

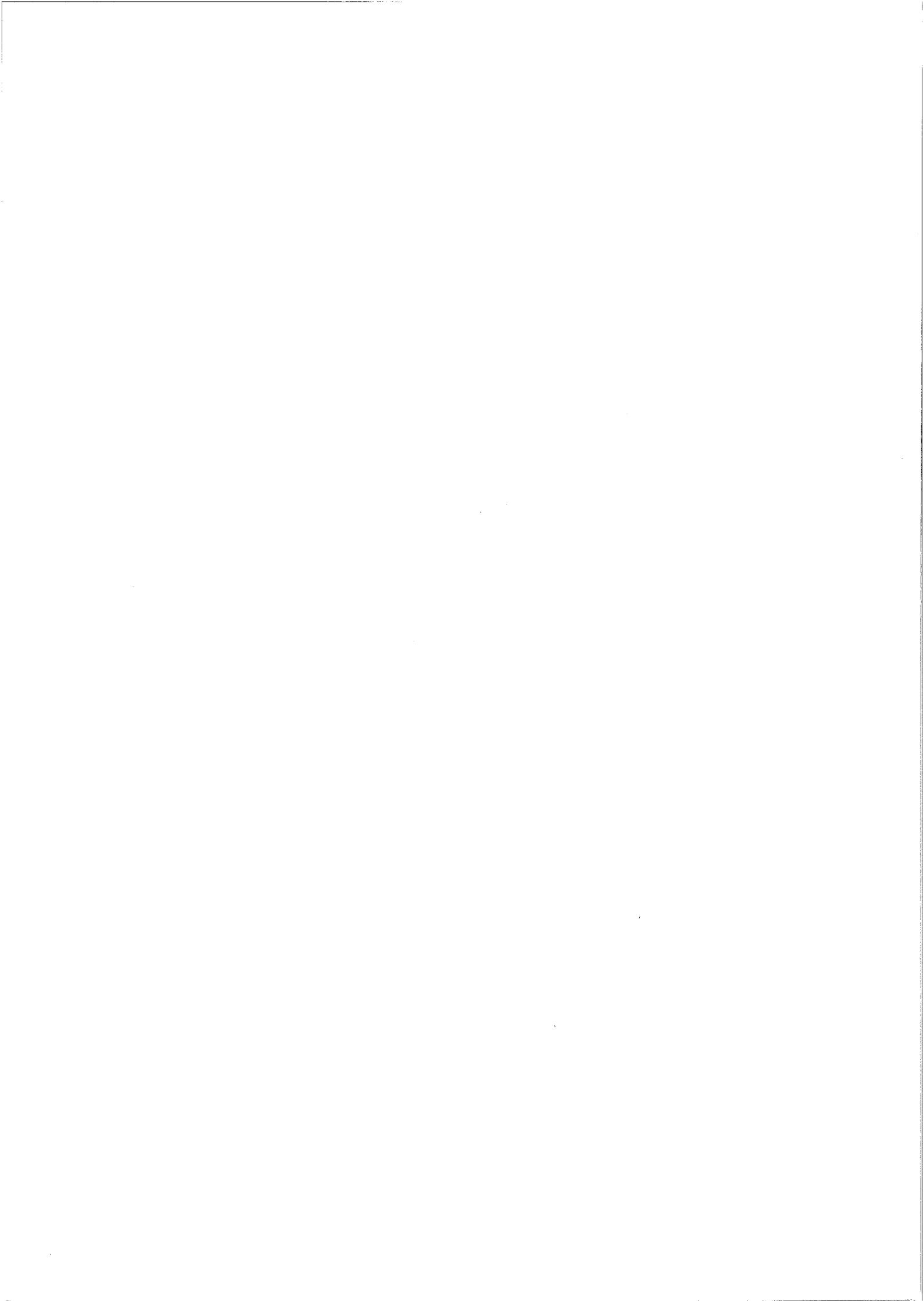
平成19年度 厚生労働省障害者保健福祉推進事業  
(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

精神障害者の地域生活支援を推進するための  
精神科訪問看護ケア技術の標準化と  
教育およびサービス提供体制のあり方の検討

報告書

平成20年3月

社団法人全国訪問看護事業協会



## はじめに

精神科訪問看護は、精神障害者の地域移行を支援する医療サービスとして重要な役割を担っており、精神保健医療福祉の改革ビジョンの基本方針である「入院中心主義から地域生活中心へ」の移行を援助する「地域医療体制の整備」の中に位置づけられている。

このサービスは、入院医療が中心であった時代からすでに具体的に退院を実現するために有効な手段であることが、まず医療者の臨床的体感によって知られ、さらに患者家族の高い支持を受けた草の根的なボランティア活動から始まった。

制度としては、こうした実効のデータから、医療機関からの活動に限定して 1986 年に診療報酬制度に新設された。医療機関からの精神科訪問看護については、その後診療報酬改定ごとに点数が引き上げられ、2004 年には退院前訪問や複数名による訪問についても加算が新設された。2008 年度改定では患者の急性増悪時における緊急訪問も可能になった。

訪問看護ステーションでは、1990 年から高齢の精神障害者、1992 年からは医療保険による成人の精神障害者への訪問が制度化された。訪問看護ステーションの役割としてはまだ新しく、拡大する役割のひとつとして期待されている機能である。精神科医療の改革ビジョンによって、精神科地域ケアに対するニーズが高まり、訪問看護ステーションによる訪問看護は、いまや大きな役割期待を抱いつつある。殊に合併症を有する精神障害者や病院がカバーしきれない圏域の広い訪問対象をもつ地域等に関しては、制度上の区別によらず訪問看護ステーションに期待される役割は大きい。

しかし、こうした訪問看護ステーションからの精神科訪問看護の活動へのサポート体制は病院からの訪問看護と比較しても、決して充分とはいえない。今後、訪問看護ステーションで精神科訪問看護の活動を拡大していくためには、こうした体制の整備が必須である。

平成 19 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討は、3 つの事業からなる。①精神科訪問看護人材養成プログラム開発とその効果の検討では、精神科訪問看護に取り組む人材を効果的に養成するための研修会プログラムを開発・実施した。この事業では実施前後の看護師の意識の変化についても検討した。本事業で開発したプログラムは、平成 20 年度の関係団体における人材養成に実用化が決定している。②精神障害者の訪問看護サービス提供体制整備に関する実態調査では、病院および訪問看護ステーションから提供されているケアの実態およびケア対象者の精神症状や生活状況の詳細、および提供されているケア内容の把握を行った。③精神科訪問看護コンサルテーション事業では、新しく精神科訪問看護を始めようとするステーションを対象に、病院、診療所、訪問看護ステーションそれぞれからコンサルテーションを行ってそのコンサルテーション内容と効果をまとめた。3 つの事業のいずれも、精神科訪問看護の普及と内容の充実のために不可欠な内容であり、サービス普及のために必要な制度について、根拠を明確にすることを志向している。

これらは、先に訪問看護に関する3団体（日本看護協会、日本訪問看護振興財団、全国訪問看護事業協会）が提案した訪問看護拡充10カ年戦略（仮称）の基本方針にある「利用者メリット」「事業者メリット」「保険者メリット」の実現にもつながると考える。特に疾患の特異性が強調され、数々の配慮が必要とされる精神科訪問看護をより効果的に提供するためには、専門性の高い知識とともに訪問看護全体で蓄積してきたケアの知恵と技術が有機的に連携・共同することが望まれる。そしてこそ初めて、ケア対象者の生活の質を支える訪問ケアが可能となる。そのためにはまた、健全な経営を支えるシステムの整備が必要であることはいうまでもない。

なお、本プロジェクトでは、精神科訪問看護の中でも最も対象者が多く、技術的にも専門性が要求される統合失調症患者への訪問看護に特化して事業を開拓した。また、精神障害者への訪問看護の名称については、本報告書では精神科訪問看護という用語に統一して用いたことを付記しておきたい。

今回の取り組みが、訪問看護ステーションからの精神科訪問看護サービスの充実につながることを心から願っている。

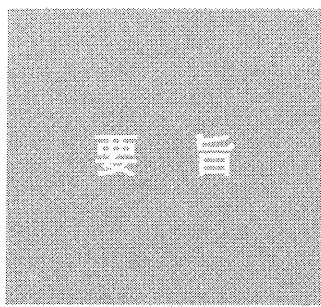
平成20年3月

主任研究者 萱間 真美

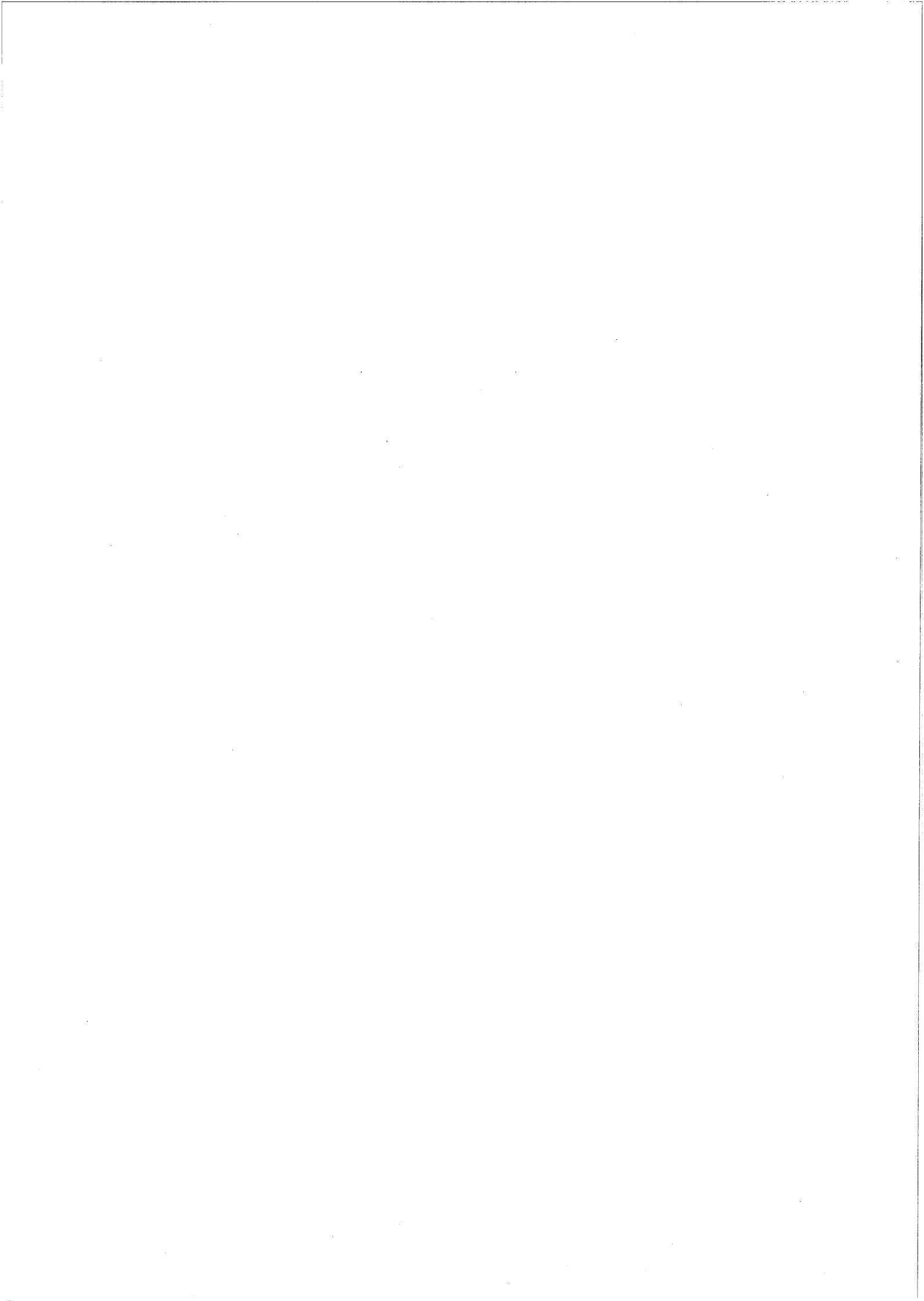
## 目次

要旨 .....	1
第 1 章 事業の概要 .....	7
I. 概要 .....	7
II. 事業実施体制 .....	7
第 2 章 精神科訪問看護人材養成プログラムの開発とその効果の検討 .....	11
I. はじめに .....	11
II. 研修会内容に関する検討 .....	11
1. 対象者と日程 .....	11
2. プログラム内容 .....	11
3. プログラムの評価 (アンケート内容) .....	14
4. プログラム参加者と募集方法 .....	14
III. プログラム評価 (アンケート) の結果、分析 .....	14
1. 当日の参加者の背景 .....	14
2. アンケート結果 .....	16
IV. 今後の研修会開催に向けて .....	20
第 3 章 精神障害者の訪問看護サービス提供体制整備に関する実態調査 .....	21
I. 背景と目的 .....	21
II. 調査対象と方法 .....	21
1. 調査対象 .....	21
2. 調査方法 .....	21
3. 調査実施時期 .....	21
III. 調査項目 .....	21
IV. 回収状況 .....	23
V. 調査結果 .....	24
1. 精神障害者への訪問看護ステーション全国実態調査 (一次調査) .....	24
2. 精神障害者への訪問看護サービス提供状況に関する比較調査 (二次調査) .....	43
VI. 考察 .....	102
1. 精神科訪問看護の実施状況 .....	102
2. 訪問看護ステーションにおける利用者および訪問看護実施内容の特徴 .....	102
3. 病院における利用者および訪問看護実施内容の特徴 .....	103
4. 今後の課題 .....	103
5. まとめ .....	104
第 4 章 精神科訪問看護コンサルテーションモデル事業 .....	105
I. はじめに .....	105
II. 方法 .....	105
III. コンサルテーションモデル事業の実際 .....	106
1. コンサルテーション事業の概要 .....	106

2.	主事業所・協力事業所全体の概要	107
3.	コンサルテーションの対象となった患者の概要	111
4.	コンサルテーションの概要	114
5.	コンサルテーションの実際	116
IV.	コンサルテーションで相談された事柄と援助内容	198
V.	コンサルテーションの評価	204
VI.	まとめ	208
参考資料		213



---



## 要旨

### I. 目的

本研究事業では、精神障害者の訪問看護サービス利用者の状態像や個々のニーズや地域の資源等に応じた訪問看護スタッフの人材育成のため、在宅医療のサービスを効果的に活用した、精神科訪問看護のケア技術の開発・標準化を行うとともに、精神科訪問看護のサービス提供体制の全国的で詳細な実態把握のために、実証的データをもとにそのあり方を検討することを目的とした。

このため、1) 精神科訪問看護人材養成プログラム開発とその効果の検討、2) 精神障害者の訪問看護サービス提供体制整備に関する実態調査、3) 精神科訪問看護コンサルテーション事業の3つの事業を実施した。

### II. 各事業の概要

#### 1. 精神科訪問看護人材養成プログラム開発とその効果の検討

##### (1) 目的

精神科看護に特異的な技術を統合した、精神科訪問看護独自の教育プログラムの開発と、サービスを提供する人材養成のあり方を検討することを目的とし、①人材養成プログラムの開発、および②プログラムの評価を行うための研修会を実施した。

##### (2) 方法

###### 1) 研修会の対象者

精神科訪問看護の基本的技術の習得ならびに精神科訪問看護の裾野を広げることを主眼としたため、研修会の対象者は精神科訪問看護の経験の少ない者とした。具体的には、「訪問看護ステーションに勤務している看護職で、精神科訪問看護未経験もしくは経験1年未満の者」とし、募集人員は100名とした。

###### 2) 研修実施方法

「精神科訪問看護のコツがわかる研修会」と称し、2日間（実質12時間）の日程とした。プログラムの概要は以下の通り。

図表1 研修会プログラムの内容

日程	内容	形式時間	時間
1日目午前	精神科医療の特性	講義	60分
	精神科訪問看護の基本的技術	講義	70分
1日目午後	精神科薬物療法のコツ	講義	210分
2日目午前	難しい場面のアセスメントと対応のコツ	講義（ロールプレイ含む）	180分
2日目午後	精神科訪問看護に関する意見交換	パネルディスカッション	180分

また、プログラムの評価のため、「精神科訪問看護を利用している統合失調症患者」に対するイメージについてアンケートを実施した。

### (3) 結果とまとめ

#### 1) 研修会の実施

研修会の参加人数は 111 人であり、アンケートへの協力が得られたのは 100 名であった。100 名のうち、看護師としての経験年数は 10 年以上が 75% 以上であったが、訪問看護師としての経験年数は、0~5 年未満が 54% であった。

#### 2) プログラムの評価

精神科訪問看護を利用している統合失調症患者に対するイメージについてみると、研修会受講後には研修受講前よりも概ね肯定的なイメージに変化していた。

また、パネルディスカッション以外のプログラムにおいて、「かなり満足／理解できた／わかりやすかった」と「やや満足／理解できた／わかりやすかった」を合わせると 80% 以上であり、プログラムに対する満足度、理解度、わかりやすさに関する評価は高かったと考えられる。

## 2. 精神障害者の訪問看護サービス提供体制整備に関する実態調査

### (1) 目的

精神障害者の地域生活支援を支える精神科訪問看護サービスの対象者およびサービス内容の実態を詳細に把握し、医療機関が行う精神科訪問看護との共通性と特異性を明らかにし、それぞれの利用者の状態像、個々のニーズや地域の資源等に応じた訪問看護のサービス提供体制のあり方を検討し、今後の訪問看護制度の検討・報酬改定の基礎資料の作成を目的として実施した。なお、本調査では（1）精神障害者への訪問看護ステーション全国実態調査（一次調査）、（2）精神障害者への訪問看護サービス提供状況に関する比較調査（二次調査）の 2 つの調査を実施した。

### (2) 方法

#### 1) 調査対象

一次調査の対象は、社団法人全国訪問看護事業協会に加盟する全国の訪問看護ステーション 3,307 事業所とした。二次調査は、訪問看護ステーションと病院を対象として実施した。対象とした訪問看護ステーションは、一次調査に回答した全国の訪問看護ステーション 1,664 事業所のうち、精神科訪問看護を実施、かつ事業所名が判明していた 664 事業所とした。病院は、精神科訪問看護を行っている病院のうち、二次調査に回答の得られた訪問看護ステーションの所在地域ブロックに対応した地域ブロックから選定し、調査への協力が得られた 11 病院とした。

#### 2) 調査方法

一次調査は、自記式調査票を用いた FAX 配布・回収とし、平成 19 年 10 月に実施した。二次調査は、自記式調査票を用いた郵送配布・回収とし、訪問看護ステーション調査の実施時期は平成 19 年 11 月、病院調査は平成 20 年 1 月とした。

#### 3) 調査項目

一次調査では、精神科訪問看護の実施状況等を尋ね、二次調査では訪問対象者の概要等を尋ねた。

### (3) 結果とまとめ

一次調査結果より、平成 19 年 9 月において、「訪問看護基本療養費（I）又は介護保険法で、

精神疾患（認知症を除く）が主傷病の利用者への訪問」、もしくは「訪問看護基本療養費（Ⅱ）」の算定を実施した事業所は41.0%（682事業所）、いずれも実施していない事業所は58.6%（975事業所）であった。

また、二次調査結果より、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の状態を病院からの精神科訪問看護と比較すると、訪問看護ステーションからの訪問看護は、片道移動時間が短く、1ヶ月の訪問頻度が多く、1回の滞在時間が長かった。訪問看護ステーションからの訪問は、利用者の身近な存在として、こまめに利用者の状況を把握している実態が伺えた。また、利用者は家族と同居している人が多く、このことが家族へのケアの実施率の高さに反映されていると考えられた。また、本人や家族からの電話相談にも多く対応していた。

同時に、利用者は身体合併症（糖尿病など）を有している人の割合が高く、身体症状に関するケアの直接援助の実施率も高かった。訪問看護ステーションでは、合併症に対するケアを期待して利用者が紹介される場合も多くあると考えられ、身体疾患に対する看護援助も同時に多く提供されることがうかがえた。

また、訪問看護ステーションの利用者では、女性が約6割と高い割合であったことも特徴的であった。平成17年度患者調査における統合失調症圏の患者の外来受療率では、女性の割合が約46%であり、この値と比べても高い割合であった。このことは、訪問看護ステーションにおいて複数の訪問者による同行訪問が診療報酬の裏づけを得ていないことと関連していると考えられた。精神科訪問看護において同行訪問を実施する理由には、ケア対象者の安全確保に加えて暴力行為があることが挙げられている（訪問看護振興財団、平成17・18年度訪問看護・家庭訪問基礎調査）。本調査で、病院からの訪問看護における同行訪問が約45%であったのに対し、訪問看護ステーションからの訪問看護では約5%であったことからも、訪問看護ステーションでは利用者と訪問者双方の安全確保のために、女性の利用者が多くなっている可能性が考えられた。

一方、病院からの訪問看護は、訪問開始からの年数が長く、長期的に利用者を支えている実態が示された。利用者は過去の入院歴が多く、直近の入院日数も長く、独居者が多かったことから、これまで医療機関との結びつきが強く、長期在院であった人や退院を機に単独生活を始めた人が多く含まれていると考えられた。利用者の特徴としては、男性や独居者が多く、ケースワークの複雑さや独居の場合のケア導入時の調整などの目的のために、複数名または複数職による同行訪問が多く実施されていたと考えられる。

また、病院からの訪問看護のケア内容をみると、日常生活に関する援助、エンパワメントの援助が多く実施され、全般的には観察・アセスメントを行うケアが多く実施されていた。これは、継続的なモニタリングが必要とされる利用者や、入院経験が多く日常生活における援助が必要な利用者が多く含まれていたためと考えられる。また、精神科の援助技術において、モニタリングは重要であり、精神科病棟経験者の多い医療機関からの訪問看護では、意識的にモニタリングが行われていると予想される。同様に、エンパワメントの援助が多く行われていたことも、精神科特有のケア技術が意識的に活用されていると考えられた。物理的なケアを直接提供するか、またはモニタリングにとどめるのかという判断には、精神科看護特有の心理的距離のとりかたも影響すると考えられる。この判断の中身やプロセスについては、それぞれの役割や技術の明確化という観点からも、今後整理が必要である。

### 3. 精神科訪問看護コンサルテーション事業

#### (1) 目的

本事業は、精神科訪問看護サービスのより一層の普及を図る目的で行われた。具体的には、精神科訪問看護サービスの経験を有し、すでに地域との積極的なネットワーク形成を行っている医療機関や訪問看護ステーションにより、精神科訪問看護において経験が少ない一般の訪問看護ステーションに対してコンサルテーションを実施した。これにより精神科訪問看護の技術支援を行いその普及を図るとともに、コンサルテーション・プロセスを詳細に記録・分析することで、地域単位での訪問看護サービスの提供体制のあり方やその方法について検討しようとするものである。

#### (2) 方法

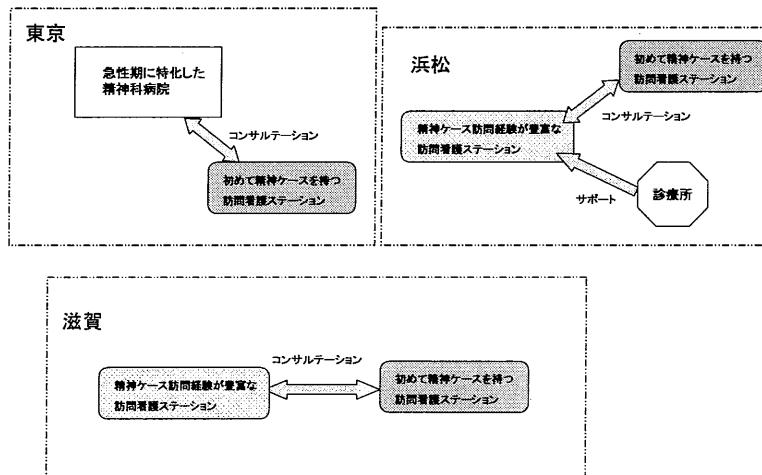
コンサルテーションは以下の方法により実施した。また、コンサルテーションの実施に当たっては、事例の匿名化等の倫理的配慮を行い、(社)全国訪問看護事業協会倫理委員会の承認を得た。

図表2 コンサルテーション実施方法

区分	内容
内容	事例単位で、精神症状の査定・ケア技術等、精神科訪問看護全般に対する相談・指導・援助
事例	統合失調症に限定。(ただし、初発・再発は問わない。年齢制限なし。入院経験の有無、回数は問わない。)
方法	原則として、直接面談もしくは電話相談。
頻度	原則として、月に1回(1時間半から2時間程度)を想定。
場所	相談の上、決定。
記録物	患者情報、コンサルテーション経過表、評価など、記録物への記入。
実施期間	平成19年9月中旬～平成20年1月31日

モデル事業は東京、浜松、滋賀の3箇所において実施した。実施イメージは以下の通りである。なお、コンサルテーションを受ける対象事例数は、東京2事例、浜松2事例、滋賀5事例とした。

図表3 コンサルテーションモデル事業実施イメージ



### (3) 結果とまとめ

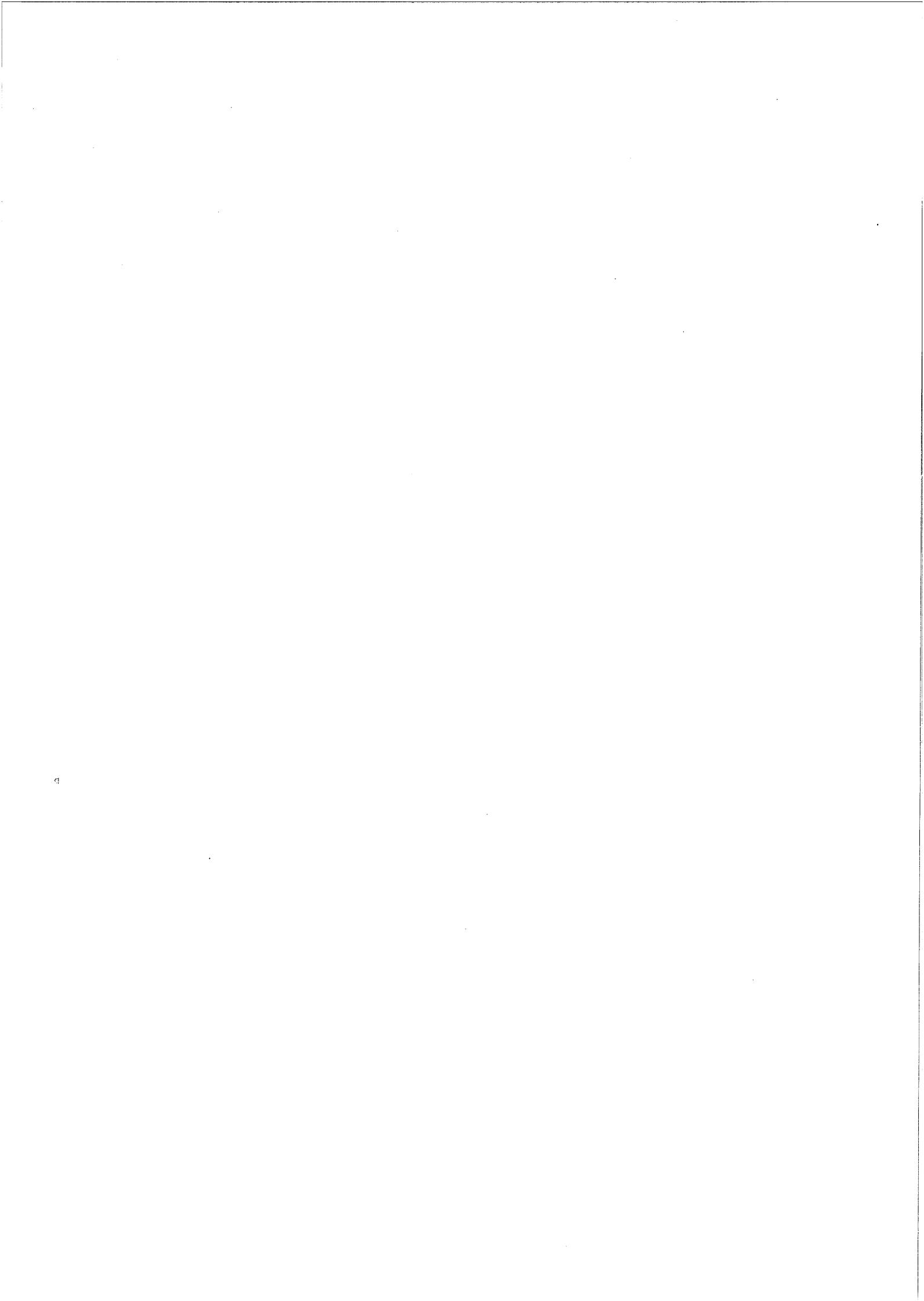
今回訪問看護コンサルテーションモデル事業では、コンサルテーションを受けた9事例すべてにおいて、コンサルティ側から「コンサルテーションが役に立った」との評価が得られ、患者側にも良い変化や改善がみられた。

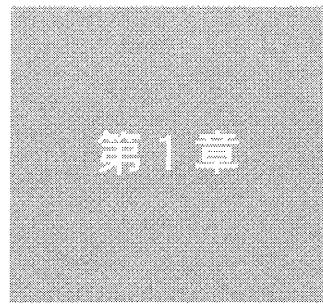
訪問看護コンサルテーションの効果としては、「相談できる場があることで安心感を得られた」「精神障害者に対するコンサルティ自身の壁がとれ、関わり方のコツがつかめた」「患者理解が深まり、患者との関係性を深められた」「精神科病院や主治医との連携、関係機関との連携がスムーズになり、強化された」などがみられ、精神科訪問看護の普及のために必要な支援やサービスとしては、「患者が利用できる社会資源の増設、およびその活用」「患者の状態が悪化したときの緊急時の受け入れ先の確保」「病院、行政、他の訪問看護ステーション等との連携」「外出援助等の訪問看護の診療報酬上への位置づけ」「訪問看護師に対する研修制度の充実」等が挙げられた。

精神科経験のない一般訪問看護ステーションの訪問看護師においては、精神障害者との関係を構築する最初の一歩で戸惑っていることが多く、患者との関わり方のコツをアドバイスする者の存在が非常に重要であることがわかる。また、場面に応じた具体的なケア方法を提示することや、患者の健康な力を伸ばしていくような精神障害者の訪問看護に特有なケアの目的や方向性を掴むことも役に立つ。これらは、教科書や書物だけではなかなか掴むことが難しい援助の姿勢や技術である。したがって、今回のようなコンサルテーションを通した方法が、一般訪問看護ステーションにおいて、精神科訪問看護を積極的に推進するために極めて有効である。

また、今回のコンサルテーション事業を通して、一般訪問看護ステーションにおいては、精神科病院の敷居が高いと感じている場合が多く、精神科医療機関との連携が良く取れていないことが、精神科訪問看護を導入するうえで不安材料になっていることもわかった。今回の事業を通して、精神科訪問看護の経験の豊富な事業所や精神科病院からのコンサルテーションを受けることで、一般訪問看護ステーションにおいて精神科病院を始めとする地域の社会資源との連携が円滑になり、これがコンサルテーションの効果として高く評価された。精神科訪問看護経験の豊富な事業所や精神科病院からのコンサルテーションの導入は、地域連携を強化するという点でも有用であり、この点からも精神科訪問看護をより普及するために有効であると言える。ひいては精神障害者の地域ケア充実のためのコミュニティ形成にも資するものであると言えよう。

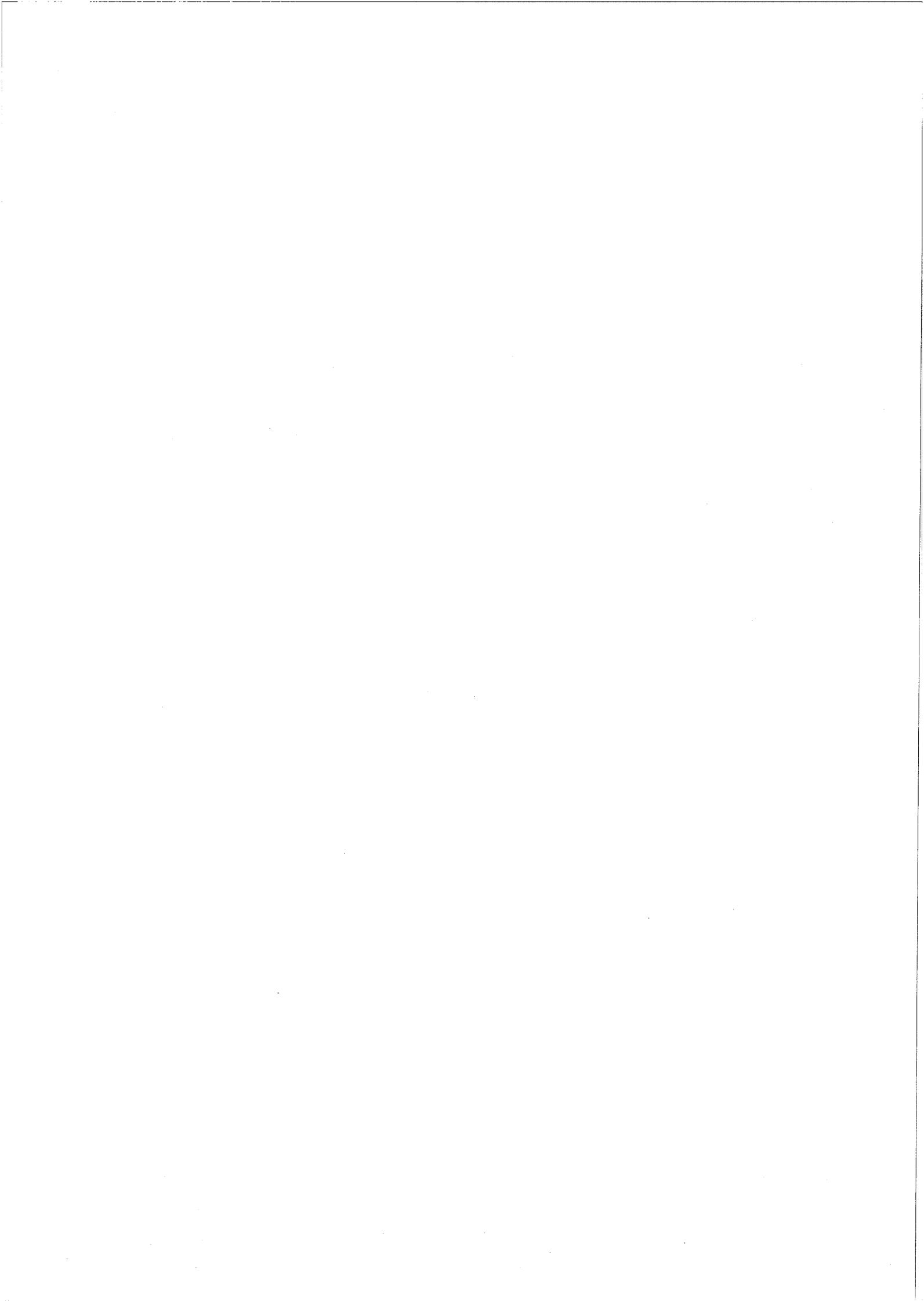
しかしながら、今回のモデル事業では、コンサルタント側への対価など費用面での問題や、コンサルタントとコンサルティの時間調整の問題などがあることもわかった。したがって、精神科訪問看護サービスの経験を有する事業所や医療機関からのコンサルテーションを、診療報酬上に明確に位置づけシステム化することにより、コンサルテーションはより円滑に進められ、ひいては精神科訪問看護の普及につながり、精神障害者の地域生活の推進が図られるものと期待される。





## 事業の概要

---



## 第1章 事業の概要

### I. 概要

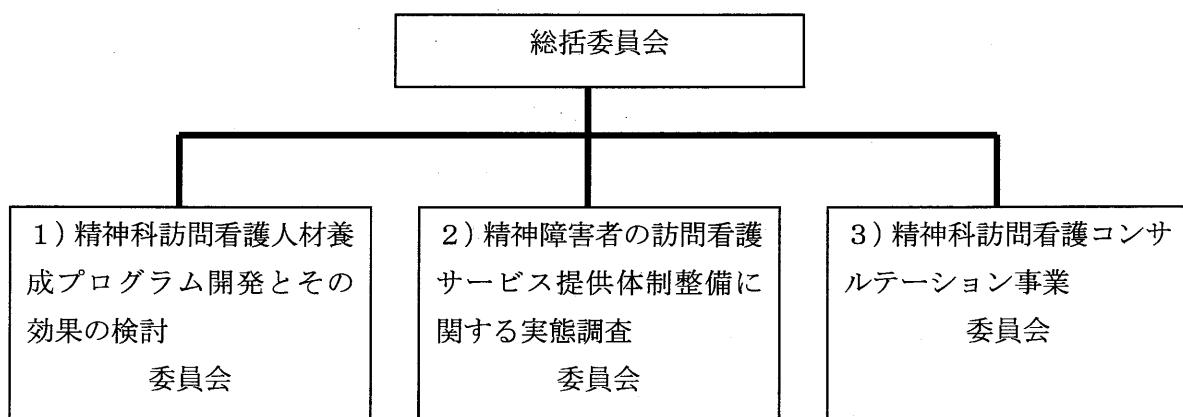
本研究事業では、精神障害者の訪問看護サービス利用者の状態像や個々のニーズや地域の資源等に応じた訪問看護スタッフの人材育成のため、在宅医療のサービスを効果的に活用した、精神科訪問看護のケア技術の開発・標準化を行うとともに、精神科訪問看護のサービス提供体制の全国的で詳細な実態把握のために、実証的データをもとにそのあり方を検討することを目的とした。

このため、1) 精神科訪問看護人材養成プログラム開発とその効果の検討、2) 精神障害者の訪問看護サービス提供体制整備に関する実態調査、3) 精神科訪問看護コンサルテーション事業の3つの事業を実施した。

### II. 事業実施体制

本研究事業は、以下の体制で実施した。3つの事業を統括する総括委員会を設置し、その下に各々の委員会を設置して検討を行った。

総括委員会は2回、1) 精神科訪問看護人材養成プログラム開発とその効果の検討委員会は2回、2) 精神障害者の訪問看護サービス提供体制整備に関する実態調査委員会は2回、3) 精神科訪問看護コンサルテーション事業委員会は3回実施した。



**■ 総括委員会**

(50 音順、敬称略)

	氏名	所属	役職
○	井伊 久美子	社団法人日本看護協会	常任理事
○	上野 桂子	社団法人全国訪問看護事業協会	常務理事
◎	萱間 真美	聖路加看護大学精神看護学	教授
○	澤 温	医療法人社団北斗会さわ病院	院長
○	田中 美恵子	東京女子医科大学精神看護学	教授
○	仲野 栄	社団法人日本精神科看護技術協会	専務理事
○	野中 博	医療法人社団博腎会野中医院	院長
○	羽藤 邦利	医療法人社団邦秀会代々木の森診療所	院長

◎：委員長、○：委員

**■ 精神科訪問看護人材養成プログラム開発とその効果の検討 委員会** (50 音順、敬称略)

	氏名	所属	役職
○	安保 寛明	東北福祉大学 精神看護学	講師
○	上野 桂子	社団法人全国訪問看護事業協会	常務理事
○	大熊 恵子	聖路加看護大学 精神看護学	助教
○	木全 真理	社団法人全国訪問看護事業協会	
◎	仲野 栄	社団法人日本精神科看護技術協会	専務理事
○	野田 寿恵	国立精神・神経センター精神保健研究所	社会福祉室長
○	萩原 正子	財団法人日本訪問看護振興財団	事業部チーフコーディネーター
○	羽藤 邦利	医療法人社団邦秀会代々木の森診療所	院長
*	岡本 典子	聖路加看護大学大学院 修士課程	
*	小高 恵実	聖路加看護大学大学院 博士課程	

◎：委員長、○：委員、\*：研究協力者

■精神障害者の訪問看護サービス提供体制整備に関する実態調査 委員会 (50音順、敬称略)

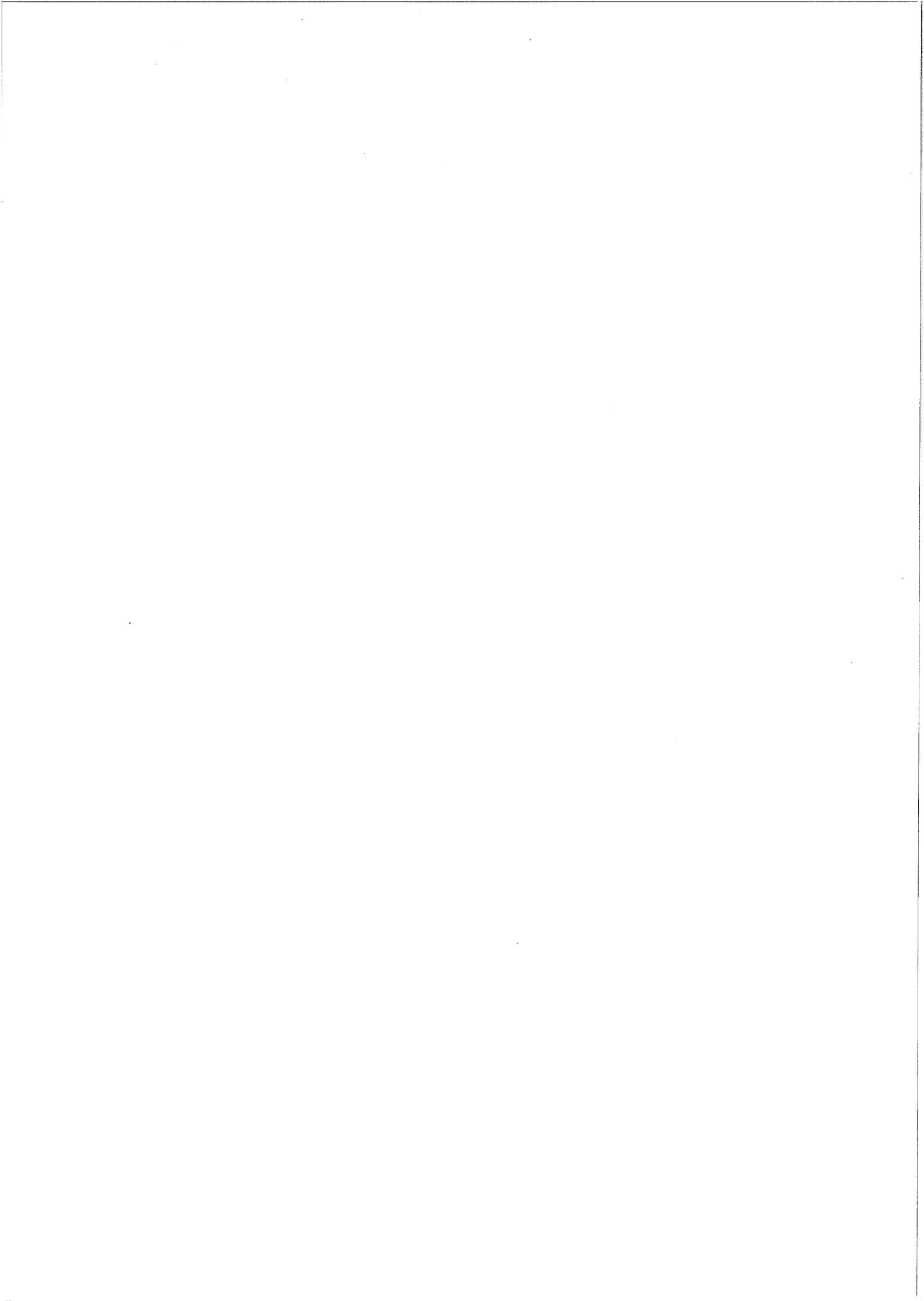
	氏名	所属	役職
○	伊藤 順一郎	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部	部長
◎	萱間 真美	聖路加看護大学 精神看護学	教授
○	木全 真理	社団法人全国訪問看護事業協会	
○	瀬尾 智美	聖路加看護大学 精神看護学	助教
○	瀬戸屋 希	聖路加看護大学 精神看護学	准教授
○	立森 久照	国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部	室長
○	柳井 晴夫	聖路加看護大学大学院	教授
*	沢田 秋	東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野 博士課程	
*	船越 明子	東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野 博士課程	
†	八巻 心太郎	株式会社三菱総合研究所	研究員
†	吉池 由美子	株式会社三菱総合研究所	主任研究員

◎：委員長、○：委員、＊：研究協力者、†：調査委託

■精神科訪問看護コンサルテーション事業 委員会 (50音順、敬称略)

	氏名	所属	役職
○	上野 桂子	社団法人全国訪問看護事業協会	常務理事
○	木全 真理	社団法人全国訪問看護事業協会	
○	久木 ひろ美	財団法人 豊郷病院 訪問看護ステーションレインボウひこね	統括所長
○	筧 宗一	鳥取大学医学部保健学科	講師
◎	田中 美恵子	東京女子医科大学 精神看護学	教授
○	田中 裕美	株式会社ぽっけ 訪問看護ステーション不動平	代表取締役兼所長
○	長野 敏宏	財団法人正光会御荘病院	院長
○	橋詰 紀和子	財団法人精神医学研究所付属東京武蔵野病院	ジェネラルマネジャー
○	濱田 由紀	東京女子医科大学看護学部	講師
*	梅田 麻希	東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻精神保健学分野	
*	佐藤 雅美	財団法人精神医学研究所付属東京武蔵野病院	CNS
*	三瓶 舞紀子	聖路加看護大学大学院看護学研究科 博士前期課程	
*	中坂 公子	東京女子医科大学大学院看護学研究科 博士前期課程	
*	宮城 純子	筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマンケア科学専攻社会精神保健学分野	

◎：委員長、○：委員、＊：研究協力者





## 精神訪問看護人材養成プログラム の開発とその効果の検討

---



## 第2章 精神科訪問看護人材養成プログラムの開発とその効果の検討

### I. はじめに

この事業の目的は、精神科看護に特異的な技術を統合した、精神科訪問看護独自の教育プログラムの開発と、サービスを提供する人材養成のあり方を検討することであり、具体的には以下の2点について、検討を行った。

まず、人材養成プログラムの開発については、精神科に特化しない一般の訪問看護ステーションにおいて、急性期医療を受けて病状が安定しているもののいまだ脆弱性を有する精神障害者に訪問看護サービスを提供するために必要な知識、技術を習得するための教育プログラムを、先行研究に基づいて精神科訪問看護に関するエキスパートである委員とワーキングメンバーが検討を行った。

また、プログラムを受講することで精神障害をもつ利用者に対する苦手意識や抵抗感を和らげ、精神科訪問看護に取り組む意欲を向上させることも目標の1つとした。そこで、プログラムを受講することによる参加者の意識の変化や、プログラム内容に関しての満足度や理解度についての調査を行い、プログラムの評価を行うこととした。

### II. 研修会内容に関する検討

#### 1. 対象者と日程

今回は精神科訪問看護の基本的技術の習得と、その結果として精神科訪問看護の裾野を広げることが目的であるため、精神科訪問看護の経験の少なさを基準に対象者を限定することにした。具体的には、「訪問看護ステーションに勤務している看護職で、精神科訪問看護未経験もしくは経験1年未満の者」とし、募集人員は100名とした。

効果的な精神科訪問看護を行うための知識技術の習得を短期間で行うことは難しいという意見もあったが、訪問看護ステーションという勤務体制の特殊性を勘案し、2日間（実質12時間）の日程とした。

#### 2. プログラム内容

プログラム内容については、精神科訪問看護に関するエキスパートである委員とワーキングメンバーが検討し、以下のように決定して実施した。

- 研修会タイトル：対象者が興味をもち、気軽に参加できるような親しみのある名称を検討し、「精神科訪問看護のコツがわかる研修会」とした。

## ○ プログラム

1月 18日(金)	
10:00～10:50	「精神科医療の特徴」 羽藤邦利(代々木の森診療所)
11:00～12:00	「精神訪問看護の基本的技術」 萱間真美(聖路加看護大学) *利用者との関係性を創る技術 *家族支援の重要性
13:00～17:00	「精神科の薬物療法のコツ」 野田寿恵(国立精神・神経センター精神保健研究所) 佐藤雅美(精神医学研究所附属東京武藏野病院) ①作用・副作用 ②身体合併症・フィジカルアセスメント ③主治医とのコミュニケーション
1月 19日(土)	
9:00～12:00	「難しい場面のアセスメントと対応のコツ」 大熊恵子(聖路加看護大学)、安保寛明(東北福祉大学) ①訪問を拒否されたとき ②暴力を回避するために ③依存的な要求がエスカレートしたら
13:00～16:00	「パネルディスカッション」

内容の詳細は以下のとおりである。

### ○ プログラム 1日目午前

「精神科医療の特性」：精神保健医療福祉の現状や精神障害に関する基本的知識を学習することが必要であり、研修会の冒頭で医師による講義を行うこととした。精神科訪問看護を必要とする対象者の今後の動向や、統合失調症を中心とした精神疾患や精神障害に関する講義を 60 分間行った。

「精神科訪問看護の基本的技術」：事業所内で行う看護と違い、訪問看護ではケアを行う際に留意すべき点がある。また、利用者を尊重して接する等の接遇について学ぶ必要があると考えられた。そこで先行研究に基づき、精神科訪問看護において重要な信頼関係の構築、距離のとり方、コミュニケーションスキルを中心とした『利用者と関係性を創る技術』についての講義を行うことにした。訪問看護において、家族への支援という観点も大切であるため、利用者と家族の心理を理解するために防衛機制に関する講義も盛り込むことにした。これらの内容で、70 分間の講義を行った。

### ○ プログラム 1日目午後

「精神科薬物療法のコツ」：精神疾患の治療において、薬物療法は重要になる。特に、在宅療養では服薬中断の可能性もあるため、薬物療法とそのケアに関する講義は必要不可欠である。まず、服薬継続のための支援についての訪問看護師への期待や、効果的なケアを提供するために必要な精神疾患の知識、抗精神病薬を中心とした薬の作用と副作用に関する講義を精神科医が行った。続いて、精神障害者に起こりやすい身体合併症とそのためのフィジカルアセスメントや観察ポイント、また主治医とコミュニケーションをとっていく上でのポイ

ントなどを精神科看護師が講義した。これらの内容について受講者が十分理解するためには一定程度の時間が必要と考えられたため、210分間の講義を行った。

○ プログラム2日目午前

「難しい場面のアセスメントと対応のコツ」：当初、「問題状況別アセスメントとその対応」というテーマにしていたが、精神科訪問看護の困難性を連想させるため、テーマを変更した。訪問看護ステーションで情報収集を行ったところ、訪問拒否、拒薬、暴力行為、自殺企図、地域住民や近隣への影響、悪性症候群・水中毒など注意が必要な合併症、ひきこもり等が対応困難な状況として出された。そこで、訪問拒否、暴力、依存に関する対応困難場面を選び、『利用者と関係をつなげるコツ』『怒りの感情が表面化しているときの対応のコツ』『依存がエスカレートする利用者への対応のコツ』についてロールプレイやグループワークを盛り込んだ講義を180分間行い、講師が演じる模擬患者に対して実際に受講者に対応してもらう場面を作った。また、対応に困ったときに利用できるツールであるプロセスレコードの紹介も行った。

○ プログラム2日目午後

「パネルディスカッション」：当初、精神科訪問看護を行っている看護師と指示を出している精神科医、精神科訪問看護を利用している当事者と家族をパネラーとして、精神科訪問看護の機能やそれに対する期待に関する意見交換を行う案が出ていた。しかし、精神科訪問看護の困難感の解消にコンサルテーションが有効であることから、本事業の中で行われているコンサルテーション事業の協力者をパネラーとして、精神科訪問看護におけるコンサルテーションの有効性や、精神科訪問看護を活用している精神科医に期待等をプレゼンテーションしてもらった。180分間の中で、受講者からの質問も活発に出された。

### 3. プログラムの評価（アンケート内容）

今回の事業は、受講することによって精神科訪問看護に関する知識が得られるだけでなく、受講者が「精神科訪問看護をやってみよう」という気持ちになれることが目的の1つである。そこで、プログラムを評価するために受講生に対するアンケートを受講前後に行い、受講者の意識にどのような変化があったのかを調査することとした。

アンケート内容は、「精神科訪問看護を利用している統合失調症患者」に対するイメージについて、受講前と後でそれぞれ回答してもらった。質問項目は、受講前後で同じものを用いて、反対のイメージを表現する言葉（例：縁遠い、身近な）を左右に配し、それぞれ7段階（非常に、かなり、やや、どちらでもない）に分け、自分の気持ちに一番近いところに○をつけてもらう方法で調査した。イメージを表す言葉は、20項目であった。

受講前のアンケート用紙には、看護師や訪問看護師としての経験年数、年齢など参加者自身のデモデータに関する質問と研修会で聞きたいことを自由に記載してもらう欄を設定した。

受講後のアンケート用紙には、各プログラムに対する理解度、満足度、わかりやすさについて、5段階（とても、やや、どちらでもない）で回答してもらい、研修会への意見や感想を自由に記載してもらう欄を設けた。

### 4. プログラム参加者と募集方法

当初100名募集の予定であったが、会場の大きさにあわせて140名の定員に変更した。研修会募集の案内を社団法人全国訪問看護事業協会の会員事業所に送付し、ホームページに掲載したところ全国から応募があり、すぐに定員に達して20名がキャンセル待ちという状況になった。

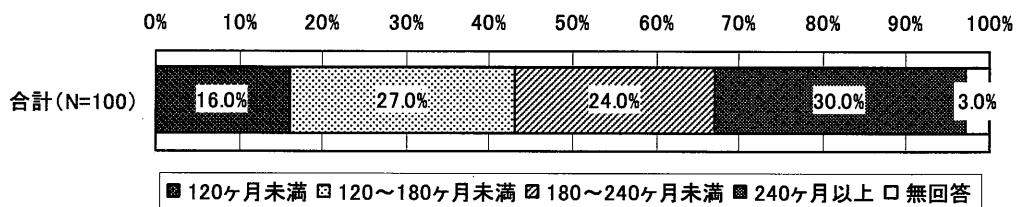
## III. プログラム評価（アンケート）の結果、分析

### 1. 当日の参加者の背景

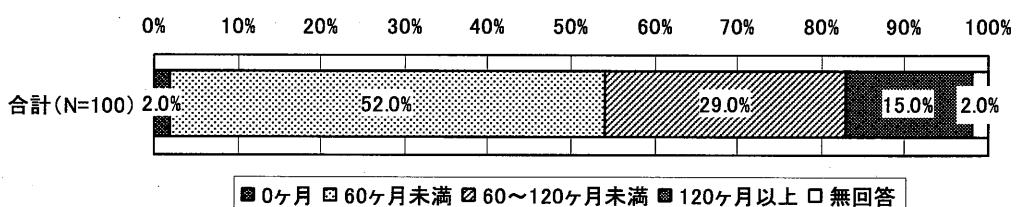
当日の参加人数は111名であり、アンケートへの協力が得られたのは100名であった。参加者の背景として、都心近郊からの参加者が78%であったが、北海道や沖縄からの参加者もあった。

また、看護師としての経験年数は10年以上が75%以上であったが、訪問看護師としての経験年数は、0～5年未満が54%であった（図表2-1、図表2-2）。また、精神科病院（精神科病棟も含む）での経験年数は半年未満のものが87%を占め、今までの精神障害者への訪問看護の経験人数は3人未満が過半数を超え、5人以上は22%であった（図表2-3、図表2-4）。参加者の年齢は、30歳以上がほとんどであった（図表2-5）。

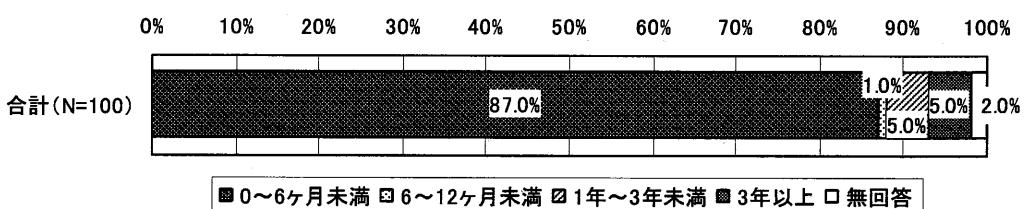
図表 2-1 看護師としての経験年数



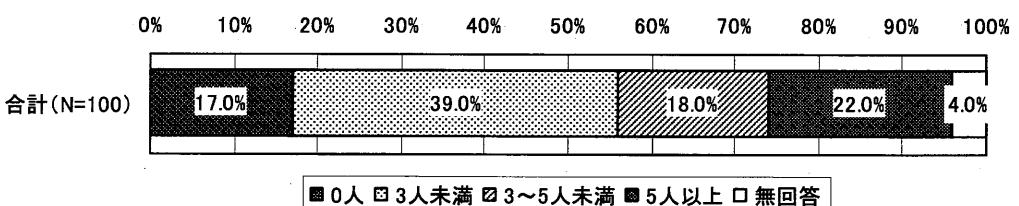
図表 2-2 訪問看護師としての経験年数



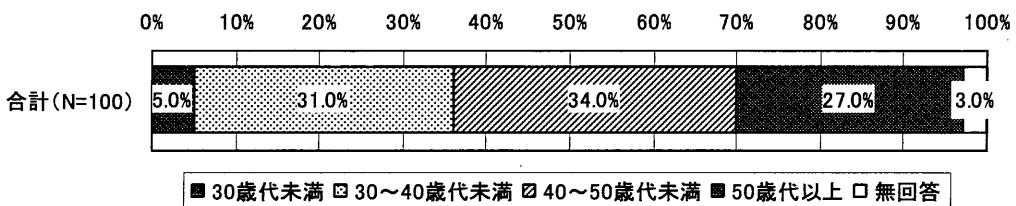
図表 2-3 精神科病院（臨床）での経験期間



図表 2-4 訪問看護で担当した精神障害の利用者的人数



図表 2-5 プログラム参加者の年齢



## 2. アンケート結果

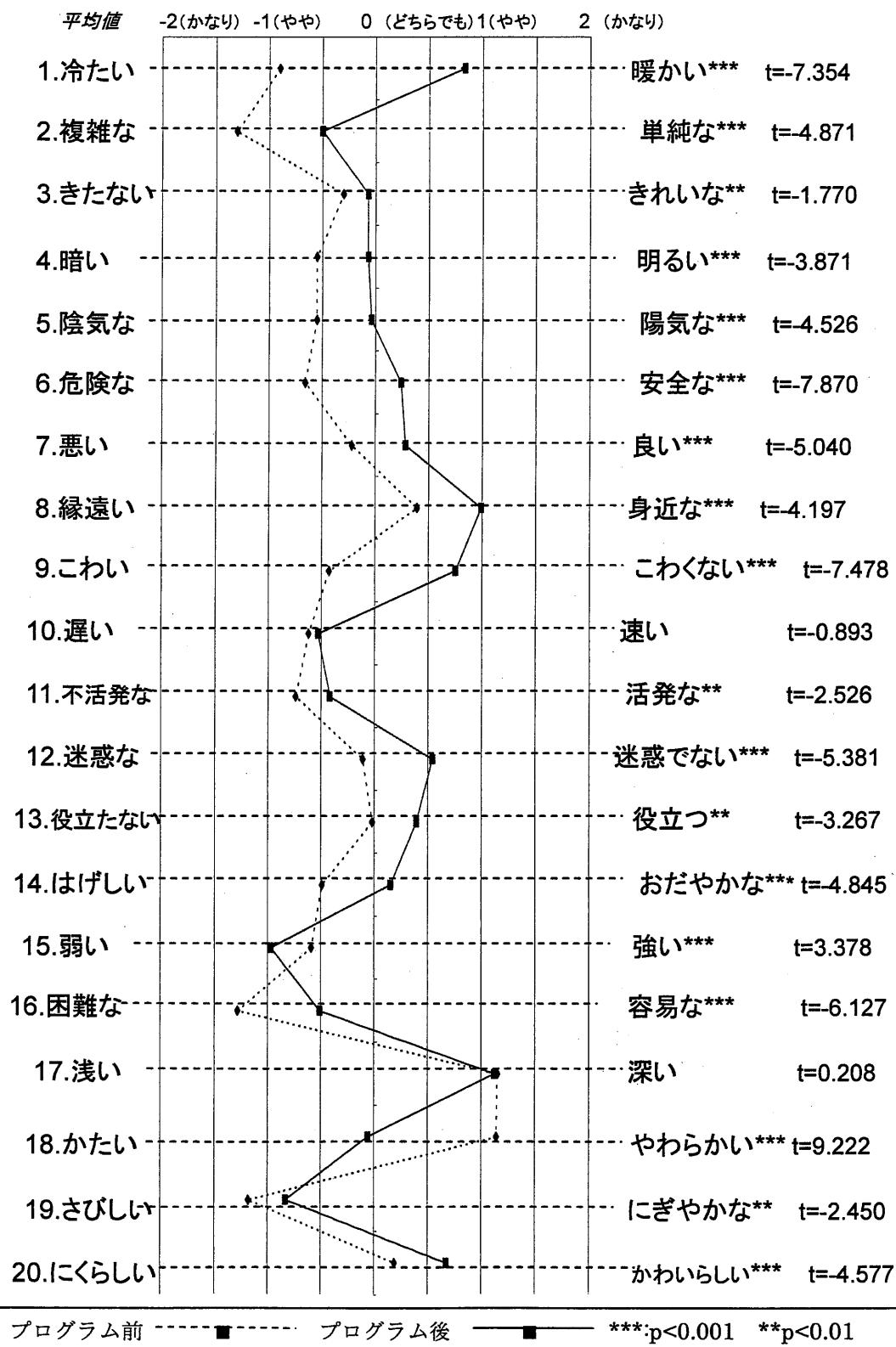
### (1) プログラム前後における精神障害者に対するイメージ変化について

研修会の前後で、「精神科訪問看護を利用している統合失調症患者に対するイメージ」についてのアンケートを行った。調査では、反対のイメージを表現する言葉を左右に配してそれぞれ7段階に分け、自分の気持ちに一番近いところに○をしてもらうというSD法を用いた。「どちらでもない」を0とし、否定的なイメージの方に、各々「やや」を-1、「かなり」を-2、「非常に」を-3と点数化し、肯定的なイメージの方に、各々「やや」を1、「かなり」を2、「非常に」を3と点数化し、平均値を算出した。受講前後のイメージの変化を見るために、平均値の差を対応のあるt検定で行った。その結果を図表 2-6 に示す。

20項目のうち、 $p<0.001$ で有意差が見られた項目は、「1. 冷たいー暖かい」「2. 複雑なー単純な」「4. 暗いー明るい」「5. 陰気なー陽気な」「6. 危険なー安全な」「7. 悪いー良い」「8. 縁遠いー身近な」「9. こわいーこわくない」「12. 迷惑なー迷惑でない」「14. はげしいーおだやかな」「15. 弱いー強い」「16. 困難なー容易な」「18. かたいーやわらかい」「20. にくらしいーかわいららしい」の14項目であった。そのうち、受講後に有意に下がった項目は「15. 弱いー強い」「18. かたいーやわらかい」であり、他の項目は受講後に有意に高くなっていた。また、 $p<0.01$ で有意差が見られた項目は、「3. きたないーきれいな」「11. 不活発なー活発な」「19. さびしいーにぎやかな」の3項目で、いずれも受講後に有意に高くなっていた。有意差が見られなかった項目は、「10. 遅いー速い」「17. 浅いー深い」であった。

これらの結果より、「精神科訪問看護を利用している統合失調症患者に対するイメージ」は、研修会受講後にイメージが変化していることが伺える。受講後に変化した「15. 弱いー強い」と「18. かたいーやわらかい」については、講義によって、統合失調症の病状（ストレスに対する脆弱性、緊張型の症状であるカタレプシーなど）をより具体的に理解することができたため、このような変化をしたのではないかと考えられる。

図表 2-6 プログラム前後における「精神科訪問看護を利用している統合失調症患者に対するイメージ」の変化



## (2) プログラムの満足度、理解度、わかりやすさについて

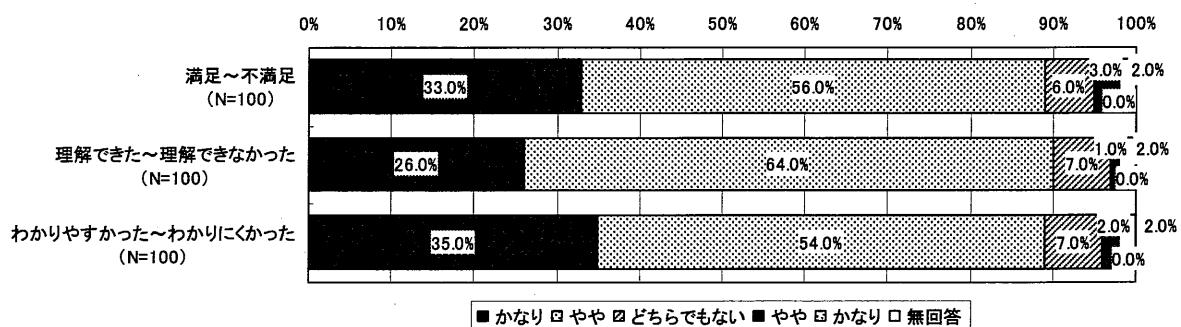
受講後に、各プログラムに対する満足度、理解度、わかりやすさについて、アンケート調査を行った。それぞれ、5段階評価（かなり満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満足、かなり不満足）にて回答を依頼した。その結果をそれぞれ図表2-7～図表2-11に示す。

パネルディスカッション以外のプログラムにおいて、「かなり満足／理解できた／わかりやすかった」と「やや満足／理解できた／わかりやすかった」を合わせると80%以上であり、プログラムに対する満足度、理解度、わかりやすさに関する評価は高いことが伺えた。自由記載の中でも、

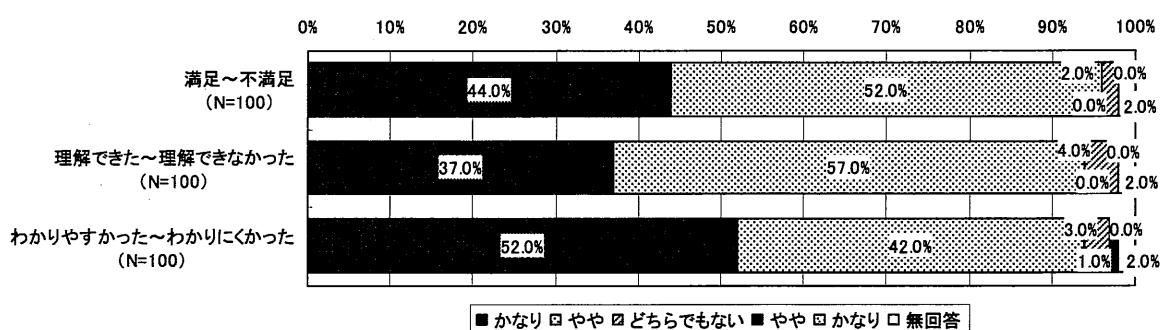
「今後にぜひ活かしたい」「中身が濃く、とてもわかりやすかった」「精神科訪問看護に対する意欲がわいた」「一般的の訪問看護に活かせる内容であった」「わからないから怖いという思いから脱却できた」などの記載があり、プログラム受講後に精神科訪問看護に対して肯定的なイメージが高まっていることが伺えた。

パネルディスカッションについては2日目の最後に行なったため、聴講できずに無回答となってしまった受講者がいたこと、また、自由記載の中に「もう少し質問の時間をとて欲しかった」という記載もあり、今後、検討をしていきたい。

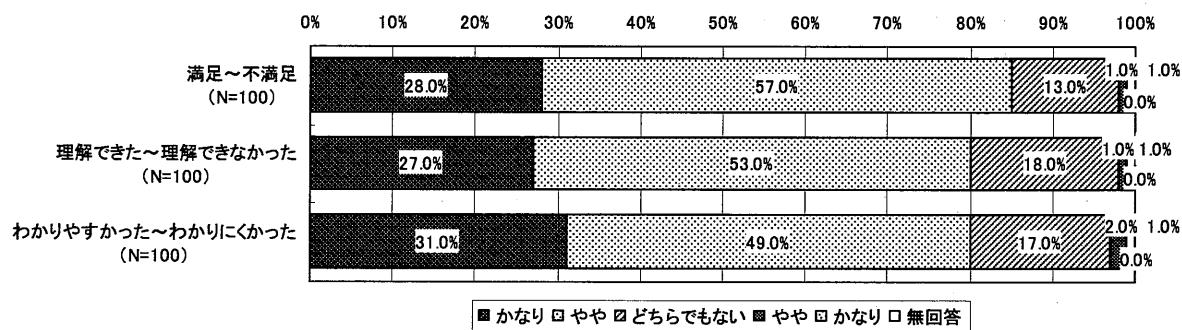
図表2-7 「精神科医療・看護の特性」に関する満足度・理解度・わかりやすさ



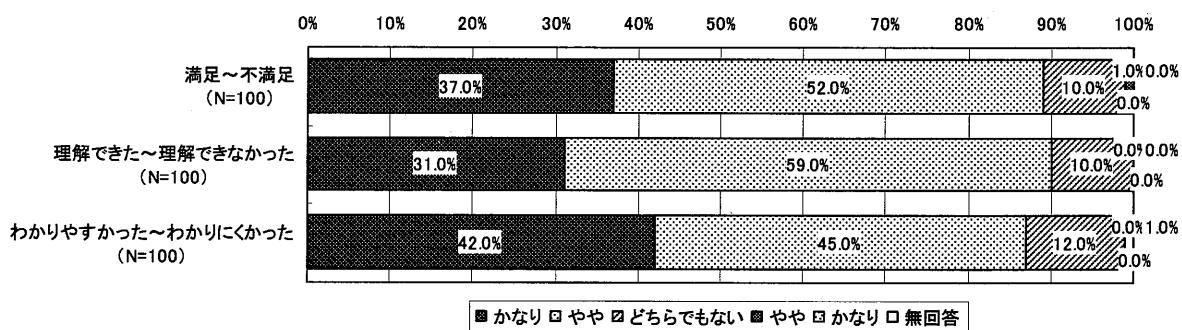
図表2-8 「精神科訪問看護の基本的技術」に関する満足度・理解度・わかりやすさ



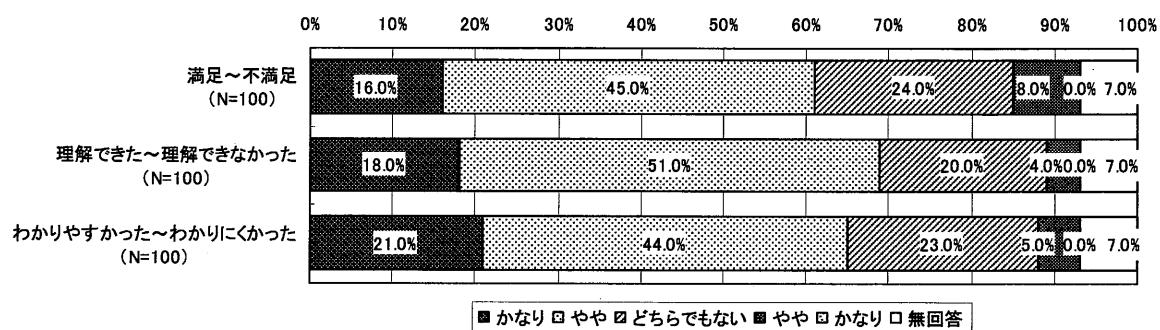
図表 2-9 「精神科薬物療法のコツ」に関する満足度・理解度・わかりやすさ



図表 2-10 「難しい場面のアセスメントと対応のコツ」に関する満足度・理解度・わかりやすさ



図表 2-11 「パネルディスカッション」に関する満足度・理解度・わかりやすさ



#### IV. 今後の研修会開催に向けて

今回の研修会の結果を受け、今後は各事業団体において、今回と同様の内容の研修会が開催される予定である。

社団法人全国訪問看護事業協会

2009年1月16日～17日：東京、2009年1月23日～24日：大阪

財団法人日本訪問看護振興財団

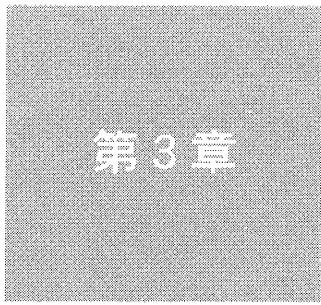
2008年10月11日～12日：仙台、2008年12月6日～7日：福岡

社団法人日本精神科看護技術協会

2008年12月8日～9日：東京

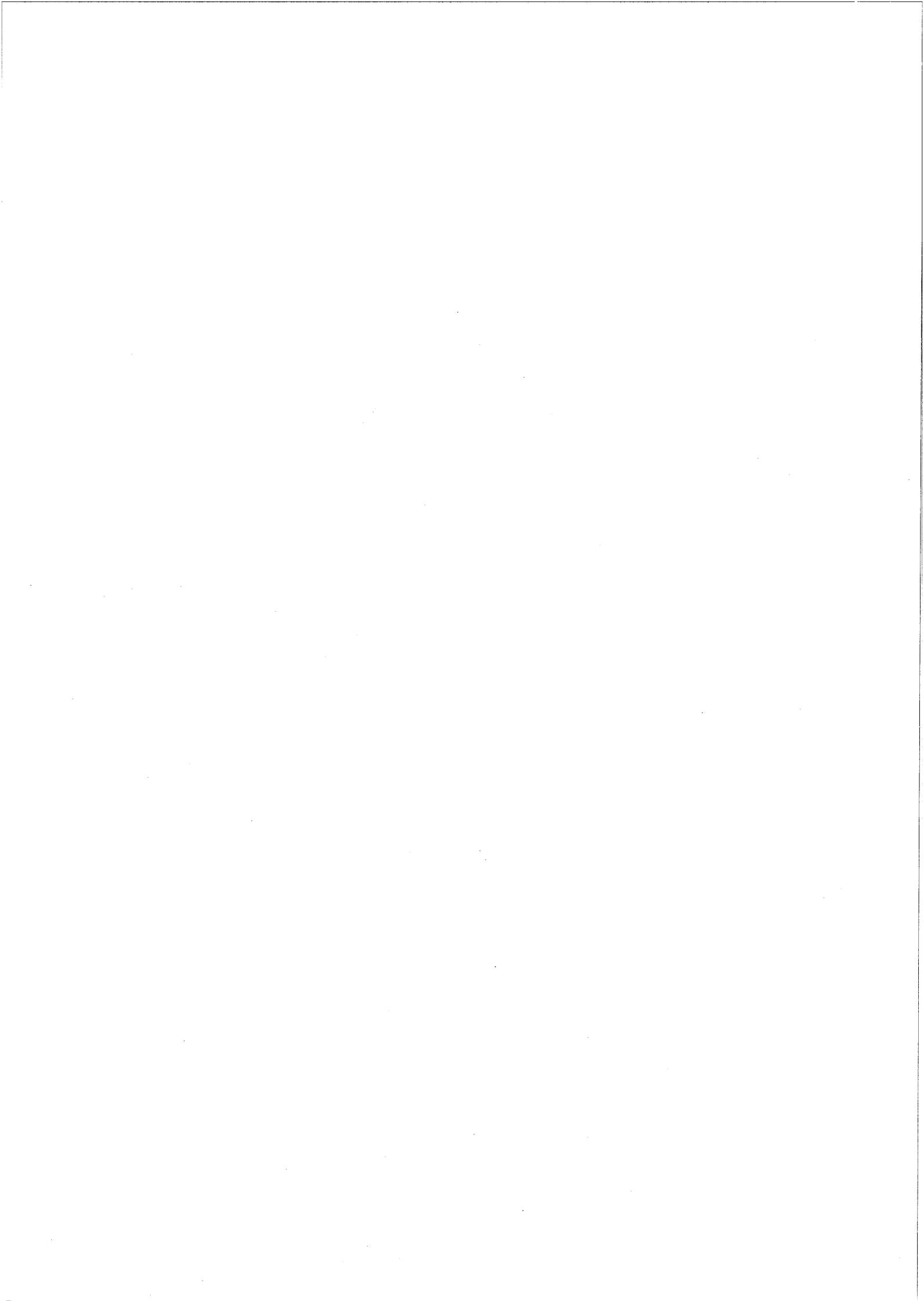
<資料>

- ・研修会ご案内パンフレット（参考資料参照）
- ・アンケート用紙（参考資料参照）



## **精神障害者の訪問看護サービス 提供体制整備に関する実態調査**

---



## 第3章 精神障害者の訪問看護サービス提供体制整備に関する実態調査

### I. 背景と目的

本調査研究は、精神障害者の地域生活支援を支える精神科訪問看護サービスの対象者およびサービス内容の実態を詳細に把握し、医療機関が行う精神科訪問看護との共通性と特異性を明らかにし、それぞれの利用者の状態像、個々のニーズや地域の資源等に応じた訪問看護のサービス提供体制のあり方を検討し、今後の訪問看護制度の検討・報酬改定の基礎資料の作成を目的として実施した。

### II. 調査対象と方法

本調査研究では、精神障害者の訪問看護サービス提供体制整備に関する実態を把握するために、(1) 精神障害者への訪問看護ステーション全国実態調査（一次調査）、(2) 精神障害者への訪問看護サービス提供状況に関する比較調査（二次調査）を実施した。

#### 1. 調査対象

一次調査の対象は、社団法人全国訪問看護事業協会に加盟する全国の訪問看護ステーション3,307事業所とした。

二次調査は、訪問看護ステーションと病院を対象として実施した。対象とした訪問看護ステーションは、一次調査に回答した全国の訪問看護ステーション1,664事業所のうち、精神科訪問看護を実施、かつ事業所名が判明していた664事業所とした。病院は、精神科訪問看護を行っている病院のうち、二次調査に回答の得られた訪問看護ステーションの所在地域ブロックに対応した地域ブロックから選定し、調査への協力が得られた11病院とした。

#### 2. 調査方法

一次調査は、自記式調査票を用いたFAX配布・回収とした。

二次調査は、自記式調査票を用いた郵送配布・回収とした。

#### 3. 調査実施時期

一次調査は、平成19年10月、二次調査は訪問看護ステーション調査の実施時期は平成19年11月、病院調査は平成20年1月とした。

### III. 調査項目

調査項目は、以下のとおりである。

図表 3-1 調査項目一覧（一次調査）

区分	内容
事業所属性	開設主体、医療機関への併設有無、加算届出の状況、指定自立支援医療機関の指定の有無、従事者数、精神科病床での看護経験のある職員の有無
訪問対象者の状況	訪問対象者数、延訪問回数、緊急訪問回数、精神の緊急訪問回数
精神科訪問看護に関して	精神科訪問看護を実施するために必要なサポート、精神科訪問看護について日頃難しいと感じていること
精神科訪問看護実施状況	訪問看護基本療養費（I）および（II）の算定状況
訪問していない理由	※精神科訪問看護を実施していない事業所のみ 現在訪問していない理由、過去1年以内の訪問の有無、精神科訪問看護依頼を断った経験、精神科訪問看護の実施を可能とする報酬・制度

図表 3-2 調査項目一覧（二次調査）

施設区分	区分	内容
訪問看護ステーション	事業所の状況	精神疾患が主傷病の利用者への訪問状況（対象者数、主傷病別人数等）、延訪問回数、2人以上で同時に訪問した回数、対象者の紹介元、過去1年間の精神科訪問看護の新規・終了人数、精神障害者居宅介護等支援事業を実施している事業所の併設の有無、精神科訪問看護を担当している職員数、精神科訪問看護を実施する上で困難なこと、対応困難事例 等
	利用者の状況	属性 性別、年齢、統合失調症発症年齢、訪問看護開始時年齢、婚姻状況、合併症、居住形態、過去の精神科入院回数・入退院歴、保険の種類、自立支援法による障害認定、現在の就労の有無
	最近1ヶ月の状況	訪問先、訪問時間、訪問滞在時間、訪問回数、同行訪問者、電話相談の状況、利用している社会資源、看護計画見直しの頻度、主治医との情報の共有方法、他職種・他機関との連携の状況
	ケア内容	精神科訪問看護のケア内容
	機能	GAF、社会行動評価尺度
病院	事業所の状況	開設主体、病床数、看護実質配置、平均在院日数、精神科入院患者数、精神科訪問看護を実施している職員数、地域の訪問看護ステーションへの訪問依頼経験の有無、精神疾患が主傷病の利用者への訪問状況（対象者数、主傷病別人数等）、延訪問回数、2人以上で同時に訪問した回数、退院前訪問看護実施人数・回数 等
	利用者の状況	※訪問看護ステーションに準じる

#### IV. 回収状況

一次調査の回収数は 1,664 票、回収率は 50.3% であった。

二次調査の回収状況は以下のとおりであった。

図表 3-3 二次調査の回収状況

種別	調査票区分	回収数	回収率
訪問看護ステーション	事業所調査票	315	47.4%
	患者調査票	495	—
病院	事業所調査票	11	100%
	患者調査票	345	

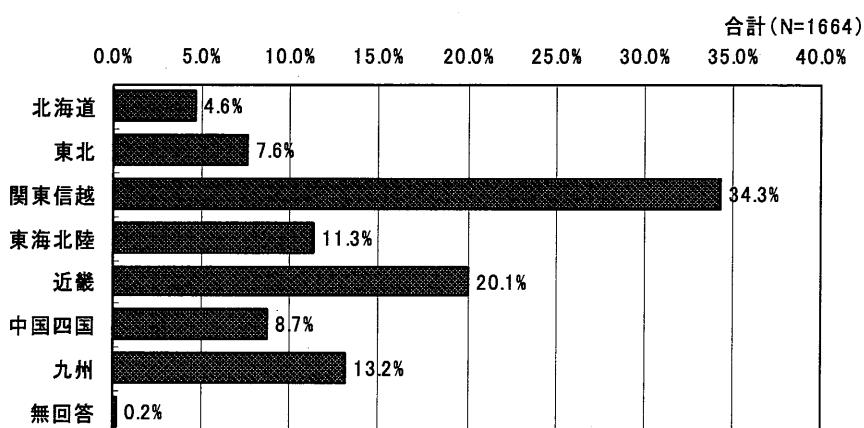
## V. 調査結果

### 1. 精神障害者への訪問看護ステーション全国実態調査（一次調査）

#### (1) 都道府県ブロック別回答状況

「関東・甲信越」(34.3%)が最も多く、次いで「近畿」(20.1%)、「九州」(13.2%)であった。

図表 3-4 都道府県ブロック別回答状況



【参考】：都道府県ブロック

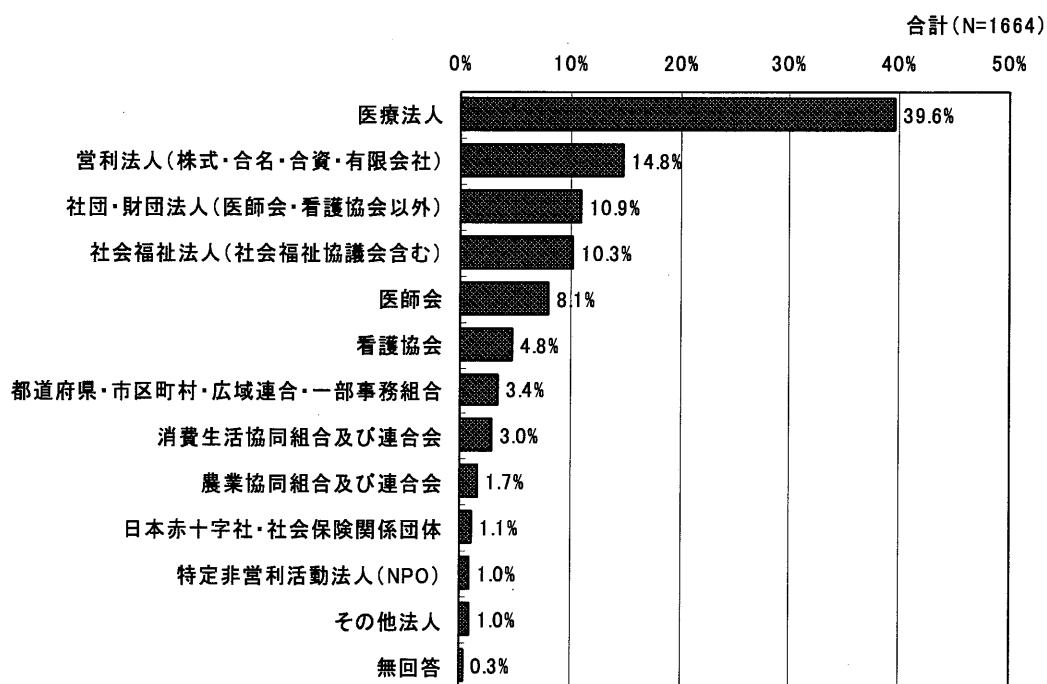
ブロック	地域
北海道	北海道
東北	青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
関東信越	茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県
東海北陸	富山県、石川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
近畿	福井県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
中国四国	鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県
九州	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

