

令和6年度

厚生労働行政推進調査事業費補助金（特別研究事業）

利用者の状態変化に適切に対応する
精神科訪問看護の提供体制整備に向けた研究

総括研究報告書

研究代表者：萱間真美（国立看護大学校）

令和7（2025）年3月

目次

A. 研究目的	2
B. 研究方法	2
C. 研究結果	6
1. カルテ調査.....	6
2. ヒアリング調査	50
3. 精神科アウトリーチサービスに関する課題の国際的共有.....	82
D. 考察	83
資料.....	86

利用者の状態変化に適切に対応する精神科訪問看護の提供体制整備に向けた研究

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）、森真喜子（国立看護大学校）、宮本有紀（東京大学）

船越明子（神戸市看護大学）、木戸芳史（浜松医科大学）

研究協力者：松井芽衣子（大阪成蹊大学）、青木裕見（聖路加国際大学）、森田康子（聖路加国際大学）、

高橋妙理（聖路加国際大学）、小泉快（聖路加国際大学）、倉洋明（東京大学）

研究要旨：

目的：

地域において精神科訪問看護が、どのような利用者に、どのような体制で、利用者の状態変化に応じた訪問看護を提供しているかを可視化し、保健・医療・福祉関係者等と連携した体制整備や当該体制における精神科訪問看護が担う役割について実態をもとに明確化することにより、精神科訪問看護に係る診療報酬上の取扱いや評価の検討に資する資料を作成することを目的とした。また、地域の特徴に応じた連携とマネジメント体制の実態を把握し、事例を整理した。

方法：

精神科訪問看護を行っている訪問看護ステーションを対象に、ケア提供におけるアセスメントとケアプランに関する調査（カルテ調査）と地域における連携とマネジメントに関する調査（ヒアリング調査）を実施した。カルテ調査では、①施設票、②利用者票を用いて、訪問頻度の変更・継続におけるアセスメントと利用者の状況、支援の調整や連携状況を把握した。ヒアリング調査はカルテ調査の対象者について、担当する訪問看護スタッフおよび管理者を対象に、連携・調整の実態について聞き取り調査を行った。

結果：

17 法人 56 事業所（訪問看護事業所）から協力を得て、施設票（事業所単位で回答）56 票、利用者票（ケース単位で回答）224 票の回答を得た。事業所類型別（特化独立型、医療機関併設型、地域連携型、特化全国展開型）にみると、利用者の年齢層、診断、重症度、利用年数等に違いがあり、地域で担っている役割や連携方法が異なっていることが明らかになった。

利用者票は、訪問頻度と支援調整の視点から3つのパターンに分けられた。パターン1は精神症状が多岐にわたって強くみられ、身体状態にも観察が必要な状態像が一定期間継続し、生活全般を支えるために、頻回な訪問看護を要していた。パターン2は、利用年数が短い人が多く、生活や支援体制の変化があり、現在の状態と利用者の今後の希望を踏まえて、支援の調整が行われていた。パターン3は身体合併症をもつ割合が高く、精神症状の変動があり、病状の変化とセルフケアの変化が最も多くみられていた。状態の変化に応じて頻回訪問を含む頻度の調整だけでなく、多様な支援者と連携し、関係者・家族との情報共有を多く行っていた。訪問看護師は、利用者の状態変化に対して多面的なアセスメントを行い、具体的なケアプランを立てて支援の調整を行っている実態が明らかになった。

ヒアリング調査は26名から回答を得て、上記3パターンの具体的な支援調整のプロセスを記述した。また、支援調整を行う上で工夫していること、地域連携における工夫と困難について、事業所の取り組みを整理した

考察：

本研究で得られた結果を踏まえ、①事業所の類型と利用者の特徴、②支援調整の状況とカルテの記載内容、③状態変化に対応する頻回訪問以外の支援調整と他の社会資源との連携、から今後の精神科訪問看護の課題を明らかにした。

調査結果から、精神症状や身体症状、セルフケアの変化など、ケアの調整と週3回以上の訪問を要するケースには多様な要因があり、訪問看護の必要性や、他の社会資源の活用可能性を判断するためには、アセスメントとケアプランのカルテ記載が重要と考えられた。アセスメントでは、利用者・家族の訴え（Subjective Data）と専門家の観察（Objective Data）を区別すること、ケアプランでは、誰が何を行うか具体的な支援を記載することが必要であり、ケア会議などで地域の社会資源を調整する際にも、判断の透明性を確保し、正確な情報の共有とケアプランの立案と実施が必須と考えられる。

また、地域連携を促進する取り組みとして、ヒアリング対象者の多くが「顔の見える関係性」を挙げた一方、十分な時間や人員の確保やスタッフ育成の課題も挙げられ、地域特性に応じた連携の場づくりと、各事業所の参加を支援するための制度や体制の検討、スタッフの連携調整力を向上するための継続研修等も必要と考えられた。

A. 研究目的

精神障害は、その時々々の症状の程度や環境の状況が生活全般にも大きく影響するため、当事者・家族の地域生活を支援するためには、医療、障害福祉、介護、その他のサービスを切れ目なく受けられる体制が必要である。精神保健医療福祉行政は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進しており、精神科訪問看護は、利用者の健康と生活を支える訪問型の医療サービスとして、大きな役割を担っている。精神科訪問看護の利用者は年々増加し、ニーズも多様化しており、個別性の高い支援を提供するためには、利用者の状態変化に応じて支援内容を検討し、関係者と支援の調整を行うプロセスが欠かせない。

精神科訪問看護の支援内容については、様々な

報告がされているものの、利用者の状態の変化に応じた支援と連携のプロセスとについては十分明らかになっておらず、支援のプロセスを可視化し、訪問看護の役割を整理することが課題となっている。

本研究は、地域において精神科訪問看護が、どのような利用者に、どのような体制で、利用者の状態変化に応じた訪問看護を提供しているかを可視化し、保健・医療・福祉関係者等と連携した体制整備や当該体制における精神科訪問看護が担う役割について実態をもとに明確化することにより、精神科訪問看護に係る診療報酬上の取扱いや評価の検討に資する資料を作成することを目的とした。

B. 研究方法

精神科訪問看護を提供する訪問看護事業所は、設立主体や規模、スタッフ構成などが多様であり、利用者やケアの特徴、地域において担う役割等も異なっていると考えられる。そこで本研究事業で

は、訪問看護事業所を以下の4つに類型化し、対象事業所のリクルートおよび分析を行った。

表1 本調査における調査対象の4類型

特化独立型	精神科訪問看護を主として実施している独立型の事業所 (複数の事業所を有するものも含む)
医療機関併設型	医療機関・障害福祉サービス等を法人内に有している事業所
地域連携型	介護保険等を主として実施し、地域の関係機関と連携しながら精神科 訪問看護を実施している事業所
特化・全国展開型	精神科訪問看護に特化した複数の訪問看護事業所を、全国的に運営し ている事業所

1. ケア提供におけるアセスメントとケアプランに関する調査（カルテ調査）

調査協力事業所の精神科訪問看護利用者についてカルテ調査を行い、「どのような利用者に、どのような体制で、利用者の状態変化に応じた、訪問看護を提供しているか」を明らかにすることを目的に実施した。

調査方法：

機縁法でリクルートし、協力の同意が得られた事業所に、調査の説明書と調査票（①施設票、②利用者票）を郵送し、記入のうえ web 提出または郵送で返送してもらった。利用者票の対象となる利用者には、事業所が調査に協力している旨を文書等でお知らせし、データ利用を望まれない場合には連絡を下さるようオプトアウトの機会を設けた。

調査期間：

令和6年10月4日～令和7年3月31日

調査対象：

- ①施設票は、事業所管理者に記入を依頼した。
- ②利用者票は、下記のいずれかに該当する訪問看護利用者について、担当する訪問看護師にカルテ記載内容をもとに記入いただくよう依頼した。精神科訪問看護を利用している利用者のうち、以下のいずれかを満たす利用者を対象に実施した。
 - 1) 過去1年間に、訪問頻度の変更（増加、減少）があった利用者
 - 2) 過去1年間に1か月以上、週に3回以上の訪問看護を利用している利用者

調査内容：

- ①施設票(2024年9月時点について管理者が記入)：
職員数、地域での活動・連携状況、各種届出(24

時間対応、機能強化型など) 実利用者数、精神科訪問看護利用者数、精神科訪問看護利用者の概況(診断、年齢、GAF、合併症、訪問頻度)

②利用者票(2024年9月時点および訪問について、担当看護師または調査員(分担研究者)が記入)：
性別、年代、世帯・住居の情報、診断、訪問看護開始時の状況、利用しているサービス、通院状況、合併症、指示書の内容、訪問看護計画書の内容、過去1年間の週ごとの訪問回数、訪問頻度を変更する理由、関連する状況、訪問の状況、指示書の内容、精神症状、身体状態、セルフケア、家族の状況、サービスの状況、連携先と連携内容を確認した。

分析：

<統計的分析>

施設票については、事業所の4類型別に、地域との連携状況、実利用者数、利用者の状況等について集計分析の上、類型の特徴を明らかにする。利用者票については、利用者の属性、利用者の状況等を、調査対象条件の1)のみに該当する者、2)のみに該当する者、1)と2)のいずれにも該当する者の3パターンごとに特徴を分析した。

<質的分析>自由記載の項目については内容を質的に分析し、分類した。

頻回訪問や支援調整時のカルテ記載について、内容を質的に分析し、カルテへの記載状況および頻回訪問や支援調整におけるアセスメントの視点、支援調整の内容、ケアプランの内容を整理し、支援のパターンによる違いを分析した。

2. 地域における連携とマネジメントに関する調査（ヒアリング調査）

調査1の対象について、精神科訪問看護師、事業所管理者にヒアリング調査を行い、支援調整のプロセス、地域の特徴に応じた連携とマネジメントの実際を把握した。

調査対象：

調査1（カルテ調査）において、訪問回数・頻度の変更があった利用者、週に複数回の訪問や緊急訪問のあった利用者、地域における連携が必要な利用者

調査方法：

調査1の対象利用者26名について、訪問看護師・管理者に、約60分のヒアリング調査を行った。

調査内容：

利用者の状況、支援調整あるいは頻回訪問が必要となった状況、連携先、連携のプロセス、連携にあたって障壁・困難になったこと、地域での連携

にむけて取り組んでいること

分析：

ヒアリング内容は対象者の許可を得て録音し、調査員がヒアリング内容を記録した。連携調整のプロセスを質的に分析し、連携の促進・阻害要因と、連携のプロセスを整理し、前述の3つの利用者パターン別に特徴を分類した。

また、連携調整において各事業所で取り組んでいる内容を整理し、グッドプラクティスとしてまとめた。

研究結果の解釈は、検討委員会での議論に加え、海外の精神科アウトリーチサービスの動向に関する情報収集も踏まえて行った。

用語の定義

ケア会議：当該事例に係る、事業所外関係者を含むケースカンファレンスのこと

3. 倫理的配慮

本調査は国立研究開発法人国立国際医療研究センター倫理審査委員会の審査を得て実施した（承認番号 NCGM-S-004935-00）。訪問看護師・管理者には、本研究の目的と意義、調査方法、個人情報取り扱い、自由意思による参加、同意撤回の方法等について文書を用いて説明し、施設票の同意チェックボックスへのチェックをもって本研究の調査への協力の同意とみなした。必要時には、口頭での説明を行った。ヒアリング調査ではヒアリング対象者に説明文書を用いて説明を行い、同意書への署名を得た上で、調査

を実施した。

カルテ調査の対象となる利用者には、研究参加に関する掲示または説明文書を手渡しし、オプトアウトの機会を設けた。カルテデータの利用を希望されない場合には、研究者宛に直接連絡できるよう掲示および文書に記載した。

個人情報については、特定の個人を識別できる情報を削除又は加工し、IDを付して管理した。資料保管場所の施錠及び電子データに対してはアクセス可能な者（調査担当者および委託業者）をユーザーIDとパスワードで管理した

4. 研究実施体制（検討委員）

研究実施にあたり、地域医療、訪問看護、精神科看護の有識者および研究代表者・分担者から成る検討委員会を開催し、全3回の会議を行って、

研究計画の検討、研究結果の分析、今後に向けた提言等について意見を得た。

検討委員会は、以下のメンバーで構成した。

表2 検討委員

検討委員	所属
萱間真美	国立看護大学校
長野敏宏	公益財団法人正光会 御荘診療所所長／NPO 法人ハート in ハートなんぐん市場
高砂裕子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会副会長
平原優美	公益財団法人 日本訪問看護財団常務理事
木澤晃代	公益社団法人 日本看護協会常任理事
花田政之	一般社団法人 日本精神科看護協会理事/医療法人白日会黒川病院
磯崎朱里	公益社団法人 日本精神保健福祉士協会/メンタルケアステーション yui
瀬戸屋希	聖路加国際大学
森真喜子	国立看護大学校
船越明子	神戸市看護大学
宮本有紀	東京大学
木戸芳史	浜松医科大学

(敬称略 順不同)

C. 研究結果

1. カルテ調査

(1) 対象

カルテ調査は、17 法人 56 事業所（訪問看護事業所）から協力を得て、施設票（事業所単位で回答）

56 票、利用者票（ケース単位で回答）224 票の回答を得た。

(2) 施設票回答事業所に関する類型別集計

1) 回答結果 回収数

回答のあった 56 事業所の事業所類型別概要は以下のとおりである。なお、類型別でみる場合、医

療機関併設型、地域連携型の事業所からの回答はそれぞれ 4 件、5 件と少数のため、統計学的な解釈には限界がある。

表 3 類型別結果

	法人数	事業所数	ケース数
特化独立型	5	12	50
医療機関併設型	5	5	23
地域連携型	5	5	9
特化・全国展開型	2	34	142
計	17	56	224

①従業員規模と加算の取得状況

従業員規模と加算の取得状況は以下のとおりで

ある。半数以上が「5人以上10人未満」の事業所であった。

表 4 従業員規模（常勤換算人数）

	1人以上 5人未満	5人以上 10人未満	10人以上 15人未満	15人以上	計
特化・独立型	1 (8.3)	9 (75.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	12 (100.0)
医療機関併設型	1 (25.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
地域連携型	0 (0.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	2 (40.0)	5 (100.0)
特化・全国展開型	9 (25.7)	23 (65.7)	3 (8.6)	0 (0.0)	35 (100.0)
計	11 (19.6)	37 (66.1)	5 (8.9)	3 (5.4)	56 (100.0)

また、すべての事業所が「精神科訪問看護基本療養費の届け出」をしており、「訪問看護管理療養費1（訪問看護管理療養費1の基準に該当）」、「指

定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定」と回答した事業所も8割以上であった。

表 5 加算取得状況 (n=56)

	件数	%
精神科訪問看護基本療養費の届出	56	100.0
24 時間対応体制加算の届出	22	39.3
機能強化型訪問看護ステーション 1	2	3.6
機能強化型訪問看護ステーション 2	2	3.6
機能強化型訪問看護ステーション 3	0	0.0
精神科重症患者支援管理連携加算の届出	10	17.9
精神科複数回訪問加算の届出	14	25.0
訪問看護管理療養費 1 (訪問看護管理療養費 1 の基準に該当)	49	87.5
訪問看護管理療養費 1 (訪問看護管理療養費 2 の基準に該当するが経過措置により 1 を届出)	12	21.4
訪問看護管理療養費 2	10	17.9
指定自立支援医療機関 (精神通院医療) の指定	54	96.4

②地域との連携状況

地域との連携状況として会議・カンファレンス等への参加状況について尋ねたところ、全体では、「精神科医療機関主催の個別ケースカンファレンス」との回答が 65.7%と最も多かった。ついで、「障害福祉サービスにおける相談支援事業所が主催する会議」に半数以上が参加していた。また、

「地域包括支援センターが主催する会議」、「居宅介護支援事業所が主催する会議」、「基幹相談支援センターが主催する会議」、「障害福祉サービス事業者が主催する会議」、「市区町村の保健担当課主催のカンファレンス」など、障害福祉関係のケア会議や行政の会議に参加していると回答している事業所は 3 割を超えた。

表6 地域との連携状況（複数回答）

列%	全体 n=56	特化・独立型 n=12	医療機関 併設型 n=4	地域連携型 n=5	特化・全国 展開型 n=35
地域包括支援センターが主催する会議	18 (32.1)	4 (33.3)	1 (25.0)	3 (60.0)	10 (28.6)
居宅介護支援事業所が主催する会議	21 (37.5)	5 (41.7)	0 (0.0)	3 (60.0)	13 (37.1)
介護関連で市区町村が主催する会議	12 (21.4)	1 (8.3)	2 (50.0)	5 (100.0)	4 (11.4)
介護事業者が主催する会議	8 (14.3)	1 (8.3)	1 (25.0)	2 (40.0)	4 (11.4)
介護関連で自治体(都道府県)が主催する会議	4 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	0 (0.0)
基幹相談支援センターが主催する会議	17 (30.4)	2 (16.7)	1 (25.0)	2 (40.0)	12 (34.3)
障害福祉サービスにおける相談支援事業所が主催する会議	34 (60.7)	9 (75.0)	2 (50.0)	3 (60.0)	20 (57.1)
障害福祉サービス事業者が主催する会議	19 (33.9)	4 (33.3)	1 (25.0)	3 (60.0)	11 (31.4)
障害福祉関連で自治体が主催する会議	13 (23.2)	4 (33.3)	2 (50.0)	3 (60.0)	4 (11.4)
精神障害にも対応した地域包括ケアシステム(にも包括)における協議の場	16 (28.6)	5 (41.7)	1 (25.0)	3 (60.0)	7 (20.0)
福祉・介護地域生活支援拠点等の会議	6 (10.7)	2 (16.7)	0 (0.0)	4 (80.0)	0 (0.0)
精神科医療機関主催の個別ケースカンファレンス	35 (62.5)	9 (75.0)	2 (50.0)	1 (20.0)	23 (65.7)
訪問看護ステーション主催のケースカンファレンス	7 (12.5)	3 (25.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	3 (8.6)
市区町村の保健担当課主催のカンファレンス	17 (30.4)	6 (50.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	10 (28.6)
保健所主催のカンファレンス	12 (21.4)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (25.7)
その他	9 (16.1)	2 (16.7)	1 (25.0)	0 (0.0)	6 (17.1)
なし	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)

また、地域活動の実施状況については、「法人内職員向け研修会の実施」との回答が半数以上であった。なお、「他医療機関との人材交流」、「他福祉

サービス事業所との人事交流」「法人外専門職向け研修会の実施」との回答も3割を超えた。

表7 地域活動の実施状況（複数回答）

列%	全体 n=56	特化・独立型 n=12	医療機関 併設型 n=4	地域連携型 n=5	特化・全国 展開型 n=35
他医療機関との人材交流	22 (39.3)	6 (50.0)	1 (25.0)	5 (100.0)	10 (28.6)
他福祉サービス事業所との人事交流	19 (33.9)	3 (25.0)	1 (25.0)	4 (80.0)	11 (31.4)
法人内職員向け研修会の実施	30 (53.6)	9 (75.0)	2 (50.0)	4 (80.0)	15 (42.9)
法人外専門職向け研修会の実施	18 (32.1)	5 (41.7)	0 (0.0)	4 (80.0)	9 (25.7)
住民向け研修会の実施	9 (16.1)	0 (0.0)	1 (25.0)	4 (80.0)	4 (11.4)
地域の防災訓練への参加	5 (8.9)	1 (8.3)	1 (25.0)	3 (60.0)	0 (0.0)
その他	3 (5.4)	2 (16.7)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
なし	13 (23.2)	1 (8.3)	2 (50.0)	0 (0.0)	10 (28.6)

③事業所内の情報共有方法

訪問看護利用者に関する、事業所内での日頃の
情報共有方法について尋ねたところ、8割以上の
事業所で、定期的なミーティング（毎日、毎週、毎

月）、電子カルテ、情報共有アプリツールを活用し
ていた。そのうち、最も利用しているツールは、
「電子カルテ」と「情報共有アプリツール」が
45.5%と同率であった。

表8 事業所内の情報共有の方法

	①利用しているツール (複数回答)		②最も利用しているツール (単一回答)	
	件数	%	件数	%
電子カルテ	49	87.5	25	45.5
カルテ（紙カルテ）	35	62.5	1	1.8
情報共有アプリツール	45	80.4	25	45.5
定期的なミーティング（毎 日、毎週、毎月）	54	96.4	4	7.3
5. その他	3	5.4	0	0.0
回答数	56	-	55	100.0

2) 利用者の概要

本項では、各事業所の利用者の人数や属性について、詳述する。

①1事業所当たりの平均実利用者数、平均訪問件数（令和6年9月時点）

1事業所当たりの平均実利用者数、平均訪問件数は以下のとおりであった。1事業所当たり全利

用者数は平均128.0人であり、うち、精神科訪問看護基本療養費(医療保険)(I・III・IVのいずれか)を算定した利用者数は平均109.2人であった。類型別にみると事業所あたりの全利用者数は地域連

携型で人数が多く、精神科訪問看護利用者数は特化・独立型、医療機関併設型が多かった。

当たり平均 676.9 件であり、精神科訪問看護基本療養費の件数は、平均 546.6 件であった。

また、1 か月間のすべての訪問件数は、1 事業所

表 9 1 事業所当たりの平均実利用者数、平均訪問件数 (人)

	全体 n=56	特化・独立 型 n=12	医療機関 併設型 n=4	地域連携型 n=5	特化・全国 展開型 n=35
①全実利用者数（介護保険・医療保険を含め、すべての利用者数）	128.0	156.3	185.3	191.0	102.7
うち、介護保険のみの利用者	11.2	3.1	0.5	94.0	3.4
うち、訪問看護基本療養費（医療保険）のみを算定した利用者数	40.3	71.9	81.5	57.4	22.3
うち、精神科訪問看護基本療養費（医療保険）（Ⅰ・Ⅲ・Ⅳのいずれか）を算定した利用者数	109.2	152.0	184.5	40.0	95.9
②全訪問件数（1 か月間のすべての訪問件数：医療保険・介護保険を含む）	676.9	633.3	457.0	1053.2	663.3
うち、介護保険のみの訪問件数	56.9	11.2	2.0	493.4	16.5
うち、訪問看護基本療養費（医療保険）のみの訪問件数	201.6	311.5	140.3	405.0	141.9
うち、精神科訪問看護基本療養費（医療保険）（Ⅰ・Ⅲ・Ⅳのいずれか）を算定した訪問件数	546.6	588.3	450.8	161.4	598.3

本研究の調査対象である「精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ・Ⅲ・Ⅳのいずれか）を算定した利用者数」のうち、1 か月以上利用している利用者の人数」は 1 事業所当たり平均 130.3 人であった。今回の調査対象としている、「③ ①のうち、過去 1

年間に 1 か月以上、週の訪問頻度が 3 回以上の利用が継続している期間がある利用者の人数」は 12.3 人であり、「④ ①のうち、過去 1 年間に支援の調整が必要となった利用者の人数」は 12.1 人であった。

表 10 1 事業所当たりの平均算定対象別人数 (人)

	全体 n=51	特化・独立 型 n=9	医療機関 併設型 n=4	地域連携型 n=5	特化・全国 展開型 n=32
① 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ・Ⅲ・Ⅳのいずれか）を算定した利用者数のうち、上記の期間のうち 1 か月以上利用している利用者の人数	100.5	117.3	184.0	42.2	94.6
② ①のうち、過去 1 年間に週の訪問頻度が変更になった利用者	12.1	10.9	10.8	1.4	14.2
③ ①のうち、過去 1 年間に 1 か月以上、週の訪問頻度が 3 回以上の利用が継続している期間がある利用者の人数	13.5	12.4	2.8	1.2	17.0
④ ①のうち、過去 1 年間に支援の調整が必要となった利用者の人数	13.2	20.3	4.5	0.2	14.3

※無回答を除いて集計

②精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者の属性

利用者の属性については以下のとおりである。性別は男性の方が多く、年代は50歳代、40歳代、60歳代の順に多かった。主な疾病では、「統合失調

症・妄想性障害」が最も多く、ついで「気分障害」が多かった。なお、性別と年代については、全体平均人数を記載しており、合計値に若干の相違が生じている。

表 11 性別 (1事業所当たりの平均人数(人))

	全体	特化・独立型	医療機関併設型	地域連携型	特化・全国展開型
男性	46.9	66.9	80.3	15.4	40.8
女性	64.8	87.2	104.3	24.6	58.4
その他	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
全体平均人数	111.8	154.1	184.5	40.0	99.2
合計人数	6,259	1,849	738	200	3,472

表 12 年代 (1事業所当たりの平均人数(人))

	全体	特化・独立型	医療機関併設型	地域連携型	特化・全国展開型
10歳代以下	3.3	9.5	1.5	0.6	1.8
20歳代	7.9	12.8	6.0	1.6	7.3
30歳代	13.3	21.6	12.8	3.2	12.0
40歳代	21.1	28.6	33.0	5.8	19.4
50歳代	30.5	38.3	53.8	13.0	27.7
60歳代	19.8	24.7	41.0	7.8	17.4
70歳代	10.6	11.9	28.5	4.4	9.0
80歳代以上	3.9	4.3	8.0	3.6	3.3
全体平均人数	110.5	151.6	184.5	40.0	98.0
合計人数	6,186	1819	738	200	3429

表 13 主な疾病 (1事業所当たりの平均人数(人))

	全体	特化・独立型	医療機関併設型	地域連携型	特化・全国展開型
統合失調症・妄想性障害	50.6	64.6	118.8	19.8	41.0
気分障害	26.8	37.1	34.5	12.0	24.5
不安障害・ストレス関連障害	5.7	9.8	12.8	2.0	4.0
パーソナリティ障害	1.1	1.4	0.3	0.4	1.2
アルコール・薬物使用障害	3.3	3.4	3.0	0.8	3.6
発達障害	11.3	23.9	7.8	3.6	8.5
高次脳機能障害	0.4	0.4	2.0	0.6	0.3
その他	8.8	10.9	5.5	0.8	9.6
合計人数	5,997	1,819	738	200	3,240

身体合併症を有する利用者がいると回答した事業所は 51 事業所 (91.1%) であった。身体合併症があると回答した 51 事業所における身体合併症

がある人は 1,416 人であり、1 事業所当たり 27.8 人であった。そのうち、身体ケアの必要な利用者は、101 人であり、1 事業所当たり 2.0 人であった。

表 14 身体合併症のある利用者の有無

件数	全体	特化・独立型	医療機関併設型	地域連携型	特化・全国展開型
いる	51 (91.1)	10 (76.9)	4 (100.0)	5 (100.0)	32 (86.5)
いない	3 (5.4)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.4)
無回答	2 (3.6)	2 (15.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (8.1)
計	56 (100.0)	13 (100.0)	4 (100.0)	5 (100.0)	37 (100.0)

表 15 身体合併症のある人の平均人数

	合計	1 事業所当たり人数
身体合併症のある人の人数	1416	27.8
うち、身体ケア（訪問看護において医療的ケア（点滴、注射、吸入・吸引、処置等）が必要な利用者）が必要な利用者	101	2.0

③利用者の GAF 得点

対象事業所における GAF 得点別にみた平均利用者数は以下の通りであった。全体では、41～50 点が最も多く、次いで 51～60 点が多かった。

事業所類型別にみると、特化・独立型は 31～40 点が最も多いのに対し、他の類型では、51～60 点が多い結果であった。事業所類型別の分布について

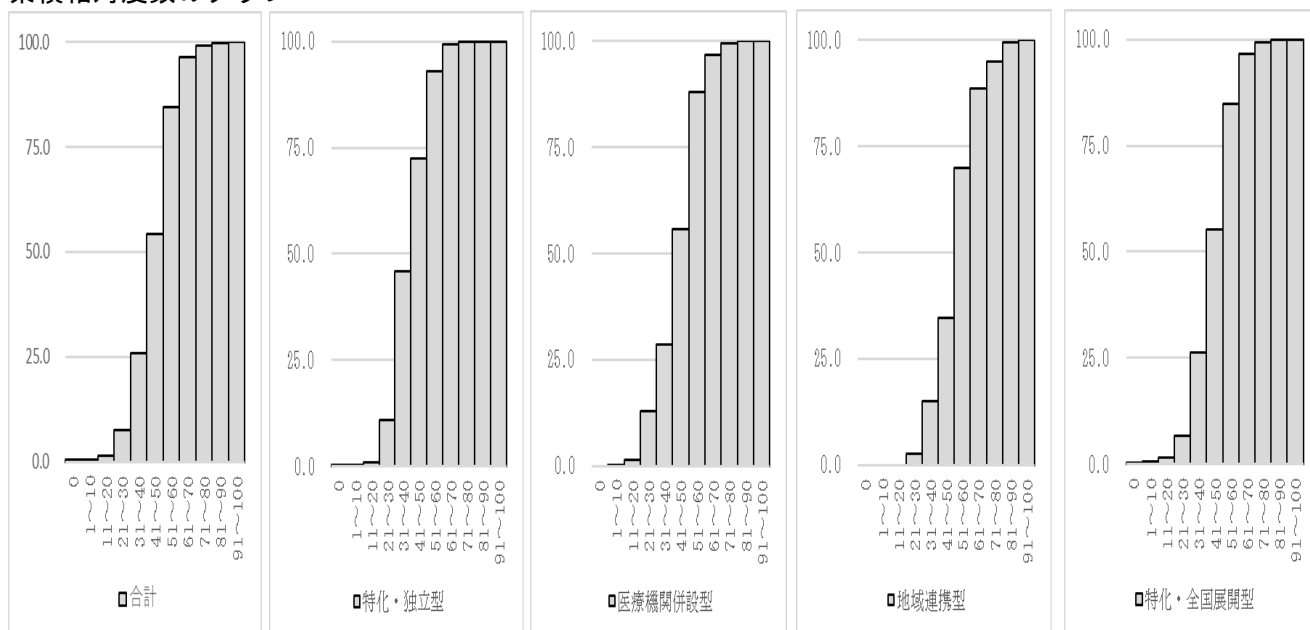
独立性の検定を行うと $p < 0.01$ の有意水準で有意であった (χ^2 検定 $\phi = 30$ $p = 0.000$ $\alpha = 1\%$ で有意)。さらに、累積相対度数を確認すると、地域連携型では、51～60 点で 50% を超えるのに対し、他の累計は 41～50 点で 50% を超えており、地域連携型では、他類型と比べて GAF 得点が高い傾向があった。

表 16 利用者の GAF

GAF	1 事業所当たり平均人数 (人)					構成比 (列%)				
	全体 n=48	特化・ 独立型 n=12	医療機 関併設 型 n=4	地域連 携型 n=5	特化・ 全国展 開型 n=35	全体 n=48	特化・ 独立型 n=12	医療機 関併設 型 n=4	地域連 携型 n=5	特化・ 全国展 開型 n=35
0	0.4	0.3	0.0	0.0	0.4	0.4	0.2	0.0	0.0	0.5
1~10	0.0	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.0	0.0
11~20	0.9	0.8	2.5	0.0	0.9	1.0	0.5	1.4	0.0	1.0
21~30	5.5	15.0	21.0	1.0	4.5	6.0	10.0	11.4	2.5	5.1
31~40	17.1	52.1	29.0	5.0	17.6	18.4	34.9	15.7	12.5	19.6
41~50	26.4	39.8	49.8	7.8	26.2	28.5	26.6	27.0	19.5	29.2
51~60	27.9	30.6	59.8	14.2	26.5	30.1	20.5	32.4	35.5	29.5
61~70	11.1	9.6	16.5	7.4	10.5	12.0	6.4	8.9	18.5	11.7
71~80	2.6	1.1	5.0	2.6	2.4	2.8	0.7	2.7	6.5	2.7
81~90	0.6	0.0	0.8	1.8	0.5	0.7	0.0	0.4	4.5	0.6
91~100	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.5	0.1
	累積相対度数 (列%)									
	合計 n=48	特化・ 独立型 n=12	医療機 関併設 型 n=4	地域連 携型 n=5	特化・ 全国展 開型 n=35					
0	0.4	0.2	0.0	0.0	0.5					
1~10	0.4	0.3	0.1	0.0	0.5					
11~20	1.4	0.8	1.5	0.0	1.5					
21~30	7.3	10.9	12.9	2.5	6.6					
31~40	25.8	45.8	28.6	15.0	26.2					
41~50	54.2	72.4	55.6	34.5	55.4					
51~60	84.4	92.9	87.9	70.0	84.9					
61~70	96.4	99.3	96.9	88.5	96.6					
71~80	99.2	100.0	99.6	95.0	99.3					
81~90	99.9	100.0	100.0	99.5	99.9					
91~100	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0					

※無回答を除いて集計

累積相対度数のグラフ



④利用頻度

利用者の利用頻度は以下の通りであった。全体では、週1回の利用が最も多く(11.3%)、次いで週2回の利用者が多かった(22.6%)。また、週3回以上の1事業所当たりの利用者は15.3人であり、構成比は15.6%であった。次に、事業所類型別にみると、特化・独立型、地域連携型、特化・全国展開型は週1回の利用者の割合が最も多いのに

