

特集 看護学

原著論文

精神科訪問看護師が見る統合失調症患者の再発徴候

大山一志*・藤井博英**

要旨：統合失調症患者における精神科訪問看護の目的の一つに、再発兆候の早期発見が重要な要素とされている。本研究では精神科訪問看護に携わる看護師が、統合失調症患者の再発兆候をどのようなところで観察し、捉えているかを明らかにするべく看護師への聞き取り調査を行った。結果、精神科訪問看護に携わる看護師は、統合失調症患者の病状悪化に、【生活様式の逸脱】【病的体験の増悪】【治療意欲の低下】【コミュニケーションの変調】が伴うことを経験的に体得しており、これらの局面から再発兆候をモニタリングしていた。

キーワード：統合失調症，精神科訪問看護，再発徴候

Early Signs of Relapse in Schizophrenia : Interview Surveys of Home Health Psychiatric Nurses

Hitoshi OYAMA* and Hirohide FUJII**

Abstract: The early detection of relapse in patients with schizophrenia is considered an important objective for psychiatric nurses doing home health visits. In this study, interview surveys of home health psychiatric nurses were conducted to elucidate what they watched for when monitoring these patients for signs of relapse. The results showed that when monitoring for deteriorating health, through experience, they had learned to watch for deviations from usual lifestyle patterns, worsening of patient pathological experience, loss of interest in treatment, and abnormal communication.

Keywords: Schizophrenia, Home health psychiatric nurses, Signs of relapse

* 日本赤十字秋田看護大学
Japanese Red Cross Akita College of Nursing

** 東京情報大学 看護学部
Faculty of Nursing, Tokyo University of Information Sciences

2017年9月19日受付
2018年1月23日受理

1. 緒 言

昨今、我が国の精神保健医療福祉政策は、2002年12月に答申された社会保障審議会障害者部会精神障害分会の報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」[1]を皮切りに、2004年9月の厚生労働省精神保健福祉対策本部による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」[2]、2004年10月の厚生労働省障害保健福祉部による「今後の障害保健福祉施策について」[3]と通次施策が打ち出され、入院中心から地域生活中心へと明確に転換した。

これらは、我が国の精神医療における、受け入れ条件が整えば退院可能な7万人について、精神病床の機能分化、地域支援体制の強化等、立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化により、地域への移行を図るものである。

これまで、精神障害者の地域生活を支える基軸となってきたケアシステムの一つに精神科訪問看護がある。我が国における精神科訪問看護は、1970年代より看護職らによって行われてきた長い歴史をもち、精神科訪問看護の利用者も年々増加し（櫻井1993）[4]、（武内1996）[5]、（高田・澤1998）[6]、（日本訪問看護振興財団2004, 2005）[7][8]、精神障害者の地域生活を支える上での有効なケアとなっている。

とりわけ精神障害者の中でも、統合失調症は慢性的な経過をたどり、症状の陳旧化による生活技能の低下や社会性の低下を残すことから、精神科訪問看護の対象者となることが多い。いわば、地域で暮らす統合失調症患者は、病状の管理、服薬の継続、食生活の維持、金銭管理、家族や近隣との付き合い等、数多くの生活のしづらさを抱えることから（臺1984）[9]、生活に最も近寄ることのできる精神科訪問看護は、今や地域で暮らす統合失調症患者の生活を支える上で欠くことのできないものとなっている。

また、精神科訪問看護は、再発予防、在院日数の短縮、入院回数の減少の効果も認めており（右京ら1996）[10]、（緒方ら1997）[11]、（萱間ら2005）[12]、精神医療が入院中心から地域ケアへと変遷が求められる現在、回転ドア現象〔注1〕を低減する手立ての一つとなってくることが言える。

しかし、精神科訪問看護におけるこれまでの先行研究を概観してみると、その援助内容は徐々に明ら

かとなっているものの極めて少ない数であり（萱間1999）[13]、（安田ら2000）[14]、（川口ら2004）[15]、（藤井ら2005）[16]、精神科訪問看護は手探り状態であるとの指摘もある（渡辺2000）[17]。また、これまでの報告の大半は、事例研究の積み重ねであり（久山1994）[18]、（林1995）[19]、（藤本1995）[20]、（川越同仁会病院二病棟スタッフ一同1995）[21]、（谷藤1999）[22]、精神科訪問看護は、そこに携わる看護師個人の経験知によって収斂されてきた感がある。いわば、精神科訪問看護は、利用者が増加しつつある精神科医療の実情にあって、その質を保証する一定のケア技術が構築されていないのが事実である。

殊に統合失調症患者における精神科訪問看護では、悪化の兆候の巧みな察知といった症状モニタリングが看護ケアの重要な要素とされ（萱間1999）[13]、症状が完全に悪化する以前に発見し、入院期間を短期間に留めることが訪問看護の役割の一つであるとされている（右京ら1996）[10]。いわば、統合失調症患者の地域生活の維持には、再発兆候の早期発見、早期の介入による再発防止が重要な鍵となる。しかし、これまでの統合失調症患者の再発予測については、臺（1984）[9]、江熊（1974）[23]、宇内（1984）[24]、Herz（1980）[25]、中込ら（1986）[26]、大悟法（1992）[27]、堀（1994）[28]らなどによって報告されてはいるものの、いずれも精神医学的な見地に基づくものであり、看護学的な見地から系統的に示された報告は皆無に等しく、看護実践に用いるだけの具体的な実践的知識を示した先行研究は見当たらない。

そこで本研究では、統合失調症患者の精神科訪問看護において、看護師が統合失調症患者の再発兆候をどのようなところから観察しているのか、この領域における熟練看護師が用いる実践的知識からその実態を明らかにすることとした。

2. 研究方法

（1）研究デザイン

半構造化面接による質的記述的研究

（2）研究対象者の選定条件

1）精神科を標榜し、訪問看護を提供する医療機関

の訪問看護部門、あるいは精神科を標榜する病院が母体となって開設された訪問看護ステーションに従事する看護師で、部門もしくは施設における管理者の紹介のもと、研究者自身による選定ならびに依頼の上、本研究協力に同意が得られた者。対象者の選定基準は、現在精神科訪問看護に携わっており、精神科訪問看護を含むこの領域での経験年数が6年以上の看護師。

- 2) 看護師の経験年数については、Benner (1984) [29] が述べる「技能習得に関するドレイファスモデル」を基に、経験年数6年以上の者とした。「技能習得に関するドレイファスモデルの看護への適用」によると、最上位に達人レベルが述べられており、その下位の段階である中堅レベルで3～5年相当とされていることから、本研究では6年以上の経験年数を対象者とする事とした。

(3) データ収集期間

2006年8月～2009年11月

(4) 研究対象者への依頼方法

A県下において精神科を標榜し、訪問看護を提供する医療機関、あるいは精神科を標榜する病院が母体となって開設された訪問看護ステーションの部門もしくは施設の管理者を訪問し、口頭及び文書にて、研究対象者の紹介依頼並びに本研究の目的、方法、内容、対象者の選定条件を明記した研究計画書及び倫理に関する説明を行い、本研究の対象条件に該当する看護師の紹介を受ける。その上で、研究者自身が対象となる看護師を選定し、対象となる看護師に対しては、研究者自ら問い合わせを行い、了解が得られた際は、直接対象者のもとを訪れ、口頭および文書にて、協力依頼ならびに本研究の目的、方法、内容、対象者の選定条件を明記した研究計画書及び倫理に関する説明を行う。対象となる看護師が、十分な理解と納得を受けた上で、本研究協力の可否を確認する。また、承諾の得られた看護師には、後日あらためて連絡をとり、日時を相談した上で、インタビューを実施することを伝える。