※厚生労働省地方厚生局の区分に基づく

## (2) 開設主体

開設主体は、「医療法人」(39.6%)が最も多く、次いで「営利法人（株式・合名・合資・有限会社）」(14.8%)、「社団・財団法人（医師会、看護協会以外）」(10.9%)であった。

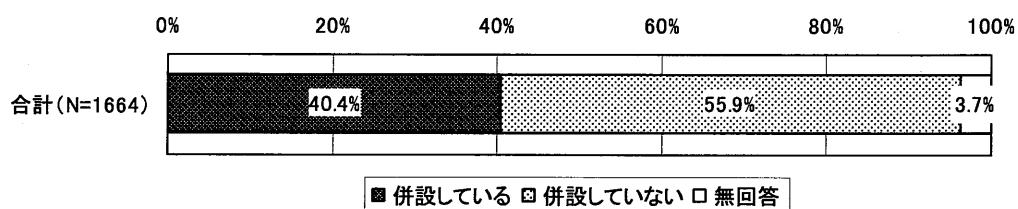
図表 3-5 開設主体



## (3) 病院（診療所）への併設の有無

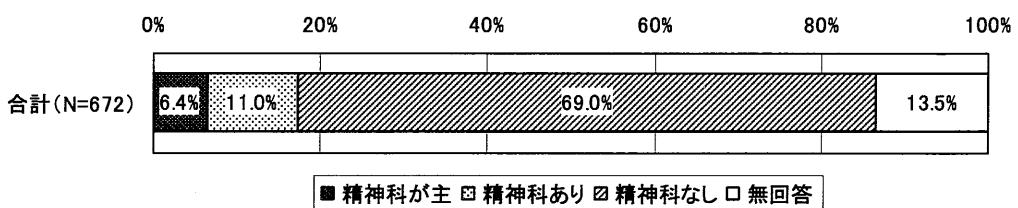
病院（診療所）への併設の有無についてみると、「併設している」が40.4%、「併設していない」が55.9%であった。

図表 3-6 病院（診療所）への併設の有無



また、病院・診療所への併設である事業所（672 事業所）の場合、当該医療機関の標榜診療科については、「精神科なし」(69.0%)が最も多く、次いで「精神科あり」(11.0%)、「精神科が主」(6.4%)であった。

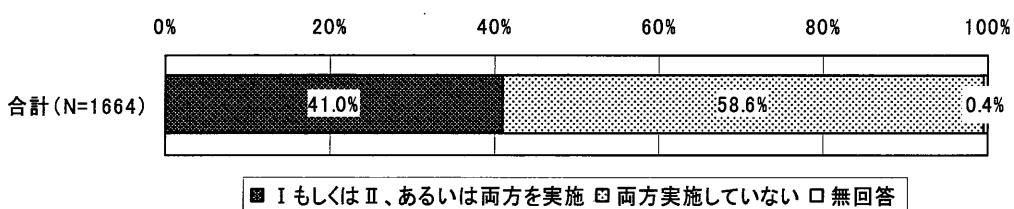
図表 3-7 併設している場合の標榜診療科



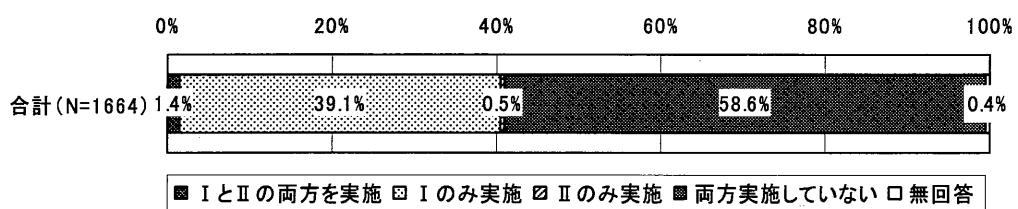
#### (4) 精神科訪問看護の実施状況

平成 19 年 9 月において、「訪問看護基本療養費（II）」の算定、もしくは「訪問看護基本療養費（I）又は介護保険法で、精神疾患（認知症を除く）が主傷病の利用者への訪問」を実施した事業所についてみると、いずれかを実施している事業所が 41.0%（682 事業所）、両方実施していない事業所は 58.6%（975 事業所）であった。

図表 3-8 精神科訪問看護実施の有無



図表 3-9 精神科訪問看護実施の有無（内訳）



これを、開設主体別にみると以下の通りである。精神科訪問看護を実施している割合は、開設主体が看護協会（61.3%）、社団・財団法人（医師会・看護協会以外）（56.9%）、消費者生活協同組合及び連合会（50.0%）等で多くなっている。

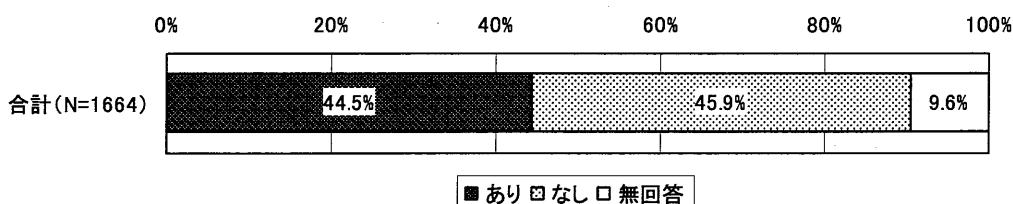
図表 3-10 精神科訪問看護実施の有無（開設主体別）

	N %	精神訪問看護（I または II）の実施			
		あり	なし	無回答	合計
合計	N %	682 41.0	941 56.6	41 2.5	1664 100
都道府県・市区町村等	N %	21 37.5	34 60.7	1 1.8	56 100
日赤・社会保険関係団体	N %	6 33.3	10 55.6	2 11.1	18 100
医療法人	N %	250 37.9	392 59.5	17 2.6	659 100
医師会	N %	56 41.8	75 56.0	3 2.2	134 100
看護協会	N %	49 61.3	30 37.5	1 1.3	80 100
社団・財団法人（医師会・看護協会以外）	N %	103 56.9	73 40.3	5 2.8	181 100
社会福祉法人	N %	66 38.4	105 61.0	1 0.6	172 100
農業協同組合及び連合会	N %	7 24.1	21 72.4	1 3.4	29 100
消費生活協同組合及び連合会	N %	25 50.0	24 48.0	1 2.0	50 100
営利法人	N %	86 34.8	154 62.3	7 2.8	247 100
特定非営利活動法人	N %	6 35.3	11 64.7	0 0.0	17 100
その他法人	N %	6 37.5	8 50.0	2 12.5	16 100
不明	N %	1 20.0	4 80.0	0 0.0	5 100

### (5) 指定自立支援医療機関（訪問看護事業者等）の指定の有無

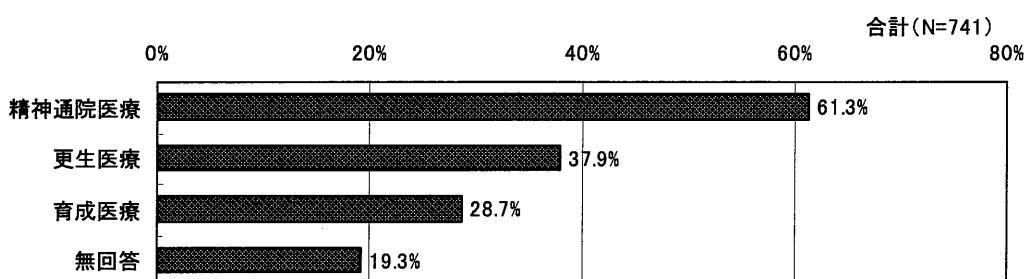
指定自立支援医療機関（訪問看護事業者等）の指定の有無についてみると、「あり」が 44.5%、「なし」が 45.9% であった。

図表 3-11 指定自立支援医療機関（訪問看護事業者等）の指定の有無



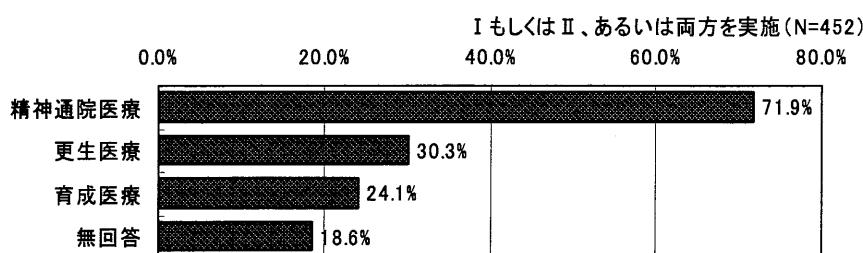
また、指定がある事業所の場合（741 事業所）、指定の種類についてみると、「精神通院医療」（61.3%）が最も多く、次いで「更生医療」（37.9%）、「育成医療」（28.7%）であった。

図表 3-12 指定ありの場合の指定の種類（複数回答）

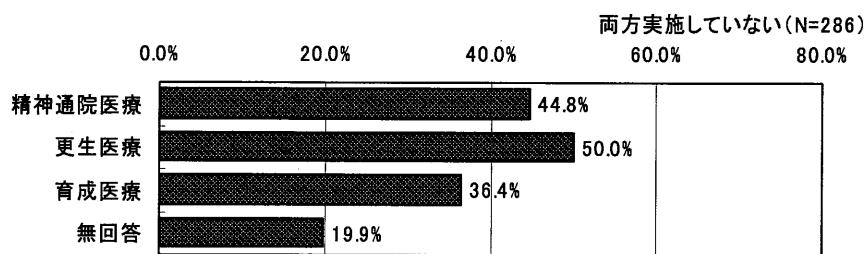


これを精神科訪問看護の実施状況別にみると、精神科訪問看護を実施している事業所では精神通院医療の指定が 71.9% であったのに対し、精神科訪問看護を実施していない事業所では精神通院医療の指定は 44.8% であった。

図表 3-13 指定ありの場合の指定の種類（複数回答）



図表 3-14 指定ありの場合の指定の種類（複数回答）

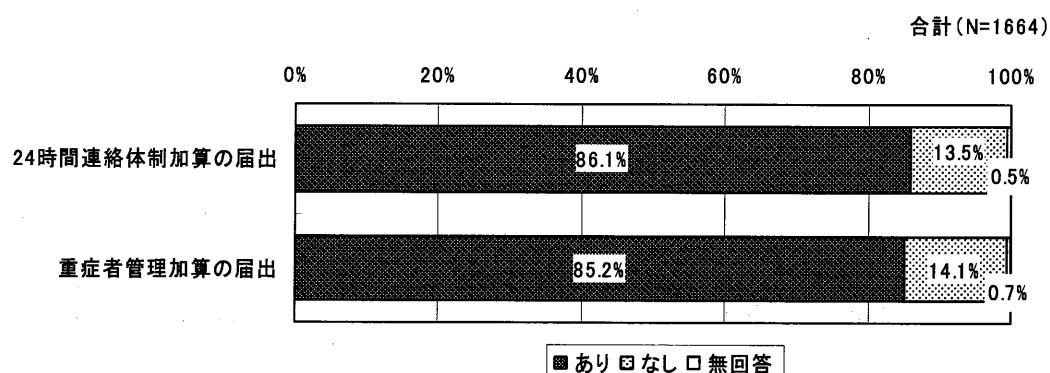


## (6) 加算届出の状況

### 1) 医療保険法等における加算の届出の有無

医療保険法等における 24 時間連絡体制加算の届出の有無についてみると、「あり」が 86.1%、「なし」が 13.5% であった。また、重症者管理加算の届出の有無については、「あり」が 85.2%、「なし」が 14.1% であった。

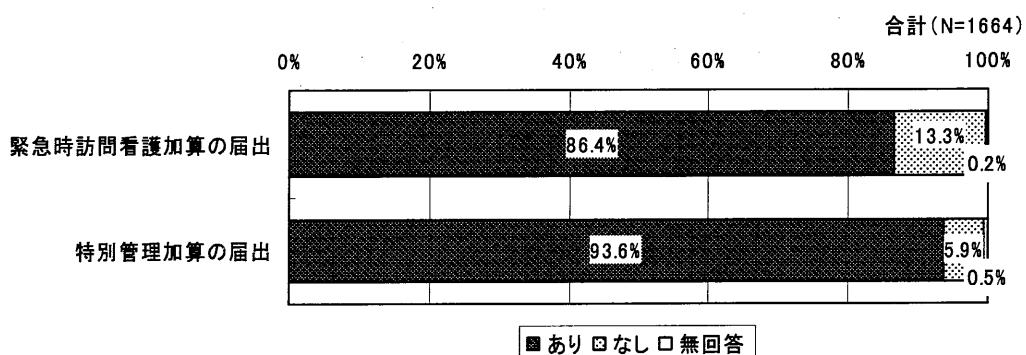
図表 3-15 医療保険法等における加算の届出の有無



## 2) 介護保険法における加算の届出の有無

介護保険法における緊急時訪問看護加算の届出の有無についてみると、「あり」が 86.4%、「なし」が 13.3% であった。また、特別管理加算の届出の有無については、「あり」が 93.6%、「なし」が 5.9% であった。

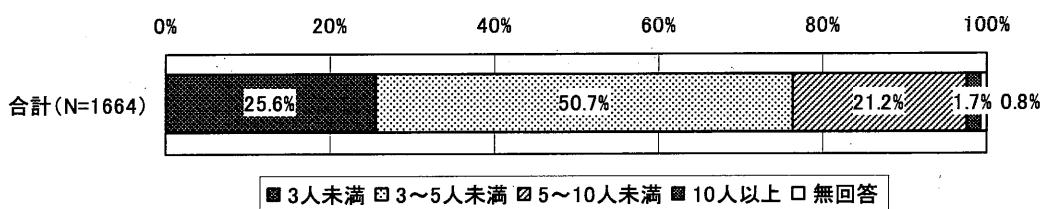
図表 3-16 介護保険法における加算の届出の有無



## (7) 従事者数

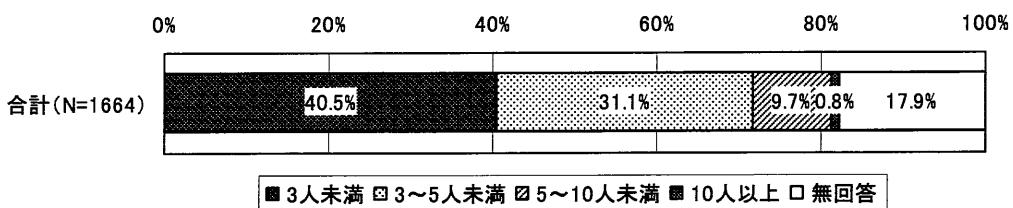
看護職員の常勤（実人数）についてみると、「3～5人未満」(50.7%) が最も多く、次いで、「3人未満」(25.6%)、「5～10人未満」(21.2%)、平均 3.67（標準偏差 1.91）であった。

図表 3-17 看護職員の常勤（実人数）



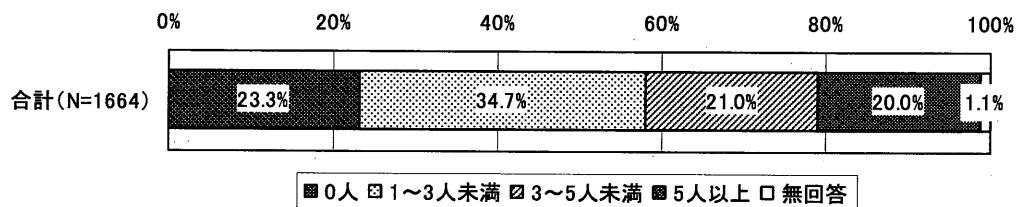
看護職員（常勤）の常勤換算数については、「3人未満」(40.5%) が最も多く、次いで、「3～5人未満」(31.1%)、「5～10人未満」(9.7%)、平均 3.13（標準偏差 1.71）であった。

図表 3-18 看護職員（常勤）の常勤換算数



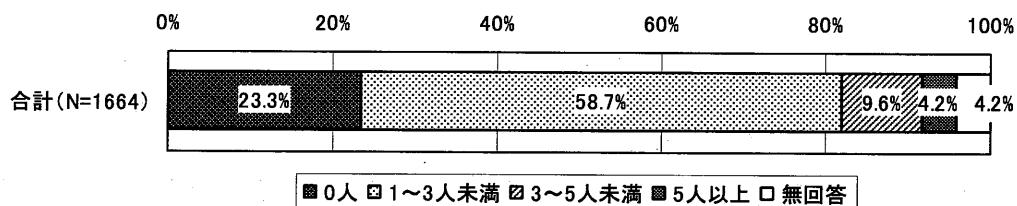
看護職員の非常勤（実人数）についてみると、「1～3人未満」（34.7%）が最も多く、次いで、「0人」（23.3%）、「3～5人未満」（21.0%）、平均2.75（標準偏差3.22）であった。

図表 3-19 看護職員の非常勤（実人数）



看護職員（非常勤）の常勤換算数については、「1～3人未満」（58.7%）が最も多く、次いで、「0人」（23.3%）、「3～5人未満」（9.6%）、平均1.44（標準偏差1.74）であった。

図表 3-20 看護職員（非常勤）の常勤換算数



事業所の従事者数および全職員数は以下のとおりであった。

図表 3-21 従事者数

	事業所数	常勤職員		非常勤職員	
		実人数	常勤換算数	実人数	常勤換算数
看護職員	事業所数	1,651	1,366	1,646	1,594
	平均値	3.67	3.13	2.75	1.44
	標準偏差	1.91	1.71	3.22	1.74
看護職員うちPSW	事業所数	1,651	1,365	1,258	1,206
	平均値	0.01	0.01	0.01	0.00
	標準偏差	0.15	0.14	0.08	0.05
PT・OT・ST	事業所数	1,646	1,575	1,647	1,606
	平均値	0.60	0.31	0.68	0.17
	標準偏差	1.68	0.96	1.91	0.58
その他職員	事業所数	1,651	1,526	1,642	1,619
	平均値	0.30	0.18	0.21	0.11
	標準偏差	0.55	0.46	0.51	0.30

図表 3-22 職員常勤換算数

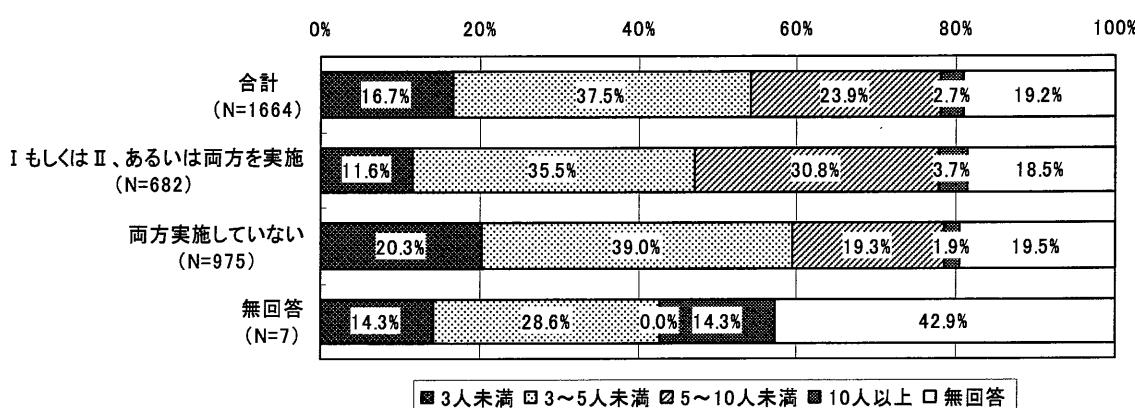
	事業所数	平均値	標準偏差
全職員	1,210	5.39	2.96
看護職員	1,366	4.60	2.23

看護職員の常勤換算数について、精神科訪問看護実施状況別にみると、実施している事業所では「3～5人未満」(35.5%)が最も多く、次いで「5～10人未満」(30.8%)、平均は5.06人(標準偏差2.44)であった。

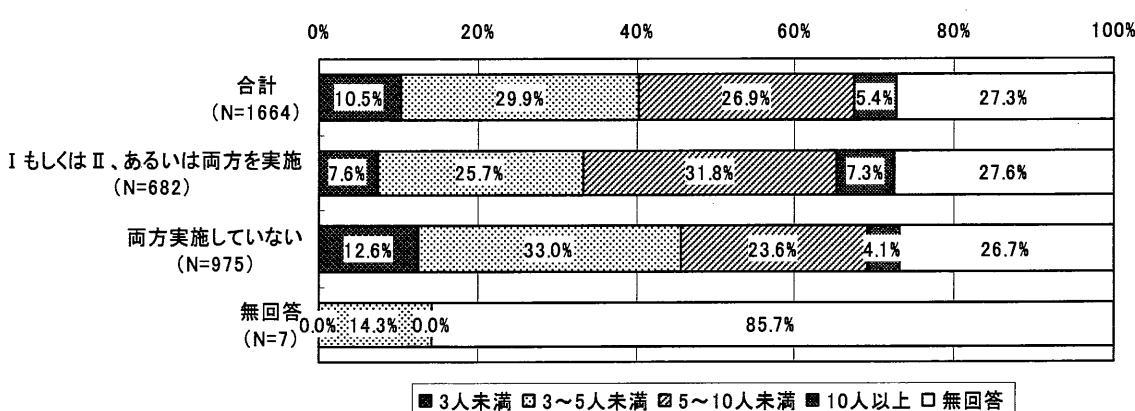
一方、実施していない事業所では、「3～5人未満」(39.0%)が最も多く、次いで「3人未満」(20.3%)であった。平均は4.27人(標準偏差2.01)であった。

全職員の常勤換算数についても、同様の傾向が見られた。

図表 3-23 看護職員常勤換算数(精神科訪問看護実施状況別)



図表 3-24 全職員常勤換算数(精神科訪問看護実施状況別)



(8) 訪問対象者数等（平成 19 年 9 月中）

訪問対象者数及び延訪問回数については、以下の通りであった。

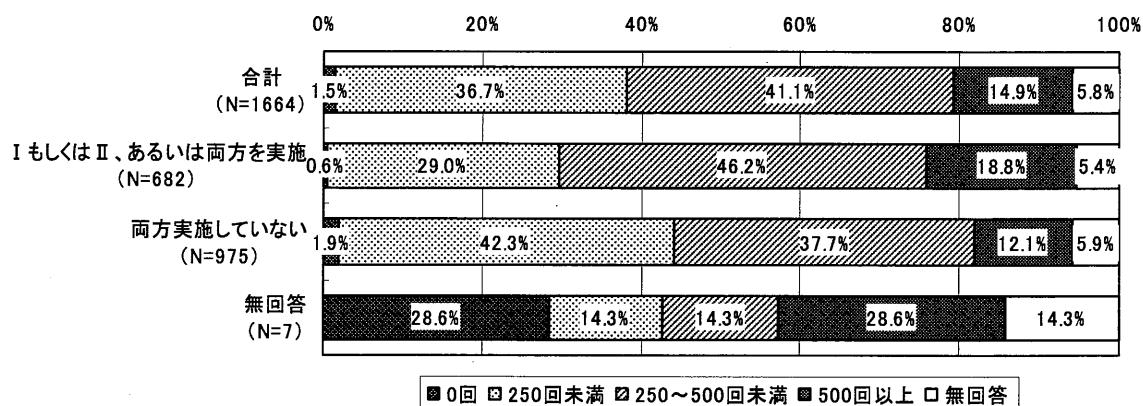
図表 3-25 訪問対象者数、延訪問回数等（平成 19 年 9 月中）

		事業所数	平均値	標準偏差
訪問対象者数	介護保険	1,619	48.31	46.12
	医療保険	1,616	14.11	15.96
	合計	1,602	62.76	55.16
延訪問回数	介護保険	1,598	233.30	174.22
	医療保険	1,582	97.16	94.31
	合計	1,568	331.47	230.30
うち緊急訪問回数	介護保険	1,564	4.02	12.90
	医療保険	1,537	1.73	5.15
	合計	1,543	5.74	15.57
うち精神の緊急訪問回数	介護保険	972	0.07	0.54
	医療保険	579	0.16	0.78
	合計	1,045	0.16	0.84

延訪問回数について、精神科訪問看護の実施状況別にみると、実施している事業所では「250～500 回未満」(46.2%) が最も多く、次いで「250 回未満」(29.0%)、平均は 366.25 回 (標準偏差 210.89) であった。

一方、実施していない事業所では、「250 回未満」(42.3%) が最も多く、次いで「250～500 回未満」(37.7%) であった。平均は 306.91 回 (標準偏差 238.71) であった。

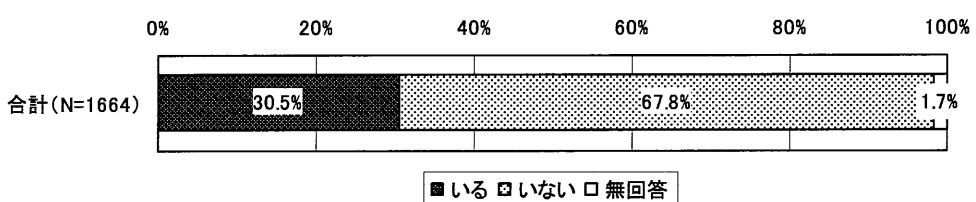
図表 3-26 延訪問回数（合計）（精神科訪問看護実施状況別）



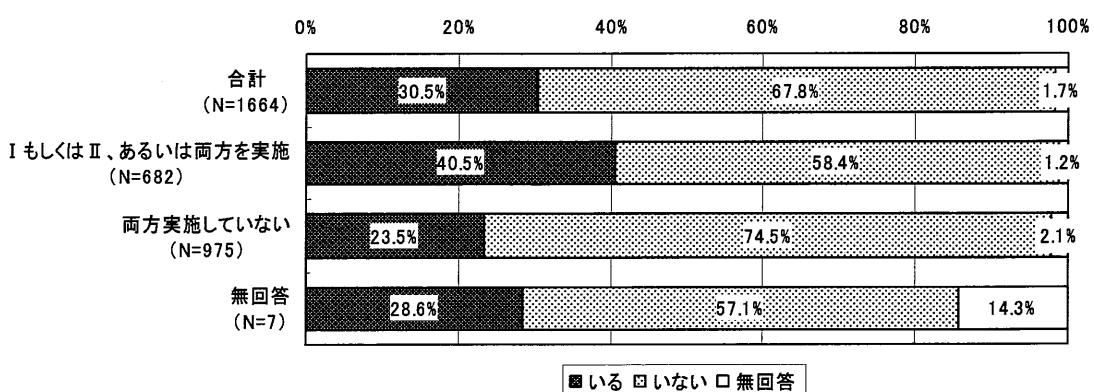
### (9) 精神科病床での看護経験のある職員の有無

精神科病床での看護経験のある職員の有無についてみると、「いる」が 30.5%、「いない」が 67.8%であった。これを精神科訪問看護の実施有無別にみると、実施している事業所では 40.5%が「いる」、実施していない事業所では 23.5%が「いる」と回答していた。

図表 3-27 精神科病床での看護経験のある職員の有無

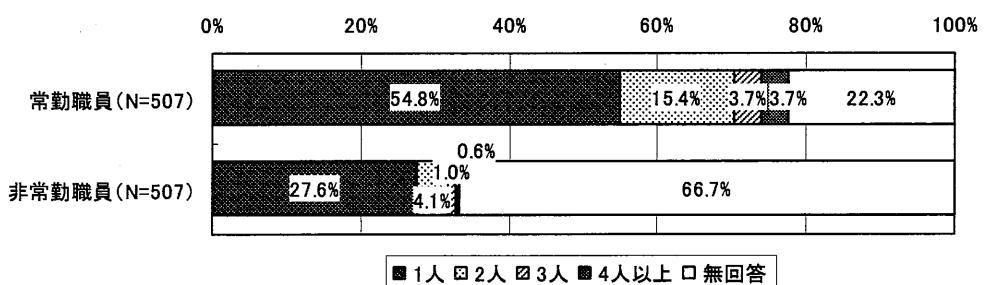


図表 3-28 精神科病床での看護経験のある職員の有無



また、看護経験のある職員がいる場合の人数については、常勤職員では「1人」(54.8%)が最も多く、次いで「2人」(15.4%)、「3人」(3.7%)、「4人」(3.7%)、平均 1.45 人（標準偏差 0.85）であった。同じく、非常勤職員では「1人」(27.6%)が最も多く、次いで「2人」(4.1%)、「3人」(1.0%)、平均 1.24 人（標準偏差 0.59）であった。

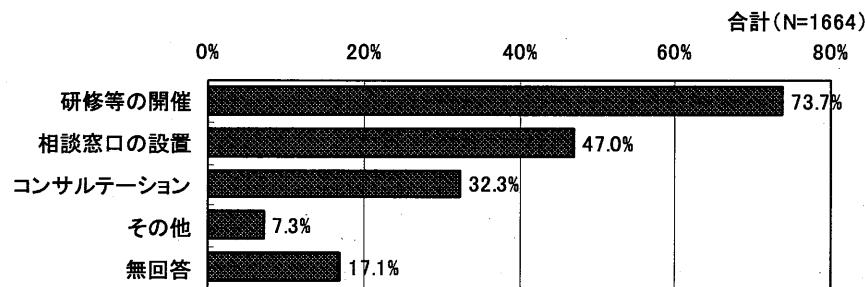
図表 3-29 看護経験のある職員がいる場合の人数



(10) 精神科訪問看護を実施するために必要なサポート（複数回答）

精神科訪問看護を実施するために必要なサポートについてみると、「研修等の開催」(73.7%)が最も多く、次いで「相談窓口の設置」(47.0%)、「コンサルテーション」(32.3%)であった。

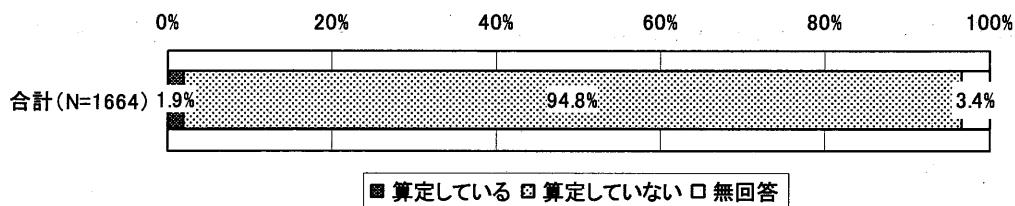
図表 3-30 精神科訪問看護を実施するために必要なサポート（複数回答）



(11) 訪問看護基本療養費（Ⅱ）の算定（精神障害者社会復帰施設等における訪問看護）の有無（平成19年9月中）

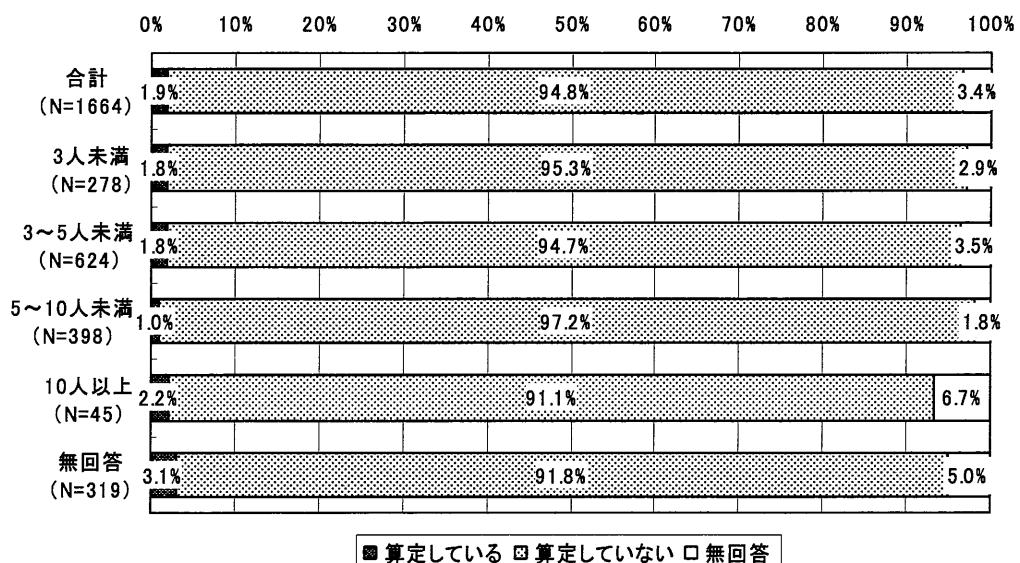
訪問看護基本療養費（Ⅱ）の算定（精神障害者社会復帰施設等における訪問看護）の有無についてみると、「算定している」が1.9%、「算定していない」が94.8%であった。

図表 3-31 訪問看護基本療養費（Ⅱ）の算定（精神障害者社会復帰施設等における訪問看護）の有無（平成19年9月中）



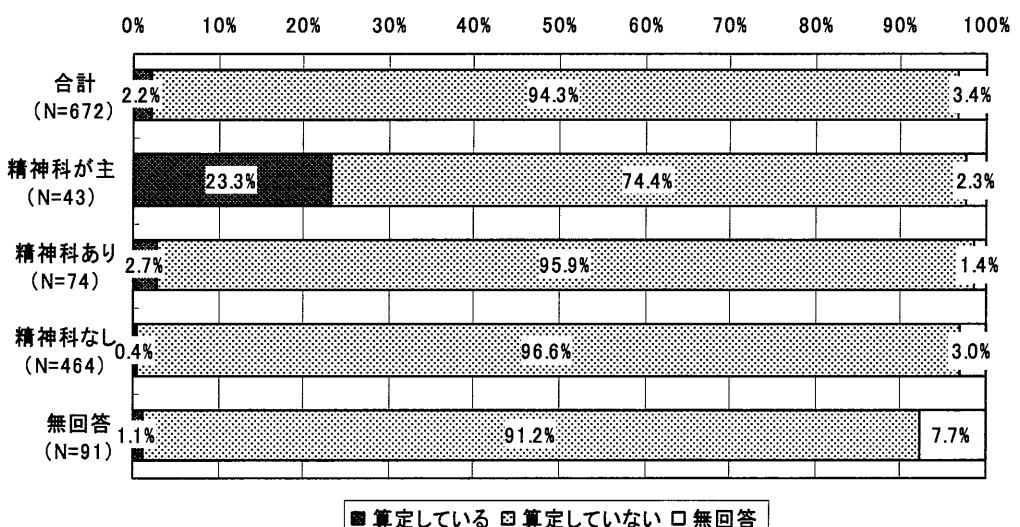
事業所規模別（常勤換算看護職員数別）にみたところ、看護職員数と訪問の有無との関連は特に認められなかった。

図表 3-32 訪問看護基本療養費（II）による訪問の有無（常勤換算看護職員数別）



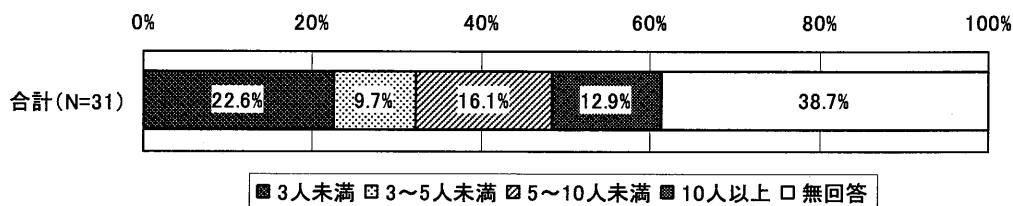
また、医療機関に併設されている 672 事業所についてみると、併設医療機関が「精神科が主」の場合は 23.3%で訪問を実施していたが、「精神科あり」「精神科なし」の場合はほとんど実施していなかった。

図表 3-33 訪問看護基本療養費（II）による訪問の有無（併設元医療機関別）



算定している場合の実利用者数については、「3人未満」(22.6%)が最も多く、次いで「5~10人未満」(16.1%)、「10人以上」(12.9%)、平均7.16人(標準偏差7.44)であった。

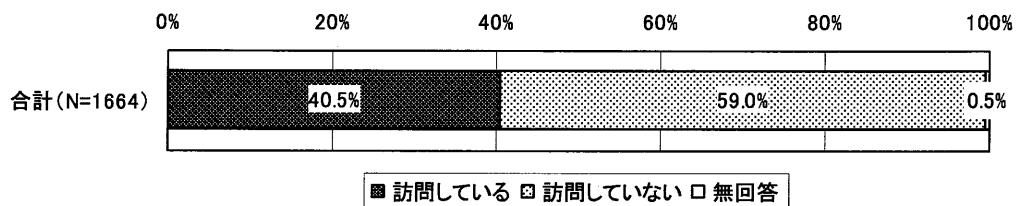
図表 3-34 算定している場合の実利用者数(平成19年9月中)



(12) 訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は介護保険法で、精神疾患(認知症を除く)が主傷病の利用者への訪問(平成19年9月中)

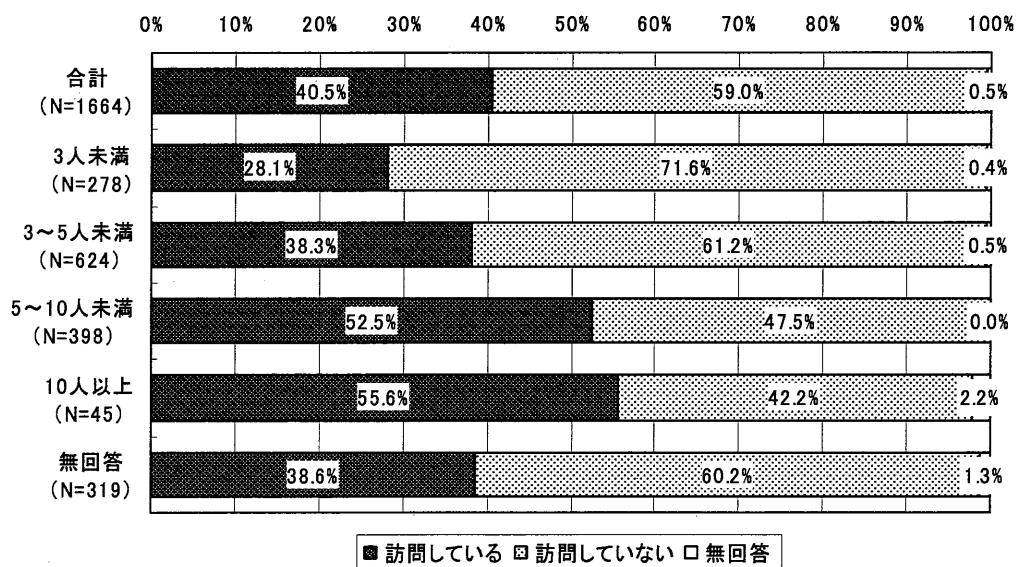
訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は介護保険法による訪問の有無についてみると、「訪問している」が40.5%、「訪問していない」が59.0%であった。

図表 3-35 訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は介護保険法による訪問の有無



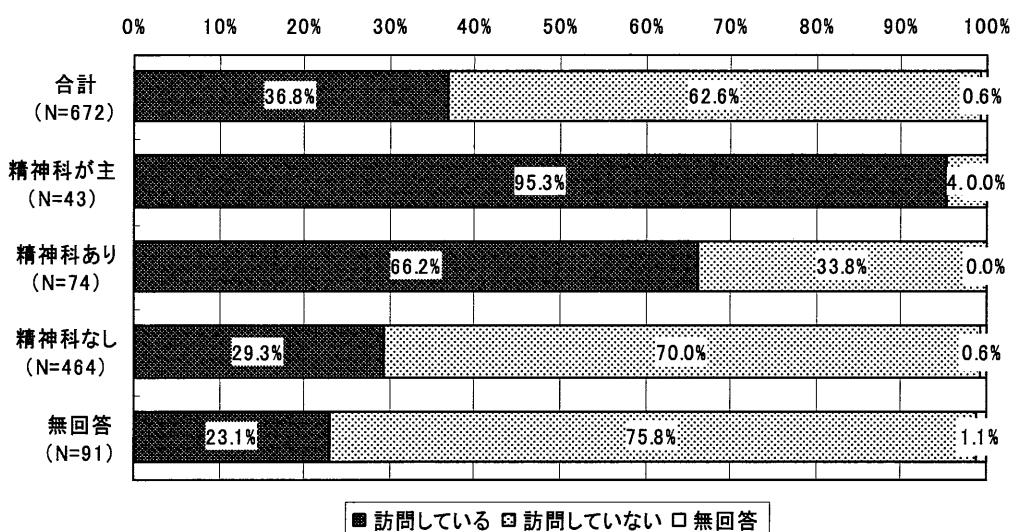
常勤換算看護職員数別にみると、看護職員が3人未満の事業所においては「訪問している」が28.1%であったのに対し、10人以上の事業所においては「訪問している」が55.6%となっており、看護職員数が増加するにつれて、訪問している割合も高くなっていた。

図表 3-36 訪問看護基本療養費（I）又は介護保険法による訪問の有無（常勤換算看護職員数別）



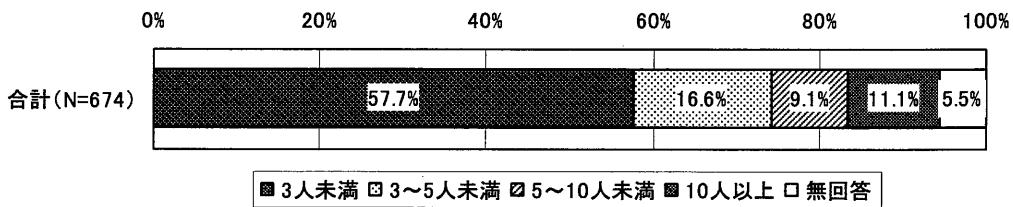
また、医療機関に併設されている672事業所についてみると、併設医療機関が「精神科が主」の場合は95.3%、「精神科あり」では66.2%で訪問を実施していたが、「精神科なし」の場合は訪問を実施していた事業所は29.3%であった。

図表 3-37 訪問看護基本療養費（I）又は介護保険法による訪問の有無（併設元医療機関別）



訪問している場合の実利用者数についてみると、「3人未満」(57.7%)が最も多く、次いで「3～5人未満」(16.6%)、「10人以上」(11.1%)、平均8.09人(標準偏差26.35)であった。

図表 3-38 訪問している場合の実利用者数(平成19年9月中)

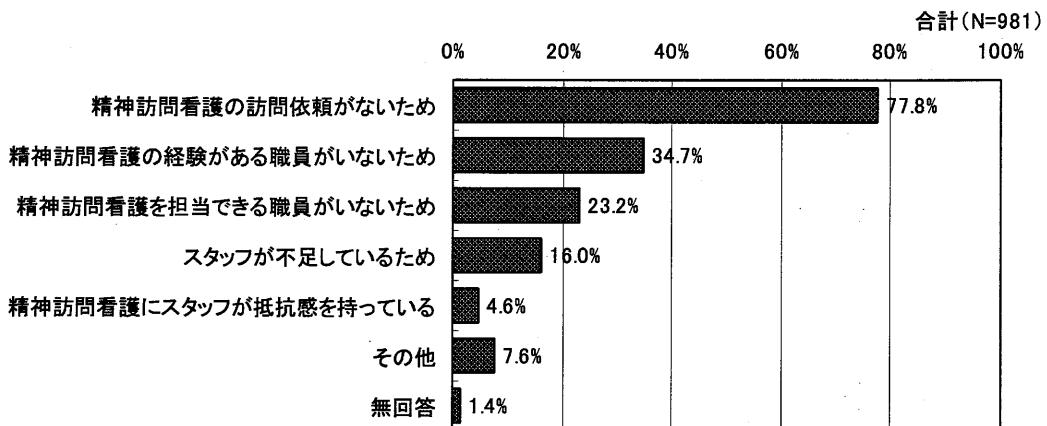


(13) 訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は介護保険法で、精神疾患(認知症を除く)が主傷病の利用者への訪問を実施していない事業所の状況(平成19年9月中)

1) 現在訪問していない場合の理由(複数回答)

現在訪問していない場合の理由についてみると、「精神科訪問看護の訪問依頼がないため」(77.8%)が最も多く、次いで「精神科訪問看護の経験がある職員がいないため」(34.7%)、「精神科訪問看護を担当できる職員がいないため」(23.2%)であった。

図表 3-39 現在訪問していない理由(複数回答)



「その他」の理由は、以下のとおり。(抜粋)

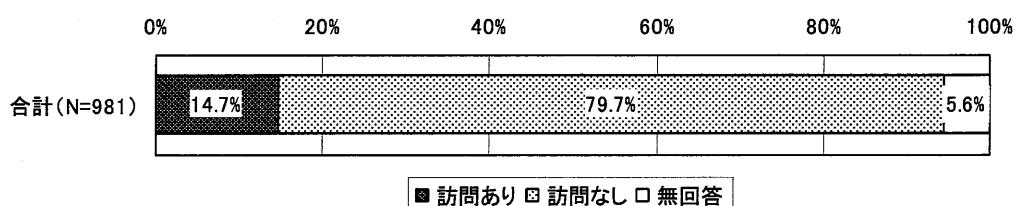
- ・会社として引き受けない方針。
- ・利用者が病状悪化で入院。
- ・市内に、体制ができていない。連携困難。
- ・精神科の診療を行っている病院で訪問看護室がある。／精神科訪問看護を特徴としたステーションが地域にある。
- ・医療保険で訪問している。
- ・訪問の際2人訪問が可能でない／リスクが多い。1人訪問が難しい。

- ・ 経験者が退職したため。
- ・ 介護保険の年令に達していない利用者が多いため。
- ・ 以前、訴訟になったケースがあり、自信がない、不安も多い。
- ・ 朝夕の服薬確認など頻回な訪問の依頼が多かったため。
- ・ 主傷病名としてのっていないだけで、精神疾患を抱えているケース多い。
- ・ 精神科研修をうけているものがいない。
- ・ 以前、訪問をしていたが精神的に看護師がつぶれてしまう。

## 2) 精神疾患が主傷病の利用者への訪問の有無（現在訪問していない場合の過去1年間）

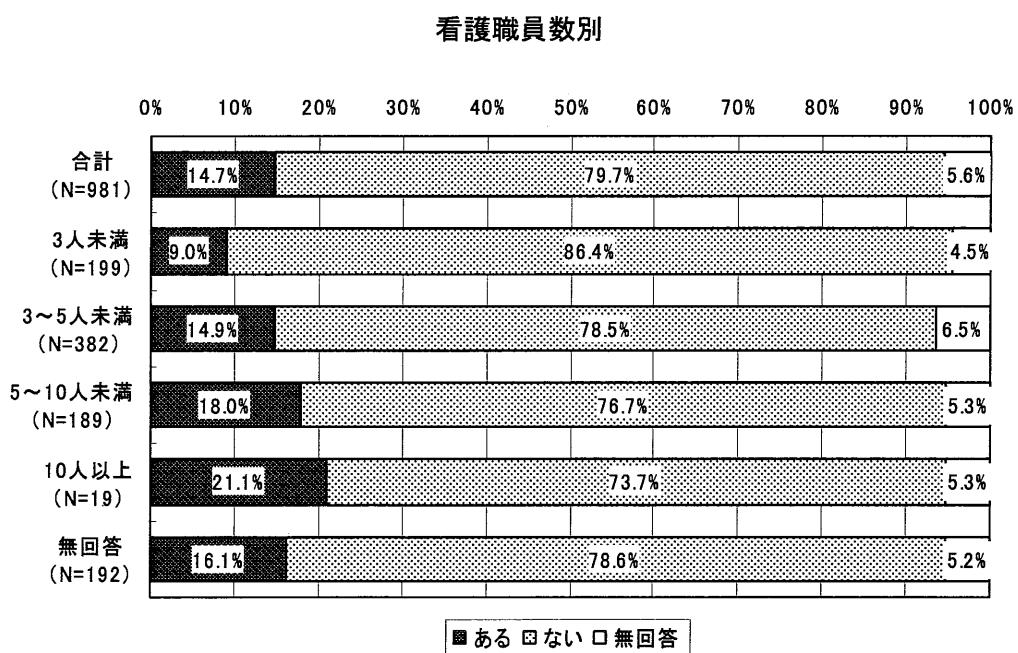
精神疾患が主傷病の利用者への訪問の有無（現在訪問していない場合の過去1年間）についてみると、「訪問あり」が14.7%、「訪問なし」が79.7%であった。

**図表 3-40 精神疾患が主傷病の利用者への訪問の有無（現在訪問していない場合の過去1年間）**



これを看護職員数（常勤換算）別にみると、看護職員が増加するにつれて、訪問経験割合も高くなっていた。

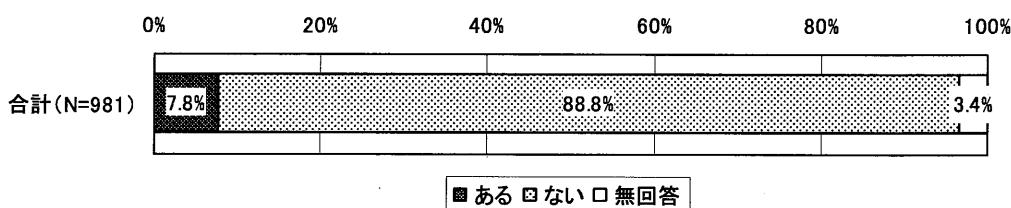
**図表 3-41 精神疾患が主傷病の利用者への訪問の有無（現在訪問していない場合の過去1年間）**



3) 精神疾患が主傷病の利用者への訪問依頼を断ったことの有無（現在訪問していない場合の過去1年間）

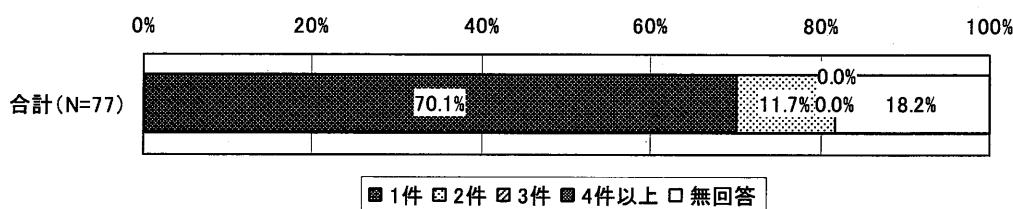
精神疾患が主傷病の利用者への訪問依頼を断ったことの有無（現在訪問していない場合の過去1年間）についてみると、「ある」が7.8%、「ない」が88.8%であった。

図表 3-42 精神疾患が主傷病の利用者への訪問依頼を断ったことの有無（現在訪問していない場合の過去1年間）



また、断ったことがある場合の断り件数（現在訪問していない場合の過去1年間）については、「1件」（70.1%）が最も多く、次いで「2件」（11.7%）であった。

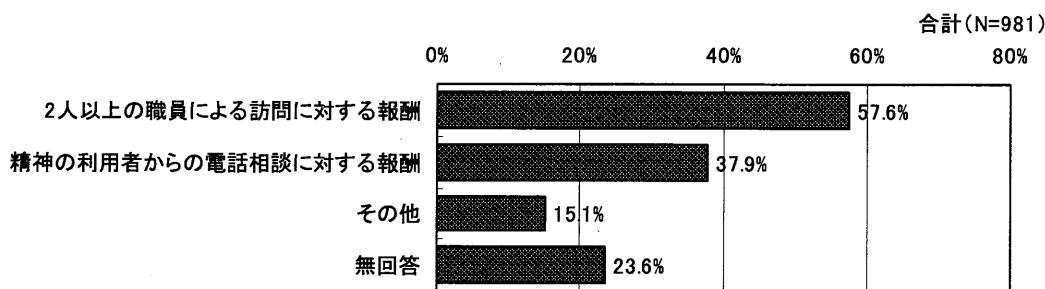
図表 3-43 断ったことがある場合の断り件数（現在訪問していない場合の過去1年間）



4) 今後、精神科訪問看護の実施が可能となる報酬・制度

「今後、どのような報酬・制度があれば精神科訪問看護の実施が可能か」についてみると、「2人以上の職員による訪問に対する報酬」（57.6%）が最も多く、次いで「精神の利用者からの電話相談に対する報酬」（37.9%）、「その他」（15.1%）であった。

図表 3-44 今後、精神科訪問看護の実施が可能となる報酬・制度



「その他」の内容は以下のとおりであった。(抜粋)

【報酬】

- ・受診同一日での訪問看護の算定。
- ・一律報酬でなく実績による算定を希望。
- ・訪問しても出て来てもらはず拒否があった時に対する報酬。
- ・夜間の緊急連絡時の対処・報酬に関するもの。
- ・土、日に定期訪問できる看護師数の確保と報酬。
- ・時間延長に対する報酬。
- ・危険手当。
- ・家族のみに対する時でも報酬が算定できる仕組み。
- ・カンファレンスに関する報酬。
- ・対象者が来所してきた時の相談業務に対する報酬。
- ・精神保健福祉士を訪問看護ステーションから訪問可能とし、それに対する報酬。

【制度等】

- ・訪問看護職員の増員、研修・休暇の確保。
- ・バックベッド、緊急受診受け入れ、市町村保健課のバックアップ。
- ・病状変化時の通院や入院時の付き添いに対する報酬。

【その他】

- ・仮に高い報酬があったとしても、人員確保・人件費・精神科訪問看護の需要を考慮すると、精神科訪問看護の実施は現実難しい。報酬制度の改定だけでは、訪問看護の実施可能には結び付かない。
- ・報酬だけではやはり行けない、経験、勉強が必要と思う。
- ・精神科訪問看護の講習会等を月に1回程度開催してほしい。
- ・精神訪問の現状がわからぬいため、何が問題になっているかわからない。

## 2. 精神障害者への訪問看護サービス提供状況に関する比較調査（二次調査）

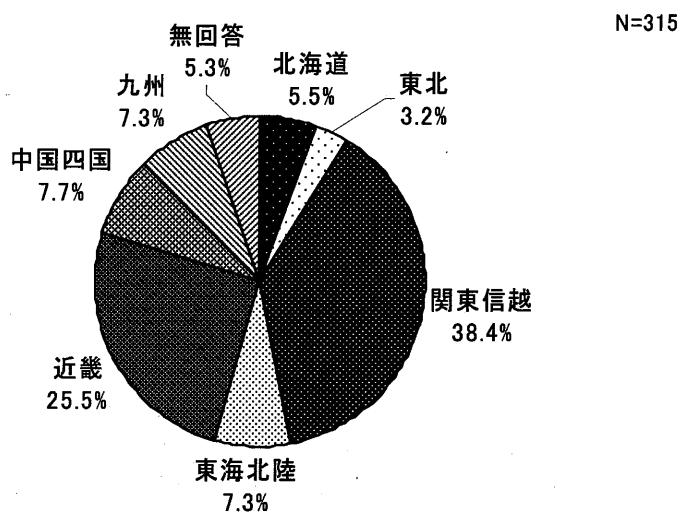
### (1) 事業所の状況

#### 1) 訪問看護ステーションの状況

##### ア) 都道府県ブロック別の回収状況

「関東・甲信越」(38.4%) が最も多く、次いで「近畿」(25.5%) であった。

図表 3-45 都道府県別の回収状況



【参考】: 都道府県ブロック

ブロック	地域
北海道	北海道
東北	青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
関東信越	茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県
東海北陸	富山県、石川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
近畿	福井県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
中国四国	鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県
九州	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

※厚生労働省地方厚生局の区分に基づく

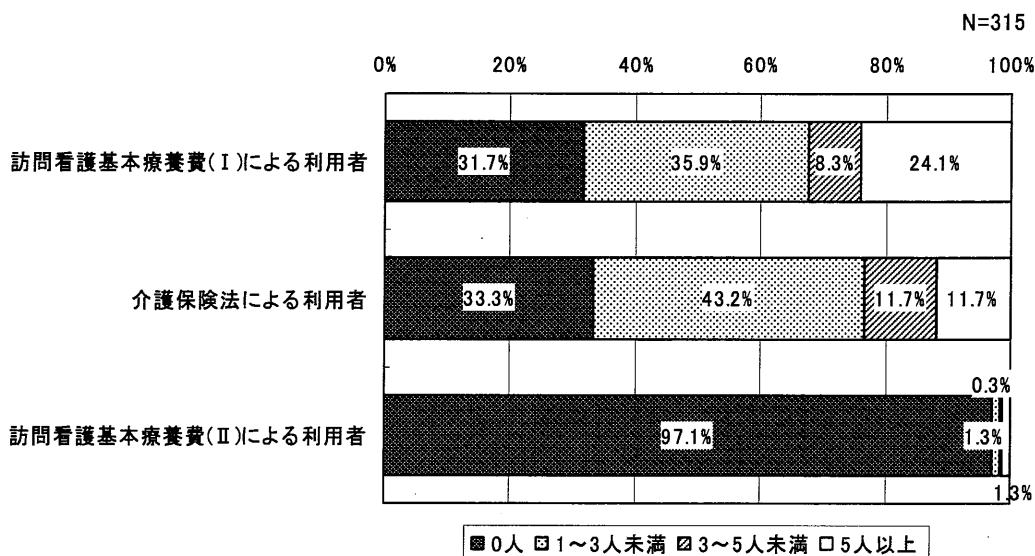
#### イ) 精神科訪問看護の訪問対象者数

精神科訪問看護の訪問対象者数についてみると、訪問看護基本療養費（I）による利用者では、「1～3人未満」（35.9%）が最も多く、次いで「0人」（31.7%）、「5人以上」（24.1%）、平均7.54人（標準偏差18.84）であった。

介護保険法による利用者では、「1～3人未満」（43.2%）が最も多く、次いで「0人」（33.3%）、「3～5人未満」（11.7%）、平均1.92人（標準偏差2.90）であった。

訪問看護基本療養費（II）による利用者では、「0人」（97.1%）が最も多く、次いで「1～3人未満」、「5人以上」（ともに1.3%）、平均0.17人（標準偏差1.54）であった。

図表 3-46 精神科訪問看護の訪問対象者数

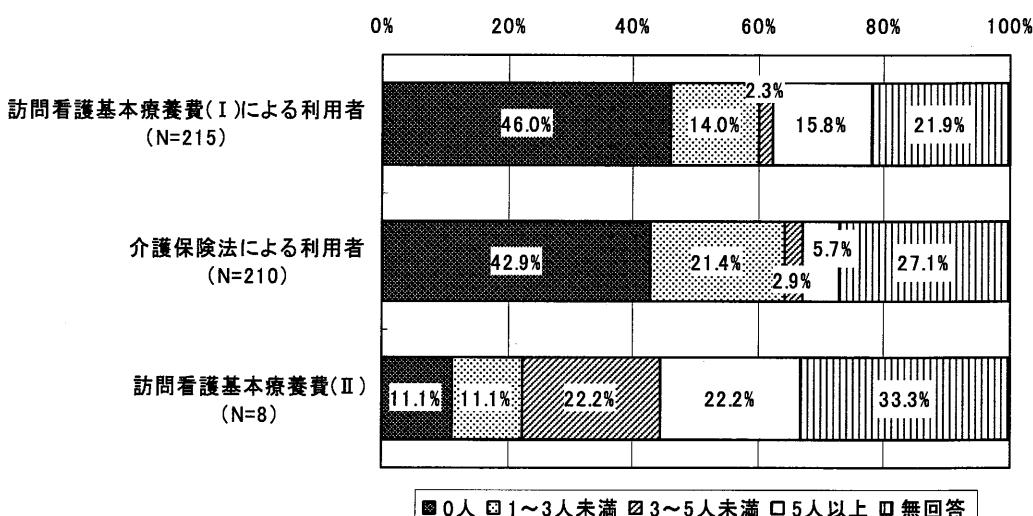


また、精神科訪問看護の訪問対象者のうち併設（又は同一法人）の精神科の医師が主治医の対象者数については、訪問看護基本療養費（I）による利用者では、「0人」（46.0%）が最も多く、次いで「5人以上」（15.8%）、「1～3人未満」（14.0%）、平均7.71人（標準偏差20.71）であった。

介護保険法による利用者では、「0人」（42.9%）が最も多く、次いで「1～3人未満」（21.4%）、「5人以上」（5.7%）、平均1.20人（標準偏差2.72）であった。

訪問看護基本療養費（II）による利用者では、「3～5人未満」（22.2%）と「5人以上」（22.2%）が多く、次いで「0人」（11.1%）、「1～3人未満」（11.1%）、平均6.67人（標準偏差7.97）であった。

図表 3-47 併設（又は同一法人）の精神科の医師が主治医の対象者数



なお、精神疾患が主傷病の利用者への訪問の状況（10月中の算定状況）については、以下の通りであった。

図表 3-48 精神疾患が主傷病の利用者への10月中の訪問状況

		精神疾患(認知症を除く)が主傷病の利用者への自宅等への訪問		訪問看護基本療養費(II)(精神障害者社会復帰施設等への訪問)*
		訪問看護基本療養費(I)による利用者	介護保険法による利用者	
(1) 精神科訪問看護の訪問対象者数	事業所数	315	315	315
	平均(人)	7.54	1.92	0.17
	標準偏差	18.84	2.90	1.54
	中央値	1	1	0
(2) (1)のうち、併設(又は同一法人)の精神科の医師が主治医の対象者数	事業所数	215	210	9
	平均(人)	7.71	1.20	6.67
	標準偏差	20.71	2.72	7.97
	中央値	0	0	4
(3) 主傷病名別人口数	1. 統合失調症	事業所数	215	210
		平均(人)	7.85	1.07
		標準偏差	16.82	1.59
		中央値	1	4
	2. 躁うつ病	事業所数	215	210
		平均(人)	0.42	0.25
		標準偏差	0.92	0.71
		中央値	0	0
	3. うつ病	事業所数	215	210
		平均(人)	0.77	0.94
		標準偏差	1.99	1.42
		中央値	0	0
	4. 発達障害	事業所数	215	210
		平均(人)	0.19	0.01
		標準偏差	0.58	0.12
		中央値	0	0
	5. パーソナリティ障害(境界例)	事業所数	215	210
		平均(人)	0.19	0.02
		標準偏差	0.62	0.14
		中央値	0	0
	6. 依存症	事業所数	215	210
		平均(人)	0.23	0.05
		標準偏差	0.88	0.25
		中央値	0	0
	7. その他(てんかん等)	事業所数	215	210
		平均(人)	1.24	0.52
		標準偏差	2.99	1.00
		中央値	0	0
(4) (1)の利用者に対する10月中の延べ訪問回数	事業所数	215	210	9
	平均(回)	53.73	14.58	23.00
	標準偏差	110.82	17.29	19.10
	中央値	13	9	18
(5) (4)のうち、ステーションの看護職員が2人以上で同時に訪問した回数	事業所数	204	194	8
	平均(回)	1.63	0.16	8.80
	標準偏差	6.62	0.83	17.60
	中央値	0	0	0

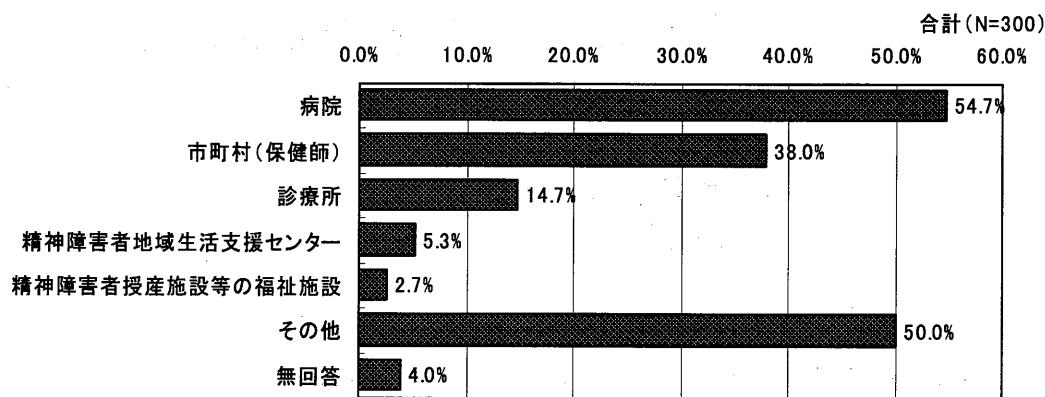
\* 訪問看護基本療養費(II)：精神科訪問看護指示書に基づき、精神障害者社会復帰施設等において同時に複数の患者に訪問看護を行うもの。

## ウ) 精神科訪問看護の訪問対象者の紹介元

### a) 利用者の自宅等への訪問の場合の紹介元

利用者の自宅等への訪問の場合の紹介元についてみると、「病院」(54.7%)が最も多く、次いで「その他」(50.0%)、「市町村(保健師)」(38.0%)であった。

図表 3-49 利用者への自宅等への訪問



各々の紹介元からの訪問人数の平均は、以下の通りであった。

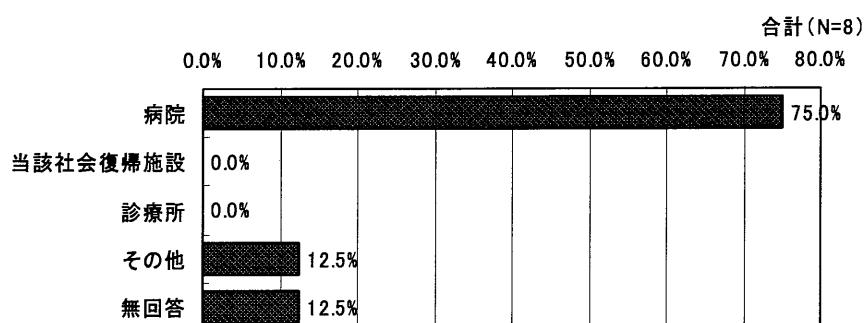
図表 3-50 各紹介元からの訪問人数(平均)

	事業所数	平均(人)	標準偏差
病院	158	9.95	21.34
診療所	43	6.77	13.57
市町村(保健師)	112	2.74	4.65
精神障害者地域生活支援センター	16	2.38	1.80
精神障害者授産施設等の福祉施設	8	9.50	9.46
その他	147	2.60	5.50

### b) 精神障害者社会復帰施設等への訪問

精神障害者社会復帰施設等への訪問の場合の紹介元についてみると、「病院」(75.0%) が最も多かった。

図表 3-51 精神障害者社会復帰施設等への訪問



各々の紹介元からの訪問人数の平均は、以下の通りであった。

図表 3-52 各紹介元からの訪問人数（平均）

	施設数 (施設)	平均 (人)	標準偏差
当該社会復帰施設	0	0.00	0.00
病院	6	8.00	7.72
診療所	0	0.00	0.00
その他	1	4.00	0.00

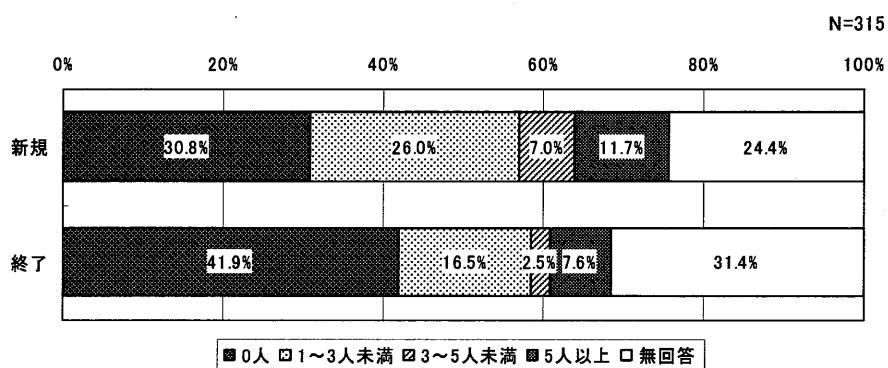
エ) 過去 1 年間（2006 年 10 月～2007 年 9 月）の精神科訪問看護の新規・終了人数

a) 訪問看護基本療養費（I）による利用者

訪問看護基本療養費（I）による利用者についてみると、新規では「0 人」（30.8%）が最も多く、次いで「1～3 人未満」（26.0%）、「5 人以上」（11.7%）、平均 3.47 人（標準偏差 8.31）であった。

また、終了では「0 人」（41.9%）が最も多く、次いで「1～3 人未満」（16.5%）、「5 人以上」（7.6%）、平均 1.93 人（標準偏差 5.27）であった。

図表 3-53 訪問看護基本療養費（I）による利用者

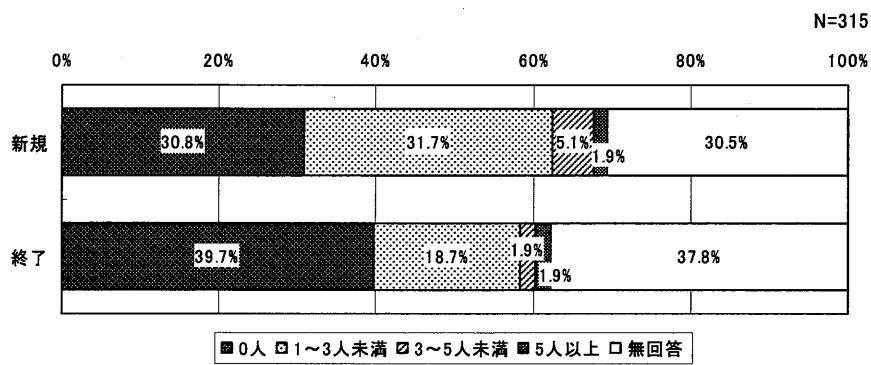


b) 介護保険法による利用者

介護保険法による利用者についてみると、新規では「1～3 人未満」（31.7%）が最も多く、次いで「0 人」（30.8%）、「3～5 人未満」（5.1%）、平均 1.06 人（標準偏差 1.59）であった。

また、終了では「0 人」（39.7%）が最も多く、次いで「1～3 人未満」（18.7%）、「3 人～5 人未満」（1.9%）、「5 人以上」（1.9%）、平均 0.63 人（標準偏差 1.19）であった。

図表 3-54 介護保険法による利用者

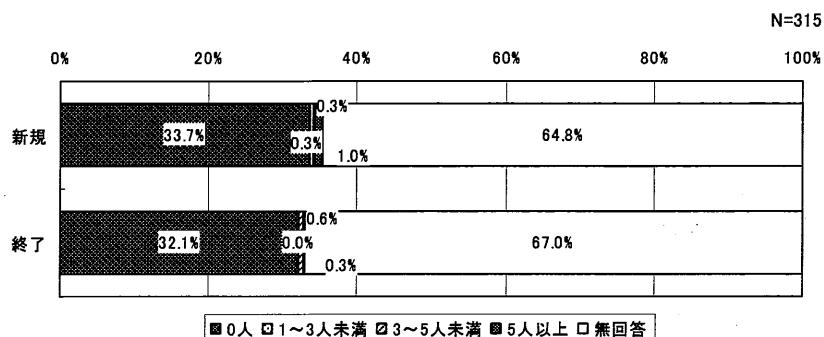


### c) 訪問看護基本療養費（II）による利用者

訪問看護基本療養費（II）による利用者についてみると、新規では「0人」（33.7%）が最も多く、次いで「5人以上」（1.0%）、「1～3人未満」（0.3%）、「3～5人未満」（0.3%）、平均0.18人（標準偏差0.91）であった。

また、終了では「0人」（32.1%）が最も多く、次いで「3～5人未満」（0.6%）、「5人以上」（0.3%）、平均0.12人（標準偏差0.71）であった。

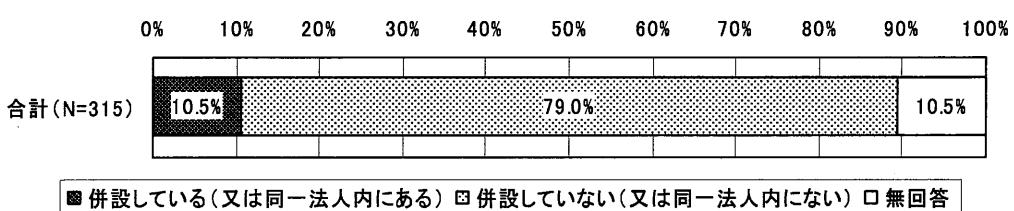
図表 3-55 訪問看護基本療養費（II）による利用者



### オ) 精神障害者居宅介護等支援事業（ホームヘルプサービス）を実施している訪問介護事業所の併設の有無

精神障害者居宅介護等支援事業（ホームヘルプサービス）を実施している訪問介護事業所の併設の有無についてみると、「併設している（又は同一法人内にある）」が10.5%、「併設していない（又は同一法人内にない）」が79.0%であった。

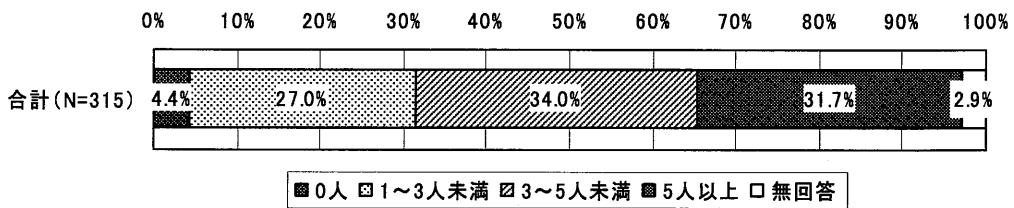
図表 3-56 精神障害者居宅介護等支援事業（ホームヘルプサービス）を実施している訪問介護事業所の併設の有無



#### 力) 精神科訪問看護を担当している職員数

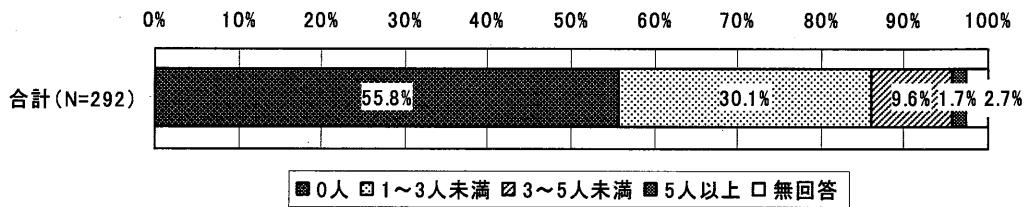
精神訪問介護を担当している職員数についてみると、「3~5人未満」(34.0%)が最も多く、次いで「5人以上」(31.7%)、「1~3人未満」(27.0%)、平均3.84人(標準偏差2.56)であった。

図表 3-57 精神科訪問看護を担当している職員数



また、上記職員のうち精神科病床での看護経験がある職員数については、「0人」(55.8%)が最も多く、次いで「1~3人未満」(30.1%)、「3~5人未満」(9.6%)、平均0.85人(標準偏差1.35)であった。

図表 3-58 うち精神科病床での看護経験がある職員数



## 2) 病院の状況

### ア) 病院の概要

本調査への協力病院の概要は以下のとおりである。地域ブロック別に見ると、北海道が1病院、東北が1病院、関東信越が3病院、東海北陸が2病院、近畿が2病院、中国四国が1病院、九州が1病院であった。

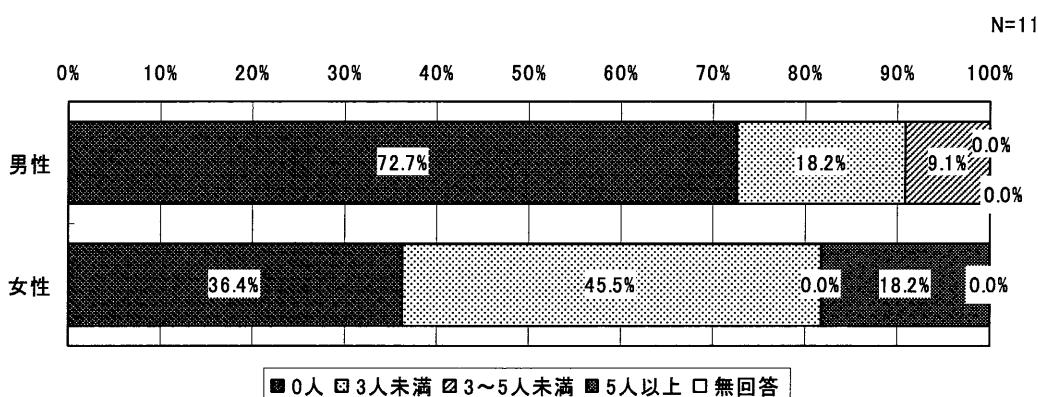
図表 3-59 病院の概要 (N=11)

	平均値	標準偏差	中央値
病床数	443.2	245.9	484
うち精神科病床数	414.5	235.9	342
10月中の平均在院日数：精神科病棟	270.5	159.5	222.4
10月1日の精神科入院患者数	397.9	217.9	460
うち統合失調症圏の入院患者数	259.4	156.7	230.5
10月1日の精神科外来患者数	178.5	104.1	154
うち統合失調症圏の外来患者数	80.7	60.0	53

### イ) 精神科訪問看護を担当している職員数

精神訪問介護を担当している職員数（看護師・常勤換算）についてみると、男性では「0人」(72.7%)が最も多く、次いで「3人未満」(18.2%)、平均0.51人（標準偏差0.98）であった。女性では「3人未満」(45.5%)が最も多く、次いで「0人」(36.4%)、「5人以上」(18.2%)、平均1.76人（標準偏差2.05）であった。

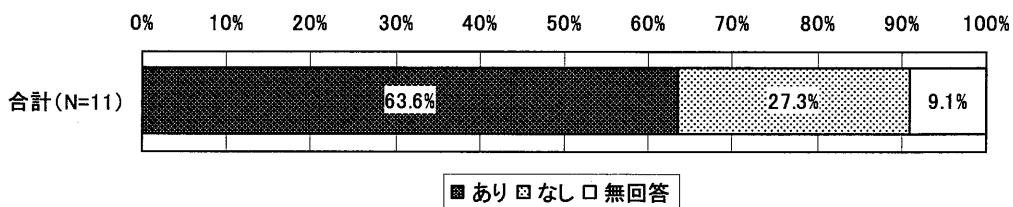
図表 3-60 精神科訪問看護を担当している職員数（看護師・常勤換算）



#### ウ) 病院から地域のステーションへの訪問依頼経験の有無

調査対象病院から、地域の訪問看護ステーションへの訪問依頼経験の有無についてみると、「あり」が 63.6%、「なし」が 27.3%であった。

図表 3-61 地域の訪問看護ステーションへの訪問依頼経験



#### エ) 精神科訪問看護の訪問対象者数

精神科訪問看護の訪問対象者数を各病院ごとにみたものが以下の表である。なお、介護保険の利用者については、いずれの病院でも0人であった。訪問看護基本療養費（II）による訪問を実際に行っていた（訪問人数が1人以上の病院）のは、5施設（45.5%）であった。

図表 3-62 各病院の精神科訪問看護の訪問対象者数

		訪問看護基本療養費（I）による利用者	訪問看護基本療養費（II）（精神障害者社会復帰施設等への訪問）*
訪問看護の訪問対象者数	事業所数	11	10
	平均（人）	80.91	4.50
	標準偏差	39.27	9.47
	中央値	64	0
訪問した人数	事業所数	11	11
	平均（人）	71.82	4.36
	標準偏差	42.93	9.04
	中央値	58	0
主傷病別人数	うち、統合失調症	事業所数	11
		平均（人）	59.00
		標準偏差	36.56
		中央値	46
	うち、躁うつ病	事業所数	11
		平均（人）	2.55
		標準偏差	2.35
		中央値	1
	うち、うつ病	事業所数	11
		平均（人）	2.55
		標準偏差	3.06
		中央値	1
	うち、発達障害	事業所数	11
		平均（人）	1.09
		標準偏差	0.90
		中央値	1
	うち、パーソナリティ障害（境界型）	事業所数	11
		平均（人）	1.09

		訪問看護基本療養費（I）による利用者	訪問看護基本療養費（II）（精神障害者社会復帰施設等への訪問）*
	標準偏差	1.31	—
	中央値	1	0
うち、依存症	事業所数	11	5
	平均（人）	2.09	0.20
	標準偏差	2.91	0.40
	中央値	1	0
うち、その他（てんかん等）	事業所数	11	5
	平均（人）	3.55	0.40
	標準偏差	3.31	0.49
	中央値	2	0

\*訪問看護基本療養費（II）：精神科訪問看護指示書に基づき、精神障害者社会復帰施設等において同時に複数の患者に訪問看護を行うもの。

図表 3-63 各病院の精神科訪問看護の延訪問回数等

		訪問看護基本療養費（I）による利用者	訪問看護基本療養費（II）（精神障害者社会復帰施設等への訪問）*
訪問した利用者への延訪問回数	事業所数	11	11
	平均（回）	161.55	8.18
	標準偏差	112.28	21.04
	中央値	166	0
2人訪問実施回数	うち、看護+PSW	事業所数	10
		平均（回）	15.10
		標準偏差	15.50
		中央値	9
	うち、看護師+OT	事業所数	10
		平均（回）	1.00
		標準偏差	2.54
		中央値	0
	うち、看護師+看護師	事業所数	10
		平均（回）	37.30
		標準偏差	56.35
		中央値	4
	その他	事業所数	10
		平均（回）	3.60
		標準偏差	5.59
		中央値	0
退院前訪問看護実施人数（実人数）	事業所数	11	8
	平均（人）	2.45	0.63
	標準偏差	1.67	1.65
	中央値	2	0
退院前訪問看護の延回数	事業所数	11	8
	平均（回）	3.82	0.88
	標準偏差	3.88	2.32
	中央値	2	0

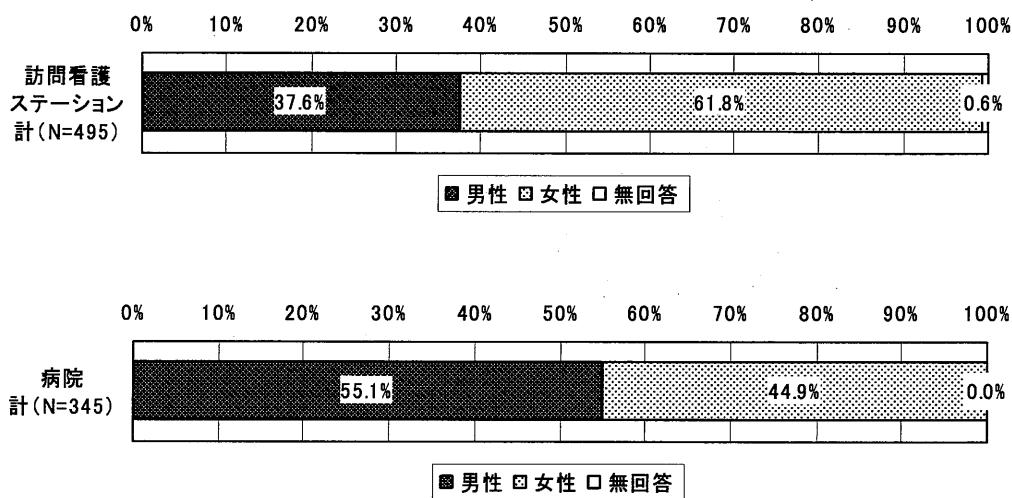
\*訪問看護基本療養費（II）：精神科訪問看護指示書に基づき、精神障害者社会復帰施設等において同時に複数の患者に訪問看護を行うもの。

