

3)精神科訪問看護師に管理者が求めるもの

精神科訪問看護を行う際に、管理者がスタッフに求めているものについて、インタビューの結果からまとめた。以下、引用を用いて説明する。

〈精神症状・副作用の把握〉

管理者は、利用者の言動や表情などの観察を通して、精神症状や副作用を的確に把握することは、精神科訪問看護を行う看護師にとっては不可欠な能力と考えていた。バイタルサインなどの客観的なデータを読み取って判断するというよりは、利用者の微妙な心理的变化や精神症状の悪化を主観的に直感的に感じ取り、対応を判断することが精神科訪問看護では求められた。精神科病棟の臨床経験を通して、様々な精神障害者の事例に接してきたスタッフの方が、的確に精神症状・副作用の把握ができると考えられていた。

今の精神症状とか状態を観察して、観察した状況はわかりますけれども、やっぱりきっちりと判断をして対処しないといけないというところが非常に難しい部分がある
[ケース5]

やっぱりね、たくさん事例をみてるかみてないかで、症状の把握っていうのは、もちろん薬剤の副作用にしる効果にしる、病棟の経験があるとね、だいたいその辺もね、つかめる。[ケース8]

〈予測できる〉

精神症状・副作用を把握し、現在の状況を的確に判断することによって、利用者の今後を予測することができていた。この予測を通して、ベテランスタッフは、在宅でももちこたえられる限界や訪問看護を継続していけるかどうかといった重要な判断を行っていた。

ケースを重ねていくことによって、だいたいの想像力が働くようになってくるんで、およそこうではないかっていのもそこからひっぱりだせるようになってくる。だからこうしたほうがいいんじゃないかって言うのが、検討が付きやすいところがあります。
[ケース4]

〈自分の看護に対する自信〉

管理者は、スタッフが自分の看護に不安や迷いを抱いていると、それが利用者に伝わり、ケアに支障をもたらすと考えていた。そこで、スタッフが自分の看護に対して自信をもつことができるように、サポートすることが重要だと考えていた。

スタッフ側からしても、最初に失敗したら落ち込んで、次が続かないとも思うんです。だからうまく行って、スタッフに自信を持たせる。そういうことで始めないとね、精神の訪問、行きかけたが、自信はないわって、最初につまずいてしまうんで。[ケース8]

挫折しないで、一つずつ積み重ねていって、みんな自信がでてきて、やっぱり経験をひとつひとつ積んでいくのが大事かな、ってスタッフ見てて思うんですよね。自信につながるし、そのあたりちょっと弱い部分で、成功感を味わうとかね。[ケース3]

〈精神科訪問看護への高いモチベーション〉

精神科訪問看護を行うにあたって、最も重要なのが、モチベーションが高いことであった。精神科訪問看護に対する意欲ややる気があれば、精神科病棟の看護経験は必要ないと考えている管理者も多かった。

私の希望は、一般看護を3年以上経験している人で、精神科看護に興味なりやってみたいという意欲ですよね。[ケース2]

なんでも在宅でがんばって吸収しようってきた人たち、だから、仕事の他に研修とか研究、論文も少し頑張ってみようとかね、研究論文とかね、これから、そういうところでも意欲がでてきたのでね、いいことですよね。[ケース1]

〈利用者を生活者として捉える〉

管理者は病気をみるのではなく、利用者の生活をみるのが在宅であると考えていた。

在宅にいるとね、正常異常みたいなところというのは、どこで線引きすればいいのかっていうのが難しくなるんです。続けられる、生活を続けられて、その人が安楽で快適であれば、障害って思わないとかね。精神障害とか幻覚とか妄想があるとかっていうのを別として、一番今生活で困っていること、日常生活でこの人が一番つらいことをみる。[ケース9]

〈利用者への共感〉

精神科病棟での看護の経験によって、利用者への共感が高まる場合と、逆に精神障害者への偏見が強まる場合があると管理者は考えていた。精神科訪問看護では、利用者への共感があつてこそ、利用者の生活を捉えることができると管理者は考えていた。

とてもかわいそうでみられんなあとか、これはつらいなとか、淋しいだろうなあとか、ばあつと感じて。放っておけんなんて盲目的に直感的にばあつと思う。そういうようなことも大事だなと思って、それは、看護する上では原動力かなって思います。
[ケース4]

