

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 25 年 6 月 10 日現在

機関番号：36101

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2010～2012

課題番号：22792299

研究課題名（和文）精神科訪問看護を中断した統合失調症の利用者の体験

研究課題名（英文）Experience of the schizophrenic patients who discontinued home-visit psychiatric care service

研究代表者

藤代 知美 (FUJISHIRO TOMOMI)

四国大学・看護学部・助教

研究者番号：60282464

研究成果の概要（和文）：精神科訪問看護を中断した統合失調症の利用者の体験を明らかにすることを目的とした。参加者は【自分でできる生活】を営む中で【一人きりのつらい生活】を抱え、【訪問看護への期待】をもっていた。しかし、【医療者にはただ従う】という態度が存在し、【分かり合えない医療者】から【役に立たない訪問看護】、【自分の領域への脅かし】を受け、【看護師との暖かいつながり】はあるが【もてなしへの負担感】もあり中断していた。

研究成果の概要（英文）：The study aims to examine the experience of the schizophrenic patients who discontinued home-visit psychiatric care service due to their negative perceptions. The participants, while living “the life they can manage on their own,” nonetheless had “a lonely and hard life” and “expectations from home-visit psychiatric care service.” They also expressed negative comments regarding the service, such that “we just follow what the medical professionals say,” and that “we receive useless home-visit psychiatric care service” and “a threat to our own territory” from the “medical professionals with whom we had no mutual understanding”; moreover, the “warm relationship with the nurses” that they had was only pressurized by “the feeling of burden to accommodate the nurses,” leading to their decision to discontinue the service.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2010年度	300,000	90,000	390,000
2011年度	200,000	60,000	260,000
2012年度	100,000	30,000	130,000
年度			
年度			
総計	600,000	180,000	780,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学、地域・老年看護学

キーワード：看護学、統合失調症、中断

1. 研究開始当初の背景

近年、精神科訪問看護を含めた地域医療体制の整備が進められ、訪問看護効果についても実証されている(萱間ら, 2005; 船越ら, 2006)。近年、訪問看護に対する利用者の認

識に関する研究が進められており、小田(2004)は、期待や目標において看護師と利用者の見解に隔たりがあったことを明らかにし、受け身の援助関係から利用者主体の契約関係に移行することが課題であると考察

している。しかし赤平（2007）が、統合失調症の患者が訪問看護を拒否する原因を質的に調査し、生活技術の過剰評価や自我への侵入感、行動の制約、見られることへの嫌悪感があることを明らかにしているように、利用者と訪問看護の目的を共有し、利用継続するのが困難なこともある。

2. 研究の目的

精神科病院に併設された訪問看護ステーションからの訪問看護を中断した統合失調症の利用者の体験を明らかにすることを目的とし、利用者が求める看護、精神科訪問看護の整備上の課題、在宅サービスのマネジメント方法について考察を加える。

3. 研究の方法

(1) データ収集方法

本研究は記述的探索的研究デザインであり、現象学的アプローチを用い、Giorgiの方法に準じて分析した。参加者は、訪問看護を否定的にとらえて終了したことがある統合失調症の元利用者で、病状が安定し、研究参加への意思決定能力があると主治医に判断された方とした。

まず、データ収集に先立ち、併設するデイケアでフィールドワークを行った。次に、生活や訪問看護の状況、うれしかったことやつらかったことなどを尋ねる半構成的インタビューガイドを基に、1回あたり10～40分のインタビューをそれぞれ1～2回実施し、本人の同意を得て録音した。データ収集期間は平成22年12月から23年10月である。

(2) 分析方法

分析では、まず逐語録から全体を把握し、意味のまとまりごとに分けた。次に、全体におけるそれぞれの意味内容を吟味し、意味のまとまりを練り直した上で、まとまりごとに意味内容を表現する言葉に置き換えた。分析にあたっては質的研究に精通した研究者か

らのスーパーバイズを受けた。

(3) 倫理的配慮

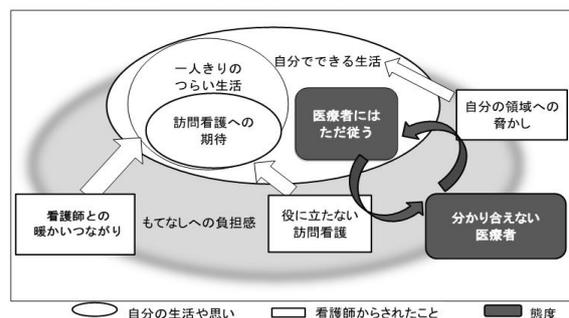
参加者に研究の目的と方法、参加と中断の自由、不参加による不利益の除外、プライバシー保護の方法、匿名性保持の方法について研究者が文書を用いて説明し、同意書を得た。参加者の選定は所長の協力により行い、所長とともに主治医の許可を得た。特にデータの匿名性に十分に配慮した。また、研究者が所属する大学の倫理委員会の承認と、訪問看護ステーション所長、併設する病院で関係する部門の管理者の承諾を得た。

