

精神科訪問看護の現状と課題に関する研究

片岡三佳 井手敬昭 三宅薫 森仁実 松下光子 田内香織 北山三津子 (大学)
村岡大志 森康成 坂本由美 (社団法人岐阜病院) 奥田啓子 (山県市役所)

I. はじめに

精神障がい者の地域生活を支援するためのシステムの充実がすすめられ、精神科訪問看護の必要性が高まっている。しかしながら、精神科訪問看護を行っている看護職は十分な教育や経験、サポートがない状況下で訪問看護を行っている現状がある。看護職間や他職種、地域における関係諸機関との連携の不十分さなど、精神科訪問看護の課題が山積しており、解決していく必要がある。

そこで、精神科訪問看護の質の向上に向けて、精神科訪問看護の実践の事例検討を行い、そこから精神科訪問看護の現状と課題を明らかにする。

II. 方法

訪問看護師、保健師、病院関係者、大学教員により現在、現地共同研究者が訪問看護を実践している1事例（他職種との関係がとれている事例）の検討会を月に1回程度、実施する。そして、訪問看護記録をもとに患者の言動・症状、病院関係者（医師・看護師）、保健師の援助・情報をそれぞれ分類し、経時的に表に書き出し、看護職が行っている援助内容および関係者相互の関わりを検討する。

倫理的配慮として、対象者に了解を得るとともに、検討会参加者の守秘義務の励行、資料配布時の匿名性などを配慮した。なお、本研究は本学研究倫理審査部会の承認を受けている。

III. 事例紹介

1. 対象の概要

A氏、40代後半の女性。診断名は非定型精神病（躁鬱状態、初発X-5年前） 障害年金受給

1) 家族：実父、三男と同居し、長男・次男は他市、妹2人は隣接するC市と関西に在住。

20代前半で結婚し、40代前半で離婚している。

2) キーパーソン：近所に住む遠縁のD氏。A氏家族は治療に対する理解がなく、近所に住む遠縁のD氏が見かねて関わっている。

3) 居住環境：当院から車で片道約50分要するB市山間部の集落（冬期は豪雪地帯）に、持ち家一軒家に居住。周辺は山、田畑、小川があるの

どかな田舎。隣家までは田畑をはさんだ距離。徒歩圏内に食料品店などはない。

4) 職歴：飲食店勤務歴あり。現在は無職。

5) 病前性格：考え込む まじめ 思い詰める

6) 入院歴：X-5年から4回の入院歴があるが、訪問看護導入後はない（経過は以下の通り）。

(1) X-5年：長男が自動車事故を起こしてから不眠が始まり、言動がまとまらず初回入院となる。

(2) X-4年1月：リストカット、眠剤10錠服薬して車を運転、交通事故を起こし、民家へ損害を与えた。事故後救急搬送された総合病院入院を経て、当院2回目入院。その後、民家に対して多額の補償金が必要となり、母と二人の妹は金銭の工面に追われた（母は同年6月他界）が、甥から借用することとなった。症状安定を維持するには、現状では仕事は無理だろうと主治医に助言され、働かないことを納得して退院。

(3) X-2年：工場で働いていたが解雇になった頃から不眠が始まり、錯乱状態となって入院。退院時障害年金申請。

(4) X-1年：多弁多動、支離滅裂となり入院。退院時は家族の援助がなく病棟看護師と精神保健福祉士（以下、PSW）同伴で退院。家族の治療に対する理解のなさから保健所に介入してもらう予定であった。

7) 訪問看護導入：X年、生活全般の援助、病状に関する治療継続の援助指導を目的に訪問看護の導入が図られた。経済状況、遠方であることから、2週に1回の頻度で訪問看護を実施。A氏は家事が出来ない現状を訴え、特に料理援助等を希望した。訪問看護導入後2年経過。保健師は、概ね月に1回程度の訪問を行っている。

8) 現在（X+2年）の受診状況：月に1回受診。

IV. 結果

1. 経過

看護職が行った援助内容および関係性を振り返り検討した結果、3つの期間に分けることができた。訪問看護師がB市保健師に地域でのソーシャルサポートを相談した際、具体的に食事の援助や経済状況を相談できたことで、経済事情を配慮したホームヘルプサービス導入を図ることにな

