



Title	地域精神保健福祉活動における慢性期の統合失調症者に対する訪問回数の判断基準：保健師の訪問回数判断の実態調査から
Author(s)	上田, 泉; 佐伯, 和子; 河原田, まり子 他
Citation	看護総合科学研究会誌, 11(1), 15-24
Issue Date	2008-09-30
DOI	https://doi.org/10.14943/34137
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/35622
Type	journal article
File Information	11-1_p15-24.pdf



地域精神保健福祉活動における慢性期の統合失調症者に対する訪問回数の判断基準 —保健師の訪問回数判断の実態調査から—

上田 泉¹⁾ 佐伯和子¹⁾ 河原田まり子¹⁾ 平野美千代¹⁾ 高波澄子²⁾

1) 北海道大学大学院保健科学研究院

2) 旭川大学保健福祉学部

Determination of Judgment Index for the Number of Visits to Schizophrenic Patients by Public Health Nurses Using the Result of Actual Conditions of Judging

Izumi UEDA, Kazuko SAEKI, Mariko KAWAHARADA, Michiyo HIRANO

(Faculty of Health Sciences, Hokkaido University)

Sumiko TAKANAMI

(Faculty of Health and Welfare Science, Asahikawa University)

要 旨

本研究は、地域精神保健福祉活動における保健師の慢性期の統合失調症者に対する訪問指導において訪問回数を決定する基準の実態を把握し、基準を作成することを目的とした。統合失調症者に対する訪問指導経験のある保健所保健師を対象に、郵送による無記名自記式質問紙法を実施した。結果、保健師が訪問回数を決定する時に、優先する判断項目は、病状全般、日常生活、家族のソーシャルサポートの順であった。訪問回数の頻度を3区分に設定し、訪問回数区分別に保健師が判断した病状の程度を基本にして、生活能力、ソーシャルサポートの平均を算出し、在宅で生活する統合失調症者に対する訪問回数の判断基準を作成した。この基準は、慢性期の統合失調症者へ関わる看護職が今後活用していくことができると思う。

キーワード：保健師，訪問回数，判断基準，統合失調症

I. はじめに

わが国の2005年患者調査によると統合失調症患者は約26万人であり、受療率の年次推移をみると通院患者数は一貫して増加している。2002年12月に発表された社会保障審議会の報告書では、今後10年のうちに約7万2,000人の患者の退院を目指す方針が示され、社会資源の整備がすすむことにより、統合失調症の通院患者数はますます増加することが予測される。

したがって統合失調症者に対する地域ケアの充実は、重要な課題である。

地域精神保健福祉活動は、1965年の精神衛生法改正により、保健所が地域における精神保健活動の第一線機関として位置づけられて以来、保健所を中心として展開されてきた。その後、法改正が行われ、精神障害者に対する福祉サービス等の業務は2002年4月から市町村が主体で実施することとなった。矢島ら¹⁾が行った調

査では、今後、精神障害者の個別支援については、市町村が一次的な相談、福祉サービスの調整、病状・生活の安定時の継続援助を果たしていくべきであるという意見が保健所・市町村双方から挙げられている。

これまで精神障害者に対する訪問指導は、保健所保健師が主に担ってきた。今後は市町村保健師も行っていくため、お互いの役割分担が課題となる。

近年、行政組織の改編により保健師の分散配置が進んでおり、業務事務量が増大し、個別支援にかける時間が減少傾向にある²⁾。個別支援の中でも緊急時の対応に時間がとられ、統合失調症者のように長期間の関わりを必要とし、慢性期に入っている事例への訪問は、縮小される可能性がある。一方、地域ケアの中では、退院して地域で生活する精神障害者が増加し、精神保健福祉法などの改正により、看護職以外の職種が対象者に関わる状況も生じている。病院訪問看護や、訪問看護ステーションが整備されてきており、看護職が精神障害者の訪問を担当することが増えていくことが予測される³⁾。

精神障害者に対する訪問指導は、保健所保健師が実践してきた経過があり、精神障害者の社会復帰支援のために重要な役割を果たしてきた。個別支援を基盤として、家族会の育成、デイケアの開設、地域関係機関とのネットワーク構築などに携わってきた⁴⁾。また、保健師による訪問指導は、精神障害者の退院促進条件のひとつとして高い評価を受けている⁵⁾。しかし一方で、保健師の訪問は個々の裁量や力量による自主的判断に任せられ、介入の判断根拠が不明確であった。保健師が今まで実践してきた統合失調症者への介入の判断根拠を明確に示すことは、今後、役割が移行していく可能性のある看護職の訪問の判断に関して重要な意義があると思われる。

