

図 3-9 精神科受診歴のある者の通院先について(N=156)

精神科受診歴のある患者の病名の内訳をみると (図 3-10), 気分障害 (F3) が最も多く, 37.82%を占めていた。

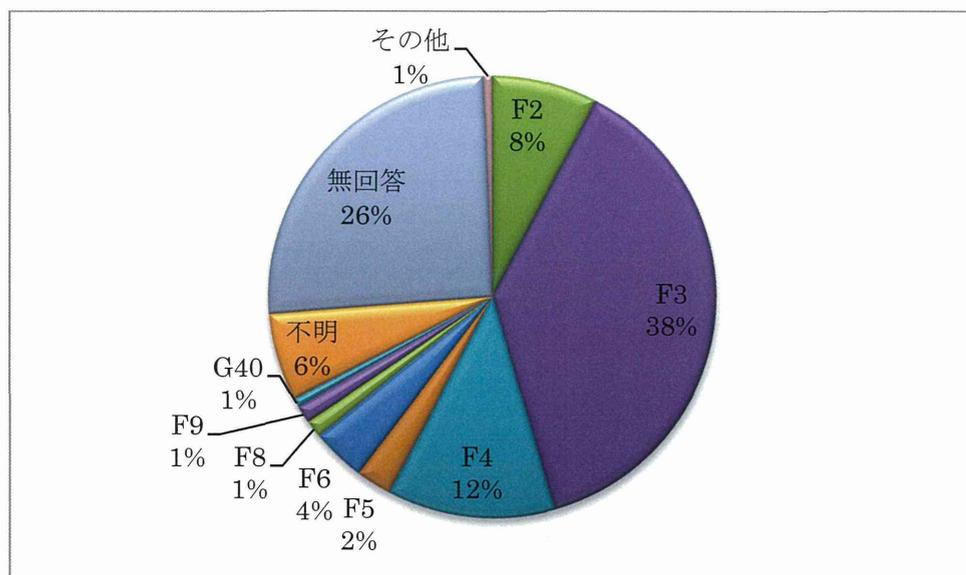


図 3-10 精神科受診歴のある患者の診断病名(N=156)

図 3-11 には精神科受診歴のある患者の直近 3 か月以内の通院歴を示した。3 か月以内の通

院歴がある者が 45.51%に及び、ない者は 7.05%であった。

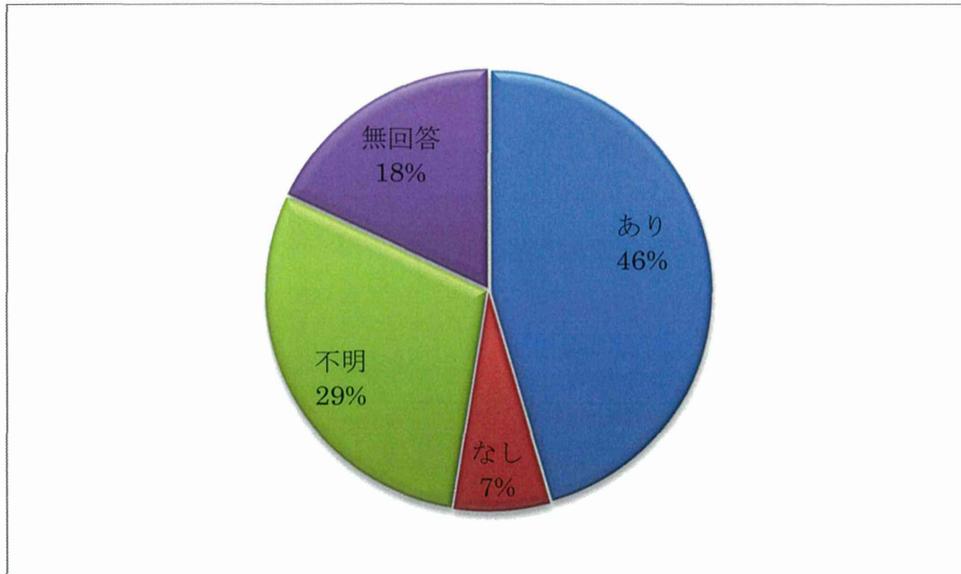


図 3-11 直近 3 か月以内の精神科通院歴について(N=156)

調査対象病院を退院した後の転帰（図 3-12）は、146 名（61.86%）が帰宅していた。37 名（15.68%）が死亡、精神科への転院が 27 名（11.44%）あることがわかった。転帰において「その他」と回答のあったケースに

ついては、「警察が引き取った」、「入院中」といったケースであった。

調査対象病院へ入院したケースの入院期間は（図 3-13）、1 泊 2 日が最も多かったが、最長 91 日まで長引くケースもあり、平均では 5.87 日であった。

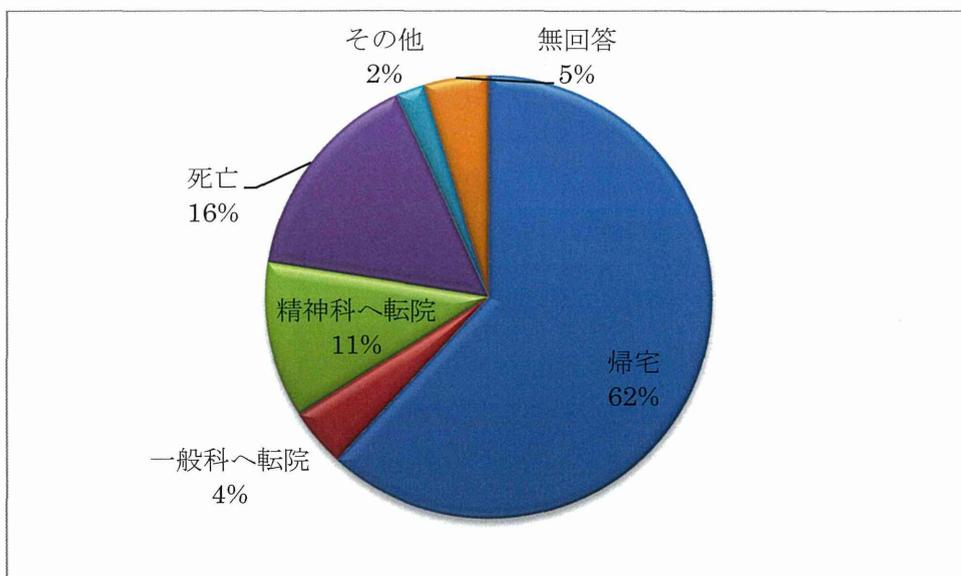


図 3-12 調査対象病院を退院した後の転帰(N=236)

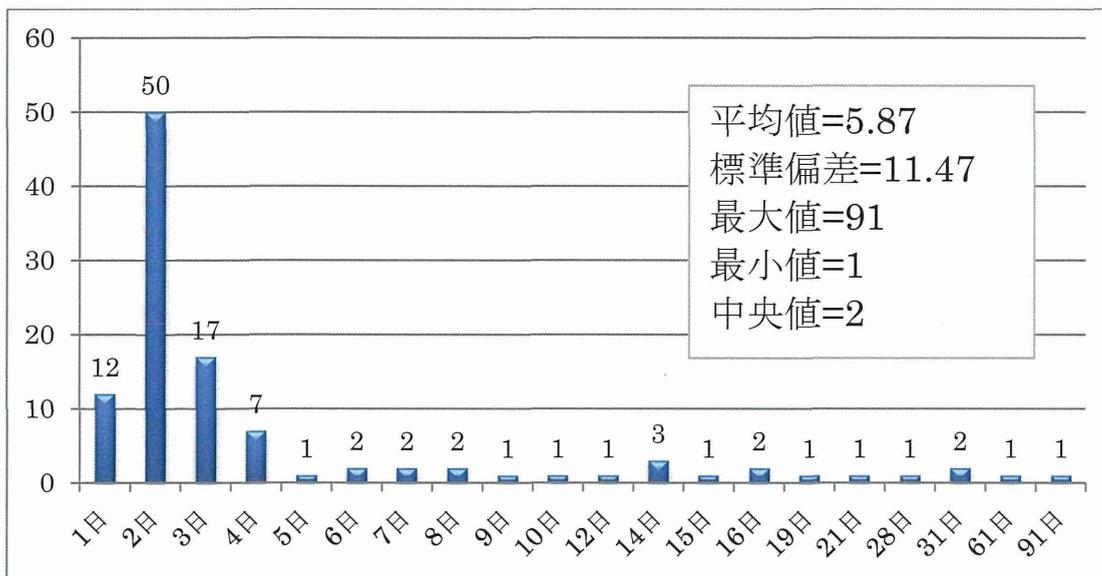


図 3-13 調査対象病院へ入院となった患者の入院期間(N=109)