〈利用者との距離をうまくとる〉

利用者との距離は、利用者・看護師関係によって常に変化するものとして語られている。特に、利用者の信頼を得ていく段階では、看護師は利用者を受け入れ、甘えられる存在、つまり近い距離をとろうとした。しかし、ある程度利用者との信頼関係が構築されてくると、利用者の自立を促す為に徐々にその距離を離していった。管理者は、常に自分が看護師という立場で訪問看護を行っていることを自覚し、利用者との間に適切な距離をとることが重要であると考えていた。しかし、利用者との距離が近くなりすぎることもあった。利用者との距離が近くなりすぎると、看護師がバーンアウトする、他の看護師との関係作りに支障を来たすといった影響がみられた。

自分は何者なのかっていうことですよね。近所のおばさんでも家族でもヘルパーでもなんでもなくて、私たちは看護者として援助者として関わっているんだという自覚の部分の時々振り返っておかないと、ばああつと入ってきてしまって、何もできなくなってしまって、いろんな問題が山積してきてしまってバーンアウトになってしまう。[ケース5]

やっぱりナースはナースであるべきだし、友達ではないし。仕事で行ってるんだよつというのを自覚してほしい。もし、何らかの形でローテーションになった（受け持ちが変わった）場合に、「あの人はこうしてくれたのに。この人はしてくれないわ。」つというの（利用者）でてくるのかな。いつまでもその人がステーションのスタッフであるわけでもないし、いつまでもその関係が続くわけではないし、あんまり馴れ合いになるのは良くないと思います。[ケース7]

依存、頼られすぎる、断れなくなるでしょ。そういう環境はつくらないほうがいいですね。頼りにしてるのよつて言うまでにはいいんです。でも、何でも聞いてもらえるつて言うことではないんですよね。[ケース8]

べたべたべたつて甘えちゃつて。だけど、私には甘えていいよ。だけど、そこで人間関係つて、大丈夫なんでも言ってくれる関係になつたけど、それが行き過ぎてく

ると、全く依存で離れられなくなる。べったりなっちゃって、もうこの人がいないと駄目な状態になっちゃう前に、だけど、やっぱり正しいことっていうのはこっちだよなって修正していける、そういう人間関係。[ケース 9]

〈臨機応変にマルチに動く〉

管理者は、精神科訪問看護師は、他機関他職種との連携やケアのマネージメントを行う一スワーカーとしての役割、買い物や掃除を行うヘルパーとしての役割など様々な役割を求められており、臨機応変にマルチに動くことが重要と考えていた。利用者のニーズや困り事に対して、ひとつひとつ対応していくことによって、利用者との信頼関係が構築されていくからである。

機械の修繕をしたりとかね。看護師だけど、いろんなこと知らないと、スイッチ一つ、電気洗濯機の配線が一つ違うと動かないわけですよ。その配線がわからないと看護師失格ですよ。なんでも電気屋さん呼んでたらとんでもないから、それもわかる、「いやあ、ありがとう」（と利用者によってもらえることで）それで信頼関係変わってきますよね。そういうふうにマルチ的なんですよ。いろんなことしてないと駄目。[ケース 6]

いろんなその出来事がおこっても、臨機応変に対応して、なおかつ臨機応変でファジーな、ゆとりのある、余裕のある、相対仕方 [ケース 4]

〈利用者と一緒にやる〉

管理者は、精神科訪問看護では、看護師が利用者を介助するというよりは、利用者と一緒に行動することが重要であると考えていた。

あくまで身体はねお元気なわけですから、麻痺があるわけではないので、一緒にしようね、調理をする時でも、お野菜を切るとかね、分担をしてしようねって、お買い物もできたらね、一緒に行って選ぶ [ケース 8]

〈利用者の家族に目を向ける〉

管理者は、精神科訪問看護においては、利用者同様に家族に対するアプローチが重要であると考えていた。

本当にこう一直線、利用者さん一筋だと家族はおいていかれるところがあるし、やっ

ぱり介護する人にも目をむける。介護者を支えるのも大きい、必要なことだと思うんですけども、それがやっぱり抜けてきちゃうというか、その辺をうまく、介護者の疲労をわかってとか、精神状態を把握してやっていかないといけないと思うんです。[ケース 2]

やはり中心は利用者さんなんですけど、家族も倒れてしまったら、見る人がいなくなって、本当にご家族も支えていかなければいけないっていう思いが強いんですね。[ケース 10]

4)精神科看護における訪問看護と病院看護の相違点

精神科看護における病棟看護と訪問看護の相違点について、「看護師・患者関係」「看護の場」「看護ケアの視点」「看護の目標」「ケアの体制」の特徴についてまとめた(表Ⅱ-2-7)。

