

精神科領域における社会復帰に 向けての看護活動実施状況調査

日本看護協会調査研究室

岩下清子

藤田和夫

目次

調査の概要……………63

- 1 調査の目的……………63
- 2 調査対象……………63
- 3 調査方法及び調査期日……………63
- 4 調査票の回収……………63
- 5 調査の担当……………63

調査結果……………64

I 調査対象施設の概況……………64

- 1 社会復帰に向けての活動の概況……………64
- 2 調査対象施設の基準看護取得状況……………64
- 3 調査対象施設の特徴……………65

II 訪問看護……………66

- 1 実施施設数……………66
- 2 対象者数と総訪問回数……………67
- 3 対象者1人当り訪問回数と滞在時間……………67
- 4 対象者と訪問目的及び業務内容……………67
- 5 訪問看護の必要性の判断……………70
- 6 他職種との関係……………71
- 7 訪問対象者及び訪問業務の勤務上の扱い……………71
- 8 交通の問題……………72
- 9 精神科訪問看護・指導料の請求状況と問題点……………72
- 10 訪問看護の財源……………75

III デイケア……………75

- 1 実施施設数……………75
- 2 開始年……………76
- 3 活動日数と参加人数……………76
- 4 看護の役割……………77
- 5 プログラムの内容……………77
- 6 実施上の問題点……………78
- 7 保険請求で困る点……………79

IV ナイトホスピタル……………79

- 1 実施施設数……………79
- 2 開始年……………80
- 3 目的と対象者及び患者の受け入れ状況……………80
- 4 看護の役割……………81
- 5 実施上の問題点……………81

V 共同住居……………82

- 1 共同住居の機能……………82
- 2 看護の役割……………83

VI 精神衛生活動を行う上での意見……………83

付 調査票……………89

調査の概要

1 調査の目的

昭和62年2月に精神医療の基準である精神衛生法の改正案が出された。またここ数年、これまでの精神科医療の在りかたが、病院収容型から患者の人権に主眼を置いた社会復帰促進型ともいえる方向に流れが変わりつつある。

病院における精神科看護も、社会保険診療報酬に精神科訪問看護・指導料やナイトケア料が昭和61年に新設されたことによって、新たな役割を担うことになった。またこれまで様々な形で行われてきたデイケア活動、ナイトホスピタル、共同住居、共同作業所、農園芸等、社会復帰に向けての多様な活動の中で看護はどのような役割を担い、またどのような問題点を抱えているかを把握し、今後の精神科看護活動の枠の拡大を求めるための資料とする事を目的としている。尚、今回の調査は、統計的手法よりむしろ現場における具体的な問題点の記述の中から実情を浮き彫りにする事を意図した。

2 調査対象

調査対象は精神科において次の活動をしている事があらかじめわかった病院である。

- 1 訪問看護実施 23
- 2 デイケア実施 156
- 3 宿泊施設（共同住居、その他設置） 35

4 共同作業所設置 7

- 5 上記の活動を直営ではしていないが関連施設を活用 71

実施病院数 合計274(1～4には重複有り)

社会復帰に向けての活動は、下記の資料より把握。

1の訪問看護については、「昭和60病院における訪問看護実施状況調査」付録「訪問看護実病院名簿」、日本看護協会刊。

2～5の活動は、昭和59年「全国社会資源名簿」全国精神障害者家族連合会刊、「昭和58年デイケア・宿泊施設・共同作業所調査結果」日本精神病院協会雑誌1984 vol. 3 No. 12。

3 調査方法及び調査期日

調査票を、昭和61年8月上旬院長宛輸送し、記入は総婦長に依頼した。施設記名のアンケートである。調査票は10月20日迄に返送されたものを有効票とした。

4 調査票の回収

回収数は113、回収率40.8%。うち有効票は100、有効回収率36.4%。非該当票は、「調査票に該当する活動はしていない」という理由から無記入のまま返送されたものである。

5 調査の担当

調査の企画・実施は日本看護協会普及開発

部調査研究室にて行った。執筆は、訪問看護については岩下清子、それ以外は藤田和夫が担当した。

尚、調査票の作成にあたって外口玉子、今

村勢子、粕田孝行、田中喜久子、平賀晴美（日本看護協会精神衛生法改正検討会委員）に意見を求めた。

調査結果

I 調査対象施設の概要

1 社会復帰に向けての活動の概況

今回の調査は前述の「調査対象」で記述したように、訪問看護、デイケア、宿泊施設、共同住居等、社会復帰に向けての活動を実施している施設を対象としている。有効回収票の活動状況は〈表1〉のとおりである。

訪問看護、農園芸作業及びデイケアは、多くの施設で実施していることがわかる。また、これらの活動は1種類だけではなく数種類の活動が行われており、その中でも訪問看護とデイケアの組みあわせが最も多い。

2 調査対象施設の基準看護取得状況

基準看護取得状況は〈図1〉でも明らかのように、設置主体によって大きな差がある。今回の調査対象の基準看護取得状況は、国公立病院と日本精神病院協会加盟病院の基準看護取得状況との中間点に位置しているといえよう。

表1 社会復帰に向けての活動状況

(複数回答)

活 動 項 目	施設数
A 訪問看護実施	53
B デイケア実施 (保険請求できる基準あり)	36
C デイケア実施 (保険請求できる基準なし)	31
D ナイトホスピタル実施	25
E 共同住居運営・利用	20
F 共同作業所運営・利用	18
G 農園芸作業実施	50
H 短期宿泊施設	3
A～Hまでの中で 2種類以上の活動をしている施設	67
うち訪問看護とデイケア（保険 請求基準なし）を含むもの	21 } 20 } 41

3 調査対象施設の特徴

今回の調査対象の属性が、全国の精神病院とどのような違いがあるかについて比較した結果、次のような違いが見出された〈表2〉。

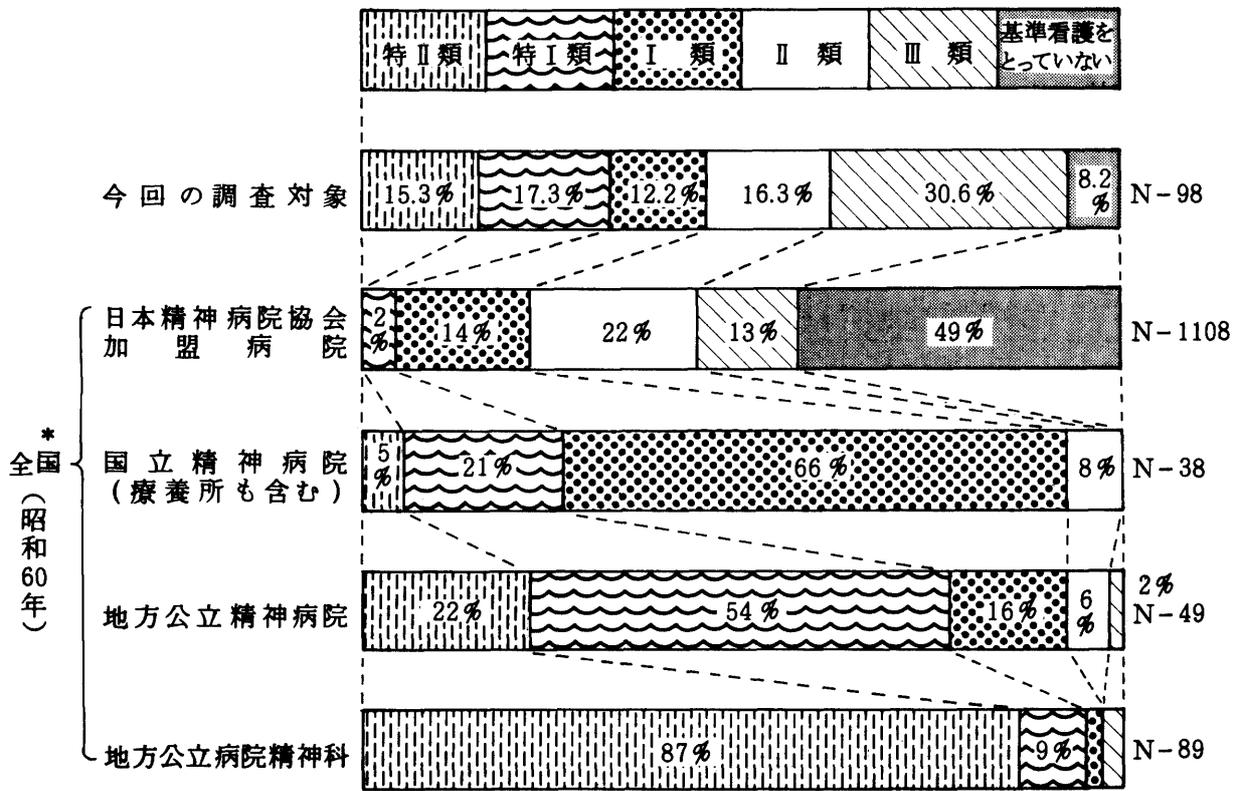
第1に、退院患者比率が高いこと。

第2に、100床あたりの外来患者数が多いこと。

第3に、病床に対する看護要員数が多いこと。しかも看護婦（士）が多く、准看護婦（士）、補助者が少ないこと〈表3〉。

これらの結果から、今回の調査対象は全国の精神病院の中でも社会復帰促進及び外来治療に力を入れており、看護職員も充足している施設であることがわかる。

図 1. 全国(昭和60年)と今回の調査対象との基準看護取得状況の比較



* 資料出所：第82回日本神経学会シンポジウム資料、浅井邦彦「強制医療と人権保障」

表2 属性比較

	今回の調査対象	全国の精神病院*
A 精神科病床数	23058 床	243286 床
B 7月末患者総数	22861 人	253949 人
C 7月末退院患者数	1309 人	12689 人
D 七月外来患者延数	91883 人	750111 人
退院患者比率 $(\frac{C}{B} \times 100)$	5.7 %	3.1 %
100床あたり外来患者延数 $(\frac{D}{A} \times 100)$	398.5 %	226.6 %

