8)
	40代	10 (22.2)
	50代	9 (20.0)
	60代	12 (26.7)
	70代	3 (6.6)
性別	男性	30 (66.7)
	女性	15 (33.3)
婚姻状況	婚姻	4 (8.9)
	未婚	37 (82.2)
	離別・死別	4 (8.9)
居住形態	独居	22 (46.7)
	同居者あり	19 (42.2)
	グループホーム	4 (8.9)
就労の有無	あり	2 (4.4)
	なし	43 (95.6)
合併症 (複数回答)	高血圧	7 (15.6)
	脂質異常症	7 (15.6)
	肥満	6 (13.3)
	糖尿病	3 (6.6)
	統合失調症以外の精神疾患	2 (4.4)
	その他	7 (15.6)
	なし	20 (44.4)
過去の精神科入院歴		
	過去の精神科入院回数	平均 4.8回 (SD=5.0, 範囲 0 - 20)
	過去一年間の精神科入院回数	平均 0.4回 (SD=0.7, 範囲 0 - 2)
機能		
	G A F	平均 48.3点 (SD=19.8, 範囲15-90)
	S B S	平均 16.1点 (SD=10.8, 範囲 0 - 37)
対象者への訪問看護 (過去 1 か月)		
	訪問回数	7.2回 (SD=10.1, 範囲 1 - 70)
	滞在時間	42.4分 (SD=13.7, 範囲20-90)
訪問看護への電話 (1 か月平均)	本人から (2.8回/月, 8.0分/月) (電話あり群のみ 8.3回/月, 23.2分/月)	
	家族から (0.4回/月, 2.2分/月) (電話あり群のみ 2.4回/月, 14.3分/月)	
時間外電話対応への加算	24時間対応体制加算	15 (33.3)
	24時間連絡体制加算	2 (4.4)
	算定なし	28 (62.2)
サービス利用状況 (n (%))		
	デイケア	11 (24.4)
	ホームヘルプサービス	10 (22.2)
	地域生活支援センター等	8 (17.8)
	就労継続支援事業所	6 (13.3)

表3 過去1か月間に本人から事業所に電話があったケースとなかったケースの特性・機能の比較

	本人電話あり (n=15)	本人電話なし (n=30)	検 定	
	平均 (SD)	平均 (SD)	t / χ^2	p
特性 (平均 (SD))				
女性割合 (n (%))	9 (60.0)	6 (20.0)	7.2	0.017*
過去の精神科入院回数	5.3 (6.0)	4.6 (4.7)	-0.424	0.674
総訪問回数 (回/月)	10.4 (16.8)	5.6 (3.1)	-1.095	0.291
1回の訪問滞在時間	45.9 (11.6)	40.7 (14.5)	-1.209	0.233
機能 (平均 (SD))				
GAF得点	40.1 (17.5)	52.5 (19.9)	2.046	0.047*
SBS総得点	15.7 (9.9)	16.2 (11.4)	0.145	0.886
SBS下位_社会的交流	5.6 (4.5)	6.1 (4.7)	0.317	0.753
SBS下位_情緒の問題	2.5 (1.5)	1.6 (1.4)	-2.124	0.039*
SBS下位_奇妙な行動	2.3 (2.5)	2.9 (3.4)	0.677	0.502
SBS下位_問題行動	1.1 (1.6)	1.5 (1.3)	0.749	0.458
SBS下位_能動性の障害	2.7 (2.3)	3.1 (2.5)	0.514	0.610