自宅へ帰すという転帰になった患者について、精神科との連携を取ったかどうか、取るとしたらどのような手段をとったかについて尋ねたところ、65名(44.52%)は連携を取っていないことがわかった(図 3-14)。49名

(33.56%)は連携を取っているが、直接連絡を取り合ったのは11名(7.53%)に過ぎず、残りは紹介状を本人や家族に持たせたのみであった。

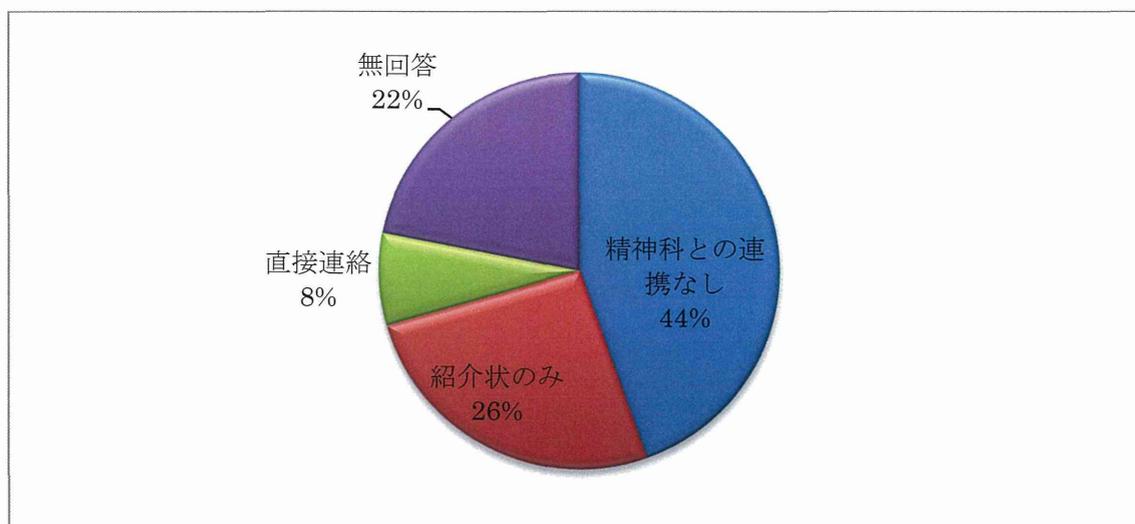


図 3-14 帰宅という転帰であったケースの精神科との連携について(N=146)

当該患者について困難だったことについて自由記載欄を設けたが、「東京ルールにて搬送」という記載が7ケース見られ、救急搬送時に搬送先選定困難事例であったことが見受けられる。

その他、「家族が遠方」「家族が関わり拒否」などで、警察に保護を求めたり、外来ベッドで過ごしてもらうなどの困難があったことが記載されていた。

「2日連続」「本気度が高かった」「身体的にはICUレベルではなくなってからも、管理上一般病棟に出せず困った」などが見られた。

3)東京都こころといのちのサポートネットの実績分析

平成26年7月10日から平成27年2月27日の相談窓口を開設して7か月余りの間に、139件の相談が入った。相談者の内訳は図4-1に示したとおりで、一般科救急病院からが最も多く30件、次いで精神科のある総合病院からと、警察からがそれぞれ18件、次いで精神科診療所が13件、保健所、一般科診療所、本人や家族からも相談があった。

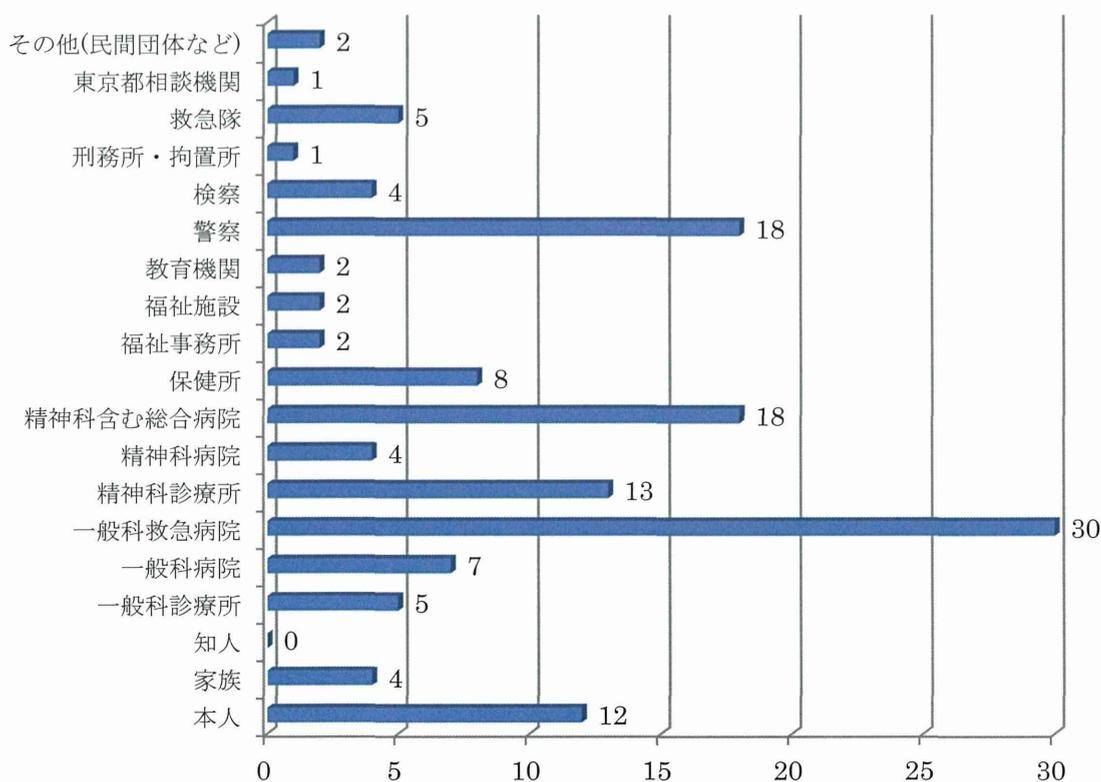


図4-1 相談者の所属 (N=139)

新規相談の電話が入った曜日と時間帯を図4-2、4-3に示した。平日がほとんどで、土日の相談は139件中9件(6.47%)しかなかった。これは、相談者の多くが病院のソーシャルワーカーや公的機関の職員であることが関係して

