

厚生労働省  
令和4年度障害者総合福祉推進事業

地域における支援ニーズの高い者に対する  
精神科訪問看護の実態調査  
報告書

令和5（2023）年3月  
（学校法人 聖路加国際大学）

## はじめに

精神科訪問看護は、精神障がいをもって地域で暮らす人の健康と生活を支え、利用者と家族のリハビリを支援する医療サービスである。利用者数や実施施設数は年々増加しており、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」にも欠かせない支援となっている。

1986年に医療機関からの「精神科訪問看護・指導」が診療報酬に位置づけられて以降、1992年には訪問看護ステーションからの「訪問看護基本療養費」、2012年からは「精神科訪問看護基本療養費」として、実施体制が整えられてきた。その背景には、地域支援の充実という日本の精神保健福祉施策の流れの中で、訪問看護の実践者や研究者がより良いケアと専門性を探求し続けてきたこと、そして利用者・家族・医療者にその有効性とニーズが広く認識されてきたことが挙げられる。

精神科訪問看護の普及に伴い、期待される役割は拡大している。特に近年、ひきこもりや未受診、治療中断により支援サービスとの関わりが難しい方、周産期や子育て期にある方、身体的ケアが必要な方など多様な支援ニーズをもつ方への訪問看護が必要とされている。専門的関わりが求められる一方、ケアの実態や課題については十分明らかになっておらず、またケアのプロセスや効果を評価するための方法論も検討の途にある。変化する社会のニーズに対応し、質の高いケアを提供するためには、精神科訪問看護の実情を反映した制度・システムの構築と、ケアのプロセスやアウトカムを評価する方法論の検討が不可欠である。

本事業では、上記課題にこたえるため、①精神科訪問看護に関する文献検討、②精神科訪問看護のヒアリング調査、③精神科訪問看護のアウトカム評価の3つの事業を通じて、精神科訪問看護の実態を明らかにし、今後必要な制度やシステムについて検討を行った。

事業結果から、支援ニーズの高い利用者は複合的な困難を有する一方、支援ニーズに気づきにくく、関わる人が限られ、長期的に関係を築きながら、家族全体への関わりや母子・小児・身体疾患等に関わる複数の関係機関との連携体制を整える必要があることが明らかになった。訪問看護の利用者は多様化しており、訪問看護師は精神症状と生活の支援を軸に、利用者の生活技能や主体的な行動の変化を支えており、こうしたケアの内容とアウトカムを可視化することは、地域内連携の基盤としても重要と考えられた。

地域全体で利用者を支えていくためには、精神科訪問看護の専門性と、訪問看護や地域ケア全体で培われてきた各領域の専門性が、相互的・発展的に連携し、柔軟なシステムを作ることが期待される。これは、「訪問看護アクションプラン 2025」で挙げられている「量的拡大」「機能拡大」「質の向上」「地域包括ケアへの対応」というビジョンにも対応する。また、精神保健福祉領域で進められている包括的支援マネジメントの活用や、その中で精神科訪問看護の役割も大きく期待されることが示された。

本事業は、新型コロナウイルス感染症の流行が続く中、多くの方々のご協力を頂いて、実施することができた。調査や会議に参加下さった方々の「切れ目のない、より良いケアが提供できる場を作りたい」という思いは、共通目標として事業の推進力となった。

本事業結果が、精神科訪問看護の質の向上と体制づくりにむけたエビデンスとなり、利用者・家族のリハビリと訪問看護を担う人々のエンパワメントに繋がることを、心より願っている。

2023年3月

事業責任者 聖路加国際大学 瀬戸屋 希

# 【 目 次 】

はじめに

## 第1章 事業概要

|                     |   |
|---------------------|---|
| 1. 目的               | 2 |
| 2. 検討委員会の開催         | 2 |
| 3. 各事業の概要           | 2 |
| 事業Ⅰ：精神科訪問看護に関する文献検討 | 2 |
| 事業Ⅱ：精神科訪問看護のヒアリング調査 | 3 |
| 事業Ⅲ：精神科訪問看護のアウトカム評価 | 5 |
| 4. 本事業の実施体制         | 7 |

## 第2章 精神科訪問看護に関する文献検討

事業Ⅰ 支援ニーズの高い利用者に対する精神科訪問看護のケアの実態に関する文献調査

|                   |    |
|-------------------|----|
| 1. 文献検討の目的        | 10 |
| 2. 調査方法           | 10 |
| 1) 支援ニーズの高い利用者の特徴 | 10 |
| 2) 対象文献の選定基準      | 10 |
| 3) 対象文献の検索方法と選定   | 11 |
| 4) 分析方法           | 13 |
| 3. 結果             | 14 |
| 1) ケア内容           | 14 |
| 2) 困難             | 17 |
| 3) 工夫             | 18 |
| 4) 今後の課題          | 19 |
| 4. 考察             | 20 |
| レビュー文献一覧          | 21 |

## 第3章 精神科訪問看護のヒアリング調査

事業Ⅱ 地域における支援ニーズの高い者に対する精神科訪問看護の実態調査

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 1. 調査目的                     | 32 |
| 2. 調査方法                     | 32 |
| 3. 事例の概要                    | 32 |
| 4. 結果 支援の種類別カテゴリー           | 50 |
| 1) 支援の種類別の特徴                | 50 |
| 2) 精神科訪問看護師が必要性与高いと認識していること | 64 |
| 5. 考察                       | 65 |
| 1) 支援ニーズの高い利用者への訪問看護の実態     | 65 |
| 2) ケアの内容やその影響               | 65 |
| 3) ヒアリング調査に基づく今後への期待        | 65 |

## 第4章 精神科訪問看護のアウトカム評価

### 事業Ⅲ 精神科訪問看護利用者の振り返りアウトカム評価調査

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| 1. 調査実施概要                       | 78  |
| 1) 目的                           | 78  |
| 2) 調査方法                         | 78  |
| 2. 調査結果の概要（施設票）                 | 79  |
| 1) 回答施設の概要                      | 79  |
| 2) 精神科訪問看護利用者の状況                | 82  |
| 3) 支援において困っていること、対応が難しいと感じていること | 86  |
| 3. 調査結果の概要（利用者票）                | 88  |
| 1) 利用者の状況                       | 88  |
| 2) 利用者の過去7か月間の変化                | 97  |
| 4. 考察                           | 110 |

## 第5章 考察

|  |     |
|--|-----|
| 1. 支援ニーズの高い利用者に対する<br>精神科訪問看護師による支援とマネジメント | 112 |
| 2. 支援ニーズの高い利用者に対する家族への支援                   | 112 |
| 3. 支援ニーズの高い利用者に対する施設間およびサービス間の連携           | 113 |
| 4. 精神科訪問看護のアウトカムと可視化                       | 114 |

## 参考資料

|            |     |
|------------|-----|
| アウトカム評価調査票 | 117 |
|------------|-----|

# 第 1 章

## 事業概要

# 第 1 章 事業概要

## 1. 目的

本事業は、支援ニーズの高い者に対する精神科訪問看護の実態および精神科訪問看護の効果を調査することにより、精神障がい者を有する人が地域で必要な医療を受け、安心して生活できるための基盤整備、地域づくりに資することを目的とした。

## 2. 検討委員会の開催

第 1 回検討委員会(令和 4 年 5 月 30 日)では、事業全体の概要とスケジュールを確認し、アンケート調査に用いるアウトカム評価指標について、文献検討をふまえて検討した。訪問看護の評価では、入院状況や GAF 得点、利用しているサービス、身体状態、生活技能、服薬や治療に対する関わり等の視点が重要であるとの意見があり、施設調査・アウトカム調査、ヒアリング調査のデザインと含むべき項目について検討した。

第 2 回検討委員会(令和 4 年 10 月 5 日)では、支援ニーズの高い方への精神科訪問看護の実態について、文献検討結果を共有し、精神疾患のある小児や、医療依存度の高い身体疾患をもつ人への精神科訪問看護についても検討する必要性が確認された。また、ヒアリング調査とアウトカム調査の対象と内容についても議論を行った。

第 3 回検討委員会(令和 5 年 3 月 2 日)では、各調査結果を共有し、支援ニーズの高い利用者に対する訪問看護の特徴を整理し、今後必要な制度や体制について議論した。また、地域単位で支援体制を検討する重要性など、取り組むべき課題について意見を得た。

## 3. 各事業の概要

### 事業 I :精神科訪問看護に関する文献検討

#### 1) 目的

精神科訪問看護において、支援ニーズの高い利用者に対して実施されているケアの内容、困難と工夫、今後の課題について文献検討により明らかにすることを目的とした。

#### 2) 方法

精神保健福祉の有識者で構成される検討委員会にて、支援ニーズの高い利用者の特徴を①周産期・子育て期にある、②ひきこもり状態にある、③精神科への未受診または治療を中断している、④身体合併症がある、⑤暴力または迷惑行為がある、⑥小児である、⑦医療依存度

が高い身体疾患をもつ、の 7 つとした。テーマごとに日本語文献レビューを行い、ケア内容、困難、工夫、今後の課題に関する記述を抽出し、整理した。対象文献は、国内文献データベースの医中誌 Web を用いて、関連文献を包括的に収集するとともに、ハンドサーチで関連文献を追加した。スクリーニングによって選定基準を満たすとされた論文の要旨を読み、具体的なケア内容が読み取れる文献を選定し分析対象とした。検索期間は、2022 年 8～11 月であった。なお、⑥小児と⑦医療依存度が高い身体疾患は、ハンドサーチを中心に文献選定を行った。

分析対象の論文について、テーマ毎に 2 名ずつで分担し、ケア内容、工夫、困難、今後の課題に関する記述を抽出しエビデンステーブルを作成した。その後、抽出された内容について抽象度を上げて整理・分類した。

### 3) 結果

周産期・子育て中の利用者へは、子どもの発達課題に応じたケアを行う必要があった。ひきこもり状態や未治療・治療中断にある人に対しては、治療契約が成立しない場合は医療者が関われないという制度上の壁が課題となっていたが、継続的な関わりを持ちながら関係機関と連携し、危機や変化時にタイムリーに関われる体制を整えていた。身体合併症のある精神障害者では、利用者の理解に合わせて身体的治療の意思決定を支援していたが、身体ケアについて相談ができる専門家やチームリーダーの存在が必要であると考えられた。暴力または迷惑行為のある利用者は、家族関係への関わりを含め、長期に渡る支援が必要となる特徴があった。小児に対しては、子どもの発達をサポートしつつ、子どもの障害特性を親に伝え家族の心理面にも配慮していた。医療依存度が高い身体疾患のある人へは、利用者の特性を把握しながら、利用者自身が納得して治療の意思決定ができるように関わっていた。

### 4) 考察

支援ニーズの高い利用者への精神科訪問看護では、関わりの難しさやニーズの複雑さがあり、継続的に関わりを続けながら利用者の意思決定を支え、同時に多機関と協働してケア提供体制を整えることが必要とされていた。そのため、地域の関係機関やサービス間での情報共有の範囲・方法の整備やケースマネジメントを誰が担うかという点が共通する課題として抽出された。

## 事業Ⅱ 精神科訪問看護のヒアリング調査

### 1) 背景・目的

精神科訪問看護は、ひきこもりや未治療・治療中断者、迷惑行為や他害行為のある人など、支援の継続が難しい対象者や、身体合併症をもつ方や周産期・子育て期の人など、より専門的な支援の必要な利用者への支援も担っている。しかし、このような対象へのケアの実態は明らかになっていない。本調査では、「ひきこもり状態」、「家族支援」、「周産期・子育て支援」、「児童」、「未治療・治療中断」等の支援ニーズの高い利用者に対して、精神科訪問看護師の

提供する支援とその影響を明らかにすることを目的としてヒアリング調査を実施した。

## 2) 方法

調査は質的記述的研究方法を用いて実施した。機縁法で、精神科訪問看護を実施している精神科病院および訪問看護ステーションを選定し、対象施設の所属長に研究の依頼を行った。同意の得られた所属機関の訪問看護師に、本研究の説明と書面での同意を得て、半構造化インタビューを行った。インタビューでは、支援を提供している利用者1事例について、利用者の状況、提供している支援の内容、他機関との連携、困難や整備が必要と考える制度を尋ねた。事例として語られる利用者にはオプトアウトの機会を設け、研究への拒否がないことを確認してからインタビューを実施した。インタビューは同意を得て録音し、逐語録を意味のあるまとまりごとに切片化し、コードを作成したのち、似た意味を持つコードを集めてサブカテゴリーを生成した。

## 3) 結果

1) 施設16名の看護師にインタビューを実施した。インタビューの平均時間は64.7分であった。

「ひきこもり状態への支援」では、訪問看護を含む医療支援と併せて福祉の関係機関・職種による支援も必要だが、ひきこもり状態にある利用者は複数の人による支援を拒否する傾向があり、訪問看護師にとって連携の難しさがあることが語られた。

「家族支援」では、家族の心身の状態が利用者の病状にも影響するため、訪問看護師は利用者への支援と並行して家族支援を行っていた。

「周産期・子育て支援」では、家族の状況によって多様な支援を行っていた。利用者の子どもが心身の障害や特性をもつ場合は、訪問看護師は子ども側の支援を担当する関係機関との連携を行い、子どもの障害や個別性に合わせた子育てを、親である利用者と一緒に考えていた。一方、利用者の子どもがいわゆる「ヤングケアラー」となっているようなケースでは、子どもへの支援と同時に、親である利用者の子育て能力やスキルを向上させるための支援やエンパワメントを行っていた。

「児童への支援」では、児童の治療への理解や、訪問看護に対する親の同意や協力が得にくい状況が語られた。また、疲弊した保護者のレスパイトを目的に、訪問看護師が利用者である児童の入院に向けた支援や、保護者が利用できる社会資源の検討や紹介を行っていることも語られた。

「未治療・治療中断者への支援」では、医療との唯一のつながりとして、利用者がもつ医療への不信感や拒否感に配慮しながら、継続的に関わっていた。また、心身の状態のアセスメントを慎重に行い、急変時にはすぐに対応できるよう関係機関と連携していた。同居者や家族に対しては、負担感などを把握しつつ、利用者の意向を必ず確認した上で家族ケアを行っていた。

## 4) 考察

支援ニーズの高い利用者は、複合的な課題を有し、家族全体への支援や包括的な支援が必要であったが、関われる人が限られており、訪問看護師は支援が途切れないよう関係性を

維持しながら、関係機関との調整など多くの役割を担っていた。

特に、家族関係が複雑である場合が多く、家族の心身の状態によって利用者の精神症状が左右されることから、利用者本人への支援と並行して家族への支援が必須となっていた。精神科訪問看護の対象は利用者・家族であるが、精神障害(疑いを含む)や多様な支援ニーズをもつ家族に対する支援に関しては、診療報酬上の十分な裏付けがなく、訪問看護師は役割や責任の範囲が不明瞭な中で支援を行っていた。

訪問看護師によるケアの内容としては、傾聴やアセスメント、服薬支援、受療のサポート等の支援に加え、他者との関係構築に関する支援や、支援間の調整や見通しの共有を行って、中長期的な視点で利用者を捉え、利用者の主体性や自己決定を尊重しながら、一進一退を共に経験していることが語られた。

今後は家族支援の範囲や位置づけに関する検討や、行政機関等との連携を促進するための体制・制度の整備、地域の資源に関する情報集約等が必要と考えられた。支援ニーズの高い人への支援体制は、近年の診療報酬でも進められているが、十分に周知・活用されておらず、算定項目の拡充に加え、情報の周知と活用を促進するための検討も必要と考えられた。

### 事業Ⅲ 精神科訪問看護のアウトカム評価

#### 1) 背景・目的

精神科訪問看護は、地域包括ケアシステムの構築推進においても不可欠なサービスとされ、利用者も増加傾向にある一方、その評価に関する検討は十分には進んでいない。本調査では、精神科訪問看護のアウトカム評価を検討するべく、精神科訪問看護の利用者へのケア内容や支援にあたっての困難、訪問看護のアウトカムに関する後ろ向き調査を実施した。

#### 2) 方法

機縁法により選定した精神科医療機関 17 施設、訪問看護ステーション 33 施設の管理者および看護師を対象に、郵送法による質問紙調査を実施した。管理者には利用者概要を尋ねる【施設票】に、看護師には統合失調症または双極性障害をもつ利用者の状態とケア内容に関して、2022年1月・8月時点での状況を尋ねる【利用者票】への回答を依頼した。

#### 3) 結果

精神科医療機関 7 施設、訪問看護ステーション 25 施設より【施設票】の回答を得た(回収率 64%)。また 183 件の【利用者票】の回答を得た。

##### 【施設票】

年代は 50~60 歳代を中心に分布し、診断名は統合失調症が 50.1%を占め、気分障害(18.0%)、発達障害(6.2%)であった。GAF 得点は、「41~50」と「51~60」(各 28%程度)、「31~40」(18.6%)、「61~70」(12.8%)の順であった。支援における困難として、「未治療・治療中断者への支援」(81.3%)、「ひきこりの利用者への支援」(62.5%)、「身

体合併症のある利用者への支援」(50.0%)、「迷惑行為や他害行為等で継続支援が困難な利用者への支援」(46.9%)、「周産期・子育て期にある利用者への支援」(37.5%)などの回答があった。

#### 【利用者票】

183名のうち40～60歳代が7割以上を占め、多くは単身生活(55.7%)であった。診断名は統合失調症84.7%、双極性障害14.8%、発達障害7.7%であり、約5割に循環系疾患等の身体合併症があった。訪問看護利用期間は5～10年(26.2%)が最多であった。7割近くが相談支援を、約3割が居宅介護を併用していた。GAFは平均48～49点で、2時点間に差はみられなかった。訪問回数(平均5回/月)、訪問滞在時間(41.5分/回)も2時点間で差はみられなかった。2時点間に入院を要した利用者は15.8%であった。訪問時に「活動性・生活リズムに関する援助」や「精神症状に関する援助」「服薬行動援助」が実施されており、実施率は70%以上を占めた。生活技能(LSP 日本語版)は、「身辺整理」「規則順守」「交際」「会話」「責任」のすべてにおいて、2回目が1回目調査より有意に向上していた。服薬や症状について「相談すること」や「話すこと」について、約6～7割は「変わらない」としたが、3割前後が「増えた」とし、「減った」はほぼみられなかった。

#### 4) 考察

訪問看護の利用者は、40～60代で統合失調症の診断が多かったが、気分障害や発達障害も一定の割合があった。GAF得点は60点未満が大半を占め、中程度～重症度の機能レベルの方が大半を占めていた。

訪問看護師は、精神症状や服薬行動への援助とあわせ、活動性・生活リズムを維持するための援助を継続的に提供していた。多くは単身・独居で合併症をもちながらも相談支援等のサービスを併用し、地域生活を続けていることが推察された。一方、支援の提供にあたり看護師は、未治療や引きこもり、身体合併症へのケアに困難を感じており、より専門性の高い知識や技術を持つ人材やコンサルテーション体制などの必要が示唆された。

2時点比較において、入院を要した利用者もいたが、症状・機能(GAF得点)の悪化はなく、生活技能では改善がみられた。精神科訪問看護では、地域生活を維持するための生活技能の支援や薬・治療に関する対話を通じて、利用者の主体的な生活行動を支援していることが示された。精神科訪問看護のアウトカム評価では、症状変化とあわせ、こうした主体的な生活行動の評価が必要であると考えられた。

訪問看護の質の確保のためには、利用者の状況、ケアのプロセス、アウトカムの評価が不可欠である。本調査で行ったケア内容やアウトカム評価の項目を踏まえ、共通言語となる評価指標の開発やシステム化が必要であり、これらは包括的支援マネジメントや、地域内連携を進める際のツールとしても重要と考えられる。

## 4. 本事業の実施体制

### 検討委員会(50音順)

| 名前     | 所属              |
|--------|-----------------|
| ◎瀬戸屋 希 | 聖路加国際大学         |
| 青木 裕見  | 聖路加国際大学         |
| 安保 寛明  | 山形県立保健医療大学      |
| 片山 成仁  | 医療法人社団 成仁病院     |
| 萱間 真美  | 国立看護大学校         |
| 木戸 芳史  | 浜松医科大学          |
| 草地 仁史  | 一般社団法人日本精神科看護協会 |
| 高砂 裕子  | 全国訪問看護事業協会      |
| 立森 久照  | 慶應義塾大学          |
| 平原 優美  | 日本訪問看護財団        |
| 船越 明子  | 神戸市看護大学         |
| 森 真喜子  | 国立看護大学校         |

### 文献検討事業(50音順)

| 名前     | 所属      |
|--------|---------|
| ◎船越 明子 | 神戸市看護大学 |
| 榎戸 文子  | 聖路加国際大学 |
| 古場 郁乃  | 神戸市看護大学 |
| 榊 美樹   | 聖路加国際大学 |
| 瀬戸屋 希  | 聖路加国際大学 |
| 高橋 妙理  | 聖路加国際大学 |
| 松井 芽衣子 | 聖路加国際大学 |

◎事業担当者

### ヒアリング事業(50音順)

| 名前     | 所属      |
|--------|---------|
| ◎森 真喜子 | 国立看護大学校 |
| 小山 達也  | 聖路加国際大学 |
| 瀬戸屋 希  | 聖路加国際大学 |
| 高橋 妙理  | 聖路加国際大学 |
| 新田 真由美 | 国立看護大学校 |
| 福島 鏡   | 聖路加国際大学 |
| 松浦 佳代  | 国立看護大学校 |

◎事業担当者

アウトカム事業(50音順)

| 名前     | 所属              |
|--------|-----------------|
| ◎萱間 真美 | 国立看護大学校         |
| ◎青木 裕見 | 聖路加国際大学         |
| 安保 寛明  | 山形県立保健医療大学      |
| 片山 成仁  | 医療法人社団 成仁病院     |
| 木戸 芳史  | 浜松医科大学          |
| 草地 仁史  | 一般社団法人日本精神科看護協会 |
| 榊 美樹   | 聖路加国際大学         |
| 瀬戸屋 希  | 聖路加国際大学         |
| 高砂 裕子  | 全国訪問看護事業協会      |
| 立森 久照  | 慶應義塾大学          |
| 平原 優美  | 日本訪問看護財団        |
| 福島 鏡   | 聖路加国際大学         |
| 船越 明子  | 神戸市看護大学         |
| 森 真喜子  | 国立看護大学校         |
| 坂本俊英   | 一般財団法人 日本総合研究所  |
| 田口 麻美子 | 一般財団法人 日本総合研究所  |

◎事業担当者

# 第2章

## 精神科訪問看護に関する 文献検討

## 第2章 精神科訪問看護に関する文献検討

事業Ⅰ 支援ニーズの高い利用者に対する精神科訪問看護のケアの実態に関する文献調査

事業担当者：船越明子（神戸市看護大学）、瀬戸屋希（聖路加国際大学）

研究協力者：榊美樹（聖路加国際大学）、榎戸文子（聖路加国際大学）、松井芽衣子（聖路加国際大学）、高橋妙理（聖路加国際大学）、古場郁乃（神戸市看護大学）

### 1. 文献検討の目的

精神科訪問看護において、支援ニーズの高い利用者に対して実施されているケアの内容、困難と工夫、今後の課題について文献検討により明らかにする。

### 2. 調査方法

支援ニーズの高い利用者の特徴を特定し、その特徴毎に日本語文献のレビューを行い、ケア内容、困難、工夫、今後の課題に関する記述を抽出し、整理した。

#### 1) 支援ニーズの高い利用者の特徴

精神保健福祉の有識者で構成される検討委員会にて、支援ニーズの高い利用者の特徴を下記の7つとし、文献検討のテーマとした。

- ①周産期・子育て期にある
- ②ひきこもり状態にある
- ③精神科への未受診または治療を中断している
- ④身体合併症がある
- ⑤暴力または迷惑行為がある
- ⑥小児である
- ⑦医療依存度が高い身体疾患をもつ

#### 2) 対象文献の選定基準

以下の条件をすべて満たす文献を対象とした。

- ・精神疾患患者をサービスの対象としていること（認知症や物質使用障害を対象とした文献は除外）
- ・精神障害者への訪問看護であること
- ・看護職によるケアであること
- ・ケア内容、困難、工夫、今後の課題のいずれかが記述されていること
- ・日本国内での実践であること
- ・日本語または英語で書かれた論文であること
- ・学術雑誌に掲載された論文であること

また、「①周産期・子育て」は、周産期・子育て期にある者が精神科訪問看護を利用していることとし、精神科訪問看護の支援対象が子どもで、母親に対する支援の記述が

ないものは除外した。「④身体合併症」は、高血圧、脂質異常、糖尿病など継続した身体管理が必要となる疾患を有している精神障害者への訪問看護でのケア内容を調査の対象とし、以下については除外した。

- ・一時的な身体的不調への支援であり、継続した身体的な症状管理が行われていない。
- ・身体疾患から生じた精神症状に対する介入であり、精神疾患として取り扱われていない。
- ・身体合併症の有無が明らかとなっていない。肥満のみで身体疾患に至っておらず、体重測定以外で疾患としての身体管理が必要とされない。
- ・高齢者のみに限定し、高齢者には何かしら身体疾患があるとの前提でまとめられている（詳細な身体管理への記述がない）。

### 3) 対象文献の検索方法と選定

国内文献データベースの医中誌 Web を用いて国内の関連文献を包括的に収集するとともに、ハンドサーチで関連文献を追加した。そして、スクリーニングによって選定基準を満たすとされた論文の要旨を読み、具体的なケア内容が読み取れる文献を選定し分析対象論文とした。検索は、2022年8～11月に行った。なお、「⑥小児」と「⑦医療依存度が身体疾患」は、ハンドサーチのみで文献選定を行った。それぞれの具体的な検索方法と検索結果は表 2-1 の通りである。

表 2-1 テーマ別文献検索式

| テーマ       | 医中誌での検索式とヒット数  | ハンドサーチ   | スクリーニングと選定論文数  |
|-----------|--|--|--|
| ① 周産期・子育て | (((精神科訪問看護/AL) or ((地域精神保健アウトリーチサービス/TH or アウトリーチ/AL) and (看護/TH or 看護/AL)) or ((訪問看護/TH or 訪問看護/AL or 訪問支援/AL) and ((精神疾患/TH or 精神疾患/AL or 精神障害/AL) or ([精神科]/JN or 精神/AL)))) and ((育児/TH or 育児/AL or 子育て/AL) or (周産期/TH or 周産期/AL) or (妊娠/TH or 妊娠/AL) or (出産/TH or 出産/AL) or (産褥/TH or 産褥/AL) or (妊産婦/TH or 妊産婦/AL or 妊婦/AL) or (母/TH or 母/TA or 母親/AL) or (母子保健/TH or 母子保健/AL) or (母子関係/TH or 母子関係/AL))) and (PT=会議録除く))=254 件 | ・海外論文 なし<br>・日本語論文 3 件   | 精神科訪問看護の支援対象が子どもである文献 5 件を除外し、22 件を分析対象とした。                |
| ② ひきこもり状態 | ((地域精神保健アウトリーチサービス/TH or アウトリーチ/AL) and (看護/TH or 看護/AL) and (引きこもり/TH or ひきこもり/AL)) and (PT=会議録除く)<br>14 件<br>or<br>((精神科訪問看護/AL or ((精神疾患/TH or 精神障害/AL) and (訪問看護/TH or 訪問看護/AL))) and (引きこもり/TH or ひきこもり/AL)) and (PT=会議録除く)<br>42 件→48 件・・・うち、訪問看護・ひきこもりについて記述のない 5 件を不採用→43 件  | ・海外論文 PubMed hikikomori AND (homevisit* OR outreach) 3 件<br>・日本語論文 2 件 | 48 件のうち、本文精査によって訪問看護・ひきこもりについて記述のないものを新たに除外し、37 件を分析対象とした。 |

|               |   |  |  |
|---------------|---|--|--|
| ③未受診・治療中断     | (精神 OR 精神科 OR 精神障害) AND (訪問支援 OR 訪問看護 OR 家庭訪問) AND (治療中断 OR 受療中断 OR 通院中断 OR 医療中断) 47件<br>(精神 OR 精神科 OR 精神障害) AND (訪問支援 OR 訪問看護 OR 家庭訪問) AND (未受診 OR 未治療) 29件  | なし   | 基準を満たさない16件を除外した36件を分析対象論文とした。                       |
| ④身体合併症        | (精神科訪問看護/AL or (精神疾患/TH or 精神疾患/AL) and (訪問看護/TH or 訪問看護/AL))を「精神科訪問看護」と記載<br>①「精神科訪問看護」and (身体合併症/TH or 身体合併症/AL) and (PT=会議録除く)⇒27件<br>②(精神科訪問看護/AL and (精神疾患/TH or 精神疾患/AL) and (訪問看護/TH or 訪問看護/AL)and (身体合併症/TH or 身体合併症/AL)) and (PT=会議録除く)⇒8件<br>③「精神科訪問看護」and (心臓血管疾患/TH or 循環器疾患/AL) and (PT=会議録除く)⇒165件<br>④(「精神科訪問看護」 and (高血圧/TH or 高血圧/AL)) and (PT=会議録除く)⇒<br>⑤「精神科訪問看護」and (代謝性疾患/TH or 代謝疾患/AL) and (PT=会議録除く)⇒122件<br>⑥「精神科訪問看護」and (糖尿病/TH or 糖尿病/AL) and (PT=会議録除く)⇒101件<br>⑦(「精神科訪問看護」and (脂質異常症/TH or 脂質異常症/AL)) and (PT=会議録除く)⇒3件<br>⑧(「精神科訪問看護」and (身体疾患/TH or 身体疾患/AL) and (PT=会議録除く)⇒19件<br>⑨「精神科訪問看護」and (骨折/TH or 骨折/AL) and (PT=会議録除く)⇒23件<br>上記検索内容から、重複しているもの、訪問看護での実践でないもの、認知症のみを対象としたもの等を除外し、41件の結果となった | なし   | 選定基準を満たさない13件を除外した28件のうち、6件を分析対象論文とした。               |
| ⑤暴力・迷惑行為      | (((地域精神保健アウトリーチサービス/TH or アウトリーチ/AL) and (看護/TH or 看護/AL)) and (((暴力/TH or 暴力/AL) or ((騒音/TH or 騒音/AL) or ((破壊行動/TH or 破壊行動/AL)))) or (他害/AL) or (迷惑/AL) or ((問題行動/TH or 問題行動/AL)))) and (PT=会議録除く)18件<br>or<br>(((精神科訪問看護/AL or (精神疾患/TH or 精神障害/AL) and (訪問看護/TH or 訪問看護/AL)) and (((暴力/TH or 暴力/AL) or ((騒音/TH or 騒音/AL) or ((破壊行動/TH or 破壊行動/AL)))) or (他害/AL) or (迷惑/AL) or ((問題行動/TH or 問題行動/AL)))) and (PT=会議録除く)133件<br>↓<br>→148件  | ・海外論文 PubMed (violence OR noise OR destruction OR trouble) AND nurs* AND (homevisit* OR outreach) 108件うち、日本の精神科訪問看護の状況について報告されている文献なし→0件<br>・日本語論文のハンドサーチ 2件 | 訪問看護・暴力・迷惑行為について記述のない113件を不採用とした37件のうち16件を分析対象論文とした。 |
| ⑥小児           |   | 9件   | 小児を対象としていないもの、ケア内容の記述がないもの3件を除外し、6件を分析対象論文とした。       |
| ⑦医療依存度が高い身体疾患 |   | 10件  | 除外はなく、10件を分析対象論文とした。                                 |

分析対象は、109 文献となった。対象文献の選定プロセスを PRISMA フローに従い図 2-1 に示す。

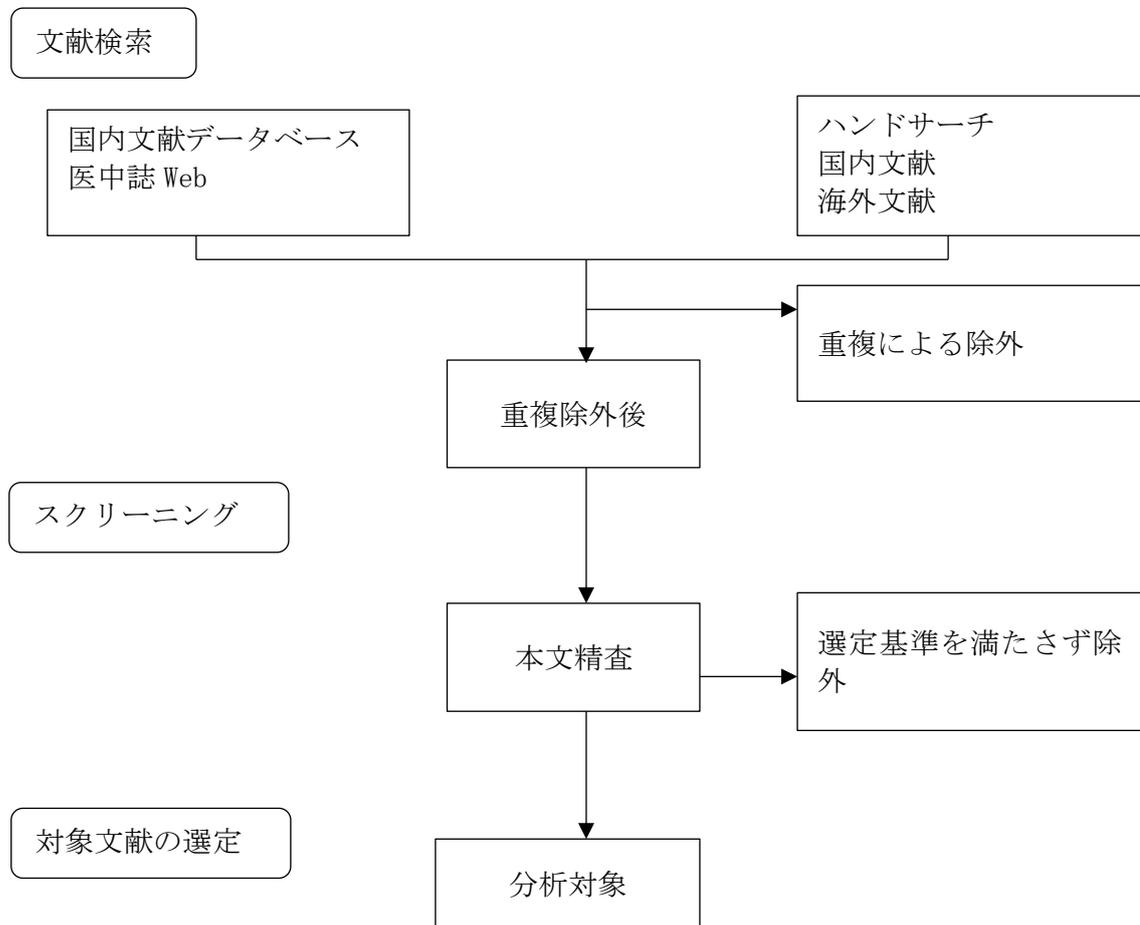


図 2-1 対象文献の選定プロセス

#### 4) 分析方法

分析対象の論文について、テーマ毎に 2 名ずつで分担し、ケア内容、工夫、困難、今後の課題を抽出しエビデンステーブルを作成した。その後、抽出された内容について抽象度を上げて整理・分類した。

### 3. 結果

#### 1) ケア内容

テーマ毎にケア内容を表 2-2 に示した。

周産期・子育て期にある人への精神科訪問看護では、子どもを含めた家族をケアの対象として捉え、多機関・多職種と連携しながら支援体制を構築していた。支援者は、育児や家事の辛さに共感し頑張っていることを認める、子どもへの関わり方を一緒に振り返り気づきを促すなど、母親役割の自覚と自信を培うことができるように関わっていた。さらに、子どもの心身の状況を確認し安全な養育環境を整えることができるように配慮していた。

ひきこもり状態にある人への精神科訪問看護では、利用者・家族と丁寧に関係性を築きながら、訪問を継続し、社会参加のきっかけが訪れたり、危機が生じたりした時にタイムリーに対応していた。

未受診または治療中断している人への精神科訪問看護では、思いを傾聴し、安心感を提供することにより、利用者・家族との関係性を構築していた。そして、ケアの焦点を受診につなげることにあててではなく、利用者の希望を尊重することにあて、ともに問題解決に取り組むことによって自己決定を支援していた。また、多機関・多職種との連携においてチームをエンパワメントする役割も担っていた。

身体合併症を有している人への精神科訪問看護では、利用者の状態に合わせて心身両方の療養を支援し、また、利用者とともに不安定になる家族も支援していた。身体科、精神科両方の支援者と連携し、利用者の理解に合わせて身体的治療の意思決定を支援し、身体疾患の管理ができるよう生活を整える援助を行っていた。また、身体疾患の状態によっては身体状態の悪化に対応し、緊急時を想定し支援者と連携し、急変時に備えた支援体制を整えるといった援助が行われていた。

暴力・迷惑行為のある人への精神科訪問看護では、利用者の思いを汲み取ることが出来るような問いかけをし、慎重に関係性を構築するように工夫していた。さらに、利用者の希望に沿い、利用者のことについて話し合う中で、有効な対処方法を獲得できるように働きかけていた。同居家族にもアプローチし慎重に関係性を構築するように努め、利用者本人が有効な対処方法が得られるように働きかけていた。

小児を対象とした精神科訪問看護では、子どもの自己決定を尊重しながら関係性を作り、友人や家族との関係に着目しつつ子どもの発達をサポートしていた。また、子どもの障害特性や接し方を親に伝え、家族の心理面にも配慮していた。

医療依存度が高い身体疾患をもつ人への精神科訪問看護では、身体疾患のケア・セルフケアの支援を行いながら、精神状態が安定するように働きかけていた。また、関係機関との調整や家族への支援を行い、利用者が納得して治療の意思決定ができるよう関わっていた。

表 2-2 精神科訪問看護において提供されていたケア内容

| テーマ       | ケア内容   |
|-----------|--|
| ①周産期・子育て  | <p>思いを傾聴し言語化を促す<br/>                     精神状態をアセスメントし安定した生活を送れるように支援する<br/>                     母親役割の自覚・自信を積み上げるケア<br/>                     子どもの状況を確認し安全な養育環境を整えるために配慮する<br/>                     家族に働きかけ本人を支える体制を整える<br/>                     他機関・他職種と連携する</p>  |
| ②ひきこもり状態  | <p>信頼関係を築く<br/>                     家族と協働する<br/>                     本人のペース・意見を尊重する<br/>                     本人のストレングス（興味・関心）を関わるきっかけにする<br/>                     タイムリーに介入する<br/>                     他職種・他機関と連携する<br/>                     本人を否定しない<br/>                     困りごとに対応する<br/>                     次のステップに誘う<br/>                     次の目標に向けて背中を押す<br/>                     身体の状態の観察とケア<br/>                     つながりを維持する<br/>                     精神症状をアセスメントし適切な治療につなげる</p>  |
| ③未受診・治療中断 | <p>本人の思いを傾聴する<br/>                     本人の強みを認める<br/>                     本人に安心感を提供する<br/>                     時間をかけて関係性を築く<br/>                     楽しいことを一緒に行う<br/>                     本人の病状や日常生活状況をアセスメントする<br/>                     本人の主体的な行動を支援する<br/>                     「受診ありき」ではなく本人の希望を大切にしたい関わりを行う<br/>                     本人と困りごとを共有し解決策を考える<br/>                     家族の思いを傾聴する<br/>                     家族の全体状況をアセスメントする<br/>                     家族との関係性を構築する<br/>                     多職種多機関連携を図る<br/>                     連携においてチームエンパワメントを促す<br/>                     支援者同士で支援する</p> |
| ④身体合併症    | <p>身体状態の観察、アセスメントを行う<br/>                     健康管理、身体管理を行う<br/>                     血圧、体重、体調などをセルフモニタリングできるように支援する<br/>                     生活支援、食事に関する支援（調理支援、栄養指導）を行う<br/>                     身体科への受診支援を行う<br/>                     身体科医師や他職種と連携する<br/>                     意思決定支援を行う<br/>                     不調時などの緊急訪問を行う<br/>                     地域生活でのサービス調整を行う</p>   |

|                   |   |
|-------------------|---|
| ⑤暴力・迷惑行為          | <p>本人の思いを傾聴する<br/>         本人のやりたいことを一緒にする<br/>         客観的に評価する(精神症状を可視化する)<br/>         暴力・迷惑行為について話し合う<br/>         訪問体制を整える<br/>         家族にアプローチする</p>   |
| ⑥小児               | <p>子供の自己決定を尊重する<br/>         味方だと思ってもらう<br/>         人として子どもと関係性をつくる<br/>         子どもを理解するために友達や家族との関係に着目する<br/>         子どもの生活の場を観察する<br/>         子ども・家族とともに考える<br/>         家族の心理面をサポートする<br/>         子供の障害特性と接し方を親に伝える<br/>         きょうだいにも配慮する<br/>         子供の発達をサポートする<br/>         見通しをつけられるように工夫・構造化する<br/>         不調になる要因を理解する<br/>         多職種・他機関と連携する<br/>         行動療法的な関りを行う<br/>         言語化を促す<br/>         家族との交流を促進させる</p> |
| ⑦医療依存度が高い<br>身体疾患 | <p>患者が納得して治療を意思決定できるよう調整する<br/>         身体疾患の薬物療法の管理<br/>         身体疾患の検査と処置のセルフケア支援<br/>         転倒予防とリハビリテーション<br/>         家族への支援<br/>         身体疾患の治療を担う病院・施設と連携する<br/>         話を聞く<br/>         身体状態の観察<br/>         本人の精神状態が安定するように働きかける<br/>         安楽に過ごすための終末期のケア<br/>         精神疾患のデイケア通所を支援<br/>         身体疾患の悪化につながる生活習慣を見直す</p>  |

## 2) 困難

テーマ毎に困難を表 2-3 に示した。利用者の治療に対するモチベーションが低く、治療や訪問看護を拒否されたり、主体的な意思決定ができなかったりすることに関連した困難が抽出された。また、主治医をはじめとする多機関・多職種との連携に関する困難も挙げられた。

