

☆退院準備プログラムの準備と実施にかかった時間(B病院)  
 注:CC=ケースカンファレンス、S=病院内セッションおよび実践編

セッション	セッションの内容	準備の内容と実施すべき病院内セッションおよび実践編	参加者数	医師		看護師		精神保健福祉士		作業療法士	
				時間(分)	スタッフ人数	時間(分)	スタッフ人数	時間(分)	スタッフ人数	時間(分)	スタッフ人数
開始前		①プログラムで使用するポスターなどの作成 ②プログラム導入の可否を決めるCCやケア会議 ③対象患者にプログラムについての説明 ④家族との調整 ⑤全スタッフ分のプログラム資料をコピー ⑥セッションの練習 ⑦職種別合計時間(分)		60		60	1			60	1
				180	1	90	5	60	2		
				60	1	30	3				
				300	1	20	1	60	2		
				600	1	480	7	60	1		
				600	1	4010	300	540			
S1	プログラムの導入	①S1の実施 ②プレミーティング ③ポストミーティング ④S2での社会資源・制度についてPSWへの資料作成等依頼 ⑤S2での資料作成 ⑥S3で用いる処方箋準備 ⑦S5への既退院患者に対する参加依頼 ⑧J1-J2の実施のための関係機関との連絡調整 ⑨J1の実施 ⑩J2の実施 ⑪プログラムの内容の予習と準備 セッションあたり合計(分) 参加者一人当たりにかかった時間	5	60	1	60	6	60	1	60	1
				30	1	35	6		30	1	
						30	1				
						5	1				
				30	1	120	2	120	2		
				120		850		300		210	
				24		170		60		42	
				60	1	60	6			60	1
S2	地域生活へのオリエンテーション(その1)	①S2の実施 ②プレミーティング ③ポストミーティング ④S3で使用する処方箋の準備 ⑤S5への既退院患者に対する参加依頼 ⑥J1-J2の実施のための関係機関との連絡調整 ⑦J1の実施 ⑧J2の実施 ⑨プログラムの内容の予習 職種別合計時間(分) 参加者一人当たりにかかった時間	5	30	1	30	6			30	1
						10	2				
				15	1	10	1				
								30	1		
				105		575		180		210	
				21		115		36		42	
				60	1	60	4	60	1	60	1
S3	慢性の精神障害の症状と薬の効果	①S3の実施 ②プレミーティング ③ポストミーティング ④S5への既退院患者に対する参加依頼 ⑤J1-J2の実施のための関係機関との連絡調整 ⑥J1の実施	4	30	1	30	4			30	1

S4	退院準備	⑦J2の実施				90	1	90	1	90	
		⑧プログラム内容の予習と準備				5	1			120	
		職種別合計時間(分)		90		545			240		450
		参加者一人当たりにかかった時間		23		136			60		113
		①S4の実施	4	60	1	60	4				60
		②プレミーティング									
		③ポストミーティング		30	1	60	4				30
		④S5への既退院患者に対する参加依頼									30
		⑤S5で使用するポスターの作成(任意)				30	1				60
		⑥宿題の相手役との連絡調整				20	2				
S5	地域生活へのオリエンテーション(その2)	⑦J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整									
		⑧J1の実施			60	1					
		⑨J2の実施			60	1					
		⑩プログラム内容の予習と準備		90		670		0		120	
		職種別合計時間(分)		23		168		0		75	
		参加者一人当たりにかかった時間	4	60	1	60	3				60
		①S5の実施									
		②プレミーティング		30	1	30	3				30
		③ポストミーティング				20	1				
		④宿題の相手役との連絡調整									120
S6	毎日のスケジュールの立て方	⑤S7の準備として病院近くのスーパーや食堂の情報入手									
		⑥J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整									
		⑦J1の実施									
		⑧J2の実施									
		⑨J3の実施のための関係機関との連絡調整									
		⑩J3の実施									
		⑪プログラム内容の予習と準備		90		290		0		330	
		職種別合計時間(分)		23		73		0		83	
		参加者一人当たりにかかった時間	4	60	1	60	4				60
		①S6の実施									
②プレミーティング		30	1	30	4				30		
③ポストミーティング				20	2						
④宿題の相手役との連絡調整				30	1				60		
⑤S7で使用するポスターや資料作成(任意)									60		
⑥J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整											
⑦J1の実施											
⑧J2の実施											
⑨J3の実施のための関係機関との連絡調整											
⑩J3の実施									60		
⑪J4・J5の実施のための関係機関との連絡調整											
⑫プログラム内容の予習と準備		90		430		0		120	390		
職種別合計時間(分)		23		108		0		98			
参加者一人当たりにかかった時間											

