

国際医療福祉大学大学院
医療福祉学研究科博士課程

危機が予測される在宅精神障害者に対する 危機介入モデルの生成

— 病院所属の精神科訪問看護師の場合 —

平成 24 年度

相澤 和美

危機が予測される在宅精神障害者に対する危機介入モデルの生成

－病院所属の精神科訪問看護師の場合－

本研究は、精神科医療機関…訪問看護部門に所属する精神科訪問看護師による、危機が予測される在宅精神障害者に対する危機介入モデルの生成を目的として、首都圏4病院の精神科訪問看護師5名に同行し、精神障害者（統合失調症）10名の訪問看護活動を参加観察した。そのフィールドノーツをデータとし、K.Krippendorff の内容分析（Content Analysis）を用いて分析した結果、10の説明概念が見出された。「看護契約」に基づき「複合的危機予測」「アセスメント」をし、「治療的関わり」「生活支援」「家族支援」「多職種連携」を行って在宅生活の破綻を予防（予防的介入）し、危機状況に際しては、「安全性の見極め」、「緊急対応」による在宅の継続、あるいは「緊急入院の支援」（緊急介入）に至るモデルが生成された。本モデルは、医療機関を中心とした精神科訪問看護実践から作成したものであり、今後の課題である多職種…多機関の連携による危機介入モデル作成のベースになるといえる。

Keywords : 精神科訪問看護、危機介入モデル、在宅精神障害者、精神科医療機関

**Generation of a model for crisis intervention in mentally disabled persons living
at home for whom crisis is anticipated
- Crisis intervention by hospital-affiliated psychiatric visiting nurses -**

I accompanied five psychiatric visiting nurses from four metropolitan hospitals and participated in and observed the visiting nursing activities they carried out as they assisted 10 mentally disabled (schizophrenia) patients with the purpose of generating a model for crisis intervention in mentally disabled persons living at home for whom crisis is anticipated by psychiatric visiting nurses belonging to a psychiatric care institution / visiting nursing department. The field notes taken were used as data and 10 concepts were found as a result of K. Krippendorff content analysis of the data. The following model was generated: “Contract nursing”-based “complex crisis prediction” and “assessment” is performed and “therapeutic involvement”, “life support”, “family support” and “multidisciplinary cooperation” is carried out to prevent the failure of living at home (preventive intervention). During a crisis situation, home care is continued by “ascertaining safety” and “responding to emergencies” or, alternatively, “emergency hospitalization support” (emergency intervention) is provided. This model was created based on the practice of medical institution-centered psychiatric visiting nurses and it can be said that it will serve as the basis for the creation of a crisis intervention model through multidisciplinary and multi-agency cooperation which is a challenge for the future.

Keywords : Psychiatric visiting nurses. A model for crisis intervention
Mentally disabled persons living at home. Psychiatric care institution

目 次

はじめに	1
------------	---

第1章 研究の背景と関連研究の動向

第1節 精神医療保健福祉の背景と展望.....	2
1. 我が国の精神医療の現状と展望 ——	2
2. 欧米の地域精神保健医療とわが国の新たな動向 ——	2
3. 精神科訪問看護の歴史と課題 ——	4
第2節 先行研究における知見.....	5
1. 危機介入のプロセス ——	5
2. 危機介入のアセスメント ——	6
3. 危機介入に関するネットワーク ——	6
4. 危機介入の効果 ——	7
第3節 危機介入モデルの必要性.....	7

第2章 研究目的と研究の理論的背景

第1節 研究目的.....	9
第2節 研究の主要理論と概念の操作的定義	9
1. 研究の理論的背景 ——	9
2. 研究用語の操作的定義 ——	11

第3章 研究の概要

第1節 研究デザイン.....	12
第2節 フィールドワークの方法	12
1. フィールドワークの目的 ——	12
2. フィールドノーツの記録 ——	12
3. インフォーマルインタビューとフォーマルインタビュー ——	13
第3節 研究対象と調査期間	13
1. 研究対象 ——	13
2. 精神科訪問看護師の特性 ——	13
3. 障害者の特性 ——	14
4. 調査期間 ——	15

	5. データ収集方法 —— 16	
第4節	分析方法	16
	1. データ分析方法 —— 16	
	2. 分析方法の細則 —— 17	
	3. データ分析の信頼性と妥当性—— 19	
第5節	倫理的配慮	19

第4章 研究結果

第1節	障害者別の危機介入の構造	21
	1. A事例の危機介入の構造 —— 21	
	2. B事例の危機介入の構造 —— 24	
	3. C事例の危機介入の構造 —— 27	
	4. D事例の危機介入の構造 —— 30	
	5. E事例の危機介入の構造 —— 35	
	6. F事例の危機介入の構造 —— 38	
	7. G事例の危機介入の構造 —— 44	
	8. H事例の危機介入の構造 —— 51	
	9. I事例の危機介入の構造 —— 54	
	10. J事例の危機介入の構造 —— 59	
第2節	危機介入を説明する概念	63
第3節	危機介入モデルの類型の特性	66
	1. “予防的介入型”と“緊急介入型”の共通特性 —— 68	
	2. “予防的介入型”の特性 —— 72	
	3. “緊急介入型”の特性 —— 72	
第4節	精神科訪問看護師による危機介入モデルの構造化	73

第5章 考 察

第1節	本危機介入モデル及び看護ケア技術の特徴	75
	1. 生成された危機介入モデルの特徴 —— 75	
	2. 危機介入の精神科訪問看護ケア技術の特徴 —— 76	
	3. 本危機介入モデルにおける精神科看護の専門性 —— 77	
第2節	危機介入モデルの構造に関する比較	78
	1. Aguilera の危機介入モデルとの対比 —— 78	
	2. Golan の危機介入モデルとの関係 —— 78	
	3. 重症の精神障害者に対する危機介入 —— 79	

第6章 本危機介入モデルの意義と今後の課題

1. 本危機介入モデル活用の意義及び効果 —— 80
2. 本危機介入モデルの限界と課題—— 81

結 語	82
謝 辞.....	83
文献一覧.....	84
資 料.....	89

はじめに

精神科訪問看護は、診療報酬改定が度重なって実施されたことで、2008年に精神科医療機関の81.4%で実施され、同年、訪問看護ステーションの47.7%で実施されている¹⁾。精神科訪問看護の実施は、入院患者の退院促進や在宅生活の定着、在宅生活の継続に貢献しているといえる。

筆者は、1990年頃より地域精神保健福祉活動のコンサルテーションをする立場にあり、同時に多くの社会復帰施設の設立等に参加してきた²⁾。現在は、病院及び訪問看護ステーションの精神科訪問看護のコンサルテーション、医療機関と福祉施設の連携を推進するための地域精神医療福祉活動を行っている³⁾。そこから見ると精神病院では、急性期医療の重点化、退院促進、退院患者の在宅生活の定着のため、精神科訪問看護の診療報酬上の評価が進むに伴い、訪問看護活動が活発になってきたと考えられる。退院患者への訪問活動は、長らく病院看護師が単独で行っていたが、地域精神福祉領域でも、退院支援、在宅生活の継続支援活動が活性化してきており、多職種連携が課題になってきている。

精神障害者の特性から、地域生活における症状の再燃化、対人関係、経済問題等の破綻により、生活継続に関わる危機状況が起こることが多い。こうした危機状況における医療と福祉関係者の危機介入には、各専門職者の特性が有効に機能し、相乗効果を発揮することが求められる。

そのため、わが国の状況に即した危機介入モデルがあり、それを職種を超えて共有できれば、地域ケアの過程で入院に頼らない予防的介入、緊急の医療的介入予測をより効果的に実施でき、退院者の地域生活の定着に寄与すると考える。

第 1 章 研究の背景と関連研究の動向

第 1 節 精神医療保健福祉の背景と展望

1. 我が国の精神医療の現状と展望

我が国の精神医療は、精神病床が多く、退院者の平均在院日数は 298.4 日であり、英国 57.9 日、米国 6.9 日⁴⁾と比較して際立って長い。このことは、病院医療中心から短期入院、地域生活への移行及び地域生活継続という観点から問題であると考えられる。

厚生労働省は、2007 年に精神障害者退院促進支援事業を開始⁵⁾したものの、2009 年には居住先が確保され、支援体制が整えば退院可能な入院患者（統合失調症患者）の割合が 45%もいることを問題にした⁶⁾。そこで精神科救急医療、退院促進にかかわるサービスの診療報酬を高配分化し、精神科訪問看護診療報酬を新設して⁷⁾、入院患者の在院日数の削減、地域移行へと政策誘導している。2011 年に「精神保健福祉の更なる改革に向けて」⁸⁾を公表し、地域を拠点とする共生社会の実現を目指すとして、地域生活支援体制の強化の必要性を指摘している。具体的には、長期入院後に退院した者、受療中断者、未受診者、引きこもり状態者が病状不安定で日常生活に危機が生じている場合、医療と日常生活支援の両面に対しケアマネジメント技法を用い、多職種チームアプローチにより、できるだけ入院させずに在宅支援を行う。危機状況においては、課題解決を入院に頼らないように展開する事業である。特に、未治療者・治療中断者については、包括的な訪問診療・支援を行う医療機関と訪問看護ステーションの連携による、多職種チームによる危機介入等のモデル的事業を進めることとしている。

今日、精神科急性期医療や退院促進事業、精神科訪問看護への診療報酬が手厚くなった結果、早期退院と地域ケアへの流れが加速している。そのために今後、症状の安定した退院者だけでなく、高齢かつ長期入院による社会生活体験が乏しい退院者、短期入院の症状不安定な退院者、重度精神障害者の地域ケアの需要が増大すると予測される。精神障害者の在宅生活の継続においては、症状の再燃、心理的社会的な危機状況は避けがたいため、危機介入の必要性やその機会が増加すると考える。

2. 欧米の地域精神保健医療とわが国の新たな動向

米国の医療保健制度には、メディケイドとメディケアの公的制度があるが、殆どを民間の医療保険に依存しているため、医療保健サービスの格差が問題とされている。そこで 2003 年に精神保健に関する大統領ニューフリーダム委員会報告「約束を達成するために：アメリカにおける精神保健ケアの変革」の提言が為されたが、国による施策は、各州が果たす役割が大きいため浸透していない⁹⁾。しかし 1970 年代の米国の精神医療の脱施設化を背景に、集中的・包括的ケアマネジメントプログラム PACT (Assertive Community Treatment Program . 以下、PACT と

する)¹⁰⁾が開発されたことで、病床削減、短期入院となって地域生活を基盤にした精神医療保健福祉の発展を促した。今日では、PACTを実践する多職種チーム(ACT：(Assertive Community Treatment 包括的地域生活支援プログラム。以下、ACTとする)によるアウトリーチは、国際基準を定め米国のみならず欧州の精神医療保健福祉プログラムやシステムに大きな影響を与えている。

英国の保健医療システムは、1948年より国民に公平で無料の医療を提供する制度を採用している。保健省は、1999年に精神保健に関する国家・サービス・フレームワーク National Service Framework for Mental Health 戦略(以下、NSFMHとする)¹¹⁾を実現した。それから10年を経て、2009年に「新たな地平 New Horizons A shared Vision for Mental Health」¹²⁾を公表している。NSFMHの基本システムは、地区単位の家庭医(General Practitioner)が、専門医療へのアクセスを管理する橋渡し役「門番」(ゲートキーパー)となる。家庭医診療所は、看護師、地域看護師、保健師、管理部で構成されている。そして国家精神保健サービスプランでは、1. 早期介入(Early intervention) チーム 2. 積極的訪問(Passerine Outreach) チーム 3. 危機解決/在宅治療のコミュニティ精神保健(Crisis Assessment and Home Treatment Service) チームの3つのチームにより精神保健サービスが提供されている。これらのチームは英国内に700以上ある。重度精神障害のある人へのアプローチは、地域精神科看護師(Community Psychiatric Nurse)が主に関わっているが、わが国の精神科訪問看護の内容とは大きく違っている。そしてこれらが機能することによって入院が減り、サービス利用者と家族の満足度が改善し、財政コストが減ったと評価されている。2008年にWHOは、NSFMHの保健サービスは、欧州の精神保健において、ケアモデルとしてみなされるようになったと結論づけている¹³⁾。

欧州の中でも特異的な地位を占めるイタリアの脱施設化は、1960年～1970年代のフランコ・バザーリアにリードされたトリエステの精神病院の閉鎖と並行した精神保健センター開設、共同住居、就労支援の実施。1978年法180号(通称バザーリア法)、法833号(国民保健サービス法)により、早く地域精神医療体制の基盤を整えた。1994年に、保健省は「全国精神保健計画 The National Mental Health Plan of 1994」によって、人口15万エリアに州立の精神保健センターを置き、在宅障害者ケア、家族支援、ケースマネジメント、福祉サービス、就労支援、再入院防止、人口1万に対する休息1床の整備、重度障害者の家庭的施設の設置など、入院から地域移行施策を打ち出した。2008年には、精神病院から医療を含む地域サービスへと確実に転換させた。精神科病床は、人口1万対1.7床であり、日本はその16倍と驚異的な差がある。ACTに対しては、普及していなくてもイタリアは地域ネットワークがしっかりしているので対応できるとしている¹⁴⁾。

これらの欧米の精神医療の歴史、保険制度、精神保健医療福祉施策を背景にした地域精神医療制度と、わが国の地域精神医療制度、システムは大きく異なり単純に比較することはできない。わが国は、民間精神病院が精神医療の中心として機能してきた経緯があるため、条件を整えば退院可能な7万人の長期在院患者の退院促進を図っている途上にある。

こうした状況の中で日本の精神医療保健福祉に、欧米の地域ケアを参考にした2つの新たな動向が見られる。ひとつは、国際基準のPACTプログラムを準拠した、24時間、365日対応の包括的・多職種者チームによる訪問活動ACT(わが国では、治療契約をもとに診療報酬等による活動)である。2つ目は、厚生労働省が2012年度に新規予算化し、4月より開始した「精神

障害者アウトリーチ（訪問支援）推進事業」である¹⁴⁾。この事業のねらいは、精神病床削減と共に在宅の精神障害者（以下、在宅精神障害者とする）を、ケアマネジメントにより医療を含む多職種チームの訪問で支えることにある。それ以前からあった精神病院の訪問看護、障害福祉サービス事業所による単一職種による訪問を「従来のアウトリーチ支援」と位置づけた上で、受療中断、未受診、引きこもり状態、長期退院後の病状不安定な者を対象に、24時間対応、ケアマネジメント技法を用いた多職種チームの支援を「新たなアウトリーチ支援」と位置づけている。そして前者について、病状悪化者の場合、入院を前提としたアプローチになりがちと性格づけている。

わが国のこの新たな精神医療、訪問活動の動向は、精神医療機関での入院治療中心から退院支援、入院予防、地域定着支援へと大きく一步を踏み出したと言える。この精神医療保健福祉の動向を左右する「精神障害者アウトリーチ（訪問支援）推進事業」のキーワードとしては、「在宅支援」、「訪問支援（伝統的または新たなアウトリーチ）」、「包括的・多職種者チーム」を上げることができる。

3. 精神科訪問看護の歴史と課題

保健所は、1965年の精神衛生法により公衆衛生活動の一環として、精神的な健康問題をもつ者・家族に対して、保健師による精神保健相談、訪問看護を行うようになった。他方1970年ごろには、精神病院の訪問看護は、長期在院の精神障害者の社会復帰に向けて、現実的な必要性に応じて報酬と関係なく行われていた¹⁵⁾。当時、病院の精神科訪問看護師は、退院可能な患者に対して社会復帰への動機づけ、住居確保、就労支援、入所施設準備、諸手続きの同行など多様な機能を持つ活動を行っていた。また、外来通院患者に対しては、日常生活相談、通院中断や、危機状況への介入を、ソーシャルワーカーと共に、電話や訪問にて担っていた¹⁶⁾。

訪問看護が法的に位置づけられたのは、1978年の老人保健法の制定と、1986年に診療報酬として「精神科訪問看護・指導料」が新設された事による。そして、1992年に老人訪問看護制度が施行され老人訪問看護ステーションが設置された事で、医療保険の一環である精神科訪問看護の可能性が拡大した。現在、精神科訪問看護は、精神病院の8割以上、全国に5,734カ所ある訪問看護ステーションでは半分以上が行っている¹⁷⁾。その殆どが、看護師のみの単一職種か精神保健福祉士などと複数で、開業時間内に訪問している。その中でも、訪問看護ステーションACT-Jのように、多職種者チームで24時間対応を行っている先駆的な取り組みもあり、ここでは、ACTの国際標準モデルを厳守し、ケアマネジメントを取り入れた活動を行っている¹⁸⁾。

今後は、従来の単一職種による訪問だけでなく、多職種者チームによる新たなアウトリーチを、医療法人において24時間対応で行うところが増えていくであろう。よって在宅精神障害者に対する支援は、生活支援、服薬確認、症状モニタリングなどにとどまらず、症状再燃や精神心理社会的危機、自傷他害、暴力、不潔、迷惑行為への危機介入なども求められる。その際には、医療的・福祉的知識や経験、当事者主体の問題解決への介入スキルが必要とになってくると考える。

しかし現在、わが国の現状を反映した在宅精神障害者に対する危機介入モデルは見当たらない。精神病院訪問看護は、従来型の訪問活動ではあるが、在宅精神障害者の危機介入として実績を挙げてきている。そこでまずは病院の訪問看護師による危機介入の実態を観察し、危機介入モデルを見出すことが、わが国の現状に即した他職種で共有できるモデルを作る上で不可欠

なステップであると考える。

それにより、近い将来には、病院の精神科訪問看護と新たな多職種者チームのアウトリーチ活動との違いを浮き彫りにし、相互の機能分化を図ることが可能になる。その結果、病院訪問看護師は、精神障害者の多くが入院に頼らず、地域社会であたりまえに暮すことに、より貢献できると考える。

第2節 先行研究における知見

10年以前に、病院訪問看護師の危機介入がどのように行われ、その職種の特性をどの程度発揮しているのかという研究は、わが国において皆無であった¹⁹⁾。したがって、その後の在宅精神障害者に対する病院訪問看護師による危機介入に関する先行研究を以下の方法で探索した。

国内先行研究の検索サイトは医学中央雑誌にて行い、キーワードは「精神障害」、「訪問看護」、「地域」、「危機」とした。その結果、研究論文を16件検出した。

海外先行研究の検索サイトはPub Medを用い、キーワードは「Mental Disorder」、「Visiting Nurse」、「Community」、「Crisis」とした。その結果、研究論文を114件検索した。調査期間は、国内・海外共に2001年から2010年までとした。

そして、その中から統合失調症者に対する先行研究に絞った結果、研究目的に示唆を与える、国内の研究論文13件と海外の研究論文7件を検討の対象とした。

これらの先行研究の知見をもとに、在宅精神障害者への精神科訪問看護師の危機介入はどのように実践されているのかという問題意識から、危機介入の①プロセス、②アセスメント、③ネットワーク、④効果、の4点についての知見を整理した。

1. 危機介入のプロセス

精神障害者は、危機に至るまでの過程があり、その時の個人的対処と家族や関係者の対応如何により、在宅生活の継続、医療へのアクセス（受診）、入院治療、その後の回復が左右される²⁰⁾。英国における入院の代替機能となっている危機解決・在宅治療チーム Crisis Resolution Home Treatment Team（以下、CRHTTとする）では、危機の最中にある時は、24時間体制、1時間未満の早急な救急アセスメント、毎日の診察、集中在宅治療によって臨床と家族・地域のニーズ両面に対処している²¹⁾。Sjølie Hらは、実務的な面からみると、①初期アセスメント、②治療計画作成、③症状管理、④実用的な援助の提供、⑤教育、⑥家族及び社会的問題の明確化と解決策、⑦将来的危機の予測、⑧早期退院計画を行っていると報告している²²⁾。また、Roberts & Ottensらの7段階危機介入モデルの過程によると、①心理社会性と致死性のアセスメント、②早急な関係の確立、③主たる問題か潜在的な問題かの識別、④感覚や感情表現への対応、⑤代替えとなるものを探索する、⑥行動プランの実行、そして⑦フォローアップ、を提示している²³⁾。

わが国では、高岡らによる地域精神保健における危機介入に関する全国保健所アンケート調査から、保健所保健師による精神保健相談は、90%が継続対応（生活支援）になっていることが明らかにされている²⁴⁾。訪問後の緊急対応（入院支援）はケースバイケースと報告されているが、介入依頼の申請・通報の59.2%が緊急対応（入院支援）になっており、緊急事態に至らないようにするのが危機介入の目的であると締めくくっている。

筆者は、病院訪問看護師に対して面接調査し、過去に危機状態があり「入院に至った事例」

と「地域で支えた事例」を取り上げ、両者の危機介入の構造を比較した²⁵⁾。伊藤は、その研究をもとに危機介入過程を統合し、7つのプロセスを提示している²⁶⁾。それは、①経過を観察（地域生活における支援を広げ強化する）、②状態の変化を確認（介入の時期と方法を選択する）、③状況を共に体験し支える（限界まで見守り意思決定を支える）、④入院の必要性を伝える（受診、入院において、安全な環境を作り出す）、⑤入院を有意義なものとするために対応、⑥退院後に地域生活へとつなぎ、健康的側面や本人の力の把握、生活支援へと発展させる、⑦関係を形成し維持する過程、である。

2. 危機介入のアセスメント

英国において CRHTT へ紹介されるのは、個人のプロフィールと、救急アセスメントに続く入院か否かに関連する要因、自分または他人へのリスク、サービス利用者が利用できるサポートの種類、危機トリアージ評価尺度と国民健康アウトカム尺度²⁷⁾による評価である。また、CRHTT サービス利用者の中でも、初期アセスメントに非協力的、自傷他害の危険性がある人ほど、通常時間外に診察される。さらに病院の救急部門で強制入院した経験がある人ほど、CRHTT サービスに続いて入院する確率が高い²⁸⁾。

わが国の地域精神保健の一端を担う保健所は、危機介入の緊急度判定について高岡らは、全国の保健所アンケート調査の事例研究から「緊急度判定基準」を明らかにしている。緊急度が高い基準の項目に、「健康、生命維持能力の欠如」、「自殺企図の有無」、「未治療、医療中断」、「周囲への悪影響」、「病状の急激な悪化」、「家族、キーパーソンの有無」を上げている²⁹⁾。

病院訪問看護師の危機介入過程に伴う判断について伊藤らは、①健康的側面力を把握（本人が持っている能力）、②悪化の徴候を把握（病状の変化、兆候をとらえる。生活を支援する方策を考える）、③悪化の要因を判断（悪化の推測、予測をする。悪化の判断をする）、④地域での生活の限界を介入しつつ査定、⑤入院の必要を判断（入院を勧める時期の見極めと方法を見出す）、⑥入院を有意義なものとすることを考える、⑦退院後に地域生活につなぎ、⑧関係性（患者—看護師関係の関係性）から判断する、と報告している³⁰⁾。

わが国の研究において、海外研究が示す評価尺度による判断やアセスメントに関する研究はまだ見られない。

3. 危機介入に関するネットワーク

デンマークの Sjølie らは、英国の CRHTT サービスでも、サービス利用者だけでなく社会ネットワーク（家族、友人、近隣の人、地域社会の保健福祉代理人を含む）との関わり、その社会環境は重要になると述べている³¹⁾。この点は、わが国も同様のことが言える。

わが国の病院の精神科訪問看護は、訪問看護師が単独、あるいは精神保健福祉師等の2人体制で訪問する。そして訪問看護は、訪問回数と時間が診療報酬上制限されているため、精神障害者本人を中心に家族、地域住民、多職種関係者、関係機関と相談、連携するネットワークの形成が必要不可欠である。危機介入の地域ケアネットワークにおいて、筆者は5つの機能を示した³²⁾。①病院地域ケアネットワークの形成、②危機的状況を回避するための医療的ネットワークの形成、③医療、福祉制度を活用したケアネットワークの形成、④社会復帰促進のためのケアネットワークの充実、⑤支援者のためのサポートネットワーク機能である。

今日、精神障害者のケアマネジメント制度が市町村レベルで定着していない中であって、定

村らは、危機状態にある事例の地域連携について、地域の保健福祉情報を把握しケアをマネジメントする必要がある。そして訪問看護師は、ケアマネジメントのために関係機関をネットワークするリーダーシップ、利用者の自己決定を支え関係者と橋渡しをする能力が必要と述べている³³⁾。

4. 危機介入の効果

過去 10 年の海外の研究では、Sjølief らの 2010 年までの文献レビューによると、国際基準による PACT サービスモデルが導入された場合は、そのサービスモデルの影響力を調査することが重視されている。英国の CRHTT サービスは、入院の代替えとして長く家庭で過ごすことを目標に開発されているが、主な効果は、入院率、CRHTT の利用率、期間、再入院の頻度、要因の調査に基づく評価測定に現れている³⁴⁾。そして、地域を基盤にした危機介入直後の入院率は 8%、危機の後 30 日以内では 51%減少した。病院を基盤にした対応に比べ、その後の入院率が増加しないことを報告している³⁵⁾。または、CRHTT の導入前と導入後の危機介入の効果の違いについて、導入後の 6 週間の入院率が減少し、利用者の満足度が高まっていることが報告されている³⁶⁾。しかしこの危機介入の効果は、同意しない入院、症状、社会的機能、クオリティ・オブ・ライフについて有意な差は見られなかったと述べている。Gould らは、在宅で治療すれば病院のケアが必要ないというエビデンスは見当たらず、CRHTT が低コストの代替えというよりは、病院と異なるタイプの精神保健サービスであることを示唆している。CRHTT サービスによって全ての入院が避けられるというものではないが、場合によっては入院に変わるものになり得ると結論づけている³⁷⁾。

わが国の先行研究における病院訪問看護師の危機介入による効果については、事例の質的研究から個別の知見を積み重ねているところである。訪問看護師は、危機サイン（不安、混乱、過度な反応、心配ごとにとらわれる、集中できない、饒舌、孤独感、頻回な電話連絡など）をとらえ、解決方法を一緒に考え乗り越えることにより、精神障害者の自信となり新たな課題に取り組む力を強めるストレングス効果がある³⁸⁾。そして危機対処したことにより自己コントロール感を得て、病気の自己理解、生活技術を高めるほか、家族の不安を軽減する効果も見られると考察している³⁹⁾。退院前訪問看護による社会復帰支援において、服薬継続の支援、症状への対処、困ったことへの対処、自らの危機管理能力を高める支援は、リカバリーを促進する効果が期待できると報告している⁴⁰⁾。

第 3 節 危機介入モデルの必要性

先行研究からみると、米国・西欧諸国における在宅精神障害者サービスの提供は、病床削減、施設利用期間短縮につながる地域精神医療福祉システムが整備されたことを受け、プログラムやチーム基準に基づいてなされている。そして CRHTT に関する水準や組織、発展、介入過程、コストの有効性と入院率に焦点を当てた多くの研究がなされている。しかし Sjølief H、らは、危機介入方法について質的研究は極めて少なく、CRHTT の危機介入方法の構造は明らかにされていない。また CRHTT の危機介入と病院の危機介入とどこが違うのか明らかでないため、それらの研究の必要性を指摘している⁴¹⁾。

わが国もまた、精神科訪問看護の危機介入研究は少なく、インタビュー調査をもとに、「入院

に至るプロセス」、「地域で支えるプロセス」や、判断と実施を関連させた「判断-実施の過程の関係」を示すのに留まっており、危機介入の全体的な構造は明らかされていない。

病院の精神科訪問看護は、必要に迫られた多様なニーズに応じてインフォーマルに実施したことに始まり、今日の精神科訪問看護診療報酬制度の発展に寄与してきた歴史がある。この精神科訪問看護は、在宅精神障害者を地域で支える入院予防的な実践から、自傷他害などの生命の危機や精神的、心理的、社会的危機から保護する緊急入院までを含んでいる。特に長期在院によって生活能力にハンディを生じたり、症状悪化により危機的状況に陥りやすい統合失調症患者の支援について、多くの経験を積んでいる。

欧米とは異なり、わが国の精神医療保健福祉体制の実態は、今日でも病院医療中心であったことから、海外のシステムや方法をそのまま応用する事は困難である。そこで在宅の精神障害者の支援は、病院の精神科訪問看護が先行して行ってきたという日本の現状を踏まえ、まずは病院の精神科訪問看護を取り上げ、危機介入に焦点を当てた構造を明らかにし、危機介入モデルを探求することが必要であると考え。すなわち、今後、多職者のアウトリーチによる在宅継続支援が当たり前になる時代の到来にあたり、生成された危機介入モデルをもとに、病院の訪問看護による危機介入について共通理解をもとに、職種による役割の違いを理解し、多職種間での役割分担を進展させることができるとは思わないかと考えた。

そこで筆者は、病院の訪問看護師の実践を参加観察し、危機介入に関わる現象を捉え、そこから危機介入モデルを生成することを、本研究の課題とする。

第2章 研究目的と研究の理論的背景

第1節 研究目的

危機介入モデルは、概念と行為、つまり理論的前提や研究に基づいた知識を、問題解決や臨床的介入に結びつけるものであり、現象を観察したり分析したりするために、組み合わせたプロトコールまたは一連の手順を提供する⁴²⁾。モデルは、現実にある必要不可欠かつ共通なものを含むため、それをを用いることで、共通性と個別性を関連付けることができると考える。

危機モデルは、危機がたどる特有の経過を模式的に表現したもので、危機の構造を示し、その概念（考え方）を具象化し、理解しやすくしたものである⁴³⁾。そして危機介入への活用は、危機状態にある障害者の全体的把握と共に、個別性を見極めることを容易にし、危機介入をより効果的かつ効率的に行うための助けとなるといえる。

わが国の地域精神医療の現状において、長く病院の精神科訪問看護師は、在宅生活継続支援を行い一定の成果上げていることから、本研究の目的を次のように定めた。

病院に所属する精神科訪問看護師は、危機が予測される在宅精神障害者（統合失調症）に対して、どのように危機に介入しているのか明らかにし、危機介入モデルを生成する。

第2節 研究の主要理論と概念の操作的定義

1. 研究の理論的背景

危機理論は、自我心理学を発展させたものであり、生理学理論と関連している。本研究の精神科訪問看護の対象者は統合失調症患者であり、自我障害を伴う。そのため危機に際しその自我状態の保持・回復を図るため、危機介入に Freud の自我心理学を発展させ、かつ多くの危機理論を踏まえている Caplan の危機理論を基盤とした⁴⁴⁾。そして危機の特徴については Miller を、危機モデルでは危機に至る過程とその危機の解決に関連する Aguilera と Golan のモデルを理論的背景とした。

1) 危機の定義と特徴

危機の定義は、Caplan によると人が大切な人生の目標に向かう時に障害に直面し、習慣的な問題解決の方法を用いても克服出来ない時に生じ、この時期に様々な失敗に終わるような多くの試みがされる。その結果ある種の適応をするが、それはその人や仲間にとって有益であるかもしれないし、そうでないかもしれない⁴⁵⁾。そして、危機に際しては、以前に試みた事のないあらゆる方法を試行錯誤し、良しにつけ悪しきにつけ何かの方法を見つける。と述べている。

つまり Caplan によると危機は、危機の過程で弱点が強まり病態や適応規制が揺らぎバランスを欠くか、または新たな対処機制を取り入れ、パーソナリティの成長につながる機会にもなる。危機の間は防衛機制が脆弱なため外部の影響を受けやすいので、危機介入は極めて重要な意味合いを持って来る。したがって危機介入の目標は、心身の機能を危機に陥る以前のレベルに回復するか、それ以上のレベルに改善することを目指す。危機介入の過程では、不安や苦痛が少しでも軽くスムーズに経過できるように、そしてその体験が成長につながるように関わる事が求められる⁴⁶⁾。

そして Miller は、危機の特徴として多くの文献から共通の要素を抽出した。①時間的要素：危機は、非常に短い時間から長い時間までにわたっている。短くて約1週間から、長くて6～8週間続く。②行動の顕著な変化：いつもに比べて明らかに効果的でない行動をする。活動は内的緊張を緩和しようとしているが、明らかに成功しない問題解決を行う。建設的な行動は減少し、フラストレーションが高まる。③主観的側面：人は解決できないと思われる問題に直面すると、無力感と無能感を経験する。そこには個人の重要な人生の目標に対する脅威あるいは危険の知覚があり、これはしばしば不安、恐れ、罪悪感あるいは防衛的反応を伴う。④相対主義的側面：共通の危機状態はあるけれども、個人の脅威や危機の知覚は、その人にとって独自のものであり、ある個人あるいはグループにおいて、危機を構成するものが、他のグループに適用できるとは限らない。⑤緊張：危機に陥っている人は、通常不安に関連した症状を経験するであろう。これらの反応は、即時的で一時的であるかもしれないし、あるいは長期間かもしれない⁴⁷⁾。以上のような特徴を5つ上げている。本研究では、これらの5つの特徴を有する事態を危機として位置付ける。

2) 危機モデルと危機介入

危機モデルには、2つの種類がある。1つは、Fink、Shontz らの危機モデルのように、すでに危機に陥った人がたどる過程に焦点を当てたショック性危機のもの。2つ目は、Aguilera らの危機に至る過程に焦点が当てられた消耗性危機のものがある⁴⁸⁾。本研究は、精神障害者が陥る危機であるため、消耗性の危機モデルに関連する危機理論を参考にする。

そして危機介入モデルには、Aguilera と Golan の危機介入モデルがある。Aguilera の危機介入モデルは、危機の問題解決において、危機回避または危機に至るプロセスを示すモデルであり、危機回避に重点が置かれている。そして危機に陥った後の経過は示されていない。危機回避及び危機介入のためのアセスメントと、ストレスに対する適応機制を適切に機能させ、問題解決を促進する点で参考にできる危機介入モデルである。

他方、Golan の危機介入モデルは、危機に陥る過程とその後の失った均衡状態を取り戻すまでを示している。①危険な出来事が起こる、②傷つきやすい状態になる、③危機を促進する要因がはたらく、④危機が顕在化する状態、⑤再統合または危機の解決する、これら5つの過程を示している⁴⁹⁾。しかしこのモデルは、危機から再統合、適応に至る時期を区分してはいるが、どちらかと言えば危機に至る過程での介入に重点が置かれている⁵⁰⁾。

本研究では、精神障害者の危機に対し精神科訪問看護師が介入して、どのように危機を解決するのかを捉え危機介入モデルを生成する。そのために、Caplan の危機の定義をもとに、Aguilera と Golan の危機介入モデルを、本研究の理論的裏付けとする。

2. 研究用語の操作的定義

本研究に用いる用語の操作的定義は、以下のようにした。

①病院の精神科訪問看護師：

病院の精神科外来、訪問看護部門または地域連携室などに所属し、精神科訪問看護を行っている看護師

②危機：

精神障害者自身では解決できない身体的問題、精神的不調・症状悪化、社会的問題に直面し、在宅生活が困難に至っている事態

③危機介入：

在宅精神障害者の在宅生活の継続に向け、医療・保健・福祉専門家及び関係者が介入し、危機状況からの安定化、またはそれ以上に回復するための支援

④危機介入モデル：

危機介入に関連した説明概念を関係づけ、模式的に概念関係を構造化したもの

第3章 研究の概要

第1節 研究デザイン

本研究は、病院に所属する精神科訪問看護師の危機介入の構造を、モデル化することにある。それは、理論的にも実践的にも「既にある程度分かっていることを土台（根拠）にして、まだ良く分かってないことについて実際に調べてみて、明らかにする見通しと仮の答え」ー広い意味での仮説を生成することを意味する⁵¹⁾。そのために、フィールドワークの手法を用いる。

フィールドワークは、調べようとしている出来事が起きている現場（フィールド）に身を置き、自分自身の目で見、耳で聞き、肌で感じた体験をもとにした一次資料を集める作業（ワーク）である。そして調査を通して検討課題の本質を明らかにした上で、調査課題（リサーチクエッション）との関係を整理し、構造化していく作業である。

そして「フィールドワークは、『体験すること』『見ること』『書くこと』という三つの作業のあいだに切っても切り離せない密接な関係がある」。参加観察による「フィールドノーツは、単に物事を外側から見た場合の観察内容を忠実に記録する道具にとどまらない」。「書くという行為それ自体にとって現地社会の人々が体験している意味の世界を追体験し共感的に理解することができた時こそ、フィールドノーツの記録は、単に表面的な事実の記録だけでない、分厚い記述としての資格を兼ね備えたものになっていく。」⁵²⁾と述べられている。

本研究の調査において筆者は、フィールドでの出来事を体験すると同時に、対象に関係する背後にある多くの現象を含めて観察し、その現象が理解できるようにフィールドノーツに記録する。この記述によって、出来事とその背後にある多くの事象を同時に捉えられるため、観察された現象は限られていても、病院の訪問看護師の危機介入モデルの構造化ができると考える。

第2節 フィールドワークの方法

1. フィールドワークの目的

本研究におけるフィールドワークの目的は、在宅の精神障害者（統合失調症）の危機を予測して、関わっている病院の精神科訪問看護師の活動や意識を、その脈絡の中で理解し、危機にどのように介入しているか参加観察する。

2. フィールドノーツの記録

フィールドノーツは、その場の状況が再現できるように、出来事の背景に関する情報や出来事自体の詳細を記述し、ストーリーラインが分かるように記録した。行動の自然な因果関係の脈絡を記録し、行動や相互作用の流れは、前の出来事がそれ以降の出来事の因果的背景になる

ように時間的順序に沿って行った。

3. インフォーマルインタビューとフォーマルインタビュー

インフォーマルインタビューは、フィールドワーク中に、筆者の状況に関連する情報や知識、障害者の行為の理解や推測を超える時、その場か、短時間後に質問することである。これは、研究者に見える行為だけでなく、目には見えない意味体験を知る上で必然的に行われる質問と言える。

そしてフォーマルインタビューは、構造化されたインタビュー（構造化面接）である。フィールドノーツを書きながら、あるいは書いた後に改めて現象を見直し、意味づけや理解を深めることがある。そうした事を調査課題から確かめ行為者の認識に近づくために、計画立て構造化して行うものである。

これらの『体験すること』『見ること』『書くこと』の三位一体によって、文字による記録は表面的な記述を超え現象を語らしめ、行為とその意味を表すことを可能にらしめるデータになると考える。

第3節 研究対象と調査期間

1. 研究対象

研究対象は、精神医療保健福祉の地域状況が訪問活動に制約や影響を与える事を考慮し、首都圏（東京都、神奈川県）にある4病院（民間精神病院2、総合病院1、公立精神病院1）の訪問看護部門に所属する精神科訪問看護師5名の活動とした。

この研究対象者は、各病院の看護部責任者から、研究目的に対し協力可能と推薦された精神科訪問看護師である。

そして精神科訪問看護師の訪問対象となった精神障害者（以下、障害者とする）は、10名であった。障害者の疾患は、統合失調症とした。なぜならば統合失調症の障害者は、精神障害者の中で数が多いことに加え、病院の長期在院や不安定な症状によって、他の精神疾患の障害者より社会生活の定着、在宅生活継続に対する支援が求められているためである。