表Ⅱ-2-7 精神科看護における訪問看護と病院看護の相違点

	訪問看護	病棟看護
看護師・患者関係	利用者中心	医療者中心
看護の場	出向く看護	迎える看護
看護ケアの視点	生活中心 個別的	治療中心 集団の中
看護の目標	利用者の人生の目標に近づく	在宅に帰ること
ケアの体制	代替りのスタッフがいない	代替りのスタッフが常にいる

以下、それぞれの特徴ごとに管理者によって語られた引用文を示す。

(1)看護師・患者関係

私たちやっぱり当事者メインですけど、そのためにはこの人がどういう経過をたどってきて、どういう思いをしてきているのかって言うのを知らない、やっぱり一方的な部分になってきてしまうんですよね。[ケース 6]

自分は何してきたの病棟でって、やっぱり押し付けだったんだなって。それはやっぱり自分たちサイドで指導をしてたんですよ。指導は、在宅では通用しませんよ。[ケース 6]

(2)看護の場

病棟って受け入れる方。私たちって家に受け入れられる方。どうぞって受け入れられる方だから、気に入られなければ拒まれる。でも、病棟とか病院は私たちが受け入れる方なんで、受け入れられる方のほうが弱くなる、入れてもらうほうが弱くなる。[ケース 9]

(3)看護ケアの視点

病院は病院の中で治療をするという視点にたったケアをされてますから、それが中心ですよね。在宅は生活が中心で、その人が生きていくっていうことが中心ですね。そういうことを見据えてケアをしていますでしょ。[ケース5]

病院だと、病院のペースじゃないですか。集団生活の中の一人で、精神科って個別性っていうよりはね。[ケース9]

訪問看護っていうのは、個別。一人一人のケアって言うことになるでしょ。病院、いろんなとこいっぱいあるんですけども、その人の全体像っていいですか、その人の生き様っていうか、そういうのもひっくるめて理解できるっていうのは、在宅が一番個別性がわかると思うんですよね。[ケース5]

(4)看護の目標

生活だとか人生だとか、病棟ではそういうことはなくて、精神症状をおさえるとか、精神の治療をするとか、ADLをあげていく、ADLをあげていく目的って言うのは、在宅へ帰って一人で生活していくっていう大きな目標はあるとしても、そこ(利用者の生活や人生)の目標に近づく目標設定ではないと思うんですよね。[ケース5]

(5)ケアの体制

病棟の中では、代わりのスタッフがいますからね。自分がそこでうまくいかなかったら、例えば、夜勤帯で他のスタッフがうまくいかなくてもわからないし、お昼の時間帯だったら何人も職員がいるんで、また声かえを違う人がすればいけますよね。ただ在宅は一人なんですよ。自分が行って関係作りしないと誰もしてくれないんですよ。[ケース8]

参考文献

- ・萱間真美(2001): 精神科訪問看護・訪問指導ケースブック, 南江堂.
- ・坂田三充監修(2005): 精神看護エクスペール, 中山書店.
- ・厚生省保健医療局精神保健課監修(1995): 精神訪問看護研究テキスト, 日本医療企画.
- ・田中美恵子(2004): 精神障害者の地域支援ネットワークと看護援助, 医師薬出版株式会社.
- ・寺田一郎(2003): 改訂 精神障害者ケアマネジメントマニュアル, 中央法規出版.
- ・日本看護協会出版会(2005): 新たな訪問看護研修テキスト ステップ2 6章 精神障害者の看護 4節 精神障害者への訪問看護の実践.
- ・樋口康子, 稲岡文昭(2004): 看護学双書, 精神看護 第2版, 文光堂.

2 症状増悪時の急性期治療を効果的に行うための 急性期病棟における介入技術およびその効果 ー 精神科急性期クリニカルパスの開発 ー

I. 研究の目的

現在、医療の現場において、根拠に基づいた医療の提供、提供する医療内容の患者への提示、チーム医療の促進、医療の標準化、医療内容の確実な記録などを目的として、クリニカルパスを開発し導入する動きが大きくなっている。

しかし、精神科領域においては、医療の標準化を目指しても、同じ疾患でも呈する症状は患者によってかなり異なり、その症状に対する対応は状況に依存する部分も大きい。また、精神科疾患に起因する精神状態や心理状態を逐一物理的な指標等で測定することは困難である。このような理由から、精神科領域でのクリニカルパスは他科と比べ、開発への着手は速いとは言い難かった。しかし、精神科における介入技術を明文化すること、チーム医療を促進することなどを目標に精神科におけるクリニカルパスの開発が模索され始め、国内の医療施設における精神科領域に関するクリニカルパスの開発、導入の報告が近年なされ始めている。