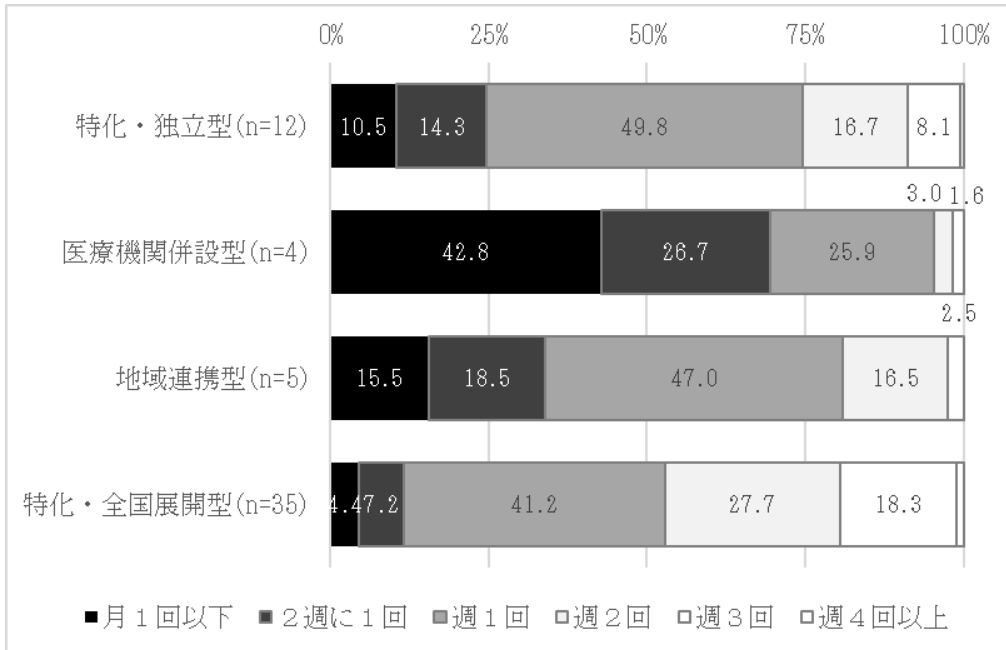
対し、医療機関併設型は月に1回以下の利用者の割合が最も多かった(42.8%)。また、週3回以上の構成比をみると、特化・全国展開型では19.5%であるのに対し、それ以外の事業所類型では10%以下であった。 χ^2 検定の結果(χ^2 検定 $\phi=23$ $p=0.000$ $\alpha=1\%$ で有意)、類型によって訪問頻度の分布に違いがみられた。

図表 17 利用者の利用頻度

利用頻度	1事業所当たり人数(人)					構成比(列%)				
	全体 n=48	特化・ 独立型 n=12	医療機 関併設 型 n=4	地域連 携型 n=5	特化・ 全国展 開型 n=35	全体 n=48	特化・ 独立型 n=12	医療機 関併設 型 n=4	地域連 携型 n=5	特化・ 全国展 開型 n=35
月1回以下	11.1	15.6	79.0	6.2	4.3	11.3	10.5	42.8	15.5	4.4
2週に1回	11.0	21.3	49.3	7.4	7.0	11.2	14.3	26.7	18.5	7.2
週1回	38.5	74.2	47.8	18.8	40.3	39.3	49.8	25.9	47.0	41.2
週2回	22.1	24.8	5.5	6.6	27.0	22.6	16.7	3.0	16.5	27.7
週3回	14.3	12.1	3.0	1.0	17.9	14.6	8.1	1.6	2.5	18.3
週4回以上	1.0	0.9	0.0	0.0	1.1	1.0	0.6	0.0	0.0	1.2

※無回答を除いて集計

構成比



(2) 利用者票の集計結果

利用者票は、精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者のうち、過去1年間に週3回以上の訪問が1か月以上継続した方、過去1年間に支援の調整があった方、およびその両方があった方を対象に、訪問看護師に記入してもらった。以下の分析では、対象を以下の3パターンに分け、そ

れぞれの集計結果を全体の集計結果を示す。なお、設問によって、パターン1（週3回以上継続利用ケース）とパターン3（支援調整があり、週3回以上継続利用しているケース）のみの回答、パターン2（支援調整があり、週3回以上継続利用していないケース）とパターン3のみの回答がある。

表18 本調査における調査対象の3パターン

パターン1	過去1年間に支援調整が <u>なく</u> 、週3回以上訪問の頻度が1か月以上継続している期間が <u>ある</u> ケース
パターン2	過去1年間に支援調整が <u>あり</u> 、週3回以上訪問の頻度が1か月以上継続している期間が <u>ない</u> ケース
パターン3	過去1年間に支援調整が <u>あり</u> 、週3回以上訪問の頻度が1か月以上継続している期間が <u>ある</u> ケース

1) 回答結果 回収数

利用者票に回答があったのは224ケースであった。その内訳は、パターン1（週3回以上継続利用ケース）103名（46.0%）、パターン2（支援調整

があり、週3回以上継続利用していないケース）54名（24.1%）、パターン3（支援調整があり、週3回以上継続利用しているケース）67名（29.9%）であった。

表19 パターン別の回答数 (n=224)

	ケース数
パターン1	103 (46.0%)
パターン2	54 (24.1%)
パターン3	67 (29.9%)
計	224 (100.0%)

2) 週3回以上の訪問が必要な理由と関連する状況

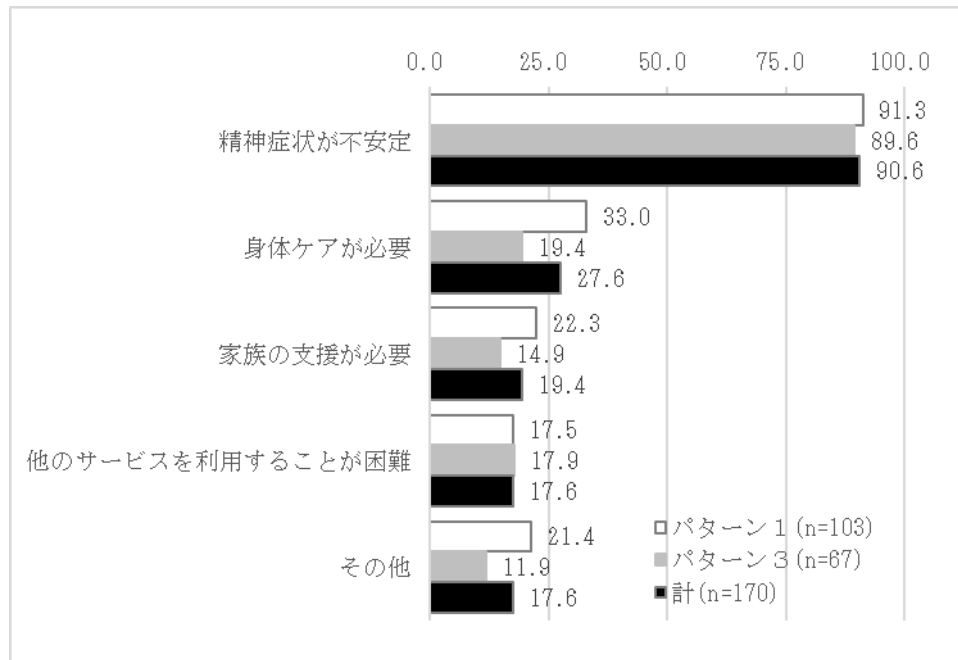
週3回以上の訪問を行っていたパターン1（週3回以上継続利用ケース）とパターン3（支援調整があり、週3回以上継続利用しているケース）

の利用者において、週3回以上の訪問が必要となる理由を尋ねたところ、「精神症状が不安定」と回答した割合が最も大きかった。なお、図表20のその他の項目は14件が「服薬管理・支援」との回答であった。

図表 20 週3回以上の訪問が必要な理由

	パターン1 n=103	パターン3 n=67	計 n=170
精神症状が不安定	94 (91.3)	60 (89.6)	154 (90.6)
身体ケアが必要	34 (33.0)	13 (19.4)	47 (27.6)
家族の支援が必要	23 (22.3)	10 (14.9)	33 (19.4)
他のサービスを利用することが困難	18 (17.5)	12 (17.9)	30 (17.6)
その他	22 (21.4)	8 (11.9)	30 (17.6)

構成比



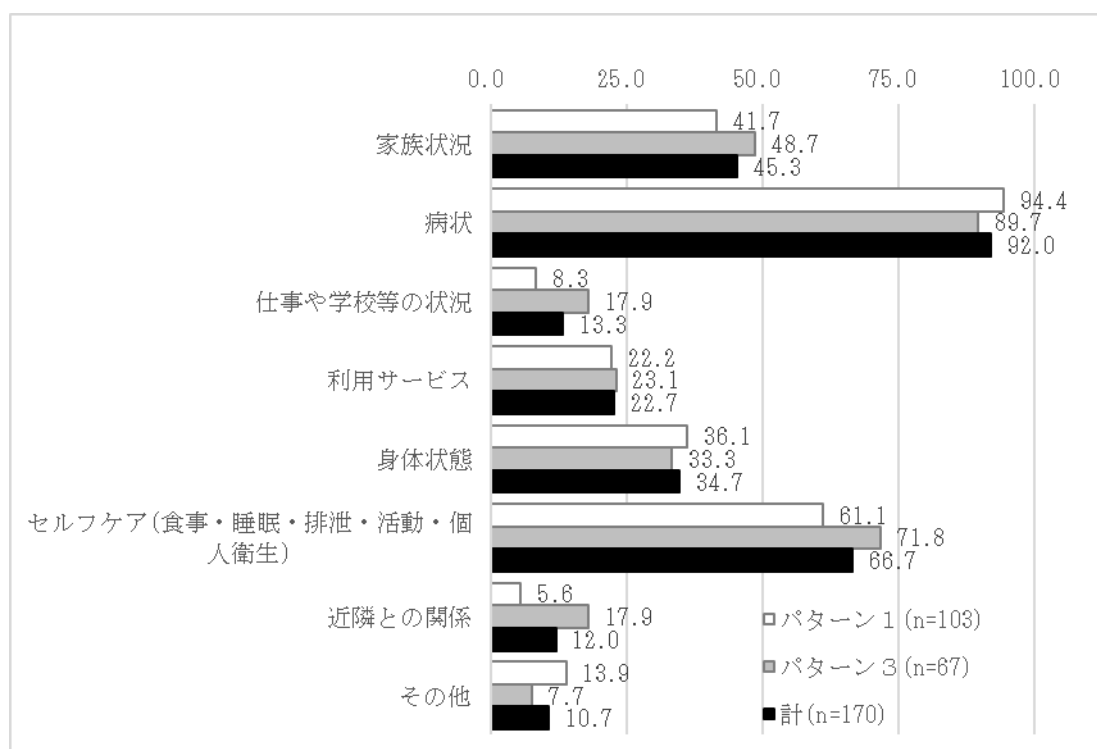
週3回以上の訪問に関連する状況としては、「病状」が最も多く、ついで「セルフケア」「家族状況」であった。パターン1（週3回以上継続利用ケース）とパターン3（支援調整があり、週3回以上継続

利用しているケース）の回答状況は共通していたが、パターン1では「身体状態」の回答が41.7%とパターン3（28.4%）に比べて大きかった。

図表 21 週3回以上の訪問に関連する状況

複数回答	パターン1 n=103	パターン3 n=67	計 n=170
家族状況	44 (42.7)	30 (44.8)	74 (43.5)
病状	92 (89.3)	59 (88.1)	151 (88.8)
仕事や学校等の状況	18 (17.5)	13 (19.4)	31 (18.2)
利用サービス	19 (18.4)	11 (16.4)	30 (17.6)
身体状態	43 (41.7)	19 (28.4)	62 (36.5)
セルフケア(食事・睡眠・排泄・活動・個人衛生)	63 (61.2)	41 (61.2)	104 (61.2)
近隣との関係	14 (13.6)	12 (17.9)	26 (15.3)
その他	13 (12.6)	7 (10.4)	20 (11.8)

構成比



3) 支援調整が必要な理由と関連する状況

支援調整を行っていたパターン2（頻回訪問はなく支援調整をおこなっていたケース）とパター

ン3（支援調整があり、週3回以上継続利用しているケース）の利用者において、支援調整が必要となる理由を尋ねたところ、「精神症状の変化

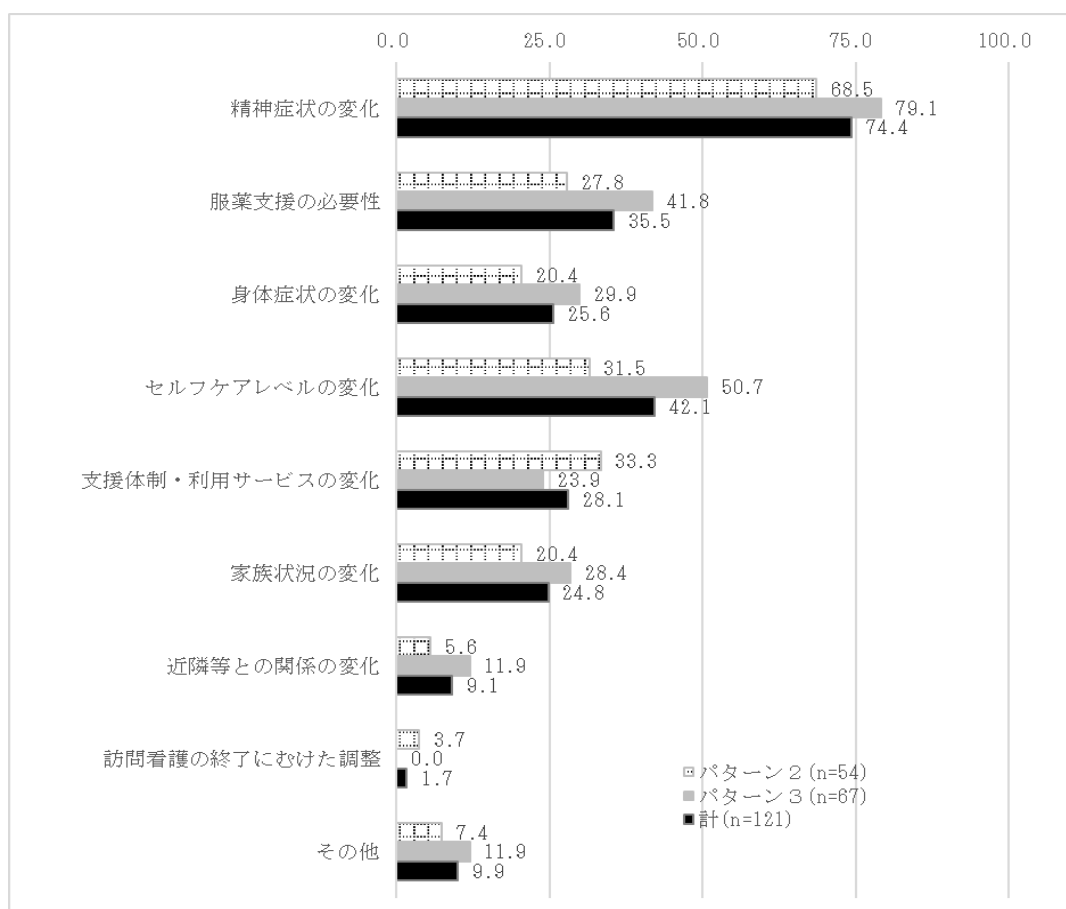
(74.4%)」「セルフケアレベルの変化(42.1%)」との回答割合が大きく、次いで「服薬支援の必要性」が挙げられた。その他の項目では、4件が就労・通学を開始したためとの理由であった全体的にパタ

ーン3の方が、回答割合が高い傾向が見られたが、「支援体制・利用サービスの変化」および「訪問看護の終了にむけた調整」は、パターン2の方が大きかった。

図表 22 支援調整が必要である理由

複数回答	パターン2 n=54	パターン3 n=67	計 n=121
精神症状の変化	37 (68.5)	53 (79.1)	90 (74.4)
服薬支援の必要性	15 (27.8)	28 (41.8)	43 (35.5)
身体症状の変化	11 (20.4)	20 (29.9)	31 (25.6)
セルフケアレベルの変化	17 (31.5)	34 (50.7)	51 (42.1)
支援体制・利用サービスの変化	18 (33.3)	16 (23.9)	34 (28.1)
家族状況の変化	11 (20.4)	19 (28.4)	30 (24.8)
近隣等との関係の変化	3 (5.6)	8 (11.9)	11 (9.1)
訪問看護の終了にむけた調整	2 (3.7)	0 (0.0)	2 (1.7)
その他	4 (7.4)	8 (11.9)	12 (9.9)

構成比



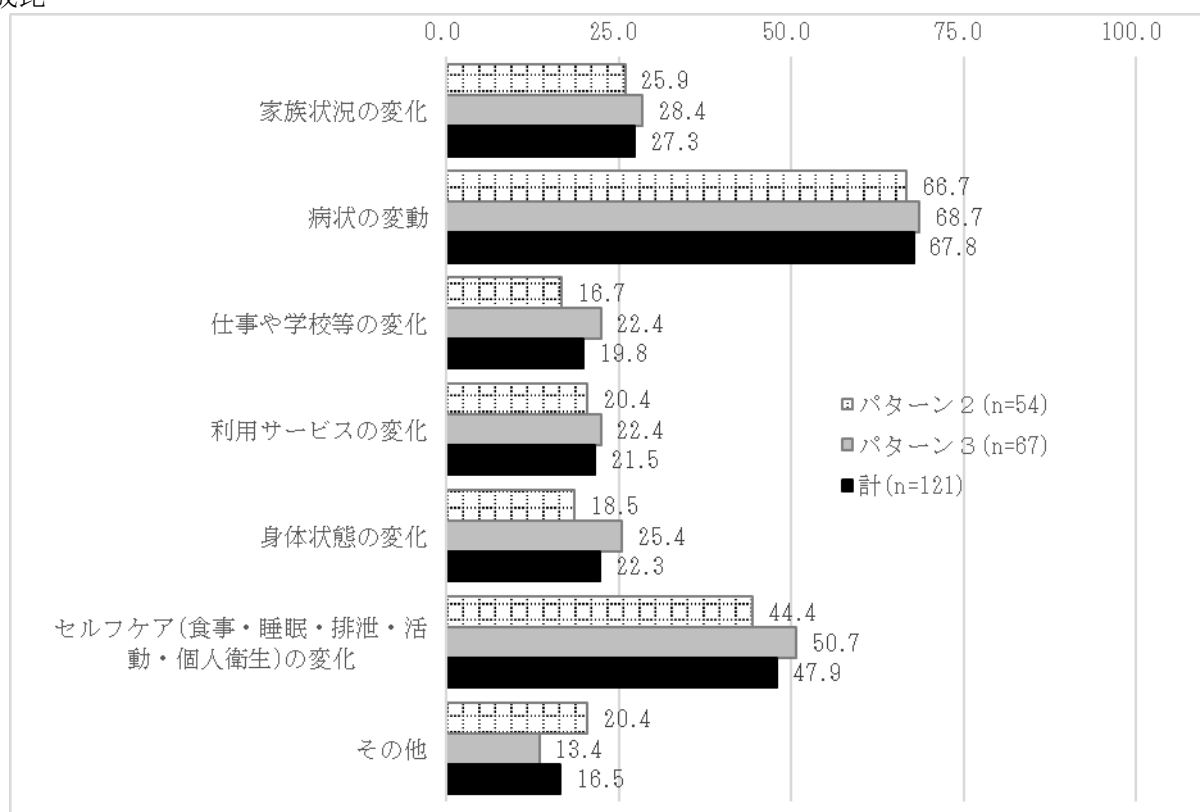
なお、支援調整に関連する状況としては、「病状の変動」「セルフケアの変化」との回答割合が大きい結果であった。パターン3の方がいずれの項目も回答割合が大きかったが、その他はパターン2の方が大きかった。その他の記載は、選択肢

の内容をさらに詳述している記載が多かったものの、選択肢以外記載内容としては、就職が決まったことや単身生活が始まったことなどの回答があった。

図表 23 支援調整に関連する状況

複数回答	パターン2 n=54	パターン3 n=67	計 n=121
家族状況の変化	14 (25.9)	19 (28.4)	33 (27.3)
病状の変動	36 (66.7)	46 (68.7)	82 (67.8)
仕事や学校等の変化	9 (16.7)	15 (22.4)	24 (19.8)
利用サービスの変化	11 (20.4)	15 (22.4)	26 (21.5)
身体状態の変化	10 (18.5)	17 (25.4)	27 (22.3)
セルフケア(食事・睡眠・排泄・活動・個人衛生)の変化	24 (44.4)	34 (50.7)	58 (47.9)
その他	11 (47.9)	9 (13.4)	20 (16.5)

構成比



①ケア会議の開催状況

本研究では、パターン2（支援調整があり、週3回以上継続利用していないケース）とパターン3（支援調整があり、週3回以上継続利用しているケース）の利用者において、ケア会議の開催状況について確認した。（なお、ケア会議とは、当該事例にかかる事業所外関係者を含む個別のケースカンファレンスを指す）

その結果、ケア会議を開催している利用者は20.0%であった。また、開催していると回答した24ケースについて会議への出席者を確認すると、相談支援専門員が最も回答割合が大きく、次いで、就労支援事業所職員、ホームヘルパー、主治医（精神科）の回答割合が大きかった。なお、その他の回答は多くが「家族」との回答であった。

図表 24 ケア会議の開催状況

単一回答	パターン2	パターン3	計
開催した	8 (14.8)	16 (24.2)	24 (20.0)
開催しなかった	46 (85.2)	49 (74.2)	95 (79.2)
無回答	0 (0.0)	1 (1.5)	1 (0.8)
計	54 (100.0)	66 (100.0)	120 (100.0)

構成比

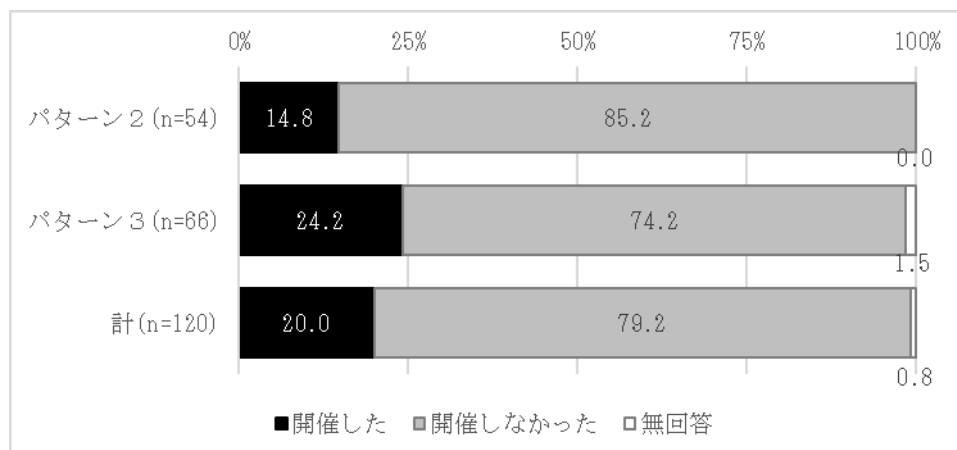


表 25 ケア会議への出席者

複数回答	パターン 2 n=8	パターン 3 n=16	計 n=24
主治医(精神科)	3 (37.5)	5 (31.3)	8 (33.3)
医師(身体科)	1 (12.5)	1 (6.3)	2 (8.3)
相談支援専門員	5 (62.5)	12 (75.0)	17 (70.8)
ケアマネジャー	0 (0.0)	2 (12.5)	2 (8.3)
医療機関の PSW	3 (37.5)	2 (12.5)	5 (20.8)
保健所・保健センターの保健師	1 (12.5)	3 (18.8)	4 (16.7)
行政機関	4 (50.0)	6 (37.5)	10 (41.7)
ホームヘルパー	2 (25.0)	7 (43.8)	9 (37.5)
デイケア等職員	3 (37.5)	1 (6.3)	4 (16.7)
就労支援事業所職員	4 (50.0)	6 (37.5)	10 (41.7)
グループホーム職員	1 (12.5)	1 (6.3)	2 (8.3)
大家	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
民生委員	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
その他	2 (25.0)	4 (25.0)	6 (25.0)

②支援調整の内容

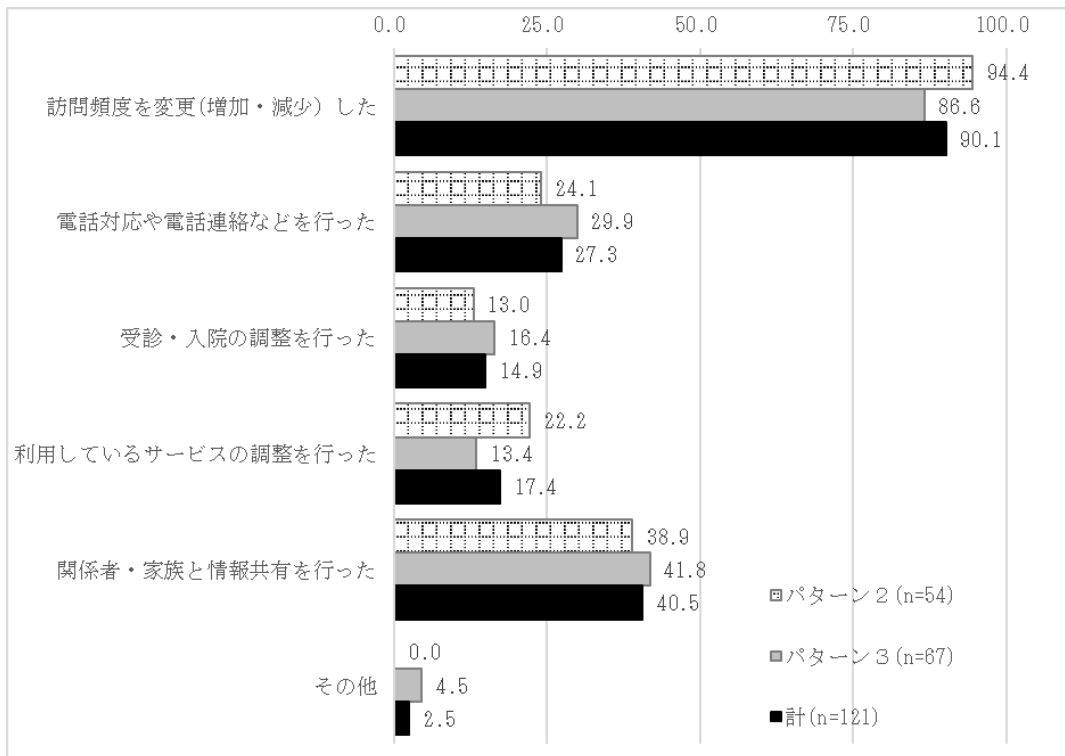
支援調整の内容について、「訪問頻度の変更(増加・減少)」との回答が約 9 割であった。ついで、

「関係者・家族と情報共有を行った」との回答割合が大きかった。

図表 26 支援調整の内容

複数回答	パターン 2 n=54	パターン 3 n=67	計 n=121
訪問頻度を変更(増加・減少) した	51 (94.4)	58 (86.6)	109 (90.1)
電話対応や電話連絡などを行った	13 (24.1)	20 (29.9)	33 (27.3)
受診・入院の調整を行った	7 (13.0)	11 (16.4)	18 (14.9)
利用しているサービスの調整を行った	12 (22.2)	9 (13.4)	21 (17.4)
関係者・家族と情報共有を行った	21 (38.9)	28 (41.8)	49 (40.5)
その他	0 (0.0)	3 (4.5)	3 (2.5)

構成比



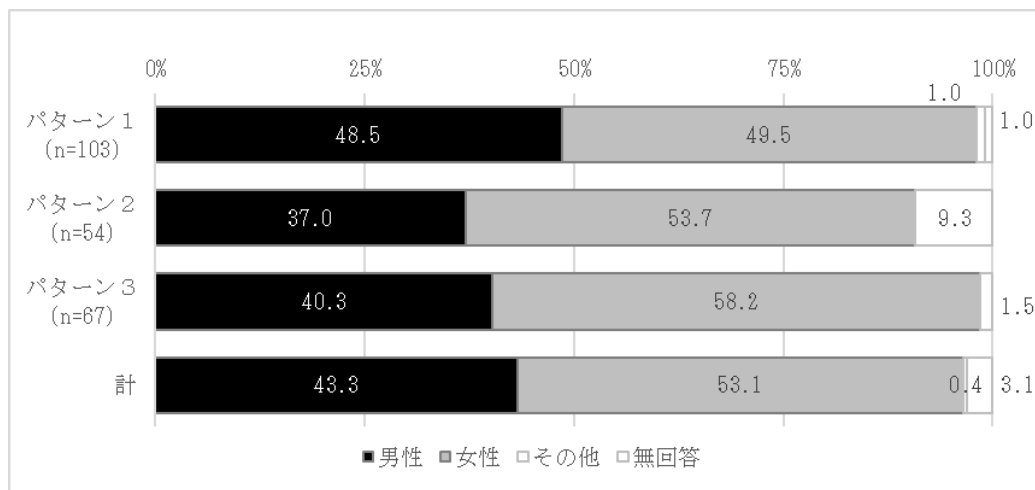
③回答利用者の属性

回答ケースの性別、年代は以下の通りであった。

図表 27 性別

単一回答	パターン1	パターン2	パターン3	計
男性	50 (48.5)	20 (37.0)	27 (40.3)	97 (43.3)
女性	51 (49.5)	29 (53.7)	39 (58.2)	119 (53.1)
その他	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)
無回答	1 (1.0)	5 (9.3)	1 (1.5)	7 (3.1)
計	103 (100.0)	54 (100.0)	67 (100.0)	224 (100.0)

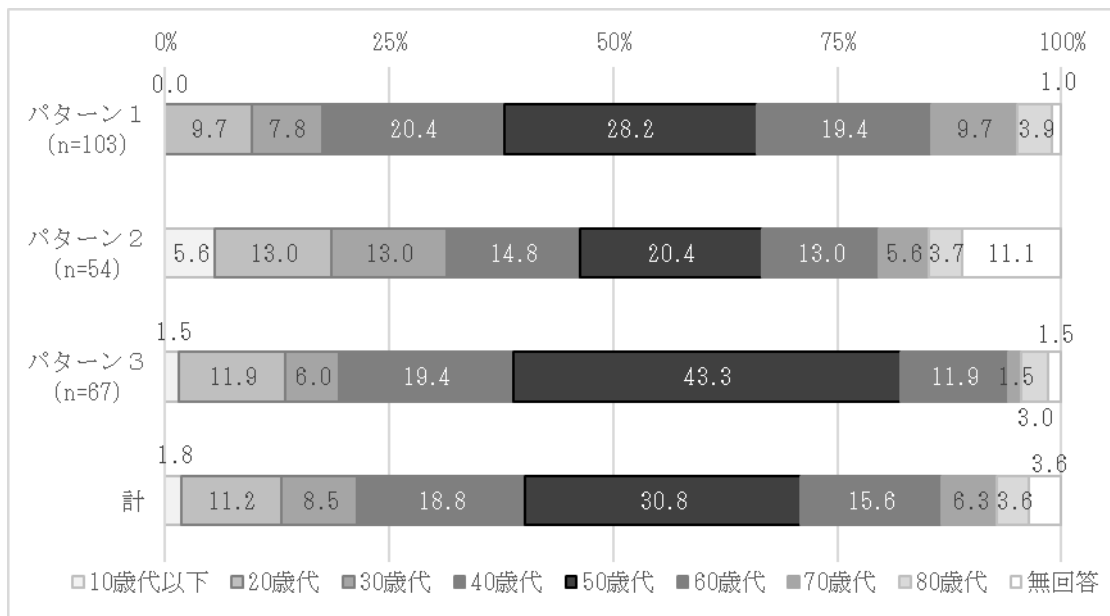
構成比



図表 28 年代

単一回答	パターン1	パターン2	パターン3	計
10 歳代以下	0 (0.0)	3 (5.6)	1 (1.5)	4 (1.8)
20 歳代	10 (9.7)	7 (13.0)	8 (11.9)	25 (11.2)
30 歳代	8 (7.8)	7 (13.0)	4 (6.0)	19 (8.5)
40 歳代	21 (20.4)	8 (14.8)	13 (19.4)	42 (18.8)
50 歳代	29 (28.2)	11 (20.4)	29 (43.3)	69 (30.8)
60 歳代	20 (19.4)	7 (13.0)	8 (11.9)	35 (15.6)
70 歳代	10 (9.7)	3 (5.6)	1 (1.5)	14 (6.3)
80 歳代	4 (3.9)	2 (3.7)	2 (3.0)	8 (3.6)
無回答	1 (1.0)	6 (11.1)	1 (1.5)	8 (3.6)
計	103 (100.0)	54 (100.0)	67 (100.0)	224 (100.0)

構成比



回答者の現在の世帯状況は、いずれのパターンでも半数以上が「単身」との回答であった。パターン別にみると、パターン3（支援調整があり、週3回以上継続利用しているケース）の場合、他のパ

ターンと比べて単身の回答割合が大きかった。また、ほとんどが自宅で暮らしていた。

表 29 世帯

単一回答	パターン 1	パターン 2	パターン 3	計
単身	59 (57.3)	30 (55.6)	41 (61.2)	130 (58.0)
同居	44 (42.7)	24 (44.4)	26 (38.8)	94 (42.0)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
計	103 (100.0)	54 (100.0)	67 100.0	224 (100.0)

表 30 住居種別

複数回答	パターン 1 n=103	パターン 2 n=54	パターン 3 n=67	計 n=224
自宅	88 (85.4)	43 (79.6)	61 (91.0)	192 (85.7)
グループホーム	12 (11.7)	4 (7.4)	2 (3.0)	18 (8.0)
その他	1 (1.0)	0 (0.0)	1 (1.5)	2 (0.9)

④回答利用者の診断名、病状

現在の診断名は、パターン 1（週 3 回以上継続利用ケース）、パターン 3（支援調整があり、週 3 回以上継続利用しているケース）、では「統合失調症・妄想性障害」が約半数であり、続いて、「気分障害（うつ病・双極症）」が約 3 割であった。パターン別にみると、パターン 2（支援調整があり、週 3 回以上継続利用していないケース）は他のパターン別に比べて「統合失調症・妄想性障害」の割合が小さく、気分障害、発達障害の割合が大きかった。

現在の精神症状は、「不安」がある利用者が約半数であり、「抑うつ状態」、「妄想・幻覚」が 3 割程度であった。パターン 1（週 3 回以上継続利用ケース）は、どの精神症状も他のパターンより多く、特に自殺企図、暴言、興奮、不安をもつ割合が多かった。パターン 2（支援調整があり、週 3 回以上継続利用していないケース）は混乱、パターン 3（支援調整があり、週 3 回以上継続利用しているケース）は自殺、妄想・幻覚、拒否・拒絶などの精神症状をもつ人の割合が多い特徴がみられた。