訪問する障害者は、過去に危機的状況があった、あるいは精神科訪問看護師が危機を予測している者である。

2. 精神科訪問看護師の特性

参加観察の対象は、首都圏の4病院（民間精神病院2、公立精神病院1、総合病院1）に所属する精神科訪問看護師5名であった（表1）。

表1 精神科訪問看護師の属性

訪問看護師	性別	年齢	看護歴	精神科看護歴	訪問看護歴
A	女性	40歳代	25年	19年	3年
B	女性	50歳代	24年	9年	1年
C	女性	30歳代	12年	7年	3年
D	女性	40歳代	26年	9年	3年
E	女性	50歳代	30年	30年	1年
平均	女性	40歳代	23年	15年	2年

①病院の精神科訪問看護師は、30歳代から50歳代の女性で、平均年齢は47.6歳であった。

②看護歴は、12年以上30年未満で、平均看護歴は23.4年であった。

③精神科看護歴は、7年以上30年未満で平均精神科看護歴は14.8年であった。

しかし精神科訪問看護歴は、病院が精神科訪問看護システムを整備してから日が浅い（2008年）ため、訪問看護部門へ配置されて1年以上3年未満と短く、訪問看護歴の平均は2.2年でしかない。

以上のことから、精神科訪問看護師の特性は、看護師職歴が平均23.4年、精神科訪問看護経験も平均14.8年と長い熟練看護師であるが、精神科訪問看護歴は短いことが特徴である。

3. 障害者の特性

精神科訪問看護師の訪問対象は、以下の10名の障害者であった（表2）。

表2 精神科訪問対象者の属性

対象者	性別	年齢	疾患名	入院年数など	家族	GAF	訪問看護の目的
A	女性	50歳代	統合失調症 心疾患、皮膚疾患	24年	単身	21	精神症状のモニタリング、生活破綻の予防
B	女性	50歳代	統合失調症 慢性肺気腫、胃腸 疾患、皮膚疾患	26年	単身	40	生活支援、身体疾患のモニタリング
C	女性	60歳代	統合失調症 糖尿病	14年	単身	25	生活支援、生活破綻の予防
D	女性	70歳代	統合失調症 脳梗塞、肺癌	5カ月	同居	31	精神症状のモニタリング、服薬管理の支援
E	女性	50歳代	統合失調症 皮膚疾患	1カ月	単身	41	生活支援、治療経過のモニタリング
F	女性	10歳代	統合失調症 生理前症候群	11カ月	同居	10	精神症状のモニタリング、ケアマネジメント
G	男性	40歳代	統合失調症 大腸癌	2回入院	単身	20	服薬継続の支援、精神症状のモニタリング
H	女性	40歳代	統合失調症 皮膚疾患	10回入院	同居	25	精神症状のモニタリング、治療的なコミュニケーション
I	男性	50歳代	統合失調症	30年	同居	50	治療的なコミュニケーション、家族の支援
J	男性	60歳代	統合失調症 耳鼻疾患	30年	単身	60	身体疾患のモニタリング、高齢者福祉サービス 移行支援、家族の支援

注) GAF 尺度は、精神的健康と病気にそって、心理・社会・職業的機能を評定した尺度である。

身体的、環境的制約による機能の障害を含めない。

スコアは、10段階で構成され、0～100の範囲である。低い値は、機能が低い。高い値は、機能が高い。

①障害者は、女性が6名、男性が4名であり、女性が多い。

②障害者の年齢は、10歳代から70歳代で平均54.1歳であった。

③精神疾患は統合失調症、身体疾患は10名とも慢性疾患や癌であった。

④入院年数等は、1月から30年と幅があり、10年以上の者が多い。

⑤家族との生活状況は、単身生活者が6名、家族と同居者は4名であり、単身者が多い。

⑥GAFスコア10の障害者（自己また他者をひどく傷つける危険が続いている〈例えば、何度も暴力をふるう〉、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能。）は、1名であった。

GAFスコア20-25の障害者（自傷他害の危険がかなりあり、意思伝達に多大な欠陥がある。または、行動は幻覚妄想に影響され、時々、支離滅裂、自殺念慮がある。）は、4名であった。

GAF スコア 31-40 の障害者（現実検討力、意思伝達はいくらか不足、例えば会話は時々、非論理的。判断、思考に多大な問題がある。）は、2名であった。

GAF スコア 41-50 の障害者（強迫的儀式があり、社会的、職業的な機能に重大な障害がある。）は、2名であった。

GAF スコア 60 の障害者（中等度の症状があり、社会的、職業的な機能に中等度の障害がある。）は、1名であった。

本研究における GAF の特性は、10名の障害者が GAF60 以下であり、GAF スコアの平均スコアは、32.3 と障害レベルが極めて低い。

⑦精神科訪問看護の目的は、身体・精神症状のモニタリング、生活支援、生活破綻の予防、服薬管理の支援、服薬継続支援、治療経過のモニタリング、治療的なコミュニケーション、家族の支援、高齢者福祉サービス移行支援、ケアマネジメントなどであった。

その他、精神医療保健福祉の社会資源利用は、病院医療の利用以外に市障害福祉課窓口の生活保護、障害年金、介護保険関係機関に限られ、地域の精神障害者福祉施設の利用はみられない。

以上のことから殆どの訪問対象者は、入院期間が 10 年以上と長く、9 名が GAF スコア 50 と中等度以下であるため、在宅生活における心理的、社会的機能に影響を及ぼす精神症状がある。さらに 10 名の障害者は、全員が身体疾患において軽症の皮膚疾患だけでなく、慢性疾患の糖尿病、肺機能疾患、重篤な癌の身体疾患を合併しているのが特徴である。精神科訪問看護師は、総合的な機能レベルが低い障害者に対して、心理、身体、社会的側面からの支援を求められているといえる。

4. 調査期間

調査期間は、2007 年 12 月～2008 年 6 月の（7 カ月間）であった。

表 3 障害者別の訪問看護調査

障害者	性別	年齢	疾患名	入院年数など	家族	GAF	担当訪問看護師	訪問期間	訪問回数
A	女性	50 歳代	統合失調症 心疾患、皮膚疾患	24 年	単身	21	A	2008 年 4月～5月	3回
B	女性	50 歳代	統合失調症 慢性肺気腫、胃腸 疾患、皮膚疾患	26 年	単身	40	A	2008 年 3月～5月	4回
C	女性	60 歳代	統合失調症 糖尿病	14 年	単身	25	A	2008 年 3月～5月	3回
D	女性	70 歳代	統合失調症 脳梗塞、肺癌	5 カ月	同居	31	B	2008 年 2月～5月	9回
E	女性	50 歳代	統合失調症 皮膚疾患	1 カ月	単身	41	B	2008 年 2月～5月	6回
F	女性	10 歳代	統合失調症 生理前症候群	11 カ月	同居	10	C	2008 年 1月～5月	4回
G	男性	40 歳代	統合失調症 大腸癌	2 回入院	単身	20	C	2007 年 12月	6回
H	女性	40 歳代	統合失調症 皮膚疾患	10 回入院	同居	25	D	2008 年 5月～6月	3回
I	男性	50 歳代	統合失調症 耳鼻疾患	30 年	同居	50	E	2008 年 5月～6月	3回
J	男性	60 歳代	統合失調症 糖尿病、喘息	30 年	単身	60	E	2008 年 5月～6月	3回

10名の障害者に対する調査期間及び同行訪問頻度は、精神科訪問看護師の訪問に伴うものであり、障害者によって異なっていた。

調査のための訪問期間は、2カ月～5カ月の範囲で平均3カ月であった。また同行訪問頻度は、3回～9回の範囲で平均4回であった。

5. データ収集方法

参加観察の位置づけは、観察者の存在が病院の精神科訪問看護師と障害者に影響するのを極力避けるため、「観察者としての参加者」とした。それは、参加と観察の2つの相対的な比重と、調査者と精神科訪問看護師及び障害者の社会的接触の基準からすると、観察、インタビューが中心で状況への参加は殆ど行わない関係性である。

- (1) 病院の精神科訪問看護師が居宅訪問し、危機が予測される障害者に関わっている言動を参加観察し、その場で障害者に見えない範囲でメモを取り、観察終了時点でフィールドノーツを記載する。
- (2) 精神科訪問看護師の言動の根拠をより明らかにするために、インフォーマルインタビューを、訪問ケア以外の時間帯と場で行い、フィールドノーツに記載する。
- (3) フィールドノーツを見直すにあたり、精神科訪問看護師の行為及び相互作用の根拠や意味、情報の詳細を得ようとする場合、計画的に構造化面接ガイドを作成し、フォーマルインタビューを行う。面接内容は、テープに録音し逐語録を作成する。
- (4) 参加観察によるフィールドノーツ（インフォーマルインタビューを含む）、フォーマルインタビューの逐語録、関係記録物から得た言語による記述録（以後、テキストとする）を、分析データとした。

第4節 分析方法

1. データ分析方法

分析データは、危機が予測される障害者に対する精神科訪問看護師の参加観察記録及び構造化面接の逐語録、関係資料からなるテキストである。それらのテキストを、K.Krippendorff の内容分析（Content Analysis）の方法を用いて分析する⁵³⁾。

データ分析の目的は、危機が予測される在宅精神障害者に対して、精神科訪問看護師はどのように危機に介入しているのかを記録したテキストから、事柄とその意味合いを捉え、前提とする関係理念や理論「分析的構成概念」と、その相関性から仮説的に推論し、危機介入モデルを生成することにある。

この一連の分析は、現象の本質を現わす概念生成ではなく、危機及び危機介入という既存の概念を用い、その様相を構造的に説明できる結果を導き出す、質的・帰納的研究法である。

分析の過程は、10事例別にテキストから危機介入に関する文脈をサンプリングし、意味を損なわない限り、凝縮した記述表現に短縮を2度繰り返す。その記述を、「分析的構成概念」の相関性から推論を導きだして、10事例の類似する推論を分類・集約し、複数の推論のまとまりから意味や経験、行為を表象する説明概念を作成する。これら複数の説明概念を、リサーチクエッション（精神科訪問看護師による危機介入モデルの生成）の相関性から集約・分類し、構造化することによってモデルの生成を図った。

2. 分析方法の細則

テキスト分析のプロセスを、以下に示す。(図1)

ステップ1：単位の設定

テキスト（精神科訪問看護師の言動、思考、医療福祉システム、状況、関係資料などを記録した文章）を、意味のまとまりがある文脈で区分し、記録単位の設定をする。

ステップ2：サンプリング単位

記録単位から、危機介入に関連する文脈（主語述語で記録された1単位の文章。主語がない場合もある。）のまとまりを抽出し、サンプリング単位として設定する。

ステップ3：第1コーディング

サンプリング単位に順位をつけ記号化（コーディング）し、サンプリング単位の文脈を反映した表現に単純化する。

ステップ4：第2コーディング

第1コーディングの意味を損なわないように可能な限り、凝縮した記述表現にする。

ステップ5：推論

複数ある第2コーディングの記述を、「分析的構成概念」の相関性に基づき推論し、ワンフレーズによる表現をする。

（分析的構成概念とは、推論するために文脈について知っている理念や理論）

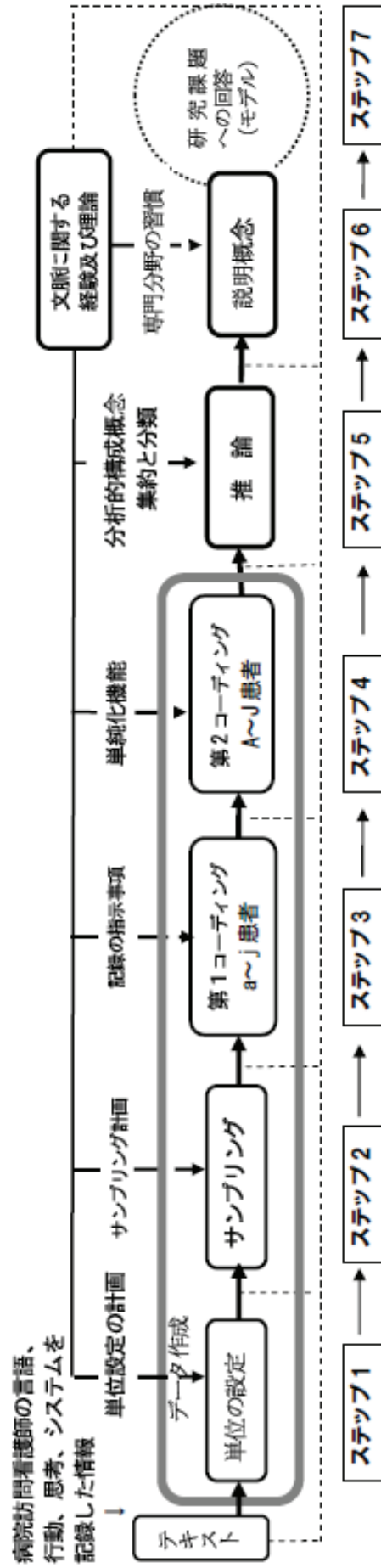


図1 Krippendorff の内容分析デザイン一部改変図 (相澤)

ステップ6：説明概念

類似する推論を分類・集約し、推論が意味する経験や理論を表す説明概念を作成する。

ステップ7：研究課題に対する回答

研究課題（Research Question）に対する回答を目的として、複数の説明概念を関係づける。

テキストは、ステップ1～7のプロセスを経て、サンプリングされたデータを分析的構成概念の相関性より推論した。それら推論の分類・集約を経た説明概念を用いて、研究目的に対する回答を見いだす。その結果から、病院の精神科訪問看護師による危機介入に関する概念モデルを生成する。

3. データ分析の信頼性と妥当性

分析の信頼性は、3つの要素「安定性」、「再現性」「正確性」が求められる。

そのために、2名以上の分析者によるデータ分析、その反復の一致、条件が近似した複数の地域、複数の研究対象からのデータ作成し、分析の基準（分析方法の細則）を明確にした。

モデルの妥当性は、サンプリングデータが精神科訪問看護師の活動を反映（サンプリングの妥当性）していること。また分析過程において、分析的構成概念が文脈の中で安定した関係でモデル化（構造的妥当性）されていること。そして推論が分析的構成概念との相関性によって意味を表象（意味論的妥当性）していることが、モデルの妥当性を正当化する。

本研究では、まず分析の妥当性を図るために、精神科訪問看護師に参加観察記録を個別に提示し、実践者の視点から参加観察記録が事実を反映しているか妥当性を確認した。また構造化面接を通じて言動の意味を確認し、分析に反映した。分析過程において推論と分析的構成概念との相関性を確保するため、また推論、説明概念、包括概念を統合するために、大学院看護学教育者2名、及び大学精神看護学教員1名のスーパービジョンを受けながら分析し、モデルの構造的妥当性を図った。

さらに生成された危機介入モデルを、個別の事例を説明できているかを検証するために、研究協力した精神科訪問看護師に提示し、個別性とモデルの信頼性・妥当性を一層高めることが今後の課題と言える。

第5節 倫理的配慮

国際医療福祉大学の倫理委員会（承認番号07-68）及び研究協力を得た首都圏の公立精神病院、民間精神病院、民間総合病院の研究倫理審査の手続きにおいて承認を得た。

その後、各病院の看護局長または看護部長より、研究協力が可能な訪問看護師を紹介された。その精神科訪問看護師に、本研究の目的、方法、プライバシー保護、研究協力に伴う負担の説明、研究不参加及び中断による不利益は一切生じないことを、文書で提示し口頭で説明した。同意が得られた場合は、同意書の署名にて承諾を得た。

参加観察に同行訪問する際の障害者は、訪問看護師から研究協力の意思を問い事前了解を得られた障害者に限定し、了解の得られた方には研究依頼書を提示し、口頭で説明し署名にて承諾を得た。

研究過程においては、資料に記載される関係者に記号を付し、データ分析に際して個人情報
が判別できないようにした。また面接調査においては、精神科訪問看護師に対し質問項目を事
前に提示し了解を得た。面接は、音声の漏えいがない個室で行った。記録したパソコン上の情
報・データは、筆者以外に見られないようにパスワードで保管し、記録物は研究者以外が扱え
ない場所に管理した。

第4章 研究結果

第1節 障害者別の危機介入の構造

10事例別の158の推論を比較し分析した結果、10の説明概念を見出した。説明概念は、「看護契約」「複合的危機予測」「アセスメント」「治療的関わり」「生活支援」「家族支援」「多職種連携」「安全性の見極め」「緊急対応」「緊急入院の支援」となった(図12参照)。

はじめに、事例別に分析結果を示す。

文中において、説明概念は『 』、推論は《 》、第2コーディングは〈 〉、精神科訪問看護師、障害者の直接の言葉は「 」記号で表す。

1. A事例の危機介入の構造

1) A事例の概要

A障害者は、50歳代の女性、統合失調症と心疾患、皮膚疾患があり、24年間の長期在院者であったが、社会復帰病棟閉鎖を機会に退院し病院から徒歩5分のアパートで、生活保護を受給、病院デイケア通所にて単身生活をしている。退院当初から、精神症状、生活能力面から在宅生活が危ぶまれるため、地域支援室から訪問看護が行われていた。

分析したA事例のデータは、退院後約1年半経過した時期から入院(下記)までの2カ月間に実施された3回の訪問看護に、筆者が同行して得た。

その間精神科訪問看護師は、訪問時に、食事、飲水、尿頻度、服薬、家族への送金による家計の破綻、金銭の貸し借りの動向に着目していた。妄想と思考障害により、話がまとまらないため、本人に何が起きているのか身体症状、対人関係、企死念慮、生活の様子をモニタリングし、他の障害者、病院職員の情報も合わせて危機状況を判断していた。精神科訪問看護師は、ある日の訪問時、5分に1回の頻尿の訴え、口調、声の高さ、妄想など会話内容のチグハグさ、死にたいと知人や病院の夜間相談窓口で電話をしていることを把握した。その後、情報収集により安全性を見極めた結果、休息入院のベッドを確保し、A障害者が支援室に来た時、医師の診察をすすめ入院となる。その後1カ月入院し、身体症状は改善、送金問題も福祉給付費から仕送りする事で問題解決した。

2) 危機介入の構造

はじめに、A事例の危機介入の構造は、推論と説明概念を関係づけて要約すると、以下のよう説明することができる。

表 4 A事例の第2コーディング・推論・説明概念

説明概念	推論	コード	第2コーディング
訪問看護の契約	訪問計画の打合せ	A22	訪問計画を打ち合わせる
複合的危機の予測	病状悪化の予測	A14	病状悪化のサインを捉える
アセスメント	変化する言動の査定	A28	症状や言動に疑問
		A31	変化がつかめない
		A22	頻尿・摂食に疑問をい込む
		A47	意味不明な話をよく聞く
治療的関わり	メディカルチェック	A19	触診で熱感を推定
		A24	体調管理の用具を使う
	薬物治療継続の支援	A2	薬理作用を説明する
		A42	薬管理は事前にしてほしい
	病状悪化の予防	A25	受診と訪問看護を確保する
		A39	生活を全体的に捉える
A49		不安対処を吟味する	
A64		応答があれば対応できる	
生活支援	生活スキルの支援	A1	洗濯物干しを伝授
		A40	低い生活スキルに対応
	生活リズムの見守り	A5	珈琲の覚醒作用を説明
		A23	日中の過ごし方を聞く
	家計運用のモニタリング	A4	金の使いみちを聞く
		A20	電話代に疑問をもつ
	食サービス利用	A43	病院食事サービスの選ぶ
		A44	住まいと食事は確保する
		A45	食事サービス利用を制限する
		A46	病院食堂システムを使う
多職種連携	病院関係者と組む	A13	夜間相談窓口の対応が心配
安全の確保	自傷他害の警戒	A59	患者中心の医師と組める
		A6	死の着想時期を確かめる
		A10	自傷他害の相談を調べる
		A11	自傷他害の話題を探す
		A12	受診促しを相談窓口へ依頼
		A15	希死念慮を心配する
	危険性の査定	A16	危機的な情報を交換する
		A8	自傷他害着想の査定
		A18	不合理な言動の終息
		A26	治療プログラムで表現できない
		A27	悪化の程度が分からない
		A37	表情・動きを見る
	入院の見極め	A38	緊張時の仕草をとらえる
		A53	生活の変化から入院と思った
		A7	夜間相談・受診を教える
緊急入院の支援	自傷他害の予防	A9	自傷他害予防に受診を勧める
		A32	緊急の診察予定を告げる
		A33	緊急受診の根拠を説明
		A48	つらさで受診につなぐ
		A50	希死念慮は無視できない
		A60	本人だけの診察は一面的
	入院に結びつける	A16	変なのでベッドを確保
		A29	未受診なので急ぎよ訪問
		A30	入院ベッドを確保
		A34	診察に同席する
	病院の短期利用	A35	入院を他施設に連絡する
		A54	生活の変化から受診と思う
		A36	入院で問題整理された
		A55	入院は1カ月



図2 A障害者説明概念・推論

精神科訪問看護師は、「訪問計画の打合せ」をして『訪問看護の契約』を結び、「病状悪化の予測」を『複合的危機の予測』として行っていた。A 障害者の精神症状は、妄想、思考障害、自傷他害があり、また身体症状・疾患は、皮膚疾患、口渇、頻尿があり、妄想と事実関係の判別が困難であった。精神科訪問看護師は、A 障害者の《変化する言動の査定》をする『アセスメント』を行い、「メディカルチェック」《薬物治療継続の支援》《病状悪化の予防》のための『治療的関わり』をしていた。また同時に《生活スキルの支援》《生活リズムの見守り》《家計費運用のモニタリング》《食サービス利用》の『生活支援』を行い、そのために《病院関係者と組む》

『多職種連携』を行っていた。この生活継続支援の過程で、《危険性の査定》をし、《自傷他害の警戒》と併せて《入院の見極め》によって『完全の確保』のために、危機介入を行った。《自傷他害の予防》援助を行い、危険性から《入院に結びつける》に至り、《病院の短期利用》をする『緊急入院の支援』をした。病院は1カ月で退院し、病状悪化に影響する金銭問題の解決策を講じて退院したことから、意義ある病院の一時利用となった。いえる。

A 事例の危機介入の構造の詳細は、以下のとおりであった。(図2、表4参照)

A 障害者は、社会復帰病棟の閉鎖をきっかけに退院し、地域支援室からの訪問看護を受け入れ、クリニック・デイケアに日中通って過ごしていた。

精神科訪問看護師は、訪問看護に対する希望を聞いて、看護計画案を提案していた。計画案は、生活状況の把握、環境を整える、金銭管理、不安軽減、身体の健康管理のための血圧測定、薬を考えていくなどの《訪問計画の打合せ》をしていた。その計画が承諾され書類に捺印をもらい『訪問看護の契約』をしていた。

精神科訪問看護師は、A 障害者が人の前で拌む、人に物を上げる、お金を借りる、思考のまとまりが悪くなることで、対人関係のトラブルといった《病状悪化の予測》の『複合的危機の予測』があった。

A 障害者の精神症状は、妄想で「おやつをやらなかったから妹を死なせた」、思考障害、現実と妄想がないまぜのまとまりのない話題、自傷他害「8割生きて一部死んでいる。死ぬかも知れない。精神病だから殺人に気をつけないと」があった。そして身体症状・疾患は、心臓疾患、皮膚疾患、口渇、頻尿があった。精神科訪問看護師は、自殺や他害の話題があるため危機性を予測する必要があるが、A 障害者の〈症状や言動に疑問〉があるために〈変化がつかめない〉でいた。本人の話による「5分に1回の排尿」、室内に食事をした気配はないのに「パンやラーメンを食べた」と言うなど〈頻尿・摂食に疑問をいただく〉日々が続いた。精神科訪問看護師は、〈意味不明な話を良く聞く〉ことから、《変化する言動の査定》の『アセスメント』を行っていた。

精神科訪問看護師は、A 障害者が訪問時に風邪症状を訴えると〈触診で熱感を推定〉する、または血圧計や体温計などの〈体調管理の用具を使う〉などして《メディカルチェック》をしていた。薬セットを確認しながら心臓病薬による血圧低下がある等〈薬理作用を説明する〉など《薬物治療継続の支援》をしていた。《病状悪化の予防》のために、受診日、訪問日の予定を伝えて〈受診と訪問看護を確保する〉ようにしていた。訪問場面は生活のほんの一部なので、関係者からの情報を合わせて〈生活を全体的に捉える〉。そして不安が高い時の高笑いがあると、その場面の対処を聞いて〈不安対処を吟味する〉など肯定や助言をしていた。普段ひきこっていても精神科訪問看護師の言動に〈応答あれば対応できる〉と考え、継続した『治療的関わり』を行っていた。

そして訪問時には、洗濯したカーテンなどの〈洗濯物干しを伝授〉し、自炊ができないなど〈低い生活スキルに対応〉するための相談にのる《生活スキルの支援》を行っていた。また作業所通所日数が少なく自室で過ごすことが多いので、〈日中の過ごし方を聞く〉ことで、生活の様子を捉え、昼寝して珈琲を飲むことで寝付けないといった話には、〈珈琲の覚醒作用を説明〉するといった《生活支援リズムの見守り》を行っていた。経済的な面では、〈金の使いみちを聞く〉、〈電話代に疑問をもつ〉など《家計運用のモニタリング》を行っていた。A 障害者は、退院に必要な〈住まいと食事は確保する〉ために、賃貸アパートを借りて、安いから〈病

院食事サービスを選ぶ) ことにする。《食サービス利用》として〈病院食堂システムを使う〉ことにより『生活支援』を行っていた。退院した障害者の相談に応じる社会復帰病棟の〈夜間相談窓口の対応が心配〉ではあるけれど、連絡を取り合い、特に〈患者中心の医師と組める〉などのメリットを考え、《病院関係者と組む》ような『多職種連携』を図っていた。

これらの生活継続支援の過程で、A 障害者に〈死の着想時期を確かめる〉、また〈自傷他害の話題を探す〉。A 障害者の外来〈受診促しを相談窓口に依頼〉し、〈希死念慮を心配する〉。そして夜間相談窓口のある病棟看護師と〈危機的な情報を交換する〉など、《自傷他害の警戒》をしていた。危険性を把握するため危機サインは不可欠であるが、〈治療プログラムで表現できない〉ため、〈悪化の程度が分からない〉でいた。精神科訪問看護師は、〈表情・動きを見る〉、指を鳴らすなどの〈緊張時の仕草をとらえる〉など、《危険性の査定》を行っていた。その結果、精神科訪問看護師は、〈生活の変化から入院と思った〉ことから、《入院の見極め》を行い『安全の確保』を決断し対応することにした。

A 障害者の話は、どこでまでが事実なのか判別できず、死の話題があるために、受診病院の〈夜間相談・受診を教える〉。また、主治医の外来へ〈自傷他害予防に受診を勧める〉ことを行っていた。精神科訪問看護師は、主治医に連絡の後、A 障害者に〈緊急受診の根拠を説明〉して、〈緊急の診察予定を告げる〉ことにした。ちぐはぐな訴えではあるが、A 障害者の語る精神的な苦痛や〈つらさで受診につなぐ〉ようにして、〈希死念慮は無視できない〉うえ、〈本人だけの診察は一面的〉な状況しか伝わらないので、受診時に同伴、同席していた。以前、訪問できず死なれたことがあったので、こうした《自傷他害の予防》を行っていた。

精神科訪問看護師は、生命の危険性から外来を〈未受診なので急きょ訪問〉し、〈生活の変化から受診と思う〉、さらに危険性を察し〈変なのでベッドを確保〉するため病院に問い合わせ、医師の〈診察に同席する〉よう取り計らった。外来診察の場面で入院の同意が得られたので、正式に〈入院ベッドを確保〉した。精神科訪問看護師は、その後〈入院を他施設に連絡する〉など行い《入院に結びつける》ことで『緊急入院の支援』を行った。

2. B 事例の危機介入の構造

1) B 事例の概要

B 障害者は、50 歳代の女性、統合失調症（妄想はあるが症状安定）と慢性肺気腫、胃腸疾患、皮膚疾患、便秘によるイレウス、多飲水があり、26 年間の長期在院者であり、社会復帰病棟の閉鎖を契機に退院し、病院から徒歩 7 分のワンルームマンションで単身生活をはじめ、生活保護を受給してクリニック・デイケアに通所している。退院後の慢性肺気腫の悪化、多飲水による意識障害、生活能力（食事確保、家計運用）の破綻が心配され、地域支援室から訪問看護が行われるようになった。

分析した B 事例のデータは、退院後約 1 年半経過した時期から緊急対応（下記）までの 3 カ月間に 4 回行われた訪問看護に筆者が同行して得た。

その間精神科訪問看護師は、禁煙の取り組みを見守り、日常の健康チェック、金銭、薬管理を支援している。ある日突然、壁塗り業者（ネズミ捕り工事の一環）が訪れたことにより B 障害者、地域連携室も事情を把握できない問題が発覚し、病院事務職、看護師等 4 人が緊急訪問し問題を解決することで、その後の在宅生活が継続している。

表 5 B事例の第2コーディング・推論・説明概念



図 3 B 障害者 説明概念・推論

説明概念	推論	コード	第2コーディング	
訪問看護の契約	訪問計画の受諾	B20	訪問看護計画を話し合う	
		B27	訪問看護計画に捺印をもらう	
	訪問日時の予告	B23	次回訪問予定を告げる	
複合的危機の予測	複合した危機予測	B8	身体症状で過去に入院させた	
		B49	身体・精神・生活の危機予測	
アセスメント	社会的危機のキャッチ	B15	不明な業者に立ち会う	
		B19	工事依頼を確認する	
治療的関わり	自我感情の支持	B5	きれい好きをほめる	
		B6	薬と金を管理する	
		B16	定時薬セットを手伝う	
	薬物治療の継続支援	B38	定時薬セットを見守る	
		B41	ストック薬を確かめる	
		B4	下剤を止める	
		B9	心身の治療薬セットを代行	
		B17	下剤・眠剤を確認する	
		B39	下剤を調整する	
	裁量範囲の薬物調整	B44	頓用薬使用法を教える	
		体の健康相談とケア	B1	体調不良から受診に結びつける
			B2	内科診療後のアドバイス
			B3	補水商品を持参する
			B14	軟膏を塗る
	B22		禁煙対策で困る	
	生活支援	衣服管理の支援	B13	季節の服購入を勧める
			B11	財産管理制度を利用
		家計運用のモニタリング	B12	金銭管理を補佐する
B7			食費の工面を助ける	
生計の破綻防止		B10	食費代工夫する	
		B21	食費の工面を助ける	
		B45	生活費のやりくりを助言	
食サービス利用		B18	食事確保を思案する	
		B42	食事調達に思案する	
住居環境の維持		B37	室内換気を勧める	
	B47	電球交換を予定する		
多職種連携	病院職員と協働	B25	男性病院職員の応援を頼む	
安全の確保	不審業者への警戒	B24	不審業者へ不安を感じる	
	危険性の心配	B31	悪徳業者かと心配する	
緊急介入	社会的危機管理	B26	警察への依頼は無理といわれる	
		B28	業者が訪問したら飛んでいく	
		B29	事態を見極める	
	病院職員と問題解決	B30	事務職から情報を得る	
		B33	病院関係者4名で問題解決	
		B34	事務職と業者との連絡不足と判明	
		B32	ネズミ駆除工事を依頼する	
	危機状況の安定・予防	B35	勧誘お断りのピラを貼る	
		B36	工事の報告を受ける	

2) 危機介入の構造

はじめに、B事例の危機介入の構造は、推論と説明概念を関係づけて要約すると、以下のよう
に説明することができる。(図3、表5参照)

精神科訪問看護師は、計画書に基づき《訪問契約の受諾》を得て《訪問日時の予告》をして『訪問看護の契約』を結んでいた。精神症状は、安定しているが妄想があり、身体症状・疾患は皮膚疾患、胃腸疾患、特に慢性肺気腫であるに関わらず禁煙できないため身体面での危険性があった。また家計運用が困難なことから生活面における《複合した危機予測》があり、これらの『複合的危機予測』をしていた。そしてB障害者の居宅への不信業者の訪問があったこと

から、《社会的危機のキャッチ》の『アセスメント』を行い、〈不明な業者に立ち会う〉、〈工事依頼を確認する〉ことを行った。

精神科訪問看護師は、この日常の生活支援の過程において、《自尊感情の支持》《薬物治療の継続支援》《裁量範囲の薬物調整》《体の健康相談とケア》の『治療的関わり』をしていた。また同時に《衣類管理の支援》《家計運用のモニタリング》《生計の破綻防止》《食サービス利用》《住居環境の維持》などの『生活支援』を行っていた。それに必要とされる《病院職員と協働》という『多職種連携』を行っていた。

《社会的危機のキャッチ》の『アセスメント』から、《社会的危機管理》のために《病院職員と問題解決》し、《危機状況の安定・予防》を行うという一連の『緊急介入』を行い、その後の在宅継続につながった。

B 障害者は、26 年入院し症状が安定しており、社会復帰病棟の閉鎖をきっかけに退院した。精神科訪問看護師は、入院中から関わり、その後地域支援室から訪問看護を行っていた。そして訪問看護確認書を B 障害者と見ながら、訪問看護において何をして欲しいのか聞き、日常生活のこと、食事、金銭、服薬、禁煙指導について取り決めて〈訪問看護計画に捺印をもらう〉、また、〈次回訪問予定を告げる〉などの『訪問看護の契約』を結んでいた。

危機に関しては、慢性肺気腫と風邪が重なる〈身体症状で過去に入院させた〉ことがあり、多飲水による意識障害、認知機能の低下による生活破綻など〈身体・精神・生活の危機予測〉つまり《複合した危機予測》による『複合的危機の予測』をしていた。

精神症状は、妄想があるが安定していた。身体症状・疾患は、便秘による腹痛（イレウスの既往歴あり）、慢性肺気腫、急性ウイルス性腸炎、皮膚疾患、多飲水による意識障害のおそれがあった。

この生活継続支援の過程で、ある日突然に壁塗り工事業者が訪問し、B 障害者は理由も分からず受け入れるため、精神科訪問看護師は不信と不安を覚え〈不明な業者に立ち会う〉ことにした。病院事務局に〈工事依頼を確認する〉などの行為を通して、《社会的危機のキャッチ》をした。〈不審業者へ不安を感じる〉ことで《不審業者への警戒》から、〈悪徳業者かと心配する〉ような《危険性の心配》を、地域支援室と一緒に『アセスメント』をしていた。

一方で日常生活において精神科訪問看護師は、洗濯を好み整理整頓を得意とする B 障害者の〈きれい好きをほめる〉ことによる《自尊感情の支持》を図り、〈薬と金を管理する〉〈定時薬セットを見守る〉〈定時薬セットを手伝う〉〈ストック薬を確かめる〉などの《薬物治療の継続支援》を行っていた。そして急性ウイルス性腸炎による下痢が継続していたので、定時薬の〈下剤を止める〉。内科、精神科、内科処方〈心身の治療薬セットを代行〉し、〈下剤・眠剤を確認する〉、〈下剤を調整する〉など薬の管理を援助していた。便秘と喫煙に伴う背部痛、夜間の落ち着かなさに対する〈頓用薬使用法を教える〉など、医師の包括指示に基づく《裁量範囲の薬物調整》を行っていた。デイケアでの吐き気、頭痛、下痢症状があり、便秘・イレウスの疑いで〈体調不良から受診に結びつける〉。内科にて急性ウイルス性腸炎が診断され、訪問し療養について〈内科診療後のアドバイス〉をして〈補水商品を持参する〉。そして背中皮膚搔痒感に〈軟膏を塗る〉。その他に慢性肺気腫に禁煙を希望するが改善されないで、〈禁煙は無理と理解している〉が〈禁煙対策で困る〉ことが続いていた。また胃カメラ、エコー検査に対する不安に対して〈検査の安全性を説明する〉ほか、強い胃痛の状態を聞いて〈内科受診の意向を確認〉するといった《体の健康相談とケア》のための『治療的関わり』をしていた。

そして同時に B 障害者の希望する〈季節の服購入を勧める〉ことで《衣服管理の支援》を行っていた。金銭管理では、成年後見人の協力を得て〈財産管理制度を利用〉し、それをさらに細かく〈金銭管理を補佐する〉ことで《家計運用のモニタリング》を行っていた。食事では、お金が不足すると水を飲んでいられることもあるので、2 日分ずつお金を渡すことで〈食費の工面を助ける〉。そして〈食費代工夫する〉など、〈生活費のやりくりを助言〉して《生計の破綻を防ぐ》支援をしていた。休日の〈食事調達に思案する〉、病院食堂が休みの期間の〈食事確保を思案する〉ことのないように、様々な《食サービス利用》を図っていた。訪問時は、〈室内換気を勧める〉、玄関の〈電球交換を予定する〉など《住居環境の維持》といった『生活支援』を行っていた。

精神科訪問看護師は、突然 B 障害者の居宅を訪れた壁塗り業者への危機感から、社会的状況の危機として捉えた。不審業者が男性であるため女性単身の対応に限界を感じ、スタッフに相談するが〈警察への依頼は無理といわれる〉。そこで地域支援室長と事務職員で〈業者が訪問したら飛んでいく〉ことで、〈事態を見極める〉という《社会的危機管理》を行っていた。現場に〈病院関係者 4 名で問題解決〉した。そして〈事務職から情報を得る〉ことで、〈事務職と業者との連絡不足と判明〉。このような形で病院職員の介入が行われて状況が把握できたので、あらためて〈ネズミ駆除工事を依頼する〉。その後、室長は、玄関扉に業者の〈勧誘お断りのビラを貼る〉。精神科訪問看護師は、ネズミ駆除後の壁塗り〈工事の報告を受ける〉など《危機状況の安定・予防》のために一連の『緊急介入』を行った。そしてその後の安心した在宅生活の継続につながった。

3. C 事例の危機介入の構造

1) C 事例の概要

C 障害者は、60 歳代、女性、統合失調症と糖尿病があり、夫死亡後から 14 年間の長期在院後、社会復帰病棟の閉鎖を契機に退院し、病院から 7 分のワンルームマンションで、生活保護を受給者し単身生活をしてきた。退院はしたが幻聴、被害念慮、思考障害、セルフケア能力不足（食事確保、家計運用、服薬管理、孤立的な生活）が著しく、経済破綻による再入院のおそれ、症状悪化、過量服薬が懸念されたので、訪問看護が行われていた。

分析した C 事例のデータは、退院後約 1 年半経過した時期から 3 カ月間に 3 回行われた訪問看護に、筆者が同行して得た。

その間精神科訪問看護師は、会話のまとまりのなさ、服薬状況、被害的な人付き合いを見守り、金銭は 1 日単位を 3 日単位にする家計運用、病院の食事サービス制度利用、弁当、コンビニによる食事確保の支援をしている。対人関係の被害念慮やひきこもりが続くため、症状と生活変化のつながりを見極め、生活と症状の連鎖（流れ）とバランスを保つ臨機応変な随時の訪問看護で、在宅生活の継続につながっている。