*p<0.05

表4 過去1か月間に家族から事業所に電話があったケースとなかったケースの特性・機能の比較

	家族電話あり (n=7)	家族電話なし (n=38)	検 定	
	平均 (SD)	平均 (SD)	t / χ^2	p
特性 (平均 (SD))				
女性割合 (n (%))	1 (14.3)	14 (36.8)	1.353	0.245
過去の精神科入院回数	6.0 (5.5)	4.6 (5.0)	-0.679	0.501
総訪問回数 (回/月)	5.3 (3.1)	7.6 (11.0)	0.542	0.591
1回の訪問滞在時間	46.1 (22.2)	41.7 (11.8)	-0.516	0.623
機能 (平均 (SD))				
GAF得点	42.9 (6.8)	49.3 (21.3)	1.504	0.143
SBS総得点	24.4 (10.2)	14.5 (10.2)	-2.339	0.024*
SBS下位_社会的交流	8.4 (3.3)	5.5 (4.7)	-1.557	0.127
SBS下位_情緒の問題	2.4 (1.0)	1.8 (1.6)	-1.040	0.304
SBS下位_奇妙な行動	5.4 (4.2)	2.2 (2.6)	-2.704	0.010*
SBS下位_問題行動	1.7 (1.4)	1.3 (1.4)	-0.734	0.467
SBS下位_能動性の障害	4.6 (2.6)	2.7 (2.3)	-1.909	0.063†

†p<0.1, *p<0.05

特性に統計的有意差は認められなかった。しかしながら、社会行動評価尺度 (SBS) の総得点 (電話あり24.4点 (SD=10.2), 電話なし14.5点 (SD=10.2)), および下位尺度の「奇妙な行動」 (電話あり5.4点 (SD=4.2), 電話なし2.2点 (SD=2.6)) に統計的有意差が認められ、「能動性の障害」 (電話あり4.6点 (SD=2.6), 電話なし2.7点 (SD=2.3)) において傾向差が認められた。

3. 訪問看護で提供された支援

本人、または家族からの電話対応の有無別で訪問看護利用者を分け、ケアの実施状況を示す (表5, 6)。過去1か月間に本人から電話があった群では、直近の訪問において、電話がない群に比べて、「安全確保に関する援助」「精神症状に関する援助」「危機時の介入」が統計的に有意に多く実施されており、「不安の傾聴・軽減」が