表 2-3 精神科訪問看護におけるケアの困難

| テーマ       | 困難   |
|-----------|--|
| ①周産期・子育て  | 精神症状や服薬の影響により養育を行うことが困難になる<br>子どもの通園・通学に伴う対人交流が不調のきっかけとなる<br>家族の中で孤立する<br>母子ともに地域の中で孤立する<br>子どもの存在を同時に考慮せざるを得ない状況がある<br>他機関・他職種との連携にずれが生じやすい<br>支援に関する負担が大きい   |
| ②ひきこもり状態  | 家族が訪問を拒否する<br>本人が訪問・ケアを拒否する<br>次のステップが見つからない<br>主治医と十分連携できない   |
| ③未受診・治療中断 | 本人が困っていないことに対する支援の困難さ<br>家族や他の支援者の気持ちを受け止め対処する<br>支援しても本人の行動変容につながらないことに対する困難さ<br>単独では判断ができないことに対する不安や迷い<br>支援契約が締結されていない状態での関わりの限界  |
| ④身体合併症    | 本人の生活へのこだわりが強く変容が難しい<br>本人が治療の必要性を感じていない<br>本人が見通しをもって考え行動することが苦手で、その理解が難しい<br>精神疾患があることで、身体科からの受け入れ拒否がある<br>他職種連携ツール(地域連携パス)利用を導入する対象が限られる<br>身体科、精神科それぞれの主治医との連携が困難<br>本人が意思決定できない<br>訪問看護の拒否がある<br>精神科訪問看護師の身体疾患の経験、知識、技術の不足がある<br>身体科訪問看護、ヘルパーとの役割分担が不明瞭 |
| ⑤暴力・迷惑行為  | 本人の対処方法が機能しない<br>本人の思いを汲み取れない<br>対応に困る訴えがある<br>家族とのコミュニケーションで本人の状態が悪化する<br>近隣トラブルがある<br>訪問者への迷惑行為<br>各家族員に対する支援者間の連携不足   |
| ⑥小児       | どこにも所属していない<br>訪問の受け入れてもらえない<br>教育機関や児童福祉施設への訪問看護が認められていない<br>家族の養育機能が低い<br>他機関と共通の課題認識を得るのが難しい  |

|                   |  |
|-------------------|--|
| ⑦医療依存度が高い<br>身体疾患 | 意思表示・自己決定・告知が難しい<br>看護内容が多い<br>異なる診療科との調整が難しい<br>身体症状と精神症状の判断が難しい<br>信頼関係の構築が難しい<br>キーパーソンが機能しない<br>身体疾患の治療への理解不足や治療拒否がおきやすい |
|-------------------|--|

### 3) 工夫

テーマ毎に工夫を表 2-4 に示した。どのテーマにも共通する工夫として、多機関・多職種との連携が挙げられた。

表 2-4 精神科訪問看護においてケア提供時に工夫していること

| テーマ       | 工夫   |
|-----------|--|
| ①周産期・子育て  | 母親役割だけではなく本人に着目する姿勢を持ち続ける<br>子どもと関わる時間をつくり母子関係に踏み込む<br>他機関・他職種と連携し支援体制を迅速に整える<br>状況に応じて柔軟に訪問体制や支援方法を調整する<br>理論を用いて本人の理解を深める<br>支援とつながり続けるための工夫をする  |
| ②ひきこもり状態  | コンサルテーションを受ける<br>ストレngthsに着目する<br>理論を使ってアセスメントする<br>支援者同士が連携して支援しやすい体制を作る<br>適切な危機介入で次につなげる<br>訪問を続ける<br>本人を理解しようと努める  |
| ③未受診・治療中断 | 訪問を拒否されても関係性が途切れないように細くつながる<br>支援者が関わりを継続できるように支援者同士で支援する<br>タイムリーに支援する<br>多職種多機関連携がうまくいくようにお互いを知り、協働する  |
| ④身体合併症    | 本人が自分の状態をモニタリングすることで疾患管理を意識できるよう支援する<br>身体科、他職種、地域など本人の支援者との連携を図る<br>本人のペースに合わせて支援を行う、指示的にならないようにする<br>本人の意向に沿い、出来そうなことから一緒に行い、できたら認めていく<br>生活変容を促さず、信頼関係づくりを重視する<br>ケアの受け入れのタイミングを見極める、タイムリーなケアの提供を行う<br>本人の精神機能に合わせた介入を行う<br>身体疾患の急変時など緊急対応のチーム体制をつくる<br>支援関係が途切れないよう注意して関わる<br>訪問できなくても電話相談を受けるなどつながりを持つ<br>利用者が何を伝えたいかに注目し、出来事や思いに焦点を当てて話を聞く |

|                   |   |
|-------------------|---|
| ⑤暴力・迷惑行為          | 慎重に関係性を構築する<br>有効な対処方法を得られるように具体的に働きかける<br>問いかけ方を工夫する<br>看護師自身の感情をコントロールし冷静にアセスメントする<br>本人に関わる家族・他職種と連携する |
| ⑥小児               | 子どもの自己決定を尊重する<br>親に働きかける<br>地域の社会資源（訪問看護・学校・福祉事業所）と連携する   |
| ⑦医療依存度が高い<br>身体疾患 | 本人の精神状態を理解して関係性を維持・構築する<br>本人の意思を尊重した上で対応を提案する<br>他職種・他機関と連携する  |

#### 4) 今後の課題

テーマ毎に今後の課題を表 2-5 に示した。地域での支援のマネジメントや治療への理解が得られない場合の支援のあり方など必要な支援を継続的に提供するための仕組みづくりが共通する今後の課題として挙げられた。

表 2-5 精神科訪問看護における今後の課題・必要な支援

| テーマ       | 今後の課題  |
|-----------|--|
| ①周産期・子育て  | 家族背景や社会資源の活用状況、子どもの発達段階を考慮した支援内容の記述<br>子どもへの直接支援を含めた母子関係への介入方法の模索<br>各機関・支援者と支援方針を共にしケアマネジメントを行うための仕組みづくり<br>同じ経験をもつ母親同士が自由に交流できる場づくり<br>子どもを対象にしたアウトリーチ支援体制の充実  |
| ②ひきこもり状態  | 複数機関での情報共有の範囲と方法の整備<br>複数機関で支援をする際のケースマネジメント<br>治療契約が成立しない場に医療者は行けない<br>医師が診察しなければ保険診療が始まらない   |
| ③未受診・治療中断 | 支援契約が締結されていない中での中断者支援の持続可能性<br>一般市民への精神障がいに関する啓蒙活動<br>支援体制の地域格差<br>個人情報共有と本人や家族の権利擁護の課題  |
| ④身体合併症    | よりより支援をみつけるために、医療関係者だけでなく、地域社会の人々の意見も聞き、連携し考える<br>本人をエンパワメントしながら、本人の価値観やゴールについて本人、家族、関係機関と話し合う過程を大事にする<br>地域連携パスの対象者の選択方法、バリエーションケース、地域連携に与える効果について、データ集積にさらに評価する必要がある<br>緩和ケアが実際にできている肯定的なフィードバックを看護師にできる専門的なチームリーダーの存在が求められる |

|                   |   |
|-------------------|---|
| ⑤暴力・迷惑行為          | ライフサイクルの中で変化していく不安定な家族関係に対し、いつまで、またどこまで関わるのか<br>家族内力動は、長年の役割葛藤の中で、歪められた機能を形成してしまっているケースが多くある<br>虐待について正確な情報と判断基準を持ち、虐待に対する対処法を構築していく必要がある<br>地域社会への適応に多くの困難を抱える事例に対しても、その人本来のリカバリーに向けて寄り添う支援、長期にわたり関係者と密に連携しながら支援することが求められる |
| ⑥小児               | 多分野での支援ネットワークを地域に作ることが難しい<br>児童精神科の知識や看護のスキルをもった人材が少ない  |
| ⑦医療依存度が高い<br>身体疾患 | 地域での支援のマネジメントが必要である<br>精神疾患患者への告知をどうするか倫理的な課題である  |

#### 4. 考察

支援ニーズの高い利用者への精神科訪問看護では、多機関と協働してケアを提供する必要がある。そのため、多機関での情報共有の範囲と方法の整備やケースマネジメントを誰が担うかという点が共通する課題として抽出された。

周産期・子育て中の利用者へは、子どもの発達課題に応じたケアを行う必要があった。ひきこもり状態や未治療・治療中断にある人に対しては、治療契約が成立しない場合は医療者が関わるできないという制度上の壁が課題となっていた。身体合併症のある精神障害者への身体ケアでは、身体ケアについて相談ができる専門的チームリーダーの存在が必要であると考えられた。暴力のある利用者は、家族関係への関わりを含め、長期に渡る支援が必要となる特徴があった。小児や医療依存度が高い身体疾患のある人を対象とした精神科訪問看護では、利用者の意思決定への支援が重要であると考えられた。

## レビュー対象文献一覧

### ①周産期・子育て 対象文献 (22件)

1. 山岸由紀子(2021). 【母と子のメンタルヘルスと心理社会的支援 多職種連携で妊産婦を支える】知識編 各職種の立場から 母子へのメンタルヘルスケア 訪問助産師の立場から, ペリネイタルケア, 40(9), 861-867.
2. 林和美(2012). 精神疾患を抱える夫婦が出産・育児と向き合うなかでのかかわり 多職種との連携を通して, 日本精神科看護学会誌, 55(1), 182-183.
3. 大城久美子, 吉浜スミエ, 大城かおり(2004). 地域で生活すること 妊娠, 出産という転機を支援した経験から, 日本精神科看護学会誌, 47(1), 33-36.
4. 山城ひかる, 森田弘美, 比嘉恵子, 我喜屋功, 山田明美, 伊波とし子, 伊波純子, 知花康江(2014). 統合失調症患者の妊娠、出産、育児への支援 訪問看護師の役割, 日本精神科看護学会誌, 57(1), 500-501.
5. 山下隆之(2021). 精神科の患者さんの感動・驚愕・奇跡の一言 「いつも私が病人で夫がいい人なのはつらいです」, 精神看護, 24(5), 438-441.
6. 佐藤照美(2019). 【子育て中の人への精神科訪問看護】ストレスへの対処法を考え親子の健全な生活を支援, コミュニティケア, 21(12), 54-57.
7. 中嶋敬代, 徳永千代子(2002). 育児ができない精神分裂病の嫁とその嫁を受け入れられない姑への看護介入 家族構造モデルの変化から分析, 日本看護学会論文集:地域看護, 32, 68-70.
8. 岩橋杉子(2019). 【訪問看護と病棟看護の連帯-広がるケアのバリエーション-】包括的な看護の実践に向けて いくつかの地域ケア事例を通じて, 精神科看護, 46(9), 016-021.
9. 松本光代(2013). 【恋愛・結婚・子育て】(第4章)事例から学ぶ「恋愛・結婚・子育て」支援 子育て中の障害者をチームで支えるということ, 精神科臨床サービス, 13(3), 373-376.
10. 小野加津子(2019). 【子育て中の人への精神科訪問看護】母親の自覚・自信獲得への支援と集団ケア, コミュニティケア, 21(12), 58-61.
11. 知念玲子, 渡久地李沙, 西智子, 上原千絵, 玉城尚(2019). 高リスク摂食障害患者と家族への支援を含めた精神科在宅看護の実践, 精神科看護, 46(9), 062-069.
12. 鈴木里美(2006). 地域生活を支える看護 訪問看護の実践から, 日本精神科看護学会誌, 49(1), 154-155.
13. 田崎真理子, 平ユミ子, 嶋澤由佳里, 白岩和子(2007). 主婦を支える訪問看護の役割 統合失調症患者の事例を通して, 日本精神科看護学会誌, 50(2), 553-556.
14. 高橋久美子, 増子徳幸(2019). 【子育て中の人への精神科訪問看護】家族のライフステージに合わせた多職種支援, コミュニティケア, 21(12), 62-65.
15. 山田祥和, 田代誠(2017). 【精神疾患を抱える親をもつ子どもへのケア】子どもへのケアに求められるもの 訪問看護の事例から, 精神科看護, 44(12), 014-017.
16. 野田悦子, 森山佐智子, 伊達明子, 錦織礼子, 永瀬洋子(2013). 訪問看護でストレングスに着目した自立への援助, 日本精神科看護学会誌, 56(1), 338-339.
17. 寺田悦子, 中野るみ子(2008). 【児童虐待にかかわる視点】精神疾患をもつ母親と子どもを支える 訪問看護ステーションが支援をつなぐ, 精神科看護, 35(7), 34-38.
18. 堂下陽子, 高比良祥子(2019). 子育て中の精神障害をもつ利用者への訪問看護を導入し継続するために必要な看護, 長崎県立大学看護栄養学部紀要, 17, 23-30.
19. 堂下陽子, 高比良祥子(2018). 子育て中の精神障がい者に対する訪問看護の実施頻度と訪問看護師が直面する困難, 長崎県立大学看護栄養学部紀要, 16, 1-9.
20. 堂下陽子, 高比良祥子(2018). 精神障害をもちながら子育てしている利用者に対する訪問看護師による育児支援内容, 日本精神科看護学会誌, 61(1), 18-22.

21. 工藤紗弓(2013). 精神疾患を抱えながら子育てをする者およびその子どもの困難 訪問看護スタッフに対するインタビューを通して, 武蔵野大学心理臨床センター紀要, 13, 43-54.
22. 辻本直子, 他(2007). 精神科訪問看護ステーションにおける子育ての中で精神障害者のある人への支援に関する研究, 第13回訪問看護・在宅ケア研究助成事業報告書.

## ②ひきこもり 対象文献 (37件)

1. 安保寛明(2021). 精神保健の時代をひらく共創造, 日本精神保健看護学会誌, 30(2), 61-69.
2. 山根俊恵(2021). さらに究める!実践力 どうかかわる?どう支える?8050 問題 エキスパートが教える支援の原則(第10回) ひきこもり支援機関との連携 解決を焦らず、抱え込まず、つながりを広げる, ケアマネジャー, 24(1), 60-63.
3. 田邊友也(2021). ひきこもり支援の実際 トラウマインフォームドケア(TIC)実践の最前線から, 精神科看護, 48(13), 027-033.
4. 菊地嘉通(2021). 【精神科訪問看護(Part2) こんなときにはどうしたら?精神科訪問看護の経験を共有します!】「とにかく会話が續かない!その沈黙に押しつぶされそう…」同じ空間と時間を楽しむ姿勢で, 精神科看護, 48(9), 034-039.
5. 藤井陽子(2021). 【精神科訪問看護(Part2) こんなときにはどうしたら?精神科訪問看護の経験を共有します!】「ひきこもり(がち)な利用者に対して焦りを感じます…」心の扉が開く瞬間を待つ, 精神科看護, 48(9), 028-033.
6. 青木藍(2021). こころの現場から 精神科訪問診療 「やはり先生たちに来てもらえませんか?」, こころの科学, 216, 120-123.
7. 稲垣文雄(2021). 【心の危機 孤立しやすい社会を変えよう~1人で抱え込まないで~】精神科訪問看護の可能性, 心と社会, 52(1), 34-40.
8. 田邊友也(2021). 【トラウマ・インフォームドケア(TIC)-「トラウマの眼鏡」でみることで看護は広がる-】なぜあなたの看護は拒否されるのか TICの観点からその解決方法を探る, 精神科看護, 48(2), 024-030.
9. 梶山佐江子, 入江幸春, 高瀬由香里, 濱武藍(2020). 「ペット関係の仕事がしたいな」3年間引きこもっていた利用者のストレングスに着目した支援を行って, 筑水会神経情報研究所・筑水会病院年報, 38, 14-18.
10. 服部正仁(2020). 【精神科作業療法】(第4章)精神科作業療法のフィールド 災害精神科医療 災害時の精神科医療における中長期支援について 東日本大震災後の福島県浜通りの精神科訪問看護の経験より, 作業療法ジャーナル, 54(8), 913-917.
11. 山根俊恵(2020). 【ひきこもりの人とその親へのケア】「関係性の病」としてとらえるひきこもり 親子関係の回復を支援する, 精神科看護, 47(6), 017-023.
12. 名手千晶, 齋藤和彦(2020). 【児童思春期の精神疾患患者の理解とケア】児童思春期の精神的な問題への支援 精神疾患(精神保健問題)の子どもを支える訪問看護による支援, 小児看護, 43(1), 62-68.
13. 米澤恵, 中村真里, 藤川昌典(2019). 短報「ゴミ屋敷」化を繰り返す中高年ひきこもり女性に対する地域移行支援の1例, 精神医学, 61(11), 1353-1356.
14. 岡崎剛(2018). 【アウトリーチの基本技術 II】(第5章)各職種の役割 カウンセリングを届ける 新しい心理士の役割と可能性, 精神科臨床サービス, 18(4), 371-375.
15. 石川真紀(2018). 【オープンダイアログと精神科臨床】精神保健福祉センターの訪問支援におけるオープンダイアログ的対話の試み, 精神科治療学, 33(3), 325-330.
16. 氏平佐和子(2017). 訪問看護におけるリハビリ支援 ニーズ把握が困難な患者とのかかわりを振り返って, 日本精神科看護学術集会誌, 60(1), 304-305.
17. 小高恵実, 渡辺碧, 萱間真美, 木戸芳史(2017). 資料 地域で生活する精神科「未受診者」・「引きこもり者」の実態 精神科アウトリーチモデル推進事業の調査から, 精神医学, 59(10), 959-967.

18. 山下春美(2017). 入退院を繰り返し、地域定着が困難だった当事者への精神科訪問看護 ストレngthsに着目した精神科訪問看護のかかわりの分析, 日本精神科看護学術集会誌, 59(2), 368-372.
19. 岩谷潤, 下平美智代, 伊藤順一郎(2017). 【心理専門職も知っておきたい精神医学・医療の現在】我が国の地域精神医療の課題 アウトリーチの実践からの報告, 臨床心理学, 17(3), 333-336.
20. 昌本忠一(2017). その人らしい生活を支えるための精神訪問看護とは 私が出会った在宅での患者たち ひきこもる人々, 病院・地域精神医学, 59(3), 260-263.
21. 蔭山正子(2017). 【みんなが元気になれる家族支援 I】(第4章)親に向けた支援 精神障がい者から家族に向かう暴力, 精神科臨床サービス, 17(1), 100-103.
22. 盛由美子(2015). アウトリーチにおける家族機能の回復に焦点をあてた支援 地域と連携した面識がない患者・家族との関係作り, 日本精神科看護学術集会誌, 58(1), 246-247.
23. 鈴木敦子(2015). 【ストレngths・マッピングシートをケアに试试看て、どうでしたか?】试试看た経験を報告します 名寄市立総合病院・訪問看護で试试看ました, 精神看護, 18(4), 344-349.
24. 森田浩司(2014). アウトリーチ支援を拒み続けた統合失調症患者へのかかわり 心理教育を通じ病識の獲得に至った1事例, 日本精神科看護学術集会誌, 57(3), 299-303.
25. 武津美樹(2014). 相談支援とケアマネジメント】(第5章)相談支援事業の関連領域 連携をどうはかるか 他職種・他機関との連携 こころといのちを守る訪問支援(アウトリーチ)事業を通じた実践, 精神科臨床サービス, 14(2), 218-224.
26. 三木満里子, 金井由利子(2012). 長期のひきこもりから社会復帰へのアプローチ 訪問看護の事例から, 日本精神科看護学術集会誌, 55(1), 196-197.
27. 萱間真美(2012). 未治療・治療中断のアウトリーチ 民間からのアプローチ 医療機関・相談支援事業所・地域活動支援センターの事例から, 日本社会精神医学会雑誌, 21(3), 349-354.
28. 窪田彰(2011). 【アウトリーチで変わる精神科臨床サービス】アウトリーチの理念・基本的な考え方を知る アウトリーチをサービス全体にどう位置づけるか, 精神科臨床サービス, 11(1), 24-29.
29. 渡邊和美, 五十嵐幸智子(2010). 在宅精神障がい者の社会生活技能向上への取り組み 訪問看護とデイケア・市役所(ヘルパー)との連携を通して, 日本看護学会論文集: 地域看護, 40, 222-224.
30. 中島幸良, 連理貴司(2004). 青年期, 統合失調症患者への訪問看護 頑固に引きこもった生活からいかに導き出すか, 日本精神科看護学会誌, 47(2), 221-224.
31. 高口憲章(2005). 森田療法的精神科訪問看護を活用した「在宅森田療法」のこころみ 来るのを待つ森田療法から, 届ける森田療法へ, 日本森田療法学会雑誌, 16(2), 113-119.
32. 萱間真美, 林亜希子(2005). ケースから学ぶ精神科訪問看護 対人交流を苦手とする利用者の「ひきこもり」 訪問看護以外の支援を望まず, 行き詰まりを感じたケース, コミュニティケア, 7(13), 33-37.
33. 鈴木優美子, 情野武志, 大越成子, 金子義(2000). 精神科訪問看護の経験, 松村総合病院医学雑誌, 18(1), 127-133.
34. 山口晴美, 高橋千鶴子(2001). 妄想によりひきこもりがちな患者の援助 訪問看護による行動範囲拡大への介入, 日本精神科看護学会誌, 44(2), 372-376.
35. 渡辺裕子(2002). 援助を拓く家族アセスメント 自閉症者とひきこもりの息子を抱え, 閉鎖的な家族. 援助のタイミングは?, コミュニティケア, 4(6), 80-84.
36. Funakoshi, A., Saito, M., Yong, R., & Suzuki, M. (2022). Home visiting support for people with hikikomori (social withdrawal) provided by experienced and effective workers. The International journal of social psychiatry, 68(4), 836-843.

37. Hareven, O., Kron, T., Roe, D., & Koren, D. (2022). The scope and nature of prolonged social withdrawal in Israel: An initial quantitative and qualitative investigation. *The International journal of social psychiatry*, 68(2), 301-308.

### ③未受診・治療中断 対象文献 (36件)

1. 小瀬古伸幸(2021).【訪問看護師と外来看護師の連携】精神 利用者主体の連携から本人の自己決定を支援する, *コミュニティケア*, 23(5), 24-26.
2. 木島祐子(2020). 困難ケースを解決する スペシャリストの実践知 精神 目の前にある人・状況・課題などを的確に捉え、適切なタイミングで介入する, *コミュニティケア*, 23(1), 62-64.
3. 小泉萌香, 鈴木希, 伊藤真吾, 五十嵐里美, 梅津優子, 山田晴美, 高橋暢, 山田敬子(2019). 精神科医療中断者への受診援助 住民からの連絡により介入した事例から, やまがた精神保健福祉, 59, 31-33.
4. 源田圭子(2019). 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを目指す時代における、地域移行・地域定着支援の現状と課題 地域定着困難な事例へのアウトリーチ支援の実践, *日本社会精神医学会雑誌*, 28(4), 358-363.
5. 柴田知帆, 西尾雅明(2018).【アウトリーチの基本技術 I】(第3章)対象者別のコツ 受療中断者へのアウトリーチ 家族を訪問支援の対象者として, *精神科臨床サービス*, 18(3), 308-311.
6. 富樫友子(2018).【アウトリーチの基本技術 I】(第2章)アウトリーチの基本スキル アウトリーチの考え方から見た服薬支援の在り方, *精神科臨床サービス*, 18(3), 299-302.
7. 石川真紀(2018).【オープンダイアログと精神科臨床】精神保健福祉センターの訪問支援におけるオープンダイアログ的対話の試み, *精神科治療学*, 33(3), 325-330.
8. 弓場洋子, 大石かおり, 山田ゆかり, 後藤康浩, 内田勝久(2017). 静岡県内の未治療・治療中断の精神疾患患者への訪問支援に関する実態調査(二次調査), *静岡県精神保健福祉センター所報*, 47, 40-42.
9. 辻本直子(2017).【貧困と精神医療】精神疾患や精神障害のある人の貧困問題 訪問看護ステーションからの報告, *精神医療*, 88, 064-072.
10. 舟橋幸史(2016). 精神科訪問看護の中断に関しての一考察, *日本精神科看護学術集会誌*, 59(1), 122-123.
11. 波名城翔, 森田康雅(2016). 多機関連携による訪問支援の在り方 離島地域における精神障害者地域精神保健福祉の実践から, *日本社会精神医学会雑誌*, 25(3), 213-220.
12. 齋藤美和, 香山明美, 佐藤理香, 遠藤まき, 大場綾希子, 阿部みよ子, 高橋いみ子, 齋藤和子(2015). 精神科訪問看護ステーションの1年間の取り組み 治療中断者への支援を通して, *日本精神科看護学術集会誌*, 58(3), 273-276.
13. 盛由美子(2015). アウトリーチにおける家族機能の回復に焦点をあてた支援 地域と連携した面識がない患者・家族との関係作り, *日本精神科看護学術集会誌*, 58(1), 246-247.
14. 新村順子(2015).【看護学からみた社会精神医学の可能性】看護学からみた社会精神医学の可能性 支援や治療を受け入れにくい精神障害者への自治体保健師の支援から, *日本社会精神医学会雑誌*, 24(2), 177-183.
15. 森田浩司(2014). アウトリーチ支援を拒み続けた統合失調症患者へのかかわり 心理教育を通じ病識の獲得に至った1事例, *日本精神科看護学術集会誌*, 57(3), 299-303.
16. 鈴木真, 青山宏(2013). アウトリーチでの精神療法, *臨床精神科作業療法研究*, 10(1), 25-30.

17. 武津美樹(2014).【相談支援とケアマネジメント】(第5章)相談支援事業の関連領域 連携をどうはかるか 他職種・他機関との連携 こころといのちを守る訪問支援(アウトリーチ)事業を通じた実践, 精神科臨床サービス, 14(2), 218-224.
18. 千葉信子(2013).【精神疾患のある方への訪問支援】精神疾患の訪問支援の現状と課題, 地域リハビリテーション, 8(6), 433-437.
19. 廣川聖子, 大山早紀子, 大島巖, 角田秋, 添田雅宏, 村嶋幸代, 萱間真美(2013).生活保護受給者自立支援事業における行政と民間との連携 今後の地域精神保健アウトリーチ支援に必要な技術に関する検討, 医療と社会, 22(4), 343-357.
20. 藤村瑞穂, 大槻悦子, 飯田千文(2010).精神障害者の地域生活支援 デイケアを中断した症例へのかかわり, 長野県作業療法士会学術誌, 28, 46-47.
21. 野口正行, 守屋昭, 藤田健三(2012).未治療・治療中断のアウトリーチ 岡山県精神保健福祉センターにおける未治療・治療中断者に対するアウトリーチ支援, 日本社会精神医学会雑誌, 21(3), 361-366.
22. 萱間真美(2012).未治療・治療中断のアウトリーチ 民間からのアプローチ 医療機関・相談支援事業所・地域活動支援センターの事例から, 日本社会精神医学会雑誌, 21(3), 349-354.
23. 野口正行, 守屋昭, 藤田健三(2012).【地域におけるアウトリーチ活動の実践-その現状と課題-】岡山県精神保健福祉センターにおけるアウトリーチ支援, 精神神経学雑誌, 114(4), 437-444.
24. 東美奈子(2012).【地域におけるアウトリーチ活動の実践-その現状と課題-】出雲市における多機関多職種チームによるアウトリーチ支援, 精神神経学雑誌, 114(4), 430-436.
25. 西川里美(2012).【精神障害者の地域移行からアウトリーチまで】地域移行・地域定着支援におけるACT-Zero岡山の取り組み アウトリーチ支援の可能性と課題, 保健師ジャーナル, 68(4), 298-305.
26. 比嘉美幸, 城間敦子(2003).突然閉居するようになったKさんへの訪問看護 対象者の意向を大事にし対象者から学ぶ訪問看護, 日本精神科看護学会誌, 46(2), 216-219.
27. 菊本弘次(2004).【地域で実践できる危機予防と危機介入】治療関係の危機 通院しなくなるとき 精神科治療を途切れさせないために, 精神科臨床サービス, 4(4), 520-523.
28. 大野貴子, 太田知子, 千貫昭子(2002).外来受け持ち看護者による治療に拒否的な患者への受診援助, 精神科救急, 5, 87-90.
29. 原田小夜, 西垣里志(2021).精神科訪問看護が介護支援専門員との連携を進める上で直面している課題やその対応 精神科訪問看護へのインタビューを通して, 日本健康医学会雑誌, 30(2), 122-132.
30. 廣川聖子(2018).「助けて」が言えない 支援の現場から 未受診の統合失調症当事者にどうアプローチするか 訪問看護による支援関係の構築, こころの科学, 202, 56-59.
31. 野口正行(2018).【アウトリーチの基本技術 I】(第3章)対象者別のコツ 未受診者に対するアウトリーチ支援, 精神科臨床サービス, 18(3), 312-315.
32. 木戸芳史, 廣川聖子, 萱間真美(2014).【アウトリーチとソーシャルサポート 前面から接近困難なら側面から関わろう】未受診者へのアウトリーチ, 精神療法, 40(2), 217-222.
33. 大塚郁夫, 中元幸治, 青野聡(2012).石垣島の地域生活支援 二人で暮らす統合失調症の兄妹を通して, 病院・地域精神医学, 55(2), 143-144.
34. 吉岡眞吾, 武藤原崇, 安田丞子, 村上彩峰, 吉沢涼子, 引地春子, 安川邦枝, 川嶋麻子(2002).喪失体験と自立 訪問看護から見た統合失調症(精神分裂病)患者, 治療の声, 4(1), 75-82.

35. 小高恵実, 渡辺碧, 萱間真美, 木戸芳史(2017). 資料 地域で生活する精神科「未受診者」・「引きこもり者」の実態 精神科アウトリーチモデル推進事業の調査から, 精神医学, 59(10), 959-967.
36. 林裕栄(2009). 精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難, 日本看護研究学会雑誌, 32(2), 23-34.

#### ④身体合併症 対象文献 (28件)

1. 桑原千加子(2018). 【アウトリーチの基本技術 I】(第2章) アウトリーチの基本スキル 身体的な健康管理 未来に向けた身体管理, 精神科臨床サービス, 18(3), 303-307.
2. 和田剛宗, 野口由美子, 滝千代, 阿部由季子(2020). 精神科訪問看護における動機づけ面接 統合失調症の成人男性へのコンサルテーション事例をとおして, 精神科看護, 47(6), 24-31.
3. 村田聖子, 藤本由紀子, 小浜千波, 大谷直美(2019). 自宅で最期を迎える利用者への精神科訪問看護のあり方 重篤な身体合併症をもちながらも治療拒否を続けた事例を通しての学びと今後の課題, 日本精神科看護学術集会誌, 62(1), 50-51.
4. 村上智香, 村上茂(2020). 2か所の訪問看護師が連携した身体合併症のある統合失調症患者の1事例, 日本精神科看護学術集会誌, 61(2), 89-93.
5. 田嶋佐知子(2017). 【精神科訪問看護 身体疾患を併発した際のサポート】精神・身体疾患を併せ持つ療養者への支援, コミュニティケア, 19(10), 10-13.
6. 東美奈子(2016). 【初めての精神科訪問看護 特徴と支援のポイント】〈報告2〉訪問看護ステーション Relisa(島根県出雲市) 身体合併症のある利用者への対応, コミュニティケア, 18(12), 17-19.
7. 矢口孝子(2016). 【精神疾患を持つ人の健康と寿命～生き生きと暮らし続けるために～】精神疾患を持つ方の身体合併症への支援, 心と社会, 47(2), 49-54.
8. 中嶋康子(2012). 【統合失調症の看護から患者のセルフケアについて考える】統合失調症患者の身体合併症看護の実際 在宅で生活する統合失調症患者の身体疾患への看護, 臨床看護, 38(9), 1258-1260.
9. 大橋八重子, 牧郁代, 板倉友美, 湯田絹子(2002). 精神障害をもちながら人工透析を受け単身生活を送るケースへの取り組み, 病院・地域精神医学, 45(2), 232-233.
10. 菊地ひろみ(2019). 在宅医療における心療内科学的課題 訪問看護の視点から療養者、家族の不調の背後にあるものを探る, 日本心療内科学会誌, 23(3), 133-137.
11. 萱間真美(2007). 【<失敗学>から学ぶ精神科臨床サービス】失敗事例から学ぶ 臨床技法別 訪問看護の失敗, 精神科臨床サービス, 7(2), 223-225.
12. 菊本弘次(2006). 【障害者自立支援法をどう使いこなすか】事例から見た自立支援の新しい可能性 高齢精神障害者のひとり暮らし支援, 精神科臨床サービス, 6(4), 496-498.
13. 内藤愛子, 丹内まゆみ, 小林幸治(2013). 【精神疾患のある方への訪問支援】精神障害のある方の家族への支援 夫婦ともに精神障害があり、妻の脳出血により日常生活が一変した事例, 地域リハビリテーション, 8(6), 443-447.
14. 千葉信子(2017). 【精神科訪問看護 身体疾患を併発した際のサポート】がん 地域での療養に欠かせない訪問看護師の存在, コミュニティケア, 19(10), 23-25.
15. 富川順子(2017). 【精神科訪問看護 身体疾患を併発した際のサポート】COPD 多職種での連携を進め利用者の受診を支援, コミュニティケア, 19(10), 19-22.
16. 奥本愛美(2017). 【精神科訪問看護 身体疾患を併発した際のサポート】糖尿病 利用者の理解と納得の下に連携職種を拡大, コミュニティケア, 19(10), 14-18.
17. 小野英理子(2008). 精神科訪問看護の効果と有効性の検討 住み慣れた地域での生活を支えた事例より, 日本精神科看護学術集会誌, 51(3), 179-183.
18. 屋嘉比浩子(2021). がんを合併した統合失調症患者の意思決定支援 精神科訪問看護師が介入した1事例を振り返る, 日本精神科看護学術集会誌, 64(1), 306-307.

19. 西川智, 藤井千里(2020). 精神科訪問看護における多職種連携の実際 管理栄養士同行事例を振り返って, 日本精神科看護学会誌, 61(2), 13-16.
20. 佐々木香月, 藤本裕子, 牧聡(2013). 「私らしい暮らしのシート」を活用して 地域連携パスで、私らしさを支える, 日本精神科看護学会誌, 56(3), 160-164.
21. 萱間真美, 林亜希子(2005). ケースから学ぶ精神科訪問看護 糖尿病悪化を招いた利用者の「拒否」 交際相手との関係性から, 介入困難を感じたケース, コミュニティケア, 7(9), 40-45.
22. 国吉薫, 比嘉恵子, 久高英子, 山城晴美, 仲松秀子, 比嘉久美子(1997). 訪問看護の一事例 糖尿病を合併した分裂病患者の看護, 日本精神科看護学会誌, 40(1), 348-350.
23. 荒井春生, 久松美佐子, 植田麻実, 齋藤康司, 小佐野智子(2019). がんを合併した統合失調症患者への在宅医療支援体制の取り組み A 県内 5 施設における訪問看護の現状, 精神科看護, 46(3), 57-71.
24. 新村秀人(2014). 【統合失調症をもつ高齢者への医療と生活支援】(第3章)精神障害を抱える高齢者を生活の場で支える工夫 地域で暮らす高齢精神障害者のサクセスフル・エイジング, 精神科臨床サービス, 14(1), 83-87.
25. 西川宏(2014). 【統合失調症をもつ高齢者への医療と生活支援】(第3章)精神障害を抱える高齢者を生活の場で支える工夫 高齢精神障がい者の乳がん闘病記, 精神科臨床サービス, 14(1), 69-73.
26. 谷直子, 仙本美佐江(2016). 服薬中断から入退院を繰り返す糖尿病を合併した統合失調症患者との関わり 行動変化ステージ理論を用いて訪問看護に同行して, 日本看護学会論文集: 精神看護, 46, 39-42.
27. 山口貴美子, 菅原栄子, 保坂篤子(2011). 生活行動表を用いた血糖コントロールの支援効果 気分障害があり、在宅自己注射を行っている事例を通して, 日本看護学会論文集: 精神看護, 41, 88-91.
28. 安東勝弘, 西谷紀子(2005). 障害の概念に関する研究 訪問看護を通しての事例から, インターナショナル Nursing Care Research, 4(2), 55-62.

#### ⑤暴力・迷惑行為 対象文献 (16 件)

1. 小瀬古伸幸(2022). 【家族看護・危機介入のコツ、教えます】危機介入!でも「クライシス・プランが効かない!」 そんな時どうする?, 精神看護, 25(1), 047-053.
2. 大橋裕子, 澤田さやか, 森本深雪, 鶴飼亜紀, 岡田文美, 水谷聖子(2021). 地域生活への適応が困難な身寄りのない知的障害・発達障害のある事例への訪問看護 当事者が望むアパートでの生活継続のための支援の検討, 日本看護学会論文集: ヘルスプロモーション・精神看護・在宅看護, 51, 263-266.
3. 谷藤伸恵(2021). 困難ケースを解決する スペシャリストの実践知 精神 対象者の理解を深め、本人のなりたい姿の実現に向けた看護を提供する, コミュニティケア, 23(2), 65-67.
4. 原子英樹(2019). 【どうすりゃいいんだ、横綱級困難ケース-何が、誰が「困難」にしていたのか】私が出会った横綱級困難ケース 家庭内暴力がある(解説/特集), 訪問看護と介護, 24(12), 908-913.
5. 眞榮和紘(2019). 【どうすりゃいいんだ、横綱級困難ケース-何が、誰が「困難」にしていたのか】私が出会った横綱級困難ケース こだわりが強く、マイルールがたくさん, 訪問看護と介護, 24(12), 903-907.
6. 吉永宜之(2019). 【どうすりゃいいんだ、横綱級困難ケース-何が、誰が「困難」にしていたのか】私が出会った横綱級困難ケース クレームがエスカレートしていく, 訪問看護と介護, 24(12), 897-902.
7. 小瀬古伸幸(2017). 訪問看護で出会う“横綱”級ケースにくじけないための技と型、教えます(第4回) 思いや言葉を出しにくい利用者, 精神看護, 20(6), 572-579.

8. 古谷正登(2016). OT 介入により問題行動が減少した一事例 外出支援及び施設との連携を通して, 山口作業療法, 9(1), 9-11.
9. 会田佳代子、川村雅之、金子義宏、本田教一(2015). 母子関係の悪循環が問題行動へ結び付いた精神遅滞例に対する訪問看護活動, 病院・地域精神医学, 58(1), 25-27.
10. 谷藤伸恵(2014). 【今こそ地域で支えたい! 求められる精神科訪問看護】〈報告 1〉訪問看護ステーションやまのて(北海道札幌市)利用者を含めたチームケアをめざす! 利用者・多職種との関係性を円滑にするコツ, コミュニティケア, 16(5), 21-25.
11. 小林久美子, 和田紘子, 今村加奈(2009). 危機的状況にある母親への支援 訪問看護の事例から, 日本精神科看護学会誌, 52(1), 92-93.
12. 西出薫(2009). 家族3人が障害をもつ家庭へのかかわり方 家族3人の支援者が問題の共有を行い有効なネットワークをもつ方法, 日本精神科看護学会誌, 52(2), 327-331.
13. 西出薫(2007). 虐待を行っている家族に対する訪問看護の役割 虐待者に対する訪問看護のあり方とネットワークの持ち方, 日本精神科看護学会誌, 50(2), 543-547.
14. 岡本隆寛(2003). 注意欠陥多動性障害児と家族に対する訪問看護の取り組み 行動療法による問題行動へのアプローチ, 日本精神科看護学会誌, 46(2), 497-501.
15. 萱間真美, 林亜希子(2005). ケースから学ぶ精神科訪問看護 適切な入院治療を受けていない利用者からの暴力 入院治療を拒絶する家族の存在に介入困難を感じたケース, コミュニティケア, 7(11), 36-40.
16. 蔭山正子(2017). 【みんなが元気になれる家族支援 I】(第4章) 親に向けた支援 精神障がい者から家族に向かう暴力, 精神科臨床サービス, 17(1), 100-103.

#### ⑥小児 対象文献 (6件)

1. 名手 千晶, 齋藤 和彦(2020). 【児童思春期の精神疾患患者の理解とケア】児童思春期の精神的な問題への支援 精神疾患(精神保健問題)の子どもを支える訪問看護による支援. 小児看護, 43(1), 62-68.
2. 中庭 洋一, 吉岡 孝弘, 飯田 潤子(2019). 「地域子どもたちへの訪問による介入実践」 精神科クリニックにおける発達障害者への訪問看護について 特に施設訪問を中心に. 児童青年精神医学とその近接領域, 60(1), 42-46.
3. 奥野 正景, 河口 剛 (2019). 「地域子どもたちへの訪問による介入実践」 訪問看護ステーションからの訪問. 児童青年精神医学とその近接領域, 60(1), 37-41.
4. 奥野 裕子, 荒木田 美香子, 永井 利三郎, 奥野 正景 (2012). 精神科訪問看護指導におけるペアレントトレーニングの影響に関する事例検討 注意欠陥/多動性障害(AD/HD)の子どもをもつ母親への支援. 発達障害研究, 34(2), 179-194.
5. 土谷 朋子(2009). 【児童・思春期精神看護の臨床実践】障害に対する実践報告 小児自閉症(子どもの自閉性障害)と看護の実際. 小児看護, 32(9), 1178-1184.
6. 岡本 隆寛(2003). 注意欠陥多動性障害児とその母親に対する訪問看護の取り組み. 順天堂医療短期大学紀要, 14, 212-221.

#### ⑦医療依存度が高い身体疾患 対象文献 (10件)

1. 屋嘉比 浩子(2021). がんを合併した統合失調症患者の意思決定支援 精神科訪問看護師が介入した1事例を振り返る. 日本精神科看護学術集会誌, 64(1), 306-307.
2. 松田 友美, 櫻田 香, 佐藤 慎哉, 石田 陽子, 宇野 智咲, 三枝 真, 大竹 まり子, 齋藤 貴史, 井上 栄子, 嘉山 孝正(2021). A 県の訪問看護ステーション利用者における傷病別に必要な看護ケアの分析. 日本在宅医療連合学会誌, 2(1), 23-34.
3. 荒木 静夏, 橋本 美智子, 岡部 明子(2019). 治療に繋がらない鬱病在宅療養者への支援における訪問看護師の役割 病院関係者との連携行動に焦点を当てて. 神奈川看護学会集録, 21回, 28-30.

4. 荒井 春生, 久松 美佐子, 植田 麻実, 齋藤 康司, 小佐野 智子 (2019). がんを合併した統合失調症患者への在宅医療支援体制の取り組み A 県内 5 施設における訪問看護の現状. 精神科看護, 46(3), 57-71.
5. 千葉 信子(2017). 【精神科訪問看護 身体疾患を併発した際のサポート】がん 地域での療養に欠かせない訪問看護師の存在. コミュニティケア, 19(10), 23-25.
6. 松元 沙織, 早田 敦子(2017). 【多疾患を併せ持つがん患者の看護】精神疾患がある患者へのがん告知をめぐる倫理問題への取り組み 訪問看護師が介入した 1 事例からの考察. 看護実践の科学, 42(5), 11-17.
7. 清野 春香(2014). 医療観察法通院処遇対象者のがん終末期支援の一例. 病院・地域精神医学, 56(2), 104-106, 110.
8. 西川 宏(2014). 【統合失調症をもつ高齢者への医療と生活支援】(第 3 章)精神障害を抱える高齢者を生活の場で支える工夫 高齢精神障がい者の乳がん闘病記. 精神科臨床サービス, 14(1), 69-73.
9. 菅崎 仁美, 山口 三重子, 菊井 和子, 渡邊 美千代, 大林 雅之(2007). 事例で考える医療福祉倫理 癌を発病した統合失調症の姉、アルコール依存で適切な介護ができない弟. 訪問看護と介護, 12(1), 50-55.
10. 大橋 八重子, 牧 郁代, 板倉 友美, 湯田 絹子(2002). 精神障害を持ちながら人工透析を受け単身生活を送るケースへの取り組み. 病院・地域精神医学, 45(2), 232-233.



