

第1章 序論

I. 研究の背景

地域には医療・支援の必要性がありながらそれに結びつかない人びとが存在し、それらの者への支援が昨今の地域メンタルヘルス支援においても重大な課題となっている。地域に潜在する未治療・治療中断の精神障害者は40～50%、発展途上国では80%程度存在するとされ (Kessler et al., 2005 ; Naganuma et al., 2006 ; Mojtabai et al., 2009), これらの人びとが支援に結びつかない要因は、統合失調症や妄想性障害、認知症といった、症状や病識の乏しさから他者への不信が強い例 (藤井ら, 2010; 沖田, 2010; Stobbe et al., 2010), 家族システムの病理や脆弱性から家庭への他者の介入を拒否する例 (O'Donnell et al., 2008), アルコール関連障害や労働者のうつ病などの病気の否認による例 (川上, 2006 ; 田中ら, 2010 ; 西山, 2011) など、様々でありかつ複雑である。これらを含む “要支援者” に共通する特徴であり問題を慢性化させる要因の1つに, “セルフ・ネグレクト” が挙げられる。具体的には、健康関連問題を含む必要な自身の世話 (セルフケア) の非自立・放棄, 不適切な意思決定, 高い衝動性, 等を特徴とし (Louder et al., 2001 ; 津村ら, 2006), それにより本人の健康・生命に危険が及ぶ場合や, 自殺, 孤独死, 他害, 住宅汚染, 近隣住民とのトラブル等, 地域社会に及ぼす影響も大きい (野村, 2011)。一方で, その多くは支援者の接近を受け入れず, 他者の関わりを拒否するという特徴もあり (岸ら, 2011), 支援は非常に困難を極める。

支援契約締結の困難, 公益性の高さといった性質から, それらの人びとへの支援はこれまで保健所をはじめとする行政が担ってきた。対象自身が支援にアクセスすることがないため, 行政職員である保健師や精神保健福祉士, ケースワーカーらが家庭を訪問しその支援にあたってきたが, 近年, 対象となる要保護者の増加や支援者のマンパワーの縮小, 支援者の経験不足等から, この支援も十分には行き届かない現状が指摘されている (荒田, 2010)。こうした背景から近年ではアウトソーシングや非常勤雇用によりマンパワーを補う

ようになり、行政による訪問支援に携わる新たな看護職として民間の訪問看護師に一層の期待が集まっている（奥山, 2007）。また、2011 年度からは厚生労働省により既存の医療機関を運用した精神障害者アウトリーチ推進事業が実施され、未治療・治療中断の精神障害者等への、入院治療に頼らない積極的な訪問支援の取り組みが試みられている。このような背景に伴い、地域メンタルヘルス領域の訪問支援において、精神科訪問看護師には医療契約を前提とした支援だけでなく、契約に結びつかない支援に拒否的な要支援者に積極的に支援を行う機会が、今後増加すると考えられる。

文献検討および予備研究の結果から、この拒否的で“支援に結びつき難い要支援者”への支援において、最も重要となるのは“支援者が問題を把握してから支援導入までの専門的な関係構築と、構築した支援関係を維持し支援導入につなげるための関わりのプロセス”という専門的な接近法であることが示された。複雑な問題を持つ個人・家族ほど、専門家の支援、特に家庭への訪問といった「侵入される」行為に対しては拒否的であり関わり自体が難しく（渡辺, 2003）、支援導入時の関わりによりその後の支援が左右されることから（小林, 1989）、支援初期には効果的な接近により家庭に入り問題を把握し支援を開始していくための専門的な技術が必要とされる。しかしこれまで訪問支援の場におけるこのような技術について明らかにした報告はなされていない。精神科訪問看護の支援対象および役割の拡大を鑑み、訪問看護師に広く普及できるような知識を明らかにする必要があると考えられる。

そこで本研究では、地域に潜在する拒否的で治療関係の確立が困難な要支援者への有効な接近のための技術について明らかにするため、そのような対象へ医療契約に基づかない訪問支援を実施していた熟練保健師を対象に、訪問による支援の内容について聞き取りを行った。本研究では特に、支援導入時の関係構築および築いた関係をどのように維持し当初の目的である支援の導入に結びつけたか、という接近のための技術と一連のプロセスに焦点をあてた分析を行い、拒否的なケースへの効果的な関係構築・支援関係維持のための

技術およびその一連のプロセス、接近のための技術の帰結（アウトカム）と、それらに影響する要因について探索的に明らかにした。また、保健師が特徴的に用いている技術、ならびにその技術を実践するために必要な背景要因をより明確にするため、保健師同様、治療関係の確立が困難な対象への支援経験を有する熟練精神科訪問看護師にも聞き取りを行い、両者から抽出された各要素の共通性と差異に着目した。両者の比較から、保健師が支援導入時に用いる接近のための技術の特徴について記述し、看護師と教育内容や役割が異なる保健師の技術の中で、今後の精神科訪問看護に応用可能な技術、応用させるための条件等、その実用可能性についても検討を行った。

II. 研究目的

本研究の目的は、地域メンタルヘルスの分野において、医療・支援に結びつき難く、支援関係の確立・維持が困難とされる要支援者への、支援導入時における効果的な接近法およびそのプロセスを熟練保健師の語りから探索的に明らかにすることである。また、分析結果を熟練訪問看護師の技術と比較することから保健師に特徴的な技術・プロセスの内容について明らかにし、分析結果の精神科訪問看護での実用可能性についても検討を行い、保健師の技術を訪問看護に応用するために必要な条件や教育・トレーニング等について明らかにすることである。

III. 研究の意義

本研究において、熟練保健師および熟練精神科訪問看護師による“支援に結びつき難い要支援者”への接近法についての比較分析から、これまで明確化されていなかった拒否的で支援関係の構築とその維持が困難な対象への訪問看護に必要な要素を特定することが可能となる。接近法を構成する要素と各要素の関係性を、構造・プロセス・アウトカムそれぞれの観点から明確化し、また保健師と訪問看護師の両者でどの点が共通しており異なっ

ているのか比較することから、今後の精神科訪問看護における支援対象・支援の場・支援役割の変化に合わせた効果的な技術を示す資料となると考える。これまで行政保健師が対応していた医療契約締結以前の、支援導入が困難な対象へのアプローチ方法の独自性、および訪問看護での実用可能性が明確になることによって、技法の教育・トレーニングが効果的に行えるようになり、今後の訪問看護サービスの発展に十分に寄与する資料となると考えられる。さらに、効果的な支援関係の確立とその維持は支援対象者のアドヒアランスの向上および支援からの脱落の予防にもつながり、精神科訪問看護全体の質向上にも寄与する資料となると考える。

IV. 用語の操作的定義

1. 支援に結びつき難い要支援者

本研究では支援に結びつき難い要支援者を、『自らの健康・生命を保つための行動（セルフケア）を放棄し、自らでは安全を保つことが困難な状態であるが、支援者の接近を拒否し支援を受け入れないという特徴を有する人びと』と定義する。

2. 支援導入時

本研究では支援導入時を『他者による相談持ち込み・支援依頼（問題の把握）から初回訪問を経て、その後の関わりを通しケースの強い拒否なく訪問できるようになり、本来の目的である精神疾患に起因した問題に共に取り組むことができるようになるまで』と定義する。

3. 接近のための技術

本研究では、支援に結びつき難い要支援者への支援導入時に用いる接近のための技術を、『本来目的とする支援の実施に結び付けるために、対象と効果的な支援関係を構築しそれを維持するための技術およびそのプロセス』と定義する。

第2章 文献検討

I. 支援に結びつき難しい人びとにみられる問題ーセルフ・ネグレクト

本研究において支援ケースとしている“支援に結びつき難しい人々”について、これまでに明らかにされてきている知見や予備研究の結果から、その支援への結びつき難さと問題の遷延化に関連する要因の1つに“セルフ・ネグレクト”の問題があると考えられた。

セルフ・ネグレクトは国内外においても比較的新しい概念であり、研究者によってその定義が異なるものの、Morgan (1998)によれば、「それが起因して深刻な身体障害または病気をまねき、健康を危険に晒すような深刻な精神症状を増幅させ、個人または周囲を危険に晒す公衆衛生問題を生み出すもの」とされている。日本では自己放任とも訳され、現在、殆どが高齢者の虐待問題を論じる際に用いられているが（津村ら、2006；野村、2011；岸ら2011）、諸外国ではその他に入院・通院中および未治療の精神科患者、差し迫った何らかの危機的状態にある者等が扱われている（Lauder, et. al., 2005；Muir-Cochrane et. al., 2008；Teaster et. al., 2009）。自らの健康・生命を保つための行動（セルフケア）を放棄し自らでは安全を保つことが困難な状態であることから、積極的介入や強制入院の対象となることが多い（Vinkers et. al., 2010；Lauder et. al., 2006）。日本では、「通常1人の人として、生活において当然行ふべき行為を行わない、あるいは行ふ能力がないことから、自己の心身の安全や健康が脅かされること」（津村ら、2006）と定義され、その意図性は原因論に基づき「疾患から適切な判断力や意欲が低下することによる場合（無意図的）」と、判断力や認知力の低下はないが本人の意思による場合（意図的）」とに区別される（岸ら、2011）。

健康や生命に危険が及ぶ状態であることから本人による援助希求が認められない場合でも行政等による介入対象となるケースが多いが、ほとんどの場合で支援者の接近や支援を拒否するという特徴がみられ、支援者も葛藤を感じやすく、支援が困難な事例とされる（Gunstone, 2003；岸ら、2011；株式会社ニッセイ基礎研究所、2011）。予備研究の結果か

らも示された様に、主に無意図的なセルフ・ネグレクトには医療的介入が、意図的なセルフ・ネグレクトにはケースワークが支援の主軸となる。公的な立場にある保健師たちは、この両者への支援を担ってきた。いずれの場合も、このような性質を持つ者への支援においては特に支援導入時に効果的に相手の個人システムに入り込む専門的な接近法が必要とされ、近隣苦情や民生委員、家族からの情報など本人によらない介入要請により長年にわたる家庭訪問事業を行ってきた保健師たちは、その専門的な技術を培ってきたものと推察された。

II. 地域メンタルヘルス領域における訪問支援

1986年に精神科領域での訪問看護に診療報酬が新設され、その後も関連する制度改正等を経て精神科訪問看護は発展してきた。訪問看護の利用により、精神科患者には治療からの脱落の予防、症状悪化の予防・早期発見、入院期間の短縮、社会資源利用率の向上、等の効果が認められており（萱間，2006；萱間，2010）、入院治療病床の削減や地域生活支援体制の強化が急務である昨今、精神科訪問看護にはさらなる期待が寄せられている。

一方、保健師によるメンタルヘルスの問題を有する対象への訪問支援は精神科訪問看護より以前から行われており、特に本研究で扱う“支援が届き難い要支援者”に働きかけ医療等の他サービスに結びつけるという専門的支援は、保健師活動をはじめとする公衆衛生活動が担ってきた。実際、統合失調症者への地域ケアの分析から、熟練した経験を有する保健師は、未治療・治療中断など医療との関わりが浅いケースや病識を持たないケースなど、対人恐怖が強いケースとの関係形成において専門的な支援導入技術を持つことが報告されている（萱間，1999）。

しかし近年、種々の法改正に伴う新規事業の実施、地区分担制から業務分担制への移行、市町村の統廃合による担当業務の増加や異動などから、保健師が個別ケースについて細やかに把握し関わるといった機会は減少してきている（福田，2008；江藤ら，2009；萱間ら，

2011)。こうした背景から近年ではアウトソーシング等によりマンパワーを補うようになり、行政による訪問支援に携わる新たな看護職として民間の訪問看護に一層の期待が集まっている（奥山, 2007）。訪問看護が、従来の、対象からのアクセスを待つ支援から、医療・サービスに結びつけるための積極的な働きかけを実践していくことで、新たな訪問支援サービスの発展につながり、また訪問看護師が契約の有無によらず地域の個別ケースに密接に関わり、その情報を保健師が集約し地域のポピュレーション・アプローチに活用するなど、保健師と訪問看護師が相補的に協働する新たな仕組みの検討にもつながると考えられる。

Ⅲ. 訪問支援における支援導入のための接近法

本研究で着目する“支援に結びつき難い要支援者”への支援について、保健師によるメンタルヘルス上の問題をもつ本人以外の者からの相談によるケースへの訪問支援に注目して文献検討を行い、保健師による事例報告の内容から支援のプロセスについて整理した。その内容から、保健師はケースへの支援のプロセスのうち、“他者による相談持ち込み（問題の把握）から初回訪問を経て、その後の関わりを通しケースの強い拒否なく訪問できるようになり、本来の目的である精神疾患に起因した問題に共に取り組むことができるようになるまで”の関わりを経て、行動変容を目指した関わりなど次の支援ステージに移行していた（最上, 1997；小林, 1989；染谷ら, 1981）。この、支援の最初のステージは、“支援導入時の関わり”にあたるといえ、この段階においては「住民の検診受診率を上げるために個別訪問していると伝え、本人を脅かさないような訪問の理由を説明した」など（最上, 1997）、『本人に直接会うことができる』『自宅（自室）に入れてもらえる』『強い拒否なく訪問できるようになる』『自分や家族のことを話してくれるようになる（本人から情報が得られるようになる）』ことなどを目指した、一義的目的に関する支援以前の、支援導入のための接近法が関わりの多くを占めている。反面、初回訪問など関係性が築かれる以前に治療導入を勧めるなど、支援者側の目的達成を焦る関わりによりその後の支援が停滞す

ることが多く、このことから、拒否的で支援に結びつき難い対象への支援においては、支援導入時の効果的な接近法が効果的な介入の1つの視点であることが伺え、保健師がどのようなアセスメントや配慮をしながらケースに接近しているか、その支援過程はどのようなものであるか、支援過程において保健師はどのような体験をしているか明らかにすることが必要であると考えられた。

一方、2003年からわが国の訪問支援の1つとして試行的にACT (assertive community treatment, 包括的地域生活支援プログラム) が導入され、重篤な精神疾患をもつ精神障害者への積極的な訪問支援が行われている (伊藤, 2008)。ACT では支援導入時の関係形成のことを“ジョイニング”と表現し、訪問支援の重要な要素の1つに位置付けているが、訪問支援の場での支援導入時の関わりが重要な要素であることは認識されているものの、その具体的内容や技術についての詳細は示されておらず、支援の一項目として挙げられているにすぎない。そのほか、訪問支援を含めたサービスからの脱落を防ぐためのエンゲージメント (利用者とサービスの良好な関係の構築と維持) を高めるための介入戦略も報告されているが (西田ら, 2011)、いずれも支援を受けている利用者を対象としたシステムの整備やサービスの機能の検討に主眼がおかれ、個別的な関わりの技法や支援にエントリーするまで (支援導入) の働きかけについて着目した取り組みはなされていない。

