

## 管理者の認識する精神科訪問看護実践における困難

新井 香奈子<sup>1)</sup> 中野 康子<sup>1)</sup> 梶原 理絵<sup>2)</sup> 大向 征栄<sup>3)</sup>

### 要 旨

#### 【研究目的】

本研究の目的は、精神科訪問看護実践における困難を訪問看護ステーション管理者の視点から明らかにすることである。

#### 【研究方法】

A県内訪問看護ステーション連絡協議会に所属する訪問看護ステーションの管理者228名に対し質問紙調査を行った。有効回答58部の内、精神科訪問看護経験があると回答した管理者の質問紙37部を分析対象とした。

#### 【結果】

訪問看護管理者が認識する精神科訪問看護実践の困難について明らかにした。その結果、精神科訪問看護実践における困難は、訪問看護制度上の困難と精神科訪問看護実践に対する困難の2つに大別された。訪問看護制度上の困難は、訪問看護導入までの調整の複雑さと導入の不確実さ、訪問看護援助体制の頻回な調整、常時の高緊張状態、精神科訪問看護の専門性を高める機会が限られる、専門職種間連携の困難の5つのサブカテゴリーに分類された。精神科訪問看護実践に対する困難は、精神症状に応じた対応の困難さ、利用者との援助関係構築の難しさ、家族との援助関係構築の難しさ、精神科訪問看護における専門性の不足の4つに分類された。

#### 【結論】

本研究の結果から、今後精神科訪問看護実践を推進していくための示唆が得られ、診療報酬上の変更、地域ケアシステムの構築、事例検討会やコンサルテーションの場を活用した訪問看護師の支援、訪問看護師の対人援助技術の修得が必要と考えられた。

キーワード：精神科訪問看護、訪問看護ステーション、管理者、困難

---

1) 兵庫県立大学看護学部 在宅看護学  
2) 愛媛県立医療技術大学 看護学科 老年看護学  
3) ふれあい訪問看護センター

## I. 緒 言

近年の、精神保健法（1987）、障害者基本法（1993）、精神保健福祉法（1995）の成立といった法律の流れは、施設から地域へと精神障がい者の社会復帰を促進<sup>1)</sup>し、精神障がい者の地域での生活を支援する様々な社会資源が福祉と医療の連携を図りながら整備されつつある。

地域で生活する精神障がい者への訪問看護活動としては、保健所・保健センターの保健師による訪問指導、精神科を標榜する医療機関からの訪問看護、訪問看護ステーションからの訪問看護がある。

医療機関からの訪問看護は、1986年の健康保険法改正により診療報酬に「精神科訪問看護・指導料」が新設される以前から、一部の医療機関で病院を退院した患者に対して行われていた<sup>2)</sup>。その後、1994年の健康保険法などの改正によって訪問看護ステーションからの精神障がい者への訪問が認可され<sup>2)</sup>、精神障がい者に対する地域支援を行う重要な担い手として、訪問看護ステーションからの精神科訪問看護の位置づけは、より明確になった。訪問看護ステーションからの訪問看護は、精神症状は安定しているが、治療の継続には支援を要する患者が対象とされており、精神科訪問看護の実施数は年々増加している<sup>3)</sup>。精神障がい者への訪問看護の役割は、生活上の支援を通し精神障がい者が周囲の人と交流を持ちながら、地域で自分らしく生活していける<sup>4)</sup>力をつけることであり、精神科病棟への再入院の防止や在院日数の減少等の効果が報告<sup>5-7)</sup>されている。

しかし、介護保険利用者や医療依存度の高い訪問看護利用者を主としてきた一般の訪問看護ステーションでは、精神科訪問看護に困難や不安、戸惑いを感じ<sup>8-12)</sup>、精神科の勤務経験を経ていない看護師は、手探りで援助しているという報告<sup>13)</sup>もある。これら精神科訪問看護を実施している訪問看護スタッフの困難さのサポートとして、訪問看護ステーション管理者の果たす役割の重要性が報告されている<sup>14)</sup>。