## 第3章

# 精神科訪問看護のヒアリング調査

## 第3章 精神科訪問看護のヒアリング調査

事業Ⅱ 地域における支援ニーズの高い者に対する精神科訪問看護の実態調査

### 1. 調査目的

支援ニーズの高い人に対する精神科訪問看護師の提供する支援およびその影響を明らかにすることを目的とした。

### 2. 調査方法

ひきこもりや治療中断・未治療の人への支援、身体合併症のケア、子育て支援・家族支援等に取り組んでいる訪問看護ステーションおよび精神科医療機関を対象とし、施設長を通して研究協力者に調査依頼を行った。

同意書の返送のあった対象者 16 名にインタビューを実施した。テレビ会議システムを利用したインタビューが 8 名、対面でのインタビューが 8 名であった。インタビューは、様々な支援ニーズの高い人への訪問看護について、導入の経緯、提供しているケアや他機関との連携、ケアにおける困難、必要なサポート等について、インタビューガイドに沿って実施した。インタビュー時間は 1 回のインタビューにつき 60～90 分程度（平均 64.7 分）であった。インタビューデータは逐語録を作成し、ケアの内容、連携、困難等について回答を質的帰納的に分析して整理した。データ収集期間は、2022 年 11 月～2023 年 1 月であった。インタビューは対象者の自由意思によって行われ、実施に当たっては書面にて同意を得た。また、インタビュー内でお話しいただく事例となる受け持ち利用者には、オプトアウト用の説明文書をお渡しし、連絡がないことを確認したうえでインタビューを実施した。

なお、「地域における支援ニーズの高い者に対する精神科訪問看護の実態調査」は聖路加国際大学研究倫理審査委員会の審査(承認番号：22A039)を受けて実施した。

### 3. 事例の概要

ヒアリング調査で語られた 17 事例の各概要を示す。

## IDI：訪問看護師が主体となってケアマネジメントを行い虐待に対応した事例

|  |          |
|--|----------|
| 支援の種類  | < 家族支援 > |
| 基本情報   |          |
| 50代 女性 10代の息子と同居<br>診断：適応障害 / 身体合併症：なし   |          |
| 訪問導入時の様子   |          |
| 息子への訪問を通して、夫のDV、息子から本人への暴力等が明らかとなり、支援の主軸を本人に切り替えた。   |          |
| 支援の概要（インタビューの概要）   |          |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b><br/>週1回1時間程の訪問。本人はカウンセリングも受けており、訪問時に話す内容を一緒に整理することもあった。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>仕事や夫からの言葉の暴力について話し始め、泣き出すことがあった。息子から暴力を受けていることも話された。その時は、静かな場所に誘導し、傾聴した。また、本人が通っていたカウンセリングで、カウンセラーから言われたこと「あなたはもうどうしたいと思っているのか」といったことを一緒に振り返っていった。本人は徐々に落ち着きを取り戻した。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>話を聞いた訪問看護師は虐待の認定や関係各所との連携の必要性を感じ、施設内の虐待委員会で話し合った。自治体の保健所と連携して情報を共有し、学校、病院、地域とケア会議を行うとともに、通学先の特別支援学校にも連絡し、訪問時間内で息子の様子を見に行ったりもした。施設内の青年期支援の専門チーム（PSW、心理士、Ns）に相談に乗ってもらい、虐待委員会に一緒に出席してもらった。</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>訪問終了時にはいつもの毅然とした様子に戻っていた。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>保健師と相談し、息子と本人を物理的に離すため、ショートケアの利用を開始した。</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>息子の状態を青年期チームと共有しながら見立て、父親と息子が話せる時間をもった。支援開始にあたって、息子の緊張が強かったため、事前に息子の主治医と連携し、頓服薬の処方や定時薬の調整をもらった。また、夫との関わり方を考えるため、息子、本人の外来受診時に夫に同行してもらい、主治医に夫を見立ててもらった。病院からの訪問看護は長時間訪問が難しいため、外部の訪問看護ステーションに引き継ぎ、現在はケアマネジメントのほか、本人・息子の外来への同伴や、外来前に面接により主治医に伝えた方がよいことを整理して外来に同席している。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>現在も本人と息子には、本人の希望もあり「後方支援」という形で、無償でケアマネジメントの役割を担っている。いずれは、療養生活継続支援加算の適応などを検討できると良いと考えている。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b><br/>・ケアのイニシアチブを引き継げるシステム</p> |          |

## ID2:利用者が安心できる訪問看護師が主体となって利用者を支えている事例

|  |
|--|
| 支援の種類 : <家族支援>   |
| 基本情報   |
| 40代 女性 夫、数名の子どもと同居<br>診断：統合失調症 / 身体合併症：難聴やアレルギー  |
| 訪問導入時の様子   |
| 地域のステーションが支援していたが、服薬管理ができない状態であったため公的病院からも介入開始となった。  |
| 支援の概要（インタビューの概要）   |
| <p><b>1) 訪問導入時の利用者の状況</b><br/>         幻聴が酷く、薬のセットも難しい状態であった。子どもの学校の予定を組み立てるのも難しく、訪問看護の時間内でスケジュールなどを整理していた。次女も診断を受け精神科に通院中であり、病状が悪くなる時には本人の状態も悪くなっていた。地域の訪問看護ステーションからの訪問はキャンセルが続いており、児童相談所や子ども家庭支援センターとも関係性が悪く、支援者として保健師のみつながっている状態であった。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>         保健師から次女が不調との事前情報を得て訪問すると、本人の精神状態が不安定になっていた。児童相談所や子ども家庭支援センターといった他機関に対する強い怒りの感情を表出していた。ケアとしては、ひたすら話を聞き、本人の怒りを受容し、本人の困りごとや相談先について整理を行った。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>         ケアは訪問看護師が行った。この時の出来事は、保健師等の関係機関にも情報共有を行った。</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>         話を聞くことで徐々に落ち着いた。自殺のリスクも高い方であるが、自傷や自殺関連行動には至っていない。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>         保健師と連携し、子どもの状態や地域生活の中で起こったことを情報収集し訪問していた。本人や子どもの状態が悪い時は、連絡をとる頻度を密にした。児童相談所などが参加するケア会議は、本人が望まず開催が難しかった。</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>         次女の状態に関する情報は保健師から得て、通院先の主治医とも連携していた。家事などは長女が行っており、母親の症状悪化時に本人の代理で電話をかけてきた際には、症状への対処を伝えていた。長女、次女ともに看護師にSOSを出したり積極的に関わったりする様子はなく、脅威にならない距離を保ち、見守っていた。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>         支援者に対する拒否が強く、保健師と訪問看護師1名しか受け入れることができいないため、関わる支援者を増やすことや、ケア会議を開催することが難しい。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b><br/>         多職種との電話での連携や会議については、診療報酬がついていない。家族支援が必要なケースは、長く丁寧な連携が必要な状況にあり、診療報酬をつけてほしい。</p> |

### ID3:利用者の思いを少しずつ引き出しながら関係機関との調整を行った事例

|  |
|--|
| 支援の種類 : ひきこもり状態への支援  |
| 基本情報   |
| 10代 男性 グループホーム入居<br>診断:統合失調症 / 身体合併症:なし  |
| 訪問導入時の様子   |
| 症状悪化により入退院を繰り返し、直近の入院の際に主治医から訪問看護を勧められ導入に至った。  |
| 支援の概要 (インタビューの概要)  |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b><br/>退院後は施設入所となったが、自宅にいた時と変わりなく、トラブルがあると暴力や暴言がみられていた。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>本人はトラブルがあると自暴自棄になっていた。訪問看護師と、なぜ自暴自棄になってしまうのか話し合い、幻聴が常に聴こえていること、いじめにあつて辛かった時のことを思い出して辛くなることを涙ながらに話された。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>訪問看護師</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>今までなかなか話されなかった本人の奥深くにある気持ちが表出された。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>グループホームの支援員と、訪問後に実施したことやグループホームでのプログラムへの参加の様子を共有した。また、他の利用者とのトラブルがみられた際に暴言等があり対応困難なことがあるため、ケア会議を開催してほしいという希望があり、調整を行った。</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>グループホーム入居前は、本人が不穏となった際に母親が動揺し、電話で相談されることが多かった。その際は、訪問看護師より、どのような対応をすればよいか助言し、サポートをした。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>独立したいという本人の思いは共感できる一方で、いじめによる不登校や障害の影響もあり、本人の望む自立や就労と現在の本人の状態には大きなギャップがある。本人の納得ができる形でギャップを埋めていくのが難しい。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b><br/>本人に関わっている他職種が、本人の状態と症状とを結びつけて考えることが難しい。言動だけではなく、生活のリズム、症状の憎悪の幅、家族の関係性、薬など、全体を通して見立てを行う必要がある。</p> |

## ID4: 行政や医療機関との支援体制を調整し、入院治療や LAI 導入につながった事例

|  |
|--|
| 支援の種類 : 未治療・治療中断者への支援  |
| 基本情報   |
| 30代 女性 母親と同居<br>診断: 統合失調症 / 身体合併症: なし  |
| 訪問導入時の様子   |
| 病気を受容したくない思いや病識の乏しさ、薬の副作用に敏感であることを理由に治療中断し、入退院を繰り返していた。母親は疾病理解に乏しく、退院後内服中断の可能性を考慮され、服薬支援を目的に訪問看護を導入した。   |
| 支援の概要 (インタビューの概要)  |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b><br/>退院直後は内服を継続することができていた。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>退院数か月後から薬の副作用が気になり、自分で薬の量を減らすようになった。その頃から妄想や幻覚等の陽性症状が活発になり始めたが、本人は自身の精神状態が悪くなっている認識がなかった。食事や水分を摂取できず、月経や排泄の処理も難しい状態となったが、キーパーソンの母親にも入院を受け入れてもらえない状況。生活保護の担当者と連携し、生活保護費で民間救急を利用することができ、入院治療につなげることができた。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>訪問看護に加えて、保健所の担当者、アウトリーチ事業の担当者が協働して主に訪問を行った。</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>訪問看護を積極的に受け入れたいと思っていない方であったが、現在は週1回の訪問を受け入れており、外来の付き添いを希望している。LAIを導入し精神状態が安定している。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>協働機関の訪問のマネジメントは主に訪問看護が行い、訪問後は電話で情報共有を行った。訪問看護、保健所とアウトリーチ事業の担当者のほかに、生活保護の担当者や障害事業の担当者、主治医などを含めて定期的に地域ケース検討会を行った。LAIの導入の際は、PSWや主治医、外来主治医、保健所の担当者と相談して介入した。</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>母親への関わりは訪問看護ではなく、保健所やアウトリーチ事業の担当者が行った。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>入院治療につなげること、LAIを受け入れてもらうことは、本人の病識及び母親の疾病理解の乏しさにより困難であった。精神症状が活発な状態の本人に、自分の声かけが刺激になるのではという緊張感やプレッシャーを感じた。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>母が本人の病状悪化に際し適切に治療に結び付けることができないことに対する行政機関の積極的な介入</li> <li>本人と家族が適切な距離を取りながら、安全を保って双方の精神的負担を減らせる場所の充実</li> <li>訪問看護以外の訪問支援の充実</li> </ul> |

## ID05-1:保健師・相談支援専門員との連携により、治療中断後の生活を支援できた事例

|  |
|--|
| 支援の種類 : 未治療・治療中断者への支援  |
| 基本情報   |
| 50代 男性 独居<br>診断:統合失調症 / 身体合併症:なし   |
| 訪問導入時の様子   |
| 母が他界後、受診・服薬を中断。陽性症状が強く、近隣とのトラブルで警察通報となり、入院。退院準備期間から、服薬支援や生活支援など訪問看護が関わり、導入が開始された。  |
| 支援の概要 (インタビューの概要)  |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b></p> <p>退院支援から訪問看護が関わり、帰宅後に必要なことを話す機会を持った。入院治療を経て、本人は服薬と受診の必要性を理解していたが、通院日や交通手段が分からない、服薬管理が難しい、食事が摂れない、などの困難があった。退院に向けた不安も強くあった。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容とケアを行った機関・職種</b></p> <p>ケア会議に民生委員が参加したことで、本人が地域に迎え入れてもらえたと感じ、挨拶周りも嬉しそうな様子がみられた。近所との繋がりができ、ごみ当番など「できることはやりたい」と話されたことが印象的であった。</p> <p>近所への挨拶や買い物に訪問看護師が同行し、地域との繋がりを作りながら、少しずつ本人のできる部分を増やせるように支援した。本人の思いを聞きながら、食事が摂れるようにヘルパーの利用をすすめた。服薬や通院については安心して通院できる手段を本人と一緒に考え、カレンダーで通院日を確認するなど支援した。こだわりは大事にしつつ、本人のやりたい気持ちや1人の時間を尊重して関わっている。新たな活動に対して支援者が心配に思うこともあるが、アセスメントを関係者と共有しながらサポートしている。</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b></p> <p>薬が大事だと話し、通院・服薬を自力で行い継続することができている。困った時は訪問看護師に電話をして一緒に対処方法を考えたり、自ら保健師に相談したりすることもできるようになった。こだわりを持ちながらも、1人で楽しむ時間を満喫し、地域のごみ当番にも参加している。訪問看護には継続的に関わって欲しいと希望がある。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b></p> <p>保健師が継続して関わり、情報共有することができていたため、家族状況の変化に迅速に対応できた。相談支援専門員が調整し、保健師、主治医、訪問看護師、ヘルパーなどが定期的なケア会議を開催し、本人の困りごとを共有している。民生委員など地域のメンバーもケア会議に参加したことで、本人の安心にも繋がった。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b></p> <p>本人のこだわりや信念が強く、自尊心を守りながら必要なことを促すことに難しさがある。支援を受けることへの申し訳ない気持ちもあり、どこまで支援を受けるか揺らぐところがある。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b></p> <p>退院後間もない時期(3か月)の受診同行や買い物同行、近所との繋がりをもつための関わりが必要。</p> |

## ID05-2:行政との情報共有から、身体症状の悪化時に支援を再開できた事例

|  |
|--|
| 支援の種類 : 未治療・治療中断者への支援  |
| 基本情報   |
| 30代 男性<br>診断：うつ病 / 身体合併症：甲状腺疾患   |
| 訪問導入時の様子   |
| 行政機関から約1年間受診することができていないと病院に連絡があり、主治医からの依頼で訪問。身体状態の悪化が顕著であり、主治医に相談のもと内科受診同行し、本人は入院。退院後、訪問看護が開始された。  |
| 支援の概要（インタビューの概要）   |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b><br/>初回訪問時は身体状態が悪化しており、訪問や受診にも拒否的であった。外出や受診に対する不安が強く、外出時はずっと付き添いが必要な状態だった。週3日の訪問を継続し、生活面の支援と受診・服薬の支援を行っていた。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>採血への不安が強く、内科医・精神科医と随時電話で対応を相談しながら検査と処置が行われた。受診の際は朝から付き添い、少しずつ生活面の話なども伺えた。退院後も、受診や外出の際は同行した。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>連携している内科があり、身体疾患に早めに気づき、入院治療を受けることができた。訪問時は、精神科主治医に身体状態を伝え、本人と主治医が電話で話せるように繋いで受診の説明ができた。精神科主治医と内科医が連携できるよう情報を共有し、その場で電話するなどの体制を整え、検査や処置を行うことができた。</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>身体面が回復し、精神症状も安定することで受診行動がとれるようになった。訪問看護師と安定した関係を築くことで生活上の提案も受け入れられるようになり、趣味を持ち楽しむこともできるようになった。訪問看護に支えて欲しいという気持ちを持ち、継続の意向を示している。就労など、今後の目標についても話すことができています。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>内科医、精神科医との情報共有、入院先の医師との調整を密に行った。行政（生活保護係）からの依頼があった。</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>母子関係は愛着面での課題もあると考えられたため、距離を取って過ごせるよう支援している。事業所内で本人の疾病特性や家族関係の勉強、アセスメントした上で、本人の意向も聞いて家族への関わりは行わないことを決めた。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>症状が不安定で支援に拒否的になったり、服薬が継続できなかつたりすることがあった。こだわりの強さや人を受けつけない様子があり、生活上の提案も受け入れてもらうことができず関わりが難しかった。症状の変動によって、日によって関わり方を変える必要があった。同行受診に時間と人手を要した。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b><br/>・受診同行を支援する制度。一般科との連携を支援する制度。</p> |

ID6： 利用者の病状や心理状態を考慮して、引きこもり状態からの外出・就労支援を行った事例

|   |
|---|
| 支援の種類 : ひきこもり状態への支援   |
| 基本情報  |
| 40代 男性 両親と同居<br>診断：双極性感情障害／身体合併症：アルコール問題(診断なし)、吐き気や頭痛などの不定愁訴  |
| 訪問導入時の様子  |
| 対象者はひきこもり支援である居場所支援に参加していたがうつ症状のため参加ができなくなり、訪問看護事業立ち上げと同時に支援者が主治医と相談し、訪問看護を開始した。  |
| 支援の概要 (インタビューの概要)   |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b><br/>抑うつ状態が続き、自宅に閉居して自閉的に過ごしていた。元来はコミュニケーションが取れるのにもかかわらず、話ができない状態であった。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>訓練校への入学に際し、抑うつ症状や、行うべきことへのプレッシャー、自己効力感の低さに影響されたストレスで動けなくなり、外出困難に至るため、手続きが進まない状態であった。就労という最終目標を本人と確認し、訓練校に行きたい本人の気持ちを受け入れ、手続きを進める方法を相談しながら、訪問時間を使って訓練校への電話や手続きを一緒に行った。手続きへの不安は受け入れつつ、どのような形ならできそうかを一つ一つ確認し、本人の強みをフィードバックしながら、訓練校入所へのプロセスを基本的に一緒に行った。利用者は、他者に弱みを見せることが難しく、我慢して抱え込んでしまうため、自分の思いを表出できるよう支援し、本人がやってみようと思えるような雰囲気を作り、本人の良いところをフィードバックしながら一緒に計画を考えていった。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>所属部署の看護師。長く利用者を知っている上司や同僚など、すべての職員で話し合った。</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>訓練校への入所手続きを行い、入所に至ることができた。しかし、病状等から通うことが難しく、通所機関の終了に伴い退所となった。その後も、就労を目指してスモールステップを考えながらハローワーク等を訪れることができた。就労継続支援施設に通うことになったが、元々一般就労をしていた利用者は通所へのモチベーションの維持が困難で、定期的な通所には至らなかった。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>就労継続支援事業所やハローワークの職員と連携し、電話で情報共有した。訓練校とは連携するという考えがなかった。アルコール専門病院の地域連携室の看護師は、本人や訪問看護への理解があり、連携を図ることができた。</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>週2回の訪問後、別途家族と話をし、本人の変化に家族が気づいていない時はフィードバックを行った。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>本人の主体性を尊重するだけでも、支援者からの提案を強く促すだけでもうまくいかず、状況がなかなか進展しない困難さがあった。診察する医師によって疾患に関する認識が異なり、支援の焦点を定めることが困難であった。アルコールの問題について記載した報告書を主治医に送っても状況が十分には伝わりにくく、家での様子を主治医に伝えることが難しかった。訪問看護師自身が関わりに自信が持てず、症状や本人の状況をアセスメントすることが難しかった。両親と本人との間でトラブルに発展することを懸念し、訪問看護師の疲労や絶望感が強かった。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b><br/>辛い過去の体験や病気へのネガティブな思いがあり生活保護やグループホームなどのサポート導入が難しい。</p> |

## ID7:行政・保育園と連携を行い、利用者の主体的な子育てを支えた事例

|  |
|--|
| 支援の種類 : 周産期・子育て支援  |
| 基本情報   |
| 40代 女性 夫、数名の子どもと同居<br>診断：統合失調感情障害、パニック障害 / 身体合併症：なし  |
| 訪問導入時の様子   |
| 退院後、子育て支援課から依頼があり、訪問看護を開始。希死念慮は明確ではないものの、自殺企図が認められていた。実母に子どもの世話や家事を手厚く支援してもらいながら、辛うじて子育てを行っていた。  |
| 支援の概要（インタビューの概要）   |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b><br/>複数回の入院歴があり、本人も夫もコミュニケーションが苦手であり、他者が家に入ることを良く思っていなかった。時間をかけてヘルパーの活用を提案したが、現在は自分たちで日常生活上のことができています。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>本人の易疲労性に対して、レトルト食品を活用し家事の負担を軽減した。保育園と話し合い、適宜子どもたちを預けられるように支援した。本人の希望を重視し、食事作りなどを支援し、適宜休息がとれるようにスケジュールを本人と共に考えていった。本人の主体性を尊重し、代理行為はしないように関わった。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>所属部署の訪問看護ステーションの看護師と作業療法士。作業療法士は、活動量の調整を本人と共に考え、日中の時間配分などに対応した。</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>子どもたちの成長に伴い、本人が自ら考えて子育てができるようになり、負担感や辛さが減ってきている。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>子育て支援課には、毎月訪問看護の様子を文書化し、直接手渡しして伝えている。</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>特別していない。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>訪問看護の関わりにおいて時間の制約があり、十分に本人の思いや状態について聞くことができていない。日常生活における活動量の調整がケアの中心となっており、限られた時間内では表面的な関わりに終始してしまう。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b><br/>日常生活のことを気兼ねなく話せる場があると、本人の日常生活の質が高まるのではないかと考える。</p> |

## ID8:本人と子ども状況の把握し支援が途切れないように多機関と連携を行った事例

|   |
|---|
| 支援の種類 : 周産期・子育て支援   |
| 基本情報  |
| 30代 女性 数名の子どもと同居<br>診断: 不安障害、軽度知的障害 / 身体合併症: なし   |
| 訪問導入時の様子  |
| 子ども家庭支援センター、障害福祉課、相談支援事業所、児童相談所、警察、NPO 法人等支援者が関わる中で、本人のうつ状態を懸念した支援者の働きかけにより受診につながり、受診先で訪問看護を提案され導入に至った。   |
| 支援の概要 (インタビューの概要)   |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b><br/>乳幼児を含め数名の子どもを育てており、部屋の片づけは難しく、自宅は物であふれかえっている状況。支援者と本人との間でやりとり困難さがあり、金銭管理や異性関係、子どもの通園・通学の問題が生じていた。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>本人にとって分かりやすい言葉で見える化をするため、関係性が構築できてきた頃にストレングス・マッピングシートを用いて、本人の夢や目標、今後の希望について話を伺った。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>訪問看護ステーション 看護師</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>本人は、ストレングス・マッピングシートについて抵抗なく楽しみながら取り組んでおり、自ら進んで取り組む様子もみられた。子どもに対して愛情をもち、一緒に過ごしていきたいという本人の希望が明らかになった。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>本人の味方になり、指導的、高圧的に関わらないことを各支援者と申し合わせた。本人と膠着関係にあった各支援者には、日頃の状況を電話で連絡したり直接会って話したりするなど、積極的に情報共有を行い顔の見える関係を作るよう努めた。行政機関は本人と継続して関わることができる立場なので、関係性が途切れないように意識し、本人に同調するだけでなく、行政機関の言葉の妥当性などを伝え、互いに敵対し過ぎないように配慮した。</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>子どもへの声かけやおむつ交換を行った。子どもの状況などを子ども家庭支援センターに連絡し情報を共有した。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>就労継続支援に通ったが継続はできなかった。本人の異性関係を通じて子どもは傷つき体験を重ねている。本人も妊娠・結婚を繰り返し傷つき体験をしているが、同様のことを繰り返すため、関わり方に難しさを感じる。現在訪問看護は支援が途切れてしまっており、本人から連絡があるが、どのように他機関と連携すればよいか分からない。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b><br/>支援の連続性を保つために継続したサポート体制を構築できると良い。一番忘れていけないのは子どもの支援。ヤングケアラーの支援にもつながると思うが、子ども一人一人へのケア、子どもと母親をつなぐ支援が非常に大事。</p> |

## ID9:本人の病状悪化に伴い訪問看護師の体制の調整をした事例

|  |
|--|
| 支援の種類 : ひきこもり状態への支援  |
| 基本情報   |
| 20代 男性 両親と同居<br>診断: 強迫性障害、自閉症スペクトラム障害 / 身体合併症: なし  |
| 訪問導入時の様子   |
| 初回入院中に病院のワーカーから利用希望の連絡を受け、訪問看護が導入された。  |
| 支援の概要 (インタビューの概要)  |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b><br/>不潔恐怖により入浴やトイレに十数時間要し、共有スペースを占領してしまうため、ホテル療養を選択。ホテル療養終了後は支援機関による電話相談で対応していたが、在宅で話を聞いてもらえる訪問看護を受けることにした。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>本人は強迫症状で疲弊し困っており、周囲が病気のことを全然理解してくれないという不信感と被害感が非常に強かった。母親は本人の主張に同調していた。本人は自分の話を聞いてほしいが看護師の意見や考えを聞くつもりはなく、それに対応し続ける看護師は訪問継続が辛くなり、所属する訪問看護ステーションの所長に相談した結果、看護師3人体制(輪番制)で訪問を継続することとなった。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>訪問看護師ステーション 看護師</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>本人が得意なプログラミングの仕事を依頼されると、受けることができるようになった。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>基幹相談支援センターのワーカーに本人が定期的に話を聞いてもらっており、本人の同意のもと訪問看護ステーションから報告書を送付し、情報共有している。</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>母親は自ら相談することはないが、訪問時に母も同席して本人の話を聞き、知らなかったエピソードや本人の思いを聞くと、本人の思いに気づけていなかったことについて自責的になって泣くことがあった。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>本人は話を聞いてほしいと希望するが、意見を聞く姿勢ではないため看護師は辛い思いになり、継続的な支援が難しくなる。看護師との会話内容を、過去の嫌な体験と重ねて捉え被害的に受け止めることがあり、困難さを感じる。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外出が難しい人でもオンライン上で世界が広がるような、苦しみや困難を相談できる組織、団体があるとよいのではないか。医療に限らず無料で利用できるようなサービスのバリエーションが増えるとよい。対応する側の負担の分散にもつながる。</li> <li>・病気や医療とは異なるサポート(地域で安全に暮らすための福祉的なサポート)の充実。</li> </ul> |

## ID10:利用者のニーズの把握と適時的な関わりにより主体的な子育てを支えた事例

|   |
|---|
| 支援の種類 : 周産期・子育て支援   |
| 基本情報  |
| 40代 女性 数名の子どもと同居<br>診断: 適応障害 / 身体合併症: 腰痛、血圧   |
| 訪問導入時の様子  |
| 退院と同時に訪問看護を導入。  |
| 支援の概要 (インタビューの概要)   |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b><br/>退院と同時に訪問看護を導入。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>引っ越しの準備が捗らなかつたり、トラブルが生じたりしたことにより緊急電話があり、複数回臨時訪問を行った。また、本人の離婚後、離れて暮らしていた子どもと同居する際に訪問した。本人ができてるところを一緒に振り返り、十分に頑張っていることを労い、これ以上無理をせず休む選択が自主的にできるように関わった。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>訪問看護ステーションの看護師、不登校の親子が集えるボランティアサークルの仲間、児童相談所、子ども家庭支援センター</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>子どもたちが大きくなったこともあるが、子どもを叩く前、叩きそうになった時点で連絡をくれるようになった。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>保健師。しかし、対面で集まって定期的にケースについて話し合う機会はない。</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>子どもたちに直接関わることはないが、本人の困難には子どものことが大きく関係しているため、間接的に支援をすることがある。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>緊急電話の利用頻度が高いなど訪問看護師に依存する傾向があった。本人が看護師に過度に依存し過ぎると、看護師の負担が大きくなるため、適切に困り事を相談できる関係性を作っていくことが困難であった。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・PSW が訪問看護ステーションにいと、訪問看護師一人のもつ知識や情報にとどまらない、より良い資源や制度が紹介できるかもしれない。</li> <li>・コロナ禍前は朝 15 分程度のミーティングや月 1 回の事例検討会での意見交換やアドバイスが期待できたが、感染予防の観点から現在は開催が難しい。ミーティングや事例検討会の復活を希望している。</li> <li>・チーム制による訪問看護</li> </ul> |

## ID11:定期的な訪問で長期に関わりながら、受診開始を支援できた事例

|  |  |
|--|--|
| 支援の種類  | 未治療・治療中断者への支援  |
| 基本情報   |  |
| 40代 男性 知人と同居                                       |  |
| 診断   | 統合失調症、自閉スペクトラム症 /身体合併症：なし  |
| 訪問導入時の様子   | 同居している知人より訪問看護に相談があり、訪問すると幻聴が聞こえる、眠れないなどの訴えが聞かれた。月1回半年ほど訪問を継続し、医療機関への相談を提案。受診後、精神科訪問看護指示書のもと訪問を継続。   |
| 支援の概要（インタビューの概要）                                   |  |
| <b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b>                        | 受診後、服薬したくない思いが強くほとんど服薬していなかった。こだわりやルーティンへの固執が強く、生活や対人関係の難しさがあり、認知の偏りや理解の困難から行動を変えることが難しかった。  |
| <b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b>           | 本人はできていると思っているが、同居者は生活上の困りごとを感じており、関係性の調整が必要であった。疾患による特性を同居者に説明することで、本人は自分を分かってもらえたと感じ、同居者も疾患を受けとめていった。必要な生活行動や服薬・治療の理解が難しく、紙に整理しながら納得できるよう丁寧に説明をくり返したり、困りごとへの対処を一緒に考えたりすることで知人との同居生活を続けられるよう支援した。 |
| <b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b>                          | 精神科病院のケースワーカー、主治医、相談支援員、就労継続支援事業所スタッフ、同居者  |
| <b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b>                           | 訪問時、誰にどう相談するかを考え、睡眠や服薬について主治医に相談ができるようになった。症状の対処について訪問看護師に相談できるようになった。就労継続支援 A 型の利用を開始し、障害年金も申請することができた。   |
| <b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b> | 医療機関のケースワーカーを通じて、受診状況や受診の様子、訪問時の様子、申請手続き等について情報共有し、主治医にも連絡している。相談支援員には毎月の報告書等を通じて情報共有している。就労支援事業所は月1回訪問し、状況を聞いたり、本人への関わり方についてスタッフにアドバイスをしたりしている。   |
| <b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b>                        | 家族への疾患の説明について本人と相談し、訪問看護からの関わりはしないことを決めた。  |
| <b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b>                           | 本人が理解し、納得して行動できるように丁寧に説明することが難しかった。同居者は経済的・精神的な支えであるが、家族とは異なる立場であり、同居者の心情や関係性に配慮した関わりが難しさがある。  |
| <b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b>                     | 受診するまでの訪問に対する算定。受診同行や外出同行に対する算定。訪問看護から保健師に発信し行政と一緒に関われる仕組み。治療中断者を把握して、往診や訪問看護が継続して関われる仕組み。   |

## ID12:母親への継続的な関わりを通して母子関係に変化が見られた事例

|   |
|---|
| 支援の種類 : ひきこもり状態への支援   |
| 基本情報  |
| 10代 女性 母親と同居<br>診断: 神経性やせ症、適応障害 / 身体合併症: なし   |
| 訪問導入時の様子  |
| 不登校になり、高校受験失敗後は自宅にひきこもっていた。母親が困り、相談し、訪問看護が導入された。  |
| 支援の概要 (インタビューの概要)   |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b></p> <p>訪問導入後 1 年程は本人には会えず、母親に会って家族背景やこれまでの経緯などを聞き、ケアを続けた。母親には本人を知るための宿題を出し、何回か便せんやメッセージカードに本人宛の手紙を書いて置いてきたり、郵便ポストに入れてきたりした。本人と会えるようになってからも、日によって会えないこともあった。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b></p> <p>本人の好きなことや本人について母親に知ってもらうための様々な宿題を出したことで、母子で一緒に本人の好きなことを楽しめるように変化した。本人が現実を見つめることができるように、自らの希望する人生プランを母親にプレゼンテーションしてみることを看護師から提案した。本人はプレゼンテーションの準備を整えることができず不調となったが、この関わりがきっかけとなり、本人と母親が良く話し合い、お互いが理解し合えるようになった。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b></p> <p>訪問看護ステーション 看護師</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b></p> <p>自室に引きこもっていた本人が、居間に出てきて母親と一緒に好きなアーティストのライブのDVDを視聴するようになり、親子の関係性がよくなった。訪問看護導入当初、母親は本人が引きこもっていることを大変気にしていたが、最近はそこまで気にしなくなった。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b></p> <p>本人の独特のこだわりから多職種多機関連携は拒否された。</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b></p> <p>訪問看護導入当初、母親は本人のことをほとんど知らず関心もない様子だったが、本人の様子や状態について不安や焦りがあった。自立支援制度の申請を提案するも、障害を周囲に知られることを警戒し、申請に至っていない。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b></p> <p>本人の独特のこだわりから、他の資源や制度につなげることが難しい。また、夜間の電話対応が難しい。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b></p> <p>夜間の電話対応を地域の輪番制にするなどサポート体制。夜間対応の訪問看護ステーション。看護師による患者の生活圏での認知行動療法、アサーティブトレーニングの提供。訪問看護師の勉強会、研修会 (その時間の訪問件数が減るため経営的にマイナス)。訪問看護の質の算定 (提供する訪問看護の質に応じた診療報酬上の加算)</p> |

### ID13:本人、家族への支援を通して利用者の気持ちを表現できるようになった事例

|   |
|---|
| 支援の種類 : ひきこもり状態への支援、家族支援  |
| 基本情報  |
| 20代 男性 両親、姉と同居<br>診断：発達障害 /身体合併症：なし   |
| 訪問導入時の様子  |
| 学生時代、いじめをきっかけに不登校になり、スクールカウンセラーが定期的に支援をしていた。成人期への移行に伴い、紹介により精神科訪問看護の導入につながった。   |
| 支援の概要（インタビューの概要）  |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b><br/>ひきこもっている本人とは直接会えないが、母親と看護師の会話を本人が扉越しに聞くことができる状況。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>人と話す時に自分の気持ちを伝えることが苦手だと話された。関わりを続けるうちに、自分の考えや感情、身体の反応などの内面を表現する色々な言葉が出てくるようになった。本人が自分の気持ちを表現する言葉を獲得できるように、看護師も発達障害について勉強し、会話の中で気持ちを表す言葉の選択肢を示しながら一緒に確認した。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>訪問看護ステーション 看護師</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>担当開始時は、趣味などの話はよく話すものの、今後どうなりたいかという話には口を閉ざす状況であった。現在は、今後どうなりたいなどの希望がないことが苦しいという思いを言葉にできるようになった。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>主治医（3か月ごとのケースカンファレンスを開催）<br/>同法人内の他部署に勤務する男性訪問看護師</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>母親は熱心に社会資源などを調べて唐突に本人に勧めるため、本人が抵抗を示し、社会資源の利用をより困難にすることがあった。本人に選択肢を与えずに母親が決めてしまう傾向があったため、本人への関わり方などを母親に助言している。母親は訪問看護師の助言を受け入れ、実践している。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>感情の動きが乏しく、言葉数も少ないため、会話が続き話の深まらないように思い困難さを感じる。事例検討会やシミュレーションなどを行っているが、コミュニケーションに不安がある。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護師が患者のことを話せる場所やサポートされる制度</li> <li>・家族対象の訪問看護の制度、家族が気軽に話せるような空間</li> <li>・病院主催の講習会・勉強会を必要としている患者や家族がサービスについて知ることのできる窓口やデバイス</li> <li>・訪問看護師が紹介できる社会資源や制度を一覧できる情報データベース</li> </ul> |

## ID14:障害を持つ子どもと利用者の関係調整をしながら地域生活維持を支えている事例

|   |
|---|
| 支援の種類 : 周産期・子育て支援   |
| 基本情報  |
| 40代 女性 息子と同居<br>診断: 注意欠如・多動症 / 身体合併症: なし  |
| 訪問導入時の様子  |
| 夫と死別後、うつ状態で不眠、食欲不振、希死念慮あり、家で寝込んでいる状況のため、訪問看護が導入された。   |
| 支援の概要 (インタビューの概要)   |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b><br/>         子育てや日々の生活に必死で一生懸命になるあまり、障害をもつ娘に過保護・虐待的になる傾向があった。娘と同居時は毎日言い争いが絶えなかった。娘には福祉の支援と同ステーションの訪問支援を導入した。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>         息子が問題行動を起こした際、娘を預けた施設の管理責任に対する怒り、悔しさ、悲しみを泣きながら訴えた。訪問看護師は本人の話聞き続けることしかできなかった。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>         訪問看護ステーション 看護師</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>         訪問看護導入時は子どもを抱え、地域生活を辛うじて継続している状況であったが、今は困った時に訪問看護師の意見を求め、頼るようになっていく。</p> <p><b>5) ケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>         計画相談の担当者、ホームヘルプサービス (家事援助)、ハローワークの担当者、本人の就労先の上司</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>         息子とはあいさつ程度の関わりであるが、娘はこだわりが強く、話の理解が困難な様子であった。話を聞く支援を行うことはあった。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>         本人のこだわりが強く、ホームヘルパーが続かないことが困難であった。また、本人からジョブコーチのような役割を依頼され、対応に困難を感じた。また、福祉の支援者、訪問看護師、本人で構成される支援者会議に出席しても、訪問看護では算定されず、コストに反映されない。障害福祉関係者と医療者で、本人への関わりに対する考え方が異なるため、互いの意見が食い違うことがある。そのため、本人へのケアがスムーズに運ばない。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の自宅以外でも訪問支援ができる制度</li> <li>・精神障害者の地域ケアでは、相談支援専門員が少ない。</li> <li>・後見人ほどの法的な権限はなくても、精神障害者の権利を守る制度の普及。</li> </ul> |

## ID15:利用者と関係性を築きながら少しずつ気持ちの表出を促した事例

|   |
|---|
| 支援の種類 : 周産期・子育て支援 (CNS が在籍)   |
| 基本情報  |
| 40代 女性 夫、10代娘と同居<br>診断: 双極性障害Ⅱ型、軽度知的障害 / 身体合併症: なし  |
| 訪問導入時の様子  |
| 異性関係のトラブルがあり、家庭内でも孤独であった。自宅に閉居している為、外出機会をつくるきっかけとして、通院先の精神科クリニックのケースワーカーからの紹介で訪問看護が導入された。   |
| 支援の概要 (インタビューの概要)   |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b><br/>導入当初、本人の反応が乏しく、具体的に話がなかなか深まらない状態であったが、拒否的ではなかった。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>訪問看護導入後 SNS での課金が発覚し、本人とともに振り返りを行い、自発的にトラブルについて話をするこももあった。再度 SNS トラブルが発生し、SNS 利用が増える要因についてアセスメントし、本人にフィードバックを行った。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>訪問看護ステーションのみ</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>SNS によるトラブルを本人と共に振り返ったが、話が深まらなかった。双極性障害Ⅱ型の診断を受けており、病状を踏まえて利用者をアセスメントし直し、気分の上がり下がりがあることを本人にフィードバックしたところ、気分変動について共有できるようになった。しかし、気分変動に伴う行動の変化に対して、自分で対処できるまでには至らなかった。</p> <p><b>5) 利用者にケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>訪問看護師から他機関に連絡を取ったことはない。訪問看護導入当初はクリニックのケースワーカーと数回話をする機会があった。SNS トラブルについて共有はした。</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>働きかけは行っていない。遺伝性疾患のある娘が就労予定となり、娘を含む家族へ支援を増やす動きがあった際、訪問看護ステーションにも連絡があったが、それまで本人から娘のことで相談を受けたことはなかった。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>SNS 使用について本人と話をしたと思っても、本人からの発信が少なく、会話を深められない困難さがあった。診断内容に疑問が生じたが、訪問看護導入目的とは関係がないと思い、主治医に相談することが難しいと感じた。<br/>娘が利用しているサービス先から情報を収集することも難しかった。また、医師以外が開催したカンファレンスは、診療報酬に反映されないため、必要と感じていても開くことが難しい。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護導入以前から本人が受けているサポート内容について、関係機関と情報を得て連携する機会</li> <li>・カンファレンスを開くことで利益があると良い。地域支援において他機関連携の位置づけをしてもらいたい。</li> </ul> |

## ID16:訪問時に、暴力行為に対する対応と家族への支援を行った事例

|  |
|--|
| 支援の種類 : 児童への支援 周産期・子育て支援   |
| 基本情報   |
| 10代 男性 母、兄、妹と同居<br>診断：注意欠如・多動症、愛着障害、軽度知的障害 /身体合併症：なし   |
| 訪問導入時の様子   |
| 家族にも精神疾患があり、対応困難にて児童相談所への保護歴もあることや、様々なサービス利用に伴うマネジメントが必要なため、訪問看護導入となった。  |
| 支援の概要（インタビューの概要）   |
| <p><b>1) 訪問が導入されたときの利用者の状況</b><br/>本人は家族との言い争いや暴力がみられ、警察が臨場することも少なくなかった。特別支援学級への編入を契機に、学校が合わないと感じ不登校となった。こども家庭支援センターに通所していた。</p> <p><b>2) 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容</b><br/>本人と母親がひどい言い争いをし、本人が部屋のものや窓ガラスを破壊しているところに訪問した。母親と本人の距離を離すために、母親とともに家の外へ出て、母親の話を傾聴した。人手を増やすために警察へ通報すること選択もあることを母に助言した。部屋に入り、本人と接触し、落ち着きつつあることや、訪問看護師には礼節が保たれていることを確認し、頓用役の内服を勧めた。本人が落ち着き、母親が部屋の中に入れたことを確認し、訪問を終了した。</p> <p><b>3) 2) のケアを行った機関・職種</b><br/>訪問看護師1名で行った。</p> <p><b>4) ケアによる利用者の反応や変化</b><br/>後日似たエピソードがあった時には、母親は警察へ連絡し対応することができていた。</p> <p><b>5) 利用者へケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと</b><br/>大きなエピソードだったので、児童相談所、こども家庭支援センター、主治医、本人のカウンセリングを担当している臨床心理士に状況を共有した。</p> <p><b>6) 家族支援をしたケースとその支援内容</b><br/>訪問時は、母親の話を傾聴し、労うことを意識した。休息入院を提案したものの、入院に同意したことがわかると本人の暴力が生じるのではと家族が心配し、入院には至らなかった。兄や妹への直接的な支援はしていない。</p> <p><b>7) ケア提供時に困難に感じたこと</b><br/>地域によって受けられるサービスや制度が少しずつ違うこと。また、児童への訪問看護は、疾患の有無に関わらず、物事の捉え方に特性のある保護者が多いため親への対応が難しい。本人が同意しても保護者が同意しないと訪問できないため、保護者とも関係性を丁寧に築くことが求められる。</p> <p><b>8) ケアをする上で必要と感じた制度やサポート</b><br/>保護者やきょうだい児の居場所になる場所。入院は閉鎖的な環境で持ち物も全部取られてしまうため、もう少し楽しく宿泊できる場所があるとよい。母子家庭であるケースが多いので、父性的な役割をとる人がチームにいるとよい。</p> |

## 4. 結果 支援の種類別カテゴリー

ヒアリング調査で聴取した各事例に対する支援の種類別に、「ひきこもり状態への支援」、「家族支援」、「周産期・子育て支援」、「児童への支援」、「未治療・治療中断者への支援」の5種類に分類した。

表 3-1 に「支援の種類別カテゴリー一覧」を示す。

表 3-1 に掲載したカテゴリーのうち、支援の種類別に各支援において特徴的なカテゴリーについて、支援に関する項目ごとに説明する。

本文中の【 】は支援の種類、《 》はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリーとする。

### 1) 支援の種類別の特徴

#### 【①ひきこもり状態への支援】

訪問看護を含む医療の支援と併せて福祉の関連機関・職種による支援も必要だが、ひきこもり状態にある利用者本人が複数の人間や多様な職種による支援を拒否する傾向があり、訪問看護師にとって連携の難しさがあることが語られた。