いると思われる。

相談の時間帯は、正式な受付時間である17時までで見ると、遅い時間の方が相談が多い傾向がみられる。

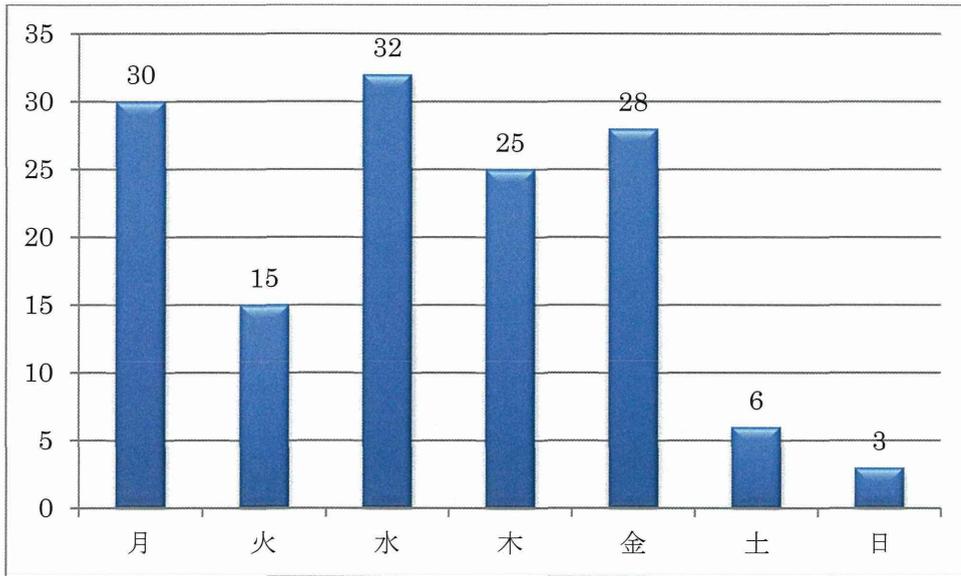


図 4-2 新規相談受付曜日 (N=139)

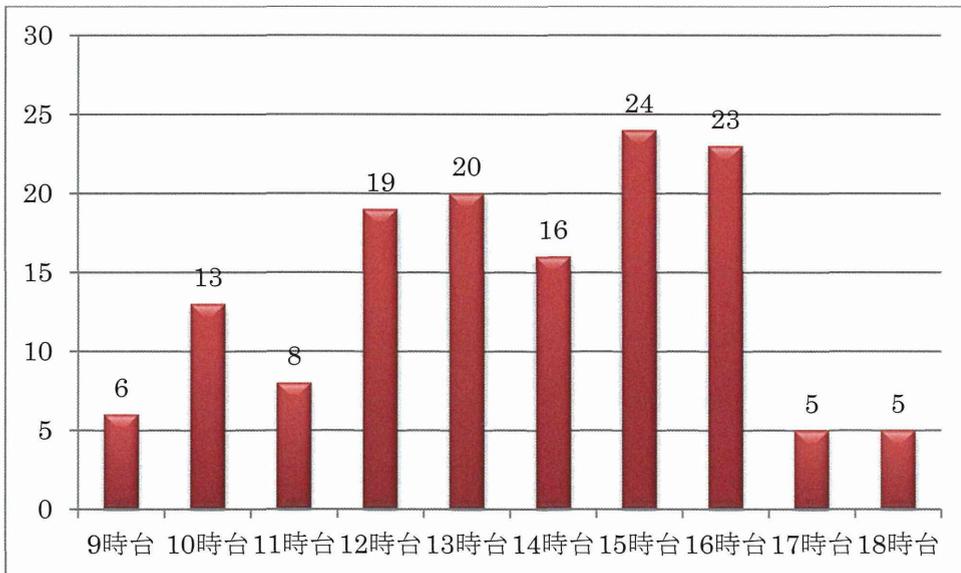


図 4-3 新規相談受付時間 (N=139)

対象者は男性と女性がほぼ半数以降で(図4-4)、年代は30代が31人(22%)、次いで40代が

22人(16%)で多く、10代から80代までの幅広い(図4-5)。

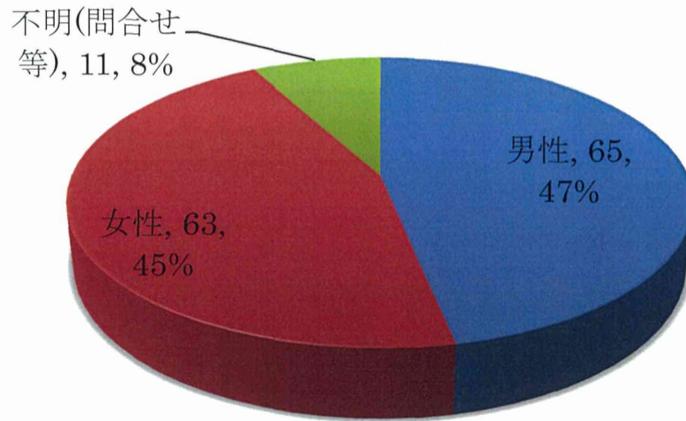


図 4-4 相談対象者の性別 (N=139)

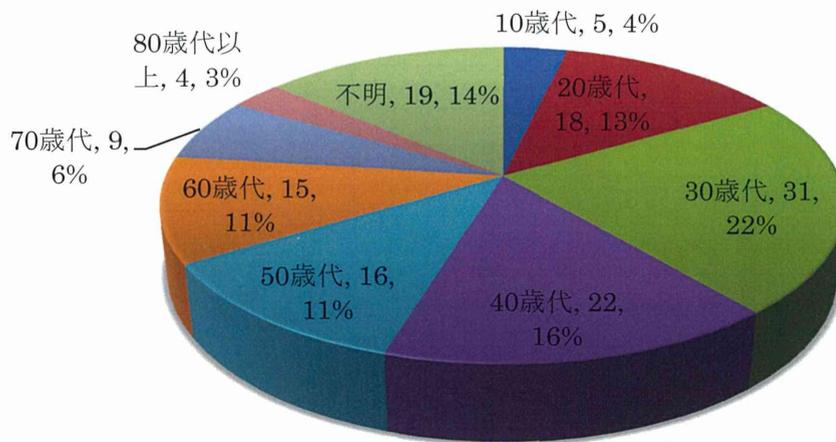


図 4-5 相談対象者の年代 (N=139)

相談者の主訴(図 4-6)は、「希死念慮・自殺企図・自傷行為」合わせて 58 件 (41.7%) を占め、次いで「自殺企図・自傷の可能性のある精神症状」

が 42 人 (30.2%) である。事業開始間もないことから、問い合わせや目的外である悩み相談なども若干入っている。

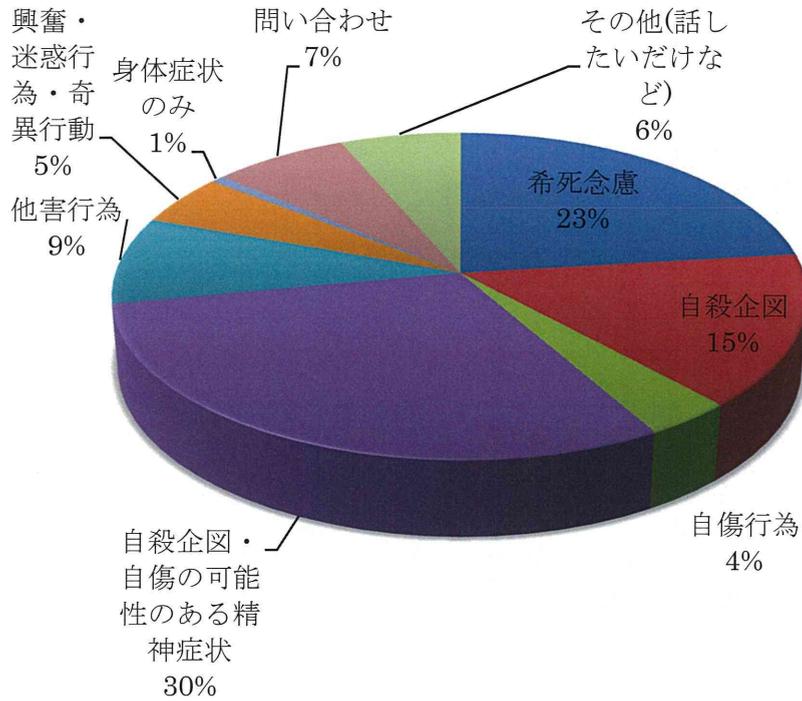


図 4-6 相談の主訴 (N=139)

