

研究報告

地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さ ～自由記述の質的分析～

葛島慎吾, 川村道子

【要旨】

本研究は、地方で精神科訪問看護を実施する看護師にどのような困難さがあるのかを明らかにして、今後の方策を検討するための基礎資料を得ることを目的に、地方A県内で精神科訪問看護を実施している看護師を対象に、質問紙調査を行った。自由記述の内容を分析した結果、地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さとして、利用者への対応に関するだけでなく、対応以前に訪問看護の導入がうまくいかないこと、地域の受け入れが十分でない状況、ケアの質向上のための人材ネットワークや教育体制整備の不足に関することが明らかになった。以上は、三大都市圏を含めた全国の精神科訪問看護を実施する看護師の困難さと同様だったが、地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さへの対応としては地方ならではの方策が必要であることが示唆された。

【キーワード】 精神科訪問看護, 看護師の困難さ, 地方

I. 序論

1. はじめに

厚生労働省は、2004年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の中で「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉改革の基本的方策を打ち出した¹⁾。そこで目指されているのは、精神障害者であるかどうかに関わらず、誰もが自分の暮らす地域で幸せに生活できることである。この具体的な取り組みには、精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深めるための情報発信、入院加療が必要でも早期に退院できる精神科医療体制の整備、地域での相談支援の充実などがある。これまでの流れを汲み、2017年には、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療・福祉等の様々な関係者が連携できる体制を構築できるように、都道府県・保健所・市町村等の重層的な役割分担・協働を推進すべきであることが報告された²⁾。2004年

以降、「精神障害者を地域で支える」という考えに基づき、国の施策が整備され、精神障害者の地域生活を支える取り組みが進められていることがわかる。

精神障害者の地域生活を支える取り組みのうち、精神科訪問看護は重要な支援の1つとされ、診療報酬の改定など体制の整備が進められている。2012年度の精神科訪問看護に関する診療報酬の改定では、訪問看護の対象が「通院による療養が困難な者」から「精神疾患を有する入院中以外の患者又はその家族等」に拡大された³⁾。その後、精神科訪問看護の実施率は増加しており⁴⁾、今後、精神科訪問看護を実施する事業所数も増加していくと考えられる。また、2020年度の診療報酬改定では、機能の全体的評定尺度(Global Assessment of Functioning Scale)による評価の要件化、訪問した職種が分かる区分を新設、複数名での精神科訪問看護時の理由記載の追加といった見直しが行われた⁵⁾。この見直しは、適切かつ

効果的な精神科訪問看護の提供を推進する観点から、利用者の状態把握を行うことが可能となるよう実施された。これまでの体制整備において、2012年度の診療報酬改定により精神科訪問看護の実施数が全国的に増え、現在ではより質の高い実践が求められている。

しかしながら、精神科訪問看護を実施する看護師は「利用者への対応」「家族への対応」「専門職間の連携」「学ぶ場の不足」「人的体制の不十分」「地域の受け入れ」といったことに関して困難さを抱えている⁶⁾。このように、精神科訪問看護を実施する看護師は様々な困難さを抱えているが、人的資源が豊富で先進的な取り組みや研修の開催数が多い東京などの三大都市圏の看護師と比較して、地方の看護師はより困難さを抱えやすいと考える。また、地方における精神病床の平均在院日数の長さも看護師の困難さの違いにつながっていると考える。例えば、九州地方(沖縄県を除く)における精神病床の平均在院日数は約330日であり、全国平均(265.8日)と比較して長く、最も平均在院日数が短い東京よりも150日近く長い⁷⁾。したがって、地方で精神科訪問看護を実施する看護師は、比較的長い入院期間の後、地域で生活する利用者を支援することが多くなる。精神科病院への長期入院を余儀なくされている患者は、長期間に渡って精神症状に苦しめられているだけでなく、孤独への脅威や社会適応能力の低下による生活の困難さ、将来の不安等の苦悩を抱えているといわれ⁸⁾、一般的には地域移行支援が難しい。そして、精神症状が安定し、地域生活ができる状態であっても、長期入院に伴う高齢化や向精神薬の副作用による身体合併症の問題もあるため、利用者の精神的側面だけでなく身体的側面にも対応できる看護師の実力が必要となる。

以上を踏まえると、地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さには何らかの特徴があると考えられる。しかし、これまで地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さに着目した研究は見当たらない。

2. 研究目的

本研究の目的は、地方で精神科訪問看護を実施する看護師にどのような困難さがあるのかを明らかにし、今後の方策を検討するための基礎資料を得ることである。

3. 用語の定義

看護師の困難さ：精神科訪問看護において実現・実行が難しいと看護師が認知すること⁶⁾

三大都市圏：東京圏・大阪圏・名古屋圏⁹⁾

地方：三大都市圏を除く地域⁹⁾

II. 方法

1. 研究対象

三大都市圏を除く地域であるA県内の病院、クリニック、訪問看護ステーション32施設において、精神障害者に訪問看護を実施している看護師187名を対象とした。

2. データ収集方法

日本看護協会のホームページに公開されているA県の精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションの管理者、A県の精神保健福祉センターが発行する精神科医療機関の情報冊子に掲載されている訪問看護を実施している病院・クリニックの管理者に、研究の趣旨に関する文書を郵送し、研究協力を依頼した。協力が得られた施設で精神科訪問看護を実施する看護師に無記名の自記式質問紙調査を依頼し、返信用封筒を同封した。質問紙の回収は、各研究対象者による返信用封筒の郵送(直接返送)にて行い、質問紙投函をもって対象者の同意が得られたものとした。データ収集期間は、2019年8月から2020年1月であった。

