

平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

# 精神科医療の機能強化に関する調査研究事業 報告書

平成22（2010）年3月

社団法人 全国訪問看護事業協会

## はじめに

精神保健医療福祉の改革ビジョンはその前半期5年の実績を積んで折り返し、改革ビジョン後に向けた制度のデザインが模索され始めている。

精神科訪問看護は、精神障害者の地域移行を支え、地域医療の一環として長く生活を支えるサービスとしての役割が期待されている。2010年度の診療報酬改定では、訪問看護ステーションからの医療保険による複数名訪問が算定されることとなった。このことは、今後の精神科訪問看護の普及に影響をもたらすことが予想される。

こうした制度の充実に伴い、地域医療全体のデザインの中で、訪問看護ステーションからの精神科訪問看護がどのような役割を担うことができるか、そのためにはどのようなサポートが必要であるかを、俯瞰的な視点と事例へのサービス提供という個別の視点の双方を駆使して考えることが求められている。

そのため、平成21年度厚生労働省保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）では、全国訪問看護事業協会に加盟している訪問看護ステーションの全数を対象に、精神科訪問看護の現状に関する実態調査を行った。殊に医療観察法による指定通院医療機関からの訪問看護サービス提供の実態とその内容に関しては、詳細なデータ把握を行った。これと共に、精神科訪問看護のサービスの質の向上に必須であるチーム医療を促進するためのモデル事業を展開した。今年度は、病院、診療所および訪問看護ステーションの医師、看護師、精神保健福祉士、行政機関、福祉サービス事業者とのカンファレンスモデルを、都市部および遠隔地において試行した。また、現在精神科病院でのみ行われている退院前訪問看護に、訪問看護ステーションが参加・連携してケアを提供した。これらの事業は小規模ではあるが、今後のサービス提供体制に提言し得る、多彩な内容となったと考えている。

本プロジェクトでは、訪問看護ステーションというプラットフォームを活用して、精神障害者の地域移行支援と地域生活継続支援のために可能な方策を、自由な視点から考え、さまざまなアプローチを展開してきた。これらのデータを具体的施策に活用し得るよう、今後も関係の皆様のご教示、ご助力を頂戴しつつ、努力を継続していきたいと願っている。

平成22年3月

主任研究者 萱間 真美（聖路加看護大学 教授）



# 目 次

要旨.....	i
第1章 事業の概要.....	1
1．概要.....	1
2．事業実施体制.....	1
1) 検討委員会.....	2
2) ワーキンググループ.....	2
(1) 実態調査班.....	2
(2) モデル事業班.....	2
3) 研究協力者.....	3
4) 事務局.....	3
5) 一部業務委託先.....	3
第2章 精神科医療の機能強化に関するアンケート調査.....	5
1．調査の概要.....	5
1) 調査の目的.....	5
2) 調査対象・方法.....	5
3) 回収状況.....	5
2．一次調査の結果.....	6
1) 回答事業所の概況.....	6
2) 精神科訪問看護を実施しない理由.....	12
3．二次調査の結果.....	14
1) 回答事業所の概況.....	14
2) 精神科訪問看護の実施状況.....	17
3) 利用者の状況.....	19
4) 精神科訪問看護の実施状況.....	31
5) 他職種との情報交換・共有化の状況.....	41
6) 多職種カンファレンスを実施している利用者の状態像.....	59
(1) 利用者の属性.....	59
(2) 精神科訪問看護の実施状況.....	64

第3章 多職種カンファレンスモデル事業..... 69

- 1. はじめに..... 69
- 2. 実施方法..... 69
  - 1) モデル事業の実施方法..... 69
    - (1) モデル事業の対象事例..... 69
    - (2) モデル事業の実施方法..... 69
    - (3) モデル事業の実施時間・場所..... 69
    - (4) 倫理的配慮..... 70
  - 2) モデル事業の対象事例..... 71
- 3. モデル事業の実施事例..... 73
  - 1) 行政が中心となった多職種連携モデル..... 73
  - 2) 訪問看護ステーションが中心となった多職種連携モデル..... 76
  - 3) 生活支援センターが中心となった多職種連携事例..... 80
  - 4) 精神科特化型訪問看護ステーションが病院と協力して退院準備を行った事例1..... 83
  - 5) 精神科特化型訪問看護ステーションが病院と協力して退院準備を行った事例2..... 86
  - 6) 精神科特化型訪問看護ステーションが訪問介護事業所へコンサルテーションを行った事例.... 89
  - 7) 病院訪問看護部が精神科特化型訪問介護事業所と連携した事例..... 93
  - 8) 退院を機に訪問看護導入を実施する病院 - 訪問看護ステーションの連携事例1..... 97
  - 9) 退院を機に訪問看護導入を実施する病院 - 訪問看護ステーションの連携事例2.... 100
  - 10) 退院を機に訪問看護導入を実施する病院 - 訪問看護ステーションの連携事例3.. 103

第4章 まとめ..... 107

- 1. アンケート調査のまとめ..... 107
  - 1) 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施状況..... 107
  - 2) 精神科訪問看護の実施体制..... 108
  - 3) 精神科訪問看護を実施する上での困難..... 108
  - 4) 他職種との情報交換・共有化の状況..... 108
  - 5) 多職種カンファレンスを実施した利用者の状態像..... 109
- 2. モデル事業のまとめ..... 110

1 . 依頼状、調査票等.....	113
一次調査 依頼状.....	113
一次調査 調査票.....	114
二次調査 依頼状.....	115
二次調査 調査への協力のお知らせ(利用者向け).....	116
二次調査 同封物一覧.....	117
二次調査 調査票(事業所票).....	118
二次調査 調査票(個票).....	120
多職種カンファレンスモデル事業 依頼状(事業所).....	126
多職種カンファレンスモデル事業 依頼状(病院).....	128
多職種カンファレンスモデル事業 依頼状(利用者).....	130
多職種カンファレンスモデル事業 同意書(事業所・病院).....	132
多職種カンファレンスモデル事業 同意書(利用者).....	133
多職種カンファレンスモデル事業 情報シート(在宅患者用)【モデル事例】.....	134
多職種カンファレンスモデル事業 情報シート(入院患者用)【モデル事例】.....	139
多職種カンファレンスモデル事業 情報シート【カンファレンス】.....	144
多職種カンファレンスモデル事業 記録シート【他職種との情報交換】.....	146
多職種カンファレンスモデル事業 ヒアリングシート【モデル事例】.....	148
多職種カンファレンスモデル事業 ヒアリングシート【カンファレンス】.....	151
多職種カンファレンスモデル事業 ヒアリングシート【他職種との情報交換】.....	155
2 . 調査集計数値.....	158
一次調査集計.....	158
二次調査集計.....	159



## 【要 旨】

### 1. 目的

本調査研究事業では、精神障害者の地域生活支援のための訪問看護をさらに推進するため、アンケート調査により、全国の訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施実績等を把握するとともに、精神科訪問看護を実施している事業所における他職種とのカンファレンス等の実施状況を調査した。

さらに、精神科訪問看護サービスを実施する事例について、訪問看護ステーションの訪問看護師が、医療機関の主治医や看護師、精神保健福祉士、居宅介護事業所の介護支援専門員や介護職員、その他行政機関等の関係者との効果的な多職種カンファレンスを行うモデル事業を全国6地域で実施し、そのプロセスを詳細に記録・分析することで精神障害者の地域生活を効果的に支援するネットワーク構築方法を検討した。

### 2. 事業の概要

#### 1) 委員会の設置・運営

10名の有識者からなる委員会の設置・運営

本事業において実施する「実態調査」「モデル事業」のそれぞれに関するワーキンググループの設置、運営

#### 2) 精神科医療の機能強化に関するアンケート調査

社団法人全国訪問看護事業協会の会員である全国の訪問看護ステーションを対象としたアンケート調査「精神科医療の機能強化に関するアンケート調査」を実施し、精神科訪問看護の実施状況を把握するとともに、精神科訪問看護を実施している事業所における多職種カンファレンス等への参加状況や、多職種カンファレンスを実施している利用者の状況等について調査を行った。

#### 3) 多職種カンファレンスモデル事業

精神科訪問看護を実施する事例について、訪問看護ステーションの訪問看護師、医療機関の主治医や看護師、精神保健福祉士、居宅介護事業所の介護支援専門員や介護職員、その他行政機関等の関係者による効果的な多職種カンファレンスを行うモデル事業「多職種カンファレンスモデル事業」を全国6地域10事例で実施し、そのプロセスを詳細に記録・分析することで精神障害者の地域生活を効果的に支援するネットワークのあり方を検討した。



### 3. 事業の結果

#### 1) 精神科医療の機能強化に関するアンケート調査

平成 21 年 7 月 1 カ月間における訪問看護基本療養費（ ） 同（ ） 又は介護保険により、精神疾患（認知症を除く）が主傷病である利用者への訪問を行った事業所の割合は 47.7%であった。また、訪問看護基本療養費（ ）も含めた実施事業所の割合は 49.4%となり、半数近くの事業所で精神科訪問看護が実施されていることがわかった。これについて、先行研究で得られた訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施割合をみると、平成 18 年度が 35.3%、平成 19 年度が 41.0%、平成 20 年度が 47.7%であり、今回調査の結果により増加幅自体は小さくなったものの、着実に実施割合が増加しているといえる。

ただし、精神科訪問看護を実施していなかった事業所では、そもそも精神科訪問看護の依頼がないことに加え、精神科訪問看護を担当できる看護師のマンパワー自体が不足していた。マンパワー不足については、精神科訪問看護を実施していた事業所であっても同様であるが、さらに、精神科訪問看護の経験豊富なスタッフの確保が困難であることや、地域の社会資源とのネットワークの形成に苦慮しているとの回答が寄せられた。

精神科訪問看護を実施していた訪問看護ステーションの多くは、定期的訪問看護報告書以外の方法を用いて主治医と情報交換を行っており、さらには、訪問介護事業所、地区担当保健師、市区町村の障害者福祉担当部署、ケアマネジャーなどとも日常的に情報交換を行っていた。

また、精神疾患を有する利用者の 2 割弱程度については、多職種カンファレンスが実施されており、訪問看護ステーションをはじめとして、利用者本人やその家族、訪問介護事業所、地区担当保健師、市区町村の障害者福祉担当部署、主治医、ケアマネジャーなど様々な関係者が参加していた。この多職種カンファレンスでは、利用者の病状や日常生活の様子を各関係者が確認しあい、必要なサービスを調整するなどの検討がなされていた。

ただし、多職種カンファレンスは、多くの関係者に参加を呼びかけるものであるため、その実現のための調整は大変困難であり、そもそもコーディネートを行うキーパーソンが不在である場合には、その実施は非常に難しいものであった。

多職種カンファレンスを実施した利用者とは実施しなかった利用者の状態像などを比較すると、まず機能の全体的評価尺度（Global Assessment of Functioning）の平均得点については、多職種カンファレンスを実施した利用者がしなかった利用者比べて若干低くなっていた。さらに、過去 1 年間の精神科入院経験をみると、実施した利用者のうち入院経験のある者の割合は、実施しなかった利用者のそれを大きく上回っていた。また、多職種カンファレンスを実施した利用者の主治医の医療機関からの地理的距離は、実施しなかった利用者よりも若干近くなっていた。

## 2) 多職種カンファレンスモデル事業

本事業でモデル事業として実施した 10 事例の内容をみると、訪問看護ステーション、保健師や障害福祉課等の行政、生活支援センター等が中心的役割を果たしながら、多職種が連携して在宅生活支援を行うモデル、精神科特化型訪問看護ステーション（本調査では、訪問看護ステーションの利用者のうち 9 割以上が精神障害者である場合、当該事業所を「精神科特化型訪問看護ステーション」と呼ぶ）が退院予定患者の情報共有を医療機関側と（退院前から）実施して在宅生活への移行が円滑に行われるよう取り組んでいるモデル、精神科特化型訪問看護ステーションが訪問介護事業所に対してコンサルテーションを行うモデル、病院訪問看護部と精神科特化型訪問介護事業所との連携モデルなど、多様な多職種連携の可能性を示すモデル事業となった。

本モデル事業から得られた多職種連携の効果としては、例えば、関係諸機関が連携や情報交換・共有することで、本人も含めた家族支援につながったことや、多職種連携が緊急時の迅速な対応を可能にするため、本人の症状悪化に対する早期対応・介入が複数関係機関による総合的判断のもとに行われ、在宅生活支援のための各機関の役割分担等の調整が円滑にできたといったことが挙げられる。

また、退院予定の患者について、訪問看護ステーションが入院医療機関はもちろん、退院後に通院を予定している医療機関とも情報共有を進めることにより、退院後の円滑な地域生活移行を可能にした。

しかしながら、カンファレンスの開催をはじめとして、頻繁な情報共有などによる多職種連携を行うために、訪問看護ステーションをはじめとする各関係機関がはらう労力は相当なものであったが、必ずしも経済的対価の伴うものとなっていないのが現状である。精神障害者の円滑な在宅移行を推進する上で、非常に有益であると思われるこれらの活動が無償のボランティアに依存するのではなく、適切な報酬や経済的インセンティブの上に成り立つ安定的な地域システムとして機能することが求められる。



## 第1章

## 事業の概要

---

## 第1章 事業の概要

### 1. 概要

本調査研究事業では、精神障害者の地域生活支援のための訪問看護をさらに推進するため、アンケート調査により、全国の訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施実績等を把握するとともに、精神科訪問看護を実施している事業所における他職種とのカンファレンス等の実施状況を調査した。

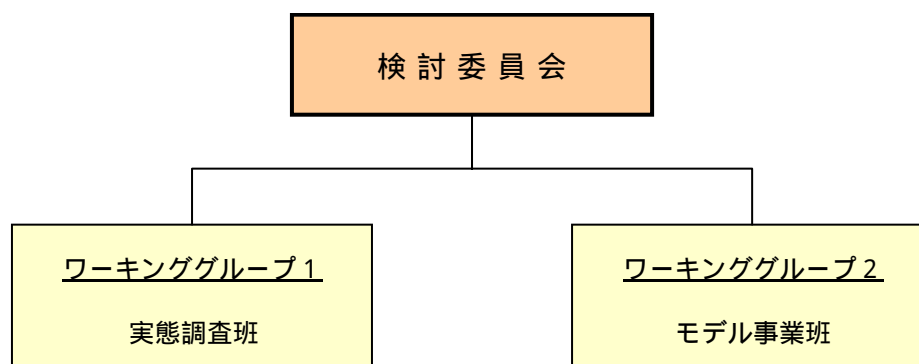
さらに、精神科訪問看護サービスを実施する事例について、訪問看護ステーションの訪問看護師が、医療機関の主治医や看護師、精神保健福祉士、居宅介護事業所の介護支援専門員や介護職員、その他行政機関等の関係者との効果的な多職種カンファレンスを行うモデル事業を全国6地域で実施し、そのプロセスを詳細に記録・分析することで精神障害者の地域生活を効果的に支援するネットワーク構築方法を検討した。

### 2. 事業実施体制

本調査研究事業は、以下の体制で実施した。2つの事業を統括する検討委員会を設置し、その下に各々のワーキンググループを設置して検討を行った。

検討委員会は2回、「実態調査班」は3回、「モデル事業班」は3回開催した。

図表 1-2-1 事業実施体制



## 1) 検討委員会

委員長	萱 間 真 美	聖路加看護大学 精神看護学 教授
委員	上 野 桂 子	社団法人全国訪問看護事業協会 常務理事
	岡 本 呉 賦	医療法人社団正心会 岡本病院 理事長・院長 日本精神科病院協会 看護・コメディカル委員会 委員長
	小 川 忍	社団法人日本看護協会 常任理事
	川 村 佐和子	聖隷クリストファー大学大学院 教授
	寺 田 悦 子	多摩在宅支援センター円 理事長
	仲 野 栄	社団法人日本精神科看護技術協会 専務理事
	羽 藤 邦 利	代々木の森診療所 院長
	三 上 裕 司	社団法人日本医師会 常任理事
	山 田 雅 子	聖路加看護大学 看護実践開発研究センター センター長・教授 (五十音順・敬称略)

## 2) ワーキンググループ

### (1) 実態調査班

委員長	萱 間 真 美	聖路加看護大学 精神看護学 教授
委員	立 森 久 照	国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部 統計解析研究室 室長
	瀬戸屋 希	聖路加看護大学 精神看護学 准教授
	角 田 秋	聖路加看護大学 精神看護学 助教 (順不同・敬称略)

### (2) モデル事業班

委員長	仲 野 栄	社団法人日本精神科看護技術協会 専務理事
委員	篁 宗 一	東京医療保健大学 医療保健学部 看護学科 講師
	上 野 桂 子	社団法人全国訪問看護事業協会 常務理事
	田 中 裕 美	(元)株式会社ぼっけ 訪問看護ステーション不動平 代表取締役兼所長
	遠 藤 紫 乃	特定非営利法人ほっとハート ほっとハートケアサービス 管理者
	吉 田 光 爾	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部 援助技術研究室 室長
	大 熊 恵 子	聖路加看護大学 精神看護学 助教
	船 越 明 子	三重県立看護大学 精神看護学 講師
	土 田 孝 行	北海道訪問看護ステーション連絡協議会 会長 (順不同・敬称略)

3) 研究協力者

岩田 宗久	医療法人交正会 精治療病院 理事長 日本精神科病院協会 看護・コメディカル委員会 委員
佐々木 一	爽風会 佐々木病院 院長 日本精神科病院協会 看護・コメディカル委員会 委員
廣川 聖子	聖路加看護大学大学院 看護学研究科博士後期課程 (五十音順・敬称略)

4) 事務局

社団法人 全国訪問看護事業協会

倉地 沙織  
吉原 由美子

5) 一部業務委託先

みずほ情報総研株式会社

山崎 学  
田中 陽香  
志岐 直美





## 第2章

# 精神科医療の機能強化に関する アンケート調査

---

## 第2章 精神科医療の機能強化に関するアンケート調査

### 1. 調査の概要

#### 1) 調査の目的

本事業は、平成 21 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業（主任研究者 萱間真美 聖路加看護大学教授）」の一部として実施した。

具体的には、全国の訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施実績等を把握するとともに、精神科訪問看護を実施している事業所における他職種とのカンファレンス等の実施状況を調査した。

#### 2) 調査対象・方法

##### (1) 一次調査

調査対象：社団法人全国訪問看護事業協会の会員である全ての訪問看護ステーション 3,380 事業所を対象とした。

調査方法：FAX 発送・FAX 回収（自記式アンケート）

実施期間：平成 21 年 9 月 16 日（水）～ 9 月 30 日（水）

##### (2) 二次調査

調査対象：一次調査の回答事業所のうち、平成 21 年 7 月 1 カ月間に精神科訪問看護の利用者がいたと回答した 700 事業所を対象とした。

実施期間：平成 21 年 10 月 8 日（木）～ 10 月 26 日（月）

##### 3) 回収状況

種 類		発送数	回収数	回収率
一 次 調 査		3,380 件	1,479 件	43.8%
二次調査	事業所票	700 件	364 件	52.0%
	個 票		563 件	

## 2. 一次調査の結果

### 1) 回答事業所の概況

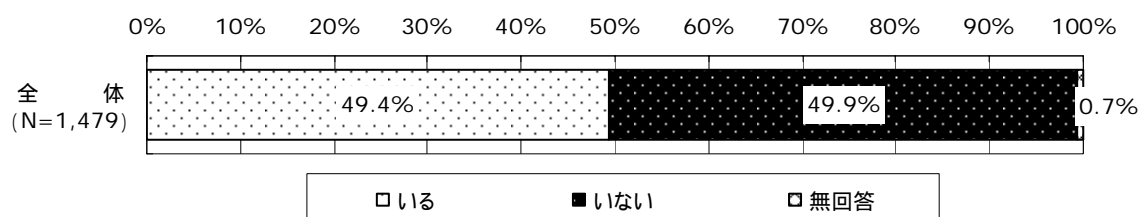
#### (1) 精神疾患が主傷病である利用者の状況

平成21年7月における、訪問看護基本療養費( )～( )又は介護保険で、精神疾患(認知症を除く)が主傷病である利用者の有無についてみると、49.4%が「いる」との回答であった<sup>注1</sup>。利用者数は1事業所当たり平均11.6±30.5人(N=666)であった。

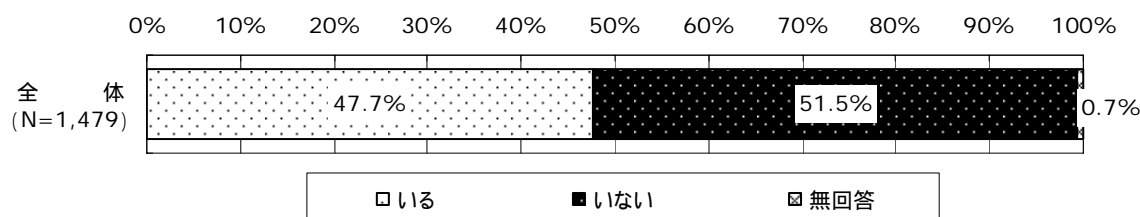
同期間における訪問看護基本療養費( )、訪問看護基本療養費( )又は介護保険で、精神疾患(認知症を除く)が主傷病である利用者の有無についてみると、47.7%が「いる」との回答であった。また、利用者数は1事業所当たり平均11.3±30.5人(N=643)であった。

同期間における訪問看護基本療養費( )を算定した利用者の有無についてみると、4.2%が「いる」との回答であった。また、利用者数は1事業所当たり平均10.5±19.3人(N=51)であった。

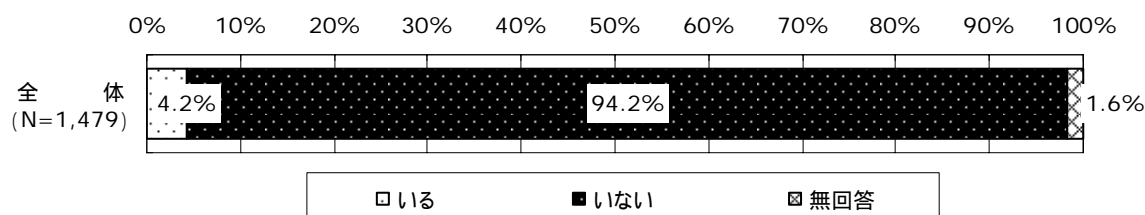
図表 2-2-1 訪問看護基本療養費( )～( )又は介護保険で、精神疾患(認知症を除く)が主傷病である利用者の有無 [平成21年7月]



図表 2-2-2 訪問看護基本療養費( )、訪問看護基本療養費( )、又は介護保険で、精神疾患(認知症を除く)が主傷病である利用者の有無 [平成21年7月]



図表 2-2-3 訪問看護基本療養費( )を算定した利用者の有無 [平成21年7月]



<sup>注1</sup> 回収時期等の制約もあったため、この730事業所のうち700事業所を二次調査の対象とした。

(2) 訪問看護の実施状況

また、平成 21 年 7 月 1 カ月間における 1 事業所当たり訪問看護対象者数や延べ訪問回数について見たものが図表 2-2-4～2-2-6 である。

図表 2-2-4 1 事業所当たりの訪問看護の実施状況 [平成 21 年 7 月]  
【全 体】

	人数・回数	割 合
全ての訪問看護対象者数	68.9 人	100.0%
（うち）精神科訪問看護対象者数	5.2 人	7.5%
全ての延べ訪問回数	415.8 回	100.0%
（うち）精神科訪問看護の延べ訪問回数	18.0 回	4.3%
（うち）精神の複数名訪問の延べ訪問回数	2.8 回	0.7%

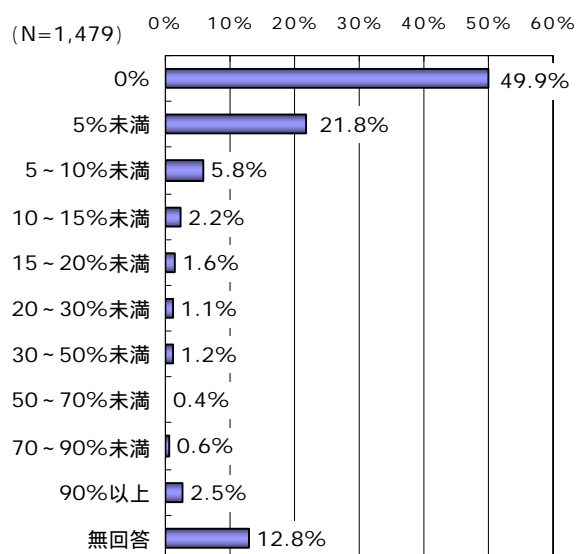
注．有効回答のあった 1,246 事業所での集計

図表 2-2-5 1 事業所当たりの訪問看護の実施状況 [平成 21 年 7 月]  
【精神科訪問看護の実施事業所】

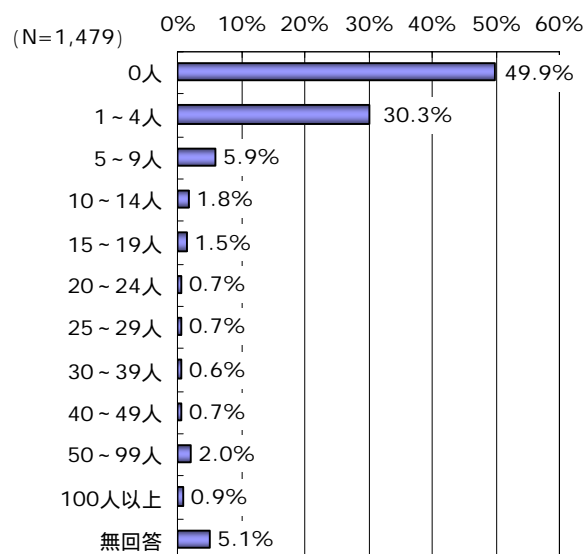
	人数・回数	割 合
全ての訪問看護対象者数	78.1 人	100.0%
（うち）精神科訪問看護対象者数	11.7 人	15.0%
全ての延べ訪問回数	470.1 回	100.0%
（うち）精神科訪問看護の延べ訪問回数	40.6 回	8.6%
（うち）精神の複数名訪問の延べ訪問回数	6.3 回	1.3%

注．有効回答のあった 551 事業所での集計

図表 2-2-6 精神科訪問看護の実施割合の分布



図表 2-2-7 精神科訪問看護の実施者数の分布



また、平成 21 年 5 月～7 月の 3 カ月間における 1 事業所当たり緊急訪問の延べ訪問回数について見たものが図表 2-2-7 である。

図表 2-2-8 1 事業所当たりの緊急訪問の実施状況 [平成 21 年 5～7 月]

	回 数	割 合
緊急訪問の延べ訪問回数	14.7 回	100.0%
(うち)精神の緊急訪問の延べ訪問回数	0.2 回	1.5%

注：有効回答のあった 1,303 事業所での集計

### (3) 職員の状況

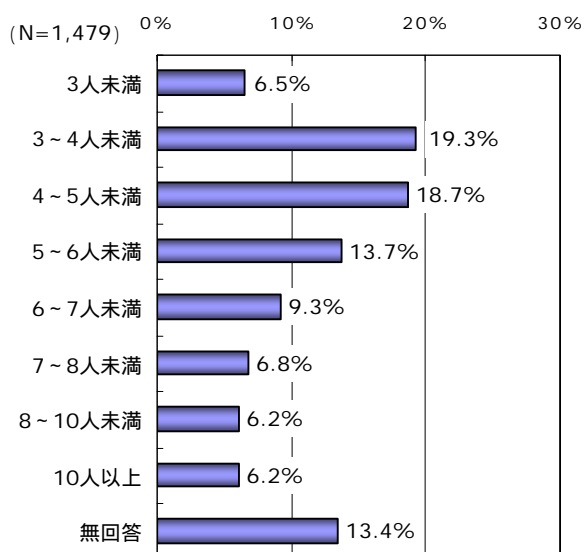
1 事業所当たりの看護職員数についてみると、全体では常勤 3.8±2.0 人、非常勤(常勤換算人数) 1.7±1.9 人の計 5.5±2.8 人 (N=1,281) であった。また、精神科訪問看護の実施事業所のみでみると、常勤 3.9±2.2 人、非常勤 2.0±2.1 人の計 5.9±3.0 人 (N=636) であった。

なお、図表 2-2-10 をみると、職員規模の大きい事業所において精神科訪問看護の実施率が高くなっていることがわかる。

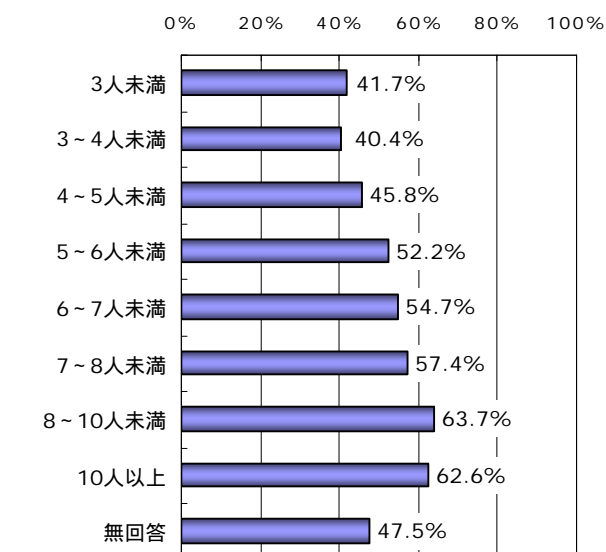
図表 2-2-9 1 事業所当たり看護職員数

	事業所数	常 勤	非 常 勤	
			実 人 数	常勤換算
全 体	1,281 件	3.8 人	3.1 人	1.7 人
実施事業所	636 件	3.9 人	3.6 人	2.0 人

図表 2-2-10 1 事業所当たり看護職員数の分布



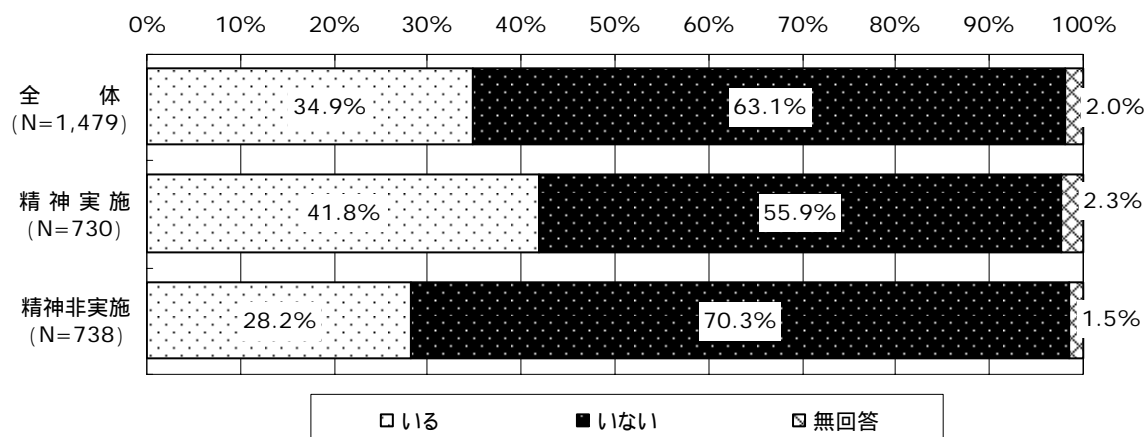
図表 2-2-11 1 事業所当たり看護職員数別にみた精神科訪問看護の実施率



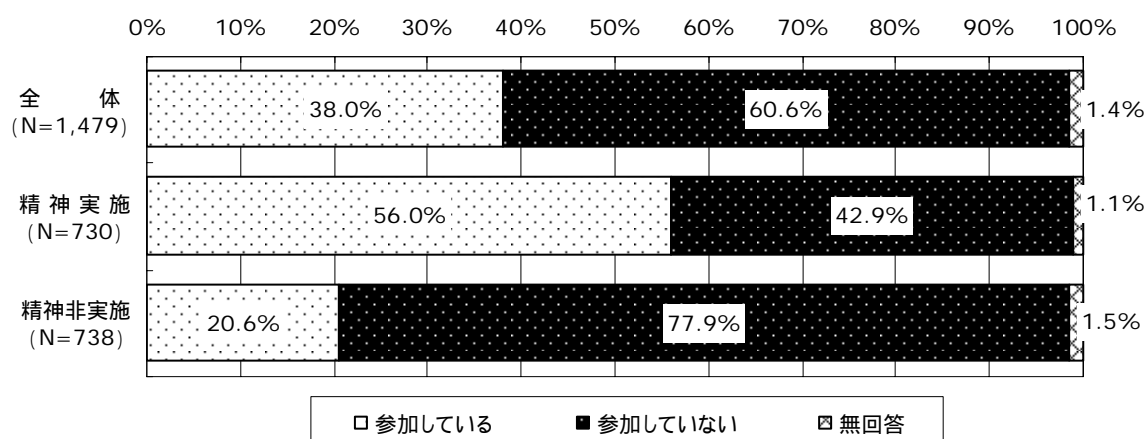
精神科（精神科病院、一般病院の精神科病床等）での看護経験のある職員の有無についてみると、全体では「いる」との回答が34.9%であった。精神科訪問看護の実施事業所では41.8%である一方、非実施事業所では28.2%であった。また、1事業所当たりの精神科看護経験のある職員数は全体で1.7±1.4人（N=511）、実施事業所で1.9±1.7人（N=304）であった。

さらに過去1年間における精神科訪問看護に関する教育・研修への参加者の有無についてみると、全体では「いる」との回答は38.0%であった。精神科訪問看護の実施事業所では56.0%である一方で、非実施事業所では20.6%であった。また、1事業所当たりの参加者数は全体で0.8±1.7人（N=1,294）、実施事業所で1.4±2.1人（N=711）であった。

図表 2-2-12 精神科（精神科病院、一般病院の精神科病床等）での看護経験のある職員の有無



図表 2-2-13 過去1年間における精神科訪問看護に関する教育・研修への参加者の有無



#### (4) 精神科訪問看護を行う上で困難なこと

精神科訪問看護を行う上で困難なこととしては、「精神科訪問看護の経験豊富なスタッフが少ない」59.4%が最も多く、次いで「地域の社会資源（精神障害者社会復帰施設等）とのネットワークが少ない」33.2%、「アドバイスがタイムリーに受けられない」27.5%などとなっていた。また、「その他」としては、「電話などが多く対応が大変」や「複数で関わりたいが人数が確保できない」、「精神科看護中心の研修が少ない」、「精神面で不安定な時の緊急対応が担当者の負担になる」、「スタッフへの精神的ストレスが高い」、「終わりが見えないことでの関り方の難しさ」、「スタッフの安全が確保されない」などといった意見がみられた。

また、精神科訪問看護の実施事業所についてみると、「精神科訪問看護の経験豊富なスタッフが少ない」61.6%が最も多く、次いで「地域の社会資源（精神障害者社会復帰施設等）とのネットワークが少ない」42.2%、「キャンセルや拒否等がある」36.4%などとなっていた。

図表 2-2-14 精神科訪問看護を行う上で困難なこと [ M A ]  
【全 体】

	事業所数	割 合
精神科看護の経験豊富なスタッフが少ない	879 件	59.4%
地域の社会資源（精神障害者社会復帰施設等）とのネットワークが少ない	491 件	33.2%
アドバイスがタイムリーに受けられない	406 件	27.5%
病状悪化時の受け入れ先が確保できない	382 件	25.8%
キャンセルや拒否等がある	369 件	24.9%
主治医との連携がうまくできない	329 件	22.2%
その他	152 件	10.3%
精神科訪問看護を実施したことがないので分からない	505 件	34.1%
総 数	1,479 件	

図表 2-2-15 精神科訪問看護を行う上で困難なこと [ M A ]  
【精神科訪問看護の実施事業所】

	事業所数	割 合
精神科看護の経験豊富なスタッフが少ない	450 件	61.6%
地域の社会資源（精神障害者社会復帰施設等）とのネットワークが少ない	308 件	42.2%
キャンセルや拒否等がある	266 件	36.4%
アドバイスがタイムリーに受けられない	251 件	34.4%
病状悪化時の受け入れ先が確保できない	215 件	29.5%
主治医との連携がうまくできない	202 件	27.7%
その他	102 件	14.0%
総 数	730 件	

さらに、精神科訪問看護の実施のために希望する報酬・制度については、「精神の利用者および家族からの電話相談に対する報酬」59.8%が最も多かった。なお、「その他」としては、「長時間滞在や外出支援に対する報酬」、「特別指示書がなくても週3回以上訪問できること」、「日に2回以上の訪問に対する報酬」、「退院時共同指導加算を同一法人でも算定可能にする」、「訪問時または訪問前のキャンセル・不在に対する報酬」、「SSTや心理教育実施時の報酬」、「精神保健福祉士による訪問への報酬」などの意見がみられた。

また、精神科訪問看護の実施事業所についてみても、「精神の利用者および家族からの電話相談に対する報酬」67.8%で最も多く、次いで「ケースに関する多職種カンファレンスの実施に対する報酬」59.0%となっていた。

図表 2-2-16 精神科訪問看護の実施のために希望する報酬・制度 [ M A ]  
【全 体】

	事業所数	割 合
精神の利用者および家族からの電話相談に対する報酬	884 件	59.8%
2人以上の職員による訪問に対する報酬	823 件	55.6%
ケースに関する多職種カンファレンスの実施に対する報酬	739 件	50.0%
その他	122 件	8.2%
総 数	1,479 件	

図表 2-2-17 精神科訪問看護の実施のために希望する報酬・制度 [ M A ]  
【精神科訪問看護の実施事業所】

	事業所数	割 合
精神の利用者および家族からの電話相談に対する報酬	495 件	67.8%
ケースに関する多職種カンファレンスの実施に対する報酬	431 件	59.0%
2人以上の職員による訪問に対する報酬	387 件	53.0%
その他	65 件	8.9%
総 数	730 件	



## 2) 精神科訪問看護を実施しない理由

以下は、平成 21 年 7 月に訪問看護基本療養費（ ） 訪問看護基本療養費（ ） 又は介護保険で精神疾患（認知症を除く）が主傷病である利用者、及び訪問看護基本療養費（ ）を算定した利用者が「いない」と回答した 738 事業所についての集計結果である。

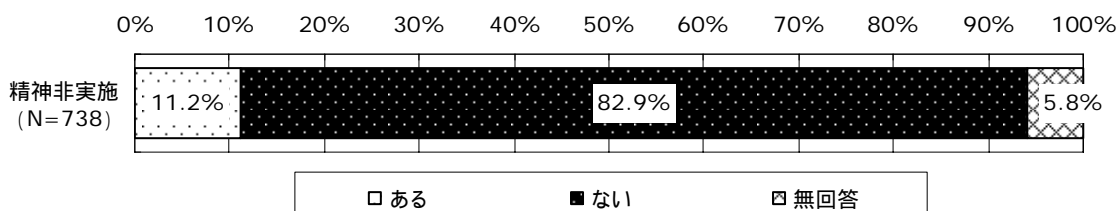
精神科訪問看護を実施していない理由としては、「精神科訪問看護の依頼がないため」67.6%が最も多く、次いで「精神科訪問看護の経験がある職員がいないため」43.0%などとなっていた。なお、「その他」としては、「精神科訪問看護を実施できる体制がない」や「地域内で精神科訪問看護を実施している医療機関や訪問看護ステーションが別にあるため」などといった意見がみられた。

図表 2-2-18 精神科訪問看護を実施していない理由 [ MA ]

	事業所数	割合
精神科訪問看護の依頼がないため	498 件	67.5%
精神科訪問看護の経験がある職員がいないため	317 件	43.0%
精神科訪問看護を担当できる職員がいないため	229 件	31.0%
スタッフが不足しているため（上記項目以外）	163 件	22.1%
精神科訪問看護にスタッフが抵抗感を持っているため	72 件	9.8%
その他	64 件	8.7%
総 数	738 件	

過去 1 年間における精神疾患（認知症を除く）が主傷病の利用者への訪問の有無をみると、「ない」との回答が 82.9%であった。一方で、「ある」との回答も 83 件( 11.2% ) があるため、平成 21 年 7 月時点で精神疾患（認知症を除く）が主傷病の利用者が「いる」との回答した事業所 730 件 [ 図表 2-2-1 参照 ] と合わせた 813 件（全 1,479 件中 56.9%）が精神科訪問看護の実施経験がある事業所といえる。

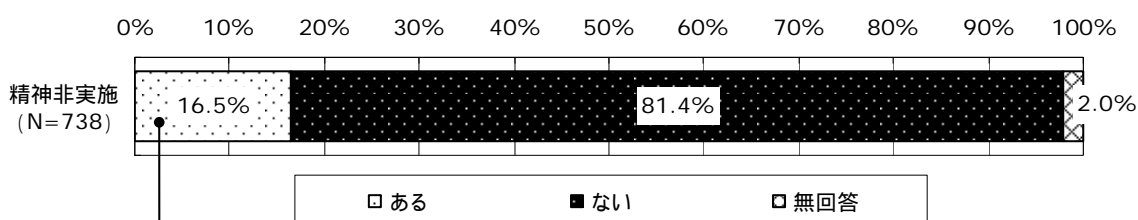
図表 2-2-19 過去 1 年間の精神疾患（認知症を除く）が主傷病の利用者への訪問の有無



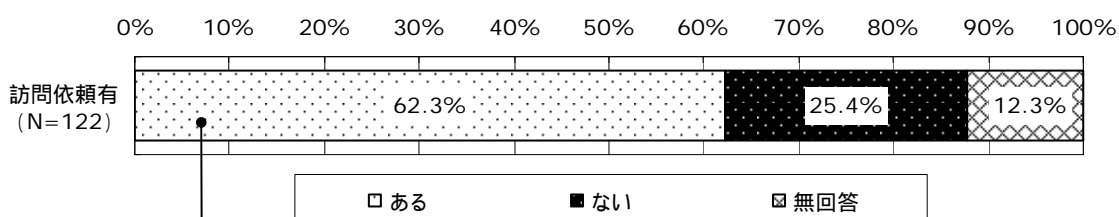
また、同期間における精神科訪問看護の訪問依頼の有無については、「ない」が81.4%であった。

一方、精神科訪問看護の訪問依頼が「ある」と回答した16.5%の事業所のうち、その依頼を断ったことがある事業所は62.3%であった。なお、断った件数は1事業所当たり平均1.4回であり、断った理由としては「精神科訪問看護を担当するスタッフが不足していたため」51.3%が最も多く、次いで「訪問看護の依頼者の希望に沿えないため」32.9%であった。

図表 2-2-20 過去1年間の精神疾患（認知症を除く）が主傷病の利用者への訪問依頼の有無



図表 2-2-21 過去1年間の精神疾患（認知症を除く）が主傷病の利用者への訪問依頼を断った経験の有無



図表 2-2-22 断った理由 [ MA ]

	事業所数	割合
精神科訪問看護を担当するスタッフが不足していたため	39件	51.3%
訪問看護の依頼者の希望に沿えないため	25件	32.9%
依頼者の所在地が訪問エリア外だったため	20件	26.3%
その他	26件	34.2%
総 数	76件	

### 3. 二次調査の結果

#### 1) 回答事業所の概況

##### (1) 設置主体・併設医療機関の状況

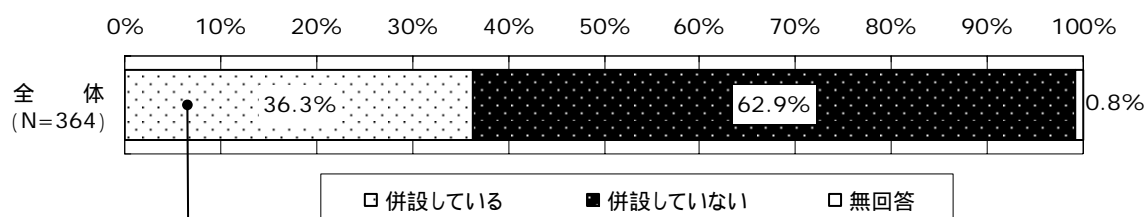
一次調査への回答において、平成 21 年 7 月 1 カ月間に精神科訪問看護を実施していた訪問看護ステーション 700 事業所を対象にした二次調査に対する回答があった 364 事業所の設置主体（平成 21 年 8 月 1 日現在）をみると、「医療法人」34.1%が最も多く、次いで「営利法人（株式・合名・合資・有限会社）」13.2%、「医師会」11.5%などとなっていた。

また、回答事業所の 36.3%が医療機関に併設しており、そのうち併設医療機関の標榜診療科目をみると、精神科を標榜している診療所が 31.8%であった。

図表 2-3-1 設置主体の状況

	事業所数	割合
医療法人	124 件	34.1%
営利法人（株式・合名・合資・有限会社）	48 件	13.2%
医師会	42 件	11.5%
社団・財団法人（医師会・看護協会以外）	42 件	11.5%
社会福祉法人（社会福祉協議会を含む）	38 件	10.4%
看護協会	28 件	7.7%
都道府県・市区町村・広域連合・一部事務組合	14 件	3.8%
消費生活協同組合及び連合会	11 件	3.0%
特定非営利活動法人（NPO）	5 件	1.4%
農業協同組合及び連合会	4 件	1.1%
日本赤十字社・社会保険関係団体	2 件	0.5%
その他の法人	4 件	1.1%
無回答	2 件	0.5%
合 計	364 件	100.0%

図表 2-3-2 医療機関との併設状況



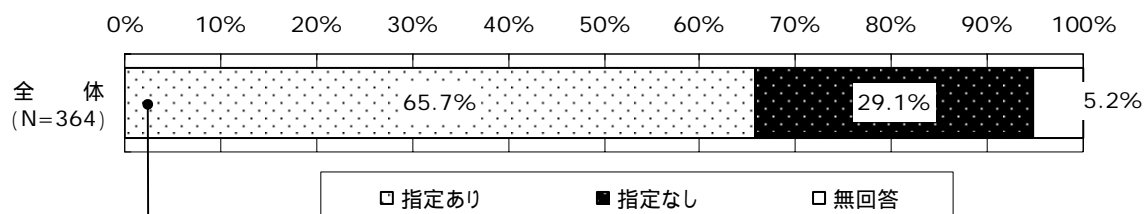
図表 2-3-3 併設医療機関の診療科目

	事業所数	割合
精神科が主	21 件	15.9%
精神科あり	21 件	15.9%
精神科なし	86 件	65.2%
無 回 答	4 件	3.0%
合 計	132 件	100.0%

(2) 指定自立支援医療機関の指定の状況

指定自立支援医療機関（訪問看護事業者等）の指定状況（平成21年8月1日現在）をみると、「指定あり」が65.7%であった。指定の内訳は「精神通院医療」82.4%、「更生医療」33.9%、「育成医療」29.3%となっていた。

図表 2-3-4 指定自立支援医療機関の指定の状況



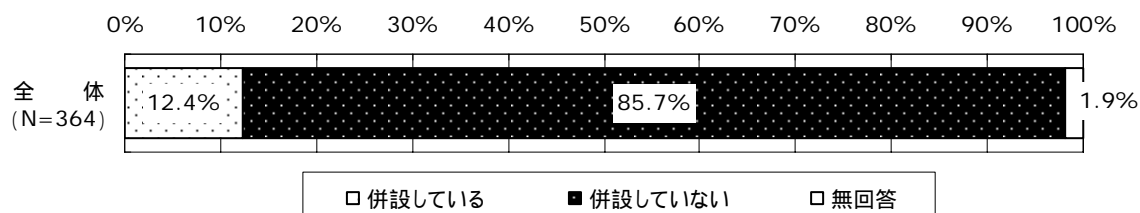
図表 2-3-5 指定自立支援医療機関の指定状況【MA】

	事業所数	割合
精神通院医療	197件	82.4%
更生医療	81件	33.9%
育成医療	70件	29.3%
無回答	23件	9.6%
総数	239件	

(3) 精神障害者居宅介護等支援事業を実施している訪問介護事業所の併設状況

精神障害者居宅介護等支援事業（ホームヘルプサービス）を実施している訪問介護事業所の併設状況（平成21年8月1日現在）をみると、「併設している」との回答が12.4%であった。