*資料出所：厚生省「病院報告」昭和59年

表3 100床当たり看護要員数

	看護婦(士)	准看護婦(士)	補助者	計
今回の調査対象	22.7 人	15.9 人	8.1 人	96.8 人
全国*	9.0	9.3	5.9	24.2

*資料出所：厚生省「医療施設調査」昭和59年

II 訪問看護

精神化領域の訪問看護は、内容についてまだ共通理解がなく、そのイメージは人によって様々であると思われる。そこでこの調査では、訪問看護を狭く定義することを避け「看護職が役割を担える施設外での働きかけ」と幅広く解釈した。そこには、社会保険診療報酬の精神科訪問看護・指導料が適用されない訪問も含まれている。

このように幅広くとらえたのは、病院看護

職員の施設外活動の内容に、どのような拡がりがあるかを把握したかったためである。

1 実施施設数

「訪問看護を実施している」ことがあらかじめわかっていたために調査対象に選ばれたのは274施設中23(8.4%)であったが、有効回答票100のうち、過半数の53施設が、訪問

看護を「行っている」と回答している。このほか「将来行う予定」が23施設あり、両者をあわせると8割近くとなり、訪問看護への関心の高さが伺える〈表4〉。

表4 訪問看護実施施設数

実施状況	施設数
行っている	53
将来行う予定	23
行う予定はない	21
無回答	3
計	100

精神科訪問看護・指導料が昭和61年3月に点数化されてから調査時点まで、まだ4か月しかたっていない。従って、「行っている」と回答した病院の大半は、保険点数化とは関係なく、必要に迫られて自然発生的にはじまったものといえる。開始年としては、昭和50年代が多い〈表5〉。

表5 訪問看護開始年

開始年	施設数	%
昭和44年以前	8	15.1
45～49	6	11.3
50～54	11	20.8
55～59	17	32.1
60年以降	6	11.3
無回答	5	9.4
計	53	100.0

2 対象者数と総訪問回数

〈表6〉は、調査時である7月に訪問看護を実施した病院の、7月の対象者数と訪問回数

を示している。また〈表7〉は人数と回数の分布を示している。施設間格差が大きいことがわかる。

3 対象者1人当り訪問回数と滞在時間

訪問人数が延訪問回数よりも多い回答がある。これらは共同住居等を訪問し、二人以上の患者を同時に指導する場合と考えられる。このような場合を除き、対象者総数を総訪問回数で除して、対象者1人当りの訪問回数を算出すると、退院・通院患者の場合1.5回（41施設分の平均）、入院患者の場合1.2回（24施設分の平均）となる（7月の1か月間）。

患者宅での1回の滞在時間は、患者によりまた施設により相当のばらつきがある。各施設の「最も長いケース」で30分～8時間、「最も短いケース」で5分～1時間半という施設間格差がある。「平均的なケース」については回答しにくかったようであるが、10～15分という回答もあれば、入院中の患者の家庭訪問は4～8時間、と回答している施設もある〈表8〉。滞在時間の開きから、ひと口に訪問看護といっても、行っている内容に相当開きがあることが推測される。

4 対象者と訪問目的及び業務内容

「どのような患者にどのような目的で、どのような訪問看護を行っていますか」という自由記述式の問に対する回答から、精神科の訪問看護の対象者と訪問の目的及び業務内容を考察しよう。

対象者は、病名でいえば精神分裂病及びアルコール依存症の患者が多い。訪問のステージでいえば、入院中の患者、退院直後の患者、

表6 訪問対象者数と訪問回数（7月分）

	退院・通院患者 への訪問 (A)	入院患者の家 庭への訪問(B)	何らかの訪問看護 (A)+(B)+その他**
実施施設数	41	24	47
対象者総数	459 (58) 人	96人	606 (108) 人
総訪問回数	625 (12) 回	118回	754 (17) 回
対象者数：一施設平均 最高～最低	11.2人 1～47人	4.0人 1～10人	12.9人 1～47人
延訪問回数：一施設平均 最高～最低	15.2回 1～80回	4.9回 1～22回	16.0回 1～80回
1人当り訪問回数平均*	1.5回	1.2回	1.5回

注：（ ）内は集団（2人以上）対象の働きかけをした場合の人数、回数である。

* 集団対象の働きかけを除いて、総訪問回数を対象者総数で割った数値である。

** 未受療者、他院通院者。

表7 訪問対象者数・延回数
（7月分）の分布

	対象者数		延回数	
	施設数	%	施設数	%
0人(回)	6	11.3	6	11.3
1～4	13	24.5	13	24.5
5～9	13	24.5	10	18.9
10～14	5	9.4	6	11.3
15～19	6	11.3	3	5.7
20人(回)以上	10	18.9	15	28.3
無回答	0	0.0	0	0.0
計	53	100.0	53	100.0

表8 患者宅滞在時間

滞在時間	最 長		最 短		平 均	
	施設数	%	施設数	%	施設数	%
5分	0	0.0	2	3.8	0	0.0
10～15	0	0.0	8	15.1	1	1.9
20～30	0	0.0	6	11.3	2	3.8
30	1	1.9	25	47.2	8	15.1
30分～1時間	2	3.8	0	0.0	3	5.7
1	7	13.2	7	13.2	17	32.0
1～2	9	17.0	1	1.9	3	5.7
2	13	24.5	0	0.0	3	5.7
2～3	7	13.2	0	0.0	1	1.9
4	6	11.2	0	0.0	0	0.0
5～8	7	13.2	0	0.0	0	0.0
無回答	1	1.9	4	7.5	15	28.2
計	53	100.0	53	100.0	53	100.0
平均	2時間36分		31分		57分	

通院中の患者、通院が途切れた患者等様々である。対象者の問題状況としては、「単身生活」、「家庭の受け入れが悪い」「通院（治療・服薬）中断」、「病状悪化」が主なものである。

実施されている訪問看護は、訪問のステージと訪問の目的のくみ合せによる次のような分類が可能である。

〈**タイプ1**〉病状が安定した入院患者について、退院の可能性の評価及び通院準備のための訪問。

〈**タイプ2**〉社会（家庭）への適応状況の観察と援助のための、退院後短期間の訪問。

〈**タイプ3**〉在宅患者に対する、生活・療養指導のための訪問。タイプ2の延長線上にあるものばかりでなく、外来やデイケアへの通院の経過の中で、医師などが家庭での指導の必要性を認め開始されている場合もある。

〈**タイプ4**〉通院（治療・服薬）中断者を受診につなげるための訪問。

〈**タイプ5**〉家族などから病状悪化の連絡を受けた時の、病状観察と指導、緊急処置、入院準備などのための訪問。

タイプ1は、患者がまだ入院しているうちに行う訪問である。患者の病状は安定したが、家族がひきとりを拒否、あるいはためらっており退院が困難な場合に、患者の家庭を訪問し、家族の生活状況を把握し、家族へ患者理解と受け入れの協力を求める。患者が一時外泊で家庭にいる時の、あるいは患者を伴っての訪問により、家族と患者との関係を観察することもある。むしろ、このような事前訪問によって家族の受け入れが可能になるとは限らず、家族のもとへの退院は不適當（あるいは不可能）と判断されることもある。

また退院後単身生活となる場合、退院前に近隣や行政のケースワーカー、保健婦等へ協力要請に出向くこともある。

これらの訪問は、患者の入院中（外泊時を含む）に行うために、保険の対象となっていない（後述）。

タイプ2と3は、長期入院により受けとめる家族もなくなってしまっていて退院後単身生活をしている患者や、長くはなれていた家族のもとへ退院した患者に対し、彼らの病院の外での新たな生活を様々な側面で支えるための訪問である。病院により、あるいは同じ病院でも患者により、訪問は退院直後に限られることもある。長期にわたることもある。長期にわたる訪問の対象者は、訪問の可能性及び必要性から、病院近くのアパートや共同住居に住む単身者が多いようである。

