



統合失調症をもつ利用者に対する精神科訪問看護実践における困難

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2022-04-06 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 菊地, 美鈴, 富川, 順子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00017625

研究報告

統合失調症をもつ利用者に対する 精神科訪問看護実践における困難

Difficulties in psychiatric home-visit nursing practice for people with schizophrenia

菊地美鈴¹⁾・富川順子²⁾

KIKUCHI Misuzu¹⁾, TOMIKAWA Junko²⁾

キーワード：精神科訪問看護実践, 困難, 統合失調症

Keywords: Psychiatric Home-Visit Nursing Practice, Difficulty, Schizophrenias

Abstract

The purpose of this study is to define the difficulties nurses have when caring for patients with schizophrenia. Semi-structured interviews were conducted with 12 nurses practicing psychiatric home-visit nursing. The data was analyzed qualitatively. The four kinds of difficulties found in psychiatric home-visit nursing of patients with schizophrenia are as follows: 1) difficulties related to patients (nine categories), 2) difficulties related to patients' families (three categories), 3) difficulties related to neighboring residents (one category), and 4) difficulties related to nurses' mental state (three categories). The difficulties experienced by the visiting nurses were: (1) forming supportive relationships with patients, (2) supporting the patients without straining the relationship when medical conditions were unstable, and (3) spending a period of trial and error needed in caregiving to meet the patients' changes. This study suggests that the difficulties were caused by both the patients' disease and their inability to build interpersonal relationships.

抄 録

統合失調症をもつ利用者に対する精神科訪問看護実践における困難を明らかにすることを目的に、精神科訪問看護を実施している看護師 12 人に半構造化面接を行い、質的分析を行った。統合失調症をもつ利用者に対する精神科訪問看護実践における困難として、【利用者に関わる難しさ】として 9 カテゴリー、【利用者の家族に関わる難しさ】として 3 カテゴリー、【近隣住民に関わる難しさ】として 1 カテゴリー、【看護師自身の内面に起こる難しさ】として 3 カテゴリーを抽出した。利用者との援助関係の形成、精神症状が不安定なときの関わり、利用者の変化のためには試行錯誤が必要であり時間がかかることが、統合失調症をもつ利用者には、精神科訪問看護実践を行う時に訪問看護師が体験している困難の特徴であり、この困難の背景には統合失調症の症状と、利用者が他者との対人関係を築くことが苦手であることが影響していると考えられた。

受付日：2021 年 9 月 17 日 受理日：2021 年 12 月 23 日

1) 近畿大学附属看護専門学校

2) 大阪府立大学大学院看護学研究科

I. はじめに

令和2年度障害者総合福祉推進事業における精神科訪問看護の実態などを明らかにした調査では、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の利用者の主病名で最も多いのは、調査結果全体の50.2%を占める統合失調症・妄想性障害であり、統合失調症をもつ利用者の地域生活を促進する上で精神科訪問看護は重要な役割を担っていると考えられる。

精神科訪問看護では、対象者の精神症状・身体症状・生活・家族へのケアに加えて、住環境への支援や社会参加への支援など、地域生活を促進するための幅広い支援を行っている。統合失調症をもつ利用者への精神科訪問看護では、ケア計画の作成、ケアマネジメント、日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得、対人関係の維持・構築、家族への援助、精神症状の悪化や増悪を防ぐ、身体症状の発症や進行を防ぐ、社会生活の援助、住環境に関する援助、就労・教育に関する援助、対象者のエンパワメントが行われており（角田，2019）、再入院の予防（緒方ら，1997）や入院日数の減少（萱間ら，2005）に効果があると考えられている。

統合失調症の利用者に限定した研究ではないが、精神科訪問看護を行う上で訪問看護師は困難を感じていることが報告されており、船越ら（2006）は、訪問看護ステーションの管理者が、精神科訪問看護を実施する際にスタッフが困難と認識する問題として、利用者に訪問看護を拒否されるなど援助関係の構築技術に関する問題、訪問看護ケアの効果がみえないなど精神科訪問看護の臨床技術に対して訪問看護師自身が感じる情緒的問題、訪問看護の終了のタイミングがわからないという地域継続看護の実践に関する問題、利用者からの暴力やクレームによる訪問看護の継続の危機があるとしている。また、林（2009）は、訪問看護師が精神疾患のある利用者に援助する際に感じる困難として、訪問看護を受け入れられにくい、家族の理解を得られづらい、契約の遂行が難しい、自傷他害の恐怖や不衛生な環境下で援助がしづらい、看護師同士で支え合うことや関係者と連携がしづらいと報告している。

精神科訪問看護を行う上で訪問看護師はさまざまな困難を抱えていることが報告されているが、統合失調症をもつ利用者に対する看護実践における困難に焦点を当てた研究は見当たらなかった。以上から、統合失調症をもつ利用者に対する精神科訪問看護実践の質の向上のために、どのような困難があるのか具体的な状況を明らかにすることが必要と考えた。これらを明らかにすることで、統合失調症をも

つ利用者に対する精神科訪問看護実践における困難への対処を考える手がかりが得られると考えられる。そこで、精神科訪問看護において、統合失調症をもつ利用者に対する精神科訪問看護実践における困難を明らかにすることを目的に本研究を行う。