(5) データ収集の方法

研究対象者には、作成したインタビューガイドを用いて半構造化面接を実施した。インタビューにあたっては、対象者が所属する施設の面談室や会議室等の個室を使用し、プライバシーの確保に努めた。インタビューの内容は、対象者の同意を得てICレコーダーへ録音した。インタビュー内容は、対象者の基本情報（性別、年齢、精神科訪問看護の経験年数、精神科領域での経験年数、訪問看護の実施形態）並びに統合失調症患者における症状モニタリングの内容、①訪問看護において、統合失調症患者の再発兆候をどのようなところから察知しているか、②これまでのどのような実践経験にもとづき、再発徴候を察知しているか、とした。

(6) 分析方法

調査で得られたデータを基に逐語録を起し、Krippendorff (1980) [30] の内容分析の手法を基に以下の手順で分析した。①逐語記録の中から統合失調症患者の再発兆候をどのようなところからモニタリングしているか、また、どのような実践経験に基づき再発兆候をモニタリングしているかについて述べている箇所を、意味を損なわないように1意味単位で全て抽出し素データとした。②素データとして抽出したものを、分析フォームを用い文脈的背景を考慮しつつ、意味内容を付しながらコードを生成した。③生成したコードをもとに、意味内容の類似性と差異性に従いコードの下位集合体を生成し、サブカテゴリーとした。サブカテゴリーの生成とネーミングにあたっては、類似性のあるコードの集合体ができる度にネーミングし、そのネーミングに該当するコードの存在の有無をその都度確認しながら、次の集合体の生成に進むということを反復しつつ、収束するサブカテゴリーを生成した。④生成されたサブカテゴリーをもとに、意味内容の類似性と差異性に従いサブカテゴリーの下位集合体を生成し、カテゴリーとした。カテゴリーの生成とネーミングにあたっては、サブカテゴリー生成と同様の手法を用いた。⑤分析過程においては、14年教育経験と10年の精神科臨床経験を有する精神保健学領域教員並びに臨床経験13年の臨床経験を有する質的研究の見識者にスーパーバイズを受け、信頼性・妥当性を高めた。また、分析段階における意味内容についての

疑問を生じた際は研究対象者に随時確認し、真実性を確保した。

3. 用語の操作上の定義

(1) 症状モニタリング

本研究での症状モニタリングとは、精神科訪問看護における統合失調症患者の再発兆候に対する看護師の継続的な観察行為とした。

(2) 再発兆候

統合失調症の再発には、何らかの前駆症状や微小再燃を伴うことが知られている (Herz and Melville 1980) [25]、(中込ら 1986) [26]、(臺 1991) [31]。一般的には、完全な精神病状態に陥り、社会生活の障害を来して医療を要するような状況が再発と呼ばれており、本研究における再発兆候とは、再発に先行する患者の病態変化とした。

(3) 実践的知識

Benner (1984) [29] の述べる実践的知識に基づき、本研究では、実際の臨床経験あるいは訪問看護の実践経験で直接身についた現存の知識。理論的知識とは反対物。

4. 倫理的配慮

対象者に対しては本研究の目的・方法・内容について口頭および文書での説明を行うとともに、研究への参加、協力は自由意思に基づくものであり、いつでも中止撤回しても構わないこと、中止撤回した場合でも、それにより不利益を被ることがないこと、プライバシーを守り守秘義務を厳守すること、研究結果を公表する場合は匿名性を確保することについて説明し、同意書への自筆の署名をもって研究協力の承諾を得た。なお、本研究は青森県立保健大学倫理委員会での承認（承認番号0654）を受けた後に開始した。

5. 結 果

(1) 対象者の概要

インタビュー対象者の概要の一覧を表1に示す。インタビュー対象者は、20代から50代の看護師総計9名（男性2名、女性7名）で、精神科訪問看護の経験年数は平均 3.9 ± 2.4 年であった。また、精神科領域（精神科訪問看護を含む）での経験年数は平均 15.1 ± 5.3 年であった。訪問看護の実施形態については、外来部門のみが実施する外来型が5名、訪問看護のみを専従とする訪問看護室型が1名、外来部門並びに訪問看護室が共同し実施する外来兼訪問看護

表1 対象者の概要

ID	性 別	年 代	精神科訪問看護 の経験年数	精神科領域での経験 年数（精神科訪問看護 を含む）	訪問看護の実施形態	インタビュー 時間
A	男 性	30代	3年6ヶ月	14年4ヶ月	外来型	87分
B	女 性	40代	2年5ヶ月	10年5ヶ月	訪問看護室型	64分
C	女 性	40代	3年6ヶ月	21年6ヶ月	外来型	80分
D	女 性	50代	1年5ヶ月	22年	ステーション型	43分
E	女 性	20代	3年	11年	外来兼訪問看護室型	57分
F	女 性	50代	3年	8年	外来兼訪問看護室型	54分
G	女 性	50代	10年	20年	外来型	62分
H	男 性	40代	4年	18年	外来型	41分
I	女 性	50代	4年	11年	外来型	70分

室型が2名、精神病院が母体となる訪問看護ステーションのステーション型が1名であった。インタビュー時間は41分～87分（平均時間62分）であった。

(2) 精神科訪問看護における症状モニタリングの導出

インタビュー内容の分析の結果、精神科訪問看護師の症状モニタリングにおける意味内容の異なる158のコード、22のサブカテゴリー、4つのカテゴリー；【生活様式の逸脱】【病的体験の悪化】【コミュニケーションの変調】【治療意欲の低下】が導出された（表2参照）。つまり、看護師らは、統合失調

症患者が示すこれらの出現をもって再発兆候を察知していた。

以下に、それぞれのカテゴリー、およびカテゴリーを構成するサブカテゴリーと、サブカテゴリーを構成する特徴的なコードと幾つかの素データを抜粋して述べる。なお、【 】はカテゴリー、『 』はサブカテゴリー、〈 〉は意味内容を表すコードとして、「 」はコードを構成する素データとして、（ ）は内容を補足するための加筆として本研究では用いる。

表2 精神科訪問看護における症状モニタリングに関するカテゴリー

カテゴリー名	サブカテゴリー名	コード数
生活様式の逸脱	通常的生活様式の喪失	66
	金銭の浪費・奢侈の出現	
	喫煙量の増加	
	食生活の乱れ	
	生活空間の限局	
	普段と異なる不調和な服装	
	化粧の仕方の変化	
	睡眠状態の悪化	
病的体験の悪化	清潔観念の喪失	33
	病的体験への没入を示す振る舞い	
	病的体験の増悪で出現する事象	
	病的体験への没入を示す住環境	
治療意欲の低下	病態変化を包み隠す振る舞い	30
	服薬怠惰を包み隠す振る舞い	
	服薬怠惰を示す生活状況	
	継続治療の回避・拒絶	
コミュニケーションの変調	看護師の来訪を拒否する態度	29
	看護介入を退ける態度	
	粗暴・峻烈な言動の出現	
	声の調子の変化	
コミュニケーションの変調	会話の交替性・連続性の喪失	29
	普段と異なる表情	
4 カテゴリー	22 サブカテゴリー	計 158