表5 本人から事業所への電話の有無別ケア得点

	本人電話あり (n=15)	本人電話なし (n=30)	検 定	
	平均 (SD)	平均 (SD)	t	p
1. ケア計画の作成・ケアマネジメント				
1) ケアへの導入への本人への働きかけ	0.8 (0.4)	0.6 (0.5)	-1.4	0.164
2) 本人・家族との関係づくり	0.8 (0.4)	0.9 (0.3)	1.1	0.266
3) アセスメントの実施	0.8 (0.4)	0.8 (0.4)	0.3	0.789
4) 利用できるサービスや社会資源に関する基本的情報提供	0.7 (0.5)	0.5 (0.5)	-1.1	0.300
5) ケア計画の作成	0.2 (0.4)	0.2 (0.4)	0.2	0.805
6) ケア会議の開催	0.0 (0.0)	0.1 (0.3)	1.4	0.161
7) サービスや社会資源の利用導入のための援助	0.4 (0.5)	0.3 (0.5)	-0.4	0.668
8) サービスや社会資源の利用状況のモニタリング	0.3 (0.5)	0.6 (0.5)	1.5	0.146
9) 関係機関・関係者との連絡・調整	0.7 (0.5)	0.6 (0.5)	-0.9	0.390
2. 日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得				
1) 食生活に関する援助	0.5 (1.0)	1.6 (0.8)	0.4	0.710
2) 活動性・生活リズムに関する援助	0.9 (0.8)	1.6 (0.6)	-1.1	0.294
3) 生活環境の整備に関する援助	1.7 (1.1)	1.5 (1.0)	-0.5	0.608
4) 整容に関する援助	1.1 (0.8)	1.2 (0.8)	0.3	0.797
5) 金銭管理に関する援助	1.0 (0.9)	1.0 (0.9)	-0.1	0.905
6) 安全確保に関する援助	1.7 (1.2)	0.6 (0.7)	-3.3	0.004**
7) 家庭内役割に関する援助	0.5 (1.0)	0.6 (0.9)	0.1	0.908
8) 趣味・余暇活動に関する援助	1.2 (1.0)	1.5 (0.9)	1.0	0.305
9) 買い物に関する援助	1.3 (1.0)	1.3 (1.1)	-0.1	0.924
3. 対人関係の維持・構築				
1) スタッフとの関係性の構築	1.8 (0.9)	1.6 (1.1)	-0.5	0.594
2) コミュニケーション能力を高める援助	2.3 (1.0)	1.9 (1.0)	-1.2	0.245
3) 他者との関わりに関する援助	1.4 (1.1)	1.4 (0.9)	0.1	0.915
4) 他の医療福祉スタッフとの関わりに関する援助	1.4 (1.1)	1.2 (1.0)	-0.7	0.478
5) 家族との関係に対する本人への援助	1.3 (0.9)	1.2 (1.0)	-0.3	0.741
6) 近隣の住民との関わりに関する援助	0.9 (0.9)	0.6 (0.9)	-1.1	0.277
4. 家族への援助				
1) 本人とのつきあい方に対する家族への援助	0.5 (1.0)	0.9 (1.1)	1.0	0.320
2) 家族自身の困難や将来・生活設計に関する援助	0.7 (0.9)	0.7 (0.9)	0.2	0.817
3) 家族へのエンパワメント	0.3 (0.5)	0.5 (0.5)	1.8	0.086†
5. 精神症状の悪化や増悪を防ぐ				
1) 精神症状に関する援助	2.3 (0.7)	1.7 (0.8)	-2.3	0.024*
2) 睡眠の援助	1.9 (0.9)	1.6 (0.7)	-1.3	0.210
3) 服薬行動援助	2.0 (1.0)	2.0 (1.0)	-0.1	0.915
4) 通院行動の援助	1.3 (1.0)	1.3 (0.9)	0.0	1.000
5) 危機時の介入	1.3 (1.0)	0.6 (0.9)	-2.4	0.023*
6) 薬物療法の副作用の観察と対処	1.2 (0.8)	1.4 (0.9)	0.9	0.380
6. 身体症状の発症や進行を防ぐ				
1) 身体症状の観察と対処	2.1 (1.0)	2.0 (1.2)	-0.4	0.708
2) 身体合併症の観察と対処	1.3 (1.2)	0.9 (0.9)	-1.4	0.173
3) 生活習慣に関する援助	1.9 (0.8)	1.6 (0.9)	-1.1	0.286
4) 排泄の援助	1.1 (0.8)	1.1 (0.8)	-0.1	0.897
7. 社会生活の援助				
1) 交通機関の利用や移動に関する援助	1.0 (1.1)	0.9 (1.0)	-0.3	0.758
2) 銀行・郵便局・役所、電話・インターネット等の利用の援助	0.7 (0.9)	0.5 (0.9)	-0.5	0.632
8. 住環境に関する援助				
1) 住居確保に関する援助	0.2 (0.4)	0.1 (0.3)	-1.1	0.266
2) 住居環境を保つための援助	0.7 (1.0)	0.5 (1.0)	-0.7	0.518
9. 就労・教育に関する援助				
1) 求職・就労開始の援助	0.1 (0.4)	0.2 (0.5)	0.2	0.827
2) 就労継続に関する援助	0.1 (0.3)	0.2 (0.5)	0.7	0.496
3) 教育・修学に関する援助	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)		
10. 対象者のエンパワメント				
1) 不安の傾聴・軽減	1.0 (0.0)	0.9 (0.3)	-1.8	0.083†
2) 自己効力感、コントロール感を高める援助	0.8 (0.4)	0.7 (0.5)	-0.7	0.486
3) 肯定的フィードバック	0.9 (0.3)	1.0 (0.0)	1.0	0.334
総ケア得点	40.1 (17.5)	52.5 (19.9)	-0.9	0.385

