

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

報 告 書

平成10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

精神障害者に対する訪問指導は従来、保健所を中心に行われてきましたが、昭和61年から精神科医療機関において精神科訪問看護が開始され、また平成6年の健康保険法等の改正により訪問看護ステーションの対象者が精神障害者を含む老人以外の年齢層にも拡大されました。

これに伴い、訪問看護ステーションからの精神障害者や痴呆の対象者への訪問が増加してきていますが、訪問看護ステーションには精神専門の看護職が必ずしもいないことや、精神科医療機関に併設されていない施設も多いことなどから、様々な困難点が指摘されてきました。また、精神障害者や痴呆の対象者への訪問看護は、老人の訪問看護と援助内容や技術が異なる点が多くあるにも関わらず、これまで訪問看護ステーションにおける精神訪問看護実施上の問題点などがあまり把握されてきませんでした。

このため、今回、全国の訪問看護ステーションにおける精神障害者及び痴呆の対象者への訪問看護実施状況を把握し、現在の問題点や今後の課題を検討するため、社会福祉・医療事業団の助成金により「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」を実施しました。全国の訪問看護ステーションを対象に、現在の精神障害者・痴呆の対象者への訪問看護の実施状況に関する調査を実施し、また、精神訪問看護を先進的に行っている訪問看護ステーションの取り組み状況に関する具体的事例をまとめたものです。

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。

1998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
ケア提供の在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. 調査研究の目的	3
2. 調査研究の方法及び内容	3

第2章 精神障害・痴呆の対象者への訪問看護の現状

1. 訪問看護ステーションにおける精神障害・痴呆の対象者への訪問状況	9
(1) 訪問看護ステーションの対象者	9
(2) サービス内容	10
2. 精神障害者・痴呆の対象者への訪問看護実態調査結果	11
2-1. 調査対象施設の概要	11
(1) 運営主体	11
(2) 利用者数	11
(3) 痴呆症患者・精神障害者への訪問実施状況	12
(4) 併設施設	13
(5) 他機関との連携	15
(6) 今後の方向性	17
(7) スタッフに必要な能力や教育	18
(8) スタッフのサポート体制	19
2-2. 痴呆症患者への訪問看護について	20
(1) 痴呆症患者への訪問	20
(2) 訪問依頼件数	21
(3) 痴呆症患者数・訪問回数・訪問時間	22
(4) 訪問スタッフ	23
(5) 痴呆症患者に対するアセスメント実施	23
(6) 24時間対応体制	24
(7) 痴呆症患者への訪問に関する問題点／今後の拡大方策	25
2-3. 精神障害者への訪問看護について	26
(1) 精神障害者への訪問	26
(2) 訪問依頼件数	27

（３）痴呆症患者・訪問回数・訪問時間	28
（４）訪問スタッフ	29
（５）精神障害者に対するアセスメントの実施	30
（６）24時間対応体制	30
（７）精神障害者への訪問に関する問題点／今後の課題方策	31
2－４．職員体制	32
（１）施設別比較	32
（２）職員別比較	40
2－５．日頃困っている点、問題点、今後の課題	48
（１）痴呆症患者	48
（２）精神障害者	50

第３章 先進施設での取り組み 55

1．医療法人北斗会 訪問看護ステーションエバーケア	56
2．医療法人近森会 訪問看護ステーションちかもり	63
3．医療法人栄仁会 訪問看護ステーションおうばく	71

第４章 精神障害・痴呆の対象者への訪問看護の今後の課題 83

【資料】

調査票及び単純集計結果	89
-------------	----

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

精神障害者の社会復帰・社会参加を推進していくなかで、各種の地域サービスの充実が求められている。また、在宅における痴呆性老人の増加等により、これらの対象者への訪問看護の重要性が高まってきている。

精神障害者に対する訪問指導は従来、保健所を中心に行われてきたが、昭和61年から精神科医療機関にて精神科訪問看護・指導が開始され、また平成6年には訪問看護ステーションの対象者が拡大したことなどにより、精神障害者に対する訪問看護サービスが拡大してきている。また、在宅療養者の増加に伴い、痴呆の対象者への訪問看護件数も増加している。

しかしながら、これらの精神訪問看護はまだ取り組みが浅く、寝たきり老人等に対する訪問看護とは援助内容や地域の社会資源の活用等について異なる点が多くあるにも関わらず、いままで精神訪問看護に関する検討が充分行われてきているとはいえない。また、訪問看護ステーションでは、精神科看護を専門とするスタッフが必ずしもいないことや、精神科医療機関に併設されていない施設も多いことから、様々な困難点が指摘されてきた。

このため、精神障害者・痴呆の対象者に対する訪問看護サービスの提供方法や内容、地域の他機関との連携方法、問題点等についての調査研究を実施することにより、精神障害者・痴呆の対象者への訪問看護のあり方に関する基礎資料を得ることを目的として実施した。

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の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方法・内容等の調査計画を策定した。

(3) 訪問看護ステーション対象アンケート調査の実施

①調査目的

訪問看護ステーションで現在実施されている精神障害・痴呆の対象者への訪問看護の現状を調査し、問題点や今後の課題等を明らかにすることを目的とする。

②調査対象

平成9年6月時点で、訪問看護事業協会において住所を把握している全国の訪問看護ステーション（1,754ヶ所）

③調査方法

調査票を郵送し、訪問看護ステーション管理者に記入してもらい、郵送により回収した。

④調査時期

平成9年12月

⑤調査票回収結果

回収数 736通（回収率：42.0%）

⑥調査内容

【参考資料 調査票参照】

ア. 施設概要

運営主体、併設施設、事業開始年、訪問対象者数、地域の保健医療福祉機関との連携、今後の方向性、スタッフに必要な能力や教育、スタッフのサポート体制

イ. 職員体制

職種、性別、地域の保健機関（行政機関）での勤務経験、医療機関での勤務経験、精神科での勤務経験、痴呆疾患専門機関での勤務経験、精神科看護に関する教育・研修経験、痴呆症患者への訪問、精神障害者への訪問、勤務日数

ウ. 痴呆症患者への訪問看護について

a. 痴呆症患者へ訪問している施設

訪問依頼件数、痴呆のアセスメント、痴呆症患者数・訪問回数、痴呆症患者に訪問するスタッフ、24時間対応体制、痴呆症患者への訪問に関する問題点、必要な方策

b. 痴呆症患者へ訪問していない施設

痴呆症患者に訪問していない理由、今後の訪問予定

エ. 精神障害者への訪問看護について

a. 精神障害者へ訪問している施設

訪問依頼件数、精神障害者のアセスメント、精神障害者数・訪問回数、精神障害者に訪問するスタッフ、24時間対応体制、訪問体制、精神障害者への訪問に関する問題点、必要な方策

b. 精神障害者へ訪問していない施設

精神障害者に訪問していない理由、今後の訪問予定

オ. 痴呆症患者・精神障害者への訪問看護についての意見（自由回答）

（4）精神訪問看護実施機関へのヒアリング調査の実施

精神訪問看護を実施している施設のうち、先進事例（3例）について、現状と今後のあり方に関するヒアリング調査を実施した。

【先進事例】

主に精神障害者を対象	訪問看護ステーションエバーケア（大阪府豊中市） 訪問看護ステーションラポールちかもり（高知県高知市）
主に痴呆症患者と精神障害者を対象	訪問看護ステーションおうばく（京都府宇治市）

(5) 調査結果の集計・分析及び今後の課題の検討

アンケート調査結果及び先進事例調査結果より、全国の訪問看護ステーションにおける痴呆症患者・精神障害者に関する現状と問題点等を抽出し、今後の課題を明らかにした。

(6) 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 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	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 所長
委員	新田 順子	老人訪問看護ステーションおうばく 所長

【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 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
	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
	上村 晴子	(株)三菱総合研究所 福祉・医療研究部 研究員

(委員 五十音順)

第 2 章
精神障害・痴呆の
対象者への
訪問看護の現状

第2章 精神障害・痴呆の対象者への訪問看護の現状

1. 訪問看護ステーションにおける精神障害・痴呆の対象者への訪問状況

第2章1は、厚生省「平成8年訪問看護統計調査」より、本調査研究事業の前提となる全国の訪問看護ステーションの現状をまとめたものである。

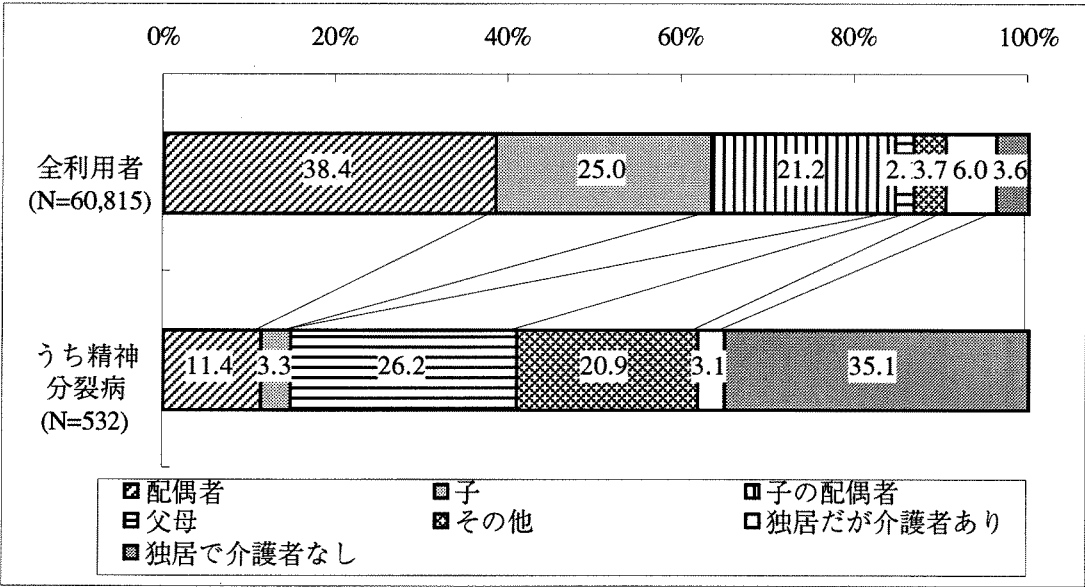
(1) 訪問看護ステーションの対象者

厚生省「平成8年訪問看護統計調査」では、全国1,374か所（平成8年7月1日現在）のステーションの利用者数60,815人のうち、主傷病名が「精神分裂病」の利用者は532人（0.9%）、「痴呆」の利用者は2,739人（4.5%）となっている。

訪問看護ステーションの利用者では、「痴呆あり」の人が49.1%と約半数を占めているが、これらの利用者の多くは、主傷病名が他の疾病で、痴呆の症状をあわせもつ利用者である。本調査研究事業においては、痴呆の対象者への訪問看護のあり方を検討するため、これらの「痴呆あり」の人ではなく、主傷病名が「痴呆」の人を対象とすることとした。

また、同調査により主な介護者の状況をみると、精神分裂病の利用者では「独居で介護者なし」が35.1%を占め、介護者がいる割合が95%以上を占める一般の高齢者とは大きく異なっている。

図1-1 主な介護者



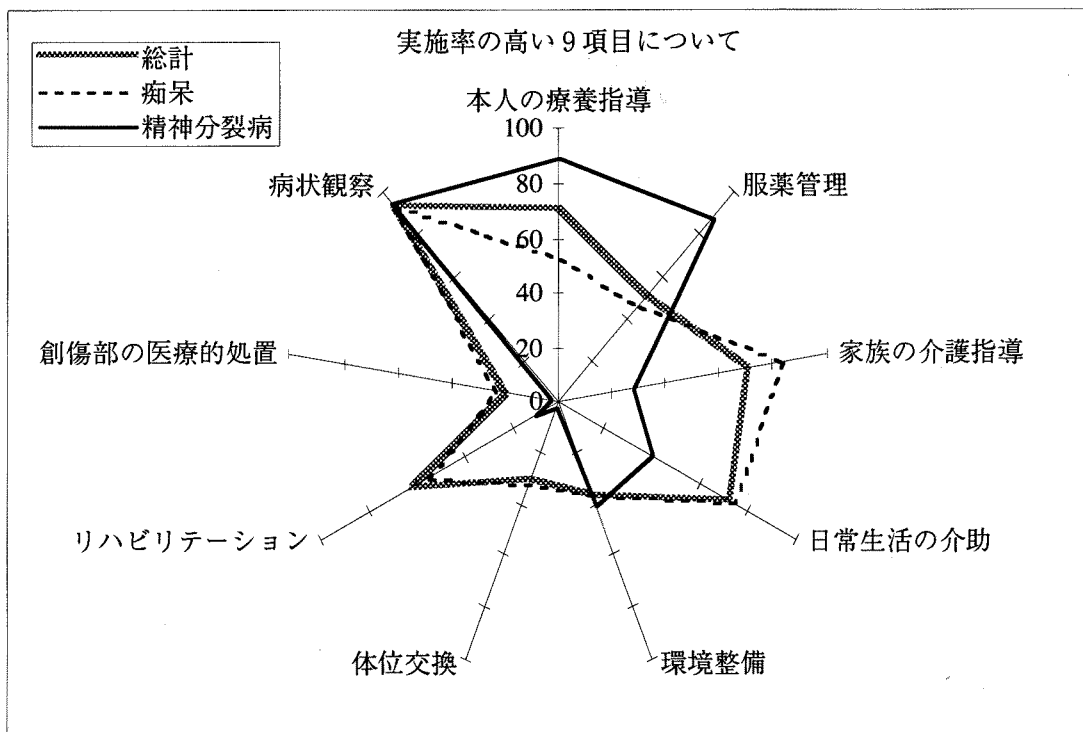
厚生省「平成8年訪問看護統計調査」より

(2) サービス内容

精神障害者については、訪問時に実施する内容が他の利用者と異なっており、老人等のように直接ケアを実施するより、むしろ本人が生活するための支援を間接的に行うことが多い。老人を主な対象としている訪問看護ステーションでは、精神障害者に提供するサービス内容に疑問を持ったり、何をすべきかよく分からないという意見もある。

厚生省「平成8年訪問看護統計調査」より、訪問看護ステーションの利用者全体への看護内容と主傷病名が痴呆及び精神分裂病の利用者への看護内容を比較すると、痴呆の対象者では「家族の介護指導」(82.5%)の実施率が高く、反対に「本人の療養指導」(52.8%)や「服薬管理」(45.5%)が少ない。精神分裂病の対象者では、「本人の療養指導」(90.9%)や「服薬管理」(89.9%)の実施率が高く、「家族の介護指導」(22.9%)や「日常生活の介助」(36.0%)の実施率は低くなっている。

図1-2 訪問看護の看護内容別実施割合(全利用者への実施率の高い9項目について)



2. 精神障害・痴呆の対象者への訪問看護実態調査結果

第2章2は、本調査研究事業で実施した「精神障害・痴呆の対象者への訪問看護実態調査」の調査結果をとりまとめたものである。

2－1. 調査対象施設の概要

(1) 運営主体

運営主体は医療法人が55.4%と過半数を占め、次いで医師会13.6%、社会福祉法人9.8%の順である。厚生省「平成8年訪問看護統計調査」（平成8年7月1日調査）と比較すると同程度の割合であり、偏りは見られない。

(2) 利用者数

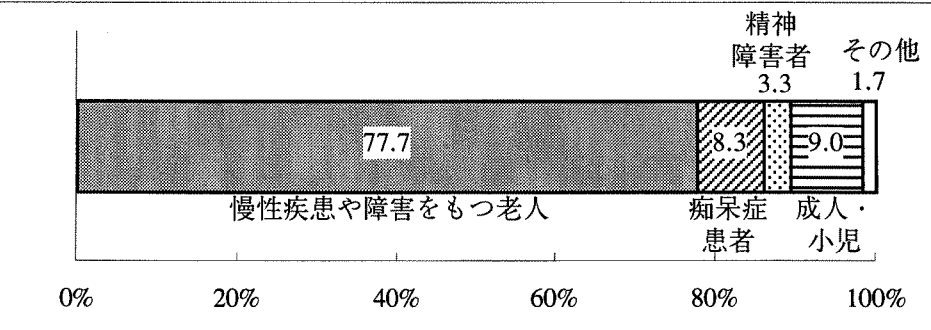
利用者数の回答のあった696施設の利用者数は、平成9年12月1日現在32,512人であり、1ステーションあたりの平均利用者数は46.7人であった。これらの利用者のうち、痴呆症患者（下表注釈*1参照）及び精神障害者（下表注釈*2参照）数を記入してもらったところ、痴呆症患者が8.3%、精神障害者が3.3%であった。

表2－1－1 利用者数及び割合（696施設分）

	利用者数	割合
慢性疾患や障害をもつ老人（痴呆症患者を除く）（65歳以上）	25,273	77.7
痴呆症患者*1（年齢は問わず）	2,713	8.3
精神障害者*2（年齢は問わず）	1,057	3.3
成人・小児の身体疾患患者（難病を含む）（65歳未満）	2,914	9.0
その他	555	1.7
合 計	32,512	100.0

- *1 痴呆症患者
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の患者のことで、「痴呆の症状をもつ老人」とは異なる。主治医の指示書の傷病名欄に「痴呆」の記載があり、痴呆の程度がランクⅣまたはⅤの人
- *2 精神障害者
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

図2－1－1 利用者割合

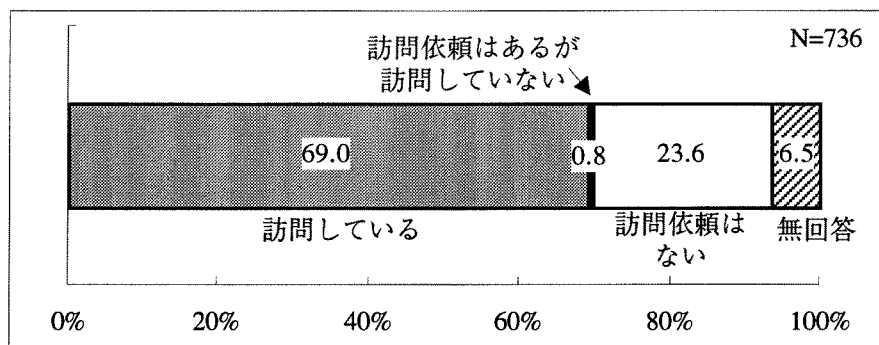


※厚生省「平成8年訪問看護統計調査」でみると、全国の訪問看護ステーションの利用者(60,815人)のうち、主傷病名が「痴呆」の利用者が4.5%、「精神分裂病」の利用者が0.9%。

(3) 痴呆症患者・精神障害者への訪問実施状況

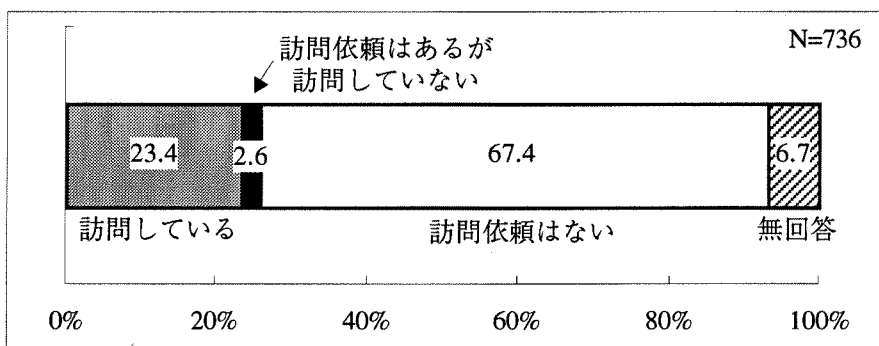
本調査結果に回答のあった736施設のうち、痴呆症患者を「訪問している」訪問看護ステーションは508施設（69.0%）と約7割を占めている。残りの施設では、「訪問依頼はあるが、訪問していない」施設が6施設（0.8%）みられたが、その他は「現在、訪問依頼はない」が23.6%であった。

図2-1-2 痴呆症患者への訪問看護の実施



精神障害者に「訪問している」訪問看護ステーションは172施設（23.4%）と2割強である。「訪問依頼はあるが訪問していない」施設が19施設（2.6%）みられたが、「現在、訪問依頼はない」（67.4%）が大半を占めている。

図2-1-3 精神障害者への訪問看護の実施



痴呆症患者に比べて、精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションは23.4%と少なく、現在は精神障害者に関して「訪問依頼がない」ステーションが多いといえる。

(4) 併設施設

併設施設の状況を見ると、痴呆症患者へ訪問しているステーションでは「併設施設なし」が19.7%と訪問していない施設（12.8%）に比べて多くなっている。

表 2-1-2 併設施設（痴呆症患者への訪問の有無別）（複数回答）

痴呆症患者への訪問		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	特養以外の老人福祉施設	精神障害者社会復帰施設	その他の社会復帰施設	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
訪問している	実数	508	100	254	72	134	36	6	8	14	152	21	42	11
	割合	-	19.7	50.0	14.2	26.4	7.1	1.2	1.6	2.8	29.9	4.1	8.3	2.2
訪問していない	実数	180	23	93	27	66	13	3	0	3	60	6	14	2
	割合	-	12.8	51.7	15.0	36.7	7.2	1.7	0.0	1.7	33.3	3.3	7.8	1.1

精神障害者へ訪問しているステーションについてはあまり差がみられないが、「精神障害者社会復帰施設」に併設している割合が4.1%と訪問していないステーション（0.2%）に比べて若干多かった。

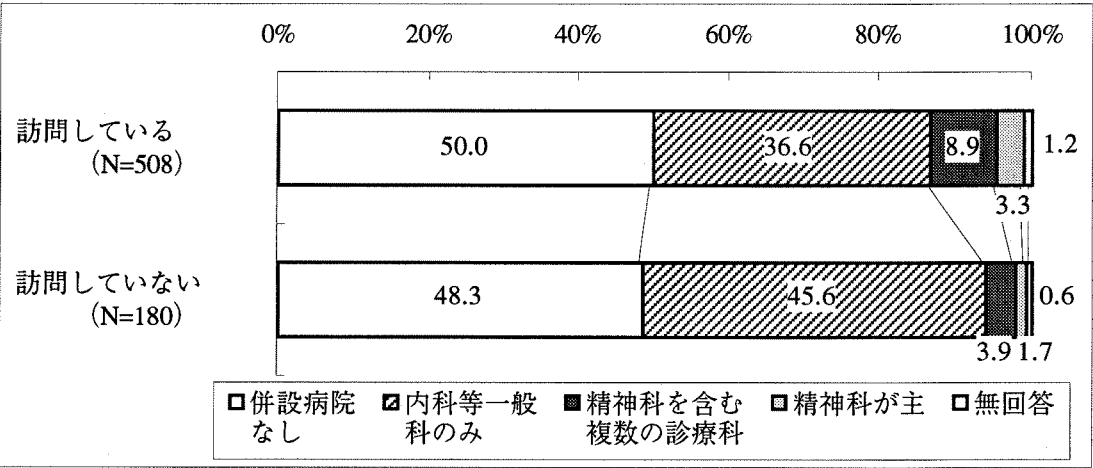
表 2-1-3 併設施設（精神障害者への訪問の有無別）（複数回答）

精神障害者への訪問		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	特養以外の老人福祉施設	精神障害者社会復帰施設	その他の社会復帰施設	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
訪問している	実数	172	36	82	20	46	11	1	7	4	51	6	21	1
	割合	-	20.9	47.7	11.6	26.7	6.4	0.6	4.1	2.3	29.7	3.5	12.2	0.6
訪問していない	実数	515	95	258	82	147	34	8	1	11	155	21	33	12
	割合	-	18.4	50.1	15.9	28.5	6.6	1.6	0.2	2.1	30.1	4.1	6.4	2.3

併設施設のうち、「病院」に併設しているかどうかをみると、痴呆症患者に訪問しているステーションでは、併設病院がある施設は約半数を占めており、「精神科を含む複数の診療科」に併設しているのが8.9%、「主として精神科」に併設しているのが3.3%と合わせて12.2%が精神科併設ステーションであった。

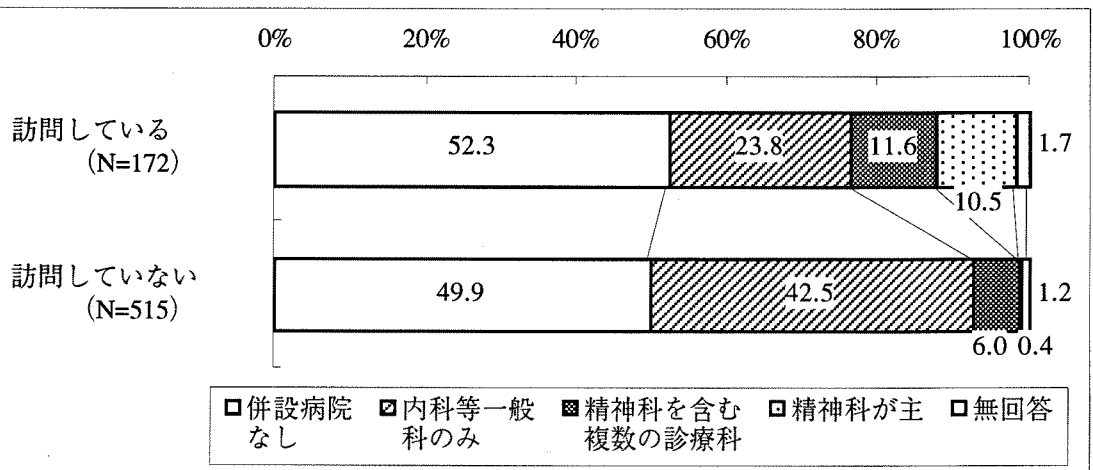
痴呆症患者に訪問していないステーションでは、「精神科を含む複数の診療科」もしくは「主として精神科」の病院に併設している割合が5.6%と少ない。

図 2 - 1 - 4 併設病院の診療科（痴呆症患者への訪問の有無別）



精神障害者に訪問しているステーションでは、併設病院がある施設が半数弱を占め、「精神科を含む複数の診療科」をもつ病院に併設しているのが11.6%、「主として精神科」の病院に併設しているのが10.5%と、合わせて22.1%が病院の精神科併設ステーションであった。これに対し、精神障害者に訪問していないステーションでは両方を合わせて6.4%が病院の精神科併設ステーションと少ない。

図 2 - 1 - 5 併設病院の診療科（精神障害者への訪問の有無別）



痴呆症患者に訪問している施設の12.2%、精神障害者に訪問している施設の22.1%が病院精神科に併設している訪問看護ステーションであり、その他は精神科には併設していない訪問看護ステーションから痴呆症患者や精神障害者への訪問が行われている。

(5) 他機関との連携

月1回以上、連絡をとったり情報交換している地域の保健医療福祉機関をみると、痴呆症患者に訪問している訪問看護ステーションでは、「特別養護老人ホーム」（「訪問している」27.4%、「訪問していない」13.3%）や「精神科医療機関」（同16.9%、3.9%）との連携割合が高かった。痴呆症患者に訪問している訪問看護ステーションでは、全般的に他施設との連携割合が高くなっている。

表2－1－4 月1回以上情報交換している他機関(痴呆症患者への訪問の有無別)(複数回答)

痴呆症患者	訪問している	訪問していない
調査数	508	180
保健所・保健センター・市町村保健担当部	77.8	72.2
在宅介護支援センター	77.2	78.3
福祉事務所・市町村福祉担当部	56.7	50.6
老人保健施設	45.1	43.9
市町村デイサービス	33.3	31.7
特別養護老人ホーム	27.4	13.3
精神科医療機関	16.9	3.9
精神科デイケア	6.5	1.7
その他の老人福祉施設	5.7	3.9
その他の社会福祉施設	4.1	3.9
保健所デイケア	3.3	1.7
精神障害者社会復帰施設	2.6	0.6
老人性痴呆疾患センター	2.2	0.6
精神障害者小規模作業所	1.6	1.1
精神保健福祉センター	0.6	0.0
その他	9.1	8.9
無回答	1.4	1.7

同様に、精神障害者へ訪問しているステーションでは、「精神科医療機関」（「訪問している」41.3%、「訪問していない」4.1%）や「精神科デイケア」（同15.1%、1.7%）との連携割合が訪問していないステーションに比べて非常に高い。この他、「保健所・保健センター・市町村保健担当部」（同82.6%、74.2%）や「福祉事務所・市町村福祉担当部」（同61.6%、53.2%）「精神障害者社会復帰施設」（同7.0%、0.4%）などについても連携割合が高くなっている。

精神障害者へ訪問するためには、精神科医療機関や市町村、社会復帰施設等との連携が重要であることが分かる。

表 2－1－5 月 1 回以上情報交換している他機関（精神障害者への訪問の有無別）（複数回答）

精神障害者	訪問している	訪問していない
調査数	172	515
保健所・保健センター・市町村保健担当部	82.6	74.2
在宅介護支援センター	75.0	76.7
福祉事務所・市町村福祉担当部	61.6	53.2
老人保健施設	45.9	43.9
精神科医療機関	41.3	4.1
市町村サービス	33.7	31.5
特別養護老人ホーム	27.9	22.1
精神科デイケア	15.1	1.7
精神障害者社会復帰施設	7.0	0.4
保健所デイケア	5.8	1.6
その他の老人福祉施設	5.2	5.0
精神障害者小規模作業所	5.2	0.2
老人性痴呆疾患センター	3.5	1.2
その他の社会福祉施設	3.5	3.5
精神保健福祉センター	1.2	0.2
その他	10.5	8.9
無回答	1.2	1.9

(6) 今後の方向性

今後、各訪問看護ステーションの方向性としてどのように考えているかをきいたところ、痴呆症患者に訪問しているステーションでは、「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」が91.9%と高く、幅広いニーズの1つとして痴呆症患者へのケアに取り組む姿勢がうかがわれる。また「主として精神障害・痴呆のケアを専門とするステーション」という回答も9施設（1.8%）からみられた。

