

## 令和3年度地域移行支援（退院促進）セミナー

情報提供（訪問看護の立場から）

株式会社ドットライン(ドットライングループ)

1

## 本日の内容

1. 自己紹介
2. 地域移行の現状の整理
3. 事例紹介
4. まとめ

2

## 自己紹介

株式会社ドットライン  
千葉市内を中心に多事業を展開し、One-stopのサービスを提供中



地域の「困った」を「ありがとう」に変える  
<https://www.dotline-jp.com/>

3

## 自己紹介

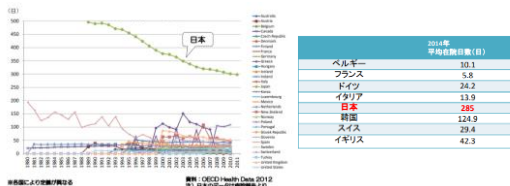
株式会社ドットライン  
千葉市内を中心に多事業を展開し、One-stopのサービスを提供中



- 訪問診療事業
- 訪問看護事業 (11拠点)
- 訪問介護事業
- 障害者（児）訪問介護事業
- 就労移行支援・自立訓練事業
- 放課後等デイサービス事業
- 小規模多機能型居宅介護事業
- 精神科グループホーム事業 (24拠点)

4

## 精神病床の平均在院日数

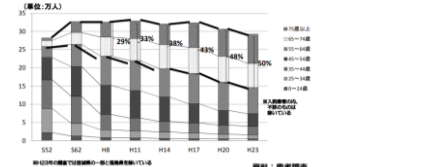


(厚生労働省：第8回精神障害者に対する医療の提供を確保する指針等に関する検討会資料より)

5

## 精神障害当事者は高齢化している

### 精神病床入院患者の年齢分布



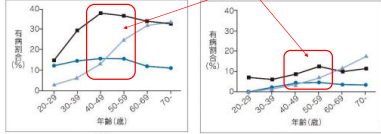
(厚生労働省：第8回精神障害者に対する医療の提供を確保する指針等に関する検討会資料より)

高齢化に伴い様々な疾患を合併している精神障害当事者が増加している。

6

### 統合失調症とメタボリックシンドロームの関係

壮年期まで、一般人口と比較して有病割合が高い。

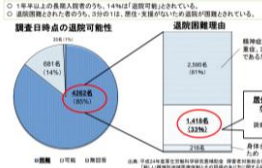


a. 男性 b. 女性  
年齢・性別をみたメタボリックシンドロームの割合  
精神科外来患者/入院患者/一般人口の比較

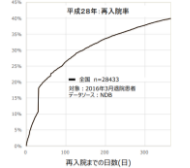
(Sugai T, et al : Schizophr Res 171 (1-3) : 68-73, 2016<sup>9</sup>より作成)

### 課題：病院と地域の間には大きなギャップがある

#### 精神科病院における1年半以上の長期入院者の退院困難理由



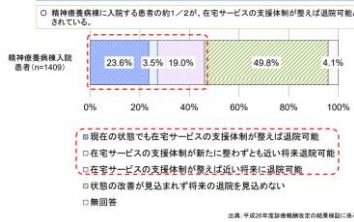
#### 精神科病床からの退院者の再入院率



長期入院患者の33%が居住・支援の問題で退院できず、退院できても、1年以内に4割が再入院してしまう。

### 病院と自宅を埋める施設の不足（質・量）

#### 精神療養病棟に入院する患者の退院の見通し



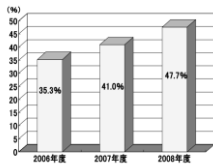
出典：平成29年度精神科療養病棟の現状把握に関する特別調査

### 施設を含む多職種連携の課題

同じグループ内であってもスムーズな連携は難しい。。

他職種ができる事・している事を互いに知らないと効率的な連携は困難!!

### 精神障害者への訪問看護実施するステーションの割合

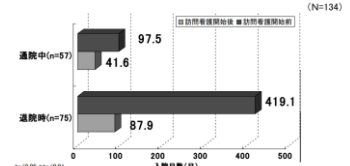


- 近年は、『精神科専門』を標榜する訪問看護も増加。
- 精神障害へのケアは拡充しつつある(?)。
- 高齢化や合併症への対応に苦慮しているとの声もある。

※2006年度：全国18都道府県調査結果。2007年度：全国18都道府県調査結果。2008年度：全国18都道府県調査結果。  
※2006年度：全国18都道府県調査結果。2007年度：全国18都道府県調査結果。2008年度：全国18都道府県調査結果。  
※2006年度：全国18都道府県調査結果。2007年度：全国18都道府県調査結果。2008年度：全国18都道府県調査結果。  
※2006年度：全国18都道府県調査結果。2007年度：全国18都道府県調査結果。2008年度：全国18都道府県調査結果。