## (2) 患者の状況

### 1) 性別および年齢

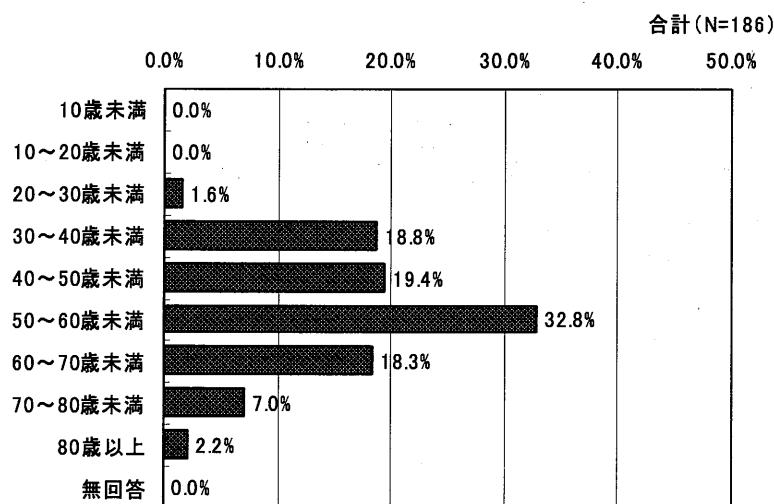
患者の性別についてみると、訪問看護ステーションでは、「男性」が37.6%、「女性」が61.8%であった。一方、病院では、「男性」が55.1%、「女性」が44.9%であった。

図表 3-64 患者の性別



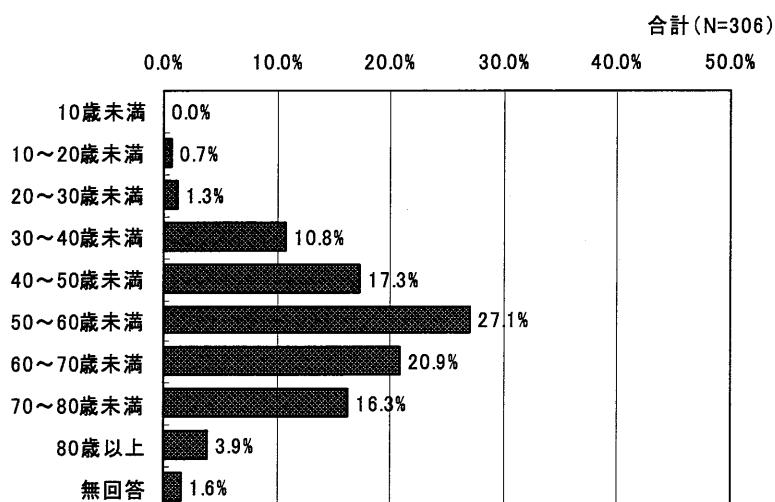
訪問看護ステーションにおける、患者の性別と現在の年齢についてみると、男性では「50～60歳未満」(32.8%)が最も多く、次いで「40～50歳未満」(19.4%)、「30～40歳未満」(18.8%)であった。

図表 3-65 患者の年齢（男性）（訪問看護ステーション）



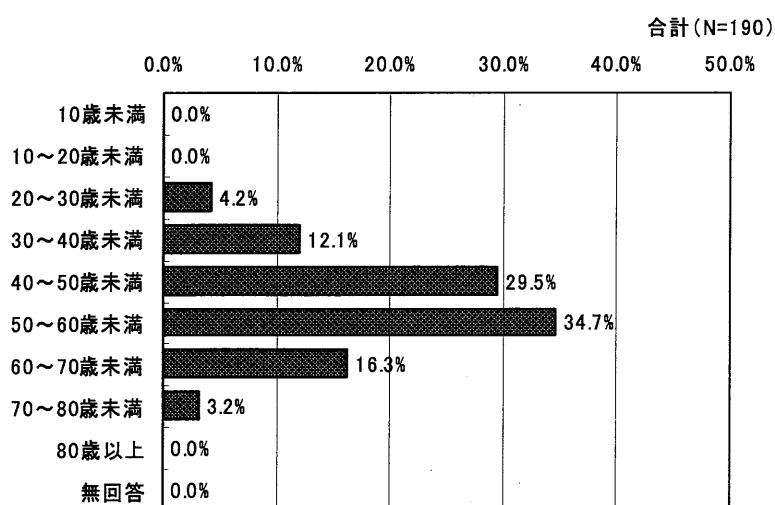
また、女性では、「50～60 歳未満」(27.1%) が最も多く、次いで「60～70 歳未満」(20.9%)、「40～50 歳未満」(17.3%) であった。

図表 3-66 患者の年齢（女性）（訪問看護ステーション）



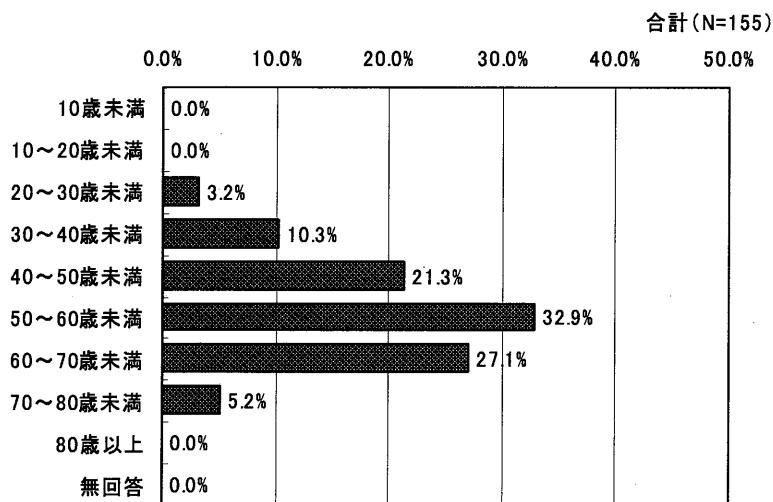
病院における、患者の性別と現在の年齢についてみると、男性では「50～60 歳未満」(34.7%) が最も多く、次いで「40～50 歳未満」(29.5%)、「60～70 歳未満」(16.3%) であった。

図表 3-67 患者の年齢（男性）（病院）



また、女性では、「50～60 歳未満」(32.9%) が最も多く、次いで「60～70 歳未満」(27.1%)、「40～50 歳未満」(21.3%) であった。

図表 3-68 患者の年齢（女性）（病院）



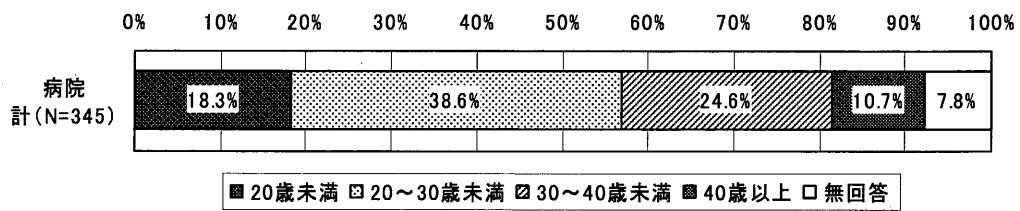
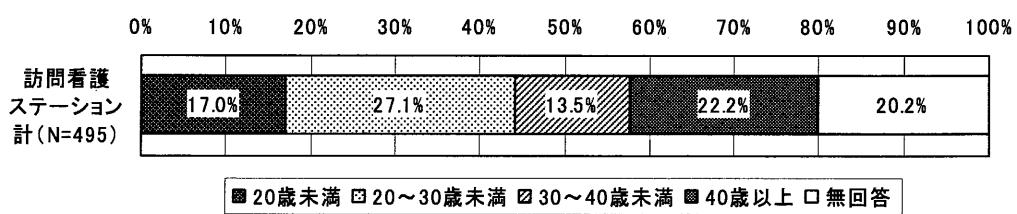
## 2) 統合失調症

### ア) 発症年齢

統合失調症の発症年齢についてみると、訪問看護ステーションでは、「20～30 歳未満」(27.1%) が最も多く、次いで「40 歳以上」(22.2%)、「20 歳未満」(17.0%)、平均 31.56 歳（標準偏差 14.70）であった。

病院では、「20～30 歳未満」(38.6%) が最も多く、次いで「30～40 歳未満」(24.6%)、「20 歳未満」(18.3%)、平均 27.72 歳（標準偏差 9.62）であった。

図表 3-69 統合失調症の発症年齢

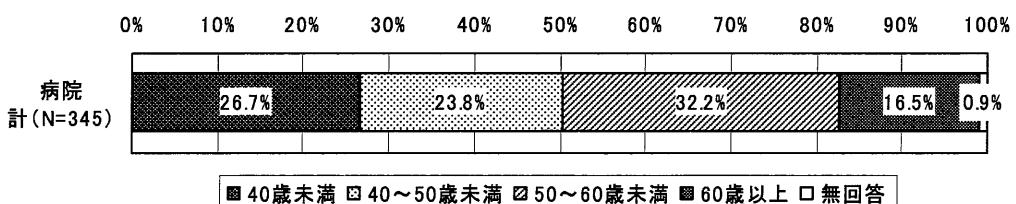
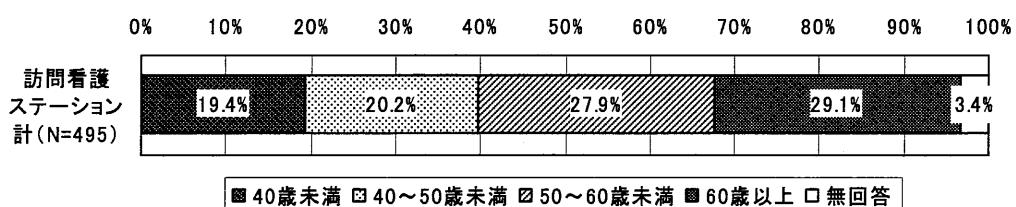


#### イ) 訪問看護開始時の年齢

訪問看護開始時の年齢についてみると、訪問看護ステーションでは、「60歳以上」(29.1%)が最も多く、次いで「50~60歳未満」(27.9%)、「40~50歳未満」(20.2%)、平均52.42歳(標準偏差13.98)であった。

病院では、「50~60歳未満」(32.2%)が最も多く、次いで「40歳未満」(26.7%)、平均47.75歳(標準偏差11.71)であった。

図表 3-70 訪問看護開始時の年齢



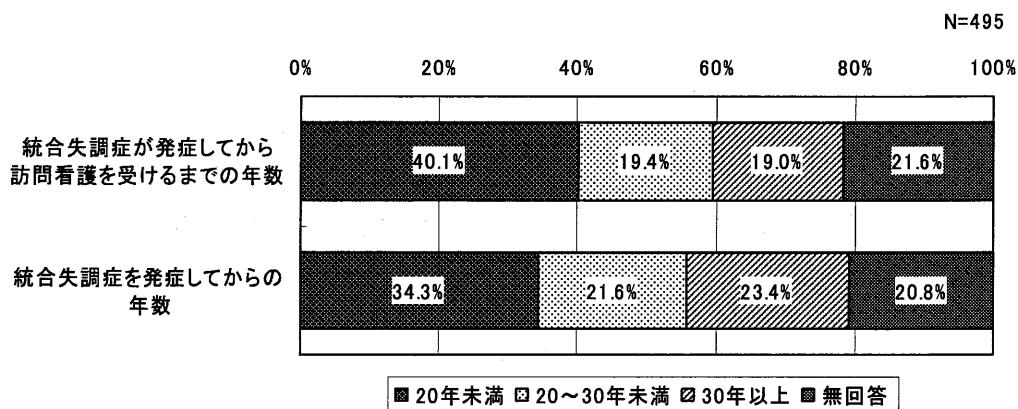
#### ウ) 発症してからの年数と訪問看護を受けるまでの年数

統合失調症を発症してから訪問看護を受けるまでの年数をみると、訪問看護ステーションでは「20年未満」(40.1%)が最も多く、次いで「20~30年未満」(19.4%)、平均20.03年（標準偏差12.95）であった。病院では「20年未満」(47.5%)が最も多く、平均は20.00年（標準偏差12.15）であった。

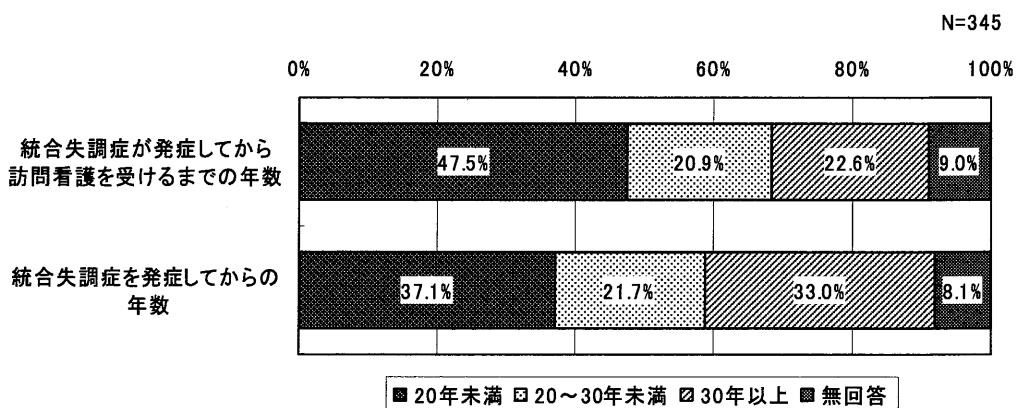
また、発症してからの年数については、訪問看護ステーションでは「20年未満」(34.3%)が最も多く、次いで「30年以上」(23.4%)、平均22.70年（標準偏差12.96）であった。病院では「20年未満」(37.1%)が最も多く、平均24.20年（標準偏差11.99）であった。

図表 3-71 発症してからの年数と訪問看護を受けるまでの年数

#### ○訪問看護ステーション



#### ○病院

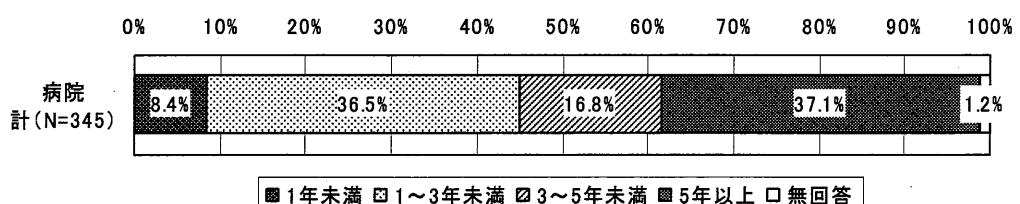
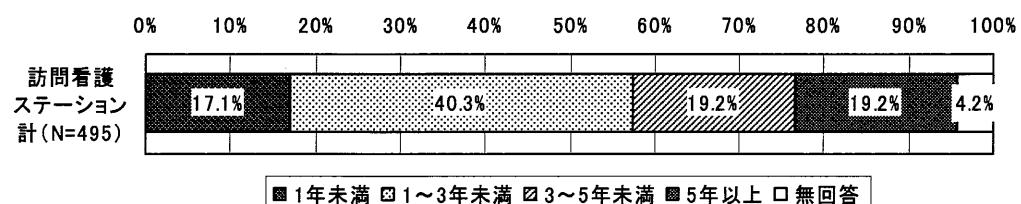


## エ) 訪問看護を開始してからの年数

訪問看護を開始してからの年数についてみると、訪問看護ステーションでは、「3 年未満」(40.3%) が最も多く、次いで「3~5 年未満」、「5 年以上」が 19.2%、平均 2.70 年（標準偏差 2.71）であった。

病院では、「5 年以上」(37.1%) が最も多く、次いで「3 年未満」(36.5%)、平均 4.14 年（標準偏差 3.81）であった。

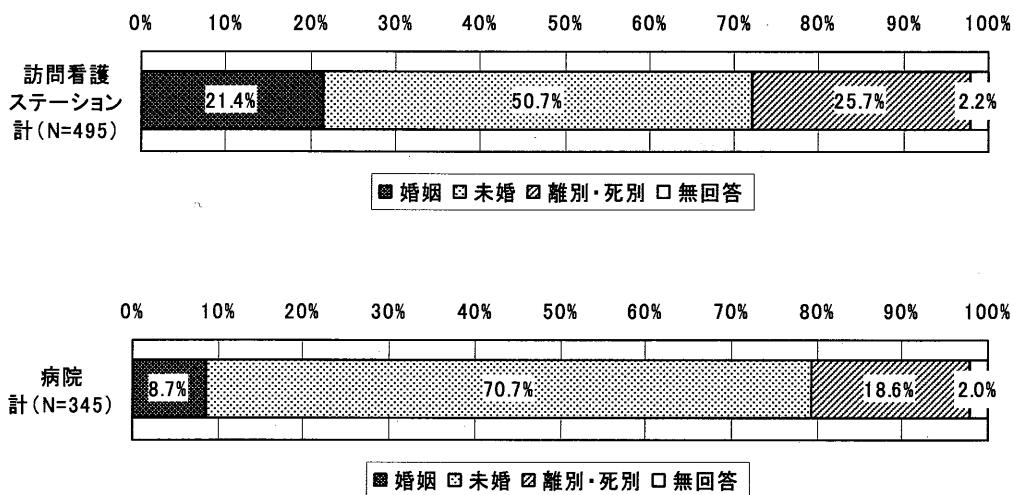
図表 3-72 訪問看護を開始してからの年数



### 3) 婚姻の状況

婚姻の状況についてみると、訪問看護ステーションでは「未婚」(50.7%)が最も多い、次いで「離婚・死別」(25.7%)、「婚姻」(21.4%)であった。病院では「未婚」(70.7%)が最も多い、次いで「離婚・死別」(18.6%)、「婚姻」(8.7%)であった。

図表 3-73 婚姻の状況

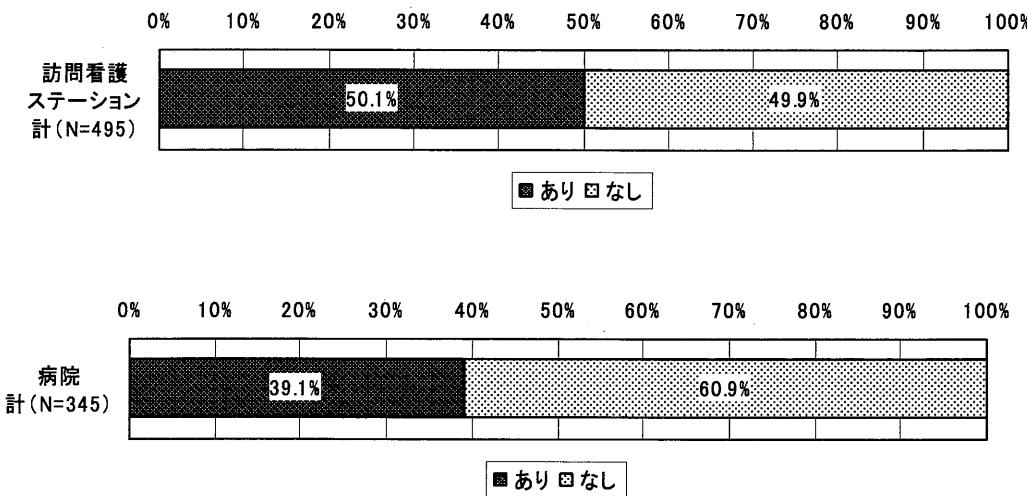


### 4) 合併症

#### ア) 合併症の有無

合併症の有無についてみると、訪問看護ステーションでは「あり」が50.1%、「なし」が49.9%であった。病院では「あり」が39.1%、「なし」が60.9%であった。

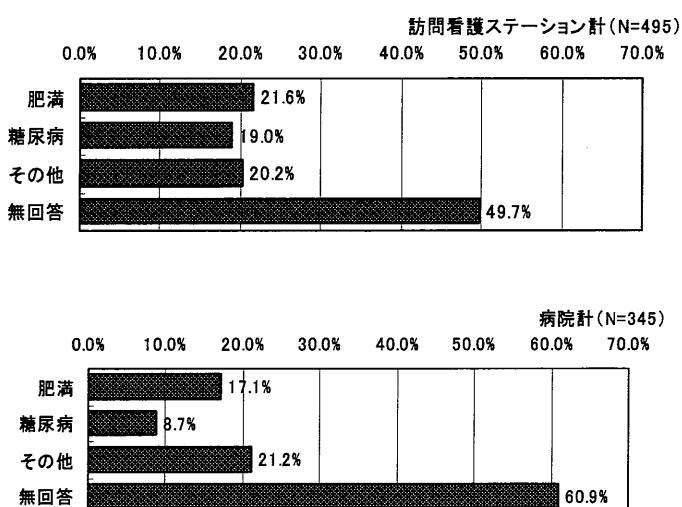
図表 3-74 合併症



#### イ) 合併症の種類

合併症の種類についてみると、訪問看護ステーションでは「肥満」が最も多く 21.6%、病院でも「肥満」(17.1%) が多くなっている。

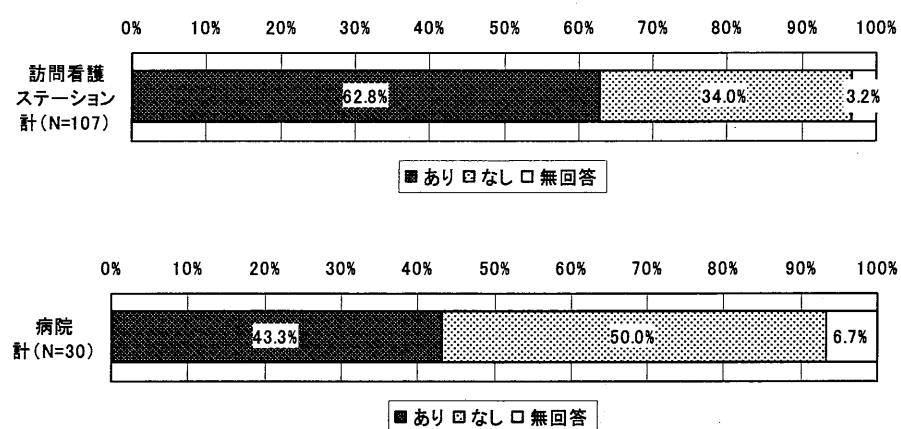
図表 3-75 合併症の種類



※ 肥満の有無については、「2. 肥満」を選択しているか、もしくはBMIが25以上の場合に該当するものとした。

また、合併症が「糖尿病」の場合の服薬やインシュリン注射の有無については、訪問看護ステーションでは「あり」が 62.8%、「なし」が 34.0%、病院では「あり」が 43.3%、「なし」が 50.0% であった。

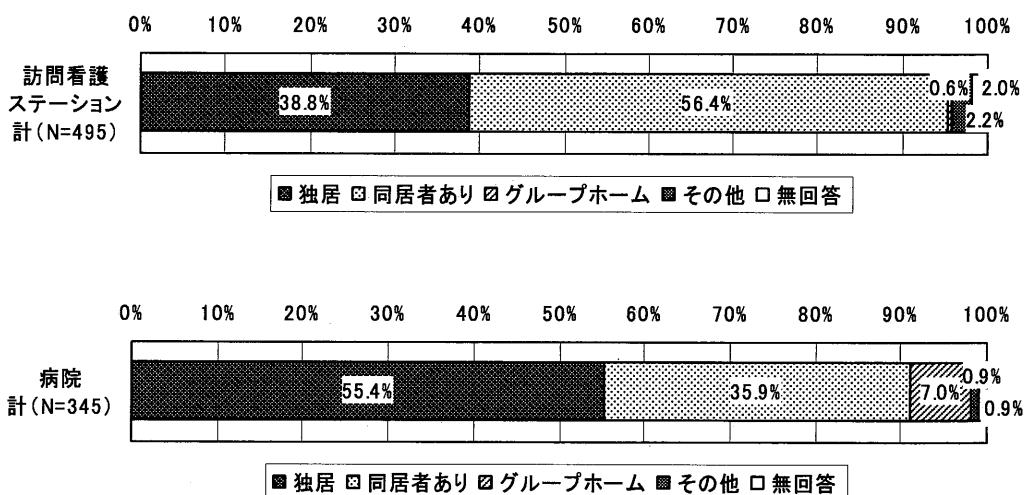
図表 3-76 合併症が「糖尿病」の場合の服薬やインシュリン注射の有無



## 5) 同居者の状況

同居者の状況についてみると、訪問看護ステーションでは「同居者あり」(56.4%)が最も多く、次いで「独居」(38.8%)であった。病院では「独居」(55.4%)が最も多く、次いで「同居者あり」(35.9%)であった。

図表 3-77 同居者の状況

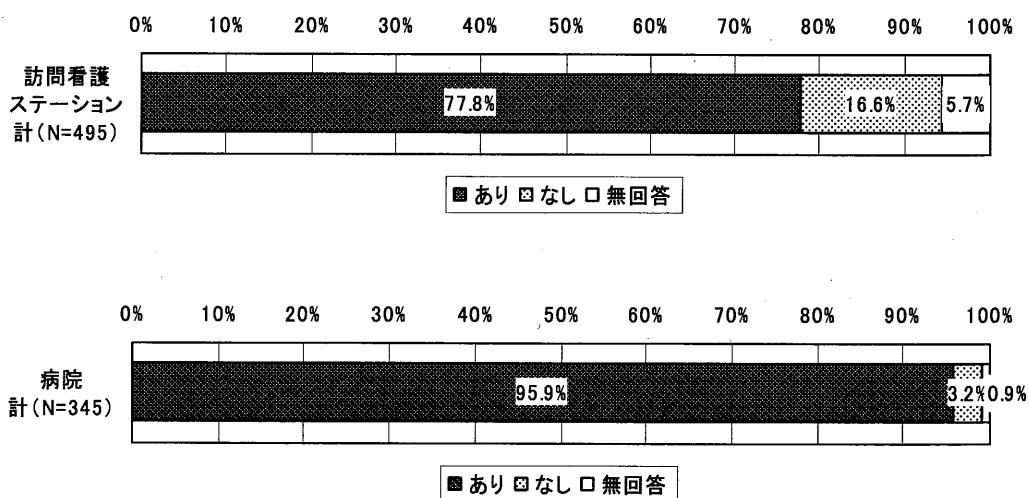


## 6) 過去の精神科入院

### ア) 入院の有無

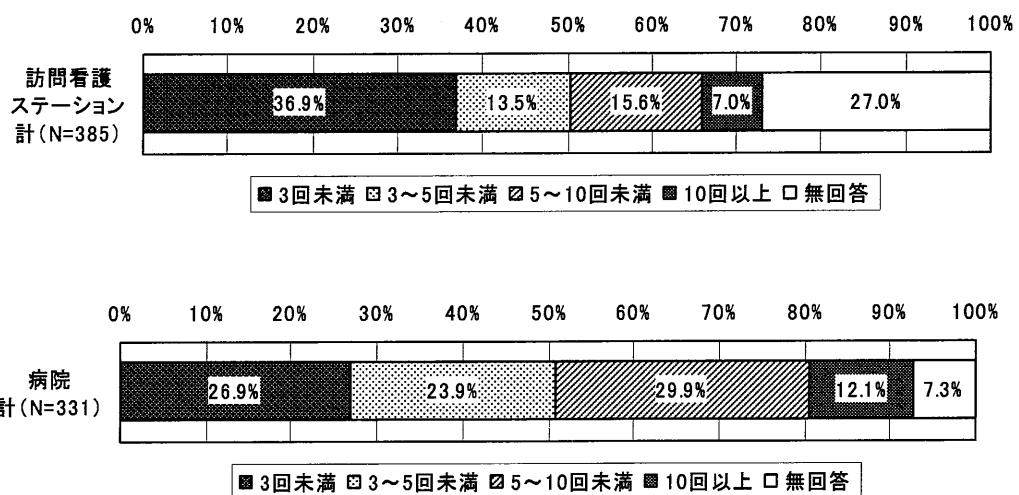
過去の精神科入院の有無についてみると、訪問看護ステーションでは、「あり」が77.8%、「なし」が16.6%であった。病院では、「あり」が95.9%、「なし」が3.2%であった。

図表 3-78 過去の精神科入院の有無



また、「あり」の場合の入院回数については、訪問看護ステーションでは「3回未満」(36.9%)が最も多く、次いで「5~10回未満」(15.6%)、平均3.93回（標準偏差4.17）であった。病院では「5~10回未満」(29.9%)が最も多く、次いで「3回未満」(26.9%)、平均5.28回（標準偏差4.35）であった。

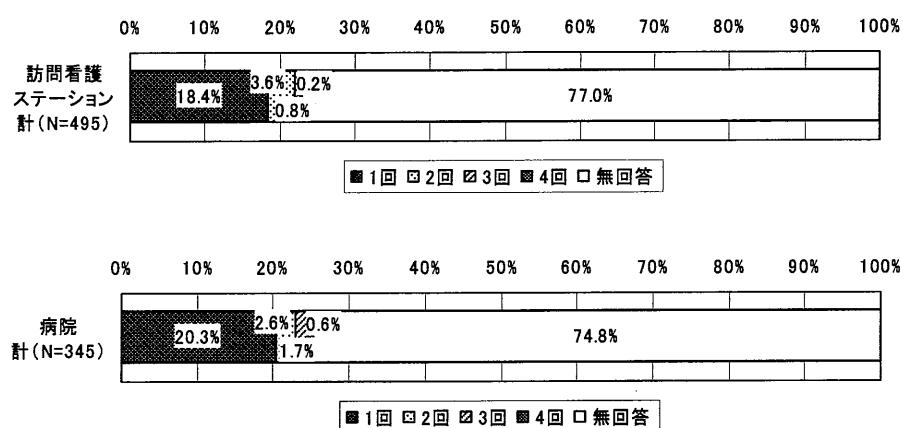
図表 3-79 入院回数



#### イ) 過去1年間の入院回数

過去1年間の入院回数についてみると、訪問看護ステーションでは「1回」(18.4%)が最も多く、平均1.25回（標準偏差0.56）であった。病院では「1回」(20.3%)が最も多く、平均1.31回（標準偏差0.70）であった。

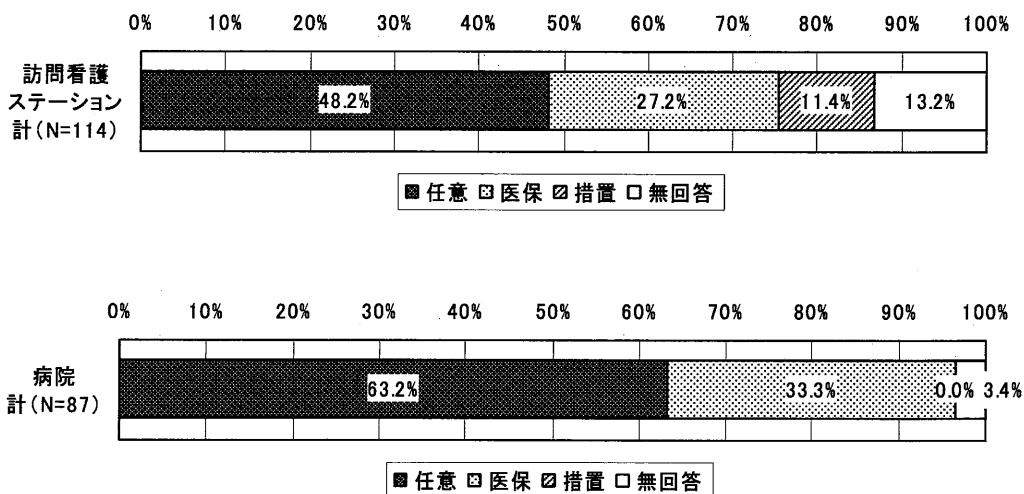
図表 3-80 過去1年間の入院回数



#### ウ) 過去 1 年間の精神科入院形態

過去 1 年間に精神科への入退院歴がある患者について、その直近の入院形態についてみると、訪問看護ステーションでは「任意」(48.2%) が最も多く、次いで「医保」(27.2%)、「措置」(11.4%) であった。病院では「任意」(63.2%) が最も多く、次いで「医保」(33.3%) であった。

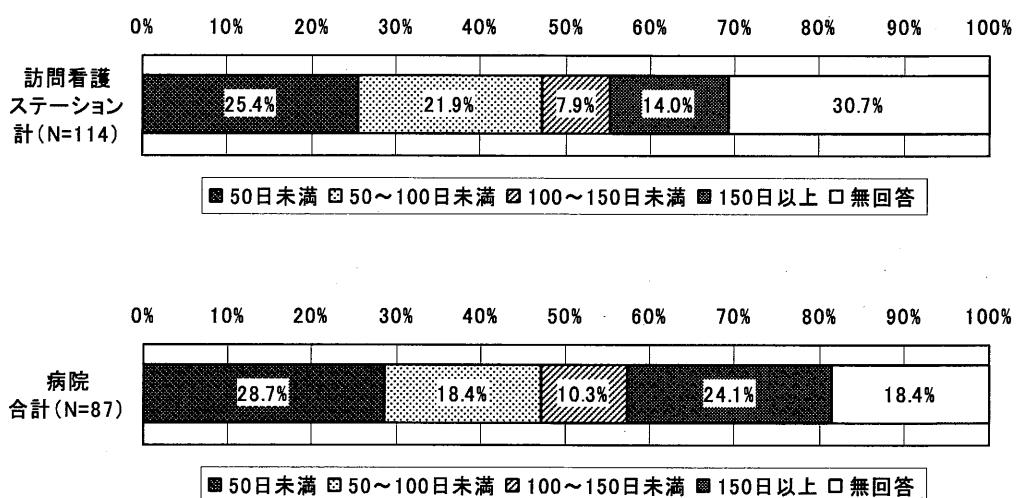
図表 3-81 過去 1 年間の精神科入退院歴



#### エ) 直近の入院期間

過去 1 年間に精神科への入退院歴がある患者について、直近の入院期間についてみると、訪問看護ステーションでは「50 日未満」(25.4%) が最も多く、次いで「50~100 日未満」(21.9%)、平均 114.63 日 (標準偏差 141.56) であった。病院では「50 日未満」(28.7%) が最も多かったが、次いで「150 日以上」(24.1%) が多く、平均 332.72 日 (標準偏差 746.80) であった。

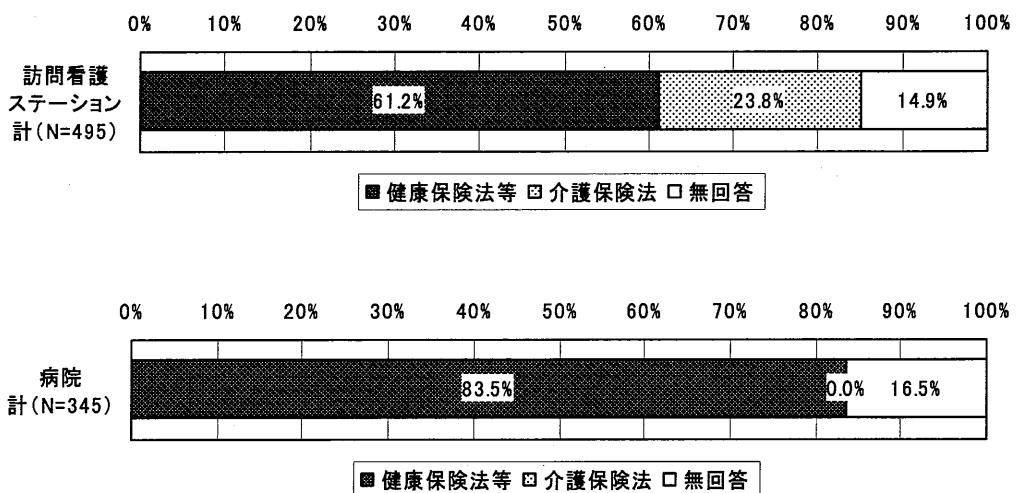
図表 3-82 過去 1 年間の精神科入退院歴



## 7) 保険の種類

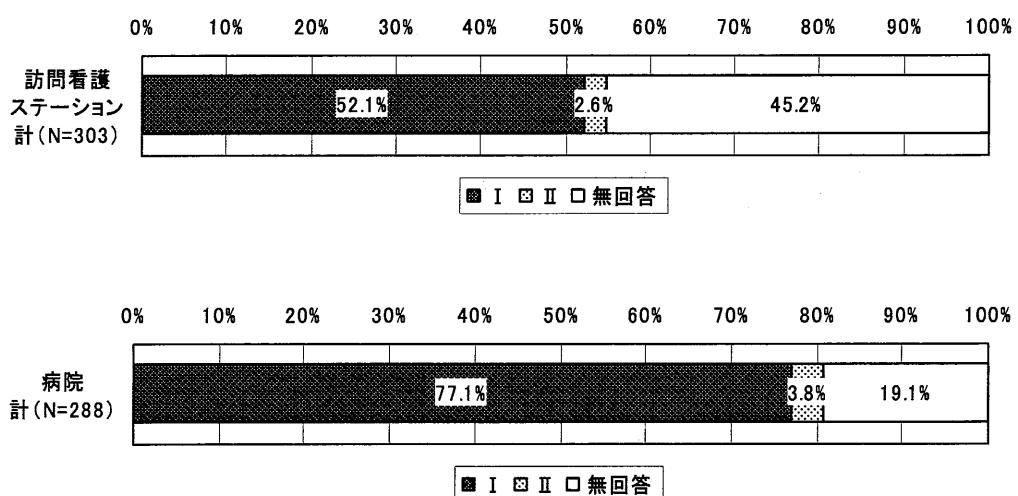
保険の種類についてみると、訪問看護ステーションでは「健康保険法等」が 61.2%、「介護保険法」が 23.8%であった。病院では無回答以外は全て「健康保険法等」であった。

図表 3-83 保険の種類



また、健康保険法等の請求区分については、訪問看護ステーションでは「区分 I（訪問看護基本療養費 I）」が 52.1%、「区分 II（訪問看護基本療養費 II）」が 2.6%であった。病院では、「区分 I（精神科訪問看護・指導料 I）」が 77.1%、「区分 II（精神科訪問看護・指導料 II）」が 3.8%であった。

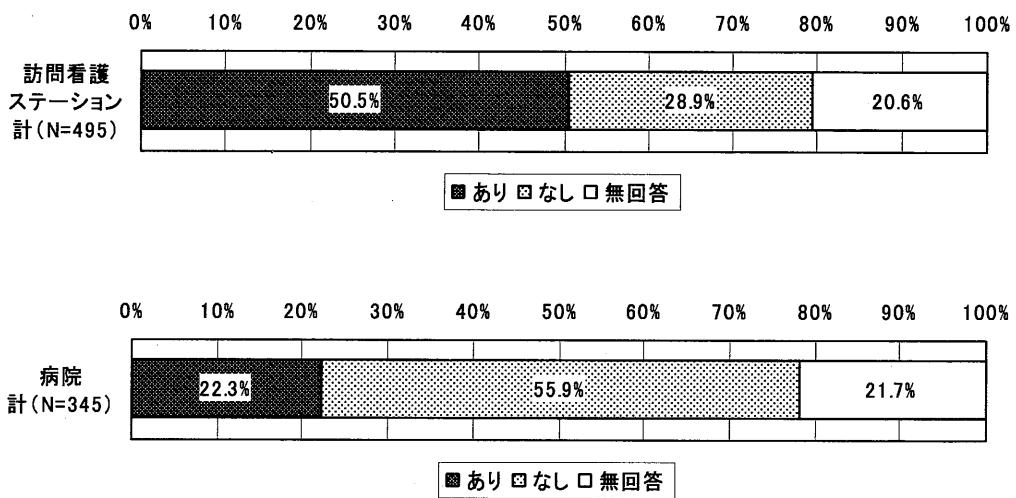
図表 3-84 健康保険法等の請求区分



## 8) 自立支援法による障害認定の有無

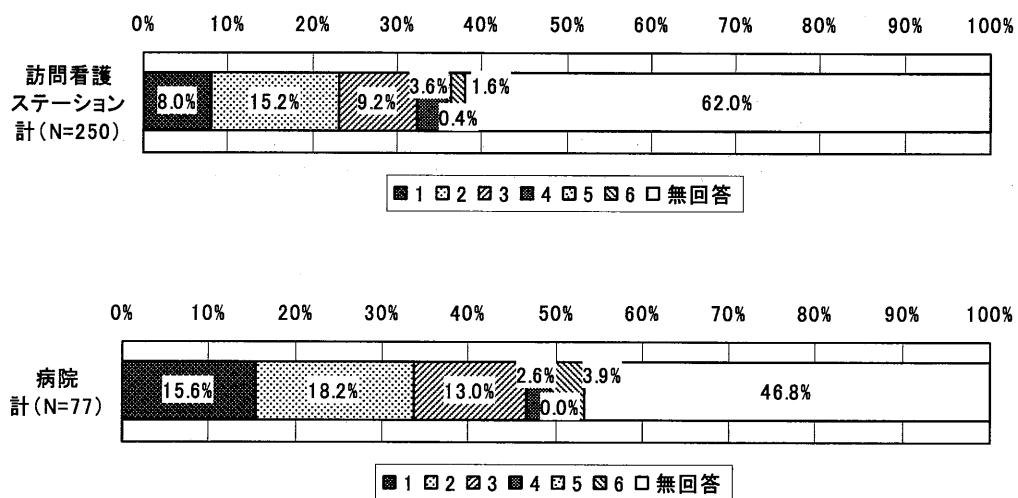
自立支援法による障害認定の有無についてみると、訪問看護ステーションでは「あり」が50.5%、「なし」が28.9%であった。病院では「あり」が22.3%、「なし」が55.9%であった。

図表 3-85 自立支援法による障害認定の有無



また、障害認定の障害程度区分については、訪問看護ステーションでは「区分2」(15.2%)が最も多く、次いで「区分3」(9.2%)、病院では「区分2」(18.2%)が最も多く、次いで「区分1」(15.6%)であった。

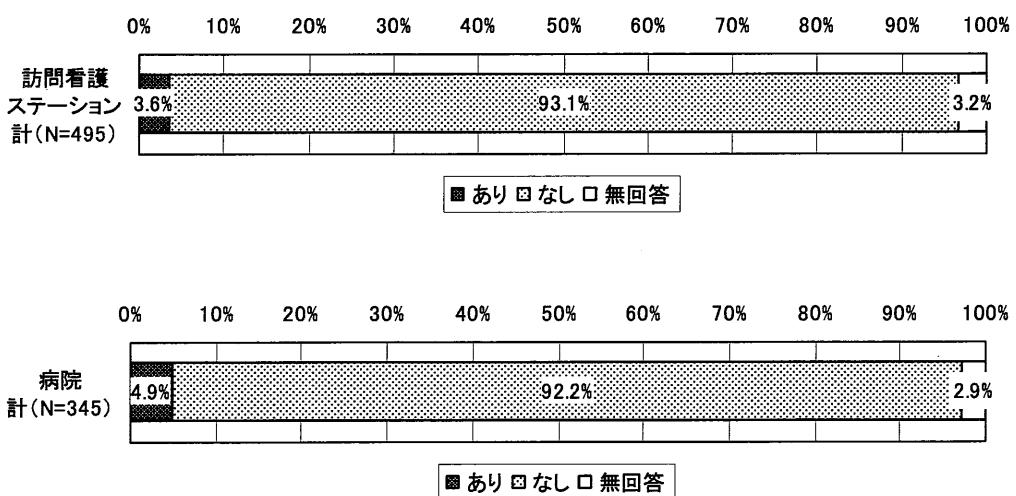
図表 3-86 障害認定の障害程度区分



## 9) 現在の就労の有無

現在の就労の有無についてみると、訪問看護ステーションでは「あり」が 3.6%、「なし」が 93.1%、病院ではそれぞれ 4.9%、92.2%であった。

図表 3-87 現在の就労の有無

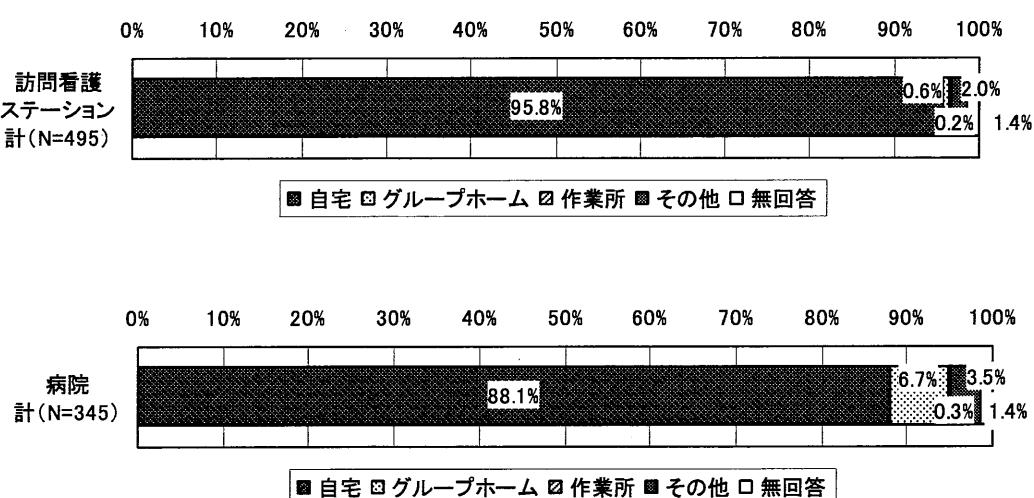


## 10) 訪問先

### ア) 最近 1 ヶ月間の訪問先と訪問手段

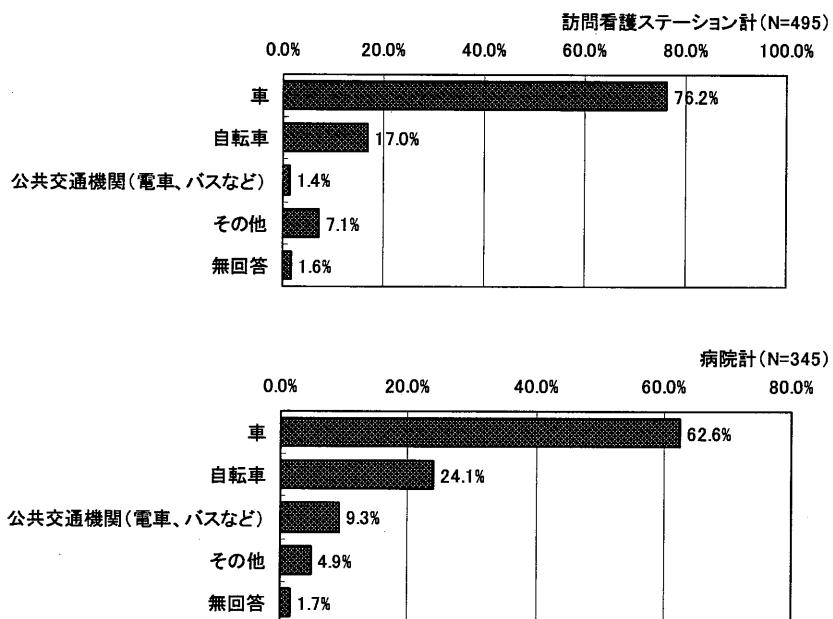
最近 1 ヶ月間の訪問先についてみると、訪問看護ステーションでは「自宅」(95.8%) が最も多い。病院でも「自宅」(88.1%) が最も多く、次いで「グループホーム」(6.7%) であった。

図表 3-88 最近 1 ヶ月間の訪問先



訪問手段についてみると、訪問看護ステーション、病院ともに「車」が最も多く、それぞれ 76.2%、62.6% であった。

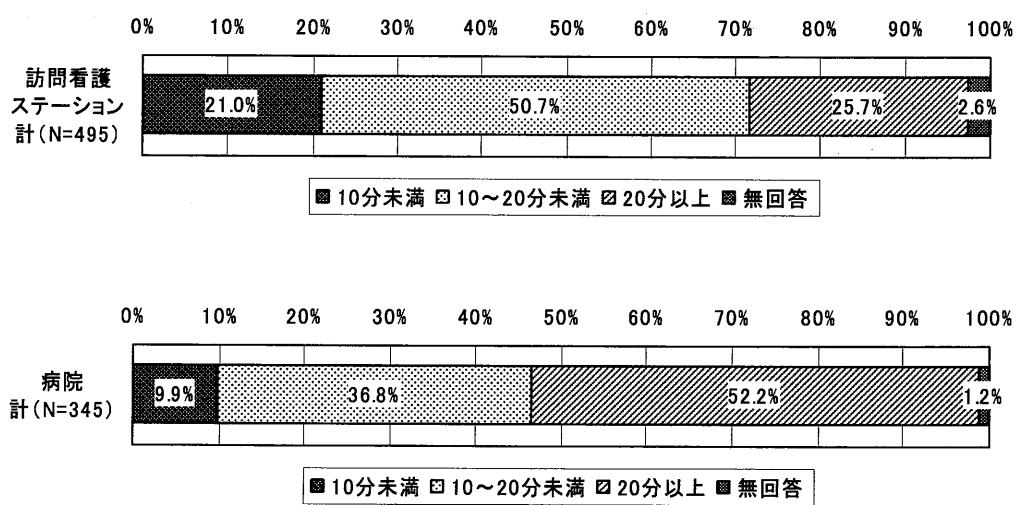
図表 3-89 訪問手段



#### イ) 訪問のための移動時間 (片道あたり)

訪問のための移動時間についてみると、訪問看護ステーションでは「10分未満」が 21.0% であったのに対し、病院では 9.9%、また「20分以上」がそれぞれ 25.7%、52.2% であり、病院の方が移動時間が長かった。平均移動時間は、訪問看護ステーションが 14.33 分（標準偏差 9.33）、病院が 22.77 分（標準偏差 17.03）であった。

図表 3-90 訪問のための移動時間

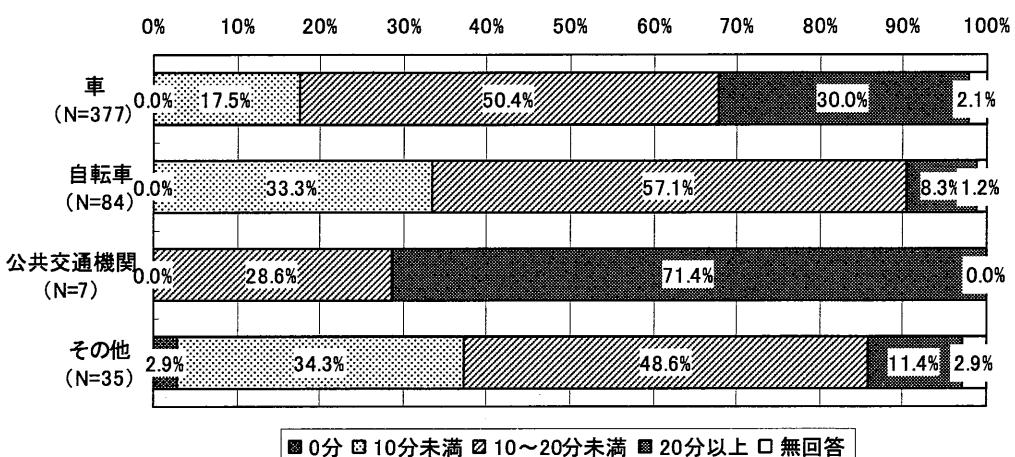


訪問時間（片道あたり）を手段別にみると、訪問看護ステーションにおいては、車では「10～20分未満」（50.4%）が最も多い、平均 15.37 分（標準偏差 9.87）であった。自転車では「10～20分未満」（57.1%）が最も多い、公共の交通機関では「20分以上」（71.4%）、その他は「10～20分未満」（48.6%）が最も多いかった。

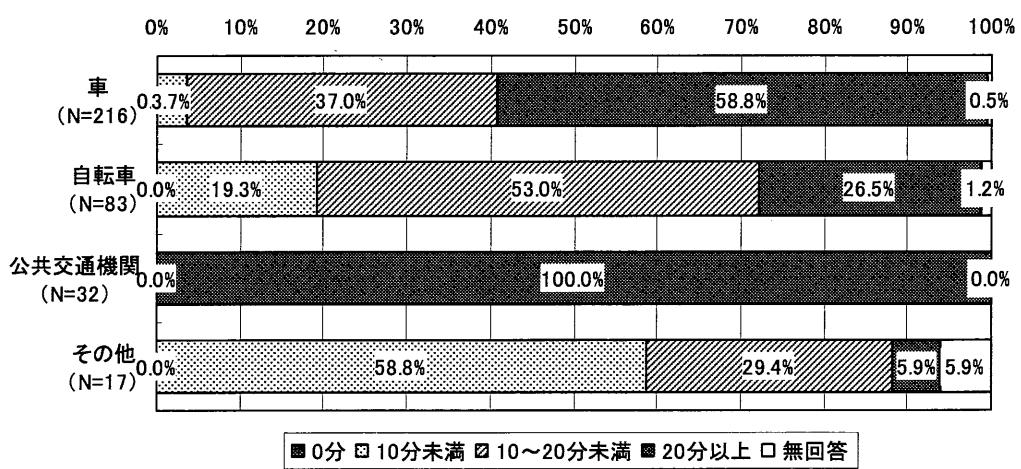
病院では、車が「20分以上」（58.8%）が最も多い、平均 22.87 分（標準偏差 13.30）であった。自転車では「10～20分未満」（53.0%）が最も多い、公共の交通機関ではすべて「20分以上」、その他は「10分未満」（58.8%）が最も多いかった。

図表 3-91 訪問時間（片道あたり）

#### ○訪問看護ステーション



#### ○病院

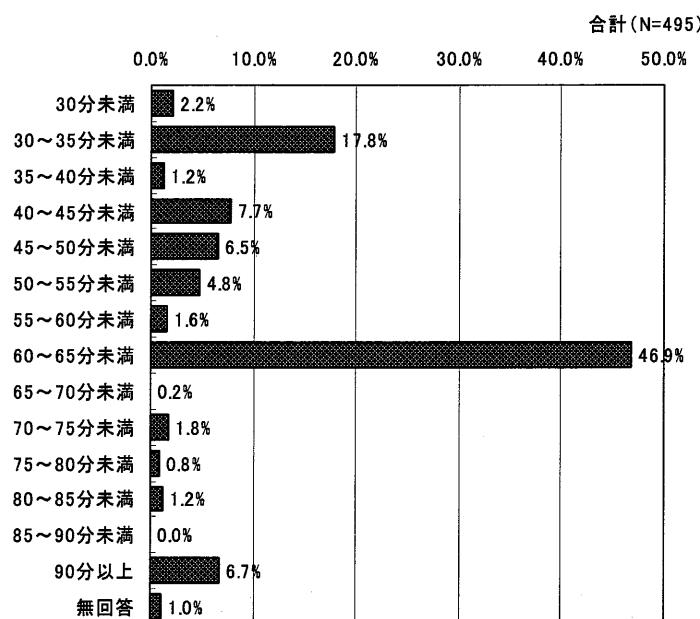


### 1.1) 1回の訪問滞在時間（最近1ヶ月の1回あたりの平均）

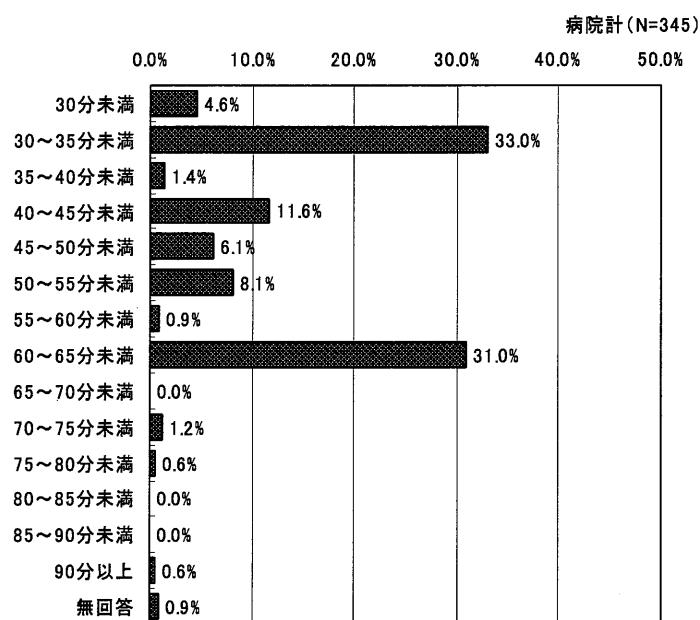
1回の訪問滞在時間（最近1ヶ月の1回あたりの平均）についてみると、訪問看護ステーションでは「60～65分未満」(46.9%)が最も多く、次いで「30～35分未満」(17.8%)、「40～45分未満」(7.7%)であった。病院では「30～35分未満」(33.0%)が最も多く、次いで「60～65分未満」(31.0%)であった。

図表 3-92 1回の訪問滞在時間（最近1ヶ月の1回あたりの平均詳細）

#### ○訪問看護ステーション



#### ○病院



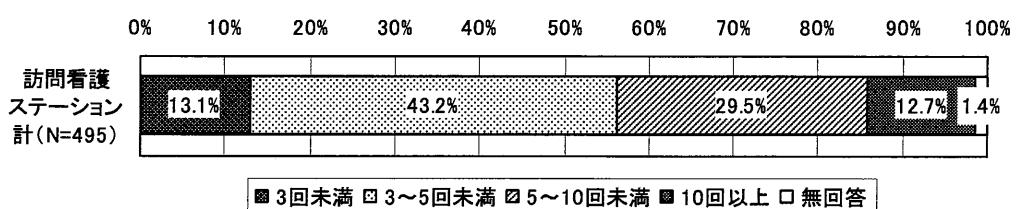
## 12) 最近1ヶ月の訪問回数（総訪問回数）

最近1ヶ月の訪問回数（総訪問回数）についてみると、訪問看護ステーションでは「3～5回未満」（43.2%）が最も多く、次いで「5～10回未満」（29.5%）、平均5.91回（標準偏差5.95）であった。

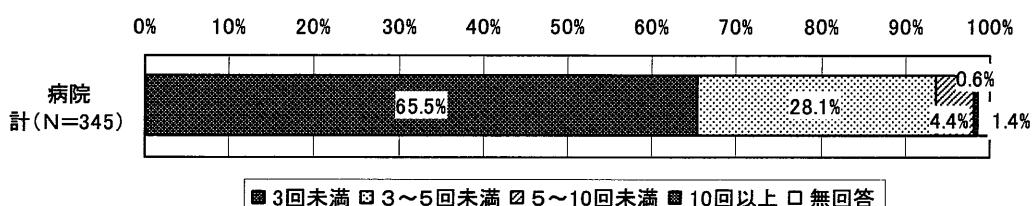
病院では、平成19年10月～12月まで平均すると、「3回未満」（65.5%）が最も多く、訪問看護ステーションよりも少ない傾向があった。3ヶ月間の平均は2.45回（標準偏差1.84）であった。

図表 3-93 最近1ヶ月の訪問回数（総訪問回数）

### ○訪問看護ステーション（N=495）



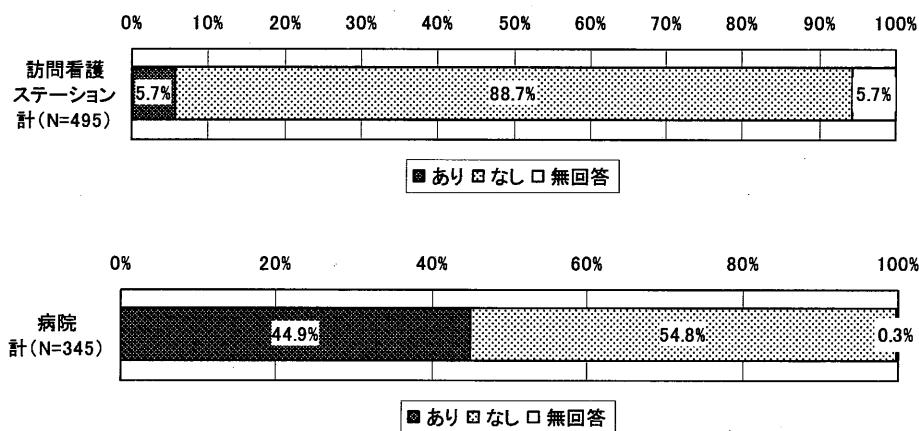
### ○病院（N=345）（平成19年10月～12月の平均値）



### 1 3) 同行訪問者の有無

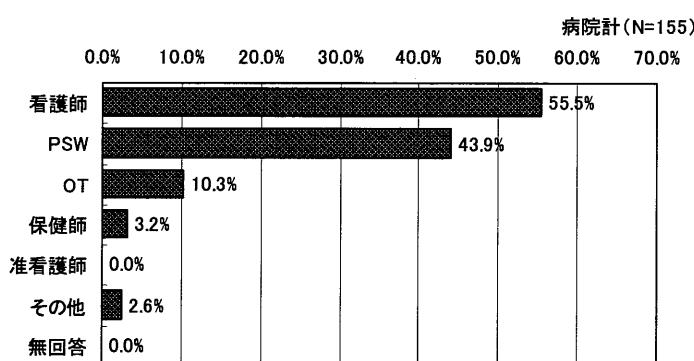
同行訪問者の有無についてみると、訪問看護ステーションでは「あり」が 5.7%、「なし」が 88.7% であったのに対し、病院では「あり」が 44.9%、「なし」が 54.8% であった。

図表 3-94 同行訪問者の有無



同行訪問者の内訳は以下のとおり。

- ・看護師／訪問看護師 : 15
- ・保健師 : 2
- 【以下、各々 1】
- ・生活保護課担当者
- ・行政 生活保護課
- ・県職員
- ・看護学生
- ・ケアマネジャー
- ・ケアマネジャー、相談支援員
- ・N s、P SW、心理など
- ・P SW
- ・コーディネーター
- ・S W、病院N s 等（市保健師 福祉課職員）

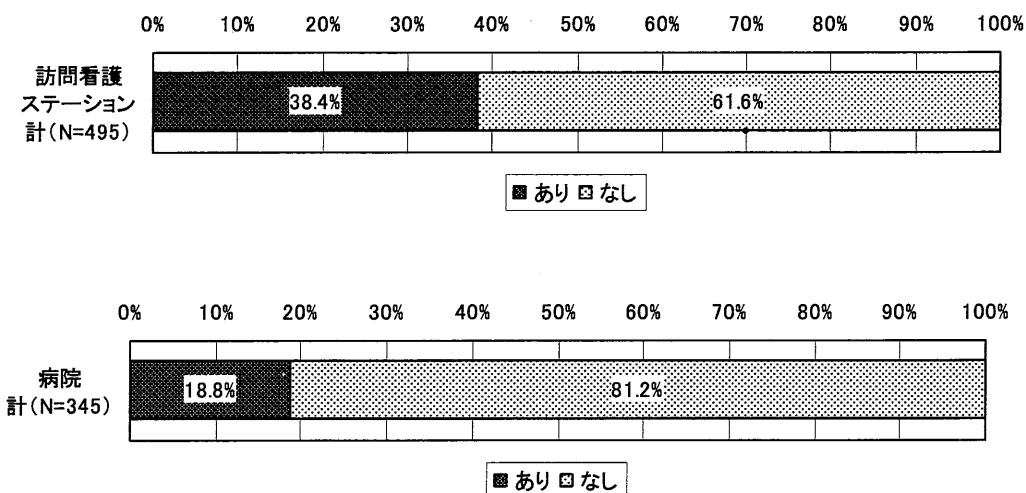


## 14) 訪問看護への電話相談

### ア) 電話相談の有無

電話相談の有無についてみると、訪問看護ステーションでは「あり」が38.4%、「なし」が61.6%であった。病院では、「あり」が18.8%、「なし」が81.2%であった。

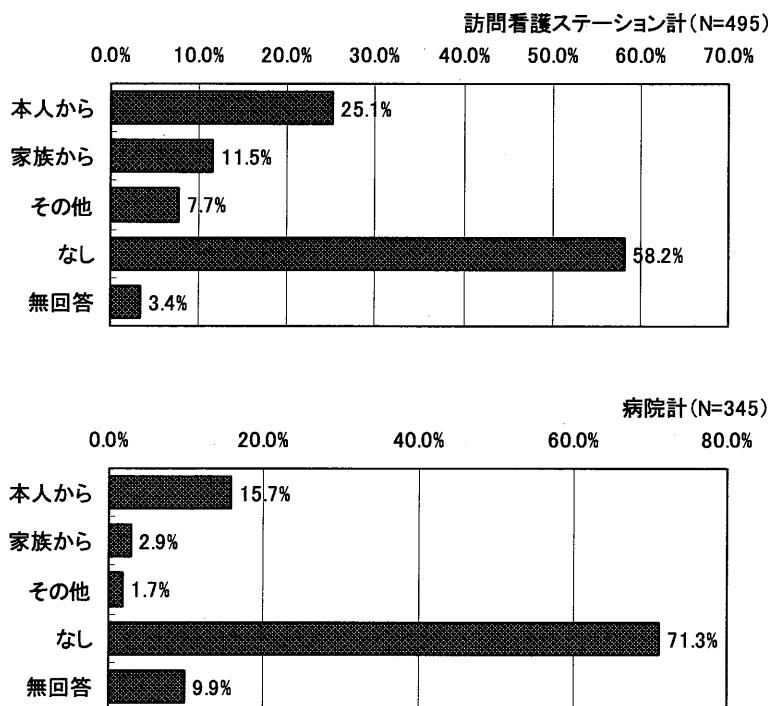
図表 3-95 電話相談の有無



#### イ) 電話相談をした人

電話相談をした人についてみると、訪問看護ステーションでは「なし」(58.2%)が最も多く、次いで「本人から」(25.1%)、「家族から」(11.5%)であった。病院では「なし」(71.3%)が最も多く、次いで「本人から」(15.7%)であった。

図表 3-96 訪問看護への電話相談



#### ウ) 電話相談の回数と時間

電話相談の回数と時間は、以下の通りであった。

図表 3-97 訪問看護への電話相談の回数と時間

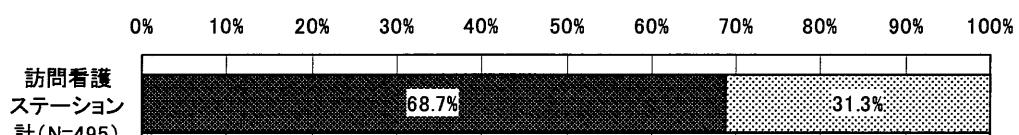
		回数(回/月)			時間(分/月)		
		n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差
訪問看護 ステーション	本人から	124	7.29	15.53	124	54.53	97.47
	家族から	57	2.65	3.43	57	29.33	32.06
	その他	38	3.37	5.55	38	23.15	15.97
病院	本人から	54	7.98	23.24	54	51.45	179.35
	家族から	10	3.50	3.46	10	14.57	8.17
	その他	6	1.00	-	6	8.33	2.36

## 15) 訪問看護以外に利用している社会資源

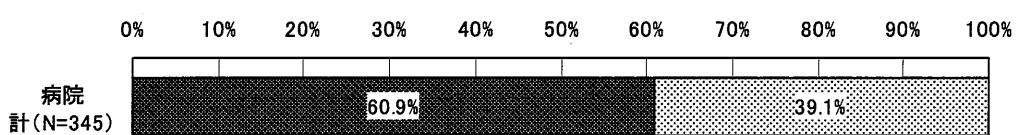
### ア) 利用の有無

利用の有無についてみると、訪問看護ステーションでは「あり」が 68.7%、「なし」が 31.3% であった。病院では「あり」が 60.9%、「なし」が 39.1% であった。

図表 3-98 利用の有無



■あり ▨なし

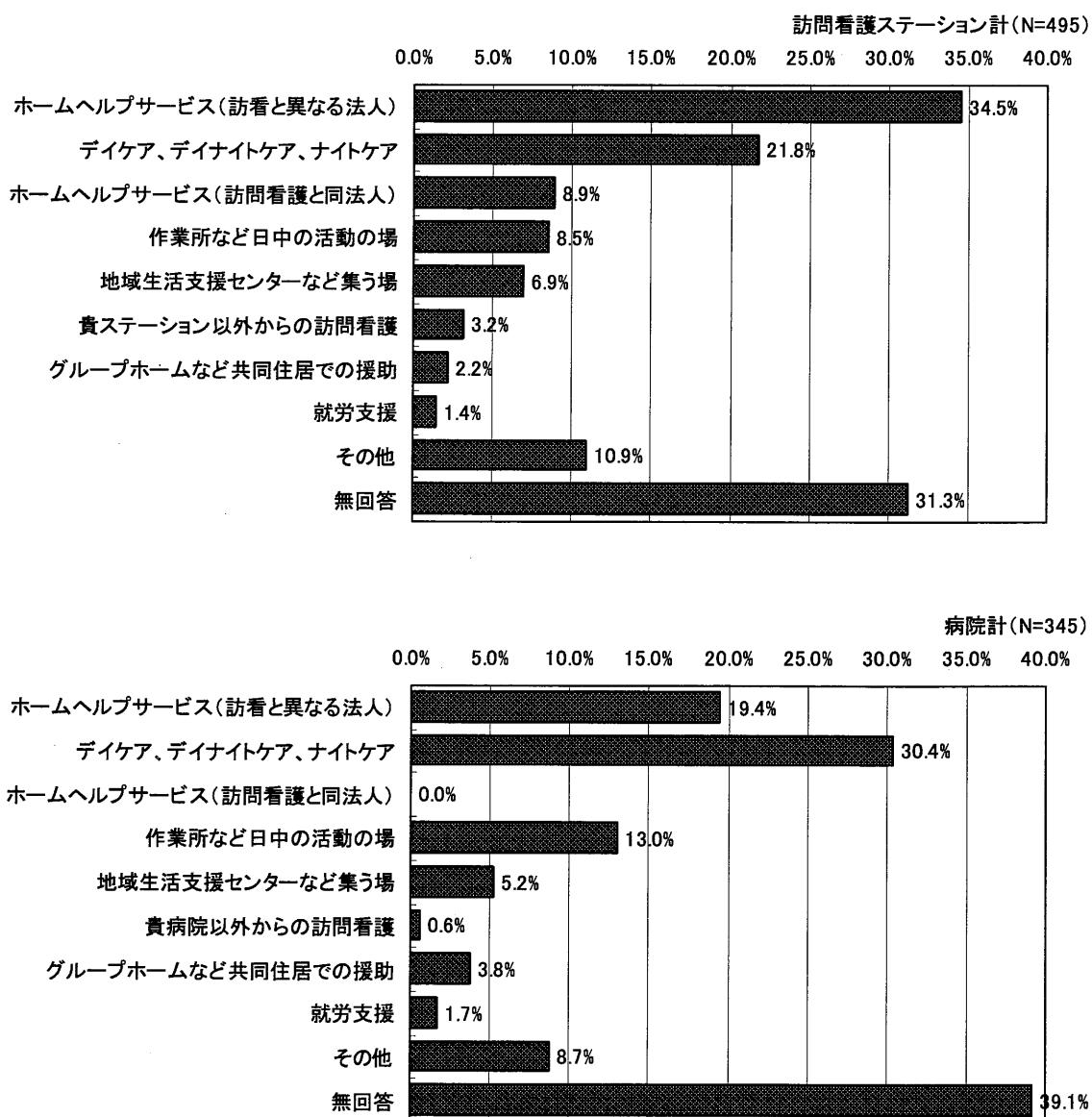


■あり ▨なし

#### イ) 利用している社会資源の種類

利用している社会資源の種類についてみると、訪問看護ステーションでは「ホームヘルプサービス（訪問看護と異なる法人）」(34.5%) が最も多く、次いで「デイケア、デイナイトケア、ナイトケア」(21.8%)、であった。病院では、「デイケア、デイナイトケア、ナイトケア」(30.4%) が最も多かった。

図表 3-99 訪問看護以外に利用している社会資源



ウ) 利用回数

利用回数は、以下の通りであった。

図表 3-100 利用回数

訪問看護ステーション	回数(回/週)		
	n	平均値	標準偏差
デイケア、デイナイトケア、ナイトケア	108	2.12	1.31
作業所など日中の活動の場	42	2.84	1.53
地域生活支援センターなど集う場	34	2.39	1.45
就労支援	7	2.50	1.26
ホームヘルプサービス（訪問看護と同法人）	44	3.98	2.81
ホームヘルプサービス（訪問看護と異なる法人）	171	3.14	2.34
貴ステーション以外からの訪問看護	16	1.21	0.41
その他	54	2.20	1.62

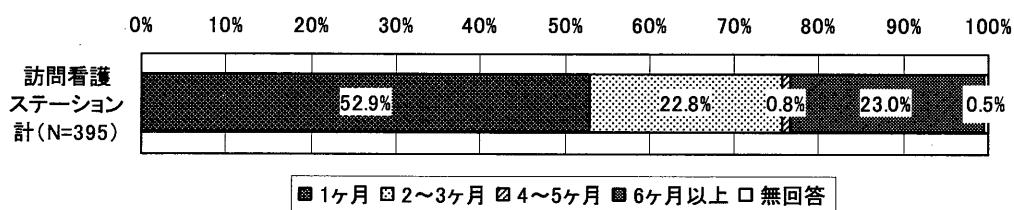
病院	回数(回/週)		
	n	平均値	標準偏差
デイケア、デイナイトケア、ナイトケア	105	3.03	1.53
作業所など日中の活動の場	45	3.07	1.45
地域生活支援センターなど集う場	18	2.23	1.80
就労支援	6	3.40	2.06
ホームヘルプサービス（訪問看護と同法人）	-	-	-
ホームヘルプサービス（訪問看護と異なる法人）	67	1.77	1.07
貴病院以外からの訪問看護	2	-	-
その他	30	1.78	1.44

※nには回数が無回答のものも含む

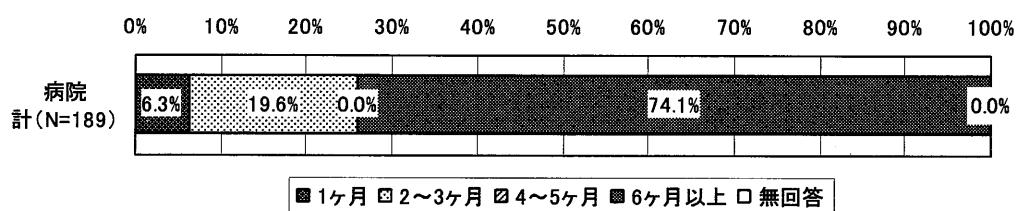
## 16) 看護計画の見直しの頻度

看護計画の見直しの頻度についてみると、訪問看護ステーションでは「○ヶ月に1回」程度が最も多かった。その内訳をみると、「1ヶ月」(52.9%)が最も多く、次いで「6ヶ月以上」(23.0%)、平均2.76ヶ月（標準偏差2.42）であった。病院も同様に「○ヶ月に1回」が多かったが、見直し頻度は「6ヶ月」に一回が最も多く(74.1%)、平均は5.12ヶ月に1回（標準偏差1.91）であった。

図表 3-101 看護計画の見直しの頻度（訪問看護ステーション）



図表 3-102 看護計画の見直しの頻度（病院）

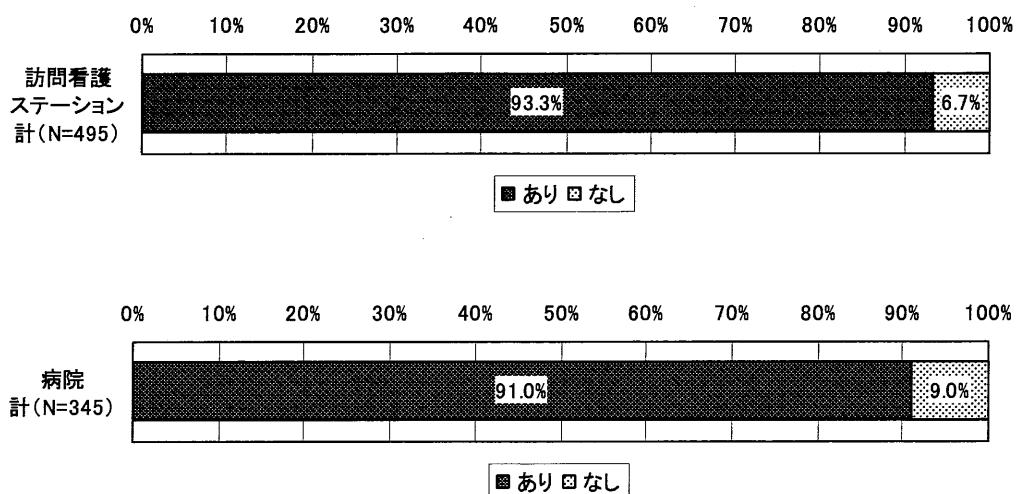


## 17) 主治医との情報共有

### ア) 情報共有の有無

情報共有の有無についてみると、訪問看護ステーションでは「あり」が 93.3%、「なし」が 6.7% であった。病院ではそれぞれ 91.0%、9.0% であった。

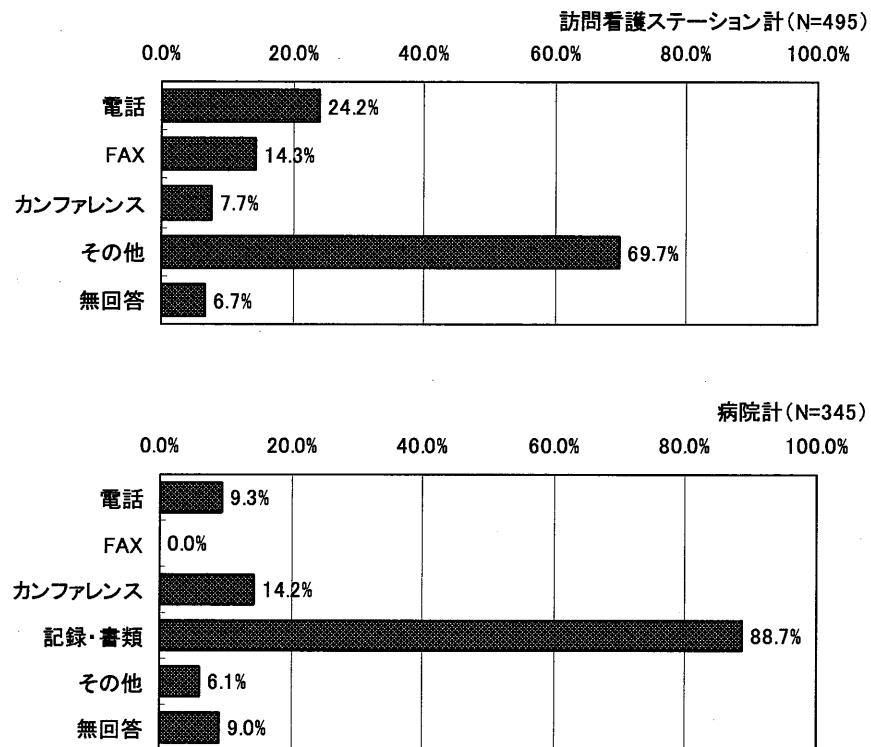
図表 3-103 情報共有の有無



#### イ) 情報の共有方法

情報の共有方法についてみると、訪問看護ステーションでは「電話」(24.2%)、「FAX」(14.3%)の順であった。病院では「記録・書類」が88.7%と多くなっている。

図表 3-104 情報の共有方法



ウ) 方法別の共有回数

方法別の共有回数は、以下の通りである。

図表 3-105 方法別の共有回数

訪問看護ステーション	回数（回／週）		
	n	平均値	標準偏差
電話	120	1.33	0.61
FAX	71	1.52	1.24
カンファレンス	38	1.79	1.22
その他	345	1.18	0.68

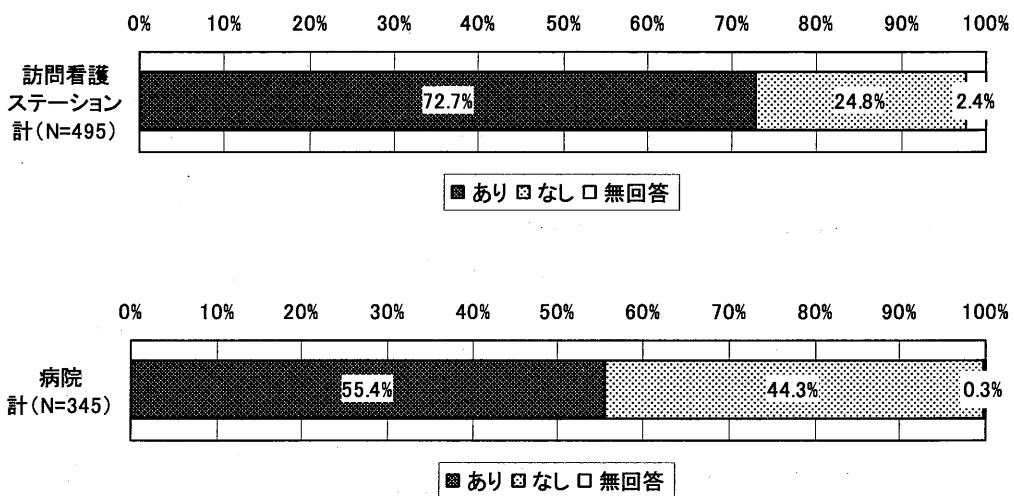
病院	回数（回／週）		
	n	平均値	標準偏差
電話	32	1.60	1.08
FAX	-	-	-
カンファレンス	49	1.11	0.38
記録・書類	306	2.44	2.04
その他	21	1.33	0.79

※nには回数が無回答のものも含む

### 18) 主治医以外の他職種や他機関との連携の有無

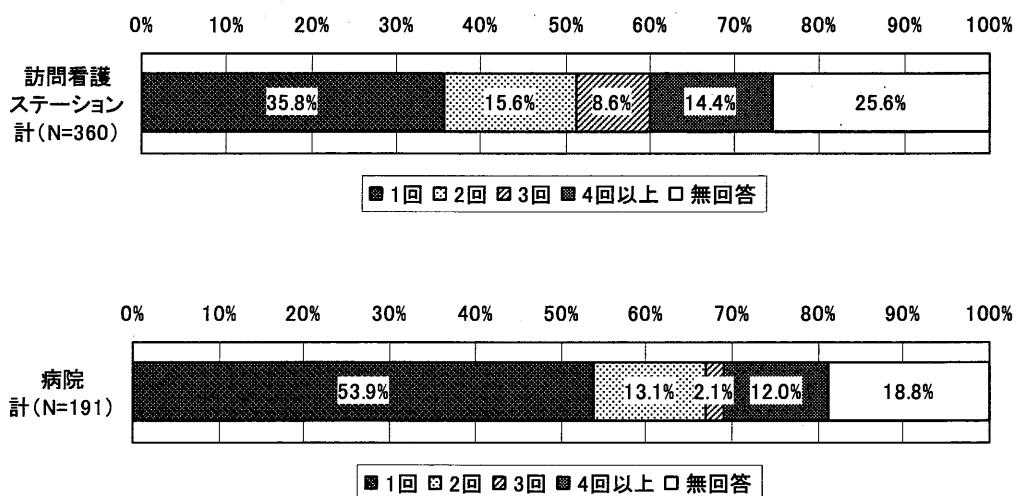
連携の有無についてみると、訪問看護ステーションでは「あり」が 72.7%、「なし」が 24.8%であった。病院では「あり」が 55.4%、「なし」は 44.3%であった。

図表 3-106 連携の有無



また、「あり」の場合の連携の回数については、訪問看護ステーションでは「1回」(35.8%)が最も多く、平均 2.43 回（標準偏差 2.69）であった。病院においても「1回」(53.9%)が最も多く、平均 2.15 回（標準偏差 3.02）であった。