S7	食生活の管理	①S7の実施	60	1	60	3		60	1
		②プレミーティング							
		③ポストミーティング	30	1	60	3		30	1
		④宿題の相手役との連絡調整			20	1			
		⑤S8の準備として各メンバーの重症管理方法や経済的問題の検討			20	3			
		⑥J3の実施のための関係機関との連絡調整							
		⑦J3の実施							
		⑧J4-J5の実施のための関係機関との連絡調整						30	1
		⑨J4の実施			90	1		120	1
		⑩プログラム内容の予習と準備						120	1
S8	金銭の管理	職種別合計時間(分)	90		530	0		360	
		参加者一人当たりにかかった時間	23		133	0		90	
		①S8の実施	60	1	60	4		60	1
		②プレミーティング							
		③ポストミーティング	30	1	30	4		30	1
		④宿題の相手役であるソーシャルワーカーとの連絡調整			20	2			
		⑤J3の実施のための関係機関との連絡調整							
		⑥J3の実施							
		⑦J5の実施のための関係機関との連絡調整							
		⑧J5の実施			30	1		120	1
S9	薬は再発を予防する	⑨プログラム内容の予習と準備	90		430	0		330	
		職種別合計時間(分)	30		143	0		110	
		参加者一人当たりにかかった時間	60	1	60	3		60	1
		①S9の実施							
		②プレミーティング	30	1	30	3		30	1
		③ポストミーティング			20	2			
		④宿題の相手役との連絡調整							
		⑤J3の実施のための関係機関との連絡調整							
		⑥J3の実施			30	2			
		⑦J6-J7の実施のための関係機関との連絡調整							
S10	薬の効果を評価する	⑧その他(具体的に記入)	90		370	0		210	
		職種別合計時間(分)	23		93	0		53	
		参加者一人当たりにかかった時間	60	1	60	4		60	1
		①S10の実施							
		②プレミーティング	30	1	30	4		30	1
		③ポストミーティング			5	1			
		④宿題の相手となる主治医との連絡調整							
		⑤J3の実施のための関係機関との連絡調整							
		⑥J3の実施							
		⑦J6-J7の実施のための関係機関との連絡調整							
⑧プログラム内容の予習と準備									
職種別合計時間(分)	90		365	0		210			
参加者一人当たりにかかった時間	23		91	0		53			

S11	地域生活でのストレス対処法	4	①S11の実施	60	1	60	4	60	1
			②プレミーティング						
			③ポストミーティング	30	1	30	4	30	1
			④宿題の相手役との連絡調整			20	2		
			⑤J6-J7の実施のための関係機関との連絡調整						
			⑥J6の実施						
			⑦J7の実施						
			⑧プログラム内容の予習と準備	90		400		120	1
			職種別合計時間(分)	23		100		210	
			参加者一人当たりにかかった時間	60	1	60	4	60	1
S12	薬の問題点を解決する	4	①S12の実施			15	2		
			②処方箋の準備(各メンバーのコピーなど)						
			③プレミーティング	30	1	30	4	30	1
			④ポストミーティング						
			⑤J6-J7の実施のための関係機関との連絡調整						
			⑥J6の実施						
			⑦J7の実施						
			⑧プログラム内容の予習と準備	90		390		120	1
			職種別合計時間(分)	23		98		210	
			参加者一人当たりにかかった時間	60	1	60	3	60	1
S13	薬の副作用を解決する	4	①S13の実施						
			②プレミーティング	30	1	30	3	30	1
			③ポストミーティング			5	1		
			④宿題の相手となる主治医との連絡調整						
			⑤J6-J7の実施のための関係機関との連絡調整						
			⑥J8の実施					60	1
			⑦J7の実施					60	1
			⑧プログラム内容の予習と準備	90		275		120	1
			職種別合計時間(分)	23		69		330	
			参加者一人当たりにかかった時間	60	1	60	4	83	1
S14	再発の注意サインを見きわめる	4	①S14の実施						
			②プレミーティング	30	1	30	4	30	1
			③ポストミーティング			20	2		
			④宿題の相手役との連絡調整						
			⑤J6-J7の実施のための関係機関との連絡調整						
			⑥J8の実施			60	1		
			⑦J7の実施			60	1		
			⑧プログラム内容の予習と準備	90		520		120	1
			職種別合計時間(分)	23		130		210	
			参加者一人当たりにかかった時間	120	1	120	4	53	1
S15	注意サインを監視する	4	①S15の実施						
			②プレミーティング	60	1	60	4	60	1
			③ポストミーティング			20	2		
			④宿題の相手役との連絡調整						

S16	緊急時の 対応策を 地域で 実践する	⑤J6-J7の実施のための関係機関との連絡調整													
		⑥J6の実施													
		⑦J7の実施													
		⑧プログラム内容の予習と準備									760				
		職種別合計時間(分)		180								0			300
		参加者一人当たりにかかった時間		45							190				75
		①S16の実施									60		3		60
		②プレミーティング													
		③ポストミーティング													
		④修了証書の作成		30							30		3		30
		⑤S17への病棟医長・師長など管理スタッフに対する参加依頼													
		⑥J6-J7の実施のための関係機関との連絡調整													
		⑦J6の実施													
		⑧J7の実施													
⑨プログラム内容の予習と準備															
職種別合計時間(分)		90							270		0			330	
参加者一人当たりにかかった時間		30							90		0			110	
①S17の実施															
②プレミーティング															
③ポストミーティング															
職種別合計時間(分)		30							30		3			30	
参加者一人当たりにかかった時間		90							270		0			90	
		23							68		0			23	

※網掛けは実践編に関する作業

☆退院準備プログラムの宿題対応にかかった時間(分:B病院)

週数	宿題の内容	医師	看護師	PSW
1	「退院にむけて考えてみよう」ページの記入		10	
2	「退院計画用紙」の記入(イメージする退院先・退院時期・退院後の相談者や相談場所の検討)		20	
3	セッションの復習(処方箋とワークブックを用いて、自分の服用する薬剤の名前と効果を確認する)		15	
4	「退院準備用紙」の記入(退院までによくしたい症状や取り組みたい行動・退院までの目標などの検討)		15	
5	「今日の感想」ページの記入(「地域生活の先輩」の話を聞いた上で退院への自信度・不満足・心配点などの検討)		10	
6	セッション中に作成した退院後のスケジュールをスタッフにみせて感想をもらう	10	10	
7	退院後の1日の食事の献立を考えて、ワークブックに記入し、スタッフから感想をもらう		15	
8	退院後の収入についてソーシャルワーカーと相談してくる		10	40
9	「自己記入用紙」を毎日記録してくる		20	
10	主治医と面接して「自己記入用紙」を見せ、用紙の目的や記入方法などを主治医に説明する	15		
11	セッション中に考えた「ストレス対処法」を実際に試して、感想をワークブックに記入する		15	
12	そのとき服用している薬剤の処方箋をもらってくる		15	
13	「薬についての質問票」をつかって主治医に薬についての質問をする	15		
14	注意サインチェックリストについて相談役の人から意見をもらう	10	20	
15	注意サイン評価記録用紙を毎日記録してくる	15		
16	共通の宿題はなし、これまで上がってきた課題(よくしたい症状や取り組みたい行動、など)の振り返りを行う	10	5	
17				

