

**訪問看護サービスにおける精神障害・痴呆の対象者への
ケア提供のあり方に関する調査研究事業**

報 告 書

平成11年3月

社団法人 全国訪問看護事業協会

本委員会委員長 竹中 浩治

主任研究者 中山 洋子

はじめに

近年、ノーマライゼーションの思想の普及や症状の安定した入院患者の退院促進の必要性から、精神障害者の社会復帰対策の重要性が強調され、精神的な健康問題をもつ人々に対する地域ケアシステムの構築の必要性が高まってきています。精神訪問看護は医療機関と地域を結ぶ役割を担い、精神障害者の社会復帰対策や痴呆のある人の在宅療養の継続に重要な役割を果たすサービスであり、更なる充実強化が求められています。

全国訪問看護事業協会においては、平成9年度に全国の訪問看護ステーションを対象に、精神障害者及び痴呆症患者への訪問看護実施状況に関する調査を実施しました。この結果、精神障害者や痴呆症患者へ専門的に訪問している訪問看護ステーションだけでなく、主に高齢者を対象としている一般の訪問看護ステーションにおいても、精神障害者や痴呆症患者への訪問看護が広く行われていく可能性が高いことが示唆されました。しかしながら、これらの一般の訪問看護ステーションでは、精神科看護の経験のあるスタッフが少ないことや、精神科医療機関等との連携が十分でないことなどから、精神訪問看護に関する様々な問題点を抱えていることも明らかになりました。

このため本年度は、精神障害者や痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションを対象にアンケート調査を実施し、対象者個人別に心身の状態や訪問看護提供内容、困難な点、訪問担当者の精神科看護経験などを調査しました。特に訪問担当者が「困難」と感じている事例を分析することにより、どのような事例が訪問看護や地域の他の社会資源で支えるには困難になっているのかを具体的に明らかにしました。また、精神科併設型でない一般の訪問看護ステーションを対象にヒアリング調査を実施し、精神障害者や痴呆症患者の主な紹介経路や他機関との連携上の工夫点、スタッフの教育方法、困難事例などを明らかにしました。これらの調査結果を用いて、精神科併設型でない一般の訪問看護ステーションにおいて、精神障害者や痴呆症患者への訪問看護を行う際に参考となるマニュアルを作成し、報告書の巻末に掲載しました。

本報告書が今後の精神訪問看護の普及、充実に寄与できれば幸いです。

最後に、本調査を実施する上で、ご多忙の中、快く調査にご協力下さいました訪問看護ステーションの皆様方に厚く御礼申し上げます。

1999年3月

訪問看護サービスにおける精神障害・痴呆の対象者への
ケア提供のあり方に関する調査研究事業

委員長 竹中浩治
(全国訪問看護事業協会 副会長)

目 次

第1章 調査研究の概要	1
1. 調査研究の目的	3
2. 調査研究方法及び内容	4
第2章 アンケート調査結果	9
1. 施設調査結果	11
1. 1 施設の概況	11
1. 2 精神障害者への訪問看護について	18
1. 3 痴呆症患者への訪問看護について	24
2. 精神障害者調査結果	30
2. 1 属性等	30
2. 2 主治医、紹介経路、精神科への受診	34
2. 3 現在の状態	39
2. 4 訪問状況	43
2. 5 ケースの訪問担当者	49
2. 6 困難と感じるケース	52
3. 痴呆症患者調査結果	58
3. 1 属性等	58
3. 2 紹介経路、今後の在宅療養の継続	63
3. 3 現在の状態	66
3. 4 訪問状況	71
3. 5 ケースの訪問担当者	77
3. 6 困難と感じるケース	80
4. 調査結果のまとめと今後の課題	86

第3章 精神訪問看護を実施している訪問看護ステーションへのヒアリング調査結果	89
(1) 訪問看護ステーションあきた	92
(2) 若林訪問看護ステーション	95
(3) 二俣川訪問看護ステーション	97
(4) 生野区医師会訪問看護ステーション	99
(5) くすのき訪問看護ステーション	102
付 精神訪問看護マニュアル	105
1. 地域の社会資源を「観る」	107
2. 精神訪問看護が実施できる体制を「つくる」	111
3. 精神障害者の状況を「読む」	113
4. 精神訪問看護の役割を「見極める」	123
調査票	131
単純集計結果	141

第1章

調査研究の概要

第1章 調査研究の概要

1. 調査研究の目的

近年、ノーマライゼーションの思想の普及とともに精神障害者の社会復帰対策の重要性が強調され、精神的な健康問題をもつ人々に対する地域ケアシステムの構築の必要性が高まってきている。精神訪問看護は医療機関と地域を結ぶ役割を担い、精神障害者の社会復帰対策や痴呆のある人の在宅療養の継続に重要な役割を果たすサービスであり、さらなる充実強化が求められている。

全国訪問看護事業協会においては、平成9年度に全国の訪問看護ステーションを対象に精神障害者及び痴呆のある人に対する訪問実施状況を全般的に調査し、問題点や今後の課題等を明らかにした。その結果、本調査に回答のあった訪問看護ステーション（736ヶ所）のうち、精神障害者に訪問している施設は23.4%（172ヶ所）、痴呆症患者^{注1}へ訪問している施設は69.0%（508ヶ所）あることが分かった。

図1-1 精神障害者への訪問の有無

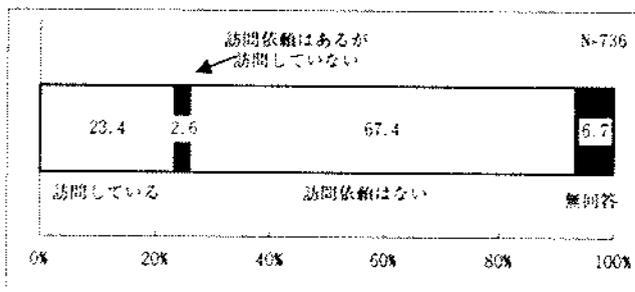
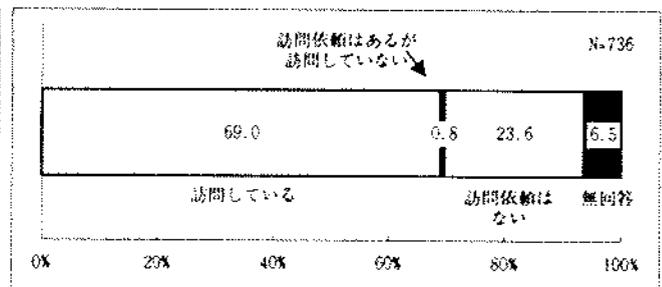


図1-2 痴呆症患者への訪問の有無



平成9年度「訪問看護サービスにおける精神障害・痴呆の対象者へのケア提供の在り方に関する調査研究事業」（社）全国訪問看護事業協会 より（以下、「平成9年度調査」という）

これらの施設における精神障害者の利用者数をみると、2人以下という施設が7割、痴呆症患者についても5人以下という施設が7割を占めており、一般の高齢者等を対象とした訪問看護ステーションにおいても、少ないなかでも要請があれば精神障害者や痴呆症患者の訪問を行っていることが分かった。

精神障害者に訪問している訪問看護ステーション172ヶ所のうち、精神科医療機関に併設しているのは22.1%、痴呆症患者に訪問している訪問看護ステーション508ヶ所のうち、精神科医療機関に併設しているのは12.2%であり、残りの8～9割の訪問看護ステーションは精神科医療機関に併設されていないことが分かった。精神障害者や痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションのうち約9割が今後「幅広く、住民のニーズに応じることのできるステーション」として機能することを目指していることから、特に精神障害者や痴呆症患者を対象とした専門的な訪問看護ステーションというより、一般の訪問看護ステーションでこれらの対象者への訪問が広く行われていく可能性が高いことが示唆された。

^{注1} 本調査において、痴呆症患者は「主傷病名がアルツハイマー型痴呆や血管性痴呆などの痴呆症患者のことで、主治医の指示書の傷病名欄に「痴呆」の記載があり、痴呆性老人の日常生活自立度がランクRまたはMの人」とした。

一方、これらの一般の訪問看護ステーションにおいては、精神科看護の経験のあるスタッフが少ないことや、精神科医療機関等との連携が十分でないことなどから、精神障害者や痴呆症患者への訪問に関する様々な問題点を抱えていることも明らかになった。

今後、地域における精神訪問看護を発展させていくためには、これらの施設が現在抱えている問題点を具体的に明らかにすることにより、一般の訪問看護ステーションにおいても、これらの利用者への訪問看護が十分行えるように、訪問看護の展開手順に沿ったマニュアル等の作成が必要と考えられる。

このため本年度は、平成9年度の調査結果より、精神障害者及び痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションに対して、アンケート調査及びヒアリング調査を実施することにより、現在訪問している精神障害者及び痴呆症患者の状態や訪問看護提供内容、困難な点、訪問担当者の精神科看護経験などを明らかにし、これらの調査結果から、一般の訪問看護ステーションで精神障害者や痴呆症患者に対する訪問看護を行う際に参考となるマニュアルを作成するための基礎資料を得ることを目的とした。

2. 調査研究方法及び内容

(1) 調査研究委員会の設置

標記テーマについて学識経験者等による調査研究委員会を設置・運営した。

(2) 調査計画の策定

標記テーマについて、調査対象、調査方法、調査内容等の調査計画を調査研究員会にて検討した。

(3) 精神訪問看護を実施している訪問看護ステーション対象アンケート調査

①調査目的

現在、精神障害者もしくは痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションに対して、現在抱えているケースの紹介経路、状態、実施内容、担当者の精神訪問看護経験、困難の有無等を調査することにより、地域における精神訪問看護の現状と困難点、今後の課題等を明らかにし、マニュアル作成のための基礎資料とすることを目的とする。

②調査対象施設

平成9年度の調査票に「継続調査」の協力意向に関する質問項目を設定しており、協力意向のあった訪問看護ステーションを平成10年度調査の対象として抽出した。

「精神障害者」について継続調査に協力意向のあった訪問看護ステーションは、平成9年度調査の有効回答数736施設のうち270施設(36.7%)であった。これらの施設における平成9年12月1日現在の精神障害者の対象者数は次表のようになっており、訪問対象者数が0人の施設が63.0%と過半数を占め、1人以上精神障害者を訪問しているのは88施設であった。

本年度調査は、現在訪問している精神障害者についてケース別に回答してもらう必要があることから、1人以上精神障害者を訪問している88施設を調査対象とした。

表1-1 精神障害者対象者数（精神障害者の継続調査意向あり）

精神障害対象者数	訪問看護 ステーション数	割合
0人	170	63.0
1人	45	16.7
2人	16	5.9
3～5人	6	2.2
6～9人	7	2.6
10～19人	5	1.9
20～29人	4	1.5
30人以上	5	1.9
無回答	12	4.4
計	270	100.0

「平成9年度調査」より

1人以上の精神障害者へ訪問している88施設のうち、精神科のある医療機関に併設されているのは26施設（29.5%）となっている。このうち、精神障害者を1～2人訪問している訪問看護ステーション（61施設）では、精神科医療機関併設割合が約1割と低く、3人以上訪問している訪問看護ステーション（27施設）では、精神科医療機関併設割合は5割以上と高い。

こうした状況からみて、全体的には1～2人の精神障害者に訪問している多くの訪問看護ステーションは、精神科医療機関併設でない訪問看護ステーションと考えられる。

表1-2 併設病院の有無（精神障害者継続調査意向あり）

精神障害対象者数	施設数	精神科併設施設	
		施設数	割合
1人	45	5	11.1
2人	16	2	12.5
3～5人	6	4	66.7
6～9人	7	4	57.1
10～19人	5	3	60.0
20～29人	4	3	75.0
30人以上	5	5	100.0
総計	88	26	29.5

「平成9年度調査」より

また、「痴呆症患者」については、痴呆症患者を対象としている訪問看護ステーションが多いため、継続調査への協力意向も有効回答数736施設のうち447施設（60.7%）と精神障害者に比べて高かった。これらの施設における平成9年12月1日現在の痴呆症患者の対象者数は次表のようになっており、訪問対象者数が0人のところが24.6%、1～5人程度のところが合わせて51.7%となっている。1人以上痴呆症患者がいるのは317施設であった。

痴呆症患者についても、今回の調査ではケース別に回答してもらう必要があることから、1人以上痴呆症患者を訪問している317施設を調査対象とした。

表1-3 痴呆症患者数（痴呆症患者継続調査意向あり）

痴呆症患者対象者数	訪問看護ステーション数	割合
0人	110	24.6
1人	80	17.9
2人	51	11.4
3～5人	100	22.4
6～9人	36	8.1
10～19人	37	8.3
20～29人	8	1.8
30人以上	5	1.1
無回答	20	7.4
計	447	100.0

「平成9年度調査」より

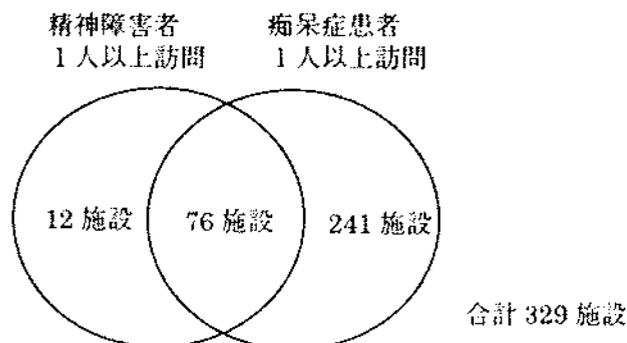
1人以上の痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーション 317 施設のうち、精神科のある医療機関に併設されているのは 39 施設で、12.3%となっている。このことから、痴呆症患者に訪問している訪問看護ステーションの多くが精神科医療機関には併設していないと考えられる。

表1-4 併設病院の有無（痴呆症患者継続調査意向あり）

痴呆症患者数	施設数	精神科併設施設	
		施設数	割合
1人	80	10	12.5
2人	51	7	13.7
3～5人	100	9	9.0
6～9人	36	7	19.4
10～19人	37	3	8.1
20～29人	8	2	25.0
30人以上	5	1	20.0
総計	317	39	12.3

「平成9年度調査」より

以上のことから、継続調査意向のあった訪問看護ステーションのうち、精神障害者へ1人以上訪問している 88 施設及び痴呆症患者へ1人以上訪問している 317 施設を調査対象として選定した。ただし、精神障害者の継続調査意向のあった訪問看護ステーションと痴呆症患者の継続調査意向のあった訪問看護ステーションが重複しており、調査対象数としては 329 施設であった。



③調査方法

調査は、訪問看護ステーションの概要について記入してもらう「施設票」と個別ケースについて記入してもらう「個人票」（精神障害者、痴呆症患者の2種類）に分けて行った。

「施設票」については訪問看護ステーション管理者に記入してもらい、「個人票」は各ケースを訪問している担当者に記入してもらった。

「個人票」は、平成9年度調査時点で対象としていた精神障害者及び痴呆症患者数を上回る枚数を送付し、20人を超える場合は比較的困難と考えられるケースを20人選んで記入してもらった。

「施設票」及び「個人票」を合わせて、同封の返信用封筒で郵送により回収した。

④調査内容（資料編 調査票参照）

ア. 施設票

施設概要（運営主体、併設施設、利用者数、24時間体制、連携機関等）

精神障害者への訪問看護（訪問のきっかけ、提供しているケア、緊急病床の確保、困難点、困難点の相談先、今後必要な方策等）

痴呆症患者への訪問看護（訪問のきっかけ、提供しているケア、緊急病床の確保、困難点、困難点の相談先、今後必要な方策等）

イ. 精神障害者個人票

性別、年齢、傷病名、初発年齢、精神科受診状況、精神科病棟入院歴、現在の状態、経済状況、主な同居者、身体疾患合併、訪問日数・時間、訪問人数、時間外対応、他のサービスの利用状況、紹介経路、主治医の所属、訪問看護の受け入れ、在宅療養の継続可能性、実施内容、訪問担当者について、困難度

ウ. 痴呆症患者個人票

性別、年齢、傷病名、痴呆の程度、問題行動の有無、障害老人の日常生活自立度、身体疾患合併、同居者、介護者の有無、訪問日数・時間、時間外対応、他のサービスの利用状況、紹介経路、在宅療養の継続可能性、実施内容、訪問担当者について、困難度

⑤調査時期

平成11年1月～2月

⑥調査票回収結果

発送数 329 施設

回収数 183 施設（回収率：55.6%）

精神障害者個人票 344 票

痴呆症患者個人票 663 票

(4) 精神訪問看護実施機関へのヒアリング調査

(3) のアンケート調査結果より、精神障害者または痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションのうち、精神科医療機関に併設していない訪問看護ステーションを対象とし、地域及び設置主体を勘案して、ヒアリング対象を選定した。

表1-5 ヒアリング対象施設

所在地	設置主体	訪問看護ステーション名
秋田県	社団法人 秋田県看護協会	訪問看護ステーションあきた
宮城県	社団法人 宮城県看護協会	若林訪問看護ステーション
神奈川県	社会福祉法人 秀峰会	二俣川訪問看護ステーション銀の舞
大阪府	社団法人 生野区医師会	生野区訪問看護ステーション
熊本県	医療法人 芳和会	訪問看護ステーションくすのき

(5) 調査研究体制

本調査研究の実施に際しては、以下のメンバーより構成される調査研究委員会及びワーキンググループを設置して検討を行った。

<調査研究委員会>

委員長	竹中 浩治	社団法人全国訪問看護事業協会 副会長
主任研究者	中山 洋子	福島県立医科大学看護学部 精神看護学 教授
委員	安藤 幸子	神戸市看護大学 精神看護学 助教授
委員	上野 桂子	訪問看護ステーション住吉 所長
委員	澤 温	医療法人北斗会さわ病院 院長
委員	仲野 栄	訪問看護ステーションラポールちかもり 所長
委員	西島 英利	社団法人日本医師会 常任理事
委員	新田 順子	訪問看護ステーションおうばく 所長

(五十音順)

<ワーキンググループ>

主任研究者	中山 洋子	福島県立医科大学看護学部 精神看護学 教授
	安藤 幸子	神戸市看護大学 精神看護学 助教授
	近澤 範子	兵庫県立看護大学 精神看護学 助教授
	萱間 真美	東京都精神医学総合研究所医療看護研究部門 主任研究員
	藤井 賢一郎	(株) 三菱総合研究所 福祉・医療研究部 主任研究員
	吉池 由美子	(株) 三菱総合研究所 福祉・医療研究部 研究員

第2章

アンケート調査結果

第2章 アンケート調査結果

1. 施設調査結果

1. 1 施設の概況

(1) 運営主体

本調査に回答のあった訪問看護ステーションの設置主体は、「医療法人」が51.4%と半数を占め、次いで「医師会」が14.8%、「国・地方公共団体」が9.3%の順に多い。

精神障害者への訪問の有無別にみると、精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションでは「医療法人」が57.4%と高い。特に利用者全体に占める精神障害者の割合が1割以上を占めている訪問看護ステーションでは、無回答を除く全ての訪問看護ステーションが「医療法人」立であった。

痴呆症患者^{注1}への訪問の有無別にみると、痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションは「医療法人」立が53.4%と、訪問してないところ（同42.3%）に比べて医療法人の割合が高い。

表2-1 運営主体

【精神障害者への訪問の有無別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	国・地方公共団体	医療法人	社会福祉法人	医師会	看護協会	その他	無回答
精神障害者へ訪問あり	61	3.3	57.4	6.6	14.8	6.6	9.8	1.6
1割未満	39	5.1	35.9	10.3	23.1	10.3	15.4	0.0
1～3割未満	9	0.0	88.9	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1
3割以上	13	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
精神障害者へ訪問なし	113	11.5	48.7	8.8	14.2	4.4	11.5	0.9

*「1割未満」「1～3割未満」「3割以上」とは、当該訪問看護ステーションの利用者全体に占める精神障害者の割合（以下、同様）

【痴呆症患者への訪問の有無別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	国・地方公共団体	医療法人	社会福祉法人	医師会	看護協会	その他	無回答
痴呆症患者へ訪問あり	148	7.4	53.4	8.8	15.5	4.1	9.5	1.4
3割未満	137	6.6	51.8	9.5	16.8	4.4	9.5	1.5
3割以上	11	18.2	72.7	0.0	0.0	0.0	9.1	0.0
痴呆症患者へ訪問なし	26	15.4	42.3	3.8	7.7	11.5	19.2	0.0

*「3割未満」「3割以上」とは、当該訪問看護ステーションの利用者全体に占める痴呆症患者の割合（以下、同様）

^{注1} 本調査において、痴呆症患者は「主傷病名がアルツハイマー型痴呆や血管性痴呆などの痴呆症患者のことで、主治医の指示書の傷病名欄に「痴呆」の記載があり、痴呆性老人の日常生活自立度がランクⅣまたはMの人」とした。（以下、同様）

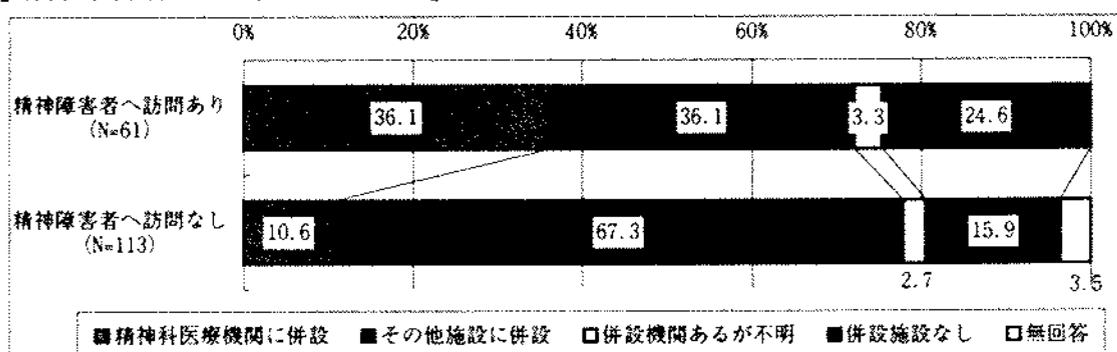
(2) 併設施設

精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションでは、精神科のある病院及び診療所に併設している割合が36.1%と、精神障害者へ訪問していないところ（同10.6%）に比べて精神科医療機関に併設している割合が高い。特に、利用者に占める精神障害者割合が1割未満の施設では、精神科医療機関への併設率は1割であるが、精神障害者割合が1～3割では7割、3割以上になると9割が精神科医療機関に併設している訪問看護ステーションであることが分かる。

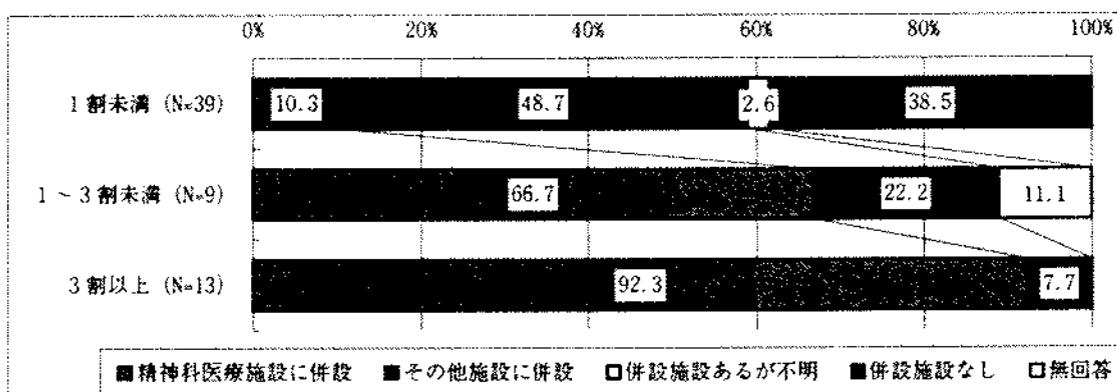
また、痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションでは、精神科のある病院及び診療所に併設している割合が19.6%と、痴呆症患者へ訪問していないところ（同19.2%）と精神科医療機関への併設率はあまり変わらない。

図2-1 精神科医療機関との併設状況

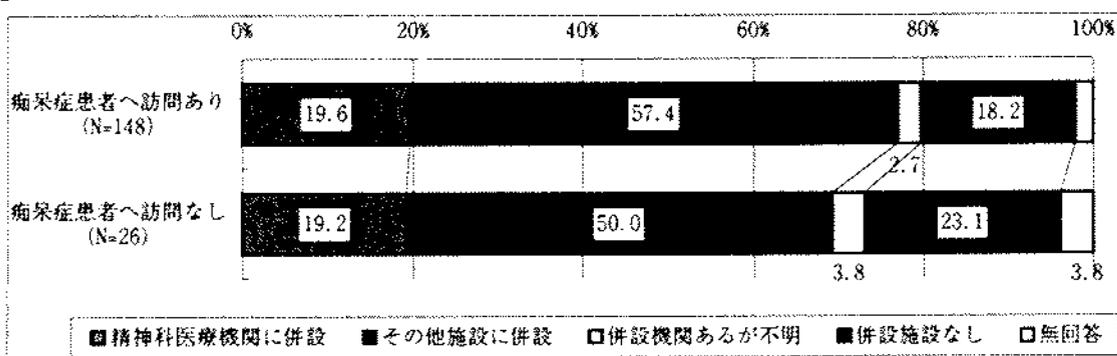
【精神障害者への訪問の有無別】



【利用者全体に占める精神障害者の割合別（精神障害者へ訪問有りのみ）】



【痴呆症患者への訪問の有無別】



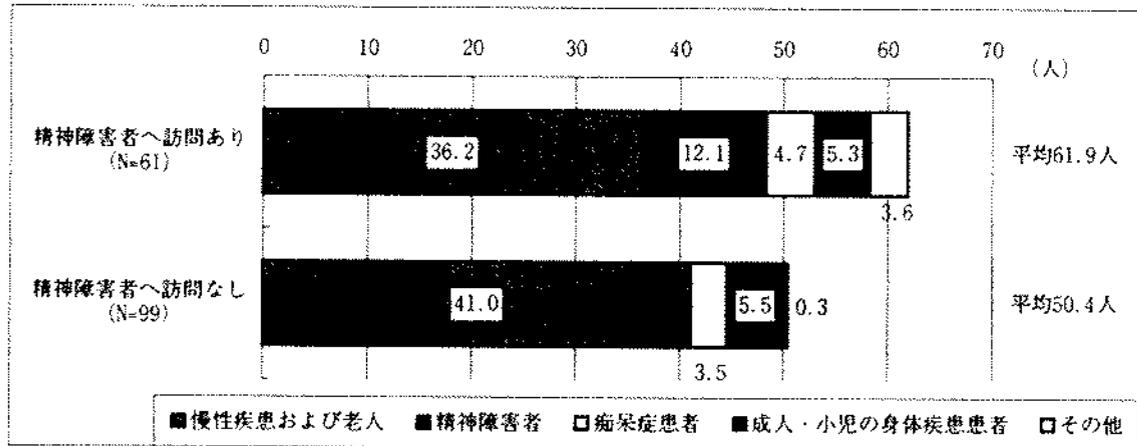
(3) 利用者数

精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションでは、平均利用者数が61.9人となっており、精神障害者へ訪問していないところ（同50.4人）に比べて利用者数が多い傾向がみられた。精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションにおいても、利用者の半数近くは「慢性疾患および老人」であり、これらの「慢性疾患および老人」の利用者数は精神障害者へ訪問していないところと同数程度である。「痴呆症患者」及び「成人・小児の身体疾患患者」についても精神障害者へ訪問していないところと同数程度訪問しており、それらの利用者に加えて「精神障害者」へも訪問しているため、全体として利用者数が多くなっている。

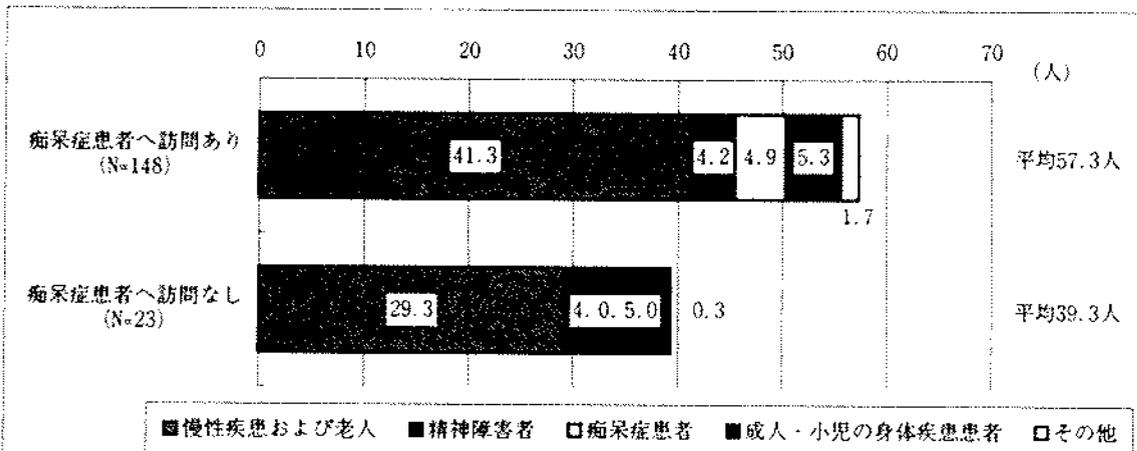
痴呆症患者については、痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションでは平均利用者数が57.3人と、痴呆症患者へ訪問していないところ（同39.3人）に比べて利用者数が多い。痴呆症患者へ訪問しているところでは、「慢性疾患および老人」の利用者数も痴呆症患者へ訪問していないところに比べて多く、それらの利用者に加えて「痴呆症患者」へも訪問している。

図2-2 利用者数

【精神障害者への訪問の有無別】



【痴呆症患者への訪問の有無別】

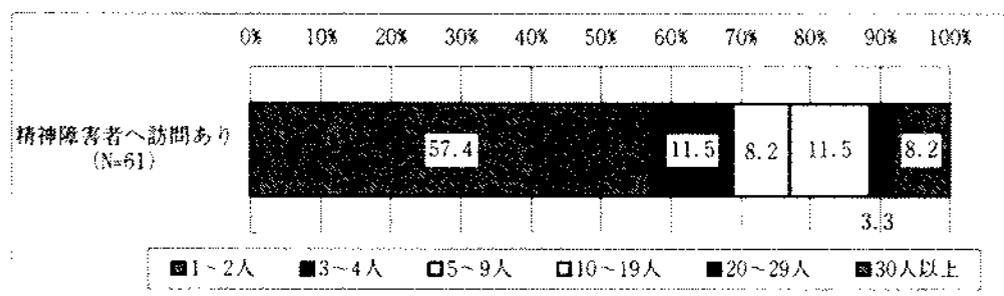


精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションについて、精神障害者数をみると、「1～2人」というところが57.4%と約6割を占め、「3～4人」11.5%、「10～19人」11.5%と続いている。「30人以上」という訪問看護ステーションは8.2%（5施設）であった。このように精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションは、その過半数が精神障害者数が「1～2人」と非常に少ないところであり、慢性疾患や老人の対象者への訪問を主に行う中で、精神障害者へも訪問していることになる。

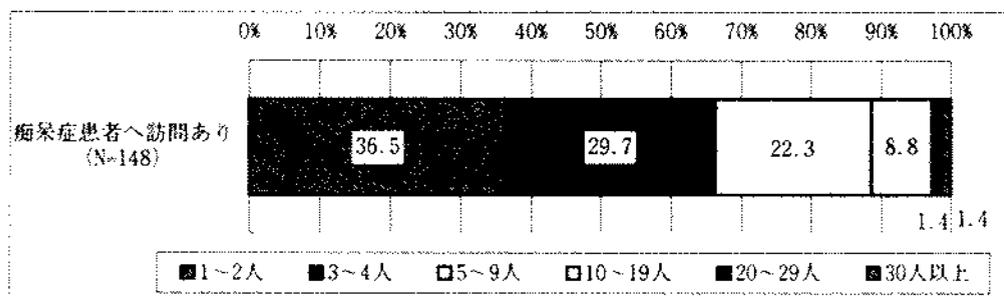
痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションについて、痴呆症患者数をみると、「1～2人」というところが36.5%、「3～4人」29.7%、「5～9人」22.3%など、精神障害者に比べると3人以上訪問している割合が高い。

図2-3 精神障害者数

【精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションのみ】



【痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションのみ】



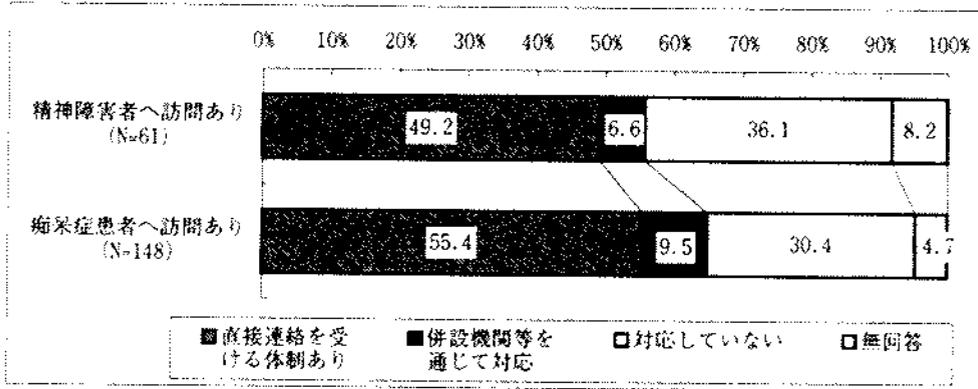
(4) 精神障害者及び痴呆症患者への24時間対応体制

精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションのうち、精神障害者について「24時間直接連絡を受ける体制がある」ところは49.2%と約半数で、「併設機関等を通じて対応している」が6.6%、「対応していない」が36.1%であった。

痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションのうち、痴呆症患者について「24時間直接連絡を受ける体制がある」ところは55.4%と約半数で、「併設機関等を通じて対応している」が9.5%、「対応していない」が30.4%であった。

精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションに比べて痴呆症患者へ訪問しているところの方が24時間対応をしている割合が高い。

図2-4 精神障害者及び痴呆症患者への24時間対応体制



(5) 情報交換している地域の保健医療福祉機関

月に1回以上連絡をとったり情報交換をしている地域の保健医療福祉機関をみると、精神障害者への訪問の有無に関わらず、「保健所、市町村保健センター、市町村の保健担当部」や「在宅介護支援センター」との連携割合が高い。精神障害者への訪問の有無別に連携割合に差が見られたのは、「精神科医療機関」（精神障害者へ訪問あり：52.5%、精神障害者へ訪問なし：6.2%）や「精神科デイケア」（同 24.6%、0.9%）であり、精神障害者と訪問しているところでは、これらの機関との連携割合が高い。

表2-2-1 情報交換している地域の保健医療福祉機関
【精神障害者への訪問の有無別】

	(%)	
	精神障害者 へ訪問あり (N=61)	精神障害者 へ訪問なし (N=113)
精神科医療機関	52.5	6.2
精神科デイケア	24.6	0.9
保健所、市町村保健センター、市町村の保健担当部	72.1	68.1
保健所デイケア	4.9	0.9
精神保健福祉センター	4.9	1.8
福祉事務所・市町村の福祉担当部	37.7	54.0
市町村サービス	23.0	27.4
老人性痴呆疾患センター	4.9	0.0
老人保健施設	39.3	42.5
特別養護老人ホーム	24.6	27.4
その他の老人福祉施設	1.6	8.0
精神障害者社会復帰施設	6.6	0.0
精神障害者小規模作業所	0.0	0.0
グループホーム	11.5	2.7
在宅介護支援センター	63.9	81.4
その他	8.2	5.3
無回答	0.0	4.4

痴呆症患者への訪問の有無に関わらず、「保健所、市町村保健センター、市町村の保健担当部」や「在宅介護支援センター」との連携割合が高い。痴呆症患者へ訪問しているところでは、「特別養護老人ホーム」との連携割合が28.4%と訪問していないところ(15.4%)に比べると連携割合が高い傾向がみられる。

表2-2-2 情報交換している地域の保健医療福祉機関

【痴呆症患者への訪問の有無別】

(%)

	痴呆症患者 へ訪問あり (N=148)	痴呆症患者 へ訪問なし (N=26)
精神科医療機関	21.6	26.9
精神科デイケア	8.1	15.4
保健所、市町村保健センター、市町村の保健担当部	68.2	76.9
保健所デイケア	2.7	0.0
精神保健福祉センター	2.0	7.7
福祉事務所・市町村の福祉担当部	48.0	50.0
市町村デイサービス	27.0	19.2
老人性痴呆疾患センター	2.0	0.0
老人保健施設	41.9	38.5
特別養護老人ホーム	28.4	15.4
その他の老人福祉施設	6.1	3.8
精神障害者社会復帰施設	2.0	3.8
精神障害者小規模作業所	0.0	0.0
グループホーム	5.4	7.7
在宅介護支援センター	75.7	73.1
その他	6.1	7.7
無回答	3.4	0.0

1. 2 精神障害者への訪問看護について

(精神障害者に訪問している、または過去に訪問していた訪問看護ステーションのみ)

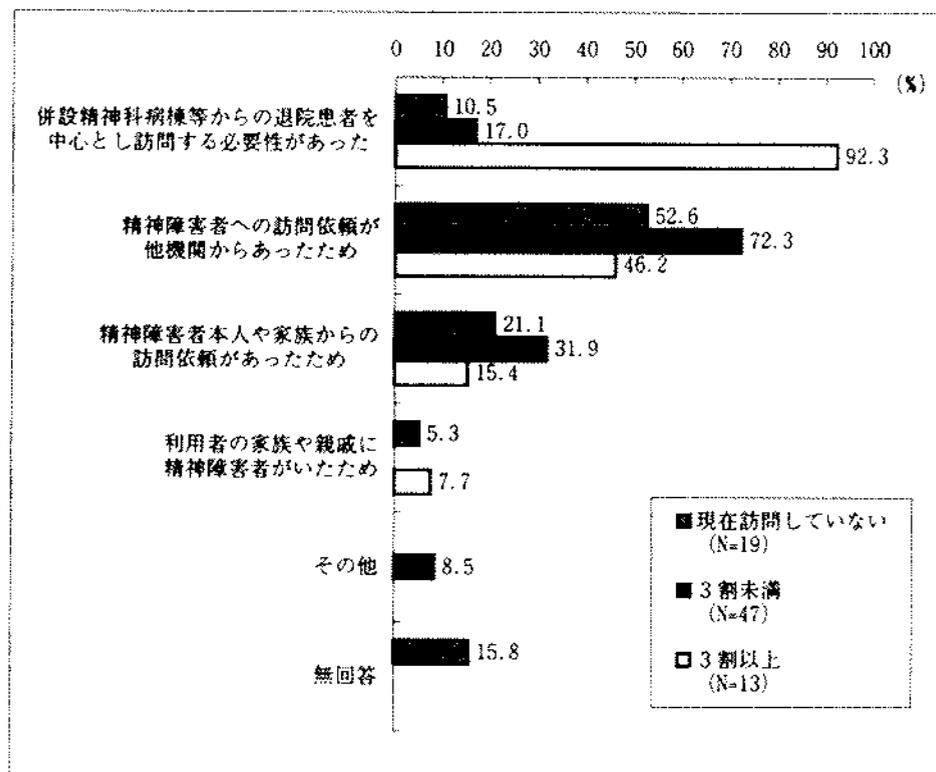
(1) 精神障害者へ訪問したきっかけ

精神障害者へ訪問したきっかけとしては、「精神障害者への訪問依頼が他機関からあったため」が61.9%と最も多く、次いで「併設の精神科病棟等からの退院患者を中心として訪問する必要性があったため」27.4%や「精神障害者本人や家族からの訪問依頼があったため」26.2%が多い。

精神障害者の利用者に占める割合が3割以上を占める訪問看護ステーションでは、「併設の精神科病棟等からの退院患者を中心として訪問する必要性があったため」が92.3%と多く、併設の精神科病棟等からの退院患者を引き続き訪問しているところが多い。一方、精神障害者の割合が3割以下のところでは、「精神障害者への訪問依頼が他機関からあったため」が72.3%と多く、訪問依頼があったために精神障害者へ訪問するようになったところが多い。

このように、精神障害者が利用者の3割以上を占めている訪問看護ステーションでは、併設の精神科病棟等からの退院患者を中心に訪問し、3割以下のところでは他機関からの訪問依頼や本人・家族からの訪問依頼をきっかけとして訪問している。

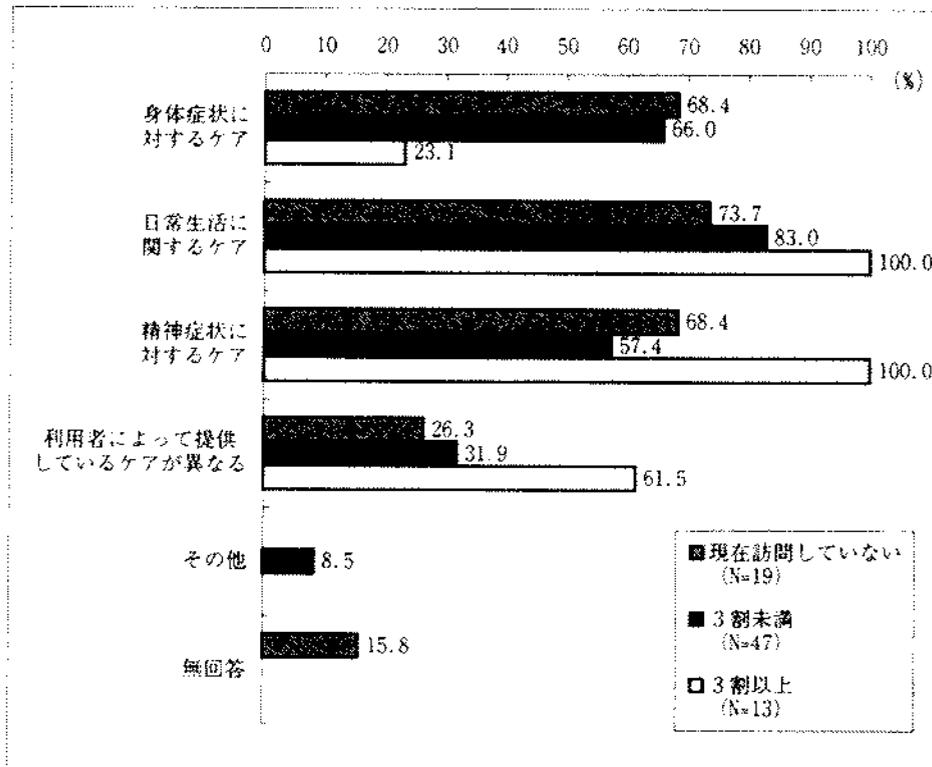
図2-5 精神障害者へ訪問したきっかけ



(2) 精神障害者に対して提供しているケア

精神障害者が利用者に占める割合が「3割以上」の訪問看護ステーションでは、「精神症状に対するケア」100.0%、「日常生活に関するケア」100.0%が多く、「身体症状に対するケア」23.1%は比較的少ない。これに対し、精神障害者が「現在いない」ところや「3割未満」のところでは、「3割以上」のところに比べて「身体症状に対するケア」がそれぞれ68.4%、66.0%と多くなっている。精神障害者の割合が高い訪問看護ステーションでは精神症状のケアや日常生活のケアを中心に訪問しているが、精神障害者の割合が低い訪問看護ステーションでは日常生活のケアや身体症状のケアを中心に訪問を行っている傾向がうかがえる。

図2-6 精神障害者に対して提供しているケア



(3) 緊急入院のための病床確保

緊急入院が必要な場合の病床確保が可能かどうかきいたところ、精神障害者が「3割以上」のところでは「病床確保が可能」が92.3%を占めるが、「3割未満」のところでは61.7%と低くなり、「分からない」が31.9%を占めている。

「3割以上」の訪問看護ステーションでは、「併設の医療機関で病床を確保できる」が100.0%を占めており、緊急時には併設の精神科病棟等に病床を確保できる体制がとられている。これに対し、「3割未満」の訪問看護ステーションでは、「併設の医療機関で病床を確保できる」が44.8%と半数程度で、その他、同一の設置主体ではない医療機関（主治医のいる病院等）で確保できるという回答が41.4%となっている。

図2-7 緊急入院のための病床確保

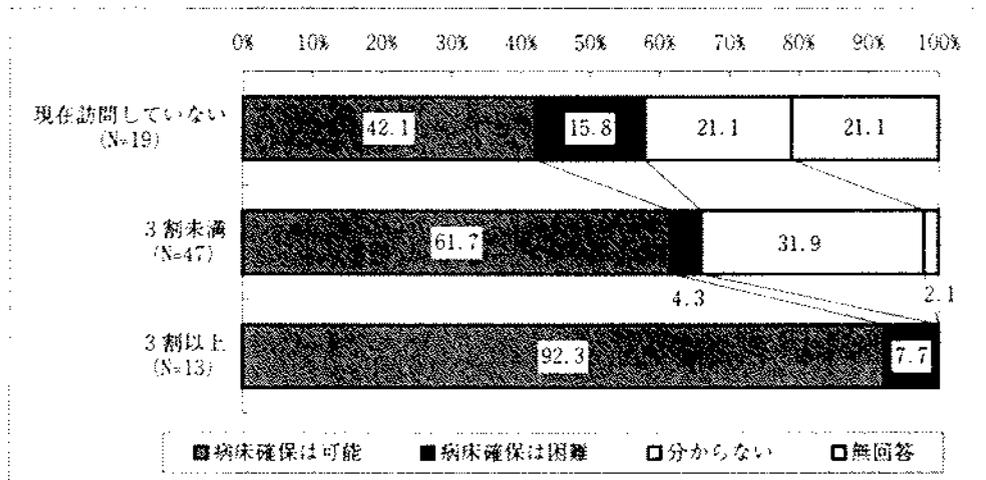
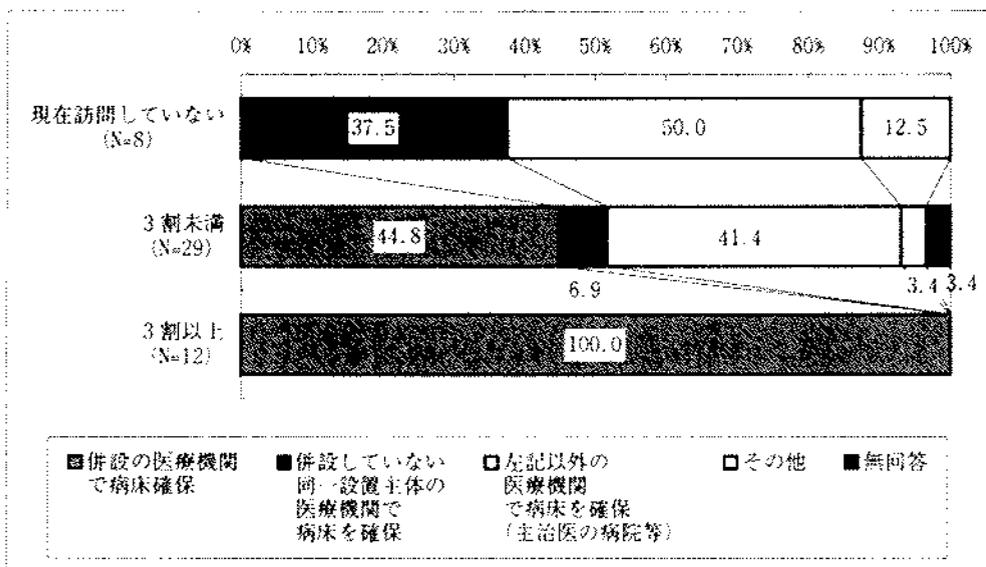


図2-8 緊急入院のための病床確保方法（病床確保が可能な施設のみ）



(4) 精神障害者への訪問看護実施上の困難点

精神障害者への訪問看護の実施に際し、困難を感じる点としては、精神障害者の利用者に占める割合により異なっている。「3割以上」の訪問看護ステーションでは、全般的に困難割合が高くなっており、多い順に「本人に受け入れ拒否をされることがある」69.2%、「本人への援助方法が難しい」61.5%、「周囲の人々の受け入れ調整が困難な場合がある」61.5%、「訪問看護の効果がみえにくい」61.5%となっている。

精神障害者へ「現在訪問していない」や「3割未満」の訪問看護ステーションでは、「本人への援助方法が難しい」と「訪問看護の効果がみえにくい」の他、「症状悪化時の対応が難しい」の割合が高く、「3割以上」の訪問看護ステーションに比べて症状悪化時の対応を困難としている施設が多い。