#### 1. 訪問が導入されたときの利用者とその家族の状況

##### 《家族の葛藤や焦りの強さ》

利用者がひきこもり状態にあることで、親が幼少期のかかわりに関する後悔や利用者の将来に関する焦りを感じていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈幼少期手をかけられなかった家族の葛藤〉、〈高齢になる家族の焦り〉であった。

##### 《利用者本人と対面するための方策の工夫》

利用者はひきこもり状態にあり、家族以外の他者との接点も限られる中、訪問看護師が利用者本人と面会するまでの苦労や工夫が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈本人と会う前の複数回の手紙の書き置き〉であった。

##### 《訪問開始のタイミングの見極め》

精神科訪問看護の対象である利用者はひきこもり状態にあるが、訪問看護師は利用者の家族とは会い、話を聞いたり相談を受ける状況から始まり、時間を経てようやく利用者本人と直接会って話ができるようになっていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈本人と直接対面で話せるようになってからの訪問開始〉であった。

#### 2. 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容

##### 《訪問看護師が強い葛藤・ストレスを感じた場面》

利用者はひきこもり状態にあり、他者との接点や情報が限られ、また偏る傾向にあることから、訪問看護師は利用者の一方的な考えや価値観に基づく話を聞き続けなければならない状況があった。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈訪問看護師の考えや意見と本人の望んでいるものが合わないことによる葛藤やストレス〉、〈再び引きこもりに戻さないようにとのプレッシャーの大きさ〉であった。

### 《利用者や家族の葛藤や焦りを感じつつも一段階ずつの支援を意識すること》

利用者本人もその家族もひきこもり状態にあることに強い葛藤や焦りを感じている。訪問看護師はそれを痛切に感じ取りながらも、急速な進展を目指すのではなく、まずは利用者本人のペースに合わせて一段階ずつ社会生活への適応を支援することを根気強く続けていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈一つ一つを考えられるように支える〉、〈生活に必要な資格の再取得を支える〉であった。

### 《地域での利用者と他者や社会資源との関係づくりの支援》

利用者がひきこもり状態から徐々に社会との接点を増やしていくにあたっては、居住する地域での人間関係の回復や社会資源との関係づくりが重要となる。訪問看護師はそれを意識的に支援していた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈つながりの支援〉であった。

## 3. 最も印象深かった訪問場面を支援した支援機関・職種

### 《利用者が気持ちを吐き出せるような環境づくりと対話の技術を発揮した訪問看護師》

利用者がひきこもり状態に至った背景やエピソード、また引きこもり状態となる前後から現在に至るまでに利用者が体験したことやそれにまつわる辛さを、訪問看護師は丁寧に聞き取り、受け止めていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈看護師と利用者二人きりで話し、辛かったことをすべて吐き出してもらった〉であった。

## 4. ケアによる利用者の反応や変化

### 《親子関係の大きな変化》

利用者がひきこもり状態にあることで、親子関係も複雑化する。訪問看護師の関与により、その親子関係に大きな変化がみられたことが語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈意識的な挑発と本人の強い反応の後の親子関係の大きな変化〉であった。

### 《利用者が思考や感情を言語化するようになった変化》

ひきこもり状態となることが一つの自己表現となっていた利用者が、訪問看護師の関与により、自分の考えや感情、体験していることを言語化するようになった変化が看護師によって認識されていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈考えや感情や身体の反応を言葉にして伝えようとしてくれている変化〉、〈自分の体験を看護師と共有してくれるようになった変化〉であった。

### 《一進一退の状況》

ひきこもり状態にある利用者にとって、一歩踏み出すことには大変な勇気と労力が必要となる。また、利用者本人や家族が期待するほどの早い進展はみられないことも多い。訪問看護師は、その一進一退の状況に根気強く寄り添い続けていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈一進一退の状況〉であった。

## 5. 利用者にケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと

### 《連携機関のサービスのオンライン化》

ひきこもり状態にある利用者にとって、自宅に居ながらにして支援サービスが利用できる連携機関のサービスのオンライン化は、利用者の外出の負担を軽減していると訪問看護師は捉えていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜関連機関での相談がオンライン化したことによる本人のメリット＞であった。

#### ＜公式な協働や連携はない現状＞

ひきこもり状態にある利用者は、人間関係構築の難しさも抱えていることが多く、複数の機関や支援者による支援を望まない傾向にあった。利用者やその家族が訪問看護以外の支援を受け入れないケースでは、医療と福祉の連携が課題となっていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜本人の私的な人間関係による支援＞、＜公式な協働や連携はない現状＞、＜他機関・多職種との連携が困難なケース＞であった。

### 6. 家族支援をしたケースの状況とその支援内容

#### ＜家族が現実との直面や変化を避けること＞

利用者がひきこもり状態にあることについては、家族も葛藤や焦りを抱いているものの、問題が解決するという展望がもてず、家族が現実との直面化や変化を避けるため、訪問看護師はそういった家族への関わりに困難を感じていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜母親が本心を語れていない状況が推測されること＞、＜看護師から母親と二人だけで会うことを提案しても断られる現状＞、＜家族が現実との直面化や現状を変えることを避ける現状＞であった。

#### ＜母親が利用者（子ども）の言いなりになっていること＞

ひきこもり状態にある利用者に、親はどのように接してよいか分からないことや罪悪感などから、腫れ物に触るように利用者に接したり、親が利用者の言いなりに行動するケースへの訪問看護師の支援が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜母親が本人の言いなりで高額の買い物をしてきたこと＞であった。

### 7. ケア提供時に困難に感じたこと

#### ＜コミュニケーションにおける利用者の言葉の少なさ＞

ひきこもり状態にある利用者とのコミュニケーションの難しさが語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜利用者の言葉が少ないコミュニケーションの難しさと看護師側の改善の努力＞であった。

#### ＜一進一退の繰り返しを長期間支えること＞

ひきこもり状態にある利用者にとって、一歩踏み出すことには大変な勇気と労力が必要となる。また、利用者本人や家族が期待するほどの早い進展はみられないことも多い。訪問看護師はその一進一退の状況に根気強く寄り添い続けていたが、同時にその難しさや無力感も抱いていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜一進一退の繰り返しを支えること＞であった。

#### ＜医療機関以外との連携＞

ひきこもり状態にある利用者の支援には医療機関以外の支援も必要となるが、ひきこもり状態にある利用者は複数の機関や支援者による支援を望まない傾向にあることに加え、訪問看護師の社会資源に関する情報収集・更新には課題があり、現状では連携が難しいことが語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜医療機関以外との連携＞であった。

### 8. ケアをする上で訪問看護師が必要と感じたもの

#### ＜利用者を取り巻く全体を俯瞰することのできる公的な人材＞

ひきこもり状態にある利用者を支援する際、支援体制全体を把握し、調整する役割を担う公式な立場の者が立てられていない現状の問題点と必要性が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜関係機関にも、ご本人の言動と症状を結び付けて全体を見立てることができる人＞であった。

#### ＜会議出席に関する診療報酬による評価＞

利用者の自宅への訪問だけではなく、利用者の支援に必要となる就労支援施設やグループホーム等で開催される福祉関連職種との会議への出席についても診療報酬での算定を認めてほしいとの要望が聞かれた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜会議に対する診療報酬＞であった。

#### ＜利用者への医療以外のサービス・居場所の提供＞

ひきこもり状態にある利用者が医療以外のサービスを受けたり、自宅以外の居場所が確保できることが望ましいとの意見が聞かれた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜オンラインで心身の相談ができ対象の世界が広がるような支援が可能な組織や団体の発展＞、＜福祉などの医療以外の訪問サービスの充実＞、＜誰でも利用できるような敷居の低い受け皿＞、＜家族が気軽に話せる空間の提供＞であった。

### 【②家族支援】

利用者本人以外の家族が精神疾患や特性をもつケースでは、家族の心身の状態が利用者の病状にも影響するため、訪問看護師は利用者への支援と並行して家族ケアも行っていった。

利用者が児童の場合や、利用者が未治療・治療中断のケースでは、家族の疲弊や負担感が大きいことが多いため、家族へのケアが求められていた。

#### 1. 訪問が導入されたときの利用者とその家族の状況

##### ＜家族間での暴言・暴力＞

利用者による家族への暴力がみられるケースや、利用者に対する家族の暴力がみられるケースの状況が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜息子も父親から暴力・暴言を受けていた＞、＜本人が家族から暴言・暴力を受けていた＞であった。

##### ＜家族の精神疾患＞

利用者の家族も精神疾患をもつケースの状況が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜精神疾患を抱える子供の具合が悪くなるとご本人の具合も悪くなっていた＞、＜もともとは本人ではなく家族に訪問が入っていた＞、＜本人の家族も精神疾患を抱えていた＞であった。

##### ＜利用者に代わって学齢期の子どもが家事を行っていた状況＞

病状の安定しない利用者に代わり、学齢期の子どもが家事を行っていた状況が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜ご本人の病状が悪く子どもが家事を行っていた＞であった。

#### 2. 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容

##### ＜ひたすら傾聴する支援＞

利用者の家族が感情を吐き出せるよう、訪問看護師としてひたすら傾聴をした体験が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜静かな場所でひたすら話を聞いた＞であった。

### 《家族の自傷行為による利用者の病状の悪化》

利用者の家族も精神疾患をもつケースでは、家族の病状や行動に利用者本人の病状が左右されることや、その影響を踏まえた支援が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜家族が自傷行為をしたことによってご本人の病状が悪化していた＞であった。

### 《家族からの暴力・暴言に関する相談》

利用者が家族から暴力を受ける状況や被害の内容を把握した上で、訪問看護師として行う支援が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜家族から受けている暴力・暴言を相談された＞、＜ご本人がご家族から受けている暴力によってできた傷を見つけた＞であった。

## 3. 最も印象深かった訪問場面を支援した支援機関・職種

### 《カウンセラーとの連携》

訪問看護師は、利用者がカウンセリングで受けてきた支援の内容を利用者とともに振り返る作業を行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜カウンセリング内容の振り返り＞であった。

## 4. ケアによる利用者の反応や変化

### 《家族の精神状態や不適応行動の軽減》

利用者の家族も精神疾患をもつケースでは、訪問看護師の支援により家族の精神状態や不適応行動が軽減されることで、利用者本人の病状も安定した経験が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜家族の精神状態や不適応行動が落ち着いてきた＞であった。

### 《趣味や生きがいに関する時間を持つようになった変化》

訪問看護の導入により利用者の病状が安定することで、家族にも心身の余裕ができ、それまで諦めてきた趣味などを再開するといった変化がみとめられたことが語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜ご本人が趣味や生きがいに関する時間を持てるようになった＞であった。

## 5. 利用者にケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと

### 《利用者の入院中からの地域の他機関・他職種とのカンファレンスの開催》

訪問看護の導入にあたり、利用者の入院中からの多職種連携が行われたケースについて語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜ご本人の入院中に地域の他職種とカンファレンスを行う＞であった。

### 《継続的なケアマネジメント》

訪問看護の活動自体は民間のステーションに担当を移行し、はじめに関わった訪問看護師は継続的なケアマネジメントを担当することになったケースについて語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜病院ではなく地域の訪問看護ステーションに移行した後もケアマネジメントを行っている＞であった。

## 6. 家族支援をしたケースの状況とその支援内容

### 《精神疾患（疑いを含む）を抱える家族への支援》

家族の病状は利用者本人の病状にも影響することから、訪問看護師は利用者の家族で精神

疾患（疑い・未治療を含む）をもつ者への支援も併せて行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜精神疾患を抱える家族の病状が安定するよう主治医と調整する＞、＜何らかの疾患が疑われるが未治療の家族との関わりを工夫する＞、＜自閉症や母国語の違いによりコミュニケーションが難しい＞、＜家族の通う学校と連携をする＞、＜家族が利用できる社会資源を調整する＞であった。

#### 《家族の身体状態のケア》

家族の心身の状態は利用者の病状にも影響することから、訪問看護師は利用者の家族の身体状態に関する支援も併せて行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜家族の身体状態をケアできる機会を作る＞であった。

#### 《看護師と二人での面談は母親に断られ続けていること》

訪問看護師から、家族に利用者本人とは別に時間をとっての面談を提案しても同意が得られない状況があることが語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜看護師から母親と二人だけで会うことを提案しても断られる現状＞であった。

### 7. ケア提供時に困難に感じたこと

#### 《未治療の家族への対応》

家族の心身の状態は利用者本人の病状にも影響するが、訪問看護師として未治療の家族に対応することに伴う様々な難しさが語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜未治療の家族へ対応することの難しさ＞であった。

#### 《外国籍の利用者や家族への対応》

訪問看護師が利用者の家族に利用者への支援に関する説明したり、同意を得る際に、家族が日本語を十分に話せないケースへの支援の難しさが語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜日本語が十分に話せない外国籍の利用者や家族への対応＞であった。

#### 《訪問看護終了の判断》

利用者とその家族の抱える問題の解決は難しく、また時間がかかる場合も多いため、訪問看護の終了のタイミングを見極めることや、利用者の同意を得ることの難しさが語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜支援の出口設定が難しい＞であった。

### 8. ケアをする上で訪問看護師が必要と感じたもの

#### 《利用者や家族が気軽に利用できる居場所》

利用者や家族が気軽に利用できる自宅以外の「居場所」の必要性が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜利用者がふらっと行って利用できる場所＞、＜家族が気軽に話せる空間の提供＞であった。

#### 《他機関・他職種での連絡調整・情報共有に関する診療報酬》

自宅への訪問だけではなく、利用者の支援に必要となる連絡調整やカンファレンス等への出席についても、診療報酬での算定を認めてほしいとの要望が聞かれた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜他機関との連絡調整や重要な情報共有の部分にかかわる診療報酬＞、＜ご本人や多職種とのカンファレンスに関する診療報酬＞であった。

#### 《チーム医療のイニシアチブをとる立場の必要性》

現状では地域におけるチーム医療のイニシアチブをとるべき役職や人物が公式に決められていないことから、その必要性が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜チーム医療のイニシアチブの引継ぎができるシステ

ム>、<チームをまとめる人物>であった。

#### 《訪問看護師のためのサポート制度》

訪問看護では主たる担当者を決めての単独訪問が多く、また同僚との随時の相談が難しいなどの特徴があるため、訪問看護師を対象とするサポートの必要性が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、<訪問看護師向けに利用者に紹介できる資源や教育プログラムを紹介するサイト>、<訪問看護師が患者のことを話せる場所や人のサポート制度>であった。

### 【③周産期・子育て支援】

利用者の子どもも心身の障害や特性をもつケースでは、訪問看護師は子ども側の支援を担当する関係機関・職種との連携を行っていた。また、利用者の子どもが障害や特性をもつことで利用者の子育てが一層複雑かつ困難となる可能性が高いため、訪問看護師は利用者の子どもの障害や個性に合わせた子育てを、親である利用者と一緒に考える支援を行っていた。

一方、利用者の子育ての対象である子どもがいわゆる「ヤングケアラー」となっているようなケースでは、子どもの負担感の把握に努め、子どもへの支援を行うと同時に、親である利用者の子育て能力やスキルを向上させるための支援やエンパワメントを行っていた。

#### 1. 訪問が導入されたときの利用者とその家族の状況

##### 《利用者による家族への暴力》

利用者による家族（親・配偶者・子ども等）への暴力がみられる状況が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、<保護者に対する暴力がみられていた>であった。

##### 《子どもの障害》

利用者の子どもも障害や特性をもつケースの状況が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、<子どもが不登校で家に引きこもっている>、<子どもに発達障害がある>、<障害のある娘がいること>であった。

#### 2. 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容

##### 《一緒に考える関わり》

訪問看護師は利用者が子育てに自信を持つことができるよう、また将来的には利用者が自立的に子育てできるよう、一緒に考える支援を行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、<次回の訪問までの生活を一緒に考える>、<活動量の調整を一緒に考える>、<細かな生活の工夫を一緒に考える>であった。

##### 《本人の言動の振り返りと対応方法の提案》

訪問看護師は利用者が子育てに自信を持つことができるよう、また将来的には利用者が自立的に子育てすることができるよう、本人の言動を丁寧に振り返り、対応方法を一緒に考え提案する支援を行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、<本人の行動の振り返りと感情をやり過ごす方法の提案・評価>、<SNSトラブルに対する振り返りの実施>、<既に十分頑張っていることへの肯定と休息の提案>、<SNSトラブルに対する振り返りを行う際の訪問看護師の姿勢>、<SNSトラブルと精神症状との関連について利用者にフィードバックする>、<子どもへの話し方の提案>、<SNSトラブルと精神症状との関連についてのアセスメントの実施>であった。

##### 《利用者の障害をもつ子どもに関連した支援》

訪問看護師は利用者の子どもに障害がある場合の子育ての難しさを踏まえ、利用者の子どもの障害や個性に合わせた子育て支援を行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜障害のある娘が巻き込まれたトラブルの際の支援＞、＜障害のある娘とのスマホの所有に関する対立＞であった。

#### ＜訪問看護終了のプロセスについての検討＞

利用者の子育てに関する課題は解決が難しく、また時間がかかる場合も多いため、訪問看護終了のタイミングを見極めることや、利用者の同意を得ることの難しさが語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜訪問看護卒業のプロセスを考える＞であった。

### 3. 最も印象深かった訪問場面を支援した支援機関・職種

#### ＜訪問看護師単独での対応＞

他機関・他職種との連携はなく、訪問看護師が一人でケースに対応した経験が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜訪問看護師が一人で対応した＞であった。

### 4. ケアによる利用者の反応や変化

#### ＜自分の子どもに対する思いの表出＞

訪問看護師の子育て支援により、利用者のこれからの子育てを考える上で重要となる、利用者の子どもに対する思いが表出されたという成果につながった体験が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜子どもに対する思いが表出される＞であった。

#### ＜新たな挑戦や役割の拡大による自己効力感の高まり＞

訪問看護師の支援により、利用者が子育てを行う上で必要な自己効力感が高まるという成果につながった体験が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜自分の夢や希望を前向きに捉える＞、＜出来なかったことへの挑戦＞、＜自己効力感をえられる＞、＜就労に挑戦する＞、＜母親としての役割の拡大＞であった。

### 5. 利用者にケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと

#### ＜利用者側の関係機関と子ども側の関係機関が連携を取る動き＞

利用者の子どもも障害や特性をもつケースへの訪問看護師による支援の過程で、利用者の支援機関と子どもの支援機関との連携につながった体験が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜重度のダウン症を持つ長女へのサポートを手厚くしようという行政から連携の声がかかる＞、＜関係機関との連携への期待＞であった。

### 6. 家族支援をしたケースの状況とその支援内容

#### ＜利用者の子どもの負担の把握と支援＞

利用者の子育ての対象である子どもがいわゆる「ヤングケアラー」となっているケースについては、訪問看護師は利用者の子どもの負担の把握に努め、子どもへの支援を行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜子どもが家族のケアや家事を担っていないか気にかける＞、＜子どもに定期的にコンタクトを取り続ける＞であった。

#### ＜利用者の子どもとの関わり＞

訪問看護師は利用者の子どもと関わりながら子どもの生活状況や負担感などを把握する一方、利用者の子どもも障害や特性をもつケースでは、利用者の子育ての複雑さや難しさを踏まえ、子どもの障害や個別性を踏まえた子育て支援を行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜本人の子どもたちの特徴＞、＜障害のある娘との関わり＞であった。

## 《家族の負担感の把握と支援》

訪問看護師は利用者の子育てを支える家族の負担の把握に努め、必要に応じて支援することで、間接的に利用者の子育て支援を行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜訪問ではまず保護者の話をきき、子育ての姿勢を尊重しながら労をねぎらった＞、＜保護者の疲弊が強いので、保護者のレスパイトを目的とした入院を提案した＞、＜保護者が利用できる社会資源を紹介した＞、＜家族の負担感を把握する＞、＜家族の状況を把握する＞、＜家族の生活変化を把握する＞、＜家族の役割分担を調整する＞、＜家族に必要な支援を提案する＞、＜生活変化の精神状態への影響を把握する＞であった。

## 《利用者の子どもに対する支援拡充を目的とした関連機関からの訪問看護への連携の要請》

訪問看護師は利用者の子どもが障害や特性をもつケースの子育ての複雑さや難しさを踏まえ、子どもの支援機関に連携を要請していた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜利用者だけではなく長女を含めた支援が必要と認識していた＞であった。

## 《家族に関する複合的な課題を抱える利用者の状況》

利用者の生育歴の複雑さ、子育ての対象である子どもも障害や特性、キーパーソンの不在などの複合的な課題を抱える利用者に対する訪問看護師の支援の難しさが語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜DVや虐待を体験しており安定した生活経験に乏しい＞、＜子ども自身に暴力行為がみられる＞、＜異性関係を通して子どもが傷つき体験を重ねている＞、＜訪問の継続に保護者の同意が必要＞、＜精神疾患を抱える保護者もおり対応が困難＞、＜ご本人やきょうだい放課後デイサービスを嫌がり通えない＞、＜きょうだいの問題行動や、保護者の疾患、社会的背景からマンパワーが不足している＞であった。

## 7. ケア提供時に困難に感じたこと

### 《社会資源の地域間格差》

子育て支援にあたり、地域によって親子の支援のための社会資源の選択肢や設置数に差があることによる訪問看護師の支援の困難が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜地域ごとに受けられる社会資源や学校の体制が異なっている＞であった。

## 8. ケアをする上で訪問看護師が必要と感じたもの

### 《利用者の子どもを対象とする支援》

利用者の子育ての対象である子どもがいわゆる「ヤングケアラー」となっているケースについては、利用者の子どもの負担の把握に努め、子どもを支援する体制づくりの必要性が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜子ども一人一人に対するケア＞、＜子どもと母親をつなぐ支援＞、＜ヤングケアラーに対する支援＞であった。

### 《訪問看護師による利用者宅以外での支援に関する診療報酬》

利用者の自宅への訪問だけではなく、利用者の支援に必要な会議等への出席や、利用者が通所している施設での利用者本人や支援スタッフとの面談についても、訪問看護の活動として診療報酬での算定を認めてほしいとの要望が聞かれた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、＜対象が通所する作業所や福祉関係者との支援者会議への出席は訪問看護として算定してほしいこと＞、＜主治医以外の職種が開くカンファレンスに報酬がないために関連職種間での連携が実施しにくい＞であった。

### 《後見人に準ずる継続支援が可能な管理責任者の必要性》

訪問看護の利用者やその家族は精神症状や複雑な社会的背景から生活上のスキルや理解力・判断力が低下しているケースも多く、その権利を擁護する役割を担う管理責任者を立てることの必要性が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈後見人に準ずる継続支援が可能な管理責任者の必要性〉であった。

### 《保護者やきょうだい児の居場所の提供》

訪問看護の利用者の家族が安心して利用できる自宅以外の「居場所」の必要性が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈保護者やきょうだい児に対するサポートやほっとできる居場所の提供〉であった。

### 《入院以外の宿泊施設》

訪問看護の利用者が楽しく利用できる医療機関以外の「宿泊施設」の必要性が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈本人に対する、入院ではなく楽しく宿泊ができる環境〉であった。

## 【④児童への支援】

精神科訪問看護の利用者である児童の親も精神障害や特性をもつケース（疑いや未治療のケースを含む）では、児童の治療への理解や協力・訪問看護への親の同意や理解・協力が得られない場合がある状況が語られた。

また、疲弊した保護者のレスパイトを目的に、訪問看護師が利用者である児童の入院に向けた支援が行う場合もあることや、児童の保護者が利用することのできる社会資源の検討や紹介を行っていることも語られた。

同時に、訪問看護の利用者である児童のきょうだいのケアの必要性も語られた。

### 1. 訪問が導入されたときの利用者とその家族の状況

#### 《保護者もきょうだいも精神科通院中という複雑な家族背景》

利用者の家族（保護者、きょうだい）も精神疾患を抱えている複雑なケースの状況が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈保護者もきょうだいも精神科通院中で家族背景が複雑〉であった。

#### 《保護者に対する暴力がみられていたこと》

利用者による家族（親・配偶者・子ども等）への暴力がみられる状況が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈保護者に対する暴力がみられていた〉であった。

#### 《多機関との連携の必要性に伴う訪問看護の導入》

多機関での連携のための調整役を期待され、訪問看護が導入された状況が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈多くの機関との連携が必要なため訪問看護が導入となった〉であった。

### 2. 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容

#### 《警察を呼ぶよう保護者にすすめる支援》

訪問看護師は躊躇う家族をサポートしながら、家族が必要な時には迷わず警察の介入を依頼できるようになるための支援を行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈警察を呼ぶよう保護者にすすめた〉であった。

### 3. 最も印象深かった訪問場面を支援した支援機関・職種

#### 《訪問看護師単独での対応》

他機関・他職種との連携はなく、訪問看護師が一人でケースに対応した経験が語られた。  
本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈訪問看護師が一人で対応した〉であった。

### 4. ケアによる利用者の反応や変化

#### 《同じようなエピソードがあった際、保護者が警察に協力を依頼できたこと》

訪問看護師による支援で家族が警察の介入をもとめた際と同じような場面で、家族が警察への協力を依頼できるようになった成果が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈同じようなエピソードがあった際、保護者が警察に協力を依頼できた〉であった。

### 5. 利用者にケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと

#### 《児童相談所による保護や入院の調整》

訪問看護の利用者である児童への支援にあたり、児童相談所による保護や入院の調整を試みた体験が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈児童相談所への保護や入院の調整を試みた〉であった。

### 6. 家族支援をしたケースの状況とその支援内容

#### 《保護者の疲弊が強いため、保護者のレスパイトを目的とした入院を提案した》

保護者の疲弊が強かったことから、保護者のレスパイトを目的に、訪問看護師が利用者である児童の入院に向けた支援を行った体験が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈保護者のレスパイトを目的とした入院の提案〉であった。

#### 《保護者が利用できる社会資源の紹介》

訪問看護師は児童の登校支援のサポーターや家事支援のヘルパーなど、保護者の負担軽減につながる社会資源を紹介する支援を行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈保護者が利用できる社会資源を紹介した〉であった。

### 7. ケア提供時に困難に感じたこと

#### 《訪問の継続には保護者の同意が必要であること》

保護者が訪問看護による支援を受け入れない場合、訪問自体が成立せず、継続も難しい実情が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈訪問の継続に保護者の同意が必要〉であった。

#### 《精神疾患を抱える保護者への対応》

利用者である児童の保護者も精神疾患をもつ複雑なケースへの支援の難しさが語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈精神疾患を抱える保護者もおり対応が困難〉であった。

#### 《利用者やきょうだいが放課後デイサービスを嫌がり通所できていないこと》

利用者である児童のきょうだいも精神障害や特性をもち、利用者もきょうだいも社会資源の利用を拒否するケースへの訪問看護師の支援の難しさが語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈本人やきょうだいが放課後デイサービスを嫌がり通えない〉であった。

### 《きょうだいの問題行動や、保護者の疾患、社会的背景によるマンパワー不足》

利用者である児童の保護者もきょうだいも精神障害や特性をもつケースで、かつ協力者が得られにくいケースへの訪問看護師の支援の難しさが語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈きょうだいの問題行動や、保護者の疾患、社会的背景からマンパワーが不足している〉であった。

## 8. ケアをする上で訪問看護師が必要と感じたもの

### 《保護者やきょうだい児に対するサポートやほっとできる居場所の提供》

訪問看護の利用者の家族が安心して利用できる自宅以外の「居場所」の必要性が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈保護者やきょうだい児に対するサポートやほっとできる居場所の提供〉であった。

### 《利用者を対象とする入院以外の楽しく宿泊ができる環境》

訪問看護の利用者が楽しく宿泊することのできる医療機関以外の「宿泊施設」の必要性が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈ご本人に対する、入院ではなく楽しく宿泊ができる環境〉であった。

## 【⑤未治療・治療中断者への支援】

未治療ケースや治療中断ケースでは、訪問看護が医療との唯一のつながりとなっている場合もあり、訪問看護師は身体状態に関する情報収集とアセスメントを慎重に行い、必要に応じて医師に報告・相談していた。対象の背景は様々であるが、治療中断・未治療ケースでは医療への不信感や拒否感が強い傾向があり、訪問看護の継続には特別な配慮や工夫が求められていた。

また、治療中断ケースや未治療ケースでは、同居者の疲弊が強い場合も多く、家族ケアは必須となるが、利用者本人との関係性を保持するため、訪問看護師は利用者本人の意向を必ず確認した上で家族ケアを行っていた。

## 1. 訪問が導入されたときの利用者とその家族の状況

### 《治療中断による精神・身体状態への影響》

訪問看護の導入時には、治療中断により利用者の精神・身体状態が悪化していた状況が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈治療中断による入退院を繰り返していた〉、〈受診・服薬が中断して精神症状が悪化する〉、〈身体症状の悪化により受診・服薬ができない〉、〈精神症状により治療の継続が難しい〉であった。

### 《同居者が感じる生活上の困難》

訪問看護の導入時点で、治療中断中もしくは未治療の利用者と同居する者が感じていた生活上の困難が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈同居者が生活の困難を感じている〉であった。

## 2. 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容

### 《身体疾患のアセスメント》

訪問看護師は、治療を中断している利用者が身体疾患に罹患している可能性に関する情報収集・アセスメントを慎重に行い、一般科受診の必要性を精神科の主治医に伝えていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈身体疾患のアセスメントをする〉であった。

### 《複数のスタッフが訪問することによる多様な支援の提供》

治療中断もしくは未治療の利用者の反応を確認しながら、複数のスタッフによる訪問をアレンジすることにより、治療中断もしくは未治療の利用者が多様な人との関わりや対話の幅を広げるための支援を行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈人との関わりを広げる〉であった。

## 3. ケアによる利用者の反応や変化

### 《LAI 導入による精神状態の安定》

訪問看護師の支援により、治療中断中の患者が通院を再開もしくは未治療の者が通院を開始し、医師の処方でも L A I を導入したことにより、精神状態が安定したケースの変化が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈LAI を導入し精神状態が安定した〉であった。

### 《訪問看護を受け入れるようになった変化》

治療中断もしくは未治療の利用者の訪問看護の継続には多くの困難を伴うが、利用者にとって唯一の医療とのつながりでもある訪問看護による支援が継続できることは、利用者の地域での安定的な生活を継続する上で大変重要となる。その前提となる利用者が訪問看護を受け入れるようになったという変化が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈訪問看護を受け入れるようになった〉、〈訪問看護を継続できる〉、〈受け入れを感じられる〉、〈訪問看護を受け入れる〉であった。

### 《同居者による疾患の受容により理解されたと感じるようになった変化》

治療中断もしくは未治療の利用者の家族関係は複雑であることが多い。訪問看護の導入により、家族などの同居者による疾患の受容が促進され、利用者が家族に理解されたと感じられるようになることで、未治療の者の受診の開始や治療中断者の再開につながる可能性を高めていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈本人が理解されたと感じる〉、〈同居者が本人の疾患を受け入れる〉であった。

## 4. 利用者にケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと

### 《協働機関のマネジメントを訪問看護が担う現状》

地域におけるチーム医療のマネジメントを行う立場の者が公式には決められておらず、結果的に訪問看護師が担うことが多い現状が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈協働機関のマネジメントは基本は訪問看護が担い、訪問後には必ず連絡を取り合っていた〉であった。

### 《行政との連携》

治療中断もしくは未治療の利用者には生活保護の必要性が高い者も多く、訪問看護師が行政と連携しながら利用者の申請を支援している実態が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈生活保護の医療費として民間救急代を出してもらえたから入院することができた〉、〈行政からの依頼がある〉であった。

### 《インフォーマルな支援の把握》

利用者が治療中断もしくは未治療であるケースであっても、地域でインフォーマルな支援を受けている可能性があり、訪問看護師はその支援の実態を把握するための情報収集を行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈インフォーマルな関係を把握する〉であった。

## 5. 家族支援をしたケースの状況とその支援内容

### 《本人の意向を確認した上での家族ケア》

訪問看護師は、治療中断もしくは未治療の利用者との関係性を保持するため、家族を支援する場合もまずは利用者本人に支援の必要性を確認したり、利用者の意向を確認した上で家族ケアを行っていた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈本人の意向を聞いて家族に関わる〉であった。

## 6. ケア提供時に困難に感じたこと

### 《利用者が不調を認めない・気づけないことによる説明の難しさ》

治療中断もしくは未治療の利用者は、自らの心身の不調を認めなかったり、気づけないことも多く、訪問看護師がそのような状態にある利用者に支援の必要性を説明する際の困難が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈具合が悪い自分を認められない・分からない〉、〈本人が納得できるよう説明する難しさがある〉、〈具合が悪い事実を本人に伝えることが難しい〉、〈自分の声掛けが刺激になったらとプレッシャーを感じ緊張した〉であった。

### 《母親の病気への理解の乏しさ》

治療中断もしくは未治療の利用者の家族関係は複雑であることが多い。訪問看護の導入により、家族による疾患の理解や受容が促進されれば、利用者の受診の開始や受診の再開につながる可能性は高まるが、家族の理解が乏しいケースでは、それがむしろ困難であった体験が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈母親の病気の理解が乏しく、入院させることに消極的だった〉、〈キーパーソンの母親の病気の理解が乏しく、LAIを受け入れてもらえない〉であった。

### 《訪問継続の難しさ》

治療中断もしくは未治療の利用者の訪問看護の継続には、利用者に訪問を拒否されないための特別な配慮と工夫が求められる。その困難が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈支援が途切れないよう配慮する〉であった。

## 7. ケアをする上で訪問看護師が必要と感じたもの

### 《虐待ケースへの保健所や都道府県の積極的な介入への期待》

訪問看護師が関与する可能性のある引きこもり支援、家族支援、子育て支援、児童の支援、治療中断・未治療の支援のいずれにおいても「虐待」が関係する可能性が考えられるため、保健所や都道府県による虐待が疑われるケースへの積極的な介入への期待が語られた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈虐待ケースに対する保健所や都道府県の積極的な介入〉であった。

### 《訪問看護師による利用者宅外での利用者の活動の支援》

利用者の自宅への訪問だけではなく、利用者が活動する別の場所での訪問看護師の支援についても診療報酬で算定できるようにしてほしいとの要望が聞かれた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈自宅外での活動の支援ができる〉、〈外出同行に対する算定〉であった。

### 《受診までの訪問に対する算定》

未治療のケースの場合、医師による訪問看護指示書がないため、訪問看護師が訪問しても診療報酬上は算定できない現状があることから、受診前の訪問についても算定を期待する意見が聞かれた。治療中断もしくは未治療の利用者を受診に繋げるまでの訪問看護師の支援に

関する診療報酬での算定についての要望が聞かれた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈受診までの訪問に対する算定〉であった。

#### 〈治療中断者のフォロー体制〉

治療中断の背景を把握し、適切に支援するために、治療中断ケースについても往診や訪問看護が行える仕組み作りに関する要望が聞かれた。

本カテゴリーのサブカテゴリーは、〈治療中断者のフォロー体制〉であった。

## 2) 精神科訪問看護師が必要性与高いと認識していること

### (1) 地域精神保健医療福祉の活動におけるマネジメント機能（調整機能）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについても周知されつつあるが、支援ニーズの高い利用者では複数領域にわたる支援が必要であり、地域でのケースマネジメントを担う公式な職種・役職は不明瞭な場合が多く、多機関・多職種との連携においては、結果的に訪問看護師が調整役を期待される現状が語られた。

しかしながら、多忙な中、非公式に多機関・多職種連携の連絡・調整を担う負担感は大きく、診療報酬での算定を期待する意見が聞かれた。

### (2) 従来の家族ケアの枠組みを超えた家族支援

支援ニーズの高い利用者への訪問看護の実態の特徴として、いずれの支援の種類においても利用者の家族関係が複雑であり、利用者の精神症状や治療に大きな影響を与えていた。

具体的には、利用者本人以外の家族も精神疾患・特性をもつ（疑い・未治療の場合を含む）ケースがあり、利用者が児童でその親が精神疾患をもつ場合には、児童の治療への理解や協力・訪問看護の同意が得られないこともあることが語られた。あるいは、利用者の子どもに心身の障害があるケースでは、通常以上に子育ての困難度が高まるために「子育て支援」には一層の工夫が必要であった。また、家族の心身の状態によって利用者本人の病状が左右されることから、利用者本人への支援と並行して家族への支援が必須となっていた。

また、支援の種類にかかわらず、訪問看護師は訪問看護指示書に基づく利用者への看護と並行して、利用者以外の家族に関する情報収集やアセスメント、支援の必要性の検討を行っていた。

特に支援の種類の一つとして分類した【②家族支援】では、従来の家族ケアの枠組み（家族心理教育、家族の負担軽減に関する支援など）を超え、〈家族間での暴言・暴力〉、〈家族の精神疾患〉、〈利用者に代わって学齢期の子どもが家事を行っていた状況〉など、より個別でのケアの必要性が高いと判断されるケースがあった。つまり、家族が利用者と同等もしくはそれ以上の問題を抱えている状況にあり、訪問看護師が利用者本人と家族を同時に支援せざるを得ないという現状があった。

### (3) 多職種・多機関連携の困難

多職種・多機関と連携して利用者を支援するために必要な会議のうち、医師が構成メンバーとして出席していない会議への出席や、利用者が通所する就労支援施設等に訪問看護師が直接出向いての利用者や施設スタッフとの面談については、診療報酬上は算定できない現状があり、利用者の自宅以外での訪問看護師の活動についても診療報酬上の評価を期待する意見が聞かれた。

また、支援ニーズの高い利用者ほど多職種・多機関が連携して支援する必要性が高いが、訪問看護師が訪問看護活動と並行して地域の社会資源に関する正確かつ多様な情報を収集し、更新し続けていくことには限界があることから、多職種・多機関との連携にあたって必要となる社会資源に関する情報提供を期待する意見が聞かれた。

## 5. 考察

本調査の目的は、支援ニーズの高い利用者（「ひきこもり状態への支援」、「家族支援」、「周産期・子育て支援」、「児童への支援」、「未治療・治療中断者への支援」）への精神科訪問看護の具体的なケア内容や影響を明らかにすることであった。

### 1) 支援ニーズの高い利用者への訪問看護の実態

支援ニーズの高い利用者への訪問看護の特徴として、利用者本人以外の家族も精神疾患・特性をもつ（疑い・未治療の場合を含む）など、家族全体に支援ニーズがあることや、支援の導入に対する拒否がみられる場合もあることなどが明らかとなった。

精神科訪問看護の対象は家族全体であり、家族への支援と利用者への支援は両輪の関係にある。しかしながら、精神科訪問看護基本療養費の支援対象となる従来の家族ケアの枠組み（家族心理教育、家族の負担軽減に関する支援など）を超える利用者の家族への支援については、必ずしも医師による訪問看護指示書を受けて行われているものではなく、精神障害や特性をもつ（疑いや未治療ケースを含む）家族への訪問看護師の支援に関しては診療報酬上の算定は行われていない現状が明らかとなった。また、支援ニーズの高い利用者の場合、サービス間の連携の必要性が高いにもかかわらず、利用者が新たな人間関係や支援の導入を拒否するために、結果として訪問看護だけが関わり続けている現状が明らかとなった。

### 2) ケアの内容やその影響

訪問看護師によるケアの内容として、傾聴やアセスメント、服薬支援、受療のサポート等の看護以外に、他者との関係構築に関する支援や、支援の調整や見通しの共有を行っており、中長期的な視点で利用者を捉え、利用者の人生を支えていることが明らかとなった。

この結果は、精神疾患の多くが慢性的な経過を辿ることや、訪問看護の利用期間が一般に長い傾向にあることに起因すると考えられた。

訪問看護による支援の成果として、精神症状の軽減や家族関係の改善、感情や考えの言語化の促進と不適切行動の減少、余暇活動の充実、利用者・家族の援助希求能力の向上、入院せずに生活できる期間の延長などが明らかとなった。

これらの結果の背景には、訪問看護師が利用者との間で築いた信頼関係を基盤とした利用者の理解に根差した関わりがあると考えられる。いずれの事例に関しても、看護師は利用者の主体性や自己決定を尊重しつつ、一進一退を共に経験していることが語られた。

### 3) ヒアリング調査に基づく今後への期待

訪問看護師が必要と感じた制度やサポートとして、活動内容が反映された診療報酬や24時間対応の緊急電話、利用者や家族が気楽に利用できる医療以外の宿泊施設や居場所、他機関・多職種との連携、訪問看護師のための心理的・教育的支援などが挙げられた。

特に利用者や家族が気軽に利用できる医療以外の宿泊施設や居場所の必要性は、多くの事例で語られた。障害者総合支援法に基づき、精神障害をもつ者の短期入所や短期宿泊を実施

している事業所は少なく、事前の認定や利用契約が必要となることから、気軽に利用できる状況とは言いがたい。今後は、訪問看護の利用者やその家族が利用可能な、安全で利便性の高い医療以外の宿泊施設や居場所の提供が期待される。

### (1) 家族支援に関する課題

支援の種類にかかわらず、家族が利用者と同等もしくはそれ以上の問題を抱えている状況も多く、訪問看護師が利用者本人と家族を同時に支援せざるを得ないという現状があった。

このような状況においては、訪問看護師は利用者本人と家族への同時の支援の必要性は認識するものの、実際に自分が支援を行うべき立場であるかの判断に迷う背景には、家族が未治療もしくは治療中断中であるために病状管理に関する医師の訪問看護指示書がない、あるいは公的支援を受けていない場合などがあり、支援者としての立場や責任の所在が不明瞭な状況であることが示唆された。

訪問看護の対象である利用者の病状管理との関連が強い場合には必然的に訪問看護師による家族支援も行われていたが、利用者自身からの困難の訴えが無いような場合は、家族については状況把握にとどめるケースもあった。このような利用者の病状管理を目的とした家族支援については、訪問看護指示書の「その他」に記載されることが多いと考えられる。

家族背景がより複雑化する中、利用者の主治医が期待する家族支援の範囲とはどのようなものであるのか、また訪問看護師が利用者の病状管理の範囲内でどこまで利用者の家族への支援の責任を負うべきか、そして利用者の家族も併せて支援する場合の診療報酬上の算定をどのように位置づけるべきであるかは、引き続き検討すべき課題と考える。

令和4年度の診療報酬改定で「精神科在宅患者支援管理料」の重症患者等の対象に、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等が追加されたことで、保健師等の要請による精神科医の訪問についても算定が可能となった。これにより、利用者の家族が未治療もしくは治療中断中である場合に適切な医療につながる可能性は高まることが考えられる。また、児童福祉法の改正によりヤングケアラーの支援に関する検討が進むことで、利用者の子どもの負担軽減や心身のケアといった支援の充実が期待される。

しかし、地域で利用可能な社会資源のネットワークは十分とは言えない現状があり、訪問看護師は特に家族が利用できる資源の導入に多くの困難を感じていた。訪問看護の利用者を含む家族全体の背景を把握しうる立場にあるのは、行政機関であると考えられる。個人情報保護の観点から、訪問看護師が収集した情報の共有は慎重に検討される必要があるが、例えば訪問看護師による保健師や子ども家庭センター、高齢者地域包括支援センター等への情報提供や、訪問看護師が医療機関・福祉施設とのカンファレンス等を通じて連携する体制が整備されることにより、利用者の家族全体に関する情報集約と支援体制の構築につなげることができる。このような、家族全体の支援を統括する機関への情報集約のフローの明確化は、重要な課題と考える。

