

第4回 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会	
平成24年5月16日	資料2

天 賀 谷 構 成 員
提 出 資 料

精神科病棟種別による精神科看護の実施状況に関する実態調査結果の概要

精神一般病棟(15対1)の看護配置数では、患者の個別ケアが十分行えず、開放処遇に関する課題もみられることから、患者の回復と人権尊重を考慮し、現状よりも多くの看護人員配置が必要である。

・ スライド6・7

精神一般病棟において、急性期後の早期退院や、長期入院患者の地域生活移行を円滑に進めるためには、15対1以上の看護人員配置が不可欠である。

・ スライド12・13と、別調査

一定期間を経過した患者や、地域での手厚い医療的支援があれば退院可能な患者については、看護職を配置した医療サービスの提供可能な生活支援施設の整備が有効である。

調査方法

調査の目的

- ・ 精神科病棟に入院している患者の状態像と看護援助の実態を病棟機能別に分類することで、今後の精神科医療・看護の方向性を明らかにすることである。

本調査の方法

- ・ プロジェクトチームで検討した2種類のアンケート用紙を全国の精神科病棟を有する医療施設に郵送した(4月中旬)。
 - ・ 33の大項目からなるアンケート調査用紙A
 - ・ 調査病棟においてかかわりの多い患者5名を選択し、その患者の精神科看護度、GAF等について調査するアンケート用紙B
 - ・ 記載は、病棟管理者宛てに依頼を行った。
- ・ 本報告は、平成24年4月27日を提出期限として行い、得られたデータは単純集計後、クロス集計および平均値の比較を行い、データを解釈した。

患者の年齢・診断名の構成

- 精神療養病棟および15対1の病棟に入院している患者の特性

- ✓ 60才以上
- ✓ 統合失調症



- 入院の長期化は、患者が社会に再適応することを阻む。
- 高齢化・長期入院化すればするほど、退院が困難となる。

病棟種別	10歳代	20～30歳代	40～50歳代	60歳以上	統合失調症	気分障害	認知症	その他の診断
精神科救急入院料 2:1	2.3%	29.6%	40.8%	27.3%	53.2%	21.2%	6.7%	18.9%
精神科急性期治療病棟 2.5:1	2.6%	25.3%	34.4%	37.7%	43.6%	27.0%	9.8%	19.6%
精神療養病棟 5:1	0.2%	6.4%	29.4%	63.9%	78.5%	6.8%	3.4%	11.2%
精神病棟入院基本料 15対1 3:1	1.3%	13.7%	34.5%	50.5%	65.7%	9.0%	8.3%	17.0%

十分なケアと観察を要する患者の割合

○断続的な観察(おおむね1~2時間毎の観察)が必要であり、自分でできることもあるが、できないことが多い状態にある(精神科看護度 BⅡ以上)患者は、精神科救急入院料と精神科急性期治療病棟に、およそ6割みられる。

○病棟種別の違いによって、患者のケアの度合い・病状の程度には大きな違いがないのではないか。

※「十分なケアと観察を要する患者」とは、看護師のかかわりが多い患者をいう。

病棟種別	対象者数	精神科看護度					GAF			
		ケア度 観察度	I	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	ケア度・観察度の高い人の割合(%)	100~71	70~41	40~0
精神科救急入院料 2:1	144	A	15.3	19.4	4.2	1.4	57.6	5.6	34.7	58.3
		B	2.8	14.6	13.2	4.9				
		C	0	2.8	13.2	7.6				
精神科急性期治療病棟 2.5:1	227	A	17.6	15	8.4	1.3	60.4	4.8	32.6	62.6
		B	3.5	14.5	9.7	6.2				
		C	0.9	2.6	9.3	10.1				
精神療養病棟 5:1	376	A	5.6	8.5	2.7	0.5	38	3.2	15.2	81.6
		B	4.8	16	12.5	1.6				
		C	1.3	7.4	23.9	14.1				
精神病棟入院基本料 15対1 3:1	483	A	10.4	8.5	4.3	1	47	11.6	36.4	52
		B	6.4	16.4	13	2.3				
		C	0	2.9	18.4	16.1				

精神科看護度とGAFスコアの比較(数字は対象者数を除き、割合;%で表示)

患者への個別的なケア

- 一人の看護師が一日に提供できる「30分以上のケア」を実践できる患者数は、病棟種別にかかわらず、概ね3人程度である可能性が高い。したがって、1日に担当する患者数の多い病棟では、必然的に「30分以上のケア」を提供されていない患者が増加する。
- 看護師が担当する1日の患者数は、精神療養病棟および精神病棟入院基本料(15対1)に高い傾向がみられる。

