

<事例 B-前> 2年間入院

[入院日数] 730 (日) × [1日あたり入院費] 10,372 (円)  
 =7,571,560 円 (757 万円強)

<事例 B-後> 2年間通院 (2週に1回) + 訪問看護 (週1回)  
 + デイ・ケア (週3回)

[通院日数] 52 (日) × [1日あたり入院外費] 7,732 (円)  
 + [訪問看護利用日数] 104 (日) × [1回あたり訪問看護費] 5,500 (円)  
 + [デイ・ケア利用日数] 312 (日) × [1回あたりデイ・ケア費] 7,080 (円)  
 = 402,064 円 + 572,000 円 + 2,208,960 円  
 =3,183,024 円 (318 万円弱)

	訪問看護前 2 年間	訪問看護後 2 年間
入院費	730 日 7,571,560 円	0 日 0 円
通院費	0 日 0 円	52 日 402,064 円
デイ・ケア費	0 日 0 円	312 日 2,208,960 円
訪問看護費	0 日 0 円	104 日 572,000 円
合計	7,571,560 円	3,183,024 円

### 事例 C (医療機関の訪問看護)

約9ヶ月間精神科に入院(任意入院)し、退院後からグループホームに入居し、デイ・ケア利用(週5回)、外来受診(月2回)をしていた。退院後1年と3ヶ月経過した通院中に訪問看護を導入し、その後2年間に再入院がみられなかったケース

50代前半、女性 (20代前半に発症)

グループホーム入居(退院後は自己資産で生活)

訪問看護開始前2年間:精神科病棟に288日(約9ヶ月間)入院

<退院後>

月に約2回(17日に1回)の外来受診

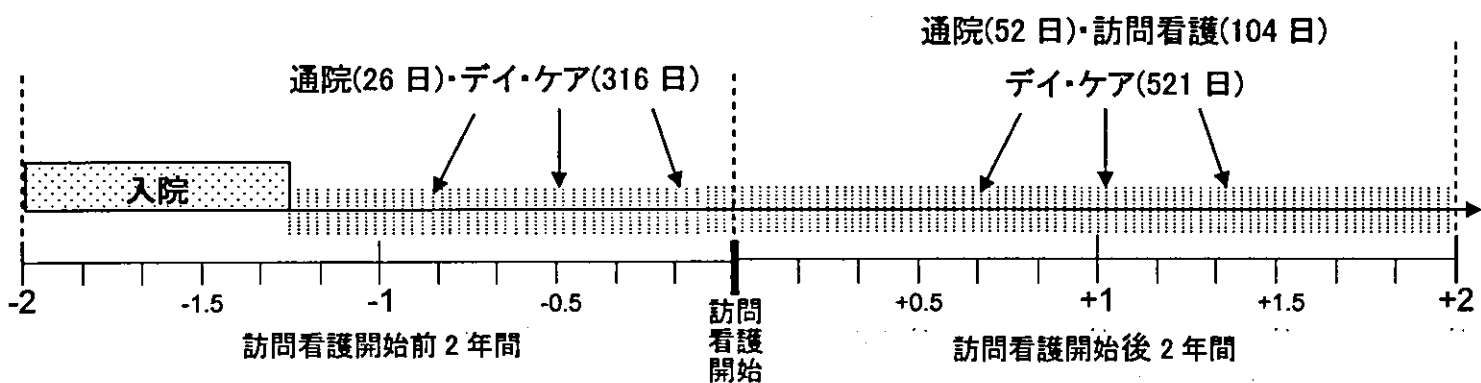
週5回のデイ・ケア利用

訪問看護開始後2年間:2週に1回の外来受診、

週1回の訪問看護(中断なし)

週5回のデイ・ケア利用

精神科への入院はなし



＜事例 C-前＞ 288 日間 〈入院〉  
 + 442 日間 〈通院(17 日に1回) + デイ・ケア(週5回)〉

[入院日数] 288 (日) × [1日あたり入院費] 10372 (円)  
 + [通院日数] 26 (日) × [1日あたり入院外費] 7732 (円)  
 + [デイ・ケア利用日数] 316 (日) × [1回あたりデイ・ケア費] 7080 (円) +  
 = 2,987,136 円 + 201,032 円 + 2,237,280 円  
 =5,425,448 円 (543 万円弱)

＜事例 C-後＞ 2 年間通院 (2 週に 1 回)  
 +2 年間訪問看護 (週 1 回) + デイ・ケア (週 5 回)

[通院日数] 52 (日) × [1日あたり入院外費] 7732 (円)  
 + [訪問看護利用日数] 104 (日) × [1回あたり訪問看護費] 5500 (円)  
 + [デイ・ケア利用日数] 521 (日) × [1回あたりデイ・ケア費] 7080 (円) +  
 = 402,064 円 + 572,000 円 + 3,688,680 円  
 =4,662,744 円 (467 万円弱)

	訪問看護前 2 年間	訪問看護後 2 年間
入院費	288 日 2,987,136 円	0 日 0 円
通院費	26 日 201,032 円	52 日 402,064 円
デイ・ケア費	316 日 2,237,280 円	521 日 3,688,680 円
訪問看護費	0 日 0 円	104 日 572,000 円
合計	5,425,448 円	4,662,744 円