表2-3 精神障害者への訪問看護実施上の困難点

	(%)		
	現在訪問 していない (N=19)	3割未満 (N=47)	3割以上 (N=13)
本人に受け入れ拒否をされることがある	31.6	34.0	69.2
本人への援助方法が難しい	63.2	44.7	61.5
家族への援助方法が難しい	31.6	29.8	38.5
周囲の人々の受け入れ調整が困難な場合がある	15.8	21.3	61.5
独居している異性のケースへの対応が難しい	21.1	21.3	38.5
訪問看護に関する自己負担金をもらいにくいことがある	15.8	14.9	38.5
症状悪化時の対応が難しい	42.1	34.0	30.8
約束の訪問日時に家にいないことがある	10.5	19.1	38.5
訪問看護の効果がみえにくい	47.4	44.7	61.5
訪問看護計画をたてにくい(訪問看護内容や滞在時間等)	15.8	14.9	23.1
本人や家族が必要としているサービスが訪問看護では応じ切れない	21.1	23.4	38.5
提供すべきサービスがよくわからないことがある	10.5	17.0	7.7
その他	0.0	8.5	15.4
特になし	0.0	0.0	0.0
無回答	15.8	2.1	0.0

多い順から3位まで
(同順の回答があるものは複数)

(5) 困難点についての相談先

(4) でみたような困難点について、どこに相談しているかをきいたところ、精神障害者割合が「3割以上」のところでは、「主治医および主治医のいる医療機関へ相談」が100.0%と高いが、「3割未満」のところでは80.4%と主治医等への相談割合が低い。

表2-4 困難点の相談先

(%)

	現在訪問 していない (N=16)	3割未満 (N=46)	3割以上 (N=13)
主治医および主治医のいる医療機関へ相談	93.8	80.4	100.0
上記以外の医療機関へ相談	0.0	4.3	7.7
保健所、市町村保健センター、市町村の保健担当者へ相談	56.3	69.6	61.5
精神保健福祉センターへ相談	0.0	6.5	0.0
他の訪問看護ステーションへ相談	6.3	6.5	7.7
その他へ相談	6.3	6.5	7.7
特に相談していない	6.3	2.2	0.0
無回答	0.0	2.2	0.0

(6) 今後、精神障害者への訪問を拡大するための方策

今後、精神障害者への訪問を拡大するための方策としては、「3割以上」の訪問看護ステーションでは「スタッフの知識や技術の向上」77.8%や「精神科経験のあるスタッフの確保」55.6%、「主治医との連携の強化」55.6%の順に多い。

「現在訪問していない」ところでは、「精神科専門の医療機関等との連携強化」が57.9%と最も多く、これらの機関との連携がなされていないために訪問が困難になり、現在は訪問していないことも考えられる。

「3割未満」のところでは、「スタッフの知識や技術の向上」76.3%に次いで「主治医との連携の強化」44.7%、「精神科専門の医療機関等との連携の強化」44.7%が多い。「3割以上」のところと比べて、精神科専門の医療機関との連携をあげている割合が高く、精神科の医療機関との連携がまだ不十分であることが考えられる。

表2-5 精神障害者への訪問拡大方策

	(%)		
	現在訪問 していない (N=19)	3割未満 (N=47)	3割以上 (N=13)
スタッフの知識や技術の向上	52.6	76.3	77.8
精神科経験のあるスタッフの確保	36.8	42.1	55.6
主治医との連携の強化	36.8	44.7	55.6
精神科専門の医療機関等との連携強化	57.9	44.7	11.1
都道府県精神保健福祉センターとの連携強化	0.0	7.9	11.1
保健所・市町村との連携強化	26.3	23.7	44.4
精神障害者対象としたアイケア、小規模作業所等の社会復帰施設拡充	26.3	15.8	11.1
精神障害者を対象とした入院・入所施設の拡充	10.5	5.3	11.1
困った時の相談先の確保	15.8	5.3	0.0
緊急時対応体制の強化	15.8	15.8	0.0
他の訪問看護ステーションとの連携	0.0	0.0	0.0
現在のままでよい	0.0	0.0	0.0
無回答	5.3	0.0	0.0

1. 3 痴呆症患者への訪問看護について

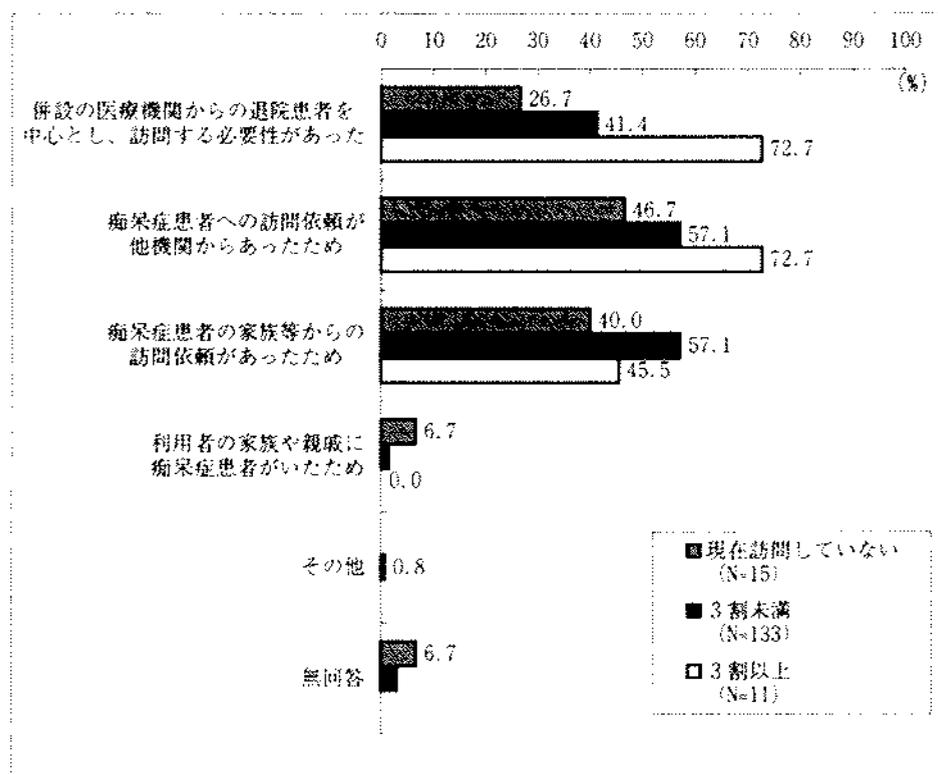
(痴呆症患者に訪問している、または過去に訪問していた訪問看護ステーションのみ)

(1) 痴呆症患者へ訪問したきっかけ

痴呆症患者へ訪問したきっかけとしては、「痴呆症患者への訪問依頼が他機関からあったため」56.8%と「痴呆症患者の家族等からの訪問依頼があったため」52.7%が多く、次いで「併設の医療機関からの退院患者を中心として訪問する必要性があったため」42.0%が多い。精神障害者に比べて痴呆症患者では家族からの依頼による訪問が多い。

痴呆症患者の利用者に占める割合が3割以上を占める訪問看護ステーションでは、「併設の医療機関からの退院患者を中心として訪問する必要性があったため」が72.7%、「痴呆症患者への訪問依頼が他機関からあったため」が72.7%と多く、退院患者や他機関からの依頼により訪問しているところが多い。一方、痴呆症患者の割合が3割以下のところでは、「痴呆症患者への訪問依頼が他機関からあったため」57.1%や「痴呆症患者の家族等から訪問依頼があったため」57.1%などが多い。

図2-9 痴呆症患者へ訪問したきっかけ

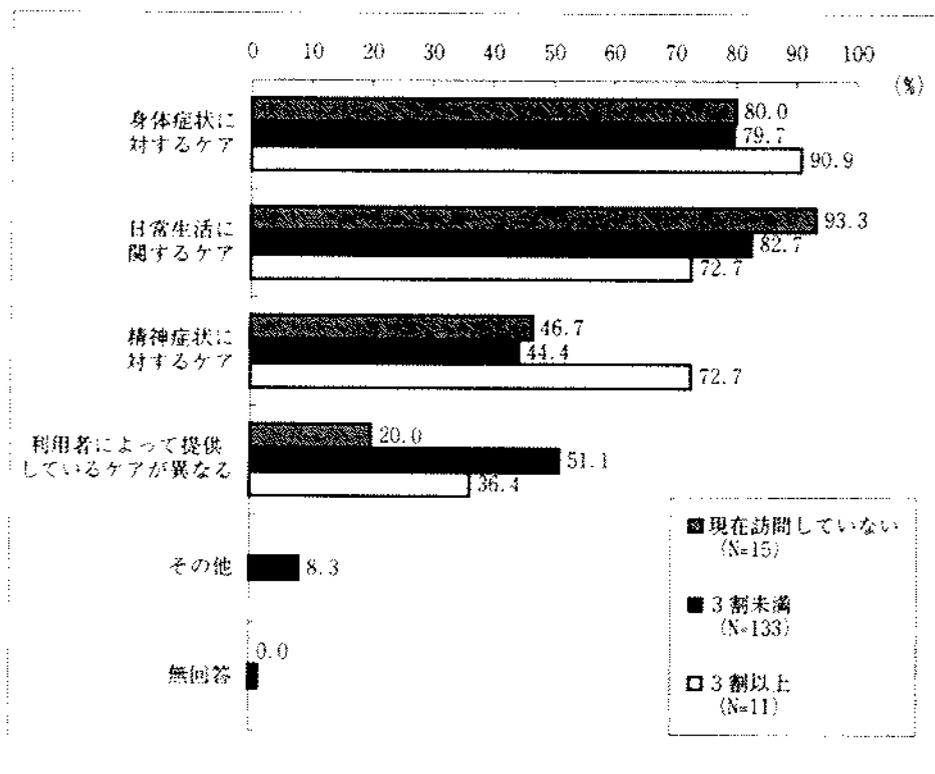


(2) 痴呆症患者に対して提供しているケア

痴呆症患者に対して提供しているケア内容としては、「日常生活に関するケア」82.8%、「身体症状に関するケア」79.3%が高く、「精神症状に対するケア」は46.2%と比較的低い。

ただし、痴呆症患者が利用者に占める割合が「3割以上」の訪問看護ステーションでは、「精神症状に対するケア」の実施率が72.7%と比較的高い。痴呆症患者の割合が高い訪問看護ステーションでは日常生活や身体症状に関するケアに加えて精神症状に対するケアについても実施している傾向がある。

図2-10 痴呆症患者に対して提供しているケア



(3) 緊急入院のための病床確保

緊急入院が必要な場合の病床確保が可能かどうかきいたところ、痴呆症患者が「3割以上」のところでは「病床確保が可能」が72.7%を占めるが、「3割未満」のところでは59.4%と低くなっている。

病床を確保できる場合、どこで確保できるかをみると、痴呆症患者が「3割以上」いるところでも「3割未満」のところでも、「併設の医療機関で病床を確保できる」が約6割と最も多い。

図2-11 緊急入院のための病床確保

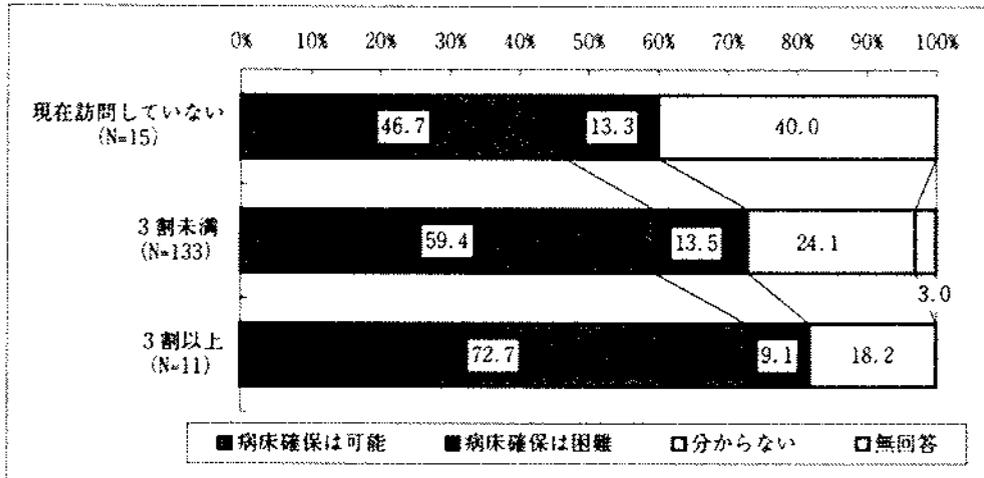
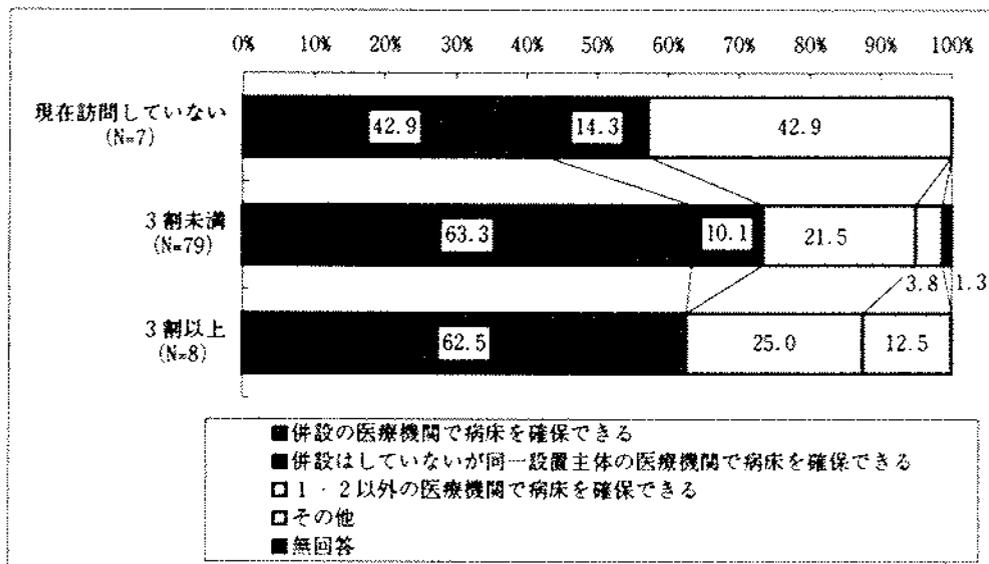


図2-12 緊急入院のための病床確保方法（病床確保が可能な施設のみ）



(4) 痴呆症患者への訪問看護実施上の困難点

痴呆症患者への訪問看護の実施に際し、困難を感じる点としては、痴呆症患者の利用者に占める割合により異なっている。「3割以上」の訪問看護ステーションでは、「家族への援助方法が難しい」が100.0%と最も高く、次いで「訪問看護の効果がみえにくい」が72.7%、「本人や家族が必要としているサービスが訪問看護では応じきれない」が45.5%の順になっている。

痴呆症患者が「3割未満」の訪問看護ステーションでは、「本人への援助方法が難しい」が57.1%と最も高く、次いで「訪問看護の効果がみえにくい」が48.9%と高い。「現在訪問していない」ところでは、「独居のケースへの対応が難しい」が53.3%と最も高い。

表2-6 痴呆症患者への訪問看護実施上の困難点

	(%)		
	現在訪問 していない (N=15)	3割未満 (N=133)	3割以上 (N=11)
本人に受け入れ拒否をされることがある		36.1	18.2
本人への援助方法が難しい			18.2
家族への援助方法が難しい	26.7	34.6	100.0
独居のケースへの対応が難しい			36.4
症状悪化時の対応が難しい	26.7	36.1	36.4
約束の訪問日時に家にいないことがある	20.0	12.8	9.1
訪問看護の効果がみえにくい	33.3	48.9	72.7
訪問看護計画をたてにくい(訪問看護内容や滞在時間等)	6.7	9.8	18.2
本人や家族が必要としているサービスが訪問看護では応じ切れない	26.7	39.8	45.5
提供すべきサービスがよくわからないことがある	6.7	10.5	0.0
その他	0.0	6.0	9.1
特になし	0.0	1.5	0.0
無回答	0.0	1.5	0.0

■ 多い順から3位まで
(同順の回答があるものは複数)

(5) 困難点についての相談先

(4) でみたような困難点について、どこに相談しているかをきいたところ、痴呆症患者の割合に関わらず、「主治医および主治医のいる医療機関へ相談」が最も高く、次いで「保健所、市町村保健センター、市町村の保健担当者相談」が高くなっている。痴呆症患者の割合が「3割以上」の訪問看護ステーションでは、その他、「主治医のいる医療機関以外の医療機関へ相談」18.2%や「精神保健福祉センターへ相談」18.2%などへの相談割合が高くなっている。

表2-7 困難点の相談先

	(%)		
	現在訪問 していない (N=15)	3割未満 (N=129)	3割以上 (N=11)
主治医および主治医のいる医療機関へ相談	73.3	83.7	81.8
1以外の医療機関へ相談	0.0	3.9	18.2
保健所、市町村保健センター、市町村の保健担当者へ相談	46.7	56.6	63.6
精神保健福祉センターへ相談	13.3	0.8	18.2
他の訪問看護ステーションへ相談	6.7	5.4	0.0
その他へ相談	6.7	20.2	9.1
特に相談していない	0.0	3.1	9.1
無回答	6.7	0.8	0.0

(6) 今後、痴呆症患者への訪問を拡大するための方策

今後、痴呆症患者への訪問を拡大するための方策としては、痴呆症患者の割合に関わらず、「スタッフの知識や技術の向上」が最も高い。痴呆症患者の割合が「3割以上」の訪問看護ステーションでは、「痴呆症患者への看護経験のあるスタッフの確保」45.5%がその他に比べて多い。

「現在はいない」ところでは「主治医との連携強化」が53.3%と他に比べて多く、主治医との連携がなされていなかったために訪問が困難になり、現在は訪問していないことも考えられる。

「3割未満」のところでは、他に比べて「痴呆症患者を対象としたデイケア等の在宅サービスの拡充」が49.6%と高い。

表2-8 痴呆症患者への訪問拡大方策

(%)

	現在訪問 していない (N=15)	3割未満 (N=133)	3割以上 (N=11)
スタッフの知識や技術の向上	73.3	64.7	81.8
痴呆症患者への看護経験のあるスタッフの確保	33.3	15.0	45.5
主治医との連携の強化	53.3	42.1	45.5
痴呆専門の医療機関等との連携強化	20.0	32.3	18.2
保健所・市町村との連携強化	33.3	27.1	18.2
痴呆症患者を対象としたデイケア等の在宅サービスの拡充	33.3	49.6	36.4
痴呆症患者を対象とした入院・入所施設の拡充	13.3	30.1	18.2
困った時の相談先の確保	6.7	9.0	18.2
緊急時対応体制の強化	20.0	10.5	0.0
他の訪問看護ステーションとの連携	0.0	0.0	0.0
現在のままでよい	0.0	0.0	0.0
無回答	0.0	0.0	0.0

2. 精神障害者調査結果

精神障害者に訪問している訪問看護ステーション（61ヶ所）において、平成11年1月の1ヶ月間に訪問した精神障害者について1人1枚の個人票を記入してもらったところ、344票が回収された。

各訪問看護ステーションには、前年度調査で記入してもらった各訪問看護ステーションの精神障害者数を上回る枚数の個人票を送付した。ただし、前年度調査時点で精神障害者数が20人を超えるところについては、個人票を20枚送付し、「比較的困難と考えられるケース」を20ケース選んで記入してもらったものである。

なお、本調査において、精神障害者は「主傷病名が痴呆を除く精神障害で、主に生活上の困難を持つ精神分裂病等」とした。

2.1 属性等

(1) 性・年齢

男性は44.8%、女性は55.2%であった。年齢は「30～49歳」が34.3%、「50～64歳」が37.2%と多く、平均51.9歳であった。男女別にみると、男性の方が年齢が若く、50歳未満が49.4%と約半数を占めている。

図2-13 性別

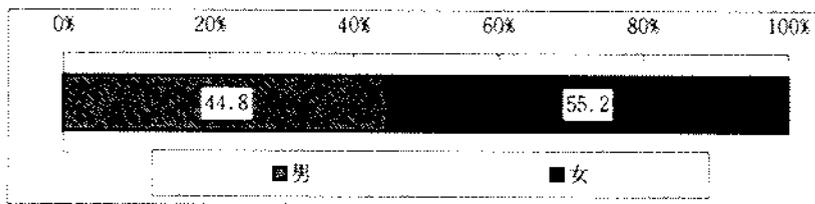
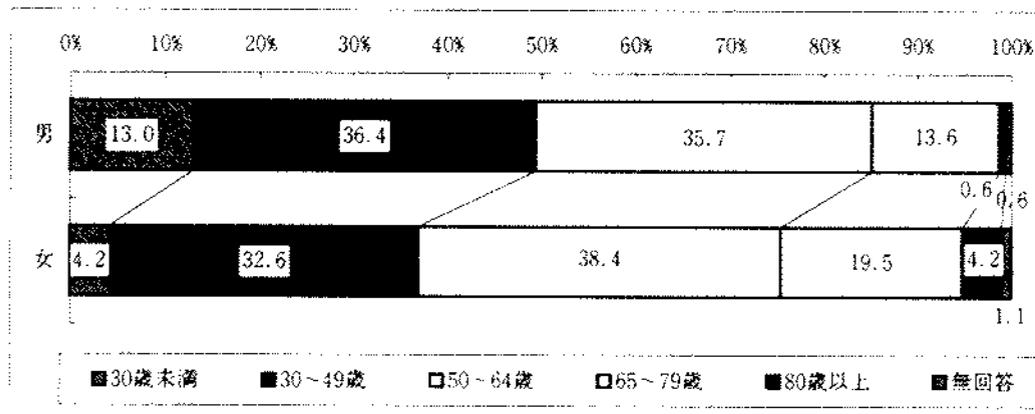


図2-14 年齢区分

【男女別】



(2) 主たる傷病名

主たる傷病名は「分裂病圏」が70.3%と7割を占め、「感情病圏」が13.7%、「神経症圏」が4.1%、「器質性精神障害」が3.8%、「アルコール依存症」が2.9%であった。

男女別にみると、男性では「分裂病圏」が74.0%、「感情病圏」が7.1%、「アルコール依存症」が6.5%の順に多い。女性では「分裂病圏」が67.4%、「感情病圏」が18.9%の順に多い。

年齢区分別にみると、いずれの年齢区分でも「分裂病圏」が最も多く、特に30～49歳、50～64歳では「分裂病圏」が7割以上と多い。その他、30歳未満では「神経症圏」が21.4%、65～79歳では「感情病圏」が25.9%、75歳以上では「感情病圏」が33.3%と多い。

なお、本調査では、傷病名を以下のように分類してもらった。

分裂病圏	精神分裂病、非定型精神病など
感情病圏	そううつ病、うつ状態など
神経症圏	人格障害、摂食障害、強迫神経症など
アルコール依存症	アルコール依存症
器質性精神障害	てんかん、外傷性精神病など
その他	その他

表2-9 主たる傷病名

【性別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	分裂病圏	感情病圏	神経症圏	アルコール依存症	器質性精神障害	その他	無回答
全体	344	70.3	13.7	4.1	2.9	3.8	4.1	1.2
男	154	74.0	7.1	3.9	6.5	3.9	3.2	1.3
女	190	67.4	18.9	4.2	0.0	3.7	4.7	1.1

【年齢区分別】

(調査数：実数、その他：%)

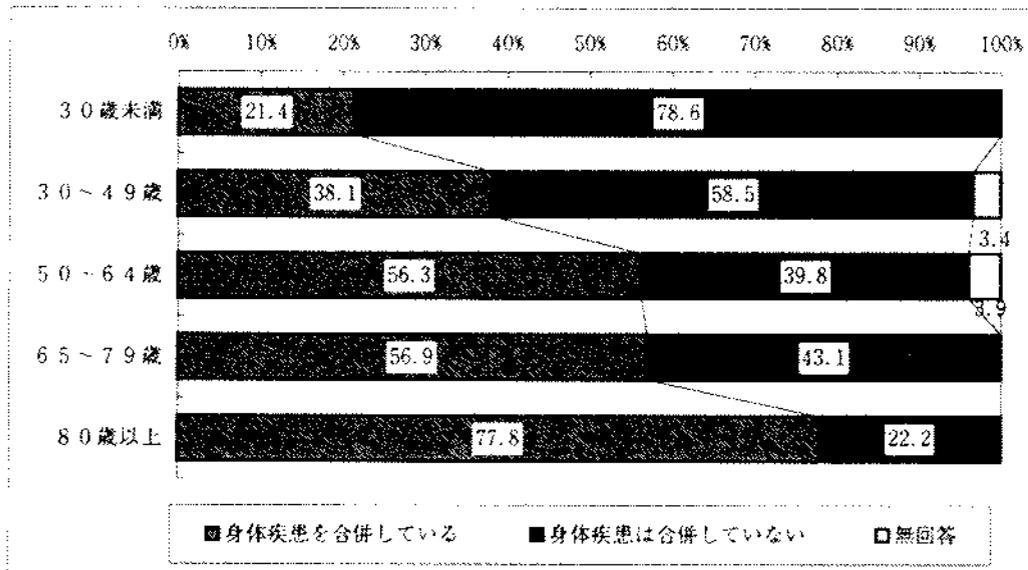
	調査数	分裂病圏	感情病圏	神経症圏	アルコール依存症	器質性精神障害	その他	無回答
全体	344	70.3	13.7	4.1	2.9	3.8	4.1	1.2
30歳未満	28	60.7	3.6	21.4	0.0	3.6	10.7	0.0
30～49歳	118	85.6	6.8	1.7	0.8	1.7	2.5	0.8
50～64歳	128	73.4	14.8	2.3	3.1	3.9	1.6	0.8
65～79歳	58	39.7	25.9	5.2	8.6	8.6	8.6	3.4
80歳以上	9	55.6	33.3	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0

(3) 身体疾患合併

身体疾患を合併している割合は48.3%と約半数を占めている。

特に年齢が高齢になるほど身体疾患を合併している割合が高く、50歳以上の人では過半数が身体疾患を合併している。「30歳未満」では21.4%、「30～49歳」では38.1%が身体疾患を合併している。

図2-15 身体疾患合併
【年齢区分別】



(4) 主な同居者

主な同居者がいる人が59.0%、同居者がいない人が41.0%である。「父母」と同居している割合が25.0%、「配偶者」が20.1%、「子供」が14.8%の順に多い。

精神科病棟への入院歴の有無別にみると、入院歴のある人では「同居者なし」が43.7%と、入院歴のない人（同24.5%）に比べて同居者がいない割合が高い。同居者がいる人でみると、「配偶者」や「子」との同居割合が低い傾向がみられる。

表2-10 主な同居者（複数回答可）

【精神科病棟への入院歴の有無別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	父母	配偶者	子供	子の配偶者	兄弟姉妹	孫	その他親族	その他	同居者なし
全体	344	25.0	20.1	14.8	4.1	11.0	3.2	2.6	5.5	41.0
精神科入院歴あり	286	25.5	17.8	11.5	1.7	11.9	1.7	2.8	6.3	43.7
精神科入院歴なし	53	22.6	32.1	34.0	17.0	5.7	11.3	1.9	1.9	24.5

(5) 経済状況（収入）

収入をどのように得ているかをみると、「生活保護」が37.2%、「家族の援助・仕送り」が36.0%、「障害者年金」が27.6%を占めている。「本人の就労（アルバイトを含む）」については4.1%であった。

年齢区別にみると、30歳未満及び30～49歳の人では「家族の援助・仕送り」がそれぞれ60.7%、43.2%と多いが、50～64歳では「生活保護」48.4%が多くなる。

表2-11 経済状況（複数回答可）

【年齢区分別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	本人の就労 (アルバイト含む)	家族の援助・仕送り	障害者年金	生活保護	その他	無回答
全体	344	4.1	36.0	27.6	37.2	11.6	2.6
30歳未満	28	10.7	60.7	25.0	25.0	0.0	0.0
30～49歳	118	3.4	43.2	29.7	39.0	5.9	0.8
50～64歳	128	4.7	23.4	28.9	48.4	8.6	5.5
65～79歳	58	1.7	36.2	25.9	19.0	27.6	1.7
80歳以上	9	0.0	44.4	0.0	0.0	66.7	0.0

2. 2 主治医、紹介経路、精神科への受診

(1) 主治医の所属

主治医の所属は、「併設病院」が68.9%と7割程度を占めており、併設病院に主治医がいる精神障害者へ訪問している割合が高い。「併設以外の病院」は18.0%、「併設以外の診療所」が7.8%であった。

主傷病名別にみると、「分裂病圏」の人では「併設病院」に主治医がいる割合が73.6%と高く、「感情病圏」の人では「併設病院」が53.2%、「併設以外の病院」が27.7%となっており、比較的併設以外の病院の割合が高い。

表2-12 主治医の所属

【主傷病名別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	併設病院	併設以外の病院	併設診療所	併設以外の診療所	無回答
全体	344	68.9	18.0	2.0	7.8	3.2
分裂病圏	242	73.6	15.3	1.7	6.2	3.3
感情病圏	47	53.2	27.7	6.4	12.8	0.0
神経症圏	14	64.3	21.4	0.0	7.1	7.1
アルコール依存症	10	80.0	10.0	0.0	10.0	0.0
器質性精神障害	13	69.2	7.7	0.0	23.1	0.0
その他	14	42.9	35.7	0.0	7.1	14.3

(2) 紹介経路

どこからの紹介または情報により訪問を開始したかをきいたところ、「併設病院」が66.6%と最も多く、次いで「併設以外の病院」が13.4%と多い。病院及び診療所からの紹介を合計すると85.2%を占めている。その他、「保健所、市町村保健センター、市町保健担当部」が5.2%であった。ケース数は少ないが、「同居家族からの直接依頼」10人(2.9%)や「本人からの直接依頼」2人(0.6%)などもみられた。

病院及び診療所から紹介をうけた293人(85.2%)のうち、精神科のある病院及び診療所からの紹介が94.2%を占め、精神科のない病院及び診療所から紹介されたのは11人(3.8%)で、このうち精神科のない「併設以外の診療所」から紹介されたのが6人である。このことから、一部の精神障害者については、精神科のない医療機関から紹介されていることが分かる。

精神科医療機関に併設している訪問看護ステーションでは、「併設病院」または「併設診療所」からの紹介を合わせて88.0%を占めており、ほとんどが併設の医療機関からの紹介患者である。併設施設はあるが「精神科なし」の訪問看護ステーションでは、「併設以外の病院」からの紹介が48.9%と高い。また、「併設施設なし」の訪問看護ステーションでは、「保健所、市町村保健センター」からの紹介が34.6%と最も高くなっている。

このことから、精神科医療機関併設型の訪問看護ステーションでは併設の精神科医療機関から紹介される割合が9割程度を占めるが、精神科医療機関に併設されていない訪問看護ステーションでは、「併設以外の病院」や「保健所、市町村保健センター、市町村の保健担当部」からの紹介が多いといえる。

表2-13 紹介経路
【併設施設の有無別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	医療機関合計				保健所、市町村保健センター等	福祉事務所、市町村福祉担当部	精神障害者社会復帰関係施設	他の訪問看護ステーション	本人からの直接依頼	同居家族からの直接依頼	別居家族からの直接依頼	その他	無回答	
		併設病院	併設以外の病院	併設診療所	併設以外の診療所										
全体	344	85.2	66.6	13.4	2.0	3.2	5.2	0.9	0.0	0.6	0.6	2.9	0.0	2.3	2.3
併設施設あり	297	88.6	74.4	10.1	2.0	2.0	3.0	0.7	0.0	0.3	0.3	2.4	0.0	2.0	2.7
精神科あり	250	92.0	85.6	3.2	2.4	0.8	1.2	0.8	0.0	0.4	0.4	1.6	0.0	1.2	2.4
精神科なし	45	68.9	11.1	48.9	0.0	8.9	13.3	0.0	0.0	0.0	0.0	6.7	0.0	6.7	4.4
併設施設なし	26	42.3	0.0	19.2	3.8	19.2	34.6	0.0	0.0	0.0	3.8	11.5	0.0	7.7	0.0

(3) 初発年齢

最初に精神科に受診した時の年齢は平均 34.8 歳である。現在の年齢区別にみると、30 歳未満では初発年齢が 20 歳未満の人が 75.0% を占め、30～49 歳の人では初発年齢が 20 代の人が 50.8%、50～64 歳の人では初発年齢が「30～49 歳」43.8%、65～79 歳の人では初発年齢が「50～69 歳」が 39.7%、80 歳以上の人では初発年齢が「70 歳以上」が 66.7% となっている。

表 2-14 初発年齢
【年齢区別別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	20歳未満	20～29歳	30～49歳	50～69歳	70歳以上	無回答
全体	344	15.1	26.2	29.1	14.5	3.5	11.6
30歳未満	28	75.0	25.0	-	-	-	-
30～49歳	118	19.5	50.8	25.4	-	-	4.2
50～64歳	128	4.7	16.4	43.8	20.3	-	14.8
65～79歳	58	3.4	3.4	22.4	39.7	10.3	20.7
80歳以上	9	0.0	0.0	0.0	11.1	66.7	22.2

(4) 精神科病棟への入院歴

これまでに精神科病棟に入院したことが「ある」人は 83.1% を占める。中でも分裂病圏 (90.9%) やアルコール依存症 (90.0%) の人では入院した割合が高く、感情病圏 (63.8%) では低い。

入院したことが「ある」人の平均入院年数は 4.6 年であり、分裂病圏では平均 5.0 年、感情病圏では平均 2.4 年であった。

入院したことが「ある」人のうち、訪問看護ステーションに併設の精神科病棟に入院していた割合は 73.1% を占めている。

表 2-15 精神科病棟への入院歴
【主傷病名別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	ある	ない	無回答
全体	344	83.1	15.4	1.5
分裂病圏	242	90.9	7.4	1.7
感情病圏	47	63.8	34.0	2.1
神経症圏	14	71.4	28.6	0.0
アルコール依存症	10	90.0	10.0	0.0
器質性精神障害	13	76.9	23.1	0.0
その他	14	35.7	64.3	0.0

(5) 精神科への受診状況

現在、精神科に受診しているかどうかをみると、「定期的に通院している」が67.7%、「不定期だが通院している」が11.9%となっており、8割程度は通院している。「訪問診療を受けている」も13.1%みられた。「現在通院を中断している」は5.2%（18人）であったが、このうち7人は「訪問診療を受けている」となっており、通院も訪問診療も受けていない人は11人（3.2%）であった。

現在の精神症状の有無別にみると、「はっきりと精神症状^{注1}がみられる」人では「現在通院を中断している」が7.3%、「訪問診療を受けている」が20.4%と多い傾向がみられた。反対に「ほとんど精神症状が認められない」人では「定期的に通院している」が75.0%と高い。

表2-16 精神科への受診状況

【精神症状の有無別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	定期的に通院している	不定期だが通院している	現在通院を中断している	訪問診療を受けている	その他	無回答
全体	344	67.7	11.9	5.2	13.1	4.9	3.2
はっきりと精神症状が認められる	137	61.3	15.3	7.3	20.4	4.4	1.5
ときどき精神症状が認められる	127	70.9	12.6	3.9	7.9	3.9	4.7
ほとんど精神症状が認められない	76	75.0	5.3	3.9	9.2	6.6	2.6

注1 幻聴、幻覚、妄想、うつ状態、躁状態、強迫症状など

(6) 今後の在宅療養の継続について

今後の在宅療養の継続についてきいたところ、「現在のままで在宅療養の継続が可能」が70.9%と約7割を占める。次いで、「地域の精神障害者のためのサービスが充実すれば継続が可能」が10.8%、「精神障害者の社会復帰施設に入所が必要」は6.7%、「精神科入院が必要」が3.2%の順になっている。

現在の精神症状別にみると、「はっきりと精神症状が認められる」人では「精神科入院が必要」が5.1%と若干高いものの、「現在のままで在宅療養の継続が可能」が65.0%を占める。「ほとんど精神症状が認められない」人では「現在のままで在宅療養の継続が可能」が76.3%を占めるが、その他「精神障害者の社会復帰施設に入所が必要」が7.9%となっている。

表2-17 今後の在宅療養の継続について

【精神症状別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	現在の継続が可能なままで在宅療養	サービスが充実すれば継続が可能な地域の精神障害者のための	精神障害者の社会復帰施設に入所が必要	精神科入院が必要	その他	無回答
全体	344	70.9	10.8	6.7	3.2	4.7	3.8
はっきりと精神症状が認められる	297	65.0	11.7	6.6	5.1	8.0	3.6
ときどき精神症状が認められる	250	74.8	11.8	6.3	1.6	3.1	2.4
ほとんど精神症状が認められない	45	76.3	6.6	7.9	1.3	1.3	6.6

2. 3 現在の状態

(1) 精神症状

現在の状態についてきいたところ、「はっきりと精神症状が認められる^{※2}」人は39.8%を占め、「ときどき精神症状が認められる」(36.9%)を合わせると76.7%である。「ほとんど精神症状が認められない」人は22.1%であった。

「分裂病圏」の人では「はっきりと精神症状が認められる」が39.7%、「ときどき精神症状が認められる」が36.0%となっている。

また、訪問看護ステーションの併設施設別にみると、精神科に併設しているところでは、「はっきりと精神症状が認められる」人の割合が42.4%と高い傾向がみられる。

表2-18 現在の精神症状

【主傷病名別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	はっきりと精神症状が認められる	ときどき精神症状が認められる	ほとんど精神症状が認められない	無回答
全体	344	39.8	36.9	22.1	1.2
分裂病圏	242	39.7	36.0	24.0	0.4
感情病圏	47	44.7	40.4	12.8	2.1
神経症圏	14	57.1	28.6	7.1	7.1
アルコール依存症	10	20.0	20.0	50.0	10.0
器質性精神障害	13	46.2	38.5	15.4	0.0
その他	14	28.6	42.9	28.6	0.0

【併設施設の有無別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	はっきりと精神症状が認められる	ときどき精神症状が認められる	ほとんど精神症状が認められない	無回答
全体	344	39.8	36.9	22.1	1.2
併設施設あり	297	39.7	36.7	22.2	1.3
精神科あり	250	42.4	33.2	23.6	0.8
精神科なし	45	26.7	55.6	13.3	4.4
併設施設なし	26	34.6	42.3	23.1	0.0

※2 幻聴、幻覚、妄想、うつ状態、躁状態、強迫症状など

(2) 日常生活状況 (セルフケアレベル)

日常生活状況 (セルフケアレベル) をみると、「自分1人ではできず、手伝うことが必要」が20.6%、「声かけや指導が必要」が32.3%、「励ましや努力を支えるような働きかけが必要」が30.8%、「自分ででき、問題はみられない」が15.4%であった。

「分裂病圏」の人では「感情病圏」の人に比べて比較的自分で日常生活ができるレベルの人の割合が高く、「感情病圏」の人では「自分1人ではできず、手伝うことが必要」の人が36.2%を占めている。

また、精神症状がはっきりと認められる人では「自分1人ではできず、手伝うことが必要」が30.7%と高く、「声かけや指導が必要」32.8%を合わせて6割以上が手伝いや声かけや指導が必要なレベルである。一方、精神症状がほとんど認められない人では「励ましや努力を支えるような働きかけが必要」が32.9%、「自分ででき、問題はみられない」が28.9%と高い。

表2-19 日常生活状況 (セルフケアレベル)

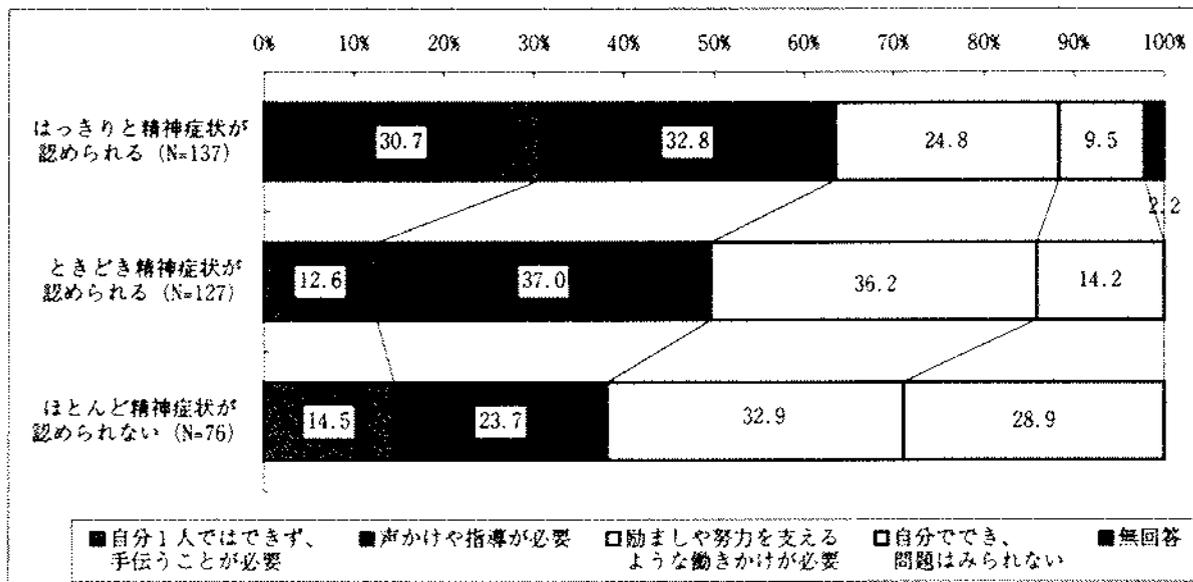
【主傷病名別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	自分1人ではできず、 手伝うことが必要	声かけや指導が必要	励ましや努力を支える ような働きかけが必要	自分ででき、問題は みられない	無回答
全体	344	20.6	32.3	30.8	15.4	0.9
分裂病圏	242	16.9	33.9	31.8	16.5	0.8
感情病圏	47	36.2	31.9	21.3	8.5	2.1
神経症圏	14	35.7	7.1	42.9	14.3	0.0
アルコール依存症	10	10.0	40.0	30.0	20.0	0.0
器質性精神障害	13	30.8	30.8	15.4	23.1	0.0
その他	14	21.4	28.6	42.9	7.1	0.0

図2-16 日常生活状況

【精神症状別】



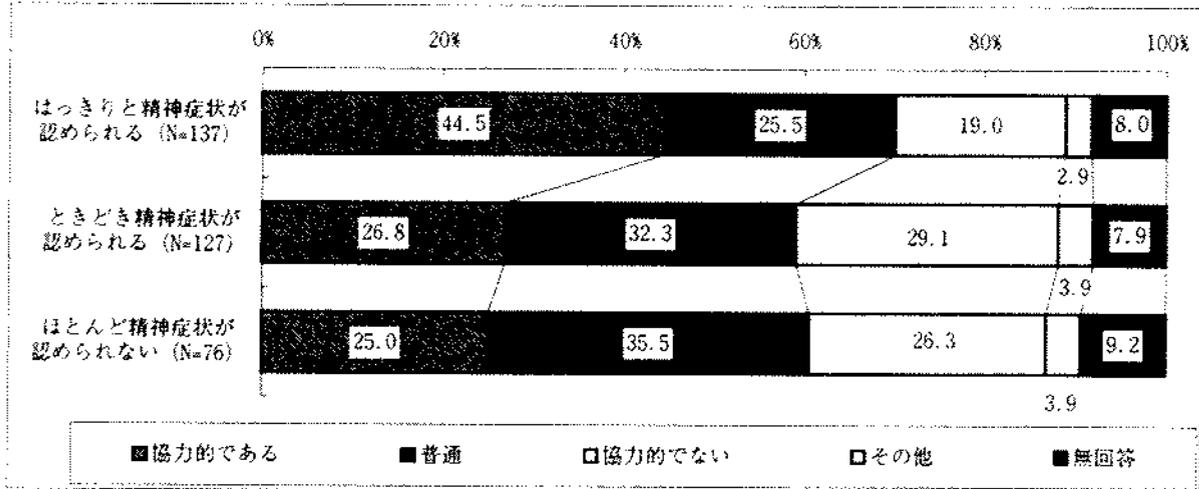
(3) 家族の協力度

家族の協力度をみると、「協力的である」33.4%、「普通」30.2%と約6割程度は協力的または普通であり、「協力的でない」は24.1%であった。

精神症状がはっきりと認められるレベルの人では「協力的である」が44.5%と家族の協力度が高い。一方、精神症状がときどき認められるレベルの人やほとんど認められない人では「協力的でない」という回答が3割程度を占めている。

図2-17 家族の協力度

【精神症状別】



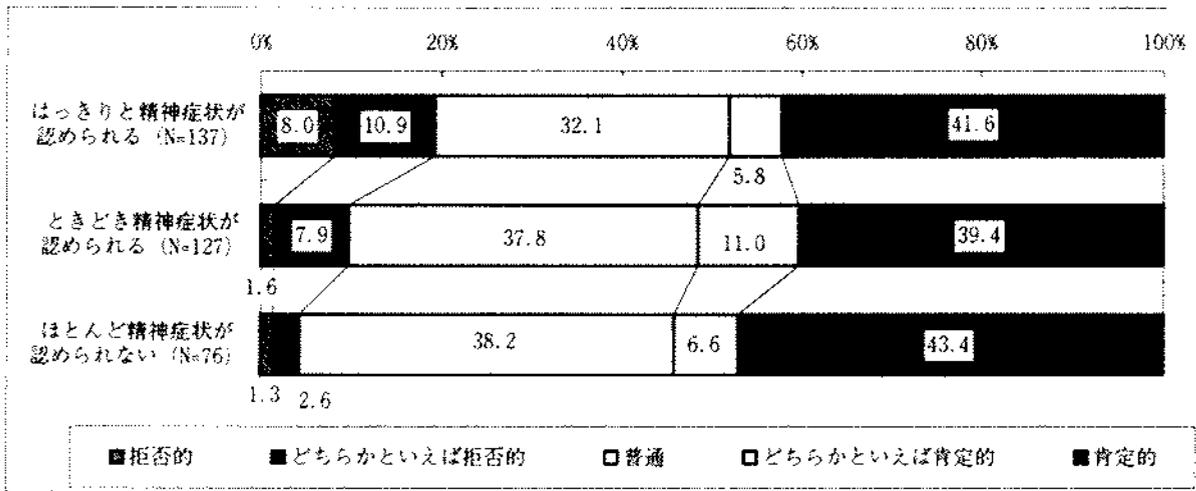
(4) 本人の訪問看護の受け入れ

本人の訪問看護の受け入れについては、「肯定的」41.6%や「普通」35.5%の割合が高い。一方で「拒否的」4.1%や「どちらかといえば拒否的」7.8%を合わせると約1割の人が訪問看護の受け入れについて拒否的である。

精神症状がはっきりと認められるレベルの人では「拒否的」8.0%と「どちらかといえば拒否的」10.9%を合わせて約2割が拒否的であり、精神症状が認められない人に比べて訪問看護の受け入れが拒否的な割合が高い。

図2-18 本人の訪問看護の受け入れ

【精神症状別】



2. 4 訪問状況

(1) 1ヶ月の訪問日数・滞在時間

1ヶ月の訪問日数をみると、平均で3.9日であり、「3～4日」43.3%に次いで「2日以下」36.3%の順に多い。「10日以上」も5.2%みられた。

精神症状がはっきりと認められる人では5日以上訪問した割合が24.8%と高く、頻回に訪問している傾向がみられる。

1ヶ月の滞在時間合計は平均で4.1時間であり、「2～4時間未満」が32.6%と高い。

精神症状がはっきりと認められる人では前述したように5日以上訪問した割合も高く、このため、1ヶ月間の滞在時間も「5時間以上」と長時間滞在した割合が27.0%を占める。