☆退院準備プログラムの準備と実施にかかった時間(C病院)

注:CC=ケースカンファレンス、S=病院内セッション、J=実践編

セッション	セッションの内容	準備の内容と実施すべき病院内セッションおよび実践編	参加者数	医師		看護師		精神保健福祉士		作業療法士	
				時間(分)	スタッフ人数	時間(分)	スタッフ人数	時間(分)	スタッフ人数	時間(分)	スタッフ人数
開始前		①プログラムで使用するポスターなどの作成 ②プログラム導入の可否を決めるCCやケア会議 ③対象患者にプログラムについての説明 ④家族との調整 ⑤全スタッフ分のプログラム資料をコピー ⑥セッションの練習 ⑦職種別合計時間(分)		0	0	3000	0	0	0	1170	
				8		90	4			90	1
						10	4			10	1
						30	4			30	1
						10	1			180	1
						30	1			30	1
S1	プログラムの導入	①S1の実施	8								
		②プレミーティング									
		③ポストミーティング									
		④S2での社会資源・制度についてPSWへの資料作成等依頼									
		⑤S2での資料作成									
		⑥S3で用いる処方箋準備									
		⑦S5への既退院患者に対する参加依頼									
		⑧J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整									
		⑨J1の実施									
		⑩J2の実施									
S2	地域生活へのオリエンテーション(その1)	①プログラム内容の予習と準備									
		セッションあたり合計(分)	0	0	590	190	130				
		参加者一人当たりにかかった時間	0	0	74	24	16				
		①S2の実施	8								
		②プレミーティング									
		③ポストミーティング									
		④S3で使用する処方箋の準備									
		⑤S5への既退院患者に対する参加依頼									
		⑥J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整									
		⑦J1の実施									
S3	個性の精神障害の症状と薬の効果	⑧J2の実施									
		⑨プログラム内容の予習									
		職種別合計時間(分)	0	0	520	130	130				
		参加者一人当たりにかかった時間	0	0	65	16	16				
		①S3の実施	8								
		②プレミーティング									
		③ポストミーティング									
		④S5への既退院患者に対する参加依頼									
		⑤J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整									
		⑥J1の実施									
				180	3					180	

S4	退院準備	⑦J2の実施												
		⑧プログラム内容の予習と準備												
		職種別合計時間(分)			1060		0					310		
		参加者一人当たりにかかった時間	8		133		0					39		
		①S4の実施			90	4						90	1	
		②プレミーティング			10	4						10	1	
		③ポストミーティング			30	4						30	1	
		④S5への既入院患者に対する参加依頼												
		⑤S5で使用するポスターの作成(任意)												
		⑥宿題の相手役との連絡調整			10	4						240	1	
		⑦J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整												
		⑧J1の実施												
		⑨J2の実施			240	4		240				240	1	
⑩プログラム内容の予習と準備														
職種別合計時間(分)		0	1520		240	610								
参加者一人当たりにかかった時間	8	0	190		30	76								
S5	地域生活へのオリエンテーション(その2)	①S5の実施												
		②プレミーティング			90	4					90	1		
		③ポストミーティング			10	4					10	4		
		④宿題の相手役との連絡調整			30	4					30	1		
		⑤S7の準備として病院近くのスパーや食堂の情報入手			10	1								
		⑥J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整			120	2								
		⑦J1の実施												
		⑧J2の実施												
		⑨J3の実施												
		⑩J3の実施					60							
		⑪プログラム内容の予習と準備												
		職種別合計時間(分)		0	770		60	160						
		参加者一人当たりにかかった時間	8	0	96		8	20						
S6	毎日のスケジュールの立て方	①S6の実施												
		②プレミーティング			90	4					90	1		
		③ポストミーティング			10	4					10	1		
		④宿題の相手役との連絡調整			30	4					30	1		
		⑤S7の準備として病院近くのスパーや食堂の情報入手			10	4								
		⑥S7で使用するポスターや資料作成(任意)												
		⑦J1・J2の実施のための関係機関との連絡調整									240	1		
		⑧J1の実施												
		⑨J2の実施												
		⑩J3の実施												
		⑪J3の実施			240	3	240							
		⑫J4・J5の実施のための関係機関との連絡調整												
		⑬プログラム内容の予習と準備		0	1280		240	370						
職種別合計時間(分)		0	160		30	46								
参加者一人当たりにかかった時間		0	160		30	46								