対象者のこれまでに既往のある精神疾患病名 (図 4-7) は、「F2 統合失調症圏」が最も多

く 22 名 (15.8%)、次いで「F3 気分障害圏」20 名 (14.4%) で、既往無や不明も多い。

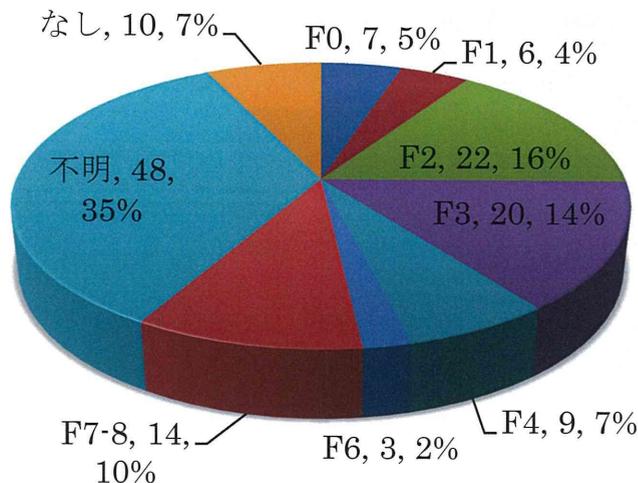


図 4-7 相談対象者の既往精神疾患の病名 (N=139)

対象者の身体合併症については、「あり」は48名、「なし」は54名であった(図4-8)。身体の傷病があっても、処置が終わって一般科病院での治療が必要ない場合は「なし」となっている。合併症の内容は、「糖尿病」「慢性膵炎」「アルコール性肝炎」などの慢性疾患、「骨折」

「下肢切断」「重度の切創」「目玉をくりぬいた」「皮膚潰瘍」などの外傷、「肺炎」「脳梗塞」「敗血症」「低K血症」などの身体の治療が引き続き必要なケース、「妊娠中」「透析」「在宅酸素」などの恒常的な対応が必要なケースもあった。

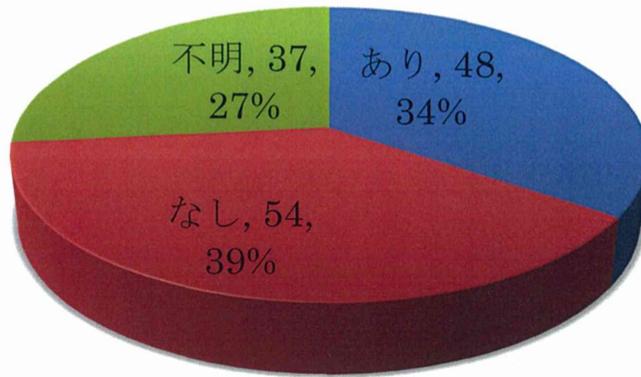


図4-8 相談対象者の身体合併症の有無 (N=139)

相談者の主要な依頼目的を図4-9に示した。91ケース(65.5%)は、精神科入院を求めている。精神科外来は18名(12.9%)で、最初か

ら地域生活支援を求めているのは6名(4.3%)と少なかった。

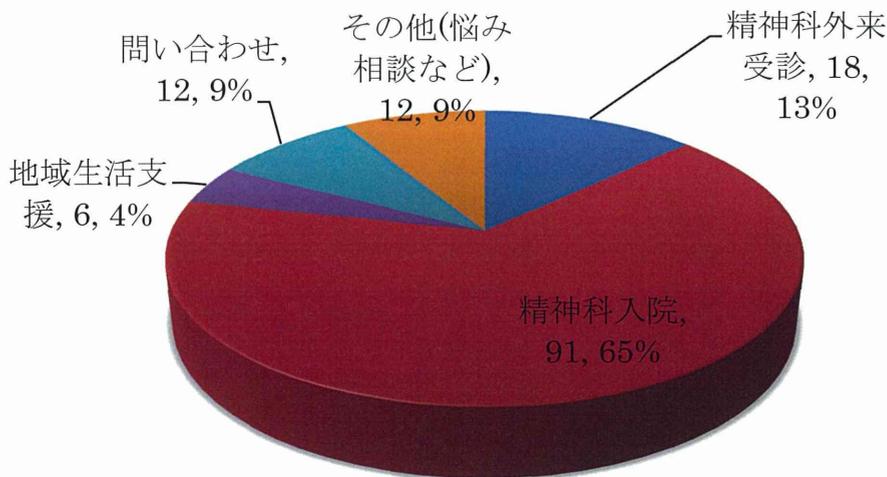


図4-9 相談者の主要な依頼目的 (N=139)

それに対して、サポートネットのスタッフが行った主な対応内容は図 4-10 のとおりである。59 件 (42.4%) が相談で終了し、仲介を行ったのは 40 件 (28.8%) である。仲介までは至ら

なかったものの、仲介を目的とした連絡調整を行ったケースが 22 件 (15.8%)、本人や家族に直接関わったり機関まで同行したケースが 10 件 (7.2%) であった。

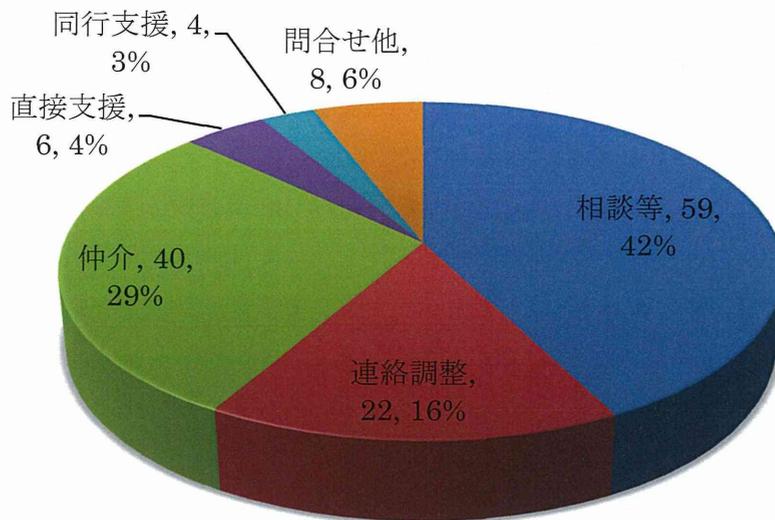


図 4-10 サポートネットが行った主要な対応 (N=139)

サポートネットが行った対応は、一つのケースでひとつの対応ではないため、行ったすべての対応を図 4-11 に示した。139 ケースで 180 の対応を行った。

最も多いのは精神科入院の調整(仲介を含む)で、60 件、相談助言 38 件に続き、家族と電話 21 件、情報提供 19 件などである。家族との電話では、精神科入院の調整時に意向を確認した

り精神科治療についての説明を行うことも多い。保健所や福祉事務所への仲介も合わせて 11 件あった。

相談者の入院先へ出向いて面接し、精神科入院の仲介を行い、家族と面接や電話での調整を行い、保健所への仲介を行う、などたくさんの対応を行っているケースもある。

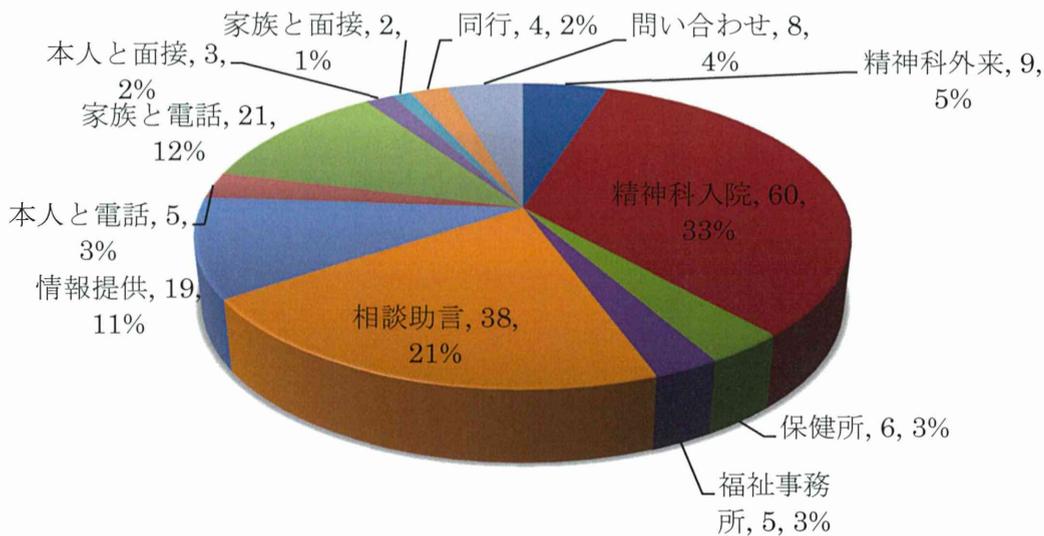


図 4-11 サポートネットが行ったすべての対応 (139 ケース, N=180 対応)

