

中 板 構 成 員

提 出 資 料

精神障害者に対する医療の提供に関する 日本看護協会の意見

公益社団法人 日本看護協会

常任理事 中板育美

2013年8月27日（火）

日本看護協会 1

主な意見



- 1 訪問看護ステーションの充実・体制整備**
- 2 保健師・看護師の十分な配置と活用**
- 3 認知症患者への治療・支援の体制整備**

日本看護協会 2

◆精神障害者の「入院医療」から「地域生活」への移行

未治療者

治療中断者

頻繁に入退院を
繰り返す患者

病状が安定し
ている退院患者

多種多様な精神障害者の状況
それぞれのコーディネーターの役割を誰が担うのか？

このような様々な状況や課題に看護職は、
どう対応できるのか？

日本看護協会 3

1 訪問看護ステーションの充実・体制整備

- ・精神障害者への訪問看護ステーションの関わり・支援により、治療の継続、社会復帰支援、悪化や再発予防等が可能である。
- ・全国すべての地域で精神科訪問看護が受けられるような体制整備は喫緊の課題。

- ①全国には、6,377か所の訪問看護ステーションがある¹⁾。
- ②約半数の訪問看護ステーションが、精神科訪問看護に対応している。
→精神疾患が主傷病である訪問看護ステーション利用者については、約半数のステーションが「(利用者が)いる」という状況²⁾である。
- ③精神科訪問看護を実施していない理由としては「依頼がない」が最も多い(67.5%)が、次いで「精神科訪問看護の経験がある職員がいない」が43.0%、「精神科訪問看護を担当できる職員がいない」が31.0%となっている²⁾。
- ④全国で515の市町村には、訪問看護ステーションがない¹⁾。

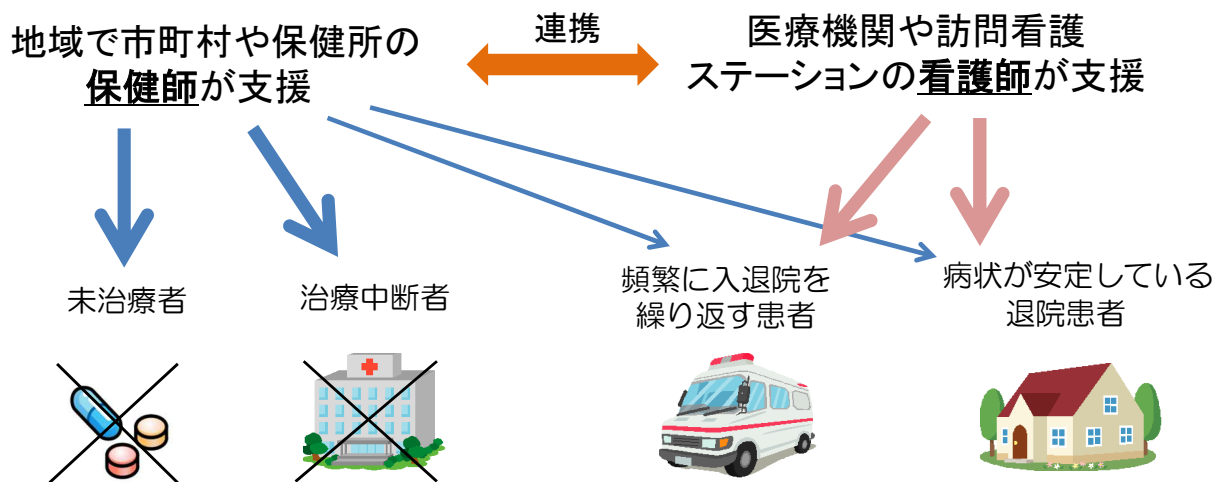
※1) 地域における訪問看護のサービス提供実態についての調査研究事業報告書(全国訪問看護事業協会 平成25年3月)より、本会でp15~117の表を再計算
※2) 精神科医療の機能強化に関する調査研究事業報告書(全国訪問看護事業協会 平成22年3月)

