

げている状況が伺えた。

事業所から主体的に電話をかけた支援も、43.2%の事業所が実施していた。訪問時の状態変化やホームヘルパーや家族からの情報を受けて電話したという自由記載もあり、状況や状態の変化が予測される場合には、主体的に電話による関わりを行っていると考えられる。事業所から主体的に電話をかけた支援内容は、状態悪化が予想される際の予防的介入として、あるいは危機介入や症状緩和、服薬の声掛け・確認・指導などのために実施していることが具体的に記述されていた。

電話相談は、地域での服薬継続を支え、状態悪化を防ぐといった地域生活を継続するための援助となっていると考えられる。

4. 医療保険から介護保険に移行したケースの状況

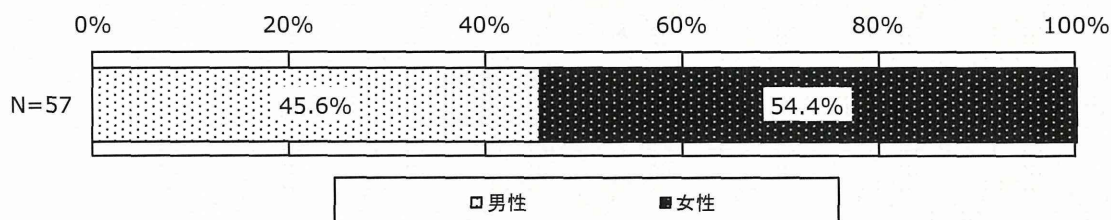
平成25年10月1カ月間に回答事業所が精神科訪問看護を実施した利用者（認知症を除く）のうち、以前は医療保険で訪問していたが、65歳を過ぎて要介護認定を受けて介護保険での訪問に切り替わったケース（1事業所当たり最大2名）57名の属性についてみる。

1) 基本的な属性

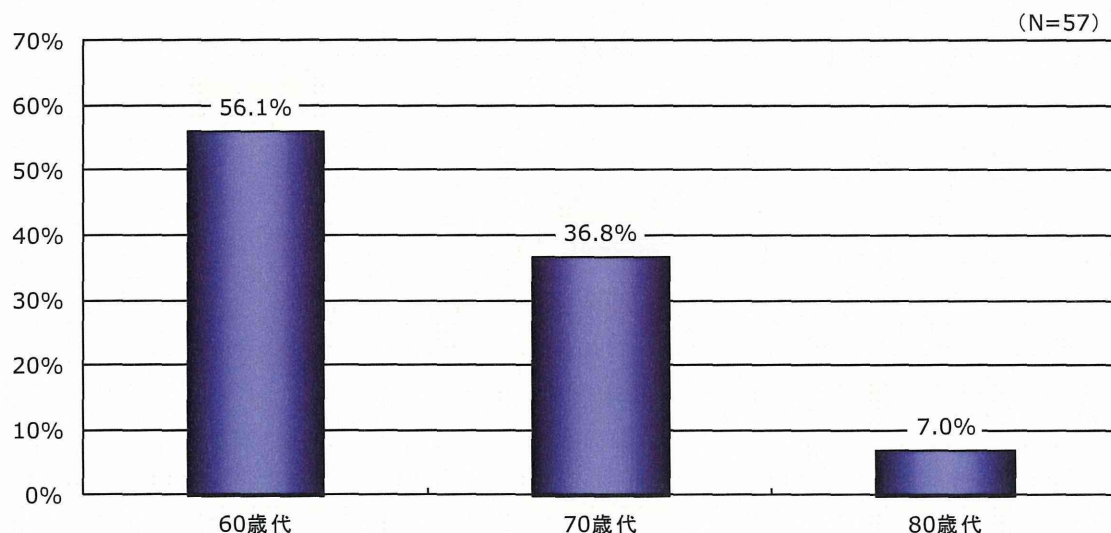
(1) 性別・年齢

性別は「男性」45.6%、「女性」54.4%であった。また、年齢は「60歳代」56.1%が最も多く、次いで「70歳代」36.8%、「80歳代」7.0%などとなっていた。

