

**科学研究費助成事業 研究成果報告書**

平成 29 年 6 月 15 日現在

機関番号：32651

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2013～2016

課題番号：25463591

研究課題名(和文)独立型訪問看護ステーション看護師による精神障害者地域生活支援モデルの開発

研究課題名(英文)Types of support for community integration of individuals with mental disabilities provided by nurses from independent visiting nurse stations

研究代表者

嶋澤 順子 (SHIMASAWA, JUNKO)

東京慈恵会医科大学・医学部・教授

研究者番号：00331348

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,300,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は、精神障害者支援実績のある訪問看護ステーション看護師による支援とその成果を実証的に明らかにし、独立型訪問看護ステーション看護師による精神障害者支援指針を開発することを目的に行った。調査では、独立型訪問看護ステーション看護師を対象に、看護師による精神障害者地域生活継続への支援方法を、支援経過における局面に着目し質的帰納的に分析し明らかにした。

調査結果から、独立型訪問看護ステーション看護師が行う支援ニーズには「退院」「治療」「病状悪化」「同居家族」「生活習慣」「就職」という局面があり、とりわけ「退院」「治療」は重点的に行われていることが明らかになった。

研究成果の概要(英文)：The objectives of this study were to elucidate the types of support provided by nurses from independent visiting nurse stations for the continued community integration of individuals with mental disabilities, with a focus on aspects of the support process, and to obtain suggestions for methods of support. A semi-structured interview survey regarding the support provided for continued community integration was conducted on six nurses from visiting nurse stations with experience supporting individuals with mental disabilities. A qualitative descriptive analysis of the different aspects of the support process, as well as the support needs and behaviors of each aspect, was then performed.

The results were as follows: determining latent and overt aspects that affect continued community integration of individuals with mental disabilities, stabilizing the foundation of home life, and eliciting independent behavior by the individuals and their family to prevent worsening.

研究分野：看護学

キーワード：精神障害者 独立型訪問看護ステーション 地域生活支援

## 1. 研究開始当初の背景

わが国の精神保健医療福祉の改革ビジョンが示す入院医療中心から地域生活中心へという理念実現のための環境整備の柱となるサービスの一つに訪問看護がある。しかし、地域における訪問看護を中心的に担う独立型訪問看護ステーションからの精神科患者への訪問は、サービス提供者側の経験不足や人員状況により普及が進まず、精神科患者への訪問看護は精神科医療機関が主となり担っている(廣川 2012)。2002 年の精神保健福祉法の改正および 2006 年の障害者自立支援法施行に伴って、行政保健師による精神障害者支援は保健所から市町村へと移行しており、相談機能の質の向上が課題となっている。さらに、2012 年から医療計画に「精神疾患」が加わり、今後精神障害者の地域移行ならびに地域生活安定に向けて訪問支援へのニーズは着実に増えることが予測される。加えて、同年度から精神科訪問看護基本療養費が新設され、質の確保も重視されている。これらの実情から、独立型訪問看護ステーションには、精神科医療機関からの訪問看護との役割分担のみならず行政機関の保健師や地域生活支援センター、支援事業所との連携など地域を巻き込んだ支援の担い手として機能が期待され、その普及と充実へのニーズが急速に高まっていると考えられる。

精神障害者支援に関する研究では、障害者自身のセルフケアニーズ(安藤 2010)や地域生活定着のためのチームアプローチの方法(池上等 2012)、精神障害者の子育て支援における保健師の援助(高田等 2010)や治療につなげる際の行政専門職の家族支援内容(蔭山 2012)を明らかにした研究等行政の保健師・精神保健福祉相談員・精神科医療機関訪問看護らを中心に多岐にわたる側面から支援のあり方が追求

されている。このうち、訪問看護援助に関する研究は、保健師・訪問看護師のケア実践を分析した研究(萱間 1999)や訪問看護師の家族支援に関する研究(片倉 2009)、訪問実態と困難性を明らかにした研究(林 2010)、訪問看護ケアの利用者の類型化を試みた研究(角田他 2012)、近年アウトリーチ型サービスとして役割が期待されている ACT (Assertive Community Treatment) と精神科訪問看護のケア内容を量的に調査し機能分化を検討した研究(吉田他 2011, 2013)等複数の多くの報告がある。