ったく訪問看護導入期>、A氏の負担軽減のため医師、保健師、ヘルパーとの情報交換・協働、服薬・生活指導を行った<危機介入による関係性形成期>、A氏の生き甲斐を求めてA氏、ヘルパー、保健師参加のケア会議を実施した。ヘルパーから折り紙（千羽鶴）が提案され余暇を楽しみつつ、不安定要因に左右されても、地域・家庭での生活が維持できている<安定期>があった。

1) 訪問看護導入期

X年4月、キーパーソンであるD氏夫婦に付き添われ外来を受診した。医師から生活全般のフォロー、病状に関する治療継続の援助指導を目的に訪問看護の導入が図られた。訪問看護利用についてはゆとりのない経済状況と当院から遠方であるため十分な訪問時間を提供できるかなど危惧されたが、精神症状の安定維持を目標に2週に1回のペースで訪問看護を実施することとなった。初回訪問時、家は片付けが不十分で、台所は散乱した状態で埃や油で汚れ、汚れたままの食器類が放置されていた。A氏は「やる気もなくして何もできない、家事を何とかして欲しい。食事ができない。献立が思い浮かばない、買い物に行けない、作れないし食べれない。」と窮状を訴えた。訪問看護師はその場の状況から、経済的にゆとりがない条件下で献立を考えると、毎日の食事が摂れるようになるまでの過程には、クリアしなければならない多くの問題が潜んでいること、少ない訪問頻度で食生活を有効にフォローすることは困難であると感じた。訪問看護師は、何もできそうにない感覚をもちつつも看護計画作成時、自分には何ができるのかと考え、まずはたとえ1日1食でも食事を摂ることを訴えかけ指導していくこと、同時に地域のソーシャルサポートで利用できるサービスはないかと考えた。そして、B市の保健師を訪ね相談を行い、その後もメールなどを用いて継続相談を実施した。

その結果、ホームヘルプサービスの利用が検討された。訪問看護師は、A氏・家族に対してホームヘルプサービスの利用を勧めたが、父は無関心で、一部負担金が問題となり、息子からは必要ないと拒否があった（息子からみれば以前に調理はできていたので、やればできるはずという思いがあった）。そこでA氏、息子、キーパーソンであるD氏に対して、ホームヘルプサービスの利用により期待できる有効性を説いた。それにより、X年5月にホームヘルプサービス導入となり、週1回ではあるが食事に関する援助を委ねることが

できるようになった。

また、A氏は、訪問看護師が男性であることが気になっていた。訪問看護開始当初から、現状では男性の訪問看護師しか対応できないことで了解をしていたが、「ここは田舎だから若い男の人が来るのは変に思われる・・・。」と言っていた。X年6月、訪問看護に関して女性看護師が担当できるようになったため、A氏の思いを尊重し、引き継ぎの同行訪問を行いつつ、同年9月より女性看護師の単独訪問となった。

2) 危機介入による関係性形成期

X年7月上旬、主治医から訪問看護師に、A氏が車の運転を希望しているから要注意と情報があり、訪問看護師から保健師に、保健師からヘルパーへと情報の共有を行った。情報の共有によりA氏の変化を注意して観察した。

X年7月中旬、A氏は隣接するC市に住む妹が出産するため妹の子供2人を預かりたいと言ってきた。訪問看護師はA氏の精神的負担の大きさを考え保健師に相談した。その結果、2人の子供を預かっている間はヘルパー派遣が毎日となり、A氏の負担の軽減が図られた。

X年9月中旬、A氏は三男が転職を考えていることを知り不安になっていた。情報の共有により関係者のなかで問題を明らかにし、傾聴や助言を行い、A氏の気持ちを酌むことができた。

X年9月下旬、保健師が訪問する。A氏の表情が暗く会話も少なく、日中も臥床していることが多いと訪問看護師にメールで連絡があった。

X年10月中旬、甥からの借金、C市在住の妹が仕事にいくために妹の子供を預かって欲しいと言われていること、献立が偏りがちという情報が、ヘルパーから保健師を通じて訪問看護師に提供され、主治医に報告され、経過観察していった。

(1) 服薬管理指導の導入

A氏からいろいろな話をしてもらえようになったところで服薬の確認を行った。その結果、服薬の自己管理ができないことが明らかになった。そこで、訪問看護時は毎回、服薬は必ずすること、服薬することにより気分の波を小さくして症状の安定ができ、家庭生活を送ることができることを説明した。A氏も入院時の経緯や経験から、気分が高揚してくると何でもできそうな気がしてきて失敗することを感じているようであったが、服薬に関する理解は不十分であった。