4. 研究成果

(1) 結果

参加者は男性3名、女性4名の計7名、年齢は40歳から63歳までで平均年齢47.8歳、単身生活者は3名、同居者がいる人は4名であった。訪問看護の利用頻度は月1～8回であり、開始してから0.75～11年で中断していた。参加者の体験は9つの意味にまとめられ、その関係性から図1のようにあらわすことができた。それぞれの意味の内容について以下に説明する。なお【 】は、最終的にまとめられた意味の単位を表している。

図1 訪問看護を中断した統合失調症の人の体験



参加者は、【自分のできる生活】を営む中で【一人きりのつらい生活】を抱え、【訪問看護への期待】をもっていた。しかし、【医療者にはただ従う】という態度が存在し、【分

かり合えない医療者】から【役に立たない訪問看護】、【自分の領域への脅かし】を受けた。そして、【看護師との暖かいつながり】はあるものの、【もてなしへの負担感】もあり、訪問看護を中断していた。

それぞれの意味に含まれる具体的な内容を以下に示す。なお、具体的な内容は意味が変わらない範囲で、個人が特定されないように内容を変えてある。

① 自分でできる生活

これは、自分なりにできるようにしたいことへの工夫や、家族との関係、薬の管理、お金のやりくり、人間関係のことは自分自身でできる、やりたいという内容であった。

例えば「ジュースな、一箱 880 円やったんや。〇〇スーパーに買いに行った。一本 38 円や……（生活は）どうにかこうにかできよった。……（自分の食費は）月 5000 円で、昼と夜ごはんはデイケアで食べてな、十分できるもんな。」というように自分自身で工夫し、満たされている思いが語られた。

② 一人きりのつらい生活

これは、お金の心配、日中一人で過ごす孤独感、しんどさが分かってももらえないことや罪悪感による苦しみ、副作用による絶望感、精一杯の毎日、それらを看護師に相談してもしなくても、一人で悩み対処しているという内容であった。

具体的には、「あの時はほんまに分らなかつたもんな。言ったこともしたことも分らなかつた。……今から思ったらほんまにつらかつたんだろうと思う。一人でお金のこと背負って。金銭的なことがしんどかつたです。……お金のことは相談することはなかつたなあ」というように、一人で悩み、対処している様子が語られた。

③ 訪問看護への期待

これは、一人暮らしでの困ったことを相談

することや、副作用や病気を良くしていくこと、好意を寄せている訪問看護スタッフと一緒にいることへの期待を示している。

例えば、「初めて自分が賃貸のマンションに入るときで、一人暮らしするわけですからね。……私生活で、何か困ったことがあったら、頼れると言いますか。相談できるかなと思っていましたしね。」という頼りたい気持ちや、「A さんっていうスタッフが好きでね。その人と一緒におりたい一心で訪問看護を受けるようになったんです。……外来の看護師さんが見てもらった方がいいっていうんですよ。B 先生の喜ぶ顔も見たいから」という、人とつながりたいという期待が語られた。

④ 医療者にはただ従う

これには多様なレベルで従うという内容が含まれた。

一つ目は、「強制的でしょ。退院した時には訪問看護を受けるのは強制」というように強いられるという内容であった。二つ目は「主治医の一応意見と言うか、もう必ず受けてくださいみたいな感じで」というように、自分の意思ではなく医療者に決められるという内容であった。そして三つ目は、「（訪問看護を受け始めた理由は）分からない。分からないけど、訪問看護の人が来はじめて。……やっぱ薬のチェックとかねえ、色々あるし。……退院後だったけんかもしれん」というように、よくわからないけどなんとなく受けているという内容であった。

⑤ 分かり合えない医療者

これは、訪問看護師やその指示を出す医師を含めた医療者と仲良しではなく、理解されないという内容である。

例えば、「あの人（看護師）、とっつきにくかつたですけれどもね。すごい自分が軽蔑されているような気がして。どういふのかな、なんか嫌だつたんですよ。そんなのもあつて

やめたんですけれども。職員さんには言うてもあかんと思って言わなかったんやけど。病院の職員同士だから言うても無駄やと思ったんですよ」というように看護師と仲良くなれないことや、「(看護師は) 薬(のチェック)は絶対忘れなかったね。……だから薬が一番大事なんでしょう。僕は合間に飲んどったらええわと思ってるんです。(一番大事なことは) やっぱり遊びに行くとか。薬が一番じゃないです。気晴らしに行くとか。一番は順番が違うでしょ」というように価値観が違うという内容が含まれた。

