

資料

精神疾患患者を対象とする訪問看護スタッフの 困難に関する文献レビュー

井上智可¹, 林 一美¹

概要

精神疾患患者の訪問看護を行う上でどのような困難があるのかを明らかにすることを目的とし19文献を分析した。その結果、精神科訪問看護のスタッフを対象とした文献が12文献、訪問看護ステーションのスタッフを対象とした文献が7文献であった。

精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難を概観したところ、最も多い困難は援助上の困難であった。次いで、経営的不採算、家族の援助上の困難、不安・マイナス感情、連携の困難が多かった。精神科訪問看護以外の訪問看護ステーションの困難の特徴は、頻回・長時間の訪問や電話対応、一人で訪問する不安・危険、緊急時対応が出来ない、本人だけでなく家族も援助の対象になる、精神科の専門知識の不足であった。今後は、症状悪化時の対応等の知識や技術修得への支援、拒否やキャンセル等の経営的不採算を是正するための検討が必要である。

キーワード 精神, 訪問看護, 思い, ジレンマ, 困難

1. はじめに

厚生労働省は2004年9月「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を策定し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を定め、受け入れが整えば退院可能な者約7万人について病床数の解消を図るとしている。また、精神障害者の地域ケアを充実するためにACT (Assertive Community Treatment)「包括的地域生活支援プログラム」を積極的に導入することを打ち出している。これらの基本的方策により、退院可能な精神障害者を地域に戻す流れとなっている。この方策を推進してゆくためには、精神科病院併設の訪問看護及び精神疾患患者の援助を主とする訪問看護ステーション(以下、精神科訪問看護という)はもとより、それ以外の訪問看護ステーション(以下、訪問看護ステーションという)の認知症を除く精神疾患患者の受け入れが重要となってくる。なぜなら、退院直後の患者は病状が不安定で、症状管理が必要であり、精神科訪問看護からの援助が不可欠であるが、新しい環境に慣れ、症状が安定した後は、地域の社会資源で患者を支えるシステムが必要である。社会資源のなかでも、医療面と生活面の援助ができる訪問看護ステーションは重要な役割を担う。また、入院していた精神科病

院から離れた場所に退院後は居住する患者もいるため、そういった場合も訪問看護ステーションの受け入れが重要となってくる。さらに、現実的な問題として、退院する患者が増加すれば、精神科訪問看護の受け入れ許容範囲を超え、新規の患者を受け入れられなくなることが予想される。

しかしながら、先行研究からは、精神症状や自殺のリスク、精神疾患患者特有のコミュニケーションへの戸惑いがある⁹⁾という報告があり、研究者が在宅看護学実習指導中にも訪問看護ステーションの看護師から「対応が難しい」という率直な意見を聞いた。これらのことから、訪問看護ステーションのスタッフが認知症を除く精神疾患患者を看護する上で、困難を感じていることが分かる。この困難を軽減することにより、訪問看護ステーションで認知症を除く精神疾患患者を受け入れやすくなると考えられる。よって、本研究の目的は、認知症を除く精神疾患患者の訪問看護を行う上でどのような困難があるのかを文献から明らかにすることを目的とする。

2. 方法

2.1 文献検索方法

医学中央雑誌 web.Ver.5 及び JDream II からキーワード『精神』『訪問看護』の組み合わせを

¹ 石川県立看護大学

基本にキーワード『ニーズ』や『思い』や『看護職の思い』や『困難』や『ジレンマ』をそれぞれ組み合わせ検索した。検索条件として、原著論文のみとし会議録は除いた。論文のタイトルと抄録を確認し、研究目的と照らし合わせ、検討すべき文献を抽出した。論文タイトルと抄録を確認しただけでは不明なものは内容を確認した。研究対象は訪問看護師だけでなく、医師、精神保健福祉士など多職種のスタッフも含めた。なぜなら、精神疾患患者を地域で支えるには、精神科医、保健師、看護師などの保健医療スタッフと精神保健福祉士などの福祉スタッフとが多職種チームとして、多面的な視野のもとに共同して支援を行うことが有効だからである²⁰⁾。また、研究目的から精神科訪問看護の体験を語った報告での困難について記載されている文献も含めた。検索した文献の中で、認知症に焦点をあてた文献は除いた。認知症は、主に高齢者の記憶障害や周辺症状に対するケアが主体であり、認知症以外の精神疾患とはケアの質が異なると判断したため除外した。

2.2 分析方法

文献検索より得られた各文献中の結果を精読し、精神疾患患者の訪問看護を行う上で困難を表現している部分を抽出し内容別に整理した。抽出する際、調査方法が質問紙による結果の場合は、極端に少数のものは除き、また、半構成的面接による結果の場合は、「カテゴリー」、「サブカテゴリー」、「概念」を中心に抽出した。表現が具体的でなく、困難の内容が理解できない場合は語られた言葉を抽出した。体験を語った文献は内容を精読し、困難を感じたと表現している部分を抽出した。抽出したものは「小項目」とし、「小項目」の内容が類似しているものをまとめ「中項目」にした。さらに、「中項目」の内容が類似しているものをまとめて「大項目」にした。信頼性を高めるため、共同研究者が、「小項目」の抽出内容を確認後、「中項目」及び「大項目」にする段階でまとめ方が妥当であるか確認した。