病棟種別	病床数 (床)	1日の 看護要員 (人)	受け持ち 患者数 (人)	1日の 担当患者数 (人)	30分以上の かかわり (人)	30分以上のかかわりが 提供されていない患者数 (人)
精神科 救急入院料 2:1	44.7	13.4	2.8	5.9	3.4	2.5
精神科 急性期 治療病棟 2.5:1	47.2	10.9	3.2	6.9	2.7	4.2
精神療養病棟 5:1	55.9	11.2	5.3	12.7	4.2	8.5
精神病棟入院基 本料(15対1) 3:1	53.1	10.6	3.7	8.2	3.3	4.9

閉鎖病棟における任意入院患者の単独外出

- 精神療養病棟および15対1の閉鎖病棟における単独の外出が可能な任意入院患者は、任意入院患者のうちおよそ25%であり、それ以外の任意入院患者は、看護師や家族等の付き添いを要する。

病棟種別	病床数 (床)	1日の 担当 患者数 (人)	任意入院患者数		単独の外出等が可能な 任意入院患者数		単独の外出等が 実施されていな い任意入院患 者数(人)
			実数	患者の割合 (%)	実数	患者の割合 (%)	
精神科 救急入院料 2:1	44.7	5.9	8.3	18.6	4.5	53.9	3.8 (46.1%)
精神科 急性期 治療病棟 2.5:1	47.2	6.9	17.2	36.4	7.4	42.8	9.8 (57.2%)
精神療養病棟 5:1	55.9	12.7	18.2	32.6	4.5	24.7	13.7 (75.3%)
精神病棟入院 基本料 15対1 3:1	53.1	8.2	17.0	32.1	4.2	24.7	12.8 (75.3%)

入院・退院患者の状況

- 精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟の患者は、1～2か月入院した後に退院、もしくは精神療養病棟・15対1の病棟に、病棟を移動している。
- 精神療養病棟・15対1の病棟は、診療報酬上における平均在院日数の限定によって、後方支援病棟としての機能を有している。

病棟種別	病床数	調査日の 在院患者 数	直近1ヶ月の入院数		直近1ヶ月の退院数		平均在院日数
			実数	病床数に 占める割合	実数	病床数に 占める割合	
精神科 救急入院料 2:1	44.7	37.9	23.8	53.2%	18.4	41.3%	48.8
精神科 急性期 治療病棟 2.5:1	47.2	38.3	20.0	42.3%	17.1	36.1%	98.2
精神療養病 棟 5:1	55.9	52.5	4.5	8.0%	2.2	4.0%	2181.9
精神病棟入 院基本料 15対1 3:1	53.1	45.2	7.9	14.9%	6.3	11.9%	1085.1

病棟機能と入院患者の状態像

我が国の精神科入院病棟の「機能分化」は、「時間(平均在院数)」による区切りであり、患者の「状態像」に応じたものではない

- ❑ 早期の退院を実現するため、病状を長引かせないために、マンパワーの投入が必要である。
- ❑ 急性期期間で退院できなかった重症度の高い患者が、マンパワーの低い病棟で入院生活を送らなければならない実態がある。

マンパワーの少ない病棟に、重症度の高い患者の入院を受け入れる＝集団を維持するための管理的な思考に終始し、必要な個別的なケアを展開することができない状況がある。

- ❑ 重症度の高い患者にマンパワーを投入することになり、長期入院患者の取り組みが停滞し、置き去りにされている。
- ❑ 重症度の高い患者の増加によって、集団を維持するための病棟管理(規則・ルール)が強化されるのではないか。

代理行為の実施状況

- 救急入院料の病棟に比べて任意入院率の高い15対1の病棟の方が、代理行為をしている割合が高い。
- 画一的な代理行為が多ければ多いほど、患者の自立性の妨げとなり、患者の病状の回復にも影響を与える。

病棟種別	金銭	私物	嗜好品	買い物
精神科 救急入院料 2:1	48.8%	34.4%	36.5%	43.8%
精神科 急性期 治療病棟 2.5:1	38.8%	23.0%	29.4%	25.4%
精神療養病棟 5:1	42.8%	31.4%	33.4%	25.0%
精神病棟入院基本料 (15対1) 3:1	56.3%	35.5%	40.9%	34.6%

※ここでいう代理行為とは、「金銭の管理」「私物の管理」「嗜好品の管理」「買い物」等の行為を病棟職員が代行することをいう。

初期計画の立案・評価・修正の時期

- 24時間以内の初期計画は，精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟において，およそ8割が立案され，その後1週間程度で計画は評価・修正されている。
- マンパワーの高い病棟ほど，ケアの展開が早くなる(時間を投入できる)。

病棟 種別	初期計画の立案時期					計画の評価・修正する時期				
	24時間 未満	1日～ 3日	4日～ 7日	8日 以上	不明	1週間程 度	～2週間 程度	～3週間程 度	～4週間 以上	不明
精神科 救急入院料 2:1	74.1%	14.8%	3.7%	0.0%	7.4%	59.3%	25.9%	7.4%	3.7%	3.7%
精神科 急性期 治療病棟 2.5:1	74.1%	14.8%	11.1%	0.0%	0.0%	59.3%	22.2%	9.3%	7.4%	1.9%
精神療養病棟 5:1	52.8%	30.6%	15.3%	1.4%	0.0%	34.7%	5.6%	9.7%	48.6%	1.4%
精神病棟入院 基本料 15対1 3:1	55.6%	23.1%	16.2%	5.1%	0.0%	34.2%	14.5%	10.3%	40.2%	0.9%