3. 調査内容

精神科訪問看護における看護師の困難さに関して、自由記述にて回答を求めた。また、対象者の背景として、年齢、性別、勤務施設、勤務施設が位置する

場所、職務の状況、勤務施設の精神科訪問看護指導料算定の有無、24時間対応の有無、勤務形態、職位、看護経験年数、精神科看護経験年数、訪問看護経験年数、精神科訪問看護経験年数、過去5年間の勤務施設での研修受講歴、過去5年間の勤務施設外での研修受講歴、精神科訪問看護基本療養費算定要件研修受講の有無について調査した。

4. データ分析方法

質問紙から得られたデータのうち、精神科訪問看護における看護師の困難さに関する自由記述の内容を精読した後、意味内容ごとにコード化した。次に、コードの共通性・相違性を検討し、類似したコードを分類し、カテゴリー化を行った。対象者の背景は、記述統計にて各項目の数値と割合を求めた。分析の信頼性確保のため、研究者間で分析内容を検討した。

5. A県の概要

A県は、九州地方に位置する。平成27年国勢調査¹⁰⁾によると、A県の人口は1,104,069人、65歳以上の人口割合は29.5%(全国26.6%)である。人口10万人当たりの精神病床数は545.9(全国258.9)⁷⁾、精神病床の平均在院日数は339.8日(全国265.8日)⁷⁾、年間自殺死亡率は18.6(全国16.0)¹¹⁾で、いずれも全国平均を上回っており、A県の精神科医療が抱える課題は多い。また、精神科訪問看護について、A県における人口10万人当たりの精神疾患対象の訪問看護実施事業所数は0.7であり、全国の1.0と比較して少ない状況であるが⁴⁾、今後、全国の状況と同様に、A県の精神科訪問看護を実施する事業所数も増加していくことが考えられる。

6. 倫理的配慮

本研究は、宮崎県立看護大学研究倫理委員会より承認を受けて実施した(令和元年度第12号)。各施設の管理者に研究依頼を行い、協力の同意が得られた施設で精神科訪問看護を実施する看護師に対して、研究の趣旨に関する説明文書とともに質問紙を送付し、

研究協力を依頼した。また、説明文書には、研究への協力は自由意志であり質問紙投函をもって同意が得られたものとする事、研究に協力できない場合でも不利益が生じることはないこと、質問紙は無記名であること、収集したデータは研究者が厳重に管理し秘密保護に配慮すること、研究結果を公表する場合は個人が特定されないように配慮することを明記した。

III. 結果

1. 対象者の背景

質問紙の回収数は122(回収率65.2%)であり、自由記述は29の質問紙にあった。分析対象とした質問紙における対象者の背景を表1に示す。このうち、年齢は、50代が14(48.3%)と半数近くを占め、20代および60代以上が1(3.4%)と最も少なかった。性別は、女性が19(65.5%)、勤務施設は、訪問看護ステーションが19(65.5%)とそれぞれ半数以上を占めた。勤務施設が位置する場所は、県央が11(37.9%)と最も多く、県西が3(10.3%)と最も少なかった。職務の状況は、25(86.2%)が訪問看護は専任であると回答し、兼任は4(13.8%)であった。勤務施設の精神科訪問看護指導料算定の有無は、20(69.0%)が算定ありと答え、24時間対応の有無は、22(75.9%)がありと答えた。勤務形態は、26(89.7%)が常勤であり、職位は、スタッフが19(65.5%)と半数以上を占めた。看護経験年数は、20年以上が15(51.7%)と最も多かった。精神科看護経験年数は、4年未満が9(31.0%)と最も多いものの、5年～9年、15年～19年、20年以上もそれぞれ5(17.2%)であった。訪問看護経験年数は、4年未満が15(51.7%)と最も多く、精神科訪問看護経験年数もまた4年未満が18(62.1%)と最も多かった。過去5年間の研修受講歴をみると、勤務施設内では、1～3回が14(48.3%)と最も多く、次いで7回以上が6(20.7%)であった。勤務施設外では、0～3回が16(55.1%)であったが、7回以上も12(41.4%)であった。精神科訪問看護基本療養費算定要件研修受講の有無は、なしが20(69.0%)で最も多かった。

表1 対象者の背景

n=29

項目	内訳	人数	%	項目	内訳	人数	%
年齢	20代	1	3.4	精神科看護経験年数	4年未満	9	31.0
	30代	4	13.8		5年～9年	5	17.2
	40代	9	31.0		10年～14年	4	13.8
	50代	14	48.3		15年～19年	5	17.2
	60代以上	1	3.4		20年以上	5	17.2
性別	男性	10	34.5	無回答	1	3.4	
	女性	19	65.5	訪問看護経験年数	4年未満	15	51.7
勤務施設	精神科病院	10	34.5		5年～9年	8	27.6
	訪問看護ステーション	19	65.5		10年～14年	3	10.3
勤務施設が位置する場所	県北	9	31.0	15年～19年	2	6.9	
	県央	11	37.9	20年以上	1	3.4	
	県西	3	10.3	精神科訪問看護経験年数	4年未満	18	62.1
	県南	6	20.7		5年～9年	7	24.1
	職務の状況	訪問看護は専任	25		86.2	10年～14年	2
訪問看護は兼任		4	13.8		15年～19年	1	3.4
勤務施設の精神科訪問看護指導料算定の有無	算定あり	20	69.0		20年以上	1	3.4
	算定なし	7	24.1	過去5年間の勤務施設での研修受講歴	0回	5	17.2
	無回答	2	6.9		1～3回	14	48.3
24時間対応の有無	あり	22	75.9		4～6回	4	13.8
	なし	7	24.1	7回以上	6	20.7	
勤務形態	常勤	26	89.7	過去5年間の勤務施設外での研修受講歴	0回	5	17.2
	非常勤	3	10.3		1～3回	11	37.9
職位	管理者	10	34.5		4～6回	1	3.4
	スタッフ	19	65.5	7回以上	12	41.4	
看護経験年数	4年未満	1	3.4	精神科訪問看護基本療養費算定要件研修受講の有無	あり	6	20.7
	5年～9年	1	3.4		なし	20	69.0
	10年～14年	5	17.2		無回答	3	10.3
	15年～19年	6	20.7				
	20年以上	15	51.7				
	無回答	1	3.4				