図 4-12 では、行った対応の帰結をすべて選んで示した。最も多いのは助言だけで終了した 39 件であるが、サポートネットが仲介した医療機関へ受診となったケースが 30 件、夜間救急を通じて仲介し受診に至ったケースが 9 件あるが、相談者都合でキャンセルになったものが 15 件、仲介している最中に依頼者が探した医療機関へ行くことが決まった 18 件、措置入院になったのが 3 件など、医療へつなげていることが多いことがわかる。

一方で、家族への直接支援 19 件、本人への直接支援 5 件や同行支援 3 件など、サポートネットの相談員が直接対象者やご家族を支援するケースも多い。保健所や相談機関への仲介は 11 ケースであった。

特記すべきは、その他助言の中に、サポート

ネットのスーパーバイザーである精神科医から、一般科医へ直接助言したケースが 3 件あることである。精神症状についての見立てや当面の対応方法などを助言することによって、一般科医が現在対象者のいる医療機関でそのまま治療を継続することができた。例を挙げると、「脳炎後のせん妄は 2 週間程度続くことがあるため、現在の症状は精神疾患から来るものではなく脳炎によるせん妄と考えられる。脳炎の治療が進めば治まるだろう。」などの助言である。

精神科医から直接の助言は行わなかったが、サポートネットの相談員が精神科医やスーパーバイザーから助言を受けて支援を行ったケースは 139 件中 46 件あった。

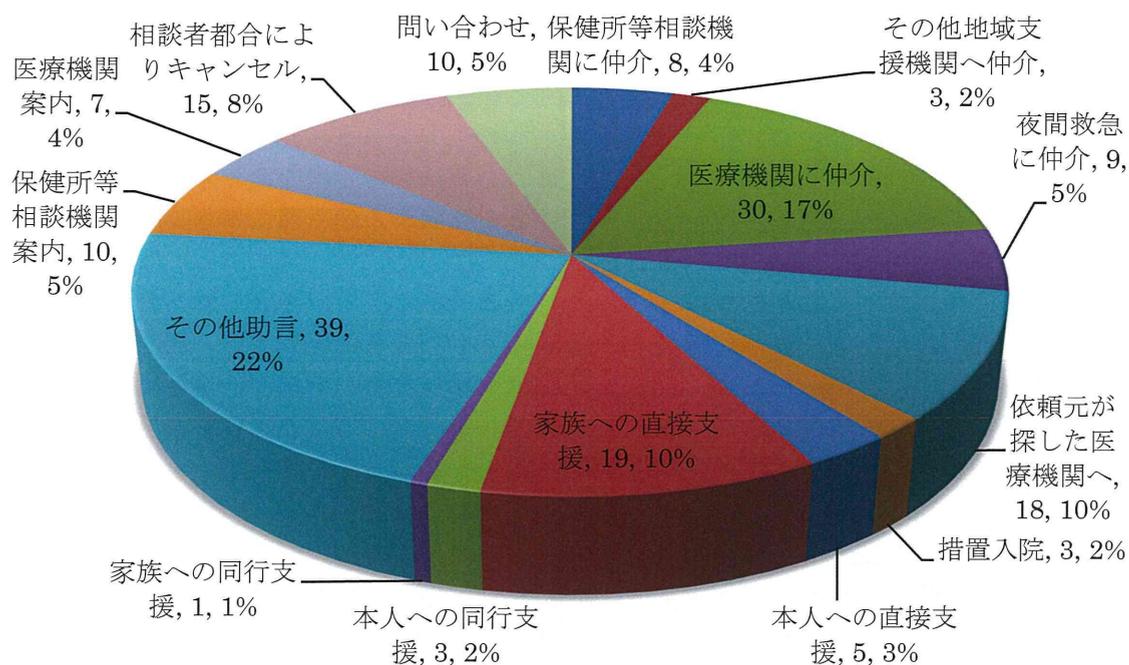


図 4-12 ケースの帰結 (139 ケース N=180 帰結)

対象者がいる現在地の 2 次医療圏は図 4-13 のとおりで、不明を除く 115 件のうち 90 件 (78.3%) は東京 23 区内であった。人口比で

考えても、圧倒的に 23 区内からの相談が多いことがわかる。

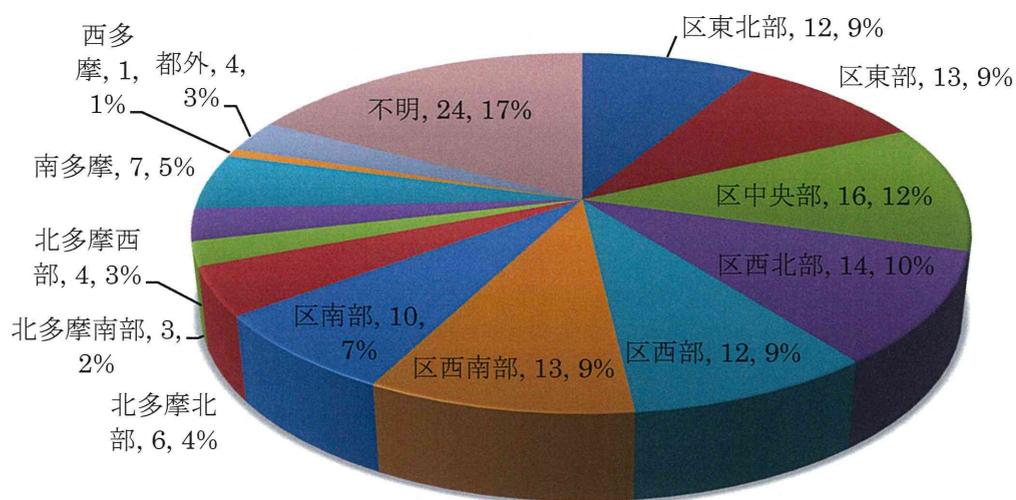


図 4-13 対象者の現在地の 2 次医療圏

D. 考察

1) 一般科医向けの研修会における質問紙調査

【一般科医が精神科プライマリケアの一端を担っている】

内科医の約3割は自分でうつ病の治療を行っていると回答し、一般科医の約35%、内科医の約45%が抗うつ剤を日常的に処方していると回答した。精神科の治療が必要と思われる患者の一部は、一般科医が治療や処方を行っている場合が少なくないことがわかった。

【地域のうつ病診療を効果的に行うために最も必要なのは、連携システムである】

351人の回答者のうち、303人が「精神科専門医との連携システム」を選んだ。次いで156人が「専門医療機関や専門医のリスト」、145人が「うつ病の診療の研修」、108人が「うつ病診療のマニュアル」を選んだが、圧倒的に連携システムが必要と考えられていた。

このことから、知識や情報だけでは連携を結ぶことは難しく、ケースが発生した時に実際に連携の手助けをしてくれるシステムが望まれていることがわかる。

【研修内容の工夫によって、一般科医の意識改革が可能である】

今回行われた研修会アンケートからは、一般科医の精神科との連携についての意識が、研修の後に概ね高まっていることがわかった。しかし、その効果には研修によってばらつきがあることもわかった。

一般科医に精神科領域の研修に出席してもらうことは一般的に難しく、出席率を上げることが一つ目の課題である。そのためには、産業医研修を兼ねる、一般科医でも興味を持ちそうな話題を織り交ぜる、などの工夫が必要である。

次いで、一般科医と精神科医の連携の阻害要因となっていることがわかっている精神科医療へのネガティブな感情や、積極的に連携をしていこうという意識、精神科通院患者への偏見などを、研修で少しでも意識改革していくための効果的なプログラムが必要である。