図表 3-42 性別



図表 3-43 年齢

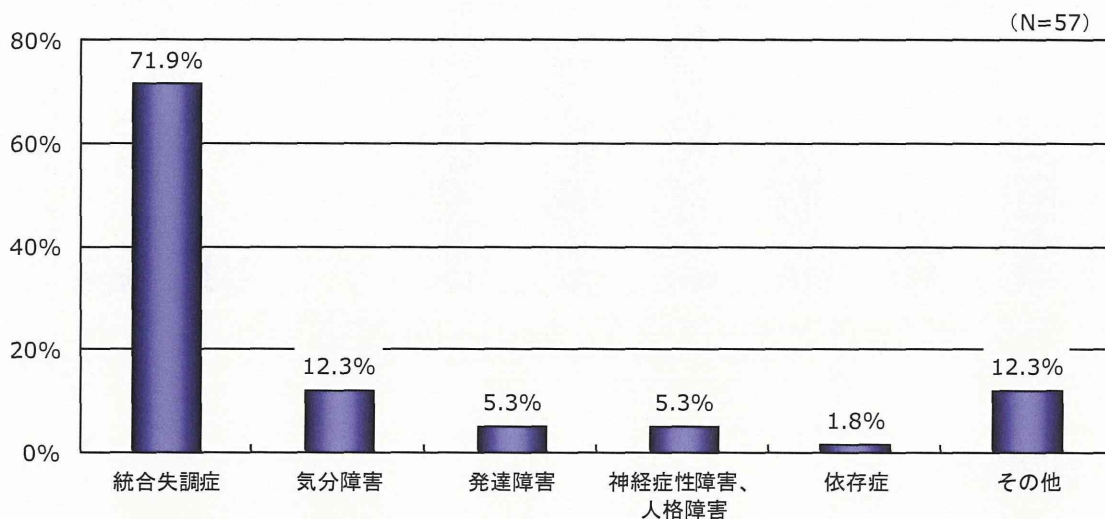


(2) 精神疾患の状況

■ 診断名

診断名（副たる診断名を含む）についてみると、「統合失調症」が71.9%で最も多く、次いで「気分障害」12.3%などとなっていた。

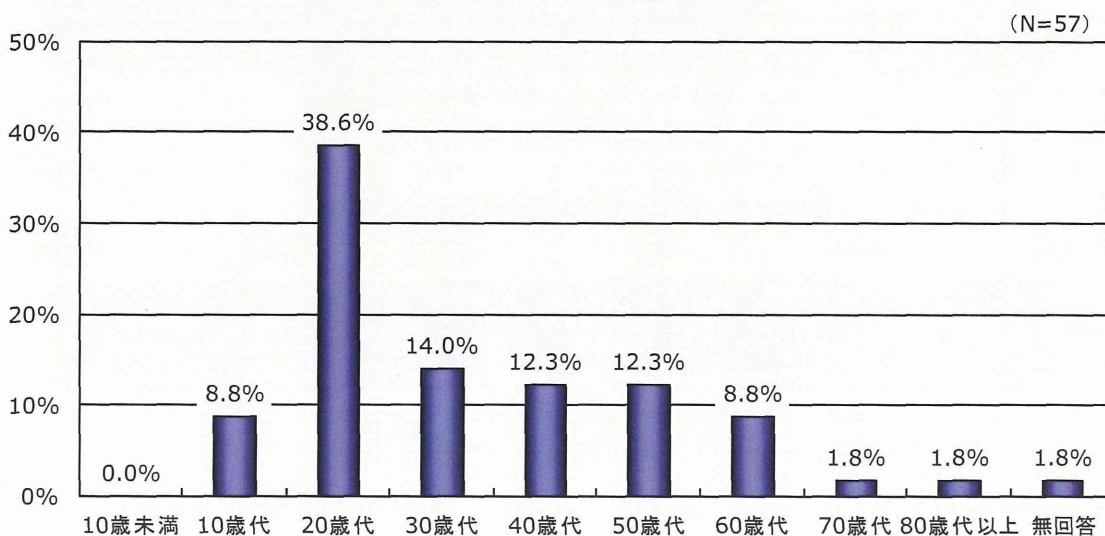
図表 3-44 診断名



■ 主たる精神疾患の発症年齢

主たる精神疾患の発症年齢をみると「20歳代」38.6%が最も多く、次いで「30歳代」14.0%などとなっていた。

図表 3-45 主たる精神疾患の発症年齢

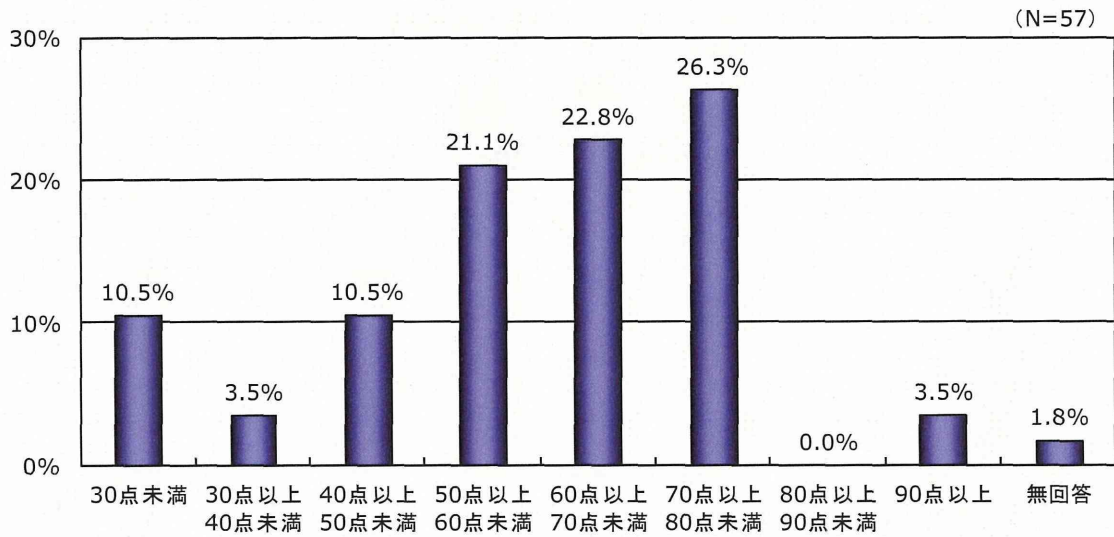


(3) 機能の全体的評価尺度 (Global Assessment of Functioning)

機能の全体的評価尺度 (Global Assessment of Functioning) の平均得点は56.7点 (N=56) であった。「70点以上80点未満」26.3%が最も多く、次いで「60点以上70点未満」22.8%、「50点以上

60点未満」21.1%などとなっていた。

図表 3-46 機能の全体的評価尺度 (Global Assessment of Functioning)