日本看護協会 4

2

保健師・看護師の十分な配置と活用

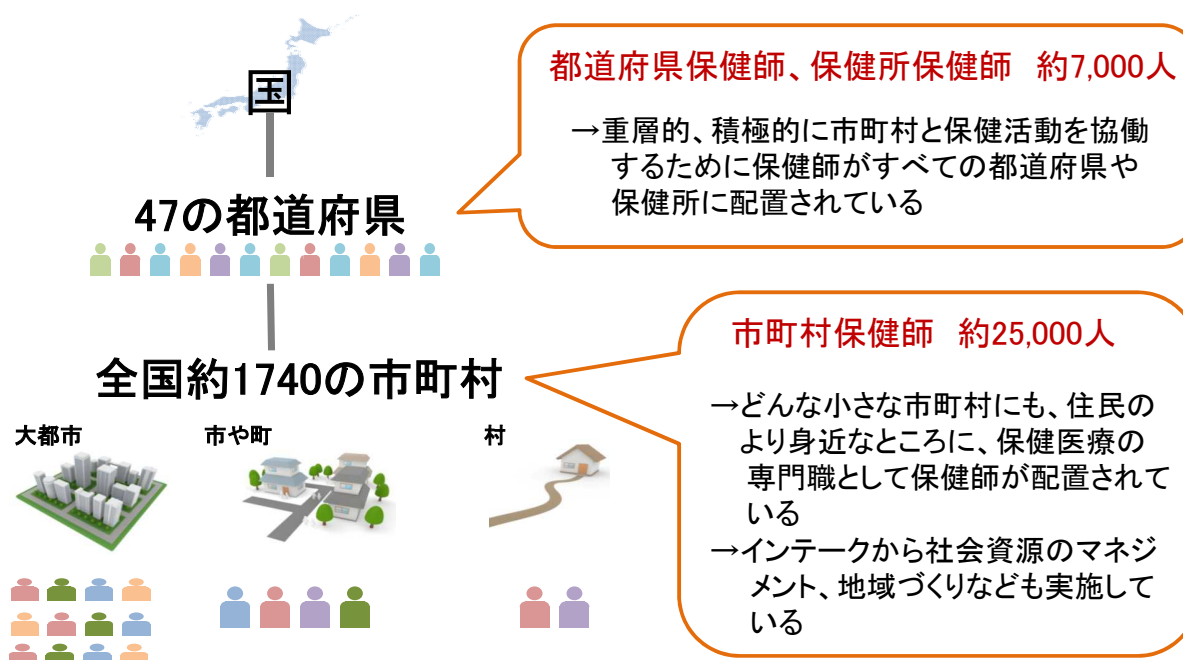
- ・保健師・看護師は地域や様々な医療機関、訪問看護ステーション等の第一線で、精神障害者への支援や看護を行っている。
- ・精神障害者の支援を確実にかつ適切に行っていくためには、保健師及び看護師の十分な配置と活用が必要。



日本看護協会 5

ポイント1 住民の身近なところに保健師は存在する

約2割の行政保健師(県・保健所・市町村等)は、「精神保健」を主に、またはそれに準ずる業務として活動をしている[※]。さらに、地区担当制などを実施し、住民がサービスや支援からこぼれおちないように、積極的な活動を実施している。



ポイント2 地域保健における保健師活動の特徴

- 1.保健師は、本人の求めがなくても家庭訪問や面談等の技術を用い、精神障害者やその家族への支援を実施する。
- 2.保健師は、精神障害者の健康課題を「地域で暮らす生活者の課題」としてとらえ、それを家族や集団（地域・職場）の課題として支援を実施する。
- 3.保健師は、医療専門職として精神面や身体面から医学的な観察・アセスメントを実施し、再発の早期発見、迅速な受診等を促す。さらに、生活や暮らしの状況までも観察し、必要な支援やその優先度を明らかにする。
- 4.保健師は医療専門職であり、主治医等との治療方針の合意や病状についての合意・確認が円滑である。
- 5.保健師は、多職種や地域の関係機関、住民との調整や連携を図り、本人の自己決定を尊重しながら保健サービスや福祉サービス等の社会資源を調整し、それが活用できるようマネジメントを行う。
- 6.保健師は、偏見や生きづらさが生じないように、住民へ理解の普及・啓発を行う。

日本看護協会 7

ポイント3 精神障害者を取り巻く多種多様な制度

精神障害者を取り巻く制度（一例）

生活を支援する制度

- ・障害者年金制度
- ・生活保護制度
- ・税の優遇制度
- ・自立訓練(生活訓練)

【制度利用の課題】

- ・様々な制度が複雑・多様であり、地域によって利用できるサービスにもばらつきがある。
- ・基本的に、制度が分かりにくく、サービスを利用する場合は申請をしなくてはならない。書類の作成に支援が必要であったり、時間がかかる場合もある。
- ・画一的な対応ではなく、本人や家族の理解のなどを確認しながら、「当事者が望む暮らし方」の実現への支援が必要である。