II. 目的

統合失調症をもつ利用者に対する精神科訪問看護実践における困難を明らかにすることである。

III. 用語の定義

統合失調症をもつ利用者とは、精神科訪問看護の指示書で統合失調症と診断を受けている人とし、年齢・性別の条件は設けていない。

看護実践とは、川島（2012）は、「看護実践の主体となる人が自己の身体的諸器官、またはその延長としての道具や器械や機器システムを使って、対象の人々の身体・精神・生活行動面の、よりよい変化を目指して働きかける過程である」と定義している。広辞苑7版（2018）は、困難を「苦しみ悩むこと。ものごとをなしとげたり実行したりすることが難しい。難儀」としている。

精神科訪問看護実践における困難とは、「精神科訪問看護師が、自己の身体的諸器官、またはその延長としての道具や器械や機器システムを使って、統合失調症をもつ利用者の身体・精神・生活行動面の、よりよい変化を目指して働きかける過程において、難しいと感じる状況や負担に感じる状況、精神的に苦痛を感じる状況」であり、利用者に働きかける過程において訪問看護師が行う看護過程を含むものとして定義した。

IV. 方法

1. 研究デザイン

半構造化面接法による質的研究である。

2. 研究参加者

近畿圏の2府県11施設の精神科訪問看護を行う訪問看護ステーションを便宜的に抽出した。そこに勤務する、精神科看護の経験5年以上で精神科訪問看護の経験3年以上を有する訪問看護師12名を対象とした。

3. データ収集方法と調査内容

研究参加者に対して、1回平均80分程度（50～

180分)の半構造化面接を行い、今まで統合失調症をもつ利用者を訪問し、看護することが難しかった利用者を思い浮かべてもらい、難しいと感じた状況や負担に感じた状況、精神的に苦痛を感じた状況について自由に語ってもらった。インタビュー時は研究参加者の同意のもとICレコーダーに録音した。また、研究参加者の基本属性として、看護師経験年数、精神科看護の経験年数、精神科訪問看護の経験年数をたずねた。

4. 分析方法

インタビューによって得られた録音内容から逐語録を作成した。統合失調症をもつ利用者に対する精神科訪問看護実践における困難について語っている部分を抜粋し、意味内容に沿ってコード化し、類似するコードを集めて名前を付け、サブカテゴリー、カテゴリーとした。

分析の過程は指導教員のスーパーバイズを受けながら行い確証性を確保し、カテゴリーの内容を3名の研究参加者に確認し、信用性の確保に努めた。

V. 倫理的配慮

本研究は、大阪府立大学大学院看護学研究科倫理委員会による承認(承認番号29-56)を受けて実施した。研究参加者に、研究目的と意義、方法、参加の自由と不参加により不利益は生じないこと、参加の中止方法、個人情報保護の厳守等について記載した依頼用紙で研究について説明し、同意書で研究参加への同意が得られた人を対象とした。

VI. 結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者12人の性別は、男性6名、女性6名であった。看護師経験年数は、平均17.8年〔5～24年〕であった。精神科看護経験年数は平均14.5年〔5～15年〕、精神科訪問看護年数は平均8.7年〔3～15年〕であった。

2. 分析結果

統合失調症をもつ利用者に対する精神科訪問看護実践における困難は、【利用者に関わる難しさ】【利用者の家族に関わる難しさ】【近隣住民に関わる難しさ】【看護師自身の内面に起こる難しさ】の4つの大カテゴリーで構成された。

【利用者に関わる難しさ】は9カテゴリー、24サブカテゴリー、47コードで構成されており、これ

を表1に示す。【利用者の家族に関わる難しさ】は3カテゴリー、7サブカテゴリー、9コードで構成されており、これを表2に示す。【近隣住民に関わる難しさ】は、1カテゴリー、1サブカテゴリー、2コードで構成されており、【看護師自身の内面に起こる難しさ】は3カテゴリー、8サブカテゴリー、10コードで構成されており、これを表3に示す。

以下、各カテゴリーを構成するサブカテゴリーについて、例を示しながら説明する。【 】は大カテゴリー、《 》はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、[]はコード、「 」はデータを示す。

1) 【利用者に関わる難しさ】

【利用者に関わる難しさ】とは、訪問看護師が統合失調症をもつ利用者自身に看護実践を行うときに困難を感じていたことである。

(1) 《利用者の拒否により訪問を受け入れてもらえない》

《利用者の拒否により訪問を受け入れてもらえない》は、〈訪問看護拒否により訪問を受け入れてもらえない〉〈治療拒否により訪問看護が継続できない〉というサブカテゴリーで構成されていた。

〈治療拒否により訪問看護が継続できない〉では、「利用者が治療と決別したいと言って治療中断し、半年間全く受診しなかったことで訪問看護の指示書が切れ、指示書がないと訪問看護が継続できなくなる」というように、利用者の治療拒否によって訪問看護まで関われなくなることが困難であると語られていた。

(2) 《妄想による拒否で支援ができない》

《妄想による拒否で支援ができない》は、〈妄想的思考により看護師の言葉を受け入れてもらえない〉〈病状の悪化により入院治療が必要だが本人が受け入れない〉〈病気による地域生活での問題について話そうとすると拒否される〉というサブカテゴリーで構成されていた。