図表 2-3-6 精神障害者居宅介護等支援事業を実施している訪問介護事業所の併設



(4) 1事業所当たり職員数の状況

常勤換算職員数（平成 21 年 8 月 1 日現在）についてみると、1事業所当たり平均 7.68 ± 4.31 人（看護職員 6.04 ± 2.97 人、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 0.89 ± 1.76 人、その他の職員 0.72 ± 1.11 人）であった。

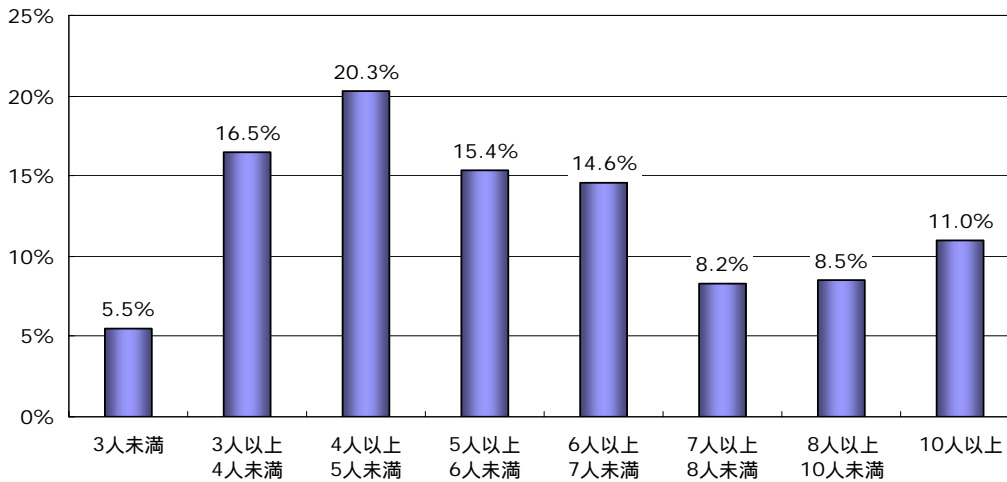
また、精神科訪問看護を担当した職員数は1事業所当たり平均 1.93 ± 2.78 人であり、そのうち精神科看護経験のある職員は平均 0.39 ± 1.38 人であった。

図表 2-3-7 1事業所当たり常勤換算職員数

	職員数	割合
看護職員	6.04 人	78.7%
（うち）精神科訪問看護の担当職員	1.93 人	0.2%
（うち）精神科看護経験のある職員	0.39 人	25.1%
（うち）PSW 資格保有者	0.02 人	5.1%
PT・OT・ST	0.89 人	11.6%
その他の職員	0.72 人	9.4%
合計	7.68 人	100.0%

図表 2-3-8 看護職員数規模別にみた事業所数の構成

(N=364)



2) 精神科訪問看護の実施状況

以下は、主傷病別利用者数等の利用者数内訳の全項目に有効回答のあった210事業所での集計結果である。

平成21年7月1カ月間における精神科訪問看護の利用者数、その紹介元や主傷病などをみると、まず、精神科訪問看護の利用者数(実人数)は、1事業所当たり平均9.7±23.8人(全体としての平均71.3±47.4人の13.7%)であった。

精神科訪問看護の利用者の紹介元をみると「入院していた病院の主治医」37.4%が最も多く、次いで「通院していた診療所の主治医」14.1%、「保健所・精神保健福祉センター等の行政担当部署」14.0%などであった。

次に利用者の主傷病をみると「統合失調症」64.3%が最も多く、次いで「気分障害(うつ病、躁うつ病)」18.4%、「神経症性障害およびパーソナリティ障害」5.7%などであった。

なお、医療観察法対象者は平均0.2±0.8人であった(210事業所中18事業所で実施)。

図表 2-3-9 1事業所当たり精神科訪問看護の実施利用者数

		人 数	割 合	
訪問看護の利用者数		71.3人	100.0%	
(うち)精神科訪問看護の利用者数		9.7人	13.7%	100.0%
(うち)複数名訪問した利用者数		0.4人	0.6%	4.2%
(うち)医療観察法対象者である利用者数		0.2人	0.2%	1.6%
(うち)複数名訪問した利用者数		0.0人	0.0%	0.2%
紹介元の施設等	入院していた病院の主治医	3.6人		37.4%
	入院していた診療所の主治医	0.1人		0.6%
	通院していた病院の主治医	1.3人		13.3%
	通院していた診療所の主治医	1.4人		14.1%
	他の訪問看護ステーション	0.2人		2.0%
	保健所・精神保健福祉センター等の行政担当部署	1.4人		14.0%
	患者の家族・親族	0.3人		2.8%
	その他	1.6人		15.9%
主傷病	統合失調症	6.3人		64.3%
	気分障害(うつ病、躁うつ病)	1.8人		18.4%
	発達障害	0.2人		1.9%
	神経症性障害およびパーソナリティ障害	0.6人		5.7%
	依存症	0.2人		2.1%
	その他(てんかん等)	0.7人		7.7%

注：有効回答のあった210事業所での集計

平成 21 年 7 月 1 カ月間の延べ訪問回数をみると、全体としては 1 事業所当たり平均 414.9±278.8 回で、そのうち精神科訪問看護は平均 43.1±98.4 回（10.4%）であった。また、精神科訪問看護のうち、複数名での延べ訪問回数は平均 1.2±5.7 回（精神科訪問看護の延べ訪問回数の 2.7%）であり、また、医療観察法対象者への延べ訪問回数は平均 0.6±2.9 回（同 1.3%）であった。

図表 2-3-10 1 事業所当たり精神科訪問看護の延べ訪問回数

	回 数	割 合	
訪問看護の延べ訪問回数	414.9 回	100.0%	
（うち）精神科訪問看護の延べ訪問回数	43.1 回	10.4%	100.0%
（うち）複数名訪問した延べ訪問回数	1.2 回	0.3%	2.7%
（うち）医療観察法対象者への延べ訪問回数	0.6 回	0.1%	1.3%

注：有効回答のあった 210 事業所での集計

また、平成 21 年 7 月 1 カ月間の訪問のキャンセルの状況についてみると、事前連絡によるキャンセルを 1 回以上した利用者は 1 事業所当たり平均 3.0±4.9 人で、そのうち精神科訪問看護の利用者は平均 0.5±1.4 人（18.0%）であった。さらに、看護師が利用者宅まで訪問したにもかかわらず、居宅内へ入ることを拒否した利用者は 1 事業所当たり平均 0.3±1.0 人、そのうち精神科訪問看護の利用者は平均 0.2±0.8 人（66.0%）であった。

図表 2-3-11 1 事業所当たりの訪問をキャンセルした利用者数

	人 数	割 合
訪問の事前にキャンセルの連絡があった利用者	3.0 人	100.0%
（うち）精神科訪問看護の利用者	0.5 人	18.0%
利用者宅前まで訪問後、居宅内へ入ることを拒否した利用者	0.3 人	100.0%
（うち）精神科訪問看護の利用者	0.2 人	66.0%

なお、平成 20 年 4 月から平成 21 年 3 月までの 1 年間における精神科訪問看護の新規登録者数は、1 事業所当たり平均 2.9 人であった。

### 3) 利用者の状況

平成 21 年 7 月 1 カ月間に回答事業所が精神科訪問看護を実施した利用者（1 事業所当たり最大 3 名、原則として統合失調症を主傷病とする者に限定したが、医療観察法対象者についてはその限りではない）563 名の属性についてみる。

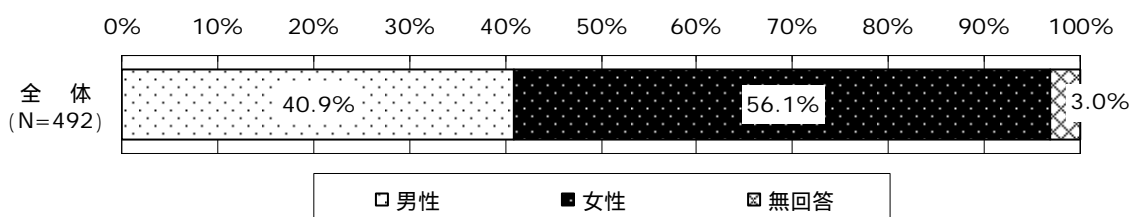
なお、医療観察法対象者についてはケア会議（関係者による多職種カンファレンス）の実施が義務付けられるなど、その他の利用者と関係者間の情報共有のあり方が異なるため、本項以降では、医療観察法対象者以外の利用者 492 名、医療観察法対象者である利用者 71 名に区分して分析結果を示す。

#### (1) 医療観察法対象者以外の利用者の属性

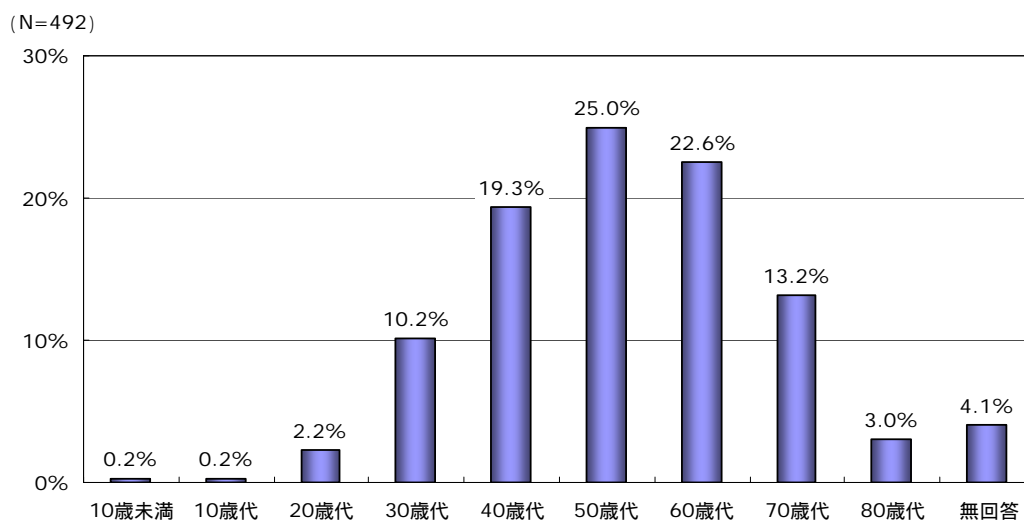
##### 性別・年齢

性別は「男性」40.9%、「女性」56.1%であった。また、年齢は「50 歳代」25.0%が最も多く、次いで「60 歳代」22.6%、「40 歳代」19.3%などとなっていた。

図表 2-3-12 性別



図表 2-3-13 年齢



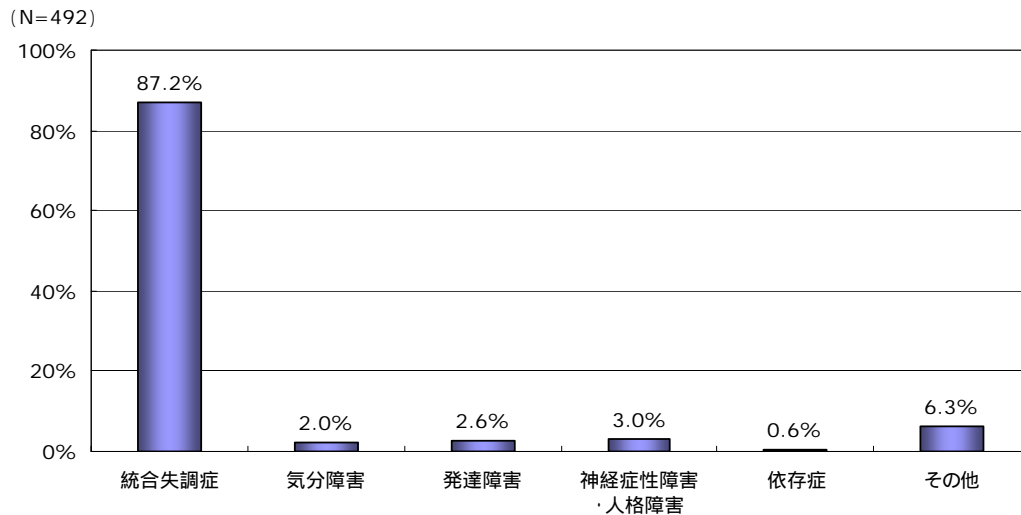


## 精神疾患の状況

### 診断名

診断名（副たる診断名を含む）についてみると、「統合失調症」87.2%が最も多く、次いで「神経症性障害・人格障害」3.0%、「発達障害」2.6%などとなっていた。

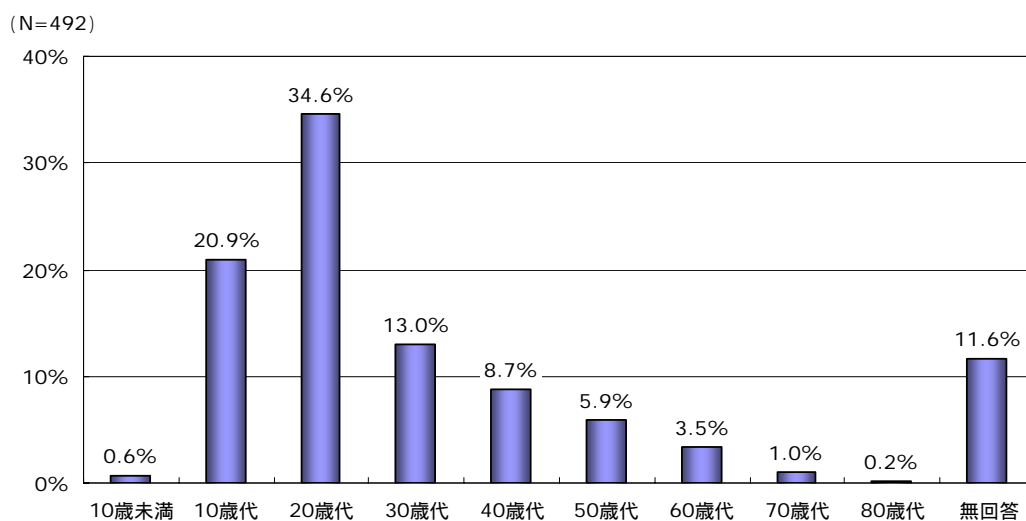
図表 2-3-14 診断名【MA】



### 主たる精神疾患の発症年齢

主たる精神疾患の発症年齢をみると「20歳代」34.6%が最も多く、次いで「10歳代」20.9%、「30歳代」13.0%などとなっていた。

図表 2-3-15 主たる精神疾患の発症年齢

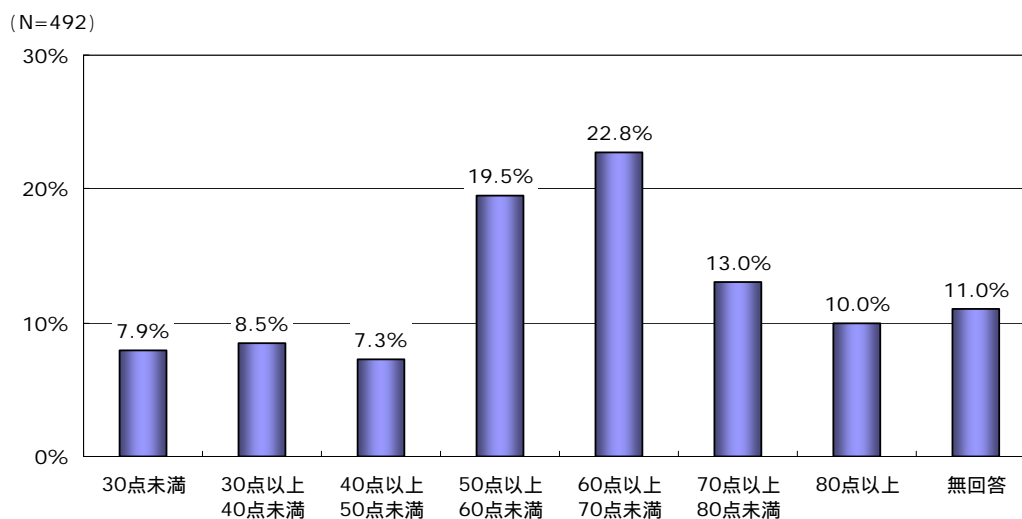


症状の程度・状態像

機能の全体的評価尺度（Global Assessment of Functioning）

機能の全体的評価尺度（Global Assessment of Functioning）の平均得点は  $56.4 \pm 18.3$  点であった。「60点以上70点未満」22.8%が最も多く、次いで「50点以上60点未満」19.5%、「70点以上80点未満」13.0%などとなっていた。

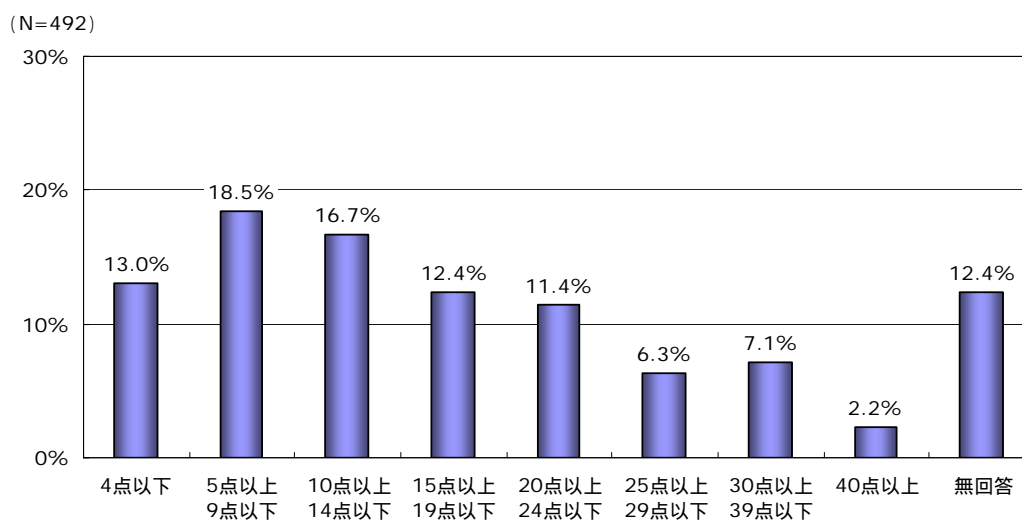
図表 2-3-16 機能の全体的評価尺度（Global Assessment of Functioning）



社会行動評価尺度（Social Behaviour Schedule：SBS）

社会行動評価尺度（Social Behaviour Schedule：SBS）の21項目（合計0～78点）の合計得点は平均  $15.0 \pm 10.4$  点であった。「5点以上9点以下」18.5%が最も多く、次いで「10点以上14点以下」16.7%などとなっていた。

図表 2-3-17 社会行動評価尺度（Social Behaviour Schedule：SBS）

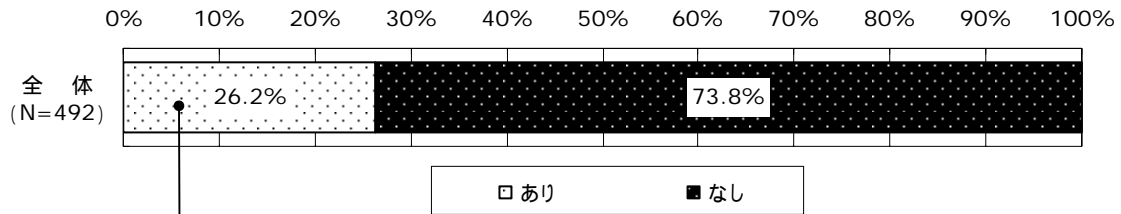


## 合併症の状況

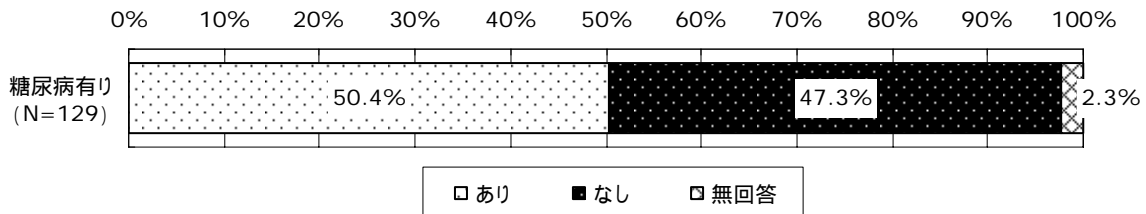
### 糖尿病

糖尿病の合併の有無をみると「あり」が26.2%であった。また、糖尿病を合併している者の50.4%が服薬又はインスリン注射を行っていた。

図表 2-3-18 糖尿病の合併の有無



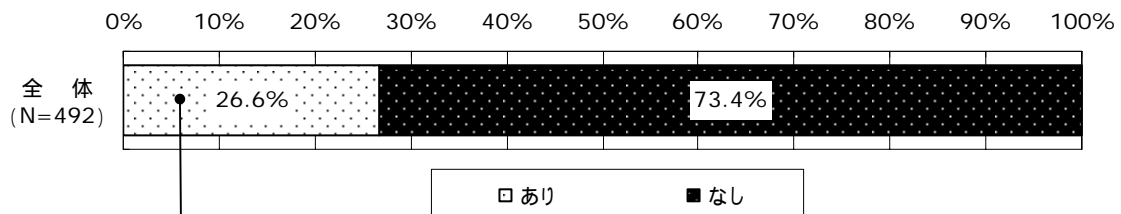
図表 2-3-19 服薬又はインスリン注射の有無



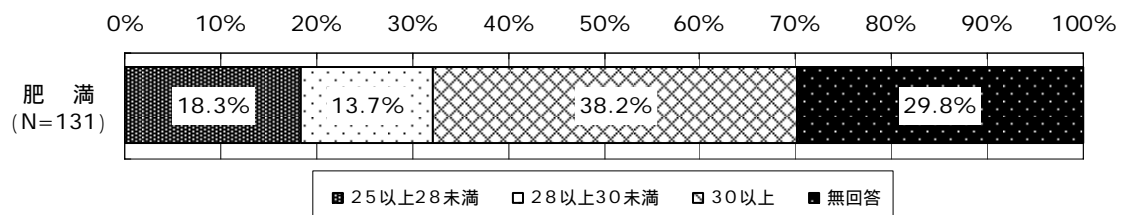
### 肥満

肥満について「あり」が26.6%であった。肥満の者のBMIは平均  $31.4 \pm 5.2$  であった。

図表 2-3-20 肥満の有無



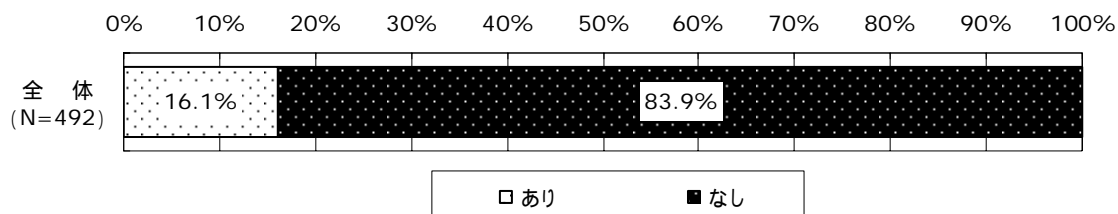
図表 2-3-21 BMIの状況



### その他の合併症

その他の合併症について「あり」が16.1%であった。比較的多くみられた疾病としては、「高血圧症」や「高脂血症」、「てんかん」、「変形性膝関節症」などであった。

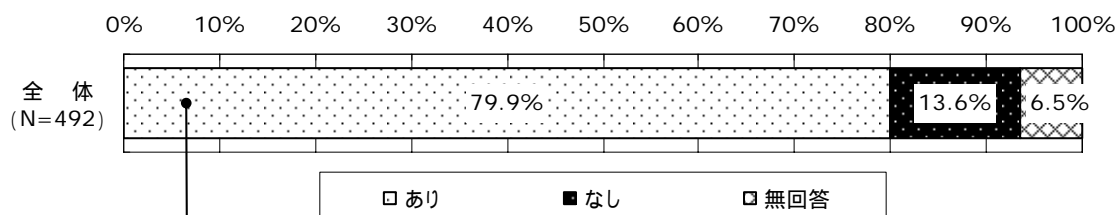
図表 2-3-22 その他の合併症の有無



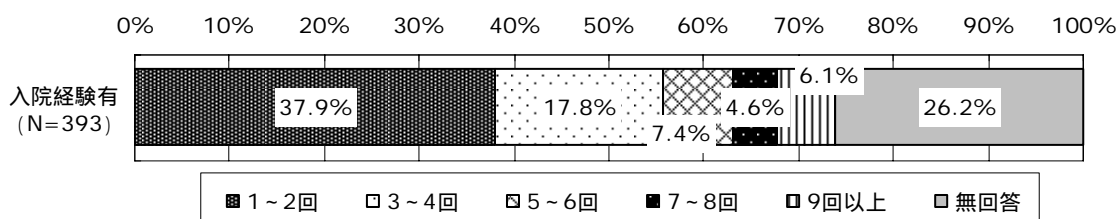
### 精神科入院の状況

過去の精神科入院経験について「あり」が79.9%で、平均入院回数は3.8±4.7回であった。また、過去1年間の精神科入院経験については「あり」が27.6%で、平均入院回数は1.2±0.6回であった。

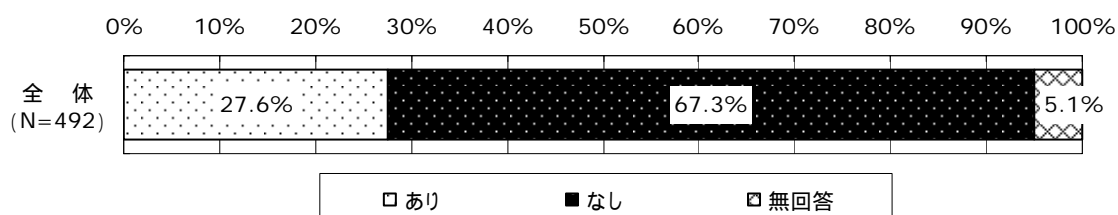
図表 2-3-23 過去の精神科入院経験



図表 2-3-24 過去の入院回数

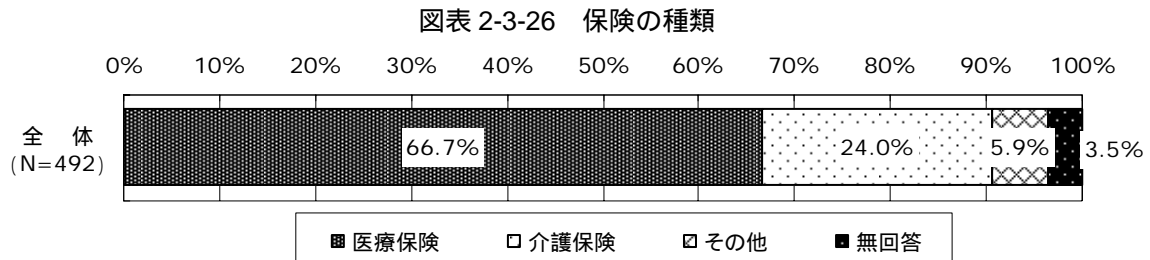


図表 2-3-25 過去1年間の精神科入院経験



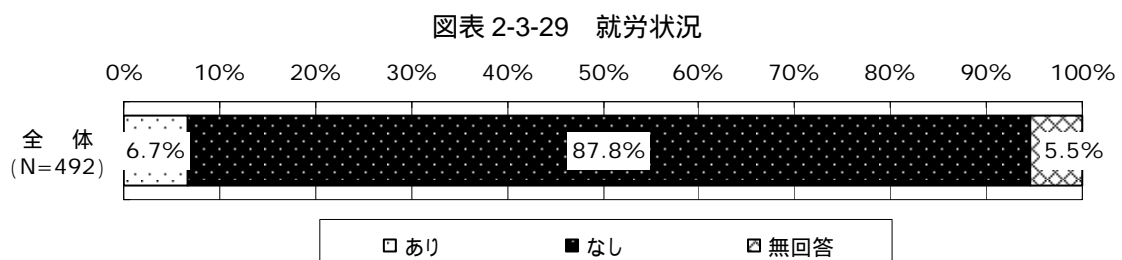
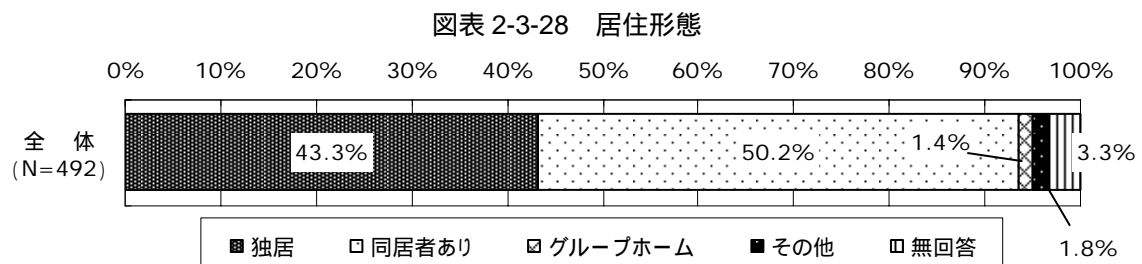
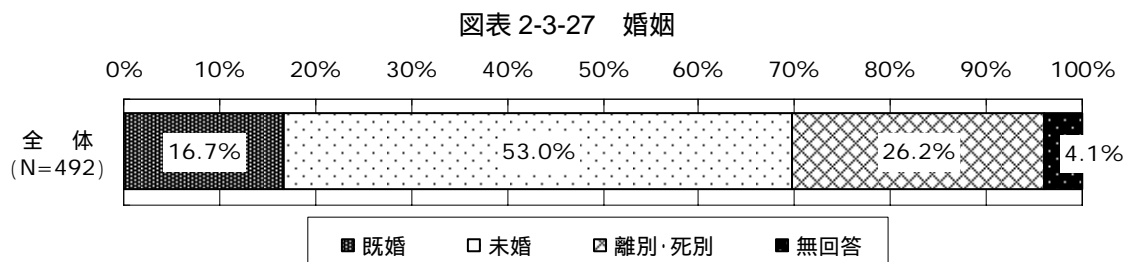
## 保険の種類・自立支援医療の利用の有無

保険の種類としては「医療保険」が66.7%であった。また、自立支援医療については62.2%が利用していた。



## 婚姻・居住・就労の状況

婚姻状況を見ると「未婚」53.0%、「離別・死別」26.2%などであった。また、居住形態は「同居者あり」50.2%、「独居」43.3%などであった。さらに、就労の状況としては「(就労)あり」が6.7%であった。

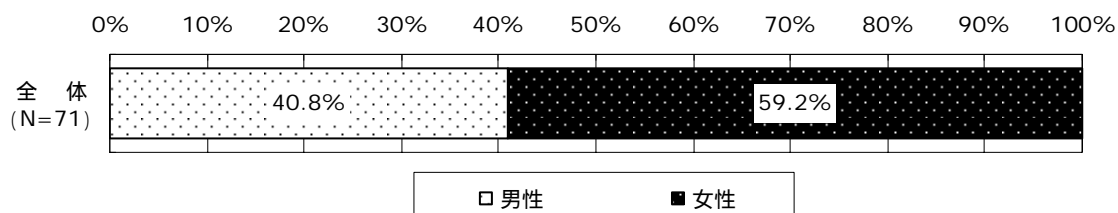


(2) 医療観察法対象者である利用者の属性

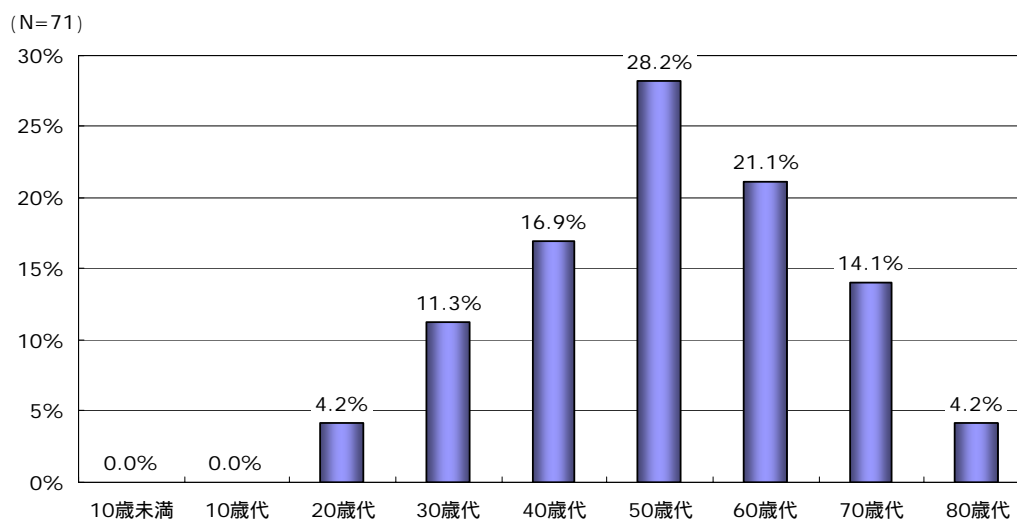
性別・年齢

性別は「男性」40.8%、「女性」59.2%であった。また、年齢は「50歳代」28.2%が最も多く、次いで「60歳代」21.1%、「40歳代」16.9%などとなっていた。

図表 2-3-30 性別



図表 2-3-31 年齢

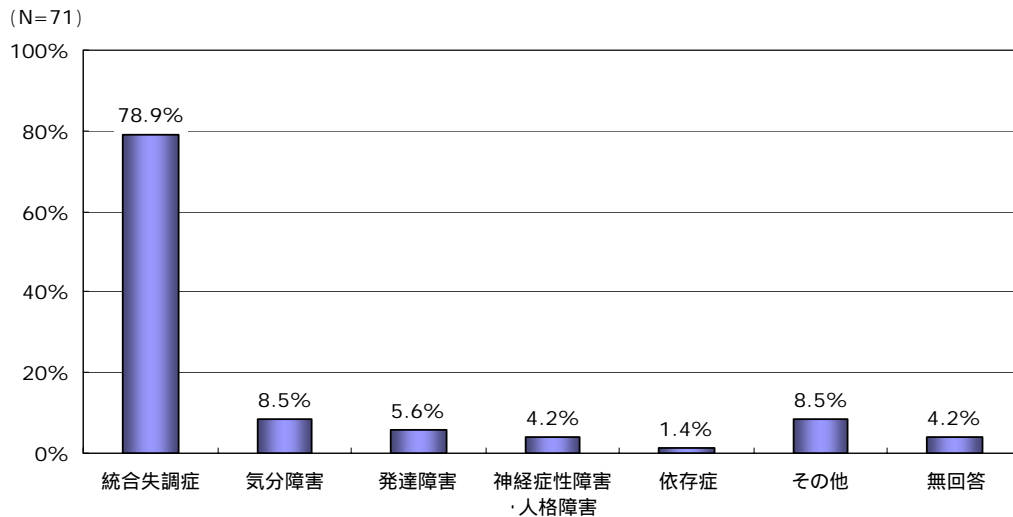


## 精神疾患の状況

### 診断名

診断名（副たる診断名を含む）についてみると、「統合失調症」78.9%が最も多く、次いで「気分障害」8.5%、「発達障害」5.6%などとなっていた。

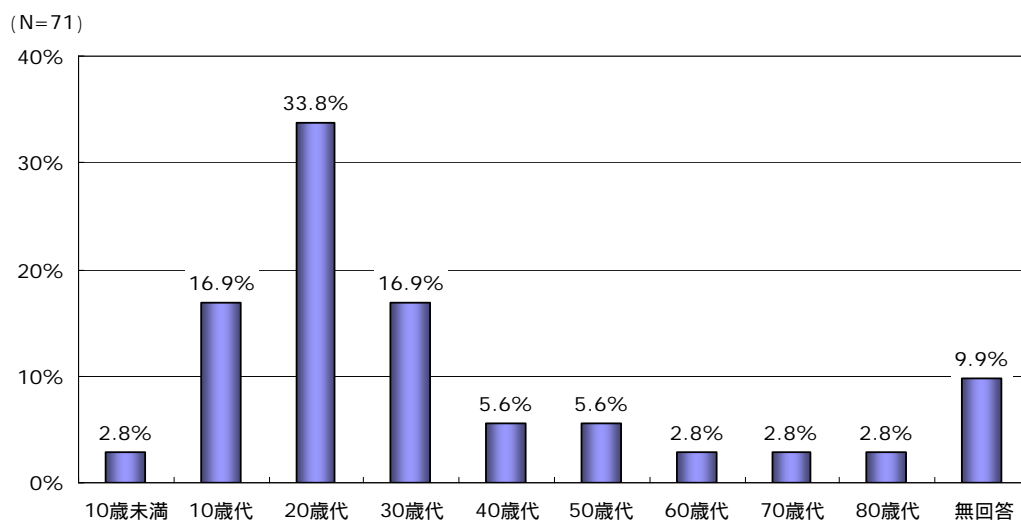
図表 2-3-32 診断名【MA】



### 主たる精神疾患の発症年齢

主たる精神疾患の発症年齢をみると「20歳代」33.8%が最も多く、次いで「10歳代」及び「30歳代」16.9%などとなっていた。

図表 2-3-33 主たる精神疾患の発症年齢

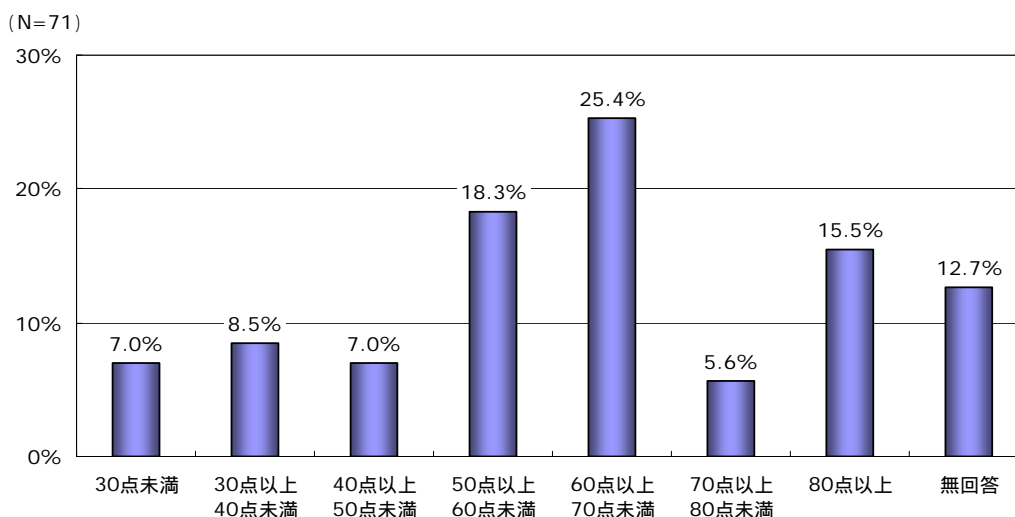


症状の程度・状態像

機能の全体的評価尺度 (Global Assessment of Functioning)

機能の全体的評価尺度 (Global Assessment of Functioning) の平均得点は  $55.9 \pm 20.6$  点であった。「60点以上70点未満」25.4%が最も多く、次いで「50点以上60点未満」18.3%、「80点以上」15.5%などとなっていた。

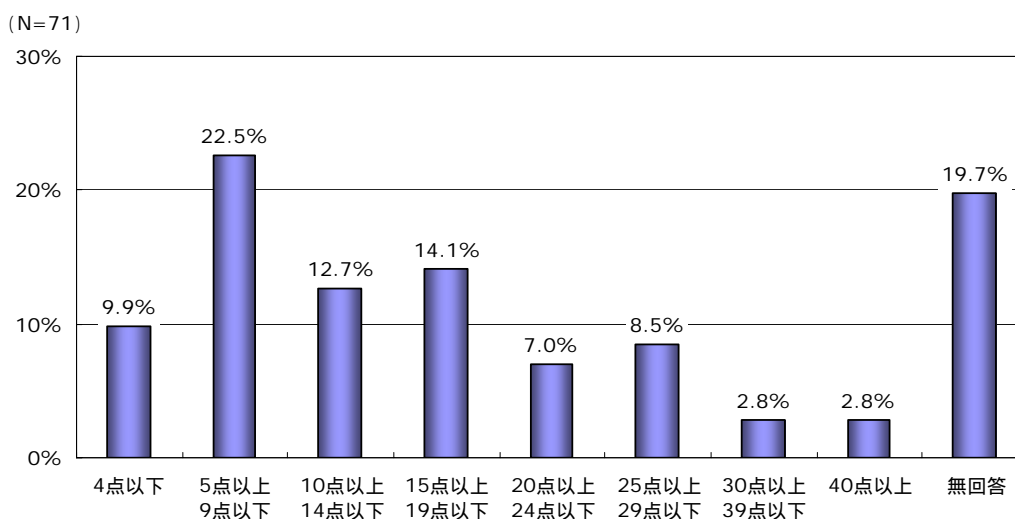
図表 2-3-34 機能の全体的評価尺度 (Global Assessment of Functioning)



社会行動評価尺度 (Social Behaviour Schedule : SBS)

社会行動評価尺度 (Social Behaviour Schedule : SBS) の21項目 (合計0~78点) の合計得点は平均  $14.6 \pm 11.2$  点であった。「5点以上9点以下」22.5%が最も多く、次いで「15点以上19点以下」14.1%などとなっていた。

図表 2-3-35 社会行動評価尺度 (Social Behaviour Schedule : SBS)



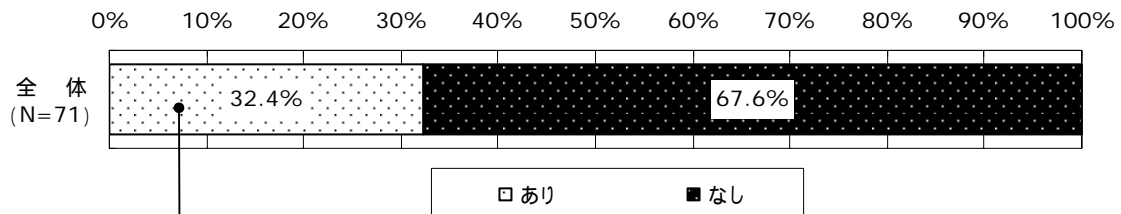


## 合併症の状況

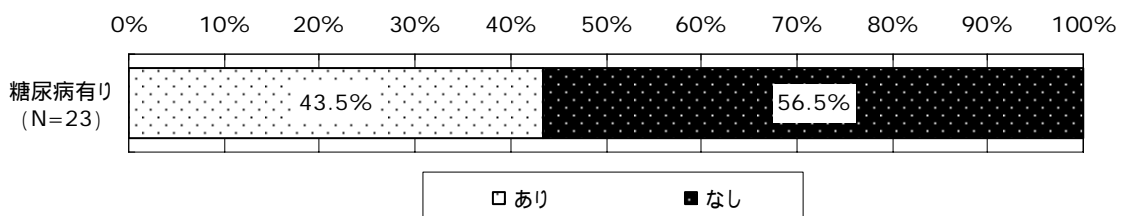
### 糖尿病

糖尿病の合併の有無をみると「あり」が32.4%であった。また、糖尿病を合併している者の43.5%が服薬又はインスリン注射を行っていた。

図表 2-3-36 糖尿病の合併の有無



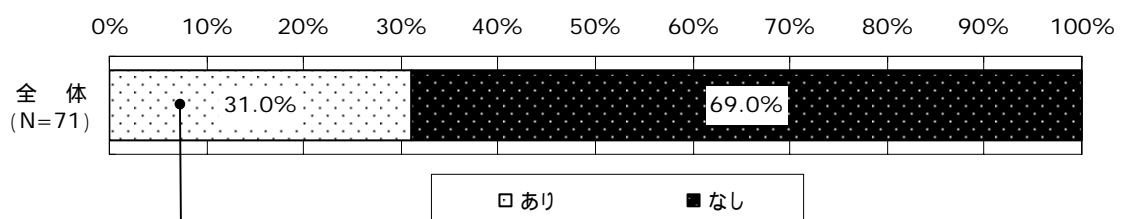
図表 2-3-37 服薬又はインスリン注射の有無



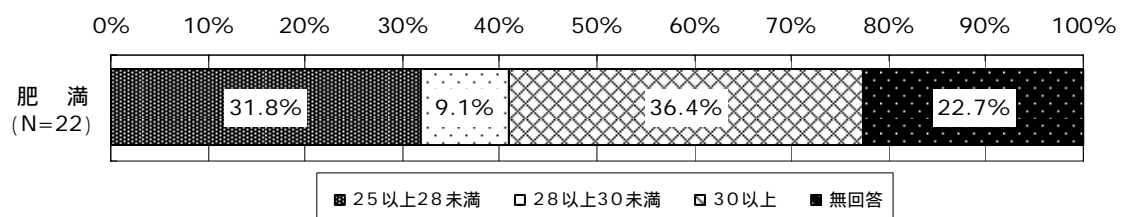
### 肥満

肥満について「あり」が31.0%であった。肥満の者のBMIは平均  $27.9 \pm 4.2$  であった。

図表 2-3-38 肥満の有無



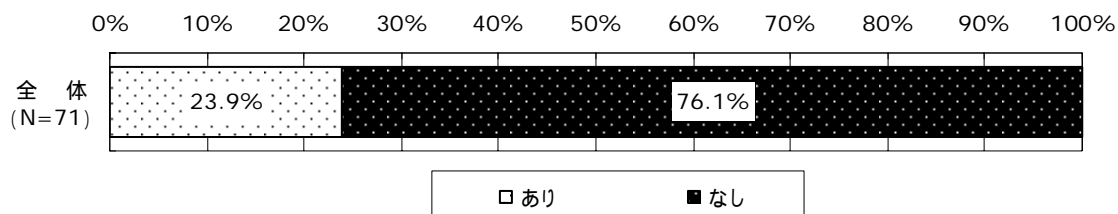
図表 2-3-39 BMIの状況



### その他の合併症

その他の合併症について「あり」が23.9%であった。比較的多くみられた疾病としては、「高血圧症」や「心疾患」、「甲状腺機能不全」などであった。

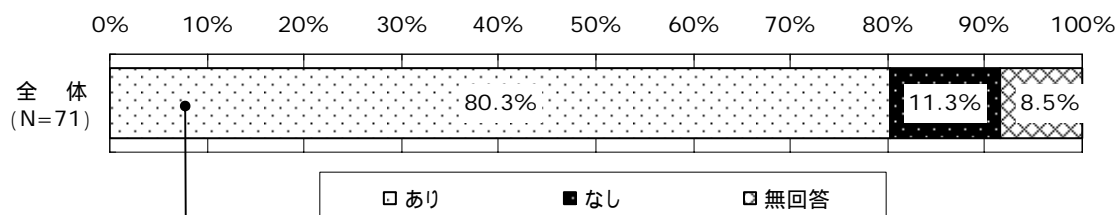
図表 2-3-40 その他の合併症の有無



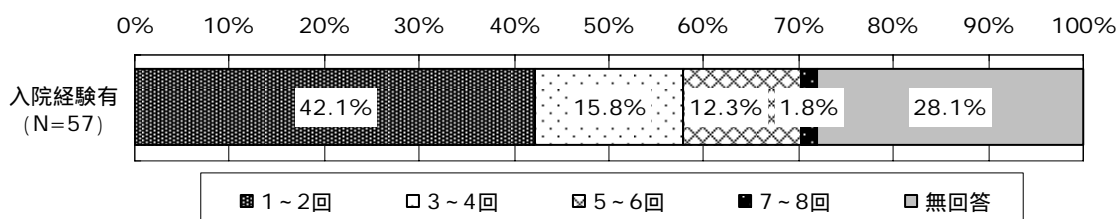
### 精神科入院の状況

過去の精神科入院経験について「あり」が80.3%で、平均入院回数は2.6±1.9回であった。また、過去1年間の精神科入院経験については「あり」が29.6%で、平均入院回数は1.4±0.7回であった。