そこで、精神科訪問看護実施経験のある訪問看護ステーション管理者が、精神科訪問看護を実施するうえでの困難をどのように認識しているのかについて明らかにしたいと考えた。

本研究の目的は、精神科訪問看護実践における困難さ

を訪問看護ステーション管理者の視点から明らかにし、訪問看護ステーションで精神科訪問看護を実践していく上での課題やサポート方法を検討する際の資料を得ることである。

## II. 研究方法

### 1. 用語の定義

本研究における「精神科訪問看護」とは、精神科医師の指示書によって実施される認知症を除く精神疾患を持つ利用者への訪問看護とする。また、「困難」とは、精神科訪問看護を行う上で看護師が体験する負担感や難しさとする。「管理者」とは、訪問看護ステーションの所長とする。「スタッフ」とは、訪問看護ステーションから精神科訪問看護ケアを提供する看護職とする。

### 2. 調査方法と研究対象者

A県内にある訪問看護ステーションの内、「A県訪問看護連絡協議会」に加盟している228か所の管理者を対象に、質問紙による郵送調査を行った。記入済みの質問紙は、無記名で封書の上、研究者へ送付するよう依頼した。なお、質問紙の返送をもって研究協力への同意が得られたと判断することを依頼文に明記し、返送期日までに、質問紙の返送があった管理者を研究の対象者とした。なお、本研究の調査期間は、平成20年10月から11月である。

### 3. 質問紙

質問紙は、研究者らが文献検討に基づき作成し、回答は質問紙に直接書き込んでもらう形式とした。

調査内容は、

- 1) 選択回答式質問：①回答者の属性（性別、年代、職種、看護経験）、②訪問看護ステーションの概要（設置主体、職員数、精神科経験のある職員数）、③精神疾患を持つ利用者への訪問看護実施状況
- 2) 自由回答式質問：精神科訪問看護を提供する中で感じている困難（選択回答式質問の③精神疾患を持つ利用者への訪問看護実施状況において、精神疾患を持つ利用者に訪問看護を行った経験があると回答した対象

者のみを対象とした質問)

#### 4. 分析方法

選択回答式質問については、各変数に対し記述統計を行った。統計処理は、PASW Statistics18を用いた。自由回答式質問については、管理者の困難に関連した箇所を抽出し単位データとし、質的機能的分析方法によってカテゴリー化を行い、カテゴリーの位置づけを検討した。分析は、複数の研究者によって行い、分析内容や妥当性を高めた。

#### 5. 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属組織の研究倫理委員会の承認を得て実施した。

研究協力依頼文には、研究目的、研究方法、倫理的配慮について記述した。倫理的配慮として、研究協力は本人の自由意志であること、回答を返送しない場合においても不利益を被らない事を説明し、データ保管方法、プライバシーの保護、研究の公表、調査に関する問い合わせについて明記した。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 質問紙の回収状況と分析対象

返送された質問紙は、77部（回収率33.8%）であった。この内、無回答の多かった19部を除く58部（有効回答率25.4%）を有効回答とした。

本研究では、精神科訪問看護実施状況の中で、「今現在、精神疾患を持つ利用者に訪問看護を行っている」26か所、「今現在、精神疾患を持つ利用者はいないが、過去に精神疾患を持つ利用者に訪問を行った経験があり、今現在も受け入れ体制にある」2か所、「過去に精神疾患を持つ利用者に訪問を行った経験があるが、今現在は受け入れていない」9か所の合計37か所の管理者の質問紙37部を分析対象とした。

#### 2. 対象者の概要（表1）

訪問看護管理者37名は、全員女性であった。訪問看護ステーション管理者としての登録職種は、保健師2名（5.4%）、看護師35名（94.6%）であった。管理者の年代は、20歳代1名（2.7%）、30歳代3名（8.1%）、40歳代20名（54.1%）、50歳代12名（32.4%）であった。また、経験年数は、看護職経験年数4～40年（23.1±8.6

