

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2015 年度（前期）一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

「患者または家族からの暴言、暴力、攻撃的な行動を受けた

精神科訪問看護師のストレスマネジメント」

申請者： 西村紀子

所属機関：一般財団法人 創精会

訪問看護ステーションみさわ

提出年月日：2016 年 8 月 31 日

患者または家族からの暴言、暴力、攻撃的な行動を受けた精神科訪問看護師のストレスマネジメント

一般財団法人 創精会 訪問看護ステーションみさわ
西村紀子 川村邦敏

はじめに

平成 16 年 9 月の精神保健福祉の改革ビジョンに続き、平成 26 年 4 月精神保健と福祉法の改正に伴い、「保護者制度の廃止」「医療保護入院の要件変更」「退院後生活環境相談員の設置の義務化」などの整備実施が求められてきている。その中で、精神科病院においても、精神科救急医療の整備と早期退院など精神障がい者の地域生活支援の促進していく事が求められている。精神保健福祉の方向性としてアウトリーチが注目され、入院医療中心から地域生活中心への流れの中で、精神科訪問看護は患者の地域生活を支えていく資源の一つとして重要な役割を担ってきている。

昨今、一般科の訪問看護において、患者家族からの暴言や暴力などが訪問看護師のストレス要因として問題とされてきている。精神科訪問看護においては、急性期治療の短縮化早期退院の方向性の中で、精神科訪問看護において、不安定な状態の精神障がい者を支援することが求められている。今回、患者または家族からの暴言、暴力、攻撃的な行動を受けた精神科訪問看護師のインタビューから実態を明らかとして、精神障がい者の地域生活を支える精神科訪問看護師のメンタルヘルスとストレスマネジメントを考える。

【研究方法】

1. 研究デザイン：半構造化面接
2. 研究協力者：A 訪問看護ステーション勤務経験者 約 10 名
 〔 10 名の内訳：A 訪問看護ステーション現勤務者 5 名と、過去配属経験者 5 名 〕
3. 研究期間：2015 年 8 月 1 日～2016 年 8 月 31 日
4. データ収集・分析方法
 - 1) 説明同意書の書面沿って本研究の趣旨を説明し、同意を得られた協力者に同意書にサインをもらう。
 - 2) 研究協力者の属性と自身の体験に関する事前アンケートに記入をしてもらう。
 - 3) インタビューガイドに添って、半構造化面接を行う。

- 4) インタビュー内容を、逐語録として作成し、質的データとする。
- 5) 逐語録をコード化し、意味内容の類似性や相違性に基づきカテゴリー分類し、考察を行う。

5. インタビューガイド内容

- ① 訪問時に患者または家族から暴言、暴力、攻撃的な行動を受けた体験があればお話しください。
- ② その体験を受けた時に、あなたが感じた事や考えた事を教えてください。
- ③ その体験の後、あなたの助けになった事はどんなことがありましたか。
- ④ 訪問看護におけるリスク対策として、あなたがあればいいと思うものはどんなものですか。

6. 倫理的な配慮

研究で得た情報は本研究にのみ使用し、データは個人が特定されないように加工すること、研究終了時はデータを破棄する旨を伝え。研究への参加は任意であり、不参加や中断をしても、一切不利益を被ることがない旨を、口頭と文面にて説明する。本研究は、松山記念病院看護部倫理審査委員会の承認後、研究を開始した。

【結果】

1. 研究協力者の属性

A訪問看護ステーションは、E県の県庁所在地にあるスーパー救急病棟を持つ単科精神科に併設された訪問看護ステーションであり、昭和60年より訪問看護業務を開始し、平成11年3月に現在の訪問看護ステーションとして業務を開始している。業務運営方針としては、「急性期医療との院内連携と訪問看護の提供」「高齢者、身体合併症のある利用者への訪問看護の充実」「地域連携室や地域関連機関との連携を強化、地域ニーズに応じる」を方針として、専門性の高い精神科訪問看護を提供している訪問看護ステーションである。訪問看護ステーションの職員は、所長1名、スタッフ9名、事務職員1名（平成28年度4月現在）で運営している。

研究協力者は、A訪問看護ステーション勤務経験者10名であり、内訳は現勤務者5名と、過去配属経験者で現在病棟勤務者5名である。研究協力者の平均年齢は40.5歳（SD=7.0）、性別は男性5名、女性5名である。看護師経験年数は平均23.3年（SD=7.0）、精神科看護師経験年数は平均17.3年（SD=6.5）、訪問看護経験年数は平均5.8年（SD=4.7）であった。

2. 「患者または家族からの暴言、暴力、攻撃的な行動を受けた体験」の内容

「暴言、暴力、攻撃的な行動を受けた体験」の中で、暴力の体験は3名、家族からの暴言の体験は2名いた。暴言は9名が体験しており、その中には暴言以外に、“否定的な言葉” “猥褻な言葉” “攻撃的な行動” “言葉の威圧的な態度と接触” “衝動的な行動”などが、体験として語られていた。

3. 「訪問看護に関するストレス」の内容

インタビューの中では「暴言、暴力、攻撃的な行動を受けた体験」の他に訪問看護師のストレスを感じた体験として「訪問看護に関わるストレス」が語られていた。「訪問看護に関するストレス」のサブカテゴリーとしては、＜病死や自殺者の発見＞＜自殺への後悔＞＜リスクのある人の部屋に一人で入る＞＜運転の危険性、事故への注意＞＜