患者の退院支援

- マンパワーの低い病棟では、退院前訪問および院外活動を展開するための時間の確保が難しいことが推察される。
- 必要な退院支援を行うためには、重度慢性の患者に対しても救急入院料の病棟と同様のマンパワーが必要である。

病棟種別	退院前訪問(看護師による)			院外活動		
	はい	いいえ	不明	はい	いいえ	不明
精神科 救急入院料 2:1	63.3%	33.3%	3.3%	33.3%	63.3%	3.3%
精神科急性期 治療病棟 2.5:1	61.4%	33.3%	5.3%	45.6%	50.9%	3.5%
精神療養病棟 5:1	33.7%	66.3%	0.0%	44.2%	54.7%	1.2%
精神病棟 入院基本料 (15対1)3:1	50.0%	46.9%	3.1%	40.8%	56.2%	3.1%

※「院外活動」は、退院に向けた地域生活の準備や社会資源の利用のための患者の外出に看護師が同行し、アセスメントを行うこと。

患者情報の共有

- 患者の病状改善のためのカンファレンスは定期的に行われており、他職種を含めて患者の状態像および情報の共有は、おおよそ実施されている。しかし、退院調整会議はマンパワーの低い病棟では、十分に実施されているとは言えない。
- マンパワーの低い病棟では、カンファレンス・退院調整会議の時間を確保することが困難である。

病棟種別	カンファレンス定期開催(他職種を含む)			退院調整会議(他職種を含む)		
	はい	いいえ	不明	はい	いいえ	不明
精神科 救急入院料 2:1	96.7%	3.3%	0.0%	76.7%	20.0%	3.3%
精神科 急性期 治療病棟 2.5:1	91.2%	8.8%	0.0%	73.7%	24.6%	1.8%
精神療養病棟 5:1	75.6%	23.3%	1.2%	50.0%	48.8%	1.2%
精神病棟入院 基本料 15対1 3:1	78.5%	21.5%	0.0%	60.0%	38.5%	1.5%

※「カンファレンス定期開催」は、主として入院患者の状態像把握が中心であり、「退院調整会議」は、退院の準備や家族調整、サービス利用者等の連携に関する内容となる。

考察

看護配置に関する最低基準を引き上げ、退院支援を強化する

- ・ 看護師一人あたりが一日に30分以上のかかわりを提供できる患者数には限りがある(3~4人)。1日の看護配置数が低ければ低いほど、十分なケアを受けられない患者が病棟に存在することとなる。
- ・ 日常的には30分以上のかかわりを必要しない、安定した状態を保持している患者については、地域定着支援を提供する、もしくは必要時に医療提供が保障され複数夜勤の確保された施設で対応できる可能性をもっている。

現行の精神科医療は入院期間をベースに策定されており、必ずしも入院している患者の実態に見合った適正な評価がされていない

- ・ 救急・急性期の定義 → 診療報酬(期間)
- ・ 本来は重症度の高い患者が救急・急性期の基準でケアされるべき対象
- ・ 救急・急性期医療も十分なケア量を確保できているとは言い難い状況

精神科看護度

資料

○「精神科看護度」は、個々の患者の病状や状態を正確に把握して、看護の必要等を判断するためのスケールである。

生活の自立度	I	II	III	IV
看護観察の程度				
A	A-I	A-II	A-III	A-IV
B	B-I	B-II	B-III	B-IV
C	C-I	C-II	C-III	C-IV

○生活の自立度

生活の自立度	生活状況	看護援助
I	自分ではできない	全面的な介助を行う 複数対応が必要
II	自分でできることもあるが、できないことが多い	部分的な介助および繰り返して働きかけや指導を行う
III	自分のことは大体できるが、自主的な行動には問題が残されている	必要により、日常生活面の指導・援助を行う 社会適応に向けて活動を展開し、必要な助言や指導を行う
IV	自主的な行動はかなりとれるが、社会適応には問題が残されている	社会復帰に向けて、計画的な活動を展開し、状況に応じて適切な行動がとれるよう援助する