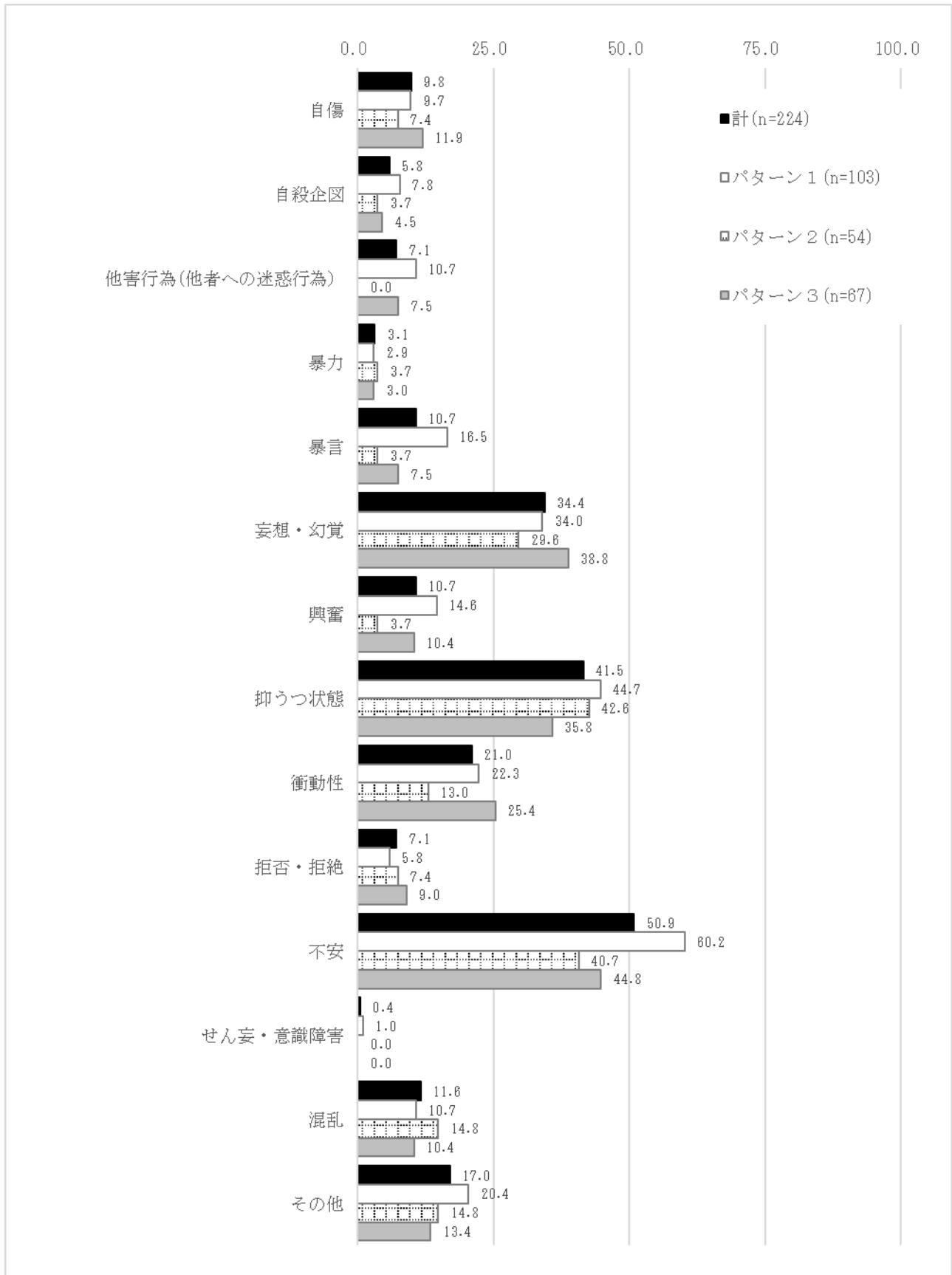
表 31 診断名

	パターン 1 n=103	パターン 2 n=54	パターン 3 n=67	計 n=224
統合失調症・妄想性障害	54 (52.4)	20 (37.0)	34 (50.7)	108 (48.2)
気分障害(うつ病・双極症)	29 (28.2)	19 (35.2)	16 (23.9)	64 (28.6)
不安障害・ストレス関連障害	7 (6.8)	3 (5.6)	2 (3.0)	12 (5.4)
パーソナリティ障害	1 (1.0)	0 (0.0)	3 (4.5)	4 (1.8)
アルコール・薬物使用障害	6 (5.8)	2 (3.7)	5 (7.5)	13 (5.8)
発達障害	8 (7.8)	7 (13.0)	3 (4.5)	18 (8.0)
知的能力障害	11 (10.7)	5 (9.3)	7 (10.4)	23 (10.3)
高次脳機能障害	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
その他	15 (14.6)	9 (16.7)	10 (14.9)	34 (15.2)

図表 32 精神症状

	パターン 1 n=103	パターン 2 n=54	パターン 3 n=67	計 n=224
複数回答				
自傷	10 (9.7)	4 (7.4)	8 (11.9)	22 (9.8)
自殺企図	8 (7.8)	2 (3.7)	3 (4.5)	13 (5.8)
他害行為(他者への迷惑行為)	11 (10.7)	0 (0.0)	5 (7.5)	16 (7.1)
暴力	3 (2.9)	2 (3.7)	2 (3.0)	7 (3.1)
暴言	17 (16.5)	2 (3.7)	5 (7.5)	24 (10.7)
妄想・幻覚	35 (34.0)	16 (29.6)	26 (38.8)	77 (34.4)
興奮	15 (14.6)	2 (3.7)	7 (10.4)	24 (10.7)
抑うつ状態	46 (44.7)	23 (42.6)	24 (35.8)	93 (41.5)
衝動性	23 (22.3)	7 (13.0)	17 (25.4)	47 (21.0)
拒否・拒絶	6 (5.8)	4 (7.4)	6 (9.0)	16 (7.1)
不安	62 (60.2)	22 (40.7)	30 (44.8)	114 (50.9)
せん妄・意識障害	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)
混乱	11 (10.7)	8 (14.8)	7 (10.4)	26 (11.6)
その他	21 (20.4)	8 (14.8)	9 (13.4)	38 (17.0)

構成比



⑤包括的支援マネジメントの基準に関する状況

包括的支援マネジメントの基準に関連する項目について、全体でみると、「経済的な問題」が23.2%と最も回答割合が大きかった。パターン別にみると、パターン3（支援調整があり、週3回以上継続

利用しているケース）では「保健所の関わり」の回答割合が他のパターンと比べて大きかった。なお、その他の項目としては、「福祉サービス・相談支援」の回答が9件、「ケアマネジャー」との回答が8件あり、「特になし」との回答も5件あった。

表 33 包括支援ケアマネジメントに関する状況

複数回答	パターン1 n=103	パターン2 n=54	パターン3 n=67	計 n=224
警察による関わり	3 (2.9)	2 (3.7)	4 (6.0)	9 (4.0)
保健所による関わり	11 (10.7)	3 (5.6)	16 (23.9)	30 (13.4)
経済的な問題(生活費の支払い困難など)	28 (27.2)	8 (14.8)	16 (23.9)	52 (23.2)
2か月以上の服薬中断	0 (0.0)	1 (1.9)	3 (4.5)	4 (1.8)
2か月以上の受診中断	0 (0.0)	1 (1.9)	1 (1.5)	2 (0.9)
その他	16 (15.5)	6 (11.1)	3 (4.5)	25 (11.2)

表 34 包括支援マネジメントに関する状況

複数回答 回答数 (%)	全体 n=224	特化・独 立型 n=52	医療機関 併設型 n=23	地域連携 型 n=9	特化・全国 展開型 n=140
警察による関わり	9 (4.0)	2 (3.8)	1 (4.3)	1 (11.1)	5 (3.6)
保健所による関わり	30 (13.4)	4 (7.7)	6 (26.1)	4 (44.4)	16 (11.4)
経済的な問題(生活費の支払い困難など)	52 (23.2)	18 (34.6)	7 (30.4)	0 (0.0)	27 (19.3)
2か月以上の服薬中断	4 (1.8)	2 (3.8)	1 (4.3)	0 (0.0)	1 (0.7)
2か月以上の受診中断	2 (0.9)	0 (0.0)	1 (4.3)	0 (0.0)	1 (0.7)
その他	25 (11.2)	2 (3.8)	2 (8.7)	1 (11.1)	20 (14.3)

⑥相談支援の利用状況

相談支援の利用状況について、65.6%が利用し

ていた。パターン別にみると、パターン1（週3回以上継続利用ケース）の利用割合が大きかった。

表 35 相談支援の利用状況

単一回答	パターン1	パターン2	パターン3	計
利用している	74 (71.8)	30 (55.6)	43 (64.2)	147 (65.6)
利用していない	29 (28.2)	24 (44.4)	24 (35.8)	77 (34.4)
計	103 (100.0)	54 (100.0)	67 (100.0)	224 (100.0)

⑦身体合併症の状況

身体合併症についてはおおよそ半数が有りと回答であった。「あり」と回答した利用者について、主な合併症について確認すると、「代謝系疾患(糖尿病)」、「循環系疾患(高血圧)」の回答がおおよそ

4分の1であった。なお、その他の内容として複数あげられた項目としては、「喘息」が7件、「悪性新生物」と「眼科(白内障、緑内障)」が5件、「アレルギー症状」、「リウマチ」、「高尿酸血症」が2件といった項目があげられた。

図表 36 身体合併症の状況

単一回答	パターン1	パターン2	パターン3	計
あり	56 (54.4)	26 (48.1)	38 (56.7)	120 (53.6)
なし	45 (43.7)	22 (40.7)	24 (35.8)	91 (40.6)
無回答	2 (1.9)	6 (11.1)	5 (7.5)	13 (5.8)
計	103 (100.0)	54 (100.0)	67 (100.0)	224 (100.0)

構成比

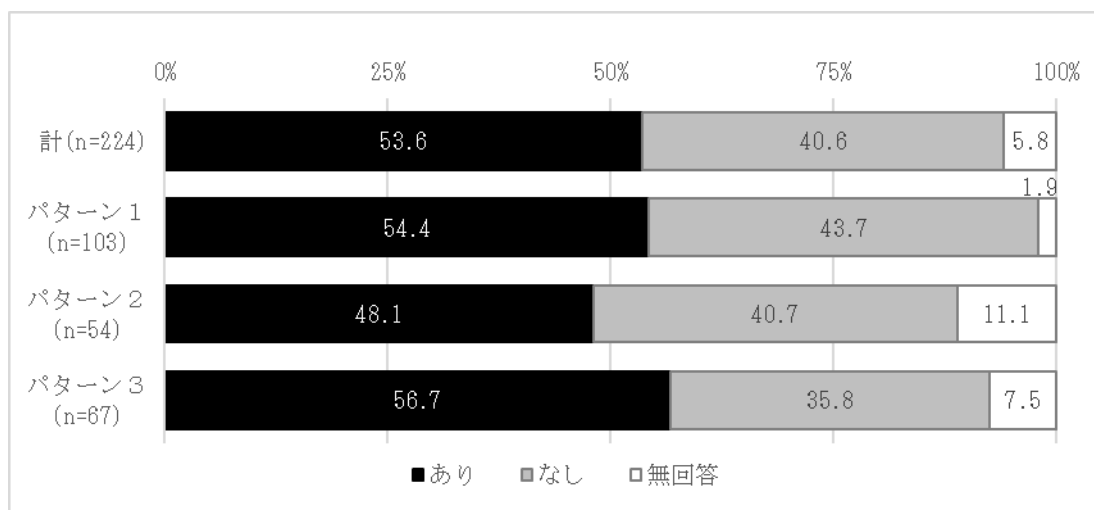


表 37 主な合併症

複数回答	パターン1 n=56	パターン2 n=26	パターン3 n=38	計 n=120
代謝系疾患(糖尿病)	13 (23.2)	7 (26.9)	12 (31.6)	32 (26.7)
循環系疾患(高血圧)	16 (28.6)	6 (23.1)	11 (28.9)	33 (27.5)
循環系疾患(脳血管疾患)	1 (1.8)	2 (7.7)	1 (2.6)	4 (3.3)
循環系疾患(心疾患)	8 (14.3)	2 (7.7)	5 (13.2)	15 (12.5)
皮膚疾患	10 (17.9)	0 (0.0)	2 (5.3)	12 (10.0)
骨折・筋骨系疾患	11 (19.6)	4 (15.4)	8 (21.1)	23 (19.2)
難病等	2 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.7)
その他	23 (41.1)	12 (46.2)	13 (34.2)	48 (40.0)

⑧通院回数

現在の精神科への月平均通院回数を集計した結果は以下のとおりである。全体平均で1.52回であった。パターン別では、パターン2（支援調整があ

り、週3回以上継続利用していないケース）が他のパターンと比べて、月平均通院回数が少なかった。

表 38 精神科への月平均通院回数

	全体	パターン1	パターン2	パターン3
有効回答数	205	99	46	60
平均回数(回)	1.52	1.56	1.32	1.59
標準偏差(回)	0.92	0.93	0.62	1.08
中央値(回)	1	1	1	1

事業所類型別に現在の精神科への月平均通院回数を集計した結果は以下のとおりである。

表 39 精神科への月平均通院回数

	全体 n=224	特化・独立型 n=52	医療機関 併設型 n=23	地域連携型 n=9	特化・全国 展開型 n=140
平均回数(回)	1.52	1.59	1.43	1.33	1.52

⑨通院状況

現在の通院状況は、75.0%の利用者で定期的に通院しているとの回答であった。

表 40 通院状況

単一回答	パターン1	パターン2	パターン3	計
定期的に通院	80 (77.7)	38 (70.4)	50 (74.6)	168 (75.0)
おおむね定期的に通院	15 (14.6)	9 (16.7)	10 (14.9)	34 (15.2)
途絶えがちである	0 (0.0)	1 (1.9)	1 (1.5)	2 (0.9)
無回答	8 (7.8)	6 (11.1)	6 (9.0)	20 (8.9)
計	103 (100.0)	54 (100.0)	67 (100.0)	224 (100.0)

⑩指示書の内容

指示書の内容については、どの項目も半数以上の利用者に記載されており、「薬物療法継続への援助」がもっとも高く、84.5%であった。パターン別

にみると、「生活リズムの確立」、「家事能力、社会技能等の獲得」、「薬物療法継続への援助」について、パターン1（週3回以上継続利用ケース）が他のパターンと比べて回答割合が10%以上高かった。

表 41 指示書の内容

複数回答	パターン 1 n=103	パターン 2 n=54	パターン 3 n=67	計 n=224
生活リズムの確立	149 (83.5)	86 (75.7)	78 (68.5)	172 (76.8)
家事能力、社会技能等の獲得	111 (69.9)	72 (56.3)	58 (51.9)	141 (62.9)
対人関係の改善(家族含む)	135 (78.6)	81 (67.0)	69 (68.5)	160 (71.4)
社会資源活用の支援	118 (71.8)	74 (63.1)	65 (63.0)	139 (62.1)
薬物療法継続への援助	144 (84.5)	87 (71.8)	74 (70.4)	173 (77.2)
身体合併症の発症・悪化の防止	83 (48.5)	50 (42.7)	44 (40.7)	98 (43.8)
その他	29 (26.2)	27 (16.5)	17 (14.8)	46 (20.5)

⑪訪問滞在時間

時間は 37.0 分（標準偏差 10.9）であった。

滞在時間について、回答があった有効回答のみを集計した結果は以下のとおりである。平均滞在

表 42 滞在時間

	パターン 1	パターン 2	パターン 3	計
有効回答数	101	48	60	209
平均値	35.0	41.6	36.7	37.0
標準偏差	9.7	12.7	10.3	10.9
中央値	30.0	40.0	35.0	30.0

表 43 滞在時間（度数分布表）

	パターン 1	パターン 2	パターン 3	計
30 分未満	5 (5.0)	1 (2.1)	2 (3.3)	8 (3.8)
30 分代	63 (62.4)	22 (45.8)	34 (56.7)	119 (56.9)
40 分代	24 (23.8)	10 (20.8)	17 (28.3)	51 (24.4)
50 分代	2 (2.0)	3 (6.3)	3 (5.0)	8 (3.8)
60 分以上	7 (6.9)	12 (25.0)	4 (6.7)	3 (11.0)
計	101 (100.0)	48 (100.0)	60 (100.0)	209 (100.0)

	特化・独立型	医療機関併設型	地域連携型	特化・全国展開型	計
30分未満	0 (0.0)	5 (22.7)	1 (11.1)	2 (1.6)	8 (3.8)
30分代	15 (30.0)	11 (50.0)	2 (22.2)	91 (71.1)	119 (56.9)
40分代	16 (32.0)	3 (13.6)	0 (0.0)	32 (25.0)	51 (24.4)
50分代	4 (8.0)	1 (4.5)	2 (22.2)	1 (0.8)	8 (3.8)
60分以上	15 (30.0)	2 (9.1)	4 (44.4)	2 (1.6)	3 (11.0)
計	50 (100.0)	22 (100.0)	9 (100.0)	128 (100.0)	209 (100.0)

⑫訪問看護の利用年数

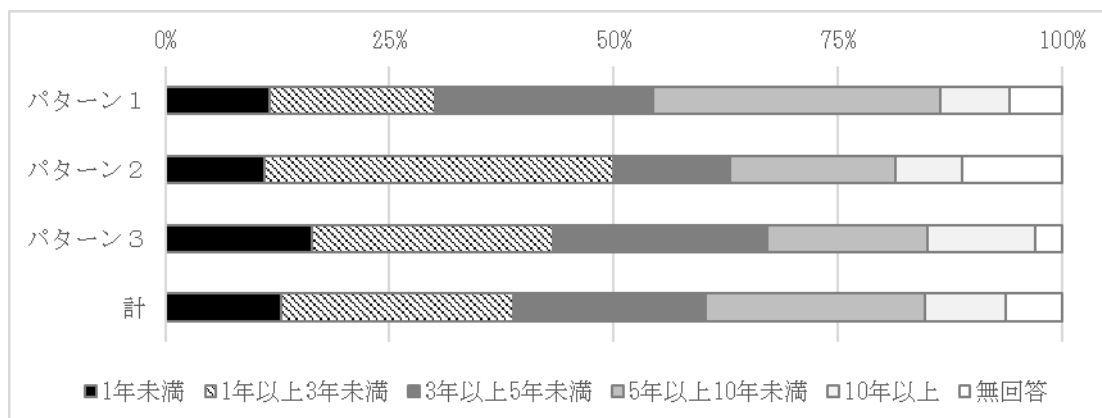
2024年11月30日時点の利用年数をみると、全体では「1年以上3年未満」の回答割合が25.9%と最も大きかった。パターン別にみると、パター

ン1（週3回以上継続利用ケース）は5年以上10年未満の割合が大きく、それ以外のパターンは1年以上3年未満の割合が大きかった。

図表44 訪問看護の利用年数

単一回答	パターン1	パターン2	パターン3	計
1年未満	12 (11.7)	6 (11.1)	11 (16.4)	29 (12.9)
1年以上3年未満	19 (18.4)	21 (38.9)	18 (26.9)	58 (25.9)
3年以上5年未満	25 (24.3)	7 (13.0)	16 (23.9)	48 (21.4)
5年以上10年未満	33 (32.0)	10 (18.5)	12 (17.9)	55 (24.6)
10年以上	8 (7.8)	4 (7.4)	8 (11.9)	20 (8.9)
無回答	6 (5.8)	6 (11.1)	2 (3.0)	14 (6.3)
計	103 (100.0)	54 (100.0)	67 (100.0)	224 (100.0)

構成比



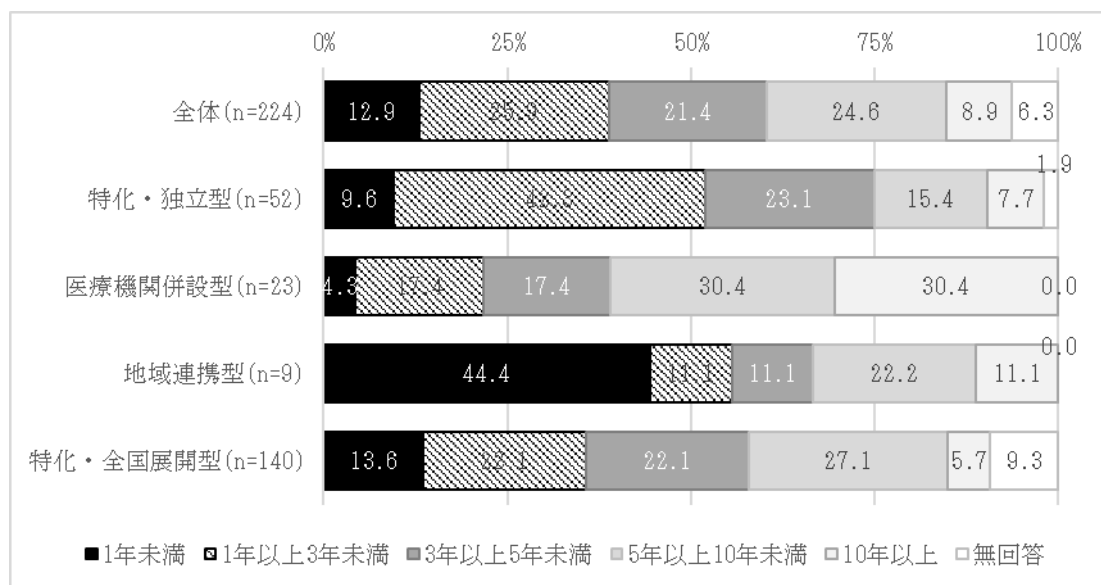
事業所類型別にみると、特化・独立型は「1年以上3年未満」、医療機関併設型では「5年以上10年未満」「10年以上」、地域連携型では「1年未満」、

特化・全国展開型では「5年以上10年未満」の構成割合が大きかった。

図表 45 利用年数

件数	全体	特化・独立型	医療機関併設型	地域連携型	特化・全国展開型
1年未満	29 (12.9)	5 (9.6)	1 (4.3)	4 (44.4)	19 (13.6)
1年以上3年未満	58 (25.9)	22 (42.3)	4 (17.4)	1 (11.1)	31 (22.1)
3年以上5年未満	48 (21.4)	12 (23.1)	4 (17.4)	1 (11.1)	31 (22.1)
5年以上10年未満	55 (24.6)	8 (15.4)	7 (30.4)	2 (22.2)	38 (27.1)
10年以上	20 (8.9)	4 (7.7)	7 (30.4)	1 (11.1)	8 (5.7)
無回答	14 (6.3)	1 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (9.3)
計	224 (100.0)	52 (100.0)	23 (100.0)	9 (100.0)	140 (100.0)

構成比



⑬訪問看護で提供したケア

現在の訪問看護で提供したケアを集計した結果は以下のとおりである。全体でみると、「活動性・生活リズムに関する援助」、「精神症状に関する援助」、「服薬行動援助」といったケアが60%以上の利用者で実施されていた。また、これらのケアに加え、「他者との関わりに関する援助」、「薬物療法の副作用の観察と対処」、「身体症状の観察と対処」といったケアについては、半数以上の利用者で実

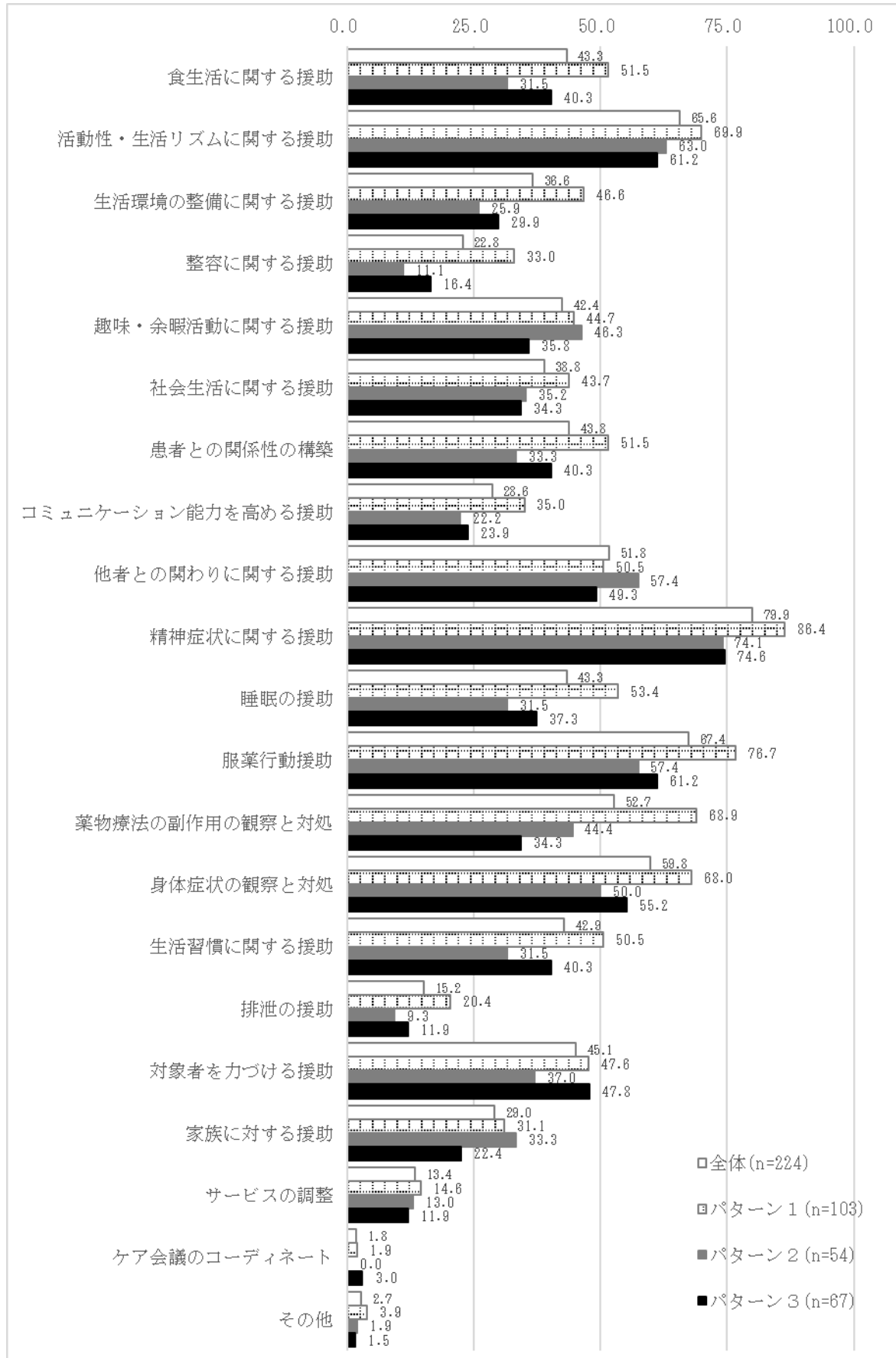
施されていた。

パターン別にみると全体として、パターン1（週3回以上継続利用ケース）が他のパターンと比べて実施していると回答している項目が多かった。特に「薬物療法の副作用の観察と対処」は他のパターンと比べても実施していると回答割合が大きかった。

図表 46 訪問看護時に提供したケア

列% 複数回答	全体 n=224	パターン 1 n=103	パターン 2 n=54	パターン 3 n=67
食生活に関する援助	97 (43.3)	53 (51.5)	17 (31.5)	27 (40.3)
活動性・生活リズムに関する援助	147 (65.6)	72 (69.9)	34 (63.0)	41 (61.2)
生活環境の整備に関する援助	82 (36.6)	48 (46.6)	14 (25.9)	20 (29.9)
整容に関する援助	51 (22.8)	34 (33.0)	6 (11.1)	11 (16.4)
趣味・余暇活動に関する援助	95 (42.4)	46 (44.7)	25 (46.3)	24 (35.8)
社会生活に関する援助	87 (38.8)	45 (43.7)	19 (35.2)	23 (34.3)
患者との関係性の構築	98 (43.8)	53 (51.5)	18 (33.3)	27 (40.3)
コミュニケーション能力を高める援助	64 (28.6)	36 (35.0)	12 (22.2)	16 (23.9)
他者との関わりに関する援助	116 (51.8)	52 (50.5)	31 (57.4)	33 (49.3)
精神症状に関する援助	179 (79.9)	89 (86.4)	40 (74.1)	50 (74.6)
睡眠の援助	97 (43.3)	55 (53.4)	17 (31.5)	25 (37.3)
服薬行動援助	151 (67.4)	79 (76.7)	31 (57.4)	41 (61.2)
薬物療法の副作用の観察と対処	118 (52.7)	71 (68.9)	24 (44.4)	23 (34.3)
身体症状の観察と対処	134 (59.8)	70 (68.0)	27 (50.0)	37 (55.2)
生活習慣に関する援助	96 (42.9)	52 (50.5)	17 (31.5)	27 (40.3)
排泄の援助	34 (15.2)	21 (20.4)	5 (9.3)	8 (11.9)
対象者を力づける援助	101 (45.1)	49 (47.6)	20 (37.0)	32 (47.8)
家族に対する援助	65 (29.0)	32 (31.1)	18 (33.3)	15 (22.4)
サービスの調整	30 (13.4)	15 (14.6)	7 (13.0)	8 (11.9)
ケア会議のコーディネート	4 (1.8)	2 (1.9)	0 (0.0)	2 (3.0)
その他	6 (2.7)	4 (3.9)	1 (1.9)	1 (1.5)

構成比



⑭訪問看護で提供したケア

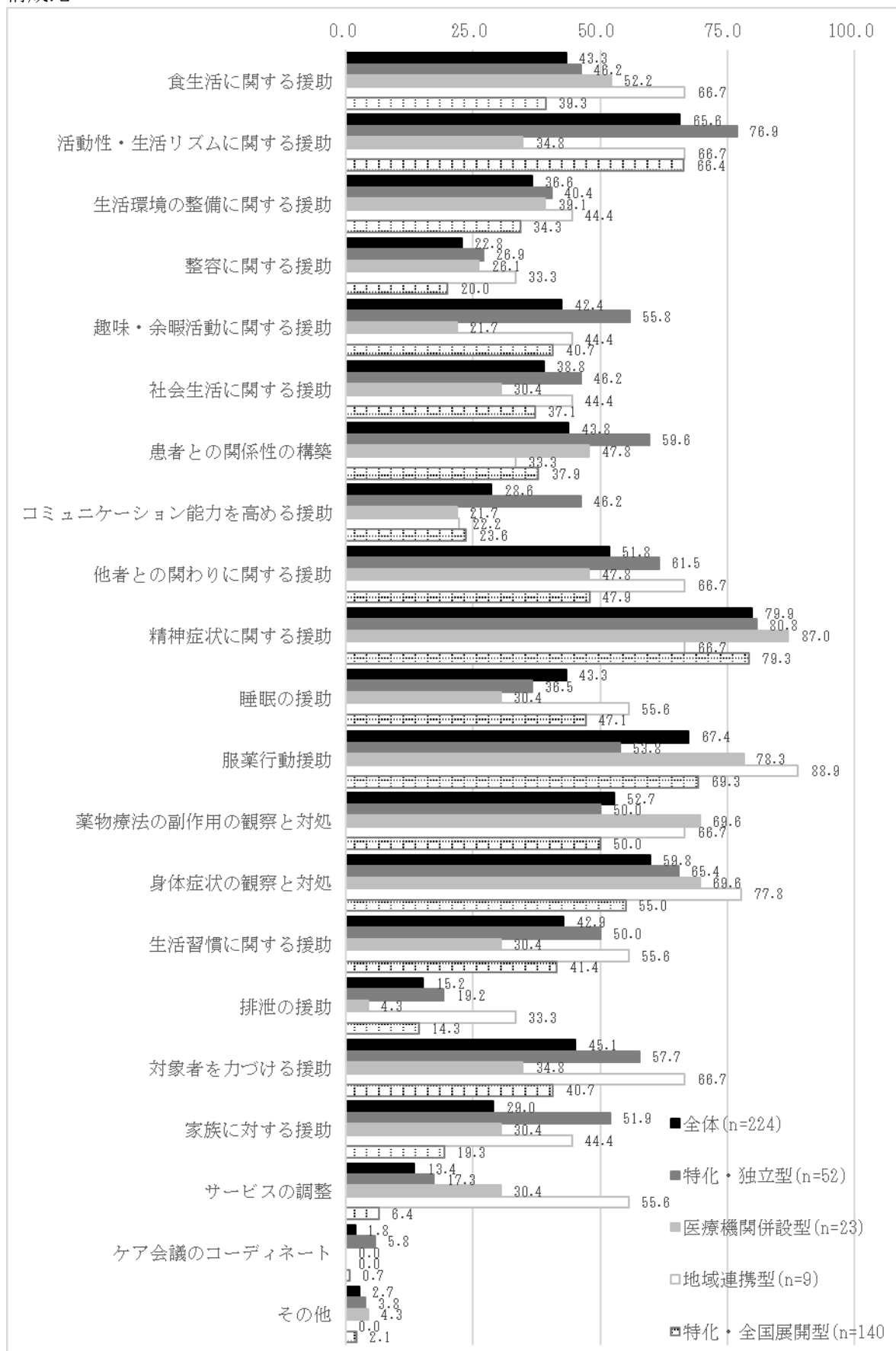
回答ケース数が多い特化・独立型と特化・全国展開型を比較してみると、特化・独立型では、「患者との関係性の構築」、「コミュニケーション能力を高める援助」、「家族に対する援助」を実施しているとの回答割合が 20%以上大きかった。また、「活動性・生活リズムに関する援助」、「趣味・余暇

活動に関する援助」、「他者との関わりに関する援助」、「身体症状の観察と対処」、「対象者を力づける援助」、「サービスの調整」についても実施しているとの回答割合が 10%以上大きかった。一方、「睡眠の援助」、「服薬行動援助」については、特化・全国展開型の方が 10%以上回答割合が大きかった。