表1 「訪問看護に関するストレス」のサブカテゴリーと逐語の内容

「訪問看護に関するストレス」のサブカテゴリー	逐語の内容
・病死や自殺者の発見	病死や自殺の発見時など、何とか助けられなかったかと後悔
・自殺への後悔	薬の管理は難しい、医師や外来の連携もとりたいたが、自殺も止めきれない部分もあり残念
・リスクのある人の部屋に一人で入る	妄想、色情や衝動的行動のリスクのある人の部屋に一人で入る。
・運転の危険性、事故への注意	相手から受けた言葉で疲れる。気持ちが切り替えられず、運転中も考えて危ない
	焦りから、駐禁やスピード違反、運転中の電話などの危険
	訪問スケジュール管理の工夫や事故への注意の大変さ
・支援の効果がない無力感	疾患を理解しての支援の効果なく毎回の繰り返しに無力感を感じる。
・病棟看護師に対するクレーム	入院中の病棟看護師へのクレームを、訪問中にぶつけてくる。
・訪問スケジュール管理	訪問スケジュール管理の工夫や事故への注意の大変さ
・さまざまな情報の需要と一人で対処	利用者から様々な情報を求められても、一人で対処しなければならない。
・家族対応でのストレス	家族からの時間外の電話対応の負担感
	業務時間外、5時過ぎてからの家族から電話対応、家族のストレス解消にもなるが訪問看護師の負担
・家族や施設職員の対応不慣れさ<移動初期>	家族や施設スタッフなど外部とのつながりの対応がしんどかった<移動初期>
・電話対応の負担	電話で知らん人の対応する責任の大変さ
・患者の急変での対応の大変さ	急変時、亡くなってるときの対応で、整備されてなかったから、大変だった。
・記録・計画書・報告書の多さ	記録、書類が多かった、書類の作成が大変だなど思いました。
・時間外労働の多さ	ストレスは報告書とか計画書とかで、時間外の労働の多さ
・地域性から来る不安	相談員は二人で行く危ない地区に、防犯ベルを持って一人で行く不安があった
	住人の素行不良で人気のなく、助けに不安を感じる所へ一人に行く事への怖さ
・利用者の拒絶	前任者より引き継いだ利用者の拒絶で訪問には入れない事でのしんどさ
	妊娠での移動説明で、突然非難され拒絶、疲れショックを感じる

支援の効果がない無力感><病棟看護師に対するクレーム><訪問スケジュール管理><さまざまな情報の需要と一人で対処><家族対応でのストレス><家族や施設職員の対応不慣れさ><移動初期>><電話対応の負担><患者の急変での対応の大変さ><記録・計画書・報告書の多さ><時間外労働の多さ><地域性から来る不安><利用者の拒絶>の16項目（表1参照）のさまざまな体験内容が、「暴言、暴力、攻撃的な行動を受けた体験」とは違った訪問看護師のストレスとして語られていた。

4. 「患者または家族からの暴言、暴力、攻撃的な行動を受けた体験」に対する「訪問看護師の行動とアセスメント」の内容

「患者または家族からの暴言、暴力、攻撃的な行動を受けた体験」に対する「訪問看護師の行動とアセスメント」のサブカテゴリとしては、患者の疾患を理解し支援や対応の検討や振り返りなどの<アセスメント>に関するものや、患者からの行動に対する<訪問看護師の行動><訪問看護ステーションチーム、医師、他機関との相談・支援・連携>が語られ、<看護師の必要とされるスキル>として日頃の利用者との違い、変化を察知する観察力が話されていた。また、<訪問看護の心理>としては、無力感、辛さ、恐怖心、葛藤、怒りなどの気持ちが語られていた。（表2参照）

<訪問看護ステーションチーム、医師、他機関との相談・支援・連携>では、主治医、他部署（病棟、地域連携室）、他機関（保健所、ヘルパーステーションなど）との情報共有や、助言、対応での協力などが行われ、危機時に“抵抗を予測して、他職種や他の訪問看護スタッフとも情報共有や日程調整をする”など、協力して不調利用者への支援が行われた体験が語られ、「主治医からのアドバイスで気分が楽になった。」「ヘルパーの話で利用者の違う一面を見る事ができる。」など他職種との連携で多面的に相手を見たり、気持ちを切り替えた体験などが話されていた。

表2 「訪問看護の行動とアセスメント」のサブカテゴリーの内容

<p><アセスメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患からのアセスメント ・ 疾患を理解しての支援・対応 ・ 利用者の受け止めを理解し反省（薬や病状等を聞くことが「管理している」と受け取られていた、週2回の訪問が多すぎたか。本人が納得してなかった） ・ 医療に繋げる方法を考える ・ 早く助けてあげないと地域でおれなくなったら後々困る ・ 家族の思いとの違いに気づいた。 ・ 親の気持ちを考えることはできた
<p><行動></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当を二人とする ・ 二人での訪問 ・ 訪問担当の変更 ・ 攻撃への対処 ・ 疾患を理解しての支援・対応 ・ 利用者が納得できる訪問看護の信頼関係を作る ・ 訪問ステーションの支援と工夫（電話で状況聞くバックアップ支援） ・ 利用者の気持ちのクールダウンを援助 ・ 近所の人に110番されるかと思い、ある程度決心して行動をした。
<p><チームの相談・支援、連携></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 共感からの安心感 ・ 医師との相談・連携 ・ 主治医、他部署連携、アセスメントの共有 ・ 連携、情報の共有、対応での協力、助言 ・ 連携、病棟担当看護師の情報共有 ・ 連携から患者との信頼関係を作るのに効果 ・ 男性看護師への担当変更 ・ 危機時はチームの支援が必要 ・ 抵抗を予測して、他職種や他の訪問看護スタッフとも情報共有や日程調整をする ・ 危機を乗り越えての患者-看護師関係での信頼関係 ・ 訪問看護ステーションの電話でのバックアップ支援 ・ 訪問初心者への支援（対応の迷い、相談）
<p><看護師の必要とされるスキル></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日頃の利用者との違い、変化を察知する観察力
<p><訪問看護師の心理></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 無力感 ・ 気持ちのしんどさ ・ 対処の辛さ ・ 葛藤 ・ 行きたくない気持ち ・ 攻撃されるきつさ ・ 大声を出されたりすると最初はどう治めるか怖かった。 ・ 腹がたった ・ 「何しに来たんだ」と言われたら、「痛いところ突かれた」と思う。

5. 「訪問看護の責任への思い込み」や「訪問初心者への支援」に対する「訪問看護ステーションの支援」の関連性

「訪問看護の責任への思い込み」として、＜自分の担当は自分で対処しなければいけない＞という考えや、「訪問初心者への支援」では＜訪問初心者の不安感、緊張感、孤独感への配慮＞が助けとなった事や、＜移行して早くに一人で訪問に入らねばならない＞、＜病棟と違い一人で判断しすぐに相談や対処助言してもらえない＞などの、一人で訪問する訪問看護師ならではのストレスの実態が語られていた。