	身体的な症状・問題の程度	精神症状・問題行動・異常行動の程度
<p>A 常時観察</p> <p>付きっきりから1時間に数回の観察を要する</p>	<p>重症患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性心不全、呼吸不全、出欠等によるショック状態、全身火傷、脊椎損傷等の緊急状態 呼吸困難、一般状態の悪化、重篤な状態 レスピレーター、モニター使用、気管切開、気管挿入、酸素吸入、持続点滴等を装着している。 <p>手術直後の患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔手術後の要観察期 <p>医療・看護処置が複雑な患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 持続点滴で薬物治療をしている つきっきりの検査を要する 誤飲や嚥下困難で気道閉鎖を度々起こしている。 <p>意識障害の高度な患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 昏睡状態、半昏睡状態等 <p>悪性症候群の患者</p>	<p>精神障害の高度な患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 自殺が切迫している けいれんの重積発作がある せん妄状態・錯乱状態・もうろう状態 離脱症状がでている 精神運動興奮、不穏状態になる 頻繁に自傷更衣・他者への攻撃性・脅迫がある 放火・弄火の恐れがある 頻繁に性的逸脱行為がある 頻繁にトラブルを起こす 水分を過剰摂取している(水中毒) 昏迷状態にある その他、生命にかかわる危機的状態にある <p>身体拘束をしている患者、保護室を使用している患者、鑑定入院の患者、入院1週間以内の患者</p>
<p>B 断続的な観察</p> <p>おおむね1~2時間毎の観察</p>	<p>重症患者に準じ、要注意の患者</p> <ul style="list-style-type: none"> まだ状態が不安定で急変の恐れがある 病状が進行し、衰弱が著名である 症状は安定しているが、医療・看護処置を多く必要とする。 意識障害がある 運動麻痺があり、自力では動けない 言語障害でコミュニケーションがとれない 失禁がある 感染予防のために隔離している <p>術後の患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔後の回復期にある 腰椎麻酔後から翌朝まで <p>特殊撮影または生検後の患者、錐体外路系の副作用が顕著に表れている患者</p>	<p>精神障害の中等度の患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 自殺念慮がある 時々興奮状態を呈する 失見当識がある 不安・徘徊・不眠がある 拒食・拒薬がある 弄便・放尿等の不潔行為がある 異食・盗食がある 時々、トラブルを起こす 時々、たかり・いじめ・脅しをする 心氣的・病的体験に基づく訴えが多い 無為無欲無気力な状態にある 感情や身体的苦痛等を訴えることができない 意思の疎通が困難である
<p>C 継続した観察は特に必要がない</p>	<p>軽症の患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 運動・視力・言語等に障害が残っている 術後の回復期にある 治療上の規制がある 	<p>精神障害の軽度の患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 症状は安定しているが、Bの状態がまれにみられる 自発的な行動が少ない 集中力、持続性に問題が残されている 対人関係に問題が残されている

生活の自立度	生活状況	看護援助
I	自分ではできない	全面的な介助を行う 複数対応が必要
II	自分でできることもあるが、できないことが多い	部分的な介助および繰り返して働きかけや指導を行う
III	自分のことは大体できるが、自主的な行動には問題が残されている	必要により、日常生活面の指導・援助を行う 社会適応に向けて活動を展開し、必要な助言や指導を行う
IV	自主的な行動はかなりとれるが、社会適応には問題が残されている	社会復帰に向けて、計画的な活動を展開し、状況に応じて適切な行動がとれるよう援助する

精神科入院基本料算定病棟における退院支援に向けた 看護ケアと看護人員に関する調査研究

研究代表者：山陽学園大学 吉川隆博

	長期入院患者の退院支援に向けた 看護ケア	急性期後患者の退院支援に向けた 看護ケア
調査対象	「精神科入院基本料15:1算定病棟」において、長期入院患者に対し、病棟看護チーム等が手厚い支援により、退院に導いたケースへの看護ケア内容等。（※ 過去2年以内の退院ケース）	精神科救急入院料または精神科急性期治療病棟の、後方支援的位置づけの「精神科入院基本料15:1算定病棟」において、入院後3ヶ月を経過した患者に対し、病棟看護チーム等が手厚い支援により、在院期間1年以内で退院に導いたケースへの看護ケア内容等。（※ 過去2年以内の退院ケース）
調査方法	<p>1) 調査方法</p> <p>看護記録等より、ケースの退院前3ヶ月間の退院支援に向けた看護ケア内容の項目および各項目の所要時間を抽出した。所要時間が記録上判明できない項目については、受け持ち看護者等にヒアリングを行い、平均的な所要時間を聴取した。さらに集計・分析したデータを基にして、退院支援に向けた手厚い看護ケア等が可能な必要看護人員数を試算した。</p> <p>* 臨床における退院支援は、「看護者単体の活動」から「多職種協同で行う活動」や「看護職以外の職種が行う活動」が認められるが、本調査ではその内、「看護者が携わっている活動(単体・協同)」のみを抽出し調査対象とした。</p> <p>2) 調査期間 平成24年4月23日～5月10日</p>	
調査協力 病院	従来より、看護者等が長期入院患者の退院支援に積極的に取り組んでいる、西日本の精神科病院4施設(計8病棟)	従来より、看護者等が急性期後の退院支援に積極的に取り組んでいる、西日本の精神科病院3施設(計3病棟)