支援導入時の効果的な関係構築はその後の支援に大きく影響する。訪問看護は対象の生活の場そのものに入り込んで行う支援であることから、“在宅ケアの基盤は利用者との援助関係 (胡 2002 ; 松村 1999)” であるとされ、訪問看護師への援助関係構築技術教育の重要性が指摘されている (松井ら, 2003)。特に、今回扱う“支援に結びつき難い人々” への支援においては、支援導入時の専門的關係構築技術が最も重要であることが予備研究の結果からも示されている。

以上のことから、支援初期における効果的な接近のための技術は、単にコミュニケーション技術を指すものではなく、包括的なアセスメントに基づきながら相手に近づき関係性

を構築し、それを維持しながら本来目的とする支援の導入に結びつけるための技術およびそのプロセスであると位置付けることができる。

以上の文献検討から、本研究においては拒否的で支援に結びつき難い要支援者への支援導入時に用いる接近のための技術を『効果的な支援関係を構築しそれを維持しながら本来目的とする支援の導入に結びつけるための技術およびそのプロセス』と定義し、従来の一般的な関係形成技術からさらに進んだ新たな専門的技術として位置付ける。その上で、支援に結びつき難い要支援者への積極的介入を実践してきた熟練保健師と、同じく熟練した支援経験を有する訪問看護師の両者による支援導入時に用いる接近のための技術、アウトカム、影響する要因の各構成要素について明らかにし、比較を通して今後の精神科訪問看護に応用可能な効果的な接近のための技術およびプロセスを具体的かつ明確化し記述することとした。

第3章 予備研究

生活保護受給者自立支援事業を例にした公民連携による支援：医療に結びつき難い対象への訪問支援に携わる看護師に必要な技術に関する検討

I. 研究目的

今日の地域支援における課題の1つである、自らでは支援を求めず、制度から漏れ落ちる人たちに対しては、医療契約の有無に基づかない公民連携による柔軟なニーズ対応が、特に訪問によって支援を届ける方法が有効かつ必要である。そこで、行政による、必要がありながら自らでは健康関連行動をとらない対象に、訪問により健康問題に関連した支援を届ける生活保護受給者自立支援事業・健康管理支援プログラムに着目し、その支援内容を明らかにすることから、有効な訪問支援を検討する上での示唆を得られるのではないかと考えた。また、看護職と他職種の支援内容の比較から、看護職に特徴的な技術、期待される役割・機能、および強化が望ましい技術について明らかにすることが可能となると考えた。

そこで予備研究では、地域精神保健医療福祉の分野における、医療に結びついておらず、他者の関わりを拒否する対象への訪問支援について、市町村が行う生活保護受給者健康管理支援事業における訪問支援の内容を分析し、特に“支援に結びつきにくい要支援者”との支援関係の構築に係る技術と、それに対応した看護教育の内容を検討することを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究対象者

対象施設で実施される生活保護受給者自立支援事業・健康管理支援プログラムに従事している看護師2名、精神保健福祉士3名（5自治体）を対象とした。

なお、当初の予定では関東圏全自治体を対象地域としていたが、プログラム実施自治体の

抽出を試みたところ看護職をはじめとする担当職員の不在等の理由から該当例は 4 自治体と少数であった。全国に範囲を広げ抽出を試みた結果、関西圏 3 自治体が条件に合致し、計 7 自治体を対象とした。該当の 7 自治体における支援員は看護師、保健師、精神保健福祉士が担当していたが、保健師を採用していた 2 自治体に関してはケースへの直接的な支援ではなくケースワーカーへのスーパーバイズの役割をとっていたため、分析対象からは除外した。

2. データ収集および分析方法

データ収集は、研究対象者の所属施設内の面接室等で 1 時間程度の半構造化面接を 1 名につき 1 回行い、訪問支援事例のうち“支援が困難であった世帯”への支援内容等について聞き取りをした。インタビューは、2010 年 10 月～11 月に実施した。録音した音声から逐語録を作成し、具体的支援内容に関連するアイテムを抽出・整理し、質的に分析を行った。

3. 倫理的配慮

本研究は、聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：09-088）。

III. 結果

対象となった 5 自治体において、事業の一義的目的が健康管理である自治体では看護師が雇用され、生活支援としている自治体では精神保健福祉士が雇用されていた。

支援員が支援事例として挙げたケースはいずれも、プログラム開始前に各種サービスや受診の拒否がみられ、また世帯内で複数の問題を抱え、他者との接触を拒み引きこもる、騒音・暴れる・居室の汚染など近隣とトラブルを起こし社会からも孤立していた。精神医学的状态像としては、治療中の 2 ケースは神経症圏、未治療の 6 ケースは精神病圏（物質誘発性精神病性障害含む）であった。

本事業による支援は本人・同居の家族からの希望によるものでなく、他者の接近に拒否が強いことから、いずれのケースでも支援導入時に支援者および支援を受け入れてもらう

ための働きかけを必要としていた。表 1 に、支援員による接近のための支援内容を示した。本文中では、その支援内容について【 】で表す。支援員は接近のための方法として、【繰り返しの訪問】【日常会話や日常生活上の簡単な困りごとへの手助け】【支援者であることを強調しない】【時間を共有し一緒に悩む】【本人・家族の希望の確認】【本人・家族の強みのアセスメント】といった関わりにより、対象・家族と互いに理解し合えるよう意識した働きかけを行っていた。併せて、効果的な接近のため、ケースが受け入れやすいタイミングに合わせ柔軟に訪問頻度や訪問時間、滞在時間を変えるなど場面設定への工夫がみられた。

事業実施にあたり、看護師は健康状態についての具体的な説明やバイタルサインのチェックなど医学的知識に基づいた関わりを支援の中に取り入れており、精神保健福祉士は他職種や他機関をチームに巻き込むといったネットワーキングを積極的に行っていた。反面、看護師はネットワーキングに、精神保健福祉士は医学的見立てに困難を感じていた。

IV. 考察および結論

本研究において、“支援に結びつき難い要支援者”には共通して、他者との接触を拒み、引きこもり、社会的にも孤立し、必要な健康関連行動がとれないというセルフ・ネグレクトの傾向（岸ら、2011）が認められていた。このような対象への支援においては、支援者を対象や家族に受け入れてもらうための働きかけ（支援者の受け入れ）と、関係を支援関係に発展させ必要な問題解決に至るまで維持する（支援の受け入れ）ための、支援導入時の専門的な接近法と十分なプロセスが重要となる。今回の支援者が用いていた接近法の内容は、萱間（1999）が示した地域ケアにおける関係性を創る技術のうち熟練保健師が用いていた技術と類似するものであった。また、家族を含めた対象の問題をシステム論に基づき円環的にとらえることも必要であり、今回の支援例でも家族アセスメント・家族支援を接近と支援関係維持のためのプロセスに反映させていた。この家族アセスメント・家族支

援の視点とアプローチは保健師の支援技術の1つである（渡辺，2003）。加えて，効果的な支援導入のためのプロセスには直接的な技術に加え，対象の状況をみながら柔軟に訪問頻度や1回の訪問時間・時間帯を変え，支援導入時の関係形成に十分な時間を費やし，焦らず変化のタイミングを見計らうといった効果的な接近方法の工夫も必要であった。これは従来の訪問看護では制度上実施は容易でなく，契約内容に縛られない訪問内容のコーディネートが可能な保健師が多く用いる方法であるといえる。

以上のことから，地域支援の専門家である保健師の専門的接近法の明確化と活用のための条件の特定が，接近が困難な対象への訪問支援において有効な資料となり，今後の精神科訪問看護においても，支援契約がある中での信頼関係形成から一歩進んだ医療契約の有無に関わらない対象への支援に有用な資料となることが示唆された。

V. 本研究への示唆

予備研究の結果から，拒否的で接近が困難な“支援に結びつきにくい要支援者”への効果的な支援においては，支援導入時の専門的な接近法とそれを有効に機能させ支援関係を維持しつつ，本来の目的である支援を受け入れてもらうための関わりが重要であることがわかった。その専門的な技術の明確化と活用のための条件を特定するには，契約の有無に関わらない拒否的な対象への積極的な訪問支援を行ってきた熟練保健師の技術・支援プロセスおよびその帰結について探索的に明らかにする方法が有効であり，今後の精神科訪問看護に有用な資料を得ることが可能であるとの示唆を得た。

このことから本研究では，以下について明らかにする。

1. 熟練保健師による，拒否的で支援に結びつき難い要支援者への支援導入時の接近法と効果的な支援関係維持のための技術およびそのプロセスと，それらに影響する要因
2. 1. で抽出した各要素を精神科訪問看護に活用するための条件

これらについて明らかにするため、精神科訪問看護師からも同様に拒否的で支援に結びつき難い対象への接近法と支援関係維持のための技術、プロセス、帰結について聞き取りを行い、比較法により両者の同一性と差異性に着目しながら、保健師が支援導入時に用いる技術の特徴について記述するための研究を行った。

第4章 研究方法

I. 研究デザインと理論前提

1. 研究デザイン

これまで熟練保健師が支援に結びつき難い対象への支援導入に用いてきた接近法は、効率的な支援関係を構築しそれを維持しながら本来目的とする支援の導入に結びつけるための技術およびそのプロセスであり、技術の項目の抽出と同時に一連の支援プロセスに伴う現象全体を明らかにすることが重要であると考えた。このことから、支援の導入が困難な対象への接近法という現象を構成する要素とその現象の構造を探索的に分析することを目指し、本研究では、グランデッド・セオリー・アプローチを用いた因子探索型の質的帰納的研究デザインを用いた。

また、保健師による特徴的な技術についてより明確に記述するため、熟練した訪問看護の経験を有する精神科訪問看護師からも同様のデータを収集し、比較分析を行った。

2. 理論的前提

1) シンボリック相互作用論

シンボリック相互作用論は、人間行動に関する理論であり、人間行動と人間の社会生活の研究方法論である。人間の行為の多くは、対象に意味を与え、読みとり、他者と意味のやりとりをし、主観的に意味づけられる、という、その場面に参与する人びとの社会相互作用の上に成り立ち、個人の解釈過程に媒介されている。この現象を明らかにするためには、そうした個人の解釈過程の内側に入り込む必要がある。

本研究で扱う、支援に拒否的な要支援者への接近という保健師・訪問看護師の実践は、一方的に働きかけて行った結果ではなく、場や空間に意味を置き、また要支援者と保健師・訪問看護師の両者の特性などをふまえた相互作用を持ちながら進むプロセスである。このような保健師・訪問看護師の活動は、シンボリック相互作用論の「人間は物事が自分に対してもつ意味に則って、その物事に対して行為するものである。物事の意味は、社会的相

相互作用から導き出され、発生する。それらの意味は、個人が自分の出会った物事に対処する中でその個人が用いる解釈の過程によって扱われたり、修正されたりする。」

(Blumer, 1997) という前提に通じる。そのため、保健師・訪問看護師の要支援者への接近という実践の中に存在する事実を導き出し、それらを解釈していく方法論として、シンボリック相互作用論を理論的前提とした。

2) グラウンデッド・セオリー・アプローチ

グラウンデッド・セオリー・アプローチは、「ある現象についてデータに根ざした帰納的な分析を進めることにより、データに基づいた理論を構築するために体系化した一連の手順を用いる質的研究の 1 つの方法論」であり、その目的は「研究の対象となる現象について、その現象を照らし出す理論を構築すること」(Straus & Corbin, 1998) である。

本研究では、拒否的な対象への支援導入時の接近法とそれに影響する要因について探索的に明らかにすることを目指しており、グラウンデッド・セオリー・アプローチによる継続的比較分析が適当であると考えた。

II. 研究方法

1. 研究対象

1) 研究対象者

研究目的および予備研究の結果から、以下の条件を満たす熟練保健師・熟練訪問看護師 13 名を研究対象とした。

保健師群

- ・ ケースへの支援実施当時の時点で保健所において地区分担制により（概ね平成 10 年より以前）精神科訪問支援に 10 年以上従事していた保健師（現職・離職者問わず、現職者の場合は現在の所属先の種は問わない。また、病院での臨床経験の有無は問わない）

訪問看護師群

- ・ ケースへの支援実施当時の時点で精神科訪問看護経験を 10 年以上有していた看護師
(病院での臨床経験の有無，訪問看護の運営主体の種別は問わない)

<選定条件の根拠>

- ・ 保健師の就労背景および訪問支援経験：地区分担制での業務に長く携わっていた保健師は常に地区を巡回し家庭訪問をより細やかに実施していたと考えられ，また精神科領域のケースへの豊富な訪問支援経験を有するのは，精神保健法の規定に基づき精神障害を担当していた保健所に勤務していた保健師であると考えられたことから，専門的な接近法を抽出するために十分な訪問支援経験を有すると考えられる就労背景と経験年数を設定した。
- ・ 訪問看護師の就労背景および訪問支援経験：支援対象や支援者の立場による相違の有無・内容を明らかにすることを目的とすることから，保健師と同じ 10 年以上の訪問支援経験を有する訪問看護師を設定した。
- ・ 保健師・訪問看護師の病院での臨床経験：条件として規定しなかったが，分析過程において重要な影響要素と判断されれば，その後のサンプリングにおいては臨床経験にも着目した対象を選定し，データ収集を行うものとした。

2) 研究対象者の支援ケース

研究対象者に支援事例として語ってもらったケースの類型は，“直ちに生命に危険が及ぶわけではないが，何らかの事情により一般的なセルフケアに問題があり，必要がありながら自らでは健康関連行動をとらない，もしくはとれないことから，自らでは安全を保つことが困難な状態であり，かつ支援者の接近を拒否し支援を受け入れない”という特徴を有するケースのうち，統合失調症の診断に該当するケースに訪問支援活動を実施していた者（ケースの年齢，性別，同居者の有無は限定しない）と規定した。

2. データ収集期間

2012 年 2 月から 2012 年 11 月

3. 研究対象者のリクルートとデータ収集

1) 研究対象者のリクルート

(1) 精神科地域ケアの専門家（精神科領域における訪問支援を積極的に行っているもしくは過去に行っていた看護職, 地域ケアについて専門的知識を有する研究者, 教育者）に本研究の趣旨について研究協力依頼文書（資料 1）を用いて説明を行い, 研究趣旨に沿った情報提供が可能と判断される保健師ならびに訪問看護師の推薦を依頼した。

