

問 14 令和 2 年 8 月の精神科訪問看護利用者について、下記の人数を記入して下さい。

1) 性別

男性	名	女性	名
----	---	----	---

2) 年齢

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

3) 世帯状況

単身	名	同居	名
----	---	----	---

4) 保険種別

国民健康保険	名	健康保険	名
生活保護	名	その他	名

5) 主病名

統合失調症・妄想性障害	名	気分障害	名
不安障害・ストレス関連障害	名	パーソナリティ障害	名
アルコール・薬物使用障害	名	発達障害	名
高次脳機能障害	名	その他	名

6) ケアの必要な身体疾患

あり	名	なし	名
----	---	----	---

問 15 令和 2 年 8 月に精神科訪問看護を実施した利用者について、GAF 尺度別の人数を記入してください。

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

問 16 精神科訪問看護指示書を出している主治医の所属と人数を教えてください。

(○印はいくつでも)

1. 単科の精神科病院 (名) 2. 精神科を主とする病院 (複数の診療科あり) (名) 3. 精神科以外の他科を主とする病院 (名) 4. 精神科を標榜している診療所 (名)

問 17 令和 2 年 8 月に精神科訪問看護を実施した利用者について、精神科訪問看護指示書のうち
主な指示内容を 1 つ選んで、その人数を記入してください。(○印はひとつ)

1. 生活リズムの確立 () (名)
2. 家事能力、社会技能等の獲得 () (名)
3. 対人関係の改善(家族含む) () (名)
4. 社会資源活用の支援 () (名)
5. 薬物療法継続への援助 () (名)
6. 身体合併症の発症・悪化の防止 () (名)
7. その他 () () (名)

問 18 令和 2 年 8 月に精神科訪問看護を実施した利用者について、訪問時間別の利用者数を記入
 してください。

1) 30 分未満		名
2) 30 分以上 90 分未満		名
3) 90 分以上		名

問 19 令和 2 年 8 月に複数名精神科訪問看護加算を算定した訪問（以下、複数名訪問）を実施し
 ましたか。(○印はひとつ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

↓

1) 実施した利用者の人数と実施件数を記入してください。

①複数名訪問の利用者数		名
②複数名訪問の実施件数		件

2) 複数名訪問を実施した利用者の主な理由と利用者数を記入してください。(○印はひとつ)

■主な理由 (○印はひとつ)		
1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められるもの () (名)		
2. 利用者の身体的理由により 1 人の看護師等による訪問看護が 困難と認められるもの () (名)		
3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要なもの () (名)		
4. その他 () () (名)		

問 20 令和 2 年 8 月に精神科訪問看護を実施した利用者のうち、週 4 日以上訪問をした人はい
 ましたか。(○印はひとつ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

↓

SQ 「1. はい」と回答した場合は、下記の利用者数を記入して下さい。

1)精神科訪問看護特別指示書が出された利用者数		名
2)退院後 3 カ月以内の利用者数		名

ここからは全ての方が回答してください。

問 21 貴事業所における地域での取組み等についてお伺いします。以下のような、他機関との共同や連携等を行っていますか。(○印はひとつずつ)

他機関との連携	はい	いいえ
1) 保健、医療、福祉等関係者による協議の場に参加している	1	2
2) 協議会に参加している(※協議会は、いわゆる自立支援協議会等)	1	2
3) 精神科医療機関における患者の退院に関する共同カンファレンスに参加している	1	2
4) 地域における障害福祉に関する共同カンファレンスに参加している	1	2
5) 地域の事例検討会へ参加している	1	2
6) 地域の多機関・多職種連携の会議へ参加している(※顔の見える関係会議等への参加)	1	2
7) 利用者以外からのこころの相談に対応している	1	2
8) 保健・医療・福祉等従事者の相談に対応している	1	2
9) 自事業所以外の訪問看護事業所が実施する相談や訪問へ同行し、助言等を行っている	1	2
10) 事業所内でケースの振り返りや検討会を行っている	1	2
11) 学生の実習を受け入れている	1	2
12) 自事業所の従事者以外も対象とした保健・医療・福祉人材育成のための研修や実習の受け入れをしている	1	2
13) 医療機関との連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流の取組を実施している	1	2
14) 地域住民向けの保健医療福祉に関する相談窓口を開設している	1	2
15) 地域住民向けの認知症や介護等の研修を開催している	1	2
16) 町内会、自治会の会員となり、役割を担っている	1	2
17) その他 ()	1	2

問 22 貴事業所では、職員の人材交流を行っていますか。(○印はひとつ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

↓

SQ 「1. はい」と回答した場合は、どのような対象と人材交流を実施しているかお聞かせください。(○印はひとつ)

また、対象先をお聞かせください。

1. 他機関からの受け入れのみ 2. 自事業所からの出向のみ 3. 相互交流
■対象先(○印はいくつでも) 1. 医療機関 2. 介護保険施設 3. 障害福祉サービス事業所 4. その他 ()

問 23 貴事業所のスタッフへの教育について、それぞれの研修会をどのような方法で実施していますか。あてはまる番号に○をつけてください。(○印はひとつずつ)

	施設内で研修を実施している	自施設のラダーがある	外部研修に定期的に 参加している
1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに関する事項	1		2
2) 経営の基礎や管理に関する事項	1		2
3) 看護ケアの提供体制づくりに関する事項	1		2
4) 精神科看護・身体的ケアの知識、技術に関する事項	1		2
5) 障害福祉サービスに関する事項	1		2
6) 介護サービスに関する事項	1		2
7) 多職種・多機関連携に関する事項	1		2
8) 事例検討会	1		2
9) その他 ()	1		2

問 24 貴事業所の訪問看護活動が、さらにより良い事業になるために、どのような支援が必要と思われるかお聞かせください。

以上でアンケートは終わりです。長時間、ご協力ありがとうございました

○記入が済みましたら……

- ① 記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認ください。
- ② 名前や住所を書かずにアンケート用紙を封筒に入れ、糊付けしてください。
- ③ 10月23日(金)までにご投函下さいますようお願いいたします。