図2-19 1ヶ月の訪問日数

【精神症状別】

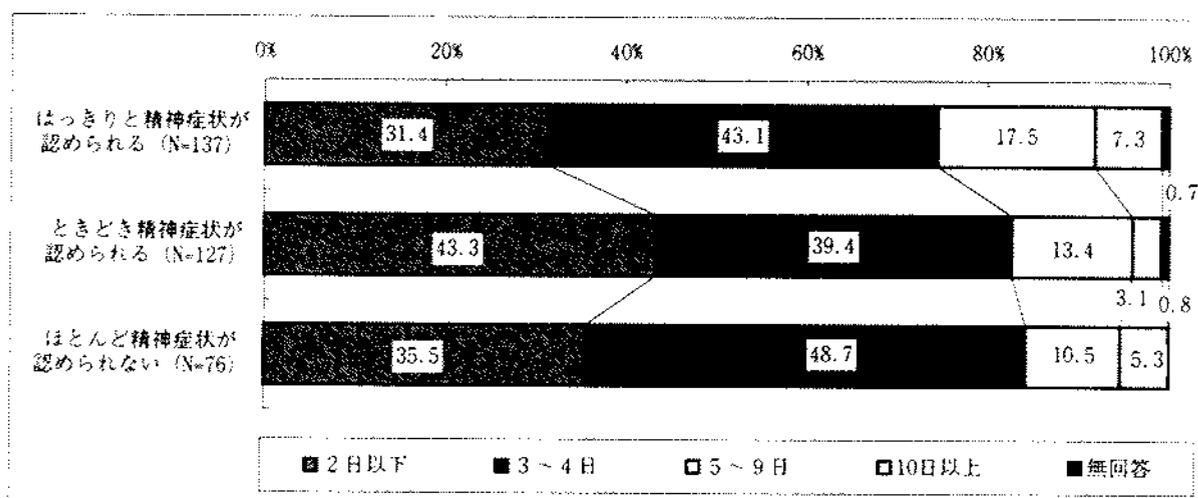
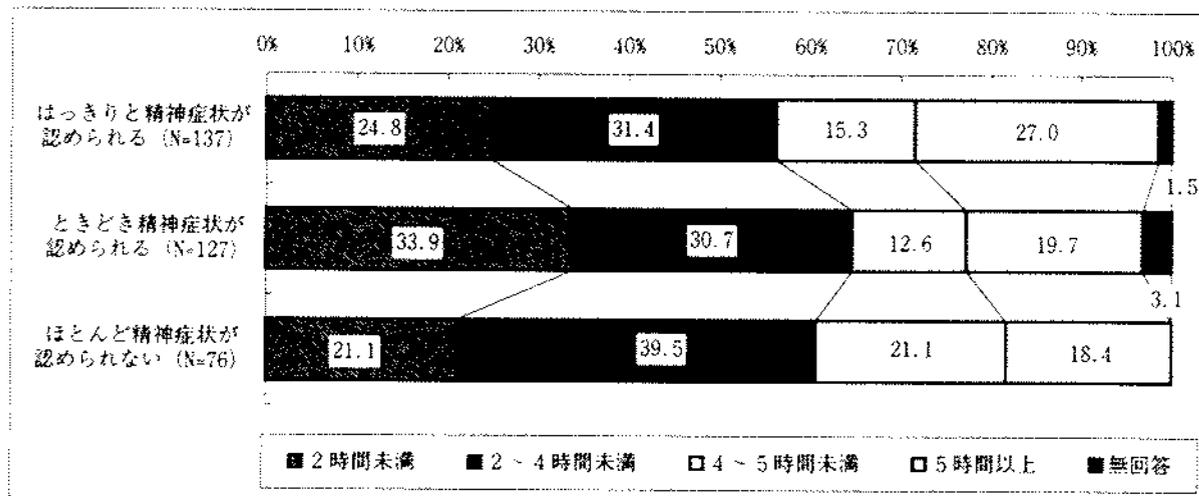


図2-20 1ヶ月の滞在時間

【精神症状別】



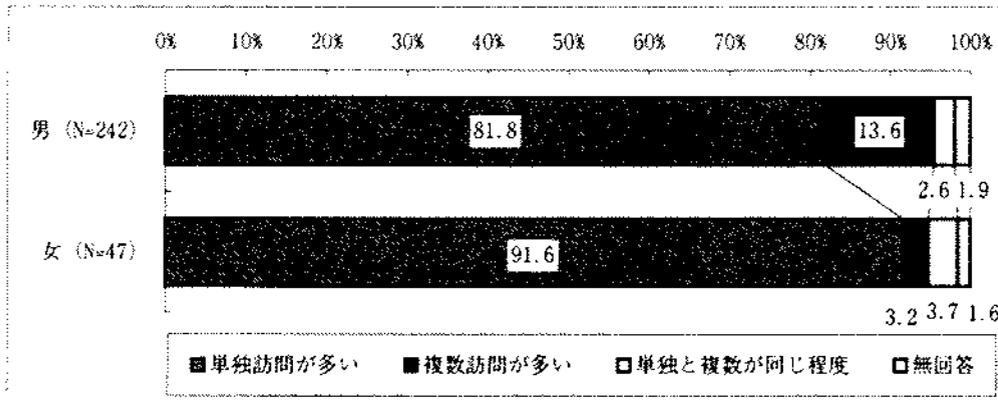
(2) 訪問人数

訪問人数は、「単独訪問が多い」が87.2%を占めており、「複数訪問が多い」は7.8%、「単独と複数が同じ程度」が3.2%であった。現在の訪問看護の診療報酬上では、単独訪問でも複数訪問でも1日あたりで請求するために、複数訪問するだけの人件費が出ない状況にある。しかしながら、「複数訪問が多い」7.8%という回答がみられたことから、これらのケースについては複数で訪問しなければならない理由があると考えられる。

男女別にみると、男性では女性に比べて「複数訪問が多い」13.6%の割合が高く、男性への訪問について複数訪問をするようにしていることが考えられる。

図2-21 訪問人数

【男女別】



(3) 時間外の対応

通常業務時間外（夜間、早朝等）の対応をみると、時間外に計画的に訪問したのは2.6%、臨時訪問をしたのは6.1%、電話対応したのは17.4%であった。

精神症状がはっきりと認められる人やときどき認められる人では、臨時訪問や電話対応の割合が高い傾向がみられた。

表2-20 時間外の対応

【精神症状別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	計画的訪問			臨時訪問			電話対応		
		あり	なし	無回答	あり	なし	無回答	あり	なし	無回答
全体	344	2.6	89.0	8.4	6.1	85.8	8.1	17.4	77.6	4.9
はっきりと精神症状が認められる (N=137)	137	2.2	89.8	8.0	8.0	83.9	8.0	20.4	75.9	3.6
ときどき精神症状が認められる (N=127)	127	3.1	88.2	8.7	6.3	85.0	8.7	19.7	76.4	3.9
ほとんど精神症状が認められない (N=76)	76	2.6	89.5	7.9	2.6	90.8	6.6	6.6	85.5	7.9

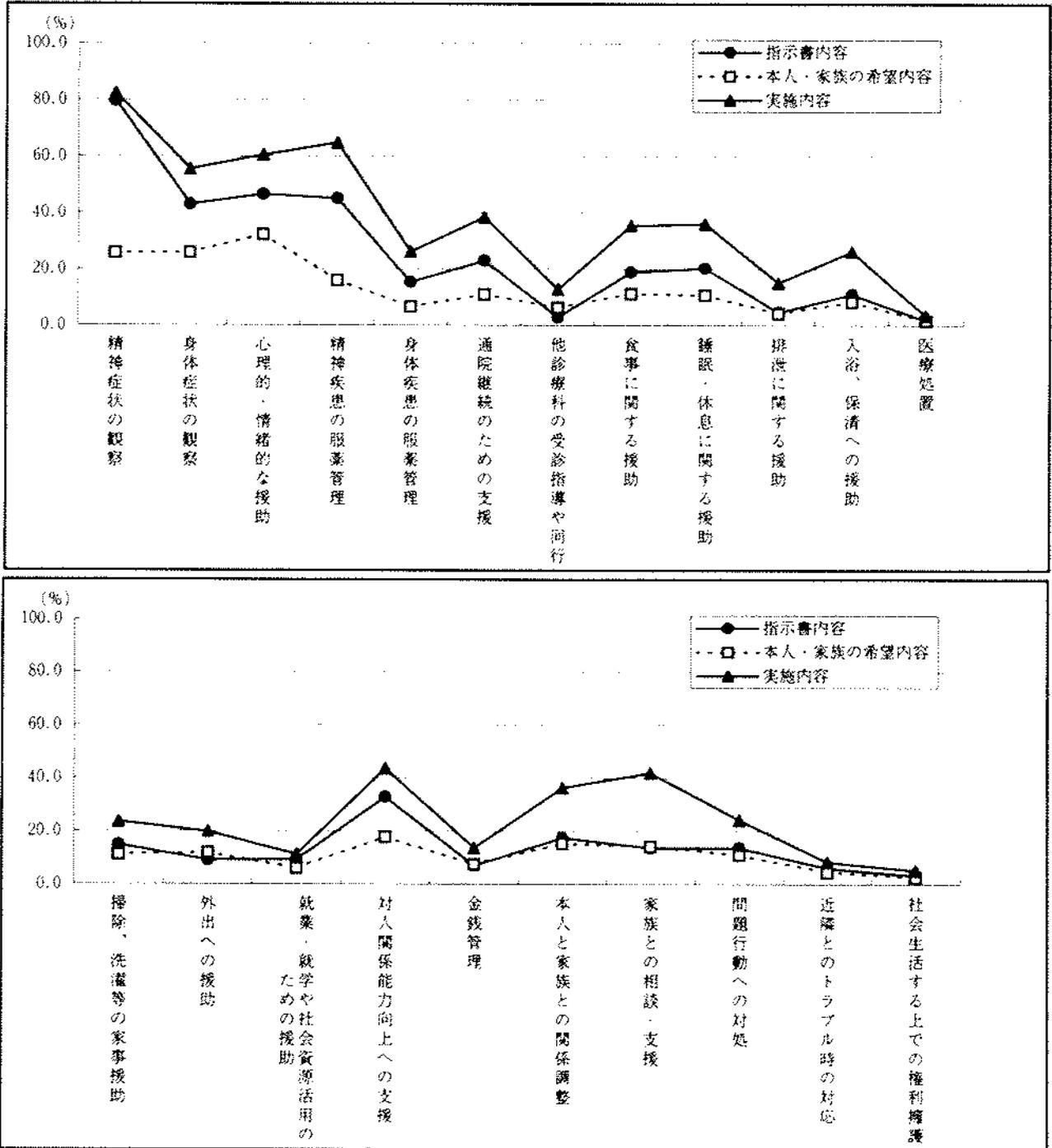
(4) 1ヶ月間の実施内容

医師の指示書記載内容は「精神症状の観察」が79.7%と最も多く、次いで「心理的・情緒的な援助」46.5%、「精神疾患の服薬管理」45.1%、「身体症状の観察」43.0%、「通院継続のための支援」23.0%、「睡眠・休息に関する援助」20.3%の順に多い。

実際にこの指示書に従って1ヶ月間に実施した内容としては、全般的に指示書内容を上回っており、特に「精神疾患の服薬管理」64.8%や「家族との相談・支援」41.9%などの実施割合が指示書に比べて高い。

本人や家族の希望する内容としては、「心理的・情緒的な援助」32.3%、「精神症状の観察」25.9%、「身体症状の観察」25.9%の順に多い。

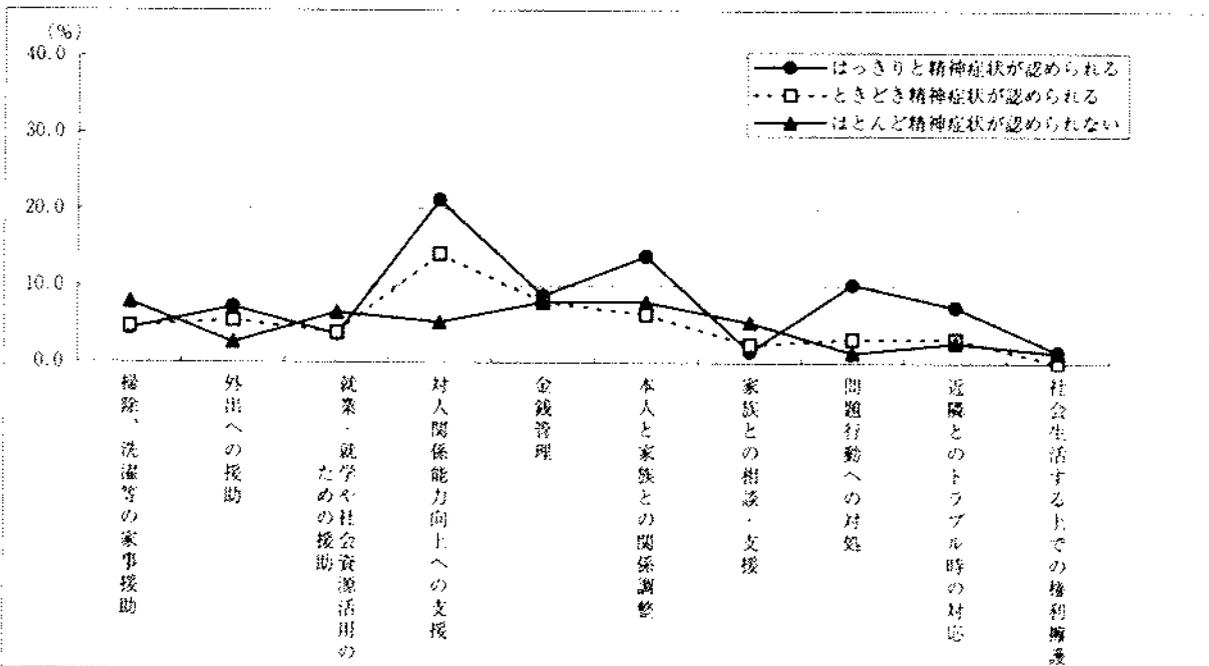
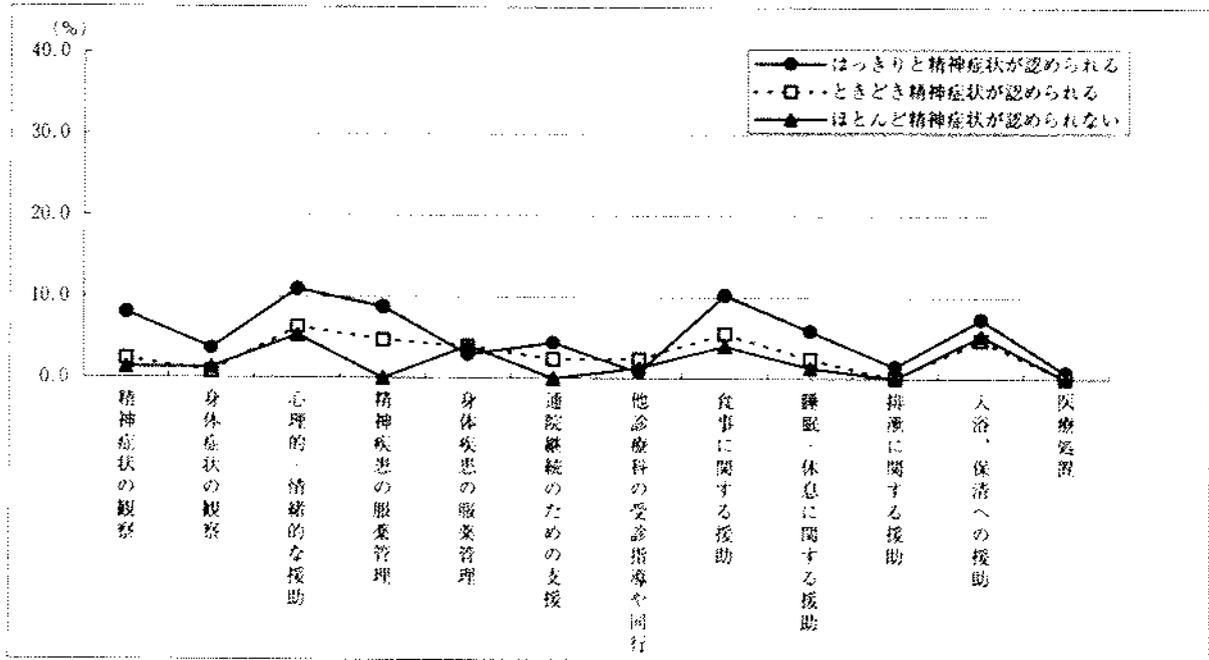
図2-22 1ヶ月の実施内容



実施の有無に関わらず、訪問担当者が「困難」と感じる内容を回答してもらったところ、困難な内容に1つ以上○がついたケースは全体の41.6%であり、約4割のケースについては何らかの困難を抱えながら訪問している。困難な内容としては、「対人関係能力向上への支援」14.8%、「本人と家族との関係調整」9.9%、「心理的・情緒的な援助」7.8%などを困難と感じている割合が高かった。

特に精神症状がはっきりと認められる人では、「対人関係能力向上への支援」21.2%や「本人と家族との関係調整」13.9%、「心理的・情緒的な援助」10.9%、「食事に関する援助」10.2%、「問題行動への対処」10.2%などを困難と感じている担当者が多い。

図2-23 困難と感じる内容

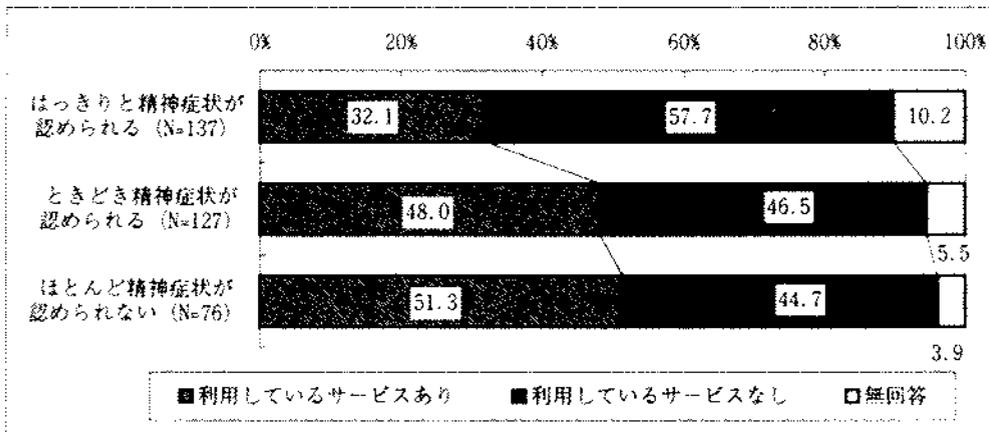


(5) 他のサービスの利用状況

現在、訪問看護以外に「利用しているサービスなし」の人が50.6%を占めている。利用している人では、「精神科デイ・ケア」は18.6%、「精神障害者小規模作業所」は6.7%、「保健所デイ・ケア」は4.9%の利用割合となっている。

精神症状がはっきりと認められる人では、「利用しているサービスなし」の人が57.7%と約6割を占める。精神症状が認められるようになるにつれて、訪問看護以外のサービスの利用割合が低くなっていると考えられる。

図2-24 現在訪問看護以外に利用しているサービスの有無
【精神症状別】



2. 5 ケースの訪問担当者

(1) 担当者の職種等

職種別に割合をみると、「看護婦・士」が64.5%、「准看護婦・士」が21.5%、「保健婦・士」が11.6%であった。

勤務形態別にみると、「常勤職員」が85.5%を占め、「非常勤職員」が10.2%であった。訪問看護の経験年数は平均で約3.3年となっている。

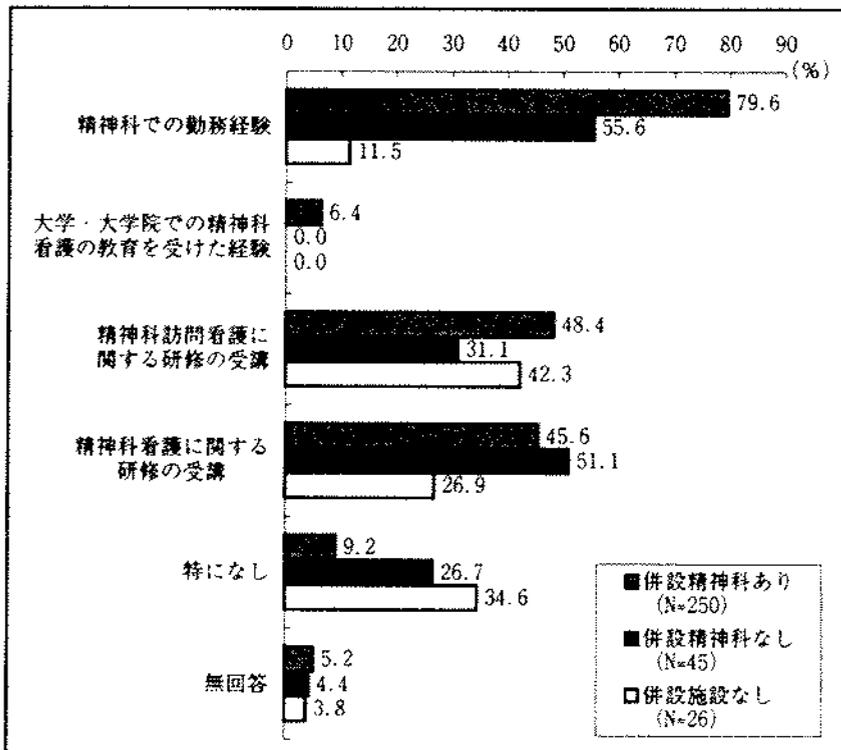
(2) 精神科看護に関する経験

精神科看護に関する経験として、「精神科での看護経験」を持つ担当者が69.8%と約7割を占め、「精神科看護に関する研修の受講」43.9%や「精神科訪問看護に関する研修の受講」43.0%なども多い。「特になし」という担当者は15.7%であった。

訪問看護ステーションが精神科医療機関併設のところでは、79.6%が精神科での勤務経験を保有しており、「精神科訪問看護に関する研修の受講」割合は48.4%と高い。一方、併設施設はあるが精神科には併設していない訪問看護ステーションでは、55.6%が精神科での勤務経験を保有しており、「精神科看護に関する研修の受講」割合は51.1%と比較的高い。併設施設のない訪問看護ステーションでは、精神科での勤務経験のある担当者が11.5%と低く、「精神科訪問看護に関する研修の受講」42.3%などで精神科訪問看護に関する知識や技術を修得していると考えられる。「特になし」という回答も34.6%みられた。

このように、併設施設のない訪問看護ステーションでは、精神障害者の訪問を担当している看護職員が精神科での勤務経験を持っている割合は非常に低く、精神科訪問看護についての研修の受講が重要となっていると考えられる。

図2-25 精神科看護に関する経験



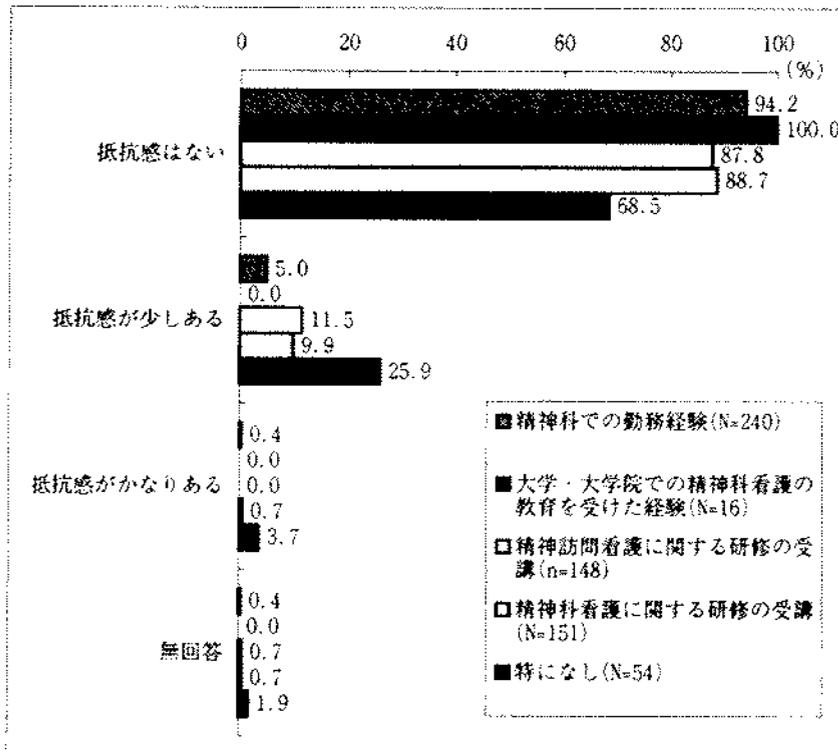
(3) 精神訪問看護への抵抗感

精神訪問看護への「抵抗感はない」という担当者が82.8%と大多数を占めるものの、「抵抗感が少しある」13.1%や「抵抗感がかなりある」1.2%という担当者もみられた。

精神科看護に関する経験別にみると、精神科での勤務経験がある担当者や大学・大学院での精神科看護の教育を受けた経験のある担当者では、「抵抗感はない」が9割以上を占めるのに対し、精神科看護に関する経験が「特になし」という担当者では「抵抗感がない」が68.5%と他に比べて低く、「抵抗感が少しある」25.9%と回答した割合が高い。

精神訪問看護や精神科看護に関する研修を受講している担当者では、経験が「特になし」担当者に比べて「抵抗感はない」という割合が高くなっており、これらの研修等を受講することにより、精神障害者への訪問看護についての知識や技術を身につけ、抵抗感が少なくなっていることが考えられる。

図2-26 精神訪問看護への抵抗感



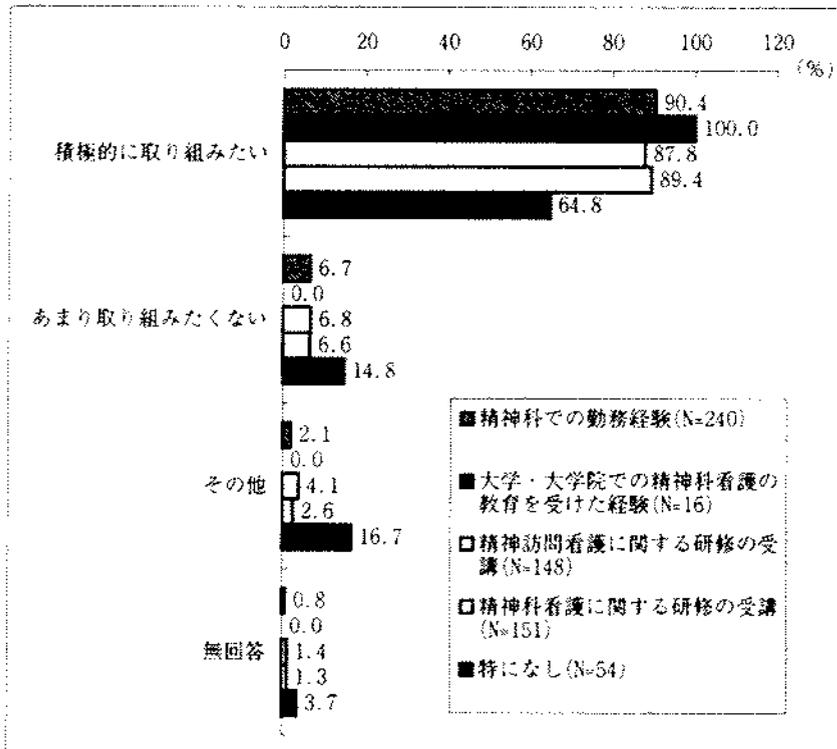
(4) 今後の精神訪問看護への取り組み意向

今後、精神訪問看護に「積極的に取り組みたい」という割合が83.1%を占め、「あまり取り組みたくない」7.8%は1割以下であった。

精神科看護に関する経験別にみると、精神科での勤務経験がある担当者や大学・大学院での精神科看護の教育を受けた経験のある担当者では、9割以上が「積極的に取り組みたい」と回答している。精神訪問看護や精神科看護に関する研修を受講した担当者についても約9割が「積極的に取り組みたい」と回答している。

精神科看護の経験が「特になし」という担当者では、「積極的に取り組みたい」が64.8%を占めるものの、「あまり取り組みたくない」14.8%という回答も多くなっている。

図2-27 今後の精神訪問看護への取り組み意向



2. 6 困難と感じるケース

記入してもらった当該ケースについて、困難と感じることが「よくある」ケースは53件(15.4%)、「たまにある」は185件(53.8%)、「あまりない」は91件(26.5%)であった。「よくある」「たまにある」を合わせて7割以上のケースについて担当者が困難を感じている。これらの困難ケースにはどのような特徴があり、また担当者の経験等によって困難と感じる度合いが異なっているかどうかについて以下に分析を行った。

ア. 傷病名ではあまり差がみられない

困難と感じることが「よくある」ケースでは「分裂病圏」が64.2%、「感情病圏」が13.2%、「神経症圏」が13.2%となっている。

困難と感じることが「たまにある」ケースや「あまりない」ケースでも、「分裂病圏」が最も多く、傷病名による差はあまりみられない。

表2-21 傷病名

【困難と感じる頻度別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	分裂病圏	感情病圏	神経症圏	アルコール依存症	器質性精神障害	その他	無回答
全体	344	70.3	13.7	4.1	2.9	3.8	4.1	1.2
よくある	53	64.2	13.2	13.2	0.0	3.8	3.8	1.9
たまにある	185	73.0	14.6	2.2	3.2	3.2	3.2	0.5
あまりない	91	67.0	13.2	3.3	4.4	5.5	4.4	2.2

イ. 困難ケースは精神症状がはっきりと認められるケースが多い

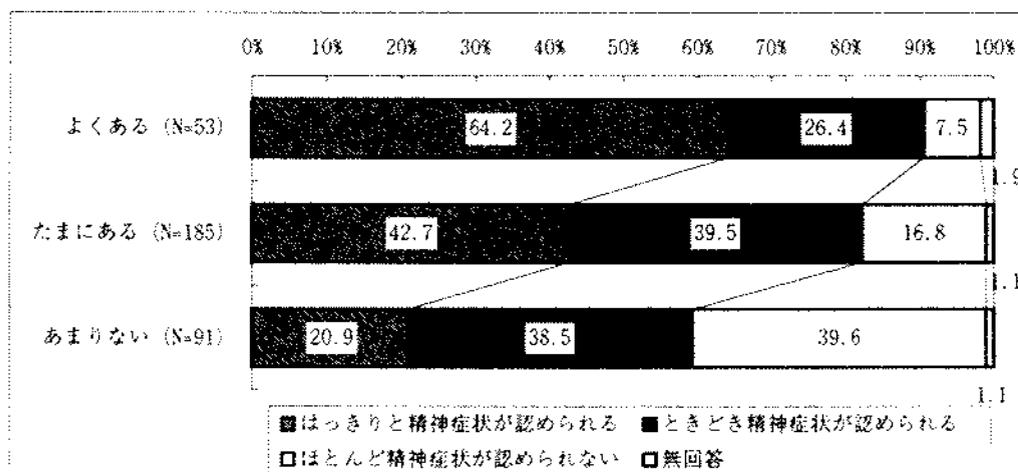
困難と感じることが「よくある」ケースでは、「はっきりと精神症状が認められる」が64.2%と6割を超えており、精神症状が認められるケースは担当者が困難と感じる割合が高い。

一方、困難と感じることが「あまりない」ケースでは、「ほとんど精神症状が認められない」が約4割、「ときどき精神症状が認められる」が約4割となっている。

これらのことから、精神症状が重いケースほど、担当者が困難と感じる割合が高いといえる。

図2-28 精神症状の有無

【困難と感じる頻度別】



ウ. 困難ケースは日常生活自立度が低いケースが多い

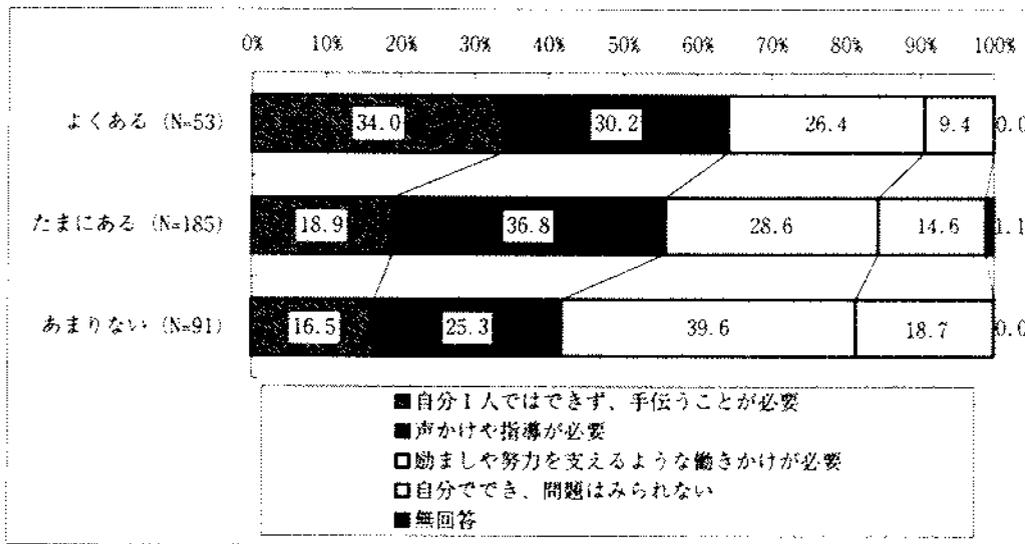
困難と感知することが「よくある」ケースでは、「自分1人ではできず、手伝うことが必要」が34.0%と最も多く、日常生活自立度が低いほど担当者が困難と感知の割合が高い。

一方、困難と感知することが「あまりない」ケースでは、「励ましや努力を支えるような働きかけが必要」が39.6%と最も多い。

これらのことから、日常生活自立度が低いケースほど、担当者が困難と感知の割合が高いといえる。

図2-29 日常生活自立度のレベル

【困難と感知の頻度別】



エ. 困難ケースは本人の訪問看護の受け入れが悪いケースが多い

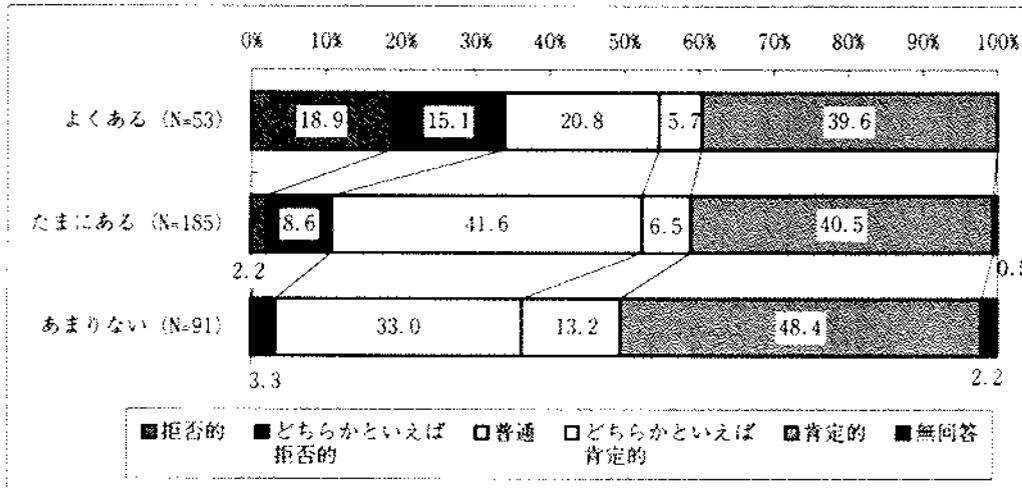
困難と感知ることが「よくある」ケースでは、本人の訪問看護の受け入れが「拒否的」18.9%と「どちらかといえば拒否的」15.1%を合わせて3割以上が拒否的なケースである。

一方、困難と感知ることが「あまりない」ケースでは、「どちらかといえば拒否的」なケースは3.3%にとどまっている。

このことから、訪問看護の受け入れが悪いケースでは、訪問拒否にあったり、訪問しても本人とのコミュニケーションがとれないことなどから、担当者が困難と感知していることが考えられる。

図2-30 本人の訪問看護の受け入れ

【困難と感知する頻度別】



オ. 困難ケースは家族の協力度が低いケースが多い

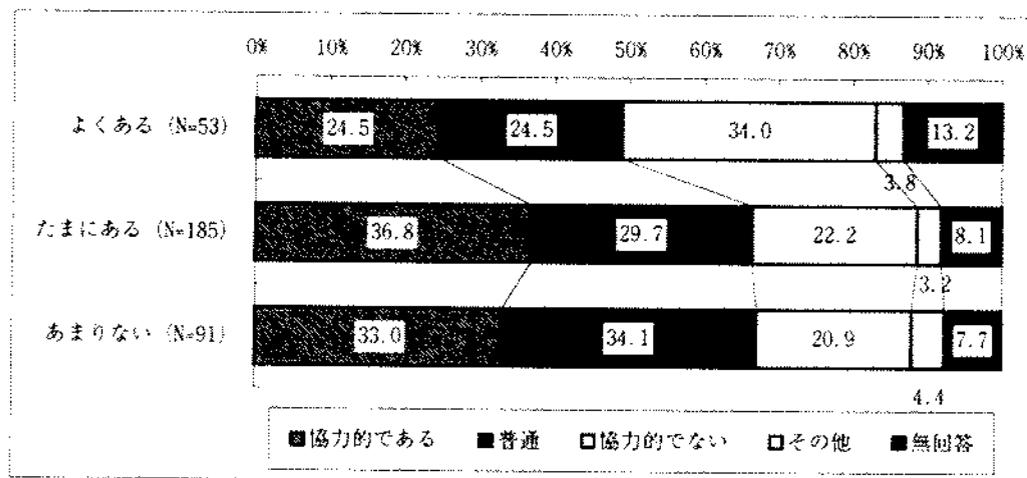
困難と感じることが「よくある」ケースは、家族が「協力的でない」が34.0%と最も高く、家族が協力的でないことが困難につながっていることが考えられる。

一方、困難と感じることが「たまにある」「あまりない」ケースでは、「協力的である」が約4割を占め、「協力的でない」が約2割にとどまっている。

これらのことから、家族の協力度が低いケースでは、訪問看護婦等が訪問する際に様々な問題点に面し、担当者が困難と感じていると考えられる。

図2-31 家族の協力度

【困難と感じる頻度別】

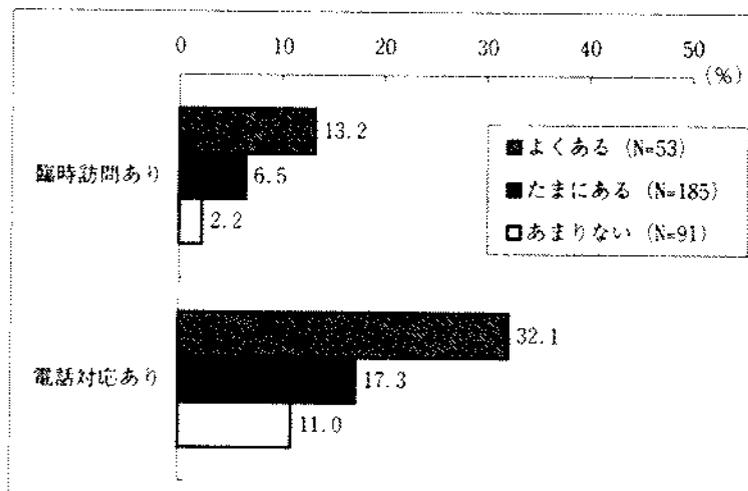


カ. 困難ケースほど時間外の臨時訪問や電話対応が多い

困難と感じることが「よくある」ケースでは、時間外の臨時訪問を1ヶ月間に行った割合が13.2%と他のケースに比べて高く、時間外に電話対応をした割合も32.1%と他のケースに比べて高い。このように、時間外に臨時訪問したり、電話対応が必要になっていることも、担当者に困難と感じさせている1つの原因とも考えられる。

図2-32 時間外対応の有無

【困難と感じる頻度別】



キ. 困難ケースは一時的にしても入所までに入院の必要な割合が高い

困難と感ずることが「よくある」ケースでは、「現在のままで在宅療養可能」が47.2%であるのに対し、「たまにある」ケースでは67.6%、「あまりない」ケースでは95.6%が在宅療養の継続が可能と訪問担当者が考えている。困難と感ずることが「よくある」ケースは、「社会復帰施設に入所が必要」が13.2%や「精神科入院が必要」が11.3%と、合わせて2割以上が何らかの施設への入所が必要なケースになっている。

表2-22 今後の在宅療養の継続について

【困難と感ずる頻度別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	現在のままで在宅継続可能	地域のサービスが充実すれば継続可能	社会復帰施設に入所が必要	精神科入院が必要	その他	無回答
全体	344	70.9	10.8	6.7	3.2	4.7	3.8
よくある	53	47.2	13.2	13.2	11.3	13.2	1.9
たまにある	185	67.6	15.1	7.6	2.7	4.9	2.2
あまりない	91	95.6	2.2	2.2	0.0	0.0	0.0

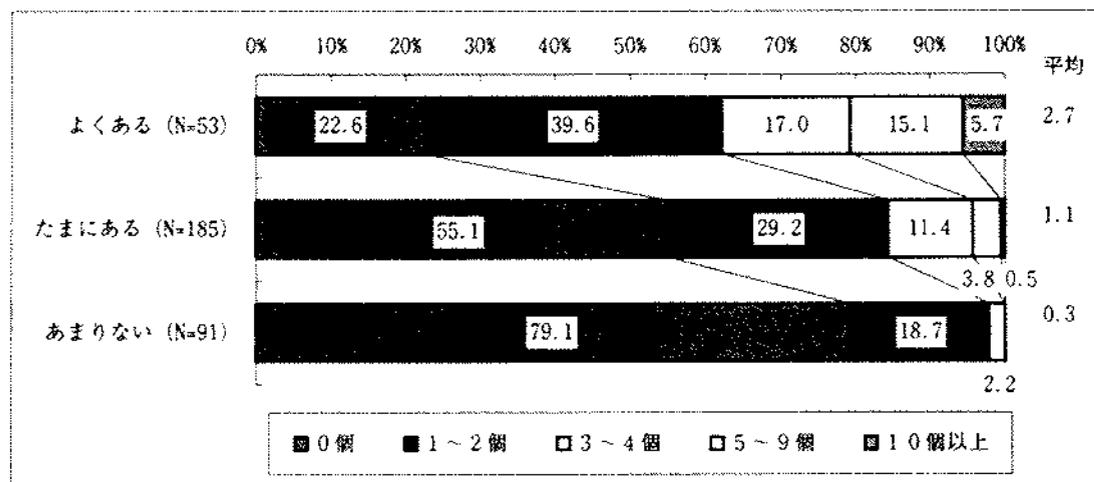
ク. 困難ケースでは、実施困難な内容が多い

困難と感ずることが「よくある」ケースでは、実施困難な内容に○印のついた個数が平均2.7個であり、「たまにある」(同1.1個)、「あまりない」(同0.3個)に比べて困難な実施内容項目が多い。

「よくある」ケースについて、実施困難な内容を多い順にみると、「対人関係能力向上への支援」26.4%、「本人と家族との関係調整」22.6%、「入浴、保清への援助」22.6%、「食事に関する援助」20.8%、「問題行動への対処」20.8%となっている。対人能力や家族との関係調整、身の周りの清潔や食事など生活援助が困難となっているケースが多く、これらの実施が困難になっている。

図2-33 実施困難な項目数

【困難と感ずる頻度別】



ケ、担当者の精神科看護経験等によらず、困難と感じている

「精神科での看護経験」のある割合をみると、困難と感じることが「よくある」ケースの担当者では79.2%、「たまにある」ケースの担当者では68.1%、「あまりない」ケースの担当者では73.6%であり、精神科看護経験の有無にはよらず、困難と感じている。

ただし、精神科での看護経験のある担当者でも経験のない担当者でも、困難と感じる頻度があまり変わらないということから、精神科看護経験のある担当者の方が、より難しいケースを担当している可能性もあると考えられる。

以上のことから、担当者が困難と感じているケースは以下のような特徴があると考えられる。

- ・精神症状がはっきりと認められるケース
- ・日常生活自立度が低いケース
- ・本人の訪問看護の受け入れが悪いケース
- ・家族の協力度が低いケース
- ・時間外の臨時訪問や電話対応が必要なケース
- ・対人能力向上や家族関係調整、日常生活援助が困難なケース

これらのケースについては、担当者のこれまでの精神科看護経験の有無によらず困難となっており、これらのケースにどのように対応していくかが課題と考えられる。これらの課題を解決し、地域内の様々な社会資源と連携しながら在宅療養を支援できるようにする必要がある。

3. 痴呆症患者調査結果

痴呆症患者に訪問している訪問看護ステーション（148ヶ所）において、平成11年1月の1ヶ月間に訪問した痴呆症患者について1人1枚の個人票を記入してもらった。各訪問看護ステーションには、前年度調査で記入してもらった各訪問看護ステーションの痴呆症患者数を上回る枚数の個人票を送付した。ただし、前年度調査時点で痴呆症患者数が20人を超えるところについては、個人票を20枚送付し、「比較的困難と考えられるケース」を20ケース選んで記入してもらった。

なお、本調査において、痴呆症患者は「主傷病名がアルツハイマー型痴呆や血管性痴呆などの痴呆症患者のことで、主治医の指示書の傷病名欄に『痴呆』の記載があり、痴呆性老人の日常生活自立度がランクⅣまたはMの人」とした。しかし、訪問看護ステーションの対象者は在宅の痴呆性老人であり、「ランクⅣまたはM」のように重度の痴呆症患者数は限られているため、一部「ランクⅠ～Ⅲ」程度の対象者も回答には含まれている。

3. 1 属性等

(1) 性・年齢

男性は25.3%、女性は74.2%であり、年齢は「80～84歳」が22.9%、「85～89歳」が23.7%と多く、平均82.2歳であった。男性の平均年齢は79.8歳、女性の平均年齢は82.9歳であり、女性の方が平均年齢が高い。

図2-34 性別

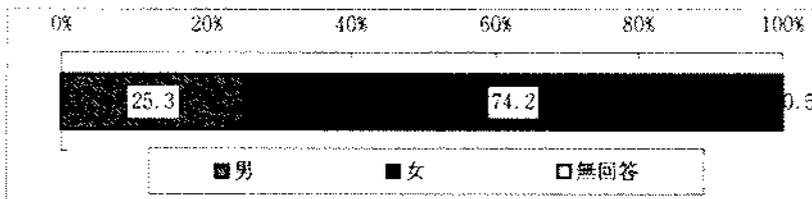
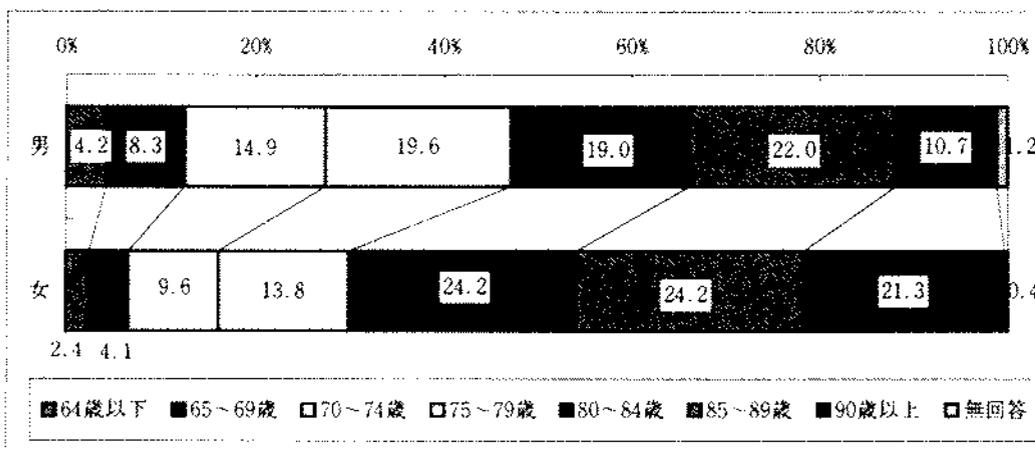


図2-35 年齢区分

【男女別】



(2) 主たる傷病名

主たる傷病名は「アルツハイマー型痴呆」が22.3%、「脳血管性痴呆」が60.5%、「その他」14.3%と、6割程度が脳血管性痴呆であった。

男女別にみると、男性では「脳血管性痴呆」が64.3%と女性（同59.1%）に比べて若干多く、女性では「その他」が15.4%と男性に比べて若干多い。

「アルツハイマー型痴呆」の対象者では、75歳未満が37.1%と約4割を占め、「脳血管性痴呆」や「その他」の対象者に比べて比較的若い年齢層に分布している。

表2-23 主たる傷病名

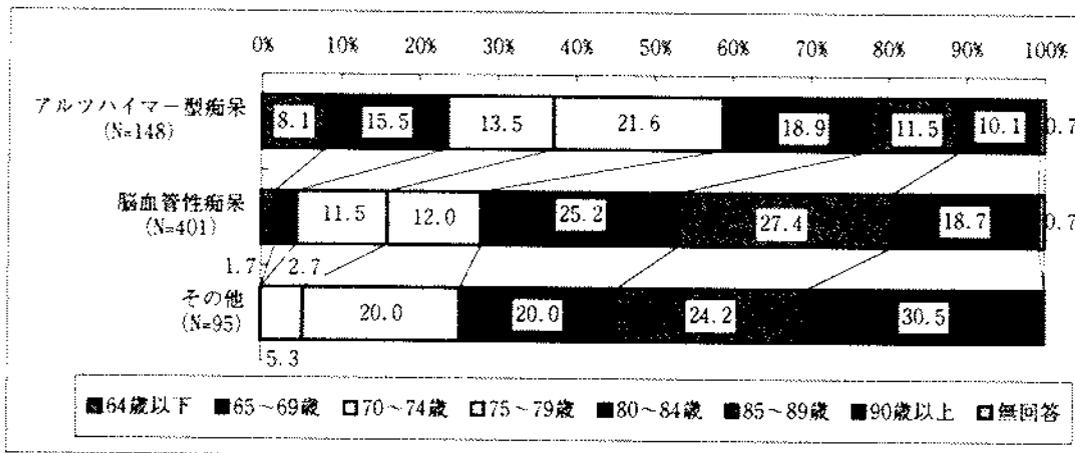
【性別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	アルツハイマー型 痴呆	脳血管性痴 呆	その他	無回答
全体	663	22.3	60.5	14.3	2.9
男	168	22.0	64.3	11.3	2.4
女	492	22.4	59.1	15.4	3.0