### 事例 D (病院機関の訪問看護)

訪問開始前後ともに、入院の経験なく、外来通院（2週に1回）とデイ・ケア（週5回）であり、途中から2週に1回の訪問看護が導入されたケース。訪問看護開始後2年間の総医療費の増加がみられた。しかし、平成15年度の報告書の際に、調査したD氏の日常生活機能評価の結果をみると、訪問看護開始後、日常生活機能の身だしなみ・清潔についての改善がみられていた<sup>1)</sup>。

50代後半、男性（20代前半に発症）

自己資産あり、家族の援助なし、生活保護受給中

訪問看護開始前2年間：外来通院（2週に1回）

週5回のデイ・ケア利用

精神科への入院はなし

日常生活機能：身だしなみ・清潔について、たまに整っていない

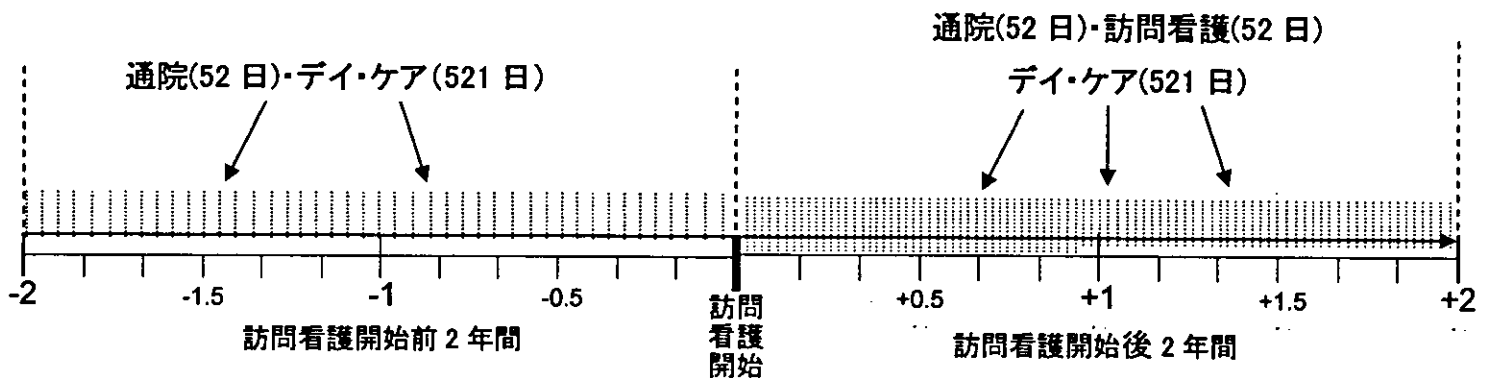
訪問看護開始後2年間：外来受診（2週に1回）

2週に1回の訪問看護（中断なし）

週5回のデイ・ケア利用

精神科への入院はなし

日常生活機能：身だしなみ・清潔が整い改善した



<事例D-前> 2年間通院（2週に1回）＋デイ・ケア（週5回）

＋ [通院日数] 52（日） × [1日あたり入院外費] 7732（円）  
 ＋ [デイ・ケア日数] 521（日） × [1日あたりデイ・ケア費] 7080（円）  
 ＝ 402,064 円 ＋ 3,688,680 円  
 ＝ 4,090,744 円 （410万円弱）

<事例D-後> 2年間通院（2週に1回）  
 ＋ 2年間訪問看護（2週に1回）＋デイ・ケア（週5回）

＋ [通院日数] 52（日） × [1日あたり入院外費] 7732（円）  
 ＋ [デイ・ケア日数] 521（日） × [1日あたりデイ・ケア費] 7080（円）  
 ＋ [訪問看護利用日数] 52（日） × [1日あたり訪問看護費] 5500（円）  
 ＝ 402,064 円 ＋ 3,688,680 円 ＋ 286,000 円  
 ＝ 4,376,744 円 （440万円弱）

	訪問看護前 2年間	訪問看護後 2年間
入院費	0日 0円	0日 0円
通院費	52日 402,064円	52日 402,064円
デイ・ケア費	521日 3,688,680円	521日 3,688,680円
訪問看護費	0日 0円	52日 286,000円
合計	4,090,744円	4,376,744円

#### 4) 病院の訪問看護部門利用者と訪問看護ステーション利用者の比較

対象者のうち、病院の訪問看護部門の利用者は79名、訪問看護ステーションの利用者は59名であった。訪問看護を提供する施設の種別により訪問看護に要する費用は異なるが、訪問看護開始前後それぞれにおける総医療費を、病院と訪問看護ステーションで比較したところ、統計的に有意な差は見られなかった。

病院の訪問看護利用者における医療費の内訳を図I-3-9に、訪問看護ステーション利用者における医療費の内訳を図I-3-10に示す。

いずれの施設においても、訪問看護開始前は、入院費が約8割を占め、通院費とデイナイトケア費（デイ・ケア費、ナイト・ケア費、デイ・ナイト・ケア費を全て合算したもの）がそれぞれ1割を占めていた。

訪問看護開始後では、病院利用者におけるデイナイトケア費の占める割合が約50%と高かったが、訪問看護ステーション利用者では約20%にとどまっていた。一方、訪問看護ステーション利用者では、入院費（約35%）と訪問看護費（30%）の占める割合が、病院利用者（入院費；18%、訪問看護；13%）に比べて高くなっていた。

