

令和4年度 厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の
看護実践の把握及び効果検証のための研究

研究代表者：萱間真美（国立看護大学校）

令和5(2023)年3月

< 目 次 >

I. 総括研究報告	
精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び 効果検証のための研究	-----1
II. 分担研究報告	
精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び 効果検証のための研究 文献検討～精神科訪問看護のアウトカム指標～	-----36
資料（悉皆調査、二次調査調査票）	-----63

令和4年度 厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の
看護実践の把握及び効果検証のための研究

研究代表者：萱間真美（国立看護大学校）

令和5(2023)年3月

< 目 次 >

I. 総括研究報告	
精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び 効果検証のための研究	-----1
II. 分担研究報告	
精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び 効果検証のための研究 文献検討～精神科訪問看護のアウトカム指標～	-----36
資料（悉皆調査、二次調査調査票）	-----63

I . 統括研究報告書

「精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究」

研究代表者：萱間真美（国立看護大学校）

分担研究者：瀬戸屋希（聖路加国際大学）、青木裕見（聖路加国際大学）、木戸芳史（浜松医科大学）、片山成仁（成仁病院）、高砂裕子（全国訪問看護事業協会）、草地仁史（日本精神科看護協会）、平原優美（日本訪問看護財団）、立森久照（慶應義塾大学）、船越明子（神戸市看護大学）

研究協力者：福島鏡（聖路加国際大学）、榎美樹（聖路加国際大学）

研究要旨

目的：精神科訪問看護の普及や利用者数の増加に伴い、支援ニーズは多様化しており、サービス提供体制の検討が必要となっている。本研究では、活用が期待されている専門性の高い看護師について、精神科訪問看護における活動実態とニーズを明らかにし、また利用者からみた訪問看護のアウトカムを把握することを目的とした。

方法：全国の訪問看護ステーション7,869施設、精神科医療機関1,061施設を対象とした①悉皆調査（Web/FAX 質問紙調査）を行い、各施設における専門性の高い看護師の勤務状況および精神科訪問看護の困難、必要な支援を把握した。次に、専門性の高い看護師のいる50施設の施設長、専門性の高い看護師、利用者を対象とした②二次調査を行い、専門性の高い看護師の活動実態と、利用者評価によるアウトカム（ケア内容、満足度、リカバリー志向性、孤独感）を調査した。

結果と考察：専門性の高い看護師（精神看護専門看護師、精神科認定看護師、特定行為研修修了者（精神関連薬物または栄養および水分管理）のいずれか）が配置されている割合は、訪問看護ステーション（回答数2,782施設）で9.5%、精神科医療機関（回答数281施設）で28.5%であった。専門性の高い看護師のいる訪問看護ステーションは、「機能強化型訪問看護ステーション」や「24時間対応体制加算」の届出割合が高く、比較的大規模で多様な機能を担う施設が多かった。

精神科訪問看護における困難は、施設特性によって異なっており、精神科訪問看護を主とする医療機関・ステーションでは、「拒否的な利用者・家族への関わり」や「合併症・身体疾患のケア」の困難が多かった。一方、精神科訪問看護の利用者割合が低い施設では「精神症状のアセスメント・対応」や「症状悪化や自傷他害のリスクの判断」の困難が多く挙げられた。

利用者によるアウトカム評価では、孤独感スコアは高齢者に比してやや高く、受けていたケアのリカバリー志向性は先行研究よりも高かった。訪問看護師は、利用者の孤独感に配慮しながら、本人が希望する生活を聞き取り、日常生活や他者との関わりにおいて本人を力づける支援をしていく必要が示唆された。

結論：精神科訪問看護を担う医療機関や訪問看護ステーションは、その施設特性によって、困難や専門性の高い看護師に対するニーズが異なっていた。精神科訪問看護を主とする施設では、身体ケアや関わりの困難な利用者について、多様な領域の専門性をもつ看護師によるサポートや支援が必要である。一方、精神科訪問看護の利用者が少ない施設では、精神症状のアセスメントや、症状悪化時に迅速にリスクと対応を判断し関係機関と調整できるよう、精神看護の専門性をもつ看護師によるコンサルテーションや支援が必要と考えられた。地域ごとの精神科訪問看護の提供体制を整備するためには、専門性の高い看護師によるコンサルテーション（カンファレンスを含む）や同行訪問に対する診療報酬上の評価、ならびにその実施が可能な専門性の高い看護師の配置を機能強化型訪問看護ステーションの指定要件に組み込むことが必要と考えられる。

A. 研究目的

精神科訪問看護の利用者数は増加傾向にあり、そのニーズも高度かつ多様になる中、専門性の高い知識と技術を身に着けた看護師への期待がより一層高まっている。一方で、精神科訪問看護のケアの内容、質、その影響およびそこでの専門性の高い看護師に求められるニーズ等の把握については、まだ十分には進んでいない。そこで本研究は、全国の精神科訪問看護を実施する訪問看護ステーション・精神科医療機関を対象とする【悉皆調査】および専門性の高い看護師のいる施設を対象とした抽出調査（【二次調査】）を実施し、二調査を通して、精神科訪問看護のケアの内容、質、その影響等を検証することを目的とした。

B. 研究方法

1. 悉皆調査

研究担当として参画している職能団体（一般社団法人全国訪問看護事業協会、一般社団法人日本精神科看護協会）の協力を得て、会員事業所（訪問看護ステーション 7,869、医療機関 1,061、計 8,930 施設）に対して FAX、電子メール、郵送により調査協力の依頼文書及び質問紙を配布した（リマインドを 1 回実施）。調査票の回収は、調査委託機関への FAX 回答又は Web 画面からの回答とした。調査期間は令和 4 年 9 月～10 月の 4 週間とした。

質問紙の主な調査項目は、施設概要（訪問看護利用者数、施設の届出状況、職種別職員数、専門性の高い看護師数※）とともに、精神疾患のある方への訪問に際しての困難さや必要と思われる支援内容である。

※本調査では、専門性の高い看護師として、精神看護専門看護師、精神科認定看護師、訪問看護認定看護師、特定行為研修修了者のうち「精神及び神経症状に係る薬剤投与」の修了者、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与」の修了者を対象とした。

なお、本調査では、専門性の高い看護師の役割や利用者のアウトカム等を調査する二次調査への協力依頼を併せて行い、協力可能な施設には都道府県及び施設名称の記載を依頼した。

2. 二次調査

悉皆調査から得られた結果をもとに、専門性の高い看護師が配置されている精神科医療機関 18 施設、訪問看護ステーション 32 施設、計 50 施設を対象に調査を実施した。なお、調査は職能団体（一般社団法人全国訪問看護事業協会、一般社団法人日本精神科看護協会）の協力のもと、事前に調査依頼を行い、了解が得られた施設に対して調査協力依頼及び質問紙を郵送した。

質問紙は、①施設票（訪問看護提供実績及び利用者の状況、職員体制）、②看護師票（資格要件、属性、訪問看護において担っている役割）、③利用者票（訪問看護で受けている支援内容、支援に対する評価、孤独感、訪問看護の満足度、要望等）の 3 種類であり、各施設に①施設票 1 部、②看護師票 5 部、③利用者票 10 部を配布した。

なお、②看護師票の対象者は、精神看護専門看護師・精神科認定看護師・特定行為研修修了者を含むとした。

また、③利用者票の対象者については、調査協力施設の看護師に下記要件を満たす利用者の選定を依頼するとともに、施設内での ID 管理も併せて依頼した。

《利用者票対象者選定要件》

- ・精神科訪問看護を利用されている方で、統合失調症または双極性障害の方
 - ・調査への回答が可能で、回答により本人に不利益が生じないと施設長が判断した方
- 記載した調査票は、調査回答者から直接調査機関宛に郵送を依頼した。

（倫理面への配慮）

調査への参加は自由意思によるものとし、また、二次調査のうち、②看護師票及び③利用者票の回答者に対して、回答から一定期間以内に同意撤回書の返送を求めた。

【悉皆調査】収集する回答施設名は、2 次調査選定のためにだけに使用し、公表する資料や報告書には施設や回答者個人が特定される情報・個人情報を含まないこととした。

【二次調査】看護師票・利用者票いずれも無記名とし、個人が識別されることのないよう

配慮した。看護師から収集した利用者に関するデータは、利用者個人が識別できない情報とした。なお本調査は、国立看護大学校の倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 NCGM-S-004521-00)。

C. 研究結果

1. 悉皆調査

調査票の返信は 3,063 票(うち訪問看護ステーション 2,782 票、医療機関 281 票)であり、回答率は 34.3%(訪問看護ステーション 35.4%、医療機関 26.5%)であった。なお、回答方法の割合は、FAX 回答が 56%、Web 画面からの回答が 44%であった。

1) 回答施設の概要

① 専門性の高い看護師の配置状況

回答のあった訪問看護ステーション 2,782 施設のうち、「専門看護師」を配置している施設は 4.5%、うち「精神看護専門看護師」のいる施設は 0.7%であった。また、「認定看護師」を配置している施設は 12.6%、うち「精神科認定看護師」のいる施設は 1.4%、「訪問看護認定看護師」のいる施設は 5.1%であった。「特定行為研修修了者」を配置している施設は 5.4%、うち

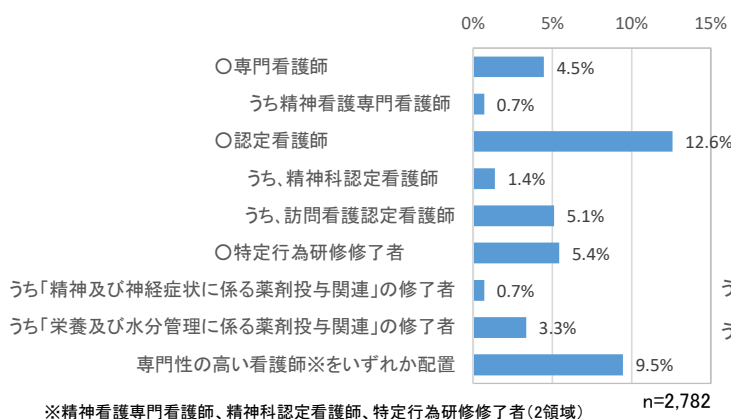


図 1-1 専門性の高い看護師の配置割合
《訪問看護ステーション》

「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」修了者のいる施設は 0.7%、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」修了者のいる施設は 3.3%であった。

また、医療機関 281 施設において訪問看護にかかわる職員のうち、「専門看護師」を配置している施設は 11.7%、うち「精神看護専門看護師」のいる施設は 8.9%であった。「認定看護師」を配置している施設は 29.2%、うち「精神科認定看護師」のいる施設は 24.6%であった。「特定行為研修修了者」を配置している施設は 4.6%、うち「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」修了者のいる施設は 1.4%、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」修了者のいる施設は 2.8%であった。

なお、「精神看護専門看護師」、「精神科認定看護師」、「特定行為研修修了者」(2領域)のいずれかが配置されている施設は、訪問看護ステーションでは 263 施設 (9.5%)、医療機関では 80 施設 (28.5%)であった。(精神分野以外の「専門看護師」や「認定看護師」、「特定行為研修修了者」(2領域)のいずれかが配置されている施設は、訪問看護ステーション 485 施設 (17.4%)、医療機関 93 施設 (33.1%)であった。)

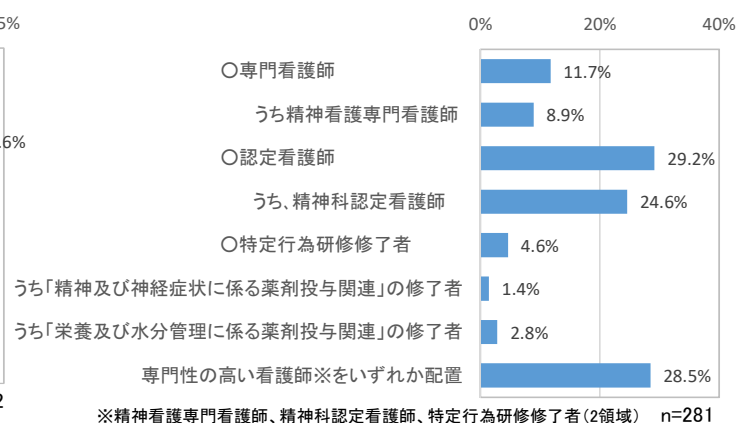


図 1-2 専門性の高い看護師の配置割合
《医療機関》

表 1-1 専門性の高い看護師の配置割合

	訪問看護ステーション		医療機関	
	配置あり 施設数	割合	配置あり 施設数	割合
専門看護師	124	4.5%	33	11.7%
うち精神看護専門看護師	19	0.7%	25	8.9%
認定看護師	350	12.6%	82	29.2%
うち、精神科認定看護師	38	1.4%	69	24.6%
うち、訪問看護認定看護師	142	5.1%		
特定行為研修修了者	151	5.4%	13	4.6%
うち「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の修了者	19	0.7%	4	1.4%
うち「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の修了者	93	3.3%	8	2.8%
専門性の高い看護師※をいずれか配置	263	9.5%	80	28.5%

※精神看護専門看護師、精神科認定看護師、特定行為研修修了者（2領域）

② 法人内医療機関の有無（訪問看護ステーション）

回答のあった訪問看護ステーションでは、法人内医療機関がある割合が41.6%を占めた。そのうち「精神科（心療内科を含む）」を有している割合は回答施設全体の10.8%であった。

なお、専門性の高い看護師が配置されている施設では、法人内医療機関に「精神科（心療内科を含む）」がある割合が有意に高くなっていた。

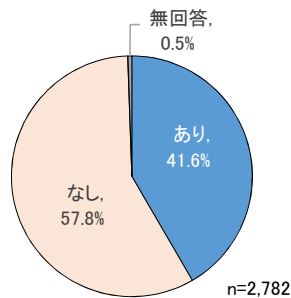


図 1-3 法人内医療機関の有無
《訪問看護ステーション》

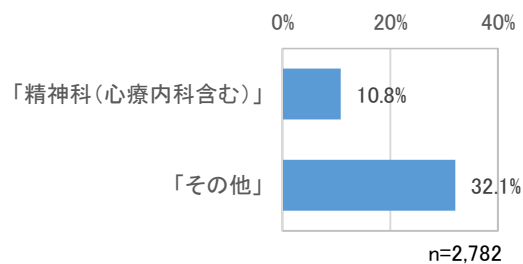


図 1-4 法人内医療機関に精神科のある割合
《訪問看護ステーション》

表 1-2 法人内医療機関の有無（専門性の高い看護師の配置有無別）

	全体	専門性の高い看護師		χ ² 値	有意確率
		配置あり	配置なし		
法人内の医療機関あり	41.6%	44.1%	41.4%	1.013	0.314
法人内の医療機関なし	57.8%	54.4%	58.2%		
無回答	0.5%	1.5%	0.4%		
回答施設数	2,782	263	2,519		
法人内医療機関の診療科					
精神科（心療内科含む）	10.8%	15.6%	10.3%	6.037 *	0.014
その他	32.1%	32.7%	32.0%	0.575	0.448

③ 施設の届出状況

(訪問看護ステーション)

回答のあった訪問看護ステーションのうち、「機能強化型訪問看護ステーション1」は7.8%、「機能強化型訪問看護ステーション2」が3.6%、「機能強化型訪問看護ステーション3」が1.1%であり、「なし」が83.0%を占めた。また、「精神科訪問看護基本療養費」の届

出は70.9%、「24時間対応体制加算」の届出は88.2%、「指定自立支援医療機関(精神)」の指定は59.5%を占めたが、「精神科在宅患者支援管理料を算定する医療機関と連携」している割合は21.1%であった。

なお、これら訪問看護ステーションの届出や連携は、専門性の高い看護師が配置されている施設ほど実施割合が高くなっていった。

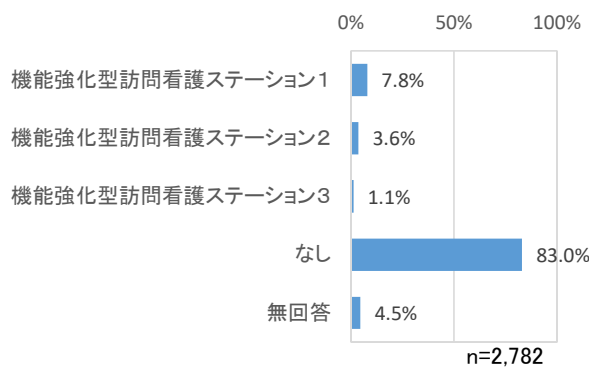


図 1-5 施設の届出状況 (機能強化型の届出) 《訪問看護ステーション》

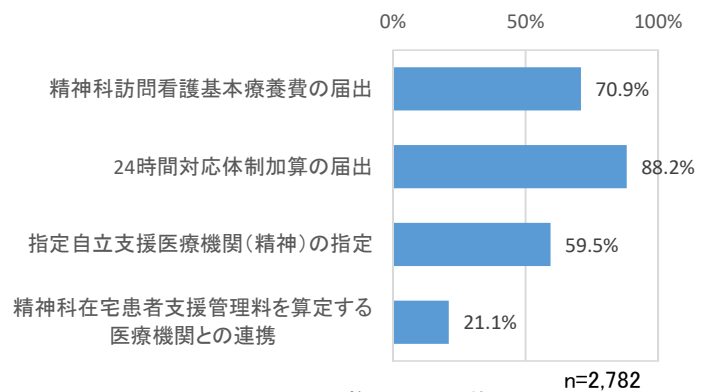


図 1-6 施設の届出状況 《訪問看護ステーション》

表 1-3 回答訪問看護ステーションの届出状況 (専門性の高い看護師の配置有無別)

	全体	専門性の高い看護師		χ ² 値	有意確率
		配置あり	配置なし		
機能強化型訪問看護ステーション1	7.8%	24.7%	6.1%	143.248 ***	0.000
機能強化型訪問看護ステーション2	3.6%	8.7%	3.0%		
機能強化型訪問看護ステーション3	1.1%	0.0%	1.2%		
なし	83.0%	63.1%	85.1%		
精神科訪問看護基本療養費の届出	70.9%	78.3%	70.1%	7.702 **	0.006
24時間対応体制加算の届出	88.2%	93.2%	87.7%	8.116 *	0.017
指定自立支援医療機関(精神)の指定	59.5%	68.4%	58.5%	8.949 **	0.003
精神科在宅患者支援管理料を算定する医療機関との連携	21.1%	30.0%	20.1%	13.845 ***	0.000
回答施設数	2,782	263	2,519		

(医療機関)

回答のあった医療機関のうち、「精神科在宅患者支援管理料」の届出を行っている施設は24.9%、「指定自立支援医療機関(精神)の指定」を受けている施設は89.0%を占めた。

これらの医療機関における届出や指定状況について、専門性の高い看護師の配置状況による差はみられなかった。

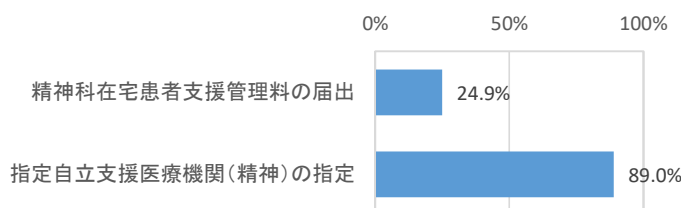


図 1-7 施設の届出状況 《医療機関》 n=281

表 1-4 回答医療機関の届出状況（専門性の高い看護師の配置有無別）

	全体	専門性の高い看護師		χ ² 値	有意確率
		配置あり	配置なし		
精神科在宅患者支援管理料の届出	24.9%	26.3%	24.4%	0.010	0.919
指定自立支援医療機関（精神）の指定	89.0%	92.5%	87.6%	0.487	0.485
回答施設数	281	80	201		

④ 訪問看護利用者数
（訪問看護ステーション）

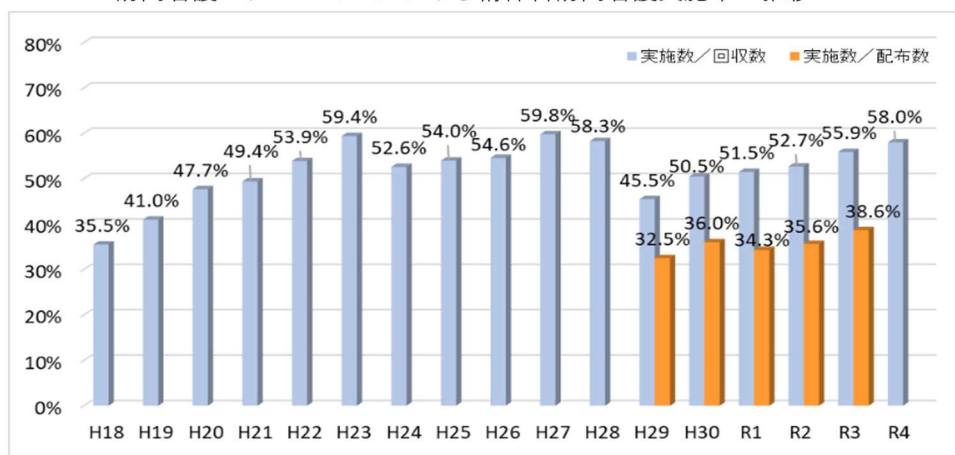
訪問看護ステーションの訪問看護利用者の状況（令和 4 年 8 月）を回答施設平均で見ると、介護保険利用者が 60.7 人、うち主傷病名が認知症の対象者は 8.9 人であった。医療保険利用者は 37.9 人であり、うち精神科訪問看護基本療養費を算定した対象者は 17.6 人、訪問看護基本療養費で精神疾患のある対象者は 7.8 人であった。精神科訪問看護基本療養費を算定していた施設は、1,613 施設（58.0%）であった。訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施率の推移を図 1-8 に示す。平成 18 年度の 35.5%から平成 23 年度の 59.4%まで高まっており、その後は 50%台で推移している。平成 29 年～令和 3 年度は対象集団や実施率の算出方法が異なっているが、実施率は漸

増しており、約半数強の事業所が精神科訪問看護を実施していることがわかる。

事業所ごとに精神科訪問看護利用者の割合をみると（図 1-9）、回答のあった施設のうち、精神科訪問看護利用者の割合が 80%以上の事業所は 282 施設（10.1%）、20～80%の事業所は 214 施設（7.7%）、20%未満の事業所は 1,309 施設（47.1%）と約半数を占めていた。届出はしているが、当該月に利用者がいない事業所も 281 施設（10.1%）あった。

訪問看護利用者数については、専門性の高い看護師が配置されている施設のほか、法人内に医療機関の精神科のある施設、精神科訪問看護基本療養費の届出施設、及び全利用者に占める精神科訪問看護基本療養費算定利用者割合が高い施設ほど、精神科訪問看護基本療養費算定者数が多くなっていた。

訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護実施率の推移



【出典】平成18年～28年度：厚生労働科学研究費補助金（対象：全国訪問看護事業協会会員）
平成29年～令和3年度：厚生労働省科学研究費研究班630調査（対象：全国のステーション）
令和4年度：厚生労働省科学研究費補助金（対象：全国訪問看護事業協会会員）

図 1-8 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護実施率の推移

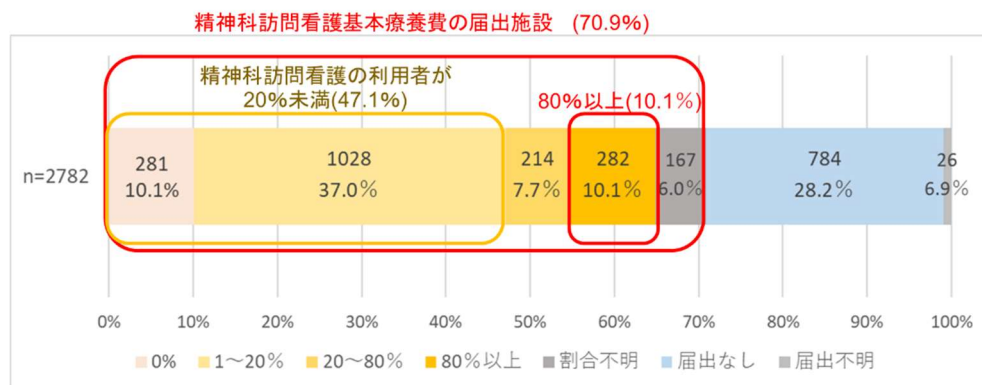


図 1-9 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護利用者の割合

表 1-5 訪問看護利用者数（専門性の高い看護師の配置有無別）

	全体	専門性の高い看護師		F 値	p 値
		配置あり	配置なし		
介護保険	60.7	83.1	58.3	7.667 **	0.001
うち主傷病名が認知症の対象者	8.9	13.1	8.5	15.173 ***	0.000
医療保険	37.9	58.8	35.7	20.673 ***	0.000
うち精神科訪問看護基本療養費を算定した方	17.6	28.6	16.4	28.598 ***	0.000
うち訪問看護基本療養費で精神疾患をもつ方	7.8	12.1	7.3	13.418 *	0.043
回答施設数	2,782	263	2,519		

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05

表 1-6 訪問看護利用者数（法人内医療機関（精神科）有無別）

	全体	法人内の医療機関		F 値	p 値
		精神科あり	精神科なし/ 法人内医療 機関なし		
介護保険	60.7	51.8	61.7	0.161	0.140
うち主傷病名が認知症の対象者	8.9	8.3	9.0	0.301	0.515
医療保険	37.9	79.0	32.9	228.695 ***	0.000
うち精神科訪問看護基本療養費を算定した方	17.6	61.3	12.2	439.819 ***	0.000
うち訪問看護基本療養費で精神疾患をもつ方	7.8	26.5	5.5	268.939 ***	0.000
回答施設数	2,782	300	2,482		

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05

表 1-7 訪問看護利用者数（精神科訪問看護基本療養費の届出有無別）

	全体	精神科訪問看護基本療養費		F 値	p 値
		届出あり	届出なし		
介護保険	60.7	62.3	57.0	13.113	0.253
うち主傷病名が認知症の対象者	8.9	9.4	7.8	7.348 *	0.037
医療保険	37.9	44.9	20.5	126.397 ***	0.000
うち精神科訪問看護基本療養費を算定した方	17.6	24.2	0.5	290.015 ***	0.000
うち訪問看護基本療養費で精神疾患をもつ方	7.8	10.4	1.0	98.508 ***	0.000
回答施設数	2,782	1,972	784		

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05

表 1-8 訪問看護利用者数（精神科訪問看護基本療養費算定者割合別）

	全体	精神科訪問看護基本療養費算定者割合				F 値
		0%	20%未満	20~80%未満	80%以上	
介護保険	60.7	65.5	85.5	37.7	2.4	50.773 ***
うち主傷病名が認知症の対象者	8.9	7.9	12.5	6.8	1.5	35.734 ***
医療保険	37.9	23.2	34.7	47.0	102.7	244.493 ***
うち精神科訪問看護基本療養費を算定した方	17.6	0.0	6.2	34.3	101.7	717.314 ***
うち訪問看護基本療養費で精神疾患をもつ方	7.8	0.9	2.8	10.6	41.7	155.114 ***
回答施設数	2,782	281	1,028	214	282	

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05

表 1-9 訪問看護利用者数（機能強化型訪問看護ステーション届出状況別）

	全体	機能強化型訪問看護ステーション				F 値
		1	2	3	なし	
介護保険	60.7	113.9	103.3	126.5	53.7	29.204 ***
うち主傷病名が認知症の対象者	8.9	17.9	13.3	11.6	7.9	23.437 ***
医療保険	37.9	62.7	48.9	51.4	34.9	21.111 ***
うち精神科訪問看護基本療養費を算定した方	17.6	11.8	8.8	5.9	18.5	2.904 *
うち訪問看護基本療養費で精神疾患をもつ方	7.8	6.7	2.8	3.9	7.9	0.790
回答施設数	2,782	218	99	31	2,310	

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05

（医療機関）

精神科訪問看護・指導料の算定人数（令和4年8月）は、回答施設平均では109.1人であった。

専門性の高い看護師が配置されている施設では133.4人、配置されていない施設では99.5人であったが、統計的な有意差はみられなかった。

表 1-10 精神科訪問看護・指導料算定人数（専門性の高い看護師の配置有無別）

	全体	専門性の高い看護師		F 値	p 値
		配置あり	配置なし		
精神科訪問看護・指導料算定人数	109.1	133.4	99.5	5.049	0.124
回答施設数	278	79	199		

※回答施設数は、精神科訪問看護・指導料算定人数に記載のある施設数。1人以上の施設は260施設。

⑤ 職員数

（訪問看護ステーション）

看護職員（看護師・准看護師）のうち、精神科訪問看護基本療養費の算定できる常勤の看護師が配置されている施設は73.3%を占めた。また、常勤の作業療法士がいる施設は29.0%、常勤の理学療法士・言語聴覚士がいる施設は38.6%、常勤の精神保健福祉士がいる施設は