本研究は、地域精神保健福祉活動における慢性期の保健師の統合失調症者に対する訪問指導において、訪問回数の判断基準の実態を明らかにすることを目的とした。その結果に基づき、

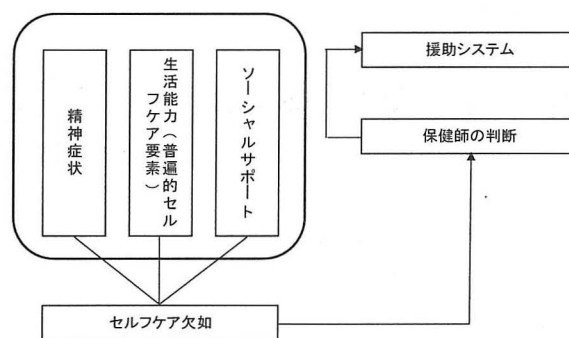


図1 在宅の統合失調症者に対する個別支援における保健師の判断モデル

慢性期の統合失調症者に対する訪問回数の判断基準を作成した。

II. 概念枠組み

精神障害者の地域での生活を促進するためには、精神障害者が自ら病気や日常生活を管理し、生活していく必要があるとされ、「セルフケア」概念が注目されてきた⁶⁾。この概念に基づき、粕田ら⁷⁾はセルフケア遂行に関する要因と看護の関わりを提示している。本研究では、粕田らが作成したモデルを参考に、概念枠組みとして統合失調症者の個別支援における保健師の判断モデルを作成した（図1）。統合失調症者は、精神症状、生活能力（普遍的セルフケア要素）、ソーシャルサポート、この3つの要因のバランスが崩れた場合、セルフケア欠如に対する保健師の介入が必要になると考えた。

III. 研究方法

1. 対象者

調査対象は、3県内の政令市・都道府県立保健所の中で社会資源が比較的整備されている保健所に勤務する保健師で、在宅で生活する統合失調症者への訪問指導経験が5年以上の者とした。精神保健福祉業務において、精神障害者に対する訪問指導は経験年数が5年以上で自立できると評価する割合が高いという研究結果が得られている⁸⁾。

表 1 調査で用いた尺度の概要

	尺度	下位尺度の項目	主な内容	数	測定の基準	総合判定
病状	BPRS	病状全般	敵意、抑うつ気分、非協調性、失見当識、陽性症状、陰性症状など	18	1 = 症状なし, 2 = ごく軽度, 3 = 軽度, 4 = 中等度, 5 = やや重度, 6 = 重度, 7 = 非常に重度	1 ~ 3 点 (軽度), 4 点 (中等度), 5 ~ 7 点 (重度)
		陽性症状	思考解体, 誇大性, 心氣的訴え, 不安, 罪業感, 緊張など	11		
		陰性症状	情動的引きこもり, 運動減退, 情動鈍麻	3		
生活能力	LASMI	日常生活	身辺整理, 社会資源の利用, 自己管理など	12	1 = 問題なし, 2 = 若干問題があるが, 助言や援助を受けるほどではない, 3 = 時々問題が出る。助言を必要とする, 4 = たびたび問題がある。強い助言や援助を必要とする, 5 = 大変問題がある。助言や援助を受け付けず, 改善が困難である	2.5 / 5 点以上は介入必要
		対人関係	会話, 集団活動, 人づきあいなど	13		
		労働または課題の遂行	役割の自覚, 課題への挑戦, 課題達成の見通し, 手順の理解, 変更など	10		
		持続性・安定性	社会適応度, 過去の持続性・安定性の傾向	2		
		自己認識	障害の理解, 自己評価, 現実離れ	3		
ソーシャルサポート	JMS-SSS	家族の情緒的サポート	配偶者, 家族からの共感, 愛情, 信頼感など	6	1 = 非常にある, 2 = まあまあある, 3 = あまりない, 4 = まったくない	1 ~ 2 点 (サポートあり), 3 ~ 4 点 (サポートなし)
		家族の手段的サポート	配偶者, 家族からの情報, 仕事の手助け, 経済的援助など	4		
		家族以外の情緒的サポート	友人, 関係者からの共感, 愛情, 信頼感など	5		
		家族以外の手段的サポート	友人, 関係者からの情報, 仕事の手助け, 経済的援助など	4		