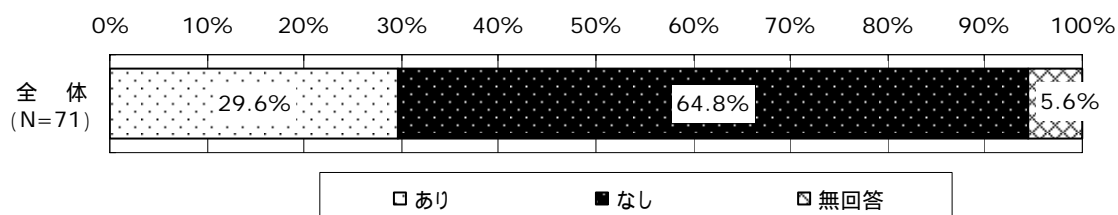
図表 2-3-41 過去の精神科入院経験



図表 2-3-42 過去の入院回数

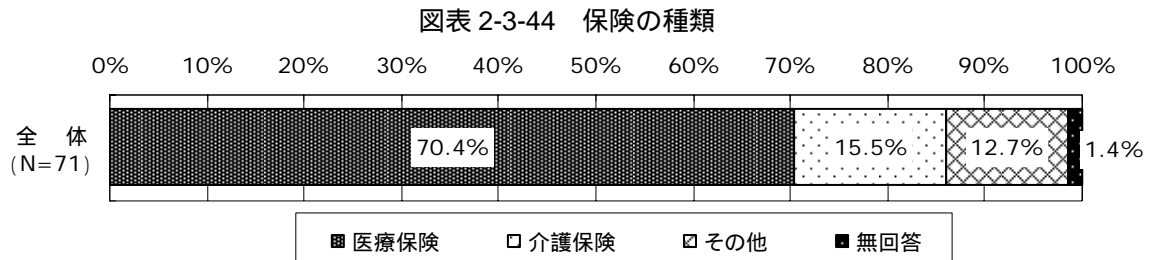


図表 2-3-43 過去1年間の精神科入院経験



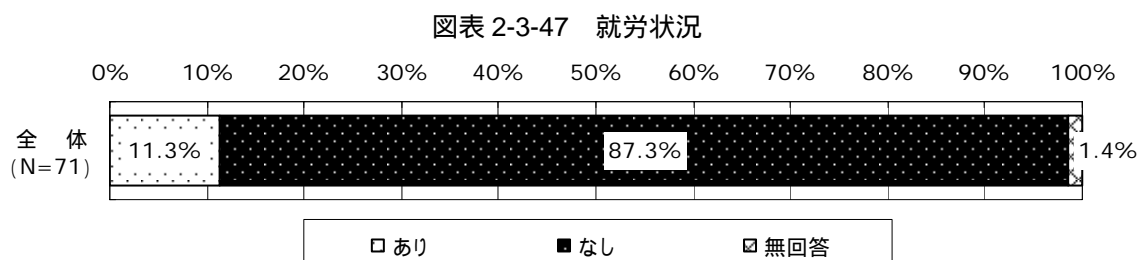
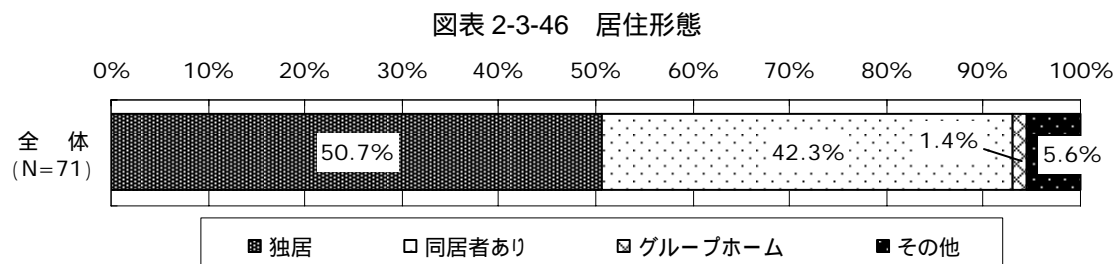
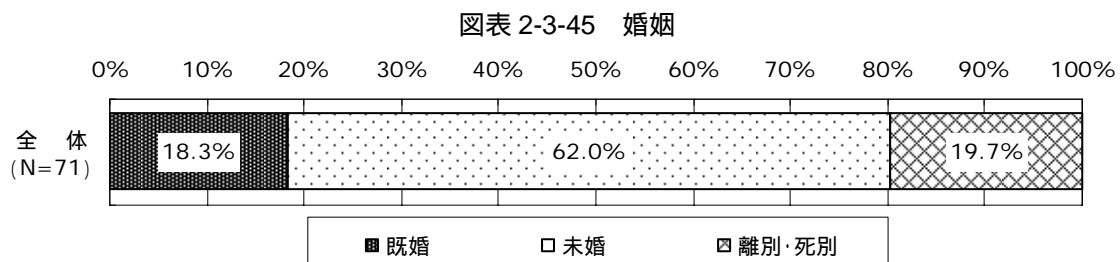
## 保険の種類・自立支援医療の利用の有無

保険の種類としては「医療保険」が70.4%であった。また、自立支援医療については63.4%が利用していた。



## 婚姻・居住・就労の状況

婚姻状況をみると「未婚」62.0%、「離別・死別」19.7%などであった。また、居住形態は「独居」50.7%、「同居者あり」42.3%などであった。さらに、就労の状況としては「(就労)あり」が11.3%であった。



4) 精神科訪問看護の実施状況

(1) 医療観察法対象者以外の利用者への実施状況

主治医の状況

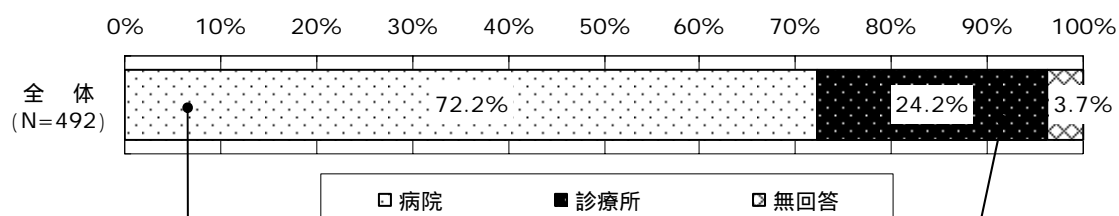
主治医の医療機関

主治医の医療機関をみると「病院」72.2%、「診療所」24.2%であった。

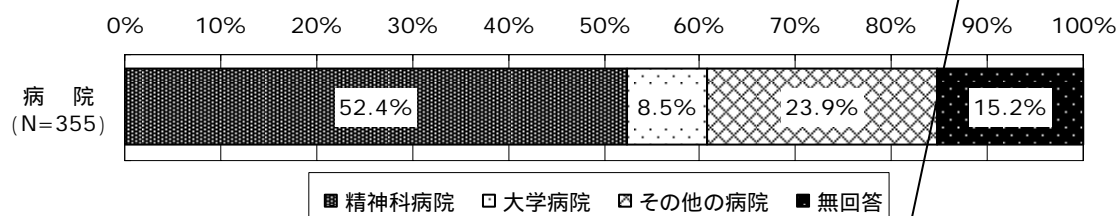
主治医の医療機関が病院の場合に、その病院種類をみると「精神科病院」52.4%が最も多く、次いで「その他の病院」23.9%、「大学病院」8.5%となっていた。

また、主治医の医療機関が診療所の場合に、その診療所の精神科の標榜状況をみると、「精神科が主」68.1%が最も多く、次いで「精神科なし」9.2%、「精神科あり」1.7%となっていた。

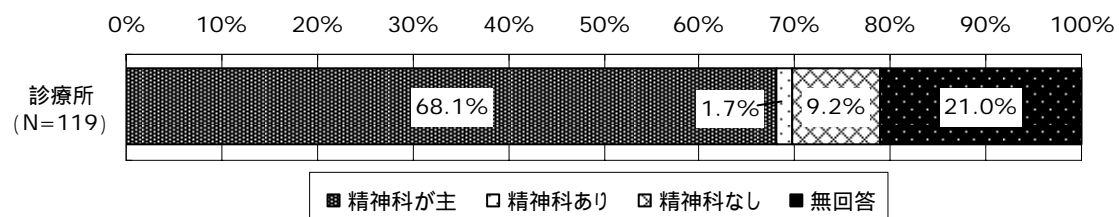
図表 2-3-48 主治医の医療機関



図表 2-3-49 主治医の医療機関（病院）の種類



図表 2-3-50 主治医の医療機関（診療所）の精神科の標榜状況



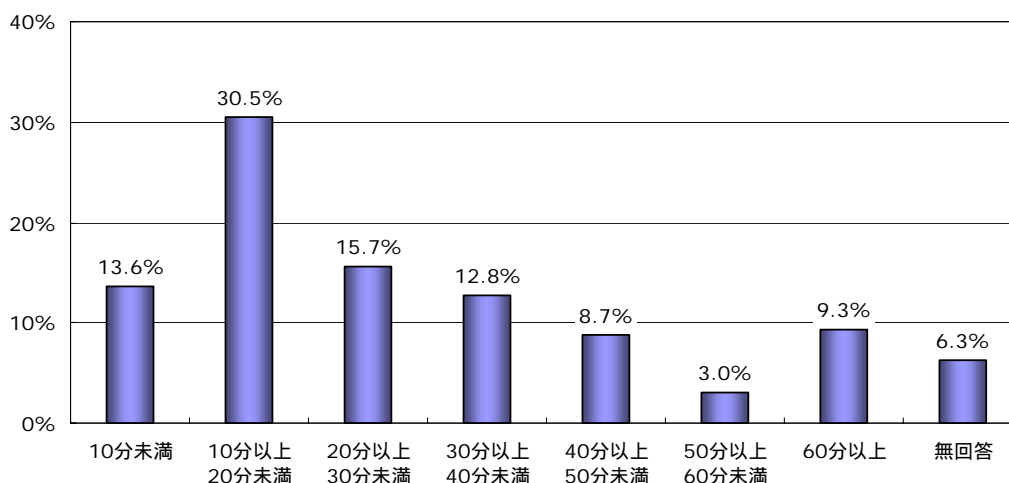
### 主治医の医療機関までの移動時間

主治医の医療機関までの片道の移動時間(車で)をみると、利用者宅からは平均 24.9 ± 21.0 分であり、「10分以上 20分未満」30.5%が最も多く、次いで「20分以上 30分未満」15.7%、「10分未満」13.6%などとなっていた。

また、事業所からは平均 21.9 ± 20.8 分であり、「10分以上 20分未満」26.6%が最も多く、次いで「10分未満」22.0%、「30分以上 40分未満」12.2%などとなっていた。

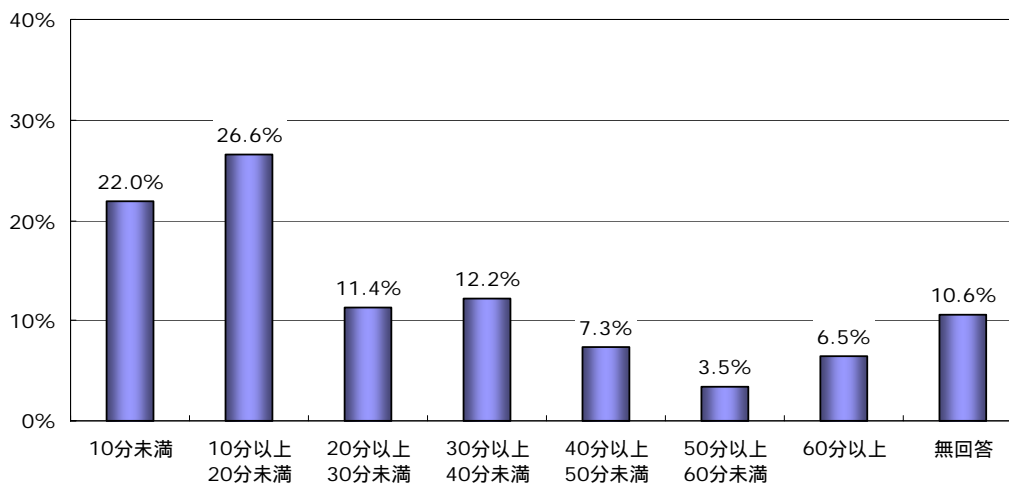
図表 2-3-51 主治医の医療機関までの片道の移動時間（利用者宅から・車で）

(N=492)



図表 2-3-52 主治医の医療機関までの片道の移動時間（事業所から・車で）

(N=492)

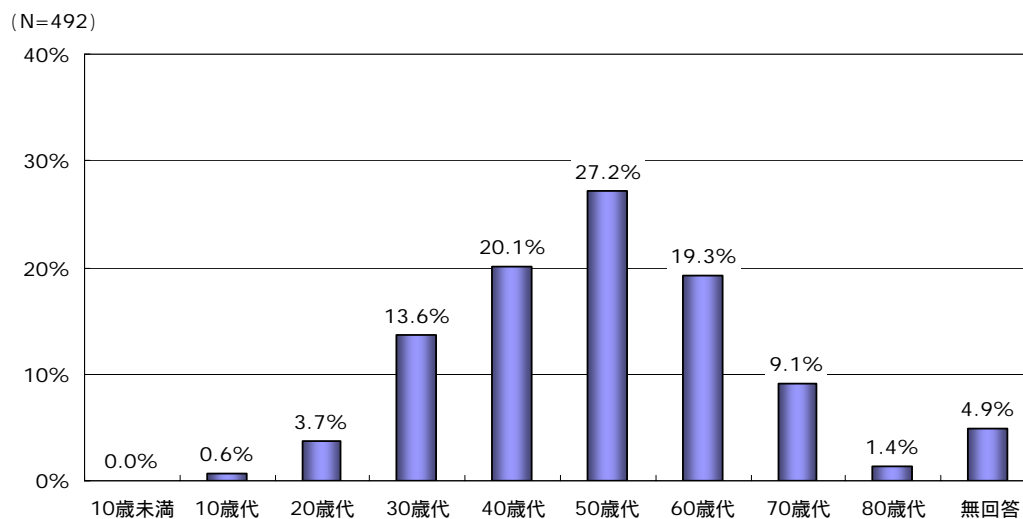


## 精神科訪問看護の実施状況

### 訪問看護開始時の年齢

訪問看護開始時の年齢をみると、「50歳代」27.2%が最も多く、次いで「40歳代」20.1%、「60歳代」19.3%などとなっていた。

図表 2-3-53 訪問看護開始時の年齢

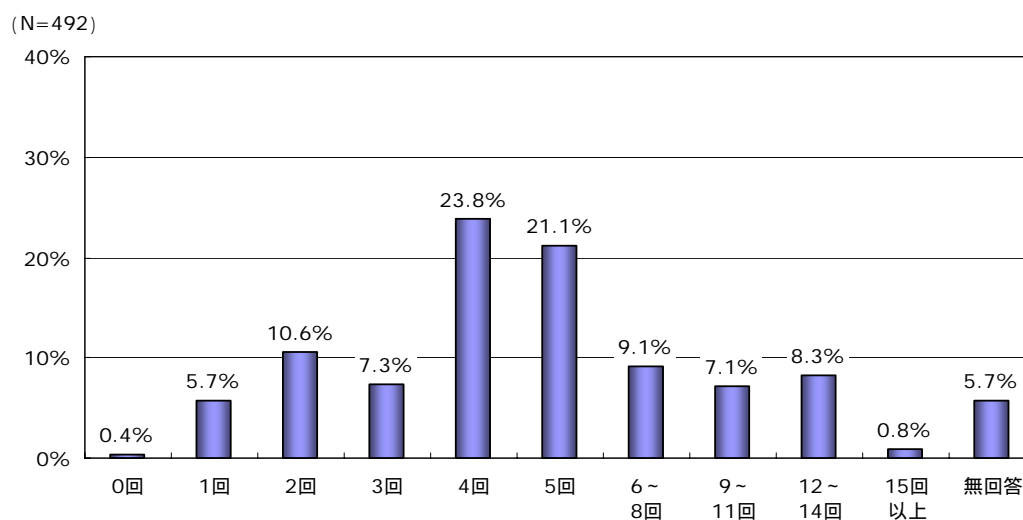


### 平成21年7月1カ月間の訪問看護の実施状況

#### 訪問回数

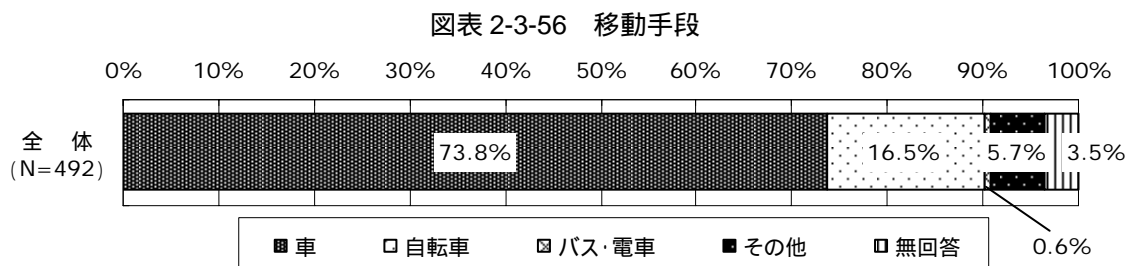
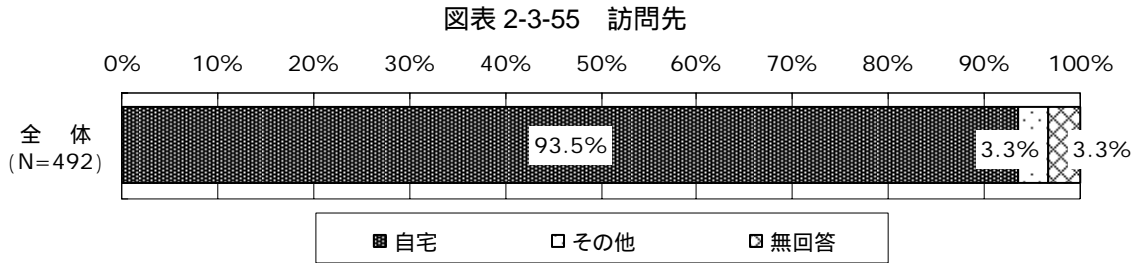
平成21年7月1カ月間の訪問回数は平均6.0±12.8回であった。

図表 2-3-54 1カ月間の訪問回数



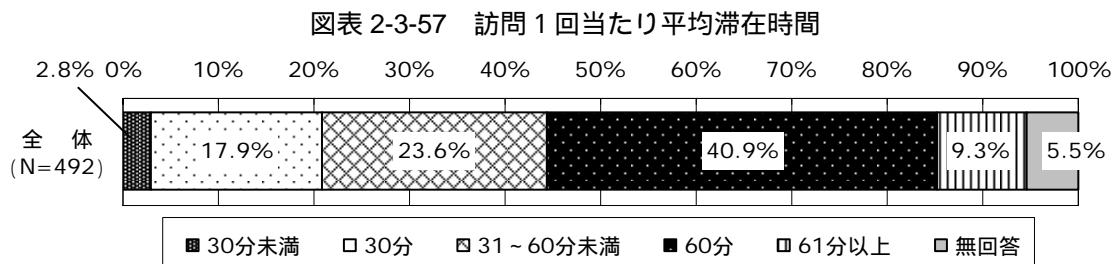
## 訪問先・移動手段

訪問先としては「自宅」が93.5%であった。訪問先までの移動手段は「車」73.8%、「自転車」16.5%であり、平均移動時間は13.8±8.5分であった。



## 訪問1回当たりの滞在時間

訪問1回当たりの平均滞在時間は52.2±19.5分であった。「60分」40.9%が最も多く、次いで「31～60分未満」23.6%、「30分」17.9%などとなっていた。



## 電話相談

電話相談の状況をみると、「本人から」が 39.6%であった。本人からの電話相談は1カ月当たり平均  $8.9 \pm 18.8$  回、 $71.2 \pm 198.0$  分の相談があった。その一方で、「(電話相談)なし」も 45.3%であった。

図表 2-3-58 電話相談の状況

	利用者数	割合	平均回数/月	平均時間/月
本人から	195人	39.6%	9.0回	71.2分
家族から	24人	4.9%	2.8回	27.4分
その他	24人	4.9%	2.0回	19.8分
なし	223人	45.3%		
無回答	26人	5.3%		
総数	492人	100.0%		

## 回答事業所による訪問看護以外に利用しているサービス

回答事業所による訪問看護以外に利用しているサービスとしては、「ホームヘルプサービス」38.4%が最も多く、次いで「デイケア、デイナイトケア、ナイトケア」24.0%、「作業所など日中の活動の場」12.2%などであった。また、「その他」12.6%の内訳としては「デイサービス」や「訪問入浴」などが挙げられた。

図表 2-3-59 回答事業所による訪問看護以外に利用しているサービス【MA】

	利用者数	割合	平均回数/週
デイケア、デイナイトケア、ナイトケア	118人	24.0%	2.3回
グループホームなど共同住居での援助	19人	3.9%	-
作業所など日中の活動の場	60人	12.2%	3.1回
地域生活支援センターなど集う場所	40人	8.1%	2.0回
就労支援	20人	4.1%	3.2回
ホームヘルプサービス	189人	38.4%	2.9回
回答事業所以外からの訪問看護	29人	5.9%	2.3回
その他	62人	12.6%	2.3回
総数	492人		



## (2) 医療観察法対象者である利用者への実施状況

### 主治医の状況

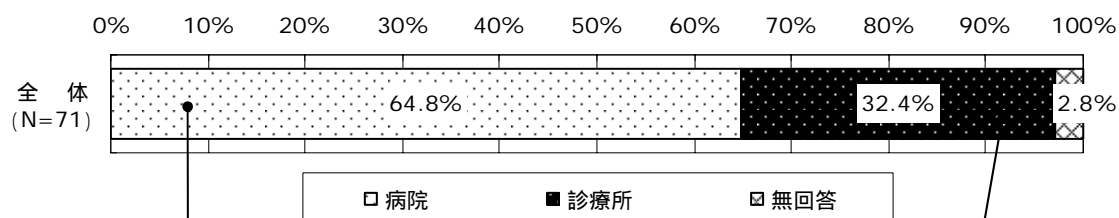
#### 主治医の医療機関

主治医の医療機関をみると「病院」64.8%、「診療所」32.4%であった。

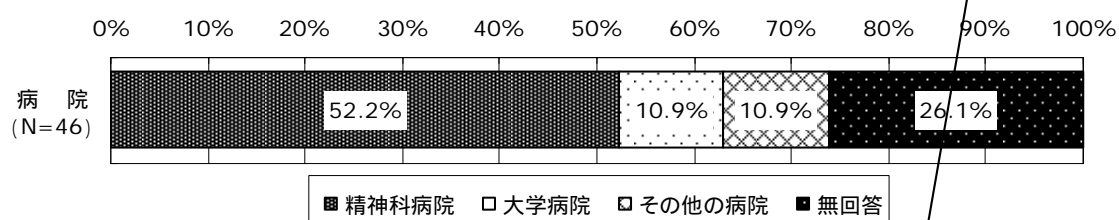
主治医の医療機関が病院の場合に、その病院種類をみると「精神科病院」52.2%が最も多く、次いで「大学病院」及び「その他の病院」10.9%となっていた。

また、主治医の医療機関が診療所の場合に、その診療所の精神科の標榜状況をみると、「精神科が主」34.8%が最も多く、次いで「精神科なし」17.4%、「精神科あり」8.7%となっていた。

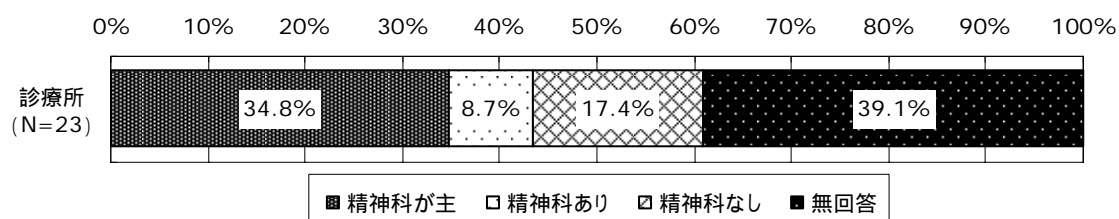
図表 2-3-60 主治医の医療機関



図表 2-3-61 主治医の医療機関（病院）の種類



図表 2-3-62 主治医の医療機関（診療所）の精神科の標榜状況

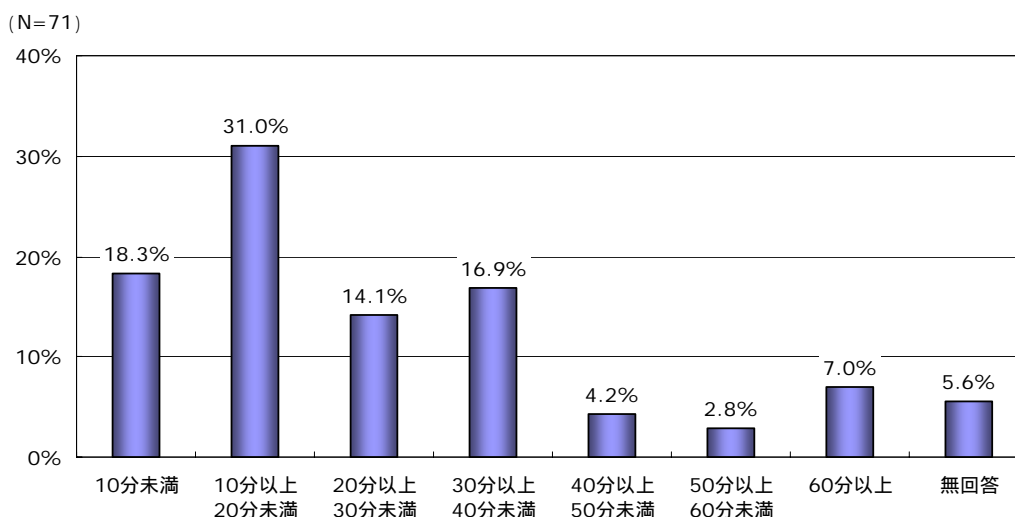


### 主治医の医療機関までの移動時間

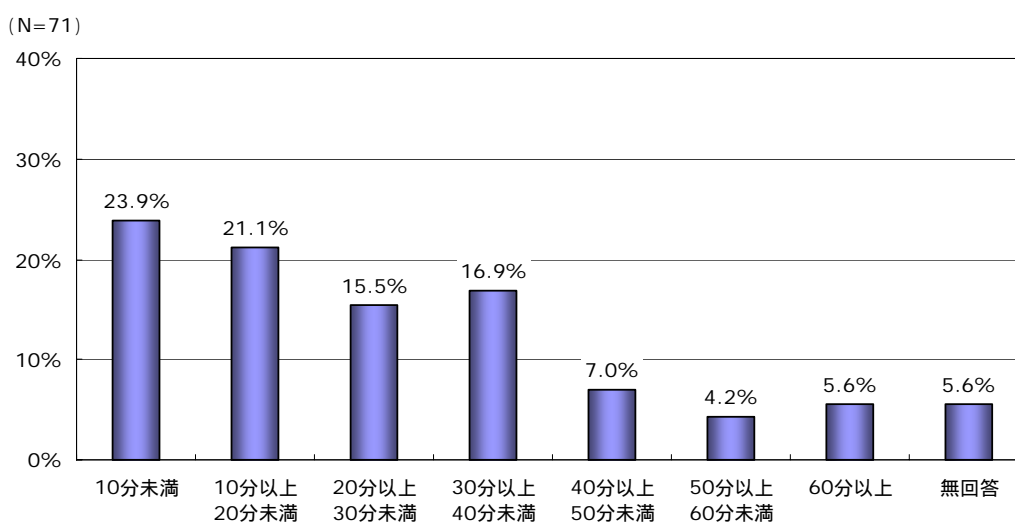
主治医の医療機関までの片道の移動時間(車で)をみると、利用者宅からは平均 21.3 ± 17.9 分であり、「10分以上 20分未満」31.0%が最も多く、次いで「10分未満」18.3%、「30分以上 40分未満」16.9%などとなっていた。

また、事業所からは平均 21.9 ± 18.5 分であり、「10分未満」23.9%が最も多く、次いで「10分以上 20分未満」21.1%、「30分以上 40分未満」16.9%などとなっていた。

図表 2-3-63 主治医の医療機関までの片道の移動時間（利用者宅から・車で）



図表 2-3-64 主治医の医療機関までの片道の移動時間（事業所から・車で）

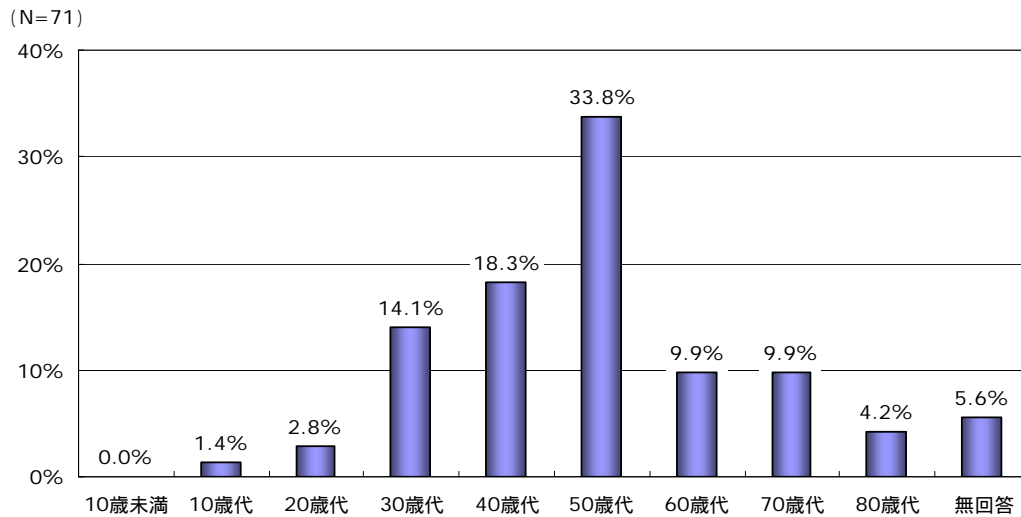


## 精神科訪問看護の実施状況

### 訪問看護開始時の年齢

訪問看護開始時の年齢をみると、「50歳代」33.8%が最も多く、次いで「40歳代」18.3%、「30歳代」14.1%などとなっていた。

図表 2-3-65 訪問看護開始時の年齢

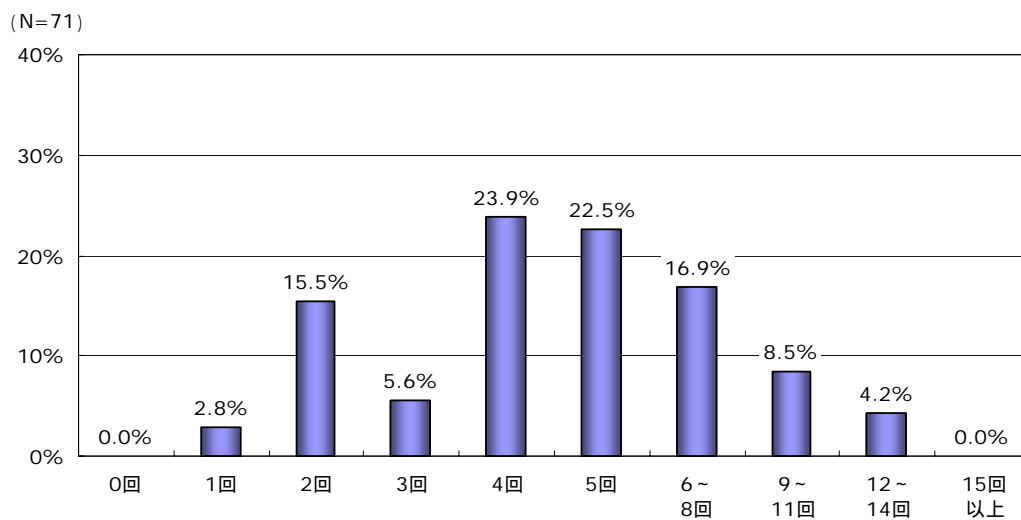


## 平成21年7月1カ月間の訪問看護の実施状況

### 訪問回数

平成21年7月1カ月間の訪問回数は平均5.2±2.7回であった。

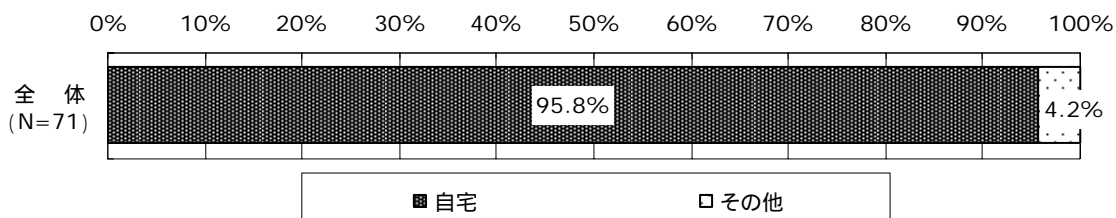
図表 2-3-66 1カ月間の訪問回数



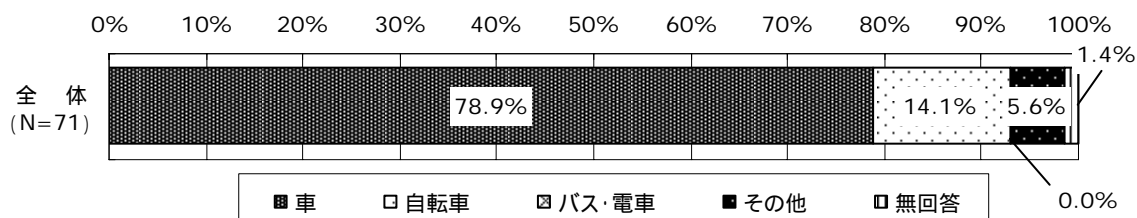
訪問先・移動手段

訪問先としては「自宅」が95.8%であった。訪問先までの移動手段は「車」78.9%、「自転車」14.1%であり、平均移動時間は12.9±9.5分であった。

図表 2-3-67 訪問先



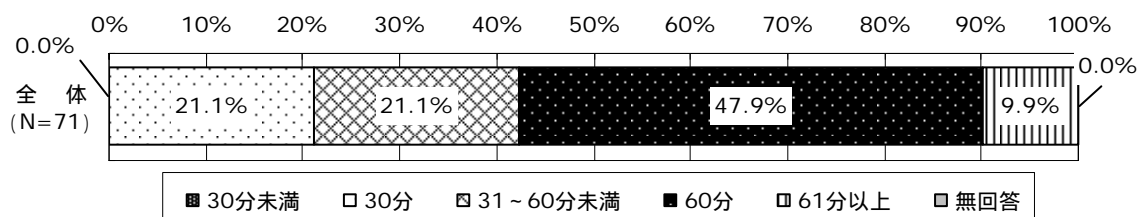
図表 2-3-68 移動手段



訪問1回当たりの滞在時間

訪問1回当たりの平均滞在時間は55.0±21.1分であった。「60分」47.9%が最も多く、次いで「31～60分未満」及び「30分」21.1%などとなっていた。

図表 2-3-69 訪問1回当たり平均滞在時間



## 電話相談

電話相談の状況をみると、「本人から」が 32.4%であった。本人からの電話相談は 1 カ月当たり平均 4.7±5.4 回、29.2±32.2 分の相談があった。その一方で、「(電話相談) なし」も 47.9%であった。

図表 2-3-70 電話相談の状況

	利用者数	割合	平均回数/月	平均時間/月
本人から	23 人	32.4%	5.5 回	29.2 分
家族から	4 人	5.6%	1.5 回	38.0 分
その他	9 人	12.7%	2.0 回	28.2 分
なし	34 人	47.9%		
無回答	1 人	1.4%		
総数	71 人	100.0%		

## 回答事業所による訪問看護以外に利用しているサービス

回答事業所による訪問看護以外に利用しているサービスとしては、「ホームヘルプサービス」26.8%が最も多く、次いで「デイケア、デイナイトケア、ナイトケア」及び「作業所など日中の活動の場」16.9%などであった。また、「その他」9.9%の内訳としては「デイサービス」などが挙げられた。

図表 2-3-71 回答事業所による訪問看護以外に利用しているサービス【MA】

	利用者数	割合	平均回数/週
ホームヘルプサービス	19 人	26.8%	3.0 回
デイケア、デイナイトケア、ナイトケア	12 人	16.9%	3.0 回
作業所など日中の活動の場	12 人	16.9%	3.5 回
地域生活支援センターなど集う場所	11 人	15.5%	2.0 回
グループホームなど共同住居での援助	5 人	7.0%	-
就労支援	5 人	7.0%	2.5 回
回答事業所以外からの訪問看護	4 人	5.6%	-
その他	7 人	9.9%	1.5 回
総数	71 人		

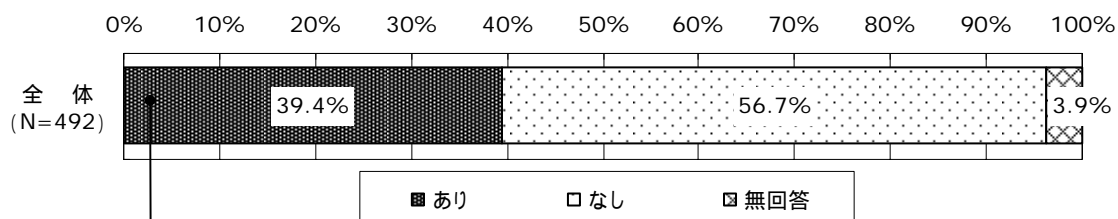
5) 他職種との情報交換・共有化の状況

(1) 医療観察法対象者以外の利用者への実施状況

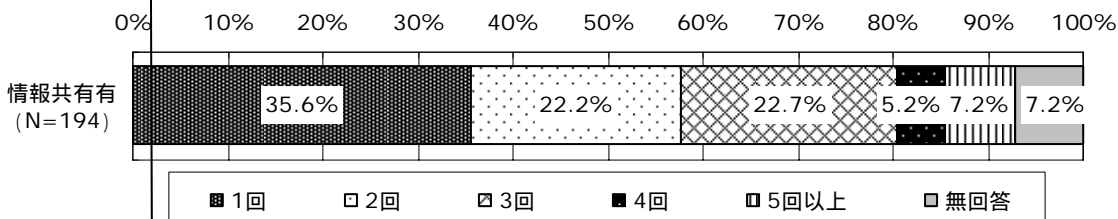
主治医との情報交換

平成 21 年 5 月から 7 月までの 3 カ月間に主治医と訪問看護報告書を提出する以外に何らかの情報交換を行ったことがある利用者は 39.4%であった。情報交換の回数は平均 2.4 回で、その方法としては「電話」45.9%が最も多く、次いで「書面の郵送」21.1%、「F A X」及び「カンファレンス」16.5%などとなっていた。なお、「その他」が 25.8%あるが、その大半が「医師へ直接面談して」であった。

図表 2-3-72 主治医との訪問看護報告書以外の情報交換の有無



図表 2-3-73 主治医との情報交換の回数



図表 2-3-74 主治医との情報交換の方法【M A】

	利用者数	割合
電 話	89 人	45.9%
書面の郵送	41 人	21.1%
F A X	32 人	16.5%
カンファレンス	32 人	16.5%
メール	5 人	2.6%
その他	50 人	25.8%
無回答	7 人	3.6%
総 数	194 人	100.0%

主治医と情報交換している内容は、「服薬状況」や「病状・日常生活の様子」、「退院支援」、「訪問の仕方」などが挙げられた。

#### 服薬状況

- ・服薬の状況など訪問看護で報告書の提出に記入しきれないこと
- ・医師には2ヶ所の内科を受診しているため、両者に内服状況について知らせた。
- ・内服のセットをNS訪問時に本人と一緒にセットをしているが、一週間に飲まない日もあり、本人より「内服するとしんどい。内服しないほうが体のしんどさがましになる。」という理由。内服をしない日が続くと表情も硬くなり、受診は面倒でしんどいと病院に行くのを嫌がる。また、本人の病識が乏しいというところでもどのようにもっていけばいいのか。
- ・落ち着いた日々を過ごしておられることを報告し、現処方薬からいらないと思われる薬を少しずつ減らしていく方針をドクターより情報として得る。
- ・指示の服薬量を守らず、半分量を捨てていたのを本人から聞いたため、ドクターへ報告。
- ・屯用薬多量にあり。処方調整を依頼。
- ・朝、起床できず、朝食後薬が飲めない。朝食後薬を睡眠薬と一緒に服用するよう指導したことの報告。
- ・薬の副作用が出現していたため、主治医と相談し、訪問回数を増やして在宅生活を支えるために関わった。
- ・下剤等の処方に関わる情報提供。

#### 病状・日常生活の様子

- ・主治医からの病状説明
- ・血圧、血糖値について
- ・呼吸器、循環器の検査診察の結果など
- ・気分の変化について相談し、入院となる。
- ・幻聴、妄想に関すること。
- ・発熱あり連絡する。その日はドクターが往診、点滴を実施している。その一ヵ月後にも発熱・脱水にてドクターに連絡しNSが在宅で補液を実施。
- ・体重が一週間に2キロ減っていたことの連絡
- ・夜間余り眠らず金銭管理にも不安があることを伝えた。
- ・自宅にてけいれん大発作あり、受診の必要性確認し、受診。原因について説明受ける。
- ・日常生活のさまざまなこと
- ・生活状況、兄・叔母との関係
- ・夫が介護疲れしているため、今後のサービスについて

#### 退院支援

- ・入院中の様子、今後の方針、病状説明、家族背景。
- ・退院に向けての支援体制。

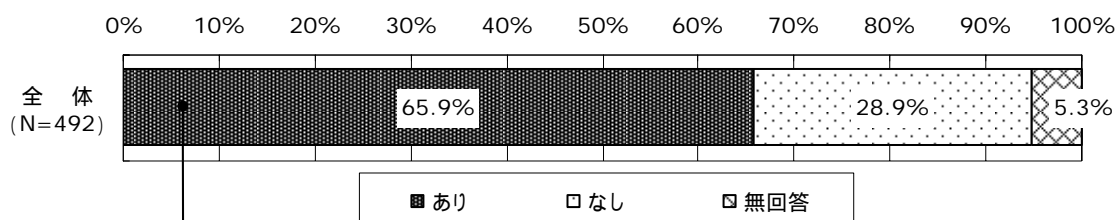
#### 訪問の仕方

- ・訪問回数
- ・複数名訪問看護から一人訪問看護へ移行のタイミングについての相談。

### 主治医以外の他の関係者との情報交換

平成 21 年 5 月から 7 月までの 3 カ月間に主治医以外の他の関係者と何らかの情報交換を行ったことがある利用者は 65.9%であった。情報交換した関係者としては、「訪問介護事業所」27.2%が最も多く、次いで「地区担当保健師」23.8%、「市区町村の障害者福祉担当部署」21.6%などとなっていた。なお、「その他」が 51.2%あるが、内訳をみると「ケアマネジャー」が最も多く、「医療機関の PSW」や「地域生活支援センター」なども比較的多く挙げられた。

図表 2-3-75 主治医以外の他の関係者との情報交換の有無



図表 2-3-76 情報交換した関係者【MA】

	利用者数	割合
訪問介護事業所	88 人	27.2%
地区担当保健師	77 人	23.8%
市区町村の障害者福祉担当部署	70 人	21.6%
デイケア事業所	49 人	15.1%
障害者支援施設（精神障害者社会復帰施設）	35 人	10.8%
主治医以外の医師	24 人	7.4%
他の訪問看護ステーション	5 人	1.5%
その他	166 人	51.2%
無回答	4 人	1.2%
総 数	324 人	



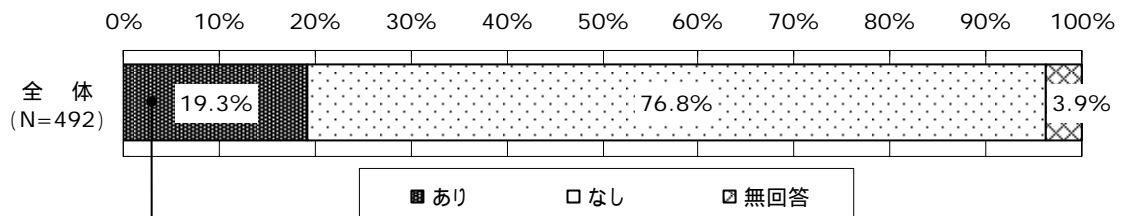
## 主治医や他の関係者との多職種カンファレンス

### 多職種カンファレンスの実施状況

平成 21 年 5 月から 7 月までの 3 カ月間に主治医や他の関係者が一堂に会する多職種カンファレンスを実施したことがある利用者は 19.3%であった。なお、実施した回数は平均  $2.4 \pm 1.7$  回であった。

この多職種カンファレンスに参加した関係者としては、「訪問看護ステーション」85.3%が最も多く、次いで「利用者本人」58.9%、「訪問介護事業所」53.7%、「地区担当保健師」41.1%などとなっていた。なお、「その他」が 61.1%あるが、内訳をみると「ケアマネジャー」が半数近くであり、「医療機関の PSW」や「医療機関の看護師」なども比較的多く挙げられた。

図表 2-3-77 主治医や他の関係者との多職種カンファレンスの実施の有無

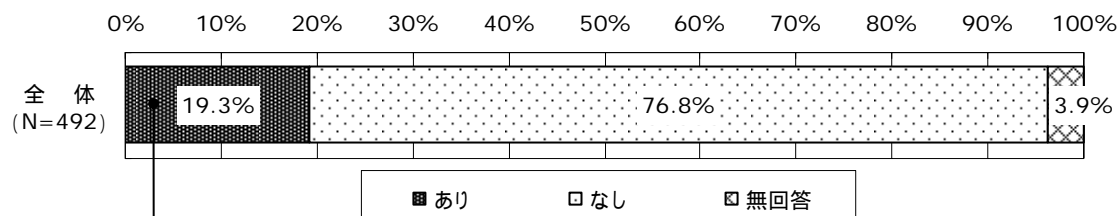


図表 2-3-78 多職種カンファレンスへの参加者【MA】

	利用者数	割合
訪問看護ステーション	81 人	85.3%
利用者本人	56 人	58.9%
訪問介護事業所	51 人	53.7%
地区担当保健師	39 人	41.1%
利用者の家族	38 人	40.0%
市区町村の障害者福祉担当部署	38 人	40.0%
主治医	37 人	38.9%
デイケア事業所	21 人	22.1%
障害者支援施設（精神障害者社会復帰施設）	17 人	17.9%
主治医以外の医師	8 人	8.4%
その他	58 人	61.1%
無回答	4 人	4.2%
総 数	95 人	

多職種カンファレンスを中心的にコーディネートした関係者としては、「訪問看護ステーション」及び「地区担当保健師」10.5%が最も多く、次いで「市区町村の障害者福祉担当部署」8.4%、「障害者支援施設（精神障害者社会復帰施設）」5.3%などとなっていた。

図表 2-3-79 主治医や他の関係者との多職種カンファレンスの実施の有無【再掲】

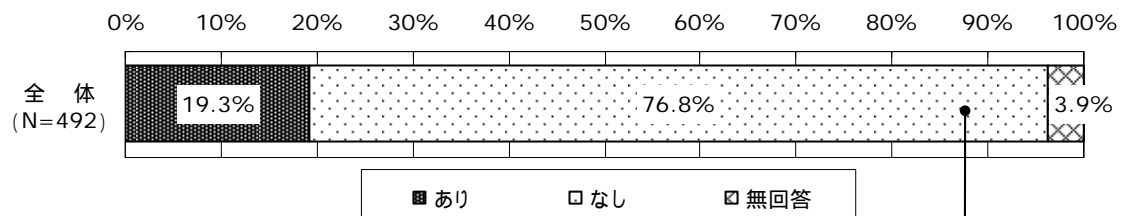


図表 2-3-80 多職種カンファレンスのコーディネーター

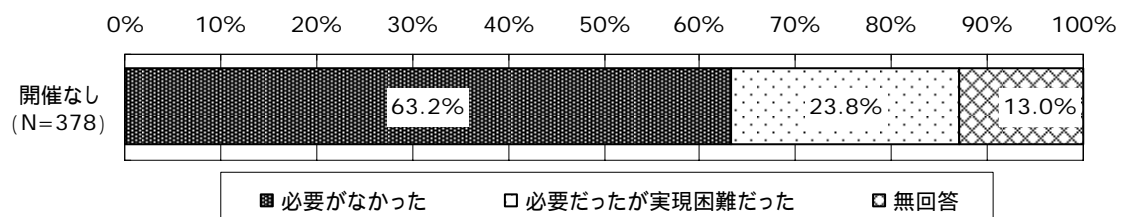
	利用者数	割合
訪問看護ステーション	10人	10.5%
地区担当保健師	10人	10.5%
市区町村の障害者福祉担当部署	8人	8.4%
障害者支援施設（精神障害者社会復帰施設）	5人	5.3%
デイケア事業所	2人	2.1%
利用者本人	0人	0.0%
利用者の家族	0人	0.0%
主治医	0人	0.0%
主治医以外の医師	0人	0.0%
訪問介護事業所	0人	0.0%
その他	37人	38.9%
無回答	25人	26.3%
合計	95人	100.0%