3. 結果

医学中央雑誌 web.Ver.5 及び JDream II より得られた文献のうち重複しているものを除いた18文献と研究目的に合致する1文献を含めた19文献を検討した。19文献中、精神科訪問看護のスタッフを対象とした文献が12文献、訪問看護ステーションのスタッフを対象とした文献が7文

献であった。

3.1 精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難 (表 1-1, 1-2, 1-3)

19文献を分析した結果、大項目が12項目、中項目が27項目、小項目が149項目得られた。文献を精神科訪問看護と訪問看護ステーションに分け、引用文献に記載した文献番号を表 1-1, 1-2, 1-3 に記載した。

(1) 経営的不採算

経営的不採算は、拒否・キャンセルによる経営的不採算、頻回・長時間の訪問や電話対応、時間・手数はかかるがコストにつながらないからなる。拒否・キャンセルによる経営的不採算は、精神科文献から3文献、訪問看護文献から4文献抽出された。これは、患者からの拒否による契約の不成立や契約成立後も拒否、突然のキャンセルによる経営的不採算からなる。頻回・長時間の訪問や電話対応は4文献全て訪問看護文献から抽出された。これは、頻回な訪問依頼や訪問終了時間が読めないこと、頻繁・長時間の電話対応からなる。時間・手数はかかるがコストにつながらないは、精神科文献から3文献、訪問看護文献から3文献抽出された。これは、訪問看護導入までに雑多の問題解決が必要であり、多職種との調整が複雑で時間がかかる、退院できないため契約が成立しないかもしれない不確かさ、訪問先が遠いため、病院側が交通費を負担するなどの経営的不採算からなる。

(2) 単独訪問の不安・危険

単独訪問の不安・危険は、複数訪問が困難、一人で訪問する不安・危険からなる。複数訪問が困難は、複数訪問での診療報酬が設定されていないことや、マンパワー不足により複数訪問ができない状態からなる。一人で訪問する不安・危険は、精神科文献から1文献、訪問看護文献から5文献抽出された。これは、一人で訪問することに不安を感じており、精神的緊張が高いことからなる。

(3) 連携の困難

連携の困難は、専門医・主治医との連携が難しい、(医師以外の)専門職・関係機関・住民との連携・情報交換ができないからなる。専門医・主治医との連携が難しいは、精神科文献から2文献、訪問看護文献から5文献抽出された。これは、専門医や主治医と連携がとれないことによって、治療方針が明確でなく、訪問看護の必要性が見い出せない

い、医師の訪問看護の理解が不十分、往診を依頼しても実施されないことからなる。(医師以外の)専門職・関係機関・住民との連携・情報交換ができないは、精神科文献から4文献、訪問看護文献から5文献抽出された。これは、地域の福祉事務所、福祉担当者などの行政機関や社会資源との連携がとりにくい、ケアマネジメントされていないため、それぞれがバラバラな援助をしていることからなる。

(4) あいまいな合意

あいまいな合意は、契約時のあいまいな合意からの弊害からなる。これは、精神科文献から1文献、訪問看護文献から1文献抽出された。これは本人や家族の要望がないまま、医療者の意向で訪問が開始されるため、拒否的な態度の方も多いためからなる。

(5) サポート体制の不足

サポート体制の不足は、緊急時対応が出来ない、スタッフのサポート体制の不足からなる。緊急時対応ができないは3文献から抽出され、全て訪問看護文献であった。これはなにかあった時(症状悪化時)に病院に頼れないことや精神科救急体制不備で緊急時対応ができないことからなる。スタッフのサポート体制の不足は、スーパービジョンの不在、精神科看護の経験豊富なスタッフがないこと、学ぶ機会がないことからなる。

(6) 援助上の困難

援助上の困難は、精神症状悪化時の対応が難しい・危険を伴う、訪問時間以外の生活状態・問題行動が把握しにくい、生活援助の困難、身体管理が難しい、効果が見えにくい、その他の精神疾患特有の援助困難からなる。精神症状悪化時の対応が難しい・危険を伴うは、精神科文献から8文献、訪問看護文献から4文献で12文献抽出された。これは、暴力やセクハラ行為、自傷・他害の恐怖、依存が強く非常識な振る舞い、病状悪化による近隣への迷惑行為、不衛生な環境(訪問看護師のアレルギー発作を引き起こしかねない環境)に怯むからなる。訪問時間以外の生活状態・問題行動が把握しにくいのは訪問看護文献から3文献抽出された。生活援助の困難は、精神科文献から3文献、訪問看護文献から2文献抽出された。身体管理が難しいは、精神科文献から1文献、訪問看護文献から1文献抽出された。効果が見えにくいのは、4文献から抽出され、全て精神科文献からであった。その他精神疾患特有の援助困難は、精神科文献から7文献、訪問看護文献から2文献で9