2) 危機介入の構造

はじめに、C 事例の危機介入の構造は、推論と説明概念を関係づけて要約すると、以下のよう説明することができる。（図 4、表 6 参照）

精神科訪問看護師は、《訪問計画、実施の受諾》を得て『訪問看護の契約』を結び、《生活費破綻の予測》や《病状悪化》という『複合的危機の予測』をしていた。

表 6 C事例の第2コーディング・推論・説明概念

説明概念	推論	コード	第2コーディング
訪問看護の契約	訪問計画、実施の受諾	C15	訪問計画・報告書の承諾を得る
複合的危機の予測	生活費破綻の予測	C36	生活費交渉で破綻予防
生活費破綻の予測	病状悪化	C39	被害的で病状悪化を推測
病状悪化		C4	生活経験にならない病棟外出
		C5	生活はスキルより関係者で維持
		C30	病院の調理実習は身にならない
		C31	自炊が一番大変と分かる
		C37	通帳管理は無理と理解
		C38	金があるなりに生活する
		C33	食事に来ない理由は不明
		C35	昼食も続くか分からない
		C43	訪問拒否が分からない
		C3	物を取られたという妄想を静かに聞く
		C6	物がなくなると言うので探す
		C11	盗まれたスポンを探す
		C16	独語を聞きつつ受診を急押す
		C7	煙草を上げるのかと聞く
		C14	禁煙・食事に来ない等を話し合う
		C28	知人の退院情報を提供
		C29	食事サービスで外出機会を作る
		C41	突然訪問を断られる
		C42	訪問拒否の理由を問う
		C12	話の変化についてけないと話し合う
		C40	話題が飛ぶと思う
		C8	禁煙パッチの危険性を説明
		C17	過量服薬の予防に毎朝渡し
		C26	眠剤や衣類の不足を話し合う
		C27	希望の眠れる偽薬を渡す
		C23	食事と生活費を話し合う
		C24	生活費と薬の渡し方を話し合う
		C10	病院食事サービスの利用を勧める
		C13	連休の食事サービス事業を説明
		C18	昼食をとったか確認する
		C19	夕食とらない言い分を聞く
		C20	弁当手配を話し合う
		C21	宅配弁当を検討する
		C25	昼食に来院を勧める
		C32	昼食のみ食事サービス
		C34	食事はヘルパーか外食になる
		C2	年金書類を確認し預かる
		C22	各種年金の説明をする

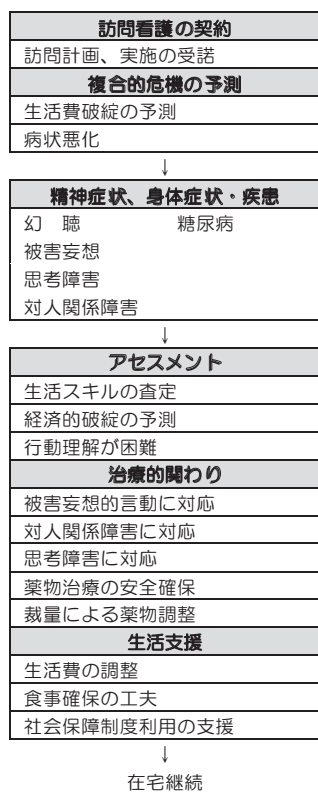


図 4 C 障害者 説明概念・推論

精神症状は、被害妄想、思考障害、対人関係障害があり、唐突な会話や物が取られるといった被害妄想があった。そして身体症状・疾患は、糖尿病があった。精神科訪問看護師は、C 障害者の唐突な《行動理解が困難》だったり、《生活スキルの査定》や《経済的破綻の予測》などの『アセスメント』をしていた。そして、《被害妄想的言動に対応》したり《対人関係障害に対応》し、かつ会話の飛躍が多い《思考障害に対応》していた。また、服薬についても、《薬物治療の安全確保》《裁量による薬物調整》を図るなどの『治療的関わり』を行っていた。単身生活において、《生活費の調整》や《食事確保の工夫》をして、家計が破綻しないように《社会保障制度利用の支援》をする『生活支援』を行っていた。そうして在宅生活の継続に結びつけていた。

C 障害者は、14 年の入院歴があり退院直後に訪問看護を行っていた。精神科訪問看護師は、訪問看護契約書、訪問看護報告書、ケア計画書を示して、訪問看護における希望を聞き、日常生活のこと、食事、金銭、服薬、相談など取り決めて《訪問看護計画、実施の承諾》の捺印を

もらい『訪問看護の契約』を結んでいた。

『複合的危機の予測』は、通帳があれば使い切ってしまうことから《生活費破綻の予測》があるため、〈生活費交渉で破綻予防〉を凶った。また、〈被害的で病状悪化を推測〉した《病状悪化》を懸念していた。

精神症状は、幻聴や物をとられる被害妄想があり、対人関係障害にいたる。そして被害関係念慮が強いと外出を拒み引き込み過ぎて過ごしていた。テレビを見ながらもその時の思いつきで話をするため、話がまとまらず、独語になって第三者には理解できないような思考障害があり、身体症状・疾患には、糖尿病があった。

こうしたC障害者に対し精神科訪問看護師は、生活行動面で〈食事に来ない理由は不明〉、〈昼食も続くか分からない〉、〈訪問拒否が分からない〉など《行動理解が困難》であり、病院生活に適応しても〈生活経験にならない病棟外出〉や、〈病院の調理実習は身にならない〉〈自炊が一番大変と分かる〉。そして〈生活はスキルより関係者で維持〉と理解する《生活スキルの査定》をしていた。またC障害者は〈金があるなりに生活する〉と分かるほか、〈通帳管理は無理と理解〉し《経済的破綻の予測》をする『アセスメント』を行っていた。

精神科訪問看護師は、C障害者の合鍵で誰かが入りものが無くなるという話題に対し、〈物を取られたという妄想を静かに聞く〉一方で、〈物がなくなるというので探す〉、〈盗まれたズボンを探す〉などして現実的な対応も行っていた。幻聴と放映中のテレビの話題に応答して〈独語を聞きつつ受診を念押す〉などをして《被害妄想的言動に対応》していた。特定の人に〈煙草を上げるのかと聞く〉、禁煙パッチや病院食堂利用など〈禁煙・食事に来ない等を話し合う〉。借金を頼まれる〈知人の退院情報を提供〉したり、病院食堂への〈食事サービスで外出機会を作る〉など行っていた。

ある朝、〈突然訪問を断られる〉ため、話し合いで〈訪問拒否の理由を問う〉と年金目録書の無収入理由を書くにあたり、教え方が親切でなかったらしく怒っているとのことであった。その後すぐに訪問に来てほしいと連絡があって訪問継続するなど、《対人関係障害に対応》することで、関係性を維持していた。また、会話中にC障害者の〈話題が飛ぶと思う〉ので〈話の変化についていけないと話し合う〉ことで、思考の飛躍をフィードバックする《思考障害に対応》していた。そして〈禁煙パッチの危険性を説明〉し、薬管理については、眠前に朝薬を服用し失禁するので薬を、〈過量服薬の予防に毎朝渡し〉にしていた。そして〈眠剤や衣類の不足を話し合う〉などし《薬物治療の安全確保》に配慮して、〈希望の眠れる偽薬を渡す〉など《裁量による薬物調整》により『治療的関わり』を行っていた。

また同時に精神科訪問看護師は、日常生活上の〈食事と生活費を話し合う〉、〈生活費と薬の渡し方を話し合う〉ことにより、《生活費の調整》を行っていた。食事の確保は、〈病院食事サービスの利用を勧める〉、〈昼食に来院を勧める〉、〈昼食のみ食事サービス〉の勧め、〈連休の食事サービス事業を説明〉し、〈昼食をとったか確認する〉ことを行って、病院食堂にて〈夕食とらない言い分を聞く〉など対応をしていた。病院食堂の休業期間の〈弁当手配を話し合う〉、〈宅配弁当を検討する〉するなど細やかに対応していた。食事を作る能力がない場合は、〈食事はヘルパーか外食になる〉と考え《食事確保の工夫》を行っていた。

金銭面では、通帳管理は難しく、金があると使ってしまうため〈年金書類を確認し預かる〉、〈各種年金の説明をする〉などして地域権利擁護団体を利用した《社会保障制度利用の支援》を『生活支援』し、在宅生活の継続に結びつけていた。

4. D 事例の危機介入の構造

1) D 事例の概要

D 障害者は、70 歳後半、女性、統合失調症と脳梗塞、腰痛症、胃疾患があり、5 カ月間の入院、生活能力があり精神障害者の息子と 2 人で、病院から車で 15 分の 2LDK のアパートに、生活保護を受給し生活をしていました。訪問看護は、長期に在宅生活をしているが、数年前から脳梗塞によるのか認知障害（物忘れ）、不安発作、過量服薬、家事能力の程度（食事、清掃）が懸念されたので訪問看護が導入され、訪問看護師は正確な服薬セット、過量服用、不安、ふらつき、転倒、自殺念慮に注意して行われていた。

分析した D 事例のデータは、手術入院に至るまでの 4 カ月間に 9 回の同行訪問を行い収集した。

その間精神科訪問看護師は、家事全般を見守り、認知障害による不正確な服薬セット、過量服薬の予防、自立神経系か心的な不安症状なのか見極めて対応し、旅行や遊び（詩吟、カラオケ）の取り組みを支援していた。ある訪問日、D 障害者より「検査で癌（影がある）が発見され、14 日間手術入院する」と情報を得る。手術への不安、検査、呼吸機能訓練、入院生活、その間の薬管理、病棟看護師の役割など情報提供し、息子、弟の外科病院同行、そして退院後の疼痛や術部の回復、重複処方薬の調整に対する支援を行い、在宅生活が継続している。

2) 危機介入の構造

はじめに、D 事例の危機介入の構造は、推論と説明概念を関係づけて要約すると、以下のよう説明することができる。（図 5、表 7 参照）

精神科訪問看護師は、《訪問目標の見通し》をもって『訪問看護の契約』をして、《心身、生活の限界》をモニタリングし、《在宅限界の予測》をするような『複合的危機の予測』をしていた。精神症状は、自我障害、認知障害、不安障害があり、身体症状・疾患は、脳梗塞、肺癌、腰痛症、胃疾患があった。訪問看護師は、心身の疾患や障害のある D 障害者の在宅生活にとって、キーパーソンの《鍵となる息子の査定》《家事能力の査定》《過量服薬の確認》《心身状態の査定》《認知能力の査定》《不安発作の査定》、肺癌摘出後の在宅における《術後生活の査定》といった『アセスメント』をしていた。精神科訪問看護師は、長期の在宅生活が継続できる《生活環境の改善》や《遊びを励ます》ことや、《自尊感情の支持》《メディカルチェック》《薬セットの支援》《正確な服薬》支援をするなどの『治療的関わり』を行っていた。D 障害者は、在宅生活が長く友人との付き合い、趣味もあるので《遊びを励ます》ことを推奨していた。そして快適な室内の《生活環境の改善》ができるように『生活支援』していた。精神科訪問看護と PSW は、両者とも 1 年目であるため《暫定的な役割分担》をし、薬物治療では《医師と連携》を行い、病院関係者だけでなく市障害福祉課など《関係機関と疎通性の実現》に向けた『多職種連携』を行っていた。そして肺癌手術に対する『安全の確保』として《肺癌手術の不安軽減》を図り、《手術入院の支援》《検査・治療の説明》《鎮痛剤の説明と調整》といった『緊急入院の支援』を行った。また、『治療的関わり』の一環として《裁量範囲の薬物調整》を行い、手術入院を経て在宅生活に戻ることができ、在宅生活の継続に結びついた。

D 障害者は、80 歳ちかい女性で、統合失調症の息子と 2 人暮らし。5 か月間の入院歴があり退院後から訪問看護を行っていた。

訪問看護の契約
訪問目標の見通し
複合的危機の予測
心身、生活の限界
在宅限界の予測
↓
精神症状、身体症状・疾患
自我障害 脳梗塞
認知障害 肺 癌
不安障害 腰痛症
胃疾患
↓
アセスメント
鍵となる息子の査定
家事能力の査定
過量服薬の確認
心身状態の査定
認知能力の査定
不安発作の査定
術後生活の査定
治療的関わり
メデイカルチェック
薬セットの支援
正確な服薬
裁量範囲の薬物調整
自尊感情の支持
生活支援
生活環境の改善
遊びの励まし
多職種連携
医師と連携
暫定的に役割分担
関係機関と疎通性の実現
安全の確保
肺癌手術の不安軽減
緊急入院の支援
手術入院の支援
検査・治療の説明
鎮痛剤の説明と調整

入院（14日間）・退院

図5 D障害者 説明概念・推論

表7 D事例の第2コーディング・推論・説明概念

説明概念	推論	コード	第2コーディング
訪問看護の契約	訪問目標の見通し	D105	良い環境で生活してほしい
		D113	長い在宅生活が目標
複合的危機の予測	心身、生活の限界	D75	認知・不安障害と服薬
		D101	自殺・陰性症状が危険
複合的危機の予測	在宅限界の予測	D102	ふらつき・転倒で在宅の限界
	鍵となる息子の査定	D34	在宅の限界は息子したいとみる
アセスメント	家事能力の査定	D20	掃除や買物の様子を聞く
		D33	料理を息子に聞くつもり
		D43	生活能力は危うい
		D84	汚れは危険ではない
		D95	できる家事はした方がよい
		D100	食材から料理を推測
		D104	生活とプライドを大切に
		D114	金銭管理は支援が必要
		D27	過量服薬包を見つける
		D29	薬量を確認する
	過量服薬の確認	D30	服薬確認できない
		D37	不足薬が見つかる
		D44	その辺の薬を飲み不足
		D45	息子より服用違いが分かる
		D78	複数の重複薬服用のおそれ
		D90	眠前薬服用を息子に聞く
	心身状態の査定	D93	副作用は目まい・ふらつきに出る
		D7	体と気持の症状を聞く
		D13	精神的焦りを確かめる
		D81	自律神経系の不安と思う
D91		脳梗塞的かと聞いた	
認知能力の査定	D92	脳梗塞が続いているのか	
	D46	認知レベルが問題	
	D49	薬不足を理解していない	
	D76	認知障害の危険で薬セット	
不安発作の査定	D83	認知力低下を捉える	
	D80	不安発作を予測	
術後生活の査定	D82	不安焦燥の変化をみる	
	D72	術後の生活レベルを聞く	
メデイカルチェック	メデイカルチェック	D9	まずバイタルサインの測定
		D17	会話しながら血圧測定
		D24	帰郷に向けた体調作りの勧め
		D26	不調にバイタル確認と与薬
	D40	症状を聞きバイタルチェック	
	薬セットの支援	D2	薬セットの準備をする
		D3	薬セット違いを説明する
		D5	3人がかりで薬セット
		D10	一緒に薬セット確認
		D11	薬の間違いを発見
D12		薬セットを勧める	
D19		正確にセットの薬を渡す	
D28		薬用カレンダーの利用	
D35		薬カレンダーに入れる	
D38		薬セットをPSWと一部分担	
D36		確認済み薬でセット	
D47		整形薬残っても良しとする	
D50		薬セットの下準備	
D54		旅行用の薬準備を相談	
D60		翌朝までの薬をセット	
D69		疼痛のため薬セット代行	
D86	薬セットの負担調整		
正確な服薬	D4	内服不要を説明	
	D6	水で服薬を促す	
	D25	朦朧状態で買い物を中止	
	D31	薬分包を薬局に依頼	
	D51	服薬の印を工夫する	
	D85	焦せる薬セットは中止	
D79	毎回頓用薬の不足は良くない		

治療的関わり	正確な服薬	D87	薬カレンダーだけでセット
		D94	薬を分包にした
	裁量範囲の薬物調整	D67	鎮痛剤服用を止める
		D68	鎮痛剤の重複予防を説明
		D74	重複薬の報告を促す
		D77	重複処方危険と予測
	自尊感情の支持	D52	生活状況を誉め励ます
D53		親ができなくて良いと話す	
D98		息子に気丈に対応してるかも	
生活支援	生活環境の改善	D42	薬や家事の心配事を聞く
		D66	レースカーテンにする
		D112	錆でシャワーが出ない
	遊びの励まし	D8	趣味に共に興じる
		D14	無理ない帰郷の勧め
		D22	帰郷は心配ないと言う
		D23	歌うのは良いと話す
		D88	友人との帰郷を勧めた
		D89	同窓会はプラスの影響
		多職種連携	医師と連携
D108	薬の適正を把握		
D109	医師に大変さの伝達は課題		
暫定的に役割分担	D39		PSW と薬セットを分担
	D48		PSW と交代で記録と薬セット
関係機関と疎通性の実現	D111	病院・役所の疎通性を図る	
安全の確保	肺癌手術の不安軽減	D16	心配し過ぎないように話す
		D55	癌治療入院の不安をなだめる
		D57	手術の少ない負担を説明
		D58	入院準備を誉める
		D59	入院先の薬事情を説明
緊急入院の支援	手術入院の支援	D63	薬管理は疑問を助言
		D64	入院付添い・準備を問う
		D65	支払いを兄弟に任せる
		D70	薬や手術入院の確認
		D96	肺癌手術を知り大騒ぎしない
		D99	入院前に情報を教える
		D18	検査結果や症状を話す
	検査・治療の説明	D62	薬手帳や喀痰検査を説明
		D61	整形薬は医師の判断と説明
	鎮痛剤の説明と調整	D61	整形薬は医師の判断と説明
		D73	他科の重複処方を整理

精神科訪問看護師は、D 障害者が病院の准職員として働いている息子（統合失調症）と緑の樹木に囲まれたアパートの〈良い環境で生活してほしい〉、〈長い在宅生活が目標〉と、《訪問看護の見通し》をもって『訪問看護の契約』をしていた。

D 障害者は、認知障害があり息子との生活が危うく、服薬違いが多々あり、不安を訴える連絡が幾度も病院にあった。そのため〈認知・不安障害と服薬〉、〈自殺・陰性症状が危険〉など《心身・生活の限界》をモニタリングし、〈ふらつき・転倒で在宅の限界〉かもしれないと《在宅限界の予測》による『複合的危機の予測』をしていた。そしてD 障害者の精神症状は、認知障害があり服薬違いによるふらつき、予期的不安、焦燥感などの不安障害、自我障害がある。身体症状・疾患は、脳梗塞、肺癌、腰痛症、胃症状があった。

精神科訪問看護師は、D 障害者の〈在宅の限界は息子しだいとみる〉ことで、《鍵となる息子の査定》をしていた。在宅生活維持のために〈掃除や買物の様子を聞く〉、生活能力はどの程度なのか〈食材から料理を推測〉するだけでなく〈料理を息子に聞くつもり〉である。〈生活能力は危うい〉が、〈汚れは危険ではない〉と評価し〈生活とプライドを大切に〉〈できる家事はした方がよい〉と考えていた。将来的に〈金銭管理は支援が必要〉になることを予測するような《家事能力の査定》を行っていた。同時に訪問看護師は、服薬セットに関わる中で、〈薬量

を確認する)と〈不足薬が見つかる〉ので、〈過量服薬包を見つける〉。そして〈その辺の薬を飲み不足)するなど〈服薬確認できない)ため、〈眠前薬服用を息子に聞く)ことによって、〈息子より服用違いが分かる〉。また、〈副作用は目まい・ふらつきに出る)だけでなく、〈複数の重複薬服用のおそれ)があるため《過量服薬の確認》をして服薬に関する判断をしていた。

精神科訪問看護師は、D 障害者のソワソワ感が身体的か精神的な焦燥感か〈体と気持の症状を聞く)ことで、心臓機能からではない〈精神的焦りを確かめる)ことにした。また被害妄想よりも〈自律神経系の不安と思う)といった評価をしていた。訪問時にぐったりとして顔色不良でふらつく機能不全があるため〈脳梗塞的かと聞いた〉。以前、脳梗塞があったので〈脳梗塞が続いているのか)確かめ、不安、焦燥感、ソワソワ感などが、身体的か心理的か《心身状態の査定》を行っていた。

そして食器などの汚れに気づかない、抗不安剤や鎮痛剤、胃薬など〈薬不足を理解してない)、服薬を忘れて過量服薬に至るなど〈認知レベルが問題)であり、〈認知障害の危険で薬セット)を中止するといった〈認知力低下を捉える)《認知能力の査定》を行っていた。

抗不安剤の不足が多いので、訪問時にはみられないが日々の中でおこる〈不安発作を予測)し、何時からおこったのか〈不安焦燥の変化をみる)など《不安発作の査定》がなされていた。肺癌の手術の〈術後の生活レベルを聞く)など《術後生活の査定》を含め、身体・精神・心理を包括する『アセスメント』がなされていた。

訪問時は、〈まずバイタルサインの測定)を行い、食事や友達つき合いなど〈会話しながら血圧測定)し、同窓会出席を兼ね法事への出席など〈帰郷に向けた体調作りの勧め)を行っていた。D 障害者は、「足がふらつき、あせって落ち着かない」と訴えた時、もうろうとして呂律が回らないので自律神経系、心理的〈不調にバイタル確認と与薬)をした。後日にも足のふらつきなど訊ねて、〈症状を聞きバイタルチェック)の測定(血圧、体温、脈測定)を行う《メディカルチェック》をしていた。

精神科訪問看護師は、訪問するとまず食事や趣味の話、〈旅行用の薬準備を相談)をしながら、〈薬セットの下準備)や〈薬セットの準備をする)ことを行い、〈薬セットを PSW と一部分担)し、D 障害者に〈正確にセットの薬を渡す)など〈3人がかりで薬セット)をしていた。そして〈薬セットを勧め)、試行錯誤しながら〈薬用カレンダーの利用)をするようになり、〈確認済み薬でセット)して〈薬カレンダーに入れる)など、〈一緒に薬セット確認)を行う。何度も〈薬の間違いを発見)することがあり、〈3人がかりで薬セット)し、〈薬セット違いを説明する)。肺癌の術後は、〈疼痛のため薬セット代行)し、〈薬セットの負担調整)を行うなど〈薬セットを PSW と一部分担)しながら《薬セットの支援》を実施していた。そしてD 障害者は、認知、不安障害から過量服薬が見られるので、〈朦朧状態で買い物中止)することもあったので、〈薬分包を薬局に依頼)し〈薬を分包にした)。過量服薬を予防しD 障害者の希望もあり、〈薬カレンダーだけでセット)し、〈服薬の印を工夫する)、〈薬分包を薬局に依頼)した。D 障害者は、薬セット中に混乱し困惑した表情になり、抗不安剤を水なしで服用するため〈水で服薬を促す)。また朝薬を再度服用しようとするため、重複するので〈内服不要を説明)し、度重なる〈毎回頓用薬の不足は良くない)ことを説明し〈焦せる薬セットは中止)するなど《正確な服薬》支援を行っていた。

肺癌手術で入院し退院後の外科病院再受診時に、D 障害者から医師に対して、消炎鎮痛剤が3回、カルシウム代謝剤、胃薬、抗不安剤などの〈重複薬の報告を促す)。精神科訪問看護師は、

〈重複処方危険と予測〉し、〈鎮痛剤服用を止める〉ことや、〈鎮痛剤の重複予防を説明〉するなど《裁量範囲の薬物調整》を行っていた。

そして食事内容、睡眠、趣味などが良好であると〈生活状況を誉め励ます〉。スーパーで買い物袋を忘れて息子に怒られ気にしているため、なんでも〈親ができなくて良いと話す〉。母親の肺癌に息子がうろたえていたが、D 障害者は落ち着いており〈息子に気丈に対応しているかも〉と思っていたが、事後に聞くと「大変でしたよ」と言う。精神科訪問看護師は、《自尊感情の支持》の対応をするなど『治療的関わり』を行っていた。

台所、風呂場、部屋の隅々の汚れ、雑巾のぬめりや食器の黒ずみがあり〈錆でシャワーが出ない〉ので、精神科訪問看護師は家事援助を心配して〈薬や家事の心配事を聞く〉が、D 障害者は、大丈夫と返事するため、主婦、母親としてのプライドを大切にするため見守ることにした。天気の良い日に、カーテンを閉めきり空気が淀み暗いので、〈レースカーテンにする〉ように声をかけるなどして、《生活環境の改善》を支援していた。

精神科訪問看護師は、D 障害者が友人とカラオケに行くので、〈歌うのは良いと話す〉。そしてD 障害者は若いころから続けている詩吟を謡って、訪問看護師と〈趣味に共に興じる〉などしていた。また、田舎の同窓会参加に友人と行く予定を立てているので、〈無理ない帰郷の勧め〉や、〈帰郷は心配ないと言う〉など〈友人との帰郷を勧めた〉。同窓会は人生の宝となるイベントなので、不安より〈同窓会はプラスの影響〉があると奨め、《遊びの励まし》を含む『生活支援』を行っていた。

精神科訪問看護師は、観察とD 障害者からの意見などを、〈医師に情報提供し安全確保〉していた。薬は個別的な適応性があるので、〈薬の適正を把握〉することが重要と考え医師と情報交換していた。しかし当事者や家族による意見や情報の伝達は難しく、〈医師に大変さの伝達は課題〉と考えながら、《医師と連携》を図っていた。

訪問看護師は、PSW とチームを組んで1年目であり、〈PSW と薬セットを分担〉、〈PSW と交代で記録と薬セット〉するなど《暫定的に役割分担》を行っていた。また病院関係部門（医局、薬局、病棟、外来）間での意思疎通、協力体制だけでなく、市・福祉窓口など行政との意見交換、連絡調整は充分でないため、〈病院・役所の疎通性を図る〉ようにして、《関係機関と疎通性の実現》を図る『多職種連携』を行っていた。

そして精神科訪問看護師は、CT 検査で肺癌が発見され肺機能検査のため入院するので、〈手術の少ない負担を説明〉して、〈入院準備を誉める〉、〈心配し過ぎないように話す〉など、〈癌治療入院の不安をなだめる〉など外科病院入院に関わる心身の『安全の確保』を行う。

そして〈入院先の薬事情を説明〉し、一方で外科病院の看護師には、〈薬管理は疑問を助言〉した。入院の際には、〈支払いを兄弟に任せる〉、〈入院付添い・準備を問う〉はどうかを把握し手術で〈心配し過ぎないように話す〉。〈薬や手術入院の確認〉、〈入院前に情報を教える〉など《手術の入院の支援》を行っていた。その他、D 障害者と〈検査結果や症状を話す〉、〈薬手帳や喀痰検査を説明〉して、《検査・治療の説明》を分かりやすく行った。また向精神薬と外科治療薬で重複する〈他科の重複処方を整理〉し〈整形薬は医師の判断と説明〉するなど《鎮痛剤の説明と調整》をすることで『緊急入院の支援』を行っていた。その結果、14 日間の手術入院を経て自宅に戻り、在宅生活の継続に結びついた。

5. E 事例の危機介入の構造

1) E 事例の概要

E 障害者は、50 歳代、女性、統合失調症と皮膚疾患があり、1 カ月の入院の後、病院から車で 15 分の自宅に退院し、病院精神科デイナイトケアへ通所し単身生活をしていました。退院後の服薬及びデイナイトケア中断による症状悪化、身体・住居環境の清潔保持が問題になり地域生活破綻が懸念されたので、訪問看護が導入された。

分析した E 事例のデータは、退院後約 1 年経過した時期から 4 カ月間に 6 回同行訪問を行い、そのデータを分析したものである。

その間精神科訪問看護師は、服薬状況の確認、清潔な身体・生活環境（保清、洗濯、掃除、カビ・ホコリ、雨漏り、配管腐食など）の保持を協働して行い、モデルを示して PSW と共に支援し、E 障害者の家事、デイケア通所、交遊の取り組みを支えていた。ある訪問日に幻聴、妄想による奇異な行動、確認行為、行動停止があるため、様子を見ながら不潔であるが髪を梳くケアリングをし、現実的な会話や行為に結びつけていた。また、デイケア、外来受診継続、処方変更の確認、デイナイトケアスタッフ、外来主治医との情報交換をして処方変更となり、その後も在宅生活継続に至っている。

2) 危機介入の構造

はじめに、E 事例の危機介入の構造は、推論と説明概念を関係づけて要約すると、以下のよう説明することができる。（図 6、表 8 参照）

精神科訪問看護師は、《訪問看護の目標設定》を行い『訪問看護の契約』をし、《複合した危機予測》すなわち『複合的危機の予測』をしていた。E 事例の精神症状は、妄想、幻聴、認知障害、自我障害があり、身体症状・疾患には、皮膚疾患があった。精神科訪問看護師は、《認知行動の査定》《症状変化の査定》をしつつ、精神科訪問看護師としての《関わり自己評価》といった『アセスメント』を行っていた。そして、《服薬のモニタリング》《治療プログラムの見守り》によって『治療的関わり』をし、訪問の多くを《家屋管理への動機付け》《家屋管理の体験支援》《清潔への動機づけ》《家事モデルになる》《過ごし方の確認》など、『生活支援』を行っていた。精神科訪問看護は PSW とチームで関わっていたが家事援助サービス導入は、福祉行政窓との協力体制が築けておらず《福祉サービス利用に苦戦》するような『多職種連携』になっていた。

そうした状況の中で、E 事例の在宅生活の継続支援がなされていた。

精神科訪問看護師は、E 障害者とデイケアに通所すること、入浴し清潔を保つといった〈入院しない条件を確認〉していた。E 障害者は、〈在宅希望のため清潔を保った〉が、身体、衣服、寝具、室内の清潔が保てないため、〈目標はやってみて修正〉し〈訪問の目標を下げた〉りするなど《訪問看護の目標設定》を含めた『訪問看護の契約』を行っていた。

精神科訪問看護師は、E 障害者が清潔の維持、家屋管理、服薬継続が上手くいかず、デイケアも中断する可能性がある〈生活破綻、症状出現を予測〉していた。また〈危機予測は清潔保持の破綻〉が予測されるなど《複合した危機予測》つまり『複合的危機の予測』をしていた。そして E 障害者の精神症状は、妄想、幻聴、認知障害、自我障害があり、身体症状・疾患には、皮膚疾患があった。

表 8 E事例の第2コーディング・推論・説明概念



図 6 E 障害者 説明概念・推論

説明概念	推論	コード	第2コーディング
訪問看護の契約	訪問看護の目標設定	E3	入院しない条件を確認
		E56	在宅希望のため清潔を保った
		E59	訪問の目標を下げた
複合的危機の予測	複合した危機予測	E60	目標はやってみて修正
		E30	生活破綻、症状出現を予測
		E55	危機予測は清潔保持の破綻
アセスメント	認知行動の査定	E42	体臭は布団の異臭によると言う
		E52	汚れの自覚がない
		E27	症状があり DC 通所を疑う
	症状変化の査定	E37	奇異な様子で記録を見る
		E43	奇妙な仕掛けを問う
		E58	出来ないと言ってしまふ
	関わりの自己評価	E61	目標設定が難しい
		E62	これで良いかと迷う
		E64	指示だけでは反発するかも
治療的関わり	服薬のモニタリング	E65	清潔の保ち方は見直す
		E12	目の前で服薬確認
		E17	服薬を休まないと言定
	治療プログラムの見守り	E18	食事の様子を聞く
		E29	薬減量で症状出現を心配
		E66	拒薬があるのでみていく
生活支援	家屋管理への動機づけ	E4	ナイトケアまで淋しいと知る
		E9	デイケア遅刻の有無を問う
		E7	生活の頑張りを誉める
		E13	雨戸開けを誉める
		E15	掃除機がけを任せる
		E19	粗大ごみを一緒に出す
		E20	台所環境を良くする話し合い
		E21	不燃ゴミ出しを宿題にする
		E23	バケツ蓋洗いを誉める
		E25	掃除機がけの声をかける
		E26	汚れているので立って話す
		E36	掃除機がけを見守る
	家屋管理の体験支援	E48	網戸購入方法を提案
		E1	雨戸を開け風を入れる
		E22	カビ臭で風を通す
		E33	雨漏りを拭き雨戸を開ける
		E47	窓や雨戸を開ける
	清潔への動機づけ	E51	庭の草木を一緒に整える
		E8	不潔は認知不足なので言う
		E10	入浴日の自主設定を促す
		E11	自分が匂わないか聞く
E16		入浴を誉める	
E24		デイケアと服薬を誉め整髪する	
E35		会話しながら髪を梳く	
E38		不潔臭を伝えるか話し合う	
家事モデルになる	E50	衣類の整理を諦める	
	E41	寝具の破棄分別を聞く	
	E63	清潔への負担感は無意味	
	E6	湿った布団干しを見せる	
	E14	期限切れ食品の処分を見守る	
過ごし方の確認	E39	洗濯に付き合う	
	E40	布団干しを見せる	
	E44	掃除機を使って見せる	
	E49	コインランドリーを探しておく	
多職種連携	役割分担の形成	E2	起床時間を尋ねる
		E5	休日の過ごし方を聞く
		E34	豪雨でのデイケア参加を誉める
		E46	ホームヘルプを考える
		E68	DC スタッフと PSW の報告を聞く
		E69	関わりを中心にしていく
		E70	一週間交代で記録する
		E71	役割分担はこれから決める
		E72	協働関係は決めた方が良い
E73	看護は病気に関わっている		
E74	役割範囲がまだ分からない		
E67	医師と連絡をとっている		

E 障害者の居宅は、雨戸を開けることがない真っ暗な室内で、湿った埃臭、ハウスダストや髪の毛、頭のふけが廊下に積もっていた。寝室も汗臭などの異臭がひどく、寝具のシーツは黄ばみ、破れているため、精神科訪問看護師は〈体臭は布団の異臭によると思う〉。また布団の破れをガムテープで張り合わせているが、E 障害者は〈汚れの自覚がない〉うえ、シーツ交換の必要性も理解できないでいた。こうした清潔維持に関する《認知行動の査定》を行っていた。訪問の経過の中でE 障害者は、掃除をしている途中で強迫的な手洗いを行う。また、石鹸をドアノブや手指に塗りつけたり、突然、何かに囚われるような行動停止が見られるようになっていた。そこで精神科訪問看護師は、〈症状がありデイケア通所を疑う〉。そして〈奇異な様子で記録を見る〉ので記録を確認すると、医師の記録には体臭が強く非入浴ではないかと記載され、向精神薬が少しずつ減量されていることから、症状の悪化を心配していた。また、部屋の開き戸、押し入れ扉にある〈奇妙な仕掛けを問う〉などして《症状変化の査定》を行った。精神科訪問看護師は、E 障害者への清潔を保つ支援について、自分自身の行為を振り返り、〈出来ないとやってしまう〉、〈目標設定が難しい〉、〈これで良いかと迷う〉、掃除、洗濯、入浴など〈指示だけでは反発するかも〉、〈清潔の保ち方は見直す〉といった《関わりの自己評価》をしていた。精神科訪問看護師は、E 障害者に対する査定だけでなく、支援関係のあり方を問うことも含めた『アセスメント』を行っていた。

精神科訪問看護師は、訪問時に服薬セットと〈目の前で服薬確認〉し、デイ・ナイトケアで服薬を確実にすることから、〈服薬を休まないと肯定〉し、誉めながら服薬の継続を見守っていた。また、朝食やデイ・ナイトケア休みの〈食事の様子を聞く〉、日々の過ごし方について会話していた。E 障害者との意思疎通性の変化から〈薬減量で症状出現を心配〉して、言動を観察して〈拒薬があるのでみていく〉《服薬のモニタリング》をしていた。精神科訪問看護師は、E 障害者がデイケアからナイトケアまでの空白の時間について〈ナイトケアまで淋しいと知る〉。そこでデイケアの様子を聞いて、友人と卓球やダーツをするなど楽しく過ごしているが帰ってしまうからと理解する。これまでの〈デイケアの遅刻の有無を問う〉と、毎日無遅刻で通所していることもあり、デイケア継続の見守りと《治療プログラムの見守り》など『治療的関わり』を行っていた。

精神科訪問看護師は、台所で室内の埃と汚れが著しくて座れる場がなく〈汚れているので立って話す〉状況であった。そして真っ暗な室内で空気が淀んでいるため、雨戸を開け風通しが必要と説明して、窓を開けて風通しを体験するなどを続けることで、訪問時に〈雨戸開けを誉める〉ようにしていた。また廊下、階段、室内に埃が層になっているため、〈掃除機がけの声かける〉とE 障害者は、しまいこんでいた掃除機を取り出してかけ始めるので〈掃除機がけを任せる〉。いつも立って話す〈台所環境を良くする話し合い〉をして、十数年放置された汚れを少しずつ片付けることになった。まずは、ゴミ〈バケツ蓋洗いを誉める〉などしながら、〈不燃ゴミ出しを宿題にする〉、〈粗大ごみを一緒に出す〉ことや、壊れた〈網戸購入方法を提案〉する。精神科訪問看護師は、課題はあるが居宅や清潔を保つ、デイケアへの参加などE 障害者のなりの〈生活の頑張りを誉める〉ことで《家屋管理への動機付け》を高めていた。

E 障害者は、室内や家屋を清潔に保つことには関心がないようなので、〈窓や雨戸を開ける〉〈雨戸を開け風を入れる〉〈カビ臭で風を通す〉。豪雨の後の〈雨漏りを拭き雨戸を開ける〉〈庭の草木を一緒に整える〉など、《家屋管理の体験支援》を行っていた。そして精神科訪問看護師と PSW は、デイケアに参加している他の障害者から、髪は油でべたつき、全身から不潔

臭がすると苦情があるため、〈不潔は認知不足なので言う〉かどうか迷い、〈不潔臭を伝えるか話し合う〉。そして〈自分が匂わないか聞く〉ことで、〈入浴日の自主設定を促す〉と同時に〈入浴を誉める〉〈会話しながら髪を梳く〉〈デイケアと服薬を誉め整髪する〉。また破れをガムテープで補修し、汗と垢が染みつき異臭がする布団カバーの処分について〈寝具の破棄分別を聞く〉。そして寝具カバー類の洗濯のために〈コインランドリーを探しておく〉と伝える。〈清潔への負担感は無意味〉と考えて《清潔への動機づけ》を行っていた。ハウスキーピングをするために〈掃除機を使って見せる〉〈洗濯に付き合う〉、ベランダや日当たりの良い縁側に湿った〈布団干を見せる〉、台所の棚にある〈期限切れ食品の処分を見守る〉などを行った。押し入れを開けると、詰め込み過ぎて飛び出してくる衣類の山に驚き、〈衣類の整理を諦める〉。精神科訪問看護師は、自分が《家事モデルになる》ように支援を行っていた。

E 障害者には、訪問時 10 分前に連絡をしているが、到着時に慌てて起き洗顔しておらず髪は乱れているので、〈起床時間を尋ねる〉。そしてデイケアの〈休日の過ごし方を聞く〉が〈豪雨でのデイケア参加を誉める〉などして、在宅での《過ごし方の確認》を行いながら『生活支援』を行っていた。