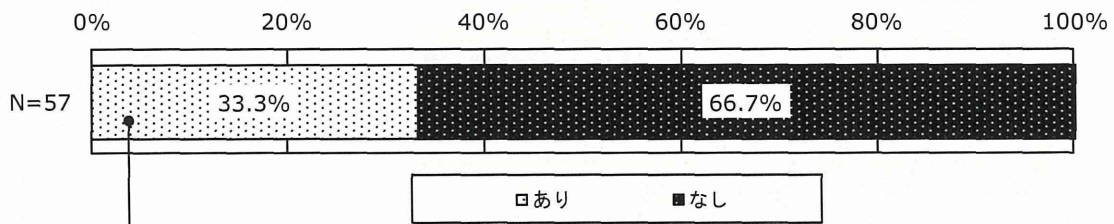


(4) 合併症の状況

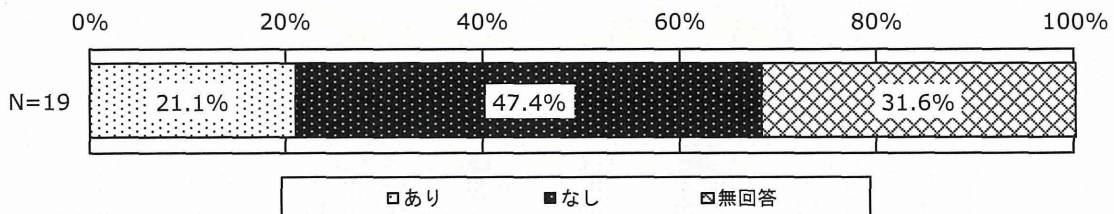
■ 糖尿病

糖尿病の合併の有無をみると「あり」が33.3%であった。また、糖尿病を合併している者の21.1%が服薬又はインスリン注射を行っていた。

図表 3-47 糖尿病の合併の有無



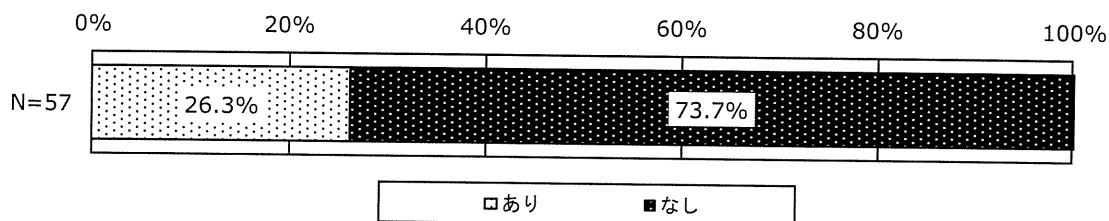
図表 3-48 服薬又はインスリン注射の有無



■ 高血圧

高血圧の合併の有無をみると「あり」が26.3%であった。

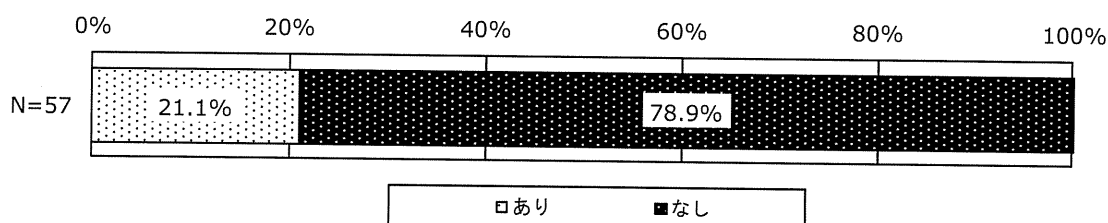
図表 3-49 高血圧の合併の有無



■ 高脂血症

高脂血症の合併の有無をみると「あり」が21.1%であった。

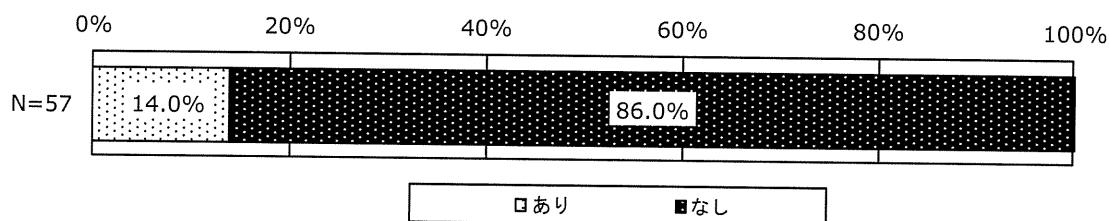
図表 3-50 高脂血症の合併の有無



■ 肥満

肥満について「あり」が14.0%であった。

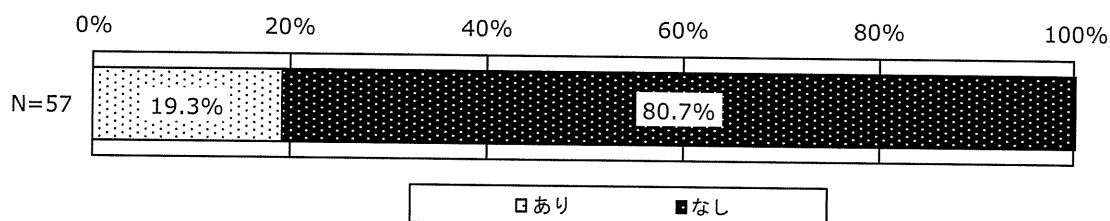
図表 3-51 肥満の有無



■ その他の合併症

その他の合併症について「あり」が19.3%であった。

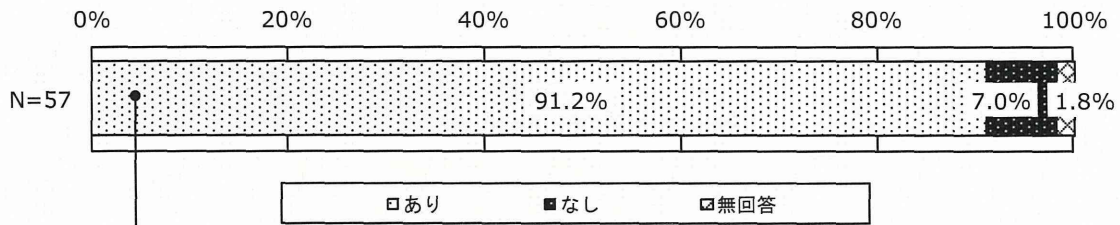
図表 3-52 その他の合併症の有無



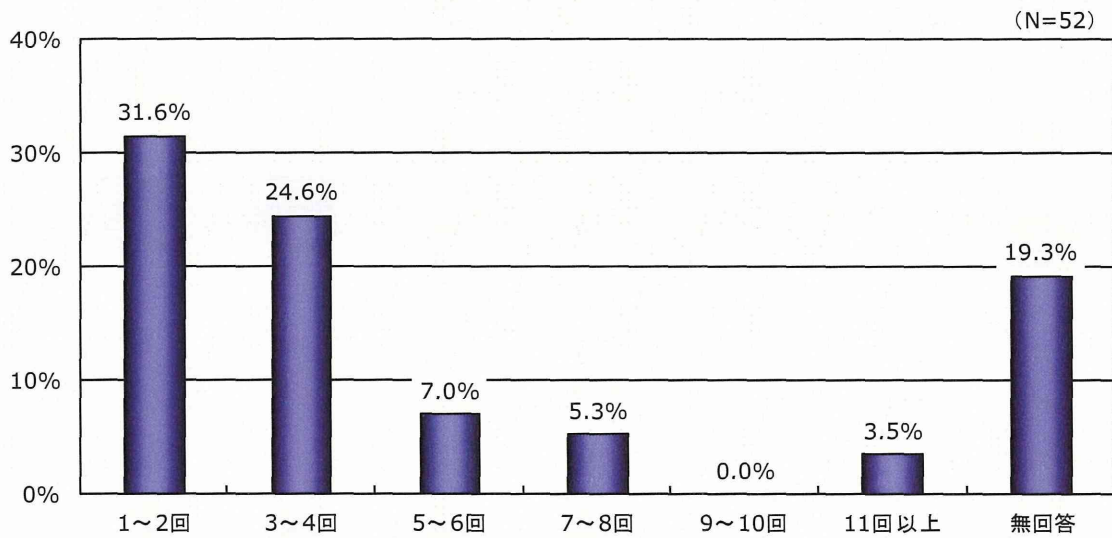
(5) 精神科入院の状況

過去の精神科入院経験について「あり」が91.2%で、平均入院回数は3.8回 (N=41) であった。また、過去1年間の精神科入院経験については「あり」が12.3%で、平均入院回数は1.1回 (N=7) であった。

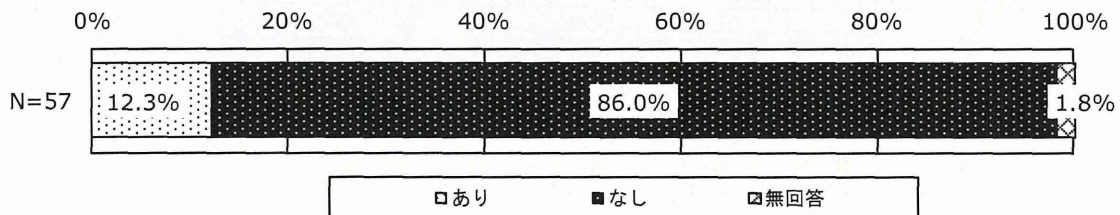
図表 3-53 過去の精神科入院経験



図表 3-54 過去の入院回数



図表 3-55 過去1年間の精神科入院経験



(6) 要介護度の状況

要介護度をみると、「要介護1」43.9%が最も多く、次いで「要支援2」15.8%などとなっていた。

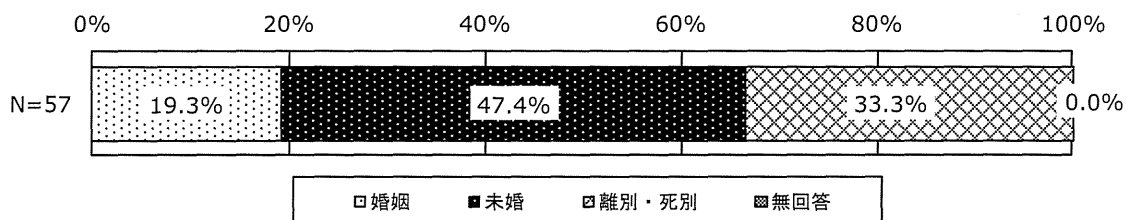
図表 3-56 要介護度の状況

	人数	割合
要支援1	5人	8.8%
要支援2	9人	15.8%
要介護1	25人	43.9%
要介護2	6人	10.5%
要介護3	6人	10.5%
要介護4	1人	1.8%
要介護5	1人	1.8%
無回答	4人	7.0%
合計	57人	100.0%

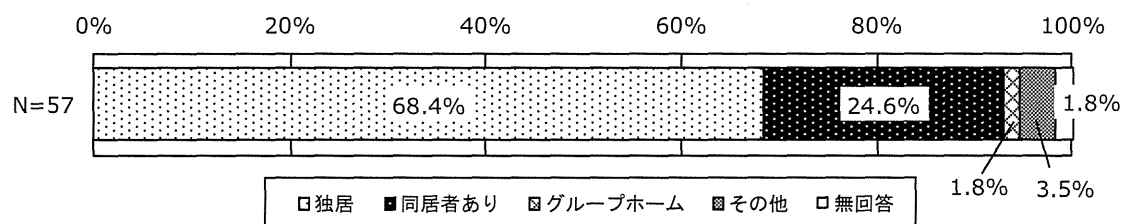
(7) 婚姻・居住・就労の状況

婚姻状況を見ると「未婚」47.4%、「離別・死別」33.3%などであった。また、居住形態は「独居」68.4%、「同居者あり」24.6%などであった。さらに、就労の状況としては「(就労) なし」が87.7%であった。