表 2－1－6 今後の方向性（痴呆症患者への訪問の有無別）

痴呆症患者への訪問		調査数	幅広いニーズに応じる	老人ケアを専門	精神障害者・痴呆を専門	身体疾患患者を専門	その他	無回答
訪問している	実数	508	467	19	9	6	5	5
	割合	-	91.9	3.7	1.8	1.2	1.0	1.0
訪問していない	実数	180	161	14	1	4	1	1
	割合	-	89.4	7.8	0.6	2.2	0.6	0.6

精神障害者に訪問しているステーションでも、「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」が88.4%と高いが、「主として精神障害・痴呆のケアを専門とするステーション」という回答も10施設（5.8%）からみられた。

表 2－1－7 今後の方向性（精神障害者への訪問の有無別）

精神障害者への訪問		調査数	幅広いニーズに応じる	老人ケアを専門	精神障害者・痴呆を専門	身体疾患患者を専門	その他	無回答
訪問している	実数	172	152	5	10	3	1	2
	割合	-	88.4	2.9	5.8	1.7	0.6	1.2
訪問していない	実数	515	475	29	0	7	4	4
	割合	-	92.2	5.6	0.0	1.4	0.8	0.8

(7) スタッフに必要な能力や教育

訪問看護ステーションの看護職スタッフに必要な能力や教育についてきいたところ、痴呆症患者や精神障害者への訪問の有無にかかわらず、「どんな疾患や状態であっても幅広く対応できるケア能力を習得する必要がある」や「社会資源を活用できる能力を育成する必要がある」という回答が多い。

痴呆症患者や精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションでは、この他「スタッフが専門性を確立できるような教育が必要である」という回答も訪問していない施設に比べて高くなっており、痴呆症患者や精神障害者へ訪問するには、スタッフの専門性も求められているといえる。

表 2-1-8 スタッフに必要な能力や教育（痴呆症患者への訪問の有無別）（複数回答）

痴呆症患者への訪問		調査数	専門性を確立	幅広く対応できる能力	社会資源を活用できる能力	その他	無回答
訪問している	実数	508	91	449	417	2	2
	割合	-	17.9	88.4	82.1	0.4	0.4
訪問していない	実数	180	28	162	145	3	0
	割合	-	15.6	90.0	80.6	1.7	0.0

表 2-1-9 スタッフに必要な能力や教育（精神障害者への訪問の有無別）（複数回答）

精神障害者への訪問		調査数	専門性を確立	幅広く対応できる能力	社会資源を活用できる能力	その他	無回答
訪問している	実数	172	37	148	136	1	0
	割合	-	21.5	86.0	79.1	0.6	0.0
訪問していない	実数	515	84	461	421	6	2
	割合	-	16.3	89.5	81.7	1.2	0.4

(8) スタッフのサポート体制

スタッフをサポートする体制としてどのようなことを行っているかをきいたところ、痴呆症患者や精神障害者に訪問している施設では、「困難ケースについてのカンファレンスを行っている」や「困難ケースについては、同行訪問などを行い、複数のスタッフがかかわっている」や「困難ケースについては、専門家から助言が受けられるような体制をつくっている」などのサポート体制が訪問していない施設に比べて充実している。特に精神障害者に訪問している施設では困難ケースへの同行訪問等を実施している施設が86.0%、専門家から助言が受けられるような体制をつくっている施設が67.4%と多く、これらのサポート体制を充実させることで困難なケースにも対応していると考えられる。

表 2－1－10 スタッフのサポート体制（痴呆症患者への訪問の有無別）（複数回答）

痴呆症患者への訪問		調査数	定期的なケアカンファレンス	困難ケースのカンファレンス	困難ケースには同行訪問等	専門家から助言を得る	検討中	特になし	無回答
訪問している	実数	508	373	359	411	314	68	0	1
	割合	-	73.4	70.7	80.9	61.8	13.4	0.0	0.2
訪問していない	実数	180	127	110	135	98	20	0	1
	割合	-	70.6	61.1	75.0	54.4	11.1	0.0	0.6

表 2－1－11 スタッフのサポート体制（精神障害者への訪問の有無別）（複数回答）

精神障害者への訪問		調査数	定期的なケアカンファレンス	困難ケースのカンファレンス	困難ケースには同行訪問等	専門家から助言を得る	検討中	特になし	無回答
訪問している	実数	172	128	128	148	116	27	0	0
	割合	-	74.4	74.4	86.0	67.4	15.7	0.0	0.0
訪問していない	実数	515	366	344	396	296	62	0	2
	割合	-	71.1	66.8	76.9	57.5	12.0	0.0	0.4

2-2. 痴呆症患者^{注1}への訪問看護について

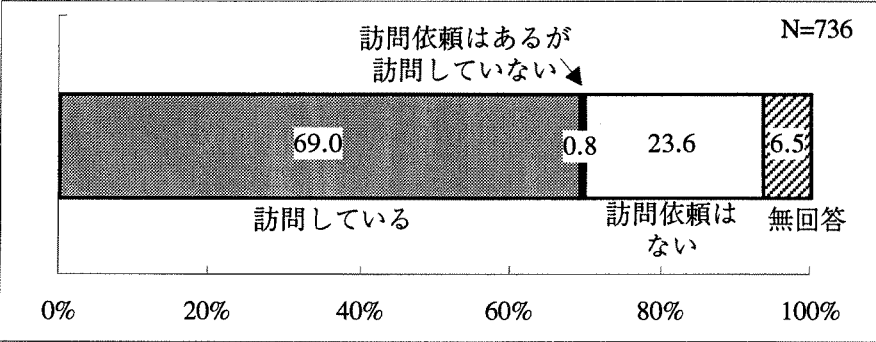
(1) 痴呆症患者への訪問

痴呆症患者に「訪問している」訪問看護ステーションは69.0%と約7割を占めている。

「訪問依頼はあるが訪問していない」という施設は6施設（0.8%）あり、このうち「痴呆症患者への援助の仕方が困難なため」という理由を3施設があげており、また「危険性などを含めてスタッフの気持ちの上で抵抗があるため」という理由も2施設からみられた。

「訪問依頼はない」という施設は174施設（23.6%）であった。

図2-2-1 痴呆症患者への訪問看護の実施



「訪問依頼はない」施設に対して、訪問していない理由をきいたところ、単に訪問依頼がないために訪問していない施設が大半を占めている。その他「痴呆専門の医療施設などとの連携体制がとれていないため」（16施設、9.2%）、「痴呆症患者に対する看護経験のあるスタッフが不足しているため」（15施設、8.6%）などをあげた施設もみられた。

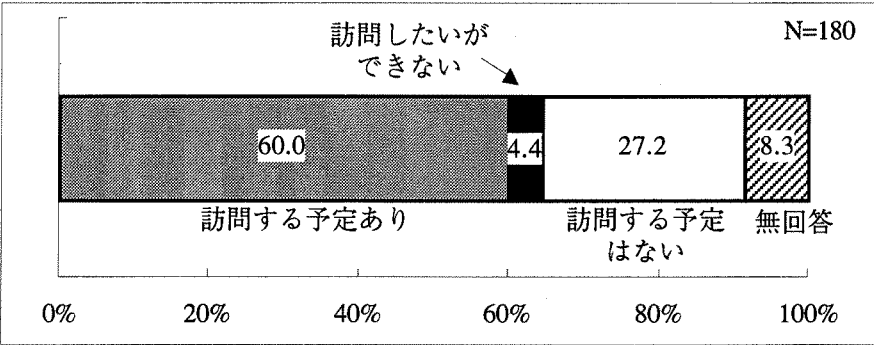
表2-2-1 訪問していない理由（「訪問依頼はない」施設のみ）（複数回答）

	施設数	割合
痴呆症患者の訪問依頼がないため	156	89.7
痴呆専門の医療施設などとの連携体制がとれていないため	16	9.2
痴呆症患者に対する看護経験のあるスタッフが不足しているため	15	8.6
スタッフ数が少なく、痴呆症患者に訪問する余裕がないため	8	4.6
緊急時の対応体制がとれないため	6	3.4
痴呆症患者への援助の仕方が困難なため	5	2.9
訪問の効果が分かりにくい	4	2.3
痴呆症患者への訪問看護の意義が低いと思うため	1	0.6
危険性などを含めてスタッフの気持ちの上で抵抗があるため	1	0.6
スタッフの痴呆に対する意識や関心が低い	0	0.0
診療報酬がサービスに見合わない	0	0.0
その他	10	5.7
施設数	174	100.0

^{注1} 痴呆症患者：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の患者のことで、痴呆の症状をもつ老人とは異なる。本調査では、目安として、主治医の指示書の傷病名欄に「痴呆」の記載があり、痴呆の程度がランクⅣまたはⅤの人とした。（以下同様）

現在訪問していない施設に今後の予定をきいたところ、「訪問する予定あり」が60.0%を占めている。現在は単に訪問依頼がないために訪問していない施設が大半であり、これらの施設では今後訪問依頼がくれば、訪問する予定の施設が多いといえる。今後は痴呆症患者へ訪問する施設が増加することが予想される。

図 2－2－2 今後の訪問予定（現在訪問していない施設のみ）



(2) 訪問依頼件数

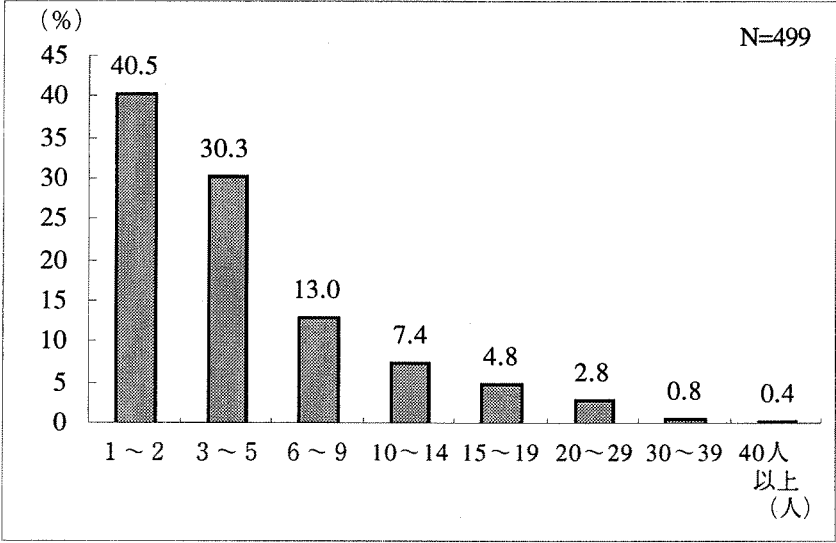
1ヶ月に受ける新たに受けた痴呆症患者の訪問依頼件数は、1施設あたり約1.5件となっている。このうち、電話相談のみで訪問しなかったケースは3.1%、初回訪問のみで継続しなかったケースが1.6%となっており、残りの95.3%は継続訪問につながっている。

(3) 痴呆症患者数・訪問回数・訪問時間

現在訪問している痴呆症患者数は1施設あたり平均5.2人。人数分布でみると、1～2人が40.5%、3～5人が30.3%と多く、痴呆症患者に訪問している訪問看護ステーションの7割程度が5人以下の痴呆症患者を抱えている施設である。

一方、20人以上という施設も20施設（4%）みられた。このうち、併設病院に精神科をもつ施設は3施設であり、精神科のない病院に併設している施設（5施設）や併設施設がない施設（5施設）などの方が多く見られた。また、これらの20施設のうち、痴呆症患者が利用者の半数以上を占めているのは7施設であった。

図 2－2－3 痴呆症患者数

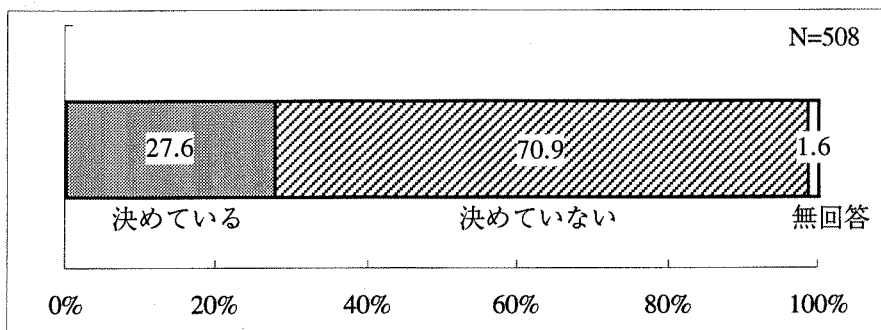


訪問回数は1人あたり月平均4.9回であり、訪問看護ステーションの月平均訪問回数の5.4回（厚生省「平成8年訪問看護統計調査」）に比べると若干少ない傾向がみられる。1回あたり訪問時間は約1時間12分（中央値）となっており、同調査による平均訪問時間（1時間5分）とはほぼ同程度である。

(4) 訪問スタッフ

痴呆症患者に訪問するスタッフを「決めている」ところは27.6%で、「決めていない」ところが70.9%と多い。スタッフを決めているステーションのうち、痴呆症患者への訪問スタッフが「主に1人」のところは56.4%、「複数人」のところは42.1%となっている。

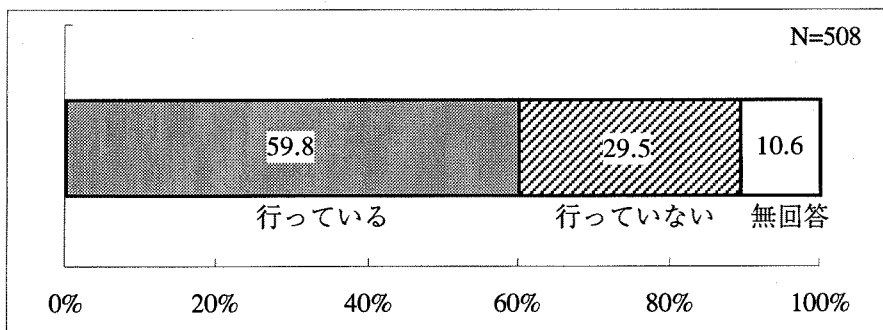
図2-2-4 痴呆症患者への訪問スタッフ



(5) 痴呆症患者に対するアセスメントの実施

痴呆症患者に対して、痴呆のアセスメントを実施している施設は59.8%と約6割を占めている。アセスメントを実施している施設におけるアセスメントの実施方法は、「訪問スタッフが個人でアセスメントを行うことが多い」が45.1%と最も多く、「ステーションの職員が複数人で、または併設機関の職員と合同でアセスメントすることが多い」は35.2%、「必要に応じて他機関と合同でアセスメントをすることが多い」という施設は19.7%であった。

図2-2-5 痴呆のアセスメントの実施



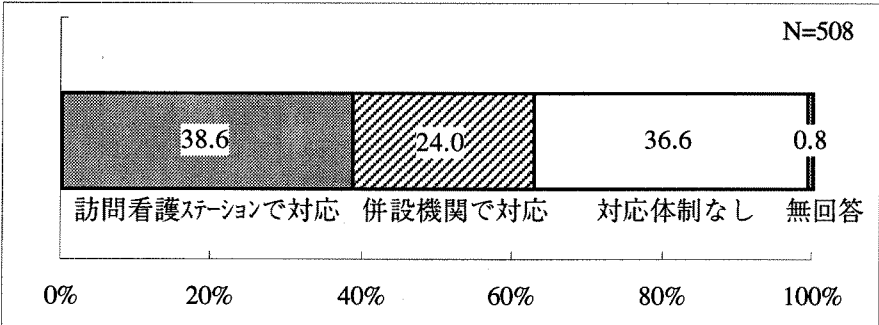
(6) 24時間対応体制

痴呆症患者に対して「24時間直接連絡を受ける体制がある」訪問看護ステーションは38.6%、「併設機関で対応」している施設が24.0%と、合わせて62.6%のステーションで24時間対応できる体制となっている。厚生省「平成8年訪問看護統計調査」をみると、全国の訪問看護ステーションで24時間対応体制がある施設は62.9%となっており、これとほぼ同じ割合である。

直接連絡を受けている訪問看護ステーションが痴呆症患者から夜間・早朝に電話等で受けた相談件数は1ヶ月約0.5回であり、2ヶ月に1回程度となっている。さらに、この電話相談を受けて、実際に臨時訪問をした回数は1ヶ月0.16回となっており、7ヶ月に1回程度臨時訪問をしている計算になる。

痴呆症患者については、夜間徘徊等の問題があることから、24時間対応体制をとることは望ましいと考えられるが、実際の夜間の相談件数や臨時訪問回数はかなり少ないことが分かる。

図 2 - 2 - 6 24時間対応体制



(7) 痴呆症患者への訪問に関する問題点／今後の拡大方策

痴呆症患者への訪問に関する問題点としては、下表のようになっている。最も多かったのは「痴呆症患者に対する看護経験のあるスタッフが不足している」（48.2％）であり、痴呆症患者に対応できる訪問看護婦の確保が大きな課題となっている。次いで「家族への援助方法が難しい」（44.9％）や「独居のケースへの対応が難しい」（43.3％）といった痴呆症患者や家族へのケア内容について困難と感じているステーションが多い。

表 2－2－2 痴呆症患者への訪問に関する問題点（複数回答）

	施設数	割合
痴呆症患者に対する看護経験のあるスタッフが不足している	245	48.2
家族への援助方法が難しい	228	44.9
独居のケースへの対応が難しい	220	43.3
訪問看護の効果がみえにくい	211	41.5
患者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	210	41.3
痴呆症患者を対象とした入院・入所施設などが地域に不足している	202	39.8
痴呆症患者を対象としたデイケアなどの在宅サービスが地域に不足している	200	39.4
本人に受け入れを拒否されることなどがある	151	29.7
痴呆専門の医療施設などとの連携体制がとれていない	144	28.3
訪問看護計画を立てにくい（訪問看護内容や滞在時間等）	112	22.0
痴呆症患者に対する近隣住民の理解が不足している	111	21.9
緊急時の対応体制がとれていない	102	20.1
提供すべきサービスがよくわからない場合が多い	88	17.3
家族が隠したり拒否したりすることがある	61	12.0
主治医と連携をとりにくい	46	9.1
その他	24	4.7
特になし	13	2.6
施設数	508	100.0

また、痴呆症患者への訪問看護の拡大を図るために必要な方策として、最も多かったのは、「訪問看護婦の痴呆症患者への関わり方など知識や技術の向上」（79.1％）であり、今後は、痴呆症患者に対する訪問看護婦の知識や技術の向上のための研修の充実が求められる。痴呆症患者を対象とした在宅サービスや施設サービスの拡充や、痴呆専門の医療施設などの他機関との連携の強化についても必要と考えている施設が多い。

表 2－2－3 痴呆症患者への訪問看護の拡大を図るために必要な方策（複数回答）

	施設数	割合
訪問看護婦の痴呆症患者への関わり方など知識や技術の向上	402	79.1
痴呆症患者を対象とした在宅サービスの拡充	285	56.1
痴呆専門の医療施設などの他機関との連携の強化	253	49.8
痴呆症患者を対象とした施設サービスの拡充	217	42.7
痴呆症患者に対する看護経験のあるスタッフの確保や増員	110	21.7
痴呆症患者に対する訪問看護の診療報酬の引き上げ	70	13.8
その他	13	2.6
施設数	508	100.0

2-3. 精神障害者^{注2}への訪問看護について

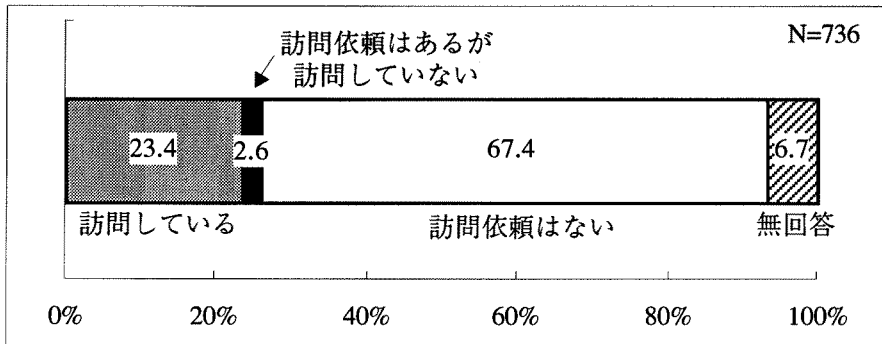
(1) 精神障害者への訪問

精神障害者に「訪問している」訪問看護ステーションは23.4%と2割強である。

「訪問依頼はあるが訪問していない」という施設は19施設（2.6%）あり、このうち「精神科看護経験のあるスタッフが不足している」という理由を12施設があげており、また「精神障害者への援助の仕方が困難なため」や「緊急時の対応体制がとれないため」という理由もそれぞれ9施設からみられた。

「訪問依頼はない」という施設は496施設（67.4%）であった。

図2-3-1 精神障害者への訪問看護の実施



「訪問依頼はない」施設に対して、訪問していない理由をきいたところ、単に訪問依頼がないために訪問していない施設が大半を占めているが、それに加えて、「精神科看護経験のあるスタッフが不足している」（108施設、21.8%）、「精神科専門の医療施設などとの連携体制がとれていないため」（84施設、16.9%）、「精神障害者への援助の仕方が困難なため」（61施設、12.3%）をあげた施設もみられた。

表2-3-1 訪問していない理由（「訪問依頼はない」施設のみ）（複数回答）

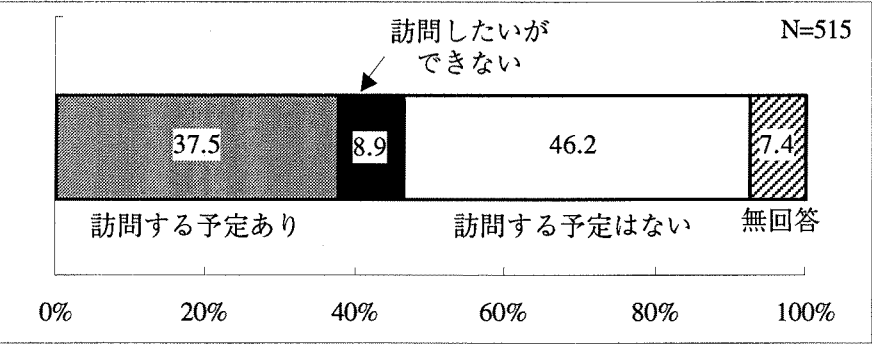
	施設数	割合
精神障害者の訪問依頼がないため	453	91.3
精神科看護経験のあるスタッフが不足しているため	108	21.8
精神科専門の医療施設などとの連携体制がとれていないため	84	16.9
精神障害者への援助の仕方が困難なため	61	12.3
スタッフ数が少なく、精神障害者に訪問する余裕がないため	44	8.9
緊急時の対応体制がとれないため	31	6.3
危険性などを含めてスタッフの気持ちの上で抵抗があるため	27	5.4
スタッフの精神障害者に対する意識や関心が低いため	14	2.8
訪問の効果が分かりにくい	7	1.4
精神障害者への訪問看護の意義が低いと思うため	4	0.8
診療報酬がサービスに見合わないため	3	0.6
その他	21	4.2
施設数	496	100.0

^{注2} 精神障害者：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とした。（以下同様）

現在精神障害者に訪問していない施設に今後の予定をきいたところ、「訪問する予定あり」が37.5%となっている。現在精神障害者に訪問していない施設は全体の70%であり、このうち37.5%が今後訪問することになると、現在訪問している訪問看護ステーション（23.4%）と合わせて50%程度のステーションが今後は精神障害者にも訪問することになることが予想される。

訪問看護ステーションには精神科看護経験のあるスタッフが少ないため、今後訪問する予定の施設については、精神科看護に関する知識や技術の習得が大きな課題と考えられる。

図 2－3－2 今後の訪問予定（現在訪問していない施設のみ）



（2）訪問依頼件数

1ヶ月に受ける訪問依頼件数は1施設あたり約1.5件となっている。このうち、電話相談のみで訪問しなかったケースは5.3%、初回訪問のみで継続しなかったケースが2.7%となっており、残りの92.0%は継続訪問につながっている。

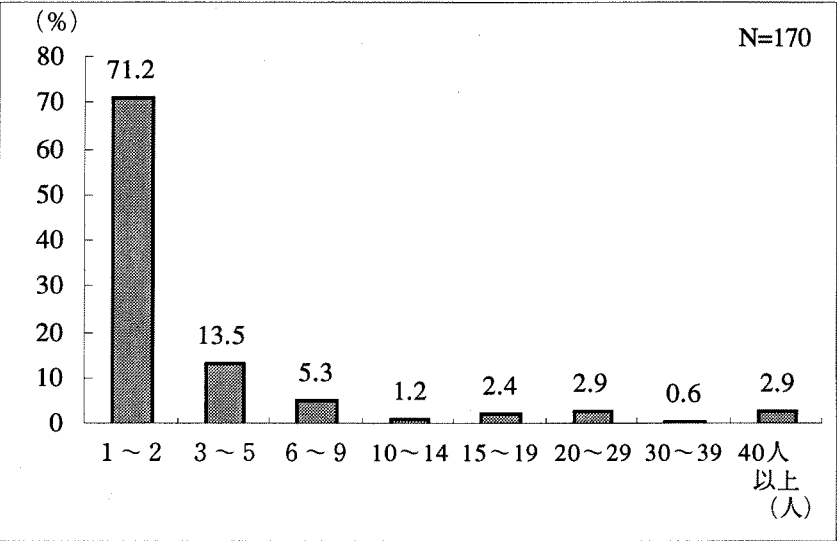
(3) 精神障害者数・訪問回数・訪問時間

現在訪問している精神障害者数は1施設あたり平均6.6人であった。分布でみると、1～2人が71.2%と7割のステーションでは2人以内となっている一方、40人以上というところも5施設(2.9%)あった。他の利用者の中に精神障害者が1～2人いるステーションと、精神障害者を中心に訪問しているステーションの開きがみられた。

精神障害者が10人以上いる施設は17施設(10.0%)であり、このうち併設病院が「主として精神科を扱っている」のが9施設、「精神科を含む複数の診療科がある」のが5施設、精神科・神経科のある診療所に併設している施設が1施設と、合わせて15施設が精神科のある医療機関に併設された訪問看護ステーションであった。

これらの17施設のうち、精神障害者が利用者の9割以上を占める施設は3施設ある一方、5割以下の施設も9施設みられた。

図 2-3-3 精神障害者数

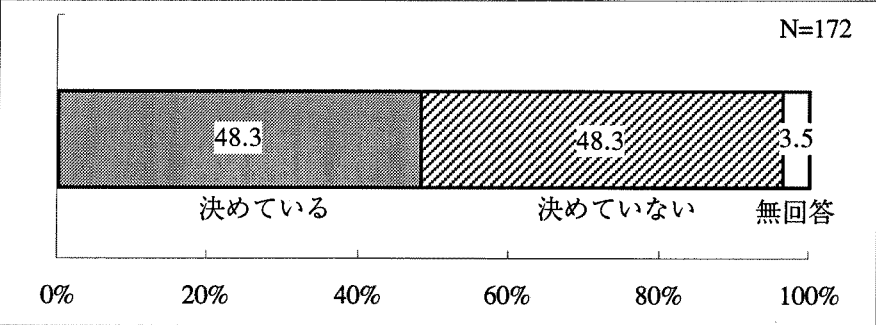


訪問回数は1人あたり月平均3.9回であり、訪問看護ステーションの月平均訪問回数の5.4回(厚生省「平成8年訪問看護統計調査」より)に比べると若干少ない。1回あたり平均訪問時間は約1.0時間(中央値)となっており、同調査でみた訪問時間平均(1時間5分)とほぼ同程度であった。

(4) 訪問スタッフ

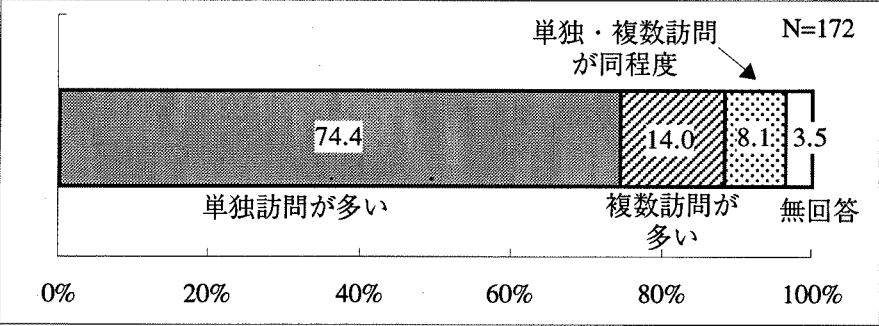
精神障害者に訪問するスタッフを「決めている」と「決めていない」ところは48.3%ずつとなっている。スタッフを決めているステーションのうち、精神障害者への訪問スタッフが「主に1人」いるところは59.0%、「複数人」いるところは37.3%となっている。

図 2－3－4 精神障害者への訪問スタッフ



精神障害者へ「単独訪問が多い」とした施設は74.4%、「複数人で訪問する場合が多い」が14.0%、「単独訪問と複数訪問が同じくらい」が8.1%であった。「複数人で訪問する場合が多い」と回答した24施設のうち、複数訪問するように決めている施設は半数の12施設であった。