精神科訪問看護師は、精神科看護歴 9 年、看護歴 24 年であるが、PSW 共に訪問看護歴は 1 年目であるため〈協働関係は決めた方がよい〉が、〈一週間交代で記録する〉〈関わりを中心にしていく〉中でも〈看護は病気に関わっている〉と考えていた。他職種との連絡、情報交換は、〈デイケアスタッフと PSW の報告を聞く〉〈医師と連絡をとっている〉ことが多く、〈役割分担はこれから決める〉ために課題となっており、〈役割範囲がまだ分からない〉状況であった。精神科訪問看護師と PSW は、日替わりで障害者に関わり、独自性は不明瞭であった。E 障害者に対して、この清潔状態では地域生活は難しいと考えており、〈ホームヘルプを考える〉が、E 障害者は必要ないと拒否していた。さらに家事援助の導入は、市の福祉窓口との協力体制が築けておらず《福祉サービス利用に苦戦》していた。こうした《役割分担の形成》の途上にある『多職種連携』であった。これらの支援によって、E 障害者の在宅生活の継続がなされていた。

6. F 事例の危機介入の構造

1) F 事例の概要

F 障害者は、19 歳、女子、統合失調症、急性期症状（幻聴、妄想、暴力、衝動行為）があり、11 カ月間入院後に退院し、病状不安定ながらも訪問看護と介護サービス（生活介護、同行受診、デイケア通所介護）を利用し、父親と自宅で生活していた。退院時から病状の再燃、衝動行為を心配され、看護師と PSW による週 1 回の訪問が行われていたが、裸で飛び出す、ストーブに座り火傷する、デイケア利用者への暴力など衝動行為が起こっていた。

分析した F 事例のデータは、退院後約半年経過した時から再入院（下記）までの 5 カ月間、4 回の訪問看護に同行して得た。

その間精神科訪問看護師は、衝動的な F 障害者自身や他者の安全性を危惧し、父親、ヘルパーと連携を取るが、効果的に機能せず服薬が 5 割程度になった頃、ヘルパーへの暴力、家庭の器物破損を機会に、ケア調整会議を市障害福祉課に依頼し開催した。そこで関係者の休息も含め 1 カ月入院となった。その後、退院調整会議を開催し、病棟看護師、デイケアスタッフ、7 カ所の地域関係者が参加し、治療方針（デイケア中止、父親の同伴通院）の確認、訪問看護から服薬管理、日常生活のあり方、状態把握など関係者間の連携の方針を打ち出した。

表9 F事例の第2コーディング・推論・説明概念

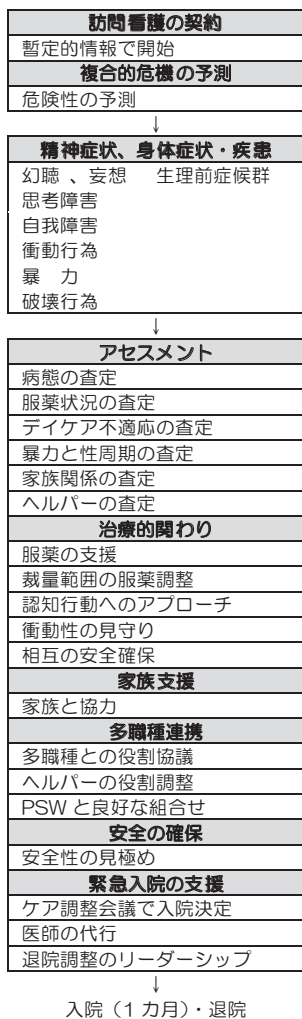


図7 F障害者 説明概念・推論

説明概念	推論	コード	第2コーディング
訪問看護の契約	暫定的情報で開始	F53	暫定的情報でとりあえず訪問開始
		F98	情報ないまま訪問開始
		F99	訪問目的が曖昧で服薬困難も不明
複合的危機の予測	危険性の予測	F100	ひきこもりから外出できるようにと思った
		F97	一人で過ごすのは無理と訪問を受諾
		F67	成育歴から対人関係は無理
アセスメント	病態の査定	F83	意思疎通が図れない
		F102	衝動行為で保護され無理
		F108	状態把握を目的に変更した
		F111	暴力と混迷状態を知った
		F125	状態のつかみどころが無い
		F54	入院時は服薬が不十分だった
	服薬状況の査定	F55	8割服薬により効果が不明
		F80	5割服薬で気をぬいた
		F105	父親による服薬の確認ができない
	ケア不適合の査定	F147	妄想がある人は受診中断しやすい
		F60	DC参加は問題が生じる
		F69	DCで邪魔な人を叩くのか
	暴力と性周期の査定	F86	DC参加で不眠と思う
		F25	本人ペースの生活を重視
		F29	不穏とホルモン関連を疑う
家族関係の査定	F31	暴力と性周期を関連づける	
	F34	性周期と脳内伝達物質情報を検討	
	F35	性周期を考慮した処方相談	
ヘルパーの査定	家族関係の査定	F76	生理前症候群から拒薬で暴力
		F95	父親は医師に不信感をもつ
		F96	父親は外来受診と思っていた
	ヘルパーの査定	F33	障害者に慣れているヘルパーが良い
		F56	ヘルパーの密着関係を懸念
		F57	ヘルパーへの助言が生かされない
		F58	ヘルパーが距離をとれない
		F59	ヘルパーは必要不可欠
		F61	急性期にヘルパーがたより
		F62	ヘルパーの関わり方に困る
		F66	ヘルパーへの説明効果がない
		F73	ヘルパーの機械的な関わり
F74	ヘルパーには手に負えない		
治療的関わり	服薬の支援	F81	新ヘルパーは情報がなく困る
		F128	年配ヘルパーが良いかも
		F140	ヘルパーに急性期は無理
	裁量範囲の服薬調整	F141	ヘルパーはこれからが期待
		F37	会話しながらの与薬
		F49	薬不足への対応をはかる
	認知行動へのアプローチ	F84	睡眠薬は夜と念をおす
		F85	見えない所に薬保管を依頼
		F106	服薬把握のチェック表作成
		F38	体調による下剤準備を依頼
		F48	PSWより頓服の報告を受ける
	衝動性を見守り	F36	天気を話題にする
		F40	不調の訴えを促す
		F41	不快感の言語化を願う
		F42	唐突な行動をおさめる
F45		日時の見当識をつける	
F1		様子を見ながら近づく	
F2		部屋を出るのを目で追う	
F3		CDで聞いて話しかける	
F4		唐突な動作を見守る	
F39		意味不明な行動の見守る	
F44		唐突な行動を見守る	
F51		話の上の空で徘徊するのを見守る	
相互の安全確保	F123	無銭飲食で警察から連絡を受ける	
	F130	スタッフの安全距離を考える	
	F131	新ヘルパーに身の安全を話した	
家族支援	家族と協力	F6	父親に情報交換を求める
		F19	訪問回数増やし父親とも会う
		F20	父親・ヘルパーとの協力を説明
		F107	父親と連絡が取れない
多職種連携	多職種との役割協議	F109	父親の服薬に対する理解度を把握
		F15	受診時の親、事業所の役割を示す
		F21	情報交換の書式を示す
		F24	ノートで情報共有を求める

多職種連携	多職種との役割協議	F75	多職種での協議が合理的
		F87	DC 中止等を医師と決める
		F89	病院スタッフと DC 中止を合意
		F117	知的障害施設に調整役を頼む
	ヘルパーの役割調整	F5	記録で情報交換
		F30	訪問の事前連絡
		F46	ヘルパーと 3 人で会話する
		F50	ヘルパーがボランティアで夕食を共にする
		F110	ヘルパーの病気理解を深める
		F113	ヘルパーの暴力記録がもらえない
		F114	ヘルパーの暴力体験に触れられない
		F115	ヘルパーへの暴力記録を確認できない
		F121	ヘルパーへの気持ちを聞く
		F132	ヘルパーに安全の見守り方を話す
	F133	安全の見守り方を話す	
F134	ヘルパーの困り事を調整		
PSW と良好な組合せ	F148	PSW との訪問はやりやすい	
	F149	苦手分野に強い PSW は良い	
	F150	PSW は疾患が分かる看護師が良い	
	F152	PSW はやさしく教育が違う	
安全の確保	安全性の見極め	F32	対人緊張による暴力と思う
		F47	暴力の振り返りが困難
		F68	ルールを身につけてない養育
		F70	外の刺激は負担をかける
		F71	在宅の静かな環境がふさわしい
		F77	父親がいないと安定を保てない不調
		F78	衝動行為で死ぬかと思った
		F82	衝動行為の報告を受ける
		F93	会議出席の影響で乱暴と思う
		F103	急性期とは思わなかった
		F112	ヘルパーと父親の正確な情報
		F116	新人 9 人に反応した暴力と思う
		F118	怯える人を攻撃すると思う
		F119	暴力は無差別でないと分かる
		F120	ストレスで殴るのかも
F124	状態に差があり分らない		
F126	病棟は状態の捉え方が違う		
緊急入院の支援	ケア調整会議で入院決定	F7	DC 中止目標が入院となり驚く
		F18	会議で危機予防策を示す
		F22	服薬管理方法を説明
		F27	DC は過剰刺激のため中止と言う
		F26	不安定は刺激によると説明
		F75	多職種で協議が合理的
		F79	ストレスのため調整会議を開催
		F88	ケア調整会議で入院となる
		F90	ヘルパーと父親の関係調整
		F91	悪いなら入院くらいの予定だった
	F92	入院が関係者の休息期間となる	
	F94	父親の限界で入院を知る	
	医師の代行	F52	初回入院は予想外だった
		F10	委任され医師の代弁をする
	退院調整でのリーダーシップ	F14	診療方針を依頼され代弁する
F8		会議で発言しないことを反省	
F9		退院時調整会議を呼びかける	
F11		在宅ケア計画を示す	
F12		退院調整会議資料を説明	
F13		医療・福祉・介護・生活を説明	
F16		状態像と服薬を説明	
F17	訪問看護資料を説明		
F23	タイムリーな状態を捉える依頼		
F28	多職種と根回した方針を出す		
F65	退院調整会議で在宅へまとめた		

その後は、訪問看護は週 2 回、日中の在宅生活は多数のケア提供者により支えられ在宅生活を継続している。

2) 危機介入の構造

はじめに、F 事例の危機介入の構造は、推論と説明概念を関係づけて要約すると、以下のよう説明することができる。(図 7、表 9 参照)

精神科訪問看護師は、病院の訪問看護開始の流れが整っていない時期のことであり《暫定的情報で開始》という状況で『訪問看護の契約』を行っていた。F 障害者の精神症状は、妄想、幻聴、思考障害、自我障害、衝動行為、暴力、破壊行為の急性期状態にあり、不安定で意思疎通もとれない状態であった。身体症状は、「生理前症候群」があり、性周期が精神症状に左右していた。日中に在宅で一人にしておけない《危険性の予測》による『複合的危機の予測』があった。

その過程において《病態の査定》 《服薬状況の査定》 《デイケア不適應の査定》 《暴力と性周期の査定》 《家族関係の査定》 《ヘルパーの査定》の『アセスメント』をしていた。

そして精神科訪問看護師は、《服薬の支援》 《裁量範囲の服薬調整》 《認知行動へのアプローチ》 《衝動性の見守り》 《相互の安全確保》の『治療的関わり』を行っている。

また、《家族と協働》する『家族支援』をし、《ヘルパーの役割調整》 《多職種との役割調整》《PSW と良好な組合せ》といった『多職種連携』をマネジメントしていた。

しかしデイケアへの不適應、性周期に伴う衝動性の高まりにより、暴力や危険な行為が続き《安全性の見極め》をして『安全の確保』に努めていた。そして今後の在宅生活支援の新たな体制づくりのためにケア調整会議をマネジメントし開催した。退院調整会議において《医師の代行》を依頼されて行き、《退院調整でのリーダーシップ》の役割をとっていたが、《ケア調整会議で入院決定》となり、『緊急入院』に至った。その後1カ月間の入院を経て在宅に戻ることができ、在宅生活の継続がなされていた。

F 障害者への訪問は、病院内の訪問看護システム開始初期でもあり、〈暫定的情報でとりあえず訪問開始〉し、〈訪問目的が曖昧で服薬困難も不明〉であり、訪問することで〈ひきこもりから外出できるようになった〉。『訪問看護の契約』は、こうした《暫定的情報で開始》された。F 障害者は、退院時の病棟看護師から日中自宅で一人にできないと訪問依頼され、訪問看護師は、〈一人で過ごすのは無理と訪問を受諾〉し、幻覚妄想状態で衝動性が高い《危機性の予測》をする『複合的危機の予測』をしていた。

精神症状は、幻聴があり幻覚妄想状態で、コミュニケーションも断片的であり、表現力も無いほどの思考障害、自我障害がある。そして部屋で突然立ち上がって歩きまわる、くるくる回るなど衝動行為が常時あり、気になることがあると暴力、破壊行為に及ぶ急性期状態であった。週5日間のホームヘルプサービス利用、週1回の訪問看護を利用していた。身体症状・疾患は、生理前症候群があり、性周期が精神症状に左右していた。

精神科訪問看護師は、病態や服薬状況、治療プログラム（デイケア）の適正、衝動性や暴力に関する査定を、以下のようにアセスメントすることから、『治療的関わり』や『家族支援』、『多職種連携』を行い、『完全の確保』についてケア調整会議で検討し『緊急入院の支援』の後、在宅生活継続に結びついた。

F 障害者の《病態の査定》について精神科訪問看護師は、母親を早くに亡くし、中学から不登校、高校でひきこもりを発症しており、〈成育歴から対人関係は無理〉であり、〈意思疎通が図れない〉と捉えていた。F 障害者への訪問は、家を飛び出して住民に保護される、裸で海に入っていくなど〈衝動行為で保護され在宅は無理〉と思い、〈状態のつかみどころがない〉〈暴力と混迷状態を知った〉ために、〈状態把握を目的に変更した〉。訪問看護師は、こうした《病態の査定》を行っていた。

服薬はヘルパーと父親によるもので、再入院に至った頃父親の理解が無く服薬が不十分であ

り、〈父親による服薬の確認ができない〉なかで、訪問看護師は、〈8割服薬により効果が不明〉なうえ、正確な服薬をしていないが〈5割服薬で気をぬいた〉現状で仕方がないと《服薬状況の査定》をしていた。治療プログラムについては、〈デイケアで邪魔な人を叩くのか〉もしれないため、〈デイケア参加は問題が生じる〉ことが多かった。

そしてデイケア集団の中で疲れるようなので〈本人ペースの生活を重視〉した方が良く、〈デイケア参加で不眠と思う〉などにより《デイケア不適用の査定》を行っていた。こうした衝動性について〈性周期と脳内伝達物質情報を検討〉することにより訪問看護師は、〈不穏とホルモン関連を疑う〉〈暴力と性周期を関連づける〉ことで、〈生理前症候群から拒薬で暴力〉に至ると考え、医師に〈性周期を考慮した処方相談〉した。こうしたいくつかの《暴力と性周期の査定》をしていた。F 障害者の家族は父親だけである。しかし父親は日中不在のため、ケアはヘルパー任せで疾病や服薬に対する理解が無かった。受診に同行することも無く医師との意思疎通は希薄であり、F 障害者から暴力を受けた時に受診したが、その時は〈父親は外来受診と思っていた〉こともあり、〈父親は医師に不信感をもつ〉に至った。精神科訪問看護師は、こうした《家族関係の査定》をしていた。

不安定で衝動性が高い F 障害者の日常は、ヘルパーの介護によって維持されていた。〈障害者に慣れているヘルパーは良い〉が、ヘルパーがボランティアで家族と夕食を共にするなど〈ヘルパーの密着関係を懸念〉し、熱心だが〈ヘルパーが距離をとれない〉こと、また〈新ヘルパーは情報がなく困る〉ことがあり、服薬や接し方、生活の仕方を話す〈ヘルパーへの助言が活かされない〉ことに困っていた。F 障害者の不安定さや衝動的な行動は〈ヘルパーには手に負えない〉こともあり、具合が悪いのにデイケアに連れてくるため暴力に至る。〈ヘルパーへの説明効果がない〉、〈ヘルパーの機械的な関わり〉から〈ヘルパーの関わり方に困る〉ことがあった。しかし F 障害者の在宅生活継続には〈ヘルパーは必要不可欠〉であり、〈急性期にヘルパーがたより〉であった。不安定な精神障害者に対し〈ヘルパーに急性期は無理〉な現状ではあるが、〈ヘルパーはこれから期待〉される職種であると考え《ヘルパーの査定》を『アセスメント』していた。

こうしてヘルパーと協力しながら精神科訪問看護師は、訪問するとにこやかに〈会話しながらの与薬〉をし、安定した関係が見られた。薬のチェックにて不足を発見し、ヘルパーを通じて父親が取りに来るか、訪問看護で持参するなど、〈薬不足への対応をはかる〉ようにしていた。薬を放置して多く飲まれたことがあるため、ヘルパーに〈見えない所に薬保管を依頼〉した。父親の病気理解がなく、服薬させていないこともあるようで服薬状況は不明であった。そこで、〈服薬把握のチェック表作成〉をして《服薬の支援》を行っていた。また、〈PSW より頓服の報告を受ける〉ことにより、ヘルパーを通じて父親に〈体調による下剤準備を依頼〉するなど、包括指示に基づいて《裁量範囲の服薬調整》を行っていた。

訪問時は、ヘルパー同伴で出かけた時の出来事や〈天気話題にする〉ほか、今日は何曜日かを質問して、「土曜日が近いから父親が家にいてくれるので良いですね」と、会話することで〈日時の見当識をつける〉配慮をしていた。精神科訪問看護師は、ふらっと部屋を出て歩きまわるなど衝動性を日常的に示す F 障害者に、「イライラする時や困った時は言ってね。いつも言うってくれるので安心です。」と〈不調の訴えを促す〉、〈不快感の言語化を願う〉などしていた。F 障害者は、突然、父親に電話して会話するので、「お父さんが何をしているか分かった。すぐ帰って来るから待ちましょね。」と、〈唐突な行動をおさめる〉

など《認知行動へのアプローチ》を行っていた。そうした過程で、訪問時は〈様子を見ながら近づく〉、F 障害者が好きな〈CD を聞いて話しかける〉、急に〈部屋を出るのを目で追う〉、〈唐突な動作を見守る〉 〈意味不明な行動を見守る〉 〈話に上の空で徘徊するのを見守る〉 〈無銭飲食で警察から連絡を受ける〉 など、衝動的で現実感も希薄な《衝動性を見守り》を行っていた。同様に関わるホームヘルパーや PSW の《相互の安全確保》に配慮して、物理的に〈スタッフの安全距離を考える〉。また〈新ヘルパーに身の安全を話した〉 など、《相互の安全確保》をしながら『治療的関わり』をしていた。

精神科訪問看護師は、父親が日中働いているため〈父親と連絡が取れない〉状況の中で、父親が夜と土日は服薬させていたので、〈父親の服薬に対する理解度を把握〉するのに務めた。そのために服薬調整のチェック表を作成し〈父親に情報交換を求める〉ことにした。退院時調整会議では、〈父親・ヘルパーとの協力を説明〉し〈訪問回数増やし父親とも会う〉計画を打ち出す。このように《家族と協働》することで『家族支援』を行っていた。

F 障害者の在宅生活を、ヘルパーと支えるために〈訪問の事前連絡〉をし、〈ヘルパーと 3 人で会話する〉ほか、〈記録で情報交換〉を行っていた。F 障害者は、その後状態がますます不安定になり、デイケアでの暴力、新ヘルパーに暴力を振るうようになった。しかし〈ヘルパーの気持ちを聞く〉必要があるが、〈ヘルパーの暴力記録がもらえない〉、〈ヘルパーへの暴力記録を確認できない〉ため、詳細が分からず、〈ヘルパーの暴力体験に触れられない〉状況であった。ヘルパーと取り組むにあたり、〈安全の見守り方を話す〉 〈ヘルパーの困り事を調整〉するなど《ヘルパーの役割調整》を行っていた。

F 障害者は、地域関係者とのケア調整会議に参加した後、デイケアでの暴力だけでなく父親に対する暴力をきっかけに入院した。精神科訪問看護師は、入院 1 カ月後の退院時調整会議で、父親、ヘルパー、訪問看護ステーションと連携していく方針を提示し、〈受診時の親、事業所の役割を示す〉、〈ノートで情報共有を求める〉、〈情報交換の書式を示す〉。病院デイケアは、〈病院スタッフとデイケア中止を合意〉し、〈デイケア中止等を医師と決める〉。訪問看護師は、〈多職種での協議が合理的〉であるし、病院訪問看護師による地域ケアマネジメントは、現状では限界と思っていた。市障害福祉課の意向もあり、〈知的障害施設に調整役を頼む〉方針を打ち出した。精神科訪問看護師は、退院時調整会議にて様々な《多職種との役割調整》を行っていた。

本事例の訪問看護は、看護師と PSW によるチームであった。精神科訪問看護師は、〈PSW との訪問はやりやすい〉うえ〈苦手分野に強い PSW は良い〉と考え、〈PSW は疾患が分かる看護師が良い〉との認識から、互いに補完し合う PSW と良好な〈知的障害施設に調整役を頼む〉方針を打ち出した。こうして退院時調整会議にて様々な《多職種との役割調整》を行っていた。この地域では、精神科ケアマネジメントが定着していないので、必要性から精神科訪問看護師が『多職種連携』をマネジメントしていた。

F 障害者の暴力行為について訪問看護師は、対人関係を築くことができず、集団や社会的〈ルールを身につけてない養育〉による成長発達課題があり、デイケアのグループ集団の中での〈対人緊張による暴力と思う〉し、〈暴力は無差別でない分かる〉ところがあった。またデイケアで帰宅要求が強い時に、抜けだし他人の車に乗り込んだという〈衝動行為の報告を受ける〉だけでなく、ヘルパーとドライブ中に車から飛び出す、脱衣して自宅近くの海に入るなど、〈衝動行為で死ぬかと思った〉。不安定さは、〈ヘルパーと父親の不正確な情報〉からでは判断できないが、〈外の刺激は負担をかける〉ので〈在宅の静かな環境がふさわしい〉が〈状態に差があり

分からない)。週末になると〈父親がいなと安定を保てない不調〉と理解していた。

そこで精神科訪問看護師は、障害福祉課に呼びかけ、F 障害者のケア調整会議を開いた。F 障害者もその会議に出席したが、その夜に父親に暴力をを振るってしまった。それについて精神科訪問看護師は、〈会議出席の影響で乱暴と思う〉ところがあった。また、派遣ヘルパーへの暴力は、〈新人 9 人に反応した暴力と思う〉、障害者に慣れていない〈怯える人を攻撃すると思う〉ところであった。F 障害者と〈暴力の振り返りが困難〉であるが、〈暴力は無差別でないと分かる〉。新しい状況や対人関係の〈ストレスで殴るのかも〉知れない、F 障害者の状態がこれほど〈急性期とは思わなかった〉ことから《安全性の見極め》を行い『安全の確保』を図っていた。

精神科訪問看護師は、F 障害者の衝動行為や暴力が続き支援者間（デイケアスタッフ、ヘルパー、父親など）の〈ストレスのため調整会議を開催〉することを呼びかけた。〈多職種での協議が合理的〉と考え、また、〈ヘルパーと父親の関係調整〉のつもりでもあった。事前に医師、デイケア、地域連携室など病院関係者と意見調整して臨んだが、〈デイケア中止目標が入院となり驚く〉結果に至った。会議では在宅継続の方針を打ち出し、〈不安定は刺激によると説明〉し〈デイケアは過剰刺激のため中止と言う〉。そして〈服薬管理方法を説明〉して、〈会議で危機予防策を示す〉に至った。市障害福祉課担当者の判断で、支援関係者の疲弊があるため〈入院が関係者の休息期間となる〉と判断し、支援関係者間で話し合うことで《ケア調整会議で入院決定》が為された。会議の後、精神科訪問看護師は、病院の空きベッド待機中に、F 障害者の父親への暴力、器物破損があったことで〈父親の限界で入院を知る〉ことになった。父親は暴力に困り受診同行し、父親は外来受診と思っていたところ、入院するに至ったので〈初回入院は予想外だった〉と思った。

精神科訪問看護師は、入院 1 カ月後の退院に向け、病院関係者、父親、地域関係者（市障害福祉課、介護支援センター、訪問看護ステーション、保健所など）に、退院調整会議開催を呼びかけた。そして退院調整会議の準備において、主治医と退院後の方針を検討したうえで、資料を作成した。主治医は会議当日欠席のため〈委任され医師の代弁をする〉こととなり、当日〈診療方針を依頼され代弁する〉など《医師の代行》を行った。

そして前回のケア調整〈会議で発言しないことを反省〉し、〈退院調整会議資料を説明〉をして〈多職種と根回しした方針を出す〉こととなった。〈タイムリーな状態を捉える依頼〉を行い、〈状態像と服薬を説明〉した。〈医療・福祉・介護・生活を説明〉することを含めた〈訪問看護資料を説明する〉ことで、〈退院調整会議で在宅へまとめた〉。そして〈在宅ケア計画を示す〉ことで《退院調整のリーダーシップ》をとりながら、入院から退院に向けた『緊急入院の支援』を行った。F 障害者は、その後病院の訪問看護、訪問看護ステーション、ヘルパー介護支援センターの関係者によって、在宅生活を継続していた。

7. G 事例の危機介入の構造

1) G 事例の概要

G 障害者は、40 歳代、男子、統合失調症、2 回の入院歴があり、母親の他界から通院が不定期化、不完全な服用となっているが、生活保護受給し単身アパート生活をしている。1 年半前より服薬中断が懸念されたため、訪問看護師が 1 週間に 1 回薬を届けていた。

分析した G 事例のデータは、調査 1 カ月間（年末）に 6 回の同行訪問により得た。

訪問看護の契約
生活支援の依頼
複合的危機の予測
心身、生活の限界
↓
精神症状、身体症状・疾患
幻 聴 激やせ
独 語 胃部不快感
被害妄想 大腸癌
異 食
↓
アセスメント
危険性の査定
病態の査定
服薬状況の査定
治療的関わり
関係づくり
薬セットでつながる
多職種連携
住民と組む
地域連携の形成
連携が困難
安全の確保
直観的危機の察知
入院の見極め
緊急入院の支援
人権擁護の尊重
入院に結びつける
入院体制の準備
入院の説得
病院と訪問看護の分離

検査入院・手術 1 年後に死亡

図 8 G 障害者 説明概念・推論

表 10 G 事例の第 2 コーディング・推論・説明概念

説明概念	推 論	コード	第 2 コーディング
訪問看護の契約	生活支援の依頼	G1	生活把握と家事支援を依頼された
		G2	訪問看護の同意を得ていた
		G11	心身の状態、生活環境の限界
複合的危機の予測	心身、生活の限界	G33	生命の危機が心配
		G58	大きな陰い声に危険を感じる
		G85	風貌が変わり殺気を感じる
アセスメント	危険性の査定	G60	接近せず薬を追加
		G82	ライフラインが止まり寒風で生きれない
		G93	訪問看護だけで切羽詰まる
		G111	注意力散漫になったと思う
		G112	吸殻増加で火事が心配
		G118	危機が迫っていると感じた
		G121	PSW の接近は危険と思った
		G61	暴力の危険性を PSW に説明
		G10	妄想から料金滞納を否認される
	病態の査定	G17	料金を払ったと睨まれる
		G57	陽性症状と服薬中断に気づく
		G64	痛みの判断のため受診を予定する
		G74	近づいて痛みと被害妄想を聞く
		G81	食事と服薬で生き延びたと思う
		G86	家賃・ガス代の支払は無理と分かる
		G92	生命・生活破綻の看護師判断が大切
		G136	症状分析し病態に合わせて対応
		G105	薬の色や数で見分けると分かった
服薬状況の査定	G107	不完全な服薬と推察	
	G109	服薬できなくなっていると思う	
	G110	服薬の効果は分からない	
	G116	薬散乱し不完全な服薬と推測	
	G3	訪問で危険を感じ退散	
	G4	顔なじみになるために訪問	
治療的関わり	関係づくり	G5	調子の訴えを聞けるようになる
		G6	受け入れられるまで待った
		G7	受診を中断し薬を届けていた
		G8	身体疾患を疑うが受診を拒否される
		G16	返事がないので玄関で待つ
		G25	住民面談に考え込むのを見守る
		G59	接触ができず再訪問を告げる
		G83	料金未払い確認を拒否される
		G84	食事を気づかう言葉をかける
	薬セットでつながる	G101	顔なじみになり部屋に入る
		G104	暑さを理由に室内に入った
		G19	薬持参を伝える
		G20	棚から薬缶を取り出す
		G21	薬の残量を確認
		G22	服薬を誉めながら薬セットする
		G27	薬持参と薬セットにお辞儀をされる
		G89	薬だけは届けていた
		G106	残薬をチェック
多職種連携	住民と組む	G102	薬を持参したと部屋に入る
		G103	被害的にならないよう距離をとる
		G108	怒らせないように服薬ベースに合わせる
		G117	セットしながら服薬状況を把握
		G9	痩せ等を心配し保健所介入を依頼
		G14	住民の心配に礼を言う
		G15	住民の訪問待機を伝える
		G28	住民に患者の状況を説明
		G29	現状と対応を住民に説明
	地域連携の形成	G30	住民に援助協力を頼む
		G31	住民と協力し関係機関へ連絡
		G32	保健・福祉の連絡を住民と打ち合わせる
		G34	住民説明と協力依頼に悩む
		G45	住民が電気アンカをあげた礼を言う
		G71	住民に受診説得を伝える
		G96	住民に凍死の心配を話す
		G98	福祉相談と検査受診の方針を説明
		G12	関係者それぞれに違う意見を言われる
G44	訪問看護から医療福祉機関へ連絡		
G46	住民、福祉、保健所間の連絡を調整		
G52	地域関係者と訪問日を調整		
G55	訪問を地域関係者と打ち合わせる		
G63	住民に早期対応のため連絡を頼む		

多職種連携	地域連携の形成	G77	孤独死の心配から転居を頼まれる
		G78	福祉担当者と住民のやり取りを見る
		G91	住民の声で流れを作った
		G94	住民の声を聞くとうまくいくと思った
		G115	訪問予定が年末になった
		G123	関係性がとれるので入院調整
		G125	話し合うプロセスが大切と主張した
		G127	地域生活では近隣支援が必要
		G128	住民拒否を防ぐ話し合いは必要
	連携の困難	G37	保健所と調整ができない
		G48	保健師と連絡が取れない
		G49	保健師に意向が伝わらない
		G50	保健所連携の失敗を予測
		G88	保健所と歩み寄れなかった
		G87	生活保護費へ介入できない
		G100	住民から保健所に働きかける
		G129	保健所は以前入院できず不満がある
		G90	単身者に病院だけの介入は良くない
		G97	支払問題は福祉に相談してほしい
安全の確保	直観的危機の察知	G17	うめき声により部屋に入る
		G18	ゆっくり室内を見まわす
		G23	体調や食欲を問う
		G73	観察しながら声をかける
		G138	直観や嫌な感じは当たる
	入院の見極め	G67	強制的入院に保健師の協力がほしい
		G121	最悪の状態と思った
		G105	入院の必要性に温度差を感じた
		G122	年末なので介入と思った
		G124	病院連絡が必要と思った
緊急入院の支援	人権擁護の尊重	G13	入院に同意が必要と説明
		G95	住民に個人情報保護範囲で話す
		G99	人権上病院に連れていけないと説明
	入院に結びつける	G24	腹部診察に誘う
		G35	PSWと入院や対応を話し合う
		G36	帰院して病院対応を話し合う
		G38	病院受け入れをマネジメント
		G40	市長同意入院の了解を得る
		G43	院内PSWと管理部門に情報伝達
		G56	所在不明の連絡を受ける
		G66	生命の危機に入院を説得予定
		G68	関係者は受診説得に集合
		G69	薬持参理由で帰宅を促す
		G119	痛みの訴えに往診希望を確かめる
	入院体制の準備	G39	入院調整で主治医に報告
		G41	看護部長に入院調整を依頼
		G42	看護部長に病院PSWと意見調整を依頼
		G38	保健所に直接協力依頼を決定
		G51	看護部長が病院と地域を調整する
		G65	調整は困難だが入院は必要
		入院の説得	G53
	G54		受診説得の意を押しされる
	G62		被害妄想のため受診困難と連絡
	G70		5名で受診説得に向かう
	G71		検査と入院を勧める
	G75		症状と劣悪な環境に受診を勧める
	病院と訪問看護の分離	G113	入院に連れていけない時期があった
G67		抵抗なく車で受診するのを見送る	
G79		スムーズに入院したと知らされる	
G80		病院医療と線引きをし訪問に徹する	

精神科訪問看護師は、年末の訪問時にG障害者に独語、被害妄想の出現、激やせ、険しい容貌、腹部違和感の訴えをとらえ、身体疾患を疑うが受診拒否される。近隣住民（大家、民生委員、ガス屋）は、家賃とガス代の滞納と凍死、孤独死を懸念し、精神科訪問看護師に病院による対応を求めた。精神科訪問看護師は、本人の受診拒否のため早急に保健所の対応が必要と判断したが、協力がえられない。生命の危機が予測され病院受診につなげるため、地域住民と協

力し、市の生活福祉担当者、保健所、病院関係者と連絡を取り続ける。年末休日を控え病院の入院受け入れ体制作りが不可欠と判断し、病院医師、看護部長に報告し了解を得る。看護部長から地域関係機関と連絡調整し、保健所の市町村同意入院で、保健所、市生活福祉課も訪問することになった。精神科訪問看護師、生活福祉担当者、PSW が声をかけ、腹部の検査入院の同意を得て、保健所車の移送にて入院となった。検査で胃癌が発見され、術後はデイケアに参加するが1年経たず死亡に至る。

2) 危機介入の構造

はじめに、G 事例の危機介入の構造は、推論と説明概念を関係づけて要約すると、以下のよう
に説明することができる。(図 8、表 10 参照)

精神科訪問看護師は、《生活支援の依頼》により『訪問看護の契約』を結び、その関わりの中で《心身・生活の限界》という『複合的危機の予測』を行っていた。精神症状は、幻聴、被害妄想、異食、独語の急性期症状が見られ、G 障害者への接近の危険性、暴力も予測される状態にあり、身体症状・疾患は、激やせが見られ胃部不快感、大腸癌の身体症状が見られた。精神科訪問看護師は、《服薬状況の査定》《病態の査定》《危険性の査定》によって『アセスメント』していた。《関係づくり》を少しずつ行い、《薬セットでつながる》ことで『治療的関わり』ができたが、幻覚妄想状態の急性期状態のため、暴力の危険性もあり関わりが限られていたことから、精神科訪問看護師による直接の生活支援はできないでいた。年末の激寒の季節に家の電気、ガス、水道が止まり、衣服、布団もなく凍死さえ心配されていた。精神科訪問看護師は、その過程で近隣《住民と組む》などの《地域連携の形成》によって協力関係をつくり支援していたが、行政関係者との《連携の困難》もある中で『多職種連携』をマネジメントしていた。

精神科訪問看護師の《直観的危機の察知》があり、《入院の見極め》による『安全の確保』から入院への緊急支援を行った。精神科訪問看護師は、病院との意見交換、院内及び地域関係機関の連絡調整を行った。そして《人権擁護の尊重》《入院に結びつける》《入院の説得》《入院体制の準備》をしながら、《病院と訪問看護の分離》により G 障害者に対する支援を意識的に行い、『緊急入院の支援』へ結びつけた。

G 障害者には、検査のために入院と説明し、了解を得たので入院となった。入院後の検査により大腸癌が発見され、手術が行われたが1年後に死亡に至った。

G 障害者は、母親が他界してから通院が不定期化、清潔低下（洋服ボロボロ、風呂がないため全身真っ黒）、食事はコンビニで調達していた。1年前に受診を中断してからは、訪問時に1週間分の薬を手渡し、市福祉課・生活保護担当者が、時々訪問していた。精神科訪問看護師は、独り暮らしを心配する医師から〈生活把握と家事支援を依頼された〉。外来受診時に同席し〈訪問看護の同意を得ていた〉。1年半前から《生活支援の依頼》すなわち『訪問看護の契約』を結んでいた。

年末の極寒の日に訪問すると、独語、激やせ、険しい容貌が見られたので、〈心身の状態、生活環境の限界〉を察知し《心身・生活の限界》という『複合的危機の予測』をした。精神症状は、幻聴、独語、被害妄想の急性期症状が見られ、G 障害者への接近の危険性、暴力も予測される状態にあった。身体症状・疾患は、激やせが見られ胃部不快感、大腸癌の身体症状が見られた。

G 障害者は、「後頭部を切られガスを切られた……」などと言い、被害妄想的で、電気・ガス〈料金を払ったと睨まれる〉ような状況であった。精神科訪問看護師は、意識混濁、被害的、

激痩せといった心身の危機的変化に加え、ライフラインを止められているなど、冬を越せないほどにG障害者の〈生命の危機が心配〉であった。「お腹ブクブク、ワー」と叫び〈大きな陰しい声に危険を感じる〉、〈風貌が変わり殺気を感じる〉ため、〈接近せず薬を追加〉した。〈ライフラインが止まり寒風で生きれない〉、支援関係が〈訪問看護だけで切羽詰まる〉、以前G障害者は不安だからと服薬していたが、服薬中断し〈注意力散漫になったと思う〉と判断していた。そして〈吸殻増加で火事が心配〉であり、〈危機が迫っていると感じた〉。G障害者への〈PSWの接近は危険と思った〉ので、〈暴力の危険性をPSWに説明〉しスタッフの安全を守った。こうして精神科訪問看護師は、危機状況における危険性を様々な角度から捉え《危険性の査定》を行っていた。

精神科訪問看護師は、家賃、ガス代支払いに〈料金を払ったと睨まれる〉〈妄想から料金滞納を否認される〉ので、〈家賃・ガス代の支払は無理と分かる〉。幻聴、独語のため身体症状の判断ができないため、〈近づいて痛みと被害妄想を聞く〉ことで、〈痛みの判断のための受診を予定する〉。そして、G障害者の精神・身体症状に対する判断の裏づけに、訴えと観察のみならず五感を参考に診断基準や病歴をもとに〈症状分析し病態に合わせて対応〉したと語る。民生委員から3日間電気がついていないと所在不明の連絡を受け、急きょ訪問すると呻き声がし、頭と耳を防ぎ顔をしかめている。薬が散乱しており、6日間服薬していない様子から〈陽性症状と服薬中断に気づく〉。精神科訪問看護師は、生活福祉課、保健所の訪問がない場合もあり、その時の〈生命・生活破綻の看護師判断が大切〉と考えていた。生活に影響する《病態の査定》を行っていた。

G障害者は、受診中断してから訪問看護チーム（看護師、PSW）が薬を持参し缶に入れていたが、精神科訪問看護師は、古い薬が溶けていることがあり〈不完全な服薬と推測〉し、〈服薬できなくなっていると思う〉。G障害者は、〈薬の色や数で見分けると分かった〉。そして〈薬散乱し不完全な服薬と推測〉し、薬は6割程度になるため、実際の〈服薬の効果は分からない〉と《服薬状況の査定》をする『アセスメント』を行っていた。