(2) 推薦が得られた研究対象候補者に対し, 事前に電話やメールにて研究趣旨の概要を伝え, 研究対象の条件に該当するか, また協力の可否について確認の後, 訪問し改めて研究協力依頼文書（資料 1）, 調査主旨説明書（資料 2）を用いて研究の主旨と内容について説明を行った。

(3) 協力の同意が得られた場合に研究対象候補者を「研究対象者」とし, 同意書（資料 3）, 断り書（資料 4）を手渡し, 研究対象者と研究者の両者が同意書に署名した。

(4) その後の候補者は, 基本的には既に協力を得られた研究対象者に次の候補者の紹介を依頼する抽出方法を取り, データ収集と分析を同時に進行し, 理論的飽和に達するまで抽出を行った。

2) データ収集

(1) データ収集は, まず保健師群において聞き取りと継続比較分析を行い, 保健師における支援技術の項目およびプロセスを構成する要素（概念化・サブカテゴリ）を抽出した後, 訪問看護師群への聞き取りならびに分析を行った。

(2) 対象に, インタビューの前にフェイスシート（資料 5）の記入を依頼し, フェイスシートへの記載内容とインタビューガイド（資料 6）に沿った半構造化面接に基づき, 訪問支援経験を想起して語ってもらった。インタビューガイドは, 研究の趣旨と目的に

沿い、以下に焦点をあて作成されている。

- ① 支援ケース（本人・家族）の背景および支援導入に至る経緯
- ② 支援ケースへの関わりの要所で研究対象者が行ったアセスメント・判断の内容
- ③ ケースへの支援において、研究対象者が支援導入時に行った関係構築のための働きかけの内容、支援導入時の一連の支援プロセス、働きかけ・プロセスに影響する要因、および効果
- ④ 支援導入時の支援プロセスにおいて、関係構築・維持のための技法以外にも対象が実践した支援内容、およびその他の支援と関係構築・維持のための技法との関係（それらの相互作用）

(3) 1名の研究対象者に対して面接回数は各1回、約40～90分程度の面接を実施した。追加質問や確認のため、追加面接もしくはメールや電話での確認を依頼する可能性があることについて、調査依頼時に了承を得て面接を行った。

(4) データ収集の場合は、プライバシーが確保される場所を原則とし、研究対象者が安心して自由に語れる場を設定した。研究対象者が所属する施設の面接室等、もしくは研究対象者が希望するその他の場所にて実施するものとした。

(5) インタビューの内容は、研究対象者の同意を得てICレコーダーにて録音した。

4. 分析方法

インタビューの内容を録音したものを記録し、逐語録を作成しデータとした。支援者が語った内容を文章または区切りと考えられる部分で分け、特に「支援に拒否的なケースへの接近のために用いた技術」に焦点をあて、文脈等で検討しながらコード化した。抽出されたコードを集め概念化を行い、それらを関連付けながらサブカテゴリを生成し、サブカテゴリに影響していると考えられる要因等、データに関する思考を要約したメモを取りながら分析を進めた。この作業は各対象のインタビューが終了するごとに行い、新たな対象からのデータを既に得たデータと比較検討し、共通性と差異、その背景となる要因に注目しながら分析

を進めた。データ収集と分析は保健師数名で行った後、訪問看護師数名に行い、支援内容に関する概念を抽出し、概念の特性を比較・検討した。概念の特性に影響する要因をもとに次のインタビュー対象者を検討し、インタビュー対象者を選定した。両群でのデータ収集・分析を繰り返し、新たなデータから導き出したカテゴリを既に抽出したカテゴリと比較し、整理・統合していった。最終的に両群から抽出されたカテゴリ間の関係を検討し、接近のための技術とその用いられ方について全体構造を導き出し、コアカテゴリを抽出した。この全体構造に改めて各事例を当てはめ、カテゴリのネーミング、カテゴリ間の関係の妥当性を確認する作業を繰り返し、全体構造を検討、修正した。

なお、対象者が語りの中で効果的でなかったと考えていた技術（ケースの拒否につながった働きかけ）については、ネガティブデータとして他対象者が用いた技術を整理する際に比較データとして用い、類似の場面で効果的であった技術を抽出するために使用した。

5. 研究の質の確保と評価

データの解釈および抽出したカテゴリの妥当性を評価するため、生データ、分析過程、最終報告の各段階において、地域メンタルヘルスケアについて専門的知識を有する研究者、教育者のスーパービジョンを受けた。

III. 倫理的配慮

1. 情報の取り扱いに対する配慮

調査データおよび同意書は、研究者のみがアクセスできる場所に保管した。データおよび同意書は研究終了後速やかに断裁等の方法を用いて処分することとした。調査データについてはIDで管理した。インタビューを行う際は、内容を対象者の同意のもとに録音したが、文字データに書き起こす際に、固有名詞はすべて匿名化し、データから対象者および事例が特定できないよう留意した。インタビューデータ等、質的なデータをそのまま論文中に記載することが望ましい場合には、状況から個人が特定されないよう一部改変するな

どの配慮をした。音声データから文字データに起こす際、業者に依頼する場合は、プライバシーポリシーの守られる業者を選ぶこととした。

2. 個人情報の保護

対象者に関しては、協力の意思が得られた者のみ、氏名および連絡先等を研究者が把握できるものとした。対象者による事例の提示に関しては、聞き取りの段階で事例個人が特定されるような情報については伏せた形での提示を依頼した。

3. 対象抽出に係る配慮

精神科地域ケアの専門家に対して、研究の目的、方法、内容について研究説明書ならびに口頭にて説明し、理解を得た後、対象候補者の推薦を依頼した。その際、推薦された対象候補者の心理的・身体的負担を十分に考慮し、協力を拒否しても対象候補者および推薦者の両者に不利益が及ばない者であることも条件とした。

4. 対象者への説明と同意

対象者に対し、研究の目的、方法、下記の配慮についてを書面と口頭にて説明を行った。調査を行う際には、同意書への署名をもって同意が得られたものとした。

- ・ 研究への参加は自由意志に基づくものであること
- ・ 同意後も自由に参加を取りやめることができること、またその際の方法
- ・ 答えたくない内容には答えなくてもよいこと
- ・ プライバシーの保護に十分配慮すること（データの匿名化、データの管理場所、結果公表時の配慮）

第5章 結果

I. 対象者の概要

1. 調査対象者の概要

本研究は、地域に潜在する支援に結びつき難い要支援者への効果的な接近のための技術を明らかにすることを目的とし、熟練保健師7名ならびに熟練精神科訪問看護師6名、計13名（支援者ID：1～13）へのインタビューを行った。面接回数は各1回で、時間はそれぞれ35分から99分、平均58.7分であった。

対象者の概要を表2に示す。性別はいずれの対象者も女性であり、インタビュー当時の年齢は43歳から68歳で、平均年齢は55.5歳（保健師58.9歳、訪問看護師51.5歳）であった。今回語られたケースへの支援時の訪問支援経験年数は、訪問看護師1名を除く12名が10年以上の経験年数を有していた。本研究では継続比較分析法を用いており、熟練保健師・熟練訪問看護師のデータ収集と並行し比較分析を行う中で、熟練看護職の分析から得られた技術を経験の浅い看護職での技術と比較する目的で、理論的サンプリングとして経験年数が10年未満の1名にインタビューを行った。理論的比較により、既に熟練看護職の分析において抽出されたカテゴリを洗練するため、ネガティブデータとして、もしくは接近技術の有効性を強化するためのデータとして使用した。

2. 対象者から語られた支援ケースの概要

今回のインタビューにて語られた支援ケースの概要について、表3に示した。該当ケースの性別は男性が7名、女性が6名（計13名 ケースID：1～13）で、年齢は20代から80代であった。支援開始時の主な問題は、未治療・治療中断、ひきこもり、近隣への迷惑行為、逸脱行動、清潔セルフケアレベルの著しい低下であり、いずれのケースも本人からの希望ではなく周囲の者による相談の持ち込まれ（支援依頼）により支援が開始されていた。13名のうち、独居のケースが8名、家族と同居のケースが5名で、家族と同居のケースへの支援について語ったのはいずれも保健師、ならびに自治体からの事業委託により準

行政職として従来の訪問看護とは異なる訪問支援を実施していた訪問看護師であった。

Ⅱ．地域に潜在する支援に結びつき難い要支援者への接近のための技術の用いられ方

1. 接近のプロセスの全体構造と特徴

本研究では、支援導入時の関係構築および当初の目的である支援の導入に結び付けるまでに用いられた接近のための技術と、それらを用いた接近の一連のプロセスに焦点をあてた分析を行った。語られたインタビューから「接近のための技術」に該当する内容を抽出し、カテゴリを生成した。分析の結果、地域に潜在要支援者への接近のする支援に結びつき難い 116 つの概念、50 のサブカテゴリ、26 のカテゴリが抽出された。それらが用いられた時間的経過に沿って整理した結果、ケースへの接近のプロセスは、関わりによるケース・家族の態度の変化に沿い、「訪問前に情報を整理して準備する段階 (Step1)」、「ケースへのアクセスを可能にする段階 (Step2)」、「訪問を途切れさせず定期的に会えるようにする段階 (Step3)」、そして「ケースに支援者の役割を認めてもらう段階 (Step4)」という 4 つのステップを踏んで進められていた。そのうち、「ケースへのアクセスを可能にする段階 (Step2)」では、働きかけの焦点を家族におく支援 (タイプⅠ) と、アクセス困難なケース本人への接近に時間をかける支援 (タイプⅡ) の 2 つの類型が抽出された。また接近のプロセス全てに係る形で、「連携を円滑にする日常的な支援体制づくり」が行われていた。図 1 に一連のプロセスの全体構造を示す。

ケースへの接近のプロセスについては、保健師、訪問看護師とも総体的に同じプロセスを辿って進んでいたが、Step2 での、働きかけの焦点を家族におく支援 (タイプⅠ) については、実施していたのは保健師もしくは自治体からの委託事業により準行政職員として訪問支援を担当している看護師であり、支援ケースは成人した同居家族がいる者という特徴がみられた。

抽出されたカテゴリの再構成の結果、地域に潜在する支援に結びつき難い要支援者への

接近の技術は、『ケースからの歩み寄りを引き出す技術』をコアカテゴリとして構成された。

2. 接近のための技術の用いられ方

抽出されたカテゴリを時系列に沿って整理したものを表4に示し、詳細な内容はプロセスの各段階別に表5～10に示した。

以下の項で、各支援プロセスにおいて用いられていた技術それぞれのカテゴリの内容について説明する。本文中、カテゴリを【 】で、サブカテゴリを《 》で、概念を〈 〉で示した。また、データの引用は「 」内にインタビューの逐語録から抜き出した部分を斜字で示し、研究者の補足は（ ）で示した。なお、各カテゴリのデータの引用については、特に明確にそのカテゴリの性質を表しているものを選択し例として提示した。

1) 訪問前に情報を整理して準備する段階（Step1）で用いられる技術

今回、支援の対象となったケースは、自らでは支援に結びつき難く、また、支援者の接近・支援を拒むという特徴を有している。そのことから、本人以外の者からの相談もしくは支援依頼が持ち込まれることにより支援が開始されており、支援者は訪問前に情報を整理し、ケース世帯に係る問題の構造の理解に努め、効果的な訪問導入のための準備をしていた。（表5）

(1) 【相談者の話を整理し問題の優先度を明確化する】

ケースに関する相談が持ち込まれると、支援者はまずく困っている人には「すぐに」「顔を見ながら」対応する。ため、相談者に電話等ではなく直接会って話を聴き、相手の不安を緩和しながら正確な情報の把握に努めていた。そして〈相談者から持ち込まれた困りごとの内容から問題の本質を探り〉、〈今一番困っている人・困り具合の程度を見極め支援の優先順位を判断〉し、〈対象ケース世帯内の問題を整理し支援の道筋を組み立て〉ることで《相談者の話を整理し問題の優先度を明確化》していた。

支援者2（保健師）

「民生委員さんに話を聞く前に、とりあえず、すぐ困ってるのは学校、学校が毎日の通学

路の問題でPTAからも言われてる、っていう、けっこう緊急性としては学校の方がやっぱりあったので、それで、学校に行くことにしました。」

支援者1（保健師）

「ひきこもりで、とにかく他者を、親も、母親も一切入れないと。すごく被害妄想が強く、入れないという感じで（相談が）持ち込まれるわけ。…（中略）…じゃあどこから手をつけるかっていったときに、とにかく事情を聴くと、お母さんも病気であるらしいと。だから、病気のお母さんと息子を、しっかり社会生活してたお父さんが抱えながらずっと様子をみながらここまできてしまったらしいと、いう感じになってて。」

(2) 【相談者の話を聴きながら対象ケース世帯への接近の手掛かりを探す】

相談者の相談内容から近隣住民含めたケース世帯の問題を整理しながら、支援者は「相談者の話を聴きながら対象ケース世帯への接近の手掛かりを探し」、ケース・家族が警戒しない効果的な訪問導入の方法を模索していた。

支援者2（保健師）

「そのご家族の状況を聞かせてほしい、っていうことで、民生委員さんのおうちに最初に行ったんです。訪問のね、手掛かりを、そのおうちにどういうふうに入れば家族が警戒しないで私たちを受け入れてくれるか、っていうことを考えたいから、それを聞こうと思って、民生委員さんのおうちに。」

(3) 【持ち込まれた相談の内容から支援の緊急性や危機介入の必要性・時期を判断し決断する】

持ち込まれた相談の内容によっては措置入院など早急な医療的介入が要される場合もあ

り、支援者は《相談の内容からケースへの介入の緊急度を判断》していた。その判断の目安として、＜ケースが24条通報の対象か否か（警察の介入が必要なレベルか否か）を緊急度や危機介入の必要性・時期の判断の基準＞とし、＜対象ケース世帯・相談者の今ある状況から緊急度を判断し危機介入実行の方法・タイミングを決断＞していた。その際、危機介入だけの一時的な関わりではなく、その後も長期的に世帯に関わり続けることを意識し、＜時間的展望を持って支援プロセスを組み立てどの段階に力をかけるか判断＞しており、《家族への支援プロセスの時間的展望を見極め危機介入の時期や方法を決断する》という見立ての技術が用いられていた。

支援者2（保健師）

「でもすごく精神症状が前景に出てるって感じはなくて、ちょっと（自室に）こもったような状態だったんで、そんなに緊急性はないっていうふうに思ったし、やっぱり40になるまで20年くらい未治療で来た人たちを治療に結びつけるのは大変だから、まあ少し丁寧に関わりをやろうかな、っていう感じで。」

