

### ③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

地域ケアに関わる職種は多様化している。さまざまな職種と、互いの役割を明確にし、援助していく上で必要な情報を共有、調整していくことが望まれる。上記のように、社会資源や他施設との連携に関するカテゴリーがあげられた。

#### ・病院以外の社会資源との連携

利用者が地域社会での生活を継続するためには、さまざまな社会資源を用いる必要があると同時に、さまざまな職種と連携する必要がある。精神科訪問看護には、よりスムーズに利用者が地域で回復過程を歩んでいけるように、他施設や職種とカンファレンスを行い、情報を共有し協働することが求められている。

#### ・他の訪問看護ステーションとの連携

訪問看護師は、他の訪問看護ステーションとも相談しながらケアを行っている。利用者への関わりの方法や結果について、その利用者に直接関与しておらず守秘義務を遂行できるアドバイザーが得られない場合、他の訪問看護ステーションに相談する場合もある。

#### ・訪問看護利用料の利用者の負担軽減

訪問看護師は、利用者の負担をいかにして軽減して、医療を継続できるか配慮している。保健師の訪問は行政機関の業務として、行政の判断によって無料で行われるものであるが、訪問看護師によるケアは利用者の負担を必要とする。安心して医療を継続できるよう、利用者の負担を少なくすることにも訪問看護師は気を配っている。

## 2) 管理者による訪問看護師(以下、スタッフ)へのサポート行動

### (1)抽出されたサポート行動

管理者のサポート行動として、《利用者・看護師関係の調整》《スタッフの安全の確保》《ケアを共有する場を提供する》《スタッフのトレーニング》の4つのカテゴリーが抽出された(表Ⅱ-2-3)。

表Ⅱ-2-3 カテゴリー・サブカテゴリー一覧

カテゴリー	サブカテゴリー
利用者・看護師関係の調整	新規利用者の情報を提供する
	利用者のペースにあった担当看護師の決定
	初回訪問に同行
	タイムリーなアドバイスを行う
	利用者の気持を把握する
	利用者の気持を担当看護師に伝える
	担当看護師を変更する
	他機関・他職種へのスポークスマンとなる
スタッフの安全の確保	困難ケースは二人訪問させる
	ステーションのキャパシティと利用者の査定
ケアを共有する場を提供する	スタッフ間でケアをオープンにする
	スタッフの報告にポジティブなフィードバックをする
スタッフのトレーニング	ベテラン看護師の訪問に同行させる
	自分で問題解決するのを見守る
	事例検討会の実施
	研修への参加の奨励

以下、サポート行動をサブカテゴリーのレベルで引用を用いて示す。なお、管理者による訪問スタッフへのサポート行動のカテゴリーは《 》、サブカテゴリーは〈 〉で示す。また、対象が述べた言葉の引用文は縮小した文字で示す。( )内は文脈を明らかにするために研究者が補った言葉である。

## 《利用者・看護師関係の調整》

利用者が訪問看護を導入してからの期間が短く、利用者と看護師が良い関係をまだ確立できていない時、また、利用者と看護師の関係性の悪化がみられた時、管理者による利用者・看護師関係の調整が行われた。

## 〈新規利用者の情報を提供する〉

管理者は訪問看護の開始前に、利用者本人と関係職種を交えて、合同カンファレンスを実施していた。合同カンファレンスには、利用者の家族や主治医、退院に伴って訪問看護が開始される場合には、病棟での担当看護師、ケースワーカーなどが参加した。利用者に対しては、責任者という立場で自己紹介し、訪問看護について説明し、在宅生活での希望を尋ねた。この時、利用者の訪問看護に対する受け入れや、家族関係などを観察していた。関係職種との連携不足や、急な訪問看護の依頼などにより、やむを得ず合同カンファレンスが実施できない場合も、病棟にカルテを見に行くなど情報収集した。そして、得られた情報を訪問スタッフに提供していた。

先生とか、いろんなスタッフからの情報を得るのに一応私が情報をもって、スタッフにきちんと情報を伝えるっていうのも兼ねていますんで (略)、一応、自分で情報、もらって、みんなに伝えるっていうことをしたいので。[ケース 10]

## 〈利用者のペースに合った担当看護師の決定〉

管理者は、得られた情報を元に新規利用者のケースとしての困難度を予測していた。過去に受診、内服の中断歴や入退院の繰り返しがある、精神症状に変化がある、自分の世界への閉じこもりや、攻撃的な言葉などコミュニケーションが難しい、関係諸機関との連携が悪いなどの特徴を有するケースは、困難なケースとされた。ケースの困難度と訪問スタッフの能力、利用者と訪問スタッフの相性から、利用者に受け入れられやすい担当看護師を決定していた。担当看護師を決定する際に最も重視したのは、利用者と訪問スタッフとの相性であった。相性とは、話すペース、動作のペースなどが合うということであった。

ペースが同じだったら、相手のペースを崩さないっていう、生活のスピード、その人の言葉のスピード、その人の生きている、話すスピードから食べるスピードから立ち上がるスピード、とにかく動く時のから、気持ちのスピードかな、毎日生活していく流れの速さっていうか。 [ケース 9]

(担当看護師を決める際) 私、疾患はあまり気にしていません、その方がどんな人っていう感じで、疾患はね、もちろん疾患も大切なんでしょうけど、やっぱり心をもってる、どういうことに困っているのか、どういう方なのかっていうので、合う人合わないナースっていうので (担当看護師を) 決めてますね。 [ケース 7]