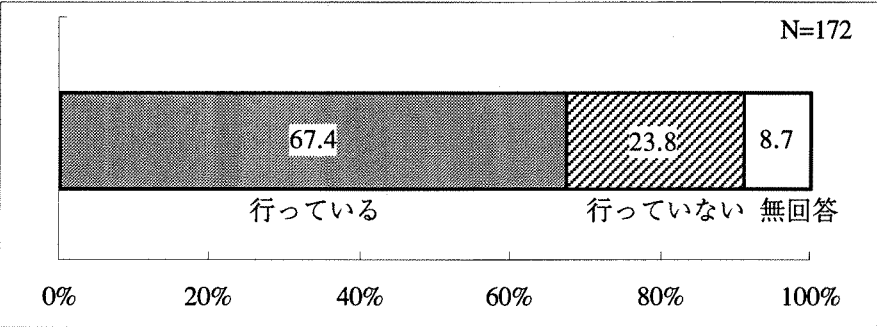
図 2－3－5 精神障害者への訪問人数



(5) 精神障害者に対するアセスメントの実施

精神障害者に対して、精神状態や生活能力のアセスメントを実施している施設は67.4%を占めている。アセスメントの実施方法としては、「ステーションの職員が複数人で、または併設機関の職員と合同でアセスメントすることが多い」が42.2%と最も多く、次いで「訪問スタッフが個人でアセスメントを行うことが多い」が32.8%、「必要に応じて他機関と合同でアセスメントをすることが多い」という施設は22.4%であった。

図 2 - 3 - 6 精神障害者のアセスメントの実施

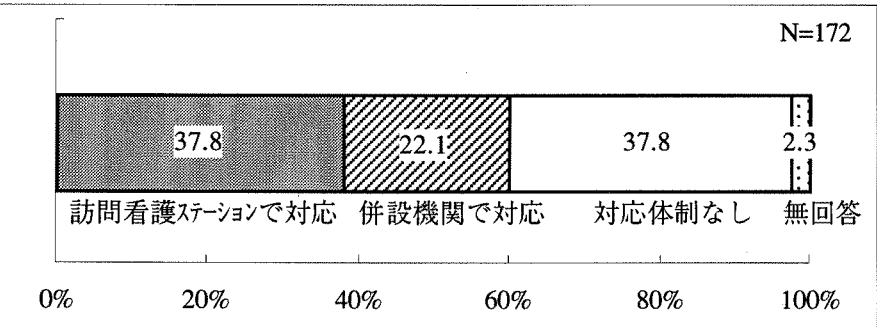


(6) 24時間対応体制

「24時間直接連絡を受ける体制がある」訪問看護ステーションは37.8%、「併設機関で対応」している施設が22.1%と、合わせて59.9%のステーションで24時間対応できる体制となっている。厚生省「平成8年訪問看護統計調査」をみると、全国の訪問看護ステーションで24時間対応体制がある施設は62.9%となっており、これとほぼ同じ割合である。

直接連絡を受けている訪問看護ステーションが精神障害者から夜間・早朝に電話等で受けた相談件数は1ヶ月約3.0回であり、精神障害者の利用者（平均6.6人）の2人に1人から1ヶ月に1回程度連絡を受けていることになる。実際に夜間・早朝に訪問した件数は1ヶ月あたり0.3回となっており、3ヶ月に1回程度臨時訪問をしている計算になる。このことから、電話10回に対し約1回臨時訪問をしていることが分かる。

図 2 - 3 - 7 24時間対応体制



(7) 精神障害者への訪問に関する問題点／今後の拡大方策

精神障害者への訪問に関する問題点としては、下表のようになっている。最も多かったのは「精神科経験のあるスタッフが不足している」(61.0%)であり、精神障害者に対応できる訪問看護婦の確保が大きな課題となっている。次いで「家族への援助方法が難しい」(41.3%)や「本人に受け入れを拒否されることなどがある」(38.4%)「独居のケースへの対応が難しい」(38.4%)といった精神障害者や家族へのケア内容について困難と感じているステーションが多い。

表 2－3－2 精神障害者への訪問に関する問題点（複数回答）

	施設数	割合
精神科経験のあるスタッフが不足している	105	61.0
家族への援助方法が難しい	71	41.3
本人に受け入れを拒否されることなどがある	66	38.4
独居のケースへの対応が難しい	66	38.4
精神障害を対象としたケア、小規模作業所、職場等の社会復帰施設が地域に不足している	65	37.8
訪問看護の効果がみえにくい	59	34.3
精神障害者に対する近隣住民の理解が不足している	58	33.7
患者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	48	27.9
訪問看護計画を立てにくい（訪問看護内容や滞在時間等）	40	23.3
精神障害を対象とした入院・入所施設などが地域に不足している	39	22.7
提供すべきサービスがよくわからない場合が多い	30	17.4
家族が隠したり拒否したりすることがある	30	17.4
精神科専門の医療施設などとの連携体制がとれていない	29	16.9
緊急時の対応体制がとれていない	26	15.1
主治医と連携をとりにくい	19	11.0
医療中断ケースや主治医がいないケースなどについて相談先がない	12	7.0
その他	11	6.4
施設数	172	100.0

また、精神障害者への訪問看護の拡大を図るために必要な方策として、最も多かったのは、「訪問看護婦の精神障害者への関わり方など知識や技術の向上」(79.1%)であり、今後は、精神障害者に対する訪問看護婦の知識や技術の向上のための研修の充実が求められる。また、「精神科専門の医療施設などの他機関との連携の強化」(51.2%)という回答も多く、地域の精神障害者関連機関等との連携の強化が課題となっている。

表 2－3－3 精神障害者への訪問看護の拡大を図るために必要な方策（複数回答）

	施設数	割合
訪問看護婦の精神障害者への関わり方など知識や技術の向上	136	79.1
精神科専門の医療施設などの他機関との連携の強化	88	51.2
精神障害者を対象とした在宅サービスの拡充	83	48.3
精神科経験のあるスタッフの確保や増員	58	33.7
精神障害者を対象とした施設サービスの拡充	54	31.4
精神障害者に対する訪問看護の診療報酬の引き上げ	25	14.5
その他	4	2.3
施設数	172	100.0

2-4. 職員体制

(1) 施設別比較

① 痴呆症患者への訪問有無別（訪問看護ステーションの比較）

ここでは、痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションと訪問していない訪問看護ステーションの職員について、常勤・非常勤別に分析を行った。

【常勤職員】

痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションでは、訪問していないところに比べて、看護婦の割合が76.2%と若干高く、准看護婦の割合が12.1%と若干低い傾向がみられる。

また、行政機関（保健所、保健センター、市町村役場等）に勤務経験のある職員の割合が14.2%と訪問していない施設に比べて若干高く、精神科勤務歴のある職員の割合も14.9%と若干高い（訪問していない訪問看護ステーション：12.0%）。

精神科看護や精神科訪問看護に関する研修や講習会を受講したことがある人の割合は24.3%と、約4分の1の職員が精神科看護の研修会等を受講していることになる。

図2-4-1 職種

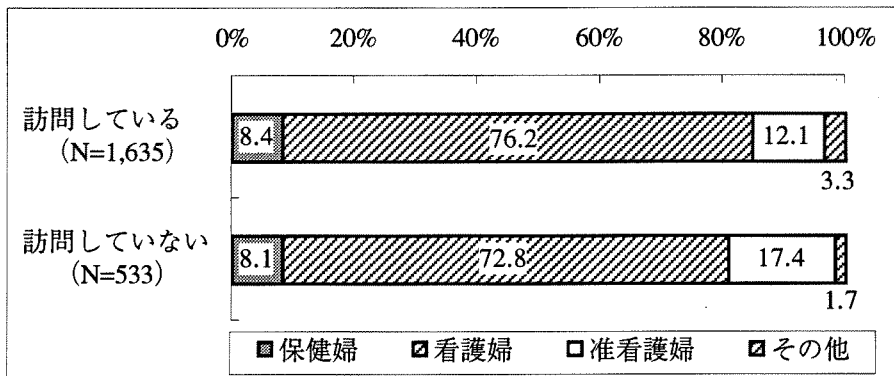


図2-4-2 行政機関勤務経験

（保健所、保健センター、市町村役場等の地域の行政機関の勤務経験）

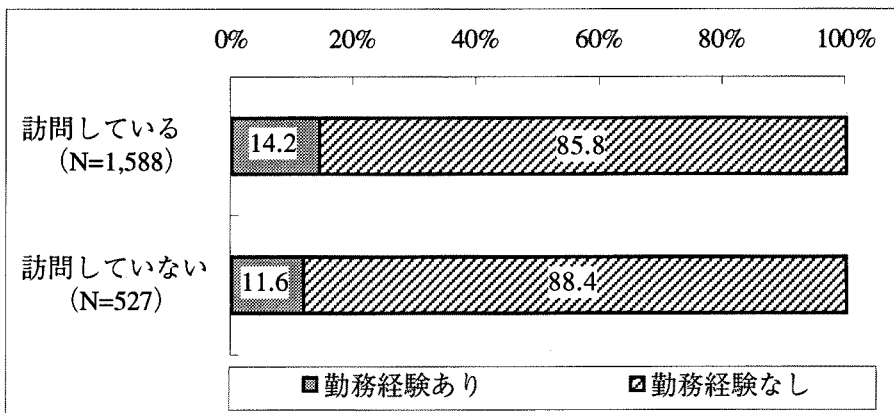


図 2 - 4 - 3 精神科勤務経験

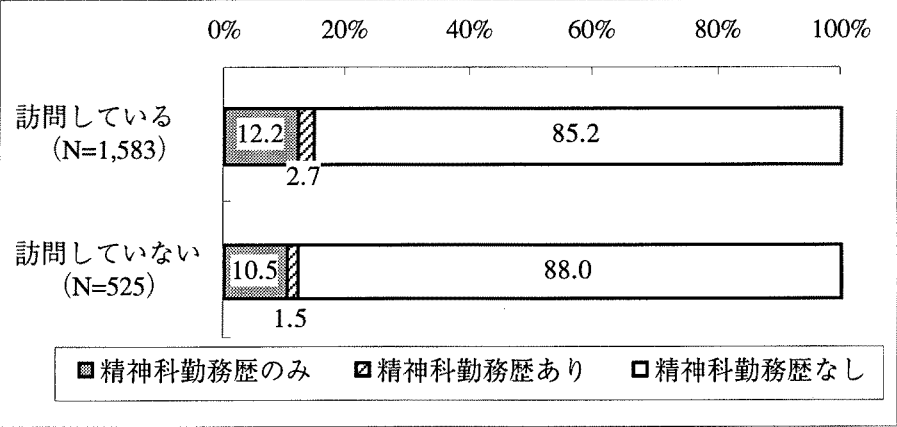


図 2 - 4 - 4 痴呆疾患専門機関勤務経験

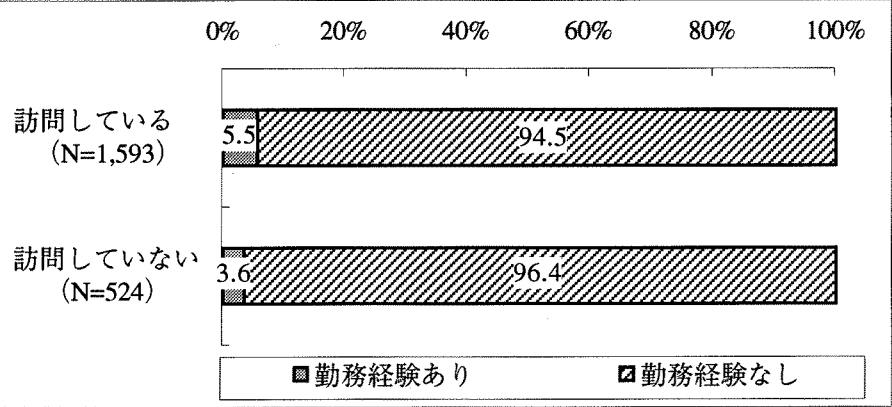
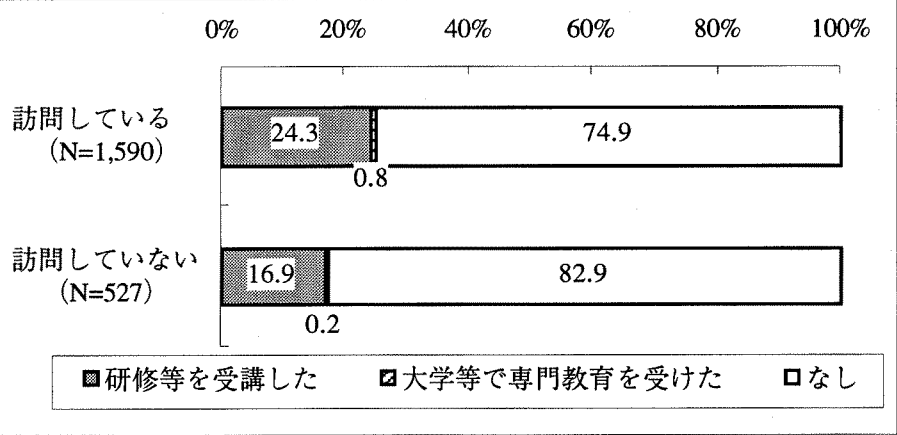


図 2 - 4 - 5 精神科看護の教育・研修経験



【非常勤職員】

痴呆症患者へ訪問している訪問看護ステーションでは、訪問していないところに比べて、看護婦の割合が76.6%と若干高く、准看護婦の割合が13.4%と若干低い傾向がみられた。

また、行政機関（保健所、保健センター、市町村役場等）に勤務経験のある職員の割合が10.5%と若干高い。

ただし、精神科勤務経験や精神科看護の研修受講割合にはあまり差が見られなかった。

図 2 - 4 - 6 職種

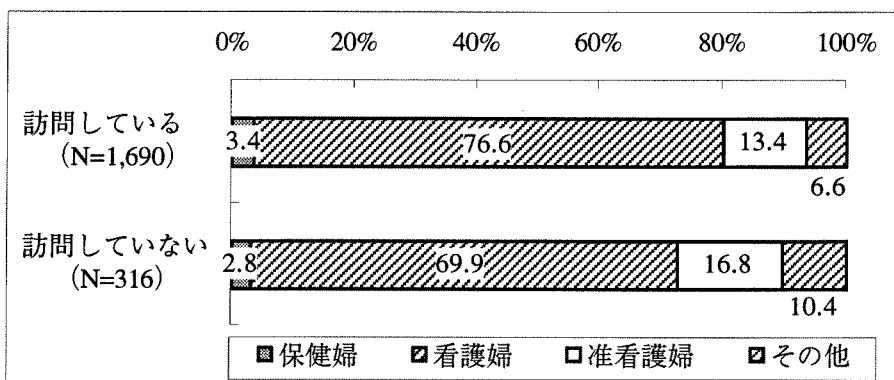


図 2 - 4 - 7 行政機関勤務経験

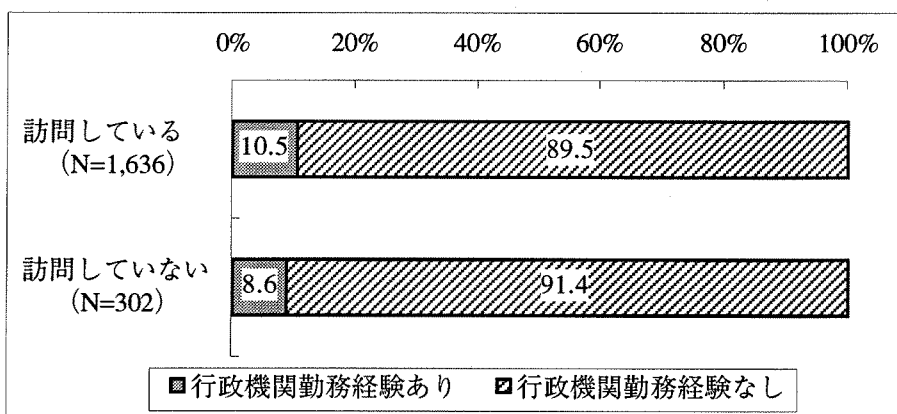


図 2 - 4 - 8 精神科勤務経験

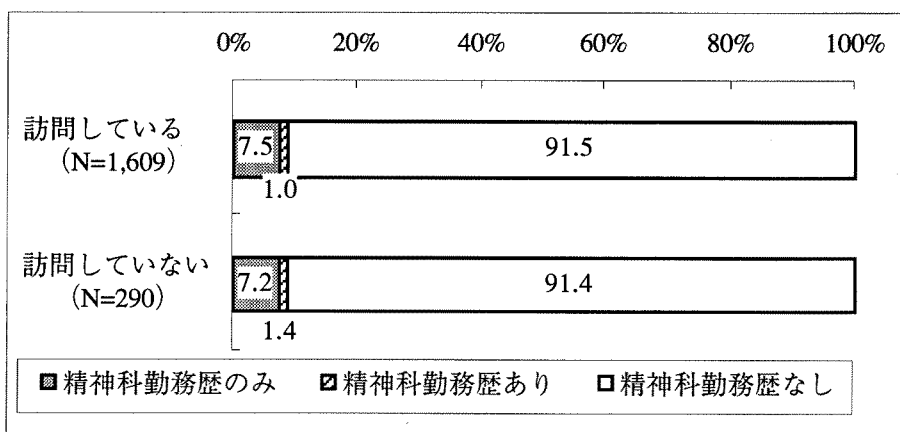


図 2 - 4 - 9 痴呆疾患専門機関勤務経験

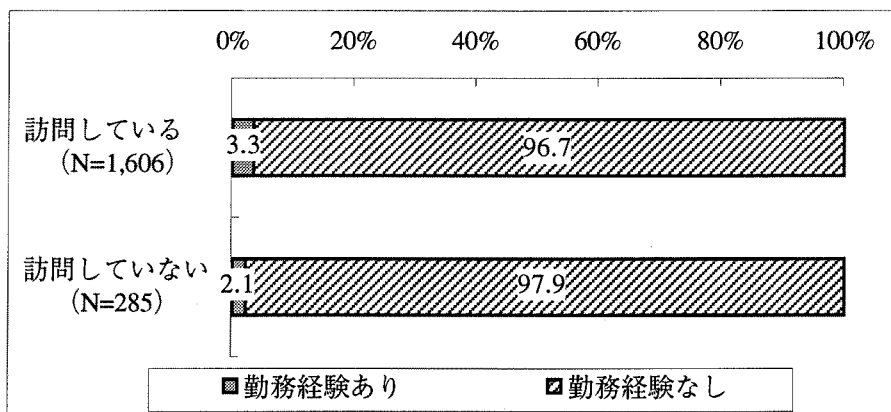
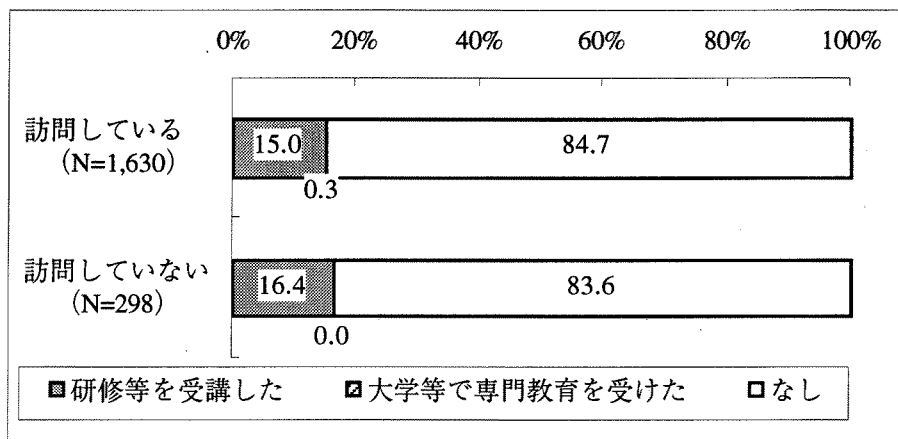


図 2 - 4 - 10 精神科看護の教育・研修経験



②精神障害者への訪問有無別（訪問看護ステーションの比較）

ここでは、精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションと訪問していない訪問看護ステーションの職員について、常勤・非常勤別に分析を行った。

【常勤職員】

精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションでは、訪問していないところに比べて、行政機関（保健所、保健センター、市町村役場等）に勤務経験のある職員の割合が17.0%と高く、また精神科勤務歴のある職員の割合が20.5%と高い傾向がみられた。

また、精神科看護や精神科訪問看護に関する研修や講習会を受講したことがある人の割合が32.6%と約3分の1は精神科訪問看護に関する研修等を受講している。

図 2 - 4 - 11 職種

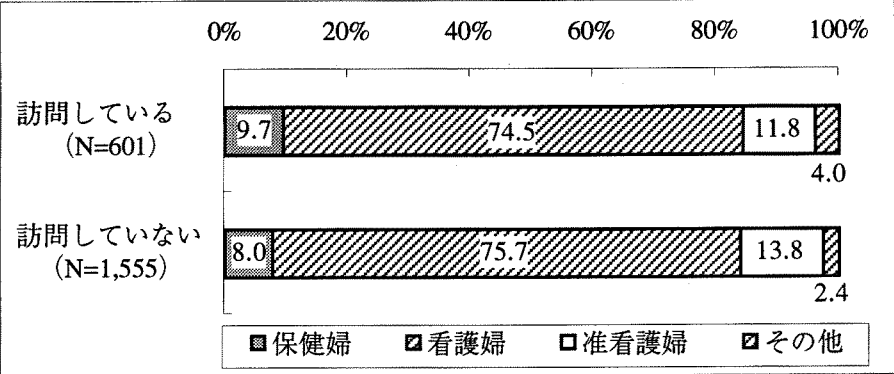


図 2 - 4 - 12 行政機関勤務経験

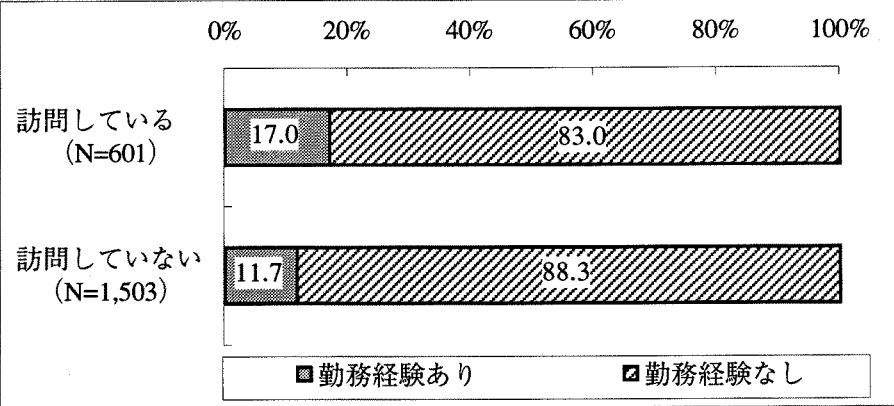


図 2 - 4 - 13 精神科勤務経験

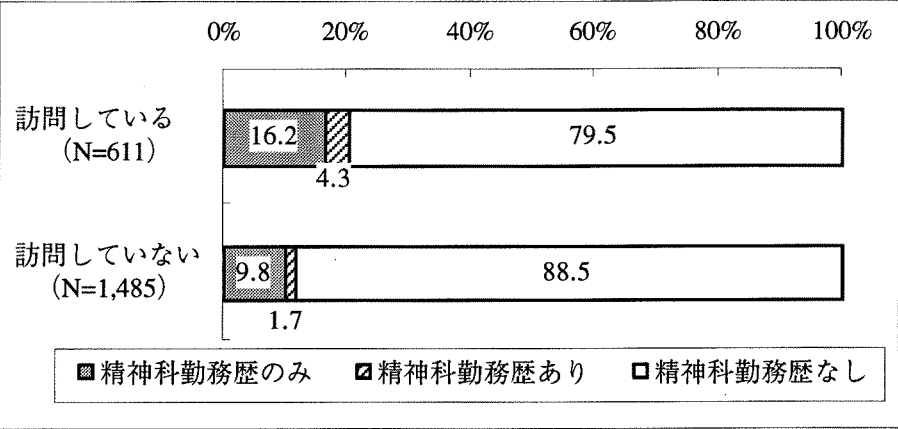


図 2 - 4 - 14 痴呆疾患専門機関勤務経験

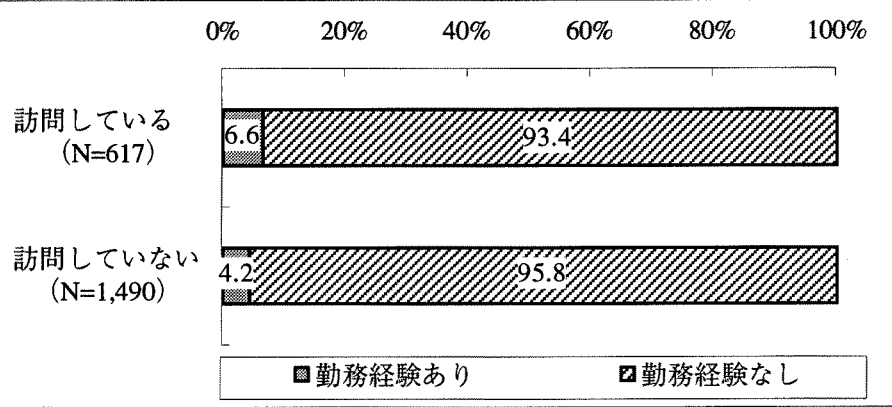
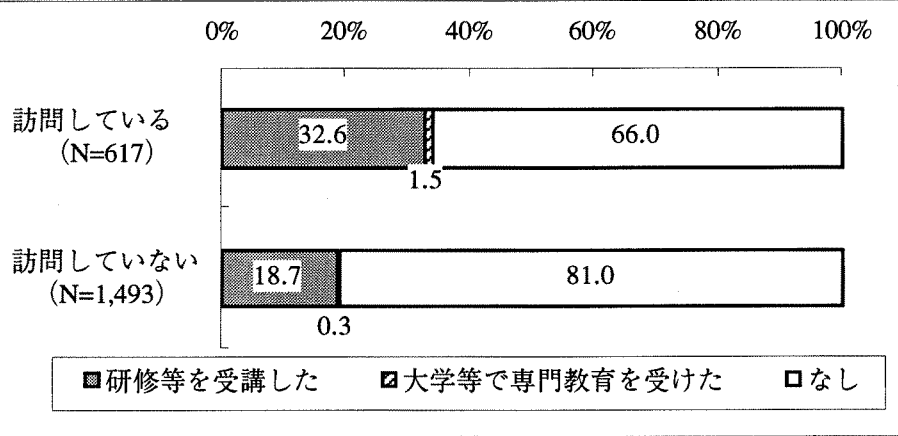


図 2 - 4 - 15 精神科看護の教育・研修経験



【非常勤職員】

精神障害者へ訪問している訪問看護ステーションでは、訪問していないところに比べて、行政機関（保健所、保健センター、市町村役場等）に勤務経験のある職員の割合が12.1%と若干高い傾向がみられた。

また、精神科勤務歴のある職員の割合が11.3%と若干高く、精神科看護や精神科訪問看護に関する研修や講習会を受講したことがある人の割合が18.0%と若干高い。

図 2 - 4 - 16 職種

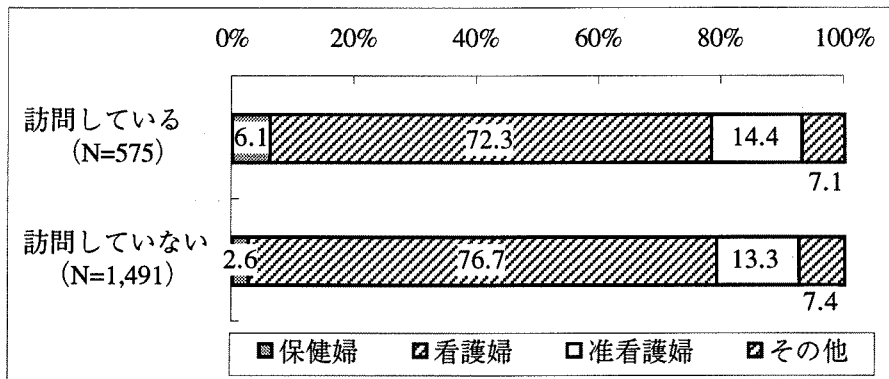


図 2 - 4 - 17 行政機関勤務経験

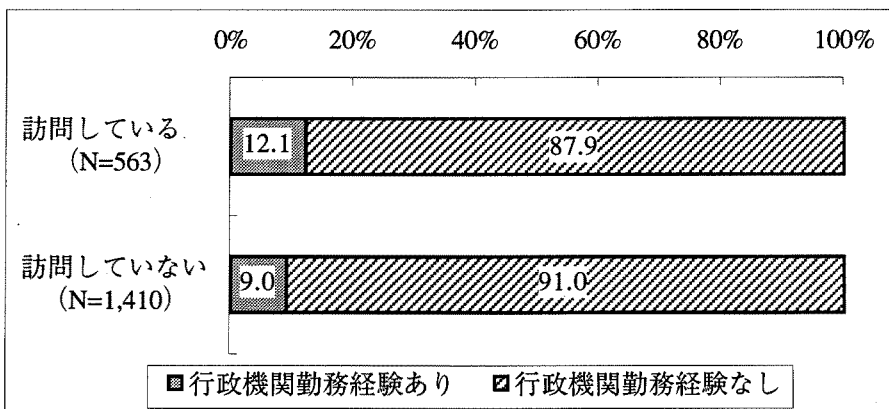


図 2 - 4 - 18 精神科勤務経験

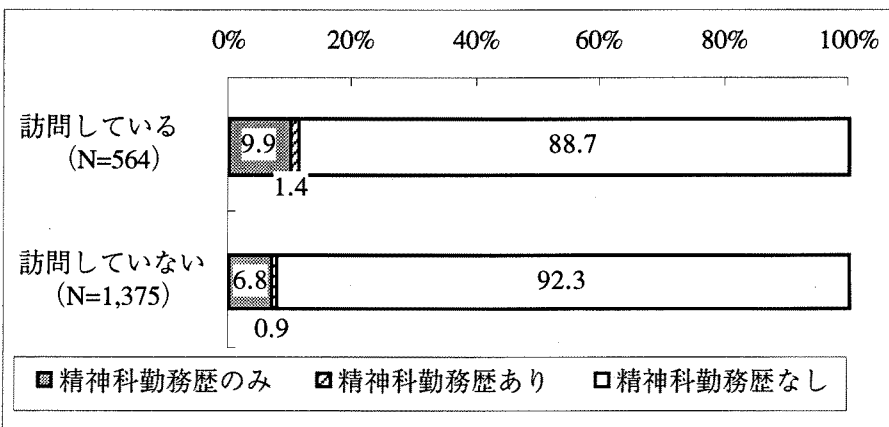


図 2－4－19 痴呆疾患専門機関勤務経験

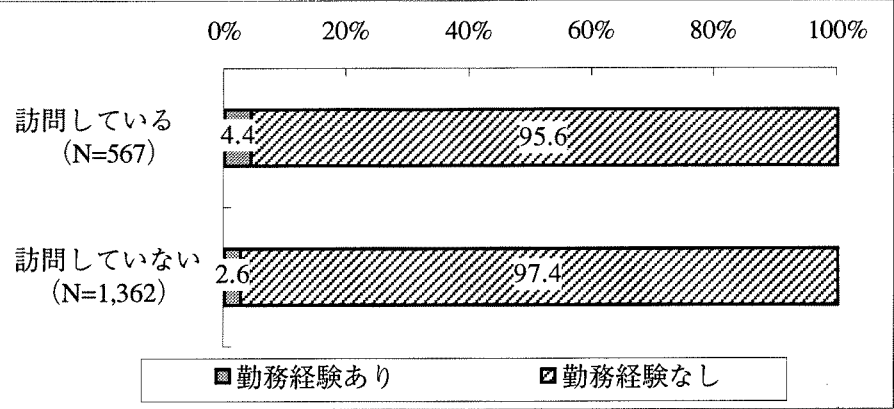
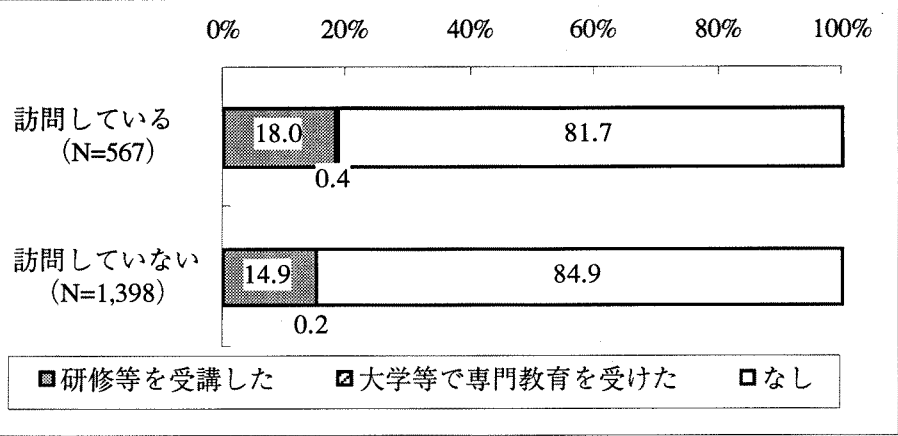