図2-36 年齢区分

【主傷病名別】



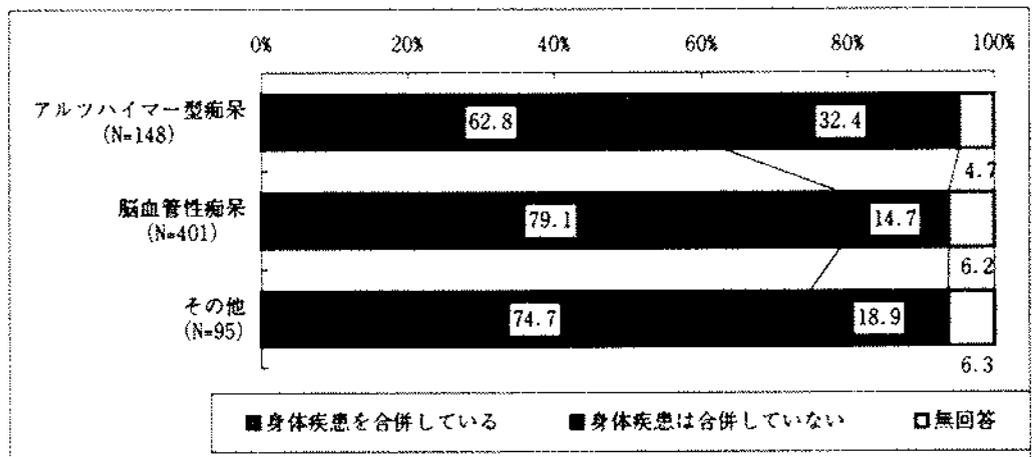
(3) 身体疾患合併

身体疾患を合併している割合は74.1%と7割以上を占めている。

特に脳血管性痴呆の対象者では79.1%が身体疾患を合併しており、アルツハイマー型痴呆(62.8%)に比べて合併している割合が高い。これは、脳血管性痴呆の方がアルツハイマー型痴呆に比べて平均年齢が高いことも関係していると考えられる。

図2-37 身体疾患合併

【主傷病名別】



(4) 同居者

同居者が1人もいなく「独居」の人は全体の5.6%であり、「高齢者のみ世帯」は22.6%、「その他」が69.1%であった。

男女別にみると、男性では「高齢者のみ世帯」が40.5%と女性(同16.7%)に比べて多く、女性では「その他」が74.6%と男性(同52.4%)に比べて多い。

年齢層別にみると、65～79歳の痴呆症患者では「その他」53.1%に次いで「高齢者のみ世帯」も37.7%と多く、80歳以上の痴呆症患者では「その他」が7割以上と多い。

痴呆性老人の日常生活自立度別にみると、いずれのランクでも「その他」が最も多いが、ランクⅠ、ランクⅡの痴呆症患者では「独居」も2割以上を占めている。一方、ランクⅢ～Ⅴの痴呆症患者では「その他」が7割以上と高くなり、「独居」の割合は低くなる。

表2-24 同居者

【性別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	独居	高齢者のみ世帯	その他	無回答
全体	663	5.6	22.6	69.1	2.7
男	168	3.0	40.5	52.4	4.2
女	492	6.5	16.7	74.6	2.2

【年齢層別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	独居	高齢者のみ世帯	その他	無回答
全体	663	5.6	22.6	69.1	2.7
64歳以下	19	0.0	10.5	89.5	0.0
65～79歳	207	6.3	37.7	53.1	2.9
80～89歳	309	5.2	17.2	75.1	2.6
90歳以上	124	6.5	12.9	77.4	3.2

【痴呆性老人の日常生活自立度別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	独居	高齢者のみ世帯	その他	無回答
全体	663	5.6	22.6	69.1	2.7
ランクⅠ	18	27.8	33.3	38.9	0.0
ランクⅡ	63	20.6	20.6	55.6	3.2
ランクⅢ	90	10.0	17.8	71.1	1.1
ランクⅣ	378	2.1	22.5	72.8	2.6
ランクⅤ	87	1.1	26.4	70.1	2.3

痴呆性老人の日常生活自立度判定基準(厚生省)

ランクⅠ	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内および社会的にはほぼ自立している。
ランクⅡ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
	Ⅱa 家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。
	Ⅱb 家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。
ランクⅢ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
	Ⅲa 日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。
	Ⅲb 夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。
ランクⅣ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
ランクⅤ	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

(5) 介護者

「介護者あり」の痴呆症患者は全体の96.8%を占める。独居の痴呆症患者でみると、「介護者あり」は62.2%であり、「介護者なし」が32.4%と他の世帯に比べると多い。高齢者のみ世帯とその他世帯では、ほぼ全数が「介護者あり」で同居者が介護していると考えられる。「介護者あり」の場合、主な介護者の本人との続柄は、「子供」が34.0%、「配偶者」が32.1%、「子の配偶者」が27.1%と約3分の1ずつを占める。

表2-25 介護者の有無
【同居者別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	介護者あり	介護者なし	無回答
全体	663	96.8	2.4	0.8
独居	37	62.2	32.4	5.4
高齢者のみ世帯	150	98.7	1.3	0.0
その他	458	99.3	0.4	0.2

表2-26 介護者の本人との続柄（「介護者あり」の内数）

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	配偶者	子供	子の配偶者	その他	無回答
全体	642	32.1	34.0	27.1	6.4	0.5

介護者の介護負担感をみると、全体では「負担感大」が45.6%、「負担感中」が41.1%であり、合わせて9割程度が介護負担感を中程度以上感じている。介護者の本人との続柄別にみると、「配偶者」及び「子の配偶者」の場合は「負担感大」が51.9%、46.6%と比較的高い。また、介護者の介護力別にみると、「介護力十分」の場合は「負担感大」が39.1%と比較的低く、「介護力はあるが不十分」や「介護力ほとんどなし」の場合は「負担感大」が49.5%、75.0%と負担感を感じている割合が高い。ただし、「介護力十分」の場合でも、「負担感小」は16.0%にとどまり、残りの8割以上では介護負担感を中程度以上感じており、介護力が十分あったとしても、痴呆症患者の介護は介護者にとってかなり大きな負担となっていることが考えられる。

表2-27 介護者の介護負担感
【介護者の本人との続柄別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	負担感大	負担感中	負担感小
全体	642	45.6	41.1	10.4
配偶者	206	51.9	38.3	6.8
子	218	41.7	41.3	16.1
子の配偶者	174	46.6	44.3	6.9
その他	41	34.1	41.5	14.6
無回答	3	0.0	33.3	0.0

【介護者の介護力別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	負担感大	負担感中	負担感小
全体	642	45.6	41.1	10.4
介護力十分	281	39.1	43.8	16.0
介護力はあるが不十分	319	49.5	42.6	6.3
介護力ほとんどなし	28	75.0	10.7	7.1
無回答	14	28.6	14.3	0.0

3. 2 紹介経路、今後の在宅療養の継続

(1) 紹介経路

どこからの紹介または情報により訪問を開始したかをきいたところ、「併設病院」が27.3%、「併設以外の診療所」が16.1%、「本人・家族からの直接依頼」が13.4%と多い。病院及び診療所からの紹介を合計すると64.9%を占めている。その他、「保健所、市町村保健センター、市町保健担当部」が8.6%であった。

精神科医療機関に併設している訪問看護ステーションでは、痴呆症患者の紹介経路は「併設病院」が50.8%と過半数を占め、その多くが併設病院からの紹介患者となっている。一方、併設施設はあるが「精神科なし」の訪問看護ステーションでは、「併設病院」からの紹介が27.1%と「精神科あり」のところに比べて少なく、「併設以外の診療所」が13.3%と比較的多い。また、「併設施設なし」の訪問看護ステーションでは、「併設以外の診療所」からの紹介が34.7%と最も高い。

このことから、精神科医療機関併設型の訪問看護ステーションでは、痴呆症患者が併設の精神科から紹介される割合が高いが、精神科医療機関に併設されていない訪問看護ステーションでは、併設病院だけでなく併設以外の診療所からの紹介が多いといえる。

表2-28 痴呆症患者の紹介経路

【併設施設の有無別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	医療機関合計						社会福祉施設	保健所、市町村保健センター等	福祉事務所、市町村福祉担当部	本人・家族からの直接依頼	その他	無回答
		併設病院	併設以外の病院	併設診療所	併設以外の診療所	老人保健施設							
全体	663	64.9	27.3	11.9	5.7	16.1	3.8	3.0	8.6	2.7	13.4	3.6	3.8
併設施設あり	474	65.6	34.4	10.5	5.9	11.0	3.8	3.0	8.0	2.5	12.9	3.2	4.9
精神科あり	122	72.1	50.8	10.7	4.9	4.1	1.6	0.8	6.6	1.6	13.9	2.5	2.5
精神科なし	332	62.7	27.1	10.8	6.6	13.3	4.8	3.9	8.4	3.0	13.0	3.6	5.4
併設施設なし	124	56.5	1.6	10.5	7.3	34.7	2.4	3.2	11.3	4.8	16.9	6.5	0.8

(2) 今後の在宅療養の継続について

今後の在宅療養の継続についてきいたところ、「現在のままで在宅療養の継続が可能」が59.3%と約6割を占める。ただし、「地域の痴呆症患者のためのサービスが充実すれば継続が可能」が21.9%であり、在宅サービスの充実がなければ在宅療養が継続できない痴呆症患者が2割いることになる。その他、「社会福祉施設への入所が必要」は9.0%となっている。

「独居」の痴呆症患者では、「社会福祉施設への入所が必要」が21.6%と同居者がいる人に比べて高く、「現在のままで在宅療養の継続が可能」が45.9%と低い。高齢者のみ世帯やその他の世帯では、「現在のままで在宅療養の継続が可能」が5割以上を占めるものの、「高齢者世帯」では「地域の痴呆症患者のためのサービスが充実すれば継続が可能」が26.7%、「社会福祉施設への入所が必要」が12.7%とその他の世帯に比べると、在宅療養の継続が困難な割合が高い。

また、介護負担感別にみると、「負担感大」では「現在のままで在宅療養の継続が可能」が49.1%と低く、地域の在宅サービスの充実や社会福祉施設への入所が必要な割合が高い。

表2-29-1 今後の在宅療養の継続について

【同居者別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	現在のままで在宅療養の継続が可能	地域の在宅サービスが充実すれば継続が可能	社会福祉施設への入所が必要	精神科入院が必要	その他	無回答
全体	663	59.3	21.9	9.0	0.9	4.2	4.7
独居	37	45.9	18.9	21.6	2.7	5.4	5.4
高齢者のみ世帯	150	52.0	26.7	12.7	1.3	2.7	4.7
その他	458	62.2	20.5	7.0	0.7	4.8	4.8

【介護負担感別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	現在のままで在宅療養の継続が可能	地域の在宅サービスが充実すれば継続が可能	社会福祉施設への入所が必要	精神科入院が必要	その他	無回答
全体	663	59.3	21.9	9.0	0.9	4.2	4.7
負担感大	293	49.1	25.9	15.0	1.4	4.8	3.8
負担感中	264	65.5	21.2	3.4	0.4	4.2	5.3
負担感小	67	83.6	7.5	1.5	0.0	1.5	6.0
介護者なし	16	31.3	18.8	18.8	6.3	12.5	12.5

痴呆性老人の日常生活自立度別にみると、自立度が低いケースでも「現在のままで在宅療養の継続が可能」の割合はあまり変わらず、今後の在宅療養の継続については、痴呆の程度よりも同居者の介護力によると考えられる。

表 2-29-2 今後の在宅療養の継続について

【痴呆性老人の日常生活自立度別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	現在のままで在宅療養の継続が可能	地域の在宅サービスが充実すれば継続が可能	社会福祉施設への入所が必要	精神科入院が必要	その他	無回答
全体	663	59.3	21.9	9.0	0.9	4.2	4.7
ランクⅠ	18	44.4	22.2	22.2	0.0	5.6	5.6
ランクⅡ	63	68.3	19.0	7.9	0.0	1.6	3.2
ランクⅢ	90	67.8	16.7	10.0	1.1	1.1	3.3
ランクⅣ	378	56.1	24.9	9.0	1.1	4.8	4.2
ランクⅤ	87	60.9	19.5	8.0	1.1	6.9	3.4

3. 3 現在の状態

(1) 痴呆の程度

痴呆の程度をみると、「高度」が49.6%と約半数を占め、次いで「中等度」が23.4%、「最高度」が15.2%、「軽度」が7.2%であった。主傷病名別にみると、「アルツハイマー型痴呆」では「最高度」が27.7%と約3割を占め、「高度」(52.0%)と合わせると79.7%を占める。「脳血管性痴呆」では「高度」が48.4%、「中等度」が25.4%となっており、「最高度」は13.2%であった。

表2-30 痴呆の程度

【主傷病名別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	軽度	中等度	高度	最高度	無回答
全体	663	7.2	23.4	49.6	15.2	4.5
アルツハイマー型痴呆	148	3.4	13.5	52.0	27.7	3.4
脳血管性痴呆	401	8.2	25.4	48.4	13.2	4.7
その他	95	8.4	31.6	51.6	4.2	4.2

(2) 痴呆性老人の日常生活自立度

痴呆性老人の日常生活自立度をみると、全体では「ランクⅣ」が57.0%、「ランクM」が13.1%と合わせて70.1%がランクⅣまたはMの痴呆症患者である。

本調査において、痴呆症患者は「主傷病名がアルツハイマー型痴呆や血管性痴呆などの痴呆症患者のことで、主治医の指示書の傷病名欄に【痴呆】の記載があり、痴呆性老人の日常生活自立度がランクⅣまたはMの人」とし、これらの対象者を選んで回答してもらった。しかし、訪問看護ステーションの対象者は在宅の痴呆性老人であり、「ランクⅣまたはM」のように重度の痴呆症患者数は限られているため、このように「ランクⅠ～Ⅲ」の対象者も25.8%含まれている。

主傷病名別にみると、アルツハイマー型痴呆では、「ランクⅣ」が58.1%、「ランクM」が19.6%を合わせて77.7%と脳血管性痴呆(同70.1%)に比べて痴呆性老人の日常生活自立度の低い割合が高い。

表2-31 痴呆性老人の日常生活自立度

【主傷病名別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	ランクⅠ	ランクⅡ	ランクⅢ	ランクⅣ	ランクⅤ	ランクⅥ	ランクⅦ	ランクⅧ	無回答
			a	b	a	b				
全体	663	2.7	4.2	5.3	9.0	4.5	57.0	13.1		4.1
アルツハイマー型痴呆	148	3.4	4.1	3.4	4.7	2.0	58.1	19.6		4.7
脳血管性痴呆	401	3.0	3.0	5.5	9.7	5.0	57.1	13.0		3.7
その他	95	1.1	9.5	6.3	14.7	6.3	54.7	4.2		3.2

(3) 障害老人の日常生活自立度

障害老人の日常生活自立度をみると、ランクC2が40.0%と4割を占める。特にアルツハイマー型痴呆の人ではランクC2が46.8%と高い。

障害老人の日常生活自立度別に痴呆性老人の日常生活自立度をみると、自立度が低い人ほど痴呆性老人の日常生活自立度も低い傾向がみられる。ただし、本調査の調査対象は痴呆性老人の日常生活自立度の低い人を選定して回答してもらっているため、「障害なし」の人でも「ランクIV」が35.7%を占めている。

表2-32 障害老人の日常生活自立度

【主傷病名別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	ランク J1	ランク J2	ランク A1	ランク A2	ランク B1	ランク B2	ランク C1	ランク C2	無回答
全体	590	2.0	3.6	8.5	7.5	9.8	10.8	16.8	40.0	1.0
アルツハイマー型痴呆	124	1.6	2.4	8.9	8.9	6.5	10.5	13.7	46.8	0.8
脳血管性痴呆	369	1.9	3.8	7.9	7.3	9.5	10.3	18.7	39.8	0.8
その他	81	2.5	4.9	11.1	7.4	17.3	13.6	14.8	27.2	1.2

表2-33 痴呆性老人の日常生活自立度

【障害老人の日常生活自立度別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	ランク I	ランク II a	ランク II b	ランク III a	ランク III b	ランク IV	ランク M	無回答
全体	663	2.7	4.2	5.3	9.0	4.5	57.0	13.1	4.1
障害なし	56	16.1	8.9	17.9	12.5	1.8	35.7	0.0	7.1
ランク J	33	12.1	18.2	6.1	12.1	0.0	36.4	12.1	3.0
ランク A	94	2.1	9.6	9.6	17.0	6.4	46.8	7.4	1.1
ランク B	122	1.6	4.1	6.6	13.1	7.4	59.0	8.2	0.0
ランク C	335	0.3	0.6	1.5	5.1	4.2	65.4	19.1	3.9

(4) 問題行動

①問題行動の有無

これまでに「問題行動あり」の痴呆症患者は全体の83.6%を占めている。

主傷病名別には大きな差はみられない。

痴呆性老人の日常生活自立度別にみると、ランクⅢ～Mの人では「問題行動あり」が8割以上を占め、ランクⅠ～Ⅱの人に比べて問題行動のある割合が高い。

表2-34 問題行動の有無

【主傷病名別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	これまでに問題行動あり	これまでに問題行動なし	無回答
全体	663	83.6	11.9	4.5
アルツハイマー型痴呆	148	84.5	10.8	4.7
脳血管性痴呆	401	83.8	12.2	4.0
その他	95	81.1	14.7	4.2

【痴呆性老人の日常生活自立度別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	これまでに問題行動あり	これまでに問題行動なし	無回答
全体	663	83.6	11.9	4.5
ランクⅠ	18	61.1	27.8	11.1
ランクⅡ	28	68.3	20.6	11.1
ランクⅢ	35	87.8	5.6	6.7
ランクⅣ	60	86.8	11.9	1.3
ランクM	30	88.5	9.2	2.3

②現在ある問題行動の内容

「問題行動あり」の痴呆症患者について、現在ある問題行動の内容を回答してもらったところ、「昼夜逆転」33.8%や「夜間不穏・夜間せん妄」30.9%、「妄想」24.2%、「幻覚」22.0%の順に多い。

介護者の介護「負担感大」のケースでは、「昼夜逆転」や「夜間不穏・夜間せん妄」、「徘徊」「過食・異食」「不潔行為」などの問題行動のある割合が負担感中・小のケースに比べて高く、これらの問題行動のために負担感が大きくなっていることが考えられる。

表2-35 現在ある問題行動の内容（「問題行動あり」の内数）

【痴呆性老人の日常生活自立度別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	徘徊	昼夜逆転	夜間不 穏・夜間 せん妄	妄想	幻覚	過食・異 食	不潔行為	その他	現在はな し
全体	554	17.1	33.8	30.9	24.2	22.0	13.5	14.3	9.2	19.5
ランクⅠ	11	27.3	18.2	9.1	27.3	9.1	0.0	0.0	9.1	27.3
ランクⅡ	43	14.0	34.9	20.9	34.9	25.6	11.6	9.3	9.3	18.6
ランクⅢ	79	19.0	24.1	30.4	25.3	20.3	15.2	15.2	12.7	16.5
ランクⅣ	328	16.8	36.0	34.1	21.0	22.9	13.4	14.6	9.1	18.6
ランクⅤ	77	18.2	37.7	26.0	28.6	20.8	15.6	19.5	7.8	24.7

【介護者の介護負担感別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	徘徊	昼夜逆転	夜間不 穏・夜間 せん妄	妄想	幻覚	過食・異 食	不潔行為	現在はな し
全体	554	17.1	33.8	30.9	24.2	22.0	13.5	14.3	9.2
負担感大	252	19.4	36.1	32.9	26.2	23.8	15.9	17.5	9.5
負担感中	225	15.6	33.8	30.7	20.9	20.0	12.4	13.3	8.0
負担感小	51	15.7	23.5	25.5	25.5	23.5	7.8	9.8	11.8
介護者なし	12	16.7	0.0	8.3	50.0	16.7	8.3	0.0	16.7

③過去にあった問題行動の内容

「問題行動あり」の痴呆症患者について、過去にあった問題行動の内容を回答してもらったところ、「徘徊」50.9%や「夜間不穏・夜間せん妄」50.4%、「昼夜逆転」45.3%の順に多い。

痴呆性老人の日常生活自立度別にみると、ランクⅣ～Ⅴの人では「徘徊」「昼夜逆転」「夜間不穏・夜間せん妄」が過去にあった割合が5割以上と高い。

表2-36 過去にあった問題行動の内容（「問題行動あり」の内数）

【痴呆性老人の日常生活自立度別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	徘徊	昼夜逆転	夜間不 穏・夜間 せん妄	妄想	幻覚	過食・異 食	不潔行為	その他	無回答
全体	554	50.9	45.3	50.4	31.4	29.4	18.1	21.1	6.1	9.0
ランクⅠ	11	18.2	18.2	27.3	36.4	9.1	0.0	0.0	9.1	18.2
ランクⅡ	43	39.5	25.6	30.2	32.6	25.6	16.3	11.6	2.3	16.3
ランクⅢ	79	38.0	31.6	43.0	24.1	24.1	17.7	20.3	10.1	7.6
ランクⅣ	328	54.6	50.0	54.6	30.5	29.0	17.4	20.7	6.1	7.6
ランクⅤ	77	61.0	55.8	55.8	44.2	42.9	23.4	33.8	5.2	7.8

3. 4 訪問状況

(1) 1ヶ月の訪問日数・滞在時間

1ヶ月の訪問日数をみると、平均で5.6日であり、「3～4日」40.0%に次いで「5～9日」29.4%の順に多い。「10日以上」も12.1%みられた。

痴呆性老人の日常生活自立度がランクⅣ～Ⅴの人では、「10日以上」が1割以上を占め、比較的高頻度に訪問している。

同居者別にみると、「独居」の痴呆症患者には平均7.2日訪問しており、同居者がいる人に比べて訪問日数が多い傾向がみられる。「10日以上」も24.3%を占めている。

1ヶ月の滞在時間合計は平均で5.9時間であり、「5～10時間未満」が29.1%と高い。痴呆性老人の日常生活自立度が低い人では訪問日数も多いことから、1ヶ月の滞在時間も長い傾向がみられる。

表2-37 1ヶ月の訪問日数

【痴呆性老人の日常生活自立度別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	2日以下	3～4日	5～9日	10日以上	無回答
全体	663	17.9	40.0	29.4	12.1	0.6
ランクⅠ	18	5.6	55.6	33.3	5.6	0.0
ランクⅡ	63	14.3	42.9	31.7	9.5	1.6
ランクⅢ	90	18.9	41.1	32.2	6.7	1.1
ランクⅣ	378	19.8	37.6	28.8	13.2	0.5
ランクⅤ	87	13.8	44.8	26.4	14.9	0.0

【同居者別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	1～2日	3～4日	5～9日	10日以上	無回答	平均
全体	663	17.9	40.0	29.4	12.1	0.6	5.6
独居	37	13.5	29.7	32.4	24.3	0.0	7.2
高齢者のみ世帯	150	16.7	43.3	33.3	6.7	0.0	5.1
その他	458	18.3	39.7	27.9	13.3	0.7	5.7

表2-38 1ヶ月の滞在時間

【痴呆性老人の日常生活自立度別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	2時間未満	2～4時間未満	4～5時間未満	5～10時間未満	10時間以上	無回答
全体	663	13.1	24.4	15.4	29.1	16.4	1.5
ランクⅠ	18	5.6	38.9	22.2	27.8	5.6	0.0
ランクⅡ	63	12.7	17.5	25.4	31.7	11.1	1.6
ランクⅢ	90	13.3	24.4	17.8	26.7	15.6	2.2
ランクⅣ	378	14.8	24.6	13.5	27.8	18.0	1.3
ランクⅤ	87	9.2	25.3	13.8	33.3	17.2	1.1

(2) 時間外の対応

通常業務時間外（夜間、早朝等）の対応をみると、時間外に計画的に訪問したのは1.5%、臨時訪問をしたのは10.7%、電話対応したのは19.3%であった。

痴呆性老人の日常生活自立度別にみると、電話対応「あり」の割合が高いのはランクⅢ～Mであり、ランクが高くなると電話対応などが必要になる割合が高くなると考えられる。

表2-39 時間外の対応

【痴呆性老人の日常生活自立度別】

(調査数：実数、その他：%)

	調査数	計画的訪問			臨時訪問			電話対応		
		あり	なし	無回答	あり	なし	無回答	あり	なし	無回答
全体	663	1.5	96.8	1.7	10.7	87.2	2.1	19.3	78.9	1.8
ランクⅠ	18	5.6	94.4	0.0	11.1	83.3	5.6	11.1	83.3	5.6
ランクⅡ	63	4.8	93.7	1.6	9.5	88.9	1.6	4.8	92.1	3.2
ランクⅢ	90	0.0	97.8	2.2	10.0	88.9	1.1	20.0	78.9	1.1
ランクⅣ	378	1.3	97.1	1.6	9.5	88.4	2.1	20.6	77.8	1.6
ランクM	87	1.1	96.6	2.3	16.1	81.6	2.3	20.7	78.2	1.1

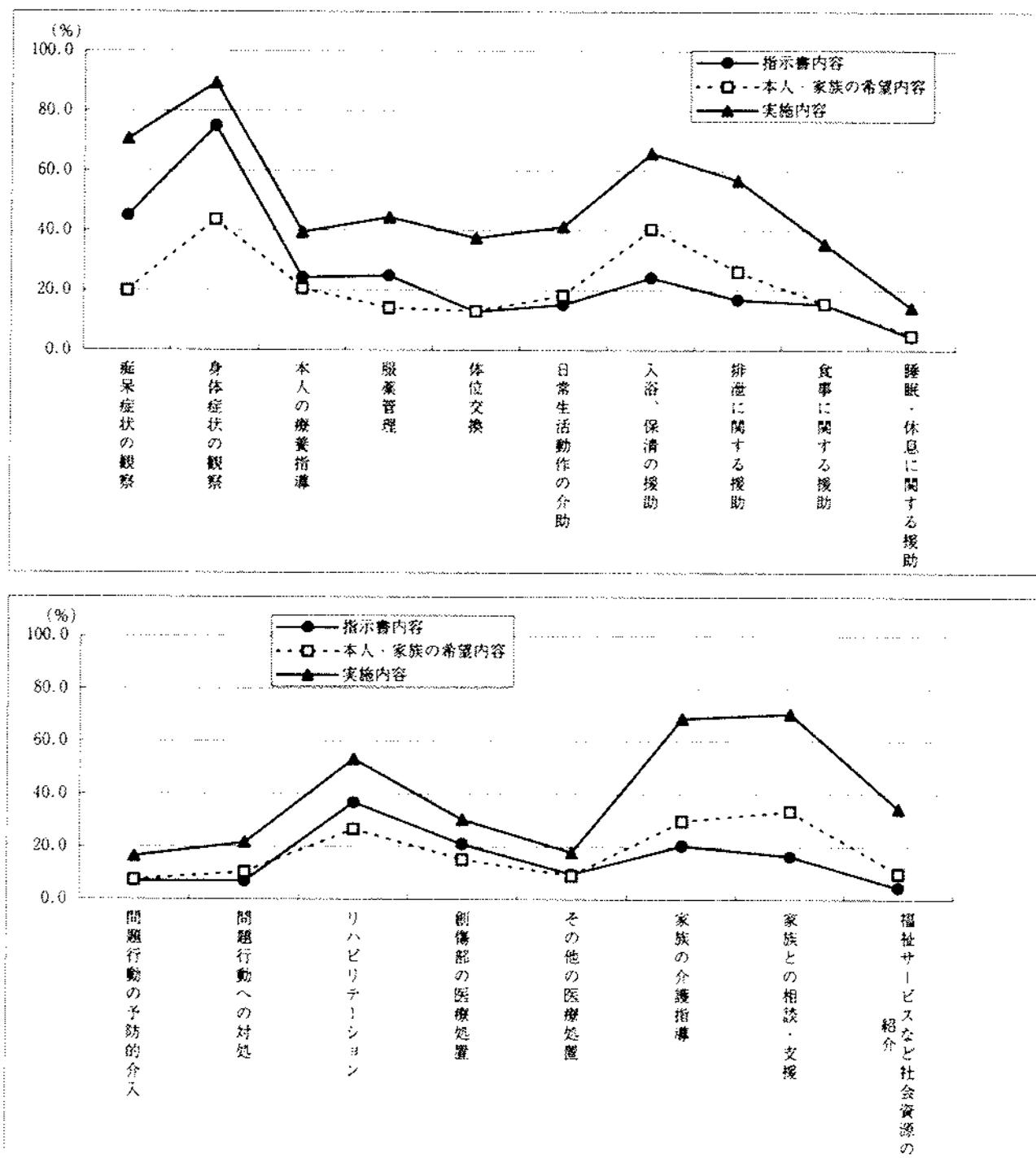
(3) 1ヶ月間の実施内容

医師の指示書記載内容は「身体症状の観察」が75.0%と最も多く、次いで「痴呆症状の観察」44.9%、「リハビリテーション」36.8%の順に多い。

実際にこの指示書に従って1ヶ月間に実施した内容としては、全般的に指示書内容を上回っており、特に「痴呆症状の観察」70.6%や「家族との相談・支援」70.4%、「家族の介護指導」68.6%などの実施割合が指示書に比べて高い。

本人や家族の希望する内容としては、「身体症状の観察」43.7%、「入浴、保清の援助」40.6%の順に多い。

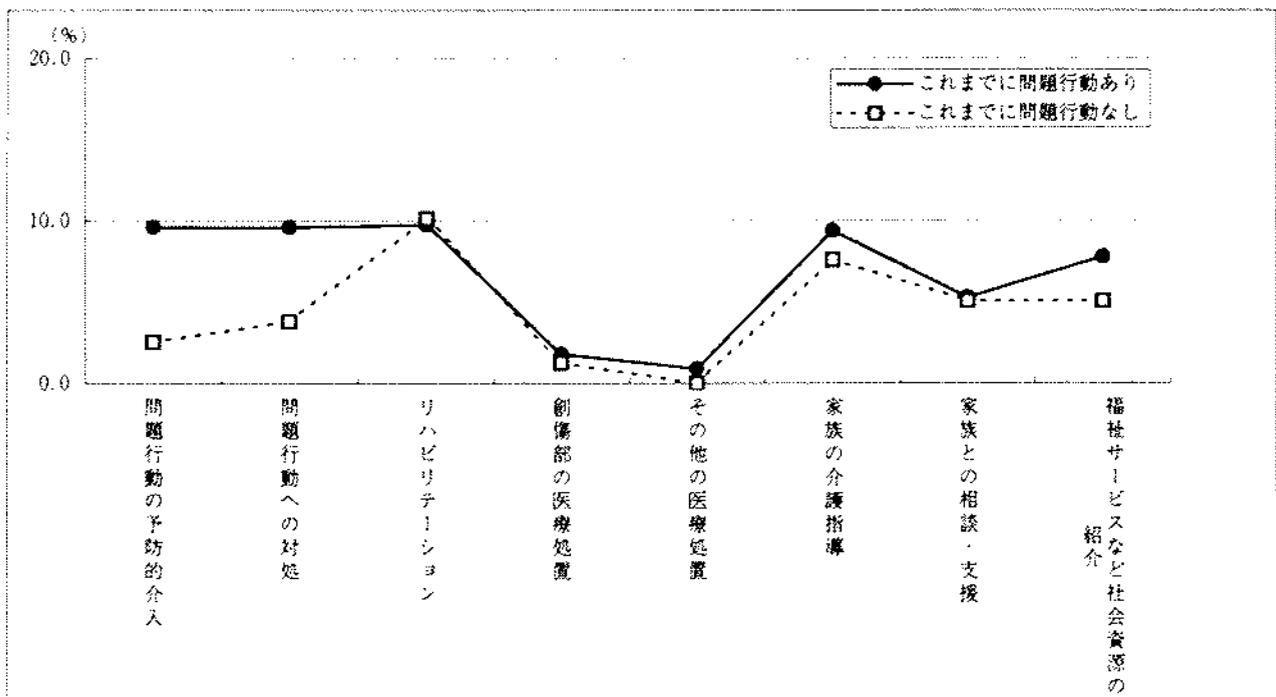
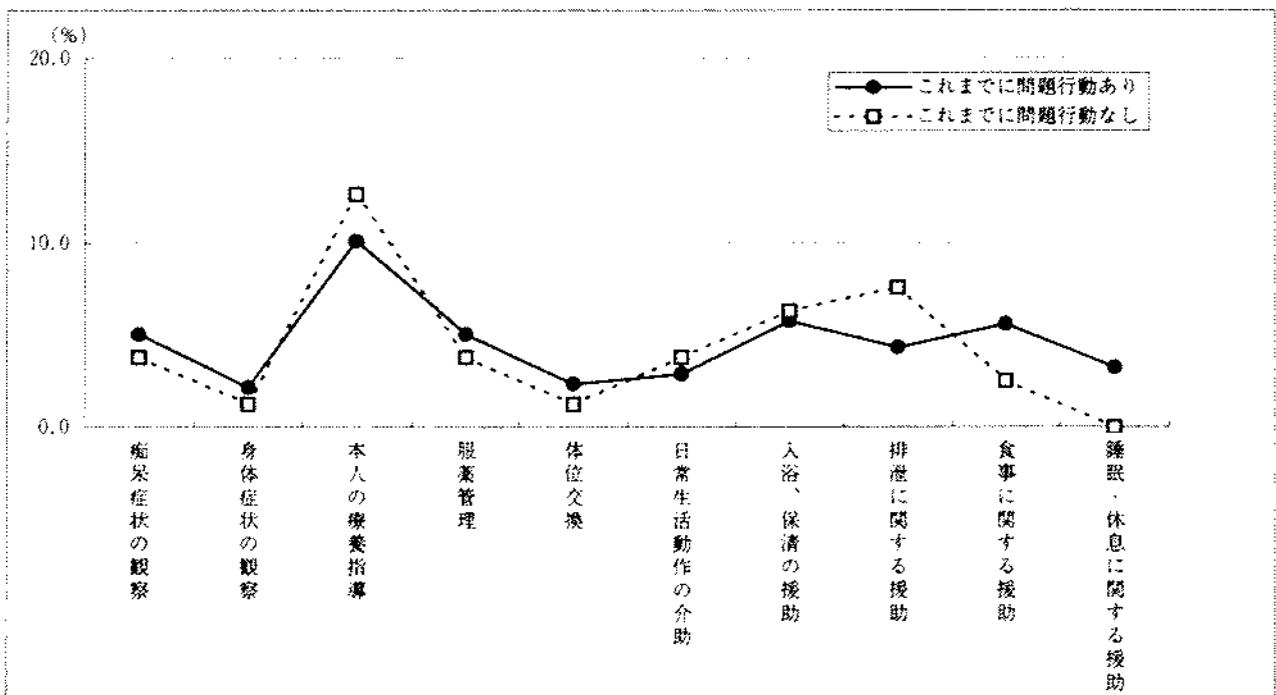
図2-38 実施内容



実施の有無に関わらず、訪問担当者が「困難」と感じる内容を回答してもらったところ、困難な内容に1つ以上○がついたケースは全体の44.6%であり、約4割のケースについては何らかの困難を抱えながら訪問している。困難な内容としては、「本人の療養指導」10.3%、「問題行動への対処」8.4%、「問題行動への予防的介入」8.3%などを困難と感じている割合が高かった。

特にこれまで問題行動があった対象者については、「問題行動への対処」や「問題行動への予防的介入」について約1割が困難を感じており、問題行動のない対象者に比べて困難割合が高い。

図2-39 困難と感じる内容

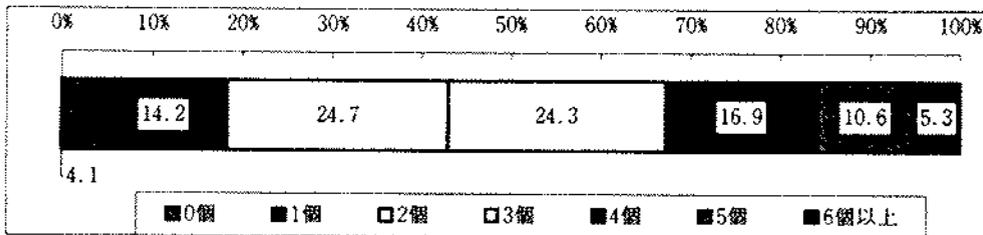


(4) 他のサービスの利用状況

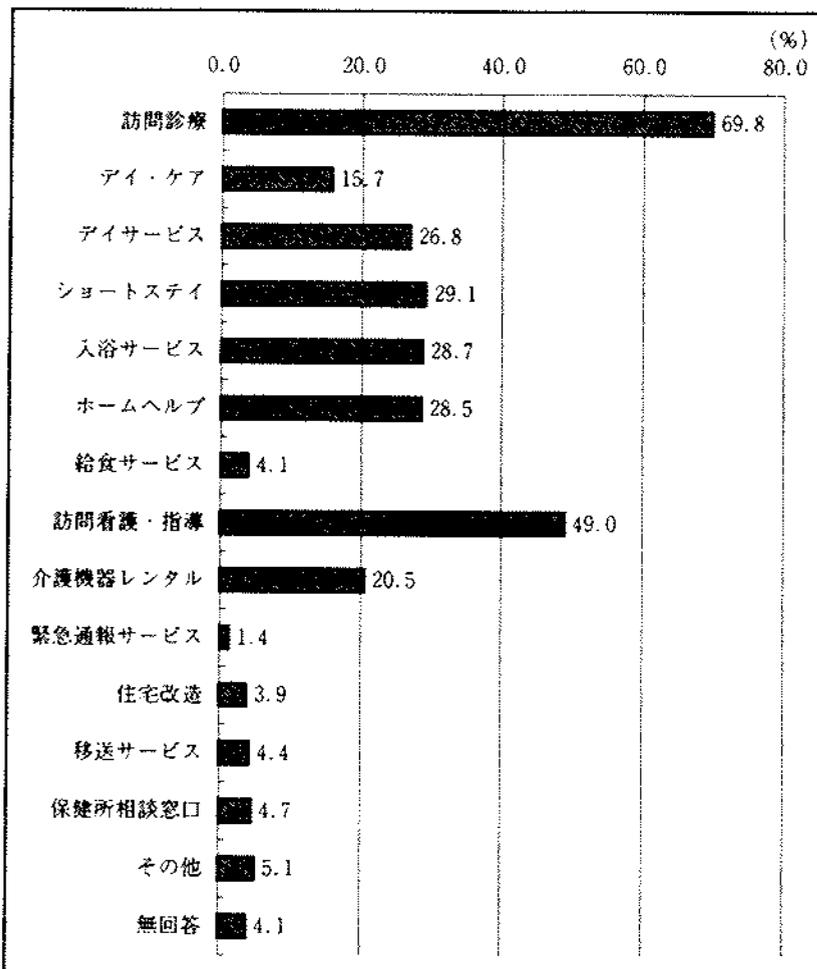
現在、訪問看護以外に利用しているサービスがある痴呆症患者は95.9%で、ほとんどの痴呆症患者が何らかのサービスを利用している。利用しているサービスの個数をみると、2個～3個という回答が約5割を占めている。

利用しているサービスの種類としては、「訪問診療」が69.8%と最も高く、次いで「訪問看護・指導」（保健所の訪問指導、医療機関の訪問看護など、自訪問看護ステーション以外からの訪問）49.0%、「ショートステイ」29.1%、「入浴サービス」28.7%、「ホームヘルプ」28.5%、「デイサービス」26.8%の順に多い。

図2-40 現在訪問看護以外に利用しているサービス
(現在訪問看護以外に利用しているサービスの個数)

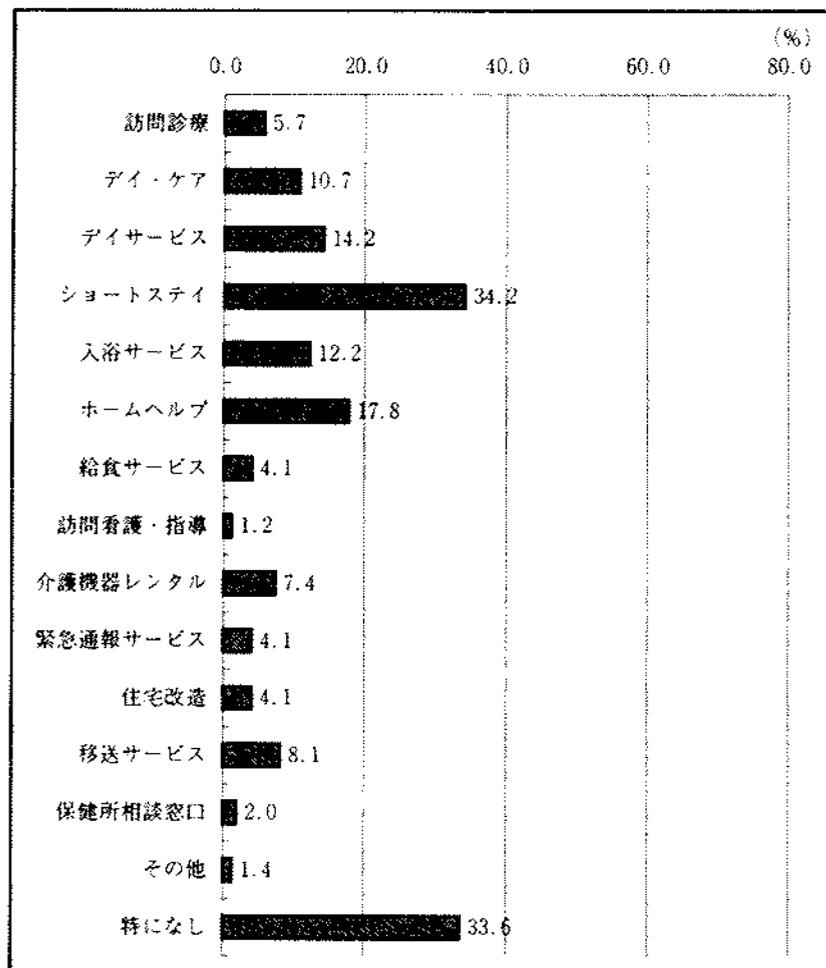


(現在訪問看護以外に利用しているサービスの種類)



現在利用していないが、今後必要と考えられるサービスとしては、「ショートステイ」が34.2%と最も高い。次いで「ホームヘルプ」17.8%や「デイサービス」14.2%、「入浴サービス」12.2%、「デイケア」10.7%などが必要な割合が高い。

図2-41 現在利用していないが、今後必要と考えられるサービス



3. 5 ケースの訪問担当者

(1) 担当者の職種等

職種別に割合をみると、「看護婦・士」が75.7%、「准看護婦・士」が14.8%、「保健婦・士」が5.7%であった。

勤務形態別にみると、「常勤職員」が69.1%を占め、「非常勤職員」が26.1%であった。訪問看護の経験年数は平均で約3.5年となっている。

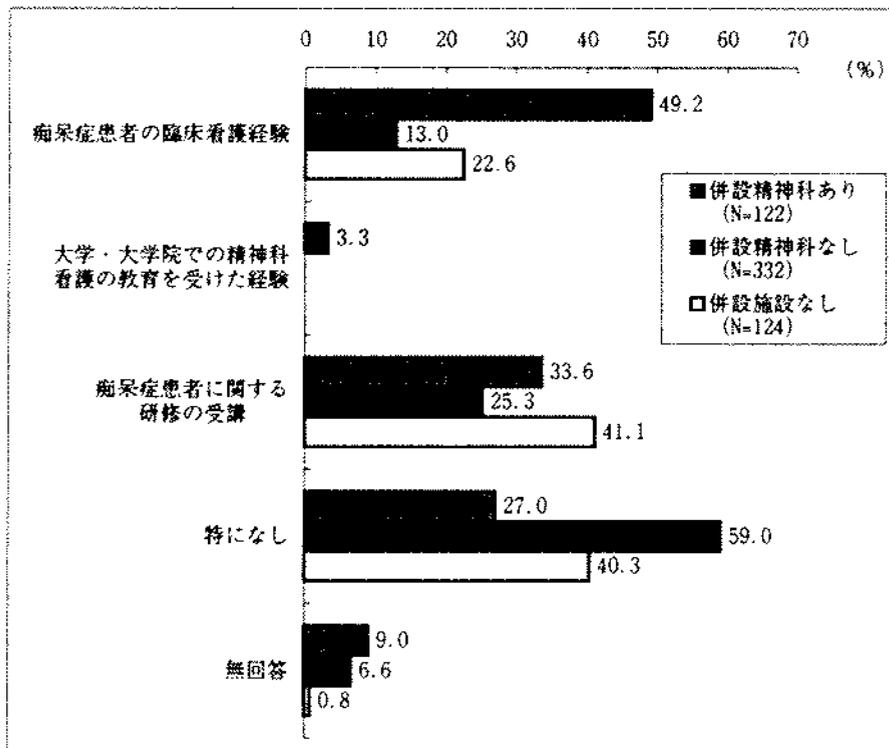
(2) 精神科看護に関する経験

精神科看護に関する経験として、「特になし」という担当者が49.0%と最も多い。精神障害者の訪問担当者（「特になし」：15.7%）に比べて痴呆症患者の訪問担当者は特に精神科看護に関する経験のない担当者が多い。「痴呆症患者の臨床看護経験」を持つ担当者は22.0%で、「痴呆症患者に関する研修の受講」は28.5%であった。

精神科医療機関併設の訪問看護ステーションでは、49.2%が痴呆症患者の臨床看護経験を保有しており、「特になし」は27.0%と比較的低い。

このように、精神科医療機関併設でない訪問看護ステーションでは、訪問担当者が痴呆症患者の臨床看護経験を持っている割合は低く、痴呆症患者に関する研修の受講が重要となっていると考えられる。

図2-42 精神科看護に関する経験

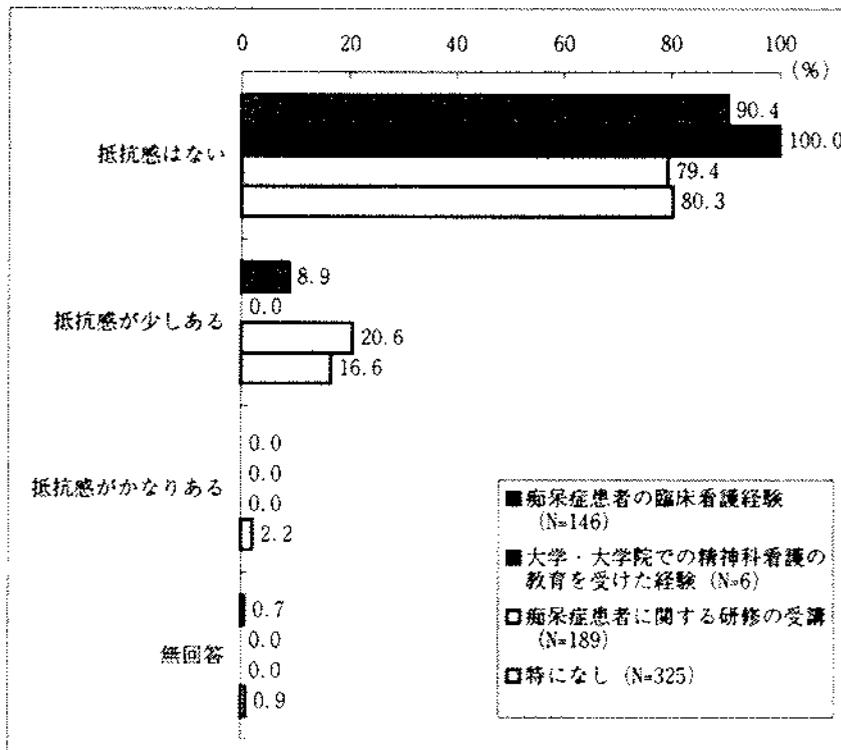


(3) 痴呆症患者への訪問看護の抵抗感

痴呆症患者への訪問看護への「抵抗感はない」という担当者が78.7%と大多数を占めるものの、「抵抗感が少しある」15.7%や「抵抗感がかなりある」1.1%という担当者もみられた。