病院の訪問看護を利用している場合、同法人内のデイ・ケア、ナイト・ケアを利用する機会も多く、デイナイトケアの占める割合が大きくなっていることが考えられる。

訪問看護ステーションを利用している場合、訪問看護・指導料に加えて、管理療養費等が加算されるため、訪問看護費の占める割合が高くなったと考えられる。加えて、訪問看護ステーション利用者では訪問頻度が高かったこと、入院が多かったこと、などの要因により費用が高くなったことが考えられる。

これらの違いは、利用者層やそれぞれの担う機能、立地状況等の違いなど、様々な要因によると考えられ、病院訪問看護と訪問看護ステーションの特徴の比較には、さらなる検討が必要である。

今後は、病院訪問看護と訪問看護ステーションの利用者の特徴の違い等を比較し、それぞれが担う機能を検討していくことが、必要と考えられる。

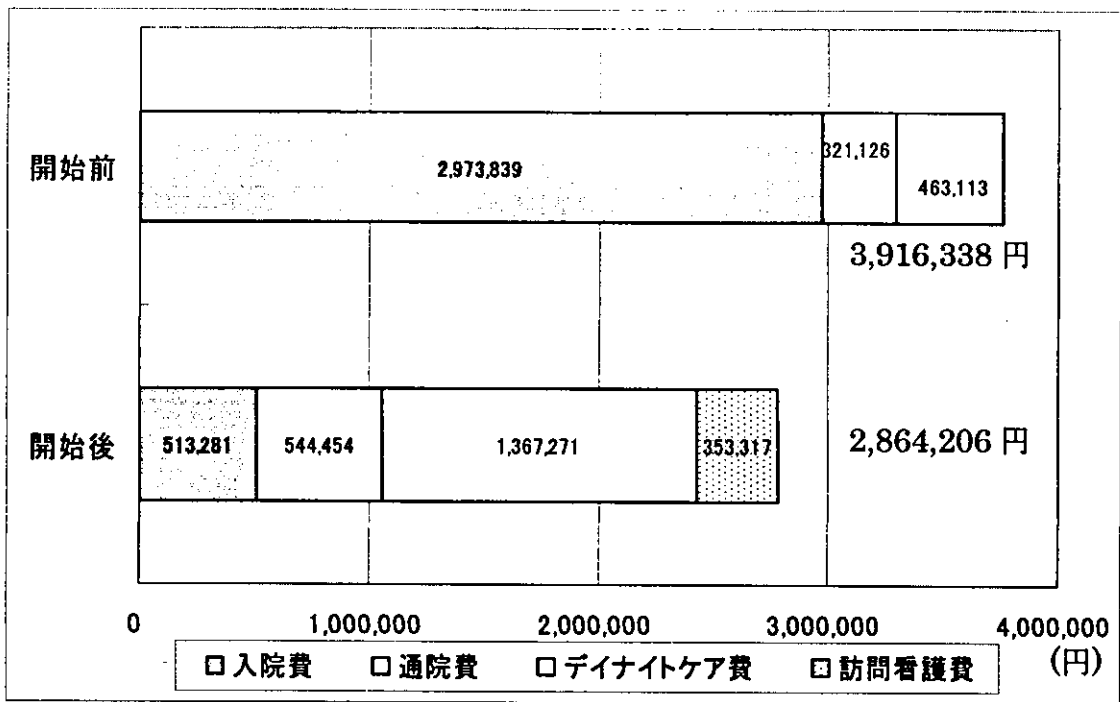


図 I - 3 - 9 : 病院の訪問看護部門利用者における医療費の内訳

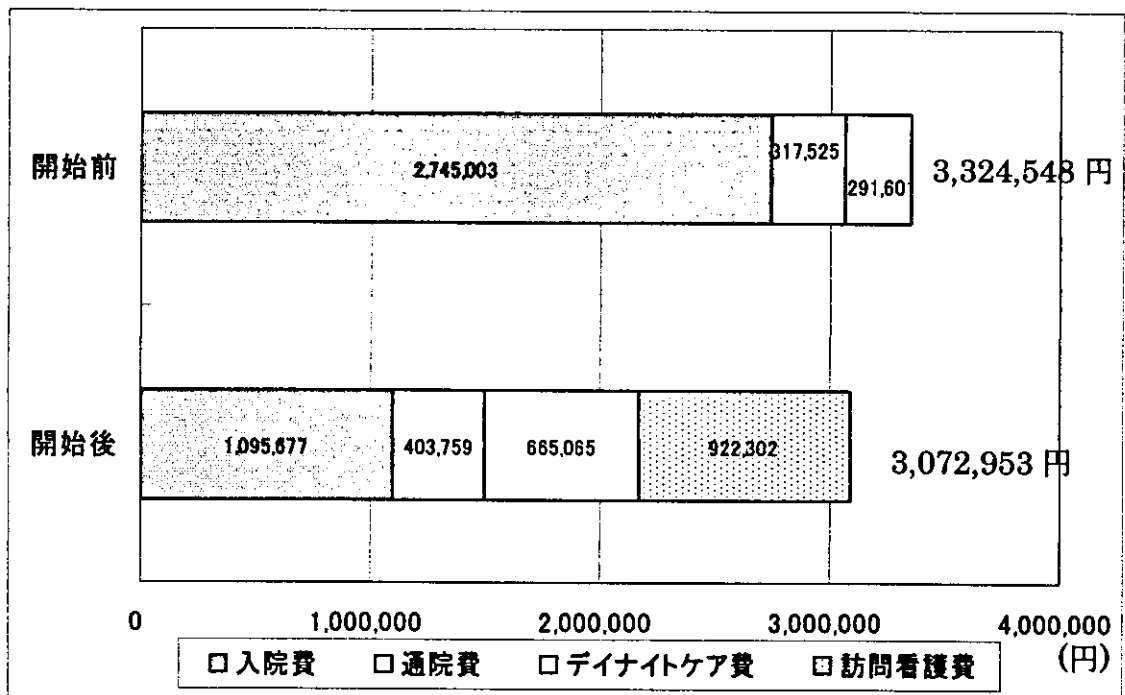


図 I - 3 - 10 : 訪問看護ステーション利用者における医療費の内訳

注：デイナイトケア費は、図 I - 3 - 9, 10 共にデイ・ケア費、ナイト・ケア費、デイ・ナイト・ケア費を全て合算したものを指す。

## 5) 医療費推計の妥当性の検討ーレセプト調査ー

診療報酬明細書(レセプト)で請求された医療費(1ヶ月平均)と推計で得られた医療費(1ヶ月平均)の相関を検討した結果、相関は $r=0.930$  (Pearson相関係数、 $p<0.001$ )と高かった。各ケース(一部抜粋)におけるレセプト請求額と、推計医療費を図I-3-11に示す。

全体的に、レセプト請求額に比べて、医療費推計値の方が高く算出された。これは推計にあたって、通院・訪問看護・社会資源等の利用頻度を多く想定したこと、詳細が不明な医療費に関しては取りうる最高値で算定したこと、によると考えられる。