訪問看護の支援内容に関する研究では、支援領域としてケア導入への本人への働きかけや本人・家族との関係づくりといった「ケアマネジメント」、食生活や金銭管理など「日常生活」、スタッフとの関係構築や他者とのかかわりといった「コミュニケーション」、精神症状や睡眠、服薬行動に関する「精神症状」、身体的合併症状や生活習慣など「身体健康」、交通機関や銀行の利用といった「社会生活」、住居確保や環境保持といった「住環境」、家族と本人のつきあいかたや家族自身のエンパワメントといった「家族支援」、自己効力感を高めるなど「エンパワメント」が明らかになっている(吉田他 2011, 2013)。さらに、ケア内容をケアの焦点と定義し、施設内外関係者とのネットワーキングや個別ケアにおける連携といった「ケアの連携」、「日常生活の維持、生活技術の獲得・拡大」、「対人関係の維持・構築」、「精神症状の悪化予防」、「身体症状発症予防」、「家族関係調整」、「社会資源活用」、「エンパワメント」が挙げられている(瀬戸谷 2011)。さらには、効果的な訪問看護における看護の目的と技術に着目した研究では、訪問看護の目的として「利用者に必要な生活能力を育成する」、「利用者の意思表

出に道をつける」「家族関係を新たに構築しなおす」があることを明らかにしている(片倉 文献 11)。観点は様々であるが、おおよその支援は、「本人自身の精神症状や身体症状」への支援、「食事や住まい環境を含む日常生活の維持、あるいはそのための社会資源の活用」「他者との関係性構築・維持」「家族への支援」といった内容に大別されると考えられる。これらは、筆者が行った先行研究(嶋澤 2008)とも一致している。

このように訪問看護師が行う支援に関する研究の蓄積は行われている。しかしながら、先行研究の多くはアウトリーチによるチーム支援や訪問看護サービスの充実と他職種間連携の必要性について述べられている。しかしながら、精神障害者の地域生活継続を支えるサービスの普及・充実に向けて、現在の精神保健福祉医療状況に即し今後ますます機能強化が期待される独立型訪問看護ステーション看護師に特化した調査はわずかである。特定の医療機関と直結しない立場にある独立型訪問看護ステーション看護師の支援が具体的状況下でどのように適用されたかを示す支援モデルの提示は未だ行われていない。そのため、精神障害者地域生活支援モデルの開発を目指し、支援経過における看護支援内容を実証的に明らかにすることが必要であると考えた。特に、支援の具体的状況を説明するために、支援ニーズの発生あるいは集中を導いた精神障害者の地域生活経過上の出来事や状況を「局面」とし、そのプロセスに着目した。

## 2. 研究の目的

独立型訪問看護ステーション看護師による精神障害者地域生活継続への支援方法を、支援経過におけるプロセスに着目し明らかにする。

## 3. 研究の方法

### 1. 調査対象

精神障害者支援実績のある訪問看護ステー

ション看護師6名である。対象者の選定では、訪問看護ステーションのうち主として精神障害者への訪問看護を実施しており地域の関係各機関とも連携をとりながら複数年間活動を行っている事業所を、専門誌や事務所ホームページから情報収集や精神科訪問看護関係者からの推挙により選定した。次いで当該事業所責任者に連絡をとり研究の目的・方法を説明し、研究協力への了承が得られた上で、調査対象候補者となりうる看護師を紹介してもらった。事業所責任者の承知の下、調査対象候補者である看護師に連絡をとり、調査協力依頼の説明を受けてくれるかどうか聞き、了承が得られたならば、協力依頼説明の機会をつくり、同意説明書を用いて直接調査協力の依頼を行った。その結果、候補者から承諾が得られた場合に限り調査対象者とした。