当研究班では、症状増悪時の急性期治療を効果的に行うために急性期病棟で行っている介入技術を明確にし、その効果を明らかにすることを目標とし、特に介入技術を明らかにするために、精神科急性期におけるクリニカルパスを開発することが有用であると考えた。そこで、平成 15 年度には都内の精神科病院である A 病院における精神科急性期クリニカルパス開発に関わり、その開発の過程の第一段階とその段階における課題が明らかになった。

今年度は、さらにクリニカルパスの開発・改訂を継続している A 病院における、精神科急性期クリニカルパス開発の 2 年度目の活動過程を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 研究の概要 クリニカルパス開発およびその改訂の流れ

1. クリニカルパス開発の場所

当研究に協力を得られた都内の A 病院においてクリニカルパス（以下「パス」と略す）が開発された。

A 病院は精神科を主体とした、精神科病床数 600 床以上の大規模病院である。A 病院では病棟が機能分化されており、精神科急性期病棟は 4 病棟ある。その内訳は「精神科救急入院料」算定病棟が 1 病棟、「精神科急性期治療病棟入院料（1）」算定病棟が 2 病棟、「精神科病棟入院基本料 3」算定病棟が 1 病棟で、合計 4 病棟となっている。

昨年度はこれらの急性期病棟 4 病棟において精神科急性期パスを作成する活動に取り掛かり始めていた A 病院と協力し、精神科急性期病棟に入院する患者を対象とした精神科急性期パスが開発された。今年度も A 病院では引き続き昨年度開発されたパスの見直しおよび新たなパス開発が行われ、本研究ではこの過程を探った。

2. パス開発のための組織作りの過程

1) これまでの流れ

パス開発初年度には、精神科急性期パスの開発を目的として、精神科急性期病棟に所属する医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師等により、精神科急性期クリニカルパス検討会が結成された。この検討会は月に一度の割合で会合を持ち、どのように急性期パスを作成していくか検討がなされ、急性期パスの原案や試用版が作成されてからは具体的な改善部分について話し合いがなされた。そして、この検討会の下部組織として、クリニカルパス小グループが結成され、月 2～3 回程度の割合で会合を持ち、急性期病棟における看護の実態調査や意見の収集から急性期パスの原案を作成し、また、検討会から出された提案を形にしていく等の作業がなされた。これらの活動が軌道に乗るにつれ、この検討会はクリニカルパス委員会へと発展した。このような組織改編により、院内でのパス開発の組織化がより進んだと言える。

以下に現在のパス開発活動を行っている組織について述べる。

2) パス開発組織

① クリニカルパス委員会

パス開発初年度の精神科急性期クリニカルパス検討会が発展する形でクリニカルパス委員会が結成された。クリニカルパス委員会は、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、薬剤師、栄養士、心理士、臨床検査技師、放射線技師、事務職等の多職種から構成されている。この委員会は月に一度の割合で会合を持ち、院内で作成されたパスの審査や調整を行っている。

② ワーキンググループ

各病棟機能別に急性期パスワーキンググループ、慢性期パスワーキンググループ、痴呆パスワーキンググループ、一般科パスワーキンググループの4つのワーキンググループが結成された。これらのワーキンググループでは、それぞれの統括する病棟で開発されたパスの評価や修正を行うと共に、同じ機能を有する病棟で使用するパスに関する情報の共有を行っている。

③ パス作成チーム

各病棟で、あるいは複数の病棟の協働により、臨床現場で必要とされるパスを作成するパス作成チームを結成した。このチームでは、チーム医療を重視したパスを作成することも大きな目標となっている。

各病棟ではパス作成チームのメンバーであるナースのうち1名をパス・リンクナースとし、このリンクナースがワーキンググループの構成員となっている。従って、パス・リンクナースは各パス作成チームとワーキンググループのパイプ役となる。

リンクナースはまた、クリニカルパス委員会で承認されたパスを臨床現場で活用できるよう、病棟スタッフへの教育・指導及びパス普及・定着を推進する役割を担っている。

④各組織の関係

A病院におけるパス作成に関わる組織および組織間の関係の模式図を図2-1に示す。

A病院では、クリニカルパス委員会が4つの病棟機能別パスワーキンググループを統括しており、ワーキンググループは病棟のパス作成チームを統括している。また、全く別組織として、褥瘡対策チームが存在し、ワーキンググループとパス作成チームの機能を兼ねながら褥瘡関連のパスを作成している。