個別にみると、レセプト請求額と医療費推計値との差が大きく見られたケースは、ケース4、ケース6、ケース9、ケース10(いずれも推計値の方が高い)、ケース2(推計値の方が低い)であった。

ケース4は、ナイト・ケア利用頻度について、推計で用いた頻度の方が、レセプトで請求された頻度よりも多かったために、推計値が高く算出されたと考えられる。これは、推計値では頻度を高く見積もったこと、ナイト・ケア利用頻度が低い時期のレセプトデータを用いて算出したこと、などの要因が考えられた。

ケース6では、2年間のうち約10ヶ月にわたって入院をしており、それに基づいて推計を行ったが、レセプトデータ(14か月分)では、入院の占める割合は2か月分のみであった。したがって、2年間分に換算すると、レセプトでの入院日数は3.4ヶ月分にしか相当せず、そのためレセプトデータの医療費の方が低く算出されたと考えられた。

ケース9、10では、1回の訪問看護料を訪問看護指導料(I)の550点を用いて推計したが、レセプトデータでは集団訪問を行っていたため、1回あたりの訪問看護指導料が160点であり、そのため推計の方が高く算出されたと考えられた。

ケース2では、2年間のうち約12ヶ月にわたって入院をしていたが、レセプトデータでは、データの得られた20か月分のうち、入院の占める割合が13か月分にわたっていた(2年分に換算すると15.6ヶ月分に相当する)ため、レセプトデータの医療費の方が高く算出されたためと考えられた。

今回は、レセプトと推計値では得られたデータの期間が異なっていたため、1ヶ月あたりの平均値として算出した。そのため、それぞれのデータが得られた期間に、対象者が入院していたかどうかによって、推計値とレセプトでは誤差が生じることが明らかとなった。



しかし、レセプトデータと推計値の相関は非常に高く、また推計は医療費を高めめに算出することを想定して行ったものであることから、今回算出した推計値は一定の妥当性を有すると考えられ、本報告書で算出した医療費の推計値は妥当なものとする。

なお、今後推計値を用いる場合には、入院期間ならびに入院病棟種別を把握すること、訪問看護指導料Ⅰ・Ⅱの別を把握すること、社会資源の利用頻度をより詳細に把握することが必要であろう。