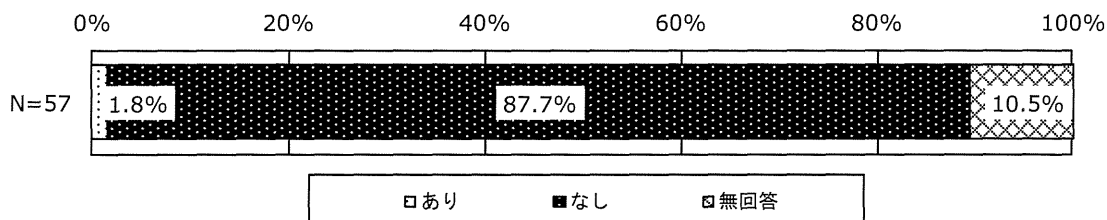
図表 3-57 婚姻



図表 3-58 居住形態



図表 3-59 就労状況

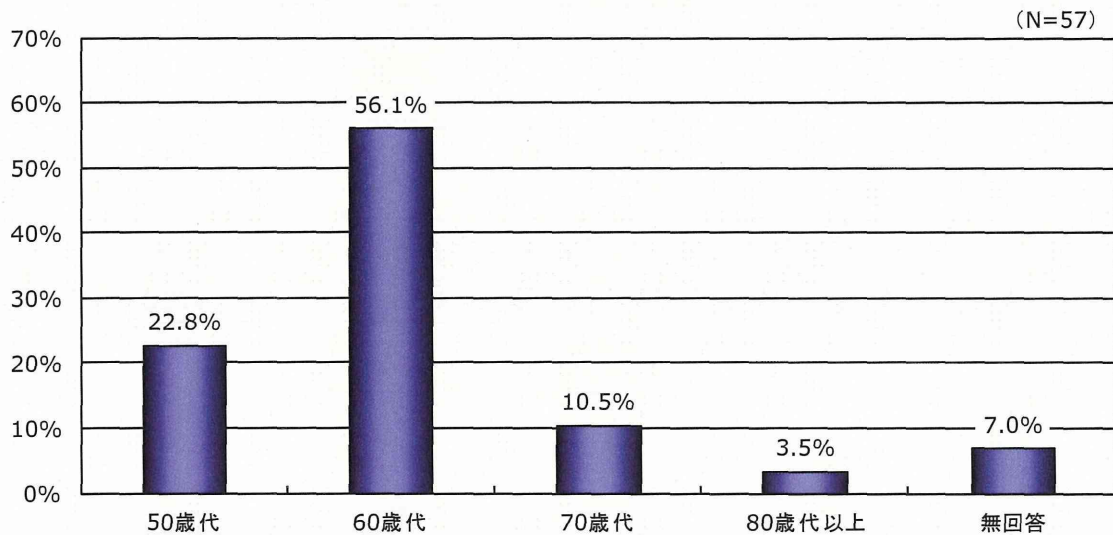


2) 精神科訪問看護の実施状況

■ 訪問看護開始時の年齢

訪問看護開始時の年齢を見ると、「60歳代」56.1%が最も多く、次いで「50歳代」22.8%、「70歳代」10.5%などとなっていた。

図表 3-60 訪問看護開始時の年齢



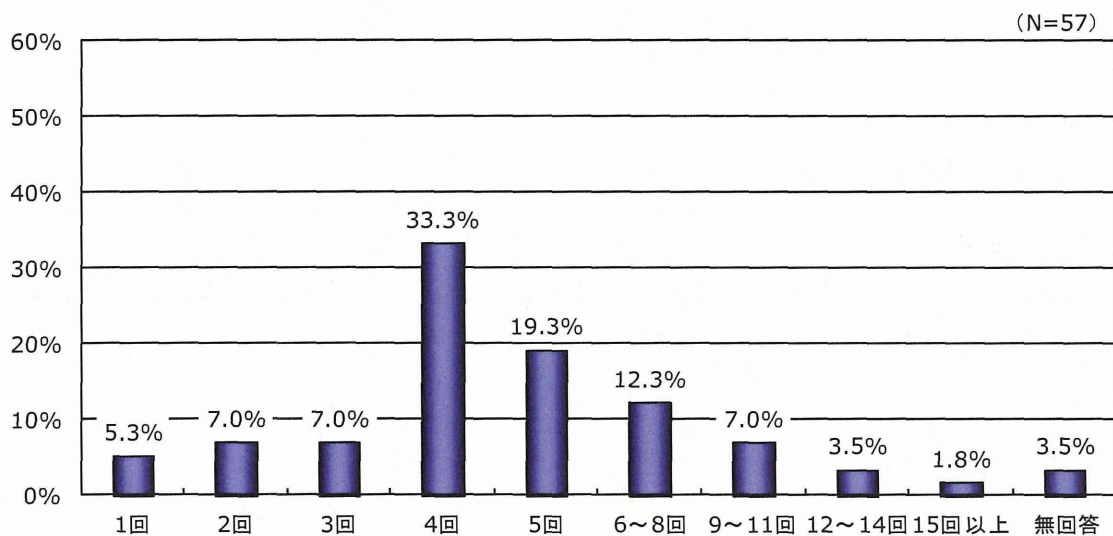
■ 平成25年10月1カ月間の訪問看護の実施状況

《訪問回数》

訪問先の96.5%は「自宅」であるが、平成25年10月1カ月間の訪問回数は平均4.9回 (N=43) であったが、必要と思われる訪問回数は平均5.4回 (N=43) であった。

また、1日のうちの複数回訪問を実施した利用者はいなかった。

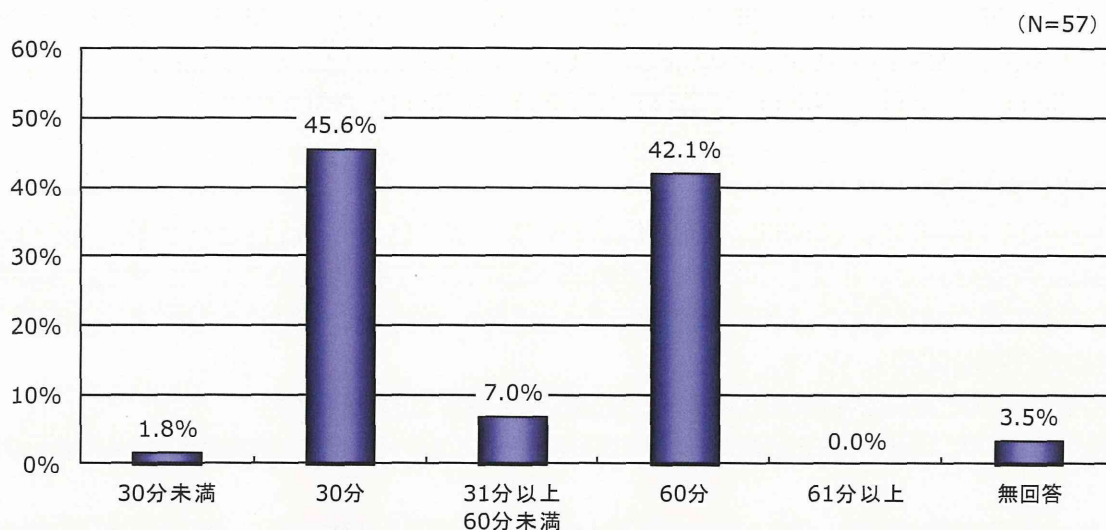
図表 3-61 1カ月間の訪問回数



《訪問1回当たりの滞在時間》

訪問1回当たりの平均滞在時間は44.0分 (N=47) であった。「30分」45.6%が最も多く、次いで「60分」42.1%などとなっていた。また、必要と思われる滞在時間は平均49.0分 (N=47) であった。

図表 3-62 訪問1回当たり平均滞在時間



《回答事業所による訪問看護以外に利用しているサービス》

回答事業所による訪問看護以外に利用しているサービスとしては、「ホームヘルプサービス」59.6%が最も多く、次いで「デイサービス」24.6%、「デイケア、デйнаイトケア、ナイトケア」14.0%などであった。

図表 3-63 回答事業所による訪問看護以外に利用しているサービス【MA】

	利用者数	割合	平均回数/週
デイケア、デйнаイトケア、ナイトケア	8人	14.0%	2.5回
グループホームなど共同住居での援助	1人	1.8%	—
作業所など日中の活動の場	3人	5.3%	3.8回
地域生活支援センターなど集う場所	2人	3.5%	1.3回
就労支援	0人	0.0%	—
ホームヘルプサービス	34人	59.6%	2.5回
回答事業所以外からの訪問看護	0人	0.0%	—
訪問型個別生活支援	0人	0.0%	—
訪問リハビリ	0人	0.0%	—
デイサービス	14人	24.6%	2.4回
ショートステイ	2人	3.5%	0.2回
その他	6人	10.5%	5.3回
総 数	57人		