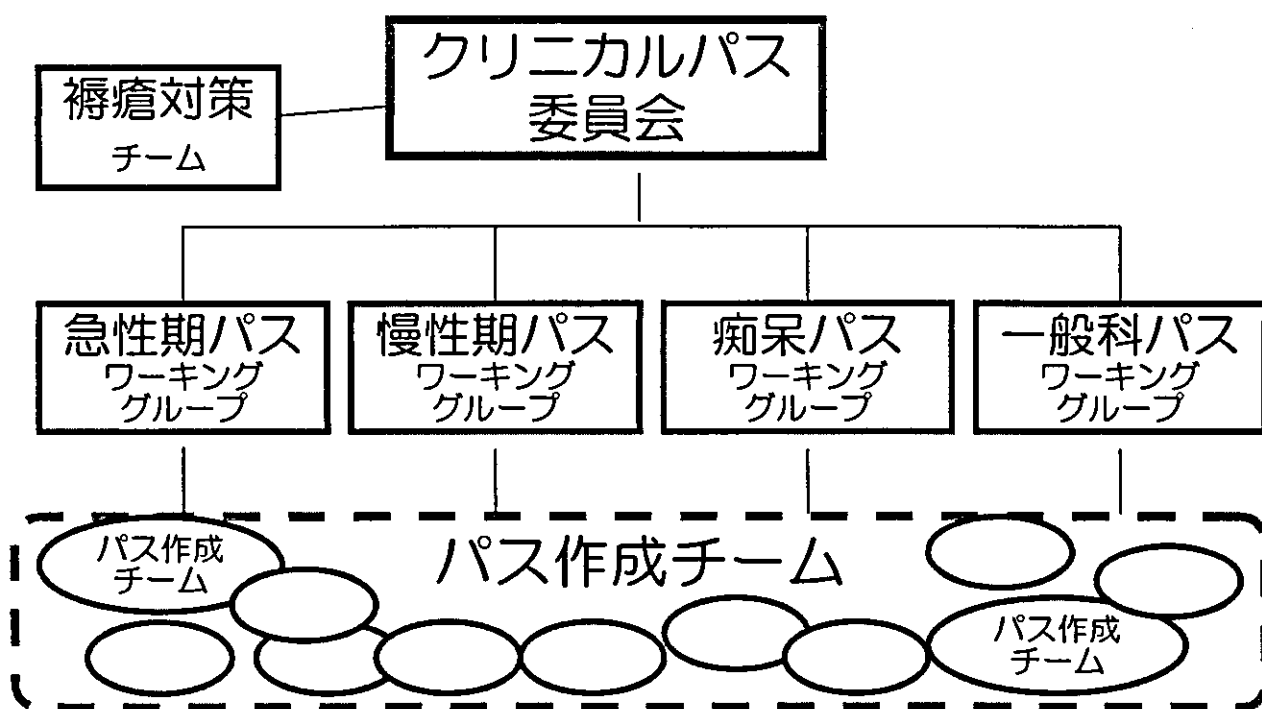


図2-1 : A病院におけるクリニカルパス作成に関連する組織

3. パス作成活動の実際

1) 初年度のパス開発活動で明らかになった課題

パス作成初年度は、急性期病棟に入院する患者のほとんど全てを対象としたベースラインとなるパスを作成し、急性期病棟で実際に導入した。しかし、パスを使用するに従い、誰にでも適用されるように作成したパスでは目標設定やケア行為が広くなるためにパスを使用する意義をスタッフが感じにくいという傾向が見られた。このため、パスの対象となる患者をある程度特定し、それらの患者の特性に合わせた、より細分化された精神科急性期パスの開発という課題が明らかになった。

2) 急性期パスワーキンググループの活動

初年度のパス開発活動から結成された急性期パスワーキンググループが、精神科急性期パスの開発に中心的な役割を果たしている。

①急性期パスワーキンググループの構造

A病院の急性期パスワーキンググループは、4つの精神科急性期病棟に所属するスタッフからなっており、その構成員には、急性期病棟の看護師長と急性期病棟の医師や、各病棟におけるパス作成チームのメンバーでもある、病棟のパス・リンクナース4名が含まれる。