† <0.1, *p<0.05, **p<0.01

表6 家族から事業所への電話の有無別ケア得点

	家族電話あり	家族電話なし	検 定	
	(n = 7) 平均 (SD)	(n = 38) 平均 (SD)	t	p
1. ケア計画の作成・ケアマネジメント				
1) ケアへの導入への本人への働きかけ	0.9 (0.4)	0.6 (0.5)	-1.4	0.197
2) 本人・家族との関係づくり	1.0 (0.0)	0.9 (0.3)	-2.4	0.023*
3) アセスメントの実施	1.0 (0.0)	0.8 (0.4)	-3.1	0.003**
4) 利用できるサービスや社会資源に関する基本的情報提供	0.9 (0.4)	0.5 (0.5)	-2.2	0.054†
5) ケア計画の作成	0.6 (0.5)	0.2 (0.4)	-2.0	0.090†
6) ケア会議の開催	0.3 (0.5)	0.0 (0.0)	-1.5	0.172
7) サービスや社会資源の利用導入のための援助	0.9 (0.4)	0.3 (0.4)	-3.3	0.002**
8) サービスや社会資源の利用状況のモニタリング	0.7 (0.5)	0.5 (0.5)	-1.3	0.220
9) 関係機関・関係者との連絡・調整	0.9 (0.4)	0.6 (0.5)	-1.5	0.155
2. 日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得				
1) 食生活に関する援助	1.6 (0.5)	1.6 (0.9)	0.1	0.923
2) 活動性・生活リズムに関する援助	1.7 (0.8)	1.7 (0.7)	0.0	0.990
3) 生活環境の整備に関する援助	0.9 (0.9)	1.7 (1.0)	2.1	0.046*
4) 整容に関する援助	0.9 (0.7)	1.2 (0.8)	1.2	0.257
5) 金銭管理に関する援助	0.9 (0.9)	1.0 (0.9)	0.4	0.693
6) 安全確保に関する援助	0.4 (0.5)	1.1 (1.0)	1.5	0.130
7) 家庭内役割に関する援助	0.0 (0.0)	0.7 (0.9)	4.3	0.000***
8) 趣味・余暇活動に関する援助	1.7 (0.8)	1.3 (0.9)	-1.0	0.328
9) 買い物に関する援助	1.9 (1.1)	1.2 (1.1)	-1.5	0.149
3. 対人関係の維持・構築				
1) スタッフとの関係性の構築	2.0 (1.0)	1.6 (1.0)	-0.9	0.363
2) コミュニケーション能力を高める援助	2.0 (1.0)	2.0 (1.0)	0.1	0.949
3) 他者との関わりに関する援助	2.0 (1.0)	1.3 (0.9)	-1.8	0.085
4) 他の医療福祉スタッフとの関わりに関する援助	1.7 (0.8)	1.2 (1.1)	-1.3	0.191
5) 家族との関係に対する本人への援助	1.4 (1.0)	1.2 (0.9)	-0.5	0.625
6) 近隣の住民との関わりに関する援助	0.6 (1.1)	0.8 (0.8)	0.5	0.595
4. 家族への援助				
1) 本人とのつきあい方に対する家族への援助	1.3 (1.1)	0.7 (1.0)	-1.5	0.147
2) 家族自身の困難や将来・生活設計に関する援助	1.1 (1.1)	0.6 (0.9)	-1.4	0.167
3) 家族へのエンパワメント	0.9 (0.4)	0.4 (0.5)	-3.0	0.013*
5. 精神症状の悪化や増悪を防ぐ				
1) 精神症状に関する援助	1.9 (0.9)	1.9 (0.8)	0.1	0.911
2) 睡眠の援助	1.6 (0.8)	1.8 (0.8)	0.6	0.541
3) 服薬行動援助	2.0 (1.0)	2.0 (1.0)	-0.1	0.948
4) 通院行動の援助	1.4 (0.8)	1.2 (0.9)	-0.5	0.616
5) 危機時の介入	0.7 (1.0)	0.8 (0.9)	0.3	0.744
6) 薬物療法の副作用の観察と対処	1.4 (0.8)	1.3 (0.8)	-0.3	0.803
6. 身体症状の発症や進行を防ぐ				
1) 身体症状の観察と対処	1.3 (1.3)	2.2 (1.0)	2.0	0.047*
2) 身体合併症の観察と対処	0.7 (0.5)	1.1 (1.1)	1.0	0.347
3) 生活習慣に関する援助	1.1 (0.4)	1.8 (0.9)	3.0	0.006**
4) 排泄の援助	1.0 (0.0)	1.1 (0.9)	0.9	0.360
7. 社会生活の援助				
1) 交通機関の利用や移動に関する援助	1.3 (1.1)	0.9 (1.0)	-1.0	0.320
2) 銀行・郵便局・役所、電話・インターネット等の利用の援助	1.1 (1.3)	0.5 (0.7)	-1.3	0.243
8. 住環境に関する援助				
1) 住居確保に関する援助	0.1 (0.4)	0.1 (0.3)	-0.3	0.777
2) 住居環境を保つための援助	0.4 (0.8)	0.6 (1.0)	0.5	0.614
9. 就労・教育に関する援助				
1) 求職・就労開始の援助	0.1 (0.4)	0.2 (0.5)	0.1	0.940
2) 就労継続に関する援助	0.0 (0.0)	0.2 (0.5)	0.8	0.407
3) 教育・修学に関する援助	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)		
10. 対象者のエンパワメント				
1) 不安の傾聴・軽減	1.0 (0.0)	0.9 (0.3)	-0.8	0.453
2) 自己効力感、コントロール感を高める援助	0.6 (0.5)	0.8 (0.4)	1.0	0.303
3) 肯定的フィードバック	1.0 (0.2)	0.6 (0.5)	-0.4	0.673
総ケア得点	48.7 (12.6)	45.8 (16.3)	-0.4	0.661