### 2. 調査内容

看護師に、地域生活継続を目的に支援し効果があったと考える利用者への支援を想起してもらい、関わりのはじめから現在までの経過において、どのような支援を行ったか、インタビューした。

利用者の選定においては、対象者と研究者が共に検討した後事業所長の許可を得た上で分析対象とした。

#### 1) 利用者の概要

年齢、家族構成、診断名、居住環境、収入基盤、利用している公的・民間サービス

#### 2) 局面について

・利用者の心理的、社会的、職業的機能はどのような状態であったか。

・看護師はどのように判断し、誰に対して何を行ったか。

### 3. データ収集方法

調査対象者と研究者と1対1でインタビューガイドに沿った半構造的なインタビューを行う。時間は対象者1人1回につき約60分とする。インタビューでは、対象者にICレコーダーへの録

音の可否を再度確認し了承を得た上で録音を開始する。を開始することを伝えてからする。情報の確認等があるときは追加インタビューを申し入れ、了承が得られた場合、電話あるいは訪問で実施する。その際、可能な限り短時間で終了するよう努める。なお、インタビューは、対象者と相談の上、プライバシーが確保できる場所ということで訪問看護ステーションの事務所内面接室等で実施した。

#### 4. 分析方法

インタビュー内容について逐語録を作成する。熟読後、精神障害者の地域生活継続のための支援と考えられるひとまとまりの文章を抽出し最小単位のデータとした。データは「支援内容」という観点からその意味内容を忠実かつ端的に表す表現に整えた。データはその類似性に即して分類し、同類のデータをまとめてカテゴリーとし、支援ニーズという観点からカテゴリー名を命名した。次いで、カテゴリーを導いた状況を局面として命名した。さらに局面の種類を検討し、命名した。局面の背景やその様相を考察することにより、独立型訪問看護ステーション看護師による精神障害者地域生活継続への支援方法を説明する。

データ分析においては、共同研究者と分類内容や表題の妥当性を検討し、その真実性を確保する。

#### 5. 調査期間

2014年5月～2015年3月であった。

#### 6. 倫理的配慮

対象者に対し、調査の目的・方法・研究参加への任意性の説明を直接行い、調査協力の可否についての了承を本人から直接得た。対象者が所属する部署の管理責任者からも調査協力について了承を得た。面接は、可能な限り業務に支障を来たさないよう実施し、その際プライバシーの確保を十分に行った。また、個別援助事例内容は、面接および援助記録閲覧時いずれも連結不可能匿名化とした。収集したデータは厳重に管理し、分析終了後は情報の保護に

留意して裁断等して廃棄した。

東京慈恵会医科大学倫理委員会にて承認を得た(承認番号 25-369 7504)

#### 4. 研究成果

##### 1) 調査対象者および分析対象事例の概要

調査対象者は4か所の訪問看護ステーション(a～d)に所属する6名の看護師(A～F)であった。この6名が各々に支援する9分析対象事例(事例1～9)を得た。(表1, 2)。

調査対象者が所属する訪問看護ステーションは、いずれも独立型の訪問看護ステーションであり、利用者のお大半が精神疾患を主傷病とする。

表1. 調査対象者の概要

調査対象者	A	B	C	D	E	F
経験年数 / 年齢、性別 / 訪問看護	60代男性 (25年/3年)	30代女性 (19年/3年)	30代女性 (3年/3年)	40代男性 (15年/2年)	30代女性 (17年/7年)	50代女性 (28年/14年)
所属訪問看護ステーション概要	a 訪問看護ステーション 都下Z市に所在する。常勤看護師 1人、非常勤看護師 1人。	b 訪問看護ステーション X県Y町に所在する。常勤看護師 1人、非常勤看護師 1人。利	c 訪問看護ステーション 都下U市に所在する。常勤看護師 8人、非常勤看護師 2人。	d 訪問看護ステーション V県T市に所在する。常勤看護師 8人、非常勤看護師 2人。		