〈妄想的思考により看護師の言葉を受け入れてもらえない〉では、「妄想があって、その利用者は窓を開けるのも嫌なんです。家がすごく暑いから、生活保護で1カ所はなんとか網戸をつけてもらったけれど、もう1ヶ所網戸をつけて虫が入らないようにして、風通しよくしようっていうんですけど、絶対に嫌って言われる」というように、利用者の健康に必要と考えて提案をしても、妄想で受け入れてもらえないことが困難であると語られていた。

(3) 《利用者の話だけでは事実がわからず経過を見ないと判断ができない》

《利用者の話だけでは事実がわからず経過を見ないと判断ができない》は、〈利用者の話だけでは事実がわからない〉〈現状の見極めをすぐにはできない〉というサブカテゴリーで構成されていた。

〈利用者の話だけでは事実がわからない〉では、「幻聴で母親に攻撃的で病気になったのは母親のせいと思っている利用者があるけれども、訪問看護師としてはこれまでの経過がわからないし、利用者が言っていることが事実かどうか理解するのが難しい」というように、利用者の話だけでは、それが事実かどうか判断できず、事実かどうか判断するためには経過を見たり、他者の情報と照らし合わせたりしないと判断できないことが困難であると語られていた。

(4) 《病識がなく対人関係が不得意な利用者との関係構築が難しい》

《病識がなく対人関係が不得意な利用者との関係構築が難しい》は、〈自分の殻に閉じこもっている利用者との話の糸口をみつけるまでに時間がかかる〉〈病識がなく対人関係が苦手な利用者との関係づくりに気を遣う〉というサブカテゴリーで構成されていた。

〈病識がなく対人関係が苦手な利用者との関係づくりに気を遣う〉では、「自分が病気じゃないと思っているので1ヶ月くらい幻聴内容についてなかなか話をしてくれない」というように、病識がなかったり自閉傾向であったり、統合失調症による言語数の少なさから、表現することが苦手な利用者が、病気の症状については特に話をしてくれず、利用者に精神面のケアをするための関係構築が困難であると語られていた。

(5) 《病状が不安定なときの支援方法を見極めにくい》

《病状が不安定なときの支援方法を見極めにくい》は、〈妄想で緊張を生じやすい利用者には距離や間合いをはかりながら会話しなければならない〉〈利用者の状況が把握できない時の介入方法の見極めに悩む〉〈対処能力が低く病状が悪化しやすい利用者への説明が難しい〉〈看護師が体験したことのない幻聴への対応は難しい〉〈幻覚や妄想による不安への対応に悩む〉というサブカテゴリーで構成されていた。

〈利用者の状況が把握できないときの介入方法の見極めに悩む〉では、「訪問してもチェーンがか

かっていて開けてくれない時に、ちょっとこれだけ取ってくれへんかなとかと言ったら取ってくれて、なんとか玄関先まで入れてくれるのだけれども、そういうことを言ってもいい人なのかを見極めるのに時間がかかる」というように、自閉的で関係をもつことが困難な利用者の状況が把握できない中で、利用者の精神状態を悪化させずに、少しでも現状の関係を改善させる介入方法の見極めに時間がかかることが困難であると語られていた。

(6) 《自傷他害のリスクが高いときの対応が難しい》

《自傷他害のリスクが高いときの対応が難しい》は、〈自殺企図時の対応に悩む〉〈攻撃性が強いときの対応に悩む〉というサブカテゴリーで構成されていた。

〈攻撃性が強いときの対応に悩む〉では、「すごく攻撃的になって、イライラしていて暴言もあるし、そこに対してどうやって答えていくのか、怒っているときになだめても、もっと怒りが頂点に達しても困るし、すごく悩んだ」というように、利用者が攻撃的になっている状況で、自傷他害の恐れもあると看護師が緊張を感じる中で、どのようにしたら利用者をこれ以上刺激せずに必要なケアができるかを考えながら関わるということが困難であると語られていた。

(7) 《利用者の変化のためには試行錯誤し時間もかかる》

《利用者の変化のためには試行錯誤し時間もかかる》は、〈妄想により支援を拒否するため必要な支援ができるまでに時間がかかる〉〈問題を解決する支援方法が見出しにくく試行錯誤し時間がかかる〉〈セルフケア能力を付けるためには年単位の継続的な支援が必要になる〉〈新たな対処行動を身につけるまで試行錯誤し続ける〉というサブカテゴリーで構成されていた。

〈新たな対処行動を身につけるまで試行錯誤し続ける〉では、「3年くらい血圧が高く、説得してようやく内科を受診し血圧の薬を出してもらったが、家族が協力的ではない、本人に渡しても飲まない、それじゃ意味ないねってことで、特別指示を出してもらって週3回の訪問を組み合わせながら、薬を飲むように時間を決めて、2ヶ月くらい頑張った家族の協力を得て、ようやく本人が自分から水を持ってきて飲むところまでいけた」というように、利用者には新たな対処方法を身につけてもらうために、利用者の状況に合わせて、支援方法を模索しながら、年単位で継続した支援が必要になることが困難であると語られていた。

