



Title	統合失調症者に対する保健師の訪問回数判断の困難要因
Author(s)	上田, 泉; 新開, 淑子; 河原田, まり子 他
Citation	看護総合科学研究会誌, 10(1), 45-56
Issue Date	2007-03-30
DOI	https://doi.org/10.14943/34135
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/35620
Type	journal article
File Information	10-1_p45-56.pdf



統合失調症者に対する保健師の訪問回数判断の困難要因

上田 泉¹⁾ 新開淑子²⁾ 河原田まり子¹⁾ 高波澄子¹⁾

1) 北海道大学医学部保健学科看護学専攻

2) 旭川医科大学医学部看護学科

Factors Making It Difficult That Public Health Nurses Decide Frequency of Visit to Schizophrenic Patients

Izumi UEDA¹⁾, Yoshiko SHINKAI²⁾, Mariko KAWAHARADA¹⁾, Sumiko TAKANAMI¹⁾

1) Division of Nursing, Department of Health Sciences, School of Medicine, Hokkaido University

2) Department of Nursing, School of Medicine, Asahikawa Medical College

要 旨

本研究は、地域精神保健福祉活動における保健師の統合失調症者に対する訪問指導において訪問回数の判断を困難にする要因を検討することを目的とした。統合失調症者の訪問指導を行っている保健所保健師を対象に無記名自記式質問紙法を実施し、自由記載内容を質的に分析した。結果、訪問回数評価が「不適切である」と判断した理由には11サブカテゴリーが得られ、それらは5カテゴリーに分類できた。「わからない」の理由として、13サブカテゴリーが得られ、それらは4カテゴリーに分類できた。「不適切である」、「わからない」理由を比較した結果、2つの同じカテゴリー、すなわち【統合失調症者の特性の影響】と【対象理解不足】が認められた。訪問の必要性の判断を困難にしている場合、関わり初期から、事例の十分な情報収集とアセスメントをし、対象理解の再検討をすること、また保健師個々の判断ではなくチーム全体で事例検討し判断能力を向上させていくためのサポート体制を充実することが重要であることが示唆された。

キーワード：保健師，訪問回数，判断，統合失調症

I. はじめに

地域精神保健福祉活動は、1965年の精神衛生法改正により、保健所が地域における精神保健活動の第一線機関として位置づけられて以来、保健所を中心として展開されてきた。その後、更に法改正が行われ、精神障害者に対する福祉サービス等の業務は2002年4月から市町村が主体で実施することとなった。これまで精神障害

者に対する訪問指導は、保健所保健師が主に担ってきたが、今後は市町村保健師も行うため、互いの役割分担が課題となっている¹⁾。

これまで保健師の訪問指導は、保健師各々の裁量や力量による自主的判断に任されており、介入の判断根拠が不明確であると指摘されてきた²⁾。地域における援助活動において、同一対象者に介入する職種が増えてくる現状では、ど

の職種にとっても介入の必要性や効果、役割責任を明確にすることが重要である。

近年は、行政組織の改編により保健師の分散配置が進んでおり、業務事務量が増大し、個別支援にかかる時間が減少している傾向³⁾がある。また統合失調症者は長期間の関わりを必要とし、生活の変化がすぐにはみえにくいという特徴があるため、訪問以外の他の業務とのバランスにおいて、訪問が縮小される可能性がある。従って、統合失調症者に対する保健師の訪問回数の判断はますます困難となりやすい。

本研究は、地域精神保健福祉活動における保健師の統合失調症者に対する訪問指導において、訪問回数判断を困難にする要因を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象者

調査対象は、北海道内の政令市・道立保健所の中で社会資源が比較的整備されている保健所に勤務する保健師で、在宅で生活する統合失調症者の訪問指導を行っている者とした。以下、調査対象となった保健師を対象者、対象者から訪問指導を受けている統合失調症者を事例とする。

2. 調査方法

調査方法は、無記名自記式質問紙法とし、研究者が保健所へ出向き、対象者に調査票を直接配布し、郵送によって回収した。調査期間中あるいは調査期間前1ヶ月以内に訪問した事例についての回答を依頼した。調査期間は、平成14年9月～10月であった。