研修会を実施する地域の精神科医を講師の一人とする、一般科医と精神科医の両方が参加する症例検討を行うなど、交流を図ることも一つの工夫である。

また、精神科の診療の良し悪しが必ずしも診療室で患者から話を聞く長さで決まることではないことや、ケースによっては多剤や大量の向精神薬の処方が必要であること、自殺企図者等の精神科医療介入の必要性、精神科専門医の治療を勧めてほしい見極めポイントや、精神科受診に抵抗のある患者を後押しするのもかかりつけ医の役割であることなど、知ってもらいたいポイントに焦点を当てた講義内容が必要である。特に自殺防止については、特別に取り上げるようにしなければ難しいことがわかる。

2) 救急医療機関における自傷・自殺企図患者への対応についての質問紙調査

【救急病院において、再企図防止の支援ができていないところが多い】

・院内精神科医がいても、自殺企図患者への関わりは多く行っていない

救急搬送された医療機関に精神科があっても、常勤または非常勤の医師が1名程度いるだけのところが多く、当直しているところは22%に留まった。そのためか、自傷・自殺企図で救急搬送されてきた患者に院内の精神科医が関わる医療機関は、関わりをあまり持たない医療機関よりも少なかった。精神科を持つ総合病院であっても、院内だけで身体と精神の両方の治療を受けられる体制が整っていない医療機関が多いことがわかった。

そのため、精神科のある総合病院でも、外部の精神科医療機関との連携を必要としていられると考えられる。

・再企図防止のためのマニュアル等もなく、自殺リスクの評価はあまりなされていない

マニュアルや研修が整備されているところは極わずかで、自殺リスクの評価はなされていないことが多い。希死念慮の有無や自殺の理由の聴取についても行っていないところが

多い。医療機関によって、大きな差があることもわかった。

・退院後の精神科受診先は本人・家族が探しており、地域の支援機関との連携は少ない

退院後の精神科受診先を自院で探しているとは回答したのは3割にとどまり、ケースごとの調査では病院が探したのは8%に過ぎなかった。救急処置後帰宅させる際に紹介状を渡す場合もあるが、ケース調査の44%は行われていなかった。自傷・自殺企図で救急搬送されても、救急医療機関では精神科受診に繋がっていく意識は高くはないことがわかった。

救急医長期間から直接、保健所や子ども家庭支援センターなどの地域の支援機関と連携することは非常に少ないことがわかった。

現状では、自殺企図の患者の再企図防止支援に力を入れている医療機関は少数で、多くの医療機関では対応できていない状況が明らかになった。

【再企図防止のために動けるスタッフが少なく、精神科医療機関探しに苦慮している】

自殺企図の患者の再企図防止のために動けるスタッフは、一人もいないところが最も多く、平均でも2名であった。院内スタッフが忙しいところでは、精神科転院探しでも苦慮することが多いことがわかった。

精神科受診を本人家族から拒否されて困難を感じていることも多かった。

【再企図防止には、精神科医療との確実な連携だけでなく、生活支援も必要と思われる】

自傷・自殺企図による救急搬送患者は22～24時台の搬送が多く、若い女性の過量服薬が多い。その多くに3か月以内の精神科受診歴があり、病名は気分障害圏が最も多く、企図の手段は処方された向精神薬を服用している場合が多かった。山田らの2012年の報告⁸⁾によると、救命救急センターの中には入院に至る全患者の10%前後が自殺企図及び自傷行為による患者が占めていた施設があり、その手段としては半数程度が過量服薬で、使用された薬剤の大半はかかりつけ医から処方された向精神薬であることを報告している。

同様の行為を繰り返しているケースも少なくなかったが、既遂例のうち自殺未遂歴が明らかであったのは1名に留まった。自殺既遂者における未遂歴は1/4程度という報告もあることから、既遂者の中に未遂歴のある者が少ないことは矛盾しない。未遂歴の有無だけで自殺リスクの判断をすることの危険性も示唆された。

入院対応となったケースの多くは1泊で帰宅しているが、3ヶ月入院している場合もあった。来院時に既に死亡していたケースが13.1%あり、さらに3%程は来院後に死亡している。最も既遂率の高い手段は縊首であった。

精神科医療機関に受診しているにも関わらず、自傷・自殺企図に至ってしまうケースも少なくないことから、再企図防止には、精神科医療に確実につながり、主治医への確かな情報が提供される必要があると思われる。また、精神科医療機関だけでなく、地域の生活支援など多角的な支援が必要であることも示唆された。

3)東京都こころといのちのサポートネットの実績分析

【連携システムのニーズは多い】

東京都こころといのちのサポートネットは、広報が十分行きわたっていない、7ヶ月あまりで139件の相談が入った。このことから自殺未遂者や希死念慮のある者等への一般科と精神科をつなぐ連携システムのニーズは大きいと思われる。同じ機関から複数の相談利用がある場合もあり、利用して役に立ったと感じている機関も少なくないと思われた。

一般科救急医療機関や総合病院など、身体救急を受け入れている病院の利用が最も多かったが、警察や保健所、精神科診療所をはじめ、たくさんの分野からの相談があり、ニーズのすそ野は広いと思われる。

相談件数は平日が多く、土日祝は圧倒的に少ない。これは相談者が医療機関のケースワーカー等の平日昼間に勤務しているスタッフからが多いこと、医療機関以外は公的機関が多いこ

とが原因と思われる。土日祝にケースの発生が少ないとは思われないが、土日や夜間に開いている施設であっても、相談者であるスタッフが動ける時間でなければ相談できない。救急外来などの医師や看護師には余裕がなく、連携を取るためのスタッフが院内に必要であることも示唆される。

【医療機関スタッフが相談できることが利用のハードルを下げている】

連携システムの先行例の中には、利用がほとんどないと報告しているところも見られる。そのようなシステムは、利用時に「システムが関わることに本人の同意を取ってから相談する」となっている。自殺未遂者等に、最初から第三者が関わることを本人の同意を取ることが容易ではなく、医療機関スタッフも二の足を踏んでしまうことが多いのではないだろうか。

サポートネットでは、最初は対象者の個人情報をも明かさずに相談ができるようになっており、本人に直接絵はなく医療機関スタッフの相談にのることが、利用のハードルを下げていると考えられる。

医療機関を探す手伝いをする中、仲介という形を取ったほうが良いとなった時点で、サポートネットに個人情報を伝えることについて本人や家族の同意を取ってもらうことが多いため、本人や家族の拒否にあうことは少ない。

【自殺未遂者ではなくても、自殺リスクの高い患者の処遇に困っている】

相談の対象者は、性別、年代、病名が多岐にわたり、自殺リスクがあっても対応が難しいケースが多い。自殺リスクの内容は、最近自殺企図のあった自殺未遂者は15%にとどまり、高い希死念慮、危険な自傷行為、身体疾患の治療に応じないなどの状態を放置すれば本人の生命や身体の安全が守れないと予測されるケースなど、リスクの中身も多様である。

自殺未遂歴のある者は、無い者に比べて自殺リスクが400倍高いと言われるが、自殺既遂者の中で未遂歴がある者はせいぜい4割で、残り6割以上は初めての自殺企図で既遂に至っ

ていると報告されている。

その中で、医療機関やさまざまな関係機関において、自殺未遂者以外でも自殺リスクの高い者に気づきながら、対応に困っている現状が見えてくる。これらのケースに対応していくことも自殺防止や精神疾患の早期支援につながることも、救急医療機関の処遇困難ケースを少しでも減らすことに繋がると考えられる。

【依頼は精神科入院だが、必ずしも適当ではない】

相談内容の91件65.5%、問い合わせ等を除くと8割近くが精神科入院の依頼であった。しかし、精神科入院に至ったケースは60件で、希望していたケースの3分の1は精神科入院に繋がっていない。相談助言や調整をしている中で、依頼元医療機関でそのまま治療を継続することが適当である状況であることがわかることも多く、家族が望んでいないことがわかり、代わりに地域の支援機関につなげることもある。