支援者3（保健師）

「今すぐには治療とか難しいし、関係性がないとね。今は強引に連れて（行かなければいけないような）、人に危害加えるわけでもないしね。自傷他害でも何でもないから。24条通報の対象ではないから。それでね、裸んぼになるとか、半裸になってどうこうとか、人に危害加えるとかだったらあれだけど、そういうのはないから。そういう緊急性はないし。」

支援者1（保健師）

「あんまり時間とるとね、今度拒否になって、怖がらせるから、もう一気にやっちゃおうって思ったんですね。心配してるのよ、心配してるのよ、って一気にやっちゃおうって。」

そうしないと、何だ何だって、今度は向こうがバリケードみたいになっちゃうし、お父さんもそんな何度も来れないから、一気にやるしかないかなと。時間かけられないっていうのがありましたからね。」

(4) 【依頼人・ケースの周囲の人々もクライアントとしてケアする】

ケースについて相談を持ち込んだ相談者は、日常的にケースの問題行動に困らされており、ケースに対して否定的な感情を持っていた。そのためケース世帯は地域から孤立しており、そのことがさらにケースと家族の警戒心を強め閉鎖的にし、他者からの介入を拒ませる要因の1つとなっていた。

支援者は、＜相談者が一番困っている人と認識＞し、＜困っている人には「すぐに」「顔を見ながら」対応＞していた。直ちに相談に対応する姿勢や、＜相談者には困りごとに対する具体的対応策を提示する＞ことで、《ケースの周囲の人々もケアの対象（クライアント）として関わり》不安軽減に努めていた。

支援者1（保健師）

「誰が一番って、やっぱり相談してきた人が一番困ってる人なんですよ、はっきり言えば。それが近隣だったり、家族だったり、…（中略）…本人が来てね、だったら病院行けばいいんだけど、結局保健師に持ち込まれる方っていうのは、やはりその方に関わってる人が、一番困って連絡してくるっていうケースがやっぱり多いんですよ。来た時には、相談しに来たその人を患者さんと思って、その人をみるケア、その人を見て入りますよね。」

支援者2（保健師）

「（相談元である学校に対し）とりあえず父兄さんが同行して、通学するとかはしてもらって、何かまた気になったらとにかくすぐに、保健所の方にご相談して下さい、ってことは

言ったの。」

2) ケースへのアクセスを可能にする段階 (Step2) で用いられる技術—タイプ I : 働きかけの焦点をケースへの接触を阻害する家族におく支援

今回の事例の多くでは、支援を開始し、いざケース世帯を訪れてみると、契約の有無に関わらずケース自身に直接会うことが出来ない、という状況がみられていた。ケースへのアクセスの障壁となる要因には2種類あり、1つ目は家族などケース本人以外の者が支援者の介入を拒んでおり、またその家族が世帯内の問題を困難にしていた。そのため支援者は、ケース本人への接近の前に家族への働きかけに重点を置き、訪問自体をシャットアウトされてしまわないよう意識しながら家族のための訪問を繰り返していた。そして、世帯全体の生活を支えながら家族からの信頼を得ていき、その防衛を緩和することで本来の支援対象であるケースへの接近を可能にしていた。(表6)

(1) 【ケースに直接会うことを急がず家族のための訪問・支援を繰り返す】

支援者はケースの家庭に入り、世帯内の問題を整理し、ケースの状態を悪化させている、もしくはケースへの接近を阻害している要因を見極めることで、敢えて本来の支援対象であるケースへの関わりを後回しにしていた。まず阻害要因となっている家族の防衛に働きかけ態度を軟化させることが優先され、今回語られたケースではいずれもそれはケースの母親であった。支援者は<母親が警戒しないようケースに直接会うことを焦らず>、ケースの話題で<母親が防衛的になった時はさらっと話を変え>ていた。母親に訪問をシャットアウトされてしまわないよう次回以降につなげられる要素を多く見つけ糸口にするなど<完全にシャットアウトされないよう次の訪問につなげる工夫をする>という<<阻害要因である母親に訪問をシャットアウトされないよう配慮する>>技術を用いながら、働きかけの焦点を転換するタイミングを見計らっていた。

支援者 2（保健師）

「多分 2 階に本人はいるんだな、っていう感じはしましたね。でもあんまりそんなすぐに本人に会いたいって言うことは、そういうこと言うとお母さんがすごく警戒するかな、って。」

支援者 2（保健師）

「（ケースの話をして）あ、ちょっとお母さんが防衛的になったな、って感じるから、その話はやめて、息子さん〇〇できたらいいいよね、ってさらっと終えて、今度はお母さんの体のこととか、お母さんのことに話を変えて、っていう切り替えですね。」

支援者 2（保健師）

「もう、私たちは訪問できなくなったら、シャットアウトされたらもう終わりなので。駆け引きですね。次につなぐ。だから（繰り返し）訪問して、早急にやれない。必ず「次にはじゃあいつ」、っていう約束をとるのがすごい大変・・・」

ケースへの接近を阻害している母親に対しては、ケースの世話に依存する生き方をしてきたことを否定するのではなく＜母親がしてきたことをねぎらい認め＞ながら、＜母親の日常的な困りごとや母親自身の病気のケアのための訪問を密に繰り返し＞、母親から支援者の存在を認められる関わりに努めていた。＜母親の言動を拒否せずそれに応じ＞、＜母親の想いを聴きその実現を支援する＞ことで少しずつ母親との距離を縮め、《ケースではなく母親のための訪問と支援を繰り返し想いを受け止める》ことが母親の態度を軟化させ、結果的にケースへの接近を可能にすることにつながっていた。

また、最初に危機介入を行い母親の生活の中心だったケースを入院により失うという突然の生活の変化を母親が受け入れていけるよう、＜家族員の喪失に家族が向き合うことを

支える」など、《世帯内の困難や支援者の介入によって起こる世帯内の変化に家族が向き合うことを支える》ことによって、家庭内の問題に触れられたくない、他者に侵入されたくないと考えていた家族の気持ちや態度を変化させていた。

支援者 10（訪問看護師）

「お母さん分かりました、お母さん大変だね、って。肝臓悪ければ本当にね、そっちこっち大変だよ、食べ物だって大変だし、で、あなたはこうやって子育てしてるんですね、ってまず認めた。」

支援者 2（保健師）

「お母さんに「息子さんに会えるかなあ？」って言うとなんか「息子は会いたがりません」とか言って、なかなかその、きっかけがなくって。でも「また来ます」ってことで1,2週間に1回くらい、定期的に行くことにして、まずはお母さんが困っていることを相談にのりながら、保健師との信頼関係を深めていこうとして。…（中略）…でやっと、4か月目で、自分が声かけてみる、ってことを言ってくれて。」

支援者 10（訪問看護師）

「（ケースの母親が）「いつも子どもたちにはやるけど私のことは誰も面倒見てくれる人がいない」というわけ。私の為に来てくれないの？」って言うから、お母さんのために来るから、じゃあ何がいい？って言ったら、おしるこ食べたい、とか、食欲ない時は梅干しとおかゆ食べたい、とか、うどんが食べたい、って言うのね。だからちょっとうどんを作ってあげたり、あとおしるこのカップを買ってったりね。」

(2) 【世帯全体の日常生活支援・社会資源の整備を行い家族全体の生活を整える】

ケースへの接近の障壁となっている母親への集中的な働きかけにより継続的な訪問を可能にしながら、世帯内を見渡し他家族員も含めた直接的なくケース世帯の日常生活支援を行うことや、家族員にも精神疾患がある場合などでは家族員の通院にも同行し効果的な受診を助け家族と医師の間を取り持つなど《家族の日常生活支援を行い》，家族が支援員の存在により世帯全体の生活が安定する経験を持てるような働きかけをしていた。

また、世帯内の問題が複雑であるほど世帯全体のフォローが必要なケースでは複数名で訪問し役割を分担し、＜家族にとって有益となる社会資源や制度などを導入する＞ことによって、ケースの病気に介入するためではなく家族の生活の安定のために訪問していることを理解してもらえるよう《ケースに対してだけでなく世帯に有用な資源や制度を情報提供・導入する》という技術を用いていた。さらに《支援者が間に立って世帯が地域とつながりを持てるように働きかける》ことにより、地域での家族の孤立を防ぎ、家族の閉鎖性を緩和させることに努めていた。

支援者 2（保健師）

「お母さんの話を聞くっていう方と、本人中心に話を聞きたいっていう方と、やっぱりちょっと分けた方がいいっていうことが結構あるので。今は結構ペアで行ってることが多い、特に未治療とか医療中断のケースは。」

支援者 10（訪問看護師）

「自立支援を申請して、自立支援はきました。で、お母さんお金がなくて困ってる。幸い調べたら、今から障害年金を申請しても、お金が入るって見通しになった。で、障害年金を申請してあげた。そしたらね、（支援開始以前の）5年間で400万出た。」

支援者 2（保健師）

「結構やっぱりこういう家族って、近所づきあいも閉じるんだよね。そこにもう 40, 50 年くらい住んでてもやっぱり、肩身が狭いので、近所との関係は比較的なくて。集まりとか、地域とのつながりが持てるものが少しでもないかって色々考えたり。」

（3）【家族が自身の新たな生活に向き合うことを支える】

母親への密な関わりを通して、支援者の存在を受け入れてもらえるようになると、徐々に本来のターゲットであるケースへの接近を意識し、《家族がケースの世話人以外の役割を見出し自身の新たな生活に向き合うことを支える》関わりをはじめていた。ケースの世話が生活の中心であった母親に対し、＜支援者が母親を頼りにしている姿勢を示す＞ことで、母親の役割を奪おうとしているのではないこと、支援者も母親の存在を頼りにしていることを伝え、随時ケースの状況を母親に報告・相談していた。一方で、＜ケースへの関わり方のモデルを示す＞ことでケースとの適切な距離の取り方を伝えると同時に、支援者が間に入ることでケースと母親の分離を促しながら、＜母親がこれまでのケースの世話人以外の役割を見出し自身の新たな生活に向き合うことを支え＞ていた。

支援者 2（保健師）

「でも息子さんずっと家にいて、何か楽しみもなくて、一人で家事とかも大変だと思うから、まず「手紙書くからお母さん渡して下さいませんか？」って言って、何回か手紙を書いて渡して。」

支援者 2（保健師 2）

「やっぱりお母さんとの関係、お母さんが何か、彼が生きがいというか、彼の事しかないから、だからお母さん自身が何かに関心を持つとか、少し健康的な生活、お母さんが。」

(4)【近隣住民もケアしケース世帯の地域での孤立を緩和する】

ケース世帯への訪問開始後、＜相談者にもケースへの対応の状況について報告しケアする＞ことで《相談者のケアを通しケースへの否定的感情を緩和する》ことに努めていた。また、＜訪問の度に近隣にも声をかけフォローする＞ことにより近隣住民の不安の軽減に努めながら、ケース世帯のモニタリング役割としても活用し、《ケース世帯の地域での孤立を緩和する》ことにつなげていた。

支援者 2（保健師）

「（相談者である）学校には、本人に会えたもっと前かな、本人には会えてなかったけど一応いい方向に行ってますと、で、本人へのアプローチを考えている、ってことを伝えて。学校側も、PTA がちょっと協力したりして安心してくれたので、その後、大きな苦情は全然なくなったので。」

支援者 10（訪問看護師）

「なおかつ大事なのは、近隣が全部びびってたわけね。「もう私は安心して寝たことがあります」って言うわけ。で、私が皆名刺を置いてきたの、24 時間この携帯に掛けて下さいって。で、全部、ほんとに長いことご迷惑かけたけど、何かあったらかけて下さい、すぐ駆け付ける必要があれば来ます、っていうことで、そうやって回って歩いたのね。」

3) ケースへのアクセスを可能にする段階（Step2）で用いられる技術—タイプⅡ：アクセス困難なケース本人への接近に時間をかける支援

ケースへのアクセスを阻害する 2 つ目の要因は、ケース自身による拒絶である。訪問支援においては“会えないこと”は致命的であり、アクセスが困難な際には、支援者はまずケースへの物理的な接触を可能にするための働きかけを工夫する必要があった。（表 7）

(1)【直接会えなくてもケースのために来たこと・また来ることを間接的に伝える】

ケースへの訪問支援に際し、ケースの同意（契約の締結）の有無に関わらず、訪問してみるとケースが不在、居留守を使われ接触できない、といった状況が度々みられた。支援者は《直接会えなくてもケースのために来たこと・また来ることを間接的に伝える》方法として、＜置手紙を残しケースのことを気に掛けていることや次の訪問日を伝える＞、＜訪問時ケースに直接会えない時にもケースに聞こえるように話す＞などの工夫をしていた。

支援者 2（保健師）

「大きな声で、息子（ケース）が聞いているような声で話したりしながら、訪問を続けて、お母さんの難病の、そのへんのフォローをしながら。」

(2)【会えなくても繰り返し訪問する】

支援者は、訪ねても会えないという状況が繰り返されながらも接触を諦めず、予定外の訪問も取り入れながら《ケースに会えなくても繰り返し訪問する》ことを続けていた。

支援者 9（訪問看護師）

「1ヶ月くらい不在が続いて。で、1週間目で、毎日、無断で不在になっていたので、次の日次の日次の日って訪問しても全然音沙汰がなくて。」

支援者 5（保健師）

「同じところにね、近隣苦情の人がいたので。同じアパートじゃなかったですけど、すぐ近くのマンションでちょうど近隣苦情が挙がってたところだったので、行けば（ついでに）見に行く、って感じで、してたんですね。」

(3) 【会えるための工夫をしながらタイミングを待つ】

支援者は、＜郵便物や洗濯物などから生活実態を確認する＞ことや、＜他支援者や近隣住民に状況確認する＞ことによりケースの安否を確認しながら、＜ケースが訪れそうな場所に行ってみる＞などして接触のための糸口を探り、時間がかかっても《生活実態を確認しながら会える機会を待つて》いた。また、＜訪問前に確認の電話を入れる＞、＜次の訪問日を伝えるなど次につなげる工夫をする＞など《事前の確認により会える工夫をする》ことでシャットダウンを回避しようとする例もあった。しかし中には、状態が悪化し妄想が強くなっているケースの生活圏内でモニタリングを強化したことで、ケースの不快感・警戒心を強め、かろうじてつながっていた他支援者までもシャットアウトされてしまった例もみられており、これらの技術を用いながら時間を掛けて待つ姿勢が必要であった。

支援者 5（保健師 5）

「（病院から治療中断の連絡が）来てすぐ行きましたよね。行って、メモ残したり、生活の様子見て。ここ（自宅）にいるかどうかってことがあったので。見て、どう見ても洗濯干してあったりして。」