3. 調査内容

調査内容は、対象者の基本的属性、事例の基本的属性、事例に対する年間訪問回数、年間訪問回数に対する評価とした。年間訪問回数に対する評価は、選択肢として「適切である」、「不適切である」、「わからない」の3択とし、「不適切である」、「わからない」を選択した場合はその理由を自由記載法で回答を求めた。

事例の生活能力については、LASMI⁴⁾（精神障害者社会生活評価尺度：Life Assessment Scale for the Mentally Ill）を使用した。

4. 分析方法

訪問回数の判断が「不適切である」あるいは「わからない」と回答した理由の自由記載内容は、Berelsonの内容分析⁵⁾に基づいて分析、解釈した。主語と述語から成る単文を基本的な記録単位とし、意味内容の類似性に従い分類し、その分類を反映したカテゴリーネームをつけた。分析の妥当性を高めるためにスーパーバイザー1名による点検を受けた。

数量データの分析は、 χ^2 検定およびFisherの直接確率法、Mann-WhitneyのU検定を用いた。統計的有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

倫理的配慮として、対象者が所属する保健所長と保健師担当係長へ書面および口頭で研究の目的を説明し、承諾を得た。対象者について別個に説明し研究協力の同意を得た。提供事例に関しては、対象者に事例への研究の目的とプライバシーの保護についての説明を依頼し同意を得たものを採用した。

対象者や事例のプライバシーの保護には十分配慮し、調査は自由意思であり調査に不参加であっても不利益を受けないこと、また同意後も中断できること、調査データはID番号に基づきコンピューターで統計的に処理し、個人を特定できないこと、研究結果は本調査の目的以外では用いないことを依頼文書に明示して説明した。

III. 研究結果

現在、精神障害者に対して訪問を行っている保健師52名に調査票を配布し、43名から回答を得た（回収率82.7%）。対象者から提出された事例は84例であり、有効回答事例は83例であった。

訪問回数に対する保健師の評価は、全事例83例中、「適切である」と回答した者が52例（62.7%）、「不適切である」と回答した者が11

例（13.3%）、「わからない」と回答した者が17例（20.5%）であった。

訪問回数判断を困難にする要因を探るため、「不適切である」、あるいは「わからない」と回答した群を判断困難群と捉え、以下、その結果を示す。

1. 対象者と訪問事例の概要

対象者の概要を表1に示す。訪問回数判断に対して「不適切である」とした群と「わからない」とした群間で比較したところ、保健師経験

年数や支援経過年数等、どの項目においても有意差は認められなかった。

事例の概要を表2に示す。「不適切である」群と「わからない」群を比較したところ、年齢と婚姻状況で有意差が認められ、年齢では「不適切である」群が有意に高く、婚姻状況では「わからない」群に未婚者が多かった。事例の生活能力については、2群間で有意差は認められなかった。

表1 対象者の概要

n=28

	不適切	わからない	全体	検定結果
年齢				
20歳代	2	2	4	n.s
30歳代	6	13	19	
40歳代	2	1	3	
50歳代	1	1	2	
保健師経験年数				
1年未満	0	1	1	n.s
1年以上3年未満	1	2	3	
3年以上5年未満	2	2	4	
5年以上	8	12	20	
精神障害者訪問経験年数				
1年未満	0	2	2	n.s
1年以上3年未満	1	2	3	
3年以上5年未満	2	2	4	
5年以上	8	11	19	
年間平均訪問担当数 ¹⁾	38.2±18.6	35.6±24.6	36.6±22.1	n.s
担当精神障害者数	15.2±11.0	11.5±8.7	12.9±9.6	n.s
担当統合失調症者数	9.0±4.5	10.0±7.2	9.6±6.2	n.s
訪問年間平均延べ件数 ¹⁾	78.5±37.9	70.8±35.3	73.8±35.8	n.s
精神障害者訪問件数	42.1±29.6	33.1±25.8	36.5±27.1	n.s
統合失調症者訪問件数	27.6±17.2	28.6±21.1	28.2±19.4	n.s
事例に対する年間訪問回数				
年3回以下	10	9	19	
年4～9回	1	6	7	
年10回以上	0	2	2	
支援開始から現在までの経過年数 ¹⁾	9.8±6.7	7.5±6.6	8.4±6.6	n.s
対象者による支援経過年数 ¹⁾	2.2±1.6	1.8±1.9	2.0±1.7	n.s