2. 調査方法

調査方法は、無記名自記式質問紙法とし、郵送によって配布、回収した。調査期間は、2007年12月～2008年1月であった。

3. 調査内容

調査内容は、対象者の基本的属性、年間訪問回数の区分別に優先する判断項目、年間訪問回数の区分別の判断基準とした。年間訪問回数の頻度は、小西が示す訪問指導基準⁹⁾を参考に3区分（月に1～2回、3ヶ月に1回、年に1～2回）とした。

年間訪問回数の区分別に判断する項目と判断基準の内容については、概念枠組みで示した、精神症状はBPRS（簡易精神症状評価尺度; Brief Psychiatric Rating Scale）¹⁰⁾¹¹⁾、統合失調症者の生活能力はLASMI（精神障害者社会生活評価尺度: Life Assessment Scale for the Mentally Ill）¹²⁾、ソーシャルサポート状況はJMS-SSS（Jichi Medical School ソーシャルサポートスケール）¹³⁾を用いた。

BPRSはOverallとGorhamによって開発され、数多くの精神症状を評定できる効果的な手法であり、尺度の信頼性・妥当性は確認されている。LASMIは、慢性統合失調症者の生活障害を包括的にとらえることを目的として開発された尺度であり、信頼性・妥当性は確認されている。この尺度は、「日常生活」「対人関係」「労働または課題の遂行」「持続性・安定性」「自己認識」

の5つの下位尺度40項目から構成されている。JMS-SSSは情緒的サポート6項目と手段的サポート4項目の2種類で構成され、信頼性・妥当性は確認されている。尺度の詳細な内容については、表1に示す通りである。

質問紙では、判断項目と基準内容について質問する際には、年間訪問回数の頻度を3区分に設定し、3区分毎に判断する事例の状態はどのレベルかを尺度に基づき設問した。優先する判断項目は、表1に示すBPRS、LASMI、JMS-SSSの下位尺度項目（計12項目）を示し、優先順位の高い順より3つ選択するように設定した。

4. 分析方法

データの分析は、単純集計しT検定を用いた。統計的有意水準は5%とした。解析には統計ソフトSPSS13.0 for Windowsを用いた。

5. 倫理的配慮

倫理的配慮として、研究者の所属する北海道大学医学研究科・医学部医の倫理委員会で承認を得て研究を実施した。

対象者が所属する保健師担当代表者へ電話連絡し口頭および文面で研究の主旨を説明し、承諾を得た。対象者へは、対象者のプライバシーの保護には十分配慮し、調査は自由意志であり調査に不参加であっても不利益を受けないこと、調査データはID番号に基づきコンピューターで統計的に処理し、個人を特定できないこと、

表2 対象者の概要

		n=83	
項目	人	(%)	
所属組織	都道府県	74	89.2
	政令市・中核市	9	10.8
職位	部長級	1	1.2
	課長級	2	2.4
	課長補佐級	13	12.0
	係長級	32	38.6
	スタッフ	36	43.4
	無回答	2	2.4
現在、精神保健分野担当か			
	はい	47	56.6
	いいえ	36	43.4
現在、家庭訪問担当か			
	はい	55	66.3
	いいえ	28	33.7
現在、精神保健分野の家庭訪問担当か			
	はい	40	48.2
	いいえ	43	51.8
統合失調症者の訪問担当か			
	はい	40	48.2
	いいえ	42	50.6
	無回答	1	1.2
平均年齢		43.7±19.9	
保健師経験年数		19.9±7.6	
精神障害者経験年数		15.1±7.6	

表3 訪問回数別の優先判断項目

		n=83	
訪問回数区分	選択順	項目	人 %
月に1～2回	一つ目	病状全般	52 62.7
		陽性症状	14 16.9
		日常生活	5 6.0
	二つ目	日常生活	29 34.9
		陽性症状	18 21.7
		病状全般	7 8.4
	三つ目	家族の情緒的サポート	19 22.9
		家族の手段的サポート	19 22.9
		日常生活	13 15.7
3ヶ月に1回	一つ目	病状全般	51 61.4
		日常生活	11 13.3
		陽性症状	3 3.6
		持続性・安定性	3 3.6
	二つ目	日常生活	33 39.8
		対人関係	13 15.7
	三つ目	家族の情緒的サポート	6 7.2
		家族の情緒的サポート	15 18.1
		対人関係	12 14.5
年に1～2回	一つ目	家族の手段的サポート	12 14.5
		病状全般	38 45.8
		日常生活	18 21.7
		家族の情緒的サポート	4 4.8
	二つ目	日常生活	24 28.9
		持続性・安定性	13 15.7
		対人関係	8 9.6
		労働または課題の遂行	8 9.6
	三つ目	家族の情緒的サポート	8 9.6
		家族の手段的サポート	14 16.9
		家族以外の手段的サポート	13 15.7
		持続性・安定性	10 12.0

