

新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会 ヒアリング資料

平成28年 5月27日（金）

一般社団法人日本精神科看護協会
吉川 隆博

1. 精神障害者を地域で支えるために看護ができること

看護職員の取り組み紹介

病院

① 退院支援スクリーニングを活用した看護職員等による入院長期化防止の取り組み

② 退院支援の専門教育を受けた看護職員の配置による退院支援の取り組み

③ 入退院を繰り返す患者を継続看護（訪問看護）により地域で支える取り組み

地域

④ 身体疾患の管理と家族調整を要する精神障害者を支える訪問看護の取り組み

①退院支援スクリーニングを活用した看護職員等の入院長期化防止の取り組み～

- 精神科病棟における入院長期化を防ぐために、入院早期から退院支援を要する患者のスクリーニングを実施。
- 退院困難な要因をアセスメントすることで、精神科病棟においても早い段階で退院調整の必要性が予測可能。
- 入院病棟の看護職員と訪問看護職員との「看・看連携」により、患者の課題は地域の継続看護等で支援する。



■平成18年より退院調整アセスメントシートを導入。

■導入目的：

- ①退院調整（退院支援）を要する患者の見極め
- ②退院に向けた支援の具体化

■アセスメント項目：全科共通の「退院困難要因」を踏襲（右図参照）

■実施時期：入院3日以内 ■実施者：病棟看護職員

■実施後の手順：

- ①退院調整アセスメントシートの複写を地域連携室に提出。
- ②退院調整に伴い社会資源の活用が見込まれる場合は、地域連携室の職員（多職種）が社会資源等の利用について調整を行う。
- ③地域連携室の「精神科認定看護師」が病棟看護職員と連携し、早期退院をめざし、退院後の継続医療・継続看護の調整を行う。

「退院調整アセスメントシート項目」抜粋

- | | |
|-------------------|--|
| 1. 年齢 | ☐ 65歳以上又は40歳以上の特定疾患 |
| 2. 1か月以内の再入院 | ☐ あり |
| 3. ADL＝機能的評価 | ☐ 要介助 |
| 4. IADL＝手段的日常生活援助 | ☐ 要介助 |
| 5. ADL低下のリスク | ☐ あり |
| 6. 認知症 | ☐ あり |
| 7. 服薬中断による悪化 | ☐ あり |
| 8. 家族の協力・介護力 | ☐ なし・不足 |
| 9. 居住形態 | ☐ 独居or高齢 |

※1つ以上該当すれば退院調整の対象者

「事例A」

60歳代、女性、統合失調症、
統合失調症の息子と二人暮らし。

《該当項目》

- 入院前に利用していた訪問看護からの情報により、「服薬中断による悪化」にチェックが入る。

《退院調整》

- 入院初回カンファレンスで、病棟看護職員等と訪問看護職員とで課題を共有し、入院中の支援では**服薬自己管理が7割程度できることをゴールに設定**した。
- 服薬自己管理の課題は、**精神科訪問看護により地域で継続して支援**することになった。

3か月の推定入院期間だったが1カ月半でスムーズに退院

「事例B」

50歳代、男性、統合失調症
高齢の母親と二人暮らし。

《該当項目》

- 薬の飲み忘れが目立ったことと、自宅生活において、母親との関係に課題あったことから、「服薬中断」と「家族の協力・介護力（不足）」にチェックが入る。

《退院調整》

- 服薬自己管理、生活能力、家族関係のアセスメントを行うために、**退院前訪問看護を計画的に実施**する。
- 退院後は、**精神科訪問看護を利用し、服薬指導の継続と家族支援**を行うこととなった。

2か月の推定入院期間だったが約1カ月で退院になる

②退院支援の専門教育を受けた看護職員の配置による退院支援活動～

- 地域生活支援室に「精神科認定看護師」を配置し、病院全体の退院支援の取り組みと人材育成を推進。
- 各病棟に退院支援の教育を受けた「退院調整看護師」を配置して、病棟内における退院支援を推進。