精神科訪問看護師は、初回訪問した時、G障害者の独語、威嚇的な態度により〈訪問で危険を感じ退散〉したが、〈顔なじみになるために訪問していた〉ところ、体や薬の〈調子の訴えを聞けるようになる〉。刺激しないように、〈返事がないので玄関で待つ〉、〈食事を気づかう言葉をかける〉、〈暑さを理由に室内に入った〉など、〈受け入れられるまで待った〉ため、〈顔なじみになり部屋に入る〉ことができるようになった。年末に〈受診を中断し薬を届けていた〉ところ、異食行動（生肉を食べる）が見られ、アイス以外を食べられないという。腹部違和感を訴えるので、〈身体疾患を疑うが受診を拒否される〉ため、〈接触ができず再訪問を告げる〉。年末に大家とガス業者、民生委員が、ライフラインが止まっているので料金未払いを立て替えようと寒さを心配し訪問し、精神科訪問看護師に相談する。G障害者に心配する住民のことを伝えるが、〈料金未払い確認を拒否される〉、そして〈住民面会に考え込むのを見守る〉ことにし、信頼関係を維持する《関係づくり》を行っていた。

訪問時に〈薬持参を伝える〉ことにしていたので、了解を得て〈棚から薬缶を取り出す〉、そして〈薬の残量を確める〉、〈服薬を誉めながら薬セットする〉と〈薬持参と薬セットにお辞儀をされる〉こともあり、〈薬だけは届けていた〉。G障害者が〈被害的にならないよう距離をとる〉〈怒らせないように服薬ペースに合わせる〉などして、〈セットしながら服薬状況を把握〉し、〈残薬をチェックする〉することができるようになった。精神科訪問看護師は、《薬セット

でつながる》関係性と信頼性を維持する『治療的関わり』が最大限の支援であり、精神科訪問看護師による在宅生活支援は困難であった。

精神科訪問看護師は、夏季に脱水、熱射病、〈痩せ等を心配し保健所介入を依頼〉したことがあり、入院を予定して受診したが、外来受診で終わった。そのことで保健所の継続的な関わりはないままであった。秋季にはG障害者の状態は回復していたが、冬季になり、大家、ガス屋、民生委員などの住民は、ガス、水道が止まり、年末の厳しい寒さによる凍死、火事を心配し、光熱費の支払いの件で、G障害者と会いたいと相談してきた。精神科訪問看護師は、〈住民の心配に礼を言う〉が、今大勢で訪問するとG障害者に影響があるため、〈住民の訪問待機を伝える〉。そして訪問後、G障害者は混乱しやすく被害的、服薬して他害の恐れはないが、受診を拒否しているので、〈住民に患者の状況を説明〉し、人権を配慮し行政と病院で対応する方針であることなどについて、〈現状と対応を住民に説明〉した。精神科訪問看護師は、〈住民に援助協力を頼む〉と同時に、〈住民と協力し関係機関へ連絡〉をとる体制を組み、〈住民説明と協力依頼に悩む〉などしながらも、〈保健・福祉の連絡を住民と打ち合わせる〉。G障害者自身では、金銭管理や状況判断ができない。また、年末を防寒不足で〈住民に凍死の心配を話す〉などして、精神・身体症状の悪化が見られるので〈住民に受診説得を伝える〉、〈福祉相談と検査受診の方針を説明〉をする。そしてG障害者への親身な心配や〈住民が電気アンカをあげた礼を言う〉など、住民との協力関係をつくり、《住民と組む》などして検査受診の説得を行った。

G障害者の受診支援に関して、〈関係者それぞれに違う意見を言われる〉ため、〈住民、福祉、保健所間の連絡を調整〉するには、〈住民の声を聞くとうまくいくと思った〉ことから、〈住民の声で流れを作った〉。精神科訪問看護師は、〈住民に早期対応のための連絡を頼む〉ほか、〈訪問看護から医療福祉機関へ連絡〉した。G障害者と〈関係性がとれるので入院調整〉を図るため、〈地域関係者と訪問日を調整〉し〈訪問を地域関係者と打ち合わせる〉。その結果、外来受診説得に向けた〈訪問予定が年末になった〉。年末の訪問日に、住民がG障害者の健康や生活を心配し、福祉担当者に相談していたが、精神科訪問看護師は〈福祉担当者と住民のやり取りを見る〉ようにしていた。大家に家賃立て替えや〈孤独死の心配から転居を頼まれる〉が、精神障害者にとって〈地域生活では近隣支援が必要〉であること、そのために〈住民拒否を防ぐ話し合いは必要〉であり〈話し合うプロセスが大切と主張した〉。精神科訪問看護師は住民との連携で、行政の関係機関との《地域連携の形成》を図った。

一方で、地域の公的機関である〈保健師と連絡が取れない〉、〈保健師に意向が伝わらない〉、〈保健所は以前入院できず不満がある〉など、〈保健所と調整ができない〉ことから〈保健所連携の失敗を予測〉していた。精神科訪問看護師は、〈単身者に病院だけの介入は良くない〉と考え、〈住民から保健所に働きかける〉ようにしたが、〈保健所と歩み寄れなかった〉。また、精神科訪問看護師は、〈生活保護費へ介入できない〉ので、家賃、光熱費支払いの相談に困り〈支払問題は福祉に相談してほしい〉と思っていた。地域における多職種連携においては〈情報は抱え込まず共有する〉、地域の〈ネットワークの実態を知る必要がある〉、〈危機介入は情報集約が必要〉であるが、その点において《連携が困難》であった。精神科訪問看護師は、住民、民生委員の相談に応じながら、保健所、生活福祉課、病院医療関係者と『多職種連携』を図るマネジメントを行っていた。

精神科訪問看護師がG障害者のアパート玄関で、訪問を告げるが返事がなく待っていると、薄暗い奥の方から聞こえる〈うめき声により部屋に入る〉、そしてガランとした室内を〈観察し

ながら声をかける)。以前より痩せてきており腹部違和感を訴えていたので、〈体調や食欲を問う〉とアイスしか食べられないと答えるので身体疾患を疑う。電気・ガス料金の支払いは、妄想的な話題になるため、精神症状の再燃（幻聴、幻覚、被害妄想）と何らかの重篤な身体疾患という〈直観や嫌な感じは当たる〉と言って《直観的危機の察知》を行っていた。

精神科訪問看護師は、G 障害者に身体症状もあるので受診を促すために、PSW と生活福祉課担当者と居宅を訪問した。精神科訪問看護師は、逃げ道の確保にドアを開けたままで、G 障害者身を近づけて話を聞くと、「肋骨が痛い、おでこを電球にぶつけて血だまりがあって痛い、腹、足、首……が痛い。声が聞こえる。服を破られた、薬を盗まれた、電気を消された。いじめられている。」と泣いたり、独語が続くので〈最悪の状態と思った〉。これはギリギリの限界の状態、正月休みに入る〈年末なので介入と思った〉。そして地域関係者間に〈入院の必要性に温度差を感じた〉中で、まず〈病院連絡が必要と思った〉ことから、主治医、看護部との意見交換、そして病院及び地域関係機関との連絡調整を行った。精神科訪問看護師は、こうした《入院の見極め》を行って『安全の確保』に努めていた。

身近で心配する住民に、〈入院に同意が必要と説明〉、〈人権上病院に連れていけないと説明〉し、極寒の年末を越せるか心配であると、G 障害者の病状や病院受診に関する〈住民に個人情報保護範囲で話す〉など《人権擁護の尊重》を行っていた。そして重篤な身体疾患の懸念があるため〈腹部診察に誘う〉ことを、訪問車の中で〈PSW と入院や対応を話し合う〉。そして病院対応の方向性を一致させるため〈帰院して病院対応を話し合う〉ことにした。主治医、看護部長に報告し、〈市長同意入院の了解を得る〉ことができ、地域連絡室の〈院内 PSW と管理部門に情報伝達〉し、その後に生活保護担当者、保健師に入院了承を得る〈病院受け入れをマネジメント〉した。そして年内受診を説得、入院体制も準備し〈関係者は受診説得に集合〉した。〈所在不明の連絡を受ける〉が〈生命の危機に入院を説得予定〉していたところ、G 障害者が胃部を抑えながら歩いているのを見て、〈薬持参理由で帰宅を促す〉。調子や痛みを問うと、「お腹がブクブクする。薬、薬、病院、痛ってー」と言うので、〈痛みの訴えに受診希望を確かめる〉。そして精神科訪問看護師は、G 障害者に対し《入院に結びつける》というマネジメントを行った。

精神科訪問看護師は、〈入院調整で主治医に報告〉し、医師は入院を決定したので、〈看護部長に入院調整を依頼〉する。入院ベッド確保のために、〈看護部長に病院 PSW と意見調整を依頼〉した。保健所に理解と協力を得るために、〈保健所に直接協力依頼を決断〉するが連絡が取れないため、〈看護部長が病院と地域を調整する〉ことになった。病院と地域関係機関との見解をまとめていく〈調整は困難だが入院は必要〉という判断のもとで《入院体制の準備》調整を行っていた。

精神科訪問看護師は、〈病院より受診説得を依頼される〉が、〈入院に連れて行けない時期があった〉。看護部長に〈被害妄想のため受診困難と連絡〉した。しかし受診同意が得られない場合はそれ以上は関われない。また保健所は同意がないと連れて行けないので、訪問看護の方で〈受診説得の念を押される〉という状況であった。精神科訪問看護師から日程を連絡調整し、生活保護担当者、保健師と共に、G 障害者に対する受診説得のため居宅に〈5 名で受診説得に向かう〉。そして精神科訪問看護師は、〈検査と入院を勧める〉、〈症状と劣悪な環境に受診を勧める〉などして《入院の説得》を行った

精神科訪問看護師と PSW、生保担当者が、居宅にて 20 分ほど検査受診を説得すると、G 障

害者はブツブツ言いながらもアパートから出てきて、保健所の車に乗って病院に向かった。精神科訪問看護師は、〈抵抗なく車で受診するのを見送る〉ことができた。その後、精神科訪問看護師は、病院で外来受診し、検査目的で〈スムーズに入院したと知らされる〉。精神科訪問看護師は、地域ケアにおいて〈病院医療と線引きをし訪問に徹する〉ことで《病院と訪問看護の分離》を重視した『緊急入院の支援』を行った。

その後 G 障害者は、入院後の検査により大腸癌が発見されて手術し、病院デイケアに参加していたが 1 年後に死亡するに至った。

8. H 事例の危機介入の構造

1) H 事例の概要

H 障害者は、40 歳代、女性、統合失調症（幻聴、妄想、思考障害、不安障害が顕著）と皮膚疾患があり、10 回の入退院を繰り返しているが、病院から車で 20 分にある 1DK のアパートに、弟と同居している。視線恐怖で外出できず、思考障害による話の空転、自我障害に伴う根源的な不安と強迫的な確認、幻聴、重複する不適切な抗不安薬の服用がみられることから、病状悪化の入院の懸念があり訪問看護が行われている。

分析した H 事例のデータは、最後の退院後約 1 年経過した時期から 2 カ月間に行われた 3 回の訪問に同行して得た。

その間、精神科訪問看護師は、生活上の微妙な変化に伴う不安、心配、混乱、幻聴、判断困難に焦点をあて傾聴することで不安耐性を強め、思考障害による会話の混乱にストップをかけて自我拡散を防ぎ、まとまりをつけるフィードバックによる自我強化を図る。また幻聴への自己対処能力を肯定し、適時、適切な頓服薬（睡眠、抗不安、抗精神病薬）選択の助言などコミュニケーションスキルを使って、精神症状による生活破綻を防いでいた。また、弟や近所にいる家族やホームヘルパーの支援を調整して、ヘルパー、家族と共に在宅生活の継続を図っていた。

2) 危機介入の構造

はじめに、H 事例の危機介入の構造は、推論と説明概念を関係づけて要約すると、以下のよう説明することができる。（図 9、表 11 参照）

精神科訪問看護師は、《訪問実施の承諾》を得て『訪問看護の契約』を結び、H 障害者の《病状憎悪の予測》という『複合的危機の予測』をしていた。精神症状は、妄想、幻聴、思考障害、自我障害、不安障害、強迫性障害、視線恐怖があり、自室からは出られず、部屋もカーテンを閉めたままで、不安に伴う意思確認が絶えない状態にあった。身体症状・疾患は、皮膚疾患であった。精神科訪問看護師は、その過程において《思考障害の査定》《不安対処の査定》という『アセスメント』をしていた。そして、《場と関係をつくる》《タッチング》《幻聴対処への助言》《病識に触れる》《自我拡散を防ぐ》《自我機能の強化》《不安耐性を強める》《強迫性障害の緩和》《裁量範囲の薬物調整》《頓服薬の理解促進》という『治療的関わり』を行っていた。また《生活リズムの調整》《体調の管理》《食品管理の助言》という『生活支援』を行い、母親や兄弟など《家族と協力》していけるよう『家族支援』を行っていた。ヘルパーによる家事援助がある中で《ヘルパーの活用と評価》を行いながら『多職種連携』を図った。これらにより、危機に陥ることもなく在宅継続が可能となっていた。

表 11 H事例の第2コーディング・推論・説明概念

説明概念	推論	コード	第2コーディング
訪問看護の契約	訪問実施の承諾	H49	実施記録に捺印をもらう
複合的危機の予測	病状増悪の予測	H56	危機は支離滅裂になると思う
病状悪化の予測			
↓			
精神症状・身体症状・疾患			
妄想、幻聴 皮膚疾患			
思考障害			
自我障害			
不安障害			
強迫性障害			
視線恐怖			
↓			
アセスメント			
思考障害の査定			
不安対処の査定			
治療的関わり			
場と関係づくり			
タッチング			
幻聴対処への助言			
病識に触れる			
自我拡散の予防			
自我機能の強化			
不安耐性を強める			
強迫性障害の緩和			
裁量範囲の薬物調整			
頓用薬の理解促進			
生活支援			
生活リズムの調整			
体調の管理			
食品管理の助言			
家族支援			
家族と協力			
多職種連携			
ヘルパーの活用と評価			
↓			
在宅継続			

説明概念	推論	コード	第2コーディング
訪問看護の契約	訪問実施の承諾	H49	実施記録に捺印をもらう
複合的危機の予測	病状増悪の予測	H56	危機は支離滅裂になると思う
アセスメント	思考障害の査定	H52	気がかりを解決しないと混乱
		H53	相互に話を戻さないと混乱
		H54	思考がまとまらない自覚がない
		H55	話がかみ合わず繰り返す
		H47	春頃から落ち着いたと伝える
不安対処の査定	H57	不安対処が落ち着いてきている	
治療的関わり	場と関係づくり	H1	座る場所を作り挨拶する
		H4	変化する話題に即座に答える
		H15	一方的な話を聞きつつ入室
		H24	医師に誉められた話を聞く
		H32	足の踏み場のない部屋に座る
	タッチング	H23	巻き爪を切る
	幻聴対処への助言	H8	幻聴との付き合い方を誉める
		H25	幻聴のかかし方を助言
		H26	幻聴を無視できていると話す
H34		拜んで幻覚が消えるなら良い	
病識に触れる	H40	母親の訪問時の話を聞く	
	H48	幻聴があっても外出可能を伝える	
自我拡散の予防	H3	悩むのが病気と返答する	
	H38	行動に移れるように話しかける	
	H39	声をかけて行動に結びつける	
自我機能の強化	H19	自分で記録することを勧める	
	H44	課題に取り組み力があると保証	
	H50	表現が分からないと言う	
不安耐性の強化	H5	不安でも電話していないと誉める	
	H41	医師は切り捨てないと説明	
生活支援	強迫性障害の緩和	H42	電話が1回で済んでいると伝える
		H7	医師への電話回数等を提案
		H16	化粧はできる時にと伝える
		H18	何事も決めつけなくていいと話す
		H22	絶対と言わなくなったと誉める
	裁量範囲の薬物調整	H33	頓用薬は常用しなくてよいと語る
		H36	買い物をつまやくっていると伝える
		H12	不安薬の頓用を勧める
		H13	状態に合わせ頓用を決める
		H28	眠剤と服薬間隔を調整
頓用薬の理解促進	H29	眠剤の時間変更を提案	
	H30	弟の勧め服薬時間を調整	
	H27	薬の効きめを語る	
生活リズムの調整	H43	3種頓用薬の使い分けを説明	
	H9	夜食時間に会わないように言う	
	H10	寝不足に昼寝はいいと話す	
	H11	神経が立ってる時は休むと言う	
	H46	頓用薬の効き方を説明	
家族支援	家族と協力	H35	食べられない時の水分摂取を助言
		H37	冷蔵庫内の片付け方を提案
多職種連携	ヘルパーの活用と評価	H31	取り組みを弟に見てもらおう
		H45	家族に大切にされていると伝える
		H14	ヘルパーの服薬促しに疑問をもつ
		H17	ヘルパーとする家事の要領を助言
		H20	ヘルパーの仕事ぶりを説明
H21	ヘルパーの能力をみる		
H51	ヘルパーは話し相手がうまい		

図9 H障害者 説明概念・推論

H障害者は、幻聴、幻覚があり、不安が強く確認や質問、答えを求めて医師に再三にわたり電話をする。また、訪問看護時に質問や確認を次々にして、会話がまとまらなく拡散していた。

精神科訪問看護師は、訪問終了時に〈実施記録に捺印をもらう〉ことを常とし《訪問実施の承諾》を得て、『訪問看護の契約』を結んでいた。そしてH障害者に対して〈危機は支離滅裂

になると思う」といった《病状増悪の予測》といった『複合的危機の予測』をしていた。

H 障害者の精神症状は、妄想、幻聴、思考障害、自我障害、不安障害、強迫性障害、視線恐怖があり、自室から出られず、部屋もカーテンを閉めたままで、不安に伴う確認が絶えない状態にあった。そして身体症状・疾患には、皮膚疾患があった。

精神症状によって H 障害者は、〈思考がまとまらない自覚がない〉こともあり、〈気がかりを解決しないと混乱〉するので、気になることや話題は何かにつけて訪問看護師も含めて〈相互に話を戻さないと混乱〉し、〈話がかみ合わず繰り返す〉といった《思考障害の査定》を行っていた。幻聴も聞こえ、まとまらない会話をして、大切なことをメモ書きしている状況であったが、ヘルパー同伴で買い物に行くようになるなど、〈春頃から落ち着いたと伝える〉。H 障害者が不安を表現し、生活上の気がかりや不安、幻聴、強迫的な言動への対処法に取り組み、少しずつ〈不安対処が落ち着いてきている〉と《不安対処の査定》を『アセスメント』していた。

精神科訪問看護師は、訪問すると〈一方的な話を聞きつつ入室〉し、〈足の踏み場のない部屋に座る〉ことができるように、〈座る場所を作り挨拶する〉。「怒鳴らなくなった、強くなったと言われた」と〈医師に誉められた話を聞く〉。精神科訪問看護師は、次々に〈変化する話題に即座に答える〉ことで、ケア的な《場と関係づくり》をしていた。また H 障害者の〈巻き爪を切る〉というような《タッチング》も欠かせないようにしていた。生活上の話題と幻聴の話題が交差する中で、〈母親の訪問時の話を聞く〉。そして日頃の〈幻聴との付き合い方を誉める〉、〈幻聴のかわし方を助言〉し、〈幻聴を無視できていると話す〉ことにより対処能力を強める。信仰心から神様を〈拝んで幻覚が消えるなら良い〉と対処法を認め、《幻聴対処への助言》を行っていた。また、H 障害者が幻聴があり外に出られないという発言に、いずれ〈幻聴があっても外出可能を伝える〉。また〈悩むのが病気と返答する〉ことで《病識に触れる》。こうした H 障害者のリカバリーの促進を図っていた。

H 障害者は、気になることを次々に話しかけてくるので、「ガスコンロのコックを回したら」、「そろそろお湯が沸くかな？」など、現実的な〈行動に移れるように話しかける〉ことを意識して行っていた。〈声をかけて行動に結びつける〉ことで、拡散する意識でまとまらない言動を、現実的な行為に結びつけて《自我拡散の予防》のコミュニケーションを図っていた。H 障害者は、生活の参考に会話内容を絶えずノートに書きとめ、気になったら見て確認している。精神科訪問看護師は、大切と思うことは〈自分で記録することを勧める〉ようにしていた。H 障害者が「先生は自分で考えるように言うけど自信がない」との発言に、精神科訪問看護師は H 障害者には〈課題に取り組む力があると保証〉していた。そして話題が次々に変化し意味不明さや曖昧さを避けて〈表現が分からないと言う〉ように話題を返し、思考のまとまりをつけていくように《自我機能の強化》を図っていた。

精神科訪問看護師は、医師への電話回数が減っていることについて、〈不安でも電話していないと誉める〉。「先生が自分で考えなさいと言うのは、その力があるから言っている」のだと激励し、加えて〈医師は切り捨てないと説明する〉。また医師への〈電話が 1 回で済んでいると伝える〉ことで、《不安耐性の強化》ためのコミュニケーションを図っていた。H 障害者に対し、〈医師への電話回数等を提案〉して、いつもきちんとして出迎えようとするので〈化粧はできる時にと伝える〉。そして〈何事も決めつけなくていいと話す〉。服薬に対しては〈頓用薬は常用しなくてよいと語る〉。H 障害者は、買物をし過ぎると困惑しているが、精神科訪問看護師は、言うほどダメでなく〈買物をうまくやっていると伝える〉ことで、強迫観念と自己肯定感を得

られるように《強迫性障害の緩和》を図っていた。

H 障害者は、不安時頓用薬の使い方で迷っているため、必要性を自分で判断した時に〈不安薬の頓用を勧める〉、つまり〈状態に合わせ頓用を決める〉ように助言していた。また 24 時に服用する〈眠剤と服薬間隔を調整〉できないか、就床時間を早くして〈眠剤の時間変更を提案〉し、〈弟の勧めで服薬時間を調整〉した。こうした不安時、眠剤服用に関する《裁量範囲の薬物調整》を行っていた。

臨時の使い方が不明なため、向精神薬や不安時薬の使用状況を聞き、〈薬の効きめを語る〉ことで、定時薬、臨時薬の〈3 種頓用薬の使い分けを説明〉して、《頓用薬の理解促進》を図っていた。精神科訪問看護師は、このように《場と関係をつくる》《タッチング》《幻聴対処への助言》《病識に触れる》《自我拡散を防ぐ》《自我機能の向上》《不安耐性を強める》《強迫性障害の緩和》《裁量範囲の薬物調整》《頓用薬の理解促進》といった『治療的関わり』を行っていた。

生活面では、帰宅が遅い弟に無理に〈夕食時間を合わせないように言う〉。弟の生活時間に合わせているので、〈寝不足に昼寝はいいと話す〉。笑って喋っていても〈神経が立っている時は休むと言う〉。薬の即効性など〈頓用薬の効き方を説明する〉ことで、不安焦燥に対処し《生活リズムの調整》をはかり、不安で辛く〈食べられない時の水分摂取を助言〉して《体調の管理》に対処できるようにしていた。H 障害者から、母親の手料理の持ち込みや自分の買物が多すぎることを相談され〈冷蔵庫内の片付け方を提案する〉など、買物、食品の管理などの《食品管理の助言》を出来るように『生活支援』を行っていた。

また精神科訪問看護師は、H 障害者の〈取り組みを弟に見てもらおう〉ことは大切と考え、母親、姉が手作りの物を持参して来るなど、〈家族に大切にされていると伝える〉。H 障害者が《家族と協力》して在宅生活を継続できるように、『家族支援』を行っていた。さらに、家事をどのように時間内でするか、〈ヘルパーとする家事の要領を助言〉し、本来の〈ヘルパーの仕事ぶりを説明する〉ほか、〈ヘルパーの能力をみる〉など活用法を話し合っていた。そして〈ヘルパーの服薬促しに疑問をもつ〉ことがあったが、〈ヘルパーは話し相手がうまい〉など、ヘルパーによる違いを捉え《ヘルパーの活用と評価》をしつつ『多職種連携』し、危機に至ることもなく在宅継続していた。

9. I 事例の危機介入の構造

1) I 事例の概要

I 障害者は、50 歳代、男性、統合失調症と耳鼻疾患があり、30 年間の長期在院、妄想、自我障害、激情性があったが寛解状態にあり、病院から車で 20 分の距離にある戸建住宅に、両親と同居している。医師や父親への反感・緊張関係があり、家族から訪問看護の導入が退院の条件とされた。

分析した I 事例のデータは、退院後約 1 年経過した時期から 2 カ月間に 3 回行った同行訪問により得た。

その間精神科訪問看護師は、家族関係の衝突、父親への攻撃や急性期症状の再発で入院となる危惧をいだき、危機サインとなる不眠、対人的な硬さや比較的關係良好の母親との交流に着目していた。薬の変更や障害手帳受給手続きに対する反応を見守り、年金を受け取ることで一定の障害受容、長期在院による社会経験の不足、母子の成長発達課題の停滞、コミュニケーション力の進展をめざしていた。

表 12 I 事例の第 2 コーディング・推論・説明概念



図 10 I 障害者 説明概念・推論

説明概念	推論	コード	第 2 コーディング		
訪問看護の契約	退院の条件つき依頼	I 37	訪問の署名をもらう		
	訪問看護の受諾	I 95	退院条件に訪問依頼がある		
	訪問看護の目標設定	I 101	家族の望む生活を大切に		
複合的危機の予測	家族関係の危機予測	I 41	家族関係で危機を予測		
		I 51	睡眠障害は状態が崩れる時に出る		
		I 87	親子には入院の危険性が常にある		
		I 98	家族にとって休息入院かも		
		I 91	休息入院はあるかも		
		アセスメント	認知行動の査定	I 71	優秀さを貴くのは大変と思う
				I 74	希望どおりでなくて良い
				I 75	こだわりを言えないでいると推察
				I 83	疲れるのが当たり前と伝えたい
				I 84	放り出して当然と思う
I 85	こだわるマイナス患者がある				
I 86	親のせいにする人と思う				
I 88	見た目と違い自信がない				
成長発達段階の査定	I 38			趣味は高校時代のまま	
	I 43			母親とだけ外出できる	
	I 44	母親から自立できてない			
	I 45	母親と幼い関係が続いている			
	I 46	他人と外出できればよい			
	I 47	仲間の関係が出来ていない			
	I 89	新しい情報を知らうとしない			
	対人関係の査定	I 19	薬変更は医師との関係にまずい		
		I 97	意見が違ふと爆発するかもしれない		
		I 100	医師不信から攻撃的になるかも		
服薬効果の査定	I 40	処方変更を確認			
	I 64	表情から薬調節を心配			
	I 69	薬変更を言うほどでない			
	I 94	見物に行き上向きになったと評価			
	家族関係の査定	I 60	父親への攻撃が減るとよい		
		I 66	困り事は両親の電話で判断		
		I 67	心配だと親から電話がくる		
		I 72	家族の期待が高かった		
		I 77	親は問題なく暮らせればと推察		
		I 90	父親への暴力の記憶がないと推察		
患者役割の査定		I 61	抵抗したが薬セットは受け入れる		
		I 62	薬セットは習慣化している		
		I 63	薬を見せるのは患者役割と思う		
障害受容の査定		I 10	手帳を気にしていると親に言う		
	I 16	入院は必要なかった間かされる			
	I 39	障害者手帳を使ってほしい			
家族関係変化の査定	I 92	障害等級の質問に驚く			
	I 5	母の日の贈り物を相談			
	I 18	母の日に花をもらったと聞く			
	I 48	親へ感謝を表して嬉しい			
	I 49	花 1 本が精一杯と思った			
	I 50	父の日の感謝は難しいと思う			
	I 65	両親は会話を聞いている			
	I 78	大人扱いするように母親に言う			
	I 80	欲しい物は話し合っしてほしい			
	I 81	大事な事は話し合っほしい			
治療的関わり	コミュニケーションカ アップ	I 99	こうして過ごす方がいいようだ		
		I 93	障害者手帳は大人の会話と言う		
		I 1	PCのスライドショーで会話		
		I 2	記念写真で楽しく会話		
		I 4	本日のお題はと聞く		
		I 8	次のお題と会話を進める		
		I 12	読んだ本の話題が続く		
		I 21	お見合いと大笑いする		
		I 23	貯金が趣味と大笑いする		
		I 25	中性脂肪は中年脂肪と笑う		
I 26	母親との外出の話題で弾む				

治療的関わり	コミュニケーションカ アップ	I 27	次のお題はカレーと会話が続く
		I 28	調理の話題を盛り上げる
		I 30	得意げな映画のDVDの話聞く
		I 31	昔の映画の話題が弾む
		I 32	写真や弁当の話題で会話する
		I 33	マックに行くと会話をする
		I 36	CDを聴き歌手や曲を楽しむ
		I 54	「お題は？」流れを作る時に使う
		I 57	会話に今時の情報を入れる
	遊びへの励まし	I 3	景色を楽しんだかと聞く
		I 6	入院中はゲームも命がけと笑う
		I 7	命がけと分かり進歩と笑う
		I 13	女性患者に人気があったと笑う
		I 15	園芸や趣味を勧める
		I 42	外出は写真撮影と思った
		I 59	親から自立した生活を促す
		I 70	楽しい本を読むといい
	対人関係能力の向上	I 56	情報提供で自信なさを解消
		I 58	新情報は自信がつく
		I 73	融通性がつくよう複数看護師訪問
身体疾患のモニタリング	I 17	耳鼻疾患や便秘等尋ねる	
医師との関係改善	I 9	受診日に薬を相談する	
	I 11	調子は医師に相談することを勧める	
	I 68	薬は本人から医師に連絡を促す	
家族支援	家族の相談役	I 24	母親に血圧は心配ないと言う
		I 34	母親に病院情報を提供
		I 55	家族の緊張感は大変
		I 76	母親の社交辞令は気にしない
		I 79	大人扱いを伝えたい
		I 95	風邪なので元気が聞いた
		I 96	母親の具合を気遣う
		I 110	家族が医師と対処してほしい
		I 102	母親の気遣いを受ける
		多職種連携	医師へ危機の連絡

そこで、情報提供をかねた楽しい会話、地域で楽しめる社会資源（図書館、博物館、観光スポット）の利用、電子機器購入、母の日をめぐる親子の意思疎通を図り、I 障害者と母親の取り組みを見守っていた。また、抑うつ性をとらえ、医師と処方薬の相談により関係改善をめざし、生活の質向上にむけた在宅継続を支援している。

2) 危機介入の構造

はじめに、I 事例の危機介入の構造は、推論と説明概念を関係づけて要約すると、以下のよう
に説明することができる。（図 10、表 12 参照）

精神科訪問看護師は、《退院の条件つき依頼》ということで《訪問看護の受諾》をし、《訪問看護の目標設定》を大切に『訪問看護の契約』を結び、《家族関係の危機予測》をした『複合的危機の予測』を行っていた。

精神症状は、妄想、幻聴、自我障害、激情があり、身体症状・疾患は、便秘と耳鼻疾患であった。このようなI 障害者に対して、《成長発達段階の査定》《対人関係の査定》《認知行動の査定》《服薬効果の査定》《家族関係の査定》《患者役割の査定》《障害受容の査定》《家族関係変化の査定》といった『アセスメント』をしつつ関わっていた。

精神科訪問看護師は、《コミュニケーション能力の向上》《対人関係能力の向上》《心身疾患のモニタリング》《遊びへの励まし》《医師との関係改善》をする『治療的関わり』を行っていた。また、I 障害者は高齢の両親と同居していることから、《家族の相談役》となって『家族支援』がなされていた。そして《医師へ危機の連絡》をするという医師との役割分担『多職

種連携』を図り危機を予防していた。

I 障害者への訪問看護は、《退院の条件つき依頼》という家族の希望がきっかけであった。家族は I 障害者がおとなしく良い子であって欲しいと願っていた。精神科訪問看護師は、「こうすべき」ということよりも〈家族の望む生活を大切に〉することを《看護の目標設定》に置き、I 障害者と同時に両親も関わることを前提に、〈訪問の署名をもらう〉ことで『訪問看護の契約』を結んでいた。そして精神科訪問看護師は、I 障害者と両親に対し《家族関係の危機予測》をしており、〈親子には入院危険性が常にある〉と推測していた。家庭内の緊張関係によりちょっとしたことが引き金になって暴れて、その結果として〈休息入院はあるかも〉しれないと気をつけていた。I 障害者が不眠が続き、両親に対して攻撃的になったら〈家族にとって休息入院かも〉しれないと考えていた。精神科訪問看護師は、I 障害者の〈睡眠障害は状態が崩れる時に出る〉と把握しており、《家族関係の危機予測》として『複合的危機の予測』をしていた。

I 障害者の精神症状は、妄想、幻聴、自我障害、激情であるが、現在は寛解状態を保っていた。そして身体症状・疾患には、便秘と耳鼻疾患があった。

精神科訪問看護について I 障害者は、自分の担当看護師を決め、その人でないとお茶も出さないということがあったが、融通性が大切だと考え複数の精神科訪問看護師が出向いていた。これからの生活の上で〈希望どおりでなくて良い〉とし、〈こだわりを言えないでいると推察〉していた。退院後 1 年半たち、いつもきちんと頑張るので〈疲れるのが当たり前と伝えたい〉。そして日課を決めつけて崩さないなど、〈こだわるマイナス思考がある〉。それで不都合があると〈親のせいにする人と思う〉が、退院後の疲れもあり少しは決まりごとを〈放り出して当然と思う〉と考えていた。I 障害者は、30 年間の長期入院者に見えずいろいろなことが出来そうであるが〈見た目と違い自信がない〉ので、〈優秀さを貫くのは大変と思う〉といった《認知行動の査定》を行っていた。

また訪問時の会話より精神科訪問看護師は、I 障害者が歌謡曲や〈趣味は高校時代のまま〉で、その時代を懐かしみ今を受け入れられないでいると分析している。また行楽地には〈母親とだけ外出できる〉、〈母親と幼い関係が続いている〉、そして〈母親から自立できてない〉、〈他人と外出できればよい〉と思うが、〈仲間の関係が出来ていない〉。お笑いや芸能関係の話題も 30 年前のままで、テレビは見ても〈新しい情報を知ろうとしない〉といった《成長発達段階の査定》を行っていた。I 障害者は、医師と〈意見が違くと爆発するかもしれない〉。薬によりだるくなることを医師に受け止めてもらえず、説明不足、薬変更、作業所の勧めなど〈医師不信から攻撃的になるかも〉しれないと《対人関係の査定》をしていた。服薬については、I 障害者が普段より態度が頑なであるため、〈表情から薬調節を心配〉するが〈薬変更を言うほどでない〉と評価していた。しかし病院に戻ってから医師に〈処方変更を確認〉する。次の訪問時には、母親と行楽地〈見物に行き上向きになると評価〉していた。精神科訪問看護師は、こうした訪問経過の中で《服薬効果の査定》を行っていた。I 障害者自身の激しさから、高齢で肝腫瘍を患っている〈父親への攻撃が減るとよい〉と期待していた。また I 障害者の表情や態度は基本的に硬く、その病状から〈心配だと親から電話がくる〉ので、〈困り事は両親の電話で判断〉していた。I 障害者は東大を目指しており〈家族の期待が高かった〉ので、その自負を持っている。急性期に〈父親への暴力の記憶がないと推察〉し、〈親は問題なく暮らせればと推測〉しているが、過去の出来事を振り返ることは、病識を得る意味で大切だができないでいた。訪問看護師は、こうした I 障害者と《家族関係の査定》をしていた。そして医師が処方した薬は〈抵

抗したが薬セットは受け入れる) ことで〈薬セットは習慣化している〉とみており、また訪問看護師に〈薬を見せるのは患者役割と思う〉と、I 障害者の《患者役割の査定》をしていた。

精神科訪問看護師は、I 障害者より〈入院は必要なかったと聞かされる〉ことがあり、病気の否認から〈手帳を気にしていると親に言う〉が、年金が入る事もあり〈障害者手帳を使ってほしい〉と思っていた。すると I 障害者が訪問看護師にした〈障害等級の質問に驚く〉ことがあり、手帳への抵抗感がなくなったと《障害受容の査定》をしていた。

母親への感謝を表すために〈母の日の贈り物を相談〉した結果、母親から嬉しそうに〈母の日に花をもらったと聞く〉、I 障害者にとっては〈花 1 本が精一杯と思った〉、しかし〈父の日の感謝は難しいと思う〉。訪問している時は、別室でいつも〈両親は会話を聞いている〉様子であった。母親は、I 障害者をいつまでも子供扱いで金銭管理は母親がし、パンや牛乳など小銭を渡して、幼い親子関係を引きずって〈こうして過ごす方が良さうだ〉。そこで精神科訪問看護師は、〈大人扱いするように母親に言う〉事にした。I 障害者は、訪問看護師に話すことで、親に物(デジカメ、パソコンなど)をねだるので、〈欲しい物は話し合っしてほしい〉だけでなく、親子で〈大事な事は話し合っほしい〉と考えていた。親子関係の中でこれまで伏せていた障害者手帳に関心を持ったので、訪問看護師は〈障害者手帳は大人の会話と言う〉。この変わりつつある《家族関係の変化の査定》を行うなど総合的な『アセスメント』をしていた。

精神科訪問看護師は、訪問時間帯の殆どをコミュニケーションの時間とし、母親と遊びに行った〈記念写真で楽しく会話〉し、〈母親との外出の話題で弾む〉など〈写真や弁当の話題で会話する〉ことを続けていた。I 障害者に〈本日のお題はと聞く〉と、〈読んだ本の話題が続く〉、〈得意げな映画の DVD の話を聞く〉などして〈昔の映画の話題が弾む〉。その他〈CD を聴き歌手や曲を楽しむ〉ことや、〈マック (マクドナルド) に行く与会話をする〉。これらの会話中に訪問看護師は、合間合間に〈次のお題と会話を進める〉。すると〈次のお題はカレーと会話が続く〉ので、〈調理の話題を盛り上げる〉などして、〈中性脂肪は中年脂肪と笑う〉。もらっている障害年金について〈貯金が趣味と大笑いする〉。机を挟んで向かい合っ話しているのを、まるで〈お見合いと大笑いする〉。精神科訪問看護師は、意識的に〈会話に今時の情報を入れる〉ようにしていた。〈「お題は？」流れを作る時使う〉など、訪問時間の多くは《コミュニケーション能力向上》の時間に使われていた。そして遊びに行った時〈景色を楽しんだかと聞く〉と「目的地にまっしぐら下見て周りは見ない」と答え、観光地への〈外出は写真撮影と思った〉。〈入院中はゲームも命がけと笑う〉ので、精神科訪問看護師は、自分の行為が〈命がけと分かり進歩と笑う〉。I 障害者が、「おばさんだけど〈女性患者に人気があったと笑う〉」など会話する。訪問した時、庭にバラが植えられているので〈園芸や趣味を勧める〉ことや、〈楽しい本を読むといい〉と生活の中で外出結びつくような《遊びへの励まし》を行っていた。

そして精神科訪問看護師は、高齢の親へ配慮が必要と考え話題にしていたが、母の日に〈親へ感謝を表して嬉しい〉と思っていた。そして話題が入院前のことになるため、会話中の〈情報提供で自信なさを解消〉し、〈新情報は自信がつく〉ため、新しい情報や言葉を話の中に盛り込んでいた。I 障害者は、特定の精神科訪問看護師でないと不満、不安で関係が固定化するので、〈融通性がつくよう複数看護師訪問〉を実施するなどして《対人関係能力向上》を図っていた。そして、精神科訪問看護師は、時々吸入薬、点鼻薬を使用しているので、〈耳鼻疾患や便秘等尋ねる〉など《心身疾患のモニタリング》を行っていた。