《ケアマネージャーのケア計画・方針》

ケアマネージャーのケア計画・方針については、以下のことが挙げられた。なお、以下各項目内のゴシック体は、実際のデータを示す。

<方針>

① 安全・安定した在宅生活の継続

独居・夫婦での生活など希望する生活形態が維持でき、精神状態が安定して地域で安全に生活で

きるように支援することを方針としていた。

- ・住み慣れた自宅で、穏やかな生活が送れるように、地域の人々と交流しながら生活が送れるように支援する。
- ・通いやすい社会活動の場を積極的に利用し、生きがいを見つけて単身生活を送れるよう関係者で支援していく。
- ・清潔な環境や服薬、食事、適度な運動が毎日の生活の中で整い独居生活が維持できる。

② サービスの調整

65歳を迎えた利用者が自立支援から介護保険でのサービスの移行の調整を行う際、本人が希望したり必要と判断された、今までのサービスを継続できるよう調整を行っていた。また、精神の病気と身体ADL双方の評価をし、サービスを決定していた。中でも、症状のマネジメント必要な利用者には訪問看護を選択していた。

- ・本人の希望として、介護保険で今までのサービスを継続できるよう体制を整えた。
- ・精神の病気と腰痛、下肢痛があるので出来ないところはサービスを利用し自立した生活が続けられるよう支援する。
- ・デイサービスの利用を開始し、慣れてきたら介護付きの高齢者住宅の利用を検討し、近い将来施設入所の方向で準備をすすめていく。
- ・介助を受けて安心して入浴できるように支援していく。
- ・病状の安定が図れるように、訪問看護により、体調観察、服薬指導、日常生活の指導を行い、訪問介護により、身体の清潔保持が出来るように支援する。
- ・閉じこもりの生活にならぬよう、訪問や通所の利用の機会を多くし、他者との交流や機能訓練をして自立した生活が安全にできるよう支援していく。

③ 関係機関との連携

医療機関や行政などの各関係機関と連携がとれることを方針とし、支援を行っていた。

- ・本人の話をよく聞き、各機関が本人と関係を作り適切に支援していく。
- ・自立支援サービスの観点からも地域福祉課や障害者支援課との連携に努め安全で安心できる暮らしができるよう支援する。

<計画>

① 服薬管理

服薬管理を計画の中心に据える支援を行っていた。

- ・薬を飲みすぎってしまうため配薬を行い服薬管理を行う。

② 心身の体調管理

精神・身体健康管理に関する相談や、通院の促しなどの支援を行っていた。

- ・定期的な診療および主治医の助言を受けて、心身の安定を図り、体調管理を行う。
- ・服薬および療養の相談者を得て、体調の改善に努める。運動量のアップ、体調にふさわしい食事を目標とする。
- ・不安時の相談や気分転換を図る。

③ ADLの維持

現状維持、出来ることの継続や拡大を目指していた。

- ・日中おきている時間を多く持ち、体調に合わせて座ってできることを増やしていく。
- ・運動・移動について自宅内は安全に移動できるよう住環境を整え、外出は杖歩行とバスで、お風呂や買い物に

行くことが出来る。

・体力低下しているので少しずつ活動量を増やしていく。

④ 介護者の生活への支援

利用者本人に限らず、介護者への支援も行っていた。

・介護者が自身の生活と介護を両立できるように支援する。

3) 医療保険から介護保険への移行の状況

《医療保険から介護保険に移行したことによるサービスの変更・変化の状況》

医療保険から介護保険に移行したことによるサービスの変更・変化の状況についてみると、「特に変わらない」38.6%が最も多かった。

図表 3-64 医療保険から介護保険へ移行したことによるサービスの変更・変化

	利用者数	割合
サービスが向上した	16人	28.1%
特に変わらない	22人	38.6%
サービスが低下した	14人	24.6%
その他	3人	5.3%
無回答	2人	3.5%
合計	57人	100.0%

サービスがどのように変更・変化したのかを示した具体例は以下のとおりである。なお、以下各項目内のゴシック体は、実際のデータを示す。

①多様なサービスを受けられる

主に、ヘルパー、デイサービスやショートステイなどのサービスを受けるようになっていた。

- ・ヘルパーやデイサービスを受けられるようになった。
- ・ヘルパーによる生活支援、掃除、買物、助かっている。
- ・利用できるサービスの幅が広がった（今のところヘルパー以外に使っていないが）。

②利用できるサービスの整理と明確化

介護認定の結果に従い、介護サービス計画が立てられ、どのようなサービスを受けるのか明確となっていた。

- ・支援内容が整理され明確になった。
- ・ケアマネージャーが入ることでサービスが向上した。

③ケアマネージャーとの相談や連携

介護保険法において要支援・要介護認定を受けた人からの相談を受け、介護サービスプランを作成し、他の介護サービス事業者との連絡、調整等を取りまとめるケアマネージャーがいることにより、サービス提供やその状況に変化があった。

- ・医療保険はホームヘルパーさんが入りづらい制度なので、介護保険になることで入りやすくなった。また、ケアマネージャーもいるため相談連携しやすくなった。

④経済的負担の軽減

医療保険から介護保険に移行したことにより、経済的調整が図られ、必要なサービスが受けられる場合もあった。

- ・介護保険で経済的な負担が減ったのでデイサービスに行かれるようになった。

⑤精神科訪問看護時間と回数の減少

介護認定された状態区分に従い、医療保険で受けていた訪問看護やサービスよりも、その時間と回数が減少していることがあった。支給限度額を超えて支援を行う場合は、障害者総合支援法に基づき対応するケースもあった。

- ・支給限度額内に訪問看護ステーションを入れるため、訪問時間と回数が減った。
- ・30分の短時間でバイタルチェック、内服確認セット、食事、補水、生活指導、リハビリ（上下肢）を行っているが体調変化時の対応が限度額を超えることもあり、ヘルパーに限度額オーバー分を障害総合支援で対応してもらうこともある。
- ・週2回の訪問ペースは変わらず（訪問看護に関しては）。訪問看護に関しては、ケアプランの時間数ではまったく不足する状態にて介護。保健以外として通院介助や入浴支援（銭湯）をガイドヘルパー障害自立支援サービスを現在も利用している。

⑥精神・心理的援助の減少

⑤の訪問時間と回数の減少に伴い、病状の安定や利用者の希望に合わせて、時間をかけて話を聞くケアが、十分にできなくなり、食事や保清に時間を要するようになっていた。

- ・病状の安定が図れるようにゆっくり話を傾聴することができない。医療では1～2時間程利用できていた。
- ・医療保険では、1時間みっちり話を聞くことができたが、30分枠となり、不満。
- ・入浴介助に時間をさくので精神的にかかわりができない、少ない。

⑦服薬継続や管理に関する支援の減少

⑤の訪問時間と回数の減少に伴い、服薬に関する支援の時間や回数も減少していた。それに伴い、症状の悪化を呈した事例もあった。

- ・訪問回数が減ったため、内服管理が困難になった。
- ・ヘルパーの優先度が高く、訪問看護は中止になった。その後ケアマネージャーが内服管理を手伝っていた様子も、入院された。

《医療保険から介護保険に移行したことによる利用者・家族の状態》

利用者や家族の状態については、「状態は特に変化なし」59.6%が最も多かった。

図表 3-65 医療保険から介護保険へ移行したことによる利用者・家族の状態の変化

	利用者数	割合
状態が改善した	10人	17.5%
状態は特に変化なし	34人	59.6%
状態が悪化した	11人	19.3%
その他	1人	1.8%
無回答	1人	1.8%
合計	57人	100.0%

医療保険から介護保険に移行したことにより、利用者・家族の状態がどのように変化したのかを示した具体例は以下のとおりである。なお、以下各項目内のゴシック体は、実際のデータを示す。

① 地域生活をする不安の軽減

新しいサービスや支援者の援助により、支援者や相談相手が増えた感じ、地域生活を行う上での不安が軽減され、精神的に安定した状態となっていた。

- ・独居生活の不安が軽減し精神的に安定してきた。
- ・ケアマネジャーが介入することで、在宅での不安が軽減される。
- ・今まで1人でいろいろやってきた。相談相手が増えた。
- ・他者の介入を拒絶していた。介護保険制度から、ケアマネやヘルパーなどが少しずつ介入することによって、本人も家族も心を開いていった。