†<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

多い傾向にあった。一方で、「家族へのエンパワメント」の実施が少なかった。家族から事業所に電話があった群は、家族から電話がなかった群に比べ、「本人・家族との関係づくり」「アセスメントの実施」「利用できるサービス等の情報提供」「ケア計画作成」「サービス等導入の援助」「他者との関わりに関する援助」「家族へのエンパワメント」が多く実施され、反対に、「生活環境の整備」「家庭内役割に関する援助」「身体症状の観察と対処」「生活習慣に関する援助」の実施が少なかった。

IV. 考 察

1. 本人のクライシス対応としての訪問看護・電話対応

本人から事業所に電話をかけたケースは、GAF得点の平均が40.1点であった。GAF40点台は、重大な症状があるか、社会的に深刻な障害がある状態とされ⁹⁾、40点以下は診療報酬「精神科在宅患者支援管理料」において重症患者と判定されるレベルである¹⁰⁾。SBSの低得点項目も総合すると、全般的機能が低く不安が強まっている対象であると考えられる。統合失調症はライフイベントで再発・増悪しやすいことがわかっており¹³⁾、本研究においても、対象者は過去平均4.8回の入院経験を有していた。不安が強まった状況は、在宅生活でのクライシス（危機）といえ、再発・再燃のリスクが高まる。本研究結果で、対象者本人から電話があったケースで、看護師は訪問時に「安全確保に関する援助」「精神症状に関する援助」「危機時の介入」をより多くおこなっていた。これらはいずれも対象のクライシス対応やクライシスになりやすい対象へのモニタリングであったと考えられる。