表2. 分析対象事例の概要

事例番号 (担当看護師)	年齢、性別、 診断名、家族	関わり開始のきっかけ
1 (A)	40代男性 統合失調症、 単身	保健所からの依頼による。
2 (B)	40代女性 広汎性発達障害と鬱病、 実父と2人暮らし	主治医と本人からの利用依頼による。
3 (C)	20代女性 統合失調症、精神発達遅滞、 実父、祖父母と4人暮らし	祖父母から日中の世話について相談を受けた役場の障害者担当課からの連絡による。
4 (D)	40歳代男性 統合失調症 単身	入院していた病院からの連絡による。
5 (D)	60歳代男性 統合失調症 単身	デイケアに通えなくなったり通院日や服薬忘れがあるため通院先の主治医から依頼
6 (D)	40歳代男性 統合失調症 妹と2人暮らし	入院先病院からの退院時の依頼
7 (D)	70歳代の妻と60歳代の夫婦 妻は統合失調症、夫は双極性障害 夫婦2人暮らし	通院先病院主治医からの依頼
8 (E)	47歳男性。統合失調症、パーソナリティ障害。妻と市内のアパートに2人暮らし。	通院先病院主治医からの依頼
9 (F)	50歳代女性。市内の一軒家で一人暮らしをしている。 V県内に姉が在住している。	通院先病院主治医からの依頼

2) 局面ごとの支援ニーズ、支援内容

局面には種類があり、「治療」「同居家族」「生活習慣」「退院」であった。支援内容は30 カテゴリー、123 サブカテゴリーであった。(表3)

表3 局面ごとの支援内容

局面	カテゴリ(支援ニーズ)	データ(援助内容)	
治療	訪問看護から安定した継続支援を受けることができる	地域の関係者間ケア会議でケアの方向性を合意する 精神症状による強いにだわりの状況があることを把握する 被害妄想があっても他者に対して攻撃的でないことを確認する 幻聴により叫ぶという症状が出現することを把握する ゲーム的な遊びを通してコミュニケーションの糸口をつかむ 活動中断による茶治療状態を往診を活用して治療につなげる 他者と問題を起こしにくいコミュニケーションの傾向をつかむ 訪問看護による自宅内の侵入範囲を徐々に狭げていく ゴミだしのルールを繰り返し伝え実践できているか確認する 食料の購入場所が近所のスーパーマーケットとコンビニエンスストアであることを把握する 金融管理サービスの下で定期的に支給されるお金の使い方を把握する	
	食生活や金銭の管理、地域のルールに従ったゴミ出しなどの生活能力をもつ	主にスナック菓子を買っていることを把握する	
	生活習慣病への移行を予防し健康を維持する	血圧を測定し、高血圧を改善する必要性があると判断する いざが顕著になってきたため配食弁当の利用を勧め同意を得て導入する 判断が乏しく薬品コンプライアンスが低いため退院にあたり訪問看護利用となったことを把握する 本人が退院の条件として訪問看護の利用を了承していることを確認する 関係者と本人をくわめて退院後の在宅生活について話し合う	