2. 地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さ

地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さについて、自由記述の内容を精読し、コード化、カテゴリー化を行った。以下、自由記述の内容を“ ”、コードを< >、サブカテゴリーを『 』、カテゴリーを【 】、として、最もコード数が多いカテゴリーである【訪問看護の機会に、利用者の状況を捉えて看護過程を展開しなければならない】を例として分析過程を詳述する。

まず、自由記述の内容を精読し、意味内容ごとに

コード化していった。例えば、“利用者への対応に関する質問項目については、利用者によって違い、差がかなりある”という記述では、利用者ごとに対応の違いが生じることにに対する看護師の困難さがあると捉え、<利用者への対応内容は、利用者によって違い、差がかなりある>とコード化した。また、“訪問先が家族と一緒にだという人はほとんどいなく状態・変化等判断力が問われる”という記述では、家族などのキーパーソンが訪問時に不在であるために、客観的な情報を得られず、利用者の状態をその場で判断する必要があることにに対する看護師の困難さがある

ると捉え、＜訪問先が家族と一緒に人はほとんどおらず客観的な情報を得られないために、状態・変化等判断力が問われる＞とコード化した。加えて、“精神状態が安定している利用者でも訪問日に状態が一変して、声かけなど質問等、表情の変化をうかがいながら、行わなければならない困難さを感じる時があります”という記述からは、訪問のたびに利用者の状態が変化していることで、状況を判断し対応する上での困難さがあると捉え、＜精神状態が安定している利用者でも訪問日に状態が一変して、声かけなど、表情の変化をうかがいながら、行わなければならない＞の3コードは、いずれも客観的な情報が乏しいために、訪問のたびに利用者ごとの状況を判断して対応することに関する看護師の困難さを示していると捉え、『訪問のたびに、客観的な情報が乏しい中で利用者ごとの状況に応じて、判断・対応しなければならない』と抽出した。

このように、他の記述についてもコード化およびカテゴリー化を進めていった。＜緊急時の対応が難しい＞＜興奮時の対応が難しい＞＜24時間対応体制で、深夜に電話対応をする際に、緊急性がない場合は、どの程度対応をしなければならないのか＞の3コードは、訪問時に限らず、緊急度の判断や、緊急時の対応を求められることに関する看護師の困難さを示していると捉え、『訪問時に限らず、緊急性を判断して、対応しなければならない』と抽出した。＜依存症の方の学びや気付きがあるが、断酒でなく節酒で良いのか＞＜出来ないことでなく、出来ることを感じながらも本当に何がその人に必要で幸せかと考える＞＜福祉と医療の境界が難しいとは思っているが、そこにこだわる事は地域包括ケアにおいても効果的

とは思えない＞＜被害妄想が訪問看護師に向けられた時＞＜訪問拒否など利用者と看護師が合わない場合＞の5コードは、利用者と看護師との関係性の悪化等により、利用者と看護師が考えを共有して、看護の目標設定をすることに関する看護師の困難さを示していると捉え、『利用者と考えを共有して、看護の目標を設定しづらい』と抽出した。＜利用者はおおむね、指示されるのは嫌い、受け手によっては強制や命令されたと受け取ってしまう場面もある＞＜利用者の看護実践の評価について、看護計画は個別性をふまえて立ててはいるが、利用者と目標のすり合わせができていない部分が多く、看護計画の評価なのに、状態の評価でよいのかといつも疑問に思っている＞＜必要ないと言われることも多く、どのような介入が良いか分からず、意味のある訪問看護ができていないと思う＞＜訪問看護の場は、患者さんの生活の場であり、患者さんの家であるため、どうしても立場的に弱くなり、入れない領域であったり、目が届かない範囲があるため、指導が限られたり、把握できない事が多い＞＜利用者の話を聴くだけなら看護師でなくてもできるのではと思ひ、なにが正しいのか分からなくなる＞の5コードは、何らかのケアを実践しているが、ケアや利用者の反応を看護の目標に照らして意味づけることに関する看護師の困難さを示していると捉え、『ケア内容や利用者の反応を看護の目標に照らして意味づけできていない』と抽出した。以上の『訪問のたびに、客観的な情報が乏しい中で利用者ごとの状況に応じて、判断・対応しなければならない』『訪問時に限らず、緊急性を判断して、対応しなければならない』『利用者と考えを共有して、看護の目標を設定しづらい』『ケア内容や利用者の反応を看護の目標に照らして意味づけできていない』の4サブカテゴリーを概観し、精神科訪問看護における精神障害を抱える利用者の特徴や地域で生活するという利用者の状況など精神科訪問看護特有の要素があるために、客観的な情報に基づいて対象をアセスメントし、看護計画を立案し、実施し、評価するといった看護過程のプロセスを展

