

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 田内香織 森仁実 坪内美奈 米増直美 北山三津子 (大学)
村岡大志 森康成 坂本由美 小林芳 (社団法人岐阜病院) 奥田啓子 (山県市役所)

I. はじめに

厚生労働省の「新障害者プラン」等で精神障がい者の退院促進がうたわれ、平成 20 年度診療報酬改訂からも精神障がい者の状態に応じた地域生活への支援策が求められ、ますます精神科訪問看護の必要性が高まっている。

平成 18 年度では過疎地域で生活する非定型精神病を抱える精神障がい者の事例検討を行い、平成 19 年度は適応障害を抱える育児不安および育児放棄をしている母親の事例検討を実施した。

平成 20 年度は入退院を繰り返す男性の精神障がい者の事例検討に加え、地域生活移行支援で重要になるケア会議について学習し実際に行なった。さらに、岐阜県下での精神科訪問看護の現状がわからずネットワークがないことに着目し、岐阜県下の精神科病院での訪問看護の実態を聞き取り、精神科訪問看護の課題を検討した。ここでは実態調査を中心に報告する。

II. 方法

1. 対象

岐阜県下の全精神科病院 14 施設。

2. 調査期間

平成 19 年 12 月～20 年 8 月。

3. 調査方法

精神科訪問看護の実態に関して、看護部長もしくは主に訪問看護を担当している看護職に構成的面接調査を実施した。調査内容は先行研究を参考に独自に作成し、分析は数値の単純集計を行い、文章は意味内容で類型化した。

4. 倫理的配慮

口頭と文書で調査目的・方法、匿名性と守秘の保証、参加や中途拒否の権利などを説明し同意を得た。また、本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た。

5. 現地側の共同研究への取り組み

面接調査内容の検討、聞き取り、岐阜県における精神科訪問看護の課題の検討を行った。

III. 結果

1. 岐阜県下の精神科病院における訪問看護の実施状況

1) 訪問看護の実施の有無

訪問看護を実施していた精神科病院は、14 施設中 9 病院 (64%) であった。実施していない 5 病院中、「将来は実施したい」が 1 病院、「実施予定ない」と回答した病院が 4 病院だった。

2) 訪問看護の開始時期

訪問看護の開始時期は、平成 8・9 年が 2 病院、平成 11 年が 1 病院、平成 14・15 年が 3 病院、平成 17 年が 2 病院、平成 20 年が 1 病院であった。

3) 訪問看護の職種

訪問看護を行っている職種は、看護師と精神保健福祉士 (以下、PSW とする) の 2 職種が 6 病院、看護師と PSW と作業療法士の 3 職種が 2 病院、看護師のみの 1 職種の病院が 1 病院であった。

4) 訪問看護部署の組織上の位置づけ

訪問看護が組織上に位置づけをされていたのは 4 病院で、そこでは看護職を中心に複数職員の配置があった。

5) 看護者の配置状況

訪問看護を行なう専任の看護職員を配置していたのは 4 病院で、外来所属が 3 病院、病棟所属が 1 病院だった。

6) 交通費

訪問看護を行なううえでの交通費の負担は、病院負担が 2 病院、利用者負担が 7 病院であった。いずれも全病院が公用車を使用し、訪問者自身が運転を行っていた。

利用者負担の金額設定は各病院により様々で、各病院の最長距離は概ね 40Km 程度であった。費用は以下の通りである。

表 交通費の詳細

・「1km=30円 (上限 1000円)」
・「3km=50円、5km=150円、10km=300円の組合せ、基本は市内」
・「～10km500円、以降 10km 毎に 250円加算」
・「隣接 3 市内は無料、30km 超えると 200円」
・「半径 15km 以内は 200円、以外是要相談」
・「片道のみ 5km210円、10km 420円以降 10km 毎に 420円加算」

7) 訪問方法

看護者による単独訪問は3病院、複数名での訪問は5病院であった。複数名での訪問理由は安全、対応の幅が広がることであった。

また、以前は単独訪問であったが、安全面の配慮、診療報酬の点数加算などの理由により複数訪問に変更した病院が2病院あった。

8) 訪問件数

訪問看護の件数は月間5~130件で、施設により非常にバラつきがあった。

2. 現在の精神科訪問看護に対する思い

1) 良かったこと

精神科訪問看護を行なって良かったことには、「あの人は退院できないという先入観が変わった」「そこに行かないと見えない利用者の生活の実際を見ることができ、利用者の抱えている問題を理解することができ、それを利用した関わりを行なうことで、利用者にも病感がでてくる場合があった」「家族が不信と思っていることに対応できる」「訪問に行くことで周囲の人が安心できる」「診察時で述べている家庭での生活状況の実際を知ることができ、違いがあることもあり、それを医師に伝えることができる」などがあり、〈訪問看護師自身の変化〉〈個に合わせた対応ができる〉〈利用者の変化〉〈家族の変化〉〈喜んでくれる家族・利用者の存在〉〈訪問に行くことで安心する周囲〉〈外来受診時の活用〉〈社会資源の活用の促進〉に分類できた。