表1 【利用者に関わる難しさ】

《カテゴリー》	〈サブカテゴリー〉	[コード]
利用者の拒否により訪問を受け入れてもらえない	訪問看護拒否により訪問を受け入れてもらえない	[治療中断に伴い訪問看護が継続できない]
	治療拒否により訪問看護が継続できない	[訪問看護導入に納得していないと訪問を受け入れてもらえない] [訪問看護の必要性を理解してもらえず利用者の拒否により訪問に入れない]
妄想による拒否で支援ができない	妄想的思考により看護師の言葉を受け入れてもらえない	[訪問看護師の性別や役職が利用者の希望により限定される] [妄想的思考により看護師の支援を拒否される] [誤った知識を妄想的にとらえ修正できない] [行動の理由を幻聴や妄想で返答され、看護師の言葉を受け入れない] [妄想の対象になり何もできなくなる] [問題行動を止めたいが止めるための話ができない]
	病状悪化により入院治療が必要だが本人が受け入れない	[入院治療が必要だが、本人が入院を受け入れず、訪問看護だけでは難しい] [入院治療を受け入れないが体感幻覚で体重減少しており訪問看護で支えるには限界がある]
	病気による地域生活での問題について話そうとすると拒否される	[症状からくる問題行動について話をしようとする拒否され話ができない] [利用者の病気からくる問題について話をしてから話をしてくれなくなり訪問も拒否される]
利用者の話だけでは事実がわからず経過を見ないと判断ができない	利用者の話だけでは事実がわからない	[訪問を開始したばかりでは、話を聞いた内容と実際との違いを理解するまでに時間がかかる] [状態変化の原因がわかるまでには時間がかかり、状態悪化のサインに気づけない] [利用者が服用しているという、それ以上の確認ができない]
	現状の見極めをすぐにはできない	[病状の変化なのか、看護師との関係性によるものか、変化の原因を見極めにくい]
病識がなく対人関係が不得意な利用者との関係構築が難しい	自分の殻に閉じこもっている利用者との話の糸口をみつけるまでに時間がかかる	[自閉の利用者への話の糸口は見つけにくい] [言葉数がほとんどない利用者との関わりがわからない]
	病識がなく対人関係が苦手な利用者との関係づくりに気を遣う	[病識がなく訪問看護を拒否している利用者との時間をかけて関係を築く] [対人関係が不得意な利用者との話しができるまでに時間がかかる] [利用者がしんどい思いを話せるまでの関係づくりに気をつかう]
病状が不安定なときの支援方法を見極めにくい	妄想で緊張を生じやすい利用者距離や間合いをはかりながら会話しなければならない	[関係が浅く話が苦手な利用者、妄想や緊張を生じさせない距離や間合いを掴みながら会話することが難しい]
	利用者の状況が把握できないときの介入方法の見極めに悩む	[情報が少ない中で利用者の状況に合った方法の見極めに悩む] [リスクを示唆する利用者へレスキュー隊を呼ぶかの判断に悩む]
	対処能力が低く病状が悪化しやすい利用者への説明が難しい	[利用者との関係を崩さないように受け入れ状況を判断しながら指導を行うタイミングを見計らう] [理解力の程度を見出しながら病状を悪化させない説明内容を考える]
	看護師が体験したことのない幻聴への対応は難しい	[利用者へ幻聴のつらさはわからないだろうと言われ、何もできずにつらい]
	幻覚や妄想による不安への対応に悩む	[幻覚や妄想により不安がある人への対応が難しい]
自傷他害のリスクが高いときの対応が難しい	自殺企図時の対応に悩む	[自殺企図を繰り返す利用者は関わり次第で自殺をしてしまうことがあるので一つひとつの対応に悩む]
	攻撃性が強いときの対応に悩む	[攻撃的になっているときに、怒りを頂点に達させない対応に悩む]
利用者の変化のためには試行錯誤し時間もかかる	妄想により支援を拒否するため必要な支援ができるまでに時間がかかる	[妄想様の考えがあるため、看護師の言葉をわかってもらうまでの方法や対応に悩む] [妄想や拒否により、身体科の受診につなげるまでに時間がかかる]
	問題を解決する支援方法が見出しにくく試行錯誤し時間がかかる	[病識がない利用者を受診行動に向かうための支援には時間がかかる] [抗精神病薬に不信をもつ利用者が自ら服薬できるようにするための支援に試行錯誤する]
	セルフケア能力を付けるためには年単位の継続的な支援が必要になる	[利用者が困りごとに対して自分の意思で行動できるようにするには数カ月から年単位を要する] [状態悪化を想定し利用者が実践できる方法を身につけられるようにやりとりするに試行錯誤する] [利用者の選択決定に基づく自立に向けた支援を年単位で継続的に行う]
	新たな対処行動を身につけるまで試行錯誤し続ける	[服薬の自己管理習慣の獲得には時間がかかる] [ほぼ毎日、数カ月に及ぶ訪問により服薬の継続を支援する]
継続的に支援をしてもできていたことができなくなる	病状の悪化によりできていたことができなくなる	[準備をしても病状の悪化によりできていたことができなくなる]
	長期間かけて準備をしても病状悪化で崩れる	[準備を整えても環境の変化により症状が出現し作業所への通所が中断になる]
	予防しきれないことがおきる	[予防方法を考えても多量服薬はおきる] [多量服薬を完全に予防することができない]
一人ではできない事象への代行・同行支援に時間がかかる	一人ではできない事象への代行・同行支援に時間がかかる	[利用者一人ではできないことが生じ時間を要する] [精神状態悪化による受診同行、予定変更手続きにも時間がかかる] [住環境を整えることが一人でできず支援に時間がかかる]