I 障害者は、強引な方針に基づき治療にあたった入院当時の医師に不信感を抱いており、そ

のために一般的に医師への反感と入院への嫌悪感があった。精神科訪問看護師は、I 障害者が抑うつ的な様子なので、〈受診日に薬を相談する〉ように、また、〈調子は医師に相談することを勧める〉。〈薬変更は医師との関係にまずい〉と心配し、〈薬は本人から医師に連絡を促す〉。そして薬物調整は《医師との関係改善》が必要と考えていた。

精神科訪問看護師は、コミュニケーションから生活の質（遊び）、対人関係、身体疾患のモニタリング、医師との関係調整と『治療的関わり』を行っていた。

訪問時は、高齢の両親と顔を合わせ特に母親と挨拶をすることが多かった。母親に〈風邪なので元気か聞いた〉り〈母親の具合を気遣う〉。そしていつも精神科訪問看護師は、〈母親の社交辞令は気にしない〉でいるが、〈母親の気遣いを受ける〉状況だった。血圧を気にする I 障害者と〈母親に血圧は心配ないと言う〉。訪問は、いつも I 障害者の緊張感から入り、終わり頃良くなり親が喜んでいるので〈家族の緊張感は大変〉と思う。そして訪問看護師と I 障害者との会話が家族に筒抜けと思えるくらいに絶妙なタイミングでお茶が運ばれて来ていた。精神科訪問看護師は、病院の病床削減と共に家族会も解散するなど〈母親に病院情報を提供〉し、基本的には〈家族が医師と対処してほしい〉と考え、また I 障害者に対して〈大人扱いを伝えたい〉と思いながら、《家族の相談役》になるという『家族支援』がなされていた。さらに、〈危機は医師に情報提供〉して《医師へ危機の連絡》を迅速にするようにするなど、『多職種連携』は医師との連携を重視した。

10. J 事例の危機介入の構造

1) J 事例の概要

J 障害者は、60 歳後半、男性、統合失調症と糖尿病、喘息があり、30 年間の長期在院、精神症状は体感幻覚の消失した寛解状態であり、病院から車で 20 分の距離にある 3LDK 自宅マンションで、単身生活している。J 障害者は退院を希望していたが、母親は退院に反対していたため入院中に母親の相談に乗り、医療福祉の在宅支援サービス情報を提供し、訪問看護が導入されることになった。

分析の対象になった J 事例のデータは、退院後約 1 年半経過した時期から 2 カ月間に 3 回の同行訪問を行って得た。

その間、精神科訪問看護師は、精神症状でなく自覚や理解がない糖尿病の重篤化、喘息発作の出現を危惧し、食事や運動、喫煙、生活習慣をモニタリングし、ホームヘルパーの介護支援と連携して生活支援を行っている。また、80 歳を超える母親（別居）の細やかな生活への気配りとの連携を尊重し、J 障害者自身の判断と行動することによる自立支援医療サービスから高齢者福祉サービス利用への移行をしながら、在宅生活を継続している。

2) 危機介入の構造

はじめに、J 事例の危機介入の構造は、推論と説明概念を関係づけて要約すると、以下のよう

に説明することができる。（図 11、表 13 参照）
精神科訪問看護師は、訪問した時に〈訪問実施の承認〉印をもらい『訪問看護の契約』を結んでいた。J 障害者は、体感幻覚がある程度安定した寛解状態にあり、病識があった。そして身体症状・疾患には糖尿病、喘息があり喘息発作の可能性が心配されていたため、《身体疾患の危機予測》という『複合的危機の予測』がなされていた。その過程で、《病識の査定》《身体疾患の査定》や《家族の査定》《高齢者福祉利用の査定》を総合した『アセスメント』をしていた。

表 13 J 事例の第 2 コーディング・推論・説明概念



図 11 J 障害者 説明概念・推論

説明概念	推論	コード	第 2 コーディング		
訪問看護の契約	訪問実施の承認	J14	訪問看護実施の署名を得る		
		J28	訪問看護実施の印をもらう		
複合的危機の予測	身体疾患の危機予測	J76	幻聴もなく落ち着いた		
		J83	身体疾患が問題になる		
アセスメント	病識の査定	J6	喘息薬の継続を誉める		
		J27	体感幻覚の自覚を誉める		
	身体疾患の査定	J33	体感幻覚の認知を知る		
		J58	喘息のためマンションは疑問		
		J59	喘息で苦しんでほしくない		
		J60	喘息を甘くみていけない		
		J61	喘息薬吸引だけでは心配		
		J62	今の環境で食事療法は無理		
		J63	身体疾患のため老人ホーム推奨		
		J65	救急車が間に合うか心配		
		J78	糖尿病と併用薬は問題ない		
		J80	理解がない高血糖値が危ない		
		J81	糖尿病なので外で過ごすとい		
	家族の査定	J49	母親の世話を高くかう		
		J57	母親は在宅でと思っている		
		J88	精神科診療先は母親の選択で		
	高齢者福祉利用の査定	J7	高齢者デイケア・保佐人の役割を説明		
		J21	高齢者デイケアに興味を覚える		
		J68	病院のデイケアは合わない		
		J71	デイケアは食事があるのでいい		
		J72	話し好きだから馴染む		
		J73	高齢者デイケアは本人しだい		
		J74	グループでリーダになれる		
		J79	自信をもって生活してほしい		
		治療的関わり	服薬アドヒアランスの向上	J10	薬変更や副作用を話し合う
				J18	薬が飲めていると認める
				J25	薬変更の影響を聞く
疾病自己管理の強化	J32		服薬行動を確認し誉める		
	J77		薬の変更と調整は大切と話す		
	J85		自宅での内科薬セットを選ぶ		
生活支援	高齢者福祉制度の導入	J11	糖尿病への理解を誉める		
		J20	新たな内科診療所を促す		
		J16	ケアマネに予定違いを連絡		
		J17	連絡先のメモ作りを促す		
		J41	サービス利用を福祉課、医師に相談		
		J42	作業所参加に同意する		
	高齢者ケアマネジメントの導入	J64	老人ホーム利用の理解を得る		
		J69	短期精神サービス利用を依頼		
		J15	ケアマネの間違いに気付き感心		
	生計のモニタリング	J39	変わる病院をケアマネに聞く		
		J55	高齢者ケアマネに移行		
		J86	高齢者ケアマネヘシフト		
	セルフケアの支援	J50	生活費は余ると報告される		
		J51	生活費収支の説明を受ける		
		J87	これから高齢者医療費でやれる		
		J8	暑さに合わせた着衣の勧め		
		J12	重ね着を勧める		
		J37	長袖着用の理由を確かめる		
		J29	夕食メニューを聞く		
		J19	介護記録から嗜めるか聞く		
		J24	清潔を保つ生活を誉める		
J34		体調や珈琲の会話が弾む			
J36		理髪のことで会話が弾む			
J40		散歩をしていると報告を聞く			
J75	睡眠は 7 時間位だからよい				
J13	宗教団体の勧誘を警告する				
J43	病院の時間と違うと談笑				
J44	会話のために入歯を勧める				
J45	在宅療養が当然の考えを聞く				

生活支援	セルフケアの支援	J46	病棟知人の思い出話が弾む
		J47	覚えられないと談笑
		J48	テレビの時代劇で話が弾む
家族支援	家族と協働	J2	母親と薬や糖尿病について話し合う
		J3	母親に高齢者福祉移行を説明
		J4	母親からの着替えを伝える
		J5	今後の在宅ケアを母親に報告
		J23	居場所探しを母親に予告
		J26	服装への母親の配慮を伝える
		J30	母親の病院通いを気づかう
		J53	母親に社会資源を伝え続けた
		J54	母親と退院前から協力していた
多職種連携	ヘルパー関係との見守り	J1	本人とヘルパーの食事準備をみる
		J31	ヘルパーとの関係が良好と誉める

精神科治療については、《服薬アドヒアランスの向上》《疾病自己管理の強化》といった『治療的関わり』を実施した。そして《高齢者福祉利用の導入》《高齢者ケアマネジメント（以下、高齢者ケアマネとする）の導入》《生計のモニタリング》《セルフケアの支援》などの『生活支援』を行っていた。精神科訪問看護師は、高齢の母親との間で退院に向けた関わりが以前からあり、在宅生活継続に向け《家族と協働》する『家族支援』を行い、ホームヘルプにおける《ヘルパー関係との見守り》を内容とする『多職種連携』によって、在宅継続がなされていた。

J障害者は、身体疾患に糖尿病、喘息（発作時に点滴）がある。精神科訪問看護師は、精神状態よりも身体症状悪化時の対応や薬調整、本人の疾患理解、健康管理に対応していた。家事援助については、介護保険ホームヘルプサービスのヘルパーにてなされていた。精神科問看護師は、訪問した時に〈訪問看護実施の印をもらう〉ことで、《訪問実施の承認》を得る『訪問看護の契約』を結んでいた。そして〈幻聴もなく落ち着いた〉こともあり、〈身体疾患が問題になる〉可能性があるためケアマネジャーにつなぎ、《身体疾患の危機予測》として『複合的危機の予測』をしていた。

精神科訪問看護師は、J障害者が「頭を刺される感じが無くなった」と言うなど、〈体感幻覚の認知を知る〉、そして〈体感幻覚の自覚を誉める〉など《病識の査定》をしていた。定期吸引薬使用、発作時の点滴が必要なため、〈喘息を甘くみていけない〉、〈喘息のためマンションは疑問〉に思っている。J障害者には喘息の知識がなく喘鳴もあるので最後に〈喘息で苦しんでほしくない〉と心配し、〈喘息薬吸引だけでは心配〉なうえ〈救急車が間に合うか心配〉していた。禁止されている〈糖尿病と併用薬は問題ない〉、〈糖尿病なので外で過ごすといい〉と言えるが、建物の1階がスーパーで、買い物してラーメンをおやつに食べるため、〈今の環境で食事療法は無理〉と考えていた。J障害者は、糖尿病の危険性や〈理解がない高血糖値が危ない〉ため、危険を予測し将来は〈身体疾患のため老人ホーム推奨〉するなど《身体的疾患の査定》を行っていた。

精神科訪問看護師は、J障害者の〈母親は在宅でと思っている〉ことを熟知し、高齢にも関わらず細やかにJ障害者の生活上の世話をするため〈母親の世話を高くかう〉ところがあった。通院している精神科外来が閉鎖されることをきっかけに、〈精神科診療先は母親の選択で〉と判断するなど《家族の査定》をしていた。

そして高齢者福祉サービス利用評価では、J障害者に〈高齢者デイケア・保佐人の役割を説明〉すると、若年層の〈病院のデイケアは合わない〉ので〈高齢者デイケアに興味を覚える〉。〈デイケアは食事があるのでいい〉、〈話し好きだから馴染む〉と推察し、〈高齢者デイケア

は本人しだい)で決定し、J障害者は〈グループでリーダーになれる〉ので〈自信をもって生活してほしい〉と《高齢者福祉利用の査定》を『アセスメント』しつつ関わり、在宅継続がなされていた。

精神症状は、体感幻覚がある程度安定しており、精神科訪問看護師は、〈薬変更や副作用を話し合う〉、〈薬が飲めていると認める〉、〈薬変更の影響を聞く〉、〈服薬行動を確認し誉める〉。また外来看護師と一緒にしていた薬セットを、〈自宅での内科薬セットを選ぶ〉方法に変更し、〈薬の変更と調整は大切と話す〉といった《服薬アドヒアランスの向上》を図るように努めていた。J障害者の嗜好品の珈琲に砂糖が入っていないことを確認して、〈糖尿病への理解を誉める〉。受診の利便性を考慮した〈新たな内科診療所を促す〉など《疾病自己管理の強化》をする『治療的関わり』を実施していた。

精神科訪問看護師は、高齢者福祉の〈ケアマネに予定違いを連絡〉し、高齢者福祉サービス利用が始まるので、医療・福祉・介護関係者の〈連絡先のメモ作りを促す〉。J障害者自身が福祉窓口で、日中過ごせる無料〈サービス利用を福祉課、医師に相談〉するだけでなく、地域の〈作業所参加に同意する〉よう促す。そして福祉担当者に、高齢福祉施設サービス利用開始までの〈短期精神サービス利用を依頼〉した。また身体疾患の急性増悪が心配なため、施設の短期利用から始め〈老人ホーム利用の理解を得る〉など、《高齢者福祉利用の導入》を図っていた。その経過の中で、J障害者がヘルパー派遣スケジュールの〈ケアマネの間違いに気付き感心〉する。また内科系疾患治療のために〈変わる病院をケアマネに聞く〉などして、精神科訪問看護がやっていたことを、〈高齢者ケアマネへシフト〉することで一般医療に持っていけるように《高齢者ケアマネジメントの導入》を実施していた。生活費は、成人後見制度の補佐人が金銭管理し、〈生活費は余ると報告される〉。そして障害年金も含めてJ障害者から〈生活費収支の説明を受ける〉。精神科訪問看護師は、心身の治療対応について〈これから高齢者医療費でやれる〉と《生計のモニタリング》を行っていた。

J障害者のセルフケアについては、〈暑さに合わせた着衣の勧め〉、入浴など〈清潔を保つ生活を誉める〉、そして母親の勧めで行った〈理髪のことで会話が弾む〉。日中は〈散歩をしていると報告を聞く〉、そして〈睡眠は7時間位だから良い〉と伝えていた。日常生活について、季節の変わり目だったので、〈長袖着用の理由を確かめる〉、〈重ね着を勧める〉などしていた。食事は、〈介護記録から噛めるか聞く〉など、ヘルパーが作る〈夕食メニューを聞く〉と、好みも反映されており満足していた。J障害者は、今の生活は〈病院の時間と違うと談笑〉、「病院の中で直った人はいっぱいいるけど、自分の家で暮らすのが良い」と〈在宅療養が当然の考えを聞く〉。歯がないため〈会話のために入歯を勧める〉が懲りているとのことで断られる。外来受診時に会う〈病棟知人の思い出話が弾む〉だけでなく、歴史に詳しく〈覚えられないと談笑〉しながら〈テレビの時代劇で話が弾む〉。〈宗教団体の勧誘を警告する〉が、宗教も勉強した方が良いと図書館に行っていると話す。J障害者は寛解状態でもあり、当事者が望む《セルフケアの支援》をすることで『生活支援』を行っていた。

精神科訪問看護師は、〈母親と退院前から協力していた〉信頼関係もあり、〈母親に社会資源を伝え続けた〉。〈母親と薬や糖尿病について話し合う〉ほか、内科診療所変更、ケアマネ先の変更、介護ヘルパー利用など〈母親に高齢者福祉移行を説明〉し、〈今後の在宅ケアを母親に報告〉していた。高齢者デイケアなど〈居場所探しを母親に予告〉していた。電話で母親と連絡を取り合い、J障害者への気遣いで〈服装への母親の配慮を伝える〉、〈母親からの着替えを伝

える)、また〈母親の病院通いを気づかう〉など《家族と協働》する『家族支援』を行っていた。J障害者は、ヘルパーと良くコミュニケーションを取っており、〈本人とヘルパーの食事準備をみる〉と、好みの食事や清潔を保つことで来ていたので、〈ヘルパーとの関係が良好と誉める〉。

精神科訪問看護師は、J障害者と《ヘルパー関係との見守り》をするような『多職種連携』を行っていた。

第2節 危機介入事例を説明する概念

危機介入に関する『説明概念』の特性をとらえるために、10事例単位の《推論》を集約・分類し、それらの意味内容を表象する項目名を‘ ’に入れて示し、一覧表に表記した(表14)。

- (1) 『訪問看護の契約』は、推論を集約・分類すると5つの項目によって成りたっていた。
 - ① ‘訪問依頼’ ② ‘情報収集’ ③ ‘訪問計画’ ④ ‘訪問の目標設定’ ⑤ ‘訪問実施の受諾’であった。
- (2) 『複合的危機予測』は、① ‘病状悪化の予測’ ② ‘複合的危機の予測’ ③ ‘安全の危機予測’ ④ ‘生活破綻の予測’ ⑤ ‘家族の危機予測’の5つの項目であった。
- (3) 『アセスメント』の項目は8つの項目、① ‘精神症状関係の査定’ ② ‘身体疾患の査定’ ③ ‘薬物・専門治療の査定’ ④ ‘能力の査定’ ⑤ ‘関係・役割の査定’ ⑥ ‘社会的危機の査定’ ⑦ ‘サービス利用の査定’ ⑧ ‘家族の査定’であった。

精神症状が顕著である障害者への訪問看護であることから、病態理解のために‘精神症状関連の査定’が多様な側面でなされ、さらに障害者は身体疾患や症状があるために、‘身体疾患の査定’ ‘専門治療の査定’を行っていた。また家族や身近な者との対人関係の査定や、障害受容、障害者や家族、精神科訪問看護師自身の役割や能力の査定など‘関係・役割・能力の査定’をしていた。そして突破的な社会的な出来事への査定や福祉サービス利用の査定、家族関係等の査定といった『アセスメント』に基づいて、『治療的関わり』に結びつけていた。
- (4) 『治療的関わり』は5つの項目であった。① ‘精神症状への看護ケア’ ② ‘薬物療法の看護ケア’ ③ ‘対人関係の看護ケア’ ④ ‘身体疾患の看護ケア’ ⑤ ‘治療のモニタリング’であった。特に‘精神症状の関連’の内容は、精神科看護における精神療法的アプローチであった。‘薬物療法の関連’の内容は、薬物療法に対する精神科看護技術に関連していた。‘対人関係の関連’の内容は、精神科看護の基礎技術であった。
- (5) 『生活支援』の内容は5つの項目、① ‘衣・食・家事等への支援’ ② ‘金銭管理の支援’ ③ ‘住居環境を整える’ ④ ‘生活リズムを整える’ ⑤ ‘福祉制度利用’であった。

『生活支援』は、日常生活を継続するための援助として看護の基礎であり、セルフケアに対する多様な側面にアプローチしていた。
- (6) 『家族支援』の項目は1つ、‘家屋の支援’であり、家族同居の5事例にて行われていた。その内容は、家族への支援をしつつ協働していた。

表 14 危機介入に関する説明概念と推論の項目

説明概念	推 論				
訪問看護の契約	‘訪問依頼’ 生活支援の依頼 退院の条件つき依頼	‘情報収集’ 暫定的情報で開始	‘訪問計画’ 訪問計画の打合せ 訪問計画の受諾	‘訪問の目標設定’ 訪問看護の目標設定 訪問目標の見通し	‘訪問実施の受諾’ 訪問実施印の受諾 訪問計画・報告書の受諾
	‘病状悪化の予測’	‘複合する危機予測’	‘安全の危機予測’	‘生活破綻の予測’	‘家族の危機予測’
複合的危機の予測	症状悪化の予測 不安発作の予測 病状増悪の予測 身体疾患の危機予測	複合した危機予測 心身・生活の限界	危険性の予測 在宅限界の予測	生活費破綻の予測	家族関係の危機予測
	‘精神症状関連の査定’	‘身体疾患の査定’	‘薬物・専門治療の査定’	‘能力の査定’	‘関係・役割の査定’
アセスメント	思考障害の査定 不安発作の査定 認知能力の査定 認知行動の査定 変化する言動の査定 行動理解が困難 暴力と性周期の査定 病態の査定 病識の査定 症状変化の査定 危険性の査定 障害受容の査定	心身状態の査定 身体疾患の査定 術後生活の査定	服薬状況の査定 服薬効果の査定 過量服薬の確認 テイクア不応の査定	不安対処の査定 成長発達段階の査定 経済的破綻の予測 生活スキルの査定 家事能力の査定	対人関係の査定 患者役割の査定 ヘルパーの査定 関わりの自己評価
	‘社会的危機の査定’ 社会的危機の キャッチ	‘サービス利用の査定’ 高齢者福祉利用の査定	‘家族の査定’ 鍵となる息子の査定 家族の査定 家族関係変化の査定		
治療的関わり	‘精神症状への看護ケア’	‘薬物療法の看護ケア’	‘対人関係の看護ケア’	‘身体疾患の看護ケア’	‘治療のモニタリング’
	被害妄想的言動に対応 思考障害に対応 幻聴対処への助言 幻聴に触れる 自我拡散の予防 自我機能の強化 不安耐性の強化 強迫性障害の緩和 病状悪化の予防 認知行動へのアプローチ 衝動性を見守り	服薬のモニタリング 薬物治療の安全確保 裁量範囲の薬物調整 裁量範囲の服薬調整 頓用薬の理解促進 薬物治療継続の支援 薬セットの支援 服薬の支援 服薬アドヒヤランスの向上	関係づくり 場と関係づくり 薬セットでつながる タッチング コミュニケーション 能力の向上 対人関係障害に対応 対人関係能力の向上 遊びへの励まし 自尊感情の支持 医師との関係改善 相互の安全確保	メディカルチェック 心身疾患のモニタリング 体の健康相談とケア 疾病自己管理の強化	治療プログラムの見守り
生活支援	‘衣・食・家事等への支援’	‘金銭管理の支援’	‘住居環境を整える’	‘生活リズムを整える’	‘福祉制度利用’
	食事確保の工夫 食サービス利用 食品管理の助言 清潔への動機づけ 衣服管理の支援 セルフケアの支援 生活スキルの支援 家事モデルになる	経済的破綻の予防 生活費の調整 家計運用のモニタリング 生計の破綻を防ぐ 生計のモニタリング	家屋管理への動機づけ 家屋管理の体験支援 住居環境の維持 生活環境の改善	生活リズムの調整 生活リズムの見守り 過ごし方の確認 体調管理の助言 遊びの励まし	高齢者福祉利用の導入 高齢者ケアマネジメント導入 社会保障制度利用の支援
家族支援	‘家族の支援’				
	家族の相談役 家族と協力 家族と協働				
多職種連携	‘医療関係者と組む’	‘多職種の役割調整’	‘多職種と協議’	‘地域と組む’	‘連携の困難’
	医師と連携 医師へ危機の連絡 病院職員と協働	暫定的な役割分担 ヘルパー活用と評価 ヘルパーの役割調整 ヘルパー関係との見守り	多職種と役割調整 PSWと良好な組合せ	住民と組む 地域連携の形成 関係機関と疎通性の実現	連携が困難 福祉サービス利用に苦戦
安全の確保	‘安全性の見極め’				
	直観的危機の察知 危険性の心配 危険性の査定 自傷他害の警戒 安全性の見極め 肺癌手術の不安軽減 不審業者への警戒 入院の見極め				
緊急対応	‘安全の確保’	‘危機予防’	‘病院職員と連携’		
	社会的危機管理	危機状況の安定・予防	病院職員と問題解決		
緊急入院の支援	‘安全の確保’	‘身体疾患の看護ケア’	‘入院の支援’	‘病院・地域と連携’	
	自傷他害の予防	手術入院の支援 検査・治療の説明 鎮痛剤の説明と調整	人権擁護の尊重 ケア調整会議で入院決定 入院に結びつける 入院の説得 入院体制の準備 病院の短期利用	医師の代行 退院調整でのリーダーシップ 病院と訪問看護の分離	

- (7) 『多職種連携』の項目は5つの項目、①‘医療関係者と組む’ ②‘多職種の役割調整’ ③‘多職種と協議’ ④‘地域と組む’ ⑤‘連携の困難’であった。病院訪問看護チームは、精神科訪問看護師だけの場合やPSWとチームを組む場合がある。そのため緊急介入する際は、病院関係者、主に医師及びPSWとの連携があった。そして病院と地域との連携において、公的機関（保健所）との連携に限界がみられた。
- (8) 『安全の確保』は1つの項目、‘安全性の見極め’であった。この‘安全性の見極め’によって安全の確保の要・不要を判断していた。
- (9) 『緊急対応』は3つの項目、①‘安全の確保’ ②‘危機予防’ ③‘病院職員と連携’であった。

精神障害者への第三者の関与による社会的危機状況に対し、‘病院と連携’して病院職員が介入することで‘安全の確保’がなされ、危機状況の安定と終息を実現した。また、その後社会的な危険を予測した‘危機予防’の対策がとられた。

- (10) 『緊急入院の支援』は4つの項目、①‘安全の確保’ ②‘身体疾患の看護ケア’ ③‘入院の支援’ ④‘病院・地域と連携’であった。

‘入院支援’は、特に精神病院医療にかかわるため人権擁護（受診・入院の同意と説明、個人情報保護等）が尊重され、入院の見極めと入院の説得を行い、障害者の入院同意をもとに、病院の入院体制を整え入院に結びつけていた。また5事例においては身体疾患があり、検査、手術を要する重篤な合併症のため、入院が必要となり‘身体疾患の看護’がなされていた。その過程の‘病院と地域連携’においては、医師の意向を反映させた代行（説明代行、伝達など）を行い病院医療と地域ケアの役割や立場の違いを明確にし、病院医療と訪問看護による地域ケアとの境界線を引いていた。

第3節 危機介入モデルの類型の特性

“予防的介入型”（表15）と“緊急介入型”（表16）を以下に示す。

10事例の危機介入は、大きく“予防的介入型”と“緊急介入型”の2つに類型化することができる。

表15 推論・説明概念一覧‘予防的介入型’事例

事例	C事例	E事例	H事例	I事例	J事例
GAFスコア (平均40)	25	41	25	50	60
精神症状	幻聴 被害妄想 思考障害 対人関係障害	妄想 幻聴 認知障害 自我障害	妄想 幻聴 思考障害 自我障害 不安障害 強迫性障害 視線恐怖	妄想 幻聴 自我障害 感情の激情	体感幻覚
身体疾患	糖尿病	皮膚疾患	皮膚疾患	耳鼻疾患	糖尿病 喘息
説明概念	推論				
訪問看護の契約	訪問計画、実施の受諾	訪問看護の目標設定	訪問実施の受諾	退院の条件つき依頼 訪問看護の受諾 訪問看護の目標設定	訪問実施の受諾
複合的危機の予測	生活費破綻の予測 病状悪化の予測	複合した危機予測	病状増悪の予測	家族関係の危機予測	身体疾患の危機予測
アセスメント	生活スキルの査定 経済的破綻の予測 行動理解が困難	認知行動の査定 症状変化の査定 関わり方の自己査定	思考障害の査定 不安対処の査定	認知行動の査定 成長発達段階の査定 対人関係の査定 服薬効果の査定 家族関係の査定 患者役割の査定 障害受容の査定 家族関係変化の査定	病識の査定 身体疾患の査定 家族の査定 高齢者福祉利用の査定
治療的関わり	被害妄想的言動に対応 対人関係障害に対応 思考障害に対応 薬物治療の安全確保 裁量による薬物調整	服薬のモニタリング 治療プログラムの見守り	場と関係づくり タッチング 幻聴対処への助言 病識に触れる 自我拡散の予防 自我機能の強化 不安耐性の強化 強迫性障害の緩和 裁量による薬物調整 頓用薬の理解促進	コミュニケーション能力の向上 遊びの励まし 対人関係能力の向上 身体疾患のモニタリング 医師との関係改善	服薬アドヒアランスの向上 疾病自己管理の強化
生活支援	生活費の調整 食事確保の工夫 社会保障制度利用の支援	家屋管理への動機づけ 家屋管理の体験支援 清潔への動機づけ 家事モデルになる 過ごし方の確認	生活リズムの調整 体調管理の助言 食品管理の助言		高齢者福祉制度の導入 高齢者ケアマネジメントの導入 生計のモニタリング セルフケアの支援
家族支援			家族と協力	家族の相談役	家族と協働
多職種連携		役割分担の形成 福祉サービス利用に苦戦	ヘルパー活用と評価	医師へ危機の連絡	ヘルパー関係との見守り
緊急対応 緊急入院の支援					
転帰	在宅継続	在宅継続	在宅継続	在宅継続	在宅継続

表 16 推論・説明概念一覧 ‘緊急介入型’ 事例

事例	A事例	B事例	D事例	F事例	G事例
GAFスコア (平均 25)	21	40	31	10	20
精神症状	妄想 思考障害 自傷他害	妄想	自我障害 認知障害 不安障害	妄想、幻聴 思考障害 自我障害 衝動行為 暴力 破壊行為	幻聴、独語 被害妄想 異食
身体疾患	心疾患 皮膚疾患 口 濁 頻 尿	慢性肺気腫 胃腸疾患 皮膚疾患 多飲水 イレウス	脳梗塞 肺癌 胃疾患 腰痛症	生理前症候群	激やせ 胃部不快感 大腸癌
説明概念	推 論				
訪問看護の契約	訪問計画の打合せ	訪問計画の受託 訪問日時予告	訪問目標の見通し	暫定的情報で開始	生活支援の依頼
複合的危機の予測	病状悪化の予測	複合した危機予測	心身、生活の限界 在宅限界の予測	危険性の予測	心身、生活の限界
アセスメント	変化する言動の査定	社会的危機のキャッチ	鍵となる息子の 査定 家事能力の査定 過量服薬の確認 心身状態の査定 認知能力の査定 不安発作の査定 術後生活の査定	病態の査定 服薬状況の査定 デイケア不応の査定 暴力と性周期の 査定 家族関係の査定 ヘルパーの査定	危険性の査定 病態の査定 服薬状況の査定
治療的関わり	メディカルチェック 薬物治療継続の支援 病状悪化の予防	自尊感情の支持 薬物治療の継続支援 裁量範囲の薬物調整 体の健康相談とケア	メディカルチェック 薬セットの支援 正確な服薬支援 裁量範囲の薬物調整 自尊感情の支持	服薬の支援 裁量範囲の服薬調整 認知行動へのアプ ローチ 衝動性の見守り 相互の安全確保	関係づくり 薬セットでつながる
生活支援	生活スキルの支援 生活リズムの見守り 家計運用のモニタ リング 食サービス利用	衣服管理の支援 家計のモニタリ ング 生計の破綻防止 食サービス利用 住居環境の維持	生活環境の改善 遊びの励まし		
家族支援				家族と協力	
多職種連携	病院関係者と組む	病院職員と協働	医師と連携 暫定的な役割分担 関係機関と疎通性の 実現	ヘルパーの役割調整 多職種との役割調整 PSW と良好な組 合せ	住民と組む 地域連携の形成 連携が困難
安全の確保	自傷他害の警戒 危険性の査定 入院の見極め	不審業者への警戒 危険性の心配	肺癌手術の不安軽減	安全性の見極め	直観的危機の察知 入院の見極め
緊急入院の支援	自傷他害の予防 入院に結びつける 病院の短期利用		手術入院の支援 検査・治療の説明 鎮痛剤の説明と調整	ケア調整会議で入院 決定 医師の代行 退院調整のリーダ ーシップ	人権擁護の尊重 入院に結びつける 入院体制の準備 入院の説得 病院と訪問看護の 分離
緊急対応		社会的危機管理 病院職員と問題解決 危機状況の安定・予 防			
転帰	入院（1 カ月）・退院	在宅継続	入院（14 日）・退院	入院（1 カ月）・退院	検査入院・手術 1 年 後に死亡

1. “予防的介入型”（表 14）と“緊急介入型”（表 15）の共通特性

以下に、危機介入モデルの類型の特性について、はじめに“予防的介入型”と“緊急介入型”に共通の特性を述べ、次に2つの型の異なる特性を述べる。

(1) “予防的介入型”と“緊急介入型”の違いを超えて、どの事例においても各訪問対象者が持つ疾病と障害の内容、及びその程度に応じて【在宅支援】や【緊急介入】がなされていた。

1) 【在宅支援】に結びついていた、H事例の疾病と障害の内容、全体的機能の程度（GAFスコア 25）の影響がある事柄を、例に上げ具体的に説明をする。

精神科訪問看護師は、妄想、幻聴、思考障害、自我障害、不安障害、視線恐怖などの精神症状及び障害をもつH障害者に対し、『治療的関わり』を行っている。それは、幻聴対処への助言、病識に触れる、自我拡散を防ぐ、自我機能の向上、不安耐性を強めるなどのケアであり、それに続く『生活支援』として、生活リズムを調整し、体調を整え、生活上の言動にまとまりをつけるなどの支援を行っていた。『家族支援』は、同居する弟と協力して、帰宅が遅い弟を待って食事をする生活を改めるなど行っていた。その過程の『アセスメント』では、思考障害、自我障害に伴う不安障害の状態や改善や査定などを行っていた。こうした訪問看護によって危機への予防的介入が為され、在宅継続につながった。

2) 【緊急介入】に関しては、G事例（GAFスコア 20）を例にして具体的に説明する。

筆者のフィールドワーク期間においてG障害者は、幻聴、独語、被害妄想、異食があり、激やせが目立ち、腹部を抑え苦痛の表情が見られた。被害念慮があり訪問看護チーム（看護師、PSW）への拒否、威嚇があったので、『生活支援』はできない状況にあり、関係づくりと接近を試み、薬セットでつながる『治療的関わり』を行っていた。心配する大家、民生委員、ガス業者の相談にのって、住民と組んで、市障害福祉課、保健所の関係者をつなげていった。行政職との協働に苦労しながら『多職種連携』をしていた。

『アセスメント』では、言語的な意思疎通がとれないので直観的観察と査定をしつつ服薬状況の把握、病態の評価をして、自傷他害の危険を察知したので、緊急入院へのマネジメントを行った。『緊急入院の支援』の過程では、入院の必要性を見極めて入院につなぐ調整を行った。人権擁護、個人情報保護をしつつ住民に説明し、G障害者には検査入院の必要性を説き、入院体制を病院管理部門と整え、住民、行政の協働をえて入院に至った。こうして訪問看護による緊急介入がなされたが、G障害者は、入院後に大腸癌が発見され手術をした後、病院デイケアに参加していたが数カ月後に死亡された。本事例だけは、在宅へ戻ることはなかった。

以上が、疾病や障害の内容と程度に影響を受けた、精神科訪問看護師による“在宅支援型”と“緊急介入型”の実態である。

(2) 精神科訪問看護師の『複合的危機予測』において、単一の原因による予測、つまり身体疾患の危機予測のみ、精神症状の予測のみといった単独予測は少なく、精神的・身体的・社会的な生活などが相互に関連しあった危機状況、つまり複合的な危機予測であり、その点で共通していた。

『複合的危機の予測』については、C事例（GAFスコア25）を例にして具体的に説明する。

C障害者の危機の予測は、様々な要因が関連する「生活破綻の予測」である。C障害者は、被害妄想、思考障害、独語のため話題が飛躍しまとまりがなく、物とられ妄想につながり、訪問看護も時に拒否し対人関係障害が生活に影響していた。そして金銭管理が難しく、あると使ってしまう経済的に破綻し入院することが、過去にあった。貯金通帳があると思いついたため地域生活支援室にて預かり、精神科訪問看護師と生活費を設定し、服薬過量もあるため薬も預かり、1日分から3日分渡しを試みていた。食生活はコンビニの食品であり、病院の食事サービス利用は、いろんな理由を上げて拒否しているが、本当の理由は不明であった。このように生活に影響する要因は関連し合い、在宅生活継続のために生活費の調整、食事の確保、服薬支援、知人（他の障害者）との付き合い方などに関して働きかけていた。精神科訪問看護師は、その過程において複眼的視点をもって、危機を予測して入院の予防、在宅継続支援を行っていた。

『複合的危機の予測』は、精神症状や能力障害、機能障害、長期在院による社会的生活の経験不足を背景にした、過去の危機状況や当面の生活破綻の要因を把握した上で、事例毎の複雑な関連要因を加味した『複合的危機の予測』が必要である点は、全ての事例に共通した。

- (3) 『アセスメント』としては、認知、行動、機能、関係、問題とされる暴力、自傷他害のレベル、服薬、治療、症状、生活能力などの評価を行っており、【在宅支援】、【緊急介入】の要となっていた。

『アセスメント』については、I事例（GAFスコア50）を例にして具体的に説明する。

I障害者に対する『アセスメント』は、認知行動、服薬効果、家族関係、対人関係、成長発達段階、患者役割、障害受容等の査定を行っていた。

精神科訪問看護師は、訪問時の認知行動の特徴をとらえ、それらを家族関係や自尊感情、コミュニケーションのあり方、成長発達課題、障害受容、服薬効果などと関連づけてアセスメントをしていた。I障害者は、同居している両親との緊張関係があり、父親への暴力が原因で入院した経緯がある。そこで精神科訪問看護師は、家族以外に関係を広げ、I障害者が第三者と会話を楽しみ外出できるように、コミュニケーション能力を高めることを目指していた。訪問時の話題の中で母の日のプレゼントをするかどうかを話題にし、初めて母親にカーネーションを1本送るに至った。また動物園はどこが面白いかと様々な情報を提供し、新たな対処法を増やしていった。さらにI障害者に、疾病否認があるため、親子の意見が対立する障害者手帳申請に着目していた。すると障害年金の通知を受け取ったことをきっかけに、収入が得られることから、強固な疾病否認は表面化しなくなった。精神科訪問看護師は、こうした家族関係や障害受容をアセスメントし、訪問看護場面において治療的関わり（コミュニケーション能力の向上、対人関係能力の向上、遊びへの励ましなど）を行っていた。

- (4) 在宅支援を構成する説明概念の内『治療的関わり』は、精神・身体疾患に対する精神療法的看護ケア、及び身体疾患への看護ケアである。薬物療法の看護ケアでは包括指示に基づく《裁量範囲の薬物調整》、《頓服薬の理解促進》、《服薬アドヒアランスの向上》という医学的知識に基づいた看護ケアから、《遊びへの励まし》などの心理的・社会的支援とい

た精神科看護実践が行われていた。

『治療的関わり』については、H 事例（GAF25）を再度取り上げ、具体的に説明する。

H 障害者は、妄想、幻聴、思考障害、自我障害、不安障害などがあるため些細なことに反応して不安・焦燥感で混乱していた。そのため H 障害者は医師へ日に数回の確認電話を入れており、精神科訪問看護師は、不安発作、支離滅裂になる「病状悪化」の危機予測をしていた。当面の目標は、不安耐性を強めて、強迫的確認行為を減らす対処法を見出していくことであった。そのため、できたことへを肯定し、自己の対処能力を認め、自己の意思決定への信頼、安定感を認め高めるなど、自我強化を図る治療的なコミュニケーションを図っていた。

精神科訪問看護師は「悩むのが趣味、それが病気」と伝え、H 障害者は、不安にならないために話し合っただけのことをノートに書き、それを見て確認する方法を見出した。精神科訪問看護師は、それにより医師への電話回数が減っていることを誉めて、不安耐性を強化していた。また、幻聴について H 障害者は、「幻聴に知らん顔できている」と対象能力を認めると、「幻聴さんを無視できている」と、ノートに書き、これで良いのよねと確認していた。医師に自分で考えるように言われたことをすぐ忘れるという悩みには、「医師に確認しなくてもやれている。自信が無さ過ぎ」、「課題を乗り越え積み重ねている」とフィードバックして、自我強化を図っていた。さらに神経過敏な時の休息方法を提示し、状態に合わせた3種類の頓服薬の使い方を説明する。「何ごとも決めつけなくて良い」と、強迫的な認知の変容を促し、気がかりなことへの解決策を話し合い、混乱、自我拡散を防ぎ、思考のまとまりをつけていた。