図表 47 訪問看護で提供したケア

列% 複数回答	全体 n=224	特化・独立型 n=52	医療機関 併設型=23	地域連携 型 n=9	特化・全国 展開型=140
食生活に関する援助	97 (43.3)	24 (46.2)	12 (52.2)	6 (66.7)	55 (39.3)
活動性・生活リズムに関する援助	147 (65.6)	40 (76.9)	8 (34.8)	6 (66.7)	93 (66.4)
生活環境の整備に関する援助	82 (36.6)	21 (40.4)	9 (39.1)	4 (44.4)	48 (34.3)
整容に関する援助	51 (22.8)	14 (26.9)	6 (26.1)	3 (33.3)	28 (20.0)
趣味・余暇活動に関する援助	95 (42.4)	29 (55.8)	5 (21.7)	4 (44.4)	57 (40.7)
社会生活に関する援助	87 (38.8)	24 (46.2)	7 (30.4)	4 (44.4)	52 (37.1)
患者との関係性の構築	98 (43.8)	31 (59.6)	11 (47.8)	3 (33.3)	53 (37.9)
コミュニケーション能力を高める援助	64 (28.6)	24 (46.2)	5 (21.7)	2 (22.2)	33 (23.6)
他者との関わりに関する援助	116 (51.8)	32 (61.5)	11 (47.8)	6 (66.7)	67 (47.9)
精神症状に関する援助	179 (79.9)	42 (80.8)	20 (87.0)	6 (66.7)	111 (79.3)
睡眠の援助	97 (43.3)	19 (36.5)	7 (30.4)	5 (55.6)	66 (47.1)
服薬行動援助	151 (67.4)	28 (53.8)	18 (78.3)	8 (88.9)	97 (69.3)
薬物療法の副作用の観察と対処	118 (52.7)	26 (50.0)	16 (69.6)	6 (66.7)	70 (50.0)
身体症状の観察と対処	134 (59.8)	34 (65.4)	16 (69.6)	7 (77.8)	77 (55.0)
生活習慣に関する援助	96 (42.9)	26 (50.0)	7 (30.4)	5 (55.6)	58 (41.4)
排泄の援助	34 (15.2)	10 (19.2)	1 (4.3)	3 (33.3)	20 (14.3)
対象者を力づける援助	101 (45.1)	30 (57.7)	8 (34.8)	6 (66.7)	57 (40.7)
家族に対する援助	65 (29.0)	27 (51.9)	7 (30.4)	4 (44.4)	27 (19.3)
サービスの調整	30 (13.4)	9 (17.3)	7 (30.4)	5 (55.6)	9 (6.4)
ケア会議のコーディネート	4 (1.8)	3 (5.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)
その他	6 (2.7)	2 (3.8)	1 (4.3)	0 (0.0)	3 (2.1)

構成比



⑮連携先・連携機関

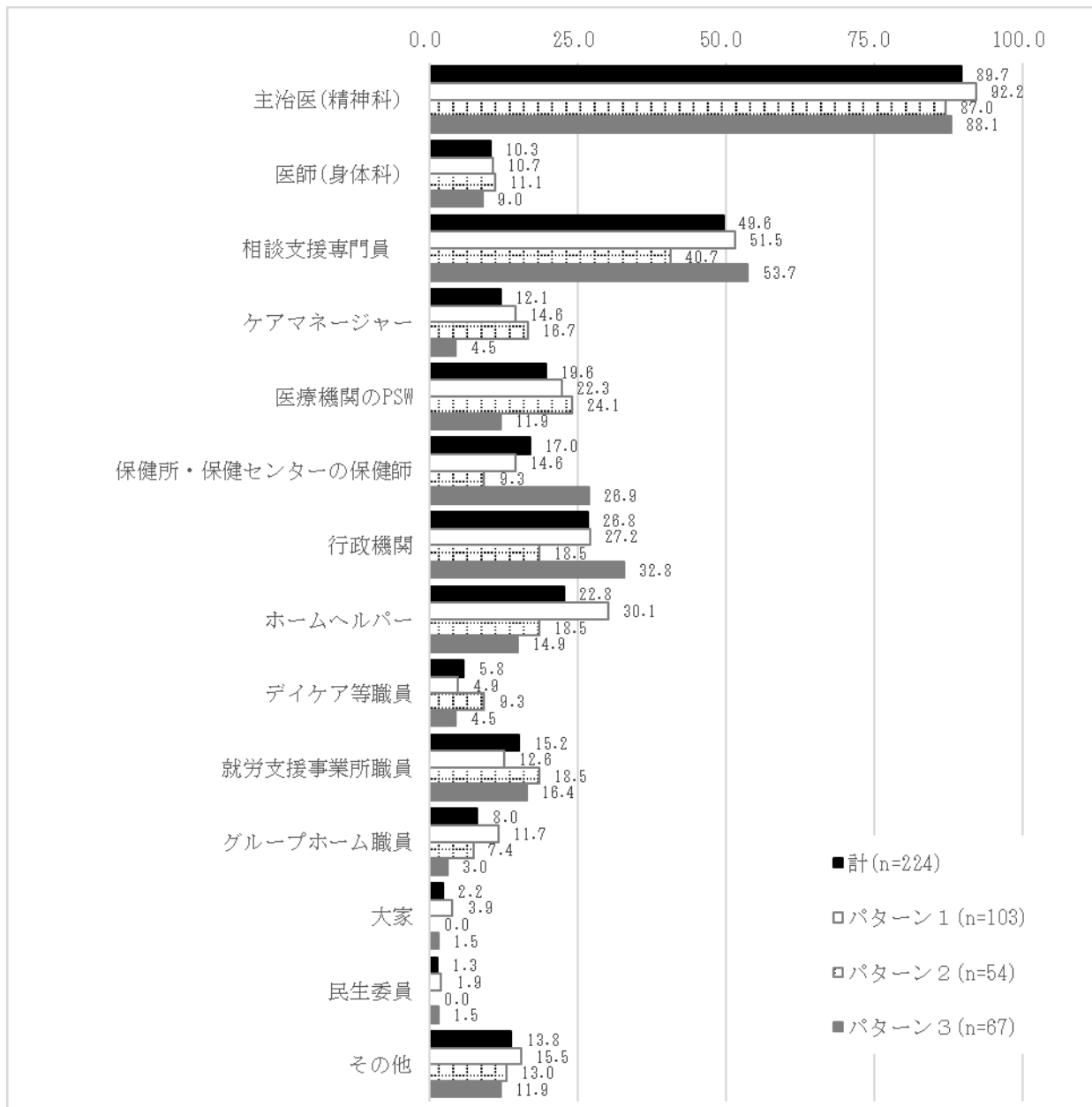
現在の支援を行うにあたり連携している機関として、「主治医(精神科)」が最も回答割合が大きく、次いで、「相談支援専門員」であった。パターン別

にみると、回答割合が大きい機関に違いがないものの、パターン1では、「ホームヘルパー」の割合が、他と比べて大きかった。

表 48 連携している機関

複数回答	全体 n=224	パターン1 n=103	パターン2 n=54	パターン3 n=67
主治医(精神科)	201 (89.7)	95 (92.2)	47 (87.0)	59 (88.1)
医師(身体科)	23 (10.3)	11 (10.7)	6 (11.1)	6 (9.0)
相談支援専門員	111 (49.6)	53 (51.5)	22 (40.7)	36 (53.7)
ケアマネージャー	27 (12.1)	15 (14.6)	9 (16.7)	3 (4.5)
医療機関のPSW	44 (19.6)	23 (22.3)	13 (24.1)	8 (11.9)
保健所・保健センターの保健師	38 (17.0)	15 (14.6)	5 (9.3)	18 (26.9)
行政機関	60 (26.8)	20 (27.2)	10 (18.5)	22 (32.8)
ホームヘルパー	51 (22.8)	18 (30.1)	10 (18.5)	10 (14.9)
デイケア等職員	13 (5.8)	3 (4.9)	5 (9.3)	3 (4.5)
就労支援事業所職員	34 (15.2)	12 (12.6)	10 (18.5)	11 (16.4)
グループホーム職員	18 (8.0)	6 (11.7)	4 (7.4)	2 (3.0)
大家	5 (2.2)	2 (3.9)	0 (0.0)	1 (1.5)
民生委員	3 (1.3)	3 (1.9)	0 (0.0)	1 (1.5)
その他	31 (13.8)	12 (15.5)	7 (13.0)	8 (11.9)

構成比



⑩訪問診療の利用

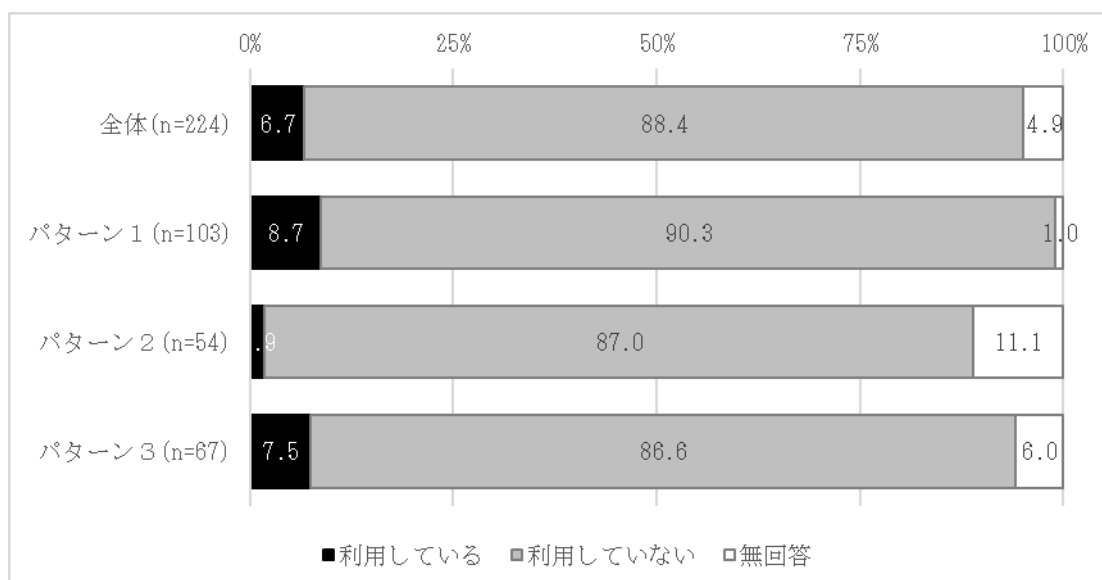
現在の訪問診療の利用状況を集計した結果は以下のとおりである。利用しているとの回答は全体で6.7%であった。利用しているとの回答をパターン別にみると、パターン1（週3回以上継続利

用ケース）で8.7%、パターン3（支援調整があり、週3回以上継続利用していないケース）で7.5%、パターン2（支援調整があり、週3回以上継続利用していないケース）で1.9%であった。

図表 49 訪問診療の利用（パターン別）

件数	全体 n=224	パターン1 n=103	パターン2 n=54	パターン3 n=67
利用している	15 (6.7)	9 (8.7)	1 (1.9)	5 (7.5)
利用していない	198 (88.4)	93 (90.3)	47 (87.0)	58 (86.6)
無回答	11 (4.9)	1 (1.0)	6 (11.1)	4 (6.0)
計	224 (100.0)	103 (100.0)	54 (100.0)	67 (100.0)

構成比

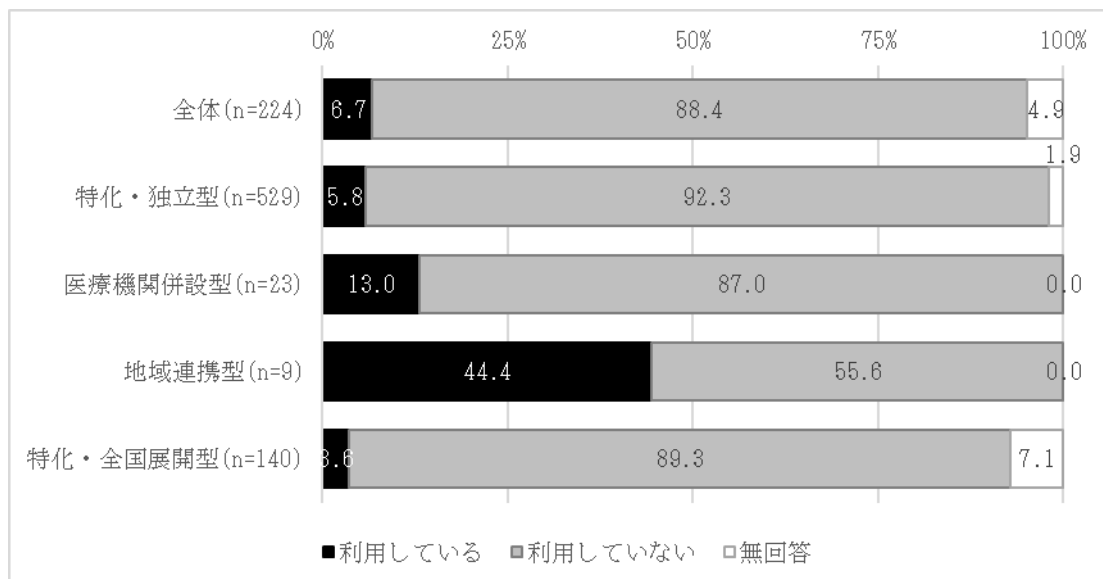


利用しているとの回答を類型別にみると、地域連携型の回答割合が最も大きく44.4%であり、次いで医療機関併設型が13.0%であった。

図表 50 訪問診療の利用（類型別）

件数	全体	特化・独立型	医療機関併設型	地域連携型	特化・全国展開型
利用している	15 (6.7)	3 (5.8)	3 (13.0)	4 (44.4)	5 (3.6)
利用していない	198 (88.4)	48 (92.3)	20 (87.0)	5 (55.6)	125 (89.3)
無回答	11 (4.9)	1 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (7.1)
計	224 (100.0)	52 (100.0)	23 (100.0)	9 (100.0)	140 (100.0)

構成比



⑩利用しているサービス

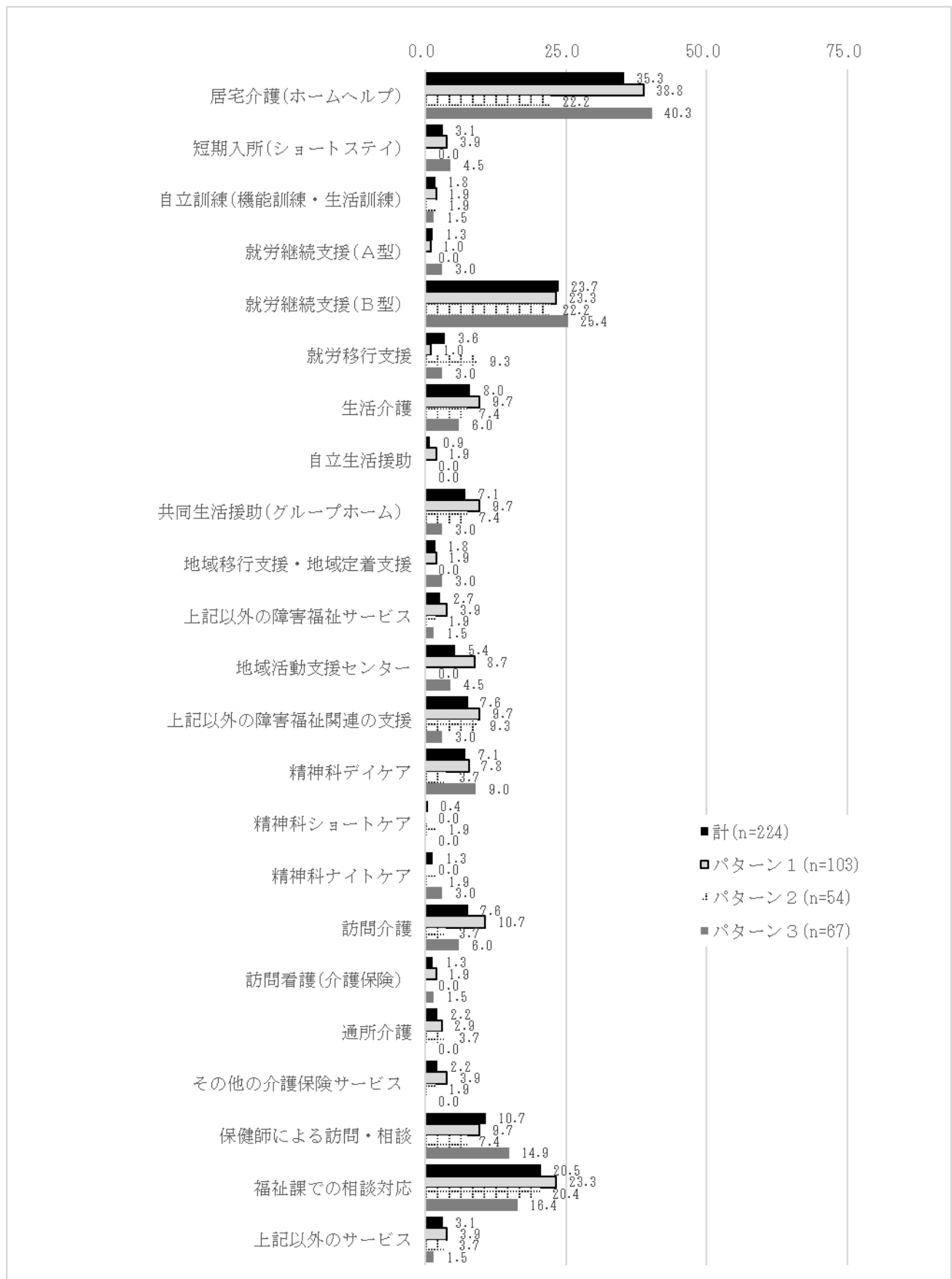
現在の利用しているサービスを集計した結果は以下のとおりである。全体を見ると、居宅介護を利用しているとの回答割合が35.3%と最も大きく、次いで、就労継続支援(B型)が23.7%と大きかった。パターン別にみると、居宅介護が最も大きい

ことに違いがないものの、パターン2(支援調整があり、週3回以上継続利用していないケース)では、22.2%であるのに対し、パターン1(週3回以上継続利用ケース)では38.8%、パターン3(支援調整があり、週3回以上継続利用していないケース)では40.3%と利用割合に違いがあった。

図表 51 現在利用しているサービス (パターン別)

列% 複数回答	全体 n=224	パターン1 n=103	パターン2 n=54	パターン3 n=67
居宅介護(ホームヘルプ)	35.3	38.8	22.2	40.3
短期入所(ショートステイ)	3.1	3.9	0.0	4.5
自立訓練(機能訓練・生活訓練)	1.8	1.9	1.9	1.5
就労継続支援(A型)	1.3	1.0	0.0	3.0
就労継続支援(B型)	23.7	23.3	22.2	25.4
就労移行支援	3.6	1.0	9.3	3.0
生活介護	8.0	9.7	7.4	6.0
自立生活援助	0.9	1.9	0.0	0.0
共同生活援助(グループホーム)	7.1	9.7	7.4	3.0
地域移行支援・地域定着支援	1.8	1.9	0.0	3.0
上記以外の障害福祉サービス	2.7	3.9	1.9	1.5
地域活動支援センター	5.4	8.7	0.0	4.5
上記以外の障害福祉関連の支援	7.6	9.7	9.3	3.0
精神科デイケア	7.1	7.8	3.7	9.0
精神科ショートケア	0.4	0.0	1.9	0.0
精神科ナイトケア	1.3	0.0	1.9	3.0
訪問介護	7.6	10.7	3.7	6.0
訪問看護(介護保険)	1.3	1.9	0.0	1.5
通所介護	2.2	2.9	3.7	0.0
その他の介護保険サービス	2.2	3.9	1.9	0.0
保健師による訪問・相談	10.7	9.7	7.4	14.9
福祉課での相談対応	20.5	23.3	20.4	16.4
上記以外のサービス	3.1	3.9	3.7	1.5

構成比

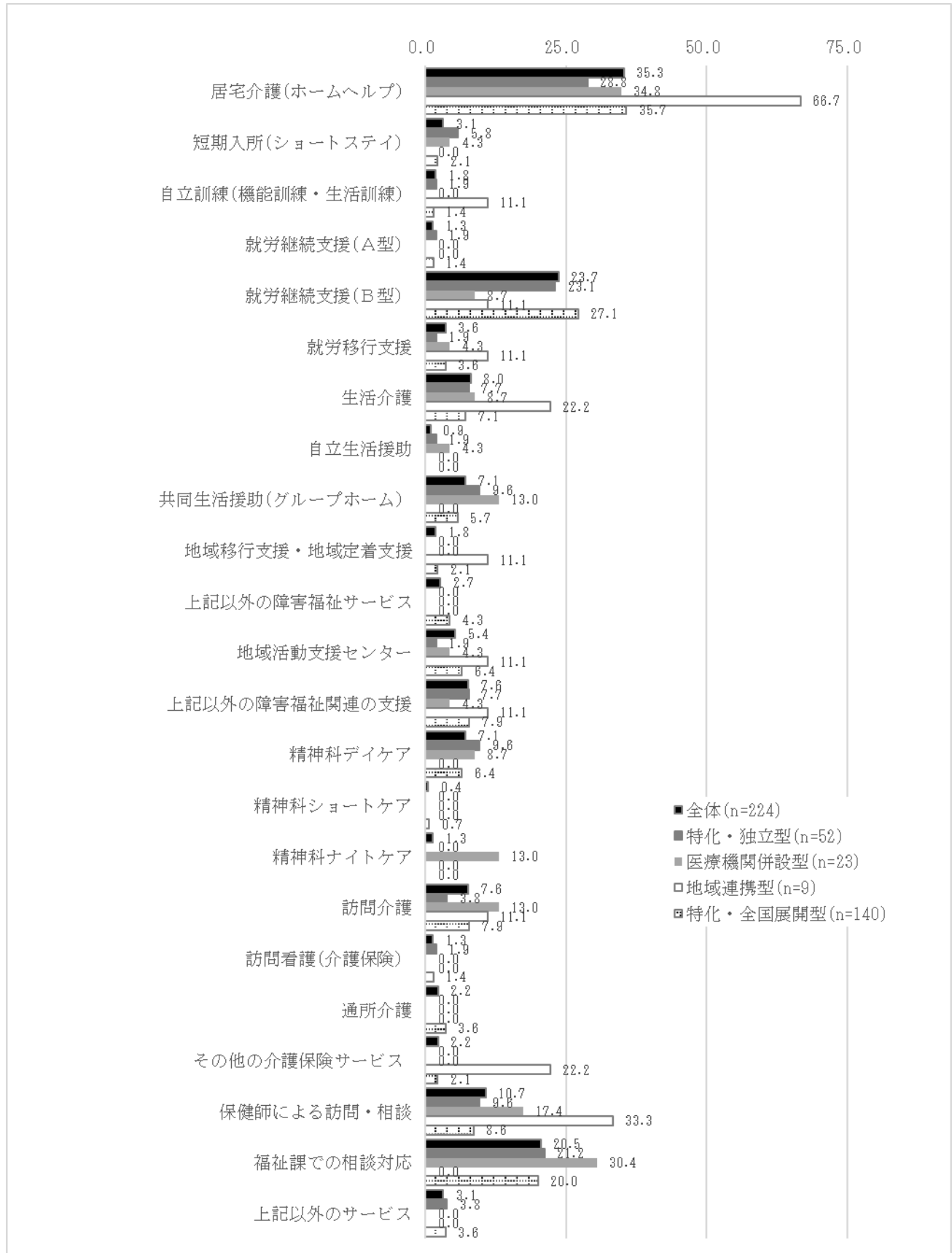


類型別にみると、居宅介護が最も大きいことと「保健師による訪問・相談」の回答割合が大きかった。での相談対応」が大きく、地域連携型では「保健師による訪問・相談」の回答割合が大きかった。

図表 52 現在利用しているサービス（類型別）

列% 複数回答	全体 n=224	特化・独立 型 n=52	医療機関併 設型 n=23	地域連携型 n=9	特化・全国 展開型 n=140
居宅介護(ホームヘルプ)	35.3	28.8	34.8	66.7	35.7
短期入所(ショートステイ)	3.1	5.8	4.3	0.0	2.1
自立訓練(機能訓練・生活訓練)	1.8	1.9	0.0	11.1	1.4
就労継続支援(A型)	1.3	1.9	0.0	0.0	1.4
就労継続支援(B型)	23.7	23.1	8.7	11.1	27.1
就労移行支援	3.6	1.9	4.3	11.1	3.6
生活介護	8.0	7.7	8.7	22.2	7.1
自立生活援助	0.9	1.9	4.3	0.0	0.0
共同生活援助(グループホーム)	7.1	9.6	13.0	0.0	5.7
地域移行支援・地域定着支援	1.8	0.0	0.0	11.1	2.1
上記以外の障害福祉サービス	2.7	0.0	0.0	0.0	4.3
地域活動支援センター	5.4	1.9	4.3	11.1	6.4
上記以外の障害福祉関連の支援	7.6	7.7	4.3	11.1	7.9
精神科デイケア	7.1	9.6	8.7	0.0	6.4
精神科ショートケア	0.4	0.0	0.0	0.0	0.7
精神科ナイトケア	1.3	0.0	13.0	0.0	0.0
訪問介護	7.6	3.8	13.0	11.1	7.9
訪問看護(介護保険)	1.3	1.9	0.0	0.0	1.4
通所介護	2.2	0.0	0.0	0.0	3.6
その他の介護保険サービス	2.2	0.0	0.0	22.2	2.1
保健師による訪問・相談	10.7	9.6	17.4	33.3	8.6
福祉課での相談対応	20.5	21.2	30.4	0.0	20.0
上記以外のサービス	3.1	3.8	0.0	0.0	3.6

構成比



⑩利用者の GAF 得点

利用者の GAF 得点のうち、調査期間中の最も低い GAF 得点は、平均 41.9 点であった。パターン別の得点について一元配置分散分析を行った結果、

5%の有意水準で有意であったが、多重比較 (Games-Howell 検定 グループ間の等分散性を仮定せず、正規性を前提に分析) を行った結果、いずれの組み合わせでも有意な差はみられなかった。

表 53 GAF (最小値) の一元配置分散分析結果

グループ	データの個数	合計	平均	分散
パターン 1	101	4116	40.752	116.808
パターン 2	47	2075	44.149	186.608
パターン 3	59	2257	38.254	105.641

変動要因	変動	自由度	分散	観測された分散比	P-値	F 境界値
グループ間	909.696	2	454.848	3.516	0.032	3.040
グループ内	26391.956	204	129.372			
合計	27301.652	206				

表 54 GAF のパターン間多重比較

	平均値の差	推定値	p 値	結果
パターン 1 - パターン 2	-3.396	-0.192	0.996	ns
パターン 1 - パターン 3	2.498	3.410	0.12	ns
パターン 2 - パターン 3	5.895	3.600	0.323	ns

※R version 4.4.2(2024-10-31 usrt)

Copyright © 2024 The R Foundation for Statistical Computing Platform x86_64-w64-minqw32/64

Kassampara A (2023). Rstatix: Pipe-Friendly Framework for Basic Statistical Tests. R package version 0.7.2,

2) カルテ記載内容に関する分析

支援調整に関するアセスメントとプランニングの内容について、カルテ記載の有無と内容を分析

した。その結果おおよそ 8 割近いケースについて、支援調整に関する記載があった。

表 55 カルテ記載に関する確認結果

	パターン 2 n=54	パターン 3 n=67	全体 n=121
支援調整に関するカルテ記載	40 (74.1)	56 (83.6)	96 (79.3)
関連する要因に関するカルテ記載	37 (68.5)	55 (82.1)	92 (76.0)
行った支援調整に関するカルテ記載	32 (59.3)	44 (65.7)	76 (62.8)

また、アセスメントとケアプランに関する記載を確認すると、77 ケース (63.6%) でアセスメントの記載があり、68 ケース (56.2%) でケアプランの記載があった。カルテ記載の内容や分量は利用者によって異なっており、利用者の状態・関連要因に関する情報とアセスメント、ケアプランが具体

的に記載されていたものから、情報量が少なく抽象的な記載もみられた。以下に、具体的に記載された記載例と、表現が曖昧であった記載例を示す。

(アセスメントに関する記載には下線、ケアプランに関する記載には波下線を付した)

表 56 適度な情報が掲載され、具体的なアセスメント・ケアプランが記載されていた例

ケース	記載例
1	X-1年Y月～X年Z月まで、非痙攣性てんかんによる意識消失による救急病院から回復期病院を経て地域の精神病院から退院した。また、1型糖尿病に対するインスリン管理が必要な状態のため、退院当日～身体対応の訪問診療開始し、生活支援のため介護ヘルパー、状態観察とインスリン管理が必要で訪問看護が連日介入する体制を整えた。
2	X-1年Y月（月次報告書より）先月下旬、訪問時にイライラを抑えられず、物を投げる、家具にあたる行動あり。調子の悪化、暴力リスクを踏まえて、今月より複数名訪問を実施。1日には、姉の付き添いでかかりつけクリニックを受診。服薬の遵守が困難な中、症状の悪化が認められるため入院予定が決まった。
3	訪問時、本人から母親の容体が急変し逝去したことを報告される。感情的になることなく会話されているが表情乏しい。今後喪失感から精神状態が変化する可能性があるため訪問回数を増やすことを提案すると承諾される。
4	X年Y/Z腎不全にて総合病院へ緊急入院となる。退院を機に娘宅近くのアパートへ転居。通所サービスの希望はなく、住環境の変化もあるため精神症状や認知機能低下を防ぐために訪問看護の頻度を週3回に変更した。薬剤師の訪問を提案した。
5	Y月Z日深夜、死ぬといい、橋から飛び降りようとする自殺企図あり。家族関係や経済的不安から自身や子供の将来に希望が持てず「消えて無くなりたい」「迷惑をかけられない」といい希死念慮が生じており、入院希望されていたが、現在、本人の望む入院環境や子供の世話などの面で、自宅の生活を希望された。ODやリストカットの恐れがあり、本人の思いを傾聴しながら、服薬管理や、本人の状態観察を訪問回数を増やし支援していく必要がある。

これらの記載では、身体症状・精神症状が具体的に記述され、本人・家族の発言や体験（S情報）と客観的な情報（O情報）が整理されており、それらを元に今後の状態変化やリスクを看護師がどのようにアセスメントしたか（Assessment）が記載

されていた。さらに、アセスメントを踏まえて、ケアの目的と具体的な支援内容・頻度の変更、誰とどのように連携調整するかといったケアプラン（Plan）が具体的かつ明確に記載されていた。

表 57 情報量が少なく、抽象的な記載内容であった例

ケース	記載例
1	抗精神薬の内服により、精神状態が安定したため、特別指示を終了し、週に1回の頻度に落とした。
2	外来に今の状態は不安定であり、特別指示書を依頼したい旨を伝える。特別指示書を記載してもらおうよう話してくれるとのこと。
3	飲酒は辞めたい気持ちもあるが、今は継続したい思いもあり。週5回の訪問で、飲酒以外の対処や状況の整理をすることを実施する。
4	訪問側から現在、精神状態が不安定であり訪問看護を週1回から週2回に一時的に増やす事も出来る事を説明し提案する。
5	話す事で気分が楽になる事を認識できており今週は本人の希望で2回の訪問。本人にしっかり寄り添いながら自分の気持ちを表出できるように支援を継続していきたい。

これらの記載では、現在の状態像が総括して記載されており、利用者からの主観的情報と客観的情報が混在していたり、誰が（主語）、何を、どのようにアセスメントしたかの根拠が整理されてい

なかった。また、具体的な調整先（誰と何を調整するか）や、支援の見通しが記載されておらず、ケアプランには明確な記載がなかった。

(3) 結果のとりまとめ

以上の分析結果から、事業所類型および利用者パターン別の利用者と支援の特徴について、以下

に整理した。利用者票 224 名の事業所類型およびパターンは以下のとおりである。

表 58 事業所類型別にみたパターン (n=224)

	パターン 1	パターン 2	パターン 3	計
特化・独立型	30 (57.7%)	14 (26.9%)	8 (15.4%)	52 (100.0%)
医療機関併設型	5 (21.7%)	10 (43.5%)	8 (34.8%)	23 (100.0%)
地域連携型	4 (44.4%)	3 (33.3%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)
特化・全国展開型	64 (45.7%)	27 (19.3%)	49 (35.0%)	140 (100.0%)
計	103 (46.0%)	54 (24.1%)	67 (29.9%)	224 (100.0%)

1) 類型別集計結果のまとめ

事業所の類型別にその特徴を次のように整理した。

特化・独立型の訪問看護事業所では、訪問頻度が週 1 回の利用者が半数おり、利用年数は 1～3 年の利用者が最も多かった。また、GAF 得点は 31-40 点がもっとも多く、10 歳代、20 歳代と比較的若い利用者が多く、発達障害の割合が大きく、就労支援 B 型の利用者が多い特徴がみられた。

医療機関併設型の訪問看護事業所では、利用頻度が月 1 回以下の人割合が他の類型と比べて多く、利用年数は他の類型と比べ長い人が多かった。GAF 得点は分散が大きく、50 歳代以上が多く、統合失調症の割合、合併症がある患者の割合が大きかった。地域との連携会議への参加は少ない傾向がみられた。

地域連携型の訪問看護事業所では、訪問頻度が週 1 回の利用者が半数おり、利用年数は 1 年未満の利用者が最も多かった。また、GAF 得点は 51-60 点がもっとも多く、50 歳以上が多く、気分障害の割合が高めで、合併症をもつ方の割合も多かった。訪問診療や居宅介護の利用も多く、地域連携会議、地域活動への参加割合が高い特徴がみられた。事業所あたりの職員が多く、介護保険の利用者も多かった。

特化・全国展開型では、訪問頻度が週 1 回の利用者が多く、週 2 回・週 3 回で分散していた。また利用期間は 5 年未満で分散しており、GAF は 41～50 点が最も多く、就労継続支援 B 型の利用者が多い特徴がみられた。地域連携会議への参加は少なかった。