精神科訪問看護における実態調査

【精神科医療機関】

問1 貴病院の所在地（都道府県名）をお聞かせください。（○印はひとつ）

1. 北海道	2. 青森県	3. 岩手県	4. 秋田県	5. 山形県	6. 宮城県
7. 福島県	8. 茨城県	9. 栃木県	10. 群馬県	11. 埼玉県	12. 千葉県
13. 東京都	14. 神奈川県	15. 新潟県	16. 長野県	17. 山梨県	18. 富山県
19. 石川県	20. 岐阜県	21. 静岡県	22. 愛知県	23. 三重県	24. 滋賀県
25. 京都府	26. 大阪府	27. 兵庫県	28. 奈良県	29. 和歌山県	30. 福井県
31. 鳥取県	32. 島根県	33. 岡山県	34. 広島県	35. 山口県	36. 徳島県
37. 香川県	38. 愛媛県	39. 高知県	40. 福岡県	41. 佐賀県	42. 長崎県
43. 熊本県	44. 大分県	45. 宮崎県	46. 鹿児島県	47. 沖縄県	

問2 貴病院の病院種別をお聞かせください。（○印はひとつ）

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

問3 貴病院の病院全体の病床数を記入してください。

病院全体の病床数		床
----------	--	---

問4 貴病院にある精神科病棟の該当する番号に○印を付けてください。（○印はいくつでも）
また、設置している病棟数と各病棟の合計病床数を記入してください。

病 棟 名	病棟数	病床数 [※]
1. 「精神科救急入院料（1・2）」届出病棟	病棟	床
2. 「精神科急性期治療病棟入院料（1・2）」届出病棟	病棟	床
3. 「精神療養病棟入院料」届出病棟	病棟	床
4. 「認知症治療病棟入院料（1・2）」届出病棟	病棟	床
5. 「地域移行機能強化病棟入院料」届出病棟	病棟	床
6. 「精神病棟入院基本料」届出病棟	病棟	床
7. その他の病棟	病棟	床

※稼動していない病床も含まれます。

問5 貴病院の設置主体をお聞かせください。（○印はひとつ）

1. 国	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体
5. 医療法人(社会医療法人を除く)	6. 会社	7. その他法人	8. 個人

問6 下記に貴院と同一法人（同一系列を含む）が有する施設、事業所、サービス等をお聞かせください。無ければ「22.無し」と回答してください。（○印はいくつでも）

1. 病院（貴施設以外）	2. 診療所（貴施設以外）	3. 訪問看護ステーション
4. 介護老人保健施設	5. 介護老人福祉施設	6. 居宅介護支援事業所
7. 訪問介護事業所	8. 通所介護事業所	9. 地域包括支援センター
10. 療養通所介護事業所	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
12. 小規模多機能型居宅介護	13. 看護小規模多機能型居宅介護	14. 介護療養型医療施設
15. サービス付き高齢者向け住宅	16. 認知症対応型共同生活介護	17. 介護医療院
18. 障害福祉サービス事業所（就労系サービス）		
19. 障害福祉サービス事業所（相談系サービス）		
20. 障害福祉サービス事業所（施設系・居住系サービス）		
21. その他（具体的に		）
22. 無し		

問7 令和2年8月の精神科における入院患者数、退院患者数、外来患者数（延べ人数）を記入してください。

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

問8 精神科退院前訪問指導料を算定する訪問（以下、退院前訪問）を実施していますか。

（○印はひとつ）

1. はい	2. いいえ
-------	--------

↓

1) 退院前訪問を実施している場合は、利用者数と訪問件数を記入してください。

1) 退院前訪問 利用者数		名
2) 退院前訪問 訪問件数		件

2) 令和2年8月に精神科退院前訪問を実施した利用者の主な理由に○を付け、その利用者数を記入してください。

■主な理由（○印はひとつ）		
1. 住居環境の確認（		名）
2. 自宅での生活に関する助言・指導（		名）
3. 心身の状態観察、健康上の問題の確認（		名）
4. 身体合併症に関する支援（		名）
5. 家族支援体制の把握、家族への支援（		名）
6. 近隣住民や支援サービスとの関係性の確認（		名）
7. その他（		）（
		名）

問9 令和2年8月に、精神科訪問看護・指導料を算定する訪問（以下、精神科訪問看護）を実施しましたか。（○印はひとつ）

1. はい	2. いいえ
-------	--------

*** 以下は、精神科訪問看護についてお聞きします。***
 *** 問9で「2. いいえ」と回答された方は、問19（6ページ）にお進み下さい。***

問10 令和2年8月の精神科における退院患者のうち、精神科訪問看護を利用した患者数（新規・再開を含む）を記入してください。

精神科訪問看護を利用した患者数		名
-----------------	--	---

問11 令和2年8月の精神科訪問看護の利用者数と訪問件数を記入してください。

精神科訪問看護 利用者数		名
精神科訪問看護 訪問件数		件

問12 令和2年8月の精神科訪問看護利用者について、下記の人数を記入して下さい。

1) 性別

男性	名	女性	名
----	---	----	---

2) 年齢

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

3) 世帯状況

単身	名	同居	名
----	---	----	---

4) 保険種別

国民健康保険	名	健康保険	名
生活保護	名	その他	名

5) 主病名

統合失調症・妄想性障害	名	気分障害	名
不安障害・ストレス関連障害	名	パーソナリティ障害	名
アルコール・薬物使用障害	名	発達障害	名
高次脳機能障害	名	その他	名

6) ケアの必要な身体疾患

あり	名	なし	名
----	---	----	---

問 13 令和 2 年 8 月の精神科訪問看護を実施した利用者について、GAF 尺度別の人数を記入してください。

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

問 14 令和 2 年 8 月に精神科訪問看護を実施した利用者について、主な指示内容（目的）を 1 つ選んで、その人数を記入してください。（○印はひとつ）

1. 生活リズムの確立（ 名）
2. 家事能力、社会技能等の獲得（ 名）
3. 対人関係の改善(家族含む)（ 名）
4. 社会資源活用の支援（ 名）
5. 薬物療法継続への援助（ 名）
6. 身体合併症の発症・悪化の防止（ 名）
7. その他（ ）（ 名）