開していくことに看護師が困難さを抱えているといった共通性から、【訪問看護の機会に、利用者の状況を捉えて看護過程を展開しなければならない】と抽出した。

以上のような分析過程を経て、自由記述内容を分析したところ、地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さとして、44コード、15サブカテゴリーから【利用者や家族が、訪問看護でのケアのイメージを持たず、精神科訪問看護の導入がうまくいかない】

【訪問看護の機会に、利用者の状況を捉えて看護過程を展開しなければならない】【精神科訪問看護におけるケアの質向上に資する考えの共有を可能にする人材ネットワークが作られにくい】【精神科訪問看護におけるケアの質を高めるために十分な教育体制が整備されていない】【利用者と家族が地域で力を発揮して生活するための地域の受け入れが十分でない】の5カテゴリーが抽出された(表2)。

IV. 考察

本研究の結果より、地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さは、利用者や家族との関係性の構築や看護過程の展開、スタッフ同士との考えの共有、教育体制、地域の受け入れ等に関することであり、三大都市圏を含めた全国の精神科訪問看護を実施する看護師の困難さ⁶⁾と同様だった。しかしながら、地方に従事する看護師の困難さに対応する方策は三大都市圏とは異なると思われる。なぜなら、地方には、人的資源や教育機会の不足、長い入院を経て地域生活を送る利用者への対応の難しさといった特徴があるからである。また、地方で精神科訪問看護を実施する看護師は、<利用者の話を聴くだけなら看護師でなくてもできるのではと思います、なにが正しいのか分からなくなる>といった看護師としてのアイデンティティの揺らぎとも読み取れる困難さを抱えており、看護師として地域で生活する精神障害者をどのように支えるのか整理する必要がある。以上を踏まえ、地方の特徴を踏まえた今後の方策の検討という視点で考察する。

1. 地方で地域生活を送る精神障害者の特徴を捉える力を高める

1) 地方で精神科訪問看護を実施する看護師の状況に即した方策を講じる必要性

地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さについて、【利用者や家族が、訪問看護でのケアのイメージを持たず、精神科訪問看護の導入がうまくいかない】【訪問看護の機会に、利用者の状況を捉えて看護過程を展開しなければならない】といったカテゴリーが抽出され、看護師が利用者への対応に関して困難さを抱えていることが明らかになった。精神科訪問看護は、交替勤務で常時患者の状況を把握することができる病棟看護と違い、訪問のたびに利用者の状況を判断し、対応しなければならないことに困難さがある¹²⁾。また、精神科訪問看護の舞台である地域には、ひとつとして同じ環境はなく、誰がどのように生活しているかといったことに加えて、その時期の行政の首長や議会の政策、行政職員の配置や個性、行政の施策が作り出す街全体の環境によって、その性質を変える。これは病院とは対照的である¹³⁾。本研究の対象者をみると、精神科看護経験年数が5年～9年、15年～19年、20年以上の者がそれぞれ5(17.2%)であったが、精神科訪問看護経験年数に関しては4年未満の看護師が18(62.1%)と半数以上を占めていた。東京圏で精神科訪問看護を実施する看護師を対象とした実態調査¹⁴⁾では、精神科訪問看護経験年数の平均が5.2年とされているが、本研究の対象者は精神科訪問看護経験年数が平均の5.2年に満たない看護師が半数以上を占める状況であった。以上から、地方で精神科訪問看護を実施する看護師は、地域を舞台とした精神科訪問看護の特徴を把握できるだけの経験に乏しく、地域で生活する利用者に対する判断や対応に困難さが生じやすいといえる。よって、地方の看護師の状況に即して、看護師が地域で生活する精神障害者の特徴を捉える力を高める方策を講じる必要があると考える。