地域生活支援室の精神科認定看護師

〈地域生活支援室〉
平成24年12月に設置

－主な役割と機能－

- ①退院調整(プログラムを含む)
- ②アルコール関連対策問題委員会の運営・コーディネート。

〈職員配置〉※現時点

専従職員：看護師 1名 (室長)
精神保健福祉士 1名

〈室長〉
精神科認定看護師

- 病棟カンファレンスへの参加
- 退院調整看護師の教育とサポート



連携

病棟配置の退院調整看護師

平成24年12月より退院支援に関する研修を受講した看護師を配置

－主な役割と機能－

- ①地域生活支援室が行う退院調整プログラムの運営と実施
- ②退院調整チーム会議の開催と受持ナースの退院支援サポート
- ③退院前訪問看護の実施 など

退院調整看護師

〈配置状況〉※現時点

精神科急性期治療病棟：3名
精神科入院基本料病棟（閉鎖）：1名
精神科入院基本料病棟（開放）：2名



「看護職員の強みを活かした地域との連携活動」

- 社会福祉協議会や障害福祉サービスを提供する事業所職員からの「出前講座」の依頼（疾患、対応等）に対応している。
- 地域の事業所職員が抱える精神疾患・障害特性に関連する対応面などの不安に対する相談相手となっている。

「入院長期化の防止に向けた取り組み」

- 退院調整看護師が、退院後先の環境や本人の希望などを聴取して、退院支援に関するアセスメントを行う。
- 退院支援を要する患者は、退院調整チーム会議で検討する。
- 退院後生活環境調整員（PSW）とは、必要に応じて連携する。

■プログラム内容（心理教育プログラム）

- 「あせらず・のんびり・ゆっくりと」を参考
- 1.病気の経過と回復までのプロセス
 - 2.薬の作用と、上手なおつきあいの仕方
 - 3.薬の役割 ～副作用とその対処～
 - 4.再発をなるべく減らすために
 - 5.これからの生活のために
 - 6.ピアミーティング
 - 7.社会資源見学、
 - 8.まとめ

「退院調整プログラムの活用」

- プログラムの実施回数
2カ月間で8回開催（1回/週）



■退院調整プログラム利用による退院患者 （平成25年4月～平成27年3月までの実績）

〈退院患者の入院期間と人数〉

- 1年未満の患者⇒8名
- 1～3年未満の患者⇒3名
- 3～5年未満の患者⇒3名
- 5～10年未満の患者⇒3名
- 10年以上の患者⇒3名（※最長26年）

③入退院を繰り返す患者を継続看護（訪問看護）により地域で支える取り組み～

- 患者が苦しんでいる病状が少しでも軽減できるように、生活の場で個別性を重視した看護ケアを提供した事例。
- 病状の改善に応じて、患者の生活が豊かになるように支援を拡大し、継続した看護ケアを提供することの意義。

○50歳代、女性、統合失調症

○30歳代に発病し初回入院。退院後は家族と同居していたが、再発（家族への暴力等あり）により入退院を繰り返していた。

○入退院を繰り返す過程で自宅への退院は困難となり、施設入所を検討していたが、本人の希望もあり単身生活をめざす。

○退院後、50歳代になって初めての単身生活を始めるが、病状が不安定となり、不眠、服薬の中断等により再入院となった。

出雲圏域

「精神保健包括支援会議」

圏域内の、保健所、医療機関、訪問看護ステーション、相談支援事業所、福祉事業所などからなる地域生活支援チーム

事例検討
の結果

訪問看護
の導入へ

支援事業所「訪問看護ステーションRelisa」の概要

〈職員配置〉

- 保健師：1名
- 看護師：2名
- 准看護師：1名
- 作業療法士：1名

〈登録者の状況〉計122名（※下記は重複）

- 幻覚妄想状態に看護ケアを要する：71名
- 人との関わりを拒む人：27名
- 服薬中断による再発リスクが高い人：25名
- 電話相談（3回以上/日）：18名
- 夜間電話相談（3回以上/週）：17名
- 夜間対応（1回以上/月）8名

■登録者のGAF

- 80～71：1名
- 70～61：4名
- 60～51：41名
- 50～41：36名
- 40～31：20名
- 30～21：12名
- 20～11：7名

①【退院前からの関わり】 ～本人との関係づくり

- 訪問看護ステーションの看護師（精神科認定看護師）



病院訪問
5～6回面会



訪問看護

②【退院直後～半年間の看護ケア】～病状からくる不安・焦燥感の軽減をめざした時期 〈本人の状態〉

不安・焦燥感が強い

- 入浴できない（湯船への恐怖感）
- 食事・入浴等の生活支援の目的でヘルパーを導入するが、関係がうまくいかず利用できなくなる。
- 毎日昼夜を問わず電話相談・訪問依頼