2.2%であった。

看護職員の平均人数は常勤5.3人、非常勤2.7人。うち、精神科訪問看護基本療養費の算出ができる看護師は常勤3.2人、非常勤1.2人であった。

専門性の高い看護師が配置されている施設では、配置されていない施設と比べて看護職員数等の配置人数が多い。

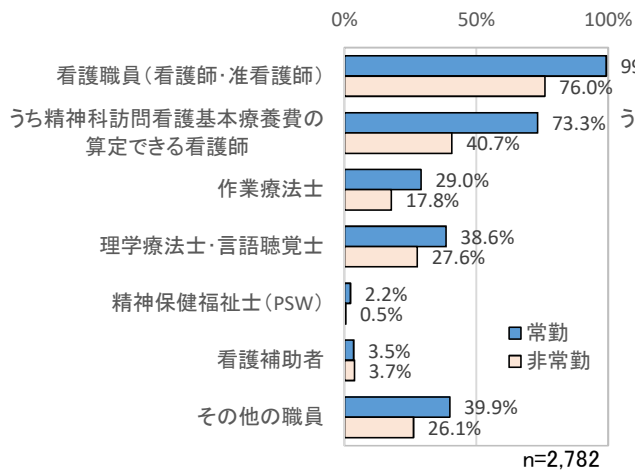


図 1-10 職員配置割合《訪問看護ステーション》

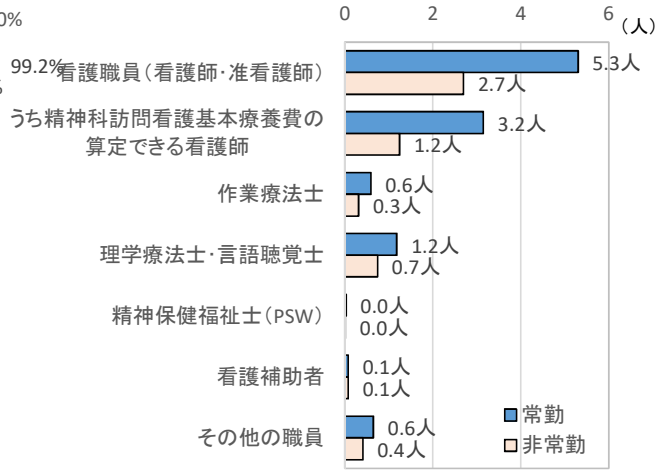


図 1-11 職員配置人数《訪問看護ステーション》

表 1-11 職員数（専門性の高い看護師の配置有無別）訪問看護ステーション

	全体	専門性の高い看護師		F 値	p 値	
		配置あり	配置なし			
常勤	看護職員（看護師・准看護師）	5.3	7.6	5.1	7.753 ***	0.000
	うち精神科訪問看護基本療養費の算定できる看護師数	3.2	4.9	3.0	54.094 ***	0.000
	作業療法士	0.6	0.8	0.6	2.134 *	0.027
	理学療法士・言語聴覚士	1.2	1.7	1.1	18.606 ***	0.000
	精神保健福祉士（PSW）	0.0	0.0	0.0	5.995	0.208
	看護補助者	0.1	0.2	0.1	30.846 **	0.003
	その他の職員	0.6	1.2	0.6	61.863 ***	0.000
非常勤	看護職員（看護師・准看護師）	2.7	7.6	4.8	5.123 ***	0.000
	うち精神科訪問看護基本療養費の算定できる看護師数	1.2	4.2	2.9	14.382 ***	0.000
	作業療法士	0.3	0.8	0.6	1.525 **	0.124
	理学療法士・言語聴覚士	0.7	1.6	1.1	1.342 ***	0.199
	精神保健福祉士（PSW）	0.0	0.0	0.0	0.824	0.649
	看護補助者	0.1	0.1	0.1	2.436	0.383
	その他の職員	0.4	1.0	0.6	27.164 ***	0.001

（医療機関）

訪問看護に関わる職員として、常勤の作業療法士がいる施設は 31.7%、常勤の理学療法士・言語聴覚士がいる施設は 2.1%、常勤の精神保健福祉士がいる施設は 45.9%であった。

訪問看護に関わる看護職員の平均人数は常勤 6.9 人、非常勤 1.1 人。うち、精神科訪問看護基本療養費の算出ができる看護師は常勤 3.5 人、非常勤 0.7 人であった。

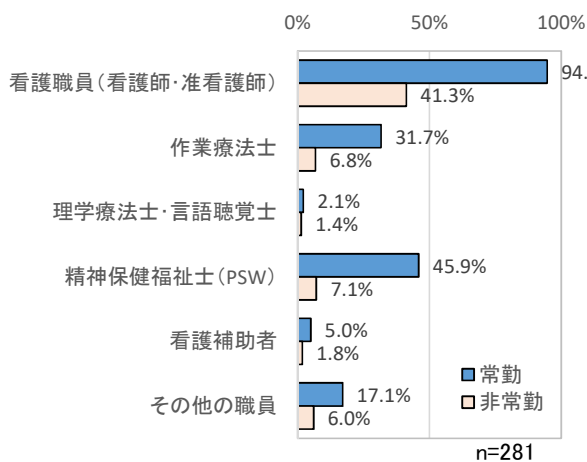


図 1-12 職員配置割合《医療機関》

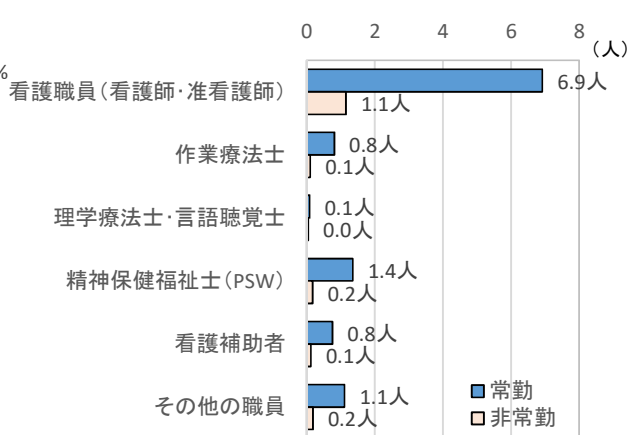


図 1-13 職員配置人数《医療機関》

表 1-12 職員数（専門性の高い看護師の配置有無別）医療機関

	全体	専門性の高い看護師		F 値	p 値
		配置あり	配置なし		
常勤	看護職員（看護師・准看護師）	6.9	11.0	5.3	14.472 *
	作業療法士	0.8	1.1	0.6	7.781 *
	理学療法士・言語聴覚士	0.1	0.1	0.1	1.798
	精神保健福祉士（PSW）	1.4	1.5	1.3	3.906
	看護補助者	0.8	0.8	0.8	0.000
	その他の職員	1.1	1.7	0.8	3.875
非常勤	看護職員（看護師・准看護師）	1.1	1.1	1.2	0.407
	作業療法士	0.1	0.1	0.1	0.004
	理学療法士・言語聴覚士	0.0	0.0	0.0	0.059
	精神保健福祉士（PSW）	0.2	0.2	0.2	0.952
	看護補助者	0.1	0.0	0.2	3.147
	その他の職員	0.2	0.1	0.2	1.756

2) 精神疾患をもつ方への訪問

① 訪問の際に困難に感じられること

精神疾患のある方への訪問に際して感じている困難さについて、訪問看護ステーションでは「拒否的な利用者・家族への関わりが難しい」（56.3%）、「精神症状への対応が難しい」（54.0%）、「精神症状のアセスメントが難しい」（49.1%）などが上位を占めた。医療機関の回答でも、「拒否的な利用者・家族への関わりが難しい」が最も多く回答率は 72.2%を占めた。次いで「合併症・身体疾患のケアが難しい」が 49.8%で第 2 位であり、訪問看護ステーションとは異なる傾向がみられた。

訪問看護ステーションの回答に関して、専門

性の高い看護師の配置状況別にみたところ、「生活能力のアセスメント」などで有意差がみられた。施設の届出状況等による比較では、精神科訪問看護基本療養費の届出有無、訪問看護全利用者に占める精神科基本療養費算定者割合で有意差がみられた項目が多く、精神科訪問看護基本療養費算定者割合が高い施設ほど、「合併症・身体疾患のケアが難しい」、「拒否的な利用者・家族への関わりが難しい」とする回答が高かった。一方で、精神科訪問看護基本療養費算定者割合が低い施設では、「精神症状への対応」や「精神症状のアセスメント」が難しいとする回答が高かった。

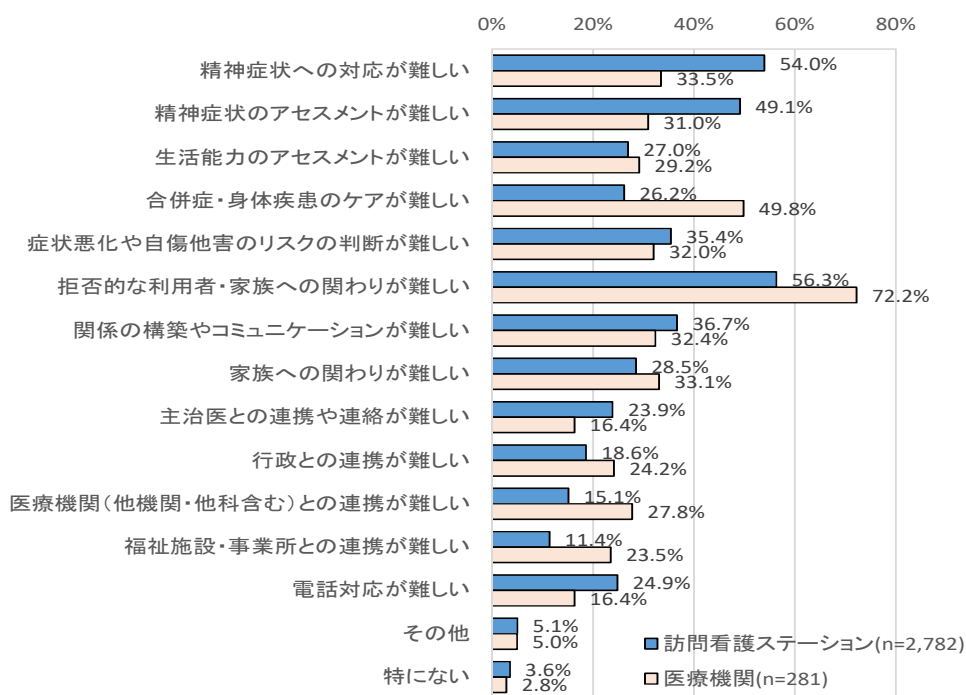


図 1-14 訪問の際に困難に感じられること

表 1-13 訪問の際に困難に感じられること（専門性の高い看護師の配置有無別）

	全体	専門性の高い看護師		X ² 値	有意確率
		配置あり	配置なし		
精神症状への対応が難しい	54.0%	50.6%	54.3%	1.907	0.167
精神症状のアセスメントが難しい	49.1%	52.9%	48.7%	1.205	0.272
生活能力のアセスメントが難しい	27.0%	21.3%	27.6%	5.260 *	0.022
合併症・身体疾患のケアが難しい	26.2%	25.1%	26.3%	0.282	0.595
症状悪化や自傷他害のリスクの判断が難しい	35.4%	33.5%	35.6%	0.703	0.402
拒否的な利用者・家族への関わりが難しい	56.3%	60.5%	55.9%	1.477	0.224
関係の構築やコミュニケーションが難しい	36.7%	36.1%	36.7%	0.115	0.734
家族への関わりが難しい	28.5%	25.5%	28.8%	1.603	0.206
主治医との連携や連絡が難しい	23.9%	26.6%	23.6%	0.950	0.330
行政との連携が難しい	18.6%	21.3%	18.3%	1.158	0.282
医療機関（他機関・他科含む）との連携が難しい	15.1%	19.4%	14.7%	3.758	0.053
福祉施設・事業所との連携が難しい	11.4%	13.7%	11.2%	1.291	0.256
電話対応が難しい	24.9%	30.8%	24.3%	4.943 *	0.026
その他	5.1%	6.5%	4.9%	1.072	0.301
特になし	3.6%	3.0%	3.6%	0.260	0.610
回答施設数	2,782	263	2,519		

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05

表 1-14 訪問の際に困難に感じられること（法人内医療機関（精神科）有無別）

	全体	法人内の医療機関		X ² 値	有意確率
		精神科あり	精神科なし/ 法人内医療 機関なし		
精神症状への対応が難しい	54.0%	53.7%	54.0%	0.258	0.611
精神症状のアセスメントが難しい	49.1%	48.0%	49.2%	0.592	0.442
生活能力のアセスメントが難しい	27.0%	28.7%	26.8%	0.230	0.631
合併症・身体疾患のケアが難しい	26.2%	39.0%	24.6%	26.149 ***	0.000
症状悪化や自傷他害のリスクの判断が難しい	35.4%	39.0%	35.0%	1.218	0.270
拒否的な利用者・家族への関わりが難しい	56.3%	65.0%	55.3%	7.915 **	0.005
関係の構築やコミュニケーションが難しい	36.7%	39.0%	36.4%	0.369	0.543
家族への関わりが難しい	28.5%	35.0%	27.7%	5.749 *	0.016
主治医との連携や連絡が難しい	23.9%	28.7%	23.3%	3.360	0.067
行政との連携が難しい	18.6%	22.7%	18.1%	2.960	0.085
医療機関（他機関・他科含む）との連携が難しい	15.1%	16.3%	15.0%	0.208	0.649
福祉施設・事業所との連携が難しい	11.4%	14.3%	11.1%	2.340	0.126
電話対応が難しい	24.9%	30.3%	24.2%	4.388 *	0.036
その他	5.1%	5.0%	5.1%	0.020	0.888
特になし	3.6%	1.3%	3.8%	5.084 *	0.024
回答施設数	2,782	300	2,482		

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05

表 1-15 訪問の際に困難に感じられること（精神科訪問看護基本療養費の届出有無別）

	全体	精神科訪問看護基本療養費		X ² 値	有意確率
		届出あり	届出なし		
精神症状への対応が難しい	54.0%	50.1%	64.4%	68.131 ***	0.000
精神症状のアセスメントが難しい	49.1%	47.9%	52.7%	11.818 **	0.001
生活能力のアセスメントが難しい	27.0%	26.7%	27.8%	1.637	0.201
合併症・身体疾患のケアが難しい	26.2%	27.6%	22.4%	4.664 *	0.031
症状悪化や自傷他害のリスクの判断が難しい	35.4%	34.5%	38.3%	7.58 **	0.006
拒否的な利用者・家族への関わりが難しい	56.3%	57.9%	52.8%	1.364	0.243
関係の構築やコミュニケーションが難しい	36.7%	34.4%	42.5%	23.944 ***	0.000
家族への関わりが難しい	28.5%	29.7%	25.9%	1.656	0.198
主治医との連携や連絡が難しい	23.9%	26.4%	18.0%	16.847 ***	0.000
行政との連携が難しい	18.6%	20.2%	14.7%	8.161 **	0.004
医療機関（他機関・他科含む）との連携が難しい	15.1%	15.7%	14.0%	0.376	0.540
福祉施設・事業所との連携が難しい	11.4%	13.4%	6.4%	23.833 ***	0.000
電話対応が難しい	24.9%	24.6%	25.9%	1.899	0.168
その他	5.1%	5.6%	3.7%	3.395	0.065
特になし	3.6%	2.7%	5.7%	17.346	0.000
回答施設数	2,782	1,972	784		

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05

表 1-16 訪問の際に困難に感じられること（精神科訪問看護基本療養費算定者割合別）

	全体	精神科訪問看護基本療養費算定者割合				X ² 値	有意確率
		0%	20%未満	20~80%未満	80%以上		
精神症状への対応が難しい	54.0%	55.5%	54.1%	52.8%	29.4%	120.78 ***	0.000
精神症状のアセスメントが難しい	49.1%	52.0%	52.0%	51.9%	30.9%	58.208 ***	0.000
生活能力のアセスメントが難しい	27.0%	21.4%	28.4%	29.0%	25.2%	1.636	0.651
合併症・身体疾患のケアが難しい	26.2%	16.0%	24.7%	36.4%	46.5%	79.605 ***	0.000
症状悪化や自傷他害のリスクの判断が難しい	35.4%	33.5%	35.7%	42.5%	32.6%	7.485	0.058
拒否的な利用者・家族への関わりが難しい	56.3%	55.5%	53.8%	65.9%	70.6%	31.913 ***	0.000
関係の構築やコミュニケーションが難しい	36.7%	36.7%	34.5%	40.7%	31.2%	22.998 ***	0.000
家族への関わりが難しい	28.5%	22.1%	30.2%	37.4%	33.0%	15.025 **	0.002
主治医との連携や連絡が難しい	23.9%	17.1%	30.5%	24.3%	27.3%	41.004 ***	0.000
行政との連携が難しい	18.6%	14.9%	21.6%	22.4%	22.3%	17.564 **	0.001
医療機関（他機関・他科含む）との連携が難しい	15.1%	11.7%	16.9%	14.5%	17.4%	3.575	0.311
福祉施設・事業所との連携が難しい	11.4%	11.0%	13.8%	11.2%	18.8%	31.333 ***	0.000
電話対応が難しい	24.9%	25.6%	26.1%	23.8%	20.2%	6.893	0.075
その他	5.1%	6.8%	4.8%	8.9%	6.7%	7.632	0.054
特になし	3.6%	2.8%	1.8%	1.9%	3.9%	14.98 **	0.002
回答施設数	2,782	281	1,028	214	282		

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05

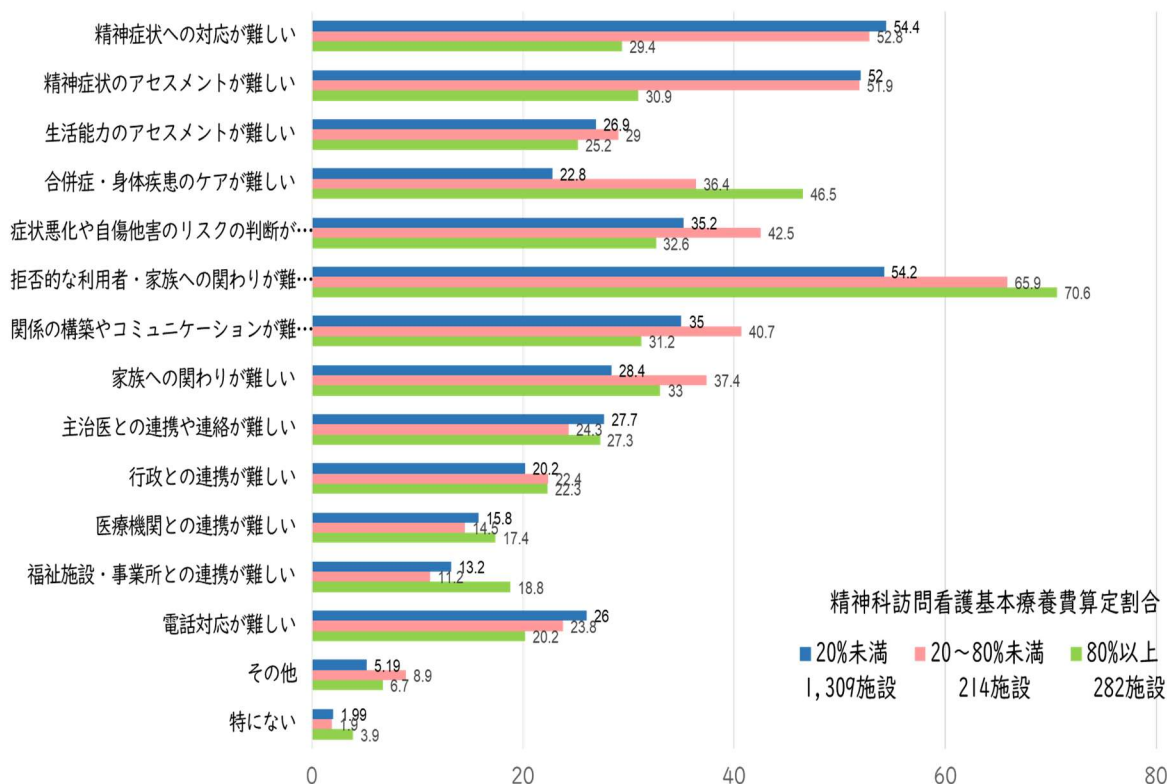


図 1-15 精神科訪問看護利用者割合別にみた、訪問の際に困難に感じられること

② 必要と思われる支援

精神疾患のある方への訪問に際して必要と思われる支援としては、訪問看護ステーションでは「地域の関係機関と連携するための場や仕組みづくり」(67.6%)が最も多く、次いで「医師からのコンサルテーション」(59.6%)、「専門性の高い看護師からのコンサルテーション」(45.4%)、「専門性の高い看護師との同行訪問」(35.5%)の順であった。医療機関の回答でも同様の傾向であるが、「地域の関係機関と連携するための場や仕組みづくり」を求める割合が80.4%を占めた。

訪問看護ステーションの回答に関して、専門性の高い看護師の配置状況で回答を比較したところ、専門性の高い看護師が配置されている施設や精神科訪問看護基本療養費算定者割合が低い施設、機能強化型訪問看護ステーションの届出施設では「専門性の高い看護師からのコンサルテーション」、「専門性の高い看護師との同行訪問」の回答割合が高くなっていた。一方で、精神科訪問看護基本療養費算定者割合が高い施設(=精神に特化している施設)ほど、地域の関係機関と連携するための場や仕組みづくりを期待する割合が高かった。

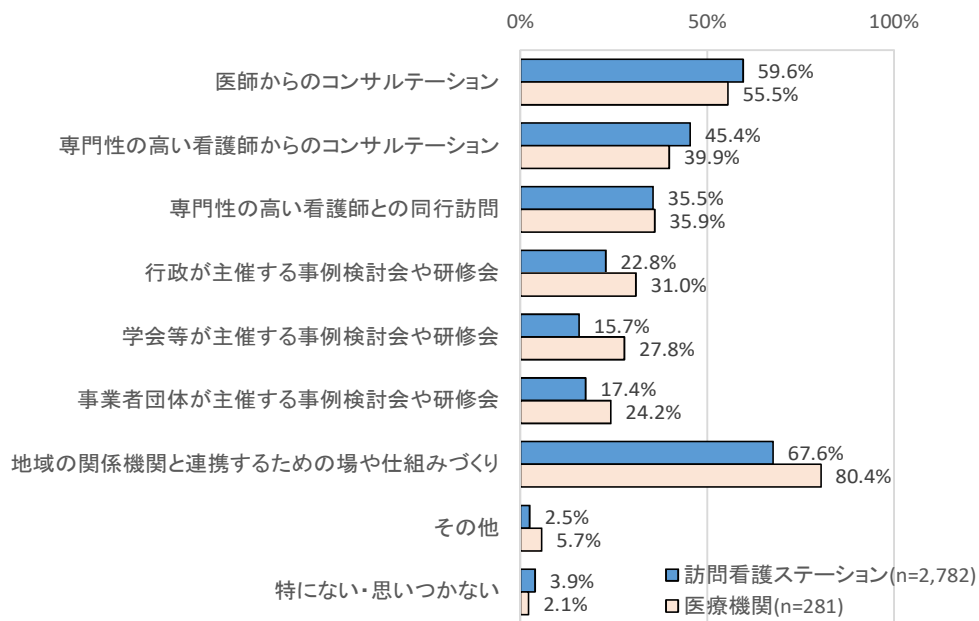


図 1-16 必要と思われる支援

表 1-17 必要と思われる支援 (専門性の高い看護師の配置有無別)

	全体	専門性の高い看護師		χ ² 値	有意確率
		配置あり	配置なし		
医師からのコンサルテーション	59.6%	58.2%	59.7%	0.841	0.359
専門性の高い看護師からのコンサルテーション	45.4%	56.3%	44.3%	11.577 **	0.001
専門性の高い看護師との同行訪問	35.5%	46.0%	34.4%	12.082 **	0.001
行政が主催する事例検討会や研修会	22.8%	25.1%	22.6%	0.536	0.464
学会等が主催する事例検討会や研修会	15.7%	16.3%	15.6%	0.023	0.879
事業者団体が主催する事例検討会や研修会	17.4%	17.9%	17.4%	0.002	0.969
地域の関係機関と連携するための場や仕組みづくり	67.6%	72.6%	67.1%	1.798	0.180
その他	2.5%	3.8%	2.3%	1.911	0.167
特になし・思いつかない	3.9%	2.3%	4.1%	2.232	0.135
回答施設数	2,782	263	2,519		

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05

表 1-18 必要と思われる支援（精神科訪問看護基本療養費の届出有無別）

	全体	精神科訪問看護基本療養費		X ² 値	有意確率
		届出あり	届出なし		
医師からのコンサルテーション	59.6%	60.4%	58.4%	0.033	0.856
専門性の高い看護師からのコンサルテーション	45.4%	43.1%	52.2%	27.596 ***	0.000
専門性の高い看護師との同行訪問	35.5%	32.6%	43.5%	38.308 ***	0.000
行政が主催する事例検討会や研修会	22.8%	24.7%	18.4%	9.766 **	0.002
学会等が主催する事例検討会や研修会	15.7%	17.2%	12.2%	8.075 **	0.004
事業者団体が主催する事例検討会や研修会	17.4%	19.2%	13.0%	11.955 **	0.001
地域の関係機関と連携するための場や仕組みづくり	67.6%	71.5%	58.4%	29.773 ***	0.000
その他	2.5%	2.8%	1.8%	1.918	0.166
特になし・思いつかない	3.9%	2.8%	6.8%	25.813 ***	0.000
回答施設数	2,782	1,972	784		

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05

表 1-19 必要と思われる支援（精神科訪問看護基本療養費算定者割合別）

	全体	精神科訪問看護基本療養費算定者割合				X ² 値	有意確率
		0%	20%未満	20~80%未満	80%以上		
医師からのコンサルテーション	59.6%	64.4%	61.2%	63.1%	55.7%	5.968	0.113
専門性の高い看護師からのコンサルテーション	45.4%	51.6%	43.6%	43.9%	36.5%	44.592 ***	0.000
専門性の高い看護師との同行訪問	35.5%	41.6%	32.6%	34.6%	27.0%	47.054 ***	0.000
行政が主催する事例検討会や研修会	22.8%	21.0%	23.4%	34.6%	28.7%	26.793 ***	0.000
学会等が主催する事例検討会や研修会	15.7%	14.2%	14.3%	27.6%	23.8%	39.549 ***	0.000
事業者団体が主催する事例検討会や研修会	17.4%	14.9%	17.1%	25.7%	27.0%	31.442 ***	0.000
地域の関係機関と連携するための場や仕組みづくり	67.6%	63.7%	71.7%	72.0%	81.2%	43.028 ***	0.000
その他	2.5%	1.8%	1.8%	3.3%	6.4%	21.878 ***	0.000
特になし・思いつかない	3.9%	2.8%	2.8%	1.9%	2.1%	12.988 **	0.005
回答施設数	2,782	281	1,028	214	282		

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05

表 1-20 必要と思われる支援（機能強化型訪問看護ステーション届出状況別）

	全体	機能強化型訪問看護ステーション				X ² 値	有意確率
		1	2	3	なし		
医師からのコンサルテーション	59.6%	53.7%	74.7%	64.5%	59.7%	13.076 **	0.004
専門性の高い看護師からのコンサルテーション	45.4%	55.0%	61.6%	58.1%	44.0%	20.678 ***	0.000
専門性の高い看護師との同行訪問	35.5%	47.2%	42.4%	45.2%	34.3%	16.532 **	0.001
行政が主催する事例検討会や研修会	22.8%	20.2%	30.3%	29.0%	23.1%	4.426	0.219
学会等が主催する事例検討会や研修会	15.7%	15.1%	18.2%	16.1%	15.8%	0.481	0.923
事業者団体が主催する事例検討会や研修会	17.4%	17.4%	16.2%	12.9%	17.7%	0.734	0.865
地域の関係機関と連携するための場や仕組みづくり	67.6%	69.7%	66.7%	74.2%	67.7%	0.654	0.884
その他	2.5%	1.8%	2.0%	0.0%	2.7%	1.598	0.660
特になし・思いつかない	3.9%	3.7%	3.0%	0.0%	4.0%	1.643	0.650
回答施設数	2,782	218	99	31	2,310		

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05

③その他必要と思われる支援

その他、必要と思われる制度や支援について、自由記述形式での回答を求め、内容による分類整理を行った。

記載内容は、訪問に関する加算対象や算定要件に関する事項、制度運用に関する事項、社会

資源等の充実を求める意見とともに、地域での多機関連携／チーム支援の体制構築や相談窓口／体制の整備等の必要性を指摘する意見が数多く寄せられた。また、人材確保・育成への支援充実を求める意見も寄せられていた。