文献抽出された。これは、訪問看護の臨床ではよくあるお茶やお菓子のもてなしを(経済的に余裕のない)精神疾患患者からいただくことの対応困難(丁寧に断っても自分からのものは変なものが入っているからもらってもらえないと考え、関係の構築に支障が生じる)や病識がないことで援助の必要性を理解してもらえない、また、指導をしても自己否定と捉えられ激しく非難する、自立支援や訪問看護の終結の見極め時期の難しさからなる。

(7) コミュニケーション上の困難

コミュニケーション上の困難は、コミュニケーション・信頼関係構築が難しいからなる。これは、精神科文献から3文献、訪問看護文献から5文献抽出された。これは、本音の話ができず、意欲や悩みを引き出せない、ほとんど話さずコミュニケーションがとれないなどの精神科看護特有のコミュニケーションへの戸惑いや信頼関係の構築に時間がかかることからなる。

(8) 家族の援助上の困難

家族の援助上の困難は、家族の疾患への理解が不十分・理解できない、本人だけでなく家族も援助の対象になる、本人だけでなく子どもも援助の対象になる、家族から協力を得ることが難しいからなる。家族の疾患への理解が不十分・理解できないは、精神科文献から2文献、訪問看護文献から4文献抽出された。これは、家族が疾患を理解できない、認めない、援助の成果を性急に求める、家族が本人以上にがんこ、こだわりが強いからなる。本人だけでなく家族も援助の対象になるは5文献から抽出され、全て訪問看護文献からであった。これは、本人より家族に問題が多く、家族も知的レベルが低く、精神障害であることが多いため、服薬管理をしなければならぬ、家族が患者の病状に振り回されストレスがたまっているなど家族も援助を必要とすることからなる。本人だけでなく子どもも援助の対象になるは、患者が主婦である2文献から抽出され、全て精神科文献からであった。家族から協力を得ることが難しいは、精神科文献から1文献、訪問看護文献から3文献抽出された。

(9) 知識不足による困難

知識不足による困難は、精神科以外の知識の不足、精神科の専門知識の不足からなる。精神科の専門知識の不足は、4文献抽出され全て訪問看護文献であった。これは、疾患や面接技法の知識不足、本人や家族への看護の目標、援助方法、関わ

り方が分からない、自殺のリスクや入院の必要性の判断の難しさからなる。

(10) 不安・マイナス感情

不安・マイナス感情は、自身のケアに対する不安、マイナス感情やむなしさからなる。自身のケアに対する不安は、精神科文献から4文献、訪問看護文献から4文献抽出された。これは、自分の行く看護に自信がもてず、よくわからないままケアしている不安、ケアの保証ができないからなる。マイナス感情やむなしさは、精神科文献から6文献、訪問看護文献から3文献で9文献抽出された。これは利用者に対し陰性感情をもつ、働きかけても変化のないむなしさや徒労感、十分なケアができないという不全感、拒否や暴力を受けた後の看護師の不安や自信のなさ、精神症状に付き合うしんどさ、精神的ケアへの戸惑い、(訪問看護を)引き受けざるを得ない、(引き受けると)報酬に見合ったことをしなければならぬからなる。

(11) 偏見からの困難

偏見からの困難は、偏見からのやりにくさからなる。これは、精神科文献から1文献、訪問看護文献から1文献抽出された。これは、偏見が強く、本人や家族のつらさに関して近隣の方の理解が得られないことや看護師が買い物同行時に知人と会った時に感じる地域の精神科のイメージの悪さからなる。

(12) 社会資源の不足・経済的問題からの困難

社会資源の不足・経済的問題からの困難は、精神障害者を支える医療機関・サービスなどの社会的資源の不足や経済的問題からなる。これは、精神科文献から2文献、訪問看護文献から2文献抽出された。

4. 考察

4.1 精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難の特徴

精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難を概観したところ、援助上の困難、経営的不採算、家族の援助上の困難、不安・マイナス感情、連携の困難が多かった。最も多い困難は援助上の困難であった。これは精神科文献と訪問看護文献を合わせ最多で、のべ35文献から抽出された。特に、精神症状悪化時の対応が難しい・危険を伴うは12文献から抽出され、精神科看護の経験のない訪問看護ステーションのスタッフだけでなく、精神科訪問看護のスタッフも精神症状悪化時の対応に困難を感じていることが分かる。また、その

他精神疾患特有の援助困難は9文献から抽出された。これはモノをもらう行為への対応や指導を自己否定と捉えスタッフが謝るまで許さないなど、8つの小項目は類似したものではないが、精神科特有の援助困難と言え、対応に苦慮していることが分かる。