(8) 《継続的に支援していてもできていたことができなくなる》

《継続的に支援していてもできていたことができなくなる》は、〈病状の悪化によりできていたことができなくなる〉〈長期間かけて準備をしても病状の悪化で崩れる〉〈予防しきれないことがおきる〉というサブカテゴリーで構成されていた。

〈長期間かけて準備をしても病状の悪化で崩れる〉では、「4年ほどかけて自宅での生活は安定し、外出に出られるまでになっていたが作業所に行きはじめて数日で、『俺の個人情報を読みだしている、自宅まで狙いに来たらどうしよう』と、作業所のスタッフへの妄想が悪化し行けなくなった」というように、刺激に弱い疾患の特性から少しの環境の変化が病状の悪化につながり、継続的に支援して回復していた状態があつという間に悪化してしまうことが困難であると語られていた。

(9) 《一人ではできない事象への代行・同行支援に時間がかかる》

《一人ではできない事象への代行・同行支援に時間がかかる》は、〈一人ではできない事象への代行・同行支援に時間がとられる〉というサブカテゴリーで構成された。

〈一人ではできない事象への代行・同行支援に時間がとられる〉では、「役所から生活扶助費を使うには、3カ所見積もって取ってきてくださいって言われても、利用者本人だけでは見積りをとるのも無理なんだけど、家族もいない、他に支援者も入っていないので、訪問看護でするしかない。しかも、本人の状態が悪いと動けない」というように、サービスを利用しようとしても利用者の力だけではできないが、他のサービスも使用しておらず訪問看護が支援しなければ利用者が生活できなくなることから訪問看護師で支援するが、そのことに時間や労力を要するということが困難であると語られていた。

2) 【利用者の家族に関わる難しさ】

【利用者の家族に関わる難しさ】は、訪問看護師が統合失調症をもつ利用者に関わる時に、家族への支援方法に困難を感じていたことである。

(1) 《家族に利用者の疾患への理解と協力を得るのが難しい》

《家族に利用者の疾患への理解と協力を得るのが難しい》は、〈訪問看護に過剰な期待をする家族に説明しても理解が得られない〉〈過干渉な家族に訪問看護の支援を妨げられる〉〈利用者との関係性悪

化への不安を抱える家族に協力を得るのが難しい〉〈利用者の疾患を受け入れられない家族に協力を得るのが難しい〉というサブカテゴリーで構成された。

〈利用者との関係性悪化への不安を抱える家族に協力を得るのが難しい〉では、「利用者の母親に入院が必要と思ひ話をしたが、母親は以前に利用者から『家族のせいで無理矢理入院させられたと言われた』ので私からは本人に言えないと、必要な協力が得られなかった」というように、家族に協力を依頼しても、利用者との関係性が悪化することや、関係性が悪化による病状の悪化を恐れる家族の協力が得られないということが困難であると語られていた。

(2) 《病状の変化に伴う家族間の調整が難しい》

《病状の変化に伴う家族間の調整が難しい》は、〈利用者の病状悪化時に家族への他害を防ぐ調整が難しい〉〈リスクが高いと訪問看護だけでは家族間の調整はできない〉というサブカテゴリーで構成された。

〈利用者の病状悪化時に家族への他害を防ぐ調整が難しい〉では、「旦那さんに嫉妬妄想がある利用者で、旦那さんのちょっとした行動で妄想に繋がると段々と調子を崩し、病識が薄れ、嫉妬妄想が更に悪化して、一緒の家の中にいて旦那さんに妄想が向くと一気に生活が難しくなるため環境調整が必要になる」というように、利用者の精神状態や妄想が悪化すると、家族関係の悪化だけではなく心身への危害もありえることから、利用者との関係を悪化させないように環境調整を図ることが必要であるが、それが困難であると語られていた。

(3) 《利用者の将来のことを考えた家族調整が難しい》

《利用者の将来のことを考えた家族調整が難しい》は、〈親との生活ができなくなった際のことを考えた準備が難しい〉というサブカテゴリーで構成された。

〈親との生活ができなくなった際のことを考えた準備が難しい〉では、「高齢の親との生活では、いずれ一人になる。自分の生活を作っていくように、少しずつ入り、自分の将来を考えられるように支援しないといけない」というように、先を考えると苦手な利用者の将来の家族生活の変化を見越して支援をしなければ地域生活を継続することが難しくなるのだが、そのことが困難であると語られていた。

3) 【近隣住民に関わる難しさ】

【近隣住民に関わる難しさ】は、訪問看護師が統合失調症をもつ利用者に関わる時に、近隣住民への対応に困難を感じていたことである。

(1) 《近隣住民から対応を求められることが難しい》

は、〈近隣住民からの苦情への対応が難しい〉というサブカテゴリーで構成されていた。

〈近隣住民からの苦情への対応が難しい〉では、「訪問が終って出てくると近所の人があんたら入っているのに何で変わっていないのかとかすごく言われてしまう」というように、訪問看護で訪れると近隣住民から利用者のことについての苦情を訪問看護師が受けることがあり、そのことへの対応が困難であると語られていた。