I 調査結果の概要(速報)

1. ケースの概要

「長期入院の退院支援ケース」 n=19

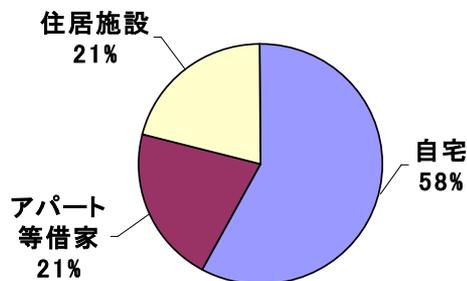
1)退院までの在院期間(平均)	45.1か月	±45.83
2)退院時の年齢(平均)	52.0歳	±13.09
3)GAF(平均)	48.1	±16.40
4)精神科看護度		
	B-II	2名 10.5%
	B-III	1名 5.3%
	C-II	4名 21.1%
	C-III	8名 42.1%
	C-IV	4名 21.1%

「急性期後の退院支援ケース」 n=13

1)退院までの在院期間(平均)	7.3か月	± 2.3
2)退院時の年齢(平均)	50.6歳	±14.8
3)GAF(平均)	48.8	±10.2
4)精神科看護度		
	A-I	1名 7.7%
	A-III	1名 7.7%
	B-I	1名 7.7%
	B-II	2名 15.4%
	C-III	8名 61.5%
	C-IV	4名 30.8%

* GAFと精神科看護度は、各ケースの退院支援開始時点の評価したもの。

〈退院先〉

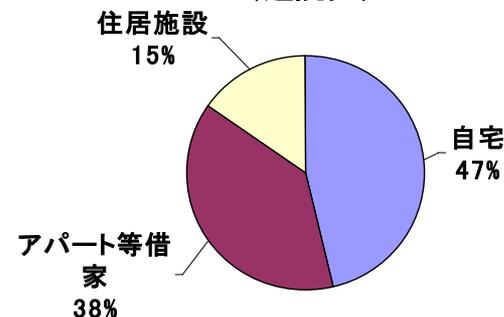


その内、
住居探しや住居整備等の支援を要したケース: 52.6%

〈生活自立度〉 低 ← → 高



〈退院先〉



その内、
住居探しや住居整備等の支援を要したケース: 46.2%

「長期入院の退院支援ケース」

5)退院支援に向けた主な課題	名	%
①家族調整(家族ケアを含む)	8	42.1
②ADL・IADLの低下	7	36.8
③病状管理(服薬管理を含む)	6	31.6
④退院・地域生活の不安	5	26.3
⑤退院先の住居確保	4	21.1
⑥その他	4	21.1

(*複数回答)

「急性期後の退院支援ケース」

5)退院支援に向けた主な課題	名	%
①家族調整(家族ケアを含む)	9	69.2
②病状管理(服薬管理を含む)	7	53.8
③退院先の住居確保	3	23.1
④ADL・IADLの低下	2	15.4
⑤退院・地域生活の不安	1	7.7
⑥その他	4	30.8

(*複数回答)

家族調整の課題には、患者の退院に関する理解や、患者・家族との関係調整などをはじめ、患者の状態や退院後の病状変化に伴う家族の不安へのケアが課題となるケースが多かった。

長期入院のケースでは、退院支援に向けて、生活機能、もしくは病状管理(服薬管理)の課題を有するケースが多かった。

急性期後のケースでは、退院調整に向けた病状管理(服薬管理)の課題を有するケースが多かった。

6)退院後のサービス利用調整	名	%
①医療サービス(※外来通院を除く)	16	84.2
精神科訪問看護 16名(84.0%)、精神科デイケア 4名(21.1%)		
②福祉サービス	12	63.2
ホームヘルプ 4名(21.1%)、作業所(旧体系) 3名(15.8%) 生活訓練 2名(10.5%)、就労支援(移行・継続) 2名(10.5%) デイサービス 1名(5.3%)		
③介護サービス	4	21.1
ホームヘルプ 4名(21.1%)、デイサービス 1名(5.3%)		

(*複数回答)

6)退院後のサービス利用調整	名	%
①医療サービス(※外来通院を除く)	11	84.6
精神科訪問看護 8名(61.5%)、精神科デイケア 7名(53.8%) 外来作業療法 2名(15.4%)		
②福祉サービス	8	61.5
ホームヘルプ 5名(38.5%)、移動支援 3名(23.1%) 地域活動支援センター 3名(23.1%)、その他 1名(7.7%)		
③介護サービス		

(*複数回答)