1) 【生活様式の逸脱】

このカテゴリーは、『通常の生活様式の喪失』『金銭の浪費・奢侈の出現』『喫煙量の増加』『食生活の乱れ』『生活空間の限局』『普段と異なる不調和な服装』『化粧の仕方の変化』『睡眠状態の悪化』『清潔観念の喪失』の9つのサブカテゴリーで構成される。

『通常の生活様式の喪失』は、〈裸での食事〉〈全く異なった電化製品の使用〉〈羞恥心の欠落を表す各部屋の露呈〉〈看護師への配慮の欠落〉〈他者から伝わる過介入・過干渉〉〈普段と異なり敷かれたままの布団〉〈生活リズムの変調を表す雑然とした寢床〉等のコードから構成される。〈全く異なった電化製品の使用〉とは、「洗濯機の中に食べた空の食器を入れっぱなしに…」との意見を表し、〈看護師への配慮の欠落〉とは、「どうぞと招かれたところに座んですけども、その辺が汚れていると…いつもはそこだけでも拭いてくれたりしている人が、それが出来なくなったりとか…」との意見を表す。

『金銭の浪費・奢侈の出現』は、〈後先考えない金銭の浪費〉〈浪費・奢侈を尽くした生活ぶり〉〈家族への金銭要求の頻度の増加〉等のコードから構成される。〈浪費・奢侈を尽くした生活ぶり〉とは、「昨日あの人から奢られたとか、最近金遣い荒いやとかという他の人からの情報が入り始める」との意見を表す。

『喫煙量の増加』は、〈会話中の喫煙量の増加〉〈本人談・灰皿の状況が示す喫煙量の増加〉のコードから構成される。

『食生活の乱れ』は、〈調理の怠惰による買い食いの頻発〉〈自炊の怠惰による食事量の減少〉〈買出しの停滞による食生活の乱れ〉〈室内からの食事の痕跡の消失〉〈摂取されずに冷蔵庫に残る惣菜〉等のコードから構成される。〈買出しの停滞による食生活の乱れ〉とは、「買い物にもなかなか行けなくなって、惣菜とか買って食べていた人がインスタントもので済ませてしまっ…」との意見を表し、〈摂取されずに冷蔵庫に残る惣菜〉とは、「(惣菜の)パックをいつも買って置いている人が、冷蔵庫にそのまま入っていたり、食べるところまでいかなかったり…」との意見を表す。

『生活空間の限局』は、〈寢床周辺に限局した生活状況〉〈外出・買い物の停滞〉〈外出の停滞に伴う身辺周辺の汚れ〉のコードから構成される。〈寢床周

辺に限局した生活状況〉とは、「布団の中でお菓子食べているとか、食べかすがあって、布団周りで生活している感じ、ジュース置いて灰皿置いて、そこだけのスペースで…」との意見を表し、〈外出の停滞に伴う身辺周辺の汚れ〉とは、「(外出できなくなると)身なりとかも汚くなって、風呂にも行かなくなりますし、家の中(の汚れ)も…」との意見を表す。

『普段と異なる不調和な服装』は、〈普段と比べて地味な服装〉〈普段と異なり不調和な服装〉〈普段に比べて艶やかな服装〉〈普段と異なり季節感のない服装〉のコードから構成される。〈普段と異なり不調和な服装〉とは、「いつもはバランスよく着ているのに、コーディネートっていいですか、全身白づくめになっていたり…」といった意見を表し、〈普段と異なり季節感のない服装〉とは、「暑いときに長袖着ていたりってことはありますね。季節感っていいですか…」といった意見を表す。

『化粧の仕方の変化』は、〈化粧が疎かになる〉〈化粧が濃くなる〉〈見た目にわかる不揃いな化粧〉等のコードから構成される。〈化粧が疎かになる〉とは、「女の人であれば、身だしなみがちゃんとやれてないとか、化粧してないとかですね。」といった意見を表し、〈見た目にわかる不揃いな化粧〉とは、「化粧がうまくできなくなりますね。はみ出してしまったりとか、バランス考えながらやれないで、いつもの化粧じゃないっていうのが…」といった意見を表す。

『睡眠状態の悪化』は、〈寝不足に伴う注意散漫と会話の交替性の喪失〉〈眠れていない顔つき〉〈不眠を表す多量の頓服薬の空袋〉〈寝不足に伴う清掃怠惰と室内の汚れ〉〈家族から伝わる睡眠状態の乱れ〉等のコードから構成される。〈寝不足に伴う注意散漫と会話の交替性の喪失〉とは、「眠っていないと会話について来られない。全然違う答えを出したりとか、ずっと考えていたりとか…」といった意見を表す。〈眠れていない顔つき〉とは、「不眠が続く人って目の下にくまつく。そこまでいってればかなり悪い」「(眠っていないと)眼がぎらぎらする。寝てないっていうのがはっきり…」といった意見を表す。〈不眠を表す多量の頓服薬の空袋〉とは、「不眠の人って、ゴミ箱の中に不眠時薬が結構捨てられていて…」といった意見を表し、〈寝不足に伴う清掃怠惰と室内の汚れ〉とは、「体が億劫とか、睡眠

状態が悪くなってくると、台所が汚くなってきたりもします…」といった意見を表す。

『清潔観念の喪失』は、〈ゴミ分別の欠落を示す室内〉〈掃除の欠落を示す部屋の埃・汚れ〉〈掃除・後片付けの欠落を示す雑然とした室内〉〈後始末の怠惰を表す流しの食器類の放置〉〈処理されずに放置された残飯〉〈清掃箇所の限局を表すトイレの汚れ〉〈見た目にわかる不衛生な身だしなみ〉〈洗濯の怠惰を表す汚れた衣類の着用〉〈洗濯の怠惰を表す変わらない衣類の着用〉〈洗濯の怠惰を表す室内に干された洗濯物の変色〉〈洗濯の怠惰を表す洗濯物ものが干されていない室内〉等のコードから構成される。〈ゴミ分別の欠落を示す室内〉とは、「ある程度自立している人は、完璧に整理整頓してなくてもゴミの分別はやっているんですよ。それができていない。状態悪くなると一つのゴミ箱に何でも入れますね。」といった意見を表し、〈清掃箇所の限局を表すトイレの汚れ〉とは、「毎日使うトイレが汚いって言うか、ある程度の汚れは分かるんだけど、かなり汚れていても気にならない。状態いいときは（掃除も）やれているんですけど…」といった意見を表す。〈見た目にわかる不衛生な身だしなみ〉とは、「訪問看護の日にはわりと皆さん状態いいと綺麗にして下さってるんですね。（状態悪くなると）どうしても身だしなみもちゃんと整えられていないまま出迎えてくれたりとか…」といった意見を表し、〈洗濯の怠惰を表す変わらない衣類の着用〉とは、「洗濯が遠くなります。する回数が…。ただ同じものをずっと着ていたりとか…」といった意見を表す。〈洗濯の怠惰を表す室内に干された洗濯物の変色〉とは、「ほしてあるバスタオルなんかが、ずっと洗ってないんだろうなっていうくらい黒くなったりとかしますね。」といった意見を表し、〈洗濯の怠惰を表す洗濯物ものが干されていない室内〉とは、「（訪問に行くと、）洗濯物がいつも干してあるのに干してなかったり、洗濯ができていなかったり…」といった意見を表す。