1) : Mann-WhitneyのU検定, 1) 以外; χ^2 検定およびFisherの直接確率法

表2 事例の概要

n=28

	不適切	わからない	全体	検定結果
年齢	43.9±10.2	35.8±11.8	38.9±11.7	p<0.05
発病時年齢	25.4±8.5	18.8±9.1	21.3±9.3	n.s
性別				
男性	3	9	12	n.s
女性	8	8	16	
婚姻状況				
未婚	5	15	20	p<0.05
既婚	1	0	1	
離婚	5	2	7	
生活形態				
单身	3	5	8	n.s
家族同居	7	11	18	
その他	1	0	1	
無回答	0	1	1	
治療状況				
治療中断	2	3	5	n.s
通院中	9	14	23	
現在の就業状況				
なし	11	17	28	
あり(半年)	0	0	0	
あり(5年)	0	0	0	
社会資源活用状況(複数回答)				
精神科デイケア	0	1	1	
社会復帰学級	5	3	8	
回復者クラブ・患者会	3	1	4	
授産施設・小規模作業所	1	0	1	
職親制度	0	1	1	
ホームヘルパー	0	1	1	
生活支援センター	0	1	1	
家族会	1	0	1	
その他	1	0	1	
社会資源活用なし	4	8	12	
LASMI ¹⁾				
日常生活	1.01±0.85	1.34±1.10	1.18±0.31	n.s
対人関係	1.09±0.76	1.47±0.87	1.28±0.29	n.s
労働または課題の遂行	1.34±0.77	2.02±1.26	1.75±0.38	n.s
持続性・安定性	2.82±1.97	3.82±1.66	3.32±0.45	n.s
自己認識	1.47±0.78	1.77±1.18	1.61±0.01	n.s

1) : Mann-WhitneyのU検定, 1) 以外: χ^2 検定およびFisherの直接確率法

2. 訪問回数の判断が困難な要因

1) 訪問回数評価を「不適切である」と判断する理由

訪問回数評価を「不適切である」と判断する理由について内容分析を行った結果, 11サブカテゴリーが得られ, それらは5カテゴリーに分類された。5カテゴリーは, 【統合失調症者の

特性の影響】, 【他資源との調整の必要性】, 【対象理解不足】, 【生活支援の必要性】, 【訪問時間確保の困難性】であった(表3)。以下, カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >, 記述内容を「 」で示す。

【統合失調症者の特性の影響】は, 3サブカテゴリーで構成され, <精神症状の不安定さ>,

表3 「不適切である」と判断する理由

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容
A 統合失調症者の特性の影響	精神症状の不安定さ	負荷により容易に崩れる可能性が大きい
		妄想が強く状況の変化がある
	病識のもちにくさ	治療を中断している
	対人関係づくりの困難性	生活での困りごとを自主的に相談できず、不安や悩みが表出されにくい
		自分の言葉でうまく感情を説明できない
B 他資源との調整の必要性	周囲との調整が必要	公住のため周囲の目が厳しい
		周囲との調整が必要
	他資源利用や調整の必要性	今後、サービスの有効利用に向けて準備が必要 家族の負担が大きく、訪問回数を増やすか他のサービスを利用したいがまだサービスを活用できない
C 対象理解不足	訪問の目的が不明瞭	比較的安定し、社会資源も活用している
	事例の状況把握不足	信頼関係をつくるため訪問が必要であるが、出会えないことが多い
		社会復帰学級を長期間休んでいたことがありその時には訪問へ行けない状況となった
	介入直後のため事例把握不足	治療ルートにのったのがごく最近で、これから効果が徐々に現れてくる
		積極的介入はこれから、家族支援を含め介入していく必要性を感じている
D 生活支援の必要性	生活全般への支援の必要性	生活全体が乱れており、強力な生活指導が必要
		養育、生活での支援が必要
	家族支援の必要性	家族に知的障害者がいるため、家族支援も必要
E 訪問時間確保の困難性	訪問件数増加予定	次年度は訪問計画件数が増える