精神科訪問看護を専門におこなう事業所の実践報告では、利用者が夜間不安な時の対応として、自身のセルフコントロールを支えるクライシスプランを立てておく¹⁴⁾、電話で不安への対処法の内容を確認する¹⁵⁾という対応が実践されている。クライシスプランについて、原子¹⁴⁾は、①症状悪化の前兆を具体的に示す、②前兆を感じたときに、本人はどんな行動をとるのか、③そのときに、訪問看護師にはどのような支援をしてもらいたいのか、④どのような支援はしてほしくないのか、という内容を訪問看護師と明確にしておくことで、クライシスが減り、電話対応が減る可能性について提言している。クライシスプランとは、現在世界で最も広まっている当事者主体のリカバリーに向かう方法論であるWRAP（元気回復行動プラン）¹⁶⁾で用いられる手法である。WRAPは、自身の良い状態を維持したり望ましい方向へ向かうためのものであり、自分にとって役立つもの（道具）、どのようなときにその道具を活用するか、自分にとっての良い状態を自分で考え実践していく過程をいう¹⁷⁾。この考えを活用した支援計画を利用者とともに作成し、訪問看護を訪問と電話での対応を「セットで考える」¹⁴⁾ことで、訪問

看護の役割は訪問時にとどまらず、訪問時以外が利用者のスキル獲得の場になり、さらに訪問の効果を高めることができると考えられる。

一方で、過去の調査からは、精神科訪問看護において緊急性を要しない電話が多いことも報告されている¹⁸⁾。これは精神疾患特有の支援ニーズとも考えられ、例えば統合失調症患者では、他者とのつながりを確認する、生活上の心配ごと、確認や判断を求める電話があったという¹⁹⁾。寂しさや不安と折り合いをつけ、電話対応で安心感を持ってもらうこと¹⁴⁾が重要になる。本研究では、電話対応をしたケースで実施が多かった「精神症状に関する援助」がその対応といえる。

以上、訪問看護事業所への統合失調症の利用者本人からの電話は、緊急性を要するもの、緊急性は要さないが不安を軽減させるためのケアとしての電話の二つがある。電話を受けたときの緊急性の判断と、対応のアルゴリズムや支援計画を明確にしておくことで、精神科訪問看護を専門としない事業所においても、電話への困難感の軽減につながるのではないかと考える。精神疾患を有する人は、精神科訪問看護のエキスペートらがいのように、「24時間365日、連絡できる場所がある」²⁰⁾こと自体が、支えになるといえる。本調査では、「24時間対応体制加算」または「連絡体制加算」を算定していないケースが、本人から電話ありで15名中9名（60.0%）、家族から電話ありで7名中2名（28.6%）あった。電話対応が、訪問支援と並ぶ重要な支援として認知され、算定されることが望まれる。

2. 家族の困難を解決する手段としての訪問看護・電話対応

精神科訪問看護における家族ケアは、過去の悉皆調査では、利用者本人の機能レベルが低く家族が多くの支援を担う場合に、家族の負担を軽減し援助機能が維持できるよう働きかけ、家族と利用者本人の関係調整を担っていると報告された²¹⁾。本調査では、家族が事業所に電話するケースでは、電話がないケースに比べ対象者の重症度に統計的有意差はなかったが、ケース特有の精神症状「奇妙な行動」「能動性の障害」の得点が有意に高く、これらによって家族が困難を感じる場合に事業所に電話をしている可能性が示された。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²²⁾、特に、家族が精神疾患患者に抱く精神的な巻き込まれや攻撃性を高 EE（Expressed Emotion）とよび、統合失調症の再発率を上げることが知られている²³⁾。家族を支援することで患者の予後は改善するため²⁴⁾、精神科領域において家族支援は重視されてきた。平成24年度診療報酬改定において、訪問看護基本療養費に精神科訪問看護基本療養費が新設され、「精神疾患を有する患者とその家族」が支援対象となった²⁵⁾。しかしながら、わが国では家族への緊急時