看護師らは統合失調症患者各々の生活様式、喫煙、金銭、食事、生活空間、服装、睡眠、清潔等の日常生活上の変化からモニタリングを行っていた。すなわち、訪問看護師らは日頃の訪問看護を通して知り得た統合失調症患者各々の生活様式、あるいは社会生活を遂行する上での最低限度の常識的行動を

規範とし、その変化を巧みに察知していた。

2) 【病的体験の悪化】

このカテゴリは、『病的体験への没入を示す振る舞い』『病的体験の悪化で出現する事象』『病的体験への没入を示す住環境』『病態変化を包み隠す振る舞い』の4つのサブカテゴリから構成される。

『病的体験への没入を示す振る舞い』は、〈宅配弁当のみへ生じる不信感の出現〉〈新たに付加された病的体験の出現〉〈病的体験の悪化に伴い声を潜める〉〈病的体験の悪化に伴う自宅への訪問拒否〉〈病的体験に伴う期限切れの食品処分の拒否〉〈病的体験への没入を表す仕草の出現〉〈テレビへ向けられる言動〉〈病的体験への没入に伴う来訪時の応答の消失〉〈隣人に対する恐怖感を表す言動の出現〉等のコードから構成される。〈病的体験の悪化に伴う自宅への訪問拒否〉とは、「家に行くと電波もくるし、下の階の人が会話を録音して裁判に掛けるっていうふうに、だから役所のロビーを本人が指定して、そこだったら訪問看護受けてもいいって…」といった意見を表し、〈新たに付加された病的体験の出現〉とは、「その人のもともともっている妄想内容とか、ある程度把握して行ってるんですが、それプラスいつもよりエスカレートしているとかですね…」といった意見を表し、〈病的体験への没入に伴う来訪時の応答の消失〉とは、「ノックしても返事がこなくてこなかったり、のぞき見ると靴はちゃんとあったり、出て来れない時は怖い怖いって蹲っていたり…」といった意見を表す。

『病的体験の悪化で出現する事象』は、〈他部署者から伝わる病的体験の出現〉〈家族から伝わる病的体験の悪化〉〈他部署から伝わる医療者に対する逸脱した言動〉〈家族に対する易怒的言動の出現〉〈大家から伝わる地域住民からの苦情〉〈他入居者から伝わる叫号〉〈病的体験の悪化・支配に伴う苦痛言動〉等のコードから構成される。〈他入居者から伝わる叫号〉とは、「長屋に何人か患者さんが（住んで）いることが多いので、患者さん同士っていうのは皆さん知っているので、訪問に行けば誰それが夕べ叫んでいたとか…」といった意見を表し、〈病的体験の悪化・支配に伴う苦痛言動〉とは、「幻聴とか妄想があったりすると、自分が命令されたり、操られるって言う患者さんがあるんだけど、そう

いう自分がいやだって訴えてきて…」といった意見を表す。

『病的体験への没入を示す住環境』は、〈病的体験を遮断しようとする新聞紙で覆われた換気扇〉〈病的体験を遮断しようとする覆われたテレビ〉〈病的体験の悪化に伴い破壊されたストーブ〉〈病的体験を遮断しようとする閉ざされた仏壇〉〈病的体験の悪化を示すビニールで覆われた壁〉〈病状の悪化を表す閉め切った住環境〉等のコードから構成される。〈病的体験を遮断しようとする新聞紙で覆われた換気扇〉とは、「換気扇に新聞紙貼ってみたりとか、外から何か入ってくるとか、そこから見られてる感じがするとか…」といった意見を表し、〈病状の悪化を表す閉め切った住環境〉とは、「暑い日でも窓とか全部閉め切って。被害的になっている人は、カーテンも閉めっぱなしで、薄暗いじめじめしたところで（訪問看護を）待っていたり…」といった意見を表す。

『病態悪化を包み隠す振る舞い』は、〈病状悪化を悟られたくないがゆえの立ち振る舞い〉〈病状悪化を包み隠す言動〉のコードから構成される。〈病状悪化を悟られたくないがゆえの立ち振る舞い〉とは、「表面的な対応をうまく取り繕って、自分の本当の症状をカモフラージュして…」といった意見を表し、〈病状悪化を包み隠す言動〉とは、「こちらから話しかける前に、向こうのほうから私は大丈夫、ちゃんと薬も飲んでいる、何も心配することはないって、大丈夫を凄い強調して…」といった意見を表す。

看護師らは、統合失調症患者の動作や言動、態度の変化、住環境の変化といった客観的な観察行為、あるいは家族などから得られる間接的な観察情報をもとに、統合失調症患者個々に異なる病的体験の変化を捉えていた。すなわち、訪問看護師らは統合失調症患者各々が元来もつ病態像や生活像を基盤とし、症状モニタリングを行っていた。

3) 【治療意欲の低下】

このカテゴリーは、『服薬怠惰を包み隠す振る舞い』『服薬怠惰を示す生活状況』『継続治療の回避・拒絶』『看護師の来訪を拒否する態度』『看護介入を退ける態度』の5つのサブカテゴリーから構成される。

『服薬怠惰を包み隠す振る舞い』は、〈服薬怠惰を包み隠す言動〉〈服薬怠惰を取り繕う素振り〉〈服薬

怠惰を包み隠す振る舞い〉のコードから構成される。

〈服薬怠惰を包み隠す言動〉とは、「（怠薬していて状態悪い方は、）一方的に話をし、看護師からの話に耳を傾けようとしない」といった意見を表す。〈服薬怠惰を包み隠す振る舞い〉とは、「怠薬していて状態悪い方は、それを隠そうと…話しをしてみると目を見ないで話しをする。」といった意見を表す。

『服薬怠惰を示す生活状況』は、〈内服されずに残る薬包〉〈乱雑な薬包の取り扱い〉〈内服薬の管理方法の喪失〉のコードから構成される。〈乱雑な薬包の取り扱い〉とは、「自分で薬箱作って管理してるんですよ。それが出来なくなって乱雑に散らかってたり、その分ける仕事してなくて、薬帯そのまま…」といった意見を表す。

『継続治療の回避・拒絶』は、〈自身の病気を認めない言動の出現〉〈継続治療への拒絶を表す言動の出現〉〈入院治療に対する批判的言動の出現〉〈服薬治療に対する不信感の表出〉等のコードから構成される。〈自身の病気を認めない言動の出現〉とは、「悪くなれば不思議と全然自分は病気でないって言うんですよね。退院するときは、ある程度は分かってるんだけど、それがすっかり…」といった意見を表し、〈継続治療への拒絶を表す言動の出現〉とは、「病状悪くなると、（訪問看護の回数を）減らしてほしいとか、病院からの治療を阻害していこうというような…」といった意見を表し、〈入院治療に対する批判的言動の出現〉とは、「入院に対しての、あの時は、薬を無理に、無理に飲まされた、無理に入れられたとかがでできますね。」といった意見を表し、〈服薬治療に対する不信感の表出〉とは、「薬に対して、本当は飲みたくないんだ、あんな体が利かなくなる薬…薬に対して怒りっぽくなってきたりとか、そういうのも出てきますし…」といった意見を表す。

『看護師の来訪を拒否する態度』は、〈看護師の来訪・入室を拒否する言動の出現〉〈看護師を嫌厭・疎外する言動の出現〉〈意図的な訪問日の不在〉〈看護師を邪魔にする態度の出現〉等のコードから構成される。〈看護師を邪魔にする態度の出現〉とは、「早く帰れと言わんばかりに、わざと立ってそわそわしたりとか、もう少しすると家の人が来るとかと言って…」「会話しながらも、邪魔っ気にされるような表情、うざいような…本当