(担当看護師を決める際) 相性っていうのもちょっとみながら、彼女だったらうまく受け入れてもらえそうだとか、男同士で年齢が近いから友達同士になれそうだとか、その人の生活歴とかあるでしょ、こういう生活をしてこられた方 (利用者) にはこの人 (看護師) がうまくいくんじゃないかとか [ケース 8]

#### 〈初回訪問に同行〉

担当看護師の決定後、管理者は初回訪問に同行し、利用者に担当看護師を紹介していた。以前に顔を知っている管理者が同行することによって、利用者に安心感を与えるためである。

初対面で (利用者) に面接して、このナースがいいなあって頭の中で思い浮かべながら、で、次はその人 (頭で思い浮かべた看護師) を連れていく [ケース 8]

この顔覚えておいてくださいね。担当者じゃないかもしれませんが、私は管理者ですから。この顔はまず行きます。で、担当ナースも行きますよ。安心して頂くっていう、出会いはやっぱり安心からいかないと。 [ケース 6]

#### 〈タイムリーなアドバイスを行う〉

管理者は毎日行われる訪問スタッフのケアの報告から、速やかな解決が必要な問題と判断した時は、別に時間を設けて訪問スタッフと面接をし、詳細な報告を受けた上でアドバイスを行っていた。訪問スタッフ自ら、個別に管理者にアドバイスを求めることも多かった。

やっぱり傷が大きくならないうちに相談してくれていることも、一つかもわかりませんね。だから、最後まで抱えていってしまうとね、もう取り返しがつかないかもわからないけど。だいたいつまづきかけた時に。 [ケース 8]

### 〈利用者の気持ちを把握する〉

管理者は訪問スタッフの悩みや困難感だけでなく、利用者の担当看護師や訪問看護に対する気持ちを把握しようと努めていた。利用者からの訴えがある場合は、クレームの窓口となった。利用者からの訴えがない場合は、他職種から情報を得たり、管理者自身が訪問するなどして、利用者の気持ちを把握した。

今まではうまくいっていても、それ(担当看護師がマスクをして訪問したこと)をきっかけに怖くなったっていうのありますね。苦手になったって。でもあまりダイレクトに利用者さんって言わなかったりして、他のサービス業者さん、ヘルパーさんとかを介して、怖かったって言ってきたり。[ケース 9]

(担当の)看護婦さんと合わないかな、話しにくいかな、どう思う、っってお聞きするんです。[ケース 8]

### 〈利用者の気持ちを担当看護師に伝える〉

管理者は、利用者の気持ちを担当看護師に伝えた。担当看護師は、利用者との関係性の修復に取り組むことを希望する場合と、他の訪問スタッフにバトンタッチすることを希望する場合があった。利用者の担当看護師への批判が厳しい時、管理者は、利用者の気持ちを伝えるべきかどうか悩むこともあった。

本人(利用者)が言う言葉をそのままスタッフの方に返した場合には、スタッフが「自分はそういう気持ちで言ったんじゃないから、もう一回自分が行かせてください。」「ちょっと私が行って来ます。」って。[ケース 7]

スタッフもそれ(利用者に指摘された点)が直らない、あなたを受け入れないケースもあるんだっていうことは返すようにしました。[ケース 9]

### 〈担当看護師の変更〉

管理者は、新しい訪問スタッフとの関係性の確立を試みた方が、利用者にとって適切であると判断した場合、担当看護師の変更を行っていた。担当看護師の決定時、スタッ

フに余裕がないなどの理由で、最適な選考ができなかった場合は、担当看護師を変更した。

本人さんに面接してスタッフ変えてみたことも1、2はあります。やっぱりね、ちょっと思ってるスタッフじゃなくて始めるときあるでしょ。相性って人間あるのよね、知識と努力だけではうまく行かない。人間と人間ですので、やっぱりうまくいかないこともある。[ケース8]

#### 〈他機関・他職種へのスポークスマンとなる〉

利用者・看護師関係の悪化の背景に、他機関・他職種との連携の悪さがあった場合、管理者は、訪問看護ステーションを代表して、他機関・他職種に対して、連携の改善を訴えた。

外来に関わっている人たちでみんなで話し合うっていう会議があるんですけど、外来ホール会議に緊急で出させてもらって、「こういう（連携の悪い）ケースを、こんなケースがあるんで改善してほしいんですけど、何とかならないですかね。」って言わせてもらったんです。[ケース7]

#### 《スタッフの安全の確保》

訪問看護を開始した直後や利用者の病状の悪化などで利用者と看護師の関係性が悪化した時など、訪問スタッフへの暴力やセクハラ行為が予測される場合、スタッフの安全を確保するためのサポートが行われた。

#### 〈困難ケースは二人訪問をさせる〉

スタッフの安全を確保するために、訪問スタッフ二人で訪問看護を実施することがあった。しかし、訪問看護ステーションでは、看護師二人による訪問は、診療報酬上の裏づけがないため、経営を圧迫したり、他の訪問スタッフへの負担になることから継続的に行うことができなかった。

ステーションの経営からいいますと、やっぱり二人で行くっていうところまでは困り

ますんでね。初期のね、状況がわからない時は二人で行くっていうのもありますし、あまりルーティン化しないで、今日はもう二人で行った方がいいって判断したら行ってもらうし。[ケース5]