	退院後の在宅生活についてイメージをもち家族、支援者と交流をもつ	訪問看護の役割を生活上の支援を中心とした圧迫感のないわかりやすい環境で伝える 別居の家族の慣用を得るために訪問看護の役割とかかわりの目的をわかりやすく伝える キーパーソンとなる御の生活と本人への助力状況を把握する	
	退院初日から訪問看護を利用する	本人のみならず親多に会えないことが推察される家族と会うために利用料金を計上できない退院日に訪問を設定する 本人と家族が一旦に会った場合今後の経済的負担や制度利用の進め方について確認し手続きを進める	
	生活を安定させるために早期に経済的基礎をつくる	自立支援利用や生活保護受給を退院後すぐに利用するためにその手続きを迅速に進めて行けるよう支援チームの市保課や病院のソーシャルワーカーにあらかじめ情報提供しておく 必要な手続きを実施できた達成感を感じることでより自分の生活基盤づくりを主体的に行う実感をもつことを促す	
	生活習慣	家全体の住環境と本人自身の清潔・整齊、安眠の確保により生活基盤が強い、確実に居場所を築ける	家族全体が殆ど無環境下で生活しその中で本人が清潔や食事など日常生活で十分に手助けを得られない状況で生活していることを把握する 居場所確保や一泊を主軸に清潔しより確実に居場所を築ける方法に改善することでも環境状況を把握する 室内に落下している薬の情報を把握すること
		経済的困窮がある統合失調症者本人が居場所の必要性を認識できる	同行変身し、一度に薬を服用する/薬箱に入れるとき居場所の必要性を説明しながら一緒に行動 居場所の気持ちが必要に思っているときにその気持ちを受け止め居場所を確保しているからこまめに確認して生活できていることを確認し必要を伝える 取りやすい薬の処方可能な範囲で別の薬に替えてもらい安心して服用することができるようになる 判断があることを事前に居場所の効果や副作用の無い時期をとらえて伝えていく
		変化する病状に即した医療が提供されるように主治医との情報提供や共有を積極に行う	同行変身し本人が主治医に何を伝えていくかを把握し、本人が伝えていない副作用など必要な情報を補足して伝える 主治医の処方意向を同行変身の診察場面で直接聞いて把握する 若い女性らしい年齢相応の服装を尊重する
		祖父母亡き後も生活し行ける年齢なりの基本的な生活習慣を身につける	調理や着替え、入浴時の洗濯がどのようにできないのか、できないのはなぜなのかを把握し一緒にやってみることで生活習慣を身につけるよう促す 社会生活を送るための薬費という視点をもつて、関わる 訪問看護だけで対応できない生活習慣の獲得を別のサービス利用導入で促す
目標他者行為の発生を家族、本人が主体的に予防する	祖母が利用する介護サービススタッフに他者行為に対する対応方法を具体的に伝える 他者行為を未然に防ぐために家族の連綿		