は来てほしくはないんだよなっていう表情…」といった意見を表し、〈扉のノックを無視〉とは、「(扉を)ノックして状態悪い方は、1回2回無視される感じで、何回か声掛けするとやっと出てくる感じの人は、おやっと思えるところが…」といった意見を表す。

『看護介入を退ける態度』は、〈看護師からの問い掛けを退ける言動〉〈普段通りの問い掛けに怒る〉〈働きかけに対して怒る〉〈看護行為の嫌厭・阻害〉〈一連の看護行為の一蹴〉〈服薬確認の拒否〉等のコードから構成される。〈普段通りの問い掛けに怒る〉とは、「いつもの会話をこちらは言っているような感じなんだけれども、それなのに怒りやすいとか…」といった意見を表し、〈看護行為の嫌厭・阻害〉とは、「質問すれば、いいんだね(結構です)、いいんだね(結構です)の一点張り、嫌がる…介入されたくない…」といった意見を表す。

看護師らは、訪問看護を通して生じる訪問看護の拒否、あるいは服薬怠惰の出現といったところを症状モニタリングの一つの要素としていた。すなわち、統合失調症患者の地域生活維持継続に欠くことのできない継続治療の意欲に低下をきたしたもので、看護師らは、統合失調症患者各々が示す態度や言動、生活状況から巧みにその出現を察知していた。

4) 【コミュニケーションの変調】

このカテゴリーは、『粗暴・峻烈な言動の出現』『声の調子の変化』『会話の交替性・連続性の喪失』『普段と異なる表情』の4つのサブカテゴリーから構成される。

『粗暴・峻烈な言動の出現』は、〈荒々しい言葉遣いの出現〉〈出迎え時の対応の変化〉〈攻撃的な言動の出現〉〈会話中の峻烈・辛辣な言動の出現〉のコードから構成される。〈出迎え時の対応の変化〉とは、「いつも出迎えてくれるときには柔らかな対応をする方なのに、何か棘のある言い方になってみたりとか…」といった意見を表し、〈会話中の峻烈・辛辣な言動の出現〉とは、「会話しているうちに話している言葉がきつかったり、口調がきつくなったりとか…」といった意見を表す。

『声の調子の変化』は、〈会話中の声の調子の変化〉〈扉をノックして返ってくる声の調子の変化〉のコードから構成される。〈会話中の声の調子の変化〉

とは、「言葉のテンションが違うんですよ。キーが高いというか…」といった意見を表し、〈扉をノックして返ってくる声の調子の変化〉とは、「こんにちはって、ノックするんですけど、はいとか、どうぞとか声掛けてくれるんですが、その声のトーンが違ってたりとか…」といった意見を表す。

『会話の交替性・連続性の喪失』は、〈会話の頻繁な跳躍・逸脱〉〈返答の遅れ・消失による会話の停滞〉〈口数の減少に伴う意思疎通の欠如阻害〉〈繰り返される的外れな返答〉〈繰り返される一辺倒な返答〉〈支離滅裂な会話内容〉〈一方的で交替性を欠く会話〉〈会話の頻繁な途絶〉〈会話への集中力の喪失〉等のコードから構成される。〈会話の頻繁な跳躍・逸脱〉とは、「話していることが違うことに繋がっていったり、話しがどんどん走ってしまう…」といった意見を表し、〈繰り返される一辺倒な返答〉とは、「状態悪い人って、その質問事項に全部“はい”になる。食べてる?“はい”。薬ちゃんと飲んでる?“はい”。何でも“はい”に…」といった意見を表し、〈会話への集中力の喪失〉とは、「こっちの話し聴いていないような感じで、話しをしていてもそわそわして…」といった意見を表す。

『普段と異なる表情』は、〈笑顔の消失〉〈見た目にわかる陰阻な表情〉〈普段と異なる目つき〉〈視線を合わせようとしない眼の動き〉〈威圧的な目つきの出現〉〈看護師との対顔を避ける〉等のコードから構成される。〈見た目にわかる陰阻な表情〉とは、「ドアを開けてパッと見たときの陰しい表情であったり、硬い表情であったり、いつもは穏やかな表情なんですけど…」といった意見を表し、〈普段と異なる目つき〉とは、「(目つきが)らんらん、ぎらぎらとですね。目つきが段々おかしく、それこそ妙にらんらんとして…」といった意見を表す。

看護師らは、来訪初期から統合失調症患者各々が示す、言動、表情、会話の変化を観察していた。すなわち、看護師らは訪問看護で展開されるコミュニケーションの状況から、統合失調症患者各々の言語的・非言語的コミュニケーションの変調を巧みに察知し、症状モニタリングを行っていた。

6. 考 察

精神科訪問看護は、昨今の精神保健医療福祉施策の転換に伴い急激に拡大しつつある。その一方で訪問看護ステーションにおける精神障害者への訪問看護の実施率は、精神病院に比べて極めて少なく[8]、精神科訪問看護の実施には、看護師の経験的知識が大きく影響することが知れ(中山ら2002)[32]、未だ精神科訪問看護に関する情報が求められている(渡邊ら2005)[33]。また、2005年度訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書[8]の精神科訪問看護の利用者比率を見ると、統合失調症患者が精神障害の中で最も高く、統合失調症患者の地域生活の維持継続に精神科訪問看護の果たすべき役割が大きいことが知れる。

そこで、本研究では精神科訪問看護における統合失調症患者の再発予防に焦点を当て、そこに用いられる精神科訪問看護師の症状モニタリングを導出することを目的に、精神科訪問看護に携わる看護師9名にインタビュー調査を実施し、【生活様式の逸脱】【病的体験の悪化】【コミュニケーションの変調】【治療コンプライアンスの低下】の4のカテゴリーを抽出した。以下に、これらカテゴリーについて若干の考察を加えて報告する。

(1) 生活様式の逸脱

精神科訪問看護師らは、統合失調症患者における、喫煙、金銭管理、食生活、生活空間、服装、清潔、睡眠などの日常生活上の変化をモニタリングしていた。いわば看護師らは、日々の訪問看護を通して知り得た統合失調症患者各々の生活能力あるいは生活特性を基盤とし、その変化を巧みに察知し、症状モニタリングを行っていた。すなわち、看護師らが、統合失調症患者の病状悪化に、生活様式の変化が伴うことを経験的に知覚していたことを示すものである。

元来、統合失調症患者はその障害の特性上、食事の仕方、金銭の扱い、服装の整え方、社会資源の利用の仕方、他者に対する配慮などの生活技術の不得手を抱えていることが知れており(臺1984)[9]、精神科訪問看護は、こうした統合失調症患者の生活能力の維持・向上へ向けての援助を行い、社会生活の維持、社会参加の促進を支援することを目的に展開されるものである(田中2002)[34]。しかしながら、看護師らが得てしてそれらの生活状況をモニ

タリングしていたということは、統合失調症患者の病状悪化には、更なる生活上の変化が伴うことを示すものである。中澤(2002)[35]は、精神障害者のライフスタイルは、症状再燃に伴って、一気に逆転変化するとのことを指摘しており、また、大悟法(1992)[27]の統合失調症患者の再発の状況を示した報告では、病状の悪化を示す症状として、生活の乱れが伴うことを示している。このことから、統合失調症患者の生活様式の変化には病状悪化が伴うことが知れており、看護師らは経験的に生活様式の変化を再発徴候の局面としてモニタリングしていたと考えられる。