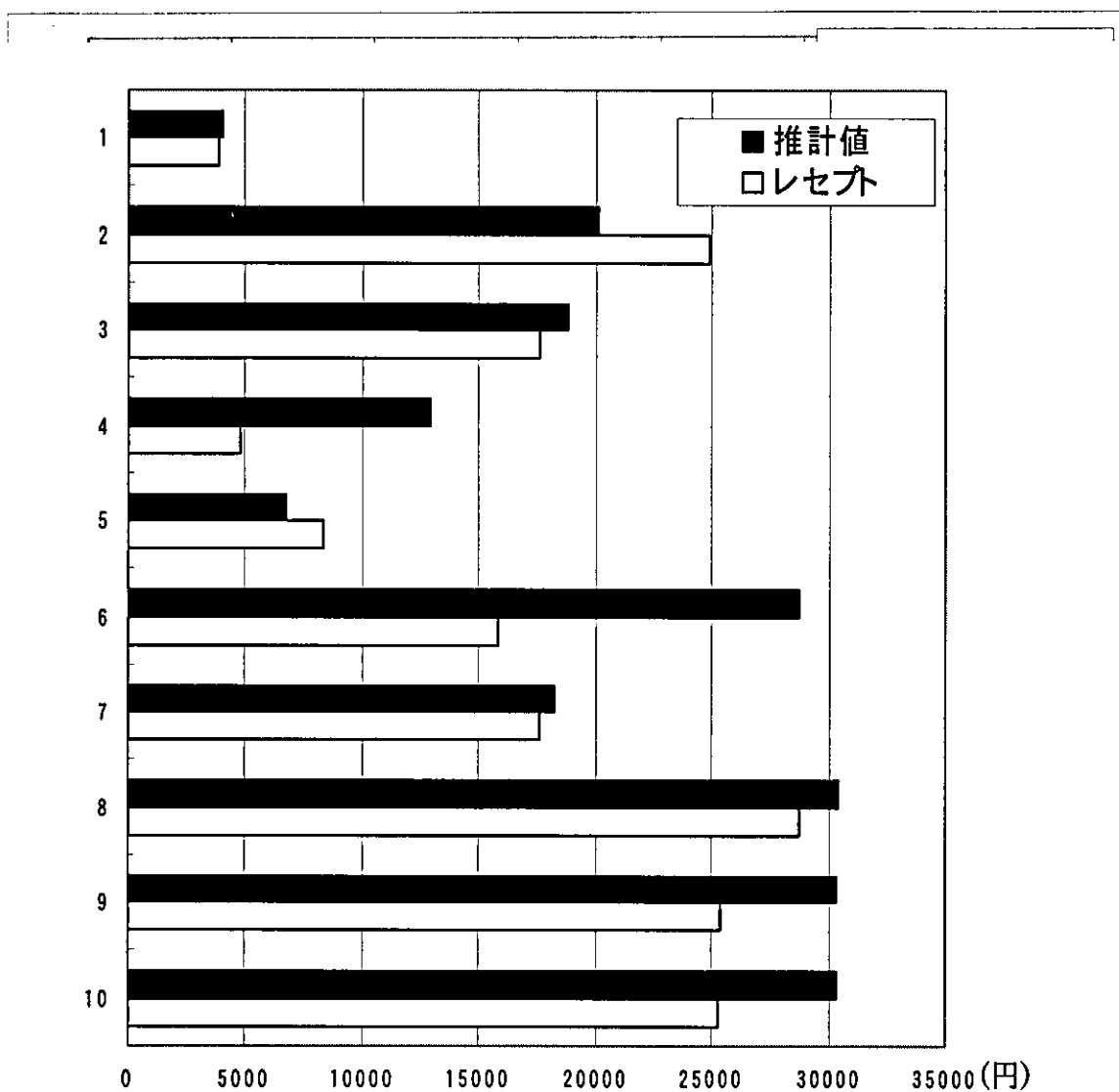


図 I - 3 - 1 1 : 各ケースにおけるレセプト請求額と医療費推計値の比較  
(ケース抜粋)

## 4. 本研究の限界

本研究は、訪問看護を提供している施設に協力を依頼し、その訪問看護提供施設にある記録や訪問看護者の記憶から情報を得る、振り返り調査のデータを元に行われた。このため、対象者の利用していた資源の詳細や、通院あるいは入院していた医療施設で算定されている診療報酬などに関する正確な情報が得られない場合も多かった。以上の理由により、今回の医療費推計では、病棟種別やサービスの種別を考慮せず、入院および入院外の医療費についてはわが国における平均値を当てて計算するという方法を用いた。この点については本研究における限界であると言える。

また、今回の推計では、1日あたり（1回あたり）の費用を算出できる医療費に限定して推計をした。しかし、一人あたりの金額ではなく施設単位の補助金によって運営される地域資源を利用している対象者も多く、それらの費用に関しては全く組み入れていない。また、生活保護や年金に関わる費用についても今回の推計では組み入れなかった。これらの費用を公的費用の推計に組み入れる方法についても今後検討が必要である。

### 資料

- 1)厚生労働省科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業 「精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究 -精神科訪問看護と急性期病棟における看護業務-」 平成15年度総括研究報告書（主任研究者 萱間真美），2004.

## II. 訪問看護ステーションの管理者へのインタビュー調査

### 1. 研究の目的と調査方法

#### 1)はじめに

精神科訪問看護は、再発防止と在院日数の減少に影響することが示されており、精神保健医療が在宅ケアへと急速に進んでいるわが国の現状から、その有用性が注目されている。本研究の昨年度の調査結果からも、地域生活の継続・入院期間の短縮に一定の効果を有することが示された。

精神科訪問看護は、精神障害者の社会復帰と再発防止に対する支援を行う在宅サービスである。主に、服薬指導、対人関係の支援、心理面への支援、日常生活援助、家族支援などのケアを行っているとされている。しかし、これらの報告は事例レベルのものであり、精神科訪問看護において、どのようなケアが実際に行われているのかについて、その全体像を具体的に明らかにしたものではない。

精神科訪問看護における具体的なケア内容が明らかとなれば、ケアの標準化及び評価を行う際の示唆となり、利用者が効果的なケアを受けることに貢献しうるものと考ええる。

#### 2)研究の目的

本研究では、訪問看護ステーションの管理者の視点から、精神科訪問看護のケア内容とそれに影響を及ぼす要素について以下の点を明らかにすることを目的とする。

- ① 精神科訪問看護において行われているケアの具体的内容を明らかにし、ケアリストを作成する
- ② 精神科訪問看護を行う訪問看護師を支えるための管理者によるサポート行動を明らかにする
- ③ 管理者が精神科訪問看護を行う訪問看護師に求めるものを明らかにする

#### 3)調査方法

##### (1)対象

本研究の対象は、精神科訪問看護の実施に実績を有する訪問看護ステーションの管理者とした。調査実施時に、精神障害者の利用者が30名以上もしくは母体組織に精神科病院を有する訪問看護ステーションをおおむねの基準とした。