＜病識のもちにくさ＞、＜対人関係づくりの困難性＞であり、「負荷により容易に崩れる可能性がある」「治療を中断している」などがあった。

【他資源との調整の必要性】は、2サブカテゴリーで構成され、＜周囲との調整が必要＞、＜他資源利用や調整の必要性＞であり、「今後、サービスの有効利用に向けて準備が必要」などがあった。

【対象理解不足】は3サブカテゴリーで構成され、＜訪問の目的が不明瞭＞、＜事例の状況把握不足＞、＜介入直後のため事例把握不足＞であり、「比較的安定し、社会資源も活用している」「信頼関係をつくるため訪問が必要であるが出会えないことが多い」などがあった。

【生活支援の必要性】は、2サブカテゴリーで構成され、＜生活全般への支援の必要性＞、＜家族支援の必要性＞であり、「生活全体が乱れており、強力な生活指導が必要」などがあった。

【訪問時間確保の困難性】は、1サブカテゴリーで構成され、＜訪問件数増加予定＞であり、「次年度は訪問計画件数が増える」であった。

2) 訪問回数評価を「わからない」と判断する理由

訪問回数評価を「わからない」と判断する理由を分析した結果、13サブカテゴリーが得られ、それらは4カテゴリーに分類された。4カテゴリーは、【統合失調症者の特性の影響】、【他の支援方法との関連性】、【対象理解不足】、【支援成果の欠如】であった(表4)。

【統合失調症者の特性の影響】は、3サブカテゴリーで構成され、＜精神症状の不安定さ＞、＜本人の拒否的傾向＞、＜コミュニケーション不足による関係づくり困難＞であり、「本人の妄想に左右され、困難時のみの支援でもいいのかとも思い判断できない」、「生活の幅を広げるために訪問しているが、訪問に本人が拒否的である」などがあった。

【他の支援方法との関連性】は、4サブカテ

ゴリーで構成され、＜他の社会資源利用＞、＜他の支援方法の検討中＞、＜電話・来所相談利用＞、＜訪問以外で本人の状況把握可能＞であり、「社会復帰学級や地域生活支援センターに通っている」「訪問以外の支援方法を検討中」などがあった。

【対象理解不足】は、3サブカテゴリーで構成され、＜訪問の目的が不明瞭＞、＜関わり初期による対象理解不足＞、＜家族関係調整不足＞であり、「集団支援ではなく、本人の把握のために訪問は必要」「1カ月前から関わり始めたばかりである」などがあった。

【支援成果の欠如】は、3サブカテゴリーで構成され、＜生活拡大がみられない＞、＜状況の変化が無い＞、＜先の見通しが無い＞であり、「家族内に問題があり、生活拡大へ向けて視点が向けられず本人自身も迷っている」「社会的交流拡大を目指して訪問しているが本人の問題等で状況は変わらない」などがあった。

3) 訪問回数評価を「不適切である」あるいは「わからない」と判断する理由の関連性

訪問回数評価を「不適切である」あるいは「わからない」と判断する理由のカテゴリーを比較したところ、2つの同じカテゴリー、すなわち【統合失調症者の特性の影響】と【対象理解不足】が認められた。さらに、この2つのカテゴリー中、「わからない」と判断する理由に特徴的なサブカテゴリーとして、＜本人の拒否的傾向＞、＜家族関係調整不足＞が各々抽出された。

また、「不適切である」と判断する理由に特徴的なカテゴリーとして【訪問時間確保の困難性】、「わからない」と判断する理由に特徴的なものとして【支援成果の欠如】が抽出された。