4) 【看護師自身の内面に起こる難しさ】

【看護師自身の内面に起こる難しさ】とは、看護師自身が自分の能力と、感情のコントロールについて感じる困難のことである。

(1) 《知識・技術の不足でアセスメントが難しい》

《知識・技術の不足でアセスメントが難しい》は、〈知識・技術が不十分なときは利用者のアセスメントが難しい〉〈自分自身のアセスメントに自信がもてない〉というサブカテゴリーで構成された。

〈自分自身のアセスメントに自信がもてない〉では、「何だか変だと思いが、他の訪問看護師とアセスメントが異なり、自分自身の判断に自信が持てない」というように、精神疾患のアセスメントについて、誰にでも共通する客観的データによる判断が少なく、他の訪問看護師とアセスメントが異なることがあり、単独で訪問することからも自分自身のアセスメントに自信が持ちにくいことが困難に感じると語られていた。

(2) 《地域で生活する人としての視点をもたないと難しい》

《地域で生活する人としての視点をもたないと難しい》は、〈利用者の力を活かした支援方法が難しい〉〈地域で生活することへの視点がなく難しい〉というサブカテゴリーで構成された。

〈地域で生活することへの視点がなく難しい〉では、「疾患や症状に視点がいくと、利用者の言葉が受けとめられず、利用者が求めていることがわからなくなる」というように、地域で支援するという視点がないと、訪問看護師が統合失調症の利用者を理解するときに利用者の理解がしづらいが、訪問看護師の一部はこの視点を獲得することが困難であると語られていた。

表2 【利用者の家族に関わる難しさ】

《カテゴリー》	〈サブカテゴリー〉	[コード]
家族に利用者の疾患への理解と協力を得るのが難しい	訪問看護に過剰な期待をする家族に説明しても理解が得られない	[訪問看護に過剰な期待をもつ家族に説明しても理解が得られない]
		[高感情表出の家族に訪問看護の支援を妨げられる]
	過干渉な家族に訪問看護の支援を妨げられる	[利用者の行動に指示的な家族に訪問看護の支援を妨げられる]
		[過干渉な家族と同居し自立に向けて消極的な利用者の自立への支援が難しい]
	利用者との関係性悪化への不安を抱える家族に協力を得るのが難しい	[利用者との関係悪化を恐れ必要な入院への協力を拒否される]
病状の変化に伴う家族間の調整が難しい	利用者の疾病を受け入れられない家族に協力を得るのが難しい	[利用者の疾患や状況を認めていない家族から理解・協力が得られにくい]
	利用者の病状悪化時に家族への他害を防ぐ調整が難しい	[利用者の症状悪化による妄想が家族に向かないように、環境を調整しなければならない]
利用者の将来のことを考えた家族調整が難しい	リスクが高いと訪問看護だけでは家族間の調整はできない	[DVがある場合は訪問看護だけでは抱えきれない]
	親との生活ができなくなった際のことを考えた準備が難しい	[高齢の親との生活ができなくなった際の生活を少しずつ考えられるようにしなければならない]

(3) 《支援時に自己の感情を整えることが難しい》

《支援時に自己の感情を整えることが難しい》は、〈利用者に過剰な期待をする自分自身の感情に気づく〉〈話が續かない時間を一緒に過ごすことはしんどい〉〈利用者の攻撃やセクハラ行為にストレスを感じる〉〈何もできないつらさを感じる〉というサブカテゴリーで構成された。

〈何もできないつらさを感じる〉では、「祖母の死を受け入れられず、多量服用した利用者がいて、その人のしんどそうな様子を見守るしかなくて、自分自身もしんどかった」というように、精神面の支援を行うときに、利用者のつらさを見ても、ケアとしては見守ることしかできず、目に見える支援を何もできないことをつらく感じることもあり、訪問看護師はそのことが困難だと感じると語られていた。

VII. 考察

本研究結果では、【利用者に関わる難しさ】【利用者の家族に関わる難しさ】【近隣住民に関わる難しさ】【看護師自身の内面に起こる難しさ】の4つの大カテゴリーの側面から、統合失調症をもつ利用者への精神科訪問看護実践における困難が明らかになった。ここでは【利用者に関わる難しさ】に焦点を当てて、統合失調症をもつ利用者に対する精神科

訪問看護実践における困難の特徴と看護の示唆について述べる。

1. 統合失調症をもつ利用者との援助関係の形成における困難

1) 訪問看護の受け入れを拒否されるという困難

船越ら(2006)は、訪問看護ステーションの管理者が認識する、精神科訪問看護におけるスタッフの困難として、「利用者に訪問看護を拒否されること」をあげており、これは本研究の《利用者の拒否により訪問を受け入れてもらえない》と同じであると考えられた。

川内ら(2013)は、統合失調症をもつ患者に病棟から訪問看護を行なった結果、「妄想の悪化、患者の意に反するかかわり、患者の病状が悪化して、受け入れていた訪問看護を受けられなくなった」と述べている。統合失調症をもつ利用者が訪問看護の受け入れを拒否する理由として、精神科病棟から訪問看護を行った結果ではあるが、このように統合失調症をもつ利用者は、一時期精神科訪問看護を受け入れていても、幻覚や妄想という症状の悪化の影響で訪問看護を受け入れなくなることが起こると考えられる。また、幻覚と妄想による現実検討能力の低下による影響で病識を持ちにくいことがあり、その場合、利用者は訪問看護の必要性を感じるよりも訪問