図表 3-107 連携の有無

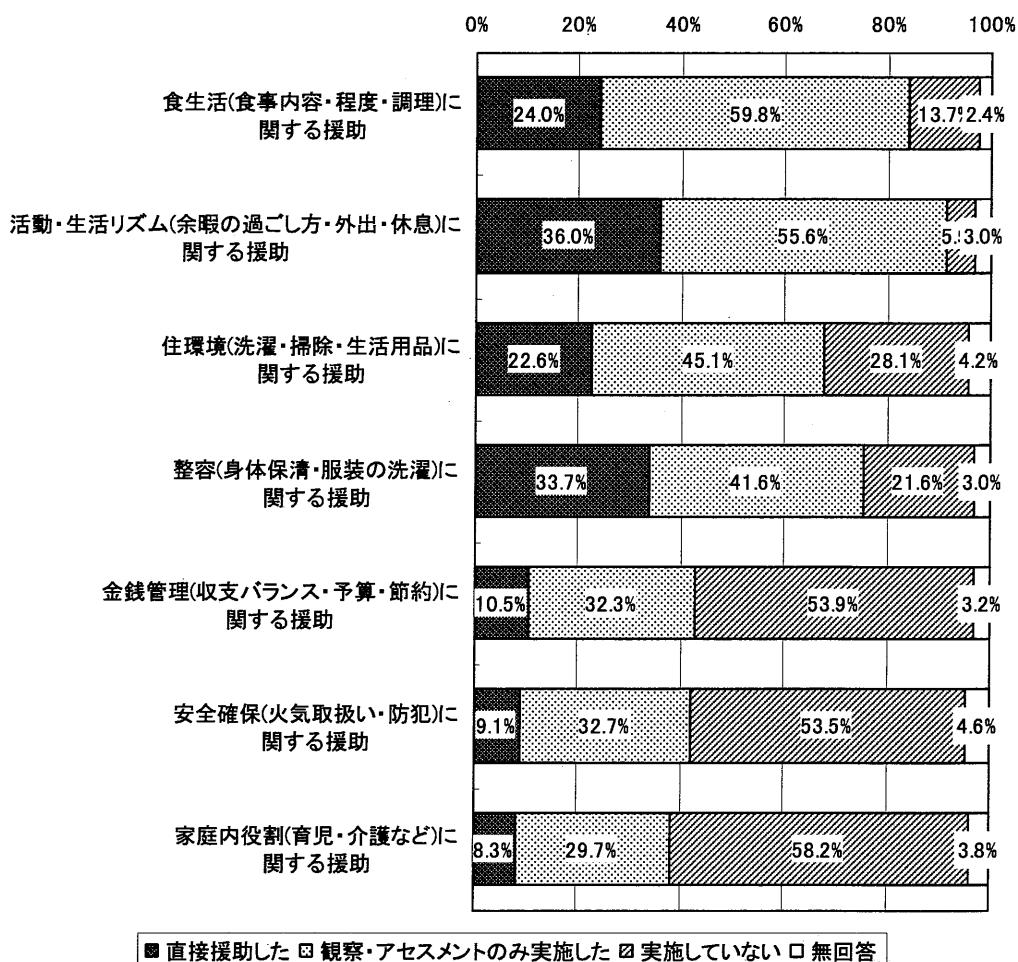


## 19) 精神科訪問看護ケア内容調査

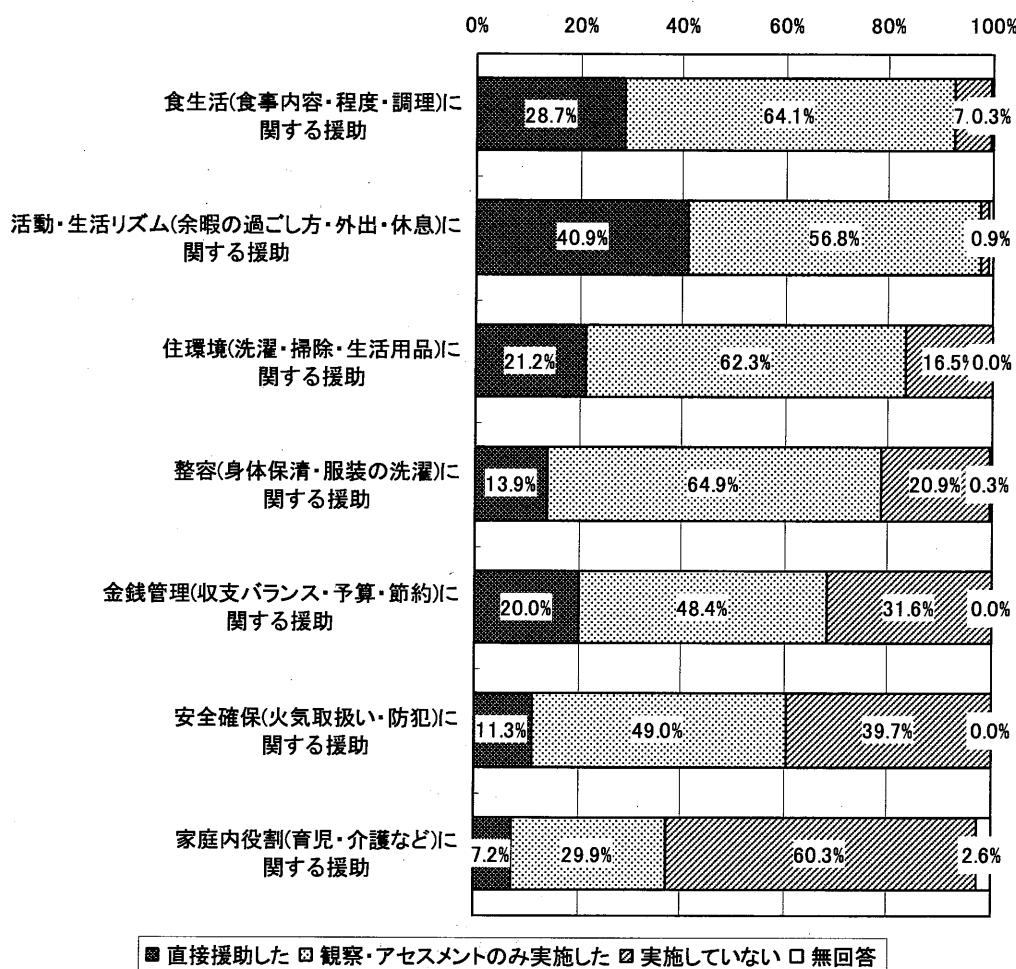
### ア) 日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得

日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得に関する項目については、以下の通りであった。

図表 3-108 日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得（訪問看護ステーション：N=495）



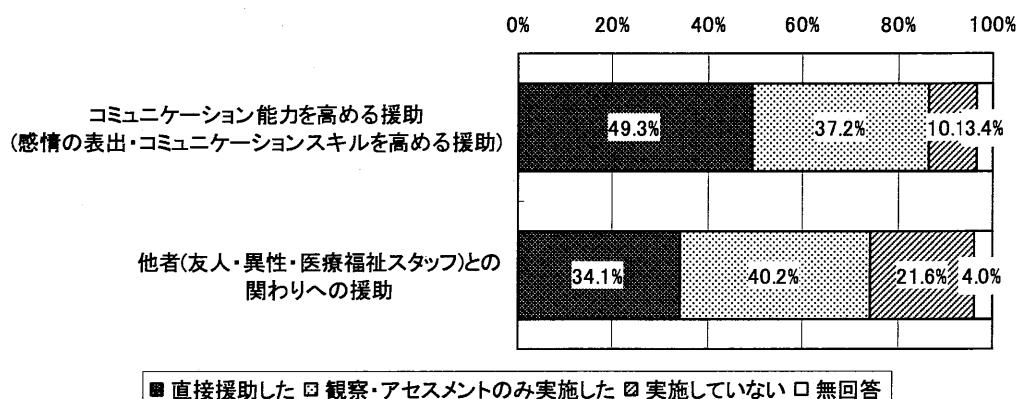
図表 3-109 日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得（病院：N=345）



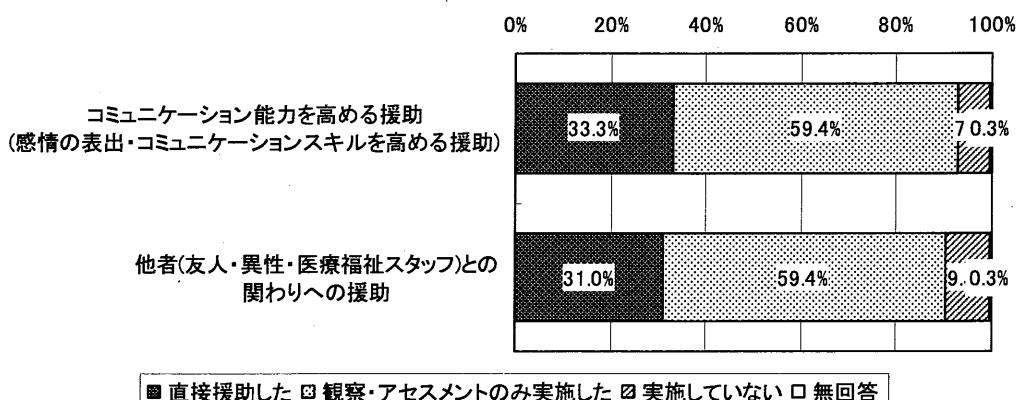
#### イ) 対人関係の維持・構築

対人関係の維持・構築に関する項目については、以下の通りであった。

図表 3-110 対人関係の維持・構築（訪問看護ステーション：N=495）



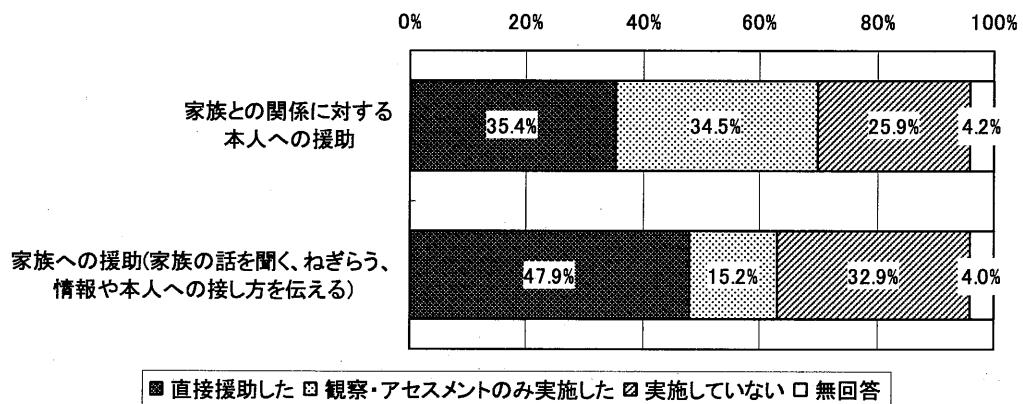
図表 3-111 対人関係の維持・構築（病院：N=345）



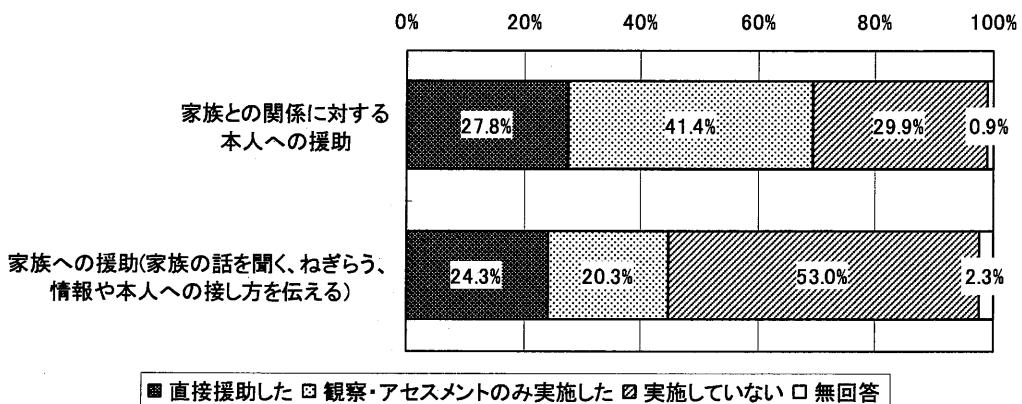
## ウ) 家族関係の調整

家族関係の調整に関する項目については、以下の通りであった。

図表 3-112 家族関係の調整（訪問看護ステーション：N=495）



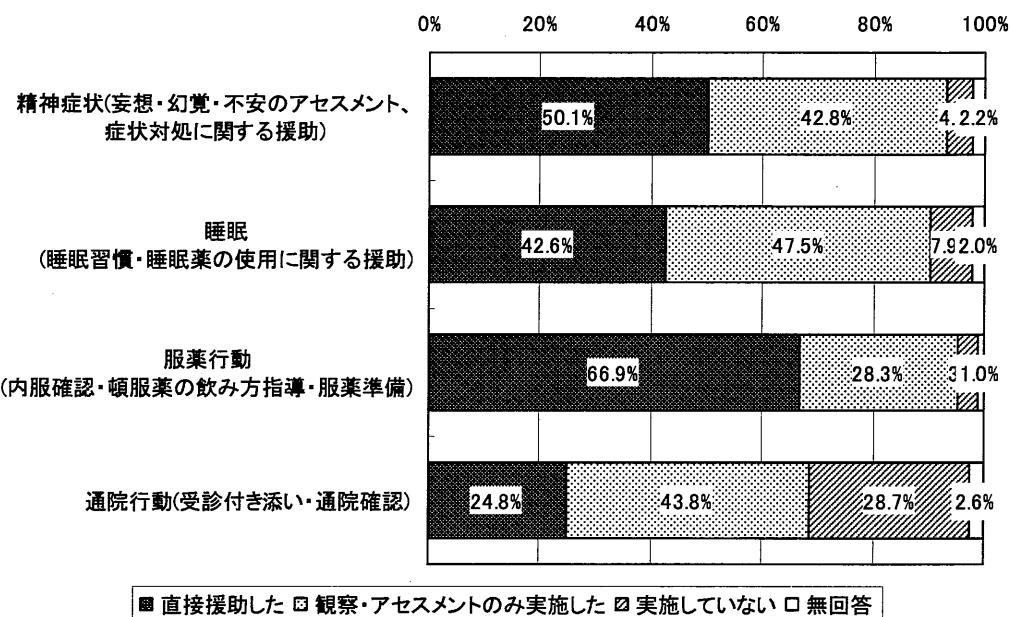
図表 3-113 家族関係の調整（訪問看護ステーション：N=345）



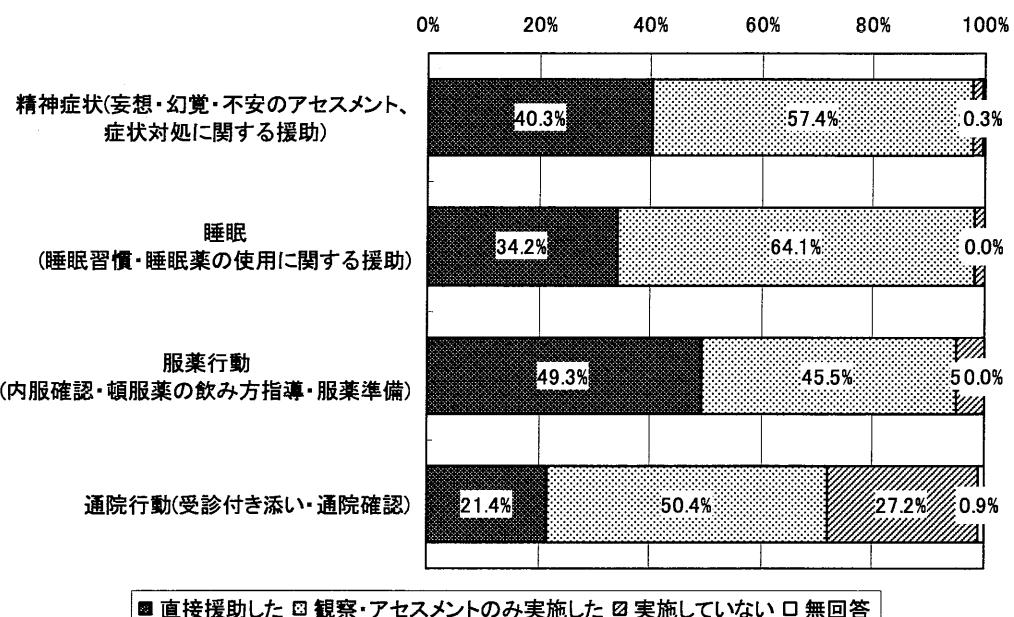
## エ) 精神症状の悪化や憎悪を防ぐ

精神状態の悪化や憎悪を防ぐ項目については、以下の通りであった。

図表 3-114 精神状態の悪化や憎悪を防ぐ（訪問看護ステーション：N=495）



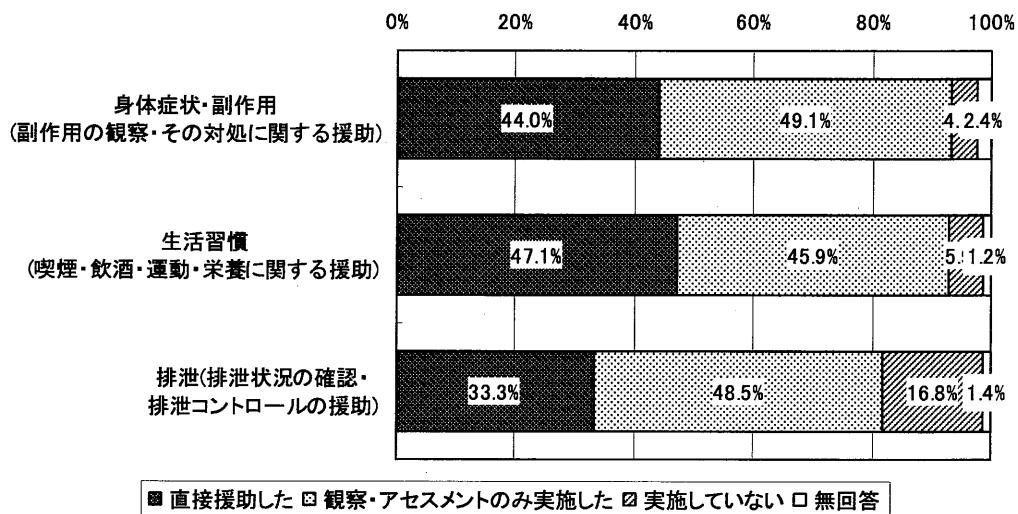
図表 3-115 精神状態の悪化や憎悪を防ぐ（病院：N=345）



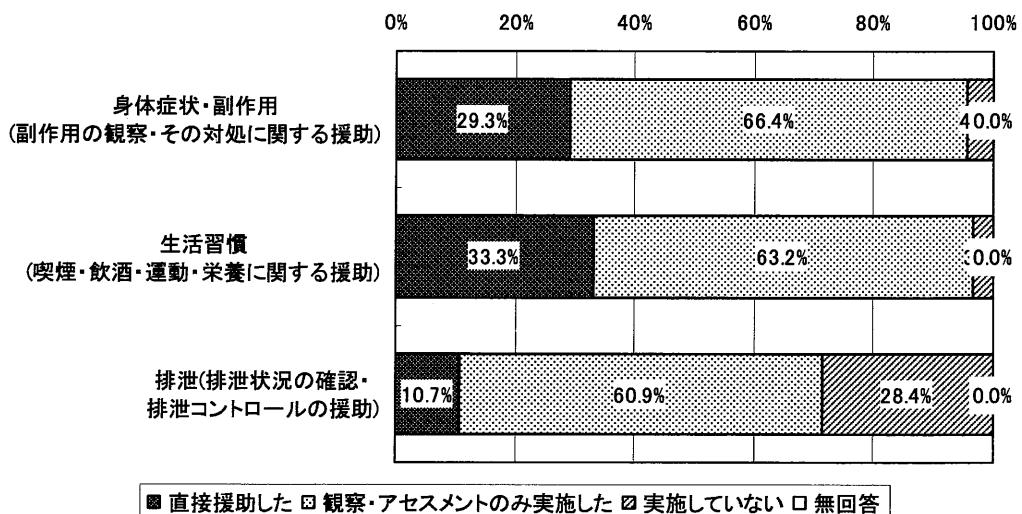
オ) 身体症状の発症や進行を防ぐ

身体症状の発症や進行を防ぐ項目については、以下の通りであった。

図表 3-116 身体症状の発症や進行を防ぐ（訪問看護ステーション：N=495）



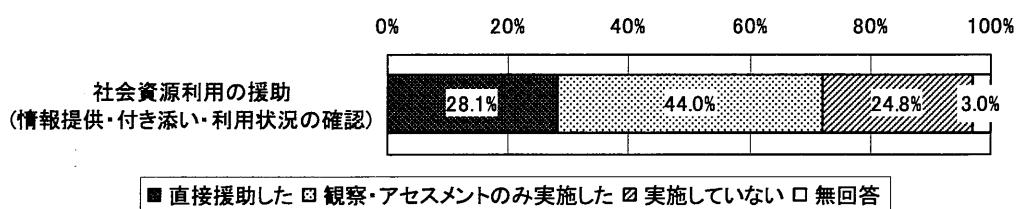
図表 3-117 身体症状の発症や進行を防ぐ（訪問看護ステーション：N=345）



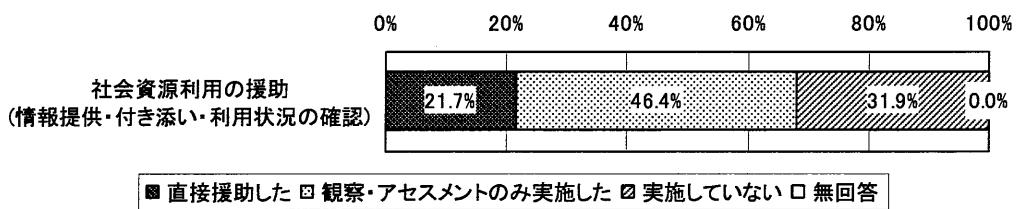
## カ) 社会資源の活用

社会資源の活用に関する項目については、以下の通りであった。

図表 3-118 社会資源の活用（訪問看護ステーション：N=495）



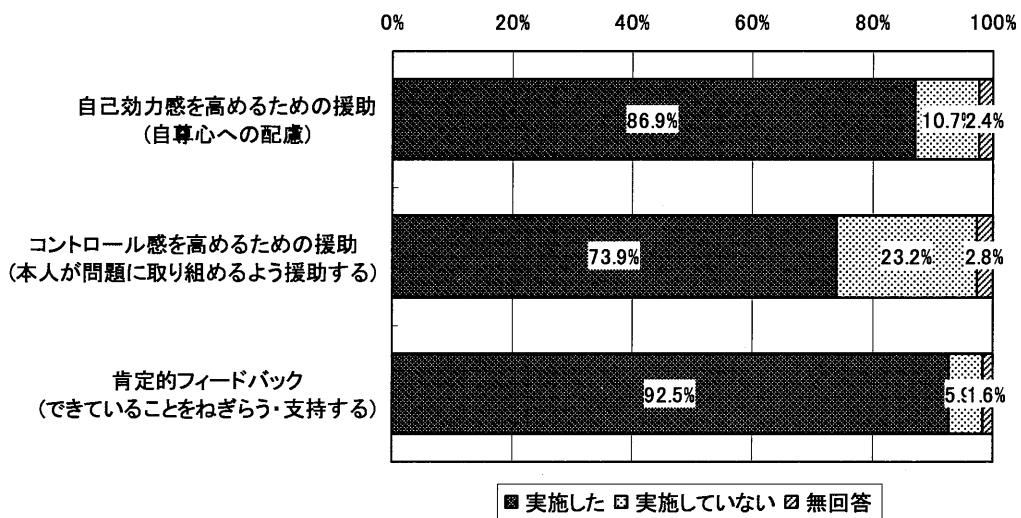
図表 3-119 社会資源の活用（訪問看護ステーション：N=345）



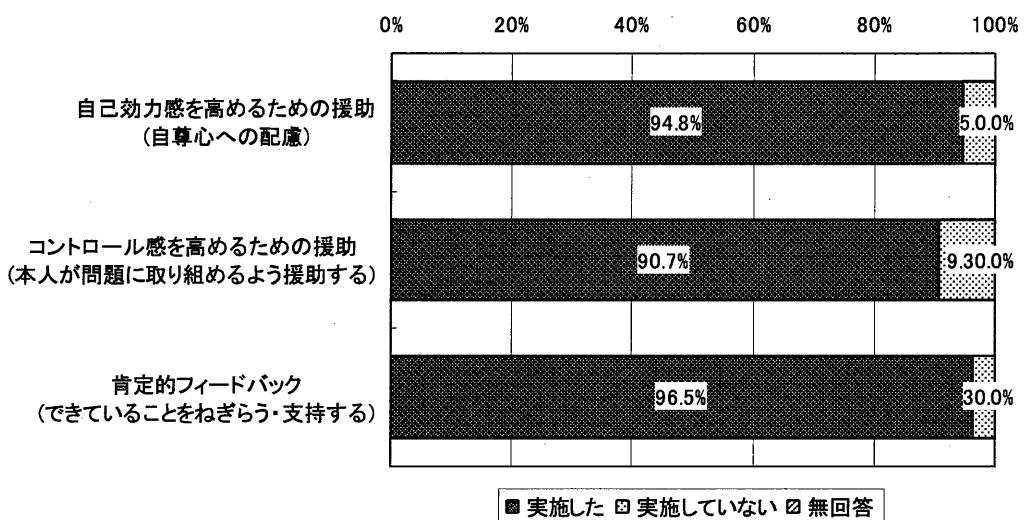
### キ) 対象者のエンパワメント

対象者のエンパワメントに関する項目については、以下の通りであった。

図表 3-120 対象者のエンパワメント（訪問看護ステーション：N=495）



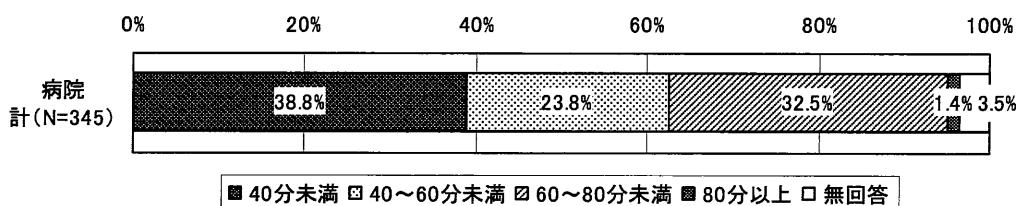
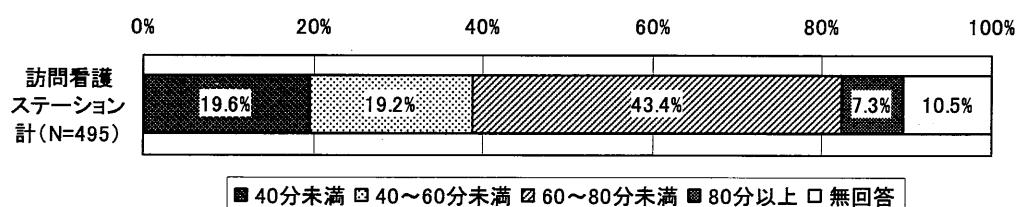
図表 3-121 対象者のエンパワメント（病院：N=345）



## ○1回の滞在時間

1回の滞在時間についてみると、訪問看護ステーションでは「60～80分未満」(43.4%)が最も多く、次いで「40分未満」(19.6%)、平均53.19分(標準偏差17.52)であった。病院では、「40分未満」(38.8%)が最も多く、次いで「60～80分未満」(32.5%)、平均44.58分(標準偏差15.83)であった。

図表 3-122 1回の滞在時間



詳細に区分すると以下のとおりであった。

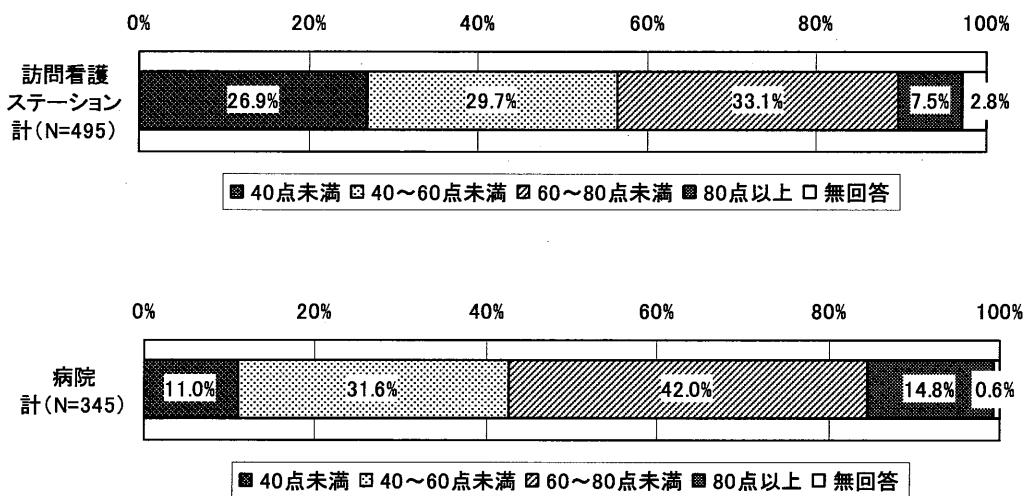
図表 3-123 1回の滞在時間

	合計	30分未満	30分未満	30分未満	40分未満	40分未満	50分未満	50分未満	60分未満	60分未満	70分未満	70分未満	80分未満	80分未満	90分以上	無回答
訪問看護ステーション	495	8 1.6%	81 16.4%	8 1.6%	38 7.7%	22 4.4%	25 5.1%	10 2.0%	198 40.0%	1 0.2%	12 2.4%	4 0.8%	8 1.6%	1 0.2%	27 5.5%	52 10.5%
病院	345	22 6.4%	108 31.3%	4 1.2%	32 9.3%	21 6.1%	24 7.0%	5 1.4%	107 31.0%	1 0.3%	3 0.9%	1 0.3%	1 0.3%	- -	4 1.2%	12 3.5%

## 20) 機能の全体的評価尺度 (G A F 得点)

機能の全体的評価尺度 (G A F 得点) についてみると、訪問看護ステーションでは「60～80 点未満」(33.1%) が最も多く、次いで「40～60 点未満」(29.7%)、「40 点未満」(26.9%)、平均 52.85 点 (標準偏差 18.80) であった。病院では「60～80 点未満」(42.0%) が最も多く、次いで「40～60 点未満」(31.6%)、平均は 59.93 点 (標準偏差 16.30) であった。

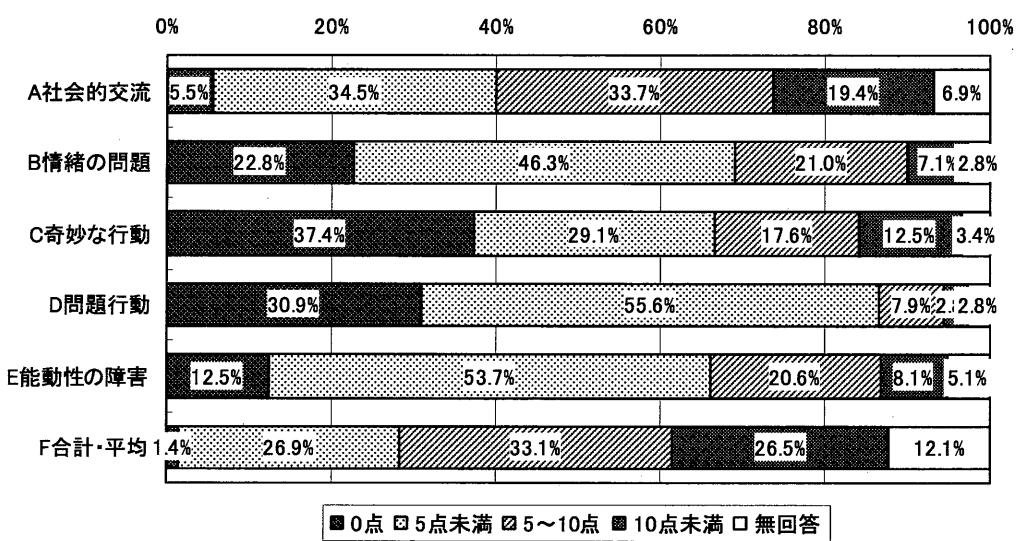
図表 3-124 機能の全体的評価尺度



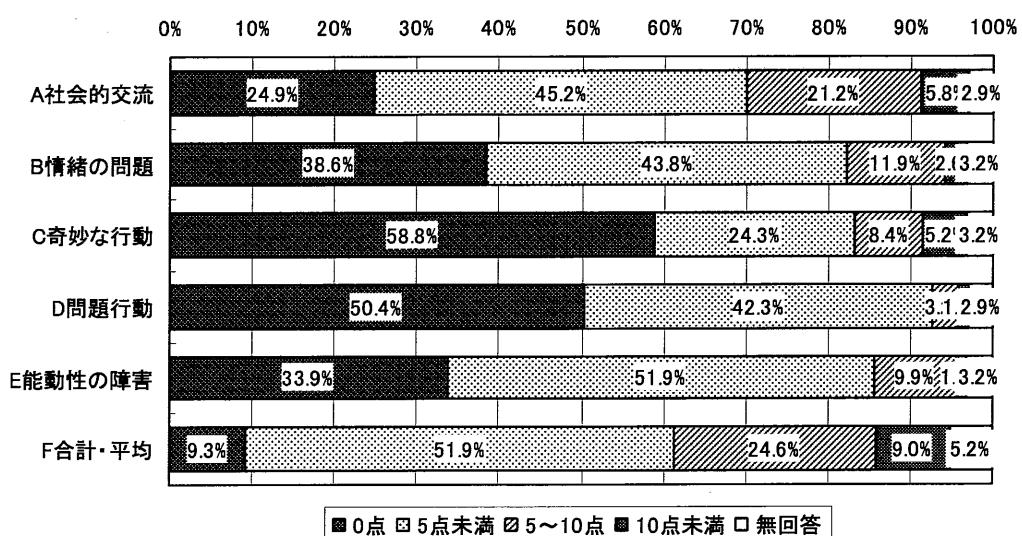
## 21) 社会行動評価尺度

社会行動評価尺度については、以下の通りであった。

図表 3-125 社会行動評価尺度 (訪問看護ステーション : N=495)



図表 3-126 社会行動評価尺度（病院：N=345）



### (3) 訪問看護ステーションおよび病院からの訪問看護の比較

訪問看護ステーション利用者 495 名、および医療機関からの訪問看護利用者 345 名について、訪問看護師が記入した、利用者の特徴、機能レベル、直近の訪問におけるケア内容を比較した。  
(なお、群間比較分析の際には無回答を除いて分析を行った。)

#### 1) 利用者の基本属性の特徴

訪問看護ステーション利用者 495 名、および医療機関からの訪問看護利用者 345 名の基本属性の比較結果を図表 3-127 に示す。

図表 3-127 提供主体別にみた精神科訪問看護利用者の基本属性の比較

	ステーション 群 (n=495)	病院群 (n=345)	統計量
年齢	55.0 歳 (SD=13.9)	51.9 歳 (SD=11.6)	t=3.6***
女性の割合	62.2%	44.9%	$\chi^2=24.4^{***}$
婚姻者の割合	21.9%	8.9%	$\chi^2=38.6^{***}$
同居者がいる者	57.5%	36.3%	$\chi^2=57.5^{***}$
入院歴がある者	82.4%	96.8%	$\chi^2=39.9^{***}$
過去の平均入院回数	3.9 回 (SD=4.2)	5.3 回 (SD=4.4)	t=3.8***
直近の入院日数	114.6 日 (SD=142.5)	332.7 日 (SD=752.1)	t=2.4*
糖尿病合併率	19.0%	8.7%	$\chi^2=17.1^{***}$
障害認定あり	63.6%	28.5%	$\chi^2=78.9^{***}$
GAF 得点	52.9 (SD=18.8)	59.9 (SD=16.3)	t=5.8***
SBS 得点	15.9 (SD=10.4)	8.5 (SD=8.2)	t=10.9***

\*\*\*p<0.001 \*p<0.05

訪問看護ステーションからの訪問看護利用者は、病院からの訪問看護利用者に比べて年齢が高く、女性の割合が多かった。また、婚姻者の割合が高く、家族と同居している人が多いことが特

徴であった。過去の入院歴や入院回数、直近の入院日数は、病院からの訪問看護を利用している人に多かった。糖尿病の合併率は、ステーション群で高く、障害認定の割合もステーション群で高かった。

訪問看護ステーション群では、GAF（機能の全体的評価）得点が低く、SBS（社会行動評価尺度）得点が高かったことから、病院群に比べて、全体的機能レベルが低く、社会行動上の困難を多く抱える人が多い実態が明らかになった。

## 2) 精神科訪問看護実施状況の比較

図表 3-128 提供主体別にみた精神科訪問看護実施状況の比較

	ステーション群 (n=495)	病院群 (n=345)	統計量
1カ月の訪問回数	5.6回 (SD=3.3)	2.5回 (SD=1.8)	t=17.5***
片道移動時間	14.3分 (SD=9.3)	22.8分 (SD=17.1)	t=8.3**
1回の訪問滞在時間	53.1分 (SD=17.4)	44.4分 (SD=15.0)	t=7.4**
訪問開始からの年数	2.7年 (SD=2.7)	4.2年 (SD=3.8)	t=6.0***
同行訪問の実施率	6.0%	45.1%	$\chi^2=173^{***}$
本人からの電話相談	25.1%	15.7%	$\chi^2=10.8^{**}$
家族からの電話相談	11.5%	2.9%	$\chi^2=20.6^{***}$
デイケアの利用割合	21.8%	30.4%	$\chi^2=8.0^{**}$
ホームヘルプ利用割合（異法人）	34.5%	19.4%	$\chi^2=22.9^{***}$
他の訪問看護の利用	3.2%	0.6%	$\chi^2=6.8^{**}$
主治医との連携	電話 24.2% FAX 14.3% カンファレンス 7.7%	電話 9.3% FAX 0% カンファレンス 14.2%	$\chi^2=30.7^{***}$ $\chi^2=54.1^{***}$ $\chi^2=9.3^{**}$

\*\*\*p<0.001 \*\*p<0.01

訪問看護ステーションからの訪問看護は、1ヶ月の訪問回数が多く、片道移動時間が短く、訪問滞在時間が長い特徴があった。また、訪問看護開始からの年数は、病院からの訪問看護利用者の方が長く、同行訪問の実施割合も高かった。

本人や家族からの電話相談は、訪問看護ステーション群で多かった。

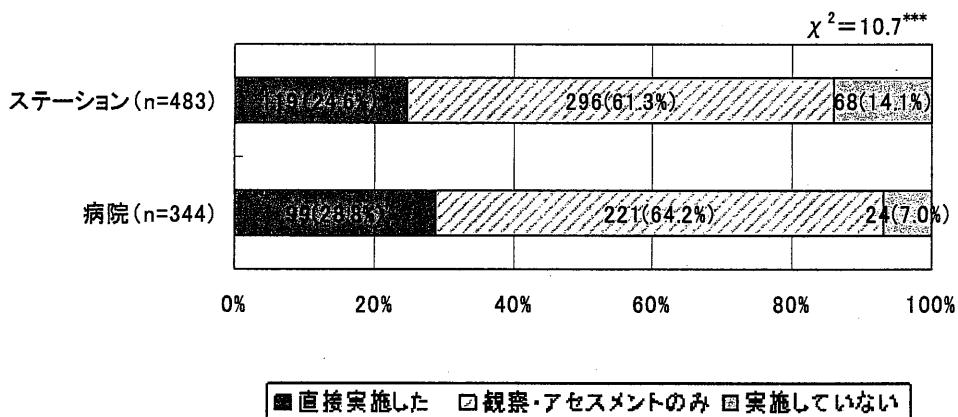
デイケアの利用割合は病院群で高かった一方、ホームヘルプサービスの利用は訪問看護ステーション群で高かった。

主治医の連携方法は、訪問看護ステーションでは、電話やFAXが多く利用されているのに対して、病院群では記録やカンファレンスが多く活用されていた。

### 3) 提供主体別にみた精神科訪問看護実施内容の比較

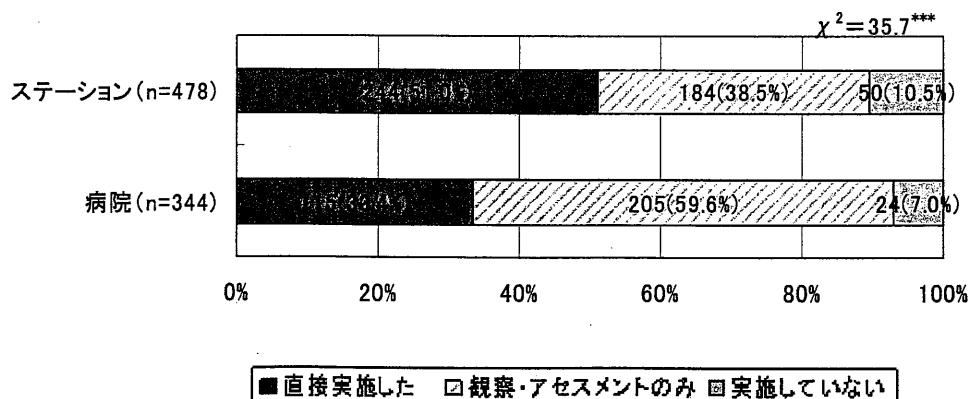
直近の訪問において実施したケア内容について、ステーション群と病院群でその内容を比較検討した。ケアの内容は、22項目について、「直接実施した」「観察・アセスメントのみ実施した」「実施していない」の3件法で尋ねた。カイ二乗検定を用いて二群の比較を行い、有意な差が見られたものについて、以下に示す。

図表 3-129 食生活に関する援助実施状況

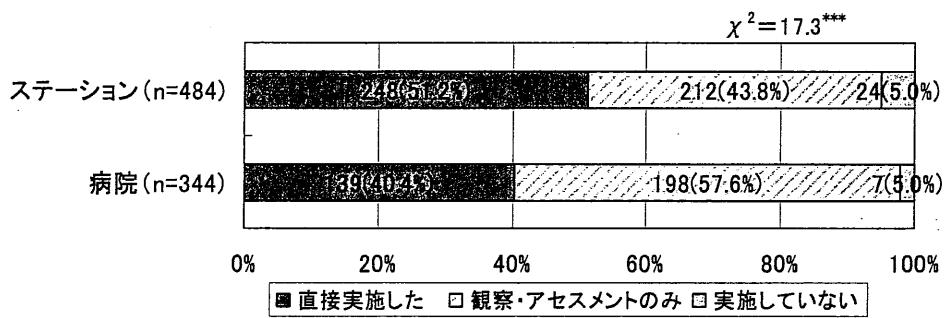


食生活に関する援助は医療機関において直接実施している割合が高かった。図には示していないが、活動・生活リズムに関する援助や、金銭管理、安全確保の援助も同様の傾向が見られた。

図表 3-130 コミュニケーションに関する援助実施状況

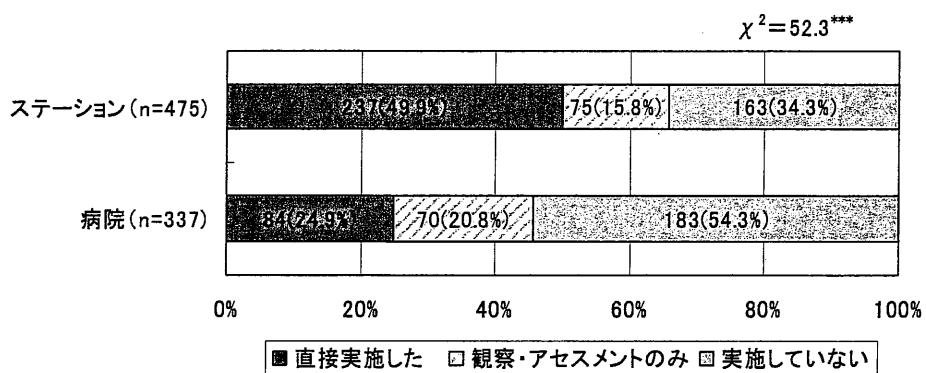


図表 3-131 精神症状に関する援助実施状況

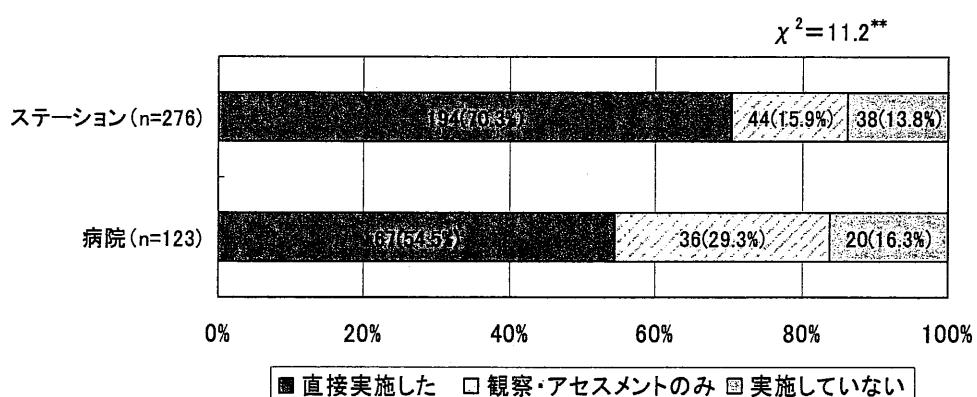


コミュニケーションに関する援助や、精神症状に関する援助は、ステーション群で多く実施されていた。

図表 3-132 家族への援助実施状況

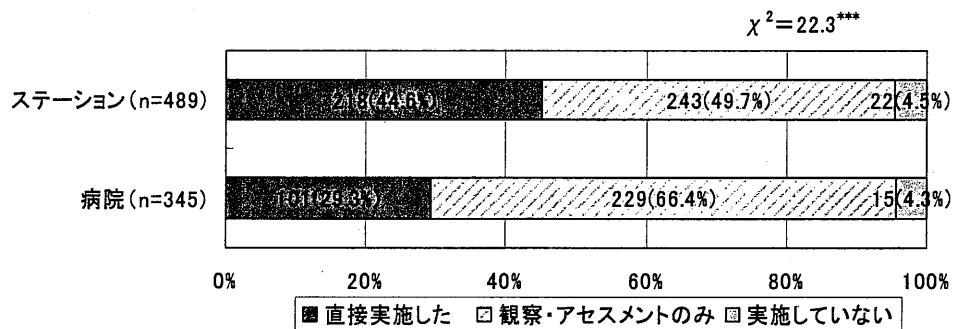


図表 3-133 家族への援助実施状況（家族と同居している人のみ）

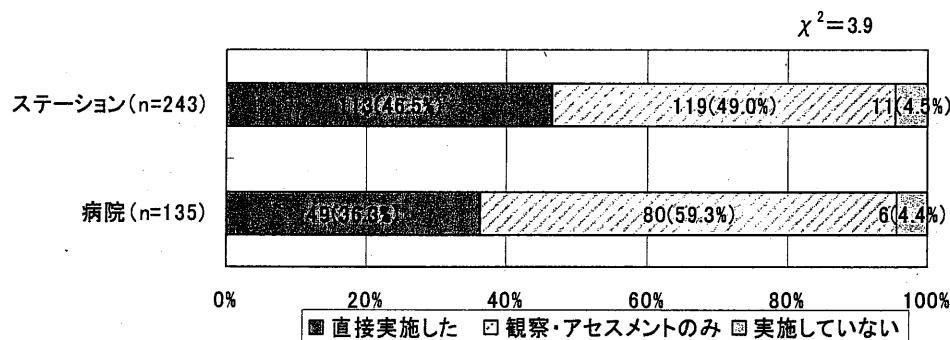


家族への援助は、ステーション群で多く実施されていた。対象者を、家族と同居している人に限定して、ステーション群と病院群を比較しても、ステーション群の実施割合は高い特徴があった。

図表 3-134 身体症状・副作用に関する援助実施状況

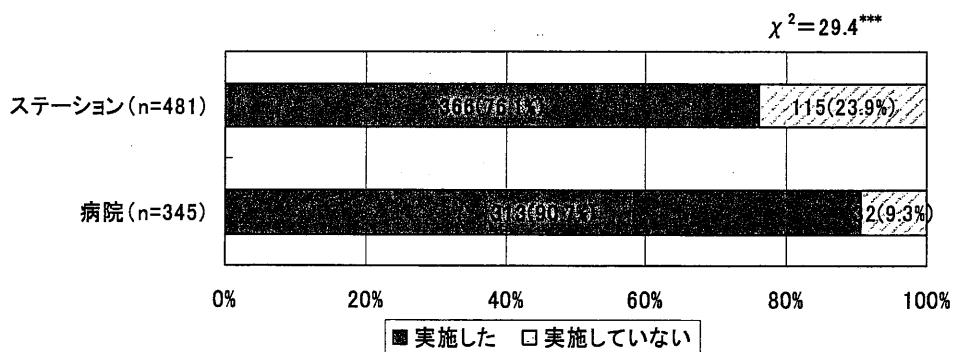


図表 3-135 身体症状・副作用に関する援助実施状況（合併症を有する人のみ）



身体症状・副作用に関する援助実施状況は、ステーション群でケアの実施率が高かったが、対象者が合併症を有している人に限定して比較すると、実施割合に有意な差は見られなかった。

図表 3-136 コントロールを高める援助実施状況



コントロール感を高める援助など、利用者のエンパワメントを目指す援助内容は、病院群での実施割合が高かった。

以上の結果から、訪問看護ステーションからの訪問看護における援助内容は、コミュニケーションや精神症状、身体症状に関する直接援助が多く、また家族への援助が多く実施されているという特徴があった。

医療機関からの訪問看護では、食生活をはじめ日常生活に関する直接援助の実施が多く、またコントロール感を高める援助など、利用者をエンパワメントする援助が多く行われていた。

全般的にみると、医療機関からの訪問看護では、観察・アセスメントが多く行われており、継続的なモニタリングが行われていることが伺えた。

#### 4) 対象者の機能レベルに関連する要因の検討

訪問看護利用者の機能レベルに関連する要因を検討するため、GAF 得点を従属変数にした重回帰分析を行った。GAF 得点と相関の見られた変数および基礎属性に関する変数を独立変数として強制投入した。結果を図表 3-137 に示す。機能レベル (GAF) の高さに関連していた要因は、提供主体（病院からの訪問看護を受けていること）、過去の入院回数が少ないこと、家族と同居していないこと、であった。

図表 3-137 全体的機能レベルに関連する要因の分析（全対象者）

独立変数	標準化係数 ( $\beta$ )	有意確率
提供主体（ステーション=1 病院=2）	0.228	p=0.000
年齢	0.070	p=0.095
過去の入院回数	-0.10	p=0.016
家族との同居の有無（あり=1 なし=0）	-0.082	p=0.053
性別（男性=1 女性=2）	-0.039	p=0.345
合併症の有無（あり=1 なし=0）	-0.060	p=0.147
	R <sup>2</sup> =0.078	
	調整済み R <sup>2</sup> =0.068	

すなわち、訪問看護ステーションからの訪問を受けている、過去の入院回数が多い、家族と同居していることが、機能レベルの低さに関連していた。

提供主体を独立変数から除いて重回帰分析を行ったところ、同居の有無 ( $\beta = -0.129$ , p=0.003) のみが有意な関連を示した。このことから、家族との同居の有無と全体的機能レベルの間には強い関連があると考えられた。そこで、家族との同居者と非同居者で、対象者の特徴を比較した。結果を図表 3-138 に示す。同居者では有意に GAF 得点が低く、SBS 得点が高かった。また、年齢は若く、女性が多かった。

図表 3-138 家族との同居の有無別にみた、利用者の特徴（全対象者）

	家族と同居群 (n=403)	家族と非同居群 (n=423)	統計量
GAF 平均得点	52.7 (SD=19.2)	58.5 (SD=16.9)	t=4.55***
SBS 平均得点	15.1 (SD=11.4)	10.6 (SD=8.6)	t=6.03***
平均年齢	52.0 (SD=14.0)	55.3 (SD=12.1)	t=3.57***
男性の割合	38.0%	52.2%	$\chi^2=17.0***$
訪問滞在時間（分）	53.2 (SD=16.6)	46.2 (SD=16.8)	t=5.94***

\*\*\*p<0.001

## VI. 考察

### 1. 精神科訪問看護の実施状況

一次調査結果より、平成 19 年 9 月において、「訪問看護基本療養費（II）」の算定、もしくは「訪問看護基本療養費（I）又は介護保険法で、精神疾患（認知症を除く）が主傷病の利用者への訪問」を実施した事業所は 41.0%（682 事業所）、いずれも実施していない事業所は 58.6%（975 事業所）であった。開設主体別にみると、看護協会（61.3%）、社団・財団法人（医師会・看護協会以外）（56.9%）、消費者生活協同組合及び連合会（50.0%）等で多くなっていた。

また、精神科病床での看護経験のある職員がいる事業所は約 3 割であり、精神科訪問看護を実施している事業所では 40.5%、実施していない事業所では 23.5% であった。精神科での勤務経験者の有無が精神科訪問看護の実施状況に影響していることが示唆された。これに関連して、医療機関に併設されている 672 事業所では、併設医療機関が「精神科が主」の場合は 95.3%、「精神科あり」では 66.2% で訪問を実施していたが、「精神科なし」の場合は訪問を実施していた事業所は 29.3% であり、「精神科」について何らかの接点がない事業所では、精神科訪問看護の実施を見合わせていることが示唆された。

また、訪問看護基本療養費（I）の算定（精神障害者社会復帰施設等における訪問看護）をしている事業所は 40.5% であり、看護職員が 3 人未満の事業所においては「いる」が 28.1% であったのに対し、10 人以上の事業所においては「いる」が 55.6% となっており、看護職員数が増加するにつれて、訪問している割合も高くなっていた。看護職員数が多いステーションでは、精神科勤務経験者が雇用されていたり、2 人同時訪問等にも相当程度対応できるため、精神科訪問看護の実施割合が高くなっていることが考えられる。

次に、現在訪問していない事業所について、その理由は「精神科訪問看護の訪問依頼がないため」（77.8%）が最も多く、次いで「精神科訪問看護の経験がある職員がいないため」（34.7%）、「精神科訪問看護を担当できる職員がいないため」（23.2%）であった。そもそもニーズが無いことが主たる理由ではあるが、精神科についての知識等がないために実施していないことが現状と考えられた。

### 2. 訪問看護ステーションにおける利用者および訪問看護実施内容の特徴

訪問看護ステーションからの訪問看護は、片道移動時間が短く、1 ヶ月の訪問頻度が多く、1 回の滞在時間が長かった。訪問看護ステーションからの訪問は、利用者の身近な存在として、こまめに利用者の状況を把握している実態が伺えた。

また、利用者は家族と同居している人が多く、このことが家族へのケアの実施率の高さに反映されていると考えられた。また、本人や家族からの電話相談にも多く対応していた。

同時に、利用者は身体合併症（糖尿病など）を有している人の割合が高く、身体症状に関するケアの直接援助の実施率も高かった。訪問看護ステーションでは、合併症に対するケアを期待して利用者が紹介される場合も多くあると考えられ、身体疾患に対する看護援助も同時に多く提供されることがうかがえた。

訪問看護ステーションの利用者では、女性が約 6 割と高い割合であったことも特徴的であった。平成 17 年度患者調査における統合失調症圏の患者の外来受療率では、女性の割合が約 46% であ

り、この値と比べても高い割合であった。このことは、訪問看護ステーションにおいて複数の訪問者による同行訪問が診療報酬の裏づけを得ていないことと関連していると考えられた。精神科訪問看護において同行訪問を実施する理由には、ケア対象者の安全確保に加えて暴力行為があることが挙げられている（訪問看護振興財団、平成17・18年度訪問看護・家庭訪問基礎調査）。本調査で、病院からの訪問看護における同行訪問が約45%であったのに対し、訪問看護ステーションからの訪問看護では約5%であったことからも、訪問看護ステーションでは利用者と訪問者双方の安全確保のために、女性の利用者が多くなっている可能性が考えられた。

### 3. 病院における利用者および訪問看護実施内容の特徴

病院からの訪問看護は、訪問開始からの年数が長く、長期的に利用者を支えている実態が示された。利用者は過去の入院歴が多く、直近の入院日数も長く、独居者が多かったことから、これまで医療機関との結びつきが強く、長期在院であった人や退院を機に単独生活を始めた人が多く含まれていると考えられた。

また利用者の特徴としては、男性や独居者が多く、ケースワークの複雑さや独居の場合のケア導入時の調整などの目的のために、複数名または複数職による同行訪問が多く実施されていたと考えられる。

ケア内容をみると、日常生活に関する援助、エンパワメントの援助が多く実施され、全般的には観察・アセスメントを行うケアが多く実施されていた。これは、継続的なモニタリングが必要とされる利用者や、入院経験が多く日常生活における援助が必要な利用者が多く含まれていたためと考えられる。また、精神科の援助技術において、モニタリングは重要であり、精神科病棟経験者の多い医療機関からの訪問看護では、意識的にモニタリングが行われていると予想される。同様に、エンパワメントの援助が多く行われていたことも、精神科特有のケア技術が意識的に活用されていると考えられた。物理的なケアを直接提供するか、またはモニタリングにとどめるのかという判断には、精神科看護特有の心理的距離のとりかたも影響すると考えられる。この判断の中身やプロセスについては、それぞれの役割や技術の明確化という観点からも、今後整理が必要であろう。

### 4. 今後の課題

訪問看護ステーションからの利用者において、機能レベルが低く、社会行動上の困難を抱える人が多かったことについては、今後詳細な検討が必要と考えられるが、GAF得点に関連する要因として、家族との同居の有無が挙げられたことからも、家族との同居は重要な要因の1つと考えられた。また、合併症をもつ利用者が多く訪問看護ステーションを利用しているという実態は、精神科訪問看護における訪問看護ステーションの役割を検討する上で重要な視点であろう。

ステーションからの訪問看護では、家族と同居している対象者が多かった。家族と同居している利用者とそうでない利用者を比較すると、家族と同居している利用者では機能レベルが低く、訪問滞在時間が長いという特徴があった。機能レベルが低く重症であっても、日常生活や治療行動に関するケアを家族が担っていることで、地域生活が継続されている利用者も多くいることが伺え、訪問看護ステーションではそのような利用者を多く支えていることが伺えた。

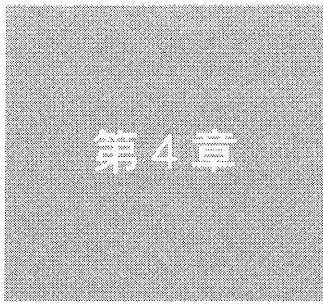
訪問看護ステーションからの利用者において、家族と同居している人が多い要因および合併症

を有する利用者への訪問が多いことについては、今後更なる検討が必要である。

また、病院からの訪問看護では、訪問看護開始からの年数も長く、また訪問看護師が利用者の入院中の状況をよく把握しているなど、長期的・相対的にみて機能レベルを高く評価している可能性もあり、この点もあわせて検討する必要がある。

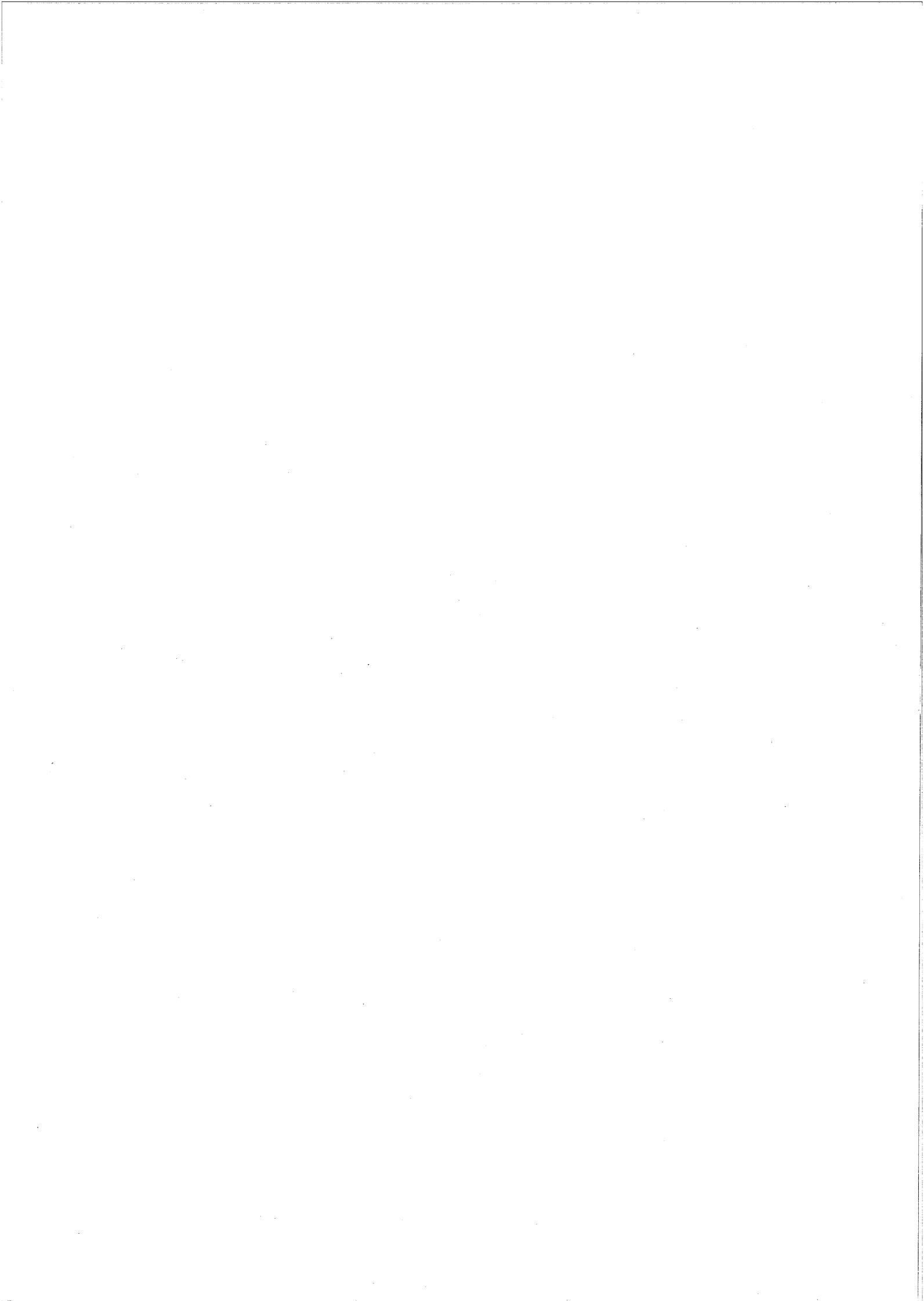
## 5. まとめ

ステーションからの訪問看護と、医療機関からの訪問看護では、その利用者の特徴や、提供されている援助内容は異なっていることが、本実態調査から明らかになった。それらが、どのような要因によるかは、今後更なる検討が必要であるが、精神障害者の地域生活を支える重要なサービスとして、近年その役割が大きく認識されている訪問看護の実態を把握できたことは、意義が大きく、今後の精神障害者に対する地域生活支援体制のあり方を検討する上で有用な基礎資料になると考えられる。



## **精神訪問看護コンサルテーション モデル事業**

---



## 第4章 精神科訪問看護コンサルテーションモデル事業

### I. はじめに

本事業は、「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」の一部として実施されたもので、精神科訪問看護サービスのより一層の普及を図る目的で行われた。具体的には、精神科訪問看護サービスの経験を有し、すでに地域との積極的なネットワーク形成を行っている医療機関や訪問看護ステーションにより、精神科訪問看護において経験が少ない一般の訪問看護ステーションに対してコンサルテーションを実施した。これにより、精神科訪問看護の技術支援を行いその普及を図るとともに、コンサルテーション・プロセスを詳細に記録・分析することで、地域単位での訪問看護サービスの提供体制のあり方やその方法について検討したものである。

### II. 方法

コンサルテーションは、以下の方法により行った。

1. コンサルテーション内容：事例単位で、精神症状の査定・ケア技術等、精神科訪問看護全般に対する相談・指導・援助。
2. 事例：統合失調症に限定。(ただし、初発・再発は問わない。年齢制限なし。入院経験の有無、回数は問わない。)
3. コンサルテーションの方法：原則として、直接面談もしくは電話相談。
4. コンサルテーションの頻度：原則として、月に1回(1時間半から2時間程度)を想定。  
\*ただし、必要に応じて柔軟に対応。
5. コンサルテーションの場所：相談の上、決定。
6. 記録物：患者情報、コンサルテーション経過表、評価など、記録物への記入。
7. 本事業の実施期間：平成19年9月中旬～平成20年1月31日  
\*ただし、必要に応じその後のフォローを行った。
8. 本事業実施における倫理的配慮
  - ① コンサルテーション実施機関の名称は報告書において公表する。
  - ② コンサルテーションを受ける機関の名称は匿名とする。
  - ③ コンサルテーションで扱われる事例(訪問サービス利用者)は匿名とし、氏名と整理番号の対応表を作成して整理番号のみを扱う。対応表はコンサルテーション実施機関で管理することとし、コンサルテーション実施機関とコンサルテーションを受ける機関以外は、事例の固有名称を知ることが一切ない形で事業を実施する。
  - ④ 報告書等で本事業について公表する際には、事例の年齢、居住地、家族構成、職業、生活歴など、個人を推定できる可能性のある情報は、伏せるか修正を加える。
  - ⑤ 報告書等で本事業について公表する際には、コンサルテーションを実施する機関の職員、ならびにコンサルテーションを受ける機関の職員の名前はすべて匿名とする。
  - ⑥ コンサルテーションを受ける機関より、本事業の目的・方法、個人情報の保護の方法、事業参加への自由意志の尊重などについて、文書で説明し、合意を得た事業所より、同意書

に署名をもらい、事業を実施する（「モデル事業説明文書」、「同意書」：参考資料参照）。なお、本事業実施にあたり、（社）全国訪問看護事業協会倫理委員会の承認を得た。

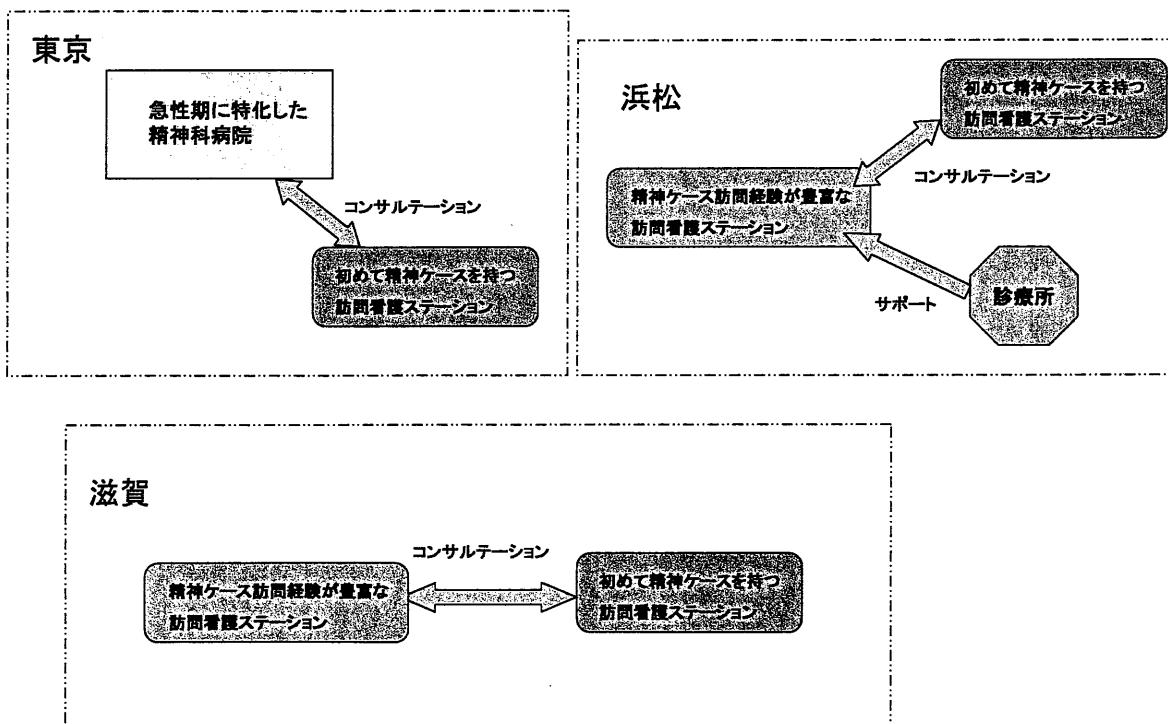
### III. コンサルテーションモデル事業の実際

#### 1. コンサルテーション事業の概要

今回のコンサルテーションモデル事業では、地域精神科看護に実績のある、財団法人精神医学研究所付属東京武蔵野病院（東京板橋区）、訪問看護ステーション不動平（静岡県浜松市）、訪問看護ステーション・居宅介護支援センターインボウひこね（滋賀県彦根市）がコンサルテーションを実施した（図表 4-1）。事業実施にあたり、近隣の関係機関にコンサルテーションモデル事業への参加を呼びかけ、財団法人精神医学研究所付属東京武蔵野病院に 2 事業所、訪問看護ステーション不動平（静岡県浜松市）に 2 事業所、インボウ彦根に 4 事業所、計 8 事業所からの参加協力が得られた。コンサルテーションは患者を単位として行われたが、これらの 8 事業所から計 9 事例の相談事例が提出され、9 事例に対するコンサルテーションが行われた（図表 4-2）。

また財団法人正光会御荘病院（愛媛県宇和島市）では、精神科訪問看護のケアマネジメントに対するコンサルテーションを、レトロスペクティブにまとめて報告された。この事例については、5.（4）で「精神科病院を中心としたケアマネジメント事例」として報告する。

図表 4-1 コンサルテーションモデル事業 イメージ



図表 4-2 コンサルテーション担当施設とコンサルテーション数

コンサルテーション担当施設	協力事業所ID	患者ID
東京武蔵野病院	1	1-①
	2	1-②
訪問看護ステーション不動平	3	2-①
	4	2-②
レインボウひこね	5	3-①
	6	3-②
	7	3-③
	8	3-④
	8	3-⑤

## 2. 主事業所・協力事業所全体の概要

コンサルテーションを実施した機関（主事業所）は財団法人精神医学研究所付属東京武蔵野病院が医療機関、訪問看護ステーション不動平とレインボウひこねが訪問看護ステーションである。主事業所の開設主体と職員数を図表 4-3 に、訪問看護ステーション 2 事業所についての訪問看護件数を図表 4-4、精神科訪問看護の対象者数を図表 4-5、精神科訪問看護の対象者の診断名を図表 4-6、精神科訪問看護のサポート体制と困難を図表 4-7 に示した。

コンサルテーションを受けた機関（協力事業所）8 事業所は、すべて訪問看護ステーションであった。8 事業所の開設主体は、社団・財団法人（医師会・看護協会以外）が 2 事業所、営利法人（株式・合名・合資・有限）が 2 事業所、看護協会 2 事業所、社会福祉法人 1 事業所、特定非営利活動法人 1 事業所であった。病院を併設している事業は 1 事業所（事業所 ID5）のみあり、その病院では精神科を有していた（図表 4-8）。各事業所の看護職員数の常勤実数、常勤職員の常勤換算数、非常勤実数、非常勤職員の常勤換算数は図表 4-8 に示すとおりである。すべての事業所は、介護保険法における緊急時訪問看護加算、特別管理加算、医療保険法等における 24 時間連絡体制加算、重症者管理加算の届出をしており、精神障害者居宅介護等支援事業（ホームヘルプサービス）を実施している訪問介護事業所の併設はなく、2007 年 8 月中において訪問看護基本療養費（II）の算定はなかった。

協力事業所における訪問看護件数を図表 4-9、精神科訪問看護の対象者数を図表 4-10 に示している。2007 年 8 月中において自宅等への精神科訪問看護は 2 事業所（ID1、ID4）では行われておらず、他の 6 事業所では行われていた。精神科訪問看護の対象者数（2007 年 8 月中）は、最も少ない事業所で 1 名、最も多い事業所でも 11 名であった。それらの対象者の診断名を図表 4-11 に示している。医療保険による訪問では、統合失調症、躁うつ病、うつ病、依存症、その他（てんかん等）であり、介護保険による訪問では、統合失調症、躁うつ病、うつ病、その他（てんかん等）となっていた。いずれにもパーソナリティ障害、発達障害は含まれていなかった。

また協力事業所における精神科訪問看護のサポート体制と精神科訪問看護を行ううえでの困難を図表 4-12 に示した。すべての事業所において精神科病床での看護経験のある職員はいなかつ

た。サポート体制については、コンサルテーション、相談窓口の設置はすべての事業所で行われており、研修については2事業所を除く事業所で行われていた。

図表 4-3 主事業所の開設主体と職員数

コンサルテーション担当施設	開設主体	病院(診療所併設の有無)	看護職員数				その他の職員							
			看護職員常勤職員実数	看護職員常勤職員常勤換算	看護職員非常勤職員実数	看護職員非常勤職員常勤換算	PSW非常勤職員実数	PSW非常勤職員常勤換算	PT・OT・ST常勤職員実数	PT・OT・ST常勤職員常勤換算	PT・OT・ST非常勤職員実数	PT・OT・ST非常勤職員常勤換算	その他常勤職員実数	その他常勤職員常勤換算
東京武蔵野病院	社団・財団法人(医師会・看護協会以外)	あり(精神科が主)	273		38		18		24				643	
訪問看護ステーション不動平	特定非常利活動法人	なし	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
レインボウひこね	その他法人	あり(精神科あり)	3		2	4.5			1	1	0	1	0	1

図表 4-4 主事業所における訪問看護件数

コンサルテーション担当施設	医療保険による訪問看護件数				介護保険による訪問看護件数			
	2007年8月中の訪問対象者数	2007年8月中の延訪問回数	そのうち緊急訪問回数	そのうち精神の緊急訪問	2007年8月中の訪問対象者数	2007年8月中の延訪問回数	そのうち緊急訪問回数	そのうち精神の緊急訪問
東京武蔵野病院	—	—	—	—	—	—	—	—
訪問看護ステーション不動平	40	151	0	0	5	20	0	0
レインボウひこね	17	179	5	4	61	313	5	2

図表 4-5 主事業所における精神科訪問看護の対象者数(2007年8月現在)

コンサルテーション担当施設	訪問看護基本療養費(Ⅱ)の算定(8月中)	その人数	訪問看護基本療養費(Ⅱ)以外で精神疾患の利用者への訪問(8月中)	その人数	医療保険による訪問		介護保険による訪問	
					自宅等への精神訪問看護の訪問対象者数	そのうち併設の精神科医が主治医のもの	自宅等への精神訪問看護の訪問対象者数	そのうち併設の精神科医が主治医
東京武蔵野病院	—	—	—	—	0	23	168	0
訪問看護ステーション不動平	なし		1	45	40	0	4	0
レインボウひこね	あり	0	1	29	32	21	7	4

図表 4-6 主事業所における精神科訪問看護対象者の診断名（2007年8月現在）

コンサルテーション担当施設	医療保険による訪問の対象者							介護保険による訪問の対象者						
	統合失調症	躁うつ病	うつ病	発達障害	バーソナリティ障害(境界例)	依存症	その他(てんかん等)	統合失調症	躁うつ病	うつ病	発達障害	バーソナリティ障害(境界例)	依存症	その他(てんかん等)
東京武蔵野病院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
訪問看護ステーション不動平	32	4	0	0	1	0	3	1	0	2	0	1	0	0
レインボウひこね	23	2	0	2	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0

図表 4-7 主事業所における精神科訪問看護のサポート体制と困難

コンサルテーション担当施設	精神科病床での看護経験のある職員	その人数		サポート体制				精神訪問看護を行ううえで難しいこと
		常勤人數	非常勤人數	研修	コンサルテーション	相談窓口の設置	その他	
東京武蔵野病院	いる	273	38	—	—	—	—	—
訪問看護ステーション不動平	いる	3	1	あり	あり	あり	なし	・社会復帰のサポート困難 ・人的・経済的面
レインボウひこね	いる	0	1	あり	あり	あり	なし	・精神科訪問看護が特化しているという看護

図表 4-8 協力事業所の開設主体と職員数

コンサルテーション担当施設	事業所ID	開設主体	病院(診療所併設の有無)	看護職員数				他の職員										
				看護職員常勤職員実数	看護職員非常勤職員常勤換算	看護職員非常勤職員実数	看護職員常勤換算	PSW非常勤職員常勤換算	PSW非常勤職員常勤実数	PT・OT・ST常勤職員常勤換算	PT・OT・ST常勤職員常勤実数	PT・OT・ST非常勤職員常勤換算	PT・OT・ST非常勤職員常勤実数	その他常勤職員常勤換算	その他常勤職員常勤実数	その他非常勤職員常勤換算	その他非常勤職員常勤実数	
東京武蔵野病院	1	社団・財団法人(医師会・看護協会以外)	併設なし	7	6.7	7	3.2								1	1	1	1
	2	當利法人(株式・合名・合资・有限会社)	併設なし	5	4.7								4	0.8	1	1		
訪問看護ステーション不動平	3	社会福祉法人(社会福祉協議会含む)	併設なし	7	7	7	3.5	1	0.3	1	1	3	1.1	1	1	1	0.2	
	4	當利法人(株式・合名・合资・有限会社)	併設なし	2	1.5	3	1											
レインボウひこね	5	社団・財団法人(医師会・看護協会以外)	併設あり(精神科あり)	5	5.3	1	0.3			1	0.3				2	1.5	1	0.6
	6	看護協会	併設なし	4	2.9	6	3.4								1	1	1	
	7	特定非営利活動法人	併設なし	3	3	5	3.6											
	8	看護協会	併設なし	4	3.5	4	2.1											

図表 4-9 協力事業所における訪問看護件数

コンサルテーション担当施設	事業所ID	医療保険による訪問看護件数				介護保険による訪問看護件数			
		2007年8月中の訪問対象者数	2007年8月中の延訪問回数	そのうち緊急訪問回数	そのうち精神の緊急訪問	2007年8月中の訪問対象者数	2007年8月中の延訪問回数	そのうち緊急訪問回数	そのうち精神の緊急訪問
東京武蔵野病院	1	23	168	0	0	112	559	0	0
	2	11	94	0	0	40	222	0	0
訪問看護ステーション不動平	3	32	241	5	0	108	592	8	0
	4	1	10	0	0	8	25	0	0
レインボウひこね	5	20	171	171	0	92	431	19	0
	6	17	171	0	0	57	242	6	9
	7	6	62	0	0	32	215	3	1
	8	16	172	0	0	40	263	3	3

図表 4-10 協力事業所における精神科訪問看護の対象者数（2007年8月現在）

コンサルテーション担当施設	事業所ID	訪問看護基本療養費(Ⅱ)の算定(8月中)	訪問看護基本療養費(Ⅱ)以外で精神疾患の利用者への訪問(8月中)	その人数	医療保険による訪問		介護保険による訪問	
					自宅等への精神訪問看護の訪問対象者数	そのうち併設の精神科医が主治医のもの	自宅等への精神訪問看護の訪問対象	そのうち併設の精神科医が主治医
東京武蔵野病院	1	なし	なし	—	0	0	0	0
	2	なし	あり	1	1	0	0	0
訪問看護ステーション不動平	3	なし	あり	記載なし	1	0	0	0
	4	なし	なし	—	0	0	0	0
レインボウひこね	5	なし	あり	記載なし	5	3	5	5
	6	なし	あり	記載なし	0	0	1	0
	7	なし	あり	5	2	0	4	0
	8	なし	あり	3	1	0	2	0

図表 4-11 協力事業所における精神科訪問看護の対象者診断名（2007年8月現在）

コンサルテーション担当施設	事業所ID	医療保険による訪問の対象者							介護保険による訪問の対象者						
		統合失調症(医療)	躁うつ病(医療)	うつ病(医療)	発達障害	パーソナリティ障害(境界例)	依存症(医療)	その他(てんかん等)(医療)	統合失調症(介護)	躁うつ病(介護)	うつ病(介護)	発達障害	パーソナリティ障害(境界例)	依存症(介護)	その他(てんかん等)(介護)
東京武蔵野病院	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
訪問看護ステーション不動平	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
レインボウひこね	5	2	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4
	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	7	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0
	8	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0

図表 4-12 協力事業所における精神科訪問看護のサポート体制と困難

コンサルテーション担当施設	協力事業所ID	精神科病床での看護経験のある職員	サポート体制				精神訪問看護を行ううえで難しいこと
			研修	コンサルテーション	相談窓口の設置	その他	
東京武蔵野病院	1	いない	あり	あり	あり	あり	・服薬中断で症状コントロールができなくなったときの対応 ・自殺企図のある利用者への電話対応
	2	いない	なし	あり	あり	なし	・話を聞いているだけで、具体的なアドバイスが明確にできない
訪問看護ステーション不動平	3	いない	あり	あり	あり	なし	・役割を明確にするまでの調整 ・社会資源の情報不足 ・スタッフが精神看護に慣れておらず困惑する
	4	いる	あり	あり	あり	なし	・患者だけでなく家族に問題があるケースが多く、指示が通じなかつたり悪化させてしまう結果となりやすい ・看護師が入り込みすぎてバーンアウトにつながりやすい
レインボウひこね	5	いない	あり	あり	あり	なし	・精神看護を熟知しているNsが少ない ・精神科病棟を併設しているので主治医からMSW、行政などからの依頼があるので立場上断れない ・スキルアップの研修が全国訪問看護事業団や振興財団があるが、遠方で行けない
	6	いない	あり	あり	あり	なし	・地域連携施設などの協力や病院などと共に、訪問をするのであれば、STだけにいろいろ負担がかかると思うと消極的になる ・所長含めて精神科看護を学習する機会も少ない(なかなか研修に参加できないスタッフ不足がある) ・精神科病棟勤務の経験もないため自信がなく、無理してまでもという気持ちになる
	7	いない	なし	あり	あり	なし	・訪問看護を行うまでの相談ができる場所がない ・市の保健師も忙しく、市の保健師と連携不十分で、いつの間にか介護保険の申請をされていて請求事務上で困ったことがあった ・精神障害の方の通える場所が少ない
	8	いない	あり	なし	あり	なし	・生活スタイルや環境が大きく影響するため、指導の仕方等どのような方法が良いか悩むことが多い

### 3. コンサルテーションの対象となった患者の概要

今回コンサルテーションの対象となった患者は9事例であった。患者の平均年齢は51.4歳、性別内訳は男性2名、女性7名であった。診断名は、統合失調症6名、統合失調症疑い1名、認知症1名、躁うつ病・非定型精神病1名であった。精神科疾患の初発年齢は、平均33.8歳（範囲=12～78、SD=23.3）であり、精神科への平均入院回数は2.8回（範囲=0～7、SD=3.1）であり、コンサルテーション開始時点で過去2年間のうちに入院経験のあったものが6名（66.7%）であった。身体合併症が有るものが5名おり、その内容は広汎性発達性障害（ID1）、骨盤骨折後遺症・神経性膀胱（ID3）、統合失調症・左大腿骨頸部骨折（ID4）、高血圧・高コレステロール血症・胃炎（ID6）、パーキンソン病（ID7）であった。そのうち身体障害のあるものが2名、その中の1名は身体障害1級の認定を受けていた。生活保護の受給者はおらず、2名は既婚者で、その他の7名は未婚であった（図表4-13）。