### (2) 診療報酬の算定に関する課題

令和2年度の診療報酬改定では精神科在宅患者に対する適切な支援の評価として「地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価」や「精神科在宅患者支援管理料」に関する改定がなされ、続く令和4年度の診療報酬改定では「精神科在宅患者支援管理料」の重症患者等の対象に、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等が追加された。このように、地域精神医療や精神科訪問看護に関連する新たな項目の算定や加算が新

たに認められてきたものの、算定件数の増加には十分に反映されていない現状がある（令和3年度630調査）。

地域精神医療や精神科訪問看護に関連した支援についての診療報酬の算定件数が増加しない背景として、訪問看護事業所で算定が可能との認識が十分ではない場合や、あるいは訪問看護事業所にとっては算定要件のハードルが高く認識されている可能性が考えられる。

このたびのヒアリング調査に参加した精神科訪問看護師は、訪問看護の利用者の支援に必要な支援の内容でありながら、診療報酬では算定できない支援が多いことについて実例を挙げながら語り、算定できる項目が増えることを期待していた。今後は、診療報酬改定の内容の周知徹底とともに、利用者の自宅以外への訪問、24時間対応の緊急電話、利用者の支援に必要なカンファレンスへの参加等についての算定要件に関する検討を行うことは、重要な課題と考える。

表 3-1 支援の種類別のカテゴリー一覧

【①ひきこもり状態への支援】

| 項目                                    | カテゴリー                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. 訪問が導入されたときの利用者と<br>その家族の状況         | 母子の関係性                                |
|                                       | 家族の葛藤や焦りの強さ                           |
|                                       | 施設や集団への適応能力                           |
|                                       | 重症度や症状の憎悪による入退院の繰り返し                  |
|                                       | 精神状態と言動                               |
|                                       | 訪問看護導入のきっかけ                           |
|                                       | 過去の挫折・喪失体験                            |
|                                       | 利用者本人と対面するための方策の工夫                    |
|                                       | 訪問開始のタイミングの見極め                        |
|                                       | 経済的な問題の有無                             |
| 2. 最も印象深かった訪問場面、その<br>時の訪問での実際に支援した内容 | 利用者の思いの表出を促す支援                        |
|                                       | 他者との関係構築への支援                          |
|                                       | 利用者の精神状態の把握                           |
|                                       | 訪問看護の体制・方法                            |
|                                       | 訪問看護師が強い葛藤・ストレスを感じた場面                 |
|                                       | 周囲の無理解に対する不満の傾聴                       |
|                                       | 利用者が受けている治療内容の把握                      |
|                                       | 家庭内での利用者の位置づけの把握                      |
|                                       | 母親に利用者(子ども)への関心を持たせるための働きかけ           |
|                                       | 思い切った直面化の促し                           |
|                                       | 訪問看護の必要性の説明                           |
|                                       | 利用者や家族の葛藤や焦りを感じつつも一段階ずつの支援を意識すること     |
|                                       | 自信をもてるような関わり                          |
|                                       | セルフケア能力の把握                            |
| 地域での利用者と他者や社会資源との関係づくりの支援             |                                       |
| 利用者が主張する内容の背景の理解                      |                                       |
| 3. 最も印象深かった訪問場面を支援<br>した支援機関・職種       | 利用者が気持ちを吐き出せるような環境づくりと対話の技術を発揮した訪問看護師 |
| 4. ケアによる利用者の反応や変化                     | 親子関係の大きな変化                            |
|                                       | 思春期の利用者の変化の大きさ                        |
|                                       | 利用者が思考や感情を言語化するようになった変化               |
|                                       | 一進一退の状況                               |

|   |                              |
|---|------------------------------|
| 5. 利用者のケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連携・協働を要したこと | 利用者のプログラム参加に向けての施設スタッフとの連携   |
|   | 施設スタッフとの相互の意識的な関係構築          |
|   | 連携している他機関・他職種                |
|   | 連携機関のサービスのオンライン化             |
|   | 公式な協働や連携はない現状                |
| 6. 家族支援をしたケースの状況とその支援内容                         | 就労移行支援との連携への期待               |
|   | 家族の思いや困りごとの受け止め              |
|   | 家族へのリフレッシュの促し                |
|   | 家族が現実との直面や変化を避けること           |
|   | 父親の不在                        |
|   | 母親が利用者（子ども）に関心をもつための課題を求めたこと |
|   | 母親による利用者（子ども）を理解するための行動の把握   |
|   | 家族の負担感の把握                    |
|   | 利用者への家族の関わり方の把握と助言           |
|   | 母親が利用者（子ども）の言いなりになっていること     |
| 7. ケア提供時に困難に感じたこと                               | 家族に対する認知の偏り                  |
|   | 発達障害の特性による影響                 |
|   | 挫折やいじめの経験による認知の偏り            |
|   | きょうだいの病気により利用者が受けてきた影響       |
|   | 一方的な主張で対話が成立しにくい状況           |
|   | コミュニケーションにおける利用者の言葉の少なさ      |
|   | 病態を理解すること                    |
|   | 一進一退の繰り返しを長期間支えること           |
|   | 自尊感情や自己効力感を高めること             |
|   | 利用者の理想と現実のギャップの大きさ           |
|   | 医療機関以外との連携                   |
| 8. ケアをする上で訪問看護師が必要と感じたもの                        | 訪問看護の支援内容や支援の質を診療報酬に反映させること  |
|   | 利用者を取り巻く全体を俯瞰することのできる公的な人材   |
|   | 会議出席に関する診療報酬による評価            |
|   | 利用者への医療以外のサービス・居場所の提供        |
|   | 利用者が講習や勉強会の開催を知ることのできる窓口     |
|   | 24 時間体制の対応                   |
|   | 訪問看護師の学習の機会                  |
|   | 訪問看護師のためのサポート制度              |
|   | 他職種との連携                      |
|   | 公的支援を受けることについての偏見の軽減         |

【②家族支援】

| 項目  | カテゴリー                            |
|---|----------------------------------|
| 1. 訪問が導入されたときの利用者とその家族の状況                       | 訪問看護導入のきっかけ                      |
|   | 特定の看護師による訪問の希望                   |
|   | 他機関との連携状況                        |
|   | 家族間での暴言・暴力                       |
|   | 家族の精神疾患                          |
|   | 利用者に代わって学齢期の子どもが家事を行っていた状況       |
|   | 自傷他害のリスク                         |
|   | 同居する家族構成の変遷                      |
|   | 訪問開始のタイミング                       |
|   | 経済的な不安の有無                        |
| 2. 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容               | ひたすら傾聴する支援                       |
|   | 人目も気にせず泣き崩れたこと                   |
|   | 自己表現への支援                         |
|   | 家族の自傷行為による利用者の病状の悪化              |
|   | 家族からの暴力・暴言に関する相談                 |
|   | 生活保護受給の基準に合わせた引っ越しに関連した支援        |
|   | 本人の家庭内での居場所のなさ                   |
|   | 友人に相談するには難しい内容の相談                |
|   | 利用者の困りごとについての評価と提案               |
|   | 臨時の対応                            |
|   | 訪問の頻度                            |
| 訪問看護師が感じるプレッシャー                                 |                                  |
| 3. 最も印象深かった訪問場面を支援した支援機関・職種                     | カウンセラーとの連携                       |
| 4. ケアによる利用者の反応や変化                               | 家族の精神状態や不適応行動の軽減                 |
|   | 利用者の精神状態や不適応行動の軽減                |
|   | 趣味や生きがいに関する時間を持つようになった変化         |
|   | 利用者が体験を言葉にして伝えようとするようになった変化      |
|   | 不適切な行動をとる前に相談できるようになった変化         |
| 5. 利用者にケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと | 利用者の入院中からの地域の他機関・他職種とのカンファレンスの開催 |
|   | 精神科主治医との連携                       |
|   | 連携してきた他機関・他職種                    |
|   | 継続的なケアマネジメント                     |
|   | 他機関・多職種との連携は行っていないこと             |

|                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| 6. 家族支援をしたケースの状況とその支援内容  | 精神疾患（疑いを含む）を抱える家族への支援      |
|                          | 家族関係の調整                    |
|                          | 利用者自身で関係機関に相談できていることの把握    |
|                          | 家族の身体状態のケア                 |
|                          | 家族の困りごとへの対応                |
|                          | 母親による利用者（子ども）を理解するための行動の把握 |
|                          | 父親との接点のなさ                  |
|                          | 看護師と二人での面談は母親に断られ続けていること   |
| 7. ケア提供時に困難に感じたこと        | 未治療の家族への対応                 |
|                          | 訪問看護の受け入れが不安定なこと           |
|                          | 発達障害を持つ人への対応               |
|                          | 外国籍の利用者や家族への対応             |
|                          | 他職種・他機関との連携に伴う負担感          |
|                          | 社会資源の地域間格差                 |
|                          | 訪問看護終了の判断                  |
|                          | 利用者からの時間外の依存に対する葛藤         |
| 利用者とのコミュニケーション           |                            |
| 8. ケアをする上で訪問看護師が必要と感じたもの | 利用者や家族が気軽に利用できる居場所         |
|                          | 利用者にとってアクセスしやすい立地にある社会資源   |
|                          | 他機関・他職種での連絡調整・情報共有に関する診療報酬 |
|                          | チーム医療のイニシアチブをとる立場の必要性      |
|                          | 訪問看護ステーション内での連携の工夫         |
|                          | 24時間対応の緊急電話                |
|                          | 利用者が講習や勉強会の開催を知ることのできる窓口   |
|                          | 訪問看護師のためのサポート制度            |
| 他機関・他職種との連携              |                            |

【③周産期・子育て支援】

| 項目                                | カテゴリー                     |
|-----------------------------------|---------------------------|
| 1. 訪問が導入されたときの利用者とその家族の状況         | 家族の状況                     |
|                                   | 利用者による家族への暴力              |
|                                   | 他機関・多職種との連携状況             |
|                                   | 利用者の精神状態・言動に関する情報とアセスメント  |
|                                   | 子どもの障害                    |
|                                   | 訪問看護導入のきっかけ               |
|                                   | 導入時の訪問看護の体制・方法            |
| 2. 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容 | 利用者の希望や主体性の尊重             |
|                                   | 一緒に考える関わり                 |
|                                   | 生活状況の把握                   |
|                                   | 利用者の異性関係への介入              |
|                                   | 支援者間での情報共有                |
|                                   | 連携する支援者の代弁                |
|                                   | 友人には相談できない内容の相談           |
|                                   | 生活保護受給の基準に合わせた引っ越しに関連した支援 |
|                                   | 本人の言動の振り返りと対応方法の提案        |
|                                   | 臨時の対応                     |
|                                   | 利用者が受けている治療内容             |
|                                   | 利用者の障害をもつ子どもに関連した支援       |
|                                   | 訪問看護師による提案への期待            |
|                                   | 就労継続に関連した支援               |
|                                   | コミュニケーションに関する支援           |
|                                   | 不調時の適応能力の把握               |
|                                   | 利用者からの情報提供の不足             |
|                                   | 連携している他機関・他職種の把握          |
|                                   | 訪問時間を延長しての対応              |
|                                   | 利用者と保護者の言い争いへの介入          |
| 利用者の訪問看護に対する認識や思いの把握              |                           |
| 不調時の対応の提案                         |                           |
| 訪問看護終了のプロセスについての検討                |                           |
| 3. 最も印象深かった訪問場面を支援した支援機関・職種       | 訪問看護師単独での対応               |
| 4. ケアによる利用者の反応や変化                 | 訪問看護導入後は入院していないこと         |
|                                   | 自分の子どもに対する思いの表出           |
|                                   | 新たな挑戦や役割の拡大による自己効力感の高まり   |
|                                   | 病気とのバランスを踏まえた生活行動の変化      |

|   |   |
|---|---|
|   | 不適切な行動をとる前に相談できるようになった変化                |
|   | 自らの精神症状の変化を訪問看護師に伝えられるようになった変化          |
|   | 訪問看護師による提案を実践できるようになった変化                |
|   | 利用者の行動の変化には至らなかったこと                     |
|   | 家族の行動の変化                                |
|   | 頓服の内服による精神症状の軽減                         |
| 5. 利用者にケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと | 意識的な支援者間の関係構築                           |
|   | 利用者が支援機関・支援者との関係性を維持するためのサポート           |
|   | 連携している他機関・他職種と連携の内容                     |
|   | 精神科主治医との連携                              |
|   | 利用者側の関係機関と子ども側の関係機関が連携を取る動き             |
| 6. 家族支援をしたケースの状況とその支援内容                         | 利用者の子どもの負担の把握と支援                        |
|   | 利用者による子どもの養育状況の把握                       |
|   | 利用者自身による専門機関への相談状況の把握                   |
|   | 利用者の子どもの関わり                             |
|   | 訪問看護師のアセスメントを家族支援という形では家族に伝えてはいないこと     |
|   | 家族の負担感の把握と支援                            |
|   | 利用者の子どもに対する支援拡充を目的とした関連機関からの訪問看護への連携の要請 |
|   | 利用者以外の家族員への支援の必要性の認識                    |
|   | 家族に関する複合的な課題を抱える利用者の状況                  |
| 7. ケア提供時に困難に感じたこと                               | 本人の性質に伴う困難                              |
|   | 支援機関との連携に伴う困難                           |
|   | 支援に関する困難                                |
|   | 訪問看護ステーション内で相談する機会の少なさ                  |
|   | 社会資源の地域間格差                              |
| 8. ケアをする上で訪問看護師が必要と感じたもの                        | 支援の連続性を維持するサポート体制の構築                    |
|   | 訪問看護ステーション内での連携の工夫                      |
|   | 24時間対応の体制づくり                            |
|   | 利用者の子どもを対象とする支援                         |
|   | 訪問看護師による利用者宅以外での支援に関する診療報酬              |
|   | 福祉分野との連携                                |
|   | 後見人に準ずる継続支援が可能な管理責任者の必要性                |
|   | 訪問看護導入前からの関係機関との情報共有                    |
|   | 保護者やきょうだい児の居場所の提供                       |
|   | 心理的なケアの必要性                              |
| 入院以外の宿泊施設                                       |   |

【④児童への支援】

| 項目  | カテゴリー  |
|---|--|
| 1. 訪問が導入されたときの利用者とその家族の状況                       | 養育困難な状況で児童相談所等が介入していた状況                                  |
|   | 保護者もきょうだいも精神科通院中という複雑な家族背景                               |
|   | 保護者に対する暴力がみられていたこと                                       |
|   | 転居に伴うストレスや症状の悪化がみられていたこと                                 |
|   | 多機関との連携の必要性に伴う訪問看護の導入<br>利用者の不登校傾向                       |
| 2. 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容               | 訪問時間を延長し利用者が落ち着くのを待った場面                                  |
|   | 保護者と言い争った利用者が暴れ、家のガラスを破壊していた場面                           |
|   | 言い争っていた利用者と保護者を離すため、保護者と家の外に出て話を聞いた場面                    |
|   | 警察を呼ぶよう保護者にすすめる支援  |
|   | 外来で処方された頓服薬の内服を利用者にすすめる支援<br>利用者が落ち着き、安全を確認してから家の中に入った場面 |
| 3. 最も印象深かった訪問場面を支援した支援機関・職種                     | 訪問看護師単独での対応  |
| 4. ケアによる利用者の反応や変化                               | 同じようなエピソードがあった際、保護者が警察に協力を依頼できたこと                        |
|   | 利用者は頓服内服により興奮が落ち着いたこと                                    |
| 5. 利用者にケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと | 児童相談所による保護や入院の調整   |
|   | 関係機関との情報共有   |
| 6. 家族支援をしたケースの状況とその支援内容                         | まずは保護者の話をきき、子育ての姿勢を尊重しながら労をねぎらったこと                       |
|   | 保護者のレスパイトを目的とした入院の提案                                     |
|   | 保護者が利用できる社会資源の紹介   |
| 7. ケア提供時に困難に感じたこと                               | 訪問の継続には保護者の同意が必要であること                                    |
|   | 地域ごとに受けられる社会資源や学校の体制が異なること                               |
|   | 精神疾患を抱える保護者への対応  |
|   | 利用者やきょうだいが放課後デイサービスを嫌がり通所できていないこと                        |
|   | きょうだいの問題行動や、保護者の疾患、社会的背景によるマンパワー不足                       |
| 8. ケアをする上で訪問看護師が必要と感じたもの                        | 保護者やきょうだい児に対するサポートやほっとできる居場所の提供                          |
|   | 怒りやゲーム依存のコントロールが必要                                       |
|   | 社会のルールや規律を学ぶために父性的な立場からの介入が重要                            |
|   | 愛着障害やDVに対する心理的なケア<br>利用者を対象とする入院以外の楽しく宿泊ができる環境           |

【⑤未治療・治療中断者への支援】

| 項目                                | カテゴリー                           |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1. 訪問が導入されたときの利用者とその家族の状況         | 利用者の診断名                         |
|                                   | 治療中断による精神・身体状態への影響              |
|                                   | 病識の乏しさや病気の受容の困難                 |
|                                   | 母親の病気への理解の乏しさ                   |
|                                   | 治療に対する抵抗感                       |
|                                   | 生活上の困難                          |
|                                   | 精神症状                            |
|                                   | 同居者が感じる生活上の困難                   |
| 2. 最も印象深かった訪問場面、その時の訪問での実際に支援した内容 | 服薬支援                            |
|                                   | 精神状態や本人の意向に基づく訪問回数の調整           |
|                                   | 家族間のコミュニケーションの仲介                |
|                                   | 自己決定や主体性を尊重した支援                 |
|                                   | 地域とのつながりをつくる支援                  |
|                                   | 訪問看護の目的の説明                      |
|                                   | 身体疾患のアセスメント                     |
|                                   | 受診のサポート                         |
|                                   | 医師とのコミュニケーションの支援                |
|                                   | 利用者との訪問看護終了までのイメージの共有           |
|                                   | 複数のスタッフが訪問することによる多様な支援の提供       |
|                                   | 精神症状のアセスメントに基づく受診の提案            |
|                                   | 今後の課題の予測                        |
|                                   | 同居者への説明と関係調整                    |
| 3. ケアによる利用者の反応や変化                 | LAI 導入による精神状態の安定                |
|                                   | 訪問看護を受け入れるようになった変化              |
|                                   | 母親との距離がとれるようになった変化              |
|                                   | 通院・服薬の継続                        |
|                                   | 生活行動の拡がり                        |
|                                   | 地域の受け入れを本人が感じられるようになった変化        |
|                                   | 身体症状の改善                         |
|                                   | 求助行動がとれるようになった変化                |
|                                   | 主治医に相談できるようになった変化               |
|                                   | 同居者による疾患の受容により理解されたと感じるようになった変化 |

|   |                              |
|---|------------------------------|
| 4. 利用者にケアを提供する際、所属施設以外の施設や看護師以外の職種との連絡・協働を要したこと | 連携している他機関・他職種との協働            |
|   | 連携している他機関・他職種との情報共有          |
|   | 連携がもたらす効果                    |
|   | 協働機関のマネジメントを訪問看護が担う現状        |
|   | 医師との連携                       |
|   | 行政との連携                       |
|   | インフォーマルな支援の把握                |
| 5. 家族支援をしたケースの状況とその支援内容                         | 他機関・他職種との役割分担による利用者と家族への支援   |
|   | 家族関係の情報収集・アセスメント             |
|   | 本人の意向を確認した上での家族ケア            |
|   | 同居者の気持ちを支える支援                |
| 6. ケア提供時に困難に感じたこと                               | 服薬の自己調整による精神症状の悪化            |
|   | 利用者が不調を認めない・気づけないことによる説明の難しさ |
|   | 入院治療の拒否                      |
|   | 母親の病気への理解の乏しさ                |
|   | 利用者のこだわりの強さ                  |
|   | 支援に対する申し訳ない気持ちへの配慮           |
|   | 症状の変動の大きさ                    |
|   | 訪問継続の難しさ                     |
|   | 同居者に配慮した関わり                  |
| 7. ケアをする上で訪問看護師が必要と感じたもの                        | 虐待ケースへの保健所や都道府県の積極的な介入への期待   |
|   | 本人と家族にとって安全な居場所              |
|   | 訪問看護以外の訪問支援の充実               |
|   | 受診同行の支援                      |
|   | 訪問看護師による利用者宅外での利用者の活動の支援     |
|   | 継続的な支援                       |
|   | 連携できる医療機関                    |
|   | 受診までの訪問に対する算定                |
|   | マンパワーの拡充                     |
|   | 保健師との連携                      |
|   | 治療中断者のフォロー体制                 |

## 第4章

# 精神科訪問看護のアウトカム評価

## 第4章 精神科訪問看護のアウトカム評価

### 事業Ⅲ 精神科訪問看護利用者の振り返りアウトカム評価調査

#### 1. 調査実施概要

##### 1) 目的

本研究は、精神疾患を持つ人が地域生活を継続できるための支援の仕組みの一つとして訪問看護の機能に着目し、精神科訪問看護の利用者について過去2時点を抽出した後向き調査を行い、精神科訪問看護のケア内容とその影響を明らかにすることを目的として実施した。

##### 2) 調査方法

###### ①調査対象

47施設（精神科医療機関 16施設、訪問看護ステーション 31施設）

管理者向け：施設票1部

看護師向け：精神科訪問看護を利用している「統合失調症」または「双極性障害」の方（令和4年1月時点で利用されていた方）の令和4年1月と8月の状況。各施設10人分を送付。

###### ②実施方法

機縁法で対象施設をリクルートし、候補となる施設の管理者および訪問看護師に、説明文書、調査票および返信用封筒を渡し、参加同意が得られる場合には、調査票に回答・返送してもらった。管理者には施設の状況や利用者の概要概況を尋ねる【施設票】に、訪問看護師には精神科訪問看護を利用中の統合失調症または双極性障害の方1～2名について、2022年1月・8月時点での状況やケア内容を尋ねる【利用者票】への回答を依頼した。研究への参加は施設長・訪問看護師の自由意思に基づき、利用者にはオプトアウト用の文書を渡して拒否の連絡がない場合に調査票に記入してもらうよう依頼した。なお、本調査は、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認（22-A038）を得て実施した。

###### ③調査時期

令和4年11月～12月

###### ④回収状況

調査票の回答は32施設から得られ、看護師に依頼した利用者票は183人分（精神科医療機関利用者35人、訪問看護ステーション利用者148人）の回答が寄せられた。

|            | 施設票 |     |       | 利用者票<br>回収数 |
|------------|-----|-----|-------|-------------|
|            | 配布数 | 回収数 | 回答率   |             |
| 精神科医療機関    | 16  | 7   | 43.8% | 35          |
| 訪問看護ステーション | 31  | 25  | 80.6% | 148         |
| 合計         | 47  | 32  | 68.1% | 183         |

## 2. 調査結果の概要（施設票）

### 1) 回答施設の概要

#### ①精神科医療機関

回答が寄せられた精神科医療機関7施設のうち、「精神科病院（単科）」が6施設、「精神科を主とする病院（複数科）」が1施設であった。

令和4年9月の精神科利用者数（1施設あたり平均数）は、入院患者数が151.3人、退院患者数が180.3人、外来患者数（延べ人数）が3,514.9人であった。

表 4-2-1 回答が寄せられた精神科医療機関の種別

|                         | 回答数 | 割合     |
|-------------------------|-----|--------|
| 1. 精神科病院（単科）            | 6   | 85.7%  |
| 2. 精神科を主とする病院（複数科）      | 1   | 14.3%  |
| 3. 一般病院（総合・複数科、大学病院を含む） | 0   | 0.0%   |
| 4. その他                  | 0   | 0.0%   |
| 合計                      | 7   | 100.0% |

表 4-2-2 回答が寄せられた精神科医療機関の病床数

|          | 回答施設数 | 合計病床数 | 1施設あたり平均数 | 最大  | 最小 |
|----------|-------|-------|-----------|-----|----|
| 病院全体の病床数 | 7     | 2,150 | 307.1     | 693 | 60 |

表 4-2-3 回答が寄せられた精神科医療機関の精神科病棟の種別

|                             | 該当施設数 | 1施設あたり平均数 | 最大 | 最小 |
|-----------------------------|-------|-----------|----|----|
| 1. 「精神科救急急性期医療入院料」届出病棟      | 4     | 1.4       | 2  | 0  |
| 2. 「精神科急性期治療病棟入院料（1・2）」届出病棟 | 2     | 0.5       | 2  | 0  |
| 3. 「精神療養病棟入院料」届出病棟          | 1     | 0.5       | 3  | 0  |
| 4. 「認知症治療病棟入院料（1・2）」届出病棟    | 2     | 0.3       | 1  | 0  |
| 5. 「地域移行機能強化病棟入院料」届出病棟      | 0     | 0.0       | 0  | 0  |
| 6. 「精神病棟入院基本料」届出病棟          | 5     | 2.4       | 6  | 0  |
| 7. 「精神科救急・合併症入院料」届出病棟       | 1     | 1.0       | 6  | 0  |
| 8. その他の病棟                   | 4     | 1.2       | 3  | 0  |

表 4-2-4 精神科の入院患者数、退院患者数、外来患者数(延べ人数)（令和4年9月）

|              | 回答施設数 | 合計数    | 1施設あたり平均数 | 最大    | 最小    |
|--------------|-------|--------|-----------|-------|-------|
| ①入院患者数       | 7     | 1,059  | 151.3     | 539   | 16    |
| ②退院患者数       | 7     | 1,262  | 180.3     | 780   | 16    |
| ③外来患者数（延べ人数） | 7     | 24,604 | 3,514.9   | 7,052 | 1,635 |

## ②訪問看護ステーション

回答が寄せられた訪問看護ステーション 25 施設は、すべて「精神科訪問看護基本療養費の届出」を行っており、また「指定自立支援医療機関（精神）の指定を受けている施設も 84.0%（21 施設）を占めた。

「24 時間対応体制加算の届出」を行っている施設は 60.0%（15 施設）、「機能強化型訪問看護ステーション 1」は 8.0%（2 施設）であった。

表 4-2-5 加算等に関する施設の届出状況

|                            | 回答数 | 割合     |
|----------------------------|-----|--------|
| ①精神科訪問看護基本療養費の届出           | 25  | 100.0% |
| ②24時間対応体制加算の届出             | 15  | 60.0%  |
| ③機能強化型訪問看護ステーション 1         | 2   | 8.0%   |
| ④機能強化型訪問看護ステーション 2         | 0   | 0.0%   |
| ⑤機能強化型訪問看護ステーション 3         | 0   | 0.0%   |
| ⑥指定自立支援医療機関（精神）の指定         | 21  | 84.0%  |
| ⑦精神科在宅患者支援管理料を算定する医療機関との連携 | 1   | 4.0%   |

## ③精神科医療機関、訪問看護ステーション共通

### i) 法人内施設等

同一法人（同一系列を含む）が有する医療施設、介護施設、事業所をみると、精神科医療機関 7 施設のうち「病院」が 4 施設（57.1%）、「診療所」及び「訪問看護ステーション」が 3 施設（42.9%）、「居宅介護支援事業所」が 2 施設（28.6%）であった。

訪問看護ステーションでは、回答のあった 25 施設中 11 施設（44.0%）で「病院」があり、「居宅介護支援事業所」は 9 施設（36.0%）、「その他の障害福祉サービス事業所」が 7 施設（28.0%）、「診療所」及び「訪問看護ステーション」「特定相談支援事業所または障害児相談支援事業」がそれぞれ 5 施設（20.0%）であった。なお、「なし」と回答した施設は 8 施設（32.0%）であった。

表 4-2-6 加算等に関する施設の届出状況

|                           | 精神科医療機関 |       | 訪問看護ステーション |       |
|---------------------------|---------|-------|------------|-------|
|                           | 回答数     | 割合    | 回答数        | 割合    |
| 1. 病院（貴院以外）               | 4       | 57.1% | 11         | 44.0% |
| 2. 診療所（貴院以外）              | 3       | 42.9% | 5          | 20.0% |
| 3. 訪問看護ステーション（貴ステーション以外）  | 3       | 42.9% | 5          | 20.0% |
| 4. 居宅介護支援事業所              | 2       | 28.6% | 9          | 36.0% |
| 5. 訪問介護事業所                | 0       | 0.0%  | 1          | 4.0%  |
| 6. 通所介護事業所                | 0       | 0.0%  | 2          | 8.0%  |
| 7. 地域包括支援センター             | 0       | 0.0%  | 3          | 12.0% |
| 8. 看護小規模多機能型居宅介護          | 0       | 0.0%  | 0          | 0.0%  |
| 9. 特定相談支援事業所または障害児相談支援事業所 | 0       | 0.0%  | 5          | 20.0% |
| 10. その他の障害福祉サービス事業所       | 1       | 14.3% | 7          | 28.0% |
| 11. その他                   | 0       | 0.0%  | 2          | 8.0%  |
| 12. なし                    | 1       | 14.3% | 8          | 32.0% |

ii) 精神科訪問看護を担当している職員数（常勤換算）

精神科医療機関に「精神科訪問看護を担当している職員数」を確認したところ、「看護職員（保健師・准看護師を含む）」は①施設あたり 7.1 人（最大 17 人、最小 3 人）であった。そのうち、「精神看護専門看護師」が配置されている施設は 2 施設、「精神科認定看護師」が配置されている施設は 3 施設、「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関連）」及び「特定行為研修の修了者（パッケージ研修修了者、その他）」が配置されている施設はなかった。

訪問看護ステーションに対しては、看護職員の総数及びいくつかの要件に該当する職員数を確認した。看護職員数は、1 施設平均で 9.1 人（最大 25.2 人、最小 3.5 人）であった。このうち、「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）」は 1 施設あたり 5.3 人、「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）」は 1 施設あたり 4.8 人、「精神保健福祉センター・保健所等における精神保健に関する業務の経験者（1 年以上）」は 1 施設あたり 0.2 人、「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」は 1 施設あたり 4.1 人であった。

また、「精神看護専門看護師」が配置されている施設は 1 施設、「精神科認定看護師」が配置されている施設は 10 施設、「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関連）」及び「特定行為研修の修了者（パッケージ研修修了者、その他）」が配置されている施設はなかった。

表 4-2-7 精神科訪問看護を担当している職員数（常勤換算）

|   | 精神科医療機関 |     |           |    |    | 訪問看護ステーション |     |           |      |     |
|---|---------|-----|-----------|----|----|------------|-----|-----------|------|-----|
|   | 回答施設数   | 合計数 | 1施設あたり平均数 | 最大 | 最小 | 回答施設数      | 合計数 | 1施設あたり平均数 | 最大   | 最小  |
| ①看護職員（保健師・准看護師を含む）                        | 7       | 50  | 7.1       | 17 | 3  | 25         | 226 | 9.1       | 25.2 | 3.5 |
| うち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）       |         |     |           |    |    | 23         | 128 | 5.3       | 12   | 0   |
| うち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）             |         |     |           |    |    | 17         | 91  | 4.8       | 19   | 0   |
| うち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） |         |     |           |    |    | 3          | 3   | 0.2       | 1    | 0   |
| うち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               |         |     |           |    |    | 19         | 87  | 4.1       | 20   | 0   |
| うち精神看護専門看護師                               | 2       | 2   | 0.5       | 1  | 0  | 1          | 1   | 0.1       | 1    | 0   |
| うち精神科認定看護師                                | 3       | 3   | 1.0       | 1  | 1  | 10         | 12  | 0.6       | 2    | 0   |
| うち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関連）           | 0       | 0   | 0.0       | 0  | 0  | 0          | 0   | 0.0       | 0    | 0   |
| うち特定行為研修の修了者（パッケージ研修修了者、その他）              | 0       | 0   | 0.0       | 0  | 0  | 0          | 0   | 0.0       | 0    | 0   |
| （看護職員以外の職員数）                              |         |     |           |    |    |            |     |           |      |     |
| ②作業療法士                                    | 2       | 3   | 1.5       | 2  | 1  | 16         | 34  | 1.6       | 7    | 0   |
| ③理学療法士                                    |         |     |           |    |    | 3          | 9   | 0.6       | 6    | 0   |
| ④言語聴覚士                                    |         |     |           |    |    | 0          | 0   | 0.0       | 0    | 0   |
| ⑤精神保健福祉士                                  | 3       | 7   | 2.3       | 5  | 1  | 8          | 8   | 0.5       | 1    | 0   |
| ⑥公認心理師、その他の心理師                            | 0       | 0   | 0.0       | 0  | 0  | 4          | 6   | 0.4       | 2    | 0   |
| ⑦事務職                                      | 3       | 3   | 0.8       | 1  | 0  | 18         | 29  | 1.4       | 5    | 0   |
| ⑧その他                                      | 1       | 1   | 0.5       | 1  | 0  | 3          | 10  | 0.8       | 7    | 0   |

※網掛け部分は調査対象外

## 2) 精神科訪問看護利用者の状況

令和4年9月の精神科訪問看護利用者数は、精神科医療機関（精神科訪問看護・指導料利用者数）では回答施設合計で851人（1施設あたり121.6人）、訪問看護ステーション（精神科訪問看護療養費算定利用者数）では回答施設合計で3,468人（1施設あたり144.5人）であった。

回答施設全体での利用者属性をみると、性別では男性41.3%、女性49.9%、年代は50歳代を中心に分布している。主病名は「統合失調症・妄想性障害」が50.1%、「気分障害」が18.0%を占める。ケアの必要な身体疾患のある利用者は、全体の5.6%であった。

GAF尺度割合では、「41～50」と「51～60」（それぞれ28%程度）を中心に、「31～40」（18.6%）、「61～70」（12.8%）の順であった。

表 4-2-8 令和4年9月の精神科訪問看護の利用者数と訪問件数

|                                | 回答施設数 | 合計数    | 1施設あたり平均数 | 最大    | 最小  |
|--------------------------------|-------|--------|-----------|-------|-----|
| <b>【精神科医療機関】</b>               |       |        |           |       |     |
| 精神科訪問看護・指導料 利用者数               | 7     | 851    | 121.6     | 479   | 23  |
| 精神科訪問看護・指導料 訪問件数               | 7     | 2,651  | 378.7     | 1,648 | 30  |
| <b>【訪問看護ステーション】</b>            |       |        |           |       |     |
| 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） | 25    | 4,143  | 165.7     | 420   | 29  |
| うち、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者数       | 24    | 3,468  | 144.5     | 416   | 29  |
| ②全訪問件数（1か月間のすべての訪問件数）          | 23    | 18,469 | 803.0     | 2,652 | 182 |
| うち、精神科訪問看護基本療養費を算定した訪問件数       | 23    | 14,156 | 615.5     | 1,642 | 150 |

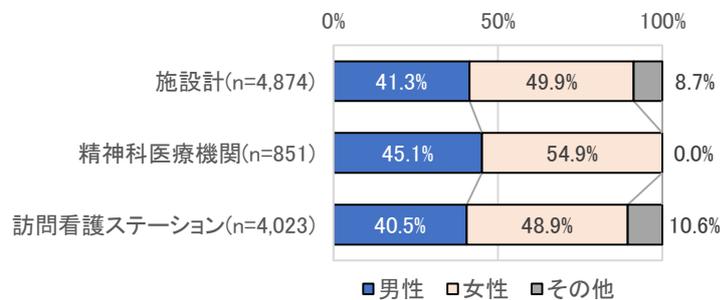


図 4-2-1 利用者の性別割合

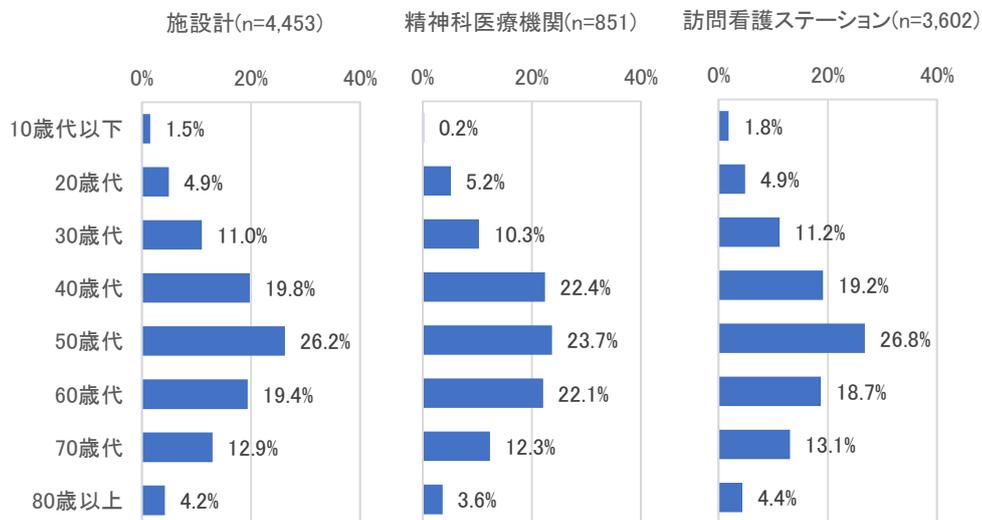


図 4-2-2 利用者の年代

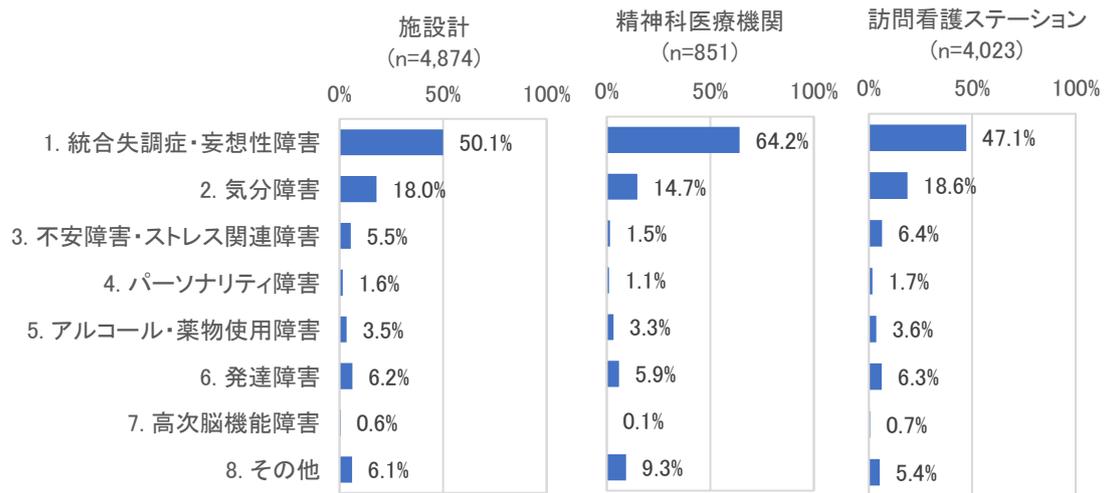


図 4-2-3 利用者の主病名

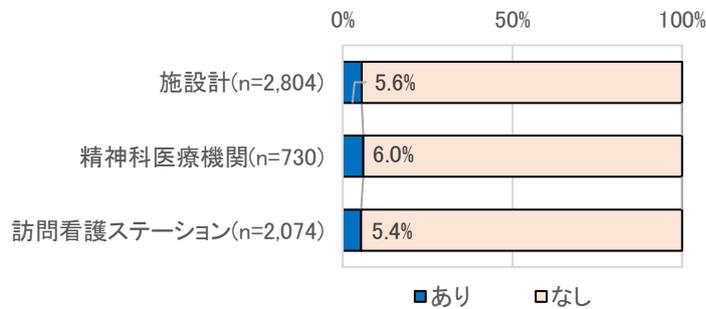


図 4-2-4 ケアの必要な身体疾患の有無

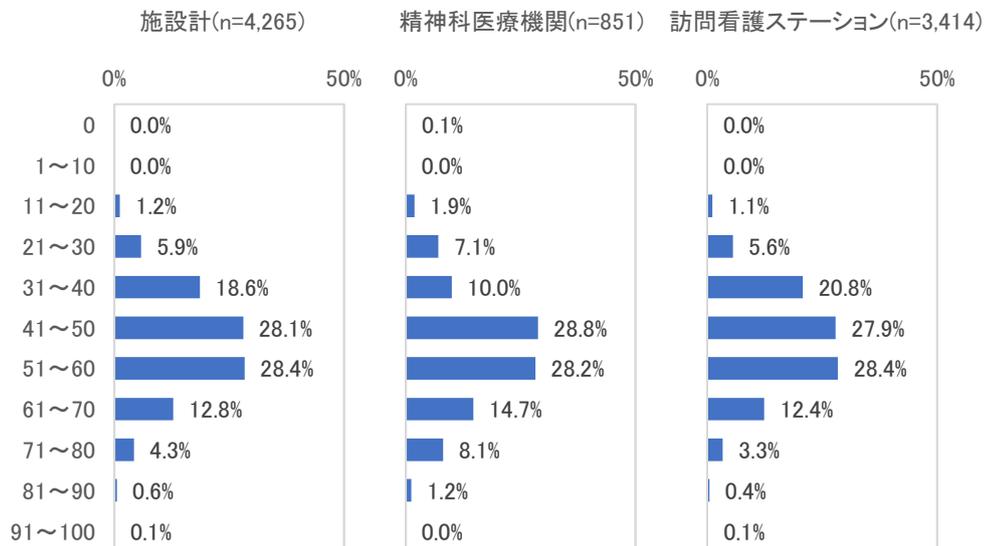


図 4-2-5 GAF 尺度別の割合

表 4-2-9 利用者の性別割合

①性別

|     | 精神科医療機関 |     |           |     |    | 訪問看護ステーション |       |           |     |    |
|-----|---------|-----|-----------|-----|----|------------|-------|-----------|-----|----|
|     | 回答施設数   | 合計数 | 1施設あたり平均数 | 最大  | 最小 | 回答施設数      | 合計数   | 1施設あたり平均数 | 最大  | 最小 |
| 男性  | 7       | 384 | 54.9      | 209 | 11 | 25         | 1,630 | 65.2      | 212 | 13 |
| 女性  | 7       | 467 | 66.7      | 270 | 12 | 25         | 1,967 | 78.7      | 210 | 13 |
| その他 | 0       | 0   | 0.0       | 0   | 0  | 4          | 426   | 28.4      | 201 | 0  |

表 4-2-10 利用者の年代

②年齢

|        | 精神科医療機関 |     |           |     |    | 訪問看護ステーション |     |           |     |    |
|--------|---------|-----|-----------|-----|----|------------|-----|-----------|-----|----|
|        | 回答施設数   | 合計数 | 1施設あたり平均数 | 最大  | 最小 | 回答施設数      | 合計数 | 1施設あたり平均数 | 最大  | 最小 |
| 10歳代以下 | 2       | 2   | 0.3       | 1   | 0  | 15         | 66  | 2.9       | 11  | 0  |
| 20歳代   | 6       | 44  | 7.3       | 26  | 2  | 21         | 175 | 7.6       | 31  | 0  |
| 30歳代   | 7       | 88  | 12.6      | 57  | 1  | 24         | 402 | 16.8      | 73  | 2  |
| 40歳代   | 7       | 191 | 27.3      | 101 | 7  | 25         | 690 | 27.6      | 101 | 2  |
| 50歳代   | 7       | 202 | 28.9      | 100 | 8  | 25         | 966 | 38.6      | 110 | 4  |
| 60歳代   | 7       | 188 | 26.9      | 108 | 4  | 25         | 675 | 27.0      | 70  | 5  |
| 70歳代   | 7       | 105 | 15.0      | 70  | 1  | 24         | 471 | 18.8      | 58  | 0  |
| 80歳以上  | 5       | 31  | 5.2       | 17  | 0  | 23         | 157 | 6.3       | 47  | 0  |