表3 【看護師自身の内面に起こる難しさ】

《カテゴリー》	〈サブカテゴリー〉	[コード]
知識・技術の不足でアセスメントが難しい	知識・技術が不十分なときは利用者のアセスメントが難しい	[病院と異なるアセスメントの視点を理解するまでが難しい]
	自分自身のアセスメントに自信がもてない	[利用者の変化を自信をもって判断することが難しい]
地域で生活する人としての視点をもたないと難しい	利用者の力を活かした支援方法が難しい	[利用者の力をどのように生かしたらよいかかわからず難しい]
	地域で生活することへの視点がなく難しい	[地域で生活する人としての視点をもつことができず支援を考えることが難しい]
支援時に自己の感情を整えることが難しい	利用者に過剰な期待をする自分自身の感情に気づく	[長期間の支援により、利用者に期待する気持ちが芽生えるなど、支援し続ける苦しさを感じる]
	話が續かない時間を一緒に過ごすことはしんどい	[話しが續かない時間を、どのように支援したらよいかかわからず、一緒に過ごすしんどさ]
	利用者の攻撃やセクハラ行為にストレスを感じる	[利用者の攻撃性が高まっているときはストレスを感じる] [セクハラ的な行動をする利用者を不快に感じる] [自己の陰性感情に向き合う苦しさ]
	何もできないつらさを感じる	[利用者に幻聴のつらさはわからないだろうと言われると、何もできずつらく感じる]

看護への負担感が大きくなり、訪問看護の受け入れ拒否につながると考えられる。

統合失調症をもつ利用者への訪問看護において、受け入れを拒否されるということは訪問看護師がよく体験する困難の一つと考えられた。

2) 利用者との援助関係を形成することでの困難

精神科訪問看護における看護師の困難さについて、葛島 (2019) は文献検討から、利用者への対応の中で、利用者との援助関係を形成することでの困難があると述べている。

《妄想による拒否で支援ができない》という本研究の結果から、妄想という精神症状が利用者との訪問看護師の関係構築に影響することで援助関係の形成が困難になるという結果が得られた。さらに本研究では、《病識がなく対人関係が不得意な利用者との関係構築が難しい》というように統合失調症をもつ利用者の対人関係の不得意さが援助関係を形成することを困難にしているという結果が得られた。池淵ら (2008) は、統合失調症をもつ人の退院の転帰に関わる要因のうち、敵意・興奮・猜疑心など周囲との関係性を損なう傾向が1年後の転帰に有意な寄与を示したとあげており、統合失調症という疾患の特性によって、周囲の人との対人関係を損なう傾向のある人がいる。

田井ら (2015) は統合失調症をもつ人の自己・自己を支える看護ケアにおいて、自我境界の脆弱さによって様々な刺激を取り込み、自我状態の不安定さがあるとしているように、自我境界の弱さがあることで対人関係を築くことが難しいと考える。以上から精神症状があり自我境界があいまいになる疾患の特徴があることで、対人関係が難しくそれが受け入れに影響している。

このように、精神科訪問看護を受け入れてもらうこと自体が困難であり、訪問することを受け入れられても、利用者との援助関係を形成して、ケアを受け入れてもらうのが困難であることが、統合失調症をもつ利用者への精神科訪問看護実践における困難の特徴の一つであると考えられた。

2. 精神症状が悪化しやすいときに関わる困難

本研究の統合失調症をもつ利用者への精神科訪問看護において、《病状が不安定なときの支援方法を見極めにくい》《自傷他害のリスクが高いときの対応が難しい》というカテゴリーの中で、病状悪化時にささいな刺激で病状を揺らせば自傷他害につながるリスクがあることから、訪問看護師にとってその対応はとても難しいものとして語られていた。

船越ら (2006) は、前述の研究の中で、利用者による暴力行為で利用者だけではなく訪問看護師の安全も保てないことについて、訪問看護ステーションの管理者は訪問看護の継続が脅かされる大きな困難と捉えていたことを報告している。訪問看護は一人で訪問することが多く、緊急時に状況を見極め判断し対応できる高度な知識や技術が必要になる。しかし、統合失調症をもつ利用者の特性から、看護師は利用者との会話から正確な状況把握ができにくく、悪化の要因も把握しづらい。さらに、対人関係に緊張しやすく、易刺激性で刺激的な環境によって病状が悪化することがあることから、関係性や精神状態を悪化させないように、利用者を受け入れられる言葉や態度、介入方法を見極めながら支援する困難が、統合失調症をもつ精神科訪問看護の利用者への看護実践における困難の特徴の一つであると考えられた。

3. 利用者の変化のためには試行錯誤し時間もかかるという困難

本研究結果の《利用者の変化のためには試行錯誤し時間もかかる》《継続的に支援をしてもできていたことができなくなる》というカテゴリーの中で、試行錯誤しながら継続した支援をするために時間がかかり、時間をかけてできるようになったことも、利用者の状態の変化によりすぐにできなくなるため、訪問看護師は試行錯誤しながら支援を続けることに困難を感じていた。