特に、知識や経験が不足している訪問看護ステーションのスタッフには、精神症状悪化により危険がある場合には、自身を守る方法、どのような時にどの関係機関に連絡すれば援助を受けられるのか、患者の精神状態を落ち着かせる具体的な方法などの知識修得の援助が早急に必要である。また、あらかじめ暴力などがあることが分かっているならば、複数名訪問が有効であると考え、精神科病院からの訪問看護も訪問看護ステーションからの訪問看護も複数名訪問は認められている(平成22年4月から訪問看護ステーションは複数名訪問看護加算が認められた)。しかし、複数名訪問が認められる場合は、暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為などがあり、かつ、利用者またはその家族が複数名訪問に同意する場合である。精神疾患患者には病識がなく、家族も疾患の理解が不十分な場合も多い。また、経済的負担が増えるため、患者や家族が承諾しない場合も予想される。

経営的不採算、家族の援助上の困難、不安・マイナス感情は、精神科文献と訪問看護文献合わせて、それぞれのべ17文献より抽出された。経営的不採算は、患者の拒否や突然のキャンセルにより報酬が全くなく、交通費も認められないため、事業者にとって非常に痛手である。精神疾患患者の訪問看護の場合には、拒否や突然のキャンセルがあっても診療報酬の一部を認めるなどの対策が必要であると考え、家族の援助上の困難は、家族が疾患を十分理解出来ない、また、受け入れられないという点が精神疾患特有と言える。疾患の特徴や経過などを説明し、家族が患者を見守ることができるような知識や対応技術修得の援助が必要であると考え、不安・マイナス感情は、精神科訪問看護、訪問看護ステーションのスタッフともにマイナス感情を抱いていることが分かる。精神疾患患者の看護は、働きかけに対する変化が見えないことや誠心誠意働きかけても妄想の対象となる、拒否やクレームによりむなしさや徒労感を感じやすいことが分かる。このようなマイナス感情を緩和するには、林は仲間とのディスカッションやピアサポートが有効であるが、それだけでは

十分ではなくスーパーバイズのような第3者の支えが必要である¹³⁾と言っている。

連携の困難は、精神科文献と訪問看護文献を合わせ、のべ16文献より抽出された。(医師以外の)専門職・関係機関・住民との連携・情報交換ができないは、9文献から抽出された。特に、ケアマネジメントの中心となる専門職がおらず、関わる機関がバラバラの対応をしていることから、今後は援助全般の舵取りをする介護保険のケアマネジャーのようなキーマンが必要となると考える。

専門医・主治医との連携が難しいは、訪問看護文献から多く抽出された。患者を支えるには主治医との連携が非常に重要であるため、精神科医との連携が十分にとれるような体制づくりが必要であると考える。

4.2 精神科訪問看護以外の訪問看護ステーションの困難の特徴

精神科訪問看護以外の訪問看護ステーションの困難の特徴は、頻回・長時間の訪問や電話対応、一人で訪問する不安・危険、緊急時対応ができない、本人だけでなく家族も援助の対象になる、精神科の専門知識の不足の5つがあることが分かった。この5つは、中項目において、精神科文献から全く抽出されず、訪問看護文献のみから抽出された、あるいは、精神科文献から1件のみ抽出され、訪問看護文献から多く抽出されたものである。

電話対応に関しては、夜間は緊急時対応のため一人のスタッフが当番を担うが、長時間対応していると他の患者からの緊急対応ができないため、対応に苦慮していることが分かる。また、長時間訪問に関しては、医療保険からの訪問看護では、目安が30分から90分程度となっているが、精神疾患患者の場合は長時間になる場合がある。頻回な訪問については、症状悪化時の対応や不在のため何回も訪問する場合があるが、一日に何回訪問しても報酬は変わらないため経営的不採算となる。このように、電話対応での報酬、精神疾患患者の長時間訪問加算や複数回訪問加算が制度化されることが望まれる。

一人で訪問する不安・危険は、1文献を除き、複数名訪問看護加算が認められる前の調査期間をもとにしていたためとも考えられるが、現行の複数名訪問看護加算は、精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難の特徴でも述べたが、「利用者またはその家族の同意を得ること」が前提となっている。訪問看護ステーションのスタッフは精神科

看護の経験がないため精神的緊張も高いことから、利用者またはその家族の同意を得えなくても暴力行為などがあれば複数名訪問看護加算を認める検討が必要である。

本人だけでなく家族も援助の対象になるは、身体的ケアが中心の訪問看護の場合は、多くは家族に主介護者がおり、訪問看護スタッフと家族が一体となり利用者を支えているが、精神疾患患者の場合は、家族も精神疾患である場合などが多く、家族からの援助を期待できないばかりか、家族のケアまでが必要となる。そのため、訪問看護ステーションのスタッフはその点を困難と感じるのではないかと考えられる。

緊急時対応ができないは、精神科訪問看護では併設病院という受け入れ先があるためこのようなことはないが、訪問看護ステーションでは常に考えなければならないことである。緊急時に対応できる安心感がなければ、訪問看護ステーションで精神疾患患者を受け入れることは難しく、緊急時の受け入れ体制づくりが急務である。