#### 〈ステーションのキャパシティと利用者の査定〉

管理者は、訪問スタッフの余裕や能力など、その時々訪問看護ステーションの状況と利用者の状態から、ステーションのキャパシティと利用者の査定を行っていた。そして、訪問看護を継続することが利用者にとって適切かどうか、訪問看護ステーションにとって可能かどうかをアセスメントしていた。

管理者は、新規利用者を受け入れる際、訪問看護の適応の判断は、医師が行うものであると考えており、医師の指示を尊重していたが、管理者自身も利用者を受け入れることが可能かどうかアセスメントしていた。特に、急性症状が認められる場合や薬物依存、人格障害の場合は、暴力やセクハラ行為の有無を慎重にアセスメントし、女性の訪問スタッフが、単独で訪問看護を提供できるかどうかを査定していた。女性の訪問スタッフしかいない訪問看護ステーションの管理者は、男性スタッフの導入によって、利用者の受け入れの幅が広がるのではないかと考えていた。

女性を二人使ってますので、女性が一人で行って安全であるか。働く職員が行って安全に帰れることが最低条件ですね。[ケース4]

医師の指示ですので訪問できる範囲はしますけれども、どうしても条件が女性っていうこともあって、非常にまだ落ち着いてないとか、問題行動をおこしているとかっていう対象の人は、お断りするようになっていますね。[ケース5]

#### 《ケアを共有する場を提供する》

管理者は、スタッフ全員でケアを報告することによって、ケアを共有する場を提供していた。ケアの報告は、多忙な訪問看護業務の中で、朝や夕方のおわずかな時間を利用して、毎日行われていた。これはミーティングと称され、管理者への報告という業務上の役割だけでなく、訪問スタッフの感じるケアへの迷いを吐き出す場としても機能していた。管理者は、これらのサポート行動によって、一人で判断しなければならない状況におかれることが多い訪問看護に生じる、孤独感の解消を期待していた。

#### 〈スタッフ間でケアをオープンにする〉

ミーティングの中で、スタッフ間でケアをオープンにすることによって、訪問スタッフの抱える悩みや問題をスタッフ間で共有し、互いに意見交換を行う状況を作っていた。管理者は、報告の内容から、利用者と訪問スタッフの関係性を観察していた。

自分のやってる看護をみんなの前で堂々と発表、困っているのはどういうところが困っているとか、それに対してアドバイスをしたりっていうふうにして、自分にいろんな問題を抱え込んでしまわないようにして、困りごとがあったらすぐ相談を受けて、どういうふうに対処していったらいいかを考えて、対処してます。[ケース5]

#### 〈スタッフの報告にポジティブなフィードバックをする〉

ミーティングは、管理者や他の訪問スタッフによって、スタッフの報告にポジティブなフィードバックをする機会を与えていた。

責任持ってもらわないといけないわけですから自信っていうか、自信っていうよりはふにゃふにゃして行かれるよりはくよくよして行かれるよりは、「それでいいんじゃない、そういうアプローチがあるんじゃない」って話をしてね [ケース6]

果たしてね、自分のやっている看護が正しいんだろうかって迷うときありますよね。その時にみんなに大丈夫よ、私でもそうするとか言ってもらうと、すごく心強いと思うんです。[ケース7]

#### 《スタッフのトレーニング》

管理者は、訪問スタッフ自身が問題の解決策を見出せるように、個々の能力や希望に則して、スタッフのトレーニングを行っていた。

#### 〈ベテラン看護師の訪問に同行させる〉

管理者は、精神科病棟での看護経験がない訪問スタッフは、精神科訪問看護に対する抵抗感をもちやすいと捉えていた。そのため、訪問業務に余裕がある場合は、精神障害者に対する接し方や理解を深められるよう、精神科訪問看護の経験が豊かなスタッフの



訪問看護に同行する機会を与えていた。

精神科の経験のないナースっていうのは、どういうふうに接していったらいいかっていうところが不安があるので、同行することによって経験のある方の言葉かけの仕方とか、困り事をうまく聞き出してきたり、傾聴するっていうのはどういうことなのか、支持するっていうのはどういうことなのか、(略)実際に自分がそこで同席することによって、ああこうゆうふうにしたらいいなんだっていうのを、まさに体験してもらう機会になると思うんですね。[ケース5]

#### 〈自分で問題解決するのを見守る〉

毎日のミーティングなどで、訪問スタッフが精神科訪問看護の実施に悩みや困難を抱えていることを認識していても、具体的なサポートを行わない場合もあった。管理者は、訪問スタッフが試行錯誤し、自ら解決の糸口を見つける過程を重視していた。

自分で工夫しながらコミュニケーションとっていくのも大切だと思って。(略)私はそれぞれ接し方があって、それを考えながらやっているからと思って、それでいいんじゃないかと思って、特にアドバイスはしてないんです。[ケース10]

#### 〈事例検討会の実施〉

管理者は、必要に応じて事例検討会を行っていた。事例検討会では、訪問ケアのこれまでの評価と今後の方向性が検討され、他職種が参加することもあった。管理者は、事例を提供しない訪問スタッフも、事例検討会に参加することによって、多くのことを学べると考えていた。事例提供者の実施している訪問看護を、自分の担当する利用者に応用することで、新しいケアの手段を獲得していくことができるからである。