精神科看護に関する経験別にみると、痴呆症患者の臨床看護経験がある担当者や大学・大学院での精神科看護の教育を受けた経験のある担当者では、「抵抗感はない」が9割以上を占めるのに対し、その他の担当者では「抵抗感がない」が8割程度と低く、反対に「抵抗感が少しある」が2割程度と高い。

図2-43 痴呆症患者への訪問看護の抵抗感

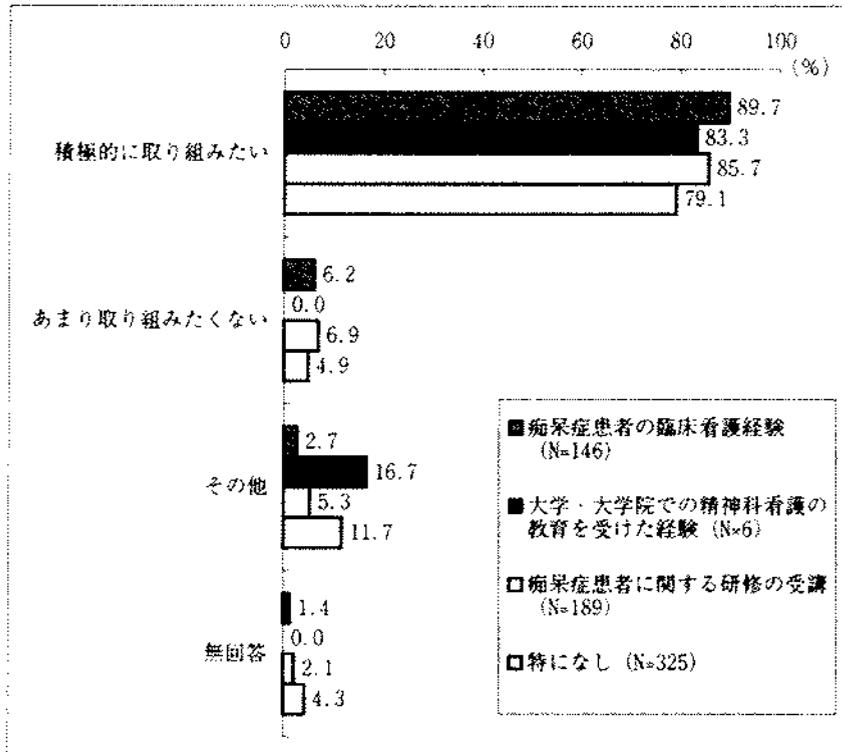


(4) 今後の痴呆症患者への訪問看護の取り組み意向

今後、痴呆症患者への訪問看護に「積極的に取り組みたい」という割合が78.7%を占め、「あまり取り組みたくない」5.7%は1割以下であった。

精神科看護に関する経験別にも、取り組み意向に大きな差はみられないものの、経験が「特になし」の担当者では、「積極的に取り組みたい」が79.1%と少し低く、取り組み意向が低い傾向がみられる。

図2-44 今後の痴呆症患者への訪問看護の取り組み意向



3. 6 困難と感じるケース

当該ケースについて、訪問担当者が困難と感じることが「よくある」ケースは13.3%、「たまにある」は49.6%、「あまりない」は31.1%であり、「よくある」「たまにある」を合わせて6割以上のケースについて担当者が困難を感じることがあると回答している。

これらの困難ケースにはどのような特徴があり、また担当者の経験等によって困難と感じる度合いが異なっているかどうかについて以下に分析を行った。

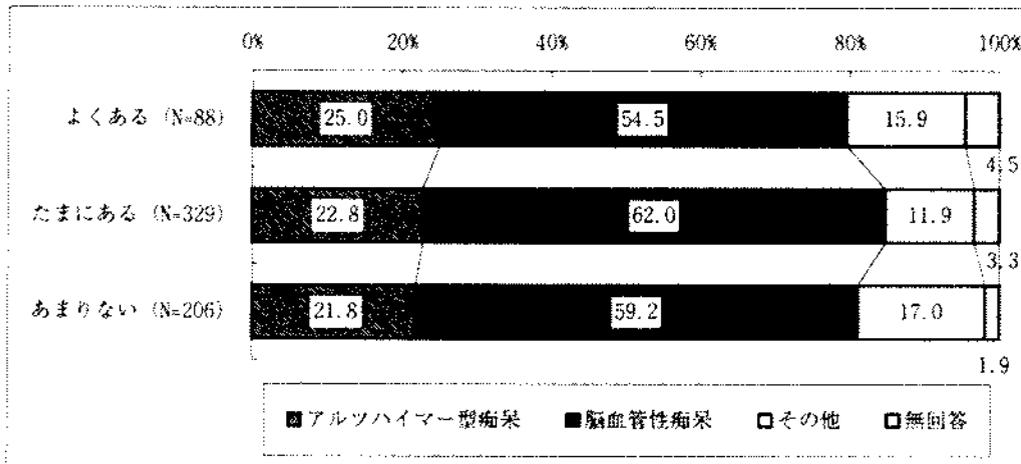
ア. 傷病名ではあまり差がみられない

困難と感じることが「よくある」ケースでは「アルツハイマー型痴呆」が25.0%、「脳血管性痴呆」が54.5%、「その他」が15.9%となっている。

困難と感じることが「たまにある」ケースや「あまりない」ケースでも、「アルツハイマー型痴呆」が約2割、「脳血管性痴呆」が約6割と同程度である。

図2-45 傷病名

【困難と感じる頻度別】



イ. 困難ケースは痴呆性老人の日常生活自立度が低いケースが多い

いずれのケースでも痴呆性老人の日常生活自立度は「ランクⅣ」が5～6割を占めている。困難と感じることが「よくある」ケースでは、痴呆性老人の日常生活自立度が「ランクⅣ」が20.5%と2割を占めており、他のケースに比べてランクⅣの割合が高い。

これらのことから、在宅の痴呆性老人でランクⅣ～Ⅳ程度の対象者へ訪問することが比較的困難になっていると考えられる。

また、障害老人の日常生活自立度をみると、困難と感じることが「よくある」ケースでは、ランクⅣが43.2%を占めるものの、他のケースに比べるとランクⅣの割合が低く、ランクⅣ、ランクⅣの割合が高くなっている。

これらのことから、比較的日常生活自立度が高く、家庭内では1人で動ける痴呆性老人の方が寝たきりの痴呆性老人に比べて困難になっていると考えられる。

図2-46 痴呆性老人の日常生活自立度

【困難と感じる頻度別】

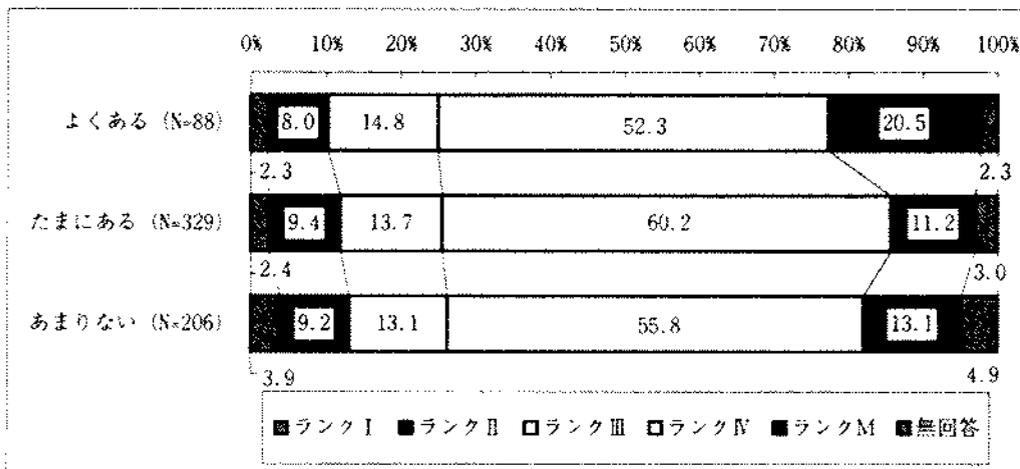
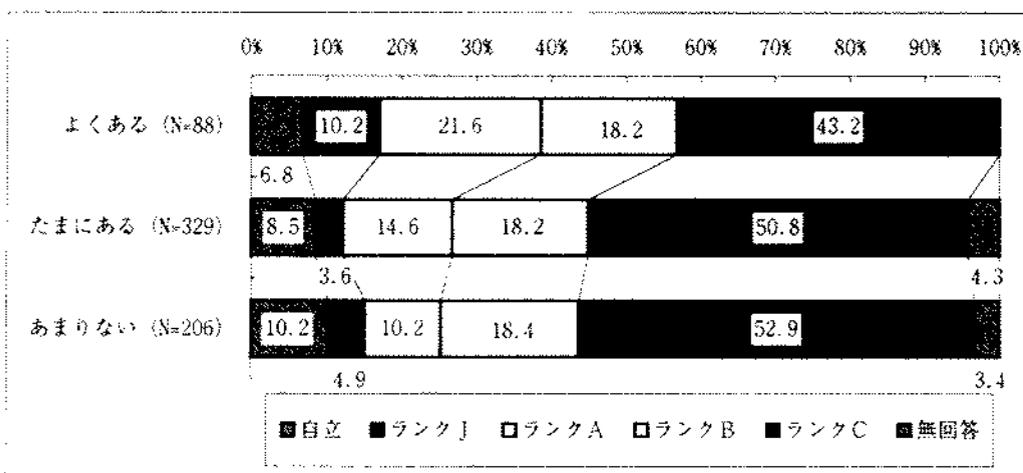


図2-47 障害老人の日常生活自立度

【困難と感じる頻度別】



エ. 困難ケースでは、現在、問題行動のある割合が高い

困難と感知することが「よくある」ケースでは、「これまでに問題行動あり」が85.2%、「たまにある」ケースでは86.9%となっている。

特に、困難と感知することが「よくある」ケースでは、現在何らかの問題行動のある割合が89.3%と約9割を占め、「あまりない」ケース（69.7%）に比べて現在問題行動のあるケースの割合が高い。

現在の問題行動の内容は、「昼夜逆転」「夜間不穏・夜間せん妄」「妄想」「幻覚」の順に多く、これらの問題行動があるために担当者が困難と感知していることが考えられる。

図2-48 これまでの問題行動の有無

【困難と感知の頻度別】

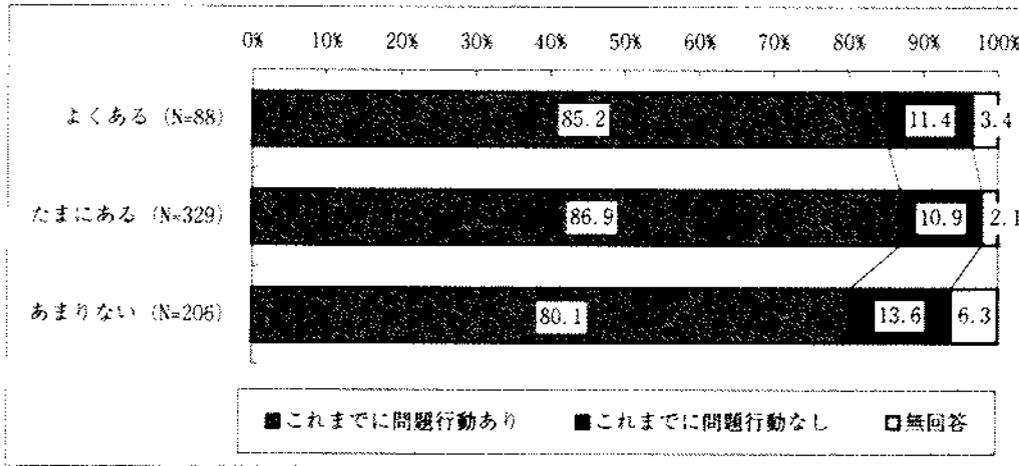
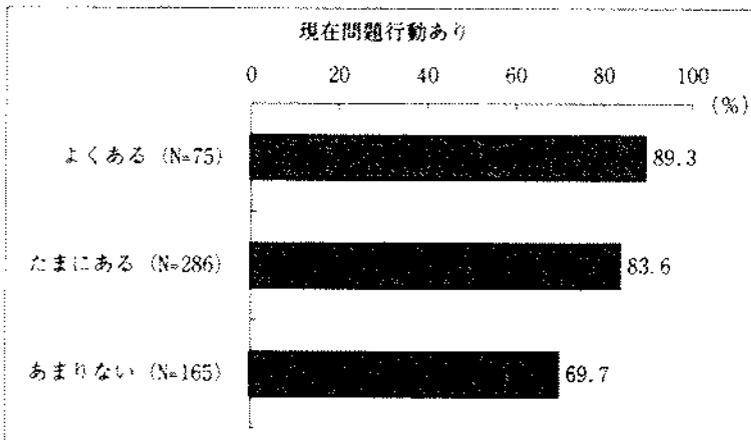


図2-49 現在の問題行動（「これまでに問題行動あり」の内数）

【困難と感知の頻度別】



オ. 困難ケースでは介護力が不十分なケースが多い

困難と感じることが「よくある」ケースでは、家族の介護力が「介護力はあるが不十分」が53.4%と過半数を占め、「介護力ほとんどなし」(9.1%)と「介護者なし」(5.7%)も合わせると約7割のケースで介護力が不十分になっている。

一方、困難と感じることが「あまりない」ケースでは、「介護力十分」が55.8%と過半数を占めている。

また、家族の介護負担感をみると、困難と感じることが「よくある」ケースでは、家族の「介護負担感大」が61.4%と、「あまりない」ケース(31.1%)に比べて負担感が大きい家族の割合が高い。

このように、家族の介護力が不十分であったり、家族の介護負担感が大きいケースの方が、訪問看護婦・士にとって困難と感じる頻度が高くなっている。

図2-50 家族の介護力
【困難と感じる頻度別】

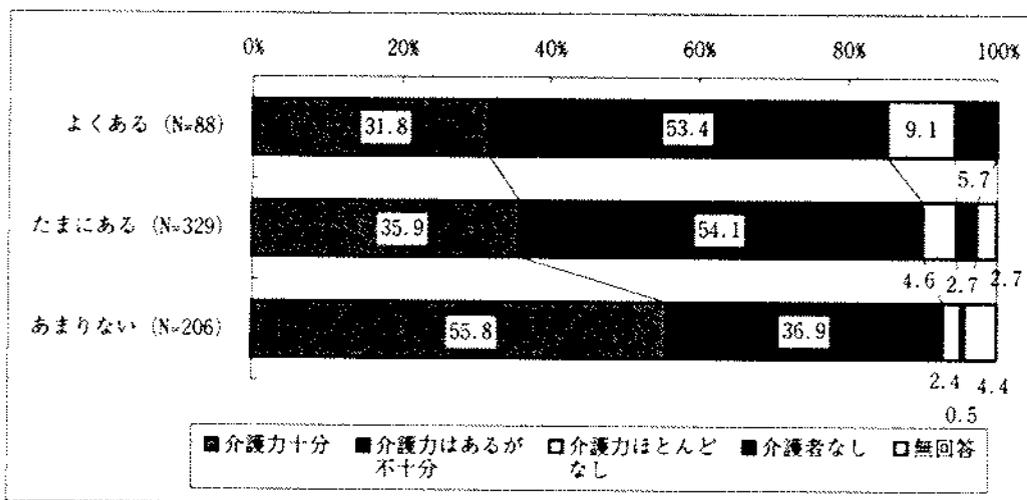
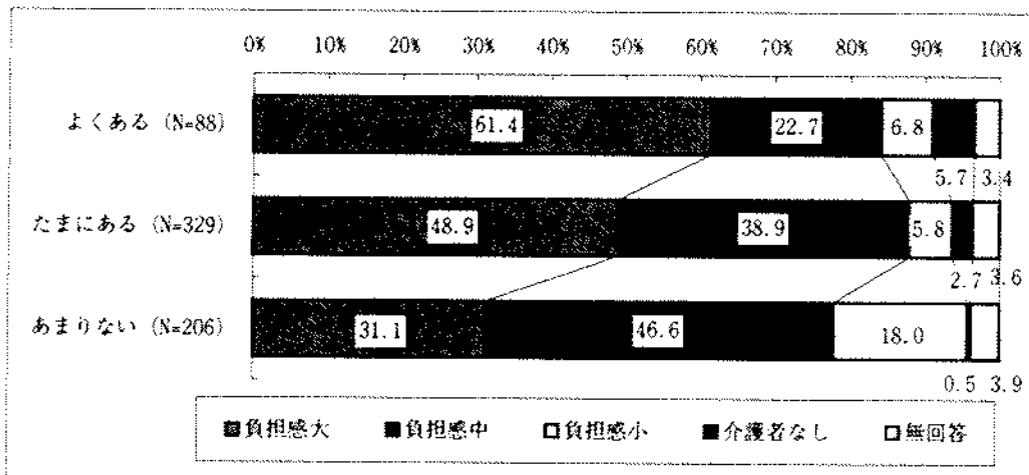


図2-51 家族の介護負担感
【困難と感じる頻度別】

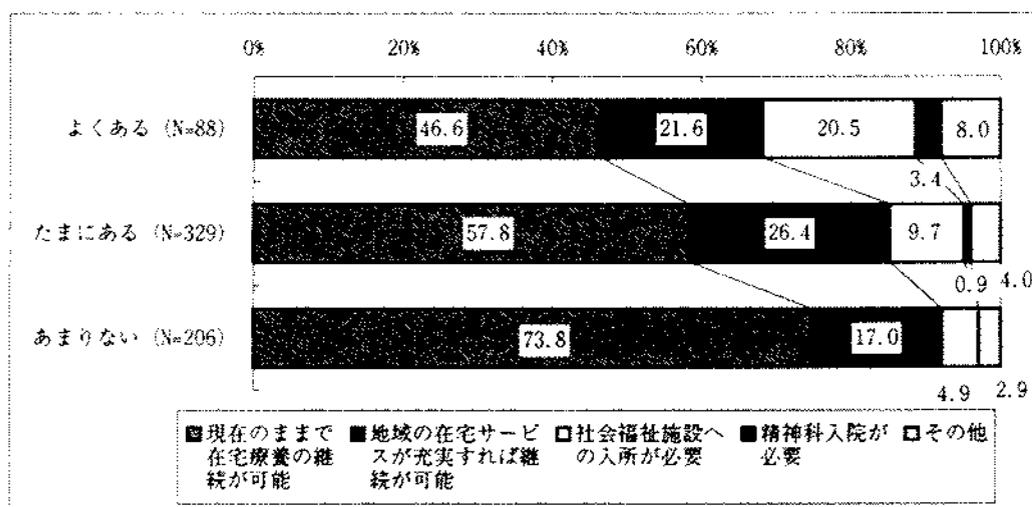


ク、困難ケースは今後在宅療養の継続が困難な割合が高い

困難と感じることが「よくある」ケースでは、「現在のままで在宅療養可能」が46.6%と比較的低いのに対し、「たまにある」ケースでは57.8%、「あまりない」ケースでは73.8%が在宅療養の継続が可能と訪問担当者が考えている。困難と感じることが「よくある」ケースは、「地域の在宅サービスが充実すれば継続が可能」が21.6%や「社会福祉施設への入所が必要」が20.5%、「精神科入院が必要」が3.4%となっており、他のケースに比べて現在のままでは在宅療養を継続できないケースの割合が高い。

表2-52 今後の在宅療養の継続について

【困難と感じる頻度別】



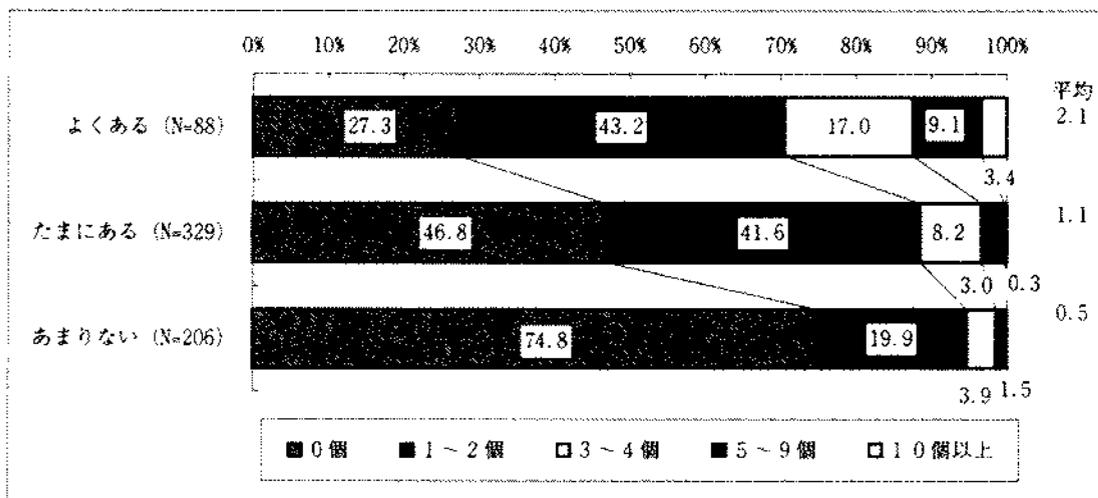
ケ. 困難ケースでは、実施困難な内容が多い

困難と感じることが「よくある」ケースでは、実施困難な内容に○印のついた個数が平均 2.1 個であり、「たまにある」(同 1.1 個)、「あまりない」(同 0.5 個)に比べて困難な実施内容項目が多い。

「よくある」ケースについて、実施困難な内容を多い順にみると、「家族の介護指導」29.5%、「本人の療養指導」19.3%、「問題行動への対処」18.2%、「問題行動の予防的介入」18.2%、「家族との相談・支援」17.0%となっている。家族の指導や相談・支援、問題行動への対処や予防的介入が困難となっているケースが多く、これらの実施が困難になっている。

図 2-53 実施困難な項目数

【困難と感じる頻度別】



コ. 担当者の精神科看護経験等によらず、困難と感じている

「痴呆症患者の臨床看護経験」のある割合をみると、困難と感じることが「よくある」ケースの担当者では 26.1%、「たまにある」ケースの担当者では 21.3%、「あまりない」ケースの担当者では 24.8%であり、大きな差は見られない。

以上のことから、担当者が困難と感じているケースは以下のような特徴があると考えられる。

- ・痴呆性老人の日常生活自立度が低い、家庭内では1人で動けるケース
- ・昼夜逆転、夜間不穏・夜間せん妄、妄想、幻覚などの問題行動のあるケース
- ・家族の介護力が不十分であったり、介護負担感が大きいケース
- ・家族介護指導・相談、問題行動への対処・予防的介入が困難なケース

これらのケースについては、担当者のこれまでの痴呆症患者の臨床看護経験の有無によらず困難となっており、これらのケースにどのように対応していくかが課題と考えられる。

4. 調査結果のまとめと今後の課題

(1) 調査対象となった施設の特徴

- イ. 精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションの精神障害者数をみると、約60%が「1～2人」であった。これに対して、痴呆症患者へ訪問しているステーションの痴呆症患者数は、約35%が「1～2人」、約50%が「3～9人」と精神障害者数に比べて人数が多い。
 - ロ. 「1～2人」の精神障害者や痴呆症患者への訪問看護を行っているステーションは、要請があれば年齢や疾患を限定せずに訪問しているところであり、昨年度の調査結果とつきあわせてみても、昨年は精神障害者や痴呆症患者の訪問を行っていても今年度の調査では行っていないと回答してきた施設があり、その人数には変動がみられた。
 - ハ. 精神障害者へ訪問しているステーションは、医療法人立が約60%を占めていた。とりわけ、訪問対象者の1割以上が精神障害者のステーションは、医療法人立が80%以上を占め、医療機関の精神科と連携して訪問を実施していると考えられる。一方、併設施設のないステーションで数人以上の精神障害者の訪問を行っている場合は、他の病院や診療所の精神科外来や保健所等との連携を密接に訪問していると考えられる。
- ニ. 痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションについても、精神障害者の場合と同じように、約60%のステーションが医療法人立や社会福祉法人立であった。また、訪問の対象者の3割以上が痴呆症患者であるステーションの場合は、約73%が医療法人立であり、医療機関の精神科と連携して痴呆症患者への訪問を実施していると考えられる。
- ホ. 訪問看護ステーションは、精神障害者への訪問、痴呆症患者への訪問の有無にかかわらず、保健所、保健センター、市町村保健担当部、在宅介護支援センター等と連携し、情報交換を行っていることが明らかになった。対象者の年齢や疾患に関係なく、訪問看護ステーションが地域の公的な機関と連携を図りながら機能していることが伺えた。

(2) 精神障害者への訪問看護と今後の課題

- イ. 精神訪問看護の対象者は、精神分裂病圏が7割を占め、30歳～64歳までの成人期にある人が7割を占めていた。精神症状がはっきりと認められるケースは約4割、ときどき精神症状が認められるケースが約4割と合わせて約8割を占めているものの、全体の約7割の対象者が声かけや励ましなどの支えによって、「今後も在宅療養の継続が可能」と訪問看護担当者は考えている。精神症状がはっきりと認められるケースでも65%が今後も在宅療養の継続が可能という回答であった。こうした結果から、ある程度の生活能力を獲得して成人中期・後期に至っている精神障害者にとって、地域での生活を継続していく上において訪問看護が果たしている役割は大きいとみることができよう。
- ロ. 50歳以上の対象者では、半数以上が身体疾患を合併しており、身体疾患の管理や指導も必要となっている。精神障害者の高齢化が今後進んでいくことを考えると、精神障害者の身体的なケアについての対応策は検討を要する緊急課題といえよう。
- ハ. 1ヶ月の平均訪問日数は3.9日となっている。精神症状が安定している人の場合は、月

1～4日程度の訪問が約85%を占めているが、精神症状がはっきりと認められる人の場合は、月1～4日程度の訪問は約75%であり、月5日以上との訪問が約25%と訪問回数が多い傾向がみられる。

- ニ. 訪問看護婦（士）が訪問した際に実施している内容は、指示書に比べて全ての項目について実施率が高かった。主治医の指示書の記載内容は、「精神症状の観察」「心理的・情緒的な援助」「精神疾患の服薬管理」などモニタリング機能が多かった。本人や家族の希望内容は、単身者、家族同居など家族状況によっても違ってくるものの、「心理・情緒的な援助」「精神症状の観察」「身体症状の観察」に加えて対人関係や家族との関係調整などが多かった。指示書内容と本人・家族の希望は低いが、実際には訪問看護婦（士）が行っている内容として「家族との相談・支援」があり、その開きは最も大きかった。精神訪問看護の中で家族への支援をどのように位置づけるかは、検討を必要とする今後の課題といえよう。
- ホ. 精神訪問看護の困難さは、「援助方法の難しさ」や「効果の見えにくさ」にあることが明らかになった。また、訪問看護対象者の3割以上が精神障害者であるステーションは、精神科医療機関併設型の訪問看護ステーションが多く、スタッフにも精神科看護経験がある看護婦（士）がいるところが多いにもかかわらず、困難な点として「本人の受け入れ拒否」「周囲の人々への受け入れ調整」をあげていた。これは、精神科医療機関併設型の訪問看護ステーションでは、精神科医療機関に併設していないところに比べ、比較的症状の重い精神障害者へ訪問していることも関係していると考えられる。また、精神科医療機関併設型の訪問看護ステーションでは、訪問看護を受け入れることが退院の条件になっており、本人の訪問看護に対する認識が十分でなかったり、あるいは状態が変化するなど、精神障害者本人との契約関係を確立することが困難なことも考えられる。さらに、長期入院していた精神障害者の社会復帰は、地域に受け入れてもらう過程で困難が生じることも考えられる。

（3）痴呆症患者の訪問看護と今後の課題

- イ. 訪問看護の対象となっている痴呆症患者の平均年齢は82.2歳で、約75%が女性であり、身体疾患を合併している割合は約75%を占めていた。このことから、痴呆症患者の訪問看護対象者の多くが、80歳代の身体疾患をもつ女性であることを示している。
- ロ. 痴呆症患者の場合、9割以上が「同居者あり」となっているが、男性患者の場合は「高齢者のみの世帯」が約40%と多く、妻が夫の世話をしている実状が示された。女性の痴呆症患者の場合は、「その他の世帯」が多く、子どもや子どもの配偶者が世話をしている場合が多いと考えられる。
- ハ. 痴呆症患者を介護している介護者の約90%が中程度以上の介護負担感を感じていた。とりわけ、「配偶者」および「子の配偶者」では「負担感大」と回答した割合が約5割と多く、家族全体の介護力や介護者の年齢、心理的な負担感などの問題をも含めて、今後の支援体制の検討が必要であろう。現在訪問看護の他に「訪問診療」「（保健所）訪問指導」「ショートステイ」「入浴サービス」「ホームヘルプ」「デイサービス」などを利用している痴呆症患者が多いことからみても、これらの地域の在宅サービス等を通じた介護者の支援体制の一層の充実が求められる。

- ニ. 痴呆症患者の介護の困難さは、問題行動によるところが大きい。とりわけ、「徘徊」「昼夜逆転」「夜間不穏・夜間せん妄」などは、介護者の負担感を増している要因と考えられるが、こうした問題行動に対して、訪問看護婦（士）は、予防的な介入や対処が困難と回答している。また、困難ケースとして、比較的日常生活自立度が高く、家庭内で1人で動ける程度の痴呆症患者があげられていた。こうした場合も介護者の負担感が大きく、それに対して訪問看護婦（士）が効果的な助言を介護者にすることができないことが困難さの要因となっていると考えられる。痴呆症患者を地域で支えていくためには、24時間の看護体制や訪問時間の問題などを含めて、家族の介護負担を軽減する方策が必要となろう。
- ホ. 1ヶ月の訪問日数は、平均で5.6日となっているが、独居の痴呆症患者への訪問は、平均7.2日と多い。訪問看護婦（士）が訪問時に実施している内容は、すべての項目において指示書内容を上回っているが、「入浴、保清に関する援助」「排泄に関する援助」「家族の介護指導」「家族との相談・支援」は、主治医の指示書を大きく上回って実施されていた。また、家族の希望内容としては低いものの、痴呆症状や身体症状の観察は、実施内容の大きな比重を占めていた。身体的なケアと家族援助は、高齢の痴呆症患者の看護には欠かせないものとなっている。

（4）訪問看護の担当者が直面する困難さと教育訓練

- イ. 訪問対象者に精神障害者が現在はいない、あるいは精神障害者の割合が利用者の3割未満のステーションでは、精神障害者への「援助方法」や「症状悪化時の対応」が困難と回答しており、精神科看護の専門的な技術や知識を必要としていることが伺える。担当者の精神訪問看護の援助技術を向上させていくための教育・研修プログラムの開発は急がれる課題の一つといえよう。
- ロ. 痴呆症患者の訪問については、患者を支える介護者を含めて援助が必要になる。本調査の結果においても、介護者である家族への支援が重要になっていることが明らかにされた。家族システム、あるいはソーシャル・サポートシステムという考え方に立った援助方法の開発は、訪問看護の技術論として必要になってきている。
- ハ. 精神障害者や痴呆症患者への訪問看護に対する抵抗感はないという担当者が全体の約8割を占め、今後も積極的に取り組みたいと考えている担当者が多いことからみると、訪問看護ステーションの看護能力の高まりに伴って、一般のステーションで精神障害者や痴呆症患者の訪問を受け入れる可能性は十分に広がると考えられる。一方、訪問看護による援助内容を分析してみると、精神症状や身体疾患に対するケア、家族への援助など専門的な知識を必要とする割合も大きくなってきている。こうした現状から考えると、精神障害者や痴呆症患者の訪問看護には専門的な看護援助の提供が必要であり、精神障害者や痴呆症患者の訪問看護専門家の育成とコンサルテーションシステムの確立などによる訪問看護ステーションへの支援体制が今後の課題となっている。

第3章

精神訪問看護を実施している
訪問看護ステーションへの
ヒアリング調査結果

第3章 精神訪問看護を実施している訪問看護ステーションへの ヒアリング調査結果

平成9年度調査結果より、精神障害者や痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションの大半は、高齢者などの対象者の中に数人の精神障害者や痴呆症患者を訪問している状況が明らかになった。本年度は、精神障害者や痴呆症患者へ専門的に訪問している訪問看護ステーションでなく、一般の高齢者等を中心に訪問している訪問看護ステーションで精神障害者や痴呆症患者へ訪問している施設を対象にヒアリング調査を実施することにより、それらの訪問看護ステーションが抱える精神訪問看護の問題点や今後の課題を明らかにすることを目的とした。

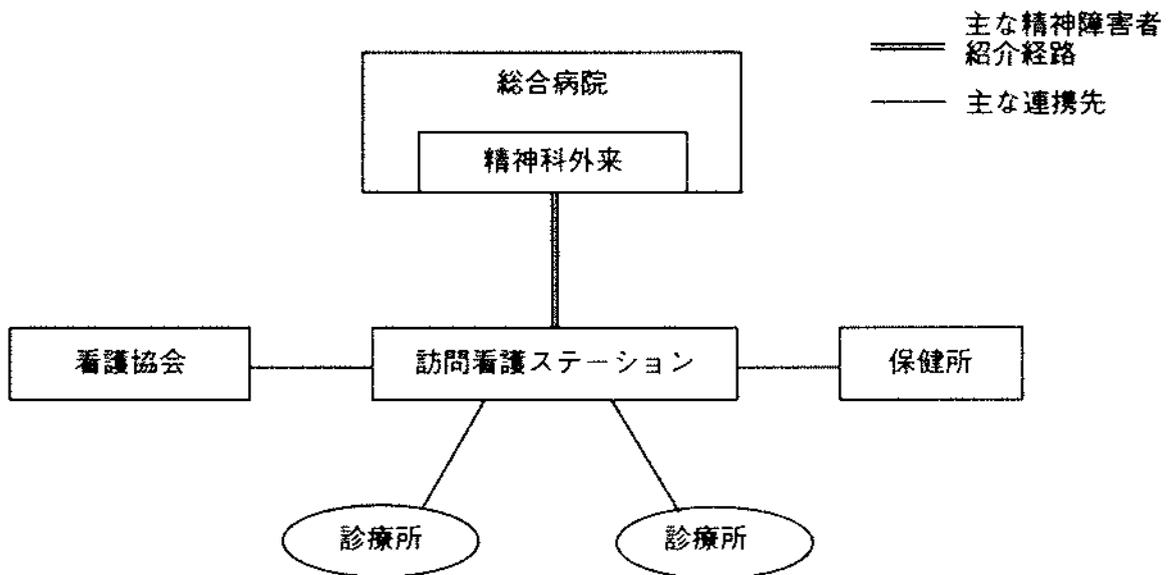
第2章のアンケート調査結果より、精神科医療機関に併設していない訪問看護ステーションのうち、地域や開設主体等を勘案し、以下の5つの訪問看護ステーションをヒアリング施設として選定した。

- | | | |
|----------|------------------|--------|
| ①看護協会立 | 訪問看護ステーションあきた | (秋田県) |
| ②看護協会立 | 若林訪問看護ステーション | (宮城県) |
| ③社会福祉法人立 | 二俣川訪問看護ステーション | (神奈川県) |
| ④医師会立 | 生野区医師会訪問看護ステーション | (大阪府) |
| ⑤医療法人立 | くすのき訪問看護ステーション | (熊本県) |

(1) 訪問看護ステーションあきた

近隣の総合病院の精神科外来との連携によって、精神訪問看護が展開されている点の特徴的である。一般の高齢者等への訪問が中心で、精神障害者や痴呆症患者は最近徐々に増加傾向にある。看護協会立のため、主治医だけでなく総合病院の看護スタッフとのつながりが密接にとれており、訪問依頼の相談は病院の看護サイドからが多い。問題があれば精神科外来にて合同ケースカンファレンスを開くなど、病院が訪問看護ステーションを支援する体制もできている。精神科看護の経験が少ないスタッフで精神訪問看護を行おうとするときの一つの方法と考えられる。精神障害者のケースは、家族調整と生活援助を必要とする中年期の女性が主であった。

精神障害者に対する地域の理解度や保健所の取り組み状況と関係していると思われるが、地域の社会資源を開発し、精神訪問看護を拡大していくためには、行政のなかで活動する保健婦との協力体制や、他の精神科医療機関との連携が必要になってくると考えられる。



【施設概要】

秋田駅から徒歩5分の市の中心部に位置し、県立秋田脳血管研究センターに隣接するビル（三師会、看護協会等）にある都市型の訪問看護ステーションである。訪問範囲は秋田市内で、農村部への訪問はないため、積雪地帯ではあるが、冬の訪問の交通手段には支障をきたす程ではない。利用者数は61人で、このうち精神障害者が8人、痴呆症患者が4人である。

【精神障害者の紹介経路】

精神障害者は、市内の総合病院（病床550床、うち精神病床60床）の精神科からの紹介のみである。看護協会立の訪問看護ステーションのため、協会会員を通じての紹介が多い。精神障害者の退院時に紹介されることが多く、精神科外来に通院しながら訪問看護を受けるケースがほとんどである。

訪問看護ステーションに精神障害者を紹介する以前は、病院の精神科外来や相談室等へ外来患者からの電話や相談が多かったが、訪問看護ステーションを紹介してからは病院への電話や相談件数が減っており、病院としても訪問看護ステーションとの連携を歓迎している。「退院してからも訪問看護があれば在宅での生活を続けられる」、「訪問看護ステーションに紹介すると再入院を防げる」という認識が病院のスタッフ、主治医など関係者に広がってきており、紹介が増えてきている状況にある。

このため、精神障害者については総合病院との連携が不可欠で、ケースを紹介してくれる主治医に訪問看護ステーションのスタッフが訪問し、必要であれば合同ケアカンファレンスを実施している。また、救急時には24時間いつでも受診でき、電話相談もできることから、安心して訪問にあたっている。

今後、精神訪問看護を拡大するためには、地域の他の医療機関からも精神障害者の紹介がくるようなPR活動が重要と考えられ、また行政の保健婦等との連携も充実させる必要があると考えられる。精神科医療機関に併設してない訪問看護ステーションにおいても、病院の精神科外来と十分な連携を図ることで精神訪問看護を実施することができている典型的な事例であると考えられる。

【訪問スタッフ】

精神障害者の対象者が最近では増加しているが、もともとは一般の高齢者等を中心に訪問しているため、特に精神科看護の経験の豊富なスタッフがいる訳ではない。管理者は病院の精神科で約3年勤務したことがあり、精神障害者に関するスタッフからの相談には管理者が応じている。現在、精神障害者に訪問しているスタッフは管理者以外に非常勤2人であり、これらの非常勤スタッフのうちAさんは精神科が5床ある混合病棟で3年勤務したことがあるが、もう1人のBさんは特に精神科の経験はない。Aさんは精神障害者への訪問に対して特に抵抗はなかったが、在宅では病院とは違った人間関係が必要になり、訪問看護婦自らが判断したり考えることも多く、病院の方がどちらかといえば迷うことが少なかったという。Bさんは特に経験がないため、最初に精神障害者を訪問した時は、精神障害に対する病気の理解が少なく、どう対応してよいか迷うことも多かったという。しかし、徐々に病気のことを理解できるようになり、対応していけるようになったという。

このように、精神科看護の経験があまりない担当者であっても、病気の理解を深めたり、スタッフ同士や管理者と話し合うことなどにより、訪問担当者として十分に機能できている。管理者は、これらのスタッフの相談に応じたり、必要時には同行訪問をすることなど、経験を深めてもらうよう努力している。ただし、一人のスタッフに精神障害者のケースを集中して担当してもらうと、精神的負担が生じるので、精神以外の訪問と組み合わせて受け持ってもらおうようにしているという。

【困難点】

精神障害者への訪問に関して、最も困難を感じるのは、訪問看護ステーションだけでは在宅の精神障害者を支えきれないということであるという。社会復帰のための様々なサービスが必要であるが、地域にそれらのサービスが不足しているため、訪問看護ステーションにかかる負担が大きくなっていると考えられる。

例えばヘルパーを導入したくても、市では若い精神障害者にはヘルパー派遣ができない。ヘルパーを導入するにあたり、本人が嫌がる場合もある。精神障害者へのヘルパーの訪問については、ヘルパーに医学的知識がないことから、訪問させてよいかという議論もあるが、ヘルパーによって支えられる面も大きいと考えている。

65歳以上の人では、ヘルパーを派遣し、調子が悪い時には訪問看護ステーションに連絡してもらおうようにしているケースもある。ヘルパー導入にあたっては、精神障害に対する知識と理解を深めてもらうように努力しているという。現在訪問している精神障害者は、家事能力はある人が多く、訪問看護婦と一緒に日常生活は可能である。最初は何を料理すればよいか分からなかったケースでも、材料を調べて、足りないものがあるようになってきている。この「出来ること、出来ないこと」を見極めることについては、ヘルパーにも学んでほしいと考えている。例えば、不安神経症のケースなどでは、「やればできるのにやらない」のが病気だとヘルパーが理解できず、判断に迷うこともあった。患者の方も、サービス担当者が来る日は必死になって家事をして後で疲れて具合が悪くなるケースもある。このような事から担当スタッフの教育・研修等により理解を求めていかなければならない。

また、近くに中高年の精神障害者が通えるデイケアがない。病院のデイケアは20歳代が中心で、市内にある別のデイケアでは痴呆性老人が多い。遠方のリハビリテーションセンターではデイケアを実施しているが、距離的にも遠い。これらの中高年の精神障害者が気軽に行けるような場があればよい。精神障害者対象の料理教室や精神障害者が中心となって喫茶店を営んでいるところなどを聞いたことがあるが、そういう交流の場所があったらよいと思う。

【精神障害者への訪問について気をつけていること】

精神障害者への訪問では、時間をきっちり決めて訪問するように気をつけている。他のケースでは、例えば「午前中に」と約束するが、精神障害者の場合は融通がきかない場合が多いため、大体の時間を決めて訪問している。

女性の訪問看護婦が男性の1人暮らしのところに訪問することについては、現在抱えているケースに関しては特に問題ないと考えている。最初訪問する時には抵抗を感じるケースもあるが、対象者のことを理解し、信頼関係を築けるように心がけている。1人で訪問することには特に抵抗はないが、病状の変化に早期に対応できるように気をつけている。

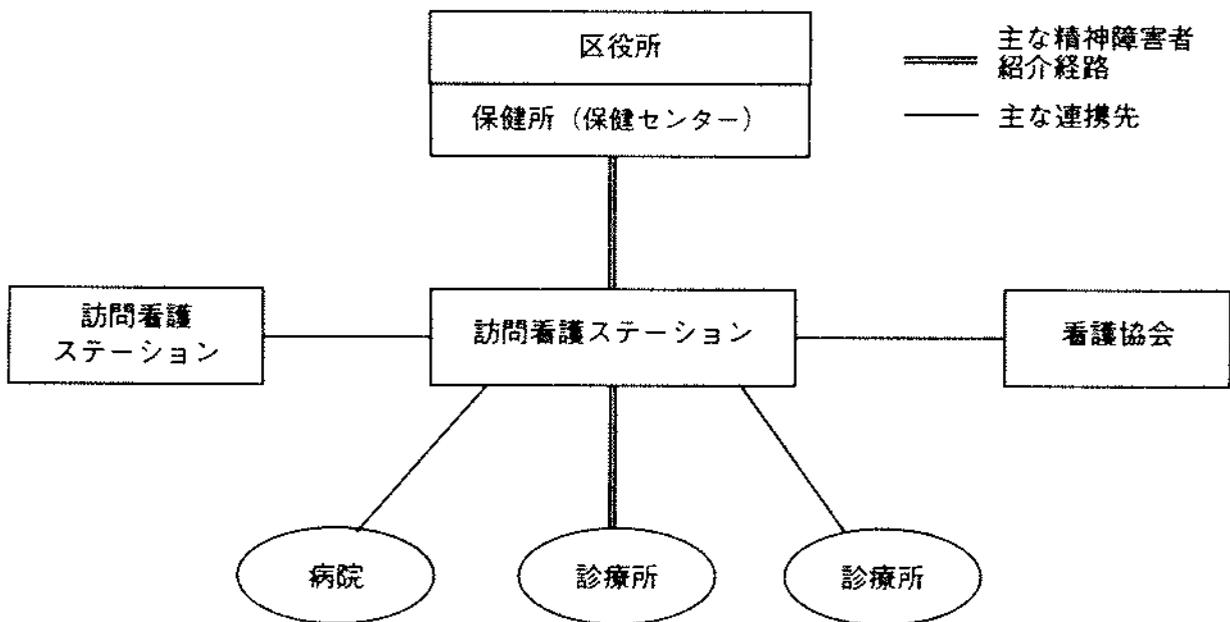
【今後の精神訪問看護への取り組みについて】

介護保険制度の施行後には、それぞれの訪問看護ステーションの特徴を出していく必要があると考えている。そういう意味でも精神訪問看護や小児の訪問看護にも積極的に取り組んでいきたいと考えている。

(2) 若林訪問看護ステーション

若林訪問看護ステーションは、区役所、保健所など行政機関との連携が密接であること、宮城県内の他の看護協会立の訪問看護ステーションとの横のつながりが確立している点が特徴的である。設立が平成4年と早い時期のため、対象者は高齢者が中心であるが、訪問看護ステーションとして「生活を支える」ということを基本としている。このため、精神障害者、痴呆症患者であっても、健康問題を持ち、訪問看護が必要であれば訪問するという方針を明確に打ち出している。また、OTの資格を有する訪問看護婦がいることや市内に作業所など障害者が利用できる社会資源があることから、リハビリテーション活動も積極的に行っている。

一人の患者に対して二人の訪問看護婦を受け持ちにするという体制は、質の確保の維持から考え出したということであるが、看護内容が複雑で質を要求されるケースの場合には二人訪問体制が問題の発見、解決に対して効果的で、訪問看護婦の負担の軽減にもつながると考えられる。



【施設概要】

仙台市内で、周りは事務所ビルや住宅街が広がっている地域である。併設施設はない。訪問範囲は若林区を中心に車や自転車で30分以内の地域である。利用者数は119人で、うち精神科指示書の対象者は2人。

【精神障害者の紹介経路】

精神科指示書のあるケースは現在2人で、どちらも保健婦からの紹介である。若林訪問看護ステーション所長が元保健婦のため、保健所との連携が強い。高齢者の訪問依頼についても、保健婦や区役所経由が多い。

【訪問スタッフ】

所長は保健婦時代に精神障害者への訪問経験があるため、精神障害者については所長が訪問スタッフにアドバイスをしている。副所長は看護婦であるが、OTの資格保有者であり、リハビリテーションにも積極的に取り組んでいる。その他のスタッフには精神看護の経験はない。

この訪問看護ステーションでは、複数（通常2人程度）のスタッフで1人の対象者を受け持つ体制にしている。複数のスタッフが担当することにより、なるべく長期間担当者を替えないようにでき、スタッフが1人で抱えこむこともなくなり、スタッフが風邪などで訪問できない場合でも担当者のいずれかが訪問できるというメリットがある。複数の「目」があることも重要である。見方が異なる場合は、担当者同士が話し合っ、看護計画を一つにしていくようにしているが、どうしても二人で解決策が出ない場合は所内、所外でカンファレンスを実施し、統一するようにしているという。

精神障害者についても基本的には2人で担当者している。精神疾患のある対象者については、意思疎通に時間がかかり、なかなか心を開いてくれないケースが多いため、できるだけ担当者を替えないようにしている。

【他機関との連携】

仙台市若林区では、地区担当の保健婦にカンファレンス開催依頼をすると、保健婦が関係機関に連絡・調整し、週1回設けられているカンファレンス開催日に開催してくれるシステムがある。このシステムを利用し、必要なときはカンファレンスを開催してもらい、他機関と連携調整を行っている。

高齢者の介護について、家族が困っているような場合には、区役所の相談窓口に行くことが多い。この区役所の相談窓口や保健婦から、訪問看護ステーションの利用を勧めてもらっており、区役所・保健所（保健婦）との連携がうまく図られている。

県内に9カ所ある看護協会立の訪問看護ステーション全体で研究発表会等を開催している。これらの研究発表会では事例検討なども行い、他の訪問看護ステーションの事例等から学ぶことも多いという。困難なケースを抱えた場合など、類似ケースの経験がある訪問看護ステーションにスーパーバイズを依頼できるというメリットもある。反対に他の訪問看護ステーションから相談されることもあり、相互の質の向上につながっている。