表1 対象者の概要

N=37

年齢*：人数（%）	
20歳代	1（2.7）
30歳代	3（8.1）
40歳代	20（54.1）
50歳代	12（32.4）
登録職種：人数（%）	
保健師（看護師免許あり）	2（5.4）
看護師	35（94.6）
看護職勤務年数*	
平均看護職勤務年数・標準偏差（最小-最大）	23.1±8.6（4-40）
訪問看護勤務年数*	
平均訪問看護勤務年数・標準偏差（最小-最大）	9.3±4.3（1-16）
管理者勤務年数*	
平均管理者勤務年数・標準偏差（最小-最大）	5.4±4.0（1-16）

\* 欠損値が存在する。割合は、表題のNに占める割合のため、全カテゴリーを合計しても100%にはならない。

年)、訪問看護経験年数1~16年(9.3±4.3年)、管理者経験年数1~16年(5.4±4.0年)であった。

### 3. 訪問看護ステーションの概要(表2)

訪問看護ステーションの設置主体は、国・地方公共団体3か所(8.1%)、医療法人19か所(51.4%)、社会福祉法人5か所(13.5%)、医師会1か所(2.7%)、その他9か所(24.3%)であった。その他は、有限会社、社団法人、営利法人であった。職員数は、常勤換算2.5~16人(6.1±3.8)であった。精神科勤務経験のある職員数は、0~10人(1.0±2.2)であり、精神科勤務経験者が一人もいない訪問看護ステーションは、37か所中26か所であった。

### 4. 精神科訪問看護実践における管理者の困難

精神科訪問看護実践における困難について回答した管理者は、37名中26名であり、その内容は48記述に分割できた。この48記述を意味内容の類似性に基づき分類した結果、精神科訪問看護実践における管理者の困難は、全体で19コード、9サブカテゴリー、2カテゴリーに大別された(表3参照)。

以下に各カテゴリーの内容の特徴的な部分を記述する。カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、コード

は[ ]で示した。カテゴリーの内容を説明するために、その内容を表しているデータの一部分を「 」で引用し、内容の理解が難しいと思われる部分は( )で補足した。

#### 1) 【訪問看護制度上の困難】

【訪問看護制度上の困難】は、現在の訪問看護制度を実施していくうえでの困難であり、〈訪問看護導入までの調整の複雑さと導入の不確実さ〉、〈訪問看護援助体制の頻回な調整〉、〈常時の高緊張状態〉、〈精神科訪問看護の専門性を高める機会に限られる〉、〈専門職種間連携の困難〉という5つのサブカテゴリーで構成されていた。

##### (1) 〈訪問看護導入までの調整の複雑さと導入の不確実さ〉

〈訪問看護導入までの調整の複雑さと導入の不確実さ〉は、[訪問看護導入までの調整に時間がかかる]、[訪問看護導入が不成立となることがある]という2つのコードで構成されていた。

[訪問看護導入までの調整に時間がかかる]は、「(退院後の訪問看護導入に向け早期から関わるが)退院まで調整に時間をかなり費やす」、「(訪問看護)支援導入までに雑多の問題解決がある」というように、導入前に解決すべき事柄や多職種との調整にかなりの労力を費やし

表2 訪問看護ステーションの概要

N=37

訪問看護ステーションの設置主体：か所数(%)	
国・地方公共団体	3(8.1)
医療法人	19(51.4)
社会福祉法人	5(13.5)
医師会	1(2.7)
その他	9(24.3)
職員数(常勤換算)*	
平均職員数・標準偏差(最小-最大)	6.1±3.8(2.5-16)
精神科勤務経験者数*	
平均精神科勤務経験者数・標準偏差(最小-最大)	1.0±2.2(0-10)
精神疾患を持つ利用者への訪問看護：人数(%)	
今現在、精神疾患を持つ利用者に訪問看護を行っている	26(70.3)
今現在、精神疾患を持つ利用者に訪問を行った経験があり、今後も受け入れ体制がある	2(5.4)
過去に精神疾患を持つ利用者に訪問を行った経験があるが、今現在は受け入れていない	9(24.3)