2. ケース退院病棟の概要

「長期入院の退院支援の対象病棟」 n=8

1)定床(平均)	56.5床	±2.83
2)入院患者数(平均)	52.5名	±5.88
3)看護師配置数(平均)	22.1名	±3.80
4)看護師比率(平均)	63.6%	±13.03
5)看護師の業務遂行状況(看護師1名当たり)		
①受け持ち患者数(平均)	3.2名	±1.36
②平日「日勤」の出勤数(週平均)	2.2日	±0.53
③平日「日勤」の担当患者数(平均)	6.4名	±2.67
④平日の「日勤(8時間)」で、実際に担当患者(複数)に看護ケアを提供できる時間数	約 3.5 時間 ※看護記録の記載時間を含む。	
⑤平日の「日勤(8時間)」で、担当患者1名あたりに看護ケアを提供できる時間数 ※均等割	約 0.5 時間	

「急性期後の退院支援の対象病棟」 n=3

1)定床(平均)	51.7床	±6.81
2)入院患者数(平均)	46.0名	±4.58
3)看護師配置数(平均)	16.3名	±2.52
4)看護師比率(平均)	81.6%	±13.12
5)看護師の業務遂行状況(看護師1名当たり)		
①受け持ち患者数(平均)	3.5名	±0.50
②平日「日勤」の出勤数(週平均)	2.3日	±0.59
③平日「日勤」の担当患者数(平均)	9.0名	±4.36
④平日の「日勤(8時間)」で、実際に担当患者(複数)に看護ケアを提供できる時間数(平均)	約 4.0 時間 ※看護記録の記載時間を含む。	
⑤平日の「日勤(8時間)」で、担当患者1名あたりに看護ケアを提供できる時間数(平均) ※均等割	約 0.4 時間	