IV. 考察

1. 訪問回数評価を「不適切である」と判断する理由について

訪問回数評価が「不適切である」とした理由

表4 「わからない」と判断する理由

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容
A 統合失調症者の特性の影響	精神症状の不安定さ	本人の妄想に左右され困難時のみの支援でもいいのかとも思い判断できない
	本人の拒否的傾向	生活の幅を広げるために訪問しているが、訪問に本人が拒否的である
	コミュニケーション不足による関係づくり困難	コミュニケーションがうまくとれないため関係づくりに時間がかかる 無為自閉傾向でありコンタクトがとれにくい
B 他の支援方法との関連性	他の社会資源利用	社会復帰学級や地域生活支援センターに通っている
	他の支援方法の検討中	訪問以外の支援方法を検討中
		別の支援方法があれば必要と思う
	電話・来所相談利用	本人から電話相談があり、本人が訪れた時に対応している
	訪問以外で本人の状況把握可能	家族学習会で本人の様子や状況を聞くことができる
C 対象理解不足	訪問の目的が不明瞭	集団支援ではなく、本人の把握のために訪問は必要
		本人の状況に合わせて支援している
	関わり初期による対象理解不足	1カ月前から関わり始めたばかりである
		初めて関わったため何ともいえない
	家族関係調整不足	家族の疾患もあり、家族に対しても支援中
		家族と本人が同席すると病気の話しができない
D 支援成果の欠如	生活拡大がみられない	家族内に問題があり、生活拡大へ向けて視点が向けられず本人自身も迷っている
	状況の変化が無い	社会的交流拡大を目指して訪問しているが本人の問題等で状況は変わらない
	先の見通しが無い	家族へは治療の必要性の理解について、本人へは状況把握のため訪問しているが、このままどうなるだろうと思う

については、【統合失調症者の特性の影響】というカテゴリーが得られた。病状の不安定さや病識の問題などの特性をもつ統合失調症者に対する支援は、長期間にわたる。萱間⁶⁾は、統合失調症者の場合、陽性症状を伴う急性期を脱するのは短期間であるが、陰性症状を伴うそれ以降の期間が果てしなく長いものになると指摘している。数年間にわたる訪問事例においては、同じような状況があまりにも長く続く訪問の意味が見出せず、不適切という評価につながったと考えられる。

また【対象理解不足】というカテゴリーでは、事例の状況が把握できていないため不適切感につながったと考える。宮本⁷⁾は、家庭訪問は無原則に、あらゆる対象に、恣意的に行われる支援ではないことを指摘している。家庭訪問を実施する場合、その必要性を十分に吟味し、その前提として具体的な対象理解が必要となる。

有本⁸⁾は、保健師の家庭訪問援助における対象のとらえ方の判断内容に特徴的なものとして、本人が地域で生活するために本人への継続的な生活支援、地域でのあらゆる機関や住民の調整という視点を指摘している。今回得られた【他資源の調整の必要性】、【生活支援の必要性】というカテゴリーは、サービスを含めた周囲との調整や家族や生活への支援が必要であるという有本⁸⁾の指摘と同じ結果を意味する。しかし現状では十分に訪問できない状況が窺え、必要性は感じているが訪問へ行くことができていないため、不適切感につながっていると考えられる。他資源を利用し、その調整役を担うのも保健師の大きな役割の一つである。訪問のみにとらわれず、対象の自立性を高めるためにも対象の全体像を把握し、具体的な援助成果と結びついた対象理解⁹⁾をしていくことが必要である。

【訪問時間確保の困難性】というカテゴリーでは、他の4つのカテゴリーと意味合いが異なり、訪問時間を確保することが必要であると考えているが、方策を見いだせない状況であることが窺えた。訪問回数を「不適切である」と回

答した事例に対しては、今後十分な訪問回数を確保するため業務の調整が必要であると考えられる。現在、担当している継続訪問事例の訪問回数を見直し、対象事例のニーズにあった優先順位を明確にする必要がある。