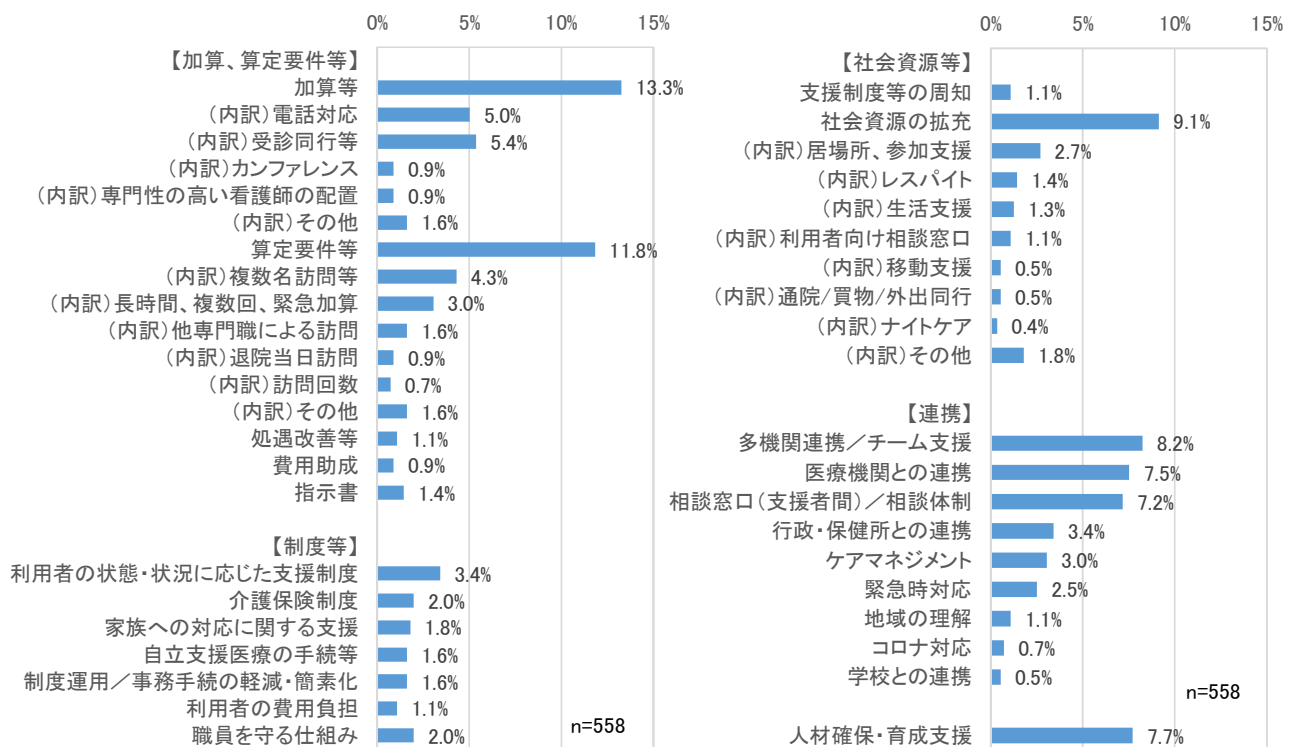


図 1-17 その他、必要と思われる支援

2. 二次調査

回答は、①施設票 23 票（訪問看護ステーション 15 票、医療機関 8 票）、②看護師票 39 票（訪問看護ステーション 19 票、医療機関 20 票）、③利用者票は、1 回目調査が 118 票（訪問看護ステーション 51 票、医療機関 67 票）、2 回目調査が 85 票（訪問看護ステーション 37 票、医療機関 48 票）であった。

1) 施設票

①訪問看護利用者数（令和 4 年 8 月）

回答施設の訪問看護利用者数（令和 4 年 8 月）は、医療機関では、医療保険利用者（精神科訪問看護・指導料算定者）は 1 施設平均 165.6 人であった。また、訪問看護ステーションでは 1 施設あたり平均で介護保険利用者が 97.6 人、医療保険利用者が 131.6 人、精神科訪問看護基本療養費算定者は 97.3 人であった。

表 2-1-1 回答施設の訪問看護利用者数（医療機関）

	医療機関 (n=8)				
	合計数	割合	1施設あたり平均	最大値	最小値
①介護保険					
②医療保険	1,325人	100.0%	165.6人	250人	76人
うち、精神科訪問看護・指導料算定者数	1,325人	100.0%	165.6人	250人	76人

表 2-1-2 回答施設の訪問看護利用者数（訪問看護ステーション）

	訪問看護ステーション (n=15)				
	合計数	割合	1施設あたり平均	最大値	最小値
①介護保険	1,464人	42.6%	97.6人	576人	0人
②医療保険	1,974人	57.4%	131.6人	312人	42人
うち、精神科訪問看護基本療養費算定者数	1,460人	42.5%	97.3人	312人	10人

※割合は介護保険と医療保険の合計利用者数に対するもの

②精神科訪問看護・指導料／精神科訪問看護基本療養費算定者の内訳

回答施設の精神科訪問看護・指導料／精神科訪問看護基本療養費の算定者数(令和4年8月末時点)は合計で2,785人(医療機関1,325人、訪問看護ステーション1,460人)であった。

算定者の属性は、男性47.3%、女性52.7%、年代は50歳代を中心に分布していた。主病名は「統合失調症・妄想性障害」が60.3%を占め

ており、次いで「気分障害」が19.1%。これらは訪問看護ステーション利用者に比べて医療機関利用者の割合が若干高い。一方、訪問看護ステーション利用者では医療機関利用者に比べ「発達障害」の割合が高くなっていた。ケアの必要な身体疾患がある利用者は全体では17.0%であるが、訪問看護ステーションでは27.9%を占めた。

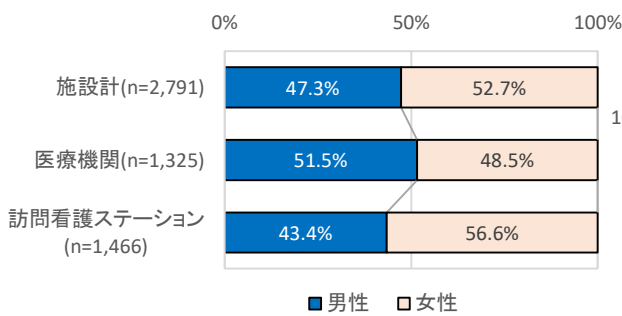


図 2-1-1 精神科訪問看護・指導料／精神科訪問看護基本療養費算定者の性別

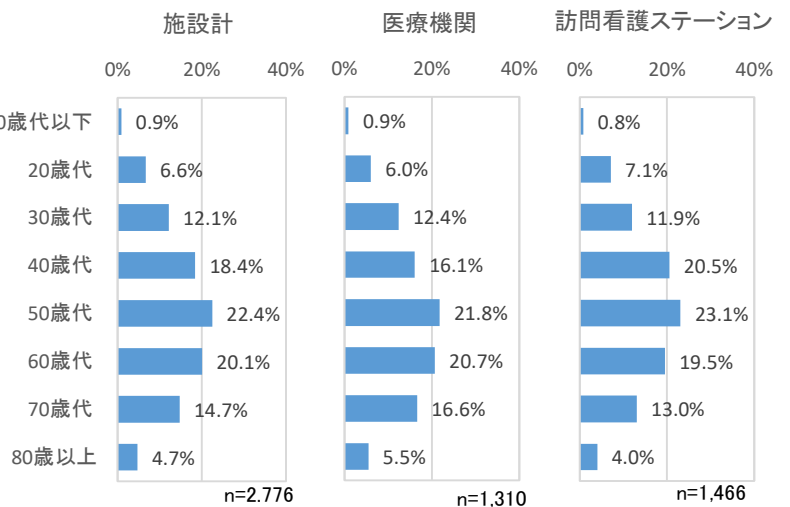


図 2-1-2 精神科訪問看護・指導料／精神科訪問看護基本療養費算定者の年齢

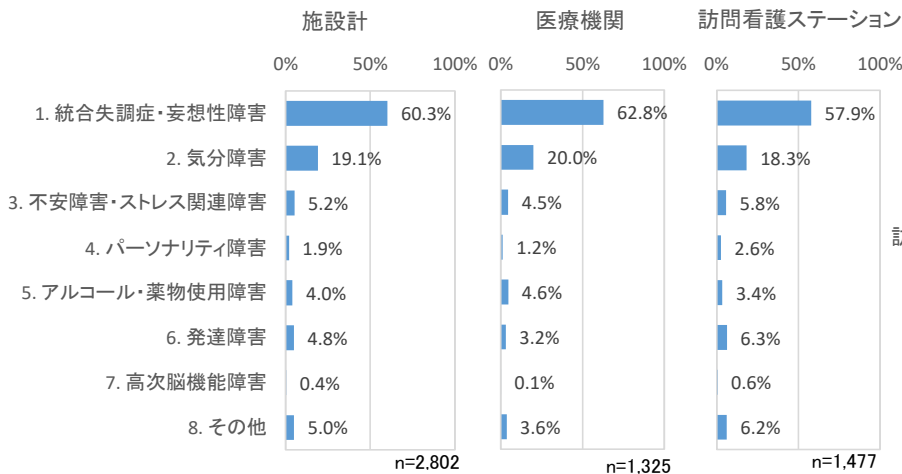


図 2-1-3 精神科訪問看護・指導料／精神科訪問看護基本療養費算定者の主病名

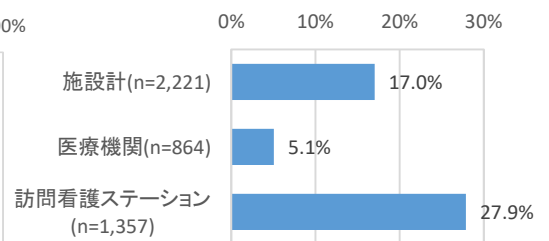


図 2-1-4 ケアの必要な身体疾患のある割合

表 2-1-3 精神科訪問看護・指導料／精神科訪問看護基本療養費算定者の属性

①性別	施設計			医療機関			訪問看護ステーション		
	合計数	割合	1施設あたり平均	合計数	割合	1施設あたり平均	合計数	割合	1施設あたり平均
男性	1,319人	47.3%	57.3人	683人	51.5%	85.4人	636人	43.4%	42.4人
女性	1,472人	52.7%	64.0人	642人	48.5%	80.3人	830人	56.6%	55.3人

②年齢	施設計			医療機関			訪問看護ステーション		
	合計数	割合	1施設あたり平均	合計数	割合	1施設あたり平均	合計数	割合	1施設あたり平均
10歳代以下	24人	0.9%	1.1人	12人	0.9%	1.5人	12人	0.8%	0.9人
20歳代	183人	6.6%	8.3人	79人	6.0%	9.9人	104人	7.1%	7.4人
30歳代	337人	12.1%	14.7人	162人	12.4%	20.3人	175人	11.9%	11.7人
40歳代	512人	18.4%	22.3人	211人	16.1%	26.4人	301人	20.5%	20.1人
50歳代	623人	22.4%	27.1人	285人	21.8%	35.6人	338人	23.1%	22.5人
60歳代	557人	20.1%	24.2人	271人	20.7%	33.9人	286人	19.5%	19.1人
70歳代	409人	14.7%	17.8人	218人	16.6%	27.3人	191人	13.0%	12.7人
80歳以上	131人	4.7%	6.2人	72人	5.5%	9.0人	59人	4.0%	4.5人

③主病名	施設計			医療機関			訪問看護ステーション		
	合計数	割合	1施設あたり平均	合計数	割合	1施設あたり平均	合計数	割合	1施設あたり平均
1. 統合失調症・妄想性障害	1,678人	60.3%	73.0人	832人	62.8%	104.0人	846人	57.9%	56.4人
2. 気分障害	532人	19.1%	25.3人	265人	20.0%	33.1人	267人	18.3%	20.5人
3. 不安障害・ストレス関連障害	145人	5.2%	6.3人	60人	4.5%	7.5人	85人	5.8%	5.7人
4. パーソナリティ障害	54人	1.9%	2.6人	16人	1.2%	2.0人	38人	2.6%	2.9人
5. アルコール・薬物使用障害	111人	4.0%	5.3人	61人	4.6%	7.6人	50人	3.4%	3.8人
6. 発達障害	134人	4.8%	6.1人	42人	3.2%	5.3人	92人	6.3%	6.6人
7. 高次脳機能障害	10人	0.4%	0.5人	1人	0.1%	0.1人	9人	0.6%	0.7人
8. その他	138人	5.0%	6.3人	48人	3.6%	6.0人	90人	6.2%	6.4人

④ケアの必要な身体疾患	施設計			医療機関			訪問看護ステーション		
	合計数	割合	1施設あたり平均	合計数	割合	1施設あたり平均	合計数	割合	1施設あたり平均
あり	474人	17.0%	22.6人	67人	5.1%	11.2人	407人	27.9%	27.1人
なし	1,747人	62.7%	83.2人	797人	60.2%	99.6人	950人	65.1%	73.1人

③訪問看護に関わる職員

回答施設の訪問看護に関わる看護職員数は、平均で常勤7.4人（医療機関6.3人、訪問看護ステーション8.0人）、非常勤2.7人（医療機関1.2人、訪問看護ステーション3.6人）であった。

常勤の精神看護専門看護師が配置されているのは医療機関2施設（25.0%）、訪問看護ステーション2施設（13.3%）で計4施設、精神科認定看護師が配置されているのは医療機関4施設（50.0%）、訪問看護ステーション8施設（53.3%）で計12施設、特定行為研修の修了者（①精神及び神経症状に係る薬剤投与、②パッケージ研修修了者その他）は訪問看護ステーションのみに各2施設（13.3%）であった

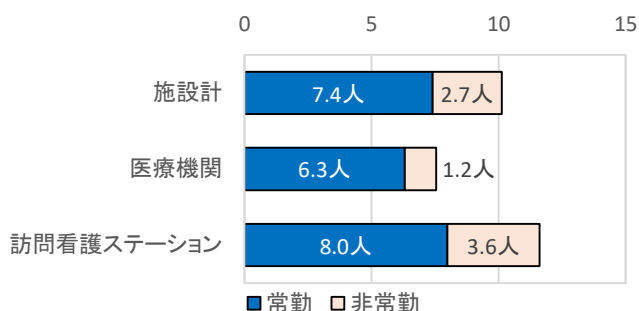


図 2-1-5 訪問看護に関わる職員

ーション2施設（13.3%）で計4施設、精神科認定看護師が配置されているのは医療機関4施設（50.0%）、訪問看護ステーション8施設（53.3%）で計12施設、特定行為研修の修了者（①精神及び神経症状に係る薬剤投与、②パッケージ研修修了者その他）は訪問看護ステーションのみに各2施設（13.3%）であった

表 2-1-4 訪問看護に関わる職員数

	施設計	医療機関	訪問看護ステーション
常勤	7.4人	6.3人	8.0人
非常勤	2.7人	1.2人	3.6人

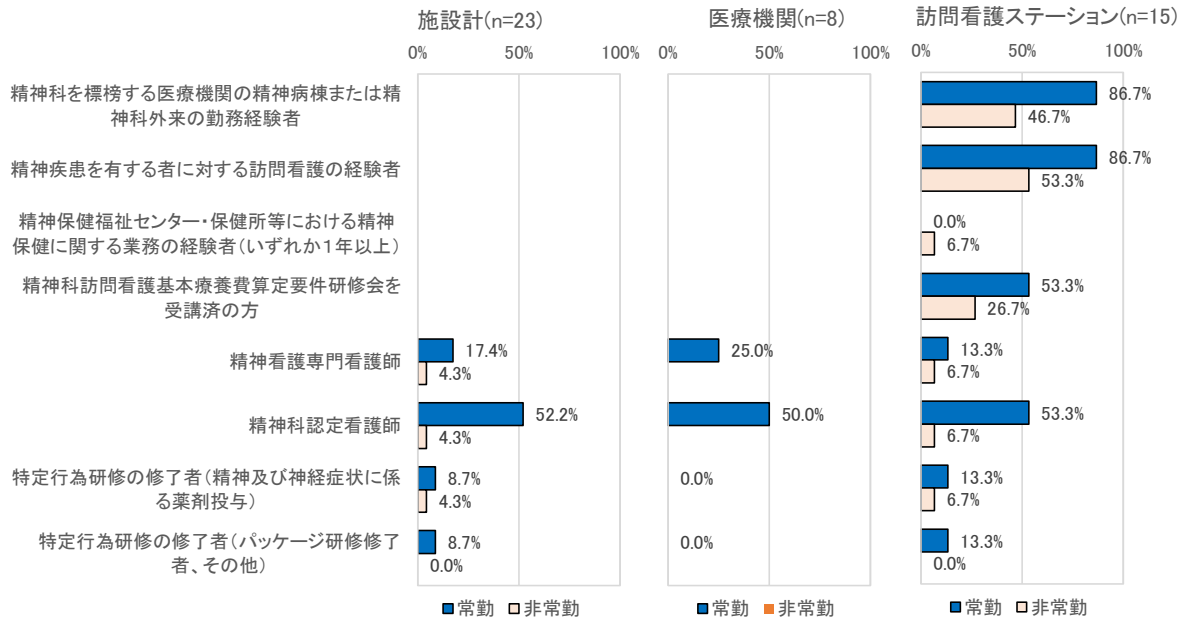


図 2-1-6 該当する看護職員を配置している施設割合 (令和 4 年 8 月末)

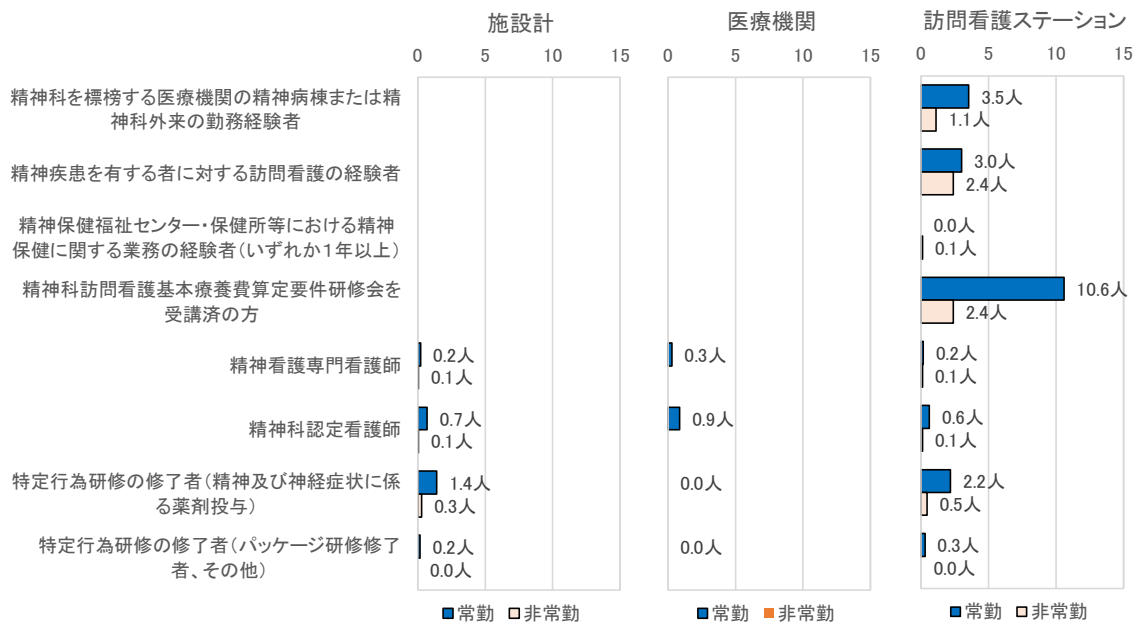


図 2-1-7 該当する看護職員の平均配置人数 (令和 4 年 8 月末)

2) 専門性の高い看護師の状況 (看護師票 28 施設 39 名が回答)

①所持している資格要件

回答者が所持している資格要件は、「精神看護専門看護師」が 10 名 (25.6%)、「精神科認定看護師」が 28 名 (71.8%)、「特定行為研修修了者 (栄養および水分管理に係る薬剤投与)」が 1 名であった。

医療機関の看護師は、回答者 20 名中 17 名

(85.0%) が「精神科認定看護師」であり、3 名 (15.0%) は「精神看護専門看護師」である。訪問看護ステーションでは、回答者 19 名中 11 名 (57.9%) が「精神科認定看護師」、7 名 (36.8%) が「精神看護専門看護師」、1 名 (5.3%) が「特定行為研修修了者 (栄養および水分管理に係る薬剤投与)」である。なお、訪問看護ステーションの 1 名はその他の「特定行為研修修了者」資格も所持していた。

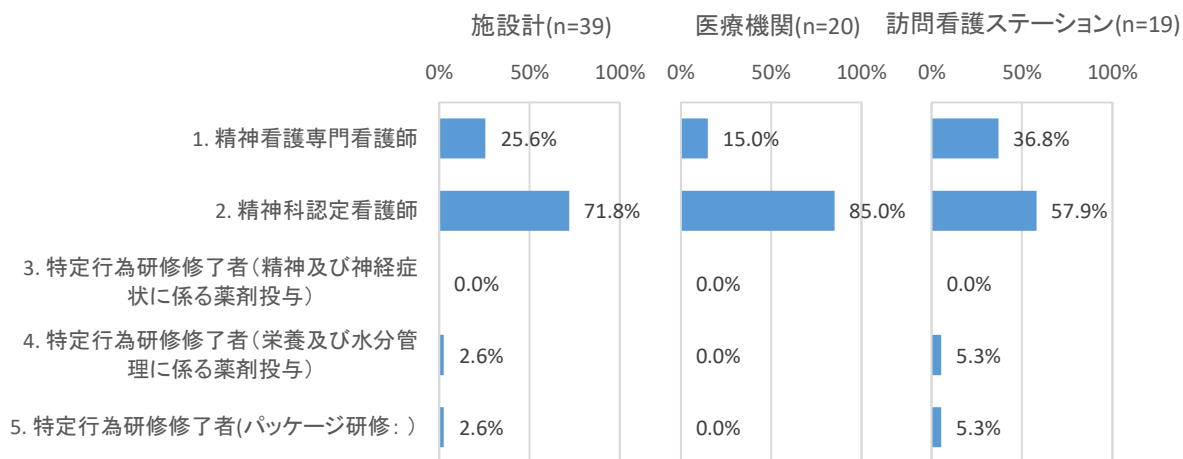


図 2-2-1 所持している資格要件

表 2-2-1 所持している資格要件

	施設設計		医療機関		訪問看護ステーション	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1. 精神看護専門看護師	10	25.6%	3	15.0%	7	36.8%
2. 精神科認定看護師	28	71.8%	17	85.0%	11	57.9%
3. 特定行為研修修了者(精神及び神経症状に係る薬剤投与)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
4. 特定行為研修修了者(栄養及び水分管理に係る薬剤投与)	1	2.6%	0	0.0%	1	5.3%
5. 特定行為研修修了者(パッケージ研修:)	1	2.6%	0	0.0%	1	5.3%

※割合は回答者数に対するもの

※5. 特定行為研修修了者(パッケージ研修:)の記載は「在宅・慢性期コース」

② 回答者の属性

回答者の性別は、医療機関では回答者 20 名中男性が 13 名 (65.0%) を占めたが、訪問看護ステーションでは回答者 19 名中女性が 13 名 (68.4%) を占めた。回答者の年代は「40 歳代」が 61.5% を占めて最も多く、次いで「50 歳代」が 23.1% であった。

回答者全体の経験年数は、看護師業務が平均 20.6 年、精神科看護業務が平均 17.3 年、精神

科訪問看護が平均 5.2 年であり、勤務形態は「常勤」が 94.9% を占めた。役職等は、「所長」が 20.5%、「看護師長」が 10.3%、「スタッフナース」が 41.0%、「その他」が 25.6% であった。

1 週間の平均訪問人数は全体では 12.8 人(医療機関 6.3 人、訪問看護ステーション 17.2 人)、訪問回数は 13.8 回(医療機関 6.9 回、訪問看護ステーション 18.5 回)であった

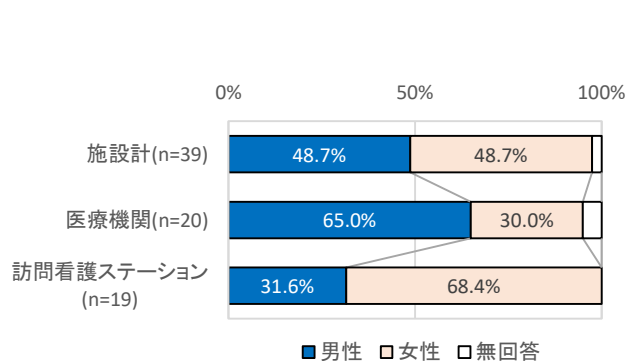


図 2-2-2 回答者の性別

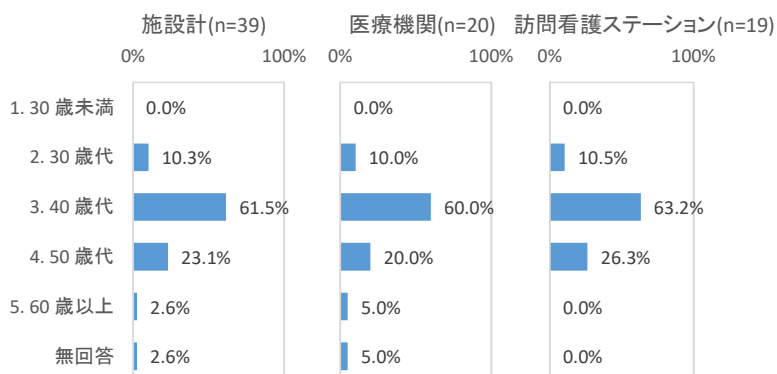


図 2-2-3 回答者の年代

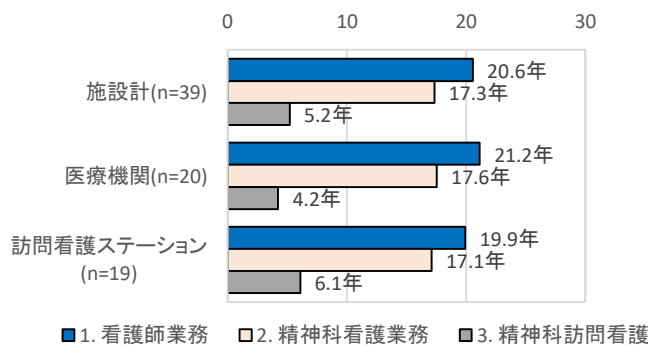


図 2-2-4 経験年数

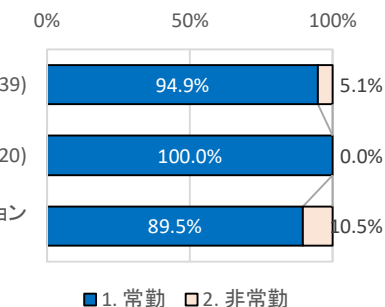


図 2-2-5 勤務形態

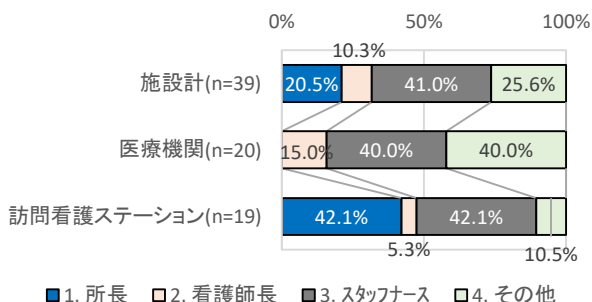


図 2-2-6 役職等

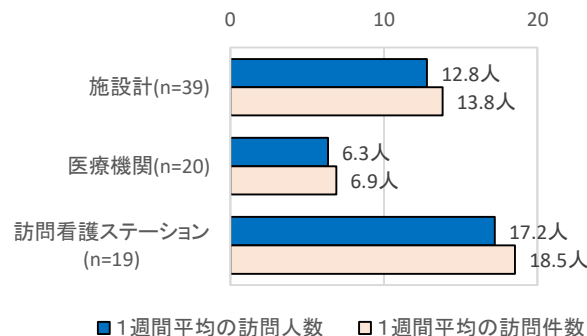


図 2-2-7 1週間の平均訪問人数・訪問回数

③専門性の高い看護師が担っている役割
回答者が担っている役割では、「他のスタッフへの助言・コンサルテーション、一緒にアセスメントする」(82.1%)、「困難ケースに関するスタッフの気持ちの表出を促す」「研修等の教育活動」(ともに 74.4%)、「家族への対応」「関