② 日常生活行動と生活環境の改善

ヘルパーによる居宅と対象者に合わせた生活行動の支援により、日常生活行動が向上、または健康的な生活環境が整えられた。

- ・ヘルパー介入回数が増えたことで室内環境が改善され衛生的になった。福祉サービス、介護ベッド導入したことでADLが向上されつつある。

③ 家族の負担の軽減

介護保険サービスに移行することによって、これまであった家族の負担が軽減され、家族が利用者の対応に余裕が持てることもあった。

- ・家族の負担の軽減になっている。
- ・家族が介護に余裕を持てた。

④ 電話相談の増加

不安やさみしさなどにより、本人または家族からの電話が増加していた。

- ・本人は独居の淋しさがデイサービスに参加することで改善しているようですがデイサービス以外の日は訪問看護ステーションに頻回に電話があり精神的には変化していない。
- ・時間内外を問わず利用者本人からの電話相談が増えた。
- ・兄と2人暮らし。兄の不安の方が大きいので電話で相談して欲しいと伝えている。

⑤ 希望のサービスを継続できない、新規のサービスを受ける不安・緊張の増大

新規のサービスや制度の説明を受け、これまで受けてきたサービスと異なる、あるいはサービスが縮小されることにより、不安や緊張が高まっていた。

- ・生活パターンが決まっていたので慣れるまでに不安があった。あれはできない、これはできない、という介護保険制度の制限を聞き不安になった。
- ・介護保険では要支援1となり、このままでは身体、生活状態良好のため、訪問看護の継続が難しくなるのではと不安が強くなっている。
- ・不安が強く、ヘルパーへのサービス依存は強いいため毎日訪問となっている（食事作他）。
介護保険への変更に伴うサービスの低下は確実と思われたので、その説明に不安を強く表出（ヘルパー事業所責任者～役所担当者にサービス時間継続の交渉をされていた）。
- ・混乱、枠組みへの不満、家族も理解するまで時間を要した。

- ・一時的に手続きやケースワーカーの対応で不安が生じた。
- ・ヘルパーとの会話を楽しんでいる一方、他者が訪問するのが1日増えたため疲労感がある。
- ・週間のスケジュールを気にかけるようになった。

⑥ 経済的な気がかりの増加

介護保険サービスへの移行により、経済的負担への気がかりを抱えることも見られた。

- ・利用者ご本人から、看護師に自費でもいいから来てほしいという要望があったが、生活保護受給者であり、実現はしなかった。
- ・サービス限度額を超える時の対応の不安もあり、家族が対応できない。
- ・1割負担が嫌だとしきりに言う。

《医療保険から介護保険に移行したことによる利用者・家族の満足度》

利用者や家族のサービス満足度については「満足度は変わらない」35.1%が最も多かった。

図表 3-66 医療保険から介護保険へ移行したことによる利用者・家族の満足度の変化

	利用者数	割合
満足度が増した	17人	29.8%
満足度は変わらない	20人	35.1%
満足度が低下した	14人	24.6%
その他	5人	8.8%
無回答	1人	1.8%
合計	57人	100.0%

医療保険から介護保険に移行したことにより、利用者・家族の満足度がどのように変化したのかを示した具体例は以下のとおりである。なお、以下各項目内のゴシック体は、実際のデータを示す。

<満足度が増した>

① 生活支援を受けられる

ヘルパー等の支援により、家事負担が減った、生活環境が整備されたなど満足感を得ていることがあげられ、同時に家族の負担も軽減されていた。

- ・ヘルパーによる生活支援、掃除、買物、助かっている。
- ・利用者より、今まで自分で行わなければならない家事などヘルパー介入したことにより、栄養面も管理してもらえ糖尿病に対する合併症の不安感が減った。
- ・家族が介護に余裕を持てた。
- ・室内が少しずつであるがかたづいてきた。
- ・食品の古い物等のチェックが以前よりはできている。

② 他者との交流がある

デイサービス等を受けることにより、孤独感や孤立感が緩和され、また支援のある中で対象者のペースで安心して過ごすことができたため、満足感が増していた。

- ・デイにて他者との交流もできる。
- ・デイに参加することで独居の淋しさが改善している。

・デイであたたかい食事を提供してくれること、入浴できることに満足している。作業所では(得意ではない)仕事をしなければならないが、デイではのんびりすごしていてもかまわないので満足している。

③ 精神・心理的状态が安定する

具体的な生活の手助けや他者との交流により、不安やさみしさが緩和されていた。

- ・訪問看護や介護が入ることで精神的に安定し満足感は増している。
- ・調理をいっしょにすることで普段もやる気になった。
- ・デイケアを利用され、一人で過ごす時間が減り、不安やイライラが軽減された。

<満足度が低下した>

① 希望に合わないサービスの量と内容

訪問の回数の減少やこれまで提供され、慣れていたサービスが新規のものに変更されたことによる、不安や不満があげられた。

- ・独居で他者との関わりは、ステーションNsのみ信頼をしていたが、訪問回数が減ったことで生活への不安等が増している。
- ・自宅で入浴できないため、デイ利用していたが、回数が減った。
- ・デイサービスが介護保険適用のものに変更となり、弁当になり食事を摂取しなくなった。精神科のデイは小規模で手作りだった。
- ・家事全てヘルパーが行っていたが、時間不足で手が回らない所が出てきた。
- ・入浴(銭湯)サービスに対し、介護保険利用にはデイサービス利用を強くすすめられ、1回/W デイサービス利用しているが、そのことでのストレスの高まりあり、デイサービス利用で疲れが翌日まで残ると不満あり。
- ・長く続けていた月4回を減らしたことで家族の不安大。

② 十分に話を聞いてもらえない

特に、精神科訪問看護において話を聞き、対応することが減り、不満が述べられていた。

- ・訪問看護の利用できる時間が30分になり、本人の不満が聞かれた。十分に話を聞いてもらう時間が足りない。
- ・回数、時間が減ったので、本人の話を聞く時間や対応が減り、不満とまではいかないまでも時間内外の電話となり訴えが増えた。
- ・訪問が減ったことで十分な話ができず不満はある。

③ 生活状態や精神症状の悪化

服薬に関する援助が不足し、精神症状の悪化や入院に至る結果もあった。

- ・看護師の訪問看護が減り、生活リズム、内服状況などが悪化した。
- ・日常生活はほぼ自立していても精神状態が悪化すると生活全般に支障を来し、薬の管理等も同様にて入院する経緯に至った。

D-2. 二次調査結果からの考察②

1. 医療保険から介護保険への移行ケースについて

21.9%の事業所で、平均1.8±2.2人の移行ケースがあった。移行した対象者の特徴として、過去の精神科入院経験は91.2%と高かったが、平均入院回数は1.1回と少なかった。独居者の割合が68.4%と高く、ホームヘルプサービスの利用割合が59.6%と高かった。

移行後の変化や満足度は、「状態は特に変化なし」が59.6%、「満足度が変わらない」が35.1%で、状態や満足度に変化がないことが主であった。自由記載ではホームヘルプの利用が増えた等の記載があり、独居で生活上の支援が必要な人が移行することで、ホームヘルプ等の利用がしやすくなるといった変化があると考えられた。一方で、訪問時間の制限ができ、時間内に十分なケアが提供できないという課題が多く挙げられていた。また、サービスが向上し満足したという一方、訪問看護でかわる時間に制限ができ、服薬できなくなった、状態悪化をきたしたという両方の状況が挙げられた。これは、医療保険において受けていたサービスと、介護保険において介護認定の区分に従って受けているサービスが変わり、利用者の状態や希望に適したものであるかによって答えが異なると考えられる。