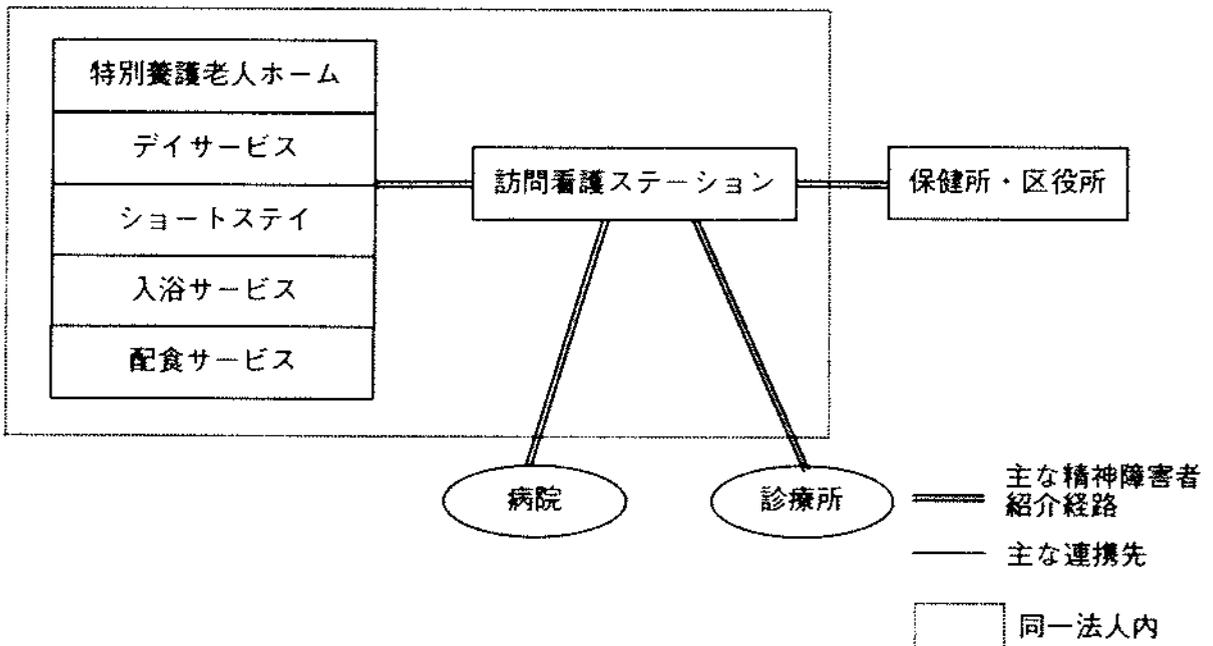
【精神訪問看護への取り組み】

現在訪問している精神科指示書のある対象者は2人で、蘇生後脳症とアルツハイマー病である。蘇生後脳症の対象者は保健所からの紹介ケースで、訪問当初は3歳程度の知的レベルであったため、生活レベルやセルフケア能力を向上させるための訪問を継続している。アルツハイマー病の対象者も保健婦からの紹介で、疾病の進行をできる限り遅らせ、生活レベルを維持し、介護者を含めた精神的ケアを行っている。このように、生活レベル維持が中心の対象者へ訪問しているが、精神症状のケアが中心の精神障害者でも訪問していけると考えている。精神症状の有無に関わらず、生活の質を上げながら自立を目指していくことができるケースであれば、病名は関係なく訪問しようと考えている。

(3) 二俣川訪問看護ステーション

開設主体の社会福祉法人は高齢者を対象とした福祉医療の総合型施設を展開している大型法人である。その1つの機能として訪問看護ステーションが位置づけられているが、訪問対象者は同一法人の関連施設からだけでなく、地域の開業医、病院などから広く紹介されている。

精神障害者への訪問については、訪問してみたら精神障害も持ち合せていた、家族に精神障害者がいた、というケースがあり、精神症状を中心に訪問しているケースはいない。今後も高齢者を中心として訪問することを考えており、特に精神障害者や痴呆症患者へ積極的に取り組む予定はない。しかしながら、今後とも、精神症状のある対象者へ訪問することが予想され、具体的な問題について相談できる相談先の確保と精神科医等との連携づくりが課題となっている。



【施設概要】

横浜市内の住宅街の中に位置し、訪問範囲は横浜市旭区が中心である。利用者数は42人、そのうち痴呆症患者が12人で、高齢者への訪問が主である。社会福祉法人秀峰会は同じ区内に拠点を持ち、特別養護老人ホーム、デイサービス、入浴、配食、ショートステイなどの複合施設を保有している。

【精神障害者の紹介経路】

身体症状のため訪問依頼を受けて訪問すると、痴呆などの精神症状を持ち合わせるケースが多い。依頼元は、地域の開業医、病院等様々であり、同法人内の紹介にとどまらず、地域に広く根ざした訪問看護を行っている。

【訪問スタッフ】

常勤職員1人、非常勤職員6人で、非常勤2人は精神科での勤務経験がある。ただし、非常勤スタッフが多く、スタッフの住む地域によって訪問先を決めているため、精神症状のある対象者は基本的に誰にでも割り当てられることになっている。

【精神訪問看護への取り組みについて】

身体疾患のケアが中心の対象者では、訪問することによって変化が見え易いが、精神症状が主なケースでは変化が見えにくいいため、スタッフにとっては心理的負担になってしまふという。訪問看護ステーションの方向性としても、高齢者を中心に訪問していく予定であり、精神訪問看護にはあまり積極的に取り組もうとは考えていない。

訪問したら精神症状があったという対象者に訪問しており、時には訪問看護を引き受ける前に精神症状があるという情報がないこともある。また、高齢者に訪問すると、家族に精神障害者がいることもある。

この訪問看護ステーションでは、特に精神科の専門医療機関との連携がなく、精神障害者等に訪問するためには精神科医療機関との連携強化が不可欠と考えている。何かあったときにすぐに相談できるような精神科医とつながりをつくっておけば、スタッフの不安も少なくなると考えられる。

【今後の精神訪問看護への取り組み及びサポート体制について】

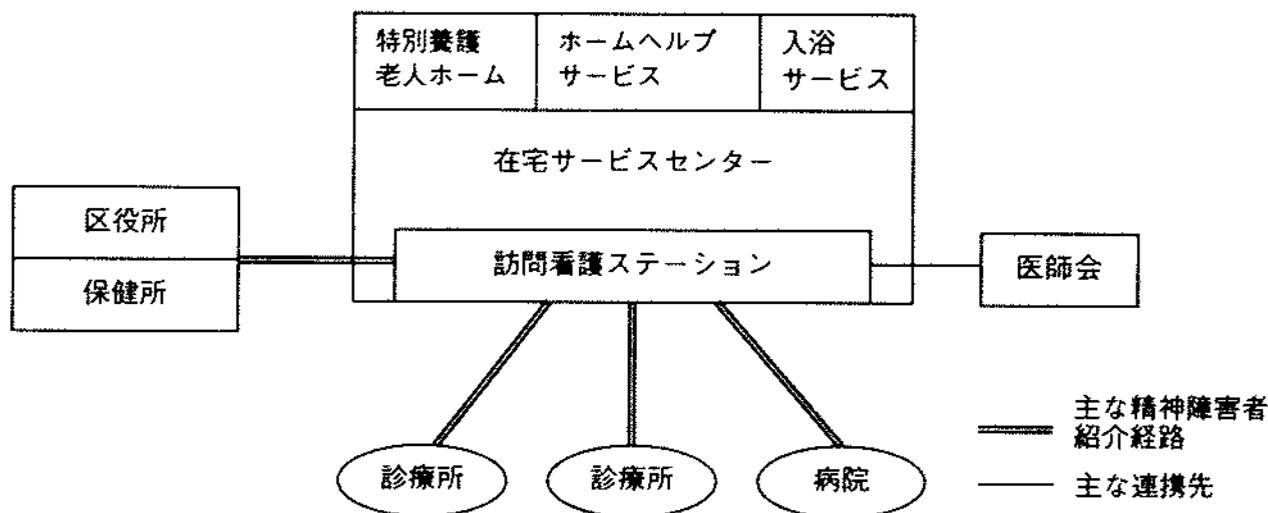
今後、介護保険制度下では、高齢者への訪問を中心とした看護ステーションとして機能していく予定である。ただし、身体疾患へのケアが中心で、精神症状もあるという人については訪問していく予定である。

この訪問看護ステーションのように、高齢者を中心に訪問していても、実際に訪問してみると、精神症状があったり、家族に精神障害者がいるというケースに出会うことは数多く想定される。これらの訪問看護ステーションでは、精神症状のある対象者へのアプローチ方法が分からず、困ったときに相談できる相談先もないことが予想される。このため、これらの一般の訪問看護ステーションが精神障害者等に訪問する際には、具体的な問題点等を電話やFAX等で相談できるシステムを確立することが重要と考えられる。また、地域内の精神科医と連携しておくことにより、いざという時に気軽に相談できる体制をつくっておくことも重要であろう。

(4) 生野区医師会訪問看護ステーション

地域密着型の訪問看護ステーションで、区の在宅サービスセンターの一角に位置づけられている。区役所、保健所などの行政機関と医師会、区の他の在宅サービスとの連携がよくとれており、また昔から地域に精神科開業医が多く、これらの開業医との連携もよくとれている。精神障害者の紹介はこれらの開業医や保健所等からくることが多い点が特徴的である。

訪問対象者は高齢者が中心であるが、精神科看護の経験が豊富な担当者があることや、往診ができる精神科開業医が多いため、これらの開業医と連携しながら精神症状がかなり重い精神障害者へも訪問できている。



【施設概要】

生野区医師会訪問看護ステーションは、大阪市生野区の区役所や保健所など、区の施設が集まっている一角にある区の在宅サービスセンター内に入っている。在宅サービスセンターには、特別養護老人ホーム、訪問入浴サービス、ホームヘルプサービス等が入っている。これらの在宅サービスセンター内のサービスや区役所・保健所等との連携が非常によくとれている。

訪問範囲は生野区が中心である。利用者数は150人で、うち精神障害者は5人、ランクⅣ～Ⅴの痴呆症患者はいないが、ランクⅢ程度は身体機能が低下しているケースを含めれば多い。

【精神障害者の紹介経路】

精神障害者の訪問依頼は、保健所や市内の精神科開業医からが多く、病院精神科からの紹介もたまにある。現在は、精神科開業医4人から指示書を得ている。

生野区は潜在的に精神障害者が多い地域で、高齢者に訪問すると、家族が精神障害者のことがしばしば見られる。この地区は、住宅環境があまり良くなく、家も狭く暗いところが多い。地域には、精神科開業医がたくさんいるので、これらの開業医と連携を図ることにより、精神訪問看護が可能になっている。病院から精神障害者を紹介されたこともあるが、往診ができないので長続きせず、往診のできる開業医につないでもらったケースもある。

るといふ。精神障害者の場合は、近くに往診できる医師がいて、何かあればすぐに相談ができる体制がとれていた方がよいと考えられる。例えば、受診中断ケースなどは、往診が可能な開業医でないと訪問看護を継続すること自体が困難になると考えられる。

訪問対象者以外の家族などに精神障害者がいることを発見した場合は、まず家族の意向を聞いてから、必要であれば保健所に連絡する。しかし、ある年齢まで家に閉じこもっていたような人は訪問看護に対して抵抗感があるため、結局訪問看護にはつながらないことが多いという。患者や家族が「そっとしておいて欲しい」という意向の場合は特に介入せず、保健所には情報を伝えておき、何かあったときに対応してもらう程度にとどめている。

このように、往診できる開業医と連携を図り、訪問看護ステーションだけでは対応が困難な場合にはすぐに相談できる体制をつくることや、保健所の医師や精神衛生相談員、保健婦等と連携し、地域全体で精神障害者を支える体制をつくることにより、比較的困難なケースにも対応できていると考えられる。訪問看護ステーションだけでは対応できることに限界があるため、精神訪問看護を拡大させていくためにはこのように地域全体でサポートする体制が非常に重要であると考えられる。

【他機関との連携】

生野区には精神科開業医が比較的たくさんいるため、これらの開業医と連携を図りながら訪問看護を行っている。状態が悪化した場合や受診を中断しているケースなど、これらの開業医が往診してくれるため、訪問看護の継続が可能になっている。また、比較的困難なケースや多問題家族等については、保健所の医師や精神衛生相談員、保健婦等に連絡し、カンファレンスを開催して相談を行い、よりよい解決方法を様々な面から検討している。地域全体で精神障害者を支える体制がつくられており、このような地域のサポート体制があることで訪問看護ステーションからの精神訪問看護が効果的に行われている事例と考えられる。

【訪問スタッフ】

精神科勤務経験があるのはスタッフのうち1人（約5年間）であり、他のスタッフには特に経験がない。精神障害者はこの経験のあるスタッフが主に訪問を担当しており、比較的困難なケースにも対応可能になっている。このように1人でも精神科看護の経験者がいれば、その他のスタッフが精神障害者へ訪問する場合にもこの経験者の意見等を聞きながら訪問を行うことができるため、精神科看護経験のあるスタッフの確保は重要であると考えられる。

【精神訪問看護の実施のきっかけ】

平成6年の制度改正により高齢者以外にも訪問看護の対象者が拡大した際に、保健所から精神障害者へ訪問してはどうかという打診があり、またスタッフの間で精神障害者にも訪問してみたいという話が出ていたため、訪問を開始した。このように、保健所サイドから訪問看護ステーションへ打診があったということは、現在の保健所との連携の元になっていると考えられる。保健所が訪問看護ステーションと役割分担をしながら精神障害者へ対応していく体制がその頃からつくられている。

【困難点】

精神障害者は長い経過をしっかりと見てから訪問をした方がいいという。安定した状態のときに訪問看護を開始できればよいが、状態に波があるときに、「今はどの辺のどういう状態なのか」と考えながら訪問するのは難しい。精神科病棟では最も症状の重い時期を見ているため、退院後に訪問しても現在がどのような状態なのかを判断することができるが、訪問看護ステーションでは紹介された時点で状態を判断しなければならない。このことは、訪問看護の難しさの1つであり、主治医との密接な連携が不可欠な理由であると考えられる。

【男性単身者への訪問】

男性単身者の精神障害者へ訪問看護婦が単独で訪問することは難しいケースもあるという。特に若い精神障害者などで、人との距離の取り方が上手くできないケースでは、「何でも相談にのってほしい」「もっと親密になってほしい」と訪問看護婦との距離を縮めようとすることがある。それを拒否すると、大きいショックを受けてしまうこともあるため、その距離のとり方が難しいという。

現在、原則として1人で訪問しているが、部屋に閉じこもると、圧迫感を感じるケースもあるという。

【痴呆症患者について】

痴呆症患者は訪問しているものの、ランクⅣやMの人は目が離せないため在宅看護は非常に難しく、ケース数も少ないという。ランクⅣになると、デイケア等をフル活用しても家庭崩壊に繋がりがねないので、施設に入ったり、入院したり、亡くなったりしている。ランクMは在宅にはいないといってもいい。

ランクⅢa、Ⅲb程度の痴呆症患者を訪問することは比較的多い。夜中にせん妄があるために、家族をへつらへつらにさせている利用者も多く、これらのケースは訪問看護ステーションにとっても比較的大変である。

【今後の精神訪問看護への取り組みについて】

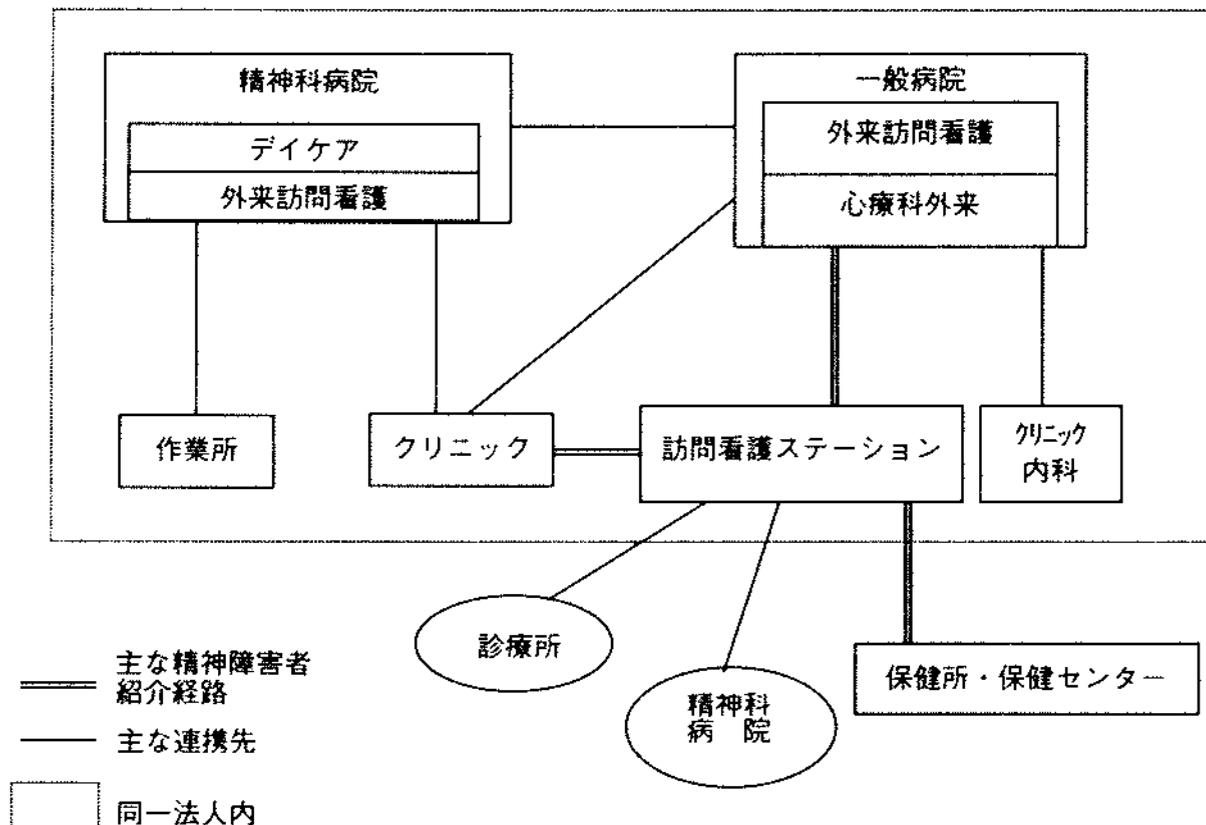
精神障害者への訪問も高齢者の訪問と特別に違うとは考えていないので、今後も依頼があれば訪問していく予定である。例えば高齢者への支援の延長のようなつもりで訪問できると考えている。

しかし、精神症状が悪化した場合や多問題家族など、比較的困難なケースも多い。これまで患者さんが自殺したケースなどがあり、スタッフがショックを受けたケースも多いという。何かもっとしてあげれば自殺しなかったのではないかと、といった思いがぬぐいきれず、心理的に重いこともあるという。

(5) くすのき訪問看護ステーション

同一法人内に精神科単科病院、一般病院、診療所があり、この診療所併設型の訪問看護ステーションである。医療法人の多様なサービスの一環として訪問看護ステーションが位置づけられている。同一法人の精神科単科病院では訪問看護を実施しているため、精神障害者の訪問依頼はほとんどなく、同一法人の一般病院の精神科外来や診療所からの依頼が多い。地域での活動が浸透するにつれて、保健所や同一法人外の精神科病院からの依頼もくるようになり、地域への広がりが増えてきている。

同一法人の精神科病院をもっていることから、精神科看護経験のあるスタッフの確保はしやすくなっている。



【施設概要】

熊本市内の市街地に位置する訪問看護ステーション。精神障害者への訪問が中心で、他に一部高齢者へも訪問。医療法人芳和会は、市内に菊陽病院（精神病床315床）、くわみず病院（一般病床100床、外来の心療科あり）、平和クリニック、くすのきクリニックをもつ医療法人。くすのき訪問看護ステーションは、くすのきクリニック（内科。精神科なし）に併設されている。

【精神障害者の紹介経路】

精神障害者の主な紹介経路は、精神科外来のあるくわみず病院と平和クリニックである。菊陽病院では外来看護婦（4～5人）が訪問看護を実施しており、退院患者へは病院から

直接訪問看護を行っているため、訪問看護ステーションへの患者紹介はほとんどない。くすのき訪問看護ステーションを開設するにあたり、菊陽病院の訪問看護対象者を何人か移動するという話もあったが実行しなかった。その後、菊陽病院から患者の紹介が殆どない。精神症状が悪化して入院するときは菊陽病院に入院するケースが多い。

くわみず病院は総合病院で、精神科外来があり、医師が菊陽病院から派遣されている。くわみず病院では高齢者等への訪問看護を実施しているが、精神障害者への訪問看護は実施していないため、精神障害者については、くすのき訪問看護ステーションへ訪問依頼がある。くわみず病院とは、問題があった場合にケアカンファレンスを開催したり、頻繁に連携を図っている。

医療機関からの訪問看護は、訪問看護ステーションによる訪問看護とは違う。訪問看護ステーションは、その人が生活できるように援助することが中心で、生活維持にも重点をおいている。訪問看護ステーションでは時間をかけて訪問し、病状観察や生活指導をして、カウンセリングも重視している。

くわみず病院から紹介された精神障害者に訪問していくうちに、最近では保健所・保健センター保健婦からの紹介も増えつつある。保健婦からの紹介ケースの主治医は、地域の開業医などで、特に定まっていない。訪問看護ステーションは東保健所の管轄内にあるが、東保健所以外の保健所からの紹介でも、精神障害者については訪問するようにしている。熊本市全域は30分以内で訪問できるので、市内を地域で区別しなくても対応できる。

保健婦とは、患者紹介がきたり、保健婦に相談したり、保健婦の相談を受けたり、上手く連携が出来るようになってきた。保健婦も訪問看護ステーションを大切にしてくれている。保健婦から紹介されるケースは、精神科医療の専門的なところを訪問看護婦に看てもらいたいというケースが多い。保健婦がどのように対応したらよいか分からず、専門知識を取り入れようという気持ちがあるようだ。訪問看護ステーションは、保健婦に行政サービスや在宅サービス等について相談しており、保健婦は迅速に処理してくれる関係にある。

また、精神科のある病院で、訪問看護を実施していない病院などから、退院時に患者紹介がくるようになった。

【訪問スタッフ】

所長は内科病棟（神経症患者含む）での勤務歴あり。菊陽病院にて精神科経験のある常勤スタッフが主に精神障害者を担当している。その他、非常勤職員2人（精神科経験あり）が精神障害者を担当している。同一法人に菊陽病院があるため、精神科看護の経験の豊かな看護婦を確保しやすい状況にある。

【地域の社会資源】

精神障害者や痴呆症状が重い人が通所できる社会支援サービスが不足しているが、作業所はある。菊陽病院では精神科デイケアを実施している。本人が通所できれば、それらのサービスにつなげることが出来る。

【今後の精神訪問看護への取り組みについて】

系列法人以外（例えば、保健婦や他の診療所など）からの紹介も、地域的に訪問できる場所であれば訪問していきたい。高齢者へも訪問しているが、もともと精神科訪問の歴史があるので、訪問看護ステーションの方向性としては精神訪問看護に力を入れていきたいと思う。

【困難ケース】

困難になるケースは、病状にもよるが、家庭環境も大きく影響する。例えば、痴呆で独り暮らしなどは大変になる。家族の支えが大きいと助けになる例もある。

入所が必要なのに在宅でケアしているケースが多く、結構苦労している。

患者が拒否しなければ、精神科への入院や、高齢者の場合には施設入所も可能だが、本人が拒否するので在宅生活を継続している。経済的な問題を抱えているケースも多い。訪問看護ステーションがあることで在宅生活がぎりぎり可能になっているケースもある。

【24時間連絡体制】

24時間体制でオンコール対応をしている。留守電に連絡がきた場合、交代で受け持つオンコール当番に転送されるようになっている。患者によっては、時間外に病院に入れたり、オンコールに対応したりしなければいけないことが頻繁にある。

付

精神訪問看護マニュアル

付：精神訪問看護マニュアル

ー精神科医療機関併設でない訪問看護ステーションで精神訪問看護を行うにはー

平成9年度、10年度の本事業の実施を通じ、全国的に精神障害者、痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションの大半は、高齢者等を中心に訪問している訪問看護ステーションであることが明らかになりました。これらの訪問看護ステーションでは、精神科医療機関等との連携が十分に作れていなかったり、精神科看護の経験のあるスタッフも少ない中で、いざ精神障害者や痴呆症患者への訪問を依頼された時にどうすればよいのかわからない、という問題を抱えていました。また、2年間の本事業の実施を通じ、精神科医療機関に併設していない訪問看護ステーションで、様々な工夫を行うことにより、精神障害者や痴呆症患者の在宅生活を十分に援助していけることがわかりました。

このマニュアルは、これから精神訪問看護を取り組もうと考えていたり、あるいは、取り組むなかで行き詰まりを感じていたり、もう少しケアの質を向上させたいと考えている訪問看護ステーションのスタッフに役立つように、実際に精神障害者等へ訪問している訪問看護ステーションの具体的な事例を紹介しながら、精神訪問看護を実施する際に押さえておきたいポイントを解説しました。精神訪問看護を始める際に、また、訪問看護を終えてふり返りを行うときに活用していただきたいと思います。

1. 地域の社会資源を「観る」

地域ケアを展開していく上では、地域の状況を把握することは欠かすことができない働きです。これまで保健婦（士）は保健婦活動をするにあたって必ず「地区診断」を行ってきましたが、それと同じように訪問看護者は、自分の働く訪問看護ステーションの置かれている地域の状況をまず把握する必要があります。高齢者等を中心に訪問している訪問看護ステーションの場合、高齢者を取り巻く地域の状況は把握していても、精神障害者等を取り巻く地域の状況はあまり把握できていないのではないのでしょうか。訪問看護ステーションが担える役割を十分に発揮するためには、訪問看護ステーションが立地する地域の資源を評価し、それをコーディネートして活用することが必要です。

<チェックポイント1>

- 訪問看護ステーションの設置主体
- 訪問対象者の依頼元
- 設置の目的、ないしは、設置当初、期待された役割

精神科病院・痴呆性老人の専門病院に併設された訪問看護ステーション、精神科のない病院や診療所に併設された訪問看護ステーション、看護協会や医師会などによって開設された訪問看護ステーション、市町村など公的機関が設置した訪問看護ステーションなど、訪問看護ステーションの設置主体はさまざまですが、誰によって、どのような経緯で設置されたかは、訪問看護の対象者や期待される役割に大きく影響しています。したがって、

あなたの働いている訪問看護ステーションが設置された背景や目的をまず知る必要があります。

<チェックポイント2>

- 地域にある社会資源の把握・評価
- 地域の中で訪問看護ステーションが担える役割の確認

精神科医療の状況、社会資源の状況、保健所や市町村の活動は、地域によって大きな格差があります。例えば、地域精神医療に熱心な病院や診療所があり、保健所を中心とした地域精神保健活動が活発な地域では、家族会活動、デイケア、共同作業所やグループホームなど社会資源開発と地域のネットワークづくりが行われております。反対に、入院中心の精神科病院しかなく、保健所の精神保健活動はほとんど行われていない地域もあります。また、社会資源はあっても、連携した活動が展開されていない地域もあります。

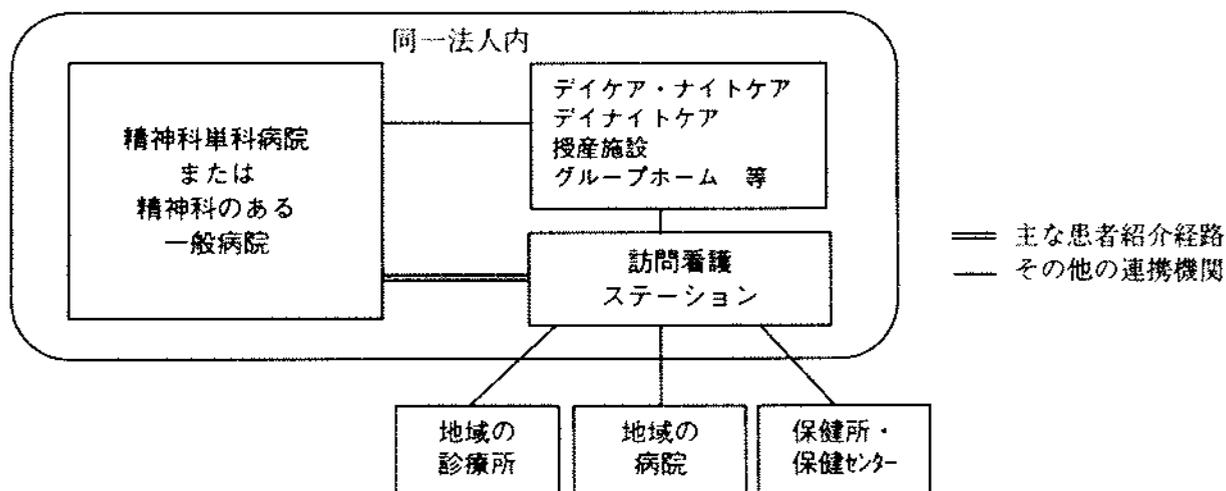
そこで訪問看護ステーションと地域の社会資源の連携について、これまでの調査の結果をまとめ、図式化してみました。これらを参考にして、あなたの働いている訪問看護ステーションの場合の連携図を書いてみて下さい。そして、設置の経緯や目的、地域の社会資源の状況によって訪問看護活動がどのような影響を受けているか検討し、あなたの働く訪問看護ステーションの担える役割を確認します。

タイプA

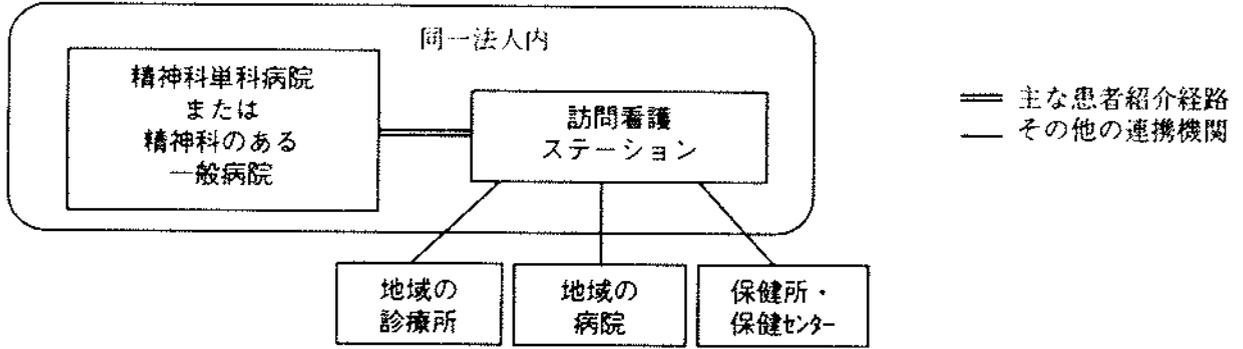
ー母体病院に精神科のある訪問看護ステーションー

- 同一法人に精神科単科病院や精神科のある一般病院をもつタイプ
- 病院が精神障害者の在宅復帰を支援する様々なサービス（精神科外来、デイケア・ナイトケア、デイナイトケア、授産施設、グループホーム、ショートステイ等）を実施しており、同一法人内で比較的完結してサービスを行うタイプ（タイプA-I）と、病院に精神科はあるが在宅復帰を支援するサービスがあまりないタイプ（タイプA-II）があると考えられる。

（タイプA-I）



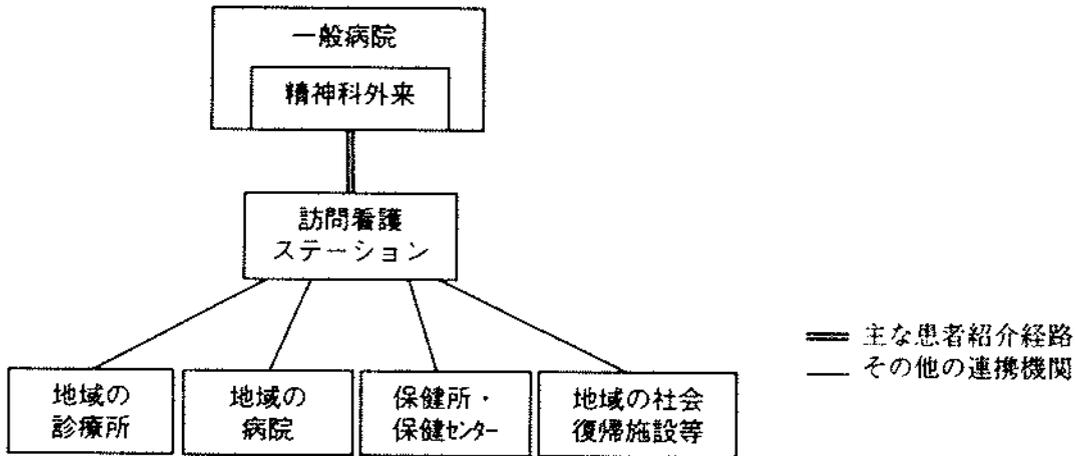
タイプA-II



タイプB

—特定の精神科医療機関から主に紹介のある訪問看護ステーション—

○母体病院がなく独立型の訪問看護ステーションで、地域にある特定の精神科医療機関から主に精神障害者の紹介があるタイプ

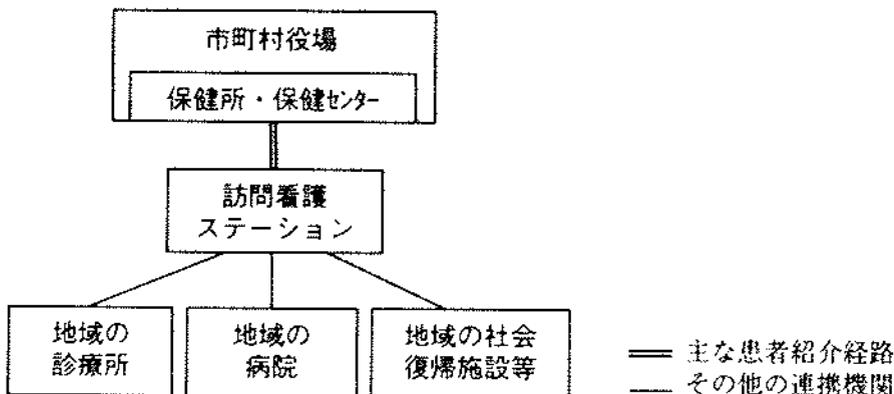


タイプC

—保健所・保健センター、区役所等から紹介のある訪問看護ステーション—

○母体病院がなく独立型の訪問看護ステーションで、保健所・保健センター、区役所等を経由して精神障害者の紹介があるタイプ

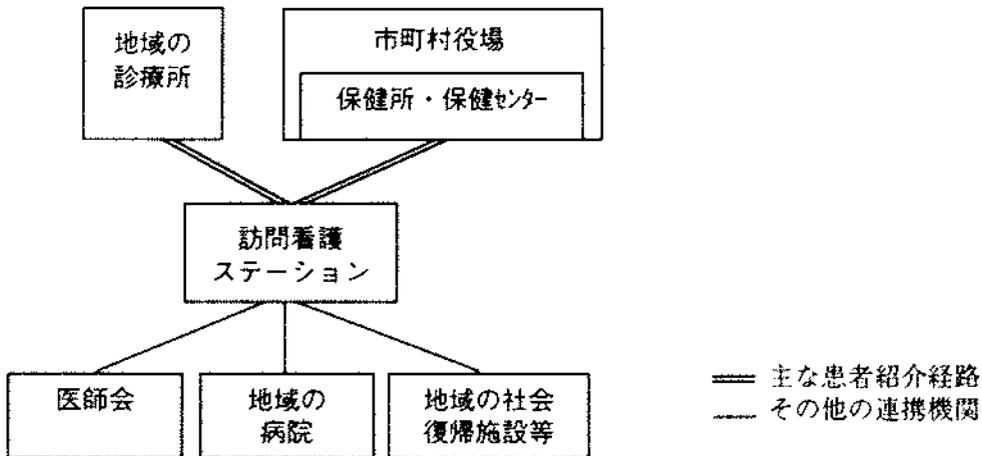
○比較的、保健所・保健センター等における精神障害者のサポート体制や地域における精神障害者社会復帰施設が充実している地域に多いと考えられる。



タイプD

ー地域の開業医から紹介のある訪問看護ステーションー

○地域の開業医（精神科）からの紹介が多く、市町村、保健所・保健センターからの紹介もあるタイプ



<チェックポイント3>

- 患者を紹介してきている施設や機関との関係づくり
- 主治医や保健婦（士）との連携と役割分担
- 必要な社会資源（サービス）の開発

あなたの働いている訪問看護ステーションと地域の社会資源との連携についての図を描いた後、その社会資源をどのように活用しているかについて評価して下さい。十分な連携の中で訪問看護活動が展開できている場合、社会資源としてはあるが活用という面では再検討しなければならない場合、社会資源のないことが訪問看護の限界となっている場合などがあると思われます。社会資源の開発が必要な場合には、どこにどのような働きかけをすれば、実現への道が開かれるかなどの戦略を立てることが必要になります。

2. 精神訪問看護が実施できる体制を「つくる」

訪問看護を実施するためには、いくつかの体制づくりが必要です。精神障害者や痴呆症患者を訪問するためには、これらの疾病についての知識や訪問看護の提供するサービスの内容・方法等に関する技術が必要になります。また、緊急事態や困難に直面したとき相談できる相談先も見つけておいた方がよいでしょう。

<チェックポイント1>

- 訪問担当者の選定
- 主治医との連携のとり方
- 本人との契約の結び方とその後の関係づくり
- 同行訪問の可能性・必要性
- 緊急時や夜間、休日の訪問体制
- 緊急時の電話での対応

精神訪問看護の依頼を受けた訪問看護ステーションでは、ケアカンファレンスを開催したり、受け入れ担当者（所長や経験のある訪問看護師）が対象者の情報を収集して、担当者を決めます。そして、第1回目の訪問は、精神訪問看護の経験のある訪問看護師と対象者へ実際に訪問する担当者が二人で訪問し、対象者と訪問の契約を結んだり、訪問計画を立てたりします。

このときに留意することは、本人との関係はうまくつくれそうか、家族の協力はどのようになっているか、一人で訪問を継続していくことはできそうか、主治医との連携はどうするのか、他の保健福祉機関との連携は必要か、緊急時や夜間の訪問体制はどのようにするのがよいかなど、ケース・マネジメントが必要になります。

とくに訪問が予定されていない日、夜間や休日などに対象者が不安になるときがあります。そういうときに、電話での対応が求められます。緊急用の携帯電話や転送機能の利用、電話対応の当番など、訪問看護師個々人の善意による対応ではなく、訪問看護ステーションとして予定外の相談にどのように対応するか体制を整えておくことが必要になります。

<チェックポイント2>

- 精神訪問看護に必要な基本的な知識・技術
- 訪問看護ステーション内のスーパーバイザーの存在
- より専門的なスーパービジョンやコンサルテーションを受ける機会

精神障害者であっても、痴呆症患者であっても、健康問題をもつ障害者・患者本人とその家族が地域で生活しつづけることができるように支えていくという訪問看護の基本は変わりません。しかしながら、対象者が持っている病気の特徴や治療方法、家族との関係や直面している困難など、対象者を支えていくための知識は持つ必要があります。知識はテ

キストや雑誌などの文献によって得ることができますが、わからないことにぶつかったときは、経験豊かな先輩看護者や専門家から助言を受けることが必要になります。

また、知識の問題だけではなく生活を援助することから対象者にとって身近な存在になり関係の距離が保てなくなることがあります。対象者の要求が多くあって、それを満たしていると訪問看護の役割が不明瞭になってくることもあります。さらに、長期間にわたる訪問看護によって、対象者と訪問看護者の間に慣れ合いが生じてくることもあります。

こうしたことの対策として、ヒアリング調査を行った施設では次のような方策を立てていました。

《例1》 対象者が生活すべての面で訪問看護者を頼りはじめ、電話で「あれをして欲しい」「これをして欲しい」という依頼が頻回にくるようになった。担当者は所長に助言を求め、時には「できない」と断ることにした。しかし、対象者との関係が悪くなることを恐れる担当者は、どの程度のことを受け入れるべきか迷った。そこで訪問看護ステーションに電話がかかってきたときに所長に対応してもらい、対象者の要求を聞きながら、コントロールしてもらうことにした。

《例2》 痴呆症の患者・家族への訪問は、訪問看護者の負担度も大きい。そこで、担当者を二人制にし、交互に訪問をすることにした。毎回、引継は必要になるが、互いにどのようにケアしていくか話し合うこともでき、また、片方の看護者の都合が悪くなって訪問ができなくなったときなどカバーすることができ、ケアの継続性という面からも効果をあげている。

<チェックポイント3>

- 訪問看護ステーション内でのカンファレンスや事例検討会の実施状況
- 訪問看護ステーション同士の相互研鑽の場や機会
- 訪問看護研修会等の活用

訪問看護ステーションの訪問看護者は、病院などとは違い、一人で状況に対応し、判断をしてケアを提供しなければならないことが多いといえます。そのために自分の実施したケアの評価は自分一人ではなかなかできない点があげられます。とくに精神訪問看護のように、関係性を軸にした日常生活援助では、評価の指標となるものがはっきりしません。そこで、訪問看護の技術を向上させるためにもケースカンファレンスや事例検討会が必要になります。また、自分だけの職場では、限られてしまうので、他の訪問看護ステーションや関連機関との連携の中で相互研鑽の場が必要になります。

近年、高齢社会に対応して保健医療福祉制度が毎年変化しています。そのために行政や専門職団体などが開催する広域の研修会にも目を向け、新しい情報を常に得る必要があります。

3. 精神障害者の状況を「読む」

精神訪問看護は、精神の健康問題をもつ人が地域での生活を継続していくことができるように支えていくことです。したがって、訪問看護を必要としている人の生活状況を知り、その人の生活のしかたを尊重しながら援助していくことが必要になります。そのため援助にあたっては、その人の生活の歴史という「時間の流れ」とその人が社会の中で暮らしてきたという「生活の背景」を考えながら、現在の置かれている「状況」を把握し、援助していくという視点が重要になります。

1) どのような経緯のなかで訪問看護が依頼されてきたかを知る

訪問看護の依頼があったとき、看護を必要としている人がどんな人で、誰と住んでいるのか、どのような診断がされているか、精神科病院に入院したことがあるのかなど、依頼票を見ながらどんな援助が必要な人かを考えていきます。

<チェックポイント>

- 訪問看護を希望しているのは誰か
- 本人は訪問看護をどの程度、望んでいるのか
- 指示書のなかで依頼された援助の内容はどのようなものか

訪問看護の対象者は、精神の健康障害をもちはじめからの経過が長い人がたくさんいます。長期に病院に入院していた人は、これまでの関係や医療者に対して馴染んでいることから訪問看護の受け入れはよいと考えられますが、本人よりも一緒に住んでいる家族の方が不安で、訪問看護を望んでいる場合があります。また、依頼されている内容が同じでも、治療の経過や本人のセルフケア能力、家族のケア力量によって、どのようなレベルの援助をするかについて考えなければなりません。本人の生活の流れ、治療の経緯から今置かれている本人の状況を捉え、何を訪問看護に期待されているかを考えることが重要になります。

事例Aさん：家族の中に居場所がなく、一人暮らしも不安

46歳の女性。精神分裂病。離婚歴があり、20歳代で発病した。平成11年1月に精神科外来より紹介され、訪問を開始した。ステーションの所長と担当者が2人で2回訪問し、今回が3回目の訪問であった。いまのところは両親と弟夫婦とその子供と暮らしている。

3ヶ月前に病院に入院し、退院してから弟夫婦と折り合いが悪いため、一人でアパート暮らしをしてみるが、不安が強く、1ヶ月前からまた実家にもどってきている。

一人暮らしの経験をしてから不安が強くなっている。主に母親が看護しているが、母親は家族と板ばさみ状態になり、ストレスが高まると、本人を虐待しており、内出血の跡も見られる。母親は虐待のことを認めているが、まだよく様子がつかめていない。患者は落ち込んで、頭髪も乱

れ、ほとんど笑顔も見られなくなっている。

最近受診したが、病院に行く途中で弟と母親が口論になり、病院に着いた時には本人が泣き出してしまった。母親は対応の仕方がわからない様子で、病気への理解がない。母親は、家族がおかしくなったのは患者のせいだという見方をしている。

父親も精神科に受診して服薬しているが、理解が無く、娘を叱ったりしている。家族は「どこか施設に預かってもらった方がいい」という気持ちを持っているものの、病院に相談すると、「入院するような状態ではない」と言われる。

患者本人は生活保護を受けており、アパートも借りているので一人暮らしは可能であると思うが、訪問看護ステーションがどこまで支えられるかという不安がある。本人も一人暮らしへの不安が強く、家族と離れることはできない。

<援助のポイント>

- 精神訪問看護を依頼してくる家族のいる事例の多くは、家族のケア能力が低下し、家族から本人を切り離して負担を軽くしたいという方向に家族ダイナミズムは動いていきます。本人は逆に家族と安心した関係を持ってないので見捨てられないようにと必死になります。訪問看護者には、こうした家族関係を調整し家族が本人のサポーターになるための方策が必要になります。
- この事例の場合は、一人暮らしをすることができれば、現在の家族間の葛藤は和らげることができると考えられます。そのための援助を訪問看護によってできるかどうかということが医療者側の課題となっています。
- 問題解決の手がかりの一つは、本人の一人暮らしのために、家族からどのような協力が得られるかということを探ることにあると思います。一緒に住むことを家族は望んでいないのですから、本人が一人暮らしをすることには、手を貸してもらえと考えられます。
- もう一つ考えなければならないことは、本人のセルフケア能力です。経済面、日常生活、服薬など、一人暮らしがどの程度可能なかを査定して見る必要があります。
- 精神保健医療についての原点に立ち返ってみると、46歳の女性を年老いた家族と自分の家族をもった兄弟が抱えなければならないということに無理があることは明らかです。こうした障害者が社会資源を活用して地域で生活できるような体制に切り替えていくことが基本です。もちろん、本人の意向は家族と一緒に住みたいということもありますが、家族は、サポート資源の一つであるということ、家族と一定の関わりを持ちながらもさまざまな資源を利用して自立する喜びを本人が持てるように援助することが大切であることを訪問看護者は、自分の中でもう一度確認して援助を展開していく必要があるでしょう。

2) 生活史から本人のセルフケア能力を判断する

実際に訪問すると、その人の生活全体を掴むことができます。身繕いができているとか、部屋が片づいているかどうかなどではなく、どのようにして自分の生活を保っているかなど、何とかやれている本人の力を評価することが大切になります。

そのときに重要になるのが、過去最高のセルフケア・レベルです。

<チェックポイント>

- 教育はどこまで受けているか（学歴）
- 結婚や子育てを経験しているか（結婚歴）
- 就職した経験はあるか（職歴）
- その他、社会性を獲得できる活動をどのくらい、どの程度のレベルで経験しているか

事例Bさん：どこまでが訪問看護者の役割なのか

51歳の女性。精神分裂病。現在は1人暮らし。離婚歴があり子供は二人。息子は独立し、市内で美容師をしている。娘は去年の暮れに結婚し、県外に住んでいる。自分の生活を始めたばかりの子供たちは、親の面倒を見ることができる状態にはない。

平成10年の冬、思いつきの行動が多くなったため、当時同居していた娘に付き添われて精神科を受診した。その後、通院していたが、娘が「もうみられないので病院にお任せしたい」ということで、平成10年6月から半年間入院になった。退院後、すぐに娘が結婚したため、単身生活を余儀なくされた。

訪問開始時は分裂病といってもそれほど精神症状はなく、訪問看護婦が見守っていれば、何でも自分でできていた。問題は、「寂しい」ということのように、何をするにも訪問看護婦と一緒にすることを望んでいた。訪問看護婦も初めは「どのくらいできるか」「どんな状態になっているか」を見なければいけないと思い、買い物や銀行など、何もかも一緒について行ったが、際限がなくなってしまった。どこまで訪問看護婦がすべきかの見極めがとても難しい。

精神科の主治医に相談したところ、「それは看護婦の仕事ではないから、とはっきり言った方がよい」と助言され、実行してみたが、効果はない。それどころか電話がステーションにも訪問看護婦の自宅にも来るようになった。きっかけは、お正月にステーションには人がいなくなるので、もしもの場合に自宅の電話を教えたことからであった。自分でやれるのに、朝「ゴミを出しに来てください」などとステーションに電話があることもある。先日、電話がきたときに、所長が「〇〇さん（担当の訪問看護婦）は重症な患者さんを訪問しているので忙しい」と説明をしたところ、その後はあまり電話はこなくなった。

退院時に病院の相談室のソーシャルワーカーが、精神科デイケアやヘルパーの利用も勧めたが、本人が受け付けなかった。訪問を始めた時期に、ヘルパーと二人で支えていけばいいと思ったが、このケースは全てやってあげては駄目なケースなので、慎重にする必要がある。もし、ヘルパーがすべて代わってやってしまえば、ただ家にいるというだけで何も発展がない。