「ああ、そういう関わりもあるんか。」とかね、「そういうやり方もあるんだな。」っていうのも学べる、(略)一緒に行かないからね、特に精神はだぶって行けないんで、聞くことによって参考にはなってると思ってるんです。[ケース8]

#### 〈研修への参加の奨励〉

訪問スタッフが、論文の投稿や研修への参加など、積極的に精神科訪問看護について勉強したいと希望した場合には、管理者はできる限りその意欲を保障するよう努めていた。しかし、研修に掛かる費用と時間の両方を保障することは、非常に難しいのが現状

であった。

結構、研修の案内が入ってくるんですけどもね。その中で興味のあるのには「行かせて下さい。」ってスタッフの方から申し出があるのでね、許せる範囲で、時間とお金と、許せる範囲で。[ケース7]

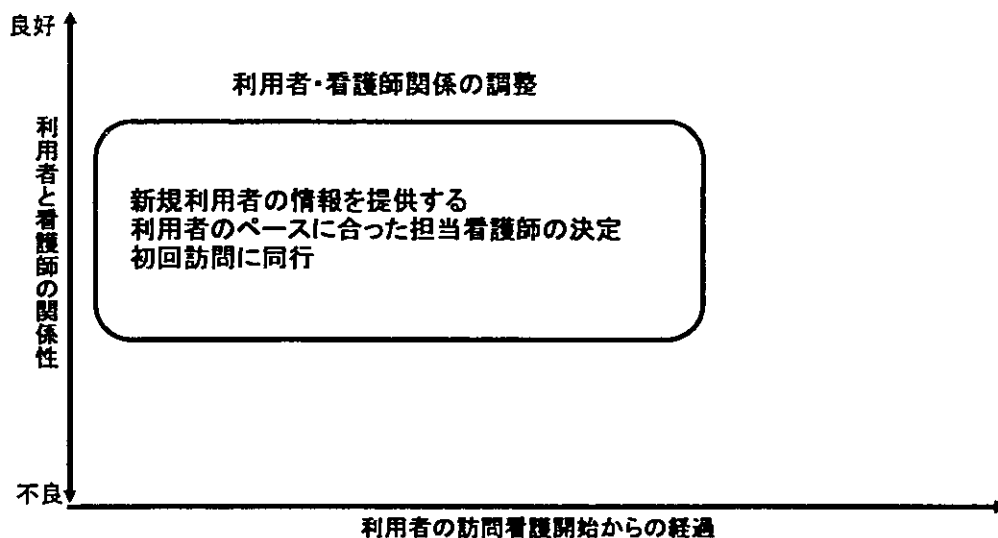
仕事を通してね、事例だとか研修に行きたいとかね、意欲で、またそれを報告したり、(略) 例えばメンタルな点でのサポートをまとめてみたいということであれば、それはすごく、やっぱりのびることだと思うんですよね。それがすごく刺激になる。(略) そのやる気をね、すごく保障したいと思うんですよね。[ケース1]

## (2) サポート行動の決定

管理者は、利用者と看護師の関係性の良し悪しと、利用者が訪問看護を開始してからの経過から適切なサポート行動を判断していた(図Ⅱ-2-1~5)。

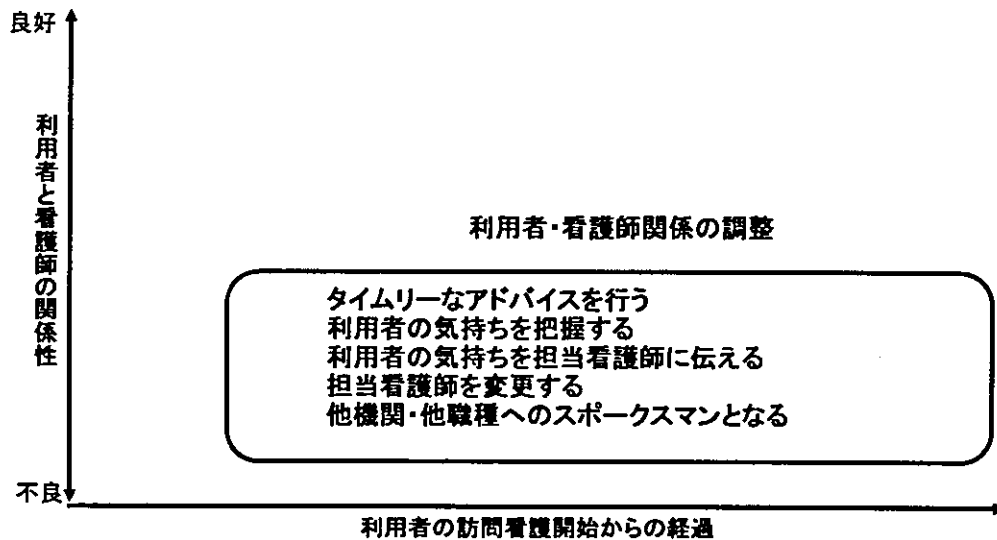
《利用者・看護師関係の調整》は、利用者と看護師の関係性が比較的良好でない場合に用いられていた。利用者が訪問看護を導入していく時期には、担当看護師による訪問看護のスムーズな開始のために、利用者と看護師の関係性が悪化した時は、利用者と看護師の関係性の悪化に対する対応として行われていた。そのため、サブカテゴリーのレベルでは、サポート行動を用いる状況に違いがみられた。