\* 欠損値が存在する

表3 精神科訪問看護実践における困難

N=26

カテゴリー	サブカテゴリー	記述数	コード
訪問看護制度上の困難	訪問看護導入までの調整の複雑さと導入の不確かさ	5	訪問看護導入までの調整に時間がかかる 訪問看護導入が不成立となることがある
	訪問看護援助体制の頻回な調整	6	頻回・長時間の電話対応や呼出 訪問にかかる時間が読めない
	常時の高緊張状態	3	単独での訪問 精神的緊張が高い
	精神科訪問看護の専門性を高める機会が限られる	3	精神科経験者が職場にいない 学ぶ機会がない
	専門職種間連携の困難	4	主治医・医療機関との連携がとりにくい 関係機関との連携が難しい
精神科訪問看護実践に対する困難	精神症状に応じた対応の難しさ	12	依存度が高く、生活力が乏しい中での援助の線引き 訪問時間外の生活状況・問題行動が把握しにくい
	利用者との援助関係構築の難しさ	5	コミュニケーションがとりにくい 関係性構築に時間がかかる
	家族との援助関係構築の難しさ	6	家族からの情報が得にくい 家族の抱える諸問題への対応
	精神科訪問看護における専門性の不足	4	精神科看護に関連した知識不足 精神科看護経験の不足
	記述総数	48	

ている状況が示されていた。また、「訪問看護導入が不成立となることがある」は、「(訪問看護の導入に向けた支援を実施してきたが)退院できなかった(ため訪問看護導入に至らなかった)」、「(本人・家族了解の上導入に向けた支援を行い、指示書もでているが)、訪問看護導入を突然キャンセルされる」、「訪問看護の拒否」などにより、訪問看護の契約に至らなかったことにより訪問看護利用料がとれず、経営が安定しない状況が示されていた。

#### (2) 〈訪問看護援助体制の頻回な調整〉

〈訪問看護援助体制の頻回な調整〉は、「頻回・長時間の電話対応や呼出」、「訪問にかかる時間が読めない」の2つのコードで構成されていた。

「頻回・長時間の電話対応や呼出」は、訪問時の居留守や不在などにより何度も安否確認のために訪問する状況や、「時間外、深夜、休日の電話対応が多く、業務に支障が出ている」ことを示していた。「訪問に係る時間

が読めない」は、利用者の状況に応じた援助を行う中、「訪問時間がどうしても時間内で終わらないことがあり、次の訪問に支障」が出ているなどの状況を示していた。このように、電話対応、頻回訪問、長時間訪問により、訪問時間や訪問スケジュールの調整が頻繁に必要な状況があった。

#### (3) 〈常時の高緊張状態〉

〈常時の高緊張状態〉は、「単独での訪問」、「精神的緊張が高い」の2つのコードで構成されていた。

訪問看護ステーションからの訪問は、複数訪問に診療報酬が設定されていないことから、「一人で(訪問し)対応しなくてはいけない」という「単独での訪問」が基本であり、さらに、後述する〈精神科訪問看護における専門性の不足〉、〈専門職種間連携の困難〉により、「Ns自身の精神的緊張が高い」状況にあった。これらにより、訪問看護師は〈常時の高緊張状態〉にあった。

(4) 〈精神科訪問看護の専門性を高める機会が限られる〉

〈精神科訪問看護の専門性を高める機会が限られる〉は、[精神科経験者が職場にいない]、[学ぶ機会がない]という2つのコードで構成されていた。

[精神科経験者が職場にいない]は、「自分も含め、精神科で勤務した事のある職員が一人もいない」ことから、援助方法などを相談する相手や機会がないことであった。[学ぶ機会がない]は、小規模の訪問看護ステーションの場合、「研修等にもほとんど参加したことがない」ように日々の訪問体制を組むことに精一杯な状況であり、訪問看護師は〈精神科訪問看護の専門性を高める機会が限られる〉状況にあった。

(5) 〈専門職種間連携の困難〉

〈専門職種間連携の困難〉は、[主治医・医療機関との連携がとりにくい]、[関係機関との連携が難しい]の2つのコードから構成されていた。

[主治医・医療機関との連携がとりにくい]は、特に大病院の医師から指示書が出ている場合、利用者の病状に関する相談が容易にできず、「指示医との連携がとりにくい」と感じていた。[関係機関との連携が難しい]は、「地域の福祉事務所、市の福祉担当者が看護師任せになる」というように、医師以外の関係機関との連携が不十分な状況を示し、看護師は多職種との連携に多くの時間を要し、〈専門職種間連携の困難〉を感じていた。