2) 利用者の立場に立って捉える力を高める

本研究で明らかになった【利用者や家族が、訪問

表2 地方で精神科訪問看護を実施する看護の困難さ

コード	サブカテゴリ	カテゴリ
身体的なケアがほぼなく、ケアが見えない分、その必要性・具体性を説明しづらい	ケアが見えないために、利用者に精神科訪問看護の必要性を説明しづらい	
対象からケアの必要性・具体性の理解を得るのが難しい		利用者や家族が、訪問看護でのケアのイメージを持っていないために、精神科訪問看護の導入がうまくいかない
何のために訪問看護を導入するのか、利用者や家族に理解してもらえない	利用者や家族が、ケアのイメージを持っていないために、精神科訪問看護を受け入れてもらえない	
利用者または家族から「訪問はいらない」と言われれば、料金が発生する事なので、無理には入りづらい		
利用者への対応内容は、利用者によって違い、差がかなりある		
訪問先が家族と一緒に人はほとんどおらず客観的な情報を得られないために、状態・変化等判断力が問われる	訪問のたびに、客観的な情報が乏しい中で、利用者ごとの状況に応じて、判断・対応しなければならない	
精神状態が安定している利用者でも訪問日に状態が一変して、声かけなど、表情の変化をうかがいながら、行わなければならない		
緊急時の対応が難しい		
興奮時の対応が難しい	訪問時に限らず、緊急性を判断して、対応しなければならない	
24時間対応体制で、深夜に電話対応をする際に、緊急性がない場合は、どの程度対応をしなければならぬのか		
依存症の方の学びや気付きがあるが、断酒でなく節酒で良いのか		
出来ないことでなく、出来ることを感じながらも本当に何がその人に必要で幸せかと考える		
福祉と医療の境界が難しいと感じているが、そこにこだわる事は地域包括ケアにおいても効果的とは思えない	利用者と考えを共有して、看護の目標を設定しづらい	訪問看護の機会に、利用者の状況を捉えて看護過程を展開しなければならない
被害妄想が訪問看護師に向けられた時		
訪問拒否など利用者と看護師が合わない場合		
利用者はおおむね、指示されるのは嫌い、受け手によっては強制や命令されたと受け取ってしまう場面もある		
利用者の看護実践の評価について、看護計画は個性をふまえて立ててはいるが、利用者とのすり合わせができていない部分が多く、看護計画の評価なのに、状態の評価でよいのかといつも疑問に思っている		
必要ないと言われることも多く、どのような介入が良いか分からず、意味のある訪問看護ができていないと思う	ケア内容や利用者の反応を看護の目標に照らして意味づけできていない	
訪問看護の場は、患者さんの生活の場であり、患者さんの家であるため、どうしても立場的に弱くなり、入れない領域であったり、目が届かない範囲があるため、指導に限られたり、把握できない事が多い		
利用者の話を聴くだけなら看護師でなくてもできるのではと思い、なにが正しいのか分からなくなる		
記録内容を訪問時に記入できない	他のスタッフと利用者のケアに関する考えを共有するための情報が不足している	
情報収集が困難		
利用者に対する対応やケアなどを相談する相手がおらず一人で抱え込むことが多い	利用者のケアに関して相談する相手がおらず、一人の考えで対応しなければならない	
一人の事が多く、不安を抱えながら仕事をしているので、大変		
訪問看護を行っている地域にある精神科病院のスタッフとの情報交換が今後必要		
精神対応ができるスタッフが一人しかいないため、替わりがない		精神科訪問看護におけるケアの質向上に資する考えの共有を可能にする人材ネットワークが作られにくい
それぞれの訪問看護が集まり、困った事などを相談できる研修会などが必要		
同じような事例でも医師により対応が違う	勤務施設内外のスタッフ同士がケアに関して考えを共有する機会が不足している	
人材不足などから質の低下をまねいている		
専門的な視点でケアができる専門職が少ない		
1人1人の利用者とはじっくり関わりたい場合もあるが、専従で関わっている看護師が限られているため、思うような支援ができない		
24時間電話対応の為、PSW、OT含めて全員でまんべんなく利用者の訪問にまわるが、利用者の中には1人のNSしかたずさわらない人もおり、スタッフ間で情報共有はするが、対応に苦慮する	スタッフ同士の情報共有がケアの質向上につながっていない	
利用者を知る事と薬剤管理、夜間対応による訪問、リストカット、多量服薬、振り回される事もしばしばあり、職員のメンタルや対応の一貫性に苦慮する		
精神科訪問看護に関する研修が少ない	精神科訪問看護におけるケアの質を高めるために学ぶ機会が少ない	精神科訪問看護におけるケアの質を高めるために十分な教育体制が整備されていない
訪問看護を行っている地域にある精神科病院のスタッフとの勉強会が今後必要		
精神科訪問看護を学ぶ研修を充実させてほしい	精神科訪問看護におけるケアの質を高めるための教育内容が充実していない	
病棟と訪問看護勤務とのギャップの差でとまどい、一つ一つ積み重ねて学んでいる状況		
精神障害の子供をもつ親の中には同じ気持ちを持つ家族のことが知りたいという方も多く、家族会の在り方など支援が足りない部分はたくさんある	利用者の家族間が繋がりが、利用者を支える力を高める地域での場が不足している	
精神障害者の親が地域と関わることを嫌がり、作業所などへの通所を拒否すること		
就労施設を利用者に勧めたいと思うが、少ないため、勧められない	利用者が地域で力を発揮して生活するための地域での支援体制が整備されていない	
対象に関わる関係機関の把握が困難		利用者や家族が地域で力を発揮して生活するための地域の受け入れが十分でない
精神科に理解のない方には昔ながらの差別感がどうしてもあるように感じる		
近隣の住民の方々より苦情を言われ、「そうなんですわ」と聞き入れる事しかできない	精神障害による苦しみを抱えて生活する利用者に対する地域の人々の理解が進まず、利用者が力を発揮して地域で生活できない	
精神障害の方のこともっと地域や子ども達にも知ってもらわないと生きづらさを感じながら生活していることで、症状改善につながらないことも多く、もっと苦しんでいることを周囲に理解してもらえない社会になることで、偏見の目で見られることもなく、いきいきと生活できるように支援していきたい		

看護でのケアのイメージを持たず、精神科訪問看護の導入がうまくいかない】【訪問看護の機会に、利用者の状況を捉えて看護過程を展開しなければならない】といった看護師の困難さには、＜何のために訪問看護を導入するのか、利用者や家族に理解してもらえない＞＜訪問拒否など利用者と看護師が合わない時＞などがあり、看護師と利用者の関係性の不安定さや看護師が利用者と考えを共有することが難しい状況によって生じていた。他者との関わりをもととしない精神障害の多くは突如現れるものではなく、他者との関係性の中で傷つき、他者を避けた方が安全だという考えを持ち生活してきたプロセスの中で現れているといわれている¹⁵⁾。したがって、精神障害を抱えた利用者は、日常生活の中で受け取った刺激を他者の助けを借りながら現実的な考えとして思い描くというよりは、他者との関わりを避け、自己流の歪んだ考えを思い描くことで、他者からみると奇妙な言動に発展し、社会生活にうまく適応できない状態に陥る。さらに、地域生活は、入院生活のように刺激が統制されておらず、精神障害者が自己流の歪んだ考えを思い描く傾向が強くあらわれるといえる。このように、精神障害を抱えて地域で生活する利用者の特性を看護師が捉えることによって、同じ現象でも困難さを感じることなく、看護過程を展開できるのではないかと考える。以上より、精神障害を抱えて地域で生活する利用者を見つめる際には、特に、利用者の生活史を知り、なぜ病に追い込まれ、利用者が何に困っていて、どのように生きたいのか、といったことを利用者の立場で捉えようとする必要がある。このように、看護師が利用者の立場に立って捉える力を高めることで、利用者の生き方を応援する姿勢でケアの意図を伝えることができ、利用者や家族がケアのイメージを持ちやすくなるのではないかと考える。