表 58 類型別集計結果のまとめ

特化・独立型	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問頻度は週 1 回が半数 ・ 利用年数は 1～3 年が多い(42%) ・ GAF30～40 が多い(35%) ・ 10 歳代・20 歳代が多い(15%) ・ 発達障害の割合が高い(16%) ・ 就労 B 型の利用が多い
医療機関併設型	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問頻度は低い(月 1 回以下が 40%) ・ 利用年数が長い(5 年以上が 60%) ・ GAF の分散が大きい ・ 50 歳代以上が多い(71%) 統合失調症の割合が高い(64%) ・ 合併症が多い(65%) ・ 地域連携(障害福祉、にも包括) 会議への参加は少ない
地域連携型	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問頻度は週 1 回が半数 ・ 利用期間は 1 年未満が多い(44%) ・ 50 歳代以上が多い(72%) ・ 気分障害の割合が高め(30%) ・ 合併症が多い(67%) ・ 訪問診療(44%)・居宅介護(67%)の利用が多い ・ 地域連携(障害福祉、にも包括) 会議、地域活動への参加が多い ・ 職員数が多く、介護保険の利用者が多い
特化・全国展開型	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問頻度は週 1 回が多い(41%) ・ 週 2 回・3 回で分散している ・ 利用期間は 5 年未満で分散している ・ GAF は 40～60 が多い(59%) ・ 就労 B 型の利用が多い(27.1%) ・ 地域連携(障害福祉、にも包括) 会議への参加は少ない

2) パターン別集計結果のまとめ

次に利用者のパターン別にその特徴を次のように整理した。

パターン 1 (週 3 回以上継続利用ケース)では、身体ケアや家族支援が必要な人が多く、利用年数 5 年以上の利用者が多い。自殺企図、他害行為、暴言、不安などの症状を持つものも多く、指示書のすべての項目において、記載があると回答した割合が 3 群でもっとも高く、生活リズムの確立、薬物療法継続の支援、対人関係の改善が多い。また、提供されているケアの実施割合が最も多く、連携先はケアマネ、精神保健福祉士、ヘルパーグループホームの利用が多い。

自傷他害のリスク等を含む精神症状が長期に持続し、身体ケアや家族支援が必要な場合も多く、頻回な訪問によって症状と生活の幅広い支援を提供している特徴がうかがえた。

パターン 2 (支援調整があり、週 3 回以上継続利用していないケース)では、統合失調症の割合が低く、気分障害・発達障害の割合が多く、10～30 代が多い。また、利用年数は 3 年未満が多く、支援調整の理由は「支援体制の変化、サービスの変化」が多く、支援終了にむけた調整もあるといったものであった。また、ケア会議の参加者は、精神保健福祉士、デイケア、就労支援スタッフとする割合が大きい

気分障害や発達障害をもつ利用者も多く、身体状態や生活の変化を機に、支援の変更や終了も含めた支援調整がされている特徴がみられた。

パターン 3 (支援調整があり、週 3 回以上継続利用しているケース)では、GAF は低めで、50 歳代が多い。幻覚妄想、衝動性、拒否の症状を持つものが多い。包括支援マネジメント基準に該当するとする割合が大きく、複数名訪問が多い。また、支

援調整の理由は「服薬支援、セルフケアの変化」が多く、行政、保健師との連携の割合が高い。ケア会議の参加者は相談支援専門員、保健師、ヘルパーが多い。

精神症状やセルフケアの変動があり、症状悪化

時には頻回訪問や行政・保健師、相談支援専門員など幅広い支援者と連携し、支援内容を調整することで地域生活の継続を支えている特徴がうかがえた。

表 59 パターン別集計結果のまとめ

<p>パターン1 何らかの支援調整の結果、(過去1年の支援調整はなく)週3回訪問を継続している利用者(103ケース)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体ケアや家族支援が必要な人が多い ・ 利用年数5年以上が多い ・ 自殺企図、他害行為、暴言、不安などの症状を持つ人が多い ・ 指示書のすべての項目において、記載があると回答した割合が3群でもっとも高く、生活リズムの確立、薬物療法継続の支援、対人関係の改善が多い ・ 提供されているケアの実施割合が、もっとも多い(社会生活の支援をのぞく) ・ 連携先は、ケアマネ、PSW、ヘルパー、グループホームが多い
<p>パターン2 週3回訪問はなく、支援の調整があった利用者(54ケース)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 統合失調症の割合が低く、気分障害・発達障害が多い ・ 10～30代が多い ・ 利用年数は3年未満が多い ・ 支援調整の理由は、「支援体制の変化、サービスの変化」が多く、支援終了にむけた調整もある ・ ケア会議の参加者は、PSW、デイケア、就労支援スタッフが多い
<p>パターン3 週3回訪問を含む、支援の調整があった利用者(67ケース)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ GAFが低め(38.3) 単身、50歳代が多い ・ 幻覚妄想、衝動性、拒否の症状をもつ人が多い ・ 包括支援マネジメント基準に該当する割合が高く、複数名訪問が多い ・ 支援調整の理由は「服薬支援、セルフケアの変化」が多い ・ 行政、保健師との連携の割合が高い ・ ケア会議の参加者は、相談支援専門員、保健師、ヘルパーが多い

2. ヒアリング調査

調査1の対象利用者のうち25名について、担当スタッフおよび事業所管理者にヒアリング調査を行い、支援調整と連携の実際を尋ねた。ヒアリング内容は事例ごとにまとめ、支援調整・連携の特徴を抽出し、1)各事例における支援調整・連携の実際、2)支援調整に関する事業所の取り組み、3)地域連携のための工夫・連携上の困難、に整理

した。

1) 各事例における支援調整・連携の実際

各事例の支援プロセスについて、利用者の状態、支援調整・連携の目的、連携先と調整内容の観点から特徴を整理し、前述の3つのパターン別に整理した。支援の特徴は10のカテゴリに分類された。

パターン1：頻回な訪問を継続した事例	事例
1) 服薬・セルフケアの全般的・継続的な支援が必要な利用者に、医療・介護・保健の様々な支援者が役割分担をして、生活全般を見守り支える	A、B、C
2) 家族間の調整が必要な利用者に、頻回な訪問を行い、主治医・事業所スタッフと共有・検討しながら、本人の自立を支援する	D、E
3) 自殺リスクの続く利用者に、頻回な訪問と事業所内スタッフの情報共有を密に行い、統一した支援で本人の症状コントロールを支える	F
パターン2：頻回な訪問なく支援の調整を行った事例	
4) 身体状態の変化を機に、ケアマネジャー・相談支援専門員等との積極的な連絡を図り、連携を拡大する	G、H、I
5) 支援に対する負担感や拒否感をもつ利用者と、訪問頻度を調整しながら少しずつ関係を築き、支援者との繋がりを作りながら、生活を支える	J、K
6) 利用者と目標を共有し、状態に応じた今後のケアプランを丁寧に検討して、訪問頻度を減らす	L、M
パターン3：症状の変動があり、頻回訪問を含む支援調整を行った事例	
7) 症状の変動に対して、主治医とタイムリーに情報共有を行い、特別指示による訪問看護や相談支援専門員・保健師等と共に支援体制を調整して、危機を乗り越える	N、O、P、 Q、R
8) 症状の変動に応じて、複数名訪問や家族支援など訪問看護の支援内容とケアプランを調整し、危機を乗り越える	S、T、U、V
9) 訪問看護との関係性を基盤に、相談支援専門員等と支援内容を検討し、担当者や支援内容の拡大・移行をすすめる	W、X
10) 主治医、保健師、行政、家族等と密に相談しながら、支援が途切れないよう継続する	Y、Z

パターン1（頻回な訪問を継続した事例）では、希死念慮等の症状の持続やセルフケアの低下がみられ、生活全般の支援に加え、家族調整や本人の症状コントロールを支援するために、頻回な訪問を行っていた。

単身生活で服薬の継続が難しく、生活全般の支援が必要な利用者（1：事例ABC）では、主治医、ケアマネジャー、ホームヘルパー、保健師など医療・介護・保健・福祉の様々な支援者が関わり、役割分担をして生活全般を支える体制を作っていた。訪問看護師はケアマネジャーや保健師と協働し、時に支援マネジメントを中心的に担う場合もあった。セルフケアの支援と家族間の調整が必要な利用者（2：事例DE）では、頻回に訪問することで、本人の単身生活を支えたり（事例D）、家族との距離を保つ役割を担っていた（事例E）。いずれも、主治医や利用中のサービスとの情報共有を積極的に行っており、訪問頻度の調整に関しては、本人の意向を聞き、事業所内で検討の機会を設けて判断していた。

希死念慮とうつ症状が持続していた利用者（3：事例F）では、頻回な訪問で安全を保つとともに、事業所内スタッフで情報共有と支援の検討を行い、統一した支援を行うことで、利用者が症状と向き合い、コントロールを得られるよう支援していた。

パターン2（頻回な訪問なく支援の調整を行った事例）では、心身の状態と本人のニーズの変化に応じて、支援の拡大や変更、訪問の減少を調整していた。

熱中症、骨折、転倒など身体状態の変化が見られた利用者（4：事例GHI）では、訪問看護師がケアマネジャーや相談支援専門員に積極的に連絡をとり、支援の調整や連携拡大を行っていた。

単身で生活支援が必要だが、支援への負担感や

拒否感をもつ利用者（5：事例JK）に対しては、訪問看護師が本人の気持ちに寄り添い、少しずつ関係を築き、支援が途切れないよう関わりを保ちながら、主治医と情報共有し、ケアマネジャーに繋げたり、訪問頻度を調整していた。

状態が安定した利用者（6：事例LM）では、利用者と目標を話し合い、事業所内の情報共有と検討を重ねた上で、症状の変動に応じたケアプランを立てて段階的に訪問頻度を減らしていた。

パターン3（頻回な訪問を含む、支援調整を行った事例）は、利用者の症状の変動が大きく、特別指示による訪問看護や支援体制を調整することで危機を乗り越える場合（7：事例NOPQR）と、主に訪問看護の支援内容や頻度を調整することで危機を乗り越える場合（8：事例STUV）があった。前者（事例NOPQR）では利用しているサービスへの拒否が見られることもあり、相談支援専門員等を交えた支援の調整や、保健師を含めた地域での見守り・支援体制を調整していた。後者（事例STUV）では、関係者と情報共有をしながら、複数名訪問や家族支援、病状の可視化など、訪問看護の頻度やケアプランを丁寧に調整していた。

無為自閉等により支援者が限られている場合には、訪問看護との関係性を基盤に、相談支援専門員や包括ケアマネジメントを担う看護師等と支援内容を検討し、就労移行支援や作業療法士による訪問など、状態に応じた支援の移行をすすめる場合（9：事例WX）や、主治医、保健師、行政機関、家族などで情報共有と相談を重ねながら、支援が途切れないよう関わっていた（10：事例YZ）。

各事例における支援調整および連携の特徴は、事例内に下線で示す。

パターン1

事例 A：被害関係念慮のある単身者へ、多機関・大家と連携して週3回の訪問を継続する事例

【利用者の概要】

70歳代 女性 統合失調症（被害関係念慮）、膝負傷、乳がん術後。マンション単身生活

【週3日以上支援／支援の調整が必要であった状況】

3人の看護師が交代で週3回訪問している。服薬をやめてしまうこともあるため、服薬と生活面での声掛けを行っている。またデイサービスも週3回利用。特定の看護師に妄想があり、訪問メンバーを交代しながら行っている。

週に一度薬のセット、週に一度安否確認（入居したマンションが警備会社と契約しており、週に一度安否確認の電話がかかってくるがそれを本人が電話を取るの怖いということで看護師が本人と一緒に電話に対応する）、週に一度は内服状況の確認と清潔対応など、すべて必要最低限の短時間での訪問支援を行っている。見守りを週3回行っていくのが妥当な回数と思われる。

【支援と連携の状況】

・週3回の訪問看護（3人の訪問看護師が担当）。ステーションの中での連携と、ステーション外の支援者との連携をしている。

・訪問看護師同士は、グループ（事業所 SNS）があり、所長と担当看護師3名で共有している。状態の変化があれば、朝のミーティングで事業所内でも共有している。（本人は24時間対応の電話も利用しており、事業所に電話連絡がある可能性があるため）

ホームヘルパーとは連絡ノートで情報交換をしている。受診同行の支援者とはメールで連絡（同行支援者が受診同行時に薬の残数の確認などもしてくれている）。ケアマネジャーとは電話で連絡。家電修理などは、ケアマネジャーに伝えると大家に連絡を取ってくれる。地域活動支援センターもつながっている。

・連携先：主治医（精神科および身体科それぞれ）、地域活動支援センター（受診同行）、大家、ケアマネジャー、ホームヘルパー。さまざまな立場の支援者が何人も関わり、手厚くカバーできている。

【支援による変化】

・以前は近隣のコンビニ内の飲食スペースに長時間いたりして苦情があったりしたが、今ではなくなった。膝を負傷し、行きつけの銭湯での入浴が難しくなったこともあり、デイサービスの使用をすすめた。男性送迎者への拒否もみられたが、デイサービスを見学したり、主治医も本人を応援してくれたりしてデイサービスに通うようになった。

事例 B：家族の死去後に単身生活となり、服薬・金銭管理含め、多職種と連携して生活全般を支えながら訪問を続けている事例

【利用者の概要】

60 歳代 男性 統合失調症（妄想） 自宅で単身生活

【週 3 日以上支援／支援の調整が必要であった状況】

母親と暮らし、生活上の世話は母親がしていた。しかし就寝時間の違い等から母との関係が悪化し、医師より入院するか訪問看護を導入し散歩をするかを選ぶように言われ本人が訪問看護を選んだ経緯あり。訪問看護の都度散歩をし、昼食購入など外出支援をしていた。その後、母が死去、その後本人が 2 年ほど入院しており、半年前に退院してきたところ。病状の変動があり、セルフケア支援などのために退院後、訪問を週 3 回続けている。本人の薬を訪問看護師が取りに行き、整理して都度持参する（家に置いておくと飲んでしまうため）

【支援と連携の状況】

・退院後、週 3 回の訪問を継続している（1 人の訪問看護師がメインで担当）。

・連携先：主治医、相談支援専門員（計画相談）、保健師、ホームヘルパー、司法書士、補佐人、通院同行支援（地域生活支援拠点）

資産管理に司法書士に入ってもらい、日々の金銭管理に補佐人が入っている。ケア会議は本人宅で行っている。

・ホームヘルパーは同じ法人内でもあるため、ケア会議の他にも密に連絡を取りに行っている。
この患者のことに限らず、保健師との連絡をできるだけ取って情報共有をするようにしている

【支援による変化】

・時間をかけて訪問看護師と本人の関係を築いてきている。司法書士を受け入れるようになるなど、本人の今後も見据えた関わりが本人にも伝わっている模様。

【課題と今後への要望】

・多職種連携は重要である

・この患者に限らず電話対応などで支えたりしている。保健所や地域の機関は夜間や休日に電話対応をしていないことも多いため、訪問看護ステーションに電話がかかってくる。精神疾患に特化したステーションではないので精神疾患を持っている患者からの「死にたい」などの電話対応の勉強会を行ったりしている

事例 C：うつによる精神科措置入院後、訪問頻度を段階的に減らし、主治医、家族、保健師、ケアマネジャー、ホームヘルパーと連携して支えていた事例

【利用者の概要】

60 歳代 女性 気分障害（家族への攻撃、抑うつ、不安） 自宅で夫と同居

【週 3 日以上支援／支援の調整が必要であった状況】

精神症状（抑うつ、夫へ包丁を向けるなど）により精神科に措置入院中の退院時カンファレンスからの関わり。夫は認知症を有しており、遠くに住む娘からも、退院時、心配なのでできるだけ多く訪問して欲しいとの要望あり。本人と、落ち着いてきたら訪問回数を減らそうと話していた。

【支援と連携の状況】

・退院時は週 5 回の訪問から開始した（3 人の訪問看護師が担当）。1-2 ヶ月たち、落ち着いてきたため 4 回に減らし、本人が掃除等を十分にできない状況が「情けない」などの発言見られ、ホームヘルパー導入。その 1 ヶ月後に訪問回数を 3 回に減らした。首肩の痛みで上肢をあげられず、整形外科受診などもしたが通うことも大変ということで、訪問看護週 3 回のうちの 1 回は作業療法士の訪問とし、看護師の訪問は週 2 回となった（訪問看護としては週 3 回）

・連携先：主治医、家族、保健師、ケアマネジャー、ホームヘルパー

・退院時に予防対策課がすでに入っており、保健師によるネットワークができていた

・ケアマネジャー、ホームヘルパーは同じ法人内でもあるため、ケア会議の他にも密に連絡を取りに行っている。（ケアマネジャーのところへ家族がメールをしたりしている）

この患者のことに限らず、保健師との連絡をできるだけ取って情報共有をしようとしている訪問看護師間でも、よく話し合っており、また、毎朝の事業所内ミーティングで職員とも情報共有をしており、利用者からの電話がかかってくることなど伝えている。

【支援による変化】

本人の状態が落ち着いてきている。

【課題と今後への要望】

・地域とつながることが重要だが、地域とつながることに困難があるとしたら、ご本人の受け入れ。「保健師さんと話してみませんか？」と利用者に勧めてみても本人が嫌がることもある。自宅にいろんな人が来ることを嫌だと思ふ人々もいる。そういう人たちを保健師につないでいくのは自分たち（訪問看護師）の役割だとも思っている。

・連携する際には、顔を見て繋がっているということは重要。保健師には、機会があれば電話をしたり、保健師から電話や会いに来てくれたりする。

事例D： 思春期のライフサイクルの節目を丁寧な訪問看護と短期間の入院で乗り越えた事例

【利用者の概要】

20歳代、女性、双極性障害、知的能力障害、解離性障害

ひきこもり状態にあり、母・きょうだいも精神疾患があり養育環境の課題があることから、6年前から1回/週の訪問で様子観察を行っていた。

X-3月、専門学校卒業後、利用を開始した就労継続支援A型事業所への通所サポートのために2回/週の訪問に変更した。この頃、本人と家族の思いがぶつかり合い、家族関係が非常に困難な状態にあった。家族が密着しすぎており、本人の自立を妨げている様子であった。

【週3日の支援/支援の調整が必要な状況】

・X-2月頃より一人暮らしを始めたところ、生活の乱れが顕著になった。ずっと貯めていた年金を一気に使ってしまう、年金を管理していた母にお金を要求し、母子関係が悪化した。これまで「大好き」と密着関係だった母に対して絶縁すると言い、ネットで知り合った人に会いに遠方へ行ったり、お金を稼ぐために風俗店の面接を受けたりするようになった。看護師は、生活の立て直しには、入院加療による精神状態の安定が必要であり、訪問だけでは難しいと考えていたが、本人が入院は拒否していたため、訪問日を増やすことで生活を立て直すきっかけにしたいと考え3回/週に増やした。

・X+1月：主治医と協力して説得し、本人が入院を承諾したため、医療保護入院となった。

・X+3月：気分は落ち着き退院となったが、退院直後に生活の変化によって調子を崩していたため、退院後の生活の自立を見定めるために3回/週の訪問を実施した。

・X+4月：一人暮らしがしんどくなって、自宅にもどることとなった。実家に戻り、生活が乱れるリスクが減ったために2回/週の訪問にした。

【支援と連携の状況】

・入院の必要性について主治医と協力して説明した。入院の手配、付き添う家族の調整等かなりのサポートを行った。「一人では病院に行けない」「母には会いたくない」との訴えあり、祖父に協力を求めるもうまくいかず、訪問看護師が同行しようとしても約束の時間に本人がいない等あった。最終的に、タクシーに乗るまで電話でサポートした。

・訪問回数の変更時には主治医に報告をしている。訪問回数を変更する際は、まず本人と一緒に考えてから、所内カンファレンスでのアセスメントにて決定し、本人に正式に伝えた。

・就労継続支援A型事業所とは、通所できていない時は連絡があり、状態のアセスメントを伝えていた。通所しない期間が長く続いたため、入院前に通所終了となったが、その時も相談を受けた。入院したことも伝えた。

【支援による変化】

・危機的な状況を脱し、実家に戻り安定した生活が送れるようになった。

事例 E：週 3 回の訪問で COVID-19 感染の危機と親からの自立に向けた支援を行った事例

【利用者の概要】

- ・ 40 歳代、女性、統合失調症
- ・ キーパーソンである父の意向で 1 回／週の訪問看護が開始された。疾患の管理や生活に対して母の意向が強く、本人は母に不満を言えないことから、精神症状に置き換わっている状況であったため、訪問看護の頻度を上げることで母の影響を下げて本人の自立につなげたいと考えていた。

【週 3 日の支援／支援の調整が必要な状況】

- ・ X 月：家族全員で COVID-19 に感染した。本人は、COVID-19 感染によって精神症状が悪化し、自ら精神科病院に入院を希望したが感染者の受け入れは拒否された。COVID-19 感染を機に、父母がいないと何もできない自分に悩み、「いずれ自立したい」と訴えるようになった。母も、COVID-19 感染を経験したことにより、自分だけでは手に負えないことがあると感じるようになった。

COVID-19 感染後の精神症状悪化への対応と本人の自立に向けた支援のために、3 回／週の訪問に変更した。訪問の緊急電話サービスの追加、生活支援センターへの登録、母に対して家族会の紹介を行った。

- ・ X+3 月：一連の自立に向けた調整が終了し、本人からも 3 回／週は多いと意見があったために、2 回／週にした。色々なスタッフとの交流を持ってもらうことを目的に 1 回ではなく 2 回／週とした。

【支援と連携の状況】

- ・ 生活支援センターへの登録は、情報提供を行い本人に実施してもらった。
- ・ 主治医とは報告書でやり取りをしていた。

【支援による変化】

- ・ COVID-19 感染による危機を乗り越え、自立に向けて必要な支援の調整ができた。

事例 F：うつ症状・睡眠障害・希死念慮が持続しており、看護師間の密な情報共有と頻回な訪問看護で不安・不調を表出することにより安心感を得る事例

【利用者の概要】

30 歳代 女性 解離性健忘(自傷、自殺企図、抑うつ状態、不安、せん妄・意識障害)

慢性的な希死念慮：行動化リスク、自殺企図あり/睡眠リズム不安定、室内の清潔を保つことが困難

【週 3 回の支援/支援の調整が必要な状況】

週 3 回の訪問を継続している事例。 X-6 年訪問開始時は週 1 回の訪問だったが、X-5 年頃、ご本人が訪問にメリットを感じ始めたこともあり、訪問回数を増やした。本人の感じるメリットは「話すとお楽になる」ということがあり、不安・不調を第三者に伝えて「見える化」することが、本人の安心につながっている。希死念慮・解離症状があるため、危機介入が必要になる時期もあり、**24 時間の緊急電話も利用**している。

【支援と連携の状況】

介入当初は、解離性健忘の症状・解離していたときのことに触れないという主治医からの指示があった。それに基づき、訪問看護師も触れないようにしていたが、徐々に訪問を重ねる中で、解離症状が出現することもあり、また本人が解離症状を振り返り話すようになった。

<主治医との連携>原則として病院の精神保健福祉士 (PSW) を通じて連携をとっている。入退院が決まった場合は入院中の経過を PSW から聞く。入退院調整は本人と主治医の間で行われ訪問看護は本人から報告を受ける。

<所内での連携>訪問時に調子の見える化、前回訪問時からの調子の振り返りを必ず行い、その結果を訪問看護計画に反映させ、計画に沿って訪問支援をしている。そのため複数のスタッフが訪問や緊急電話対応で関わるが、計画に沿って統一した対応をしている。別人格が出現したときには、本当の人格について話さず、別人格に対して受容的な態度で接することとしている。

毎月、所内の指標に照らして、ケース検討の頻度が増える仕組みがある。本事例は要検討事例となることが多く、所内全体で本人の状態を共有し、慢性期の維持・予防的な関わりから急性期の危機介入の関わりへケア度を高める・ケアを切り替えることや、特別指示の必要性を所内全体で検討している。

<相談支援員との連携>就労支援 B 型の調整を依頼したが、現在は登録のみで利用はしていない。3 か月に 1 回の定期モニタリングで関わっており、本人の状況について適宜情報提供を行っている。

【支援による変化】

訪問看護師との対話を通して解離症状の振り返りをするようになり自分自身を知ることに関しては進んでいる印象がある。一方、抑うつ症状、睡眠障害、慢性的な希死念慮は持続しており、「全然変わらないですね」と本人も話している。定期的訪問や緊急電話を活用するなど危機介入はできている。希死念慮が強まるきっかけは明確になっていないが、自殺企図のため常備していた紐が現在はなくなっている。

【課題と今後への要望】

本人は現在のアパートを「気に入っている」というが、築古のアパートであり清潔が保ちにくく、衛生環境の面からも、訪問看護師は転居の必要性を感じている。しかし、生活保護受給中であり、積極的に進められずにいる。福祉事務所が自治体内に 1 か所しかなく、アクセスが良くないため、ケースワーカーとは月 1 回の面談時のみの関わりである。

パターン2

事例 G: 本人の転倒を契機に、訪問看護師が相談支援専門員に働きかけ、医療福祉関係機関との連携を促進した事例

【利用者の概要】

40歳代 男性 統合失調症（幻聴、希死念慮） 知的発達障害 外傷後後遺症（半側麻痺）
独居 生活保護

【訪問開始時の状況】

幼少期に被虐待経験があり、1人で暮らしていた。飛び降りによる外傷で半側麻痺があり、X-6年から訪問看護を開始。週2日の訪問（看護師・作業療法士各1回：服薬・状態確認、リハビリ）、週3日ホームヘルパー（食事準備・清掃）、月2回通院時にデイケア参加をしている。

【支援の調整が必要な状況】

幻聴は持続しているが、ご自身で対処方法を考え、睡眠・食事も摂れている。知的障害の特性もあり、麻痺に配慮した行動が難しく、転倒リスクが高く、誰かが毎日様子を見に行けるように支援が調整された。

X年夏頃に転倒が繰り返し発生したため、訪問看護師が相談支援専門員（地域活動支援センター）に何度も連絡をとり、秋に担当者会議（相談支援専門員、ホームヘルパー、作業療法士、訪問看護師、行政生活支援課・障害支援課）を開催した。会議では、病状や生活状況を共有し、今後の支援の方向性について検討した。また、医療機関のソーシャルワーカーを通じて主治医に連絡し、情報共有と相談を行う機会を調整した。主治医より、支援の方向性や知的障害を踏まえた声かけの工夫等の助言を受け、関係機関の支援者と共有した。事業所内の事例検討会に相談支援専門員が参加するなど、連携が促進された。

【連携先と内容】

- ・ホームヘルパー
- ・相談支援専門員（地域活動支援センター）
- ・行政担当者（役所の生活支援課、障害支援課）
- ・主治医（医療機関のソーシャルワーカーを通じて連絡）：病状や生活状況の共有、支援の方向性について相談

【連携における課題と今後への要望】

- ・支援のマネジメントが必要であるが、関係者が集まる機会が持ちにくく、訪問看護師から積極的に声をかける必要があった。対面で集まったことを機に、情報共有や連携が促進された。
- ・主治医との連絡は頻回には難しいが、ソーシャルワーカーを通じて病状共有ができるようになり、関係者との共有も促進された。
- ・自宅外で、本人の好きな活動（買い物・趣味活動）を支援できる制度があると良い。

事例 H：夏季に訪問頻度を上げることで独居高齢者の熱中症による健康被害を回避できた事例

【利用者の概要】

80 歳代 男性 うつ病、 糖尿病

生活は自立しているが、独居であること、糖尿病の罹患があることから 1 回／週の訪問を実施していた。血糖値がうつ症状と連動し、食事制限が功を奏さない特徴があり、うつ症状が強まった際の血糖値の維持が非常に困難であるため、訪問看護では精神症状、血糖値のモニタリング、生活状況の観察をしていた。

【週 3 日の支援／支援の調整が必要な状況】

・夏季、訪問時にふらつきあり、脱水症状が認められた。もともとエアコンを使わない傾向があり、うつ症状により声掛け指導のみでは熱中症対策の実施が困難であり、熱中症のリスクが切迫していると考えられたため、2 回／週に訪問回数を増やした。

・ステーションの方針として、独居で精神症状がある高齢者（特に 70 歳以上）に対しては、熱中症は生命に関わるものとして、厳しくアセスメントしている。2 か月後、気温が低下し、熱中症リスクが軽減されたと判断して、1 回／週の訪問に戻した。

【支援と連携の状況】

- ・所内でミーティングを実施して、回数を増やすことを決定した。
- ・訪問回数を増やす際に、1 回／週のデイサービスと日程が重ならないように調整した。
- ・主治医には、回数を増やしたことを報告した。

【支援による変化】

- ・熱中症による健康障害を回避できた

事例Ⅰ：対人緊張が強く支援が限定的だった利用者に対し、骨折を契機にケアマネジャーと連携し、ホームヘルパーを導入した事例

【利用者の概要】

80代女性統合失調症 同居する息子は就労しており日中一人になる状況があった。集合住宅で妄想に基づく行動で近隣に警察を呼ばれる等があり、訪問看護利用開始した。対人緊張や拒否があり、長男主導で医療とつながっていた。妄想による行動化が悪化した時期に長男の希望もあり日中の見守り目的で週1→2回に増やして訪問を行っていた。

【支援の調整が必要な状況】

圧迫骨折による疼痛のため身動きが取れなくなり、全面的な生活援助を要したが、同居の息子は日中不在のため、早急な環境調整が必要になった。対人緊張のため導入されている訪問支援は固定メンバーでの訪問看護のみであった。高齢であり今後のことを考えると支援を増やす必要性を感じていた。

【支援と連携の状況】

疼痛で動けなくなったとのことで、その日は午前午後と2回訪問した。当初、入院の可能性を視野に入れて、病床を持つ関連病院の整形外科受診のため外来看護師と連携を取った。入院の適応にはならず在宅の継続が決まった。看護を増やすより介護支援を導入する必要性が高いと判断し、また支援を増やすきっかけになると考え、長男の了承を得てケアマネジャーに相談した。5日後にホームヘルパー導入となり、ホームヘルパー開始までは看護でフォローした。

ケアマネジャーは顔なじみで必要時やり取りをしている（電話やFAX）。現在往診の理学療法士を週1回、訪問看護を週2回、ホームヘルパーが週4回（複数訪問あり）と、平日は1日に2回誰かが訪問できるよう支援を組んでいる。対人面での緊張が緩和されてきたため、事業所内でも訪問するメンバーを増やすなどして対応できている。

精神科の主治医とは、一連の内容については報告書で報告+受診同行する長男を通してのやり取りにとどまっている。

【支援による変化】

対人緊張が強く支援に困難があったが、支援を受けざるを得ない状況が生じたことで、支援者が増えたことに対処できるようになった。

【課題と今後への要望】

・課題は、精神科の医師との連携がとりにくいこと。地域連携において自治体主導でICTを活用しタイムリーな情報提供が進んでいるが、精神科の医師はほとんど入っておらず、直接のやり取りができない。精神科や、他自治体の病院との連携のしにくさを感じるため、仕組みが必要だと思う。自治体のICTは連携のしやすさを感じるが、認知症のケースでは消防や警察に連絡がいくことも多いため、そことも速やかに連携が取れるようになると良いと思う。

・地域連携会議への参加は業務の調整など大変だが、互いに顔が見えている人とは連携がしやすく感じる。

事例 J：飲酒に伴う精神・身体状態の変動があり週 3 回の訪問を行っていたが、本人の負担感が増大し、主治医と調整して訪問頻度を調整しながら支援を継続している事例

【利用者の概要】

70 歳代 男性 アルコール依存症 自宅独居

近隣とのトラブルや警察による介入があった。身体状態が悪化し、ショートステイ利用時に訪問看護が紹介され利用開始となった。不眠、幻聴、幻覚などの症状があり、被害的な捉え方から他者とトラブルになるリスクも高かった。自宅に戻り飲酒量の増加が予測され、週 3 回の頻回な訪問で観察し、トラブルや精神・身体状態を確認する必要があるがあった。金銭管理が難しく食材が買えなくなったり、身体疾患が悪化しやすいが、サービス利用には抵抗があり、利用できているのは訪問看護のみである。

【支援の調整が必要な状況】

週 2-3 回の訪問で本人の気持ちを傾聴し、関係性の構築につとめていたが、病院に対する否定的な印象や服薬に対する不安もあり、次第に精神科受診や内科受診が滞り、訪問看護に対しても応答がないなど急に抵抗がみられるようになった。

主治医、ケアマネジャーと相談し、今まで築いた関係性を保つことを優先し、週 2 回に頻度を減らしたところ、抵抗感が減った様子であった。精神科医療や薬に対する否定的な感情があり、訪問看護スタッフが受診を促すことも負担になっていたようであった。受診・服薬は途絶えがちであるが、訪問看護以外の支援は利用されておらず、主治医と相談して週 1-2 回の訪問で繋がりを保っている。

身体疾患による入院後、精神症状（幻聴）の悪化がみられており、現在は訪問頻度の増加を検討中である。

【支援と連携の状況】

主治医：病院や服薬に対する本人の否定的な感情を共有し、訪問看護が負担なく継続できるよう、頻度や関わりを相談・調整した。

ケアマネジャー、ショートステイ

【支援による変化】

介護サービスの利用に対する抵抗感が強い中、訪問看護が継続して関わりを続けることができた

【課題と今後への展望】

・支援の幅が広がり、訪問看護でなくとも支援のサイクルができはじめると頻度も調整ができそうである。そのためには本人やご家族との関係性の構築が重要である。

事例K：ひきこもりがちで生活全般の支援が必要だが、支援に拒否的であり、介護保険を機にケアマネジャーと連携して通院・介護サービスの調整を行った事例

【利用者の概要】

60代後半 女性 統合失調症（自閉的、幻聴、過飲水あり） 独居 生活保護

これまで通院・服薬中断、精神症状の悪化（過飲水）で緊急受診することを繰り返され、医療機関も転々としていた。息子が金銭管理をしていたが、X-4年の入院（過飲水）後は、娘がサポートしている。