## (2) データ収集

対象者への半構造化インタビューによりデータ収集を行った。インタビューを行った期間は、平成16年7月から平成16年11月であった。

インタビュー内容は、精神科訪問看護を実施する上で訪問看護ステーションの抱える困難や課題および管理者の行動についてであり、管理者としての立場で回答を得た。インタビューの内容は対象者の許可を得て録音し、逐語録を作成した。分析の際に、次回インタビューの比較対照の方向性を明らかにし、それに合った対象施設の選定とインタビュー内容の修正を行った。対象施設の選定にあたって、専門誌及び訪問看護ステーションのホームページなどの公開されている情報をもとに、地域差、ステーションの規模などを考慮した。管理者によるスタッフへのサポート行動とそれに関連する要素が明らかになるまでサンプリングを続けた(理論的サンプリング)。

8都道府県10市町村で精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションの管理者10名(男性1名、女性9名;平均年齢50.8歳(SD=7.4))にインタビューを行った。対象施設と対象者の背景を、それぞれ表Ⅱ-1-1と表Ⅱ-1-2に示す。インタビュー時間は66～118分で、平均88.9分であった。

表Ⅱ-1-1 対象施設の背景

ケース番号	開設期間	開設者	精神障害者の利用割合	スタッフ数 (事務職を除く)
1	4年4ヶ月	有限会社	20%	20名
2	7年3ヶ月	医療法人	90%	8名
3	4年5ヶ月	財団法人	65%	5名
4	2年2ヶ月	有限会社	100%	3名
5	9年6ヶ月	財団法人	45%	8名
6	7年3ヶ月	医療法人	85%	3名
7	6年10ヶ月	医療法人	95%	8名
8	4年3ヶ月	医療法人	20%	6名
9	8年7ヶ月	医療法人	60%	8名
10	7年7ヶ月	医療法人	80%	4名

表Ⅱ-1-2 対象者の背景

ケース 番号	性別	現職歴	年齢	現職以前の経験		
				精神科病棟	精神科訪問看護	管理職
1	女	4年4ヶ月	50代	32年	12年	12年
2	女	7年3ヶ月	40代	9年	3ヶ月	12年
3	女	4年5ヶ月	50代	13年	なし	4.5年
4	男	2年2ヶ月	40代	22年	2年	1年
5	女	9年6ヶ月	60代	4年	なし	15.5年
6	女	7年3ヶ月	40代	3年	1年	なし
7	女	6年10ヶ月	50代	6年	3年	なし
8	女	4年3ヶ月	60代	15年	14年	26年
9	女	8年7ヶ月	30代	3年	なし	なし
10	女	4ヶ月	40代	なし	4年	なし

### (3) データ分析

#### ① 目的①で用いた分析

逐語録を元に、訪問看護師のケア内容が語られた部分を抽出した。そして、ケア内容を一行為ごとに細分化し、カードに書き出した。管理者が語った、「スタッフらには、～（ケア行為）をしてほしい」「いつも～（ケア行為）をしています」といった、ケア行為をすべて書き出した。

その後、ケア行為が書かれたカードの分類と統合を繰り返し、類似しているケア行為のグループを形成した。研究者間で活発なディスカッションを行い、ケア行為のグループを決定し、グループ名をつけた。この時点で暫定的に形成されたグループ名は以下の通りであった。

「身体・合併症・副作用」「社会的」「家族」「日常生活援助」「精神症状・病状・心理」  
「患者に向かう姿勢」「経済的」「コミュニケーション」「ナースの姿勢」「その他」

また、インタビューデータには、「精神科訪問看護師のあるべき姿・望まれるケアへの姿勢」と「精神科訪問看護師が実際に行っているケア」が混在して語られていたが、このうち「精神科訪問看護師が実際に行っているケア」にのみ焦点を絞り、ケア行為を再度分類・統合し、ケア内容のリスト(精神科訪問看護ケア内容リスト)を作成した。

さらに、これらのインタビューデータから帰納的に抽出されたケア内容に、既存の文献から、現状で行われていることが明らかなケア内容・ケア行為を追加し、具体的なケア行為のレベルで定義づけを行った。定義づけにおいては、インタビューデータ及び文献を参考にした。

作成された精神科訪問看護ケア内容リストから、さらに実証的なデータを必要とするケアやそのデータの取得方法などについて検討した。

## ② 目的②③で用いた分析

分析は、Grounded Theory Approach における継続的比較分析法<sup>15)</sup>によって行った。

まず、逐語録をもとに、訪問看護ステーションの抱える困難や課題に対して、管理者がスタッフに行うサポートという視点で文章ごとにラベル名をつけ、理論的サンプリングにより得られた他の事例や異なる状況との比較分析を継続して行った。そして、比較分析を通して、ラベルの分類と統合を繰り返し、カテゴリー（概念）を産出し、その概念の特性を抽出した。新たなカテゴリーの産出が得られなくなるまでインタビュー調査を実施した。最後に、カテゴリー間の関係を検討し、スタッフへのサポート行動に関するモデル化を行った。

分析においては、質的研究の専門家のスーパービジョンと精神科訪問看護の研究者によるピアスーパービジョンを受けた。分析結果について、精神科訪問看護を実施している看護師とのディスカッションを行い、妥当性の確保に努めた。