2. 訪問回数評価を「わからない」と判断する理由について

今回、「わからない」理由の内容分析の結果、【統合失調症者の特性の影響】、【対象理解不足】のカテゴリーが得られた。

1993年に櫻井が行った精神科訪問看護の現状を探る実態調査¹⁰⁾では、訪問従事者が訪問時に最も苦勞することは、一位が訪問拒絶に遭遇した時、二位が病状対応であった。また1998年に全国訪問看護事業協会が行った調査¹¹⁾では、訪問に関する問題点として、「家族への援助方法が難しい」「本人に受け入れを拒否される」といった精神障害者や家族のケアについて困難と感じている。また、特に本人との関係づくりが困難であると回答した者が多かった。

今回の調査においても、病状や本人の拒否、関係づくりの困難さがある統合失調症者の特性の影響が保健師の訪問回数評価の判断を困難にしていたことから、同様の結果が得られた。つまり、精神科の訪問看護に共通している対象に関わる特有の難しさが保健師の判断を困難とする要因となっていると考えられる。

また関わり初めの時期で判断できない、訪問は必要と思うが目的が不明確であるという対象を把握しきれない対象理解不足という理由も判断を困難としていた。今回の対象者は保健師経験年数、精神障害者訪問経験年数5年以上のいわゆる自立して家庭訪問ができる対象者が多かったが、保健所保健師の場合、異動によって担当を交代しなければならないという特徴がある。担当保健師の引継ぎを受けて事例に初めて関わるとしても、関わり初期の段階から、対象を理解し訪問目的を明確にして訪問する必要がある。

訪問回数を評価するに当たっては、十分な情

報収集とアセスメントを通して対象理解をし、その上で支援方法の選択を再検討することが必要であると考える。

訪問回数の評価が「わからない」とした理由については、その他、【他の支援方法との関連性】【支援成果の欠如】の категория が得られた。

【他の支援方法との関連性】については、保健師は活動方法として訪問以外に来所相談・電話相談で状況把握が可能であり、社会復帰施設や生活支援センター等でも面接できるという支援方法が多様にあるため、他の支援方法との関連で、訪問という支援方法が本当に必要なのかの判断に苦慮していることが明らかになった。萱間¹²⁾ が述べているように訪問判断に困難を感じた場合、訪問という支援方法の効果を再認識し、事例に対する訪問のケア内容、目的の評価をすることが必要である。

また、前述の全国訪問看護事業協会が行った調査¹¹⁾ 結果において、比較的軽い症状の者に対する訪問指導について、経過が長く、支援成果がみえないことが指摘されている。

本調査においても同様の結果が得られ、保健師の訪問回数判断を困難にしている要因として生活拡大がみられない、状況の変化がないなどの【支援成果の欠如】が挙げられていた。ある程度、基本的な生活行動はできているが、対人関係や生活行動の拡大の査定が難しい事例や、経過が長くなり介入成果がみえにくい事例が、保健師の訪問判断を困難にしていると考えられる。これは前述した萱間⁶⁾ の指摘通り、統合失調症者に対して数年間にわたって訪問するという状況が長く続く場合の訪問の意味が不明確になるということが関連していると考えられる。

3. 訪問回数判断を困難とする要因について

今回、訪問回数評価に対して「不適切である」と回答した群と「わからない」と回答した群の対象者背景項目に有意差は認められなかった。東京都で行われた保健所保健師に対する意識調査¹³⁾ では、保健師の精神保健福祉活動に対す