精神科の専門知識の不足は、スタッフが看護の目標、援助方法、関わり方の基本的知識から精神症状や自殺のリスク、入院の必要性などの臨床的判断の知識まで精神科全般の知識不足を感じていることが分かる。このことから訪問看護ステーションのスタッフに研修や検討会等の学ぶ機会が必要であり、また、簡便に精神科の専門的知識を修得できるような手引書が有効であると考えられる。

5. 結論

精神疾患患者の訪問看護を行う上での最も多い困難は、援助上の困難であった。次いで、経営的不採算、家族の援助上の困難、不安・マイナス感情、連携の困難が多かった。また、精神科訪問看護以外の訪問看護ステーションの困難の特徴は、頻回・長時間の訪問や電話対応、一人で訪問する不安・危険、緊急時対応ができない、本人だけでなく家族も援助の対象になる、精神科の専門知識の不足の5つがあった。今後は、精神症状悪化時の対応について、知識や技術修得への支援が必要であると考えられる。また、本研究の限界として、文献件数が19文献と少なかったこと、また、精神科訪問看護のスタッフを対象とした文献が12文献、訪問看護ステーションのスタッフを対象とした文献が7文献と前者が多く偏りがあった。

表1-1 精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 精神科文献 | 訪問看護文献 | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------|--------------------|
| (1) 経営的不採算 | 拒否・キャンセルによる 経営的不採算 | 契約が不成立となることもある | | 16 | |
| | | 患者に拒否される | 3, 6, 13 | 10, 15, 16, 19 | |
| | | 突然のキャンセル | | 10, 15, 16, 19 | |
| | 頻回・長時間の 訪問や電話対応 | 頻繁・長時間の電話対応 | | | 10, 12, 15, 16 |
| | | 頻回な訪問依頼 | | | 10, 16 |
| | | 訪問時間が読めない | | | 16 |
| | | 時間内に終わらない・次の訪問に支障をきたす | | | 16 |
| | | 緊急時の頻回訪問 | | | 15 |
| | | 緊急時の長時間訪問 | | | 15 |
| | 時間・手数はかかるが コストにつながらない | 訪問看護導入までの雑多な問題の解決や多職種との調整のむずかしさ | | | 16 |
| | | 訪問看護導入までの不確実さ（退院できない） | | | 16 |
| | | 訪問導入に時間がかかる | | | 16 |
| | | 事務手続きなどに手間がかかるがコストにつながらない | | | 12 |
| 安否確認のため何度も訪問し手間がかかるが、実績につながらない | | | | 15 | |
| 訪問看護では採算がとれないので受け入れてもらえない | | 8 | | | |
| 訪問看護は週5回算定できるが実際に週5回行っていない | | 8 | | | |
| (2) 単独訪問の不安・危険 | 複数訪問が困難 | 単独での訪問（複数訪問に診療報酬が設定されていない） | | 16 | |
| | | 複数の看護師で受け持つことが困難 | | 11 | |
| | | 複数で訪問したいが余裕がない | 8 | 15 | |
| | 一人で訪問する不安・危険 | 一人訪問に不安・恐怖 | 13 | 10, 11, 12 | |
| | | 一人での訪問が困難 | | 15 | |
| | | 看護師の精神的緊張が高い | | 10, 16 | |
| | (3) 連携の困難 | 専門医・主治医との連携が難しい | 専門の医師・主治医と連携がとれない | 13 | 10, 12, 15, 16, 19 |
| | | | 治療方針が明確でなく、訪問看護の必要性が見い出せない | 13 | |
| | | | 指示書を書く医師の訪問看護の理解が不十分 | | 15 |
| | | | 看護師が往診を依頼しても実施されない | | 15 |
| 内科的問題が生じた時内科医との連携が難しい | | | 1 | | |
| (医師以外の) 専門職・関係機関・住民との連携・情報交換ができない | | 多職種・多機関との連携・情報が得られにくい | 5, 7 | 10, 12, 15, 16 | |
| | | 行政に入ってもらうまで時間がかかる | | 12 | |
| | | ケアマネがないためバラバラの対応 | 7, 13 | 12, 15 | |
| | | 地域の社会資源（精神障害者復帰施設等）とのネットワークが少ない | | 19 | |
| | | 看護師同士の連携の取りづらさ | 14 | | |
| (4) あいまいな合意 | 契約時のあいまいな合意からの弊害 | 一つの部署では支えきれない | | 12 | |
| | | 知識交換の場がない | | 12 | |
| | | 住民との連携が難しい | 5 | | |
| | | （本人や家族の要望がないまま）あいまいな合意で援助が開始される | 13 | | |
| | | （しかたなく訪問看護を受けているので）拒否的な態度の方も多 | 13 | 12 | |
| (5) サポート体制の不足 | 緊急時対応が出来ない | なにかあった時病院に頼れない | | 12 | |
| | | 精神科救急体制不備で緊急時対応ができない | | 15, 19 | |
| | スタッフのサポート体制の不足 | 業務時間内の記録時間を確保することの難しさ | 14 | | |
| | | スーパービジョン不在 | 13, 14 | | |
| | | アドバイスがタイムリーに受けられない | | 19 | |
| | | 看護師同士では解決策が見いだせない | 13 | | |
| | | 精神科看護の経験豊富なスタッフがいない | | 10, 16, 19 | |
| 学ぶ機会がない（日々の訪問体制を組むことに精一杯） | | 16 | | | |
| 利用者の問題を一人で抱え込む | 3, 6 | | | | |