そのような一人で訪問に入って行く訪問看護師の支援になることとしては、「訪問看護ステーションの支援」として、訪問中に起こった事に対する＜声掛け＞＜傾聴＞＜体験の共感＞＜理解＞＜アセスメント支援＞＜対応への助言＞＜二人または複数の訪問＞など、訪問看護師のストレスを軽減し、安心感を支援することが多く語られていた。

6. 「訪問看護管理の支援」のサブカテゴリーの内容

「訪問看護管理の支援」のサブカテゴリーとしては、危機時や対応困難な利用者に対する＜二人の訪問＞＜複数での訪問＞の支援が語られていた。＜二人での訪問＞については、「訪問看護師の行動とアセスメント」で語られた実際に行った対処体験でも、二人で訪問をしたことで利用者の状態を理解してのアセスメントや対応の助言に繋がった成功体験や、＜自分しか利用者の事を知らない＞＜担当看護師の利用者への先入観＞など、受け持ち担当制の為一人で訪問に入る訪問看護師の悩みとして語られていた。その他、＜暴力的な人は男性に依頼するという固定観念＞では、「暴力的な人は男性にお願いしているが、暴力的な危機はある、二人体制とかが一番いい、誰か何かあっても呼べる。」という意見や「女性だけでなく男性も危ない、複数で行くとストレスが軽くなる。」と、危機対応での訪問看護における考え方の傾向への危惧が話された。また、「訪問看護に関するストレス」として＜病死や自殺者の発見＞＜リスクのある人の部屋に一人で入る＞に対する支援として、＜緊急マニュアルの自動車への常備＞＜防犯ブザーを持つ＞など、訪問看護師の危機を支援するアイデアが語られていた。

訪問看護師が安心感を持って訪問看護に入るために＜二人の訪問＞や＜朝のミーティングでの工夫＞などから、利用者を自分だけでなくチームが理解してもらえアセスメントや助言をもらえる利点や、自分が他の訪問看護師の対処法やアセスメントを知る機会となることとして話されていた。この他に「訪問看護管理の支援」としては、訪問看護師の看護力を高める自己学習やチームの学習の支援のアイデアが語られていた。

7. その他の項目

「その他（他ステーションのニーズと情報交換）」では、研修で他のステーションと知り合って情報交換や必要時に訪問看護や精神科的な面での相談をすることで助けられた体験が語られていた。また、ネットワークを広げる中で「精神の方で訪問看護をやっているところがあまりないので、『精神を採り入れたいんで、勉強やることないですか。』と他のステーションや病院から尋ねてくるなど、精神科の訪問看護の情報やスキルに対するニーズはある。」という体験が話されており、精神科の訪問看護の情報やスキルに対して、当院の訪問看護ステーションに今後期待される事が予想されることが語られていた。また、「ヒヤリ・ハット、苦情ケースからの学び」は、訪問看護ステーションから病棟に戻った看護師からの意見として、病棟において有効に使われており、訪問看護でも気軽に記入しディスカッションし知識を貯めていく事で、訪問看護の向上につながる可能性として語られていた。

8. 逐語録の意味内容の類似性や相違性に基づいたカテゴリー分類の関係図

10名の協力者の逐語録をコード化し、意味内容の類似性や相違性に基づきカテゴリー分類し以下の関係図を作成した。（図1～図10参照）10名の協力者は、No.1～No.10と表記する。それぞれの協力者の逐語録から抽出したカテゴリー間の関係性を矢印で結び関係図として示した。