〈看護ケア〉

- 不安と焦燥感を軽減するための援助と声かけ。
→入浴介助、足浴、整髪、手指のアロママッサージ
- 食事の準備を含めた生活全般への援助。
- 3回/週の訪問では十分な援助ができないため、特別訪問看護指示書により、毎月2週間は毎日訪問し不安軽減を目的とした看護ケアを提供。

③【半年後～1年間までの看護ケア】～支援拡大の時期

〈本人の状態〉

- 不安・焦燥感は持続している。
- 夜間の電話相談・訪問依頼の回数は減少傾向。

〈看護ケア〉

- 訪問看護師が生活面を支援しつつ、不安・焦燥感に対して、本人がでる対処法を一緒に考える。

■精神科訪問看護の効果

→訪問看護師の看護ケアと関わりを通して、患者が人と関わることへの不安・恐怖が軽減。ヘルパーおよび福祉サービス（通所）の導入を検討することに繋がった。

④【1年後～現在までの看護ケア】～生活安定の時期

〈本人の状態〉

- 病状悪化による再入院はなく、地域生活が継続できている。
- 患者本人から「入院するよりも、家に看護師が来てくれるほうがいい。」という声が聞かれるようになった。

■精神科訪問看護の効果

→現在もときに不安・焦燥感があるため、入浴介助や、足浴を続けているが、調子のいい期間が明らかに長くなる。



④「身体疾患の管理」と「家族調整」を要する精神障害者を支える訪問看護～

- 精神症状の影響により身体管理が困難な精神障害者に対する、訪問看護師による在宅での看護ケア。
- 訪問看護の場面に家族が同席することで、家族関係のストレス解消を図る看護援助に繋がった事例。

○Aさん、30歳代、女性、統合失調症、2型糖尿病、水中毒

○アルコール依存症の父親と2人暮らし

精神科の病歴：直近は、父親の飲酒による暴言から、Aさんの被害妄想が強くなり再入院をした。入院期間は約3か月。

内科の病歴：糖尿病で教育入院の経験あり。退院後は、定期的に内科受診を行いインシュリン自己注射を行っている。
血糖値は比較的安定している。

〈医療的な課題〉 主治医の意見

- ①水中毒（過去には、20～30リットル多飲して救急車で搬送されることも数回あった。）
- ②飲酒（中学生から飲酒・不眠の為飲酒に走る傾向）
- ③昼夜逆転（父親の生活サイクルに合わせている）