S7	食生活の管	8	①S7の実施					90	4			90	1		
			②プレミーティング					10	4			10	1		
			③ポストミーティング					30	4			30	1		
			④宿題の相手役との連絡調整					10	4			10	1		
			⑤S8の準備として各メンバーの並銭管理方法や経済的問題の					60	4	60			60	1	
			確認												
			⑥J3の実施のための関係機関との連絡調整												
			⑦J3の実施												
			⑧J4・J5の実施のための関係機関との連絡調整												
			⑨J4の実施					300	4				300		
⑩プログラム内容の予習と準備															
					0		2000	60			490				
					0		250	8			61				
S8	金銭の管理	8	①S8の実施					90	4			90	1		
			②プレミーティング					10	4			10	1		
			③ポストミーティング					30	4			30	1		
			④宿題の相手役であるソーシャルワーカーとの連絡調整					10	4			10	1		
			⑤J3の実施のための関係機関との連絡調整												
			⑥J3の実施												
			⑦J5の実施のための関係機関との連絡調整												
			⑧J5の実施					120	4	120			120	1	
			⑨プログラム内容の予習と準備												
								0		1040	120			250	
					0		130	15			31				
S9	薬は再発を 予防する	8	①S9の実施					90	4			90	1		
			②プレミーティング					10	4			10	1		
			③ポストミーティング					30	4			30	1		
			④宿題の相手役との連絡調整					10	4			10	1		
			⑤J3の実施のための関係機関との連絡調整												
			⑥J3の実施												
			⑦J6・J7の実施のための関係機関との連絡調整												
			⑧その他(具体的に記入)												
			職種別合計時間(分)					0		560	0			130	
			参加者一人当たりにかかった時間					0		70	0			16	
S10	薬の効果 を評価する	8	①S10の実施					90	4			90	1		
			②プレミーティング					10	4			10	1		
			③ポストミーティング					30	4			30	1		
			④宿題の相手となる主治医との連絡調整					10	4			10	1		
			⑤J3の実施のための関係機関との連絡調整												
			⑥J3の実施												
			⑦J6・J7の実施のための関係機関との連絡調整												
			⑧プログラム内容の予習と準備												
			職種別合計時間(分)					0		560	0			130	
			参加者一人当たりにかかった時間					0		70	0			16	

S11	地域生活でのストレス対処法	①S11の実施					90	4	90	1	90	1	
		②プレミーティング					10	4	10	1	10	1	
		③ポストミーティング					30	4	30	1	30	1	
		④宿題の相手役との連絡調整					10	4					
		⑤J6-J7の実施のための関係機関との連絡調整											
		⑥J6の実施											
		⑦J7の実施											
		⑧プログラム内容の予習と準備											
		職種別合計時間(分)		0			560			130		130	
		参加者一人当たりにかかった時間		0			80			19		19	
S12	薬の問題点を解決する	①S12の実施	7			90	4	90	1	90	1		
		②処方箋の準備(各メンバー分のコピーなど)				20	4						
		③プレミーティング				10	4	10	1	10	1		
		④ポストミーティング				30	4	30	1	30	1		
		⑤J6-J7の実施のための関係機関との連絡調整											
		⑥J6の実施											
		⑦J7の実施											
		⑧プログラム内容の予習と準備											
		職種別合計時間(分)		0			600			130		130	
		参加者一人当たりにかかった時間		0			86			19		19	
S13	薬の副作用を解決する	①S13の実施	7			90	4	90	1	90	1		
		②プレミーティング				10	4	10	1	10	1		
		③ポストミーティング				30	4	30	1	30	1		
		④宿題の相手役となる主治医との連絡調整											
		⑤J6-J7の実施のための関係機関との連絡調整											
		⑥J6の実施											
		⑦J7の実施											
		⑧プログラム内容の予習と準備											
		職種別合計時間(分)		0			560			130		130	
		参加者一人当たりにかかった時間		0			80			19		19	
S14	再発の注意サインを見きわめる	①S14の実施	7			90	4	90	1	90	1		
		②プレミーティング				10	4	10	1	10	1		
		③ポストミーティング				30	4	30	1	30	1		
		④宿題の相手役との連絡調整											
		⑤J6-J7の実施のための関係機関との連絡調整											
		⑥J6の実施											
		⑦J7の実施											
		⑧プログラム内容の予習と準備											
		職種別合計時間(分)		0			560			130		130	
		参加者一人当たりにかかった時間		0			80			19		19	
S15	注意サインを監視する	①S15の実施	7			180	4	180	1	180	1		
		②プレミーティング											
		③ポストミーティング											
		④宿題の相手役との連絡調整											
		⑤J6の実施											
		⑥J7の実施											
		⑧プログラム内容の予習と準備											
		職種別合計時間(分)		0			1280			310		330	
		参加者一人当たりにかかった時間		0			183			44		47	
		①S15の実施				90	4	90	1	90	1	90	1
②プレミーティング				10	4	10	1	10	1	10	1		
③ポストミーティング				30	4	30	1	30	1	30	1		
④宿題の相手役との連絡調整				10	4								



☆退院準備プログラムの宿題対応にかかった時間(分：C病院)

週数	宿題の内容	医師	看護師	PSW
1	「退院にむけて考えてみよう」ページの記入		30	
2	「退院計画用紙」の記入(イメージする退院先・退院時期・退院後の相談者や相談場所の検討)		30	
3	セッションの復習(処方箋とワークブックを用いて、自分の服用する薬剤の名前と効果を確認する)		60	
4	「退院準備用紙」の記入(退院までによくしたい症状や取り組みたい行動・退院までの目標などの検討)		60	
5	「今日の感想」ページの記入(「地域生活の先輩」の話を聞いた上で退院への自信度・不満足・心配点などの検討)		30	
6	セッション中に作成した退院後のスケジュールをスタッフにみせて感想をもらう		30	
7	退院後の1日の食事の献立を考えて、ワークブックに記入し、スタッフから感想をもらう		30	
8	退院後の収入についてソーシャルワーカーと相談してくる			30
9	「自己記入用紙」を毎日記録してくる		70	
10	主治医と面接して「自己記入用紙」を見せ、用紙の目的や記入方法などを主治医に説明する	30	30	
11	セッション中に考えた「ストレス対処法」を実際に試して、感想をワークブックに記入する		30	
12	そのとき服用している薬剤の処方箋をもらってくる		10	
13	「薬についての質問票」をつかって主治医に薬についての質問をする	60		
14	注意サインチェックリストについて相談役の人から意見をもらう		30	
15	注意サイン評価記録用紙を毎日記録してくる		105	
16	共通の宿題はなし、これまで上がってきた課題(よくしたい症状や取り組みたい行動、など)の振り返りを行う		60	
17				