生活習慣		行動や通院先を連綿しても、他者行為を未然に防ぐことは本人のためでもあることを伝える 支障に家族内で他者行為が起こる可能性がある事柄を説明し連綿などしてもらう 支障の発生に訪問看護に気がなる一家の様子を報告する 他者行為に及ぶ本人自身の症状を把握し、暴力はいけないということを本人にその都度伝える 調理状況やゴミの購入ペースを把握し米飯を多く採取しすぎていると推察する レシートを連綿しどこでどのような食品を買ったのか把握し身体に良い食品の選択や徒歩で行くことを促す 本人の意向を連綿しホームヘルプサービスを活用した食事作りの流れを計画する 健診結果から体重増加が著しいことを共に確認し、毎日体重計測を行うように促す
	著しい体重増加を食い止め、生活習慣病への移行を予防する	
退院	自分の居場所をつくるために他者との関係性を築く機会をもつ	訪問看護師と信頼を築ける関係性を築き、他者との関係性づくりの土台とする 本人の親子やデイケアでの対人関係をふまえてデイケアスタッフとも情報交換しながら調整しデイケア参加を軌道に乗せる後押しをする
	家族からの信頼を回復する	病状悪化時に起こった出来事による家族の不信任から信頼を回復するために今の生活を継続するという実績を積み重ねる意図を本人と確認する 本人なりに居場所治療と日常生活を自己管理しながら継続していることを家族に伝え、本人にも家族の期待を伝え、双方が歩み寄る機会を作り出せるようにする 通って支障できた年金を活用してこれまで家族から得た経済的支援を計画的に返金できるようにする
	実生活に即して医療機関期間中の規定治療プログラムを活用する	(医療機関法について)ステーションの受け入れ態勢を法的に整える 医療機関期間中も後援を継続できる信頼関係づくりを目指すことを支援チーム内で合意してもらう 本人が無理なく治療を継続できるよう治療プログラムを息を吹きながら実施することを提案する 本人に判断がないため医療機関期間中後は治療中断になる可能性が高いことを提案する 居場所治療を本人が納得して継続できるように支援チームが共通認識する 1年以上継続支援することで判別体験の表出を把握し悪化の徴候を見逃さずキャッチする 訪問看護師との交流が孤立した生活の中で唯一の他者とのコミュニケーションであることを意識して関わる
	医療機関期間終了後も治療を続ける必要性を連綿する	病状や生活の変化に応じた支援を得る 拒絶傾向の理由を把握し、拒絶が出にくいように生活支援の一環として居場所を管理する 本人の対人関係のパターンをふまえて、対応のラフさを調整する 住居を築く際の不動産巡りに同行する 別居家族の本人へのかわり方をふまえて、善良の親子や行政上の手続きなどについて家族と十分な連絡を取り続ける 本人の人間性や意見内容を尊重し持ちこたえコミュニケーションをもつ
病状悪化	転居に伴う生活やサービスの低下を予防する	転居後の食事・清潔など日常生活の状況を台所・トイレ、風呂の様子から把握する 転居前からの連綿したサービス利用となるよう早期から転居後の自治体担当者にはたらきかける 転居先でのサービスの再開があるまでの本人の状態を把握し続ける/自治体側の事情を(み取りサービス開始時期の遅延を踏まえて)
	病状悪化傾向のうちに予防する	病状悪化が冬から春になる時期に起こりやすいことや普段と違う高熱発熱などの行動に現れるなどのパターンを具体的に把握し見逃さない 本人が病状悪化の傾向を自覚していることを高熱に悪化の徴候出現時にフィードバックし自覚を促す 病状悪化の小さな徴候を見逃さないために訪問頻度を設定する(3回/週) 居場所に乗った同居家族の精神的健康課題を提案する 同居家族としての味や存在を尊重した態度で対峙する 同居家族の精神的健康問題に関心をもち配慮する 同居家族の精神的・身体状況について、家族として話す中で把握し、支援ニーズを判断する
	精神的健康課題が提案される家族との生活を継続する	利用者の家族がもつ支援ニーズへの対応としてサービス範囲外だが具体的な提案を行う 利用者の家族の支援ニーズの解決策を同居家族のペースに合わせて時間をかけて丁寧に進めていく 利用者と同居家族の病状と生活障害の実態を把握する 訪問以外の時間帯における緊急車調達の事柄とその理由を把握する 訪問看護回数2-3回/週、電話対応、行政上の手続きへの同行など並行な相談もキャッチできるようにする 複数の処方箋を一括化してもらうよう主治医に依頼する 一日の処方箋が一目でわかるようお薬カレンダーに処方箋をセットし、服用時間も指定する 安全と将来的な経済基盤を確保し住居を変更することを提案し合意を得る 不動産を共に巡り経済基盤に即した物件を決定する 生活に必要な家電用品を買い揃えることを
家族	本人と同居家族の生活が安定する流れ(サイクル)ができる	訪問看護師と信頼を築ける関係性を築き、他者との関係性づくりの土台とする 本人の親子やデイケアでの対人関係をふまえてデイケアスタッフとも情報交換しながら調整しデイケア参加を軌道に乗せる後押しをする