問 15 令和 2 年 8 月に精神科訪問看護を実施した利用者について、訪問時間別の利用者数を記入してください。

1) 30 分未満		名
2) 30 分以上 90 分未満		名
3) 90 分以上		名

問 16 令和 2 年 8 月に、複数名精神科訪問看護・指導加算を算定した訪問（以下、複数名訪問）を実施しましたか。（○印はひとつ）

1. はい	2. いいえ
-------	--------

↓

1) 「1. はい」と回答した場合は、実施した利用者の人数と実施件数を記入してください。

1) 複数名訪問の利用者数		名
2) 複数名訪問の実施件数		件

ここからは全ての方が回答してください

問 19 貴院では、以下のような他機関との共同や連携を行っていますか。(○印はひとつずつ)

他機関との連携	はい	いいえ
1) 保健、医療、福祉等関係者による協議の場に参加している	1	2
2) 協議会に参加している(※協議会は、いわゆる自立支援協議会等)	1	2
3) 精神科医療機関における患者の退院に関する共同カンファレンスに参加している	1	2
4) 地域における障害福祉に関する共同カンファレンスに参加している	1	2
5) 地域の事例検討会へ参加している	1	2
6) 地域の多機関・多職種連携の会議へ参加している(※顔の見える関係会議等への参加)	1	2
7) 利用者以外からのこころの相談に対応している	1	2
8) 保健・医療・福祉等従事者の相談に対応している	1	2
9) 貴院以外の訪問看護事業所が実施する相談や訪問へ同行し、助言等を行っている	1	2
10) 貴院内でケースの振り返り・検討会を行っている	1	2
11) 学生の実習を受け入れている	1	2
12) 貴院の従事者以外も対象とした保健・医療・福祉人材育成のための研修や実習の受け入れをしている	1	2
13) 他の医療機関との連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流の取組を実施している	1	2
14) 地域住民向けの保健医療福祉に関する相談窓口を開設している	1	2
15) 地域住民向けの認知症や介護等の研修を開催している	1	2
16) 町内会、自治会の会員となり、役割を担っている	1	2
17) その他()	1	2

問 20 貴院の訪問看護活動が、さらにより良い事業になるために、どのような支援が必要と思われるかお聞かせください。

以上でアンケートは終わりです。長時間、ご協力ありがとうございました

○記入が済みましたら……

- ① 記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認ください。
- ② 名前や住所を書かずにアンケート用紙を封筒に入れ、糊付けしてください。
- ③ 10月23日(金)までにご投函くださいますようお願い致します。

精神科訪問看護における実態調査

【保健所（精神保健福祉業務担当）】

問1 貴保健所の所在地（都道府県名）を記入してください。（○印はひとつ）

1. 北海道	2. 青森県	3. 岩手県	4. 秋田県	5. 山形県	6. 宮城県
7. 福島県	8. 茨城県	9. 栃木県	10. 群馬県	11. 埼玉県	12. 千葉県
13. 東京都	14. 神奈川県	15. 新潟県	16. 長野県	17. 山梨県	18. 富山県
19. 石川県	20. 岐阜県	21. 静岡県	22. 愛知県	23. 三重県	24. 滋賀県
25. 京都府	26. 大阪府	27. 兵庫県	28. 奈良県	29. 和歌山県	30. 福井県
31. 鳥取県	32. 島根県	33. 岡山県	34. 広島県	35. 山口県	36. 徳島県
37. 香川県	38. 愛媛県	39. 高知県	40. 福岡県	41. 佐賀県	42. 長崎県
43. 熊本県	44. 大分県	45. 宮崎県	46. 鹿児島県	47. 沖縄県	

問2 設置主体はどこですか。（○印はひとつ）

1. 都道府県	2. 保健所設置市	3. 政令指定都市	4. 特別区	5. 中核市
---------	-----------	-----------	--------	--------

問3 管内人口を記入してください。

管内人口		人
------	--	---

問4 訪問看護サービスを提供する事業所や医療機関は管内に何か所ありますか。無ければ0を記入してください。

1) 訪問看護サービスを提供する事業所		か所
2) 訪問看護サービスを提供する医療機関		か所

問5 精神科訪問看護との連携は図れていますか。（○印はひとつ）

1. 十分図れている	2. 概ね図れている
3. 図れているが、十分とはいえない	4. 図れていない

ウラ（2頁目）にも質問があります。忘れずに誤記入ください。

SQ1 問5で「1. 十分図れている」「2. 概ね図れている」「3. 図れているが、十分とはいえない」と回答された保健所にお聞きします。どのような連携や共同した取り組みを行っていますか。(○印はひとつずつ)

他機関との連携	はい	いいえ
1) 保健、医療、福祉等関係者による協議の場に参加してもらっている	1	2
2) 協議会に参加してもらっている(※協議会は、いわゆる自立支援協議会等)	1	2
3) 地域の多機関・多職種連携の会議へ参加してもらっている(※顔の見える関係会議等への参加)	1	2
4) 地域における障害福祉に関する共同カンファレンスに参加してもらっている	1	2
5) 地域の事例検討会に参加してもらっている	1	2
6) 保健所が主催する研修会に参加してもらっている	1	2
7) 地域住民向けの保健医療福祉に関する相談支援等の連携を図っている	1	2
8) 精神科訪問看護職員からの相談に対応している	1	2
9) 訪問看護事業所が実施する相談や訪問へ同行している	1	2
10) 事業所内でケースの振り返りや検討会を行っている	1	2
11) 困難事例の対応に関する助言を行ったり、受けたりしている	1	2
12) 困難事例へのアウトリート支援を共同して実施している	1	2
13) 病状悪化への早期介入・危機対応を共同して実施している	1	2
14) 精神障害者等の家族への支援協力を依頼している	1	2
15) 保健所職員の人材育成への協力を依頼したことがある	1	2
16) その他(具体的に:)	1	2

SQ2 問5で「4. 図れていない」とお答え頂いた保健所にお聞きします。連携が図れていない理由はどのようなことですか。

問6 保健所として、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における精神科訪問看護に期待する役割をお聞かせください。

以上でアンケートは終わりです。長時間、ご協力ありがとうございました

○記入が済みましたら……

- ① 記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認ください。
- ② 名前や住所を書かずにアンケート用紙を封筒に入れ、糊付けしてください。
- ③ 10月23日(金)までにご投函くださいますようお願いいたします。