表 4-2-11 利用者の主病名

③主病名

|                  | 精神科医療機関 |     |           |     |    | 訪問看護ステーション |       |           |     |    |
|------------------|---------|-----|-----------|-----|----|------------|-------|-----------|-----|----|
|                  | 回答施設数   | 合計数 | 1施設あたり平均数 | 最大  | 最小 | 回答施設数      | 合計数   | 1施設あたり平均数 | 最大  | 最小 |
| 1. 統合失調症・妄想性障害   | 7       | 546 | 78.0      | 258 | 18 | 25         | 1,896 | 75.8      | 243 | 12 |
| 2. 気分障害          | 7       | 125 | 17.9      | 89  | 2  | 25         | 750   | 30.0      | 80  | 1  |
| 3. 不安障害・ストレス関連障害 | 5       | 13  | 1.9       | 6   | 0  | 24         | 256   | 10.2      | 53  | 0  |
| 4. パーソナリティ障害     | 4       | 9   | 1.5       | 5   | 0  | 21         | 69    | 2.9       | 11  | 0  |
| 5. アルコール・薬物使用障害  | 4       | 28  | 5.6       | 23  | 0  | 22         | 144   | 6.3       | 61  | 0  |
| 6. 発達障害          | 6       | 50  | 8.3       | 34  | 1  | 25         | 254   | 10.2      | 40  | 1  |
| 7. 高次脳機能障害       | 1       | 1   | 0.2       | 1   | 0  | 12         | 30    | 1.4       | 6   | 0  |
| 8. その他           | 7       | 79  | 11.3      | 64  | 1  | 15         | 216   | 11.4      | 78  | 0  |

表 4-2-12 ケアの必要な身体疾患の有無

④ケアの必要な身体疾患

|    | 精神科医療機関 |     |           |     |    | 訪問看護ステーション |      |           |     |    |
|----|---------|-----|-----------|-----|----|------------|------|-----------|-----|----|
|    | 回答施設数   | 合計数 | 1施設あたり平均数 | 最大  | 最小 | 回答施設数      | 合計数  | 1施設あたり平均数 | 最大  | 最小 |
| あり | 2       | 44  | 8.8       | 34  | 0  | 9          | 112  | 6.6       | 54  | 0  |
| なし | 5       | 686 | 137.2     | 469 | 23 | 16         | 1962 | 115.4     | 329 | 0  |

表 4-2-13 GAF 尺度別の割合

⑤GAF尺度別の人数（平均点及び得点別の人数）

|        | 精神科医療機関 |     |           |     |    | 訪問看護ステーション |     |           |     |    |
|--------|---------|-----|-----------|-----|----|------------|-----|-----------|-----|----|
|        | 回答施設数   | 合計数 | 1施設あたり平均数 | 最大  | 最小 | 回答施設数      | 合計数 | 1施設あたり平均数 | 最大  | 最小 |
| 0      | 1       | 1   | 0.3       | 1   | 0  | 1          | 1   | 0.1       | 1   | 0  |
| 1～10   | 0       | 0   | 0.0       | 0   | 0  | 1          | 1   | 0.1       | 1   | 0  |
| 11～20  | 2       | 16  | 4.0       | 14  | 0  | 7          | 36  | 2.3       | 20  | 0  |
| 21～30  | 5       | 60  | 10.0      | 28  | 0  | 21         | 190 | 8.6       | 34  | 0  |
| 31～40  | 7       | 85  | 12.1      | 25  | 3  | 23         | 709 | 30.8      | 196 | 1  |
| 41～50  | 7       | 245 | 35.0      | 138 | 4  | 23         | 952 | 41.4      | 185 | 4  |
| 51～60  | 7       | 240 | 34.3      | 122 | 5  | 23         | 970 | 42.2      | 134 | 5  |
| 61～70  | 5       | 125 | 25.0      | 78  | 2  | 22         | 422 | 18.3      | 65  | 0  |
| 71～80  | 4       | 69  | 11.5      | 64  | 0  | 15         | 114 | 5.7       | 42  | 0  |
| 81～90  | 1       | 10  | 2.0       | 10  | 0  | 4          | 15  | 1.0       | 7   | 0  |
| 91～100 | 0       | 0   | 0.0       | 0   | 0  | 2          | 4   | 0.3       | 3   | 0  |

|        | 精神科医療機関 |      |      |      | 訪問看護ステーション |       |      |      |
|--------|---------|------|------|------|------------|-------|------|------|
|        | 回答施設数   | 平均値  | 最大値  | 最小値  | 回答施設数      | 平均値   | 最大値  | 最小値  |
| GAF平均値 | 7       | 49.6 | 56.1 | 37.3 | 17         | 50.3  | 58.9 | 40.9 |
| 算定人数   | 6       | 62.0 | 92.0 | 23.0 | 16         | 145.5 | 414  | 29   |

### 3) 支援において困っていること、対応が難しいと感じていること

支援において困っていること、支援の必要性を感じているが現在の訪問看護の提供体制では対応が難しいと感じていることは、「未治療・治療中断者への支援」(81.3%)が最も多く、次いで「ひきこもりの利用者への支援」(62.5%)、「身体合併症のある利用者への支援」(50.0%)、「迷惑行為や他害行為等で継続支援が困難な利用者への支援」(46.9%)、「周産期・子育て期にある利用者への支援」(37.5%)の順であった。

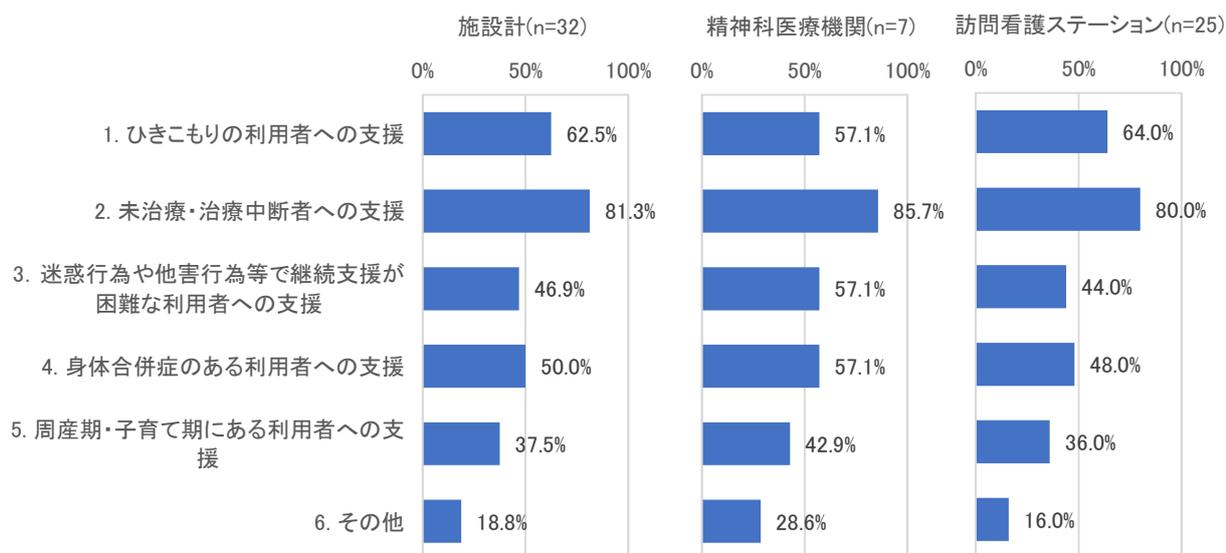


図 4-2-6 支援において困っていること、対応が難しいと感じていること

表 4-2-14 支援において困っていること、対応が難しいと感じていること

|                               | 精神科医療機関 |       | 訪問看護ステーション |       |
|-------------------------------|---------|-------|------------|-------|
|                               | 回答施設数   | 割合    | 回答施設数      | 割合    |
| 1. ひきこもりの利用者への支援              | 4       | 57.1% | 16         | 64.0% |
| 2. 未治療・治療中断者への支援              | 6       | 85.7% | 20         | 80.0% |
| 3. 迷惑行為や他害行為等で継続支援が困難な利用者への支援 | 4       | 57.1% | 11         | 44.0% |
| 4. 身体合併症のある利用者への支援            | 4       | 57.1% | 12         | 48.0% |
| 5. 周産期・子育て期にある利用者への支援         | 3       | 42.9% | 9          | 36.0% |
| 6. その他                        | 2       | 28.6% | 4          | 16.0% |
| 7. 特になし                       | 0       | 0.0%  | 0          | 0.0%  |

表 4-2-15 支援において困っていること、対応が難しいと感じていること その他の記載内容

【精神科医療機関】

|   |
|---|
| (その他の記載)  |
| 本人、家族とも病気の理解が乏しい。   |
| 他の福祉サービスに繋がらず精神科訪問看護のみで在宅支援せざるを得ない対象者   |
| (具体的な記載)  |
| ・家族も病気の理解が乏しく、本人の不調をかくされ適切な治療に結びつかない。 ・ひきこもりで未治療の子を持つ親が、病気についての理解も乏しく治療の協力が得られない。 ・入院日、退院日の訪問看護が認められないこと。 ・家族が高齢で認知症などの疾患で本人を支えていく事が難しく、その場の介入も限られている状況。多くの支援が必要となってきている。 |
| 当院はH23～H26精神障がい者アウトリーチ事業（国）以降、現在も三重県からの委託事業として同事業を継続している。上記の知識や技術で対応している。   |
| 利用者への支援をする中で、キーパーソンとなる家族から関係を拒否される。状態に応じて入院の必要性が出てきても連絡すら取れないこと。  |
| 服薬指導：介入しなければならないが、関係性の悪化につながりやすいため困難さを感じる。 他職種及び他機関との連携：特に福祉と足並みをそろえることへの難しさを感じる。（医療まる投げになりやすい） 指導に関して：本人、家族各々の思いがあり、添うよう指導していくことへの難しさを感じる。                               |
| 検査入院後、多発性の進行がんが見つかったケース。本人は治療拒否、家族も説得しているが拒否。どうしたらよいか？入院中、訪問の説明を行い、退院後訪問予定となる。退院したが訪問に応じず、受診にも応じない。   |

【訪問看護ステーション】

|   |
|---|
| (その他の記載)  |
| 利用者間での菓のやりとり  |
| 不登校   |
| 依存症、発達障害への支援  |
| アルコール依存症  |
| (具体的な記載)  |
| ひきこもりや未治療及び治療中断者への支援は、本人が支援を望んでいないことが多く、関わり方が難しい。   |
| ・聴覚障害を合併している利用者への緊急時、災害時の支援を行政とどのように行っていくか ・グループホームに同居している利用者への生活支援にどこまで介入するべきか   |
| 行政や医療との連携が親子間のトラブル時「入院」という形で解決できない方法だけだと、とってしまう。物理的な距離がなくなればトラブルはおきないが、退院後同様な状態になり同じことのくり返しになってしまっている。薬だけでなく心理的な側面へのケアや、グループホームなど自宅以外で安心して生活できる資源が、まだ不十分と考えている。また、メンタルケアは精神障がい者だけのものではないが、自立支援を使わないと費用がかかってしまう。 |
| PSWの単独訪問、支援が算定出来ない。内科や外科等に受診される時、同行が認められていないこと。（看護師）  |
| 訪問看護はDr.の指示が無いと行くことが出来ず、相談同行を求められてもなかなか行けず。身体合併症の方への医療機関との連携。（個人情報のため）  |
| 精神科訪問看護中心で行っているのですが、困難事例には他機関や他職種で対応しているのですが、治療中断やひきこもりの様に、家の中でひきこもり接点自体が難しく、家族もそれに理解できない状況であったりすると、それ以上の強制的な介入も難しく、中断してしまうこともある。又、非行、不発行児童、特に思春期などは関わる機関も少なくつながりにくい。   |
| 一日で訪問できる回数を増やしてほしい。 ・指示通りの服用をしてもらう。服薬確認のため（期間あってもよい） ・調子が悪く一日に数回訪問が必要な場合（自傷行為が続き、その都度家族から依頼がある） 緊急時訪問の加算が現状では請求できない。  |
| 家族が困っていないと感じているケースが多く、ひきこもりなどを発見しづらい。また、地域からの声（支援してほしい）があがっているが、本人、家族共に支援の必要性を感じていないケースもあり。   |
| どんなケースでも支援に困ることはあるが、多職種の関わりがあれば時間をかけて解決に向かっていける。「2.未治療・治療中断者」に関しては、指示書が出ないので、当訪問では対応できない。アウトリーチが進んでいる地域は介入できると思うが、地域性、地域による差が大きいと思う。  |
| 訪問の必要性がないと思っている方の訪問看護。  |
| ・つながりや関わりを受け入れてもらえないと（費用負担も含めて）、術なく、見守り続けるか終了。他支援者への協力依頼になっている。 ・身体疾患を併せ持つ方も増えているが、障害特有の捉え方、金銭理由、偏見やアクセス等、困難な課題も多く、本人の意志を尊重しながらの治療継続や生活習慣改善などとても難しい。また自分達のスキルアップの重要性も強く感じている。 ・多くの機関が関わることで連携の難しさや労力。           |
| 急性期を出て来られた患者様は症状がまだあり、サポートするのが大変な状況です。本院は母体が病院なのでやりやすい部分はありますが、もう少しポイントをしぼりサポート出来、入院を出来ればきたいのですが…なかなか上手くいかず、カンファレンスを行いながらどの様にしていこうかと考えているかを状況です。  |
| 1,2は、訪問看護単体だけでは支援ができない。相談窓口などの機能をもってアプローチが必要だが、実際の支援上ではボランティアになってしまう。   |
| ひきこもりや未治療者を受診につなげるまでの支援を無償で行っている。時間もかかりとても大変だが、看護師や医師の医療のアセスメントがとても大切と思っている。身体合併症のある方の受診支援も無償で行うことが多い。田舎なので、産婦人科がないため⑤の支援はむずかしいです。  |
| ひきこもりの中でも、未治療の方は指示書が出ないため、訪問看護が行えない。  |
| 受け入れてくれず、訪問ができなくなる。   |
| ・1、2に対しては、ボランティアでの訪問になってしまう。直接家族から連絡があり、つながった場合等は行政が関与していないことが多い ・周産期、子育て期にある利用者の支援では要体協との連携等が難しい   |
| 精神科に特化しているため、身体的ケアが必要な利用者への対応に困る事がある（褥瘡、酸素療法etc）  |

### 3. 調査結果の概要（利用者票）

#### 1) 利用者の状況

##### ①基本属性

回答のあった利用者 183 人（精神科医療機関 35 人、訪問看護ステーション 148 人）の属性は、男性 54.6%、女性 45.4%、年代は「40 歳代」～「60 歳代」で 7 割以上を占めている。世帯状況は「単身」が 55.7%、「同居」が 42.1%、住まいは「自宅」が 89.6%を占めたが、精神科医療機関利用者では「グループホーム」利用者が 14.3%を占めた。

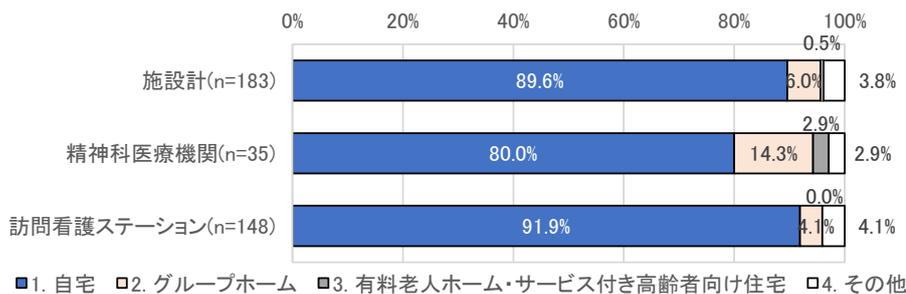
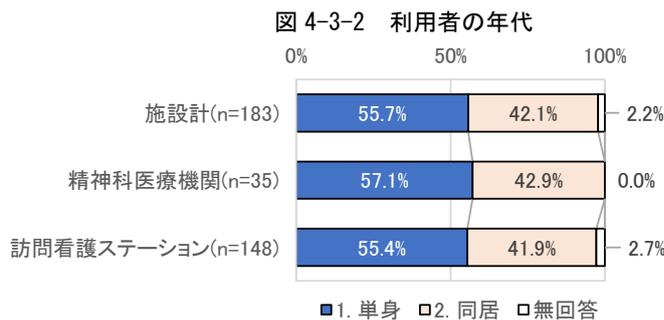
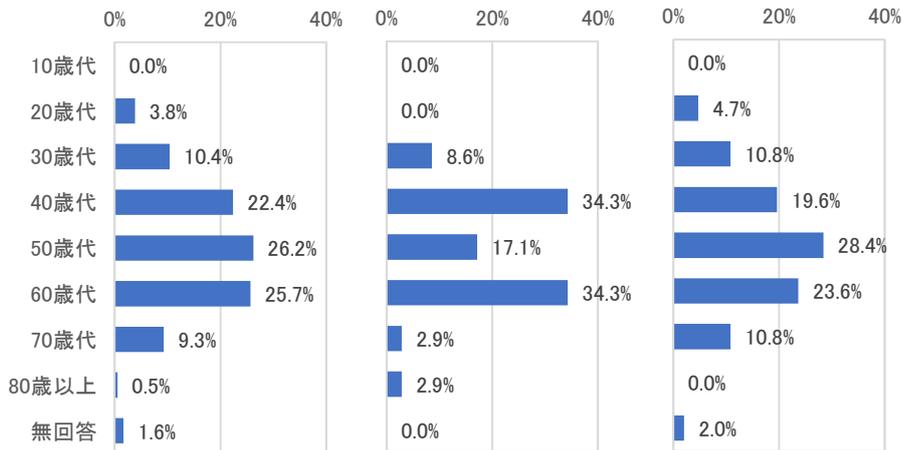
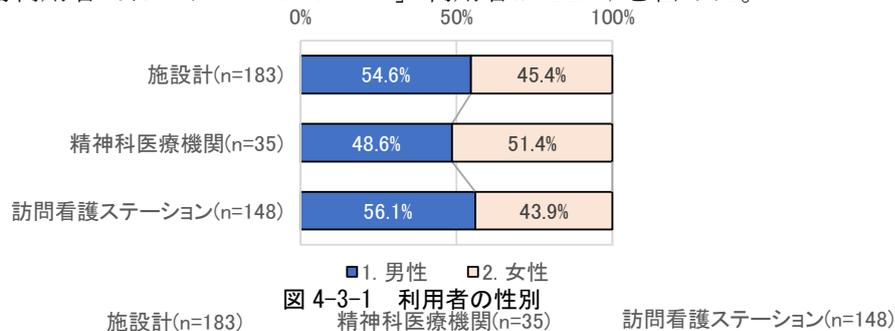


図 4-3-4 利用者の住居種別

表 4-3-1 利用者の性別

①性別

|        | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|--------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|        | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 男性  | 100 | 54.6%  | 17   | 48.6%  | 83         | 56.1%  |
| 2. 女性  | 83  | 45.4%  | 18   | 51.4%  | 65         | 43.9%  |
| 3. その他 | 0   | 0.0%   | 0    | 0.0%   | 0          | 0.0%   |
| 無回答    | 0   | 0.0%   | 0    | 0.0%   | 0          | 0.0%   |
| 合計     | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

表 4-3-2 利用者の年代

②年代

|       | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|-------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|       | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 10歳代  | 0   | 0.0%   | 0    | 0.0%   | 0          | 0.0%   |
| 20歳代  | 7   | 3.8%   | 0    | 0.0%   | 7          | 4.7%   |
| 30歳代  | 19  | 10.4%  | 3    | 8.6%   | 16         | 10.8%  |
| 40歳代  | 41  | 22.4%  | 12   | 34.3%  | 29         | 19.6%  |
| 50歳代  | 48  | 26.2%  | 6    | 17.1%  | 42         | 28.4%  |
| 60歳代  | 47  | 25.7%  | 12   | 34.3%  | 35         | 23.6%  |
| 70歳代  | 17  | 9.3%   | 1    | 2.9%   | 16         | 10.8%  |
| 80歳以上 | 1   | 0.5%   | 1    | 2.9%   | 0          | 0.0%   |
| 無回答   | 3   | 1.6%   | 0    | 0.0%   | 3          | 2.0%   |
| 合計    | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

表 4-3-3 利用者の世帯状況

③世帯状況

|       | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|-------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|       | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 単身 | 102 | 55.7%  | 20   | 57.1%  | 82         | 55.4%  |
| 2. 同居 | 77  | 42.1%  | 15   | 42.9%  | 62         | 41.9%  |
| 無回答   | 4   | 2.2%   | 0    | 0.0%   | 4          | 2.7%   |
| 合計    | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

表 4-3-4 利用者の住居種別

④住居種別

|                          | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|--------------------------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|                          | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 自宅                    | 164 | 89.6%  | 28   | 80.0%  | 136        | 91.9%  |
| 2. グループホーム               | 11  | 6.0%   | 5    | 14.3%  | 6          | 4.1%   |
| 3. 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 | 1   | 0.5%   | 1    | 2.9%   | 0          | 0.0%   |
| 4. その他                   | 7   | 3.8%   | 1    | 2.9%   | 6          | 4.1%   |
| 無回答                      | 0   | 0.0%   | 0    | 0.0%   | 0          | 0.0%   |
| 合計                       | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

②診断名

本調査は統合失調症または双極性障害の利用者について記入してもらい、診断名は「統合失調症」が 84.7% (精神科医療機関利用者 91.4%、訪問看護ステーション利用者 83.1%)、「双極性障害」が 14.8% (精神科医療機関利用者 8.6%、訪問看護ステーション利用者 16.2%)であった。

その他の診断として精神科医療機関利用者では「アルコール・薬物使用障害」(11.4%)が、訪問看護ステーション利用者では「発達障害」(7.4%)や「知的能力障害」(6.1%)などが挙げられた。

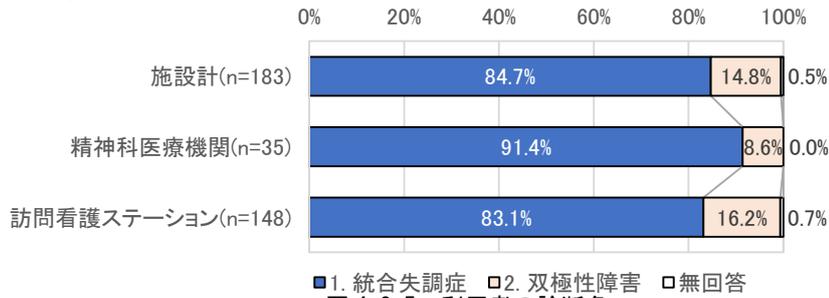


図 4-3-5 利用者の診断名

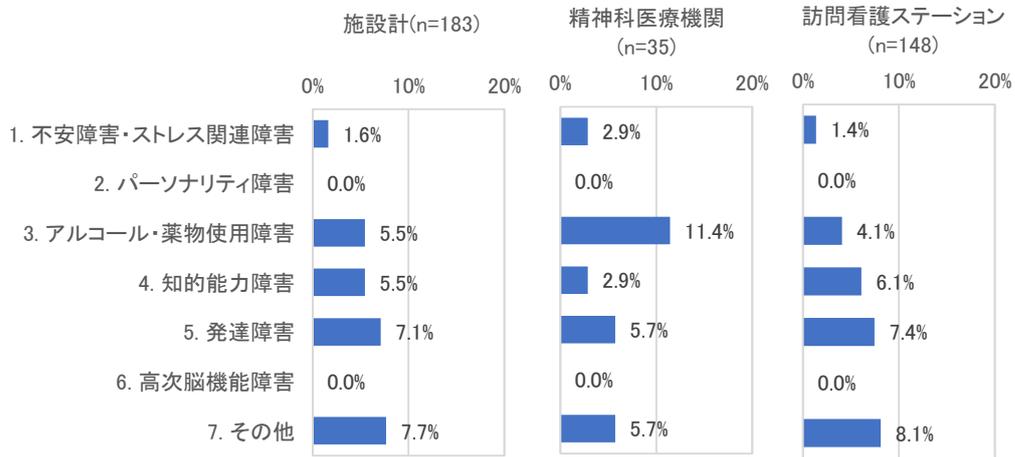


図 4-3-6 その他の診断

表 4-3-5 利用者の診断名

⑤診断名

|          | 施設設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|----------|------|--------|------|--------|------------|--------|
|          | 回答数  | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 統合失調症 | 155  | 84.7%  | 32   | 91.4%  | 123        | 83.1%  |
| 2. 双極性障害 | 27   | 14.8%  | 3    | 8.6%   | 24         | 16.2%  |
| 無回答      | 1    | 0.5%   | 0    | 0.0%   | 1          | 0.7%   |
| 合計       | 183  | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

表 4-3-6 その他の診断

⑥その他の診断

|                  | 施設設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|------------------|------|--------|------|--------|------------|--------|
|                  | 回答数  | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 不安障害・ストレス関連障害 | 3    | 1.6%   | 1    | 2.9%   | 2          | 1.4%   |
| 2. パーソナリティ障害     | 0    | 0.0%   | 0    | 0.0%   | 0          | 0.0%   |
| 3. アルコール・薬物使用障害  | 10   | 5.5%   | 4    | 11.4%  | 6          | 4.1%   |
| 4. 知的能力障害        | 10   | 5.5%   | 1    | 2.9%   | 9          | 6.1%   |
| 5. 発達障害          | 13   | 7.1%   | 2    | 5.7%   | 11         | 7.4%   |
| 6. 高次脳機能障害       | 0    | 0.0%   | 0    | 0.0%   | 0          | 0.0%   |
| 7. その他           | 14   | 7.7%   | 2    | 5.7%   | 12         | 8.1%   |
| 無回答              | 137  | 74.9%  | 27   | 77.1%  | 110        | 74.3%  |
| 回答数              | 183  | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

### ③訪問看護の利用状況

訪問看護の利用期間は「5～10年未満」が26.2%で最も多いが、「1年未満」や「10年以上」も10%前後を占めるなど、幅広く分布している。

訪問看護導入時の状況は「退院を機に導入」が57.4%を占めており、特に精神科医療機関利用者では8割近くを占めていた。なお、退院時のカンファレンスは61.0%で実施されていた。

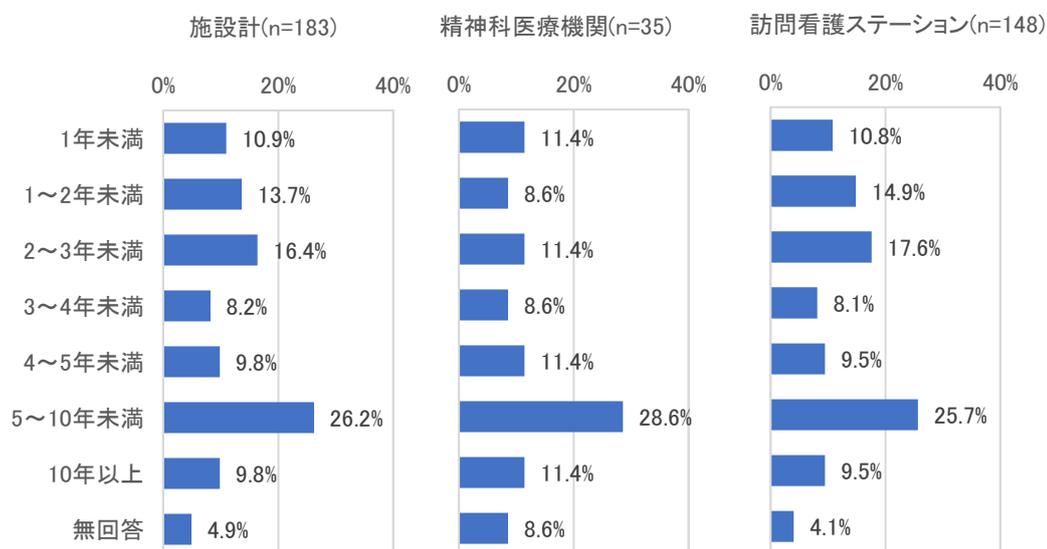


図 4-3-7 訪問看護利用年数

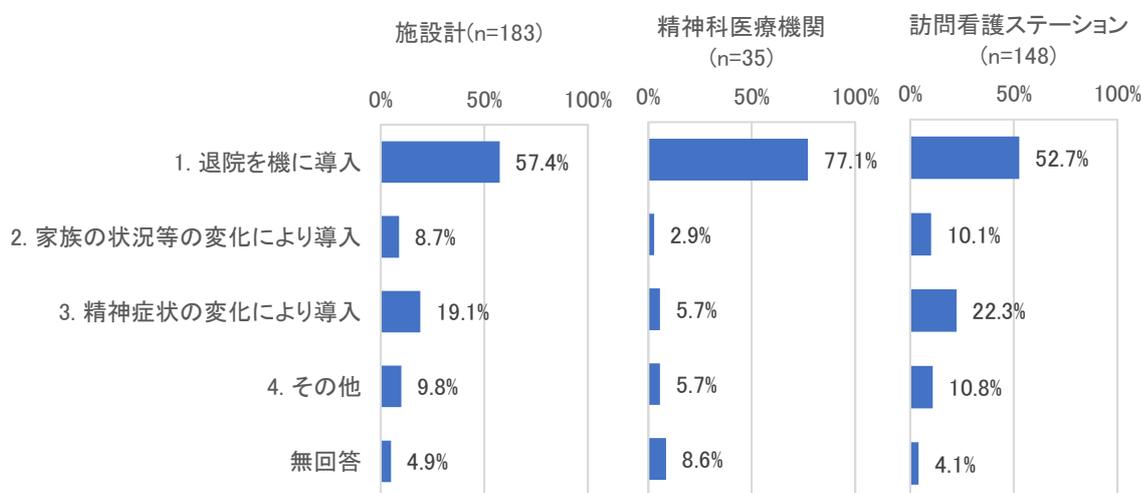


図 4-3-8 訪問看護導入時の状況

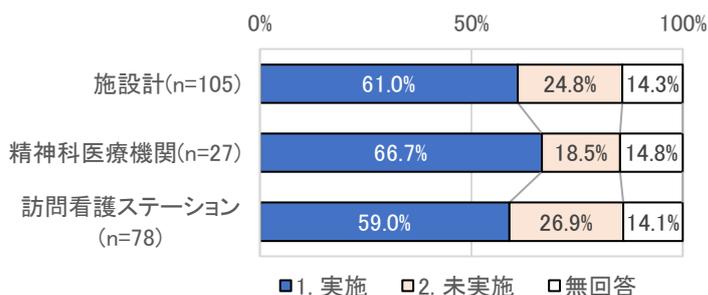


図 4-3-9 退院時のカンファレンス実施状況（「1. 退院を機に導入」を選択した場合）

表 4-3-7 訪問看護利用年数

⑦訪問看護利用年数

|         | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|---------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|         | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1年未満    | 20  | 10.9%  | 4    | 11.4%  | 16         | 10.8%  |
| 1～2年未満  | 25  | 13.7%  | 3    | 8.6%   | 22         | 14.9%  |
| 2～3年未満  | 30  | 16.4%  | 4    | 11.4%  | 26         | 17.6%  |
| 3～4年未満  | 15  | 8.2%   | 3    | 8.6%   | 12         | 8.1%   |
| 4～5年未満  | 18  | 9.8%   | 4    | 11.4%  | 14         | 9.5%   |
| 5～10年未満 | 48  | 26.2%  | 10   | 28.6%  | 38         | 25.7%  |
| 10年以上   | 18  | 9.8%   | 4    | 11.4%  | 14         | 9.5%   |
| 無回答     | 9   | 4.9%   | 3    | 8.6%   | 6          | 4.1%   |
| 合計      | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |
| 平均      | 5.0 |        | 6.0  |        | 4.8        |        |

表 4-3-8 訪問看護導入時の状況

⑧訪問看護導入時の状況

|                   | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|-------------------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|                   | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 退院を機に導入        | 105 | 57.4%  | 27   | 77.1%  | 78         | 52.7%  |
| 2. 家族の状況等の変化により導入 | 16  | 8.7%   | 1    | 2.9%   | 15         | 10.1%  |
| 3. 精神症状の変化により導入   | 35  | 19.1%  | 2    | 5.7%   | 33         | 22.3%  |
| 4. その他            | 18  | 9.8%   | 2    | 5.7%   | 16         | 10.8%  |
| 無回答               | 9   | 4.9%   | 3    | 8.6%   | 6          | 4.1%   |
| 合計                | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

表 4-3-9 退院時のカンファレンス実施状況（「1. 退院を機に導入」を選択した場合）

「1. 退院を機に導入」を選択した場合、退院時のカンファレンス実施状況

|        | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|--------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|        | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 実施  | 64  | 61.0%  | 18   | 66.7%  | 46         | 59.0%  |
| 2. 未実施 | 26  | 24.8%  | 5    | 18.5%  | 21         | 26.9%  |
| 無回答    | 15  | 14.3%  | 4    | 14.8%  | 11         | 14.1%  |
| 合計     | 105 | 100.0% | 27   | 100.0% | 78         | 100.0% |

#### ④相談支援等サービスの利用状況

相談支援を利用している利用者は66.1%、利用している相談機関は「相談支援事業所」が66.1%を占めた。

利用している障害者総合支援法のサービス等では「居宅介護（ホームヘルプ）」が29.5%で最も多く、次いで「デイケア・ショートケア・ナイトケア」20.8%、「就労継続支援（B型）」14.2%であった。

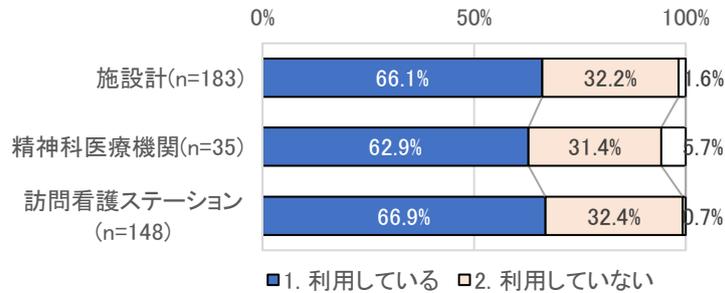


図 4-3-10 相談支援の利用状況

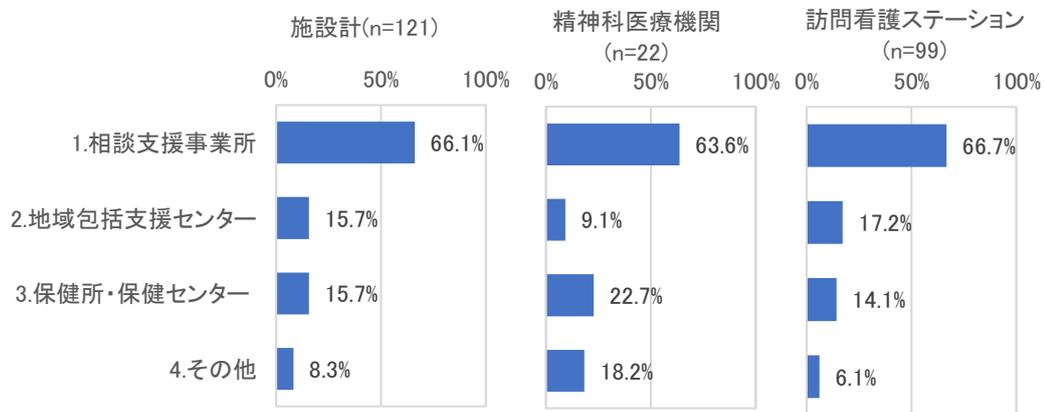


図 4-3-11 利用している相談機関の種類

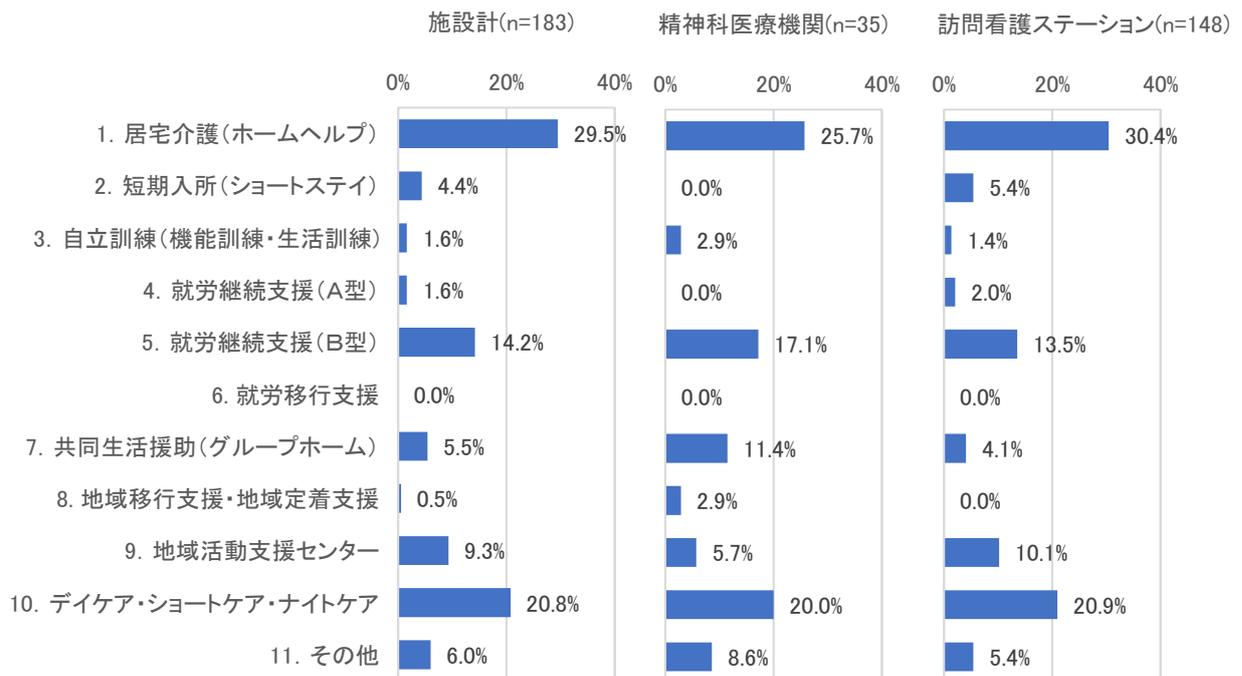


図 4-3-12 利用している障害者総合支援法のサービス等

表 4-3-10 相談支援の利用状況

⑨相談支援の利用

|            | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|------------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|            | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 利用している  | 121 | 66.1%  | 22   | 62.9%  | 99         | 66.9%  |
| 2. 利用していない | 59  | 32.2%  | 11   | 31.4%  | 48         | 32.4%  |
| 無回答        | 3   | 1.6%   | 2    | 5.7%   | 1          | 0.7%   |
| 合計         | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

表 4-3-11 利用している相談機関の種類

利用している相談機関の種類

|               | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|---------------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|               | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 相談支援事業所    | 80  | 66.1%  | 14   | 63.6%  | 66         | 66.7%  |
| 2. 地域包括支援センター | 19  | 15.7%  | 2    | 9.1%   | 17         | 17.2%  |
| 3. 保健所・保健センター | 19  | 15.7%  | 5    | 22.7%  | 14         | 14.1%  |
| 4. その他        | 10  | 8.3%   | 4    | 18.2%  | 6          | 6.1%   |
| 無回答           | 7   | 5.8%   | 1    | 4.5%   | 6          | 6.1%   |
| 回答数           | 121 | 100.0% | 22   | 100.0% | 99         | 100.0% |

表 4-3-12 利用している障害者総合支援法のサービス等

⑩利用している障害者総合支援法のサービス等

|                       | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|-----------------------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|                       | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 居宅介護（ホームヘルプ）       | 54  | 29.5%  | 9    | 25.7%  | 45         | 30.4%  |
| 2. 短期入所（ショートステイ）      | 8   | 4.4%   | 0    | 0.0%   | 8          | 5.4%   |
| 3. 自立訓練（機能訓練・生活訓練）    | 3   | 1.6%   | 1    | 2.9%   | 2          | 1.4%   |
| 4. 就労継続支援（A型）         | 3   | 1.6%   | 0    | 0.0%   | 3          | 2.0%   |
| 5. 就労継続支援（B型）         | 26  | 14.2%  | 6    | 17.1%  | 20         | 13.5%  |
| 6. 就労移行支援             | 0   | 0.0%   | 0    | 0.0%   | 0          | 0.0%   |
| 7. 共同生活援助（グループホーム）    | 10  | 5.5%   | 4    | 11.4%  | 6          | 4.1%   |
| 8. 地域移行支援・地域定着支援      | 1   | 0.5%   | 1    | 2.9%   | 0          | 0.0%   |
| 9. 地域活動支援センター         | 17  | 9.3%   | 2    | 5.7%   | 15         | 10.1%  |
| 10. デイケア・ショートケア・ナイトケア | 38  | 20.8%  | 7    | 20.0%  | 31         | 20.9%  |
| 11. その他               | 11  | 6.0%   | 3    | 8.6%   | 8          | 5.4%   |
| 回答数                   | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