研究結果は本調査の目的以外では用いないことを依頼文に明示して説明し、同意は回答をもって判断した。

IV. 研究結果

対象保健師 202 名に調査票を配布し、93 名から回答を得た（回収率 46.0%）。回答に不備のない 83 名（有効回答率 89.2%）を分析対象とした。

1. 対象者の概要

対象者の概要を表 2 に示す。所属組織は、都道府県が 89.2%、政令市・中核市が 10.8%であった。職位は、スタッフが 43.4%、課長補佐級以上が 15.6%であった。

現在、精神保健分野担当は 56.6%、家庭訪問担当は 66.3%、精神保健分野の家庭訪問担当は 48.2%、統合失調症者の訪問を担当している者は 48.2%であった。対象者の平均年齢は 43.7±19.9(mean±SD) 歳、保健師経験年数は 19.9±7.6 年、精神障害者経験年数は 15.1±7.6 年であった。

2. 訪問回数別の優先項目

年間訪問回数の 3 区分（月に 1～2 回、3 ヶ月に 1 回、年に 1～2 回）別に判断する優先項目を 3 項目挙げてもらった（表 3）。どの区分においても、一つ目に選択した第 1 位の項目は、病状全般が最も多く、順に 62.7%、61.4%、45.8%であった。二つ目に選択した第 1 位の項目は日常生活が最も多く、順に 34.9%、39.8%、28.9%であった。

三つ目に選択した第 1 位の項目は、訪問回数区分が月に 1～2 回の場合は家族の情緒的サポートおよび家族の手段的サポート、3 ヶ月に 1 回の場合は家族の情緒的サポート、年に 1～2 回の場合は家族の手段的サポートが最も多く、順に 22.9%、18.1%、16.9%であった。

3. 訪問回数別の判断基準

年間訪問回数区分別に病状の程度を基にして、各項目の平均点を算出した。病状については、尺度の基準に従い、軽度、中等度、重度で分類した。単純集計の結果、n=3 以下のセルは平均値の検定の分析についてはデータ数が少ないため除外し、基準作成の際も標準とは判断でき

表4 訪問回数区分病状別生活能力

訪問回数区分	病状	(人)	生活能力 (LASMI)																		平均±SD
			日常生活			対人関係			労働または課題の遂行			持続性・安定性			自己認識			生活能力 (LASMI) 全体			
			平均	SD	T検定	平均	SD	T検定	平均	SD	T検定	平均	SD	T検定	平均	SD	T検定	平均	SD	T検定	
月に1～2回	重度	41	4.73	0.59	**	4.63	0.58	**	4.59	0.55	ns	4.66	0.53	**	4.71	0.56	**	4.66	0.51	**	4.44±0.58
	中等度	32	4.13	0.49		4.31	0.64		4.31	0.69		4.19	0.74		4.22	0.61		4.23	0.50		
	軽度	2	3.50	0.71		3.50	0.71		3.00	1.41		3.00	1.41		2.50	0.71		3.10	0.14		
3ヶ月に1回	重度	14	3.93	0.47	**	3.86	0.53	**	3.93	0.47	**	3.86	0.53	**	3.93	0.62	**	3.90	0.47	**	3.40±0.62
	中等度	58	3.29	0.53		3.33	0.57		3.38	0.70		3.31	0.63		3.36	0.58		3.33	0.52		
	軽度	2	2.00	0.00		2.00	0.00		1.50	0.71		1.50	0.71		1.50	0.71		1.70	0.42		
年に1～2回	重度	3	3.33	0.58	**	3.33	0.58	**	2.67	0.58	**	3.33	0.58	**	3.33	0.58	**	3.20	0.35	**	2.43±0.60
	中等度	46	2.52	0.55		2.52	0.51		2.65	0.71		2.59	0.65		2.63	0.71		2.58	0.56		
	軽度	24	2.08	0.49		2.08	0.57		2.04	0.54		2.04	0.61		2.00	0.50		2.05	0.48		