なお、多職種カンファレンスを実施しなかった利用者について、多職種カンファレンスの実施の必要性について尋ねたところ、「必要がなかった」が63.2%を占めていたものの、「必要だったが実現困難だった」も23.8%と一定の割合があった。

図表 2-3-81 主治医や他の関係者との多職種カンファレンスの実施の有無【再掲】



図表 2-3-82 多職種カンファレンスの実施の必要性



### 多職種カンファレンスにおける検討内容

多職種カンファレンスで話し合われた内容としては以下のものが挙げられた。

#### サービスのマネジメント

- ・治療方針に対する看護と介護のあり方
- ・サービス導入困難について
- ・ショートステイの利用導入
- ・いずれは施設に。どこの施設が良いのか
- ・就労施設への通所がどうすればできるか
- ・7月入院に向けてのサービス担当者の調整。今後の通院予定、本人の不安、できること、できないことなどの確認とサポート体制の見直し
- ・今後誰が中心になってコーディネートしていくか
- ・退院後必要と思われる支援体制
- ・ストレングスアプローチ

#### 訪問の仕方

- ・訪問内容・回数の確認
- ・本人との関わり方について

### 病状・日常生活の様子

- ・現状の精神状態
- ・本人のしたいこと、生活状況の変化や状態
- ・家族関係
- ・家族の今の思いと今後どうしたらいいのか
- ・本人の状況や就労について
- ・夜間、眠れず、叫んでいることが多く夫が介護疲れをした。サービスの内容について再度話し合いをもった。
- ・総合失調症の兄と同居、昼夜関係なく、兄より用事を頼まれ兄妹喧嘩になり、妹の逃げ場がなく、今後2人の生活環境をどうしたらいいか
- ・総合失調症の妹と同居。よく喧嘩をし妹を追い出す。なかなか受診しない。
- ・内服薬状況、精神状況、独居で家事調理できているか

## 多職種カンファレンスを実施するための工夫や課題

### 実施のための努力や工夫

#### 開催日程の調整

- ・情報交換をしながら必要時はP S Wや保健師より日程調整をしてもらいカンファレンスを開催している。そのため開催時は主治医を含め、関係者が殆ど参加できる体制になっている。もちろん、訪問看護ステーションからは、担当看護師および管理者が出席できるよう配慮している。
- ・主治医の時間的配慮が必要であり、他の訪問を削ってでも時間をやりくりして、カンファレンスの時間を無理やり合わせるようにしている。
- ・医師が時間を作ることが難しいので事前に質問等を伝え、出席していただけるM S Wから返信をもらうこと。
- ・個々の時間調整。
- ・時間調整や情報提供内容の整理。
- ・できる限り主治医の参加を。
- ・受け持ちが参加し、意見交換ができるよう、スケジュールの調整を行う。もし無理な場合はカンファレンスで問題点を話し合う。
- ・カンファレンスに参加するため、毎日のシフトを変更した。
- ・関係者との日程・時間の調整。スケジュールの変更により、他利用者の訪問予定の変更が必要となる。資料づくりの時間が取れないため、残業している。

#### 主治医からの情報入手

- ・診察時に一緒に同行して主治医の話を聞く。
- ・ご本人受診時に主治医と話をする関係になっている。普段から電話で相談することもある。主治医の往診時に同行する。
- ・積極的にこちらから足を運ぶ。報告書は直接持っていく。

### カンファレンスでの検討のありかた

- ・関係者が多いため時間が限られるので、問題となることや確認したい事項、状態を分かりやすく伝えるようにしている。
- ・利用者の希望とは、かけ離れて援助側が一方的にこうなったら良いと思っている意見も出ることがある。そのため、利用者が本当に望んでいることから、逸れていかないように工夫することが大切。
- ・最初のカンファレンスでは、落ち着いた精神状態でしたので、困難さは感じなかったが、言葉の使い方に気をつけて、深い内容は避けました。
- ・家族が施設の入所を希望されていることを知り、各部所で考えて、提案していった。

## 実施にあたっての課題や困難

### 日程調整が困難

- ・それぞれ活動の時間帯や場が異なるため時間調整は難しい。担当NSが出席できると非常に効果的と考えるが実状なかなか時間がとれない。
- ・少ないスタッフで訪問フル稼働しており、時間調整が難しい。
- ・全ての事業所が集まることには送迎の時間、食事の時間の関係で調整がしにくいこともある。
- ・主治医との時間調整が難しく、相談員に連絡し、回答を得ることが多い。
- ・家族が就労されていると、時間内に開催するのが難しく、時間外に開催することもある。
- ・時間の調整。ドクター主体にすると、平日の夕方などの指定がほとんどあり、訪問を調整しなくてはならない。その割には、報酬は得られない。
- ・各関係者の時間調整が難しい
- ・訪問看護の緊急訪問が入ったときにカンファレンスに参加できるスタッフがいなくなる場合がある。
- ・主治医は忙しいので、参加できず、個別に会って、治療方針を尋ねた。

### コーディネーターの不在

- ・責任をもって担当するケアマネジャー的存在がいがないのが実状である。
- ・介護保険のようにケアマネのような存在が生まれれば話も進むのだが、現状では無理。職種によっても問題となることのズレがあり、一定化を図ることからはじめないといけない。
- ・問題が発生してケアマネや行政担当者にカンファレンスを依頼するが、必要性が理解してもらえず、なかなか話し合えない問題が解決できないことがある。
- ・介護保険の対象者ではない場合は障害者支援センターの人が中心となりコーディネートされると思うが、情報をセンターに定期的に送る仕組みもなく事が切り出されたときカンファレンス要請をすることになる。事が大きくならないうちに情報の一体化としてセンターの担当者が情報把握する必要があるのではないか。

### 主治医・医療機関との連携が困難

- ・医療機関側から殆ど報告などがこない。
- ・精神科以外の通院に関し、本人が拒否され他科からの情報をいただきたくてももらえない。
- ・精神科のドクターと内科のドクターはそれぞれ協調しようとせず、お互いに自分の領域のみを考えている。
- ・医師が参加する必要性をあまり感じなかった。

### 地理的な問題

- ・主治医の病院が遠いため、時間的調整が取れなかったため。
- ・医療機関が遠方のため来所が困難。
- ・病院と自宅、訪問看護ステーションが遠い。
- ・主治医も忙しく、また事業所から病院までが遠いため、開催には至らなかった。

### カンファレンスでの検討のあり方

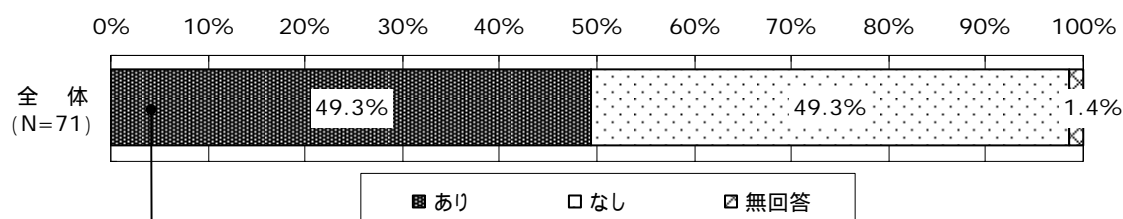
- ・援助者が援助の押し付けをして自己満足している人が、自分が思っている以上に多い。そういった人たちの視点をカンファレンスすることで少しでも利用者主体のものへとかわっていかねばならないということが課題。
- ・閉鎖的なケースもあり、問題が表だししないこともある。
- ・利用者が参加する場合に、利用者が病識でない時にどこまで具体的な話し合いができるのか。

## (2) 医療観察法対象者である利用者への実施状況

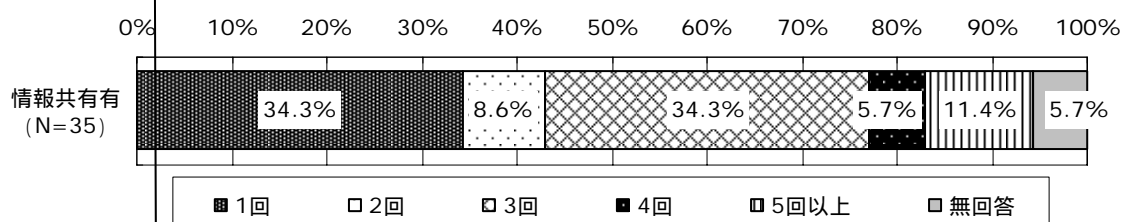
### 主治医との情報交換

平成 21 年 5 月から 7 月までの 3 カ月間に主治医と訪問看護報告書を提出する以外に何らかの情報交換を行ったことがある利用者は 49.3%であった。情報交換の回数は平均  $2.6 \pm 1.7$  回で、その方法としては「電話」37.1%が最も多く、次いで「カンファレンス」28.6%、「書面の郵送」25.7%などとなっていた。なお、「その他」が 20.0%あるが、その大半が「医師へ直接面談して」であった。

図表 2-3-83 主治医との訪問看護報告書以外の情報交換の有無



図表 2-3-84 主治医との情報交換の回数



図表 2-3-85 主治医との情報交換の方法【MA】

	利用者数	割合
電話	13人	37.1%
カンファレンス	10人	28.6%
書面の郵送	9人	25.7%
FAX	8人	22.9%
メール	1人	2.9%
その他	7人	20.0%
無回答	2人	5.7%
総数	35人	

主治医と情報交換している内容は、「服薬状況」や「病状・日常生活の様子」、「退院支援」などが挙げられた。

#### 服薬状況

- ・内服状態について
- ・うつ状態、そう状態の変化時の内服薬のコントロールについて
- ・薬の内容確認について

#### 病状・日常生活の様子

- ・体調、睡眠状態、食事内容、排泄状態。
- ・病状、治療状況、今後の治療内容。
- ・訪問時の状況、診察時、デイケア時の状況。
- ・皮膚症状（腕に原因不明の湿疹）出現してきた。以前にも皮膚症状が出現している頃精神状態が悪化したことがあったので要注意との情報共有。
- ・2～3月前から死にたいと思うときがある。発作的で20～30分せずに気持ちは落ち着くけれどちょっと不安があると訴えがあったため主治医へ相談。様子みるように指示を受ける。
- ・低栄養、脱水にて状態不良となったため。
- ・診察後、医師より電話あり。ケースに入院が必要とあなたは思うのかと問われた。訪問時、穏やかで入院の必要はないと思うと答えたが、以前より入院予約しており、そのまま当日入院となる。
- ・母親との関わりについて。

#### 退院支援

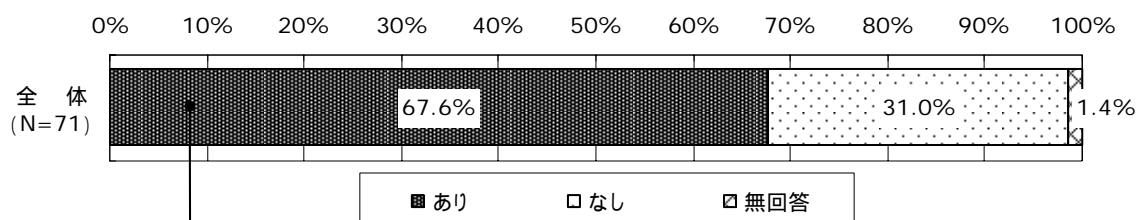
- ・退院に向けての情報交換。サービスの調整。退院後の身体・精神状況の報告。
- ・退院後の生活について。転院の件。
- ・退院前の話し合い、退院希望の相談、転院先の主治医へ情報をFAXする。



## 主治医以外の他の関係者との情報交換

平成 21 年 5 月から 7 月までの 3 カ月間に主治医以外の他の関係者と何らかの情報交換を行ったことがある利用者は 67.6%であった。情報交換した関係者としては、「地区担当保健師」及び「市区町村の障害者福祉担当部署」33.3%が最も多く、次いで「訪問介護事業所」20.8%などとなっていた。なお、「その他」が 37.5%あるが、内訳をみると「医療機関の PSW」及び「ケアマネジャー」が最も多く、次いで「デイケアのスタッフ」などが挙げられた。

図表 2-3-86 主治医以外の他の関係者との情報交換の有無



図表 2-3-87 情報交換した関係者【MA】

	利用者数	割合
地区担当保健師	16 人	33.3%
市区町村の障害者福祉担当部署	16 人	33.3%
訪問介護事業所	10 人	20.8%
主治医以外の医師	5 人	10.4%
社会復帰調整官	5 人	10.4%
デイケア事業所	2 人	4.2%
障害者支援施設（精神障害者社会復帰施設）	2 人	4.2%
他の訪問看護ステーション	1 人	2.1%
その他	18 人	37.5%
無回答	1 人	2.1%
総 数	48 人	

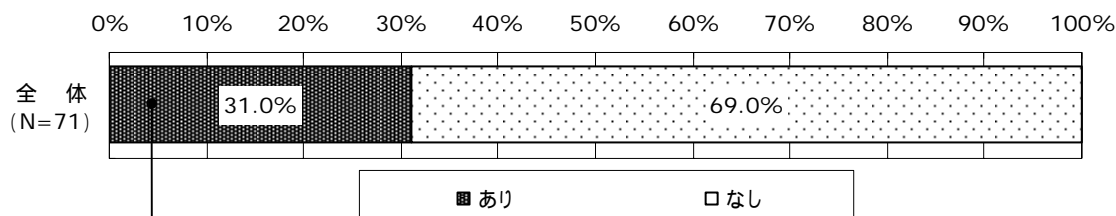
## 主治医や他の関係者との多職種カンファレンス

### 多職種カンファレンスの実施状況

平成 21 年 5 月から 7 月までの 3 カ月間に主治医や他の関係者が一堂に会する多職種カンファレンスを実施したことがある利用者は 31.0%であった。なお、実施した回数は平均  $1.3 \pm 0.7$  回であった。

この多職種カンファレンスに参加した関係者としては、「訪問看護ステーション」90.9%が最も多く、次いで「利用者本人」59.1%、「主治医」45.5%、「地区担当保健師」40.9%などとなっていた。なお、「その他」が 40.9%あるが、内訳をみると「医療機関の PSW」が最も多く、次いで「ケアマネジャー」や「デイケアのスタッフ」などが挙げられた。

図表 2-3-88 主治医や他の関係者との多職種カンファレンスの実施の有無

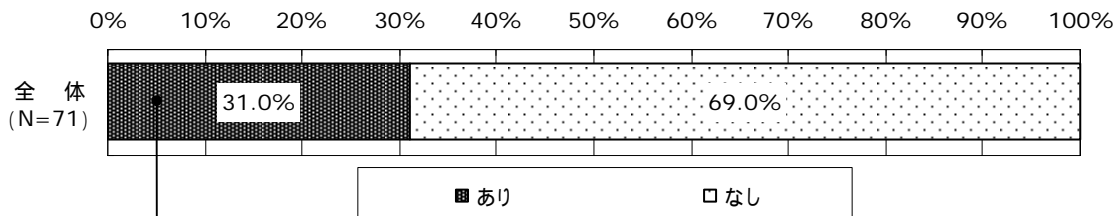


図表 2-3-89 多職種カンファレンスへの参加者【MA】

	利用者数	割合
訪問看護ステーション	20人	90.9%
利用者本人	13人	59.1%
主治医	10人	45.5%
地区担当保健師	9人	40.9%
市区町村の障害者福祉担当部署	9人	40.9%
利用者の家族	8人	36.4%
訪問介護事業所	7人	31.8%
社会復帰調整官	7人	31.8%
主治医以外の医師	5人	22.7%
デイケア事業所	3人	13.6%
障害者支援施設（精神障害者社会復帰施設）	2人	9.1%
その他	9人	40.9%
総数	22人	

多職種カンファレンスを中心的にコーディネートした関係者としては、「社会復帰調整官」31.8%が最も多く、次いで「主治医」「市区町村の障害者福祉担当部署」9.1%などとなっていた。

図表 2-3-90 主治医や他の関係者との多職種カンファレンスの実施の有無【再掲】

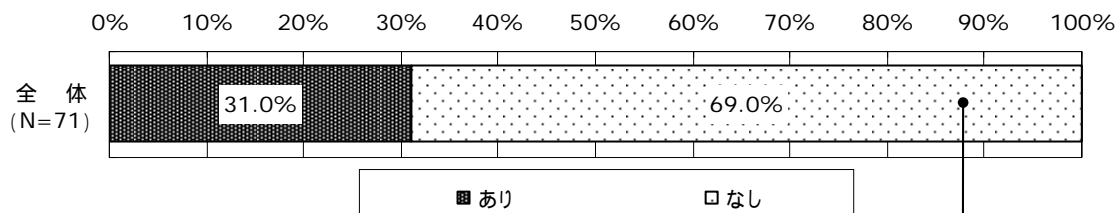


図表 2-3-91 多職種カンファレンスのコーディネーター

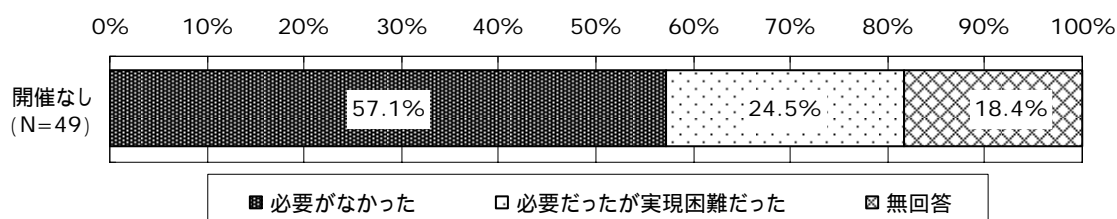
	利用者数	割合
社会復帰調整官	7人	31.8%
主治医	2人	9.1%
市区町村の障害者福祉担当部署	2人	9.1%
主治医以外の医師	1人	4.5%
訪問看護ステーション	1人	4.5%
地区担当保健師	1人	4.5%
利用者本人	0人	0.0%
利用者の家族	0人	0.0%
訪問介護事業所	0人	0.0%
デイケア事業所	0人	0.0%
障害者支援施設（精神障害者社会復帰施設）	0人	0.0%
その他	2人	9.1%
無回答	6人	27.3%
合計	22人	100.0%

なお、多職種カンファレンスを実施しなかった利用者について、多職種カンファレンスの実施の必要性について尋ねたところ、「必要がなかった」が57.1%を占めていたものの、「必要だったが実現困難だった」も24.5%と一定の割合があった。

図表 2-3-92 主治医や他の関係者との多職種カンファレンスの実施の有無【再掲】



図表 2-3-93 多職種カンファレンスの実施の必要性



### 多職種カンファレンスにおける検討内容

多職種カンファレンスで話し合われた内容としては以下のものが挙げられた。

#### サービスのマネジメント

- ・今後の支援体制について。
- ・今までのそれぞれの職種の関わり方。
- ・ヘルパーの導入の変更。
- ・ヘルパーの調理訪問の継続中止について。
- ・独居のため、生活面での見守りが必要となり、ヘルパーの訪問を毎日とし配食を利用開始。
- ・ホームヘルプの回数増について。
- ・受診時のタクシー利用について。
- ・援助方針や目標内容の確認。家族はデイサービスやショートステイの利用を希望しているが、本人の意向を考え慎重に利用の検討をしてゆく。
- ・各種手続きの進行具合の報告と今後について。
- ・調整官の訪問回数の調整など。

#### 訪問の仕方

訪問看護の回数。  
現在は看護の必要性が少なく、家族の負担になっているため、サービスを一時中断する。  
本人が仕事をしたいので訪問看護を終了したい。

### 病状・日常生活の様子

- ・自宅での療養環境、A D Lの低下に伴う夫の介護力の環境について。
- ・日常生活の状態。保健師が受診を一緒にした内容を報告。
- ・退院後の治療経過、生活状況。
- ・地域処遇経過について。実施計画の確認。
- ・ご本人の病状について、緊急時の対応について。
- ・病状コントロールについての調整。

## 多職種カンファレンスを実施するための工夫や課題

### 実施のための努力や工夫

#### コーディネーターの存在・開催日程の調整

- ・ケアマネジャーを中心にカンファレンスを展開する。
- ・ケアマネジャーが段取りをしてくださるので助かる（介護保険を使用する前は全てステーションの方でなければいけなかった）
- ・市の担当者に常にパイプ役として動いてもらっている。
- ・病院等退院調整室の待機を有効活用する。（病院等で退院時カンファレンスを開催していく）
- ・関係者が一堂に会するには時間の調整が難しいと思うが、定期的で開催されるカンファレンスでは次回の開催日時を早めに決定したり毎月第 曜日等と固定化したりすることで逆にそれぞれの出席予定者がカンファレンスに参加出来る様調整を行うことが必要。
- ・合同カンファレンスが開催出来ない場合、各事業所へ訪問し現況確認の上それぞれの意見を統括し書類にまとめ提示する。
- ・営業時間外でカンファレンスを開催する。
- ・指定通院医療機関における外来スタッフ（看護師、PSW）や主治医が必ず参加できるように開催場所を通院先の医療機関にしている。
- ・なるべく少数の担当で対応。
- ・時間指定はおおよそにして本人の状況に合わせて時間変更はできるだけ対応するようにした。
- ・時間外の緊急時の対応について確認。

#### カンファレンスでの検討のありかた

- ・犯罪を犯したときの病気の症状ばかりに多くの関係者が注目しているため、今の生活の状況や主人がどのように思っているかを関係者に伝えていく姿勢を持つようにした。本人の今までのごとくに関して目がいっていない。
- ・本人抜きで話し合いを持ち統一した話行動をとるように話し合った。
- ・内科的疾患もある中、異常の早期発見できるよう一つの科のみに偏らないように注意し、内服の確認やセッティングを一緒に行ったり、受診の確認を利用者とともに行うことで受診日や訪問日などインプレットされるようになった。
- ・本人の焦る気持ちや身体的に可能な状況なのか確認しながら、順次社会につながるような本人の居場所を見つけるよう、地域保健師・主治医・訪問看護師と連携していきたい。

### カンファレンス以外での関係者間の情報共有

- ・必要なことはその都度電話やFAXでこまめに情報を流す。
- ・毎回在宅での状況をFAX、病状変化時のTEL対応でかなりの手間と時間を要している。
- ・他サービスへ症状の説明や生活上の情報共有ができるよう電話または直接あって、話をすることになっている。
- ・市役所・保健所の担当者へも月一回出す情報提供書以外に変化のあった際は情報共有できるように連絡している。
- ・主治医が中心になった場合、在宅での具体的な適応能力を知る上で病棟（入院中の）での生活上の動きを具体的に知る必要があり病棟NSに情報をとってもらった。退院後自立支援制度を利用するためにPSWに連絡をとってもらった。
- ・保健所と同伴するなど情報を共有し連携。

### 実施にあたっての課題や困難

#### コーディネーターの不在

- ・どの部署、誰が主に動いてくれるのか連絡をとるのははっきりわからない。
- ・ケアマネジャーの多忙。

#### 日程調整が困難

- ・時間の調整が困難。特に訪問看護ステーションはカンファレンス等には点数がないので、時間を割くと経営として苦しくなる。しかし、利用者さんの情報共有は必要なので参加するが、この部分が困る。
- ・カンファレンスは異職種で行うため、業務のやりくり等時間的な確保が最も難しく調整側は日程を決めるのが困難である。
- ・各職種、時間の調整が合わない（特に主治医の介入がない）
- ・会議回数が多いため他の業務に障害が出た

#### 主治医・医療機関との連携が困難

- ・緊急対応できる病院でないため、夜間・休日の医師連絡が出来ない。
- ・病識に乏しいので、内科的精神的に異常の早期発見が遅くなる可能性もある。
- ・医師と直接話をする時間をとってもらうには病院に出向くしかなく、現実には困難。
- ・主治医が非常勤であり、連絡、連携がとりにくい。
- ・病状が不安定で医師や保健師に連絡・相談したくても医師が固定医ではなく、月2日だけのサテライト診療のため、カンファレンスに至らない。
- ・主治医が忙しいことが多く、時間的に余裕が無いことが多い。
- ・主治医中心の場合、病棟での情報を知る上で病院のナースの参加が必要であること。

#### 地理的な問題

- ・家族が遠方にいるため帰省できない。

#### カンファレンスでの検討のあり方

- ・カンファレンスの内容が細かくて時間がかかり、まとまりのないカンファレンスになっている。中身がない。
- ・カンファレンスを進行する進行役はさまざまな意見が出される中カンファレンスの目的に沿ったテーマからはずれていかない様注意を払わねばならず進行役の力量が必要。
- ・本人を含めてのカンファレンスのため、家族の本音が聞けない。医師の参加がなかった為、病識が理解できない。

6) 多職種カンファレンスを実施している利用者の状態像

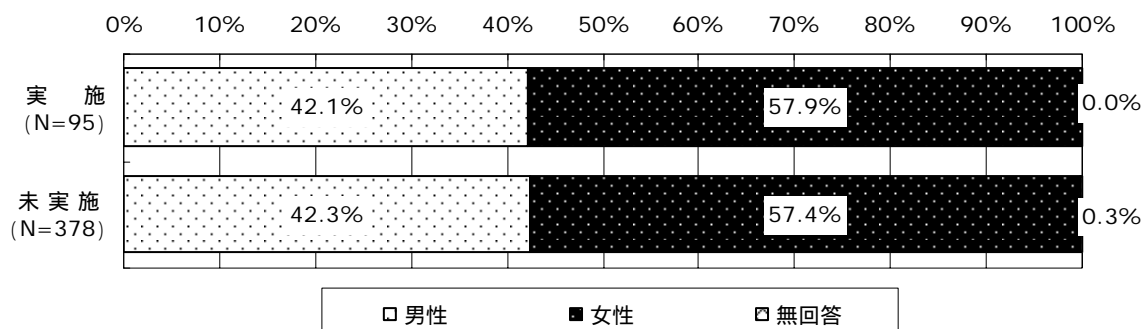
本項では、医療観察法対象者以外の利用者 492 名のうち、平成 21 年 5 月から 7 月までの 3 カ月間に多職種カンファレンスを実施した利用者 95 名（以下「実施利用者」という）と、実施しなかった利用者 378 名（以下「未実施利用者」という）について、その属性や精神科訪問看護の実施状況を比較した。

(1) 利用者の属性

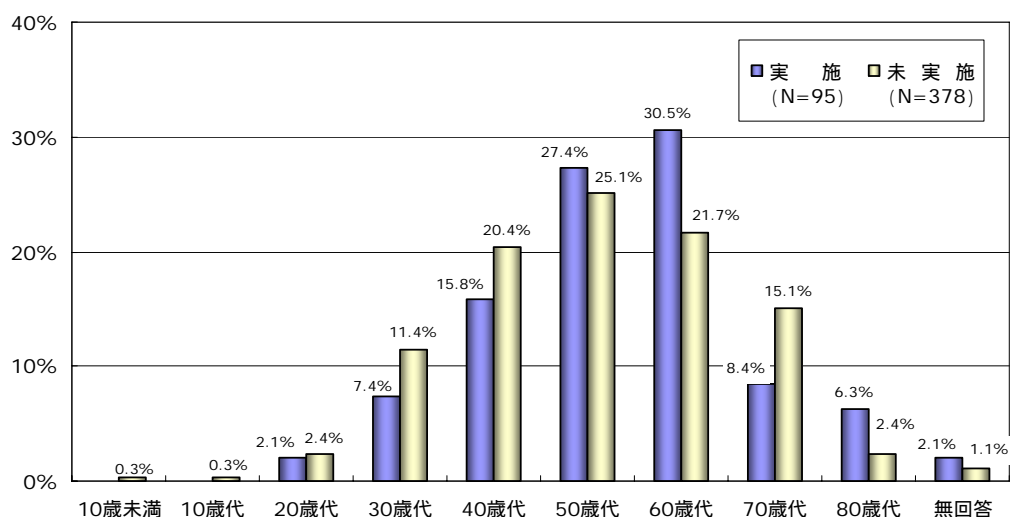
性別・年齢

実施利用者と未実施利用者の間で性別の割合はほぼ同じであった。一方、年齢について、実施利用者の年齢は「60 歳代」30.5%が最も多い一方で、未実施利用者の年齢は「50 歳代」25.1%が最も多くなっていた。

図表 2-3-94 性別



図表 2-3-95 年齢



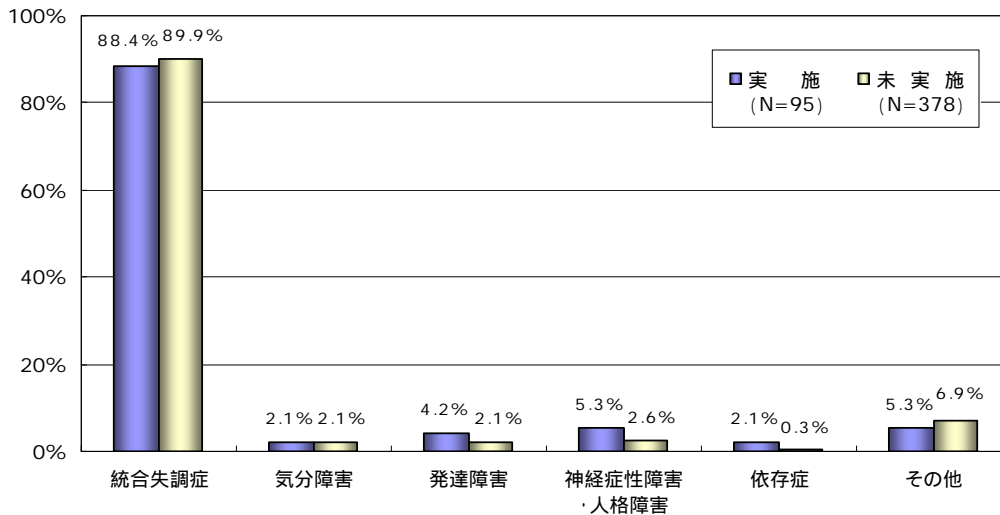


## 精神疾患の状況

### 診断名

診断名（副たる診断名を含む）についてみると、実施利用者と未実施利用者間で顕著な違いはみられなかった（統合失調症：実施利用者 88.4% V.S. 未実施利用者 89.9%）96

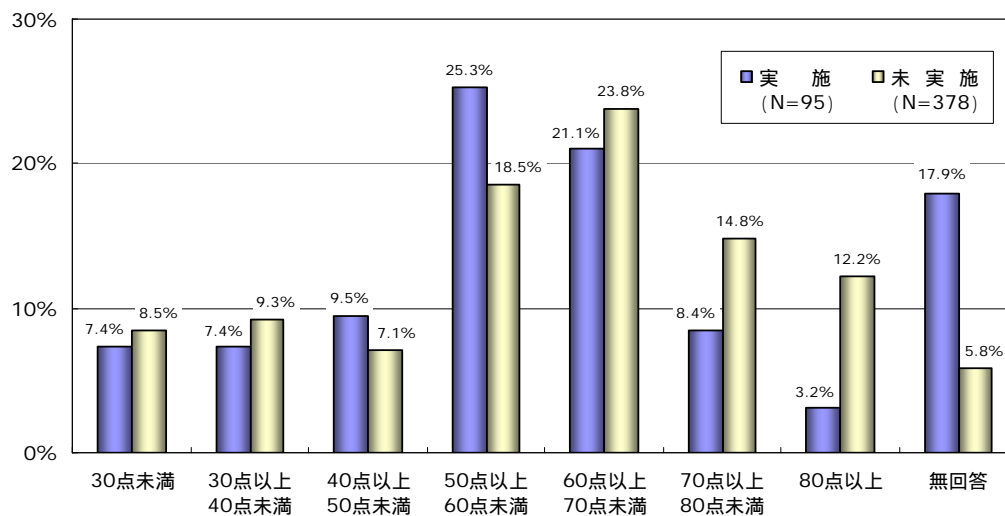
図表 2-3-96 診断名【MA】



### 機能の全体的評価尺度（Global Assessment of Functioning）

機能の全体的評価尺度（Global Assessment of Functioning）の平均得点は実施利用者が平均 52.9 ± 15.8 点である一方で、未実施利用者は平均 57.2 ± 18.8 点であった。実施利用者は「50 点以上 60 点未満」25.3%が最も多い一方で、未実施利用者は「60 点以上 70 点未満」23.8%が最も多くなっていた。

図表 2-3-97 機能の全体的評価尺度（Global Assessment of Functioning）

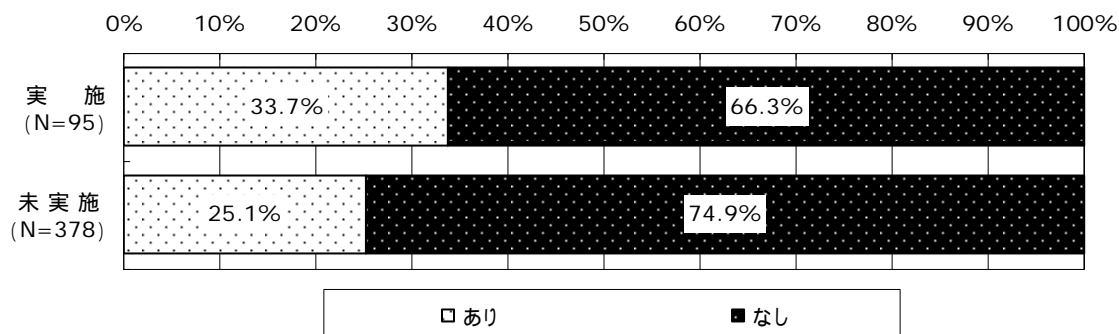


## 合併症の状況

### 糖尿病

糖尿病の合併の有無をみると、実施利用者で「あり」が33.7%である一方で、未実施利用者では25.1%であった。

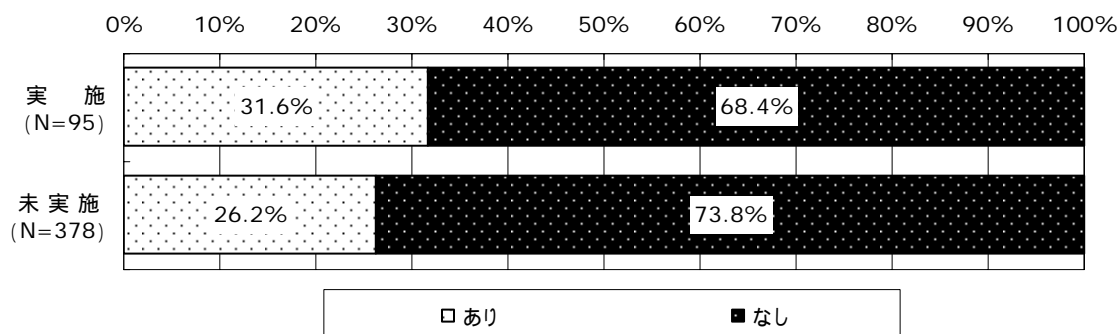
図表 2-3-98 糖尿病の合併の有無



### 肥満

肥満については、実施利用者で「あり」が31.6%である一方で、未実施利用者では26.2%であった。

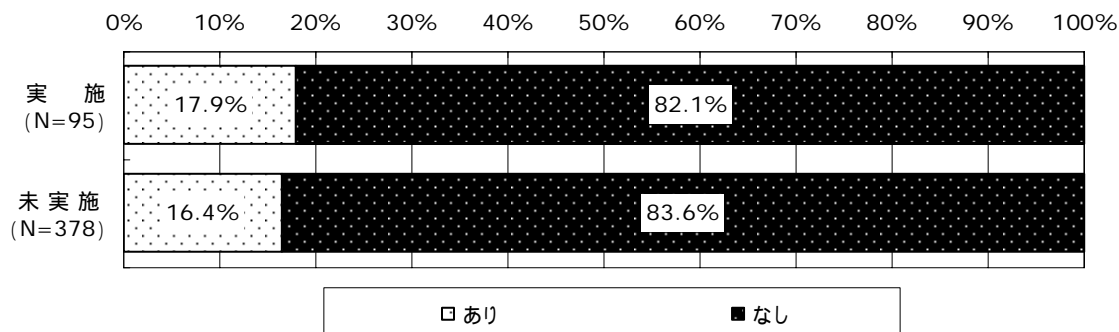
図表 2-3-99 肥満の有無



### その他の合併症

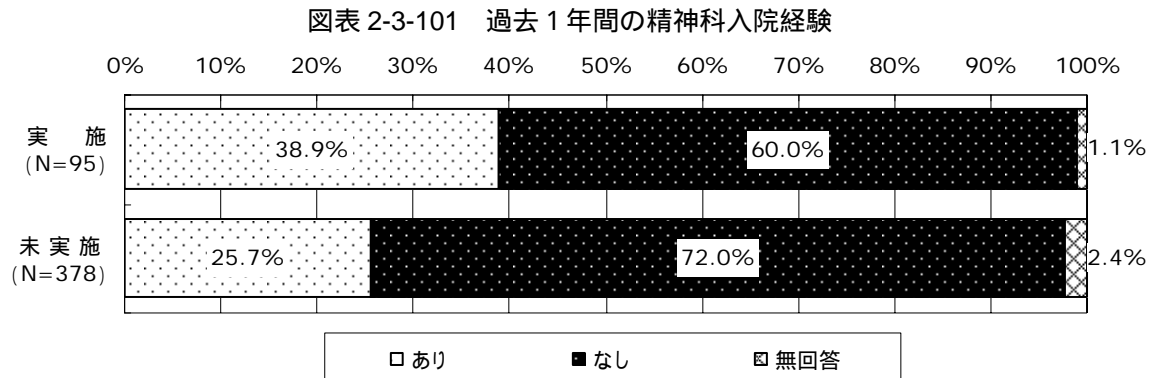
その他の合併症については、実施利用者と未実施利用者間で顕著な違いはみられなかった（実施利用者 17.9% V.S. 未実施利用者 16.4%）。

図表 2-3-100 その他の合併症の有無



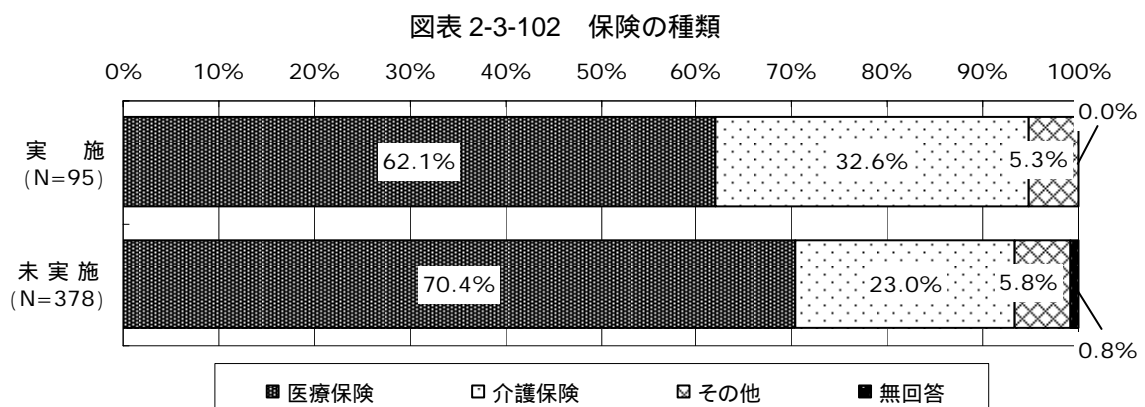
## 精神科入院の状況

過去1年間の精神科入院経験については、実施利用者で「あり」が38.9%（平均1.4 ± 0.7回）である一方で、未実施利用者では25.7%（平均1.2 ± 0.5回）であった。



## 保険の種類・自立支援医療の利用の有無

保険の種類は、介護保険が実施利用者で32.6%である一方で、未実施利用者では23.0%であった。

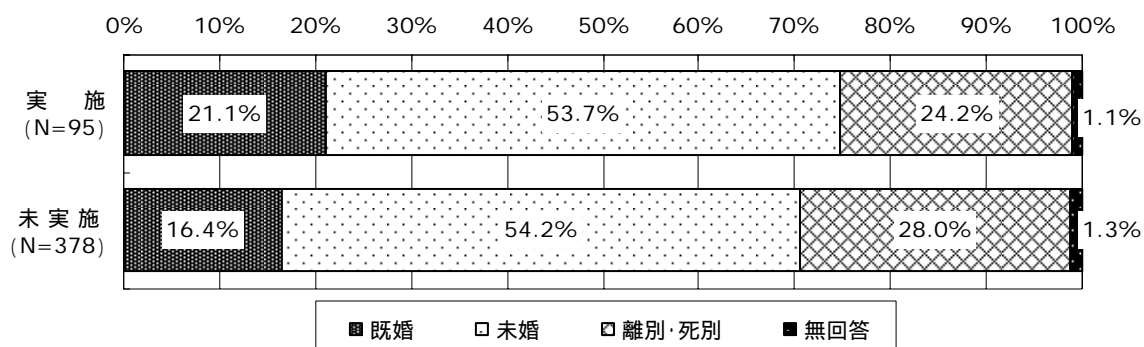


婚姻・居住の状況

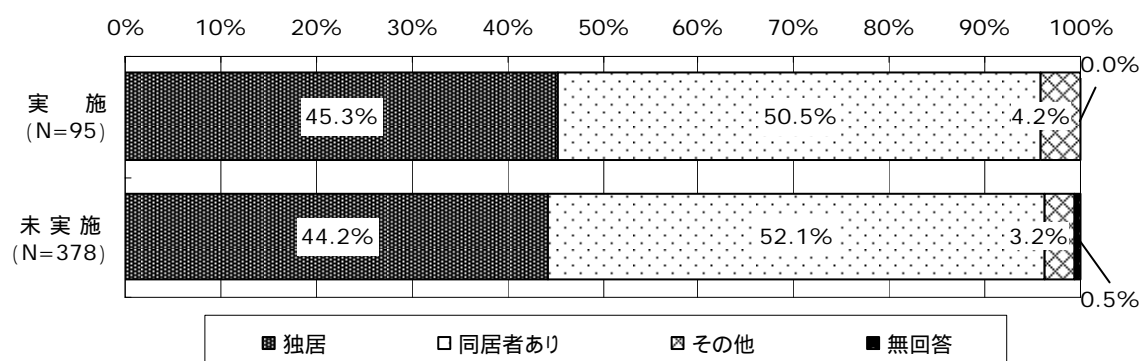
婚姻状況をみると、「未婚」及び「離別・死別」の合計が実施利用者で 77.9%であり、未実施利用者では 82.3%であった。

また、居住状況をみると、「独居」が実施利用者で 45.3%であり、未実施利用者で 44.2%であり、実施利用者と未実施利用者の中で顕著な違いはみられなかった。

図表 2-3-103 婚姻



図表 2-3-104 居住形態

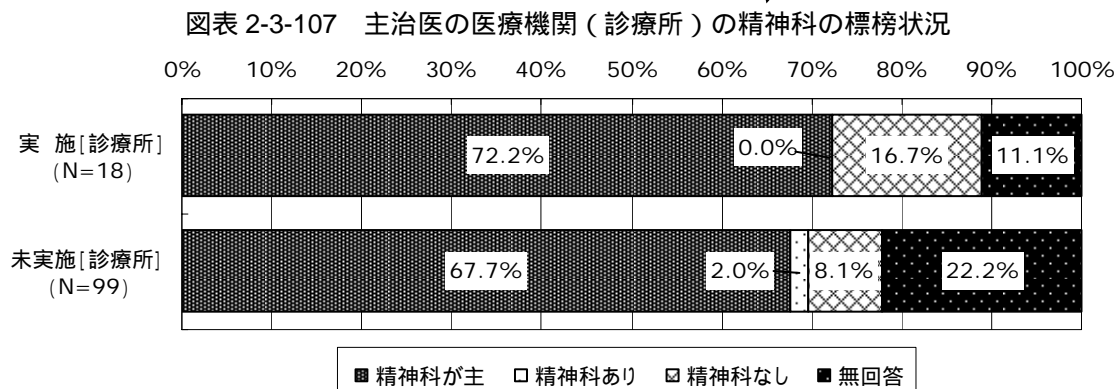
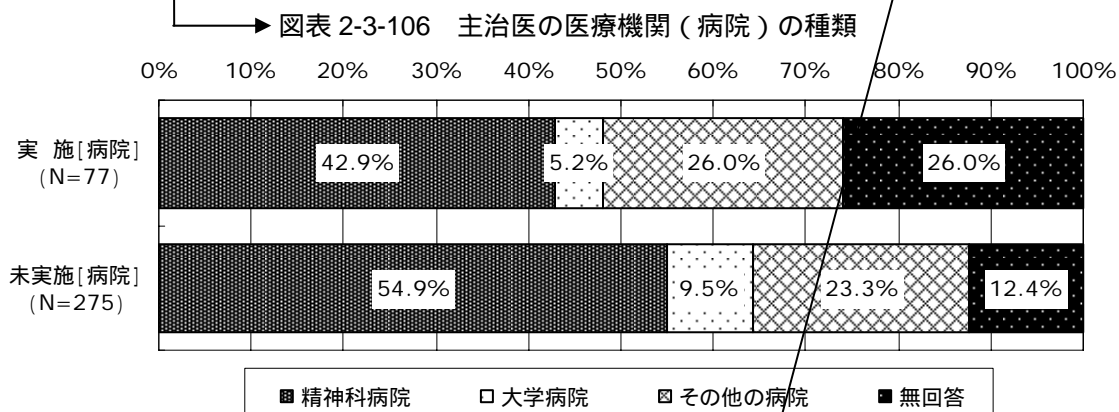
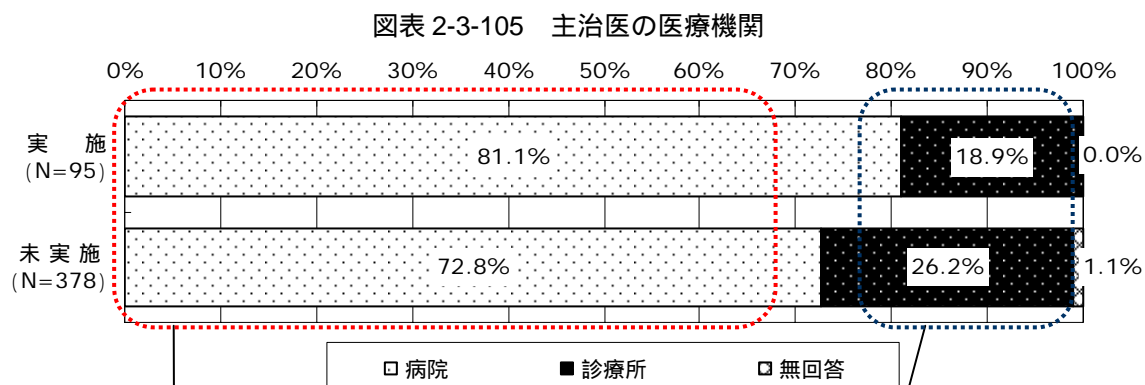