生活支援が増え、人とのかかわりが増えて満足しているという一方、信頼できる訪問看護師のかかわりが減ったために不安が高まり、状態が悪化したということも述べられている。利用者・家族の状態は、「特に変化なし」が59.6%で最も多いが、「状態が悪化した」が19.3%と次ぎ、「状態が改善した」が17.5%であった。割合は少ないが、移行により状態悪化とならないようにするためには、移行時には支援者間でサービス提供や利用者状態の情報共有や引き継ぎなどを行う必要がある。

利用者および保険移行をした対象の疾患は、71.9%が統合失調症であった。新規のサービスや制度の説明を受け、これまで受けてきたサービスと異なる、あるいはサービスが縮小されることにより、不安や緊張の高まりが見られていた。医療保険から介護保険への移行時は、疾患の特性に配慮して、対象に合わせた新しい状況への適応の支援を行う必要があると思われる。

《精神疾患対象の訪問看護充実のための意見》

精神疾患対象の訪問看護充実のための意見として、以下のものが挙げられた

① 診療報酬における算定・加算の希望

複数回訪問、電話に対する算定、利用者宅以外への同行、家族への支援に対する加算、訪問の職種の拡大、算定方法に関するものなど、診療報酬に関する希望があった。

- ・現在、精神科訪問看護基本療養費算定は、ナース、OTとなっているが、PT、STによる訪問の算定もできるようになると良い。
- ・精神症状の悪化時、特に自傷行為や希死念慮などを認めた場合の支援、症状の安定、または入院に際しての付き添い時、長時間の訪問が必要となるが、算定要件に当てはまらない。
- ・日頃から行政機関や医療機関以外の支援機関と連携をとっているが、加算の対象とならない。
- ・外出先への訪問について、制度化されるとありがたい。
- ・家族の相談（電話含む）や対応へのアドバイスなどに時間が割かれていることが多いが、点数化できないのは辛い。
- ・精神科訪問看護の報酬体系についてはまだまだ報酬に反映されないことがたくさんある。

② 効果的で有用な精神科訪問看護の困難さ

精神科訪問看護を行う上で必要なスキルや人材の不足があり、明確な目標設定の難しさもあげられた。

- ・主治医からの訪問看護の指示があっても、利用者が必要とせず再三断られ、時間を費やした。
- ・訪問を拒む利用者はとても難しい。

- ・訪問予約を入れてもキャンセルがあり、また自分の調子に合わせて訪問依頼をしてくる。
 - ・訪問看護という密閉空間で、適度な距離を保ちつつ、適切なサービスを提供する難しさ
 - ・チーム医療の難しさを感じている。
 - ・精神科訪問看護の研修に行っている時間がなく、経験のある看護師の負担になっている。
 - ・精神科訪問看護を進めるためには疾患への理解と共に病院などでの実務経験が大切な要素。
 - ・何かあったときにPSWに相談に乗ってもらえるシステムを構築してもらえたらありがたい。
 - ・医療保険の場合のケアマネージャーの数と力量不足を感じる。
 - ・自立支援で訪問している方が多いが、改善しても次の段階への移行する手段・場所がない。
 - ・通常の高齢者の介護施設では適合できず、職場の適応も難しく、訪問看護の領域を超えているように考える。
- 現状を維持していることに疑問を考えている。
- ・精神科の訪問看護のゴールがどこにあるのかと迷う。

③ 看護師の質向上のための研修会開催

精神科訪問看護を行うための研修へのアクセスのしにくさに関する要望がある。

- ・都道府県単位で開催し、もっと気軽に参加できるようになると良いと思う。
- ・学習会が年に何回かあると看護師のレベルアップになる。
- ・精神疾患は怖いという感覚があり、受け入れを悩むステーションも多いと聞く。精神の研修や勉強会などを活発に行っていくことで、少しずつ受け入れも多くなると思う。
- ・精神疾患訪問看護を念頭に置いた管理者研修を行ってほしい。
- ・事例検討会の紹介などを行ってほしい。日精看・事業協会の連携による訪問看護のつながりを行ってほしい。
- ・精神科訪問看護の研修に行っている時間がなく、経験のある看護師の負担になっている。

④ 多職種・関係機関との連携の必要性

自発的相談がない場合行政が関われない、主治医・病院との連携不十分、精神科病院からの紹介がないといった現状があり、往診可能な精神科医の増加などの地域でも支援ができる医療機関との体制づくりや、行政・医療機関との連携の必要性に対する意見があった。

- ・本人からの相談がないと保健センターも動けない、と言われることがよくある。積極的に関わってもらえると、もっと訪問看護師も精神疾患患者に関わりやすくなると思う。
- ・往診可能な精神科医が増えてほしい。
- ・訪問にならない隠れた支援が多い。ネットワークの再構築や行政との連絡が密になる仕組みづくりが必要ではないかと考える。現在ではあまり機能していない。
- ・医師が訪問看護の必要性がわかっているのか疑問を感じることもある。医師の訪問看護に対する認識、教育をもっと国がやってほしい。
- ・精神疾患は医師との連携が大切。やはり専門の看護師と医師で連携をとりながら看護をしていかないと、ナースだけでは乗り切れないように思う。

E. 結論

精神科訪問看護悉皆調査を実施したところ、訪問看護ステーションにおいて精神科疾患対象の訪問を実施した事業所は、全事業所の5割程度であり、5年間ほとんど変わっていないかった。

精神科実施事業所において複数回訪問が必要と思われる利用者がいると答えた事業所は16.7%であり、実際に実施したと答えた事業所は14.7%であった。この結果から、複数回訪問が必要な利用者には概ね実施されていると明らかとなった。

受診同行については、必要な利用者がいる割合は 32.6%であったのに対して、実施している割合は 17.9%であり、受診同行については必要性がありながらも実施できていない状況があると考えられた。

精神科訪問看護基本療養費の届出・算定状況は、数%の増加がみられ、また認知症の利用者が増加し、認知症の周辺症状への対応を目的とした訪問看護も行われていることが明らかとなった。なかには、一日複数回の訪問看護が必要と考えられ、実施した場合もみられ、今後認知症利用者への訪問看護制度と実態との適合について経過を観察する必要があると考えられる。

電話相談は、半数の事業所で実施され、ケアの一つとして、一定の時間が費やされていた。また、電話相談は、地域での服薬継続を支え、状態悪化を防ぐといった地域生活を継続するための援助となっていると考えられた。

医療保険から介護保険への移行は、事業所の約 20%に移行したケースがあった。移行により、患者・家族の状態や満足度に変化はないことが多かったが、19.3%に「状態が悪化した」ことが明らかとなった。保険移行時は、疾患の特性に配慮して、対象に合わせた新しい状況への適応の支援を行うなどの支援が必要であると考えられた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表なし
特になし
2. 学会発表
特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし

GP 連携体制および医療連携モデルの構築に関する研究

分担研究者 山之内芳雄 国立精神・神経医療研究センター
研究協力者 愛知県健康福祉部こころの健康推進室

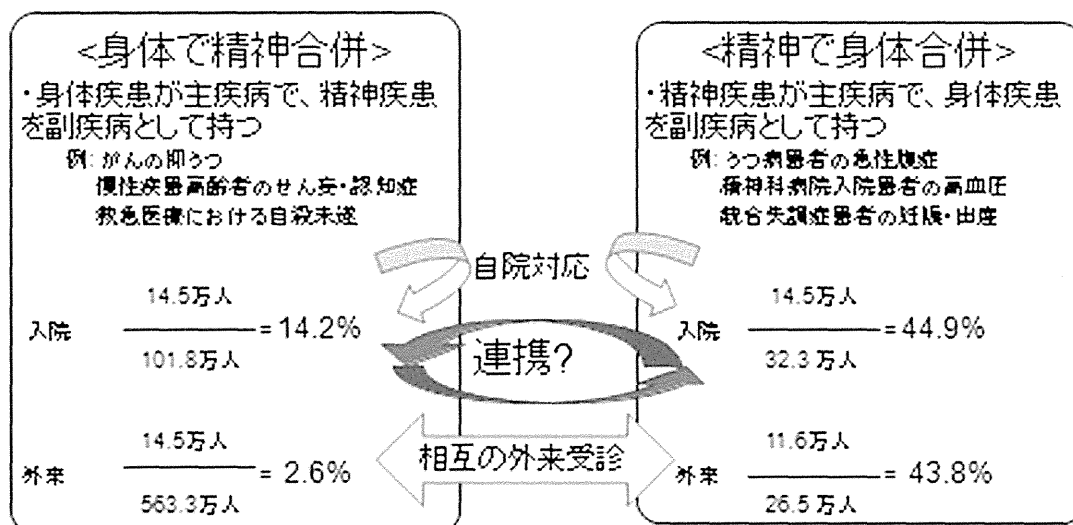
研究要旨

精神医療における身体合併症には、大きく二つの領域がある。ひとつは精神科医療における身体合併症患者<精神の身体合併>、他方一般医療における精神科合併症<身体 of 精神合併>である。患者調査による概算では、両者各々15万人が存在する。