係機関との調整」(ともに 61.5%) 等が上位を占めた。

医療機関に比べ、訪問看護ステーションでは上記の役割を担っている割合が高く、担っている役割数も多い傾向がみられた。

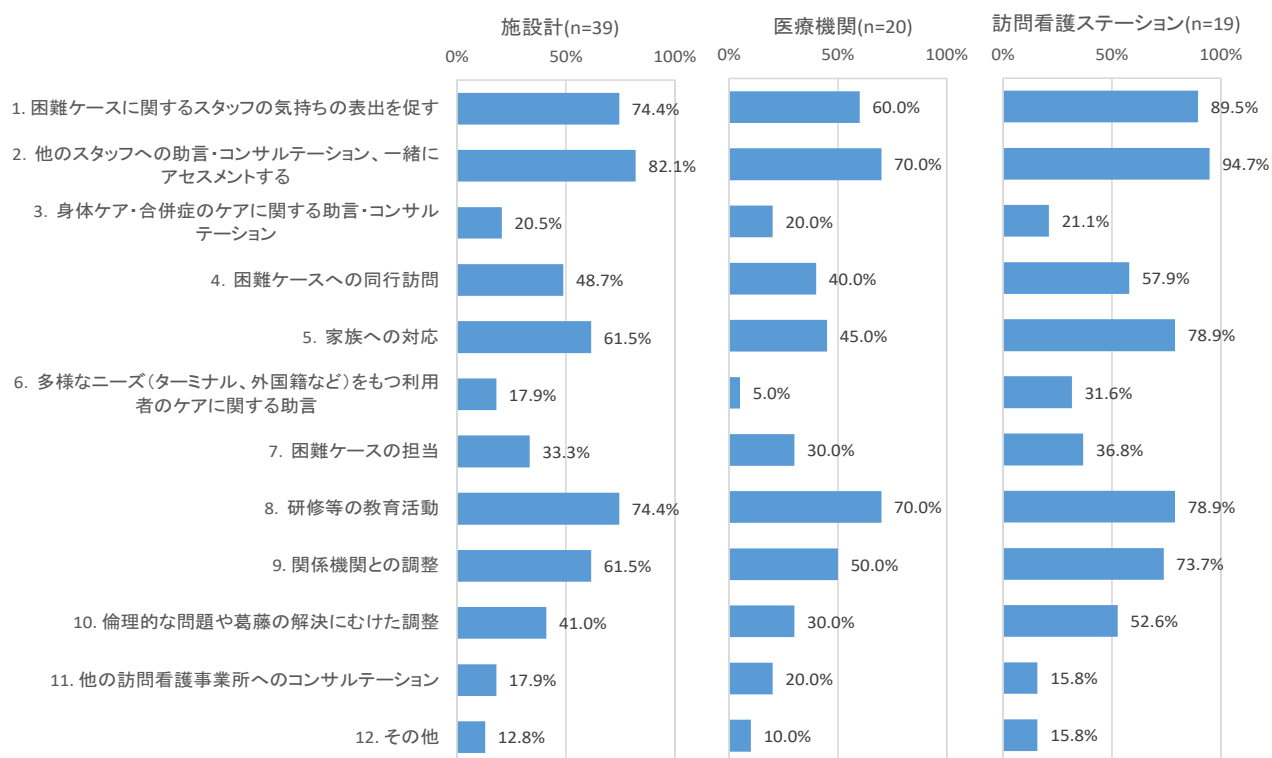


図 2-2-8 専門性の高い看護師が担っている役割

表 2-2-2 専門性の高い看護師が担っている役割

	施設計		医療機関		訪問看護ステーション	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1. 困難ケースに関するスタッフの気持ちの表出を促す	29	74.4%	12	60.0%	17	89.5%
2. 他のスタッフへの助言・コンサルテーション、一緒にアセスメントする	32	82.1%	14	70.0%	18	94.7%
3. 身体ケア・合併症のケアに関する助言・コンサルテーション	8	20.5%	4	20.0%	4	21.1%
4. 困難ケースへの同行訪問	19	48.7%	8	40.0%	11	57.9%
5. 家族への対応	24	61.5%	9	45.0%	15	78.9%
6. 多様なニーズ（ターミナル、外国籍など）をもつ利用者のケアに関する助言	7	17.9%	1	5.0%	6	31.6%
7. 困難ケースの担当	13	33.3%	6	30.0%	7	36.8%
8. 研修等の教育活動	29	74.4%	14	70.0%	15	78.9%
9. 関係機関との調整	24	61.5%	10	50.0%	14	73.7%
10. 倫理的な問題や葛藤の解決にむけた調整	16	41.0%	6	30.0%	10	52.6%
11. 他の訪問看護事業所へのコンサルテーション	7	17.9%	4	20.0%	3	15.8%
12. その他	5	12.8%	2	10.0%	3	15.8%

役割カウント数

	施設計		医療機関		訪問看護ステーション	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1～3項目	10	25.6%	8	40.0%	2	10.5%
4～6項目	12	30.8%	5	25.0%	7	36.8%
7項目以上	16	41.0%	6	30.0%	10	52.6%
無回答	1	2.6%	1	5.0%	0	0.0%
合計	39	100.0%	20	100.0%	19	100.0%

3) 利用者調査

利用者調査は2回実施しており、1回目調査では118人（医療機関利用者67人、訪問看護ステーション利用者51人）から、2回目調査では85人（医療機関利用者48人、訪問看護ステーション利用者37人）から回答を得た。このうち、1回目、2回目ともに回答のあった回答者は68人であった。

① 訪問診療の利用状況

回答者のうち、訪問診療を利用している割合は1回目調査回答者では38.1%、2回目調査回答者では31.8%であった。

② 訪問看護の利用期間

訪問看護の利用期間は、「5～10年未満」及び「2～5年未満」で7割近くを占めていた。

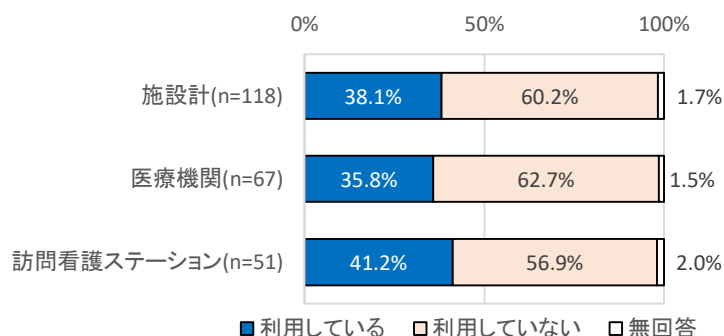


図 2-3-1 訪問診療の利用状況（1回目調査）

表 2-3-1 訪問診療の利用状況

	施設計				医療機関				訪問看護ステーション			
	1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
利用している	45	38.1%	27	31.8%	24	35.8%	16	33.3%	21	41.2%	11	29.7%
利用していない	71	60.2%	58	68.2%	42	62.7%	32	66.7%	29	56.9%	26	70.3%
無回答	2	1.7%	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%	1	2.0%	0	0.0%
合計	118	100.0%	85	100.0%	67	100.0%	48	100.0%	51	100.0%	37	100.0%

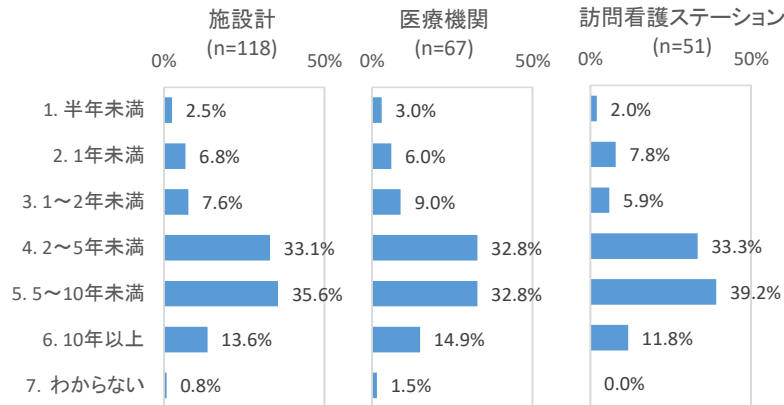


図 2-3-2 訪問看護の利用期間 (1 回目調査)

表 2-3-2 訪問看護の利用期間

	施設計				医療機関				訪問看護ステーション			
	1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1. 半年未満	3	2.5%	2	2.4%	2	3.0%	1	2.1%	1	2.0%	1	2.7%
2. 1年未満	8	6.8%	5	6.0%	4	6.0%	2	4.3%	4	7.8%	3	8.1%
3. 1~2年未満	9	7.6%	8	9.5%	6	9.0%	5	10.6%	3	5.9%	3	8.1%
4. 2~5年未満	39	33.1%	27	32.1%	22	32.8%	14	29.8%	17	33.3%	13	35.1%
5. 5~10年未満	42	35.6%	29	34.5%	22	32.8%	18	38.3%	20	39.2%	11	29.7%
6. 10年以上	16	13.6%	13	15.5%	10	14.9%	7	14.9%	6	11.8%	6	16.2%
7. わからない	1	0.8%	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	118	100.0%	84	100.0%	67	100.0%	47	100.0%	51	100.0%	37	100.0%

③訪問看護で受けている支援、良いと思う支援

訪問看護で受けている支援内容では、「こころのケア」や「からだのケア」、「症状がある時の手助け」、「服薬に関する手伝い」、「あなたを力づける支援」の割合が高い。

受けている支援のうち「良いと思う支援」を尋ねたところ、支援内容による大きな差はみられず、概ね70%以上が「良い」と評価されていた。

1回目調査と2回目調査の比較が可能な65人を対象に、訪問看護で受けている支援の内容を比較したところ、2回目調査ではほとんどの対象者が「こころのケア」を受けていた。また「あなたを力づける支援」を受けていた割合も高くなっていた。一方で、「からだのケア」や「服薬に関する手伝い」を受けている割合は若干低くなっていた。ただし、この結果に統計的な有意差は見られなかった。

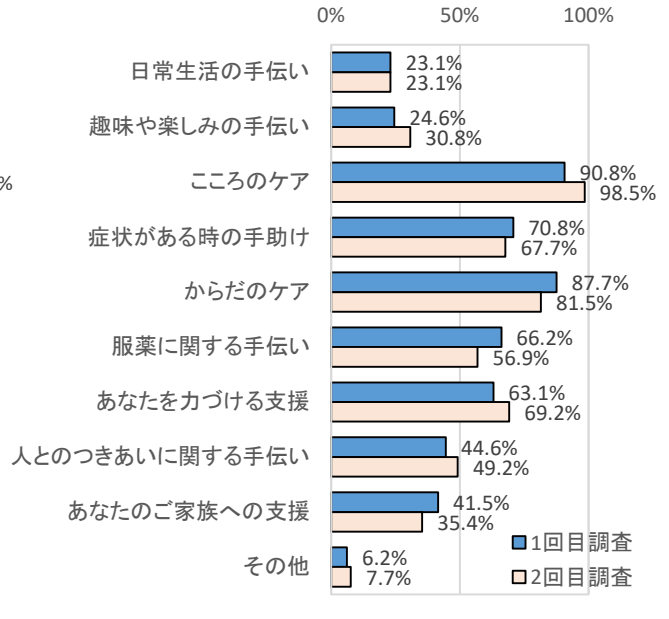
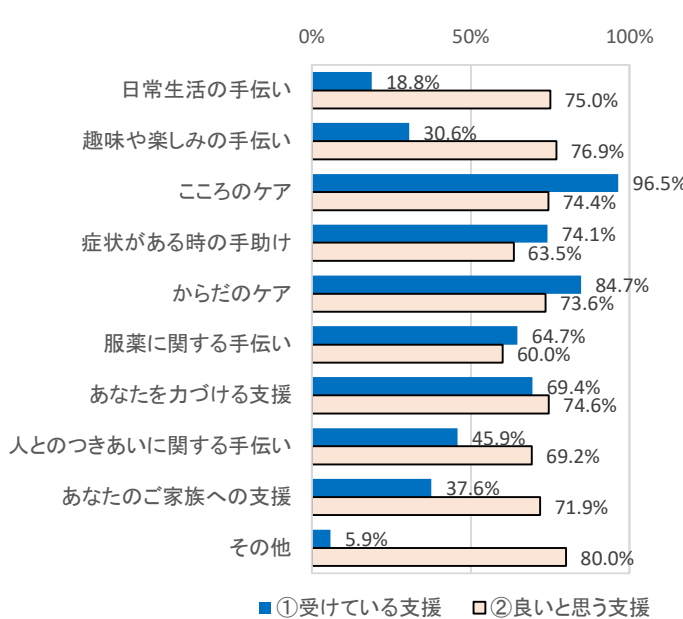


図 2-3-3 受けている支援、良いと思う支援 (1回目調査)

図 2-3-4 受けている支援 (1回目調査と2回目調査の比較)

表 2-3-3 受けている支援、良いと思う支援

	①受けている支援											
	施設計				医療機関				訪問看護ステーション			
	1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
日常生活の手伝い	27	22.9%	16	18.8%	14	20.9%	10	20.8%	13	25.5%	6	16.2%
趣味や楽しみの手伝い	29	24.6%	26	30.6%	15	22.4%	14	29.2%	14	27.5%	12	32.4%
こころのケア	107	90.7%	82	96.5%	62	92.5%	48	100.0%	45	88.2%	34	91.9%
症状がある時の手助け	88	74.6%	63	74.1%	50	74.6%	38	79.2%	38	74.5%	25	67.6%
からだのケア	103	87.3%	72	84.7%	60	89.6%	39	81.3%	43	84.3%	33	89.2%
服薬に関する手伝い	77	65.3%	55	64.7%	46	68.7%	32	66.7%	31	60.8%	23	62.2%
あなたをカブける支援	75	63.6%	59	69.4%	41	61.2%	34	70.8%	34	66.7%	25	67.6%
人とのつきあいに関する手伝い	51	43.2%	39	45.9%	30	44.8%	24	50.0%	21	41.2%	15	40.5%
あなたのご家族への支援	51	43.2%	32	37.6%	26	38.8%	15	31.3%	25	49.0%	17	45.9%
その他	9	7.6%	5	5.9%	6	9.0%	2	4.2%	3	5.9%	3	8.1%

	②よいと思う支援※											
	施設計				医療機関				訪問看護ステーション			
	1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
日常生活の手伝い	20	74.1%	12	75.0%	8	57.1%	8	80.0%	12	92.3%	4	66.7%
趣味や楽しみの手伝い	21	72.4%	20	76.9%	7	46.7%	11	78.6%	14	100.0%	9	75.0%
こころのケア	79	73.8%	61	74.4%	45	72.6%	38	79.2%	34	75.6%	23	67.6%
症状がある時の手助け	64	72.7%	40	63.5%	37	74.0%	22	57.9%	27	71.1%	18	72.0%
からだのケア	72	69.9%	53	73.6%	43	71.7%	29	74.4%	29	67.4%	24	72.7%
服薬に関する手伝い	54	70.1%	33	60.0%	31	67.4%	20	62.5%	23	74.2%	13	56.5%
あなたをカブける支援	55	73.3%	44	74.6%	29	70.7%	27	79.4%	26	76.5%	17	68.0%
人とのつきあいに関する手伝い	40	78.4%	27	69.2%	22	73.3%	16	66.7%	18	85.7%	11	73.3%
あなたのご家族への支援	34	66.7%	23	71.9%	18	69.2%	12	80.0%	16	64.0%	11	64.7%
その他	4	44.4%	4	80.0%	4	66.7%	2	100.0%	0	0.0%	2	66.7%

※②よいと思う支援は、①受けている支援にチェックが入っている回答のみを対象に集計。
また②の割合は、①受けている人数に対するもの。

④訪問看護担当スタッフからのリカバリー支援（短縮版 INSPiRE-J）

支援者からのパーソナルリカバリー支援について、利用者が自記式で評価する5項目の尺度（短縮版 INSPiRE-J）を用いて評価を行った。

回答者全体の平均得点（0：低いリカバリー支援～100：高いリカバリー支援の範囲）は、1回目調査回答者全体では81.0点（医

療機関利用者79.4点、訪問看護ステーション利用者83.1点）、2回目調査回答者全体では77.3点（医療機関利用者77.4点、訪問看護ステーション利用者77.2点）であり、ともに90点以上が4割以上を占めていた。

なお、比較可能な61人を対象に1回目調査と2回目調査の回答の比較を行ったところ、回答に有意差は認められなかった。

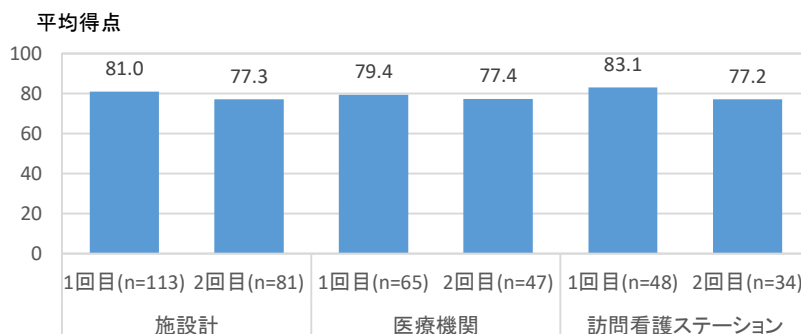


図 2-3-5 訪問看護担当スタッフからのリカバリー支援（短縮版 INSPiRE-J）平均得点

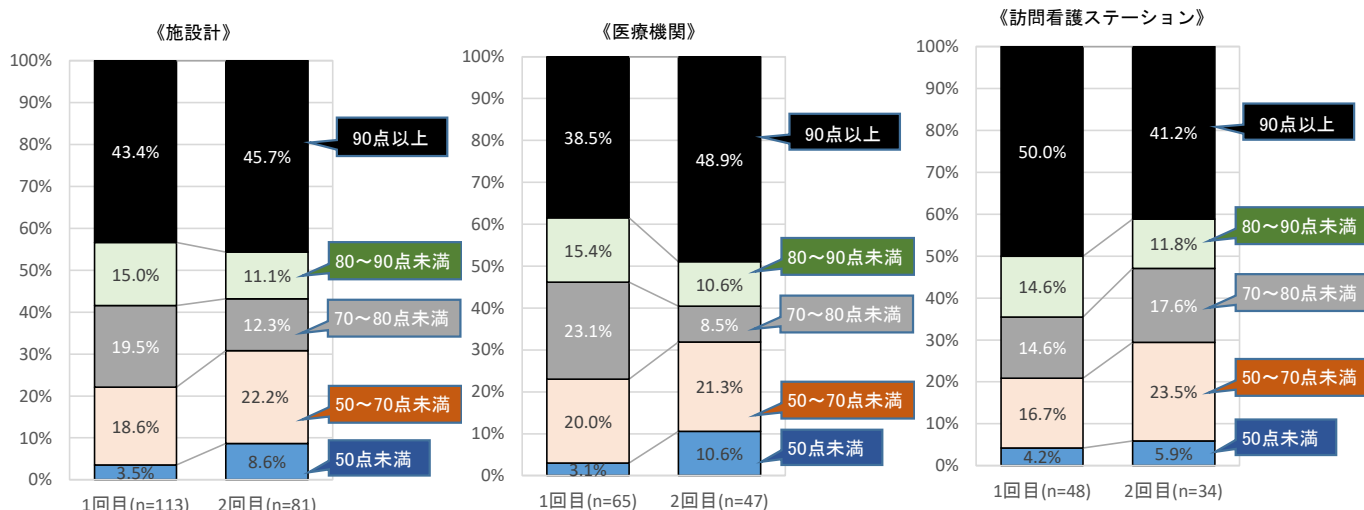


図 2-3-6 訪問看護担当スタッフからのリカバリー支援（短縮版 INSPiRE-J）得点分布

表 2-3-4 訪問看護担当スタッフからのリカバリー支援（短縮版 INSPiRE-J）得点

	施設設計				医療機関				訪問看護ステーション			
	1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
平均得点	81.0		77.3		79.4		77.4		83.1		77.2	
50点未満	4	3.5%	7	8.6%	2	3.1%	5	10.6%	2	4.2%	2	5.9%
50～70点未満	21	18.6%	18	22.2%	13	20.0%	10	21.3%	8	16.7%	8	23.5%
70～80点未満	22	19.5%	10	12.3%	15	23.1%	4	8.5%	7	14.6%	6	17.6%
80～90点未満	17	15.0%	9	11.1%	10	15.4%	5	10.6%	7	14.6%	4	11.8%
90点以上	49	43.4%	37	45.7%	25	38.5%	23	48.9%	24	50.0%	14	41.2%
有効数	113	100.0%	81	100.0%	65	100.0%	47	100.0%	48	100.0%	34	100.0%
最小値	30		0		30		0		45		25	
最大値	100		100		100		100		100		100	

※得点の範囲：0（低いリカバリー支援）～100（高いリカバリー支援）

表 2-3-5 1 回目調査と 2 回目調査の検定結果 (短縮版 INSPiRE-J 得点)

短縮版inspire-J得点

	平均値	度数	標準偏差	平均値の標準誤差	t 値	p 値
1回目調査	80.1	61	17.284	2.213	1.582	0.119
2回目調査	76.6	61	22.959	2.940		

表 2-3-6 訪問看護担当スタッフからのリカバリー支援 (短縮版 INSPiRE-J)

	施設計															
	①担当スタッフは、私がまわりの人からサポートを受けていると感じられるように支援してくれる		②担当スタッフは、私が将来に夢や希望をもつことを支援してくれる		③担当スタッフは、私が自分自身をよく思えるように支援してくれる		④担当スタッフは、私が自分にとって意味のあることをすることを支援してくれる		⑤担当スタッフは、私が自分の生活を自分で決めていると感じられるように支援してくれる							
	1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合
そう思わない	4	3.4%	4	4.7%	6	5.1%	7	8.2%	0	0.0%	3	3.5%	1	0.8%	1	1.2%
あまりそう思わない	3	2.5%	6	7.1%	7	5.9%	2	2.4%	4	3.4%	2	2.4%	3	2.5%	3	3.5%
どちらでもない	18	15.3%	12	14.1%	25	21.2%	12	14.1%	13	11.0%	10	11.8%	18	15.3%	13	15.3%
ややそう思う	28	23.7%	25	29.4%	30	25.4%	24	28.2%	31	26.3%	24	28.2%	29	24.6%	27	31.8%
そう思う	61	51.7%	37	43.5%	48	40.7%	38	44.7%	68	57.6%	43	50.6%	65	55.1%	38	44.7%
無回答	4	3.4%	1	1.2%	2	1.7%	2	2.4%	2	1.7%	3	3.5%	2	1.7%	3	3.5%

	医療機関															
	①担当スタッフは、私がまわりの人からサポートを受けていると感じられるように支援してくれる		②担当スタッフは、私が将来に夢や希望をもつことを支援してくれる		③担当スタッフは、私が自分自身をよく思えるように支援してくれる		④担当スタッフは、私が自分にとって意味のあることをすることを支援してくれる		⑤担当スタッフは、私が自分の生活を自分で決めていると感じられるように支援してくれる							
	1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合
そう思わない	1	1.5%	2	4.2%	2	3.0%	4	8.3%	0	0.0%	3	6.3%	1	1.5%	1	2.1%
あまりそう思わない	1	1.5%	1	2.1%	6	9.0%	2	4.2%	2	3.0%	1	2.1%	1	1.5%	1	2.1%
どちらでもない	11	16.4%	7	14.6%	16	23.9%	6	12.5%	10	14.9%	5	10.4%	12	17.9%	9	18.8%
ややそう思う	20	29.9%	15	31.3%	20	29.9%	14	29.2%	20	29.9%	15	31.3%	19	28.4%	17	35.4%
そう思う	32	47.8%	23	47.9%	23	34.3%	22	45.8%	34	50.7%	23	47.9%	33	49.3%	20	41.7%
無回答	2	3.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.5%	1	2.1%	1	1.5%	0	0.0%

	訪問看護ステーション															
	①担当スタッフは、私がまわりの人からサポートを受けていると感じられるように支援してくれる		②担当スタッフは、私が将来に夢や希望をもつことを支援してくれる		③担当スタッフは、私が自分自身をよく思えるように支援してくれる		④担当スタッフは、私が自分にとって意味のあることをすることを支援してくれる		⑤担当スタッフは、私が自分の生活を自分で決めていると感じられるように支援してくれる							
	1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合
そう思わない	3	5.9%	2	5.4%	4	7.8%	3	8.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
あまりそう思わない	2	3.9%	5	13.5%	1	2.0%	0	0.0%	2	3.9%	1	2.7%	2	3.9%	2	5.4%
どちらでもない	7	13.7%	5	13.5%	9	17.6%	6	16.2%	3	5.9%	5	13.5%	6	11.8%	4	10.8%
ややそう思う	8	15.7%	10	27.0%	10	19.6%	10	27.0%	11	21.6%	9	24.3%	10	19.6%	10	27.0%
そう思う	29	56.9%	14	37.8%	25	49.0%	16	43.2%	34	66.7%	20	54.1%	32	62.7%	18	48.6%
無回答	2	3.9%	1	2.7%	2	3.9%	2	5.4%	1	2.0%	2	5.4%	1	2.0%	3	8.1%

⑤生活場面で感じる孤独感 (UCLA 孤独感尺度 (3 項目))

生活場面において孤独感を感じる頻度(ほとんどない、たまにある、よくある)について回答を得た。回答者の得点 (3 点~9 点) をみると、3 点 (=3 項目とも「ほとんどない」) の利用者は 3 割前後を占めた。一方で、9 点 (3 項目とも「よくある」) の利用者は 1 割前後であった。

得点が 6 点以上の割合は全体では 40%前後、医療機関利用者では 31~35%、訪問看護ステーション利用者では 48%程度であり、訪問看護ステーション利用者の方が孤独感を感じている割合が高くなっていた。

なお、比較可能な 67 人を対象に 1 回目調査と 2 回目調査の回答の比較を行ったところ、回答に有意差は認められなかった。

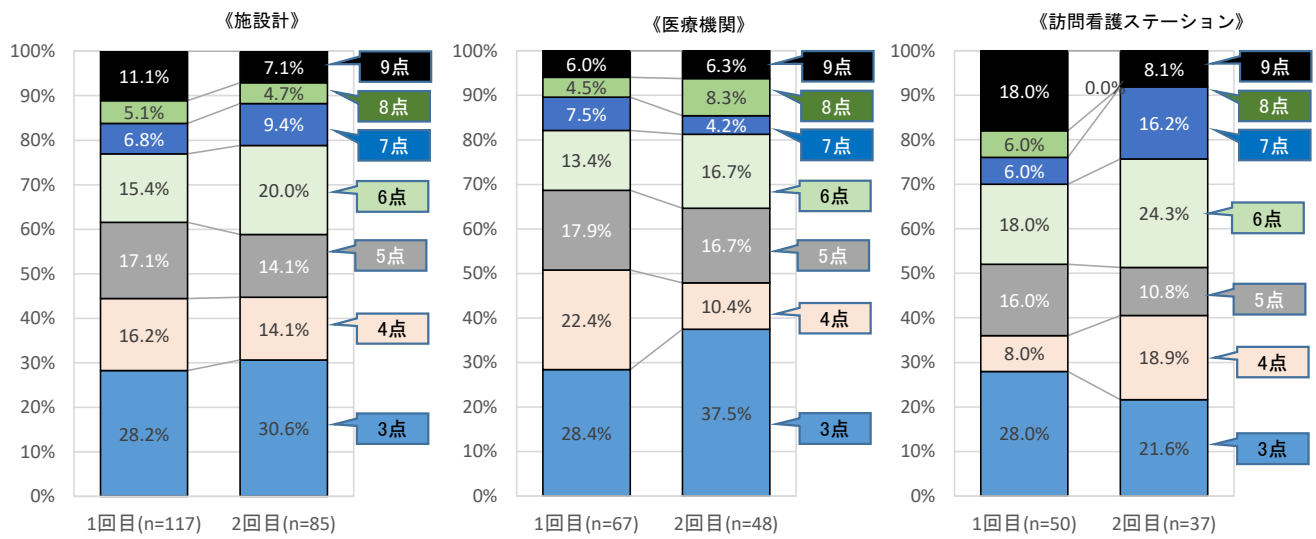


図 2-3-7 生活場面で感じる孤独感 (UCLA 孤独感尺度 (3 項目)) 得点の分布

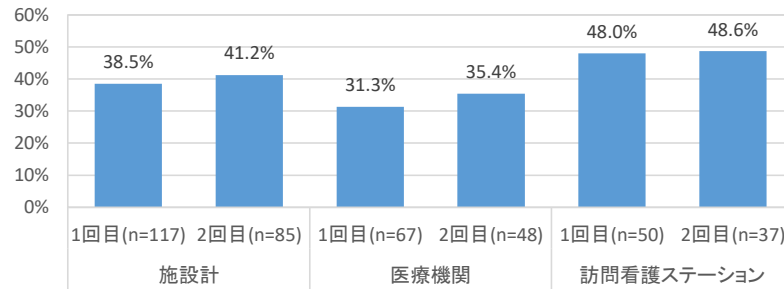


図 2-3-8 生活場面で感じる孤独感 (UCLA 孤独感尺度 (3 項目)) 6 点以上の割合

表 2-3-7 1 回目調査と 2 回目調査の検定結果 (UCLA 孤独感尺度)

UCLA 孤独感尺度 3 項目

	平均値	度数	標準偏差	平均値の標準誤差	t 値	p 値
1回目調査	4.91	67	1.773	0.217	-0.285	0.776
2回目調査	4.96	67	1.762	0.215		