問5 直近の訪問について、訪問時に実施した援助を実施回数が多い上位項目を5つ選んで○印をつけてください。

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

問6 利用者の身体合併症についてお伺いします。

身体疾患	1. あり 2. なし
	主な病状を以下より選択して下さい。
	1. 難病（神経系） 2. 難病（神経系以外）
	3. 脊椎損傷 4. COPD
	5. 循環器疾患（高血圧、心不全など）
	6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）
	7. 糖尿病 8. 悪性新生物
	9. 骨折・筋骨系疾患 10. 呼吸器系疾患
	11. 耳鼻科疾患 12. 眼科疾患
	13. 皮膚疾患（褥瘡等） 14. 歯科・口腔疾患
	15. その他（具体的に： ）

訪問時に実施した医療的ケアについて、実施した時間の長い順に1位～5位までの順位（番号）を記入してください。

ケア項目	順位	ケア項目	順位
1) 服薬介助		11) 排痰・呼吸ケア	
2) 吸入		12) 在宅酸素療法・酸素吸入	
3) 注射		13) 人工呼吸器の管理	
4) 点滴・中心静脈栄養		14) 経管栄養	
5) 採血など検体採取		15) 導尿・泌尿器系の処置	
6) 褥瘡の処置		16) 排便・浣腸	
7) 創傷部の処置		17) 人工肛門・人工膀胱管理	
8) 口・鼻腔内吸引		18) リハビリテーション	
9) 気管内吸引		19) その他	
10) 気管カニューレの管理		()	

問7 この利用者について、他機関とどのように連携をとっているかご記入下さい。

主治医との 連絡方法 (複数回答)	1. 電話 4. 電子メール	2. FAX 5. 対面	3. 郵送
過去3か月に 実施したもの (複数回答)	1. 多機関とのケア会議（多機関とのサービス調整、連携） 2. ケースカンファレンス（ケアの内容に関する検討） 3. その他（ 4. なし		
連携機関 (複数回答)	1. 病院 2. 診療所 3. 他機関の訪問看護ステーション 4. 保健所 5. 市区町村 6. 基幹相談支援センター 7. 障害福祉サービス事業所 8. 地域包括支援センター 9. その他（具体的に：)		
連携職種 (複数回答)	1. 医師 2. 看護師 3. 保健師 4. 精神保健福祉士 5. デイケア等職員 6. 相談支援専門員 7. 介護支援専門員 8. ヘルパー 9. 障害福祉サービス事業所職員 10. その他（)		

*** 以上でアンケートは終わりです。長時間、ご協力ありがとうございました ***
記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認ください。

問4 直近の訪問について、訪問時に実施した援助を実施回数が多い上位項目を5つ選んで○をつけて下さい。

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

問5 利用者の身体合併症についてお伺いします。

身体疾患	1. あり 2. なし		
	<p>主な病状を以下より選択して下さい。</p> <p>1. 難病（神経系） 2. 難病（神経系以外）</p> <p>3. 脊椎損傷 4. COPD</p> <p>5. 循環器疾患（高血圧、心不全など）</p> <p>6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）</p> <p>7. 糖尿病 8. 悪性新生物</p> <p>9. 骨折・筋骨系疾患 10. 呼吸器系疾患</p> <p>11. 耳鼻科疾患 12. 眼科疾患</p> <p>13. 皮膚疾患（褥瘡等） 14. 歯科・口腔疾患</p> <p>15. その他（具体的に：)</p>		
訪問時に実施した医療的ケアについて、実施した時間の長い順に1位～5位までの順位（番号）を記入して下さい。			
ケア項目	順位	ケア項目	順位
1) 服薬介助		11) 排痰・呼吸ケア	
2) 吸入		12) 在宅酸素療法・酸素吸入	
3) 注射		13) 人工呼吸器の管理	
4) 点滴・中心静脈栄養		14) 経管栄養	
5) 採血など検体採取		15) 導尿・泌尿器系の処置	
6) 褥瘡の処置		16) 排便・浣腸	
7) 創傷部の処置		17) 人工肛門・人工膀胱管理	
8) 口・鼻腔内吸引		18) リハビリテーション	
9) 気管内吸引		19) その他	
10) 気管カニューレの管理		()	

問6 この利用者について、他機関とどのように連携をとっているか記入して下さい。

主治医との 連絡方法 (複数回答)	1. 電話 4. 電子メール	2. FAX 5. 対面	3. 郵送
過去3か月に 実施したもの (複数回答)	1. 多機関とのケア会議 (多機関とのサービス調整、連携) 2. ケースカンファレンス (ケアの内容に関する検討) 3. その他 () 4. なし		
連携機関 (複数回答)	1. 病院 2. 診療所 3. 他機関の訪問看護ステーション 4. 保健所 5. 市区町村 6. 基幹相談支援センター 7. 障害福祉サービス事業所 8. 地域包括支援センター 9. その他 (具体的に:)		
連携職種 (複数回答)	1. 医師 2. 看護師 3. 保健師 4. 精神保健福祉士 5. デイケア等職員 6. 相談支援専門員 7. 介護支援専門員 8. ヘルパー 9. 障害福祉サービス事業所職員 10. その他 ()		

*** 以上でアンケートは終わりです。長時間、ご協力ありがとうございました***
記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認ください。

問4 直近の訪問について、訪問時に実施した援助を実施回数が多い上位項目を5つ選んで○印をつけてください。

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

問5 利用者の身体合併症についてお伺いします。

身体疾患	1. あり 2. なし		
	<p>主な病状を以下より選択して下さい。</p> <p>1. 難病（神経系） 2. 難病（神経系以外）</p> <p>3. 脊椎損傷 4. COPD</p> <p>5. 循環器疾患（高血圧、心不全など）</p> <p>6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）</p> <p>7. 糖尿病 8. 悪性新生物</p> <p>9. 骨折・筋骨系疾患 10. 呼吸器系疾患</p> <p>11. 耳鼻科疾患 12. 眼科疾患</p> <p>13. 皮膚疾患（褥瘡等） 14. 歯科・口腔疾患</p> <p>15. その他（具体的に：)</p>		
訪問時に実施した医療的ケアについて、実施した時間の長い順に1位～5位までの順位（番号）を記入して下さい。			
ケア項目	順位	ケア項目	順位
1) 服薬介助		11) 排痰・呼吸ケア	
2) 吸入		12) 在宅酸素療法・酸素吸入	
3) 注射		13) 人工呼吸器の管理	
4) 点滴・中心静脈栄養		14) 経管栄養	
5) 採血など検体採取		15) 導尿・泌尿器系の処置	
6) 褥瘡の処置		16) 排便・浣腸	
7) 創傷部の処置		17) 人工肛門・人工膀胱管理	
8) 口・鼻腔内吸引		18) リハビリテーション	
9) 気管内吸引		19) その他	
10) 気管カニューレの管理		()	