の専門家による支援の不足が指摘されており^{26, 27)}、訪問看護師による家族のクライシス対応は、引き続き重要な役割であると考えられる。統合失調症対象の家族支援について、訪問看護時に実施されるケアは明らかになっていたが²⁸⁾、訪問時間以外におこなっているケアマネジメントについては調査されてこなかった。今回の研究で、家族が事業所に電話をしたケースにおいて、ケアの見直し・新たなサービスの導入支援など、ケアマネジメントが多く提供されていたことが明示されたのは新たな知見といえる。精神障害者ケアマネジメントとは、「福祉・医療・保健・就労・教育など、人々の生活ニーズと、地域にあるさまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて、調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法²⁹⁾と定義される。山口らの精神科外来患者対象の研究³⁰⁾では、統合失調症の者、過去の入院経験がある者等でケースマネジメント（ケアマネジメント）を実施した者が多かったと報告されている。本研究対象においても、対象者は入院経験が複数回ある者が多く、デイケアやホームヘルプ、地域活動支援センター、就労継続支援事業所を利用している利用者が2割前後ずつ存在した。利用者をアセスメントし、ニーズや変化に応じて支援を調整していくケアマネジメントは訪問看護においても重要な支援と考えられる。精神科訪問看護におけるケアマネジメントの実施状況や役割について今後さらに調査研究し、支援の質を高めていくことが求められる。

3. 本研究の限界と課題

本研究は、訪問看護ステーション11事業所の分析であり、本研究結果の一般化には限界がある。しかしながら、いずれも精神科訪問看護を主として実施している事業所であり、精神科訪問看護における電話と訪問支援の組み合わせの実践例を収集することができた。今後は、電話対応内容の分析や、利用者を対象に電話の効果を調査することで、精神科訪問看護での電話対応の意義について、さらに明らかにすることができると思われる。

V. 結 論

統合失調症の訪問看護利用者の特性と支援内容を調査し、訪問と電話を組み合わせた支援を必要とするケースの特徴が示唆された。事業所に電話をかけるケースでは、利用者では女性で不安が強くなる場合、家族では利用者に「奇妙な行動」「能動性の障害」がある場合に、電話をすることが多かった。このことは、統合失調症患者の訪問開始時のニーズアセスメントにも活用できる。クライシスプランを策定しておくことで、訪問・電話を組み合わせた支援をより効果的に行えるようにすることが求められる。

謝 辞

本研究にご協力いただきました訪問看護師の皆様へ感謝申し上げます。本研究はJSPS科研費JP23792746の助成を受けたものです。

文 献

- 1) 厚生労働省 [internet]. 精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要). <https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>. [accessed 2019-9-11]
- 2) 萱間真美, 松下太郎, 船越明子 ほか. 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 2005; 47 (6): 647-653.
- 3) 緒方 明, 三村孝一, 今野えり子 ほか. 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 1997; 39 (2): 131-137.
- 4) 厚生労働省社会保障審議会障害者部会 [internet]. 今後の障害保健福祉施策について (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. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/s1025-5c.html>. [accessed 2019-9-11]
- 5) 萱間真美. 精神科訪問看護提供体制の現状把握と評価に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業) 精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制構築の推進に関する研究, 研究代表者 河原和夫, 平成25-27年度総合総合・総合分担研究報告書; 2016. p. 39-59.
- 6) 瀬戸屋 希, 萱間真美, 宮本有紀 ほか. 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 2008; 28 (1): 41-51.
- 7) 林 裕栄, 内田恵美子, 田中敦子. 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 2010; 15 (1): 42-46.
- 8) 井上智可, 林 一美. 精神疾患患者を対象とする訪問看護スタッフの困難に関する文献レビュー. 石川看護雑誌 2012; 9: 121-130.
- 9) Association American Psychiatric. DSM-IV 精神疾患の診断統計マニュアル. 東京: 医学書院; 1996.
- 10) 厚生労働省保健局医療課 [internet]. 平成30年3月5日. 平成30年度診療報酬改定の概要 医科 I. 平成30年度診療報酬改定 II-1-4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価⑥ 地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価①. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf>. [accessed 2019-9-11]
- 11) Wykes T., Sturt E. The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. Br J Psychiatry 1986; 148: 1-11.
- 12) 大島 巖, 伊藤順一郎. 精神科で用いられる評価尺度 分裂病を中心として (3) 精神分裂病に用いられる社会機能評価尺度. 作業療法ジャーナル 1992; 26 (6): 456-465.
- 13) 中根允文. 統合失調症におけるストレス脆弱性の様態 発病・再発および経過に関わるライフイベント. 精神神経学雑誌 2007; 109 (8): 751-758.
- 14) 原子英樹. 【精神科訪問看護を始めよう! 深めよう! 特化型/非特化型の知恵と技】【特化型の技 電話対応】日頃の訪問とセットで捉えて、うまく活用する 頻回な電話, 「死にたい…」電話などへの対応から. 訪問看護と介護 2014; 19 (8): 633-636.
- 15) 村尾眞治, 岩上裕一. 【初めての精神科訪問看護 特徴と支援のポイント】 <報告3> 訪問看護ステーションReafくるめ (福岡県久留米市) 電話を四六時中かけてくる利用者への対応. コミュニティケア 2016; 18 (12): 20-22.
- 16) メアリー・エレン・コーブランド. 久野恵理訳. 元気回復行動プランWRAP. 道具箱; 2009.
- 17) 宮本有紀. 【国際動向をふまえた日本の強みと展望-精神障害リハビリテーションの変遷と現状】当事者主体の実践 WRAPと当事者研究. 精神障害とリハビリテーション 2017; 21 (2): 143-146.
- 18) 村方多鶴子. 【アウトリーチの基本技術 I】 (第2章) アウト