以下はタイプ2と3の訪問対象者に関する自由回答の記述であり、訪問を必要とする問題状況をおよそつかむことができる。

- 長期入院により社会常識が失われ、生活指導を要する患者（特に単身者）
- 身辺自立はできているが、対人障害、食生活の不安、就労でのトラブル等があるケース
- 言葉、面接等による生活指導だけでは不十分であり、買物の仕方、食事のつくり方など実際の、具体的な援助が必要な人
- とじこもりがちな患者
- 単身者で話相手がいないと症状が出やすくなる患者
- 話し相手、生活上の相談を求めている患者
- 家族から見離され自暴自棄の患者
- 服薬中断の可能性のある患者（服薬が不規則、拒薬傾向があるなど）
- 再発、再入院をくり返している（そのおそれのある）患者
- 症状不安定なまゝ退院した患者
- 合併症をもって退院した患者

- 家族が患者を支えて行くだけの力がない場合（精神障害者同志の夫婦，親が老齡，妻と離別し子供をかゝえた男性患者等）
 - 家族に病気に対する知識が乏しい場合
 - 家族調整をするとうまくいく患者
- 次にあげたのは，これらの対象者に対する援助の内容であり，やはり自由回答に記されたものである。
- 生活状況の把握と指導（調理，買物，洗濯，掃除のしかた，鍵のかけ方など）
 - 病状観察・服薬のチェックと指導
 - 合併症に対する療養指導
 - 病状悪化時の早期対応（医師への情報提供）
 - 対人関係の調整
 - 家族の相談・助言
 - 家族の人間関係をスムーズにするためのカウンセリング
 - 患者と地域社会との関係調整
 - 内職援助，職場へのおくりこみ
 - 社会保障制度活用の援助

タイプ1～3は，患者が社会復帰していくときに予想される問題への予防的な関わりであるのに対して，タイプ4と5は，発生した問題に対応するための訪問といえる。

タイプ4は，次のような患者を受診につなげるための訪問である（自由記述の回答より）。

- 外来やデイケア通院が中断したとき
 - 通院が中断し服薬中断が予想される患者
 - 治療中断しており家族の適当なサポートのない人
 - 通院治療に難色を示す患者，受療拒否者
- タイプ5は，家族から病状悪化（「幻覚，妄想などが頻繁」，「興奮」，「暴力行為」，「自傷，自殺企図，自殺念慮」等）の連絡を受けて訪問するものである。緊急処置をした上で入院

準備をすゝめる場合もあれば，病状悪化がすぐ入院となるのを防ぐために，病状の観察と指導，医師への情報提供を行う場合もある。

タイプ1～5のほか，回答は少なかったが次のような訪問もある。

☆ 就労状況を把握するための職場訪問。院外作業所や入院患者の外勤先など，病院の社会復帰システムにのっている場合に限られ，一般の職場訪問まではなされていないようである。そして援助内容についても，「就労状況把握」ていどで，それ以上の具体的な記述はみられない。

☆ 途切れがちな患者と家族の関係をつなぐための訪問。「面会疎遠な家族のところへ患者同伴で訪問し，家族とのコミュニケーションをとる」，「看護者が自分が受持っている入院患者と一緒に定期的にその家庭を訪問する」等。

☆ 外来患者や入院患者の家庭背景を把握するための訪問。「外来通院のみでは情報が不正確と思われるとき」，「入院患者の家庭環境をみに行く」，「家族が患者をどう理解しているか等，将来の方針をたてる際の情報を得る」等，病院内での援助をより適確なものにするための情報収集を主目的とする訪問もある。

5 訪問看護の必要性の判断

訪問看護の必要性の判断がどのようになされるかということは，訪問看護の内容に直接影響する重要事項である。このことを自由記述の回答からみてみよう。

まづ最も多いのは，医師の依頼（あるいは指示）により訪問が開始されるというパターンである。そのほか，受持ち看護婦や看護婦長が実質的な判断をし，医師に報告する（あるいは許可を得る）場合，看護婦が医師と相

談の上決める場合、ソーシャルワーカーが中心になる場合、患者を受け持ったスタッフ（看護婦、ソーシャルワーカー、心理療法士、作業療法士など）の協議の後医師に報告する場合、医師を交えたカンファレンスで決める場合、家族の依頼による場合等様々なパターンがある。

同一病院でもケースによる違いがあり、概して対象者が入院中の患者の場合は看護婦の判断あるいは看護婦を含めた協議によることが多いが、対象者が退院後の患者の場合は、医師の判断と指示によることが多いようである。

6 他職種との関係

訪問看護においては、上述のように訪問のスタートの段階からすでに他職種との関係が密接である。訪問開始後も、情報・意見交換、同行訪問などがなされている。連携をとる職種は、ソーシャルワーカー、医師、保健婦、心理療法士などである。ソーシャルワーカーは、患者の入退院に関与し、特に退院後、患者・家族との連絡の窓口になることが多いため、訪問看護をすゝめる上でソーシャルワーカーと情報・意見交換をすることが多くなるようである。また「生活保護に切り変えて退院する」その他様々の場合に、ソーシャルワーカー自身が訪問（看護婦と同行あるいは単独）している。（この場合、訪問看護・指導料が適用されない。このことをいくつかの病院が問題視している——後述）。

7 訪問担当者及び訪問業務の勤務上の扱い

訪問看護実施による病院収入は極めて少ない（後述）ことから、訪問看護のための人件

費の確保はむずかしい。従って、ほとんどの病院では忙しい病棟や外来業務などのかたわら訪問を行っているのが実情である〈表9〉。

表9 訪問担当者（複数回答）

担当者	施設数	%
訪問専任者	8	15.1
病棟勤務者	35	66.0
外来勤務者	21	39.6
病棟・外来兼務者	4	7.5
その他*	26	49.1
施設計	53	100.0

注：* デイケア、相談室、総合案内等に所属する人。ソーシャルワーカーを含む。

そのため、「必要な対象者がいても思うように訪問できない」、「特に遠距離の訪問が困難」、「勤務時間内に訪問時間をとることがむずかしい」、「日常業務の合間をぬって訪問するので、予定された訪問が大巾に変更される」、「日程調整が困難」、「ケース検討の時間がとれない」等の悩みが出されている。

訪問業務は、ほとんどの病院で勤務時間を使って実施されているが、勤務時間内にできない場合、残業時間扱いの訪問も行われているのが16施設、私的時間を使うことになるというのが13施設あった〈表10〉。

なお、調査票には訪問看護を「看護職が役割を担える施設外での働きかけ」とことわったにもかかわらず、訪問看護の担当者としてソーシャルワーカーをあげている施設がかなりあった。施設外活動については、ソーシャルワーカーと看護婦とで役割の重複があることから推察される。

表10 訪問看護の勤務上の扱い
(複数回答)

勤務上の扱い	施設数	%
勤務時間内	50	94.3
残業扱い	17	32.1
私的時間使用	13	24.5
その他*	4	7.5
施設計	53	100.0

注：* 通勤途上等。

8 交通の問題

患者宅の交通時間については、「最も短いケース」で2分～30分、「最も長いケース」で20分～8時間という開きがある。「最も長いケース」で2～30分、即ち近いところしか訪問しない病院もある一方で、53施設中17は2時間以上かゝるところまで出むいている〈表11〉。

訪問の交通費は、病院負担、患者負担、一定額以上は患者負担等、病院により、またケースにより様々である。

訪問看護・指導料は、交通費が考慮されておらず一律に200点であることから、「遠方であると交通費が訪問看護料を上廻る」、「交通費がかさむ場合、病院にしる対象者にしる負担が多くなる」等の問題が出されている。そして、「訪問旅費が予算上少なく、打ち切りとなる」等の活動が制約を受けたり、「交通費は家族の了解を得て出してもらうが、言い難い時は行った人の負担になってしまう場合もある」等、訪問看護者に負担がかかっている実情もみられる。

交通手段は、公共の乗物のほか病院の公用車や私用車が用いられている。上記のように交通費が問題になるのは、特に公共の乗物を使う場合であろう。

公共の乗物や病院の公用車を使う場合、時間的な制約が出てくる。すなわち、「訪問看護専用車がないので公用車を使用しているが、空いていないこともあり必要時利用できないことがある。また時間も制約される」、「バスの時間で訪問が制約される」等である。そのため「時間節約のため私用車を使うこともある」。但し、事故発生時の保障等が問題になるため、私用車を認めていないところもある。なお、私用車を使う場合でも、私用車を公用車として当局に申請し、走行距離数により経費を支給する等の配慮をしているところもある。

9 精神科訪問看護・指導料の請求状況と問題点

昭和61年3月、社会保険診療報酬に精神科訪問看護・指導料が新設され、4月より施行されている。その規定は、「入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等に対して当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健婦、看護婦等を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週1回を限度として算定する」となっている。

精神科以外の訪問看護としては、老人特掲診療料の中に退院患者継続看護・指導料が点数化されている。この場合は、「保険医療機関を退院した患者」、「退院後6ヵ月まで」という制約があり、入院患者の退院（在宅療養への移行）促進という意図を読みとることができる。これに対し精神科の場合は「退院患