デイケアについては、暖かくなって通院も可能になったら導入しようと考えている。

<援助のポイント>

- 訪問初期に日常的な生活援助から始めていくことは、本人がどのような生活力を持っているかを把握したり、信頼関係を築いていく上で重要なことです。しかし、訪問看護がめざすことは、本人が自分で日常生活を営んでいけるようになることです。特にBさんの場合は、結婚をし、子育てをしてきた経験があります。訪問看護を開始した当初、訪問看護者が見守る中で、何でも出来ていたことも確認されています。したがって、この事例の中で訪問看護者が気づいているように、家事を代わってやることは、本人の援助にはならないということです。
- この時点で、本人の問題が明確になっています。それは人への「依存」の問題です。人

を頼るということは信頼するという面を持っています。訪問看護者との関係の中でも、頼りにしていることは明らかですが、そこに人との関係のもち方に問題があると考えられます。娘さんとの関係は、どうだったのでしょうか。娘さんは「もうみられないので病院にお任せしたい」といっていますが、母親を支えてここまでできたが、結婚を機に一息つきたいということを目指しているようにも思えます。母親が娘に寄りかかるという関係が、訪問看護者に置き換えられることも考えられることです。

○そこで、この事例の課題は、関係の枠組み、すなわち、どこまでを訪問看護者やヘルパーが手伝うのか話し合っただけで約束事を決めたり、人との関係の輪を広げて、人との関係のネットワークの中で安定感を持つようになることであると考えられます。

事例Cさん：自分なりの生活はできているが病識はない

55歳の女性。精神分裂病。19年前に発症しているが、入院歴はない。

訪問看護の開始は平成8年の春であった。家のボヤをおこしたため、近所の方が保健所に相談をもちかけてきた。保健所の医師（精神科医）が診察し、分裂病と診断したため、訪問開始の指示が出た。主なケアは血圧管理（200程度）と生活指導である。生活は一通り自分で出来ているので生活の手伝いをする必要はない。

午前中は給食会社の皿洗いのパートタイマーに出かける。午後は内職をしていたが、現在は不景気のため不定期に内職をしている。働いているが収入が少ないため、生活保護を受けはじめた。パートタイマーをしている給食会社の方では、人間関係で少々トラブルがあり、本人がそれらについてもいろいろと話をしてくれる。そのことを苦にしたり、仕事をやめようとはしない。

ADLから見ると自立している状態である。病識は全くないので自らは受診しようとはしない。一方、訪問看護の受入れはよく、来る人は拒まない。訪問看護婦を待っていてくれるようには思うが、たまたま訪問看護の日時が本人の在宅時間にあたっているのかもしれない。今日が何曜日かということがわからず、訪問看護婦が何曜日に来ているのかも分かっていないように思う。訪問看護婦が来て、血圧を測ったり、薬をみてくれるというのはわかっている。

抗精神病薬も服用しているが、主治医はどちらかといえば血圧の管理を中心にしている。処方されている薬は飲んでいて、眠剤については「夜に薬を飲んでしまうと、朝起きられないのではないか」という不安から飲みたがらない。

生活の事などを聞いたりするが、話がつかみにくい。子供のことを話しているかと思えば、仕事の話になり、病的に話題が飛ぶ。現在はどうか生活しているが、今後は難しいと思う。その他の顕著な幻覚妄想はない。例えば、子供と何かトラブルがあった時などに少し不安定になったり不安が強くなったりする。

現在、主治医と訪問看護婦が週に一回ずつ訪問している。仕事にも通っているので、デイケア等に通う必要はないように思える。週一回ぐらいの定期的な訪問でどうかやっていけると思うが、心配なケースである。

<援助のポイント>

○訪問看護者から見ると危ういが、仕事をし、自分なりの生活ができている人といえます。

このようなケースのセルフケア能力をどのように査定するかが重要です。例えば、この事例の中で、訪問看護婦は「現在はどうか生活しているが、今後は難しいと思う」と述べていますが、このように訪問看護者が先々の不安をもつときは、どのような状況を見ているときなのか、自分自身の経験を振り返りながら考えてみる必要があります。

○また、Cさんのような人の場合を考えると、現在のような生活のしかたは、以前から

なのか、セルフケア能力が低下してきて現在に至っているのかなどを考え、今後の見通しを立てることが重要です。看護者の想像をはるかに越えた生活のしかたでも、それが本人にとっては、当たり前な生活であったりすることを心に留めて置くことが大切です。

○この事例の場合は、血圧を測り、服薬のことについて相談にのり、生活上の愚痴を聞くという、ごく普通の日常生活援助によって、地域での生活を維持していくことができていると考えられます。この当たり前の人とのかかわりが、Cさんの安定につながっており、生活を維持していくという訪問看護の機能と見ることができます。

3) 置かれている家族状況から働きかけの方法を考える

訪問看護援助は、一人暮らしの場合と家族と一緒に暮らしている場合など、家族状況によって、働きかけの対象が異なってきます

- a. 一人暮らしの場合
- b. 本人を支える力量のある家族がいる場合
- c. 本人よりも家族環境の調整が必要な場合
- d. 複数の障害者や病人と一緒に暮らしている場合

b の場合には、家族との協力のもとに援助が展開できますが、c や d の場合には、訪問看護援助を行っていく過程で問題や援助の困難さが顕在化してきます。

<チェックポイント>

- 誰と住んでいるのか（一人暮らしなのか。同居者はいるのか）
- 本人の経済的な生活を支えているのは誰か
- 本人の生活に影響力を持っているのは誰か（キーパーソンは誰か）
- 病院への通院状況（主治医との信頼関係）
- その他、サポートとなっている人とのつながりはあるか

事例Dさん：重複障害をもちながらの単身生活

63 歳女性。不安神経症にてK病院の精神科外来に通院中。全盲であるが、一人暮らしをしている。以前はK病院から直接訪問看護をしていたが、訪問看護ステーションができたので移行した。病院の訪問看護よりステーションからの訪問看護の方が、定期的に訪問し、時間をとって対処できると考えたためであった。対応をきちんとしていくことができれば在宅で生活していけるのではないかと考えている。

4 月からデイサービスを週 2 回受けている。施設入所した方がいいと思うときもあるが、苛められた経験があるようで、施設に対する拒否感が強い。入院すると物をとられたり、生活保護費

が減額されるので経済的に困ると本人は言っており、入院は望んでいない。現在は、古い民間アパートの二階建ての一階に住んでいる。最近、風呂場の入口の床が落ちそうになって、引っ越しをしようという話も出たが、家賃が安いということで住み続けている。

身体的な問題としては、逆流性食道炎がある。状態が不安定になると、夜間に過食したり、摂食の問題がでてくる。過食して嘔吐することはないが、「太る」といって不安になる。今までに、夫が心筋梗塞でトイレで亡くなったり、戦争体験もあり、怖い経験をしている。

現在、このケースに関わっているのは、訪問看護婦、ヘルパー(週2回)、ガイドヘルパー(週2回)で、デイサービス、在宅介護支援センターも利用している。現在、保健婦は、直接には関わっていない。不安発作でタクシーに乗って病院に行く途中、保健婦に「神経症は病気ではない」と言われたことから、保健婦に対していい感情をもっていない。

訪問看護婦は、病状が悪くて受診が必要なときは通院の援助をするが、基本的にはガイドヘルパーが日にちを決めて通院援助をしている。夕食は宅配を取っている。以前は、買い置きがない場合は、援助が必要であった。入浴はガスをつける時など、見守る程度である。

眠剤は服用を確認した上で、薬が効かないとか効きすぎるとかを主治医に報告し、検討してもらっている。服薬はときどき拒否しており、本人は「飲んでいる」というのでそっとしているが、長くつき合っていると、症状や副作用の現れ方で服薬していないのがわかる。

問題になっていることは「だれかが横に寝ている」などの訴えに対する対応と夜間の電話である。時間も構わず、留守番電話のテープに入りきらない長い時間かけてくることもある。あちこちに電話をかけていて、こちらが留守電を聞いてかけ直しても別のところに電話して通じない。本人から電話を掛けると、電話代がかかるのですぐ切りたがるが、こちらから電話をかけて世間話をすると落ち着く。安全センターの緊急通報を友人から聞いたらしく、そこにも電話している。電話の頻度は状態に応じて波があり、毎日かかってくることもあるが、一週間ないこともある。

訪問した人の対応が気に食わないと絡むこともあり、近所の人など周囲とトラブルをおこすこともある。

<援助のポイント>

- Dさんの場合には、訪問看護者や主治医の他に、ヘルパーやガイドヘルパー、デイサービス、在宅介護支援センターなど、さまざまな人やサービス機関がかかわっています。必要なときには保健婦(士)やソーシャルワーカーも加わってきます。したがって、Dさんを支えるためにそれぞれが担う役割を明確にして、効果的な支援体制をつくっていくことが重要になります。保健婦(士)が支援体制の中でコーディネーターの役割をとることがよくありますが、Dさんのような状況の場合には、訪問看護者がコーディネーターとなって支える体制を作っていくことが求められます。
- Dさんの支援体制の中で訪問看護者に期待されている役割は、主として服薬に関する確認や不安になったときの電話での対応です。要するに不安定になると周囲への迷惑行動が出現し、地域での生活が困難になります。服薬を含め、本人が安定した状態を保つことは他のサービスを利用したり、サービスの提供者との関係に影響します。主治医との連携を密接にし、本人の状態を安定させるための手だてを確実にすることは、支援体制の基盤ともいえるべきものです。
- Dさんのような全盲という障害を持ち、なおかつ、家族の支えがないままに一人で生活していくことは、それだけでも大変なことです。周囲の人々の支えがなければ、生きていくことが出来ない状況にありながら、施設入所ではなく、地域で、何とか自分の力で生活していこうとしています。不安が募り電話をかけ続けたりといった問題行動で周囲

を振り回しながらも、生きていくという逞しさがあります。したがって、Dさんのような重複障害をもつ人を地域で支えていくためには、一人の力では限界があるということを訪問看護者はもう一度、確認する必要があります。地域の社会資源をうまく活用してはじめて生活していくことができる人がいるということはこの事例から学んで欲しいと思います。

事例Eさん：本人を支える家族の体制をつくる

57歳の女性。非定型精神病。自ら保健所に相談に来た。30年間長期入院をしていたが、病院の建替えなどの事情で退院した。本人も退院する気になったが、帰るところがないため保健所に来所した。

保健所の精神保健福祉相談員から訪問看護ステーションへ紹介があり、保健婦と一緒にかかわっていくというかたちで訪問看護が開始された。保健所の精神科医が主治医になっている。保健婦が生活保護を受けられるように段取りをし、賃貸住宅は子供たちの協力で探して、退院後すぐ一人暮らしを開始した。同じ市内に長男、長女、次女、次男がいる。長男、長女は結婚していて、自転車で行ける範囲に母親(本人)の家を借りた。長男、長女はそのときに生活保護で足りない分を補っており、その協力もあって、本人も生活できている。

訪問看護の援助内容については、主治医の指示では、当面は生活の見守りが必要となっている。精神状態の観察も含めて、週1回から訪問を開始したが、幻聴などの症状の訴えはない。本人は、眠れなくなると調子が悪くなると理解しており、薬を必ず飲んで寝ているので、拒薬の心配はない。また、生活状況が乱れるということもない。しかし、退院して間もない頃、一人暮らしに馴れないこともあり、特に夜中などは寂しさから不安定になって自傷(手首カットが数回あり、薬を溜め込んで一気に服用したこともある)があった。その時は、子供も注意していたため、救急病院に入院して無事だった。

訪問中に行っているケア内容は、本人の話を傾聴すると言うことと、本人が生活に慣れてきた時期に食生活などについて生活指導をしたが、あまり強いことは言っていない。食事の支度も自分でできていて、手伝いも必要ない。患者の愚痴には気をつけて対応している。子供たちがあまりかまってくれないという愚痴がでてくるが、できるだけ聞いて、否定したり、あおったりしないようにしている。本人は愚痴を言うだけで気が済むようである。自殺未遂の話も訪問看護婦にしてくれている。主治医は「なんでも言える関係が出来ていたらそれでいい」ということなのでそのまま訪問を続けている。

主治医(保健所の精神科医)は、最初のうちは週1回往診をしていたが、最近本人が定期的に通院しているため、往診はしていない。数ヶ所の診療所で運営している精神障害者小規模作業所に顔をだしており、最近殆ど毎日何時間かそこで過ごしたりしている。

このケースで難しいと感じるのは、家族関係への介入である。今のところは積極的なアプローチをしていない。本人と娘たちの関係を尊重し、横から見ているという感じである。本人は、子供が来てくれないことを嘆く一方、自分から娘たちのところに遊びに行ったりしているが、その時に持参しなければと思っている手土産が金銭的な負担になっており、そう頻繁には訪ねて行けない。娘は気にかけて電話してくることもある。本人は子供と一緒に住みたいというわけではないようで、多分今のままの生活でよいと思う。でき上がってしまった家族の人間関係を再構築するのは非常に難しい。

<援助のポイント>

- この事例の場合には、何も問題がないように見えながら、自傷行為や自殺企図があるという点です。自傷行為や自殺の防止について訪問看護師はどこまで責任をとることができるのかと言うことが議論の焦点になります。主治医、保健所の保健婦（士）、精神保健福祉相談員、作業所の職員、家族と多くの人々がかかわっていますが、それが本人を支えるネットワークとして機能するように話し合っていく必要があります。保健婦（士）との連携による訪問看護が展開されるケースといえます。
- 家族をはじめとする人とのつながりで生きている人であるということを理解し、人のサポートネットワークで本人の孤独や寂しさなどの気持ちを支えることを考える必要があります。とりわけ、家族に見放されては生きていけないと言うことを心に留めておくことが大切と思われます。
- 訪問看護師の役割は、長男、長女など、これまで母親を支えてきた人々が負担にならない適切な心理的な距離を保ちながら、関係を持ち続けていくことが出来るように見守っていくことであると思われます。家族の関係は、どうしても看護師が自分の生活体験からそのあり方を考えがちですが、家族によって関係の持ち方も価値観も異なることを念頭に置いて、親子の関係を見守っていくことが重要です。

事例Fさん：家族全体を支える体制をつくる

45歳女性。精神分裂病。平成6年8月にビルの4階から飛び降りて、腰椎の圧迫粉碎骨折で脊椎損傷。現在、精神的には落ち着いている。

訪問は平成6年11月に開始した。訪問を始めたきっかけは、退院するにあたって、バルーンを入れており、下半身麻痺のため、在宅でかかわってくれる人が必要になったことであった。ケアの内容は、シャワーの介助と清拭、麻痺があるため下半身に傷があってもわからないので、その処置などで週2回訪問している。バルーン管理は病院から週2回訪問がある。下半身のリハビリのためにヘルパー介助で病院に週一回通院している。

家族は夫、娘、息子と姑。主な介護者は姑。姑には収集癖があり、こちらの方が問題ありそうにみえる。家の中は整頓されておらず、山積みされたビニール袋の間をネズミが走っていて驚いたこともある。訪問開始当時、息子は中学生で、おそらく母親の飛び降り事件がきっかけで登校拒否になり、部屋に閉じこもるようになった。現在18歳、高校には行っていない。

一昨年ぐらいから特養で精神のデイサービスが始まって、2月からは週2回通所している。通所に抵抗はない。往診は、週に1回。昔の事が不明なままに、訪問看護が開始された。保健婦も入っているが、保健婦が関わっているのは本人と姑で、息子には関わっていないようである。息子はこれから問題になると思う。

服薬の管理はできている。誰に言うよりも本人に言うのが、一番確実である。夫は普通に勤務しているが、ストレスのためにアルコールにおぼれて、ときどき肝硬変で入院する。夫が入院したときは、ショートステイを使っている。

このケースの家族全体の相談は主治医にすることが多いが、家族全部をみることはできないので難しい。

<援助のポイント>

- このケースの場合、本人がビルから飛び降りて、脊椎損傷になったということから、家族内の人間関係の問題が原因になっているかも知れないということがある程度推測できます。そして、訪問看護者に要請されたことは、脊椎損傷の本人への身体的なケアですが、訪問することによって家族全体の問題が見えてきたということがいえます。
- 家族のケア能力が低下している場合には、すべてを訪問看護者が抱えることはできないので、どこまでを訪問看護者が担うかということを検討する必要があると思います。家族全体の問題を主治医に相談することが適当なのか、本人以外に精神保健上の問題をもつ家族がいるならば、誰にその問題をつなげるのが適当なのか。また、家族に提供される様々なサービスをコーディネートする必要があるとすれば、それは誰が担うことができるのか。訪問看護を通して浮かび上がってきた問題を、地域の社会資源を活用してサポート体制をつくるということが必要になります。そのために訪問看護者は日頃から地域で活用できる資源を把握しておくことが求められるのです。
- 家族関係に問題がある場合に、気をつけなければならないことは、家族が他者からのサポートを受け入れること自体が難しいという点です。外からの力を受け入れるには、それだけの家族の力量がいるということです。そのためには家族員の誰かが自分たちの問題に気づき、サポートを欲しいと求助行動を起こすことができるまで時間をかけることも必要になるでしょう。

事例Gさん：キーパーソンがいない精神障害者家族

家族全員が精神障害のケースである。訪問対象者は35歳女性と32歳男性。どちらも精神分裂病。保健所の精神保健福祉相談員からの依頼で訪問を開始した。

両親は離婚している。母親は分裂病であったが、肺炎で死亡した。再婚後の父親は痴呆のため入院している。4人の子供（長女A、次女B、長男C、次男D）は全員分裂病で、そのうち次女Bと次男Dへ訪問中である。

長女Aと母親は商店街で雑貨屋を経営していた。再婚した夫と不仲で、夫は家で生活し、妻と子供は雑貨屋で生活していた。その後、夫の痴呆症が悪化し、徘徊している途中で転んで骨折したのをきっかけに痴呆病棟に入院した。この時に長男Cが別居して独立した。

平成9年6月より訪問を開始した。訪問開始より1年後の平成10年6月に長女Aが船の上から飛び降り自殺を図った。長女はかねてより、雑貨店を仕切っていて、しっかりした人柄だった。自殺の兆候はなかったが、今思うと、主治医と訪問看護婦、保健所の精神保健福祉相談員が将来の相談を受け、所帯分離をして生活保護を受けてはどうかという提案をした時期と自殺の時期が重なる。長女Aはお店を自分で続けたいと思っていて、勝ち気でやる気のある人だったので所帯分離しての生活保護をうけるという提案がショックだったのだろうとも思う。

その後母親が弱り、肺炎により他界した。現在は次女Bと次男Dが家に残っている。長女Aが亡くなった当時は心配で週に3回訪問した。次男Dが意外にしっかりしてきて、薬も服薬しており、現在は在宅サービスセンターで掃除のバイトをしている。次女Bが日中1人になるので、様子を見るために訪問は続いている。次女Bは「お母さんの面倒を見る」ということで、支えられているところがあったが、今はそれがなくなってしまったため、心配なケースである。作業所に行かせようとしているが、飛び降りて頭を打った事があり、知的な障害が残っている為作業所のスピードについていけない。そこで作業所以外に適当な通える場所がないかと検討している。

保健所、医師、訪問看護ステーションなど、いろいろな機関が連携よく家族全体の相談をし合

っており、何かあると連携して処理している。

このケースについては、長女Aの自殺を止めることはできなかったか・・・という思いは今なお強い。

<援助のポイント>

- 地域の中で最も支援が困難なケースは、複数の精神障害者を抱える家族です。これまで保健所の保健婦（士）の多くは、このような親子、あるいは、兄弟姉妹全員が障害者という家族を援助してきた経験をもっています。このケースのように地域の保健医療福祉のさまざまな機関がかかわり、連携してサポートネットワークを作ることが第一義的に必要になると思います。訪問看護は、地域の一つのサポートです。
- 家族全員が精神障害者としても、これまで地域で何とかやってきているという力を評価する必要があります。家族の中の誰かがキーパーソンとなっているのです。この家族の場合は母親と長女であったと考えられます。そして、二人が亡くなった後、次男が力を出し始めている。次男の負担が過重にならないように見守りながら、家族員が新しい関係を作りだしていくことができるように援助する必要があります。
- 長女が自殺し、母親が亡くなるという過程の中で、明らかになっていることは、この家族の絆が強いということです。地域の中で家族が寄り添って生きてきているということを、訪問看護者は援助をしていく上で大切にすることがあるといえます。

4. 精神訪問看護の役割を「見極める」

1) 提供しているサービスを通して看護の果たしている役割を考える

精神訪問看護は、身体疾患をもつ人の訪問看護とは、サービス内容や提供の方法が異なります。身体疾患の場合には、カテーテルの交換や痛みの軽減など、具体的で目に見え、家族にはできない専門的なサービスを提供することができますが、精神訪問看護の場合には、利用者の話を傾聴することや生活を見守ることなど、目に見えにくいサービスが中心になります。また、利用者にできることを見極め、肩代わりはしないことが重要になります。このため、「実施しているサービスに自信がもてない」「効果が見えにくい」といった問題に直面することがよくあります。

精神訪問看護の役割は、生活上の援助を通してながら、精神障害者が地域で暮らしていく力をつけていくことです。したがって、訪問によって安心できる対人関係が保たれ、精神症状を安定させるという効果をもたらしていたり、症状が変化したときに適切に対応することができたりします。また、直接的な働きかけだけではなく、訪問によって家族のダイナミズムが変わり、家族関係を調整することができたりします。精神訪問看護の特徴は、提供しているサービスに対する評価の仕方に特徴があると言えます。すなわち、何をめざして援助をしているのか、その“めざしていること”を意識する必要があります。

<チェックポイント>

- 具体的に提供しているサービスは何か
- そのサービスの提供を通して何をめざしているか（援助の目的）

援助をしていて、疑問に思ったり、行き詰まったりしたときに、立ち止まってめざしていることを考える必要があります。方法としては、ケースカンファレンスや事例検討の場などを活用して行うとより効果的になるでしょう。

提供しているサービスは、以下のように分類することができます。

《例：提供しているサービスの分類》

- a. 在宅での生活支援（見守り、食事、睡眠、生活リズムへの支援）
- b. 精神的援助（傾聴、相談、利用者との関係づくり）
- c. 対人関係の援助（家族、近隣等）
- d. 医療継続への支援（服薬管理、通院継続支援等）
- e. 状態悪化時の把握と対応
- f. 社会活動参加への援助

事例Hさん：つきあっていくことが援助

99歳の女性。老人性うつ病。平成8年11月に訪問を開始した。散歩は車イスで、室内は歩ける。経済的には豊かである。

訪問看護の頻度は週2回で1回1時間程度で、援助内容は、観察、保清、散歩などである。散歩にいくと落ち着くのか表情が明るくなる。訪問看護への抵抗感が少しある。

困っていることは、被害妄想が強いことと、訪問看護婦と関わっても変化が見られないことである。訪問のきっかけは骨折であったが、痴呆の症状がでてきた。痴呆の症状としては、嫁に対する被害妄想で、「包丁で殺しに来る」などと訴える。訪問看護婦は話をよく聞き、かかわりを保つという姿勢で対応をしている。訪問している看護婦とヘルパーが（民間）連絡しあって援助している。ヘルパーが歩く練習を促したりすると「歩いたりして転ぶようなことがあれば、歩かせたヘルパーのせいだ」などと言ったりして、時々、ヘルパーに怒鳴ったりする。

往診しているのは整形外科の医師で、精神科の処方ではできないため、精神科の受診を勧めてもらっている。今後、精神科受診が必要になると考えている。

<援助のポイント>

- このようなケースの場合、訪問看護者がかかわることによる目に見える変化に乏しく、対象者からも攻撃的な言葉をなげかけられるなど、訪問することの意味を見失いがちになってしまいます。
- 訪問することの意味を見失ったときには、もう一度、確認する作業が必要です。99歳の高齢、骨折の経験があるなど、訪問看護が要請されるまでの経過を見直すことも役に立つでしょう。また、訪問看護によって、介護している嫁の負担が軽減できているかなど家族への影響についても考えることが必要になります。
- 99歳になれば、自分の子供も高齢になり、友人なども極めて少なくなっていると思われます。訪問看護者やヘルパーが、このケースにとっては、大切な外部とのつながりになっているとみることもできます。被害妄想のようなものがあると周囲からは敬遠されがちですが、どのようにつきあっていくかが訪問看護の課題といえましょう。

事例Iさん：問題行動をもつ単身生活者

48歳。独身の男性。精神分裂病。定期的に通院はしている。クリニックからの紹介患者で、入院歴は合計で約4年（3～4ヶ月間の入院の繰り返し）である。

問題行動として、性的欲求や飲酒・金銭などの問題がある。指示書の内容も生活指導や金銭問題のことが主になっている。

以前離婚し、子どもが一人いるが、復縁願望が強い。離婚は「親族が無理に引き離したせいだ」と思っており、もう一度会えばやり直せると思っている。前妻も精神科の患者で、逃げている状態である。前妻もデイケアに通っているので、鉢合わせしないように配慮が必要である。

症状が悪化するときは、飲酒がひどくなる。前妻の実家に行き、警察沙汰になったという情報が入ったので訪問すると、飲酒していた。飲んでいたのは分かっていたが、どうしても話を聞きたいと思ったので、少し長居をしたら、とびかかってきた。危ないと思って、すぐ逃げる体勢をとっていたので、何もなく済んだ。その後、「酒の匂いがするときは自宅内には入らないし、そういうことをするようであれば、もう二度と来ません」といってからは、とてもおとなしくな

った。飲酒をしている時は、訪問看護婦も気をつけなければいけないと思う。保健婦にも単独では訪問しないようにと云ってある。本当は複数人で訪問したいが現実的にはむずかしい。保健婦と一緒にいくにも、時間的に忙しくて合わない。

金銭問題があるので週1回くらいは訪問する必要があるが、月2回行くのが限度である。お金を使いこんで生活破綻し、社会福祉協議会に生活資金を借りてもらったこともある。その返済が終わった時点で、再度生活破綻しており、今後は生活破綻しないようにと指導している。

服薬は大体しているようだが、薬を見せようとしめない。精神症状が安定しているときは、服薬している。本人は精神科の薬を飲まないで眠れないという意識があるので、だいたい飲んでる。服薬についても困難事項に入ると思う。

家事は本人がまめにやっている。洗濯機を新しく購入したが、使い方がわからなくて、一回一回説明書を読んでいる。字もひらがなとカタカナくらいしか読めない。家庭的にも恵まれず、両親は離婚している。

<援助のポイント>

- Iさんのような問題行動をもつケースの場合は、ルールを作って訪問するということが必要になります。事例の中にあるように、飲酒した状態の時には「訪問してもかかわることなく帰ってくる」「単独では訪問しない」などがその例です。
- 生活破綻の問題については、福祉関係者に対応を依頼するなど、保健婦（士）と対応や役割分担について取り決めをする必要があります。Iさんのような単身のケースは、保健所、福祉事務所などの公的機関と医療機関の連携が重要になります。過干渉にならず、抱え込み過ぎず、連携の隙間からこぼれてしまうことのないように適度なかかわりのなかで、社会のルールや常識に基づく対応が求められます。
- 指示書に書かれている生活指導については、単に生活の仕方への助言だけではなく、社会に通用するルールで訪問看護者が対応することそのことが、地域で生活していくための生活指導であると考えられます。
- この事例の訪問看護者は、服薬管理を困難事項の1つにあげています。このケースの場合は、精神症状の変化から服薬状況が把握できるようですが、服薬をしているかどうかを判断することは難しく、看護者が疑いをもつことで関係を悪くすることもあります。したがって、服薬のことを率直に話し合うことが困難な場合は、夜眠れないとか、落ち着かないとか、本人の困っていることを手がかりに、日常生活全体を観察しながら、具体的にできる援助を見つけていくことが重要になります。

事例Jさん：近隣との緊張関係を和らげる

52歳の一人暮らしの女性。精神分裂病でW病院に通院している。

隣のおばあちゃんとの関係が悪い。大家さんに会ったとき、妄想だけでなく、実際に苛められていることがわかった。家族関係、兄弟関係も良くなく、皆から相手にされていない様である。子供も自立したため、姉とアパートの隣同士に住んでいるが、姉は本人とは一緒に住もうとしない。本人は母親を大変慕っていたが、その母親が亡くなったときも姉は死に目には会わず、葬式も終わり、四十九日になってから連れていった。若い頃は問題行動が多く、家族にはいろいろなことがあったらしい。

現在受けているサービスは訪問看護のみである。主治医もときどき妄想の対象になる。主治医が何人も変わったが、今の先生が一番安定している。ちょっとしたことで、すぐ拒否が強くなる。例えば、受付の人が何か物を渡したときに愛想が悪いと、「私のことが嫌いなのだ、もう来なくてよいと言った」などと受け取ってしまう。昔から妄想のためにトラブルが多かったようだ。

誰も受け入れがなかったが、訪問看護婦だけはどうか受け入れた。生活指導をするには難しいケースだが、心配している人がいることを伝えるだけで、本人の気持ちにより作用を及ぼしたのか、少しずつ、例えば昼間は布団を片づけるなど、変化してきた。生活保護を受けているワーカーとはあまり関わっていない。訪問看護が入っている安心感もあるせいか、あまり接触はないようだ。保健婦のことは聞いたことがないので、接触があるようには思えない。

服薬に関しては何度か拒薬とか怠薬があった。デポ剤を注射していても、服薬をきちんとしないと、妄想が活発化してくる。

隣のおばあちゃんも加齢とともに変化して行って、隣との問題がなくなると少しは精神状態も安定するのではないかと思われる。それほど社会的な問題もないので、今のような生活が続けば自宅療養が可能と考えている。整理整頓ができないため、それが社会的な影響をどれくらい及ぼすかということになると、周囲の受けとり方の問題なので、それが一番不安である。周囲が今のままであれば在宅生活の継続は可能であろう。

<援助のポイント>

- Jさんが訪問看護者だけを受け入れているのは、自分の病気は認められなくても、自分が生活していく上での困難があり、何らかの助けが必要であるということに気づいているからだと考えられます。すなわち、「自分のことを心配して見守ってくれる人がいる」ということが、孤立している本人にとっては大きな安心感になったと考えられます。その本人の意識を大切にせずにつなぐことができている信頼関係を、何か起こったときの絆として働くように継続していくことが大切です。
- 訪問看護者がJさんにかかわっているという安心感は、周囲の人々とJさんとの間の緊張関係を和らげ、緊張関係が和らぐことが妄想の出現を軽減しているという効果を生んでいることも考えられます。妄想にとられるエネルギーが少なくなれば、日常生活にも気を回すことができるということです。その意味で、訪問看護者がJさんとの安心感のある関係を保っているということそのことが援助になっているとみることもできます。

2) 直面する困難を克服する

訪問看護の困難さの中に、「訪問の拒否」があげられています。訪問看護は本人との契約をもとに行われるものですから、必要ないと断られれば訪問を継続することはできません。しかし、精神訪問看護の場合は、拒否が本人の病状の変化と関係していることがあるので拒否されたから訪問に行く必要がないと判断するわけには行かないことがあります。

「拒否」が援助を必要としているサインだったりするからです。

そこで「拒否」の理由を考えてみる必要があります。

<チェックポイント>

- 訪問看護は、本人が望んで開始されたものだったか
- 本人の状態が変化して訪問を受け入れなくなったのか
- 服薬の中断、通院をしていないなど治療上の問題はないか
- 訪問看護者との関係の中で、訪問を受け入れなくなったのか
- 本人が希望しているサービスと提供しているサービス内容にズレがあったのか
- 状況が変わって、訪問看護が必要ではなくなったのか

事例Kさん：本人が必要と認める援助を届ける

66歳の単身の女性。精神分裂病。離婚歴があり、子供も両親もいるが、家族とは音信不通で、1人暮らしをしている。結核で市内A病院に入院していたときに、精神科に紹介されて精神分裂病と診断された。訪問看護の開始時は結核と精神分裂病に罹患しているとのことだったが、結核は治癒し、今は精神科のみの指示書で訪問している。

訪問開始時に問題はなかったが、去年の12月31日で結核が治癒したため、結核の薬が処方されなくなった。それから状態が悪化し、拒絶的な反応が始まり、訪問担当者も受け入れなくなり、鍵をあけてもらえないこともあった。

週1回の訪問と、ヘルパーが週2回来ているので週に3日はだれかが来ている。

精神科の医師に相談して、受診に同行し、精神安定剤を注射してもらって一時はおさまった。しかし、手の震えや突っ張り感といった抗精神薬の副作用が出て、本人はそれが怖くてしかたがなくなった。副作用をとめる薬も服薬したが、訪問すると「結核の薬が飲みたい」といつていた。ヘルパーからの連絡もあり、何回か自宅に行ってみようと思っていたが、あまりにも切羽詰まって入院を主張しているし、疲れていることもあって、1月に受診してそのまま入院になった。

結核の治療を終えたのが状態悪化のきっかけと思い、精神科の医師に、患者の不安を押さえるために内科を受診させたいと話してみたが、特に指示はなかった。そのため、患者に「副作用は内科の問題とはちがう」ということや、「結核はレントゲンも撮ったし大丈夫だから」という話をしていたが、本人はそれでは納得いかなかった。

結果として、内科受診を継続した方がよかったのではないかと考えている。

<援助のポイント>

- この事例の場合は、何の目的で訪問するかという問題を提起しているように思います。訪問は、本人が困っている問題で行うのか、医師の指示内容を尊重するのかということ。訪問看護者は考えなければならないということを示しています。
- 地域で援助活動を行う看護者にとって地域での生活が困難になり、入院を余儀なくされることは、挫折感や敗北感を抱きやすいものです。しかし、入院が、即問題になるのではなく、病院を社会資源として有効に活用できたかどうかという視点から評価することも必要です。このケースの場合も、単身で一人暮らしが大変になっていて本人は入院することを望んでいたと考えることもできます。入院によって薬物療法の調整がうまくいったり、精神科の援助を受け入れ安くなるという効果を期待できることもあります。起こった出来事を、積極的な援助に切り返すことも時には必要になると思います。

事例Lさん：家族の協力のもとに本人との関係をつなぐ

63歳の男性。うつ病。入院歴はない。今までは良かったが、現在、訪問拒否になり、現在訪問を中断している。もともとは腰椎症の患者だったが、精神科ではないかということで、57歳のときにW病院に受診した。その時は定年を間近に控えて仕事上に問題を持っていた。

身体的な疾患をもち、血圧の上昇に気を付けなければいけない患者であった。もともと薬に対しては過敏であったが、血圧の薬を変更したときに強い不安の訴えがあった。実際、変更した血圧の薬はあわなくて、血圧の上昇が続いた。しかし医師には、新しい薬では血圧の上昇がとまらないということや、それによる不安などの事情を聞いてもらえず、血圧の薬はそのままだったため、だんだん症状が悪化してしまい、結局看護婦に連絡とって薬を変更してもらった。しかし、その時点ですでに手遅れで、精神状態が悪くなり、訪問拒否になってしまった。

口内炎ができたのを理由に休むと連絡があつて、そのあと訪問看護を拒否し、訪問しても全然ドアを開けてくれない。ちょっとしたタイミングで会えた時には、愛想よく対応してくれたが、家の中には入れてくれなかった。先日行ったときは玄関で30分くらい話したが、中には入れてはくれなかった。これまでも状態が悪くなり、受け入れが悪くなることはなかったが、今回は強力に拒否している。

身辺整理の力も低下してヒゲをそったり身綺麗にできなくなっており、これも訪問拒否の原因になっているのかも知れないと考えている。これまでは、訪問日はヒゲをそったり、身辺整理をしていたが、今は布団から出たくないし、ヒゲもそりたくないらしい。

訪問拒否が始まって以来、血圧も測らせてくれないので身体症状の観察ができずに困っている。庭先で精神症状の観察しかできない。服薬はしていないようである。訪問拒否になる以前も眠剤か高血圧の薬は飲んでいたようだが、うつ病の薬は「飲んでも効かない」と言っていた。指示書は精神科から出ており、血圧の薬は内科からでているので、奥さんが精神科と内科に行つて薬をもらってくる。担当医は（訪問拒否の現在も）定期的かどうかはわからないがときどき往診している。医師の訪問は拒否していないようである。しかし、本人は処置をされることをいやがっていると思う。結果を聞くのが不安なので、年に一回の血液検査も拒否するなど、自分の体に不安要素が発生するのが怖いようである。

今後も現在のままで、在宅療養の継続は可能と思っている。奥さんと子供と同居しているので、拒否されても、奥さんの話が聞ける。奥さんは「来てやってください」という電話連絡もしてくれる。

<援助のポイント>

- 本人の意思よりも家族の意思が尊重されるということは、むやみにされて決して良いことではありません。しかし、日常的にケアを担っている家族もまた援助を必要としているときがあります。訪問看護者が担うのは医療にかかっている人のケアですが、ケアし続けている家族にとって話を聞いてもらい、本人についての困りごとや悩み事を相談できる相手として訪問看護者が大きな支えになっていることがあります。
- Lさんの場合のように、家族を支えることが本人を間接的に支えることになる場合があります。また、本人が拒否していても家族から服薬のことについての情報を得ることができ、本人の状態の変化を早めに察知することができます。こうした家族を通じた間接的な援助も一つの方法として活用することができます。

事例Mさん：ささやかなつながりに意味を見いだす

48歳の男性。精神分裂病。現在、通院中で、K病院に入院歴がある。16歳で発病し、現在も精神症状があり、訪問看護を拒否している。

81歳の母親と二人暮らしで、ごみの中で生活している。以前、行政への報告書にそのことを書いたところ、保健婦が訪問し、保護課の人たちも手伝って家の中を整理したことがあった。しかし、本人には自分たちの生活に手を加えられたという不満が残り、それが発端のようになって精神症状が悪くなった。1ヶ月に1回くらいは様子をみているが、家の中に入れないので様子をみる程度である。服薬しているかどうか、わからないが、生活保護をもらう限りは、診察を受けなければいけないということで、通院はしている。

訪問できていた頃には、薬を水に全部とかして飲むなど変な飲み方をしていた。また薬をストックすることもあったので、本人に話して看護婦が持ち帰ることもあった。保健婦はもちろん、誰に対しても訪問を拒否している。行ったときにタイミングよく玄関があいているような場合には話をする。しかし、閉まっていたら開けてもらえない。

本人が銀行に外出している時は、母親だけになるので、話を聞くことができる。近所から悪臭についても苦情がきている。夏になると、悪臭がもっとひどくなるのでそれまでに何とかならないかと思う。夜間も飲酒をして騒ぐので、隣の借家人は居着かない。

入院については本人の拒否が強く、また措置入院の適用になるほどの社会的な問題はおこしていない。あくまでも本人の意志をもって入院させなくてははいけないので、無理に入院させるわけにはいかない。

<援助のポイント>

- 本人が訪問看護を拒否し、家族の協力も十分でないとき、訪問看護者はどのようなかわりをもつことができるのかということの問題提起しているケースといえます。保健婦（士）との関係が断ち切れてしまった後は、訪問看護者が本人とのつながりをもつことができている数少ない人になっていると思われます。それがわかっているので訪問看護者は、困難ケースとして服薬状況や症状の変化を観察しながら訪問を継続し、本人もまた、訪問看護者と偶然に出会えば、立ち話に応じていると考えられます。消極的で細々であっても本人と訪問看護者の信頼に基づく関係はつながっているということです。
- 精神訪問看護においては、はっきりと目に見えるかたちの効果や本人からのねぎらいや感謝の言葉など、看護者が援助することを動機づけられたり、励まされたりする反応を得ることは期待できないことが多いものです。しかし、Mさんのように根強い不信感をもっている人が、時折見せる信頼感を訪問看護者が感じとることができれば、つながっていることの意味もまた、訪問看護者の役割であることを理解できるでしょう。訪問看護者が家に来ていることをケースが認知しているということが、目には見えない形の支えになっている場合があり、かわり続けることの意味を、そこに見いだすことができるのではないのでしょうか。

付

調査票
及び
単純集計結果

平成10年度精神障害・痴呆の対象者への訪問看護実態調査

社団法人 全国訪問看護事業協会

精神障害や痴呆の方々が地域で安心して暮らすためには、訪問看護の果たす役割が非常に重要と考えられています。本調査は、昨年度（平成9年度）調査にご協力いただき、「継続調査にご協力いただける」と回答して下さった訪問看護ステーションの方々に継続調査をお願いするものです。

昨年度調査では、精神障害・痴呆の対象者への訪問看護の実施状況について、全般的な調査をさせていただきました。今年度はそれらの対象者について個人別の調査をお願いし、どのようなケースが困難となっているか、また困難ケースにどのように対処すればよいかについて検討するための調査を実施致します。

皆様から得られた回答は、全国で精神障害・痴呆の対象者を抱える訪問看護ステーションの方々からの貴重なデータとして、活用させていただきます。

大変お忙しい中恐縮ですが、調査の趣旨をご理解のうえ、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、回答されました内容は統計的に処理しますので、各ステーションおよび各ケースの回答をそのまま公表することは一切ありませんので、何卒ご協力下さい。

◇◇◇ 記入上の注意 ◇◇◇

1. この調査票は訪問看護ステーションの管理者の方がご記入下さい。
2. 調査票は特に日付が示されているもの以外、平成11年1月1日現在で記入してください。
3. 番号のあるものは、そのいずれかに○印をつけてください。
4. 四角の枠のところは、具体的に記入してください。
5. 「その他（ ）」に該当する場合には、（ ）内に具体的に記入してください。
6. 黒または青のペンやボールペンで記入してください。
7. ご記入済みの調査票は、同封の返信用封筒を使用して、
「平成11年2月26日（金）」までにご返送ください。
8. 調査内容について不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

<問い合わせ先>

社団法人 全国訪問看護事業協会 大場、石川
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-8 YKB新宿御苑1001
TEL 03(3351)5898
FAX 03(3351)5938
(月～金 朝10時～夕方5時の間にお願ひします)

1. 実訪問看護ステーションの概要について

問1	訪問看護 ステーション名	都道府 県名
問2	運営主体 (○は1つ)	1. 国・地方公共団体 2. 医療法人 3. 社会福祉法人 4. 医師会 5. 看護協会 6. その他 ()
問3	併設施設 (○はいくつで も)	1. 併設施設なし 2. 病院 ⇒ア. 精神科が主 イ. 精神科を含む複数の診療科 ウ. 精神科なし 3. 診療所 ⇒ア. 精神科あり イ. 精神科なし 4. 老人保健施設 5. 特別養護老人ホーム 6. 特別養護老人ホーム以外の老人福祉施設 7. 精神障害者社会復帰施設 8. その他の社会福祉施設 9. 在宅介護支援センター 10. 市町村保健センター 11. その他 ()
問4	利用者数 (平成11年 1月1日現在)	利用者合計 人 慢性疾患や障害を持つ老人(痴呆症患者以外)(65歳以上) 人 精神障害者(痴呆症患者を除く)※1 (年齢問わず) 人 痴呆症患者※2 (年齢問わず) 人 成人・小児の身体疾患患者(難病を含む)(65歳未満) 人 その他() 人
問5	1月の訪問看護基本療養費(Ⅱ)の算定(○は1つ) (精神障害者社会復帰施設等の複数入所者への訪問)	1. 算定した 2. 算定していない
問6	24時間対応体制(○は各1つ) (1) 精神障害者への24時間対応体制 (2) 痴呆症患者への24時間対応体制	
	1. 24時間直接連絡を受ける体制がある 2. 併設機関等を通じて対応している 3. 対応していない 4. 精神障害者の対象者なし	1. 24時間直接連絡を受ける体制がある 2. 併設機関等を通じて対応している 3. 対応していない 4. 痴呆症患者の対象者なし
問7	月に1回以上連絡をとったり、情報交換をしている地域の保健医療福祉機関(○はいくつでも)	
	1. 精神科医療機関 2. 精神科デイケア 3. 保健所、市町村保健センター、市町村の保健担当部 4. 保健所デイケア 5. 精神保健福祉センター 6. 福祉事務所・市町村の福祉担当部 7. 市町村デイサービス 8. 老人性痴呆疾患センター 9. 老人保健施設 10. 特別養護老人ホーム 11. その他の老人福祉施設 12. 精神障害者社会復帰施設 13. 精神障害者小規模作業所 14. グループホーム 15. 在宅介護支援センター 16. その他 ()	

【精神障害者※1】

ここでいう「精神障害者」は、主傷病名が痴呆を除く精神障害で、主に生活上の困難を持つ精神分裂病等の患者のことで、(以下、同様)

【痴呆症患者※2】

ここでいう「痴呆症患者」は、主傷病名がアルツハイマー型痴呆や血管性痴呆などの痴呆症患者のことで、「痴呆(ぼけ)の症状をもつ老人」とは異なります。主治医の指示書の傷病名欄に「痴呆」の記載があり、痴呆性老人の日常生活自立度がランクⅣまたはⅤの人として下さい。(以下、同様)

2. 精神障害者への訪問看護について

※現在精神障害者の利用者がいない場合でも、過去に利用者がいた場合はお答え下さい。

問 8	精神障害者へ訪問しはじめたきっかけ（主なもの2つまで○）
	1. 併設の精神科病棟等からの退院患者を中心として、訪問する必要性があったため 2. 精神障害者への訪問依頼が他機関（医療機関や保健所など）からあったため 3. 精神障害者本人や家族からの訪問依頼があったため 4. 利用者の家族や親戚に精神障害者がいたため 5. その他（ ）
問 9	精神障害者の利用者に対して、どのようなケアを中心に提供していますか。（○は3つまで）
	1. 身体症状に対するケア 2. 日常生活に関するケア 3. 精神症状に対するケア 4. 利用者によって提供しているケアが異なる 5. その他（ ）
問 10	緊急入院が必要な場合に病床確保が可能ですか。（○は1つ）
	1. 病床確保は可能 2. 病床確保は困難 3. 分からない ↓「1. 病床確保は可能」と回答した人のみ、お答え下さい。（○は1つ） 1. 併設の医療機関で病床を確保できる 2. 併設はしていないが同一設置主体の医療機関で病床を確保できる 3. 1. 2. 以外の医療機関で病床を確保できる（主治医のいる医療機関など） 4. その他（ ）
問 11	精神障害者への訪問看護の実施に関し、どのような点に困難を感じますか。（○はいくつでも）
	1. 本人に受け入れ拒否をされることがある 2. 本人への援助方法が難しい 3. 家族への援助方法が難しい 4. 周囲の人々の受け入れ調整が困難な場合がある 5. 独居している異性のケースへの対応が難しい 6. 訪問看護に関する自己負担金をもらいにくいことがある 7. 症状悪化時の対応が難しい 8. 約束の訪問日時に家にいないことがある 9. 訪問看護の効果がみえにくい 10. 訪問看護計画をたてにくい（訪問看護内容や滞在時間等） 11. 本人や家族が必要としているサービスが訪問看護では応じきれない場合が多い 12. 提供すべきサービスがよくわからないことがある 13. その他（ ） 14. 特になし
問 12	問 11 のような困難点について、主にどこに相談していますか。（○はいくつでも）
	1. 主治医および主治医のいる医療機関へ相談 2. 1 以外の医療機関へ相談 3. 保健所、市町村保健センター、市町村の保健担当者へ相談 4. 精神保健福祉センターへ相談 5. 他の訪問看護ステーションへ相談 6. その他へ相談（ ） 7. 特に相談していない
問 13	今後、精神障害者への訪問を拡大するために必要な方策は何ですか。（主なもの3つまで○）
	1. スタッフの知識や技術の向上 2. 精神科経験のあるスタッフの確保 3. 主治医との連携の強化 4. 精神科専門の医療機関等との連携強化 5. 都道府県精神保健福祉センターとの連携強化 6. 保健所・市町村との連携強化 7. 精神障害者を対象としたデｲｯｸ、小規模作業所等の社会復帰施設の拡充 8. 精神障害者を対象とした入院・入所施設の拡充 9. 困った時の相談先の確保 10. 緊急時対応体制の強化 11. 他の訪問看護ステーションとの連携 12. 現在のままでよい
問 14	精神障害者への訪問について困っていることや問題点について自由にご記入下さい。