また、【生活様式の逸脱】は、『食生活の乱れ』『生活空間の限局』『清潔観念の喪失』等のサブカテゴリーから構成されるが、これらのサブカテゴリーを構成する素データを詳解すると、不眠、外出の停滞、食事あるいは洗濯の怠惰といった内容が含まれている。Herz(1980)[25]の報告によると、統合失調症患者の再発の早期兆候に不眠、食欲不振、集中力低下、交際の狭まり等の非精神病症状の出現が示されている。このことから看護師らは、統合失調症患者の生活様式に影響をきたす特異的症状の出現を併せて観察しており、経験的な意味づけを持って、生活様式の変化をモニタリングしていたと考えられる。

(2) 病的体験の悪化

看護師らは、統合失調症患者の動作言動や態度の変化、住環境の変化といった観察行為から、統合失調症患者個々に生じる病的体験の変化を捉えていた。いわば、訪問看護師らは統合失調症患者本人が元来もつ病態像や生活像を基盤とし、症状モニタリングを行っていた。病的体験の悪化とは、統合失調症の主な症状である幻覚妄想といった陽性症状の出現を意味するもので、統合失調症の特徴的症状である。緒方ら(1996)[36]の統合失調症患者の再発に関する報告によると、再発症状として、陽性症状、陰性症状、問題行動が示されており、中でも陽性症状ならびに非精神病症状の2つが多く、およそ80%を占めていたとの報告をしている。また、大悟法(1992)[27]の統合失調症患者の再発の状況を示した報告では、病状悪化を示す症状に、幻覚、妄想、思考障害が伴うことを示している。このことから、陽性症状の悪化は、再発兆候を端的に示すもの

といえ、看護師らがそれらの出現をモニタリングしていたことが理解される。

しかし、「実際には幻覚妄想をもっている、それがある程度自己コントロールの範囲内であれば、社会生活が充分可能な場合が多い。」とされている(田中 2002)[37]。いわば精神科訪問看護師らは、統合失調症患者が日頃持つ病的体験と病状悪化時の病的体験とは区別して症状モニタリングを行っていたと言える。本調査における看護師らは、訪問看護以外の精神科領域での経験も有しており、いずれの看護師も統合失調症患者各々の病状悪化による入院初期から回復期あるいは退院時の状況に携わっており、統合失調症患者各々の病状悪化時の様相と回復時の様相を知り得ており、また、それを基盤として病的体験の悪化を察知していた。

すなわち、看護師らは、症状モニタリングを行う上での基盤となる病状把握を精神科看護の経験を通して体得しており、精神科訪問看護の実施に精神科看護の経験が影響する所以であると考えられる。

また、『病態変化を包み隠す振る舞い』のサブカテゴリーが示すよう、看護師らは、統合失調症患者の病状を隠そうとする態度を察知し、病的体験の悪化をモニタリングしていた。一般的に統合失調症患者は、かなりの割合で激しい幻覚妄想状態に陥ってその姿を現す。そのため、入院時の統合失調症患者は活発な幻覚妄想体験にのめり込んでおり、入院治療は必ずしも本人の意思にもとづくものではない。いわば、統合失調症患者にとっての入院経験は必ずしも肯定的な記憶とはならない。本調査においても、看護師らは、統合失調症患者らが病状悪化及びそれに伴う入院へ脅威を感じていることを知覚しており、病状を隠す態度が病状悪化を示す兆候であるとしてモニタリングしていた。Herzら (1980)[25]の報告によると、再発を呈した統合失調症患者の70%が自身の前駆症状を認めていたと報告している。すなわち、統合失調症患者の大部分が自身の病状変化を知覚していることが知れ、病状を隠す態度の出現が病状悪化の兆候を示す事象に結びつくものとして理解される。

(3) 治療意欲の低下

看護師らは、訪問看護を通して生じる訪問看護の拒否、あるいは服薬怠惰の出現を病状悪化の兆候と

してモニタリングしていた。つまり、統合失調症患者の地域生活の維持に欠くことのできない継続治療への拒否あるいは中断を示すもので、看護師らは、統合失調症患者の示す態度や言動、生活状況からその出現を察知していた。宇内 (1984)[24]の報告によると、再発に至る統合失調症患者の初期症状の一つに「拒絶」が示されており、また、安田ら (2000)[14]の在宅統合失調症患者が抱える問題を示した報告によると、統合失調症患者の再発の可能性として訪問に対する拒否の態度が示されている。このことから、拒否の態度の出現は、再発兆候を表す一つのモニタリング要素であると考えられる。

一方、精神科訪問看護の目的には、再発予防がその一つとして挙げられているが、統合失調症の再発予防には、これまでの報告からも(堀 1994)[28]、(Hogarty 1974)[38]、(Davis 1980)[39]、(Kane 1987)[40]、(Weiden 1994)[41]、服薬継続が最も重要とされている。いわば、服薬怠惰は後の再発の契機に影響するもので、服薬怠惰が病状悪化を示すものではないとも解釈できる。この点に関しては、畑田ら (1999)[42]も、「維持療法中に服薬中断したために症状悪化が起きたのか、症状悪化により服薬が中断されたのかといった時間の問題も残る。」とこのことを指摘している。また、山田ら (1999)[44]は「思考障害に関連して服薬が不十分となる可能性がある。幻聴や妄想もノンコンプライアンスの要因となる可能性がある。ひきこもりや意欲の低下により、服薬や通院への動機づけがなくなるといったことも起こり得る。」と述べ、統合失調症患者の服薬怠惰に陽性症状ならびに陰性症状が影響することを示唆している。このことから、服薬怠惰の出現は病状悪化の契機として先行する可能性はあり、看護師らは服薬怠惰の出現を病状悪化、すなわち、再発兆候として捉えていたことが理解できる。

(4) コミュニケーションの変調

看護師らは、訪問初期から統合失調症患者本人が示す、言動、表情、会話内容の変化を観察していた。つまり、看護師らは訪問看護で展開されるコミュニケーションから、統合失調症患者各々が示す言語的・非言語的コミュニケーションの変調を察知し、モニタリングを行っていた。いわば看護師らは、言語的・非言語的コミュニケーションを媒体とし、統

合失調症患者の精神状態を査定していたと言える。

また、【コミュニケーションの変調】を構成するサブカテゴリーを詳解すると、『粗暴・峻烈な言動の出現』といったサブカテゴリーを包含しており、看護師らは、このような言動の変化の出現をもって再発兆候をモニタリングしていた。中込ら（1986）[26]の統合失調症患者の再発前後の症状変化を比較した報告によると、再発に至った統合失調症患者では、再発前の1ヶ月および1週間前において、BPRS（Brief Psychiatric Rating Scale：簡易精神症状評価尺度）における「敵意」の評価が高い傾向にあったことを報告している。すなわち、「敵意」とは他者に向けられる感情を示すものであるが、看護者に向けられる粗暴・峻烈な言動は、この「敵意」の高まりを示すものであると言えよう。このことから、看護師らは、『粗暴・峻烈な言動の出現』を再発徴候としてモニタリングしていたと言えよう。