## (2) 精神科訪問看護の実施状況

### 主治医の状況

#### 主治医の医療機関

主治医の医療機関をみると、「病院」の割合が実施利用者で 81.1%である一方、未実施利用者で 72.8%であった。

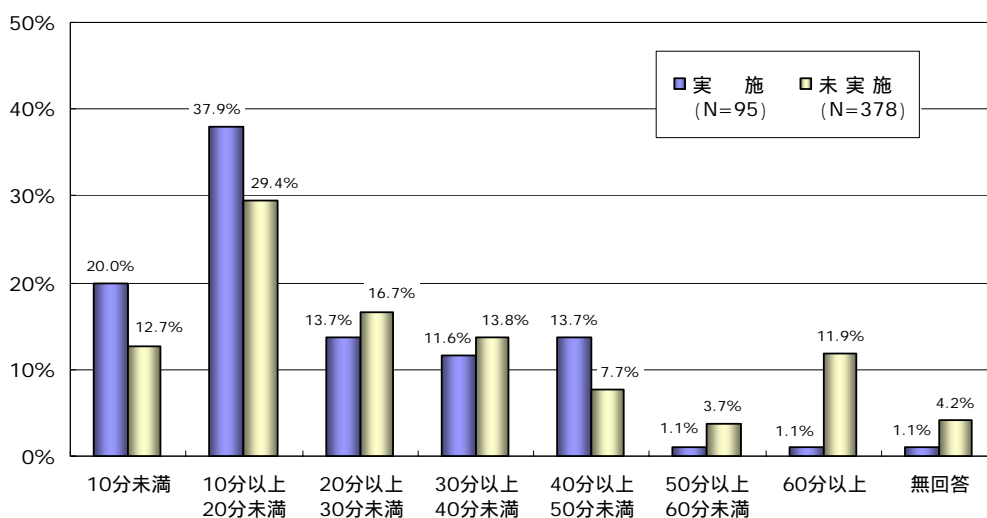


### 主治医の医療機関までの移動時間

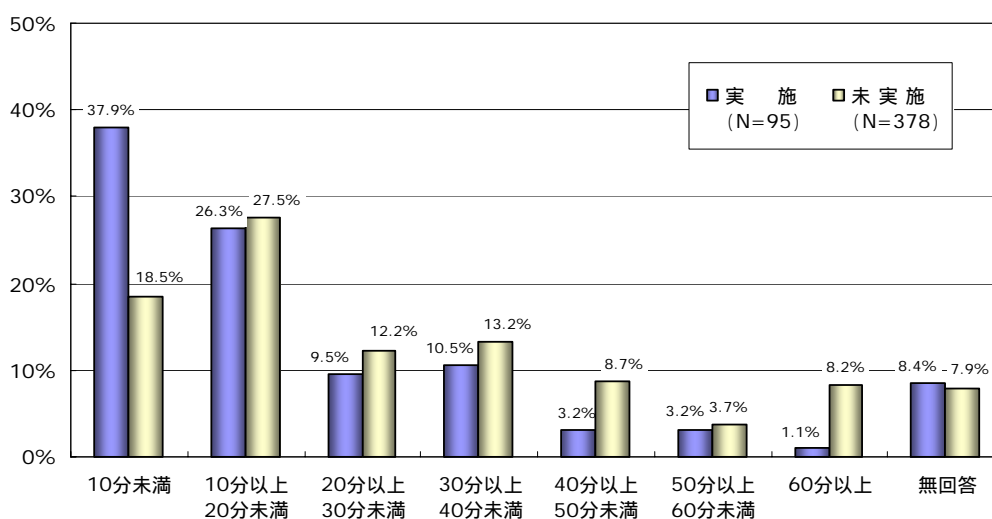
主治医の医療機関までの片道の移動時間（車で）をみると、利用者宅からは実施利用者が平均 19.2 ± 14.4 分である一方で、未実施利用者は平均 26.5 ± 22.3 分であった。実施利用者、未実施利用者ともに「10分以上20分以上」が最も多くなっていた。また、未実施利用者では「60分以上」が11.9%であり、実施利用者の1.1%を大きく上回っていた。

また、事業所からは、実施利用者が平均 14.8 ± 15.2 分である一方で、未実施利用者は平均 23.9 ± 21.8 分であった。

図表 2-3-108 主治医の医療機関までの片道の移動時間（利用者宅から・車で）



図表 2-3-109 主治医の医療機関までの片道の移動時間（事業所から・車で）

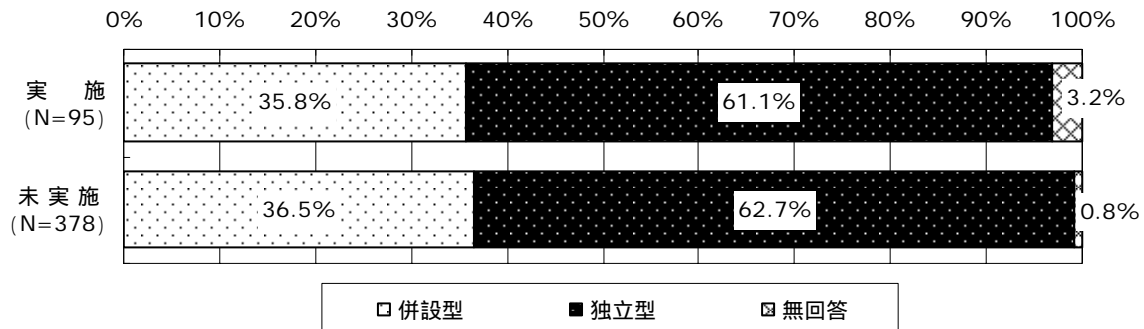


## 精神科訪問看護の実施状況

### 訪問看護ステーションの医療機関併設状況

精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションを、医療機関に併設している事業所「併設型」と、医療機関に併設していない事業所「単独型」に区分してその割合をみると、実施利用者と未実施利用者間で顕著な違いはみられなかった。

図表 2-3-110 1カ月間の訪問回数

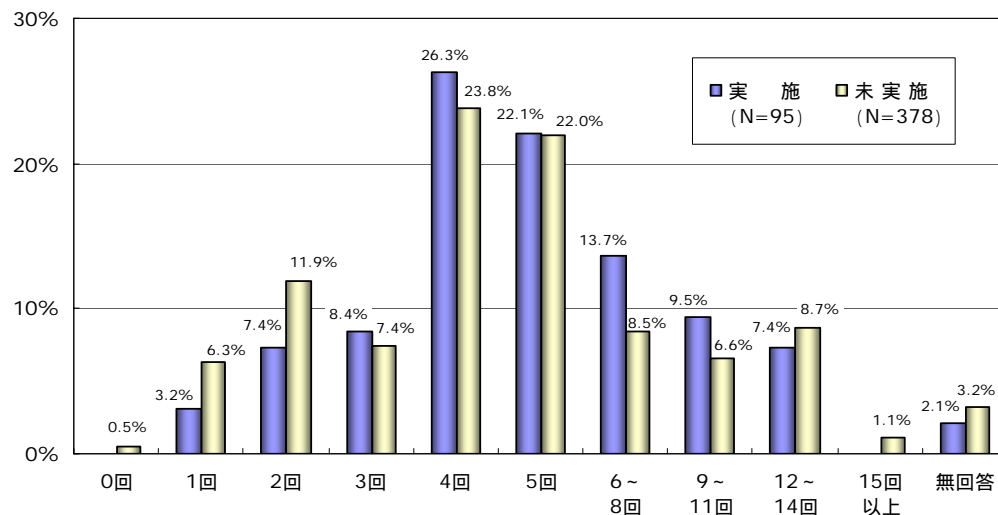


## 平成21年7月1カ月間の訪問看護の実施状況

### 訪問回数

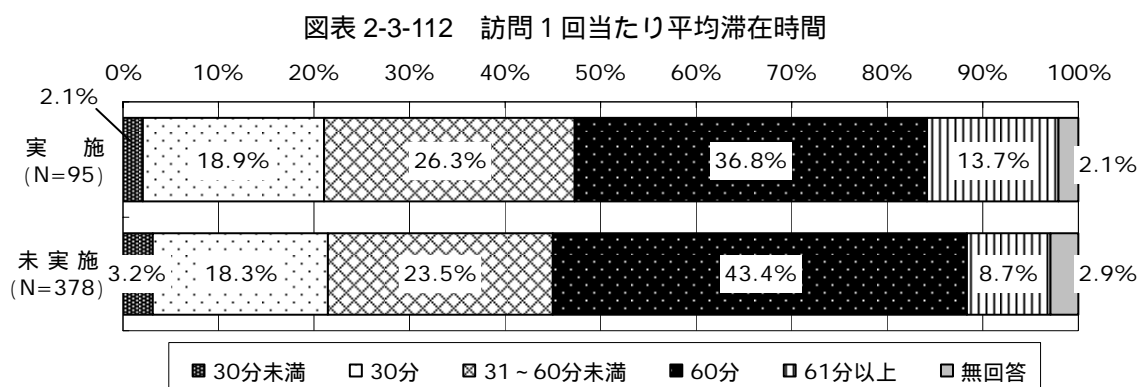
平成21年7月1カ月間の訪問回数についてみると、実施利用者が平均  $5.7 \pm 3.1$  回であり、未実施利用者は平均  $5.3 \pm 3.5$  回であった。実施利用者、未実施利用者ともに「4回」が最も多くなっていた。

図表 2-3-111 1カ月間の訪問回数



### 訪問1回当たりの滞在時間

訪問1回当たりの平均滞在時間についてみると、実施利用者が平均 53.2 ± 17.1 分であり、未実施利用者は平均 52.0 ± 20.1 分であった。実施利用者、未実施利用者ともに「60分」が最も多くなっていた。また、実施利用者では「61分以上」が13.7%、未実施利用者では8.7%であった。



### 電話相談

電話相談の状況を見ると、「なし」の割合が実施利用者で 37.9%である一方、未実施利用者で 48.9%であった。なお、「本人から」については、実施利用者と未実施利用者間に顕著な違いはみられないが、1カ月の平均時間では実施利用者が 136.5 ± 378.8 分であるのに対して、未実施利用者は 52.3 ± 94.4 分であった。

図表 2-3-113 電話相談の状況 [実施利用者]

	利用者数	割 合	平均回数 / 月	平均時間 / 月
本人から	41人	43.2%	9.5回	136.5分
家族から	10人	10.5%	2.5回	12.1分
その他	7人	7.4%	1.8回	15.2分
なし	36人	37.9%		
無回答	1人	1.1%		
合 計	95人	100.0%		

図表 2-3-21 電話相談の状況 [未実施利用者]

	利用者数	割 合	平均回数 / 月	平均時間 / 月
本人から	153人	40.5%	9.0回	52.3分
家族から	14人	3.7%	2.6回	39.6分
その他	17人	4.5%	2.1回	21.9分
なし	185人	48.9%		
無回答	9人	2.4%		
合 計	378人	100.0%		





## 第3章

# 多職種カンファレンスモデル事業

---

## 第3章 多職種カンファレンスモデル事業

### 1. はじめに

本事業は、平成 21 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業（主任研究者 萱間真美 聖路加看護大学教授）」の一部として実施した。

具体的には、精神科訪問看護を実施する事例について、訪問看護ステーションの訪問看護師が、医療機関の主治医や看護師、精神保健福祉士、居宅介護事業所の介護支援専門員や介護職員、その他行政機関等の関係者による効果的な多職種カンファレンスを行うモデル事業を 6 地域で実施し、そのプロセスを詳細に記録・分析することで精神障害者の地域生活を効果的に支援するネットワーク構築方法を検討したものである。

### 2. 実施方法

#### 1) モデル事業の実施方法

##### (1) モデル事業の対象事例

主に統合失調症とした。

ただし、初発・再発、年齢、入院経験の有無、入院回数は問わないものとした。

##### (2) モデル事業の実施方法

実施期間：平成 21 年 10 月から平成 22 年 2 月までの 5 カ月間で実施した。

実施方法：訪問看護ステーションの訪問看護師、医療機関の主治医や看護師、精神保健福祉士、居宅介護事業所の介護支援専門員や介護職員、その他行政機関等の関係者による多職種カンファレンス、電話やメールでの連絡内容等を記録した。

また、必要に応じて医療機関側で実施する退院前訪問への訪問看護ステーションの訪問看護師による同行訪問を実施・記録する。

##### (3) モデル事業の実施時間・場所

原則として、多職種カンファレンスは、退院援助の日程に合わせて 1 回当たり 1 時間半から 2 時間程度の開催とした。

多職種カンファレンスの開催場所は、関係諸機関による協議の上、決定するものとした。

#### (4) 倫理的配慮

本モデル事業の参画機関の名称は報告書において公表するものとした。

本モデル事業で扱われる事例（訪問看護利用者）は匿名とし、本事業に参画する医療機関および訪問看護ステーション等諸機関以外は、事例の固有名称を知ることが一切ないものとした。

報告書等で本事業について公表する際には、事例の年齢、居住地、家族構成、職業、生活歴など、個人を推定できる可能性がある情報は、伏せるか修正を加えた。

報告書等で本事業について公表する際には、モデル事業に参画する機関の職員の名前はすべて匿名とした。

## 2) モデル事業の対象事例

番号	事例の特徴	事例の概要	訪看ST の特性	カンファレンス 回数	情報交換 回数	関係機関
事例1	行政が中心となった多職種連携モデル - 精神疾患を有する夫婦に対する出産・育児支援事例 -	・30歳代の夫婦。共に統合失調症。 ・2009年12月に長男を出産。育児はもとより、金銭管理、服薬管理能力等も含め、生活能力全般が低下しており、行政の支援・介入も含め継続した支援を実施している。	一般	4回	1回	行政（児童福祉課、母子保健課〔保健師〕、生活保護課、児童相談所〔児童福祉司〕） 公的医療機関（主治医、病棟看護師、PSW） 訪問看護ステーション「モモ」 教育機関、育児院、民生児童委員
事例2	訪問看護ステーションが中心となった多職種連携モデル - 配偶者も精神疾患及び身体合併を有する事例への世帯支援事例 -	・40歳代女性、統合失調症（他高血圧症、肥満） ・訪問看護にて体調や生活状況の観察し、療養相談や指導、食事指導、服薬管理を実施している。	一般	4回 （5時間）	7回 （130分）	公的医療機関（主治医、精神保健福祉士） 北広島地域訪問看護ステーション 行政（健康福祉課〔保健師〕） 障害者支援センター、作業所
事例3	生活支援センターが中心となった多職種連携モデル - 居宅系施設入所者に対する定期的カンファレンスの実践事例 -	・50歳代女性、統合失調症。（他白内障、肥満） ・訪問看護にて体調や生活状況の観察し、療養相談や指導、服薬管理を実施している。現在精神疾患の方の共同住宅に入居中。	一般	7回	3回	地域生活支援センター 民間医療機関（主治医、OT、SW等） 富良野地域訪問看護ステーション 作業所、地区担当保健師、グループホーム
事例4	精神科特化型訪問看護ステーションが病院と協力して退院準備を行った事例1	・40代男性、統合失調症。車椅子使用。 初めての単身生活、麻痺があり身体管理が必要であること、服薬管理目的で訪問看護を行うこととなった。	精神科 特化型	2回	13回	民間医療機関（主治医、病棟看護師、PSW） 訪問看護ステーション円、その他の訪問看護ステーション 相談支援事業者、行政（障害福祉課）
事例5	精神科特化型訪問看護ステーションが病院と協力して退院準備を行った事例2	・40代男性、統合失調症。 妄想あり。拒薬傾向で病状が悪化し、頻回な入退院を繰り返している。	精神科 特化型	2回	11回	民間入院医療機関（主治医、病棟看護師、PSW） 民間通院医療機関（精神保健福祉士） 訪問看護ステーション円 訪問介護事業所、行政（障害福祉課）
事例6	精神科特化型訪問看護ステーションが訪問介護事業所へコンサルテーションを行った事例	・40歳代女性、統合失調症。 ・アパートで単身生活。（同居していた母親が死去）ヘルパーを週3回、外来OTを週2回利用。 母親の死去に伴い、転居が必要	精神科 特化型	7回	19回	民間医療機関（主治医、病棟看護師） 訪問看護ステーション円 新・旧の2つの訪問介護事業所 行政（障害福祉担当課）
事例7	病院訪問看護部が精神科特化型訪問介護事業所と連携した事例	・50歳代男性、統合失調症。 ・平成4年より入退院を繰り返しかえし、今回の入院（26回目）は、身体的な不調からの亜混迷状態であったが、2009年8月に退院。 ・退院後は訪問看護（週2回）、訪問介護（週2回）を利用。	病 院 訪 問 看 護 部	9回	14回	医療機関（主治医、訪問看護師、PSW、SW） 訪問介護事業所（ほっとハートケアサービス） 精神障害者社会復帰施設（生活訓練） 行政（福祉事務所）
事例8	利用者の入院期間中も継続的支援を行う病院 - 訪問看護ステーションの連携事例	・30歳代男性、統合失調症。 ・退院後に家族による間歇的自己導尿を実施する予定であるが、退院後の導尿状態の把握や家族への助言が必要な状況であるため、入院前から導入されていた訪問看護が継続的に支援した。	精神科 特化型	3回	3回	入院医療機関（主治医、病棟看護師） 退院後に通院する医療機関（主治医、看護師、PSW） 訪問看護ステーション不動平
事例9	退院を機に訪問看護導入を実施する病院 - 訪問看護ステーションの連携事例1	・30歳代女性、統合失調症。初発・初回入院。 ・今回、幻覚妄想状態で医療保護入院。治療により興奮状態は落ち着いたが、表情、動作に活気がなく、妄想様の言動は依然観察される。夫によるDVへの配慮も必要と思われる。	精神科 特化型	5回 （160分）	1回 （10分）	医療機関（主治医、病棟看護師、PSW） 訪問看護ステーション不動平
事例10	退院を機に訪問看護導入を実施する病院 - 訪問看護ステーションの連携事例2 - 精神科特化型訪問看護ステーションによるコンサルテーション的介入事例 -	・50歳代男性、統合失調症。 ・精神変調により精神科病棟入院。入院中にストマ、胃ろうを造設。現在も入院中。 ・身体合併症によりストマ・胃ろう管理が必要なため、退院後は一般訪問看護ステーションが訪問となる。	精神科 特化型	1回 （1時間）	3回 （65分）	医療機関（主治医、病棟看護師、PSW） 訪問看護ステーション不動平 その他の一般訪問看護ステーション

注：本調査では、訪問看護ステーションの利用者のうち9割以上が精神障害者である場合、当該事業所を「精神科特化型訪問看護ステーション」と呼ぶ。



### 3. モデル事業の実施事例

#### 1) 行政が中心となった多職種連携モデル

- 精神疾患を有する夫婦に対する出産・育児支援事例 -

##### 事例の紹介

本事例は、過去に前夫との間の子どもを虐待した経験のある統合失調症の女性が、同じく統合失調症である男性と再婚して出産することになったため、出産、出産後の育児、さらには（生活保護世帯であるため）金銭管理などについて、行政が中心となって医療機関や訪問看護ステーションなど様々な関係者と連携し、夫婦の生活支援を行っている事例である。

##### 利用者のプロフィール

###### 30歳代の女性（妻）

- ・ 自宅で、同じく統合失調症の夫と生活している。生活保護。  
前夫との間の長女を前夫とともに虐待し、懲役1年（執行猶予3年）の刑を受けたため、長女は育児院に入所中。現夫との子どもを2009年12月に出産。
- ・ 診断名：統合失調症（18歳で発症）、両親から虐待を受けて育った被虐待者
- ・ 重症度：GAF 40点、SBS 38点
- ・ 入院歴：過去1回
- ・ 主治医：精神科病院の医師（車で片道30分）
- ・ 訪問看護  
導入経緯：日常生活支援及び服薬管理の必要が高いため導入  
実施内容：毎日（1回あたり60分程度）  
自立した生活を送れるように支援している  
医療保険の算定上限20回を超える分については無償で訪問

###### 30歳代の男性（夫）

- ・ 診断名：統合失調症（20歳で発症）、知的障害
- ・ 重症度：GAF 20点、SBS 14点
- ・ 入院歴：無し

##### 支援機関等

行政（児童福祉課、母子保健課〔保健師〕、生活保護課、児童相談所〔児童福祉司〕）

医療機関（主治医、病棟看護師、精神保健福祉士）

訪問看護ステーション「モモ」

教育機関、育児院、民生児童委員

## 事例の推移

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2009.11.XX	<p>カンファレンス 所要時間 2 時間</p> <p>【保健師】精神状態が良ければ、出産後の育児は支援を受けながら可能ではないか</p> <p>【行 政】金銭感覚が乏しいため、保護費を分割支給している</p> <p>【病 院】緊急時は救急車で対応する 胎児の発育は順調だが、今後の障害の有無は不明 受診時に不潔なときがあるため、出産後に衛生面で不安がある 出産時の費用負担が可能か疑問 向精神薬の服用のためミルク授乳になるが、費用負担が可能か疑問</p> <p>【訪 看】金銭面でかなり問題がある 入浴は不十分だが、部屋の整理整頓はできている 24 時間対応できるため、出産後の対応は可能（より手厚い支援も可能）</p> <p><u>結 論</u>：保護費のさらなる分割が必要ではないか 医師の指示により連日訪問で支援が可能である 出産後早期にカンファレンスを開催する 場合によっては母子分離も視野に入れた対応を行う</p>
2009.12.XX	出 産
2009.12.XX	<p>カンファレンス 所要時間 2 時間</p> <p>【病 院】出産による入退院の経過（救急車搬送、夫婦の様子） ・ミルク授乳を勧めるが、母親が母乳授乳を強く主張 ・父親は毎日面会し、妻にねぎらいの言葉をかける 繰り返し指導的支援が必要</p> <p>【保健師】子どもの発育は順調 母親の精神状態は比較的安定しているものの、父親は子どもの扱いが乱暴</p> <p>【行 政】出産前に金銭的不安から電話相談があった 出産に伴い、保護費の追加支給が加算されることになった 金銭感覚が乏しく既に 12 月分の保護費は使い果たしている 母親が内服を中止しており、情緒不安定になると父親に暴力をふるう</p> <p>【育児院・教育機関】前夫との間の長女が精神的に不安定である</p> <p>【民 生】以前から金銭管理ができていない</p> <p>【訪 看】金銭管理が全くできていない 母子の退院日にパニックをおこした父親を救急搬送した</p> <p><u>結 論</u>：養育能力や金銭管理能力の低さに対して、今後の支援の役割分担を行う</p> <p>訪 看：特別指示書にて毎日訪問し、子育て支援、服薬・日常生活支援 を行い、子育てに問題があれば医師や児童相談所に報告する</p> <p>保健師：母子保健指導</p> <p>行 政：生活指導、金銭管理、母親の相談 養育が困難な状況が認められれば、親子分離の検討</p> <p>民 生：相談と訪問</p> <p>2 カ月後に次回のカンファレンスを開催することとする</p>
2010.01.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 行政 [ 電話 ]</p> <p>・訪問看護師の同席のもとで、本人と生活保護課が今後の保護費の支給の方法について話し合いを行うことにする</p>



時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2010.01.XX	カンファレンス 本人、行政（生活保護課） 訪看による話し合い ・保護費の分割支給（1週間ごとの支給）を提案し了承を得る
2010.01.XX	カンファレンス 主治医に対して訪看が報告 ・保護課と相談した金銭管理の方法 ・子どもが順調に発育して両親も子どもへの愛着がみられること

### 評価と課題

この地域全体の動向として、精神障害を背景として自殺者数が増加するなど、地域として精神障害への対応が迫られている。一方で、精神病床数は減少しており、在宅でのフォローのニーズは高まっている。

この地域ではコミュニティで分担して社会的役割を担うことは当然であるという風潮があるが、地域で暮らす精神障害者にとってはたとえばゴミ当番や、町内会の班長等の役割を担うことは困難であることが多い。そのため、特別な目で見られたり、人との関係がうまくいかないことがあり、結果的に地域生活の中で摩擦を起こすことが多くなってしまおうという課題がある。

病院においても精神障害者の生活を支える視点では指導に限界があると感じつつあり、訪問看護ステーション「モモ」と密に連携をとっている現状にある。

今回の事例の課題であった子どもの養育などの課題については、行政を中心とする関係諸機関の多職種カンファレンスの実施により、両親による虐待を未然に防いでおり、夫婦の地域生活を継続することができている。

今後、病院の医師を中心として、精神に関わる職種である保健師、グループホームの職員、訪問看護ステーション、地域の民生委員等の関係者を巻き込んで在宅でのフォローを推進するための連絡協議会を立ち上げる予定である。患者を支えるために散発的に開催していた会議を、公式のものとして位置づけ、定例化することで地域での支援に活用しようとしている。

## 2) 訪問看護ステーションが中心となった多職種連携モデル

- 配偶者も精神疾患及び身体合併を有する事例への世帯支援事例 -

### 事例の紹介

本事例は、統合失調症の夫が糖尿病治療のために入院したことを契機として妻（同じく統合失調症）に対して訪問看護が導入されたが、妻の病状が悪化したため、妻に対して訪問看護を行っていた訪問看護ステーションが医療機関や精神障害者支援施設と連携をとり、夫に対しても訪問看護を導入するに至った事例である。

### 利用者のプロフィール

#### 40代の女性

- ・ 自宅で同じく統合失調症の夫と二人暮らし。作業所にて就労している。
- ・ 診断名：統合失調症（19歳で発症） 依存症、気分障害  
糖尿病、肥満（BMI 36.9）
- ・ 重症度：GAF 75点、SBS 8点
- ・ 入院歴：過去3回（直近の退院時期 平成18年）
- ・ 主治医：精神科病院の医師（車で片道20分）
- ・ 訪問看護  
導入経緯：夫の入院（糖尿病治療）に伴い、療養生活上の不安を生じていたことから、障害者支援センター職員より紹介を受けて導入に至る  
実施内容：月8回（1回あたり60分程度）の利用。  
服薬管理、療養相談、血圧コントロール、食事指導、環境整備

### 支援機関等

医療機関（主治医、精神保健福祉士）

北広島地域訪問看護ステーション

行政（健康福祉課 [保健師]）

相談支援事業者（障害者支援センター）、精神障害者社会復帰施設（作業所）

## 事例の推移

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2009.10.XX	<p>カンファレンス 所要時間 1 時間</p> <p>・今後の支援の必要性について検討し、(以前に訪問介護を利用するも全面的な援助を要望し、病状が悪化したため休止に至っている) 本人自身が訪問看護に対して希望する支援内容の認識を確認する。</p> <p><u>結 論</u>：訪問看護(2回/週)の導入を決定            体調・病状観察による精神症状の発現状況の把握            療養生活上の不安点の確認、相談・対応方法について具体的対策の検討            居住環境に対する環境整備の必要性や清潔保持についての相談、指導            習慣化された生活リズムの構築についてのアドバイスの実施            服薬遵守状況、薬効及び副作用発現等の観察            肥満に対する栄養管理についての相談・指導の実施</p> <p><u>課 題</u>：入院中の夫へ説明し、了承を得る必要がある(後日了承を得る)</p>
2009.10.XX	糖尿病治療のため入院していた夫が退院
2009.11.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 病院(PSW)[電話] 所要時間 20分</p> <p>【病 院】外来受診状況及び相談室での面談状況についての情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家の中の環境整備が困難である</li> <li>・訪問看護導入により、色々と相談できるようになり安心である</li> </ul> <p><u>結 論</u>：医療機関からも積極的に情報提供し、訪看も妻の療養状況の改善や体調悪化の早期発見・対応に協力する</p>
2009.11.XX	<p>カンファレンス 所要時間 1 時間</p> <p>【病 院】主治医からの情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の病状・病識</li> <li>・知能テスト結果(ボーダーラインを下回る)</li> <li>・家族関係(統合失調症の夫、よき理解者であるが指示的言動のある姉)</li> <li>・今後、病状悪化再燃になりうる状況(実母の死亡、夫との関係悪化)</li> </ul> <p>【訪 看】本人の受け入れ良好、訪問拒否はない            服薬管理や健康管理についての関心は高い</p> <p><u>結 論</u>：今後、精神症状の悪化再燃のきっかけとなる出来事が生じた際には、訪問看護での早期把握から関係機関との情報交換や連携を図り、事実関係等を確認していく            社会生活の継続のため、具体的な対応を共通認識のもと実施していく</p> <p><u>課 題</u>：夫を協力者として巻き込むための具体的な方法            衛生状態の悪化が顕著であり、本人への環境整備・清潔保持への動機付け</p>
2009.11.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 作業所[電話] 所要時間 30分</p> <p>【訪 看】作業所で異性から声をかけられ困惑しているとの訴えがあった</p> <p>【作業所】職員が確認し、実際は日常会話の一部として認識している</p> <p>【訪 看】男性恐怖症傾向及び言動・行動変容の発現は夫婦関係の悪化の可能性もあるため経過観察及び状況把握を継続する</p>

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2010.12.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 夫の内科の担当医師〔電話〕所要時間 15 分</p> <p>【病 院】夫の食事管理のため栄養指導を実施しているが、退院後の外来受診時の血液データが悪化している。現在の食習慣や食事内容・調理状況についての情報を提供してほしい</p> <p>【訪 看】夫婦の食習慣等について説明 夫から食事制限について文句を言われるとの訴えが本人からあった</p> <p>【病 院】夫婦での食習慣改善及び食事コントロール指導の必要ありと指摘</p> <p>結 論：医師が内科領域での体調変化の発現時に対する相談を受けることを了承</p>
2010.12.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 障害者支援センター〔電話〕所要時間 25 分</p> <p>【支援 S】夫から暴力を受けたとの訴えが本人からあった</p> <p>【訪 看】訪問時に夫からの暴力についての訴えはなかった バイタルチェックでの確認でも外傷は確認されなかった 家事をやるように夫から強く求められるとの訴えはあった</p> <p>結 論：暴力があったかどうかの事実確認を、妻に対しては訪看が、夫に対しては障害者支援センターが行うことにする。 病院の PSW 経由で主治医にも情報提供を行い、今後の対応について指示を求めることにする。</p>
2009.12.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 病院（PSW）〔電話〕所要時間 25 分</p> <p>【病 院】定期受診の際に夫婦双方と個別に面談し、暴力の事実がないことを確認 鎮静効果の強い薬の処方調整を検討している</p> <p>結 論：経過観察を継続する</p>
2009.12.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 病院（PSW）〔電話〕所要時間 10 分</p> <p>【病 院】体調確認と服薬指導を行い、その際に夫婦が和解した 表情が不安げで眩暈症状も増強していたため、鎮静剤を減量</p> <p>【訪 看】身体不調の訴えの頻度が増える 家事等の意欲低下が観察される</p>
2009.12.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 病院（PSW）〔電話〕所要時間 5 分</p> <p>【病 院】前記 の訪問看護の状況を主治医に報告し、主治医からのアドバイス（本人の感情の揺れに注意し傾聴の姿勢で対応してほしい）を伝達</p> <p>結 論：訪看にて事業所内カンファレンスを実施</p>
2009.12.XX	叔母が死亡
2010.01.XX	<p>カンファレンス 所要時間 1 時間</p> <p>【訪 看】夫の訪問看護の開始手続きが進んでいるかと妻から尋ねられた</p> <p>【行 政】以前から夫への訪問看護導入の検討を行っており、再検討の必要がある</p> <p>結 論：夫婦への支援の方向性を検討するため多職種カンファレンス開催を決定</p>

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2010.01.XX	<p>カンファレンス 所要時間2時間</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夫から妻の状況について感じていることについて報告があった。 <ul style="list-style-type: none"> <li>本人は訪問看護の重要性を認識している</li> <li>本人が風邪を引いたことを契機に、家事についての夫の負担が強まる</li> <li>本人の叔母が亡くなったことを契機に生活リズムが崩れる</li> <li>環境整備・清潔保持の意識が低い（訪問看護により一時的には改善する）</li> <li>妻よりも薬を多く服用し、なんとか精神状態を保っているが恐怖感がある</li> </ul> </li> </ul> <p>【訪 看】精神的な混乱や抑うつ的な傾向あり、表情の回復や意欲的な言葉もあり 服薬管理は遵守、体重増加傾向、循環器系の体調悪化症状</p> <p>【作業所】周囲との協調性は保っているものの、出勤頻度は減少傾向 休憩時間の延長がみられる</p> <p><u>結 論</u>：妻は自身の体調・精神症状の悪化、不安増強と混乱傾向を自覚しているため、改善に向けた支援策を検討 夫の協力、支援可能点の確認 訪問看護以外の新たな社会サービス導入の検討 体調安定・病状悪化予防に向けて 夫の訪問看護導入時期について</p> <p><u>課 題</u>：更なる体調・病状悪化発現時のサービス追加や支援検討の時期の見極め 精神科領域以外の体調悪化や新たな疾患発現時の対応等</p>

## 評価と課題

本事例の成果としては、まず、関係機関との連携や情報交換・共有により、本人も含めた家族支援につながる事ができたことである。精神疾患をもつ本人のみならず家族支援の面からも非常に有効であった。また、多職種間での連携が緊急（精神症状の悪化）時の対応にもつながり、症状悪化に対する早期対応・介入、それらのタイミングを一機関だけでなく情報共有化できていることで総合的判断が可能となり、支援にあたっての各機関の役割等の調整ができるなどメリットは非常に大きい。

ただし、課題としては以下の2点が挙げられる。

精神疾患を持つ利用者の在宅生活支援については、訪問看護ステーションのみならず、各関係機関の連携に要する時間が一般の訪問看護に比べて長くなる傾向がある。これは事業所の業務効率の面や採算面からも大きな課題であり、今後の精神疾患を持つ利用者への在宅生活支援の拡大に向けた検討課題となるものと考えられる。

訪問看護ステーション自身に精神疾患を持つ利用者に対する消極的姿勢がみられる。また、主治医等医療機関からの情報提供が少なく在宅生活支援に対する理解・経験不足もみられる。

### 3) 生活支援センターが中心となった多職種連携事例

- 居宅系施設入所者に対する定期的カンファレンスの実践事例 -

#### 事例の紹介

本事例は、グループホームにおける精神障害を有する複数の入所者に対して、生活支援センターが中心となって医療機関や訪問看護ステーション、精神障害者社会復帰施設などが定期的に多職種カンファレンスを開催し、入所者の病状の悪化等に対して各関係機関が連携して対応している事例である。

#### 利用者のプロフィール

50代の女性

- ・グループホームに居住。作業所にて就労している。離婚歴あり。
- ・診断名：統合失調症（34歳で発症）  
肥満（BMI 33.3）
- ・重症度：GAF 66点、SBS 11点
- ・入院歴：過去6回（直近の退院時期 平成21年8月）
- ・主治医：精神科病院の医師（車で片道5分）
- ・訪問看護  
導入経緯：休日の服薬管理を医療機関のソーシャルワーカーから依頼。  
実施内容：月5回（1回当たり45分程度）の利用。  
服薬管理と健康チェック（幻聴、多弁等の把握）

#### 支援機関等

地域生活支援センター

医療機関（主治医、主治医以外の医師、作業療法士、ソーシャルワーカー）

富良野地域訪問看護ステーション

精神障害者社会復帰施設（作業所）、地区担当保健師、グループホーム

## 事例の推移

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2009.11.XX	<p>カンファレンス 所要時間 20 分</p> <p>【病 院】週 1 回受診による経過観察中</p> <p>【作業所】元気に通所している</p> <p>【G H】同居者と口ゲンカするが仲直りできる 週 1 回の受診により落ち着いてきている</p> <p>【訪 看】1 包 / 週程度の薬の飲み忘れがある 不眠のための薬の追加・変更による副作用で残眠感がある 性的・乱暴な言動が軽減しているものの、多少の気分高揚がある 何度も電話をかけている様子がある</p> <p>【支援 S】金銭管理継続中 多少の気分高揚がある</p> <p>結 論：気分高揚・過活動があるが、各機関による経過観察を継続する</p>
2009.11.XX	<p>カンファレンス 訪問看護ステーションと生活支援センターが面談</p> <p>【訪 看】薬の飲み忘れがある 気分高揚がみられ、性的発言も聞かれ始める 作業所へ行かず外出していることが増えている 多弁だが残眠感があり、呂律が回らず聞き取りにくい</p>
2009.12.XX	<p>カンファレンス 所要時間 20 分</p> <p>【作業所】元気に通所している 気になることがあると何度も事務所に出入りして電話や、職員に質問する</p> <p>【G H】同居者とのケンカ中だか、大きなトラブルにはなっていない</p> <p>【訪 看】1 包の薬の飲みすぎがあった 以前よりも熟眠感があり、日中の幻聴はない 軽度の気分高揚がみられる</p> <p>【支援 S】金銭管理継続中 多少の気分高揚がある</p> <p>結 論：気分高揚・過活動があるが、各機関による経過観察を継続する</p>
2009.12.XX	<p>カンファレンス 訪問看護ステーションと生活支援センターが面談</p> <p>【訪 看】時々 1 包の薬の飲みすぎや飲み忘れがある 性的発言や行動がある 気分高揚はやや軽減している 医師には入院の必要があると言われていたが、本人は希望していない 不眠であることを医師に正直に言っていないため、本人に受診時には本当のことを話し、必要であれば治療を受けた方がいいと説明</p>
2009.12.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 病院 (SW) [ 電話 ]</p> <p>【訪 看】年末に入院予定であるため、訪問時の様子を報告する ・本人が年末年始に入院することを嫌がっている ・過活動で、間食を含む食事が多い ・性的発言や乱暴な言動は減少している</p> <p>【病 院】医師の意見を伝える ・過活動が落ち着いてきているため、年末の入院予定をとりやめる</p>

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2009.12.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 病院（事務）[電話]</p> <p>【訪 看】年末年始のステーションの休業期間中の薬の処方を主治医に依頼</p> <p>結 論：主治医に確認し、処方可能となったため、処方せんを取りに行く</p>
2010.01.XX	<p>カンファレンス 所要時間 20 分</p> <p>【病 院】多弁や過活動が落ち着き、年末は入院に至らなかった 受診時は症状を隠さずに話している</p> <p>【作業所】就労態度に問題があった（終日就労するのが週の半分に） 何度も電話や職員への質問があったが、最近は落ち着いた</p> <p>【訪 看】1包の薬の飲み忘れがあった 不眠は一度覚醒してもすぐに入眠できている 性的発言は最近減少しているものの、軽度の気分高揚はみられる</p> <p>結 論：今後も各機関による経過観察を継続する</p>
2010.01.XX	<p>カンファレンス 訪問看護ステーションと作業所が面談</p> <p>【訪 看】気分高揚が落ち着き、多弁・過活動が軽減されたため、年末年始に入院にならなかった 内服もできており、性的・乱暴な発言もない</p> <p>【作業所】転倒の可能性があるため送迎している 事務所に何度も出入りすることもなくなり、作業時間も長くなっている</p>
2010.01.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 作業所 [電話]</p> <p>【作業所】本人が翌日分の薬が無いと訴えている</p> <p>【訪 看】状況確認のため訪問するとの対応</p>
2010.02.XX	<p>カンファレンス 所要時間 20 分</p> <p>【作業所】何度も事務所に出入りし、電話や職員への質問がある 朝に迎えに行くとベッドで寝ていることがある 薬を取りに家に帰ったが、そのまま散髪に行っている</p> <p>【訪 看】薬の飲み忘れは無い 会話中に眠気が強いときがある 多弁や気分高揚を周囲から指摘されるが本人の自覚はない</p> <p>【病 院】前回受診時に入院を勧めたが本人に拒否された 日常生活の様子を受診に同行したグループホームの世話人から聞いた</p> <p>結 論：入院を本人が拒否したため、今後も各機関による経過観察を継続する</p>

## 評価と課題

本事例はグループホームにおける精神障害を有する複数の入所者に対して、定期的に多職種カンファレンスを開催し、病状の悪化等に対して各関係機関が連携して対応している事例である。多職種カンファレンスは定期的で開催されているため、随時の対応が可能となっている。ただし、多職種カンファレンスは月1回の定例開催であるが、20数名の関係機関の参加の為、特に問題がある場合以外は1人の利用者の情報交換に使う時間が短くなるといった限界がある。



4) 精神科特化型訪問看護ステーションが病院と協力して退院準備を行った事例 1

事例の紹介

本事例は、精神科特化型訪問看護ステーションが、統合失調症の利用予定者が入院中の段階から入院医療機関とカンファレンス等を通じて情報共有を行い、利用者の退院後の在宅生活移行を支援した事例である。最終的に再入院となったものの、再入院までの振り返りを多職種カンファレンスにて実施し、退院後の支援のあり方を検討している事例である。

利用者のプロフィール

40代の男性

- ・ 近隣の病院に入院中
- ・ 診断名：統合失調症  
陳旧性脳梗塞、左大腿部切断（車椅子）、反射性交換性ジストロフィー
- ・ 重症度：GAF 58点、SBS 9点
- ・ 入院歴：過去3回  
導入経緯：退院後、障害（含む身体）をもつての単身生活であり、両親は高齢で介護は困難である。また、精神疾患に対する病識の低さ、痛みに対するこだわりなどがあるため、在宅における生活支援が必要となる。
- 実施内容：生活リズムの確立、生活技術等の獲得、対人関係の改善、社会資源活用の支援

支援機関等

医療機関（主治医、病棟看護師、PSW）  
訪問看護ステーション円、その他の訪問看護ステーション  
相談支援事業者、行政（障害福祉課）

## 事例の推移

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2009.11.XX	情報交換 訪問看護ステーション 病院（SW）・相談支援事業者〔電話〕 【訪 看】外泊日程の確認 訪問日程の調整 本人の基本情報の提供を依頼する（後日文書にて入手）
2009.11.XX	情報交換 訪問看護ステーション 病院（SW）・相談支援事業者〔電話〕 【訪 看】退院日程の確認
2009.11.XX	情報交換 訪問看護ステーション 相談支援事業者〔メール/FAX〕 【訪 看】本人宅の住所の確認
2009.11.XX	カンファレンス 退院前訪問・所要時間1時間 ・訪問看護の内容について説明 ・1週間のサービス（訪問看護、訪問介護、通院）の予定の確認  結 論：身体・精神状態、薬や生活面の相談、関係機関との連絡方法等を確認 課 題：一包化に対応できる院外薬局を探す 自立支援医療の手続き
2009.11.XX	情報交換 訪問看護ステーション 相談支援事業者〔電話〕 【訪 看】退院日程の確認
2009.11.XX	退院
2009.11.XX	情報交換 訪問看護ステーション 行政（障害福祉課）・病院（PSW）〔電話〕 【行 政】障害者手帳を持っているので、自立支援医療の手続きが不要ではないか 【病 院】今回は自立支援医療を利用する必要がないと判断
2009.12.XX	情報交換 訪問看護ステーション 相談支援事業者〔電話〕 【相 談】ヘルパーからの情報で、薬を捨てている可能性がある  結 論：訪問時にそれとなく確認する
2009.12.XX	情報交換 訪問看護ステーション 相談支援事業者〔電話〕 【訪 看】本人の近況、年末年始の予定、年初から訪問時間を変更することを連絡
2009.12.XX	情報交換 訪問看護ステーション 相談支援事業者・病院（PSW）〔電話〕 ・次回の多職種カンファレンスの開催日程を決定
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 相談支援事業者〔電話〕 【相 談】栄養価の高い料理をヘルパーが作ってくれないと母親から訴えがあった
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 行政（障害福祉課）・病院（PSW）〔電話〕 【訪 看】訪問時の様子（大音響の音楽、反応の遅さ、独語空笑など）を連絡
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 相談支援事業者〔電話〕 【相 談】定期通院せず飲酒していたことを連絡  結 論：次回カンファレンスまでに関係機関で情報の整理
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 相談支援事業者・病院（PSW）〔電話〕 【病 院】本人受診時に服薬できないため入院を勧めるも拒否される 母親の同意にて医療保護入院となる

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2010.01.XX	入院
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 相談支援事業者・病院 (PSW) [ 電話 ] 【病 院】次回カンファレンスの内容の確認 【訪 看】今回の入院までの振り返りをすべき
2010.01.XX	カンファレンス ・退院前訪問時の情報を提供し、退院後の生活に関する調整を行う 主治医より禁酒の指示あり 病識と服薬に関する訓練は入院中に始める 日中の居場所について検討する  課 題：母親の過干渉が目立つため、対応について継続して検討する

### 評価と課題

本事例は本人の退院への意欲も高く、車椅子での新しい生活ということもあって、病院側と母親がハイスピードで退院に向けた準備を行い、結果として本人が置き去りにされた感じになってしまい、退院が2カ月近く延期したという経緯があった。

訪問看護の打診が最初にあった時点で退院前カンファレンスへの参加しかできない状況であったが、退院が延期になったことで退院前訪問を訪問看護ステーションが実施することができた。

本人は「アパートでの生活に慣れて、外来通院が落ち着いたら足の治療をしたい」と言っていたということであるが、ガイドヘルパーの利用ができない等の理由で通院の不便が解消されなかったこと等が影響して、怠薬による病状悪化で退院から2カ月足らずで再入院となっている。実際に、新しい生活を始めてみないとわからないことや見えなかった問題が出てくるので、退院前から関わっていると迅速に対応できるものと思われる。

## 5) 精神科特化型訪問看護ステーションが病院と協力して退院準備を行った事例 2

### 事例の紹介

本事例は、精神科特化型訪問看護ステーションが、統合失調症の利用予定者が入院中の段階から入院医療機関とカンファレンス等を通じて情報共有を行い、さらには、退院後に通院先の医療機関や行政ともカンファレンスや情報交換を行うことで、利用者の退院後の円滑な在宅生活移行を支援している事例である。

### 利用者のプロフィール

40 代の男性

- ・ 近隣の病院に入院中、家族（父・兄）
- ・ 診断名：統合失調症（17 歳で発症）
- ・ 重症度：GAF 40 点、SBS 12 点
- ・ 入院歴：過去 8 回

### 支援機関等

入院医療機関（主治医、病棟看護師、精神保健福祉士）

通院医療機関（精神保健福祉士）

訪問看護ステーション円

訪問介護事業所、行政（障害福祉課）

## 事例の推移

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2009.12.XX	カンファレンス 退院前訪問・所要時間 1 時間 <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院治療の経過に関する情報共有</li> <li>・必要な社会資源の共有</li> <li>・退院準備のための支援の検討</li> <li>・退院後の支援に関する本人の希望の確認</li> <li>・退院前の外泊中の訪問看護実施者の確認</li> </ul> <p><u>結 論</u>：年明けに外泊し、行政（障害福祉課・保健所）・訪看で訪問し状況をみる 外泊が済み次第、退院の方向へ</p> <p><u>課 題</u>：外泊中に自分で買い物に行けるか（入院前は介護者の負担が重かった）</p>
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 行政（障害福祉課）[ 電話 ] <b>【 訪 看 】</b> 障害福祉課による退院前訪問の確認
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 行政（障害福祉課）[ 電話 ] <b>【 訪 看 】</b> 訪問看護ステーションによる退院前訪問時の様子について情報提供 <p><u>結 論</u>：自分で買い物はできなかったものの、いくつかの支援を組み合わせることで退院は可能と判断</p>
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 行政（障害福祉課）[ 電話 ] <b>【 訪 看 】</b> 訪問看護のスケジュール調整の結果を連絡 <b>【 行 政 】</b> 訪問看護の曜日以外の日に訪問介護を導入するとの情報提供
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 病院（PSW）[ 電話 ] <b>【 病 院 】</b> 退院日及び退院後の外来受診日の連絡 <b>【 訪 看 】</b> 退院前訪問時の様子について情報提供
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 行政（障害福祉課）[ 電話 ] <b>【 訪 看 】</b> 退院日翌日の訪問が可能である <p><u>結 論</u>：訪問看護でも買い物に関する支援が必要</p>
2010.01.XX	カンファレンス 訪看が障害福祉課・訪問介護事業所と同行訪問 <ul style="list-style-type: none"> <li>・初回訪問時に情報共有、スケジュール調整、役割分担も兼ねて同行訪問をする</li> </ul> <p><u>結 論</u>：訪問介護の役割～買い物同行、料理、掃除 訪問看護の役割～体調・服薬・生活状況の確認、人間関係の相談や調整</p>
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 病院（PSW）[ メール / F A X ] <b>【 病 院 】</b> 訪問看護指導連絡票に「本人が訪問看護師に相談すると言った」旨記載
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 行政（障害福祉課）[ 電話 ] <b>【 訪 看 】</b> 退院後 2 回目の訪問時の様子を情報提供 <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後に通院している医療機関から眠剤が処方されていない</li> </ul> <p><u>結 論</u>：訪看が通院している医療機関に処方の確認を行う</p>
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 通院している医療機関（PSW）[ 電話 ] <b>【 訪 看 】</b> 眠剤も含めた処方に変更してもらうよう依頼