3) 看護師自身が脳の良い状態を作り出せるようにする

これまで述べてきたように、地方で精神科訪問看護を実施する看護師は、利用者への対応に関して困

難さを抱えやすい。したがって、日々あれこれと思いをめぐらせながら、実践していることが考えられる。このような看護師の状態は、考えようとしていた以外のことについて思いをめぐらせてしまうと定義されるマインドワンダリング¹⁶⁾という心の迷走状態といわれている。マインドワンダリングにより、脳活動の抑制が難しい状態が続くと、注意欠陥や課題遂行の困難を引き起こすこと¹⁶⁾や脳内の神経ネットワークがうまく働かない¹⁷⁾ことが示唆されており、看護師が目の前の利用者の立場に立って、その心を思い描きながら実践することが困難になると考える。したがって、利用者をどのように見つめるかといったことに加えて、看護師自身が脳の良い状態を作り出して実践することが重要である。

4) 地域住民の困りごとに応えながら精神障害の考え方を伝える力を高める

地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さとして、【利用者と家族が地域で力を発揮して生活するための地域の受け入れが十分でない】といったカテゴリーが抽出され、地域住民が精神障害に対して抱く偏見への対応に関して看護師が困難さを抱えていることが挙げられていた。精神障害者に対する偏見やスティグマに関しては国内外で検討がなされており、市民への教育、精神障害者との接触、法的・政策的介入がスティグマ除去に効果があるといわれている¹⁸⁾。しかし、看護師が日常的に地域住民を対象に研修会を開催したり、精神障害者と地域住民が接触をするために調整をしたり、法的・政策的な提言をしたりすることは難しく、日々の精神科訪問看護の中で、地域住民とどのように関わるかが重要であると考えられる。偏見の形成要因には、年齢や性格、精神障害者との接触経験などが挙げられるが¹⁹⁾、精神は目に見えないから不安といった気持ちが地域住民の偏見の根底にあることを示唆する報告もある²⁰⁾。さらに、田舎に行くほど近所の偏見とうわさ話が根強いといった報告もあり²¹⁾、特に地方では対応が難しい状況が伺える。以上から、看護師は、地域住民が抱く精神障害者への偏見の背景には、精神障害や

精神障害者についてどのように考えたら良いかわからないという不安等が存在していることを考慮に入れて、地域住民がどのようなことに困っているか捉え、困りごとに応じて、精神障害や精神障害者をどのように考えたら良いか伝える力を高めることが重要であると考える。

5) 地域全体の看護学的構造を捉える力を高める

【利用者と家族が地域で力を発揮して生活するための地域の受け入れが十分でない】といった看護師の困難さには、利用者が地域で力を発揮して生活するための地域での場や支援体制整備不足もまた挙げられていた。利用者は、医師や看護師等の医療体制だけでなく、地域の施設等の関係者、家族、近隣の地域住民に支えられ地域で生活しており、利用者個人だけを見つめても、困難さの構造はみえづらい。小野²²⁾は、保健師訪問の関わりを通して、家族の全体像モデルを作成している(図1)。このモデルは、在宅で生活する家族の構造を捉えるために、家族員個々の全体像、家族の心理的つながり、家族の日常生活、地域の人々との関係といった視点から事例をみつめるものであり、援助困難事例の看護学的構造を「対立」として取り出している。対立とは、薄井²³⁾の看護過程展開において重要視される概念である。人間という存在は、細胞のつくりかえ(生と死のくりかえし)、

呼吸(呼気と吸気のくりかえし)、食と排泄、運動と休息など対立を調和させながら生きていく存在であることを前提に²⁴⁾、体に関するだけでなく、自身の体の状態を正しく認識するといった「体と心の対立」、心的な葛藤に代表される「心の中の対立」、他者との関係をあらわす「その人と社会関係の対立」、その人をとりまく家族などの関係者間といった「社会関係内部の対立」が挙げられている²⁵⁾。このように、対立の存在を探す中で、看護上の問題が明確になり、看護の方向性が導き出される。小野²²⁾の家族の全体像モデルで示された考え方は、事例に関わる人々それぞれの対立、人々の関係において生じる対立をみつめ、困難さの構造を捉えることができ、利用者を地域で受け入れる体制を検討する上で活用できると考える。以上より、利用者が地域で生活していることを前提に、利用者個人だけでなく、利用者を取り巻く人々やその関係といった視野で現象をみつめることで、その構造が明確になり、どのように対応するか考えやすくなる。地方は、精神病床の平均在院日数が長く、長期入院を経て地域生活を送る利用者が多いため、利用者と地域住民との関係性が希薄で、対立が生じやすいことが推察されるため、看護師がより広い視野で現象をみつめることが可能となるよう方策を講じることが重要である。