X年11月中旬、訪問看護師は服薬指導を行った。

A氏の訴えとして「朝食を食べないから服薬できない。」とA氏なりの理由があった。そこで、シートで出されていた個々の薬を、一回の服薬分を一袋にパックしてもらい、一日分ずつ切り離し日付をいれた。そして、朝食をとらないときも服薬をすること、前日に次の日の薬を用意することなどを助言した。11月下旬、電話で服薬について尋ねると、その後の服薬はできているようで、受け入れはよさそうであった。

X年12月上旬、保健師の訪問があり、服薬確認すると「しっかり飲んでよ。」と返答があり、訪問看護師にも情報提供がされた。

(2)生活指導の導入

X+1年1月下旬、保健師訪問時、降雪により外出できないためか、A氏は退屈そうにしていると保健師が感じた情報が提供された。

X+1年4月上旬、訪問時「煙草をたくさん吸ってしまう。借金もあるし、煙草を控えようかな。」と発言があった。訪問看護師は、暇な時間が多いことも一つの原因でないかと考えた。

X+1年4月中旬、訪問看護師の携帯電話に「寂しいから電話した。」と訴えがあり、「やることもないし、家でぼんやりしているのはもったいないから、外に散歩にいったら？桜がきれいだよ。」と助言したり散歩などの提案をしたが、その他にA氏にできる余暇を楽しむ方法をみつけることがなかなかできなかった。地域で何かないだろうかと考え、地域事情に詳しい保健師に相談した。

3)安定期

(1)地域ケア会議

X+1年5月下旬、ヘルパー援助や生き甲斐についてという内容のケア会議をA氏の自宅で行った。参加者はA氏、保健師、ヘルパー、訪問看護師であった。そこでヘルパーの薦めで折り紙(千羽鶴)が提案され、A氏もそれを神社に奉納したいという思いが起こっていた。

X+1年6月下旬、A氏から、再び三男が転職したいと言い出した、と訪問看護師に相談があった。訪問看護師は「息子さんは成人されたので息子さんに任せてみたらどう？」と提案した。7月上旬に三男の仕事が決まるまで精神状態が不安定になることはなかった。

その後、A氏は折り鶴を施設に寄付したいと思いつけ、自分で施設や保健師に電話をかけ、寄付の場所はたくさんあるかなどと聞いていた。一生懸命のあまり、ヘルパーが来ても折り鶴に夢中に

なり料理がおろそかになっている情報がヘルパーから入ったが、訪問看護師や保健師の訪問時の助言を聞き入れ、現実問題である料理に目を向けることができた。訪問看護師も「老人施設の方々の健康を祈って折ることはすばらしいね。」と声をかけ、折り鶴を折る事のすばらしさ、他人のために何かをする事を肯定する声かけをした。

X+1年9月下旬、保健師の訪問で、時々妹の末の子供(幼児)を預かっていることがわかった。精神的に負担になることなく生き甲斐になっていて楽しいという発言があった。X+1年6月下旬から10月下旬まで問題があっても精神症状が不安定になることなく生活ができていた。

(2)問題発生

X+1年10月下旬、長男の国民年金未納が判明し不眠が出現した。訪問看護師は経緯などを傾聴し、「自分ではどうすることもできないから悩むのをやめました。」とA氏は話したが、表情は暗かった。

X+1年11月上旬、不眠は継続、増強していた。原因は息子の夜遊びであった。訪問看護師は、過度の心配はしなくてもいいと助言し、心配が軽減するようにA氏の気持ちが他のことに向くことを考え、折り鶴の他に何か趣味はないか尋ねた。A氏は「カラオケが好き」と答え、音楽が好きなのことがわかった。しかし、家計がひっ迫しているためCDが買えず、地域事情によりラジオも受信不良で音楽を聴く機会がない状況であったため、訪問看護師がA氏の好きなアーティストの音楽を録音して渡すと、とても嬉しそうであった。

X+2年8月、A氏から訪問看護師に、家計が苦しいので訪問回数を減らして欲しいと要望があり、主治医と相談し訪問看護が月1回に変更された。お金のこと、息子のことで精神状態が不安定になり、その時期は不眠を訴えた。また、寂しさも打ち明けた。その間、服薬確認の拒否をすることが多くなっていた。