※精神科文献：精神科訪問看護のスタッフを対象とした文献番号

※訪問看護文献：訪問看護ステーションのスタッフを対象とした文献番号

表1-2 (つづき) 精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 精神科文献 | 訪問看護文献 | |
|---------------------------------|-------------------------|--|---|----------------|--------|
| (6) 援助上の困難 | 精神症状悪化時の対応が難しい・危険を伴う | 精神症状が悪い時の対応 | 2, 14 | 10, 15 | |
| | | 暴力・セクハラ行為の対応 | 3, 6 | 10, 12, 15, 16 | |
| | | 自傷・他害の恐怖 | 13 | | |
| | | 攻撃的な言動がある方に接した時の対応 | | 12 | |
| | | 病状や薬物の副作用によりADL, 栄養状態, 他者との関係確立に障害をきたす | | 15 | |
| | | 依存が強く, 非常識な振る舞い | 4 | 10, 15, 16 | |
| | | 受診拒否 | | 15 | |
| | | 妄想の対象になった | 18 | 15 | |
| | | 病状悪化による近隣への迷惑行為 | | 15 | |
| | | 不衛生な環境に怯む (スタッフにアレルギーがある場合) | 13 | | |
| | | 病状が安定しない・不安が軽減しない | 2 | | |
| | 拒否が強くなることがある | 2 | | | |
| | 本人の治療の維持が困難 | 7 | | | |
| | 訪問時間以外の生活状態・問題行動が把握しにくい | 訪問時間外の生活状況・問題行動が把握しにくい (服薬・飲酒) | | 10, 16 | |
| | | 怠薬 | | 15 | |
| | 生活援助の困難 | 生活援助の困難 | 不衛生からなんとかしなければと援助をしたくなかったが, これが看護の仕事なのか疑問 | 13, 18 | |
| | | | 部屋の掃除がしたいが (できず) もどかしさを感じていた | 4 | |
| | | | (基本的な生活を営むことができない) 利用者の生活力の乏しさ | | 10, 16 |
| | | | 不衛生な環境に怯む | 13 | |
| | 身体管理が難しい | 身体管理が難しい | 食事や水分量低下により, 全身状態が悪化, 生命の危機 | 2 | 15 |
| | | | 合併症 (糖尿病が一番多い) の食事管理がうまくいかない | | 15 |
| | 効果が見えにくい | 効果が見えにくい | ケアの効果が見えない | 3, 6, 13 | |
| | | | 看護の効果としてのエビデンスがみえにくい | 8 | |
| | その他精神疾患特有の援助困難 | その他精神疾患特有の援助困難 | (スタッフが) モノをもらう行為 | 17 | |
| | | | 症状管理 | 5 | |
| | | | 病識欠如のため援助の必要性を理解してもらえない | 2, 13 | 15 |
| | | | 利用者からのクレーム | 3, 6 | |
| 指導は自己否定と捉え, スタッフを拒絶非難, 謝るまで許さない | | | | 15 | |
| 一旦, 信頼関係ができると特定の看護師しか受け入れない | | | | 15 | |
| 自立支援の難しさ | | | | 12 | |
| 訪問看護の終結の見極め時期 | 3, 6, 14 | | | | |
| (7) コミュニケーション上の困難 | コミュニケーション・信頼関係構築が難しい | コミュニケーションがとりにくい | | 16 | |
| | | 本音の話ができない | 3, 6 | | |
| | | 本人の意欲を引き出せない | 2 | | |
| | | 利用者の悩みが見出だせない | 3, 6 | | |
| | | 本人の感情・気持ちが把握しがたい | 2 | | |
| | | 精神科看護特有のコミュニケーションへの戸惑い | | 9 | |
| | | ほとんど話さずコミュニケーションがとれない | 2 | | |
| | | 指導や会話がはぐらかされる | 2 | | |
| | | 話の内容に統一性がない | | 11 | |
| | | 対話の中で小さな変化を見つけてゆくことの難しさ | | 12 | |
| | | 精神的な傷つきやすさへの恐れ | | 9 | |
| | | 関係構築に時間がかかる | | 10, 16 | |