る自己評価は、経験年数との相関が最も高く、精神保健福祉業務経験年数が長いほど「相談」や「訪問指導」において自立度が高くなると報告されているが、今回の結果は、それらの影響は認められなかった。事例の背景項目間比較では、訪問回数評価が「わからない」群は「不適切である」群より事例の年齢が有意に低く、未婚者が多かった。加藤¹⁴⁾ は、社会復帰を目的に継続援助する場合、事例の年齢が低いと保健師の援助内容は、作業所定着や就労に向けての援助が多くなる。しかし、集中力困難や低対人能力等の問題から就労継続は難しく、作業所での生活安定を求めた長期的援助が必要であると述べている。就労援助等は保健師のアセスメント不足から失敗経験も多く、また一方で支援効果が認められないことから「わからない」と判断してしまったのではないかと考える。未婚者が多いことについては、今回の調査では既婚者が極端に少ないことや2群間で事例の生活能力に有意差が認められていないことから、他の要因との関連性を含め、今後更に検討していく必要がある。

今回、訪問回数評価を「不適切である」あるいは「わからない」と判断する理由の分析結果、2つの同じカテゴリーが得られた。【統合失調症者の特性の影響】【対象理解不足】というカテゴリーは、統合失調症者の特性からくる精神科の訪問看護特有の難しさや保健師の訪問事例のアセスメントの不十分さが、保健師の訪問判断を困難にしていることが明確となった。

特に、「わからない」理由に特有のサブカテゴリーとして上がってきた＜本人の拒否的傾向＞、＜家族関係調整不足＞が保健師の判断を困難にさせる要因の中核となっていることが考えられる。萱間¹⁵⁾ は、熟練看護職の統合失調症者に対する訪問ケア技術について7カテゴリーを抽出し、その内、関係性を創る技術、家族への関わりを挙げている。つまり、熟練者は本人との関係、家族関係において判断しケア提供をしていることが明らかにされている。安田¹⁶⁾

は、家庭訪問援助における対象理解の構造に関する研究において、援助方法を決める時に援助開始初期のプロセスから、本人の気持ちや考えなど本人にかかわること、家族の協力、家族関係など家族にかかわることが、情報収集の中核となることを明らかにしている。

従って、訪問回数判断を困難にしている場合、関わり初期から、本人の気持ちや考え、家族関係調整を含めた事例の十分な情報収集とアセスメントをし、対象理解の再検討をすることが必要である。さらに、担当事例の訪問は保健師個々の判断に任されていることが影響しているのではないかと考える。訪問では相談者が話した内容のみならず、生活の背景全体が、援助アセスメントの情報となる。訪問の場面から何をとらえ判断するかは、保健師自身の経験や力量によって異なってくる。今回の研究では、保健師の訪問回数判断を困難にしている要因として、保健師経験年数や事例の状況との関連性が認められなかったことから、必ずしも経験のみが影響しているとは考えられない。保健師の経験や判断を共有するシステムになっていないことが課題であると考え。大木¹⁷⁾ が指摘しているように、訪問活動を支える条件として、経験を共有し、援助プロセスを振り返るケース検討、チームで支えるサポート体制を充実することが重要である。

V. 結論

保健師の訪問回数評価を困難にしている要因として、統合失調症者の特性の影響、対象理解不足が挙げられた。また、訪問回数評価を「不適切である」と判断する要因分析の結果、十分に訪問できない現状があり解決策が見いだせない状況が窺えた。「わからない」と判断する要因分析の結果では、他の支援方法との関連で訪問が必要なのかわからなくなっていることや支援成果の欠如が関連していた。

訪問の必要性の判断を困難にしている場合、関わり初期から、本人の気持ちや考え、家族関

係調整を含めた事例の十分な情報収集とアセスメントをし、対象理解の再検討をすること、具体的に保健師が提供している訪問のケア内容は何か、何をめざしているのか検討することが必要である。保健師個々の判断ではなくチーム全体で事例検討し、経験を共有しながら、判断能力を向上させていくためのサポート体制を充実することが重要である。