## 精神科訪問看護における家族ケアの実態およびその関連要因について

分担研究者 萱間 真美 聖路加看護大学 教授

**研究要旨:**本研究では、入院医療から地域生活への移行を支える有効なサービスとして評価され、その普及が進んでいる精神科訪問看護に焦点を当て、家族に対するケアの実態を把握・分析し、今後の診療報酬のあり方を検討することを目的として行った。

**研究方法:**社団法人全国訪問看護事業協会が委託を受けて行った、平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業の実態調査のうち、精神科訪問看護における家族ケアの実態、およびその関連要因について分析した。

**結果:**訪問看護ステーションからの精神科訪問看護では、家族に対する援助が約65%と高い割合で実施されており、家族が同居している場合には86%と更にその割合が高かった。また、家族からの電話相談も、同居家族の約15%から月平均2.7回、31.5分の電話相談を受けていた。家族に対する援助が実施されている群では、援助が実施されていない群に比べて、利用者本人の機能レベルが低く、1回あたりの訪問時間が長く、ホームヘルプの利用割合が低かった。

**まとめ:**精神科訪問看護における家族ケアは、利用者の療養生活を支援する家族の生活上の困難や負担感を軽減し、家族を支えることで利用者本人の地域生活を維持する関わりであるといえる。家族へのケアは家族が同居している場合には高い割合で実施され、1回あたりの訪問時間も長く要していた。家族が同居している場合には、利用者本人の症状の重症度が高くても、家族が日常生活上の支援を行うことで地域生活を継続している利用者も多く、家族の担う役割が大きい一方、家族自身が高齢化し、ケア機能が弱まっていることも伺え、家族への支援が利用者本人の地域生活の維持に大きく影響することが示唆された。訪問看護ステーションでの精神科訪問看護の適応が拡大している現状を考えると、家族に対する援助が診療報酬の裏づけを得て実施される必要性は極めて高いと考えられた。

### 研究協力者氏名（所属施設名及び職名）

井伊久美子（日本看護協会 常任理事）	上野 桂子（全国訪問看護事業協会 常務理事）
澤 温（医療法人社団北斗会 さわ病院 院長）	仲野 栄（日本精神科看護技術協会 専務理事）
田中美恵子（東京女子医科大学 教授）	野中 博（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）	
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）	
柳井 晴夫（聖路加看護大学 教授）	木全 真理（全国訪問看護事業協会）
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）	
瀬戸屋 希（聖路加看護大学 准教授）	瀬尾 智美（聖路加看護大学 助教）
沢田 秋（東京大学大学院）	赤江麻衣子（聖路加看護大学大学院）
船越 明子（東京大学大学院）	岡本 典子（聖路加看護大学大学院）

## はじめに

精神科訪問看護は、精神保健福祉施策における入院医療から地域生活への移行を支える有効なサービスとして評価され、その普及が進んでいる。

研究者らが行った統合失調症患者についての研究では、訪問看護サービスを受け始めた前後2年間で、精神科への総入院日数や1回の入院あたりの入院日数が大幅に減少することが示され、地域生活の継続という点において、精神科訪問看護は一定の効果を有することが明らかになった<sup>1)</sup>。

精神科訪問看護の提供主体は、訪問看護ステーションと、医療機関に大別できる。しかし、近年の医療制度の改革によって急性期の有効な医療を提供することに特化した医療機関も増加していることや、精神科訪問看護に対するニーズの高まりから、地域の訪問看護ステーションに期待される役割は高まりつつある現状にある。平成18年度に日本訪問看護振興財団が看護協会の委託を受けて行った訪問看護・家庭訪問基礎調査でも、全国の訪問看護ステーション

277施設のうち、約38.3%が精神科訪問看護を行っている<sup>2)</sup>と報告している。

精神科訪問看護では、日常生活、服薬や治療、対人関係等に関する利用者本人への援助と共に、家族に対して援助が提供されていることが報告されている<sup>3,4,5)</sup>。家族は患者の身近な支え手として、多くの役割を期待される一方、ケアによって家族自身の生活に困難が生じることも多く、精神障害者の地域生活支援においては、障害者本人だけでなく、その家族を支えることが重要といえる。

しかし、このような家族に対する援助は診療報酬の裏づけがなく、限られた時間の中で家族への手厚いケアを実施することは困難な状況にあると考えられる。

そこで本研究では、全国訪問看護事業協会が委託を受けて行った厚生労働省平成19年度障害者保健福祉推進事業における実態調査のうち、訪問看護ステーションからの訪問看護における家族ケアの実態とその関連要因を明らかにすることで、今後必要とされる診療報酬制度について考察することを目的とした。

## A. 研究の背景と目的

近年、精神障害者の地域ケアへの移行は急速に進められており、その中で重要な役割を担っている精神科訪問看護サービスの質、量の充実に努めることは急務となっている。

中でも、訪問看護ステーションからの精神科訪問看護は件数が増加しており、また近年の医療制度の改革によって、医療機関における急性期の有効な医療に重点が置かれる中、地域の訪問看護ステーションに期待される役割は高まっている。したがって、訪問看護ステーションからの訪問看護は、これからの精神障害者の地域生活を支援する上で、重要な役割を担っていくと考えられる。