問4 直近の訪問について、訪問時に実施した援助を実施回数が多い上位項目を5つ選んで○をつけて下さい。

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

問5 利用者の身体合併症についてお伺いします。

身体疾患	1. あり 2. なし		
	<p>主な病状を以下より選択してください。</p> <p>1. 難病（神経系） 2. 難病（神経系以外）</p> <p>3. 脊椎損傷 4. COPD</p> <p>5. 循環器疾患（高血圧、心不全など）</p> <p>6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）</p> <p>7. 糖尿病 8. 悪性新生物</p> <p>9. 骨折・筋骨系疾患 10. 呼吸器系疾患</p> <p>11. 耳鼻科疾患 12. 眼科疾患</p> <p>13. 皮膚疾患（褥瘡等） 14. 歯科・口腔疾患</p> <p>15. その他（具体的に：)</p>		
訪問時に実施した医療的ケアについて、実施した時間の長い順に1位～5位までの順位（番号）を記入して下さい。			
ケア項目	順位	ケア項目	順位
1) 服薬介助		11) 排痰・呼吸ケア	
2) 吸入		12) 在宅酸素療法・酸素吸入	
3) 注射		13) 人工呼吸器の管理	
4) 点滴・中心静脈栄養		14) 経管栄養	
5) 採血など検体採取		15) 導尿・泌尿器系の処置	
6) 褥瘡の処置		16) 摘便・浣腸	
7) 創傷部の処置		17) 人工肛門・人工膀胱管理	
8) 口・鼻腔内吸引		18) リハビリテーション	
9) 気管内吸引		19) その他	
10) 気管カニューレの管理		()	

問6 この利用者について、他機関とどのように連携をとっているか記入して下さい。

主治医との連絡 (複数回答)	1. 電話 4. 電子メール	2. FAX 5. 対面	3. 郵送
過去3か月に 実施したもの (複数回答)	1. 多機関とのケア会議 (多機関とのサービス調整、連携) 2. ケースカンファレンス (ケアの内容に関する検討) 3. その他 () 4. なし		
連携機関 (複数回答)	1. 病院 2. 診療所 3. 他機関の訪問看護ステーション 4. 保健所 5. 市区町村 6. 基幹相談支援センター 7. 障害福祉サービス事業所 8. 地域包括支援センター 9. その他 (具体的に:)		
連携職種 (複数回答)	1. 医師 2. 看護師 3. 保健師 4. 精神保健福祉士 5. デイケア等職員 6. 相談支援専門員 7. 介護支援専門員 8. ヘルパー 9. 障害福祉サービス事業所職員 10. その他 ()		

*** 以上でアンケートは終わりです。長時間、ご協力ありがとうございました***
記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認ください。

精神科訪問看護における実態調査

【個票】（病院：困難なケース）

貴院で精神科訪問看護・指導料を算定している利用者のうち、
対応がもっとも困難だと感じている方を1人選び、記入して下さい。

問1 この利用者が最も困難なケースである理由・状態を具体的にお書き下さい。

問2 利用者について、あてはまるものを選んで下さい。

性別	1. 男性	2. 女性		
年齢	1. 10歳代	2. 20歳代	3. 30歳代	4. 40歳代
	5. 50歳代	6. 60歳代	7. 70歳代	8. 80歳以上
世帯状況	1. 単身	2. 同居		
住居種別	1. 自宅（サービス付高齢者専用住宅除く） 2. サービス付高齢者専用住宅 3. グループホーム（障害・認知症）・有料老人ホーム 4. その他（ ）			
保険種別	1. 国民健康保険	2. 健康保険（協会けんぽ、組合けんぽ等）		
	3. 生活保護	4. その他（ ）		
主病名	1. 統合失調症・妄想性障害 2. 気分障害 3. 不安障害・ストレス関連障害 4. パーソナリティ障害 5. アルコール・薬物使用障害 6. 発達障害 7. 高次脳機能障害 8. その他（ ）			
令和2年 8月のGAF	_____点			
クロザピンの 使用状況	1. 使用している	2. 使用していない		
過去の 入院回数	1. 入院なし	2. 1~2回	3. 3~10回	4. 11回以上
入院形態	1) 直近の入院時の入院形態 1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 応急入院 4. 措置入院 5. 緊急措置入院 6. わからない 2) その時の入院期間： 年 カ月			
長期入院 経験の有無	■ 1年以上の長期入院経験の有無 1. ある 2. ない 3. わからない			

問3 利用者の訪問看護の利用状況について、あてはまるものを選んで下さい。

訪問看護指示書の内容 (複数回答可)	1. 生活リズムの確立 2. 家事能力、社会技能等の獲得 3. 対人関係の改善(家族含む) 4. 社会資源活用の支援 5. 薬物療法継続への援助 6. 身体合併症の発症・悪化の防止 7. その他()
訪問看護の利用期間	1. 3か月未満 2. 半年未満 3. 1年未満 4. 1~2年未満 5. 2~5年未満 6. 5~10年未満 7. 10年以上
訪問頻度	1. 月1回 2. 月2~3回 3. 週1回 4. 週2~3回 5. 週4回以上
滞在時間	1) 過去1ヵ月の平均的な滞在時間: _____分 2) 30分未満の滞在 1. あり(理由:) 2. なし 3) 90分以上の滞在 1. あり(理由:) 2. なし
訪問看護計画の見直し	1. 毎週 2. 月に1回 3. 2~3か月に1回 4. 半年に1回 5. その他()

問4 直近の訪問について、ご記入下さい。

加算算定の有無	1. 複数名精神科訪問看護加算 2. 精神科重症患者支援管理連携加算 3. 24時間対応体制加算 4. 精神科複数回訪問加算 5. その他()
複数名訪問の有無	1. あり 2. なし
複数名訪問を実施した時に同行した職種	
1人目	1. 保健師 2. 看護師 3. 准看護師 4. 精神科認定看護師 5. 精神看護専門看護師 6. 精神保健福祉士 7. 作業療法士 8. 看護補助者 9. その他()
2人目	1. 保健師 2. 看護師 3. 准看護師 4. 精神科認定看護師 5. 精神看護専門看護師 6. 精神保健福祉士 7. 作業療法士 8. 看護補助者 9. その他()
	同伴に選んだ理由