## (4) 倫理的配慮

本研究は、東京大学大学院医学系研究科研究倫理審査委員会による承認を受けて実施した。

インタビューを受ける対象者に対して、研究の主旨、データの扱いを書面及び口頭で説明した。さらに、調査への参加は自由意志であり、研究参加への同意の有無や途中辞退によってなんら不利益を被らないことを説明した上で、研究協力への同意が得られた場合のみ調査を実施した。同時に調査結果の専門誌投稿および学会発表についても同意を得た。同意にあたっては、同意書を取得した。

インタビュー内容の録音に関して、録音媒体は無記名で取り扱い、インタビューデータは全て調査者によって厳重に管理された。逐語録作成は第三者を介せず調査者が行った。逐語録作成時に、個人を特定できる恐れのある固有名詞は、記号に変換した。

## 2. 結果

### 1) 精神科訪問看護において行われるケアの具体的内容

精神科訪問看護で行われるケアは、その特徴から「精神科看護に特徴的なケアの技法」「セルフケアに関する援助」「家族への援助」「連携」の4つのカテゴリに分類された。さらに22のサブカテゴリが抽出された(表Ⅱ-2-1)。

表Ⅱ-2-1精神科訪問看護ケア内容

カテゴリ	サブカテゴリ
精神科看護に特徴的なケアの技法	脅威を与えない訪問看護の導入 侵入感を与えないケアの技法 自己決定を促す技法 安全感を持てる対象を拡大するケア
セルフケアに関する援助	食生活に関するケア 睡眠、生活リズムに関するケア 排泄に関するケア 個人衛生、身だしなみに関するケア 住環境の整備に関するケア 金銭管理に関するケア 対人関係に関するケア 安全管理に関するケア 危機対応に関するケア 医療や福祉の活用および社会参加の促進に関するケア 精神症状に関するケア 服薬に関するケア 身体管理に関するケア 状態悪化時のケア
家族への援助	家族への援助
連携	施設内スタッフとの連携 医療機関との連携 社会資源の活用と他施設との連携

表Ⅱ-2-2 では、ケアの具体的内容のレベルまでを盛り込んだ、精神科訪問看護ケア内容リストを作成した。

以下、各ケアの具体的内容について、説明する。

表Ⅱ-2-2 精神科訪問看護ケア内容リスト

精神科看護に特徴的なケアの技法	脅威を与えない訪問看護の導入	開始前に顔合わせをする 顔見知りのスタッフと同行訪問する 相手を引き出す・理解する・共感する・気持ちを汲む 利用者への返し方・フィードバック 訪問看護の内容について説明する 話をする・聞く	
	侵入感を与えないケアの技法	距離をおく 利用者のペースにあわせる 見守る	
	自己決定を促す技法	利用者の希望を聞く いつでも相談を受けることを説明する 共に活動する	
	安全感を持てる対象を拡大するケア	色々なスタッフが関わる	
セルフケアに関する援助	食生活に関するケア	栄養摂取に関するケア 嗜好品摂取に関するケア 食料品の購入と保存に関するケア 調理用具の購入に関するケア 調理方法に関するケア 外食、出前、配食サービスなどの活用に関するケア	
	睡眠、生活リズムに関するケア	睡眠状態のアセスメント 休息と活動のバランスに関するケア	
	排泄に関するケア	排泄状態のアセスメント 下剤の服用状況と効果のアセスメント	
	個人衛生、身だしなみに関するケア	洗濯用具の購入に関するケア 洗濯方法に関するケア コインランドリーの使用方法に関するケア クリーニングの使用方法に関するケア 洗濯の必要性の判断に関するケア 風呂設備の操作方法に関するケア 銭湯の使用方法に関するケア 衣類の購入に関するケア 衣類の修繕方法に関するケア 季節・時間・場所に応じた身だしなみに関するケア	
	住環境の整備に関するケア	掃除用具の購入に関するケア 掃除方法に関するケア 住居設備の維持管理に関するケア 居住地区のルールに応じたゴミ出し方法に関するケア	
	金銭管理に関するケア	収支バランスに関するケア 家計簿の使用法に関するケア 銀行窓口やATMの利用方法に関するケア 公共料金の支払い方法に関するケア	
	対人関係に関するケア	他者との距離のとり方に関するケア 家族、友人とのつきあいに関するケア	
	安全管理に関するケア	鍵の管理に関するケア ガス、電気、火気の取扱いに関するケア	
	危機対応に関するケア	緊急トラブル時の連絡先の準備に関するケア 訪問勧誘・訪問販売への対応に関するケア 消費生活センターの利用方法に関するケア	
	医療や福祉の活用および社会参加の促進に関するケア	通院医療の利用方法に関するケア 院外処方利用方法に関するケア 交通機関、公共施設の利用方法に関するケア 保健・福祉制度の活用方法に関するケア 生活を楽しむことに関するケア 信仰の保障に関するケア 就労支援に関するケア	
	精神症状に関するケア	精神的安定をはかる 精神症状の観察 精神症状の把握 精神症状のコントロール 受診援助 電話相談	
	服薬に関するケア	服薬確認 服薬指導 内服できる工夫 副作用の観察 医師へ処方について意見を述べる	
	身体管理に関するケア	身体面のアセスメント 医療処置	
	状態悪化時のケア	状態悪化の兆候を共有する 外来受診・入院の必要性の判断 入院先の調整	
	家族への援助	家族への援助	家族にも訪問看護について説明をし承諾を得る 家族から情報収集 家族の話を聞く 家族の社会資源・医療の利用を援助
	連携	施設内スタッフとの連携	ミーティング ケースカンファレンス 看護計画・看護記録
		医療機関との連携	訪問開始前に情報収集をしに行く 精神科受診へつなげる 主治医に報告・相談 主治医の指示を確認
		社会資源の活用と他施設との連携	病院以外の社会資源との連携 他の訪問看護ステーションとの連携 訪問看護利用料の利用者の負担軽減