そこで、本研究では、精神科訪問看護の実態調査を再検討し、訪問看護ステーションからの精神科訪問看護の実態を明らかにすることで、今後必要とされる診療報酬制度について考察することを目的とした。

## B. 研究方法

全国訪問看護事業協会が実施した厚生労働省平成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研究」の実態調査のうち、精神科訪問看護を実施

している訪問看護ステーションにおける家族ケアの実態に焦点を当てて分析を行った。また、家族ケアに関連する要因についても分析を行った。以上の分析結果を元に、訪問看護ステーションからの精神科訪問看護がより効果的に行われるために必要な診療報酬制度について考察した。

## C. 研究結果

### 1. 調査対象施設の概要

全国訪問看護事業協会が委託を受けて実施した厚生労働省平成19年度障害者保健福祉推進事業における実態調査（全国訪問看護事業協会に加盟する全国3,307箇所の訪問看護ステーションに依頼）に回答のあった1,664施設のうち、精神訪問看護を実施していると回答した664施設。

精神訪問看護を行っているという回答した664施設を対象に、最近訪問した統合失調症の利用者3名の状況と提供したケア内容について質問紙に回答・返送してもらった。記入は実際に訪問した訪問看護師に記入してもらうよう依頼した。その結果、322施設（回収率48.5%）、495名分の統合失調症利用者についての回答を得た。

### 2. 調査対象となった利用者の概要

訪問看護ステーションからの訪問看護を受けている統合失調症利用者495名の概要は、以下の通りであった。

性別は、男性186人（37.6%）、女性306人（61.8%）と女性が多く、平均年齢は55.0歳（SD=13.9, 範囲14～96）、訪問看護開始年齢の平均は52.4歳（SD=14.0, 範囲13～96）であった。婚姻状況は、婚姻106人（21.4%）、未婚251人（50.7%）、離別・死別127人（25.7%）であった。

居住形態は、独居が192人（38.8%）、同居者がいる者が279人（56.4%）、グループ

ホーム入居者が3人（0.6%）、その他11人（2.2%）であった。過去の精神科入院歴がある者は385人（77.8%）、過去の精神科入院回数の平均は3.9回（SD=4.2, 範囲1～36）であった。1ヶ月の訪問回数は平均5.6回（SD=3.3, 範囲1～21）、直近の訪問での滞在時間は平均53.2分（SD=17.5, 範囲15～120）であった。

家族と同居している利用者（279人）を対象を限定すると、男性88人（31.5%）、女性191人（68.5%）で、平均年齢は53.8歳（SD=14.7, 範囲14～96）、婚姻状況は婚姻95人（34.1%）、未婚123人（44.1%）、離別・死別56人（20.1%）であった。過去の精神科入院歴がある者は213人（76.3%）、平均入院回数は3.6回（SD=3.8, 範囲1～25）であった。1ヶ月の訪問回数は平均5.8回（SD=6.5）、直近の訪問での滞在時間は平均55.7分（SD=16.7, 範囲20～120）であった。

全対象者および家族と同居している対象者の概要を表1に示す。（表1）

### 3. 訪問看護ステーションからの家族ケアの実態

統合失調症利用者に対する直近1回の訪問における看護援助内容のうち、家族に対する援助状況を聞いたところ、475名の利用者のうち237名（49.9%）が「直接援助を提供した」と回答していた。「観察・アセスメントを実施した」と回答した75名を含めると312名（65.7%）の利用者で家族に対する援助が提供されていた。

家族と同居している利用者に限定してみると（n=276）、家族への援助は、直接援助が194人（70.3%）、観察・アセスメントを含めると238人（86.2%）で提供されていた。同居者のうち、婚姻の有無別に集計したところ、同様の結果であった。家族への援助実施状況を図1に示す。（図1）

表1 対象者の概要（全対象者および家族と同居している対象者の概要）

	全対象者 (n=495)	家族と同居している対象者のみ (n=279)
平均年齢 (歳)	55.0 (SD=13.9)	53.8 (SD=14.7)
性別 (男性:女性)	186:306 (男性の割合 37.6%)	88:191 (男性の割合 31.5%)
婚姻者の割合	21.4% (106/495)	34.1% (95/279)
過去の精神科入院歴のある人の割合	56.4%	76.3%
過去の精神科入院回数(回)	3.9 (SD=4.2)	3.6 (SD=3.8)
1ヶ月の訪問回数(回)	5.9 (SD=5.9)	5.8 (SD=6.5)
直近の訪問における訪問滞在時間(分)	53.2 (SD=17.5)	55.7 (16.7)

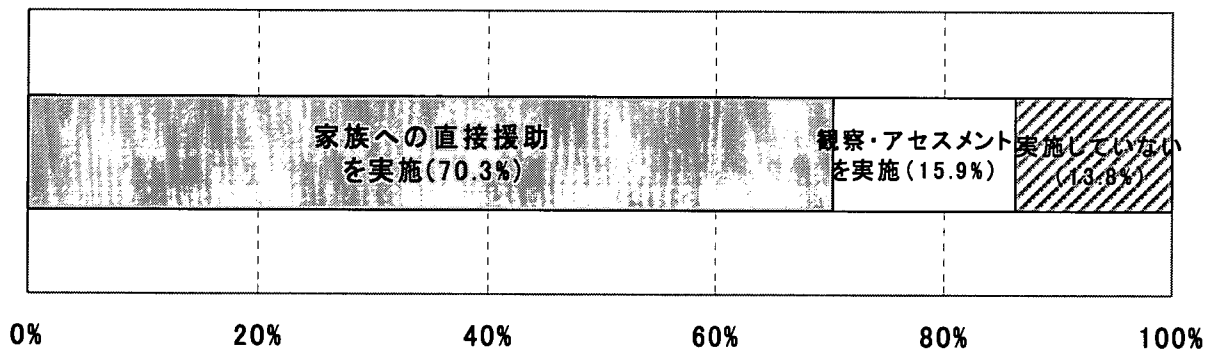


図1 家族が同居している利用者への訪問における家族援助の実施状況(n=279)