2) 困ったこと

精神科訪問看護を行なっていて困ったことには、「異性間で、調子が悪い場合は対応に困る」「単身の利用者で、家族が病状を見ていないため、状態がわるいと思っても状態の変化を理解してもらえないことがある。家族との連携の困難さがある」「生活支援のために入っているが訪問看護の終わり方がどうなのかと思う」「他の病院の訪問看護を知らない。チームでしないといけないのに、個人同士(患者と自分)になり、自分の看護がこれで良いのかと思う」「複数による訪問看護を行なうと看護観の対立があつてまとまらない」などがあり、〈経済面、異性間、単身者、調子が悪い場合の対応〉〈家族の対応〉〈訪問看護の終結の仕方〉〈地域住民との関係〉〈社会資源の不足〉〈看護師自身の不安〉〈連携不足〉〈病院内での教育システムの不足〉〈訪問先の遠さ〉に分類できた。

3. 今後の精神科訪問看護への要望

今後の精神科訪問看護への要望には、「利用者のニーズに応じた柔軟な対応が必要」「精神科訪問看護の養成をきちんとして欲しい」「他の精神科訪問看護はどこまで行っているのか、どのようなことを行っているのかを知りたい」「地域活動支援センターなどの働きにより、保健師の目が精神障がい者に関心をもってもらい、今後、関わりが増えることを期待したい」などがあり、〈訪問看護の充実〉〈訪問看護師の養成・学習機会の増加〉〈他施設との情報交換〉〈看護師間との意見交換による援助内容の検討〉〈病院内における訪問看護師の裁量権〉〈地域で生活する人へのサポートの充実〉に分類できた。

IV. 考察

1. 岐阜県下の精神科病院での訪問看護の実態

岐阜県下の精神科病院における訪問看護は福祉施策が強化され始めた頃に開始され、複数名による訪問が多かった。実施病院も6割を超えていた。しかし、訪問看護を実施する部署の組織上の位置づけ、専任の看護職の配置状況が実施施設の半数であったことはマンパワーの不足が影響しているものと思われ、訪問者の負担、対象者の生活に密着した支援ができていない可能性があると思われた。また、交通費負担、訪問件数のバラツキがあった。それは、岐阜県の面積は全国7位、森林面積5位で山と川に囲まれた住居環境によって、訪問看護の受けやすさなどの影響を受けている可能性が示唆された。

精神科訪問看護師は自身や利用者、取り巻く周囲の変化を肯定的に受けとめつつ、様々な場面での対応に戸惑い、さらなる訪問看護の充実を求めている。

2. 精神科病院における訪問看護の課題

精神科訪問看護の充実に向けて検討した結果、①訪問看護師のスキルアップ、②精神科病院のシステム不足、③行政による精神障がい者の地域生活に向けたサポートの充実、④大学による看護職のバックアップ、⑤多職種連携、⑥情報交換の場など課題が明らかになった。

民間病院がほとんどを占める精神科病院での訪問看護では、地域特性、病院の理念などが影響を受ける。交通費、所要時間の負担は利用者、病院ともに重要な課題であり、地方に特化した公的な支援の検討は急務である。

V. 本事業の成果

1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

本事業を通して、事例検討などを継続的に実施したことで精神科訪問看護師の看護実践を振り返ることができ、看護実践に活用できる。

2. 現地側看護職者の受け止めや認識

本事業を通して、事例検討などを継続的に実施したことで精神科訪問看護師の役割の重要性を再認識し、地域生活移行支援に向けて看護職に必要な知識や能力を実感することができた。

岐阜県下における精神科病院の訪問看護の実態を知ることができ、訪問看護師自身の抱えている課題の相違を知ることができ、看護者の視野が広がった。

3. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

本学（本学教員）がかかわったことで、事例検討の場を提供することになり、ケア会議の試みなどを通して、教育的な支援を十分に受けていない訪問看護師のスキルアップの一つの機会になる。それにより、看護の実践知の積み重ねになっている。また、その看護職の取り組みを講義内容に活用することができ、大学教育の充実につながっている。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