精神科急性期のパス作成に関わる急性期パスワーキンググループと各病棟におけるパス作成チームの関係の模式図を以下の図2-2に示す。

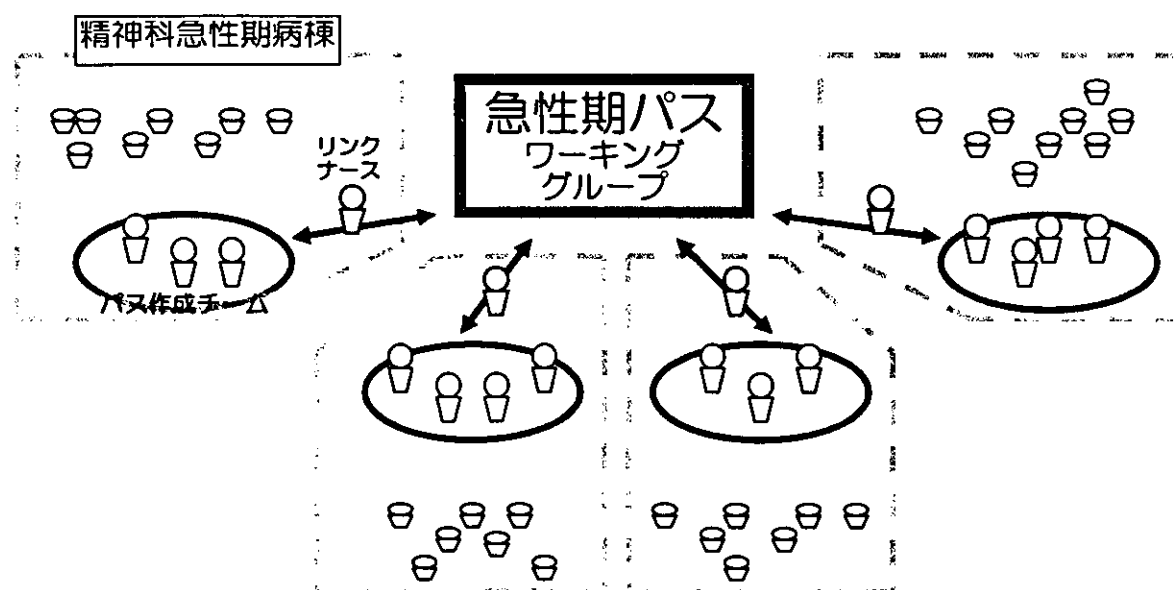


図2-2 : A病院における精神科急性期のパス作成に関わる組織

②急性期パスイキンググループの活動形態

急性期パスイキンググループでは、月に一度定期的に集まり、各病棟の一ヶ月間の活動状況を報告している。また、クリニカルパス委員会からの連絡事項や、各病棟の活動の中で生じた疑問などを共有し、話し合っている。

作成するパスの内容は、各病棟のパス作成チームに任されており、各病棟では医師、ナース、精神保健福祉士、作業療法士など関連する職種がパス作成チームを構成している。

③急性期パスイキンググループの活動内容

A病院では、精神科急性期病棟4病棟にも、開放病棟と閉鎖病棟、個室や隔離室の多い病棟、診療報酬上の包括病棟など、病棟毎の特色がある。それに伴い、各病棟で開発に着手されるパスも多様である。前述したように、それぞれの病棟で作成されるパスについては、各病棟のパス作成チームに任されているが、精神科急性期病棟で開発されるパス全てについて、急性期パスイキンググループ内で共有がなされている。

急性期パスイキンググループの活動は(1)開発されている急性期パスの共有、(2)パスに関する理解を深めると同時に今後のパスのあり方を考える、(3)病棟で作成するにあたり、スタッフとしての困難などを共有する、の3つに大きく分けられる。具体的な活動内容については、表2-1に示す。

表2-1：A病院における精神科急性期パスイキンググループの活動内容

(1) 開発されている急性期パスに関する情報の共有および検討
● 各病棟のパス開発計画や進行状況の情報共有
● 開発中のパスの経過を報告し、その内容の確認
● 開発中のパスの内容に関する討議
(2) パスに関する理解を深めると同時に今後のパスのあり方を考える
● パスそのものについての知識を得る
● すでに開発されたパスの長所短所を討議する
● クリニカルパス委員会からの情報の伝達
(3) 病棟で作成するにあたっての困難などを共有する
● 各病棟スタッフのパスに対する意見の共有
● 各病棟スタッフへのフィードバックの仕方の共有
● パスに関連して生じた課題や問題に関する討議

④ワーキンググループの活動の効果

以上に挙げたような、ワーキンググループ活動に各病棟のパス作成チームのメンバーでもあるパス・リンクナースが参加して各病棟へ情報を持ち帰ることによって、各作成チームが他の活動方法を知り、自分のチームの活動に活かすことが可能になっている。