表 2-3-8 生活場面で感じる孤独感 (UCLA 孤独感尺度 (3 項目))

	施設設計											
	①あなたは、自分に仲間付き合いがないと感じることがありますか。				②あなたは、疎外されていると感じることがありますか。				③あなたは、他の人から孤立していると感じることがありますか。			
	1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
ほとんどない	44	37.3%	35	41.2%	65	55.1%	43	50.6%	60	50.8%	43	50.6%
たまにある	40	33.9%	30	35.3%	35	29.7%	34	40.0%	37	31.4%	29	34.1%
よくある	33	28.0%	20	23.5%	17	14.4%	8	9.4%	21	17.8%	13	15.3%
無回答	1	0.8%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

	医療機関											
	①あなたは、自分に仲間付き合いがないと感じることがありますか。				②あなたは、疎外されていると感じることがありますか。				③あなたは、他の人から孤立していると感じることがありますか。			
	1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
ほとんどない	27	40.3%	20	41.7%	39	58.2%	29	60.4%	39	58.2%	27	56.3%
たまにある	27	40.3%	18	37.5%	20	29.9%	14	29.2%	20	29.9%	13	27.1%
よくある	13	19.4%	10	20.8%	8	11.9%	5	10.4%	8	11.9%	8	16.7%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

	訪問看護ステーション											
	①あなたは、自分に仲間付き合いがないと感じることがありますか。				②あなたは、疎外されていると感じることがありますか。				③あなたは、他の人から孤立していると感じることがありますか。			
	1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
ほとんどない	17	33.3%	15	40.5%	26	51.0%	14	37.8%	21	41.2%	16	43.2%
たまにある	13	25.5%	12	32.4%	15	29.4%	20	54.1%	17	33.3%	16	43.2%
よくある	20	39.2%	10	27.0%	9	17.6%	3	8.1%	13	25.5%	5	13.5%
無回答	1	2.0%	0	0.0%	1	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

⑥訪問看護の満足度

利用している訪問看護に対する満足度は非常に高く、「とても満足」及び「満足」で全体の9割以上を占めている。

なお、比較可能な68人を対象に1回目調査と2回目調査の回答の比較を行ったところ、回答に有意差は認められなかった。

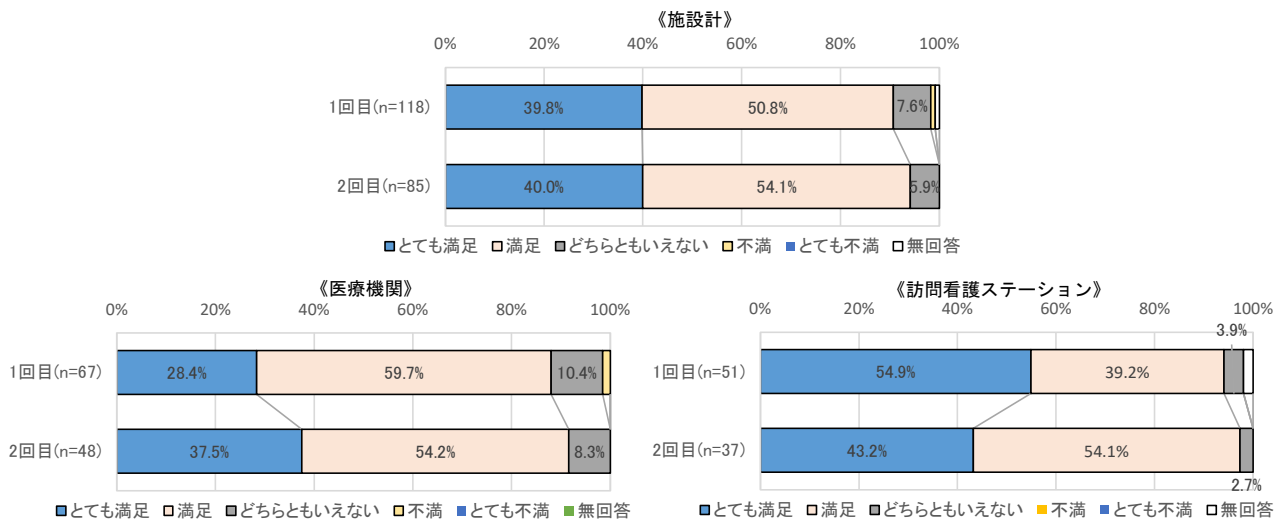


図 2-3-9 訪問看護の満足度

表 2-3-9 訪問看護の満足度

	施設計				医療機関				訪問看護ステーション			
	1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1. とても満足	47	39.8%	34	40.0%	19	28.4%	18	37.5%	28	54.9%	16	43.2%
2. 満足	60	50.8%	46	54.1%	40	59.7%	26	54.2%	20	39.2%	20	54.1%
3. どちらともいえない	9	7.6%	5	5.9%	7	10.4%	4	8.3%	2	3.9%	1	2.7%
4. 不満	1	0.8%	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
5. とても不満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
無回答	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0	0.0%

表 2-3-10 1回目調査と2回目調査の検定結果（訪問看護の満足度）

訪問看護満足度 1回目調査と2回目調査のクロス表
度数

		訪問看護満足度 2回目			合計
		とても満足	満足	どちらともいえない	
訪問看護満足度 1回目	とても満足	19	9	1	29
	満足	5	30	2	37
	どちらともいえない	0	1	1	2
合計		24	40	4	68

対応サンプルによる Wilcoxon の符号付き順位検定の要約

合計数	検定統計量	標準誤差	標準化された検定統計量	漸近有意確率 (両側検定)
68	117	20.622	1.528	0.127

⑦訪問看護に望むこと

訪問看護に望むこととして、医療機関利用者では、「気持ちが楽になるよう声をかけてほしい」「いろいろな人来てほしい」の割合が高い。一方、訪問看護ステーション利用者では、「同じ人来てほしい」「もっと長く相談にのってほしい」「気持ちが楽になるよう声をかけてほしい」の順であり、求める内

容に異なる傾向がみられた。

「薬のことを教えてほしい」「病院のスタッフなどと連携をとってほしい」「家族が病状を理解できるよう手助けしてほしい」などの要望は、医療機関利用者と訪問看護ステーション利用者間で差はみられず、一定の割合を占めていた。

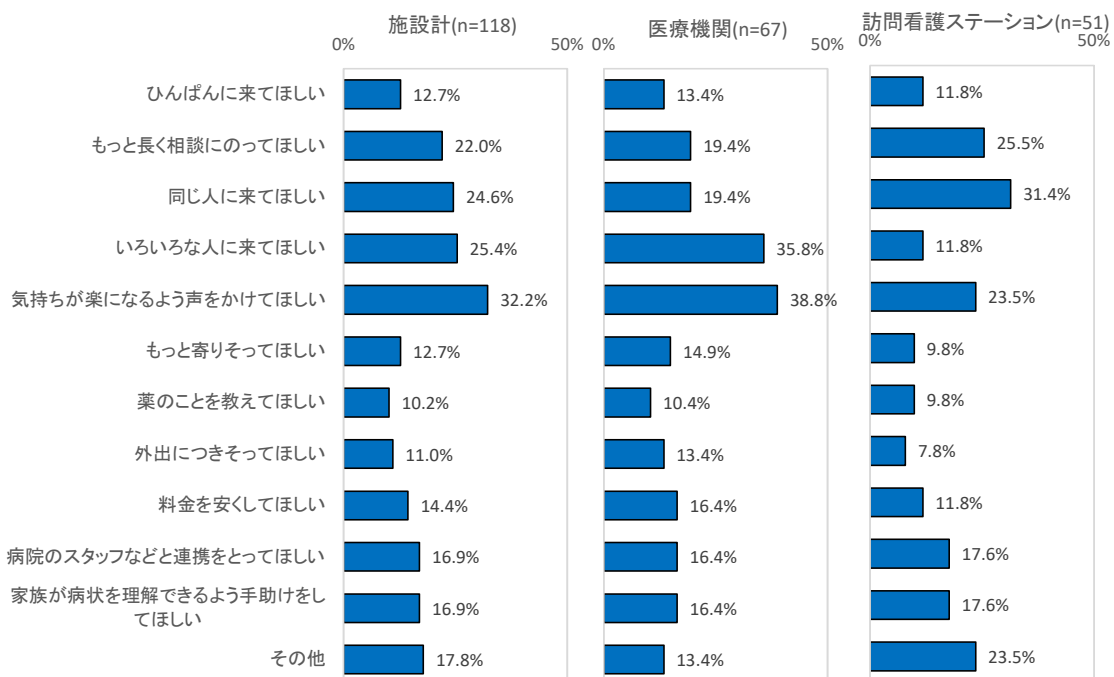


図 2-3-10 訪問看護に望むこと（1回目調査）

表 2-3-11 訪問看護に望むこと

	施設計				医療機関				訪問看護ステーション			
	1回目		2回目		1回目		2回目		1回目		2回目	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
ひんばんに来てほしい	15	12.7%	18	21.2%	9	13.4%	12	25.0%	6	11.8%	6	16.2%
もっと長く相談にのってほしい	26	22.0%	22	25.9%	13	19.4%	13	27.1%	13	25.5%	9	24.3%
同じ人に来てほしい	29	24.6%	25	29.4%	13	19.4%	14	29.2%	16	31.4%	11	29.7%
いろいろな人に来てほしい	30	25.4%	18	21.2%	24	35.8%	13	27.1%	6	11.8%	5	13.5%
気持ちが楽になるよう声をかけてほしい	38	32.2%	27	31.8%	26	38.8%	16	33.3%	12	23.5%	11	29.7%
もっと寄りそってほしい	15	12.7%	11	12.9%	10	14.9%	6	12.5%	5	9.8%	5	13.5%
薬のことを教えてほしい	12	10.2%	13	15.3%	7	10.4%	8	16.7%	5	9.8%	5	13.5%
外出につきそってほしい	13	11.0%	13	15.3%	9	13.4%	10	20.8%	4	7.8%	3	8.1%
料金を安くしてほしい	17	14.4%	10	11.8%	11	16.4%	8	16.7%	6	11.8%	2	5.4%
病院のスタッフなどと連携をとってほしい	20	16.9%	7	8.2%	11	16.4%	3	6.3%	9	17.6%	4	10.8%
家族が病状を理解できるよう手助けをしてほしい	20	16.9%	12	14.1%	11	16.4%	8	16.7%	9	17.6%	4	10.8%
その他	21	17.8%	15	17.6%	9	13.4%	9	18.8%	12	23.5%	6	16.2%

D. 考察

1. 精神科訪問看護の実施割合と専門性の高い看護師の配置状況

精神科訪問看護を実施していた訪問看護ステーションは 58.0%、医療機関では 92.5%であった。今回の調査対象訪問看護ステーションと同じ団体を対象に実施した H18 年度～H28 の調査¹⁾および 630 調査²⁾と比較すると(図 1-8)、精神科訪問看護の実施率は年々増加し、平成 22 年度以降の実施率は約 5 割強で推移している。全国の訪問看護ステーション数が増加の途にある中で³⁾、そのうち一定割合の事業所が精神科訪問看護を実施している状況が明らかになった。

訪問看護ステーションにおける精神科利用者の割合(図 1-9)をみると、精神科訪問看護の利用者が 80%以上の施設は全体の 10.1%、利用者割合が 20%未満の施設は 47.1%であった。つまり、精神科訪問看護を主として実施している事業所は全体の約 1 割で、約 5 割は介護保険や身体疾患の利用者を主としながら、精神疾患をもつ利用者にも対応している事業所であり、精神科訪問看護を担う事業所の特徴も多様である実態が明らかになった。

本調査で対象とした専門性の高い看護師(精神看護専門看護師、精神科認定看護師、精神及び神経症状に係る薬剤投与関連/栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連の特定行為研修修了者)のいずれかを配置している施設は、訪問看護ステーションで 9.5%、医療機関では 28.5%であった。専門性の高い看護師が担っている役割は、医療機関・訪問看護ステーションともに「スタッフへの助言・コンサルテーション、一緒にアセスメントする」「困難ケースに対するスタッフの気持ちの表出を促す」「研修等の教育活動」が高く、スタッフへの直接的支援や教育活動を多く担っていた。

専門性の高い看護師のいる訪問看護ステーションの特徴としては、利用者数や職員数が多く、機能強化型訪問看護ステーションや 24 時間対応体制加算の届出割合が高かったことから、比較的大規模で幅広い利用者を対象とし、多機能をもつ事業所に多く勤務している実態が伺えた。機能強化型訪問看護ステーションは 3 類型を合わせて全体の 12.5%を占めており、つまり、訪問看護ステーションの約 1 割は、地域の訪問看護ステーションや医療機関との連携、技

術支援への取り組みを何らか志向していた
といえ、専門性の高い看護師はその役割の
一端を担っていると考えられる。また、24
時間対応体制加算を届け出ているステーシ
ョンが全体の88.2%であったことも特筆す
べきことである。

訪問看護に従事する専門性の高い看護師
は、在宅ケア、緩和ケア、皮膚・排泄ケア、
認知症看護小児看護など多岐にわたってお
り、精神看護専門看護師や精神科認定看護
師の訪問看護での活動はまだ限られている⁴⁾。
本調査で、精神看護に関わる専門性の高い
看護師の配置の実態と施設の特徴を把握
できたことの意義は大きい。630 調査では令
和 3 年度より、専門性の高い看護師数が調
査項目に追加されており²⁾、今後は専門性
の高い看護師がどこでどのような活動をし
ているかを可視化し、施設内だけでなく各
地域のリソースナースとして活用されるこ
とが望まれる。

2. アウトカム調査

精神科訪問看護のサービスを受けている
利用者が、自分がどのようなサービスを受
けていると認識しているのかについて、医
療機関からの訪問看護と訪問看護ステー
ションからの訪問看護で統計学的な有意差は
認められなかった。複数の先行研究(質的研
究)^{5,6)}においても、事業所の形態によって
利用者が認識するケア項目の差は示され
ていないことから、本研究は先行研究を量的
にも支持していると考えられる。

一方で、「趣味や楽しみの手伝い」や「あ
なたを力づける支援」の2つの項目につい
て、訪問看護ステーションからの訪問看護
を受けている人のほうが統計学的に有意に
「良い」と回答した参加者の割合が多か
った。医療機関からの訪問を受けている利用

者は、もともとその医療機関に入院してい
て、退院後に同じ法人の訪問看護を受ける
ことになった人が多い⁷⁾。入院していた期
間にもよるが、入院が長期間になるほど入
院前に趣味や楽しみにしていたものから長
く離れてしまい、退院後に趣味や楽しみを
見出せていない可能性が考えられる。訪問
を担当する看護師は、入院前に趣味にして
いたこと、楽しみにしていたこと、あるいは
退院を機に新たに取り組んでみたいことを
積極的に聞き取り、「あなたを力づける支援」
によってその実現を支援していく必要が示
唆された。

訪問看護に望むこととして、訪問看護ス
テーションの利用者は「同じ人に来てほし
い」、医療機関の訪問看護の利用者は「い
ろいろな人に来てほしい」、と回答した割合
が多かった。2群において真逆の結果が得
られたが、その理由として、訪問看護ステー
ションでは1人の利用者に対して担当するス
タッフを固定せずに訪問することが多く、
医療機関の訪問看護では逆に同じスタッフ
が訪問することが多いという実態が反映さ
れているのではないかと考えられる。これ
は経営的な判断である可能性が考えられ
るが、このことを示した客観的な統計デー
タは存在しないため、この考察を裏付けるた
めには更なる研究が必要である。

精神科訪問看護利用者が感じている孤独
感のスコアは、日本の高齢者と比較して高
く⁸⁾、特に訪問看護ステーションの利用者
で顕著であった。様々な背景要因が異なる
ため先行研究との比較が困難であるが、精
神科訪問看護の利用者は他の人よりも強い
孤独感を感じながら生活をしている可能性
がある。精神科訪問看護の利用者はその障
害のため日常生活を送るためには何らかの
支援が必要な状況であるにもかかわらず、
家族や友人といったサポート資源から疎遠

になってしまっていることが多い。また、就労機会の少なさやスティグマの存在といった社会からの距離感も孤独感を高めていると考えられる。訪問を担当する看護師は、利用者の孤独感を少しでも減らせるように、社会や他者との接点を創出したり、コミュニケーションを支援するなどのケアを提供したりする必要があると考えられる。

サービスのリカバリー志向性を測定するBrief INSPIRE-Jのスコアは、日本⁹⁾及び英国¹⁰⁾においてcommunity mental health service（訪問看護ではない通所型のサービス等）の利用者が評価した値よりも高かった。精神科訪問看護は安定した日常生活を支援することが大きな目的であり、症状のコントロールに寄与すると同時に、利用者の生活環境の中で、利用者が希望している生活が少しでも叶うようにケアを提供している。精神科訪問看護において提供されるケアが通所系サービスと比較してリカバリーを促進する要素が大きい可能性も考えられるが、利用者の特性も異なる可能性があるため、今後はそれぞれのサービスがどのリカバリー要素を効果的に促進するのかを明らかにする研究が必要である。

本研究にはいくつかの限界が存在する。第1に、本研究への協力を依頼した機関はランダムに選ばれておらず機縁法によって選択されたため、選択バイアスが存在している。第2に、本研究の結果に関係すると考えられるいくつかの要因、特に年齢、性別、診断名などの利用者の特性に関してデータを収集しておらず、これらの要因が結果に与えた影響を検証することができない。

3. 精神科訪問看護における困難と、専門性の高い看護師の活用に関する提言

精神科訪問看護に際する困難として、「拒否的な利用者・家族との関わり」、「精神症状

への対応」、「精神症状のアセスメント」があげられていた（図1-15）。この3項目に関しては、医療機関と訪問看護ステーションは同じ傾向にあり、精神障がい者の地域生活への移行により、関わりに困難を感じるような重症度が高いケースを訪問看護でケアすることも増えていると考えられる。一方、専門性の高い看護師の配置がある施設では、生活能力のアセスメントについては困難と感じる割合が統計的に有意に低くなっていた（表1-12）。専門性の高い看護師が実際に担っている役割として最も多かったのは「他のスタッフへの助言やコンサルテーション」であり、訪問看護ステーションでは57.9%が同行訪問を行っていた（図2-2-8）ことから、専門性の高い看護師による生活能力のアセスメントに関するサポートには一定の効果があると思われる。

医療機関では訪問看護ステーションに比べて「合併症・身体疾患のケアの困難」が多く挙げられた。精神科訪問看護を実施している医療機関には精神科単科の病院が多いと考えられ、身体疾患のケアを経験する機会が訪問看護ステーションに比して少ない可能性がある。

訪問看護ステーションにおける訪問の際の困難は、精神科訪問看護の利用者の割合によってその傾向が異なっていた。精神科訪問看護基本療養費の算定割合が80%以上のステーションでは、「拒否的な利用者・家族への関わりの困難」が最も多かった（図1-15）。これらの施設は、精神科訪問看護に特化しているといってもよい状況で、重症度の高い対象者にも多くケアを提供していると考えられる。算定割合が20%未満の施設と比べると、「精神症状のアセスメントや対応を困難と感じる」割合は統計的に有意に低く（表1-16）、精神科訪問看護基本療養費の対象者が多い場合、これらへの対応能力

は高いと考えられる。

加えて、算定割合が80%以上のステーションでは、合併症・身体疾患のケアに困難を感じる割合が統計的に有意に高かった。精神科訪問看護基本療養費を請求する患者が多いステーションは精神科訪問看護に特化している場合、精神科専門病院と同様に、身体疾患や合併症の管理に際して困難を感じる場合が多いことが考えられる。利用者の高齢化・多様化に伴い、精神科訪問看護における身体疾患のケアのニーズは高まっており、在宅看護や認知症、ターミナルケアなど多様な専門性をもつ看護師によるコンサルテーションや同行訪問による技術支援が有効であると考えられる。

機能強化型訪問看護ステーションを対象とした調査⁴⁾では、全領域の認定看護師のいる施設は35.6%、専門看護師4.6%、特定行為研修修了者13.6%と、機能強化型以外の訪問看護ステーション（認定看護師7.0%、専門看護師1.1%、特定行為研修修了者2.1%）に比べて、配置割合が高く、在宅ケア、緩和ケア、皮膚・排泄ケアなど幅広い専門領域の看護師が勤務していた。さらに、身体合併症を有する精神科訪問看護利用者についても、多様な医療ニーズに対応可能であると回答した施設が約7割を占めていた⁴⁾。身体疾患と精神疾患のニーズをもつ利用者に対して、機能強化型訪問看護ステーションが直接支援を担うだけでなく、他の事業所等へのサポート・コンサルテーションの体制を整えられれば、地域の利用者の多様なニーズに対応できると考えられる。

算定割合が80%未満のステーションでは、精神症状のアセスメントや対応、症状悪化や自傷他害のリスクの判断の難しさが挙げられた。症状の悪化時は、緊急訪問や受診の必要性を査定しながら、関わりのタ

イミングと方向性を見極め、医療機関や関係機関との連携が必要である。精神科訪問看護を担当できるスタッフが限られている施設では、事業所外に相談でき、同行訪問などによるアセスメントを一緒に行えるサポートが必要と考えられる。緊急時の体制構築は、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会

(2022)」でも課題とされており¹¹⁾、関係機関との連携を促進する上でも、ステーション間の支援体制は重要と思われる。

4. 政策への提言

以上より、各地域の精神科訪問看護の質向上と提供体制を整えるためには、機能強化型訪問看護ステーションに勤務する、多様な領域の専門性の高い看護師によるコンサルテーションが期待される。その役割は、サポートの対象となる事業所の特徴によって異なると考えられる。精神科訪問看護基本療養費の算定が少ない事業所に対しては、「1. 精神症状のアセスメントとケア」「2. 症状悪化時や自傷他害のアセスメントとケア、危機介入」などの支援を担い、一方、精神科訪問看護基本療養費の算定が多い事業所や精神科医療機関に対しては、「3. 合併症・身体疾患へのケア」や「4. 拒否的な利用者・家族など関わりの難しいケア」における技術支援や同行訪問、コンサルテーションの役割が期待される。

機能強化型訪問看護ステーションには、多領域の専門性の高い看護師が勤務しており、特に機能強化型Ⅲを届け出ている訪問看護ステーションは、精神科重症患者が要件の月10ケースに含まれている。精神科訪問看護基本療養費を算定するステーションの状況や困難に応じて、上記1～4に関するコンサルテーション（カンファレンスを含む）、同行訪問によるアセスメントに対す

る診療報酬上の評価、ならびにその実施が可能な専門性の高い看護師の配置を機能強化型訪問看護ステーションの指定要件に組み込むことが必要であると考え。こうした施設間の連携・支援を促進することは、それぞれの地域にある訪問看護ステーションや医療機関それぞれの特徴を活かした支援ネットワークの構築に繋がると期待する。

令和4年度診療報酬改定では、機能強化型訪問看護ステーションにおける専門性の高い看護師の配置が望ましいことが明記された。本調査研究では、精神科訪問看護の提供における、こうした専門性の高い看護師に対するニーズを明らかにし、その具体的な役割を提言することができた。

E. 結論

精神科訪問看護を行う医療機関や訪問看護ステーションは、その施設特性によって、感じる困難や専門性の高い看護師に対するニーズが異なっていた。精神科訪問看護を主とする施設では、身体ケアや関わりの困難な利用者に関する、多様な領域の専門性をもつ看護師によるサポートが必要である。一方、精神科訪問看護の利用者が少ない施設では、精神症状のアセスメントや、症状悪化時に迅速にリスクと対応を判断し関係機関と調整できるよう、精神看護の専門性をもつ看護師のコンサルテーションや支援が必要と考えられた。地域ごとの精神科訪問看護の提供体制を整備するためには、専門性の高い看護師によるコンサルテーション（カンファレンスを含む）や同行訪問に対する診療報酬上の評価、ならびにその実施が可能な専門性の高い看護師の配置を機能強化型訪問看護ステーションの指定要件に組み込むことが必要と考えられる。

引用文献

- 1) 全国訪問看護事業協会 (2008) .平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の地域生活支援を推進する精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」報告書.
- 2) 厚生労働科学研究費補助金『持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究』研究班令和3年度 630 調査結果訪問看護集計.
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>
- 3) 全国訪問看護事業協会 (2023) .令和4年度訪問看護ステーション数調査.
<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/r4-research.pdf>
- 4) 厚生労働省(2023). 中医協資料 (検-2-2) 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (令和4年度調査) 報告書案.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001075449.pdf>
- 5) 天野敏江(2019). 重い精神障害をもつ人に対する精神科訪問看護支援の要素. 千葉看護学会会誌. 24(2). 11-19.
- 6) 松田光信, 河野あゆみ(2020). 地域で暮らす精神障害者の視座による訪問看護の支援内容とその価値. 日本看護研究学会雑誌. 43(5). 835-845.
- 7) 日本精神科看護協会(2021). 精神科訪問看護に係る実態及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける役割に関する調査研究報告書. https://jpna.jp/cms/wp-content/uploads/2023/05/JPNA_202103.pdf
- 8) Saito T, Cable N, Aida J, Shirai K, Saito M, Kondo K. Validation study on a Japanese version of the three-item UCLA Loneliness Scale among community-

dwelling older adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2019; 19:1068-1069.

9) Kotake R, Kanehara A, Miyamoto Y, Kumakura Y, Sawada U, Takano A, Chiba R, Ogawa M, Kondo S, Kasai K, Kawakami N(2020). Reliability and validity of the Japanese version of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery in community mental health service users in Japan. *BMC Psychiatry.* 20:51.

10) Williams J, Leamy M, Bird V, Le Bo utillier C, Norton S, Pesola F, Slade M(2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015; 50:777-786.