図表4-14に対象となった患者の精神症状評価、能力障害評価、生活障害評価、GAF得点および居住環境と活動の程度を示した（精神症状評価、能力障害評価、生活障害評価、GAF評価尺度：参考資料参照）。各評価得点の平均値は、精神症状評価3.00（R=2-5、SD=1.00）、能力障害評価2.44（R=2-4、SD=0.72）、生活障害評価の小項目では食事2.00（R=1-4、SD=1.23）、生活リズム2.78（R=1-5、SD=1.30）、保清2.56（R=2-4、SD=0.88）、金銭管理2.57（R=1-5、SD=1.51）、服薬管理

2.67 (R=2-4, SD=0.87)、対人関係 3.00 (R=2-4, SD=0.50)、社会適応 1.78 (R=1-3, SD=0.67)、GAF 得点 51.4 (R=35-65, SD=9.8) であった（図表 4-15）。

事例 3-②はケアハウスに居住しており、その他の 8 名は自宅に住んでいた。事例 3-④のみが介護が必要ない状況で、その他の 8 名は介護が必要な状況であった。就労状況・活動状況は事例 3-⑤が作業所に通っているが、そのほかは無職で自宅が日中の活動場であった。すべての対象者が外出を行っていた。

対象者の訪問看護の状況を図表 4-16 に示した。1 週あたりの訪問回数は平均 1.5 回 (R=0.5-3, SD=0.79)、1 ヶ月の総訪問回数は平均 5.3 回 (R=2-12, SD=3.46)、1 回あたりの訪問滞在時間の平均は 50.6 分 (R=30-75, SD=16.09)、訪問のために移動に要する時間は平均 12.8 分 (R=5-25, SD=6.18 : 訪問手段は事例 1-①、1-②は自転車、その他は自動車) であった。訪問先は入居しているケアハウス 1 件（事例 3-②）、それ以外はすべて自宅であった。事例 1-①のみが月に 1 度担当保健師と同行訪問していた。訪問時の内容（複数選択可）は、家族関係の調整、精神症状の悪化や増悪を防ぐ、身体症状の発症や進行を防ぐは 7 事例、対人関係の維持・構築が 6 事例、日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得、社会資源の活用への援助は 2 事例、対象者のエンパワーメントは 1 事例で行われていた。主たる援助のみに絞ると、精神症状の悪化や増悪を防ぐ、身体症状の発症や進行を防ぐが 4 事例で、日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得が 1 事例で行われていた。

図表 4-13 患者の背景

患者 ID	性別	年齢 (歳)	診断名	身体合併症	初発年齢 (歳)	精神科入院回数 (回)	過去2年の精神科入院経験	コンサルテーション開始時点での最終退院日からの日	婚姻状況	精神保健福祉手帳等級	障害基礎年金等級	その他の基礎年金等級	生活保護の有無	身体障害の有無	身体障害等級	自立支援法認定
1-①	女	20代	統合失調症 あり(広汎性発達性障害 疑い)	20代	1	あり	(入院中)	未婚				なし	なし		2	
1-②	女	30代	統合失調症	なし	20代	7	あり	1ヶ月	未婚			なし	なし			
2-①	女	40代	統合失調症 あり(骨盤骨折後遺症、 神経因性膀胱)	20代	3	なし	13年	未婚				なし	あり(肢体不自由)	1		
2-②	女	80代	認知症 あり(統合失調症、左大脳部頸部骨折)	60代	不明	なし	—	未婚				なし	なし		2	
3-①	女	50代	躁鬱病・非定型精神病 なし	50	11	あり	7日	未婚				なし	なし		1	
3-②	女	80代	統合失調症 あり(高血圧症、高コレステロール血症、胃炎)	70代	0	なし	—	未婚				なし	なし		2	
3-③	男	50代	統合失調症 あり(パーキソン病)	20代	3	あり	4ヶ月	未婚	1	1	1	なし	あり(パーキソン病)			
3-④	女	50代	統合失調症 なし	10代	20	あり	4ヶ月	既婚	2			なし	なし		1	
3-⑤	男	20代	統合失調症 なし	10代	1	あり	5日	既婚				なし	なし			

図表 4-14 患者の精神症状・能力障害・生活障害・社会機能

患者ID	精神症状評価	能力障害評価	生活障害評価							GAF得点	居住環境						活動の程度		
			食事	生活リズム	保清	金銭管理	服薬管理	対人関係	社会適応		居住形態	居住環境	交通の便	病院までの距離(車で)	介護者の有無	主な介護者	外出頻度(1ヶ月に/回)	就労状況	日中の活動場所
1-①	2	2	1	2	2		2	3	2	60	同居	戸建て	よい	60	あり	母	8	無職	自宅
1-②	3	2	1	4	2	2	2	3	2	50	同居	戸建て	よい	60	あり	母	15	無職	自宅
2-①	3	2	3	2	3	4	3	3	2	60	同居	戸建て	よい	40	あり	母親	5	勤務経験あり	自宅
2-②	5	4	4	5	4	5	4	3	1	52	同居	戸建て	よい	10	あり	長男	15	無職	自宅
3-①	4	3	3	4	4	3	3	3	2	35	同居	戸建て	不便	15	あり		躁状態時頻回	無職	自宅
3-②	2	2	1	1	2	1	2	2	3	55	ケアハウス			10	あり		5	無職	自室
3-③	3	3	1	3	2	1	4	4	1	41	同居	戸建て	不便	60	あり		2	無職	自宅
3-④	2	2	1	2	2	2	2	3	1	65	同居	戸建て		25	なし		30	無職	自宅
3-⑤	3	2	3	2	2		2	3	2	45	同居	戸建て		25	あり		8	作業所	自宅・作業所

図表 4-15 精神症状評価、能力障害評価、生活障害評価、GAF 得点の平均値

	平均値	範囲	標準偏差	
精神症状評価	3.00	2-5	1.00	(N=9)
能力障害評価	2.44	2-4	0.72	(N=9)
生活障害評価				
食事	2.00	1-4	1.23	(N=9)
生活リズム	2.78	1-5	1.30	(N=9)
保清	2.56	2-4	0.88	(N=9)
金銭管理	2.57	1-5	1.51	(N=7)
服薬管理	2.67	2-4	0.87	(N=9)
対人関係	3.00	2-4	0.50	(N=9)
社会適応	1.78	1-3	0.67	(N=9)
GAF得点	51.4	35-65	9.8	(N=9)

図表 4-16 患者に対する訪問看護の状況

患者ID	訪問開始からコンサルテーション開始までの期間	訪問目的	訪問頻度(回/週)	1ヶ月の総訪問回数	訪問滞在時間(分/回)	訪問手段	移動に要する時間(分)	訪問先	訪問同行者	訪問時の援助					
										日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得	対人関係の維持・構築	家族間の調整	精神症状の悪化や増悪を防ぐ	身体症状の発症や進行を防ぐ	社会資源の活用への援助
1-①	0ヶ月	服薬管理、社会性の維持、家族の不安軽減、療養相談	1	4	60	自転車	15	自宅	あり(担当保健師)	○	○	◎			○
1-②	6ヶ月	生活リズム確立、対人関係改善	1	4	45	自転車	5	自宅	なし						
2-①	5ヶ月	精神的支援、保清	2	6	60	車	10	自宅	なし	◎	○	○		○	
2-②	6ヶ月	状態観察	0.5	2	30	車	15	自宅	なし		○	○	◎	○	
3-①	3ヶ月	服薬指導、生活習慣の確立、状態変化時の連絡	3	12	60	車	10	自宅	なし	○	○		◎	○	
3-②	3ヶ月	状態観察、不安の受け止め	1	2	35	車	15	その他	なし		○	○	○	○	
3-③	1年8ヶ月	精神状態の観察、リハビリテーション、作業所等への通所支援	2	8	60	車	25	自宅	なし		○	○	◎	○	
3-④	4ヶ月	服薬管理、病状安定を保つ	2	8	30	車	5	自宅	なし		○	○	○	◎	
3-⑤	0ヶ月	服薬管理、病状安定を保つ	1	2	75	車	15	自宅	なし		○	○	○	◎	

◎は主な援助

○は行っているその他の援助

#### 4. コンサルテーションの概要

各事例に実施されたコンサルテーションの期間・回数および時間・方法を図表 4-17 に示した。コンサルテーションの平均期間は 4.1 ヶ月 ( $R=3-5, SD=0.60$ ) であり、その間に行われたコンサルテーションの平均回数は 4.4 回 ( $R=2-10, SD=2.40$ )、コンサルテーションに要した総時間の平均は 179 分 ( $R=90-310, SD=90.63$ ) であった（

図表 4-18)。コンサルテーションの方法については、直接面談が最も多く、次いでメール、電話、その他（事業所見学）の順であった（図表 4-19）。

図表 4-17 事例別にみるコンサルテーションの回数と方法

患者ID	協力事業所	主事業所	コンサル開始日	コンサル終了日	コンサル期間(月数)	コンサル総回数	コンサル実施場所	コンサル(面談回数)	コンサル(電話回数)	コンサル(電話時間・分)	コンサル(メール回数)	コンサル(メール時間・分)	コンサル(同行訪問回数)	コンサル(同行時間・分)	コンサル(その他回数)	コンサル(その他時間・分)	コンサル総時間(分)	
1-①	1	1	2007年10月	2008年2月	5	10	1,2	4	240	2	25	4	α	0	0	0	0	265
1-②	2	1	2007年10月	2008年1月	4	6	1	4	240	0	0	2	α	0	0	0	0	240
2-①	3	2	2007年10月	2008年1月	4	4	1	4	310	0	0	0	0	0	0	0	0	310
2-②	4	2	2007年10月	2008年1月	4	4	1	4	240	0	0	0	0	0	0	1	30	270
3-①	5	3	2007年10月	2008年1月	4	5	1	2	80	1	20	2	50	0	0	0	0	150
3-②	6	3	2007年9月	2008年1月	5	2	1,3	1	60	0	0	1	30	0	0	0	0	90
3-③	7	3	2007年10月	2008年1月	4	3	3	2	60	0	0	1	30	0	0	0	0	90
3-④	8	3	2007年10月	2008年1月	4	3	1,3	1	60	1	20	1	20	0	0	0	0	100
3-⑤	8	3	2007年11月	2008年1月	3	3	1,3	1	60	1	20	1	20	0	0	0	0	100

1.協力事業所

2.主事業所

3.その他

図表 4-18 コンサルテーションの期間・回数・総時間の平均値

	平均値	範囲	標準偏差
期間(月)	4.1	3-5	0.60
回数(回)	4.4	2-10	2.40
総時間(分)	179	90-310	90.63

図表 4-19 事例全体で行われたコンサルテーションの方法

方法	総回数	総時間(分)
直接面談	23	1350
メール	12	150+ $\alpha$
電話	5	85
同行訪問	1	30

## 5. コンサルテーションの実際

### (1) 財団法人精神医学研究所付属東京武蔵野病院（東京都）

財団法人精神医学研究所付属東京武蔵野病院は東京板橋区にある精神科医療施設である。今回のコンサルテーションモデル事業において、訪問看護ステーション 2 事業所（協力事業所 ID1, ID2）に対し、各 1 事例ずつ（事例 1-①、事例 1-②）のコンサルテーションを行った。

#### 1) 主事業所の特徴

1928 年私立東京武蔵野病院として開院し、現在財団法人精神医学研究所の附属病院となっている。東京都城北部に位置する精神科病院であり、ベッド数 686 床、精神科常勤医師 28 名、一般科常勤医師 7 名、看護職常勤約 380 名を有している。精神科が 637 床と中心を占めるが、そのほかに、内科・外科・脳外科・整形外科・歯科を併設しており、軽微かつ手術を要しない程度の精神科身体的合併症に対応できる一般病床 49 床もある。「精神科」では、救急・急性期の患者の新規入院を主としながら、慢性期の精神や神経の病気を持つ人の外来・入院治療と、社会復帰のための精神科リハビリテーションを積極的に行っている。病棟は、スーパー救急・急性期・亜急性期・慢性期・社会復帰・老人などの各病棟のほか、老人性認知症疾患治療病棟、さらに軽微な身体的合併症を診る一般病棟を整備している。心の病だけでなく体の病気も十分に診るために、脳波はもとより MRI や CT スキャン、エコーなどの設備も充実し「脳ドック」も受け付けている。また医師、看護師のほかコ・メディカルスタッフも手厚く配置し、病院をあげて大都会型積極的治療に取り組んでいる。平成 19 年 4 月からは、2 つのスーパー救急病棟（計 87 床）を完備し、精神科救急・急性期医療で民間型の地域基幹病院としての役割を担っている。精神科領域をはじめ他科領域の多くの病院や診療所との緊密な連携、地域住民との連携、地域社会資源の活用のために、地域医療連携室を設けている。

東京武蔵野病院はこれまで以上に、「患者さまの権利の尊重」と「患者さまの安全と安心の確保」を第一にして、「科学的根拠を基にした良質の医療と看護」を提供できるよう、病院をあげて取り組む決意をしている。患者さまがご自分で医療を選択し、ご自分で決定することができるよう、「インフォームド・コンセント」と「セカンドオピニオン」、「情報の開示」には特に一層の配慮

をしている。また、患者さまの安全管理と環境の整備には病院全体で組織的に当たり、「患者さまの知る権利」を尊重し、同時にプライバシーの確保についても十分に考慮している。たとえば、統括リスクマネージャーを中心とした医療安全管理委員会を設けて、患者さまが安心して安全に医療を受けられるようしている。外来では患者さまの呼び出しに注意を払い、入院患者さまに関しては病室に患者氏名を記入しない、などの工夫もしている。とりわけ医療のIT化に伴い、さまざまな情報の管理が重要な問題となっている。電子カルテには指紋認証で入るのはもとより、コンピューターのセキュリティーシステムや種々の規約により慎重を期している。これらは医療IT室と情報管理室を設けて対応させている。さまざまな医の倫理の問題には、「東京武蔵野病院倫理綱領」をはじめとして、「東京武蔵野病院憲章」を表示しながら、今後も委員会活動、検討会、手引きなどで十分に対応していくつもりである。しかし、医療は本質的に不確実なものであり、たとえ医療的な間違いが無くとも、事故が起こることがあり得る。患者さまご自身が十分納得された上で、自由に自分の治療方針を決定していただくように努めている。これらすべては医療者側の対応のみならず、患者さまとのパートナーシップが重要なことだと理解している。そのため患者さまへのお願い（「患者さまの権利章典」）もあわせて表示している。なによりも、安全で正しい治療の確保のために、これまでの病気のこと、アレルギー歴など、また差し支えない場合には家族のことなども伝えていただき、いろいろな場所で名前を名乗っていただく、点滴の確認をしていただく、などの形でも診療に参加していただいている。

## 2) 協力事業所の特徴

### ア) 協力事業所 ID1

日本訪問看護振興財団は1994年12月に、前身の日本看護協会組織内に設置された「訪問看護開発室」から発展し、日本看護協会の支援を受けて設立。訪問看護の普及および振興に努め、国民の健康と福祉の向上に寄与することを目的としている。1996年、訪問看護やケアマネジメントの実践上の課題を把握しながら、目的を達成するために訪問看護ステーションを設置した。

事業所の組織機構は日本訪問看護振興財団立のステーションであり、同事業所内に居宅支援事業所を併設している。管理体制として、スタッフをエリア別に2チームに分け、それぞれにリーダーを置いている。教育体制は、年間教育計画を立て、所内で定期的に研修を行っている。また、外部の研修にも積極的に参加できるよう啓蒙している。各個人においても年間目標を立ててもらい、それに合う研修に参加を促し、チームカンファレンス、事例検討を定期的に持ち、ケアの向上に努めている。

スタッフは常勤6名、非常勤7名、事務職2名、ケアマネジャー専任1名である。利用者数は、介護保険124名、医療保険23名、月間訪問件数は733件（介護保険、医療保険合算）であった。緩和ケア、難病、認知症、小児、慢性疾患等に対応。連携医療機関は61ヶ所ある。

### イ) 協力事業所 ID2

平成13年2月、地域医療の貢献のため設立された訪問看護ステーションである。病気や障害をお持ちの方、高齢の方が住みなれた家庭や地域で療養生活を送れるよう援助している。利用者は高齢者（とくに90歳以上）が多く、スタッフが若い（平均年齢約30歳）のが特徴である。

### 3) コンサルテーション事例

#### ア) 事例 1 -①

##### a. 事例紹介

20歳代後半、女性、統合失調症疑い、広汎性発達障害の合併あり。初発年齢は20歳代初期、精神科入院歴1回。両親・祖母と同居、未婚。主に母親が介護している。無職で主な活動場所は自宅。精神症状評価2、能力障害評価1、生活障害評価は食事1、生活リズム2、保清2、服薬管理2、対人関係3、社会適応2、GAF得点は60である。

コンサルテーション開始時点ではまだ入院中であり、入院期間において退院に向けてのケースカンファレンスという形でコンサルテーションが開始された。退院後訪問看護が開始された。訪問頻度は自宅に週に1回、1ヶ月の総訪問回数は4回、1回あたりの訪問滞在時間は60分である。訪問には担当保健師が同行している。訪問の目的は、服薬管理、社会性の維持、家族の不安軽減、療養相談である。訪問時の援助として、主たる援助は精神症状の悪化や増悪を防ぐこと、そのほかに対人関係の維持・構築、家族関係の調整、対象者へのエンパワメントが行われている。

コンサルテーションの期間は5ヶ月間であり、コンサルテーションの総回数は10回、そのうち面談が4回、電話が2回、メール4回であり、コンサルテーションに要した総時間は265分であった。コンサルテーションは主に、精神科臨床経験13年の看護師から精神科臨床経験のない看護師に行われた。

##### b. コンサルテーションの実際

###### 第1回目（面談、60分）

参加者：コンサルテーション実施者数5名（Dr1、Ns2、PSW2）、コンサルティ1名

###### <コンサルタントの記述>

①対象患者のコンサルテーションを行うことになった経緯（特に問題となった事柄・コンサルテーション援助の必要性など）衝動行為が続き入院が長期化していた症例であり、現在も身体拘束が継続されている。退院前に関係者で十分情報を共有し、支援体制を明確にする必要があった。このため、退院前の関係者によるカンファレンスから関与した。

②コンサルテーションで話し合われた事柄

- 訪問看護導入の意図

- 内服の確認よりも両親を含む環境面の観察を行ってもらいたい。（両親との面接は本人と離れた状態で行う）
- 家族3人で引きこもりになるのを防ぐ。
- 両親の仲がしつくりいっていないこともあります、本人への環境面での影響を調整する。
- 診断の根拠、症状に関する確認。
- 統合失調症と診断されてきたが環境反応性が高く、広汎性発達障害を合併している可能性がある。衝動性（暴力、飛び降り、転倒、万引き、脱衣、マスターべーションなど）やこだわりは発達障害の関与するところが大きいと考える。

- 入院中の治療・ケアの経過

- 急性期病棟では隔離解除後も衝動行為が続き、身体拘束が避けられなかった。
- ベッドからの飛び降り、ポータブルトイレからの転倒などが続いているが、現在は自傷

行為ではなく、スタッフへのアピールの意味が強いと考える。

- ▶ 身体拘束の継続を自ら希望している。
  - ▶ トーケンエコノミーを試みている。良いことをしたらカレンダーにシールを貼るポイント制で本人の希望を受け入れている。
  - ▶ 家族は外来で行われている家族 SST をすべて受講した。家族が看護師と相談していることを本人は知っている。
  - ▶ 病棟では更衣もできず、失禁し不潔な状態であったが、外泊で自宅に戻ると全く問題がなかった。
  - ▶ 両親が発達障害を受け入れられておらず、保健所でも情報提供を行い、精神保健相談を紹介してある。母親の本人に対する評価が良すぎる傾向にある。
- ・ 支援体制の調整・確認
    - ▶ ○曜日 訪問看護（最初は保健所保健師が同行）
    - ▶ ○曜日 外来受診
    - ▶ ○曜日 外来作業療法
  - ・ 在宅生活の限界は「家族が看られなくなったら」であることが確認された。
- ③コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）
- ・ 関係者間で患者・家族の情報が共有され、援助のポイントが確認された。
  - ・ 実際の支援体制の調整を行い、訪問看護の役割が確認された。
- ④コンサルテーションの成果
- ・ 予定通りに退院し、訪問サービスが開始された。

## 第2回目（メール）

＜コンサルタントの記述＞

### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

- ・ コンサルティよりメールで以下の報告があった。

「本日、初回訪問に行ってきました。退院後、かなり調子が良くて衝動行為はないようです。本人の表情も明るく、日中はテレビを見たり、誕生日カードを書いたりして過ごされています。夜間も良く眠っています。（AM1:00～9:00）

お母様に「20歳の頃は、あせっていたのよね。これからはゆっくりやりたい。」「私も、もう〇歳なんだよね。働けるかな？」等話しているところで、病院でお聞きした彼女の様子と少し違い、やや困惑しています。ご両親も娘さんの変化に驚いているようでした。今後は、ゆっくりと本人との人間関係を作りながら、ご両親とも情報交換し状態をみさせていただく予定です。

今後訪問で配慮する点などございましたら、ご指導の程宜しくお願ひします。」

→以下をコンサルティにメールで回答し、主治医、入院病棟担当看護師、病棟担当 PSW、医療相談部長に口頭で報告した。

「初回訪問のご報告ありがとうございました。とても落ち着いていらっしゃるご様子で一安心ですね。病院での姿は悪性の退行状態であったのかもしれません。

しかしながら、過去に命に関わるような衝動行為が繰り返し見られた方ですので、今後も油

断せず見守ってくださいますようお願ひいたします。

今回ご報告いただいた内容は早速関係者に転送させていただきます。外来診察時のご様子などの情報が入手できましたら、またご連絡いたします。」

②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

<相談内容>

- ・ コンサルティより、初回訪問を行い事前の情報と本人の様子が異なることで戸惑っているとメールで報告された。

<援助内容>

- ・ 状態の変化を注意して観察する必要があることをメールでコンサルティに回答し、コンサルタント間で情報を共有した。

③コンサルテーションの成果：

- ・ 訪問継続。症状の変化を詳細に観察していただいている。

### 第3回目（面談1時間）

参加者：コンサルタント1名、コンサルティ1名

<コンサルタントの記述>

①コンサルテーションで話し合われた事柄

訪問時の状況についてコンサルティより報告・相談があり、診療録を確認した上でコンサルテーションを実施した。

- ・ 【訪問の状況】週1回〇曜日に訪問。30分程度本人と面接した後、両親と面接している。両親から勧められ、近くの公園まで同伴散歩を実施。
- ・ 【服薬状況】妄想の訴えがあり、受診時に母親が内服薬の調整を希望したため、ルーランが追加処方となった。しかし、服用後興奮状態となり、減裂、夜間不眠などの症状が現れ、本人も「薬を全部飲みたくない」と服薬を拒み始めたため、母親の判断で服用を中止。vdSの服用が0時であったため、22時までに服用するように指導した。

→vdSの服用時間についての指導は適切であると支持。主治医は、ルーラン増量後の変化については薬剤の影響ではなく、処方が変更になった事実そのものや、両親を含む環境からの影響によるものであると判断していることを伝えた。

- ・ 【両親の状況】退院後は落ち着いた状態を保っていたが、その後急に妄想を訴えるようになったことで「元に戻ってしまうのではないか」と不安を募らせている。

両親の発言内容にズレがあり、父親は「薬の影響があるか分析したい」というのに対し、母親は「薬のことで頼まなければ良かった」と自分の後悔ばかりを述べる。

発達障害について納得できておらず、保健所の精神保健相談をセカンドオピニオンとして利用した。居住区のデイケアを探し、ゆくゆくは〇曜日に通所させたいと言っている。

- ・ 【生活状況】ひきこもっている時間は少なく、居間のテレビで映画を見ることができている。本人は買い物をしてみたいと言っているので、今後援助していきたい。母親とすごす時間が長く、夜も一緒に寝ているのが少し気になる。

→訪問時に両親のみで面接するのは適切であり、支えになっていることを評価。現在は、両親の不安が強くやむをえない。徐々に年齢相応の対応ができるように指導していく必要があ

ると助言した。

- ・ 【精神症状】両親によると、発病前に戻ったようによく喋ると言うが、訪問場面ではコンサルティから話しかけることが多く、複雑な回答が期待される場面では、答えに詰まったり、質問に合わない回答が返ってくるため、closed question になりがちである。精神疾患患者への会話のコツのような資料を紹介してもらえないか。

症状が出現した時の対処法を見つけましょと助言して少し安心した様子であったが、妄想が出現した時はどうしていけばよいか。幻聴、妄想が起こっている時、具体的にどのように対応するのかの資料を提供してもらいたい。

→両親の前と訪問看護場面で本人の言動に違いがあるのは当然のことと、使い分けが出来ているとも言える。訪問Nsとの関係が変化することで徐々に会話も上手くできるようになるのではないか。診察場面では幻聴体験が強まっていることを本人が話しており、幻覚や妄想は持続症状と考えられ、それが前面に出るかどうかではないか。頓用薬を服用したり、独りになるなどを試しながら、本人にとって効果のある方法を見つけていく必要がある。後々は妄想にとらわれる前に対処できることが望ましいと助言した。服薬状況の把握と会話の手がかりとなるように、服薬の記録をつけてもらうことを提案した。

以下の資料を後日提供した。

- ▶ 統合失調症の患者への対応する際の一般的な配慮
- ▶ 日々の出来事&おくすり日記（製薬会社提供）
- ▶ 幻聴への対処法に関するパンフレット
- ▶ 持続症状と再発の注意サインの違いに関する資料

### ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

#### <相談内容>

- ・ 退院後安定していたが、急に精神症状が再燃した。幻覚妄想状態にある時の対応方法を知りたい。
- ・ 本人の状態をよく把握するため、コミュニケーションをどのようにとっていいか。
- ・ 両親、特に母親の不安が強く、本人との密着も心配である。

#### <援助内容>

- ・ 全体として訪問サービスの方法が適切であることをフィードバックした。
- ・ 突然出現したように見えた精神症状は以前より持続しているものであり、再発の兆候ではないことを説明、資料を提供した。
- ・ コミュニケーションツールとして服薬記録を用いることを提案。対応に関する一般的な配慮と服薬記録の資料を提供した。
- ・ 両親に対しては、徐々に本人との距離を取れるように援助していくことを確認した。
- ・ これらのコンサルテーション結果について、主治医、病棟担当PSW、医療相談部長にメールで報告した。

### ③コンサルテーションの成果：

- ・ 両親が症状の変化に一喜一憂する状態を、コンサルティが自信を持って支援できるようになった。
- ・ コンサルティの精神症状の観察スキルが向上した。

- ・ おくすり日記を記載することで服薬状況が把握できるだけでなく、飲み忘れがなくなり、母親の負担が軽減した。また、日常生活行動を整えることにも役立った。

<コンサルティの記述>

①コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

今の精神状態、症状の有無を知るためにどのようにコミュニケーションをとっていけばよいのか。

②コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

- ・ 今も常に妄想、幻聴がある状態。それが前面に出ている時は、思考代声に指示され、行動に変化が現れる。しかし、他者との会話は可能で援助者にわからないこともある。このことが退行の原因にもなっている。今の状況や症状を知るために、お薬ノートを使用し本人に状況を書いてもらう方法がある。文章に表れることもあるので、ヒントになるのではということで、お薬ノートをいただき使用することとする。

③コンサルテーション後に実施した患者への援助（ケア計画や内容の変更など）

アドバイスに添って会話。幻聴があることが確認できた。

あせらず対応することで、少しずつ信頼関係ができ訪問を待っていてくれるようになった。

お薬ノートを活用することで、入浴、服薬が自立できるようになり、母親も負担が減って安心することができた

④コンサルテーションの成果（利用者・ご家族・相談者ご自身や他のスタッフの変化、支援ネットワークにおける変化など具体的に記入）

- ・ お薬ノートを利用することで、徐々に両親の服薬の促しに従えるようになってきた。その為、母親の負担が軽減できた。
- ・ 日常生活の中で、入浴、洗面等を指示があつても後回しにしてスムーズにできなかつたが、ノートに目標として書くことで自発的に行えるようになってきている

#### 第4回目（メール）

<コンサルタントの記述>

①コンサルテーションで話し合われた事柄

コンサルティよりメールで以下の相談があった。

「先週の訪問時、一緒に近隣の公園へ一緒に出かけました。特に衝動行為等はありませんでしたが、こだわりがあるのか、幻聴があるのか、途中でいきなり止まって数メートル歩き又、立ち止まり次に歩き出そうとしてもなかなか最初の一歩が踏み出せない事が、何度も見られました。この症状？は以前からのように、通院の際もあるとのことです。見守りながら、散歩をしましたが対応としては良かったでしょうか？今週は自室で面接しましたが幻聴があるのか集中できない様子がありました。お母様がルーランを自分の判断で先週の受診後より再開しています。主治医が一応処方してくれていると話されています。ルーラン再開後、興奮状態等はないようですがかえって反応が鈍くなっているのではと感じています。明日の受診時に、薬のことは先生に相談するようにアドバイスしましたのでよろしくお願いします。」

→診療録を確認した上で、診察時の様子と助言についてコンサルティに下記のメールを送付し、主治医、病棟担当 PSW、医療相談部長にメールで報告した。

「取り急ぎ、本日の○○様の診療記録より情報を提供致します。

- ▶ 外来作業療法を別のグループに変更するかどうかを検討するために見学を行いました。しかし、今所属しているグループの方が年齢の高い患者（同じ病棟に入院していた方も多い）から保護的に接してもらえ、安心して参加できるようなので、グループの変更は行わないことになりました。
- ▶ 作業療法中も独語が続いていましたが、スタッフから話しかけられれば答えることができる状態でした。主治医は幻聴に対する独語とは異なる印象であると査定しています。
- ▶ 1日2回のルーランは同時に服用しても問題ないので、1日量を1日に服用できるように対応していただきたいとのことです。

○○様（コンサルティ）のお問い合わせについてですが、

- ▶ 急に立ち止まったり、後ろ向きに歩いたりするのはご両親との外出中にもあるようです。危険行為がなければそのまま見守ってくださって大丈夫だと思います。何かしら本人の中では意味があるのだと思いますが（例えば、特別なルールやこだわり、幻聴に命令されてのことか、あるいはその場で浮かんだアイデア…？）、診察場面では「理由はない」と答えていますので、あまり追求しない方が良いと思います。頻回に繰り返されたうしたら、その行動を取ることが苦痛ではないか、感情に关心を向けるのが無難です。
- ▶ 独語が増えている件については、前述のようにルーランの增量で1週間様子を見て良いようです。何か変化がありましたら、ご一報いただければ幸いです。」

## ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

### <相談内容>

- ・ コンサルティより、本人の奇異な行動への訪問中の対応が適切であったかメールで相談された。また、母親の判断で処方が調整されているため、外来受診時のフォローアップを依頼された。

### <援助内容>

- ・ 受診時までのフォローアップができなかつたため、診療録を確認し、メールで診察時の状況を報告し、対応に関して助言を行った。一連のコンサルテーションの内容について同日、他のコンサルタントにメールで報告し、主治医の見解を確認した（対応に問題はなかつた）。

## ③コンサルテーションの成果

- ・ 訪問看護中、安定した対応が継続できている。

## 第5回目（面談1時間）

参加者：コンサルタント1名、コンサルティ1名

<コンサルタントの記述>

### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

- ・ 【両親の状況】母親が本人を抱え込み、何とか入院中の外泊時のような良い状態を見出せないかと焦って負担がかなり重くなり、感情的にも不安定になっている。自殺企図が心配で日中できるだけ付添い、一緒に寝ているが、何もしない患者を見ていることが辛くなっている様子である。両親と一緒に面接しているが、二人の見解には相変わらずズレがあり、父親の話を十分聞くことができない。しかし、訪問が心理的負担の軽減につながっているようなので、週2回に増やすかどうか検討中である。コンサルティも両親と面接し、特に父親の話を十分に聞いてもらえないか。

→主治医からも依頼があり、本人が外来作業療法に参加している間に両親と面接を行うこととなる。（その後実施）母親と本人の密着に対しては、アプローチが徐々に必要と思われるが、コンサルティが本人を「〇〇ちゃん」と呼ぶのを改めた方がよいことを指摘した。

- ・ 【服薬状況】お薬ノートを使用して服薬がきちんとできるようになり、母親が薬のチェックから解放された。気分の観察もできている。
- ・ 【生活状況】入浴が週1回から3回程度に増えた。服薬、入浴、食器の後片付けをする約束になっていて、自己管理が少しづつできるようになっている。
- ・ 【精神症状】最近1人2役の独語が目立ってきてている。内容は日常会話である。父親は独語が増えている、母親は前からあったと言う。

訪問時にクリスマスカードを買うための同伴外出を行った際に、下記のような状態が認められたが異常なのか。外出についてはとても楽しみにされていて、今後も毎月1回程度同伴外出を行う予定。

- ▶ 歩行中に突然大声で高笑いをする
- ▶ 急に立ち止まったり、通る道を決めるのに迷って引き返すことを繰り返す
- ▶ 飲み物を一気に口に入れて吐き出す（嚥下障害はなくきちんと飲めることもある）
- ▶ 無計画な買い物をする

→異常体験に左右されたものではなく、こだわりや周囲の環境からのストレスを軽減するための方策として現れる行動ではないかと助言。外出援助は訪問Nsの負担が大きくなれば続ける方がよいと思われると伝え、道順や買い物の内容、どこで休息するかなど前もって少しづつご本人と計画し、当日確認することを勧めた。

- ・ 【体重増加】甘い菓子をコンビニで毎日のように購入したり、1日4食摂取するなどの食欲亢進が見られる。

→食欲の亢進は回復期に一過性のものかもしれないが、薬剤の影響も考えられるため、継続的に観察していただくことを依頼。

### ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

<相談内容>

- ・ 外出中に見られた奇異な言動は異常なのか、どのように対応していくべきか。
- ・ 両親の負担が強まっており、支援方法を検討したい。

- ・ 体重増加の原因と対策について。

<援助内容>

- ・ 両親の負担を軽減するために、コンサルタントが直接面接を行うこととなり、今後4回実施予定。（継続中）
- ・ 奇異な言動は異常体験に左右されたものではなく、外出援助は継続して問題ないと伝え、本人の混乱や緊張を緩和するため、事前に外出計画を立て、外出当日に再確認することを勧めた。
- ・ 食欲の亢進の原因として考えられるものを提示し、継続的な観察を依頼した。
- ・ これらのコンサルテーション結果について主治医、病棟担当 PSW、医療相談部長にメールで報告した。

③コンサルテーションの成果：

- ・ 外出支援があらかじめ計画を立てて行われるようになり、外出中の奇異行動がその後エスカレートしていない。
- ・ 奇異な言動が再発の兆候でないことが両親に伝えられ、安心された。
- ・ 両親のサポート体制が強化された。

<コンサルティ記載>

①コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

独語が増えてきて、やや興奮状態にあるが、外出したい希望も強いためどのように関わっていったらよいか。

体重増加と活動量の少なさについて、どう支援していくか。

②コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

体重増加について： 食欲が出てくることは、症状改善の兆しでもある。内服薬の中にも食欲を増進するものもあるので、医師と相談していく。

独語について： 統合失調症の症状とは異なると考えられるため、今まで通り見守りで大丈夫である。

病院の OT に週 2 回通院できるようになると、活動的なデイサービスに切り替えの時期が必要。

活動意欲について： 今の段階では、デイケアに参観するのは、まだ無理だと思われる。今後も訪問看護で目的を明確にした外出支援を継続してはどうかと提案される。

外出した際、お店の中では安心できる場所を見つけ誘導が必要。環境によって左右されるので配慮が必要。

その他： 高笑いは緊張をほぐすための手段とも考えられるため、見守りでよいのではとアドバイスをもらう。

③コンサルテーション後に実施した患者への援助（ケア計画や内容の変更など）

外出支援に対しては、目的を持って行えるよう本人と相談して、クリスマスカードを買うこと、スタジオ見学等計画して行った。

独語、高笑い等の症状は、統合失調症の悪化ではないことが確認できたため、見守りの援助でいくこととする。

- ④コンサルテーションの成果（利用者・ご家族・相談者ご自身や他のスタッフの変化、支援ネットワークにおける変化など具体的に記入）  
独語や高笑いが、症状の悪化でないことを両親に伝えたところ、安心されました。

### 第6回目（メール）

<コンサルタントの記述>

#### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

- 両親との面接結果および注意点についてコンサルタントよりメールでコンサルティに送付した（下記はメールからの抜粋）

「本日、〇〇様（患者）のご両親と別々に面接しました。初めてきちんとお話したこともあるってか、お母様からお父様への不満などは表出されませんでしたが、やはり〇〇様（患者）のことに一生懸命になり過ぎ、心身ともに疲労が溜まっているらしくやるようでした。

お二人とも現在の外来OTに参加し続けることについては納得できていらっしゃらないようでしたので、行動を起こす前にまずはご両親が、デイケアがどのような状況か十分理解し、円滑に移行できる方法を考えていきましょうとお話をしました。

お父様のご希望があってデイケアをご案内することとしました。

今後、どの程度のサポートが必要かご相談できれば幸いです。

面接の詳細については次回のコンサルテーションの際にでもお話をしたいと思います。

なお、ご本人は先週の調子の高い状態からは少し落ち着いたようですが、病院の売店で万引きをしてしまったり、衝動のコントロールが悪くなっているサインが出ています。

処方調整が行われていますので、変化を見守っていただければ幸いです。」

#### ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

<相談内容>

- コンサルテーションにおいて、両親の負担が強まっており、コンサルタントからの面接依頼があった。特に父親が本人に対して、どのような役割を果たしたいと思っているのかを確認して欲しいと希望。

<援助内容>

- 事例の両親と個別に直接面接し、患者の状況に関する認識、今後の期待等についてズレがないか確認した上で、両者の回復への焦りを緩和するためのサポート方法を検討した。この結果、両親がデイケアを見学することとなった。
- 一連の報告を診療録に記載し、デイケア見学について主治医に口頭で了承を取り、デイケアスタッフへの調整を行なった。

#### ③コンサルテーションの成果

- 両親が病院側に主治医以外に、コンサルティと連携の取れる相談窓口を得ることができ、患者本人の反応を直接確認しながら治療・ケアのあり方を検討できる体制となった。
- コンサルティの援助プロセスを直接支援できた。

## 第7回目（電話 15分）

<コンサルタントの記述>

### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

- 両親のデイケア見学の様子および外来診察結果についてコンサルティに報告した。（デイケアの様子を大変気に入り、来週にも本人を見学させたいと言っており、調整予定であること、処方調整が行なわれたこと）
- 患者が外出、買い物をしたがることについて両親は意欲が高まっているととらえ、更に活動を拡大していきたいと考えているが、どのように対応したら良いか。面接中に歌を4曲連続で歌ったりする。
- 訪問看護中にコンサルティが観察したことについて更に詳しく話してもらうと、「この本は自分が書いた、この曲は自分が作曲した」などの言動があり、買い物の内容も相変わらずまとまらず、同じような化粧品を何個も買い込んだりするなどの行動が見られていることがわかった。単に意欲が高まっているのではなく、誇張的な言辞など明らかに躁状態の症状を呈しており、通常はこのような時には行動を制限するケアが必要であることを伝えた。しかし、病院内のデイケアであればフォローを行いやすいので、本人が次のステップに挑戦できるかどうかの査定として、見学を行ってみることとした。訪問時には、危険な行動にエスカレートしていく様子がないか継続して観察していただくよう依頼した。

### ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

<相談内容>

- 患者が外出、買い物をしたがることについて両親は意欲が高まっているととらえ、更に活動を拡大していきたいと考えているが、どのように対応したら良いか。

<援助内容>

- 訪問看護中にコンサルティが観察したことについて更に詳しく話してもらい、明らかに躁状態にあることを確認し、対応方法について助言した。
- 診察時にも薬物調整が行なわれていたが、両親からコンサルティの観察したような事実が報告されていなかったため、同日コンサルタントから主治医に口頭で報告を行った。（情報が得られていたら、もう少し積極的な薬物調整を行なったかったとコメントがあった）

### ③コンサルテーションの成果

- 患者・家族の診察時には提供されなかった情報がコンサルティから確認されたことにより、患者の状態に関するより正確な査定が可能となり、主治医が治療方針を検討するのに役立つた。
- コンサルティが自分の観察内容に自信を持ち、どのように解釈し、援助すべきか理解できた。

## 第8回目（メール）

<コンサルタントの記述>

### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

- コンサルティよりメールで以下の報告、相談があった。  
「本日訪問しましたが、寝起きで会話も中々成立せず、短時間の訪問で戻ってきました。今までの1週間の変化としては、髪の毛をかなり短く自分で切っていました。その前後に大き

な変化はなかったようで、以前から前髪が気になると話していたそうで、最初は前髪だけだったのですが全体的に短くしたようです。ご両親からも薬が減ったことで特に変化はないとの報告がありました。テレビで映画を集中してみることもできていますし、入浴、服薬も行えています。ただ、食欲があって、寝る前にご飯 1 膳ほど食べてしまうとのことです。病院のディに、明日本人は見学等に行きますか？」

→同日、以下をコンサルティ에게メールで回答した。

「デイケアの見学は明日を予定しております。見学のご様子についてはまたご連絡いたします。

その後、躁状態による行動がエスカレートしていないようで安心しました。髪を極端に短く切ったり、(時には全身の体毛を)剃ってしまうことは、統合失調症の患者さんの急性期において見られることが少なくありません。自我障害に関係しているのだと思うのですが、他の自傷行為に発展していかないかどうかには注意していただけたらと思います。」

## ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

### <相談内容>

- ・ コンサルティよりメールで患者の奇異な行動（自ら極端に短く髪を切る）についての報告があった。

### <援助内容>

- ・ メールで対応についての助言を行った。

## ③コンサルテーションの成果

- ・ コンサルティが患者の行動変化を注意深く観察できた。
- ・ コンサルタントが直接ケアを実施するにあたり、家族以外から患者の状態に関する情報が入手できた。

## 第9回目（電話10分）

### <コンサルタントの記述>

## ①コンサルテーションで話し合われた事柄

- ・ コンサルティからの相談内容について話し合い、本人のデイケア見学の様子および外来診察結果についてコンサルタントから報告した。（両親同伴のデイケア見学中は緊張が強く、トイレに閉じこもったり、建物から飛び出そうとする行為があり、その後付き添って20分間音楽療法に参加するのが精一杯の状態であった）今後のデイケア見学のプランを伝え、デイケア見学の反応を確認していただけるように依頼した。

## ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

### <相談内容>

- ・ 前回と同様。

### <援助内容>

- ・ 奇異な行動への対応について助言を行った。
- ・ 患者・家族への直接ケアの結果をフィードバックした。

## ③コンサルテーションの成果

- ・ 患者・家族に関する情報が共有された。

## 第10回目（面談1時間）

参加者：コンサルタント3名（Dr1、Ns1、OT1）、コンサルティ1名

<コンサルタントの記述>

### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

- ・ コンサルティからこれまで3ヶ月間の訪問看護中の患者・家族の状況、援助内容が詳細に報告された。本人の病状の共有と予測される変化、今後の治療方針と訪問看護を含めたサポート体制のあり方、両親への対応について検討された。
- ・ 【両親の状況】発達障害としての診断・治療に疑問を持ち続けている。特に抗てんかん薬の使用に抵抗があり、抗精神病薬を増やした方が良いと思っている。  
父親が保健所の精神保健相談で発達障害について相談した。（対応した医師のコメントでは、父親にも認知の偏りがあるかもしれないとのこと）
- ・ 【社会資源の利用】＊入院中は毎日作業療法に参加していた。
  - ▶ 毎週○曜日午前中1時間訪問看護（月1回外出支援）
  - ▶ 毎週○曜日外来作業療法に参加後、外来診察家族の要望で他の作業療法を見学したが変更に至らず。  
デイケアを見学したが、緊張が強く導入に至らず。  
本人はそこで提供されているプログラムの内容よりも、場の雰囲気や環境に影響を受けやすく、新しい場に適応するためには、なじみのスタッフや患者がいることが重要。  
母親は○区保健所のデイケアの併用、父親は内職を検討し始めているが、両親とも病院のデイケアを利用させたいと考えている。  
→保健所デイケアは、病院デイケアの通所実績がなければ適応は非常に困難と思われる。病院デイケアの導入を行うのであれば、入院の際に試みるのが良いのではないか。
- ・ 【主治医の見解】入院も検討している。統合失調症の可能性は常に念頭において診察に当たっているが、典型的ではないという印象であり、発達障害圏の反応性のものではないかと考える。自己表出できないのが最近のことなのか、親の過干渉のせいなのかわからない。両親は診断・治療を信用していない。心理テストは外来で実施予定であったが、拒否されて以来延期となっている。いずれにしても本人への対応方法について教育が必要であり、両親との密着が本人の病状にも良くない。
- ・ 【今後の治療・ケア方針】
  - ▶ 診断の確定、両親の休息・教育を目的として、入院も検討する。
  - ▶ 心理検査の実施。
  - ▶ 抗てんかん薬の使用は攻撃性の緩和が目的であることを関係者で繰り返し両親に説明する。
  - ▶ 外来作業療法に週2回通所→1回は自力で通所を目指す。入院することになったら、タイミングをみて病院デイケアの移行を試みる。
  - ▶ 両親のサポートに病院側のコンサルタントも引き続き協力していく。

### ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

- ・ 退院後4ヶ月間の患者・家族の情報が共有され、現状の査定の上で、援助・ケアのあり方が

検討された。この結果、上記の方針が明確になった。

### ③コンサルテーションの成果

- ・ 関係者間で患者・家族の情報が共有され、援助方針が確認された。
- ・ 訪問看護の役割が確認された。

#### <コンサルティ記載>

##### ①コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

- ・ 退院後3ヶ月たったところで、在宅療養の評価と今の病状と今後予測されること
- ・ 今後の治療方針と訪問看護で支援できることは何か
- ・ ご両親への対応について

##### ②コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

主治医より：状態的には落ち着いている。統合失調症による症状は出ていない。自分の意見を表出できない、自分の願望が口に出る等発達障害によるものと考えられる。

認知に幼いところもあり、本人なりのルール、こだわりがあるため、デイケアの移行が難しい。

また、両親の干渉や期待もおおきいため、緊張が出るのではないか。今後は、両親の教育目的のための入院を考えていく。

OTより：OTに参加しているメンバーとは慣れてきているため、落ち着いて座って参加できている。デイケアへの参加は、種目を選択することによる緊張が強いため、途中で場から立ち去っている。両親は、参加者の年代も近いため、気に入っている。徐々に、すすめていきたい。

以上より、在宅での生活は思ったよりは落ち着いているのではないか。今後は入院等も視野にいれて、本人の「働きたい」との発言を大事にして援助していく。目的、目標を持たせるかかわりが必要である。いろんな人と少数で関わっていくことは良いとのアドバイスをもらう。

##### ③コンサルテーション後に実施した患者への援助（ケア計画や内容の変更など）

他のスタッフの同行訪問を計画的に行う（カンファレンス後訪問していないため、援助やケア計画はまだ検討中）。

#### c. コンサルテーション実践のまとめ

コンサルテーション実施期間：平成19年10月15日～平成20年2月4日（総時間数4時間25分+α）

当該患者に対するコンサルテーションの総回数：10回

主たるコンサルテーション実施場所：協力事業所内

コンサルテーション方法： 直接面談 4 回（4 時間）・電話相談 2 回（25 分）・その他（メール）4 回

①相談者（訪問看護師）の困っていたこと

- ・ 患者の精神状態、症状の把握のためどのようにコミュニケーションを取るべきか。
- ・ 患者の示す言動、特に奇異な言動についてどう捉え、対応すべきか。
- ・ 患者の言動に一喜一憂し、感情的な巻き込まれが強い両親をどのように支援していくべきか。

②コンサルテーションの目的・目標

- ・ コンサルティが患者の状態を正確に観察、把握できる
- ・ コンサルティが実施した援助内容について自信を持てる
- ・ コンサルティが両親の疑問や不安に対して助言ができ、両親の焦りや混乱を緩和できる。このことにより、患者が環境から受けける有害な刺激を低減する

③行った助言や援助

- ・ コミュニケーションツールとして服薬記録を用いることを提案した。再発の警告サイン、統合失調症患者への対応に関する一般的な配慮と服薬記録の資料を提供した。
- ・ 患者の示す言動について訪問 Ns が観察した情報を引き出しながら査定し、見立てを伝える。
- ・ 両親への直接ケアをコンサルティが病院内で実施し、コンサルティと共に両親をサポートした。
- ・ コンサルティには患者・家族の病院での言動について、訪問看護 ST からの情報を主治医に伝達することで、関係者が患者の正確な状態把握をできるように調整した。

④コンサルタントが助言や援助を行ううえで困難だったこと

- ・ コンサルテーションの日程調整。

⑤相談者がコンサルテーションでの助言を実践・継続するうえで難しかったこと

- ・ 両親の過干渉、感情的巻き込まれを、訪問看護場面のみで解決していくこと。

⑥コンサルテーションで得られた成果（目標達成度を含む）

- ・ 退院まで身体拘束を必要とするほど衝動性のコントロールが困難な患者であったが、再入院が回避できている。
- ・ コンサルティが両親の信頼を獲得し、よいサポート役となっているだけでなく、患者への対応について適切に助言できることで、医師との関係を調整する役割も担えるようになっている。

⑦今後の課題等

- ・ 主治医が交代となるため、コンサルティと主治医の関係構築を支援していく必要がある。
- ・ 両親の過度の負担を緩和するため、本人が他の通所系の社会資源に適応できるよう支援していく必要がある。
- ・ 両親のサポートと教育について。

イ) 事例 1-②

a. 事例紹介

30 歳代、女性、統合失調症。初発年齢は 20 歳頃、精神科入院歴 7 回。母親と同居、未婚。主

に母親が介護している。無職で主な活動場所は自宅。精神症状評価3、能力障害評価2、生活障害評価は食事1、生活リズム4、保清2、金銭管理2、服薬管理2、対人関係3、社会適応2、GAF得点は50である。

コンサルテーションは退院から1ヶ月が経過したところで開始された。訪問看護の訪問頻度は自宅に週に1回、1ヶ月の総訪問回数は4回、1回あたりの訪問滞在時間は45分である。訪問の目的は、生活リズムの確立、対人関係改善である。

コンサルテーションの期間は4ヶ月間であり、コンサルテーションの総回数は6回、そのうち面談が4回、メール2回であり、コンサルテーションに要した総時間は240分であった。コンサルテーションは主に、精神科臨床経験13年の看護師から精神科臨床経験のない看護師に行われた。

#### b. コンサルテーションの実際

##### 第1回目（面談1時間）

参加者：コンサルタント2名（Ns1、PSW1）、コンサルティ2名（Ns2）

<コンサルタント記載>

①対象患者のコンサルテーションを行うことになった経緯（特に問題となった事柄・コンサルテーション援助の必要性など）

主治医から事例の紹介があり、訪問看護ステーションに本事業の紹介を行ったところ、訪問を継続しているが、何を目標にしてよいかわからないため、コンサルテーションを受けることを希望された。

②コンサルテーションで話し合われた事柄

- 訪問中に話をしている時には普通だが、その後急に入院してしまうことを繰り返し、戸惑っている。前回の入院直前は、友人の入院を契機にパニックになったと入院後に母親から聞いた。

→訪問時に再発の兆候を見逃しているということではないのでは。しかし、援助者が症状の変化を把握し、特に悪化の兆候をつかめようになると良い。今回の入院前のことを振り返り、本人と再発の前に現れる兆候を共有できるように支援していってはどうか。

- 【訪問サービスの実施状況】毎週○曜日の訪問は40分程度で沈黙も多く、こちらから話を引き出していく感じである。同伴外出は事業所の決まりで行っていない。

→訪問を継続できているのは本人が訪問Nsを信頼している証拠でもある。年齢も近いので、訪問Nsが良いモデルになっていけると良いのではないか。

- 【精神症状、随伴症状】訪問時はうつだと話すことが多い。過食、嘔吐については落ちているというのでそれ以上は尋ねていない。飲水は2L/日、体重40~50kg。

- 【活動状況】最近、漸く自分から話をしてくれるようになり、将来への不安があることがわかった。バイトは続かないし、デイケアはそこにいる人と同じになってしまふのではないかと心配だという。現在は週一回程度、カラオケをしに外出している程度。

→確かに病院のデイケアは長期利用者も多く、本人は不安かもしれない。住居周辺のクリニックや保健所のデイケアなどの社会資源に関する情報収集を行っていってはどうか。

- 【生活の様子】規則正しい生活を送るように目指している。22時に就寝し、5時に覚醒、食事を摂り再入眠。母親が外出した後はほぼゴロゴロして過ごす。「起きていると色々と考え

てしまう」と寝ていたり、本当に眠そうにしている。母親（ケアマネージャー？）は忙しく、帰宅が22時を回ることもある。

- 【服薬状況】机の上に薬が広げてある。飲み忘れがあるよう。

→これまでの再発時に拒薬があり、断薬防止のための工夫が必要ではないか。飲んでいるかと尋ねてもそれ以上確認が難しいようなので、服薬チェックの1つの方法として患者自身に服薬の記録を行ってもらい、それを手がかりに援助を行ってはどうか。服薬カレンダーなど飲み忘れを防ぐ方法もある。

### ③コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

#### <相談内容>

- 患者の訪問に関する当面の目標設定に迷っている
- 調子の悪くなる前兆がつかみにくい
- 訪問中に沈黙が多く、こちらから話を引き出していく感じになってしまふ

#### <援助内容>

- 調子が悪くなるのは訪問時に何かを見逃したというのではないだろうと保証。本人の再燃のパターンかもしれないため、本格的な再発の前に現れる兆候を確認していく必要があるのでないかと提案。統合失調症の再発の警告サインに関する資料を提供した。
- 服薬自己管理の支援、会話の工夫については、本人が服薬自己管理の記録をつけることが手がかりとなって話がしやすくなるかもしれないため、服薬チェックのノートの活用を提案し、サンプルを送付した。また、服薬カレンダーなど飲み忘れを防ぐアイテムに関する情報を提供した。
- 将来的な目標を設定するのは困難なので、当面の、例えば1ヶ月間の目標を本人と共有し、評価を行っていく方が良いのではないかと提案した。
- コンサルテーションの結果についてメールで主治医に報告した。

### ④コンサルテーションの成果

- 服薬ノートの提案をしたところ、飲み忘れがあることが本人から語られた。服薬ノートが活用されるようになったことで、服薬状況の確認がしやすくなっただけでなく、これまで具体的にわからなかった症状の変化についても知ることができるようになった。
- 再発の警告サインを本人と共にチェックしたこと、どのような症状があるのかがわかり、本人と対処法を話し合えた。
- 本人と改めて目標を話し合ったところ、デイケアに通所したくない本当の理由（遠いからいかないのでなく、周りの人が生活保護のことなど話していて、自分の将来のことのよう不安になるから行きたくない）が確認できた。

#### <コンサルティ記載>

##### ①コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

- 訪問した際は調子がよいのに、2~3日後に入院していることが多い、危険時のサインがよめない。
- 将来に対して不安はもっているがそこに向かうために看護として何をすればいいか明白ではない。（漠然とした大きな目標しかない）

②コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

- ・ 訪問時調子がよくても突然状態が悪くなるのが、この患者様のパターンではないだろうか。
- ・ どのような行為が危険信号であるかの症状の参考にと資料を送ってもらった。
- ・ 拒薬がこの患者様の状態悪化時にあるので、まずは確薬をはかることが重要。そのために服薬チェックの確認や一つの方法として服薬ノートを使用したらどうか。
- ・ 目標設定を何かし、評価も何ヶ月かに一回していくほうがよいのではないか。

③コンサルテーション後に実施した患者への援助（ケア計画や内容の変更など）

- ・ 資料を参考に現状態をはい、いいえで答えてもらい常に出てきている症状なのか、それとも異常時に出てきている症状なのかの把握。
- ・ 患者様の情報で収集できていないことがあり、（本人は将来のことを心配しているが、今のお金の管理はどうしているのかなど）その情報収集。

④コンサルテーションの成果(利用者・ご家族・相談者ご自身や他のスタッフの変化、支援ネットワークにおける変化など具体的に記入)

- ・ ステーションに精神病棟の経験者がなく今のケアで果たしてよいのかどうかの裏づけが明確でなかったが、経験者へ相談できる場があるといことで安心ができた。  
服薬ノートは本人が使ってみたいとのことで使用している。

第2回目（面談1時間）

参加者：コンサルタント2名（Ns1、PSW1）、コンサルティ2名（Ns）

＜コンサルタント記載＞

①コンサルテーションで話し合われた事柄

- ・ 【服薬状況】朝食後薬の飲み忘れが多い。服薬ノートを記載している。
- ・ 【精神症状、随伴症状】嘔吐はしていないと言っていたが、週3回はあることがノートに記載されていてわかった。早期症状リストを本人とチェックして、今まで漠然とした症状だったものが、本人のものとしてわかるようになった。外出時に誰かに何か言われている気がし、音楽を聴いて外出するが怖い持続症状がある。先週から早期警告サインであるイライラ、怒りっぽいなどが出てきて母親に当たってしまう。本人は逃げ道を作るため、一人になる、忘れるという対処をしているが、本人にとって良い方法なのか。

→教科書的には一人になるというのは良い方法ではないが、ずっと引きこもりになってしまふのでなければ問題ないのではないか。イライラした時に相手と直接衝突するのを避けるタイムアウトという方法もある。今後、早期サインが出現したときにどうしていけばよいか本人と話し合っていく必要がある。

- ・ 「コミュニケーション能力を高めたい」というのが本人の希望でもある。自分ひとりしか本人を見ていないことでの辛さもあり、訪問担当者の変更を検討している。所長とは顔見知りでもあり、先日訪問を行った際には喜んでいた。活動範囲が限定されていて良いのか疑問。病院のデイケアは通所者が生活保護の話などを聞いて自分もそうなるのではないかという不安があるという。料理教室や絵画に関心がある。

→本人の意向を確認し、訪問担当者を増やすことは問題ないと思われるが、現在の担当者との信頼関係が本人の安定に役立っていることを確認。必要であればコンサルタントが同行訪

間できることを提示した。

また、当院で利用できる社会資源としてはデイケア以外に外来作業療法、外来 SST などもあり、デイケアも本人が利用していた頃からは変化している。本人の希望があれば見学もできるが、社会資源の活用については主治医の意向を確認した方が良い。社会資源の導入を行う前に本人の準備状況を査定するため、母親に了解を取って散歩で喫茶店に行ったり、買い物に付き合ってみてはどうかと提案したところ、訪問看護中に外出することについて問題がないか確認して欲しいと要望された。

- ・ 【生活の様子】生活リズムが崩れている。22 時に就寝し、中途覚醒はたまにある。嫌なことを考えないように寝ていることが多い。
- ・ 【金銭管理】お金を欲しいだけもらっている。過食に使ったり、バーゲンにつき込んでいる?  
→金銭管理の必要性について本人の意向を確認し、その後母親に相談して小遣いをどのように考えるべきか検討してはどうか。
- ・ 長い目で見て精神科患者のゴールはどこにあるのか。  
→病状にもより徐々にレベルが下がってしまうケースもあるが、年齢相応の発達を目指すことになる。普通に仕事をして、結婚し、出産するケースもある。
- ・ 診察場面での様子を知りたい。母親と一緒に面接するのか。  
→主治医に確認をしてみる。

## ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

### <相談内容>

- ・ 服薬状況や本人が困っている症状についてはよく話ができるようになったが、生活範囲が拡大できないことや、生活リズムの崩れについて気になる。
- ・ 担当者が十分本人のニーズに応えられていないのではないか、担当者を変更した方が良いのではないかと感じ閉塞感が強まっている。
- ・ 訪問中に沈黙が多く、訪問 Ns から話を引き出していく感じになってしまふ。
- ・ 訪問看護中の外出について事業所としては実施していないため、法的な根拠などがあれば提示して欲しい。

### <援助内容>

- ・ コンサルテーションの結果についてメールで主治医に報告し、現在の本人の状況についての見解と社会資源の活用を含めた今後の治療方針について尋ねた。
- ・ 訪問看護中の同伴外出について訪問看護モデル事業の責任者に問い合わせを行った。

## ③コンサルテーションの成果

- ・ コンサルティが処方箋だけではわからなかった患者の現在の状況について理解を深めることができ、自分の援助内容について自信を得ることが出来た。また、患者の変化をあせる必要がないことを知って、主治医と当面の援助目標が共有された。（詳細は 3 回目コンサルテーション参照）

#### <コンサルティ記載>

##### ①コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

- 訪問時にいらいらした際の逃げ道ができたと話すことがあり。どうするのかきくと、忘れるか一人になることとのこと。はたしてそれが患者様にとってよいことなのか、それともひきこもりへ導いてしまっているのではないか悩んでしまい、そのことに対して聞く事しかできなかった。異常時の状態が少しあきてきたが、実際そのような状態が出てきたときどうナースサイドで対応すればよいか。

##### ②コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

- いらいらした際に一度離れて一人になることは、タイムアウトし考え方替えるという点ではよいのではないか。しかし、他者との関係まで絶ってしまうとよくないのでその点は注意が必要である。
- 異常時のサインは本人が気付かなければ家族にサインに気付いてもらい早期対応につなげたり、内服をすすめたりとつなげる。家の中だけの訪問でなく、本人の違った面もみえる外出をしてみたらどうか。

##### ③コンサルテーション後に実施した患者への援助（ケア計画や内容の変更など）

- 外出の実行。
- 主治医とのコンタクト。
- 金銭管理の情報収集。

##### ④コンサルテーションの成果

- 外出をした際、幻聴は聞こえないが聞こえるような気がするため、人と通りすがったときに耳を押さえる行為をしていることに気付いた。家にいる際と違い患者様の表情が固い。
- 主治医がどう考えているか、外来時の状況などがわかった。本人は母親から決められた額の金額をもらっておりその中で買い物などしていた。

#### 第3回目（メール）

参加者：コンサルタント2名(Dr1、Ns1)、コンサルティ1名

#### <コンサルタント記載>

##### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

第2回目のコンサルテーション記録参照

##### ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

#### <相談内容>

- 服薬状況や本人が困っている症状についてはよく話ができるようになったが、生活範囲が拡大できないことや、生活リズムの崩れについて気になる。
- 担当者が十分本人のニーズに応えられていないのではないか、担当者を変更した方が良いのではないかと感じ閉塞感が強まっている。

#### <援助内容>

- 主治医の見解をメールを通じて確認し、内容を抜粋してコンサルティに送付すると共に、現在の訪問援助内容が適切であり、本人の安定した生活を維持するのに非常に役立っていることを再保証した。（下記のメールをコンサルティ宛に送付）

「お世話になっております。○○様（患者）に関して主治医よりコメントが寄せられましたので、ご確認いただければ幸いです。主治医は●●様（コンサルティ）の働きかけなどにより、○○様（患者）がとても良い状態を保っていらっしゃるので、当面はこの状態を維持することを目標とし、ご本人自身に変化するエネルギーが満ちてくるのを待ちたいということです。外出についても色々な制約があるでしょうから、無理をして行う必要はないとのことでした。分かりにくい点などございましたら、メールにてご連絡いただければ幸いです。

-以下、主治医からのメッセージです-

母親とともに毎週面談していますが、本人も母親も昨今の状態が、この数年では最も良いといっています。何が良いかといえば、思考障害（具体的には、周囲から、あるいは周囲へ自分があるいは自分に、毒を吐く、毒を吐かれるなどの被害関係妄想）がほとんど消えていること、それに前後して気分の揺らぎも少なく、以前のような激しい食べ吐き行為がないこと、さらに、生理前だからといって1週間以上にわたって終日、寝っぱなしの生活までにはいたらなくなうこと、母親と以前のような親愛感の持てる関係が戻ってきたこと、規則正しく外来に通院でき、訪問看護も毎週本人は楽しみの一つ、あるいは自分の生活の一部として受け入れられていること、などです。

マイナス点はまだまだいっぱいあります、それ以上に、これまでの表面化していた問題点を一応はクリアーできてそれらをどれだけ維持でき、少しずつレベルアップできるかが今後の課題ですが、当面は、回復してきた状態の保持に当分は努める、ことで精一杯です。

これまで、デイケアをはじめとして、簡単なアルバイト、あるいは習い事（ギター、音楽）に挑戦しましたが、失敗を繰り返していますから、それどころか増悪していますから、また、外来OT、SCTなども対人関係に敏感になるだけですから当分は考えていません。

生活が乱れている、とはあまり思っていません。それほど遅く寝ているわけではなく、一旦朝も起きて、朝食をして二度寝をしていますから昼前に起きることになります。当分、ゆっくり休むことでいいのではないでしょうか。本人が、良くないよね、と考えてきていますから、何とかしようと具体的に考えて行動しようとするまで待っています。訪問活動は○曜日だけですが、午後の時間までにきちんと起きて待っていようとする姿勢を示せるので、これ以上崩れないでいると言っています。

状態が変わらないことは一概に悪いことではありません、良いこともあるのです、

生活の乱れも必然の流れでそうなってしまいやすいので、許容される範囲内でまだあると考えています。今後は、外出しなくても、家の中でできる、母親に代わる様々な家事がさらにできるようになることも期待されます、今は、夕食の準備などは本人がかなりやっているはずですが…。

この数年入院の繰り返しをしていましたから、これからしばらくは、本人も、家族も安心して平和に過ごせている現在の状態を維持するうちに次の方策が本人や家族からも出てくることを見ながら、ちらちらこちらも最も近い地域支援センターあるいは保健所のデイケアなどを進めていくつもりではいますが、ともかく、ゆっくりやりましょう。

おそらくは、本人の存在を認め、寄り添い、話を出し合う、その存在と時間が、おそらく本人には目下はあるいはこれからも最大に意味あることだろうとまずは考えています。」

- 主治医に対し、コンサルティが主治医の見解を知って安心し、援助内容に自信が持てたようであることをメールで連絡した。

#### ⑦コンサルテーションの成果

以下、コンサルティからの返信

「私も兼ねてより、一度先生からの意見を聞きたいと思っていたので、大変参考になりましたし、今の状態をあせらず、まずはキープできるよう〇〇様（患者）とともにがんばっていきたいと思います。」

- 同伴外出については、診療報酬上の制約があり事業所の方針によるという本事業責任者の見解を伝えたが、事業所内で再検討され、開始された。

#### 第4回目（面談1時間）

参加者：コンサルタント2名（Ns1、PSW1）、コンサルティ1名

<コンサルタント記載>

##### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

- 【訪問サービスの状況】本人の希望があり、訪問回数を週2回に増やした。○曜日は11:00に訪問しているが○曜日は一定していない。○日に所長のみの訪問を行い、●日は担当Nsと他のスタッフが同伴で訪問した。少し緊張がある様子であるが、大丈夫だった。  
訪問時間は一定の方が良いのか。  
→突然担当者を変えるのではなく、徐々に慣れるようにするのは適切な対応ではないか。しかし、担当Nsへの信頼が強いようなので、しばらくは担当を継続された方が良いと思われる。訪問時間については本人が納得していれば変化があっても良いのではないか。それに対応できるようになることは重要なことだと伝えた。
- 【外出時の様子】○日から外出を開始した。外出は担当者が訪問した時だけ行っている。戸惑っていたが、ベーグル店へ10分間の外出ができた。複数の人とすれ違う時に耳を塞いで緊張していた。帰宅後、自分のことを言っているように感じることを話していた。  
●日：近隣のカフェに10分間外出したが緊張は少なく、他の人は気にならなかった。  
◎日：内服をしておらず眠気が強い様子だった。朝食後薬の服用を促してからカフェに外出した。この日は道を変えた。帰宅した後も眠気が強かった。  
この先、ずっとカフェに通うことになってしまうのか心配。  
→自宅への訪問ではわからなかつた本人の様子をよく観察されている。本人が行動を拡大していく上で、担当者の存在意義は大きいと思われると外出援助を開始したことについて支持した。毎回カフェに行く必要はなく、時間帯によってコースを変えるなど工夫をすればよい。外出は事前の準備も必要となり、生活リズムを整える意味からも良い援助ではないか。
- 【金銭管理】母親に小遣いの状況を確認したところ、食費などとは別に週7,000円を渡しているとのこと。パソコンを購入するために貯金をしている。訪問時の外出にかかる費用は小遣いの中から出すことで合意を得ている。
- 【生活の様子】1~2日に1回は買い物のために1人で外出することができ、夕食を作っている

る。訪問日には掃除をしている様子だが、家の中が汚れていて、埃でベトベトしている。室温が30℃に設定されていて、夏から変わらずにノースリーブのワンピースで過ごし汗をかいていた。外出時もそれにコートを羽織って出かける。室温の調節を行った。

→掃除については訪問で外から人を招くことで本人なりに気を遣っているようだが、不十分であれば率直に指摘し、共に掃除を行う援助を行っても良い。室温を高く保っているのは抗精神病薬の影響で低体温（→35℃台）があるのかもしれない、温度に対する感覚も障害されている可能性がある。室温管理や外出時などに季節に応じた服装をできるよう助言していってくださいと伝えた。

- ・ 【精神症状、随伴症状】服薬ノートが手帳のように使われていて、スケジュールや体調、症状の変化が記載されており、外出した日に「緊張した」とコメントが書かれていた。過食は2～3日に1回程度あるが積極的な対応が必要だろうか。  
→体重の増減が大きいようであれば、バイタルサインズを測定するように月1回定期的にモニタリングを行っても良いかもしれない。
- ・ 【服薬状況】2週間分ずつ処方されているが、眠気が強く朝食後薬の飲み忘れが多い。忘れた時は等間隔で服用するのか、まとめて服用して良いのか。訪問時に飲み忘れが合った場合はその場で服用してもらっている。外出時にすれ違った男がつばを吐いた時怖くてイライラし、頓用薬を服用した。  
→飲み忘れに気づいた時間、処方内容にもよるが、まとめて2回分を服用するのではなく、まず気づいた時点で服用し、4時間程度間隔を空けて服用する。頓用薬の使用方法は適切であると説明した。

## ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

### <相談内容>

- ・ 訪問サービスの回数、時間、実施体制などを変更したが問題はないか。
- ・ 外出援助の方法は問題ないか。
- ・ 服薬を忘れた際の対応について。

### <援助内容>

- ・ 援助内容は適切であり、本人の生活を整えることに役立っていることを保証した。
- ・ 外出援助に関する観察が良く行われており、実施後に本人と振り返ることができることを支持した。
- ・ コンサルテーションの結果についてメールで主治医に報告した。

## ③コンサルテーションの成果

- ・ 外出援助を行うことには事業所として長期間の検討が必要となっていたようだが、有効な手段と認識され、実施が継続されている。
- ・ コンサルティと患者の関係が変化し、患者の生活上の障害に対して、より積極的な支援を行うことができるようになってきた。

### <コンサルティ記載>

#### ①コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

- ・ 直接困ったことはない。しかし、今月より本人希望で訪問が1週間に2回となった。また外

出希望もありスタートしたが、外出している際の対応はこれでよいのか不安であることを相談する。

②コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

- ・ 医師は今後本人へ失敗体験をしてほしくないという思いあり。
- ・ 外出に関してはカフェとしなくても外にでるだけでもいい。看護師以外の人と本人がどう関わっているかを知る。
- ・ 外出後自然にふるまっていたなどの行動変容を本人に伝えてあげる。
- ・ 自己管理として体重測定を月に一回すすめてみてもいいのではないか。

年末にかけ外来が休みに入るので、緊急時の対応方法を本人と確認しておくといい。

③コンサルテーション後に実施した患者への援助（ケア計画や内容の変更など）

- ・ 外出時の状況はその日のうちに本人へかえした。
- ・ 年末へむけての内服の確認や、状態悪いときステーションへ電話してもよいこと、次回外来日の確認などをした。
- ・ 過食も少し減っているとのことで、月1回自己の体調管理として体重測定を提案するがかえって過食、嘔吐が増しそうであるとのことでせず。

④コンサルテーションの成果

- ・ 年末にかけてメンタル不安定になり。そのたびに入院となっていたが、初めて本人よりステーションへ電話があり。緊急訪問にて対応し、入院はせず経過をみていく。その後も1回嘔吐が多いと電話あり、傾聴にて本人落ち着いた。

### 第5回目（メール）

#### <コンサルタント記載>

①コンサルテーションで話し合われた事柄

- ・ メールにて、「幻聴がひどくなり入院になりそうでしたが、なんとかお正月は自宅で過ごせました」とコンサルティより報告があった。  
→診療録の内容を確認し、メールにて危機介入の効果で入院を回避できたことを評価し、診察場面でも本人が訪問看護があつて良かったと述べていたことをフィードバックした。

②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

#### <相談内容>

- ・ 危機介入に関する報告。

#### <援助内容>

- ・ とても効果的な介入が行われたことをメールでコンサルティにフィードバックした。

③コンサルテーションの成果：

- ・ 訪問だけでなく電話相談によるサポートも継続されている。

### 第6回目（面談1時間）

#### 参加者：コンサルタント1名、コンサルティ1名

①コンサルテーションで話し合われた事柄

- ・ 今までにはなかつたが、○月中旬より本人から電話相談が入るようになった。（○月下旬からの

援助経過を経時的に報告された) 電話での対応のあり方はどうしていくべきか。傾聴で良いのか。介入は適切だったか。

○日の訪問はキャンセルの予定になっていたが、外来受診後に電話があり「どうしても落ち着かない。生理前で漠然とイライラする」と話していた。1時間後に再度電話が入り、担当者以外のスタッフが緊急で訪問。5分後に担当者も訪問した際にはいつもと明らかに顔つきが違っていたが、頓用薬の効果もあったのか、話を聞いているうちに落ち着いた。翌日電話で母親、本人と会話し、落ち着いていることを確認した。年末には電話はなく経過し、その後の訪問では大分落ち着いていた。受診させた方が良かったのだろうか。

→電話では傾聴が基本となる。しかし、あまりに長くなってしまうのであれば、話題を転換しても差し支えないだろう。電話が頻回になり、スタッフの負担が大きくなるようであれば、時間帯や所要時間を決めるなど何らかの枠組みが必要になってくるかもしれない。本人が電話で SOS を出せるようになったことは本人が担当者を信頼している証拠ではないかと伝えた。

→今回の危機介入は極めて適切であったことを保証した上で、なぜ入院させず様子を見てよいと判断できたのかコンサルティで確認した。(訪問中に表情が穏やかになり、攻撃性が見られなくなったと回答) 更に、十分精神症状を観察できており、その後のフォローアップも丁寧に行われたことを評価した。今回のエピソードを本人、母親と共に振り返り、再発の警告サインが出現した際にどのように対応するかあらかじめ考えておいても良いのではないかと助言した。頓用薬の使用方法を知っておくことも重要であると確認した。

- 日には 22:20 に母親から本人に頼まれたと電話があり、パソコンを買ってもらえないことで不安定になり、暴力を振るうと相談があり 30~40 分ほど対応した。翌日の訪問では初めて母親からの申し出があり、別室で母親と面接を行った上で、3 者で面接を行った。前日に友人が来たことについて、本人は「母親が監視している」と被害的に訴えていたが、以前にチャットが原因で具合が悪くなったことを心配しているのではと話し合った。また、パソコンが入ると本人にとって良い刺激になることも検討した。この結果、本人は「何を心配されているかわかった」と話していた。後日、訪問担当者より主治医に電話で連絡を取り、パソコンの使用方法について「時間を決めて行えば良い」と助言された。本人と話し合い、昼夜逆転を防ぐため 8:00~21:00 の使用と決めた。

これまで母親と 2 人で話すことはなかったが、本人に話をして良いか率直に尋ねたところ許可が得られ、母親は「相談できて良かった、父親がそういう役割を果たさなければならないが、うちはそれができないので」と泣いていた。

→本人に隠し立てせず、率直に母親との面接を申し出たことが良かったし、面接で話し合われたことを 3 者で共有したことから関係の修復を支援できた。面接するのを承諾したことはやはり本人が訪問 Ns を信頼しているからであろうと伝えた。親の気持ちを訪問 Ns が受けとめることはとても重要な援助であると確認した。また、主治医に電話相談を行い、安全な方法で本人の生活を拡大できたことを評価した。

- 【精神症状、随伴症状】現在、生理前でイライラした状態である。週 1 回程度、イライラした時に過食、嘔吐をしてしまう。パソコンを始めたことで食事を作る回数はやや減っているが、一人で外出することは出来ている。

- ⑧日の訪問では久しぶりにカフェに外出したが、大テーブルで相席となり集中できずにキヨロキヨロする状態であった。帰宅後、「緊張した。毒を吐く」と本人が言ったことについて周囲の人が毒を吐いたということだと思い同意してしまったところ、訪問終了後30分して本人から電話があり、「私が毒を吐いていたのが聴こえたの?」と尋ねてきた。先ほど同意したのは勘違いで、全く聴こえなかったことを説明すると納得し、「統合失調症の症状を教えて欲しい」と自分から言ってきたため、不眠や過食なども症状であることを伝えた。「○○さん(訪問Ns)に聴こえてなくて良かった」と5分程で電話は終了した。  
→きっかけは訪問Nsの勘違いではあったが、それをきっかけに自分の症状に気づくことができたのではないか。これまでも症状については様々な場面で説明されてきたと思われるが、自分から確認してきた意味は大きいだろうと伝えた。
- 【交友関係】公園で声をかけられて知り合った男性が、2年前からたまに来ては泊まっていくことがわかった。パソコンで音楽を作ってくれるらしく、彼が作り方を教えてくれるのにパソコンを買ってくれないことが原因で母親に暴力を振るった。母親は一応気にしてはいるが、あまり問題には思っていない様子である。どう扱ったらよいのか。また、母親からの情報では、入院中に知り合った友人から電話がかかってくると具合が悪くなるという。本人が友人からのメールを見せてくれ、どう対応したらよいか判断を求められることもある。入院中からの友人との付き合いはどう考えれば良いか。  
→自分の価値観とのバランスが重要であり、常識的に考えて問題なのであれば本人に伝えていくべきだろう。本人は問題であると気づいていない可能性もあるので、率直に心配していることを伝えてはどうか。統合失調症の患者は他者から搾取の対象にされてしまうことが少なくないため、どのような関わりを持っているのか、過干渉と取られないよう注意しながら本人から情報を得て判断していく必要があるだろうと助言した。
- 将来への不安に対してはどのように扱っていったら良いか。  
→漠然とした将来への不安が出てくることが再発の警告サインのようであり、本人にもそう伝えると良い。近い未来の身近な目標を設定し、達成できるように援助していってはどうかと助言した。

## ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

### <相談内容>

- 危機介入の判断、方法が適切だったか確認したい。
- 訪問Nsの勘違いがきっかけで、自ら症状を尋ねてくるエピソードがあったが、対応に問題はなかったか。
- 本人の精神症状に影響のある交友関係についてどのように扱っていけば良いか。

### <援助内容>

- 観察内容と判断について確認した上で、介入が適切であったことを保証した。
- 訪問Nsと本人との関係が変化する中で、より治療的な関わりができるようになっていることを確認した。
- 常識的な判断により対応していけば問題がないと保証した。

### <コンサルティ記載>

#### ①コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

年末に本人から電話があり緊急訪問をした。その際に受診をさせるべきか悩んだがそのときの対応の仕方はよかつたのかどうか。その後本人や家族から電話がくるようになったがその際の対応の仕方は傾聴などでよいかどうか。

#### ②コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

- ・ 緊急時の対応は本人の表情や、訪問し看護介入した後、本人がどう変わったか、落ち着いたかどうかで受診をさせるか判断してよい。屯用の薬があればすすめる方法もよい。傾聴する。今回を機に危険時のサインがわかったなら、事前にこの症状がでたら危険であるとふりかえりその際は受診を早めにする。母親とも事前サインを確認しておく。
- ・ 電話対応は今のような、まずは傾聴でよい。話をそらしてもよい。あまり長い時間にしない。

#### ③コンサルテーション後に実施した患者への援助（ケア計画や内容の変更など）

- ・ 今回の振り返りをした。生理前であったことや、いらいらがつのってしまったと本人も冷静に話していた。
- ・ 電話の対応は傾聴や話題をそらすなどを続けている。

#### ④コンサルテーションの成果

- ・ 他のスタッフへも緊急時の対応や電話対応の方法を伝えた。今までの方法が間違っていたなど安心できたとのこと。母親へ何かあつたらいつでも電話してよいこと伝えたら相談できる場所ができたことに対し涙されていた。

### c. コンサルテーション実践のまとめ

コンサルテーション実施期間：平成 19 年 10 月 1 日～平成 20 年 1 月 30 日（総時間数 4 時間 + α）

当該患者に対するコンサルテーションの総回数：6 回

主たるコンサルテーション実施場所：協力事業所内

コンサルテーション方法：直接面談 4 回（4 時間）・その他（メール）2 回

#### ①相談者（訪問看護師）の困っていたこと

- ・ 訪問を続けているが何を目標にしたら良いかわからない。訪問時には落ち着いていると思っていたが、急に入院になってしまいなど、訪問看護の意義が見出せない。
- ・ 会話が表面的で訪問 Ns の方から一方的に質問するようになってしまいがちである。

#### ②コンサルテーションの目的・目標

- ・ 患者が良い状態を保つことが出来ているのに、訪問看護は重要な役割を果たしていると思われたため、コンサルティが自信を持ってサービスを提供でき、訪問看護の意義を見出せるように支援することを目標とした。

#### ③行った助言や援助

- ・ 慢性の精神疾患を持つ患者への援助を行うにあつたっての、基本的な態度や考え方に関する助言を行う。
- ・ 行われた援助に対し保証する、本人の反応に関して解釈する。
- ・ 服薬状況、症状の把握、会話の手がかりとなるツールを提供する。
- ・ 主治医の患者に対する見立て、治療方針の確認を行う。

④コンサルタントが助言や援助を行ううえで困難だったこと

- ・ コンサルティが行った援助について繰り返し適切であることを保証しても、評価を受け入れてもらうことが難しかった。
- ・ コンサルテーションの日程調整。

⑤相談者がコンサルテーションでの助言を実践・継続するうえで難しかったこと

- ・ 同伴外出の提案は事業所の方針に関わることであり、本事業の責任者にも問い合わせを行い、事業所内で何度も検討された後に本事例に例外的に実施された。
- ・ 再発の警告サインを確認する作業についてコンサルティに十分な教示を行わなかったため、実施にあたり負担が大きかったようである。

⑥コンサルテーションで得られた成果（目標達成度を含む）

- ・ 事業所全体として本事例を積極的にサポートする体制ができ、コンサルティの負担が軽減した。
- ・ 患者と訪問Nsの関係性がより治療的なものへと明らかに変化し、コンサルティが自らの援助に対して手ごたえを感じられるようになった。
- ・ コンサルティが患者個人への援助のみに焦点をあてるのではなく、母親や友人を含めた関係性を扱えるようになった。
- ・ コンサルティが主治医から直接情報を得たり、相談を行うことができるようになった。

⑦今後の課題等

- ・ 本事業終了後、主治医に直接コンタクトを取れない場合、病院側の相談窓口が不在である。
- ・ 結果としては訪問中の外出支援が開始されたが、リスクの高い援助方法であることに変わりはない。より安全に援助を実施できるように、公的機関から何らかの通達や考え方の指針などが提示される必要があるのではないか。