「精神科に入院させたいと感じたらサポートネットに相談する」というのは、あくまでとっかかりにすぎず、そのように感じるハイリスク者についての相談を挙げてもらうことが重要である。

しかし、精神科入院を依頼されたからと言ってすべてその通りに対応するのではなく、サポートネットでアセスメントし、家族調整等を行い、適切な対応を取ることが求められる。

【連携機関におけるアセスメント、精神科医等によるスーパーバイズが重要】

サポートネットでは、相談者のニーズに応じるだけでなくアセスメントが必要である。アセスメントには、自殺リスクの判断、精神症状の判断、身体疾患や治療についての判断が必要である。相談対象者は、わかっている範囲で半数近くに身体合併症があり、重篤な疾患や外傷から慢性疾患に至るまで合併症の内容はさまざまである。また、精神疾患や自殺リスクについての見立ても難しいケースがある。

相談員は精神保健福祉士や臨床心理士、看護師等であるが、すべての判断を一人で行うことは難しい。139件中46件については、精神科

医等のスーパーバイザーに意見を求めていた。また、3件については、精神科医が直接、依頼元の医師と話して助言を行った。

連携システムは、コメディカルスタッフを配置すれば良いのではなく、スーパーバイズができる精神科医等のオンコールのバックアップシステムが必要である。

【本人や家族に直接かかわり、多機関との連携を取り、長期に見守るケースもある】

連携システムは、関係機関の連携が取れて繋がるまでが役割ではあるが、一回の仲介等でうまくいかず、長期にわたって本人や家族や相談元機関と関わりを持ち、多くの機関と連携を取るケースがあった。

入院や通院につながった精神科医療機関と対象者との関係がうまく取れず、治療や支援が途切れてしまう場合や、保健所等へ仲介しても保健師のかかわりを本人が拒否する場合などである。連携がうまく取れない中、自殺の再企図リスクも高く、家族との関係も良好でない場合も少なくなく、サポートネットスタッフが見守りに連絡を取り、警察を呼ぶなど適宜緊急対応が行われた。自殺ハイリスク者の連携支援の難しさである。一度医療機関や支援機関へ繋いだら終わりではなく、ある程度支援が軌道に乗るまで継続的に見守ることも必要である。連携システムは、自殺防止という目的のために、柔軟な対応が求められる。

4) 全体考察

3つの調査結果から、精神科診療所が地域連携のために果たせる役割について、考察を行った。

【一般科医の精神科への理解を深めるための啓発活動への協力】

一般科医が、精神科医療や精神障がい者についての理解を深めることが、一般科と精神科の連携を強める重要な要素である。一般科医向けの啓発研修などにおいて、開催地域の精神科診療所医師が講師に加わることが、研修の効果を高める可能性がある。事例検討等を通じて顔を合わせながら意見を交換することで、精神科医療の機微の理解や、精神障がい者への見方も変

わってくる。

【自殺企図患者の精神科主治医療機関として、地域連携の核となる】

一般科救急医療機関に救急搬送される自傷・自殺企図患者の多くは、精神科通院中であり、少なくとも東京においては診療所への通院の割合が高い。

一方、救急医療機関では、精神科医療や地域の支援機関と連携するだけの人員な余裕のないところが多く、帰宅させるにあたって十分な連携支援が行われていない場合が多い。また、救急医療機関内の自殺再企図防止の対応マニュアル整備や職員研修も行われていないところが多く、アセスメントや対応に苦慮されることも少なくない。

精神科の主治医療機関として精神科診療所の医師やスタッフが、救急医療機関での対応への助言や連携支援のためのケースワークを担うことが望まれる。しかし、現状の精神科診療所は、それらを行うだけの人員配置などの余裕が十分にあるとは思われない。診療報酬上の問題も生じる。幅広く実現するには、制度や仕組みを整える必要がある。

【自殺防止のための地域連携システムに必要な精神科コンサルテーション】

東京都が平成26年7月に事業開始した自殺未遂者を中心とした自殺防止のための地域連携システム「東京都こころといのちのサポートネット」は、7か月余りで137件の相談が寄せられ、地域のニーズは多いことが予測された。

サポートネットの相談対応で、精神科医をはじめとするスーパーバイザーのコンサルテーションを受けたケースが46件あり、専門的な見立てや助言が重要であることがわかった。しかし、このようなシステムが広く普及するにあっては、地域でスーパーバイズできる精神科医等を確保することが難しいと思われる。

そこで、オンコールやメールやFAXを利用して、精神科診療所の医師が連携システムに協力することができるのではないだろうか。仕組みづくりの工夫が必要である。

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
研究分担報告（4）

精神科訪問看護提供体制の現状把握と評価に関する研究

研究分担者 萱間 真美 （聖路加国際大学）
研究協力者 上野 桂子 （全国訪問看護事業協会）
宮崎 和加子 （全国訪問看護事業協会）
角田 秋 （聖路加国際大学）
吉原 由美子 （全国訪問看護事業協会）
大橋 明子 （聖路加国際大学）
関本 朋子 （聖路加国際大学大学院）

研究要旨

本研究では、精神科訪問看護の実施状況を、全国訪問看護事業協会加盟の全訪問看護ステーションを対象に調査し、実施率の変化、および事業所の状況、対象者の実態について調査した。制度上の課題を検討することにより、精神科訪問看護の普及ならびに精神科地域医療体制・アウトリーチサービスにおける新たな枠組みについて検討した。

平成 26 年 9 月の一か月間に精神科訪問看護を実施した事業所の割合は 54.6%であった。先行研究で得られた、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施割合を見てみると、平成 18 年度 35.3%から、以降、増加し、平成 22 年度 53.9%、平成 23 年度 59.4%、平成 24 年度 52.6%、平成 25 年度 54.0%であり、平成 23 年度をピークにいったん実施率が落ち込み、再び微増していることがわかった。この変化の要因として、平成 24 年度報酬改定から精神科訪問看護基本療養費による訪問看護が開始されたことが考えられる。訪問対象が拡大したものの、精神科臨床経験や研修受講といった、実施要件が定められたことから、いったん実施率が低下したと考えられる。今後、研修受講者によって実施率が向上することが予想され、フォローアップ調査が必要となる。

精神科訪問看護基本療養費を届出し算定している事業所は 32.7%、届出しているが算定していない事業所が 10.4%、届出していない事業所は 51.5%であった。これらの事業所の特徴をみると、算定事業所は、看護職員・全職員数が多く、医療保険による利用者、精神疾患の利用者数が多くなっていた。規模の大きい事業所が算定していることがうかがえた。平成 19 年度の悉皆調査においても、精神科訪問看護実施事業所は、非実施の事業所に比べ、看護職員数、および総職員数が多く、同様の傾向が続いていることが示された。

また精神科訪問看護基本療養費を届出しているが算定していない事業所（10.4%）の特徴をみ

ると、精神疾患の利用者が、未申請の事業所と同等に少ない状況にあった。しかしながら、約半数の事業所で精神科経験がある看護職がおり、6割以上で指定自立支援医療機関の指定を受けていた。精神科訪問看護を実施できる準備はあるが、訪問依頼がない等の理由で、実施していない可能性が考えられた。

今後は、普及率だけでなく、実施事業所の地理的情報も収集し、他の精神科サービスとの地理的關係や、訪問サービスの地域偏在についても分析が必要と考える。

地域医療計画に訪問看護ステーションによる精神科訪問看護の実施率が数値目標化されることなど、精神科訪問看護の普及啓発につながる政策に関して提言できる資料を、引き続き収集していくことが必要であると考えます。

A. 研究目的

精神科医療は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が示される中、地域移行が進展しつつある。平成25年には医療計画に精神疾患が位置づけられ、全国における精神疾患治療体制整備が必要とされている。そのような現状の中、精神科訪問看護は、精神障害者の地域生活を支える重要な資源として、また長期在院患者の地域移行をサポートするサービスとして、その効果と機能が報告されてきている。精神科訪問看護の普及に向け診療報酬整備がなされており、それにともないケアの実施状況がどのように変化していくのか、継続的な評価が必要となる。