## 2) 【精神科訪問看護実践に対する困難】

【精神科訪問看護実践に対する困難】は、精神科訪問看護実践を行う中で訪問看護師が感じる情緒的な問題で、〈精神症状に応じた対応の難しさ〉、〈利用者との援助関係構築の難しさ〉、〈家族との援助関係構築の難しさ〉、〈精神科訪問看護における専門性の不足〉の4つのサブカテゴリで構成されていた。

(1) 〈精神症状に応じた対応の難しさ〉

〈精神症状に応じた対応の難しさ〉は、[暴力等の危険回避対応が必要]、[依存度が高く、生活力が乏しい中での援助の線引き]、[訪問時間外の生活状況・問題行動が把握しにくい]という3つのコードで構成されていた。

[暴力等の危険回避対応]は、「不安定となった場合に、包丁などを振り回すなどの問題があり」、「突然凶暴になる」など、利用者との訪問看護自身の安全確保、訪問看護師の危険回避が必要な状況を示したものであった。

[依存度が高く、生活力が乏しい中での援助の線引き]は、「訪問した日の状況により、何もできないときがある」一方で、「依存度が高く、病気だからできない」、「本来の看護を逸脱した事まで依頼される」というように、強い依存による振る舞いと病状によるADL・生活力の低下を鑑みながら援助を行うことの難しさを示していた。[訪問時間外の生活状況・問題行動が把握しにくい]は、訪問時間以外の「服薬管理や飲酒状況がみえにくい」、「生活がみえにくい」ことにより、症状悪化や問題行動につながる状況を把握しにくい事を示していた。

(2) 〈利用者との援助関係構築の難しさ〉

〈利用者との援助関係構築の難しさ〉は、[コミュニケーションがとりにくい]、[関係性構築に時間がかかる]という2つのコードで構成されていた。

訪問看護師は、「訪問時応答がない」、「最初の取っ掛かりが不安である」状況を「コミュニケーションがとりにくい」と感じていた。また、利用者との「しっかりと信頼関係を構築するのに時間がかかった」というように「関係性構築に時間がかかる」事を感じ、〈利用者との援助関係構築の難しさ〉を認識していた。

(3) 〈家族との援助関係構築の難しさ〉

〈家族との援助関係構築の難しさ〉は、[家族からの情報が得にくい]、[家族の抱える諸問題への対応]の2つのコードで構成されていた。

[家族からの情報が得にくい]は、「キーパーソン不在など正確な情報が得られない」や、訪問時の家族の不在により「家族からの情報が得にくい」状況を示すものであった。また、「家族の疾患の理解が困難なこと」、「本人よりも家族の方に問題が多く」など、「家族の抱える諸問題への対応」への困難を示し、訪問看護師は、〈家族との援助関係構築の難しさ〉を感じていた。

#### (4) 〈精神科訪問看護における専門性の不足〉

〈精神科訪問看護における専門性の不足〉は、[精神科看護に関連した知識不足]、[精神科看護経験の不足]の2つのコードで構成されていた。

[精神科看護に関連した知識不足]は、「疾患についての知識がない」、「看護の目標、援助方法、関わり方がわからない」こと、[精神科看護経験の不足]は、「わからずやっている、という気持ちがあるため不安が続き、これでよいのかしんどくなる」というように精神科看護の経験不足を示し、訪問看護師は、「ケアの質が保証できない」など〈精神科訪問看護における専門性の不足〉を認識していた。

## IV. 考 察

本研究では、精神科訪問看護を実施するうえでの困難さを訪問看護ステーション管理者の視点から明らかにし、訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護を実施していくうえでの課題やサポート方法を検討する際の資料とすることを目的とした。