また、『会話の交替性・連続性の喪失』といったサブカテゴリーも抽出されているが、これは統合失調症の特徴的症状である思考障害を表すものであると考えられる。『会話の交替性・連続性の喪失』は、統合失調症患者の思考跳躍、思考途絶、滅裂思考といった思考障害を如実に表すものと言えよう。大悟法（1992）[27]の統合失調症患者の再発の状況を示した報告によると、病状悪化を示す症状に、思考障害の出現を高い割合で認めている。いわば思考障害の出現は、統合失調症患者の病状増悪を示すものと言え、このことから、看護師らが会話内容の変化から再発兆候をモニタリングしていたと考えられる。

（5）看護実践への示唆

本研究は、精神科訪問看護師の症状モニタリングにおける統合失調症患者の再発兆候を明らかにすることを目的としている。いわば、地域に暮らす統合失調症患者の再発を防止するべく、統合失調症患者の再発兆候について訪問看護師の見地から検討したものである。これまで統合失調症患者の再発予測は、臺（1984）[9]、江熊（1974）[23]、宇内（1984）[24]、Herz（1980）[25]、中込ら（1986）[26]、大悟法（1992）[27]、堀（1994）[28]などによって検討されてきているものの、いずれも精神医学的な見地にに基づくものであり、看護学的な見地から系統的に示した報告はなく、藤本（1999）[43]や田中（2002）

[34]といった幾つかの報告から読み取れるまでである。したがって、本研究で導出した【生活様式の逸脱】【病的体験の悪化】【コミュニケーションの変調】【治療意欲の低下】の4つの概念は、精神科訪問看護を展開する上で重要である再発徴候のモニタリング資するものであらうと考える。

また、藤本（1999）[43]や田中（2002）[34]の報告では、統合失調症患者の再発兆候として、「表情」「言動」「行動」「外見」「生活時間」等に変化が生じることを示してはいるものの、これらの変化を観察する上での実践的なモニタリング内容までは言及されていない。いわば本研究では、『粗暴・峻烈な言動の出現』『普段と異なる不調和な服装』『化粧の仕方の変化』『生活空間の限局』等といったサブカテゴリー、さらに下位の〈攻撃的な言動の出現〉〈荒々しい言葉遣いの出現〉〈普段と異なり季節感のない服装〉〈見た目で分かる不揃いな化粧〉〈寢床周辺に限局した生活状況〉といったコードなど、これらにおける具体的なモニタリングの基準まで導出しており、本研究で明らかとなった精神科訪問看護師が行う症状モニタリングは、これらの変化を観察する上での看護師の実践的知識を示したものであると言えよう。

また、本研究における調査過程においては、看護師らの想起する内容は、1症例から複数の再発兆候をモニタリングしていた。訪問初期から察知される【コミュニケーションの変調】から、【生活様式の逸脱】の有無をモニタリングし、さらにコミュニケーションや観察を通して、【病的体験の悪化】や【治療意欲の低下】が出現していないか順を追ってモニタリングしていた。看護師らは察知された兆候が再発の兆候であるか、さらなるモニタリングを通して察知される複数の兆候をもって再発の裏付けを得ていた。いわば、再発兆候のモニタリングにあたっては、一兆候のみで再発を判断するのではなく、導出されたこれらの再発兆候を系統立ててモニタリングしていくことが重要であると言える。

中でも、【生活様式の逸脱】に関するモニタリングにおいては、最も多くの語りが得られており、看護師らが再発の基点として【生活様式の逸脱】を重要視していた。【病的体験の増悪】や【治療意欲の低下】、【コミュニケーションの変調】は、それらに変化を来したとしても、地域生活の継続が可能な場

合もあるが、【生活様式の逸脱】は統合失調症患者の地域生活の維持に直接的に影響するものであり、看護師らがモニタリングを行う上で重要視していたものと考えられる。

また、いずれの看護師においても再発兆候のモニタリングにあたっては、統合失調症患者の日ごろの生活ぶりや精神症状、人間性や行動特性を把握しており、それらと現在の状態を対比しながらモニタリングを行っていた。いわば、再発兆候のモニタリングにあたっては、基盤となる統合失調症患者の普段の生活様式や本人特有の精神症状を知り得た上での展開が重要であると言える。

また、本調査におけるいずれの看護師も、訪問看護以外の精神科領域での経験も有し、その経験から統合失調症患者の病状悪化時の様相から回復までの様相を知り得ていた。こうした精神科領域で培われた経験が統合失調症患者の症状モニタリングを行う上での基盤になっていると言え、中山ら (2002) [32] が言う、精神科看護の経験を持つ看護師のいない訪問看護ステーションにおいて精神障害者への訪問に戸惑いを感じている理由であると考えられる。いわば、精神科経験をもつ看護師がこれらのモニタリングの視点を訪問看護ステーションの看護師へスーパービジョンしていくことが、統合失調症患者をはじめとする精神障害者への訪問看護を充実させていくにあたって重要であると考えられる。

7. 結 論

本研究は、精神科訪問看護師の症状モニタリングにおける統合失調症患者の再発兆候を明らかにすることを目的とし、A県下の精神科訪問看護に携わる9名の看護師にインタビュー調査を実施し、質的帰納的研究法で分析・検討した。その結果、以下の概念が導出された。

- (1) 精神科訪問看護師における統合失調症患者の再発兆候のモニタリングとして、【生活様式の逸脱】【病的体験の悪化】【コミュニケーションの変調】【治療意欲の低下】の4つの概念が導出された。
- (2) 【生活様式の逸脱】【病的体験の悪化】【コミュニケーションの変調】【治療意欲の低下】の再発兆候は、必ずしも単独で出現するものとは言え

ず、看護師らは重複的にこれらの兆候をモニタリングしていた。

- (3) 精神科訪問看護師らは、統合失調症患者各々における元来の人間性や生活様式、あるいは病態像を基盤とする多次元的なモニタリングを展開していた。

8. 本研究の限界と課題

本研究は、A県下といった限局した地域における看護師を対象としており、また、9名の看護師の語りにおける分析といった限界をもち、一般化には再考の余地が残されている。また、再発兆候といった観察段階での知見を示したに過ぎず、その後の判断・介入過程については明らかとしていない。いわば、精神科訪問看護の効果を示す報告からも (右京ら 1996) [10]、(緒方ら 1997) [11]、(萱間ら 2005) [12]、統合失調症患者の病状悪化が必ずしも入院治療に直結しているとは言えず、看護師による何らかの介入があって地域生活が維持されていると考えられる。今後は更なる研究範囲の拡大と判断・介入過程の調査、各カテゴリー間の関係性を調査し、一連のモニタリング機能を構造化していく必要がある。

注 釈

- [注1] 精神医療が入院から地域への移行がすすめられる実状において、精神障害者が地域生活を送る難しさから、退院しても地域生活が維持されず、短期間の内に入退院を繰り返す現象をいう。

引用文献

- [1] 厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害者分会「今後の精神保健医療福祉施策について」, 厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書, (2002) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0411-7g.pdf> (2017.10.16)
- [2] 厚生労働省精神保健福祉対策本部「精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要)」, (2004) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> (2017.10.16)
- [3] 厚生労働省障害保健福祉部「今後の障害保健福祉施策について (改革のグランドデザイン案)」, (2004) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/s1012-4c.html>