## (1) 精神科看護に特徴的なケアの技法

### ① 脅威を与えない訪問看護の導入

- ・ 家に入れてもらう
- ・ 開始前に顔合わせをする
- ・ 顔見知りのスタッフと同行訪問する
- ・ 相手を引き出す・理解する・共感する・気持ちを汲む
- ・ 利用者への返し方・フィードバック
- ・ 訪問看護の内容について説明する
- ・ 話をする・聞く

統合失調症患者は自我境界が不明確であり、侵入・侵害される感じを持ちやすいとされる。そのような状況の利用者の家に訪問する場合には、脅威ではない存在として利用者に認知されるための工夫を行う必要がある。その際に精神科看護独自の技術として用いられているカテゴリーを上記に列挙した。

#### ・ 家に入れてもらう

訪問看護の場は利用者の自宅であり、訪問を受け入れるかどうかという決定も利用者自身が行う。訪問看護師は「家に入れてもらう」ことを「ケアを受け入れることを利用者が決める」ことであるととらえる。

#### ・ 開始前に顔合わせをする

訪問看護が始まる前に、利用予定者が入院している病棟へ行き、顔合わせを行うことによって、利用者が訪問ケアの受け入れに向けて心の準備をすることを促すケアである。

#### ・ 顔見知りのスタッフと同行訪問する

訪問看護師が利用者これまで会ったことがないような場合には、あらかじめ顔を見知っているスタッフが同行訪問を行って顔つなぎをし、利用者のとまどいを軽減しようとする。

・利用者への返し方・フィードバック

利用者からの訴えに対して、状況の肯定的な側面を指摘したり、できていることをフィードバックすることによって利用者自身が自分の地域での生活における実績を認識し、自信を持てるように働きかける。

・相手を引き出す、理解する、支持する、相手を汲む

利用者が訪問看護師に対して自己開示することを助け、言語化が苦手な利用者が表現しきれずにいる不安などの感情を了解しようとする。

・訪問看護の内容について説明する

訪問看護開始時には、提供できるサービス内容を説明し、利用者と共に計画を立てることによってケア内容やケアの方法に関する利用者の不安を軽減しようとする。

・話をする、聞く

統合失調症の利用者では、自分のそのときの感情を適切に言語化することができず、妄想や幻聴などの形態を借りて表現し、その場にそぐわないことで適切な理解が得られない場合もある。本人の表現の特徴をつかむ意味でもまず利用者の話を注意深く聞く。場合によってはそれ自体がケアとなり、セルフケアを向上させる場合もある。ケアの導入において特に注意深く行われるケアである。

②侵入感を与えないケアの技法

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 距離をおく</li><li>・ 利用者のペースに合わせる</li><li>・ 見守る</li></ul> |
|--|

・距離をおく

統合失調症の利用者は、対人関係において適切な距離が保てず、過度に近づいたり、過度に回避的となることで問題を引き起こすことがある。また、訪問看護師にどこまで依存してよいのかという点においても、すべてを依存するか、まったくケアのニーズを表出できないかという極端な関係性をとることがある。訪問看護師は自分が援助できる限界を念頭に置いて適切な距離を置きながら必要な援助を提供する。

・ 利用者のペースに合わせる

ケア提供者が必要であると感じても、その時点でケアを行うことが利用者の脅威となったり、病的な反応を喚起してしまう場合がある。訪問という密室で行われるケアでは特にそのおそれがあるため、利用者のその時の状態を見極め、ペースに合わせる事が重視される。

・ 見守る

セルフケア能力がある程度高い利用者については、直接的に何かを代行したり、援助行為を行うことが必ずしも必要でない場合もある。その場合は安否確認や声かけ、生活の様子を見守り、変化に着目して未然に症状悪化を防ぐなどの「見守り」を中心としたケアが行われる。

③自己決定を促す技法

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 利用者の希望を聞く</li><li>・ いつでも相談を受けることを説明する</li><li>・ 共に行動する</li></ul> |
|--|

・ 利用者の希望を聞く

訪問看護師は利用者の地域での生活イメージやどのようなことを助けてもらいたいと思っているかといった訪問ケアに対するイメージの明確化を支援し、自己表出を促す。

・ いつでも相談を受けることを説明する

訪問看護師は利用者が困ったときにはいつでも相談に乗ることができる態勢があることを伝え、安心感、サポート感を提供し、その上で自己決定を促す。

・ 共に行動する

訪問看護師は利用者に対して一方的になんらかのケアを提供するのではなく、利用者が参加できる部分には参加を促しながら、十分なサポートを提供しつつ共に行動する。

④安全感を持てる対象を拡大するケア

・色々なスタッフが関わる

・色々なスタッフが関わる

複数の看護師が訪問することで信頼できる対象を拡大し、生活上のサポートをより適切に提供しようとする。