以下、訪問看護制度上の困難と課題、精神科訪問看護実践における困難と課題について検討した結果を述べる。

### 1. 訪問看護制度上の困難と課題

精神科訪問看護実践における訪問看護制度上の困難として、林らは<sup>15)</sup>、「訪問拒否・突然のキャンセルに関すること」、「連携に関すること」、「頻回の電話相談への対応に関すること」、「一人での訪問体制に関すること」、「緊急時の数回訪問・長時間訪問に関すること」の5つを明らかにし、これらはすべて本研究結果に含有されていた。しかし、[訪問看護導入までの調整の複雑さと導入の不確実さ]、[精神科訪問看護の専門性を高める機会が限られる]という2点は、林らの調査結果<sup>15)</sup>にはみられなかった。その理由として、調査方法の違いや研究対象者の違いが関連していると考えられた。林ら<sup>15)</sup>の調査は、精神障がい者への訪問看護事例を具体的に記述してもらう方法をとっているため、困難の内容が訪問看護事例への看護援助に言及されていた可能性がある。一方、本調査は、管理者のみを調査対象としているため、事例への援助時の困難さと同時に、経営管理や訪問看護

師の質の向上といった管理的視点での困難さも訪問看護制度上の困難として抽出されたのだと考えられた。

今回明らかになった訪問看護制度上の困難は、訪問看護管理者のみでは解決できない法制度上の課題が多々含まれていた。林<sup>16)</sup>は、現時点で診療報酬上の評価対象となっていない「長時間の電話応対や家族への対応」、「1日における複数回の訪問」、「2人訪問体制」、「不在や安否確認時の対応」、「多機関との連携」などを評価する必要があるとし、併せて精神障がい者を支える地域ケアシステムの構築が喫緊の課題であると述べている。これら法制度上の変更が今後も見込まれなければ、船越<sup>17)</sup>の報告にあるように「訪問看護の継続の危機」にもなりかねないとする。このように、今回の研究対象者である管理者も、法制度の変更が精神科訪問看護実践を継続していく鍵であり、その重要性を理解していたのだと考える。

中野ら<sup>18)</sup>は、精神科訪問看護を受けいれていない訪問看護ステーションが、今後精神科訪問看護を受け入れ可能にする状況として「スーパーバイザーによる相談体制（医師・精神科専門看護師・行政等）」、緊急で24時間受診可能な機関や入院施設の確保などの「サポート体制」の確立が必要であると述べている。精神障がい者の病状悪化時に早期に対応可能なシステムを構築することは、安定した訪問看護実践の構築につながると考える。さらには、精神疾患患者の訪問看護受け入れを見合わせている訪問看護ステーションの意識を変え、精神科訪問看護を実施する訪問看護ステーションの拡充につながるとも思われた。

### 2. 精神科訪問看護実践に対する困難と課題

船越<sup>17)</sup>は、管理者が認識する訪問看護スタッフの困難として、「援助関係の構築技術に関する問題」、「精神科訪問看護の臨床技術に対する情緒的問題」、「地域の継続看護の実践に関する問題」を明らかにしている。これら3点は、本研究で抽出された【精神科訪問看護実践に対する困難】の、[精神症状に応じた対応の難しさ]、[利用者との援助関係構築の難しさ]、[家族との援助関係構築の難しさ]、[精神科訪問看護における専門性の不足]と援助関係の構築、臨床技術の困難さという点で類似したものであった。ここに挙げられた困難は利用者へ

の直接ケアにおいて生じる困難であり、訪問看護師は日々多くの困難を感じながら訪問看護を行っている状況が明らかになった。この困難さを軽減するサポートが、精神科訪問看護師への支援として非常に重要な課題であると考えられた。

精神科訪問看護は、担当利用者・家族への援助や他機関・多職種との連携において非常に自律した活動を求められ、さらに、利用者が十分に訪問看護の必要性を理解していない、病識の欠如により服薬管理がままならないなどの状況の中、重い責任や孤独感を感じると言われている<sup>19)</sup>。飯村<sup>20)</sup>や船越<sup>17)</sup>が訪問看護の効果がみえにくいことへの困難さを明らかにしているように、精神科訪問看護には直接的な援助が少ないことによるケアの有効性がわかりにくいという特徴があり、それが看護師の無力感や不安をもたらすという報告もある<sup>21)</sup>。これら精神科訪問看護を実践していく中で生じる課題への対応として、スタッフを支える場としての事例検討会の開催<sup>22)</sup>、必要時コンサルテーションを受けられる支援体制づくり<sup>3)</sup>、訪問看護師の対人援助技術の修得<sup>16)</sup>が重要なサポートとなるのではないかと考えられた。