（2）訪問看護ステーション不動平（静岡県）

1) 主事業所の特徴

ア) 設立の経緯と特徴

全国的にはまだ数少ない包括的な地域精神医療の取り組みとして、平成16年1月、地域の生活支援に興味を持つ100名の精神科関係者が集まり、「静岡県西部ACT研究会」が立ち上がった。そこでは「地域で苦悶している重度の精神障害者を主として訪問によって支えるボランティアの集まりを作りたい」と提案された。この提案に応えて精神科医5名を含めた10数名が集まり、「訪問型支援カンガルークラブ」が誕生した。訪問対象者は、なるべく医療関係がうまくいっていない、しかも地域で孤立している重度の精神障害者を選んだ。

その活動が広く地域に知られ、訪問ニーズが増えるに従い、ボランティアでは訪問に対応できなくなっていました。ボランティアという立場は自由で軽い。精神障害者にあらゆる接近の仕方が出来る。しかし、一旦関係が出来てつながりが出来ると、ボランティアの都合で訪問をやめてしまうことはできない。ボランティアは精神障害者の人生につかず離れずの一生の付き合いになる。ボランティアは医療機関や行政にはまともに相手してもらえないし評価もしてもらえない。さらに、精神障害者が、病状悪化し、危機的状況になった時、緊急訪問や連日の訪問が不可欠であるが、ボランティアであるがゆえに、連日訪問の人材確保ができない。このように本来自由で軽い

はずのボランティアの責任はますます重くなつていった。

このように「カンガルーくらぶ」の活動は、すでにボランティアの域を超えてしまっていた。この活動を、責任を持って継続でき、精神障害者がどんなに具合悪くとも自宅で必要なサポートを受けながらやり過ごす事ができるような体制作り必要であった。それを可能にするには訪問スタッフを大勢抱えた「訪問型の診療所」と精神科専門の「訪問看護ステーション」をつくるしかないという結論にいたつた。このようにして、平成 18 年 10 月、精神科専門の訪問看護ステーション不動平が誕生した。

訪問看護ステーション不動平は、精神障害者の訪問看護を主体とする独立型訪問看護ステーションとして、静岡県内で初めての試みである。現在看護師 5 名で訪問業務に当たる。連携クリニックはあるものの、独立した訪問看護ステーションであるため、広く地域に開かれた社会資源として、様々な病院・クリニック・診療所からの訪問看護指示をいただき、訪問活動を行う。

#### イ) 地域の特徴

訪問看護ステーション不動平は、静岡県浜松市細江町にある。浜松市は豊かな自然に恵まれ、北は赤石山系、東は天竜川、南は遠州灘、西は浜名湖と四方を異なる環境に囲まれ、面積は岐阜県高山市に次いで全国 2 位である。（面積は 1,511.17 km<sup>2</sup>：国土地理院公表数値）平成 17 年 7 月 12 市町村の合併により、人口は 80 万人を超え、現在、静岡県第 1 位となっている。外国人登録者も年々増加し、およそ 2 万 9 千人で全人口の 3.5% となり、なかでもブラジル人が外国人登録者のおよそ 60% の 1 万 6 千人を占め、全国の市町村のなかでも一番多くなっている。なお、平成 19 年 4 月 1 日には、政令指定都市に移行した。

浜松の気候は比較的温暖だが、（三ヶ日みかんなどが有名）冬は「遠州のからつ風」と呼ばれる北西の強い季節風が吹き、気温以上に寒く感じられる。この強い風は広大な遠州灘海岸の砂丘に美しい風紋を作り出している。（中田島砂丘）また、浜松市は、ホンダ、スズキ、ヤマハなどに代表される輸送機器産業、浴衣などの繊維産業、ピアノをはじめとする楽器産業の三大産業を中心として、「製造業のまち」「モノづくりのまち」として発展してきた。浜松市の西南、浜名湖に程近いところにあり、近くには全国で最大規模の社会福祉法人聖隸福祉事業団があり、医療・福祉に縁のある地域である。

#### 2) 協力事業所の特徴

##### ア) 協力事業所 ID3

平成 7 年に開設した訪問看護ステーションである。現在、140 名の利用者に訪問しており、訪問件数は 800～900 件／月である。13 年の歴史の中で、近隣の開業医・居宅支援事業者からの依頼の多い、地域に根ざしたステーションになっている。神経難病や医療依存度の高い人、ターミナル期の利用者まで様々な病状の人が利用され、年齢も 0 歳～100 歳過ぎまで対象は幅広い。

##### イ) 協力事業所 ID4

看護師である設立者が疼痛緩和、自宅でのリハビリの継続を目的に、鍼灸マッサージ師免許を取得し、鍼灸治療、訪問リハビリマッサージを開始した。その後、在宅で生活を送るために生活面のサポートが不可欠だとし、介護保険法施行と同時に法人を設立し、訪問介護、居宅介護支

援事業所を立ちあげた。そして、医療面での関与を目的に、H18 に訪問看護ステーションを設立し、現在に至る。現在、同一法人内に介護保険事業（訪問介護、居宅介護支援、訪問看護、通所介護）と、鍼灸マッサージ、接骨の治療院、訪問リハビリマッサージ、健康増進施設（高齢者、身障者向けのジム・プール）の事業があり、それぞれが連携してサービスを提供している。

訪問看護ステーションとしてはPT、OT が不在であるため、リハビリテーション的な要素で評価が必要な時は鍼灸マッサージ師に助言をもらうなど、協力して業務を行えている。また、サービスを併用している利用者へは連携を密にしてサービスを提供し、ステーションを利用していない場合もコンサルテーション的な立場で医療的に考慮する点をレクチャーするなど、ステーション利用者以外の患者にも関わることも多い。

### 3) コンサルテーション事例

#### ア) 事例 2-①

##### a. 患者概要

###### 1) 対象患者基礎情報

20 歳頃発症と思われる統合失調症の女性。Aさん。現在 40 歳代後半。自殺企図（投身）により、骨盤骨折後後遺症、神経因性膀胱があり車椅子使用（身体障害 1 級）。精神科入院歴 3 回、過去 2 年間は入院経験なく在宅で生活している。対人過敏、異性や容姿に対するこだわり、過食がある。また、他者を巻き込むような言動が見られる。4人家族。両親は 70 代。主な介護者は母親。

###### 2) 精神障害・能力障害・生活障害評価

###### (1) 精神症状評価

3：精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることがある。

###### (2) 能力障害評価

2：精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。

###### (3) 生活障害評価

項目	内容
食事	3：時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
生活リズム	2：時に寝過ごすことがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も 1 時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週 1 度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。
保清	3：個人衛生を保つためには、週 1 回程度の助言や援助が必要である。自室の掃除やかたづけについて、週 1 回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
金銭管理	4：3～4 日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。
服薬管理	3：薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。（週に 2 回以上）

対人関係	3 : だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかつたり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとすることがある。
社会的適応を妨げる行動	2 : この1ヶ月に、1)のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。

(4) 機能の全体的評価尺度 GAF: 51~60点

#### <総括欄>

慢性経過した統合失調症者で、病状的にはやや陽性症状優位である。身体的管理や保清を中心とした生活支援、リハビリが必要であるため訪問看護が介入し関わりを持っているが、基本的には対人過敏や自閉傾向があり対人関係のストレスや環境の変化に弱いと思われる（ストレス耐性が脆弱）。20代前半の発症後より医療につながっているとはいえ、リハビリや社会参加は乏しく、さらに在宅での生活全般を母親に頼っているために家庭内自立もままならない状況と考えられる。

#### b. コンサルテーションの実際

##### 1) 第1回コンサルテーション

平成19年10月〇日(1時間15分)

協力事業所のステーション一室 直接面談で実施

###### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

モデル事業の進め方についてコンサルティステーションの所長との事前の打ち合わせ（調整）の段階で、コンサルティステーションの所長から、経過の長い統合失調症者で最近精神症状が安定せず暴力もあり対応に困っている。また、訪問看護以外の社会資源が介入していないため利用できる社会資源等について教えて欲しいという依頼があった。しかし、実際にコンサルタントがコンサルテーションを行なうのはコンサルティである担当看護師であるため、コンサルティの抱えている具体的な依頼内容に沿ってコンサルテーションを展開する。

今回のコンサルテーションは初回ということで、まず自己紹介、モデル事業の目的、コンサルテーションについて概要説明、進め方、個人情報等について簡潔に説明し、改めて研究協力の同意を得た。次に、今回のコンサルテーションで相談したい事柄（内容）について伺った。その具体的な依頼内容を基にコンサルテーションを進めていった。

#### <具体的な依頼内容>

直近の訪問看護実施時に、母親から、（母親自身が）腰椎ヘルニアで利用者（以下Aさん）の毎日2回の摘便をするのが大変でどうにかならないか。毎日訪問して処置（摘便）をしてくれるところはないかという質問をされて困った。そういうところはないと思うし難しいと思うのだがどうしたらいいか。

#### <コンサルタントの分析>

慢性経過した統合失調症者で、病状的にはやや陽性症状優位である。骨盤骨折後後遺症で神経因性膀胱があり、身体的管理や保清を中心とした生活支援、リハビリが必要であるため訪問看護が介入し関わりを持っているが、基本的には対人過敏や自閉傾向があり対人関係のストレスや環境の変化に弱いと思われる（ストレス耐性が脆弱）。

20代前半の発症後より医療につながっているとはいえ、リハビリや社会参加は乏しく、さらに

在宅での生活全般を母親に頼っているために家庭内自立もままならない状況と考えられる。加えて、これまで家族で A さんを抱え込んでいたようで家族は社会資源利用に消極的で、親が高齢になるにしたがい介護負担が増加している状況であると考える。家族の A さんに対する関わり方、病気の理解が不十分であると考えられる。

今後、親亡き後（親の入院や入所なども含め）A さんが在宅での生活を継続するためには、複数の社会資源の活用は必須であると考える。A さんにはそれらを受け入れるための安定した対人関係を持てるような訓練や社会参加が必要であり、身の回りのことをある程度自分でできる必要がある。今回、親が A さんの介護（ケア）に対し SOS を出したが、これは氷山の一角であると考えられ、介入のチャンスであると考える。

#### ＜コンサルテーションの経過＞

コンサルテーションで話し合われた事柄は、コンサルタントの分析を含めながらプロセスを追って記述していく。

コンサルティ（以下 C 氏）から具体的な依頼内容を確認すると、直近の訪問看護時の出来事「母から毎日訪問して処置（摘便）をしてくれるところはないか」という質問（SOS）にどう対応したらいいのかという内容であった。C 氏は毎日摘便処置に入る事はシステム上難しいということは理解できているため、他の対応策がないかという目前の課題解決のための相談であった。コンサルタントには、この依頼内容が問題（課題）の本質ではないと感じられたが、C 氏がこの問題を最初に表現したことはそれなりに意味があるとして、まずは C 氏からの依頼内容をコンサルテーション導入のきっかけとしながら、問題の焦点となっている事柄は何か、この問題のゴールは何か、などについて情報収集し問題の明確化を行なった。

C 氏には、コンサルタントが、C 氏が抱える問題をもう少しへきりと捉える事ができるように、今回の相談にいたる経緯や A さんのおかれている状況などについて教えて欲しいことを伝えた。コンサルタントは C 氏が表現しやすいように直近の訪問看護時の様子やこれまでの A さんの病状の変化と経過、家族関係、C 氏や他のスタッフがどのように A さんに関わっているか（どのようなケアを行なっているか）、A さんに対する看護師の抱く感情などについても触れられるよう適宜質問や誘導するなどして、C 氏自身も問題の整理がつくように促した。

A さんの状況（持っている力・抱えている問題・環境・心理社会的側面など）については、最近 ST の変更を余儀なくされたが、前ステーションのスタッフも同様に数人移動となり現在の ST でも顔を知っているスタッフがいる。A さんは ST 移行について説明したときは落着いて了承されていたが、その後精神的に不安定となり訪問した C 氏を叩いたり蹴ったり暴力があった。A さんは毎年秋が近づくころに精神変調をきたしやすいため、その波もあるのかもしれないとのことであった。A さんはとても容姿を気にしていて、過食もある。看護師に体型を確認したり、看護師が結婚しているかどうかなどを聞いてくる。特定の男性を思い続けバレンタインの頃にも精神変調をきたしやすく、その特定の男性の名前が出始めると精神変調の前兆であると判断できる。「異性に関するこど」が A さんの生活課題であると考えられる。

家庭内においては車椅子生活で、ベッドから車椅子への移乗は自分でできる程度である。下肢の知覚はあるが不全で便意はあるもののオムツ内（パット内）で排便している。フォーレ管理は母親や看護師が中心となっている。脅迫的な面があり、毎回のように看護師に直腸診を希望し、便が降りてきていなくても「上のほうにあるはずだ」としつこく確認する。また、母親が午前と

午後に1回ずつ摘便（直腸診）を行なっている。生活全般を母に依存している。脅迫的な面とやや操作性のある対人関係の持ち方、対人緊張が強く、些細な事で気分変動がある。そのため、母親のAさんの機嫌を取るような接し方が観察されている。主介護者は母親で、父親は月に1回の精神科受診の送迎を行なう程度のようである。Aさんには弟がいるが、Aさんのケアには殆ど関わっていない様子。兄弟関係については不明。家族関係として、母子密着が見られる。家族も社会資源利用には消極的で孤立している。以前、家族の都合がどうしても悪いときにショートステイを数日利用した程度である。主介護者である母親が高齢となり、さらに数年前から過敏性大腸炎や腰椎ヘルニアを患い母の体調不良が目立ってきたことから、母からSOSが出た。

このような状況であるがAさんのストレングスは、家族の体調を気にするやさしい面があること、食べ物に关心があること、行事や映画などに关心があること、あまり会ってはいないが友人・牧師がいる（信仰がある）、調子がいいときは会計の手伝いをした事もあったこと、保育士の免許を持っているという事である。自分の关心がある分野の話題になると看護師と話が弾むようである。

Aさんの訪問看護は週2回行っている。Aさんの時間へのこだわりは強く訪問時間はきっちり90分で、ずれるとややヒステリックになる。気分によってケアを拒否しておきながら時間までは看護師にいるよう指示したり、自分の都合の時間で物事を進めるため、その間看護師はケアできず待たれる事もある。

ケア内容は、①バイタルチェック、②直腸診後、必要時摘便、③下肢ROM、④入浴または石鹼精清拭、洗髪、⑤更衣援助・軟膏処置⑥膀胱洗浄（週1回）と濃密で、とても60分では収まりきれない内容である。だから家族に話を聞く時間もないし、家族と話していると、「何を話していたの」とAさんに詰問されるため話づらい。一度母親にSTに来ていただいて話をしたいと申し込んだこと也有ったが来なかった。

C氏はAさんの訪問看護を継続的ではないにしろ受け持つようになって数年経過している。（前のSTでの関わり）Aさんのやや操作性がある言動（スタッフによって言う事が違ったり、あの人はこうしてくれた、やや高圧的な物言いなど）にオドオドしてしまう事がある。スタッフによつて対応もまちまちなところもあり、他のスタッフの記録にどんなことが書かれているか気になる。また、訪問する他のスタッフが対応に負担を感じるのではないかと心配になる。どうしたらいいのか悩むという。

次に、情報を整理しながら患者と看護師の相互作用について、困っている事を確認しながら絞り込んでいった。現在のAさんのおかれている状況やC氏の関わり方などから、①統合失調症の症状や言動行動の背景にあるものをAさんの言動の一つ一つと結びつけながら説明し、Aさんの理解を促すとともに、②苦手意識はあるものの、C氏の関わりでできている事、頑張っているところをフィードバックしていく。そうしていくと、暴力のあったそのときのC氏自身の対応もAさんに反応して言い返したと振りかえっている。最近は言い返している自分がいる。向こうも素直に聞いてくれるときがあることに気が付いた。（関係が取れていることの気づき）

以上から、C氏の抱えている問題、目標と期待する結果は、a. 他のスタッフにも訪問に入つてもらうことになるが、その他のスタッフの精神的負担を考えるとどのように訪問導入すればいいか、b. 家族への対応、家族へのかかわり方どのようにしたらよいか、c. 巻き込みやすいAさんに対し、自分がどのように関わっていけばいいか、どこまで訴えを受け入れてどこまではできな

いか、d. 毎回、C 氏自身の感情や思いの振り返り、と確認し、ひとまず日々の業務が少しでも円滑になるように比較的解決しやすい問題に取り組みながら、どのように関わっていけばいいかという問題を掘り下げていくこととする。

問題解決のための具体策の提示としては、

a. 他のスタッフの負担が少なくスムーズに訪問導入する方法

対人緊張、環境変化に弱いという特性を理解し、他スタッフ導入は慎重に計画的に行なう必要がある。いまは精神的に不安定でもあるため C 氏や比較的関係の取れているスタッフなど固定した人で訪問し、その人に同行する形で新しいスタッフを 2~3 回訪問させ、なれてもらう。訪問はできれば、数ヶ月間、同じスタッフが訪問することが望ましい。そのようにして訪問担当者を広げていく。

b. 家族への対応、家族へのかかわり方

今は不安定な時期であるから、家族の SOS があったからといって、新しい社会資源の導入や新しい事を始めるといったアクションは A さんにとって負担となる。母の SOS は氷山の一角。ある意味では危機的状況であり介入のチャンス（孤立して頑なな家族への介入のチャンス）と捉えていいと思われる。まずは家族の情報収集をおこない現状を把握、問題の洗い出し等のために、家族面談の時間を設定してはどうか。訪問では A さんの対応で時間が取れないため、家族が ST にくる事も困難であるならば、看護師 2 名の同行訪問をして、A さんと家族それぞれに関わってみてはどうか。（コストの問題は発生するが）

c. 巻き込みやすい A さんに対し、どのように関わっていけばいいか

- ・ 「私は～されてこう思った」と感じた事を冷静に言葉にしてフィードバックしてみる。その事で A さんが自分の言動行動を振り返る（客観化）ことができ、対人関係の持ち方を練習（訓練）する事ができる。
- ・ 看護師の限界をまず理解する事。その上で、ここまでできるけれどもここはできないという事をはっきりと A さんに提示する。枠組みを作つてあげると、お互いにわかりやすい。
- ・ 約束の変更などについて、A 氏のパニックを恐れて直前まで黙っている事は帰つて不信感を与えるのではないか。基本的に約束は守るが、変更の場合は事前に理由を説明して伝えるというような対応にしてはどうか。

以上のような提案をおこなう。フォローアップとして、月 1 回の面談を基本として、臨時で電話あるいは必要であれば面談を行なう。次回平成 19 年 11 月〇日とする。

## ②コンサルテーションの要約

### 第 1 段階：問題の明確化

C 氏の抱えている問題を整理しつきりさせるため、経過を確認しながら問題の焦点となつてゐる事柄、この問題のゴール、患者の持つている能力（持つている力・抱えている問題・環境・心理社会的側面など）、コンサルティの振り返り（関わり方・患者に対するイメージ・自己評価など）患者と看護師の相互作用（情報の整理とアセスメント）を行なつた。そうしていく中で、C 氏の抱える問題は、①他のスタッフの負担がすくなくスムーズに訪問導入する方法、②家族への対応、家族へのかかわり方、③巻き込みやすい A さんに対し、どのように関わっていけばいいか、④C 氏自身の感情や思いの振り返りの 4 点が明確になつた。

## 第2段階：目標と期待する結果の設定

ケースの抱える問題は根深く、コンサルタントもまだ十分C氏の抱える問題を浮き彫りにする事ができていない感覚がぬぐえないでいたが、ひとまず日々業務を行なっていかなくてはいけないため、目前にある問題と感じていることで、比較的解決が可能と思われる問題に取り組みながら、どのように関わっていけばいいかという問題を掘り下げながら、C氏自身の感情や思いに気づくよう振り返りをしていく事とした。

## 第3段階：具体策の提示

上記a～c参照

## 第4段階：フォローアップの確認

基本的に月1回の面談と電話でのフォロー 次回平成19年11月〇日

### ③コンサルテーションの成果

「ほっとした。どうしていいかわからなかつた」という発言が聞かれ、まずは、相談することができた事、その機会があったことを肯定的に受け止められていたと感じた。コンサルテーション導入としては、十分あつたと思われる。

ケースが複雑で、問題が大きく、すぐに解決を見ることが困難なケースで、C氏自身が目先の訪問中の出来事に振り回されている印象であった。「とにかく困っている。」という印象で、精神科看護未経験ということもあり、コンサルティに対するカウンセリング的態度を意識しながらコンサルテーションを進めて必要性を感じた。

### <コンサルティの記録>

#### (1) コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

- ① 母が摘便を毎日行っている。腰痛があつて負担が大きくなってきたので、どこか請け負ってくれる所はないか相談を受けたが、どういうアプローチをしたほうがよいのか。
- ② 事業所が変更になりスタッフの訪問をどうして行けばよいのか

#### (2) コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

- ① 介護環境を整えていくことや、介護負担の方策を探る。母親が、今負担に思っていることなどを吐き出してもらう。慣れているスタッフ2人で訪問し、1人は母親の話を聞くなどして、時間を設けてみる。
- ② スタッフの統一した対応が必要。固定したスタッフで、比較的本人と関係を取れるようにやっていく。新しいスタッフを導入していくには、2～3回慣れたスタッフと同行し、事前に連絡をしておくことが大切。慣れてきたら、週2回のうちどちらかを担ってもらう。

#### (3) コンサルテーション後に実施した患者への援助

##### ①について

本人のケアが、終了した後母親の体調や、大変になっていることはないかを、その都度確認していっています。(時間は5分程度。)

##### ②について

固定したスタッフでの訪問を継続して行っています。

また、訪問をするにあたってのルールなども確認していきます。

#### (4) コンサルテーションの成果

現在、スケジュールの関係上ダブりは難しい状況です。精神状態も少しづつ落ち着いていくようと思われます。ケアなど、同じような対応をしていても、本人の精神状況が違ってくるので本人の思いを大切にしつつ訪問を継続していきます。

#### 2) 第2回コンサルテーション

平成19年11月〇日(1時間10分)

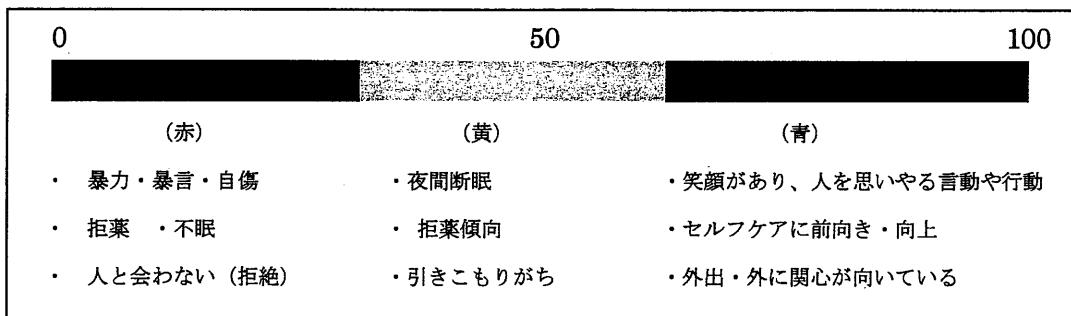
協力事業所のステーション一室 直接面談で実施

##### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

事前に第1回コンサルテーション経過記録を紙面でいただいた為、それを元に話を進める。始めに、前回コンサルテーション後に行なったケア等について補足して聞く。看護師の訪問形態についてカンファレンスで検討し、(スタッフの勤務体制の問題はあるが)当面はコンサルティであるC氏を中心に、Aさんと面識があり比較的関係が取れている看護師2名(D氏、E氏)の3名を中心に固定した形で訪問していく事にしたということであった。そしてAさんが落着いた頃、目安としては年明けごろから新しいスタッフの導入をしていく予定でいる。ただ、面識がある3名(C氏、D氏、E氏)は、訪問時のAさんの調子の良し悪しなどは比較的わかるが、新しい看護師はわからないため対応できるか不安であるという意見があった。さらに、対応について言えば、D氏の訪問記録に、「てきぱきとした対応がいい」というような内容の記録があった。Aさんは性格上ハキハキとしている人が好きなのだろうか。C氏はいくらか対応に慣れているとはいえ、自分はオドオドしたりしやすいと感じていると言われる。

上記の事柄について、まず、先回コンサルで伝えたように、Aさんが落着くまで固定したメンバーでの訪問は有効であると思われる事をフィードバックし、勤務体制の問題もあると思われるが、可能な範囲で行なっていけばいいのではないかと伝える。次に対応については、人には相性があると思うが、もちろん相性のいい人が訪問にいければいいのだろうがそれは困難な事であると伝え、それをカバーする方法として、『Aさんの不安を助長させない態度』を意識して関わることを伝える。精神障害者、特に統合失調症者においては、病的体験(幻覚妄想)や認知機能障害、対人緊張(過敏)等により、些細な出来事にも敏感であり、極端に言うと全神経を総動員して物事に対応していると思っていい。容易に不安や恐怖、緊張が高まると思っていい。だから、相手の表情、態度、その場の雰囲気等をよく見て感じているため、相手が不安をかもし出していると自分も容易に不安が高じてしまう。時にその表現が焦燥感や相手に対する攻撃的な態度となって出てしまう。だから、Aさんの前では、ハッタリでもいいので、自信のある態度、大丈夫であるという気持ちを意識して関わるといふことを伝える。さらに、新しいスタッフのフォローについては、日々のカンファレンスで頻会にケース検討会を持っているというため、それを継続してもらなながら、誰が見てもわかるようなスケール表作成をしてみてどうかと提案する。具体的にいふと、看護師が見たAさんの調子(精神症状・状態)を数値化し評価するというもので、0(絶不調)～100(最良)のうち、今日のAさんは何点くらいかを観察評価して、看護記録に残す。そして、0～100を赤ゾーン・黄ゾーン・青ゾーンの3つに区切り、赤ゾーンのときはどういう状況(状態)か(例えは暴言・暴力があり入院レベル、夜間睡眠が取れていないなど)についてみんなと話し合いながら表に書き込んでいくことで、どういうときは要注意なのか、どういうとき

は安定しているのかの目安になるのではないかと話す。可能であれば、Aさん自身に自己評価してもらい、どういうとき調子がいいのか悪いのか振り返ってもらう事も可能である事も伝える。



- ・ コミュニケーションの機会を増やす：訪問看護記録を活用し振り返りとしても利用。Aさんが何を思っているかを知る機会。膀胱洗浄のない月曜日を中心に（看護師が意識）。

## ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）：

前回のコンサルテーション後の関わりについて確認した。看護師の訪問形態についてカンファレンスで検討するなど、対応についてST全体で共有していた。そのような中で、慣れたスタッフはAさんの調子の良し悪しなどは比較的わかるが、新しい看護師はわからないため対応できるか不安であるという意見があった。さらに、対応について言えば、D氏の訪問記録に、「てきぱきとした対応がいい」というような内容の記録があった。C氏はいくらか対応に慣れているとはいえ、自分はオドオドしたりしやすいので難しいと感じているという新たな相談があった。訪問形態については、前回のコンサルテーション内容に沿っていくことを提案した。新しいスタッフの関わりに対する不安は、コンサルティの抱える対応方法の困難感やわからないことによる苦手意識と同質のものであると思われた。指標やスケールなど、目に見える形で対象を捉えることができれば、いくらかの安心材料になることから、精神症状を把握するスケールについて提案した。さらに、わからないということは、これまでAさんとコミュニケーションが十分取れていないことに起因するとも考えられた。そのため、意識的にAさんと話す（関わる）機会を作るために、記録用紙という道具を媒体に、Aさんが何を感じているのかを知る機会を提示した。また、対応方法の困難感やわからないことによる苦手意識は、不安を呼び、それがAさんに伝わり、Aさんの不安の助長に繋がる→NSの不安の増強という悪循環を示し、その循環を経つことの重要性を示した。

### 具体策の提示

1. 対応について： 相性はあると思うが、それをカバーする方法として、Aさんの不安を助長させない態度（ハッタリ、自信のある態度）を意識する。
2. スタッフ間のフォローについて：スケール表作成（赤・黄・青）。
3. コミュニケーションの機会を増やす： 訪問看護記録を活用し振り返りとしても利用。Aさんが何を思っているかを知る機会。膀胱洗浄のない月曜日を中心に（看護師が意識）。
4. 家族に対する関わりは継続していく。

### ③コンサルテーションの成果

特に初心者や経験が浅い場合、判断の目安（指標）に乏しいため、スケール表などの指標は初心者や経験が浅い者に対しては有効な場合が多いと考え、精神症状のスケール（の考え方）を示したことで、コンサルティからは、「スケール表の考え方は、『そういうやり方もあるのか』と新しい考え方で驚いた。わかりやすいと思った。」と評価があった。また、引き続き、「何かあれば相談にのってもらえると思うと、心強い。」という安心感があるという評価があった。

#### <コンサルティの記録>

##### (1) コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

現在は、以前のスタッフで対応していますが、今後新しいスタッフが入っていくことに対してどのように対応するのか、不安が大きいとの声が上がり相談の流れとなりました。精神状態は今のところ落ち着いている状況です。

##### (2) コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

- ① 精神状態のレベルを確認していく。（スケール表を作成し対応策まで考える）
- ② 記録は、本人の前で記載し本人と共感できる部分を見つける。その為には、本人の協力が必要。月・金のケア内容も、本人と話すことを訪問スタッフが了解していく。
- ③ 年内は、3人のスタッフで訪問を継続して、状況を見極めて導入していきましょう。

来年、スタッフがダブルの場合は3回が目安。その際はC氏をメインとして他のスタッフをサブとし①→②→③というふうに設定していきます。

導入する場合は、スケジュール的にも安定している事、本人の性格と照らし合わせて、相性を見ていくことも導入の上では必要です。時には、ハッタリも大事であり、自分もどっしりとした態度を見せる。

- ④ 母親への声かけは、引き続き継続しスタッフとの関係を維持していく。在宅で過ごすために必要なことであると感じてもらう。

##### (3) コンサルテーション後に実施した患者への援助

- ①について： 大まかなスケール表を作成しましたので、別紙でお伝えします。
- ②について： 月曜日には比較的ケアの量も少ないので、今日はどの様なスケジュールでやるのか本人と確認しあいました。ケア後は本人からも評価を出してもらうようにしました。
- ③について： 検討中です。
- ④について： 声かけをすることで、多少なりとも母親の安心へつながっているようです。

##### (4) コンサルテーションの成果

本人の精神状態は、一番乱れている状態が2であるのならば、現在は、7~8で経過しています。母親への声かけはこのまま継続しています。まだ、SOSというところまでは至っていませんが、訪問し今日はどんな様子でしょうか？と確認しています。

新しいスタッフ導入の件では、カンファレンスの際に発表し、多少は次に入る際のアドバイスになったと思われます。

### 3) 第3回コンサルテーション

平成19年 12月〇日(1時間15分)

協力事業所のステーション一室 直接面談で実施

#### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

今回のコンサルテーションでは、まず、前回のコンサルテーションからこれまでのAさんと提供するケアの経過を確認した。コンサルティは前回のコンサルテーション時を参考に「精神症状スケール表」を独自で作成していた。(10段階評価) コンサルタントも作成して持参していたため、その2つをすり合わせながら、Aさんのさまざまな状況を数値化しながら、スケール表と一緒に作成した。さらに、これを他のスタッフと共有して、全員がAさんの病状の把握ができるように利用することを話した。また、このスケール表をAさんと共有することも提案した。Aさんが自分の病状を意識し、コントロールあるいは、不調をうまく表現しできるような道具としてフィードバックができることを提案した。

さらに、このスケール作成において、特にAさんの精神変調の兆候が確認できたとき、また、突然的に何か変化が起こったときなど、主治医にタイムリーに報告して、抗精神薬の調整等を依頼することで、精神症状増悪を未然に防ぐ、場合によっては入院の回避に繋がるという視点がコンサルティ(C氏)には薄いことがわかった。ほとんど月1回の訪問看護報告書すべて済ませていることもわかった。精神障害者はタイムリーな介入を求められることを伝え、もっと積極的に医師へ情報提供を行い、指示を仰ぐなどして連携を強化する必要があることを伝えた。実際、コンサルタントのSTでの主治医との情報提供や情報交換について例を挙げて伝え、定期報告書以外にも多くのやり取りをFAXや電話で行っていると伝える。

次に、コンサルティから訪問時の出来事でAさんが入浴をしたくなくて、ベッド上での清拭や洗髪を希望されたが、できることはわかっていてもそのように言う。甘えとも取れるが、本人の要求をどこまで受け入れればよいか、という質問が上がった。「本人の要求をどこまで受け入れればよいか」という内容の質問は、コンサルテーションのはじめから一貫してある質問であると思われた。この問い合わせに十分なコンサルテーションが行えていないことを申し訳なく思うが、基本である「どこまではできてどこができないのか」を看護師の中で明確にし(枠組み)、その理由をAさんに伝えること、という前回までのコンサルテーションで言ったことを繰り返し伝えた。さらに今回は、看護ケアは一方的にAさんに提供するのではなく、相互の協力の元に成立するという視点を加え、「協力してもらえますか?」とAさんに「協力してもらうことを依頼する」という姿勢を意識することもひとつ的方法であると伝える。相手を尊重した態度も時に有効であると伝える。

一方で、Aさんの表現する理不尽や一方的な要求(言葉)の裏に、何か別の思いが隠されている可能性があることを覚えておく必要があることを伝える。何か不安や悩みがあるのかも知れない。「なぜ、Aさんはそのようなことを言うのか?」と考え、Aさんの思いに添ってみることや、訪問中によかったことなどAさんにフィードバックして反応を見るなどすると、病状の安定にも繋がっていくと伝える。

また、このケースは対応が困難なケースでありながら、社会資源がほとんど介入していない状況で、かろうじて訪問看護が支えているといえる。訪問内容も過密スケジュールで、身体的処置や保清などの処置に追われ、精神科訪問看護で大事な対人関係への介入やリハビリテーション、

ゆっくりと話を聞きかかわるということがほとんどできていない。この様な環境要因も、看護師の余裕のなさを生み、「本人の要求をどこまで受け入れればよいか」という質問に発展するのではないかと思われた。

この社会資源の導入（検討）については、コンサルティから直接相談内容として上がってはいないが、コンサルテーション事業の協力にあたってコンサルティ事業所の抱える問題として管理者の立場から所長より相談の依頼があった。次回のコンサルテーションでは、コンサルティの個別のコンサルテーション以外に、社会資源の検討について他のスタッフも交えてカンファレンスと一緒に検討することとする。

## ②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

前回のコンサルテーションからこれまでのAさんと提供するケアの経過を確認した。コンサルティとコンサルタントそれぞれがスケール表を作成したため、その2つをすり合わせながら、Aさんのさまざまな状況を数値化しながら、スケール表と一緒に作成した。さらに、これを他のスタッフと共有して、全員がAさんの病状の把握ができるように利用することを話した。また、このスケール表をAさんと共有することも提案した。Aさんが自分の病状を意識し、コントロールあるいは、不調をうまく表現できるような道具としてフィードバックができるなどを提案した。

コンサルティから訪問時の出来事について相談があったが、本人の要求をどこまで受け入れればよいか、というコンサルテーションのはじめから一貫してある質問であった。基本である「どこまではできてどこができないのか」を看護師の中で明確にし（枠組み）、その理由をAさんに伝えること、という前回までのコンサルテーションで言ったことを繰り返し伝えた。さらに今回は、看護ケアは一方的にAさんに提供するのではなく、相互の協力の元に成立するという視点を加え、「協力してもらえますか？」とAさんに「協力してもらうことを依頼する」という姿勢を意識することもひとつの方法であること、相手を尊重した態度も時に有効であることがあると伝えた。

さらに、Aさんの表現する理不尽や一方的な要求（言葉）の裏に、何か別の思いが隠されている可能性があることを覚えておく必要があり、「なぜ、Aさんはそのようなことを言うのか？」と考え、Aさんの思いに添ってみることや、訪問中によかったことなどAさんにフィードバックして反応を見るなどすると、病状の安定にも繋がっていくと伝える。

また、このケースは対応が困難なケースでありながら、社会資源がほとんど介入していない状況で、かろうじて訪問看護が支えている。訪問内容も過密で身体的処置や保清などの処置に追われ、精神科訪問看護で大事な対人関係への介入やリハビリテーション、ゆっくりと話を聞きかかわるということがほとんどできていない。次回のコンサルテーションでは、コンサルティの個別のコンサルテーション以外に、社会資源の検討について他のスタッフも交えてカンファレンスと一緒に検討することとする。

## 具体策の提示

### 1. スケール表の活用：

- ① 他のスタッフと共有して、全員がAさんの病状の把握ができるように利用する。
- ② Aさんと共有する。（Aさんが自分の病状を意識し、コントロールあるいは、不調をうまく表現しできるような道具としてフィードバックができる）

### 2. 主治医との連携の強化：精神障害者はタイムリーな介入を求められる。積極的に医師へ情報提

供を行い、指示を仰ぐなどして連携を強化。

3. 対応方法：
  - ①看護ケアは一方的に提供するのではなく、相互の協力の元に成立するという視点。「協力してもらえますか?」という姿勢を意識する。
  - ②尊重した態度も有効である。
  - ③Aさんの表現する言葉の裏にある思いを汲み取る。何か不安や悩みがあるのかも知れない。
  - ④訪問中によかったことなどAさんにフィードバックして反応を見る。

### ③コンサルテーションの成果

引き続き、対応方法に意識が向いているが、スケール表をSTで共有したり、訪問毎に目的やできることを伝える姿勢が見えてきている。A氏とのコミュニケーションがいくらか進んだ印象を受けた。A氏の人となりの輪郭が、コンサルティにも少しずつ見えてきているように思われる。コンサルティの表情も幾分明るく感じられた。

#### <コンサルティの記録>

##### (1) コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

本人の要求をどこまで受け入れればよいのか。入浴をしたくなくて、ベッド上での清拭や、洗髪を希望してしまう。ベッド上でこれらのケアを実施することは出来ないと本人も分かっているが、やってほしいと、言ってくるときには甘えかもしれない感じるので、本人への言葉掛けをどうしたらよいのかについて相談します。

##### (2) コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

ベッド上でケアを行うということは、自立への妨げとなってしまう。本人の思いを受け入れいれるのもよいが、枠組をしっかりと作る。どこまで受け入れるかは、訪問する側の思いによります。「協力してもらえますか?」と言葉掛けをするのもよいでしょう。

本人の表現する言葉の中に、何かが隠れていることがあるので、本人が何を感じているのか知っておくことも必要です。訪問中に良かったことなど等を伝えて、フィードバックしてみることも精神の安定へつながります。

精神状態のレベルを作成し、スタッフ間で共有していくことで、状態を判断することができる。その評価を、本人にもフィードバックすることで、自覚してコントロールすることが可能となる。訪問をしていく中で、調子が悪く長引いているな?と思えば、本人・家族の了解を得て、Drへ情報提供をしていくこともよいといえます。

今後は、外へ結び付けることも必要なので、限界を感じれば、ケア会議を開くことも提案してみる。家族だけでどこまでできるのかという思いを1度聴く。ゆくゆくは、行政が入らなければならぬケースでしょう。

##### (3) コンサルテーション後に実施した患者への援助

12/○～1/○まで：本人の思いを大切にしながら、出来る事を確認し毎回訪問時に目的を伝えていっています。

##### (4) コンサルテーションの成果

1/○のカンファレンスにて報告しました。本人の精神状態レベルは、「3～4」程度だと思われま

す。今月より、新規スタッフとダブっていく予定です。

#### 4) 第4回コンサルテーション

平成20年1月〇日(1時間30分)

協力事業所のステーション一室 直接面談で実施

##### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

今回のコンサルテーションは最終回であった。ここでのコンサルテーションの進め方は、2つの柱で行った。1つ目の柱は、コンサルティ所属のステーション所長から当初依頼のあった社会資源について、ショートカンファレンスの形で、コンサルティステーションスタッフ全員を対象に話し合いを持った。2つ目の柱は、通常のコンサルテーションを行った。

一つ目の柱である社会資源についてのショートカンファレンスでは、30分という時間的制約があったため、参加スタッフみんなでディスカッションする余裕はないと考えられた。そのため、主にコンサルタント側から情報提供という形で社会資源について話をした。その際、コンサルタントであるコンサルタントのステーションに保健師経験者がいるため、彼女にも同席を依頼し、発言を求めた。

まず、ケースの概要を簡単に振り返り、このケースは例えコンサルタントSTでケアしたとしても一筋縄ではいかない、困難ケースであると思われ、このケースをこれまで訪問看護だけでサポートしてきたコンサルティSTの皆さんの努力に敬意を表した。その上で、ケースの置かれている状況、問題と考えられること、今後予測される問題について確認した。

- ・ ケースの置かれている状況、問題と考えられること、今後予測される問題

身体的管理や保清を中心とした生活支援、リハビリが必要であるため訪問看護が介入し関わりを持っているが、訪問ケア内容を見ても、身体面やセルフケアへの介入で精一杯である。20代前半の発症後より医療につながっているとはいえ、精神科的なリハビリ（病状自己コントロール、対人関係、集団参加、ソーシャルスキルの訓練、社会参加など）は進んでいない。在宅での生活全般を母親に頼っているために家庭内自立もままならない状況と考えられる。さらに家族のAさんに対する関わり方、病気の理解が不十分であると考えられ、これまで家族でAさんを抱え込んで社会資源利用に消極的で、親亡き後のAさんの処遇について検討されていない。加えて、家族自身も孤立していると考えられ、サポートが必要であると考えられる。

今後、親亡き後（親の入院や入所なども含め）Aさんが在宅での生活を継続するためには、複数の社会資源の活用は必須であると考える。たとえ施設入所となったとしても、Aさんにはそれらを受け入れるための安定した対人関係を持てるような訓練や社会参加が必要であり、身の回りのことをある程度自分でできる必要がある。

では、どのような介入方法、利用可能な社会資源があるかについて、NSの関わりの方向性も含めて話す。以下は今すぐ利用できるものもあれば、利用については困難さをともなうもの、現実的ではないもの、時間が経てば可能ではないかと思われるものなどがあることを伝え、柔軟に受け取るように伝える。

##### a. 自分たちのケアの方法を見直す。

- ・ 訪問回数を増やし、増やした分は、精神的アプローチのために使う。
- ・ 訪問看護内容をスリム化し、委託できることは外に依頼する。（入浴サービスなど）当然、A

さんの強い拒絶にあうであろうが、訪問看護として現状ではケア継続は困難であることをはつきりと示し、Aさんの将来までも見据えたケアへの転換のためには、必要であることを伝え、協力・理解を仰ぐ。

b. 家族へのアプローチ、家族調整

日本の文化・歴史的背景を考えると、家族の意向は無視できない。加えて、家族も孤立しサポートが必要な存在であることを念頭におけば、まず、家族の置かれている現状を把握し、家族がAさんの今後をどう考えているのかを聞きだす必要がある。家族が何に困っているのか、家族のニーズは何かを把握する。そのための時間を設ける。家族のニーズと、看護専門職として必要と思われる支援を考慮して、利用可能な社会資源について家族に伝える。家族の反応が消極的でも、あきらめず、情報提供しつづける。家族が動くことで、ケース（Aさん）が動くことはよくあることである。

c. ケースから考えて、まずは保健師に相談する（保健師に把握していくもらう）

4～5年前も保健師介入を試みて、拒絶に合っているということであるが、5年前と今では、置かれている状況が違うと考えてみる。家族の高齢化がその際たるもの。身障者でもあるAさんを、親亡き後の問題と絡めて考えれば、行政介入は必須である。兄弟がいるといつても、協力を仰ぐことが困難であるとすでに予測できているのであればなおさらで、成年後見人、生活保護、施設入所など、考えられるだけでも保健師との連携は必須。

d. 地域包括生活支援センターも相談窓口としてある

e. 主治医との連携を強化する

主治医の治療方針はどのようなものか？短時間の診療場面では、在宅の様子は十分把握できないと考える。看護から主治医に情報提供し、主治医の治療方針として薬物療法だけでなく精神科在宅リハビリとして、たとえばD.C参加などを本人と家族に示してもらう。可能であれば、主治医を交えて、本人・家族とケース会議を開く。

f. インフォーマルな資源も活用する

信仰を持っているAさんは、牧師との交流がある。また、友人もいるということである。友人に依頼することはあまり現実的ではないが、牧師に対して、定期的にかかわりを持ってもらう、外出支援等を依頼し、協力を得る。（リハビリになる）また、訪問ボランティアの利用も可能ではないか。

上記、a～fについて話す。特別なことを提示したわけではないが、これまでのケアを見直すこと、身近な社会資源から利用すること、動けば何かしらの反応があるため、次に繋がることを伝える。参加スタッフからの反応は、①～②に集中した。考えるに、日々のかかわりに苦慮しているため、コンサルティ同様、かかわり方に関心が向くのではないかと考えられた。社会資源については、主に管理的な立場である所長からの依頼であったことから、ステーション内における立場や経験の違いで、抱える問題も違うということが理解できた。しかし、今回の社会資源についてのショートカソファレンスは、少なくとも、ケースに対する見方、今後も介入の方向性を示すものとして、どの立場のスタッフにも有効であると考える。

2つ目の柱は、通常のコンサルテーションを行った。最終回ということで、これまでのコンサルテーション依頼の経緯、ケースの変化と毎回のコンサルテーションの経過をコンサルティと振り返る。そして、コンサルテーションを通して学んだこと、気づいたことなどをお互いに共有す

ることを中心に行った。

コンサルティは、コンサルテーションを通して、以下の気づきが得られた。

- a. 自分の中にあるAさんに対する壁が崩れた。
- b. 以前は訪問が負担だったが、壁が崩れたことで、訪問することが楽になった。
- c. 自分の感じていることを言葉にして言えるようになった。
- d. Aさんがそれまであまり自分のことを言わなかつたのに、この前の訪問で、泣きながら病気のことを話してくれた。初めてのことだった。

何よりも、コンサルティ自身がAさんに対する苦手意識が克服されたことが一番の成果であると考える。

## ②コンサルテーションの要約

今回のコンサルテーションは最終回であった。ここでのコンサルテーションの進め方は、2つの柱で行った。1つの柱は、社会資源についてショートカンファレンスの形で、コンサルティステーションスタッフ全員を対象に話し合いを持った。2つの柱は、通常のコンサルテーションを行った。

一つ目の柱である社会資源についてのショートカンファレンスでは、時間的制約があつたため主にコンサルタント側から情報提供という形で社会資源について話をした。その際、コンサルタントであるコンサルタントのステーションに保健師経験者がいるため、彼女にも同席を依頼し、発言を求めた。

### <利用可能な社会資源について>

- ・ 自分たちのケアの方法を見直す。
- ・ 家族へのアプローチ、家族調整。
- ・ ケースから考えて、まずは保健師に相談する（保健師に把握してもらう）。
- ・ 地域包括生活支援センターも相談窓口としてある。
- ・ 主治医との連携を強化する。
- ・ インフォーマルな資源も活用する（牧師・ボランティアなど）。

2つの柱として、通常のコンサルテーション形式で行う。最終回ということで、これまでのコンサルテーション依頼の経緯、ケースの変化と毎回のコンサルテーションの経過をコンサルティと振り返る。そして、コンサルテーションを通して学んだこと、気づいたことなどをお互いに共有することを中心に行った。

コンサルティは、コンサルテーションを通して、以下の気づきが得られた。

- ・ 自分の中にあるAさんに対する壁が崩れた。
- ・ 以前は訪問が負担だったが、壁が崩れたことで、訪問することが楽になった。
- ・ 自分の感じていることを言葉にして言えるようになった。
- ・ Aさんがそれまであまり自分のことを言わなかつたのに、この前の訪問で、泣きながら病気のことを話してくれた。初めてのことだった。

### ③コンサルテーションの成果

今回の社会資源についての CF は、主に管理的な立場である所長からの依頼であったことから、ステーション内における立場や経験の違いで、抱える問題も違うということが理解できた。しかし、今回の社会資源についてのショートカンファレンスは、少なくとも、ケースに対する見方、今後の介入の方向性を示すものとして、どの立場のスタッフにも有効であると考える。そして、何よりも、コンサルティ自身が A さんに対する苦手意識が克服されたことが一番の成果であると考える。

#### <コンサルティの記録>

##### (1) コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

- ① コンサルテーションのまとめと今後、在宅で過ごして行く為の有効な方法について
- ② 新規同行するスタッフの回数について

##### (2) コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

- ① 訪問看護ステーション不動平より社会資源のこと等を紹介。

現在の訪問状況では、処置のみに追われているので精神面の方に視点を移す。

必要であれば、訪問回数を増やすことも検討し、本人と関わる時間をもつ。

主治医・牧師へのアプローチを行う。

本人が自立できる方向の準備を少しずつ行っていく。入り口の 1 つとして、保健師の訪問を検討。

- ② 訪問回数については、2 回目まで同行し、3 回目については、同行したスタッフに決めてもらう。

##### (3) コンサルテーション後に実施した患者への援助

順次経過を見ながら、実施の方向にもって行きます。

##### (4) コンサルテーションの成果

情報提供の保健師の訪問として上げていたところ、1/O 保健所心のケア担当より電話があり、来月訪問予定となりました。

#### c. コンサルテーション実践のまとめ

コンサルテーション実施期間： 平成 19 年 10 月 10 日～平成 20 年 1 月 16 日（総時間数 5 時間 10 分）

当該患者に対するコンサルテーションの総回数：4 回

主たるコンサルテーション実施場所：協力事業所の一室

コンサルテーション方法：直接面談（5 時間 10 分）

##### ①相談者（訪問看護師）の困っていたこと

モデル事業の依頼にあたって、はじめ、協力事業所の所長から、対応困難ケースの訪問看護以外に利用できる社会資源について教えて欲しいという相談があったが、実際のコンサルティはケースの担当看護師である C 氏であった。そのため、まずは、担当看護師である C 氏の抱えている具体的な相談内容に沿ってコンサルテーションを開催した。

コンサルティの困っていたことは、「直近の訪問看護実施時に、母親から、（母親自身が）腰椎

ヘルニアで利用者（以下 A さん）の毎日 2 回の摘便をするのが大変でどうにかならないか。毎日訪問して処置（摘便）をしてくれるところはないかという質問をされて困った。そういうところはないと思うし難しいと思うのだがどうしたらいいか。」というものであった。

### ②コンサルテーションの目的・目標

コンサルティの抱えている問題、コンサルテーションの目的・目標として、4 回のコンサルテーションに共通することは、『周りを巻き込みやすい A さんに対し、どのように関わっていけばいいか』ということで、具体的な対応方法（患者へのケアの改善）と同時に、コンサルティ自身が抱える苦手意識や不安の解消、専門的能力向上にあると考えられた。ひとまず、日々の業務が少しでも円滑になるように、比較的解決しやすい問題を取り組みながら、どのように関わっていけばいいかという問題を掘り下げていく事と、C 氏自身の感情や思いの振り返りを行うこととした。このコンサルテーションにおいて、コンサルテーションのモデルは、「患者中心の事例のコンサルテーションとコンサルティ中心の事例のコンサルテーションの混在型」で、コンサルテーションのタイプは、「課題適応型を含むプロセス適応型コンサルテーション」であると考えられた。

### ③行った助言や援助

第 1 回目：初回のため、経過を確認しながら問題の焦点となっている事柄、この問題のゴール、患者の持っている能力（持っている力・抱えている問題・環境・心理社会的側面など）、コンサルティの振り返り（関わり方・患者に対するイメージ・自己評価など）患者と看護師の相互作用（情報の整理とアセスメント）のアセスメントを行なった。そうしていく中で、C 氏の抱える問題を明確化していった。ひとまず日々業務を行なっていかなくてはいけないため、目前にある問題と感じていることで、比較的解決が可能と思われる問題を取り組みながら、どのように関わっていけばいいかという問題を掘り下げながら、C 氏自身の感情や思いに気づくよう振り返りをしていく事とした。

明らかになった問題に対する具体策として、①他のスタッフの負担が少なくスムーズに訪問導入する方法、②家族への対応、家族へのかかわり方、③巻き込みやすい A さんに対する対応方法を提示した。

第 2 回目：訪問形態については、前回のコンサルテーション内容に沿っていくことを提案した。新しいスタッフの関わりに対する不安は、コンサルティの抱える対応方法の困難感やわからぬことによる苦手意識と同質のものであると思われた。指標やスケールなど、目に見える形で対象を捉えることができれば、いくらかの安心材料になることから、精神症状を把握するスケールについて提案した。さらに、わからないということは、これまで A さんとコミュニケーションが十分取れていないことに起因するとも考えられた。そのため、意識的に A さんと話す（関わる）機会を作るために、記録用紙という道具を媒体に、A さんが何を感じ思っているのかを知る機会を提示した。また、対応方法の困難感やわからぬことによる苦手意識は、不安を呼び、それが A さんに伝わり、A さんの不安の助長に繋がる→NS の不安の増強という悪循環を示し、その循環を断つことの重要性を示した。具体策として、①対応方法について、②スタッフ間のフォローについて、③コミュニケーションの機会を増やす、④家族に対する関わりは継続する、を提示した。

第 3 回目：コンサルティとコンサルタントそれぞれがスケール表を作成したため、その 2 つをすり合わせながら、A さんのさまざまな状況を数値化しながら、スケール表と一緒に作成した。

さらに、これを他のスタッフと共有して、全員が A さんの病状の把握ができるように利用することを話した。また、このスケール表を A さんと共有することも提案した。A さんが自分の病状を意識し、コントロールあるいは、不調をうまく表現しできるような道具としてフィードバックができることを提案した。

コンサルティからコンサルテーションのはじめから一貫してある「A さんの要求を何処まで受け入れたらよいか」という質問に対しては、基本である「どこまではできてどこができないのか」を看護師の中で明確にし（枠組み）、その理由を A さんに伝えるというこれまでの提案にバリエーションを加えて提示した。さらに、A さんの表現する理不尽や一方的な要求（言葉）の裏に、何か別の思いが隠されている可能性があることを覚えておく必要があり、A さんの思いに添ってみることや、訪問中によかったことなど A さんにフィードバックして反応を見るなど、具体策を提示した。

**第4回目：最終回であった。**ここでコンサルテーションの進め方は、2つの柱で行った。1つ目の柱は、社会資源についてショートカンファレンスの形で、コンサルティステーションスタッフ全員を対象に話し合いを持った。2つ目の柱は、通常のコンサルテーションを行った。一つ目の柱である社会資源についてのショートカンファレンスでは、時間的制約があつたため主にコンサルタント側から情報提供という形で社会資源について話をした。利用可能な社会資源について、自分たちの提供するケアを見直すという視点も含めて、6つの視点を提示した。

2つ目の柱として、通常のコンサルテーションを行なった。最終回ということで、これまでのコンサルテーション依頼の経緯、ケースの変化と毎回のコンサルテーションの経過をコンサルティと振り返る。そして、コンサルテーションを通して学んだこと、気づいたことなどをお互いに共有した。

#### ④コンサルタントが助言や援助を行う上で困難だったこと

- ・ コンサルテーションにおいて、所長と担当看護師の 2 人のコンサルティが存在した事で、コンサルテーション導入時に混乱が生じた。コンサルテーション導入時に、依頼経路を明確にし、コンサルティを固定する必要がある。（コンサルタントが、明確にステーション内における立場や経験の違いで、抱える問題も違うということが理解できた。）
- ・ 毎回のコンサルテーションで完結しているようで、継続性を感じられにくかった。

#### （コンサルタントの力量の問題）

#### ⑤相談者がコンサルテーションでの助言を実践・継続するうえで難しかったこと

直接確認していないため不明。

#### ⑥コンサルテーションで得られた成果（目標達成度を含む）

4 回という短い期間であったにもかかわらず、コンサルティ自身が A さんに対する苦手意識が克服されたことが一番の成果であると考える。その背景には、「何かあれば相談にのってもらえると思うと、心強い。」という評価からもわかるように、いつでも相談にのってもらえる場所、機会の保障がされていることが最大の理由であると考える。とくに、精神科看護未経験ということもあり、とにかく聞いて欲しい、わかって欲しいという自分自身の感情の解放、カタルシスがまず必要で、それがあって、コンサルティに対するカウンセリング的態度を意識しながらコンサルテーションを進めていったことが有効であったと思われる。

今回の社会資源について、主に管理的な立場である所長からの依頼であったことから、

ステーション内における立場や経験の違いで、抱える問題も違うということが理解できた。社会資源についてのショートカンファレンスは、少なくとも、ケースに対する見方、今後も介入の方向性を示すものとして、どの立場のスタッフにも有効であると考える。

今後の課題としては、ケースが複雑で、問題が大きく、すぐに解決を見ることが困難なケースであるため、継続したコンサルテーションが必要であると思われる。

#### イ) 事例 2-②

##### a. 患者概要

###### 1) 対象患者基礎情報

80歳代女性、Aさん。約20年前、「近所の人が噂している」など、幻聴、妄想が出現し、入院のエピソードがある。近年は認知症が主体であり、同じことを何度も繰り返す、1年半以上毎食メニューと同じというこだわり、物忘れも顕著に見られる。それと並行して時折、被害妄想、幻聴が表面化する。主診断名は認知症であるが、統合失調症、左大腿部頸部骨折がある。同居の長男は夜間勤務の仕事をしており、次男は統合失調症を罹患し通院中である。

###### <病歴・入院歴等>

H19.9月 ショートステイ中に重いものを持ち上げようとして転倒。腰椎圧迫骨折となり、保存的に在宅で経過観察していたが、疼痛が著しく、今までの生活リズムが保てなくなり、混乱、不穏出現。H19.10月、夜間に内服薬の過量摂取、何度も更衣をするなど異常行動が出現。翌日、精神科緊急受診

###### 2) 精神障害・能力障害・生活障害評価

###### (1) 精神症状評価

5：精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい減裂や無言症）がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。

###### (2) 能力障害評価

4：精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。

###### (3) 生活障害評価

項目	内容
食事	4：いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言と援助を必要とする。
生活リズム	5：臥床がちで、昼夜逆転したりする。
保清	4：個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の掃除やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。

金銭管理	5：持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。
服薬管理	4：飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助（場合によりデポ剤使用）、さらに、薬物血中濃度のモニター管理を必要とする。
対人関係	3：だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかつたり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
社会的適応を妨げる行動	1：周囲に恐怖や強い不安を与えること、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。

(4)機能の全体的評価尺度 GAF: 52 点

#### ＜総括欄＞

慢性経過の統合失調症者で、これまで十分な治療を受けていなかったようだが、それなりに在宅で生活できていた方と思われる。同居の家族も精神的に脆弱性を抱えている。高齢になるに従い認知症を発症し、現在は認知症が主症状となっている。受傷（骨折）を機に痛みによる苦痛と行動制限、それによる生活全般が保てなくなうことにより精神変調が起こったと考えられる。さらに、高齢であるために脱水などの二次的問題（身体的問題）の可能性や、安全の確保ができないといった可能性が高まっており、心身両面において危機的状況であると思われる。

#### b. コンサルテーションの実際

##### 1) 第1回コンサルテーション

平成19年10月〇日（1時間00分）

協力事業所のステーション一室 直接面談で実施

##### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

今回のコンサルテーションは初回ということで、まず自己紹介、モデル事業の目的、コンサルテーションについて概要説明、進め方、個人情報等について簡潔に説明し、改めて研究協力の同意を得た。次に、今回のコンサルテーションで相談したい事柄（内容）について伺った。その具体的な依頼内容を基にコンサルテーションを進めていった。コンサルティ2名のうちの1人はコンサルタントの元同僚で、精神科病棟勤務経験がある。もう一人のコンサルティは、コンサルタントと看護学生の同期であるため、すでに信頼関係が築けておりコンサルテーション導入がスムーズであった。

##### ＜具体的な依頼内容＞

これまで安定した経過観察程度に1回/2週、30分の訪問看護であった方。ショートステイ利用中に転倒・腰椎圧迫骨折となる。保存的に在宅で経過観察していたが、疼痛が著しく、今までの生活リズムが保てなくなり、混乱、不穏が出現した。精神科緊急受診するが、入院の必要性を示唆されながらも、薬の処方のみで帰宅。在宅では見きれなくなってきたため、ケアマネージャーと相談してショートステイ利用を増やすなど対応している状況である。他にいい方法はあれど知りたい。

### <コンサルテーションの事例紹介>

80歳代女性、Aさん。約20年前、「近所の人が噂している」など、幻聴、妄想が出現し、入院のエピソードがある。近年は認知症が主体であり、同じことを何度も繰り返す、1年半以上毎食メニューが同じというこだわり、物忘れも顕著に見られる。それと並行して時折、被害妄想、幻聴が表面化する。主診断名は認知症であるが、統合失調症、左大腿部頸部骨折がある。

H19.9月、ショートステイ中に重いものを持ち上げようとして転倒。腰椎圧迫骨折となる。保有的に在宅で経過観察していたが、疼痛が著しく、今までの生活リズムが保てなくなり、混乱、不穏出現。H19.10月、夜間に内服薬の過量摂取、何度も更衣をするなど異常行動が出現する。翌日、精神科緊急受診したが、入院の必要性を示唆されながらもセレネース錠の処方のみで帰宅となる。同居の長男は夜間勤務（介護施設関係）の仕事をしており、次男は統合失調症を罹患し通院中である。Aさんの不穏状態で徐々に家族も混乱・疲労が激しくなる。長男への過度の負担が疲労と失職の恐れを、次男は精神変調が見られはじめ家族共倒れの可能性が高くなる。Aさんの治療及び保護と、家族の休息を目的にショートステイの利用を増やす計画を立案したものの、ショートステイで転倒・骨折した経過から、長男は利用に対して拒否的である。訪問看護は2週間に1回、30分の経過観察程度の利用状況は継続中。その他に介護ヘルパー1週3回利用と、週3回のD.Cに参加している。（入浴が好きなため、痛みがあってもD.Cには行く意欲はある。）

### <コンサルタントの分析>

慢性経過の統合失調症者で、これまで十分な治療を受けていなかったようだが、それなりに在宅で生活できていた方と思われる。家族病理もある。高齢になるに従い認知症を発症し、現在は認知症が主症状となっている。受傷（骨折）を機に痛みによる苦痛と行動制限、それによる生活全般が保てなくなったことにより精神変調が起こったと考えられる。さらに、高齢であるために脱水などの二次的問題（身体的問題）の可能性や、安全の確保ができないといった可能性が高まっており、心身両面において危機的状況であると思われる。

今回の出来事はAさんの精神変調であるが、同居の家族も精神的に脆弱性を抱えているために、Aさんに起こっている出来事が影響して家族全体がストレスフルな状況に陥っている。ここで適切な支援が得られない場合、家族全員が危機的状況に陥り不適応に陥ると考えられる。

このような状況では、まずAさんの治療及び保護と家族の休息を確保する必要があり、精神科受診、ショートステイの利用を増やす検討をしたことは妥当な看護介入であると判断できる。しかし、十分な成果が得られていないまま経過していると思われる。Aさん及び家族の状況を的確にアセスメントすること、関係機関への働きかけを行なうマネージメント機能が弱いために、せっかくの看護介入も効を奏していないと考える。

### <コンサルテーションの経過>

コンサルテーションで話し合われた事柄は、コンサルタントの分析を含めながらプロセスを追って記述していく。

最初に具体的な依頼内容を確認し、Aさんが今回の精神変調に至るまでの経過及びその後の経過を聞きながら問題の明確化を行なった。

Aさんは、介護支援事業所とD.C、訪問看護ステーションが同一法人である事業所を利用している事もあり、今回のコンサルティである担当看護師B氏、ステーション所長C氏は、在宅の様子だけでなくD.C利用時の様子も観察できる立場にある。

Aさんは9月末に受傷後、保存的治療として、ロキソニンを処方されている。痛みと、それによる行動制限、生活ペースが保たれない事などから徐々に精神変調が見られるようになり、家族にも影響が見られ始めたため、看護師はAさんの治療及び保護と家族の休息を確保する必要があると判断し、10/○に精神科臨時受診を促している。この受診の際、看護師あるいは担当ケアマネジャーが同行できないことから、受診サポートを病院の連携看護師に依頼しようと考えていたが、スケジュールが合わず実現しないまま受診となり、主治医から入院の必要性を示唆されながらも、薬の処方のみで帰宅となっている。そのため、ケアプランの変更を行い、ショートステイ利用を増やすことで保護と家族の休息の確保を試みたが、ショートステイで転倒・骨折した経過から、長男は利用に対して拒否的であり、ショートステイを利用できていない。10/○のD.C利用時の様子では能面様顔傍、動作緩慢で反応が薄く、食事もほとんど摂取できない状況であった。翌日、訪問看護時は、夜間不眠・不穏状態はやや改善したような印象であったが、一方で、下着姿のままで、思考・動作ともに制止に近く緩慢で反応が鈍い。食事摂取も不十分であった。精神科臨時受診して1週間が経過しているが薬の効果については不明である。

家族状況は、長男・次男と同居している。長男は、Aさんを見なくてはいけないという責任感はあるのだが、Aさんに対する態度は高圧的で指示的である。今回のAさんの不調では、仕事を休んで受診同行したりしているが、夜間勤務のうえ日中も休めないため、心身ともに疲労困憊である。これ以上不調状態が長引いた場合、仕事を止めなければならないと考えている様子。次男は統合失調症で自宅療養中である。Aさんの変調に影響されて症状増悪傾向にある。Aさんの薬を「こんなもの飲むな。」などといって捨ててしまうという行動も見られているとの情報がある。家族への負担も高まっていることも事実であり、長男からSOSの電話がケアマネジャーに入っている。

このような状況において、訪問看護は1回/2週、30分のみの訪問で、Aさんの状態観察程度しかできず、家族への関わりもできていない。(こだわりに近いが)入浴が好きだからと痛みがある中でも、D.Cに3回/週通所しているため、D.C利用時の様子を観察することで経過を見ているにとどまっている。次回精神科受診の日程も未定である。

上記のような経過から、コンサルタントには、コンサルティらは、【自分たちの提供するケアの方法はこれでいいのか、他にどのような介入方法があるか】という自分たちが抱えている問題が何かについてすでに明確であり、ある程度の問題解決能力を持ち合わせていると思われた。そのため、このケース(Aさん)の状況に合わせた適切なケア方法・計画立案のサポートが今回のコンサルテーションにおける目標と期待する結果であることをコンサルティと確認した。そして、このコンサルテーション時に、同施設内でAさんがD.Cを利用しているというため、遠くからAさんの状態を観察する目的で、コンサルティらと一緒にD.Cに行く。そこでAさんの様子を観察しながら、施設職員より情報収集を行う。ちょうど昼食時であったが、車椅子乗車の姿勢は問題なく、食事を自己摂取しており、動作もスムーズである。表情もやわらかく、テレビ番組に時折目をやる仕草も自然に思われた。施設職員からも、今日のAさんは普段の80%ぐらいまで調子が戻っている様に見えるとのコメントであった。コンサルティも同様の意見であった。

次に、これまで得られた情報を整理するとともに、コンサルティらのアセスメントと提供している看護介入はほぼ妥当であると思われること、自信を持っていいことをフィードバックした。その上で、さらに看護介入が効果的に行われるために強化したい点として、①一般的な骨折後の

治癒過程を押さえながらも、腰椎圧迫骨折から3週間経過しており、本日のD.Cの様子だけ見るとほぼ回復したように見える。さらに、入浴好きのAさんが痛い中でも通所するという「強み」は評価するとしても、外に出ると健康的な部分を出して安定したように見えて、在宅に戻ると病的体験が活発で生活に支障をきたしているというようなことは精神障害者に限らず人間の心理としよくある。そのことを考えれば、在宅の様子が十分把握できていないままD.Cに通所してくる様子を中心にAさんの状態を判断することは危険である。②次男が薬を捨ててしまったという情報があったが、在宅での服薬状況（鎮痛剤、精神科薬）はどうなっているのか、薬が飲めていないことによる症状の悪化はあるのか、薬の効果・副作用のアセスメント、精神症状のアセスメント、痛みのアセスメント、身体状況のアセスメント、在宅におけるADLのアセスメントを行う必要がある。③それらのアセスメントを元に、次回精神科受診の時期を決る、提供する情報をまとめる必要があり、計画的に行わないと前回のように連携看護師不在ということになりかねず、せっかくのマネージメント機能が生かされない。④さらに、家族の精神状態や疲労等の情報収集をして、それらがAさんに及ぼす影響についてアセスメントする必要がある。今回のケースはAさんだけの問題ではなく、Aさん家族全体を視野に入れたアセスメント・介入が必要である、ことを伝えた。

以上のことから、具体策として以下の3点を提示した。

a. アセスメントの強化

- ・ 服薬状況の確認・薬・副作用のアセスメント
- ・ 精神症状アセスメント
- ・ 身体状況アセスメント
- ・ 痛みのアセスメント
- ・ 在宅生活（ADL）アセスメント

\* D.Cの様子は80%～に見えるが、受傷から3週間。各アセスメントをもとに、在宅生活維持が可能か判断する必要有り

b. 訪問看護回数を増やす

\* 危機介入の視点・外とうちの顔は違う、在宅の様子を把握・家族の状況を把握  
aを可能にするために、また、ショートステイ利用が困難であるならば、訪問看護回数を週1回に増やすことで、在宅での様子、家族の状況を把握、迅速で適切な看護介入を行う

c. 精神科受診準備を行う

- ・ 病院の連携看護師と事前にアポ、Drに事前に情報提供するなどして看護師の判断、意向を伝える。依然として入院も視野に入れて介入する。

最後に、Aさんの状態が急性期（亜急性）でありタイムリーな対応が求められるため、次回のコンサルテーションは約2週間後の11月〇日とする。

## ②コンサルテーションの要約

今回は初回のコンサルテーションであった。相談内容は、「認知症主体のAさんが、ショートステイ利用中に転倒・腰椎圧迫骨折となり、保存的に在宅で経過観察していたが、疼痛が著しく、今までの生活リズムが保てなくなり、混乱、不穏が出現した。在宅では見きれなくなってきたい

る。今後の関わり方、看護の進め方について相談したい。」というものであった。そこでまず、問題の明確化を行なった。ケースに関して情報収集をするとともにコンサルティの考えている事、抱えている困難感などを聞きながら情報の整理を行った。焦点となっている問題は、急性期に傾いたケースに関するタイムリーで適切な看護ケア方法についてであり、ここで目標と期待される結果は、「ケース（Aさん）の状況に合わせた適切な看護ケア方法・計画立案のサポート」であると考えられた。そこで、具体策として以下を提示した。

a. アセスメントの強化

- 服薬状況の確認・薬・副作用のアセスメント
- 精神症状アセスメント
- 身体状況アセスメント
- 痛みのアセスメント
- 在宅生活（ADL）アセスメント

\* D.Cの様子は80%～に見えるが、受傷から3週間。各アセスメントアセスメントを元に、在宅生活維持が可能か判断する必要有り

b. 訪問看護回数を増やす

\* 危機介入の視点・外とうちの顔は違う、在宅の様子を把握・家族の状況を把握

①を可能にするために、また、ショートステイ利用が困難であるならば、訪問看護回数を週1回に増やすことで、在宅での様子、家族の状況を把握、迅速で適切な看護介入を行う。

c. 精神科受診準備を行う

• 病院の連携看護師と事前にアポ、Drに事前に情報提供するなどして看護師の判断、意向を伝える。依然として入院も視野に入れて介入する。

### ③コンサルテーションの成果

コンサルタントとコンサルティとの関係性がすでに出来ており、信頼関係もあったため、コンサルテーション導入がスムーズであった。また、コンサルティは、精神科看護経験者ということや、自分たちが抱えている問題が何かについてすでに明確であり、ある程度の問題解決能力を持ち合わせていると思われた。そのため、より、的確で専門性のある内容のケアの方法論を話し合うことが出来たし、コンサルティも反応が良かったと感じられた。急性期（亜急性）という事で、危機介入の視点も考慮した。

#### <コンサルティの記録>

##### (1) コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

H19.9月に、腰椎圧迫骨折の受傷後、疼痛・生活リズムの乱れから混乱し、不穏となる。食欲、飲水も激減。セレネースの副作用か、行動・思考静止がみられ、ADL低下が著明。長男も対応に苦慮しており、今後の関わり方、看護の進め方に関して相談。

##### (2) コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

精神症状・薬の副作用のいずれでも行動・思考静止は見られる。まずは、病院の連携Nsに情報を提供し、継続看護を依頼したうえで、本人・家族に精神科（主治医）受診を勧める。長男は介

護疲れ、もともとの性格もあり、やや対象者に対し強い態度で接しがち、次男の病状悪化も懸念され、できれば対象者と家族を一時的に分離させたほうが良い。現在の状態から、介護保険施設への入所は現実的でない。連携Nsと協力し、精神面・内科（脱水・栄養不足の改善）面の改善を図る目的で、入院の方向へ調整。また、入院が困難であれば、SS等で分離する手もあるが、SS中の受傷であり、長男が拒否的。在宅介護を続けざるを得ない場合は、現在の内服では望む効果が得られないこと、経口からの栄養が不足がちで脱水の恐れが強いことをDrに上申し、点滴指示を得ておくなど、対策を検討する。

### (3) コンサルテーション後に実施した患者への援助

- ・ 自宅での表情と、デイサービス中の表情の違いを確認。
- ・ 内服確認、家族の状況の確認。それらが本人に与える影響を観察。
- ・ 訪問時、入院（分離）の必要性を家人（長男）に説明。脱水の危険性を説明。次男への影響も考慮し、まずは、入院にて栄養状態の改善、精神科治療目的での入院を前提とした受診を勧めた。
- ・ 病院Nsに情報提供。入院を視野に入れた状態での診察を依頼。
- ・ CMに同様の報告。分離が必要である旨を説明。長男への説明を同時進行で行う。

### (4) コンサルテーションの成果

- ・ デイサービスでは予想より食事摂取もでき、平然と車いすに座っていたため、腰痛は軽減しているという印象を受けたが、コンサルテーション後、自宅での様子を意識して観察すると、飲水、食事摂取がままならず、脱水の危険性が高いことが確認できた。
- ・ 直近の訪問日には最も不穏であった時期からは少し落ち着きを取り戻しているような印象があつたが、長男からの情報で、夜間に次男を呼び続けることは変化がなく、次男の病状悪化を考慮すると、早急な分離が必要と思われた。
- ・ 訪問時、すぐに入院を視野に入れた話ができ、早期の対応（一般病棟への入院）ができた。
- ・ Hp↔STの連携ができ、スムーズに対応できたため、家人の安心にもつながった。

## 2) 第2回コンサルテーション

平成19年11月〇日(1時間30分)

協力事業所のステーション一室 直接面談で実施

### ① コンサルテーションで話し合われた事柄

はじめに前回のコンサルテーション後の経過について確認する。

訪問回数増加の検討と平行して、第1回コンサルテーションの翌日、コンサルティがヘルパー対応で訪問する機会が得られたため（ヘルパー事業所も同法人にあるため、人手不足のときは、ヘルパーとして訪問することもあるらしい）、ヘルパー業務の傍ら、服薬状況の確認、精神症状、身体状況、痛み、在宅生活（ADL）について情報収集した。薬に関しては処方どおり飲めていた。精神症状、身体状況、痛み、在宅生活（ADL）については、長男が居たため話を聞くことが出来た。尿量はへり、食事に関しては、腹ぱいの状態でほとんど摂取できていないということだった。夜間不眠は継続している。看護師から入院することも検討できると話をすると、「そんな方法があるならもっと早く教えて欲しかった。この前（臨時受診時）、（医師へ）話を持つていったのに。」と言われたとの事であった。

母親の様子を見ていて、「家では無理。弱っていくだけ。」と思っており、早速、10末に長男がAさんを精神科を受診させ、精神症状だけでは入院対象までは行かないが、身体状況から脱水等が考えられるため内科病棟入院が決まった。10/○～11/○までの1週間、点滴治療が行なわれる。入院中も夜間不穏は継続。（環境変化によるせん妄もあると思われる）1週間経過し、血液データーも安定したため、退院の運びとなる。

長男は、弱っていく母親を見て、病気の弟の事もあり、いずれにしても医療行為の出来る施設への入所を希望された。（自分の父親が在宅でなくなったのだが、そのとき十分なことが出来ず死に目にも会えなかつたとの事で、母親にはそのような事はさせたくないと言う思いがおありのようであったと長男と話してわかる）10/○の受診に際しては、事前に連携看護師に連絡をつけて、受診のサポートを依頼する事ができたとの事。

退院後、D.Cには継続して通っている。訪問看護あるいは、週1回はショートステイのいづれかでつなぎ、頻回に医療の目が入るように調整に入っている。コンサルテーション時、AさんがD.Cに来ていたため、コンサルタントとコンサルティと一緒に見に行く。ちょうど、ヘルパーとして訪問介護に当っているスタッフがいたため、直近の訪問時の様子を聞き、情報収集する。尿量は少なめが継続、食事は4～5割程度摂取できている。受傷直後は動けなかつたが、今は上半身の力を使ってベットサイドのカモードに移ろうという姿勢が見られると。しかし、オムツ着用を残念がっており、何も出来なくなってしまったと言っている。排泄行為は自尊心や羞恥心とも直結しており、それを保障する事は大切な事である。上半身の力を使ってベットサイドのカモードに移ろうという姿勢が見られるなか、オムツ着用は、持っている力を奪いかねない。二次的な障害（意欲低下からくるはいよう症候群など）を招く恐れがある。まずはリハビリパンツに変えるなどして、自尊心や持っている力をサポートする必要があることをコンサルティ・ヘルパーに伝える。

コンサルティからは、特に企死念慮について懸念があると相談がある。長男からの情報であるようだが、過去にリストカットのエピソードがあるため、注意は必要である。直接Aさんに企死念慮の有無について確認することも出来るが、まずは、身の回りの整理整頓（危険物をベッド周囲に置かないなど）、言動や普段しないよな行動などに注意を払うことが大切であると伝える。その上で、継続して、身体面・痛み・精神症状・服薬状況・夜間睡眠状況・ADLのアセスメント、家族の状況の把握（家族へのアプローチ）を行なっていく必要があると話す。アセスメントでは、行動面やフェーススケールなどの道具の使用も有効であることを示した。訪問看護が行けないのであれば、ヘルパーに協力を仰ぎ、観察ポイントを伝え、情報収集することも大事であること、平行して施設入所の準備を行なうことも伝える。

第1回コンサルテーションを通し、アセスメントの強化とマネージメントが効を奏した。コンサルティも、前回のコンサルテーションを通してアセスメントのポイントや介入について心得た様子であった。このケースに関してはコンサルティの持つ力で解決できるレベルに近づいたと考える。

## ②コンサルテーションの要約

前回のコンサルテーション後の経過と成果を確認した。その上で、今回のコンサルテーションまでに起こった変化とコンサルティの相談内容を伺い、具体策の提示を行なった。

ケースは、コンサルティの意識ある関わりによって、入院治療が導入され、危機介入（危機回避）が出来ていた。しかし、退院後も継続して不安定な状況であることに変わりはなかった。

D.C での A さんの様子を観察しながら、訪問しているヘルパーからも情報収集しながら、同時にヘルパーへの指導、助言も行なった。オムツを恥じる「自尊心」のサポートは回復の手助けになること、企死念慮への対応方法、直接介入は困難な状況（ハード面の問題）が多いようだが、介護ヘルパーは同一法人という強みを生かし、訪問しているヘルパーに協力を得る事も方法のひとつであること、引き続きアセスメントの強化、医療の目を頻回に入れる必要性から、訪問看護回数の検討が必要である事などを話した。家族の思いを聞き出し、整理できたことを評価し、施設入所準備を話す。

#### ＜提示した具体策＞

- A. 訪問看護回数の検討。（D. C でも構わないが、医療の目が頻回にはいるように）
- B. ヘルパーを通して、観察ポイントを伝える。情報収集する。
- C. 自尊心や持っている力をサポートする。（オムツからリハビリパンツへ）
- D. 継続して、身体面・痛み・精神症状・服薬状況・夜間睡眠状況・ADL のアセスメント、家族の状況の把握。（アセスメントには、スケールの使用も有効である）
- E. 企死念慮への対応方法。
- F. 施設入所の準備。

#### ③コンサルテーションの成果：

第1回コンサルテーションを通し、アセスメントの強化とマネージメントが効を奏した。コンサルティも、前回のコンサルテーションを通してアセスメントのポイントや介入について心得た様子であった。コンサルティの置かれている環境を利用して連携方法を展開する事もできた。（同一法人ですべてのケアが行なわれている：CM, NS, HP）このケースに関しては、コンサルティの持つ力で解決できるレベルに近づいたと考られる。

#### ＜コンサルティの記録＞

##### (1) コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

10/○～11/○ 一般病棟（内科）に約1週間入院。病棟でもほとんど食事摂取はできなかったが、Div にて脱水は改善。ENT 後、精神面の改善は見られず、腰痛も軽減しているかどうかヘルパーからの情報では確認できない。本人にも自覚的は変化は見られず。長男は H1、リストカットした時の無気力状態に似ていると心配している。入院時にオムツ使用となってしまい、本人も落ち込んでいる。対応を考えたい。

##### (2) コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

- ・ 訪問回数を増やし、観察の機会を確保。CM に調整依頼。
- ・ ENT 後の内服の確認、夜間の様子、精神面のチェックを再度行い、評価。
- ・ ヘルパーからの情報を得る。ヘルパーに具体的な観察ポイントを伝え、情報整理。
- ・ 自殺念慮あり、ベッドサイドに危険なものを置かないように整理。無気力言動に気をつける。
- ・ 痛みについては言語での表現は困難。行動の変化で判断。フェーススケールの活用。

- ・長男の思いを聞く。在宅生活が破綻する恐れあり、施設入所を考慮。準備を始めておく。

(3) コンサルテーション後に実施した患者への援助

- ・CMと相談し、訪問回数を隔週⇒1回/Wに変更。
- ・内服の影響もあるのではと判断し、受診時に家人から伝えるように助言。
- ・ヘルパーに観察項目を具体的に上げ、観察を依頼。  
(表情、話しかけに対する反応、in-out、食事内容、腰痛の状況(他覚的に見て)など。)
- ・ベッドサイドから危険なものを撤去。自殺念慮と思われる発言の有無の確認。
- ・長男と話をする時間を極力設け、長男の思いを汲み取る。

(4) コンサルテーションの成果

他職種との連携を図り、情報を集めていくと、本人の腰痛が少しずつ和らいでいることが分かった。尚も行動・思考静止が見られるのはやはり内服の副作用と考えられたため、家人に説明し、変更の方向で動くことができた。

長男も、自宅介護は困難で、施設入所を検討する気になれたことから、入所に向けて具体的に動き出すこととなったものの、未だ在宅介護との狭間で揺れ動いている。

3) 第3回コンサルテーション

平成19年12月〇日(1時間00分)

協力事業所のステーション一室 直接面談で実施

①コンサルテーションで話し合われた事柄

第2回までのコンサルテーションの内容から、コンサルタントであるコンサルタントには、このケースに関してはコンサルティの持つ力で解決できるレベルに近づいたと考えられた。そのため今回のコンサルテーションはフォローアップ(状況確認のレベル)として進めた。

まず、前回コンサルテーション以降のコンサルティのケアとその結果について確認する。ショートステイ利用を増やしたため、11月は訪問看護がなく、12月〇日に訪問看護を行ったとのことであった。ショートステイ中も、食事が取れない、行動・思考制止(緩慢)が目立ち、ショート先のスタッフも困惑したという情報が得られている。目の焦点が合わず泳いでいたり、短期記憶の衰えが顕著になり、夜間せん妄(30分おきに大声を上げ次男を起こすなど)が目立つなど認知症症状の進行を思わせることであった。反面、ベットサイドのカモード移動は以前よりはスムーズで立位にも力が入るようになり、表情が良いときもあるという評価も得られている。この様な状況において、12月〇日の訪問看護時に息子さんと会うことができたため、話を聞いたところ、在宅でケアすることの限界を感じている一方、施設での1対1でのゆっくりケアでない環境に不安を覚え(息子さんが施設介護職員ということもあり内情を知っている)、どうしたらいいのかと葛藤しているということであった。精神科受診をして、内服薬変更(セレネースからリスパダール)を試みているが効果見られないということであった。(息子さん自身も不安、予期不安の強い方で、話の内容が滅裂で論点がずれやすいという印象を受けている)施設利用やヘルパー利用がメインの状況において、訪問看護として直接ケアをすることは困難であるということであった。