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2010.02.XX	情報交換 訪問看護ステーション 行政（障害福祉課）[ 電話 ] <b>【訪 看】</b> 退院後 3 回目の訪問時の様子を情報提供 ・保護費を使いすぎて既にマイナスになっている  <b>結 論：</b> 訪看が生活保護課に連絡をとり調整する
2010.02.XX	情報交換 訪問看護ステーション 行政（障害福祉課）[ 電話 ] <b>【訪 看】</b> 退院後 4 回目の訪問時の様子を情報提供
2010.02.XX	情報交換 訪問看護ステーション 行政（障害福祉課）[ 電話 ] <b>【訪 看】</b> 退院後 5 回目の訪問時の様子を情報提供 ・内服状況（ランダムに内服） ・清潔状況（大腿部のケガが気になり、入浴せず） ・身体状況（腰痛が気になる） ・活動状況（兄に買い物を頼み、代金も払っていない様子）  <b>結 論：</b> 金銭管理を重点的に支援する方向性が出る

## 評価と課題

本事例は、関与する人によって評価が異なっていた。頻回の入退院や近隣への迷惑行為等によって、市保健師や障害福祉課等の評価が厳しくなっていたようで、今回の入院では「じっくり治療すること」が求められていた。統合失調症の兄がいることもあり、生活全般にわたる支援が必要で、かつ服薬中断による病状悪化にも注意が必要なケースであった。

本事例の場合、外泊中の生活状況や精神症状をみて退院が可能か否かの判断をするというプランになったものの、病院からの退院前訪問の実施は困難であったため、訪問看護ステーションが退院前訪問看護を代行している。退院の可能性を検討する段階から関わることは退院後の支援を行う上で非常に有効である。また、今は退院後間もないために大きな問題は起こっていないが、ヘルパーへの問題行動等が発生した際には、必要に応じた支援を行うことが可能になると考えられる。

## 6) 精神科特化型訪問看護ステーションが訪問介護事業所へコンサルテーションを行った事例

## 事例の紹介

本事例は、精神科特化型訪問看護ステーションが、統合失調症の利用予定者が入院中の段階から入院医療機関とカンファレンス等を通じて情報共有を行い、さらには、退院後には訪問介護事業所とも密接な連携をとり、転居等の事情により訪問介護事業所が変わることになっても、新たな訪問介護事業所へコンサルテーションを実施し、利用者の退院後の円滑な在宅生活移行を支援している事例である。

## 利用者のプロフィール

## 40代の女性

- ・ 近隣の病院に入院中。母親が平成21年夏に死亡。  
母親の死去に伴い、転居が必要（家賃が高く支払ができない）
- ・ 診断名：統合失調症（17歳で発症）
- ・ 重症度：SBS 24点
- ・ 入院歴：過去5回（直近の退院時期 平成21年9月）
- ・ 主治医：精神科病院の医師（車で片道30～40分）
- ・ 訪問看護  
導入経緯：幻覚、妄想など激しい症状はないが、身体症状に敏感で心氣的で様々な意味づけをする。自閉的な生活となり、ほとんど家を出ない等があり、今までは母親任せの生活であった。母親の死去に伴い、家事全般の生活が成り立たない可能性があるため。  
実施内容：月4回（1回当たり60分程度）の利用。  
父母に頼って生活してきたため自信がなく、くじけそうになるものの適応力はある、生活技術の積み重ねで身につくものと思われる。出来ている部分を評価して意欲を引き出すことが重要。

## 支援機関等

医療機関（主治医、病棟看護師）

訪問看護ステーション円

訪問介護事業所（新・旧）

行政（障害福祉担当課）

## 事例の推移

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2009.07.XX	退院
2009.09.XX	カンファレンス 所要時間 1 時間 ・退院後の生活支援について多職種での情報交換と確認  <u>結 論</u> ：病院 PSW は本人の相談役として、ヘルパーは自立支援（家事の仕方を教えるなど）、訪問看護は精神面のフォローと内服確認、障害福祉課（PSW）は今後の転居に関するフォローについて、それぞれ役割を確認
2009.09.XX	入院
2009.09.XX	退院
2009.11.XX	情報交換 訪問看護ステーション 訪問介護事業所 [ 電話・F A X ] 【訪 介】入浴等も含めて、否定的な言動が激しいため対応に困難を感じる 【訪 看】対応しているヘルパーをねぎらう 今のまま傾聴し受容する姿勢でよいこと 病状については医師や看護師に相談するように本人に勧めること
2009.11.XX	情報交換 訪問看護ステーション 医療機関（PSW）[ 電話 ] 【訪 看】叫び声の緊急電話をもらった 次回外来受診時まで、以下の内容について医師への申し送りを依頼 ・パニック状態で叫んでいる ・食生活がバラバラ ・起床、就寝時間がバラバラ ・悪夢をみる
2009.11.XX	カンファレンス 訪問看護ステーションが障害福祉課と面談 【訪 看】本人の状態を報告 転居による不動産の問題が本人の心の負担になっているのではないかと
2009.12.XX	情報交換 訪問看護ステーション 医療機関（PSW）[ 電話 ] 【訪 看】緊急電話にて「自殺してやる」と言われたことを報告 医師に相談したい旨伝える
2009.12.XX	情報交換 訪問看護ステーション 訪問介護事業所 [ 電話 ] 【訪 看】本人が、精神的に夜間不調である 【訪 介】ヘルパーに対し否定的な言動が激しい
2009.12.XX	情報交換 訪問看護ステーション 医療機関（主治医）[ 電話 ] 【訪 看】今までの緊急電話の内容、時間帯などを報告 【病 院】内服薬を元に戻す 夜間の緊急電話に対しては受け止めてほしい
2009.12.XX	情報交換 訪問看護ステーション 訪問介護事業所 [ 電話 ] 【訪 看】転居先が決定したことを伝える
2009.12.XX	カンファレンス 訪問看護ステーションが障害福祉課と面談 ・転居に伴う手続き等の対応を相談
2009.12.XX	情報交換 訪問看護ステーション 訪問介護事業所 [ 電話 ] 【訪 看】転居先を連絡



時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2009.12.XX	カンファレンス 訪問看護ステーションが障害福祉課と面談 ・転居に伴う手続き等の対応を相談 ・現在の訪問介護事業所は継続困難のため、転居先で新しい訪問介護事業所を探す
2009.12.XX	情報交換 訪問看護ステーション 障害福祉課 [ 電話 ] ・新しい訪問介護事業所が決定  結 論：病院 PSW と連絡をとり、年末年始の体制をとってもらうことを依頼
2009.12.XX	情報交換 訪問看護ステーション 新しい訪問介護事業所 [ 電話 ] 【訪 介】突然笑ったりすると訴え 【訪 看】(本人に確認をとった上で)いつも通り接して欲しい
2009.12.XX	カンファレンス 訪問看護ステーションが新しい訪問介護事業所と面談 【訪 看】本人の状況を説明
2009.12.XX	情報交換 訪問看護ステーション 新しい訪問介護事業所 [ 電話 ] 【訪 看】保存食の購入等を本人に代わって依頼
2009.12.XX	カンファレンス 訪問看護ステーションが医療機関 (PSW)、障害福祉課、新しい訪問介護事業所と面談 ・新しい訪問介護事業所との顔合わせ
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 新しい訪問介護事業所 [ 電話 ] 【訪 介】訪問時の状況を報告
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 医療機関 (PSW) [ 電話 ] 【訪 看】訪問時の状況を報告
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 新しい訪問介護事業所 [ 電話 ] 【訪 介】本人から苦情があった旨、報告
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 新しい訪問介護事業所 [ 電話 ] 【訪 介】訪問したが本人不在の旨、報告
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 医療機関 (PSW) [ 電話 ] 【病 院】入院を打診したが、本人が「帰って考えたい」の回答があったため、帰宅の際に同行した 【訪 看】帰宅後に訪問する
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 医療機関 (PSW) [ 電話 ] 【訪 看】帰宅後に訪問し、本人と相談した結果、休息入院することを決意した
2010.01.XX	情報交換 訪問看護ステーション 医療機関 (PSW) [ 電話 ] 【訪 看】本人から入院拒否の電話があったことを報告
2010.02.XX	情報交換 訪問看護ステーション 新しい訪問介護事業所 [ 電話 ] 【訪 介】本人から電話の内容を報告
2010.02.XX	情報交換 訪問看護ステーション 新しい訪問介護事業所 [ 電話 ] 【訪 看】ヘルパーも献立を提案することを指示
2010.02.XX	情報交換 訪問看護ステーション 新しい訪問介護事業所 [ 電話 ] 【訪 看】ヘルパーへの非難「水道をおかしくした」を行う、との連絡

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2010.02.XX	カンファレンス 訪問看護ステーションが医療機関（PSW）、障害福祉課、新しい訪問介護事業所と面談 ・今後のヘルパー支援について検討

## 評価と課題

本事例では、統合失調症による思考障害によって、他者との関係をうまく保つことが難しく、また大きなライフイベント（キーパーソンである母親の死去、転居）もあった。このような状況の中、利用者の病状は揺れながらも、訪問看護師、ヘルパー、医療機関、福祉との連携によって、それを乗り越えようとしている。この連携の中心となっていたのが訪問看護師であった。

本事例は、母親の死去により地域生活を営む上でヘルパーの家事援助が必要になった。そのため、訪問看護師は事例ともっとも多くの時間関わっているヘルパーとの連絡を密にとっていた。特定のヘルパーに関する苦情についても、症状である思考障害が影響していることであり、それをヘルパーにわかりやすく「意見や考えがまとまらないこともこの病気の一つ」と説明し、事例の理解ができるようにアドバイスを行っていた。このような訪問看護師のヘルパーステーションへのコンサルテーションは、利用者への対応に関するヘルパーの不安を軽減すると同時に利用者が安心して地域生活を営めることにつながっていると考えられる。

また、転居に伴ってヘルパーステーションが変更され、新しいヘルパーと事例との関係性を構築することも必要であった。今回、旧ヘルパーステーションで行ってきた援助内容について、訪問看護師が新ヘルパーステーションに出向き、直接具体的に情報提供を行った。ヘルパーステーションが変更になっても、利用者への援助が継続的に行えるよう、訪問看護師が調整を行っていく役割を担っていたといえる。このような調整は、新しい他者との関係性を結ぶことが苦手である統合失調症者の不安、ストレスの軽減につながり、新しいヘルパーとの関係をスムーズに構築することにもつながるものと考えられる。

以上より、利用者を取りまく関係機関（医療、福祉、行政）が情報共有し、利用者理解を深めていくことで、利用者はより安心して地域生活を送ることができていると考えられ、訪問看護ステーションはその関係機関の連携の中核を担っているといえる。

## 7) 病院訪問看護部が精神科特化型訪問介護事業所と連携した事例

## 事例の紹介

本事例は、病院を退院した統合失調症の利用者に対して、精神科特化型訪問介護事業所が病院の訪問看護師や精神保健福祉士、福祉事務所など連携し、それぞれ役割分担を図りながら、利用者の退院後の生活支援のために連携して対応している事例である。

## 利用者のプロフィール

## 50代の男性

- ・ 自宅で独居（未婚）。就労はしておらず、生活保護を受給している。
- ・ 診断名：統合失調症（34歳で発症） 精神発達遅滞  
糖尿病、肥満（BMI 36.9）
- ・ 重症度：GAF 75点、SBS 3点
- ・ 入院歴：過去26回（直近の退院時期 平成21年7月）
- ・ 主治医：一般病院の医師（車で片道10分）
- ・ 訪問看護
  - 導入経緯：長年単身生活を送ってきたが、住まいが老朽化していることもあり、夏の暑さしのぎ、冬の寒さ対策で定期的に入院していた。知的能力面において、今回、転居による環境の変化に伴うストレスで病状悪化が考えられるため、支援が必要であった。
  - 実施内容：月7回（1回当たり30分程度）の利用。  
服薬管理、精神状態の確認  
生活状況を把握し、生活リズムの安定を図る  
生活全般における生活指導

## 支援機関等

- 医療機関（主治医、訪問看護師、精神保健福祉士、ソーシャルワーカー）
- 訪問介護事業所（ほっとハートケアサービス）
- 精神障害者社会復帰施設（生活訓練）
- 行政（福祉事務所）

## 事例の推移

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2009.10.XX	カンファレンス 訪問介護事業所と病院の訪問看護師・SW が面談 【訪 介】訪問時に不在であることが数回あった 生活の様子（カラオケや外出の頻度が高い） 退院して2カ月程度経過するので、振り返りのために多職種カンファレンスを開催したい
2009.10.XX	カンファレンス 訪問介護事業所と行政（福祉事務所）が面談 【訪 介】多職種カンファレンスへの参加の依頼
2009.10.XX	情報交換 訪問介護事業所 病院（SW）[電話] 【訪 介】多職種カンファレンスの日程調整
2009.10.XX	情報交換 訪問介護事業所 行政（福祉事務所）[電話] 【訪 介】多職種カンファレンスの日程調整
2009.10.XX	カンファレンス 所要時間1時間 ・退院して2カ月程度経過しての振り返り 金銭管理ができない ヘルパーが食事を作るときに配食サービスが必要かどうか 洗濯ができない 常に友人が遊びに来ている 腰痛がかなり痛いと言っている 就寝時失禁について水分を取り過ぎないように訪問看護から指導  結 論： ～ についてそれぞれ対応方針を決定 課 題：年末年始の過ごし方について（例年は入院していた） 年末に再度多職種カンファレンスを開催する
2009.10.XX	情報交換 訪問介護事業所 病院（PSW）[電話] 【病 院】整形外科を受診したが異常がないため、今後は通院の必要がない
2009.11.XX	情報交換 訪問介護事業所 生活訓練 [電話] 【施 設】施設のレクリエーションの日が訪問看護の日と重なるため日程調整を依頼
2009.11.XX	情報交換 訪問介護事業所 病院（PSW）[電話] 【訪 介】施設のレクリエーションの日が訪問看護の日と重なるため日程調整を依頼 本人の近況を報告
2009.12.XX	情報交換 訪問介護事業所 病院（PSW）[電話] 【訪 介】就寝時失禁がひどい 【病 院】訪看の方で泌尿器科受診の対応をしている
2009.12.XX	情報交換 訪問介護事業所 病院（訪問看護師）[電話] 【病 院】泌尿器科受診に訪看が同行する 多職種カンファレンスを本人宅で開催する
2009.12.XX	カンファレンス 訪問介護事業所と病院（訪問看護師）が面談 【訪 看】本人が腰痛を言っているため、コルセットの着用を本人に促してほしい 【訪 介】腰痛がひどいため、施設への通所を休んだ

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2009.12.XX	カンファレンス 訪問介護事業所と病院（PSW）が面談 【病 院】次回の多職種カンファレンスに参加できない
2009.12.XX	情報交換 訪問介護事業所 生活訓練 [電話] 【施 設】施設のレクリエーションの日が訪問看護の日と重なるため日程調整を依頼
2009.12.XX	情報交換 訪問介護事業所 病院（PSW）[電話] 【訪 介】施設のレクリエーションの日が訪問看護の日と重なるため日程調整を依頼
2009.12.XX	カンファレンス 所要時間 45 分 ・就寝時失禁への対応 ・ヘルパーの調理の必要性 ・年未年始の過ごし方  結 論：就寝時失禁については泌尿器科で再検査を実施 ヘルパーは訪問時のみ調理する 年未年始の訪看の休業期間中は訪介で対応 課 題：就寝時失禁が改善されない ヘルパーが調理する食事が食べ残されている
2009.12.XX	情報交換 訪問介護事業所 年未年始の通所先 [電話] 【訪 介】本人に関する情報提供（自宅の様子、送迎時の注意、集団の中での様子）
2010.01.XX	情報交換 訪問介護事業所 年未年始の通所先 [電話] 【訪 介】本人の様子を確認
2010.01.XX	情報交換 訪問介護事業所 生活訓練 [電話] 【訪 介】通所先での様子を確認
2010.02.XX	情報交換 訪問介護事業所 居宅介護支援事業者 [電話] 【居 宅】友人に金を貸したのではないか
2010.02.XX	情報交換 訪問介護事業所 居宅介護支援事業者 [電話] 【居 宅】友人に金を貸したことの確認
2010.02.XX	カンファレンス 訪問介護事業所と病院（PSW）が面談 【訪 介】友人に金を貸した件を連絡し、訪看に伝達を依頼
2010.02.XX	カンファレンス ) 訪問介護事業所と生活訓練が面談 【訪 介】通所先での様子を確認
2010.02.XX	カンファレンス ) 訪問介護事業所と行政（福祉事務所）が面談 【訪 介】友人に金を貸した件を報告 本人の経済状況を確認 【行 政】貯金があるため、保護費の支給が止まる可能性もある

## 評価と課題

本事例では、病院の訪問看護部をはじめとして他機関とも連携が図れていた。医療的ケアは訪問看護、日常生活のケアは福祉サービスと役割分担がきちんと出来ていた。服薬管理、眠れない時の対応、失禁に対する泌尿器科の受診、腰痛での整形外科受診などについては訪問看護で対応していた。交友関係での心配ごとなどについて、訪問介護事業所からの連絡により訪問看護師の注意を促し、必要時はフィードバックを求めている。

## 8) 利用者の入院期間中も継続的支援を行う病院 - 訪問看護ステーションの連携事例 事例の紹介

本事例は、精神科特化型訪問看護ステーションが、統合失調症の利用者が症状悪化に伴い入院した際に、その入院医療機関とカンファレンス等を通じて情報共有を行い、さらには、退院後に通院予定の医療機関ともカンファレンスや情報交換を行うことで、利用者の退院後の円滑な在宅生活移行を継続的に支援している事例である。

### 利用者のプロフィール

#### 30代の男性

- ・ 近隣の病院に入院していたが、平成21年12月に退院
- ・ 診断名：統合失調症（22歳で発症）
- ・ 重症度：GAF 24点、SBS 37点
- ・ 入院歴：過去5回
- ・ 主治医：精神科を主たる診療科とする診療所
- ・ 訪問看護

導入経緯：在宅において訪問看護利用期間中に精神症状悪化による自傷行為から自宅2階からの飛び降りにより腰部骨折。運動麻痺は無いが、尿便失禁状態。家族による間歇的導尿を実施しているため、導尿状態の把握や家族への助言が必要な状況。精神面では、慢性化した幻聴、無為自閉、思考障害が顕著。

本人の病状に応じた社会生活の拡大、身辺自立、服薬管理、金銭管理、生活の中での楽しみを増やすなど、生活全般への支援を目的に導入。

実施内容：月4回（1回当たり50分程度）の利用

家族が間歇的自己導尿を実施しているため、水分のインアウトバランスのチェックや清潔操作の実施、物品管理が適切か把握する。生活全般の指導、家族間の協力及び調整がスムーズであるか確認、指導をする。

### 支援機関等

入院医療機関（主治医、病棟看護師）

退院後に通院する医療機関（主治医、看護師、精神保健福祉士）

訪問看護ステーション 不動平

## 事例の推移

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2009.11.XX	<p>カンファレンス 所要時間 1 時間 10 分</p> <p>【病 院】現在の本人の身体・精神面での情報提供</p> <p>【母 親】間歇的自己導尿をする気力はあるが、清潔操作について不安がある 本人、父親が不安そうである 夜間の緊急時の対応について不安がある</p> <p>【病 院】退院までの過程を説明する</p> <p>【母 親】訪問看護ステーションと 24 時間連絡できる契約をしたい 訪問看護ステーションには相談窓口としての役割を期待している 退院後は入院前の医療機関への通院を希望する</p> <p><u>結 論</u>：退院までの過程及び退院後の支援方針を共有化する</p> <p><u>課 題</u>：導尿回数の変化に伴い、家族の負担が増大する 休日・夜間に泌尿器症状に急変があった場合の対応</p>
2009.12.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 病院（病棟看護師）[ 電話 ]</p> <p>【病 院】退院までのスケジュール及び外泊後の様子について情報提供</p>
2009.12.XX	<p>カンファレンス 訪看と、退院後に通院予定の診療所の医師と看護師等が面談</p> <p>【訪 看】退院予定日、及び現在は外泊を繰り返して自宅生活の状況把握を試みていることを伝える</p> <p>【診療所】精神変調時の導尿が可能か不安が残る</p> <p><u>課 題</u>：年末年始における緊急時の対応の検討が必要</p>
2009.12.XX	<p>情報交換 訪看 退院後に通院予定の診療所の看護師 [ 電話 ]</p> <p>【訪 看】緊急時の対応についての助言を求める</p> <p>【診療所】年末年始の緊急時には入院医療機関での対応を求める</p> <p><u>結 論</u>：緊急時の対応ルートの確認が必要であるとの認識を共有する</p>
2009.12.XX	退院
2009.12.XX	<p>情報交換 訪看 退院後に通院予定の診療所の看護師 [ メール / F A X ]</p> <p>【診療所】退院当日に訪問した際の様子を連絡 間歇的自己導尿に関する情報提供 ・セルフカテーテル等の医療材料の入手方法 ・手技 ・トラブル発生時の対応</p>
2009.12.XX	<p>カンファレンス 訪看と、退院後に通院予定の看護師が面談</p> <p>【診療所】退院当日訪問時の様子について情報提供</p> <p><u>結 論</u>：今後の訪問時の確認事項についての申し合わせ 緊急時対応についての申し合わせ</p>



## 評価と課題

本事例では、関連する3機関（入院医療機関、退院後に通院予定の医療機関、訪問看護ステーション）において、十分な情報共有ができたことにより、スムーズに地域生活へ移行することができた。また、緊急時の対応について事前に申し合わせることができ、家族の不安軽減につながった。一方、訪問看護ステーションが情報交換に費やす時間が大きいことが明らかとなり、その保障の必要性が感じられた。

## 9) 退院を機に訪問看護導入を実施する病院 - 訪問看護ステーションの連携事例 1

### 事例の紹介

本事例は、精神科特化型訪問看護ステーションが、利用予定者が入院中の段階から入院医療機関とカンファレンス等を通じて情報共有を行い、さらには、退院後も継続的に入院医療機関、特に病棟看護師等に情報提供を行うことで、利用者の退院後の円滑な在宅生活移行を支援している事例である。

### 利用者のプロフィール

#### 30代の女性

- ・ 近隣の病院に入院していたが、平成 22 年 2 月に退院

退院後は家族（夫・子ども 2 人）と同居

- ・ 診断名：統合失調症（39 歳で発症）
- ・ 重症度：GAF 45 点、SBS 14 点
- ・ 入院歴：なし
- ・ 主治医：一般病院
- ・ 訪問看護

導入経緯：初発であり、家族、本人の疾病理解が薄い状況見られる。退院直後より自宅で日中一人となるため、日常生活の把握、服薬支援。対人関係の改善、疾病理解の促しを目的に導入。

実施内容：月 1 回（1 回当たり 75 分程度）の利用

治療の到達目標は「普通の主婦」。今後は在宅で訪問看護を利用しながら自立を図る。本人、家族の疾病理解が妥当かを主治医とともに評価しながらの支援が必要。

生活習慣、生活リズムの確立

生活技術、家事能力、社会技能等の獲得

対人関係の改善

服薬継続

### 支援機関等

医療機関（主治医、病棟看護師、精神保健福祉士）

訪問看護ステーション不動平

## 事例の推移

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2010.02.XX	カンファレンス 退院前カンファレンスの情報共有 所要時間 1 時間 【病 院】経過説明 入院当初よりも症状は緩和されており、外来通院で減薬予定
2010.02.XX	カンファレンス 退院前カンファレンス・所要時間 1 時間 【病 院】カンファレンスの目的（退院直後より自宅で日中一人となるため、日常生活の把握、服薬支援、対人関係の改善、疾病理解の促し）の説明 現在の病状の確認 【配偶者】外泊中の様子の確認 【本 人】退院後の心配（料理、対人関係、子どもの保育通園等） 【病 院】退院の時期 退院後に訪問看護の利用を勧める（本人・夫が訪問看護導入を了承） 退院後の通院先（夫が土日等に通院介助できるところ）を紹介できる  結 論：退院日の決定 自立支援医療は主治医より PSW に依頼 本人、夫へ心理教育を実施 課 題：本人、夫への指導（病気、薬剤、再発） 短期間の退院調整であるため、準備が不可能であれば退院日の再検討 本人、夫ともに疾病理解で不十分 訪問看護による家族支援の具体的手段の検討
2010.02.XX	カンファレンス 訪問看護ステーションが病棟看護師と面談・所要時間 10 分 ・訪問看護契約のため、夫の連絡調整 ・外泊中のため帰院の確認を実施
2010.02.XX	情報交換 訪看 病院（病棟看護師）[ 電話 ]・所要時間 10 分 【訪 看】訪問看護契約の面接時の様子について情報提供 ・夫が退院後の生活がイメージできない言動をみせる ・家庭内暴力や育児能力への不安が考えられる  結 論：病院において夫への心理教育の実施 行政（保健師）との連携を試みる
2010.02.XX	カンファレンス 訪看が病棟看護師、PSW と面談・所要時間 15 分 【病 院】退院前の心理教育結果について情報提供 自立支援や通院費公費負担の手続き方法、保健師への連絡方法の説明 入院当初よりも症状は緩和されており、外来通院で減薬予定
2010.02.XX	退院
2010.02.XX	カンファレンス 訪看が病棟看護師、PSW と面談・所要時間 15 分 【訪 看】退院後の初回訪問時の様子について情報提供 夫との情報共有ノート、服薬ボックスについて情報提供  結 論：病棟看護師が訪問看護に同行訪問を希望（病院から訪看へ公式文書送付）

## 評価と課題

本事例におけるカンファレンスや情報交換は、医療機関と訪問看護ステーションとの間でよく見られる退院調整の経過である。カンファレンスによって退院までに残された課題や各自が担う役割が明確になったこと、当事者・キーパーソンの同席は、退院に向けての意識づけや残された課題に取り組みやすいという点で評価できる。ただ、カンファレンス後に心理教育を実施している点や、病棟看護師が懸念している「短期間の退院調整のため、準備を整えることが不可能であれば、退院日の再検討」という点では、「まず退院ありき」で退院準備が計画的に実施されていないことがわかる。この状態で地域に戻ってきても、当事者やその家族、受け入れ側への負担は大きいと考えられ、このあたりがカンファレンスで明確となったといえる。

これまで、訪問看護ステーション不働平では、退院後1カ月間（精神変調があればこの限りではない）は病状再燃のリスクが高いため、訪問毎に訪問看護報告書を作成し精神科外来へ提出して主治医との連携を図ってきたが、このモデル事業をとおして病棟にも報告したことで、病棟側の意識が高まりケース担当看護師が訪問看護に同行することとなった（これまで、病棟側では業務の多忙その他の事由により病棟のスタッフが訪問するシステムはなかった）。

当事者の地域生活をイメージしながら入院治療を進めていくことの重要性が今回の多職種カンファレンスモデル事業を通して病院側に芽生えたことは評価できる。

10) 退院を機に訪問看護導入を実施する病院 - 訪問看護ステーションの連携事例 2  
- 精神科特化型訪問看護ステーションによるコンサルテーション的介入事例 -

事例の紹介

本事例は、精神科特化型訪問看護ステーションが、身体症状を合併している統合失調症の利用予定者が入院中の段階から入院医療機関と情報共有を行い、さらには、まずは訪問に入る身体（一般）の訪問看護ステーションへ退院後の生活支援のあり方をアドバイスし、利用者の退院後の円滑な在宅生活移行を支援している事例である。

利用者のプロフィール

50代の男性

- ・平成22年2月現在で入院中
- ・診断名：統合失調症（17歳で発症）  
イレウス（ストマ造設） 嚥下障害（胃ろう造設）
- ・重症度：GAF 25点、SBS 42点
- ・入院歴：過去2回
- ・主治医：一般病院
- ・訪問看護の導入目的：介護者（両親）の身体合併症への対応と精神的負担への看護介入が必要であるため

支援機関等

医療機関（主治医、病棟看護師、精神保健福祉士）

訪問看護ステーション不動平 その他の訪問看護ステーション

## 事例の推移

時 期	カンファレンス・情報交換の内容
2009.11.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 病院（病棟看護師）[電話]・所要時間 15分</p> <p>【訪 看】患者を紹介してもらう 訪問看護の目的について確認</p> <p>【病 院】患者の経過と治療目標、身体症状や処置管理の面など情報提供</p>
2009.12.XX	<p>情報交換 訪問看護ステーション 病院（病棟看護師）[電話]・所要時間 30分</p> <p>【訪 看】患者の経過と訪問看護の目的について確認 患者の経過と身体合併との関係を、身体の訪看と精神の訪看でどのように役割分担するべきか相談</p> <p>・両科訪看が速やかに入ることが望ましい。でなければ保険制度や法律等々の変更をしないと精神疾患患者が身体合併を抱えたとき地域に帰ることが困難な一方である。今後、精神疾患患者をケアする私たち（医療従事者）の課題を感じる。医療者のほんの少しの介入で自宅で看る家族の不安や心配を軽減できるだろうし、何より患者自身の安心につながると思う、等々、現状でのやりにくさを話し合う</p>
2010.02.XX	<p>情報交換 訪看 病院（主治医、病棟看護師）[電話]・所要時間 30分</p> <p>・退院前カンファレンスの日程調整</p> <p><u>結 論</u>：身体の訪看が先に入り、両親のストマや胃ろうの手技的のところと精神的な負担に関して看護介入する。精神の訪看は退院前カンファレンスには参加するが介入自体は後のタイミングとなる。</p>
2010.02.XX	<p>カンファレンス 退院前カンファレンス・所要時間 1時間</p> <p>・精神疾患と身体疾患を合併しているケースであるため、病院と身体の訪看、身体 の訪看と精神の訪看の連携や退院に向けての準備などが主に話し合われた。</p> <p>患者の経過とご両親の様子 医師、両訪問看護師、病棟看護師の顔合わせ 訪問指示書の発行料の確認 訪問看護に至るまでに（退院までに）準備やすべきこと 身体 の訪看が利用者の精神状態のことで困ったときの主治医への相談方法 精神 症状等で困ったときの対応や方法などについて精神の訪看よりアドバイス</p> <p><u>課 題</u>：指示書記入の診療科を医師と相談する 親へ胃ろうやストマの手技を指導する 精神状態の評価をし、必要時、身体 の訪問看護師と連絡をとっていく</p>

## 評価と課題

本事例は、身体合併を持つ精神疾患患者の地域移行に対する多職種カンファレンスモデルであり、かつ、精神科特化型訪問看護ステーションによる精神科訪問看護のコンサルテーション的関わりも含まれている。

身体合併をもつ精神疾患患者に対する地域支援では、精神と身体（一般）の訪問看護（心身の十分な支援体制）が速やかに入ることが望ましい。既存の保険制度や法律等々の課題、医療従事者側の課題を考えさせられるケースであり、そのことについて病棟（病院）と訪問看護（地域資源）間で話し合う（共有する）機会がもてたことは、このモデ

ル事業の成果といえる。

さらに、カンファレンスの場に精神科専門の訪問看護師が同席することで、退院に向けての準備や退院後の対応、精神症状等で困ったときの対応や方法、不安に対してその場でコンサルテーション（アドバイスなど）が可能であり、効果的なカンファレンスとなる。また、この時点で一般訪問看護ステーションと精神科特化型訪問看護ステーションの連携が確立すると、このケースがいずれステーション移行（一般から精神へ）する際もスムーズな移行が可能となること、この関係性はこのケースを越えて今後の地域資源の横のつながりを強化するものとなる。

しかし、残念なことは、このようなカンファレンス参加そのものに対しては、現行の診療報酬制度では訪問看護ステーションに点数はつかず、さらに訪問契約が取れない場合には、その後も訪問看護ステーションの収入には結びつかない点である。





## 第4章

## まとめ

---

## 第4章 まとめ

本事業では、社団法人全国訪問看護事業協会の会員である全国の訪問看護ステーションを対象としたアンケート調査「精神科医療の機能強化に関するアンケート調査」を実施し、精神科訪問看護の実施状況を把握するとともに、精神科訪問看護を実施している事業所における多職種カンファレンス等への参加状況や、多職種カンファレンスを実施している利用者の状況等について調査を行った。

さらに、本事業では、精神科訪問看護を実施する事例について、訪問看護ステーションの訪問看護師、医療機関の主治医や看護師、精神保健福祉士、居宅介護事業所の介護支援専門員や介護職員、その他行政機関等の関係者による効果的な多職種カンファレンスを行うモデル事業「多職種カンファレンスモデル事業」を全国6地域10事例で実施し、そのプロセスを詳細に記録・分析することで精神障害者の地域生活を効果的に支援するネットワークのあり方を検討した。

### 1. アンケート調査のまとめ

#### 1) 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施状況

訪問看護ステーションに対する一次調査では、平成21年7月1カ月間における訪問看護基本療養費（ ）同（ ）又は介護保険により、精神疾患（認知症を除く）が主傷病である利用者への訪問を行った事業所の割合は47.7%であった（図表2-2-2）。さらに、訪問看護基本療養費（ ）も含めた実施事業所の割合は49.4%となり、半数近くの事業所で精神科訪問看護が実施されていることがわかった（図表2-2-1）。

先行研究<sup>注1・注2</sup>で得られた、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施割合をみると、平成18年度が35.3%、平成19年度が41.0%、平成20年度が47.7%であり、今回調査の結果により増加幅自体は小さくなったものの、着実に実施割合が増加しているといえる。

さらに、平成21年7月1カ月間に精神科訪問看護を実施していなかった事業所の11.2%が、過去1年間をみると精神科訪問看護を実施したことが「ある」と回答しており、上記の実施事業所に加えると、全体として56.9%が精神科訪問看護の実施経験がある事業所であった（図表2-2-19）。

<sup>注1</sup> 平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業、精神障害者の地域生活支援を推進する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、平成20年3月、社団法人全国訪問看護事業協会

<sup>注2</sup> 平成20年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業、精神障害者の訪問看護におけるマンパワー等に関する調査研究、萱間真美

## 2) 精神科訪問看護の実施体制

平成 21 年 7 月 1 カ月間に精神科訪問看護を実施していた事業所の看護職員数（常勤換算後）は 1 事業所当たり平均 5.9 人であり、実施していない事業所も含めた全体の 1 事業所当たり平均 5.5 人を上回っていた（図表 2-2-9）。また、1 事業所当たりの看護職員の規模が大きいほど、精神科訪問看護を実施している事業所の割合が高くなっていた（図表 2-2-11）。

また、精神科訪問看護を実施していた事業所は実施していなかった事業所に比べて、精神科看護の経験のある職員がいる事業所の割合、過去 1 年間に精神科訪問看護に関する教育・研修へ参加している事業所の割合のいずれもが高くなっていた（図表 2-2-12、図表 2-2-13）。

さらに、平成 21 年 7 月 1 カ月間に精神科訪問看護を実施していた事業所を対象とした二次調査結果をみると、訪問看護ステーションの職員の職種構成は、看護職員が 78.7%（精神科看護経験のある看護職員は 25.1%、P S W 資格を保有している看護職員は 5.1%）、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が 11.6%、その他の職員が 9.4% であった（図表 2-3-7）。

## 3) 精神科訪問看護を実施する上での困難

一次調査結果をみると、精神科訪問看護を実施していなかった事業所では、その理由として「精神科訪問看護の依頼がないため」や「精神科訪問看護の経験がある職員がないため」といった回答を多く挙げていた（図表 2-2-18）。さらに、精神科訪問看護の依頼を断った理由についても「精神科訪問看護を担当するスタッフが不足していたため」というマンパワー不足をその主たる理由としていた（図表 2-2-22）。

精神科訪問看護を実施していた事業所であっても、精神科訪問看護を実施する上で困難なこととして「精神科看護の経験豊富なスタッフが少ない」との回答を最も多く寄せており、次いで「地域の社会資源とのネットワークが少ない」や「アドバイスがタイムリーに受けられない」などであった（図表 2-2-15）。

さらに、訪問看護ステーションによる精神科訪問看護の実施を可能にするために期待する報酬・制度として、「精神の利用者および家族からの電話相談に対する報酬」、「2 人以上の職員による訪問に対する報酬」、「ケースに関する多職種カンファレンスの実施に対する報酬」のいずれもが 5 割を超えていた（図表 2-2-16）。

## 4) 他職種との情報交換・共有化の状況

医療観察法対象者以外の利用者の 7 割弱について、訪問看護ステーションは定期的訪問看護報告書の他に、電話、書面郵送、あるいは直接面談などといった様々な方法で主治医と情報交換していた（図表 2-3-72、図表 2-3-74）。主治医と情報交換する内容

は、利用者の日常的な服薬状況、病状の変化、日常生活の様子についての報告であり、訪問頻度や複数名訪問をいつまで行うかなどといった訪問の仕方についての相談であった。また、訪問看護ステーションは、訪問介護事業所、地区担当保健師、市区町村の障害者福祉担当部署、ケアマネジャーなどとも日常的に情報交換を行っていた（図表 2-3-75、図表 2-3-76）。

平成 21 年 5 月から 7 月までの 3 カ月間に多職種カンファレンスを実施した利用者は全体の 2 割弱であり（図表 2-3-77）この多職種カンファレンスには、訪問看護ステーションをはじめとして、利用者本人やその家族、訪問介護事業所、地区担当保健師、市区町村の障害者福祉担当部署、主治医、ケアマネジャーなどの様々な関係者が参加していた（図表 2-3-78）。また、このような多職種カンファレンスを中心的にコーディネートしていたのは、訪問看護ステーションや地区担当保健師であることが最も多かった（図表 2-3-80）。多職種カンファレンスでは、利用者の病状や日常生活の様子を各関係者が確認しあい、必要なサービスを調整するなどの検討がなされていた。

また、多職種カンファレンスを実施しなかった利用者の 2 割以上についても「（実施が）必要だったが実現困難だった」との回答が寄せられていた（図表 2-3-82）。

多職種カンファレンスは、主治医をはじめとして多くの関係者に参加を呼びかけるものであるため、開催のための日程調整は大変困難であるとの回答が多くみられた。特に、そもそも日程調整をはじめとするコーディネートを行うキーパーソンが不在である場合には、その実施は非常に難しくなっていた。また、主治医の参加がかなわず、医療機関との連携が困難となっているケースや、カンファレンスを実施してもその検討のあり方に疑問が呈されたケース（各職種による協調的な話し合いになっていないなど）も報告された。

## 5) 多職種カンファレンスを実施した利用者の状態像

多職種カンファレンスを実施した利用者の実施しなかった利用者の状態像などを比較すると、まず機能の全体的評価尺度（Global Assessment of Functioning）の平均得点については、多職種カンファレンスを実施した利用者が平均 52.9 点である一方で、実施しなかった利用者は平均 57.2 点であった（図表 2-3-97）。さらに、過去 1 年間の精神科入院経験をみると、実施した利用者のうち入院経験のある者の割合は、実施しなかった利用者の割合を大きく上回っていた。（図表 2-3-101）。

主治医の医療機関までの片道の移動時間（車で）をみると、利用者宅からは実施した利用者が平均 19.2 分であり、実施しなかった利用者の平均 26.5 分を下回った（図表 2-3-101）。

また、電話相談の状況をみると、実施した利用者のうち電話相談が「なし」の割合は実施しなかった利用者の割合を下回っており、1 カ月の平均時間でみても実施した利用者が平均 136.5 分であるのに対して、実施しなかった利用者は平均 52.3 分であった（図表 2-3-113、図表 2-3-114）。

## 2. モデル事業のまとめ

本事業でモデル事業として実施した 10 事例の内容をみると、訪問看護ステーション、保健師や障害福祉課等の行政、生活支援センター等が中心的役割を果たしながら、多職種が連携して在宅生活支援を行うモデル（事例 1～3）、精神科特化型訪問看護ステーションが退院予定患者の情報共有を医療機関側と（退院前から）実施して在宅生活への移行が円滑に行われるよう取り組んでいるモデル（事例 4、5、8～10）、精神科特化型訪問看護ステーションが訪問介護事業所に対してコンサルテーションを行うモデル（事例 6）、病院訪問看護部と精神科特化型訪問介護事業所との連携モデル（事例 7）など、多様な多職種連携の可能性を示すモデル事業となった。

本モデル事業から得られた多職種連携の効果としては、例えば、関係諸機関が連携や情報交換・共有することで、本人も含めた家族支援につながったことや、多職種連携が緊急時の迅速な対応を可能にするため、本人の症状悪化に対する早期対応・介入が複数関係機関による総合的判断のもとに行われ、在宅生活支援のための各機関の役割分担等の調整が円滑にできたといったことが挙げられる。

また、退院予定の患者について、訪問看護ステーションが入院医療機関はもちろん、退院後に通院を予定している医療機関とも情報共有を進めることにより、退院後の円滑な地域生活移行を可能にした。

しかしながら、カンファレンスの開催をはじめとして、頻繁な情報共有などによる多職種連携を行うために、訪問看護ステーションをはじめとする各関係機関がはらう労力は相当なものであったが、現行の診療報酬制度では必ずしも経済的対価の伴うものとなっていない。

例えば、事例 10 では、身体的合併症を伴う精神障害者の退院前に、精神科特化型訪問看護ステーションが多職種カンファレンスに参加し、退院後すぐに訪問看護サービスを提供する一般の訪問看護ステーションに対して精神科訪問看護特有の配慮等についての有益な助言を行っていた。しかしながら、現在の診療報酬制度においては、この場合における精神科特化型訪問看護ステーションの助言等活動に対する対価はない。

また、退院前訪問指導において、医療機関の訪問看護師に訪問看護ステーションの訪問看護師が同行し、退院後の本人の生活についての情報把握を行うことに対する報酬は制度上算定できないというのが現実である。

精神障害者の円滑な在宅移行を推進する上で、非常に有益であると思われるこれらの活動が無償のボランティアに依存するのではなく、適切な報酬や経済的インセンティブの上に成り立つ安定的な地域システムとして機能することが求められる。

資料編

---

平成21年9月16日

(社)全国訪問看護事業協会  
訪問看護ステーション管理者 各位

社団法人全国訪問看護事業協会  
会長代行 伊藤雅治

### アンケート調査協力をお願い

拝啓

早春の候、時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さてこの度、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課より、平成21年度障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)として委託を受けました「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業 ~訪問看護の充実に係る調査研究~」(研究受託者:社団法人全国訪問看護事業協会、委員長:萱間真美 聖路加看護大学教授)のご協力をいただきたくご連絡をいたしました。

本調査は、訪問看護ステーションが実施している精神科訪問看護の実施状況について広く実態を把握し、今後の報酬設定のあり方を検討する基礎資料となります。なお、本調査は、一次、二次の2段階で調査を実施します。この一次調査において、平成21年7月に精神科訪問看護の実績のあった事業所様に対し、二次調査票を送付し、精神訪問看護に関する詳しい実施状況についてお尋ねします。

なお、本調査は、みずほ情報総研株式会社に委託をして実施をいたします。調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

ご多忙中にお手数をおかけし誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

引き続き倍旧のご厚情を賜りたく、切にお願い申し上げます。

敬具

[本調査についてのお問い合わせ]  
みずほ情報総研株式会社  
〒101-8443  
東京都千代田区神田錦町2-3  
TEL:03(5281)5277  
FAX:03(5281)5446  
担当:山崎・田中・志岐

精神科医療の機能強化に関する調査 (平成21年8月1日の状況)

【返送先FAX番号：03-5281-5443】 返送期限 9月30日(水)

都道府県名		事業所名	
-------	--	------	--

1 貴事業所の看護職員数	常勤職員	実人数 _____人	
	非常勤職員	実人数 _____人 常勤換算 _____人 (小数点第一位まで四捨五入)	
2 訪問看護基本療養費( ) 訪問看護基本療養費( ) 又は介護保険で、精神疾患(認知症を除く)が主傷病である利用者数 (H21.7月)		01 いる 利用者実人数 _____人 02 いない	
3 訪問看護基本療養費( )を算定した利用者数 (H21.7月)		01 いる 利用者実人数 _____人 02 いない	
4 訪問対象者数等(精神に限らず)		介護保険	医療保険
全ての訪問対象者数 (H21.7月)		(実人数) _____人	(実人数) _____人
全ての延訪問回数 (H21.7月)		_____回	_____回
(うち)精神科訪問看護の延訪問回数 (H21.7月)		_____回	_____回
(うち)精神の複数名訪問 _____回		(うち)精神の複数名訪問 _____回	(うち)精神の複数名訪問 _____回
5 緊急訪問の延訪問回数(精神に限らず)		介護保険	医療保険
緊急訪問の延訪問回数 (H21.5~7月)		_____回	_____回
(うち)精神の緊急訪問 _____回		(うち)精神の緊急訪問 _____回	(うち)精神の緊急訪問 _____回
6 精神科(精神科病院、一般病院の精神科病床等)での看護経験のある職員		01 いる (常勤職員 _____人 非常勤職員 _____人) 02 いない	
7 過去1年間における精神科訪問看護に関する教育・研修への参加状況		01 参加している (常勤職員 _____人 非常勤職員 _____人) 02 参加していない	
8 精神科訪問看護を行う上で困難なこと(該当するもの全てに )		01 主治医との連携がうまくできない 02 病状悪化時の受け入れ先が確保できない 03 精神科看護の経験豊富なスタッフが少ない 04 アドバイスがタイムリーに受けられない 05 キャンセルや拒否等がある 06 地域の社会資源(精神障害者社会復帰施設等)とのネットワークが少ない 07 その他( ) 08 精神科訪問看護を実施したことがないので分からない	
9 今後、精神科訪問看護の実施に対して、どのような報酬・制度を望みますか(該当するもの全てに )		01 2人以上の職員による訪問に対する報酬 02 精神の利用者および家族からの電話相談に対する報酬 03 ケースに関する(他職種を交えた)カンファレンスの実施に対する報酬 04 その他( )	

貴事業所の職員が複数名で同時に訪問した回数をご記入ください。

上記の2及び3のいずれについても「02 いない」場合のみ、以下の10~12にご回答ください。

10 精神科訪問看護を実施していない理由(該当するもの全てに )		01 精神科看護の経験がある職員がいないため 02 精神科看護を担当できる職員がいないため 03 スタッフが不足しているため(01、02以外) 04 精神科訪問看護にスタッフが抵抗感を持っているため 05 精神科訪問看護の依頼がないため 06 その他( )	
11 過去1年間の精神疾患(認知症を除く)が主傷病の利用者への訪問の有無		01 有り 02 無し	
12 過去1年間の精神疾患(認知症を除く)が主傷病の利用者への訪問依頼の有無		01 有り 断った件数 _____件 断った理由(該当するもの全てに ) 11 精神科訪問看護を担当するスタッフが不足していたため 12 訪問看護の依頼者の希望に沿えないため 13 依頼者の所在地が訪問エリア外だったため 14 その他( ) 02 無し	



平成21年10月7日

(社)全国訪問看護事業協会  
訪問看護ステーション管理者 各位

社団法人全国訪問看護事業協会  
会長代行 伊藤 雅治

### アンケート調査協力をお願い

拝啓

早春の候、時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さてこの度、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課より、平成21年度障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)として委託を受けました「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業～訪問看護の充実に関する調査研究～」(研究受託者：社団法人全国訪問看護事業協会、委員長：萱間真美 聖路加看護大学教授)のご協力をいただきたくご連絡をいたしました。

本調査は、訪問看護ステーションが実施している精神科訪問看護の実施状況について広く実態を把握し、今後の報酬設定のあり方を検討する基礎資料となります。なお、本調査は、先日実施いたしましたFAX調査の結果に基づき、平成21年7月に精神科訪問看護の実績のあった事業所様に対し、精神訪問看護に関する詳しい実施状況についてお尋ねするものです。

なお、本調査は、みずほ情報総研株式会社に委託をして実施をいたします。調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

