

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。

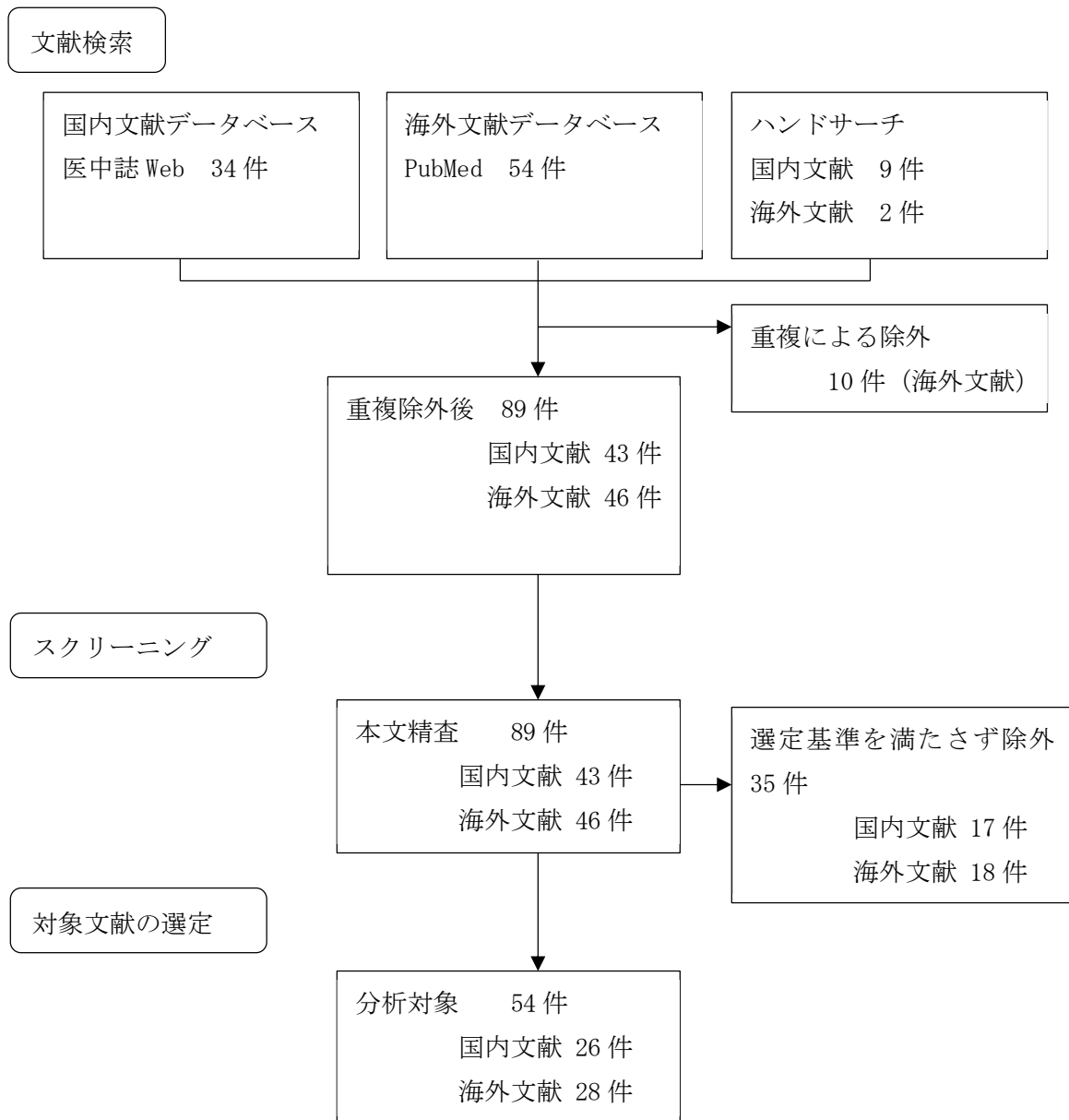


図1 対象文献の選定プロセス

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"> • Depression 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 Change (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、入退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パ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』『来訪に伴う気苦労』『看護師への猜疑心』『観察行為への不信感』、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	Firm 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 	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>General satisfaction.</p> <p>Interpersonal aspects of care: ケア提供者との治療的関係の構築</p> <p>Client involvement in treatment.</p> <p>Medication and treatment issues.</p>	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 の特徴 patientは利用歴3ヶ月以上391人と3ヶ月未満189人 ssertive 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)	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	3つの randomised controlled trialsのsystematic review comorbid personality disorder and severe mental illness	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); 社会機能: Social Functioning Questionnaire (SFQ) 入院の有無、入院期間	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	assertive outreachの効果として下記について書かれていた。 gain access to services maintain needed relationships with a consistent program over months and years noncompliance and dropout rates の低下	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	severe mental illnessへのassertive outreachを実施しているIntensive Case Management (ICM) teams3か所 エントリー後18ヶ月と5年後の利用者情報	精神症状: BPRS 社会機能: Life Skills Profile (LSP) Unit cost: 国と地方のデータより 他のサービスの利用: Intensive case management Community psychiatric nurse Social worker Psychiatrist out-patients Day facilities Residential care In-patient care の利用頻度	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>