表11 病院から患者宅までの交通時間

交通時間	最 長		最 短		平 均	
	施設数	%	施設数	%	施設数	%
2分	0	0.0	2	3.8	0	0.0
5	0	0.0	11	20.8	1	1.9
5~10	0	0.0	1	1.9	0	0.0
10	0	0.0	16	30.1	1	1.9
12~20	0	0.0	7	13.2	2	3.8
20	2	3.8	5	9.4	6	11.3
20~30	2	3.8	0	0.0	3	5.7
30	4	7.5	8	15.1	12	22.6
30分~1時間	4	7.5	0	0.0	6	11.3
1	15	28.3	0	0.0	7	13.2
1.5	7	13.2	0	0.0	1	1.9
2	11	20.8	0	0.0	0	0.0
3	4	7.5	0	0.0	1	1.9
5~8	2	3.8	0	0.0	0	0.0
無回答	2	3.8	3	5.7	13	24.5
計	53	100.0	53	100.0	53	100.0
平 均	2時間32分		31分		39分	

者」という制約はない。即ち、入院経験や入院の時期に関係なく、在宅患者を対象としている。しかも訪問期間にも制約はない。それは、退院促進のみならず、入院、再入院の防止、社会適応力の維持・向上ということを意図しているためと思われる。しかし現実には、実際に行われた訪問のすべてが保険請求されている訳ではない。保険の対象外であったり、その他の理由で請求されなかった訪問もある。

訪問看護の実施と保険請求の状況は、〈表11〉のとおりである。

訪問看護を実施していると回答した53施設

中、調査時である昭和61年7月に訪問を行ったのは47、また施設調査時の前月（6月）に保険請求したのは27施設であった。保険請求件数について無回答であった1施設を除く26施設分の総請求件数は484件、1施設平均18.6件、金額にして37,200円である。但し、施設間の請求件数格差は大きく、1~101件という開きがある〈表12〉。

実際に実施した訪問と保険請求の件数を比較すると（1か月のすれがあるので正確な比較はできないが）、次のことがいえる。まづ、退院・通院患者対象の訪問は、保険請求をし

表12 訪問看護の実施と保険請求

	実施施設数	訪問件数	
61年 7月の訪問	47	754	
(再) {	退院・通院患者対象の訪問	41	625
	入院患者の家庭訪問 (保険対象外)	24	118
	その他の訪問 (保険対象外)	2	11
61年 6月の保険請求	27	484	

た26病院についてのみいえば、実施した訪問のほゞ9割を保険請求している。しかし実施しているのに全く保険請求していない病院が14ある。その理由としては、「件数が少ない」、「院内でフォーマルに認められた訪問ではない」、「訪問をしていても保険の対象外、あるいは保険請求しにくいケースが多い」等が考えられる。

なお、入院中の患者の家庭訪問は明らかに保険の対象外であるが、在宅の患者であっても、週1回以上の訪問、ソーシャルワーカーなど看護職以外の職種の訪問は保険の対象になっていない。また「医療にのらない患者の訪問が多く、従って本人の望まぬ訪問の傾向が強くなるため、診療報酬の請求がしにくい」ことを問題にしている施設もある（保険請求できる要件として「患者又はその家族の了解を得て」という規定がある）。

保険の対象外の訪問や保険の対象であっても請求されなかった訪問を含め、実施された訪問全体に対する保険請求された訪問の割合は64%である〈表13〉。

訪問看護・指導料に関して自由記述の回答の中で次のような問題が指摘されている。

- 1 交通費が考慮されていない
- 2 距離の遠近や患者宅で費す時間に関係なく一律料金である

表13 訪問看護・指導料 (6月分) の請求件数

請求件数	施設数
1～ 2件	5
3～ 5	4
6～ 10	4
11～ 15	1
16～ 20	5
21～ 25	2
26～ 30	1
31～ 101	4
無回答	1
計	27

- 3 200点は過少評価である
 - 4 実際に訪問しても、保険対象外のものが多い
 - 5 保険の自己負担分の請求がしにくい (貧しい家庭が多い。今まで無料で実施してきたので、自己負担分の徴収について仲々納得してもらえない)
- 5は、老人特掲診療料の中に位置づいてる

退院患者継続看護・指導料の場合とは異なり、精神科訪問看護・指導料はその都度1～3割の自己負担があることから、その請求が問題となっている。またこれに関連し、「請求・徴収を訪問する人にさせるのは問題」と指摘する回答もあった。

10 訪問看護の財源

精神科の場合、対象者が貧しい場合が多く、患者負担の訪問看護は困難と思われる。また病院の職員が行う訪問看護に、県などから公費が支出されている例は少なく、従って、訪問看護の財源として、精神科訪問看護・指導料の点数化は重要な意味をもっている。

しかし先にみた様に、そこからの収入は極めて少なく、訪問看護は病院にとって赤字部門といえる。そのため人件費の確保がむずかしく、ほとんどの病院で忙しい院内業務のかたわら訪問を行っていること、十分な交通費が予算化できないために活動に支障をきたしていることは、先にみたとおりである。

最後に自由記述の回答の中から生の声を紹介しよう。「訪問のほとんどが保険の対象外である。月2,000円の看護料でも集金し難く、減免制などを設けて活動しているが、活動の割に収入がない。活動を拡げれば赤字が大きくなる。現在は収入を無視した活動をさせてもらっているが、いつまでこのまゝで行えるものか……」。

Ⅲ デイケア

精神科デイケアとは

精神科デイケアは社会復帰の回復途上にある精神障害者に対して、精神科医の指示及び十分な指導監督のもとに、作業療法士、ソーシャル・ワーカー、臨床心理技術者、看護婦（士）等が医療チームを作り、昼間の一定時間生活指導及び作業指導を行い、円滑な社会復帰ができるよう援助することを目的としている。

1 実施施設数

厚生省のデイケア実施状況資料によると、昭和61年6月30日現在で79施設（病床無しを通所施設を含む）が厚生省のデイケア設置基準を満たして、デイケア料金の保険請求を行っている。

また、デイケア設置基準は満たしていないがデイケアを実施している病院や保健所のデイケアを利用している病院もあることから、一口にデイケアと言ってもその実態は様々である。今回の調査で把握されたデイケア実施状況でも、デイケア保険請求を行わずに実施している病院や、保健所を利用している病院もあり、デイケア活動の多様さが伺われる

〈表14〉。

表14 デイケア実施施設数

実 施 状 況		施設数
実施している	保険請求できる 基準あり	36
	保険請求できる 基準なし	31
将来実施予定あり		17
(再)	保健所のデイケアを利用	(8)
	その他のデイケアを利用	(1)
実施予定なし		12
(再)	保健所のデイケアを利用	(1)
無回答		4
計		100

2 開始年

我が国における精神科デイケアの普及は、昭和37年に国立精神衛生研究所で研究が始められ、その後パイロット事業として各地の精神衛生センターで普及していった。病院においては、昭和49年に社会保険診療報酬に「精神科デイケア料」が新設されたことから、昭和50年以降、デイケア開始病院が増加した。また、デイケアは治療対象が幅広く、通院治療よりも積極的できめ細やかな治療ができることも、デイケア普及の大きな要因であると思われる。

今回の調査では、デイケア開始年は〈表15〉のとおりであった。

表15 デイケア開始年

開始年	施設数
昭和35年～39年	1
40～44	3
45～49	4
50～54	12
55～59	35
60～61	10
無回答	2
計	67*

注：* 保険請求できる基準を満たしている施設と基準を満たしていない施設の合計

3 活動日数と参加人員

デイケア活動日数、参加人数共に、保険請求できる基準を満たしてデイケアを実施している病院の方が、保険請求できる基準を満たさずにデイケアを実施している病院に比べて多い。

デイケア活動日数をみると、保険請求できる病院の週活動日数は4日と5日に集中しているが、保険請求していない病院では週活動日数にバラつきがみられる〈表16〉。保険請求できる病院においてはデイケア活動を定期的に行っているが、保険請求していない病院はそれぞれの病院の状況に見合った活動をしているからであろう。デイケア参加人数をみると、保険請求している病院では15人から19人の参加者が最も多く、月平均21人となっている。また保険請求していない病院は、参加人数の多い病院もあるが、保険請求していない病院に比べて小規模なデイケアを運営しているといえよう〈表16, 17〉。

表16 デイケア活動日数（7月分）

活動日数	保険請求できる施設	保険請求できない施設
月 半 日	0	1
週 1 日	0	6
2	0	3
3	3	5
4	10	5
5	18	4
6	5	4
7	0	1
不規則	0	1
無回答	0	1
計	36	31
週平均	4.6日	3.5日

表17 デイケア参加人数（7月分）

参加人数	保険請求できる施設	保険請求できない施設
0 ～ 4人	2	7
5 ～ 9	4	5
10 ～ 14	2	7
15 ～ 19	11	5
20 ～ 24	5	3
25 ～ 29	4	1
30 ～ 34	2	0
35 ～ 39	3	3
40 ～ 44	2	0
45 ～ 49	1	0
計	36	31

保険請求できる施設：
参加人数総数 766人
一施設平均 21人

保険請求できない病院：
参加人数総数 415人
一施設平均 14人

4 看護の役割

デイケア活動で担う看護の役割は「日常生活の指導援助」、「家庭環境調整」等、寛解状態を維持するための社会的側面での援助である。そして「悩みのごとの相談・解決」「服薬確認・指導」等、個人の精神・身体面への援助や「状態観察（医師への情報提供）」「他職種との連携をはかる」等デイケア実施上の包括的役割も担っている施設がある（表18）。