しかしそれ以降、息子のことや金銭問題に関する不安定要因に左右されても、入院治療が必要になる程の悪化はなく、地域・家庭での生活が維持できている。最近では「息子が料理について文句を言う。私が料理くらいしなければ、なぜここに自分がいるのか分からないでしょう?」「家について働きにもいけないし。世間の目もある。でも働きに行く気にならない。」という心情を語る言葉がある。

2. 事例検討会での内容

1) A 氏の変化

訪問看護導入当初 A 氏は「料理ができない」「買い物ができない」と現実に直面した訴えが主であった。その後、訪問看護師、保健師が関わる中で訴えも変化し、最近では「息子が料理について文句を言うの。息子も自分で料理できるけど、私が料理くらいしなければ、なぜここに自分がいるのか分からないでしょう？」と辛い心の内を話したり、金銭の問題については「家にいて働きにもいれない。世間の目もあるでしょう？でも働きに行く気にならない。」という心情を語る言葉があった。母として息子に関する心配や不安、食事作りを通じた自分の家庭での存在価値、辛い心情を、訪問看護師に表出するようになった。

また、A 氏の精神症状も、息子や金銭に関する不安定要因に左右されても、入院治療が必要なレベルまでの悪化はなく、自分なりの対処にて、地域・家庭での生活が維持できている。

2) 訪問看護師の関わり

(1) 事例検討会を通して、訪問看護師は自分の看護で何が不足していたのかを気づくことができた。関わりが不十分であった背景には、訪問看護師自身に①2週に1回の訪問で情報を得るのが難しいと思っている。②往復約2時間の交通時間を要し30分間の訪問で“何ができるのか？”と葛藤する気持ちが当初からあったことが一要因であると思われた。

(2) 保健師、ヘルパーとの情報交換により訪問看護師自身の精神面の安定につながり、それが A 氏の援助に影響をおよぼしたと思われた。

訪問看護師が A 氏の状態を判断し、気をつけて欲しいと思っていることを保健師にメールをすると、保健師はすぐにヘルパーに連絡をする。また保健師経由でヘルパーからの情報がくる。このようなメールでの情報交換だけでも訪問看護師自身が安心して次回訪問するまでの一ヶ月を待つことができていた。訪問看護師による訪問は少ないが、A 氏の身近な関係者がフォローしてくれると思いき、安心してまかせておけるこの安心感が援助に影響をおよぼしたといえる。

(3) 訪問看護師、保健師、ヘルパー相互の情報交換および、それぞれの職種でできる対応をやっている現状があることがわかった。

3) 保健師の関わり

保健師は A 氏に関して何かが起こる（お金、

息子のことで）と、ヘルパーから連絡が入り、調子が悪くなっていることを感じていた。

A 氏の地域生活の維持につながった保健師の関わりには、主として以下の2点があった。

(1) 患者の病状の変化への対応（電話対応の活用も含め）が早く、訪問看護師、保健師、ヘルパーとの即時対応ができていた。

(2) ヘルパーや訪問看護師など他職種へのバランスの良い介入が行われていた。

A 氏は保健師に適度な頼りがいを感じていたと思われる。状況によってヘルパーを集中的に実施できるように調整をしたり、適時に必要量のサービスを配分し、他職種との役割分担を明確にしたうえで、保健師が負担するところを受けるといった保健師の関わりバランスが良いことを感じた。

V. 考察

1. A 氏の地域・家庭での生活を支えた看護

A 氏の地域・家庭での生活を支える基盤として、主に以下の2点があると考えた。

1) 訪問看護開始時からの他職種との連携と各役割の実行

訪問看護開始時から地域保健師に協力を依頼したことで連携した支援が開始され、ヘルパー等の社会資源活用につながっていた。さらに、訪問看護師、保健師、ヘルパーが、各立場でできる援助内容を確認し、情報を共有したうえで各役割が実施できていたことが、A 氏の地域・家庭での生活を支えになっていると思われた。

今回の事例では、経済的、距離的・地理的な事情を考慮すると訪問回数や援助時間に限界があるうえに、家族援助が無いに等しいという問題があった。しかし、訪問看護当初から地域の保健師へ相談し協力が得られたこと、そして具体的な問題点（食事を何とかして欲しいという訴え）を相談できたことが、その後のヘルパー導入へ結びつき、A 氏を中心とした地域連携の始まりとなり、様々な問題点を補う結果になってといえる。