⑤身体疾患の状況

身体合併症がある利用者は 50.3%を占めており、主な疾患は「循環系疾患（高血圧）」や「代謝系疾患（糖尿病）」がそれぞれ 40%前後を占めた。

訪問診療を利用している割合は 12.6%であり、利用頻度は「2週に1回」が 34.8%、「週1回」が 30.4%となっている。

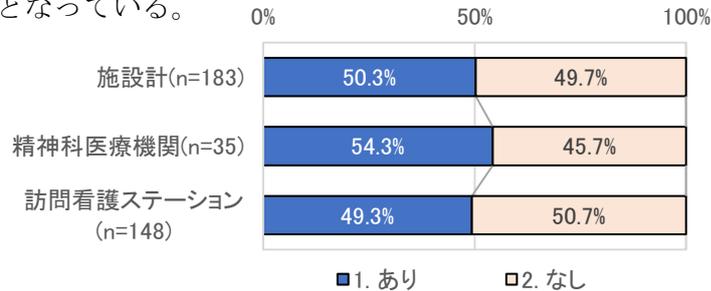


図 4-3-13 身体合併症の有無

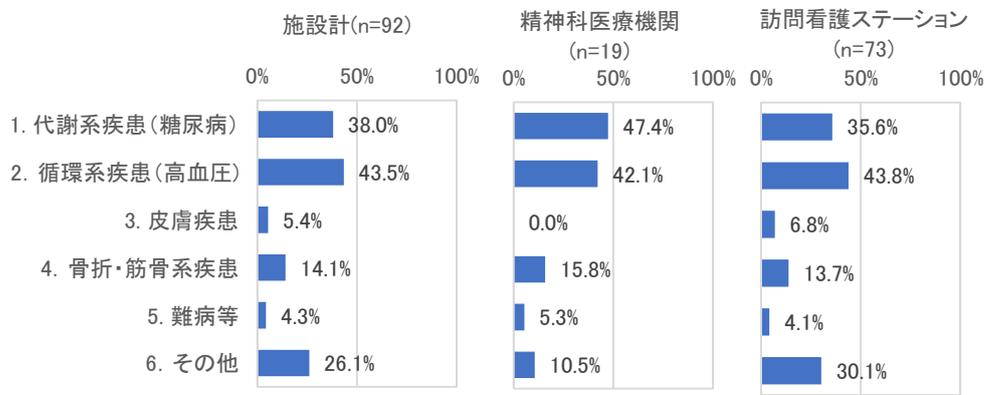


図 4-3-14 主な疾患

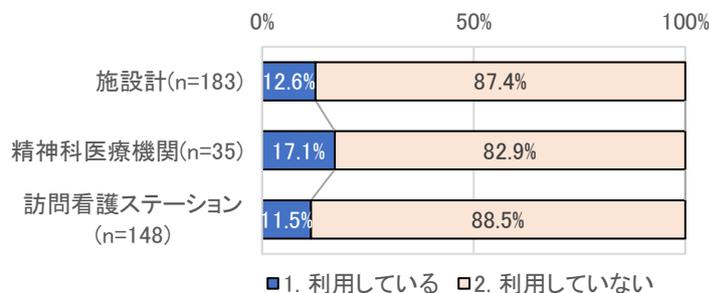


図 4-3-15 訪問診療の利用状況

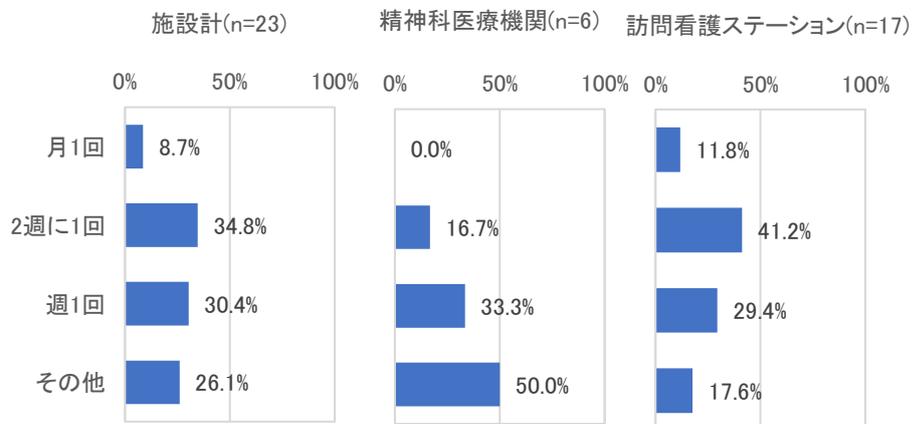


図 4-3-16 訪問診療の利用頻度

表 4-3-13 身体合併症の有無

⑪身体合併症

|       | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|-------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|       | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. あり | 92  | 50.3%  | 19   | 54.3%  | 73         | 49.3%  |
| 2. なし | 91  | 49.7%  | 16   | 45.7%  | 75         | 50.7%  |
| 無回答   | 0   | 0.0%   | 0    | 0.0%   | 0          | 0.0%   |
| 回答数   | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

表 4-3-14 主な疾患

主な疾患

|               | 施設計 |       | 医療機関 |       | 訪問看護ステーション |       |
|---------------|-----|-------|------|-------|------------|-------|
|               | 回答数 | 割合    | 回答数  | 割合    | 回答数        | 割合    |
| 1. 代謝系疾患（糖尿病） | 35  | 38.0% | 9    | 47.4% | 26         | 35.6% |
| 2. 循環系疾患（高血圧） | 40  | 43.5% | 8    | 42.1% | 32         | 43.8% |
| 3. 皮膚疾患       | 5   | 5.4%  | 0    | 0.0%  | 5          | 6.8%  |
| 4. 骨折・筋骨系疾患   | 13  | 14.1% | 3    | 15.8% | 10         | 13.7% |
| 5. 難病等        | 4   | 4.3%  | 1    | 5.3%  | 3          | 4.1%  |
| 6. その他        | 24  | 26.1% | 2    | 10.5% | 22         | 30.1% |

表 4-3-15 訪問診療の利用状況

⑫訪問診療の利用

|            | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|------------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|            | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 利用している  | 23  | 12.6%  | 6    | 17.1%  | 17         | 11.5%  |
| 2. 利用していない | 160 | 87.4%  | 29   | 82.9%  | 131        | 88.5%  |
| 無回答        | 0   | 0.0%   | 0    | 0.0%   | 0          | 0.0%   |
| 合計         | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

表 4-3-16 訪問診療の利用頻度

利用頻度

|       | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|-------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|       | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 月1回   | 2   | 8.7%   | 0    | 0.0%   | 2          | 11.8%  |
| 2週に1回 | 8   | 34.8%  | 1    | 16.7%  | 7          | 41.2%  |
| 週1回   | 7   | 30.4%  | 2    | 33.3%  | 5          | 29.4%  |
| その他   | 6   | 26.1%  | 3    | 50.0%  | 3          | 17.6%  |
| 合計    | 23  | 100.0% | 6    | 100.0% | 17         | 100.0% |

表 4-3-17 訪問にかかる時間

⑬訪問にかかる時間

|     | 施設計  | 医療機関 | 訪問看護ステーション |
|-----|------|------|------------|
| 回答数 | 181  | 35   | 146        |
| 平均値 | 20.9 | 21.8 | 18.6       |
| 最大値 | 90   | 60   | 60         |
| 最小値 | 3    | 5    | 5          |

## 2) 利用者の過去7か月間の変化

### ①訪問看護指示書の内容

訪問看護指示書の内容では「薬物療法継続への援助」や「生活リズムの確立」「対人関係の改善（家族含む）」等の割合が高いが、「身体合併症の発症・悪化の防止」も4割を占めていた。

なお、2022年1月と8月の7か月間における訪問看護指示書の内容には大きな差はみられなかった。

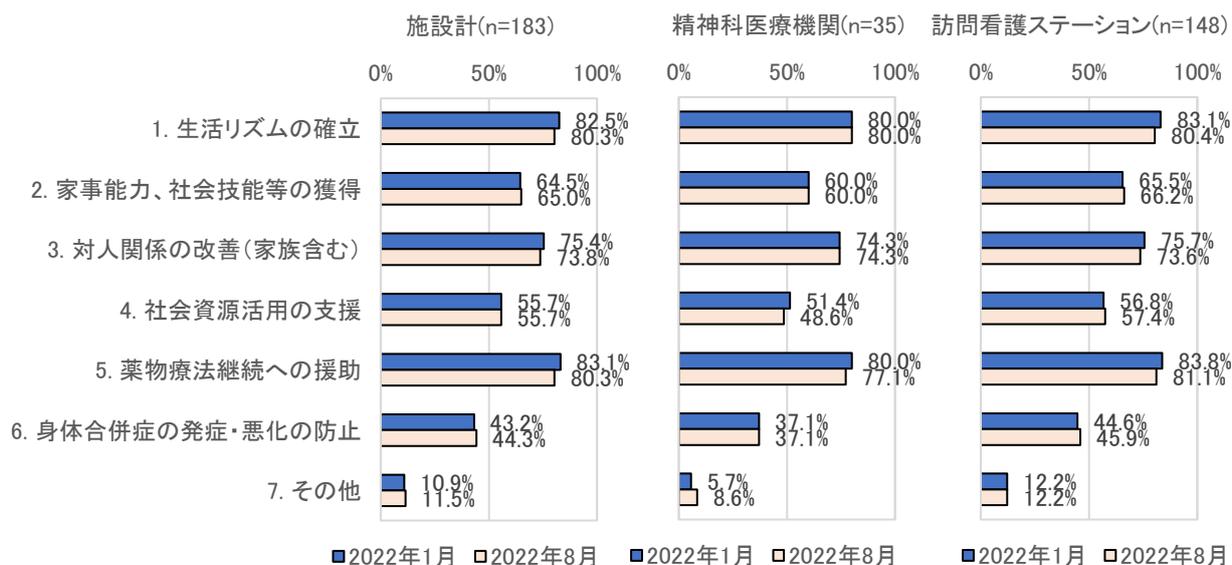


図 4-3-17 訪問看護指示書の内容

表 4-3-18 訪問看護指示書の内容

|                   | 施設計     |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|                   | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| 1. 生活リズムの確立       | 82.5%   | 80.3%   | 80.0%   | 80.0%   | 83.1%      | 80.4%   |
| 2. 家事能力、社会技能等の獲得  | 64.5%   | 65.0%   | 60.0%   | 60.0%   | 65.5%      | 66.2%   |
| 3. 対人関係の改善（家族含む）  | 75.4%   | 73.8%   | 74.3%   | 74.3%   | 75.7%      | 73.6%   |
| 4. 社会資源活用の支援      | 55.7%   | 55.7%   | 51.4%   | 48.6%   | 56.8%      | 57.4%   |
| 5. 薬物療法継続への援助     | 83.1%   | 80.3%   | 80.0%   | 77.1%   | 83.8%      | 81.1%   |
| 6. 身体合併症の発症・悪化の防止 | 43.2%   | 44.3%   | 37.1%   | 37.1%   | 44.6%      | 45.9%   |
| 7. その他            | 10.9%   | 11.5%   | 5.7%    | 8.6%    | 12.2%      | 12.2%   |
| 回答数               | 183     | 183     | 35      | 35      | 148        | 148     |

②GAF 度、訪問看護利用状況

GAF 尺度は「41-50」「51-60」が多く平均は48～49点であった。2022年1月時点と2022年8月時点の平均得点での統計的な有意差は確認できなかった（対応のあるt検定）。

また、訪問回数（平均5.3～5.4回/月）や訪問滞在時間（41.5分/回）にも2時点間で有意差はみられなかった。

表 4-3-19 GAF 尺度

|            | 施設計         |             | 医療機関        |             | 訪問看護ステーション  |             |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|            | 2022年1月     | 2022年8月     | 2022年1月     | 2022年8月     | 2022年1月     | 2022年8月     |
| <b>平均値</b> | <b>49.0</b> | <b>48.8</b> | <b>47.5</b> | <b>47.6</b> | <b>48.5</b> | <b>48.2</b> |
| 11-20      | 1           | 3           | 0           | 0           | 1           | 3           |
| 21-30      | 10          | 10          | 2           | 3           | 8           | 7           |
| 31-40      | 34          | 28          | 7           | 5           | 27          | 23          |
| 41-50      | 55          | 53          | 9           | 8           | 46          | 45          |
| 51-60      | 52          | 53          | 7           | 8           | 45          | 45          |
| 61-70      | 15          | 19          | 2           | 4           | 13          | 15          |
| 71-80      | 7           | 5           | 1           | 1           | 6           | 4           |
| 81-90      | 1           | 0           | 0           | 0           | 1           | 0           |
| 90-        | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           |
| 回答数        | 175         | 171         | 28          | 29          | 147         | 142         |
| 最大値        | 85          | 75          | 73          | 73          | 85          | 74          |
| 最小値        | 12          | 1           | 30          | 30          | 12          | 1           |

表 4-3-20 訪問回数、訪問滞在時間

③訪問回数（回/月）

|     | 施設計     |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|-----|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|     | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| 回答数 | 175     | 172     | 33      | 33      | 142        | 139     |
| 平均値 | 5.3     | 5.4     | 5.3     | 5.4     | 5.7        | 5.7     |
| 最大値 | 20      | 15      | 12      | 13      | 20         | 15      |
| 最小値 | 1       | 0       | 1       | 1       | 1          | 1       |

訪問滞在時間（分/回）

|     | 施設計     |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|-----|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|     | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| 回答数 | 178     | 173     | 34      | 34      | 144        | 139     |
| 平均値 | 41.5    | 41.5    | 47.9    | 47.1    | 42.0       | 41.4    |
| 最大値 | 90      | 90      | 90      | 90      | 90         | 90      |
| 最小値 | 10      | 10      | 20      | 20      | 10         | 10      |

### ③通院の状況

利用者の通院回数は月平均 1.6～1.7 回であり、2022 年 1 月時点と 2022 年 8 月時点の有意差はみられなかった。なお、通院の状況では「定期的に通院している」割合が 85～88%を占めていた。

他科の受診に関しては、利用者の約半数が他科を受診しており、全体でみるとこの割合に大きな変動はみられない。

表 4-3-21 通院回数

#### ④通院回数（回／月）

|     | 施設      |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|-----|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|     | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| 回答数 | 177     | 171     | 35      | 35      | 142        | 136     |
| 平均値 | 1.7     | 1.6     | 1.7     | 1.7     | 1.7        | 1.5     |
| 最大値 | 18      | 15      | 13      | 14      | 13         | 14      |
| 最小値 | 0       | 0       | 0       | 0       | 0          | 0       |

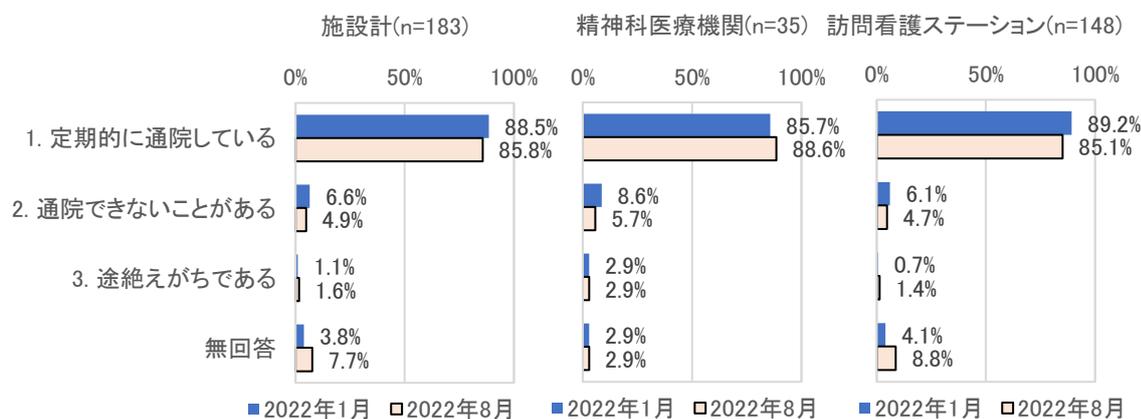


図 4-3-18 通院状況

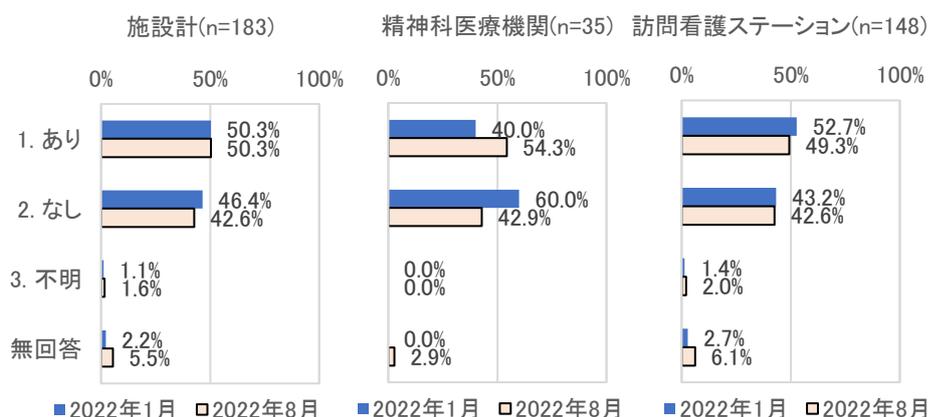


図 4-3-19 他科の受診の有無

表 4-3-22 通院状況

|                | 施設計     |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|----------------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|                | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| 1. 定期的に通院している  | 88.5%   | 85.8%   | 85.7%   | 88.6%   | 89.2%      | 85.1%   |
| 2. 通院できないことがある | 6.6%    | 4.9%    | 8.6%    | 5.7%    | 6.1%       | 4.7%    |
| 3. 途絶えがちである    | 1.1%    | 1.6%    | 2.9%    | 2.9%    | 0.7%       | 1.4%    |
| 無回答            | 3.8%    | 7.7%    | 2.9%    | 2.9%    | 4.1%       | 8.8%    |
| 回答数            | 183     | 183     | 35      | 35      | 148        | 148     |

表 4-3-23 他科の受診の有無

|       | 施設計     |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|-------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|       | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| 1. あり | 50.3%   | 50.3%   | 40.0%   | 54.3%   | 52.7%      | 49.3%   |
| 2. なし | 46.4%   | 42.6%   | 60.0%   | 42.9%   | 43.2%      | 42.6%   |
| 3. 不明 | 1.1%    | 1.6%    | 0.0%    | 0.0%    | 1.4%       | 2.0%    |
| 無回答   | 2.2%    | 5.5%    | 0.0%    | 2.9%    | 2.7%       | 6.1%    |
| 回答数   | 183     | 183     | 35      | 35      | 148        | 148     |

#### ④入院の状況

2022年1月～8月の間に、精神科医療機関へ入院した利用者は15.8%（29人）であった（精神科医療機関利用者28.6%（10人）、訪問看護ステーション利用者12.8%（19人））。

入院形態は「任意入院」が18人、「医療保護入院」が10人、「措置入院」が1人。任意入院や医療保護入院の平均入院日数は53～55日となっていた。

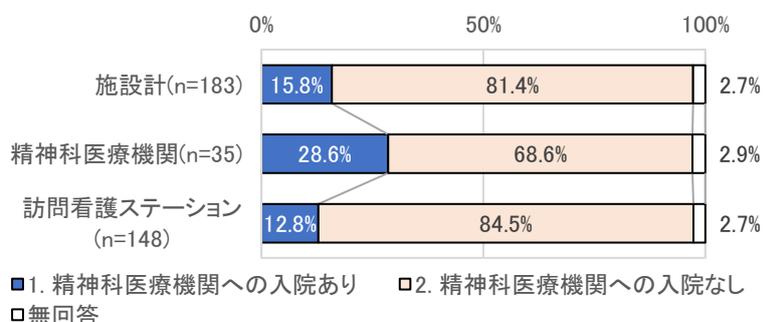


図 4-3-20 精神科医療機関への入院の有無（2022年1月～8月の間）

表 4-3-24 精神科医療機関への入院の有無（2022年1月～8月の間）

⑥2022年1月～8月の間の精神科医療機関への入院の有無

|                  | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|------------------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|                  | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 精神科医療機関への入院あり | 29  | 15.8%  | 10   | 28.6%  | 19         | 12.8%  |
| 2. 精神科医療機関への入院なし | 149 | 81.4%  | 24   | 68.6%  | 125        | 84.5%  |
| 無回答              | 5   | 2.7%   | 1    | 2.9%   | 4          | 2.7%   |
| 合計               | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

表 4-3-25 入院日数（入院形態別）

入院日数

|     | 任意入院   |      |            | 応急入院 |      |            |
|-----|--------|------|------------|------|------|------------|
|     | 施設計    | 医療機関 | 訪問看護ステーション | 施設計  | 医療機関 | 訪問看護ステーション |
| 回答数 | 18     | 5    | 13         | 0    | 0    | 0          |
| 平均値 | 53.4   | 57.4 | 51.8       | 0.0  | 0.0  | 0.0        |
| 最大値 | 135    | 113  | 135        | 0    | 0    | 0          |
| 最小値 | 2      | 8    | 2          | 0    | 0    | 0          |
|     | 医療保護入院 |      |            | 措置入院 |      |            |
|     | 施設計    | 医療機関 | 訪問看護ステーション | 施設計  | 医療機関 | 訪問看護ステーション |
| 回答数 | 10     | 4    | 6          | 1    | 1    | 0          |
| 平均値 | 55.1   | 42.8 | 63.3       | 66.0 | 66.0 | 0.0        |
| 最大値 | 93     | 93   | 90         | 66   | 66   | 0          |
| 最小値 | 11     | 11   | 24         | 66   | 66   | 0          |

### ⑤個別ケア会議の開催

2022年1月～8月の間に、個別のケア会議を開催した割合は23.0%（42人）（精神科医療機関利用者34.3%（12人）、訪問看護ステーション利用者20.3%（30人））であった。平均開催回数は1.5回。

なお、個別のケア会議を開催した利用者42人のうち、同期間に精神科医療機関に入院した利用者は13人（31.0%）であった。

ケア会議の参加者としては、精神科医療機関利用者では医師や医療機関看護師、精神保健福祉士等の参加割合が高い。訪問看護ステーション利用者では、訪問看護師のほか相談支援専門員、ヘルパー、医師、精神保健福祉士等の参加割合が比較的高くなっていった。

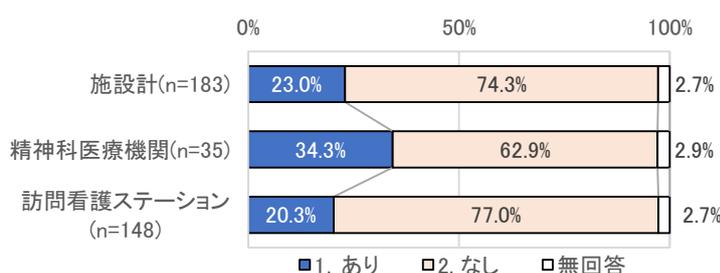


図 4-3-21 個別ケア会議の開催有無（2022年1月～8月）

表 4-3-26 個別ケア会議の開催有無（2022年1月～8月）

#### ⑦2022年1月～8月の個別のケア会議の開催

|       | 施設設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|-------|------|--------|------|--------|------------|--------|
|       | 回答数  | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. あり | 42   | 23.0%  | 12   | 34.3%  | 30         | 20.3%  |
| 2. なし | 136  | 74.3%  | 22   | 62.9%  | 114        | 77.0%  |
| 無回答   | 5    | 2.7%   | 1    | 2.9%   | 4          | 2.7%   |
| 合計    | 183  | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

| 開催回数 | 施設設計 | 医療機関 | 訪問看護ステーション |
|------|------|------|------------|
| 回答数  | 41   | 12   | 29         |
| 平均値  | 1.5  | 1.9  | 1.3        |
| 最大値  | 4    | 4    | 3          |
| 最小値  | 1    | 1    | 1          |

表 4-3-27 個別ケア会議の参加者

|               | 施設計<br>(n=41) | 精神科医療機<br>関(n=12) | 訪問看護ス<br>テーション<br>(n=29) |
|---------------|---------------|-------------------|--------------------------|
| 本人            | 6             | 0                 | 6                        |
| 家族・親族         | 5             | 1                 | 4                        |
| 後見人・保佐人・補助人   | 1             | 1                 | 0                        |
| 医師            | 16            | 8                 | 8                        |
| 医療機関看護師       | 17            | 10                | 7                        |
| 薬剤師           | 1             | 0                 | 1                        |
| 栄養士           | 1             | 0                 | 1                        |
| 作業療法士         | 8             | 3                 | 5                        |
| 公認心理士         | 2             | 2                 | 0                        |
| 相談支援専門員       | 24            | 4                 | 20                       |
| 精神保健福祉士       | 16            | 7                 | 9                        |
| 病院相談員         | 2             | 0                 | 2                        |
| ケアマネジャー       | 2             | 0                 | 2                        |
| 訪問看護師         | 28            | 3                 | 25                       |
| ヘルパー          | 13            | 4                 | 9                        |
| デイサービス・デイケア職員 | 4             | 1                 | 3                        |
| 就労継続事業所職員     | 6             | 1                 | 5                        |
| グループホーム・施設職員  | 5             | 1                 | 4                        |
| 地域活動支援センター職員  | 1             | 1                 | 0                        |
| 保健師           | 7             | 2                 | 5                        |
| 市町村 障害福祉      | 4             | 2                 | 2                        |
| 生活保護CW        | 3             | 0                 | 3                        |
| 地域包括支援センター    | 1             | 0                 | 1                        |
| 社会復帰調整官       | 2             | 2                 | 0                        |
| 社会福祉協議会       | 1             | 1                 | 0                        |
| 児童相談所         | 1             | 0                 | 1                        |

## ⑥訪問時に実施したケア

訪問時に実施したケアの内容の上位は「活動性・生活リズムに関する援助」や「精神症状に関する援助」「服薬行動援助」等であり、実施率は70%以上を占めた。

なお、訪問時に実施したケアの項目数をカウントしたところ、平均では10項目程度の援助が行われていた。

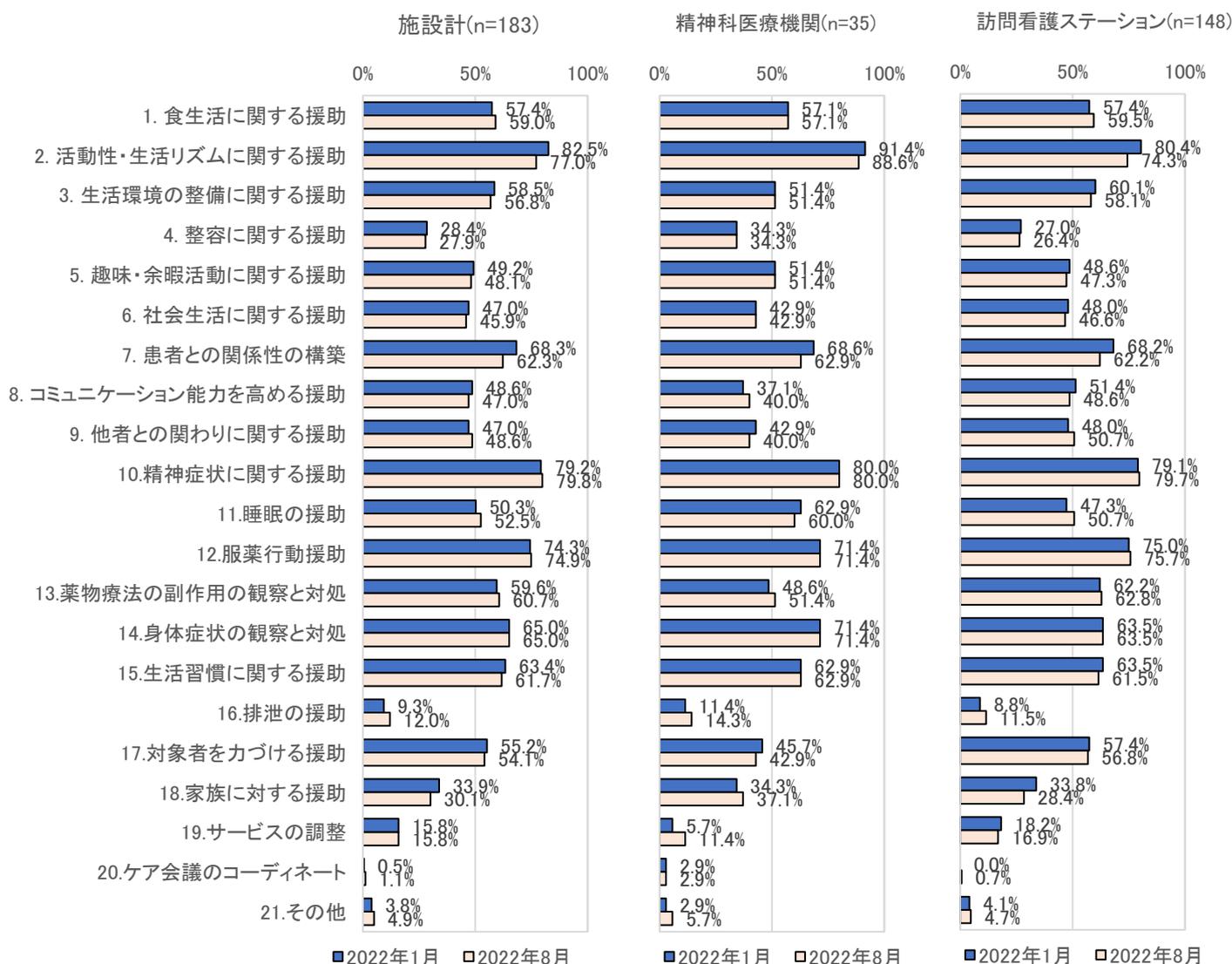


図 4-3-22 訪問時に実施したケア

表 4-3-28 訪問時に実施したケア

|                      | 施設計     |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|                      | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| 1. 食生活に関する援助         | 57.4%   | 59.0%   | 57.1%   | 57.1%   | 57.4%      | 59.5%   |
| 2. 活動性・生活リズムに関する援助   | 82.5%   | 77.0%   | 91.4%   | 88.6%   | 80.4%      | 74.3%   |
| 3. 生活環境の整備に関する援助     | 58.5%   | 56.8%   | 51.4%   | 51.4%   | 60.1%      | 58.1%   |
| 4. 整容に関する援助          | 28.4%   | 27.9%   | 34.3%   | 34.3%   | 27.0%      | 26.4%   |
| 5. 趣味・余暇活動に関する援助     | 49.2%   | 48.1%   | 51.4%   | 51.4%   | 48.6%      | 47.3%   |
| 6. 社会生活に関する援助        | 47.0%   | 45.9%   | 42.9%   | 42.9%   | 48.0%      | 46.6%   |
| 7. 患者との関係性の構築        | 68.3%   | 62.3%   | 68.6%   | 62.9%   | 68.2%      | 62.2%   |
| 8. コミュニケーション能力を高める援助 | 48.6%   | 47.0%   | 37.1%   | 40.0%   | 51.4%      | 48.6%   |
| 9. 他者との関わりに関する援助     | 47.0%   | 48.6%   | 42.9%   | 40.0%   | 48.0%      | 50.7%   |
| 10. 精神症状に関する援助       | 79.2%   | 79.8%   | 80.0%   | 80.0%   | 79.1%      | 79.7%   |
| 11. 睡眠の援助            | 50.3%   | 52.5%   | 62.9%   | 60.0%   | 47.3%      | 50.7%   |
| 12. 服薬行動援助           | 74.3%   | 74.9%   | 71.4%   | 71.4%   | 75.0%      | 75.7%   |
| 13. 薬物療法の副作用の観察と対処   | 59.6%   | 60.7%   | 48.6%   | 51.4%   | 62.2%      | 62.8%   |
| 14. 身体症状の観察と対処       | 65.0%   | 65.0%   | 71.4%   | 71.4%   | 63.5%      | 63.5%   |
| 15. 生活習慣に関する援助       | 63.4%   | 61.7%   | 62.9%   | 62.9%   | 63.5%      | 61.5%   |
| 16. 排泄の援助            | 9.3%    | 12.0%   | 11.4%   | 14.3%   | 8.8%       | 11.5%   |
| 17. 対象者を力づける援助       | 55.2%   | 54.1%   | 45.7%   | 42.9%   | 57.4%      | 56.8%   |
| 18. 家族に対する援助         | 33.9%   | 30.1%   | 34.3%   | 37.1%   | 33.8%      | 28.4%   |
| 19. サービスの調整          | 15.8%   | 15.8%   | 5.7%    | 11.4%   | 18.2%      | 16.9%   |
| 20. ケア会議のコーディネート     | 0.5%    | 1.1%    | 2.9%    | 2.9%    | 0.0%       | 0.7%    |
| 21. その他              | 3.8%    | 4.9%    | 2.9%    | 5.7%    | 4.1%       | 4.7%    |
| 回答数                  | 183     | 183     | 35      | 35      | 148        | 148     |

表 4-3-29 実施したケア項目数

|         | 施設計     |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|---------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|         | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| 5未満     | 10.9%   | 10.9%   | 8.6%    | 11.4%   | 11.5%      | 10.8%   |
| 5～10未満  | 33.3%   | 31.1%   | 37.1%   | 31.4%   | 32.4%      | 31.1%   |
| 10～15未満 | 37.7%   | 36.6%   | 45.7%   | 45.7%   | 35.8%      | 34.5%   |
| 15以上    | 16.9%   | 18.6%   | 8.6%    | 11.4%   | 18.9%      | 20.3%   |
| 無回答     | 1.1%    | 2.7%    | 0.0%    | 0.0%    | 1.4%       | 3.4%    |
| 回答数     | 183     | 183     | 35      | 35      | 148        | 148     |
| 平均      | 10.1    | 10.1    | 9.8     | 9.8     | 10.2       | 10.2    |
| 最大      | 19      | 19      | 18      | 17      | 19         | 19      |
| 最小      | 1       | 1       | 3       | 2       | 1          | 1       |

## ⑦生活技能プロフィール（LSP）

Life Skills Profile(LSP)日本版の質問39項目を用いて、2022年1月と2022年8月における利用者の機能と障害の程度に差が生じているかについて、看護師の評価に基づき、計測を試みた（下位尺度は「身辺整理」「規則遵守」「交際」「会話」「責任」の5項目）。

その結果、訪問看護ステーション利用者では下位尺度5項目すべてで8月の平均得点が1月を上回っており、利用者の機能が高まっていることが確認できた。

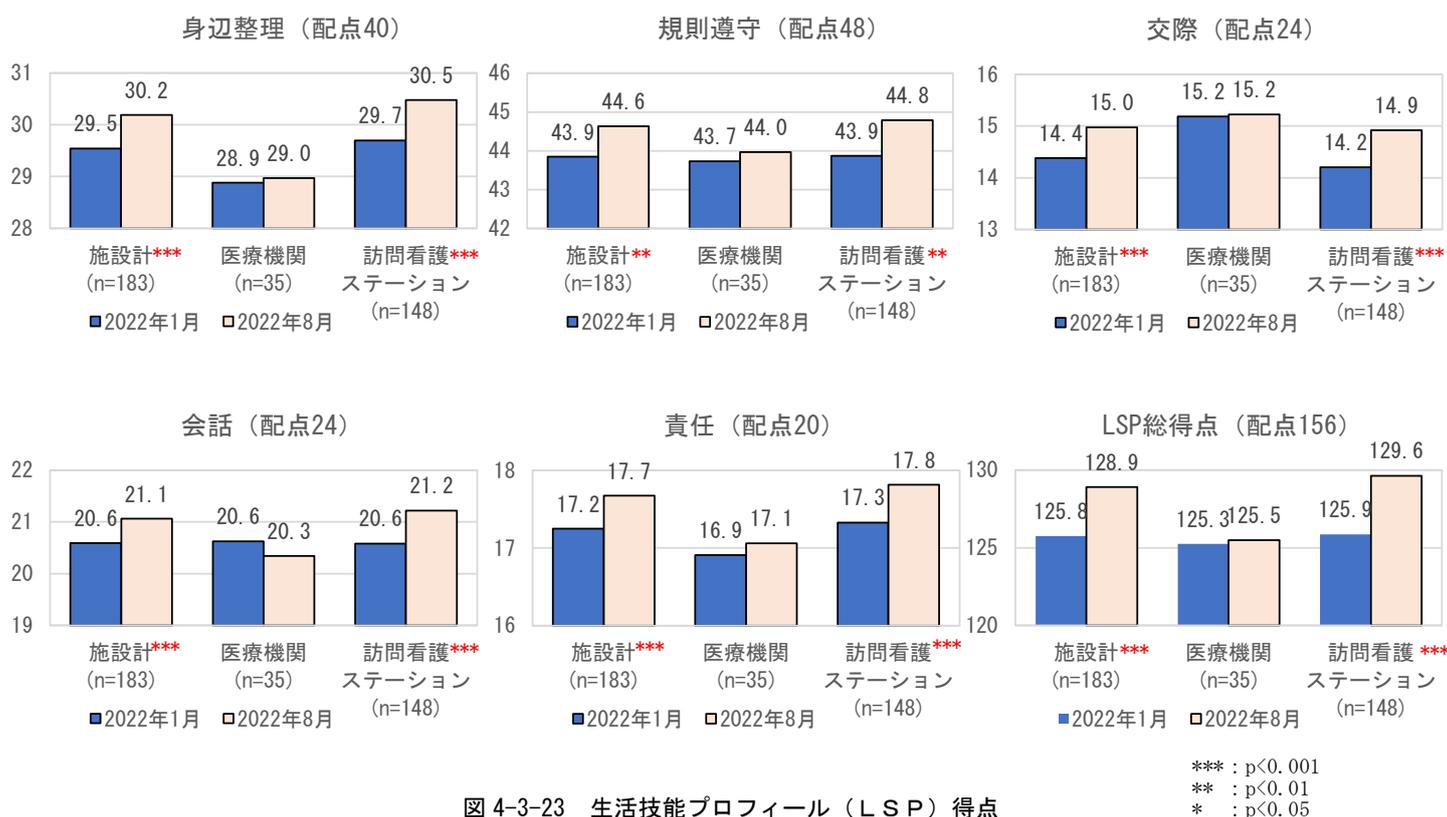


図 4-3-23 生活技能プロフィール（LSP）得点

表 4-3-30 生活技能プロフィール（LSP）得点

| 【再掲】LSP得点平均   | 施設設計    |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|---------------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|               | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| 身辺整理（配点40）    | 29.5    | 30.2    | 28.9    | 29.0    | 29.7       | 30.5    |
| 規則遵守（配点48）    | 43.9    | 44.6    | 43.7    | 44.0    | 43.9       | 44.8    |
| 交際（配点24）      | 14.4    | 15.0    | 15.2    | 15.2    | 14.2       | 14.9    |
| 会話（配点24）      | 20.6    | 21.1    | 20.6    | 20.3    | 20.6       | 21.2    |
| 責任（配点20）      | 17.2    | 17.7    | 16.9    | 17.1    | 17.3       | 17.8    |
| LSP総得点（配点156） | 125.8   | 128.9   | 125.3   | 125.5   | 125.9      | 129.6   |

LSP 日本語版は、日本語版作成者の許可を得て使用した。

出典：長谷川 憲一，小川 一夫，近藤 智恵子，伊勢田 堯，池淵 恵美，三宅 由子(1997).Life Skills Profile (LSP) 日本版の作成とその信頼性・妥当性の検討. 精神医学 39(5), 547-555.