図 2－4－20 精神科看護の教育・研修経験



(2) 職員別比較

①痴呆症患者への1ヶ月間の訪問有無別（職員別）

ここでは、痴呆症患者へ1ヶ月間に訪問した職員と訪問していない職員を比較した。

【常勤職員】

痴呆症患者へ訪問した職員のうち、精神科勤務歴のある職員の割合は14.8%となっており、勤務歴のない職員（80.1%）が8割を占めている。痴呆症患者の訪問看護については、一般の老人の訪問看護と援助内容等が異なるため、専門的な知識や技術が必要とされるが、精神科看護や精神科訪問看護に関する研修や講習会を受講したことがある人の割合は25.3%と、約4分の1にとどまっている。

痴呆症患者へ訪問した職員のうち、行政機関（保健所、保健センター、市町村役場等）に勤務経験のある職員の割合が13.9%、痴呆疾患専門機関での勤務経験のある職員の割合が5.9%となっており、痴呆症患者に訪問していない職員に比べて若干高かった。

前述したように、痴呆症患者に訪問している施設の問題点として、第一に「痴呆症患者に対する看護経験のあるスタッフが不足している」（48.2%）があげられているが、これは、精神科勤務歴のある職員が不足していることや、研修や講習会の受講がまだ十分でないことなどによると考えられる。

図 2 - 4 - 21 職種

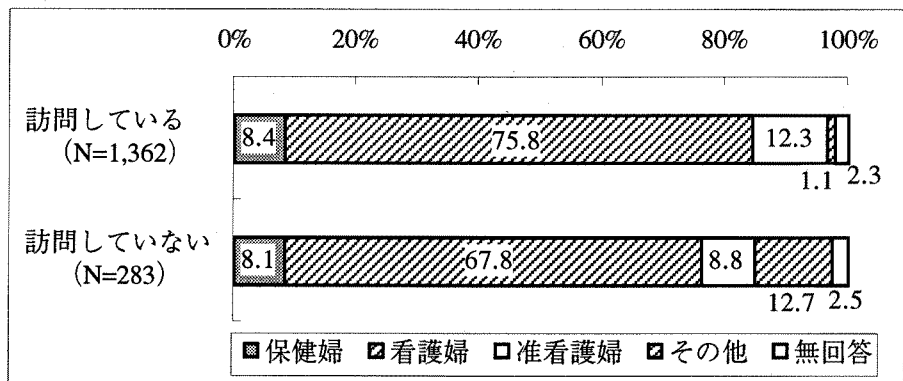


図 2 - 4 - 22 行政機関勤務経験

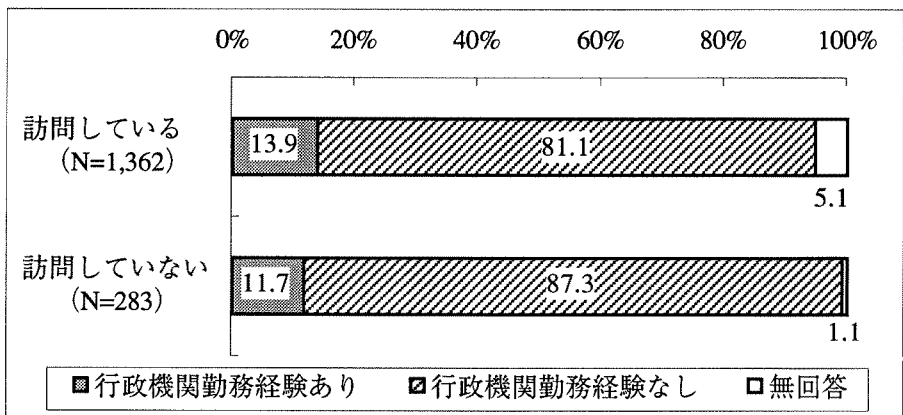


図 2 - 4 - 23 精神科勤務経験

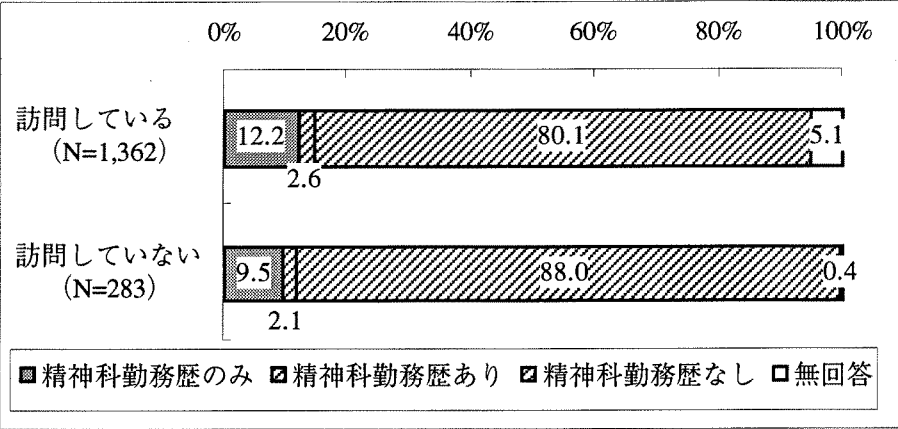


図 2 - 4 - 24 痴呆疾患専門機関勤務経験

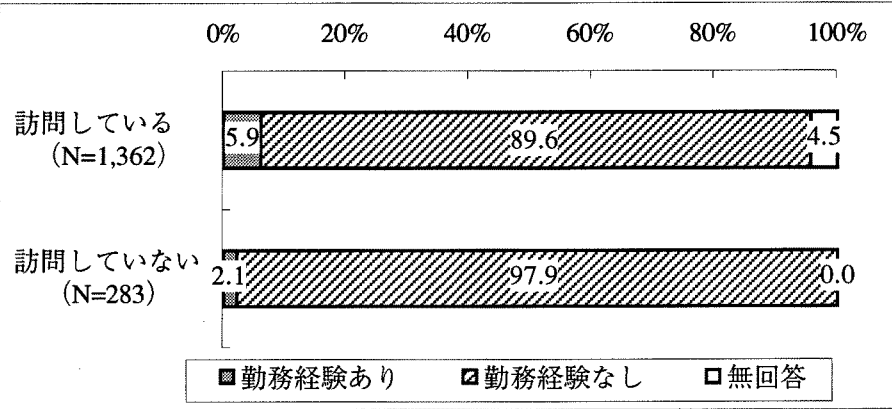
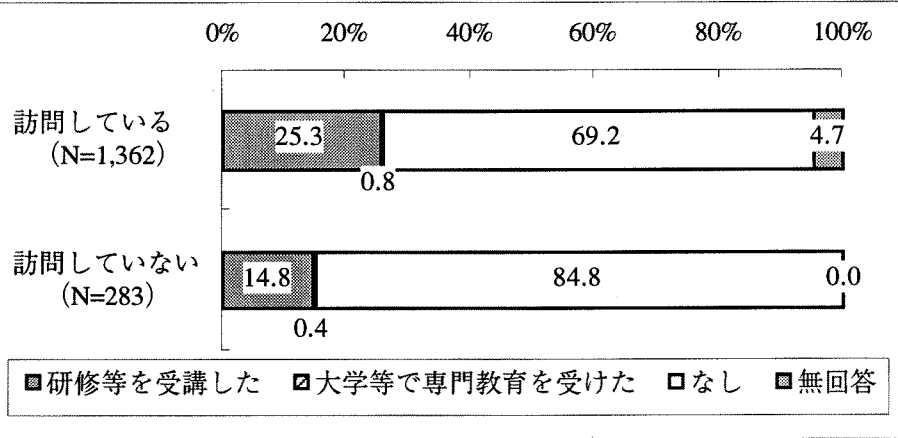


図 2 - 4 - 25 精神科看護の教育・研修経験



【非常勤職員】

痴呆症患者へ訪問した職員のうち、精神科勤務歴のある職員は8.7%となっており、8割以上が精神科勤務歴のない職員である。精神科看護や精神科訪問看護に関する研修や講習会を受講したことがある人の割合が16.7%と常勤職員に比べると受講率が低い。

痴呆症患者へ訪問した職員では、行政機関（保健所、保健センター、市町村役場等）に勤務経験のある職員の割合が11.5%と、訪問していない職員に比べて若干高い。

図 2 - 4 - 26 職種

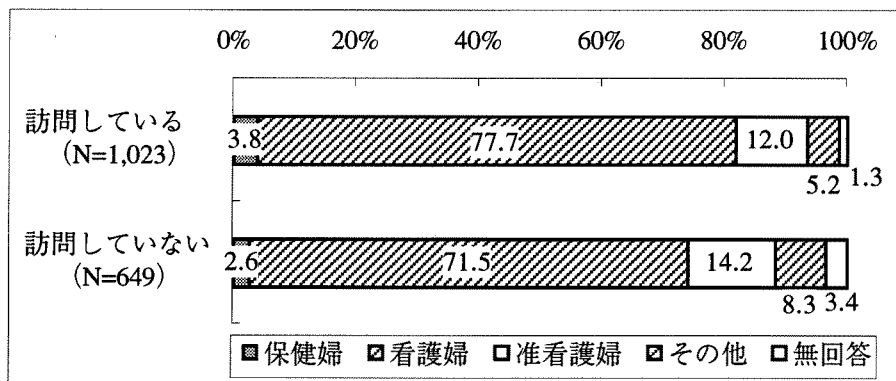


図 2 - 4 - 27 行政機関勤務経験

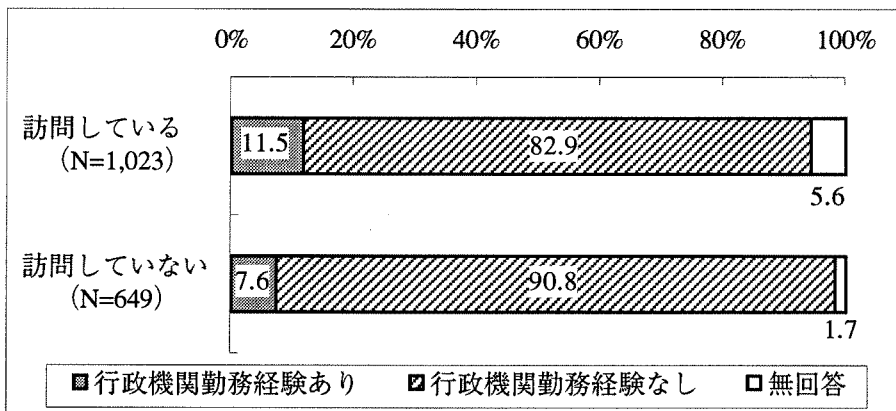


図 2 - 4 - 28 精神科勤務経験

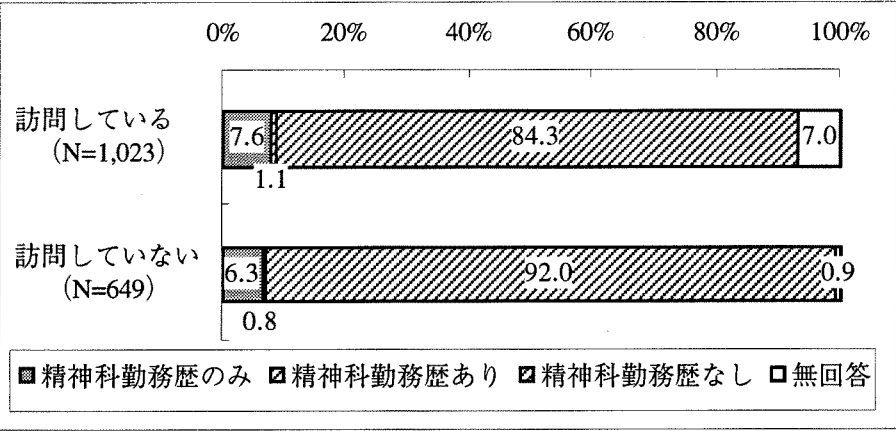


図 2 - 4 - 29 痴呆疾患専門機関勤務経験

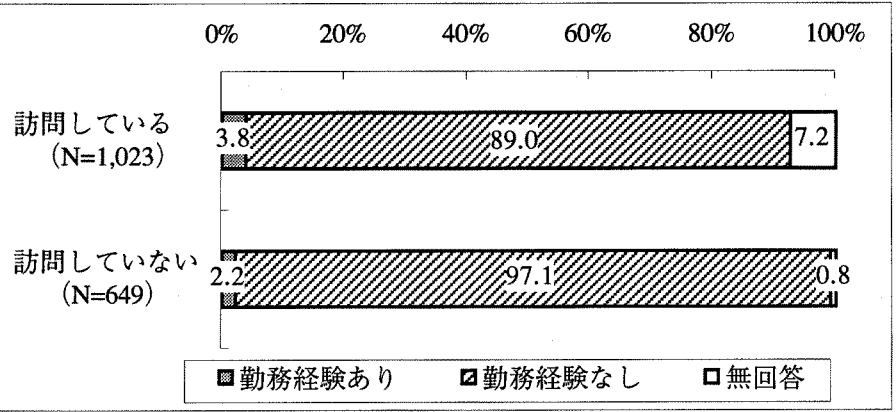
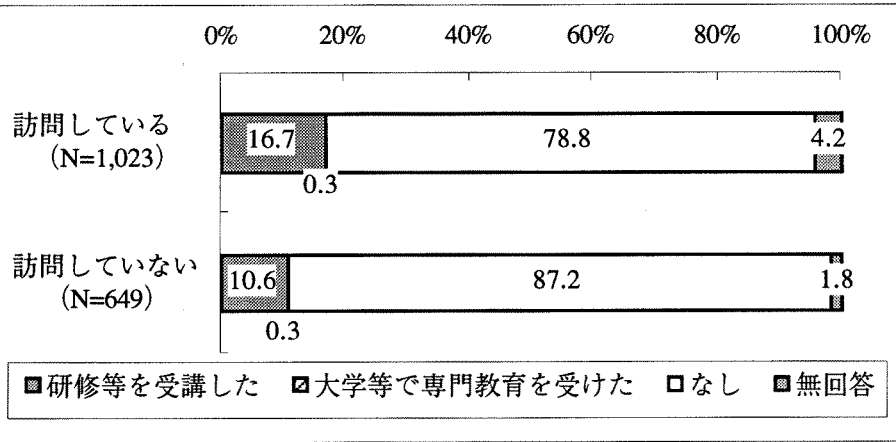


図 2 - 4 - 30 精神科看護の教育・研修経験



②精神障害者への1ヶ月間の訪問有無別（職員別）

ここでは、精神障害者へ1ヶ月間に訪問した職員と訪問していない職員を比較した。

【常勤職員】

精神障害者へ訪問した職員のうち、精神科勤務歴のある職員の割合が26.6%となっており、約4分の1の職員に精神科勤務歴があるが、7割以上の職員は精神科勤務歴のない職員である。精神障害者への訪問看護については、専門的な知識や技術が必要になるため、研修等の受講が必要であるが、精神科看護や精神科訪問看護に関する研修や講習会を受講したことがある人は40.5%となっており、受講していない職員の方がまだ多い現状にある。今後、精神障害者に対する訪問看護の質の向上のためにも、研修や講習会等の受講を推進する必要がある。

精神障害者に訪問している職員では、行政機関（保健所、保健センター、市町村役場等）に勤務経験のある職員の割合が20.3%、痴呆疾患専門機関での勤務経験のある職員が9.8%など、精神障害者に訪問していない職員に比べてこれらの施設での勤務歴を持つ人が多かった。

図 2 - 4 - 31 職種

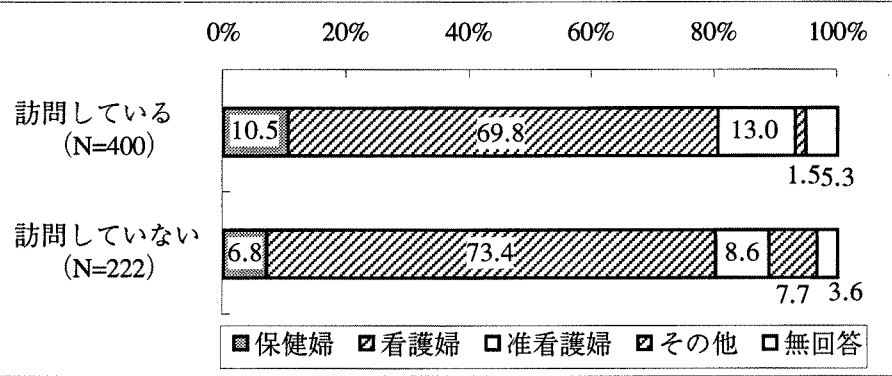


図 2 - 4 - 32 行政機関勤務経験

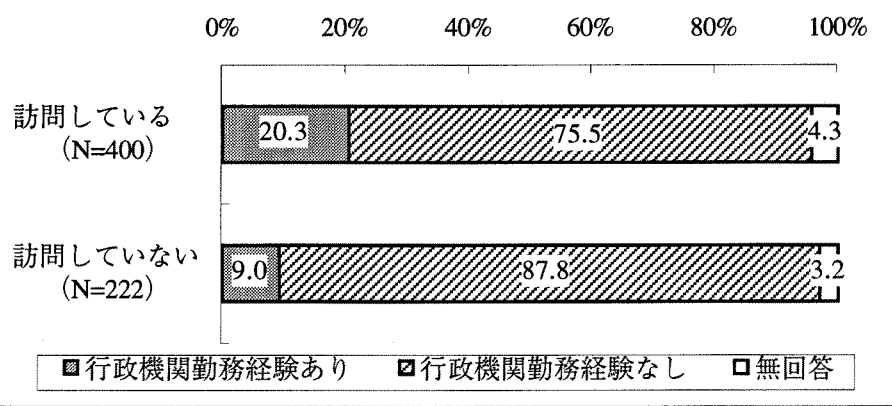


図 2 - 4 - 33 精神科勤務経験

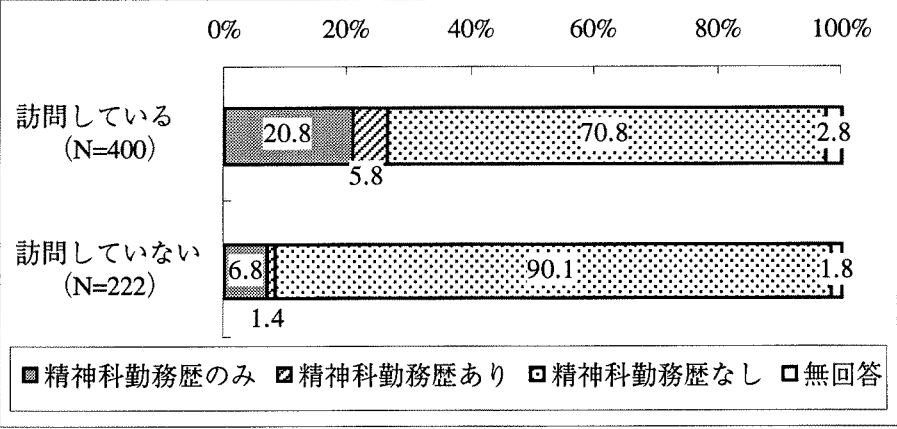


図 2 - 4 - 34 痴呆疾患専門機関勤務経験

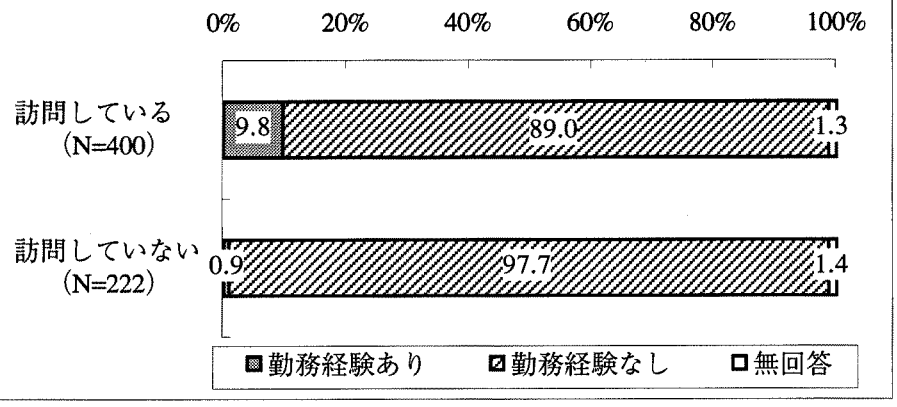
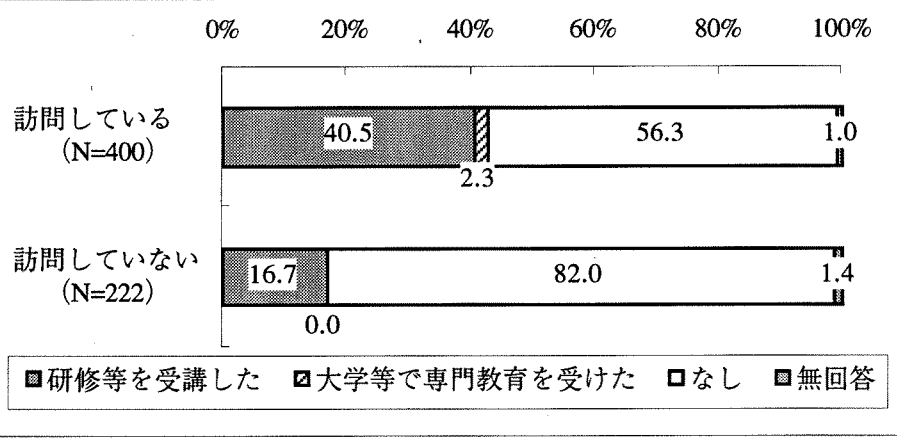


図 2 - 4 - 35 精神科看護の教育・研修経験



【非常勤職員】

精神障害者へ訪問した職員のうち、精神科勤務歴のある職員は16.2%となっており、常勤職員に比べて精神科勤務歴のある職員の割合が低かった。また、精神科看護や精神科訪問看護に関する研修や講習会を受講したことがある人も28.0%と常勤職員に比べて少ない。非常勤職員についても、精神障害者に対する訪問看護を学ぶ機会を増やしていく必要がある。

また、精神障害者に訪問した職員のうち、行政機関（保健所、保健センター、市町村役場等）に勤務経験のある職員の割合は16.8%、痴呆疾患専門機関での勤務経験のある職員の割合は8.7%と、精神障害者に訪問していない職員に比べて高かった。

図 2 - 4 - 36 職種

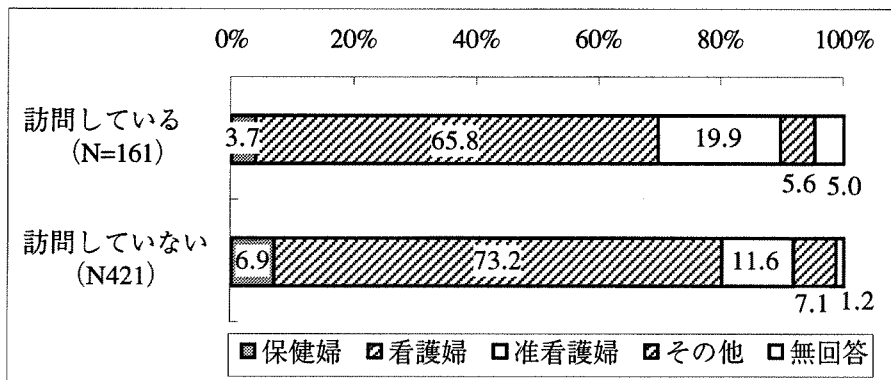


図 2 - 4 - 37 行政機関勤務経験

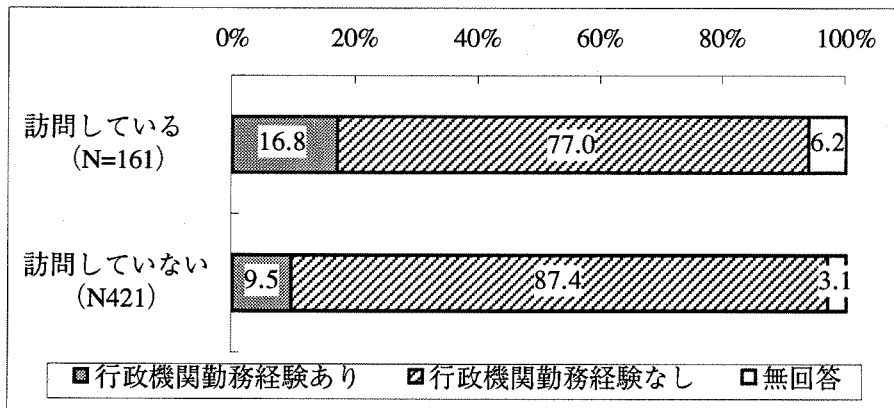


図 2 - 4 - 38 精神科勤務経験

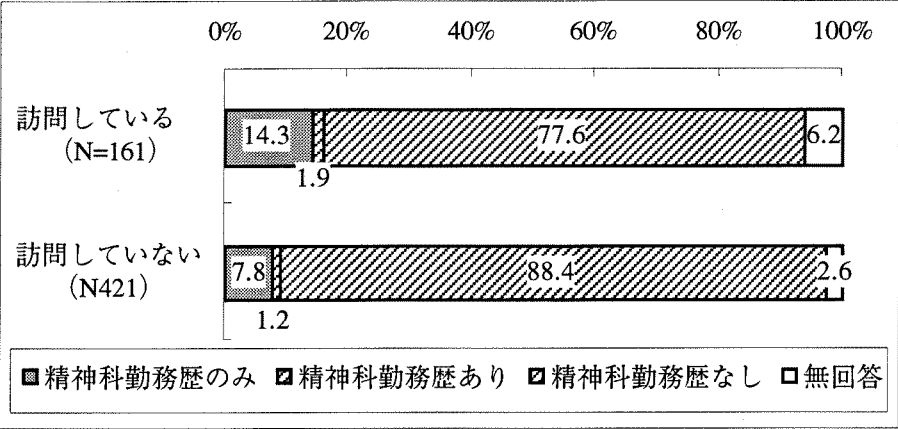


図 2 - 4 - 39 痴呆疾患専門機関勤務経験

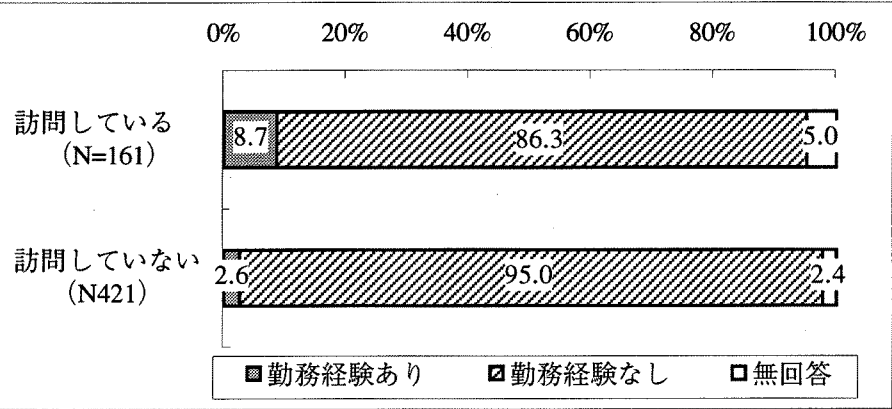
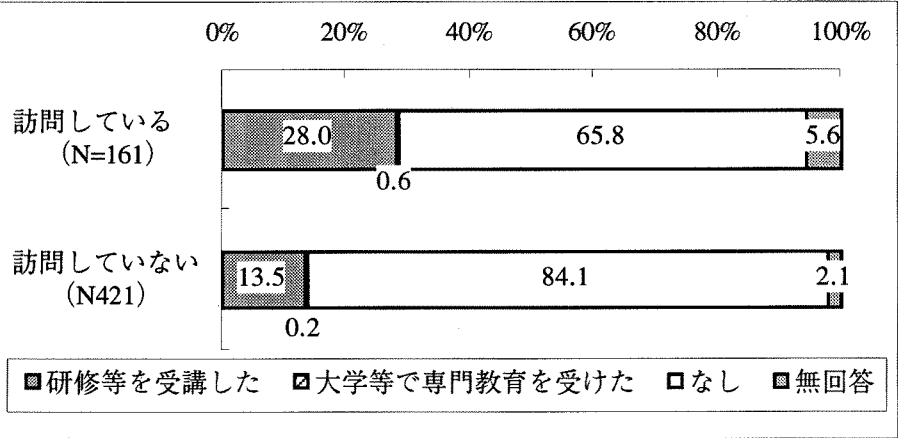