各役割としては、保健師が情報交換の中心的役割を担い、利用者の経済事情と必要性を配慮した上でヘルパーの派遣や回数調整を行い、訪問看護師は A 氏の精神症状の安定維持を目標に傾聴・助言、精神状態の不安定要因となる出来事を把握し、関係者間で共有した。さらに、A 氏の危機に対しては保健師やヘルパーら他職種との連携、相互の関わりが存在した。A 氏の危機に対して適時にスムーズな介入ができ、訪問看護師、保健師、ヘル

パーのそれぞれの立場で、できる援助内容を確認し、それぞれの役割が実施できていた。その結果、A氏の望む家事をサポートしつつ、精神状態の不安定要因となりそうな出来事を回避することで安定した生活を維持することができ、次第にA氏は自分の現状や内面を関係者に表出することができるようになっていったと思われた。

2) A氏の感情・思いの表出を促す援助

A氏が自分の状況や心情、希望を、訪問看護師、保健師に話すことができるように、傾聴・助言し、情報共有を図るなどの配慮をしたことが、A氏の地域・家庭での生活を支える一助になっていると思われた。

A氏の生活歴を振り返ると、「A氏が障がいを抱えていること」に理解を示してくれる人が少なかったのではないかと考えられた。初回入院で、自殺企図を起こしてしまうまでにつらい眠れない夜をどれだけ過ごしたのだろうか。自分のつらい心の内を誰にも話さず、その心がどのようなものであったか言葉にできず、自分のつらさを自殺という行動で示したのではないかと考えた。

そこでまず、A氏が思っていることを言葉で表すことが、大切ではないかと考えた。言葉で自分の口から表したことは、頭で考える過程、口で表す過程、口から出した言葉を耳で聞きなおす過程と3度同じことを繰り返すことができる。それによってA氏自身が希望、他者に望むことなど、心の奥底が明確になると考えられた。そのためにも、あるがままを受容、傾聴し、問題が挙がったときは、そこからどうしていったらよいかを2人でともに考えた(X年12月、X年+6月)。看護師は問題が挙がるたびに、いろいろな助言や提案をした。次第に、A氏は看護師の言葉を思いだして判断材料にする行動(X年11月に助言して、X+1年4月に行動)がみられるようになったことから、A氏は人に話せば問題解決のヒントがもらえると気づいたのではないかと考えられた。また、A氏が自分の心の内を少しずつ言葉で表すようになったとき、A氏が話して良かったと思えるように、今度は看護師が「ありがとう」などと、話してくれるようになったことを言葉と表情で表していった。このような関わりのなかで、A氏が心のドアを一つ開けてくれていたように考えられた。それは、精神障がいを抱えることの苦しさを誰にも理解されず閉じていた重いドアが開放される瞬間であったように考えられた。

また、看護師では解決ができないときは、はっ

きりとできないことを告げ、他職種への相談を促したり、看護師が相談することを告げたりして、問題をそのままにしないようにした(X+1年6月、8月)。これらの体験が、相談すれば自分に良い結果が得ることができ、ヒントがもらえるとわかり、危険な行動を起こさなくても言葉で表現すれば誰かが自分の心の内をわかってくれることへの理解に繋がっていたと思われた。

そして、この過程こそが、A氏にとっての精神障がいを受け入れていく過程であり、これからも、障がいを受け入れていかれるのではないかと考えられた。精神障がいは何が障がいであるかがわかりづらいため、その障がいを受け入れていけるように看護職はサポートしていく必要があると思われた。

2. 精神科訪問看護における事例検討会の有効性

訪問看護を行う看護師は、一対一の関わりで看護を行っている状況から、その場で対応する自分の看護に迷いや不安と心細さ、自信がもてなかったりすることがある。問題が生じると同部署の看護師に相談しながら実践してきたが、限られたスタッフの検討では限界があった。しかし、事例検討会で多様な背景をもつ参加者と検討を行うことにより、自分が行っている援助の振り返りができ、不足している援助内容に気づくことができた。

また、精神科訪問看護を行うにあたり看護師一人が知り得る情報は限りがあり、行える内容も限られる。しかし、地域で生活を行えるようにするには、多面的な情報(広い視野)や、障がいによる「個々の生活のしづらさ」を理解する必要がある。今回、他職種からの情報や助言もあり、自分のすべき看護がより明確となり、A氏への援助では迷いや不安も少なくなっていた。以上のことから、事例検討会は訪問看護師にとってのサポート的な役割を果たしていると思われた。