表18 デイケアで担う看護の役割

（自由記述・複数回答）

看護の役割	回答数
日常生活の指導援助	24
状態観察（医師への情報提供）	19
家庭環境の調整・家庭訪問	10
悩みごとの相談・解決	8
健康管理	8
服薬確認・指導	7
デイケアの運営	6
他職種との連携をはかる	5

5 デイケアプログラムの内容

デイケアプログラムの内容は、それぞれの病院によって様々である。そこでどのようなプログラムでデイケアを行っているかを問うた結果、下記のような回答が得られた。

室内活動は、趣味娯楽的なもの、教養的なもの、社会生活に必要な実技を身につけるためのもの、多少の収入に結びつくものなど多様である。項目別には絵画、カラオケ、手芸等は多くの施設で見受けられるが、機織りや

ワープロ等は珍しい。運動は球技を中心に様々な種類の活動が行われている。

プログラムの内容

<p>〔教養、娯楽、室内作業〕 書道、ペン習字、絵画、書道、茶の湯 囲碁、将棋 民謡、詩吟、コーラス、カラオケ 陶芸、七宝焼、木工、木彫、剝製 ペーパーフラワー作り、紙細工 籐細工、革細工、和紙人形作り、ちぎり絵 貼り絵 機織り、紬織り、和裁、洋裁、あみもの マクラメ 人形劇、映画、英会話、読書 調理実習、お菓子づくり タイプ、ワープロ 内職（ビーズ通し、袋貼り）</p>	<p>〔運動〕 エアロビクス、ヨガ、ラジオ体操、卓球 テニス、バスケットボール、バレーボール、ソフトボール、キャッチボール ボーリング、クロッケー、ストレッチ作業、ジャズダンス、ゲートボール ダンス 海水浴、農耕作業</p> <p>〔その他〕 話し合い、個人面談、集団討議 家族会、ソシオドラマ</p>
--	--

6 実施上の問題点

デイケア実施上の切実な問題としては、「敷地の確保と施設の整備」、「スタッフ人数不足」というデイケア設置基準を満たすための問題が最も多い。また「予算不足」、「赤字経営」、「デイケアに対する無理解」、「職員の労働負担」等、院内の問題や「通所患者の交通費」、「デイケアを終了しても次のステップがない」等、患者にとっての厳しい状況がある。また、「個別の援助」、「効果的なプログラムの作成」の難しさ等スタッフ側の課題も指摘されている〈表19〉。

表19 デイケア実施上の問題点
(自由記述・複数回答)

問 題 点	回答数
敷地の確保と施設の整備	15
スタッフ人数不足	14
予算不足	10
収益につながらない、赤字経営	5
デイケアに対する無理解	1
職員の労働負担	2
通所患者の交通費	7
デイケア終了後のステップがない	8
個別の援助	8
効果的なプログラムの作成	9

7 保険請求で困る点

デイケアの保険請求をするには、厚生省のデイケア設置基準を満たしていなければならない事というまでもない。しかし今回の調査対象は、デイケア設置基準をとらずにデイケアを行っている施設も含まれているので、それぞれの立場で困っている点をあげてみたい。

デイケア設置基準を満たしている施設では、「半日（3時間）単位で保険請求できないのは不合理」という回答がある。これは朝通所してきて、正午で帰ると保険請求できないという事である。デイケア通所者の中には、一日の活動全てに参加せず、途中で帰ってしまったり、遅刻してくる場合もある。このような時に現在の保険請求の制度には問題がある

といえよう。

また、デイケア基準を満たしていない施設では、実質的なデイケア活動を行っていても、「PT、OPが一人もいない」等マンパワー不足や、デイケア施設の敷地面積が狭いためデイケア施設基準がとれず、保険請求ができずに困っているという回答が多い。また逆に「デイケアは病院のサービスとして行っていたため、保険請求で患者負担が生ずることに抵抗がある」と回答している病院もある。いずれにせよデイケア設置基準が厳しく、その割に診療報酬が低いため、「今のデイケア料では専任スタッフ、講師の人件費はまかなえない」という回答にみられるように、積極的に設置基準をとる方向に向かわないのではないかと思われる。

Ⅳ ナイトホスピタル

ナイトホスピタルとは、退院は難しいが、ある程度の社会生活能力を持った患者が、昼間職親のいる職場へ病院から通勤、あるいは通学し、夜間病院に泊まるという、社会復帰を目的とした治療の一形態である。

1 実施施設数

ナイトホスピタルを実施していると回答した病院は25施設である。その中で夜間作業療法士がついて院内作業を行い保険請求をしている病院が2カ所、昭和61年に保険診療報酬に新設されたナイトケア請求を8月から保険請求している病院が1カ所みられた。その他の22施設は、患者が夜間病院に泊り、昼間院

外で働く外勤作業療法を行っている。また、「いつでも実施可能」の6施設は、調査実施月は実施していないが、対象となる患者がいればいつでも実施あるいは再開する準備ができていた病院である〈表20〉。

表20 ナイトホスピタル実施状況

実施状況	施設数
実施している	25
いつでも実施可能	6
将来実施予定あり	12
実施予定ない	35
無回答	22
計	100

2 開始年

ナイトホスピタル開始年は、昭和35年頃からデイケア保険診療報酬新設となった49年までにその多くが開設されている〈表21〉。

しかしナイトホスピタルの治療上の意義が曖昧なこと、財政的裏付けがないこと等、開設当初からいくつもの問題を内包していたが、当時特に社会復帰に向けての活動が無かったことや、病院の開放化等とあいまって、高度経済成長の時期には全国的に拡がりを見せた。

しかし仕事を委託する職親が経済状況に影響されや易い中小の工場であったため、オイルショック以後職親が少なくなってきたことや、外勤作業をする患者が労働者なのか患者なのかという法律問題、患者の報酬の取り扱いの問題、労働事故災害の保障問題などが生じ、また、就職しても増悪入院を繰り返すなど、ナイトホスピタルだけではどうにもならないような患者が現われたこと等から、ナイトホスピタルが担っていた役割はデイケアや共同作業所に移っていったものと思われる。

表21 ナイトホスピタル開始年

開始年	施設数
昭和35 ~ 39年	6
40 ~ 44	8
45 ~ 49	3
50 ~ 54	2
55 ~ 59	4
60 ~ 61	2
計	25

3 目的と対象者及び勤務先の受け入れ状況

ナイトホスピタルを行う目的について自由に回答してもらったところ、〈表22〉のとおりであった。

りであった。

対象としては「外で働く力のある人」、「社会・家庭に復帰する前の患者」等、社会復帰を前提とした患者を対象としているという回答が多い。しかし中には「家庭の信頼を得たい」ために外勤しようとする人、就労できても「家族の受け入れのない患者」、あるいは「日中就学している」けれども治療の継続及び夜間の保護を必要とする患者も対象となっている。

患者の受け入れについては患者を車で送迎してくれる程協力的な職場もあるが、受け入れ先も限られている事などから、病院側は勤務先に対して細心の注意を払わねばならない状況にある〈表22〉。

表22 ナイトホスピタルの目的と対象者及び患者の受け入れ状況(自由記述・複数回答)

目的・対象者・受け入れ状況	回答数
[目的]	
社会復帰準備	12
就労援助	4
社会生活能力を高める	5
日中受診しにくい人のケア	1
[対象患者]	
外で働く力のある人	3
社会・家庭に復帰する前の患者	3
精神症状が安定し、日常生活が自ら行える人	2
家族の受け入れのない患者	1
自立できない状態の患者	2
家族の信頼を得たい人	1
日中就学している人	2
[患者の受け入れ状況]	
医師が職場の上司に説明するので受け入れが協力的	1
細かな心配りをするこ	

て円滑に受け入れられる。受け入れ先（工場，個人，農家，商店，事業所）が車で送迎してくれる	2
入院中は協力的であるが退院後の受け入れは悪い	1
受け入れ先はごく限られている	1
社会情勢により受け入れの変動がある	1

4 看護の役割

ナイトホスピタルで担う看護の役割は「相談・援助」，「通勤者の健康管理と生活上の指導助言」，「勝手に休まないように励ます」等，就労援助の役割である。また「関係者への連絡調整」，「情報収集」等，患者の周辺で何か変化が起きた時の連絡役割。そして「社会性を身につけさせる」，「小遣いの保管」，「服装の点検」等，社会生活を営む上での常識を患者に再認識させる役割を担っている〈表23〉。

ナイトホスピタルで患者の様子を観察・援助できるのは，患者が外勤作業に出る前のわずかな時間と帰院後であり，その間の細かな観察による親身な対応・助言が看護の担う役割となっているといえよう。

表23 ナイトホスピタルで担う看護の役割
(自由記述・複数回答)