	<p>通院し共に通院して購入する</p> <p>ステーションが遠慮している引越し難着を活用し引越しの負担を最小限にする</p> <p>ベッド購入を別の布面で軽減することを促す</p>
夫婦が互いの病状と生活を見守る	<p>生活に必要な介護保険サービス、自立支援サービスを市保健師の協力を得ながら導入する</p> <p>本人たちが自身が置ける生活の孤がりを見守り随時手助けする</p> <p>夫婦が互いに安定した生活を送ることで安心感が反映しあうことを見守る</p> <p>膨大な SOS も送らずキヤッチできるような本人たちからの電話連絡を重視している</p> <p>これまでの関係性から実母が感情の変化に大きな影響を及ぼすことを把握する</p>
自備行為の実行を止める	<p>家族からの緊急連絡を受け、電話で自備行為を止まるよう伝える</p> <p>緊急時の電話による誘導で一旦落ち着いたらことを確認したのち翌日の訪問を約束し訪問する</p>
食事の用意や洗濯等身の周りのことを自分で行う	<p>訪問看護回数を増やし、電話相談を毎日行う</p> <p>妻不在時の遅延から意外と家事能力があることを把握する</p>
妻の病状悪化に影響を受けないようにする	<p>夫婦の病状悪化が平行して起こることを把握している</p>
利用可能なサービスを活用し在宅療養のための基礎をつくる	<p>まずは治療継続のため自立支援医療利用手続きを開始する</p> <p>主治医からの診断書等必要書類を作成する手続きを進める</p> <p>亡くなった母親への依存的な気持ちがあることも本人の自覚から把握する</p> <p>知的に遅れがあるという前提のもと何ができて何ができないかという本人の能力を判断する</p> <p>病状から緊急性を判断し特別訪問(毎日の訪問)を導入する</p> <p>サービス利用のための書類作成方法を指導しできるだけ本人自身が書くことを促す</p> <p>会費の糸口から本人が抱えている家族の問題を見出す</p> <p>高齢家族が利用する介護保険サービスのケアマネと調整しながらケアを進める</p> <p>金融管理のための複利見直しサービス利用を導入し兄がお金を持ち出せないようにする</p> <p>本人が家族関係上困難を感じている具体的な体験を把握する</p> <p>家族は高齢からの手助けが得られない状況であることを把握しそれを前倒しに対応する</p> <p>高齢家族も納得した上で金融管理サービスの導入を進める</p> <p>金融管理サービス導入における手続きや説明に同席し補足する</p> <p>お金の使い方を調べ管理して本人が実行できるようにしている</p>
不安と困難を感じる家族の問題が解決し安心できる	<p>高齢家族の死後ケアパーツとなる別居家族と関わりを開始する</p> <p>新しくケアパーツとなった家族と本人の交流状況を把握する</p> <p>家族に遠隔調整会館に同席してもらうことを通して今後の家族の関わり方を了解してもらう</p> <p>本人に対する家族の関わりと、<b>かわりによる生活の変化</b>を把握する</p> <p>本人に関わることに<b>対し周囲の評価を数にかけている家族の気持ち</b>を聞く</p> <p>訪問看護に出来ない時間・日の本人の親子について<b>近隣住民の話を</b>受け止める</p> <p>本人の存在への抵抗感と訪問看護という支援者が定期的に入ることへの安心感を醸成する</p>
新しくケアパーツとなった別居の姉妹から適切な手助けをうける	<p>訪問看護担当ステーションの名前が掲載された車で訪問することで訪問看護師が訪問していることを近隣住民に認識してもらう</p> <p>双方向的ではない双層の内容を編み、近隣住民との関係悪化が起こりにくいと見直しをたてる</p> <p>本人が日常的に行くお店に同行し店員とのやり取りからその関係性を把握する</p> <p>本人が日常的に行く店の店員に支援者がいることを認識してもらう</p>
近隣住民からの見守りをうける	<p>訪問看護センターの協力を得ながら就職活動を進める</p> <p>就労移行支援事業所の見学に同行する/見学者の反応から意向を把握する</p> <p>就職に向けた本人の病状調整を確認する</p>
自身の能力に見合った職場を薦めず探すことができる	

5. 主な発表論文等  
〔雑誌論文〕(計0件)

〔学会発表〕(計1件)

— 嶋澤順子, 大澤真奈美, 久保善子, 上田修代, Characteristics of community life support provided by public health and home visiting nurses for the mentally ill people, The 6<sup>th</sup> international conference on community health nursing research, 2015.8.19-21, ソウル(韓国)

〔図書〕(計0件)

〔産業財産権〕

出願状況(計0件)

取得状況(計0件)

〔その他〕

特記事項なし

6. 研究組織

(1) 研究代表者

嶋澤 順子 (SHIMASAWA, Junko)

東京慈恵会医科大学・医学部・教授

研究者番号: 00331348

(2) 研究分担者

大澤 真奈美 (OSAWA, Manami)

群馬県立県民健康科学大学・看護学部・准教授

研究者番号: 50331335

(3) 研究分担者

久保 善子 (KUBO, Yoshiko)

東京慈恵会医科大学・医学部・講師

研究者番号: 00412669