あわせて、訪問看護利用者の皆様に、貴事業所が本調査研究にご協力頂いている旨が公開されるよう、別紙のお知らせを施設内に掲示して下さいますようお願い申し上げます。問い合わせ窓口の欄には、貴院のご担当者または代表者のお名前と連絡先をご記入の上、ご掲示下さい。

ご多忙中にお手数をおかけし誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

引き続き倍旧のご厚情を賜りたく、切にお願い申し上げます。

敬具

[ 本調査についてのお問い合わせ ]  
みずほ情報総研株式会社  
〒101-8443  
東京都千代田区神田錦町2-3  
TEL：03(5281)5277  
FAX：03(5281)5443  
担当：山崎・田中・志岐

別 紙

訪問看護を利用されている皆様へ

## 調査への協力のお知らせ

本施設では、平成 21 年度障害者保健福祉推進事業「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業 ～訪問看護の充実に関する調査研究～（研究受託者：全国訪問看護事業協会、委員長：萱間 真美）による調査に協力しています。

この研究は、よりよい精神科訪問看護のあり方を検討することを目的に行っており、精神科訪問看護を利用されている皆様の状況や訪問看護の実態について、管理者および訪問看護師が調査票に記入いたします。皆様にご記入頂いたり、何かお聞きすることはありません。

調査にあたっては、個人情報の保護に十分配慮いたします。本施設が調査に協力することによって、利用者の皆様のお名前等がわかることはありません。学会等で公表される場合も、施設名や個人が特定されることはありません。

調査への協力に関して、ご不明な点・お聞きになりたいことがありましたら、下記問い合わせ窓口にご連絡下さい。お問い合わせ頂いたことによって、皆様の治療への影響等は一切ありません。

なお、本調査は（社）全国訪問看護事業協会が実施しております。

皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

問い合わせ窓口：

研究代表者

聖路加看護大学 精神看護学 教授 萱間 真美

〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

## 同 封 物 一 覧

今回同封しております資料は、下記のとおりです。

アンケート調査協力のお願い（１部）

別紙（１部）

事業所票（１部）：事業所全体のことについてお伺いしております。  
管理者の方がご記入ください。

個 票（３部）：平成21年7月1日（水）～平成21年7月31日（金）までの1カ月間に実施した精神科訪問看護（精神疾患（認知症を除く）が主傷病の利用者への訪問看護）のケースのうち、主傷病が統合失調症であるケース（匿名）を対象としてください。ただし、医療観察法対象者のケースがある場合には、主傷病を問わずに優先的に選んで回答してください。  
なお、利用者3名分（利用者1名につき、調査票1部）を上限とし、上記期間内に4名以上の該当者がいる場合には、重症度等の偏りが無いように、貴事業所のご判断により3名を抽出してください。

返信用封筒（１部）

同封の返信用封筒にて、平成21年10月26日（月）までに、事業所票と個票を合わせてご返送くださいますようお願い申し上げます。

以上

# 精神科医療の機能強化に関する調査（二次調査・事業所票）

宛名ラベル貼付

平成21年8月1日時点における貴事業所の概要について、ご回答ください。

1 開設主体	01 都道府県・市区町村・広域連合・一部事務組合 02 日本赤十字社・社会保険関係団体 03 医療法人 04 医師会 05 看護協会 06 社団・財団法人（04・05以外）	07 社会福祉法人（社会福祉協議会を含む） 08 農業協同組合及び連合会 09 消費生活協同組合及び連合会 10 営利法人（株式・合名・合資・有限会社） 11 特定非営利活動法人（NPO） 12 その他の法人		
2 医療機関への併設	01 併設している 標榜診療科（11 精神科が主 12 精神科あり 13 精神科なし） 02 併設していない			
3 指定自立支援医療機関（訪問看護事業者等）の指定	01 指定あり 医療種類（11 育成医療 12 更生医療 13 精神通院医療） 02 指定なし			
4 精神障害者居宅介護等支援事業（ホームヘルプサービス）を実施している訪問介護事業所の併設の有無	01 併設あり（又は同一法人にある） 02 併設なし			
5 従事者数	常勤職員数 (実人数)	非常勤職員数		
		実人数	常勤換算数	
	看護職員	人	人	. 人
	（うち）PSW資格保有者	人	人	. 人
	PT・OT・ST	人	人	. 人
	その他の職員	人	人	. 人
	～ のうち精神科訪問看護の担当職員 （うち）精神科看護の経験のある職員	人	人	. 人
6（精神科に限らず全ての） 訪問看護の利用者数・延べ訪問回数	訪問看護基本療養費（ ）（ ） 又は介護保険	訪問看護基本療養費（ ） (精神障害者社会復帰施設等への訪問)		
	訪問看護の利用者数（H21.7月）	人	人	
	訪問看護の延べ訪問回数（H21.7月）	回	回	

・非常勤職員の常勤換算の計算方法

貴事業所の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位までご記入ください。

例：1週間の所定労働時間が40時間の事業所で、週2日（各日3時間）勤務の看護師が1人と、週3日（各日5時間）勤務の看護師が2人いる場合

$$\text{非常勤看護職員数} = \frac{(2日 \times 3時間 \times 1人) + (3日 \times 5時間 \times 2人)}{40時間} = 0.9人$$

< 裏面に続きます >

平成21年7月1カ月間における、精神科訪問看護（精神疾患（認知症を除く）が主傷病の利用者への訪問看護）の実施状況について、ご回答ください。

		訪問看護基本療養費（ ）（ ） 又は介護保険	訪問看護基本療養費（ ） （精神障害者社会復帰施設等への訪問）
1	精神科訪問看護の利用者数	（実人数） 人	（実人数） 人
	（うち）複数名訪問 <sup>1</sup> した利用者数	（実人数） 人	（実人数） 人
	（うち）医療観察法対象者である利用者数	（実人数）	人
	（うち）複数名訪問した利用者数	（実人数）	人
2 紹介元の施設等	入院していた病院の主治医	（実人数） 人	（実人数） 人
	入院していた診療所の主治医	（実人数） 人	（実人数） 人
	通院していた病院の主治医	（実人数） 人	（実人数） 人
	通院していた診療所の主治医	（実人数） 人	（実人数） 人
	他の訪問看護ステーション	（実人数） 人	（実人数） 人
	保健所・精神保健福祉センター等の行政担当部署	（実人数） 人	（実人数） 人
	患者の家族・親族	（実人数） 人	（実人数） 人
	その他（ ）	（実人数） 人	（実人数） 人
3 主傷病名別人数	統合失調症	（実人数） 人	（実人数） 人
	気分障害（うつ病、躁うつ病）	（実人数） 人	（実人数） 人
	発達障害	（実人数） 人	（実人数） 人
	神経症性障害（適応障害、パニック、強迫性障害）およびパーソナリティ障害（境界例等）	（実人数） 人	（実人数） 人
	依存症	（実人数） 人	（実人数） 人
	その他（てんかん等）	（実人数） 人	（実人数） 人
4	精神科訪問看護の延べ訪問回数	（延回数） 回	（延回数） 回 <sup>3</sup>
	（うち）複数名訪問した延べ訪問回数	（延回数） 回	（延回数） 回 <sup>3</sup>
	（うち）医療観察法対象者への延べ訪問回数	（延回数）	回

1. 実事業所の職員が複数名で同時に訪問した場合は指します。
2. 主治医に限らず、一番最初に実事業所に連絡をしてきた施設等を選び、該当する人数をご記入ください。
3. 精神障害者社会復帰施設等に訪問した日に、例えば同時に5人の利用者に訪問看護を行った場合は、「5回」と数えてください。

平成21年7月1カ月間における（精神科に限らず）訪問看護のキャンセルの状況について、ご回答ください。

		訪問看護基本療養費（ ）（ ） 又は介護保険	訪問看護基本療養費（ ） （精神障害者社会復帰施設等への訪問）
1	訪問の事前に、キャンセルの連絡が1度でもあった利用者数	（実人数） 人	（実人数） 人
		（うち精神） 人	（うち精神） 人
2	利用者宅前まで訪問したにもかかわらず、居宅内への入ることを1度でも拒否された利用者数	（実人数） 人	（実人数） 人
		（うち精神） 人	（うち精神） 人

最後に、平成20年4月～平成21年3月までの1年間における、精神科訪問看護の新規登録者数についてご回答ください。

		訪問看護基本療養費（ ）（ ） 又は介護保険	訪問看護基本療養費（ ） （精神障害者社会復帰施設等への訪問）
1	精神科訪問看護の新規登録者数	（実人数） 人	（実人数） 人

ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。  
同封の返信用封筒にて、平成21年10月26日（月）までに、個票と合わせてご返送くださいますようお願い申し上げます。

## 精神科医療の機能強化に関する調査（二次調査・個票）

平成21年7月1カ月間に実施した精神科訪問看護（精神疾患（認知症を除く）が主傷病の利用者への訪問看護）のケースのうち、主傷病が統合失調症であるケースについて回答してください。ただし、医療観察法対象者のケースがある場合には、主傷病を問わずに優先的に選んで回答してください。

1～13については、最近の訪問時の対象利用者本人の状況をご回答ください。

1 性別	01 男性	02 女性
2 年齢	10 歳未満・10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代・80代以上	
3 診断名 (該当するもの全てに)	01 統合失調症	03 発達障害
	02 気分障害	04 神経症性障害、人格障害
		05 依存症
		06 その他( )
4 合併症 (該当するもの全てに)	01 糖尿病 服薬又はインスリン注射の有無(11 あり 12 なし)	
	02 肥満 体重 _____kg 身長 _____cm	
	03 その他( )	
5 医療観察法の対象者	01 対象者である	02 対象者ではない
6 主たる精神疾患の発症年齢	10 歳未満・10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代・80代以上	
7 訪問看護開始時の年齢	10 歳未満・10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代・80代以上	
8 過去の精神科入院経験	01 あり _____回	02 なし
9 過去1年の精神科入院経験	01 あり _____回	02 なし
10 保険の種類	01 医療保険	02 介護保険
		03 その他( )
11 自立支援医療の利用の有無	01 あり 障害程度区分(1・2・3・4・5・6)	02 なし
12 婚姻状況	01 婚姻	02 未婚
		03 離別・死別
13 居住形態	01 独居	02 同居者あり(同居者の内訳: )
	03 グループホーム	04 その他( )
14 現在の就労の有無	01 あり 職種( )	02 なし

15～17については、対象利用者の主治医がいる医療機関についてご回答ください。

15 主治医の医療機関	01 病院 病院種類(精神科病院・大学病院・その他の病院)
	02 診療所 標榜診療科(精神科が主・精神科あり・精神科なし)
16 主治医の医療機関までの移動時間(利用者宅から)	車で片道 約 _____分
17 主治医の医療機関までの移動時間(貴事業所から)	車で片道 約 _____分

17～22については、平成21年7月1カ月間の訪問の状況をご回答ください。

18 訪問先	01 自宅	03 作業所	
	02 グループホーム	04 その他( )	
19 移動時間	移動時間	片道 約 _____分	
	移動手段	01 車	
		02 自転車	
		03 公共交通機関(電車、バスなど)	
		04 その他( )	
20 7月中の総訪問回数	7月中の総訪問回数 _____回		
21 1回の訪問滞在時間	7月中の訪問1回当たりの平均 _____分		
22 訪問看護への電話相談	01 本人から	計 _____回/月	計 _____分/月
	02 家族から	計 _____回/月	計 _____分/月
	03 その他( )	計 _____回/月	計 _____分/月
	04 なし		
23 貴事業所の訪問看護以外に利用しているサービス (該当するもの全てにをつけて、週当たりの利用頻度をご記入ください。)	01 デイケア、デイナイトケア、ナイトケア	_____回/週	
	02 グループホームなど共同住居での援助	_____回/週	
	03 作業所など日中の活動の場	_____回/週	
	04 地域生活支援センターなど集う場所	_____回/週	
	05 就労支援	_____回/週	
	06 ホームヘルプサービス	_____回/週	
	07 貴事業所以外からの訪問看護	_____回/週	
	08 その他( )	_____回/週	

平成21年5月～7月における、このケースについての主治医や他の関係者との情報共有の状況をお伺いします。

問1 平成21年5月～7月の3カ月間に、主治医と（訪問看護報告書を提出する以外に）何らかの情報交換をしましたか。

01 した（問1-1へお進みください） 02 しなかった（問2へお進みください）

問1-1 情報交換（訪問看護報告書を提出する以外）の回数とその方法についてお伺いします。

(1)回数	約_____回（H21.5～7月）		
(2)連絡方法 （該当するもの全てに）	01 電話	03 メール	05 カンファレンス
	02 FAX	04 書面の郵送	06 その他（ ）
(3)情報交換した内容 （具体的にご記入ください）			

問2 平成21年5月～7月の3カ月間に、主治医以外の他の関係者と何らかの情報交換をしましたか。

01 した（問2-1へお進みください） 02 しなかった（問3へお進みください）

問2-1 何らかの情報交換をした他の関係者として該当するものを全てお選びください。

01 主治医以外の医師	04 デイケア事業所	07 市区町村の障害者福祉担当部署
02 他の訪問看護ステーション	05 障害者支援施設（精神障害者社会復帰施設）	08 社会復帰調整官
03 ホームヘルプ事業所	06 地区担当保健師	09 その他（ ）

問3 平成21年5月～7月の3カ月間に、主治医やその他の関係者が一堂に会するカンファレンスを開催しましたか。

01 した（問3-1～3-3へお進みください） 02 していない（問4へお進みください）

問3-1 カンファレンスへの参加者として該当するものを全てお選びください。

01 利用者本人	05 訪問看護ステーション	09 地区担当保健師
02 利用者の家族	06 ホームヘルプ事業所	10 市区町村の障害者福祉担当部署
03 主治医	07 デイケア事業所	11 社会復帰調整官
04 主治医以外の医師	08 障害者支援施設（精神障害者社会復帰施設）	12 その他（ ）

カンファレンスを中心的にコーディネートしたのはどちら（誰）ですか。（上記から1つ）

問3-2 平成21年5月～7月の3カ月間に、カンファレンスを何回開催しましたか。

回

問3-3 最近のカンファレンスで話し合われた内容について具体的にご記入ください。（問5へお進みください）

--

問4・問5については、管理者の方にご記入をお願いいたします。

<問3で「02 していない」をお選びの場合のみ、ご回答ください。>

問4 主治医やその他の関係者が一堂に会するカンファレンスを開催する必要がありましたか。(○は1つ)

01 開催する必要はなかった

02 開催する必要があったが、実現が困難であった

<全ての事業所でご回答ください。>

問5 主治医やその他の関係者が一堂に会するカンファレンスを開催するうえで、努力や工夫、あるいは課題や困難などがありましたら、具体的にご記入ください。

【努力や工夫された点】

【課題や困難であった点】



## 機能の全体的評価尺度 (Global Assessment of Functioning)

- ・最近の訪問時の対象利用者の状態を、症状の重症度と機能レベルの2つの側面から評価してください。
- ・下記の採点基準を91~100点から順に読み進めていき、症状の重症度、又は機能レベルのどちらか悪い方が当てはまる得点範囲(例:31-40点)を決めてください。その際、精神的に健康から病気までを一つのつながったものと仮定して、心理的、社会的、職業的機能を考慮してください。身体的(または環境的)制約による機能の障害は含めないでください。
- ・次に、その10点の得点範囲内での点数を決めてください。例えば、45、68、72のように、得点範囲内で適当と思う点数をひとつ決め、一番下の回答欄に記入してください。

点数	機能の全体的評価尺度
91~100点	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
81~90点	症状が全くないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安) すべての面でよい機能で、広範囲の活動にも興味を持ち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。
71~80点	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難) 社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学校で一時遅れをとる)。
61~70点	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠) または社会的、職業的もしくは学校の機能に、いくらかの困難がある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には機能がかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
51~60点	中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐怖発作がある) または社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
41~50点	重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引きする) または社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)。
31~40点	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的であいまい、または関係性がなくなる) または仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面で粗大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子供が年下の子供を殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。
21~30点	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または意思伝達や判断に粗大な欠陥がある(例:時々、破裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている) またはほとんどすべての面で機能することができない(例:一日中、床についている、仕事も家庭も友達もない)。
11~20点	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮) または時には最低限の身の清潔維持ができない(例:大便を塗りたくる) または意思伝達に粗大な欠陥(例:ひどい破裂か無言症)。
1~10点	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう) または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0点	情報不十分。

G A F 得点  点

## 社会行動評価尺度 (Social Behaviour Schedule: SBS)

- 対象利用者の、**最近の訪問時の**典型的な行動について評価してください。
- 評価に際しては、行動の程度(重症度)と、頻度を考慮に入れますが、迷った場合は、程度より頻度に重きをおいて評価し、1~21のそれぞれの項目について、最もあてはまる番号に1つつつをおつけください。

1 コミュニケーション	0	1	2	3	4
スタッフと率先して会話できるか。	自発的にできる	自発的にできるが長く続かない	ほとんどできないが、時に自発的に話す	拒否的	応答しない
2 会話内容の一貫性	0	1	2	3	4
話の内容のつじつまが合うか。精神疾患のために一貫性を失っていないか。	一貫性あり	時々つじつまが合わない(月1~2回)	しばしばつじつまが合わない(週1回)	頻繁につじつまが合わない(週1回以上)	常に一貫性がない
3 会話の奇妙さ	0	1	2	3	4
一般の多くの人が奇妙と思う内容であるか。	奇妙さはない	時々奇妙(月1~2回)	しばしば奇妙(週1回)	とても頻繁に奇妙な話題(毎日)	常に奇妙な話題
4 社会との適切な接触	0	1	2	3	4
バス停で、次にバスはいつ来るのか尋ねられたら、適切に対応できるか。	対応できる	時々不適切(月1~2回)	しばしば不適切(週1回)	ほとんどいつも不適切(週1回以上)	対応できない
5 敵意に満ちた交流	0	1	2	3	4
言語的・身体的敵意があるか。	ほとんどなし	時々軽度の敵意がある(月1~2回以上)	しばしば敵意や脅しがある(週1回)	ほとんどの接触は敵意ある言葉による(週1回以上)	頻繁な敵意のある言葉や動作
6 関心をひく振る舞い	0	1	2	3	4
人の関心を独占しようとするか、他の人に関心を向けると、怒りっぽくなるか。	なし	時々関心をひこうとするが、周囲が他人に関心を向けるとも気にしない	時々関心をひき、周囲が他人に関心を向けると怒る	常に他人の関心を要求する	常に他人の関心を要求し、周囲が他人に関心を向けると怒る
7 自殺・自傷の企図と行動	0	1	2	3	4
(3以上は明らかに自殺を目的としていたと見られるとき)	なし	間接的にほのめかす(過去1カ月)	直接的に語る(過去1カ月)	何らかの自殺企図や自殺行為をほのめかす行動(過去1カ月)	重大な自殺企図または自殺行為(過去1カ月)
8 パニック、恐怖症	0	1	2	3	4
ある特定の状況下における不安や一般的な不安に、どの程度悩まされているか。	なし	時々軽度の不安がある	不安や緊張があるが、何とか生活ができる	ほとんどいつも不安があるか不安発作が頻発する	常に極度の緊張・不安がある
9 過活動性	0	1	2	3	4
目的もなく歩き回る、不必要な動きが多いなどの行動があるか。	なし	時々ある(月1~2回)	しばしばある(週1回)	頻繁にある(毎日)	長時間、定期的にある
10 独語、空笑	0	1	2	3	4
決して社交上のものではない行動が見られるか。	なし	時々ある(月1~2回)	しばしばある(月3回)	頻繁にある(週1回以上)	きわめて頻繁にある(毎日)
11 妄想の行動化	0	1	2	/	
妄想に基づいて行動を起こそうと決意するか否か。(例:数百万円持っていると思いい込む)	なし	月1回あった	月2回以上あった		
12 奇妙な姿勢、動き	0	1	2	3	4
奇妙な型にはまった動き、不快で不適切な姿勢があるか。	なし	時々ある(月1~2回)	しばしばある(週1回)	頻繁にある(週1回以上)	きわめて頻繁にある(毎日)

13 ひんしゆく・マナー	0	1	2	3	4
食事中にひんしゆくをかうような癖や習慣はないか。(例：陰部を掻く、大きな放屁を平気でする、鼻をほじるなど)	礼儀正しい	おおむね礼儀正しい	時々ひんしゆくをかう行為がある	しばしばひんしゆくをかう行為がある	ほとんどがひんしゆくをかう振る舞いである
14 破滅的行動	0	1	2	3	
財産、所有物などを破滅するに至った行動があるか。	なし	時々物を壊すといって脅すが、破滅行動はない	しばしば物を壊すといって脅す	1か月以内に怒りにまかせて物を壊したことがある	
15 抑うつ	0	1	2	3	
「生まれてこなかったほうがよかった」とか、「人生なんて意味がない」とつぶやいたことがあるか。(自殺企図は評価しない)	なし	時々ある(月1、2回短期で)	週1回程度で長期の抑うつがある	頻繁にある(毎日)	
16 性的逸脱行動	0	1	2	3	4
公衆ではなく、特定の他者に向けられる性的行動はないか。	なし	いくらか性的なことに心を奪われている(月1、2回程度)	しばしば、好ましくない性的接近をするなど、不適切な性的振る舞いがある	しばしば陰部を露出するなど、明らかに不適切な性的振る舞いがある	頻繁に、度を越した振る舞いがあり、家庭生活や社会生活に支障がある
17 身だしなみ・清潔度	0	1	2	3	4
清潔、髪の手入れ、更衣ができていないか。失禁や奇妙な服装をしていないか。	注意を要しない	時々注意を要する	不適切で奇妙な格好のため、しばしば身なりに注意を要する	清潔に無頓着であり、かなり注意や助言が必要	著しく清潔に無頓着。注意しなければ汚臭や失禁の恐れがある
18 動きの鈍さ	0	1	2	3	4
座るのが異常に遅い、歩くのが異常に遅いなどないか。(年齢、身体的な状態は考慮する)	なし	時々中程度にあるが、普段はない	中程度に動作が鈍い	常に中程度に動きが鈍く、時には極めて遅くなる	極めて動きが鈍い
19 異常な活動性の低さ	0	1	2	3	4
刺激を加えなければ座ったまま何もしない状態(中程度に非活動的な状態)はあるか。(動きの鈍さと活動性の低さは別に評価する)	なし	時々あるが、普段はなし	ある	しょっちゅうあり、極めて活動性が低い時もある	極めて活動性が低い
20 集中力	0	1	2		
テレビ、読書などに、自分から集中できるか。	問題なし	集中できない時がある	一度に数分だけ集中できる		
21 社会的適応を妨げる行動	0	1	2	3	4
1～20以外の行動で、社会的適応を妨げる行動があるか(例：喫煙、過食・拒食、盗癖、強迫行為、睡眠障害、飲酒)	そのような行動異常はみられない	過去1か月以上前にあった	過去1か月以内に数回あった	頻繁にある	かなり頻繁にある

ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。

同封の返信用封筒にて、平成21年10月26日(月)までに、事業所票と合わせてご返送くださいますようお願い申し上げます。

事業所

様

精神科医療の機能強化に関する調査研究事業  
～訪問看護の充実に係る調査研究～

- 多職種カンファレンスモデル事業へのご参画のお願い -

このたび、社団法人全国訪問看護事業協会は、厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課より、平成21年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）として委託を受け、精神科訪問看護に係る「多職種カンファレンスモデル事業」を実施することとなりました。

本モデル事業は、「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業 ～訪問看護の充実に係る調査研究～」(委員長 聖路加看護大学 教授 萱間真美)の一部として実施されるもので、精神科訪問看護サービスのより一層の普及を図る目的で行われるものです。

本事業の趣旨は、精神科訪問看護サービスを提供する事例について、主治医や医療機関の看護師、精神保健福祉士と、訪問看護ステーションの訪問看護師やその他の関係者間での効果的なカンファレンス等を行うモデル事業を実施し、そのプロセスを詳細に記録・分析することで、精神障害者の地域生活を効果的に支援するネットワーク構築方法を検討しようとするものです。

つきましては、貴事業所に本モデル事業にご参画いただきたくお願い申し上げます次第です。モデル事業は、下記の要領で実施されます。本事業の調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りたく重ねてお願い申し上げます。

記

1. モデル事業実施期間 : 平成21年10月～平成22年2月
2. 対 象 事 例 : 主に統合失調症を対象とする(ただし、初発・再発は問わない。年齢制限なし。入院経験の有無、回数は問わない。また、同意能力があると医師が認めた場合に限る)
3. 実 施 方 法 : 主治医や医療機関の看護師、精神保健福祉士と、訪問看護ステーションの訪問看護師やその他の関係者による多職種カンファレンスの開催、もしくは電話やメールでの連絡。  
必要に応じて医療機関側で実施する退院前訪問への訪問看護ステーションの訪問看護師による同行訪問も実施。
4. カンファレンスの頻度 : 原則として、退院援助の日程に合わせて1回当たり1時間半から2時間程度を想定(ただし、必要に応じて柔軟に対応)
5. カンファレンスの場所 : 関係諸機関による協議の上、決定。
6. 記 録 物 : カンファレンスや情報交換のプロセスや結果等を記録する。記録様

式は共通のものとし、調査事務局よりご提供する。

7. 謝金 : 事業終了後、謝金をお支払いする予定。

8. 本事業における倫理的配慮

本モデル事業の参画機関の名称は報告書において公表します。

本モデル事業で扱われる事例（訪問看護利用者）は匿名とし、本事業に参画する医療機関および訪問看護ステーション等諸機関以外は、事例の固有名称を知ることが一切ない形で事業を実施します。

報告書、ホームページ等で本事業について公表する際には、事例の年齢、居住地、家族構成、職業、生活歴など、個人を推定できる可能性のある情報は、伏せるか修正を加えます。

報告書、ホームページ等で本事業について公表する際には、モデル事業に参画する機関の職員の名前はすべて匿名とします。

以上

（社）全国訪問看護事業協会

平成21年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業 ～訪問看護の充実に関する調査研究～」

委員長 聖路加看護大学 教授 萱間 真美

病院

様

精神科医療の機能強化に関する調査研究事業  
～訪問看護の充実にに関する調査研究～

- 多職種カンファレンスモデル事業へのご参画のお願い -

このたび、社団法人全国訪問看護事業協会は、厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課より、平成21年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）として委託を受け、精神科訪問看護に係る「多職種カンファレンスモデル事業」を実施することとなりました。

本モデル事業は、「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業 ～訪問看護の充実にに関する調査研究～」（委員長 聖路加看護大学 教授 萱間真美）の一部として実施されるもので、精神科訪問看護サービスのより一層の普及を図る目的で行われるものです。

本事業の趣旨は、精神科訪問看護サービスを提供する事例について、主治医や医療機関の看護師、精神保健福祉士と、訪問看護ステーションの訪問看護師やその他の関係者間での効果的なカンファレンス等を行うモデル事業を実施し、そのプロセスを詳細に記録・分析することで、精神障害者の地域生活を効果的に支援するネットワーク構築方法を検討しようとするものです。

つきましては、貴院に本モデル事業にご参画いただきたくお願い申し上げます。モデル事業は、下記の要領で実施されます。本事業の調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りたく重ねてお願い申し上げます。

記

1. モデル事業実施期間 : 平成21年10月～平成22年2月
2. 対象事例 : 主に統合失調症を対象とする（ただし、初発・再発は問わない。年齢制限なし。入院経験の有無、回数は問わない。また、同意能力があると医師が認めた場合に限る）。
3. 実施方法 : 主治医や医療機関の看護師、精神保健福祉士と、訪問看護ステーションの訪問看護師やその他の関係者による多職種カンファレンスの開催、もしくは電話やメールでの連絡。  
必要に応じて医療機関側で実施する退院前訪問への訪問看護ステーションの訪問看護師による同行訪問も実施。
4. カンファレンスの頻度 : 原則として、退院援助の日程に合わせて1回当たり1時間半から2時間程度を想定（ただし、必要に応じて柔軟に対応）。
5. カンファレンスの場所 : 関係諸機関による協議の上、決定。

6. 記 録 物 : カンファレンスや情報交換のプロセスや結果等を記録する。記録様式は共通のものとし、調査事務局よりご提供する。

7. 謝 金 : 事業終了後、謝金をお支払いする予定。

8. 本事業における倫理的配慮

本モデル事業の参画機関の名称は報告書において公表します。

本モデル事業で扱われる事例（訪問看護利用者）は匿名とし、本事業に参画する医療機関および訪問看護ステーション等諸機関以外は、事例の固有名称を知ることが一切ない形で事業を実施します。

報告書、ホームページ等で本事業について公表する際には、事例の年齢、居住地、家族構成、職業、生活歴など、個人を推定できる可能性のある情報は、伏せるか修正を加えます。

報告書、ホームページ等で本事業について公表する際には、モデル事業に参画する機関の職員の名前はすべて匿名とします。

以上

（社）全国訪問看護事業協会

平成21年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業 ～訪問看護の充実に関する調査研究～」

委員長 聖路加看護大学 教授 萱間 真美

## 説 明 書

### 精神科医療の機能強化に関する調査研究事業

#### ～訪問看護の充実に関する調査研究～

#### 多職種カンファレンスモデル事業へのご参画のお願い

このたび、社団法人全国訪問看護事業協会は、厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課より委託を受け、精神疾患療養者の方を対象とした「多職種カンファレンスモデル事業」を行わせていただくこととなりました。

この事業は、訪問看護サービスの利用者の方や退院後訪問看護の利用をお考えの方に、安心して在宅生活を送っていただけるよう地域のネットワークのあり方を検討することなどを目的としています。

そこで、あなた様にご協力頂きたい内容は、以下の通りです。

- ・ 研究者が担当の病棟看護師、訪問看護師等にあなた様のお話を聞くことがあります。
- ・ あなた様が安心して在宅生活を送っていただける事を目的で行われているカンファレンスに参加させていただくことがあります。
- ・ 退院前の訪問と一緒に同行させて頂く場合があります。
- ・ お伺いした内容は他人に知られないように厳重に管理いたします。
- ・ 研究結果は報告書、ホームページ等で公表されますが、個人が特定されないよう匿名化し公表いたしますので、あなた様の個別の情報が表に出ることは一切ございません。

なお、この研究への参加・不参加によって、あなた様の治療や看護に影響が生じることは一切ありません。また、研究の参加にいったん同意なされた後でも、いつでも参加をとりやめたり、研究の一部を断ったりすることができます。研究者に直接お伝えいただくか、担当の訪問看護師や病棟看護師にお話してください。

以上をご理解いただいた上で、研究への参加に同意なされる場合は、別紙にご署名をお願いいたします。



## 事業に関するお問い合わせについて

事業の途中または終了後でも疑問が生じた場合には、下記にお問い合わせ、お申し出いただく権利があります。事業に関して疑問が浮かんだ場合には、下記までご連絡ください。お問い合わせ、お申し出の内容に関する秘密は厳守いたします。

### 《ご連絡先》

社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壹丁目参番館 302

電話：03-3351-5898 FAX：03-3351-5938

### 《研究代表者》

聖路加看護大学

〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

主任研究者：萱間 真美

## 同意書

聖路加看護大学  
教授 萱間 真美 殿

私は、平成21年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業 ～訪問看護の充実に関する調査研究～」における多職種カンファレンスモデル事業について、事業実施分担者より文書により説明を受け、事業の意義について理解しましたので、この事業に参加することに同意いたします。

個人情報、厳重に管理されると共に、個人名は一切公表されることなく、プライバシーは保護されます。

事業への協力は、いつでもとりやめることができます。

事業への協力をとりやめることで、不利益がかかることは一切ありません。

わからないことはいつでも事業実施分担者にお尋ねください。

### < 同意者署名欄 >

同意日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

氏名：\_\_\_\_\_

所属機関名：\_\_\_\_\_

職位：\_\_\_\_\_

住所：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### < 説明者署名欄 >

説明日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

氏名：\_\_\_\_\_

所属機関名：\_\_\_\_\_

職位：\_\_\_\_\_

住所：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 同意書

精神科医療の機能強化に関する調査研究事業

主任研究者 聖路加看護大学教授 萱間 真美 殿

私は、下記の課題名の事業の内容、方法等について説明を受けました。

課題名：精神科医療の機能強化に関する調査研究事業  
～ 訪問看護の充実に関する調査研究～

私は、

私の個人情報、説明を受けた使用目的以外に用いられない。  
私の安全性に関して、十分な配慮及び対策と適切な処置が取られる。  
私が説明を受けた事業計画(看護記録の拝見、カンファレンスへの参加、同行訪問)に基づいて実施される。万が一、何らかの変更があった場合には、如何なる場合でも私への説明が行われ、私の合意を得る。  
私に疑問や質問が生じた場合には、適切な説明がなされる。  
私に不都合が生じる場合、あるいは研究に疑義が生じた場合、私の意志で研究への参加を中止できる。

という条件のもとに、研究に協力することに同意します。

同意日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

氏名：\_\_\_\_\_ 印

説明日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

説明者氏名：\_\_\_\_\_ 印

## モデル事例に関する情報シート【在宅患者用】

記入日	平成 年 月 日
事例ID (任意の番号)	

### 基礎情報

1 性別	男性 女性	2 年齢	_____ 歳	3 婚姻	既婚 未婚
4 居住形態 【単一回答】	自宅（独居）          自宅（同居）          同居家族の内訳（ _____ ） グループホーム その他（ _____ ）				
5 介護者の有無	あり          具体的人物（ _____ ） なし				
6 就労の状況	就労している          職種・形態（ _____ ） 就労していない				
7 収入状況 【複数回答】	就労収入          年金収入          生活保護 親等家族からの支援          その他（ _____ ）				
8 外出頻度 【単一回答】	毎日外出している 週に（ _____ ）回程度は外出している 月に（ _____ ）回程度は外出している				
9 日中の活動場所 【複数回答】	自宅          職場 施設（作業所、地域活動支援センター、デイケアなど） その他（ _____ ）				

### 精神疾患の状況

1 主たる精神疾患 【単一回答】	統合失調症          発達障害          依存症 気分障害          神経症性障害、人格障害 その他（ _____ ）			
2 従たる精神疾患 【複数回答】	統合失調症          発達障害          依存症 気分障害          神経症性障害、人格障害 その他（ _____ ）			
3 その他の合併症 【複数回答】	糖尿病          服薬またはインスリン注射の有無（あり・なし） 肥満          体重 _____ kg          身長 _____ cm その他（ _____ ）			
4 主たる精神疾患の発症年齢	_____ 歳			
5 過去の精神科入院経験の有無	あり          過去からの全入院回数 _____ 回 過去1年間の入院回数 _____ 回 直近の精神科退院日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 なし			
6 障害者自立支援法による障害認定	あり          障害程度区分（1・2・3・4・5・6） なし			

## 主治医の状況

1 主治医の医療機関	病院	病院種類（精神科病院・大学病院・その他の病院）
	診療所	標榜診療科（精神科が主・精神科あり・精神科なし）
2 主治医の医療機関までの移動時間（利用者宅から）	車で片道 約 _____ 分	
3 主治医の医療機関までの移動時間（事業所から）	車で片道 約 _____ 分	

## 現在の訪問看護の利用状況

1 保険の種類	医療保険 介護保険	後期高齢者医療保険 生活保護	その他
2 訪問看護の利用を開始した時期	(昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日		
3 訪問看護が導入された経緯			
4 訪問看護の目的 (医師の指示)			
5 直近1カ月間の訪問看護報告書の提出以外の主治医との情報交換【複数回答】	電話 計 _____ 回 メール 計 _____ 回 カンファレンス 計 _____ 回 その他 ( _____ )	F A X 計 _____ 回 書面郵送 計 _____ 回	計 _____ 回 計 _____ 回
6 移動時間	移動時間	片道 約 _____ 分	
	移動手段	車 自転車	公共交通機関（電車、バスなど） その他 ( _____ )
7 直近1カ月間の総訪問回数	直近1カ月間の総訪問回数 _____ 回		
8 1回の訪問滞在時間	直近1カ月間の訪問1回当たりの平均 _____ 分		
9 訪問看護への電話相談【複数回答】	本人から 計 _____ 回/月 家族から 計 _____ 回/月 その他 ( _____ ) なし	計 _____ 回/月 計 _____ 回/月 計 _____ 回/月	計 _____ 分/月 計 _____ 分/月 計 _____ 分/月
10 訪問看護以外に利用しているサービス  該当するもの全てにチェックをして、週当たりの利用頻度をご記入ください。	相談支援 訪問介護 重度訪問介護 行動援護 重度障害者等包括支援 生活介護 共同生活介護（ケアホーム） 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 就労移行支援 就労継続支援（雇用手・非雇用手） 共同生活援助（グループホーム） 移動支援 地域活動支援センター 福祉ホーム 貴事業所以外の訪問看護 その他 ( _____ )	_____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週	

## 機能の全体的評価尺度 (Global Assessment of Functioning)

- ・最近の訪問時の対象利用者の状態を、症状の重症度と機能レベルの2つの側面から評価してください。
- ・下記の採点基準を91～100点から順に読み進めていき、症状の重症度、又は機能レベルのどちらか悪い方が当てはまる得点範囲(例:31-40点)を決めてください。その際、精神的に健康から病気までを一つのつながったものと仮定して、心理的、社会的、職業的機能を考慮してください。身体的(または環境的)制約による機能の障害は含めないでください。
- ・次に、その10点の得点範囲内での点数を決めてください。例えば、45、68、72のように、得点範囲内で適当と思う点数をひとつ決め、一番下の回答欄に記入してください。

点 数	機能の全体的評価尺度
91～100点	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
81～90点	症状が全くないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安) すべての面でよい機能で、広範囲の活動にも興味を持ち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。
71～80点	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難) 社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学校で一時遅れをとる)。
61～70点	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠) または社会的、職業的もしくは学校の機能に、いくらかの困難がある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には機能がかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
51～60点	中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐怖発作がある) または社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
41～50点	重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引きする) または社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)。
31～40点	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的であいまい、または関係性がなくなる) または仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面で粗大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子供が年下の子供を殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。
21～30点	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または意思伝達や判断に粗大な欠陥がある(例:時々、破裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている) またはほとんどすべての面で機能することができない(例:一日中、床についている、仕事も家庭も友達もない)。
11～20点	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮) または時には最低限の身の清潔維持ができない(例:大便を塗りたくる) または意思伝達に粗大な欠陥(例:ひどい破裂か無言症)。
1～10点	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう) または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0点	情報不十分。

G A F 得点	点
----------	---

社会行動評価尺度 (SOCIAL Behaviour Schedule : SBS)

- ・対象利用者の、**最近の訪問時の**典型的な行動について評価してください。
- ・評価に際しては、行動の程度(重症度)と、頻度を考慮に入れますが、迷った場合は、程度より頻度に重きをおいて評価し、1~21のそれぞれの項目について、最もあてまはる番号に1つずつをおつけください。

1 コミュニケーション	0	1	2	3	4
スタッフと率先して会話できるか。	自発的にできる	自発的にできるが長く続かない	ほとんどできないが、時に自発的に話す	拒否的	応答しない
2 会話内容の一貫性	0	1	2	3	4
話の内容のつじつまが合うか。精神疾患のために一貫性を失っていないか。	一貫性あり	時々つじつまが合わない(月1~2回)	しばしばつじつまが合わない(週1回)	頻繁につじつまが合わない(週1回以上)	常に一貫性がない
3 会話の奇妙さ	0	1	2	3	4
一般の多くの人が奇妙と思う内容であるか。	奇妙さはない	時々奇妙(月1~2回)	しばしば奇妙(週1回)	とても頻繁に奇妙な話題(毎日)	常に奇妙な話題
4 社会との適切な接触	0	1	2	3	4
バス停で、次にバスはいつ来るのか尋ねられたら、適切に対応できるか。	対応できる	時々不適切(月1~2回)	しばしば不適切(週1回)	ほとんどいつも不適切(週1回以上)	対応できない
5 敵意に満ちた交流	0	1	2	3	4
言語的・身体的敵意があるか。	ほとんどなし	時々軽度の敵意がある(月1~2回以上)	しばしば敵意や脅しがある(週1回)	ほとんどの接触は敵意ある言葉による(週1回以上)	頻繁な敵意のある言葉や動作
6 関心をひく振る舞い	0	1	2	3	4
人の関心を独占しようとするか、他の人に関心を向けると、怒りっぽくなるか。	なし	時々関心をひこうとするが、周囲が他人に関心を向けるとも気にしない	時々関心をひき、周囲が他人に関心を向けると怒る	常に他人の関心を要求する	常に他人の関心を要求し、周囲が他人に関心を向けると怒る
7 自殺・自傷の企図と行動	0	1	2	3	4
(3以上は明らかに自殺を目的としていたと見られるとき)	なし	間接的にほのめかす(過去1カ月)	直接的に語る(過去1カ月)	何らかの自殺企図や自殺行為をほのめかす行動(過去1カ月)	重大な自殺企図または自殺行為(過去1カ月)
8 パニック、恐怖症	0	1	2	3	4
ある特定の状況下における不安や一般的な不安に、どの程度悩まされているか。	なし	時々軽度の不安がある	不安や緊張があるが、何とか生活ができる	ほとんどいつも不安があるか不安発作が頻発する	常に極度の緊張・不安がある
9 過活動性	0	1	2	3	4
目的もなく歩き回る、不必要な動きが多いなどの行動があるか。	なし	時々ある(月1~2回)	しばしばある(週1回)	頻繁にある(毎日)	長時間、定期的にある
10 独語、空笑	0	1	2	3	4
決して社交上のものではない行動が見られるか。	なし	時々ある(月1~2回)	しばしばある(月3回)	頻繁にある(週1回以上)	きわめて頻繁にある(毎日)
11 妄想の行動化	0	1	2	/	
妄想に基づいて行動を起こそうと決意するか否か。(例:数百万円持っていると思いつい込む)	なし	月1回あった	月2回以上あった		
12 奇妙な姿勢、動き	0	1	2	3	4
奇妙な型にはまった動き、不快で不適切な姿勢があるか。	なし	時々ある(月1~2回)	しばしばある(週1回)	頻繁にある(週1回以上)	きわめて頻繁にある(毎日)

13 ひんしゆく・マナー	0	1	2	3	4
食事中にひんしゆくをかうような癖や習慣はないか。(例:陰部を掻く、大きな放屁を平気でする、鼻をほじるなど)	礼儀正しい	おおむね礼儀正しい	時々ひんしゆくをかう行為がある	しばしばひんしゆくをかう行為がある	ほとんどがひんしゆくをかう振る舞いである
14 破滅的行動	0	1	2	3	
財産、所有物などを破滅するに至った行動があるか。	なし	時々物を壊すという脅すが、破滅行動はない	しばしば物を壊すという脅す	1か月以内に怒りにまかせて物を壊したことがある	
15 抑うつ	0	1	2	3	
「生まれてこなかったほうがよかった」とか、「人生なんて意味がない」とつぶやいたことがあるか。(自殺企図は評価しない)	なし	時々ある(月1、2回短期で)	週1回程度で長期の抑うつがある	頻繁にある(毎日)	
16 性的逸脱行動	0	1	2	3	4
公衆ではなく、特定の他者に向けられる性的行動はないか。	なし	いくらか性的なことに心を奪われている(月1、2回程度)	しばしば、好ましくない性的接近をするなど、不適切な性的振る舞いがある	しばしば陰部を露出するなど、明らかに不適切な性的振る舞いがある	頻繁に、度を越した振る舞いがあり、家庭生活や社会生活に支障がある
17 身だしなみ・清潔度	0	1	2	3	4
清潔、髪の手入れ、更衣ができていないか。失禁や奇妙な服装をしていないか。	注意を要しない	時々注意を要する	不適切で奇妙な格好のため、しばしば身なりに注意を要する	清潔に無頓着であり、かなり注意や助言が必要	著しく清潔に無頓着。注意しなければ汚臭や失禁の恐れがある
18 動きの鈍さ	0	1	2	3	4
座るのが異常に遅い、歩くのが異常に遅いなどないか。(年齢、身体的な状態は考慮する)	なし	時々中程度にあるが、普段はない	中程度に動作が鈍い	常に中程度に動きが鈍く、時には極めて遅くなる	極めて動きが鈍い
19 異常な活動性の低さ	0	1	2	3	4
刺激を加えなければ座ったまま何もしない状態(中程度に非活動的な状態)はあるか。(動きの鈍さと活動性の低さは別に評価する)	なし	時々あるが、普段はなし	ある	しょっちゅうあり、極めて活動性が低い時もある	極めて活動性が低い
20 集中力	0	1	2		
テレビ、読書などに、自分から集中できるか。	問題なし	集中できない時がある	一度に数分だけ集中できる		
21 社会的適応を妨げる行動	0	1	2	3	4
1～20以外の行動で、社会的適応を妨げる行動があるか(例:喫煙、過食・拒食、盗癖、強迫行為、睡眠障害、飲酒)	そのような行動異常はみられない	過去1カ月以上前にあった	過去1カ月以内に数回あった	頻繁にある	かなり頻繁にある



## モデル事例に関する情報シート【入院患者用】

記 入 日	平成 年 月 日
事例 I D (任意の番号)	

### 基礎情報 【入院中の状況】

1 性別	男性 女性	2 年齢	_____ 歳	3 婚姻	既婚 未婚
4 入院形態 【単一回答】	任意入院 緊急措置入院	医療保護入院 措置入院		応急入院 仮入院	

### 精神疾患の状況【入院中の状況】

1 主たる精神疾患 【単一回答】	統合失調症 気分障害 その他 ( _____ )	発達障害 神経症性障害、人格障害	依存症
2 従たる精神疾患 【複数回答】	統合失調症 気分障害 その他 ( _____ )	発達障害 神経症性障害、人格障害	依存症
3 その他の合併症 【複数回答】	糖尿病 肥 満 その他 ( _____ )	服薬またはインスリン注射の有無 (あり・なし) 体重 _____ kg 身長 _____ cm	
4 主たる精神疾患の 発症年齢	_____ 歳		
5 過去の精神科入院 経験の有無	あり	過去からの全入院回数 _____ 回 過去1年間の入院回数 _____ 回 直近の精神科入院日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	なし		
6 障害者自立支援法 による障害認定	あり	障害程度区分 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 )	
	なし		

### 基礎情報 【退院1カ月後の状況】

1 退院日	直近の精神科退院日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
2 居住形態 【単一回答】	自宅 (独居) グループホーム	自宅 (同居) その他 ( _____ )	同居家族の内訳 ( _____ )
3 介護者 の有無	あり	具体的人物 ( _____ )	
	なし		
4 就労の 状 況	就労している	職種・形態 ( _____ )	
	就労していない		
5 収入状況 【複数回答】	就労収入 親等家族からの支援	年金収入 その他 ( _____ )	生活保護
6 外 出 頻 度 【単一回答】	毎日外出している		
	週に ( _____ ) 回程度は外出している		
	月に ( _____ ) 回程度は外出している		
7 日中の 活動場所 【複数回答】	自宅	職場	
	施設 (作業所、地域活動支援センター、デイケアなど)		
	その他 ( _____ )		

主治医の状況【退院1カ月後の状況】

1 主治医の医療機関	病院	病院種類（精神科病院・大学病院・その他の病院）
	診療所	標榜診療科（精神科が主・精神科あり・精神科なし）
2 主治医の医療機関までの移動時間（利用者宅から）	車で片道 約 _____ 分	
3 主治医の医療機関までの移動時間（事業所から）	車で片道 約 _____ 分	