《新規利用者の情報を提供する》などの3つのサブカテゴリーは、利用者が訪問看護という新しいサービスを導入する時に、利用者と訪問スタッフが良い関係性を築いていけるためのサポートとして行われていた。



図Ⅱ-2-1

また、残りの〈タイムリーなアドバイスを行う〉などの5つのサブカテゴリーは、利用者と看護師の関係性が悪化し、訪問看護の継続が危機的状況に陥ったとき、利用者・看護師関係の仕切り直しを行うために、用いられていた。



図Ⅱ-2-2

《スタッフの安全の確保》も《利用者・看護師関係の調整》と同様に、利用者と看護師の関係性が比較的良好でない場合に用いられていた。

〈ステーションのキャパシティと利用者の査定〉は、訪問看護を導入する時と利用者と看護師の関係性が悪化した時のいずれにも用いられていたが、その目的が異なっていた。訪問看護を導入する時には、新規利用者の受け入れを判断するために、また、利用者看護師関係が悪化し訪問看護の継続が危機的状況に陥った時には、訪問看護を継続することが利用者にとって適切か、訪問看護ステーションにとって可能かを判断するために行われていた。

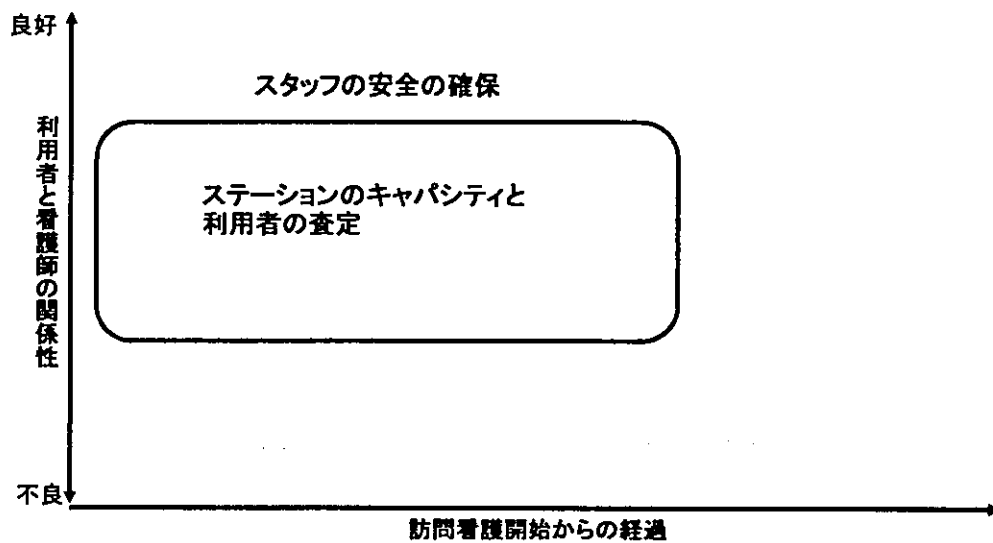


図 II-2-3

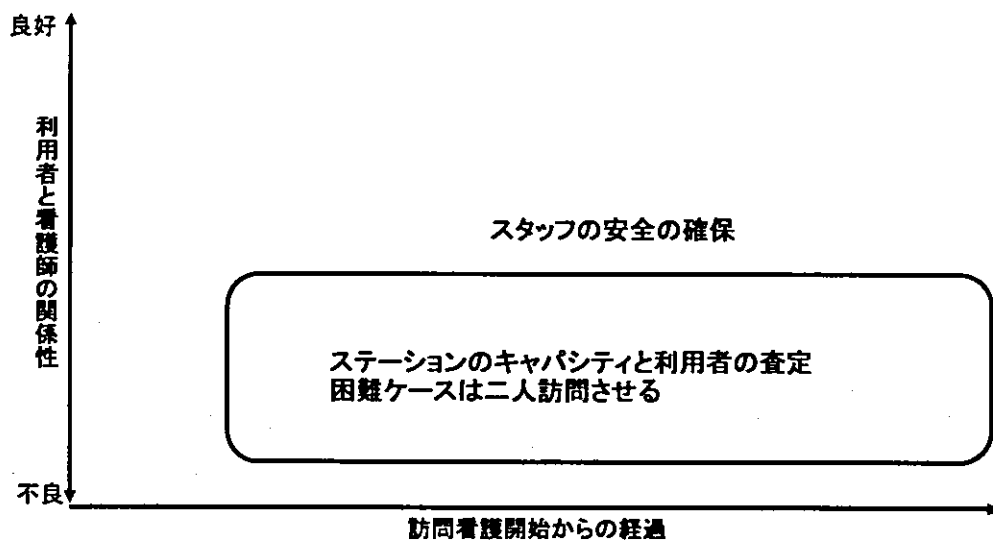
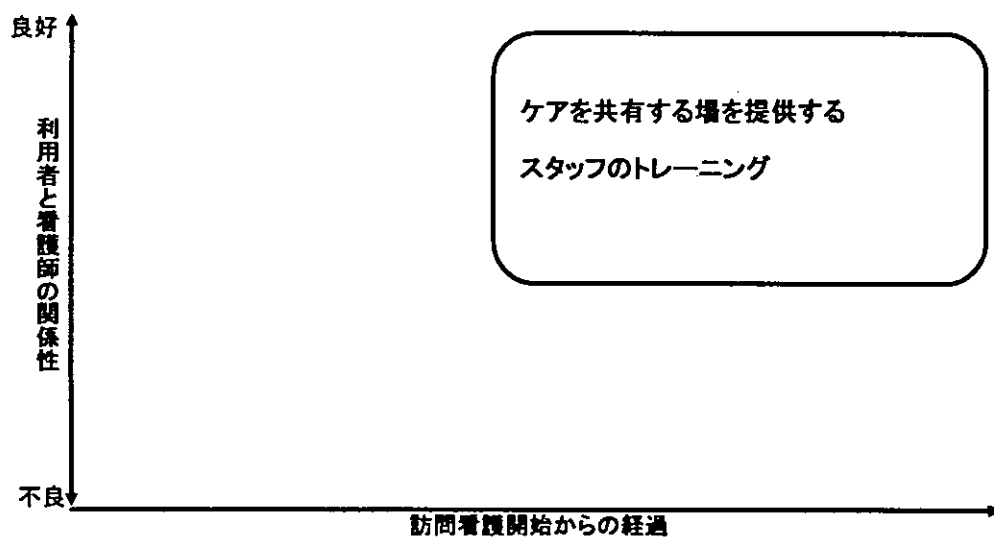