図 2 - 4 - 40 精神科看護の教育・研修経験



2-5. 日頃困っている点、問題点、今後の課題

痴呆症患者及び精神障害者への訪問に関し、日頃困っている点や問題点等を回答してもらった。痴呆症患者や精神障害者の困難なケースについての具体的な回答が多く寄せられたため、以下ではそれらの内容を分類し、主な内容をまとめた。

(1) 痴呆症患者

痴呆症患者については、本人との意志疎通が難しく、特に独居の場合などでは訪問拒否にあうなど一般の老人への訪問とは異なる面が多いことから、痴呆症患者に対する援助方法等の知識や技術の向上が必要であるとの回答が多かった。

痴呆症患者については介護者の負担が大きく、家族等への援助も重要であるが、家族が痴呆について十分理解できていないケースも多く、また地域住民の偏見などもあり、家族や地域住民が痴呆に対する理解を深めることも重要な課題としてあげられた。

また、痴呆症患者の在宅療養を支援するためには、地域の関係諸機関との連携が重要であるが、関連職種の痴呆に対する知識の不足、痴呆の専門医の不足などが問題点としてあげられた。痴呆症患者を対象とした施設サービスや在宅サービスが不足しており、今後それらのサービスの充実が重要であるという回答も多くみられた。

①訪問看護の技術上の問題

ア. 本人との関係づくりの困難さ

- ・コミュニケーションが取りづらく、計画的な訪問が出来ない。
- ・訪問拒否にあうことがある。
- ・意志の疎通が難しく、（特に独居の場合）生活状況などの情報が不足しがちになる。
- ・人間関係をつくる事が困難なケースが多い。
- ・自分で症状が訴えられないので、異常の発見が遅れることがある。

イ. 経験不足・技術不足

- ・痴呆症患者に対する経験のあるスタッフが足りない。
- ・独居や家族への援助方法が分かりにくい。
- ・今後専門的な研修が必要。
- ・いつ精神症状が悪化するか予測出来ない場合もあり、知識、技術の向上が必要。
- ・痴呆症状の方のアプローチ方法、評価の基準等がわからない。

ウ. 家族や地域の問題

- ・地域・家族の痴呆への偏見がある。
- ・痴呆について家族の理解が得られないことがある。
- ・家族に専門の医療機関や福祉サービスを勧めても、世間体を気にして利用できないことが多い。
- ・介護者の負担が大きい。
- ・介護者への援助の仕方や指導が難しい。
- ・老夫婦世帯の痴呆患者の対応が難しい。

エ. その他技術上の問題

- ・訪問看護の効果が見えにくい。
- ・若年のアルツハイマー痴呆のケースでは、暴力行為等があり、看護婦1人の訪問では困難。
- ・独居者の場合、金銭管理や夜間の安全管理（火、戸締りなど）が困難。
- ・独居の場合、週3回以上の訪問が必要であるが、回数制限のため訪問できない。
- ・デイサービス、ショートステイなどの利用を本人が嫌がる為、介護負担を軽減できない。
- ・相手のペースに合わせてすすめていかなければならないので、1時間～1時間半の訪問時間では、短い。
- ・徘徊があるケースが困難。
- ・日によって、又時間によってレベル差が大きく対応が難しい。
- ・独居の場合、緊急時の連絡システム等を受け入れてもらえない。
- ・看護の効果が見えにくいのでアセスメントが非常に難しい。

②連携・支援体制の問題

ア. 地域の関係諸機関との連携

- ・保清面、生活面などのかかわりを行うためには、ヘルパーとの連携が必要。
- ・ホームヘルパーやデイサービスの担当者が痴呆に関する専門知識を持っているスタッフがほとんどいない。
- ・独居の痴呆症を在宅サービスチームで訪問するする場合、頻回のカンファレンスの必要がある。
- ・デイサービス・ショートステイ・ヘルパー・訪問看護婦などと様々な業種の人がかかわり、場所も変わることから痴呆状態が悪化することがある。

イ. 医師との連携

- ・痴呆の専門医が近隣にいない。
- ・痴呆の専門医の往診訪問が少ない。
- ・重篤な痴呆症をもっている、主治医が精神科医となっているケースは少なく、的確な指示が得にくい。
- ・主治医が内科の医師のため、専門的な医師の意見がきけない。
- ・主治医に痴呆に関する認識や問題意識が少ない。

ウ. 社会資源やサービスの不足

- ・ショートステイ、デイケア、ナイトケア施設、痴呆症専門の施設が不足。
- ・現在の在宅サービスだけでは、介護負担の軽減をはかることが非常に困難。
- ・訪問巡回ヘルパーナイトケアが不足。
- ・24時間体制で対応できる在宅サービスがない。
- ・緊急時に対応できる体制が必要。
- ・痴呆患者の専門医師や、相談に応じてもらえる医療機関が少ない。
- ・問題行動の多い、痴呆患者の受入先がない。
- ・家族のサポート体系が不足している。

エ．訪問看護ステーションの体制や経営上の問題

- ・緊急時の対応体制がとりにくい。
- ・徘徊があるケースについては、訪問時間が長時間になる。
- ・対応可能なスタッフに限りがある為、多くの痴呆症患者への訪問は難しい。

③その他

- ・地域住民の理解と支援が必要なので、行政がリーダーとなって、地域で支援するような組織づくりをしてほしい。
- ・重症の痴呆患者について、家族、関わったナースが相談できるコンサルテーションがあればいい。

(2) 精神障害者

精神障害者の訪問については、特に訪問看護の技術上の問題点として、本人との関係づくりが困難なことをあげた回答が多かった。特に精神科経験のない看護婦の場合、コミュニケーションの取り方や症状の見方などに関する知識や技術が不足しており、十分な教育や研修が今後の重要な課題である。また、家族が病気に対して十分理解していないケースもみられ、家族指導を十分行っていくことや、地域住民の理解を深めることも重要である。

地域の関連諸機関との連携上の問題点としては、主治医が遠方のケースや主治医が精神科専門以外の場合などの対応が困難という回答がみられた。精神障害者が利用できる施設やサービスが地域に不足していることをあげた回答も多く、今後は精神障害者を地域で支える施設やサービスの拡充が大きな課題となっている。

精神障害者の訪問看護のあり方に関する意見としては、精神科医療機関に併設され、精神科経験のあるスタッフのいる訪問看護ステーションで訪問する方がよいのではないかという意見がみられた。

①訪問看護の技術上の問題

ア．スタッフの心理的抵抗や不安

- ・独居（特に男性）の利用者に看護婦1人で訪問するのは危険が及ぶ心配がある。
- ・24時間拘束される気持ちが一般の利用者に比べて強い。
- ・自宅での症状悪化時に、看護婦だけでは対応しきれないのではないかという不安がある。
- ・スタッフに精神障害者への偏見や心理的抵抗がある。

イ．本人との関係づくりの困難さ

- ・信頼関係をつくるのに時間がかかる。
- ・訪問しても部屋に入れてもらえない場合がある。
- ・コミュニケーションがとれるまで時間がかかり、ケア提供までの時間がかかる。
- ・訪問以外での関わりが多い（本人からの電話・来所相談、電話によるきめ細やかなフォロー、家族調整、主治医との連携等）
- ・入院中からの人間関係ができていないと訪問が困難。
- ・危機介入した場合、看護婦との人間関係の継続が難しい。
- ・看護婦側で必要と思う援助を受け入れてもらえない（特に清潔面）
- ・専門の医療機関や福祉サービスの利用を勧めるが、本人が拒否する。

ウ．経験不足・技術不足

- ・経験のあるスタッフが不足している。
- ・スタッフへの教育や研修（実習を含む）が必要。
- ・精神科経験の豊かな看護婦が訪問することが望ましい。
- ・精神障害者を訪問する上での様々な経験談等の講習会をおこなってほしい。
- ・面接技術、コミュニケーションの取り方、症状の見方や対応の仕方、服薬管理、変化時の対応等、一貫したケアの研修が必要。
- ・主治医との連携のとりかた、社会的理解度、家族のメンタルな部分への介入方法など、ケアの方法論を確立してほしい。
- ・スタッフ間で精神疾患患者への理解を統一するため、カンファレンスを頻回に行うことが必要
- ・訪問の効果がわかりにくい。
- ・日によって精神状態にむらがあり、それを見極めて対応するのが難しい。
- ・精神障害者に対する知識不足と対応の仕方が分からない。
- ・介護者が精神障害者の場合、対応が困難。
- ・依頼があった場合、どう対応すればよいか分からない。アドバイザー的な存在が必要。

エ．家族や地域の問題

- ・家族又は本人が訪問に対する受入が悪いことが多い
- ・家族や地域の理解や協力が得られないため、本人の生活の場の拡大ができない。
- ・家族が周囲の目を気にするため十分な情報が得られず、状態が悪化し、その後の対応が困難になりやすい。
- ・家族が病気に対する理解がないため家族への指導が困難。
- ・家族が隠したり拒否したりする場合の対処方法など、家族へのアドバイス方法が困難
- ・家族との調整等、家族指導が困難
- ・家族の精神的サポートが困難
- ・老人以外は一部負担金が安くないため、必要な訪問回数を訪問できないケースがある。

オ．その他技術上の問題

- ・服薬の飲み忘れ多く、服薬管理がむずかしい。
- ・比較的軽い症状の利用者に訪問しているが、経過が長く、成果が見えにくいいため、対応の仕方がこれでよいのか迷うことが多い。
- ・計画に沿った訪問が困難な場合が多い。
- ・定期的に時間を決めて訪問する事が難しい為、看護婦自身の訪問計画が立てにくい。
- ・病状の把握が難しい。

②連携・支援体制の問題

ア．地域の関係諸機関との連携

- ・入院中の様子が分からないため、病棟との連携が重要。
- ・地域の関連機関との連携が不足。
- ・行政のスタッフ（カウンセラー、心理療法士など）との連携を望む。
- ・病状悪化時の病床確保が困難。

イ．医師との連携

- ・精神科医師等により、指示が細くなされる必要がある。
- ・医師との連携をスムーズに行う必要がある。
- ・医師との連携が、一般の疾患よりとりにくい。
- ・主治医が遠方のため、緊急時の対応等に戸惑うことがある。
- ・主治医が精神科専門の医師でない場合、適切な治療がなされないことがある。

ウ．社会資源やサービスの不足

- ・精神障害者用のデイケア・ショートステイの拡充が必要。
- ・アパートなど住宅の確保・維持が必要。
- ・対象となる福祉サービスが少ない。
- ・保健所の在宅での精神障害者に対する知識が不足。
- ・社会復帰に結びつくための訓練施設と職場の拡充。

エ．訪問看護ステーションの体制や経営上の問題

- ・独居ケース等に複数で訪問したいが、コストがかかる。
- ・夜間の対応が多くなるのではないかと不安がある。
- ・慣れるまでは看護婦2人対応が必要だが、その余裕がない。
- ・予定外の訪問の可能性がある
- ・精神のケースについては専門のステーションがほしい。
- ・医療機関や関係者との調整に時間がかかり、コストがかかる。

③その他

- ・精神科を経験したスタッフがおり、専門病院との連携がとれるステーションの増加が課題。
- ・主治医の緊急時体制が整えば、一般のステーションでも受入れ可能と考えている。
- ・精神病院を軸にしたステーションが望ましい。一般のステーションでは質、量的にムリがある。
- ・精神病院からの訪問看護をもっと積極的に行って欲しい。
- ・職員の精神科看護の研修、精神科医、ケースワーカー、民生委員、近隣との連絡、協力体制、緊急時の対応、マニュアルづくりなどが必要になる。
- ・今は訪問依頼がないが、あった場合どう対処したら良いか分からない。

第 3 章

先進施設での 取り組み

第3章 先進施設での取り組み

本調査研究では、今後の精神障害者・痴呆の対象者への訪問看護のあり方を検討するため、精神障害者・痴呆の対象者への訪問看護の実績のある先進施設を選定し、そこで行われている訪問看護の実施体制や工夫点などについてのヒアリング調査を行った。

第3章は、それらの先進事例における訪問看護の実態についてとりまとめたものである。

先進事例としては、以下の3つの施設を対象とした。

①医療法人北斗会 訪問看護ステーションエバーケア（大阪府豊中市）

精神障害者の社会復帰支援を多角的に行っている精神科単科病院に併設された訪問看護ステーションの事例。精神病院（精神病床534床）を中核とし、訪問看護ステーションの他、精神科グループホーム（10カ所）、通所型授産施設、デイケア施設、ショートステイ施設等を合わせ持ち、総合的に社会復帰を支援している。

訪問看護ステーションは、これらの総合的な社会復帰支援サービスの1つとして位置づけられ、主に退院患者を中心として、他のサービスとの連携を図りながらケアを提供している。

②医療法人近森会 訪問看護ステーションラポールちかもり（高知県高知市）

一般・急性期医療を中心とした病院、リハビリテーション病院、精神病院、老人保健施設、在宅総合ケアセンターに併設された訪問看護ステーションの事例。病院には、一般高齢者を対象とした訪問看護ステーション（1カ所）も併設されており、ラポールちかもりは精神科訪問看護の専門訪問看護ステーションとして機能している。

併設の精神病院の退院患者を中心に訪問を展開しており、病棟やデイケア、外来作業療法等の院内の連携を図って一体的なケアを提供している。

③医療法人栄仁会 訪問看護ステーションおうばく（京都府宇治市）

痴呆性老人と精神障害者を中心に訪問を行っている訪問看護ステーションの事例。併設病院（精神病床530床、内科100床、療養型病床群60床）では、従来から積極的に痴呆性老人のケアを展開しており、訪問看護ステーションにおいても病棟や痴呆性老人デイケア等との連携を図りながらケアを提供している。

精神障害者は病院の退院患者が中心であるが、痴呆性老人については地域の他の医療機関や行政からの紹介等幅広い利用者へ訪問を行っている。

1 概況 ～精神科単科病院を中核とした総合的在宅支援体制の一角としての 訪問看護ステーション

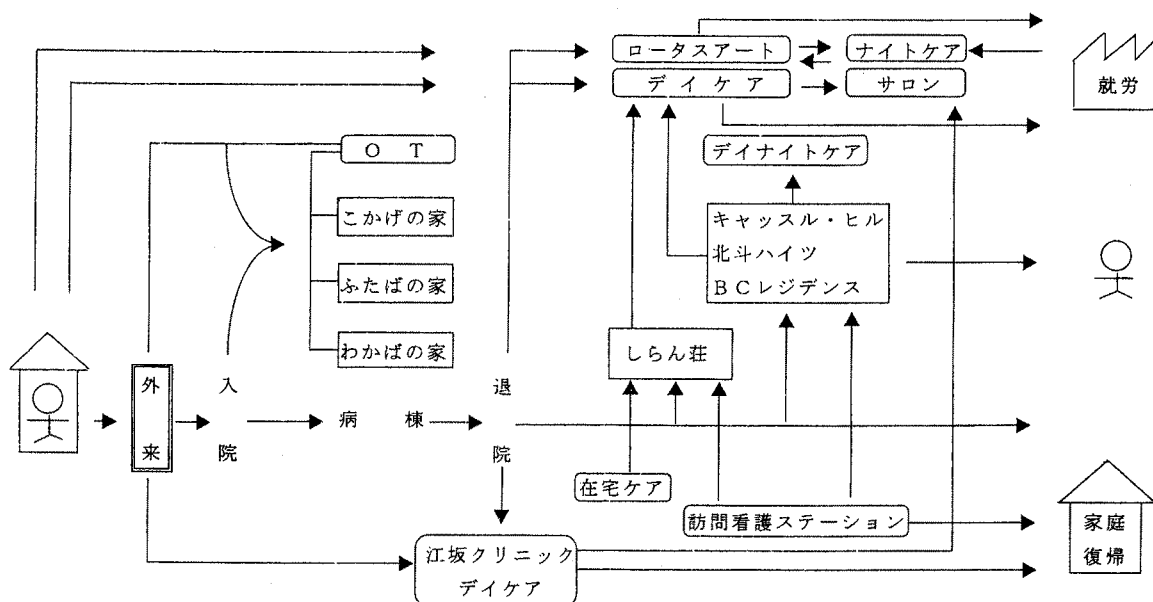
訪問看護ステーション「エバーケア」の母体施設である医療法人北斗会さわ病院は、精神科単科の534床の病院である。さわ病院は1953年（昭和28年）に64床で開設し、その後、わが国全体の精神科病床の増加と歩調を合わせるように、昭和30年代、40年代に病床数を増加し、1983年（昭和58年）に603床となった。

その後、精神保健法（1988年）施行前の1986年（昭和61年）に、現理事長である澤温氏が、父親の経営するさわ病院の副院長に就任し、社会復帰支援体制の整備にむけて大きな改革が進められた。さわ病院における社会復帰体制が確立されるにしたがい、平均在院日数や病床数も減少させ、現在、ピーク時の603床より約70床減少し、534床となっている。当面、病床を500床を切るところを目標としているという。

医療法人北斗会における社会復帰活動の第一の特徴は、地域住民を巻き込んだ活動体制である。さわ病院の周囲は住宅地であり、周辺住民の理解と協力は、患者の社会復帰を支援するためには欠かすことができない。

10年以上前（1986年6月）に発足した「ロータスクラブ」は、月1回地域住民と精神障害者・家族の交流の場として、現在までイベントを実施しており、現スタッフからも「現在のさわ病院の原点」とスタッフに認識されている。ロータスクラブの活動は、精神障害者を地域の人々に理解しうけいれてもらうことを目的としているが、職員の仕事への認識を深める場ともなっている。医療法人北斗会では、受け入れ先のない長期入院患者のために、病院の周辺にグループホームを展開しており、現在までに10ヶ所約60人の障害者が居住している。また、以前の病院の寮を改築して、退院患者用のアパートとして活用し、約60名が入居している。これらの地域で暮らす精神障害者に対して、必要なサービスを提供し、緊急時にも適切な対応を行うことで、本人の安心感と共に、周囲の住民の理解も得ることが可能となっている。

医療法人北斗会の活動の第二の特徴は、精神障害者に必要なサービスを、一体的総合的に提供する体制づくりである。さわ病院で提供されている社会復帰メニューは次頁図の通りである。

**O T** 87.5開設 87.12承認

自信の回復、対人関係の持ち方、作業能力の回復、強化、向上、順応と生産に必要な諸技能の学習の促進、障害の軽減などを目的として、作業活動を選択し、それらの作業の参加へと導いている。

デイケア 85.3.21開設 87.6承認

グループ活動に参加しながら生活のリズムを調整することや、対人関係の改善、さらには社会復帰、自立を目指す外来治療である。94.8.1から創作グループ（ひまわり）、生産グループ（共同作業所）、J O Bグループ（ロータスアート）の3部に分け、98.7からは期間別にAグループ（開始から6ヶ月）、Bグループ（6ヶ月から2年6ヶ月）、Cグループ（2年6ヶ月以上）の3グループに分けている。

ロータスアート（通所型授産施設） 89.4.20開設 →（93.2.1デイケアセンターへ移管し）→94.8.1よりJ O Bグループに再編→98.4.1再開

社会復帰施設で就労を目標とした職業訓練を目的とし、縫製（休止中）・印刷・パン工場・喫茶を実施している。

江坂クリニックデイケア 87.9開設 88.5承認

クリニックの外来の患者さんのための社会復帰施設で少人数で行っており、一人一人の目的や状態によってゆっくりくつろいだり、作業に取り組んだりできるところである。

ナイトケア 90.12.9開始 91.8承認

就労など自立した生活を持つ人が、夜、治療的環境の中で相談、レクリエーションなどを通してリハビリテーションを行おうとするところである。

デイナイトケア 94.10開始

グループホームに居住している方を中心に対し、日中および夕方ケアを行うもので、メンバー個人個人によって日中はデイケアまたはナイトケアを利用したり、生活指導を受けたりし、地域での自立および社会復帰を促進する。

サロン 88.9.1開始

外来の患者さんを対象とし、憩いの場を提供するとともにお互いの悩みの相談の場とするために設立したものである。

訪問看護ステーション 86.4.6 在宅ケア室として開設 → 95.5.19ステーション認可により移管

自宅に訪問することにより、円滑に社会生活ができるよう援助することを目的としている。訪問看護ステーションの認可を得て、精神障害以外に要介護老人、難病等身体疾患に対する在宅活動も行っている。

こかげの家（ショートステイ） 98.5.7開始 **ふたばの家** 86.12.31開始 **わかばの家** 91.2.21開始（93.9.1ふたば・わかばの家として暫時合併）
・退院後、単独あるいは共同生活を目指す人の超短期訓練（1泊が原則）。そして時に外来患者さんで入院の必要のないひとのための危機介入のために用いられる。86年からのふたばの家の2つの機能のうちの1つを新たに分離。（こかげの家）

・家族との関係に障害のある患者さんに家族と共に泊ってもらい新しい家族関係を生み出す。（ふたばの家）

・退院が目の前目標になった人のために短期（1週間）宿泊訓練を行い、患者さん自身が自信を持ち、治療者も実生活訓練の中でどんな援助が必要かを検討する場として準備されている。（わかばの家）

キャッスル・ヒル231 91.5.12開所 **北斗ハイツ** 91.11.1開所 **BCレジデンス** 95.1開所

・家庭環境、住宅事情等の理由により住宅確保が困難な方に対し、一定の期間利用して必要な指導等を受けながら、社会参加の生活の場を確保する。（中間施設型グループホーム）

・家庭環境、住宅事情等の理由により住宅確保が困難な方に対し、一定の期間の生活訓練の後必要な指導等を受けながら、社会参加の永続的な生活の場を確保する。（永久型グループホーム）

芝蘭荘1号館・2号館（ケア付きアパート） 97.6.21開所

より精神症状の重い方にもケアをつけるもので地域生活ができるようにする。

外来・入院診療は、下記の通りである。

- 外来診療（さわ病院外来 1 日平均約 189 名、さわ・江坂神経クリニック 1 日平均約 51 名）
 - 一般精神科病床（新看護 4：1（B）・新看護補助 13：1・入院時食事療養（I）；7 病棟 426 床）
 - 精神科救急医療（大阪府夜間休日精神科救急体制の一角として緊急応急・救急指定病院となっている；精神科急性期治療病棟（B）1 病棟 60 床）
- この他、高齢者（特に痴呆性疾患）向けサービスに関しては、次の通り。
- 老人性痴呆疾患治療病棟 1 病棟 48 床
 - 在宅介護支援センター
 - 老人性痴呆疾患センター

これらのサービス以外に、病院の職員用食堂を地域で生活する患者に開放したり（料金は徴収する）、患者が地域で生活できるきめの細かいサービスを整備することにより、入院の短期化と、社会復帰の促進体制が整ってきた。特に、平成 8 年に開設された急性期治療病棟では、平均在棟日数が 30 日程度で、これまでの看護やサービスのあり方を変えつつある。この間、スタッフ数は 86 年 3 月から 96 年 3 月の間で 268 名から 445 名と 1.66 倍になり、医師数は変化ない（常勤比率が高まっている）一方、コメディカルスタッフ数・職種数が大きく増加している。

さわ病院の活動の第 3 の特徴は、これらのサービスの提供開始や取組み方法が、常に先進的な取組みであるという点である。上述のサービスの多くは、制度化（診療報酬点数化）された早い時期に取り組みを開始しており、国の制度とならないものでも必要があれば積極的に実施している。

平成 2 年さわ病院では、先進的な取り組みを行っているイタリアのパオラ・セラ医師を招いた。セラ氏はさわ病院の在院患者をみて、「入院している必要のない患者が多い。患者を病院から外に出すと同時に、サービスを外に出せば、もっと患者を地域に出せる」と言われた。言われた当時は、大変厳しい言葉だと感じたが、その後、まさにその言葉を一つ一つ実現させつつあるとのことである。

2. 訪問看護ステーションの沿革

さわ病院では、長期入院患者の退院と社会復帰の推進を目的として、昭和 62 年 6 月より、病棟から看護者が訪問看護を開始した。昭和 63 年 5 月には、在宅ケア室として独立し、専属スタッフが訪問看護を行うようになった。

平成 7 年 5 月から、在宅ケア室での 8 年間の実績をもとに、スタッフを増員（常勤看護者数 9 名となる）し、訪問看護ステーションへと組織の再編成を行った。訪問看護ステーション「エバーケア」の設立に伴い、24 時間対応体制を構築した。なお、病院の訪問看護から、訪問看護ステーションとして独立する動機の一つに、大阪府ではステーションであれば駐車禁止の免除が受けられるということがあったという。

さわ病院では、訪問看護スタッフは、常勤者であることを基本と考えている。現在の診療報酬を前提としたさわ病院の試算では、ステーションの収支を均衡させるためには、訪問看護婦（士）1人月あたりの訪問回数が80～100件必要である。この試算を踏まえて、訪問件数が増加し、訪問看護婦（士）一人一月100件を超えた段階で、スタッフ1名を増員するという形で拡大してきた。

訪問開始当初は、月に約3～4回程度の訪問で十分な利用者が中心であった。しかし本来であれば退院が困難な患者をも徐々に地域で支えることとなり、週に2回～3回訪問が必要な利用者が増え、月に10回を越える訪問看護がないと地域生活が続けられない利用者もでてきた。その一方で、現在の訪問看護ステーションの体制で、より効率的なサービスが提供できるように、主治医に利用者一人一人にその必要性をチェックしてもらい、必要性の低い訪問はできるだけ行わないですむようにしている。その結果、次頁表に示すとおり、利用者1人あたりに均すと訪問回数は月3～4回程度と安定してきている。

現在エバーケアのスタッフは、保健士1名、看護婦（士）11名、准看護婦（士）2名の構成である。作業療法士はステーションには配置しておらず、必要に応じて病院の作業療法士が同伴して訪問を行っている。若年の精神障害者や痴呆性疾患だけでなく、要介護高齢者や難病等の身体疾患に対する訪問看護も実施している。

3. 訪問看護ステーション・エバーケアの機能

（1）訪問看護の利用と他サービスとの連携

現状では、エバーケアの主たる対象は、さわ病院の退院患者である。対象者は、長期にわたる入院患者で、地域での生活が困難であるが、訪問看護などのサービスを使うことで地域での生活が可能となる者が多い。訪問看護の必要性の判断は、ケースバイケースで病棟の担当看護婦等が行う場合が多いが、患者本人や家族の意志を踏まえ、最終決定は主治医が行っている。

訪問看護の回数の決定やサービスの説明については、おおむねステーションで行い、担当医師に訪問回数が適切かどうかの確認を行っている。

サービス間の連携については、各種の横の連携会議（リハビリミーティングなど）がルーチン化して行われており、その中で、個別の患者の処遇についても話し合われる。特に、グループホームの入居者に関しては委員会があり、関連する病棟、医師、関連職種が出席し、2週間に1度開かれている。その中で、訪問看護やデイケアのサービスや、個々の患者の個別処遇についても議論されている。

また、前述したロータスクラブにおいて、各部署で協力して、毎月第二日曜日には必ずほぼ全ての職種が出勤し、イベント（盆踊りなど）を行っている。この活動が現在の北斗会の活動の基礎にあり、何かあったときに、皆が連携・協力し合うという態勢が根付いている。