「共同研究報告と討論の会」での討議では、「精神科訪問看護の充実に向けて、看護者の調整能力の向上と、他職種多職種でフォローしていけるような社会的な基盤が必要である。どう思うか。」を検討内容として、他施設の看護師、保健師の参加により行なわれた。

○質問

- ・当施設で現在、訪問看護の設立準備中。訪問看護師の配置状況について、専任ではなく兼任という形では、仕事に支障が出るのではないかとと思うが、現状はどうか？
- ・所属部署は様々あるが、時間と曜日を決めてその中で動いている。たとえば、ある曜日の午前は病棟勤務で、午後からは訪問や、ある曜日は1日訪問など。専任でない場合は、所属部署に対して申し訳ないという思いがあるとされていた。
- ・病棟所属で現在1人の利用者の訪問をしている。その利用者に対して、病棟看護師2人、

PSW1人の3人で週1回訪問しているので、支障はそれほどなく行えている。

- ・ある訪問看護師は1人で何十人の利用者を担当しているため、勤務外でも訪問していることがある。好ましくないこととは思うが、仕方がない理由もある。
- ・人的問題で専任が置けないという施設があった。病棟所属で何とかやっているということであった。
- ・当院は訪問看護発足時、専任1人でスタート。利用者数の増加で、スタッフが増員された。午前は病棟勤務で、午後から訪問となり、その後1日訪問に行くこととなり、専任となったという経緯がある。

○看護者の調整能力の向上

看護だけでなく福祉の援助も必要な場合がある。患者中心で他職種多職種が関わっていくことがベストであると考え、それらの他職種多職種と調整する役割を誰が担うのか、看護師が担ったほうがいいのか？また、看護師のメンタルヘルスという面で、負担を分け合っていくためにも調整していくことが必要と考える。看護師が担うべきなのか。

- ・病棟所属で1人専任の看護師がいる。50件/月の訪問をしている。調整能力は必要だとは思うが、PSWと看護師では視点が違い、ずれが生じることがある。同じ利用者へのケアで全く逆のことをしていたケースがあった。そのためにも調整は必要だと思う。訪問担当者で月1回の報告会が行われているが、PSWの人数が多いのでそちらの考えのほうに流れていってしまう。看護師の視点でケアを行っていかなければいけない。
- ・PSWと看護師では視点の違いがあるが、どちらが主導権を握るかではなく、それぞれの得意の分野で関わっていけばよいと思う。PSWはケアマネジメントの視点からサービスの調整をすることが得意である。看護師は病状に合わせた生活の調整ができる。地域で生活するのは、病院の中の生活とは違うため、その場で見て生活の支援が必要であると思う。それができるのが看護師である。
- ・看護師は薬の副作用の知識があり、怠薬の理由が副作用のためと理解できるが、PSWは知識が十分ではないため、理解度が違っている。足並みをそろえていかなければいけない。

○他職種多職種でフォローしていけるような社会的な基盤が必要

昨年度の取り組みで、保健師・PSW・子ども相談所・訪問看護師の間で、問題を分担してケアをしていった。どこにつなげていけばよいかかわからなくなった。看護師だけでは支えていけないので社会的な基盤が必要だと思った。行政のスタッフにも病院に近づいてきてもらい、病院も行政に近づいていくので、地域で連携しながら利用者を支えていく体制にしたい。

- ・PSW が利用者にサービスや支援のことなどについて説明するときには、利用者の理解度などを看護師は知っているの、看護師が間に入って利用者に分かりやすいように説明を加えている。PSW だけの説明では利用者は理解できないことがある。PSW の仕事をとってしまうぐらい看護師が勉強をしていくことが必要だと思う。
- ・医師が地域の精神保健相談に行った時の話で、相談者は精神障がい者の隣家の人で、そこに精神障がい者が退院して帰ってきてもらっては困るという相談だった。家族にもさらに隣近所の住民にも精神障がい者のことを知ってもらわなければだめである。
- ・地域の啓蒙活動が必要だと思うが、一病院の看護師がしてもいいものかどうかが分からないことがある。行政に関わってもらってそのような活動をすることがいいのではないかと思う。
- ・行政と病院は現実として連携が取れていない。電話でもいいので同じ看護職である保健師に言ってもらえるといいと思う。