図 II-2-4

《ケアを共有する場を提供する》《スタッフのトレーニング》のサブカテゴリーは全て、訪問看護が開始されてからある程度の期間がたち、利用者と看護師の関係性が良好になり、協働して問題解決に取り組む状況になったとき、訪問スタッフの自己成長につながるサポートとして行われていた。



図Ⅱ-2-5

### (3) サポート行動を支えるサポート資源とその獲得の特徴

管理者は、サポート行動を行うために、サポート資源として金銭的、人的、時間的、物質的資源を必要とした。インタビューで明らかになったサポート資源について表Ⅱ-2-5に示す。

表Ⅱ-2-4 サポート資源

金銭的資源	人的資源	時間的資源	物質的資源
給与	男性スタッフ 余裕ある人員配置 他機関・他職種の協力者	休暇 昼休み 事例検討・研修の時間	移動手段 通信手段

訪問看護ステーションの開設者が組織か個人かによって、サポート資源の獲得の特徴に違いが見られた(表Ⅱ-2-6)。

開設者が組織の場合は、組織の支配内で管理者が工夫することによって、サポート資源を得た。

私たちがね、本当に独立採算制でできるものなら、っていわれても、それはできないですしね。本当に組織の中のですから人事権も別にないですし、ただ、これこれの仕事の量でこれだけの人では足りないからそろそろ補充お願いしますってその辺のことはありますけど、後は人事権は院長です [ケース3]

一方、開設者が個人の場合は、管理者の裁量で、自由な戦略を行うことによって、サポート資源を得た。

弾力的にファジーにしないと、精神科の人はみれないでしょ。(略)独立型の訪問看護ステーションは、親の病院も何も支持を受けてないんでファジーに僕がやるっていったらできるんで、この一文はこんなふうに解釈してこれで行くって、国保連(国民健康保険団体連合会)と掛け合って、国保連がOKすれば、例えば支払い基金がそれでいいという見解を示せばいいんです [ケース4]

表Ⅱ-2-5 開設者別サポート資源獲得の特徴

開設者	経営管理の形態	サポート資源獲得の特徴
組織(法人)	保護	組織の支配内での工夫
個人(会社)	自立	管理者の裁量に基づいた自由な戦略

#### (4) サポート行動と精神科訪問看護における継続のプロセス

管理者のサポート行動の決定に影響する要因として、利用者と看護師の関係性と訪問看護開始からの時間的な経過が明らかとなった。この影響要因をもとに、精神科訪問看護を、「導入期」「維持期」「危機」の3つの局面に分類し、継続のプロセスとした。

「導入期」とは、利用者が、訪問看護という新しいサービスを受け入れ、看護師に信頼関係を寄せていく局面である。また、「維持期」とは、利用者と看護師の信頼関係に基づき、在宅生活で生じる問題に対して、利用者と看護師と一緒に問題解決に取り組む局面である。多くの場合が、利用者・看護師関係の発展による時間的な経過に基づいて「導入期」から「維持期」へと移行した。

一方、「危機」とは、利用者と看護師の関係性が悪化し、精神科訪問看護の継続が危機に直面している局面である。「危機」への移行は、「導入期」に利用者と看護師がお互いを受け入れることができなかつた場合が多かつたが、「維持期」に利用者の精神症状の悪化や何らかのきっかけによる場合もあつた。継続の危機が回避できない時、精神科訪問看護は中断もしくは中止された。中断・中止は、利用者の入院に伴うこともあつた。