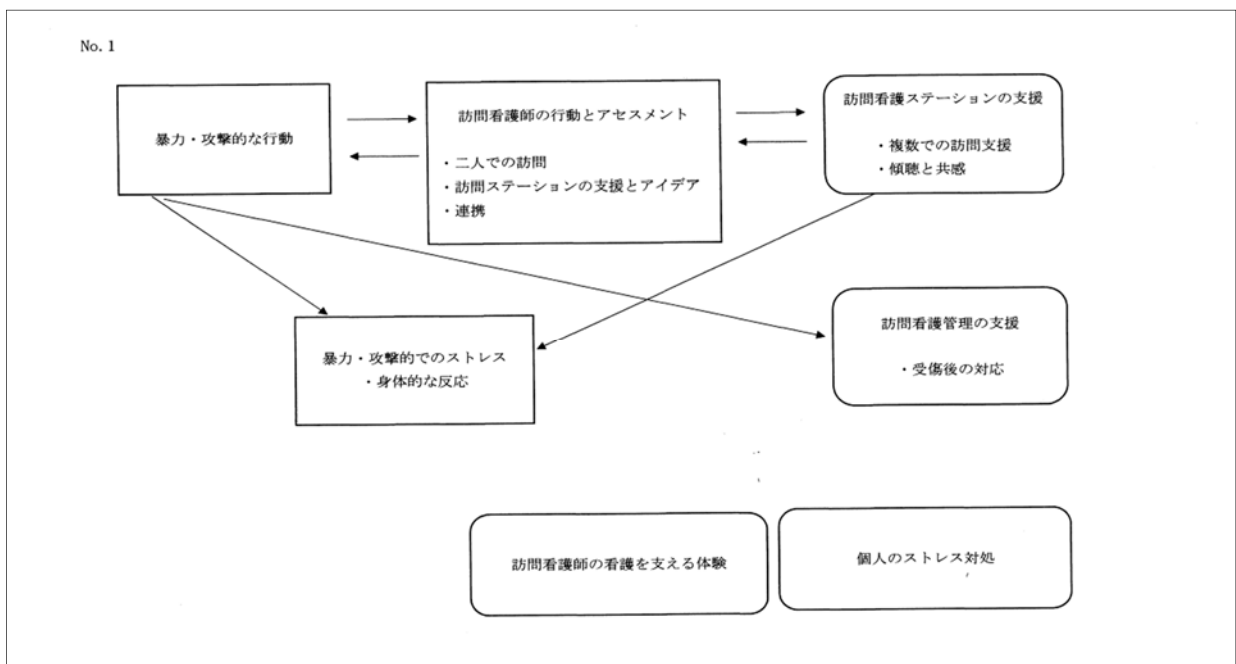


図1 No. 1 の関係図

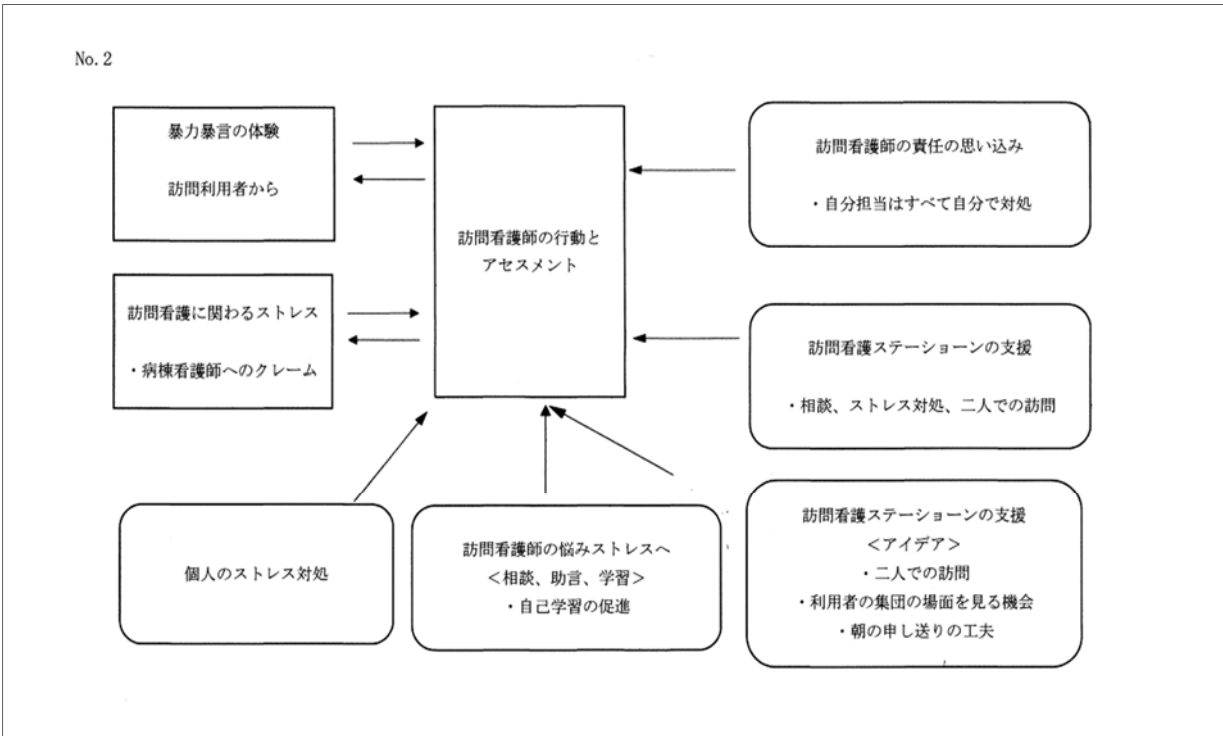


図 2 No. 2 の関係図

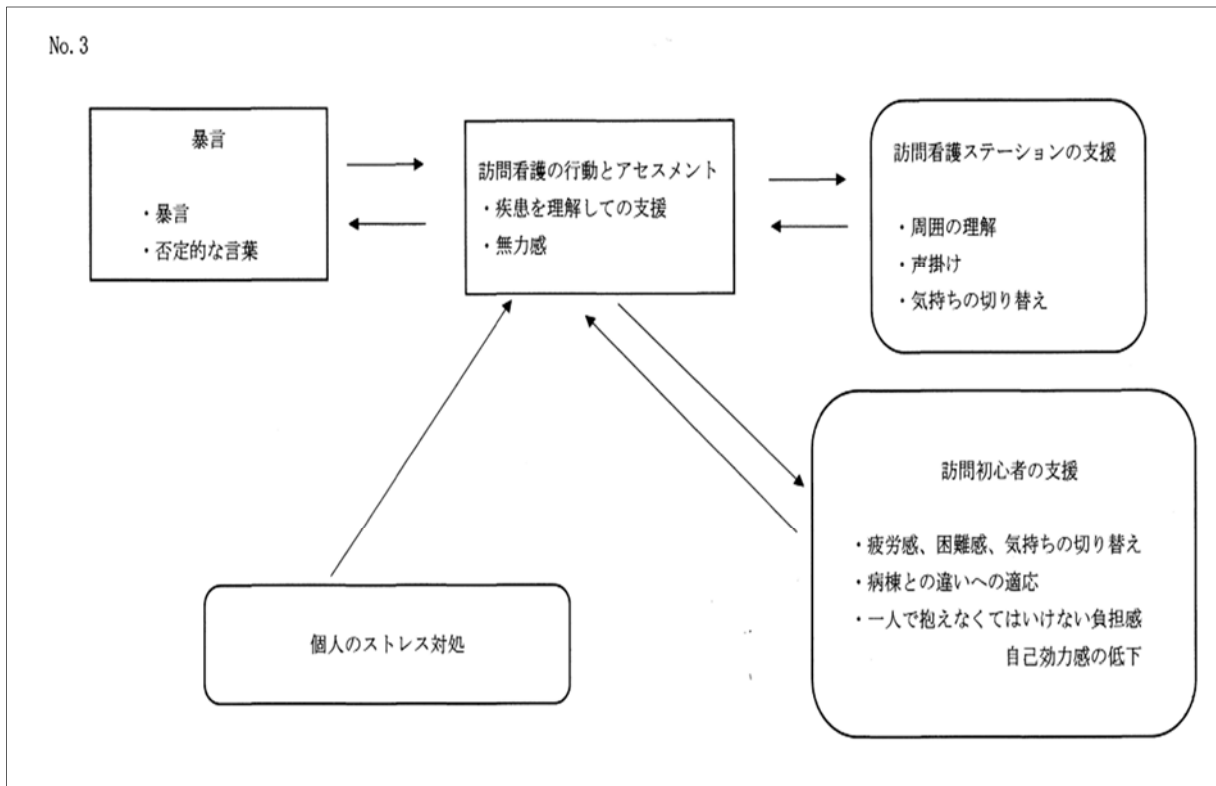


図 3 No. 3 の関係図

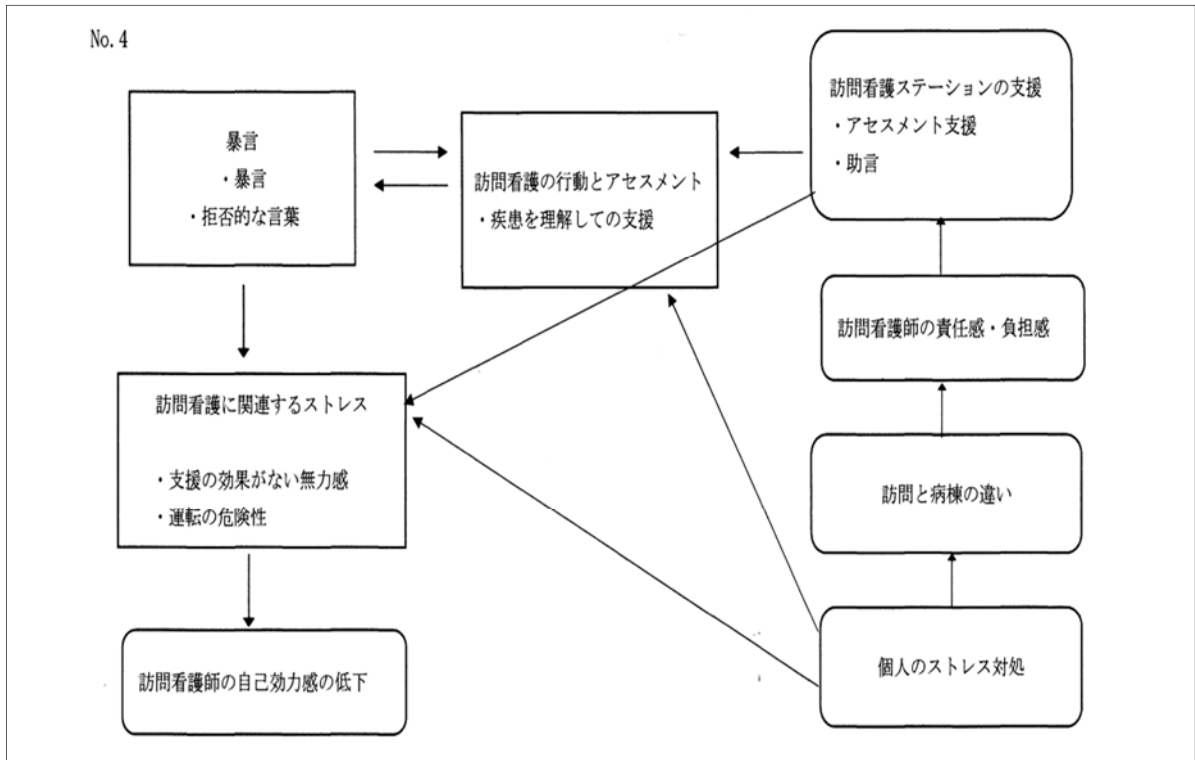


図 4 No. 4 の関係図

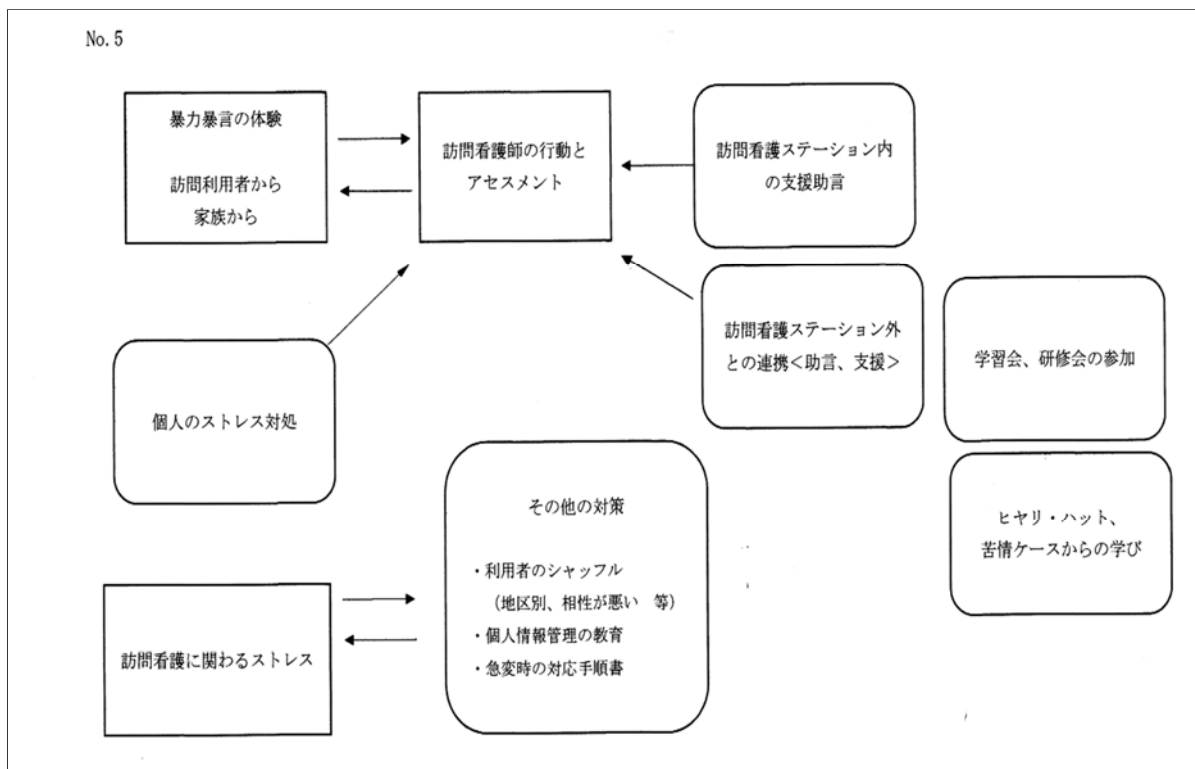


図 5 No. 5 の関係図

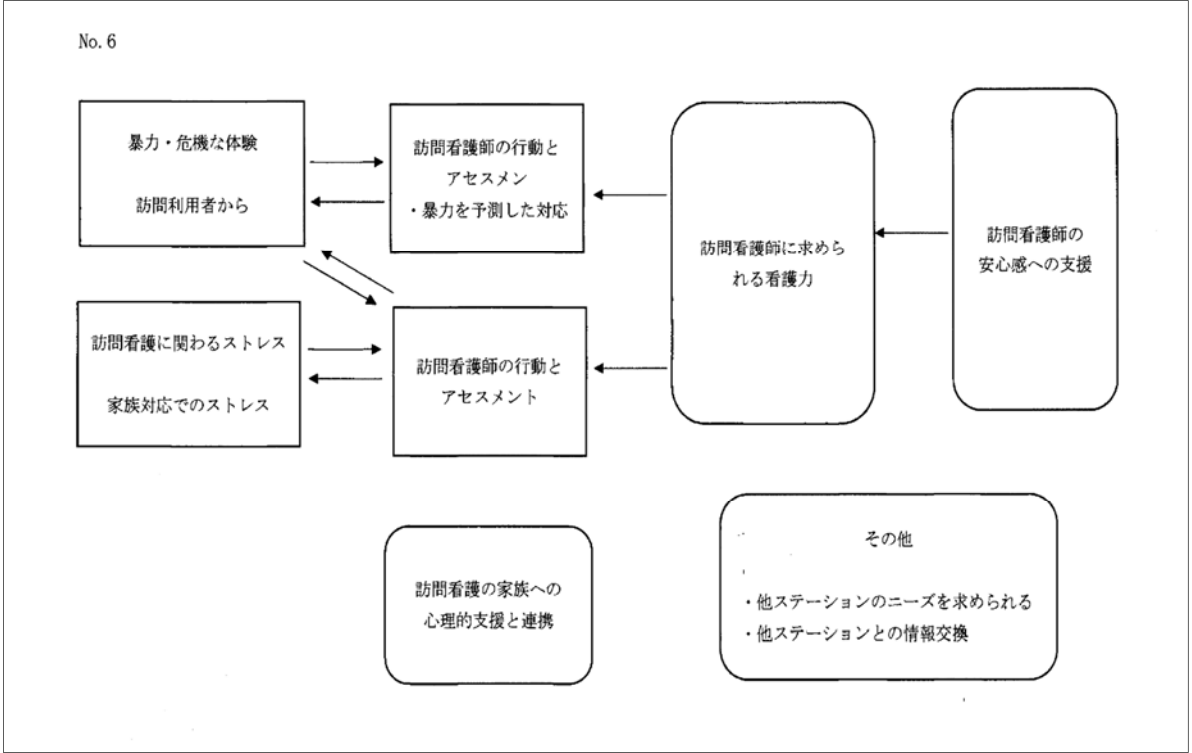


図 6 No. 6 の関係図

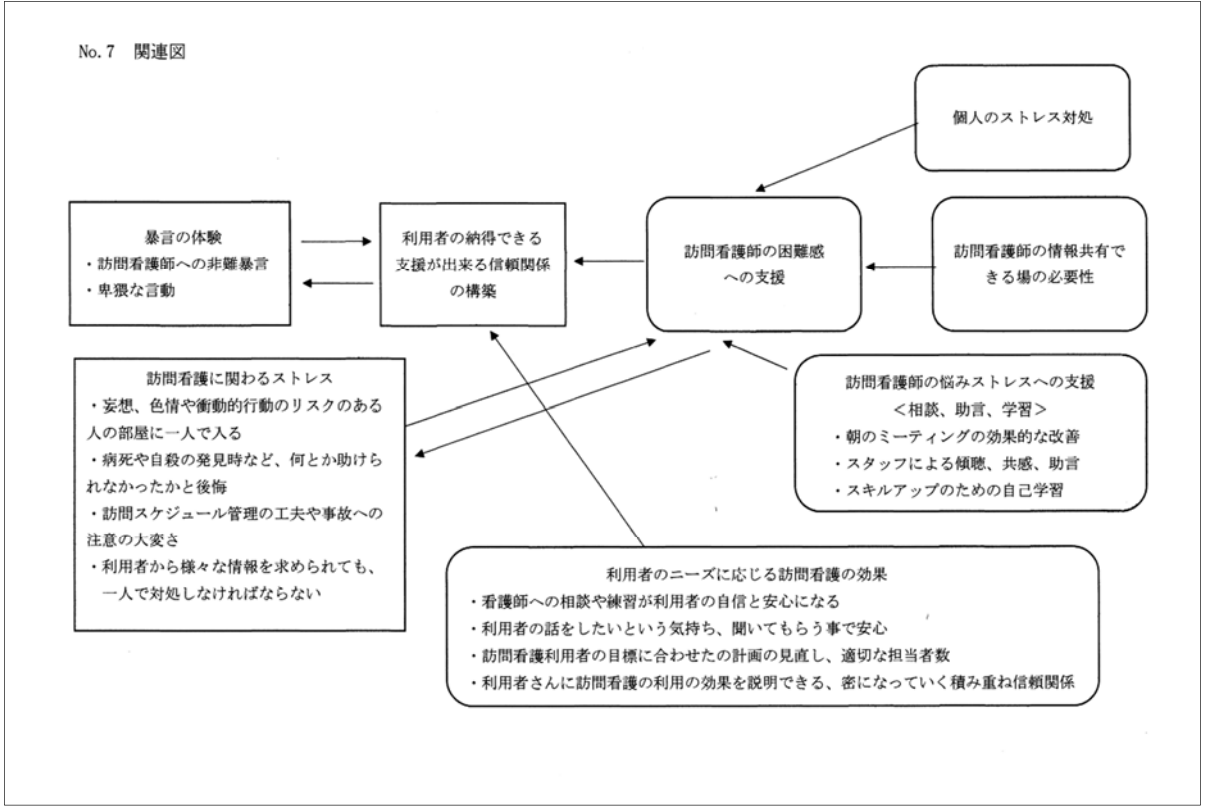


図 7 No. 7 の関係図

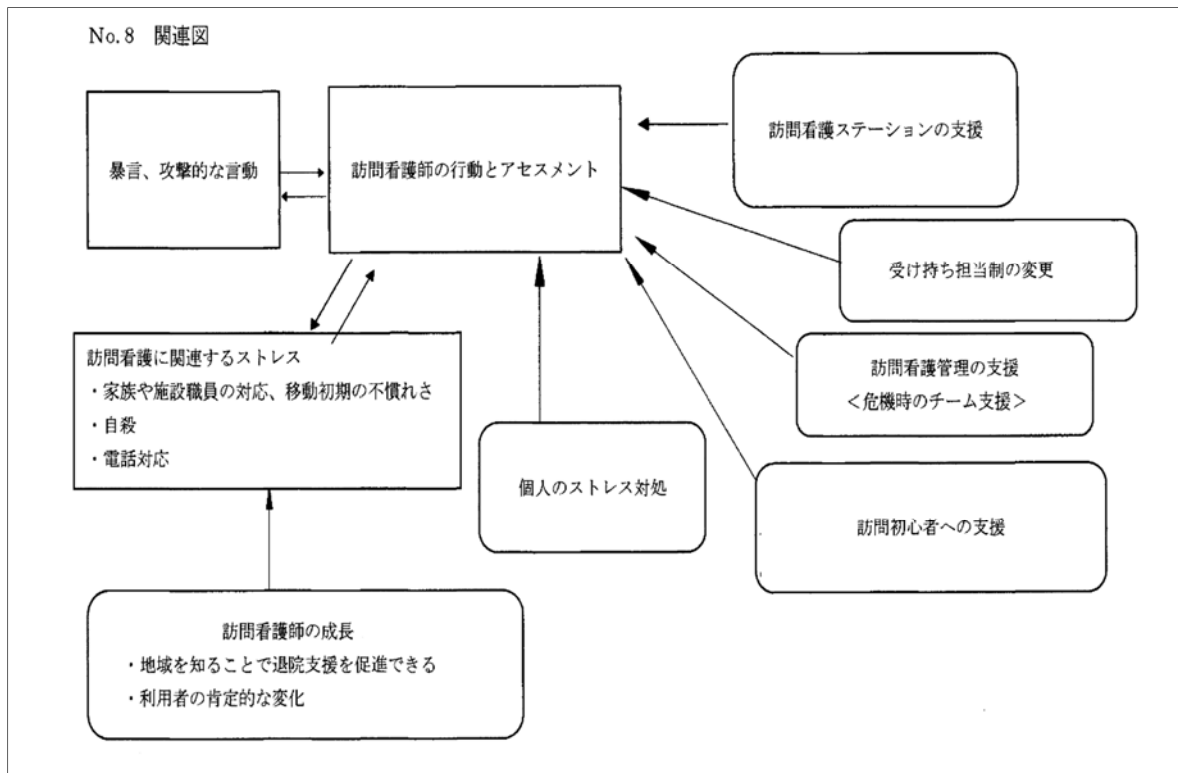


図 8 No. 8 の関係図