〈訪問看護ステーション〉

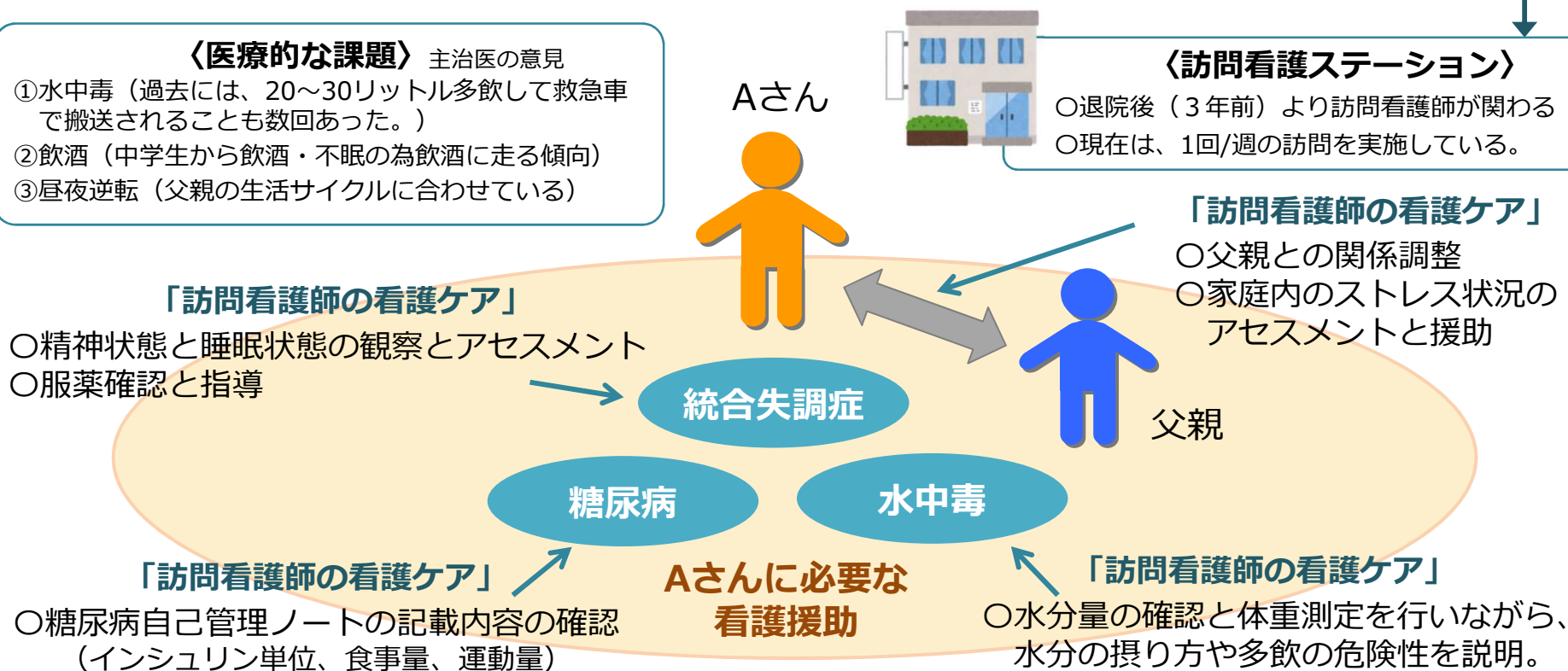
- 退院後（3年前）より訪問看護師が関わる
- 現在は、1回/週の訪問を実施している。

「訪問看護師の看護ケア」

- 精神状態と睡眠状態の観察とアセスメント
- 服薬確認と指導

「訪問看護師の看護ケア」

- 父親との関係調整
- 家庭内のストレス状況のアセスメントと援助



訪問看護 による 効果

- 水中毒に関しては、訪問看護師が関わるようになってから救急車を呼ぶような状態になることはなくなった。
- 本人の好きなコンサートに行くことを勧めたり、散歩の勧めには応じて徐々に外出も増えていった。
- 訪問看護2年目に「地域活動支援センター」を紹介し、徐々に職員との関係や友人もできるようになっていった。
- 相談者が増えることで精神状態は安定していった。相談内容によって相手を選んで相談することができている。

2. 精神科領域に関する生涯教育

～ 当協会の教育・認定事業を中心に～

1) 研修事業について

〈平成28年度研修事業計画〉

● 協会研修会場（品川、京都、福岡）および全国47都道府県支部で開催

〈協会主催の研修会〉

〈支部主催の研修会〉

基本

各疾患の理解と
看護ケア

実践

専門性の高い
看護ケア・技術

教育・管理

事例検討、看護
教育、看護管理

支部企画

精神医療・看護
に関する内容

その他「実習指導者講習会」、「医療安全推進フォーラム」、「トピックスを学ぶ研修会」の開催

合計：505企画 定員総数：約50,000人

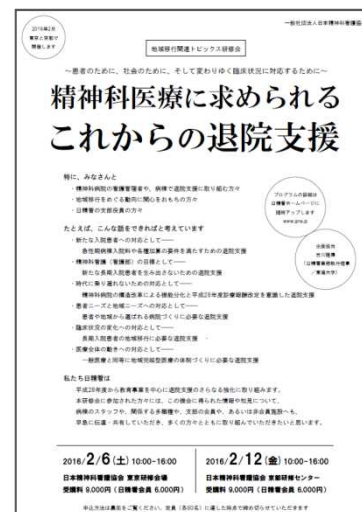
〈地域生活支援の知識・技術に関する研修企画〉

「退院支援研修会」← ※平成28年度重点教育内容

「精神科訪問看護研修会」

「訪問看護フォローアップ研修会」 など

※平成27年度末には、看護管理者を対象とした「退院支援研修会」を全国3箇所で開催（参加者数：約250名）



2) 精神科認定看護師制度について

「精神科認定看護師」とは

現時点の登録者数 **674名**

精神科認定看護師教育課程（講義・演習・実習：総時間数735時間）を修了した上で、認定審査に合格し、精神科の看護領域において優れた看護能力、知識を有すると認められた者をいい、以下の役割を果たす。