訪問看護の利用状況【退院1カ月後の状況】

1 保険の種類	医療保険 介護保険	後期高齢者医療保険 生活保護	その他
2 訪問看護の利用を開始した時期	(昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日		
3 訪問看護が導入された経緯			
4 訪問看護の目的 (医師の指示)			
5 直近1カ月間の訪問看護報告書の提出以外の主治医との情報交換【複数回答】	電話 計 _____ 回 メール 計 _____ 回 カンファレンス 計 _____ 回 その他 ( _____ )	FAX 計 _____ 回 書面郵送 計 _____ 回	計 _____ 回 計 _____ 回
6 移動時間	移動時間	片道 約 _____ 分	
	移動手段	車 自転車	公共交通機関（電車、バスなど） その他 ( _____ )
7 直近1カ月間の総訪問回数	直近1カ月間の総訪問回数 _____ 回		
8 1回の訪問滞在時間	直近1カ月間の訪問1回当たりの平均 _____ 分		
9 訪問看護への電話相談【複数回答】	本人から 計 _____ 回/月 家族から 計 _____ 回/月 その他 ( _____ ) なし	計 _____ 回/月 計 _____ 回/月 計 _____ 回/月	計 _____ 分/月 計 _____ 分/月 計 _____ 分/月
10 訪問看護以外に利用しているサービス  該当するもの全てにチェックをして、週当たりの利用頻度をご記入ください。	相談支援 訪問介護 重度訪問介護 行動援護 重度障害者等包括支援 生活介護 共同生活介護（ケアホーム） 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 就労移行支援 就労継続支援（雇用手・非雇用手） 共同生活援助（グループホーム） 移動支援 地域活動支援センター 福祉ホーム 貴事業所以外の訪問看護 その他 ( _____ )	_____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週 _____ 回/週	

## 機能の全体的評価尺度 (Global Assessment of Functioning)【入院中の状況】

- ・入院中の対象利用者の状態を、症状の重症度と機能レベルの2つの側面から評価してください。
- ・下記の採点基準を91～100点から順に読み進めていき、症状の重症度、又は機能レベルのどちらか悪い方が当てはまる得点範囲(例：31-40点)を決めてください。その際、精神的に健康から病気までを一つのつながったものと仮定して、心理的、社会的、職業的機能を考慮してください。身体的(または環境的)制約による機能の障害は含めないでください。
- ・次に、その10点の得点範囲内での点数を決めてください。例えば、45、68、72のように、得点範囲内で適当と思う点数をひとつ決め、一番下の回答欄に記入してください。

点 数	機能の全体的評価尺度
91～100点	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
81～90点	症状が全くないか、ほんの少しだけ(例：試験前の軽い不安) すべての面でよい機能で、広範囲の活動にも興味を持ち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例：たまに、家族と口論する)。
71～80点	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例：家族と口論した後の集中困難) 社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例：学校で一時遅れをとる)。
61～70点	いくつかの軽い症状がある(例：抑うつ気分と軽い不眠) または社会的、職業的もしくは学校の機能に、いくらかの困難がある(例：時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には機能がかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
51～60点	中等度の症状(例：感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐怖発作がある) または社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例：友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
41～50点	重大な症状(例：自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引きする) または社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)。
31～40点	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥(例：会話は時々、非論理的であいまい、または関係性がなくなる) または仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面で粗大な欠陥(例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子供が年下の子供を殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。
21～30点	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または意思伝達や判断に粗大な欠陥がある(例：時々、破裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている) またはほとんどすべての面で機能することができない(例：一日中、床についている、仕事も家庭も友達もない)。
11～20点	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮) または時には最低限の身の清潔維持ができない(例：大便を塗りたくる) または意思伝達に粗大な欠陥(例：ひどい破裂か無言症)。
1～10点	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例：何度も暴力を振るう) または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0点	情報不十分。

G A F 得点	点
----------	---

社会行動評価尺度 (SOCIAL Behaviour Schedule : S B S)【入院中の状況】

- ・対象利用者の、入院中の典型的な行動について評価してください。
- ・評価に際しては、行動の程度（重症度）と、頻度を考慮に入れますが、迷った場合は、程度より頻度に重きをおいて評価し、1～21のそれぞれの項目について、最もあてまはる番号に1つずつをおつけください。

1 コミュニケーション	0	1	2	3	4
スタッフと率先して会話できるか。	自発的にできる	自発的にできるが長く続かない	ほとんどできないが、時に自発的に話す	拒否的	応答しない
2 会話内容の一貫性	0	1	2	3	4
話の内容のつじつまが合うか。精神疾患のために一貫性を失っていないか。	一貫性あり	時々つじつまが合わない (月1～2回)	しばしばつじつまが合わない (週1回)	頻繁につじつまが合わない (週1回以上)	常に一貫性がない
3 会話の奇妙さ	0	1	2	3	4
一般の多くの人が奇妙と思う内容であるか。	奇妙さはない	時々奇妙 (月1～2回)	しばしば奇妙 (週1回)	とても頻繁に奇妙な話題(毎日)	常に奇妙な話題
4 社会との適切な接触	0	1	2	3	4
バス停で、次にバスはいつ来るのか尋ねられたら、適切に対応できるか。	対応できる	時々不適切 (月1～2回)	しばしば不適切 (週1回)	ほとんどいつも不適切 (週1回以上)	対応できない
5 敵意に満ちた交流	0	1	2	3	4
言語的・身体的敵意があるか。	ほとんどなし	時々軽度の敵意がある (月1～2回以上)	しばしば敵意や脅しがある (週1回)	ほとんどの接触は敵意ある言葉による (週1回以上)	頻繁な敵意のある言葉や動作
6 関心をひく振る舞い	0	1	2	3	4
人の関心を独占しようとするか、他の人に関心を向けると、怒りっぽくなるか。	なし	時々関心をひこうとするが、周囲が他人に関心を向けるとも気にしない	時々関心をひき、周囲が他人に関心を向けると怒る	常に他人の関心を要求する	常に他人の関心を要求し、周囲が他人に関心を向けると怒る
7 自殺・自傷の企図と行動	0	1	2	3	4
(3以上は明らかに自殺を目的としていたと見られるとき)	なし	間接的にほのめかす (過去1カ月)	直接的に語る (過去1カ月)	何らかの自殺企図や自殺行為をほのめかす行動 (過去1カ月)	重大な自殺企図または自殺行為 (過去1カ月)
8 パニック、恐怖症	0	1	2	3	4
ある特定の状況下における不安や一般的な不安に、どの程度悩まされているか。	なし	時々軽度の不安がある	不安や緊張があるが、何とか生活ができる	ほとんどいつも不安があるか不安発作が頻発する	常に極度の緊張・不安がある
9 過活動性	0	1	2	3	4
目的もなく歩き回る、不必要な動きが多いなどの行動があるか。	なし	時々ある (月1～2回)	しばしばある (週1回)	頻繁にある (毎日)	長時間、定期的にある
10 独語、空笑	0	1	2	3	4
決して社交上のものではない行動が見られるか。	なし	時々ある (月1～2回)	しばしばある (月3回)	頻繁にある (週1回以上)	きわめて頻繁にある (毎日)
11 妄想の行動化	0	1	2	/	
妄想に基づいて行動を起こそうと決意するか否か。(例：数百万円持っていると思いつい込む)	なし	月1回あった	月2回以上あった		
12 奇妙な姿勢、動き	0	1	2	3	4
奇妙な型にはまった動き、不快で不適切な姿勢があるか。	なし	時々ある (月1～2回)	しばしばある (週1回)	頻繁にある (週1回以上)	きわめて頻繁にある (毎日)

13 ひんしゆく・マナー	0	1	2	3	4
食事中にひんしゆくをかうような癖や習慣はないか。(例:陰部を搔く、大きな放屁を平気でする、鼻をほじるなど)	礼儀正しい	おおむね礼儀正しい	時々ひんしゆくをかう行為がある	しばしばひんしゆくをかう行為がある	ほとんどがひんしゆくをかう振る舞いである
14 破滅的行動	0	1	2	3	
財産、所有物などを破滅するに至った行動があるか。	なし	時々物を壊すという脅すが、破滅行動はない	しばしば物を壊すという脅す	1か月以内に怒りにまかせて物を壊したことがある	
15 抑うつ	0	1	2	3	
「生まれてこなかったほうがよかった」とか、「人生なんて意味がない」とつぶやいたことがあるか。(自殺企図は評価しない)	なし	時々ある(月1、2回短期で)	週1回程度で長期の抑うつがある	頻繁にある(毎日)	
16 性的逸脱行動	0	1	2	3	4
公衆ではなく、特定の他者に向けられる性的行動はないか。	なし	いくらか性的なことに心を奪われている(月1、2回程度)	しばしば、好ましくない性的接近をするなど、不適切な性的振る舞いがある	しばしば陰部を露出するなど、明らかに不適切な性的振る舞いがある	頻繁に、度を越した振る舞いがあり、家庭生活や社会生活に支障がある
17 身だしなみ・清潔度	0	1	2	3	4
清潔、髪の手入れ、更衣ができていないか。失禁や奇妙な服装をしていないか。	注意を要しない	時々注意を要する	不適切で奇妙な格好のため、しばしば身なりに注意を要する	清潔に無頓着であり、かなり注意や助言が必要	著しく清潔に無頓着。注意しなければ汚臭や失禁の恐れがある
18 動きの鈍さ	0	1	2	3	4
座るのが異常に遅い、歩くのが異常に遅いなどないか。(年齢、身体的な状態は考慮する)	なし	時々中程度にあるが、普段はない	中程度に動作が鈍い	常に中程度に動きが鈍く、時には極めて遅くなる	極めて動きが鈍い
19 異常な活動性の低さ	0	1	2	3	4
刺激を加えなければ座ったまま何もしない状態(中程度に非活動的な状態)はあるか。(動きの鈍さと活動性の低さは別に評価する)	なし	時々あるが、普段はなし	ある	しょっちゅうあり、極めて活動性が低い時もある	極めて活動性が低い
20 集中力	0	1	2		
テレビ、読書などに、自分から集中できるか。	問題なし	集中できない時がある	一度に数分だけ集中できる		
21 社会的適応を妨げる行動	0	1	2	3	4
1～20以外の行動で、社会的適応を妨げる行動があるか(例:喫煙、過食・拒食、盗癖、強迫行為、睡眠障害、飲酒)	そのような行動異常はみられない	過去1カ月以上前にあった	過去1カ月以内に数回あった	頻繁にある	かなり頻繁にある

# カンファレンスに関する情報シート

記入日	平成 年 月 日
事例ID (任意の番号)	

## 基礎情報

1 開催日時	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ~ ____ 時	2 開催場所	
3 参加者	<p>訪問看護ステーションの訪問看護師 _____人</p> <p>主治医 _____人</p> <p>主治医以外の医師 _____人</p> <p>医療機関の病棟看護師 _____人</p> <p>医療機関の訪問看護師 _____人</p> <p>医療機関のその他の職員（具体的に _____） _____人</p> <p>相談支援事業者 _____人</p> <p>訪問介護事業者 _____人</p> <p>デイケア事業者 _____人</p> <p>障害者支援施設（精神障害者社会復帰施設） _____人</p> <p>地区担当保健師 _____人</p> <p>市区町村の障害者福祉担当部署 _____人</p> <p>その他（具体的に _____） _____人</p>		

該当するもの全てにチェックをして、参加人数をご記入ください。  
カンファレンスの開催を中心的にコーディネートとした者については、選択肢を で囲んでください。

## カンファレンスでの検討内容

1 検討項目	
--------	--

< 裏面に続きます >

2 検討内容	
3 結論	
4 課題	

# 他職種との情報交換に関する記録シート

記入日	平成 年 月 日
事例ID (任意の番号)	

## 基礎情報

1 情報交換した日	平成____年____月____日
2 情報交換の方法 【単一回答】	直接面談 電話 メール又はFAX 退院前訪問時の同行 病院側 ____人 貴事業所側 ____人
3 情報交換先 【複数回答】	主治医 主治医以外の医師 医療機関の病棟看護師 医療機関の訪問看護師 医療機関のその他の職員(具体的に ) 訪問看護ステーション 相談支援事業者 訪問介護事業者 デイケア事業者 障害者支援施設(精神障害者社会復帰施設) 地区担当保健師 市区町村の障害者福祉担当部署 その他(具体的に )

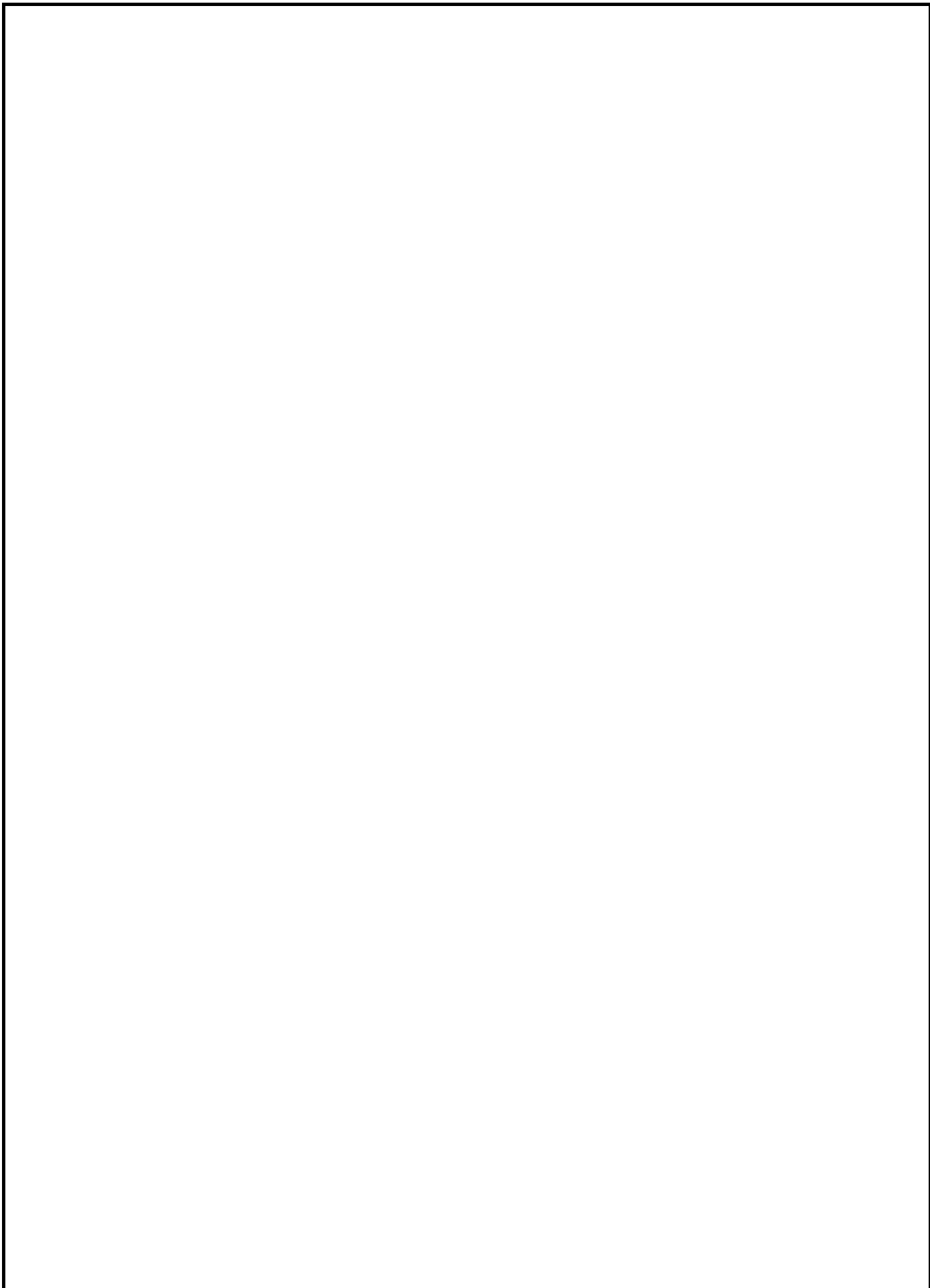
## 情報交換の内容

--

< 裏面に続きます >



情報交換の内容



## モデル事例に関するヒアリングシート

分かる範囲でご記入下さい。  
 なお、ヒアリング前に把握されている内容  
 については、事前にご記入のうえ、ヒアリ  
 ングを実施して下さい。

記 入 日	平成 年 月 日
事 業 所 名	
事例 I D (任意の番号)	

### 基礎情報

1 性別	男性 女性	2 年 齢	_____ 歳代	3 婚 姻	既婚 未婚
4 居 住 形 態 【単一回答】	自宅(独居) 自宅(同居) 同居家族の内訳( ) グループホーム その他( )				
5 介護者 の有無	あり 具体的人物( ) なし				
6 就労の 状 況	就労している 職種・形態( ) 就労していない				
7 収入状況 【複数回答】	就労収入 年金収入 生活保護 親等家族からの支援 その他( )				
8 外 出 頻 度	毎日外出している 週に( )回程度は外出している 月に( )回程度は外出している				
9 日中の 活動場所 【複数回答】	自宅 職場 施設(作業所、地域活動支援センター、デイケアなど) その他( )				
10 日常 生活・治療 上の課題					

### 精神疾患の状況

1 主たる精神疾患 【単一回答】	統合失調症 発達障害 依存症 気分障害 神経症性障害、人格障害 その他( )
2 従たる精神疾患 【複数回答】	統合失調症 発達障害 依存症 気分障害 神経症性障害、人格障害 その他( )
3 その他の合併症 【複数回答】	糖尿病 服薬またはインスリン注射の有無(あり・なし) 肥満 体重_____ kg 身長_____ cm その他( )
4 主たる精神疾患の 発症年齢	_____ 歳
5 過去の精神科入院 経験の有無	あり 過去からの全入院回数 _____ 回 過去1年間の入院回数 _____ 回 直近の精神科退院日 平成____年____月____日 なし
6 障害者自立支援法 による障害認定	あり 障害程度区分(1・2・3・4・5・6) なし

### 主治医の状況

主治医の医療機関	病院 病院種類(精神科病院・大学病院・その他の病院) 診療所 標榜診療科(精神科が主・精神科あり・精神科なし)
----------	--

### 現在の訪問看護の利用状況

1 保険の種類	医療保険 後期高齢者医療保険 その他 介護保険 生活保護
2 訪問看護の利用を 開始した時期	(昭和・平成) _____年____月____日
3 訪問看護が導入された 経緯	
4 訪問看護の目的 (医師の指示)	
5 直近1カ月間の訪問 看護報告書の提出以外 の主治医との情報交換 【複数回答】	電話 計 _____回 FAX 計 _____回 メール 計 _____回 書面郵送 計 _____回 カンファレンス 計 _____回 その他( ) 計 _____回
6 直近1カ月間の 総訪問回数	直近1カ月間の総訪問回数 _____ 回
7 1回の訪問滞在時間	直近1カ月間の訪問1回当たりの平均 _____ 分
8 訪問看護への電話相談 【複数回答】	本人から 計 _____回/月 計 _____分/月 家族から 計 _____回/月 計 _____分/月 その他( ) 計 _____回/月 計 _____分/月 なし

<p>9 訪問看護以外に 利用しているサービス</p> <p>該当するもの全てにチェック をして、週当たりの利用頻度 をご記入ください。</p>	<table> <tr><td>相談支援</td><td></td></tr> <tr><td>訪問介護</td><td>_____回/週</td></tr> <tr><td>重度訪問介護</td><td>_____回/週</td></tr> <tr><td>行動援護</td><td>_____回/週</td></tr> <tr><td>重度障害者等包括支援</td><td>_____回/週</td></tr> <tr><td>生活介護</td><td>_____回/週</td></tr> <tr><td>共同生活介護（ケアホーム）</td><td></td></tr> <tr><td>自立訓練（機能訓練・生活訓練）</td><td>_____回/週</td></tr> <tr><td>就労移行支援</td><td>_____回/週</td></tr> <tr><td>就労継続支援（雇成型・非雇成型）</td><td>_____回/週</td></tr> <tr><td>共同生活援助（グループホーム）</td><td></td></tr> <tr><td>移動支援</td><td>_____回/週</td></tr> <tr><td>地域活動支援センター</td><td>_____回/週</td></tr> <tr><td>福祉ホーム</td><td></td></tr> <tr><td>貴事業所以外の訪問看護</td><td>_____回/週</td></tr> <tr><td>その他（ _____ ）</td><td>_____回/週</td></tr> </table>	相談支援		訪問介護	_____回/週	重度訪問介護	_____回/週	行動援護	_____回/週	重度障害者等包括支援	_____回/週	生活介護	_____回/週	共同生活介護（ケアホーム）		自立訓練（機能訓練・生活訓練）	_____回/週	就労移行支援	_____回/週	就労継続支援（雇成型・非雇成型）	_____回/週	共同生活援助（グループホーム）		移動支援	_____回/週	地域活動支援センター	_____回/週	福祉ホーム		貴事業所以外の訪問看護	_____回/週	その他（ _____ ）	_____回/週
相談支援																																	
訪問介護	_____回/週																																
重度訪問介護	_____回/週																																
行動援護	_____回/週																																
重度障害者等包括支援	_____回/週																																
生活介護	_____回/週																																
共同生活介護（ケアホーム）																																	
自立訓練（機能訓練・生活訓練）	_____回/週																																
就労移行支援	_____回/週																																
就労継続支援（雇成型・非雇成型）	_____回/週																																
共同生活援助（グループホーム）																																	
移動支援	_____回/週																																
地域活動支援センター	_____回/週																																
福祉ホーム																																	
貴事業所以外の訪問看護	_____回/週																																
その他（ _____ ）	_____回/週																																

# カンファレンスに関するヒアリングシート

事業所名	
事例ID (任意の番号)	

## カンファレンスでの検討内容

参加者については、該当するもの全てにチェックをして下さい。

また、カンファレンスの開催を中心的にコーディネートした者については、選択肢を で囲んで下さい。

開催日	開催場所		
/	参加者	訪問看護ステーションの訪問看護師	訪問介護事業者
( )		主治医	デイケア事業者
		主治医以外の医師	障害者支援施設
		医療機関の病棟看護師	(精神障害者社会復帰施設)
		医療機関の訪問看護師	地区担当保健師
		医療機関のその他の職員	市区町村の障害者福祉担当部署
		(具体的に )	その他
		相談支援事業者	(具体的に )
検討内容：			

## カンファレンスでの検討内容

参加者については、該当するもの全てにチェックをして下さい。

また、カンファレンスの開催を中心的にコーディネートした者については、選択肢を で囲んで下さい。

開催日	開催場所		
/  ( )	参加者	訪問看護ステーションの訪問看護師 主治医 主治医以外の医師 医療機関の病棟看護師 医療機関の訪問看護師 医療機関のその他の職員 (具体的に ) 相談支援事業者	訪問介護事業者 デイケア事業者 障害者支援施設 (精神障害者社会復帰施設) 地区担当保健師 市区町村の障害者福祉担当部署 その他 (具体的に )
検討内容：			

## カンファレンスでの検討内容

参加者については、該当するもの全てにチェックをして下さい。

また、カンファレンスの開催を中心的にコーディネートした者については、選択肢を で囲んで下さい。

開催日	開催場所		
/ ( )	参加者	訪問看護ステーションの訪問看護師 主治医 主治医以外の医師 医療機関の病棟看護師 医療機関の訪問看護師 医療機関のその他の職員 (具体的に ) 相談支援事業者	訪問介護事業者 デイケア事業者 障害者支援施設 (精神障害者社会復帰施設) 地区担当保健師 市区町村の障害者福祉担当部署 その他 (具体的に )
検討内容：			

## カンファレンスでの検討内容

参加者については、該当するもの全てにチェックをして下さい。

また、カンファレンスの開催を中心的にコーディネートした者については、選択肢を で囲んで下さい。

開催日	開催場所		
/  ( )	参加者	訪問看護ステーションの訪問看護師 主治医 主治医以外の医師 医療機関の病棟看護師 医療機関の訪問看護師 医療機関のその他の職員 (具体的に ) 相談支援事業者	訪問介護事業者 デイケア事業者 障害者支援施設 (精神障害者社会復帰施設) 地区担当保健師 市区町村の障害者福祉担当部署 その他 (具体的に )
検討内容：			



## 他職種との情報交換に関するヒアリングシート

事業所名	
事例ID (任意の番号)	

情報交換先 (次項の「主な情報交換の内容」を記載する際、「情報交換先」の欄に、該当する番号をご記入下さい。)

1 訪問看護ステーションの訪問看護師 2 主治医 3 主治医以外の医師 4 医療機関の病棟看護師 5 医療機関の訪問看護師 6 医療機関のその他の職員 (具体的に ) 7 相談支援事業者	8 訪問介護事業者 9 デイケア事業者 10 障害者支援施設 (精神障害者社会復帰施設) 11 地区担当保健師 12 市区町村の障害者福祉担当部署 13 その他 (具体的に )
--	---

主な情報交換の内容 (情報交換先については、上欄「情報交換先」のうち、該当する番号をご記入下さい。)

日付  /  ( )	情報交換先			
	情報交換の方法	直接面談 退院前訪問時の同行	電話 病院側	メール又はFAX _____人、貴事業所側 _____人
	情報交換の内容：			
日付  /  ( )	情報交換先			
	情報交換の方法	直接面談 退院前訪問時の同行	電話 病院側	メール又はFAX _____人、貴事業所側 _____人
	情報交換の内容：			

主な情報交換の内容

日付 / ( )	情報交換先			
	情報交換の方法	直接面談 退院前訪問時の同行	電話 病院側	メール又はFAX ____人、貴事業所側 ____人
	情報交換の内容：			
日付 / ( )	情報交換先			
	情報交換の方法	直接面談 退院前訪問時の同行	電話 病院側	メール又はFAX ____人、貴事業所側 ____人
	情報交換の内容：			
日付 / ( )	情報交換先			
	情報交換の方法	直接面談 退院前訪問時の同行	電話 病院側	メール又はFAX ____人、貴事業所側 ____人
	情報交換の内容：			

主な情報交換の内容

日付 / ( )	情報交換先			
	情報交換の方法	直接面談 退院前訪問時の同行	電話 病院側	メール又はFAX ____人、貴事業所側 ____人
	情報交換の内容：			
日付 / ( )	情報交換先			
	情報交換の方法	直接面談 退院前訪問時の同行	電話 病院側	メール又はFAX ____人、貴事業所側 ____人
	情報交換の内容：			
日付 / ( )	情報交換先			
	情報交換の方法	直接面談 退院前訪問時の同行	電話 病院側	メール又はFAX ____人、貴事業所側 ____人
	情報交換の内容：			

## 一次調査集計

図表2-2-1

いる	いない	無回答	合計
730	738	11	1,479
49.4%	49.9%	0.7%	100.0%

図表2-2-2

いる	いない	無回答	合計
706	762	11	1,479
47.7%	51.5%	0.7%	100.0%

図表2-2-3

いる	いない	無回答	合計
62	1,393	24	1,479
4.2%	94.2%	1.6%	100.0%

図表2-2-6

0%	738	49.9%
5%未満	323	21.8%
5～10%未満	86	5.8%
10～15%未満	33	2.2%
15～20%未満	23	1.6%
20～30%未満	16	1.1%
30～50%未満	18	1.2%
50～70%未満	6	0.4%
70～90%未満	9	0.6%
90%以上	37	2.5%
無回答	190	12.8%
合計	1479	100.0%

図表2-2-7

0人	738	49.9%
1～4人	448	30.3%
5～9人	87	5.9%
10～14人	26	1.8%
15～19人	22	1.5%
20～24人	11	0.7%
25～29人	10	0.7%
30～39人	9	0.6%
40～49人	10	0.7%
50～99人	30	2.0%
100人以上	13	0.9%
無回答	75	5.1%
合計	1,479	100.0%

図表2-2-12

	いる	いない	無回答	合計
全体	516	933	30	1,479
実施	305	408	17	730
未実施	208	519	11	738
全体	34.9%	63.1%	2.0%	100.0%
実施	41.8%	55.9%	2.3%	100.0%
非実施	28.2%	70.3%	1.5%	100.0%

図表2-2-13

	参加	非参加	無回答	合計
全体	562	896	21	1,479
実施	409	313	8	730
未実施	152	575	11	738
全体	38.0%	60.6%	1.4%	100.0%
実施	56.0%	42.9%	1.1%	100.0%
非実施	20.6%	77.9%	1.5%	100.0%

図表2-2-19

ある	ない	無回答	合計
83	612	43	738
11.2%	82.9%	5.8%	100.0%

図表2-2-20

ある	ない	無回答	合計
122	601	15	738
16.5%	81.4%	2.0%	100.0%

図表2-2-21

ある	ない	無回答	合計
76	31	15	122
62.3%	25.4%	12.3%	100.0%

## 二次調査集計

図表2-3-2

併設	非併設	無回答	合計
132	229	3	364
36.3%	62.9%	0.8%	100.0%

図表2-3-4

指定あり	指定なし	無回答	合計
239	106	19	364
65.7%	29.1%	5.2%	100.0%

図表2-3-6

併設	非併設	無回答	合計
45	312	7	364
12.4%	85.7%	1.9%	100.0%

図表2-3-8

3人未満	20	5.5%
3人以上4人未満	60	16.5%
4人以上5人未満	74	20.3%
5人以上6人未満	56	15.4%
6人以上7人未満	53	14.6%
7人以上8人未満	30	8.2%
8人以上10人未満	31	8.5%
10人以上	40	11.0%
合計	364	100.0%

図表2-3-12

男性	女性	無回答	合計
201	276	15	492
40.9%	56.1%	3.0%	100.0%

図表2-3-13

10歳未満	1	0.2%
10歳代	1	0.2%
20歳代	11	2.2%
30歳代	50	10.2%
40歳代	95	19.3%
50歳代	123	25.0%
60歳代	111	22.6%
70歳代	65	13.2%
80歳代	15	3.0%
無回答	20	4.1%
合計	492	100.0%

図表2-3-14

統合失調症	429	87.2%
気分障害	10	2.0%
発達障害	13	2.6%
神経症性障害等	15	3.0%
依存症	3	0.6%
その他	31	6.3%
総数	492	

図表2-3-15

10歳未満	3	0.6%
10歳代	103	20.9%
20歳代	170	34.6%
30歳代	64	13.0%
40歳代	43	8.7%
50歳代	29	5.9%
60歳代	17	3.5%
70歳代	5	1.0%
80歳代	1	0.2%
無回答	57	11.6%
合計	492	100.0%

図表2-3-16

30点未満	39	7.9%
30点以上40点未満	42	8.5%
40点以上50点未満	36	7.3%
50点以上60点未満	96	19.5%
60点以上70点未満	112	22.8%
70点以上80点未満	64	13.0%
80点以上	49	10.0%
無回答	54	11.0%
合計	492	100.0%

図表2-3-17

4点以下	64	13.0%
5点以上9点以下	91	18.5%
10点以上14点以下	82	16.7%
15点以上19点以下	61	12.4%
20点以上24点以下	56	11.4%
25点以上29点以下	31	6.3%
30点以上39点以下	35	7.1%
40点以上	11	2.2%
無回答	61	12.4%
合 計	492	100.0%

図表2-3-18

あり	なし	無回答	合 計
129	363	0	492
26.2%	73.8%	0.0%	100.0%

図表2-3-19

あり	なし	無回答	合 計
65	61	3	129
50.4%	47.3%	2.3%	100.0%

図表2-3-20

あり	なし	無回答	合 計
131	361	0	492
26.6%	73.4%	0.0%	100.0%

図表2-3-21

25以上28未満	24	18.3%
28以上30未満	18	13.7%
30以上	50	38.2%
無回答	39	29.8%
合 計	131	100.0%

図表2-3-22

あり	なし	無回答	合 計
79	413	0	492
16.1%	83.9%	0.0%	100.0%

図表2-3-23

あり	なし	無回答	合 計
393	67	32	492
79.9%	13.6%	6.5%	100.0%

図表2-3-24

1～2回	149	37.9%
3～4回	70	17.8%
5～6回	29	7.4%
7～8回	18	4.6%
9回以上	24	6.1%
無回答	103	26.2%
合 計	393	100.0%

図表2-3-25

あり	なし	無回答	合 計
136	331	25	492
27.6%	67.3%	5.1%	100.0%

図表2-3-26

医療保険	介護保険	その他	無回答	合 計
328	118	29	17	492
66.7%	24.0%	5.9%	3.5%	100.0%

図表2-3-27

既婚	82	16.7%
未婚	261	53.0%
離別・死別	129	26.2%
無回答	20	4.1%
合 計	492	100.0%

図表2-3-28

独居	213	43.3%
同居あり	247	50.2%
グループホーム	7	1.4%
その他	9	1.8%
無回答	16	3.3%
合 計	492	100.0%

図表2-3-29

あり	なし	無回答	合 計
33	432	27	492
6.7%	87.8%	5.5%	100.0%

図表2-3-30

男性	女性	無回答	合計
29	42	0	71
40.8%	59.2%	0.0%	100.0%

図表2-3-31

10歳未満	0	0.0%
10歳代	0	0.0%
20歳代	3	4.2%
30歳代	8	11.3%
40歳代	12	16.9%
50歳代	20	28.2%
60歳代	15	21.1%
70歳代	10	14.1%
80歳代	3	4.2%
無回答	0	0.0%
合計	71	100.0%

図表2-3-32

統合失調症	56	78.9%
気分障害	6	8.5%
発達障害	4	5.6%
神経症性障害等	3	4.2%
依存症	1	1.4%
その他	6	8.5%
無回答	3	4.2%
総数	71	

図表2-3-33

10歳未満	2	2.8%
10歳代	12	16.9%
20歳代	24	33.8%
30歳代	12	16.9%
40歳代	4	5.6%
50歳代	4	5.6%
60歳代	2	2.8%
70歳代	2	2.8%
80歳代	2	2.8%
無回答	7	9.9%
合計	71	100.0%

図表2-3-34

30点未満	5	7.0%
30点以上40点未満	6	8.5%
40点以上50点未満	5	7.0%
50点以上60点未満	13	18.3%
60点以上70点未満	18	25.4%
70点以上80点未満	4	5.6%
80点以上	11	15.5%
無回答	9	12.7%
合計	71	100.0%

図表2-3-35

4点以下	7	9.9%
5点以上9点以下	16	22.5%
10点以上14点以下	9	12.7%
15点以上19点以下	10	14.1%
20点以上24点以下	5	7.0%
25点以上29点以下	6	8.5%
30点以上39点以下	2	2.8%
40点以上	2	2.8%
無回答	14	19.7%
合計	71	100.0%

図表2-3-36

あり	なし	無回答	合計
23	48	0	71
32.4%	67.6%	0.0%	100.0%

図表2-3-37

あり	なし	無回答	合計
10	13	0	23
43.5%	56.5%	0.0%	100.0%

図表2-3-38

あり	なし	無回答	合計
22	49	0	71
31.0%	69.0%	0.0%	100.0%

図表2-3-39

25以上28未満	7	31.8%
28以上30未満	2	9.1%
30以上	8	36.4%
無回答	5	22.7%
合計	22	100.0%

図表2-3-40

あり	なし	無回答	合計
17	54	0	71
23.9%	76.1%	0.0%	100.0%

図表2-3-41

あり	なし	無回答	合計
57	8	6	71
80.3%	11.3%	8.5%	100.0%

図表2-3-42

1～2回	24	42.1%
3～4回	9	15.8%
5～6回	7	12.3%
7～8回	1	1.8%
9回以上	0	0.0%
無回答	16	28.1%
合計	57	100.0%

図表2-3-43

あり	なし	無回答	合計
21	46	4	71
29.6%	64.8%	5.6%	100.0%

図表2-3-44

医療保険	介護保険	その他	無回答	合計
50	11	9	1	71
70.4%	15.5%	12.7%	1.4%	100.0%

図表2-3-45

既婚	13	18.3%
未婚	44	62.0%
離別・死別	14	19.7%
無回答	0	0.0%
合計	71	100.0%

図表2-3-46

独居	36	50.7%
同居あり	30	42.3%
グループホーム	1	1.4%
その他	4	5.6%
無回答	0	0.0%
合計	71	100.0%

図表2-3-47

あり	なし	無回答	合計
8	62	1	71
11.3%	87.3%	1.4%	100.0%

図表2-3-48

病院	診療所	無回答	合計
355	119	18	492
72.2%	24.2%	3.7%	100.0%

図表2-3-49

精神科病院	186	52.4%
大学病院	30	8.5%
その他の病院	85	23.9%
無回答	54	15.2%
合計	355	100.0%

図表2-3-50

精神科が主	81	68.1%
精神科あり	2	1.7%
精神科なし	11	9.2%
無回答	25	21.0%
合計	119	100.0%

図表2-3-51

10分未満	67	13.6%
10分以上20分未満	150	30.5%
20分以上30分未満	77	15.7%
30分以上40分未満	63	12.8%
40分以上50分未満	43	8.7%
50分以上60分未満	15	3.0%
60分以上	46	9.3%
無回答	31	6.3%
合計	492	100.0%

図表2-3-52

10分未満	108	22.0%
10分以上20分未満	131	26.6%
20分以上30分未満	56	11.4%
30分以上40分未満	60	12.2%
40分以上50分未満	36	7.3%
50分以上60分未満	17	3.5%
60分以上	32	6.5%
無回答	52	10.6%
合計	492	100.0%



図表2-3-53

10歳未満	0	0.0%
10歳代	3	0.6%
20歳代	18	3.7%
30歳代	67	13.6%
40歳代	99	20.1%
50歳代	134	27.2%
60歳代	95	19.3%
70歳代	45	9.1%
80歳代	7	1.4%
無回答	24	4.9%
合 計	492	100.0%

図表2-3-54

0回	2	0.4%
1回	28	5.7%
2回	52	10.6%
3回	36	7.3%
4回	117	23.8%
5回	104	21.1%
6~8回	45	9.1%
9~11回	35	7.1%
12~14回	41	8.3%
15回以上	4	0.8%
無回答	28	5.7%
合 計	492	100.0%

図表2-3-55

自宅	その他	無回答	合 計
460	16	16	492
93.5%	3.3%	3.3%	100.0%

図表2-3-56

車	自転車	バス・電車	その他	無回答	合 計
363	81	3	28	17	492
73.8%	16.5%	0.6%	5.7%	3.5%	100.0%

図表2-3-57

30分未満	14	2.8%
30分	88	17.9%
31~60分未満	116	23.6%
60分	201	40.9%
61分以上	46	9.3%
無回答	27	5.5%
合 計	492	100.0%

図表2-3-60

病 院	診療所	無回答	合 計
46	23	2	71
64.8%	32.4%	2.8%	100.0%

図表2-3-61

精神科病院	24	52.2%
大学病院	5	10.9%
その他の病院	5	10.9%
無回答	12	26.1%
合 計	46	100.0%

図表2-3-62

精神科が主	8	34.8%
精神科あり	2	8.7%
精神科なし	4	17.4%
無回答	9	39.1%
合 計	23	100.0%

図表2-3-63

10分未満	13	18.3%
10分以上20分未満	22	31.0%
20分以上30分未満	10	14.1%
30分以上40分未満	12	16.9%
40分以上50分未満	3	4.2%
50分以上60分未満	2	2.8%
60分以上	5	7.0%
無回答	4	5.6%
合 計	71	100.0%

図表2-3-64

10分未満	17	23.9%
10分以上20分未満	15	21.1%
20分以上30分未満	11	15.5%
30分以上40分未満	12	16.9%
40分以上50分未満	5	7.0%
50分以上60分未満	3	4.2%
60分以上	4	5.6%
無回答	4	5.6%
合 計	71	100.0%

図表2-3-65

10歳未満	0	0.0%
10歳代	1	1.4%
20歳代	2	2.8%
30歳代	10	14.1%
40歳代	13	18.3%
50歳代	24	33.8%
60歳代	7	9.9%
70歳代	7	9.9%
80歳代	3	4.2%
無回答	4	5.6%
合 計	71	100.0%

図表2-3-66

0回	0	0.0%
1回	2	2.8%
2回	11	15.5%
3回	4	5.6%
4回	17	23.9%
5回	16	22.5%
6~8回	12	16.9%
9~11回	6	8.5%
12~14回	3	4.2%
15回以上	0	0.0%
無回答	0	0.0%
合 計	71	100.0%

図表2-3-67

自宅	その他	無回答	合 計
68	3	0	71
95.8%	4.2%	0.0%	100.0%

図表2-3-68

車	自転車	バス・電車	その他	無回答	合 計
56	10		4	1	71
78.9%	14.1%	0.0%	5.6%	1.4%	100.0%

図表2-3-69

30分未満	0	0.0%
30分	15	21.1%
31~60分未満	15	21.1%
60分	34	47.9%
61分以上	7	9.9%
無回答	0	0.0%
合 計	71	100.0%

図表2-3-72

あり	なし	無回答	合 計
194	279	19	492
39.4%	56.7%	3.9%	100.0%

図表2-3-73

1回	69	35.6%
2回	43	22.2%
3回	44	22.7%
4回	10	5.2%
5回以上	14	7.2%
無回答	14	7.2%
合 計	194	100.0%

図表2-3-75

あり	なし	無回答	合 計
324	142	26	492
65.9%	28.9%	5.3%	100.0%

図表2-3-77

あり	なし	無回答	合 計
95	378	19	492
19.3%	76.8%	3.9%	100.0%

図表2-3-82

必要なし	実現困難	無回答	合 計
239	90	49	378
63.2%	23.8%	13.0%	100.0%

図表2-3-83

あり	なし	無回答	合計
35	35	1	71
49.3%	49.3%	1.4%	100.0%

図表2-3-84

1回	12	34.3%
2回	3	8.6%
3回	12	34.3%
4回	2	5.7%
5回以上	4	11.4%
無回答	2	5.7%
合計	35	100.0%

図表2-3-86

あり	なし	無回答	合計
48	22	1	71
67.6%	31.0%	1.4%	100.0%

図表2-3-88

あり	なし	無回答	合計
22	49	0	71
31.0%	69.0%	0.0%	100.0%

図表2-3-93

必要なし	実現困難	無回答	合計
28	12	9	49
57.1%	24.5%	18.4%	100.0%

図表2-3-94

	男性	女性	無回答	合計
実施	40	55	0	95
未実施	160	217	1	378
実施	42.1%	57.9%	0.0%	100.0%
未実施	42.3%	57.4%	0.3%	100.0%

図表2-3-95

	実施	未実施	実施	未実施
10歳未満	0	1	0.0%	0.3%
10歳代	0	1	0.0%	0.3%
20歳代	2	9	2.1%	2.4%
30歳代	7	43	7.4%	11.4%
40歳代	15	77	15.8%	20.4%
50歳代	26	95	27.4%	25.1%
60歳代	29	82	30.5%	21.7%
70歳代	8	57	8.4%	15.1%
80歳代	6	9	6.3%	2.4%
無回答	2	4	2.1%	1.1%
合計	95	378	100.0%	100.0%

図表2-3-96

	実施	未実施	実施	未実施
統合失調症	84	340	88.4%	89.9%
気分障害	2	8	2.1%	2.1%
発達障害	4	8	4.2%	2.1%
神経症性障害等	5	10	5.3%	2.6%
依存症	2	1	2.1%	0.3%
その他	5	26	5.3%	6.9%
総数	95	378		

図表2-3-97

	実 施	未実施	実 施	未実施
30点未満	7	32	7.4%	8.5%
30点以上40点未満	7	35	7.4%	9.3%
40点以上50点未満	9	27	9.5%	7.1%
50点以上60点未満	24	70	25.3%	18.5%
60点以上70点未満	20	90	21.1%	23.8%
70点以上80点未満	8	56	8.4%	14.8%
80点以上	3	46	3.2%	12.2%
無回答	17	22	17.9%	5.8%
合 計	95	378	100.0%	100.0%

図表2-3-98

	あ り	な し	無回答	合 計
実 施	32	63	0	95
未実施	95	283	0	378
実 施	33.7%	66.3%	0.0%	100.0%
未実施	25.1%	74.9%	0.0%	100.0%

図表2-3-99

	あ り	な し	無回答	合 計
実 施	30	65	0	95
未実施	99	279	0	378
実 施	31.6%	68.4%	0.0%	100.0%
未実施	26.2%	73.8%	0.0%	100.0%

図表2-3-100

	あ り	な し	無回答	合 計
実 施	17	78	0	95
未実施	62	316	0	378
実 施	17.9%	82.1%	0.0%	100.0%
未実施	16.4%	83.6%	0.0%	100.0%

図表2-3-101

	あ り	な し	無回答	合 計
実 施	37	57	1	95
未実施	97	272	9	378
実 施	38.9%	60.0%	1.1%	100.0%
未実施	25.7%	72.0%	2.4%	100.0%

図表2-3-102

	医療保険	介護保険	その他	無回答	合 計
実 施	59	31	5	0	95
未実施	266	87	22	3	378
実 施	62.1%	32.6%	5.3%	0.0%	100.0%
未実施	70.4%	23.0%	5.8%	0.8%	100.0%

図表2-3-103

	実 施	未実施	実 施	未実施
既婚	20	62	21.1%	16.4%
未婚	51	205	53.7%	54.2%
離別・死別	23	106	24.2%	28.0%
無回答	1	5	1.1%	1.3%
合 計	95	378	100.0%	100.0%

図表2-3-104

	実 施	未実施	実 施	未実施
独居	43	167	45.3%	44.2%
同居あり	48	197	50.5%	52.1%
その他	4	12	4.2%	3.2%
無回答	0	2	0.0%	0.5%
合 計	95	378	100.0%	100.0%

図表2-3-105

	病 院	診療所	無回答	合 計
実 施	77	18	0	95
未実施	275	99	4	378
実 施	81.1%	18.9%	0.0%	100.0%
未実施	72.8%	26.2%	1.1%	100.0%

図表2-3-106

	実 施	未実施	実 施	未実施
精神科病院	33	151	42.9%	54.9%
大学病院	4	26	5.2%	9.5%
その他の病院	20	64	26.0%	23.3%
無回答	20	34	26.0%	12.4%
合 計	77	275	100.0%	100.0%

図表2-3-107

	実 施	未実施	実 施	未実施
精神科が主	13	67	72.2%	67.7%
精神科あり	0	2	0.0%	2.0%
精神科なし	3	8	16.7%	8.1%
無回答	2	22	11.1%	22.2%
合 計	18	99	100.0%	100.0%

図表2-3-108

	実 施	未実施	実 施	未実施
10分未満	19	48	20.0%	12.7%
10分以上20分未満	36	111	37.9%	29.4%
20分以上30分未満	13	63	13.7%	16.7%
30分以上40分未満	11	52	11.6%	13.8%
40分以上50分未満	13	29	13.7%	7.7%
50分以上60分未満	1	14	1.1%	3.7%
60分以上	1	45	1.1%	11.9%
無回答	1	16	1.1%	4.2%
合 計	95	378	100.0%	100.0%

図表2-3-109

	実 施	未実施	実 施	未実施
10分未満	36	70	37.9%	18.5%
10分以上20分未満	25	104	26.3%	27.5%
20分以上30分未満	9	46	9.5%	12.2%
30分以上40分未満	10	50	10.5%	13.2%
40分以上50分未満	3	33	3.2%	8.7%
50分以上60分未満	3	14	3.2%	3.7%
60分以上	1	31	1.1%	8.2%
無回答	8	30	8.4%	7.9%
合 計	95	378	100.0%	100.0%

図表2-3-110

	併設型	独立型	無回答	合 計
実 施	34	58	3	95
未実施	138	237	3	378
実 施	35.8%	61.1%	3.2%	100.0%
未実施	36.5%	62.7%	0.8%	100.0%

図表2-3-111

	実 施	未実施	実 施	未実施
0回	0	2	0.0%	0.5%
1回	3	24	3.2%	6.3%
2回	7	45	7.4%	11.9%
3回	8	28	8.4%	7.4%
4回	25	90	26.3%	23.8%
5回	21	83	22.1%	22.0%
6~8回	13	32	13.7%	8.5%
9~11回	9	25	9.5%	6.6%
12~14回	7	33	7.4%	8.7%
15回以上	0	4	0.0%	1.1%
無回答	2	12	2.1%	3.2%
合 計	95	378	100.0%	100.0%

図表2-3-112

	実 施	未実施	実 施	未実施
30分未満	2	12	2.1%	3.2%
30分	18	69	18.9%	18.3%
31~60分未満	25	89	26.3%	23.5%
60分	35	164	36.8%	43.4%
61分以上	13	33	13.7%	8.7%
無回答	2	11	2.1%	2.9%
合 計	95	378	100.0%	100.0%

平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）  
精神科医療の機能強化に関する調査研究事業  
報告書

---

平成22年3月

発行・編集 社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区1-3-12 壱丁目参番館 302

TEL：03-3351-5898 FAX：03-3351-5938

---

本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になりますのでご注意ください。