謝辞

本研究の実施にあたり、調査に快くご協力してくださいました保健所長、保健師担当係長、保健師の皆様は厚く御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 森 陽子, 矢島まさえ, 佐藤由美他: 地域精神保健福祉活動における保健所保健婦と市町村保健婦の役割と連携のあり方, Kitakanto Med., J., 50(1), 29-37, 2000.
- 2) 小野光子: 地域の中の個別援助の意義と課題. 保健婦雑誌, 50(11), 847-853, 1994.
- 3) 池田信子, 漆崎育子, 金川克子他: 新版保健師業務要覧, 13-14, 日本看護協会出版会, 2006.
- 4) 宮内勝: LASMI精神障害者社会生活評価尺度 (Life Assessment Scale for the Mentally Ill) 利用マニュアル, 東京: 障害者労働医療研究会精神障害部会, 1995.
- 5) B. Berelson, CONTENT ANALYSIS: 稲葉三千男, 金圭喚訳, 社会心理学講座 7 内容分析, 1-79, みすず書房, 1957.
- 6) 萱間真美 編著: 精神訪問看護・訪問指導ケースブック, 102-104, 南江堂, 2001.
- 7) 池田信子, 漆崎育子, 金川克子他: 新版保健師業務要覧, 82-90, 日本看護協会出版会, 2006.
- 8) 有本梓, 田口敦子, 村嶋幸代他: 保健師の判断と支援内容を抽出する一事例分析①場面ごとの保健師の判断, 保健師ジャーナル, 61(9), 829-835, 2005.

- 9) 安田貴恵子：保健婦の家庭訪問における対象理解の特徴，保健師雑誌，53(3)，212-218，1997.
- 10) 櫻井清：精神科訪問看護の現状を巡る～実態調査の分析が示すもの～，精神科看護，41，70-102，1993.
- 11) 竹中浩治，中山洋子：訪問看護サービスにおける精神障害者・痴呆の対象者へのケア提供のあり方に関する調査研究事業報告書，東京，全国訪問看護事業協会，31-50，1998.
- 12) 萱間真美 編著：精神訪問看護・訪問指導ケースブック，102-114，南江堂，2001.
- 13) 浅沼奈美，丸山美知子，藤田利治：保健所保健婦の精神保健福祉活動の機能と役割 東京都の保健婦の意識調査から，保健婦雑誌，56(2)，146-153，2002.
- 14) 加藤欣子：精神障害者に対する個別援助の評価，保健婦雑誌，45(7)，21-26，1989.
- 15) 萱間真美：精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術，看護研究，32(1)，53-76，1999.
- 16) 安田貴恵子：看護職の家庭訪問援助における対象理解の構造に関する研究，千葉看護学会誌，3(1)，39-45，1997.
- 17) 大木幸子，森田桂：何のために家庭訪問するのか？家庭訪問によって果たす援助機能，保健婦雑誌，59(1)，8-14，2003.

Factors Making It Difficult That Public Health Nurses Decide Frequency of Visit to Schizophrenic Patients

Izumi UEDA¹⁾, Yoshiko SHINKAI²⁾, Mariko KAWAHARADA¹⁾, Sumiko TAKANAMI¹⁾

1) Division of Nursing, Department of Health Sciences, School of Medicine, Hokkaido University

2) Department of Nursing, School of Medicine, Asahikawa Medical College

Abstract

The purpose of this study was to clarify factors making it difficult that public health nurses (PHNs) decide how often they should visit schizophrenic patients.

Subjects were PHNs working at ten health centers located in areas where were relatively affluent in social resources in Hokkaido, who made nursing home visits to schizophrenic patients. A self-administered and unsigned questionnaire was collected by mail. The questionnaire included demographics of the PHNs and each case, the frequency of visits, and the assessment of the frequency. What respondents freely wrote the reasons why they judged the frequency of visit 'not just' and 'no understandable', were analyzed by Berelson's contents analysis. 11 subcategories were obtained from the reasons of 'not just' and were classified into 5 categories. 13 subcategories were obtained from the reason of 'no understandable' and classified into 4 categories. After comparing categories from reasons of 'not just' and of 'no understandable', two similar categories were obtained: the influence of a schizophrenic characteristic and lack of object understanding. In the case where the judgment of frequency of visits was difficult, the case should be examined by the entire team, and it was suggested that we should make a support system for improving judgment capabilities complete.

Key Words: public health nurse, visit numbers, visit judgment, schizophrenic patient