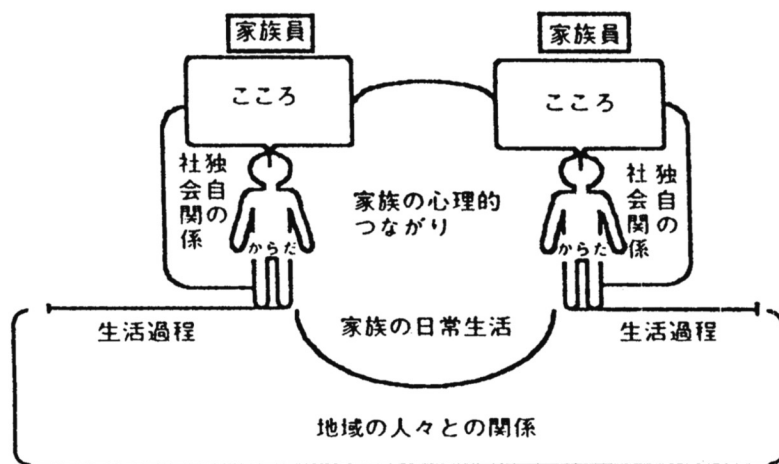


図1 家族の全体像モデル

出典：小野美奈子(1999)：援助困難として訪問依頼を受けた事例の看護学的構造, 千葉看護学会会誌, 5(1), 47-55.

2. 地方ならではの看護師のつながりの中で支援方法を模索する

1) 看護の視点で意見交換を行う

地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さとして、【精神科訪問看護におけるケアの質向上に資する考えの共有を可能にする人材ネットワークが作られにくい】【精神科訪問看護におけるケアの質を高めるために十分な教育体制が整備されていない】といったカテゴリーが抽出され、ケアの質向上のためのスタッフ同士のつながりや学ぶ機会・内容の不足に関して看護師が困難さを抱えていることが明らかになった。スタッフ同士のつながりに関する看護師の困難さについては、ここまで述べてきたように看護師が精神障害を抱えて地域で生活する利用者に関する理解を深め、事例にどのような構造があるかといった視点を持ち、スタッフ同士で意見交換を行うことが必要であると考え。また、普段からスタッフ同士で考えを共有しておくことで、個人の判断を求められる場面が多い精神科訪問看護においても個人の力量に任せるだけでなく、チームとしてより広い視野で利用者を見つめ、対応できると考える。

2) 三大都市圏と地方がつながる

学ぶ機会の少なさや研修等の内容が充実していない状況に関しては、地方に限らず精神科訪問看護を実施する看護師の困難さとして取り上げられている^{12, 26)}。しかしながら、一般的な研修は東京など三大都市圏で開催されることが多く、移動等の時間や経済的負担が大きく、地方に従事する看護師が参加しやすい状況ではない。三大都市圏で開催される研修を地方に従事する看護師が受講する方法としては、遠隔地であっても一挙に学習ができるインターネットを利用した研修が有用であると考え。精神科訪問看護を実施する看護師を対象とした研修のうち、インターネットを利用した研修に関する報告²⁷⁾をみると、「遠隔地であっても学習できる」「講義形式なら聴きやすい」といったメリットがあるものの、「場の雰囲気わかりづらい」「ディスカッションしにくい」などといったデメリットもある。インターネ

ットを利用した研修に関しては、メリット・デメリットを踏まえ、対面研修との組み合わせや、インターネットを利用した研修システムの調整(各施設のインターネット回線・機材の確認、双方向性の保持、研修手順マニュアルの作成等)を行うことで、容易に先進的な知識を取り入れる機会をつくることが可能になると考える。

3) 地方の中でつなぐ

三大都市圏で開催される研修にインターネットを利用して参加できたとしても、一般的な研修は1日から3日のものが多く、継続して学ぶことが難しい状況もある。精神科訪問看護を実施する看護師が継続して学ぶ機会として、埼玉県では所属施設内外の看護師が参加できる事例検討会を定期的に開催し、職種・職場を超えたつながりをつくる取り組みがなされている²⁸⁾。このような取り組みは、看護師をはじめとした支援者を孤立させず安定した気持ちを作り出す。また、互いの地域や施設等の状況を共有することで、各地域の特徴を捉え、各地域に根ざした支援の方法を検討できると考える。精神病床の平均在院日数が長く、人的資源や交通網が十分でない地方において、先進的な知識を三大都市圏と同じように適用することは難しい場合がある。しかしながら、地元出身者が多く現住²⁹⁾する地方だからこそ、凝集性の高いつながりの中で、地方の状況に即した支援方法を生み出せるのではないかと考える。

2004年以降、「精神障害者を地域で支える」という考えに基づき、精神障害者の地域生活を支える取り組みが進められ、地方の看護師も活動の場を地域に広げてきた。そこでの目標は、精神障害者であるかどうかに関わらず、誰もが自分の暮らす地域で幸せに生活できるということであった。この目標を達成するためには、凝集性の高いつながりをただ構築するだけでなく、目標達成のためにリーダーシップをとる人材が求められる。また、地方の特徴を踏まえて、看護師の強みを生かす取り組みが必要であると考え。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の特徴は、地方で精神科訪問看護を実施する看護師に着目し、どのような困難さがあるのかを明らかにしたことである。しかしながら、本研究では、地方A県内の看護師のみを対象としており、一般化には限界がある。今後、A県以外の地方の看護師を対象とした検証や三大都市圏の看護師を対象として比較検討していく必要がある。また、本研究では、質問紙によりデータ収集を行ったが、インタビューや参加観察などによりデータを収集し、より詳細なデータにて検証していくことが必要である。

VI. 結論

地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さとして、利用者への対応に関するだけでなく、対応以前に訪問看護の導入がうまくいかないこと、地域の受け入れが十分でない状況、ケアの質向上のための人材ネットワークや教育体制整備の不足にすることが明らかになった。以上は、三大都市圏を含めた全国の精神科訪問看護を実施する看護師の困難さと同様だったが、地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さへの対応としては地方ならではの方策が必要であることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきましたA県内で精神科訪問看護を実施している看護師の皆様へ深く感謝いたします。