3. 精神科訪問看護の現状と課題

精神科訪問看護の現状は、訪問看護師が保健師に相談・協力依頼するなど、地域のサポートを得ながら協同して実施されている。また、訪問看護利用者の具体的要望に応えようと関わり、その具体的要望を利用者から引き出していく関わりを実践している。同時に訪問看護師は、自分が行っている訪問看護に不安と自信のなさがあり、他職種との情報共有や協同により、それらの軽減を図っている状況があった。

課題として、以下の2点が考えられた。

1) 地域連携における関係性の大切さ

精神障がい者が地域や家庭で安定した生活を送るには、医療・福祉のサポートや家族など関係者の協力が必要である。危機介入の好機の見極めや、危機に対応した関係者の選択、どのような手段で介入していくか、それぞれの関係者（訪問看護師・保健師・ヘルパー・家族）が、できることを明確にして、適時に素早く必要な期間だけ必要な援助ができること、これらがスムーズかつバランスよく展開していくことが望まれる。その点で、よりいっそう他職種との連携と、さらに他職種間での信頼関係を作ることが必要であると考えられる。

2) 訪問看護師のスキルの充実、メンタルな部分でのフォローの充実

訪問看護師は、自分の看護が偏っていないか、一人で問題（不安や迷い）を抱え込んでいないかなど、常に振り返りながら看護展開をする必要がある。事例検討会は、訪問看護師のスキルアップの場として活用され、訪問看護師のメンタル的なフォローや、他職種との関係を深める場としても有効であった。今後、訪問看護に携わる看護師がスキル面、メンタル面での充実が切実に望まれる。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

1. 訪問看護の規模

- ・利用者 32 人（のべ 60 人）。
- ・頻度は利用者の状態、経済的側面、看護師側の事情などもあり、様々。

2. 訪問看護師の思い

1) 看護師が行った援助は、患者の病状を安定させ、保護しているが、やりたいこと、希望には添えていないのではないかと悩むことがある。

[意見]

- ・就労によって病状悪化につながったことがある。しかし、金銭的に厳しい状況であり、利用者は働きたいと言っているのは事実だと思う。就労により病状が悪化した場合、そのときの状況をきちんと把握し、利用者の思いを聴き、現実の状況を伝えていくことが看護職として必要な援助である。
- ・就労していた時に病状が悪化したことがあったが、なぜ体調を崩したのか、病状が悪くなったのか、仕事の内容が問題なのか・・・など、その理由を利用者とともに検討していくことも必要だと思う。
- ・利用者にチャレンジしてもらうことも必要だと思う。

2) 実際、働きたいという希望があったときのために、利用者の働くことができるような福祉工場の見学にも行って来たけれど、現在のところ、利用者は「今はそんな（働く）気分じゃない」と言っている。利用者には気分の波があり、その波によって言動が変わることがあるので、その時期時期で返答が変わることが考えられる。

[意見]

- ・看護職が現実を伝えることで、選択肢を与えることにもなり、それは利用者自身が判断して利用者が決めているということになる。看護職もどのような資源があるのかの情報を得ながら利用者に伝えていきたい。
- ・ここで利用者が選ばないということは、押さえつけにはならないのではないだろうか。
- ・自分の行った援助に自信を持てばよいと思う。

3) 車の運転をしたいという希望がある。しかし、運転の希望も病状が不安定な時期に出現したことがあるという経緯がある。看護職は車を維持することの金銭的な側面から免許の更新を利用者に思いとどませた。バス停から 20 分以上かかる所に住んでおり、車がないと生活範囲を狭めることにもつながっている。そのため余暇をどう過ごすかということは重要な問題となっており、市町村保健師に相談してみた。しかしながら、地域活動の場所が利用者宅から遠い。そのため、通うには金銭的な負担がかかる（病院のデイケアも遠いため、通うことは難しくオーダーがない）。現在は折鶴をして、神社に奉納したり、特養などの施設に寄付することが生きがいとなっている。

[意見]

- ・病院のデイケアは、診療日だけでも通えるようにしてみてもどうか。家族などの身の回りの人以外とのコミュニケーションをとることも大切であり、そのためにもデイケアに通所することは意味があると思う。
- ・市町村保健師だけでなく、保健所の精神担当保健師にも相談し、情報を共有することも必要ではないか。

VII. 今後の課題

今後も事例検討を重ね、岐阜県における精神科訪問看護の現状と課題を明確にしていく。