- リーチの基本スキル 訪問看護における電話対応. 精神科臨床サービス 2018;18 (3):281-294.
- 19) 余傳節子, 渡邊久美, 國方弘子. 在宅精神障害者からの電話相談内容の分析. 日本精神保健看護学会誌 2009;18 (1):121-127.
- 20) 原子英樹, 寺田悦子. 【うちの24時間対応体制-早朝・夜間・休日の緊急対応もこうやって支えています!】 どうしていますか, 「緊急対応」の体制 (case 2) 訪問看護ステーション卵. 訪問看護と介護 2018;23 (7):470-472.
- 21) 瀬戸屋 希, 萱間真美, 角田 秋 ほか. 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 2011;20 (1):17-25.
- 22) 酒井佳永, 金 吉晴, 秋山 剛 ほか. 精神分裂病患者の家族の負担に関する研究 患者の病識の家族の精神疾患への認識との関連. 精神医学 2002;44 (10):1087-1094.
- 23) 伊藤順一郎, 大島 巖, 岡田純一 ほか. 家族の感情表出 (EE) と分裂病患者の再発との関連 日本における追試研究の結果. 精神医学 1994;36 (10):1023-1031.
- 24) Pilling S., Bebbington P., Kuipers E. et al. Psychological treatments in schizophrenia : I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychol Med 2002;32 (5):763-782.
- 25) eらぼーる [internet]. MMSニュース No.99 (2) II. 訪問看護ステーションから精神科訪問看護を提供する場合 (1) 精神科看護基本療養費の新設. https://www.e-rapport.jp/news/mms_news/no99_2/02.html. [accessed 2019-9-11]
- 26) 半澤節子. 統合失調症患者の家族の介護負担感 介護負担感を軽減する効果的な家族支援とは. 日本社会精神医学会雑誌 2009;17 (3):287-295.
- 27) 半澤節子, 田中悟郎, 後藤雅博 ほか. 統合失調症患者の母親の介護負担感に関連する要因 家族内外の支援状況と家族機能の関連. 日本社会精神医学会雑誌 2008;16 (3):263-274.
- 28) 角田 秋, 柳井晴夫, 上野桂子 ほか. 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. 日本看護科学会誌 2012;32 (2):3-12.
- 29) 高橋清久 [internet]. 精神障害者ケアガイドライン:市町村で精神障害者ケアマネジメントを行うために. <https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/pdguideline.pdf>. [accessed 2019-9-19]
- 30) 山口創生, 川副泰成, 名雪和美 ほか. 精神科医療機関におけるケースマネジメントサービス利用者と非利用者の特性の比較 探索的外来患者調査. 精神医学 2019;61 (1):81-91.