### 3. 本研究の意義と限界

今回の研究対象者は、A県訪問看護連絡協議会に加盟している訪問看護ステーション全数に対し行った調査であり地域が限定されていた。さらに有効回答25.4%と十分にその地域の実状を表しているとは言えない。また、回答いただいた訪問看護ステーションが、必ずしも精神科訪問看護に高い実績を有する訪問看護ステーションとは限らず、同時に対象となった訪問看護ステーションにおける訪問スタッフが高い臨床上の知識や技術をもっているとも限らない。管理者の認識する困難は、上記に示したような精神科訪問看護実施状況、訪問看護スタッフの熟練度などによっても異なると考える。また、今回の調査は質問紙の自由回答を分析したものであることから、管理者の困難を十分に表現できているとも限らないと考える。

このように、本研究の結果は、一般化することには限界がある。しかし、精神科訪問看護を実施するうえでの困難に関する管理者に特徴的な視点が明らかとなり、訪問スタッフのサポートを考える際の基礎的資料としては

意義あるものとなったと考える。

## V. 結 論

訪問看護管理者が認識する精神科訪問看護実践の困難について明らかにした。その結果、精神科訪問看護実践における困難は、【訪問看護制度上の困難】と【精神科訪問看護実践に対する困難】の2つに大別された。【訪問看護制度上の困難】は、＜訪問看護導入までの調整の複雑さと導入の不確実さ＞、＜訪問看護援助体制の頻回な調整＞、＜常時の高緊張状態＞、＜精神科訪問看護の専門性を高める機会が限られる＞、＜専門職種間連携の困難＞の5つのサブカテゴリーに分類された。【精神科訪問看護実践に対する困難】は、＜精神症状に応じた対応の難しさ＞、＜利用者との援助関係構築の難しさ＞、＜家族との援助関係構築の難しさ＞、＜精神科訪問看護における専門性の不足＞の4つに分類された。

以上に示した訪問看護における困難に対し、診療報酬上の変更、地域ケアシステムの構築、事例検討会やコンサルテーションの場を活用した訪問看護師の支援、訪問看護師の対人援助技術の修得が必要と考えられた。