【訪問開始時の状況】

X-4年の退院を機に、主治医・娘の勧めで週1日の訪問看護を開始したが、本人は拒否的であった。週1日、30～60分で、安否確認と体調・服薬確認を行い、月1回の通院（デポ剤注射）を継続させている。自閉的でほとんど自宅で過ごしており、食事の準備も難しい。娘が週1回訪問して、生活費の管理や食料品の補充を行っている。

【支援の調整が必要な状況】

ひきこもりがちで、食事の準備や金銭管理が難しく、生活支援と安否確認のため、家族・主治医からホームヘルパー利用を勧められていたが、本人は拒否的であった。訪問看護が、少しずつ関係を築き週1日継続的に関わっていた。

介護保険への切替を機に、ケアマネジャーがケア会議（ケアマネジャー、娘、介護事業所管理者、ホームヘルパー、訪問看護師）を開催し、病状と生活状態を共有した。本人の精神症状は落ち着いていたものの、生活支援を行う必要性があり、ホームヘルパー（週1日～3日：買物代行・食事準備・清掃）、デイサービス（週1日：入浴）を利用することになった。しかし、本人は支援に対して拒否的で、ホームヘルパーに対しても拒否的・時に易怒的になり、担当事業所が変更になることもあったため、訪問看護師がホームヘルパーに病状の説明や対応の工夫などを伝え、サポートした。訪問看護師とケアマネジャーが情報共有を密に行い、受診状況を医療機関と共有することで、本人への負担が過度にならないよう支援を継続することができた。X年、過飲水のため転倒し入院治療を受け、その後グループホームに退院された。

【連携先と内容】

- ・行政担当者（役所の生活支援課）
- ・ケアマネジャー：介護サービスの調整を行うケアマネジャーと、医療に関する調整を行う訪問看護師が密に情報共有することで連携が取れていた。
- ・ホームヘルパー事業所、主治医、娘

【連携における課題と今後への要望】

- ・介護保険に切り替わるまでは、行政との連携（障害福祉課）が難しく、支援のマネジメントを誰が行うのか不明瞭であった。
- ・自閉傾向の強い方にとって、通所サービスの利用を促す難しさがあり、地域で所属感や繋がりを感じられる居場所があると良い。
- ・地域で活用できる社会資源の情報を共有できるような仕組みがあると良い。

事例 L：利用者の目標を主軸に、訪問看護事業所内での密な情報共有・検討を行って、訪問回数を調整することで、症状への対処行動を深めている事例

【利用者の概要】

50 歳代 男性 気分障害（抑うつ状態） 単身生活

同居していた妻の症状（解離症状など）に左右され、影響を受けて症状が悪化することもあったが、現在は別居し適度な距離感を保って、互いにサポートし合っている。

本人は専門書を読み症状が薬の副作用によるものと考え断薬する、スマートウォッチやアプリ（活動量測定）を活用して活動量を調整するなど、自分なりに対処していた。それらの対処行動に対して訪問看護師から客観的視点や専門的視点の助言を受け、自身の症状とそれへの対処行動に対する考えを深めている。

現在の症状に良いこと：シャワー、折り鶴、ギター/睡眠を保つために良いこと：朝のルーティン、ジョギング、太極拳

【支援の調整が必要な状況】

訪問回数を 2 回/週→1 回/週に変更した。抑うつ状態の悪化に伴い、眼や舌の痛みなど身体症状が出現し、活動困難となることがある。そのため寝込む前のサインとして、B 型事業所週 3 ペースが精神的理由により行けなくなる傾向になったら、代わりに訪問を入れることを共有した。また、相談したい話ができる状態になった時も、まずは単発的に 2 回/週 訪問を入れてほしいと希望あり。訪問回数を 2 回へする理由は、不調時の回避と、話をより深める為の 2 パターンあることを共有している。

【支援と連携の状況】

元々、本人の状態に合わせて、訪問回数を増減していた事例。

症状安定のため本人より、一時的に増やしていた訪問回数 2 回/週を 1 回/週に変更したいと希望があり、事業所に持ち帰って訪問回数の変更を検討した。Zoom でサテライトオフィスとも繋いで行っている定例のミーティングの機会に、10 名くらいのスタッフ（看護師・作業療法士）にて検討した。

主治医・相談支援員へは、訪問回数の変更について、報告書に記載して文面を通して報告しているため、今回の変更に関して個別の報告・相談はなかった。

関連機関との連携を訪問看護師が積極的にとる必要性が少ない状況で、本人が主軸になり、社会資源（ホームヘルパー、B 型事業所など）を活用している。

【支援による変化】

訪問看護では、自分の考えていることを看護師に共有し洞察を深める時間としていたが、今回はそれ以外に本人がチャレンジしたいことが増えて、訪問よりも優先して時間を使いたいことが増えた。訪問看護師が気づいたことは、本人に伝えて、本人から発信される希望に沿って支援を組み立てており、上手くいっている感じがある。

複数のスタッフが入れ替わり訪問しているため、毎回本人のニーズにあう洞察を深める支援とならない場合もある点が懸念されるが、本人が対話を通じた気分転換活動とするなど調整している。

【課題と今後への要望】

訪問回数減少に伴う本人の調子の変化を注意深く観察する必要がある。

事例 M：訪問看護師のきめ細やかな支援、主治医・支援者との密な情報共有により、訪問頻度を減らしても安定した状態を維持できている事例

【利用者の概要】

30代 女性 双極性感情障害 独居 生活保護。

初回の訪問看護導入は X-11 年。精神状態が安定していたため、X-4 年に一度訪問終了したが、X-3 年に病状が悪化し再入院したことを受け、退院時に再度訪問看護を導入。症状は比較的安定している期間が長いですが、イベントや季節の変わり目に症状が一気に悪化する傾向がみられる。

【支援の調整が必要な状況】

・訪問看護開始後、精神症状・生活状況が安定していたため、訪問頻度を減らすことを本人と相談し、タイミングを慎重に検討した上で、X 年 Y 月より訪問頻度を 1 回/週から 1 回/2 週に変更した。
・普段の訪問では、特定の季節に症状が悪化しやすい傾向や、何かをきっかけに疑心暗鬼となって服薬中断し、症状が悪化するパターンがあることを本人と共有できていた。また、怠薬もなく病状安定しており、主治医の変更もなかったため、春を過ぎた Y 月頃に訪問頻度を減らすことを相談し、了承を得た。

【支援と連携の状況】

・精神状態が悪化しやすい時期が近づく頃には、改めて危険な時期であることを伝え、不調時には連絡すること、必要があれば訪問頻度を 1 回/週に戻すことを確認している。猜疑心が強まると服薬に対する抵抗がみられることがあるため、これまでの取り組みを本人と振り返り、確認している。
・連携先：主治医、精神科ナイトケア職員、保健センターの保健師
・主治医と精神科ナイトケア職員は同一法人内に所属しており、情報共有のための SNS ツールを活用し普段から密な情報共有を行っている。早急な対応が必要な場合は、電話で直接確認を行う。
・保健センターの保健師には、現在は本人の病状が安定しているため定期的な報告書による情報共有のみだが、緊急時は電話で報告を行う。
・躁状態になると急激に症状が悪化するため、医師に入院相談を行う。支援者間で情報を共有し、方向性をすり合わせるため、訪問看護師は保健師や主治医に情報を伝える役割を担い、調整している。
・ステーション内の看護師同士は、申し送りやサマリー、カンファレンスなどを通じて、普段から密に情報共有を行っている。また、日々の雑談の中でも患者の情報を共有しているため、改めて伝達しなくても、お互いの担当利用者について理解が深まっている。

【支援による変化】

・訪問頻度の変更があっても、精神症状や生活状況に変化はなく、安定して生活している。

【課題と今後への要望】

・支援の方向性が各支援者間で一致しないまま進めようとする、うまくいかないことがある。電話だけでは細かいニュアンスが伝わりにくく、顔を合わせての関係構築や情報共有は非常に重要になる。

パターン3

事例N：入院を機に手厚いケアが必要となり、関係機関との連携を密に行った事例

【利用者の状況】

50歳代 男性 診断：統合失調症・妄想性障害、他害行為・暴言暴力（両親へ）・抑うつ状態・衝動性・不安・人格の退行性変化あり。両親、兄と同居。兄（精神疾患あり）も訪問看護を利用している。

【連携が必要になった状況】

入院を契機として状況が変化したため、退院後は訪問回数を週2回から週3回へと頻度を増やすとともに、関係機関との連携をはかったケース。両親への暴力があり（両親は本人からの暴力を被虐待と捉えていない）、母とは共依存の状態であったため、家族と距離を置くためのレスパイトを目的に1カ月間任意入院した。その間、病棟での人間関係が原因でかえって精神状態が悪化し、一時は亜昏迷の状態となった。退院後、手厚いケアが必要となり、週3回の訪問を実施するとともに、関係機関との連携を密に行った。

【支援と連携の状況】

- ・家族全体の状況を関係機関で共有し、今後の支援を円滑に進めることを目的に、相談支援事業所（計画相談）、生活介護事業所、自治体の障害支援課、保健所の保健師、地域包括支援センター、通院先（主治医）、兄の訪問看護師と連携をはかった。
- ・相談支援専門員、保健所・保健センターの保健師、障害支援課職員とケア会議をもった。本人も交えて、自宅で実施した。
- ・生活介護事業所や兄を担当する訪問看護師と、対面や電話で情報共有をはかった。
- ・本人と主治医との折り合いがよくなかったため、外来受診時に同行したり、別の通院先を検討したりするなど、主治医との関係性維持・改善のための対応をはかった。
- ・退院直後はセルフケア能力の低下がみられ、ケアにシャワー介助を導入し、清潔の保持をはかった。

【支援による変化】

調整の結果として、本人に大きな変化はみられなかった。母親と共依存状態は変わらない。

【課題と今後への要望】

「連携疲れ」という現象がある。細かく情報を共有し、話し合うことは必要だが、支援者の個々のパーソナリティにも影響を受けることがある。連携先が非常に多忙で、夜間に聴き取りをすることもあった。連携においては、誰がイニシアチブを取るのか、利用者ごとに誰がリーダーシップを担うのかを見極めることが重要だと感じている。

事例0:事業所内スタッフと主治医・相談支援専門員との密な情報共有を行い、特別指示を活用しながら、うつ状態の変動の経過を振り返り自己コントロール感を取り戻す事例

【利用者の概要】

50歳代 男性 気分障害（抑うつ状態、拒否・拒絶、不安） 単身生活

訪問看護を利用しながら、任意入院を繰り返している（直近1年間で2回）。訪問看護師が生命維持の危険性を感じて本人に伝えた結果入院に繋がるケースと、本人が「入院して一回体調を整えたい」と希望して入院に繋がるケースがあった。薬の不規則内服（飲み間違いや飲み忘れ）がある。

【週3回の支援/支援の調整が必要な状況】

今回はうつ状態が悪化し、薬の服用忘れや水分・食事摂取量の減少、臥床傾向があり、発語が不明瞭な様子もあり、今後の症状悪化を訪問看護師が察知した。

かかりつけ医療機関の外来NSへの電話連絡を通して主治医に現状を報告し、特別指示を受け、本人にも必要性を説明し、訪問回数を3回/週→5回/週とした。

【支援と連携の状況】

担当の相談支援専門員には、訪問回数の増減について電話連絡をした。また、所長が定期的に訪問して連携している。

<訪問回数増加に対する、本人との目的の共有>うつ症状の増強に伴い自暴自棄になる時もあり、合意がとりづらいこともあるが、訪問看護師が生命維持の観点から訪問看護の必要性を説明している。さらに、症状が落ち着いてから、訪問看護の回数を増やしたことについて話し合うようにしている。

<所内での共有>毎日のミーティングで本人の状態を所内全体で共有している。加えて、久々に訪問に行くスタッフにはよく訪問に行っているスタッフ（3-4人）が個別に詳しい情報提供をしている。
<医療機関のショートケア>うつ症状が改善した時期に、本人が利用を希望することがあるが、体調に合わせて時期を先送りするように助言することがある。（直近の1年間には利用なし）

<ホームヘルパー利用について>本人は過去の経験からホームヘルパーの利用に抵抗があり、相談支援員はホームヘルパー利用が本人の自立を阻害するのではないかと危惧していた。訪問看護師は本人にとってホームヘルパー利用の必要性があると考え、三者の認識のズレを調整し、本人の望む形でのホームヘルパー利用につなげた。

【支援による変化】

本人と、調子悪化時のサインを共有し、「躁鬱の波を自分でコントロールする」という長期目標を共有している。

調子を自己把握するため、毎日生活モニタリングのチェック表を記録し、訪問看護師と生活の変化を共有している。

抑うつ症状が強い時には「自分のところはいいから他の人のところに行ってあげて」など聞かれるが、症状が軽快した際には「いつも来てくれてありがとう」と仰っている。また、最近では本人が早めに悪化の兆候に気付いて、週5回訪問を導入する場合もある。一定期間を経て、ヒアリング時には3回/週の訪問に戻っていた。

うつ症状が軽快すると、症状出現時期を踏まえて自ら対処行動をとるようになっている。訪問看護師が、利用者の持つ力とリカバリーを感じた事例である。

事例 P：年末年始の症状悪化を主治医と共有し、特別指示書による毎日訪問で入院せずに乗り越えた事例

【利用者の概要】

40歳代、女性、双極性障害

他の訪問看護ステーションが訪問をしていたが、うつ状態になると会えなくなり、躁状態になると入院を繰り返す困難事例となっていたところ、ステーション閉所に伴い精神科病院のPSWから相談があり、前ステーションの看護師と一緒に訪問をしてから、3回/週の訪問頻度で引き継ぐこととなった。

【週3日の支援/支援の調整が必要な状況】

・年末年始に家族が遊びに来て忙しく、年明けに熱発し、躁状態となった。地震のニュースを見て、自宅が崩壊する恐怖を感じて感情の起伏が激しくなり、睡眠時間の減少、自宅の補修や不動産に行く等の外出が増えたため、特別指示書による毎日訪問を実施した。

・X+1月：躁状態が落ち着いて、睡眠も確保できるようになったため、訪問頻度を3回/週に減らした。特別指示書が切れるタイミングまでに、どのような状態を目指すかという目標を利用者と共有していた。

【支援と連携の状況】

・X月：PSWを通して主治医に状態を報告し、診察時に主治医からも訪問回数をあげる必要があることを伝えてもらった。また、ホームヘルパーに無理難題を言うようになった時は、相談支援専門員に連絡をして障害福祉課も入れたケア会議を開催した。

【支援による変化】

・X+9月：抑うつ状態にあり「人に会いたくない」との訴えが出現したため、休養の意味も込めて訪問回数を3回/週から2回に減らした。訪問時にはストレッチ等身体を動かすようにしており、短時間でも良いから他者とながりをもち機会を維持できるようにしている。

【課題と今後への要望】

・利用者は訪問看護の卒業を希望しており、自分で自分の気分をアセスメントして対処できるようになることを訪問終了の目標として共有して取り組んでいる。

事例 Q：自殺念慮があり、本人と行動化リスクを点数化して共有し、状態に応じて特別訪問指示による訪問を行って支援している事例

【利用者の概要】

- ・ 50 歳代、男性、うつ病
- ・ 離婚し家族とは疎遠、ハラスメントで離職。様々な喪失体験による孤独から、持続的な希死念慮と気分コントロール不良があり、さらに、見守ってくれる人がいない。

【週 3 日の支援／支援の調整が必要な状況】

- ・ X 月頃、生活リズムの乱れから過量服薬があったため、生活を整えて処方通りの内服を支援するために週 2 回から 3 回へ訪問回数を増やした。
- ・ X+2 月、障害等級が下がることにショックを受け、働きたいのに働けないという自分の状況に絶望感が増して自傷行為（かすり傷程度だった）あり、特別指示書による毎日訪問を実施することになった。その 2 週間後に、ナイフで手首を切り任意入院となった。
- ・ 本人の強い希望で 4 日目に退院。自殺企図の背景となる課題・本人の精神症状が解決したわけではないため特別指示書にて毎日訪問した。
- ・ X+3 月、毎日訪問する中で、利用者との行動化のリスクを数値で共有した（80 以上=特別指示書）。行動化の自己評価が 20~50 になったこと、他機関からの支援を受けたことで孤独感が減ったという発言があったことから 3 回/週にもどした。
- ・ X+4 月、借金返済のための手続きを試みたところ自宅売却の必要があることが分かり、本人から「死にたい気持ちが 80 になった」と訴えあり、特別指示書にて毎日訪問となった。
- ・ X+5 月、借金について弁護士への相談につながるができ、誰に何を相談すれば良いか助言を得ることができたことによって、死にたい気持ちが軽減され、食欲も回復したため、週 3 回の訪問にした。

【支援と連携の状況】

- ・ 特別指示書が出される際に主治医との調整を行った。
- ・ 入院時にホームヘルパーの中断と再会のタイミングを連絡調整した。
- ・ 入院前は、主治医・訪看・ホームヘルパーによる見守りだったが、入院を気に保健所等とつながることができた。退院直後に、保健所から「保健師が訪問した、何かあったら連絡が欲しい」とステーションに連絡があった。

【支援による変化】

- ・ 集中的な支援により、行動化を予防し、希死念慮を軽減させた。

【課題と今後への要望】

- ・ 3 回未満/週の訪問になるためには、利用者の希死念慮の背景にある仕事や家族などの喪失体験が癒されることが必要だと考えている。そのため、訪問看護では、利用者の喪失体験やつらい思いを丁寧に聞きつつ、新たな役割をもって前向きになれるような支援を行っている。

事例 R：対人関係のストレスから症状悪化・解離状態となり、頻回な訪問と家族・支援者間のタイムリーな情報共有を行い、地域での見守りを続けた事例

【利用者の状況】

20 歳代 女性 知的障害 身体表現性障害 家族と同居

就労継続支援 A 型を利用されており、対人関係のトラブル等によるストレスがあり、月 1 回程度の受診を続けていた（処方なし）。

【支援調整が必要であった状況】

夜間不眠、解離のような状態で外出し安全が保てない状況や、会話性の幻聴と話し続けながら町内を歩き回る、夜間も寝ず、食事や水分も摂れないなどの行動が見られるようになった。家族が見守り付き添っていたが、疲労困憊し、特別指示で 2 週間、毎日の訪問看護を行った。

【支援と連携の状況】

就労支援スタッフ、保健師、社会福祉協議会の相談員、介護職員、医療機関 PSW、主治医とアプリを活用してタイムリーな情報共有を行い、24 時間体制で居場所の確認や見守り、水分摂取の声かけ等を行った。服薬を開始し、症状や副作用、服用状況を毎日主治医と確認し、薬の調整や家族への助言も行った。家族からの電話相談も多く、いつでも対応できる体制を整えた。

【支援による変化】

幻聴は続いているが自覚があり、夜間の睡眠や食事がとれるようになり、服薬もできている。一人で買物や散歩に出かけられるようになった。

【課題と今後への展望】

・スタッフが育ち、緊急時に誰かが対応できると思えることで、家族にもいつでも電話をかけてよい、と安心して言えるようになった。家族にとって、誰かが必ずつながっているという安心感は、その時点だけでなく家族が不在になった時への安心に繋がり、先を見据えた看護になっている。

事例 S：感情コントロール困難と不規則内服、家族関係不和を繰り返す利用者へ、訪問看護事業所内での情報共有・検討を密に行い、訪問人数や頻度を調整した事例

【利用者の概要】

30 歳代 女性 気分障害(興奮、(母に対する)拒否・拒絶、不安) 祖母、母と同居。

母と衝突することが多く、直接話をするとお互いに精神状態が不安定になることが多いため、普段は筆談で会話しており、訪問看護が同席した機会に直接話をする。母親は、本人の入院中病院に頻回に電話をかけるなど過干渉があり、訪問看護導入直後もステーションに頻回に電話をかけることがあり 2 名体制の訪問を開始した。祖母は気になることがあった時に、訪問看護師に声をかける、手紙を書くなどして関わっている。

【週 3 回の支援/支援の調整が必要な状況】

今回は 3 回/週から 5 回/週に訪問を増やした状況。感情コントロール不良や服薬不規則になったため、訪問を 5 回/週として、抱えている感情を整理する・服薬確認を行うなど支援する必要性を訪問看護師と本人が共有した。元々、5 回/週で訪問看護導入、3 回/週に変更となって継続していた。過去 1 年間で、特別指示が出るのは 4 回目である (うち 1 回は連続した期間に特別指示が出ている)。

【支援と連携の状況】

本人の不調と家族関係が影響し合うことが多く、家族関係調整のためにも看護師 2 名で訪問し、本人と母親の対応をしている。本人、母、看護師 2 名の 4 者が集まって話す場合もある。本人と母の担当看護師は明確に分けていないが、前後の文脈を把握する意味で担当が自然と別れる状況ではある。

<所内での調整>所長が中心となり人員調整をしている。2 名体制訪問のため、所長が訪問に入ることも多い。本人の状況から訪問回数を 5 回/週に増やしたいと思っても、マンパワーから難しいこともある。その場合は、3 回/週の訪問を活用し状況を乗り切る方策を本人と考えている。

<主治医との連携>病院の PSW を通じて連絡。主治医は可能な範囲でどんどん訪問に入ってもらいたい方針。

<相談支援員との連携>本人とのかかわりが希薄であることが感じ取られている。モニタリングの時期に連絡が入った時に対応している。書面での定期的な情報提供を行っている。

<ホームヘルパー>部屋を片付けたいという本人のニーズと母親のニーズの一致を訪問看護師が見出し、相談支援員に繋ぎホームヘルパーの導入につなげた。実際には、人が家に来ることへの抵抗もあり、活用はされていない。

【支援による変化】

服薬の確認と飲み忘れの防止を 5 回/週・3 週間徹底することで本人の状態が安定する。短期目標：いい感じの自分・どんな自分と思われたいかを言語化し共有するという点に関連して、本人の思いを、様々なスタッフが毎日の訪問で共有することで、本人はスタッフから反応を得られることもあり前向きな変化も生じている。感情の波に対してお皿を割るなどの対処行動が見られていたが、スタッフは対処行動の不適切さを冷静に指摘するように関わり続けた。最近では、大きく調子を崩すことが減ってきたことから、5 回/週 訪問の導入から 3 回/週に戻すパターンを本人が使いこなしているようにも感じている。

【課題と今後への要望】

本人の状態は安定しているが、母親の不安定さが際立ち、24 時間対応の緊急電話への入電が頻発している。家族支援ではなく母親を対象とした支援が必要と考えられる。しかし母親は心療内科を受診しており精神科訪問看護指示書が発行されないため受診先の変更及び精神科を受診することへのハードルが高く、母親への支援体制の再構築が進まない状況。

事例 T：主治医と情報共有を行い、特別指示書による毎日訪問での服薬とセルフケア援助により、亜昏迷状態を在宅で乗り越えた事例

【利用者の概要】

- ・60歳代、女性、統合失調感情障害
- ・拒薬あるため、ホームヘルパーが平日は毎日服薬の声掛けをし、訪問看護が内服薬のセッティングと確認のため2回/週訪問していた。

【週3日の支援/支援の調整が必要な状況】

- ・X月 妄想により叫ぶ等の迷惑行為があり、大家から苦情がきていたところ、年末に亜昏迷状態になりセルフケア全般に支援が必要となった。年末で、ホームヘルパー利用ができなかったために、特別指示書で訪問看護を毎日提供することになった。入院も検討したが、毎日の訪問看護によって確実な服薬の実施を支援することとなった。
- ・X+1月 2週間の特別指示による毎日訪問の結果、亜昏迷は脱して、準備しておけば声掛けで服薬ができるようになった。しかし、活動性は低下したままで、保清は自分ではできない状況だったため、3回/週の訪問にてセルフケアの援助を行うこととなった。
- ・X+2月 少しの不安の高まりで、過量服薬、頓服薬の乱用がみられるようになったため、再度特別指示書による毎日訪問を実施し確実な服薬と生活の安定を図ることになった。2週間後には、乱用がなくなり、用量が守れるようになったため3回/週とした
- ・X+8月 乱用気味だった薬剤はステーションで預かり、訪問の都度看護師がカレンダーにセットすることにし、その他の内服薬は自己管理にて指示通りの内服ができるようになったため、評価をして2回/週の訪問に変更した。
- ・X+11月 ステーションで預かっていた薬剤も本人管理にした。訪問頻度は2回/週を継続。

【支援と連携の状況】

- ・持効性注射剤は本人の拒否があり、錠剤がのどに詰まるという拒薬の背景について、粉剤に変更する等主治医と薬物調整と薬の形状の変更等調整を行った。法人内の主治医だったため、情報交換がしやすかった。

【支援による変化】

- ・支援により、入院を回避し、服薬の自己管理につながった。

事例U：家庭内の多重課題を抱える利用者に、行政との連携と訪問看護事業所内での情報共有・検討を継続的に行い、地域生活を支援している事例

【利用者の概要】

40歳代 女性 統合失調症(衝動性、不安、幻聴、アルコール依存) 夫、小・中学生の子と同居
X-4年～訪問開始

【週3回の支援/支援の調整が必要な状況】

家族関係(夫との関係不良、義両親からの干渉、子の学業への心配や行事)などに影響を受けやすく、酒量増大し、食欲不振、体重減少、入浴回数減少、幻聴、受診スキップが見られるようになる。夫は仕事で不在のことが多く、家事・育児全般を本人が担っている。入院は状況的に難しいため、訪問看護を週3または5回活用して、生活を維持している。

【支援と連携の状況】

本人の体調・体重、服薬状況、飲酒量、保清状況を確認し、必要時介入(入浴の促し、カロリー摂取の促しなど)している。本人のやることリストの優先順位を検討する、具体的な対処方法を一緒に考える、等、日常生活・家庭生活に関わる支援をしている。そのため本人のやることリストが多くなったとき、子の学校行事・学事日程、日常生活上のイベント(自宅の改修工事など)が増える・重なる時期に特別指示による週5回訪問を活用している。

<主治医との連携>特別指示を依頼する際に情報共有をしている。特別指示を活用する頻度も多いため、逆に期間が空いた時に主治医から訪問看護の方へ、状況確認の連絡が入ることがあった。ケア会議に出席した際に、直接話すこともある。

<行政との連携>本人の担当保健師主催のケア会議が3回/年、開催されている。ケア会議の調整・出席は現場レベルの訪問看護師が担う。それとは別に月1回、情報提供書を所長が保健センターに持参しており、その際に担当保健師と子ども家庭支援担当者と三者で顔を合わせて情報共有をしている。

<相談支援員との連携>ケア会議には出席しているが、密に連携している印象がない。

【支援による変化】

当初は、アルコール摂取を家事のガソリンとしていたが、その認識を改めるなどお酒との付き合い方を見直したことで、節酒に繋がり、血液検査データが改善している。また、子の課題を自分の課題と切り離して考えられるようになるなど思考の整理が進んでいる。

一方、訪問開始時よりも、周囲の環境が悪化し(夫婦関係の悪化、子の進級・成長に伴う課題の複雑化など)、本人にかかる負担が大きくなっているため、全体としては依然厳しい状況である。

【課題】

・ケア会議のメンバーと訪問看護師の支援観が異なる：訪問看護スタッフは“本人不在のケア会議には参加しない”というスタンスであるが、行政の支援者は、本人不在のケア会議を開催することがある。主治医もケア会議への参加には賛成している。子ども家庭支援センターの支援者は、本人を“アルコール依存の母親”とみなし、父親をキーパーソンとしたい節が感じられる。

・小学生の息子に対する支援：学校での配慮不要と本人・夫が判断したが、学業困難(ノートが白紙、テストが0点という状況)が継続しており、本人も訪問看護師もこのままで本当に良いのかと不安に思うが、具体的な解決策が見いだせずにいる。

事例Ⅴ：不安・焦燥感が強く自宅で過ごすことが難しいために入退院を繰り返していたが、訪問看護スタッフと信頼関係を築き生活の安定感を取り戻す事例

【利用者の概要】

40 歳代 男性 統合失調症 不安・焦燥感が強い 過活動になりやすい

X-2 年訪問看護導入時、退院前訪問実施し訪問看護の契約をしていたが、退院から訪問までの 1-2 日が待ちきれず、臨時受診し再入院となった。再度退院し、訪問看護導入したが、2 週間後に再入院となった経緯有り。

程よい調子を保つことが難しく、不安感が軽減し安定すると間もなく過活動になり、調子を崩すパターンがあった。

【週 3 回の支援/支援の調整が必要な状況】

週 3 回の訪問を継続している事例。

【支援と連携の状況】

活動量・エネルギー量を数値化(本人の好きなスポーツを 50 として、外出は 10 など)し、過活動とならないように共有している。また、1 日のスケジュール(訪問から次の訪問までのスケジュール)を細かく組み立てて共有している。調子のよいときは、予定にない活動も追加することがあり、調子を崩す前は予定をなんとかこなす状況となる傾向がある。消化器症状の訴えあり、腹部アセスメントや食事内容と消化器症状への影響など細かく振り返っている。

<主治医との連携>退院時に、病院の PSW を通じて連携を取っている。

<相談支援員との連携>定期的に情報提供書を送付している。日中に利用可能な社会資源の導入も検討されたが、本人のニーズと一致するものがなく利用には至っていない。

【支援による変化】

当初はアドバイスが欲しい、もっとこうしてほしいという要求も多かったが、現在は「訪問看護が来てくれるおかげで安心して過ごせる。」と話している。週末を過ごす恐怖感が軽減し、自然体で過ごせるようになった印象がある。訪問看護師との関係性が構築され、本人のニーズに応じた訪問支援が提供されるようになったと感じる。

直近の退院後、週 5 回訪問から開始し、本人と相談しながら週 4 回、3 回と訪問回数を漸減させ、その後週 3 回訪問のペースを継続している。以前は、訪問頻度が減ることに対する不安の表出もあったが、現在は“どっしりしてきた”印象で、不安感が軽減し安定感が出てきたように感じる。入院頻度が減少している。

事例 W：精神症状の変動に伴う閉居および活動性低下があり、法人内 ICM・主治医と連携し、訪問作業療法を導入した事例

【利用者の概要】

60代女性 統合失調症、RA

元々通院中であつたが同居者の死去に伴い生活状況が悪化し、週1の訪問看護をX年に導入した。

【訪問開始時の状況】

・訪問開始時、服薬や受診への意識は低かつた。意欲の低下・閉居がちな生活で自転車での受診を同行するなど服薬支援や生活支援を行っていた。

・X+3年Y月～2回/週、Y+1月以降は3回/週の訪問に回数を増やし、Y+4月に受診を往診に切り替えるなど、これまでも断続的に支援の調整を行っていた。

・支援を増やした背景は、意欲低下・無為自閉といった精神状態と本人のこだわりの強さがあり、食事が極端に低下し体重10kg減少等、セルフケアができずに生活が破綻する状況が生じていた。

【支援の調整が必要な状況】

・週3回の訪問看護から、1回/週の訪問看護と2回/週の作業療法士訪問に調整。

・精神状態の安定に伴う問題の変化を背景に、支援の調整が必要となつた。具体的には、回復に伴う体重増加(適正+10kg)、自発的な行動(薬をセットしようとする、薬の減量に伴う不調を伝える)がみられるようになった一方で、活動性の乏しさは継続しており、閉居に伴う廃用症候群や体重の更なる増加等、身体活動面での問題が相対的に強まった。

【連携先と内容】

・主担当看護師より、看護師の訪問を減らし、作業療法によるリハビリテーションを導入する提案があつた。主治医に話を通し、往診医の了承を得て作業療法士の訪問にシフトした。

・作業療法士の訪問開始後、体重増加はおさまり、訪問時は前向きに運動に取り組んでいる。

・支援者：6～7回/週のホームヘルパー(外部)、主治医(法人内)、相談支援員(法人内)、内科医(外部)、訪問歯科医(外部)、地域保健師。

・法人内クリニックのICM(包括的ケアマネジメント)担当の看護師が、ケアマネジメントを行っており、情報が共有される。

・法人内の関係者は、カルテ記入や顔を合わせたタイミングに加え、必要時に情報交換や連絡相談を行っている。ホームヘルパーとは、都度連絡し、食事内容や介入の調整等、状況を共有している。同行支援の際は、受診時間、帰宅時間、処方薬の受け取り状況なども連絡している。

・利用者宅に申し送りノートがあり、訪問時に実施したこと等記入し情報交換を行っている。カレンダーに予定を書き込み、本人の目の届く範囲での情報共有も意識的に行っている。

・自治体の保健師よりホームヘルプの回数を減らす打診があり、今後ケア会議を持つ方向。

【連携における課題と今後への要望】

・関係機関が多く、情報が錯綜し、特にホームヘルパーが混乱することがある。そのため情報の流れを整理し、役所関係は相談支援員、医療関係は担当看護師が窓口となり連絡をするように調整する必要がある。ホームヘルパーも複数いるため、基本的には主担当者を通すようにしている。

・課題としては、居住環境を整えることが一番大変である。ぎりぎりにならないと相談が始まらないため、事前に検討しておくことが必要だと思う。

事例 X：退院後、衝動的危険行為のリスクに対して頻回な訪問を活用し、訪問看護師が寄り添う事で次の支援への繋ぎを検討する事例

【利用者の概要】

40歳代、女性、統合失調症

異性関係に影響を受けて衝動的危険行為があったが、3年間彼氏はおらず、2回/週の訪問で精神症状は安定していたため、1回/週に減らそうとしていた。

【週3日の支援/支援の調整が必要な状況】

・X月：男性との交際が始まり、道路への飛び出しがあった。翌日受診し任意入院するも1週間後に本人希望にて退院してしまった。入院期間が短く、精神状態が極めて不安定なままの退院だったため、退院後5回/週訪問を利用することとなった。