- (2017.10.16)
- [4] 櫻井清「精神科訪問看護の現状を語る(2)―実態調査の分析が示すもの―」, 精神科看護, 41, pp.70-102, (1993)
 - [5] 武内広盛「精神科領域の訪問看護 救急医療および身体合併症治療に関する実態と意識」, 精神科看護, 54, pp.91-103, (1996)
 - [6] 高田耕二・澤温「全国の精神科訪問看護の実態調査日精協およびそれ以外の訪問看護ステーションの実態調査」, 日本精神病院協会雑誌, 17, pp.299-312, (1998)
 - [7] 日本訪問看護振興財団「訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書」, 平成15年度, p.144, (2004)
 - [8] 日本訪問看護振興財団「訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書」, 2005年度, pp.157-161, (2006)
 - [9] 臺弘「生活療法の復権」, 精神医学, 26(8), pp.803-814, (1984)
 - [10] 右京チヨ・佐藤三枝子・茶谷知代・来栖瑛子「精神科訪問看護を受けた精神分裂病者の予後について―再発・再入院・在宅期間・在宅率等の変化を中心に―」, Quality Nursing, 2(8), pp.56-63, (1996)
 - [11] 緒方明・三村幸一・今野えり子・福田美香・山本哲生・藤田英介・平田耕一・樺島智「精神科訪問看護による精神分裂病の再発予防効果の検討」, 精神医学, 39(2), pp.131-137, (1997)
 - [12] 萱間真美・松下太郎・船越明子・栃井亜希子・沢田秋・瀬戸屋希・山口亜紀・伊藤弘人・宮本有紀・福田敬・佐藤美穂子・仲野栄・羽藤邦利・大塚俊男・佐竹良一・天賀谷隆「精神科訪問看護の効果に関する実証的研究―精神科入院日数を指標とした分析―」, 精神医学, 47(6), pp.647-653, (2005)
 - [13] 萱間真美「精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護師の看護技術―保健婦、看護婦のケア実践の分析―」, 看護研究, 32(1), pp.53-76, (1999)
 - [14] 安田恭子・筒口由美子・神郡博「地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題とその援助に関する研究」, 富山医科薬科大学看護学会誌, 3, pp.21-32, (2000)
 - [15] 川口優子・西本美和・三木智津子「単身統合失調症者に対する訪問看護師の援助」, 日本精神保健看護学会誌, 13(1), pp.45-52, (2004)
 - [16] 藤井博英・角濱春美・村松仁・田崎博一・中村恵子「精神科訪問看護のアウトカムの特徴―訪問看護師へのインタビュー調査から―」, 日本看護科学学会学術集会講演集, 25, pp.320, (2005)
 - [17] 渡辺美鈴・河野公一・西浦公朗・宮田香織・中屋久長・河村圭子・樋口由美「精神科の訪問看護を受けている精神障害者の再入院に影響を与える要因について」, 厚生指針, 47(2), pp.21-27, (2000)
 - [18] 久山とも子「長期入院を経て退院する精神障害者への訪問看護」, 千葉県立衛生短期大学紀要, 12(2), pp.87-96, (1994)
 - [19] 林恵子「訪問看護の実際―入退院を繰り返す患者を受け持つ―」, 精神科看護, 43, pp.16-19, (1995)
 - [20] 藤本百代「訪問看護のかかわりをととした1事例の考察」, 精神科看護, 43, pp.12-15, (1995)
 - [21] 川越同仁会病院二病棟スタッフ一同「単身居住者への訪問看護―3年間の実践―」, 精神科看護, 43, pp.23-25, (1995)
 - [22] 谷藤伸恵「訪問看護ステーションでの実践活動」, 精神科看護, 26(1), pp.37-41, (1999)
 - [23] 江熊要一「生活臨床の概説―その理解のために―」, 精神医学, 16(6), pp.623-629, (1974)
 - [24] 宇内康郎「精神分裂病の臨床的研究―第2部 再入院(再発)の要因―」, 精神医学, 26(11), pp.1157-1169, (1984)
 - [25] Herz, M.I. and Melville, C. "Relapse in schizophrenia", The American Journal of psychiatry, 137(7), pp.801-805, (1980)
 - [26] 中込和幸・染矢俊幸・安西信雄・原田誠一・金生由紀子・横田圭司・岩波明・熊谷直樹・佐々木司・永久保昇治・宮内勝「精神分裂病の再発における前駆症状と生活の変化」, 精神科治療学, 1(4), pp.535-544, (1986)
 - [27] 大悟法憲雄「精神分裂病 (new long stay) の再発の状況」, 脳と精神の医学, 3(2), pp.131-137, (1992)
 - [28] 堀彰「分裂病の再発予測 精神医学レビュー12 分裂病の再発」, pp.74-80, ライフサイエンス, (1994)
 - [29] Benner, P. *From Novice to Expert; Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, AMICAE project (1984), (井部俊子(監), 井村真澄, 上泉和子, 新妻浩三訳「ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ」, pp.21-32, 医学書院, (2005))
 - [30] Krippendorff, K. *Content analysis: an introduction to its methodology*, Sage Publications (1980), (三上俊治, 椎野信雄, 橋元良訳, 『メッセージ分析の技法「内容分析」への招待』, 勁草書房, (1989))
 - [31] 臺弘『分裂病の治療覚書』, 創造出版, pp.42-56, (1991)
 - [32] 中山洋子・吉池由美子・萱間真美「精神科訪問看護を展開していくためのマニュアル」, 訪問看護と介護, 7(1), pp.17-23, (2002)
 - [33] 渡邊久美・住吉和子・森本美智子・岡野初枝「O県の訪問看護ステーションにおける精神疾患患者の利用に関する実態調査」, 岡山大学医学部保健学科紀要, 15, pp.71-76, (2005)
 - [34] 田中美恵子「精神訪問看護の基礎」, 訪問看護と介護, 7(1), pp.6-11, (2002)

- [35] 中澤正夫「精神障害と人生」, 精神障害とリハビリテーション, (6)1, pp.6-9, (2002)
- [36] 緒方明・坂本眞一・葉山清昭・多賀浩一・川上恵・藤本敏雄「精神分裂病の再発についての検討 陽性症状と非精神病症状を指標として」, 精神医学, 38 (3), pp.259-265, (1996)
- [37] 田中美恵子「精神訪問看護の基礎」, 訪問看護と介護, 7(1), p.8, (2002)
- [38] Hogarty, E.G., Goldberg, S.C. and Schooler, N.R., "Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. Two-year relapse rates", Arch Gen psychiatry, 31, pp.603-608, (1974)
- [39] Davis, J.M., Schaffer, C.B., Killan, G.A., Kinard, C. and Chan, C., "Important issues in the drug treatment of schizophrenia", Schizophrenia Bulletin, 6, pp.70-87, (1980)
- [40] Kane, M.J., "Treatment of schizophrenia", Schizophrenia bulletin, 13, pp.133-156, (1987)
- [41] Weiden, P., Rapkin, B., Mott, T., Zygmunt, A., Goldman, D., Horvitz-Lennon, M. and Frances, A., "Rating of medication influence (ROMI) scale in schizophrenia", Schizophrenia Bulletin, 20, pp.297-310, (1994)
- [42] 畑田けい子・中根允文「服薬コンプライアンスと分裂病の長期転帰」, 臨床精神医学, 28(6), pp.609-614, (1999)
- [43] 藤本百代・厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健課, 厚生省保険局医療課, 厚生省老人保健福祉局保健課監修, 『精神科訪問看護研修テキスト 新版』 pp.135-139 ぎょうせい, (1999)
- [44] 山田和男・渡邊衡一郎・八木剛平・浅井昌弘「服薬コンプライアンスを悪化させる要因とその評価」, 臨床精神医学, 28(6), pp.633-647, (1999)