4. 家族からの電話相談の実態

過去1ヶ月間に家族からの電話相談があった人は51名(10.3%)で、月平均2.6回、月あたり平均28.9分であった。

家族と同居している利用者では、電話相談があった者は43名(15.4%)、月平均2.7回、月あたり平均31.5分であった。

(表2)

表2 家族からの電話相談の実態

	全対象者 (n=495)	家族と同居している対象者のみ (n=279)
過去1ヶ月における家族からの電話相談	51名 (10.3%)	43名 (15.4%)
月平均相談回数	2.6回 (範囲0-20)	2.7回 (範囲0-20)
月平均相談時間	28.8分 (範囲0-160)	31.5分 (範囲0-160)



## 5. 家族に対する援助に関連する要因

家族への直接援助は、家族と同居している場合に高く実施されており(70.3%)、家族と同居していない場合の実施割合は低かった(20.5%)。家族が同居している場合の家族援助と、別居している場合の家族援助では状況や内容が異なると考えられたため、本分析では、家族と同居し家族への直接援助を実施している群の利用者の特徴を検討することを目的として、対象者を以下の3群に分け、その特徴を比較した。①家族と同居し直近の訪問において家族への直接援助を行っていた群(n=194)、②家族と同居しているが直近の訪問では家族への直接援助を行っていなかった群(n=82)、③家族と同居していない群(n=205)。

比較分析結果を表3に示す。

(表3)

その結果、家族と同居し、家族への直接援助が行われていた群では、他の二群に比べてGAF(機能の全般的評価)得点が有意に低く、SBS(社会行動評価:社会生活を行う上で問題となる行動の程度を評価する)得点が有意に高かった。また、1回あたりの訪問滞在時間が家族と別居している群に比べて有意に長かった。また、ホームヘルプサービスの利用状況は、家族と同居し、家族への直接援助を実施している群で有意に利用が少なかった。

表3 家族と同居し、家族への直接援助を実施していた群の特徴  
家族と同居しない群、および家族への直接援助を実施していない群との比較

	家族と同居		家族と別居	群間の比較 統計量
	家族への直接 援助あり <sup>1)</sup>	家族への直接 援助なし <sup>2)</sup>		
対象者数	194	82	205	
利用者のGAF得点平均	46.7 (20.1) <sup>a)</sup>	59.4 (17.1) <sup>b)</sup>	55.8 (16.8) <sup>b)</sup>	F=18.7***
利用者のSBS得点平均	19.8 (11.9) <sup>a)</sup>	11.4 (7.9) <sup>b)</sup>	14.0 (8.4) <sup>b)</sup>	F=24.0***
1回あたりの平均訪問 滞在時間(分)	56.5 (16.4) <sup>a)</sup>	54.1 (17.3)	50.1 (18.1) <sup>b)</sup>	F=6.2**
ホームヘルプサービスの 利用割合	55/194 (28.4%)	23/82 (28.0%)	90/206 (43.7%)	$\chi^2=12.4^{**}$

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

<sup>a)b)</sup>異なる文字間に有意な差があることを示す(Bonferroni検定)

1)「家族への直接援助あり」直近の訪問において、家族に対する直接援助を実施したと回答した群

2)「家族への直接援助なし」直近の訪問において、家族に対する直接援助は実施していないと回答した群。

「観察・アセスメントを実施」した者を含む

## D. 考察

### 1) 訪問看護ステーションからの家族ケアの実態

訪問看護ステーションからの精神訪問看護における家族への援助は、同居家族の約85%と高い割合で実施されている実態が明らかになった。これは、本人への日常生活の援助、服薬・通院の援助などの実施割合と比較しても、高い割合であった。

訪問看護は、利用者本人への働きかけと共に、本人を取り囲む様々な環境に働きかけて、利用者本人の地域生活を支えている。援助を提供する場は主に利用者の居宅であり、家族が同居している場合には、家族との関係作りを行い、協働関係を築いていくことが重要となる。家族は、日常生活、通院や服薬行動、心理的サポートなど、患者の地域生活を支える上で多くの役割を期待される一方で、家族自身の生活に困難が生じることも多く、そのような家族の困難状態が本人の症状に影響を及ぼすことも知られている。したがって、家族自身の負担を軽減し、家族と本人の関係を調整して、家族がケア機能を維持できるよう援助することは、利用者本人の地域生活を維持する上で重要な要素と考えられる。

日本では欧米諸国に比べ、家族と同居しながら地域で生活する障害者が多く、本調査の対象者も約55%が家族と同居していた。そのうち、最も近い訪問において家族への直接援助が行われていた家族は70%を超えていた。この実施率の高さは、精神障害者の地域生活における家族支援の重要性を示す結果と考えられる。

家族からの電話相談対応の実施率は、約1割であったが、月平均2.5回、計30分程度の相談が実施されていた。地域で生活する利用者や家族にとって、困った時に気軽に相談できる存在がいることは、家族と本

人が安心して生活する上で、重要な要素と考えられる。本人の病状や生活をよく知っている訪問看護師に、いつでも相談できる安心感は、本人・家族にとって大きな支えになっていると考えられる。