なお、本稿は、2019年度宮崎県立看護大学若手奨励研究助成を受けて実施した研究の一部である。

利益相反

本研究における利益相反はない。

引用文献

- 1) 厚生労働省(2004)：精神保健医療福祉の改革ビジョン(概要)。
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> (2020年8月12日アクセス)。
- 2) 厚生労働省(2017)：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書。
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000152026.pdf> (2020年8月12日アクセス)。
- 3) 厚生労働省(2012)：平成24年度診療報酬改定について個別改定項目について。
https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/gaiyou_kobetu.pdf (2020年8月29日アクセス)。
- 4) 萱間真美, 上野桂子, 宮崎和加子, 他(2016)：精神科訪問看護提供体制の現状把握と評価に関する研究。平成27年度厚生労働科学研究費補助金, H25-精神一般009, 39-59。
- 5) 厚生労働省(2020)：令和2年度診療報酬改定について個別改定項目について。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000601838.pdf> (2020年8月29日アクセス)。
- 6) 葛島慎吾(2019)：精神科訪問看護における看護師の困難さに関する文献検討, 東京女子医科大学看護学会誌, 14(1), 8-14。
- 7) 厚生労働省(2019)：令和元(2019)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況統計表。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/19/dl/04toukei01.pdf> (2020年11月23日アクセス)。
- 8) 藤野成美, 脇崎裕子, 岡村仁(2007)：精神科における長期入院患者の苦悩, 日本看護研究学会雑誌, 30(2), 87-95。
- 9) 国土交通省(2018)：用途・圏域等の用語の定義。
<https://www.mlit.go.jp/totikensangyo/H30kouji05.html> (2020年8月12日アクセス)。
- 10) 総務省統計局(2016)：平成27年国勢調査 人口等基本集計結果第2部主要統計表。
<https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka/kihon1/pdf/gaiyou2.pdf> (2020年11月15日アクセス)。
- 11) 厚生労働省(2020)：第1章 令和元年中における自殺の概況図表元データ。
<https://www.mhlw.go.jp/content/R1kakutei-01-2.pdf> (2020年11月22日アクセス)。
- 12) 川内健三, 天谷真奈美(2013)：精神科訪問看護において病棟看護師が感じる困難, 日本看護研究学会雑誌, 36(2), 1-11。
- 13) 萱間真美(2007)：精神科訪問看護の質を高めるサポートシステム, 『実践 精神科看護テキスト』編集委員会(編)。実践 精神科看護テキスト 第12巻, 127, 精神看護出版。
- 14) 藤田茂治(2019)：精神科訪問看護を実施する訪問看護ステーションのケアの質向上のための取り組みとネットワーク構築の評価, 6, 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 2017年度(後期) 一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書。
- 15) 薄井坦子(1987)：看護のための人間論 ナースが視る人体, 52, 講談社。
- 16) 貝谷久宣, 熊野宏昭, 越川房子(編)(2016)：マインドフルネス 基礎と実践, 8, 日本評論社。
- 17) 藤野正寛, 上田祥行(2017)：【マインドフルネス-精神科治療への導入と展開-】マインドワンダリングの低下に関わる集中瞑想と洞察瞑想の神経基盤, 精神科治療学, 32(5), 645-650。

- 18) 深谷裕(2004): 精神障害者に対する社会的スティグマの除去 三つのアプローチ: 教育・接触・制度政策, 精神障害とリハビリテーション, 8(2), 81-87.
- 19) 上山祐司, 竹田里江(2009): 精神障害者に対する偏見を形成する要因の検討—性格と接触体験の影響, 北海道作業療法, 26(3), 121-129.
- 20) 川村道子, 福浦善友, 赤星誠(2016): 精神障がい者理解促進のための研修会プログラム作成に向けて(その3) ボランティア団体への研修会の評価より, 宮崎県立看護大学看護研究・研修センター事業年報, 5, 11-20.
- 21) 林裕栄, 田中敦子(2009): 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.
- 22) 小野美奈子(1999): 援助困難として訪問依頼を受けた事例の看護学的構造, 千葉看護学会会誌, 5(1), 47-55.
- 23) 薄井坦子(1997): 科学的看護論 第3版, 日本看護協会出版会.
- 24) 薄井坦子(2005): 看護の本質と感染看護, 日本感染看護学会誌, 3(1), 1-10.
- 25) 薄井坦子(1987): 看護の原点を求めて よりよい看護への道, 137, 日本看護協会出版会.
- 26) 新井香奈子, 中野康子, 梶原理絵, 他(2011): 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, 109-118.
- 27) 小瀬古伸幸, 進あすか(2019): 精神科訪問看護師を対象としたSkype研修と取り組み, 日本看護学会論文集: 精神看護, 49, 55-58.
- 28) 横山恵子, 藤田茂治(2018): 【学ぶ場をつくる・広げる・つなげる】知らなければ, つなげられない 職種・職場を超えた事例検討会の意味, 精神科看護, 45(7), 4-15.
- 29) 国立社会保障・人口問題研究所(2018): 2016年社会保障・人口問題基本調査 第8回人口移動調査報告書 現住地別, 出生地(都道府県・国外), <http://www.ipss.go.jp/ps-idou/j/migration/m08/ido8report.pdf> (2020年8月12日アクセス).

Research Report

Nurses' difficulties in carrying out psychiatric visiting nursing in rural areas: A qualitative analysis

Shingo Kuzushima, Michiko Kawamura

【Key words】 psychiatric visiting nursing, nurses' difficulties, rural areas

Shingo Kuzushima, Michiko Kawamura : Miyazaki Prefectural Nursing University