## 謝 辞

本研究の実施にあたり、貴重なご意見をくださいました訪問看護ステーションの管理者の皆さまに深謝いたします。

また、本研究は、日本訪問看護振興財団による訪問看護・在宅ケア研究助成により実施した研究の一部として行われた。

## 引用文献

- 1) 精神保健福祉対策本部. 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 厚生労働省. 2004
- 2) 田中美恵子. 精神訪問看護の基礎. 訪問看護と介護. 7(1). 2002. 6-11.
- 3) 萱間真美. 精神科訪問看護サービス提供体制の現状と今後の課題. 精神科看護36(2). 2009. 6-11.
- 4) 川上みゆき. 精神科訪問看護での看護師の役割. 患者とその家族に対してのかかわりから見えてきたもの. 日本精神科看護学会誌. 51(3). 2008. 164-168.
- 5) 萱間真美ほか. 精神科訪問看護の効果に関する実証的研究. 精神科入院日数を指標とした分析. 精神医学. 47(6). 2005. 647-653.
- 6) Catty, J. et al. Home treatment for mental health problems : a systematic review. Psychol Med. 32(3). 2002. 383-401.
- 7) Barker, E. et al. The effect of psychiatric home nurse follow-up on readmission rates of patients with depression. Journal of the American Psychiatric nurses Association. 5(4). 1999. 111-116.
- 8) 新井香奈子ほか. 精神科訪問看護実施ステーションに対する支援方法の検討—管理者の認識する困難から—. 第68回日本公衆衛生学会総会抄録集. 2009. 573.
- 9) 梶原理絵ほか. A県における精神科訪問看護の実態. 第68回日本公衆衛生学会総会抄録集. 2009. 573.
- 10) 中野康子ほか. 精神科訪問看護経験のある訪問看護ステーションのスタッフが抱える困難—管理者の認識とそのサポート—. 第29回日本看護学学会学術集会講演集. 2009. 504.
- 11) 武田弘美ほか. 精神科訪問看護の現状と課題—地域での生活を支える仕組みとして—. 神戸常盤短期大学紀要. 29. 2008. 113
- 12) 大谷利恵ほか. 訪問看護ステーションの看護師が感じる精神科訪問看護の困難さとその背景. 第52回日本病院・地域精神医学会総会抄録集. 2009. 105.
- 13) 渡辺美鈴ほか. 精神科の訪問看護を受けている精神障害者の再入院に影響を与える要因について. 厚生指標. 47(2). 2000. 21-27
- 14) Kipping, C.J. et al. Exploring mental health nurses' expectations and experiences of working in the community. Journal of Clinical Nursing. 7(6). 1998. 531-538.
- 15) 林裕栄ほか. 訪問看護ステーションにおける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). 2010. 42-46.
- 16) 林裕栄. 精神科訪問看護における看護師の抱える困難に関する考察. 日本在宅ケア学会誌. 13(2). 2010. 12-16.
- 17) 船越明子ほか. 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). 2006. 67-76.
- 18) 中野康子ほか. 精神科訪問看護を受け入れていない理由と受け入れを可能にする状況—管理者の認識—. 第68回日本公衆衛生学会総会抄録集. 2009. 573.
- 19) Magnusson, A. et al. Reconstructing mental health nursing in home care. Journal of Advanced Nursing. 43(4). 2003. 351-359.
- 20) 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). 2009. 145-146.
- 21) 外山好子ほか. 精神科訪問看護ステーションの開設と実践. 精神科看護. 25(4). 1998. 80-82.
- 22) 萱間真美. 精神科訪問看護の困難さと事例検討会の可能性. Community Care. 8(8). 2006. 42-45.

## Difficulties of nursing practice in psychiatric home visits acknowledged by Visiting Nurse Services Stations Managers

ARAI Kanako<sup>1)</sup>, NAKANO Yasuko<sup>1)</sup>, KAJIWARA Rie<sup>2)</sup>, OMUKAI Masae<sup>3)</sup>

### Abstract

#### [Purpose]

The purpose of the study is to identify, from the viewpoints of managers of visiting nurse services stations, difficulties in nursing practice in psychiatric home visits.

#### [Method]

A survey was conducted among the 228 managers who belong to the liaison council of visiting nurse services stations in A prefecture. Of the 58 valid responses, 37 questionnaires completed by the managers with experience of psychiatric home visits were analyzed.

#### [Result]

The managers of the visiting nurse services stations identified difficulties in psychiatric home visits. The difficulties were categorized into two major themes: “institutionally controlled difficulties” and “nursing practice unique to psychiatric home visits”. Institutionally controlled difficulties were categorized into the 5 subcategories: “complication in arranging the home visits and uncertainty of actually implementing home visits”, “frequent policy change in conducting home visits”, “the constant stress (out of hours)”, “limited opportunities to enhance specialization of psychiatric visiting nurses” and “difficulties in multidisciplinary liaison”. Difficulties in nursing practice in psychiatric home visits were categorized in 4 areas: “difficulties in dealing with the psychiatric symptoms”, “difficulties in establishing a supportive relationship with the service user”, “difficulties in building a relationship with family” and “lack of professional expertise of psychiatric visiting nurses”.

#### [Conclusion]

The result of the study presented suggestions to further promote the work of psychiatric visiting nurses. It was suggested that support was required such as advice on changes of social insurance medical fees, the construction of community care systems, case studies, consultations and training to improve interpersonal communication skills.

Key words : psychiatric home visit ; visiting nurse services stations, managers ; difficulties

---

1) Home care Nursing, University of Hyogo, College of Nursing Art & Science

2) Gerontological Nursing, Ehime Prefectural University of Health Sciences

3) Fureai visiting Nurse Station