・X+2月：膀胱炎に罹患したことをきっかけに、身体症状訴えドクターショッピングするようになった。尿閉を訴え総合病院の救急外来の医師からステーションに連絡あり、家族付き添いで医療保護入院となった。2ヶ月後に退院となったが、精神症状は改善するも元交際相手への攻撃性が出現し、法律家に相談に行く等被害妄想に囚われ多動傾向が見られたため、相談支援専門員と相談し、訪問看護5回/週から始めて、就労移行支援にスイッチングを行うこととなった。

【支援と連携の状況】

自分のつらさを周囲に相談することが難しいため言語化を助けている。症状悪化時は、相談支援専門員と電話でのやり取りを頻回に行い、訪問看護からは精神状態の見立てや支援の内容を伝え、役割分担を明確にし、就労移行支援との調整のハブを担ってもらった。

【支援による変化】

・上述の通り

【課題と今後への要望】

・3回未満/週の訪問になるためには、調子悪化時の早期サインを本人がキャッチできるようになることが必要である。現在、早期サインを同定する作業を本人と一緒にやっている。看護師の見立てとしては、調子悪化前は「忙しい」とよく言っていた。交際相手ができただけで、本人なりのルーティンが乱されたことが「忙しい」の表現になっていたと考えている。こうした点を本人と共有できることが当面の目標である。

事例 Y: 退院後、易怒性や妄想出現のために週 3 回複数名訪問へと支援の調整をし、主治医、家族と連携して本人・家族を支えている事例

【利用者の概要】

50 歳代 男性 統合失調症（家族や訪問看護への拒否） 自宅で父と同居

【週 3 日以上支援／支援の調整が必要であった状況】

統合失調症をもち、自宅で父と同居する男性。気管支喘息もあり。精神科病院退院時（5ヶ月前）に週 3 回訪問の指示あり。入院（1 年前）の前から家事や受診同行は同じマンションの別の部屋に住む弟がしていた。訪問看護時には落ち着いているように見えており、週 3 回の訪問看護を続け、1 ヶ月ほどたった頃に主治医に訪問頻度を減らすことを相談してみたものの、医師には易怒性を見せており、訪問回数を減らさないように医師から返答あり。またその約 1 ヶ月後（訪問看護開始から 2 ヶ月ほど）に、別に住んでいる本人の妹からも本人の具合が悪いと連絡あり。その後、家族や訪問看護に対する拒否が見られるようになり、訪問開始約 3 ヶ月くらいで、看護師からセクハラを受けているとの妄想も出現（家族より連絡あり）。妄想の内容も鑑みて、複数名での訪問を開始した。

事業所内事例検討会で討議し、ケア会議を保健師、地域生活支援拠点の担当者と開催するべく準備したがその 1 週後に（ケア会議の開催前に）入院となった（訪問看護開始から 4 ヶ月後）。

【支援と連携の状況】

・退院時は週 3 回の訪問から開始（3 人の訪問看護師が担当）。1-2 ヶ月たち、落ち着いているように見えたため減らそうとしたものの、主治医との相談時に主治医からは良い状態ではないとのことで週 3 回を継続していた。

・受診は家族が同行しており、入院などの決定も本人と主治医の間で調整していた。看護師は、訪問後に本人のいない場所で家族との情報交換や家族サポートなどを行っている状況であった。（本人への訪問後に、マンションのエントランスや別の場所で家族からの相談を受けたり、ショートメールでやりとりをしたり。）本人へは、他の資源を紹介もしたが本人は自分の好きな場所（デパートなど）に行く方が良いと利用せず。

・ケア会議を、看護師と本人と家族と保健師、地域生活支援拠点スタッフとで開催しようと訪問看護ステーションから関係者に連絡をしていた矢先に本人の精神状態が悪化して入院となってしまった。

【支援による変化】

・本人は自分が病気と思っておらず本人の変化は特になかった。家族からの相談に乗っていた。

【課題と今後への要望】

・訪問初期（最初の 1 ヶ月）にケア会議をできていれば良かったのかも思ったが、その時期には問題が感じられなかったために開催に至らなかった。

事例 Z：病状が不安定で、訪問看護師が主治医・支援者・地域との情報共有を密に行いながら、訪問を続けている事例

【利用者の概要】

40 歳代 男性 統合失調症（衝動性、過量服薬、家族への暴力） 母・兄と同居 生活保護

【週 3 日の支援／支援の調整が必要な状況】

精神症状（幻聴、衝動性、攻撃性など）が不安定で、家族との関係性や金銭管理などによって変動しやすい。過量服薬、アルコール摂取、他者とのトラブルもあり、行動の予測がつかず、頻回な見守りが必要な状態である。週 3 日の訪問以外にも、毎日薬をセットして届けている。

【支援と連携の状況】

- ・生活の見直し、睡眠時間の確保、声かけを根気強く続けて信頼関係を築きながら、趣味の活動などにも目が向けられるように関わっている。
- ・病状変化のきっかけ（年金入金、家族とのトラブルなど）を事前に予測して関わっているものの、症状変動の把握が難しく、数か月に 1 回は切迫した状況となり、電話対応、緊急訪問、特別指示による頻回訪問や、ショートステイを利用している。 家族・本人から相談の連絡も多くある。
- ・連携先：主治医、相談支援専門員（ショートステイを利用）、家族、警察、保健師、近隣住民
- ・主治医と密に病状の共有を行っており、訪問看護が安心して関われる体制がある。 支援者間で情報共有（情報共有アプリ、電話等）を密に行っており、ケア会議を行わずとも顔の見える関係で、情報共有・調整のシステムが構築されている（地域特性も関連している）。
- ・相談支援専門員など、少しずつ関わる人の範囲を広げながら支援を継続している。
- ・近隣住民にも、理解と安心を得られるよう関わっている。

【支援による変化】

- ・訪問看護が関わっていることで、近隣住民の理解が深まり、柔軟に対応頂けるようになり、地域との繋がりが持てている。
- ・家族の本人に対する捉え方に変化が見られ、自宅で過ごせるようサポートする意識が高まった。

【課題と今後への要望】

- ・病状の不安定さから、毎日の訪問が欠かせず、現行の制度だけでは対応の難しさがある。
- ・支援の幅が広がり、訪問看護でなくとも支援のサイクルができはじめると、頻度の調整ができると考えられる。
- ・今後も継続できる支援体制を構築するためには、地域との連携を担う訪問看護師の育成も課題と考える。

2) 支援調整に関する事業所の取り組み

支援調整時のアセスメントや頻度変更を判断するプロセスにおいて各事業所で取り組んでいることとして、以下の4点が挙げられた。

<p>① スタッフ間で状況を共有し、事業所全体で支援調整について検討する場をもつ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有アプリを用いて、所長と担当看護師（複数）で情報共有している。状態の変化があれば、朝のミーティングで事業所内でも共有している。C ・支援調整について、事業所内事例検討会での討議や、ケア会議の開催も準備している。C ・訪問回数を変更する際は、まず本人と一緒に考えてから、所内カンファレンスでアセスメントして決定し、本人に正式に伝える。N ・毎月、所内の指標に照らし合わせて、ケース検討の頻度が増える仕組みがある。ケア度を高める／ケアを切り替えることや、特別指示の必要性を所内全体で検討している。N ・定例のミーティング（サテライトオフィスとも ZOOM で接続）で、複数スタッフ（看護師・作業療法士）で検討している。N ・毎日のミーティングで本人の状態を所内全体で共有している。久々に訪問に行くスタッフにはよく訪問に行くスタッフ（数人）が個別に詳しい情報提供をしている。N
<p>② 利用者の状態の変化を毎日のミーティングで共有し、事業所全体で支援の方向性を検討する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフが気になること（病状変化、生活の変化、オンコールの増加など）は、業務日誌や記録ソフトに記入し、翌日のミーティングで特記事項を必ず共有する。管理者も含めて、事業所内で支援の方向性を検討する。S ・毎日、オンラインで短時間のスタッフミーティングを行っている。（事例検討、計画書や報告書の検討、学習の機会、支援の調整に関する相談など、テーマを設定）S ・頻度は、担当看護師と管理者で利用者の状況をアセスメント・相談して調整している。S ・薬を継続的に飲めるかどうかは、頻回訪問の判断の1つ。服薬をはじめて間もない時期、退院後間もない時期、服薬の継続が難しく病状悪化のリスクがある場合は、頻回の訪問が必要となる。服薬継続ができるかを確認しながら頻度の調整を行っている。S ・家族の不安が強い場合、身体状態の観察・ケアが必要な場合、単身・グループホームへの転居時、本人とともに家族も支援が必要な場合も、頻回な訪問を検討する。S
<p>③ 支援調整について、本人とともに考え共有する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・症状安定のため本人より、一時的に増やしていた訪問回数を減らしたいと希望があった場合、事業所に持ち帰って訪問回数の変更を検討する。N ・訪問回数を変更する際は、まず本人と一緒に考えてから、所内カンファレンスでのアセスメントにて決定し、本人に正式に伝える。N
<p>④ 頻度変更に関するアセスメント様式や、基準を作成し、判断のプロセスを可視化して慎重に判断する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・頻度変更に関するアセスメント（看護師がどのように考えたか）が記録上では希薄だと感じ、新たな様式を作成した。オリジナルで、「訪問回数アセスメント表（精神面、身体面、生活面についてチェックボックスと自由記載ができ、GAF 得点と、頻度変更の理由、プランを記載する）」の枠を作成した。S ・訪問回数を変更する際の基準を示した表を作成しており、慎重に判断する。回数を減らすときは、希死念慮の有無や精神状態などについて、基準に従って慎重に判断している。N

S:特化独立型 M:医療機関型 C:地域連携型 N:特化全国展開型

3) 日頃の地域連携のための工夫

日頃の地域連携のための工夫として、以下7点が挙げられた。

<p>①電話やアプリ等を活用し、タイムリーな情報共有を行う</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネとは電話やFAXで随時やり取りをしている。すぐに様子を見に行ってくれる場合は大変ありがたい。 M ・主治医と密に病状の共有を行っており、訪問看護が安心して関わられる体制がある。支援者間で情報共有（情報共有アプリ、電話等）を密に行っており、ケア会議を行わずとも顔の見える関係で、情報共有・調整のシステムが構築されている（地域特性も関連している）。 M
<p>②対面、SNS ツール、連絡ノート等を活用し、支援者間の情報共有を密に行う</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・法人内の関係者は、カルテ記入や顔を合わせたタイミングに加え、必要時に情報交換や連絡相談を行っている。 M ・主治医・ナイトケア職員は同一法人内に所属しており、SNS ツールを活用し普段から密な情報共有を行っている。早急な対応が必要な場合は、電話で直接確認を行う。 M ・ケアマネジャー、ホームヘルパーは同じ法人内でもあるため、ケア会議の他にも密に連絡を取りに行っている。 C ・ホームヘルパーとは連絡ノートで情報交換をしている。 C ・就労支援スタッフ、保健師、社協相談員、介護職員、医療機関 PSW、主治医とアプリを活用してタイムリーな情報共有を行っている。 M ・関係機関が多く、情報が錯綜し、特にホームヘルパーが混乱することがある。そのため情報の流れを整理し、役所関係は相談支援員、医療関係は担当看護師が窓口となり連絡をするように調整している。ホームヘルパーも複数おり、基本的には主担当者を通すようにしている。 M
<p>③連携先に出向き、対面で直接話す機会を積極的につくる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・役所への情報提供書の提出は、FAX等にせず、持参するようにしている。顔の見える関係を築くことを大切にしている。 N ・所長、経験の豊富なスタッフが相談支援事業所に情報提供書を持参し訪問して、連携をとっている。利用者の方がいなくても、連携をとっている事業所もある。コロナ禍で、郵送での情報提供書送付が主となった事業所もあるが、電話をして直接話すように心がけている。 N ・医師と話す機会は限られているが、医療機関に出向いて、外来看護師に伝達したり、電話で報告するようにしている。 S ・連携する際には、顔を見て繋がっているということは重要。保健師には、機会があれば、電話をしたり情報共有しており、保健師から電話や訪問に来てくれることもある。 C ・支援の方向性が各支援者間で一致しないまま進めようとするとうまくいかないことがある。電話だけでは細かいニュアンスが伝わりにくく、顔を合わせての関係構築や情報共有は非常に重要。 M ・月1回、情報提供書を所長が保健センターに持参し、担当保健師と行政担当者と三者で顔を合わせて情報共有をしている。 N
<p>④地域の会議や活動に積極的に参加し、顔のみえる関係をつくる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の関係者と顔の見える関係を作っている。医療機関、障害福祉サービス、行政、民生委員、公共機関、地域の催しなどへの参加。 S ・連携先がどのようなバックグラウンドや理念をもち、支援の目的、役割を認識しているかが分かると連携しやすい。双方の価値観を理解

	<p>し合えるか、足並みが揃うかどうか、は連携を進める上で重要。S</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の会議にも積極的に参加して、対面での関係を築いている。S ・自分の足で稼ぐ。繋がりをつくるのが、次のよい効果をもたらす。総合病院の一般科にも足を運ぶようになり、連携の難しさはあったが、名前を憶えてもらっておくことが、その後の連携に活かされている。M ・地域連携の会議に人を出すことは業務の調整など大変だが、互いに顔が見えている人とはやりやすいと感じる。C ・担当保健師主催のケア会議が年に数回開催されている。ケア会議の調整・出席は現場レベルの訪問看護師が担う。N
<p>⑤ 訪問看護ステーションが積極的にケア会議を開催する、呼びかける</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスのモニタリングで担当者会議が開催されるが定例である。体調の変化や家族構成の変化に応じて、関係者が情報共有し、支援の話し合いをする場合は、訪問看護ステーションが主体的に開催して呼びかけている。参加者（ご本人、家族、医療機関（実際の参加は少ない）、相談員、サービス管理責任者、ホームヘルパー、障害者就業・生活支援センター、保健師、行政（福祉課）など）ちょっとした変化があった時に個別に共有することも積極的に行っている。ケア会議を行うことによって、地域の関係機関からのステーションに対する信頼性も高まり、顔の見える関係ができる。S ・個別ケア会議が必要と思う場合は、相談員や行政に連絡する。訪問看護は、ケア会議の必要性（大きな病状悪化ではなく、小さな調整で対応できそうなこと）を把握しやすい立場にある。S
<p>⑥ 訪問看護だけで支援せず、連携先・橋渡し先を考える</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護だけで抱えない、孤立しない。訪問看護の卒業を目指している。S ・各自が専門領域に責任を持って業務を遂行し、他の専門職の役割を尊重しながら、それぞれの専門性を発揮することが重要と思う。例えば、ケアマネジャーはマネジメントに専念し、看護師は医療と看護の視点を生かして支援を行うことが求められる。ケースによっては関わる人数が限られ、業務が重なることもあるかもしれない。看護師も状況に応じてケースワークを行う場面があるが、そうした場合でも、連携先を増やし、福祉職へ適切に橋渡しをすることが大切だと感じる。S
<p>⑦ 連携調整の力を高められるよう、看護師を育成する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者は、チームで担当しており、外部機関との調整は、十分に経験・能力がある看護師（人数は限られている）が行っている。外部との調整を任せられるように看護師を育成している。まずは、調整やケア会議に同行・同席し、丁寧に技術を伝えている。N ・訪問看護を継続するためには、1人1人の人材を丁寧に育てることが重要である。M ・連携調整は、情報伝達だけではない。なぜその状況が生じているか、状況のアセスメントを共有できることが重要。お互いの認識を聞き自分の考えを伝えて共有するには時間と集中力、スキルも求められる。S

4) 連携上の困難

連携上の困難としては、以下7点が挙げられた。

<p>① 主治医との連携・情報共有が難しい</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病院毎のルールがあり、主治医に直接つながることができず、ワーカーを通してほしいと言われることがある。第三者を挟んだり文書のやり取りだとニュアンスが伝わらず、初動が遅れることがある。 M ・訪問看護としては、病状に応じて短時間訪問が必要と考えているが、短時間訪問の必要性について一律でなしと判断されたり、ボランティアで行くよう言われたこともあり、連携がスムーズに取れない可能性が懸念される。 N ・受診同行により、本人と主治医の意向を聞き調整することも必要だが、調整が難しい。 S ・課題は、精神科の医師との連携がとりにくいこと。地域連携において自治体主導で ICT を活用しタイムリーな情報提供が進んでいるが、精神科の医師はほとんど入っておらず、直接のやり取りができない。精神科や、他自治体の病院との連携のしにくさを感じるため、仕組みが必要だと思う。
<p>②関係者と直接話すこと、消防、警察、居住の場などとの連携が難しい</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問や電話で連絡が取れない相談支援事業所もあり、アプローチ方法が情報提供書の郵送のみとなり、連携が取りにくいと感じる。 N ・自治体の ICT で連携のしやすさを感じるが、認知症のケースなど消防や警察とも速やかに連携が取れるようになると良いと思う。 C ・居住環境を整えることが一番大変だと感じる。ぎりぎりにならないと相談が始まらないため、事前に検討しておくことが必要だと思う。 M
<p>③支援者によって、支援のスタンスが異なる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護では自立支援の考え方で、本人のできる部分はしてもらうことを基本に関わっているが、一部の支援者は利用者のできることも代行する場合がある。 場合によって「訪問看護は何もしてくれない」と捉えられることもある。 N ・福祉サービスの増加に伴い、各事業所の特徴や理念が十分把握しにくい状況も生じている。 S
<p>④制度の狭間がある</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・制度（医療、障害福祉、児童福祉、介護）の狭間があり既存のサービスでは本人・家族のニーズに対応できず権利が保障されないことがある。どこかがボランティア的に負担をしなければならない。 S
<p>⑤連携支援が十分に評価されていない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議、関係機関との調整には多くの労力が要される。支援のマネジメントやケア会議の出席などに対する評価があると、丁寧に進められるのではないかと。 S ・福祉職の貢献がもっと認められるべきだと考えている。対等に議論を進めるためにも、（給与などの）待遇面での評価が是正されることが望ましいと思う。 S
<p>⑥利用者の特性によって、地域とのつながりが難しい</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域とつながることが重要だと思っているが、ご本人の受け入れが難しい場合がある。利用者におすすめしてみても本人が嫌がる場合や、自宅にいろんな人が来ることを嫌だと思ってしまう方もいる。そういう人たちを保健師につないでいくのも自分たち（訪問看護師）の役割だと思っている。 C ・自閉傾向の強い方にとって、通所サービスの利用を促す難しさが、地域で所属感や繋がりを感じられる居場所があると良い。 C
<p>⑦支援のマネジメントを担う人が明確でない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「連携疲れ」という現象がある。細かく情報を共有し、話し合うことは必要だが、支援者の個々のパーソナリティにも影響を受けることがある。非常に多忙で、夜間に連絡することもあった。連携においては、誰がイニシアチブを取るのか、またケースごとに誰がリーダーシップを担うのかを見極めることが重要だと感じている。 S ・介護保険に切り替わるまでは、行政との連携（障害福祉課）が難しく、支援のマネジメントを誰が行うのか不明瞭であった。 C ・支援のマネジメントが必要であるが、関係者が集まる機会が持ちにくく、訪問看護師から積極的に声をかける必要があった。対面で集まったことを機に、情報共有や連携が促進された。 C

3. 精神科アウトリーチサービスに関する課題の国際的共有

海外の精神科アウトリーチサービスに関する情報を得るために International Society of Psychiatric Nursing 2025 Annual Conference

(開催地：アメリカ合衆国ルイジアナ州ニューオーリンズ) に参加した。

本会議はアメリカ合衆国を中心にヨーロッパ各国からも参加者がおり、日本の精神科アウトリーチサービスの状況や、本研究事業の背景及び一部の結果について共有することができた。各国で法律や制度が異なるなか、それぞれの課題や先進的な取り組みについての情報交換を行うことができ、本研究の結果の解釈に活用した。

特に、アメリカ合衆国は国土が広いとため、居住地によっては医師による治療を受けることが難しく、そのような地域では薬物療法や精神療法といった役割を看護師（ナースプラクティショナー）が行っている。そのため、セルフケアの援助を主体とした日本型の精神科訪問看護サービスについて初めて知った参加者が多く、アメリカ合衆国での看護師の役割とは異なるものの、細やかに提供される日本のサービスに多くの興味関心が得られた。今後も日本での実践や課題を共有する機会を設けることは重要であると考えられる。

D. 考察

本研究の第一の目的は、地域において精神科訪問看護が、どのような利用者に、どのような体制で、利用者の状態変化に応じた訪問看護を提供しているかを可視化することであった。カルテ調査およびヒアリング調査によって浮かび上がったのは、大きく変化する状態像や生活に対応し、利用者や家族が望む地域生活を可能な限り続けられるように支援する訪問看護の姿であった。考察は、以下の3つの視点①事業所の類型と利用者の特徴、②支援調整の状況とカルテの記載内容、③状態変化に対応する頻回訪問以外の支援調整と他の社会資源との連携、から今後の精神科訪問看護の課題について述べる。

1. 事業所の類型と利用者の特徴

カルテ票の回答(224)から利用している事業所を類型別にみると、精神科訪問看護を中心に展開している特化独立型(52)、医療機関・障害福祉サービス等を法人内に有する医療機関併設型(23)、介護保険の訪問看護を中心に実施し、地域の関連機関と連携して精神科訪問看護を提供する地域連携型(9)、全国的に複数の事業所を展開して精神科訪問看護を中心に行っている特化全国展開型(140)であった。(類型別の対象事業所数は均等でないことから、結果の解釈においては注意が必要)

精神科訪問看護の利用状況は、p15の表19のように、1.過去1年間に支援調整がなく、頻回訪問の頻度が1か月以上継続している期間がある、2.過去1年間に支援調整があり、頻回訪問の頻度が1か月以上継続している期間がない、3.過去1年間に支援調整があり、頻回訪問の頻度が1か月以上継続している期間がある、の3パターンに分類した。224名の利用者は、パターン1(103)、パターン2(54)、パターン3(67)のように分類された。

事業者の類型と利用状況のパターンの関連は p

47の表58に示すとおり、特化独立型、地域連携型、特化全国展開型でパターン1の割合が最も多く、医療機関併設型でパターン2の割合が最も多かった。医療機関併設型では、退院直後に医療機関との信頼関係を軸に地域ケアへの移行を支援し、その後は地域の訪問看護資源に移行する場合もあると考えられる。パターン1は精神症状が多岐にわたって強くみられ、身体状態にも観察が必要な状態像が一定期間継続し、頻回な訪問看護を要する状態であるといえる。訪問看護の滞在時間はパターン1で平均が最も短く、ケア内容はある程度定型的と考えられる。パターン3は訪問看護の利用期間が1~5年の割合が多く、身体合併症をもつ割合が高く、病状の変化とともにセルフケアの変化も最も多くみられ、ケア会議(当該事例に係る、事業所外部関係者を含むケースカンファレンス)の開催割合がパターン2より多く、生活支援には関係者との連携が必要で、支援調整の結果、訪問頻度の調整だけでなく、関係者・家族との情報共有がされる割合も高かった。

2. 支援調整の状況とカルテの記載内容

支援調整が行われたパターン2と3について行ったカルテの記載内容調査では、8割近いケースで記載があった。記載内容は支援調整の必要性・内容、アセスメント(関連する要因)、ケアプランであり、6割以上に具体的記載があった。調整の根拠となった情報、情報に関するアセスメント、ケアプランが具体的に記載されていたものでは、利用者・家族の発言と訪問看護師の思考の区別が、主語が明確に書かれていた。一方、観察した状況なのか、利用者の訴えなのか、家族の意見なのか、主語が明確に区別されずに記載され、情報量が少ないケースでは、行われたケアが曖昧にしか判別できない記載もみられた。

前項で述べたように、精神症状や身体症状、セ

セルフケアの変化などケアの調整と週3回以上の訪問を要するケースには多様な要因がある。訪問看護の必要性や、他の社会資源の活用可能性を判断するためには、アセスメントとケアプランの記載は必須と考えられる。アセスメントでは利用者・家族の訴え（Subjective Data）と専門家の観察（Objective Data）は区別して書かれることが必要であり、ケアプランは具体的に誰が何をどの程度ケアとして提供するのが記載される必要がある。ケア会議などで地域の社会資源を調整する際にも、これらのデータのカルテ記載により判断の透明性を確保し、さらに記載を基盤にした正確な情報の共有とケアプランの立案と実施が必須であろう。

3. 状態変化に対応する頻回訪問以外の支援調整と他の社会資源との連携

利用者の精神症状・身体状態の変動やセルフケアの変化に対して、訪問看護師は特別指示等による訪問頻度の調整に加え、関係者・家族との情報共有や電話連絡を積極的に行っていた（表26）。ヒアリング調査でも、状態の変動が大きい時期は、本人・家族から電話で継続的に状況を把握し、主治医や相談支援専門員、保健師等と共有して支援体制を調整したり（パターン2・3）、複数名訪問や家族支援などケア内容を調整して、危機を乗り越えていた（パターン3）。連携先は、個々の状況によって様々であったが（表47）、電話や情報共有アプリが活用されており、関係者と当面の支援方針を調整した上で、訪問看護師が利用者本人に伝える窓口となる場合も多くみられた。

状態変化時の電話対応は、訪問看護から積極的に情報を把握・共有して支援を行う点で、利用者や家族からの相談に対応する24時間対応体制とは異なるものであった。支援調整のあった利用者のうち、ケア会議の開催や指示書の変更があったのは2割程度に留まっており（表24）、病状の変化を早めにキャッチし、関係者や本人との情報共有を図ることによって迅速な対応ができ、大幅な支

援の変更をすることなく、支援を継続することができていた。電話対応は時間と労力を要するものの、記録では、いつ、誰と、どのように連絡したかが明記されることは少なく、上述のように、具体的な連携調整のプロセスを記録に示すことは、訪問看護におけるマネジメントを可視化する上でも重要と考えられる。

支援調整を行うために、支援者間の日頃の関係性や地域連携の場に参加していることも多くみられた。本調査の対象事業所は、様々な地域の連携会議に参加しており（表6）、参加状況は事業所類型によって異なっていた。地域連携型の事業所は、福祉・介護関連の会議に幅広く参加しており、医療機関併設型は、会議等への参加は他の類型に比して少なかったが、ヒアリング調査からは法人内の医療機関や障害福祉事業所等と、会議という形態をとらずに情報共有を行っている状況も伺えた。

地域連携を促進する取り組みとして、ヒアリング対象者の多くが「顔の見える関係性」を挙げており、地域活動への参加や、対面で会う機会を意図的に設ける、などの多くの工夫が語られた。一方、訪問看護事業所は職員数が少なく、会議や地域活動への参加に十分な時間や人員を確保することが難しいことや、連携調整を担えるスタッフ育成の課題も挙げられた。連携のあり方は地域の規模や資源の状況によっても異なっており、地域特性に応じた連携の場づくりと、各事業所の参加を支援するための制度や体制の検討、スタッフの連携調整力を向上するための継続研修等も必要と考えられる。

訪問頻度の変更に際しては、多くの事業所でミーティングやカンファレンスを行い、複数のスタッフで検討する仕組みを設けていた。独自の基準やアセスメント様式を作成している事業所もあり、訪問看護のアセスメントを明文化する取りくみがなされていた。頻回な訪問や頻度変更の必要性を根拠もとに明確に記載し共有することは、利用者本人や他の支援者と協働する上で重要であり、支

援の透明性と質の確保に欠かせないプロセスであり、記録上の工夫や事業所内でのカンファレンス・

事例検討等が促進されるための対策が求められる。

E. 結論

調査結果から、利用者の状態変化に応じた精神科訪問看護のケア提供の実態を明らかにすることができた。精神症状や身体症状、セルフケアの変化など、ケアの調整と週3回以上の訪問を要するケースには多様な要因があり、訪問看護の必要性や、他の社会資源の活用可能性を判断するために

は、アセスメントとケアプランのカルテ記載が重要と考えられた。

また、地域連携を促進するためには、地域特性に応じた連携の場づくりと、各事業所の参加を支援するための制度や体制の検討、スタッフの連携調整力を向上するための継続研修等が必要と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

G. 研究発表

なし

施設ID

**令和6年度 厚生労働行政推進調査事業
「利用者の状態変化に適切に対応する精神科訪問看護の提供体制整備に向けた研究」
施設調査票**

研究協力依頼文書を読み、調査に同意します

← ご協力頂ける場合は、
○をつけてください。

問1 貴事業所と同一法人（同一系列を含む）が有する施設に○をつけて下さい。（○はいくつでも）

<input type="checkbox"/>	1. 病院
<input type="checkbox"/>	2. 診療所
<input type="checkbox"/>	3. 訪問看護ステーション（貴事業所以外）
<input type="checkbox"/>	4. 居宅介護支援事業所
<input type="checkbox"/>	5. 訪問介護事業所
<input type="checkbox"/>	6. 通所介護事業所
<input type="checkbox"/>	7. 地域包括支援センター
<input type="checkbox"/>	8. 看護小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	9. 特定相談支援事業所または障害児相談支援事業所
<input type="checkbox"/>	10. その他の障害福祉サービス事業所
<input type="checkbox"/>	11. その他 ⇒ 具体的な内容をご記入ください
<input type="checkbox"/>	12. なし

「11. その他」の具体的な内容

問1で「3. 訪問看護ステーション（貴事業所以外）」を選択した方にお伺いします。

貴事業所を除いて、同一法人（同一系列を含む）内に何か所の訪問看護ステーションがありますか？

訪問看護ステーション	<input type="text"/>	箇所
うち、精神科訪問看護を行っている事業所	<input type="text"/>	箇所

過去1年間（令和5年10月1日～令和6年9月30日）の地域との連携状況についてお伺いします。

① 以下の地域の機関が開催する定期的な会議に参加していますか？ 該当する選択肢すべてに○をつけて下さい。

	1. 地域包括支援センターが主催する会議
	2. 居宅介護支援事業所が主催する会議
	3. 介護関連で市区町村が主催する会議
	4. 介護事業者が主催する会議
	5. 介護関連で自治体(都道府県) が主催する会議
	6. 基幹相談支援センターが主催する会議
	7. 障害福祉サービスにおける相談支援事業所が主催する会議
	8. 障害福祉サービス事業者が主催する会議
	9. 障害福祉関連で自治体が主催する会議
	10. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）における協議の場
	11. 福祉・介護地域生活支援拠点等の会議
	12. 精神科医療機関主催の個別ケースカンファレンス
	13. 訪問看護ステーション主催のケースカンファレンス
	14. 市区町村の保健担当課主催のカンファレンス
	15. 保健所主催のカンファレンス
	16. その他 ⇒ 具体的な内容をご記入ください
	17. なし

「16 その他」の具体的な内容

--

② 貴訪問看護ステーションとして次のような地域活動を実施していますか？ 実施しているものすべてに○をつけて下さい。

	1. 他医療機関との人材交流
	2. 他福祉サービス事業所との人事交流
	3. 法人内職員向け研修会の実施
	4. 法人外専門職向け研修会の実施
	5. 住民向け研修会の実施
	6. 地域の防災訓練への参加
	7. その他 ⇒ 具体的な内容をご記入ください
	8. なし

「7. その他」の具体的な内容

--

問2 令和6年9月末時点の貴事業所の職員数を職種別に記入してください。

1) 看護職員数をお答えください。該当者がいない場合は「0」とご記入ください。

	常勤換算		実人数	
		名		名
保健師・看護師		名		名
准看護師		名		名
合計		名		名

2) 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。該当者がいない場合は「0」とご記入ください。

①精神科訪問看護基本療養費の算定のための要件

※ a～cにおいて複数の経験がある人がいる場合は、a～cのそれぞれでカウントしてください

	常勤換算		実人数	
		名		名
a. 精神科医療機関の精神科病棟または精神科外来の勤務経験者(1年以上)		名		名
b. 精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験者(1年以上)		名		名
c. 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(1年以上)		名		名
d. 精神科訪問看護基本療養費算定要件研修会を受講した方 (上記3つのいずれかに該当する人は除く)		名		名

②専門性に関する人員の状況

	常勤換算		実人数	
		名		名
精神看護専門看護師		名		名
精神科認定看護師		名		名
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)		名		名
特定行為研修の修了者(栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連)		名		名
特定行為研修の修了者(血糖コントロールに係る薬剤投与関連)		名		名
特定行為研修の修了者(パッケージ研修修了者またはその他の特定行為) ⇒ 具体的な内容をご記入ください		名		名
その他 ⇒ 具体的な内容をご記入ください		名		名

「特定行為研修の修了者(パッケージ研修修了者またはその他の特定行為)」の具体的な内容

--

「その他」の具体的な内容

--

③看護職員以外の職員数

	常勤換算		実人数	
		名		名
作業療法士		名		名
理学療法士		名		名
言語聴覚士		名		名
精神保健福祉士		名		名
公認心理師等		名		名
事務職		名		名
その他 ⇒ 具体的な内容をご記入ください		名		名
「その他」の具体的な内容				

問3 加算等に関する施設の届出状況についてご回答ください。

①精神科訪問看護基本療養費の届出		1.あり		2.なし
②24時間対応体制加算の届出		1.あり		2.なし
③機能強化型訪問看護ステーション1		1.あり		2.なし
④機能強化型訪問看護ステーション2		1.あり		2.なし
⑤機能強化型訪問看護ステーション3		1.あり		2.なし
⑥精神科重症患者支援管理連携加算の届出		1.あり		2.なし
⑦精神科複数回訪問加算の届出		1.あり		2.なし
⑧訪問看護管理療養費1（訪問看護管理療養費1の基準に該当）		1.あり		2.なし
⑨訪問看護管理療養費1 （訪問看護管理療養費2の基準に該当するが経過措置により1を届出）		1.あり		2.なし
⑩訪問看護管理療養費2		1.あり		2.なし
⑪指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定		1.あり		2.なし