実践

- ・的確なアセスメント
- ・質の高い看護実践
- ・多職種連携・調整など

相談

- ・看護職等への助言
- ・精神科看護に関する相談への対応など

指導

- ・看護職等への教育的なかわり
- ・組織内の活動の活性化など

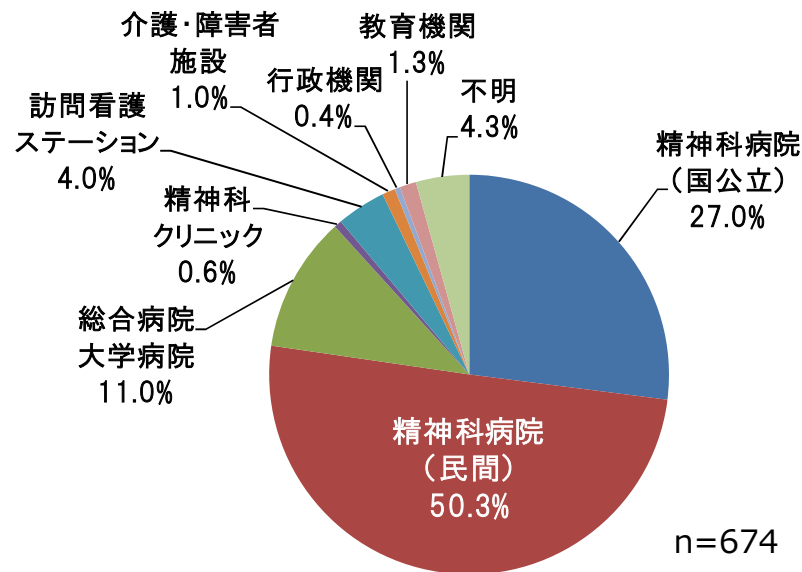
知識の発展

- ・看護研究論文の発表など

〈カリキュラムの特徴〉

急性期入院医療の充実と地域生活支援の推進が図られていることから、「**精神科病棟**」と「**外来・在宅部門**」において実習を行い、入院から地域生活までを一体的に学習する。

また、臨床薬理学、精神科診断治療学、フィジカルアセスメント科目を充実させ、多角的にアセスメントができる高い看護実践能力を養っている。



精神科認定看護師の所属施設

○ 精神科認定看護師の多く（77.3%）は、精神科病院で勤務している。

3. 精神科領域で働く看護職員の配置状況

1) 精神病床を有する医療機関

① 看護職員の従事者数（平成24年度精神保健福祉資料より） （単位：人）

	看護師		准看護師		看護補助者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
大学附属病院	2,152	34	17	1	101	58
国立病院等	2,625	92	184	11	46	184
都道府県立・ 政令市立病院等	5,734	160	287	37	293	180
その他の公立病院	1,752	62	315	48	333	91
指定病院	46,667	3,790	29,866	2,863	30,530	3,464
非指定病院	10,293	1,880	9,036	1,534	10,547	1,539
合計	69,223	6,018	39,705	4,494	41,850	5,516



② 100 床当たり看護職員の 常勤換算従事者数の比較

	看護師	准看護師
総数	48.9	8.7
精神科病院	21.0	11.8
一般病院	54.3	8.1

出典：平成26年（2014）医療施設（静態・動態）調査・病院報告より

③ 精神科デイ・ケア等に従事する看護職員（推計、①の内数）

3,031人

※平成24年度精神保健福祉資料の精神科デイ・ケア等の実施施設に、各1人の配置として算出した。重度認知症患者デイ・ケアは除く。

2) 訪問看護ステーション（推計）



精神疾患（認知症を除く）が主病名である利用者が占める割合が50%以上の事業所（約160箇所）

看護職員：約750人

※平成26年訪問看護ステーション数7,474施設（全国訪問看護事業協会調査）に、平成21年、平成26年の営間班の調査結果を基に事業所数を算出し、1事業所当たり平均看護職員数4.7人として計算した。