本研究ではそのうち、<身体 of 精神合併>、とりわけ救急場面における連携に着目して、愛知県行政の枠組みの協力を得て、2つの調査を行った。一つは精神科の充実した救命救急センターを有する病院、もう一つは県内のモデル病院ペアに選定した病院である。本調査による概算では、救急救命センター等に入院する患者の約3%が精神科的問題のある<身体 of 精神合併>患者であると推計され、それは、規模が同じような病院では大差なく分布していた。また、そのような患者の約8割は精神科の問題の方が大きいととらえられているものの、精神科病院ではその15%程度しか受け入れていないことも推測された。

精神医療への連携の問題点をモデルペア病院に対して聞いたところ、救急側は患者の目立った言動行動面を挙げ医療安全側面での問題を挙げたのに対し、精神側では設備・体制面の不安が多く、対立する概念ではなく各々に異なるアプローチが必要であることが伺えた。そのような前提のもと、愛知県で5ペアのモデルを選定し、連携について話し合うとともに連携パスを作成した。今後、パスの運用を蓄積し、身体合併症の<身体 of 精神合併>に対する連携のあり方を考察していきたい。

図1 平成23年患者調査における精神・身体合併症の概要



A. 研究目的

精神疾患の地域医療の姿の中で、身体合併症の領域は、従来より精神医療施設や人員が一般医療と離れたところで発展・展開されてきたこともあり、身体科との連携が他の領域と比べると物理的にとりにくいと思われる。では精神科と身体科が同じ敷地にある総合病院においては、この問題はないかというところでもなく、病床属性の問題、人員は別々であることなどが影響しているかと思われる。さらに、精神疾患へのスティグマや、精神医療の特殊性もあり、心理的にも連携を難しくしている。さらには、国民の求める医療レベルの向上・高齢化等の問題もあり、広く複雑になってきている。

精神医療の中で、出てくる身体合併症には大きく2つの場面があると考えられる。一つは、身体疾患の医療の中で併存する精神的な問題や疾患<身体で精神合併>であり、もう一つは精神医療を受けている人が、慢性・急性を問わず身体疾患を合併した場合<精神で身体合併>である。平成23年の患者調査によると、これら概要は図1のようであり、数多くの対象がいることが分かる。連携

の距離や問題は当然どちらの場面にも発生する。さて、身体で精神合併には、たとえばがんに伴う抑うつ、高齢者慢性疾患におけるせん妄・認知症など、救急医療における自殺未遂者の対応等、さまざまなステージでさまざまな疾患が混在する。その中で、救急医療における<身体で精神合併>の場面に着目した。背景として、精神合併があることにより受け入れ病院に断られる等で救急車の搬送時間が延長することが問題視されている、自殺予防対策として救急病棟での精神科医師の診察での診療報酬が認められている等、問題が多く、また対策が多く取られている。

また、今回研究協力地域とした愛知県における医療計画で、精神身体合併症の問題があげられ、その中で精神・身体双方が有機的に連携できる在り方として、「精神病床を持ち精神科医師が多い等、精神科機能の充実した救急機能を有する一般病院の充実」と、「そうでない救急機能を有する一般病院と、近隣の精神科病院との連携体制の構築」を併記して行うこととされた。地域精神医療の効率的な展開のうえで、どの方法に実現可能性があり、効果的なのかについて検討を行うこととし、まずは救急場面における<身体で精神合併>の実

態把握をすることとした。

はじめに、平成23年度から愛知県より「精神身体合併症救急対応事業」を受託している藤田保健衛生大学病院における、<身体・精神合併>の現況を調査した。同院は、愛知県の名古屋市南東部に隣接する尾張東部医療圏に所在する。病態別に4病棟を備え、救急専従医師19名・救急専門医7名が診療対応する救命救急センターを有し(病院ホームページ、H25救命救急センター評価結果(厚生労働省)より)、精神科においても閉鎖病棟を含む51床を備え、19名の精神科医師が勤務している(2014/2時点の病院ホームページより)。ゆえに、同院においては「精神病床を持ち精神科医師が多い等、精神科機能の充実した救急機能を有する一般病院」の実態を明らかにすることを目的とした。

次に、「そうでない救急機能を有する一般病院と、近隣の精神科病院との連携」を考える上で、これら病院の現状を調査することとした。「愛知県精神・身体合併症連携事業」が平成25年度から始まり、その枠組みにおけるモデル病院群が、平成25年4月に8病院(一般-精神のペアが4つ)、6月にさらに2病院(同1ペア)が選定され、これら病院およびペア病院間での<身体・精神合併>の現状を研究事業において調査した。また、これら病院ペアでの連携体制を構築するためのクリティカルパスの作成を行った。

なお、この研究を行うにあたり、愛知県健康福祉部こころの健康推進室とは、企画・調査に至るすべてのプロセスにおいて、協力をえることができた。

B. 研究方法

(1) 精神の充実した救急一般病院(藤田保健衛生大学病院)における<身体・精神合併>の現況

平成25年4月から12月まで、救命救急センターに受診した患者のうち、救命センターが「精神科に関連する」と判断した患者。当該患者に関して、初診・かかりつけの区分と居住地、入院したのに関して精神疾患(ICD-10)、身体疾患の種別、「精神的問題と身体的問題のどちらが大きい

か」に関する精神科医師の判断を調査した。また、参考として同院資料より平成24年の救命救急センターの受診者数と入院者数を参照した。

なお、調査に関して患者が特定される情報は一切受け取らないことを取り決め、同院精神科担当医師より数値表のみの情報の提供をうけた。

(2) 愛知県モデル病院群の救急医療における<身体・精神合併>の実態調査

平成25年4月に愛知県より選定されたモデル病院群4ペア(8病院)に対し、同月にアンケート調査を行った(資料1)。一般病院の救急部門に対しては、平成25年3月の救急外来患者数・入院数と、そのうちの「精神科に関連する」と判断された患者数を、精神科病院に対しては、平成25年1-3月の入院数とそのうち一般病院や救急部門からの紹介による患者数を調査した。

また、同4ペアに対し連携に対する問題点を聞いた。

(3) 愛知県モデル病院群の救急医療における<身体・精神合併>のための連携体制の構築

平成25年4月に行ったアンケート(資料1)において、

平成25年5月に、4ペアにて「第一回愛知県精神・身体合併症連携会議」を開催し、連携体制の構築とクリティカルパスの使用につき合意した。これを受けて、各ペアでのクリティカルパスの作成(資料2)を行った。また、同時期に新たに1ペアが同事業に参画し、5ペアとなった。研究的視点から、クリティカルパス作成に際する技術支援を行い、各病院のサイトビジットをし、ヒアリングした。

平成25年9月から同パスの運用が始まった。今後、1年間以上の症例の蓄積を通して、連携の在り方について考察する資料となる。

C. 研究結果

(1) 精神の充実した救急一般病院(藤田保健衛生大学病院)における<身体・精神合併>の現況

図2に概要を示した。