また、全体としてパスがまだ浸透しているとは言い難い状況の中、ともすると孤独になりがちなパス作成メンバーの困難を共有することにより、心理的負担を和らげる効果もあると考えられる。

⑤電子カルテとの関係

A病院では2004年から電子カルテが導入されており、精神科パスもクリニカルパスの中に組み込まれるべく、プログラム開発と電子カルテとの連携が同時進行で行われている。このような事情から、ワーキンググループでは、電子カルテとの連携のための方策や、画面上でどのような操作が必要になるかといった実務上の確認も主要な活動のうちの一つとなっていた。

上記活動を行っている急性期パスワーキンググループのミーティングの様子を図

2-3、4に示す。



図2-3：急性期パスワーキンググループのミーティング風景（1）

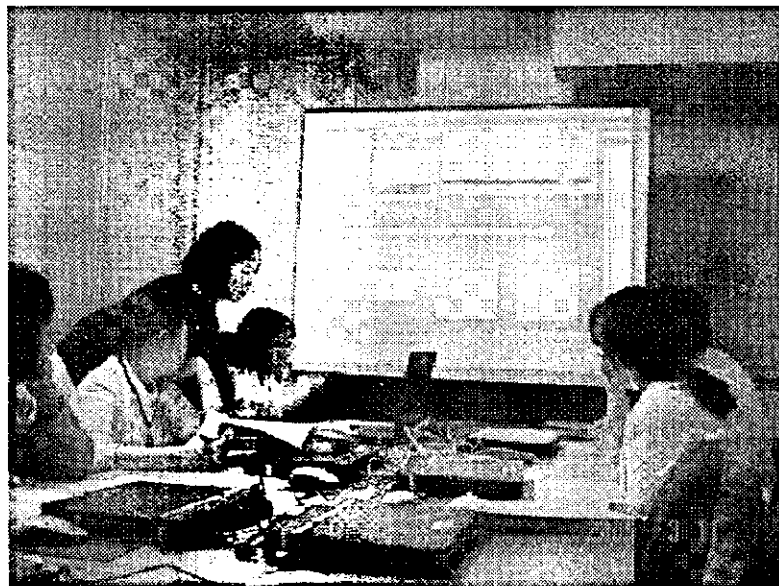


図2-4：急性期パスワーキンググループのミーティング風景（2）

4. 精神科急性期に関わるパス

A 病院において今年度作成中、あるいは作成済みの精神科急性期に関わるパスは以下の通りである。全てのパスについて患者用パスの作成を行なっている。

- 任意短期入院パス
- 統合失調症入院時パス（リスペリドン使用）
- 統合失調症入院時パス（オランザピン使用）
- 統合失調症入院時パス（定型抗精神病薬使用）
- 隔離拘束パス

このうち、統合失調症入院時のリスペリドン使用パス(RIS)、オランザピン使用パス(OLZ)、定型抗精神病薬使用パス（定型）の3種のパス、およびそれぞれに対応する患者用パス3種の計6つのパスを付録に示す。

なお、これらのパスは電子カルテ上で運用されるものであり、付録に示したパスは電子カルテ画面上に示されるパスの内容を転記したものである。ただし、患者用パスは紙に印刷して患者へ渡す形式となっている。

また、これらのパスは今後も継続して改訂がなされるものである。

Ⅲ. 今後の急性期パス開発

A 病院におけるパス開発活動から、機能的な組織を作り上げることもパス開発に重要な要素であることがわかった。

現在、A 病院では開発した精神科急性期パスを電子カルテ上で作動するように組み込んでいる最中であり、本格的な使用はこれからとなる。A 病院では、クリニカルパスに取り組み始め、第一弾として開発した精神科急性期クリニカルパスをたたき台として、パス作成活動に取り組んできた実績があるため、今後、本格的なパスの使用が進むにつれ、またさらにパスが進化すると思われる。

3 結論と今後の課題

精神科訪問看護の介入技術およびその効果に関する研究では、精神科訪問看護を導入した 138 名の統合失調症患者について、訪問看護導入前後にかかる医療費の推計値を算出した。その結果、精神科訪問看護開始前の医療費に比べて、開始後の医療費は大きく減少し、統計的にも有意な差が見られた。これは、精神科病棟への入院が減少したことが大きな要因と考えられ、訪問看護や社会資源の利用に伴う医療費は増加していたが、医療費全体としては減少していることが示された。なお、推計値はレセプトと概ね一致しており、その妥当性が確認された。