※2)、3)、4)は調査日時点。

※5)－①の「受け持ち患者」とは、原則的に入院から退院までを通して、看護計画・実施に責任をもつ患者のこと。

※5)－④は申し送り、休憩時間および業務担当・係として病棟全体の業務に就く時間を除いた時間数。

○長期入院の対象病棟では、定床および調査日当日の入院患者数で換算すると基準より手厚い13対1相当(2.5対1相当)の看護師を配置していた。

○両対象病棟の看護師が、受け持ち患者の看護計画(または退院支援計画)に基づき平日の日中に看護ケアが提供できるのは、週2日程度に限られていた。

○両対象病棟の看護師が、平日の「日勤」で担当患者1名あたりに看護ケアを提供できる時間は、概ね30分程度しかなかった。

3. 退院前3ヶ月間の退院支援に向けた看護ケア等の内容

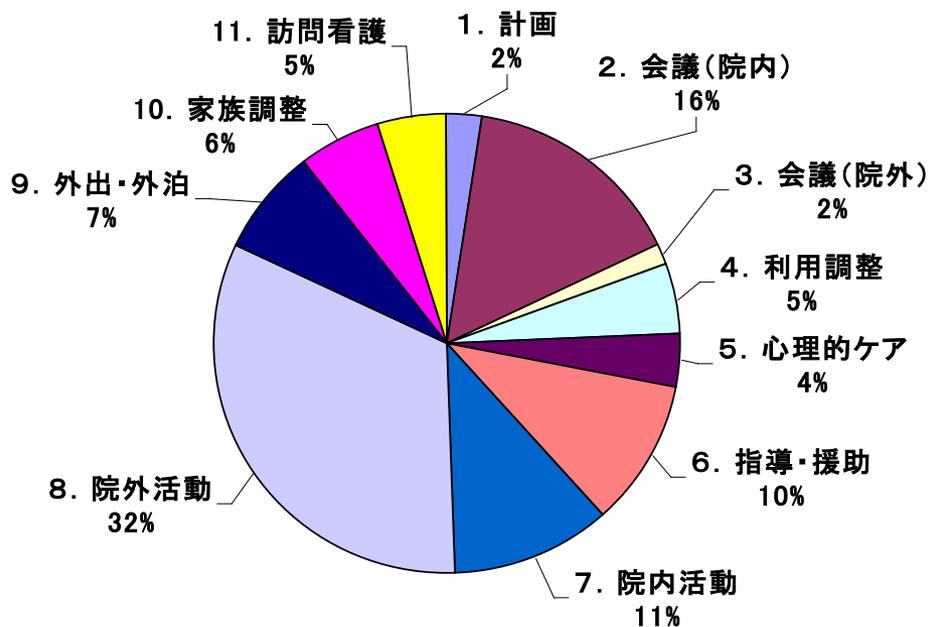
〈本調査で抽出された退院支援に向けた看護ケア内容等の分類結果〉

計画	1 退院支援計画の立案・評価	:退院に向けた院内での活動や支援プログラムの計画も含む。
会議	2 院内カンファレンス(ケア会議)	:看護者および関係職種、本人、家族、外部関係者が参加したもの(関係者との連絡・調整や振り返りの時間も含む。)
	3 院外ケア会議。	:病院外で開催される会議に看護者が参加したもの。(開催連絡・調整や振り返りと評価の時間も含む。)
利用調整	4 サービス利用調整	:退院後の医療・福祉・介護サービス等の利用調整および計画・相談。(関係者への連絡・調整や面談を含む。)
心理的ケア	5 患者ケア	:退院や地域生活に対する不安への看護ケア。(看護アセスメント・評価の時間も含める。)
指導・援助	6 退院・地域生活に向けた指導・援助	:病棟内における服薬管理、金銭利用、IADL面の指導・援助。
院内活動	7 院内プログラムや活動の実施	:閉鎖病棟患者の院内デイケアの送迎や、活動の振り返り・評価も含む。
院外活動	8 院外活動への同行支援	:施設見学、体験利用、退院準備の買い物などへの看護者の同行支援。(送迎時の観察、活動の振り返りや、看護アセスメント・評価も含む。)
外出・外泊	9 退院に向けた外出・外泊の援助	:連絡・調整、準備と帰院前・後の面接、看護アセスメント・評価などを含む。
家族調整	10 家族調整(家族ケア)	:病棟、電話、自宅などで退院に向けた説明や相談、家族の不安への対応など。
訪問看護	11 退院前訪問看護	:自宅への訪問などによる患者の指導・援助。

1) 退院前3ヶ月間に実施された看護ケア等の所要時間・回数

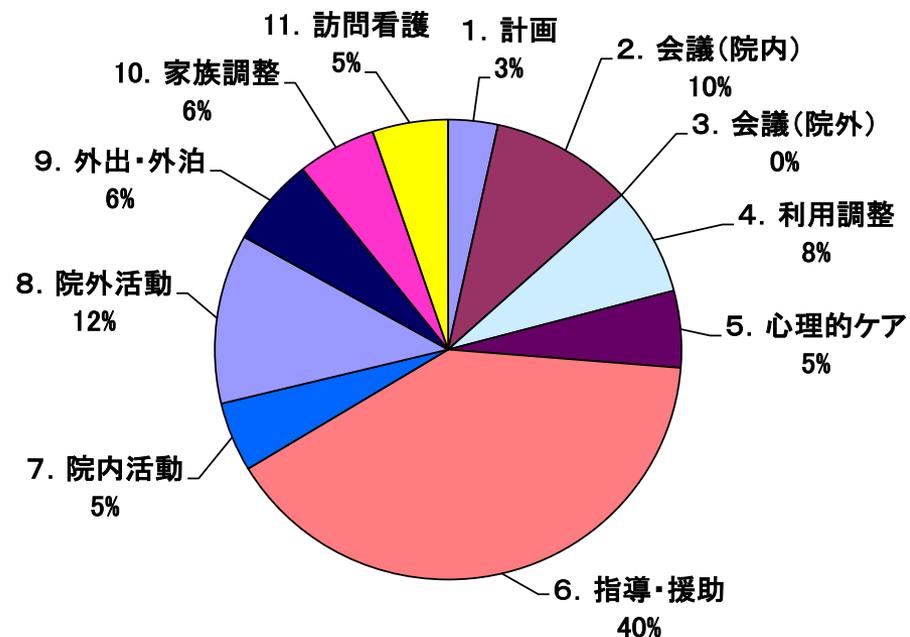
(1) 看護ケア等の種類別にみた所要時間の割合(ケース合計)

「長期入院の退院支援のケース」



長期入院患者の退院支援では、施設見学(体験利用)、買い物、公共機関の利用などに、受け持ち看護師が同行し、患者の状態(病状面を含む)を観察したり、患者の行動や意欲を支える院外活動の時間が最も多かった。

「急性期後の退院支援のケース」



急性期後の患者の退院支援では、受け持ち看護師が病棟内において、服薬管理や金銭管理などを計画・実施しながら、継続的な指導・援助を実施している時間が多かった。

(2) 1ケース当たりの看護ケア等の実施回数・所要時間の平均(退院前3か月間)

「長期入院の退院支援のケース」

看護ケアの種類	回数 (平均)	所要時間 (平均)
1 計画	1.2	45.0
2 会議(病院内)	6.4	289.7
3 会議(病院外)	0.5	30.3
4 利用調整	2.6	92.9
5 心理的ケア	2.8	65.8
6 指導・援助(病院内)	6.9	193.4
7 院内活動	2.0	204.5
8 院外活動	6.1	608.7
9 外出・外泊援助	5.8	138.4
10 家族調整(家族ケア)	3.7	112.4
11 訪問看護(退院前)	0.9	86.3

単位:分

「急性期後の退院支援のケース」

看護ケアの種類	回数 (平均)	所要時間 (平均)
1 計画	2.5	52.7
2 会議(病院内)	4.6	151.5
3 会議(病院外)	0.0	0.0
4 利用調整	1.8	116.2
5 心理的ケア	4.1	82.7
6 指導・援助(病院内)	20.2	615.0
7 院内活動	1.6	74.6
8 院外活動	2.7	182.7
9 外出・外泊援助	5.2	95.0
10 家族調整(家族ケア)	4.2	83.5
11 訪問看護(退院前)	0.8	80.4