⑥ 役に立たない訪問看護

これは、一番困っていることで助けてもらえないから訪問看護に価値や意味がないという内容である。

例えば「しんどいというか悩みを、悩みを聞いてもらいよった。解決するはずもない悩みを聞いてもらっていたんやけどね。……人に聞いてもらいよってもね、何の解決にもならなかったんですけれどもね。……再々来てもらってもね、同じ人が来んでしょう。色々な人が来るからね。なんか、話の続きができないような感じで……それで、もう辞めますって先生に頼んでやめたんやけど」、「(薬の副作用について看護師に相談は) しましたね。したけど、やっぱりどうにもならないみたいな感じでしたね。……薬を飲むのを辞めて。それが(訪問看護を辞めた) きっかけですね。……どう言ったらいいんですかね。もう意味がないかなと思って。……看護師さん自体はなるべく相談事を一応聞いてはくれるんですけれどね。……嫌だったことはなかったですねえ。助けになったことみたいなのはなかったと思います」というように、一番困っていることが解決しなかったという内容が含まれた。

⑦ 自分の領域への脅かし

これは、自分にとってどうでもいいことするためにしつこく来られること、逃げ場のないところで監視をされること、勝手に見られることが含まれた。

具体的には、「『お風呂入ってますか』とか『朝、何食べてますか』とか。同じことの繰り返し。……最初(訪問看護を始めたころ)は嫌やなあと思ったけど、まあ時間があったけんいいかなあ、って思ったけど、やっぱ一年中來られたらちょっとねえ、嫌ですねえ……(お風呂のこととか) 困ってはなかった。」「嫌やったけど、(薬を) 隠してもね、別に飲んどったからねえ。飲んどるけん、見せても別にどうってことない。……待っとったら見せんとあかんでしょう。いつまでもおりますよ。出すまで帰れへんですよ。ほういう雰囲気でしたよ。」「来てくれた時に、ベッドを見て、どうしてるのって聞かれたんですよ。干していませんっていうような話はしましたね。だから、もう部屋を見渡されてましたよ」という内容が含まれた。

⑧ 看護師との暖かいつながり

これは、看護師に理解され、見守られ、共に時間を過ごし、話し相手・相談相手になってくれたという内容であった。

例えば、「自分のことをすごい責めていてね。……絶対こんなビリの下の下ではあかんと思っとったんやけど、『ほんまに悪い人だったら自分も悪いと言わんよ』って言われて。その言葉がすごいなんか嬉しくて……その言葉で救われたことがあったんです」、「血压測ってくれて、体温測ってくれて、肩揉んでくれて、風船ボールしたり、散歩したり……一番役に立ったのは、湿布貼ってくれるのがうれしかったです。……あの人(看護師)もすごかった、話上手な人。Bさんがむかつくとか、作業所が面白くないとか(聞いてくれた)……手作りの(薬の)箱(を作ってくれ

たのは)は嬉しかったです。」という内容が含まれた。

⑨ もてなしへの負担感

これは、家に来てもらうことでペースが乱れたり、気を使ったり、もてなせないと言った思いである。

例えば、「用事もあるし、買い物もあるし、忙しいんですよ。……ほんな話ししよる時間ないけん、ゆっくりおりたい」、「良かったっていうより、これどないしたらいいんだらう、何話したらいいんだらうかって思った。悪い気はせんのよね。……自分の時間ね。家や言うたら、待っとかなあかんっていう頭があるんですよ」という内容が含まれた。

2) 考察

訪問看護を中断した人に注目し、訪問看護をどのように経験したのか記述することを目的とした。体験の根底には、利用者側の【医療者にはただ従う】という態度があり、看護師は【分かり合えない医療者】となっていることが明らかになった。そして、医療者との間に信頼関係に基づいた意思の表出がなく、利用者のニーズに合わない看護が提供されていることが分かった。ここでは、信頼関係の構築が困難な理由とニーズがアセスメントされにくい原因、そして看護のあり方について考察を加える。

①信頼関係構築の障壁

訪問看護を中断した参加者には、【医療者にはただ従う】という態度が備わっていた。このように、利用者の訪問看護に対する受動的な態度は近年多く報告されており、利用開始時に訪問看護の目的と役割について十分説明をすることが必要であると言われている(荒木, 2010; 佐藤, 2010; 小田, 2004)。本研究の参加者は、「強制でしょ」、「主治医の意見だった」、「(訪問看護をする理由は) わからん」などと答えており、訪