精神科訪問看護は、地域生活の継続・入院期間の短縮を、その効果指標として評価した場合、一定の効果を有するとともに、必要とされる医療費の減少という側面においても、一定の効果が示された。今後は、医療費だけでなく、様々な保健福祉サービスにかかる費用も考慮して、比較検討すること、利用者本人の負担額に及ぼす影響などを検討することが必要と考えられる。

また、訪問看護ステーションの管理者へのインタビュー調査と文献レビューからは、管理者が訪問看護師に提供している援助内容、および訪問看護師が行っているケア内容が分類され、訪問看護における介入技術を明確化するための資料として提示された。訪問スタッフが精神科訪問看護を継続して提供するための管理者によるサポート行動として、「導入期」と「危機」には、「利用者・看護師関係の調整」「スタッフの安全の確保」、「維持期」には「ケアを共有する場を提供する」「スタッフのトレーニング」のカテゴリが抽出された。

訪問看護師のケア内容では、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 つのカテゴリと 22 のサブカテゴリが抽出された。

今後は、この分類を元に実証的なデータを収集し、ケア内容を明らかにするとともに、訪問看護師が実際に行っているケアを測定し、利用者の状態像との関連を検討することで、ケアの標準化をはかることが必要である。

精神科急性期クリニカルパスの開発研究では、パス開発時に、ワーキンググループの果たす機能とその効果が示された。また、その成果として統合失調症入院時パスが作成され、精神科急性期におけるケア標準化のための重要な資料が示された。今後は、実際にパスを導入した際の効果と有用性を検討する予定である。

以上のことから、本年度の研究では、地域医療に不可欠である精神科訪問看護、急性期看護の介入技術とその効果が明らかとなり、サービス提供のために必要な人員の算定や費用効果計算のための重要な資料を提供することができたと考える。これらの資料を基に、効果的なサービス体制が整えられることにより、精神科地域医療の発展が期待できるものとする。

4 研究成果の刊行に関する一覧表

1) 研究成果の発表

①雑誌

萱間真美, 松下太郎, 船越明子 他(2005). 精神科訪問看護の効果に関する実証的研究—精神科入院日数を指標とした分析—. 精神医学(46)(印刷中).

②学会発表

船越明子, 松下太郎, 沢田秋 他(2004). 日本における統合失調症患者への精神科訪問看護に関する実態報告—訪問看護実施前後の利用者の変化および利用者の特徴とサービス提供の現状について—. 病院・地域精神医学会, 神戸, 2004.

③書籍

萱間真美(2005). 精神症状のある在宅療養者の看護. 川越博美, 山崎摩耶, 佐藤美穂子 総編. 最新訪問看護研修テキスト ステップ1-②, 404-427. 看護協会出版会, 東京.

2) 健康危険情報 なし

3) 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む) なし

〔付録 1〕

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金
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—

訪問看護ステーションの管理者へのインタビュー調査

同意書と説明文

同意書

東京大学大学院医学系研究科長、医学部長 殿

私は下記の調査協力を行うにあたり、調査者担当者から別紙説明書記載の事項について説明を受け、これを十分理解しましたので、調査に協力することに同意いたします。

(説明事項)

1. 調査内容：訪問看護師への支援についての面接（インタビュー）調査をプライバシーが保たれた静かな場所で実施される。面接の内容は録音され、分析がされる予定。
2. 面接（インタビュー）調査を受けることに同意しなくても何ら不利益をうけないこと。
3. 面接（インタビュー）調査を受けることに同意した後も、自由に取りやめることが可能であること。
4. プライバシーの保護、秘密保持の件について。
 - 1) 録音媒体は無記名で取り扱われる。
 - 2) 録音媒体は東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野内の鍵のついた保管場所に保管し、分析終了後はシュレッダーによる文書裁断、音声消去などの方法で処分される。
 - 3) 調査生データは東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野内で取り扱い、その他の場所へは一切持ち出されない。
 - 4) 調査生データは共同研究者のみが取り扱い、部外者は一切取り扱われない。
 - 5) インタビューデータ等質的なデータをそのまま論文中に掲載することが望ましい場合には、状況から個人が特定されないよう一部改変するなどの配慮がされる。希望する調査協力者には該当部分を送付し、プライバシーが保持されているか確認を依頼される。

記

研究課題名：「精神科訪問看護提供施設の管理者の役割」に関する研究

平成 年 月 日

研究協力者氏名 _____