単位:分

- 長期入院患者の退院支援では、病院内での指導・援助と病院外での活動回数が多かった。
- 病院外での活動は1回当たり100分以上と長時間であった。
- またカンファレンス(ケア会議)も頻回に開催し、受持ち看護者が中心となり参加していた。

- 急性期後の患者の退院支援では、回数からみても病院内での指導・援助が極めて多かった。
- 長期入院のケースと比較して、退院に対する不安などへの心理的ケアの回数が多かった。

(3) 1ケース当たりの退院前3か月間の看護ケアの所要時間

「長期入院の退院支援のケース」

「急性期後の退院支援のケース」

①合計 平均 1,867.4分(約31時間)

①合計 平均 1,534.3分(約26時間)



※あくまでも退院支援に係る看護ケアのみの所要時間



②1週間(平日5日間)当たり

平均 155.6分(約2.6時間)

②1週間(平日5日間)当たり

平均 127.9分(約2.1時間)

- 患者の受け持ち看護者が、退院に向けた看護ケアに責任をもつと考えると、看護者1名当たりの平日「日勤」の出勤日数が、2.2～2.3日であるため、毎回の「日勤」で1時間以上の退院に向けた看護ケアを行う計算になる。(※日常的な看護ケアに加えて行う。)
- 平日の「日勤(8時間)」で、その日の担当患者1名当たりに看護ケアを提供できる時間数が、約0.5時間であるため、受け持ち患者の退院に向けた看護ケアを行うには時間数が大幅に不足している。
- 本調査対象の病棟によっては、受け持ち看護者が夜勤明けや休日出勤で会議や活動に携わっている状況も認められた。

II 看護ケアの提供に必要な看護人員数について

「退院に向けた看護ケアの時間確保をめざす看護配置数の試算」

〈本調査結果より〉

- 退院に向けた看護ケア等は、関係職種や関係機関と連携・協同する内容が多いことから、平日の日中に活動やケア会議(カンファレンス)が多いことが明らかになった。
- 受け持ち看護者の平日「日勤」での、退院支援に向けた看護ケア等の実施時間の確保については、「日勤」での担当患者数を少なくし、患者一人当たりに関わることのできる時間数を増やす必要がある。

－平日「日勤」の担当患者数に注目した試算－

	平日「日勤」出勤者数(土日)		「日勤」の担当患者数		患者1名当たり援助可能時間数
①15対1(3対1相当)	: 8名(6名)	→	6.9名	→	<u>30.4分</u>
②13対1(2.5対1相当)	: 10名(6名)	→	5.5名	→	<u>38.2分</u>
③10対1(2対1相当)	: 14名(9名)	→	3.9名	→	<u>53.8分</u>

※定床55床の3交代(夜勤2名)勤務を想定。年間休日は158日。日勤の担当患者援助時間数は3.5時間(210分)を投入。

- 看護配置数が高まると、看護者の1週間当たりの「日勤」出勤日数も増える(①2.5日、②2.7日、③3.0日)ため、トータルで援助可能時間数が増えることとなる。
- 本調査結果で得られた看護ケア等の時間数を確保し、より多くの患者に退院支援を行うには、計算上③に近い看護配置数が必要となる。

Ⅲ 考察(まとめ)

- 急性期を脱した患者をスムーズに退院につなげるためには、院内での病状や服薬管理に関する具体的な指導・援助を遅延なく実施することが必要である。
- 長期入院患者については、地域の社会資源と連携するために、患者と院外に出かける形での支援が必要になる。
- 上記のような退院支援を行う際には、信頼関係を構築した受持ち看護師が継続して一緒に行うことで、有効性が高まる。
- 退院前3か月前の時期には、地域生活移行に伴う現実的な不安が生じ、病状の再燃につながる可能性のある動揺が見られる患者が多いため、病状のアセスメントを行いながらタイムリーに看護師が介入することで、患者は安心感が得られる。
- 現場の看護管理者からは、長期入院患者の退院支援に力を入れることで、患者の地域移行が進むだけでなく、看護者の仕事へのやりがいが増し、そのことが支援の好循環につながっているとの声が多く聞かれた。

研究代表者：学校法人山陽学園 山陽学園大学 看護学部 吉川 隆博

共同研究者：天理医療大学／日本精神科看護技術協会長 末安 民生

相談支援事業所 ふあっと 東 美奈子

八幡浜医師会立 双岩病院 渡辺 とよみ

JA長野厚生連 安曇総合病院 南方 英夫

財団法人創精会 松山記念病院 吉野 百子

特例社団法人日本精神科看護技術協会 仲野 栄

研究協力者：医療法人同仁会 海星病院 若林 隆志

医療法人社団恵宣会 竹原病院 藤森 祥子

財団法人創精会 松山記念病院 曾根 康雄