表1-3 (つづき) 精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 精神科文献 | 訪問看護文献 | |
|-------------------------|----------------------|---|----------|----------------|--------|
| (8) 家族の援助上の困難 | 家族の疾患への理解が不十分・理解できない | 家族が疾患を理解できない、認めない | 13 | 10, 12, 15, 16 | |
| | | 家族の理解を得ることの難しさ | 13, 14 | | |
| | | 家族が援助の成果を性急に求める | 13 | | |
| | | 家族が本人以上にがんこ、こだわりが強い | | 12 | |
| | 本人だけでなく家族も援助の対象になる | 本人より家族に問題が多い | | | 10, 16 |
| | | 家族も知的レベルが低い | | | 12 |
| | | 家族の服薬管理をしなければならない | | | 12 |
| | | 家族も精神障害者であることが多い | | | 11, 12 |
| | | 家族が高齢、介護負担軽減や対応が難しい | | | 10 |
| | 本人だけでなく子どもも援助の対象になる | 病状に振り回されストレスがたまっている | | | 15 |
| | | 本人が親として行動しづらい | 7 | | |
| | | 子にとって安全な環境の保持が困難 | 7 | | |
| | | 子の発達状態が心配 | 7 | | |
| | | 時間と人手が2倍以上かかる(親と子の対応) | 7 | | |
| | | 子どもとのかかわりをどこまですべきか | 7 | | |
| | 家族から協力を得ることが難しい | 主婦(母・妻)の役割を果たすため、家族へのアプローチが必要 | 4 | | |
| キーパーソン不在 | | | | 12 | |
| 家族から情報を得にくい | | | | 16 | |
| | | 単身者の場合家族と連携することが難しい | 14 | | |
| | | 家族が不在(共稼ぎ) | | 15 | |
| (9) 知識不足による困難 | 精神科以外の知識の不足 | 内科的な知識が必要、精神看護といっても総合的な看護能力が問われている | 1 | | |
| | | ターミナル期で在宅に帰る際、在宅で看取ることの情報提供が不十分 | 1 | | |
| | 精神科の専門知識の不足 | 精神症状や自殺のリスクの判断の難しさ | | | 9 |
| | | 入院の必要性の判断が困難 | | | 11 |
| | | 自分の発言が通じているのか判断がつきにくい | | | 12 |
| | | 薬のコントロールがうまくいかない | | | 12 |
| | | 疾患についての知識がない | | | 16 |
| | | 看護の目標、援助方法、かかわり方が分からない | | | 16 |
| | | 面接技法の研修をうけたい | | | 12 |
| | | 家族への関わり方が分からない | | | 9 |
| (10) 不安・マイナス感情 | 自身のケアに対する不安 | 訪問看護のケアに自信が持てない | 3, 6 | | |
| | | この看護援助でよいかわからない | 13 | 10 | |
| | | 自分になにができるのか | | | 12 |
| | | よく分からないままケアしている不安 | 14 | 9, 16 | |
| | | (看護の)方向性がちがうのかと悩む | | | 12 |
| | | 傾聴が主なケースでは役に立っているのかと思う | | | 12 |
| | マイナス感情やむなしさ | ケアの保障ができない | | | 16 |
| | | 利用者に対し陰性感情をもつ | 3, 6, 18 | | |
| | | 働きかけても変化のないむなしさ | | | 9 |
| | | 拒否により無力感を感じ、自信を無くす | 2, 13 | | |
| | | 訪問看護の意味が見いだせず徒労感 | 13 | | |
| | | 達成感を感じることは少ない | 13 | | |
| | | 十分なケアができないという不全感 | | | 9 |
| | | 暴力を受けた後の看護師の不安や自信のなさ | 14 | | |
| | | 精神症状に付き合うしんどさ | | | 9 |
| | | 精神的ケアへの戸惑い | | | 12 |
| これでよいのかとしんどくなる | | | 16 | | |
| (訪問看護を)引き受けざるを得ない | 13 | | | | |
| 報酬に見合ったことをしなければならない | 13 | | | | |
| (11) 偏見からの困難 | 偏見からのやりにくさ | 偏見がある(近隣の方の理解が得られない) (看護師が買い物同行時などに感じる)精神科のイメージの悪さ | 14 | 12 | |
| (12) 社会資源の不足・経済的問題からの困難 | 社会的資源の不足・経済的問題 | アパートがすくない | 14 | | |
| | | 精神障害者が孤立しないような体制・サポートする仕組みが不十分 | | | 12 |
| | | 近くに精神障害者の訪問看護が少ない | | | 12 |
| | | (患者が)絵を習ってみたいが通う場がない | | | 15 |
| | | 指定通院医療機関の不足により訪問距離が長く、サービスを縮小せざるを得ない | 8 | | |
| 経済的問題 | 14 | | | | |