11) 厚生労働省 (2022) . 「地域で安心して

暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000949216.pdf>

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

学会発表

榊美樹、船越明子、高橋妙理、古場郁乃、瀬戸屋希、萱間真美. (2023) . 地域で生活する精神障害者に対する看護職によるアウトリーチサービスのアウトカム指標の文献検討. 日本精神保健看護学会第33回学術集会・総会. 神戸.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

Ⅱ. 分担研究報告書

「精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の
把握及び効果検証のための研究」

文献検討～精神科訪問看護のアウトカム指標～

研究代表者：萱間真美（国立看護大学校）
研究分担者：船越明子（神戸市看護大学） 瀬戸屋希（聖路加国際大学）
研究協力者：榊美樹（聖路加国際大学） 高橋妙理（聖路加国際大学）
古場郁乃（神戸市看護大学）

研究要旨：

研究目的 本研究の目的は、系統的文献レビューにより、精神科訪問看護を評価するためのアウトカム指標を明らかにすることである。

研究方法 国内のデータベースである医中誌 Web 及び海外文献データベースの PubMed を用いて、国内外の関連文献を包括的に収集した。分析対象は、国内文献と海外文献合わせて 54 文献であり、研究対象、ケア内容、効果指標を抽出しエビデンステーブルを作成した。その後、得られたアウトカム指標を分類し、より抽象度の高いアウトカム項目として統合的に整理した。

研究結果及び考察 精神科訪問看護のアウトカムとして、精神科病棟への入院状況、サポートネットワーク、訪問看護の利用状況、精神症状、問題行動、生活機能、社会機能、治療への関与、パーソナルリカバリー、サービス満足度、QOL、治療関係、コストの 13 の項目が抽出された。入院状況やサポートネットワーク等の客観的な指標、利用者の状態に対する支援者評価と本人の主観的評価を組み合わせることで、精神科訪問看護の効果を多面的に捉えることが可能になると考えられた。海外文献では、他のサービスとのコストを比較している文献が見られた。今後、国内においても、費用対効果を検証するための具体的な指標の開発が社会的に求められることが考えられた。

以下の条件をすべて満たす文献を対象とした。

A. 研究目的

本研究の目的は、系統的文献レビューにより、精神科訪問看護を評価するためのアウトカム指標を明らかにすることである。

- ・精神疾患患者をサービスの対象としていること（認知症は除外）

B. 研究方法

1) 対象文献の選定基準

- ・アウトリーチサービスであること
- ・サービス提供者に看護職が含まれていること

ること

- ・サービスの impact または outcome が記載されていること
- ・日本語または英語で書かれた論文であること
- ・学術雑誌に掲載された論文であること

2) 対象文献の検索方法と選定

国内文献データベースの医中誌 Web 及び海外文献データベースの PubMed を用いて国内外の関連文献を包括的に収集した。検索は、2022年4月22日～5月9日に行った。それぞれの具体的な検索方法と選定手順は下記の通りである。

- (1) 国内文献：医中誌 Web にて「(((((((精神疾患/TH or 精神障害/AL) and (訪問看護/TH or 訪問看護/AL)) and (PT=原著論文, 会議録除く))) and ((PT=症例報告・事例除く) and (PT=原著論文, 総説) and SB=看護) not ([日本精神科看護学術集会誌]/JN or 日本精神科看護学術集会誌/AL or 日本精神科看護学会誌/JN) not (認知症/TH or 認知症/AL))) and

(効果/AB)」の検索式でヒットした34件に、精神科訪問看護の研究実績がある研究者がハンドサーチで9件を追加した計43文献の本文精査を行い、選定基準を満たさない17文献を除外した26文献を分析対象とした。

- (2) 海外文献：PubMed で「"assertive outreach" and (impact or outcome) and sever mental illness」の検索式でヒットした36論文と「"community mental health care teams" and (impact or outcome) and sever mental illness and outreach」でヒットした18論文のうち、重複する文献を除外した44論文に、精神科訪問看護の研究実績がある研究者がハンドサーチで2件追加した。計46文献の本文精査を行い、選定基準を満たさない18文献を除外した28文献を分析対象とした。

分析対象は、国内文献と海外文献合わせて54文献となった。対象文献の選定プロセスを PRISMA フローに従い図1に示す。

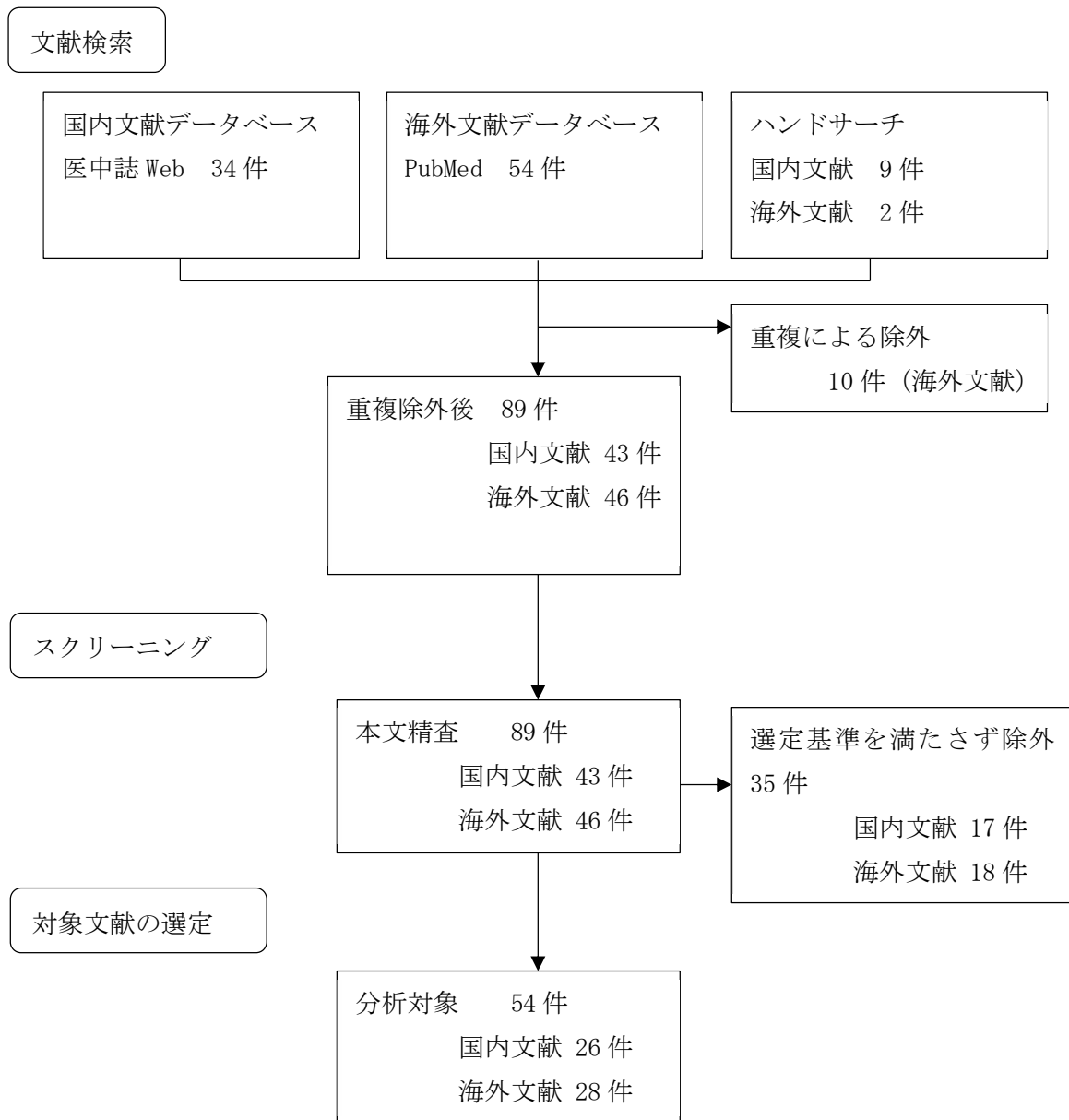


図1 対象文献の選定プロセス

3) 分析方法

分析対象となった国内文献、海外文献それぞれについて、2名ずつで分担して研究対象、ケア内容、効果指標を抽出しエビデンステーブルを作成した。その後、得られたアウトカム指標を分類し、より抽象度の

高いアウトカム項目として統合的に整理した。

C. 結果

1) 国内外の精神科訪問看護のアウトカムに関する文献の概要

国内文献、海外文献のエビデンステーブルを資料1, 資料2に示した。

2) 精神科訪問看護のアウトカム指標

精神科訪問看護のアウトカムとして、精神科病棟への入院状況、サポートネットワーク、訪問看護の利用状況、精神症状、問題行動、生活機能、社会機能、治療への関与、

パーソナルリカバリー、サービス満足度、QOL、治療関係、コストの13の項目が抽出された。国内文献、海外文献のアウトカム指標を項目ごとに表1, 2に整理した。下線のある尺度は、サービス利用者の主観的評価を行うものである。WHODAS2.0とSTAR-Jは客観的評価と主観的評価の両方が用いられている。

表1 国内文献で用いられているアウトカム指標

項目	指標	尺度
精神科病棟への入院状況	入院率 再入院率 入院間隔日数 入院の有無 入院日数	
サポートネットワーク	他の社会資源の利用の有無	
訪問看護の利用状況	支援の実施率 専門家を紹介 ケアの時間	
精神症状	全般的評価 気分 気になる症状 服薬量 病識	<ul style="list-style-type: none"> ・Profile of Mood States (POMS) ・上島国利監修の患者指導にあるチェック表:「気になる症状」12項目 ・BPRS (簡易精神症状評価尺度) ・抗精神病薬のCP換算値 ・The Schedule for Assessment of Insight SAI-J
問題行動	社会的行動	<ul style="list-style-type: none"> ・社会行動評価尺度 Social Behavior Schedule (SBS)
生活機能	日常生活の変化 日常生活機能の変化 機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ・「食事摂取」, 「服薬管理」, 「睡眠」, 「身だしなみ・清潔」, 「部屋の整理整頓」, 「金銭管理」, 「通院」, 「対人トラブル」, 「買い物などの外出」の9項目を4段階で評価 ・WHO-Disability Assessment Scale (WHO-DAS II)
社会機能	全体的評価 家族関係 社会技能	<ul style="list-style-type: none"> ・Global Assessment of Function (GAF) ・クボクリ式デイケア評価表 ・精神障害者社会生活評価尺度 (Life Assessment Scale for the Mentally Ill : LASMI)
治療への関与	処置への拒否的態度	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>Drug Attitude Inventory (DAI-10)</u>

	訪問看護受け入れ拒否 服薬アドヒアランス	
パーソナルリ カバリー	リカバリー 自尊感情 希望 自己効力感	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Recovery Assessment Scale (RAS)</u> • <u>Rosenberg Self Esteem Scale (RSES-J)</u> • <u>希望 (VAS : 視覚的評価スケール)</u> • <u>Self-Efficacy for. Community Life Scale (SECL)</u> (自己効力感尺度)
サービス満足 度	訪問看護に対する満足	<u>Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8J)</u>
QOL	生活への満足 生活のしづらさ	<ul style="list-style-type: none"> • <u>WHO/QOL-26 (生活満足度尺度)</u> • <u>生活の満足度 (VAS : 視覚的評価スケール)</u> • <u>「生活のしづらさ」5項目 (身の回りのことをする、規則正しい生活をする、生活や趣味を楽しむ、対人関係や友達付き合い、学校での勉強、職場、家族での仕事)</u> • <u>生活満足度スケール (身体的機能、環境、社会生活技能、対人交流、心理的機能、生活全般)</u>
治療関係	なし	なし
コスト	なし	なし

表2 海外文献で用いられているアウトカム指標

項目	指標	尺度
精神科病棟への入院状況	入院日数 入院回数 非自発的入院・自発的入院の日数・回数 再入院までの期間	
サポートネットワーク	他の社会資源の利用の有無、利用頻度	
訪問看護の利用状況	利用の継続 ドロップアウト率 接触回数の多さ 会えなかった回数 (failed contacts)	
精神症状	全般的評価 抑うつ 不安	<ul style="list-style-type: none"> • BPRS • the Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS)

		<ul style="list-style-type: none"> • Drepresion Rating Scale • Brief Scale for Anxiety
問題行動	<p>社会的行動 違法薬物の使用 暴力の有無 問題行動のリスク 暴力のリスクアセスメント</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 社会行動評価尺度 Social Behavior Schedule (SBS) • Health of Nation Outcome Scale(問題行動、機能障害、symptomatic problem、社会的な問題) • Dynamic Risk Outcome Scales (DROS-SV): 26 items (problem awareness, taking responsibility, attitude towards professional help and coping skills) • Historical Clinical Future 30 (HKT-30):Dutch instrument for the risk assessment of violent behaviour in the future
生活機能	機能障害	<ul style="list-style-type: none"> • WHO-Disability Assessment Scale (WHO-DAS II)
社会機能	<p>全体的評価 心理社会的機能 就労の有無</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Life Skills Profile(セルフケア、動揺 turbulence、コミュニケーション、responsibility、社会とのコンタクト) • Social Functioning Questionnaire (SFQ) • Health of the Nation Outcome Scales(HoNOS): (1)overactive/aggressive/disruptive/agitated behaviour; (2) non-accidental self-harm; (3) problem drinking and drug use; (4) cognitive problems; (5) physical illness and disability; (6) hallucinations and delusions; (7) depressed mood; (8) other psychological symptoms; (9) relationship problems; (10) problems with activities of daily living; (11) problems with living conditions; and (12) problems with occupation and activities. →Health of the Nation Outcomes Scales Child and Adolescents Mental Health(HoNOSCA): 子どもの心理社会的機能, HoNOS-LD (LD)
治療への関与	<p>服薬アドヒアランス 外来通院回数 ノンコンプライアンス 治療への動機づけ 動機づけ・変化の段階</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Medical adherence Medical Adherence Rating Scale (MARS)</u> • <u>Treatment Motivation Scale for forensic patients (TMS-f)</u> • <u>Treatment Entry Questionnaire (TEQ)</u> • <u>Stage of Chang (SoC)</u>
パーソナルリカバリー	リカバリー	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Recovery Assessment Scale (RAS)</u>

サービス満足度	ケアニーズの充足	Camberwell Assessment of Needs Short Appraisal Scale (CANSAS)
QOL	生活満足度 健康関連 QOL 小児の健康関連 QOL 全般的な主観的 QOL 医療への満足度	<ul style="list-style-type: none"> • 11 point scale from the German Socioeconomic Panel • <u>SF-12</u> • <u>Kidscreen-27</u> • Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA): 経済的状況、住居、他者との関係、身体的健康、心理的健康、生活全体など →cumulative needs for care monitor quality-of-life scale: subjective quality of life. MANSA QOL 尺度をベースに、経済的状況、住居、他者との関係、身体的健康、心理的健康、生活全体の 6 項目で構成 • <u>Patient satisfaction with medical care</u> <u>Patient Assessment of Chronic Care (PACIC)</u>
治療関係	ケア提供者との関係性	<u>STAR (Assess Therapeutic Relationship)</u>
コスト	アウトリーチとアウトリーチ以外のコスト	

3) 日本語版がある評価尺度 用いられていた尺度のうち、日本語版が発
精神科訪問看護のアウトカム指標として 表されているものを表 3 に再掲した。

表 3 精神科訪問看護のアウトカム指標として用いられている日本語版尺度一覧

項目	尺度名	回答者
QOL	WHOQOL26	本人主観評価
QOL	SF-12v2	本人主観評価
QOL	SF-8	本人主観評価
QOL	Kidscreen-27	
サービス満足度	CSQ-8	本人主観評価
サービス満足度	INSPIRE (サービスのリカバリー志向)	本人主観評価
サポートネットワーク	UCLA 孤独感尺度短縮版(3 項目)	本人主観評価
社会機能	LASMI (精神障害者社会生活評価尺度)	支援者評価
生活機能	WHODAS2. 0	両方
生活機能	Life Skills Profile	支援者評価
精神症状	BPRS	支援者評価
精神症状	BASIS-32	本人主観評価
精神症状	K6	本人主観評価

精神症状	WHO-5（精神的健康の高さ）	本人主観評価
治療関係	STAR-J	両方
治療への関与	DAI-10	本人主観評価
パーソナルリカバリー	QPR-J	本人主観評価
パーソナルリカバリー	RAS	本人主観評価
パーソナルリカバリー	SISR	本人主観評価
パーソナルリカバリー	SECL (Self-Efficacy for Community Life Scale)	本人主観評価
問題行動	社会行動評価尺度 (Social Behaviour Schedule: SBS)	支援者評価

D. 考察

入院状況やサポートネットワーク等の客観的な指標、利用者の状態に対する支援者評価と本人の主観的評価を組み合わせることで、精神科訪問看護の効果を多面的に捉えることが可能になると考えられた。海外文献では、他のサービスとのコストを比較している文献が見られた。今後、国内においても、費用対効果を検証するための具体的な指標の開発が社会的に求められることが考えられた。

E. 結論

国内外の文献を系統的にレビューした結果、精神科訪問看護のアウトカムとして、精神科病棟への入院状況、サポートネットワーク、訪問看護の利用状況、精神症状、問題行動、生活機能、社会機能、治療への関与、パーソナルリカバリー、サービス満足度、QOL、治療関係、コストの13の項目の指標が抽出された。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

榑美樹、船越明子、高橋妙理、古場郁乃、瀬戸屋希、菅間真美。(2023)。地域で生活する精神障害者に対する看護職によるアウ

トリーチサービスのアウトカム指標の文献検討。日本精神保健看護学会第33回学術集会・総会。神戸。

レビュー対象文献一覧

国内文献

1. 井上悟, 黒石賢徳 (2021). 訪問看護に携わる支援者の観点から見たLAIの有効性の検討 当院におけるLAI、訪問診療、訪問看護の推移と支援者によるLAI導入の取り組みについて. 最新精神医学, 26(4), 341-348.
2. 小瀬古伸幸, 長谷川雅美, 田中浩二, 進あすか, 木下将太郎. (2020). WRAP(Wellness Recovery Action Plan)の視点を取り入れた看護計画に基づく精神科訪問看護の効果 予備的研究. 日本精神保健看護学会誌, 29(1), 23-32.
3. 角田秋. (2019). 訪問看護ステーションが統合失調症を有する人へ提供する支援 電話対応をしたケースとその支援の特徴. 東京有明医療大学雑誌, 11, 1-10.
4. 真下いずみ, 畑典男, 橋本健志. (2019). 多職種による精神科訪問看護に作業療法士が加わることの意義 後方視的解析研究. 作業療法ジャーナル, 53(12), 1288-1297.
5. 吉野賀寿美(2019). 精神疾患を持つ当事者本人および家族に対する訪問看護支援実施のケーススタディ メリデン版訪問家族支援の効果の一考察. 北海

- 道医療大学看護福祉学部学会誌,
15(1), 21-26.
6. 田中文人, 原子英樹, 添田雅宏, 岡部恵子, 栗山耕太, 佐藤幸美. (2018). 訪問看護ステーションにおける精神保健福祉士の効果. 病院・地域精神医学, 60(2), 153-155.
 7. 豊田敦子, 山本のぞみ, 吉岡友美子, 中村陽子, 井上久美子, 寺田智栄子, 松尾慶子, 吉田弘美. (2017). 在宅生活を送る統合失調症利用者の緊張緩和を目指して 呼吸法と筋弛緩法導入の試み. 日本看護学会論文集: 在宅看護, (47), 31-34.
 8. 天野敏江, 春日ちえ, 畠山美恵, 高橋信子, 小松尚也, 岩崎弥生. (2016). 精神科病院で実施する訪問看護の効果 GAF により 2 群に分けての分析. 精神科看護, 43(2), 48-56.
 9. 貴家康男, 宮崎久美子, 安齋成一郎, 山口登. (2013). 外来通院患者を対象とした精神科訪問看護の効果について患者の主観的な評価による検討. 最新精神医学, 18(5), 497-503.
 10. 吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋希, 高原優美子, 英一也, 角田秋, 園環樹, 萱間真美, 大島巖, 伊藤順一郎. (2013). 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討 Assertive Community Treatment と訪問看護のサービス比較調査(続報) 1年後追跡調査からみる支援内容の変化. 精神障害とリハビリテーション, 17(1), 39-49.
 11. 高口久美子, 富山弘美, 國方弘子. (2012). 精神障害者への訪問看護介入実施群と非実施群の比較. 日本看護学会論文集: 地域看護, (42), 116-119.
 12. 下原美子. (2012). 地域で生活する統合失調症患者の主観的 QOL の実態と精神科訪問看護との関連. 日本精神保健看護学会誌, 21(1), 1-11.
 13. 定村美紀子, 奥野純子, 山川百合子, 柳久子. (2011). 地域で暮らす統合失調症患者に対する精神科訪問看護の役割 精神科訪問看護利用者の特性と再入院との関連要因. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 34(1), 6-13.
 14. 野坂幸江, 田嶋長子. (2010). 精神科訪問看護におけるセルフケアプラン用紙導入の効果の検討. 日本看護学会論文集: 精神看護, (41), 7-10.
 15. 渡邊和美, 五十嵐幸智子. (2010). 在宅精神障がい者の社会生活技能向上への取り組み 訪問看護とデイケア・市役所(ヘルパー)との連携を通して. 日本看護学会論文集: 地域看護, (40), 222-224.
 16. 藤原朋恵, 山口香, 三曳正志, 池田耕治, 内山和志, 大山哲. (2009). 退院促進、地域定着のための、ACT 及び ACT に類似した手法を用いた支援の効果と課題. 正光会医療研究会誌, 6(1), 56-64.
 17. 藤井博英, 伊藤治幸, 角濱春美, 清水健史, 村松仁, 森千鶴, 石井秀宗, 中村恵子, 田崎博一. (2009). 精神科訪問看護者の認知する精神科訪問看護のアウトカム. 青森県立保健大学雑誌, 10(1), 27-34.
 18. 渡邊敦子, 末次幸子, 近藤宏, 宮本真巳. (2009). 物質関連障害の重複障害例に対する課題の検討 訪問支援を中心とした治療経過から. アディクションと家族, 25(4), 319-327.
 19. 美濃由紀子, 宮本真巳. (2008). 【指定通院医療機関になったらどういうことをするのか】医療観察法における訪問看護の現状と課題. 精神看護, 11(3), 60-63.
 20. 片倉直子, 山本則子, 石垣和子. (2008). 統合失調症をもつ利用者に効果的な訪問看護を提供するための教育プログラムの開発. 日本在宅ケア学会誌, 11(2), 65-74.
 21. 赤平雅子, 大山一志, 藤井博英. (2007). 統合失調症患者における精神科訪問看護受け入れ拒否の要因. 日本看護学会論文集: 精神看護, (38), 93-95.
 22. 片倉直子, 山本則子, 石垣和子. (2007). 統合失調症をもつ利用者に対する効果的な訪問看護の目的と技術に関する研究. 日本看護科学会誌, 27(2), 80-91.
 23. 林裕栄, 渡邊敦子. (2006). 精神障害者に対するホームヘルパーの支援経

- 験. 日本看護学会論文集: 地域看護, (36), 46-48.
24. 船越明子, 萱間真美, 松下太郎, 山口亜紀, 上野里絵, 沢田秋, 林亜希子, 宮本有紀, 瀬戸屋希, 松浦彩美, 木村美枝子, 秋山美紀, 伊藤弘人, 天賀谷隆, 佐竹良一, 佐藤美穂子, 仲野栄, 羽藤邦利, 大塚俊男, 福田敬, 安保寛明, 河野由理. (2006). 精神科訪問看護を利用している統合失調症患者の日常生活機能に関する実態報告. 病院・地域精神医学, 49(1), 66-72.
 25. 萱間真美, 松下太郎, 船越明子, 柄井亜希子, 沢田秋, 瀬戸屋希, 山口亜紀, 伊藤弘人, 宮本有紀, 福田敬, 佐藤美穂子, 仲野栄, 羽藤邦利, 大塚俊男, 佐竹良一, 天賀谷隆. (2005). 精神科訪問看護の効果に関する実証的研究 精神科入院日数を指標とした分析. 精神医学, 47(6), 647-653.
 26. 佐藤妙子, 佐々木恵子, 後藤裕, 鏡キエ子. (2000). 当院における精神科訪問看護の効果と今後の課題 境界型人格障害患者の訪問を通して. 山形市立病院済生館医学雑誌, 25(1), 30-35.
- 海外文献
1. Ruijne, R., Mulder, C., Zarchev, M., Trevillion, K., van Est, R., Leeman, E., Willems, W., Gaag, M. v. d., Garofalo, C., Bogaerts, S., Howard, L., Kamperman, A. (2021). Detection of Domestic Violence and Abuse by Community Mental Health Teams Using the BRAVE Intervention: A Multicenter, Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(15-16), NP14310-NP14336. 10.1177/08862605211004177
 2. Thoegersen, M. H., Morthorst, B. R., Nordentoft, M. (2019). Assertive community treatment versus standard treatment for severely mentally ill patients in Denmark: a quasi-experimental trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(2), 149-158. 10.1080/08039488.2019.1576765
 3. Neijmeijer, L. J., Korzilius, H. P. L. M., Kroon, H., Nijman, H. L. I., Didden, R. (2019). Flexible assertive community treatment for individuals with a mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: results of a longitudinal study in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research : JIDR*, 63(8), 1015-1022. 10.1111/jir.12619
 4. Vijverberg, R., Ferdinand, R., Beekman, A., van Meijel, B. (2018). Factors associated with treatment intensification in child and adolescent psychiatry: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 291-9. 10.1186/s12888-018-1874-9
 5. Adrian, N., Smith, J. G. (2015). Occupied bed days a redundant currency? An evaluation of the first 10 years of an integrated model of care for mentally ill adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(3), 458-471. 10.1177/1359104514527298
 6. Hamilton, I., Lloyd, C., Bland, J. M., Savage Grainge, A. (2015). The impact of assertive outreach teams on hospital admissions for psychosis: a time series analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(7), 484-490. 10.1111/jpm.12239
 7. Mulder, C. L., Jochems, E., Kortrijk, H. E. (2014). The motivation paradox: higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4), 541-548. 10.1007/s00127-013-0779-7
 8. Kayama, M., Kido, Y., Setoya, N., Tsunoda, A., Matsunaga, A., Kikkawa, T., Fukuda, T., Noguchi, M., Mishina, K., Nishio, M., Ito,

- J. (2014). Community outreach for patients who have difficulties in maintaining contact with mental health services: longitudinal retrospective study of the Japanese outreach model project. *BMC Psychiatry*, 14, 311-y. 10.1186/s12888-014-0311-y
9. Firn, M., Hindhaugh, K., Hubbeling, D., Davies, G., Jones, B., White, S. J. (2013). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(6), 997-1003. 10.1007/s00127-012-0602-x
 10. Bramesfeld, A., Moock, J., Kopke, K., Büchtemann, D., Kästner, D., Radisch, J., Rössler, W. (2013). Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 56-56. 10.1186/1471-244X-13-56
 11. Stobbe, J., Wierdsma, A. I., Kok, R. M., Kroon, H., Depla, M., Roosenschoon, B.J., Mulder, C. L. (2013). Lack of motivation for treatment associated with greater care needs and psychosocial problems. *Aging & Mental Health*, 17(8), 1052-1058. 10.1080/13607863.2013.807422
 12. Brugha, T. S., Taub, N., Smith, J., Morgan, Z., Hill, T., Meltzer, H., Wright, C., Burns, T., Priebe, S., Evans, J., Fryers, T. (2012). Predicting outcome of assertive outreach across England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 313-322. 10.1007/s00127-010-0338-4
 13. Gilburt, H., Burns, T., Copello, A., Coulton, S., Crawford, M., Day, E., Deluca, P., Godfrey, C., Parrott, S., Rose, A. K., Sinclair, J. M. A., Wright, C., Drummond, C. (2012). Assertive Community Treatment for alcohol dependence (ACTAD): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 13, 19-19. 10.1186/1745-6215-13-19
 14. Carpenter, J., Luce, A., Wooff, D. (2011). Predictors of outcomes of assertive outreach teams: a 3-year follow-up study in North East England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(6), 463-471. 10.1007/s00127-010-0211-5
 15. Lewis, M., Allen, H., Warr, J. (2010). The development and implementation of a nurse-led hepatitis C protocol for people with serious mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(7), 651-656. 10.1111/j.1365-2850.2010.01589.x
 16. Ranger, M., Tyrer, P., Milosesk, K., Fourie, H., Khaleel, I., North, B., Barrett, B. (2009). Cost-effectiveness of nidothrapy for comorbid personality disorder and severe mental illness: randomized controlled trial. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 18(2), 128-136.
 17. Prabhu, R., Browne, M. O. (2007). A recovery-based outreach program in rural Victoria. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 15(2), 120-124. 773304304 [pii]
 18. Fakhoury, W. K. H., White, I., Priebe, S., PLA0 Study Group. (2007). Be good to your patient: how the therapeutic relationship in the treatment of patients admitted to assertive outreach affects rehospitalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(9), 789-791. 00005053-200709000-00014 [pii]
 19. Burns, T. (2007). Hospitalisation as an outcome measure in

- schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 50, 37. 10.1192/bjp.191.50.s37
20. Graham, J., Denoual, I., Cairns, D. (2005). Happy with your care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(2), 173-178. JPM814 [pii]
21. Priebe, S., Fakhoury, W., White, I., Watts, J., Bebbington, P., Billings, J., Burns, T., Johnson, S., Muijen, M., Ryrie, I., Wright, C., Pan-London Assertive Outreach Study Group. (2004). Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 185, 306-311. S0007125000165493 [pii]
22. Tyrer, P., Simmonds, S. (2003). Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 44, 15. 10.1192/bjp.182.44.s15
23. Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F. C., Clark, R. E., Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52(4), 469-476. 10.1176/appi.ps.52.4.469
24. Ford, R., Barnes, A., Davies, R., Chalmers, C., Hardy, P., Muijen, M. (2001). Maintaining contact with people with severe mental illness: 5-year follow-up of assertive outreach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(9), 444-447. 10.1007/s001270170022
25. Burns, T., Fiander, M., Kent, A., Ukoumunne, O. C., Byford, S., Fahy, T., Kumar, K. R. (2000). Effects of case-load size on the process of care of patients with severe psychotic illness. Report from the UK700 trial. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 177, 427-433. S0007125000227359 [pii]
26. Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589-608. 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033351
27. Quinlivan, R., Hough, R., Crowell, A., Beach, C., Hofstetter, R., Kenworthy, K. (1995). Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 46(4), 365-371. 10.1176/ps.46.4.365
28. Teesson, M., Hambridge, J. (1992). Mobile community treatment in inner city and suburban Sydney. *The Psychiatric Quarterly*, 63(2), 119-127. 10.1007/BF01065985