妄想、幻聴、思考障害、自我障害は、統合失調症の主たる症状である。したがって本研究の対象者は、同じような課題を持っているのでこうした『治療的関わり』を、障害者に適した方法で行っている。

- (5) 『生活支援』は、各事例の生活背景が異なるため、共通する内容において2群に分けられた。1群のA事例、B事例、C事例、E事例は、日々の生活支援が生活全般（保清、食事の確保、薬の管理、家事支援、家計運用など）に及ぶ場合である。2群は、D事例、F事例、H事例、I事例、J事例であり、障害者自身の家事能力、家族同居による生活、ホームヘルプサービスによる家事援助があるため、精神科訪問看護による生活支援を殆どしない場合である。

- 1) 1群については、B事例（GAFスコア40、26年間の入院）を例にして具体的に説明する。

B 障害者への『生活支援』は、金銭を人に頼まれば上げてしまうため、金銭が無くなると水を飲んで過すので、障害年金管理を地域権利擁護会が2週間単位で行っていた。それでも日々の金銭管理が困難なため、2～3日単位で地域支援室の精神科訪問看護師が管理していた。薬セットは1週間単位で精神科訪問看護師が行い、食事は病院食堂の食事サービスで確保し、朝食、休日はコンビニで調達していた。化粧品、衣類、娯楽費用などの臨時の出費も、精神科訪問看護師が様子を見て、金銭管理をモニタリングしながら生計の破綻を防いでいた。また電球切れやネズミ駆除などの営繕にも深く緊密に関わっており、『生活支援』は生活全般にわたっていた。

A 事例は、B 事例、C 事例とも同じく、病院は居住場所から徒歩5～10分圏内にあり、

14年～26年という長期在院者であること、GAFスコア21～40のため日常生活能力や社会参加程度が大きく制限されていること。そのため障害者も精神科訪問看護師も相互に緊密な生活支援関係を保っていることが共通していた。

2) 2群については、F事例（GAF1スコア10）を例にして具体的に説明する。

F障害者の『生活支援』は、自立支援法に基づく家事援助以外に、私費雇用のホームヘルパーによって、週5日間行われていた。家事援助、デイケア参加同行、服薬支援、清潔を保つ、食事づくり、余暇を過ごす、と幅ひろく行われていた。F障害者は、幻聴、妄想、思考障害、自我障害、衝動行為があり、様々な外的刺激や生理前症候群などの影響により、暴力や破壊行為により緊急介入を要し緊急入院に至った。したがって精神科訪問看護師による直接の生活支援は、衝動性が高いF障害者の安全を見守りつつ、F障害者の暴力の対象となるホームヘルパーに対し、F障害者との安全な距離の取り方を助言するなどであった。在宅支援にデイケア参加同行、服薬支援があるため、連絡ノートで情報交換して、疾病や治療の理解、服薬支援について情報提供していた。生活支援は間接的であるだけに、ホームヘルパーとの緊密な連携が重要であった。

D事例、H事例、I事例、J事例は、障害者自身に家事能力があること、家族が同居していること、ホームヘルプサービスによる家事援助があることなどにより、生活支援を行う家族や援助者との連携が重要になっていた。

(6) 『家族支援』としては、障害者と家族が同居する場合に在宅生活を支えるキーパーソンである家族に対し、精神科訪問看護師による《家族の支援》や《家族との協力》がなされていた。

『家族支援』は、J事例（GAFスコア60、60歳後半）を例にして具体的に説明する。

J障害者の家族への支援は、退院に反対していた家族に地域福祉サービスや資源を伝え続け、最後はJ障害者の希望があり退院に至った。退院前から精神科訪問看護師は、家族に関わり、継続して退院後の在宅支援を行っていた。そして在宅支援に高齢者ケアマネジメントを導入し、高齢者福祉制度のホームヘルパーによる家事援助（買い物、炊事、掃除他）を得ていた。日常生活はヘルパーに支えられた上で、別居している母親の訪問、電話による細かな世話（季節に合わせた着服、理髪など）があった。精神科訪問看護師はそうした母親と連絡をとり、情報提供（薬、糖尿病や喘息の知識、高齢者デイケア利用など）し、母親の病院通いを気づかうなどして家族と協力関係を保って、在宅支援を行っていた。

10事例の家族関係をみると、6名の単身者（内4名が長期在院者）の殆どは家族機能を失い、4名の家族同居者は、同居の場合は家族内緊張や不安などの家族機能不全があるため、アセスメントと家族への直接支援を行っている。したがって『家族支援』は、障害者を支えるの必要な知識や情報、方法などを提供し、家族自身が抱えている精神的、身体的、社会的な問題や相談に対応することが、家族同居の事例において共通していた。

(7) 『多職種連携』としては、医療職種（病院の主治医、PSW、デイケアの多職種、病院管理部門、事務部門）、福祉職（ホームヘルパー、高齢者ケアマネージャー）、行政（生活保護担当福祉士、保健師）、地域住民（大家、民生委員、ガス業者など）との連携が行われていたが、病院関係者（医師、PSWなど）以外の機関連携は極めて少なかった。

『多職種連携』については、上述と同じJ事例（GAFスコア60、60歳後半）を例にして説明を加える。

J 障害者は、精神症状は寛解状態にあり身体疾患（糖尿病、喘息）による状態悪化の危険があった。入院中から訪問看護師は、母親と協働して地域で単身生活がおくれるように準備し、退院後は訪問看護が精神科自立支援医療サービスを軸に生活支援を行っていた。その後精神科訪問看護師は、在宅生活の継続のために精神科自立支援医療サービスから高齢者福祉サービス活用に移行させるために、介護福祉ケアマネージャーとの連携がなされた。その過程でこれまで担ってきた医療・福祉のケアマネジメントを、少しずつ介護福祉ケアし、介護ヘルパーによる生活介護が行われるようになった。

J 障害者に関係する連携職種は、生活保護給付関係の行政福祉士と介護ヘルパー、介護福祉ケアマネージャーであった。

以上、“予防的介入型”と“緊急介入型”に共通する特性について、具体的に事例を上げて述べてきた。

次に、“予防的介入型”及び“緊急介入型”の異なる特性について述べる。

2. “予防的介入型”の特性

“予防的介入型”の事例は、C 事例、E 事例、H 事例、I 事例、J 事例の 5 事例であった（表 15）。

以下に、“予防的介入型”の特徴を、5 事例の特性を踏まえて記述する。

- (1) “予防的介入型”と“緊急介入型”の大きな違いは、GAF スコアの平均値に差があり、“予防的介入型”は 40.2 で『緊急介入型』は 24.4 であった。“予防的介入型”は、“緊急介入型”に比較すると平均値は高く、また 10 事例の平均値 32.3 に比較しても高い。しかし最高値 100 からみると、“予防的介入型”の対象者の GAF スコアの 40.2 は、低い心理的、社会的、職業的機能に位置づけられる。“予防的介入型”の特性は、心理・社会・職業的機能がかなり低い対象者への介入であった。病院の精神科訪問看護師は、このように社会生活継続が困難な対象者に対して、在宅継続を予防的介入により支援を行っていた。
- (2) 対象者の身体疾患は、慢性疾患の糖尿病や喘息の他、皮膚疾患と軽症である。緊急に医療が必要となるというより、治療によってコントロールされやすい合併症が特徴である。そのことから在宅の継続は、精神科訪問看護師の治療継続、症状悪化予防の支援が可能な範囲内にあった。
- (3) “予防的介入型”は、《複合的危機の予測》から、《治療的関わり》《生活支援》《家族支援》《連携》のプロセスに《アセスメント》が相互に関連し合って循環しており、生命の危機や自傷他害の問題が無い精神科訪問看護師の支援の範囲であれば、訪問看護の介入が在宅生活を可能にしていた。

3. “緊急介入型”の特性

“緊急介入型”は、A 事例、B 事例、D 事例、F 事例、G 事例の 5 事例であった（表 16）。

以下に、5 つの事例の特性から、“緊急介入型”の特性を記述する。

- (1) “緊急介入型”の対象者は、GAF スコアの平均値が 24.2 で、最小値 10～最大値 40 の範囲であり陽性症状（幻覚・妄想、知覚、思考、自我障害の所見がある）が見られ、病状が

不安定なため社会生活に大きな困難を伴う。自傷他害、暴力、衝動的で危険な行為といった病態に対し、集中した医療的な対処、安全保護が求められ、精神科訪問看護師はいわゆる重篤な精神病状態への緊急介入を行っていた。また身体疾患においても、癌疾患などの重篤な生命危機や、身体症状への緊急介入を要していた。

- (2) 緊急入院の支援では、本人の受診の同意が得られように関わり、人権擁護を確保し、医師、病院看護部、デイケア部門や、地域関係者及び専門職者と連携しながら緊急介入し《緊急入院》の支援を行っていた。精神科訪問看護師は、病院医療の機能を熟知し、病院との密接な連携により病院組織の意思決定ラインに沿った短時間の入院決定、ベッド確保が行われていた。
- (3) 精神科訪問看護師による《緊急対応》では、障害者が不審業者の在宅訪問に対し状況判断ができないため、相談を受けたことから情報収集、状況調査、関係者の動員・連携、問題解決のための緊急訪問、事後の予防対策を含めた社会的危機管理の対応が行われていた。社会的危機状況における緊急介入と言える。

第4節 精神科訪問看護師による危機介入モデルの構造化

第2節で説明した10事例から生成した説明概念を構造化し、第3節で述べた2つの類型を包括する危機介入モデルを生成した。

すなわち構造化に向けて、10の『説明概念』を関係づけた結果、6つの【包括的概念】とそれらを類別する2つの類型が明らかになった。危機介入に関する『訪問看護の契約』の包括的概念を【看護契約】、『複合的危機の予測』の包括的概念を【複合的危機予測】とした。5つの『治療的関わり』『生活支援』『家族支援』『多職種連携』『アセスメント』を包括する概念を、【在宅支援】とした。

説明概念を分類したことで、【在宅支援】のプロセスにおいて危機が予測された場合の介入は、予防的な介入と緊急の介入に分けられた。

【在宅支援】において、『アセスメント』以降は、在宅生活の中で様々な支援を行うことで、在宅継続に至っており、『治療的関わり』『生活支援』『家族支援』『多職種連携』『安全の確保』を行うことが、危機に対する予防的な介入となっている。そのため本研究では、予防的に介入することで在宅継続につながる経緯を表す包括的な概念を【予防的介入】とした。また『アセスメント』項目の内、〈精神症状関連の査定〉〈身体疾患の査定〉〈安全の査定〉は、在宅継続が不可能な危機状況に関連して『緊急入院の支援』『緊急対応』へつながり、緊急かつ短期的な介入を経て在宅継続につながっている。そこで『アセスメント』以降の『緊急対応』『緊急入院』を包括する概念を【緊急介入】とした。

したがって『アセスメント』を契機に、それ以後は在宅継続につながる【予防的介入】の場合と【緊急介入】の場合の2つのプロセスに区別する。これらの分析結果により、精神科訪問看護師の危機介入は、【予防的介入】により在宅生活が継続される“予防的介入型”と、差し迫った危機に対する入院を含めた【緊急介入】を行う“緊急介入型”に類別できることが明らかになった。

病院の精神科訪問看護師または精神科訪問看護チームの能力や置かれた状況により危機介入モデルは、次のようなプロセスで説明することができる。

病院の精神科訪問看護師は、障害者と精神科訪問看護師間においてまず『看護契約』がなされる。そして危機が予測されるため『複合的危機予測』の問題意識をもちながら【在宅支援】として、『アセスメント』し、『治療的関わり』『生活支援』『家族支援』を行う。そのために家族、看護師、PSW、行政関係者などと『多職種連携』して行う。精神科訪問看護師の支援の範囲内なら、現状の介入を続けることで、「在宅継続」が可能となる。また訪問看護の支援だけでは危機が回避できないと判断した場合は、多職種の協力を得て『緊急対応』するか、または『緊急入院』に結びつけ障害者の安全保護を図る。そしてその後は入院が長期化する事なく、一時利用で在宅生活の継続につながられている。

よって【包括的概念】及び『説明概念』の関係性に基づいて、それらを構造化することで以下のような「相澤試案危機介入モデルの構造（2012）」を示すことができる。

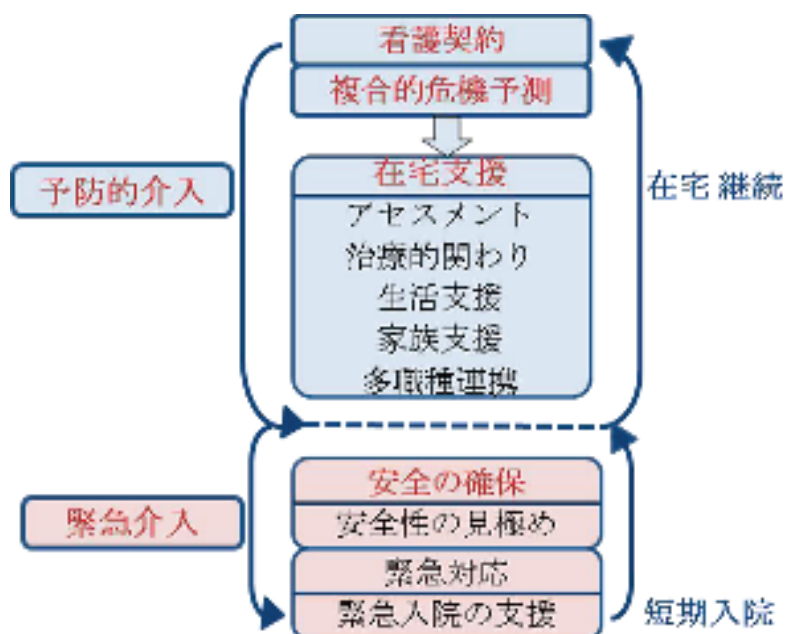


図 12 相澤試案危機介入モデルの構造（2012）

第5章 考 察

本研究は、病院の精神科訪問看護師が危機を予測した在宅精神障害者に対して、どのように介入しているのかを記述し、危機介入に関する訪問看護実践を構造化しモデルを生成した。

考察では、まず第1節に生成された「相澤試案危機介入モデルの構造(2012)」(以下、本危機介入モデルとする)の特徴を整理し、病院の精神科訪問看護ケア技術の視点から考察する。次に第2節では、既存の危機介入モデルと構造に関する比較をする。第3節では、精神医療福祉領域のアウトリーチ(訪問支援)活動に関連する位置付けを行う。

第1節 本危機介入モデル及び看護ケア技術の特徴

本危機介入モデルは、精神科訪問看護師及び障害者、そして関係病院及び地域の精神保健福祉システムやケアネットワークの特性の影響を受けている。そのことを含め危機介入モデルの全体的な特徴を以下に述べ、それらを踏まえた看護ケア技術を考察する。

1. 生成された危機介入モデルの特徴

(1) 調査対象の精神科訪問看護師は、精神科看護歴7年以上30年未満、平均精神科看護歴14.8年である。Bennerは、看護師の技能習得を5段階で表し、10年以上を達人(Expert)のレベルと位置付けている⁵⁴⁾ことから、危機介入モデルは達人の技能レベルにあると位置づけられる。

同行訪問により訪問看護活動を観察し、インタビューした限りにおいても、これらの精神科訪問看護師は、分析的な原理原則だけに頼らず、膨大に蓄積した経験知から状況を直感的に把握し的確に問題を絞って、適切な支援を行う熟練した看護ケア技術を有していた。これらの病院所属の精神科訪問看護師らは、複雑な状況判断と迅速な対応を必要とする危機介入に熟練した看護ケア技術を生かしているといえる。

(2) 調査対象となった精神科訪問看護師と障害者は、精神科訪問看護師の所属病院に入院歴があるか、あるいは外来通院者であり、入院中からまたは外来受診時にすでに面識があるという関係であった。そして、訪問看護は、障害者と主治医の話し合いによって承諾され、医師の指示書が出される。それを契機に精神科訪問看護師は、障害者と訪問看護の契約をし、協議して計画を立て定期的に一定期間実施している。こうした支援関係のプロセスにおいて、危機介入が行われている。

(3) 訪問看護の実施期間は、退院後間もない1~2年が8割を占め、その他は長期の通院、通院中断の経過において危機介入がなされている。これは、市町村行政や保健所が対応する未治療者や受療中断者に対する危機介入とは様相が異なる。

- (4) 萱間らの調査による病院で実施されている障害者の GAF スコアは、平均値 65.9 と中等度の機能レベルである⁵⁵⁾。本研究対象の 10 事例の GAF スコアは、平均値 32.3 であり、心理的・社会的・職業的機能が低い障害者に対応している。特に【緊急介入】を要した障害者の GAF スコアは、平均値が 24.2 とさらに低い。その比較からも、危機が予測された障害者の全体的機能レベルは著しく低いといえる。
- (5) 危機介入における連携は、その事象が生じている地域とその時の法制度、精神医療保健福祉資源、システム、実質的なケアネットワークの存在と、それらのケアマネジメントのいかんによって異なってくる。本危機介入モデルは、その意味において訪問対象の居住地域、または通院病院及び介護、保健福祉市町村行政間の連携などの現状を反映して特徴がある。

2. 危機介入の精神科訪問看護ケア技術の特徴

1) 危機介入における精神科訪問看護ケア技術

本危機介入モデルの看護ケアは、訪問看護の経過において差し迫る危機の徴候や変化を察知して行うことで、生活破綻することなく済む場合と、緊急介入を要する場合の訪問看護ケア技術と位置づけられ、危機に焦点化した看護ケア技術と言える。本危機介入モデルの『複合的危機の予測』に基づく訪問看護ケアの内「安全確保に関する援助」は、具体的援助、相談・助言、観察・アセスメントを含めて 50%以上実施されていた。

萱間らの精神科医療機関の訪問看護利用者 76 名に対する調査によると、「危機時の介入」は利用者の 40%未満の割合で行われているという報告があり、近い傾向にあるといえる。また「家族内役割に関する援助」「家族との関係に対する本人への援助」も利用者の 50%以上、「身体症状の観察と対処」は 50%弱、「身体合併症の観察と対処」は 80%近く、精神症状に関する援助は 100%近くなされている⁵⁶⁾という報告がある。この家族支援と身体症状・疾患への看護ケアは、本危機介入モデルの障害者と家族への看護ケアと同様の傾向にある。

したがって本危機介入モデルにおける看護ケア技術は、この通常の訪問看護ケアを基盤として【在宅支援】しながら、危機の【予防的介入】をし、『安全の見極め』（生命の危機、自傷他害、暴力、社会的危機）を起点として、【緊急介入】する看護ケアとなっている。

2) 危機介入における精神科訪問看護師の中心的な機能

危機介入における精神科訪問看護師の中心的な機能は、訪問看護のプロセスに見出すことができる。萱間は、熟練看護師の訪問看護技術の分析結果から、ケア技術の中心的な機能を、Benner の「診断機能とモニタリング」と重ね合わせて論じている⁵⁷⁾。「診断機能とモニタリング」機能は、①患者の状態の重要な変化を察知し、記録する ②早期警告徴候を提供する ③問題を予知する ④病気によって異なる個別の要求や経験を理解する ⑤患者が健康を取り戻す可能性と様々な治療法に反応する可能性をアセスメントする、という機能から成り立っている⁵⁸⁾。本研究結果も同様に、「診断機能とモニタリング」に属するモニタリングしながら行う『アセスメント』では、「精神症状関連の査定」「心身疾患の査定」「薬物・専門治療の査定」「能力の査定」「関係・役割の査定」「社会的危機の査定」「サービス利用の査定」「家族の査定」が見いだせた。そしてこの「診断機能とモニタリング」は、障害者を理解することから支援を導くものであり、『治療的関わり』『生活支援』『家族支援』『多職者連携』へとつながっている。

Benner のいう「容態の急変を効果的に管理する」⁵⁹⁾機能は、精神障害者の危機介入にとって

重要である。この機能は、①生命がきわめて危険な状況にさらされている緊急事態での熟練した実践 ②危機管理：緊急事態において必要な資源の供給をすばやく手配する ③医師の援助が得られるまで、患者の危険の本質を見極め管理するという機能であると、提示している。但し、Benner のいうこの機能は、病院における身体疾患の危機管理を想定しているが、在宅生活の精神障害者に対する病院の訪問看護師の機能にも当てはまると考えられる。

本研究でも「容態の急変を効果的に管理する」機能に属する説明概念及び推論を抽出した。それらは、『安全の確保』のために‘安全性の見極め’を、《直観的危機の察知》《危険性の査定》《暴力・衝動性の査定》のもとに行っている。そして《自傷他害の警戒》《不信業者への警戒》等しながら《入院の見極め》によって『緊急介入』『緊急入院支援』につなげている。また身体的に危険な状態に対しては、看護ケアとして《検査・治療の説明》《鎮痛剤の説明と調整》《手術の不安軽減》をしながら、《手術入院の支援》を図って危機状況を管理している。『緊急入院支援』としては、《ケア調整会議で入院決定》し、『安全の確保』ために《入院体制を整える》《入院の説得》して《人権擁護の尊重》のもとに《入院に結びつける》。この間の病院・地域連携においては、《退院調整のリーダーシップ》《医師の代行》《病院と訪問看護の分離》をしながら、障害者の安全を確保（管理）をしていた。

3. 本危機介入モデルにおける精神科看護の専門性

精神科看護は、障害者と看護師の対人関係のプロセスは、治療的で成長を促す手立てとなるという対人関係の看護論を基礎としている。Peplou は、「看護とは有意義な、治療的な対人的プロセス」であり、「創造的、建設的、生産的な個人生活や社会生活を目指す、パーソナリティの前進を助長することを目的とした教育的な手立てであり、成熟を促す力である」と「人間関係の看護論」で述べている⁶⁰。つまり精神科看護の専門性は、障害者の精神内界への精神療法的アプローチを加味した精神・心理・社会的支援であり、障害者の疾病に関するセルフマネジメントのみならず、障害者の人生の意義を助長する（リカバリー）の技であるといえる。

看護ケアは、本危機介入モデルの事例においても障害者と精神科訪問看護師の関係性、その関わりの中に、治療的な効果がみられる。本危機介入モデルの看護ケアは、予測される危機に対応する『アセスメント』『治療的関わり』『生活支援』『家族支援』『多職種連携』によって【在宅支援】がなされ、『安全性の見極め』を経て『緊急入院』『緊急対応』する。そしてその後在宅生活に至るプロセスを促進することに精神科看護の専門性がある。

治療的な対人的プロセスを基盤にしている精神科訪問看護は、『治療的関わり』の中に、《関係づくり》《場と関係を作る》《タッチング》《コミュニケーション能力向上》《対人関係能力向上》《自尊感情の支持》《薬セットでつながる》《医師との関係改善》《相互の安全確保》が抽出されている。

また『治療的関わり』の推論の多くに精神療法的アプローチだけでなく、生活の質に関わる推論が多く抽出された。例えば精神療法的アプローチでは、《被害妄想的言動に対応》《幻聴対処への助言》《自我拡散を防ぐ》《自我機能の強化》《強迫性障害の緩和》《認知行動へのアプローチ》、治療については、《薬物治療の安全確保》《裁量範囲の服薬調整》《服薬アドヒアランスの向上》《関係をつくる》《医師との関係改善》《心身疾患のモニタリング》《治療への積極性を強める》、生活の質については、《遊びへの励まし》《生活環境の改善》などに、精神科看護の専門性を見いだせる。

第2節 危機介入モデルの構造に関する比較

1. Aguilera の危機介入モデルとの対比

Aguilera の危機介入モデルでは、均衡保持状態からストレスとなる出来事を契機に、不均衡状態になり均衡回復のニーズを表すが、そこで均衡回復のバランス保持要因が欠けていると危機に陥る。一方で、ストレスとなる出来事の知覚、問題解決に役に立つことや人の存在、個人の持つストレス対処行動、すなわちバランス保持要因が適切に得られると、問題が解決されて危機回避できる構造を示している⁶¹⁾。援助者は、均衡保持からバランス不均衡への影響因子（ストレスの原因となった出来事）に着目し、その問題解決のためのバランス保持要因を援助者が提供できると、危機予防ができるというプロセスを表している。しかし危機予防的介入について説明されているが、危機に陥った後については言及されていない。

本危機介入モデルを対比すると、危機が予測されながらも均衡を保つための【在宅支援】がバランス保持要因として機能すると、在宅生活継続を可能ならしめる【予防的介入】になると説明できる。一方で、提供した【在宅支援】がバランス保持要因として不足した場合、危機状態に至る。本危機介入モデルの場合は、危機状態の回復すなわち均衡回復のための方法として【緊急介入】が位置づけられる。具体的には、『緊急入院』と『緊急対応』の方法をとる。このプロセスは、Aguilera のモデルの構造と異なる点である。したがって本危機介入モデルでは、バランス保持できなくなる（危機介入を決定する）要因は、精神疾患及び身体疾患・症状の変化に要因があると考察される。そして危機介入の分岐点を、【安全の確保】‘安全性の見極め’から危機介入の決定要因を抽出すると、自傷他害、衝動性・暴力、生命の危機、社会的危機が上げられる。

2. Golan の危機介入モデルとの関係

Golan の危機モデルの構造は、5段階で示されている。危機を均衡状態から不均衡状態を経て均衡を取り戻すという一連の出来事としてとらえ、各段階の構成要素をあげている⁶²⁾。Golan の5段階は、①危険な出来事 ②傷つけられやすい（脆弱な）状態、③危機を促進する要因 ④危機が顕在化する状態 ⑤再統合（適応・統合もしくは不適応や崩壊）または危機の解決を表している。3段階目が転換点になり、脆弱な状態をさらに促進する要因（一撃）が加わり、実際の（急性の）危機状態に陥り、不均衡と崩壊に至る。5段階では新たな適応に至るとしている。しかしGolan は、危機介入モデルとしてソーシャルワークにおける「初回の面接のモデル」を提供しているが、危機の顕在化した後の再統合に関する介入の詳細は示していない⁶³⁾。

本危機介入モデルでは、【複合的危機予測】を前提にしているので、日々の中で危険要因にさらされて、脆弱な状態にある障害者を取り上げている。特に“緊急介入型”においては、3段階の危機を促進する要因として、前述した危機決定要因（自傷他害、衝動性・暴力、生命の危機、社会的危機）が上げられる。危機が顕在化した4段階での介入は、『直観的危機の察知』、『社会的危機のキャッチ』をして、『危険性の査定』『暴力・衝動性の査定』による『自傷他害の警戒』『不信業者への警戒』する介入モデルを示した。

Golan の5段階の再統合のための介入としては、‘安全性の見極め’による『安全の確保』が得られれば在宅継続につながり、そうでなければ、『緊急入院の支援』または『緊急対応』に至

り、病院の一時利用によって、新たな生活に適応するという過程を経る。すなわち本危機介入モデルの『緊急入院の支援』は、病院医療を危機の問題解決のために一時的に利用する。そして新たな段階で在宅生活へ再適応し、均衡状態を取り戻すという Golan の 5 段階である再統合として位置付けることができる。

既存の危機介入モデルは、健常な社会人及び患者、障害者が危機に至るプロセスから介入モデルを構造化したものである。一方本研究は、病院の精神科訪問看護師に着目した危機介入プロセスを構造化しモデルを生成したという違いがある。その観点から本危機介入モデルは、危機状況の問題解決をする支援者（病院の精神科訪問看護師）の介入モデルを示し、その意味において、病院の精神科訪問看護師の危機介入プロトコール作成に活用できることが示唆される。

3. 重症の精神障害者に対する危機介入

精神障害者に対する地域を基盤にした包括型ケアマネジメントによる、ACT (Assertive Community Treatment) プログラムを提供する多職種チーム（以下、ACT チームとする）が日本でも少しずつ増えている⁶⁴⁾。この ACT チームは、重症の精神障害者（推定 GAF スコア 50 以下）に対し医療・福祉・就労支援を包括した在宅生活支援を 24 時間・365 日体制で行い、危機介入も行っている。この ACT チームは、精神症状の急性期や暴力があっても病院に入院させない前提で、集中的な在宅支援を担当チームで行う。日本には、ACT サービス基準・フィデリティ尺度⁶⁵⁾をもつ ACT チームは、2012 年 8 月現在 16 か所存在している。そして同じく多職種チーム、24 時間体制の機能を持つ「精神障害者アウトリーチ推進事業」は、2012 年度 4 月から始まったところである。

しかし現実的には、80%の精神病院が訪問看護を実施している。この病院に所属する精神科訪問看護師は、前者と違い単一職種（PSW、作業療法士を含む場合もある）であり、診療報酬の関係から時間と頻度が制限されている。よって在宅の精神障害者への多様なニーズへの対応には限界がある。そして今日精神障害者ケアマネジメント制度はあっても、現状での制度利用は極めて少なく、また病院・地域の実質的なネットワークづくりもこれからの課題である。こうした状況にあって病院の精神科訪問看護師は、重症の障害者の『治療的な関わり』を含めた【在宅支援】による【予防的な介入】、【緊急対応】によって、在宅生活の継続を支援している。または、危機介入決定要因（自傷他害、衝動性・暴力、生命の危機、社会的危機）の程度により、『緊急入院の支援』をすることで、新たな対処法を得て在宅生活への復帰を可能にする機能を持っている。

今後、病院の精神科訪問看護機能は、地域主体のアウトリーチ支援体制の確立及び充実に沿って、地域主体の危機介入も含めたアウトリーチと相互に機能分担することが可能になると考える。

第6章 本危機介入モデルの意義と今後の課題

1. 本危機介入モデル活用の意義及び効果

本研究により生成された危機介入モデルは、在宅精神障害者や家族にとって、自分達だけでは解決できない危機状況における、病院の精神科訪問看護師による在宅継続支援の全体像を構造的に示した。また病院の精神科訪問看護師のモデルであるが、危機の予防的介入や、社会的な危機への緊急介入の知見は、多職種と共通理解することで多職種チームによる在宅支援の可能性を広げていくことが可能と考える。今後のアウトリーチ活動は、入院期間の短縮により不安定な精神症状の影響を在宅生活で受けやすくなるため、危機介入の必要性が増大することが予想される。そこで、今後、地域社会資源・サービスを拡大し、多職種との連携を円滑していく立場から、本危機介入モデル活用の意義と効果を述べる。

(1) 精神科訪問看護実践における危機介入の理解を深める

精神科訪問看護の初心者は、本モデルにより危機介入の全体構造がつかめることで、危機予測の視点、危機を予防する在宅支援、緊急介入のあり方、自己の訪問看護実践の位置づけを理解し、精神科訪問看護の質を深めることができる。

(2) 地域精神科看護従事者を育成できる

病院の訪問看護部門、訪問看護ステーションの精神科訪問看護は活発化している。しかし総合病院訪問看護部門、訪問看護ステーション看護師の多くは、精神科看護経験がないことから、急性期症状や暴力、自傷他害への不安が高い。そのため精神科看護経験が少ない、訪問看護師の研修や支援体制作りは不可欠である。研修・事例検討に際して本危機介入モデルは、訪問看護師が危機介入の全体像を展望し活用することで、これからの地域精神科看護師育成ができる。

(3) 関係機関や職種による役割分担や連携強化に寄与する

在宅支援に関わるアウトリーチは、精神科看護師による病院、訪問看護ステーションからの訪問看護と、保健所・市町村相談部門、社会復帰施設などによるものがあり、立場や職種による危機介入の違いがある。本モデルはその違いを踏まえた役割分担を明らかにする出発点となる。そして、相互理解を深めることで危機介入を効果的に機能分担し、円滑に行うことが期待できる。

(4) 政策的意義

危機状況は、在宅生活のなかで起こる。この緊張や不安が続く危機的状況は、時間帯に関係なく数週間続くこともあるため、時間帯や頻度を問わず集中的な関わりが一定期間必要とされる。こうした条件の中で、【予防的介入】、【緊急介入】は、現状の病院の精神科訪問看護と訪問看護ステーションの診療報酬上の規定や評価は現状にそぐわない。これらを検討していくために、本危機介入モデルはひとつの情報を提供すると考える。

2. 本危機介入モデルの限界と課題

- (1) 生成された病院精神科訪問看護の本危機介入モデルが、個別の事例を説明できているかを検証するために、研究協力した精神科訪問看護師に提示し、モデルの妥当性を高めることが今後の課題と言える。
- (2) 本研究の対象者は、精神科看護歴平均 14.8 年以上の達人 (Expert) レベルの精神科訪問看護師であったが、訪問看護歴平均は 2.2 年と新人のレベルであった。したがって在宅生活支援に重要な地域関係機関、関連職種との連携は、充分とは言い難い面があり、連携の難しさが指摘されている。今日、精神医療は、地域生活支援にシフトしており新たなアウトリーチも始まっているため、連携に関する更なるデータの補足が必要である。
- (3) 訪問対象者の疾病は、統合失調症に限られた調査であった。病院の訪問看護における対象疾病は多様であるため、多様な精神疾患を含めたモデルでは無いため、今後調査データを増やしモデルの拡張が求められる。
- (4) 今後の家族支援は、精神保健医療の早期介入や早期退院により家族同居者が増加し、家族支援は訪問看護の重要な柱となってくる。そのため、家族同居の障害者支援について調査を重ね、モデルの充実を図る必要がある。
- (5) 病院の精神科訪問看護は、医療契約のため事前に障害者と関係を結ぶことができる。しかし市町村行政や保健所は、未治療者や受療中断者の危機状態に関わる。そうした状況に対応する危機介入モデルは、法制度やシステムの違いから別途に検討する必要がある。
- (6) 現在、精神保健福祉の更なる改革に向けて、次々と地域生活支援体制強化の政策的取り組みが推進されている。そのため国、都道府県、市町村における社会資源、システム、ケアマネジメント機能、実質的なケアネットワークの存在は異なってくる。したがって本危機介入モデルはこれらの条件によって変化する可能性がある。

結 語

本研究において、病院所属の精神科訪問看護師による、危機が予測される在宅障害者に対する危機介入は、10の『説明概念』と6つの【包括概念】によって構造化された危機介入モデルが生成された。

本危機介入モデルは、次のように要約することができる。

1. 本危機介入モデルの構造は、まず【看護契約】がなされ、精神科訪問看護師による【複合的危機予測】によって【在宅支援】し、在宅生活が継続されている。《安全性の見極め》によって【安全の確保】のために【緊急介入】が行われ、緊急入院がなされても、短期間の入院を経て在宅継続につながるというモデルが生成された。
2. 精神科訪問看護師と障害者との関わりは、訪問看護の目標や計画、実施報告をもとに『訪問看護の契約』を結び、危機予測をもとに介入がなされる。
3. 障害者に対する在宅支援は、精神症状、身体症状・疾患の病状悪化だけでなく、服薬継続、金銭管理、家族関係などによる生活破綻、生命の安全性に関わる『複合的危機の予測』をしつつ行われている。
4. 在宅生活継続のために、精神症状や身体疾患の査定、薬物・専門治療の査定、障害者・家族・ヘルパーなどの能力・関係・役割の査定、サービス利用の査定など、生活に関わる多様な『アセスメント』がなされ治療的な関わりをしている。
5. 生活支援や家族への支援の過程において、精神症状、薬物療法、専門治療、対人関係、身体疾患に対して、精神科看護ケアの専門的な技術が発揮され、『治療的な関わり』が行われている。
6. 障害者への生活支援は、生活リズム、衣・食・家事、金銭管理、居住環境、福祉制度利用に関して行われ、家族と同居している場合は、『家族支援』を行っている。こうした支援は、医療関係者だけでなく、近隣住民やホームヘルパー、障害福祉行政職との『多職種連携』を不可欠としていた。
7. 精神科看護師の《安全性の見極め》によって危機介入の判断がなされ、危機の【予防的介入】により在宅が継続される。そして生命や暴力・衝動性の危険性、自傷他害の警戒、重篤な身体疾患の治療による【安全の確保】が必要な場合は、【緊急介入】し医療機関を短期利用し、再び在宅生活の継続に結びつけていた。
8. 本危機介入モデルは、病院精神科訪問看護師と障害者の合意に基づく、継続的な関係による取り組みであり、特に医療・生活支援に病院精神科看護師の強みが発揮される。しかし在宅支援に多職種間の連携は不可欠なため、医療的ニーズが高い危機的状況における相互理解や協働に応用することで、在宅生活の包括的支援に結びつけることが可能と考える。

謝 辞

本研究に際し、研究に協力し貴重なデータを提供していただいた精神科訪問看護師及び病院・地域関係者の皆様、また訪問看護の同行にご同意をいただいた精神障害者の皆様に感謝申し上げます。

また長きにわたり研究にご指導を賜りました中西睦子先生（国際医療福祉大学大学院）、膨大なデータ分析にあたり助言をいただき、また励まし続けてくれた佐藤登代子先生（北海道文教大学）に、深く感謝申し上げます。

最後に、この研究を完成させることに惜しまない助言や協力をすることで、支えてくれた諸先生、多くの友人にお礼を申し上げます。

なお本研究は、日本看護教育学会 2008 年度の研究助成を受けている。

参考文献

- 1) 萱間真美, 瀬戸屋希, 角田秋ら. 精神科訪問看護のケア内容と効果に関する研究 平成 22 年度厚生科学研究費補助金 精神障害者の退院促進と地域生活のために多職種によるサービス提供のあり方とその効果に関する分担研究報告 2011: 49-76
- 2) 相澤和美, 伊野波ヒデ子, 金田正代. めぐハウス ナースが作ったグループホーム. 東京: パオバブ社, 1995: 47-90
- 3) 相澤和美, 佐藤登代子, 千葉信子. これで大丈夫! 精神科訪問看護はじめて BOOK. 東京: 精神科看護出版, 2010: 98-103
- 4) 厚生労働省, 2005 年: 患者調査概要
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/05/04-01b.html>, 2012. 5. 7
- 5) 厚生労働省. 2007 年 精神障害者退院促進事業
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/syakai/z-fukushi/gyosei/gyousei04.html>, 2012.4. 3
- 6) 厚生労働省. 2009 年 精神保健福祉の更なる改革に向けてー今後のあり方に関する検討会報告
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>, 2011.8.4
- 7) 厚生労働省. 2012 年 厚生労働省告示第 81 号
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/7-1.pdf>, 2012.3.5
- 8) 厚生労働省. 2009 年 精神保健福祉の更なる改革に向けてー今後のあり方に関する検討会報告
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>, 2011.8.9
- 9) 三品桂子. 米国における精神科リハビリテーションの動向. 精神障害とリハビリテーション 2009;13(1): 6-11
- 10) 大島巖. 精神科障害者ケアマネジメントとはーケアマネジメント総論ー. ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス. 精神障害者地域生活の新デザイン. 東京, 2004 : 38-52
- 11) Department of Health National Service. Framework for Mental Health. Modern Standards and Service models. Department of Health, London: 1999
www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009598
2012.4
- 12) Royal college of Psychiatrists. Community mental health care(Council Report CR124). Royal College of Psychiatrists, London: 2005: 23-30
- 13) WHO regional Office for Europe : policies and Practices for mental Health in Europe; Meeting the Challenges. 2008
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf 2012 4
- 14) 田中英樹. イタリアの精神医療改革の歴史と現状の同行ー. 精神障害とリハビリテーション 2009;13(1) : 23-29
- 15) 厚生労働省. 精神障害者アウトリーチ (訪問支援) 推進事業 2011 年
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/chiikiikou_04.pdf, 2012.5
- 16) 田中喜久子, 相澤和美, 沖藤和子ら. 精神科外来機能の充実に関する研究 松沢病院の訪問看護の開始にあたって . 東京都立松沢病院, 1990: 1-2