引用文献

- 1) 鈴木優美子, 情野武志, 大越成子, 他1名: 精神科訪問看護の経験. 松村総合病院医誌, 18 (1), 127-133, 2000.
- 2) 小田心火: 精神科訪問看護の有効性と課題-訪問看護ステーションにおける利用者, 看護師双方に対する調査から-. 東邦大学医学部看護学科・東邦大学医療短期大学紀要, 18, 5-21, 2004.
- 3) 船越明子, 宮本有紀, 萱間真美: 訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護を実施する際の訪問スタッフの抱える困難に対する管理者の認識. 日本看護科学会誌, 26 (3), 67-76, 2006.
- 4) 田崎真理子, 平ユミ子: 主婦を支える訪問看護の役割 統合失調症の患者の事例を通して. 日本精神科看護学会誌, 50 (2), 553-556, 2007.
- 5) 長谷川智子: 精神科訪問看護における看護師の支援技術と支援認識-外来での訪問看護の実態から-. 日本看護学会論文集, 38, 96-98, 2007.
- 6) 井関敏男, 大川賀久, 工藤隆司, 他5名: 訪問看護師が抱えるジレンマとその対策 東北地方の精神科訪問看護師における実態調査より. 日本精神科看護学会誌, 51 (3), 169-173, 2008.
- 7) 辻本直子, 栄セツコ, 橋田歩, 他2名: 精神科訪問ステーションにおける子育て中で精神障害のある人への支援に関する研究. 訪問看護・在宅ケア研究助成事業報告書, 13, 57-72, 2008.
- 8) 美濃由紀子, 宮本真巳: 医療観察法における訪問看護の現状と課題 ケア効果とスタッフのかかえる困難に焦点をあてて. 精神看護, 11 (3), 60-63, 2008.
- 9) 飯村麻紀: 訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護に携わる精神科経験のない看護師の困難とニーズ. 病院・地域精神医学, 51 (2), 145-146, 2009.
- 10) 大向征栄, 新井香奈子, 中野康子, 他8名: 明石市精神科訪問看護ネットワークの構築に関する取り組み-精神科訪問看護実態調査および研修会の実施-. 訪問看護・在宅ケア研究助成事業報告書, 14, 1-23, 2009.
- 11) 田中たか子, 重信好恵, 菅野恭子, 他4名: 精神障害者への訪問看護のかかわり 受け入れ困難事例を通して. 練馬医学会誌, 15, 44-46, 2009.
- 12) 林裕栄, 田中敦子: 精神科訪問看護の活動実態-A 県内の訪問看護ステーションの実態調査から-. 日本看護学会論文集 (地域看護), 40, 201-203, 2009.
- 13) 林裕栄: 精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難. 日本看護研究学会誌, 32 (2), 23-34, 2009.
- 14) 片岡三佳, 村岡大志, 森康成, 他4名: 岐阜県下における精神科病院からの訪問看護を行なっている看護職の思い. 日本看護学会論文集 (精神看護), 40, 15-17, 2010.
- 15) 林裕栄, 内田恵美子, 田中敦子: 訪問看護ステーションにおいて在宅精神障害者の援助実態とその困難性. 訪問看護と介護, 15 (1), 42-46, 2010.
- 16) 新井香奈子, 中野康子, 梶原理絵, 他1名: 管理者の認識する精神科訪問看護実践における困難. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 18, 119-118, 2011.
- 17) 清水美都穂: 臨床で出会う倫理ジレンマ-どう整理し納得していくのか2訪問看護の場面で「モノをもらおう」ということ. 精神看護, 38 (2), 9-11, 2011.
- 18) 鈴木貴子: 一般身体科も精神科も訪問看護の基本は変わらない. コミュニティア, 13 (5), 24-26, 2011.
- 19) 安西信雄, 萱間真美: 新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究「精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策」. 平成22年厚生労働省科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業)
- 20) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課「精神障害者アウトリーチ推進事業の手引」

Difficulties of Visiting Nursing Staff in Caring for Psychiatric Patients: Review of the Literature

Chika INOUE¹, Kazumi HAYASHI¹

Abstract

The objective of this review was to clarify the types of difficulties encountered by visiting nurses associated with caring for psychiatric patients, based on a review of 19 reports in the literature. The literature included 12 reports regarding staff of psychiatric hospitals and visiting nursing stations that care mainly for psychiatric patients, and seven regarding staff of visiting nursing stations that care mainly for patients with a physical disease.

We surveyed the difficulties encountered by nurses in caring for psychiatric patients, the most common difficulty being provision of adequate care for these patients. This was followed by financial issues, supporting the family, uneasiness/negative feelings of staff, and lack of cooperation from psychiatrists, administration staff and so on.

The characteristic difficulties encountered by visiting nursing stations, except psychiatric hospitals and visiting nursing stations that care mainly for psychiatric patients, were frequent and long visits, frequent and long hours spent on telephone support, uneasiness/danger of unaccompanied visits, impossibility of coping with emergencies, caring for not only patients but also their families, and lack of knowledge regarding psychiatry. In the future, it will be necessary for visiting nurses to examine the support available for acquiring further knowledge and skills involved in caring for patients when their symptoms become worse. It will be necessary to revise medical rewards to increase the profitability of visiting nursing stations.

Key words psychiatric disease, visiting nurse, feelings, dilemma, difficulties