横田ら (2003) は、「統合失調症の人は、認知機能障害により対人関係技能をはじめとした生活機能の障害があり生活技能訓練の必要性がある」と述べており、受診、役所の手続き、複数の動作を組み合わせた生活行動などに障害があることから、日常生活のあらゆる面で支援が必要なことがある。また、新しいことを習得する必要性を理解することに難しさがあり、機械的に訓練を繰り返すだけでは、今までの習慣にないことを生活に取り入れることができない。利用者が最低限の生活を営むための支援に時間と手間はかかるが、変化はなかなかみえにくい。しかし、看護師が一生懸命関わっても統合失調症の特徴で、ささいな刺激ですぐに病状が悪化してしまうことがある。年単位で見守り、反応を待ちながら支援し続け、試行錯誤しなければならず時間もかかる困難が、統合失調症をもつ精神科訪問看護の利用者への看護実践における困難の特徴の一つであると考えられた。

4. 統合失調症をもつ利用者への精神科訪問看護での困難を抱える訪問看護師への支援

以上、統合失調症をもつ利用者への精神科訪問看護において、訪問看護師が体験する困難について述べてきた。

進(2015)は、地域生活では自分自身が主体となって生活できるという気持ちをもてるように支援することにより、利用者の訪問看護の受け入れ状況は変わると述べている。統合失調症をもつ利用者との援助関係の形成における困難を改善するために、利用者が主体的に訪問看護を利用できるように支援することが重要と考える。

初田ら(2020)は、「精神症状が不安定なときに関わる困難を改善するために、複数名による精神科訪問看護により、利用者の精神的安定に至り、制限時間があるなかでも必要なケアができ、緊急時の対応がスムーズにできるなどの効果がある」と述べている。各ステーションにおいて複数名訪問がスムーズに行えるように、統合失調症の利用者の特性を理解して精神科訪問看護実践を行うことができる訪問看護師の育成が重要と考える。

《一人ではできない事象への代行・同行支援に時間がかかる》という結果から、精神科だけではなく他科受診支援を行なった際や、行政などの諸手続きや、例えば自治会での役割を果たすなど、利用者が地域の一員として社会生活を送る上で必要な活動ではあるが、他職種で支援しきれず、日常に生活の中で訪問看護師が支援していることについても、実践時間に関して、診療報酬上で評価される仕組みづくりが必要と考える。

VIII. 結論

本研究結果では、【利用者に関わる難しさ】【利用者の家族に関わる難しさ】【近隣住民に関わる難しさ】【看護師自身の内面に起こる難しさ】の4つの大カテゴリーの側面から、統合失調症をもつ利用者に対する精神科訪問看護実践における困難が明らかになった。

これらの困難は、統合失調症をもつ利用者の病識のもちにくさや脆弱性、病状の波などの特徴が背景にあると考えられた。

謝辞

本研究を行うにあたり、協力してくださった訪問看護ステーションの皆様、指導してくださった先生方に心から感謝申し上げます。本研究は、令和元年度大阪府立大学大学院看護研究科に提出した修士論文の一部に加筆修正したものである。

文献

- 船越明子, 宮本有紀, 萱間真美(2006): 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. 日本看護科学学会誌, 26(3), 67-76.
- 初田真人, 村瀬智子(2020): 訪問看護師ステーションにおける複数名による精神科訪問看護の実施状況. 日赤看護誌, 20, 109-115.
- 林裕江(2009): 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.
- 池淵忠美, 佐藤さやか, 安西信雄(2008): 統合失調症の退院支援を阻む要因について. 精神神経学雑誌, 110(11), 1007-1022.
- 川島みどり(2012): 新装版看護観察と判断. 看護の科学社, 東京.
- 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.
- 萱間真美, 松下太郎, 船越明子, 他(2005): 精神科訪問看護の効果に関する実証的研究. 精神医学, 47(6), 647-653.
- 厚生労働省 令和2年度障害者総合福祉推進事業 精神科訪問看護に係る実態及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける役割に関する調査研究報告書, 令和3年8月21日, <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000798639.pdf>.
- 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.
- 緒方明, 三村孝一, 今野えり子, 他(1997): 精神科訪問看護による精神分裂病の再発予防効果の検討. 精神医学, 39(2), 131-137.
- 瀬戸屋希, 萱間真美, 宮本有紀, 他(2008): 精神科訪問看護で提供されるケア内容—精神科訪問看護師へのインタビュー調査から. 日本看護科学学会誌, 28(1), 41-51.
- 新村出(2018): 広辞苑(第7版) 岩波書店, 東京.
- 進あすか(2015): 利用者が主体となって立てる看護計画とは. COMMUNITY CARE, 6.
- 田井雅子, 野嶋佐由美(2015): 統合失調症を持つ人のセルフケアマネジメントの促進に向けての自我・自己を支える看護ケア. 高知女子大学看護学会誌, 40(2), 31-41.
- 角田秋(2019): 訪問看護ステーションが統合失調症を有する人へ提供する支援—電話対応をしたケースその支援の特徴—. 東京有明医療大学雑誌, 11, 1-10.
- 横田正夫, 丹野義彦, 石垣琢磨(2003): 統合失調症の臨床心理学. 東京大学出版会, 東京.