- 17)田中喜久子, 相澤和美, 沖藤和子ら. 精神科外来機能の充実に関する研究 松沢病院の訪問看護の開始にあたって. 東京都立松沢病院, 1990: 51-89
- 18)萱間真美. 5. 訪問看護—その誕生と可能性への展望—. 臨床精神医学 2011; 40(5):697-701
- 19)足立千啓. ACT (包括的地域生活支援プログラム) の現状と課題. 精神科臨床サービス 2011; 11(1):70-74
- 20)相澤和美, 伊藤恵美子, 風間真理ら. 精神障害者への危機介入に関する文献研究 -地域生活支援における看護者の役割を中心に-.精神科看護学会誌 2003; 46(2): 51-54
- 21) Lyons C, Hopley P, Burton CR, et al. Mental health crisis and respite services: service user and carer aspirations. J Psychiatry Mental Health Nurse 2009; 16(5): 424-33.
- 22)Jhonson S.Crisis resolution and intensive Home Treatment team. Psychiatry 2007; 13(1): 40-47
- 23)Sjølie H, Karlson B, Kim HS, et al. Resolution and home treatment: structure,process, and Outcome a literature review. J Psychiatry Mental Health Nurse 2010; 17: 881-892
- 24)Roberts A.R. & Ottens A.J, The seven-stage crisis intservention model a road map o goal attainment, problems solving, and crisis resolution. Srief Treament and Intervention 2005; 5 329-339
- 25)高岡道雄, 竹島正, 増子茂ら. 精神保健福祉業務における危機介入に関する調査研究報告 平成 16 年度地域保健総合推進事業「精神保健対策のあり方に関する研究」報告書. 兵庫県 尼崎保健所 2005: 2-4
- 26)相澤和美, 伊藤恵美子, 風間真理ら. 地域における精神障害者の危機介入を中心とした支援機能.平成 13, 14 年山梨県立看護大学共同研究費助成研究成果報告書. 山梨県; 山梨県立看護大学, 2003:59-65
- 27)伊藤恵美子, 相沢和美, 風間真理ら. 地域支援における精神障害者の危機に対する看護者の判断・実施過程の構造と特徴-入院に至る過程に焦点をあてて. 山梨県立看護大学紀要. 山梨県; 山梨県立看護大学, 2004; 40-45
- 28) Brooker.c, Rickertts.T, Bennett.S et al. Admission decisions following with an emergency mental health assessment and intervention service. Journal of Clinical Nurse 2005; 16: 1313-1322
- 29)Cotton M, Johoson S, Bindman J, et al. An investigation of factor associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. BMC Psychiatry 2007 ; 7 11-10
- 30)高岡道雄,竹島正,増子茂ら.精神保健福祉業務における危機介入に関する調査研究報告 平成 17 年度地域保健総合推進事業「精神保健対策のあり方に関する研究」報告書.兵庫県 尼崎保健所 2006:26-36
- 31)伊藤恵美子, 相沢和美, 風間真理ら. 地域支援における精神障害者の危機に対する看護者の判断・実施過程の構造と特徴-入院に至る過程に焦点をあてて. 山梨県立看護大学紀要. 山梨県; 山梨県立看護大学, 2004; 36-45
- 32)Sjølie H, Karlson B, Kim HS, et al. Resolution and home treatment: structure,process, and Outcome a literature review. J Psychiatry Mental Health Nurse 2010; 17: 881-892
- 33)相澤和美, 伊藤恵美子, 風間真理ら. 地域における精神障害者の危機介入を中心とした支援機能.平成 13, 14 年山梨県立看護大学共同研究費助成研究成果報告書. 山梨県; 山梨県立看護大学, 2003:61-62
- 34)定村美紀子, 名超英夫, 鈴木直子ら. 精神科訪問看護における地域連携の加地 危機的状況にある事例の家族支援と地域連携の在り方. 日本精神科看護学会誌 2010 ; 19(3): 9-13
- 35)Sjølie H, Karlson B, Kim HS, et al. Resolution and home treatment: structure,process, and Outcome a literature review. J Psychiatry Mental Health Nurse 2010; 17: 888-891
- 36)Guo S, Biegel D, et al. Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospital-ization. Psychiatric Services 2001; 52; 223-228
- 37) Jhonson S. Crisis resolution and intensive Home Treatment team.Psychiatry 2007;13(1) : 40-7

- 38)Gould M, Theodore k, Pilling S, et al. Initial treatment phase in early psychosis: can intensive home treatment prevent admission? 2006 ; 30: 243-246
- 39)渋谷順子, 森川晋, 大塚範恒ら. 退院前訪問の実態調査.わが国精神科看護学会誌 2008; 51(3) : 365-371
- 40)吉野百合. 入退院をくり返す被害感の強い精神障がい者への訪問看護における危機介入の効果. 日本精神科看護学会誌 2006.;49(2) : 218-222
- 41)齊藤澄子,森川晋,大塚範恒ら.地域で生活する患者への効果. 日本精神科看護学会誌 2008; 51(3): 184-188
- 42)Sjøløe H, Karlson B, Kim HS, et al. Resolution and home treatment: structure,process, and Outcome a literature review. J Psychiatry Mental Health Nurse 2010; 17: 883
- 43)Scott DW, Oberst MT, Dropkin MJ. A Stress-Coping Model, Advance in Nursing Science 1980; 3 (1) : 9-23
- 44) McEvoy MD, Egan EC. The Process of Developing Intervention Model. Journal of Nursing Education 1978; 18(4): 19-25
- 45)Aguilera D. C. (小松源助. 荒川義子訳), 危機介入の理論と実際. 東京: 川島出版, 1997 : 2-8
- 46)Caplan G. (加藤正明, 山本和郎訳). 地域精神衛生の理論と実際. 東京: 医学書院, 1968: 23
- 47)Caplan G. (加藤正明, 山本和郎訳). 地域精神衛生の理論と実際. 東京: 医学書院, 1968: 38-65
- 48)Miller K. The Concept Crisis: Current Status and Mental Health Implication. Human Organization 1968; 27: 195-201
- 49)小島操子. 危機理論発展の背景と危機モデル. 看護研究 1988; 21(5) : 378-385
- 50)荒川義子. 米国における危機介入の現状と課題. 社会福祉学 1983; 24(2): 60-61
- 51)小島操子. 危機理論発展の背景と危機モデル. 看護研究 1988; 21(5) : 383
- 52)佐藤郁也. フィールドワークの技法 問いを育てる, 仮説をきたえる. 東京: 新曜社, 2002: 134-141
- 53)佐藤郁也. フィールドワークの技法 問いを育てる, 仮説をきたえる. 東京都: 新曜社, 2002 : 157-217
- 54)Krippendorff. K. Content Analysis An Introduction to Its Methodology2nd. London: SAGE Publications, 2004: 1-186
- 55)Benner P. (井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳). ベナー看護論 新薬版 初心者から達人へ 東京: 医学書院, 1992: 11-30
- 56)萱間真美, 瀬戸屋希, 大熊恵子ら. 精神科訪問看護の有効活用に関する研究. 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金「精神保健医療福祉 体系の改革に関する研究」分担研究報告 2011 : 99-105
- 57)萱間真美, 瀬戸屋希, 角田秋ら. 精神科訪問看護のケア内容と効果に関する研究. 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 精神障害者の退院促進と地域生活のために多職種によるサービス提供の在り方とその効果に関する研究分担研究報告 2011 : 49-76
- 58)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 保健婦 訪問看護婦のケア実践の分析看護研究. 1999 ; 32(1): 74
- 59)Benner P. (井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳). ベナー看護論 新薬版 初心者から達人へ 東京: 医学書院, 1992 : 83-93
- 60)Benner P. (井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳). ベナー看護論 新薬版 初心者から達人へ 東京: 医学書院, 1992 : 95-104
- 61)Peplou H.E.(稲田八重子, 小林富美栄, 武山満知子ら訳). 人間関係の看護論. 東京: 医学書院, 1973 : 2-16
- 62)Aguilera D. C. (小松源助. 荒川義子訳), 危機介入の理論と実際. 東京: 川島出版, 1997 : 19-32
- 63)藤野久美子, 荒川義子. 看護における危機理論の適応 (2) . 看護研究 1988; 40(2) : 160-165

- 64)藤野久美子, 荒川義子. 看護における危機理論の適応 (2) . 看護研究 1988; 40(2): 169-175
- 65)大島巖. 精神科障害者ケアマネジメントとはーケアマネジメント総論ー.ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス.精神障害者地域生活の新デザイン. 東京: 精神看護出版, 2004 : 38-52
- 66)大島巖. いま, なぜアウトリーチかー対応すべきニーズと対象層, 期待される役割, 発展可能性ー. 精神科臨床サービス 2011 : 111 (1) : 6-15

資 料

- 資料 1. 病院用：研究協力のお願ひ書
- 資料 2. 病院用：研究協力依頼書用 研究計画書
- 資料 3. 精神科訪問看護師用：研究説明および協力依頼書
- 資料 4. 精神科訪問看護師用：研究協力の同意書（本人控え）
- 資料 5. 精神科訪問看護師用：研究協力の同意書（研究者控え）
- 資料 6. 病院訪問看護の利用者用：訪問看護の同行許可のお願ひ
- 資料 7. 病院訪問看護の利用者用：訪問看護の同行許可の同意書（本人控え）
- 資料 8. 病院訪問看護の利用者用：訪問看護の同行許可の同意書（研究者控え）
- 資料 9. 面接調査ガイド（基本）
- 資料 10. 構造化面接調査ガイド(事例 A～J 事例)

〇〇病院
〇〇院長様
〇〇看護局長様

平成〇年 〇月 〇日
神奈川県立保健福祉大学 非常勤講師
国際医療福祉大学大学院 博士課程
相澤 和美

研究協力をお願い

研究課題：「地域に暮らす精神障害者を支える病院訪問看護師の危機介入の実態」調査

私は、神奈川県立保健福祉大学の非常勤講師（精神看護学）であり、また国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士課程において、「地域に生活する精神障害者を支える病院看護師の危機介入の実態」について研究を行っている者です。

本研究は、地域に暮らす精神障害者が不安定な状況にある時に、病院訪問看護師が実践している援助の実態から危機介入の構造を明らかにするものです。

今日の精神医療は、入院の短期化、退院促進が図られるようになり、病状の安定化、社会生活への適応を地域生活の中で行うようになってきています。しかしながら精神障害者は、退院後の病状の不安定さやセルフケアの不十分さから、地域生活上の困難、不安など危機的な状況に陥ることがあります。したがって病院では退院時より訪問看護を行う事で、地域生活の支援をはじめ危機状況に関わっていると考えます。

現在、私は首都圏にある精神科医療機関に所属する精神科訪問看護師の危機介入の実態を、参加観察し構造化面接を行っているところです。

今後、複数の調査データを質的帰納的に分析した結果から、危機介入の構造を明らかにしていきたいと考えています。

本研究を通して、病院訪問看護師の危機介入の援助技術や病院医療システムを生かした問題解決の方法が明らかになると考えます。また、危機介入の援助技術に必要とされる知識を考察することは、看護卒後教育に寄与するものと考えています。

したがって、貴病院訪問看護師の援助活動の参加観察と面接調査へのご承認を、心よりお願い申し上げます。

なお、本研究は、国際医療福祉大学倫理委員会の承認を得ております。

平成〇年 〇月 〇日
研究実施者 国際医療福祉大学・大学院博士課程
相澤 和美
〒236-0016 神奈川県横浜市金沢区八津町 150-2 807
TEL/FAX 045-785-7279
E-mail zebura2@u01.gate01.com

(主) 指導教員 教授 中西 睦子
(副) " 教授 若狭 紅子

研究計画書

<資料 2.:病院用>

国際医療福祉大学・大学院博士課程
学籍番号 A120301 相澤和美
指導教員 中西睦子
副指導教員 若狭紅子

研究課題： 地域に暮らす精神障害者を支える病院訪問看護師の危機介入の実態

1. はじめに

我が国の精神病院への入院患者の在院日数は減少を続けており、1991年の492日から2003年の349日へと12年間で約3割減少¹⁾し、入院期間が短縮化している。2004年9月に精神保健福祉対策本部より示された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」によれば、入院医療の機能分化、地域ケア体制の整備、「受け入れ体制を整えば退院可能な7万2千人」の精神障害者の早期退院・社会復帰の実現などが改革の柱となっている²⁾。これらの政策により、今後ますます精神障害者の早期の退院促進により在宅療養の重要性が問われる。

そして、精神病床の機能分化と地域医療体制の整備においては、急性期、社会復帰リハビリテーション、重度療養などの機能分化を促進し、病態に応じた医療を提供できる病棟・病室運営が実施できる体制を整備する方向性が出されている。それを受けて地域医療では特に、精神症状が持続的に不安定な重度障害者でも地域で生活できるように、24時間連絡体制下、訪問サービス、短期入所（院）、病状悪化時における受け入れ確保等のサービスを包括的に提供する事業が検討されている。

しかしながら、中根の統合失調症の転機調査³⁾によれば、「2年後の完全寛解は28%、不全寛解及び症状持続は70%となっており、5年後では①症状レベルで病勢はやや改善もしくは小康状態に移行する②社会適応レベルは全体的に徐々に悪化する③再発時にはストレスフルな生活上の出来事が有意に蓄積し誘発要因になっている。」など指摘され、精神障害者は長期的にみると症状と障害をもって療養生活を余儀なくされている。

したがって、精神障害者が十分な症状の改善およびセルフケア能力の獲得がなされない状態で地域生活に戻ることは、幻覚、妄想、被害念慮等の陽性症状が再燃し、対人関係の障害、セルフケアの低下により地域生活が破綻に陥る可能性が高くなっていく。このように地域で暮らす精神障害者が、危機状況に陥らないように予防策を講じ、また危機状態に陥った場合にはそれをのりこえる専門家による危機介入が必要となる。特に疾病や障害の受容ができない・通院や服薬を含めた治療を中断している・セルフケア能力や社会生活能力が低い場合には援助の必要度は高い。

初発から5年間の1回の再発率は約81.9%⁴⁾と高く、服薬中断における9.7カ月間の再発率53.2%⁵⁾高い報告がある。医療的な問題から派生する危機状況は、地域生活の継続において大きな課題である。地域に暮らす精神障害者への援助は、外来通院、社会資源の利用、訪問看護による医療的援助や生活援助、家族援助があり、地域生活の中にかかる危機状況への危機介入は重要である。

精神科訪問看護は、入院の防止および在院日数の減少に影響することが国内外で示されている^{6) 7) 8) 9) 10)}。そこで看護師による退院後の精神障害者への援助は、医療機関、保健所、訪問看護ステーションより行われているが、本研究では病院医療・看護の枠組みの中で、病院訪問看護師の活動に焦点をあて、地域に暮らす精神障害者への危機介入の実態を捉え、今後の研究活動の基礎資料としたい。

2. 研究目的

地域に暮らす精神障害者（統合失調症にある者）を支える病院訪問看護師の危機介入の実態を明らかにする。

3. 研究の意義

- 1) 地域に暮らす統合失調症にある者が、病院訪問看護師の援助や生活支援を受け、地域生活の継続を可能にする訪問看護の実態が明らかになる。
- 2) 特に病状悪化、地域生活への不適應などの危機状況に対する病院訪問看護師の援助および病院医療システムを生かした、問題解決の方法が明らかになる。
- 3) 地域援助には他職種者との連携が不可欠であるが、病院訪問看護の危機介入の実態が明らかになることで、相互の理解が深まり役割分担が容易になる。
- 4) 病院訪問看護による危機介入の構造と関連要因を明らかにすることで、危機介入技術について看護基礎教育及び卒後教育に活用できる。
- 5) 早期退院による病状やセルフケアの不安定さや慢性期の急性増悪に対し、病院訪問看護師の援助により再入院を防ぎ、医療コストを抑制できる。

4. 研究方法

1) 研究デザイン

質的帰納的研究

2) 用語の定義

(1) 病院訪問看護師

病院看護師とは、精神科病床を持つ病院の外来および訪問看護室などに所属し、定期的に訪問看護活動を行っている看護師免許を持つ者。

(2) 危機

危機とは、精神障害者自身がこれまでの対処法では解決できない人生上の重要な問題や日常に起った予期せぬ出来事などに直面して、精神的・身体的健康を害し、日常生活・社会生活の安定を崩した状態。または精神症状の悪化などにより、地域生活、社会生活、対人関係の破綻に陥っている状況。

(3) 危機介入

地域に暮らす統合失調症者の危機といった不安定な状態から平衡状態を取り戻し、不健康な状態を回復できるように、専門家によって医療的援助、地域生活支援を行う。

3) 研究の対象者

参加観察は、関東にある精神病院において訪問看護を行っている病院訪問看護師 4～5 名及び精神障害者（精神統合失調症にある者） 8～10 名とする。

4) 調査期間

参加観察：〇〇年〇月～〇月

面接調査：〇〇年〇月～〇月

5) 調査方法

(1) 訪問看護における危機状況に関わる場面の参加観察

訪問看護に同行し、危機状況の場面における看護師の活動に焦点をあて、参加観察しフィールドノーツを記載する。場面における疑問点については、随時質問を行い記録する。

(2) 面接調査

看護師の危機介入の実態を構造的に捉えるため構造的質問紙を用いて、プライバシーが保障できる場にて面接を行う。面接調査内容は、テープに録音し、逐語録を作成する。

6) 分析方法

質的帰納法的分析（Krippendorff, K の内容分析）

5. 倫理的配慮

研究の推進は、国際医療福祉大学研究倫理委員会の承認を得て行う。また、当該施設の研究倫理審査委員会の審査を推奨された場合は、これを受ける。

研究対象病院には研究計画の書面を提示し、研究の推進の了承を得る。

本研究は、研究対象者に以下の倫理的配慮を講ずる。

- 1) 研究協力依頼書を示し、研究への協力、同行訪問の同意を得て同意書に署名を得る。
- 2) 研究協力同意書は、研究者、協力者それぞれが保管する。
- 3) 研究の参加は自由であり、不参加による不利益は一切生じないことを保証する。
- 4) 個人を特定するような事由は、記号化を図るなど匿名性にて個人情報保護する。
- 5) 面接は声の漏えいが無い環境下にて行う。
- 6) データは、目的以外に使用しないことを約束する。
- 7) 資料は人目に触れないような所に保管し、分析、公表後はシュレッダーにかけ破棄する。

引用文献

- 1) 障害者白書（平成17年版）内閣府 国立印刷局 2007. 6. 8
- 2) 小竹敦司：看護部長通信 Vol.4 No.5 2006
- 3) 中根允文：Mental Health Outcome Research 本邦からの報告 長期転帰（WHO 共同研究）、Schizophrenia Frontier、Schizophrenia Frontier 編集委員会編、Vol.6 No.4、2005.11
- 4) Gilbert PL, Harris J, McAdames LA, et al. Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patient : a review of the literature. Arch Gen Psychiatry : 277-83 1995
- 5) Robinson D, Woerner MG Alvi MJ, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Arch Gen Psychiatry 56 ; 241-7 1999
- 6) Baker E. Robinson D. Brautigan R, The effect of psychiatric Home Nurse Follow-up on Readmission Rates of Patient With Depression. Journal of the American Association 5 : 11-116. 1999
- 7) Burns T. Krapp M. Catty J. et al. Home treatment for mental health problem : a systematic review. Health technology Assessment 5(15) : 1-139 2001
- 8) 萱間真美, 松下太郎, 船越明子, 他：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 47 (6) 647-653 2005
- 9) 長尾喜代治, 宮本歩, 長尾喜一郎：精神分裂病患者に対する精神科訪問看護の現状と課題、精神神経学雑誌 101 (10) 819-820 1999
- 10) 西山美佐, 高橋始, 吉野百合：訪問看護の利用による在院期間の変化 松山記念病院紀要 6, 34-38 1999

研究説明及び協力依頼書

<本研究の説明>

研究課題：地域に暮らす精神障害者を支える病院訪問看護師の危機介入の実態

研究の目的と調査方法

今日の精神医療は、入院の短期化、退院促進が図られるようになり、病状の安定化、社会生活への適応を地域生活の中で行うようになってきています。しかしながら精神障害者は、退院後の病状の不安定さやセルフケアの不十分さから、地域生活上の困難、不安など危機的な状況に陥ることがあります。したがって病院では退院時から病院訪問看護を行う事で、地域生活の支援をはじめ危機状況に対しても関わっているところです。

そこで本研究は、地域に暮らす精神障害者が危機的な状況にある時に、病院訪問看護師がどのような危機介入を行っているのかについて、その実態を調査することを目的としております。

調査方法は、研究者が病院訪問看護師の訪問活動に同行して特に統合失調症の方に関わっている場面に参加観察するとともに、構造化質問紙を用いて面接調査を行いたいと思っております。

皆様が統合失調症の方に関わっている間に、研究者が直接患者様に働きかける事はございませんので、どうぞご安心ください。

研究に関わる人権擁護

本研究への協力は、自由意思に基づき、研究への協力は利害や強制によるものでなく、どのような場合も拒否することができます。研究協力を断わり、途中で中断する事での不利益はありません。そして、データの分析、結果の公表に際しては、個人が特定されないよう匿名化することで個人情報を守り、資料の保管は鍵をかけ厳重に行います。

また、本研究は、国際医療福祉大学研究倫理審査会の承認を得て、研究にご協力いただく方に不利益にならないよう万全の注意を払って行っております。

本研究の目的、人権擁護などについてご理解、ご理解いただける場合は別紙「研究協力の同意書」に署名をお願い申し上げます。

研究協力についてご質問、ご意見がございましたら、下記の研究者まで問い合わせください。

研究実施者 国際医療福祉大学・大学院博士課程
問合せ先 相澤 和美
〒236-0016 神奈川県横浜市金沢区八津町 150-2 807
TEL/FAX 045-785-7279
E-mail zebura2@u01.gate01.com

研究協力の同意書

私は、相澤和美氏の研究課題「地域に暮らす精神障害者を支える病院看護師の危機介入の実態」について、研究の目的と調査方法、倫理的配慮について十分な説明を受けて納得しましたので、研究に協力することに同意いたします。

同意者

平成 年 月 日

所属病院： _____

氏名（署名）： _____

説明者

平成 年 月 日

所属： 国際医療福祉大学・大学院博士課程

氏名（署名）： _____

研究協力の同意書

私は、相澤和美氏の研究課題「地域に暮らす精神障害者を支える病院看護師の危機介入の実態」について、研究の目的と調査方法、倫理的配慮について十分な説明を受けて納得しましたので、研究に協力することに同意いたします。

同意者

平成 年 月 日

所属病院： _____

氏名（署名）： _____

説明者

平成 年 月 日

所属： 国際医療福祉大学・大学院博士課程

氏名（署名）： _____

訪問看護の同行許可のお願い

研究課題

地域に暮らす精神障害者を支える病院訪問看護師の看護ケアの実態

お願いの主旨

今日の精神医療は、入院の短期化、退院の促進がされております。しかし退院後の病状の不安定さや生活能力の不十分さから、地域生活継続の不安、困難などの状況に陥る可能性もあります。病院は退院時から訪問看護を行い、そうした皆様の地域生活を支え、困難な状況に対応していると思っております。

そこで、今回の同行の目的は、地域に暮らす皆様の地域生活継続が困難な状況にある時に、病院訪問看護師が行う看護ケアの実態を把握することにあります。そのために、私は訪問看護に同行し、皆様に関わっている病院訪問看護師の様子を見学させていただきたいと思っております。そしてこの調査の結果は、病院の訪問看護が皆様により効果的なケアをするように役立てられると思っております。

病院訪問看護師が皆様に関わっている際に、私が直接皆様に働きかける事はございませんので、ご安心ください。

調査に関わる人権擁護

この調査への協力は、自由意思に基づき、どのような場合でも拒否することができます。

調査を断わり、途中で中断しても不利益はございません。また、情報は、個人が特定されないようにし、資料の保管は鍵をかけ厳重にいたします。

調査の主旨などについてご理解いただけましたら、別紙の同意書に署名をお願い申し上げます。

また、ご質問、ご意見がございましたら、下記まで問い合わせください。

研究実施者 国際医療福祉大学・大学院博士課程
相澤 和美

問合せ先

〒236-0016 神奈川県横浜市金沢区八津町 150-2・807

TEL/FAX 045-785-7279

E-mail zebura2@u01.gate01.com

訪問看護の同行許可の同意書

私は、相澤和美氏の研究課題「地域に暮らす精神障害者を支える病院看護師の困難なケアの実態」に関連し、訪問看護の同行について十分な説明を受けて納得しましたので、許可することに同意いたします。

同意者

平成 年 月 日

氏名（署名）： _____

説明者

平成 年 月 日

所属： 国際医療福祉大学・大学院博士課程

氏名（署名）： _____

訪問看護の同行許可の同意書

私は、相澤和美氏の研究課題「地域に暮らす精神障害者を支える病院看護師の困難なケアの実態」に関連し、訪問看護の同行について十分な説明を受けて納得しましたので、許可することに同意いたします。

同意者

平成 年 月 日

氏名（署名）:

説明者

平成 年 月 日

所属: 国際医療福祉大学・大学院博士課程

氏名（署名）:

<基本情報>

I 勤務場所特性

1. 組織：所属 外来 ・訪問看護部門 ・病棟 ・その他
(地域連携室など) (急性・社会復帰)

2. スタッフ：

看護師 ____人 保健師 ____人 医師 ____人
精神保健福祉士 ____人 臨床心理士 ____人 作業療法士 ____人
その他 ____人

3. 対応者数

1日 ____人 特徴(疾病名・平均年齢など) _____

II 面接対象者の特性

1. 看護歴 ____年 精神科看護歴 ____年 訪問看護歴 ____年

2. 年齢 ____歳 職位 _____ 性別 女性・男性

統合失調症の方の危機状況に、どのように関わったか及び日頃思うことをお話しください。

1. 危機介入として関わった**事例の特徴**

(性別、年齢、疾患名、生活史、入院歴、生活習慣、健康状態、現在の居住形態、家族構成、訪問看護の目的、社会資源の利用、経済状態、社会保険、関係者等)

2. 事例に対する危機介入について

- 1) 危機の特徴：中心となった**問題**は何か
- 2) 介入前に**予測**していた事柄は何か：生命の危機、自傷他害など
- 3) 介入にあたって行った**判断**は何か：家族の支援、本人の栄養状態など
- 4) 介入時の**対応**とその**結果**は何か：入院方法の検討、緊急の地域関係者との連携体制を形成など
- 5) 介入にあたって大切にした**価値観**は何か：意思決定、家族のストレス軽減など
- 6) 介入に活用した**知識**は何か：薬物調整、臨床検査など

3. 病院訪問看護師として、危機介入について日頃考えていることについて

- 1) 危機介入について日頃**思うこと**、**困っていること**：症状経過の予測が重要、関係者間の感情的な反応など
- 2) 危機介入において**課題**となること：制度上の問題、病院訪問看護師の立場など
こうしたら良いと思うこと：ショートステイができる社会資源の増加など

面接内容

日時〇〇年/〇月/〇日 00:00

お名前： 訪問看護師〇〇〇〇様

場所：

質問内容： ○〇さんについて

1. ケア必要度調査

・〇〇さん、〇〇さん、〇〇さん

2. 訪問の場面（危機状況）とアセスメント（予測・判断）の関係についての質問

- 1) ○年/○月/○日の記録参照： ○〇さんが、訪問すると自発的に日常生活の様子を報告しているを、「そう、そう・・・」と聞いているが、○さんのそうした言動をどのようにアセスメントしていますか？
- 2) 薬管理、服薬、食事・・・と病院サービス機能によって地域生活が支えられている。このことへの評価はどのようにお考えですか？
- 3) ○年/○月/○日の記録参照：「8割生きているけど、1割死ぬのではないかと思っちゃう・・・、妹を死なせたのはおやつをやらなかったから・・・」という○さんの話に対して、どう受け止め、対応し気をつけていることはなんですか？
- 4) ○年/○月/○日の記録参照：「病棟のベット開いている、入院OKとのことだった」この時点で、入院を考えていたのですか？
- 5) ○年/○月/○日○時：○分 「主治医に連絡に行き、入院の話をしてくる・・・」と入院を決断した時は、どのような判断（アセスメント）をしましたか？

3. 介入にあたって大切にしたい価値観

4. 介入に活用した知識

5. 危機介入について日頃思うこと、困っていること

6. 危機加入において課題となること

こうしたらよいと思うこと

面接内容

日時〇〇年/〇月/〇日 00:00

お名前： 訪問看護師〇〇〇〇様

場所：

質問内容： ○〇さんについて

1. 訪問の場面（危機状況）とアセスメント関係

- 1) ○年/○月/○日の記録参照： 「病院に食べに来て下さいよ」と言っていますが、病院の食事サービス利用と福祉のヘルパー派遣、配食サービス利用を利用する違いは、なんでしょうか？
- 2) 「夕飯どうするの？」 ○さん「絶対行かない。動機がする」とありますが、○さんは、この時どうして食べにこなかったのでしょうか？
- 3) ○さんは、どんなかたちで危機的な状況に陥るのでしょうか
その時は、どう対処するのでしょうか？

2. 介入にあたって大切にされた価値観

3. 介入に活用した知識

4. 危機介入について日頃思うこと、困っていること

5. 危機加入において課題となること、こうしたらよいと思うこと

面接内容

日時〇〇年/〇月/〇日 00:00

お名前： 訪問看護師〇〇〇〇様

場所：

質問内容： 〇〇さんについて

1. 訪問の場面（危機状況）とアセスメント関係

- 1) 〇さんは、どんなかたちで危機的な状況に陥るのでしょうか
その時は、どう対処するのでしょうか？

2. 介入にあたって大切にしたい価値観

- 1) 〇さんの様にセルフケアレベルが低い方の生活支援の在り方について、どうお考えですか

3. 介入に活用した知識

4. 危機介入について日頃思うこと、困っていること

5. 危機加入において課題となること、こうしたらよいと思うこと

面接内容

日時〇〇年/〇月/〇日 00:00

お名前： 訪問看護師〇〇〇〇様

場所：

質問内容： ○〇さんについて

1. アセスメント関係

- 1) ○年/○月/○日の記録参照： 薬セット時、頻回に薬が不足していますが、不足することをどのように受け止めていますか？
- 2) 毎回薬セットを正確にできないのは、どうしてと思いますか？
- 3) 薬セットを本人にしてもらう時と、全面的に訪問スタッフがする時の違いは、なんですか？
- 4) 九州（母親の24回忌、同窓会参加）に旅行することを勧めている理由は、なんですか？
- 5) ○年/○月/○日の記録参照： ○月○日 のふら付き（朝、就眠前薬を飲んでいた）のような状態を、どう考えていますか？
- 6) ○年/○月/○日の記録参照： 薬カレンダー購入を勧めています、理由はなんですか？
- 7) ○年/○月/○日の記録参照： 入院前日の様々な助言、入院準備についての質問
 - ①訪問看護サマリーがなかったことについての考えをお聞かせください。
 - ②同居している息子さんについての質問
 - ・○さんの料理について、息子さんから何か情報がありますか？
 - ・○さんの在宅の限界という観点から、息子さんの存在をどのように考えていますか？
- 8) ○年/○月/○日の記録参照： 肺癌を本人が知った時に、どのように思いましたか？

2. 介入にあたって大切にしたい価値観

3. 介入に活用した知識

4. 危機介入について日頃思うこと、困っていること

5. 危機加入において課題となること

こうしたらよいと思うこと

6. PSW との協働について

日時〇〇年/〇月/〇日 00:00

面接内容

お名前： 訪問看護師〇〇〇〇様

場所：

質問内容： 〇〇さんについて

1. アセスメント関係について

- 1) 室内の不衛生（匂い、カビ、換気、埃）について、どのように感じ、思っていますか？
- 2) 体（髪、入浴）の不潔についてどのように感じ、思っていますか？
- 3) 衣服、寝具の不衛生について感じたことはなんですか？
- 4) 〇年/〇月/〇日の記録参照：網戸の購入についてのお考えはなんですか？
- 5) 〇年/〇月/〇日の記録参照：援護寮の利用について、どうお考えですか？
- 6) ホームヘルプサービス利用について、どうお考えですか？
- 7) 在宅生活の限界について、どうお考えですか？

2. 介入にあたって大切にした価値観

3. 介入に活用した知識

4. 危機介入について日頃思うこと、困っていること

5. 危機加入において課題となること

こうしたらよいと思うこと

6. PSW との協働について

日時〇〇年/〇月/〇日 00:00

面接内容

お名前： 訪問看護師〇〇〇〇様

場所：

質問内容： ○さんについて

1. 訪問の場面（危機状況）とアセスメント関係

- 1) ○年/○月/○日の記録参照：部屋の中での看護師、PSW との会話のやりとりとアセスメント（推測と判断）について、お聞かせください。
- 2) 部屋の中で薬のセットは、どのようにやっていたのか、その時に思ったこと（アセスメント）は、なんですか？
- 3) ○年/○月/○日の記録参照：「薬、薬・・・って一ワー」と怒鳴ったので、身の危険を感じる。」とあります。具体的にどんな危険を感じましたか？
その時○看護師さんがとった言動は、どのようなものでしたか。
- 4) 薬セットを本人にしてもらう時と、全面的にスタッフがする時の違いはなんですか？
- 5) ○年/○月/○日の記録参照：カンファレンスが必要と思った理由、できない難しさは、そのような物ですか？
- 6) 地区担当保健師が当初、関わってくれない理由は、どのようなことでしたか？

3. 介入にあたって大切にした価値観

4. 介入に活用した知識

5. 危機介入について日頃思うこと、困っていること

6. 危機加入において課題となること

こうしたらよいと思うこと

日時〇〇年/〇月/〇日 00:00

面接内容

お名前： 訪問看護師〇〇〇〇様

場所：

質問内容： ○さんについて

1. 訪問の場面（危機状況）とアセスメント関係

- 1) 〇年/〇月/〇日の記録参照：この頃は、どのような危機を予測していましたか？
- 2) この頃、サービス調整会議をどんな目的で持ちたいと思っていましたか？
- 3) 入院に至ったきっかけは何でしたか。その時どのように思いましたか？
(〇年/〇月/〇日のサービス調整会議がきっかけでしたか。)
- 4) 〇年/〇月/〇日の記録参照：ヘルパーに手を挙げたことへのアセスメントは？
どんな時、どうして起こるかについての考えを、お聞かせください。
- 5) 〇年/〇月/〇日の記録参照：この時のような良い状態を見て、どのように〇さんの理解、アセスメントが変わりましたか？

2. 介入にあたって大切にしたい価値観

3. 介入に活用した知識

- 1) 生理周期とホルモンの変化と脳内伝達物質との関係についてどう思いますか、その知識をどのように活用しましたか？

4. 危機介入について日頃思うこと、困っていること

5. 危機加入において課題となること

こうしたらよいと思うこと

6. PSW との協働について

お願い：サービス調整会議、退院調整鍵の資料いただけませんか。

日時〇〇年/〇月/〇日 00:00

面接内容

お名前： 訪問看護師〇〇〇〇様

場所：

質問内容： ○さんについて

1. 事実の場面（危機状況）とアセスメント関係

- 1) ○年/○月/○日の記録参照：〇〇行楽地へ母親と出かけ、写真を撮ってきたことについてどのように考えていますか？ また、母親との関係を、どう思いますか？
- 2) 「カーネーションをプレゼントしたら・・・」という提案を、どのように思いますか？
- 3) 睡眠時間への質問は、どのような意図によるものですか？
- 4) 「次の議題は～」と会話を進めることについての考えを、お聞かせください。
- 5) 「お薬を見せて～」という意図は、どのような考えや判断によるものですか？
- 6) ○年/○月/○日の記録参照： 「午前中、ポーとする」という○さんの発言に対して、どのように思いましたか？
- 7) 母親の「息子は褒めてくれた事がない～」という発言を、どのように考えますか？
- 8) 「退院して1年半たつから、疲れが出ているのでは～」という質問の意図はなんですか？
- 9) ○年/○月/○日の記録参照：「僕って障害手帳何級ですか」の発言をどう思いますか？
- 10) 〇〇博物館に行ったことを、どのように考えますか？
- 11) 「お母さんお元気になりました。」と聞いた意図は、なんですか？

3. 介入にあたって大切にしたい価値観

4. 介入に活用した知識

5. 危機介入について日頃思うこと、困っていること

6. 危機加入において課題となること

こうしたらよいと思うこと

7. 他の危機状況の事例と対応について

日時〇〇年/〇月/〇日 00:00

場所:

面接内容

お名前: 訪問看護師〇〇〇〇様

質問内容: ○さんについて

1. 事実の場面（危機状況）とアセスメント関係

- 1) 〇年/〇月/〇日の記録参照: 母親との電話、母親との関わりは現在どのようなになっていますか?
母親に対して、どのようにお考えですか?
- 2) デイケアを勧める理由は、どのようなお考えからですか?
- 3) 「夜の眠りの方はどうですか」という質問の意図は、なんですか?

2. 介入にあたって大切にしたい価値観

3. 介入に活用した知識

4. 危機介入について日頃思うこと、困っていること

5. 危機加入において課題となること

こうしたらよいと思うこと

日時〇〇年/〇月/〇日 00:00

面接内容

お名前： 訪問看護師〇〇〇〇様

場所：

質問内容： ○さんについて

1. 訪問の場面（危機状況）とアセスメント関係

- 1) ○年/○月/○日の記録4頁参照：「・・・ごめんね、話を戻すね。・・・」とこのような状況が良くありますが、どのような意図がありますか？
- 2) 5頁 「リスパダール・・・、飲んでいます。ヘルパーさん来る時に・・・」このような状況を、どのように考えていますか？
- 3) ○年/○月/○日の記録7頁参照：「急にまとまらなくなっているんだけど、どうしたの」という状況を、どのように考えていますか？
- 4) 8頁 「看護師が時々話しかけて次の行動に移るように・・・動きを付けていく」という発言がありますが、こうした状況に対する考えをお聞かせください。
- 5) ○さんの危機的状況に対する予測はどのようなものですか？
- 6) これまでに、危機的な状況は、どのようにありました？その時のアセスメントや対応についてお聞かせください。
- 7) ○さんの在宅生活の限界は、何だと思いますか？

2. 介入にあたって大切にしたい価値観

3. 介入に活用した知識

4. 危機介入について日頃思うこと、困っていること

5. 危機加入において課題となること

こうしたらよいと思うこと