本研究では、精神科訪問看護の実施状況を全国的に調査し、実施率の変化を調査すると共に、事業所の状況と対象者の実態について調査をおこなう。以上から、精神疾患対象の地域での訪問看護の体制整備と、アウトリーチサービスの新たな枠組みについて示唆を得ることを目的とする。

B. 研究方法

1. 調査の概要

1) 調査の目的

精神科訪問看護の実態とその機能を把握し、制度上の課題を検討することにより、精神科訪問

看護の普及ならびに精神科地域医療体制・アウトリーチサービスの新たな枠組みについて検討すること。

2) 調査方法・対象

調査対象：訪問看護ステーションのうち、全国訪問看護事業協会に所属している4,335事業所を対象とし、責任者及び担当スタッフに記入を依頼した。

調査方法：FAX発送・FAX回収（自記式アンケート）

実施期間：平成26年10月20日（月）～11月4日（火）

3) 回収状況

回収率：46.4%（返信数 2,011/ 送信数 4,335）

	発送数	回収数	回収率
FAX調査	4,335件	2,011件	46.4%

C. 結果

1. 回答事業所の概要

1) 開設主体

(1) 開設主体

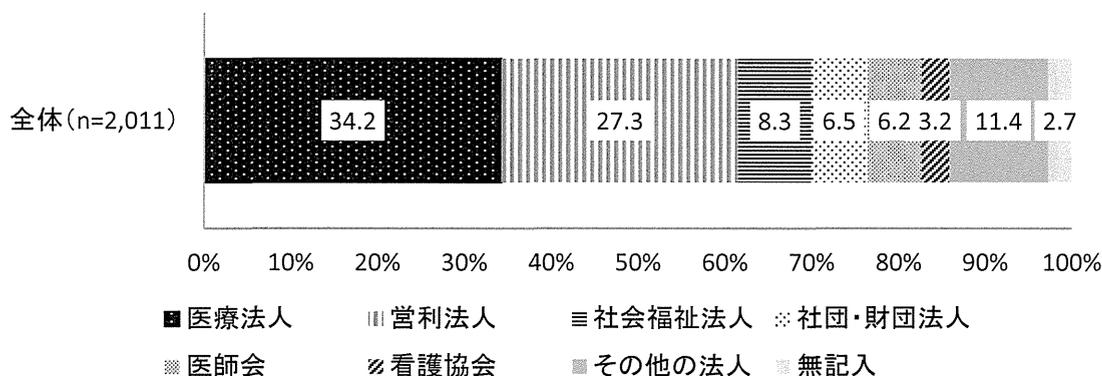
回答のあった 2,011 事業所について、開設主体は、医療法人が最も多く、688 事業所 (34.2%) であった。次いで、営利法人が 550 事業所 (27.3%)、社会福祉法人が 167 事業所 (8.3%)、

社団・財団法人が 131 事業所 (6.5%)、医師会が 125 事業所 (6.2%)、看護協会が 65 事業所 (3.2%)、その他の法人が 230 事業所 (11.4%) であった。

回答事業所の開設主体

	事業所数	%
医療法人	688	34.2
営利法人	550	27.3
社会福祉法人	167	8.3
社団・財団法人	131	6.5
医師会	125	6.2
看護協会	65	3.2
その他の法人	230	11.4
無記入	55	2.7

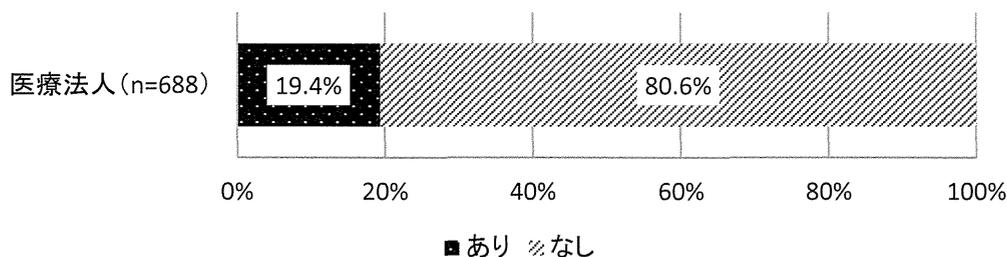
※有効回答のあった 2,011 事業所で集計



(2) 医療法人のうち、同一法人内の精神科を標榜する医療施設の有無
医療法人が開設した事業所のうち、系列の医

療機関に精神科を標榜する施設があるのは 132 事業所 (19.4%) であった。

医療法人のうち精神科を標榜する医療施設の有無



2) 職員数と職種

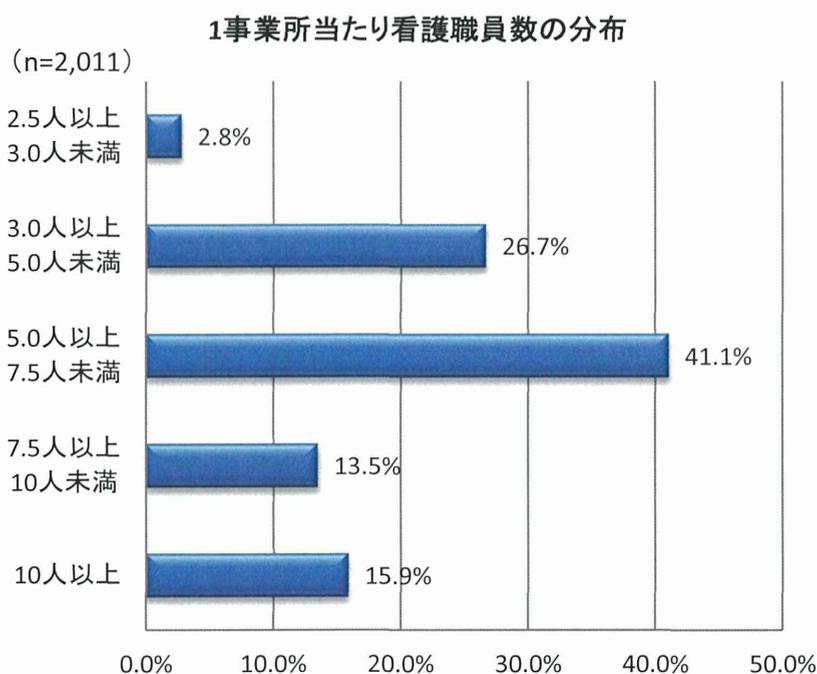
回答事業所の1事業所当たり看護職員数(常勤換算、平成26年10月1日現在)は、平均6.36人(常勤3.99人・非常勤2.33人;N=2,011)

であった。また、看護職員数の分布をみると、5人以上7.5人未満の事業所が41.1%で最も多かった。

1事業所当たり看護職員数(常勤換算)

	平均	標準偏差	最大値	最小値
常勤	3.99人	2.21	21.0人	0.5人
非常勤	2.33人	2.73	32.0人	0.0人
合計	6.36人	3.9	44.0人	1.0人

※有効回答のあった2,011事業所で集計



回答事業所の1事業所あたりの各職種の内訳は、看護職員以外では、理学療法士・言語聴覚士が常勤0.69人、非常勤0.62人、作業療法士が常勤0.31人、非常勤0.23人、精神保健福祉士が常勤で0.01人、介護職員は常勤0.10

人、非常勤0.09人、ピアスタッフがいるとした事業所は4事業所で、最大1人であった。事務職は常勤0.38人、非常勤0.30人、ケアマネージャー等のその他スタッフが常勤0.05人、非常勤0.02人であった。

事業所あたりの職員数(常勤換算)

	常勤	非常勤	合計
①看護職員	3.99人	2.33人	6.36人
②理学療法士・言語聴覚士	0.69人	0.62人	1.31人
③作業療法士	0.31人	0.23人	0.54人
④精神保健福祉士	0.01人	0.00人	0.01人
⑤介護職員	0.10人	0.09人	0.19人
⑥ピア(当事者)スタッフ	0.00人	0.00人	0.00人