問4 令和6年9月1か月間の実利用者数、訪問件数を記入してください。

①全実利用者数（介護保険・医療保険を含め、すべての利用者数）		名
うち、介護保険のみの利用者		名
うち、訪問看護基本療養費（医療保険）のみを算定した利用者数		名
うち、精神科訪問看護基本療養費(医療保険)(Ⅰ・Ⅲ・Ⅳのいずれか)を算定した利用者数		名
②全訪問件数（1か月間のすべての訪問件数：医療保険・介護保険を含む）		件
うち、介護保険のみの訪問件数		件
うち、訪問看護基本療養費(医療保険)のみの訪問件数		件
うち、精神科訪問看護基本療養費(医療保険)(Ⅰ・Ⅲ・Ⅳのいずれか)を算定した訪問件数		件

問5 令和6年9月1か月間に、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者について、ご記入下さい。

1) 性別

男性		名
女性		名
その他		名

2) 年齢

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

3) 主病名

1. 統合失調症・妄想性障害		名
2. 気分障害		名
3. 不安障害・ストレス関連障害		名
4. パーソナリティ障害		名
5. アルコール・薬物使用障害		名
6. 発達障害		名
7. 高次脳機能障害		名
8. その他 ⇒ 具体的な内容をご記入ください		名

「8. その他」の具体的な内容

4) 身体合併症がある人（身体に関する疾患の診断に基づき服薬等の治療中の者）はいいますか？

	1. いる
	2. いない

4)で「1. いる」とご回答された方にお伺いします。

身体合併症がある人の人数をお答えください。

	名	※ 該当者がいない場合は「0」とご記入ください。
--	---	--------------------------

上記の身体合併症がある人のうち、身体ケア（訪問看護において医療的ケア（点滴、注射、吸入・吸引、処置等）が必要な利用者）の必要な利用者は何人いますか

	名	※ 該当者がいない場合は「0」とご記入ください。
--	---	--------------------------

5) GAF得点 (令和6年9月月初)

GAF尺度	人数	
0		名
1~10		名
11~20		名
21~30		名
31~40		名
41~50		名
51~60		名
61~70		名
71~80		名
81~90		名
91~100		名

6) 訪問頻度 (令和6年9月の実績) ※緊急時の訪問は含みません

訪問頻度	人数	
月1回以下		名
2週に1回		名
週1回		名
週2回		名
週3回		名
週4回以上		名

7) 9月中に精神科特別訪問看護指示書が交付された利用者の有無をご回答ください。

1. あり
2. なし

7) で「1. あり」とご回答された方にお伺いします。

9月中に精神科特別訪問看護指示書が交付された利用者の人数をお答えください。

	名
--	---

8) 過去1年間 (令和5年10月1日~令和6年9月30日) の実利用者についてお伺いします。

重複する場合は、それぞれでカウントして下さい。

①	問4①で回答した精神科訪問看護基本療養費(I・Ⅲ・Ⅳのいずれか)を算定した利用者数のうち、上記の期間のうち1か月以上利用している利用者の人数をお答えください	名
②	①のうち、過去1年間に週の訪問頻度が変更になった利用者をお答えください	名
③	①のうち、過去1年間に1か月以上、週の訪問頻度が3回以上の利用が継続している期間がある利用者の人数をお答えください	名
④	①のうち、過去1年間に支援の調整が必要となった利用者の人数をお答えください ※「支援の調整が必要となった利用者」とは、状態変化や環境変化のため、定期的な訪問看護以外に支援の調整・対応が必要となった利用者を対象とします。支援が増えた場合と減った場合のいずれも対象とします	名

※ ②のうち、「過去1年間に支援の調整が必要となった利用者」の人数を調査員が確認します。…④

※ ③と④の利用者について利用者票への記入をお願いいたします

問6 普段の情報共有の方法についてお伺いします。

1) 患者情報の職員間の連携方法についてお伺いします。

①利用しているツールをすべて選んでください。

	1. 電子カルテ
	2. カルテ（紙カルテ）
	3. SNSツール（Slack、情報共有アプリ等）
	4. 定期的なミーティング（毎日、毎週、毎月）
	5. その他

上記の具体的な内容を教えてください

--

②上記のうち最も活用しているツール1つに○をつけてください。

	1. 電子カルテ
	2. カルテ（紙カルテ）
	3. SNSツール（Slack、情報共有アプリ等）
	4. 定期的なミーティング（毎日、毎週、毎月）
	5. その他

**令和6年度 厚生労働行政推進調査事業
「利用者の状態変化に適切に対応する精神科訪問看護の提供体制整備に向けた研究」
利用者票**

施設ID-事業所IDを記入してください →

--

対象となる利用者のIDを記入してください →

--

回答のご負担が大きい場合、問1～5について詳しくご記入頂き、問6以降は選択項目を優先して可能な範囲でご回答ください

問1 本利用者票の回答ケースについて、該当するものに○をつけて下さい。（両方該当する場合は、両方に○）

	1. 施設票問5-8) ③に該当した利用者である ※1 →問2,問3,問6以降にご記入ください
	2. 施設票にて調査員が確認した④に該当した利用者である ※2 →問4,問5,問6以降にご記入ください

※1 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ・Ⅲ・Ⅳのいずれか)を算定し、調査期間(令和5年10月1日～令和6年9月30日)中に1か月以上利用しており、1か月以上、週の訪問頻度が3回以上の利用者

※2 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ・Ⅲ・Ⅳのいずれか)を算定し、調査期間(令和5年10月1日～令和6年9月30日)中に1か月以上利用しており、過去1年間に支援の調整が必要となった利用者(状態変化や環境変化のため、定期的な訪問看護以外に支援の調整・対応が必要となった利用者を対象とします。支援が増えた場合と減った場合のいずれも対象とします)

以下の設問(問2-1,問2-2,問2-3,問3)は問1で**選択肢1**に「○」をつけた方がお答えください

また、問1の**選択肢1**に○をつけていない方は、問4-1にお進みください

問2-1 週3日以上訪問が1か月以上継続した時期のカルテ等を確認し以下の設問についてご確認ください。

その詳細についても自由記述でご回答ください。

1) 週3回以上の訪問が必要な理由を選び(すべてに○)、その理由を詳しく教えてください。

	1. 精神症状が不安定
	2. 身体ケアが必要
	3. 家族の支援が必要
	4. 他のサービスを利用することが困難
	5. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

1～5の具体的な内容

--

2) 週3回以上の訪問が必要な状況に関連する状況を選び(すべてに○)、その状況について詳しく教えてください

	1. 家族状況
	2. 病状
	3. 仕事や学校等の状況
	4. 利用サービス
	5. 身体状態
	6. セルフケア(食事・睡眠・排泄・活動・個人衛生)
	7. 近隣との関係
	8. その他

上記で○をつけた「関連する状況」について具体的に記入してください

3) 週3回訪問時に、訪問看護で提供したケアを教えてください（すべてに○）

1. 食生活に関する援助
2. 活動性・生活リズムに関する援助
3. 生活環境の整備に関する援助
4. 整容に関する援助
5. 趣味・余暇活動に関する援助
6. 社会生活に関する援助
7. 患者との関係性の構築
8. コミュニケーション能力を高める援助
9. 他者との関わりに関する援助
10. 精神症状に関する援助
11. 睡眠の援助
12. 服薬行動援助
13. 薬物療法の副作用の観察と対処
14. 身体症状の観察と対処
15. 生活習慣に関する援助
16. 排泄の援助
17. 対象者を力づける援助
18. 家族に対する援助
19. サービスの調整
20. ケア会議のコーディネート
21. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「21. その他」の具体的な内容

問2-2 週3日以上の訪問が1か月以上継続した時期のカルテ等の記載を確認し、地域との連携状況に関して教えてください。

その詳細についても自由記述でご回答ください。

1) 当該期間中におけるケア会議の開催の有無

<input type="checkbox"/>	1. 開催した
<input type="checkbox"/>	2. 開催しなかった

「1. 開催した」と回答した方にお伺いします

開催した際に、参加した機関を選択してください（すべてに○）

<input type="checkbox"/>	1. 主治医（精神科）
<input type="checkbox"/>	2. 医師（身体科）
<input type="checkbox"/>	3. 相談支援専門員
<input type="checkbox"/>	4. ケアマネージャー
<input type="checkbox"/>	5. 医療機関のPSW
<input type="checkbox"/>	6. 保健所・保健センターの保健師
<input type="checkbox"/>	7. 行政機関
<input type="checkbox"/>	8. ホームヘルパー
<input type="checkbox"/>	9. デイケア等職員
<input type="checkbox"/>	10. 就労支援事業所職員
<input type="checkbox"/>	11. グループホーム職員
<input type="checkbox"/>	12. 大家
<input type="checkbox"/>	13. 民生委員
<input type="checkbox"/>	14. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「14. その他」の具体的な内容

--

2) 連携・調整した機関を教えてください（すべてに○）

<input type="checkbox"/>	1. 主治医（精神科）
<input type="checkbox"/>	2. 医師（身体科）
<input type="checkbox"/>	3. 相談支援専門員
<input type="checkbox"/>	4. ケアマネージャー
<input type="checkbox"/>	5. 医療機関のPSW
<input type="checkbox"/>	6. 保健所・保健センターの保健師
<input type="checkbox"/>	7. 行政機関
<input type="checkbox"/>	8. ホームヘルパー
<input type="checkbox"/>	9. デイケア等職員
<input type="checkbox"/>	10. 就労支援事業所職員
<input type="checkbox"/>	11. グループホーム職員
<input type="checkbox"/>	12. 大家
<input type="checkbox"/>	13. 民生委員
<input type="checkbox"/>	14. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「14. その他」の具体的な内容

--

問3 連携・調整の内容と今後の支援の方向性について具体的に記述してください

以下の設問（問4-1,問4-2,問5）は問1で選択肢2に「○」をつけた方がお答えください

また、問1の選択肢2に○をつけていない方は、問6にお進みください

問4-1 支援の調整が必要となった時期の状況についてお伺いします。

カルテ等の記載を確認し、以下の設問についてご確認ください。

詳細についても自由記述でご記入ください。

1-1) 支援の調整が必要となった理由を選び（すべてに○）、その状況について詳しく教えて下さい

<input type="checkbox"/>	1. 精神症状の変化
<input type="checkbox"/>	2. 服薬支援の必要性
<input type="checkbox"/>	3. 身体症状の変化
<input type="checkbox"/>	4. セルフケアレベルの変化
<input type="checkbox"/>	5. 支援体制・利用サービスの変化
<input type="checkbox"/>	6. 家族状況の変化
<input type="checkbox"/>	7. 近隣等との関係の変化
<input type="checkbox"/>	8. 訪問看護の終了にむけた調整
<input type="checkbox"/>	9. その他

上記で○をつけた「支援の調整が必要な理由」について具体的に記入してください

--

上記で記載した「支援の調整」について、カルテに記載がありますか？
カルテに記載がある場合は、以下に○をつけ、カルテから転記してください

<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--

1-2) 支援の調整が必要な状況に、どんなことが関連していましたか。関連する要因を選び（すべてに○）、具体的に記入して下さい

<input type="checkbox"/>	1. 家族状況の変化
<input type="checkbox"/>	2. 病状の変動
<input type="checkbox"/>	3. 仕事や学校等の変化
<input type="checkbox"/>	4. 利用サービスの変化
<input type="checkbox"/>	5. 身体状態の変化
<input type="checkbox"/>	6. セルフケア(食事・睡眠・排泄・活動・個人衛生)の変化
<input type="checkbox"/>	7. その他

上記で○をつけた「関連する要因」の内容について具体的に記入してください

--

上記で記載した「関連する要因」について、カルテに記載がありますか？
カルテに記載がある場合は、以下に○をつけ、カルテから転記してください

<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--

2) 上記の状況に対して、どのような支援の調整を行いましたか。行ったものを選び（すべてに○）、調整の内容について詳しく教えてください。

<input type="checkbox"/>	1. 訪問頻度を変更（増加・減少）した
<input type="checkbox"/>	2. 電話対応や電話連絡などを行った
<input type="checkbox"/>	3. 受診・入院の調整を行った
<input type="checkbox"/>	4. 利用しているサービスの調整を行った
<input type="checkbox"/>	5. 関係者・家族と情報共有を行った
<input type="checkbox"/>	6. その他

上記で○をつけた「行った支援の調整」の内容について具体的に記入してください

--

上記で記載した「行った支援の調整」について、カルテに記載がありますか？
カルテに記載がある場合は、以下に○をつけ、カルテから転記してください

<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--

3) 支援の調整時に、訪問看護で行ったケアの内容を教えてください（すべてに○）

<input type="checkbox"/>	1. 食生活に関する援助
<input type="checkbox"/>	2. 活動性・生活リズムに関する援助
<input type="checkbox"/>	3. 生活環境の整備に関する援助
<input type="checkbox"/>	4. 整容に関する援助
<input type="checkbox"/>	5. 趣味・余暇活動に関する援助
<input type="checkbox"/>	6. 社会生活に関する援助
<input type="checkbox"/>	7. 患者との関係性の構築
<input type="checkbox"/>	8. コミュニケーション能力を高める援助
<input type="checkbox"/>	9. 他者との関わりに関する援助
<input type="checkbox"/>	10. 精神症状に関する援助
<input type="checkbox"/>	11. 睡眠の援助
<input type="checkbox"/>	12. 服薬行動援助
<input type="checkbox"/>	13. 薬物療法の副作用の観察と対処
<input type="checkbox"/>	14. 身体症状の観察と対処
<input type="checkbox"/>	15. 生活習慣に関する援助
<input type="checkbox"/>	16. 排泄の援助
<input type="checkbox"/>	17. 対象者をカブける援助
<input type="checkbox"/>	18. 家族に対する援助
<input type="checkbox"/>	19. サービスの調整
<input type="checkbox"/>	20. ケア会議のコーディネート
<input type="checkbox"/>	21. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「21. その他」の具体的な内容

--

カルテ等の内容を具体的にご記載（転記）ください

--

問4-2 支援の調整が必要となった時期の状況についてお伺いします。

カルテ等の記載を確認し、地域との連携状況に関する以下の設問についてご確認ください。

1) (支援の調整にあたって) 支援の調整が必要となった時期におけるケア会議の開催の有無

<input type="checkbox"/>	1. 開催した
<input type="checkbox"/>	2. 開催しなかった

「1. 開催した」と回答した方にお伺いします

開催した際に、参加した機関を選択してください(すべてに○)

<input type="checkbox"/>	1. 主治医 (精神科)
<input type="checkbox"/>	2. 医師 (身体科)
<input type="checkbox"/>	3. 相談支援専門員
<input type="checkbox"/>	4. ケアマネージャー
<input type="checkbox"/>	5. 医療機関のPSW
<input type="checkbox"/>	6. 保健所・保健センターの保健師
<input type="checkbox"/>	7. 行政機関
<input type="checkbox"/>	8. ホームヘルパー
<input type="checkbox"/>	9. デイケア等職員
<input type="checkbox"/>	10. 就労支援事業所職員
<input type="checkbox"/>	11. グループホーム職員
<input type="checkbox"/>	12. 大家
<input type="checkbox"/>	13. 民生委員
<input type="checkbox"/>	14. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「14. その他」の具体的な内容

--

2) 支援調整時に連携・調整した機関を教えてください(すべてに○)

<input type="checkbox"/>	1. 主治医 (精神科)
<input type="checkbox"/>	2. 医師 (身体科)
<input type="checkbox"/>	3. 相談支援専門員
<input type="checkbox"/>	4. ケアマネージャー
<input type="checkbox"/>	5. 医療機関のPSW
<input type="checkbox"/>	6. 保健所・保健センターの保健師
<input type="checkbox"/>	7. 行政機関
<input type="checkbox"/>	8. ホームヘルパー
<input type="checkbox"/>	9. デイケア等職員
<input type="checkbox"/>	10. 就労支援事業所職員
<input type="checkbox"/>	11. グループホーム職員
<input type="checkbox"/>	12. 大家
<input type="checkbox"/>	13. 民生委員
<input type="checkbox"/>	14. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「14. その他」の具体的な内容

--

3) 上記機関との連携・調整の内容を具体的に教えてください

--

4) 支援の調整を行ったことで、本人の状態はどのように変化しましたか？（すべてに○）

	1. 精神症状が安定した
	2. 身体症状が安定した
	3. 生活状況が安定した
	4. 危機状態（自傷・自殺のリスク、暴力のリスク）が落ち着いた
	5. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「5. その他」の具体的な内容	

問5 訪問頻度が変わった際の、訪問看護の内容についてお伺いします

以下の設問について、該当する内容をご回答ください。

1) 訪問人数

訪問頻度が変わった際に訪問人数・職種は変更になりましたか？

	1. 変更になった
	2. 変更にならなかった
「1. 変更になった」と回答した場合、具体的にどのように変更になったかを記入してください	

2-1) 指示書の内容は変更になりましたか（ひとつに○）

	1. 変更になった
	2. 変更にならなかった

「1. 変更になった」と回答した場合、具体的に変更になった内容をご記入ください（すべてに○）

	1. 生活リズムの確立
	2. 家事能力、社会技能等の獲得
	3. 対人関係の改善（家族含む）
	4. 社会資源活用の支援
	5. 薬物療法継続への援助
	6. 身体合併症の発症・悪化の防止
	7. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
変更の具体的な内容	

2-2) 複数名訪問の必要性

	1. 複数名訪問の必要性が変更になった
	2. 複数名訪問の必要性の変更はなかった

「1. 必要性が変更になった」と回答した場合、その理由を記入してください

--

2-3) 短時間訪問の必要性

	1. 短時間訪問の必要性が変更になった
	2. 短時間訪問の必要性の変更はなかった

「1. 必要性が変更になった」と回答した場合、その理由を記入してください

--

3) 訪問頻度が変わった際の、訪問看護計画書の内容を転記ください

--

以降の設問は**すべての方**が記入してください

問6 利用者の状況についてお伺いします。各設問についてお答えください。

1) 性別 (ひとつに○)

	1. 男性
	2. 女性
	3. その他

2) 年代 (ひとつに○)

	1. 10歳代以下
	2. 20歳代
	3. 30歳代
	4. 40歳代
	5. 50歳代
	6. 60歳代
	7. 70歳代
	8. 80歳以上

3) 訪問看護開始時期

(西暦年)		年		月		日
-------	--	---	--	---	--	---

4) 訪問看護導入時の状況

	1. 家族の状況等の変化により導入
	2. 精神症状の変化により導入
	3. 行政等の相談支援を機に導入
	4. 退院を機に導入
	5. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「5. その他」の具体的な内容	

4-1) 「4.退院を機に導入」と回答したケースについてお伺いします。

貴ステーション職員は、退院時のカンファレンスに参加しましたか？

	1. 参加した
	2. 不参加であった
	3. わからない

問7 利用者の、現在の状況について、それぞれご記入ください。訪問看護導入時と状況が異なる場合には、導入時の状況も分かる範囲でご記入ください

1) 世帯状況 (ひとつに○)

現在の状況

	1. 単身 ⇒ 2) へおすすみください
	2. 同居 ⇒ 同居者を選択してください

訪問看護導入時の状況

	1. 単身 ⇒ 2) へおすすみください
	2. 同居 ⇒ 同居者を選択してください

「2.同居」と回答した場合、同居者を選択してください (すべてに○)

	1. 父母
	2. 兄弟
	3. 祖父母
	4. 配偶者
	5. 子
	6. 孫
	7. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

	1. 父母
	2. 兄弟
	3. 祖父母
	4. 配偶者
	5. 子
	6. 孫
	7. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「7. その他」の具体的な内容	

「7. その他」の具体的な内容	

2) 住居種別 (すべてに○)

現在の状況

	1. 自宅
	2. グループホーム
	3. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

訪問看護導入時の状況

	1. 自宅
	2. グループホーム
	3. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「3. その他」の具体的な内容	

「3. その他」の具体的な内容	

3) 診断名 (すべてに○)

現在の状況	
1.	統合失調症・妄想性障害
2.	気分障害(うつ病・双極症)
3.	不安障害・ストレス関連障害
4.	パーソナリティ障害
5.	アルコール・薬物使用障害
6.	発達障害
7.	知的能力障害
8.	高次脳機能障害
9.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「9. その他」の具体的な内容	

訪問看護導入時の状況	
1.	統合失調症・妄想性障害
2.	気分障害(うつ病・双極症)
3.	不安障害・ストレス関連障害
4.	パーソナリティ障害
5.	アルコール・薬物使用障害
6.	発達障害
7.	知的能力障害
8.	高次脳機能障害
9.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「9. その他」の具体的な内容	

4) 精神症状 (すべてに○)

現在の状況	
1.	自傷
2.	自殺企図
3.	他害行為 (他者への迷惑行為)
4.	暴力
5.	暴言
6.	妄想・幻覚
7.	興奮
8.	抑うつ状態
9.	衝動性
10.	拒否・拒絶
11.	不安
12.	せん妄・意識障害
13.	混乱
14.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「14. その他」の具体的な内容	

訪問看護導入時の状況	
1.	自傷
2.	自殺企図
3.	他害行為 (他者への迷惑行為)
4.	暴力
5.	暴言
6.	妄想・幻覚
7.	興奮
8.	抑うつ状態
9.	衝動性
10.	拒否・拒絶
11.	不安
12.	せん妄・意識障害
13.	混乱
14.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「14. その他」の具体的な内容	

5) 包括的支援マネジメントに関する状況（すべてに○）

現在の状況	
	1. 警察による関わり
	2. 保健所による関わり
	3. 経済的な問題(生活費の支払い困難など)
	4. 2か月以上の服薬中断
	5. 2か月以上の受診中断
	6. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「6. その他」の具体的な内容	

訪問看護導入時の状況	
	1. 警察による関わり
	2. 保健所による関わり
	3. 経済的な問題(生活費の支払い困難など)
	4. 2か月以上の服薬中断
	5. 2か月以上の受診中断
	6. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「6. その他」の具体的な内容	

6) 相談支援の利用（ひとつに○）

現在の状況	
	1. 利用している ⇒ 種類を選択してください
	2. 利用していない ⇒ 7) へおすすみください

訪問看護導入時の状況	
	1. 利用している ⇒ 種類を選択してください
	2. 利用していない ⇒ 7) へおすすみください

利用している場合、利用している相談機関の種類を記入してください（すべてに○）

	1. 障害福祉サービスにおける計画相談、地域相談支援
	2. 行政が行う基本相談支援
	3. 高齢者福祉における居宅介護支援（ケアマネ）
	4. 地域包括支援センター等の相談
	5. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「5. その他」の具体的な内容	

	1. 障害福祉サービスにおける計画相談、地域相談支援
	2. 行政が行う基本相談支援
	3. 高齢者福祉における居宅介護支援（ケアマネ）
	4. 地域包括支援センター等の相談
	5. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「5. その他」の具体的な内容	

7) 利用しているサービス等（すべてに○）

現在の状況

【障害福祉サービス関連】

1. 居宅介護（ホームヘルプ）
2. 短期入所（ショートステイ）
3. 自立訓練（機能訓練・生活訓練）
4. 就労継続支援（A型）
5. 就労継続支援（B型）
6. 就労移行支援
7. 生活介護
8. 自立生活援助
9. 共同生活援助（グループホーム）
10. 地域移行支援・地域定着支援
11. 上記以外の障害福祉サービス ⇒ 具体的な内容をお答えください
12. 地域活動支援センター
13. 上記以外の障害福祉関連の支援 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「11. 上記以外の障害福祉サービス」の具体的な内容

「13. 上記以外の障害福祉関連の支援」の具体的な内容

【精神科医療関連】

14. 精神科デイケア
15. 精神科ショートケア
16. 精神科ナイトケア

【介護保険関連】

17. 訪問介護
18. 訪問看護（介護保険）
19. 通所介護
20. その他の介護保険サービス ⇒ 具体的な内容をお答えください

「20. その他の介護保険サービス」の具体的な内容

【行政サービス関連】

21. 保健師による訪問・相談
22. 福祉課での相談対応

【その他】

23. 1～22以外のサービス ⇒ 具体的な内容をお答えください

訪問看護導入時の状況

1. 居宅介護（ホームヘルプ）
2. 短期入所（ショートステイ）
3. 自立訓練（機能訓練・生活訓練）
4. 就労継続支援（A型）
5. 就労継続支援（B型）
6. 就労移行支援
7. 生活介護
8. 自立生活援助
9. 共同生活援助（グループホーム）
10. 地域移行支援・地域定着支援
11. 上記以外の障害福祉サービス ⇒ 具体的な内容をお答えください
12. 地域活動支援センター
13. 上記以外の障害福祉関連の支援 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「11. 上記以外の障害福祉サービス」の具体的な内容

「13. 上記以外の障害福祉関連の支援」の具体的な内容

【精神科医療関連】

14. 精神科デイケア
15. 精神科ショートケア
16. 精神科ナイトケア

【介護保険関連】

17. 訪問介護
18. 訪問看護（介護保険）
19. 通所介護
20. その他の介護保険サービス ⇒ 具体的な内容をお答えください

「20. その他の介護保険サービス」の具体的な内容

【行政サービス関連】

21. 保健師による訪問・相談
22. 福祉課での相談対応

【その他】

23. 1～22以外のサービス ⇒ 具体的な内容をお答えください

「23. 1～22以外のサービス」の具体的な内容

「23. 1～22以外のサービス」の具体的な内容

8) 身体合併症の有無 (ひとつに○)

現在の状況	
1.	あり ⇒ 疾患、程度を選択してください
2.	なし ⇒ 9)へおすすみください

訪問看護導入時の状況	
1.	あり ⇒ 疾患、程度を選択してください
2.	なし ⇒ 9)へおすすみください

「1. あり」と回答した場合、該当する主な疾患を選んでください (すべてに○)

1.	代謝系疾患 (糖尿病)
2.	循環系疾患 (高血圧)
3.	循環系疾患 (脳血管疾患)
4.	循環系疾患 (心疾患)
5.	皮膚疾患
6.	骨折・筋骨系疾患
7.	難病等
8.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

1.	代謝系疾患 (糖尿病)
2.	循環系疾患 (高血圧)
3.	循環系疾患 (脳血管疾患)
4.	循環系疾患 (心疾患)
5.	皮膚疾患
6.	骨折・筋骨系疾患
7.	難病等
8.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「8. その他」の具体的な内容

「8. その他」の具体的な内容

「1. あり」と回答した場合、身体合併症の程度を選んでください (すべてに○)

1.	観察・モニタリング
2.	服薬
3.	処置・検査
4.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

1.	観察・モニタリング
2.	服薬
3.	処置・検査
4.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「4. その他」の具体的な内容

「4. その他」の具体的な内容

9) 訪問診療の利用 (ひとつに○)

現在の状況	
1.	利用している ⇒ 頻度を選択してください
2.	利用していない ⇒ 10-1)へおすすみください

訪問看護導入時の状況	
1.	利用している ⇒ 頻度を選択してください
2.	利用していない ⇒ 10-1)へおすすみください

「1. 利用している」と回答した場合、頻度をお答えください

1.	月1回
2.	2週に1回
3.	週1回
4.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

1.	月1回
2.	2週に1回
3.	週1回
4.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「4. その他」の具体的な内容

「4. その他」の具体的な内容

10-1) 精神科通院回数

現在の状況		
通院回数		回/月

訪問看護導入時の状況		
通院回数		回/月

10-2) 通院状況 (ひとつに○)

現在の状況	
	1. 定期的に通院
	2. 概ね定期的に通院
	3. 途絶えがちである

訪問看護導入時の状況	
	1. 定期的に通院
	2. 概ね定期的に通院
	3. 途絶えがちである

11-1) 服薬状況 (ひとつに○)

現在の状況	
	1. 定期的に服薬
	2. 概ね定期的に服薬
	3. 途絶えがち
	4. 調整中

訪問看護導入時の状況	
	1. 定期的に服薬
	2. 概ね定期的に服薬
	3. 途絶えがち
	4. 調整中

11-2) デボ剤の使用 (ひとつに○)

現在の状況	
	1. あり
	2. なし

訪問看護導入時の状況	
	1. あり
	2. なし

11-3) 過量服薬の可能性 (ひとつに○)

現在の状況	
	1. あり
	2. なし

訪問看護導入時の状況	
	1. あり
	2. なし

12-1) 指示書の内容（あてはまるものすべてに○）

現在の状況	
	1. 生活リズムの確立
	2. 家事能力、社会技能等の獲得
	3. 対人関係の改善（家族含む）
	4. 社会資源活用の支援
	5. 薬物療法継続への援助
	6. 身体合併症の発症・悪化の防止
	7. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「7. その他」の具体的な内容	

訪問看護導入時の状況	
	1. 生活リズムの確立
	2. 家事能力、社会技能等の獲得
	3. 対人関係の改善（家族含む）
	4. 社会資源活用の支援
	5. 薬物療法継続への援助
	6. 身体合併症の発症・悪化の防止
	7. その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「7. その他」の具体的な内容	

12-2) 複数名訪問の必要性

現在の状況	
	1. あり ⇒ 具体的な内容をお答えください
	2. なし
「1. あり」の具体的な内容	

訪問看護導入時の状況	
	1. あり ⇒ 具体的な内容をお答えください
	2. なし
「1. あり」の具体的な内容	

12-3) 短時間訪問の必要性

現在の状況	
	1. あり ⇒ 具体的な内容をお答えください
	2. なし
「1. あり」の具体的な内容	

訪問看護導入時の状況	
	1. あり ⇒ 具体的な内容をお答えください
	2. なし
「1. あり」の具体的な内容	

13) 訪問看護計画書の内容（箇条書きで記載）

現在の状況

訪問看護導入時の状況

14-1) 訪問滞在時間（移動時間は含まず）

現在の状況		
毎回、おおよそ		分

訪問看護導入時の状況		
毎回、おおよそ		分

14-2) 貴ステーションから利用者宅までに要する移動時間

現在の状況		
片道		分程度

訪問看護導入時の状況		
片道		分程度

15) セルフケアの状況

食事・水分、排泄、睡眠、活動、人づきあい、金銭管理、安全管理、病とのつきあい、等についてできるだけ具体的に記入してください

現在の状況

訪問看護導入時の状況

16) 家族の状況・近隣との関係

できるだけ具体的に記入してください

現在の状況

訪問看護導入時の状況

17) 直近の訪問看護で提供したケア（すべてに○）

現在の状況	
1.	食生活に関する援助
2.	活動性・生活リズムに関する援助
3.	生活環境の整備に関する援助
4.	整容に関する援助
5.	趣味・余暇活動に関する援助
6.	社会生活に関する援助
7.	患者との関係性の構築
8.	コミュニケーション能力を高める援助
9.	他者との関わりに関する援助
10.	精神症状に関する援助
11.	睡眠の援助
12.	服薬行動援助
13.	薬物療法の副作用の観察と対処
14.	身体症状の観察と対処
15.	生活習慣に関する援助
16.	排泄の援助
17.	対象者をカブける援助
18.	家族に対する援助
19.	サービスの調整
20.	ケア会議のコーディネート
21.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「21. その他」の具体的な内容	

訪問看護導入時の状況	
1.	食生活に関する援助
2.	活動性・生活リズムに関する援助
3.	生活環境の整備に関する援助
4.	整容に関する援助
5.	趣味・余暇活動に関する援助
6.	社会生活に関する援助
7.	患者との関係性の構築
8.	コミュニケーション能力を高める援助
9.	他者との関わりに関する援助
10.	精神症状に関する援助
11.	睡眠の援助
12.	服薬行動援助
13.	薬物療法の副作用の観察と対処
14.	身体症状の観察と対処
15.	生活習慣に関する援助
16.	排泄の援助
17.	対象者をカブける援助
18.	家族に対する援助
19.	サービスの調整
20.	ケア会議のコーディネート
21.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください
「21. その他」の具体的な内容	

18) 連携している機関（すべてに○）

現在の状況	
1.	主治医（精神科）
2.	医師（身体科）
3.	相談支援専門員
4.	ケアマネジャー
5.	医療機関のPSW
6.	保健所・保健センターの保健師
7.	行政機関
8.	ホームヘルパー
9.	デイケア等職員
10.	就労支援事業所職員
11.	グループホーム職員
12.	大家
13.	民生委員
14.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

訪問看護導入時の状況	
1.	主治医（精神科）
2.	医師（身体科）
3.	相談支援専門員
4.	ケアマネジャー
5.	医療機関のPSW
6.	保健所・保健センターの保健師
7.	行政機関
8.	ホームヘルパー
9.	デイケア等職員
10.	就労支援事業所職員
11.	グループホーム職員
12.	大家
13.	民生委員
14.	その他 ⇒ 具体的な内容をお答えください

「14. その他」の具体的な内容

「14. その他」の具体的な内容

問8 訪問日と入院の状況について、以下の記入ルールに基づき、当該利用者を訪問した日の状況を記入してください。

③の対象については、訪問頻度が週3日以上の間とその前後1か月について記入

④の対象については、支援の調整が必要となった期間（訪問頻度の変更、入院、通院の変更）について記入

<p>・訪問・入院した日について、以下のルールに基づき記号を選択してください</p> <p>○ : 通常の訪問</p> <p>特1 : 特別指示書に基づく訪問</p> <p>特2 : 退院後3か月以内の上限5日間の訪問</p> <p>任入 : 任意入院している日</p> <p>応入 : 応急入院している日</p> <p>医入 : 医療保護入院している日</p> <p>措入 : 措置入院している日</p> <p>訪問も入院していない日は「空欄」のままにしてください。</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

2023年10月

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

2023年11月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

2023年12月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

2024年1月

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

2024年2月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
						3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29		

2024年3月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

2024年4月

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

2024年5月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

2024年6月

日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

2024年7月

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

2024年8月

日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

2024年9月

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

※ 問4 で週ごとの訪問頻度を回答することで、訪問頻度の水位がわかる折れ線グラフが下記に表示されます



問9 過去1年間（令和5年10月1日～令和6年9月30日）のGAF得点（月初）について記入してください。

なお、GAFが測定されていない月は空欄にしてください。

		GAF得点	
令和5年	10月		点
	11月		点
	12月		点
令和6年	1月		点
	2月		点
	3月		点
	4月		点
	5月		点
	6月		点
	7月		点
	8月		点
	9月		点

調査は以上です。

他の回答された調査票と合わせて、メールまたは郵送でご返送ください。

ご協力ありがとうございました。