### 訪問看護導入の効果

訪問看護開始時の状況別にみた前後2年間の精神科総入院日数



●退院中に訪問看護を開始しても、訪問看護開始前後2年間の入院日数は大きく減少していません。  
厚生労働省の研究費補助金地域医療連携推進委員会委託事業「精神科病棟における入院患者の増加と対応に関する研究」(2017年度～2019年度)より作成。平成29年度。

## 訪問看護が精神疾患当事者に提供できるサービス

- 1) 日常生活の維持／生活技能の獲得・拡充  
食生活・活動・居宅・安全確保、等のモニタリングおよび技能の維持向上のためのケア
- 2) 対人関係の維持・構築  
コミュニケーション能力の維持向上の援助、他者との関係性への援助
- 3) 家族関係の調整  
家族に対する援助、家族との関係性に関する援助
- 4) 精神症状の悪化や増悪を防ぐ  
症状のモニタリング、症状安定・改善のためのケア、服薬・通院継続のための関わり
- 5) 身体症状の発症や進行を防ぐ  
身体症状のモニタリング、生活習慣に関する助言・指導、自己管理能力を高める援助
- 6) ケアの連携  
施設内外の関連職種との連携・ネットワーキング
- 7) 社会資源の活用  
社会資源に関する情報提供、利用のための援助
- 8) 対象者のエンパワーメント  
自己効力感を高める、自立心をもたせる、肯定的フィードバック

統合失調症の場合、服薬中断で、1年以内に約80%、2年以内に約95%が再発する。重症な方ほど、服薬継続が困難な印象がある。



※本資料はあくまで訪問看護サービスに関する一般的な情報であり、具体的なケア内容は、ご利用の訪問看護サービスに準じて異なります。

※本資料はあくまで訪問看護サービスに関する一般的な情報であり、具体的なケア内容は、ご利用の訪問看護サービスに準じて異なります。

※本資料はあくまで訪問看護サービスに関する一般的な情報であり、具体的なケア内容は、ご利用の訪問看護サービスに準じて異なります。

※本資料はあくまで訪問看護サービスに関する一般的な情報であり、具体的なケア内容は、ご利用の訪問看護サービスに準じて異なります。

13

## 訪問看護が精神疾患当事者に提供できるサービス

夢のまじ訪看護ではこれらに加えて、…将来に向けて、精神疾患当事者に生じる身体的変化、生活の変化を予測し、

## 『先回りして体制を整えておく』

ことを重視しています。相談員様、ケアマネジャー様、ご家族様などに相談させて頂きながら行っています。



14

## 事例紹介

## A様

性別 : 女性  
年齢 : 50歳代  
診断名 : 統合失調症  
合併症 : 変形性膝関節症、緑内障  
その他問題点 : 高度肥満(BMI 40程度)  
家族構成 : 母親と二人暮らし  
(父は他界。兄弟は遠方に住み非協力的)



## 訪看護導入の経緯

- ・裕福な家庭に育つ。学生時代は、ハンド活動など活発に過ごす。
- ・職場での人間関係でのストレスが誘因となり統合失調症を発症。
- ・症状悪化時の入院を繰り返す。
- ・平成30年11月、幻聴、攻撃衝動、迷惑行為などが見られ訪看護導入。

15

## 事例紹介

## サービス内容

- ① 服薬管理（体調・精神症状の確認）
- ② 不安の傾聴（認知行動療法）
- ③ 運動療法（肥満、変形性膝関節症）
- ④ 各種相談（将来のこと、金銭管理、杖などの福祉用具の選定）

## サービス導入後の経過

- ・サービス開始当初は、症状が強く出現していた。
- ・看護師への乱暴な態度・発言、頻回のオンコール など
- ・症状悪化時に複数回の入院  
(独居への変更、日常生活への生活支援サービスの導入)
- ・グループホーム入居→サービス付き高齢者向け住宅への転居

経過を通じて、スタッフとの信頼関係が構築された。認知行動療法的な関りも奏功し現在は症状が安定して生活できている。

16

## まとめ

## 結論！

- ↑ 精神科の在院日数は短縮しており、今後もその流れは継続する。
- ↑ 精神障害当事者は、高齢化が進んでおり、合併症も多岐にわたる。
- ↑ 地域移行を支えるサービス・インフラは、増加傾向だが、質・量・連携のどの点にも課題がある。
- ↑ 訪看護のことさらに知り、上手に使って頂くことで、精神障害当事者を地域で支える体制の一部を担いたい。

17