問5 直近の訪問について、訪問時に実施した援助を実施回数が多い上位項目を5つ選んで○印をつけてください。

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

問6 利用者の身体合併症についてお伺いします。

身体疾患	1. あり 2. なし		
	<p>主な病状を以下より選択して下さい。</p> <p>1. 難病（神経系） 2. 難病（神経系以外）</p> <p>3. 脊椎損傷 4. COPD</p> <p>5. 循環器疾患（高血圧、心不全など）</p> <p>6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）</p> <p>7. 糖尿病 8. 悪性新生物</p> <p>9. 骨折・筋骨系疾患 10. 呼吸器系疾患</p> <p>11. 耳鼻科疾患 12. 眼科疾患</p> <p>13. 皮膚疾患（褥瘡等） 14. 歯科・口腔疾患</p> <p>15. その他（具体的に：)</p>		
訪問時に実施した医療的ケアについて、実施した時間の長い順に1位～5位までの順位（番号）を記入して下さい。			
ケア項目	順位	ケア項目	順位
1) 服薬介助		11) 排痰・呼吸ケア	
2) 吸入		12) 在宅酸素療法・酸素吸入	
3) 注射		13) 人工呼吸器の管理	
4) 点滴・中心静脈栄養		14) 経管栄養	
5) 採血など検体採取		15) 導尿・泌尿器系の処置	
6) 褥瘡の処置		16) 排便・浣腸	
7) 創傷部の処置		17) 人工肛門・人工膀胱管理	
8) 口・鼻腔内吸引		18) リハビリテーション	
9) 気管内吸引		19) その他	
10) 気管カニューレの管理		()	

問2 利用者の訪問看護の利用状況について、あてはまるものを選んで下さい。

訪問看護指示書の内容 (複数回答可)	1. 生活リズムの確立 2. 家事能力、社会技能等の獲得 3. 対人関係の改善(家族含む) 4. 社会資源活用の支援 5. 薬物療法継続への援助 6. 身体合併症の発症・悪化の防止 7. その他()
訪問看護の利用期間	1. 3か月未満 2. 半年未満 3. 1年未満 4. 1~2年未満 5. 2~5年未満 6. 5~10年未満 7. 10年以上
訪問頻度	1. 月1回 2. 月2~3回 3. 週1回 4. 週2~3回 5. 週4回以上
滞在時間	1) 過去1ヵ月の平均的な滞在時間: _____分 2) 30分未満の滞在 1. あり(理由:) 2. なし 3) 90分以上の滞在 1. あり(理由:) 2. なし
訪問看護計画の見直し	1. 毎週 2. 月に1回 3. 2~3か月に1回 4. 半年に1回 5. その他()

問3 直近の訪問について、ご記入下さい。

加算算定の有無	1. 複数名精神科訪問看護加算 2. 精神科重症患者支援管理連携加算 3. 24時間対応体制加算 4. 精神科複数回訪問加算 5. その他()
複数名訪問の有無	1. あり 2. なし
複数名訪問を実施した時に同行した職種	
1人目	1. 保健師 2. 看護師 3. 准看護師 4. 精神科認定看護師 5. 精神看護専門看護師 6. 精神保健福祉士 7. 作業療法士 8. 看護補助者 9. その他()
2人目	1. 保健師 2. 看護師 3. 准看護師 4. 精神科認定看護師 5. 精神看護専門看護師 6. 精神保健福祉士 7. 作業療法士 8. 看護補助者 9. その他()
	同伴に選んだ理由

問4 直近の訪問について、訪問時に実施した援助を実施回数が多い上位項目を5つ選んで○印をつけて下さい。

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

問5 利用者の身体合併症についてお伺いします。

身体疾患	1. あり 2. なし		
	<p>主な病状を以下より選択して下さい。</p> <p>1. 難病（神経系） 2. 難病（神経系以外）</p> <p>3. 脊椎損傷 4. COPD</p> <p>5. 循環器疾患（高血圧、心不全など）</p> <p>6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）</p> <p>7. 糖尿病 8. 悪性新生物</p> <p>9. 骨折・筋骨系疾患 10. 呼吸器系疾患</p> <p>11. 耳鼻科疾患 12. 眼科疾患</p> <p>13. 皮膚疾患（褥瘡等） 14. 歯科・口腔疾患</p> <p>15. その他（具体的に：)</p>		
訪問時に実施した医療的ケアについて、実施した時間の長い順に1位～5位までの順位（番号）を記入して下さい。			
ケア項目	順位	ケア項目	順位
1) 服薬介助		11) 排痰・呼吸ケア	
2) 吸入		12) 在宅酸素療法・酸素吸入	
3) 注射		13) 人工呼吸器の管理	
4) 点滴・中心静脈栄養		14) 経管栄養	
5) 採血など検体採取		15) 導尿・泌尿器系の処置	
6) 褥瘡の処置		16) 排便・浣腸	
7) 創傷部の処置		17) 人工肛門・人工膀胱管理	
8) 口・鼻腔内吸引		18) リハビリテーション	
9) 気管内吸引		19) その他	
10) 気管カニューレの管理		()	

問6 この利用者について、他機関とどのように連携をとっているかご記入下さい。

主治医との 連絡方法 (複数回答)	1. 電話 4. 電子メール	2. FAX 5. 対面	3. 郵送
過去3か月に 実施したもの (複数回答)	1. 多機関とのケア会議 (多機関とのサービス調整、連携) 2. ケースカンファレンス (ケアの内容に関する検討) 3. その他 () 4. なし		
連携機関 (複数回答)	1. 病院 2. 診療所 3. 他機関の訪問看護ステーション 4. 保健所 5. 市区町村 6. 基幹相談支援センター 7. 障害福祉サービス事業所 8. 地域包括支援センター 9. その他 (具体的に:)		
連携職種 (複数回答)	1. 医師 2. 看護師 3. 保健師 4. 精神保健福祉士 5. デイケア等職員 6. 相談支援専門員 7. 介護支援専門員 8. ヘルパー 9. 障害福祉サービス事業所職員 10. その他 ()		