1ヶ月当たりの訪問看護について（各年11月度比較）

月間訪問回数／対象者 1人	87年	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年
1回（名）		5	12	16	13	23	26	30	29
2回（名）		5	12	23	32	30	33	36	47
3回（名）	1	10	10	31	17	54	43	34	47
4回（名）	2	3	12	5	39	34	39	50	41
5回（名）		3	12	1	11	9	9	25	30
6回（名）			0		1	2	1	7	15
7回（名）			1		4	7	7	5	14
8回（名）			1		4	13	3	3	16
9回（名）					7	2	10	14	3
10回（名）								2	1
11回（名）								1	3
12回（名）								1	1
13回（名）								2	1
訪問看護対象者合計	3	26	60	76	128	174	171	210	248
当月総訪問回数	11	72	189	180	468	609	591	825	989
実働訪問看護者数		1	2	3	3	4	5	7	10
1日当たりの 訪問合計数*	0.55	3.60	9.45	9.00	23.40	30.45	29.55	41.25	49.45
対象1人当たり 訪問回数	3.67	2.77	3.15	2.37	3.66	3.50	3.46	3.93	3.99
看護者1人当たり 受持患者数		26.0	30.0	25.3	42.7	43.5	34.2	30.0	24.8
看護者1人当たり 月間訪問回数		72.0	94.5	60.0	156.0	152.3	118.2	117.9	98.9
看護者1人当たり 1日訪問回数*		3.60	4.73	3.00	7.80	7.61	5.91	5.89	4.95

*週休2日としての営業日数（20日）で算定

**この年5月、訪問看護ステーションとして組織編成

（２）エバーケアが担っている機能

以上述べてきたように、エバーケアの訪問看護は、あくまでも、北斗会の各種サービスの１つと位置づけられる。つまり、訪問看護ステーション独自が力を発揮しているというよりは、地域で利用者を支えるために、必要な資源をさわ病院で総合的に整備し、訪問看護はその一つという考え方である。

その中で、エバーケアの機能として重要なのは、在宅患者に対する24時間対応体制である。エバーケアでは、開設以来365日間当直体制を確立しており、常勤看護者全員が当直に当たっている。エバーケアで当直体制をしくことにより、在宅患者やその家族あるいは周囲の人が夜間に抱く不安への具体的な対応が行えるようになった。現状では、夜間対応は、電話による対応件数が最も多く、徐々に上昇気味である。電話による対応件数は、月々で変動が多いが、多い月で150件にのぼる。その他、来所と訪問では、年間を通じてほぼ横這いで、10～30件程度である。基本的に夜間は、電話対応だけで解決できることが多くをしめている。

また、必要に応じてスタッフが訪問できる体制を24時間持っていることで、近隣の苦情に対して適切な対応が行える場合も少なくない。特にさわ病院では、前述のように病院周辺に退院患者が生活の拠点を持つなど、近隣との関係が重要であるため、地域の理解は不可欠であり、訪問体制は重要である。尚、開設とほぼ同じ頃に医師も2人当直体制としている。

訪問看護を初めたことによって、訪問看護以外のスタッフの考え方にも変化が起きてきた。例えば、院内での患者しか接することがなかったのが、地域での患者さんの力が見えることによって、病棟の看護婦のかかわり方が変わってくるなどである。

（３）地域との連携について

行政や他医療機関等との連携も必要に応じて行っている。

ただし、北斗会だけで必要なサービスが揃ってしまうのが現状である。そのため、自己完結型という批判もあるが、他の機関や行政がやる前に、必要なサービスは整備しようという基本姿勢でこれまで来たため、やむをえない面もあると考えている。

４．精神科訪問看護を行う人材の資質について

精神科の訪問看護を行うには、第一に、利用者の変化に気づくことのできる能力が求められる。利用者の変化をキャッチし、病像が悪くなっているところを早く気づくことができることである。

第二に、地域で生活している利用者を「受容」する能力が求められる。訪問看護は、生活している場にこちらから、いわば押しかけるわけであり、すぐに良い悪いを判断して「ああしなさい、こうしなさい」と指示するのでは自立を支援することができない。特に精神科の看護職の中には、閉鎖的な精神病棟でパターンリスティックな対応に慣れている者が多く、一生懸命患者のために

思っているものの、みずからの価値観を押し付ける者もいる。しかし地域においては、利用者のありのままを受け入れ、共感的な態度で接することが求められており、このような感覚を持たないと訪問看護を行うことは難しいという。

また、さわ病院のサービスやシステムが分かっていないと、多面的な対応ができない。そのため、本人の希望があっても、新しく北斗会に入った看護者をすぐ訪問看護のスタッフにすることはなく、病棟のそれぞれの病棟がどう機能しているのか、社会復帰部門の連携がどうなってるかを体験してもらった上で、担当してもらうようにしている。

さらに、細かい点であるが、サービス提供の便宜を考えて、原則として車の免許を持っている者を訪問スタッフとしている。

1 概況 ～総合的医療施設の精神科病棟を背景とした訪問看護ステーション～

近森病院は昭和21年の近森外科に始まり、昭和25年の近森病院の開設、翌26年、医療法人近森会が誕生、その後、昭和28年呼吸器科開設、昭和33年整形外科開設、昭和39年内科開設と共に救急病院の認定告示を受け、戦後日本の成長とともに歩んだ。さらに救急医療の24時間体制を整える一方、昭和43年脳神経外科を開設、同年、精神科が開設される。現在に至るまでに、消化器科、理学療法科、泌尿器科、形成外科が開設されている。

現在は、下に示す施設が隣接して互いに機能分担して、産科婦人科小児科などを除けば総合的、一体的な医療を提供している。

- 近森病院（387床；新看護2：1A、一般・急性期医療）
- 近森リハビリテーション病院（145床；療養二群、入院医療管理（1））
- 老人保健施設「いごっばち」（36床；施設診療費「、ショートステイ、デイケア 30名）
- 在宅総合ケアセンター（高知市在宅介護支援センターえのくち、訪問看護ステーションちかもり、介護機器展示コーナー、ヘルパーステーション）
- 近森病院第二分院（104床：精神科；閉鎖病棟1、開放病棟2）

訪問看護ステーションラポールちかもりは、精神病床のある第二分院の5階に位置している。「ラポールちかもり」のスタッフは、下に示す通り、専任スタッフ3名（保健婦2、看護婦1：所長を含む）、兼任スタッフ1名（OT、週2回）からなっている。

職種	常勤／非常勤	職歴	精神科勤務歴	訪問看護歴
保健婦（所長）	常勤	13年	13年	6年
保健婦	常勤	6年	6年	4年
看護婦	常勤	12年	10年	2年
作業療法士	非常勤	7年	7年	2年

平成9年12月で訪問件数183件、実人数51名となっている。
 その他、近森病院第二分院では、精神科外来患者に対して、大規模デイケア（昭和61年より）及び外来作業療法（昭和62年）を実施している。

2. 訪問看護ステーション沿革

(1) 訪問看護とリハビリの開始

近森病院第二分院では精神科が開設当初から病床数104床と小規模であるため、スタッフに在院期間をできるだけ短くするような意識が働いていた。そこには、患者のためという意識と診療報酬点数上も病院経営上有利という意識があったと考えられる。

昭和60年（1985年）に近森病院第二分院に看護社会復帰部が設けられ、3つの病棟より看護職が兼任としてスタッフとなった。この看護社会復帰部では、訪問看護が点数化される以前（点数化は昭和61年）に、外来部門のスタッフが訪問看護の必要性があると判断した患者を対象に、訪問調査を実施し、個別の患者にサービスの必要性について検討を行った。

昭和61年には訪問看護をスタートさせたが、①患者の自己負担の問題があり当初は生保対象の単身者を主としていたこと、②スタッフが病棟との兼任者3名のみであり、この期間に次々と始められた在宅サービス（下述）への企画・応援なども行っており、十分ニーズに対応できる体制になかったことから、当初は病院の近隣に居住して生活保護を受給している10名程度が対象となっていただけであった。当時は訪問看護専門の部屋もなく、院内の適当に使える場所でミーティングを行っていた。

この期間、近森病院第二分院では、訪問看護だけではなく、地域で生活する患者を支える各種のサービスを開設している。昭和61年には、高知県で最初に認可された精神科大規模デイケアを実施している。また、昭和62年には第二分院に作業療法士を採用し、病棟作業療法を開始することとなった。現在では作業療法室として常勤作業療法士6名（室長1名を含む）、非常勤作業療法士1名を配置しており、外来作業療法も実施している。作業療法士が配置される以前から、医師を含め病院全体の精神科領域に対するリハビリテーション意識が高く、看護スタッフを中心としてリハビリの視点からサービスを提供しているなど、ある程度基盤もあったといえるが、作業療法士が配置されるようになって本格的専門的にリハビリが実施できるようになった。現在、毎週1回（金曜日、16:00～17:00）、訪問看護ステーションスタッフ、デイケアスタッフ、PSW、外来担当作業療法士が参加する外来ミーティングを実施し、情報交換を行っている（外来担当看護婦や医師は当日の外来の繁忙度によって、参加できる時に参加している）。

(2) 訪問看護の専任者の設置～本格的な精神科訪問看護のスタート

平成4年（1992年）より看護社会復帰部に専任の看護師が配属されることとなった。それまで病棟との兼任者だけで訪問看護を行っていたので、病棟内の状況によっては計画通りに訪問を進めることが困難な場合もあった。しかし、専任者がおかれたことで本格的に計画的訪問が行えるようになった。平成6年の年間訪問件数は1,081件（1ヶ月平均訪問実人数33名で90件程度）となった。

また、専任者が置かれるようになってから、「訪問看護で支えていけるから患者さんを退院させることができる」という風に、病院全体で訪問看護を重要な社会資源として認識するようになった（平成4～5年は看護師、平成6年は保健婦が、専任者として配属された）。

(3) 訪問看護ステーションの設立～精神科専門のステーション設置の道のり

国の制度上、平成6年10月から訪問看護ステーションの対象が「老人」から広げられ、精神科専門の訪問看護ステーションを設置することが可能となった。

近森病院では、一般高齢者を対象とした「訪問看護ステーションちかもり」が隣接地に開業していたものの、①精神科訪問看護の場合、「患者の理解」に十分なミーティングを行う必要があるなど身体的ケアの側面が重視される高齢者対象の訪問看護とは質的に異なる内容があり、一つの体制の中で行うよりは専門ケアのチームを作った方が効果的と考えたこと、②精神科訪問看護の活動が「訪問看護ステーションちかもり」の活動とは異なる経緯と背景で始まり、ある程度の実績も積んでいたこと、などから「訪問看護ステーションちかもり」とは別に精神科専門のステーションの設置の検討をはじめた。近接地に同一法人による2つの訪問看護ステーションが開業するという事で、地元医師会の理解を得るための時間がかかったが、平成8年1月5日に「ラポールちかもり」はオープンした。

ステーションとして独立することで、スタッフも専任者を中心としてより本格的な訪問看護を進められるようになった。その一方で、ステーションのスタッフが病棟との兼務でなくなったため、利用者との在院中からの関わりが少なくなり、関係性の構築に十分留意する必要が生ずるようになってきた。現状では、利用者に対して、訪問看護ステーションのスタッフがはじめて関わりを持つのは、多くの場合退院時にサービスの説明を行う10分程度である。このような状況では、訪問看護スタッフが予め利用者との関係性を構築するというよりも、病棟担当看護婦や主治医が退院計画をたて、その中で訪問看護を有効に活用するという体制が必要となる（利用開始の形態については後述）。

3. 利用者の属性とサービス内容

(1) 利用者の属性～利用者の8割が近森第二分院の退院患者

平成9年12月で訪問件数183件、利用者実人員51名となっている。

現在の利用者の80～85%は、近森病院第二分院から退院する際に訪問看護ステーションを利用することになった利用者である。逆にいえば、その他の15～20%が他の医療機関等から紹介を受けた利用者ということになる。

具体的には、高知医大附属病院（精神科は社会復帰に関して熱心であるという）、高知赤十字病院心療内科、その他精神科診療所、あるいは県の保健婦を通じた利用がある。近森病院第二分院の医師が窪川町（近森病院からは80kmの地域）2ヶ月に1回訪問診療活動を行っており、そこでPRしてくれるため、窪川町では7～8人の利用者がある（同じ日にできる限りまとめて訪問するなど工夫が必要となっている）。基本的には外部に対して積極的な広報活動は行っておらず、県の訪問看護ステーション連絡協議会や一度利用した精神科医からの口コミを通じての利用が多い。

一般に、精神障害者の社会資源は整備が十分でない上に、その情報も十分に伝えられていない

ことが多く、それは訪問看護についても同様である。ラポールちかもりでは、「今後、訪問看護ステーションも、専門的な社会資源の一つとして、一人でも多くの人に知ってもらい、使ってもらうことが重要と考えている。今後は、家族会や保健所でのイベントなどで、専門相談を兼ねた訪問看護サービスの利用説明会を行い患者や家族に直接PRするなど、工夫を行いたい。」と考えている。ただ、現状では、精神障害専門の訪問看護ステーションの数が少なく、遠隔地の利用者也増加することも予想され、そうなるとうとうしても交通費等の自己負担額が大きくなり、気軽に利用してもらう社会資源とははなくなるというジレンマがあるという。

診断別には精神分裂病がほとんどで、痴呆は1名。痴呆に関しては、「訪問看護ステーションちかもり」が対応している場合が多い。基本的には精神症状が落ち着いており、通院継続している患者が対象である。ただ、これまでに近森第二分院の患者で、外来中断している患者のところに、母の要請で訪問したことが一度ある（このケースに関しては、訪問時は受診を勧め、その後外来通院し、なんとか落ち着いた）。

（2）近森病院第二分院の患者の利用開始の経緯

～病棟受け持ちナース主導のサービス開始

近森病院第二分院では、患者が退院する際には、病棟の受け持ちナースが、デイケア、外来作業療法と訪問看護等の利用を含め退院に向けた大まかな計画を立て、医師、他のコメディカルスタッフが出席する診療会議（病院で週1回開催されている）で検討される。その上で、受け持ちナースと主治医から本人（必要に応じて家族）に対してサービス全般の説明と紹介を行う。訪問看護の必要性について、本人が納得していない場合には、ナースの問題意識や主治医の不安を投げかけて話し合い、動機付けを行っていくプロセスが重要である。

訪問看護が必要とされた場合には、訪問看護ステーションのスタッフと具体的な内容について話し合うことになる。そのために、訪問看護ステーションのスタッフは、名刺・パンフレットを持って病棟まで説明に行く。利用者の理解が良い場合には本人だけに説明するが、そうでない場合には家族が面会に来たときに、家族と本人一緒に説明する。病棟の担当ナースは、必要に応じて同席する場合がある（病棟ナースからの説明が必要と考えられる場合など）。その場で、本人がサービスに乗り気でなかったり、サービスの利用を断る場合で、訪問看護の必要があると主治医や担当ナースが考えた場合には、主治医・担当ナースから本人・家族に対して病気や入院中の経過も含め説明して同意してもらい、契約する場合もある。

訪問の頻度までは、診療会議の場では決定されていない。本人や家族にオリエンテーションした際に、本人等からの希望を聞くとともに、主治医・受け持ち看護婦の意見も話し、その場で初回訪問日や訪問頻度を決定することとなる。利用者の半数以上は生活保護受給者のため、経済的な理由から利用そのものを断るケースはこれまで2～3ケースと少ない。しかし、生活保護以外のケースで頻度を少なくして欲しい（例えば週1回を2週間に1回でよい等）というケースは若干みられるようだ。利用者が国民健康保険被保険者の場合は、精神保健福祉法上の公費負担があっても本人負担は少なくないし（高知県では精神保健福祉法上の公費負担に関して、付加した給

付は行っていない）、特に本人や家族が、公費負担の申請を嫌がる場合には、訪問看護サービスの利用は本人の負担が多くなる。

その他のデイケアや作業療法についてもほぼ同様にそれぞれのスタッフから本人・家族に説明が行われている。退院後に本人が受けるサービスの内容（次回外来診察日、デイケアの曜日、初回訪問看護の日程等）は、退院時に受け持ちナースから本人に退院療養計画書で手渡されている。

（３）近森病院の患者以外の利用者の利用開始の経緯

近森病院の患者以外の場合で、他の医療機関からの紹介の場合には、主治医から電話で連絡がある場合が多い。その際、必ず主治医を訪問し、指示書に記入してもらうとともに、直接指示を得たり、情報を得るようにしている。その際、利用者本人の外来の日程と出来るだけ合わせて、利用者との面接（必要な場合には家族に来てもらうこともある）も行うように工夫している。主治医訪問時に本人に会えなかった場合には、主治医とだけ話をして、後に電話で本人と話して初回の訪問日を決めるようにしている。

また県の保健婦から紹介がある場合も、保健婦からかかりつけの精神科医に対して（訪問看護サービスがあるということを）説明している。これまでのケースでは、基本的に、かかりつけ医の側にも訪問看護をつかわせたいという動機があり、かかりつけ医から指示書が発行されるため、その後のサービス利用の流れは、主治医からの紹介がある場合と基本的には同様である。

近森病院以外の患者の場合には、関係づくりが困難な場合が少なくない。例えば、１回の訪問で拒否されて終了になる場合もある。また、医大からの紹介の場合には、医大が対象としている患者の特殊性（思春期の問題を引きずっていたり、暴力があるなど）から、対応が困難な場合がある。

これらの場合でも、本人の地域や家庭内での生活に関する情報を、主治医に報告することができるので、訪問したことが無駄にならない場合が多い。

（４）サービス内容

精神科訪問看護のサービスを行う際には、地域で暮らす精神障害者である利用者を、「困ったときに自分からＳＯＳを出すことが苦手な人々、ＳＯＳを出せない人」という視点から捉えている。利用者の多くは「病識」があり、少なくとも「病感」のレベルは全ての利用者が持っている。そのため通院や服薬の必要性は少なからず認識しており、服薬を継続している限り、多少の障害はあっても普通に生活をおくれている。しかし、何か困ったことに直面した時には、「小さな困りごと」のうちに対処することができない場合が多い。そのような困難が溜まって解決ができなくなり、どうしようもなくなっても、適当な人に適当な援助を求めることができず、それがきっかけで、落ちついているように見える人が再燃してしまうのである。

したがって、精神科訪問看護で最も重要なのは、第一に、利用者の置かれている状況を把握し、病気の再燃を見分けたり、そのきっかけに気付くことができるということであり、第二に、利用者本人が「小さな困りごと」にきちんと対応したり、自分からＳＯＳを出せるような「技術」を

身につけられるように生活上から支援していくことである。特に後者に関しては、現状では特に定まった技術があるというわけではなく、訪問看護婦一人一人の判断と個人のやり方にまかされており、具体的にどのようにやるのかは、ケースバイケースである。

例えば、状態が落ち着いているケースでも2週間に1回は訪問して顔を見に行くようにしている。「どうですか？」と問いかけ、「実は…」と話し始める中から、その人のニーズが浮き彫りになってくる。そこで訪問看護婦が一緒になって考え、取り組むことによって、利用者は自らの体験を通して「自分なりのやれる力」を知ると同時に、「あの人に言えば何とかなる」というサポート資源を活用する手段を学ぶこととなる。このように利用者の学習体験を強化することが重要な働きかけと考える。

訪問看護の強みは、生活の場面の中で利用者を理解できるという点がまず挙げられる。それによって、より早くかつ効果的に本人の変化に気付いたり、働きかけたりすることができる。

身体的ケアの場合は直接的援助が多いが、精神障害の場合はむしろ「間接的」な援助が中心となる。すなわち、精神障害者の訪問看護は、生活状況の中で利用者自身のセルフケア能力と援助の必要性を見極め、ニーズに応じた適切な援助を組み立てるという点に特徴がある。例えば、洗っていない皿が置きっぱなしになっていたとしても、看護婦の方から洗うということは行わない。

本人に洗う気があるのか、洗う気はあるが一人では洗えないのか、一人では洗えなくても一緒になれば洗えるのか、どうしても洗えない場合は放っておいた方がよいのか、洗った方がよいのかを、本人に働きかけつつ判断することとなる。つまり、状況によっては「やる」こともサービスであれば、意図的に「やらない」ことも訪問看護サービスの一環といえる。このような点は、限られた時間の中で具体的な処置を効率的に行う必要のある、高齢者や一般の疾患の訪問看護と大きく異なる点である。「ラポールちかもり」では50名程度の利用者を対象に月200件弱の訪問であるが、一般の身体ケアの場合50名の利用者があればこの訪問件数を上回るのが普通である。

このような点から、ラポールちかもりとしては「高齢者や一般の疾患の訪問看護と、精神障害者の訪問看護を一緒に扱うことは効果的・効率的ではない。痴呆の利用者の訪問看護も、精神障害者を対象とした場合よりも、一般高齢者を対象とする場合に近いと考えられるので、現在のところ精神障害者とは別の体制で訪問看護を行う方がよいのではないか。」と考えているという。

また、ラポールちかもりでは精神科訪問看護の現状について「これまで退院が困難であったり、退院してもすぐ再入院となっていたような患者が、訪問看護サービスを利用することによってより長い間地域の中で生活できるようになってきた。ただし、訪問頻度が少なくなることはあっても、例えば就労に結びついたからといった理由で、訪問看護サービスを終了するといったケースはこれまでのところはない。逆に、再入院という形で中断するケースが多い。これはステーションができてまだ2年ということもあるが、現状ではむしろ、安心できるケースでも、年に2～3回は訪問することが必要といえるかもしれない。」としている。

事務所には、利用者からの電話も多くかかってくる。特に単身の利用者で、相談する相手がいない人は、困ったことがあるとすぐ電話がある。また、訪問の際には、利用者本人および家族と一緒に会うが、家族が本人の前では伝えられないことがある場合には訪問前後に家族から電話がかかってくる。電話対応に関しては、診療報酬とはなっていないので、基本的には無料の付加サ

ービスである。

24時間体制はとっていない。所長が携帯電話を持ち、自殺の可能性があるなど緊急性の高い利用者に限って電話番号を教えており、夜間の対応をしている（事例参照）。その他、どうしても夜間に対応する必要があるケースについては、高知県の救急体制は、夜の9時で終了するため、近森第二分院で（訪問看護を利用していない患者と同様に）対応している。

【夜間の対応を行っている事例】

（事例A）

父親と二人暮らしの精神分裂病の30歳代男性。衝動性が高く、暴力や自殺などの問題行動がある。幻聴に支配され、突然自殺を図ったことが何度かある。父親との関係は非常に悪く、些細なことで喧嘩をしては、父親に暴力をふるったり、家を飛び出したりする。このケースの場合には、何か起こった時に即座に対応することが必要であり、本人と父親に携帯電話の番号を教えている。

（事例B）

両親と同居している精神分裂病の30歳代女性。本人は社会復帰したいという気持ちが強く、これまでにも自分の判断で服薬を中止したり、焦って就労することがあり、度々再燃している。両親は、このような娘の行動に一喜一憂しており、特に母親は病状に対して過敏に反応し、それが本人の状態に悪影響を及ぼすという悪循環であった。そこで、母親をサポートし娘の状態に過度に反応しないようにするために、何かあった時にいつでも相談できる窓口として携帯電話の番号を母親に教えている。実際にはかかってきたことはなく、母親は「お守りみたいなものです」といっている。

4. 人材の資質と精神科の訪問看護ステーションのあり方

精神科の訪問看護婦に必要とされる資質は、第一に、精神障害に対する理解であり、病状の変化に対して十分な感受性と判断力を持つことである。そのためには、精神科病棟での勤務を通して、急性期から回復期の患者の病状の観察と看護を経験するというトレーニングは不可欠であろう。

第二に、利用者に主体的にサービスを買ってもらうという意識である。訪問看護は、利用者の生活の場でサービスを行い、訪問を行ったその場で料金を利用者から受け取るサービスである。利用者からお金をもらうことで、本当にお金を払うだけのサービスを提供しているかという専門性が試される。

また、合併症への対応が必要となる場合がある。近森病院全体では、一般科のスタッフ・患者のウエイトが高く、看護職も一般科とのローテーションが行えるため恵まれている。しかし、精神科は内部でローテーションする傾向にあり、一般科の経験が余りない看護職が訪問看護ステーションに配置されているのが現状である。

5. 他機関との連携・協力

(1) 他のサービス機関との連携

上述のように、これまで「ラポールちかもり」の活動は近森病院第二分院の患者の退院患者の地域での生活を支えるという活動であった。他に頼れる社会資源が存在しないこともあり、退院後の患者の地域での生活を支援するサービスを病院が継続的に提供できることを目指してきた。別の見方をすれば、連携をとるべき社会資源もなく、とにかく「自給自足」できるようにサービスを整備してきたというのが実態である。

その他、個々のケースで他の機関のサービスや社会資源が必要となる場合には、近森病院のソーシャルワーカーから情報を得ている（社会資源の情報の収集については、「場当たりの」という面が強い。また、個々の利用者を取り巻く情報は本人を通じるなどできるが、生活を広げるための情報については訪問看護婦は疎い。）。

以上のように、現状で、他機関との連携は、個々のケースを通じての連携・調整が他のサービス機関との連携の主となっている段階である。すなわち、近森病院の利用者が他機関のサービスを利用する場合や、他の病院や診療所に主治医を持つ利用者が「ラポールちかもり」を利用する場合において、必要に応じて連携や協力が行われている。

最近（平成9年11月）、近森病院の近隣に通所授産施設（社会福祉法人「さんかく広場」定員25名）がオープンし、今後互いに連携・協力することが重要になった。

また昨年、高知市内に、精神科単科の病院による精神科を専門とした訪問看護ステーションが開所した。それ以外にも、精神科を持っている病院で、高齢者が主ではあるが精神科のケースを若干扱っているステーションも開設された。これらの機関とは現在特に直接連携や調整は行っていない。

(2) 行政との関係

県の保健婦（高知市駐在）のうち精神保健福祉担当として3名を置き地区割りをしているようである。ただし、必ずしも精神保健の知識や技術の教育を十分受けていないようであり、連携・協力するというよりも、通常訪問看護ステーション側がお願いされる立場である。県保健婦から、ステーションの訪問依頼があるケースは、保健婦にとっても対応困難な場合が多く、紹介された際にもサービスを利用することの（保健婦が考える）意図が不明確なケースがある（県保健婦の場合には、対象とする住民や疾患も広く、専門性を確立しにくいという面もあるのではないか）。

それ以外では、生活保護のケースで訪問看護の可否を申請する際に行政との連絡を行うことがある。都道府県によって申請を受け付けるかどうかには差があるようであるが、高知市では申請したケースは支障なく受理してくれている。一方で、行政のシステムはよく分からないものの、きちんとチェックをしてくれていないのではないかという印象を受ける場合もある。精神障害者の場合、高齢者介護の要介護認定やケアマネジメントのような形式をとるのは困難とは思いますが、行政でも何らかの客観的な評価を設けることは必要なのではなかろうか。

1. 概況 ～痴呆と精神障害者を対象とした訪問看護ステーション

訪問看護ステーションおうばくは、京都駅から電車で約20分、JR黄檗駅から歩いて10分程の宇治川の流れが一望できる丘の上にある。周囲には黄檗宗総本山万福寺をはじめ宇治市運動公園、京都大学グランド等があり、歴史と自然豊かな地である。

訪問看護ステーションおうばくの設置主体である医療法人栄仁会は、宇治黄檗病院、烏丸診療所、新田辺診療所の3施設を運営している。宇治黄檗病院は、昭和32年に精神科単科の病院から発足した。昭和46年に内科病棟を併設し、現在は精神科530床（9病棟、基準看護 特1（1）類）、内科100床（2病棟、新看護等 A加算（看護3：1、看護補助者10：1））、療養型病床群60床（1病棟、療養2群入院医学管理Ⅰ（看護6：1、介護3：1））の計690床の規模を有し、京都府下の民間病院として最大規模を誇っている。2つある診療所のうち、烏丸診療所は京都市内に位置し、夕方の16：00～19：00の精神科外来診療を行っている。新田辺診療所は京田辺市内に平成9年9月に開設されたばかりである。地元医師会との関係で、一般の診療科を標榜する診療所ではなく、精神保健と老人保健（主に痴呆）に重点を置くこととなったが、近隣地域に痴呆性老人に十分対応できる医療機関が少ないことから、実際には痴呆性老人の診療が多いという。

老人訪問看護ステーションおうばくは、平成6年2月1日に、母体病院である宇治黄檗病院の一階に設置された。

管理者（所長）は、宇治黄檗病院精神科病棟で15年間にわたって内科病棟、老人病棟、外来等で看護婦および婦長として勤務した後、老人訪問看護ステーション設立当時から管理者を務めているベテランである。管理者以外のスタッフは、看護婦5名、看護師2名で構成されており、全員が常勤職員である。一般に、非常勤職員を多く雇用しているステーションが多い中で、敢えて常勤職員のみを雇用するのは、24時間連絡体制を取っているため、ポケットベル・携帯電話を職員が交代で持つことが必要であり非常勤職員では勤務時間外の拘束ができないこと、受け持ち制を取っておりいわゆるプライマリナーシングのため各自が責任をもって看護提供できることが必要であること、等が理由としてあげられる。

訪問看護ステーションおうばくの特徴は、一般の疾患に加え、痴呆性老人と精神障害者の訪問看護が出来ることである。現在、宇治市内には6つの訪問看護ステーションがあるが、「痴呆性老人なら“おうばく”へ」といわれるように、特に痴呆性老人に対するケアについては、地域の医療機関の評価も高い。

2. 精神訪問看護の経緯・背景 ～精神科単科病院から発展した訪問看護

宇治黄檗病院では、昭和60年から痴呆性老人を対象とした訪問看護を週1日だけ行っていた。また、訪問看護以外にも昭和60年から痴呆性老人を対象とするデイ・ケアを実施しており、長年、痴呆性老人のケアに力を注いできた。

平成3年4月に、宇治黄檗病院内で訪問看護部門を独立させ、看護婦2.5人で訪問看護室がスタートした。訪問看護室開設を機に、痴呆性老人以外の一般疾患にも対象を広げ、当時の訪問看護対象者は約20人となった。