*p<0.05 **p<0.01

表5 訪問回数区分病状別ソーシャルサポート

訪問回数区分	病状	(人)	ソーシャルサポート (JMS-SSS)																平均±SD
			家族情緒的サポート			家族手段的サポート			家族以外情緒的サポート			家族以外手段的サポート			ソーシャルサポート (JMS-SSS) 全体				
			平均	SD	T検定	平均	SD	T検定	平均	SD	T検定	平均	SD	T検定	平均	SD	T検定		
月に1～2回	重度	41	3.83	0.84	ns	3.75	0.84	ns	3.83	0.81	ns	3.83	0.75	ns	3.81	0.77	ns	3.68±0.73	
	中等度	32	3.50	0.80	ns	3.58	0.67	ns	3.56	0.72	ns	3.69	0.54	ns	3.57	0.63	ns		
	軽度	2	2.50	0.71		3.00	1.41		2.50	0.71		3.00	1.41		2.75	1.06			
3ヶ月に1回	重度	14	2.93	0.47	ns	3.07	0.47	ns	3.07	0.47	*	3.07	0.47	*	3.04	0.48	ns	2.79±0.50	
	中等度	58	2.84	0.56	ns	2.75	0.61	ns	2.72	0.53	*	2.74	0.55	*	2.76	0.45	ns		
	軽度	2	2.00	0.00		2.00	0.00		2.00	0.00		2.00	0.00		2.00	0.00			
年に1～2回	重度	3	3.00	0.00		3.00	0.00		3.00	0.00		3.00	0.00		3.00	0.00		2.00±0.57	
	中等度	46	2.11	0.53	ns	2.02	0.45	ns	2.17	0.68	**	2.11	0.53	**	2.10	0.45	**		
	軽度	24	1.79	0.83	ns	1.79	0.83	ns	1.54	0.51	**	1.63	0.58	**	1.68	0.60	**		

*p<0.05 **p<0.01

ないため除外した。

1) 病状別生活能力 (表4)

(1) 月に1～2回の判断基準

病状が重度の場合、生活能力は 4.66 ± 0.51 点であり、中等度の場合、生活能力は 4.23 ± 0.50 点であった。重度と中等度を比較すると、重度の方が中等度より平均は高く有意差がみられた ($p < 0.01$)。重度の場合、平均より高かった項目は、「日常生活」「自己認識」であった。中等度の場合、平均より高かった項目は、「対人関係」「労働または課題の遂行」であった。

(2) 3ヶ月に1回の判断基準

病状が重度の場合、生活能力は 3.90 ± 0.47 点であり、中等度の場合、生活能力は 3.33 ± 0.52 点であった。重度と中等度を比較すると、重度の方が中等度より平均は高く有意差がみられた ($p < 0.01$)。重度の場合、平均より高かった項目は、「日常生活」「労働または課題の遂行」「自己認識」であった。中等度の場合、平均より高かった項目は、「労働または課題の

遂行」「自己認識」であった。

(3) 年に1～2回の判断基準

病状が中等度の場合、生活能力は 2.58 ± 0.56 点であり、軽度の場合、 2.05 ± 0.48 点であった。中等度と軽度を比較すると、中等度の方が軽度より平均は高く有意差がみられた ($p < 0.01$)。中等度の場合、平均より高かった項目は、「労働または課題の遂行」「自己認識」であった。軽度の場合、平均より高かった項目は、「日常生活」であった。

生活能力全体では、月に1～2回は 4.44 ± 0.58 点、3ヶ月に1回は 3.40 ± 0.62 点、年に1～2回は 2.43 ± 0.60 点であった。

2) 病状別ソーシャルサポート (表5)

(1) 月に1～2回の判断基準

病状が重度の場合、ソーシャルサポートは 3.81 ± 0.77 点であり、中等度の場合、 3.57 ± 0.63 点であった。重度の場合、平均より高かった項目は、「家族的手段的サポート」であった。中度の場合、平均より高かった項目は、「家族

の情緒的サポート」「家族以外の情緒的サポート」であった。

(2) 3ヶ月に1回の判断基準

病状が重度の場合、サポート状況は 3.04 ± 0.48 点であり、中等度の場合、 2.76 ± 0.45 点であった。重度の場合、平均より高かった項目は、「家族情緒的サポート」であった。中度の場合、平均より高かった項目は、「家族以外情緒的サポート」「家族以外手段的サポート」であった。