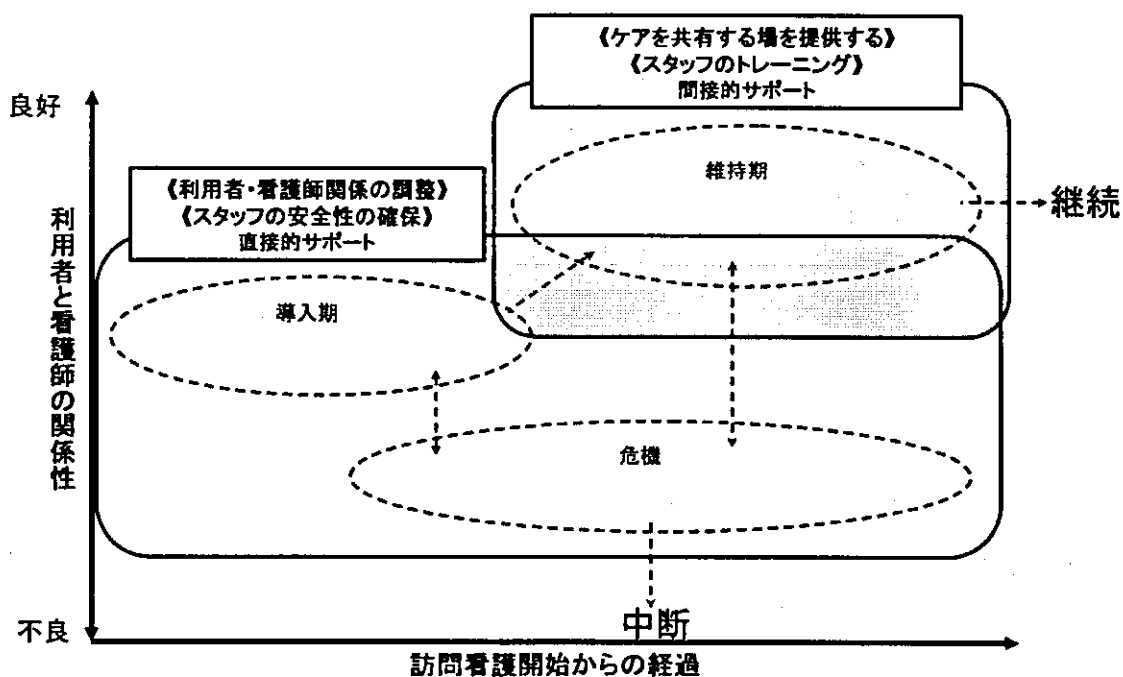


図 II-2-6



《利用者・看護師関係の調整》《スタッフの安全の確保》は、「導入期」と「危機」に、《ケアを共有する場を提供する》《スタッフのトレーニング》は、「維持期」に行われていた。「導入期」と「危機」は、管理者自らを介して行う直接的なサポート、「維持期」には、他のスタッフや研修などを介してスタッフをサポートする間接的なサポートという特徴が、サポート行動にみられた(図Ⅱ-2-6)。

さらに、「導入期」「維持期」「危機」のそれぞれの局面で、スタッフの抱える困難と訪問看護の中断の可能性に対する管理者の認識に特徴がみられた。そこで、精神科訪問看護の継続のプロセス、管理者の認識、訪問スタッフへのサポート行動をまとめた(表Ⅱ-2-6)。

表Ⅱ-2-6 スタッフへのサポート行動とサポート行動に関連する管理者の認識

精神科訪問看護の継続のプロセス	管理者の認識		管理者のサポート行動	
	スタッフの困難	中断の可能性	カテゴリー	サブカテゴリー
危機	訪問看護の中断の危機に関連した困難 安全が保てない 利用者からクレームがつく 利用者に対して陰性感情をもつ	顕在	《利用者・看護師関係の調整》	<ul style="list-style-type: none"> <li>〈タイムリーなアドバイスを行う〉</li> <li>〈利用者の気持ちを把握する〉</li> <li>〈利用者の気持ちを担当看護師に伝える〉</li> <li>〈担当看護師を変更する〉</li> <li>〈他機関・他職種へのスポークスマンとなる〉</li> </ul>
			《スタッフの安全の確保》	<ul style="list-style-type: none"> <li>〈困難ケースは二人訪問をさせる〉</li> <li>〈ステーションのキャパシティと利用者の査定〉</li> </ul>
導入期	訪問看護の中断のリスクに関連した困難 利用者で訪問看護を拒否される 利用者とは本音で話ができない 利用者の悩みを聞き出せない	↑	《利用者・看護師関係の調整》	<ul style="list-style-type: none"> <li>〈新規利用者の情報を提供する〉</li> <li>〈利用者のベースにあった担当看護師の決定〉</li> <li>〈初回訪問に同行〉</li> </ul>
			《スタッフの安全の確保》 《ケアを共有する場を提供する》	<ul style="list-style-type: none"> <li>〈ステーションのキャパシティと利用者の査定〉</li> <li>〈スタッフ間でケアをオープンにする〉</li> </ul>
維持期	訪問看護ケアの質の向上に関連した困難 訪問看護ケアの効果が見えない 利用者の問題を一人で抱え込む 問題解決の方法がわからない	↓ 潜在	《ケアを共有する場を提供する》	<ul style="list-style-type: none"> <li>〈スタッフの報告にポジティブなフィードバックをする〉</li> </ul>
			《スタッフのトレーニング》	<ul style="list-style-type: none"> <li>〈ベテラン看護師の訪問に同行させる〉</li> <li>〈自分で問題解決するのを見守る〉</li> <li>〈事例検討会の実施〉</li> <li>〈研修への参加の奨励〉</li> </ul>

以下、スタッフの困難と訪問看護の中断の可能性に対する管理者の認識、利用者・看護師関係と訪問看護開始からの時間的な経過といったサポート行動に関連する要素をもとに、精神科訪問看護の継続のプロセスの各局面について、引用を用いて説明する。