支援者 6（保健師）

「（ケースに拒否されて）本当に入れなくなっただけですけど、その時はまあじっと我慢するしかないってことで、それでも1週間に1回位は行って、周りをこう、1周ぐらいして、コンビニの前で座ってないかとか、自転車はあるかとか、そんなことをやっぱり確認して。」

(4) 【既にケースと面識のある者を支援に活用する】

多くの支援者がファーストコンタクトや支援開始初期に行っていたのは、＜ケース世帯と既に面識のある者を初回訪問の窓口にする＞ことであり、また＜初回はケースが慣れた

環境の中で接触する>ことにより、慣れた人・環境の中でケースに会い、警戒心や不安を軽減させるよう配慮していた。ケースが入院している時から支援を開始する場合には、顔を覚えてもらうために病院を複数回訪れ<ケースが何らかの支援につながっている間に支援者の存在を知ってもらう>ことに入院中という必ず会える環境を活用していた。また、<ケースが一番受け入れている支援者を軸に支援を進める>ことや、<ケースの身近な立場の人と一緒に訪問しその人を通して心配していることを伝える>など、ケースへの接触を可能にするために《既にケースと面識がある者を支援に活用》し、働きかけていた。

支援者 6（保健師）

「何をきっかけかわからないんですけど、いよいよ入院する必要があるという事で、訪問看護師さんが入院のところまで付いてってくれたっていうことが1回あったんですね。で、それは私とかクリニックの看護師さんだったり PSW さんだったりしたら嫌だけれども、訪問看護師さんだったら行く、って。」

支援者 1（保健師）

「親戚だから、一生懸命何とか、って親戚の言葉で話すから。…（中略）…とにかくおいでと。部屋から出ておいで、と。親戚のなんとかおじさんと話そうと言って。お父さんがこんな心配してるぞと。」

(5) 【会えないことが続いても割り切りケースを追及しない】

支援者は、約束の日時に訪問しても会えないことが続く場合にも、ケースが特に大きな問題なく生活できているようであれば「まあいいか」と割り切り、ケースを追及したり責めることのないよう自身の気持ちの切り替えをし、支援に臨んでいた。

支援者 11（訪問看護師）

「私が訪問に行っても、なかなか、ピンポンしてもらっちゃらない。どうしちゃったのかなって。で、作業所に電話を。作業所に電話したら、作業所には行っていると。…（中略）…まあただ作業所にはその時には通所されてたので、まあ外との関係が取れてれば、ま、いいかな、って。」

4) 訪問を途切れさせず定期的に会えるようにする段階（Step3）で用いられる技術

訪問を拒まれていたケースによりやく直接接触することが出来てからは、訪問を途切れさせず定期的にケースに会ってもらえるよう、支援者の訪問という状況や支援者の存在をネガティブなものとして認識されないような働きかけを行っていた。（表 8）

(1) 【はじめから早急に・積極的に何かをしようとしない】

ケースと接触はできてもまだ訪問を受け入れてもらえていない段階では、いつ接触が途絶えるかわからない危うい状況にある。ケースはこれまで他者との接触を受け入れず、孤立した生活が長く続いていたことから、支援者はケースに訪問を面倒なもの、ネガティブなものとしてとらえられないよう、＜支援者がしたい内容をいろいろ言い過ぎず＞、＜健康な部分を伸ばすための支援＞であり＜再入院しなくて済むための手伝いをしたい＞こと、＜嫌がることはせず不安な気持ちを楽にする手伝いをしたい＞ことや、＜支援者ができることを具体的に伝える＞など、《訪問についての説明ではあれこれ言わずケースを手伝いたいのだと伝え》、ケースが負担に感じないよう配慮していた。また、保健師が相談者の情報から訪問前のある程度問題を整理していたのに対し、訪問看護師はこの段階で、事前情報には頼りすぎずまずケースに《実際に会ってみて支援の組み立てを考えて》いた。

支援者 9（訪問看護師）

「一般、書類に書いてあるのをダーッと、まあマニュアル的に読んだ方が。あんまりこう、

私が何をしたいとかを言うのもちょっとこう、言わない方がいいかなと思ったので。」

また、＜早急に何かをしようとせず＞、早い段階で受診を促したり急いで生活の改善を進めるなどの＜支援者側からの積極的な働きかけは避け＞、＜押ししたり引いたりしながら時間をかけて待つ＞という《医療的介入を焦らずはじめから色々やろうとしない》という姿勢でケースに接していた。

支援者 9（訪問看護師）

「何をする訳でもないんですよ、そこで。部屋に入れてくれるっていうだけですごいとだなんて思っていたので、そこで私が何かをするとか、してあげるとかしてもらおうとかっていうことは、考えられなかったですね。」

(2)【下手に出ながらケースが嫌がる時にはさっと引く】

訪問についての説明だけでなく実際の訪問内容についても、＜帰ってほしい時には言っ
て構わないことを伝え＞、＜契約時間にこだわらず無理に長くいようとせず＞、ケースがいらついている時などには《無理に長く滞在しようとせず引く時はさっと引く》など、ケースの様子をみながら短時間で切り上げるなどしていた。

支援者 12（訪問看護師）

「機嫌が悪いとか今日体調が悪そうだな、っていう時は、早くさっさと帰ってきますね。いつも 30 分位いるんだけど今日は 10 分で、「体調悪そうだから今日はこれで引き上げますね」って言って帰ってくる。あまり疲れさせない対応に気をつけさえすれば、大丈夫なんだなって。」

ケースに対し支援者は、＜訪問させてくれることへの感謝の気持ちを伝え＞、へりくだった言葉づかいや態度で《下手に出ながら当たり障りなく接する》ようにしていた。また、家族の話題など＜ケースにとっての禁止用語に触れないよう注意する＞、＜ケースの精神症状の話題に直接的に触れることは避ける＞ように注意しながら、＜ケースが嫌がることをしたり言ってしまった際にはすぐ謝り＞、《ケースが嫌がる話題は避け触れてしまった際にはすぐ謝る》ようにしながら、感情の揺れが激しいケースの怒りに触れないよう配慮していた。

支援者 9（訪問看護師）

「なるべく当たり障りのないように思っていた。とにかくまあ、下手にというか、探り探り、関わっていくような感じ。拒否の強い方には私のやり方としては、そういうふうに。」

（3）【ケースの意思を確認しながら妥協点を見つける】

まずとにかく“会えること”を優先した訪問が続き、ケースに支援者の訪問を意識づけてもらうことができた後、支援を少し先に進めようとケースに何かを提案する際には、支援者が決めたことを「しましょう」と提案するのではなく、必ずケースに「しませんか？」と《ケース・家族の意思を確認し、するかしないかの選択権を委ね》ていた。その際、ケース・家族のこれまでの生活を考え、《ケースが支援を拒否したいと思う気持ちも尊重する》ことも大事にし、提案を強要することがないように努めていた。

支援者 11（訪問看護師）

「こう、指導的になるとやっぱりすごい、なんていうんですか、嫌がる。で、なるべく私は行った時には、ご本人に、ご本人の意思確認をしながら、「こうしてもいいかな？どうする？」って聞きながら、やってもらって、関わってはきたんですけども。」

支援者 8（訪問看護師）

「まあご本人としてみれば自分が希望もしていないのに、あれもせいこれもせい、みたいなことをこう（他支援者に）言われることで、…（中略）…ちよつとこう、何ていうか、構えるようなところがあったみたい、っていうところもあって。」

（4）【ケースのタイミングを崩さないイレギュラーな訪問形態を取り入れる】

訪問看護では本人との契約により訪問頻度や時間が予め決まっているが、訪問を受け入れていないケースに対し、＜訪問場所などケースの希望に沿う訪問形態を工夫し＞、また、＜規定にとらわれずイレギュラーな訪問頻度・時間を取り入れる＞＜緊急時にはすぐに・いつでも対応する＞など、契約内容にこだわらず訪問時間や頻度、場所等を変えることで、《ケースの希望に沿い訪問形態を柔軟に合わせ訪問を途切れさせない》ようにしながら、ケースのそれまでの生活様式を考慮した拒否され難い訪問形態を工夫していた。

支援者 8（訪問看護師）

「訪問看護の規定では、ほんとに訪問看護って基本的にはおうちに行かなくちゃいけないので、…（中略）…そうは言っても会ってくれないことには。で、ご様子もわからないので、ある程度ご本人の話を聞いて、少し外で、まあ会う。最初はうちの前で待ち合わせて、それから出かける、っていうふうにしてたんですけど。」

支援者 11（訪問看護師）

「それは契約上、入ってないんだけど、自分で。私の方がちょっと気になって、っていうか心配で、個人的に、ちょっと上司にも内緒で、みたいな。ちょっとのぞきに行く、みたいな。だからそんなに時間たっぷり居るわけではなくって、“どう？元気かな？”みたいな感じでのぞいて。」

(5)【情報を本人から聞き出そうとせず観察による確認を丁寧に行う】

ケースは自身の問題を認識していない、もしくは否認していることから、直接本人に症状や薬の内服状況、家族のことや生活様式について口を出されることを嫌う傾向が強い。また、ひきこもり傾向から自らは何も訴えることがないケースもあり、直接的な確認が迫及や非難、面倒だと受け取られ訪問の拒否につながることもあるため、支援者は、「情報を本人から聞き出そうとせず観察による確認を丁寧に行う」ようにしていた。本人が話したからない内容や訴えの事実性が曖昧な内容は「観察による確認を丁寧に行い」、＜ケースから情報を聞き出そうとせず観察から推測する＞ことによりケースを脅かさないよう配慮していた。特に服薬についてはケースからは直接的な確認が困難であることが多く、症状や副作用の観察により＜服薬は管理し過ぎずどのくらい飲めていそうかを確認＞し、ある程度問題がないようであれば指示通り飲めていなくても無理強いせず、＜観察により症状悪化・危機介入の必要度を判断＞していた。また、ケースに意思確認し同意を得た上で他の訪問サービスを導入したり、地域住民に様子を尋ねるなど＜ケースの生活のモニタリングのための資源を増やす＞ことで間接的な情報収集を行っていた。

支援者 12（訪問看護師）

「脈を測った時にものすごい手が冷たいんですよ。もう身体全身が冷え切ってて。で、お熱測ると5度台とか。これじゃ何もやる気もないしご飯も食べてるかどうかで感じて。脈が速かったりすると脱水も考えられるし、水分が摂れてないっていうのもあるので。必ずやっぱりバイタルは取るようにしてて。」

支援者 13（訪問看護師）

「結構首が曲がっちゃったり（副作用によるジストニア）とかっていうのが出ちゃったので、逆にそういう症状が出てる時は（薬を）飲んでるんだね、って思い、しゃきっとして

る時は、うーん、間違いなく飲んでない、っていう。」

(6)【ケースの味方としての存在であることを態度で示す】

支援者は、音に敏感なケースには物音を立てにくい方法を工夫するなど、観察して得た情報からケースが嫌がるやり方をしなくて済むよう＜ケースが警戒しにくい方法を工夫して＞いた。また、＜ケースの生活に深入りせず脅かさない距離の詰め方で近づく＞ようにし、《ケースの生活への警戒され難い参加方法を工夫し》ながらケースとの距離を少しずつ縮めていた。

支援者 11（訪問看護師）

「親が遠くにいる息子をちょっと心配してるような、まあそういった感じでこう、あまり深く入らず、ちょっとどうしてるかな、みたいな感じでずっと、きてますかね。」

支援者は、《ケースの訴えをじっと聴く》ことも大事にしていた。＜ケースの方から話してくれる訴えをよく聴き＞、＜同じ訴えでも「もう聞いた」と言わず繰り返し何度も受け止め＞ていた。特に、過去に医療者から受けたケースにとって嫌な経験や家族との関係に関する内容など、ケースから＜繰り返される訴えは特にケースがこだわっているポイントだと判断し＞、支援にその情報を反映させていた。

支援者 9（訪問看護師）

「とにかく毎回毎回、話し出すと長い、やっぱり1時間くらい、かかるので。それは話を、
“それはもう聞いたよ”とは言わずに、繰り返し。「そうだったんだ、大変だね」っていう
ところで、まああの、本人の気持ちに沿った形で、入って。」

支援者 9（訪問看護師）

「同じ話を繰り返すんですよね、やっぱり、自分が嫌だったことのエピソードって。…（中略）…それはでも繰り返し話していたので、ぶれなかったもので、多分そうだと思います。」

ケースからの信用を得るため、主治医への訪問看護報告書に記載する内容を敢えてケースに提示するなど、支援者は＜ケースに隠し事をしない態度を示す＞ことを心がけていた。また、ケースの言動の背景にあるものを理解し、＜ケースに非難的にならず味方としての態度で接する＞ことや、ケースが自身の考えでとった行動について＜ケースの行為を拒否せず受け入れる＞ことなどからも、《隠し事をせず味方としての態度で接する》ように努めていた。

支援者 8（訪問看護師）

「先生に何を言ってるんですか？」とか、そういうこともおっしゃるので、報告書なんかもね、「こういう事書いてるんですよ」ってこう、見せたりとかして。それで、ご本人が努力してるってことは、きちんと、分かってるんですよ、周りは皆わかってるんですよ、って話は、していたんですけども。」

また、ケースが処方された薬を飲んでいると言え、その＜ケースの言葉を信用し＞追及せず、＜ケースの優れた部分・出来ている部分を評価し伝え＞ながら、＜ケースは気持ちが伝わる人だと信じ＞、すぐにはケースの言動に変化が見られなくても時間を掛けて《ケースの言葉やケースの力を信じ》ながら関わり続けていた。

支援者 3（保健師）

「何回かやっぱり会ってて、この人だったらやっぱりこう、こちらの気持ちが伝わるかな

あ、っていうか。何だろう、そこの、妄想の世界にいるんだけど、こちらのこう、伝えれば伝わる人かなあ、っていうふうな思いがあつて。」

支援者 5（保健師）

「ちゃんと今回は、外来は来るよ、って言ったんです、彼が。で、それだったら信用するよ、っていう感じだったと思います。ちゃんと行く、って言ったら行く子だったですからね。じゃないと不信、っていうか、ね、強制的に監視してるみたいじゃないですか。」

支援者はまた、ちょっとしたケースの一言や表情から＜ケースの快のポイントを見つけ支援の発展の糸口にする＞ことや、＜本人からの訴えがなくてもしてほしいことを察し実現を助ける＞こと、＜入院期間を利用し自宅の生活環境を整備する＞ことなど、《ケースがしてほしいことを察し実現を支援する》ことにより、ケースに存在を認めてもらえるよう働きかけていた。