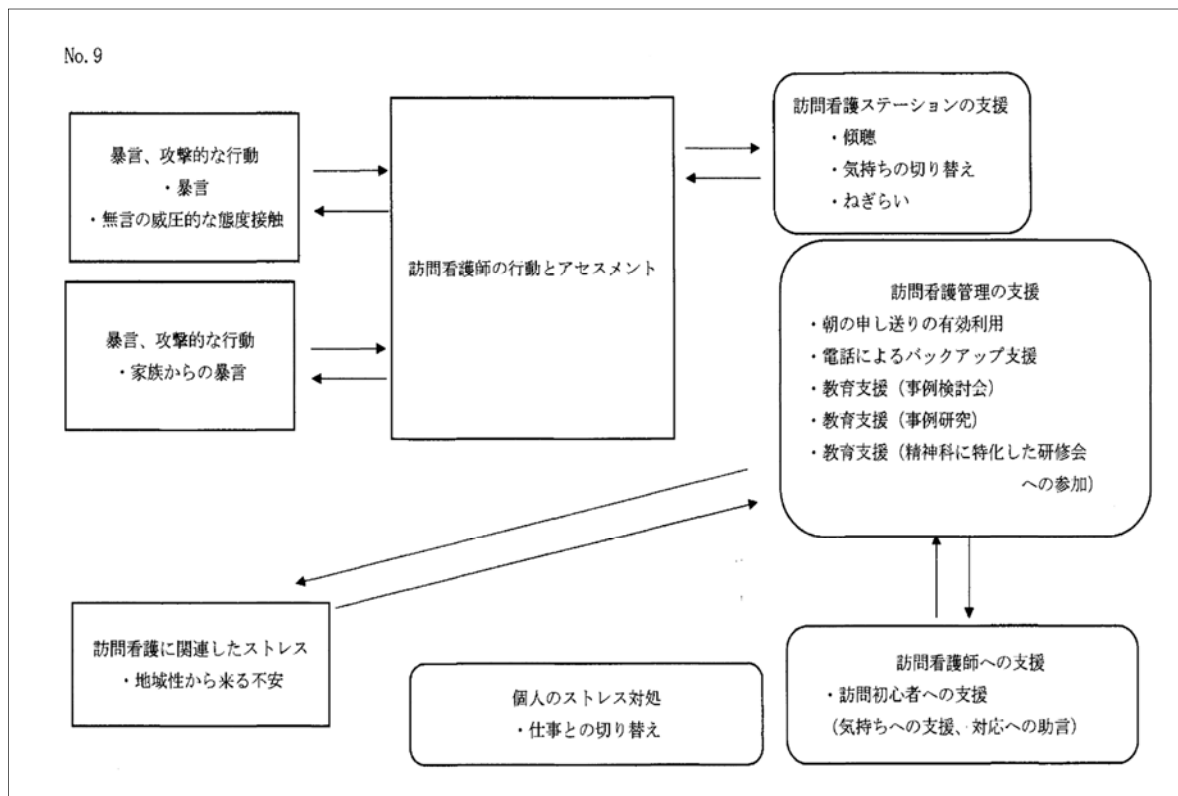


図 9 No. 9 の関係図

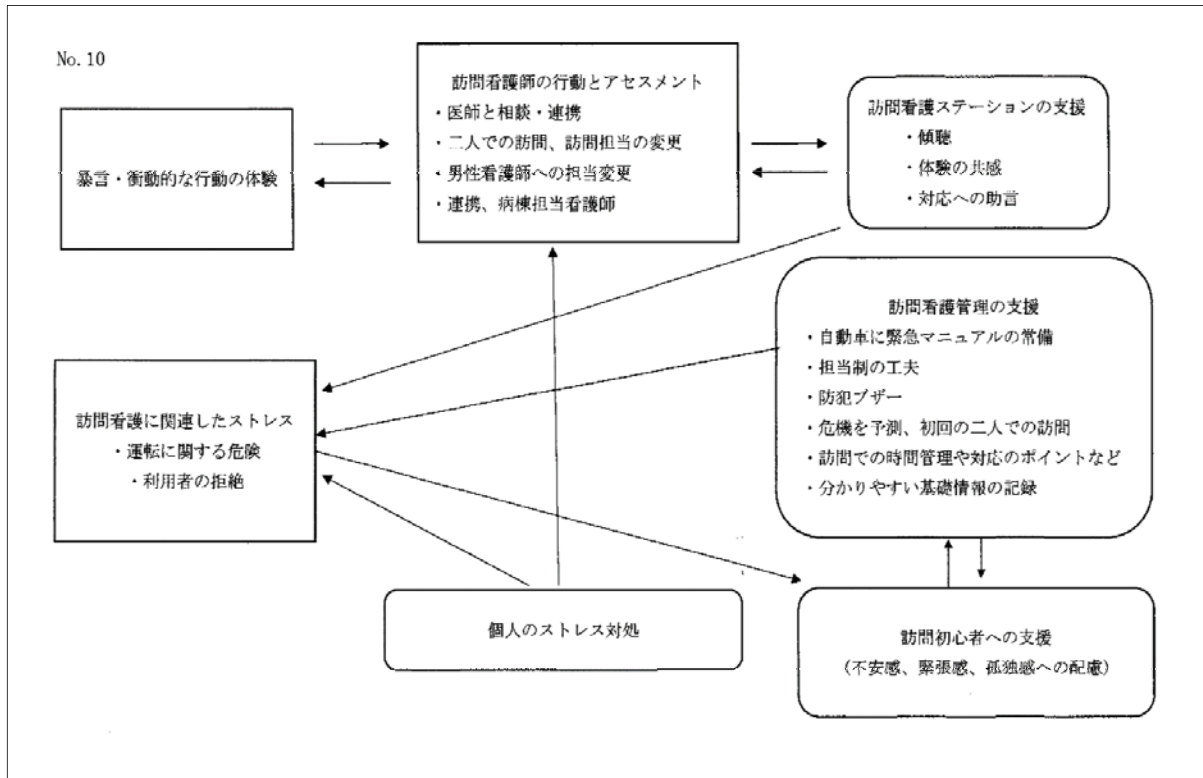


図 10 No. 10 の関係図

10名中4名の人から、訪問看護ステーションへの配属移動時（＝以後、訪問初心者と記入）の体験として、困難感、不安感、緊張感が話されており、「訪問初心者の支援」によりそれらを乗り切った体験に繋がっていた。

「訪問看護管理の支援」は、「訪問看護ステーションの支援」で語られていたように一人で訪問に入る訪問看護師の安心感やストレス対処の支援が行う事ができるチームの形成の促進や、「暴言、暴力、攻撃的な行動を受けた体験」や「訪問看護に関するストレス」に曝された訪問初心者をサポートし、精神科訪問看護師として成長していける体験の支援に関わっており、経験のある訪問看護師の自己成長のために、「訪問看護管理の支援」としての＜教育支援＞への工夫アイデアが期待されていた。

【考察】

1. 訪問看護に関する困難やストレス