### ①導入期

訪問看護の導入期には、管理者は、訪問看護の中断の可能性を意識していた。また、利用者に訪問看護を拒否される、スタッフが利用者と本音で話ができない、スタッフが利用者の悩みを聞き出せない、といった主に訪問看護の中断のリスクに関連した困難がスタッフに生じると考えていた。これは、利用者と看護師の信頼関係が確立されておらず、利用者が積極的に訪問看護を受け入れ、訪問スタッフと一緒に問題解決に取り組もうという意識が芽生えていないことに由来していた。

単に、お薬が飲めているか聞くだけでは良い関係作りができていないのに、なんで人の家に来て、薬のことばかり言うんや、みたいだね。だから、本当に良い関係作りができていなかったら、指示されているような気がしたり、そういう事になったら駄目だと思うんですよ。私たちは、地域で、ちゃんと生活して頂けて、再入院せずうまくやっていこうって思ってるわけですから。何でも話してもらえて、で、飲んでなかったらね、忘れたって言ってもらえるような関係。[ケース8]

### ②維持期

維持期には、訪問看護の中断の可能性に対する管理者の認識は潜在化していた。そして、訪問ケアの効果が見えない、利用者の問題を抱え込む、問題解決の方法がわからないといった、ケアの質向上に関連した困難をスタッフが感じるようになって考えていた。

結果の見える看護っていう、清拭しては、「ありがとう」って言われるのとは、全然違うんですよ。私たちの関わりが、5年先でないと結果が見えないとか、反応がないって、あつたりしますとね、何のために行ってるのかなっていうのが、絶対ね、出てくると思うんですよ。[ケース2]

管理者は、スタッフが自分の訪問ケアに自信をもつことは、スタッフのストレスの軽減とケアの質向上をもたらし、訪問看護の継続につながると考えていた。そのため、訪問スタッフの自己成長を重視し、他のスタッフや研修を通しての間接的なサポート行動を行っていた。

### ③危機

利用者と訪問スタッフとの関係性が悪化した時、利用者からクレームがつく、スタッフが利用者に対して陰性感情をもつなど訪問看護の中断の危機に関連した困難が訪問スタッフに生じると管理者は考えていた。訪問スタッフは今までのケアを振り返り、利用者の状況をアセスメントし、迅速な対応が必要になった。この時管理者は、訪問看護の中断の可能性が顕在化していると認識し、訪問看護を継続して提供することが危機的

状況に陥っていると判断していた。利用者との関係性の悪化は、利用者による暴力やセクハラ行為など、スタッフの安全が保てなくなるといった状況を引き起こすこともあった。また、背景に利用者の精神症状の悪化がある場合も多かった。

セクハラ的なものね(略) ショックもらうナースいますよね。毎回毎回言われて、もう嫌で嫌でっていう状況が出てくるんですよね。で、この間(担当看護師を管理者に)変わりました。(略) 私、最後の人ですからね、私も困ったらどうするって、そんなの困るからね、訪問看護を中止しないとイケない状況がくるからねって(利用者)に話してね。[ケース6]

危機を経験することは頻度としてはまれではあったが、管理者の記憶には強く印象付けられた。管理者は、危機を回避し継続して訪問看護を提供していきけるように、訪問看護の仕切り直しを行っていた。

#### ④訪問看護の終了に関連する困難が生じる時期（終結期）

長く訪問看護を続けているケースにおいて、訪問看護を終了しても、利用者が安定した在宅生活をおくれるのではないかと思われることがあった。この訪問スタッフのアセスメントに反して、利用者から訪問看護の継続を求められたり、実際に、いつ、どのように訪問看護を終了すれば良いかわからないといった困難が生じていた。しかし、訪問看護の終了に関連した困難に対する具体的な管理者のサポート行動は明らかにならなかったが、管理者は、サポートの必要性を認識していた。

利用者が不安なんですよ。良き相談相手としての役割をすごくもってるから、関係ができる。私も、訪問看護が終了したっていうケースもいるんですけど、ほんとにまれです。今私10年間やってきてますけど、数えるほどです。(略)これ以上利用者増えたらマンパワーないよって、次の人受け入れられなくなりますよ。(略)その課題を考える時期にきてるんじゃないかと思えますよ [ケース6]

そろそろ訪問打ち切ってもいいんじゃないかなっていう人(利用者)でも、「やっぱり来てもらおうと、気持ちに張りがある、引き締まるから、まだ続けて欲しい。」って言う方もいます。[ケース10]

## (5) 本研究の限界と今後の課題

今回は、精神科訪問看護の継続のプロセスにおいて、維持期に続く次の局面についてのサポート行動を明らかにすることができなかった。現在、我が国では、精神障害者の脱施設化に伴い、精神科訪問看護の導入が積極的に行われている。この現状から、訪問看護を導入し維持していくことに対するサポートの必要性が高いこと、利用者の自立によって訪問看護が終結したという事例が少ないこと、が影響していると考えられる。今後、精神科訪問看護の導入から終結までを通して、訪問看護を継続するための管理者によるサポート行動を明らかにすることが求められる。

さらに、訪問スタッフが抱える困難に対して管理者のサポート行動が与える影響を検討する必要がある。その上で、管理者のサポート行動が、利用者のケアにどのように還元されているのかを明らかにする必要がある。