3) 精神保健福祉センター（全国）

保健師：**217人**

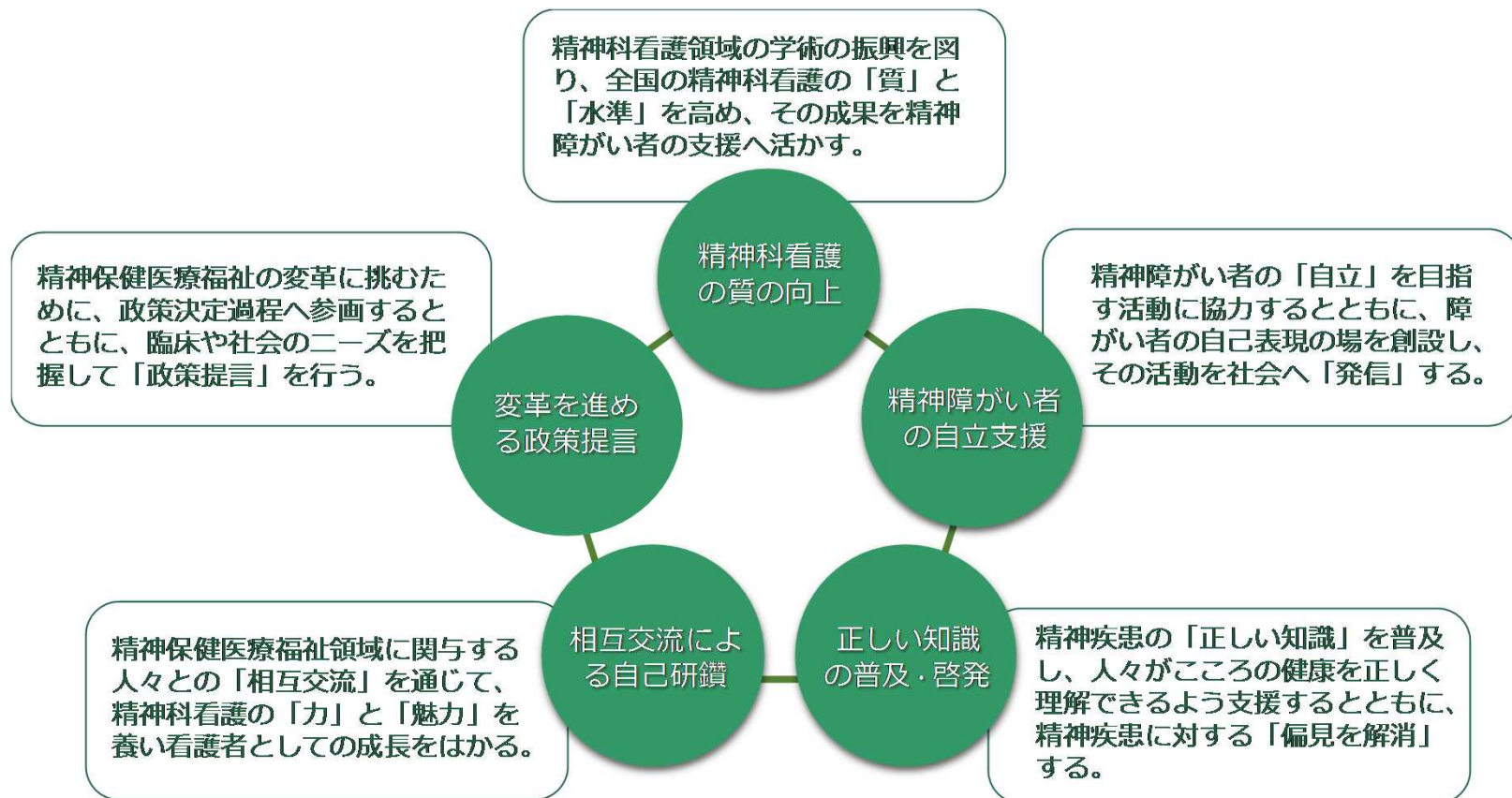
看護師：**71人**

（平成24年度衛生行政報告例より）

4. 精神障害者を地域で支えるための 協会としての独自の取り組み

一般社団法人日本精神科看護協会
理念

こころの健康を通して、
だれもが安心して暮らせる社会をつくります。

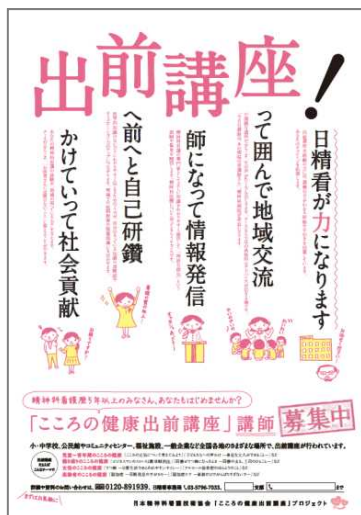


1) 精神保健医療福祉に関する普及・啓発活動

① 「こころの日」の活動 平成10年より

協会独自の事業として、関係団体と連携を図りながら、一般市民を対象として、「こころの健康」に関する講演会や相談・助言活動を実施している。

- 平成27年度は、43都道府県支部で開催
- こころの健康に関するパンフレット配布



② 「こころの健康出前講座」の活動 平成21年より

社会貢献活動として、看護者による「こころの健康出前講座」を全国で実施し、精神疾患やメンタルヘルスに関する正しい知識の普及を図り、併せて相談・助言を行っている。

〈平成27年度実績〉

- 開催回数：延べ 188回
- 対象者（依頼者）：学生（小学、中学、高校）、高齢者、精神障害者の家族、民生委員、介護スタッフ、保育士、教職員、検察事務官など。

2) 精神障害者の自立をめざす活動に協力し支援する活動

①「アールブリュット展」の開催 平成20年より

障害者が制作した作品を発掘し、毎年、日本精神科看護学術集会の会場において作品展を開催。参加者をはじめ一般の人々に無料公開している。



② 精神障害者の社会参加の促進を目的とした、スポーツ交流会、音楽会の開催