*** 以上でアンケートは終わりです。長時間、ご協力ありがとうございました***
記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認ください。

問2 利用者の訪問看護の利用状況について、あてはまるものを選んで下さい。

訪問看護指示書の内容 (複数回答可)	1. 生活リズムの確立 2. 家事能力、社会技能等の獲得 3. 対人関係の改善(家族含む) 4. 社会資源活用の支援 5. 薬物療法継続への援助 6. 身体合併症の発症・悪化の防止 7. その他()
訪問看護の利用期間	1. 3か月未満 2. 半年未満 3. 1年未満 4. 1~2年未満 5. 2~5年未満 6. 5~10年未満 7. 10年以上
訪問頻度	1. 月1回 2. 月2~3回 3. 週1回 4. 週2~3回 5. 週4回以上
滞在時間	1) 過去1ヵ月の平均的な滞在時間: _____分 2) 30分未満の滞在 1. あり(理由:) 2. なし 3) 90分以上の滞在 1. あり(理由:) 2. なし
訪問看護計画の見直し	1. 毎週 2. 月に1回 3. 2~3か月に1回 4. 半年に1回 5. その他()

問3 直近の訪問について、ご記入下さい。

加算算定の有無	1. 複数名精神科訪問看護加算 2. 精神科重症患者支援管理連携加算 3. 24時間対応体制加算 4. 精神科複数回訪問加算 5. その他()
複数名訪問の有無	1. あり 2. なし
複数名訪問を実施した時に同行した職種	
1人目	1. 保健師 2. 看護師 3. 准看護師 4. 精神科認定看護師 5. 精神看護専門看護師 6. 精神保健福祉士 7. 作業療法士 8. 看護補助者 9. その他()
2人目	1. 保健師 2. 看護師 3. 准看護師 4. 精神科認定看護師 5. 精神看護専門看護師 6. 精神保健福祉士 7. 作業療法士 8. 看護補助者 9. その他()
	同伴に選んだ理由

問6 この利用者について、他機関とどのように連携をとっているか記入して下さい。

主治医との 連絡方法 (複数回答)	1. 電話 4. 電子メール	2. FAX 5. 対面	3. 郵送
過去3か月に 実施したもの (複数回答)	1. 多機関とのケア会議 (多機関とのサービス調整、連携) 2. ケースカンファレンス (ケアの内容に関する検討) 3. その他 () 4. なし		
連携機関 (複数回答)	1. 病院 2. 診療所 3. 他機関の訪問看護ステーション 4. 保健所 5. 市区町村 6. 基幹相談支援センター 7. 障害福祉サービス事業所 8. 地域包括支援センター 9. その他 (具体的に:)		
連携職種 (複数回答)	1. 医師 2. 看護師 3. 保健師 4. 精神保健福祉士 5. デイケア等職員 6. 相談支援専門員 7. 介護支援専門員 8. ヘルパー 9. 障害福祉サービス事業所職員 10. その他 ()		

*** 以上でアンケートは終わりです。長時間、ご協力ありがとうございました***
記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認ください。

問2 利用者の訪問看護の利用状況について、あてはまるものを選んで下さい。

訪問看護指示書の内容 (複数回答可)	1. 生活リズムの確立 2. 家事能力、社会技能等の獲得 3. 対人関係の改善(家族含む) 4. 社会資源活用の支援 5. 薬物療法継続への援助 6. 身体合併症の発症・悪化の防止 7. その他()
訪問看護の利用期間	1. 3か月未満 2. 半年未満 3. 1年未満 4. 1~2年未満 5. 2~5年未満 6. 5~10年未満 7. 10年以上
訪問頻度	1. 月1回 2. 月2~3回 3. 週1回 4. 週2~3回 5. 週4回以上
滞在時間	1) 過去1ヵ月の平均的な滞在時間: _____分 2) 30分未満の滞在 1. あり(理由:) 2. なし 3) 90分以上の滞在 1. あり(理由:) 2. なし
訪問看護計画の見直し	1. 毎週 2. 月に1回 3. 2~3か月に1回 4. 半年に1回 5. その他()

問3 直近の訪問について、記入して下さい。

加算算定の有無	1. 複数名精神科訪問看護加算 2. 精神科重症患者支援管理連携加算 3. 24時間対応体制加算 4. 精神科複数回訪問加算 5. その他()
複数名訪問の有無	1. あり 2. なし
複数名訪問を実施した時に同行した職種	
1人目	1. 保健師 2. 看護師 3. 准看護師 4. 精神科認定看護師 5. 精神看護専門看護師 6. 精神保健福祉士 7. 作業療法士 8. 看護補助者 9. その他()
2人目	1. 保健師 2. 看護師 3. 准看護師 4. 精神科認定看護師 5. 精神看護専門看護師 6. 精神保健福祉士 7. 作業療法士 8. 看護補助者 9. その他()
	同伴に選んだ理由

問6 この利用者について、他機関とどのように連携をとっているか記入して下さい。

主治医との 連絡方法 (複数回答)	1. 電話 2. FAX 3. 郵送 4. 電子メール 5. 対面
過去3か月に 実施したもの (複数回答)	1. 多機関とのケア会議 (多機関とのサービス調整、連携) 2. ケースカンファレンス (ケアの内容に関する検討) 3. その他 () 4. なし
連携機関 (複数回答)	1. 病院 2. 診療所 3. 他機関の訪問看護ステーション 4. 保健所 5. 市区町村 6. 基幹相談支援センター 7. 障害福祉サービス事業所 8. 地域包括支援センター 9. その他 (具体的に:)
連携職種 (複数回答)	1. 医師 2. 看護師 3. 保健師 4. 精神保健福祉士 5. デイケア等職員 6. 相談支援専門員 7. 介護支援専門員 8. ヘルパー 9. 障害福祉サービス事業所職員 10. その他 ()

*** 以上でアンケートは終わりです。長時間、ご協力ありがとうございました ***
記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認ください。

精神科訪問看護における実態調査

【精神科訪問看護利用者（ステーション）】

問1 あなたが利用しているステーションの所在地（都道府県名）を記入して下さい。

所在地（都道府県名）	
------------	--

問2 訪問看護をどのくらいの期間、利用していますか。あてはまる番号に○をつけて下さい。

(○印はひとつ)