資料1 国内文献エビデンステーブル

No	タイトル	著者	発行年	対象	効果 (効果指標含む)	ケア内容
1	訪問看護に携わる支援者の観点から見たLAIの有用性の検討 当院におけるLAI、訪問診療、訪問看護の推移と支援者によるLAI導入の取り組みについて	井上 梧, 黒石 賢徳	2021	①支援者によるLAIの説明によるLAI導入数の変化を検討。 ②LAI導入が支援者に与える影響を検討。→病院の訪問看護の支援者16名への自記式アンケート調査	①3年間のLAI導入数、導入割合、訪問診療の件数、訪問看護の件数の推移を調査 →支援者によるLAIの説明を実施した年のLAI導入数は、説明をしなかった年と比較して有意に増加。 ②服薬に関する確認に要する時間、患者からの拒否的な態度、精神症状の安定性、支援者のモチベーション →LAI導入者と未導入者として、上記項目についていずれも有意差あり。 →LAI導入患者は、未導入患者に比べて服薬確認に要する時間がm自覚、拒否的な態度を感じることが少なく、症状がより安定しており、支援へのやりがいを感じる。	詳細な記載なし (訪問診療及び訪問看護を受ける統合失調症患者を対象に支援者によるLAIの説明を実施、のみ)
2	WRAP(Wellness Recovery Action Plan)の視点を取り入れた看護計画に基づく精神科訪問看護の効果 予備的研究	小瀬古 伸幸, 長谷川 雅美, 田中 浩二, 進 あすか, 木下 将太郎	2020	ステーション1施設の利用者15名	介入前と6ヵ月後に下記測定 ・日本語版Profile of Mood States(POMS)短縮版、日本語版Rosenberg Self Esteem Scale(RSES-J)、日本語版Rathus Assertiveness Schedule(RAS)、Global Assessment of Function(GAF) POMS:「不安-緊張」「抑うつ-落ち込み」「疲労」「混乱」中央値が有意に低下(p=.004, p=.017, p=.009, p=.010) 「活気」が有意に上昇(p=.040)。 RAS:「目標・成功志向・希望」「自信をもつこと」「手助けをもとめることをいとわれないこと」の中央値が有意に上昇(p=.014, p=.043, p=.005) GAF:有意に上昇(p=.001)	WRAPの視点を反映させた看護計画を用いた介入
3	訪問看護ステーションが統合失調症を有する人へ提供する支援 電話対応をしたケースとその支援の特徴	角田 秋	2019	ステーション11施設の訪問看護師31名に45名の統合失調症の利用者についての回答を得た →電話があった群(利用者15ケース、家族7ケース)、なかった群(利用者30ケース、家族38ケース)の2群に分類	・電話対応のあったケースの特徴 ・利用者の機能評価にGARとSBS(社会行動評価尺度)を使用 <利用者から電話があった群> 女性が多く(p=0.017)、GAR得点が低く(p=0.047)、SBS「情緒の問題」の得点が高い(p=0.039) <家族から電話があった群> 利用者のSBS「奇妙な行動」「能動性の障害」の得点が高い(p=0.01, p=0.063)	・電話対応のあったケースへの支援の特徴 ・ケア内容調査票(10領域47項目)を使用 <利用者から電話があった群> 直近の訪問において「安全確保に関する援助」「精神症状に関する援助」「危機時の介入」(p=0.004, p=0.024, p=0.023)が有意に多く、「不安の傾聴・軽減」が多い傾向(p=0.083)。「家族へのエンパワメント」は少ない(p=0.086)。 <家族から電話があった群> 家族から電話がなかった群に比べ 「本人・家族との関係づくり」(p=0.023)、「アセスメントの実施」(p=0.003)、「利用できるサービス等の情報提供」(p=0.054)、「ケア計画作成」(p=0.09)、「サービス等導入の援助」(p=0.002)、「他者との関わりに関する援助」(p=0.085)、「家族へのエンパワメント」(p=0.013)が多く実施。 「生活環境の整備」(p=0.046)、「家庭内役割に関する援助」(p=0.000)、「身体症状の観察と対処」(p=0.047)、「生活習慣に関する援助」(p=0.006)の実施が少ない。

4	多職種による精神科訪問看護に作業療法士が加わることの意義 後方視的解析研究	真下 いずみ, 畑 典男, 橋本 健志	2019	ICD-10のF2(統合失調症圏)、F3(気分障害圏)の91人 OT積極訪問群 (n=15)、OT消極訪問群 (n=76) の比較	支援・介入の実施率と訪問中の年間入院率を比較 1年間の訪問期間中の入院率 OT消極訪問群22人/76人(28.9%)OT積極訪問群3人/15(20.0%) 後者は前者よりも年間入院率は 8.9%低かったが、統計学的な有意差は認めなかった。	支援・介入コード表 ①ストレングスへの介入、②保健指導、③医学的介入、④家族支援、⑤ケースマネジメント、⑥経済的サービス支援、⑦就労支援、⑧居住に関する支援、⑨日常生活支援の9つの領域コード、27個のサブコードで構成 →初回訪問日から1年間の訪問記録をコーディングし、領域コードごとカウント数を患者の年間総訪問回数で除して支援・介入の実施率を算出 OT積極訪問群は、OT消極訪問群より医学的介入(p<0.05)、日常生活支援(p<0.01)を高割合で実施。 医学的介入：服薬支援、日常生活支援：清掃・片づけ、安全管理、生活の困り事に関する支援・介入が有意に高割合で実施
5	精神疾患を持つ当事者本人および家族に対する訪問看護支援実施のケーススタディー メリデン版訪問家族支援の効果の一考察	吉野 賀寿美	2019	ファミリーワークを終了した2ケースをよく知る医療従事者2名	ファミリーワークの前後に対象者にケースについてインタビューし、定性的にデータを分析 <支援実施前> 『交わりのない家族内コミュニケーション』『壁のある家族関係』『本来の姿が不在の個々』の3つのカテゴリが生成 <支援実施後> 『心地の良い家族内コミュニケーション』『明らかになった個々の姿』『本人-家族が共に行う意思決定』『治療的環境の現れ』の4つのカテゴリが生成 メリデン版家族支援は「家族の関係を再構築」し「日々の生活の中に治療的環境を生み出す」効果があると考察。	メリデン版訪問家族支援(ファミリーワーク) ①関係づくり、②アセスメント、③精神疾患や治療などの情報共有、④コミュニケーショントレーニング、⑤問題解決と目標達成、⑥再発の初期兆候の認識と再発予防計画、⑦危機介入、⑧その他の技能習得の8つの内容を家族のニーズや状況に応じて構成し支援を提供 セッションは通常15回程度
6	訪問看護ステーションにおける精神保健福祉士の効果	田中 文人, 原子 英樹, 添田 雅宏, 岡部 恵子, 栗山 耕太, 佐藤 幸美	2018	ステーションの利用者4名	介入開始時と開始後3カ月で実施 ・WHO/QOL-26(生活満足度尺度) ・法人で利用している振り返りシートを利用し、「今後の希望」と「生活の満足度(0~100%の感覚的なもの)」 ・支援者側の評価：GAF ※対象者のうち顕著な変化があった事例1名の紹介 WHO/QOL-26：平均値2.11→2.57、身体的領域2.00→2.28、心理的領域1.50→2.16、社会的領域2.33→3.00、環境2.75→3.12、全体1.50→2.00 満足度：50%→75% GAF：75→82	※対象者のうち顕著な変化があった事例1名の紹介 看護師：「精神症状・服薬管理に関するもの」33.3%、「身体健康の管理に関するもの」33.0%、「日常生活支援に関するもの」33.3%/医療的な部分での関わりが主 精神保健福祉士：「日中の活動の場、社会参加・余暇活動に関するもの」30.0%、「日常生活支援に関するもの」30.3%/社会参加や生活面での関わりが主
7	在宅生活を送る統合失調症利用者の緊張緩和を目指して呼吸法と筋弛緩法導入の試み	豊田 敦子, 山本 のぞみ, 吉岡 友美子, 中村 陽子, 井上 久美子, 寺田 智栄子, 松尾 慶子, 吉田 弘美	2017	ステーションの統合失調症の利用者2名	・生理的指標：毎回実施前後測定 血圧、脈拍、唾液中アミラーゼ活性値、心身のしんどさ(VAS：視覚的評価スケール) ・自由な語り：実施後の自由な語りと実施日の訪問看護記録。 ・STAI(状態・特性不安尺度)：研究開始前と開始5ヶ月後に測定 ○生理的指標：血圧と脈拍値は実施前後で同等又は減少の変化。唾液中アミラーゼ活性値は両者とも8割以上で減少。心身のしんどさ(VAS)は減少。 ○自由な語り：「気持ち良かった」「楽になった」「またやりたい」等全て肯定的な語り ○STAI：特性不安は段階の低下なし、状態不安は段階の低下あり	呼吸法、筋弛緩法 オムニバスの音楽を使用しながら約15分間、呼吸法と筋弛緩法を声かけによって誘導しながら実施。

8	精神科病院で実施する訪問看護の効果 GAFにより2群に分けての分析	天野 敏江, 春日 ちえ, 畠山 美恵, 高 橋 信子, 小松 尚也, 岩崎 弥生	2016	精神科病院1施設 統合失調症の訪問看護利用者59名 重症度により2群に分類比較 GAF高群38名、GAF低群21名	訪問看護開始前後2年間の精神科病院 入院日数 の比較 <GAF高群> 開始前159.8日から開始後37.8日と有意に減少 (p<0.001)。訪問看護のみを利用 した対象者に限定しても139.1日から56.7日と有意に減少(p<0.05)。 <GAF低群> 開始前142.7日から開始後142.8日と総入院日数はほぼ変化なし。訪問看護のみを 利用した対象者に限定すると44.5日から71.5日と、有意差はないものの増加傾 向。	記載なし
9	外来通院患者を対象とした精神科訪問 看護の効果について 患者の主観的な 評価による検討	貴家 康男, 宮崎 久美子, 安齋 成一 郎, 山口 登	2013	病院に外来通院している訪問看護利用者31名	1年間の縦断的なアンケート調査 「 生活のしづらさ 」5項目 「 気になる症状 」12項目 「生活のしづらさ」 ・合計点が有意に低下(p<0.05) ・下位項目「自分の身の回りのことをする」「規則正しい生活をする」「生活や 趣味を楽しむ」「対人関係や友達付き合い」が有意に低下 「気になる症状」 ・「意欲低下」「手がふるえる・体がスムーズに動かない」「体重増加」の症状 の割合が有意に低下。 ・「勃起射精障害・性機能障害」「めまい・立ちくらみ」を除く全ての項目で症 状の程度が有意に低下。 →「生活のしづらさ」「気になる症状」を軽減。	詳細な記載はなし 生活リズムの確認、服薬確認、生活上の相談に応じするなど
10	重症精神障害者に対する地域精神保健 アウトリーチサービスにおける機能分 化の検討 Assertive Community Treatmentと訪問看護のサービス比較調 査(続報) 1年後追跡調査からみる支援 内容の変化	吉田 光爾(国立精神・神経医療研究セ ンター精神保健研究所 社会復帰研究 部), 瀬戸屋 雄太郎, 瀬戸屋 希, 高原 優美子, 英 一也, 角田 秋, 園 環樹, 萱間 真美, 大島 巖, 伊藤 順一郎	2013	①調査開始時点 の過去1年間に精神科病棟を退院した患者, ② 診 断が統合失調症あるいは双極性障害を満たす 者, ACT群32名、訪問看護群96名	追跡1年中の 入院回数、入院日数、GAF改善度 (改善層/維持悪化層) GAF改善層では、コンタクト時間が減少 (入院によるフォロー中断が14.5%)	「ケアマネジメント」「日常生活・生活技術」「コミュニケーション」「 家族支援」「精神症状」「身体症状」「社会生活」「住環境」 「就労・教育」「対象者のエンパワメント」 サービスコード10領 域、46項目 についてベースラインと1年後に評価。ケアのレベル(観 察・アセスメント/相談・助言/具体的支援)も評価。 1年後は、直接的な援助から間接的な援助にシフトしていた。
11	精神障害者への訪問看護介入実施群と 非実施群の比較	高口 久美子, 富山 弘美, 國方 弘子	2012	病院の訪問看護介入実施群106名、非実施群 871名	過去4年間の 再入院率と入院間隔日数 を比較 再入院率:1年目のみに有意差が認められ (p<0.001)、非実施群の再入院率が有 意に低かった。 入院間隔日数:入院間隔日数が91日以上の人数に対する90日以内の人数の比は、2 年目と3年目では差がなかったが、4年目は介入実施群が非実施群の1.6倍で、入院 間隔日数が長かった。	記載なし (考察で、家族へのケアや他職種連携の必要性について記述。)

12	地域で生活する統合失調症患者の主観的QOLの実態と精神科訪問看護との関連	下原美子	2012	3病院の精神科訪問看護開始5年未満で、入院を繰り返しているが通算2年以上の地域生活経験のある統合失調症患者30名	主観的QOL（生活満足度スケール、角谷）：身体的機能、環境、社会生活技能、対人交流、心理的機能と生活全般について31項目 精神科訪問看護満足度(CSQ-8) 性別、年齢、生活形態、社会参加状況、BPRS、GAFと主観的QOLとの関連について検討（主観的QOLは一般より低かったが、症状や満足度との関連はなかった）	詳細な記載なし
13	地域で暮らす統合失調症患者に対する精神科訪問看護の役割 -精神科訪問看護利用者の特性と再入院との関連要因-	定村 美紀子, 奥野 純子, 山川 百合子, 柳 久子	2011	精神科外来に通院する統合失調症患者で訪問看護利用者（55名）非利用者（31名）を	訪問看護利用者と非利用者の比較：訪問看護群は、調査直近の入院日数が長く（ $p<0.05$ ）、退院から調査日までの日数が短く（ $p<0.01$ ）退院後間もない患者で、BPRSが有意に高く（ $p<0.01$ ）、GAFとSAI-J（病識）が有意に低い（ $p<0.01$ ）、同居の割合が低く（ $p<0.05$ ）、年齢が高い（ $p<0.01$ ） BPRS、GAF、SAI-J（病識）、DAI-10（服薬態度）、SECL（自己効力感） 9か月での入院に関連する要因を検討（BPRS誇大性とSECLが関連していた）	詳細な記載なし
14	精神科訪問看護におけるセルフケアプラン用紙導入の効果の検討	野坂 幸江, 田嶋 長子	2010	統合失調症の訪問看護利用者11名	用紙導入前後の生活状況、訪問時の対応などを比較し、日常生活に変化が見られた事例を効果ありと判定。日常生活の変化の項目には、「問題点をあげ自分で解決策をあげる」「不安に振り回されることがなくなる」「金銭管理、家族関係など自分で工夫する」「話題が病的体験以外に広がる」等があげられている。	セルフケアプラン用紙を作成し、利用者に自由記載してもらい、記載内容を支持する関わりを行う。
15	在宅精神障がい者の社会生活技能向上への取り組み 訪問看護とデイケア・市役所（ヘルパー）との連携を通して	渡邊 和美, 五十嵐 幸智子	2010	B病院で訪問看護を受けている1事例	社会技能を「クボクリ式デイケア評価表（窪田）」を用いて評価し、導入時と3年後の評価で比較。	訪問看護は看護師2名で週1回（60分/回）、デイケアは週3回、ヘルパーは週1回利用。訪問看護の活動は、清潔保持の指導と援助、食生活の指導が主であった。

16	退院促進、地域定着のための、ACT及びACTに類似した手法を用いた支援の効果と課題	藤原 朋恵, 山口 香, 三曳 正志, 池田 耕治, 内山 和志, 大山 哲	2009	①ACTとACTに類似した支援プログラムの利用者13名(統合失調症圏8名、感情障害圏5名) ②訪問看護利用者13名(統合失調症圏13名)の2群で比較	①GAF②BPRS③利用者の内服している抗精神病薬のCP換算値、④退院期間をサービス導入時、6か月経過時で評価。	【ACTのサービス内容】①精神症状・服薬管理②相談・助言③身体管理④家族支援⑤関係作りの順が多い。6か月間の平均サービス時間は1回あたり84分(間接サービスを含む)、頻度は平均3.1回/月。【訪問看護のサービス内容】①精神症状・服薬管理②危機介入③日中の活動・社会参加④日常生活⑤対人関係の順が多い。平均サービス時間は35分/回、頻度は平均1.9回/月。
17	精神科訪問看護者の認知する精神科訪問看護のアウトカム	藤井 博英, 伊藤 治幸, 角濱 春美, 清水 健史, 村松 仁, 森 千鶴, 石井 秀宗, 中村 恵子, 田崎 博一	2009	青森、秋田、岩手3県の精神科訪問看護に従事する看護師49名	精神科訪問看護師が認知する訪問看護のアウトカムとして、59項目中23カテゴリーを抽出。 カテゴリー:【生活技能の獲得】【社会資源の活用】【自分の保清】【部屋の清潔】【食事】【整容】【休養】【精神の安定】【無為・自閉からの解放】【自己決定能力の育成】他	詳細なケア内容の記載なし
18	物質関連障害の重複障害例に対する課題の検討 訪問支援を中心とした治療経過から	渡邊 敏子, 末次 幸子, 近藤 宏, 宮本 真巳	2009	薬物依存症(覚せい剤)に統合失調症、摂食障害を合併した20歳代後半の女性	2年2か月の訪問期間をⅠ～Ⅲ期に区分し、訪問記録に基づくフィールドノーツを基礎データに①訪問看護場面での支援②支援による影響の2点のテーマに分け、各時期ごとにKJ法でカテゴリー化。①で41のコード、各時期10、6、9項目のカテゴリー、②で50のコード、各時期8、7、10のカテゴリーを抽出。①②のカテゴリー50項目を訪問支援の6機能(報告者らの先行研究で抽出したもの)に割り振り、支援内容とその影響を分析。 カテゴリー:「訪問時間の調整・延長」「要請による複数回の訪問」「電話やメールによるサポート」「1人にしないための工夫」「専門クリニックへの紹介」他	精神保健福祉士3名(回復者1名)、看護師3名のうち2名ずつが交代で1～4回/月に訪問する。※薬物依存回復者であるPSWは毎回訪問。ケア内容はⅠ期、Ⅱ期、Ⅲ期と分けており、自傷行為後の創処置、本人からの要請による訪問、電話・メールでの相談、入院調整・支援、生活再建に向けた支援など。
19	【指定通院医療機関になったらどういふことをするのか】医療観察法における訪問看護の現状と課題	美濃 由紀子, 宮本 真巳	2008	触法精神障害者の訪問看護に携わっている指定通院医療機関・訪問看護ステーション(5施設)で訪問看護を担うチームスタッフ18名(看護師8名、医師2名、精神保健福祉士7名、作業療法士1名)	面接内容を逐語録にし、コード化・カテゴリー化。訪問看護の効果については①生活状況の的確な把握②危機の早期発見と早期介入の促進③家族への支援④対象者・家族との信頼関係の構築、の4つのカテゴリーを抽出。※コードについての記載なし	服薬確認、部屋の清掃状況、生活環境の変化、アディクションであればスリップの有無がないか等の生活状況・環境の把握や生活変化に基づいた再発・症状悪化の早期発見と危機介入、家族への説明と相談

20	統合失調症をもつ利用者に効果的な訪問看護を提供するための教育プログラムの開発	片倉 直子, 山本 則子, 石垣 和子	2007	精神病院での勤務経験がなく、かつ調査時点で統合失調症の利用者に支援を行っており、支援方法に困難を感じ自信がないと自己評価した訪問看護師4名	教育プログラムの評価の1つとして、教育プログラム終了後2か月間、対象者が統合失調症の利用者への訪問看護を実施し、利用者側の変化を「精神障害者社会生活評価尺度 (LASMI)」でプログラム開始前と終了2か月後を比較した。	詳細なケア内容の記載はなし
21	統合失調症患者における精神科訪問看護受け入れ拒否の要因	赤平 雅子, 大山 一志, 藤井 博英	2007	精神科訪問看護を利用する統合失調症の利用者で、開始時に受け入れ拒否があった7名	データ逐語録より内容分析の手法で分析、受け入れ拒否要因を示す箇所をコード化。コードを8つのサブカテゴリー化、4つのカテゴリーへ分類。カテゴリー：【自分自身の生活技術の過剰評価】【看護師の来訪に伴う自我への侵入感】【行動の制約】【見られることへの嫌悪感】、サブカテゴリー：『生活能力の過剰評価』『訪問効果の実感不足』『私生活侵入への脅威』『看護師から受ける威圧感』『来訪に伴う束縛感』『来訪に伴う気苦勞』『看護師への猜疑心』『観察行為への不信任』、コード：「訪問看護を受けなくても自信がある」「退院しても病院の人が来るので嫌だ」など25項目	記載なし
22	統合失調症をもつ利用者に対する効果的な訪問看護の目的と技術に関する研究	片倉 直子, 山本 則子, 石垣 和子	2007	統合失調症をもつ利用者に訪問看護を実践する看護師7名とその利用者9名（訪問看護を継続して2年以上利用）	効果的な訪問看護の指標を2年以上継続した利用者への支援と設定し、訪問看護の経験を看護師へインタビューした逐語録と訪問場面を参加観察したフィールドノーツの内容をもとに、看護の「目的」と「看護技術」に分類。「目的」と「看護技術」、利用者の反応との関連、経時的な動向を検討し、看護師と利用者ともに生じていることを概念化、概念の関連を関連図にした。	詳細な記載なし
23	精神障害者に対するホームヘルパーの支援経験	林 裕栄, 渡邊 敦子	2006	精神障害者を支援する常勤ホームヘルパー10名	逐語録から面接内容を分析し、支援経験を【効果面】【困難面】に分類、【困難面】は「家族支援の困難」「自立支援の困難」訪問効果への疑問「未解決問題へのストレス」に分類された。※面接内容から得られた発言の分類のみで、コード化はなし。	週1回程度の支援で、支援内容は掃除、買い物、調理。

24	精神科訪問看護を利用している統合失調症患者の日常生活機能に関する実態報告	船越 明子(東京大学 大学院医学系研究科精神看護学分野、看護)、萱間 真美、松下 太郎、山口 亜紀、上野 里絵、沢田 秋、林 亜希子、宮本 有紀、瀬戸屋 希、松浦 彩美、木村 美枝子、秋山 美紀、伊藤 弘人、天賀谷 隆、佐竹 良一、佐藤 美穂子、仲野 栄、羽藤 邦利、大塚 俊男、福田 敬、安保 寛明、河野 由理	2006	ステーション・病院の計21施設 統合失調症の利用者98名(2年後の情報が得られた者)	開始後2年間の入院36名(36.7%) 訪問看護以外の地域での社会資源の利用69名(70.4%) 開始時と2年後の日常生活機能の変化「服薬管理」「部屋の整理整頓」「通院」(p<0.01)「睡眠」「金銭管理」(p<0.05)で統計的に有意な改善。「身だしなみ・清潔」「買い物などの外出」で改善傾向(p<0.1) 日常生活機能:「食事摂取」,「服薬管理」,「睡眠」,「身だしなみ・清潔」,「部屋の整理整頓」,「金銭管理」,「通院」,「対人トラブル」,「買い物などの外出」の9項目を4段階で評価 考察に生活機能尺度としてSAS、SFS、WSA、LASMI、REHAB、MDSなどの記載あり	詳細な記載なし
25	精神科訪問看護の効果に関する実証的研究 精神科入院日数を指標とした分析	萱間 真美、松下 太郎、船越 明子、柄井 亜希子、沢田 秋、瀬戸屋 希、山口 亜紀、伊藤 弘人、宮本 有紀、福田 敬、佐藤 美穂子、仲野 栄、羽藤 邦利、大塚 俊男、佐竹 良一、天賀谷 隆	2005	13都道府県21施設の対象施設のうち、調査時点2~3年前の間に訪問看護を初めて利用開始した統合失調症の利用者138名	1. 訪問看護開始前後各2年間での①精神科に入院した人数②精神科入院の総入院日数の平均③精神科入院1回あたりの入院日数の平均を開始前・後で比較 2. 訪問看護開始後2年間の精神科再入院率 3. 訪問看護以外の社会資源導入を「利用あり群」「利用なし群」に分け、総入院日数の平均、1回あたりの入院日数の平均を訪問看護開始前後と群間で比較 4. 訪問看護開始2年間での精神科入院の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析、独立変数は年齢、性別、経済状況などを含む10変数	訪問頻度(利用開始→2年後の割合):1回/週は58.4%→46.6%、1回/2週~1か月は26.3%→31.9%、1回訪問あたりのケア時間:平均49.2分、詳細なケア内容は記載なし。
26	当院における精神科訪問看護の効果と今後の課題 境界型人格障害患者の訪問を通して	佐藤 妙子、佐々木 恵子、後藤 裕、鏡キエ子	2000	境界型人格障害の診断で訪問看護を利用している35歳、女性	効果を患者側、医療者側の変化で分析。 患者側:①自傷行為がなくなり、問題行動が減少②亀の世話を通じて両親とのコミュニケーションが図れる③薬物の使用量(処方量)の減少④色んなところに電話をせずに自宅で落ち着いて過ごせる 医療者側:対象者の生活や家族背景の理解を深められた	6か月の期間で月1回の訪問看護を実施。1回目:家庭内力動の観察、メンバーの行動変容刺激、2~6回目:SSTを実施。

資料2 海外文献のエビデンステーブル

No	タイトル	著者	発行年	対象	効果（効果指標含む）	ケア内容
1	Detection of Domestic Violence and Abuse by Community Mental Health Teams Using the BRAVE Intervention: A Multicenter, Cluster Randomized Controlled Trial	Ruijine R, Mulder C, Zarchev M, Trevillion K, van Est R, Leeman E, Willems W, Gaag MV, Garofalo C, Bogaerts S, Howard L, Kamperman A.	2021	オランダの2つの都市	効果指標 家庭内暴力の検出率・紹介率	地域精神保健チームによる家庭内暴力と虐待の検出
2	Assertive community treatment versus standard treatment for severely mentally ill patients in Denmark: a quasi-experimental trial	Thoegersen MH, Morthorst BR, Nordentoft M.	2019	デンマークのSMI ・過去2年以内に4回の入院または、40日以上入院サービスの利用者	効果指標 メンタルヘルスサービスとの接触 入院日数 非自発的入院日数 外来通院回数 抗精神病薬のアドヒアランス 社会機能 精神病理学 陽性症状・陰性症状 患者満足度 QOL	・assertive community treatment と 標準的なcommunity mental health teamsの比較 ・2つの体制の比較のみの記載
3	Flexible assertive community treatment for individuals with a mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: results of a longitudinal study in the Netherlands	Neijmeijer LJ, Korzilius HPLM, Kroon H, Nijman HLI, Didden R.	2019	軽度の知的障害または知的境界域	入所・退所回数と期間、GAF, HoNOS-LD, DROS-SV, HKT-30を横断的にデータ収集	ACTチームは、精神科医、行動の専門家、ソーシャルワーカー、精神科看護師で構成され、自宅または他の場所（シェルター、職場、路上）でケアを提供した
4	Factors associated with treatment intensification in child and adolescent psychiatry: a cross-sectional study	Vijverberg R, Ferdinand R, Beekman A, van Meijel B.	2018	青年でACTを必要としている者	関連因子として HoNOSCA CANSAS Kidscreen を検定	定期的な外来メンタルケアと青年ACTの比較 ケアの詳細の記載はなし

5	Occupied bed days a redundant currency? An evaluation of the first 10 years of an integrated model of care for mentally ill adolescents	Adrian N, Smith JG.	2015	精神疾患、ASD、気分障害、神経症性障害、自傷行為、摂食障害	青年期アウトリーチの10年間の臨床転機 入院期間・入院内容 HoNOSCA CANSAS	青年期ACTの効果検証 ケア内容の詳細の記載はなし
6	The impact of assertive outreach teams on hospital admissions for psychosis: a time series analysis	Hamilton I, Lloyd C, Bland JM, Savage Grainge A.	2015	1994年~2010年までの期間イギリスのデータベースからすべての精神病と統合失調症の診断された入院患者の記録を抽出	1日あたりの平均入院率	2003年にassertive outreach teamsが創設された前後比較 ケア内容の詳細の記載なし
7	The motivation paradox: higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment	Mulder CL, Jochems E, Kortrijk HE.	2014	外来治療を受けている18歳以上の患者で、精神疾患、パーソナリティ障害の診断を受けている者。	HoNOS TMS-f (治療動機付け尺度) TEQ MANSAS (QOL)	外来治療 (一部FACTの患者が含) 群と7つのFACTでの効果比較 ケア内容の詳細の記載なし
8	Community outreach for patients who have difficulties in maintaining contact with mental health services: longitudinal retrospective study of the Japanese outreach model project	Kayama et al	2014		primary outcome: 入院率、入院期間(6か月後、12か月後) Secondary outcome: (サービス提供時期と6か月後、12か月後) 社会機能の障害→Global Assessment of Functioning (GAF) 問題行動→Social Behavior Schedule (SBS)	日本のアウトリーチモデルプロジェクト 精神科医、看護師、PSW、OT、CP、ピアスタッフがサービス提供者 3ヶ月以上外来受診が中断している精神疾患患者が対象 ケア内容 ↓↓↓ - Case management without clients - Case management with clients - Assistance with daily living task - Communications and coordination - Medical support for psychiatric symptoms - Support for physical health - Social life and financial support - Housing services - Vocational and educational support

9	A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model	Firn M, Hindhaugh K, Hubbeling D, Davies G, Jones B, White SJ.	2013	英国のアサーティブアウトリーチが、オランダのフレキシブルアサーティブコミュニティトリートメントの効果比較	入院率 入院日数	記載なし
10	Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial	Bramesfeld A, Mook J, Kopke K, Büchtemann D, Kästner D, Radisch J, Rössler W.	2013	アウトリーチ支援を受けているものと受けていない者の比較	入院回数 入院日数 GAF BPRS 生活満足度 WHO-DAS II AUS, DUS (物質乱用) MARS (服薬アドヒアランス) PACTV (メディカルケアへの満足度) CSSRI (サービス利用)	記載なし
11	Lack of motivation for treatment associated with greater care needs and psychosocial problems	Stobbe J, Wierdsma AI, Kok RM, Kroon H, Depla M, Roosenschoon BJ, Mulder CL.	2013	ACTを利用していた55歳以上のSMI高齢患者で未受診者	CANE (介護ニーズ) HoNOS (心理社会的問題) SoC (動機づけ、変化の段階)	治療の動機があるものとないものとの比較 ケア内容の詳細の記載なし
12	Predicting outcome of assertive outreach across England	Brugha TS, Taub N, Smith J, Morgan Z, Hill T, Meltzer H, Wright C, Burns T, Priebe S, Evans J, Fryers T.	2012	イギリスのアウトリーチチーム	イギリスにおけるアウトリーチの効果予測 アウトリーチチームリーダーへのインタビュー ・TOQチーム組織アンケート ・DACTSアクトモデルへの適応 ・ICMHC (編たるヘルスケアの国際分類)	記載なし