その後、病院内の訪問看護では対象がそれ以上広がらないこと、訪問看護ステーションは地域へ看護職が出ていくのに絶好の制度と判断し、訪問看護室の看護婦が中心となり平成4年から老人訪問看護ステーションの設置準備を開始した。約1年の準備期間の後、平成6年2月に、看護婦2.5人（常勤換算）で「老人訪問看護ステーションおうばく」が設置された。宇治市内では、2番目に設置された訪問看護ステーションであった。当初、訪問看護ステーションの設置については、病院側の医師を中心に、既に訪問看護室があるのになぜステーションを設置する必要があるのか、設置しても経済的に運営は難しく病院の持ち出しになるのではないかと、という意見もあったが、看護婦の熱意により設置にこぎつけることが出来た。

訪問看護ステーションおうばくでは、設置前に地域の開業医へ挨拶するなど、設置時から積極的に地域に出ていく方針を持っていた。利用者に再入院が必要な場合には、宇治黄檗病院以外にも連絡し再入院させたり、宇治黄檗病院の退院患者を地域の開業医に積極的に紹介し、主治医となってもらう等、地域の医療機関との連携を積極的に深めるよう努力した。

設置当時は、老人訪問看護ステーションとしての指定を受け、主に痴呆性老人を対象としていたが、平成6年10月の健康保険法の改正により利用者の対象が広がり、若年層（難病、労災など）も主な対象として訪問するようになった。一方、精神科訪問看護については、宇治黄檗病院内で平成7年12月より病棟で開始され平成8年4月には外来で訪問看護室として独立したが、平成9年7月より「訪問看護ステーションおうばく」に合流することとなった。精神障害者の場合には、医療費の公費負担の申請や各種福祉サービスの申請、医療機関や行政の担当者との連携等、一般の訪問看護よりも事務手続きが煩雑で対応すべきことが多いため、「精神障害者への訪問看護を開始した結果、ケースは倍にならないのに、対応量は倍増した」という。

3. 訪問対象者の概要およびサービスの概要

(1) 訪問対象者の概要 ～7割が老人医療受給者

平成9年12月の訪問対象者は112名で、そのうち精神障害者が33名、老人医療受給者が79名であり、老人医療受給者が7割を占めている。老人医療受給者の半数以上に何らかの痴呆症状があり、そのうち重度の痴呆が5割を占めている。痴呆性老人に対するケアについては、地域の医療機関の評価も高いことから、かえって重度の痴呆性老人のケース等を紹介されることも多いようだ。

老人医療受給者の場合、宇治黄檗病院が指示書を発行しているケースは約4割である。一方、精神障害者の場合は、33名のうち宇治黄檗病院退院者が28名で、残り5名のみが他病院や開業医からの紹介である等、ほとんど宇治黄檗病院の医師が主治医となっている。

訪問対象者の約7割が宇治市内に居住している。また、対象者112名のうち90歳以上が15名と、訪問対象者の年齢は高い。

(2) 訪問時のサービス内容

初回の面接は管理者が行い、利用者や家族の状況を考慮し、担当看護婦を決定している。

精神障害者の場合、訪問回数は多くて週1回だが、退院直後は、生活のリズムを早く整えられるよう週2回訪問することもある。利用者には、宇治黄檗病院で行っているデイケア・デイナイトケア[※]に通っている人も多く、デイケア、デイナイトケア通所者については、訪問看護との連携を行っている。

精神障害者に対するサービス内容は、服薬の確認、症状の観察を行うとともに、規則正しい生活を送り、地域での生活にとけ込めるように助言する等、社会復帰に向けての生活援助を主に行っている。例えば、服装はきちんとしているか、ゴミ出しの方法等、地域での約束事がきちんと守れているか、等のアドバイスも行う。ただし、精神障害者のなかには、病院ではなくとにかく社会で生活したい、掃除云々よりは自由に食べて寝る生活が出来ればたとえゴミの中での生活でもよい、というケースもあり、その場合には特に地域の住民と連携をとり、協力を依頼することを重視している。

精神障害者の訪問ケース（33名）のうち家族と同居しているのは6名に過ぎず、一人暮らしが多い。このため生活全般の援助が必要となるが、一般の高齢者に対する制度が充実しつつあるのに比べ、現在のところ若年者・精神障害者に対する福祉サービスは訪問看護以外は皆無に等しく、訪問看護のみで一人暮らしの精神障害者の生活全般を支えるのは困難な面もある。比較的高齢の精神障害者でホームヘルプサービスが利用できるケースであっても、ヘルパー側に利用者の症状について不安な場合もあり、ヘルパーの希望があれば初回および2回目のホームヘルプサービス時には、訪問看護ステーションの看護婦（士）がヘルパーと同行するようにしている。

[※] 宇治黄檗病院では、精神障害者を対象とした社会復帰プログラムの一環として、「デイケア」「デイナイトケア」を実施している。「デイケア」は午前9時から午後3時まででなのに対し、「デイナイトケア」は午前9時から午後7時までであり、デイケアのプログラムに入浴と夕食等が追加される。

家族と同居している場合でも、介護者である両親の高齢化が進む傾向にあり、介護者である両親が二人とも痴呆、という深刻なケースもある（後述）。

痴呆性老人の場合、訪問によって家族の介護負担が軽減されるので、出来る限り週1回以上訪問するようにしている。福祉サービスの利用に抵抗があり、敢えてヘルパーではなく訪問看護を希望するケース等、福祉サービスを利用をしていない場合は、週2回訪問している。サービスの具体的な内容は、バイタルサインチェックなど身体疾患の状態を確認するとともに、家族等、介護者への助言が多い。

痴呆性老人の場合は、毎回の訪問を同じ看護婦（士）が同じ服装で行い、利用者とのコミュニケーションがとれるまでの努力を根気よく続けなければならない。痴呆性老人を抱える家族の多くは、痴呆について積極的に学び理解しようとするが、中には、家族の痴呆を理解できない人もあり、協力を得るのが難しい場合もある。

看護婦（士）の1日あたりの訪問回数は、平均4ケースであるが、訪問日が祝日にあたる場合は前後に訪問をするため、祝日の前後は5～6ケース訪問することもある。訪問先での滞在時間はケースにもよるが、どのケースも最低1時間は滞在している。管理者は毎日、その日の訪問の報告を各担当者から受けるが、毎朝訪問に出る前に全員参加のミーティングを約20分間行い、困難なケースについてケースカンファレンスを行っている。

（3）困難なケース

精神障害者の場合、「病識、病感がない人が最も難しい」という。そういった人は外来通院や服薬が中断しやすいため、訪問時以外にも本人にこまめに電話をかけて状況や服薬の有無を確認したり、外来と連絡をとり予定通り通院しているか確認する等、細かい対応が求められる。しかし、本人に電話をかけても点数請求は出来ず、ボランティアになってしまう点が問題である。その他にも精神障害者の場合には、外来で処方の変更されたその夜に不安で薬を飲もうか飲まないでおくか迷った末にステーションに電話をかけてきたり、また、殆どの医療機関では1回の受診で14日分の処方がなされるが本人一人では指示通りに飲めないため外来受診日にステーションに来所してもらい朝昼夕や1日分毎に薬をカレンダーにセッティングする作業を行う等の援助をすることもある。

痴呆性老人で難しいのは独居の場合である。本人の状態によっては、訪問しても看護婦が家の中に入れてもらえない時もあり、そういった場合には利用料が支払われない。ある独居の痴呆性老人の場合、看護婦が訪問したが家に入るのに拒否されたことがあった。隣接した別棟に住む娘に協力してもらい本人の理解を得ようと2時間余り粘りづよく交渉したが家には入れずじまい。結局、その日は介護者である娘から介護に関する相談にのるだけでサービスは終了した。担当看護婦は、家の中に入れなかったのだから、と利用料は請求せずにステーションに戻ったが、ステーションとしては、屋外での接触と家族に対する介護相談を利用者宅で行ったので、サービス提供を行ったと解釈して利用料を請求することにした。

主に痴呆と精神障害を対象としているため、これらがミックスされた訪問ケースもあり、場合

によっては、小さな日常生活の変化への適応が難しい精神障害者の症状悪化のきっかけとなりかねないため、慎重に対応する必要があるという。保健所から紹介されて訪問を開始したあるケースでは、長男が精神障害者で、その介護者である両親が痴呆であった。その場合はまず最初に精神障害者である長男に対するサービスを開始し、看護婦（士）の訪問によりコミュニケーションがとれたところで、両親に訪問看護が必要であるとの理解を得た上で、精神障害者である長男の訪問日に併せて両親に対するサービスも行うようにしたという。

（４）24時間連絡体制

訪問看護ステーションおうばくでは、スタッフのうち5人の看護婦（士）が1週間交代でポケットベルと携帯電話を持ち24時間対応をしている。利用者には予め休日・夜間のステーションの連絡方法を明記したチラシを配布している。在宅療養が始まって間もなく介護に慣れていない介護者は、不安のあまり一つ一つの介護内容や利用者の状況を毎日電話してこられることもあるという。

ステーションでは、24時間対応のために利用者個別のカードを作成しており、担当となった看護婦（士）は緊急時にすぐ対応できるよう常時全カードを携帯している。カードには、本人の状態の概略と主治医、医師による予測指示等（例えば、この人がこの症状を訴えた時はこう処置すればよい、等）が記載されている。予測していなかった事態が発生した場合には、速やかに主治医に連絡を取り指示を受けている。

精神障害者の場合には、電話で何らかの不安を訴えてくる等、夜間にも精神的な援助が必要な場合も多い。電灯が切れた、水道の水が洩れる等、日常生活での小さなアクシデントを訴えて電話をかけてくることもある。精神障害者では、小さな不安が引き金となって症状が悪化することもあるので、その場合には訪問して問題の解決を図る等の対応をしている。

現在、24時間連絡体制をとっている訪問看護ステーションでは24時間連絡体制加算として利用者1人につき2,000円／月を請求できるが、電話による援助そのものは点数化されていない。精神障害者の場合には一般高齢者に比べて電話対応等、訪問以外の対応時間が長くなってしまうのが現状である。

スタッフには、休日や夜間の臨時訪問1回あたり3,000円を手当として支給しているが、現在、夜間の訪問に対する点数加算はなく利用者実費負担であり、制度の改善が求められる点である。

4. スタッフについて ～実務経験を重視

現在8名の看護婦（士）のうち、看護師2名と看護婦3名は精神科病棟での経験を有している。看護師2名は精神障害者専任だが、ケースによっては高齢者の訪問も行っている。

スタッフは、主に母体である宇治黄檗病院で教育を受けた人が異動でステーションに配属される。時には職業安定所を通じて求人を行うが、応募者は痴呆性老人や精神障害者の看護経験がない人が多い。たとえ人柄には非常に好感が持てても高齢者や精神障害者の看護経験がなければ採用出来ない。

採用したものの経験が不足していると判断した場合には、採用後、宇治黄檗病院で半年程度、経験を積んでもらう等、実務経験を重視している。また、京都府看護協会が行っている訪問看護婦養成講習会、全国訪問看護事業協会が行っている精神訪問看護研修会も受講させている。

担当看護婦（士）の経験が浅かったり、相談があった場合等、必要に応じて管理者による同行訪問を行っている。同行訪問では、サービスの合間に家族に様子を聞いたり、相談にのっており、担当看護婦（士）に適切な助言を行っている。

実務経験は必須とはいえ、どのような対象者であっても、訪問看護婦（士）に最も必要な資質は、人間関係づくりが上手なことである。病棟では、人間関係づくりが得手でなくても、看護は複数の看護婦（士）でチームを組んで行うのでチーム全体でカバーできるが、訪問看護では訪問看護婦（士）一人で訪問し、看護だけでなく利用者やその家族、地域の人、行政、地域の医療機関との連携までこなさなければならない。家族の悩みに対応するためには、看護婦（士）自身にも家庭を持った経験があるほうがよいので、必ず既婚者を採用しているという。その他、車での移動が基本なので運転免許は必携である。

5. 他機関との連携・役割分担について

（1）行政との連携

宇治市にある宇治保健所では痴呆相談に力を入れており、家族から痴呆について多く相談が寄せられる。保健所であれば痴呆について相談をもちかけるのに比較的抵抗がない場合もあり、地域の痴呆性老人の訪問看護ニーズを掘り起こす役目を果たしている。例えば、痴呆症状があるもののかかりつけ医が痴呆専門医でない場合に、介護者である家族が保健所の痴呆相談にもちかけるケースがある。その場合には、保健所の紹介で痴呆の診断のみを宇治黄檗病院で行った後、患者をかかりつけ医に返し、かかりつけ医から訪問看護の指示書を出してもらうようコーディネートすることもある。また、保健所の痴呆相談日に、宇治黄檗病院の医師が担当医師として同席した場合には、訪問看護が必要と判断されたケースが医師を通じてステーションに紹介されている。

平成9年10月末から、宇治市では24時間巡回在宅介護サービスが開始された。現在、訪問看護ステーションおうばくの利用者のうち、15人が利用中である。これまで特に独居の痴呆性老人の場合、休日や夜間等、長期間独りになる間が心配であったが、巡回ヘルパーは休日や夜間も巡回す

るので、巡回在宅介護サービスとステーションの連携によって、様子に変化があればすぐステーションに連絡が入るようになり、独居の痴呆性老人の容態急変時にも対応できるようになった。

宇治市には地区ごとに7つの在宅介護支援センターがあり、福祉サービス利用者のケースカンファレンスも不定期だが必要に応じて開かれている。ケースカンファレンスは、在宅介護支援センターが主導で行い、主治医、訪問看護婦、ヘルパー等が参加している。カンファレンスは在宅介護支援センターが主導ではあるが、開催の提案は誰でも出せることになっており、新たなサービス提供を開始したり、提供するサービスを変更する場合等に適宜開催している。

精神障害者については、宇治市近辺には精神障害者の社会復帰施設等の社会資源が少ない。宇治保健所でグループワークを行っているのみである。

(2) 主治医や病棟看護婦等との連携

入院中の患者について、退院後の訪問看護の依頼があった場合には、病棟看護婦に入院期間中の看護サマリーを作成してもらい、引き継ぎを受けるとともに、退院1週間前までに病棟訪問をし、利用者本人と面接を行う。また、退院前に一度、利用予定者の家庭訪問も行っている。ケースによっては、退院後の介護方法が家族に十分伝達されないまま退院に至ることもあり、その場合には家族の準備が整うまで入院延長させるよう病棟と交渉することもある。

退院後、在宅での生活に円滑に移行するためには、在宅での生活の実態について知ることが重要であることから、平成8年度には宇治黄檗病院の主任看護婦・婦長を、平成9年度には病棟のリーダーナース（48名）を対象に、訪問看護ステーションでの実務研修を行った。その結果、病棟と訪問看護ステーションとの連携がより強化されただけでなく、病棟での退院指導等の看護レベルも向上したという。

精神障害者の場合、遠方の医療機関にかかっている人もあるが、その場合は、主治医との連携をとるのが難しく、急性期の状態がわからなかったり、悪化時の対応が難しいこともあり、現状では充分に対応しきれていない。

宇治黄檗病院のデイケア、デイナイトケアを利用している精神障害者の場合には、普段と変わった様子がみられるとデイケア、デイナイトケアの担当者から連絡が入るので、その場合には看護婦（士）側で気をきかせて急遽訪問する等、臨機応変に対応している。

(3) 精神訪問看護に関して行政に期待する役割

高齢者の場合には、在宅介護支援センターを通じ、ホームヘルプサービス等、在宅での生活を支援する様々な種類のサービスが用意されているが、重度痴呆や精神障害者の場合には、ホームヘルパーの利用も難しく、利用できる社会的資源が少ない。精神障害者の社会復帰を支援するサービスや施設（例えばグループホーム等）の充実が大きな課題である。また、精神障害者の場合は、日常生活の些細な出来事が症状の悪化につながることもある。日常生活の支援を訪問看護ステーションだけで行うのは難しく、グループホームや精神障害者でも利用できる生活援助目的のホームヘルパー等、何らかの支援体制の整備が望まれる。

地域の精神障害者には、訪問看護が行われていない病院から退院してくる人もある。退院情報は、地域の保健所に報告されるため、報告を受けた保健所は退院した精神障害者に対して定期的な訪問を行い、社会復帰の支援を十分に行うことが求められる。

また、痴呆や精神障害の場合には、様々な福祉サービスや公費負担制度を利用するケースも多いが、それらの申請の様式や方法は市町村によって異なる。対象者の居住市町村が広範囲になると事務処理が煩雑になり対応しきれなくなることが危惧されることから、事務処理方法の統一が望まれる。

6. その他

(1) 精神訪問看護の意義

精神訪問看護の意義としては、第一に精神障害者における成果が挙げられる。精神訪問看護の実施により、デイケアやデイナイトケア、様々なサービスを活用することで、これまで生活を共にできる家族がなく、やむなく長期入院していた精神障害者が退院し、居宅での生活が出来るようになった。また、訪問看護によって症状の観察や服薬確認がこまめに出来るようになり、一旦退院した後の服薬中断による再入院のケースも減っている。さらに、入院中から退院後の生活を考慮したケアが提供されるようになり、社会復帰をよりスムーズに進められるようになった成果も大きい。

(2) 今後の精神訪問看護のあり方

新たに痴呆性老人を対象とした訪問看護を開始する場合には、研修を受講したり勉強するだけでなく、実際に痴呆性老人の看護を経験する必要がある。特に、痴呆性老人の場合は、昼夜逆転やせん妄等、夜間の痴呆性老人の実態を知るためにも、病棟での勤務経験は欠かせない。「痴呆性老人の訪問看護は需要も多いことから、是非、多くの訪問看護ステーションで手がけてほしい」と新田所長はいう。

精神障害者を対象とした訪問看護については、訪問看護ステーションそのものが精神科のある母体病院を持つ等、開始する以前にスタッフが十分なノウハウを蓄積していることが前提である。特に精神障害者の場合は、急性期の症状や再発時の症状がどのようなものか知らないと訪問看護は難しいといえよう。

訪問看護ステーションおうばくは、平成6年2月1日に、母体病院である宇治黄檗病院の一階に設置された。

管理者（所長）は、宇治黄檗病院精神科病棟で15年間にわたって内科病棟、老人病棟、外来等で看護婦および婦長として勤務した後、訪問看護ステーション設立当時から管理者を務めているベテランである。管理者以外のスタッフは、看護婦5名、看護師2名で構成されており、全員が常勤職員である。一般に、非常勤職員を多く雇用しているステーションが多い中で、敢えて常勤職員のみを雇用するのは、24時間連絡体制を取っているため、ポケットベル・携帯電話を職員が交

代で持つことが必要であり非常勤職員では勤務時間外の拘束ができないこと、受け持ち制を取っておりいわゆるプライマリーナーシングのため各自が責任をもって看護提供できることが必要であること、等が理由としてあげられる。

訪問看護ステーションおうばくの特徴は、一般の疾患に加え、痴呆性老人と精神障害者の訪問看護が出来ることである。現在、宇治市内には6つの訪問看護ステーションがあるが、「痴呆性老人なら“おうばく”へ」といわれるように、特に痴呆性老人に対するケアについては、地域の医療機関の評価も高い。

第 4 章

今後の課題

第4章 痴呆・精神障害の対象者への訪問看護の今後の方向性及び課題

「訪問看護」は、地域の社会資源の一つであるというのが、本調査研究の基本的な考え方である。そこで、今回の調査では、地域の中で訪問看護がどのような機能を果たしているかについての実態把握に主眼を置いた。とくに、痴呆をもつ高齢者や精神障害者への訪問看護は、身体的なケアよりも、家族内のケアの担い手の精神的な負担の軽減やコミュニケーションなどにより専門的な知識や技術が必要なだけに、高齢者ケアを中心に担ってきた訪問看護ステーションがどのような対応をしているかは、大きな関心事であった。また、精神病院を基点にして展開してきた精神科訪問看護が、どの程度、独立型の訪問看護ステーションとして発展してきているのかについての実態も把握されていなかった。その意味では、訪問看護ステーションが、現在、どのように痴呆症患者や精神障害者の訪問看護に取り組んでいるかについての資料を得ることは重要であると考ええる。

1. 訪問看護ステーションの現状と今後の課題

本調査に回答した施設は736（回収率は42.0％）であった。厚生省の報告によると平成10年1月における訪問看護ステーションの数は2,424ヶ所とされている現状からすると、全国の訪問看護ステーションの約3分の1の回答とみることができる。また、回答を寄せた施設のうち、痴呆症患者の訪問を実施している施設は508（69.0％）、精神障害者の訪問を実施している施設は172（23.4％）であった。全国の訪問看護ステーションの利用者（平成8年）の実態と比較すると、本調査では比較的痴呆症患者や精神障害者への訪問が多い施設から回答が寄せられたと考えられる。

本調査の結果を痴呆症患者・精神障害者への訪問を実施している施設としていない施設とを比較して検討してみると、以下のことが明らかになった。

1) 痴呆症患者・精神障害者へ現在訪問している訪問看護ステーションのうち、精神科のある病院に併設されているのは、痴呆症患者に訪問している施設の12.2％、精神障害者に訪問している施設の22.1％であった。痴呆症患者や精神障害者に訪問していない施設に比べると、精神科に併設されている割合は高いが、残りの8～9割の施設は精神科には併設されていない訪問看護ステーションから訪問が行われていることが分かった。

また、痴呆症患者や精神障害者の訪問を実施している90％の施設が今後「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めざしており、「精神障害者・痴呆の対象者を専門とする訪問看護ステーション」など、専門性を全面に出して運営していこうとするステーションは少ない傾向にあった。このことから、痴呆症患者や精神障害者への訪問は、特に専門的な訪問看護ステーションで行われているというよりも、むしろ一般の訪問看護ステーションで広く行われているということが明らかになった。

日本精神病院協会会員病院を対象に、澤らが行った調査によると、精神科訪問看護を行っている精神病院は56.2％となっており、過半数の精神病院が訪問看護を実施していた。このような点からみて、本調査に回答した訪問看護ステーションの中には、精神病院からの訪問看護を独立させ、ステーションへと発展させた施設が相当数含まれていると考えられる。今後も精神

病院からの訪問看護を訪問看護ステーションとして独立させる傾向は強まるものと想定される。

2) スタッフのサポート体制については、痴呆患者・精神障害者への訪問を実施している施設と実施していない施設との間には差がみられた。とくに、これらの利用者へ訪問している施設では、困難ケースに対するケースカンファレンスや困難ケースには同行訪問など、複数のスタッフが関わっている割合が高くなっていた。精神障害者の困難ケースには同行訪問を行っている施設は86.0%となっており、訪問時の援助内容やコスト面の問題などの検討が必要になっている。また、中山らの調査では、同行訪問は、困難ケースの場合だけではなく、単身生活をしている精神障害者を訪問する場合に、異性の看護婦（士）が単独で訪問することがないように配慮し、看護婦（士）が異性で単身の精神障害者を訪問する必要がある場合には、同性の看護婦（士）が同行して訪問していることが報告されており、援助の内容やコスト面に加え、倫理的問題も含めて検討する必要があることを示唆している。

3) 痴呆患者・精神障害者の訪問を実施している施設、実施していない施設ともに、その専門分野での看護経験のあるスタッフの不足を問題としてあげている。実際に精神障害者の利用者が10人以上いる訪問看護ステーション（17施設）では、精神科併設が88%を占めており、訪問するスタッフも精神科看護の経験をもつ場合が多かった。また、痴呆症患者・精神障害者に訪問している訪問看護ステーションでは、訪問に関する問題点として家族への援助方法の難しさが多くあげられており、スタッフの専門的な対応についての教育の問題が今後の課題として残されている。

4) 痴呆患者・精神障害者の訪問看護を実施していない施設は、その理由として「訪問の依頼がない」をあげていた。これは地域のニーズがない問題なのか、ニーズはあるが情報の不足から住民が訪問看護ステーションに依頼していない問題なのかについて、本研究では明らかにされていない。しかし、専門的な対応ができるスタッフの充実と地域のサポート体制があれば、今後拡大できる可能性は十分ある。とくに、痴呆症患者や精神障害者をかかえている精神病院が地域にどのように開かれるかによって、需要は変わってくるのではないかと考える。

5) 今回の調査の中で先進事例としてとりあげた訪問看護ステーション“エバーケア”は、精神障害者の社会復帰を多角的に行っている精神科単科病院に併設され、それらの総合的な社会復帰支援サービスの1つとして、他のサービスとの連携を図りながらケアを提供している。訪問看護ステーション“ラポールちかもり”は、急性期からリハビリテーションまで対応できる一般病院と精神科病院に、老人保健施設および支援センター、訪問看護ステーションを含む在宅総合ケアセンターが併設されている地域に開かれた医療システムのなかに位置づけられていた。また、痴呆症患者と精神障害者を対象とした訪問看護ステーション“おうばく”は、精神科病院を母体とし、市内に精神保健と老人保健に重点をおく診療所を有して地域のネットワークをつくり、その中で機能していた。

こうした先進事例としてとりあげた訪問看護ステーションは、親病院や診療所との連携の中で質の高いケアを提供できるスタッフを育成し、地域住民の信頼を得ている。さらに病院をバックとした訪問看護ステーションであるが、独立性、自立性を保ち、訪問看護ステーションで24時間対応できる体制を組むなどして、ケアの責任性を明確にしている。親病院に依存するの

ではなく、地域の他の社会資源を積極的に活用しようとする方針が、訪問看護ステーションの特徴を活かしたきめ細やかな活動の展開につながっていると考えられる。

2. 本調査の限界と今後の研究の方向性

1) 地域の社会資源の活用とサポート体制の検討

施設内ケアと地域ケアの継続性は、地域の保健医療福祉の社会資源によって大きく影響される。とくに社会資源が乏しい地域においては、訪問看護ステーションへの期待は大きいと考えられる。しかし、訪問看護ステーション単独では、果たせる機能にも限界があり、どのような地域のサポート体制をつくることができるかによって、訪問看護ステーションの機能や許容量が異なってくる。スタッフの教育、地域の保健所や医療機関・保健福祉施設などとの連携の問題も含めて、その地域に適したサポート体制をどのようにつくっていくことができるかは今後の課題であろう。そのために、今後の調査によって、訪問看護ステーションと地域の社会資源とのさまざまな連携のあり方を探求し、地域の特徴を活かしたサポート体制のモデルを提示していくことが必要になろう。

2) 訪問看護婦（士）に求められる能力の分析

痴呆の高齢者や精神障害者の訪問看護における困難さや対応しきれない理由の中に、経験不足、技術不足があげられていた。今回は、訪問時の援助内容については調査をしていないため、具体的にどのような困難さがあるのかについては明らかにされていない。利用者の特徴、訪問決定のアセスメントに時間を要したケースなどの分析を通して、痴呆症患者の訪問や精神障害者の訪問に必要な看護婦（士）の能力についての検討が必要であろう。とくに訪問看護体制や援助内容、訪問時間、地域の他機関との連携のあり方などの問題は、ステーション運営にも大きく影響する問題であり、コスト面も含めた検討が必要であろう。

3) 地域性の検討

本報告書では先進事例として3つの訪問看護ステーションを提示したが、いずれも関西・四国と温暖な気候の西日本に所在し、都市部に設置されていた。また、痴呆症患者や精神障害者に多く訪問している施設の所在地を分析すると、地域の偏りがみられた。訪問看護ステーションの地域性の問題を検討するとともに、今後、日本海側や北日本など、豪雪地帯や寒冷地帯、あるいは、過疎の農村部に設置されている訪問看護ステーションの実態を把握する必要がある。

以上の点を踏まえながら、訪問看護ステーションにおける痴呆症患者や精神障害者の訪問を推進していくために必要な要件を明らかにしていくことが求められよう。

調 査 票
及 び
単 純 集 計 結 果

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。本調査は全国の訪問看護ステーションを対象に、精神障害や痴呆の方々への訪問看護の実施状況についてお聞きし、今後、これらの利用者に対する訪問看護の在り方を検討するための基礎資料とするものです。

皆様から得られた回答は、全国の訪問看護ステーション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、各ステーションの回答がそのまま公表されることは一切ありません。

◇◇◇ 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9年12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. ご記入ずみの調査票は、同封の返信用封筒を使用して、
『平成9年12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 石 川

〒160 東京都新宿区新宿1-3-8 YKB新宿御苑905

TEL 03 (3351) 5898 (FAX 兼用)

(月～金 朝10時～夕方5時の間をお願いします)

問1 ステーション名

都道府県名

問2 運営主体（1つに○）

1. 国・地方公共団体	3. 社会福祉法人	5. 看護協会
2. 医療法人	4. 医師会	6. その他 ()

問3 貴ステーションに併設されている施設を選んで下さい。(○はいくつでも)

1. 併設する施設はない	5. 特別養護老人ホーム	9. 在宅介護支援センター
2. 病院	6. 特養以外の老人福祉施設	10. 市町村保健センター
3. 診療所（歯科を除く）	7. 精神障害者社会復帰施設	11. その他
4. 老人保健施設	8. その他の社会福祉施設	()

2 | を選んだ方のみお答え下さい。

病院の診療科は以下のどれですか。(○は1つ)

ア. 内科、外科など一般科のみで精神科はない
イ. 精神科を含む複数の診療科がある → 精神病床の有無 ①あり——
②なし
ウ. 主として精神科を扱っている——

① または 「ウ」 を選んだ方のみお答え下さい。

老人性痴呆疾患治療病棟または老人性痴呆疾患療養病棟の有無

ア. ある イ. ない

【3】を選んだ方のみお答え下さい。

開設者の専門診療科は以下のどれですか。(○は1つ)

ア. 内科一般 イ. 呼吸器科 ウ. 消化器科 エ. 循環器科 オ. 精神科・神経科
カ. 神経内科 キ. 心療内科 ク. 外科一般 ケ. 整形外科 コ. 脳神経外科
サ. その他（ ）

問 4 事業開始年

平成（ ）年（ ）月

問5 現在貴ステーションから訪問している対象者数を記入して下さい(平成9年12月1日現在)