- | | | | |
|------------|----------|-----------|-----------|
| 1. 半年未満 | 2. 1年未満 | 3. 1~2年未満 | 4. 2~5年未満 |
| 5. 5~10年未満 | 6. 10年以上 | | |

問3 利用する訪問看護ステーションを変更したことはありますか。(○印はひとつ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

↓

SQ. 「はい」と回答した方に伺います。今のステーションは何か所目ですか。また、変更した理由は何ですか。

	か所目
--	-----

■変更した理由（具体的に教えてください。）

問4 この1年間で、いつもの定期的な訪問以外の電話での相談、訪問看護を利用したことがありますか。(○印はそれぞれひとつ)

また、利用したことがある方は、どのような時に利用しましたか。

- | | |
|-----------|--------------|
| 1) 電話での相談 | 1. 利用したことがある |
| | 2. 利用したことが無い |

■利用したことがある方は、どのような時に利用したか、具体的に記載して下さい。

- | | |
|------------|--------------|
| 2) 臨時の訪問看護 | 1. 利用したことがある |
| | 2. 利用したことが無い |

■利用したことがある方は、どのような時に利用したか、具体的に記載して下さい。

ウラ（2頁目）にも質問があります。忘れずにご記入ください。

問5 訪問看護であなたが受けているサービスはどのようなことですか。あてはまる番号すべてに○印をつけて下さい。(○印はいくつでも)

1. 日常生活(食事、洗濯、掃除、活動など)に関する手伝い
2. 趣味や楽しみに関する手伝い
3. 住まい(家探し、大家さんとの交渉など)に関する手伝い
4. 仕事や学校に関する手伝い
5. 電車やバス、銀行・役所などの利用の仕方に関する手伝い
6. 社会資源(デイケア、作業所等)の利用に関する手伝い
7. こころのケア(今の気持ち等を聞いてもらう。症状や治療、通院に関する相談・支援)
8. からだのケア(血圧測定、注射、便秘などの体調不良に関すること)
9. 服薬に関する手伝い
10. あなたを力づける支援(心配ごとを聞く、あなたの自信を高める)
11. 人(家族、医療者、近所)とのつきあいに関する手伝い
12. あなたのご家族に対する支援(話を聞く、相談にのる)

問6 あなたは、利用している訪問看護にどのくらい満足していますか。あてはまるものに○をつけて下さい。(○印はひとつ)

【ここでのあなたの回答が、今後の不利益になることはありません。】

1. 大変満足している
2. 満足している
3. どちらともいえない
4. 不満である
5. 大変不満である

■そのお気持ちや理由を記入して下さい。

(例.何でも相談できる もっと親身になってほしい など)

問7 訪問看護に「もっとこうだったらいいな」など、今後に期待することは何でしょうか。自由に記入して下さい

*** 以上でアンケートは終わりです。長時間、ご協力ありがとうございました***

記入が済みましたら……

- ①記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認下さい。
- ②名前や住所を書かずにアンケート用紙を封筒に入れ、のり付けして下さい。
- ③10月23日(金)までに^{ようかん}ご投函くださいますようお願いいたします。

精神科訪問看護における実態調査

【精神科訪問看護利用者（病院）】

問1 あなたが利用している病院の所在地（都道府県名）を記入して下さい。

所在地（都道府県名）	
------------	--

問2 訪問看護をどのくらいの期間、利用していますか。あてはまる番号に○をつけて下さい。

（○印はひとつ）

1. 半年未満	2. 1年未満	3. 1～2年未満	4. 2～5年未満
5. 5～10年未満	6. 10年以上		

問3 この1年間で、いつもの定期的な訪問以外の電話での相談、訪問看護を利用したことがありますか。（○印はそれぞれひとつ）

また、利用したことがある方は、どのような時に利用しましたか。

1) 電話での相談	1. 利用したことがある 2. 利用したことが無い
■利用したことがある方は、どのような時に利用したか、具体的に記載して下さい。	
2) 臨時の訪問看護	1. 利用したことがある 2. 利用したことが無い
■利用したことがある方は、どのような時に利用したか、具体的に記載して下さい。	

ウラ（2頁目）にも質問があります。忘れずにご記入下さい。

問4 訪問看護であなたが受けているサービスはどのようなことですか。あてはまる番号すべてに○印をつけて下さい。(○印はいくつでも)

1. 日常生活(食事、洗濯、掃除、活動など)に関する手伝い
2. 趣味や楽しみに関する手伝い
3. 住まい(家探し、大家さんとの交渉など)に関する手伝い
4. 仕事や学校に関する手伝い
5. 電車やバス、銀行・役所などの利用の仕方に関する手伝い
6. 社会資源(デイケア、作業所等)の利用に関する手伝い
7. こころのケア(今の気持ち等を聞いてもらう。症状や治療、通院に関する相談・支援)
8. からだのケア(血圧測定、注射、便秘などの体調不良に関すること)
9. 服薬に関する手伝い
10. あなたを力づける支援(心配ごとを聞く、あなたの自信を高める)
11. 人(家族、医療者、近所)とのつきあいに関する手伝い
12. あなたのご家族に対する支援(話を聞く、相談にのる)

問5 あなたは、利用している訪問看護にどのくらい満足していますか。あてはまるものに○印をつけて下さい。(○印はひとつ)

【ここでのあなたの回答が、今後の不利益になることはありません。】

- | | | |
|-------------|------------|--------------|
| 1. 大変満足している | 2. 満足している | 3. どちらともいえない |
| 4. 不満である | 5. 大変不満である | |

■そのお気持ちや理由をご記入ください

(例.何でも相談できる もっと親身になってほしい など)

問6 訪問看護に「もっとこうだったらいいな」など、今後に期待することは何でしょうか。自由に記入して下さい。

*** 以上でアンケートは終わりです。長時間、ご協力ありがとうございました***

記入が済みましたら……

- ①記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認下さい。
- ②名前や住所を書かずにアンケート用紙を封筒に入れ、のり付けして下さい。
- ③10月23日(金)までにご投函^{ようかん}くださいますようお願いいたします。

厚生労働省 令和2年度 障害者総合福祉推進事業
精神科訪問看護に係る実態及び精神障害にも対応した
地域包括ケアシステムにおける役割に関する調査研究
報告書

令和3年3月
一般社団法人日本精神科看護協会
〒108-0075東京都港区港南2-12-33品川チャンネルビル7階
TEL 03-5796-7033