支援者 12（訪問看護師）

「ちょうどやっぱり半年くらい行き続けて、まあ 10 分位の訪問をずっと続けて、ある時足が痛いっていう訴えがあったんですね。…（中略）…それまでは身体触るのもダメだったんです。「触らないで、何もしないで」っていう状態だったんで。足マッサージしましょうか？って言ったら、気持ちいいっていう言葉が出たんですね。で、それ以降は行く度に足のマッサージ。それで大体 10 分だった訪問が 20 分とか 25 分位、30 分弱に増えるようになりましたね。」

支援者 10（訪問看護師）

「（長年洗髪もしておらず）美容院に行ってもね、この頭じゃ何もできないから帰れって、

お金だけ取られて何もしてもらえなかったって。じゃあ断髪式やろうっていうことで、…
(中略) …ビニールから何かからはさみから持ってって、断髪式しました。私もその人(ケース)とはまだ心知れてないわけ。2,3回だから。だけど、どうも髪をきれいにしたいってところがあったから。」

(7) 【ケースが支援を受けていると感じないよう配慮する】

これまでも述べたように、ケースは自身の病気を認識していない、もしくは否認していることが多い。支援者は<病気には直接触れず生活の仕方や身体を心配していると伝え>、<指示通り服薬できていなくても管理的にならず様子を見守る>姿勢で、《病気と断定した接し方をしない》よう心がけていた。

また、過去に医療者により受けた嫌な経験や、自立した存在でありたいというケースの気持ちを尊重し、《ケースが支援されているという思いを持たなくて済む接し方をする》よう配慮していた。

支援者 11 (訪問看護師)

「病状がどうこうとか、っていうことよりも、元気にしてるかなとか、そういった関わりで入っていきました。」

支援者 5 (保健師)

「彼はね、家に来ることっていうのは、拒否ですよ。原則ね。支援されてる人間だっていうふうに思われたくない、っていうのがあるので。…(中略) …住居っていうのは、自分はその、精神病院に通ってる人間だ、っていうことは伏せて暮らしてるので、変なのが出来てもらいたくない。」

5) ケースに支援者の役割を認めてもらう段階（Step4）で用いられる技術

ケースが支援者の定期的な訪問を認識し、強い拒否をせず応じてくれるようになってからは、支援者は少しずつ受身的な態度から能動的な支援に移行し、専門家としての支援者の役割を認めてもらうための働きかけを行っていた。（表 9）

(1)【ケースに見合った受け入れやすい方法を提示し生活を円滑にすることを支援する】

ケースの生活の改善に向け、支援者は、密着していた母親と自分を切り離し自身の本心をはさるよう支援したり、ごみ捨てや掃除など具体的な日常生活方法について、＜ケースが自立した生活を意識できるような働きかけを工夫し＞、＜セルフケア自立や不安軽減に向けて具体的な方法を伝達する＞ことで「具体的な方法を伝達しケースの自立に向けて働きかけ」、支援者がケースの生活に役立つ存在であることを認めてもらうよう努めていた。

支援者 11（訪問看護師）

「お母さんはこう言ってるけどお母さん抜きで考えてね、自分（ケース）としては（ヘルパーに）入ってもらった方が、関わってもらった方がいいんじゃない？っていう感じで聞いたことあったんですけど、そしたらすごい、返事に迷ってて。」

支援者 1（保健師）

「細かいことも随分支援したわね。つまり、お母さんとか貯金口座とかあるじゃない、そのときでも亡くなると凍結とかされるっていうの。だからパッと銀行に電話して時間ずらしてもらってね。お葬式出したりするときとか。」

また、ケースに医療も含め新たな社会資源を導入する際にも、＜ケースの生活に役立つ資源をできるだけ多く把握しておき必要時情報提供する＞ことや、＜ケースの生活・特性を考慮した脱落しにくいサービスを提案する＞など、＜ケースに必要な支援者を紹介する

形で増やしていきながら、《ケースの特性に見合ったサービスを提案して》いた。

支援者 8（訪問看護師）

「デイケアはダメでも、その地域の、支援センターとかね、作業所とか、そういうところを紹介したりとか、あとはその、ご本人が、やっぱりすごく生活が難しいというか、であれば、ボランティアでも何でもいいから、とにかく手伝ってくれる人を探さないか、って話もして。」

支援者 6（保健師）

「A クリニックっていう、私たちが比較的、精神保健相談にも来て（もらって）いて、まあ色々無理もお願いできるような先生の所を紹介したっていう。本人が来なかったらもうそれを追っかけて、っていう所ってあんまりなくて、デイケアやってる所もそこ1か所しかなくて、っていうところで、そちらのほうご紹介したっていう感じですね。」

（2）【ずっと関わり続け何かあった時にはいつも手を差し出す】

閉鎖的な対人関係の中で長く生活してきたケースにとって、誰かを頼る経験はそれまであまりなかったと考えられる。支援者は、ケースが入院することになってからもケースの入院中も支援の手を切らないなど、ケースにとって＜一時点にだけ関わる存在ではなく何かあった時にはいつも手を差し出す＞存在でありながら、＜ケースと一緒にいろんな経験を共有し乗り越える＞中で、支援者の存在の意義をケースに認められるよう《一時点にだけ関わる存在ではなく何かあった時にはいつも手を差し出す》関わりを続けていた。

支援者 1（保健師）

「病気かどうかの見極め、っていう仕事で終わらないで、その人がずっと病気でも次のス

ページに行くし次の世界があるじゃない、そういう節目節目を、いつもその時には手を出すという、そういう心構えが、保健師にはあるんで。その時に手を出してれば、…（中略）…だんだんその人は、自分の味方、っていうふうに、だんだん思ってくれるっていう感じなんですね。」

支援者は、＜ケースから直接的な求めがなくてもずっと関わり続ける＞ことを通し、ケースに《ずっと関わり続け誰かを頼っていいのだと知ってもらう》ことに努め、そのことが最終的にはケースからの信頼を得ることにつながっていた。

支援者 1（保健師）

「保健師って、現物支給する物がないでしょ。結局ほら、病院だと薬だとか、さも何かしてあげたみたいだね。福祉だとお金とか、あるじゃないですか。でも保健師の場合さ、“心配してます” っていうのはさ（現物支給と受け取られない）。だから信頼関係をどこで得るか、っていうのは…（中略）…やっぱり本人が何か役に立ったと思えるところを一つや二つは見せようと思ってる。そうしないと、わかんないじゃないですか。」

（3）【ケース自身が困ることができるまで見守りながら待つ】

ケースに継続的に関われるようになってからも、実際には資源の導入や安定した通院の継続などにはさらに時間がかかることが多い。ケース本人が困っていなければ資源や治療も受け入れないことも理解できる点であるとし、支援開始当初から比べ関係が進んだ段階でも、《ケース自身が困るまでじっと待つ》姿勢で、側で見守りながらじっくりと関わっていた。

支援者 1（保健師）

「親のこととか、本人が困ることが出てきたから。そんなとき付き合えるようになったから。」

お母さんどうしよう？って。どうしていく？っていったときに、相談する相手がいないわけ。だからその相手をするから。そういうことを心がけてれば、信頼関係が。次に何かやってくれるんじゃないか、って。」

6) 連携を円滑にする日常的な支援体制づくりで用いられる技術

今回支援者から語られたようなケースは、支援者の間でも『困難事例』とされ忌避されがちである。そのため、病院から出入り禁止になるなど、支援が薄くなりがちであり、必要なタイミングで必要な支援がされず、一層ケース・家族を孤立させることにもつながる。そのようなケースの支援をスムーズに進めるためには、まず支援者と他職種・機関との関係性がなければ難しく、今回の支援者たちは日常的に自らのネットワークづくりを行い、支援者自身が他支援者とつながりながらそれを活用し他支援者に協力を依頼していた。(表10)

(1) 【日常的な顔つなぎによりネットワークを広く持つ】

支援者は、＜日常的に地域の支援者の集まりや病院に顔を出しネットワークを広く持つておく＞ことを意識して行い、またケースの支援に関わる他支援者とこまめに会う機会を持ち＜互いに情報が行き来するような支援者間の関係を日常的につくっておく＞ことを心がけ、《日常的な顔つなぎによりネットワークを広く持つ》ようにしていた。

支援者9（訪問看護師）

「周りとうまくやっていかないと、私たちやっていけないんだわ、っていうのがあったので、…（中略）…グループホームとか作業所の方たち、あと支援センターの運営委員になって、なるべく会う機会を増やしたりとか、H市地域独特の集まりみたいのが沢山あるので。PSWや精神科看護師のネットワークもあったりとか、そこになるべく顔出したりとか。病院にもなるべく顔出して、ごあいさつ回ったりとか。そういうのはなるべく。」

支援者 5（保健師）

「声掛けしてくれたワーカーが、そういう経緯（繰り返しの措置入院）があるので、これはちゃんと医療ルートに乗せといてあげないと、また 24 条になってしまうケースだっていうことで保健所に連絡くれたんだと思います。…（中略）…その病院と保健所との関係が出来てたからだと思います。他のケースだとか。」

また、緊急的な対応が必要になった時や自分一人では対応しきれなくなった時に直ちに協力を得られるよう、《チーム内外支援者と緊急時・困った時に一緒に動ける体制を作っておく》ことも意識し、＜ケースへの関わりの経緯を随時関係者に報告し状況を把握しておいてもらう＞、＜他のケースへの関わりの中で他支援者に協力する＞などしていた。

支援者 9（訪問看護師）

「他にはそういう信頼のおける人っていうのは（ケースには）いらっしゃらなかったんで、…（中略）…で、直接ワーカーさんをお願いして、ちょっと難しいケースで、私がいつ切られるかわからないので、すみませんがそちらのワーカーさんも彼との関係をつくってください、っていうことで。まあ快くワーカーさんも受けてくれて。」

支援者 9（訪問看護師）

「障害福祉課とか生活福祉課からの依頼も多かったんで。結構その地域を私、回っていたっていうこともあって、色んな事例を共有していたので、一緒に相談にのったりもしてましたね。」

（2）【他支援者を支援に巻き込む】

支援者は、主治医にもケースの自宅を訪問してもらい生活実態を知ってもらう、支援に

消極的な市町村保健師にペアで訪問してもらうようにするなど、《他支援者を支援に巻き込み》ながら、《ケースに必要な支援者を間に立つ形で増やし》、ケースを応援するチーム作りをしていた。

支援者 3（保健師）

「市の保健師さんとも連携して、こういう人（ケース）がきたんだけど、っていうことで、やっぱり医療が必要だと思うし、あれだけど、ってことで、一緒に、訪問するのも市の保健師さんと一緒に行って。訪問するのは市と保健所で一緒に行って。」

支援者 5（保健師）

「私と出会うことでスタートしたならば、私以外の支援者が、生活が安定したりとか経済が安定したりだとか病状が安定したりだとか、皆（生活全般）が安定してないと、健康には暮らしていけないはずなので。そのまあ、足りないところの支援者を、やっぱりこうやってつないでいく、っていうことが必要だと思うんですね。」

（3）【皆で支援しているという感覚を忘れない】

支援者は、ケースの支援において何かを決定する際や症状悪化などの変化のタイミングには関係者皆を集め、＜支援初期に時間をかけて支援者間の関係づくりをし＞、＜ケースに何かあれば関係者で集まって話し合い＞、情報を共有しながら足並みを揃え支援に臨めるよう心掛けていた。また、＜ケースのために複数の支援者で行動する＞などし、《皆で支援しているという感覚を忘れない》ようにしながらケースへの支援に臨んでいた。そして《支援者間で互いに負担と責任を分かち合う》ようにしながら、支援者が疲弊しケースに否定的になることを防いでいた。

支援者 5（保健師）

「だいたい皆困ってくると、ケア会議しませんか？って言いますし。…（中略）…要するに“ケースのために集まりましょう”っていうスタンスなんですよ。」

支援者 5（保健師）

「苦しくなっちゃう相談相手（支援者）だっているわけですよ、どうして苦しくなっちゃったのかっていうことを皆で振り返ったりとか。じゃあそのことはうちがやりますよ、って言ってくれたらその人は負担が軽くなるじゃないですか。」

支援者 9（訪問看護師）

「私一人でしている、っていう感覚だととても疲れるし、被害的にもなるので。皆でやっ
て、っていう感覚を忘れないように。」

日常的な顔つなぎにより築いたネットワークを活用し、支援の中でケースにどう関わったらいかなど自らが困った時、支援者は行政や専門看護師、医師等に《困った時には他支援者に相談》し、関わりについての示唆を得て支援が行き詰るのを防いでいた。また、医師、精神保健福祉士、生活保護ケースワーカー等、処方の調整や制度、経済的な問題といった専門的な内容について《他専門職のスキルを活用》していた。

支援者 9（訪問看護師）

「障害福祉課の方（保健師）が、私の相談にのってくれてました。…（中略）…私が、ちょっといっぱいいっぱいになったりとか、どうしたらいいかわかんない時に、話を聞いてくれて。」

支援者 12（訪問看護師）

「こういったサービスを入れた方がいいんじゃないかとか、こういうサービスをこの人は受けてるけどもそれがちゃんと有効に働いてるかどうかの評価っていうのは、看護師よりはどっちかっていうと PSW さんの方が強いんですよね。…（中略）…書類のやりとりですか、どこそこ行ってこういった書類もってきてやるといいですよってことの説明は、患者様にするのはやっぱり P さん（PSW）たちのが長けてるので。」

3. 支援に結びつき難い要支援者への接近の技術の特徴

1) 接近の障壁となる対象の見極め

「ケースへのアクセスを可能にする段階（Step2）」において、支援者はまずケースへの接近の障壁となっている対象が誰であるか、集中的に働きかける必要があるのは誰かを見極めていた。ここでのタイプを分けていたのは、成人した同居家族の有無であり、働きかけの焦点を家族におく場合（タイプⅠ）では、ケースだけでなく成人した他の家族員によっても世帯への訪問や支援が阻害されていた。こうした世帯への訪問は、主に保健師によって行われていた。

(1) 働きかけの焦点を家族におく支援（タイプⅠ）

ケースに会う以前にその家族が支援者の介入を遮断している例では、支援者は【ケースに直接会うことを急がず家族のための訪問・支援を繰り返す】ことにより、まず家族との接触のための訪問を継続させていた。定期的な訪問を続け、少しずつ【世帯全体の日常生活支援・社会資源の整備を行い家族全体の生活を整える】と同時に、【近隣住民もケアしケース世帯の孤立を緩和】しながら、【家族が自身の新たな生活に向き合うことを支える】ことで、家族との関係を築き、それにより結果的にケースへのアクセスが可能になっていた。