看護の役割	回答数
相談・援助	10
関係者への連絡調整	7
通勤者の健康管理と生活上の指導助言	7
病棟観察で服装指導・生活のリ	

ズムを調整する	5
社会性を身につけさせる	4
情報収集	2
小遣いの支出保管	2
勝手に休まないように励ます	1
服装の点検	1

5 実施上の問題点

ナイトホスピタルを続ける上で切実な問題として，まず，「職場の開拓が困難」になってきたことがあげられる。また，ナイトホスピタルは社会復帰の一過程として位置づくものであったにもかかわらず，患者が「病院に依存」してしまう，あるいは「家族が受け入れられない」等，患者が病院から職場に通うという形で定着し，退院しないことが問題になっている。このことに関連して，病院にナイトホスピタルの指導者がおらず，外勤が「労働なのか治療なのか曖昧」だという指摘もある。これらは，社会復帰活動としてのナイトホスピタルをすすめる上での大きなマイナスポイントであり，今のような運営方法では今後おおきな進展は望めないと思われる。

表24 ナイトホスピタル実施上の問題点
(自由記述・複数回答)

問題点	回答数
[職場の問題]	
職場（職親）の開拓が困難	7
職場の受け入れが困難	3
報酬が低い	1
障害者への偏見・無理解	1
[家族・患者の問題]	
病院への依存	5

家族の受け入れがわるい	3	か治療なのか曖昧	4
ナイトホスピタルに参加する患者が少ない	1	入院患者と生活のズレがある	3
入院を隠すことによる問題	1	作業所への訪問がシステム化で	
家族が患者の金をあてにする	1	きない	1
[病院の問題]		財源不足	1
夜間看護職員不足	4	[通勤の問題]	
指導者・方法の問題, 労働なの		通勤時の交通事故の責任	3
		交通が不便な土地に病院がある	1

V 共同住居

1 共同住居の機能

共同住居を直接あるいは利用している施設は20である。その機能についての自由回答をみると「中間施設」というのが最も多い。これは退院して様々な事情で直接帰宅する事が困難な患者がとりあえず生活する場所という意味でいっているものと思われる。次いで「退院後の住居」であるが、これは帰宅する家や肉親がいない患者が対象になっていると思われる。その他、「患者の自発的行動を促す」等、退院患者の社会参加のための機能を認めている〈表25〉。

表25 共同住居の機能
(自由記述・複数回答)

機能	回答数
中間施設の役割機能がある	12
退院後の住居	7
患者の自発的行動を促す	3
再入院予防	2
作業所	2

共同住居の実例

- ・共同住居。アパートを借りて働きながら3名一部屋で生活。10世帯28人入居。訪問看護が行われている。
- ・社会復帰センター（共同住居）。社会適応のための日常生活指導をする。
- ・作業棟，農場付中間施設。入居者が自主運営する。定員15名現在10名入居。
- ・中間施設。期限2年。定員12名。
- ・中間施設。病院敷地内にあるが、あくまでも退院者専用。定員10名。
- ・共同住居。生活訓練，社会参加，就労援助等のはたらきかけをする。3名で1部屋で20人の入居。
- ・民間運営宿泊施設。食事，風呂が提供される。退院患者（長期入院が中心）10人が入居。看護婦が週1回病院より訪問。
- ・共同住居。旧看護婦寮を利用。個室で4人入居可。
- ・共同住居。トイレ，台所付2部屋のアパートが2軒。1戸建1軒。1件2～4人入居。

看護婦が月1回の懇談会に参加して入居者との交流を深める。

2 看護の役割

共同住居で担う看護の役割として最も多い回答は、「定期訪問して生活指導する」訪問看護の役割である。その他、患者の自立を援助することを目的とした役割が揚げられている。「看護とは直接関係ない」と答えている施設もある〈表26〉。

表26 共同住居で担う看護の役割
(自由記述・複数回答)

看護の役割	回答数
定期訪問して生活指導する	11
相談相手	3
健康管理	2
社会とのパイプ役	2
医療の継続と諸問題の援助	2
患者とのコミュニケーションを 発展	3
看護とは直接関係ない	1

VI 精神衛生活動を行う上での意見

精神衛生活動を行う上で、障害になっている点や、近年様々な動向についての意見を自由に記載してもらった。意見は国の制度や施策に対する要望が多いが、そのほか地域社会の無理解及び精神障害者に対する偏見を是正するための教育に関することや、保健所や精神衛生センターの活動に関すること、マスコ

ミの報道の仕方の問題等、多岐にわたっている。

日々病院で精神障害者の医療・看護にあたっている立場からの切実な訴えを広く知ってもらうため、以下に調査票に記載されている声をそのまま紹介することとする（意見の前に付した1つの番号が1つの施設をさす）。

- 1
 - 公的中间施設の設立により退院促進が可能になる様に希望している。
 - 精神科重症看護料を設定してもらいたい。ことに老人痴呆の看護の実態を認めてもらいたい。
- 2
 - 入院患者が活用出来る作業所があれば良い。
 - 精神疾患の中には殆ど一生の間治療を要するものもある。人生をどう生きるかは本人が決定するのが良く、あまり深く立ち入りその人の人生を左右すべきものではないと思う。基本的には本人・家族に役割を担わせ、社会資源の活用等アドバイスをして行く程度が良いと思う。ただ治療が中断しない様なシステムが必要だと思う。
- 3
 - 治療しながら社会復帰させる事は仲々大変な事だと思う。現実には偏見と差別もあり、又不祥事件を起こした病院もあるが、常に良心的な看護に専念、使命を果たすべく努力をしている。

- 4 ◦ 患者の人権問題を念頭においたケアをしていない一部の施設で不祥事があり，報道され方に依っては不本意である。
- 5 ◦ 精神疾患々者の受け入れにどこの場においても不安，無理解があるために，退院就職等が困難である。受け入れの出来る施設，理解が欲しいと思う事だけである。
- 6 ◦ 近年長期通院医療を受ける患者が非常に多い。退院直後はまじめに通院しているが，次第に通院しなくなり再発のおそれのある患者も出て来る。せめて6ヶ月～1年は訪問看護を実施し，その後地域保健所等にバトンタッチすると云う様な連携がうまく行くと，患者も安心して社会資源を活用したり，治療を受ける事に抵抗を示さなくなる様に思う。
- 7 ◦ 地域社会に精神障害者に対する偏見と妨害がある。また親・配偶者の死亡・離婚などで受け入れ家族がなくなってしまう患者が多い。
 - 保健所に訪問看護を依頼するが殆どの場合報告がなく，保健婦も精神科は苦手との事。訪問看護（指導）をする為には患者入院中に接触をもって欲しい。それに依って退院後の指導もスムーズに出来ると思う。
- 8 ◦ 公的病院が指導的役割を取らず，私立病院に責任を転嫁している。
 - 社会復帰に対する国の援助が必要である。
 - 保健所，精神衛生センターのスタッフの充実を期待する。
- 9 ◦ 地域的に見て偏見や誤解があり，地域で活躍している精神衛生センター，保健所職員のより以上の積極性を期待している。
- 10 ◦ ソーシャルワーカーの法的地位の確立を早くして欲しい。
 - 保健所の業務が多くて精神のケースに充分に関われない。保健所単位ぐらいに精神衛生センターのようなものが欲しい。
- 11 ◦ 精神衛生活動に経験のない新卒者では対応しにくい。特に精神衛生相談員の資格等については精神科看護経験者を登用するべきであろう。その方法として推薦或いは試験・面接等により資格を与えるのが望ましい。
 - 保健所に於ける業務の見直しが必要。現状の3歳児検診等は保健所でなくても良いのではないか。能力を精神衛生の方に注ぎ病院の連絡，病院の監査等をもう少ししっかりすべきであろう。
- 12 ◦ 精神障害者に対する偏見，無理解に対する啓蒙が必要。
- 13 ◦ 医療は元来利潤追求の業種にしてはならないと思う。この点日本の個人病院は利潤追求が多く，特に精神病院等では良心的に患者の人権や心身の健康を援助し，個々の患者の生涯を思んばかって医療を推進している施設が少ない事は非常に残念である。このことは家族と社会にも責任があると思う（医療は医師が主体と錯覚）。
- 14 ◦ 種々の理由から家族が患者を遠ざけようとするケースは多く，これは患者の治療効果を下げる結果となっている。
 - 精神科医療問題で一部突出した現象は社会に報道されるが，それは部分的なもの又は1つの側面であり，治療傾向及びその成果の全体的な現状が一般社会にPRされない