就労に関する制度

- ・傷病手当金制度
- ・失業給付(雇用保険)制度
- ・労働者災害補償保険制度
- ・健康保険の任意継続制度
- ・ハローワークなどの就業支援

精神障害者
「地域で暮らしたい」

医療を支援する制度

- ・通院医療負担制度
- ・国民健康保険制度
- ・高額療養費制度
- ・介護保険制度

自立のための制度

- ・デイケア
- ・ホームヘルプサービス
- ・グループホーム
- ・ケアホーム
- ・ショートステイ

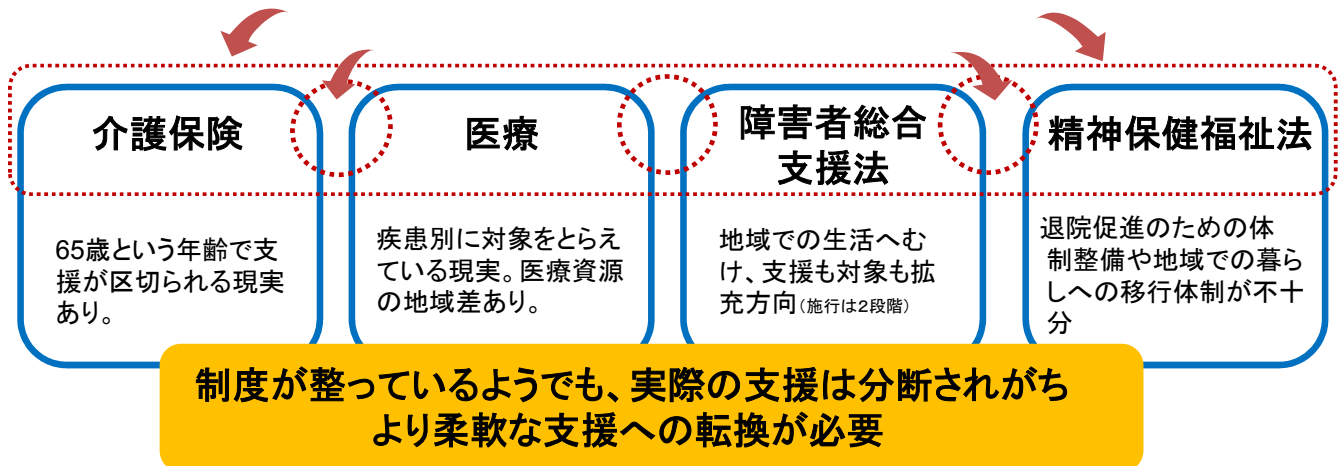
福祉サービスの制度

- ・精神障害者保健福祉手帳
(公共料金の割引等)
- ・成年後見人制度

日本看護協会 8

ポイント4 精神障害者にとって有用な制度利用・支援への障壁

実際には支援や制度には「狭間」がある。いわゆる「縦割り」になっている部分がある。



入院から退院

- ・入院している間は、適切な治療等が受けられるが、退院となると、脆弱な支援の中で十分な治療や生活が難しい現実がある。
- ・退院した精神障害者を地域での安心な暮らしへつなげる体制が不十分。
- ・制度利用に迫られるが、その利用が難しい。

日本看護協会 9

3 認知症患者への治療・支援の体制整備

高齢化等に伴い認知症患者は増大の一途。適切な治療や支援の整備が急務である。

- ① 我が国の65歳以上高齢者の28%が認知症(462万人)あるいは軽度認知障害(MCI)(400万人)と推定されている^{※)}。これらは今後の高齢化の進行とともに、一層増加すると予想されている。
- ② 認知症については、適切な治療や支援のあり方、体制整備について議論を重ねていく必要がある。

※)H24厚生労働科学研究費補助金「都市部における認知症有病率と認知症の生活障害への対応 研究代表者 朝田隆)

日本看護協会 10

平成26年度診療報酬改定要望(精神領域抜粋)

精神保健医療福祉の制度改革に基づく精神病床の機能分化と長期入院者の地域移行等に資する改定が望まれる。

(1)「精神科急性期治療病棟入院料」における看護師比率の見直し

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料

看護師比率を4割以上から7割以上へ引上げること

☞ 急性期では一般病床と同等の人員配置への引上げを行うこと。

(2)「精神科地域移行加算」精神疾患患者のクリティカルパス活用の推進

A230-2 精神科地域移行実施加算

精神疾患クリティカルパスを活用していることを「望ましい」要件とすること

☞ 精神病床の機能分化と長期入院者の地域移行のため、多職種や関係医療機関間等が協働して、情報共有と連携を図っていくこと。

(3)地域への精神科アウトリーチに対する評価の新設

新 精神科アウトリーチ実施料(仮称)

精神疾患患者に対する保険医療機関からのアウトリーチに対する評価を行うこと

☞ 精神疾患患者の再入院の防止に資する支援を評価すること。

(4)患者の人権擁護および安全対策の強化

A103 精神科病棟入院基本料

入院基本料等の施設基準において、精神保健福祉法に則り隔離および身体拘束の最小化に努める旨を記載すること

☞ 隔離・身体拘束を最小限に抑えて患者の安全を保持することは、全ての精神病床で順守されなくてはならない。

日本看護協会 11

平成26年度診療報酬改定要望(精神領域抜粋)

精神科訪問看護については、利用者の地域生活移行・地域定着に資する訪問看護を提供できるよう、実態に応じた見直しを行うこと。

(1)「複数名精神科訪問看護加算」

同行者や訪問時間による算定制限を見直すこと

☞ 看護補助者や精神保健福祉士との同行訪問、30分未満の訪問に対する評価。

(2)「24時間対応体制加算」

精神科訪問看護の24時間対応体制加算の報酬を引き上げること

☞ 利用者のその日の状態に応じた予定外の事態に対応するための不採算性の解消。

(3)「複数回訪問加算」の設置

精神科訪問看護基本療養費の加算として「複数回訪問加算」を設置すること

☞ 特別訪問看護指示書に基づく1日複数回の訪問看護について、一般診療科の訪問看護での「難病等複数回訪問加算」(1日3回まで)と同等の評価をすること。

日本看護協会 12