- スポーツ交流会の開催 8支部
- 音楽会の開催 1支部 (平成27年度実績)

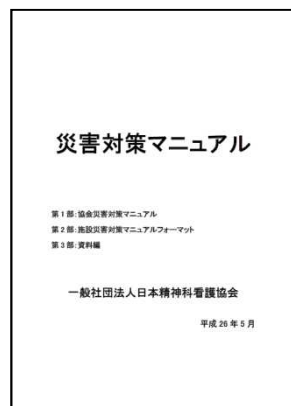
3) ガイドライン、マニュアル、調査に関する活動

〈ガイドライン、マニュアル関係〉

〈調査報告書関係〉



精神科看護
ガイドライン



災害対策マニュアル



平成26年度精神保健福
祉法改正の影響調査



平成23年アウトリーチ
に関する調査
(補助金事業)

5. まとめ

地域完結型医療の実現に向けた看護の政策提言！

入院医療・看護に必要な仕組み等

「入院長期化の防止」について ～ 地域生活の中断を最小限にするために！

- ①入院早期に退院困難要因をアセスメントし退院支援に繋げる仕組み。
- ②退院支援の知識・技術を備えた看護職員の病棟配置を評価する仕組み。
- ③早期退院率の高い医療機関を評価する仕組み。



早期退院

「地域医療・看護」と「福祉・介護」との連携について

- ①医療連携・看護連携を評価する仕組み。（情報提供・早期カンファレンス）
- ②法律等で規定する退院支援委員会に、地域医療職の参加を追加。
- ③連携する機関の職員と定期的に情報交換を行う仕組み。

地域医療・看護に必要な仕組み等

「継続医療・看護の推進」について ～地域で支える力を高めるために！

- ①早期退院後の精神科訪問看護と精神科デイ・ケアを評価する仕組み。←入院長期化の防止の③と連動
- ②医療ニーズの高い患者が、安心・安全に地域療養に移行し、地域療養が継続できるようにするために、一定期間、入院医療機関の看護職員が行う訪問看護を評価する。
- ③継続医療・看護（訪問看護等）を担う拠点の整備・人材養成を医療計画へ反映する。