まず、骨折から始まった急性期を、ここまでサポートしてきたことは、訪問看護として十分役割を果たしたと思われることをフィードバックする。次に、訪問看護が終了となっていないこと

をふまえ、訪問看護は何も直接ケアだけが看護ではないことを投げかけておく。間接ケアとしての「ケアマネジメント」も看護の大きな役割であると伝える。介護保険利用のため、ケアマネジャーが中心となって行うべきものであろうが、Aさんの置かれている状況に直接ケアができないのであれば、Aさんに関わっている人々の中で、誰に、どのようにアプローチすればAさんの状況は改善されるのか、その力動を検討し、アクションを起こすこともできるのではないかと投げかけておく。その際の、ポイントとして、①身体的・精神的・生活全般のアセスメントの継続、②長男のサポート、高齢者虐待リスクが高いことを覚えておくこと、③ケアマネジャーを中心とした関係各位との連携、④サービス内容の調整、⑤ケア会議の重要性（家族を含めて）、⑥身体的ケアを直接できなくても置かれている環境を整えることで心身への影響を整える（ナイチンゲールの理論を参考に）、⑦できているところ、残っている能力に着目したかかわり（おしゃれなど）の7つを挙げておく。

次回最終回1月〇日。今回と同様に、フォローアップ（状況確認のレベル）とまとめを行なう予定。

## ②コンサルテーションの要約

今回のコンサルテーションはフォローアップ（状況確認のレベル）として進めた。Aさんの状況は一進一退で、在宅でのケア継続は困難な状況になっている。ショート利用や訪問介護利用が中心となり、可能な介護保険枠では、訪問看護は1回のみの実施にとどまっていた。今後も同様のことが予測され、訪問看護による直接ケアが提供できない。まず、急性期をここまでサポートしてきたことは訪問看護として十分役割を果たしたと思われることをフィードバックする。次に、訪問看護が終了となっていないことをふまえ、訪問看護は間接ケアとしての「ケアマネジメント」も看護の大きな役割であると伝える。介護保険利用のため、ケアマネジャーが中心となって行うべきものであろうが Aさんの置かれている状況に直接ケアができないのであれば、Aさんに関わっている人々の中で、誰に、どのようにアプローチすればAさんの状況は改善されるのか、その力動を検討し、アクションを起こすこともできるのではないかと投げかけておく。

### <具体策の提示>

- ① 身体的・精神的・生活全般のアセスメントの継続
- ② 長男のサポート、高齢者虐待リスクが高いことを覚えておくこと
- ③ ケアマネージャーを中心とした関係各位との連携
- ④ サービス内容の調整
- ⑤ ケア会議の重要性（家族を含めて）
- ⑥ 身体的ケアを直接できなくても置かれている環境を整えることで心身への影響を整える（ナイチンゲールの理論を参考に）
- ⑦ できているところ、残っている能力に着目したかかわり（おしゃれなど）

## ③コンサルテーションの成果

フォローアップ（状況確認のレベル）としてコンサルテーションを行なった。今回は、訪問看護が殆ど訪問できていない状況においても、看護として出来る事があることをコンサルティーに伝える事ができたと思う。訪問看護は、地域を対象としていること、訪問だけが看護業務ではない

ことを提示できたことは、看護の幅が広がり、包括的に対象者を捉えることに繋がると考える。

健康な部分を生かしていくことに関してはこれから看護においての視点が広がり、為になった。

#### <コンサルティの記録>

##### (1) コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

腰痛については落ち着いてきたように思われるが、食事が摂れない。行動静止、思考静止が見られ、自殺念慮もある。夜間の不穏のため、次男を30分おきに起こすなど、問題行動も増加している。前回コンサルテーションから長男の混乱もあり、ケアプランの変更が度重なり、訪問看護としての訪問は一度も行えていないため、ヘルパー・デイ・ショートからの情報収集が主であった。12/〇受診にて内服変更。今後の進め方について検討したい。

##### (2) コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

医療面でのサポート、観察が不可欠な状態であり、訪問ができないのであれば、他のサービスに情報提供したり、情報を収集し、必要な観察を依頼するなど、連携を密にして動き、緊急のときにすぐに援助できる状態にしておく。

キーパーソンである長男の負担がかなり強く、自分で今後の方向性が決められなくなっている。決断に向けてサポートをしていく。認知症の進行も見られ、元の状態には戻らないかもしれないことを伝える必要がある。誰が伝えることが最も良いか検討していく。疲労がピークに達しており、ちょっとした事で虐待につながる恐れがあるため、各サービスが連携していく。

本人の健康的な面（きれいでいたい）が残されており、視点を変え、環境を整え、健康面を伸ばしていくことで本人の持てる力を引き出していくような援助を考えていく。

##### (3) コンサルテーション後に実施した患者への援助

- ・ 引き続き、ヘルパー、デイケアに情報収集の依頼。情報の提供。
- ・ 施設入所の方向でCMと調整中であり、最後まで在宅で介護したかった長男の思いを受け止めつつサポート。
- ・ おしゃれ心については、買い物等の機会はなかったが、ほつれた衣服を気にしており、繕つたことで笑顔が見られるなど、効果があった。
- ・ 内服変更（セレネース⇒リスペダール）しても特に状態の変化が見られないことの確認ができた。

##### (4) コンサルテーションの成果

食事摂取が困難なのは、単に食欲がないだけでなく、薬の副作用や精神的な混乱による行動・思考静止であることを他職種にも説明することで、誘導し、食介することで全量摂取できることができた。尿量も増加し、脱水の危険は回避できた。

施設入所も決定し、意識して長男との会話も持てたことで、そこに至るまでの長男の心の揺れを受け入れていくことができた。

#### 4) 第4回コンサルテーション

平成20年1月〇日（1時間00分）

協力事業所のステーション一室 直接面談で実施

## ①コンサルテーションで話し合われた事柄

今回のコンサルテーションは、最終回という事で、フォローアップ（状況確認のレベル）と、これまでのコンサルテーションのまとめを行なった。

まず、前回コンサルテーション以降のコンサルティのケアとその結果について確認する。訪問看護は2回のみ実施され、ショートステイやD.C、訪問介護を中心とした利用が多かったとのことであった。前回のコンサルテーションのアドバイスを受け、間接ケアを意識してヘルパーやケアマネジャーと情報交換したり、ヘルパーに依頼したいことを具体的に指示したり、対応方法について助言したりしたということであった。

リスピダールが中止になっており、身体の動きがいくらか改善されたように見えるということで、薬物副作用があった可能性が示唆され、アセスメントの重要性を再認識した。これまでの経過から家族への介入も少しずつ行なえたことで、Aさんの今後について、キーパーソンである長男の自己決定をサポートでき、1月中旬に施設入所の方向で話が進んでいるという事であった。施設入所までの間、訪問看護が実施できるかどうかは不明であるが、直接ケアと間接ケアをうまく使いながら、入所まで今のケアを継続し、事故等が無いように入所の日を迎えるといい事を伝える。

次に、今回のコンサルテーションの全体のまとめを行なう。コンサルテーション依頼の経緯からはじまり、ケースの変化と毎回のコンサルテーションの要約をコンサルティと振り返る。そして、このコンサルテーションを通してコンサルティが気づいたこと、学んだ事、感想などを共有する。

コンサルティの気づきとして、以下が挙げられた。

- a. とても新鮮だった。目からうろこだった。これまで精神科看護の経験があり、訪問しても分かっていたようで漠然とやっていたケアが明確になった。
- b. 今回のケースは急性期で変化があったため、いい時期にコンサルテーションを受けることができた。
- c. 状況の整理ができたし、関わるポイントが分かって、それが行動レベルでも実施できる事ができた。
- d. 以前に比べ、収集する情報量が増えた。アセスメントもできた。
- e. 今回は「いいところ・健康的な面に焦点をおいてアプローチをする」ということまでできなかつたが、とても学びになった。他の利用者さんの訪問に生かせると思った。

## ②コンサルテーションの要約

今回のコンサルテーションは最終回という事で、フォローアップ（状況確認のレベル）と、これまでのコンサルテーションのまとめを行なった。

フォローアップでは、前回のコンサルテーションのアドバイスを受け、間接ケアを意識してヘルパーやケアマネジャーと情報交換したり、ヘルパーに依頼したいことを具体的に指示したり、対応方法について助言したりしたということであった。これまでの経過から家族への介入も少しずつ行なえたことで、Aさんの今後について、キーパーソンである長男の自己決定をサポートできた。

施設入所が決まり、入所までの間、訪問看護が実施できるかどうかは不明であるが、直接ケアと間接ケアをうまく使いながら、入所まで今のケアを継続し、事故等が無いように入所の日を迎

えられるといい事を伝える。

コンサルテーションの全体のまとめでは、毎回のコンサルテーションの要約をコンサルティと振り返る。そして、このコンサルテーションを通してコンサルティが気づいたこと、学んだ事、感想などを共有した。

コンサルティの気づきとして、以下が挙げられた。

- a. とても新鮮だった。目からうろこだった。これまで精神科看護の経験があり、訪問しても分かっていたようで漠然とやっていたケアが明確になった。
- b. 今回のケースは急性期で変化があったため、いい時期にコンサルテーションを受けることができた。
- c. 状況の整理ができたし、関わるポイントが分かって、それが行動レベルでも実施できる事ができた。
- d. 以前に比べ、収集する情報量が増えた。アセスメントもできた。
- e. 今回は「いいところ・健康的な面に焦点をおいてアプローチをする」ということまでできなかつたが、とても学びになった。他の利用者さんの訪問に生かせると思った。

### ③コンサルテーションの成果

コンサルテーションの終了を、望ましい形で行うことができたと思う。ケース自体も大きなトラブルや遺恨を残すことなく施設入所となり、コンサルティ自身も、これまでの訪問看護の関わりに満足していると思われる。

ケースとしては急性期ということで、動きのあるケースに、タイムリーに関わることができ、コンサルティ自身の成長が見られたことも成果であると考える。

#### <コンサルティの記録>

##### (1) コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

施設入所が決定した。介入時間が少なく、必要な援助ができなかつた。

##### (2) コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

まずは、入所まで事故のないように見守るようにする。引き続き、観察を続け、現状を継続できるようにしていくことが必要。本来であれば、訪問看護師が担うべき場面も、困難であればその時タイムリーに動ける職種を動かしていくことで必要なケアを充足させていくこともまた訪問看護師の役割として意味があるのではないか。薬の効果についてのアセスメントは今後も必要。今回は本人のおしゃれをしたいという気持ちについてあまり介入できなかつたが、持てる力についての視点を持っていれば次に生かせるため、無駄ではない。できていることのサポート・強化をしていくことが、その人らしく生きていくこと、障害をカバーしていくこと、生活レベルの向上につながる。今回は、この結果(施設入所)が良かったのだと思う。

##### (3) コンサルテーション後に実施した患者への援助

コンサルテーション後、訪問機会なし。

ヘルパーから情報を得、リスピダール中止して少しずつ動けるようになっている様子。頻尿あり、30分おき位でトイレ介助を呼び、来ないと自分でやろうとしてベッドから転落することもあった。ベッド下に布団を敷き、転落しても怪我をしないように準備。ベッド柵で転落を防止したが、本人はベッド柵、布団とも、自分の動きを阻害するものであるため撤去して欲しいと叫ぶと

のこと。ヘルパーには安全確保のため、そのままにし、転落しないように目を配るよう依頼した。  
1/O入所決定のため、サマリーにて入所先（老健）に情報提供。

#### (4) コンサルテーションの成果

事故防止、多職種協同の視点が他職種のスタッフにも広がったのではないかと思われる。SSも落ち着いて利用でき、長男の気持ちも施設スタッフに任せるという方向に向けることができ、施設入所につなげることができたと思う。

#### c. コンサルテーション実践のまとめ

コンサルテーション実施期間：平成19年10月25日～平成20年1月9日（総時間数4時間30分）

当該患者に対するコンサルテーションの総回数：4回

主たるコンサルテーション実施場所：協力事業所の一室

コンサルテーション方法：直接面談4回（4時間00分）・その他（デイ見学）1回（30分）

##### ①相談者（訪問看護師）の困っていたこと

これまで安定した経過観察程度に1回/2週、30分の訪問看護であった方。ショートステイ利用中に転倒・腰椎圧迫骨折となる。保存的に在宅で経過観察していたが、疼痛が著しく、今までの生活リズムが保てなくなり、混乱、不穏が出現した。精神科緊急受診するが、入院の必要性を示唆されながらも、薬の処方のみで帰宅。在宅では見切れなくなってきたため、ケアマネージャーと相談してショートステイ利用を増やすなど対応している状況である。他にいい方法はあれば知りたい。

##### ②コンサルテーションの目的・目標

コンサルタントには、コンサルティは、【自分たちの提供するケアの方法はこれでいいのか、他にどのような介入方法があるか】という自分たちが抱えている問題が何かについてすでに明確であり、ある程度の問題解決能力を持ち合わせていると思われた。そのため、このケースの状況に合わせた適切なケア方法・計画立案のサポートが今回のコンサルテーションにおける目標と期待する結果であると考えられた。コンサルテーションのモデルは、患者中心の事例のコンサルテーションで、コンサルテーションのタイプは、課題適応型コンサルテーションであると考える。

##### ③行った助言や援助

第1回目：初回のコンサルテーションであった。相談内容に沿ってケースに関して情報収集をしながら、問題の明確化を行なった。同時に、コンサルティの考えている事、抱えている困難感などを聞きながら情報の整理を行った。焦点となっている問題は、急性期に傾いたケースに関するタイムリーで適切な看護ケア方法についてであり、ここで目標と期待される結果は、「ケース（Aさん）の状況に合わせた適切な看護ケア方法・計画立案のサポート」であると考えられた。そこで、具体策として、①アセスメントの強化、②訪問看護回数を増やす、③精神科受診準備を行う、の3点を提示した。

第2回目：ケースは、コンサルティの意識ある関わりによって、入院治療が導入され、危機介入（危機回避）が出来ていた。しかし、退院後も継続して不安定な状況であることに変わりはなかった。D.CでのAさんの様子を観察しながら、訪問しているヘルパーからも情報収集しながら、同時にヘルパーへの指導、助言も行なった。提示した具体策は、①訪問看護回数の検討（D.

Cでも構わないが、医療の目が頻回にはいるように)、②ヘルパーを通して、観察ポイントを伝える。情報収集する、③自尊心や持っている力をサポートする(オムツからリハビリパンツへ)、④継続して、身体面・痛み・精神症状・服薬状況・夜間睡眠状況・ADLのアセスメント、家族の状況の把握(アセスメントには、スケールの使用も有効である)、⑤企死念慮への対応方法、⑥施設入所の準備

第3回目：今回からコンサルテーションはフォローアップ(状況確認のレベル)として進めた。Aさんの状況は一進一退で、在宅でのケア継続は困難な状況になっていた。ショート利用や訪問介護利用が中心となり、可能な介護保険枠では、訪問看護は1回のみの実施にとどまっていた。今後も同様のことが予測され、訪問看護による直接ケアが提供できない。

しかし、訪問看護が終了となっていないことをふまえ、訪問看護は間接ケアとしての「ケアマネジメント」も看護の大きな役割であると伝えた。介護保険利用のため、ケアマネジャーを中心となって行うべきものであろうがAさんの置かれている状況に直接ケアができないのであれば、Aさんに関わっている人々の中で、誰に、どのようにアプローチすればAさんの状況は改善されるのか、その力動を検討し、アクションを起こすこともできるのではないかと投げかけた。提示した具体策は、①身体的・精神的・生活全般のアセスメントの継続、②長男のサポート、高齢者虐待リスクが高いことを覚えておくこと、③ケアマネジャーを中心とした関係各位との連携、④サービス内容の調整、⑤ケア会議の重要性(家族を含めて)、⑥身体的ケアを直接できなくても置かれている環境を整えることで心身への影響を整える(ナイチンゲールの理論を参考に)、⑦できているところ、残っている能力に着目したかわり(おしゃれなど)

第4回目：最終回であった。引き続き、フォローアップ(状況確認のレベル)と、これまでのコンサルテーションのまとめを行なった。訪問看護は2回のみ実施され、ショートステイやD.C、訪問介護を中心とした利用が多かったが、コンサルテーションのアドバイスを受け、間接ケアを意識してヘルパーとケアマネジャーと情報交換したり、ヘルパーに依頼したいことを具体的に指示したり、対応方法について助言したりしたということであった。これまでの経過から家族への介入も少しずつ行なえたことで、ケースの今後について、キーパーソンである長男の自己決定をサポートでき、1月中旬に施設入所の方向で話が進んでいるという事であった。

今回のコンサルテーションの全体のまとめでは、コンサルテーション依頼の経緯から始まり、ケースの変化と毎回のコンサルテーションの要約をコンサルティと振り返る。そして、このコンサルテーションを通してコンサルティが気づいたこと、学んだ事、感想などを共有した。

④コンサルタントが助言や援助を行ううえで困難だったこと  
特になし。

⑤相談者がコンサルテーションでの助言を実践・継続するうえで難しかったこと  
直接確認していないため不明。

⑥コンサルテーションで得られた成果(目標達成度を含む)  
コンサルテーションの終了を、望ましい形で行うことができたと思う。ケース自体も大きなトラブルや遺恨を残すことなく施設入所となり、コンサルティ自身も、これまでの訪問看護の関わりに満足していると思われる。

ケースとしては急性期ということで、動きのあるケースに、タイムリーに関わることができ、コンサルティ自身の成長が見られたことも成果であると考える。

精神科経験者という事で、問題解決能力は高く、コンサルテーションも後半はフォローアップ（状況確認のレベル）として行なった。そのため、より的確で専門性のある内容のケアの方法論を話し合うことが出来たし、コンサルティも反応が良かった。フォローアップの段階でも、コンサルテーションは学びがあり、有効であると感じた。

さらに、訪問看護が殆ど訪問できていない状況においても、看護として出来る事があることをコンサルティに伝える事ができたと思う。訪問看護は、地域を対象としていること、訪問だけが看護業務ではないことを提示できたことは、看護の幅が広がり、包括的に対象者を捉えること、連携、マネジメントの重要性を共有する事ができた。

今回は、コンサルタントとコンサルティとの関係性がすでに出来ており、信頼関係もあったため、コンサルテーション導入がスムーズであった。コンサルタントとコンサルティの関係性もコンサルテーションの成果に影響すると考えられた。

今後の課題としては、コンサルティに問題解決能力が高い場合、出来てしまうがゆえに、コンサルテーションの必要性や重要性に意識が向かない可能性がある。コンサルテーションに対する教育・情報提供などが必要になってくると思われる。

### （3） レインボウひこね（滋賀県）

#### 1) 主事業所の特徴

当ステーションの母体である（財）豊郷病院は1925年の創立で、滋賀県下でも総合病院として歴史が古い。郷土愛と博愛の設立精神に基づき、地域医療の発展に力を注ぎ、338床の一般・精神・療養病棟を併せ持つ複合病院である。

“豊かな郷で心と体の健康を家族のように”を基本理念とし、近江盆地の湖東地域で、田園地帯を四方の山々に囲まれた、自然豊かな場所に立地している。1995年には県下初の認知症センターならびに認知症外来を開設し、さらに1996年に老人保健施設が開設した後、在宅支援グループが12事業もある病院に発展した。

1995年、現統括長が継続看護室を開設し、病院から退院した患者を外来から、継続訪問看護していた。当初、人工呼吸器や各種カテーテル管理などの医療依存度の高い退院患者を主に、主治医と同行や訪問看護をしていた。しかし、需要も少しずつ増え、地域医療の要の一つとして、1997年、訪問看護ステーションレインボウとよさと（グループホームへの訪問看護事業開始当時はレインボウとよさとからだったが、2005年12月、サテライトひこねから独立したために、レインボウひこねとする）を開設した。

もともと母体に精神科病棟があるため、主治医から継続看護室からの時代より精神の訪問看護は市町村の保健師・看護師と連携しながら、取り組んできた。訪問看護ステーションになってからは母体以外の病院・クリニックより依頼がくるようになった。

#### 2) 協力事業所の特徴

##### ア) 協力事業所 ID5

事業所の設立母体は、急性期と医療療養型精神科病棟がある急性期の総合病院である。関連施設は、老健、介護支援事業所、ヘルパー、認知症型 GH2カ所、デイサービス2カ所、在宅介護支援センター、認知症専門外来などもつ総合病院である。訪問看護ステーションは3カ所あり、平

成9年にAステーション、平成11年に当ステーション、平成17年Bステーション（内2カ所居宅介護支援センターあり）がある。近隣管内初めての民間の訪問看護ステーションであり、新聞や周囲からの応援がある。特に当ステーションは、田園地帯で高齢者の利用者が多く、要介護度の高いケース多い。開業医からとケアマネジャーからの依頼が多い。周囲に精神科病棟をもつ病院がないため、北は総合病院（ここは精神科病棟ありながら併設型の訪問看護ステーションは精神障害者の依頼は拒否している）からも依頼ある。当ステーションは居宅介護支援センターを併設しているので、ケアマネジャー業務も多い。他職種に、歯科衛生士がケアマネジャーに在籍し、周囲のデイサービスに口腔指導など行っている。開放されたステーションである。

#### イ) 協力事業所 ID6

平成7年4月1日に県内8番目の訪問看護ステーションとして開設。平成12年4月1日介護保険制定と同時に、利用者数が100名に近づき市長の提案もあり2ヶ所に分割された。同時に3番目の訪問看護ステーションを別地域に設立。平成15年、16年にかけ3箇所とも居宅介護支援事業所を併設した。平成17年から18年にかけサービス実施エリア内で、次々と市町合併が行われた。住民も含め諸手続きや体制において混乱や迷いが生じた。この間に平成18年4月医療保険・介護保険同時改正が行われた。現在、介護保険対象者と医療保険対象者の利用比率は、7:3の状況である。事業所が所在する医療圏には、訪問看護ステーション7ヶ所、診療所併設訪問看護ステーションが1ヶ所あり、精神看護特化訪問看護ステーションは1ヶ所のみである。

訪問看護は在宅での健康生活への支援事業であり、終末期であっても、悪性疾患であっても、難病であっても、精神的ダメージなどどのような状態であっても“家で過ごしたい”“住み慣れた場所で過ごしたい”との気持ちがあれば、その思いを尊重し看護上できる支援を行うスタンスで事業展開している。併設医療機関を持たないので、特別な関係は無く幅広く医療機関との連携を図っている。特に地域医師会とのつながりが深い。しかしながら医師会の医師も高齢化が進んでいることや、医師会そのものの連携が十分ではなく、在宅支援診療所は無いに等しい。精神疾患者に対する訪問看護は年間1~2例で、殆どが高齢者である。

#### ウ) 協力事業所 ID7

市町村設立の訪問看護ステーションで訪問看護を経験した看護師が8人で独立し、平成19年6月1日NPO法人の訪問看護ステーションをつくった。市町村設立のときから24時間計画訪問可能な体制をしいており、現在も7:30~23:00の訪問は可能な体制を整えている。居宅介護支援事業所と認知症専門デイサービスを併設している。

当ステーションが所在するC市は人口約10万の市で、3年前の市町村合併（5町合併）があった。高齢化率は20.1%（県平均18.4%）。C市D町に設立しているが、D町には3つの病院がある。そのうちの一つには訪問看護室があり、精神科訪問看護を行っている。

#### エ) 協力事業所 ID8

訪問看護ステーションの設立は平成7年4月、地元市町村からの要望あり事業を開始した。訪問看護実施地域は、合併により人口は11万となり、山や農村地帯もあり、面積は大きい。高齢化率も19%程度である。障害者施策は比較的整っているとの評価はあるが、在宅サービスは不足し、

訪問看護ステーション数も少ない。

### 3) コンサルテーション事例

ここでは、5事例のコンサルテーション実践の中から、2事例を選んで記述する。

#### ア) 事例3-②

##### a. 患者概要

性別	80歳代	主診断	統合失調症
年齢	女性	初発年齢	70歳代後半
婚姻状況	婚姻歴(死別)	その他の診断	高血圧症、高コレステロール血症、胃炎
病歴入院歴	夫と死別してから閑静な住宅地(山間部でやや交通に不便)で独り暮らしをしていた。親しくしていた近所の友人が転居して以来、日用品の買出しや近所の付き合いが無くなり不便で寂しい環境になってきた。そのため街中のマンションに転居し、一人暮らしをしていた。しばらくはウインドウショッピングなど都会の自由な生活を楽しんでいた。しかしやがて階上の家族がトントンと不快な音を立て自分に対して“嫌がらせをしている”と感じるようになり、「盗聴されている」と訴えるようになった。不快な音が増幅し、居ても立ってもいられなくなり、盛んに家族や親戚に電話をかけるようになった。不眠の状態で病院を受診し、「統合失調症」と診断された(現在はケアハウスに住んでいる)。		
入院経験	なし	最近の退院日	—
精神障害者保健福祉手帳等級	なし	生活保護の受給	なし
障害基礎年金等級	なし	身体障害の有無	なし
その他の基礎年金等級	なし	障害者自立支援法による障害認定	なし
精神症状評価	2. 精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、施設等の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。		
能力障害評価	2. 精神症状を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。		
生活障害評価	食事	1. 適定量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)	
	生活リズム	1. 一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 (*一般的には午前9時には起きていることが望まれる)	
	保清	2. 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等をある程度自主的に問題なく行っている。回数は少ないが、自室の掃除やかたづけをだしたい自主的におこなえる。	
	金銭管理	1. 1ヶ月程度のやりくりが自分でできる。また、大切な物を管理できる。	
	服薬管理	2. 薬の必要性は理解しているいないにかかわらず、時に飲み忘れることがあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)	

対人関係	2. 「あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で他者と大きなトラブルをおこさずに行動することができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。」が、だいたい自主的にできる。		
社会的適応を妨げる行動	3. この1ヶ月間に「周囲に恐怖や強い不安を与えたたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動」が何回かあった。		
総括欄	さし当たって日常生活で困ったことはないが、被害妄想による対人関係問題やセルフケア不足になる危険性がある。		
機能の全体的評価尺度 (GAF)	55 (中等度の症状、または社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害)		
居住形態	ケアハウス	外出の頻度	過去1ヶ月間に5~6回(買い物、銀行、郵便局など)
居住環境	病院までタクシーで10分	就労状況	就労していない
介護者の有無	介護あり(ケアハウスでは、食事は食堂、入浴は大浴場で施設管理下)	日中の活動場所	自室
生活状況	食事、入浴以外は自室で過ごす。ハウス内は他の部屋への出入りは禁じられている。		
訪問看護開始日	2007年6月	訪問看護の目的	—
導入間の看経護縫	介護保険要支援Iと認定され、介護保険(予防)サービスを導入する為担当のケアマネジャーとサービス内容を検討することになったが、本人は現状でサービス計画は求めない状況であった。しかし、家族としては本人の近隣に住んでいないので、「誰かが本人の状況を見て欲しい」「本人が頼れる人がいて欲しい」とサービス導入を希望していた。また、施設側からは「施設職員は特別の理由や本人の了解が無ければ居室に入室できないため、本人が(入室を)納得した人が入室できる看護師の訪問を希望したい」とのことだった。 娘の説得により①訪問看護師が健康管理と不安事の相談、②不慣れな環境に慣れるまでの病院受診介助を目的として訪問介護サービスを利用される事となった。しかし病院受診の介助については、本人に不要と言われ(タクシーを利用して1人で問題なく受診できる)、訪問介護サービスは終了した。本人の居室へ入室できるのは、訪問看護師のみとなつた。		
訪問頻度	1回/2週(最近一ヶ月の総訪問回数 2回)	訪問先	ケアハウス
訪問滞在時間	30~40分	同行訪問者	なし
訪問手段	車で〇分		
訪問時に行っている援助	主たる援助	4. 精神症状の悪化や増悪を防ぐ	
	その他の援助	5. 身体症状の発症や進行を防ぐ 3. 家族関係の調整	

訪問に対する本人や家族の期待	本人：幻聴から「盗聴されているので部屋では話せない」。気分転換に外出を希望。特に友達もなく、喫茶店などへの同伴を希望する。 家族：ケアハウスの中で閉じこもった暮らしをしていて、気分の発散が図れない環境になってしまっているのが心配（ケアハウスの方針で、幻聴と盗聴の感覚を隣人やハウス内で話すことができないため）。
訪問時の援助	服薬管理、身体状況を確認（血圧・体重）、不快症状の聴取。
その他のサービスの利用状況	なし
近隣住民や親戚、民生委員からのインフォーマルなサポート	なし
保健師の訪問	なし
サービス利用状況	
月	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 時
火	
水	訪問看護
木	
金	
土	
日	

### b. コンサルテーションについて

#### ①コンサルテーションの経過

第1回	2007年 9月〇日 協力事業所にて直接面談
参加者	コンサルテーション実施者： 看護師 1名（精神科経験臨床年数 0年） コンサルティ： 看護師 1名（精神科経験臨床年数 0年）
コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設に入所中で、被害妄想の出現している利用者への関わりについて           <ul style="list-style-type: none"> <li>：施設職員も訪問看護師も、転居前の生活歴など本人に関する情報を十分に把握していないので、どのように関わったらよいのかわからない。</li> </ul> </li> <li>・本ケースへの訪問看護導入について           <ul style="list-style-type: none"> <li>：本人が利用料を払って訪問看護を導入することに同意しない。</li> <li>：服薬確認が、詮索や点検にならないように行なうことが難しい。</li> </ul> </li> <li>・主治医との連携について           <ul style="list-style-type: none"> <li>：本人、訪問看護ステーションとともに主治医と関係をもつていなかったので、相談しにくい。</li> </ul> </li> <li>・精神科訪問看護について           <ul style="list-style-type: none"> <li>：精神疾患が主疾患になるケースは少なく体験が不足しているため、訪問看護のアセスメントに自信が持てない。</li> </ul> </li> </ul>	

：訪問看護師が関わった結果、本人が混乱のない生活を送れるのなら、訪問看護師のかかわりをカウンセリングと評価しても良いか？

#### コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

- ・幻覚妄想状態にあるので治療が必要。まず。主治医と連絡をとり、治療法の検討が必要。

#### コンサルテーション後に実施した援助

- ・焦らずに、時間をかけて本人との良い関係を築くよう方針を立て、約束を守った訪問を続けた。
- ・利用者と訪問看護師で訪問前に約束をし、それを守るようにした。

#### 成果

- ・まだわからない。

第2回	2007年 12月〇日 電話にて実施
参加者	コンサルテーション実施者： 看護師 1名（精神科経験臨床年数 0年） コンサルティ： 看護師 1名（精神科経験臨床年数 0年）
コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄	
・入所施設での生活は落ち着いているが、日常的には不快音やひそひそ話は継続しており、被害妄想は継続。訪問看護師には被害妄想のことも含めて、安心して話ができる。他の支援者に対しては警戒心が強く、妄想に触れる話題については話をしていない。（時には「鳩の屍骸を放り込まれた」などと話す。訪問時に看護師がこの件について話題を振っても、内容について話すことが出来る。しかし「他には誰にも話していない」と言われ、警戒心が強い。）病識はなく、主治医にも「話していない」と、未だ気持ちを許して何でも話せる医師と患者の関係になりきれていないようだ。 「一旦順調で問題は無い」と考えられ、訪問を中止する方向で検討していたが、本人は“話せる相手”として、訪問を希望している。自立、依存、安心について、どのように評価すればよいのか？ 一旦訪問を終了したが、たまたま訪問する機会を得て居室を訪れたところ、内服薬の自己管理がぞんざいになっているのを見かけた。この事について本人も一部了解し、「言われことは聞く、指導に応じる」と言う姿勢が伺えた。ご本人の生活が安定的に経過することが大切な役割かと考えている。	

#### コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

- ・一旦期間をおいたことがお互いの必要性を理解するきっかけとなりよかつたのではないか。服薬の自己管理ができてなかつたことが訪問介入のきっかけとなり、結果として信頼関係ができたと考えられる。
- ・信頼関係ができれば、訪問の間隔が開いても大丈夫。看護師が支援をして、本人が何かできたら、オーバーなくらいに喜ぶ。
- ・服薬を重荷と感じさせず、服薬の効果ができるような言葉かけを心がけてみて。（私たちもよく、「やっぱり薬飲んでいると楽でしょう？ 気持ちが！」とその気にさせるテクニックを使います。服薬することを大層に感じさせなく、（重圧感）通常に誰でも飲んでいると楽にさせて下さい。わたしもコレステロールの薬飲んでますから。）
- ・リラックスした関係から、安心が生まれ、それが自立につながる。自信が持てれば、依存しなくなる。時間がかかるので、日誌を見ながら二人で昨年の今頃はどうだった、などとふり返ってみてはどうか。あせらず、相談者自身らしい対応を。（でも時間が必要です。年単位です。季節感をふるに活用し、去年の夏はどうだった、とか、二人で歴史を振り返ってください。私たちは、日誌を置くようにしていますから、お互いに確認できます。指導する関係より、問題を共有していくほうが、達成感ができます。あせらず、ゆっくりと、落ち着いた対応をしてください。）
- ・幻聴や妄想の内容にはあまり入りこまず、現実に戻るようなコミュニケーションを心がけるように。

#### コンサルテーション後に実施した援助

- ・本人への介入より、行政の保健師や主治医とのネットワーク作りに専念した。

#### 成果

- ・訪問看護師と本人だけの関係には限界を感じ、関連職種のアドバイスを求めた。訪問看護師に心の余裕ができ、本人ともいい関係を保てるようになった。

第3回	2007年 1月〇日 メールにて実施
参加者	コンサルテーション実施者： 看護師 1名 コンサルティ： 看護師 1名（精神科経験臨床年数 0年）
コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄	
・月1回の訪問でも意味があるのか。	
コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助	
・異なる訪問回数にはそれぞれ意味があるので、何回訪問するにしてもその根拠を理解して訪問しなくてはならない。また、本人が受診・服薬できいても、本人にとっての安心感、リスク管理・回避のためにも、訪問の意義がある。	
コンサルテーション後に実施した援助	
・定期訪問の必要性、重要性を感じ、意味付けられるようになった。	
成果	
・科学的にアセスメントできる能力が養われた。	

## ②コンサルティによるコンサルテーション実践に関する情報（統合版）

<b>対象患者のコンサルテーションを行うことになった経緯</b>
本協力事業所スタッフから、精神障害者への訪問看護については経験がなく大変だと聞いていたので、コンサルテーションへの参加を呼びかけた。コンサルテーションで検討したケースは被害妄想などあるもののはば自立して生活していたので、あまり具体的な助言はできなかつた。
<b>コンサルテーションで話し合われた事柄</b>
主治医のいる病院とのネットワークづくりを行った。STだけでなく、行政や病院も本ケースに関わる責任があると感じ、連携を図るようにアドバイスした。地域保健活動について、行政の理解を促すようにアドバイスした。
<b>実際のコンサルテーション介入の方法</b>
遠方のため、直接面談は1回のみ。その他、精神障害者への対応などについては、妄想への対応技術などに関する雑誌の記事や教本を送った。
<b>コンサルテーションの要約</b>
連携の図り方に重点を置いてアドバイスした。また、訪問看護師が抱いている「とまどい」については、精神障害者への訪問看護技術マニュアルなどを読んで基礎的な援助法を知ってもらうことで解決を図った。
<b>コンサルテーションの成果</b>
効果がわかりにくいケースだった。訪問看護師が抱え込まないでネットワークを利用したこと、主治医のいる病院の窓口との連携が成立したことが成果であった。

### c. コンサルテーション実践のまとめ

コンサルテーション実施期間：平成19年9月22日～1月31日（総時間数1時間30分）

当該患者に対するコンサルテーションの総回数：2回

主たるコンサルテーション実施場所：協力事業所、メール

コンサルテーション方法：直接面談1回（1時間）・・その他（メール）1回（時間30分）

#### ①相談者（訪問看護師）の困っていたこと

主疾患での精神疾患への訪問が初めてであることへの緊張感や戸惑いが見られた。

最初の介入時点でのこだわりが強く、生活歴の情報も少なかったことも影響して体験のない不安が強かった印象。

#### ②コンサルテーションの目的・目標

精神疾患への理解と学習。STだけで抱えず、ネットワークを活用し、地域で支援するという姿勢を持つ。

#### ③行った助言や援助

あまり、がんばらず、些細なことでもコンサルしてほしい。抱え込まない。Nsだけで判断しない。

#### ④コンサルタントが助言や援助を行う上で困難だったこと

訪問回数が月一回とすくなく、情報がとりにくく、援助できる回数が少なかつた。

⑤相談者がコンサルテーションでの助言を実践・継続するうえで難しかったこと

やはり、遠方なので、メールではディスカッションもできにくく、事例のイメージがつかみにくいので、訪問回数が少ない事例はやはり、直接面談のほうが効果が大きい。

⑥コンサルテーションで得られた成果（目標達成度を含む）

学習にと幻聴や妄想への対応のマニュアルを示したことや、Ns自身の精神疾患のとらえ方を楽にできること。

⑦今後の課題等

精神科病棟勤務経験がないNs同士が学習や体験を頼りにしているので、精神疾患をもつ利用者への対応マニュアルが必要と思った。これには、病棟経験者らともっと研修の場を企画したりする努力が必要と感じた。それは、お互いに必要で、生活を中心の看護と治療中心の看護とは基本的に異なるので、もっと、お互いにスキルアップが必要。当STに病棟Nsが週一回応援に来てもらっているが、目からウロコと言っている。病棟での指導が全く意味がないこともあり、地域での生活を見ると病棟での目標が理解できるようになったと言っている。

イ) 事例3-⑤

a. 患者概要

性別	20歳代	主診断	統合失調症
年齢	男性	初発年齢	10歳代
婚姻状況	未婚	その他の診断	なし
病歴・入院歴	【初発時のエピソード】 小学校5年までは学校に通うが、6年から引きこもりがちとなり、中学校から不登校。 【病歴・入院歴等】 2005年春から「何かにとりつかれている」と訴え、大声でわめいたり、壁をたたいたりした。また取りつかれているものを追い出すために香辛料や腐ったものなどを食べていた。さらに、刃物をふりまわしながら「やらされているんだ」と言うこともあった。2007年5月、自宅で興奮状態を呈したため、家族が警察に電話し、保健所に通報。緊急措置入院となる。試験外泊を数回行い、作業所にも通えるようになり同年10月に退院となる。		
	入院経験 あり（これまで1回） 過去2年間の精神科入院歴：あり	最近の退院日 2007年11月〇日	
精神障害者保健福祉手帳等級		申請予定	生活保護の受給 なし
障害基礎年金等級		申請予定	身体障害の有無 なし
その他の基礎年金等級		—	障害者自立支援法による障害認定 申請中(区分2)
精神症状評価 3. 精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることがある。			
能力障害評価 2. 精神症状を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。			

生活障害評価	食事	3. 時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。		
	生活リズム	2. 時に寝過ごすことがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあつてもすぐに元に戻る。		
	保清	2. 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等をある程度自主的に問題なく行っている。回数は少ないが、自室の掃除やかたづけをだいたい自主的におこなえる。		
	金銭管理			
	服薬管理	2. 薬の必要性を理解しているいないにかかわらず、時に飲み忘れることがあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)		
	対人関係	3. だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。		
	社会的適応を妨げる行動	2. この1ヶ月に、「周囲に恐怖や強い不安を与えた、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動」は見られなかつたが、それ以前にはあつた。		
総括欄		家族5人暮らし。定職に就いている家族はいらず、母親もパート勤めを現在辞めている。症状出現時も、靈視があると思い、病気であることの認識が家族にも乏しかつた。 本人は、過剰に適応しようと頑張りすぎる傾向にあり、引きこもりが長いため、社会性に乏しく、人とのかかわりの仕方がわからず、緊張感も強い。聴覚の情報処理能力に問題があり、視覚に訴えるような指導が必要。思いつきで行動する時がある。服薬の影響で過食となり、肥満傾向。		
機能の全体的評価尺度(GAF)		45(重大な症状、または社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害)		
居住形態	自宅 (同居者: 5人暮らし)	外出の頻度	週2回程度	
居住環境	1戸建て 病院までは車で25分	就労状況	作業所	
介護者の有無	介護あり	日中の活動場所	自宅、作業所	
生活状況	週2回は半日作業所に通う。受診は週1回。			
訪問看護開始日	2007年11月〇日	訪問看護の目的	服薬を守る、病状の安定を保つ。	
導訪入間の看経護縛	服薬管理。病状を見てほしいと家族の希望あり。 市の福祉課から連絡あり、A病院の相談員からも依頼あり。			
訪問頻度	1回/週 (最近1ヶ月の総訪問回数 2回)		訪問先	自宅
訪問滞在時間	75分		同行訪問者	なし
訪問手段	車で〇分			

訪問時に行つて行う援助	主たる援助	5. 身体症状の発症や進行を防ぐ
	その他の援助	2. 対人関係の維持、3. 家族関係の調整 4. 精神症状の悪化や増悪を防ぐ
訪問に対する本人や家族の期待	—	
訪問時の援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神状態、毎日の生活状態について聞く。(睡眠状態、食事の摂取や家事、入浴の状況等)</li> <li>・薬箱と一緒に内服薬をセットする。飲み忘れないか等 確認。日付け記入し、1週間セット。</li> <li>・爪処置。</li> </ul>	
その他のサービスの利用状況	<p>作業所(2回/週) ホームヘルプ(1回/週)</p>	
近隣住民や親戚、民生委員からのインフォーマルなサポート	なし	
保健師の訪問	なし	
サービス利用状況		
月	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 時	
火	受診	
水	作業所	
木		訪問看護
金	作業所	
土		
日		

## b. コンサルテーションについて

### ①コンサルテーションの経過

第1回	2007年 11月〇日 研修会場にて直接面談
参加者	コンサルテーション実施者： 看護師 2名(精神科経験臨床年数 0年と2年) コンサルティ： 看護師 1名 (精神科経験臨床年数 0年)
コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険での老人の利用者が多いケースのなかで、精神疾患もった若い男性というだけで不安がつきまとう。また斧を振り回すなどの退院前の情報を聞いていたので、強烈なイメージがあるので、どう対応していいかわからないので、この事例について初回訪問時へのアドバイスを聞きたい。</li> </ul>	

#### コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

- ・退院前に、担当訪問看護師と本人が面識を持ち、大事に関係を育てていくことが必要。安心して話せる雰囲気作りを心がけること。
- ・Ns側が勢いづいて訪問すると拒否されることが多いので、安心してはなせる雰囲気づくりを心がける。
- ・犯罪意識をもつことのないように人権を尊重するこころがけをすること。意識せずに、淡々と訪問看護の必要性を説明する。その際に、医師からの指示であることを伝えると受け入れてくれることが多い。

#### コンサルテーション後に実施した援助

- ・担当訪問看護師とステーション所長が、病棟に本人を訪問。アドバイスを受けていたため、心に余裕を持って落ち着いた対応をすることができた。また、本人の負担にならないような接し方を心がけた。
- ・母親との信頼関係づくりについて検討していくこととした。

#### 成果

- ・母親からステーションに相談の電話が入るなど、家族間の閉鎖的な雰囲気が開放されてきた。
- ・心にゆとりを持つことが、看護師自身の精神衛生に大変重要だとわかった。
- ・初回訪問時の印象が、その後の訪問活動にとって大切だと理解できた。

第2回	2007年 12月〇日 電話にて実施
参加者	コンサルテーション実施者： 看護師 1名(精神科経験臨床年数 0年) コンサルティ： 看護師 1名 (精神科経験臨床年数 0年)
コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄	

- ・12月中旬から幻聴あり、受診時に入院を希望したが入院するほど悪くないとDr。作業所で仕事を任せたことが負担と母。帰宅してから不安の訴えがあるが、作業所やDrには話さない。「将来が不安で死にたくなる」と。自分の中に秘めておかないで話すように助言し、書く事も勧める。
- ・12月〇日訪問時に「生肉を食べると幻聴がましになる」と摂取している。薬を吐くことがあります。幻聴あり、「自殺したくなる。包丁をもってどうしようかと考えたが、暫くして元に戻したほうが良いと考えた」と記録している。話の途中から息が荒くなる。
- ・生肉を食べるという行動や幻聴があり、受診時に充分に状況が主治医に伝えられていないことも考えられ、ケアワーカーに伝える。今後の対応について助言が欲しい。

### コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

#### ・幻聴への対応について（雑誌の記事を紹介）

：本人の幻聴に入り込まず、現実に戻すソフトな対応を心がける。幻聴の軽減などが見られたら、本人と看護師と一緒に喜ぶと信頼関係が増す。

（幻聴でうろうろしている当事者に「〇〇さん、訪問看護がきていますので、今、ちょっと静かにしてもらえませんか？聞いて下さい」というと、Nsの横にすわったりできます。ある人は母親がそっと身体をなでると余計に効果があると言わっています。とにかく、幻聴や妄想にはいりこむ会話はさけ、ソフトな対応で弱まる（なくなりはしません）方法をNsと試して下さい。また、現実に戻す方法もして下さい。さりげなく、ご飯はたべられる？とか夜ねられますか？など本人が答えられる簡単な質問をして、すこしでも、遠ざけてください。幻聴に「あっちへいけ！」や強い言葉で抵抗すると、余計に入り込むようです。幻聴や妄想を大きく問題にせず、会話や対応でかなり防げます。一度やってみて下さい。できたら、ふたりで喜ぶこと、「よかったです…。どこかへ行ってくれたよ…」等、Nsと共有することと思います。信頼関係がぐっとします。）

### コンサルテーション後に実施した援助

- ・幻聴への対応を実践。薬や作業所に関して、短時間ではあるが、本人と話すことができた。
- ・刃物などを用いて、危険なことはしないと本人に約束してもらった。
- ・安心できるような雰囲気作りを行った。

### 成果

- ・雑誌の記事を読み、幻聴のメカニズムや対応について理解を深めることができた。
- ・看護師がシンプルに関わることで相手も安定するのかもしれないと思った。
- ・支援方法の理解が深まった気がする。

### 第3回 2008年 1月〇日 メールにて実施

参加者 コンサルテーション実施者： 看護師 2名（精神科経験臨床年数 0年と2年）  
コンサルティ： 看護師 2名（精神科経験臨床年数 0年と5年）

### コンサルテーションで相談した事柄・困っていた事柄

- ・体調の変化への支援について  
：作業所に通っているが、イベントの催しを任せられることでしんどくなってきたと母親に話している。こういう、体調の変化にどう支援していくべきか？

### コンサルテーションで受けたアドバイスまたは援助

- ・疲労の蓄積を最小限にするための環境づくり。
- ・服薬を継続しながら休憩をとり、体調が回復したら通常の生活に戻るよう支援する。
- ・本人が母親に自分の状態を伝えることができる評価する。

### コンサルテーション後に実施した援助

- ・体調の変化について、作業所に連絡できるようにと母親にアドバイスをした。

## 成果

- ・本人の変化を把握できるように、普段から関係者とのネットワークを作つておくことが必要だと学んだ。
- ・幻聴の回数が軽減し、摂食行動の異常も軽減してきた。
- ・病院の相談室にも相談したが、その効果はまだ不明。

## ②コンサルティによるコンサルテーションに関する情報

### 対象患者のコンサルテーションを行うことになった経緯

精神科看護の経験が少ないため、アドバイスがほしいと協力事業所から依頼された。以前から看護協会研修などで、レインボウひこねが精神科訪問看護の利用者が多いと情報を得ていたというのが、依頼の背景。また連絡協議会の役員同士でもあり簡単に協力が得られた。若い男性の利用者は初めてだったので、訪問看護開始前に相談があった。

### コンサルテーションで話し合われた事柄

幻聴などの症状に対してのアドバイスをした。「精神疾患をもった若い利用者」に対して ST 側が戸惑っていたが、消極的にならないように「応援しているので、一緒に学習しながらやってみよう」と伝えた。

### 実際のコンサルテーション介入の方法

一緒に受けた研修の空き時間に情報を得た。その他、電話やメールで相談にのつた。幻聴への看護介入や精神科看護の本や雑誌などの学習教材も紹介した。

### コンサルテーションの要約

幻聴や妄想などへの対応方法、N s 自身が混乱せずに冷静で客観的な判断ができるような技術についてのアドバイスをした。

### コンサルテーションの成果

幻聴や妄想などにN s が巻き込まれずに、利用者との信頼関係を作ることができた。

幻聴や妄想への看護技術は精神領域に特異な技術で、精神科勤務の経験がないN s にとっては、基本的な知識や技術が不足していることが、コンサルタントとしてわかった。

## c. コンサルテーション実践のまとめ

コンサルテーション実施期間： 平成 19 年 11 月 11 日～平成 20 年 1 月 28 日（総時間数 1 時間 40 分）

当該患者に対するコンサルテーションの総回数：3 回

主たるコンサルテーション実施場所：協力訪問看護ステーション

コンサルテーション方法： 直接面談 1 回（1 時間）・電話相談 1 回（20 分）・その他（メール）  
1 回（20 分）

### ①相談者（訪問看護師）の困っていたこと

退院前からの情報でやや強烈なイメージであった、若い男性という未経験の精神疾患をもつた利用者への対応。

## ②コンサルテーションの目的・目標

今後、こういうケースが退院促進となるので、その対応方法へのアドバイス。

## ③行った助言や援助

コンサルティも一緒になって学習した。また、STの精神科病棟経験者からのアドバイスも参考にした。本や雑誌の利用。一般のSTにはないような参考書などの利用。

## ④コンサルタントが助言や援助を行う上で困難だったこと

時間がないこと。ゆっくりケースのことで検討する時間がなかった。

## ⑤相談者がコンサルテーションでの助言を実践・継続する上で難しかったこと

時間がない、すべて時間外で対応した。

## ⑥コンサルテーションで得られた成果（目標達成度を含む）

一緒に考えられたことは有意義。今後増えていく分野を、モデルを通じて実感できた。より強い仲間ができた。

## ⑦今後の課題等

コンサルは必要も場所も時間もない。報酬がつかない。地域へはまだまだ受け入れがむずかしい。STの努力で対応していくには、限界がある。早急に考えてほしい。

他の事例でも思ったが、関連職種や機関をもっと利用すればいいとおもった。地域でささえることはSTで抱えることではない。コーディネートする力、ネットワークづくりの弱さが見えた。

## （4）（財）正光会御荘病院：精神科病院を中心としたケアマネジメント事例

ここでは、（財）正光会御荘病院において行われた精神科訪問看護のケアマネジメントに対するコンサルテーションを、レトロスペクティブにまとめたものを示す。（財）正光会御荘病院は愛媛県宇和島市に位置し、地域精神保健活動を実践している精神科医療施設である。コンサルテーションをうけた機関は近隣にある医師会が開設主体とする訪問看護ステーションである。

### 1) 事例の概要・コンサルテーションを行うことになった経緯

A氏。男性。20才代後半頃よりアルコール多飲。飲酒して出勤、妻に対する暴力など頻回にあったが専門医療受診なし。平成18年12月他総合病院耳鼻科にて喉頭癌手術（喉頭全摘、気管切開）を受けた。退院後も飲酒を続け、幻覚妄想、易怒性などを認め、滅裂な内容のメモを書き続けたり、暴力・暴言の頻度も増え、永年面倒をみてきた妻も限界となり平成19年2月精神科（当院）初診した。身体的なかかりつけ医は地元外科医師が担うこととなり、その医師からコンサルティとなる訪問看護ステーションに訪問看護指示が出された。介護保険を申請し、サービスを利用しながら支援することになった。ケアマネジャーを通じて、精神症状等に関してコンサルテーションを行うことになった。幻覚妄想に対する薬物療法とその在宅看護上の留意点、精神運動興奮など緊急時の対応などに対し援助の必要性があった。また、ケアマネジャーに対しては精神症状に配慮したサービス選択などの援助が必要であった。

## 2) ケアマネジメント（コンサルテーション）の実際

1回目：平成19年4月〇日（電話） コンサルタント1名（Dr.）、コンサルティ1名（ケアマネジャー）

### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

ケアマネジャーよりサービスの選択について相談あり。診断・精神症状について説明した上で「現時点では本人の拒否もあり、サービスにはすぐつなげられない。訪問を重ね、体調や精神症状の把握、本人との信頼関係をとりつつサービスを検討していく必要性がある」と助言した。訪問介護、訪問看護、デイサービス、短期入所、通所リハなどが考えられた。

### ②コンサルテーションの要約

必要なサービスについて。

### ③コンサルテーションの成果

情報共有（診断・今後の方針など）。

2回目：4月〇日（電話） コンサルタント1名（Ns：臨床経験6年）、コンサルティ（ケアマネジャー）

### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

かかりつけ医より入浴時の気管切開の看護を目的として訪問看護の指示あり。精神科からは幻覚妄想、不眠に対しリスペリドン、クロルプロマジンの処方。ケアマネジャーからは処方により、精神運動興奮の減少を認め穏やかになってきた事とふらつき、嚥下困難などの目立った副作用がないことの報告があった。

### ②コンサルテーションの要約

情報共有。

### ③コンサルテーションの成果

主治医に対しての処方調整の為の情報提供が行われた。また、身体看護が主目的ではあるが訪問看護の指示が出されていることの情報共有がなされた。

3回目：5月〇日（電話） コンサルタント1名（Ns：臨床経験6年）、コンサルティ3名（Ns2名：臨床経験0年・2年、ケアマネジャー1名）

### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

訪問看護にて入浴時の看護を行うとのこと。ケアマネジャーを通じて精神症状、処方などの情報提供（訪問看護担当、ケアマネジャー、本人、妻でケア会議）。

### ②コンサルテーションの要約

情報共有。

### ③コンサルテーションの成果

精神科医師、Nsのコンサルテーションについて、訪問看護担当者に間接的に情報提供された。

4回目：6月〇日（電話） コンサルタント1名（Ns：臨床経験6年）、コンサルティ（ケアマネジャー）

### ①コンサルテーションで話し合われた事柄

1 週間ほど前から食事摂取量が徐々に低下。体力低下し起立もままならない。介護者である妻も混乱しどうすべきか判断できないと連絡あり。本人がかかりつけ医での点滴などを拒否して対応に苦慮している。当院受診前に情報提供あり。

②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

情報提供に基づき、診察時 Dr に対し本人の身体状況の把握、点滴などの必要性の情報提供。血液検査と点滴（毎日）の指示が出された。妻の話を十分に聞き、サポートを行った。

③コンサルテーションの成果

当面の方針の決定が出来た（本人、家族、ケアマネジャー、Dr、Ns が共有）。

5回目：7月〇日（電話）コンサルタント1名（Ns：臨床経験6年）、コンサルティ（ケアマネジャー）

①コンサルテーションで話し合われた事柄

前日、血圧低下などにより総合病院内科受診（それまでは妻、本人とも受診につながらず）。心エコーなど施行されるが明らかな異常なし。食事量が少ない状況が続いている。入浴時の訪問看護を本人は楽しみにしており、感情も安定しているとの情報あり。

②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

情報共有。

6回目：9月〇日（電話）コンサルタント1名（Ns：臨床経験6年）、コンサルティ（ケアマネジャー）

①コンサルテーションで話し合われた事柄

食事摂取が低下した状況が続き、かかりつけ医から入院を勧められ入院となったとのこと。

②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

情報共有。

7回目：9月〇日（電話）コンサルタント1名（Ns：臨床経験6年）、コンサルティ（ケアマネジャー）

①コンサルテーションで話し合われた事柄

かかりつけ医の医院には入院したもの、治療拒否や同室者への迷惑行為により翌日退院となった。しかしその翌日は深夜に「かかりつけ医の所へ行く。連れて行け」と不穏。かかりつけ医は入院中のトラブルもあり受診も家族にとって気まずい。どう対応すべきか？

②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

Dr と相談し、当院での入院受け入れの体制を整えた。また、精神科での入院を希望されない場合の不穏・精神運動興奮に対する薬物療法について Dr と相談の上、ケアマネジャーを通じて家族に伝達。結果、妻共に入院は希望されずリスペリドン液の内服により経過観察をすることになった。

③コンサルテーションの成果

Dr との連携により、緊急時の受け入れ体制の確立。不穏・精神運動興奮に対する薬物療法。結果、精神運動興奮はやや改善し緊急事態は回避できた。

8回目：10月〇日（電話） コンサルタント1名（Ns：臨床経験6年）、コンサルティ（ケアマネジャー）

①コンサルテーションで話し合われた事柄

一昨日より嘔吐が続き、総合病院受診。点滴、胃カメラ実施（咽頭に食物残渣。これにより嘔吐反射）。除去により落ち着いたと。精神症状は著変なし。

②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

情報共有。

9回目：10月〇日（電話） コンサルタント1名（Ns：臨床経験6年）、コンサルティ（ケアマネジャー）

①コンサルテーションで話し合われた事柄

介護者である妻が急性腰痛症で整形外科受診、入院となりそうとの連絡。本人は幻覚妄想などの症状もあり他老人施設や病院での受け入れが困難であり精神科入院が可能かとの相談。

②コンサルテーションの要約（相談された事柄・援助された事柄）

この数ヶ月の病院入院時、自宅での状況、精神症状、身体的な状況を主治医と共に十分把握していたため入院必要と速やかに判断、受け入れ調整をしてケアマネジャーに伝えた。ケアマネジャーから本人に説明、なんとか納得され任意入院となった。

③コンサルテーションの成果

通常からの密な情報共有と緊急時の連絡体制、また外来受診時の本人との関わりにより、比較的スムーズに緊急回避の為の入院受け入れを行うことができた。

### （5） コンサルテーション実践のまとめ

コンサルテーション実施期間：平成19年4月5日～10月10日（総時間数約1時間）

当該患者に対するコンサルテーションの総回数：9回

主たるコンサルテーション実施場所：御荘病院

コンサルテーション方法： 電話相談9回（1時間）、ただしインフォーマルな場面での直接相談は頻回にあり。

①相談者（ケアマネージャー・訪問看護師）の困っていたこと

精神症状の把握、精神運動興奮などに対する対処、緊急時の対応。

②コンサルテーションの目的・目標

日常より情報共有を十分に行い、主治医も含めチームで円滑に本人・家族を支援する。精神症状による緊急時の受け入れの確保。

③行った助言や援助

- ・ 日常の情報共有。

訪問看護ステーション ケアマネジャー 精神科訪問看護 精神科主治医

④コンサルタントが助言や援助を行ううえで困難だったこと

原因がはつきりしない（精神症状によるものか、身体症状に起因するのか）食欲低下が多く対処療法的な関わりが多くならざるを得なかった。

⑤相談者がコンサルテーションでの助言を実践・継続するうえで難しかったこと

⑥コンサルテーションで得られた成果（目標達成度を含む）

診断ができている範囲内での情報共有はタイムリーに、かつ十分にできたと思われる。また、家族に対するサポートも必要十分とは言えないがケアマネジャーからの情報をもとに行うことができた。緊急時（妻の急性腰痛症）の入院受け入れも比較的スムーズに調整できたのではないかと思われる。

#### ⑦今後の課題等

アルコール精神病の方で、飲酒も続いている精神症状が多彩で、その伝達が難しいと思われる。関わったケアマネジャーは精神科実務経験もあり、理解があったが、全く経験のない方だとすると情報共有に更に時間を要したと思われるし、頻回の同行訪問が不可欠であったと思われる。（他のケースで経験する）訪問看護ステーションに対してはケアマネジャーが精神科コンサルタントの役割を果たした結果、スムーズに支援が行えたのではないかと考えている。

全く精神科実務経験がない訪問看護ステーションへのコンサルテーションを考えると、まずは基礎知識（共通言語）の共有が不可欠であろう。特に典型的ではない精神疾患に関しては困難が予想される。

また、コンサルタント側も今回は身体科の経験があり、身体症状も併せて判断しながら助言をした。精神科看護の場合、身体看護については経験不足の場合が多く、更にコンサルトの頻度・時間共に必要であると思われる。

## IV. コンサルテーションで相談された事柄と援助内容

III. 5. (1) から (3) の主事業所で行われた 9 事例のコンサルテーションで相談された事柄と援助内容を図表 4-20 に、また、各事例の成果と課題を図表 4-21 に示した。

今回のコンサルテーションで相談された事柄は、精神状態・症状の把握と対応（1-①、3-①、3-②、3-④）、コミュニケーションのとり方（1-①、1-②）、家族への支援（1-①、3-③）、患者の要求をどこまで受け入れたらよいか（2-①）、薬物療法への支援（3-③）、社会資源の活用（2-②、3-①）、主治医との連携の取り方（3-③）、訪問の目標を何にしたらよいかわからない（1-②）、患者の支援（全般）をどのようにしたらよいかわからない（3-③、3-⑤）、であった（図表 4-22）。

コンサルテーションで援助された事柄については図表 4-23 に示した。患者の援助に関する内容として、援助方法の具体的提示が行われていた。その内容は、服薬確認（1-①）、症状の把握と対応（1-①、1-②、2-①、2-②、3-①、3-②）、コミュニケーションの方法（1-②、2-①、3-①、3-③）、家族への対応（1-①、2-①、2-②）、患者の健康な部分を伸ばす支援（2-②）、企死念慮への対応（2-②）であった。その他には、アセスメントや見立てを伝える（1-①、2-②）、精神疾患患者への基本的な態度や一般的な知識を伝える（1-①、1-②、3-⑤）、訪問看護の目標や支援の目的を方向付ける（3-①）、関係機関との連携・調整（1-①、1-②、2-①、2-②、3-①、3-②、3-③、3-④）、社会資源についての情報提供（2-①）、訪問看護導入の方法について伝える（2-①）、訪問看護の頻度を検討する（2-②）、訪問看護スタッフ間の関係をフォローする（2-①）という援助が行われていた。

相談者に対する援助の内容としては、相談者自身の問題の明確化（2-①、2-②）、相談者の感情

や思いを振り返る（2-①、2-②）、行われた援助を保証・支持する（1-②）というものがあった。1事例では、家族へのサポートという直接介入が行われた（1-①）。

コンサルテーションの目的・目標は、コンサルティが患者の状態を観察・把握できる（1-①）、コンサルティが援助内容に自信をもてる（1-①、1-②、2-①、2-②）、援助の具体的な方法がわかり実践できる（2-①、3-①、3-④、3-⑤）、精神疾患の理解ができる（3-②）、関係機関との連携ができる（3-②、3-③、3-④）であった（図表 4-24）。

コンサルテーションの成果としてコンサルタントが述べた事柄を図表 4-25 に示した。患者に関するものとしては、危機的状況を乗り越えて地域生活を維持している（1-①、3-①）という内容があった。相談者に関するものとしては、精神疾患について理解を深めることができた（3-②）、患者と関わることへの不安が軽減した（3-②）、患者との関係がよいものに変化した（1-②、2-①）、状況に巻き込まれずに事実を把握できるようになった（3-③）、援助に手ごたえを感じられるようになった（1-②、3-①）、家族に対応できるようになった（1-①、1-②）、主治医との調整役を担えるようになった（1-①、1-②）、関係機関との連携やマネージメントを考えられるようになった（2-①、2-②、3-③、3-④、3-⑤）、事業所全体で事例をサポートする体制ができた（1-②）、という内容が挙げられた。

コンサルタントが助言や援助を行ううえで困難だったこととしては、日程調整（1-①、1-②、3-①、3-③、3-⑤）が最も多く、援助を保証しても評価を受け入れるのが難しかった（1-②）、コンサルテーション場面に複数の人がいたため相談者を固定しにくかった（2-①）、1回ごとに完結する上で継続性を感じられにくかった（2-①）、訪問回数が少なく事例の情報がとりにくかった（3-②）、ということが挙げられた（図表 4-26）。

またコンサルタントが感じた相談者がコンサルテーションでの助言を実践・継続するうえで困難だったこと（図表 4-27）は、家族の問題を訪問看護のみで解決すること（1-①）、同伴外出についての事業所の方針がある（1-②）、再発警告サインの確認の実践（1-②）、相談時間の調整（3-①、3-⑤）、メールでの相談だと事例のイメージが難しくディスカッションがしづらい（3-②、3-③）、他機関の相談窓口の利用方法がわからず行政からの支援も少なかったこと（3-④）、であった。

今後コンサルテーションを行ううえでの課題としては、病院を含めた地域における支援ネットワークの連携強化（3-①、3-③、3-④）が最も多く、その他、コンサルテーションに関する教育や情報提供（2-②）、精神障害を持つ利用者への対応マニュアル（3-②）、精神障害者の看護に関する研修（3-②）、行政の相談業務の充実（3-③）、コンサルテーションを行うための場所・時間・資金の確保（3-⑤）が挙げられた（図表 4-28）。

図表 4-20 事例別にみるコンサルテーションで相談された事柄と援助された事柄

患者ID	協力事業所	主事業所	相談された事柄	援助された事柄
1-①	1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の精神状態、症状の把握のためどのようにコミュニケーションを取るべきか。</li> <li>・患者の示す言動、特に奇異な言動についてどう捉え、対応すべきか。</li> <li>・患者の言動に一喜一憂し、感情的な巻き込まれが強い両親をどのように支援していくべきか。</li> </ul>	<p>&lt;コンサルテーションの目的・目標&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コンサルティが患者の状態を正確に観察、把握できる</li> <li>・コンサルティが実施した援助内容について自信を持てる</li> <li>・コンサルティが両親の疑問や不安に対して助言ができ、両親の焦りや混乱を緩和できる。このことにより、患者が環境から受ける有害な刺激を低減する</li> </ul> <p>&lt;行った助言や援助&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーションツールとして服薬記録を用いることを提案した。再発の警告サイン、統合失調症患者への対応に関する一般的な配慮と服薬記録の資料を提供した。</li> <li>・患者の示す言動について訪問Nsが観察した情報を引き出しながら査定し、見立てを伝える。</li> <li>・両親への直接ケアをコンサルティが病院内で実施し、コンサルティと共に両親をサポートした。</li> <li>・コンサルティには患者・家族の病院での言動について、訪問看護STからの情報を主治医に伝達することで、関係者が患者の正確な状態把握をできるように調整した。</li> </ul>
1-②	2	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問を続けているが何を目標にしたら良いかわからない。訪問時には落ち着いていたが、急に入院になってしまうなど、訪問看護の意義が見出せない。</li> <li>・会話が表面的で訪問Nsの方から一方的に質問するようになってしまいがちである。</li> </ul>	<p>&lt;コンサルテーションの目的・目標&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者が良い状態を保つことが出来ているのに、訪問看護は重要な役割を果たしていると思われたため、コンサルティが自信を持ってサービスを提供でき、訪問看護の意義を見出せるように支援することを目標とした。</li> </ul> <p>&lt;行った助言や援助&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性の精神疾患を持つ患者への援助を行うにあたっての、基本的な態度や考え方に関する助言を行う。</li> <li>・行われた援助に対し保証する、本人の反応に関して解釈する。</li> <li>・服薬状況、症状の把握、会話の手がかりとなるツールを提供する。</li> <li>・主治医の患者に対する見立て、治療方針の確認を行う。</li> </ul>
2-①	3	2	初めの相談依頼は、毎日処置をし、訪問してくれないかという質問の対応への困難であったが、話す中で「Aさんとどのように関わっていけばいいか、要求を何処まで受け入れたらよいか」ということであった。	<p>1回目は①訪問導入する方法、②家族への対応、家族へのかかわり方、③巻き込みやすいAさんにに対する対応方法</p> <p>2回目①対応方法②スタッフ間のフォロー③コミュニケーションの機会を増やす④家族に対する関わりは継続する</p> <p>3回目①Aさんが自分の病状を意識し、コントロールあるいは、不調をうまく表現できること、スタッフ全員がAさんの病状の把握ができるようにスケール表を作成②Aさんの要求に対しての対処方法</p> <p>4回目①コンサルタント側から情報提供という形で、社会資源についてショートカレンスの施行②ケースの変化と毎回のコンサルテーションの経過をコンサルティと振り返る(どのように関わっていけばいいかという問題を振り下げていく事、C氏自身の感情や思いの振り返る)</p>
2-②	4	2	在宅では見切れなくなってきたため、ケアマネと相談してショートステイ利用を増やすなど対応している状況である。他にいい方法はあれば知りたい。	<p>1回目は、①問題の明確化②コンサルティの考えている事、抱えている困難感などを聞きながら情報の整理を行った。(具体的な内容は①アセスメントの強化、②訪問看護回数を増やす、③精神科受診準備)</p> <p>2回目は、①ディケアのヘルパーへの指導、助言②訪問看護回数の検討③自尊心や持っている力をサポートする④身体面・痛み・精神症状・服薬状況・夜間睡眠状況・ADLのアセスメント、家族の状況の把握(アセスメントには、スケールの使用も有効である)、⑤企死念慮への対応方法、⑥施設入所の準備</p> <p>3回目は、①身体的・精神的・生活全般のアセスメントの継続、②長男のサポート、高齢者虐待リスクが高いことを覚えておくこと、③ケアマネを中心とした関係各位との連携、④サービス内容の調整、⑤ケア会議の重要性(家族を含めて)、⑥身体的ケアを直接できなくても置かれている環境を整えることで心身への影響を整える(ナインゲールの理論を参考に)、⑦できているところ、残っている能力に着目したかわり(おしゃれなど)</p> <p>4回目は、これまでのこのコンサルテーションのまとめ(このコンサルテーションを通してコンサルティが気づいたこと、学んだ事、感想などを共有)</p>
3-①	5	3	・退院前の事例について、どのように支援すれば良いのか(「何をすればよいのか」)わからない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅でサービスを使いながら生活することを訪問看護の目標とし、症状の悪化予防、早期発見、再入院の予防を具体的な支援の目的と方向づけた。</li> <li>・具体的な支援策としては、「感情ノートをつける」、「利用者との接点を見出し信頼関係を築く」などを助言した。</li> </ul>
3-②	6	3	・利用者に関する生活歴などの情報が少なく、本人のこだわりが強いため、どのように関われば良いかわからず不安。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神疾患について理解することをコンサルテーションの目的とした。</li> <li>・看護師だけで抱え込んだり、判断せずに、些細なことでもコンサルテーションを受け、ネットワークを活用して支援するよう助言した。</li> </ul>
3-③	7	3	・他の疾患(パーキンソン病)が強く関連した療養上の問題(薬物療法の継続や身体機能の維持、症状のアセスメント、支援方法など)、介護を行っている妻への支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問時の看護師のアセスメント能力についての助言。</li> <li>・主治医との連携を強化し、看護師だけの判断で混乱を生じさせないように助言。</li> <li>・妄想状態への対応に関する助言。</li> </ul>
3-④	8	3	・陽性症状への対応方法、主治医との連携の取り方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係医療機関の窓口紹介、主治医との連携方法について助言</li> </ul>
3-⑤	8	3	・若い男性措置入院患者の退院後の支援方法について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病棟経験者からのアドバイス、本や雑誌などの参考図書を活用し、コンサルタントとコンサルティが共に学習した。</li> </ul>

図表 4-21 事例別にみるコンサルテーションの成果と課題

患者ID	協力事業所	主事業所	成果	課題
1-①	1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院まで身体拘束を必要とするほど衝動性のコントロールが困難な患者であったが、再入院が回避できている。</li> <li>・コンサルティが両親の信頼を獲得し、よいサポート役となっているだけでなく、患者への対応について適切に助言できることで、医師との関係を調整する役割も担えるようになっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医が交代となるため、コンサルティと主治医の関係構築を支援していく必要がある。</li> <li>・両親の過度の負担を緩和するため、本人が他の通所系の社会資源に適応できるよう支援していく必要がある。</li> <li>・両親のサポートと教育について。</li> </ul>
1-②	2	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所全体として本事例を積極的にサポートする体制ができ、コンサルティの負担が軽減した。</li> <li>・患者と訪問Nsの関係性がより治療的なものへと明らかに変化し、コンサルティが自らの援助に対して手ごたえを感じられるようになった。</li> <li>・コンサルティが患者個人への援助のみに焦点をあてるのではなく、母親や友人を含めた関係性を扱えるようになった。</li> <li>・コンサルティが主治医から直接情報を得たり、相談を行うことができるようになった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本事業終了後、主治医に直接コンタクトを取れない場合、病院側の相談窓口が不在である。</li> <li>・結果としては訪問中の外出支援が開始されたが、リスクの高い援助方法であることに変わりはない。より安全に援助を実施できるように、公的機関から何らかの通達や考え方の指針などが提示される必要があるのではないか。</li> </ul>
2-①	3	2	<p>①コンサルティ自身のAさんに対する苦手意識が克服されたこと。②社会資源についてのショートカントンファレンスは、ケースに対する見方、今後も介入の方向性を示すものとして、どの立場のスタッフにも有効である。</p>	ケースが複雑で、問題が大きく、すぐに解決を見ることが困難なケースであるため、継続したコンサルテーションが必要であると思われる。
2-②	4	2	<p>①より的確で専門性のある内容のケアの方法論を話し合うことが出来、コンサルティも反応が良かった②訪問看護は、地域を対象としていること、訪問だけが看護業務ではないことを提示できたことは、看護の幅が広がり、包括的に対象者を捕らえること、連携、マネジメントの重要性を共有する事ができた。</p>	コンサルティに問題解決能力が高い場合、出来てしまうがゆえに、コンサルテーションの必要性や重要性に意識が向かない可能性がある。コンサルテーションに対する教育・情報提供などが必要になってくると思われる。
3-①	5	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コンサルテーションを通じて共有した課題について、相談者が達成感を感じられるようになった。</li> <li>・ヘルパーや他の制度などを活用し、症状不安期や年末などにも混乱なく本人が地域生活を継続することを乗り越えることができた。</li> </ul>	協力機関が24時間対応できるようにならないと、ステーションの負担が大きく、精神障害者の地域生活は続かない。精神科病棟でも、本人が入院中から在宅に向けた支援(ネットワーク)について検討して欲しい。地域における連携強化が課題。
3-②	6	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・幻聴や妄想への対応のマニュアルを示し、相談者自身が精神疾患について理解を深め、不安を軽減することができた。</li> </ul>	精神障害を持つ利用者への対応マニュアルや、病棟経験者と合同の研修などが必要。
3-③	7	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談者がケースの状況に関する事実や自分の気持ちをゆっくりと整理し、巻き込まれずに科学的な見方で事実を把握することができるようになった。ステーションだけで抱え込もうとするのではなく、入院の必要性なども理解できた。</li> </ul>	コンサルテーションに加えて、行政の相談業務を充実させる必要がある。地域支援ボランティアも含めて、地域での支援体制が必要。
3-④	8	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談内容が表面的なノウハウにとどまらず、看護独自の支援のあり方に関わるような高度な内容になっていた。</li> <li>・「気軽に相談できる関係」づくりができた。</li> </ul>	ステーションだけで抱え込みず、関連機関が情報を共有し、一緒に問題を解決していくことが大切だが、他機関の相談窓口をどのように利用すれば良いかわからず苦労した。先駆的なリーダーの必要性を感じた。
3-⑤	8	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後、同様のケースが増えると考えられるのが、今回のコンサルテーションを通じて経験を蓄積できた。</li> <li>・コンサルテーションを受ける側と実施する側が一緒に学ぶという経験を通じて、強い仲間意識が芽生えた。</li> </ul>	コンサルテーションを行うには、時間、場所、資金(報酬)ともに限界がある。ステーションの努力だけでは継続できない。関連機関をもっと活用することも選択肢として考えられる。

図表 4-22 コンサルテーションで相談された事柄

内容	事例
精神状態・症状の把握と対応	1-①、3-①、3-②、3-④
コミュニケーションのとり方	1-①、1-②
家族への支援	1-①、3-③
患者の要求をどこまで受け入れたらよいか	2-①
薬物療法への支援	3-③
社会資源の活用	2-②、3-①
主治医との連携の取り方	3-③
訪問の目標を何にしたらよいかわからない	1-②
患者の支援(全般)をどのようにしたらよいかわからない	3-③、3-⑤

図表 4-23 コンサルテーションで援助された事柄

内容	事例
1. 患者の援助について	
援助方法の具体的提示	
・服薬確認	1-①
・症状の把握と対応	1-①、1-②、2-①、2-②、3-①、3-②
・コミュニケーションの方法	1-②、2-①、3-①、3-③
・家族への対応	1-①、2-①、2-②
・患者の健康な部分を伸ばす支援	2-②
・企死念慮への対応	2-②
アセスメントや見立てを伝える	1-①、2-②
精神疾患患者への基本的な態度や一般的な知識を伝える	1-①、1-②、3-⑤
訪問看護の目標や支援の目的を方向付ける	3-①
関係機関との連携・調整	1-①、1-②、2-①、2-②、3-①、3-②、3-③、3-④
社会資源についての情報提供	2-①
訪問看護導入の方法について伝える	2-①
訪問看護の頻度を検討する	2-②
訪問看護スタッフ間の関係をフォローする	2-①
2. 相談者に対して	
相談者自身の問題の明確化	2-①、2-②
相談者の感情や思いを振り返る	2-①、2-②
行われた援助を保証・支持する	1-②
3. 事例への直接介入	
家族のサポート	1-①

図表 4-24 コンサルテーションの目的・目標

内容	事例
コンサルティが患者の状態を観察・把握できる	1-①
コンサルティが援助内容に自信をもてる	1-①、1-②、2-①、2-②
援助の具体的な方法がわかり、実践できる	2-①、3-①、3-④、3-⑤
精神疾患の理解ができる	3-②
関係機関との連携ができる	3-②、3-③、3-④

図表 4-25 コンサルテーションの成果

内容	事例
1. 患者について ・危機的状況を乗り越えて地域生活を維持している	1-①、3-①
2. 相談者について ・精神疾患について理解を深めることができた	3-②
・患者と関わることへの不安が軽減した	3-②
・患者との関係がよいものに変化した	1-②、2-①
・状況に巻き込まれずに事実を把握できるようになった	3-③
・援助に手ごたえを感じられるようになった	1-②、3-①
・家族に対応できるようになった	1-①、1-②
・主治医との調整役を担えるようになった	1-①、1-②
・関係機関との連携やマネジメントを考えられるようになった	2-①、2-②、3-③、3-④、3-⑤
・事業所全体で事例をサポートする体制ができた	1-②

図表 4-26 コンサルタントが助言や援助を行ううえで困難だったこと

内容	事例
・日程調整	1-①、1-②、3-①、3-③、3-⑤
・援助を保証しても評価を受け入れるのが難しかった	1-②
・コンサルテーション場面に複数の人がいたため相談者を固定しにくかった	2-①
・1回ごとに完結するようで継続性が感じられにくかった	2-①
・訪問回数が少なく、事例の情報がとりにくかった	3-②

図表 4-27 相談者がコンサルテーションの助言を実践・継続するうえで困難だったこと

内容	事例
・家族の問題を訪問看護のみで解決すること	1-①
・同伴外出についての事業所の方針がある	1-②
・再発警告サインの確認の実践	1-②
・相談時間の調整	3-①、3-⑤
・メールでの相談だと事例のイメージが難しく、ディスカッションがしづらい	3-②、3-③
・他機関の相談窓口の利用方法がわからず、行政からの支援も少なかったこと	3-④

図表 4-28 コンサルテーション実践に関する今後の課題

内容	事例
・コンサルテーションに関する教育や情報提供	2-②
・病院を含めた地域における支援ネットワークの連携強化	3-①、3-③、3-④
・精神障害を持つ利用者への対応マニュアル	3-②
・精神障害者の看護に関する研修	3-②
・行政の相談業務の充実	3-③
・コンサルテーションを行うための場所・時間・資金の確保	3-⑤

## V. コンサルテーションの評価

今回コンサルテーションを受けたコンサルティイにコンサルテーション終了後に評価用紙による評価を依頼した。その内容は以下の通りであった。

9 事例のコンサルティイすべてが今回のコンサルテーションについて、役に立ったと回答している（図表 4-29）。その理由を図表 4-30 にまとめた。理由として、ケアの方向性がわかった、ケアの具体的な方法がわかった（服薬管理、患者への対応、症状への対応）、関係機関との連携ができる安心した、相談できるところがあつて安心した、看護の振り返り・評価ができた、新しい視点や気づきが得られた、という回答が得られた。

コンサルテーションを受けて効果のあった点として、対応方法、服薬管理、外出の実行、家族援助、本人や家族のどの部分にまで踏み込んでよいかわかった、早急に対応しなければならないことの判断、患者と主治医との関係を理解するようになった、関係機関との連携、が挙げられていた（図表 4-31）。

またそれらの効果による具体的な改善点を図表 4-32 に示した。患者の変化を挙げた内容として、服薬習慣が身についた、気分表の導入をすることができた、家事の手伝いが行えるようになった、外出サービスの利用ができるようになったというものがあった。そのほか、幻聴に対応できるようになった、状態の悪化に早急に対応することができたといった看護師側のケア技術の向上や、患者の状況を知ることにより患者との関係が深まった、患者の気持ちが理解できた、ケアをフィードバックし、患者本人からの評価を得た、といった患者と看護師の関係性の変化、地域の市町村等に働きかけてサービス担当者会議を開いたという実際の地域での連携を強化することができたというものがあった。

一方、コンサルテーションを受けて効果のなかった点として挙げられたものは（図表 4-33）、患者の支援に体重測定を導入することと新規スタッフを導入することであった。

今後もコンサルテーションを継続して受けたいかという質問に対して、8 名のコンサルティイからは継続したいという回答が得られた。その理由として、利用者によって症状や対応が異なるのでアドバイスが受けたい、スタッフ全体の不安を解消でき、安心できる、違う視点からみてもらいたい、判断の難しいときに相談できる場所がほしい、どちらともいえないと回答した者も 1 名おり、それは毎月の時間調整が難しいという理由からであった（図表 4-34）。

精神科訪問看護を行ううえで困っていることを尋ねた項目に対しては、病状把握に自信がない、精神症状悪化時の対応、利用者との距離のとり方、精神疾患が合併している場合の対応、タイムリーにアドバイスが受けられないこと、主治医との連携ができていない、精神科訪問看護の経験

がなく不安である、という回答があった（図表 4-35）。

精神科訪問看護コンサルテーションを受けてよかつたこと、困ったこと、疑問などを自由に記載してもらったところ、図表 4-36 のような内容の記載があった。よかつたこととしては、自分の行った看護のフィードバックが得られた、相談できるところがあるだけで安心できる、主治医とのコンタクトが図れた、統合失調症の患者と向き合う秘訣を知ることができた、精神疾患患者に対する自分自身の壁が少しつぶれた、問題点に目がいきがちだが健康な部分をサポート・強化していくことでその人らしく生きていくことができることに改めて気づかせてもらった、看護の視点が広がった、偏った考え方や見方など支援者側の気づきになった、という内容であった。

精神科訪問看護普及のために必要な支援やサービスについては、患者が利用できる社会資源、患者の状態が悪化したときの緊急時の受け入れ先（医療機関の緊急対応体制）、病院と訪問看護ステーションの連携、他の精神科訪問看護ステーションとの連携、地域保健所をはじめとする行政との連携、ヘルパーや看護師の能力の向上、地域住民の理解を得るために働きかけ、訪問看護師が相談できる場、ケースおよび地域連携に関するスーパーバイザー、研修、が挙げられていた（図表 4-37）。

図表 4-29 コンサルテーションが役に立ったかについての回答

N=9	
役に立った	9
役に立たなかった	0
どちらでもない	0
計	9

図表 4-30 コンサルテーションが役に立った理由

理由	回答者
ケアの方向性がわかった	1
ケアの具体的な方法がわかった	
・服薬管理	1
・患者への対応	1
・症状への対応	1
関係機関との連携ができて安心した	2
相談できるところがあつて安心した	1
看護の振り返り・評価ができた	3
新しい視点や気づきが得られた	1