「暴言、暴力、攻撃的な行動を受けた体験」は研究協力者 10 名すべてが語っており、それ以外にも様々な「訪問看護に関するストレス」体験が語られていたことから、訪問看護師が一人で訪問に入っていく中で、様々な困難やストレスに直面している実態が推察された。

2. 訪問看護の行動とアセスメントへの支援

「訪問看護の行動とアセスメント」を支援するものとしては、10 名の関係図より、「訪問看護ステーションの支援」「訪問看護管理の支援」「関連機関との連携（訪問ステーション内部、医師、他部門、他機関）」が読み取れた。

3. 訪問看護師への支援内容

訪問看護師への支援内容としては、安心感を与え、体験を傾聴・共感し、アセスメントへの相談や助言、フォローアップ支援を行う「訪問看護ステーションの支援」であった。これらは、ストレスチェック制度でも言われているように、「仕事のストレス要因」や「心身のストレス反応」があっても、「周囲のサポート」により、メンタルヘルスの不調リスクが軽減すると行く事と一致する結果であったと考える。

4. 訪問看護管理に関する支援

「訪問看護管理の支援」では、上記のような訪問看護師を支援できるチームを作っていく事が重要であり、“朝のミーティングの工夫”や“二人体制の訪問の利用や工夫”など、まずは訪問看護師が安心して利用者に向き合える環境づくりからの支援が必要であると考え。また、その際には「一人ですべて対処しなければいけない。」「危機リスクの高い人の所は男性に行ってもらおう。」などの考えを一度取り払い、危機的状況はもちろんであるが、訪問看護師の迷いの解消やスキルアップの為にも、気軽に二人での訪問看護を実施できるシステムや考え方の推奨などを強化する事が必要と考える。

5. 訪問看護師への教育支援

今回の研究協力者は、看護師経験年数は平均 23.3 年 (SD=7.0)、精神科看護師経験年数は平均 17.3 年 (SD=6.5) と精神科看護師としてもベテランと言われるレベルの看護師であった。しかし、そのような看護師達も病棟から訪問看護ステーションに移動した際には訪問初心者となり、全く経験したことのない環境の中でストレスフルな体験や困難感を感じつつ成長していかねばならない実態が語られていた。「訪問看護管理の支援」としては、訪問初心者が“精神科の専門性”“訪問の専門性”のふたつの専門性を高め、訪問看護師として、専門性を持って成長していけるよう<教育支援>として、“事例検討会”“事例研究”“精神科または訪問看護に特化した外部研修会への参加”などを推奨支援していく事が、訪問看護管理が行っていただける教育支援の工夫と考える。

6 精神科訪問看護ステーションの今後の課題

A 訪問看護ステーションは精神科の訪問看護を特徴としており、今後認知症や他の訪問看護ステーションが精神疾患を持った利用者を支援していく事が増えていく中で、今まで蓄積された知恵を周囲に伝え発信していく事への、地域の中のニーズはあると考える。また、病棟経験のある専門性の高い看護師達が集まっていることも、A 訪問看護ステーションのメリットであり、病棟での経験や知識を訪問看護ステーションに生かしていくことで、訪問独自の訪問看護師のストレスマネジメントを展開していく事に繋がると考える。

謝辞

今回の研究に対し、財団法人在宅医療助成勇美記念財団より助成を頂いたことに深謝致します。