1. 慢性疾患や障害をもつ老人（痴呆症患者を除く）	（65歳以上）	（ ）人
2. 痴呆症患者※1	（年齢は問わず）	（ ）人
3. 精神障害者※2（痴呆症患者を除く）	（年齢は問わず）	（ ）人
4. 成人・小児の身体疾患患者（難病を含む）	（65歳未満）	（ ）人
5. その他（ ）		（ ）人

※1 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の患者のことで、「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、痴呆の程度がランクⅥまたはMの人として下さい。痴呆のランクは3頁参照

※2 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す。

問6 貴ステーションが月に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選んで下さい。(○はいくつでも)

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| 1. 精神科医療機関 | 9. 老人保健施設 |
| 2. 精神科デイケア | 10. 特別養護老人ホーム |
| 3. 保健所、市町村保健センター、市町村の保健担当部 | 11. その他の老人福祉施設 |
| 4. 保健所デイケア | 12. 精神障害者社会復帰施設 |
| 5. 精神保健福祉センター | 13. 精神障害者小規模作業所 |
| 6. 福祉事務所・市町村の福祉担当部 | 14. 10～12以外の社会福祉施設 |
| 7. 市町村デイサービス(センター) | 15. 在宅介護支援センター |
| 8. 老人性痴呆疾患センター | 16. その他() |

問7 貴ステーションの今後の方向性についてお聞かせ下さい。(○は1つ)

- | |
|--|
| 1. 幅広く、地域住民のニーズに応じることのできるステーションをめざしている |
| 2. 主として老人ケアを専門とするステーションをめざしている |
| 3. 主として精神障害者(痴呆を含む)のケアを専門とするステーションをめざしている |
| 4. 主として成人・小児の身体疾患患者(難病、がん等)を対象とするステーションをめざしている |
| 5. その他() |

問8 貴ステーションの看護職のスタッフに必要となる能力や教育についてお聞かせ下さい。

(○は2つまで)

- | |
|--|
| 1. それぞれのスタッフが専門性を確立できるような教育が必要である
(例えば、老人看護を専門とする看護婦、がん看護を専門とする看護婦、生活習慣病(成人病)の看護を専門とする看護婦、精神科看護を専門とする看護婦など) |
| 2. スタッフはどんな疾患や状態であっても幅広く対応できるケア能力を習得する必要がある |
| 3. スタッフには地域のケアシステムを理解し、社会資源を活用できる能力を育成する必要がある |
| 4. その他() |

問9 スタッフのサポート体制についてお聞かせ下さい。(○はいくつでも)

- | |
|--|
| 1. 定期的にケースカンファレンスやミーティングを行っている |
| 2. 困難ケースについてのカンファレンスを行っている |
| 3. 困難ケースについては、同行訪問などを行い、複数のスタッフがかかわっている |
| 4. 関連施設と連携するなど、困難ケースについては、専門家から助言が受けられるような体制を作っている |
| 5. スタッフのサポート体制については、現在、検討中である |
| 6. スタッフのサポート体制については特に考えていない |

問10 訪問看護ステーションのスタッフ全員について、以下の枠内を参照し、右ページに該当する数字や記号を記入して下さい。平成9年12月1日現在、産休や病気休暇等で不在の方は除いて下さい。

(1) 職種：以下から該当する番号を選び、番号を記入して下さい。 1. 保健婦(士) 2. 看護婦(士) 3. 准看護婦(士) 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. その他
(2) 性別：該当する方を○で囲んで下さい。
(3) 地域の保健機関（行政機関）の勤務経験 保健所、保健センター、市町村役場など地域の保健機関（行政機関）に勤務した経験のある人に○印を記入して下さい。
(4) 医療機関での勤務年数 今までに医療機関（病院または診療所）で働いた年数の総計を記入して下さい（6ヶ月未満は切り捨て、6ヶ月以上は1年として計算して下さい）。6ヶ月未満の方や新卒の方は0を記入して下さい。
(5) 精神科での勤務経験 精神科勤務歴のある人に○印、精神科勤務歴のみある人に◎印を記入して下さい。
(6) 痴呆疾患専門機関での勤務経験 痴呆疾患専門機関での勤務歴のある人に○印を記入して下さい。
(7) 精神科看護に関する教育・研修経験 大学や大学院にて精神科看護の専門教育を受けた人に◎印、精神科看護・精神科訪問看護に関する研修・講習会を受講したことがある人に○印を記入して下さい。
(8) 痴呆症患者の訪問：平成9年11月中に痴呆症患者へ訪問した人に○印を記入して下さい。 （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の患者のことで、「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、痴呆の程度がランクⅥまたはMの人として下さい。痴呆のランクは下表参照）
(9) 精神障害者の訪問：平成9年11月中に精神障害者へ訪問した人に○印を記入して下さい。 （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す。）
(10) 勤務日数（非常勤者のみ）：1週間の平均勤務日数を選んで○印を記入して下さい。 1：1日 2：2日 3：3日 4：4日 5：5日以上

【参考】痴呆のランク 「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」（厚生省）による

ランクⅠ・・・何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及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。 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時々見られ、介護を必要とする。（食事、排泄等が上手にできない、徘徊、失禁等） 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M・・・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。

常勤者（該当しない場合は×、不明の場合は－を記入して下さい）

(1) 職 種 (番号)	(2) 性 別 (○)	(3) 行政機関 勤務経験 (○×)	(4) 医療機関 経験年数 (年)	(5) 精神科 勤務経験 (◎○×)	(6) 痴呆疾患 専門機関 勤務経験 (○×)	(7) 精神科看 護の教育 研修経験 (◎○×)	(8) 痴呆症患 者への 訪問 (○×)	(9) 精神障害 者への 訪問 (○×)
(例) 2	男・女	×	8	◎	×	○	×	○
	男・女							
	男・女							
	男・女							
	男・女							
	男・女							
	男・女							
	男・女							
	男・女							
	男・女							
	男・女							
	男・女							
	男・女							

非常勤者（該当しない場合は×、不明の場合は－を記入して下さい）

(1) 職 種 (番号)	(2) 性 別 (○)	(3) 行政機関 勤務経験 (○×)	(4) 医療機関 経験年数 (年)	(5) 精神科 勤務経験 (◎○×)	(6) 痴呆疾患 専門機関 勤務経験 (○×)	(7) 精神科看 護の教育 研修経験 (◎○×)	(8) 痴呆症患 者への 訪問 (○×)	(9) 精神障害 者への 訪問 (○×)	(10) 1 週間の 平均勤務日数 (日数に○印)
	男・女								1 2 3 4 5
	男・女								1 2 3 4 5
	男・女								1 2 3 4 5
	男・女								1 2 3 4 5
	男・女								1 2 3 4 5
	男・女								1 2 3 4 5
	男・女								1 2 3 4 5
	男・女								1 2 3 4 5
	男・女								1 2 3 4 5
	男・女								1 2 3 4 5
	男・女								1 2 3 4 5
	男・女								1 2 3 4 5

足りない場合は、大変恐縮ですが、コピーをしてお使い下さい。

問 1 3 痴呆症患者・精神障害者への訪問看護について

痴呆症患者・精神障害者への訪問について、訪問の有無に関わらず、日頃困っている点や問題となっている点、今後の課題などについてご自由に記入して下さい。

【痴呆症患者への訪問について】

【精神障害者への訪問について】

本調査研究事業では、このアンケート調査をもとに、継続的な調査をしたいと考えております。今後、継続調査を実施する際に、ご協力いただけるかどうかについて、以下の「1」「2」のそれぞれに○印をつけて下さい。

1. 痴呆症患者についての継続調査にご協力（いただける・いただけない）
2. 精神障害者についての継続調査にご協力（いただける・いただけない）

ご協力いただける場合は、ご担当者のお名前、ステーションの電話番号をご記入下さい。

お名前	電話番号
	— —

ご協力誠にありがとうございました。

単純集計結果

問1 訪問看護ステーション名

問2 運営主体（1つに○）（n=736）

1. 国・地方公共団体	57(7.7)	3. 社会福祉法人	72(9.8)	5. 看護協会	19(2.6)
2. 医療法人	408(55.4)	4. 医師会	100(13.6)	6. その他	75(10.2)
無回答	5(0.7)				

問3 貴ステーションに併設されている施設を選んで下さい。（○はいくつでも）（n=736）

1. 併設する施設はない	134(18.2)	7. 精神障害者社会復帰施設	8(1.1)
2. 病院	364(49.5)	8. その他の社会福祉施設	18(2.4)
3. 診療所（歯科を除く）	107(14.5)	9. 在宅介護支援センター	223(30.3)
4. 老人保健施設	213(28.9)	10. 市町村保健センター	29(3.9)
5. 特別養護老人ホーム	50(6.8)	11. その他	58(7.9)
6. 特養以外の老人福祉施設	9(1.2)	無回答	15(2.0)

「2」を選んだ方のみお答え下さい。（n=364）

病院の診療科は以下のどれですか。（○は1つ）

ア. 内科、外科など一般化のみで精神科はない	281(77.2)
イ. 精神科を含む複数の診療科がある	54(14.8)
→精神病床の有無 ①あり 33(61.1) ②なし 17(31.5) 無回答 4(7.4)	
ウ. 主として精神科を扱っている	20(5.5)
無回答	9(2.5)

↓

「①」または「ウ」を選んだ方のみお答え下さい。（n=53）

老人性痴呆疾患治療病棟または老人性痴呆疾患療養病棟の有無

ア. ある 24(45.3)	イ. ない 22(41.5)	無回答 7(13.2)
----------------	----------------	-------------

「3」を選んだ方のみお答え下さい。

開設者の専門診療科は以下のどれですか。（○は1つ）（n=107）

ア. 内科一般	72(67.3)	イ. 呼吸器科	3(2.8)	ウ. 消化器科	8(7.5)
エ. 循環器科	4(3.7)	オ. 精神科・神経科	3(2.8)	カ. 神経内科	2(1.9)
キ. 診療内科	3(2.8)	ク. 外科一般	11(10.3)	ケ. 整形外科	13(12.1)
コ. 脳神経外科	3(2.8)	サ. その他	13(12.1)	無回答	4(3.7)

問5 現在貴ステーションから訪問している対象者数を記入して下さい（n=696）

（平成9年12月1日現在）

1. 慢性疾患や障害をもつ老人（痴呆症患者を除く）（65歳以上）	平均	36.3人
2. 痴呆症患者※1（年齢は問わず）	平均	3.9人
3. 精神障害者※2（痴呆症患者を除く）（年齢は問わず）	平均	1.5人
4. 成人・小児の身体疾患患者（難病を含む）（65歳未満）	平均	4.2人
5. その他	平均	0.8人

※1 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、痴呆の程度がランクⅥまたはⅦの人として下さい。

※2 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す。

問6 貴ステーションが月に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選んで下さい。(○はいくつでも) (n=736)

1. 精神科医療機関	98(13.3)
2. 精神科デイケア	36(4.9)
3. 保健所、市町村保健センター、市町村の保健担当部	560(76.1)
4. 保健所デイケア	20(2.7)
5. 精神保健福祉センター	3(0.4)
6. 福祉事務所・市町村の福祉担当部	406(55.2)
7. 市町村デイサービス(センター)	237(32.2)
8. 老人性痴呆疾患センター	13(1.8)
9. 老人保健施設	334(45.4)
10. 特別養護老人ホーム	173(23.5)
11. その他の老人福祉施設	39(5.3)
12. 精神障害者社会復帰施設	19(1.9)
13. 精神障害者小規模作業所	10(1.4)
14. 10～12以外の社会福祉施設	29(3.9)
15. 在宅介護支援センター	566(76.9)
16. その他	64(8.7)
無回答	13(1.8)

問7 貴ステーションの今後の方向性についてお聞かせ下さい。(○は1つ) (n=736)

1. 幅広く、地域住民のニーズに応じることのできる ステーションをめざしている	671(91.2)
2. 主として老人ケアを専門とするステーションをめざしている	37(5.0)
3. 主として精神障害者(痴呆を含む)のケアを専門とする ステーションをめざしている	10(1.4)
4. 主として成人・小児の身体疾患患者(難病、がん等)を対象とする ステーションをめざしている	10(1.4)
5. その他	6(0.8)
無回答	7(1.0)

問8 貴ステーションの看護職のスタッフに必要な能力や教育についてお聞かせ下さい。(○は2つまで) (n=736)

1. それぞれのスタッフが専門性を確立できるような教育が必要である (例えば、老人看護を専門とする看護婦、がん看護を専門とする看護婦、生活習慣病(成人病)の看護を専門とする看護婦、精神科看護を専門とする看護婦など)	131(17.8)
2. スタッフはどんな疾患や状態であっても幅広く対応できる ケア能力を習得する必要がある	653(88.7)
3. スタッフには地域のケアシステムを理解し、社会資源を活用できる 能力を育成する必要がある	592(80.4)
4. その他	7(1.0)
無回答	3(0.4)

問 9 スタッフのサポート体制についてお聞かせ下さい。(○はいくつでも) (n=736)

1. 定期的にケースカンファレンスやミーティングを行っている	534(72.6)
2. 困難ケースについてのカンファレンスを行っている	503(68.9)
3. 困難ケースについては、同行訪問などを行い、複数のスタッフがかわっている	581(78.9)
4. 関連施設と連携するなど、困難ケースについては、 専門家から助言が受けられるような体制を作っている	439(59.6)
5. スタッフのサポート体制については、現在、検討中である	98(13.3)
6. スタッフのサポート体制については特に考えていない	-(-)
無回答	3(0.4)

問 1 0 訪問看護ステーションのスタッフ全員について、該当する数字や記号を記入して下さい。平成 9 年12月 1 日現在、産休や病気休暇等で不在の方は除いて下さい。

常勤			
(1) 職種：以下から該当する番号を選び、番号を記入して下さい。(n=2,321)			
1. 保健婦(士)	194(8.4)	2. 看護婦(士)	1,748(75.3)
3. 准看護婦(士)	310(13.4)	4. 理学療法士	22(0.9)
5. 作業療法士	22(0.9)	6. その他	25(1.1)
(2) 性別 (n=2,341)			
男性	49(2.1)	女性	2,292(97.9)
(3) 地域の保健機関（行政機関）の勤務経験 (n=2,251)			
あり	291(12.9)	なし	1,960(87.1)
(4) 医療機関での勤務年数 (n=2,293) 平均 12.9年			
(5) 精神科での勤務経験 (n=2,235)			
精神科のみ	260(11.6)		
あり	52(2.3)		
なし	1,923(86.0)		
(6) 痴呆疾患専門機関での勤務経験 (n=2,245)			
あり	112(5.0)	なし	2,133(95.0)
(7) 精神科看護に関する教育・研修経験 (n=2,249)			
大学・大学院にて専門教育を受けた	504(22.4)		
研修・講習会を受講した	14(0.6)		
ない	1,731(77.0)		
(8) 痴呆症患者の訪問 (n=2,308)			
ある	1,567(67.9)	ない	741(32.1)
(9) 精神障害者の訪問 (n=2,242)			
ある	530(23.6)	ない	1,712(76.4)

非常勤

(1) 職種：以下から該当する番号を選び、番号を記入して下さい。(n=2,184)

- | | | |
|-------------------|-----------------------|----------------------|
| 1. 保健婦(士) 77(3.5) | 2. 看護婦(士) 1,644(75.3) | 3. 准看護婦(士) 309(14.1) |
| 4. 理学療法士 85(3.9) | 5. 作業療法士 50(2.3) | 6. その他 19(0.9) |

(2) 性別 (n=2,146)

男性 79(3.7)

女性 2,067(96.3)

(3) 地域の保健機関（行政機関）の勤務経験 (n=2,084)

あり 205(9.8)

なし 1,879(90.2)

(4) 医療機関での勤務年数 (n=2,106) 平均 9.3年

(5) 精神科での勤務経験 (n=2,059)

精神科のみ 155(7.5)

あり 21(1.0)

なし 1,883(91.5)

(6) 痴呆疾患専門機関での勤務経験 (n=2,050)

あり 64(3.1) なし 1,986(96.9)

(7) 精神科看護に関する教育・研修経験 (n=2,076)

大学・大学院にて専門教育を受けた 317(15.3)

研修・講習会を受講した 5(0.2)

ない 1,754(84.5)

(8) 痴呆症患者の訪問 (n=2,144)

ある 1,174(54.8) ない 970(45.2)

(9) 精神障害者の訪問 (n=2,039)

ある 215(10.5) ない 1,824(89.5)

(10) 勤務日数（非常勤者のみ）：1週間の平均勤務日数を選んで○印を記入して下さい。(n=2,098)

- | | | |
|----------------|------------------|----------------|
| 1：1日 147(7.0) | 2：2日 302(14.4) | 3：3日 512(24.4) |
| 4：4日 403(19.2) | 5：5日以上 734(35.0) | |

問11 痴呆症患者への訪問看護について

(※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、痴呆の程度がランクⅥまたはⅦの人として下さい。)

(1) 貴ステーションでは痴呆症患者(上記※参照)の訪問依頼に対してどのように対応していますか。(○は1つ) (n=736)

1. 訪問依頼があり、訪問もしている	508(69.0)
2. 訪問依頼があるが、対応できないので保健所や市町村窓口、医療機関、他の訪問看護ステーション等を紹介している	4(0.5)
3. 訪問依頼はあるが対応できないので断っている	2(0.3)
4. 現在、訪問依頼はない	174(23.6)
無回答	48(6.5)

【(2)～(8)は痴呆症患者へ訪問しているステーションのみお答え下さい】

(2) 平成9年11月中に受けた痴呆症患者への訪問依頼件数とその後の対応別件数をご記入下さい。(n=508)

痴呆症患者への訪問依頼件数	1.5件(訪問依頼のあった施設のみn=279:2.6件)
うち電話相談のみで訪問しなかったケース	0.1件
うち初回訪問のみで継続しなかったケース	0.0件
うち継続訪問となったケース	2.5件

(3) 痴呆症患者に対して痴呆のアセスメントを実施していますか。(○は1つ) (n=508)

1. 行っている	304(59.8)	2. 行っていない	150(29.5)	無回答	54(10.6)
----------	-----------	-----------	-----------	-----	----------

↓

アセスメントの方法を選んで下さい(○は一つ) (n=304)	
ア. 訪問スタッフが個人でアセスメントを行うことが多い	137(45.1)
イ. ステーションの職員が複数人で、または併設機関の職員と合同でアセスメントすることが多い	107(35.2)
ウ. 必要に応じて他機関と合同でアセスメントすることが多い	60(19.7)

(4) 現在訪問している痴呆症患者数、訪問回数をお答え下さい。(n=428)

痴呆症患者数	5.2名(平成9年12月1日現在)
痴呆症患者への延べ訪問回数	25.6回(平成9年11月1ヶ月間)
痴呆症患者への延べ訪問時間	70.1時間(平成9年11月1ヶ月間)

(5) 痴呆症患者に訪問するスタッフを決めていますか(○は1つ) (n=508)

1. 決めている	140(27.6)		
2. 決めていない	360(70.9)	無回答	8(1.6)

↓「1」を選んだ人のみ

訪問スタッフの数を選んで下さい。(n=140)	
ア. 訪問スタッフは主に1人	79(56.4)
イ. 訪問スタッフは複数名いる	59(42.1)
無回答	2(1.4)

(6) 痴呆症患者への24時間対応制はどのようにしていますか。(○は1つ) (n=508)

1. 24時間直接連絡を受ける体制がある。	196(38.6)
2. 併設機関を通じて対応している	122(24.0)
3. 対応体制はない	186(36.6)
無回答	4(0.8)

↓

「1」を選んだ方は、平成9年11月に受けた相談件数と臨時訪問回数を記入して下さい。

夜間、早朝に電話等で受けた相談件数 (n=185)	0.5件
夜間、早朝に臨時訪問した件数 (n=174)	0.2件

(7) 痴呆症患者への訪問に関する問題点 (○はいくつでも) (n=508)

1. 痴呆症患者に対する看護経験のあるスタッフが不足している	245(48.2)
2. 提供すべきサービスがよくわからない場合が多い	88(17.3)
3. 患者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	210(41.3)
4. 本人に受け入れを拒否されることなどがある	151(29.7)
5. 家族が隠したり拒否したりすることがある	61(12.0)
6. 家族への援助方法が難しい	228(44.9)
7. 独居のケースへの対応が難しい	220(43.3)
8. 訪問看護の効果がみえにくい	211(41.5)
9. 訪問看護計画を立てにくい(訪問看護内容や滞在時間等)	112(22.0)
10. 痴呆症患者に対する近隣住民の理解が不足している	111(21.9)
11. 緊急時の対応体制がとれていない	102(20.1)
12. 痴呆専門の医療などとの連携体制がとれていない	144(28.3)
13. 主治医と連携をとりにくい	46(9.1)
14. 痴呆症患者を対象とした入院・入所施設などが地域に不足している	202(39.8)
15. 痴呆症患者を対象としたデイケアなどの在宅サービスが地域に不足している	200(39.4)
16. その他	24(4.7)
17. 特になし	13(2.6)
無回答	12(2.4)

(8) 痴呆症患者への訪問看護の拡大を図るためには、どのような方策が必要だと思いますか。(○は3つまで) (n=508)

1. 訪問看護婦の痴呆症患者への関わり方など知識や技術の向上	402(79.1)
2. 痴呆症患者に対する看護経験のあるスタッフの確保や増員	110(21.7)
3. 痴呆専門の医療施設などの他機関との連携の強化	253(49.8)
4. 痴呆症患者を対象とした在宅サービスの拡充	285(56.1)
5. 痴呆症患者を対象とした施設サービスの拡充	217(42.7)
6. 痴呆症患者に対する訪問看護の診療報酬の引き上げ	70(13.8)
7. その他	13(2.6)
無回答	15(3.0)

【(9) (10) は痴呆症患者へ訪問していないステーションのみお答え下さい】

(9) 現在、痴呆症患者に訪問していない理由は何ですか (○はいくつでも) (n=174)
(「訪問依頼はない」施設のみ)

1. 痴呆症患者の訪問依頼がないため	156(89.7)
2. 痴呆症患者に対する看護経験のあるスタッフが不足しているため	15(8.6)
3. スタッフ数が少なく、痴呆症患者に訪問する余裕がないため	8(4.6)
4. 痴呆症患者への援助の仕方が困難なため	5(2.9)
5. 訪問の効果が分かりにくい	4(2.3)
6. 痴呆症患者への訪問看護の意義が低いと思うため	1(0.6)
7. スタッフの痴呆に対する意識や関心が低い	-(-)
8. 危険性などを含めてスタッフの気持ちの上で抵抗があるため	1(0.6)
9. 緊急時の対応体制がとれない	6(3.4)
10. 痴呆専門の医療施設などとの連携体制がとれていない	16(9.2)
11. 診療報酬がサービスに見合わない	-(-)
12. その他	10(5.7)
無回答	12(6.9)

(10) 今後、痴呆症患者に訪問していく予定がありますか。(○は1つ) (n=180)

1. 訪問する予定がある	108(60.0)
2. 訪問したいができない	8(4.4)
3. 訪問する予定はない	49(27.2)
無回答	15(8.3)

問12 精神障害者への訪問看護について

(※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す。)

(1) 貴ステーションでは精神障害者(上記※参照)の訪問依頼に対してどのように対応していますか。(○は1つ) (n=736)

1. 訪問依頼があり、訪問もしている	172(23.4)
2. 訪問依頼があるが、対応できないので保健所や市町村窓口、 医療機関、他の訪問看護ステーション等を紹介している	7(1.0)
3. 訪問依頼はあるが、対応できないので断っている	12(1.6)
4. 現在、訪問依頼はない	496(67.4)
無回答	49(6.7)

【(2)～(9)は精神障害者へ訪問しているステーションのみお答え下さい】

(2) 平成9年11月中に受けた精神障害者への訪問依頼件数とその後の対応別件数をご記入下さい。(n=172)

精神障害者への訪問依頼件数	1.5件(訪問依頼のあった施設のみn=107:2.5件)
うち電話相談のみで訪問しなかったケース	0.1件
うち初回訪問のみで継続しなかったケース	0.1件
うち継続訪問となったケース	2.3件

(3) 精神障害者に対して精神状態や生活能力のアセスメントを実施していますか
(○は1つ) (n=172)

1. 行っている	116(67.4)
2. 行っていない	41(23.8)
無回答	15(8.7)

↓「1」を選んだ人のみ

アセスメントの方法を選んで下さい(○は1つ) (n=116)

ア. 訪問スタッフが個人でアセスメントを行うことが多い	38(32.8)
イ. ステーションの職員が複数人で、または併設機関の職員と 合同でアセスメントすることが多い	49(42.2)
ウ. 必要に応じて他機関と合同でアセスメントすることが多い	26(22.4)
無回答	3(2.6)

(4) 現在訪問している精神障害者数、訪問回数をお答え下さい。(n=149)

精神障害者数	6.6名(平成9年12月1日現在)
精神障害者への延べ訪問回数	26.2回(平成9年11月1ヶ月間)
精神障害者への延べ訪問時間	120.9時間(平成9年11月1ヶ月間)

(5) 精神障害者に訪問するスタッフを決めていますか。(n=172)

1. 決めている	83(48.3)
2. 決めていない	83(48.3)
無回答	6(3.5)

↓「1」を選んだ人のみ

訪問スタッフの数を選んで下さい(○は1つ) (n=83)

ア. 訪問スタッフは主に1人	49(59.0)
イ. 訪問スタッフは複数名いる	31(37.3)
無回答	3(3.6)

(6) 精神障害者への24時間対応体制はどのようにしていますか。(○は1つ) (n=172)

1. 24時間直接連絡を受ける体制がある	65(37.8)
2. 併設機関を通じて対応している	38(22.1)
3. 対応体制はない	65(37.8)
無回答	4(2.3)

「1」を選んだ方は、平成9年11月に受けた相談件数と臨時訪問回数を記入して下さい

夜間、早朝に電話で受けた相談 (n=61)	3.0件
夜間、早朝に臨時訪問した件数 (n=57)	0.3件

(7) 精神障害者へは、単独で訪問する場合と複数で訪問する場合のどちらが多いですか。

(○は1つ) (n=172)

1. 単独訪問が多い	128(74.4)
2. 複数訪問が多い	24(14.0)
3. 単独と複数が同じくらい	14(8.1)
無回答	6(3.5)

↓

「2」を選んだ方は、複数で訪問するように決めていますか。(○は1つ) (n=24)

ア. 決めている	12(50.0)	イ. 決めていない	12(50.0)
----------	----------	-----------	----------

(8) 精神障害者への訪問に関する問題点(○はいくつでも) (n=172)

1. 精神科経験のあるスタッフが不足している	105(61.0)
2. 提供すべきサービスがよくわからない場合が多い	30(17.4)
3. 患者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	48(27.9)
4. 本人に受入を拒否されることなどがある	66(38.4)
5. 家族が隠したり拒否したりすることがある	30(17.4)
6. 家族への援助方法が難しい	71(41.3)
7. 独居のケースへの対応が難しい	66(38.4)
8. 訪問看護の効果がみえにくい	59(34.3)
9. 訪問看護計画を立てにくい(訪問看護内容や滞在時間等)	40(23.3)
10. 精神障害者に対する近隣住民の理解が不足している	58(33.7)
11. 緊急時の対応体制がとれていない	26(15.1)
12. 精神科線もんのお医療施設などとの連携体制がとれていない	29(16.9)

13. 主治医と連携をとりにくい	19(11.0)
14. 医療中断ケースや主治医がいないケースなどについて相談先がない	12(7.0)
15. 精神障害を対象とした入院・入所施設などが地域に不足している	39(22.7)
16. 精神障害を対象としたケア、小規模作業所、 職場等の社会復帰施設が地域に不足している	65(37.8)
17. その他	11(6.4)
18. 特になし	3(1.7)
無回答	5(2.9)

(9) 精神障害者への訪問看護の拡大を図るためには、どのような方策が必要だと思いますか。(○は3つまで) (n=172)

1. 訪問看護婦の精神障害者への関わりかたなど知識や技術の向上	136(79.1)
2. 精神科経験のあるスタッフの確保や増員	58(33.7)
3. 精神科専門の医療施設などの他機関との連携の強化	88(51.2)
4. 精神障害者を対象とした在宅サービスの拡充	83(48.3)
5. 精神障害者を対象とした施設サービスの拡充	54(31.4)
6. 精神障害者に対する訪問看護の診療報酬の引き上げ	4(2.3)
7. その他	8(4.7)
無回答	

【(10)～(11)は精神障害者へ訪問していないステーションのみお答え下さい】

(10) 現在精神障害者へ訪問していない理由は何ですか。(○はいくつでも) (n=496)

(「訪問依頼はない」施設のみ)

1. 精神障害者の訪問依頼がないため	453(91.3)
2. 精神科看護経験のあるスタッフが不足しているため	108(21.8)
3. スタッフ数が少なく、精神障害者に訪問する余裕がないため	44(8.9)
4. 精神障害者への援助の仕方が困難なため	61(12.3)
5. 訪問の効果が分かりにくい	7(1.4)
6. 精神障害者への訪問看護の意義が低いと思うため	4(0.8)
7. スタッフの精神障害者に対する意識や関心が低い	14(2.8)
8. 危険性などを含めてスタッフの気持ちの上で抵抗があるため	27(5.4)
9. 緊急時の対応体制がとれていない	31(6.3)
10. 精神科専門の医療施設などとの連携体制がとれていない	84(16.9)
11. 診療報酬がサービスに見合わない	3(0.6)
12. その他	21(4.2)
無回答	26(5.2)

(11) 今後、精神障害者に訪問していく予定がありますか。(○は1つ)

1. 訪問する予定がある	193(37.5)
2. 訪問したいができない	46(8.9)
3. 訪問する予定はない	238(46.2)
無回答	38(7.4)

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
ケア提供の在り方に関する調査研究事業 報告書

平成10年3月 発行

編者・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 (FAX兼用)

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 FAX 03-3277-3467