### 2) 家族ケアに関連する要因について

家族と同居し、家族への直接援助を行っていた群では、機能レベルが低く社会行動上の問題が多かった。すなわち、症状の重症度が高く、機能レベルが低下していても、家族が同居することで地域生活を維持している利用者の多いことが伺えた。また、この群ではホームヘルプサービスの利用割合が低く、日常生活上の支援が多く必要な状況でありながら、その大半を家族が担っていることが伺えた。

しかし、利用者の平均年齢は50歳代であり、婚姻者の割合は約3割であることを考えると、多くの利用者は親・きょうだい同居して、利用者本人への援助を提供しているものと考えられる。家族員自身も高齢化する中で、家族の困難や負担感は大きいと考えられ、今後は家族のケア機能が弱まっていくことが予測される。

訪問看護師はこのような家族に対して、家族の話聞き、利用者本人との関係性を調整し、時には家族自身が使用できる社会資源を紹介することで、家族の負担を軽減し、家族の援助機能が維持できるよう働きかけていると推察される。家族への援助を実施している群では、1回当たりの訪問滞在時間も長く、時間をかけて家族への援助を提供している実態も明らかになった。

青木<sup>4)</sup>が病院から地域への移行期における看護師のケアの特徴として、家族へのケアや社会との協働など、ケアの対象や範囲が拡大することを挙げているように、援助の場が地域へと移行するに伴い、その援助対象は拡大する。中でも家族への援助は実施割合が高いことが本研究結果からも示

され、家族への援助は利用者本人の地域生活を支え、また退院促進を進める上で必須であると考えられる。

以上の結果から、訪問看護ステーションからの家族ケアが診療報酬を得て実施される必要性は極めて高いと考える。

## E. 結論

精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションからの、家族ケアは高い割合で実施されていた。利用者の地域生活を継続するためには、家族への有効なケアを提供することが重要であることが伺えた。訪問看護ステーションにおいて、家族ケアが診療報酬の裏づけを得て実施されることは、今後の精神障害者の地域ケアにおいて必須であるといえる。

なお、本研究では家族援助の実態について、直近1回の訪問における実施の有無を尋ねているため、今後は長期的に援助内容を追跡し、家族援助の実態を把握すると共に、家族への直接援助の具体的内容を明らかにすることが必要と考えられる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 引用文献

- 1) 萱間真美, 松下太郎, 船越明子, 他. 精神科訪問看護の効果に関する実証的研究 精神科入院日数を指標とした分析. 精神医学, 47(6): 647-653, 2005.
- 2) 財団法人 日本訪問看護振興財団. 2006(平成18)年度訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書, 2007.
- 3) 瀬戸屋希, 萱間真美, 宮本有紀, 他. 精神科訪問看護で提供されるケア内容 精神科訪問看護師へのインタビュー調査から. 日本看護科学会誌 28(1): 1-11, 2008(印刷中).
- 4) 青木典子. 精神障害者の病院から地域への移行期における看護活動の実態. 日本精神保健看護学会誌, 14(1): 42-52, 2005.
- 5) 萱間真美. 精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術 保健婦, 訪問看護婦のケア実践の分析. 看護研究, 32(1): 53-76, 1999.

## 看護師の薬物療法への関心と急性期の処遇に関する意識

分担研究者 末安民生 慶應義塾大学看護医療学部 准教授

**研究要旨：**精神科医療における薬物療法の占める位置は大きい。また、近年の診療報酬改定に象徴されるように、わが国の精神科医療は、急性期治療を充実させて、入院期間の短縮を目指す方向に移行している。そのような中、急性期に特有な隔離・拘束などの処遇と薬物療法の在り方は、ますますその重要性を増してくると考えられる。そこで今回、看護師の薬物療法への関心が、隔離・拘束など急性期の処遇に関する意識とどのように関連しているかを検討することにした。

**研究方法：**薬物処方・行動制限最適化プロジェクト研修会に参加した看護師に調査協力を依頼し、調査票 153 票を回収した。調査票は、①薬物療法における看護 ②薬剤師との関係 ③薬物療法における医師との関係 ④モデル事例に対するケアについて で構成されており、それぞれの関連について、ノンパラメトリック検定(Mann-Whitney 検定)を用いて分析した。

**結果：**入院時における検査データの確認や、効果・副作用のモニタリングをしている看護師は、身体拘束や隔離・持続点滴注射を有意に選択していた。一方、薬物療法に興味・関心を持ち、積極的に患者の薬物療法に関する情報をケアに活かそうとする看護師は、身体拘束や点滴注射などを強制的に用いようとはしない傾向を示していた。また、他職種・特に薬剤師とのコミュニケーションを密にとっている看護師は、すぐに身体拘束や持続点滴という選択や発想に結び付かない意識を持っていた。

**まとめ：**本結果は、薬物療法への興味・関心を抱いている看護師は、強制的治療を好まず、患者に寄り添い関わりを持ち、待つことを看護観として抱いている可能性を示している。同時に、本研究結果は、薬剤師をはじめとする他職種とのコミュニケーションや連携を深めること、つまり、チーム医療を推し勧めようとする病棟文化こそが、行動制限最適化へのひとつの鍵をにぎる可能性を示唆していた。

### 研究協力者氏名 所属施設名及び職名

仲野栄	(社)日本精神科看護技術協会	専務理事
松本佳子	国立精神・神経センター	精神保健研究所 社会精神保健部 流動研究員
野田寿恵	国立精神・神経センター	精神保健研究所 社会精神保健部 室長
伊藤弘人	国立精神・神経センター	精神保健研究所 社会精神保健部 部長

### A. 研究目的

精神科医療における薬物療法の占める位置は大きく、ごく一部の例外を除いて薬物療法が必ずおこなわれる<sup>1)</sup>。近年の診療報酬改定の流れに象徴されるように、わが国の精神科医療も急性期治療の重視によ