表 4-3-31 生活技能プロフィール（LSP）得点 下位尺度別

⑨生活技能プロフィール（LSP）

| 身辺整理（配点40） | 施設計     |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|------------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|            | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| サンプル数      | 176     | 176     | 34      | 34      | 142        | 142     |
| 平均         | 29.5    | 30.2    | 28.9    | 29.0    | 29.7       | 30.5    |
| 最大         | 40      | 39      | 37      | 35      | 40         | 39      |
| 最小         | 12      | 11      | 16      | 20      | 12         | 11      |

| 規則遵守（配点48） | 施設計     |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|------------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|            | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| サンプル数      | 167     | 167     | 30      | 31      | 137        | 136     |
| 平均         | 43.9    | 44.6    | 43.7    | 44.0    | 43.9       | 44.8    |
| 最大         | 48      | 48      | 48      | 48      | 48         | 48      |
| 最小         | 24      | 27      | 28      | 29      | 24         | 27      |

| 交際（配点24） | 施設計     |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|----------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|          | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| サンプル数    | 178     | 177     | 32      | 31      | 146        | 146     |
| 平均       | 14.4    | 15.0    | 15.2    | 15.2    | 14.2       | 14.9    |
| 最大       | 24      | 24      | 21      | 21      | 24         | 24      |
| 最小       | 7       | 7       | 9       | 10      | 7          | 7       |

| 会話（配点24） | 施設計     |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|----------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|          | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| サンプル数    | 178     | 178     | 32      | 32      | 146        | 146     |
| 平均       | 20.6    | 21.1    | 20.6    | 20.3    | 20.6       | 21.2    |
| 最大       | 24      | 24      | 24      | 24      | 24         | 24      |
| 最小       | 11      | 13      | 13      | 13      | 11         | 13      |

| 責任（配点20） | 施設計     |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|----------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|          | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| サンプル数    | 177     | 177     | 33      | 33      | 144        | 144     |
| 平均       | 17.2    | 17.7    | 16.9    | 17.1    | 17.3       | 17.8    |
| 最大       | 20      | 20      | 20      | 20      | 20         | 20      |
| 最小       | 10      | 11      | 11      | 11      | 10         | 11      |

| LSP総得点（配点156） | 施設計     |         | 医療機関    |         | 訪問看護ステーション |         |
|---------------|---------|---------|---------|---------|------------|---------|
|               | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月 | 2022年8月 | 2022年1月    | 2022年8月 |
| サンプル数         | 162     | 161     | 28      | 28      | 134        | 133     |
| 平均            | 125.8   | 128.9   | 125.3   | 125.5   | 125.9      | 129.6   |
| 最大            | 152     | 153     | 142     | 142     | 152        | 153     |
| 最小            | 83      | 84      | 84      | 85      | 83         | 84      |

## ⑧服薬や症状に関する行動の変化

2022年1月～8月の間の服薬や症状に関する行動の変化を5項目で確認した。

いずれの項目においても利用者の約6～7割は「変わらない」（＝状態を維持）と回答していた。また、「薬に対する思いや飲みごちについて話すこと」や「主治医や訪問看護師に服薬の相談をすること」が増えた利用者は24～28%、「症状や対象について話すこと」や「体調の変化と服薬の関連について話すこと」が増えた利用者も30%を占めた。「自身の症状や体調の変化について話すこと」が増えた利用者は38%を占めた。

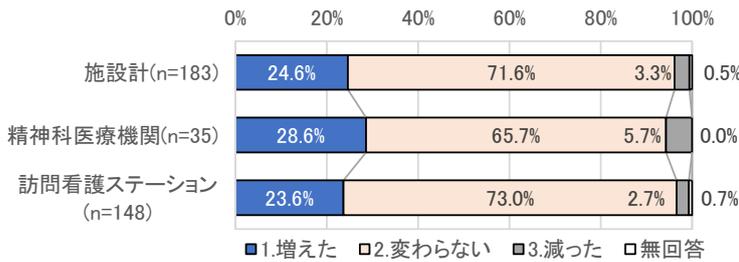


図 4-2-24 薬に対する思いや飲みごちについて話すこと

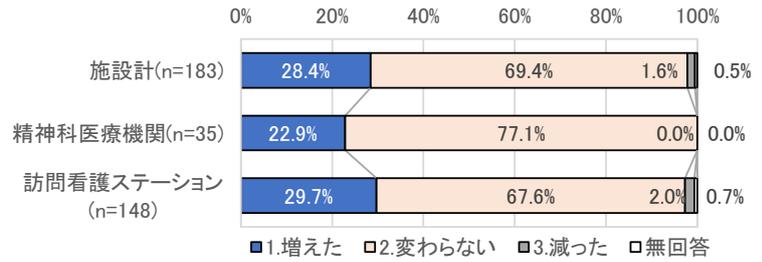


図 4-2-25 主治医や訪問看護師に、服薬の相談をすること

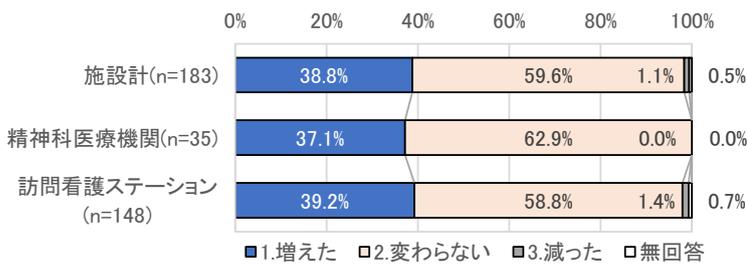


図 4-2-26 自身の症状や体調の変化について話すこと

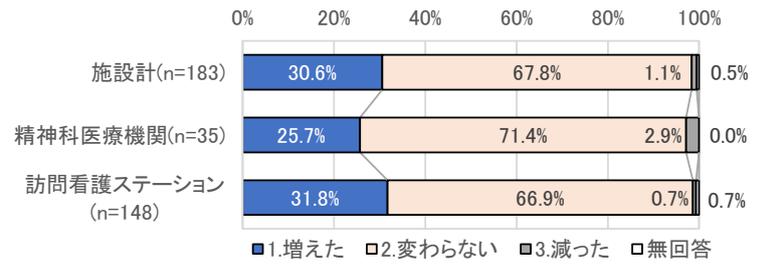


図 4-2-27 症状への対処について話すこと

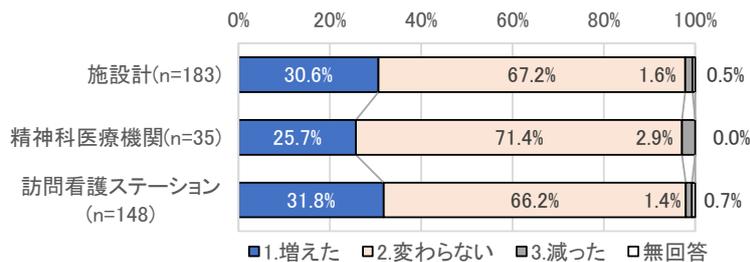


図 4-3-24 体調の変化と服薬の関連について話すこと

表 4-3-32 服薬や症状に関する行動の変化

薬に対する思いや飲みごちについて話すこと

|          | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|----------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|          | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 増えた   | 45  | 24.6%  | 10   | 28.6%  | 35         | 23.6%  |
| 2. 変わらない | 131 | 71.6%  | 23   | 65.7%  | 108        | 73.0%  |
| 3. 減った   | 6   | 3.3%   | 2    | 5.7%   | 4          | 2.7%   |
| 無回答      | 1   | 0.5%   | 0    | 0.0%   | 1          | 0.7%   |
| 合計       | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

主治医や訪問看護師に、服薬の相談をすること

|          | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|----------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|          | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 増えた   | 52  | 28.4%  | 8    | 22.9%  | 44         | 29.7%  |
| 2. 変わらない | 127 | 69.4%  | 27   | 77.1%  | 100        | 67.6%  |
| 3. 減った   | 3   | 1.6%   | 0    | 0.0%   | 3          | 2.0%   |
| 無回答      | 1   | 0.5%   | 0    | 0.0%   | 1          | 0.7%   |
| 合計       | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

自身の症状や体調の変化について話すこと

|          | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|----------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|          | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 増えた   | 71  | 38.8%  | 13   | 37.1%  | 58         | 39.2%  |
| 2. 変わらない | 109 | 59.6%  | 22   | 62.9%  | 87         | 58.8%  |
| 3. 減った   | 2   | 1.1%   | 0    | 0.0%   | 2          | 1.4%   |
| 無回答      | 1   | 0.5%   | 0    | 0.0%   | 1          | 0.7%   |
| 合計       | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

症状への対処について話すこと

|          | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|----------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|          | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 増えた   | 56  | 30.6%  | 9    | 25.7%  | 47         | 31.8%  |
| 2. 変わらない | 124 | 67.8%  | 25   | 71.4%  | 99         | 66.9%  |
| 3. 減った   | 2   | 1.1%   | 1    | 2.9%   | 1          | 0.7%   |
| 無回答      | 1   | 0.5%   | 0    | 0.0%   | 1          | 0.7%   |
| 合計       | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

体調の変化と服薬の関連について話すこと

|          | 施設計 |        | 医療機関 |        | 訪問看護ステーション |        |
|----------|-----|--------|------|--------|------------|--------|
|          | 回答数 | 割合     | 回答数  | 割合     | 回答数        | 割合     |
| 1. 増えた   | 56  | 30.6%  | 9    | 25.7%  | 47         | 31.8%  |
| 2. 変わらない | 123 | 67.2%  | 25   | 71.4%  | 98         | 66.2%  |
| 3. 減った   | 3   | 1.6%   | 1    | 2.9%   | 2          | 1.4%   |
| 無回答      | 1   | 0.5%   | 0    | 0.0%   | 1          | 0.7%   |
| 合計       | 183 | 100.0% | 35   | 100.0% | 148        | 100.0% |

## 4. 考察

本調査では、精神科訪問看護のアウトカム評価を目的として、施設管理者を対象とした施設票および看護師を対象とした利用者票の2種類を用いて、精神科訪問看護の利用者へのケア内容や支援にあたっての困難、訪問看護のアウトカムに関する後ろ向き調査を実施した。精神科訪問看護の利用者は、50歳代を中心に分布し、主診断は統合失調症が約半数を占めたが、気分障害（18.8%）、発達障害（6.2%）と続き、平成19年に訪問看護ステーションを対象に実施された精神科訪問看護に関する調査（全国訪問看護事業協会）に比べ、疾患の幅が広がっていた。さらに統合失調症・双極性障害を対象とした利用者票においても、発達障害（7.1%）やアルコール・薬物使用障害（5.5%）の併存例がみられ、これらより、地域で暮らす精神障がい者の診断が多様化していることが示唆された。加えて、施設票において5.6%の利用者が身体のケアを必要とし、また利用者票において約半数が糖尿病や高血圧、筋骨格系疾患等の疾患を合併しており、身体疾患の看護ケアに関するニーズも高いことが明らかとなった。

精神症状に関しては、施設票のGAF得点は平均50点で、利用者票でも平均49点と中等度～重度の症状に分類される層が多かった。具体的な精神科訪問看護の内容に関しては、訪問時に「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」が実施されており、いずれもその実施率は7割以上を占めた。さらに、7割近くが精神科訪問看護と併せ相談支援を活用し、居宅介護（約3割）やデイケア・ショートケア・ナイトケア（約2割）など、障害者総合支援法の各種サービスを活用していた。そして、精神科訪問看護の利用期間は5～10年が3割と最多で、10年以上の利用者も1割前後みられた。上述した平成19年の調査では、利用期間は3年未満が4割を占め最も多かった（全国訪問看護事業協会）ことを考えると、この15年間で長期利用者が増加していることがうかがえた。これらより、地域移行の推進に伴い、精神症状の比較的重度の層でも、長期間にわたり精神科訪問看護を利用し、症状や服薬管理に加えて活動性を高め生活リズムを保つためのケアを受けながら、併せて複数の地域サービスを利用することにより、地域生活を続けることが可能となっていることが推察された。

利用者票の2時点比較では、2時点間で15.8%の利用者が入院を要した。「身辺整理」「規則順守」「交際」「会話」「責任」といった一連の生活技能は2回目調査で有意に向上し、また服薬や症状について「相談すること」や「話すこと」についても、2時点間で減少した人は殆どみられず、「変わらない」「増えた」が大部分を占めた。これらより、精神科訪問看護は、利用者の生活技能や本人が自ら相談する・話をするといった個人の主体的な生活行動を支援していることが示唆された。一方で、看護師による利用者の評価のみを取り上げた点は本調査の限界であり、今後は、利用者の主体的な行動や意識について、主観的評価を含めて検討することが必要であると考えられる。

多くの利用者は精神科訪問看護に加え、複数の地域サービスを併用していた。地域における当事者中心の支援体制の構築を推進していくためには、サービスを提供する多職種、さらに当事者と評価の視点を共有する必要がある。また、支援に伴う困難については、専門性の高い看護師による貢献を可能にするための体制構築を検討する必要がある。

# 第 5 章

## 考察

## 考察

ひきこもり、未治療・治療中断、子育て期の親や児童、身体ケアなどのニーズをもつ利用者・家族は、複合的な課題を有し、包括的な支援が必要でありながらも、関われる人が限られており、訪問看護師は支援が途切れないよう関係性を維持しながら、家族全体への支援や関係機関との調整を行っていた。しかし、支援ニーズは多岐にわたり、本人・家族が利用できる制度や資源の情報を得てマネジメントすることは困難と負担も大きく、ケアのマネジメント体制と訪問看護の役割が有機的に機能できる制度が必要と考えられた。

### 1. 支援ニーズの高い利用者に対する精神科訪問看護師による支援とマネジメント

ひきこもりや未治療・治療中断、迷惑行為等のある利用者では、複数の支援者が関わることに拒否的な場合も多く、訪問看護師は安心できる関係性を築き、「支援が途切れない」ことを第一に、心身の急変時に対応できるよう医療機関や行政等と支援体制を調整していた。しかし、特に精神科訪問看護指示書がない場合には、責任や役割の範囲が不明瞭であり、調整の負担や困難を大きく感じながらも、訪問看護師がそのマネジメントを担当せざるを得ない状況にあった。対象者が受診や支援利用を開始し、相談支援員等によるマネジメントが始まるまで長期間を要することも多く、それまでの期間に「全体を俯瞰し、地域でマネジメントを担う存在」や、「地域の資源や連携機関に関する情報」を訪問看護師は必要としていた。

2022年に新設された「通院精神療法 療養生活継続支援加算」では、重点的な支援を要する患者への包括的支援マネジメントが評価され、対象基準には「外来受診や定期的服薬が難しい」「迷惑行為、暴力・暴言・拒絶がある」「同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている」などニーズの高い利用者が対象となっている。支援ニーズの高い対象に、包括的支援マネジメントが提供されれば、早い段階から役割調整が可能となり、訪問看護師は支援ネットワークの中で専門的役割を担うことが期待できる。そのためには、訪問看護師が受診前から継続的に関わりをもつことへの評価や、行政・医療機関と連携し情報共有を行うことに対する評価が必要であり、これは制度の活用促進にも寄与できると考える。

### 2. 支援ニーズの高い利用者に対する家族への支援

周産期や子育て期、児童、家族が困難を抱えている利用者では、家族が精神疾患(疑い)をもっていたり、家族間の暴力があり、家族が支援に拒否的であったり、家族や子ども(ヤングケアラー)が生活の大きな負担を抱えている場合などがあり、家族全体への支援が必要であった。

訪問看護師は、利用者本人への影響を常に考えながら、家族の精神症状や身体症状に対するケアを行い、家族の負担を把握して必要な支援を調整したり、利用者・家族の居場所を提供できるよう多くの機関と連携を行っていた。精神科訪問看護の支援対象には家族が位置付けられているものの、その範囲や責任は明確でなく、訪問看護師は家族支援をどこまで行うべきかという葛藤も抱えていた。

令和4年度の診療報酬改定では「精神科在宅患者支援管理料」の重症患者等の対象に、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等が追加され、保健師等の要請により精神科医が訪問を行う場合にも算定が可能となった。また、児童福祉法の改正に伴い、ヤングケアラーに対する支援も進められており、支援のルートが徐々に整えられている。しかし、訪問看護師は、利用できる制度や地域で連携できる資源のネットワークが十分ではなく、特に家族が利用できる資源を調整することには多くの困難を感じていた。家族支援には、複数領域からのアプローチが重要であり、訪問看護師が利用者への支援を糸口として把握した、家族の支援ニーズを、行政と共有できる仕組みが必要と考える。訪問看護師から、保健師や子ども家庭センター、高齢者地域包括支援センター等に対する情報共有や医療機関、福祉施設とのカンファレンス等を通じた連携に対して評価があれば、業務時間を通じた連携が推進できると考える。

近年、診療報酬や制度の改定により、複雑なニーズをもつ方への支援体制が検討されているが、訪問看護師が十分な情報を得られず、手続きが分からないこともヒアリング調査から伺えた。厚生労働者や各職能団体では、診療報酬改定後に様々な周知活動を行っているが、今後は各制度がどんな対象にどのようなプロセスで活用されているか、算定状況の詳細な把握と、制度活用の促進要因・阻害要因を検討し、各制度における精神科訪問看護師の役割を明らかにすることも必要と考える。

### 3. 支援ニーズの高い利用者に対する施設間およびサービス間の連携

アウトカム調査では、過去の調査と比べて、訪問看護利用者の診断の多様化や高齢化、重症化の傾向が示され、重い精神症状をもつ人がデイケアや就労支援等とあわせて精神科訪問看護を利用して生活している実態が伺えた。未治療・未受診、迷惑行為・暴力行為等のある利用者では、精神症状や身体症状が不安定な人も多く、体調や生活の急変時に、適時にアセスメントして判断・対応することが重要で、リスクのアセスメントや対応には専門性が求められていた。

また、身体疾患や、小児・児童、子育て期、高齢の利用者や家族の場合には、精神科看護の知識や技術に加えて、身体疾患、小児発達、母子関係など、広く専門的なケアの知識と多様な連携体制が必要であった。しかし、相談先・連携先が分からない、支援をどのように導入すればよいか分からない、といった困難も大きく、利用者家族の状況に応じて地域のサービス間で連携・相談できる場が求められていた。

機能強化型訪問看護ステーションは、地域の保険医療機関やステーションからの相談に対応する役割を担っており、専門看護師や認定看護師など専門性の高い看護師の配置も推奨されている（R4～）。多様化する利用者に対応するためには、幅広い専門性と、地域の情報を有する機能強化型訪問看護ステーションとの連携は不可欠である。機能強化型訪問看護ステーションが地域の拠点として機能するには、支援ニーズの高い利用者に関する訪問看護師からの相談・情報提供や、サービス間連携のための多職種共同カンファレンスの実施に対する評価が求められる。

このような相談・カンファレンスが、診療報酬の裏付けを得て積み重ねられることは、訪問看護スタッフの育成にも繋がり、地域全体の訪問看護の質向上と精神疾患にも対応した地域包括ケア構築のためのネットワークづくりにも寄与すると期待する。

#### 4. 精神科訪問看護のアウトカムと可視化

精神科訪問看護の利用者は、平成 19 年に全国訪問看護事業協会が全国の訪問看護事業所を対象に行った調査と比べると、年齢層が高齢化しており、統合失調症の割合が減り、気分障害や発達障害の割合が増えていた。加えて、GAF 得点 60 点未満の割合が大きく増えており、地域移行の推進や精神科訪問看護等の普及に伴い、より重症で幅広い精神症状をもつ人々の地域生活を支えている実態が示された。デイケアやホームヘルプサービス、就労継続支援などの利用者も多く、包括的な支援の中で、訪問看護は精神症状や身体症状、服薬行動、活動など健康と治療に関わる援助を軸としながら生活を支えていた。

アウトカム評価では、7 か月間で 16%の利用者が入院していた。訪問看護利用者の 1 年後入院率に関する先行研究(10%~31.1%)と比べると同程度であったが、利用者の GAF 得点が先行研究より低いことを考えると、精神症状の変動に早めに気づき、本人の主体的な対処を支えながら、地域生活を支えていることが伺えた。7 か月間で GAF 得点の有意な変化は見られなかったが、生活技能では「身辺整理」「会話」「責任」などの領域において改善がみられており、個々の生活行動の支援が、地域生活の継続に繋がっていると考えられた。これらの臨床的リカバリーにおける変化に加えて、薬や症状に関する対話も増加しており、利用者の主体性や自己決定を支援していたことが伺えた。今後は、客観的な変化に加えて、利用者の主観的評価や体験も含めたパーソナルリカバリーへの影響を検討していくことが必要である。

精神科訪問看護の質の確保は今後の大きな課題であり、そのためには、利用者の状況、ケアのプロセス、アウトカムの評価が不可欠である。2020年より GAF 得点の評価が義務づけられ、利用者の機能レベルを共通の指標で把握できるようになった意義は大きい。一方、多様な診断や精神症状の不安定な利用者も増えており、ケア効果の把握にはGAF得点に加え、より多面的な生活能力の変化や、利用者の主観的評価が必要であることが本調査結果から示された。近年、科学的介護情報システム(LIFE)など、在宅看護におけるケア内容の可視化・システム化や、それに対する加算等が進められているものの、精神科訪問看護の専門性を反映した評価指標は、まだ十分に開発されていない。今後は、本調査で行ったケア内容やアウトカム評価の項目を踏まえ、共通言語となる評価指標の開発が必要であり、またシステム化に対する評価も求められる。

前述のように、包括的支援マネジメントや、地域内連携を進めるためには、情報共有が重要である。今回用いた指標は、ケアのプロセスやアウトカムを可視化するツールとしての活用可能性が期待でき、こうした情報共有の手段とあわせて、連携にむけた制度が整えられることが必要と考えられる。

参考・引用

萱間真美, 松下太郎, 船越 明子, 他(2005). 精神科訪問看護の効果に関する実証的研究—精神科入院日数を指標とした分析. 精神医学, 47(6), 647-657.

厚生労働科学研究費補助金『持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究』研究班(2022). 精神保健福祉資料令和3年630調査.

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>

厚生労働行政調査推進補助金「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」(H30). 包括的支援マネジメント実践ガイド.

厚生労働省. 科学的介護情報システム(LIFE)について.

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094\\_00037.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html)

厚生労働省. 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築について.

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiihoukatsu.html>

全国訪問看護事業協会(2008). 精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討 報告書.



# 参 考 資 料

アウトカム評価調査票

令和4年度「地域における支援ニーズの高い者に対する精神科訪問看護の実態調査」施設ID: \_\_\_\_\_  
 「地域における支援ニーズの高い者に対する精神科訪問看護の実態調査」施設ID: \_\_\_\_\_  
**振り返りアウトカム評価調査票** 返送期限 12月9日（金）

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

**施設票（精神科医療機関）**

1) 貴院の病院種別をお聞かせください（○は1つ）

|                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| 1. 精神科病院（単科）            | 2. 精神科を主とする病院（複教科） |
| 3. 一般病院（総合・複教科、大学病院を含む） | 4. その他（ ）          |

2) 貴院の病院全体の病床数を記入してください。

|          |   |
|----------|---|
| 病院全体の病床数 | 床 |
|----------|---|

3) 貴院にある精神科病棟の該当する番号に○印を付け、設置している病棟数を記入してください。

| 病棟名                         | 病棟数 |
|-----------------------------|-----|
| 1. 「精神科救急急性期医療入院科」届出病棟      | 病棟  |
| 2. 「精神科急性期治療病棟入院科（1・2）」届出病棟 | 病棟  |
| 3. 「精神療養病棟入院科」届出病棟          | 病棟  |
| 4. 「認知症治療病棟入院科（1・2）」届出病棟    | 病棟  |
| 5. 「地域移行機能強化病棟入院科」届出病棟      | 病棟  |
| 6. 「精神科入院基本科」届出病棟           | 病棟  |
| 7. 「精神科救急・合併症入院科」届出病棟       | 病棟  |
| 8. その他の病棟                   | 病棟  |

4) 貴院と同一法人（同一系列を含む）が有する医療施設、介護施設、事業所に○をつけてください。

|                           |                     |               |
|---------------------------|---------------------|---------------|
| 1. 病院（貴院以外）               | 2. 診療所（貴院以外）        | 3. 訪問看護ステーション |
| 4. 居宅介護支援事業所              | 5. 訪問介護事業所          | 6. 通所介護事業所    |
| 7. 地域包括支援センター             | 8. 看護小規模多機能型居宅介護    |               |
| 9. 特定相談支援事業所または障害児相談支援事業所 | 10. その他の障害福祉サービス事業所 |               |
| 11. その他（具体的に）             | 12. なし              |               |

5) 令和4年9月の精神科における入院患者数、退院患者数、外来患者数（延べ人数）を記入してください。

|              |   |
|--------------|---|
| ①入院患者数       | 名 |
| ②退院患者数       | 名 |
| ③外来患者数（延べ人数） | 名 |

\*\*\* 以下では、精神科訪問看護についてうかがいます。\*\*\*

6) 精神科訪問看護を担当している常勤職員数（常勤換算）を職種別に記入してください。

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| ①看護職員（保健師・准看護師を含む）               | 名 |
| うち、精神看護専門看護師                     | 名 |
| うち、精神科認定看護師                      | 名 |
| うち、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関連） | 名 |
| うち、特定行為研修の修了者（パッケージ研修修了者、その他）    | 名 |
| ②作業療法士                           | 名 |
| ③精神保健福祉士                         | 名 |
| ④公認心理師、その他の心理師                   | 名 |
| ⑤事務職員                            | 名 |
| ⑥その他（ ）                          | 名 |

つづきがあります

7) 令和4年9月の精神科訪問看護の利用者数と訪問件数を記入してください。

|             |      |   |
|-------------|------|---|
| 精神科訪問看護・指導料 | 利用者数 | 名 |
| 精神科訪問看護・指導料 | 訪問件数 | 件 |

8) 令和4年9月の精神科訪問看護利用者について、下記の人数を記入してください。

①性別 男性： \_\_\_\_\_名 女性： \_\_\_\_\_名 その他： \_\_\_\_\_名

②年齢

| 10歳以下 | 20歳代 | 30歳代 | 40歳代 | 50歳代 | 60歳代 | 70歳代 | 80歳以上 |
|-------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 名     | 名    | 名    | 名    | 名    | 名    | 名    | 名     |

③主病名

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

④ケアの必要な身体疾患 あり： \_\_\_\_\_名 なし： \_\_\_\_\_名

⑤GAF 尺度別の人数（平均点及び得点別の人数を回答してください）

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

平均点： \_\_\_\_\_点（人）

9) 支援において困っていること、支援の必要性を感じているが現在の訪問看護の提供体制では対応が難しいと感じていることなどのようなことですか。あてはまる項目すべてに○をつけてください。（○はいくつでも）

|                               |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| 1. ひきこもりの利用者への支援              | 2. 未治療・治療中断者への支援      |
| 3. 誘惑行為や他害行為等で継続支援が困難な利用者への支援 |                       |
| 4. 身体合併症のある利用者への支援            | 5. 同居者・子育て中にある利用者への支援 |
| 6. その他（ ）                     | 7. 特になし               |

※困っていること、対応が難しいと感じていることについて、具体的にお聞かせください。

令和4年度「地域における支援ニーズの高い者に対する精神科訪問看護の実態調査」施設ID:  
 「地域における支援ニーズの高い者に対する精神科訪問看護の実態調査」  
 繰り返しアウトカム評価調査票 返送期限 12月9日（金）

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

施設票（訪問看護ステーション）

1) 貴事業所と同一法人（同一系列を含む）が有する医療施設、介護施設、事業所はありますか。  
 (○はいくつでも)

|                           |                     |                       |
|---------------------------|---------------------|-----------------------|
| 1. 病院                     | 2. 診療所              | 3. 訪問看護ステーション（貴事業所以外） |
| 4. 居宅介護支援事業所              | 5. 訪問介護事業所          | 6. 通所介護事業所            |
| 7. 地域包括支援センター             | 8. 看護小規模多機能型居宅介護    |                       |
| 9. 特定相談支援事業所または障害児相談支援事業所 | 10. その他の障害福祉サービス事業所 |                       |
| 11. その他（具体的に）             | 12. なし              |                       |

2) 令和4年9月末時点の貴事業所の職員数（常勤換算）を職種別に記入してください。

①看護職員数

| ①看護職員数（保健師・准看護師を含む） | 職員数（常勤換算） |
|---------------------|-----------|
|                     | 名         |

貴事業所の看護職員のうち、下記条件に該当する看護職員数を記入してください。

|   | 職員数<br>(常勤換算) |                             | 職員数<br>(常勤換算) |
|---|---------------|-----------------------------|---------------|
| 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             | 精神看護専門看護師                   | 名             |
| 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             | 精神科認定看護師                    | 名             |
| 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             | 特定行為研修の修了者（精神及び神経症状に係る薬剤師等） | 名             |
| 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               | 名             | 特定行為研修の修了者（パッケージ研修修了者、その他）  | 名             |

(看護職員以外の職員数)

|          | 職員数<br>(常勤換算) |                | 職員数<br>(常勤換算) |
|----------|---------------|----------------|---------------|
| ②作業療法士   | 名             | ⑧公認心理師、その他の心理師 | 名             |
| ③理学療法士   | 名             | ⑨車椅子           | 名             |
| ④言語聴覚士   | 名             | ⑩その他（ ）        | 名             |
| ⑤精神保健福祉士 | 名             |                |               |

3) 加算等に関する施設の届出状況についてご記入ください。

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| 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指定自立支援医療機関（精神）の指定         | 1.あり 2.なし |
| ⑦精神科在宅患者支援管理料を算定する医療機関との連携 | 1.あり 2.なし |

つづきがあります

4) 令和4年9月末時点の実利用者数、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、精神科訪問看護基本療養費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）          | 件 |
| うち、精神科訪問看護基本療養費を算定した訪問件数       | 件 |

5) 令和4年9月の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歳以下 | 20歳代 | 30歳代 | 40歳代 | 50歳代 | 60歳代 | 70歳代 | 80歳以上 |
|-------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 名     | 名    | 名    | 名    | 名    | 名    | 名    | 名     |

③主病名

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

④ケアの必要な身体疾患 あり：\_\_\_\_\_名 なし：\_\_\_\_\_名

⑤GAF尺度別の人数（平均点及び得点別の人数を回答してください）

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

平均点：\_\_\_\_\_点（\_\_\_\_\_人）

6) 支援において困っていること、支援の必要性を感じているが現在の訪問看護の提供体制では対応が難しいと感じていることはどのようなことですか。あてはまる項目すべてに○をつけてください。  
 (○はいくつでも)

- 1. ひきこもりの利用者への支援
- 2. 未治療・治療中断者への支援
- 3. 迷惑行為や他害行為等で継続支援が困難な利用者への支援
- 4. 身体合併症のある利用者への支援
- 5. 同居家族・子育て中にある利用者への支援
- 6. その他（ ）
- 7. 特になし

※困っていること、対応が難しいと感じていることについて、具体的にお聞かせください。

※精神科訪問看護を利用している「統合失調症」または「双極性障害」の方(2022年1月時点  
で利用されていた方)について、2022年1月と8月の状況をカルテより転記してください。  
提出期限：2022年12月9日(金) 施設ID: \_\_\_\_\_

利用者票  説明文書を読み、調査に同意します。ご協力頂ける場合は、 にチェックしてご回答ください。

問1 利用者様の現在の状況について、あてはまるものを選んでください。

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| ①性別                                  | 1. 男性 2. 女性 3. その他  |
| ②年代                                  | 1. 10歳代 2. 20歳代 3. 30歳代 4. 40歳代<br>5. 50歳代 6. 60歳代 7. 70歳代 8. 80歳以上   |
| ③世帯状況                                | 1. 単身 2. 同居   |
| ④住居種別                                | 1. 自宅 2. グループホーム<br>3. 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅<br>4. その他( )   |
| ⑤診断名                                 | 1. 統合失調症 2. 双極性障害   |
| ⑥その他の診断                              | 1. 不安障害・ストレス関連障害 2. パーソナリティ障害<br>3. アルコール・薬物使用障害 4. 知的能力障害 5. 発達障害<br>6. 高次脳機能障害 7. その他( )  |
| ⑦訪問看護開始時期                            | 訪問看護開始時期 (西暦年) _____ 年 _____ 月から  |
| ⑧訪問看護導入時の状況                          | 1. 退院を機に導入<br>⇒ 退院時のカンファレンス実施状況: 1. 実施 2. 未実施<br>2. 家族の状況等の変化により導入<br>3. 精神症状の変化により導入 4. その他( )   |
| ⑨相談支援の利用                             | 1. 利用している (利用している相談機関に○)<br>⇒ 1. 相談支援事業所 2. 地域包括支援センター 3. 保健所・保健センター 4. その他<br>2. 利用していない   |
| ⑩利用している障害者総合支援法のサービス等(利用しているものすべてに○) | 1. 居宅介護(ホームヘルプ) 2. 短期入所(ショートステイ)<br>3. 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 4. 就労継続支援(A型)<br>5. 就労継続支援(B型) 6. 就労移行支援<br>7. 共同生活援助(グループホーム) 8. 地域移行支援・地域定着支援<br>9. 地域活動支援センター 10. デイケア・ショートケア・ナイトケア<br>11. その他( ) |
| ⑪身体合併症                               | 1. あり 2. なし<br>(「1. あり」の場合、主な疾患を以下より選択してください。)<br>1. 代謝系疾患(糖尿病) 2. 循環器疾患(高血圧) 3. 皮膚疾患<br>4. 骨折・筋骨系疾患 5. 難病等 6. その他  |
| ⑫訪問診療の利用                             | 1. 利用している (1. 月1回 2. 2週に1回 3. 週1回 4. その他 )<br>2. 利用していない  |
| ⑬訪問にかかる時間                            | 片道およそ _____ 分程度   |

問2 利用者様の過去7か月間の変化  
※2022年1月と8月の状況について、カルテ情報をもとに転記してください。

|                             | 2022年1月の状況   | 2022年8月の状況   |
|-----------------------------|--|--|
| ①訪問看護指示書の内容に○をつけて下さい(複数回答可) | 1. 生活リズムの確立<br>2. 家事能力、社会技能等の獲得<br>3. 対人関係の改善(家族含む)<br>4. 社会資源活用の支援<br>5. 薬物療法継続への援助<br>6. 身体合併症の発症・悪化の防止<br>7. その他( ) | 1. 生活リズムの確立<br>2. 家事能力、社会技能等の獲得<br>3. 対人関係の改善(家族含む)<br>4. 社会資源活用の支援<br>5. 薬物療法継続への援助<br>6. 身体合併症の発症・悪化の防止<br>7. その他( ) |

1 つづきがあります

|  | 2022年1月の状況  | 2022年8月の状況  |         |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |
|--|---|---|---------|-------|-------|---|---------|---------|--|---------|---------|---|---------|---------|
| ②GAF   | _____ 点   | _____ 点   |         |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |
| ③訪問回数、訪問滞在時間   | 訪問回数: _____ 回/月<br>平均滞在時間: _____ 分/回  | 訪問回数: _____ 回/月<br>平均滞在時間: _____ 分/回                                      |         |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |
| ④通院回数、通院状況   | 通院回数: _____ 回/月<br>通院状況:<br>1. 定期的に通院している<br>2. 通院できないことがある<br>3. 通院がちである   | 通院回数: _____ 回/月<br>通院状況:<br>1. 定期的に通院している<br>2. 通院できないことがある<br>3. 通院がちである |         |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |
| ⑤他科受診状況  | 1. あり 2. なし 3. 不明   | 1. あり 2. なし 3. 不明   |         |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |
| ⑥2022年1月～8月の間の精神科医療機関への入院有無  | 1. 精神科医療機関への入院あり(2022年1月～8月の間)<br>→ 該当する入院形態を選び、入院日数を記入してください。<br><table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>入院形態</th> <th>入院日数</th> <th>入院形態</th> <th>入院日数</th> </tr> <tr> <td>1. 任意入院</td> <td>_____ 日</td> <td>2. 医療保護入院</td> <td>_____ 日</td> </tr> <tr> <td>2. 応急入院</td> <td>_____ 日</td> <td>4. 措置入院</td> <td>_____ 日</td> </tr> </table> 2. 精神科医療機関への入院なし  |   | 入院形態    | 入院日数  | 入院形態  | 入院日数  | 1. 任意入院 | _____ 日 | 2. 医療保護入院  | _____ 日 | 2. 応急入院 | _____ 日   | 4. 措置入院 | _____ 日 |
| 入院形態   | 入院日数  | 入院形態  | 入院日数    |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |
| 1. 任意入院  | _____ 日   | 2. 医療保護入院   | _____ 日 |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |
| 2. 応急入院  | _____ 日   | 4. 措置入院   | _____ 日 |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |
| ⑦2022年1月～8月の個別のケア会議の開催   | 1. あり → 開催回数 _____ 回<br>参加者の職種を下記に記入してください<br><table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> 2. なし   |   | _____   | _____ | _____ | _____   |         |         |  |         |         |   |         |         |
| _____  | _____   | _____   | _____   |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |
| ⑧訪問時に実施したケア(実施したものすべてに○)   | 1. 食生活に関する援助<br>2. 活動性・生活リズムに関する援助<br>3. 生活環境の整備に関する援助<br>4. 整容に関する援助<br>5. 趣味・余暇活動に関する援助<br>6. 社会生活に関する援助<br>7. 患者との関係性の構築<br>8. コミュニケーション能力を高める援助<br>9. 他者との関わりに関する援助<br>10. 精神症状に関する援助<br>11. 睡眠の援助<br>12. 服薬行動援助<br>13. 薬物療法の副作用の観察と対応<br>14. 身体症状の観察と対応<br>15. 生活習慣に関する援助<br>16. 排泄の援助<br>17. 対象者を力づける援助<br>18. 家族に対する援助<br>19. サービスの調整<br>20. ケア会議のコーディネート<br>21. その他( )  |   |         |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |
| ⑨生活技能プロフィール(LSP)   | ※下記の項目について、2022年1月時点及び8月時点の状況に該当する選択肢の番号を、それぞれ右欄にご記入ください。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>1月時点</th> <th>8月時点</th> </tr> <tr> <td>(1) 話を始めることや話題に加わることに困難がありますか。<br/>4. 困難はない 3. やや困難 2. 中等度に困難 1. 非常に困難</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>(2) 人の話に割り込んだり、さえぎったりしますか。<br/>4. 割り込まない 3. 少し割り込む 2. 中等度に割り込む 1. 極端に割り込む</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>(3) 対人的な交流や接触を避けますか。<br/>4. 避けない 3. やや避ける 2. 中等度に避ける 1. 極端に避ける</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> </table> |   |         | 1月時点  | 8月時点  | (1) 話を始めることや話題に加わることに困難がありますか。<br>4. 困難はない 3. やや困難 2. 中等度に困難 1. 非常に困難 | ( )     | ( )     | (2) 人の話に割り込んだり、さえぎったりしますか。<br>4. 割り込まない 3. 少し割り込む 2. 中等度に割り込む 1. 極端に割り込む | ( )     | ( )     | (3) 対人的な交流や接触を避けますか。<br>4. 避けない 3. やや避ける 2. 中等度に避ける 1. 極端に避ける | ( )     | ( )     |
|  | 1月時点  | 8月時点  |         |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |
| (1) 話を始めることや話題に加わることに困難がありますか。<br>4. 困難はない 3. やや困難 2. 中等度に困難 1. 非常に困難    | ( )   | ( )   |         |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |
| (2) 人の話に割り込んだり、さえぎったりしますか。<br>4. 割り込まない 3. 少し割り込む 2. 中等度に割り込む 1. 極端に割り込む | ( )   | ( )   |         |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |
| (3) 対人的な交流や接触を避けますか。<br>4. 避けない 3. やや避ける 2. 中等度に避ける 1. 極端に避ける            | ( )   | ( )   |         |       |       |   |         |         |  |         |         |   |         |         |

2 つづきがあります

| ※下記の項目について、2022年1月時点及び8月時点の状況に該当する選択肢の番号を、それぞれ右欄にご記入ください。   | 1月<br>時点 | 8月<br>時点 |
|---|----------|----------|
| (4)人に思いやりを示しますか。<br>4.思いやりを示す 3.中等度を示す 2.わずかに示す 1.全く示さない  | 0.00     | 0.00     |
| (5)人に対して怒りっぽい、あるいはとげとげしい態度をとりますか。<br>4.とらない 3.ややとげとげしい 2.中等度にとげとげしい 1.非常にとげとげしい                       | 0.00     | 0.00     |
| (6)ささいなことについて腹を立てますか。<br>4.立てない 3.少し腹を立てやすい 2.中等度に腹を立てやすい 1.非常に腹を立てやすい                                | 0.00     | 0.00     |
| (7)相手の顔を見ながら話をしますか。<br>4.顔度に見る 3.少し視線をそらす 2.中等度に視線をそらす 1.ほとんど見ない                                      | 0.00     | 0.00     |
| (8)本人の話を理解するのは困難ですか(例えば混乱していたり、取り違えていたり整理されていない)。<br>4.困難でない 3.やや困難 2.中等度に困難 1.非常に困難                  | 0.00     | 0.00     |
| (9)奇妙で突拍子もない話をしますか。<br>4.しない 3.やや奇妙 2.中等度に奇妙 1.非常に奇妙  | 0.00     | 0.00     |
| (10)身だしなみはきちんとしていますか(例えば服装は整っているか、髪はとかしているか)。<br>4.きちんとしている 3.ほぼきちんとしている 2.だらしがない 1.非常にだらしがない         | 0.00     | 0.00     |
| (11)その場の雰囲気合った表情や立ち振る舞いをしますか。<br>4.適切 3.やや奇妙か不適切 2.中等度に奇妙か不適切 1.非常に奇妙か不適切                             | 0.00     | 0.00     |
| (12)言われなくても入浴しますか。<br>4.自ら入浴する 3.時々入浴する 2.まれに入浴する 1.全く入浴しない   | 0.00     | 0.00     |
| (13)不衛生なおいがしますか(例えば体臭、口臭、衣服の不潔なおい)。<br>4.におわない 3.少しにおい 2.中等度におい 1.ひどくにおい                              | 0.00     | 0.00     |
| (14)衣服は汚れたら洗い、清潔にしていますか。<br>4.清潔 3.だいたい清潔 2.不潔 1.非常に不潔  | 0.00     | 0.00     |
| (15)身体的健康に注意していますか。<br>4.注意している 3.だいたい注意している 2.あまり注意していない 1.全く注意していない                                 | 0.00     | 0.00     |
| (16)適切な食事をとっていますか。<br>4.特になし 3.やや問題がある 2.中等度に問題がある 1.非常に問題がある   | 0.00     | 0.00     |
| (17)処方された薬を自ら管理し、きちんと服薬していますか。<br>4.心配ない 3.やや心配 2.中等度に心配 1.極めて心配                                      | 0.00     | 0.00     |
| (18)医師が処方した薬をすずんで服用しますか。<br>4.自ら服用する 3.だいたい自ら服用 2.たまに自ら服用 1.自らは服用しない                                  | 0.00     | 0.00     |
| (19)職員(医師、看護師、保健師など)と協力して治療を受けていますか。<br>4.協力せず 3.だいたい協力せず 2.あまり協力しない 1.全く協力しない                        | 0.00     | 0.00     |
| (20)非活動的ですか(例えば何もしていない、意味なくうろちろして過ごす)。<br>4.過度に活動的 3.やや非活動的 2.中等度に非活動的 1.極端に非活動的                      | 0.00     | 0.00     |
| (21)決まった趣味、スポーツなどの活動をしていますか。<br>4.ほぼ定期的にする 3.時々する 2.あまりしない 1.全くしない                                    | 0.00     | 0.00     |
| (22)何らかの社会的活動に参加していますか(例えば地域や職場のグループや奉仕活動、精神科の治療グループなどは除外)。<br>4.よく参加する 3.時々参加する 2.たまには参加する 1.全く参加しない | 0.00     | 0.00     |

つづきがあります

| ※下記の項目について、2022年1月時点及び8月時点の状況に該当する選択肢の番号を、それぞれ右欄にご記入ください。  | 1月<br>時点  | 8月<br>時点            |
|--|---|---------------------|
| (23)必要な時には自分の食事を用意できますか。<br>4.十分できる 3.だいたいできる 2.あまりできない 1.全くできない                                   | 0.00  | 0.00                |
| (24)必要な時には収入に合わせて予算を立て、生活できますか。<br>4.十分できる 3.だいたいできる 2.あまりできない 1.全くできない                            | 0.00  | 0.00                |
| (25)同居者(家族や身近な人)との生活に問題がありますか(例えば不和だったり、顔を合わせるのを避けたり)。<br>4.問題はない 3.少し問題がある 2.中等度に問題がある 1.非常に問題がある | 0.00  | 0.00                |
| (26)仕事の能力はどの程度ありますか(たとえば失業中、引退、家事従事中等であっても)。<br>4.常勤ができる 3.パートができる 2.保護的な就労はできる 1.仕事はできない          | 0.00  | 0.00                |
| (27)向こう見ずな行動をとりますか(例えば自分を無視して道路を横断する)。<br>4.とらない 3.まれにある 2.時々ある 1.しばしばある                           | 0.00  | 0.00                |
| (28)家具などの身の回りの物を壊しますか。<br>4.壊すことはない 3.まれに壊す 2.時々壊す 1.しばしば壊す  | 0.00  | 0.00                |
| (29)無礼な攻撃的行動(性的行動を含む)をとりますか。<br>4.とらない 3.まれにある 2.時々ある 1.しばしばある                                     | 0.00  | 0.00                |
| (30)非常識な習慣や行動はありますか(例えばあたり構わず端を吐く、便器を火のついたまま放置する、トイレを汚す、食べ残らかす)。<br>4.ない 3.まれにある 2.時々ある 1.しばしばある   | 0.00  | 0.00                |
| (31)自分の持ち物をなくしますか。<br>4.なくさない 3.まれになくす 2.時々なくす 1.しばしばなくす   | 0.00  | 0.00                |
| (32)プライベートな場所(部屋、建物、土地)に侵入しますか。<br>4.侵入しない 3.まれに侵入する 2.時々侵入する 1.しばしば侵入する                           | 0.00  | 0.00                |
| (33)人の物を無断で持ち去りますか。<br>4.持ち去らない 3.まれに持ち去る 2.時々持ち去る 1.しばしば持ち去る                                      | 0.00  | 0.00                |
| (34)暴力を振るいますか。<br>4.振るわない 3.まれに振るう 2.時々振るう 1.しばしば振るう   | 0.00  | 0.00                |
| (35)自傷行為がありますか。<br>4.ない 3.まれにある 2.時々ある 1.しばしばある  | 0.00  | 0.00                |
| (36)警察ごたごたになることがありますか。<br>4.ない 3.まれにある 2.時々ある 1.しばしばある   | 0.00  | 0.00                |
| (37)アルコールや薬物を乱用していますか。<br>4.していない 3.まれに乱用する 2.時々乱用する 1.しばしば乱用する                                    | 0.00  | 0.00                |
| (38)無責任な行動がありますか(例えば約束を守らない、嘘をつく)。<br>4.ない 3.まれにある 2.時々ある 1.しばしばある                                 | 0.00  | 0.00                |
| (39)新しく友達を作ったり、友達関係を築くことができますか。<br>4.できる 3.だいたいできる 2.できないことが多い 1.全くできない                            | 0.00  | 0.00                |
| ⑩ 1月～8月の間の服薬や症状に関する行動の変化   | この7か月間で以下の行動に変化はありましたか。   |                     |
|  | 1.薬に対する思いや悩みごころについて話すこと   | 1.増えた 2.変わらない 3.減った |
|  | 2.主治医や訪問看護師に、服薬の相談をすること   | 1.増えた 2.変わらない 3.減った |
|  | 3.自身の症状や体調の変化について話すこと   | 1.増えた 2.変わらない 3.減った |
|  | 4.症状への対処について話すこと  | 1.増えた 2.変わらない 3.減った |
| ⑪ その他の変化   | ※その他、2022年1月～8月の期間で利用者本人や家族の状況、生活環境、社会生活上において変化したことについて、記載してください。 |                     |

厚生労働省 令和4年度障害者総合福祉推進事業

「地域における支援ニーズの高い者に対する精神科訪問看護の実態調査」  
報告書

令和5(2023)年3月

発行：学校法人 聖路加国際大学大学院看護学研究科  
〒104-0044 東京都中央区明石町10-1  
電話 03-3543-6391  
E-mail: seishinhoumonr4@gmail.com

印刷：共立速記印刷株式会社