(2) アクセスできないケースへの接近に時間をかける支援（タイプⅡ）

アクセスできないケースへの接近に時間をかける支援（タイプⅡ）では、初回のコンタ

クトでは【既にケースと面識がある者を支援に活用し】、ケースを脅かすことがないように配慮していた。なかなか初回のコンタクトが取れない、または初回以後、訪問しても会えない状況が続く中でも、【直接会えなくてもケースのために来たこと・また来ることを間接的に伝える】、【会えるための工夫をしながらタイミングを待つ】ことをしながら、【会えなくても繰り返し訪問】していた。その際、コンタクトを避けるケースを否定せず、【会えないことが続いても割り切りケースを追及しない】ようにしていた。

2) 熟練保健師と熟練訪問看護師の技術の共通点と相違点

(1) 共通して用いられていた技術

支援に結びつき難い拒否的な要支援者への接近に用いられていた技術は、その多くが保健師、訪問看護師に共通する内容であった。その中でも、特に、支援者の多くが共通して用いていた技術は、【会えなくても繰り返し訪問する】といった相手のための訪問・支援を繰り返すこと、【直接会えなくてもケースのために来たこと・また来ることを間接的に伝える】等その人のための訪問であることを強調する姿勢、【はじめてから早急に・積極的に何かをしようとする】、【ケース自身が困ることができるまで見守りながら待つ】といった展開を急がず時間をかけて待つこと、【ケースの意思を確認しながら妥協点を見つける】等、決定権を相手に委ねること、という技術で、これらは殆どの支援者によって用いられていた。

(2) 相違がみられた技術

保健師と看護師で相違がみられた技術は、大きくは4点あり、保健師に特徴的であった技術が3点、訪問看護師に特徴的であった技術が1点みられた。

まず、保健師に特徴的に認められていた技術について、1点目は、接近のプロセスの「訪問前に情報を整理して準備する段階（Step1）」で用いられていた技術である。保健師の支援は、ケースの周囲の人びと、具体的にはケースの家族や近隣住民、他機関の支援者などから相談を受けたところから始まり、心配事を抱えた【相談者・ケースの周囲の人々もクライアントとしてケア】しながら【相談者の話を整理し問題の優先度を明確化】していた。

【持ち込まれた相談の内容から支援の緊急性や危機介入の必要性・時期を判断し決断する】
ことにより、危機介入等による医療的介入を優先し病状が安定した後に関係構築していくべきか、医療的介入を焦らず関係構築に時間をかけた上で医療に結びつけていくかという、支援の方向性を見極めていた。本人からの要請によらない訪問であるため、【相談者の話を聴きながら対象ケース世帯への接近の手掛かりを探し】、これらの準備の上で訪問を開始していた。

2点目は、訪問開始後の、「ケースへのアクセスを可能にする段階（Step2）」における、接近の障壁となる対象を見極め、それがケース以外の者によるものであった場合—今回はいずれの事例でもケースの母親であった—その対象に集中的に働きかけるという支援であり、訪問看護師でこれを行っていたのは従来の訪問看護ではなく、準行政職の形で本人との契約に基づかない訪問を行っていた訪問看護師であった。

3点目は、プロセス全体にかかる支援としての「連携を円滑にする日常的な支援体制づくり」における間接的な支援は保健師で多くみられ、訪問看護師では特に精神保健福祉士の資格を有する者、訪問看護以前に他社会復帰施設での勤務経験を有する者で多く用いられていた。

次に、訪問看護師に特徴的にみられていた技術は、「訪問を途切れさせず定期的に会えるようにする段階（Step3）」での【下手に出ながらケースが嫌がる時にはさっと引く】という技術、【はじめてから早急に・積極的に何かしようとしなない】のうち、《訪問についての説明ではあれこれ言わずケースを手伝いたいと伝える》という技術であった。訪問看護は本人との契約に基づくものであることから、契約に伴う訪問内容の説明が必要であり、また契約を解除されないよう配慮して近づいている様子がみられた。

第6章 考察

本研究では、地域に潜在する自らでは支援に結びつき難く、支援関係の確立・維持が困難とされる精神障害者への効果的な接近技術およびそのプロセスについて明らかにすることを目的に、熟練保健師および熟練訪問看護師にインタビューを行った。

その結果、支援者が用いていた接近のための技術とは、『ケースからの歩み寄りを引き出す技術』であることが明らかとなった。

I. 支援に結びつき難い要支援者への効果的な接近の技術

1. 接近の障壁となる対象への働きかけ

1) 接近の障壁となる対象の見極め

今回、支援者が行っていた支援内容の分析から見出された接近の技術の中で、特に着目すべき技術の1つは、ケースへのアクセスを可能にするために、ケースへの接近の障壁となっている対象が誰であるのかを見極め、その対象に時間をかけて集中的に関わる、という働きかけであった。見極めにより、その後の働きかけは、働きかけの焦点を家族に置く場合（タイプⅠ）と、アクセスできないケースへの接近に時間をかける場合（タイプⅡ）の2つのタイプに分かれていた。

タイプⅠ、タイプⅡに共通する働きかけの基盤となっていたのは、対象（家族もしくは本人）の防衛を緩和するため、“繰り返しの訪問”“その人のためであるというメッセージ”“長期的展望を持ち相手の変化を待つ”という要素をもつ支援を行うことであった。英国における支援に拒否的な対象への訪問支援チーム（Community mental health team, 看護職含む）に関する報告でも、そうした対象への訪問支援には高度な関係構築技術が必要であるとされ（Burns, et al, 2002）、関わりは進退し予測が困難であることから長期間掛け対象と付き合い1対1の関係を継続させる能力が必要であり、精神症状への関与に至るまでに訪問開始から半年以上必要だとされている（Percy, et al, 2005; Stefan, et al, 2005）。本研究においても、タイプⅠでは対象となる家族への直接的な働きかけであるのに対し、

タイプⅡでは会うことができないケースへの間接的な働きかけであるという物理的接触の状況が異なっていたが、しかし両者とも、対象の気持ちを動かし次のステップに進んでおり、実際的な方法は異なっても、これらの要素は、相手の気持ちに作用するものであると考えられた。

本研究ではケースへの接近のプロセスを軸に分析を行っているため、家族への働きかけは「ケースへのアクセスを可能にする段階」での一類型となっているが、相手と支援者の相互作用により相手の気持ちを動かすための働きかけという点では、「支援を途切れさせないようにする段階」「支援者の役割を認めてもらう段階」での働きかけの内容にも、“訪問を継続させるための工夫をこらす”“侵入しすぎない”“決定権を相手に委ねる”などの、ケース・家族それぞれへの接近に共通する要素がみられていた。

つまり、ケースへの接近の障壁には、家族によるものと本人によるものという2つの要素があり、それぞれに集中的・効果的な働きかけが必要となり、真の障壁が誰であるか、集中的な働きかけが必要な対象（主役）は誰であるかを見極めることが重要な鍵となると考えられた。さらに、支援のプロセスをその主役にシフトすること、本来の支援対象以外の者が主役の場合にもそこでの働きかけに費やす時間と労力を惜しまないことが、最終的に本来の支援の中心であるケースへの接近に効果的に結びつくということが示された。

2) 接近を阻害する対象との相互作用を生み出す

Zerwekh (1991) は、米国の Public Health Nurse の家庭訪問における支援技術について述べる中で、まず家族と信頼関係を作ることが基盤になると述べている。また、英国の訪問支援チームの活動においても、ケースの支援に至るまでに家族が阻害要因となる例が指摘され (Percy, et al, 2005), 多岐にわたるニーズに対応した具体的な生活支援, 選択権を委ね自尊心を高めるといった働きかけを通し、家族にも支援に参加してもらうことが重要であるとされている (Percy, et al, 2005; White, et al, 2008)。これらは本研究の支援者が用いていた、【ケースに直接会うことを急がず家族のための訪問・支援を繰り返す】【世帯

全体の日常生活支援・社会資源の整備を行い家族全体の生活を整える】【家族が自身の新たな生活に向き合うことを支える】という、ケースへの接近を阻害する家族への働きかけと通じる。

長年の間、家族がケースを抱え込み、それがその家族の日常になっている例、また家族がケースの病気を否認している例、家族も精神疾患である例など、いわゆる多問題家族・機能不全家族においては、ケースの家族の態度は極めて防衛的・攻撃的であり、問題を指摘されたり話し合いに持ち込まれるとより支援に対する拒否が硬化することが指摘されている（山崎，1967）。家族は、専門家の支援、特に訪問といった「侵入される」行為に対しては拒否的であり（渡辺，2003）、そのため支援者は、ケースの危機的な状況を把握しているにもかかわらず支援に結びつかないという葛藤を抱えやすい（山崎，1967）。また、ケースへの支援を急ぐあまり、家族と関係を築く前に治療の必要性を説き、無理に本人に会おうとする行動は、家族の防衛をより一層強め、僅かな糸口も遮断されることにつながる。さらに、山崎（1967）は多問題家族に対するアプローチの要点として「家族中心ケースワークの立場をとり、家庭訪問による集中的な、長期にわたる支持的レベルでのアプローチをねらうこと、直接問題に入るよりもまず家族に受け入れられる存在であること、訪問中あらわれる問題について一緒に考え具体的に指導すること、支援者同士で相互に支持し協力すること、社会資源の活用、ことに地域内資源の開発と協力」という働きかけが必要であるとしており、また小島（2011）は、ひきこもりの家族への支援として「(家族が) 長期間にわたって当事者へ使ってきた時間・精神的な苦痛・社会との関係性の苦しさを支援者が承認する、子どもの人生の中で生きてきた自分の親人生を卒業することを自分自身で許すことを自身が承認することを支援し、家族自身の精神的な自立を支える」という働きかけの重要性を述べている。つまり、家族が支援を拒み、本人への接触ができない場合は、無理に本人への支援を急がず、家族へのアプローチに時間を集中的にかけていくことが重要であると考えられた。

また、ケース本人への働きかけとして、本研究の支援者は、ケース自身に判断と選択権を委ねた働きかけにより、ケースが自分で感じ、考え、決断するように向かわせていた。小島（2011）はひきこもりにある者への支援において、当事者からの答えを根気よく待つことが出来るという、「（ケース自身が）決めることができる」という場面づくりの設定の重要性を指摘しているが、これは本研究における支援者の働きかけを支持するものであると考えられた。さらに、山本（1984）は、人間が互いに侵し合うことなくその関係を生産的に維持できるかどうかは各々の「個」の確立に拠るとし、Erikson（1968）のいう親密さの危機について、「同一性の未熟さや脆弱さが潜んでいる時には、親密な対人関係を持つとすること自体が、さらにひどい混乱と自我の病理的退行を引き起こす」と説明している。

今回対象としたような要支援者たちは、精神障害に加え長く他者との交流を閉じており、またいわゆる多問題の家族の中で適切な発達が阻害されてきたことにより、自我が未成熟であり脆弱であることが多い。今回支援者たちが用いていた技術は、ケースの病理的退行を進行させることがないよう配慮しながら、ケースの「個」の確立を助ける方法であり、それによりケースが支援者との関係を築き、相互作用を営みながら変化していくことにつながっていたと考えられた。

2. 支援者が媒体となり他支援者を支援に巻き込む働きかけ

支援者は、【日常的な顔つなぎによりネットワークを広く持つ】、【他支援者を支援に巻き込む】など、自身を介しての地域支援ネットワークの拡大に努めていた。英国における Assertive Outreach team の活動においても、支援ネットワークの拡大の必要性が報告されている（Burns, et al, 2002）。宮本（2006）は、保健師の活動について、「個別事例の援助で終わらず、ネットワークを育て、地域のインフラとして根付かせていくことも保健師の重要な機能である」と位置付けているが、本研究においても支援者は、他支援者をケースの支援に巻き込むため、支援に消極的な他支援者には自ら積極的に歩み寄り、個人の支援者に責任を負わせるのではなくチーム全体で負うことを共通認識とすることで、それぞれ

の心理的・作業的負担を軽減し、【皆で支援するという感覚を忘れずケースを支える】ことを可能にしていた。本研究の支援者による、顔の見える関係を築き、責任を共有し、皆で支援するというチームの協働意識を強める技術は、Mathieu ら（2006）の定義による「作業をコントロールするための権限を持ち、そのチームの動きに責任を持っているというチームメンバーの集合的信念である」というチーム・エンパワメントの促進にもつながり、Mathieu ら（2006）が述べるように、それがさらにチーム・プロセスに影響を与え、チームメンバーの職務満足やチームコミットメント、ひいてはチームの生産性・積極性を高め、ケースの満足にもつながると考えられた。

II. 看護への示唆

熟練保健師と熟練訪問看護師による技術の比較から、保健師が用いている技術の精神科訪問看護への応用可能性、それらをふまえた今後の精神科訪問看護における課題や教育内容を検討した。

保健師が特徴的に用いていた技術は、訪問前の準備の段階で用いられていた「支援の緊急性の見立てに関する働きかけ」と、先項で述べてきた「接近の障壁となる対象への働きかけ」、「地域や他支援者を巻き込む働きかけ」の3点であった。

まず、当事者以外の者（クライアント）からの相談により開始される「訪問前の準備」のための技術において前提条件となっていたのが、【持ち込まれた相談の内容から支援の緊急性や危機介入の必要性・時期を判断し決断する】ことであり、保健師はクライアントの相談から緊急度や優先される支援を判断するための情報を集約し、医療的介入と関係構築のどちらを優先することが最終的に効果的な支援関係の構築につながるか、支援の長期的展望をもって見極めることで、ケースへのその後の支援を方向づけていた。この技術の有無には、保健師と訪問看護師の立場による職務内容と権限、支援対象の範囲の相違が影響していると考えられるが、今後、訪問看護師が未治療・治療中断の対象への支援を積極的

に実施していく際には、この、医療的介入と関係構築のどちらを優先することがひいてはケースへの接近につながるかという時間的展望をもったアセスメントや、家族や周辺住民のリスクと併せてのアセスメントという技術を強化する必要があると考えられた。

2点目の、ケースへのアクセスを可能にする段階での働きかけである、接近の障壁となる対象の見極めと、それにより支援の焦点をその対象に移行させ集中的に働きかける、という技術について、今回、この「接近の障壁となる対象の見極め」が行われていた支援事例の家族はいずれも、多問題家族の要素を持つ家族であった。このような対象の場合、従来の訪問看護では契約の締結が困難であることから、今回、訪問看護師からは事例として語られなかったと考えられる。しかし、訪問看護においても家族がケースへの支援を困難にする例も度々見受けられることから、ケースへの直線的な働きかけではなく、その時点で誰に集中的に働きかける必要があるかを見極め、その対象への働きかけを優先するという判断は、訪問看護においても有用であると考えられた。