13	Assertive Community Treatment for alcohol dependence (ACTAD): study protocol for a randomised controlled trial	Gilbert H, Burns T, Copello A, Coulton S, Crawford M, Day E, Deluca P, Godfrey C, Parrott S, Rose AK, Sinclair JM, Wright C, Drummond C.	2012	アルコール依存症 ACTと通常ケアまたは通常ケアに割り当てられACTの効果を検証する	6か月、12か月にフォローアップアセスメント <ul style="list-style-type: none"> ・子どもとの関係、生活の状態 ・過去90日の薬物使用 ・アルコール問題アンケート ・アルコール依存症重症度 ・Changes in socio-demographic d ・EQ-5D ・SF-12 ・治療的關係 STAR など 	ACTのケア <ul style="list-style-type: none"> ・週1回のコンタクト ・参加者の自宅またはコミュニティでのコンタクト ・社会的健康的ケア全体に渡る1年間の管理
14	Predictors of outcomes of assertive outreach teams: a 3-year follow-up study in North East England	Carpenter J, Luce A, Wooff D.	2011	イギリスのアウトリーチチームの追跡調査	チームマネージャーへのインタビュー <ul style="list-style-type: none"> ・DACTS ・ICMHC ・エリア、スタッフ、営業時間の情報 <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用者 精神科病院への入院 違法薬物の使用 GAF HoNOS など 	記載なし
15	The development and implementation of a nurse-led hepatitis C protocol for people with serious mental health problems	Lewis M, Allen H, Warr J.	2010	HCVリスクがあるACTの利用者	HCVに関連する効果指標のみ	HCVのリスクがあるACT利用者へのプロトコル開発にとどまり、それ以外のケア内容・効果指標の記載なし
16	Cost-effectiveness of nidothrapy for comorbid personality disorder and severe mental illness: randomized controlled trial	Ranger M, Tyrer P, Miloseska K, Fourie H, Khaleel I, North B, Barrett B.	2009	ACTを利用しているパーソナリティ障害とSMI併存	Nidothrapyをプラスした介入とassertive outreach careのみのRCT <ul style="list-style-type: none"> 精神科入院期間 ベット使用率 入院回数 臨床症状 社会的機能 サービス利用状況（専門職への連絡回数） など 	Nidothrapyをプラスした介入とassertive outreach careのRCT

17	A recovery-based outreach program in rural Victoria	Prabhu R, Browne MO.	2007	people with sever mental illness, 2002~2005年にoutreach serviceに照会された122人。87%が統合失調症	<ul style="list-style-type: none"> 心理面、能力とスキル、利用者のニーズ、QOLをアウトカムとした。 →Camberwell Assessment of Needs Short Appraisal Scale (CANSAS), Recovery Assessment Scale(RAS), 心理士による認知機能評価、作業療法士による機能評価, Health of Nation Outcome Scale(問題行動、機能障害、symptomatic problem精神症状?、社会的な問題), Life Skill Profile 	<ul style="list-style-type: none"> アウトリーチチームには、clinical nurse educator, 心理士、作業療法士、精神科医、精神科看護師が含まれていた ・Collaborative recovery care (リカバリーは個人的なプロセスであるという認識して、患者と臨床家が積極的に協力する)をフレームワークとした。 ・医学的、心理学的、社会的、職業的、教育的、住民のサポート、ケアラーサポート、地域の社会資源とのつながりづくりを含むComprehensive care
18	Be good to your patient: how the therapeutic relationship in the treatment of patients admitted to assertive outreach affects rehospitalization	Fakhoury WK, White I, Priebe S; PLAO Study Group.	2007	Assertive Outreachの利用者	入院の有無、過去2年間の任意入院、過去2年間の強制入院、身体的暴力、他のサービスとのコンタクト	困難事例でリスクがある患者を少な一ケースロードで他職種チームでケアする Assertive outreach
19	Hospitalisation as an outcome measure in schizophrenia	Burns T.	2007	ACTなどの地域サービス	入院回数、再入院までの期間、入院期間	記載なし
20	Happy with your care?	Graham J, Denoual I, Cairns D.	2005	アサーティブアウトリーチの利用者	<ul style="list-style-type: none"> General satisfaction. Interpersonal aspects of care: ケア提供者との治療的関係の構築 Client involvement in treatment. Medication and treatment issues. 	看護師を含む他職種チームの集中的アウトリーチケア

21	Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach	Priebe S, Fakhoury W, White I, Watts J, Bebbington P, Billings J, Burns T, Johnson S, Muijen M, Ryrie I, Wright C: Pan-London Assertive Outreach Study Group.	2004	<ul style="list-style-type: none"> assertive outreach team staff member patient <p>の特徴</p> <p>patientは利用歴3ヶ月以上391人と3ヶ月未満189人</p> <p>assertive outreachの初期段階は、転帰が比較的悪い時期と言われているため、利用歴3ヶ月未満の患者を積極的にサンプリングした (オーバーサンプリング)</p>	調査日～9か月間の入院の有無、強制入院の有無	severe mental illnessがある人へのassertive outreach
22	Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder	Tyrer P, Simmonds S.	2003	<p>3つの randomised controlled trialsのsystematic review</p> <p>comorbid personality disorder and severe mental illness</p> <p>社会機能: Social Functioning Questionnaire (SFQ)</p> <p>入院の有無、入院期間</p>	<p>臨床症状: the Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) (Asberg et al, 1978). ADRS, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (Montgomery & Asberg, 1979); BAS, Brief Scale for Anxiety (Tyrer et al, 1984; reproduced with permission of BMJ);</p> <p>社会機能: Social Functioning Questionnaire (SFQ)</p> <p>入院の有無、入院期間</p>	community outreach treatmentまたは intensive case managementとstandard careを比較
23	Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness	Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE, Rickards L.	2001	dual diagnosis services for clients with severe mental illnessについてのレビュー	<p>assertive outreachの効果として下記について書かれていた。</p> <p>gain access to services</p> <p>maintain needed relationships with a consistent program over months and years</p> <p>noncompliance and dropout rates の低下</p>	mental health and substance abuse interventionを念頭において、a comprehensive, long-term, staged approach to recovery; assertive outreach; motivational interventions; provision of help to clients in acquiring skills and supports to manage both illnesses and to pursue functional goals; and cultural sensitivity and competenceについて述べている。
24	Maintaining contact with people with severe mental illness: 5-year follow-up of assertive outreach	Ford R, Barnes A, Davies R, Chalmers C, Hardy P, Muijen M.	2001	<p>severe mental illnessへのassertive outreachを実施しているIntensive Case Management (ICM) teams3か所</p> <p>エントリー後18ヶ月と5年後の利用者情報</p>	<p>精神症状: BPRS</p> <p>社会機能: Life Skills Profile (LSP)</p> <p>Unit cost: 国と地方のデータより</p> <p>他のサービスの利用: Intensive case management</p> <p>Community psychiatric nurse</p> <p>Social worker</p> <p>Psychiatrist out-patients</p> <p>Day facilities</p> <p>Residential care</p> <p>In-patient care</p> <p>の利用頻度</p>	Assertive outreach teamsは、24時間週7日開所でない、精神科医がチームにいない等 ACTのフィデリティをすべて満たしているわけではないが、準じている。

25	Effects of case-load size on the process of care of patients with severe psychotic illness. Report from the UK700 trial	Burns T, Fiander M, Kent A, Ukoumunne OC, Byford S, Fahy T, Kumar KR.	2000	<ul style="list-style-type: none"> ・実際に提供されたケアをIntensive Case Management (ICM)とstandard case management(SCM)で比較 ・4つのmental health servicesの利用者で条件を満たす利用者をICMとSCMにランダムに配置 ・ケア内容やケア頻度を比較 	<ul style="list-style-type: none"> ・接触回数の多さと会えなかった回数 (failed contactsの少なさ) <p>ICMとSCMともに、face-to-faceの75%は患者の自宅での接触だった。</p>	<p>Type of event</p> <ul style="list-style-type: none"> - face-to-face contact (15分以上) - telephone contact (15分以上) - Carer contact (15分以上) - Coordination (他の専門機関とのコンタクト) (15分以上) - attempted (failed) face-to-face contact <p>face-to-face contactの主要な焦点</p> <ul style="list-style-type: none"> - housing - occupation and leisure - finance - daily living skills - criminal justice system - carers and significant others - engagement - physical health - specific mental health intervention or assessment - medication - case conference
26	Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders	Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR.	1998	精神障害のある物質障害患者へのケアについてのレビュー論文	物質使用の軽減、入院農務、社会的な問題の軽減、雇用、精神症状、社会機能、役割のパフォーマンスなど	<p>精神障害のある物質障害患者へのケアについては書かれている</p> <p>ACTとSCM(Standard case management)の比較をした文献もレビューされていた</p>
27	Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program	Quinlivan R, Hough R, Crowell A, Beach C, Hofstetter R, Kenworthy K.	1995	精神科病棟への入退院を繰り返している90人を、intensive case management group, a traditional case management group, 特別なサービスを受けない control groupの3つにランダムに割り付けた	入院日数、地域のサービス利用、コスト	intensive case management
28	Mobile community treatment in inner city and suburban Sydney	Teesson M, Hambridge J.	1992	シドニーのmobile community treatment team 利用者の条件は、 重度の精神疾患、入退院の繰り返し、治療に対するノンコンプライアンス歴がある	<p>6か月後の評価</p> <p>社会機能：Life Skills Profile (セルフケア、動揺turbulence、コミュニケーション、responsibility、社会とのコンタクト)</p> <p>入院回数、入院日数 ノンコンプライアンス</p>	<p>チーム構成は、精神科看護師、心理士、ソーシャルワーカー。担当者が、患者の治療をモニタリング</p> <p>2～3回、30～60分会う。患者の買い物や役所などに同行したりする。</p>

研究成果の刊行に関する一覧表

学会発表

発表者氏名	発表演題名	学会名	開催地	開催日
榎美樹、船越明子、高橋妙理、古場郁乃、瀬戸屋希、萱間真美	地域で生活する精神障害者に対する看護職によるアウトリーチサービスのアウトカム指標の文献検討	日本精神保健看護学会第33回学術集会・総会	神戸	2023.5.13-14

2023年5月31日現在

資 料

悉皆調査（訪問看護ステーション向け調査票）

悉皆調査（精神科医療機関向け調査票）

二次調査（施設調査票）

二次調査（看護師調査票）

二次調査（利用者調査票）

実態（悉皆）調査票 webでも回答頂けます⇒



この調査では、精神疾患をもつ方への訪問看護の実態と、訪問看護における困難や必要なサービス、専門性の高い看護師の実践状況の把握を目的としています。ご協力をお願い申し上げます。

説明文書を読み、調査に同意します ←ご協力頂ける場合は、にをしてご回答ください。

1. 貴ステーションについてお伺いします。

1) 法人内の医療機関の有無 1. あり 2. なし
「1.あり」と回答した場合、医療機関の診療科の種類
 1. 精神科（心療内科含む） 2. その他

2) 令和4年8月の訪問看護利用者数（実人数）

介護保険	人
うち、主傷病名が認知症の対象者	人
医療保険	人
うち、精神科訪問看護基本療養費を算定した方	人
うち、訪問看護基本療養費で精神疾患をもつ方	人

3) 施設の届出

1 機能強化型訪問看護ステーション1
2 機能強化型訪問看護ステーション2
3 機能強化型訪問看護ステーション3
4 なし

精神科訪問看護基本療養費の届出	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
24時間対応体制加算の届出	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
指定自立支援医療機関（精神）の指定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
精神科在宅患者支援管理料を算定する医療機関との連携	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

4) 職員数（常勤換算）

	常勤	非常勤
① 看護職員（看護師・准看護師）	人	人
うち、精神科訪問看護基本療養費の算定できる看護師数	人	人
② 作業療法士	人	人
③ 理学療法士・言語聴覚士	人	人
④ 精神保健福祉士（PSW）	人	人
⑤ 看護補助者	人	人
⑥ その他の職員	人	人

看護職員のうち、専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了者はいますか（常勤換算）

	職員の有無と人数
① 専門看護師	1. いる（__人） 2. いない
うち、精神看護専門看護師	1. いる（__人） 2. いない
② 認定看護師	1. いる（__人） 2. いない
うち、精神科認定看護師	1. いる（__人） 2. いない
うち、訪問看護認定看護師	1. いる（__人） 2. いない
③ 特定行為研修修了者	1. いる（__人） 2. いない
うち、「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の修了者	1. いる（__人） 2. いない
うち、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の修了者	1. いる（__人） 2. いない

◎精神看護専門看護師・精神科認定看護師・特定行為研修修了者が勤務されている施設には二次調査をご依頼したく存じます。該当される場合は、下記にステーション名をご記入ください。

都道府県名： ステーション名：

2. 精神疾患をもつ方（精神科訪問看護基本療養費を算定されていない方も含む）への訪問についてお伺いします。

1) 訪問の際に困難に感じられることはありますか（複数回答可）

1 精神症状への対応が難しい
2 精神症状のアセスメントが難しい
3 生活能力のアセスメントが難しい
4 合併症・身体疾患のケアが難しい
5 症状悪化や自傷他害のリスクの判断が難しい
6 拒否的な利用者・家族への関わりが難しい
7 関係の構築やコミュニケーションが難しい
8 家族への関わりが難しい
9 主治医との連携や連絡が難しい
10 行政との連携が難しい
11 医療機関との連携が難しい
12 福祉施設・事業所との連携が難しい
13 電話対応が難しい
14 その他（下欄に記入）

15 特になし

2) 精神疾患を持つ方への訪問を行う上で、必要と思われる支援はありますか（複数回答可）

1 医師からのコンサルテーション
2 専門性の高い看護師からのコンサルテーション
3 専門性の高い看護師との同行訪問
4 行政が主催する事例検討会や研修会
5 学会等が主催する事例検討会や研修会
6 事業者団体が主催する事例検討会や研修会
7 地域の関係機関（行政、医療・福祉事業所等）と連携するための場や仕組みづくり
8 その他（下欄に記入）

9 特になし・思いつかない

3) その他、訪問看護を行う上で必要と思う制度や支援について教えてください。（自由記載）

FAX 返送先 03-5275-1569 この調査票のみを期日までにご返送ください **〆切：10月7日**

実態（悉皆）調査票 web 調査でもご回答頂けます→



この調査では、精神疾患をもつ方への訪問看護の実態と、訪問看護における困難や必要なサービス、専門性の高い看護師の実践状況の把握を目的としています。ご協力をお願い申し上げます。

説明文書を読み、調査に同意します

←ご協力頂ける場合は、にをしてご回答ください。

1. 貴医療機関についてお伺いします。

1) 令和4年8月の精神科訪問看護利用者数（実人数）

精神科訪問看護・指導料を算定した方	人
-------------------	---

2) 施設の届出

精神科在宅患者支援管理料の届出	1.あり 2.なし
指定自立支援医療機関（精神）の指定	1.あり 2.なし

3) 訪問看護に関わる職員数のみ回答下さい（常勤換算）

	常勤	非常勤
① 看護職員（看護師・准看護師）	人	人
うち、精神科訪問看護基本療養費の算定できる看護師数	人	人
② 作業療法士	人	人
③ 理学療法士・言語聴覚士	人	人
④ 精神保健福祉士（PSW）	人	人
⑤ 看護補助者	人	人
⑥ その他の職員	人	人

看護職員のうち、専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了者はいますか（常勤換算）

	職員の有無と人数
① 専門看護師	1.いる（__人） 2.いない
うち、精神看護専門看護師	1.いる（__人） 2.いない
② 認定看護師	1.いる（__人） 2.いない
うち、精神科認定看護師	1.いる（__人） 2.いない
うち、訪問看護認定看護師	1.いる（__人） 2.いない
③ 特定行為研修修了者	1.いる（__人） 2.いない
うち、「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の修了者	1.いる（__人） 2.いない
うち、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の修了者	1.いる（__人） 2.いない

2. 精神疾患をもつ方への訪問についてお伺いします。

1) 訪問の際に困難に感じられることはありますか（複数回答可）

- 1 精神症状への対応が難しい
 - 2 精神症状のアセスメントが難しい
 - 3 生活能力のアセスメントが難しい
 - 4 合併症・身体疾患のケアが難しい
 - 5 症状悪化や自傷他害のリスクの判断が難しい
 - 6 拒否的な利用者・家族への関わりが難しい
 - 7 関係の構築やコミュニケーションが難しい
 - 8 家族への関わりが難しい
 - 9 主治医との連携や連絡が難しい
 - 10 行政との連携が難しい
 - 11 他の医療機関・他科との連携が難しい
 - 12 福祉施設・事業所との連携が難しい
 - 13 電話対応が難しい
 - 14 その他（下欄に記入）
-
- 15 特にない

2) 精神疾患を持つ方への訪問を行う上で、必要と思われる支援はありますか（複数回答可）

- 1 医師からのコンサルテーション
 - 2 専門性の高い看護師からのコンサルテーション
 - 3 専門性の高い看護師との同行訪問
 - 4 行政が主催する事例検討会や研修会
 - 5 学会等が主催する事例検討会や研修会
 - 6 事業者団体が主催する事例検討会や研修会
 - 7 地域の関係機関（行政、医療・福祉事業所等）と連携するための場や仕組みづくり
 - 8 その他（下欄に記入）
-
- 9 特にない・思いつかない

3) その他、訪問看護を行う上で必要と思う制度や支援について教えてください。（自由記載）

◎精神看護専門看護師・精神科認定看護師・特定行為研修修了者が勤務されている施設には二次調査をご依頼したく存じます。該当される場合は、下記に医療機関名をご記入ください。

都道府県名：	医療機関名：
--------	--------

FAX 返送先 03-5275-1569 この調査票のみを期日までにご返送ください 〆切：10月13日

「精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究」
二次調査 施設調査票 返送期限 11月25日(金)

説明文書を読み、調査に同意します ←ご協力頂ける場合は、に✓をしてご回答ください。
この用紙は、代表者の方が回答ください。

★令和4年8月の実績を記入してください。いない場合は、「0」と記入してください。

1. 訪問看護の提供実績について

(1) 令和4年8月中の訪問看護利用者数を記入してください。

①介護保険	人
②医療保険	人
うち、精神科訪問看護基本療養費算定者数	人

(2) 精神科訪問看護基本療養費を算定した人の内訳（令和4年8月末時点）

①性別 男性：_____人 女性：_____人

②年齢

10歳代以下	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳以上
人	人	人	人	人	人	人	人

③主病名

主病名	人数	主病名	人数
1. 統合失調症・妄想性障害	人	5. アルコール・薬物使用障害	人
2. 気分障害	人	6. 発達障害	人
3. 不安障害・ストレス関連障害	人	7. 高次脳機能障害	人
4. パーソナリティ障害	人	8. その他	人

④ケアの必要な身体疾患

あり	人	なし	人
----	---	----	---

2. 事業所の看護職員数

(1) 令和4年8月末現在の貴事業所の看護職員数（常勤換算）を記入してください。

	常勤	非常勤
貴事業所の看護職員（保健師・准看護師を含む）	人	人

貴事業所の看護職員のうち、下記要件に該当する看護職員数を記入してください。

	常勤	非常勤		常勤	非常勤
精神科を標榜する医療機関の精神科棟または精神科外来の勤務経験者	人	人	精神看護専門看護師	人	人
精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験者	人	人	精神科認定看護師	人	人
精神保健福祉センター・保健所等における精神保健に関する業務の経験者（いずれか1年以上）	人	人	特定行為研修の修了者（精神及び神経症状に係る薬剤投与）	人	人
精神科訪問看護基本療養費算定要件研修会を受講済の方	人	人	特定行為研修の修了者（パッケージ研修修了者、その他）	人	人

(2) 精神看護領域以外の専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了者

	配置の有無	（左記で「いる」と回答した場合）領域と人数	
①専門看護師	1. いる	領域：_____：_____人	領域：_____：_____人
	2. いない	領域：_____：_____人	領域：_____：_____人
②認定看護師	1. いる	領域：_____：_____人	領域：_____：_____人
	2. いない	領域：_____：_____人	領域：_____：_____人
③特定行為研修修了者	1. いる	領域：_____：_____人	領域：_____：_____人
	2. いない	領域：_____：_____人	領域：_____：_____人

「精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究」
 二次調査 施設調査票 返送期限 11月25日(金)

説明文書を読み、調査に同意します ←ご協力頂ける場合は、に✓をしてご回答ください。

専門性の高い看護師について（精神看護専門看護師（CNS）精神科認定看護師 特定行為研修修了者）

(1) お持ちの資格要件（あてはまるものすべてに○）

1. 精神看護専門看護師
2. 精神科認定看護師
3. 特定行為研修修了者（精神及び神経症状に係る薬剤投与）
4. 特定行為研修修了者（栄養及び水分管理に係る薬剤投与）
5. 特定行為研修修了者（パッケージ研修： _____ ）

(2) 属性・ご経験（あてはまるものに○、または数値を記入）

①性別	②年代	③経験年数	④勤務形態	⑤役職等	⑥訪問人数・件数
1. 男性 2. 女性	1. 30歳未満 2. 30歳代 3. 40歳代 4. 50歳代 5. 60歳以上	①看護師業務 （ _____ ）年 ②精神科看護業務 （ _____ ）年 ③精神科訪問看護 （ _____ ）年	1. 常勤 2. 非常勤	1. 所長 2. 看護師長 3. スタッフ 4. その他 （ _____ ）	1週間平均の ①訪問人数： （ _____ ）人 ②訪問件数： （ _____ ）件

(3) あなたはどのような役割を担っていますか（あてはまるものすべてに○）

1. 困難ケースに関するスタッフの気持ちの表出を促す
 2. 他のスタッフへの助言・コンサルテーション、一緒にアセスメントする
 3. 身体ケア・合併症のケアに関する助言・コンサルテーション
 4. 困難ケースへの同行訪問
 5. 家族への対応
 6. 多様なニーズ（ターミナル、外国籍など）をもつ利用者のケアに関する助言
 7. 困難ケースの担当（具体的に： _____ ）
 8. 研修等の教育活動
 9. 関係機関との調整
 10. 倫理的問題や葛藤の解決にむけた調整
 11. 他の訪問看護事業所へのコンサルテーション
 12. その他（下欄に具体的に記入してください）
-

ほうもんかんごりようしゃちょうさ
訪問看護利用者調査

ID :

11月25日(金)までにご返送ください

説明文書を読み、調査に同意します ←ご協力頂ける場合は、に✓をしてご回答ください。

問1 あなたは、医師による訪問診療を利用していますか。(○は1つ)

1. 利用している	2. 利用していない
-----------	------------

問2 訪問看護をどのくらいの期間、利用していますか。あてはまる番号に○印をつけてください。(○は1つ)

1. 半年未満	2. 1年未満	3. 1~2年未満	
4. 2~5年未満	5. 5~10年未満	6. 10年以上	7. わからない

問3 訪問看護で、①あなたが受けている支援はどれですか。そのうち、②良いと思う支援はどれですか。あてはまるものすべてに○印をつけてください。(○はいくつでも)

	①受けている支援 (あてはまるものすべてに○)	②良いと思う支援 (あてはまるものすべてに○)
1. 日常生活(食事、洗濯、掃除、活動など)の手伝い		
2. 趣味や楽しみの手伝い		
3. こころのケア(今の気持ちを聞いてもらう。心配ごとについての相談・支援)		
4. 症状がある時の手助け(すごし方、主治医への伝えかた、通院の相談・支援など)		
5. からだのケア(血圧測定、注射、便秘などの体調不良の相談・支援)		
6. 服薬に関する手伝い(わかりやすく説明する、主治医への伝えかた)		
7. あなたを力づける支援(あなたの自信を高める、希望ややりたいことを支える)		
8. 人(家族、友人、医療者、近所)とのつきあいに関する手伝い		
9. あなたのご家族への支援(話を聞く、相談にのる)		
10. その他 ①受けている支援 〔 ②よいと思う支援 〔		〕 〕

つづきがあります

問4 「リカバリー」は色々な意味として語られ、そのひとつは、「満足いく、希望に満ちた人生をおくること」です。この質問は、訪問看護の担当スタッフが、あなたのリカバリーをどのように支えているかをお聞きします。
訪問看護の担当スタッフからあなたのリカバリーをどれくらい支援されていると感じますか、もっともあてはまるところに○をつけてください。

	そう思わない	あまりそう思わない	どちらでもない	ややそう思う	そう思う
担当スタッフは、私がまわりの人からサポートを受けていると感じられるように支援してくれる					
担当スタッフは、私が将来に夢や希望をもつことを支援してくれる					
担当スタッフは、私が自分自身をよく思えるように支援してくれる					
担当スタッフは、私が自分にとって意味のあることをすることを支援してくれる					
担当スタッフは、私が自分の生活を自分で決めていると感じられるように支援してくれる					

問5 以下は、あなたがふだんの生活のさまざまな場面で、どのように感じているかについての質問です。もっともあてはまる選択肢を回答してください。

あなたは、自分に仲間付き合いがないと感じることがありますか。	ほとんどない	たまにある	よくある
あなたは、疎外されていると感じることがありますか。	ほとんどない	たまにある	よくある
あなたは、他の人から孤立していると感じることがありますか。	ほとんどない	たまにある	よくある

問6 利用している訪問看護について、どのくらい満足していますか？もっともあてはまるところに○をつけてください。

1. とても満足	2. 満足	3. どちらともいえない	4. 不満	5. とても不満
----------	-------	--------------	-------	----------

問7 訪問看護師に対して「もっとこうだったらいい」、「こうしてほしい」など、望むことがあれば、あてはまるものに○印をつけてください。(○はいくつでも)

1. ひんぱんに来てほしい	2. もっと長く相談にのってほしい	3. 同じ人に来てほしい
4. いろいろな人に来てほしい	5. 気持ちが悪くなるよう声をかけてほしい	6. もっと寄りそってほしい
7. 薬のことを教えてほしい	8. 外出につきそってほしい	9. 料金を安くしてほしい
10. 病院的スタッフなどと連携をとってほしい	11. 家族が病状を理解できるよう手助けしてほしい	
12. その他		

年 月 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立国際医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 國土 典宏

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立看護大学校 大学校長
(氏名・フリガナ) 萱間 真美 カヤマ マミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立看護大学校	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 聖路加国際大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 堀内 成子

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 大学院看護学研究科・教授
(氏名・フリガナ) 瀬戸屋 希・セトヤ ノゾミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立看護大学校	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 聖路加国際大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 堀内 成子

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院看護学研究科・准教授
(氏名・フリガナ) 青木 裕見・アオキ ユミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立看護大学校	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 医療法人社団 成仁

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 片山成仁

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 理事長
(氏名・フリガナ) 片山成仁・カタヤマシゲマサ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/>	国立看護大学校	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input type="checkbox"/> 未受講 <input checked="" type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 (一社) 全国訪問看護事業協会

所属研究機関長 職名 会長

氏名 中島 正治

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 副会長
(氏名・フリガナ) 高砂 裕子 (タカスナ ヒロコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/>	国立看護大学校	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 今後、策定予定)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 国立看護大学校)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2023年 4月 21日

厚生労働大臣 殿

機関名 日本訪問看護財団

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 田村やよひ

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 2. 研究課題名 精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究
- 3. 研究者名 (所属部署・職名) 日本訪問看護財団 常務理事
(氏名・フリガナ) 平原 優美 (ヒラハラ ユミ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立看護大学校	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関国立看護大学)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 一般社団法人日本精神科看護協会

所属研究機関長 職名 会長

氏名 吉川 隆博

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 一般社団法人日本精神科看護協会 政策企画局局长
(氏名・フリガナ) 草地 仁史 ・ クサチ ヒトシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/>	国立看護大学校	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 理事会にて審査)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 慶應義塾大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 伊藤 公平

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・特任教授
(氏名・フリガナ) 立森 久照・タチモリ ヒサテル

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立看護大学校	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 浜松医科大学所属研究機関長 職名 学長氏名 今野 弘之

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 臨床看護学講座・教授
(氏名・フリガナ) 木戸芳史・キドヨシフミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立看護大学校	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2023年4月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 神戸市看護大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 江川 幸二

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 健康生活看護学領域 精神看護学分野・教授
(氏名・フリガナ) 船越 明子・フナコシ アキコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立看護大学校	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 規定案の理事会承認待ち)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。