ので、社会の理解や支援体制が求めにくい様に思われる。

- 15 ◦ 厚生省は昨年6月頃より入院患者の通信、面会に関するガイドラインを発表。それを受けて当院も検討を重ね、病棟に公衆電話の設置を行った。その後矢継早に精神障害者に対する地域の受皿作りまで（入院から地域医療への転換）打ち出している。構想としては非常に歓迎するところであるが私立病院が80%を占める我国に於いては「絵に書いた餅」にならなければ良いかと懸念される。入院患者は減少したが、いずれかの施設に入っていると云う欧米の現象はさけられるようにしてもらいたい。
- 16 ◦ 青森県に精神衛生センターがない事は地域の精神障害者家族にとっても、医療従事者にとってもマイナス面が大きい。地域の精神病院（単科・個人病院も含む）の相互の交流が少なく、情報交換の場がない。私達自身の中に閉鎖的考えがあるかも知れずと反省をしながら、一步でも地域精神医療の充実を計る為に、他病院の看護者、福祉関係、保健所の方々とともに学ぶ場、意見交換する場を作り育てたいと思う。
- 17 ◦ 保健所と病院職員との連携を充実させる必要がある。
 - 地域のデイケア施設、共同作業所等の増設と整備及び職業訓練中の生活の保障等が望まれる。
- 18 ◦ 精神医学の発達に伴い入院の期間も短縮され、外来で治療できる患者が増加しつつあるが、病気に対する知識の欠如から服薬を中断したり、家族、職場、地域社会の眼が彼等にはきびしく再発するケースが多いのが現状である。又精神病患者に対する偏見はまだ根強いものがあり、今すぐ退院できる患者が社会の受入れ体制がない為、社会復帰出来ないで長期入院しているのも現状である。そう言う意味からも訪問看護、デイケア活動の充実、患者やその家族が安心して生活出来る共同住宅、中間施設の必要性を痛感している。しかしそれにかかわるスタッフの問題、経済的な裏付け等、種々な問題があるのも現実です。
- 19 ◦ 医療費の抑制策と患者の人権問題をからませて安易に地域医療、訪問看護へと動いている様に思う。当院はS40年来病院を中心に3ヶ所の外来診療所、中間施設を設置し地域医療を実践しているが、その中で看護がどれ程機能しているかと云うと残念ながら非常に少ない。現場教育の中で主体性のある活動の出来る看護者の育成を日頃考えているが、この問題は一施設内の問題ではなく、看護教育全体を含めて考えて行く必要があり、それではなければ方向性は示されても現状は変わって行かないだろう。看護活動に対する妥当な経済的な裏付けが必要なことは云うまでもない。
- 20 ◦ 中間施設の拡充を望む。
 - 退院しても勤労意欲もなく、生活保護でブラブラしている人達をどの様に地域が受けとめれば良いか。又その人達の責任は誰が取るか。家族から離れ単身生活者の場合が多いが、市町村のケースワーカーも充分情報を得られない事の方が多い。どう処理すれば良いか。
- 21 ◦ 精神衛生センターが、地区のリーダーとして連絡、調整の役を果して欲しい。
- 22 ◦ 精神障害者の人権を守る運動がもっと活発でなければ、障害者は生きていけない。

- 公的機関の従事者の動きを積極的に。国の援助も具体的なものが欲しい。
- 一般への精神衛生活動，病者の地域受け入れ，住居，仕事，その他積極的援助を望む。
- 23 ○ 行政の行う精神衛生活動は内容が貧弱である。充実した活動を実施しようとするならば病院内から実施する必要があると考える。又精神障害者福祉の制度が無きに等しい状況下での活動には限界がある。それを自覚出来ないで活動を展開する事は危険を伴うことになると思う。
- 24 ○ 精神障害者の高齢化を考えた場合，家族制度が崩壊する中で，自助努力を期待したり資源を本人が自力で蓄積する事は困難である。再発防止の長期服薬や社会的活動の低さの為か，精神障害者の精神的・肉体的低下が見られ，一般の高齢化より早い様に思う。在院患者のみならず，外来通院患者も50歳台が多くなりつつある事を思うと社会の制度として，根本的に整備すべき時期と考える。
- 25 ○ 精神科看護にもっと看護加算が欲しい。例えば重症加算とか，レクリエーション加算など。
- 26 ○ 地域精神衛生活動を推進して行く上で，精神衛生相談員が設置されたことで窓口の一本化が出来，活動し易くなった。
- 社会資源の最大限の活用と地道で根気強い活動の継続（ネットワーク作り，関係者間との連絡会等）が必要。
- 27 ○ 昭和60年9月に精神科の特2が承認されたが，病棟が昼夜常時開放のため，離院，自殺企画者の対応困難な時もあり，特2以上の基準看護が必要と思われる。入院患者，退院患者の訪問看護について，今後促進へ向けて努力して行きたいと思う。
- 28 ○ 精神病者が起こした事故や事件に対してセンセーショナルな報道が多い様に思う。以前に比べて地域の差別は少しずつ解消されつつあるが，もう少し公平な報道を願いたい。
- 29 ○ 3年以上も入院経過すると，医療側も患者側も治療や社会復帰に消極的となるので困っている。
- 外勤者の受入れ企業が少なくて困っている。
- ボーダーラインの患者の入院があり，病棟のケアも複雑化して来ている。
- 30 ○ 保健所の機能をどうするか，人的パワー不足を切実に感ずる。回復者，回復途上にある人が利用できる人と場をどう確保していくかが大きな課題。
- 31 ○ 基本的に病院が変わらなければ，いくら社会の受皿作りに精を出しても活用しきれないと思う。病院のあり方と切り離れたところで，いくら活発に地域活動（精神衛生活動）をしても効果を期待できない。病院と地域，治療と精神衛生両方を意識したところのバランスの取れたものでなければならないと思う。
- 32 ○ 病院中心から地域中心に改める様抜本的改正を望む。
 1. 外来診療報酬のアップ，公費負担
 2. 各種施設制度の充実（共同住居，作業所等）
 3. 専門スタッフの充実

4. 病院側の援助と地域側の援助の役割を整理する必要がある。

- 33 ◦ 病院内の看護業務が多忙で手が地域精神衛生活動までまわらないのが実情。
- 34 ◦ 精神科病棟（病院）を開放化して行く努力を医療側が更に進めねばならない。この努力の中でおのずと患者の自由と人権の保障が確立されるであろう。その結果社会側も偏見と差別に気づき改変されるのではないか。
- ディケア活動、共同作業所の開設が促進される為には、経済的な裏づけがなくてはならず、厚生省として体系化、点数化の努力が必要であろう。
 - 保健所だけでなく、市町村にも精神衛生活動の担当を義務化させる必要がある（厚生省の努力が待たれる）。
 - P S Wの法制化（資格法定化）とP S Wの行う活動への点数請求可能の道を実現させないと、社会復帰活動の進展が望めない。
- 35 ◦ 精神衛生相談員と病院側との連携をどうすれば良いかが当県では大切な問題である。
- 36 ◦ 各地の精神衛生協会、精神衛生センター、そして家族会などが活動しているが、その活動の影響は患者、家族、そして精神障害者の関係者に限られている様に思われる。これは治療（社会復帰も含め）的に意味はあるにしても予防にはつながらない。やはり小学校の教育活動から始める事に依って、全国的、全国民的な広がり期待出来ると思う。
- 37 ◦ 長期の療養となるこの疾患に対して、治療費の公的援助をもっと広げる必要がある。
- 社会生活上ハンディキャップをもつ患者に生活面での公的な援助が望まれる。
 - 就労について、抜本的に対策を立てる必要がある。
 - 地域ぐるみで患者を受け入れ、そのことから地域の啓蒙が計られるべきである。
- 38 ◦ 要員（看護婦、保健婦）の配慮をお願いしたい。
- 中間施設的な役割を地方自治や国へゆだね、家族の負担を軽減する必要がある。
- 39 ◦ 退院の患者にとって誰が地域の中で援助して行くのが最良か、保健所の保健婦だけでなく、病院も担って行きたい。
- 訪問看護の必要は明らかである。点数化になったとは云え、全く枠が狭く現在は報酬につながらない活動をしている現状である。診療報酬の引き上げが必要ではないだろうか。
 - 精神障害者の社会復帰問題は地域ぐるみの活動が必要と思うが、ショッキングなニュースを通しての誤解が強く、なかなか困難に思う。
- 40 ◦ 入院が長期になった患者では、地域の受け入れも思う様に行かぬことが多い。地域の受け入れ及び社会復帰のステップとして、中間施設が是非必要と考える。
- 精神を病む人への正しい理解はとくに必要。中学、高校生に偏見差別をさせぬよう教育し啓蒙されたい。マスコミの報道に特別視しないような配慮が望まれる。
 - 精神科看護の領域に若い看護婦が誇りを持って働いてゆける体制づくりが求められる。
- 41 ◦ 現行の精神衛生法には制度上の限界があり、特に地域のプライマリケアの中心保健所と福祉事務所との連携や市町村での認識の格差や、社会資源の活用が困難でさらに

- 障害者の人々の受皿としての共同生活や、就労、職業指導に困難を感じている。
- 42 ◦ 地域医療、精神保健と提唱されるものは良いものではあるが、実際には地域での受け入れ体制、施設や保健体制が一環した形で整えられず、単なる財政上の医療費削減に終始している点に疑問を感じざるを得ない。
 - 43 ◦ 最近是一般病棟でも精神疾患と思われる患者が増えつつあるので、次のことが望まれる（予算を伴うことなので簡単にはいかないと思うが）。
 - 1. 一般病棟でもカウンセラーの配置を（看護婦の定員外での）
 - 2. 看護婦にカウンセリングの時間的余裕を
 - 3. 精神疾患の予防面に力を入れる
 - 44 ◦ 共同住居や宿泊施設に力を入れる事も大切ですが、退院、社会的自立を考えた場合はもっと充実した職親制度の早期確立をめざした方が患者にとっては社会的にも経済的にも良いのではないか。
 - 45 ◦ 地域とのかかわりが求められる中で、もっと保健所、精神衛生センター、特に保健婦（退院後の患者担当）との連携交流が望まれる。
 - 46 ◦ 隔離の状況から一日も早く脱し、開放的治療へ向けての積極的姿勢は必要。一方重症な身体的合併症をもつ患者の増加への対応を考えると、看護に求められる医療水準の向上と訪問看護体制確立（システム化、予算化）の実現を期待したい。
 - 47 ◦ 地域住民についてのアンケートによる意識調査をおこなったが、その中で老人問題について関心が多くあった（気軽に相談にのってもらいたい、ショートステイへの痴呆老人の受け入れ等）。