精神障害者 個人票

記入者名

※お名前は集計には使用しません。
電話でお問い合わせする場合に使います。

※平成11年1月1ヶ月間に訪問した精神障害者（調査要領参照）の方について、1人1枚ご記入下さい。

(1) 性別	1. 男 2. 女	(2) 年齢	() 歳				
(3) 主たる傷病名 (主なもの1つに○)	1. 分裂病圏（精神分裂病、非定型精神病など） 2. 感情病圏（そううつ病、うつ状態など） 3. 神経症圏（人格障害、摂食障害、強迫神経症など） 4. アルコール依存症 5. 器質性精神障害（てんかん、外傷性精神病など） 6. その他（ ）						
(4) 初発年齢	最初に精神科に受診した時の年齢 () 歳						
(5) 精神科への受診状況 (○は2つまで)	1. 定期的に通院している 4. 訪問診療を受けている 2. 不定期だが通院している 5. その他（ ） 3. 現在通院を中断している						
(6) 精神科病棟への入院歴 (各1つに○)	1. あり（約 年） 2. なし ↓ うち、貴訪問看護ステーションに併設する精神科病棟への入院歴 ア. あり（約 年） イ. なし ウ. 併設の精神科病棟なし						
(7) 現在の状態 (各1つに○)	精神症状						
	1. はっきりと精神症状が認められる（幻聴、幻覚、妄想、うつ状態、躁状態、強迫症状など） 2. ときどき精神症状が認められる 3. ほとんど精神症状が認められない						
	日常生活状況（セルフケアレベル）						
1. 自分1人ではできず、手伝うことが必要 2. 声かけや指導が必要 3. 励ましや努力を支えるような働きかけが必要 4. 自分ででき、問題はみられない							
家族の協力度（同居家族がいない場合でも、家族がいる場合は回答して下さい） 1. 協力的である 2. 普通 3. 協力的でない 4. その他（ ）							
(8) 経済状況 (収入) (複数回答可)	1. 本人の就労（アルバイト含む） 3. 障害者年金 5. その他（ ） 2. 家族の援助・仕送り 4. 生活保護						
(9) 主な同居者 (複数回答可)	1. 父母 4. 子の配偶者 7. その他親族 2. 配偶者 5. 兄弟姉妹 8. その他（ ） 3. 子 6. 孫 9. 同居者なし						
(10) 身体疾患合併 (1つに○)	1. 身体疾患を合併（主な症病名 ） 2. 身体疾患はなし						
(11) 1月中の訪問 日数・時間	1ヶ月間の訪問日数 () 日 ※実際に訪問した日数 1ヶ月間の滞在時間合計 () 時間 ※往復時間は含めない						
(12) 訪問人数 (1つに○)	1. 単独訪問が多い 2. 複数訪問が多い 3. 単独と複数が同じ程度						
(13) 1月中の通常業務時間外(夜間、早朝等)の対応	時間外の計画的な訪問 1. あり(回) 2. なし						
	臨時訪問 1. あり(回) 2. なし						
	電話対応 1. あり(回) 2. なし						
(14) 他のサービスの利用状況 ①～③それぞれについて該当する箇所に○印	保健所 デイ・ ケア	精神科 デイ・ ケア *	精神保 健福祉 センタ ーデイ ・ケア	精神障 害者小 規模作 業所	通所の 精神障 害者社 会復帰 施設	その他	なし
①現在利用しているサービス							
②貴訪問看護ステーションからこれまでに紹介したサービス							
③現在利用していないが、今後必要と考えられるサービス							

*精神科ナイト・ケア及びデイ・ナイト・ケアは精神科デイ・ケアを含む

(15) 主にどこからの紹介または情報により訪問を開始しましたか。(1つに○)				
1. 併設病院 (→ア. 精神科が主	イ. 精神科を含む複数の診療科あり	ウ. 精神科なし)		
2. 併設以外の病院 (→ア. 精神科が主	イ. 精神科を含む複数の診療科あり	ウ. 精神科なし)		
3. 併設診療所 (→ア. 精神科あり	イ. 精神科なし)			
4. 併設以外の診療所 (→ア. 精神科あり	イ. 精神科なし)			
5. 保健所、市町村保健センター、市町村保健担当部	6. 福祉事務所、市町村福祉担当部			
7. 精神障害者社会復帰関係施設	8. 他の訪問看護ステーション			
9. 本人からの直接依頼	10. 同居家族からの直接依頼			
11. 別居家族からの直接依頼	12. その他 ()			
(16) 主治医の所属 (1つに○)	1. 併設病院	2. 併設以外の病院	3. 併設診療所	4. 併設以外の診療所
(17) 本人の訪問看護の受入れ (1つに○)	1. 拒否的	3. 普通	5. 肯定的	
	2. どちらかといえば拒否的	4. どちらかといえば肯定的		
(18) 今後の在宅療養の継続について (1つに○)	1. 現在のままで在宅療養の継続が可能 2. 地域の精神障害者のためのサービスが充実すれば継続が可能 3. 精神障害者の社会復帰施設に入所が必要 (グループホーム、援護寮を含む) 4. 精神科入院が必要 5. その他 ()			
(19) 1月1ヶ月間の実施内容 (複数回答可)	① 指示書	② 本人の希望	③ 実施内容	④ 困難内容
①指示書：医師の指示書の記載内容に○				
②本人の希望：本人・家族の希望内容に○				
③実施内容：1ヶ月間に実施したものに○				
④困難内容：実施の有無に関わらず、「困難」と感じる内容に○				
1. 主に精神症状の観察			13. 掃除、洗濯等の家事援助	
2. 主に身体症状の観察			14. 外出への援助	
3. 心理的・情緒的な援助			15. 就業・就学や社会資源活用のための援助	
4. 精神疾患の服薬管理 (デブ剤注射含む)			16. 対人関係能力向上への支援	
5. 身体疾患の服薬管理 (経口、注射を含む)			17. 金銭管理	
6. 通院継続のための支援			18. 本人と家族の関係調整	
7. 他診療科の受診指導や同行			19. 家族との相談・支援	
8. 食事に関する援助			20. 問題行動への対処	
9. 睡眠・休息に関する援助			21. 近隣とのトラブル時の対応	
10. 排泄に関する援助			22. 社会生活する上での権利擁護	
11. 入浴、保清への援助			23. その他 ()	
12. 医療処置			24. その他 ()	
④で○をつけた内容及びその他について、日頃困難と感じていることを具体的にご記入下さい。				
(20) 本ケースの訪問担当者の方について	①職種 (1つに○) 1. 保健婦・士 2. 看護婦・士 3. 准看護婦・士 4. その他 ()			
	②勤務形態 (1つに○) 1. 常勤職員 2. 非常勤職員			
	③訪問看護の経験年数 約 () 年			
	④精神科看護に関する経験 (あるもの全てに○) 1. 精神科での勤務経験 約 () 年 2. 大学・大学院で精神科看護の教育を受けた経験 3. 精神訪問看護に関する研修の受講 4. 精神科看護に関する研修の受講 5. 特になし			
	⑤精神訪問看護への抵抗感 (1つに○) 1. 抵抗感はない 2. 抵抗感が少しある 3. 抵抗感がかなりある			
	⑥今後の精神訪問看護への取り組み意向 (1つに○) 1. 積極的に取り組みたい 2. あまり取り組みたくない 3. その他 ()			
(21) このケースについて「困難」と感じることがありますか。(1つに○)	1. よくある 2. たまにある 3. あまりない			

(13) 主にどこからの紹介または情報により訪問を開始しましたか。(1つに○)				
1. 併設病院	(→ア. 精神科が主	イ. 精神科を含む複数の診療科あり	ウ. 精神科なし)	
2. 併設以外の病院	(→ア. 精神科が主	イ. 精神科を含む複数の診療科あり	ウ. 精神科なし)	
3. 併設診療所	(→ア. 精神科あり	イ. 精神科なし)		
4. 併設以外の診療所	(→ア. 精神科あり	イ. 精神科なし)		
5. 老人保健施設		6. 社会福祉施設		
7. 保健所、市町村保健センター、市町村保健担当部		8. 福祉事務所、市町村福祉担当部		
9. 本人・家族からの直接依頼		10. その他 ()		
(14) 今後の在宅療養の継続について (1つに○)	1. 現在のままで在宅療養の継続が可能 2. 地域の在宅サービスが充実すれば継続が可能 3. 社会福祉施設への入所が必要 4. 精神科入院が必要 5. その他 ()			
(15) 1月1ヶ月間の実施内容 (複数回答可)	① 指示書	② 本人の希望	③ 実施内容	④ 困難内容
①指示書：医師の指示書の記載内容に○				
②本人の希望：本人・家族の希望内容に○				
③実施内容：1ヶ月間に実施したものに○				
④困難内容：実施の有無に関わらず、「困難」と感じる内容に○				
1. 主に痴呆症状の観察				11. 問題行動の予防的介入
2. 主に身体症状の観察				12. 問題行動への対処
3. 本人の療養指導				13. リハビリテーション
4. 服薬管理				14. 創傷部の医療処置
5. 体位交換				15. その他の医療処置
6. 日常生活動作の介助				16. 家族の介護指導
7. 入浴、保清の援助				17. 家族との相談・支援
8. 排泄に関する援助				18. 福祉サービスなど社会資源の紹介
9. 食事に関する援助				19. その他 ()
10. 睡眠・休息に関する援助				20. その他 ()
④で○をつけた内容及びその他について、日頃困難と感じていることを具体的にご記入下さい。				
(16) 本ケースの訪問担当者の方について	①職種 (1つに○) 1. 保健婦・士 2. 看護婦・士 3. 准看護婦・士 4. その他 ()			
	②勤務形態 (1つに○) 1. 常勤職員 2. 非常勤職員			
	③訪問看護の経験年数 約 () 年			
	④精神科看護に関する経験 (あるもの全てに○) 1. 痴呆症患者の臨床看護経験 約 () 年 2. 大学・大学院で精神科看護の教育を受けた経験 3. 痴呆症患者に関する研修の受講 4. 特になし			
	⑤痴呆症患者への訪問看護への抵抗感 (1つに○) 1. 抵抗感はない 2. 抵抗感が少しある 3. 抵抗感がかなりある			
	⑥今後の痴呆症患者への訪問看護への取り組み意向 (1つに○) 1. 積極的に取り組みたい 2. あまり取り組みたくない 3. その他 ()			
(17) このケースについて「困難」と感じる ことがありますか。(1つに○)	1. よくある 2. たまにある 3. あまりない			

施設対象調査調査 単純集計結果

都道府県 (S)

調査数	北海道	青森	岩手	宮城	秋田	山形	福島	茨城	栃木	群馬	埼玉	千葉	東京	神奈川	新潟
183	9	2	1	5	2	2	3	7	1	5	7	6	11	4	6
100	4.9	1.1	0.5	2.7	1.1	1.1	1.6	3.8	0.5	2.7	3.8	3.3	6	2.2	3.3
福井	山梨	長野	岐阜	静岡	愛知	三重	滋賀	京都	大阪	兵庫	奈良	和歌山	鳥取	島根	岡山
0	1	3	2	4	3	1	2	3	16	8	1	1	5	1	4
0.0	0.5	1.6	1.1	2.2	1.6	0.5	1.1	1.6	8.7	4.4	0.5	0.5	2.7	0.5	2.2
広島	山口	徳島	香川	愛媛	高知	福岡	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	沖縄		
5	8	3	2	3	5	11	0	3	6	3	1	7	0		
2.7	4.4	1.6	1.1	1.6	2.7	6.0	0.0	1.6	3.3	1.6	0.5	3.8	0.0		

問2 運営主体 (S)

調査数	国・地方公共団体	医療法人	社会福祉法人	医師会	看護協会	その他	無回答
183	17	94	14	27	10	19	2
100.0	9.3	51.4	7.7	14.8	5.5	10.4	1.1

問3 併設施設 (M)

調査数	併設施設なし	病院	診療所	老人保健施設	特別養護老人ホーム	外の老人福祉施設 特別養護老人ホーム以	施設 精神障害者社会復帰	その他の社会福祉施設	在宅介護支援センター	市町村保健センター	その他	無回答
183	37	98	35	66	20	6	6	4	60	10	14	4
100.0	20.2	53.6	19.1	36.1	10.9	3.3	3.3	2.2	32.8	5.5	7.7	2.2

問3 併設施設—病院の場合

調査数	精神科が主	複数科の診療科を含む	精神科なし	無回答
98	11	24	58	5
100.0	11.2	24.5	59.2	5.1

問3 併設施設—診療所の場合

調査数	精神科あり	精神科なし	無回答
35	7	27	1
100.0	20.0	77.1	2.9

問4 利用者数

	調査数	0人	1、2人	3、4人	5、9人	10、19人	20、29人	30、49人	50、99人	100人以上	無回答	平均
利用者合計	183	0	0	1	0	9	21	74	60	13	5	54.5
	100.0	0.0	0.0	0.5	0.0	4.9	11.5	40.4	32.8	7.1	2.7	
慢性疾患や障害を持つ老人 痴呆患者以	183	4	1	2	6	18	31	68	34	4	15	39.3
	100.0	2.2	0.5	1.1	3.3	9.8	16.9	37.2	18.6	2.2	8.2	
精神障害者（痴呆症患者を除く）	183	99	35	7	5	7	2	2	2	1	23	4.6
	100	54.1	19.1	3.8	2.7	3.8	1.1	1.1	1.1	0.5	12.6	
痴呆症患者	183	23	54	44	33	13	2	2	0	0	12	4.2
	100.0	12.6	29.5	24.0	18.0	7.1	1.1	1.1	0.0	0.0	6.6	
成人・小児の身体疾患患者 病を含む（6.5歳未満）	183	28	34	37	41	26	3	0	1	0	13	5.4
	100.0	15.3	18.6	20.2	22.4	14.2	1.6	0.0	0.5	0.0	7.1	
その他	183	137	5	0	5	2	0	1	0	1	32	1.5
	100.0	74.9	2.7	0.0	2.7	1.1	0.0	0.5	0.0	0.5	17.5	

問5 1月の訪問看護基本療養費（II）の算定（S）

調査数	算定した	算定していない	無回答
183	6	172	5
100.0	3.3	94.0	2.7

問6 精神障害者・痴呆症患者への24時間対応体制（S）

	調査数	24時間直接連絡を受 ける体制がある	併設機関等を通じて 対応している	対応していない	該当する対象者なし	無回答
精神障害者	183	39	5	64	40	35
	100.0	21.3	2.7	35	21.9	19.1
痴呆症患者	183	88	15	62	11	7
	100.0	48.1	8.2	33.9	6	3.8

問7 情報交換している地域の保健医療福祉機関（M）

調査数	精神科医療機関	精神科デイケア	保健所、市町村の保健センター、市町村保健センター	担当部	保健所デイケア	精神保健福祉センター	福祉担当部 福祉事務所・市町村の	市町村ダイサービス	老人性痴呆疾患センタ	老人保健施設	特別養護老人ホーム	その他の老人福祉施設	精神障害者社会復帰施設	精神障害者小規模作業所	グループホーム	在宅介護支援センター
183	39	16	126	5	5	87	48	3	80	51	10	4	0	10	138	
100	21.3	8.7	68.9	2.7	2.7	47.5	26.2	1.6	43.7	27.9	5.5	2.2	0.0	5.5	75.4	

問8 精神障害者へ訪問しはじめたきっかけ (M)

調査数	併設精神科病棟等から訪	問する必要性があった	精神障害者への訪問依頼が他機関からあった	頼のため	精神障害者本人や家族からの訪問依頼があった	利用者の家族や親戚に	精神障害者がいたため	その他	無回答
84	23	52	22	2	4	5			
100	27.4	61.9	26.2	2.4	4.8	6.0			

問9 提供しているケアの中心 (M)

調査数	身体症状に対するケア	日常生活に関するケア	精神症状に対するケア	利用者に異なるケアが提供されている	その他	無回答
84	48	69	56	30	4	4
100	57.1	82.1	66.7	35.7	4.8	4.8

問10 緊急入院必要時の病床確保 (S)

調査数	病床確保は可能	病床確保は困難	分からない	無回答
84	49	8	21	6
100	58.3	9.5	25.0	7.1

問10-1 病床確保が可能な場合の病床確保先 (S)

調査数	併設の医療機関で病床	併設はしていないが同	一で設置主体の医療機関	一で病床を確保できる	1・2以外の医療機関	その他	無回答
49	28	2	16	2	1		
100	57.1	4.1	32.7	4.1	2.0		

問11 精神障害者への訪問看護実施の困難点 (M)

調査数	本人に受け入れ拒否を	されることがある	本人への援助方法が難	しい	本人への援助方法が難	しい	家族への援助方法が難	しい	周囲の人々の受け入れ	調整が困難な場合があ	る	独居している異性のケ	スへの対応が難しい	訪問看護に関する自己	負担金をもらいにくい	ことがあ	症状悪化時の対応が難	しい	約束の訪問日時に関	い	訪問看護の効果が見え	にくい	訪問看護計画をたて	にくい	滞在時間等)	本人や家族が必要とし	ているサービスが訪問	看護では応じ切れない	提供すべきサービスが	よくわからないことが	ある	その他	特にな	無回答				
84	32	43	26	22	22	15	30	16	40	13	21	12	6	0	5																							
100	38.1	51.2	31.0	26.2	26.2	17.9	35.7	19.0	47.6	15.5	25.0	14.3	7.1	0.0	6.0																							

問1 2 困難点の相談相手 (M)

調査数	主治医および主治医のいる医療機関へ相談	1以外の医療機関へ相談	保健所、市町村保健センター、市町村の保健担当へ相談	精神保健福祉センターへ相談	他の訪問看護ステーションへ相談	その他へ相談	特に相談していない	無回答
79	68	3	50	3	5	5	2	1
100	86.1	3.8	63.3	3.8	6.3	6.3	2.5	1.3

問1 3 精神障害者への訪問看護を拡大するため必要な方策 (M)

調査数	の向上	精神科経験のあるスタッフの確保	主治医との連携の強化	精神科専門の医療機関等との連携強化	都道府県精神保健福祉センターとの連携強化	保健所・市町村との連携強化	精神障害者対象としたケア、小規模作業所等社会復帰施設充実	精神障害者を対象とした入院・入所施設の拡大	困った時の相談先の確保	緊急時対応体制の強化	他の訪問看護ステーションとの連携	現在のままでよい	無回答
84	56	37	39	30	4	27	21	6	7	10	2	0	1
100	66.7	44.0	46.4	35.7	4.8	32.1	25.0	7.1	8.3	11.9	2.4	0.0	1.2

問1 4 精神障害者訪問の問題点

調査数	記入あり	無回答
183	38	145
100	20.8	79.2

問1 5 痴呆症患者へ訪問しはじめたきっかけ (M)

調査数	併設の医療機関から訪問する必要性があった	頼む他機関からあった	痴呆症患者の家族等からの訪問依頼があった	痴呆症患者の家族や親戚に利用者の家族がいたため	その他	無回答
169	71	96	89	3	1	5
100	42.0	56.8	52.7	1.8	0.6	3.0

問1 6 提供しているケアの中心 (M)

調査数	身体症状に対するケア	日常生活に関するケア	精神症状に対するケア	利用者が異なるとして提供し	その他	無回答
169	134	140	78	80	12	2
100	79.3	82.8	46.2	47.3	7.1	1.2

問17 緊急入院必要時の病床確保 (S)

調査数	病床確保は可能	病床確保は困難	分からない	無回答
169	101	21	42	5
100	59.8	12.4	24.9	3.0

問17-1 病床確保が可能な場合の病床確保先 (S)

調査数	併設の医療機関で病床を確保できる	併設はしていないが同施設主体の医療機関で病床を確保できる	1・2以外の医療機関	その他	無回答
101	62	10	23	5	1
100	61.4	9.9	22.8	5.0	1.0

問18 痴呆症患者への訪問看護実施の困難点 (M)

調査数	本人に受け入れ拒否をされる可能性がある	本人への援助方法が難しい	家族への援助方法が難しい	独居のケースへの対応が難しい	症状悪化時の対応が難しい	約東の訪問日時に家にいないことがある	訪問看護の効果が見えにくい	訪問看護計画をたてにくく	滞在時間等	本人や家族が必要としない	看護では応じ切れない	提供すべきサービスがよくわからない	ある	その他	特になし	無回答
169	58	89	66	71	61	22	82	18	65	16	10	3	2			
100	34.3	52.7	39.1	42.0	36.1	13.0	48.5	10.7	38.5	9.5	5.9	1.8	1.2			

問19 困難点の相談相手 (M)

調査数	主治医および主治医のいる医療機関へ相談	1以外の医療機関へ相談	保健所、市町村保健センター	担当者へ相談	精神保健福祉センター	他の訪問看護ステーションへ相談	その他へ相談	特に相談していない	無回答
164	137	7	93	5	8	30	5	2	
100	83.5	4.3	56.7	3.0	4.9	18.3	3.0	1.2	

問20 痴呆症患者への訪問看護を拡大するため必要な方策 (M)

調査数	スタッフの向上	痴呆症患者への看護経験	確保	主治医との連携の強化	痴呆専門の医療機関等との連携強化	保健所・市町村との連携強化	痴呆症患者を対象としたサービスの拡充	痴呆症患者を対象とした入院・入所施設の拡充	困った時の相談先の確保	緊急時対応体制の強化	他の訪問看護ステーションとの連携	現在のままでよい	無回答
169	110	34	71	51	44	79	47	18	18	1	0	1	
100	65.1	20.1	42.0	30.2	26.0	46.7	27.8	10.7	10.7	0.6	0.0	0.6	

問21 痴呆症患者訪問の問題点

調査数	記入あり	無回答
183	66	117
100	36.1	63.9

精神障害者個人票 単純集計結果

都道府県 (S)

調査数	北海道	青森	岩手	宮城	秋田	山形	福島	茨城	栃木	群馬	埼玉	千葉	東京	神奈川	新潟	
344	14	3	1	3	8	0	1	3	0	19	2	27	36	2	21	
100.0	4.1	0.9	0.3	0.9	2.3	0.0	0.3	0.9	0.0	5.5	0.6	7.8	10.5	0.6	6.1	
調査数	富山	石川	福井	山梨	長野	岐阜	静岡	愛知	三重	滋賀	京都	大阪	兵庫	奈良	和歌山	鳥取
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	41	5	0	1	3
0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	11.9	1.5	0.0	0.3	0.9
調査数	高根	岡山	広島	山口	徳島	香川	愛媛	高知	福岡	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	沖縄
0	0	22	1	0	0	0	0	43	56	0	0	12	15	0	3	0
0.0	0.0	6.4	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5	16.3	0.0	0.0	3.5	4.4	0.0	0.9	0.0

(3) 主たる傷病名 (S)

調査数	分裂病 非定型精神 病(精神分 裂病)	感情病 うつ状態 うつ病	神経症 (強迫神経 症)	摂食障害 など	アルコール 依存症	器質性精神 障害(てん かん、外傷 性精神病な ど)	その他	無回答
344	242	47	14	10	13	14	4	
100.0	70.3	13.7	4.1	2.9	3.8	4.1	1.2	

(4) 発症年齢

調査数	10歳未満	10歳 ～ 19歳	20歳 ～ 29歳	30歳 ～ 39歳	40歳 ～ 49歳	50歳 ～ 59歳	60歳 ～ 69歳	70歳 ～ 79歳	80歳 以上	無回答	平均
344	3	49	90	59	41	35	15	8	4	40	34.82
100.0	0.9	14.2	26.2	17.2	11.9	10.2	4.4	2.3	1.2	11.6	

(5) 精神科への受診状況 (M)

調査数	定期的に 通院してい る	不定期 だが通院 してい	現在通 院を中 断してい	訪問診 療を受け ている	その他	無回答
344	233	41	18	45	17	11
100.0	67.7	11.9	5.2	13.1	4.9	3.2

(6) 精神科病棟への入院歴 (S)

調査数	あり	なし	無回答
344	286	53	5
100.0	83.1	15.4	1.5

(6) -1 精神科病棟への入院歴ありの場合の入院年数

調査数	1年未満	1年 ～ 2年未満	2年 ～ 3年未満	3年 ～ 5年未満	5年 ～ 10年未満	10年 以上	無回答	平均
286	40	48	23	25	33	31	86	4.56
100.0	14.0	16.8	8.0	8.7	11.5	10.8	30.1	

(6) ー2 訪問看護ステーションに併設する精神科病棟への入院歴 (S)

調査数	あり	なし	併設の精神科病棟なし	無回答
286	209	29	38	10
100.0	73.1	10.1	13.3	3.5

(6) ー2 ー1 訪問看護ステーションに併設する精神科病棟への入院歴がある場合の入院年数

調査数	1年未満	1、2年未満	2、3年未満	3、5年未満	5、10年未満	10年以上	無回答	平均
209	47	53	20	15	20	21	33	3.58
100.0	22.5	25.4	9.6	7.2	9.6	10.0	15.8	

(7) 現在の状態①精神症状 (S)

調査数	は認められる とつきりと 精神症状が	認められる ときどき 精神症状が認	められない ほとんど 精神症状が認	無回答
344	137	127	76	4
100.0	39.8	36.9	22.1	1.2

(7) 現在の状態②日常生活状況 (S)

調査数	手伝えることが 必要	声かけや指導が 必要	励ましや努力を 支える	自分だけで 問題のみ	無回答
344	71	111	106	53	3
100.0	20.6	32.3	30.8	15.4	0.9

(7) 現在の状態③家族の協力度 (S)

調査数	協力的である	普通	協力的でない	その他	無回答
344	115	104	83	12	30
100.0	33.4	30.2	24.1	3.5	8.7

(8) 経済状況 (収入) (M)

調査数	本人の親労 （アルバイ ト含む）	家族の援助・ 仕送り	障害者年金	生活保護	その他	無回答
344	14	124	95	128	40	9
100.0	4.1	36.0	27.6	37.2	11.6	2.6

(9) 主な同居者 (M)

調査数	父母	配偶者	子	子の配偶者	兄弟姉妹	孫	その他親族	その他	同居者なし
344	86	69	51	14	38	11	9	19	141
100.0	25.0	20.1	14.8	4.1	11.0	3.2	2.6	5.5	41.0

(10) 身体疾患合併 (S)

調査数	身体疾患を合併	身体疾患はなし	無回答
344	166	169	9
100.0	48.3	49.1	2.6

(11) ①1ヶ月間の訪問日数

調査数	0日	1日	2日	3日	4日	5日 ～ 9日	10日 以上	無回答	平均
344	1	41	83	33	116	50	18	2	3.89
100.0	0.3	11.9	24.1	9.6	33.7	14.5	5.2	0.6	

(11) ②1ヶ月間の滞在時間合計

調査数	0時間	1時間未満	1～2時間未満	2～3時間未満	3～4時間未満	4～5時間未満	5時間以上	無回答	平均
344	1	23	69	71	41	55	78	6	4.1
100.0	0.3	6.7	20.1	20.6	11.9	16.0	22.7	1.7	

(12) 訪問人数 (S)

調査数	単独訪問が多い	複数訪問が多い	単独と複数が同じ程度	無回答
344	300	27	11	6
100.0	87.2	7.8	3.2	1.7

(13) 通常業務時間外の対応 (S)

	調査数	あり	なし	無回答
①時間外の計画的な訪問	344	9	306	29
	100.0	2.6	89.0	8.4
②臨時訪問	344	21	295	28
	100.0	6.1	85.8	8.1
③電話対応	344	60	267	17
	100.0	17.4	77.6	4.9

(1.3) ー1時間外の計画的な訪問の回数, 臨時訪問の回数, 電話対応の回数

	調査数	1回	2回	3回 4回	5回 9回	10回以上	無回答	平均
①1時間外の計画的な訪問の回数	9	3	2	1	2	0	1	2.75
	100	33.3	22.2	11.1	22.2	0	11.1	
②臨時訪問の回数	21	9	3	2	1	0	6	1.8
	100	42.9	14.3	9.5	4.8	0	28.6	
③電話対応の回数	60	26	13	9	6	6	6	4.67
	100	33.3	21.7	15	10	10	10	

(1.4) 現在利用しているサービス, 紹介したサービス, 今後必要と考えられるサービス (M)

	調査数	保健 ケア デイ・ケア	精神科 デイ・ケア	デイ・ケア 精神保健福祉センター	精神障害者 小規模作業	通所 の精神障害者社会	復健施設	その他	なし	無回答
①現在利用しているサービス	344	17	64	2	23	11	44	174	25	
	100	4.9	18.6	0.6	6.7	3.2	12.8	50.6	7.3	
②紹介したサービス	344	21	53	4	14	5	29	175	69	
	100	6.1	15.4	1.2	4.1	1.5	8.4	51.2	20.1	
③今後必要と考えられるサービス	344	25	70	17	48	27	23	110	73	
	100	8.1	20.3	4.9	14	7.8	6.7	32	21.2	

(1.5) 訪問開始情報媒体 (S)

調査数	併設病院	併設以外の病院	併設診療所	併設以外の診療所	保健所、市町村保健センター、市町村福祉担当	福祉事務所、市町村福祉担当	精神障害者社会復帰施設	他の訪問看護ステーション	本人からの直接依頼	同居家族からの直接依頼	親居家族からの直接依頼	その他	無回答
344	229	46	7	11	18	3	0	2	2	10	0	8	8
100.0	66.6	13.4	2.0	3.2	5.2	0.9	0.0	0.6	0.6	2.9	0.0	2.3	2.3

(1.5) ー1 併設病院の場合 (S)

調査数	精神科が主	療科あり 精神科を含む複数の診療	精神科なし	無回答
229	143	80	1	5
100.0	62.4	34.9	0.4	2.2

(1.5) ー2 併設以外の病院の場合 (S)

調査数	精神科が主	療科あり 精神科を含む複数の診療	精神科なし	無回答
46	17	26	2	1
100.0	37.0	56.5	4.3	2.2

(15) - 3 併設診療所の場合 (S)

調査数	精神科あり	精神科なし
7	5	2
100.0	71.4	28.6

(15) - 4 併設以外の診療所の場合 (S)

調査数	精神科あり	精神科なし
11	5	6
100.0	45.5	54.5

(16) 主治医の所属 (S)

調査数	併設病院	併設以外の病院	併設診療所	併設以外の診療所	無回答
344	237	62	7	27	11
100.0	68.9	18.0	2.0	7.8	3.2

(17) 本人の訪問看護の受け入れ (S)

調査数	拒否的	どちらかといえば拒否	普通	どちらかといえば肯定	肯定的	無回答
344	14	27	122	27	143	11
100.0	4.1	7.8	35.5	7.8	41.6	3.2

(18) 今後の在宅療養の継続について (S)

調査数	現在の継続が可能なまま在宅療養	地域のサビ精神障害者のための継続が可能が充実した	精神障害者の社会復帰に必要	精神科入院が必要	その他	無回答
344	244	37	23	11	16	13
100.0	70.9	10.8	6.7	3.2	4.7	3.8

(1.9) 1ヶ月間の実施内容 (M)

	調査数	主に精神症状の観察	主に身体症状の観察	心理的・情緒的な援助	精神疾患の服薬管理	身体疾患の服薬管理	通院継続のための支援	他診療科の受診指導や 同行	食事に関する援助	睡眠・休息に関する援助	排泄に関する援助	入浴、保清への援助	
①指示書	344 100	274 79.7	148 43	160 46.5	155 45.1	53 15.4	79 23	10 2.9	65 18.9	70 20.3	16 4.7	38 11	
②本人の希望	344 100	89 25.9	89 25.9	111 32.3	55 16	23 6.7	38 11	22 6.4	39 11.3	37 10.8	15 4.4	29 8.4	
③実施内容	344 100	283 82.3	191 55.5	208 60.5	223 64.8	90 26.2	132 38.4	44 12.8	122 35.5	124 36	52 15.1	90 26.2	
④困難内容	344 100	15 4.4	7 2	27 7.8	19 5.5	12 3.5	9 2.6	5 1.5	24 7	12 3.5	2 0.6	20 5.8	
		医療処置	掃除、洗濯等の家事援助	外出への援助	就業・就学や社会資源 活用のための援助	対人関係能力向上への 支援	金銭管理	本人と家族との関係調整	家族との相談・支援	問題行動への対処	近隣とのトラブル時の 対応	利権 社会生活する上での権	その他
①指示書	6 1.7	51 14.8	31 9	32 9.3	113 32.8	24 7	60 17.4	47 13.7	47 13.7	21 6.1	11 3.2	28 8.1	
②本人の希望	6 1.7	39 11.3	41 11.9	21 6.1	61 17.7	26 7.6	53 15.4	49 14.2	38 11	16 4.7	9 2.6	15 4.4	
③実施内容	12 3.5	81 23.5	68 19.8	39 11.3	150 43.6	47 13.7	125 36.3	144 41.9	83 24.1	29 8.4	18 5.2	35 10.2	
④困難内容	1 0.3	18 5.2	19 5.5	15 4.4	51 14.8	28 8.1	34 9.9	9 2.6	20 5.8	16 4.7	3 0.9	8 2.3	
		その他	無回答										
①指示書	18 5.2	22 6.4											
②本人の希望	3 0.9	106 30.8											
③実施内容	16 4.7	21 6.1											
④困難内容	1 0.3	201 58.4											

(1.9) 1ヶ月間の実施内容個数 (M)

	調査数	0 個	1 個	3 個	5 個	10 個以上	平均
①指示書	344 100	22 6.4	59 17.2	131 38.1	108 31.4	24 7	4.53
②本人の希望	344 100	106 30.8	95 27.6	70 20.3	57 16.6	16 4.7	2.69
③実施内容	344 100	21 6.1	11 3.2	57 16.6	177 51.5	78 22.7	6.99
④困難内容	344 100	201 58.4	92 26.7	32 9.3	15 4.4	4 1.2	1.09

(2.0) 訪問担当者①職種 (S)

調査数	保健師・士	看護師・士	准看護師・士	その他	無回答
344	40	222	74	0	8
100.0	11.6	64.5	21.5	0.0	2.3

(20) 訪問担当者②勤務形態 (S)

調査数	常勤職員	非常勤職員	無回答
344	294	35	15
100.0	85.5	10.2	4.4

(20) 訪問担当者③訪問看護の経験年数

調査数	1年未満	1～2年未満	2～3年未満	3～4年未満	4～5年未満	5～10年未満	10年以上	無回答	平均
344	28	44	87	91	22	55	7	10	3.33
100.0	8.1	12.8	25.3	26.5	6.4	16.0	2.0	2.9	

(20) 訪問担当者④精神科看護に関する経験 (M)

調査数	精神科での勤務経験	大学・大学院での精神科看護の教育を受けた	精神科訪問看護に関する研究	精神科看護に関する研修の受講	特になし	無回答
344	240	16	148	151	54	16
100.0	69.8	4.7	43.0	43.9	15.7	4.7

(20) 訪問担当者④-1精神科での勤務経験がある場合の経験年数 (M)

調査数	3年未満	3～5年未満	5～10年未満	10～15年未満	15～20年未満	20年以上	平均
240	8	47	65	68	12	40	10.08
100.0	3.3	19.6	27.1	28.3	5.0	16.7	

(20) 訪問担当者⑤精神科訪問看護への抵抗感 (S)

調査数	抵抗感はない	抵抗感が少しある	抵抗感がかなりある	無回答
344	285	45	4	10
100.0	82.8	13.1	1.2	2.9

(2.0) 訪問担当者⑥今後の精神訪問看護への取り組み意向 (S)

調査数	積極的に取り組みた	あまり取り組みたく	その他	無回答
344	286	27	19	12
100.0	83.1	7.8	5.5	3.5

(2.1) 困難と感ずること (S)

調査数	よくある	たまにある	あまりない	無回答
344	53	185	91	15
100.0	15.4	53.8	26.5	4.4

痴呆症患者個人票 単純集計結果

都道府県 (S)

調査数	北海道	青森	岩手	宮城	秋田	山形	福島	茨城	栃木	群馬	埼玉	千葉	東京	神奈川	新潟
663	17	16	1	2	26	6	10	17	3	14	30	35	72	10	34
100.0	2.6	1.5	0.2	0.3	3.9	0.9	1.5	2.6	0.5	2.1	4.5	5.3	10.9	1.5	5.1
調査数	石川	福井	山梨	長野	岐阜	静岡	愛知	三重	滋賀	京都	大阪	兵庫	奈良	和歌山	鳥取
0	0	5	4	4	7	17	6	2	13	3	55	38	5	4	11
0.0	0.0	0.8	0.6	1.4	1.1	2.6	0.9	0.3	2.0	0.5	8.3	5.7	0.8	0.6	1.7
調査数	岡山	広島	山口	徳島	香川	愛媛	高知	福岡	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	沖縄
1	10	18	28	7	8	2	11	47	0	14	20	6	5	16	3
0.2	1.5	2.7	3.9	1.1	1.2	0.3	1.7	7.1	0.0	2.1	3.0	0.9	0.8	2.4	0.5
調査数															
3															
0.5															

(1) 性別 (S)

調査数	男	女	無回答
663	168	492	3
100.0	25.3	74.2	0.5

(2) 年齢 (S)

調査数	64歳以下	65歳	70歳	71歳	74歳	75歳	80歳	81歳	84歳	85歳	90歳以上	無回答	平均
663	19	34	72	101	152	157	124	4			4	82.15	
100.0	2.9	5.1	10.9	15.2	22.9	23.7	18.7	0.6			0.6		

(3) 主たる傷病名 (S)

調査数	アルツハイマー型痴呆	脳血管性痴呆	その他	無回答
663	148	401	95	19
100.0	22.3	60.5	14.3	2.9

(4) 痴呆の程度①程度

調査数	軽度	中等度	高度	最高度	無回答
663	48	155	329	101	30
100.0	7.2	23.4	49.6	15.2	4.5

(4) 痴呆の程度②日常生活自立度

調査数	ランク I	ランク II a	ランク II b	ランク III a	ランク III b	ランク IV	ランク M	無回答
663	18	28	35	60	30	378	87	27
100.0	2.7	4.2	5.3	9.0	4.5	57.0	13.1	4.1

(5) 問題行動の有無

調査数	あり これまでに問題行動	なし これまでに問題行動	無回答
663	554	79	30
100.0	83.6	11.9	4.5

(5) -1 これまでに問題行動がある場合の問題行動

	調査数	徘徊	夜夜遅転	夜間不眠・夜間せん妄	妄想	幻覚	過食・異食	不潔行為	その他	無回答
①現在ある問題行動	554	95	187	171	134	122	75	79	51	108
	100.0	17.1	33.8	30.9	24.2	22.0	13.5	14.3	9.2	19.5
②過去にあった問題行動	554	282	251	279	174	163	100	117	34	50
	100.0	50.9	45.3	50.4	31.4	29.4	18.1	21.1	6.1	9.0

(6) 障害老人の日常生活自立度

調査数	障害あり	障害なし	無回答
663	590	56	17
100.0	89.0	8.4	2.6

(6) -1 日常生活自立度の程度

調査数	ランクJ1	ランクJ2	ランクA1	ランクA2	ランクB1	ランクB2	ランクC1	ランクC2	無回答
590	12	21	50	44	58	64	99	236	6
100.0	2.0	3.6	8.5	7.5	9.8	10.8	16.8	40.0	1.0

(7) 身体疾患合併

調査数	身体疾患を合併	身体疾患はなし	無回答
663	491	131	41
100.0	74.1	19.8	6.2

(8) 同居者

調査数	同居	高齢者のみ世帯	その他	無回答
663	37	150	458	18
100.0	5.6	22.6	69.1	2.7

(9) 介護者の有無

調査数	介護者あり	介護者なし	無回答
663	642	16	5
100.0	96.8	2.4	0.8

(9) ①介護者ありの場合の主な介護者の本人との続柄

調査数	配偶者	子	子の配偶者	父母	兄弟姉妹	孫	その他の親族	その他	無回答
642	206	218	174	1	6	6	7	21	3
100.0	32.1	34.0	27.1	0.2	0.9	0.9	1.1	3.3	0.5

(9) ②介護者ありの場合の介護者の介護力

調査数	介護力十分	介護力はあるが不十分	介護力ほとんどなし	無回答
642	281	319	28	14
100.0	43.8	49.7	4.4	2.2

(9) ③介護者ありの場合の介護者の介護負担感

調査数	負担感大	負担感中	負担感小	無回答
642	293	264	67	18
100.0	45.6	41.1	10.4	2.8

(10) ①1ヶ月間の訪問日数

調査数	1日	2日	3日	4日	5～9日	10日以上	無回答	平均
663	40	79	70	195	195	80	4	5.58
100.0	6.0	11.9	10.6	29.4	29.4	12.1	0.6	

(10) ②1ヶ月間の滞在時間合計

調査数	1時間未満	1～2時間未満	2～3時間未満	3～4時間未満	4～5時間未満	5～10時間未満	10時間以上	無回答	平均
663	10	77	71	91	102	193	109	19	5.93
100.0	1.5	11.6	10.7	13.7	15.4	29.1	16.4	2.8	

(1.1) 通常業務時間外の対応 (S)

	調査数	あり	なし	無回答
①時間外の計画的な訪問	663	10	642	11
	100.0	1.5	96.8	1.7
②臨時訪問	663	71	578	14
	100.0	10.7	87.2	2.1
③電話対応	663	128	523	12
	100.0	19.3	78.9	1.8

(1.1) 一時間外の計画的な訪問の回数、臨時訪問の回数、電話対応の回数

	調査数	1回	2回	3、4回	5、9回	10回以上	無回答	平均
①時間外の計画的な訪問の回数	19	1	2	3	0	4		18.2
	100.0	10.0	20.0	30.0	0.0	40.0		
②臨時訪問の回数	71	40	17	5	3	0	6	1.66
	100.0	56.3	23.9	7.0	4.2	0.0	8.5	
③電話対応の回数	128	48	38	19	5	3	15	2.25
	100.0	37.5	29.7	14.8	3.9	2.3	11.7	

(1.2) 現在利用しているサービス、紹介したサービス、今後必要と考えられるサービス (M)

	調査数	訪問診療	デイ・ケア	デイサービス	ショートステイ	入浴サービス	ホームヘルプ	給食サービス	
①現在利用しているサービス	663	463	104	178	193	190	189	27	
	100.0	69.8	15.7	26.8	29.1	28.7	28.5	4.1	
②紹介したサービス	663	46	80	107	151	83	88	28	
	100.0	6.9	12.1	16.1	22.8	12.5	13.3	4.2	
③今後必要と考えられるサービス	663	38	71	94	227	81	118	27	
	100.0	5.7	10.7	14.2	34.2	12.2	17.8	4.1	
		訪問看護・指導	介護機器レンタル	緊急通報サービス	住宅改造	移送サービス	保健所相談窓口	その他	無回答
①現在利用しているサービス	325	136	9	26	29	31	34	27	
	49.0	20.5	1.4	3.9	4.4	4.7	5.1	4.1	
②紹介したサービス	17	64	6	18	12	15	27	295	
	2.6	9.7	0.9	2.7	1.8	2.3	4.1	44.5	
③今後必要と考えられるサービス	8	49	27	27	54	13	9	223	
	1.2	7.4	4.1	4.1	8.1	2.0	1.4	33.6	

(1.3) 訪問開始情報媒体 (S)

調査数	併設病院	併設以外の病院	併設診療所	併設以外の診療所	老人保健施設	社会福祉施設	当部、市町村保健センター、市町村保健七	福祉事務所、市町村福祉	本人・家族からの直接	その他	無回答
663	181	79	38	107	25	20	57	18	89	24	25
100.0	27.3	11.9	5.7	16.1	3.8	3.0	8.6	2.7	13.4	3.6	3.8

(1.3) - 1 併設病院の場合 (S)

調査数	精神科が主	精神科あり 精神科を含む 複数の診	精神科なし	無回答
181	19	43	111	8
100.0	10.5	23.8	61.3	4.4

(1.3) - 2 併設以外の病院の場合 (S)

調査数	精神科が主	精神科あり 精神科を含む 複数の診	精神科なし	無回答
79	4	23	49	3
100.0	5.1	29.1	62.0	3.8

(1.3) 併設診療所の場合 (S)

調査数	精神科あり	精神科なし	無回答
38	5	32	1
100.0	13.2	84.2	2.6

(1.3) 併設以外の診療所の場合 (S)

調査数	精神科あり	精神科なし	無回答
107	4	101	2
100.0	3.7	94.4	1.9

(1.4) 今後の在宅療養の継続について (S)

調査数	現在のまま で在宅療養 が可能	充実すれば 地域の在宅サ ビスが可能	社会福祉施設 への入所 が必要	精神科入院 が必要	その他	無回答
663	393	145	60	6	28	31
100.0	59.3	21.9	9.0	0.9	4.2	4.7

(1.5) 1ヶ月間の実施内容 (M)

	調査数	主に痴呆症状の観察	主に身体症状の観察	本人の療養指導	服薬管理	体位交換	日常生活動作の介助	入浴・保清の援助	排泄に関する援助
①指示書	663 100.0	298 44.9	497 75.0	161 24.3	165 24.9	85 12.8	101 15.2	161 24.3	112 16.9
②本人の希望	663 100.0	132 19.9	290 43.7	137 20.7	94 14.2	87 13.1	121 18.3	269 40.6	175 26.4
③実施内容	663 100.0	468 70.6	593 89.4	262 39.5	295 44.5	249 37.6	274 41.3	437 65.9	377 56.9
④困難内容	663 100.0	32 4.8	13 2.0	68 10.3	32 4.8	14 2.1	19 2.9	37 5.6	30 4.5
	食事に関する援助	睡眠・休息に関する援助	問題行動の予防的介入	問題行動への対処	リハビリテーション	創傷部の医療処置	その他の医療処置	家族の介護指導	家族との相談・支援
①指示書	102 15.4	30 4.5	46 6.9	46 6.9	244 36.8	139 21.0	64 9.7	135 20.4	108 16.3
②本人の希望	103 15.5	33 5.0	49 7.4	69 10.4	177 26.7	101 15.2	60 9.0	197 29.7	222 33.5
③実施内容	236 35.6	95 14.3	109 16.4	143 21.6	353 53.2	201 30.3	118 17.8	455 68.6	467 70.4
④困難内容	33 5.0	18 2.7	55 8.3	56 8.4	64 9.7	11 1.7	5 0.8	60 9.0	33 5.0
	資源の紹介 福祉サービスなど社会	その他	その他	無回答					
①指示書	30 4.5	25 3.8	4 0.6	40 6.0					
②本人の希望	65 9.8	13 2.0	0 0.0	213 32.1					
③実施内容	228 34.4	36 5.4	5 0.8	32 4.8					
④困難内容	49 7.4	12 1.8	2 0.3	367 55.4					

(15) -1 1ヶ月間の実施内容個数 (M)

	調査数	0個	1 、 2個	3 、 4個	5 、 9個	10個以上	平均
①指示者	663	40	203	214	175	31	3.85
	100.0	6.0	30.6	32.3	26.4	4.7	
②本人の希望	663	213	110	109	170	61	3.61
	100.0	32.1	16.6	16.4	25.6	9.2	
③実施内容	663	32	10	68	312	241	8.15
	100.0	4.8	1.5	10.3	47.1	36.3	
④困難内容	663	367	219	52	21	4	0.97
	100.0	55.4	33.0	7.8	3.2	0.6	

(16) 訪問担当者①職種 (S)

調査数	保健師・士	看護師・士	准看護師・士	その他	無回答
663	38	502	98	1	24
100.0	5.7	75.7	14.8	0.2	3.6

(16) 訪問担当者②勤務形態 (S)

調査数	常勤職員	非常勤職員	無回答
663	458	173	32
100.0	69.1	26.1	4.8

(16) 訪問担当者③訪問看護の経験年数

調査数	1年未満	1 、 2年未満	2 、 3年未満	3 、 4年未満	4 、 5年未満	5 、 10年未満	10年以上	無回答	平均
663	31	114	143	138	74	104	31	28	3.49
100.0	4.7	17.2	21.6	20.8	11.2	15.7	4.7	4.2	

(1.6) 訪問担当者④精神科看護に関する経験 (M)

調査数	痴呆症患者の臨床看護経験	大学・大学院での精神科看護の教育を受けた経験	痴呆症患者に関する研究の受講	助になし	無回答
663	146	6	189	325	45
100.0	22.0	0.9	28.5	49.0	6.8

(1.6) 訪問担当者④-1痴呆症患者の臨床看護経験がある場合の経験年数

調査数	3年未満	3～5年未満	5～10年未満	10～15年未満	15～20年未満	20年以上	無回答	平均
146	54	35	30	10	9	5	3	5.23
100.0	37.0	24.0	20.5	6.8	6.2	3.4	2.1	

(1.6) 訪問担当者⑤痴呆症患者への訪問看護への抵抗感 (S)

調査数	抵抗感はない	抵抗感が少しある	抵抗感がかなりある	無回答
663	522	104	7	30
100.0	78.7	15.7	1.1	4.5

(1.6) 訪問担当者⑥痴呆症患者訪問看護への取り組み意向 (S)

調査数	積極的に取り組みたい	あまり取り組みたくない	その他	無回答
663	522	38	58	45
100.0	78.7	5.7	8.7	6.8

(1.7) 困難と感ずること (S)

調査数	よくある	たまにある	あまりない	無回答
663	68	329	206	40
100.0	13.3	49.6	31.1	6.0

この事業は、社会福祉・医療事業団（高齢者・障害者福祉基金）の助成金の交付により行ったものです。

訪問看護サービスにおける精神障害・痴呆の対象者への
ケア提供のあり方に関する調査研究事業 報告書

平成11年3月 発行

編集・発行 社団法人 全国訪問看護事業協会
〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-8
YKB 新宿御苑ビル 1001
TEL 03-3351-5898 FAX03-3351-5938

印刷 株式会社 三菱総合研究所
福祉・医療研究部
〒100-8141 東京都千代田区大手町 2-3-6
TEL 03-3277-0730 FAX03-3277-3467