問看護の目的を聞くこともしていなかったし、看護師からもなされていないという認識だった。このような受動的な態度を取る理由として、強制的な治療の経験における自律性の否定による無力化(Goffman, 1990)、長年自分の意思が大事にされない経験からの意思表示の諦めが挙げられる(片倉, 2007)。つまり、精神科の医療者である看護師、指示を出す医師に対して訪問看護利用前より信頼関係の基盤がないと推測できる。赤平(2007)は、より早い時期から信頼関係の構築に向けた関わりが重要であると述べているが、看護職が患者の意思を大事にしているということが認識されるような看護が入院時より求められていると考える。

【分かり合えない医療者】は、看護師と仲良くなれず、理解もされないという内容であった。片倉(2007)は訪問看護師へのインタビューから、看護師が意図的に日常の自分を使い、身近な人としての役割期待に応答していることを明らかにしている。訪問看護師は、利用者にとって“客”であるが、本当の“客”として遠慮がちに振舞うのではなく、時にはお互いの垣根を取るための普段着の振る舞いや、「15分でお茶くらい飲んで、世間話程度をしてほしい」に現れるように、ただ近所の人が顔を見に来ただけのような振る舞いが必要なかもしれない。そのためには、訪問看護の点数を時間ごとに定めずに、ほんの短時間の訪問でもよいという看護師に対する保証も必要となるだろう。

一方で、訪問看護の目的が分からないながらも、看護師との情緒的な関わりから安らぎを得、看護師との関わりを希望している利用者もいることも報告されている(赤平, 2011; 小田, 2004)。本研究において

も、【看護師との暖かい関わり】は存在した。それにも関わらず、参加者は訪問看護を中断していることから、暖かい関わりそれだけで訪問看護を継続する理由にはなりえないことが分かる。つまり、看護師は利用者にとって分かり合える存在となれるよう信頼関係の構築をしながら、ニーズのアセスメントをしていかなければ、信頼関係が構築されないことが分かる。

② ニーズのアセスメント

本研究の参加者は、お金のやりくり、家族や友人との関係などは自分でできる、もしくは自分でしたい【自分でできる生活】と考えていた。石川(2002)は、地域で生活する精神障害者がどのように自己管理を行っているのか具体的に聞き、その人に沿いながら援助することが大切であると述べている。自己管理していることに対して、【分かり合えない医療者】から介入が行われた時に、【自分の領域に侵入される】と感じているのではないだろうか。具体的には、自分にとってどうでもいいことを繰り返されること、逃げ場のないところで監視をされること、勝手見られることについて脅かしであるととらえられていた。これは赤平(2007)が、統合失調症の人が訪問看護を拒否した理由に、見られることへの嫌悪感があると明らかにしたのと類似している。このことから、直接介入のみならず観察や質問においても、利用者の希望に沿っていくこと、もしくは利用者が必要性が認識されるまでは観察や質問にはさりげない工夫をこらすことが必要であると考えます。

他方、【一人きりのつらい生活】については、看護師に相談することがない場合と相談しても解決せずつらい思いをしている場合があった。訪問看護導入時には、医師の指示に従って導入を決定するのではなく、

導入によって本人の問題を解決できるのかという点もアセスメントし、必要に応じて他のサービスへの変更も視野に入れてマネジメントをしていく必要があると考える。また、先に述べたように意思表示が抑制されていることもあることから、導入時に看護師に表出していることがらが、利用者の希望全てを表していない可能性があることを念頭に置き、アセスメントを続けることが必要である。さらに小田(2004)は、利用者は身体的な側面や家事の代行などの具体的な行為を援助ととらえる傾向にあることを明らかにしている。参加者は金銭的な心配、副作用が減らないことや自責感によるつらさを述べたが、このような目に見えて解決のプロセスが分かりにくい問題については、看護計画書をともに利用するなど方法を通し、問題解決を可視化していくことができないだろうか。

(3) 研究の限界

訪問看護を否定的にとらえて中断した人を対象としたため、研究の同意が取れる参加者が少なく、一般化するには限界がある。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[学会発表] (計2件)

- ① 藤代知美、精神科訪問看護を中断した統合失調症の利用者の体験 - 服薬管理を否定的にとらえた2事例の分析から -、日本精神保健看護学会第22回学術集会、2012年6月24日、熊本市民会崇城ホール。
- ② 藤代知美、精神科訪問看護を中断した統合失調症の利用者の体験、日本精神保健看護学会第23回学術集会、2013年6月16日(発表確定)、京都テルサ。

6. 研究組織

(1) 研究代表者

藤代 知美 (FUJISHIRO TOMOMI)
四国大学・看護学部・助教
研究者番号：60282464