図表 4-31 コンサルテーションを受けて効果のあった点

効果のあった点	回答者数
・対応方法	3
・服薬管理	2
・外出の実行	1
・家族援助	1
・本人や家族のどの部分にまで踏み込んでよいかわかった	1
・早急に対応しなければならないことの判断	1
・患者と主治医との関係を理解するようになった	1
・関係機関との連携	1

図表 4-32 コンサルテーションの効果による具体的な改善点

改善点	回答者数
・患者の変化	
* 服薬習慣が身についた	2
* 気分表の導入をすることことができた	1
* 家事の手伝いが行えるようになった	1
* 外出サービスの利用ができるようになった	1
・幻聴に対応できるようになった	1
・状態の悪化に早急に対応することができた	1
・患者の状況を知ることにより患者との関係が深まった	1
・患者の気持ちが理解できた	1
・ケアをフィードバックし、患者本人からの評価を得た	1
・地域の市町村等に働きかけてサービス担当者会議を開いた	1

図表 4-33 コンサルテーションを受けて効果のなかった点とその理由

効果のなかった点	理由
・体重測定	本人が気にするようになってしまったから
・新規スタッフの導入	忙しく取り組むことができなかつた

図表 4-34 コンサルテーション継続の意向とその理由

継続の意向と回答数	理由	回答者数
継続したい(7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者によって症状や対応が異なるのでアドバイスが受けたい</li> <li>・スタッフ全体の不安を解消でき、安心できる</li> <li>・違う視点からみてももらいたい</li> <li>・判断の難しいときに相談できる場所がほしい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> <li>4</li> <li>1</li> <li>1</li> </ul>
どちらともいえない(1)	・毎月だと時間の調整が難しい	1

図表 4-35 精神科訪問看護を行ううえで困っていること

内容	回答者数
・病状把握に自信がない	2
・精神症状悪化時の対応	2
・利用者との距離のとり方	2
・精神疾患が合併している場合の対応	1
・タイムリーにアドバイスが受けられないこと	1
・主治医との連携ができていない	1
・精神訪問看護の経験がなく不安である	1

図表 4-36 精神科訪問看護コンサルテーションをうけてよかったこと、困ったこと、疑問など

内容
<よかったこと>
・自分の行った看護のフィードバックが得られた
・相談できるところがあるだけで安心できる
・主治医とのコンタクトが図れた
・統合失調症の患者と向き合う秘訣を知ることができた
・精神疾患患者に対する自分自身の壁が少しつぶれた
・問題点に目がいきがちだが、健康な部分をサポート・強化していくことで、その人らしく生きていくことができるように改めて気づかせてもらった
・看護の視点が広がった
・偏った考え方や見方など支援者側の気づきになった
<困ったこと>
・コンサルタント事業所から遠方にあり、同伴訪問ができない、メールや電話での相談になった。もっと近くに相談できる場があるとよい
<疑問・感想>
・精神疾患患者が退院した後、訪問看護くらいしか資源がなく、本人・家族任せになってひきこもってしまう気がする
・患者が退院できることには賛成だが、入院中からどこが支援するのかを明確にして退院させてほしい

図表 4-37 精神科訪問看護普及のために必要な支援やサービス

内容
・患者が利用できる社会資源
・患者の状態が悪化したときの緊急時の受け入れ先 (医療機関の緊急対応体制)
・病院と訪問看護ステーションの連携
・他の精神訪問看護ステーションとの連携
・地域保健所をはじめとする行政との連携
・ヘルパーや看護師の能力の向上
・地域住民の理解を得るために働きかけ
・訪問看護師が相談できる場
・ケースおよび地域連携に関するスーパーバイザー
・研修

## VI. まとめ

今回の訪問看護コンサルテーションモデル事業では、コンサルテーションを受けた9事例すべてにおいて、コンサルティ側から「コンサルテーションが役に立った」との評価が得られ、患者側にも良い変化や改善がみられた。

訪問看護コンサルテーションの効果をまとめると、以下のようなになる。

### <訪問看護コンサルテーションの効果>

- ・相談できる場があることで安心感を得られたこと。
- ・自分の行った看護のフィードバックが得られたこと。
- ・精神障害者に対するコンサルティ自身の壁がとれ、関わり方のコツがつかめたこと。
- ・ケアの具体的な方法（服薬管理・患者への対応・症状管理・心理的な距離のとり方・外出援助・家族援助・緊急時の判断など）がわかったこと。
- ・健康な部分をサポート・強化していくことで、その人らしく生きていけるよう援助することの大切さに気づけたこと。
- ・患者理解が深まり、患者との関係性を深められたこと。
- ・偏った見方など、支援者側の気づきが得られ、看護の視点が広がったこと。
- ・精神科病院や主治医との連携、関係機関との連携がスムーズになり、強化されたこと。

精神科訪問看護の普及のために必要な支援やサービスとしては、以下が挙げられる。

### <精神科訪問看護の普及のために必要な支援やサービス>

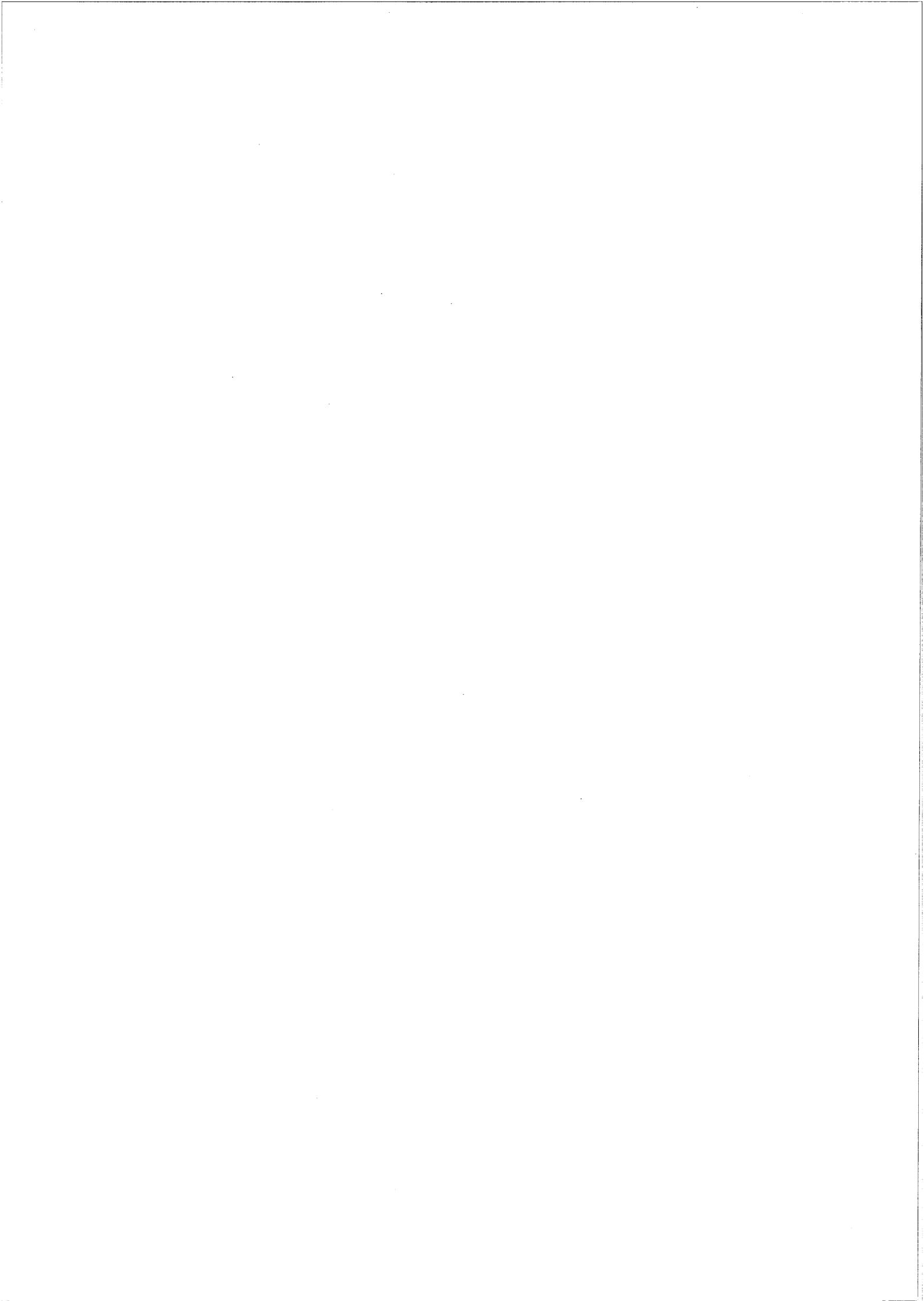
- ・患者が利用できる社会資源の増設、およびその活用
- ・患者の状態が悪化したときの緊急時の受け入れ先の確保
- ・病院と訪問看護ステーションの連携
- ・他の精神科訪問看護ステーションとの連携
- ・地域保健所をはじめとする行政との連携
- ・ヘルパーや看護師の能力の向上
- ・精神障害者援助に必要とされる外出援助などが、訪問看護の診療報酬上に位置づけられること
- ・地域住民の理解を得るための働きかけ
- ・訪問看護師が相談できる場や人の確保
- ・ケースおよび地域連携に関するスーパーバイザーの確保
- ・訪問看護師に対する研修制度

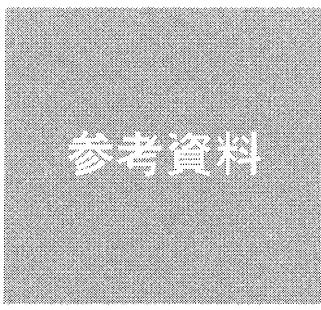
まとめれば、精神科経験のない一般訪問看護ステーションの訪問看護師においては、精神障害者との関係を構築する最初の一歩で戸惑っていることが多く、患者との関わり方のコツをアドバイスする者の存在が非常に重要であることがわかる。また、場面に応じた具体的なケア方法を提示することや、患者の健康な力を伸ばしていくような精神障害者の訪問看護に特有なケアの目的や方向性を掴むことも役に立つことがわかる。

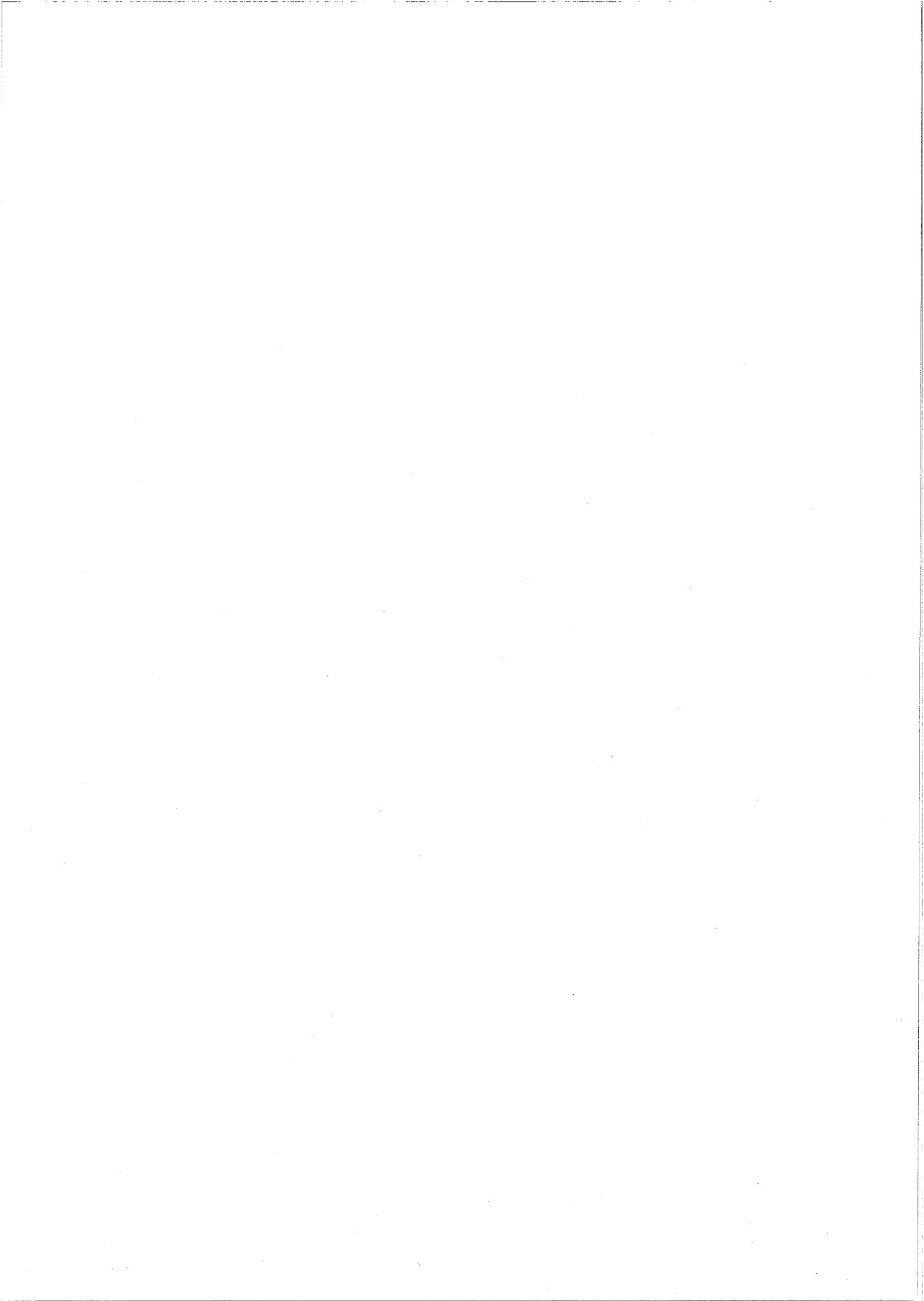
これらは、教科書や書物だけではなかなか掴むことが難しい援助の姿勢や技術である。したがって、今回のようなコンサルテーションを通した方法が、一般訪問看護ステーションにおいて、精神科訪問看護を積極的に推進するために極めて有効であると言える。

また、今回のコンサルテーション事業を通して、一般訪問看護ステーションにおいては、精神科病院の敷居が高いと感じている場合が多く、精神科医療機関との連携が良く取れていないことが、精神科訪問看護を導入するうえで不安材料になっていることもわかった。今回の事業を通して、精神科訪問看護の経験の豊富な事業所や精神科病院からのコンサルテーションを受けることで、一般訪問看護ステーションにおいて精神科病院を始めとする地域の社会資源との連携が円滑になり、これがコンサルテーションの効果として高く評価された。精神科訪問看護経験の豊富な事業所や精神科病院からのコンサルテーションの導入は、地域連携を強化するという点でも有用であり、この点からも精神科訪問看護をより普及するために有効であると言える。ひいては精神障害者の地域ケア充実のためのコミュニティ形成にも資するものであると言えよう。

しかしながら、今回のモデル事業では、コンサルタント側への対価など費用面での問題や、コンサルタントとコンサルティの時間調整の問題などがあることもわかった。したがって、精神科訪問看護サービスの経験を有する事業所や医療機関からのコンサルテーションを、診療報酬上に明確に位置づけシステム化することにより、コンサルテーションはより円滑に進められ、ひいては精神科訪問看護の普及につながり、精神障害者の地域生活の推進が図られるものと言える。

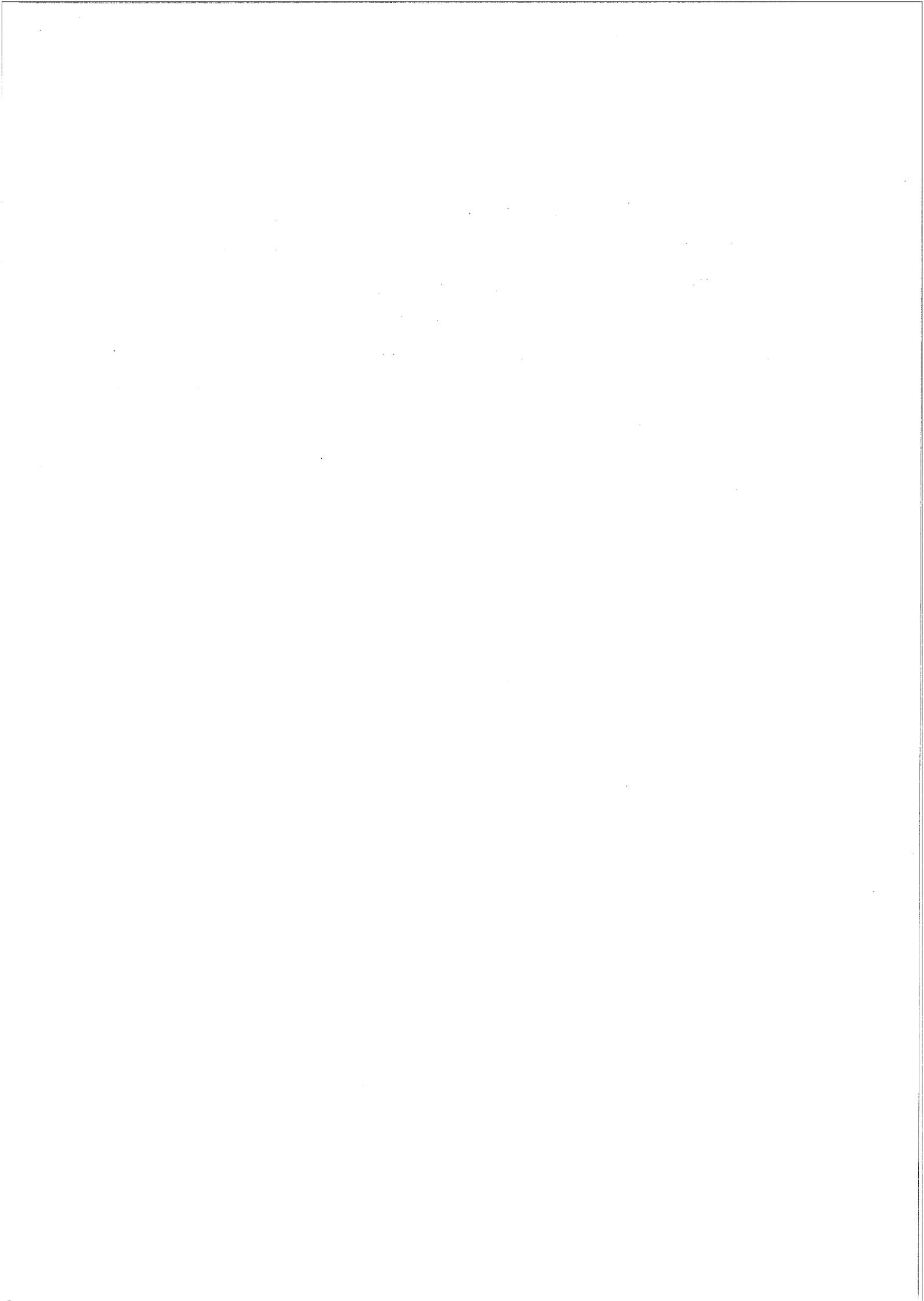






## 目 次

研修会ご案内パンフレット（第2章参考資料）	213
アンケート用紙（第2章参考資料）	214
一次調査 調査票（第3章参考資料）	219
二次調査 調査票 事業所調査票（第3章参考資料）	221
二次調査 調査票 患者調査票（第3章参考資料）	222
二次調査 調査票 病院調査票（病院）（第3章参考資料）	227
二次調査 調査票 患者調査票（病院）（第3章参考資料）	228
モデル事業説明文書（第4章参考資料）	233
同意書（協力事業所用）（第4章参考資料）	235
精神障害・能力障害・生活障害評価・GAF評価尺度（第4章参考資料）	236



平成19年度 社団法人全国訪問看護事業協会主催 研修会のご案内

# 精神訪問看護のコツがわかる研修会

■日 時：平成20年1月18日（金）・19日（土）

■会 場：TKP田町ビジネスセンター2階ホールA（事務所直通：03-5765-7530）  
東京都港区芝5丁目29番12号三田中央ビル（地図は裏面）  
(JR山手線・京浜東北線 田町駅 徒歩2分)

■対象者：訪問看護ステーションに勤務している看護職で、精神訪問看護未経験もしくは経験1年未満の者

■目 的：精神訪問看護の基本的技術と状況別のアセスメントと対応方法のコツを学ぶ。精神科における薬物療法の知識を習得する。（統合失調症を中心とする）

## ■プログラム：

1月18日（金）10:00～10:50 「精神科医療の特徴」 羽藤邦利（代々木の森診療所）
11:00～12:00 「精神訪問看護の基本的技術」 豊間真美（聖路加看護大学） *利用者との関係性を創る技術 *家族支援の重要性
13:00～17:00 「精神科の薬物療法のコツ」 野田寿恵（国立精神・神経センター精神保健研究所） 佐藤雅美（精神医学研究所附属東京武藏野病院） ①作用・副作用 ②身体合併症・フィジカルアセスメント ③主治医とのコミュニケーション
1月19日（土）9:00～12:00 「難しい場面のアセスメントと対応のコツ」 大熊恵子（聖路加看護大学）、安保寛明（東北福祉大学） ①訪問を拒否されたとき ②暴力を回避するために ③依存的な要求がエスカレートしたら
13:00～16:00 「パネルディスカッション」 仲野栄（日本精神科看護技術協会）、上野桂子（全国訪問看護事業協会） 田中裕美（訪問看護ステーション不動平）、千錦玉美（訪問看護ステーション浅田） 津 温（医療法人北斗会さわ病院）、田中美恵子（東京女子医科大学）

■参加費：無料

## ■お願い：

- 必ず2日間受講してください。2日間参加できない場合はキャンセルしてください。キャンセルにつきましては、必ずご連絡ください。
- この研修会は、全国訪問看護事業協会が厚生労働省より障害者保健福祉推進事業の委託を受けて実施するものです。当日、発表していただく資料や質問内容等については、当該事業の報告書に掲載させていただく場合があります。その際には、事業所名・地歴名など具体的な名称は掲載しません。この旨、ご了承の上、参加申し込みをお願いします。

■後援：社団法人日本精神科看護技術協会、財團法人日本訪問看護振興財团、聖路加看護大学

## アンケート用紙 (第2章参考資料)

平成20年 1月18日

各 位

(社) 全国訪問看護事業協会  
会長 相川宗一

### アンケートへのご協力のご依頼

拝啓

寒冷の候、時下ますますのご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

研修会へのご参加、ありがとうございます。この研修会は、平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の地域生活を推進するための精神訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」の中の「精神訪問看護人材養成プログラムの開発とその効果の検討」の事業計画に基づいて行われております。

今回の研修プログラムに関する受講生の皆様からの評価をしていただきたく、アンケートへのご協力をお願い申し上げます。

このアンケートは、プログラムの前後に行います。ID番号は、プログラム前後の変化を統計的にみるために付けておりますが、個人を特定するものではありません。なおご回答頂いた内容は統計的に処理され、個人が特定される形で公表されることもございません。また、本研究以外の目的で使用されることもありません。都合によりご協力頂けない場合もそのことにより不利益を被ることは一切ありません。

ご多忙中に誠に恐縮ですが、ご協力を賜りますようお願い申しあげます。

ご不明な点などございましたら、プログラム担当者にお申し出下さい。

敬具

記

#### 【内容】

1. 調査票<研修プログラム前> 両面1枚(オレンジ)
2. 調査票<研修プログラム後> 両面1枚(ブルー)

以上

調査票<研修プログラム前>

1.「精神科訪問看護を利用している統合失調症患者」に対してどのようなイメージがありますか。  
左右に反対の言葉を、それぞれ7つの段階に分けてあります。自分の気持ちに一番近いところに○印を付けてください。

	どちらでも							
	非常に	かなり	やや	ない	やや	かなり	非常に	
1.暖かい	●	●	●	●	●	●	●	冷たい
2.単純な	●	●	●	●	●	●	●	複雑な
3.きたない	●	●	●	●	●	●	●	きれいな
4.暗い	●	●	●	●	●	●	●	明るい
5.陰気な	●	●	●	●	●	●	●	陽気な
6.安全な	●	●	●	●	●	●	●	危険な
7.悪い	●	●	●	●	●	●	●	良い
8.縁遠い	●	●	●	●	●	●	●	身近な
9.こわくない	●	●	●	●	●	●	●	こわい
10.遅い	●	●	●	●	●	●	●	速い
11.活動的な	●	●	●	●	●	●	●	不活発な
12.迷惑な	●	●	●	●	●	●	●	迷惑でない
13.役立つ	●	●	●	●	●	●	●	役立たない
14.はげしい	●	●	●	●	●	●	●	おだやかな
15.弱い	●	●	●	●	●	●	●	強い
16.容易な	●	●	●	●	●	●	●	困難な
17.浅い	●	●	●	●	●	●	●	深い
18.やわらかい	●	●	●	●	●	●	●	かたい
19.さびしい	●	●	●	●	●	●	●	にぎやかな
20.にくらしい	●	●	●	●	●	●	●	かわいらしい

※裏に続きます

2. この研修会でどんなことを聞きたいと思っていますか。ご自由にお書き下さい。  
(講義のときに、随時お話ししていきたいと思っております。)

3.ご自身についてお伺いいたします

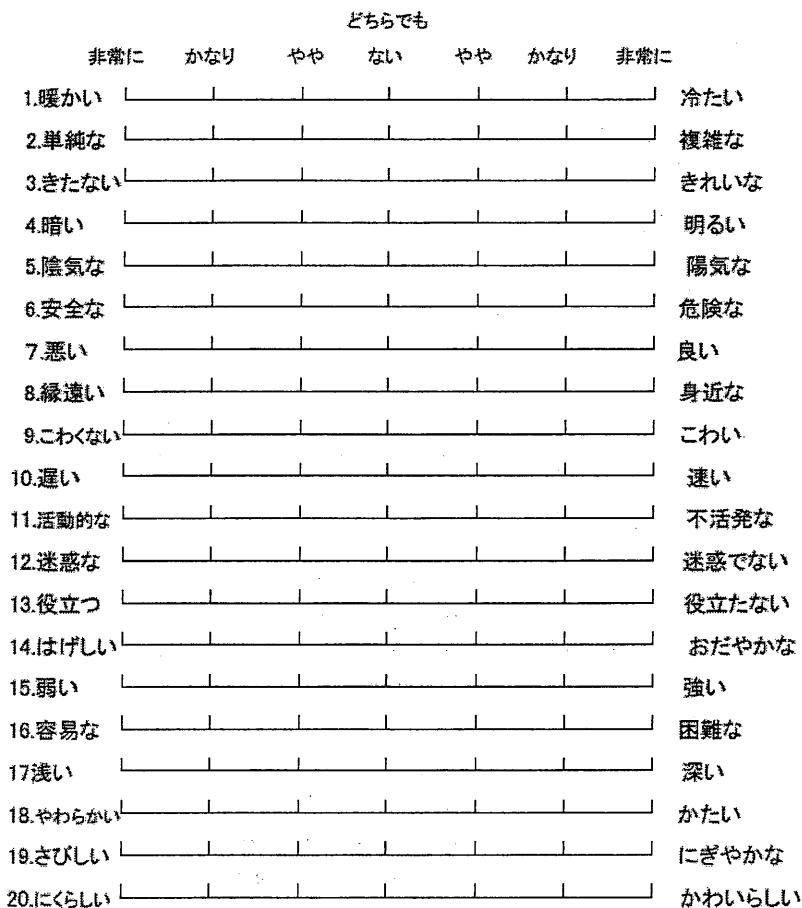
- 1) 看護師としての経験年数 ( ) 年 ( ) か月
- 2) 訪問看護師としての経験年数 ( ) 年 ( ) か月
- 3) 精神科病院(臨床)での経験期間(○をつけてください)  
①0~6ヶ月未満 ②6~12ヶ月未満 ③1年~3年末満 ④3年以上
- 4) 訪問看護で担当した精神障害の利用者の人数 ( ) 人
- 5) 年齢 ( ) 歳代
- 6) 性別(○をつけてください) 男・女

ご協力ありがとうございました。

●この調査票は、研修終了後に記載をお願いいたします●

調査票<研修プログラム後>

1. 「精神科訪問看護を利用している統合失調症患者」に対してどのようなイメージがありますか。  
左右に反対の言葉を、それぞれ7つの段階に分けてあります。自分の気持ちに一番近いところに  
○印を付けてください。

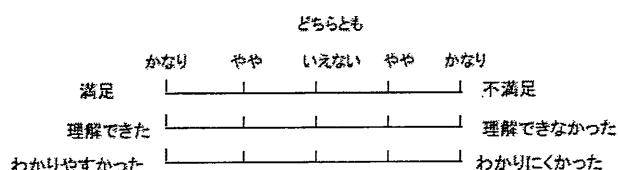


※裏に続きます

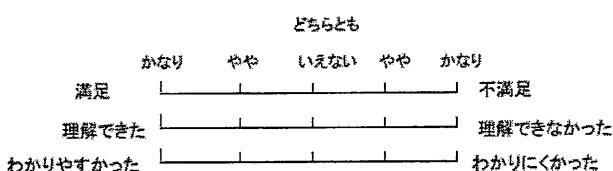
2. 今回のプログラムについてお伺いします。

各プログラムに対する満足度と理解度について、当てはまるところに○印をつけてください。

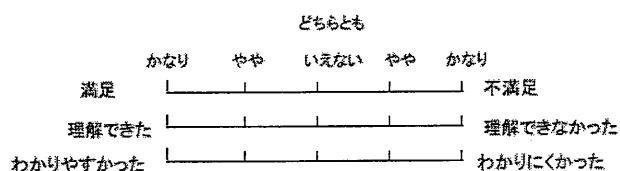
1) 精神科医療・看護の特性



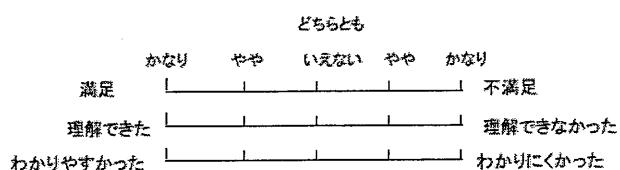
2) 精神科訪問看護の基本的技術



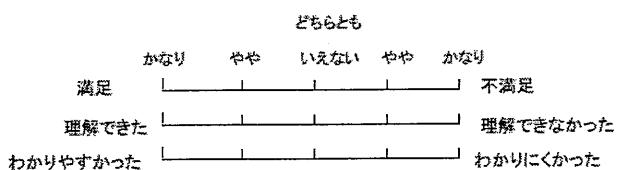
3) 精神科薬物療法のコツ



4) 難しい場面のアセスメントと対応のコツ



5) パネルディスカッション



3. 今回の研修会に対するご意見・ご感想・ご要望等、ご自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

## 一次調査 調査票 (第3章参考資料)

平成19年10月11日

(社) 全国訪問看護事業協会 会員 各位  
(訪問看護ステーション 管理者)

(社) 全国訪問看護事業協会  
会長 相川宗一

### FAX調査へのご協力のご依頼

拝啓

錦秋の候、時下ますますのご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、  
厚くお礼申し上げます。

さて、本会では、平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の地域生活を推進するための精神訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」において、全国訪問看護事業協会会員の貴事業所での精神障害者への訪問看護サービス提供状況について調査を行うことになりました。今後、精神障害者の方の生活を地域で支援するための訪問看護サービスが益々必要になると考えられますが、本調査では、現在提供されている精神訪問看護サービスの実態を知り、今後の訪問看護制度の検討及び報酬改定の基礎資料に資するよう、発展させていきたいと考えております。そこで、別紙の調査へのご協力をお願いしたくご連絡致しました。

ご多用のところ大変恐縮に存じますが、別紙調査票にご記入の上、FAXにて10月18日(木)までに、全国訪問看護事業協会事務局(Fax:03-3351-0000)にご返送頂きます  
ようお願い申し上げます。

ご回答頂いた内容は統計的に処理され、貴事業所が特定される形で公表されることはありません。また、上記目的あるいは訪問看護の提供体制を整備する目的で学会等に成果を公表することを予定しています。また都合によりご協力いただけない場合、貴事業所がそのことにより不利益を被ることは一切ございません。なお、精神訪問看護の実施のあるステーションには、後日、2次調査票を送付させていただきますので、ご協力下さいようお願い致します。

以上の主旨をお汲み取りいただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。あわせて、  
引き続き倍旧のご厚情を賜りたく、切にお願い申し上げます。

敬具

#### 【照会先】

- (社) 全国訪問看護事業協会 担当: ○○  
〒160-0022  
東京都新宿区新宿1-13-12 巻丁目参番館302  
Tel 03-3351-0000 Fax 03-3351-0000
- 聖路加看護大学 精神看護学 ○○○○  
〒104-0044  
東京都中央区明石町10-1  
Fax& Tel 03-5550-0000 (精神看護学研究室)

精神障害者への訪問看護サービス提供状況に関する調査(平成19年10月1日の状況)

【返送先FAX番号：03-3351-0000】返送期限：10/18(木)

都道府県名	事業所名		
(1) 開設主体 1 都道府県・市町村・広域連合・一部事務組合 2 日本赤十字社・社会保険関係団体 3 医療法人 4 医師会 5 看護協会 6 社団・財團法人(4.5.以外) 7 社会福祉法人(社会福祉協議会含む)			
8 農業協同組合及び連合会 9 消費生活協同組合及び連合会 10 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) 11 特定非営利活動法人(NPO) 12 その他法人			
(2) 病院(診療所)への併設 1 併設している →標榜診療科(ア、精神科が主イ、精神科ありウ、精神科なし) 2 併設していない			
(3) 加算届出の状況 介護保険法 緊急時訪問看護加算の届出 1 あり 2 なし 特別管理加算の届出 1 あり 2 なし 医療保険法等 24時間連絡体制加算の届出 1 あり 2 なし 重症者管理加算の届出 1 あり 2 なし			
(4) 指定自立支援医療機関(訪問看護事業者等)の指定 1. あり(ア、育成医療イ、更生医療ウ、精神通院医療) 2. なし			
(5) 従事者数	常勤職員(実人数)	常勤換算数	非常勤職員(実人数)
1 看護職員	人	人	人
うちP.S.W	人	人	人
2 PT・OT・ST	人	人	人
3 その他職員	人	人	人
(6) 訪問対象者数等		介護保険	医療保険
1 訪問対象者数(9月中)	人	人	人
2 延訪問回数(9月中)	回	回	回
うち緊急訪問回数(9月中)	回	うち精神の緊急訪問回数	回
(7) 精神科病床での看護経験のある職員		1. いる→(常勤職員人、非常勤職員人)	2. いない
(8) 精神訪問看護を実施するために必要なサポート(○はいくつでも)		1. 研修等の開催 2. コンサルテーション 3. 相談窓口の設置 4. その他( )	
(9) 精神訪問看護について日頃難しいと感じていること			
(10) 訪問看護基本療養費(II)※の算定(精神障害者社会復帰施設等における訪問看護)(9月中)		1. 算定している →実利用者人 2. 算定なし	
(11) 訪問看護基本療養費(I)又は介護保険法で、精神疾患(認知症を除く)が主傷病の利用者への訪問(9月中)		1. 訪問している →実利用者人 2. 訪問していない	

「2. 訪問していない」場合のみ、(12)～(15)に回答して下さい←

(12) 現在訪問していない理由(○はいくつでも)		1. 精神訪問看護の経験がある職員がいないため 2. 精神訪問看護を担当できる職員がいないため 3. スタッフが不足しているため(1、2以外) 4. 精神訪問看護にスタッフが抵抗感を持っているため 5. 精神訪問看護の訪問依頼がないため 6. その他( )
(13) 過去1年間に精神疾患が主傷病の利用者へ訪問したことがありますか		1. ある 2. ない
(14) 過去1年間に精神疾患が主傷病の利用者への訪問依頼を断ったことがありますか		1. ある →断った件数件 →断った理由 2. ない
(15) 今後、どのような報酬・制度があれば精神訪問看護の実施が可能ですか		1. 2人以上の職員による訪問に対する報酬 2. 精神の利用者からの電話相談に対する報酬 3. その他( )

\*訪問看護基本療養費(II)：精神訪問看護指示書に基づき、精神障害者社会復帰施設等において同時に複数の患者に訪問看護を行うもの

二次調査 調査票 事業所調査票 (第3章参考資料)

精神障害者への訪問看護サービス提供状況に関する調査(2次調査)

(平成19年10月1日の状況)

事業所調査票

返送期限: 11/26(月)

都道府県名		事業所名	
-------	--	------	--

精神疾患(認知症を除く)が主傷病の利用者への訪問について、以下に回答して下さい。

10月中の状況を記入		精神疾患(認知症を除く)が主傷病の利用者への 自宅等への訪問	訪問看護基本療養費(II) (精神障害者社会復帰施設等 への訪問)*1
		訪問看護基本療養費(Ⅰ) による利用者	介護保険法による利用者
(1)精神訪問看護の訪問対象者数		人	人
(2) (1)のうち、併設(又は同一法人)の精神科の医師が主治医の対象者数		人	人
(3) 主 傷 病 名 別 人 数	1. 統合失調症	人	人
	2. 踪うつ病	人	人
	3. うつ病	人	人
	4. 発達障害	人	人
	5. バーカライ障害(境界型)	人	人
	6. 依存症	人	人
	7. その他(てんかん等)	人	人
(4) (1)の利用者に対する 10月中の延べ訪問回数		回	回
(5)上記のうち、ステーションの看護職員が2人以上で同時に訪問した回数		回	回
(6) (1)の対象者の紹介元 (主治医に限らず、最初に訪問看護ステーションに当該ケースの連絡がきた紹介元を1つ選んで、人数を数えて下さい)		1. 病院 2. 診療所 3. 市町村(保健師) 4. 精神障害者地域生活支援センター 5. 精神障害者授産施設等の福祉施設 6. その他( )	1. 当該社会復帰施設 2. 病院 3. 診療所 4. その他( )
(7) 過去1年間(2006年10月～2007年9月)の精神訪問看護の新規・終了人数		新規 人 終了 人	新規 人 終了 人
(8)精神障害者居宅介護等支援事業(ホームヘルプサービス)を実施している訪問介護事業所の併設		1 併設している(又は同一法人内にある) 2 併設していない(又は同一法人内にない)	
(9)精神訪問看護を担当している職員数		人	→うち、精神科病床での看護経験がある職員数 人
(10)精神訪問看護を行う上で困難なこと		(自由回答)	
(11)現在訪問していて、対応が困難なケース		(ケースの概要と対応方法を記入して下さい)	

\*1 訪問看護基本療養費(II): 精神訪問看護指示書に基づき、精神障害者社会復帰施設等において同時に複数の患者に訪問看護を行うもの。

\*2 社会復帰施設に訪問した日に、例えば同時に5人の患者に訪問看護を行った場合は、「5回」と数えて下さい。

二次調査 調査票 患者調査票 (第3章参考資料)

精神障害者への訪問看護サービス提供状況に関する調査(2次調査)

(平成19年10月1日の状況)

患者調査票

返送期限: 11/26(月)

※貴施設から最近訪問した、主となる診断名が「統合失調症」のケース1例について、お答えください。該当する項目の数字に○をつけて、( )内にはあてはまる内容をお書きください。

記入日

/

(1) 性別	1. 男性 2. 女性
(2) 現在の年齢	満( )歳
(3) 統合失調症の発症年齢	満( )歳
(4) 訪問看護開始時の年齢	満( )歳
(5) 婚姻状況	1. 婚姻 2. 未婚 3. 離別・死別
(6) 合併症	1. 糖尿病 →服薬又はインシュリン注射の有無(1あり 2なし) 2. 肥満(体重: kg, 身長: cm) 3. その他( )
(7) 居住形態	1. 独居 2. 同居者あり(内訳: ) 3. グループホーム 4. その他( )
(8) 過去の精神科入院回数	1. あり( )回 2. なし
	入院年月日 退院年月日 入院時の入院形態
(9) 過去1年間の精神科入退院歴 (あてはまる入院形態に○をつけてください)	19年 月 日 19年 月 日 任意・医保・措置 19年 月 日 19年 月 日 任意・医保・措置 19年 月 日 19年 月 日 任意・医保・措置 19年 月 日 19年 月 日 任意・医保・措置
(10) 保険の種類	1. 健康保険法等(請求区分: I・II) 2. 介護保険法
(11) 自立支援法による障害認定	1. あり(障害程度区分: 1・2・3・4・5・6) 2. なし
(12) 現在の就労の有無	1. あり(職種: ) 2. なし

※最近一ヶ月のことについてお答えください。

(13) 訪問先	1. 自宅 2. グループホーム 3. 作業所 4. その他( )
(14) 訪問時間(片道あたり)と手段 ( )内に所要時間を記入し、あてはまる手段に○をつけてください)	訪問時間: 片道( )分 訪問手段: 1. 車 2. 自転車 3. 公共交通機関(電車、バスなど) 4. その他( )
(15) 1回の訪問滞在時間	( )分(最近一ヶ月の一回あたりの平均)
(16) 一ヶ月の訪問回数	( )回(最近一ヶ月の総訪問回数)
(17) 同行訪問者	1. あり(職種: ) 2. なし 1. 本人から(計 回/月、計 分/月) 2. 家族から(計 回/月、計 分/月) 3. その他( )(計 回/月、計 分/月) 4. なし
(18) 訪問看護への電話相談	1. デイケア、デイナイトケア、ナイトケア( )回/週 2. グループホームなど共同住居での援助( )回/週 3. 作業所など日中の活動の場( )回/週 4. 地域生活支援センターなど集う場( )回/週 5. 就労支援( )回/週 6. ホームヘルプサービス(訪問看護と同法人)( )回/週 7. ホームヘルプサービス(訪問看護と異なる法人)( )回/週 8. 貴ステーション以外からの訪問看護( )回/週 9. その他( )( )回/週
(19) 訪問看護以外に利用している社会資源 (複数選択可。利用している資源の数字に○をつけて、( )内に回数を記入してください)	1. 訪問のたび 2. ( )カ月に1回 3. その他( )
(20) 看護計画見直し頻度	1. 電話(計 回/月) 2. FAX(計 回/月) 3. カンファレンス(計 回/月) 4. その他(計 回/月)
(21) 主治医との情報の共有方法 (複数選択可。利用している方法の数字に○をつけて、( )内に頻度を記入してください)	1. あり →主な相手の職種( ) 連携回数(計 回/月) 2. なし
(22) 主治医以外の他職種や他機関との連携	

## 精神科訪問看護ケア内容調査

※「患者調査」で記入したケースについて、最近の一回の訪問時に行ったケアについてあてはまるものに○をつけて下さい。そして、下段にある欄に滞在時間を記入してください。

1 日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得	実施していない	観察・アセスメントのみ実施した	直接実施した
1) 食生活(食事内容・程度・調理)に関する援助	0	1	2
2) 活動・生活リズム(余暇の過ごし方・外出・休息)に関する援助	0	1	2
3) 住環境(洗濯・掃除・生活用品)に関する援助	0	1	2
4) 整容(身体保清・服装の選択)に関する援助	0	1	2
5) 金銭管理(取支バランス・予算・節約)に関する援助	0	1	2
6) 安全確保(火気取扱い・防犯)に関する援助	0	1	2
7) 家庭内役割(育児・介護など)に関する援助	0	1	2

### 2 対人関係の維持・構築

1) コミュニケーション能力を高める援助 (感情の表出・コミュニケーションスキルを高める援助)	0	1	2
2) 他者(友人・異性・医療従事者スタッフ)との関わりへの援助	0	1	2

### 3 家族関係の調整

1) 家族との関係に対する本人への援助	0	1	2
2) 家族への援助(家族の話を聞く、ねぎらう、情報や本人への接し方を伝える)	0	1	2

### 4 精神症状の悪化や増悪を防ぐ

1) 精神症状(妄想・幻覚・不安のアセスメント・症状対処に関する援助)	0	1	2
2) 睡眠(睡眠習慣・睡眠薬の使用に関する援助)	0	1	2
3) 服薬行動(内服確認・頓服薬の飲み方指導・服薬準備)	0	1	2
4) 通院行動(受診付き添い・通院確認)	0	1	2

### 5 身体症状の発症や進行を防ぐ

1) 身体症状・副作用(副作用の観察・その対処に関する援助)	0	1	2
2) 生活習慣(喫煙・飲酒・運動・栄養に関する援助)	0	1	2
3) 排泄(排泄状況の確認・排泄コントロールの援助)	0	1	2

### 6 社会資源の活用

1) 社会資源利用の援助(情報提供・付き添い・利用状況の確認)	0	1	2
---------------------------------	---	---	---

### 7 対象者のエンパワメント(上記1~6の領域との重複可)

実施していない	実施した	
1) 自己効力感を高めるための援助(自尊心への配慮、不必要的介入をしない、自信を低下させない)	0	1
2) コントロール感を高めるための援助(本人が問題に取り組めるよう援助する)	0	1
3) 肯定的フィードバック(できていることをねぎらう、本人の気持ちや行動を支持する)	0	1

### 8 上記以外のケア

(具体的に: )

1回の滞在時間	分
---------	---

**機能の全体的評価尺度**  
(Global Assessment of Functioning: GAF)

- ・ 症状の重症度と機能レベルの二つの側面から、対象ケースの状態を評価します。
- ・ 下記の採点基準を 91~100 点から順に読み進めていき、過去一か月間で一番状態が悪いときの、症状の重症度または機能レベルのどちらか悪いほうが当てはまる得点範囲(例：31~40 点)を決めてください。
- ・ 次に、その 10 点の得点範囲内での点数を決めてください。たとえば、45、68、72 のように、得点範囲内で適當と思う点数をひとつ決め、一番下の回答欄に記入してください。

GAF の採点基準

91~100 点	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
81~90 点	症状が全くないか、ほんの少しだけ(例：試験前の軽い不安)ある。すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味を持ち参加し、社交的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例：たまに、家族と口論する)。
71~80 点	症状があったとしても、心理的・社会的・ストレスに対する一過性で予期される反応である(例：家族と口論した後の集中困難)。社会的、職業的、または学校の機能にごくわずかな障害以上ものはない(例：学校で一時遅れをとる)。
61~70 点	いくつかの軽い症状がある(例：仰うつ気分と軽い不眠)、または、社会的、職業的、または学校の機能に、いくらかの困難がある(例：時にする休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には機能がかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
51~60 点	中等度の症状(例：感情が平板で、会話がまわりくどい、時にパニック発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例：友達が少しあらない、仲間や仕事の同僚との葛藤)がある。
41~50 点	重大な症状(例：自殺念慮、強迫的儀式がひどい、しゃべりゅう万引きする)、または、社会的、職業的、または学校の機能における何らかの深刻な障害(友達がない、仕事が続かない)がある。
31~40 点	現実検討かコミュニケーションにいくらかの欠陥(例：会話は時々非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面での重大な欠陥(例：抑うつな男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子供がしばしば年下の子供をなぐり、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない)がある。
21~30 点	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または意思伝達や判断に重大な欠陥がある(例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、ほとんどすべての面で機能することができない(例：一日中、床についている、仕事も家庭も友達もない)。
11~20 点	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮)、または、時には最低限の身辺の清潔維持ができない(例：大便を塗りたくる)、またはコミュニケーションに重大な欠陥(例：大部分滅裂か無言症)がある。
1~10 点	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例：暴力の繰り返し)、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為がある。
0 点	情報不十分

GAF 得点	点
--------	---

### 社会行動評価尺度 (Social Behaviour Schedule : SBS)

- 対象ケースの、過去1カ月の典型的な行動について評価してください。
- 評価に際しては、行動の程度（重症度）と、頻度を考慮に入れますが、迷った場合は、程度より頻度に重きをおいて評価し、1から21のそれぞれの項目について、最もあてはまる数字に一つずつ〇をつけてください。

1. コミュニケーション スタッフと率先して会話できるか。	0	1	2	3	4
	自発的にできる	自発的にできるが長く続かない	ほとんどできないが時々自発的に話す	拒否的	拒否しない
2. 会話内容の一貫性 話の内容のつじつまが合うか。精神疾患のために一貫性を失っていないか。	0	1	2	3	4
	一貫性あり	時々つじつまが合わない (月1~2回)	しばしばつじつまが合わない (週1回)	頻繁につじつまが合わない (週1回以上)	常に一貫性がない
3. 会話の奇妙さ 一般の多くの人が奇妙と思う内容であるか。	0	1	2	3	4
	奇妙さはない	時々奇妙 (月1~2回)	しばしば奇妙 (週1回)	とても頻繁に奇妙な話題 (毎日)	常に奇妙な話題
4. 社会との適切な接觸 バス停で、次のバスはいつ来るのか尋ねられたら、適切に対応できるか。	0	1	2	3	4
	対応できる	時々不適切 (月1~2回)	しばしば不適切 (週1回)	ほとんどいつも不適切 (週1回以上)	対応できない
5. 故意に満ちた交流 言語的・身体的故意があるか。	0	1	2	3	4
	ほとんどなし	時々軽度の故意がある (月1~2回以上)	しばしば故意や、脅しかかる (週1回)	ほとんどの場合は故意による言葉による (週1回以上)	頻繁な故意のある言葉や動作
6. 関心をひく振るまい 人の関心を独占しようとするか。他の人に関心を向けると、怒りっぽくなるか。	0	1	2	3	4
	なし	時々関心をひこうとするが、周囲が他人に關心を向けても気にしない	時々関心をひき、周囲が他人に關心を向けると怒る	常に他人の関心を要求し、周囲が他人に關心を向けると怒る	常に他人の関心を要求し、周囲が他人に關心を向けると怒る
7. 自殺・自傷の企図と行動 (3以上は明らかに自殺を目的としていたと見られるとき)	0	1	2	3	4
	なし	間接的口ひのめかす (過去1ヶ月)	直接的に話す (過去1ヶ月)	何らかの自殺企図や自殺行為をほのめかす行動 (過去1ヶ月)	重大な自殺企図または自殺行為 (過去1ヶ月)
8. パニック、恐怖症 ある特定の状況下における不安や一般的な不安にどの程度悩まされているか。	0	1	2	3	4
	なし	時々軽度の不安がある	不安や緊張があるが、何とか生活できる	ほとんどいつも不安があるか不安发作が頻発する	常に頻度の緊張・不安がある
9. 過活動性 目的もなく歩き回る、不需要な動きが多いなどの行動があるか。	0	1	2	3	4
	なし	時々ある (月1~2回)	しばしばある (週1回)	頻繁にある (毎日)	頻繁・定期的にある
10. 独語、空笑 決して社交上のものではない行動が見られるか。	0	1	2	3	4
	なし	時々ある (月1~2回)	しばしばある (月3回)	頻繁にある (週1回以上)	きわめて頻繁にある (毎日)
11. 妄想の行動化 妄想に基づいて行動を起こそうと決意するか否か。(例：数百万円持っていると思い込む)	0	1	2		
	なし	月1回あった	月2回以上あった		
12. 奇妙な姿勢、動き 奇妙な型にはまった動き、不快で不適切な姿勢があるか。	0	1	2	3	4
	なし	時々ある (月1~2回)	しばしばある (週1回)	頻繁にある (週1回以上)	きわめて頻繁にある (毎日)

13. ひんしゅく・マナー 食事中にひんしゅくをかうような癖や習慣はないか（例：腹部を強く、大きな放屁を平気とする、鼻をほじるなど）。	0	1	2	3	4
	礼儀正しい	おむすけも禮儀正しい	時々ひんしゅくをかう行為がある	しばしばひんしゅくをかう行為がある	ほとんどがひんしゅくをかう振る舞いである
14. 破滅的行動 財産、所有物などを破壊するに至った行動があるか。	0	1	2	3	一か月以内に恐りにまかせて物を壊したことがある
	なし	時々物を壊すといつて脅すが、破滅行動はない	しばしば物を壊すといつて脅す		
15. 抑うつ 「生まれてこなかったほうがよかった」とか、「人生なんて意味がない」とつぶやいたことがあるか。（自殺企図は評価しない）	0	1	2	3	頻繁にある（毎日）
	なし	時々ある（月1、2回短期）	週一回程度で長期間の抑うつがある		
16. 性的逸脱行動 公衆ではなく、特定の他者に向かられる性的行動はないか。	0	1	2	3	4
	なし	いくらか性的なことに心を奪われている（月1、2回程度）	しばしば、好ましくない性的接近をするなど、不適切な性的振る舞いがある	しばしば、陰部を露出するなど明らかに不適切な性的振る舞いがある	頻繁に、度をこした振る舞いがあり家庭生活や社会生活に支障がある
17. 身だしなみ・清潔度 清潔、髪の手入れ、更衣ができているか。失禁や奇妙な服装をしていないか。	0	1	2	3	4
	注意を要しない	時々注意を要する	不適切で奇妙な格好のため、しばしば身なりに注意を要する	清潔に無頓着であり、かなり注意や助言が必要	著しく清潔に無頓着。注意しなければ道具や失禁の危険がある
18. 動きの鈍さ 座るのが異常に遅い、歩くのが異常に遅いなどないか。（年齢、身体的な状態は考慮する）	0	1	2	3	4
	なし	時々中程度にあるが、普段はない	中程度に動作が鈍い	常に中程度に動きが鈍く、時には極めて遅くなる	極めて動きが鈍い
19. 异常な活動性の低さ 刺激を加えなければ座ったまま何もしない状態（中程度に非活動的な状態）はあるか。（動きの純さと活動性の低さは別に評価する）	0	1	2	3	4
	なし	時々あるが、普段はなし	ある	しおちゅうあり、極めて活動性が低い時もある	極めて活動性が低い
20. 集中力 テレビ、読書などに、自分から集中できるか。	0	1	2	一度に数分だけ集中できる	かなり絶続的である
	問題なし	集中できない時がある			
21. 社会的適応を妨げる行動 1~20以外の行動で、社会的適応を妨げる行動があるか（例：喫煙、過食、拒食、盗難、強迫行為、睡眠障害、飲酒）	0	1	2	3	4
	そのような行動異常はみられない	過去一ヶ月以上前にあった	過去一ヶ月以内に数回あった	頻繁にある	かなり絶続的である

二次調査 調査票 病院調査票（病院）（第3章参考資料）

病院における精神障害者への訪問看護サービス提供状況に関する調査（2次調査）

病院調査票（平成19年10月1日の状況）返送期限：1/31（木）

都道府県名		病院名								
(1) 開設主体										
(2) 総病床数 床 うち精神科病床数 床										
精神科救急入院病棟		床	老人性認知症疾患療病棟 床							
精神科急性期治療病棟		床	老人性認知症疾患療養病棟 床							
精神科療養病棟		床								
(3) 看護実質配置										
入院 基本科	看護配置	: 1	精神病棟 : 1	結核病棟 : 1	一般病棟 : 1	療養病棟 : 1				
	看護補助配置	: 1		: 1	: 1	: 1				
(4) 10月中の平均在院日数	一般病棟	日	精神科病棟	日						
(5) 10月1日の精神科入院患者数（実人数）		人	(6) 10月1日の精神科外来患者数（実人数）				人			
うち統合失調症の入院患者数（実人数）		人	うち統合失調症の外来患者数（実人数）				人			
(7) 精神訪問看護を行っている職員数				常勤職員数（実数）		常勤換算数				
職員数	看護師	准看護師	保健師	PSW	OT	看護師	准看護師	保健師	PSW	OT
	男性	人	人	人	人	人	人	人	人	人
1) 訪問看護の専任職員数	女性	人	人	人	人	人	人	人	人	人
2) 訪問看護と他部署を兼務している職員数（外来、病棟、デイケア、その他と兼務）	男性	人	人	人	人	人	人	人	人	人
女性	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(8) 貴病院から地域の訪問看護ステーションへの訪問依頼経験の有無（過去1年間）				1. あり 2. なし → (理由： )						

以下、精神疾患（認知症を除く）が主傷病の利用者への訪問について、10月中の状況を記入して下さい。

し た た 0 人 数 ( 各 疾 患 分 類 に 訪 問 )	精神疾患（認知症を除く）が主傷病の利用者への訪問看護基本療養費（II）自宅等への訪問		訪問看護基本療養費（II）による利用者		訪問看護基本療養費（II）による利用者		
	訪問看護基本療養費（II）による利用者		介護保険法による利用者		精神障害者社会復帰施設等への訪問		
(9) 訪問看護対象者数（10月中）登録者数			人	人	人	人	
登 録 各 疾 患 分 類 に 訪 問 )	訪問した実人数		人	人	人	人	
	うち、統合失調症		人	人	人	人	
	うち、躁うつ病		人	人	人	人	
	うち、うつ病		人	人	人	人	
	うち、発達障害		人	人	人	人	
	うち、パーキンソン病（境界型）		人	人	人	人	
	うち、依存症		人	人	人	人	
うち、その他（てんかん等）		人	人	人	人		
(10) の利用者に対する10月中の延べ訪問回数			回	回	回	回 <sup>*2</sup>	
上記のうち、職員が2人以上で同時に訪問した回数	看護師+PSW		回	看護師+PSW	回	看護師+PSW	回
	看護師+OT		回	看護師+OT	回	看護師+OT	回
	看護師+看護師		回	看護師+看護師	回	看護師+看護師	回
	その他の組み合わせ		回	その他の組み合わせ	回	その他の組み合わせ	回
(11) 10月中の退院前訪問看護実施人数（実人数）			人	人	人	人	
(12) 10月中の退院前訪問看護の延べ回数			回	回	回	回	

\*1 訪問看護基本療養費（II）：精神訪問看護指示書に基づき、精神障害者社会復帰施設等において同時に複数の患者に訪問看護を行うもの。

\*2 社会復帰施設に訪問した日に、例えば同時に5人の患者に訪問看護を行った場合は、「5回」と数えて下さい。

二次調査 調査票 患者調査票（病院）（第3章参考資料）

病院における精神障害者への訪問看護サービス提供状況に関する調査（2次調査）

患者調査票

返送期限：1/31(木)

※貴施設から最近訪問した、主となる診断名が「統合失調症」のケースについて、お答えください。該当する項目の数字に○をつけ、( )内にはあてはまる内容をお書きください。

記入日

/

※(1)～(12)については、直近の訪問時の状況をご記入ください。

(1) 性別	1. 男性 2. 女性
(2) 現在の年齢	満( )歳
(3) 統合失調症の発症年齢	満( )歳
(4) 訪問看護開始時の年齢	満( )歳
(5) 婚姻状況	1. 婚姻 2. 未婚 3. 離別・死別
(6) 合併症	1. 糖尿病 →服薬又はインスリン注射の有無(1あり 2なし) 2. 肥満(体重: kg, 身長: cm) 3. その他( )
(7) 居住形態	1. 独居 2. 同居者あり(内訳: ) 3. グループホーム 4. その他( )
(8) 過去の精神科入院回数	1. あり( )回 2. なし
	入院年月日 退院年月日 入院時の入院形態
(9) 過去1年間の精神科入退院歴 (あてはまる入院形態に○をつけてください)	19年 月 日 19年 月 日 任意・医保・措置 19年 月 日 19年 月 日 任意・医保・措置 19年 月 日 19年 月 日 任意・医保・措置 19年 月 日 19年 月 日 任意・医保・措置
(10) 保険の種類	1. 健康保険法等(請求区分: I・II) 2. 介護保険法
(11) 自立支援法による障害認定	1. あり(障害程度区分: 1・2・3・4・5・6) 2. なし
(12) 現在の就労の有無	1. あり(職種) 2. なし

※(13)～(22)については、最近一ヶ月のことについてお答えください。

(13) 訪問先	1. 自宅 2. グループホーム 3. 作業所 4. その他( )
(14) 訪問時間(片道あたり)と手段 ( )内に所要時間を記入し、あてはまる手段に○をつけてください)	訪問時間: 片道( )分 訪問手段: 1. 車 2. 自転車 3. 公共交通機関(電車、バスなど) 4. その他( )
(15) 1回の訪問滞在時間	( )分(最近一ヶ月の一回あたりの平均)
(16) 一ヶ月の総訪問回数 ※本設問は3ヶ月の状況をご記入ください。	平成19年10月 平成19年11月 平成19年12月 ( )回 ( )回 ( )回
(17) 同行訪問者	1. あり(職種: ア. PSW イ. OT ウ. 保健師 エ. 看護師 オ. 准看護師 カ. その他( )) 2. なし
(18) 訪問看護への電話相談 (病棟への電話相談は含まない)	1. 本人から(計 回/月、計 分/月) 2. 家族から(計 回/月、計 分/月) 3. その他( )(計 回/月、計 分/月) 4. なし
(19) 訪問看護以外に利用している 社会資源 (複数選択可。利用している資源の数字に○をつけ、( )内に回数を記入してください)	1. デイケア、デイナイトケア、ナイトケア( )回/週 2. グループホームなど共同住居での援助( )回/週 3. 作業所など日中の活動の場( )回/週 4. 地域生活支援センターなど集う場( )回/週 5. 就労支援( )回/週 6. ホームヘルプサービス(貴病院と同法人)( )回/週 7. ホームヘルプサービス(貴病院と異なる法人)( )回/週 8. 貴病院以外からの訪問看護( )回/週 9. その他( )( )回/週
(20) 看護計画見直し頻度	1. 訪問のたび 2. ( )カ月に1回 3. その他( )
(21) 主治医との情報の共有方法 (複数選択可。利用している方法の数字に○をつけ、( )内に頻度を記入してください)	1. 電話(計 回/月) 2. FAX(計 回/月) 3. カンファレンス(計 回/月) 4. 記録・書類(計 回/月) 5. その他( )(計 回/月)
(22) 主治医以外の他職種や他機関との連携	1. あり →主な相手の職種( ) 連携回数(計 回/月) 2. なし

## 精神科訪問看護ケア内容調査

※「患者調査」で記入したケースについて、最近の一回の訪問時に行ったケアについてあてはまるものに○をつけて下さい。そして、下段にある欄に滞在時間を記入してください。

1 日常生活の維持・生活技術の拡大・獲得	実施していない	観察・アセスメントのみ実施した	直接実施した
1) 食生活(食事内容・程度・調理)に関する援助	0	1	2
2) 活動・生活リズム(余暇の過ごし方・外出・休息)に関する援助	0	1	2
3) 住環境(洗濯・掃除・生活用品)に関する援助	0	1	2
4) 整容(身体保清・服装の選択)に関する援助	0	1	2
5) 金銭管理(収支バランス・予算・節約)に関する援助	0	1	2
6) 安全確保(火気取扱い・防犯)に関する援助	0	1	2
7) 家庭内役割(育児・介護など)に関する援助	0	1	2

### 2 対人関係の維持・構築

1) コミュニケーション能力を高める援助 (感情の表出・コミュニケーションスキルを高める援助)	0	1	2
2) 他者(友人・異性・医療福祉スタッフ)との関わりへの援助	0	1	2

### 3 家族関係の調整

1) 家族との関係に対する本人への援助	0	1	2
2) 家族への援助(家族の話を聞く、ねぎらう、情報や本人への接し方を伝える)	0	1	2

### 4 精神症状の悪化や増悪を防ぐ

1) 精神症状(妄想・幻覚・不安のアセスメント、症状対処に関する援助)	0	1	2
2) 睡眠(睡眠習慣・睡眠薬の使用に関する援助)	0	1	2
3) 服薬行動(内服確認・頓服薬の飲み方指導・服薬準備)	0	1	2
4) 通院行動(受診付き添い・通院確認)	0	1	2

### 5 身体症状の発症や進行を防ぐ

1) 身体症状・副作用(副作用の観察・その対処に関する援助)	0	1	2
2) 生活習慣(喫煙・飲酒・運動・栄養に関する援助)	0	1	2
3) 排泄(排泄状況の確認・排泄コントロールの援助)	0	1	2

### 6 社会資源の活用

1) 社会資源利用の援助(情報提供・付き添い・利用状況の確認)	0	1	2
---------------------------------	---	---	---

### 7 対象者のエンパワーメント(上記1~6の領域との重複可)

実施していない	実施した	
1) 自己効力感を高めるための援助(自尊心への配慮、不必要的介入をしない、自信を低下させない)	0	1
2) コントロール感を高めるための援助(本人が問題に取り組めるよう援助する)	0	1
3) 肯定的フィードバック(できていることをねぎらう、本人の気持ちや行動を支持する)	0	1

### 8 上記以外のケア

(具体的に: )

1回の滞在時間

分

**機能の全体的評価尺度**  
(Global Assessment of Functioning: GAF)

- ・ 症状の重症度と機能レベルの二つの側面から、対象ケースの状態を評価します。
- ・ 下記の採点基準を 91~100 点から順に読み進めていき、過去一か月間で一番状態が悪いときの、症状の重症度または機能レベルのどちらか悪いほうが当てはまる得点範囲(例：31~40 点)を決めてください。
- ・ 次に、その 10 点の得点範囲内での点数を決めてください。たとえば、45、68、72 のように、得点範囲内で適当と思う点数をひとつ決め、一番下の回答欄に記入してください。

**GAF の採点基準**

91~100 点	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
81~90 点	症状が全くないか、ほんの少しだけ(例：試験前の軽い不安)ある。すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味を持ち参加し、社交的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例：たまに、家族と口論する)。
71~80 点	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例：家族と口論した後の集中困難)。社会的、職業的、または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例：学校で一時遅れをとる)。
61~70 点	いくつかの軽い症状がある(例：抑うつ気分と軽い不眠)、または、社会的、職業的、または学校の機能に、いくらかの困難がある(例：時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には機能がかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
51~60 点	中等度の症状(例：感情が平板で、会話がまわりくどい、時にパニック発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例：友達が少ししかいない、仲間や仕事の同僚との葛藤)がある。
41~50 点	重大な症状(例：自殺念慮、強迫的儀式がひどい、しおっちゅう万引きする)、または、社会的、職業的、または学校の機能における何らかの深刻な障害(友達がない、仕事が続かない)がある。
31~40 点	現実検討かコミュニケーションにいくらかの欠陥(例：会話は時々非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面での重大な欠陥(例：抑うつな男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子供がしばしば年下の子供をなぐり、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない)がある。
21~30 点	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または意思伝達や判断に重大な欠陥がある(例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、ほとんどすべての面で機能することができない(例：一日中、床についている、仕事も家庭も友達もない)。
11~20 点	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮)、または、時には最低限の身辺の清潔維持ができない(例：大便を塗りたくる)、またはコミュニケーションに重大な欠陥(例：大部分滅裂か無言症)がある。
1~10 点	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例：暴力の繰り返し)、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為がある。
0 点	情報不十分

GAF 得点	点
--------	---

### 社会行動評価尺度 (Social Behaviour Schedule : SBS)

- 対象ケースの、過去1ヶ月の典型的な行動について評価してください。
- 評価に際しては、行動の程度（重症度）と、頻度を考慮に入れますが、迷った場合は、程度より頻度に重きをおいて評価し、1から21のそれぞれの項目について、最もあてはまる数字に一つずつつをつけてください。

1. コミュニケーション スタッフと率先して会話できるか。	0	1	2	3	4
	自発的にできる	自発的にできるが長く続かない	ほとんどできないが時に自発的に話す	拒否的	応答しない
2. 会話内容の一貫性 話の内容のつじつまが合うか。精神疾患のために一貫性を失っていないか。	0	1	2	3	4
	一貫性あり	時々つじつまが合わない (月1~2回)	しばしばつじつまが合わない (週1回)	頻繁につじつまが合わない (週1回以上)	常に一貫性がない
3. 会話の奇妙さ 一般の多くの人が奇妙と思う内容であるか。	0	1	2	3	4
	奇妙さはない	時々奇妙 (月1~2回)	しばしば奇妙 (週1回)	とても頻繁に奇妙な話題 (毎日)	常に奇妙な話題
4. 社会との適切な接觸 バス停で、次のバスはいつ来るのか尋ねられたら、適切に対応できるか。	0	1	2	3	4
	対応できる	時々不適切 (月1~2回)	しばしば不適切 (週1回)	ほとんどいつも不適切 (週1回以上)	対応できない
5. 故意に高めた交流 言語的・身体的故意があるか。	0	1	2	3	4
	ほとんどなし	時々軽度の故意がある (月1~2回以上)	しばしば故意や、脅しがある (週1回)	ほとんどの時間は故意ある言葉による (週1回以上)	頻繁な故意のある言葉や動作
6. 関心をひく振るまい 人の関心を独占しようとするか。他の人に関心を向けると、怒りっぽくなるか。	0	1	2	3	4
	なし	時々関心をひこうとするが、周囲が他人に関心を向けても気にしない	時々関心をひき、周囲が他人に関心を向けると怒る	常に他人の関心を要求する	常に他人の関心を要求し、周囲が他人に関心を向けると怒る
7. 自殺・自傷の企図と行動 (3. 以上は明らかに自殺を目的としていたと見られるとき)	0	1	2	3	4
	なし	間接的口ひのめかす (過去1ヶ月)	直接的に指る (過去1ヶ月)	何らかの自殺企図や自殺行為をほのめかす行動 (過去1ヶ月)	重大な自殺企図または自殺行為 (過去1ヶ月)
8. パニック、恐怖症 ある特定の状況下における不安や一般的な不安にどの程度悩まされているか。	0	1	2	3	4
	なし	時々軽度の不安がある	不安や緊張があるが、何とか生活できる	ほとんどいつも不安があるか不安发作が頻発する	常に強度の緊張・不安がある
9. 過活動性 目的もなく歩き回る、不必要的動きが多いなどの行動があるか。	0	1	2	3	4
	なし	時々ある (月1~2回)	しばしばある (週1回)	頻繁にある (毎日)	非常に定期的にある
10. 独語、空笑 決して社交上のものではない行動が見られるか。	0	1	2	3	4
	なし	時々ある (月1~2回)	しばしばある (月3回)	頻繁にある (週1回以上)	きわめて頻繁にある (毎日)
11. 妄想の行動化 妄想に基づいて行動を起こそうと決意するか否か。(例: 数百万円持っていると思い込む)	0	1	2		
	なし	月1回あった	月2回以上あった		
12. 奇妙な姿勢、動き 奇妙な型にはまった動き、不快で不適切な姿勢があるか。	0	1	2	3	4
	なし	時々ある (月1~2回)	しばしばある (週1回)	頻繁にある (週1回以上)	きわめて頻繁にある (毎日)

13. ひんしゅく・マナー 食事中にひんしゅくをかうような癖や習慣はないか。(例: 胸部を搔く、大きな放屁を平気である、鼻をほじるなど)。	0	1	2	3	4
	礼儀正しい	おおむね礼儀正しい	時々ひんしゅくをかう行為がある	しばしばひんしゅくをかう行為がある	ほとんどがひんしゅくをかう振る舞いである
14. 破滅的行動 財産、所有物などを破壊するに至った行動があるか。	0	1	2	3	一ヶ月以内に怒りにまかせて物を壊したことがある
	なし	時々物を壊すといつて育すが、破壊行動はない	しばしば物を壊すといつて育す		
15. 抑うつ 「生まれてこなかったほうがよかった」とか、「人生なんて意味がない」とつぶやいたことがあるか。(自殺企図は評価しない)	0	1	2	3	頻繁にある(毎日)
	なし	時々ある (月1、2回程度)	週一回程度で、長期の抑うつがある		
16. 性的逸脱行動 公衆ではなく、特定の他者に向けられる性的行動はないか。	0	1	2	3	頻繁に、度をこした振る舞いがあり家庭生活や社会生活に支障がある
	なし	いくらか性的なことに心を奪われている (月1、2回程度)	しばしば、好ましくない性的接近をするなど、不適切な性的振る舞いがある	しばしば、陰部を露出するなど明らかに不適切な性的振る舞いがある	
17. 身だしなみ・清潔度 清潔、髪の手入れ、更衣ができるか。失禁や奇妙な服装をしていないか。	0	1	2	3	著しく清潔に無頓着。注意しなければ汚臭や失禁の恐れがある
	注意を要しない	時々注意を要する	不適切で奇妙な嗜好のため、しばしば身なりに注意を要する	清潔に無頓着であり、かなり注意や助言が必要	
18. 動きの鈍さ 座るのが異常に遅い、歩くのが異常に遅いなどないか。(年齢、身体的な状態は考慮する)	0	1	2	3	常に中程度に動きが鈍く、時には極めて遅くなる
	なし	時々中程度にあるが、普段はない	中程度に動作が鈍い	動きが鈍く、時には極めて遅くなる	
19. 異常な活動性の低さ 刺激を加えなければ座ったまま何もしない状態(中程度に非活動的な状態)はあるか。(動きの鈍さと活動性の低さは別に評価する)	0	1	2	3	極めて動きが鈍い
	なし	時々あるが、普段はなし	ある	しおちゅうあり、極めて活動性が低い時もある	
20. 集中力 テレビ、読書などに、自分から集中できるか。	0	1	2	一度に数分だけ集中できる	一度に数分だけ集中できる
	問題なし	集中できない時がある	一度に数分だけ集中できる		
21. 社会的適応を妨げる行動 1~20以外の行動で、社会的適応を妨げる行動があるか。(例: 嗅煙、過食、拘食、盗聴、強迫行為、睡眠障害、飲酒)	0	1	2	3	かなり頻繁にある
	そのような行動異常はみられない	過去一ヶ月以上前にあった	過去一ヶ月以内に数回あった	頻繁にある	

## モデル事業説明文書（第4章参考資料）

### 資料1.

平成19年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）精神障害者の地域生活支援を推進するための精神訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討 3) 精神訪問看護コンサルテーションモデル事業 説明文書

平成19年8月●日

### 精神訪問看護コンサルテーションモデル事業へのご協力のお願い ～コンサルテーションを受ける訪問看護ステーションの募集～

このたび、全国訪問看護事業協会が、厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部企画課より、平成19年度精神障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）として補助金を受け、精神訪問看護コンサルテーションモデル事業を実施することとなりました。

この事業は、「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」（委員長 聖路加看護大学 教授 萱間真美）の一部として実施されるもので、精神訪問看護サービスのより一層の普及を図る目的で行われるものです。

具体的には、精神訪問看護サービスの経験を有しすでに地域との積極的なネットワーク形成を行っている医療機関や訪問看護ステーションが、精神訪問看護において経験が少ない一般の訪問看護ステーションに対してコンサルテーションを実施することで、精神訪問看護の技術支援を行い、その普及を図るとともに、コンサルテーション・プロセスを詳細に記録・分析することで、地域単位での訪問看護サービスの提供体制のあり方やその方法について検討しようとするものです。

以上により、このたび、精神訪問看護のコンサルテーションを受けたいと希望する一般の訪問看護ステーションを募集することとなりました。コンサルテーションは、下記の要領で実施されます。ぜひ本事業への参画・ご協力のほどお願い申し上げます。

#### 記

1. コンサルテーション実施機関：○○○○○
2. コンサルテーション内容：事例単位で、精神症状の査定・ケア技術等、精神訪問看護全般に対する相談・指導・援助
3. 事例：統合失調症に限定。（ただし、初発・再発は問わない。年齢制限なし。入院経験の有無、回数は問わない。）
4. コンサルテーションの方法：原則として、直接面談もしくは電話相談。

資料 1.

平成 19 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）精神障害者の地域生活支援を推進するための精神訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討 3) 精神訪問看護コンサルテーションモデル事業 説明文書

5. コンサルテーションの頻度：原則として、月に 1 回（1 時間半から 2 時間程度）を想定。＊ただし、必要に応じて柔軟に対応。
6. コンサルテーションの場所：相談の上、決定。
7. 記録物：患者情報、コンサルテーション経過表、評価など、記録物への記入を依頼。
8. 本事業の実施期間：平成 19 年 9 月中旬～平成 20 年 1 月 31 日  
＊ただし、必要に応じその後のフォローを予定。

9. 本事業実施における倫理的配慮

- ①コンサルテーション実施機関の名称は報告書において公表します。
- ②コンサルテーションを受ける機関の名称は匿名とします。
- ③コンサルテーションで扱われる事例（訪問サービス利用者）は匿名とし、氏名と整理番号の対応表を作成して整理番号のみを扱います。対応表はコンサルテーション実施機関で管理することとし、コンサルテーション実施機関とコンサルテーションを受ける機関以外は、事例の固有名称を知ることが一切ない形で事業を実施します。
- ④報告書等で本事業について公表する際には、事例の年齢、居住地、家族構成、職業、生活歴など、個人を推定できる可能性のある情報は、伏せるか修正を加えます。
- ⑤報告書等で本事業について公表する際には、コンサルテーションを実施する機関の職員、ならびにコンサルテーションを受ける機関の職員の名前はすべて匿名とします。

以上

(社)全国訪問看護事業協会

平成 19 年度精神障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」

委員長 聖路加看護大学教授 萩間 真美

「3)精神訪問看護コンサルテーションモデル事業」委員会

委員長 東京女子医科大学看護学部教授 田中 美恵子

コンサルテーション実施機関：〇〇〇〇

代表者名：〇〇〇〇

問い合わせ先：〇〇〇〇〇

同意書（協力事業所用）（第4章参考資料）

資料2.

協力事業所（コンサルテーションを受ける機関）用

同 意 書

東京女子医科大学看護学部  
教授 田中 美恵子 殿

私は、「平成19年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）精神障害者の地域生活支援を推進するための精神訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討 3) 精神訪問看護コンサルテーションモデル事業」について、事業実施分担者より文書により説明を受け、事業の意義について理解しましたので、この事業に参加することに同意いたします。

- 個人情報は、厳重に管理されると共に、個人名は一切公表されることなく、プライバシーは保護されます。
- 事業への協力は、いつでもとりやめることができます。
- 事業への協力をとりやめることで、不利益がかかることは一切ありません。
- わからないことはいつでも事業実施分担者にお尋ねください。

<本人署名欄>

同意日：平成 年 月 日

氏名：\_\_\_\_\_

所属機関名：\_\_\_\_\_

職位：\_\_\_\_\_

住 所：\_\_\_\_\_

<説明者>

説明日：平成 年 月 日

氏名：\_\_\_\_\_

所属機関名：\_\_\_\_\_

住 所：\_\_\_\_\_

## 精神障害・能力障害・生活障害評価・GAF 評価尺度 (第4章参考資料)

資料3：精神障害・能力障害・生活障害評価・GAF 評価尺度  
精神訪問看護コンサルテーションモデル事業 記録様式1より

### 2. 精神障害・能力障害・生活障害評価

#### ①精神症状・能力障害二軸評価

##### (1) 精神症状評価

現在の精神症状について、次のうちあてはまるものを1つ選択し、○をつけてください。

回答欄	内 容
1.	症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常の生活の中ではほとんど目立たない程度である。
2.	精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、施設等の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
3.	精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じことがある。
4.	精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達が判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが、逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）、慢性の幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、そう状態を含む。
5.	精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい減裂や無言症）がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。
6.	活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の認知症などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時厳重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、厳重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

##### (2) 能力障害評価

現在の日常生活能力の程度について、次のうちあてはまるものを1つ選択し、○をつけてください。

回答欄	内 容
1.	精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
2.	精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
3.	精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4.	精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
5.	精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

### 2. 生活障害評価

現在の生活障害について、該当する項目を1つ選択し、○をつけてください。

No.	項目	回答欄	内 容
1	食事		1) 適当量の食事を適時にとることができる。（外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない）
			2) 特に施設からの提供を必要とする場合があるが、1) がございたい自主的にできる。
			3) 時に防諱や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
			4) いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言と援助を必要とする。
			5) 常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食などの問題の食行動があり、健康を

資料3：精神障害・能力障害・生活障害評価・GAF評価尺度  
精神訪問看護コンサルテーションモデル事業 記録様式1より

			害す。
2	生活リズム		1) 一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。(※一般的には午前9時には起きていることが望まれる)
			2) 時に寝過ごすことがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のはらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。
			3) 時に助言がなければ、寝過ごすが、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1~2時間程度のはらつきがある。
			4) 起床が遅く、生活のリズムが週1度を越えて不規則に傾きがらですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。
			5) 臥床がちで、昼夜逆転したりする。
3	保清		1) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除やかたづけができる。TP0に合った服装ができる。
			2) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等をある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の掃除やかたづけをだいたい自主的におこなえる。
			3) 個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の掃除やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
			4) 個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の掃除やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。
			5) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の掃除やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。
4	金銭管理		1) 1ヶ月程度のやりくりが自分でできる。また、大切な物を管理できる。
			2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。
			3) 一週間適度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。
			4) 3~4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。
			5) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。
5	服薬管理		1) 薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
			2) 薬の必要性は理解しているいないにかかわらず、時に飲み忘れることがあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)
			3) 薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)
			4) 飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助(場合によりデボ剤使用)、さらに、薬物血中濃度のモニター管理を必要とする。
			5) 助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デボ剤を中心となる。さらに、薬物血中濃度のモニター管理は不可欠である。定期的な受診が出来ない場合も含む。
6	対人関係		1) あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で他者と大きなトラブルをおこさず行動することができる。必要に応じて、誰に対しても自

資料3：精神障害・能力障害・生活障害評価・GAF評価尺度  
精神訪問看護コンサルテーションモデル事業 記録様式1より

			分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
			2) 1) が、だいたい自主的にできる。
			3) だいたいできるが、時に助言がなければ独立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
			4) 1) で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。3) がたひたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。
			5) 助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようとせず、隣近所・集団とのつき合い・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。
7	社会的適応を妨げる行動		1) 周囲に恐怖や強い不安を与える、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。
			2) この1カ月に、1) のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
			3) この1カ月に、そのような行動が何回かあった。
			4) この1カ月に、そのような行動が数回あった。
			5) そのような行動が毎日のように頻回にある。

総括欄

資料3：精神障害・能力障害・生活障害評価・GAF評価尺度  
精神訪問看護コンサルテーションモデル事業 記録様式1より

②機能の全体的評価尺度（GAF: Global Assessment of Functioning）

以下の表を参照して、サービス利用者の機能を評価してください。その際、精神的に健康から病気までを一つのつながったものと仮定して、心理的、社会的、職業的功能を考慮してください。身体的（または環境的）制約による機能の障害は含めないでください。

また、たとえば、45、68、72のように、それが適切ならば、中间のコードを用いてください。

91~100点	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
81~90点	症状が全くないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）、すべての面でよい機能で、広範囲の活動にも興味を持ち参加し、社交的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに、家族と口論する）。
71~80点	症状があったとしても、心理的・社会的・ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：学校で一時遅れをとる）。
61~70点	いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、または社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難がある（例：時にうつむいたり、家の金を盗んだりする）が、全般的には機能がかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
51~60点	中等度の症状（例：感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐怖発作がある）、または社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害（例：友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤）。
41~50点	重大な症状（例：自殺の考え方、強迫的様式がひどい、しつこちゅうう万引きする）、または社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害（友達がない、仕事が続かない）。
31~40点	現実検討が意思伝達にいくらかの欠陥（例：会話は時々、非論理的であいまい、または関係性がなくなる）、または仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面で粗大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子供が年下の子供を殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない）。
21~30点	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または意思伝達や判断に粗大な欠陥がある（例：時々、破裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、またはほとんどすべての面で機能することができない（例：一日中、床についている、仕事も家庭も友達もない）。
11~20点	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮）、または時には最低限の身辺の清潔維持ができない（例：大便を塗りたくる）、または意思伝達に粗大な欠陥（例：ひどい破裂か無言症）。
1~10点	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：何度も暴力を振るう）、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能、または死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0点	情報不十分

G A F得点	点
---------	---

平成 19 年度 厚生労働省障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)  
精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と  
教育およびサービス提供体制のあり方の検討

訪問看護サービスの需要と供給に関する検討  
報 告 書

---

平成 20 年 3 月

発行・編集 社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壱丁目参番館 302

TEL. 03-3351-5898 FAX. 03-3351-5938

---

本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になります  
のでご注意ください。