社会復帰に向けての看護活動実施状況調査

—ごあいさつとお願い—

病院長殿

1986年7月

社団法人 日本看護協会

このたび、日本看護協会では精神病院・精神科病床を持つ病院を対象に現在行っている社会復帰に向けての看護活動についての実状を把握するための調査を行なう事になりました。この調査の目的は、精神衛生法の改正や訪問看護指導料金の保険点数の問題等、今後の精神科看護活動の枠の拡大を求めるための資料とすることにあります。調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきたくお願い申し上げます。尚、この調査は個々の病院の状況を問題にすることはありませんことを申し添えます。調査票の記入は総務長にお願いしたいと存じます。

調査票の記入について

今回の調査では、訪問看護・デイケア・ナイトホスピタル・宿泊施設・作業所・農園芸等の活動についてお伺いいたしますが、当該している項目についてのみお答え下さい。全体的な問題についてお聞きする項目もありますので、最後までお目通し下さいますようお願い申し上げます。また、今回の調査はこれから芽生えようとしている地域への多様な活動の拡がりを、自由記述のなかから具体的に捉えることに重きを置いておりますので、あるがままの状況をご自由に書きやすい方法でご記入下さい。また、質問に関連した資料があれば、添付していただければ幸いです。

お忙しいとは存じますが、8月末日迄にご返送下さいますようお願い申し上げます。

照会先 日本看護協会調査研究室
〒150 東京都渋谷区神宮前5-8-2
☎ 03 (400) (8331) 内線 (231)

【最初に病院全体のことについておたずねします】

設置主体及び病院名 _____

住所 _____

電話番号 _____

【該当する選択肢には○をつけて下さい。〔 〕の中はできるだけ具体的に記入して下さい。
（ ）の中は数字を記入して下さい。特におことわりのない限り、昭和61年7月現在の状況について記入して下さい】

F 1 許可病床数（ ）床 うち精神科病床（ ）床

F 2 基準看護（精神科病床） 1. 特2類（2.5：1） 2. 特1類（3：1）
3. 1類（4：1） 4. 2類（5：1） 5. 3類（6：1）
6. 基準看護はとっていない 7. その他（ ）

F 3 昭和61年7月末日の看護，其他要員数（常勤者のみ）

保健婦（ ）名 看護婦（士）（ ）名

准看護婦（士）（ ）名 看護業務補助者（ ）名

ケースワーカー（ ）名 臨床心理士（ ）名

P T（ ）名 O T（ ）名 医師（ ）名

【訪問看護実施状況についておたずねいたします。

ここでは、保険の対象となっているもの（退院患者への訪問）に限定せず、看護職が役割を担える施設外での働きかけを幅広く訪問看護ととらえ、ご記入下さい】

Q 1 訪問看護を行っていますか。

1 行っている 2 現在行っていないが将来行う予定がある

3 行う予定はない→Q14へお進み下さい

Q 2 訪問看護をはじめ（あるいは続ける）上での切実な問題は何ですか。

Q 3 いつから訪問看護を実施していますか（Q 1 の 2 にお答えの方はいつ頃から実施したいとお考えですか）。

昭和（ ）年（ ）月

Q 4 貴病院の訪問看護はどのような患者にどのような目的でどのような訪問看護を行なっていますか（また、Q 1 の 2 にお答えになった施設では今後どのような訪問看護を行い

たいと考えておられますか)。

【Q5～Q13までは訪問看護を実施している施設のみお答え下さい】

Q5 訪問対象者はどのような患者が多いですか（事例でも結構です）。

（たとえば病状、家族の状況、入院のきっかけなど）

Q6 訪問の必要性は誰が判断し、どのような経過をとり訪問が開始されますか。

対象が退院患者の場合

対象が入院中の患者の場合（一時外泊時の訪問や家族の状況を見に行く等）

Q7 昭和61年7月の訪問対象者は何人ですか。またその対象者に何回訪問しましたか。

退院患者 () 人 (計) 回

入院中の患者 () 人 (計) 回

Q8 訪問活動は勤務扱いでなされていますか。該当するもの全てに○をつけて下さい。

1. 勤務時間内で行っている 2. 残業時間扱いで行なっている

3. 私的時間でやっている 4. その他 ()

Q9 訪問看護担当者は、訪問看護の専任者ですか。それとも他の業務のかたわら訪問看護を実施している人ですか。あてはまるもの全てに○をつけて下さい。また、人数も記入して下さい。

1. 訪問看護専任 () 人 2. 病棟勤務者 () 人

3. 外来勤務者 () 人 4. 病棟・外来兼務者 () 人

5. その他 () 勤務者 () 人

Q10 訪問看護を行うときの他職種の同行者はいますか。それはどのような職種の人ですか。また看護職とその同行者との連携はどのようになっていますか。

Q11 患者宅での滞在時間はおよそ何時間ですか。

最も長いケース (時間) 最も短いケース (時間)

平均的なケース (時間)

Q12 病院から患者の家までおよそどの位の時間を要しますか。

最も長いケース (時間) 最も短いケース (時間)

平均的なケース (時間)

Q13 交通手段及び交通費はどのようになっていますか。またそこでの問題点は何でしょうか。

--	--

【デイケアについてお伺いたします】

Q14 貴病院ではデイケア活動を実施していますか。

- 1 保険が請求できる基準を満たして実施している
- 2 保険請求のできる基準は満たしていないが実施している
- 3 現在は実施していないが将来実施する予定がある
- 4 実施する予定はない

— SQ 他のデイケアを利用していますか。

- 1 保健所のデイケアを利用している
- 2 他の () を利用している
- 3 利用していない

Q15 デイケア活動をはじめ (あるいは続ける) 上での切実な問題は何ですか。

--	--

Q16 いつからデイケア活動を実施していますか (Q14の3にお答えの方はいつ頃から実施したいとお考えですか)

昭和 () 年 () 月

【Q17～Q21まではデイケアを実施している施設のみお答え下さい】

Q17 61年7月のデイケア参加メンバーは何人ですか。

() 人

Q18 デイケア活動は週何日、何時間実施していますか。

週 (日) (時) から (時) まで

Q19 デイケアに活動参加している職員は何人ですか。所属別，職種別にその人数をお答え下さい。

所属	職種	看護職	心理士	ケースワーカー	OT	PT	医師	その他
デイケア専任		人	人	人	人	人	人	人
他の業務のかたわらデイケアに参加		人	人	人	人	人	人	人

Q20 どのような目的でどのような内容のデイケア活動を実施していますか
※具体的なプログラム等ございましたら添付して下さい。

Q21 デイケア活動で看護の担う役割は何ですか。

【ナイトホスピタルについてお伺いします】

Q22 貴病院ではナイトホスピタルを実施していますか。

- 1 保険請求ができる基準を満たして実施している
- 2 保険請求はしていないが実施している
- 3 現在は実施していないが将来実施する予定がある
- 4 実施する予定はない
- 5 その他 ()

Q23 ナイトホスピタルを始める（あるいは続ける）上での切実な問題は何ですか。

Q24 ナイトホスピタルを実施し始めたのはいつからですか（Q22の3にお答えの施設はいつ頃から実施したいとお考えですか）。

昭和 () 年 () 月

【Q25, 26はナイトホスピタルを実施している施設のみお答え下さい】

Q25 貴病院のナイトホスピタルはどのような患者にどのような目的で行ないますか。
また、患者の受け入れ体制等について、具体的にご記入下さい。

Q26 ナイトホスピタルで看護の担っている役割は何ですか。

--	--

【Q27～Q29までは病院が経営している宿泊施設・作業所等，あるいは他が経営している類似の施設を利用している病院のみお答え下さい】

Q27 病院が経営あるいは利用している共同住居はどのような機能を持っていますか。そしてそこで看護の担う役割についても具体的にお書き下さい。

--	--

Q28 貴病院が経営あるいは利用している院内作業（農園芸等）はどのようなものがありますか。また，そこで看護の担う役割についても具体的にお書き下さい。

--	--

Q29 貴病院が経営あるいは利用している院外の宿泊施設・作業所・農園芸の内容と特徴は何ですか。またその規模はどれくらいですか。そしてここで担っている看護の役割についてもお書き下さい。

--	--

【全体についてお伺いします】

Q30 その他，上記以外で社会復帰を目指した活動を何か行っていますか。

--	--

Q31 訪問看護，デイケア，ナイトホスピタル，共同住居，宿泊施設，作業所，農園芸等各活動間の関係はどのようになっていますか。

--	--

Q32 保健所・精神衛生センター等との関係はどのようになっていますか。

--	--