3点目の、一連の支援プロセスの中での間接的な働きかけ、つまり「地域住民や他支援者を支援に巻き込む働きかけ」について、保健師は、「ケースへの支援」の在り方において、訪問看護師に比べ、直接的な支援よりむしろ周囲の様々な調整による支援を志向する傾向があると考えられた。特に、地域住民に対する働きかけは訪問看護師では聞かれず、これにも公か民間かという支援者の立場が影響していると考えられた。地域住民へは、精神障害者への接し方などの実践的な情報提供が必要であるとされるが（望月，2008）、民間のサービス支援者である訪問看護師が直接近隣住民にケースへの支援に係る働きかけを行うことは困難であり、むしろこれを実践できる保健師等を支援に巻き込むなど、「他支援者を巻き込む働きかけ」の技術を強化することが、訪問看護においては有効であると考えられた。

以上の支援技術を強化するため、看護基礎教育においては、支援の当初から時間がかかる関わりになることを念頭におき展開を急がない姿勢や、何かをしなればという通念にとらわれない姿勢、1人で抱えず関係者皆で支えていくという姿勢など、地域ケアにおける

精神科訪問看護師としての基本的姿勢について、理解を深めていくことが有効であると考えられる。実践の場においては、これらに加え、より実践に即した内容として、自身が対峙しているケースについて精神症状や家族の危機状況、近隣への影響の大きさなどの情報を集約する技術、それらをふまえ医療的介入と関係構築のどちらを優先するかという時間的展望をもったアセスメント能力、ケースへの直線的な働きかけだけでなくその時点で誰に集中的に働きかける必要があるかを見極め、その対象への働きかけを優先する判断、そして、ケースへの支援に他支援者を巻き込むためのネットワークを広げる技術を強化することが有効であると考えられる。その方法として、事例検討会や、地域内の関連職種全体が参加してのロールプレイング研修など、技術力向上とネットワーク拡大の両側面で効果が期待できる現任教育が効果的であると考えられた。

Ⅲ. 本研究の限界と今後の展望

今回得られた知見は、精神科訪問看護において強化が必要な知識や技術を明らかにした意義あるものと考えられる。しかし本研究においては、いくつかの限界がある。

まず、調査対象の限定性である。本研究で対象とした支援者たちは、その多くが特定の地域で支援を行っていた。訪問支援にはカバーエリアの広狭や地域資源の整備状況なども関連することから、これらの背景が今回用いられていた技術に何らかの影響を与えていた可能性もあることが考えられる。

次に、データ収集方法における限界が挙げられる。今回の調査では、最近の事例について語ってくれた支援者もあったものの、基本的には過去の支援を想起し語ってもらったため、支援者の記憶が不鮮明な点などがあったことが推測される。

今後はこれらの点についても考慮した検討を行い、より広く応用可能な技術について検討を深めていく必要がある。さらには、支援ケースの類型についても、大うつ病性障害、アルコール依存症、パーソナリティ障害など、他精神疾患によって治療や支援から脱落し

セルフ・ネグレクトの状態にある人びとなどにも範囲を広げ，“支援に結びつき難い”という状態像を呈す対象広くに適用が可能であるか検証していく必要があると考えられた。

第7章 結論

本研究は、地域に潜在する自らでは支援に結びつき難く、また支援を拒否する精神障害者への効果的な接近技術およびそのプロセスについて明らかにすることを目的に、熟練保健師および熟練訪問看護師にインタビューを行い、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析を行った。その結果、以下のことが明らかにされた。

1. 支援を拒否する対象への接近の技術とは『ケースからの歩み寄りを引き出す技術』であり、接近のプロセスとはそうした技術を用いながら、「訪問前に情報を整理して準備する段階」、「ケースへのアクセスを可能にする段階」、「訪問を途切れさせず定期的に会えるようにする段階」、そして「ケースに支援者の役割を認めてもらう段階」という4つのステップを踏んで進む、『ケース、支援者、家族、地域社会の間に相互作用が営まれる状態（関係）を醸成する』ためのプロセスであることが明らかとなった。
2. ケースへのアクセスを可能にするため、支援者はまずケースへの接近を阻害している対象を見極め、その対象に働きかけの焦点をあてることで、相手の防衛を緩和し、ケースへの接近へと結びつけていた。接近の障壁となる対象への支援には、「働きかけの焦点を家族におく支援（タイプⅠ）」と「アクセス困難なケース本人への接近に時間をかける支援（タイプⅡ）」の2つのタイプがあり、支援者は各対象・支援プロセスにおいて“何度も訪問を繰り返す”“その人のための訪問であることを強調する”“展開を急がず時間をかけ待つ”“決定権を相手に委ねる”などの要素を持つ働きかけを行い、ケースへのアクセスを可能にし、関係を築いていた。
3. ケースに効果的に接近するためには、ケース・家族への働きかけの他に、地域住民や他支援者を支援に巻き込む働きかけも効果的な要素であった。
4. 保健師によって特徴的に用いられていた技術は、訪問準備の段階での医療的介入の緊急性の見立て、接近の障壁となる対象への働きかけ、地域や他支援者を巻き込む働きかけ、に関する働きかけであった。これらの技術を強化することが、今後の精神科訪問看護に

においても有効であると考えられた。

引用文献

- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Matschinger, H. (2009). Mental Health Literacy and Attitude towards People with Mental Illness: A Trend Analysis Based on Population Surveys in the Eastern part of Germany. *European Psychiatry*, 24(4), 225-232.
- 荒田吉彦 (2010). 保健所の有する機能, 健康課題に対する役割に関する研究. 平成 21 年度地域保健総合推進事業研究報告書, 財団法人 日本公衆衛生協会.
- Blumer, H. 後藤将之訳 (1997). シンボリック相互作用論. 頤草書房.
- Burns, T., Firn, M. (2002). Assertive outreach in mental health: A manual for practitioners. Oxford: Oxford University Press.
- Corrigan, P. W., Penn, D. L. (1999). Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776.
- Erikson, E. H. (1968). *Childhood and society* (2nd ed). New York : Norton.
- 江藤真紀, 赤星琴美, 草間朋子 (2009). 保健師の業務・裁量範囲の拡大に関する一考察. *看護科学研究*, 8, 29-33.
- 藤井千代, 山口大樹, 水野雅文 (2010). 精神科医療が届かない自殺をめぐって 未治療統合失調症者の自殺. *日本社会精神医学会雑誌*, 19(1), 70-76.
- 福田由紀子 (2008). 保健師の業務内容と雇用形態からみた地域保健活動内容. *医学と生物*, 152(2), 73-82.
- 伊藤順一郎 (2008). 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究. 平成 17-19 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究. 総括研究報告書.
- 株式会社ニッセイ基礎研究所 (2011). セルフネグレクトと孤独死に関する実態把握と地域支援のあり方に関する調査研究報告書, 株式会社ニッセイ基礎研究所.

- 川上憲人 (2006). 世界のうつ病, 日本のうつ病—疫学研究の現在. 医学のあゆみ, 219 (13), 925-929.
- 萱間真美 (1999). 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, 32(1), 53-76.
- 萱間真美 (2006). 精神科訪問看護と急性期病棟における看護業務. 平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金 (医療技術評価総合研究事業) 精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究. 総括・分担研究報告書.
- 萱間真美 (2010). 精神科訪問看護のケア内容と効果に関する研究. 平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 精神障害者の退院促進と地域生活のための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研究. 総括・分担研究報告書.
- 萱間真美, 新村順子 (2011). 地域精神保健における保健師の役割と活動および今日的課題—保健師役割の変化に焦点をあてて—. 保健の科学, 53(9), 601-605.
- Kessler, R. C., Demler, R., Frank, M. F., et al., (2005) Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. The New England Journal of Medicine, 352(24), 2515-2523.
- 岸恵美子, 吉岡幸子, 野村祥平, 他 (2011). 専門職が関わる高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題. 高齢者虐待防止研究, 7 (1), 125-138.
- 胡秀英 (2002). 訪問看護師の処遇, 労働環境. 訪問看護白書 (日本訪問看護振興財団), 第 2 章. 日本看護協会出版会, 43-58.
- 小林恵子 (1989). 治療を中断した精神分裂病の患者への援助 「事例研究」をとおして援助技術を検討し, 学んだこと. 保健婦雑誌 45(12), 1030-1038.
- 小島貴子 (2011). 第 3 章ひきこもり当事者への就労支援. 内閣府子ども若者・子育て施策総合推進室. ひきこもり支援者読本.
http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/handbook/ua_mkj_pdf.html

[2013-01-09]

- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., et al. (2004). Factors Influencing Social Distance toward People with Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 40(3), 265-274.
- Louder, W. , Scott, PA., Whyte, A. (2001). Nurses' judgements of self-neglect: a factorial survey. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 601-608.
- Lauder, W., Anderson, I., & Barclay, A. (2005). A framework for good practice in interagency interventions with cases of self-neglect. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 12 (2), 192-198.
- Lauder, W., Ludwick, R., Zeller, R., & Winchell, J. (2006). Factors influencing nurses' judgements about self-neglect cases. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13 (3), 279-87.
- 松井妙子, 岡田進一 (2003). 大阪府内における訪問看護職の看護ケアの自己評価に関する研究 (その 2) : 看護ケアの自己評価と関連する要因分析. 大阪府立看護大学医療技術短期大学部紀要, 9, 51-57.
- 松村ちづか (1999). 在宅ケアにおける高齢者とのコミュニケーション. *教育と医学*, 47(4), 319-324.
- 宮本ふみ (2006). 無名の語り 保健師が「家族」に出会う 12 の物語. 医学書院.
- 望月美栄子, 山崎喜比古, 菊澤佐江子, 他 (2008). こころの病をもつ人々への地域住民のスティグマおよび社会的態度 - 全国サンプル調査から -. *厚生の指標*, 55(15), 6-15.
- 最上キクエ (1997). 保健婦が担った地域精神衛生活動 20 年にわたるあゆみをふり返って. バオバブ社.
- Mojtabai, R., Fochtmann, L., Chang, S.W., et al. (2009). Unmet Need for Mental Health Care in Schizophrenia: An Overview of Literature and New Data From a

- First-Admission Study. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 679-695.
- Muir-Cochrane, E., & Mosel, K. A. (2008). Absconding: A review of the literature 1996-2008. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(5), 370-378.
- Naganuma, Y., Tachimori, H., Kawakami, N., et al. (2006). Twelve-month use of mental health services in four areas in Japan: Findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 60(2), 240-248.
- 西田淳志, 安藤俊太郎 (2011). 地域精神科医療サービスにおけるアウトリーチ機能 「エンゲージメント」の視点から. *日本精神科病院協会雑誌*, 30(11), 22-25.
- 西山仁 (2011). 産業現場における抑うつとアルコール問題 抑うつの遷延因子, 復職の阻害因子としてのアルコール. *精神科治療学*, 26 (2), 203-209.
- 野村祥平 (2011). セルフ・ネグレクトの状態にある高齢者への予防・支援の法制化に関する考察; 高齢者権利擁護法の成立に向けた課題. *高齢者虐待防止研究*, 7 (1), 82-99.
- O'Donnell, M., Scott, D., Stanley, F. (2008). Child abuse and neglect -- is it time for a public health approach?. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 32 (4), 325-330.
- 沖田裕子 (2010). 認知症者の生活は支えられているか とくに独居の認知症者をめぐって. *老年精神医学雑誌*, 21(1), 44-51.
- 奥山則子 (2007). 保健師の保健指導は変化してきているのか?. *保健師ジャーナル*, 63(6), 481-485.
- Percy, A., David, G. (2005). Pervasive alienation: on seeing the invisible, meeting the inaccessible and engaging 'lost to contact' clients with major mental illness. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 83-92.
- 染谷睦子, 最上キクエ, 外口玉子 (1981). 家族から“無断欠勤, 暴力行為”を問題とされひきこもり状態にあった青年が職場に復帰するまでの過程 家族・職場・医療機関スタ

- ップとの協同による K さんへのアプローチをふり返って. 保健婦雑誌 37(8), 658-693.
- 園田恭一, 西村昌記編 (2008). ソーシャル・インクルージョンの社会福祉: 新しい「つながり」を求めて. ミネルヴァ書房
- Stefan, P., Jay, W., Chase, M., et al. (2005). Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 438-443.
- Stobbe, J., Mulder, N.C., Roosenschoon, B.J., et al. (2010). Assertive community treatment for elderly people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 10, 84.
- Strauss, A., Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for developing Grounded Theory* (2nd ed.). Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- 田中増郎, 橋本隆, 森秀徳, 他 (2010). 底突き体験を早める直面化技法 治療導入の困難を軽減するアウトリーチ. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 45 (4), 163.
- Teaster P.B., Stansbury K.L., Nerenberg L., Stanis P. (2009). An adult protective services' view of collaboration with mental health services. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21 (4), 289-306.
- The WHO World Mental Health Survey Consortium (2004)., Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590.
- 津村智恵子, 入江安子, 廣田麻子, 他 (2006). 高齢者のセルフ・ネグレクトに関する課題. *大阪市立大学看護学雑誌*, 2, 1-10.
- Vinkers, D.J., de Vries, S.C., van Baars, A.W., Mulder, C.L. (2010). Ethnicity and dangerousness criteria for court ordered admission to a psychiatric hospital.

- Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 45 (2), 221-4.
- Wang, J., Lai, D. (2008). The Relationship between Mental Health Literacy, Personal Contacts and Personal Stigma against Depression. Journal of Affective Disorders, 110(1-2), 191-196.
- White. C, Warrenner. M, Reeves. A, La Valle. I. (2008). Family Intervention Projects: An Evaluation of their Design, Set-up and Early Outcomes. National Centre for Social Research, London.
- 渡辺裕子 (2003). 援助を拓く家族アセスメント(10)アルコール依存症の息子と共依存の母親 援助のためにまず必要なことは?. コミュニティケア, 5 (1), 80-84.
- 山本力 (1984). アイデンティティ理論との対話. 鑪幹八郎, 山本力, 宮下一博 (編) アイデンティティ研究の展望 I, ナカニシヤ出版, 9-38.
- 山崎道子 (1967). 多問題家族への多面的組織的アプローチの必要性 - 実験過程における家庭福祉センターの役割 -. 社会福祉学, 7, 60-66.
- Zerwekh JV. (1991). A family caregiving model for public health nursing. Nursing Outlook, 38, 213-217.