(3) 年に1～2回の判断基準

病状が中等度の場合、サポートの平均は 2.10 ± 0.45 点であり、軽度の場合、 1.68 ± 0.60 点であった。中等度と軽度を比較すると、中等度の方が軽度より平均は高く有意差がみられた ($p < 0.01$)。中等度の場合、平均より高かった項目は、「家族手段的サポート」であった。軽度の場合、平均より高かった項目は、「家族以外情緒的サポート」「家族以外手段的サポート」であった。

ソーシャルサポート全体では、月に1～2回は 3.68 ± 0.73 点、3ヶ月に1回は 2.79 ± 0.50 点、年に1～2回は 2.00 ± 0.57 点であった。

V. 考察

1. 訪問回数別の判断項目の優先性

今回、訪問回数別に優先する判断項目は、どの回数別であっても、一つ目に病状全般、二つ目に日常生活、三つ目に家族のソーシャルサポートを最も多く選んでいた。

統合失調症は疾患の特徴として、急性期を過ぎても再発の危険性があることを考えると慢性期であっても病状の把握は重要である。精神障害者を対象とした個別支援の判断内容に関する外口¹⁴⁾の研究においても、支援を継続する時の判断内容が示されている。その内容は、疾患の特性による治療への態度や疾病への構えのみならず、生活能力と本人を支える家族のサポートの把握の重要性について述べている。安田¹⁵⁾は、保健師の家庭訪問事例の援助過程を分析した結

果、相手の生活の見方、家族の本人への関りという家族の見方、医学的知識に基づく心身状態の見方という保健師の対象理解の特徴を明らかにしている。

家庭訪問は、本人だけではなくその家族と環境も含めた生活のありさまをみる、そして援助の対象を家族全体とするところに特徴がある。家庭訪問時に把握すべき事項は多いが、統合失調症者に対する家庭訪問の必要性を判断する場合、まずは、病状、本人の生活状態、家族のサポート状況を優先して判断することは重要であり、妥当であるといえる。

2. 訪問回数別の判断基準の実態

今回、訪問回数が月に1～2回、3ヶ月に1回の場合、病状は重度と中等度がほとんどであり、年に1～2回の場合、病状は中等度と軽度がほとんどであった。

また、訪問回数が月に1～2回の場合、生活能力 (LASMI) の平均が4点台、訪問回数が3ヶ月に1回は平均が3点台、年に1～2回は平均が2点台であった。LASMIの尺度は平均2.5点以上の場合、介入を必要とすると解釈される。つまり、病状が重度と中等度の場合、生活能力がとても悪く援助が必要な場合、訪問回数は月に1～2回、次の段階として生活能力がやや悪ければ3ヶ月に1回と解釈できる。訪問回数別のソーシャルサポート状況において、サポート状況が整っていない場合は月に1～2回、あまりない場合は3ヶ月に1回、まあまあ整っている場合は年に1～2回と保健師は判断していた。

わが国の保健師の訪問回数判断基準に関する研究では、寝たきり高齢者等を対象としたもの¹⁶⁾¹⁷⁾はあるが、精神障害者を対象としたものはみられない。精神障害者を対象とした個別支援の判断内容に関する研究¹⁸⁾では、ケアの必要度あるいは支援を継続する時の判断内容が示されている。松本ら¹⁹⁾が行った保健師の訪問判断基準に関する研究では、訪問回数を年3回以下とする判断指標、訪問回数を年10回以上とす

る判断指標が明らかになった。しかし、現場で共有できる指標とまでには至っていなかった。

今回、生活能力の平均点については有意差がみられ、ソーシャルサポートについては年に1～2回のみ有意差はあったが他の区分で有意差はなかった。しかし、病状と生活能力、ソーシャルサポート状況の平均点は訪問回数区分によって、点数に差はあったため尺度による総合判定の解釈ができる範囲であると考え、今回の結果を基に訪問回数基準の作成を試みた。

松本ら¹⁹⁾が行った保健師の訪問判断基準に関する研究では、訪問回数を年10回以上とする判断指標は、「持続性・安定性」「労働または課題の遂行」「家族情緒的サポート」に問題を抱える場合であった。つまり、これは、今回の結果である訪問回数が月に1～2回の場合と共通する内容である。「労働または課題の遂行」「家族情緒的サポート」は今回の結果では平均より高く問題がある項目と判断できる。この項目は訪問継続の必要性を判断する項目として重要であると思われる。

統合失調症者は疾病と障害が共存しているため、常に再発、悪化の危険にさらされていることを考えると、本人のセルフケア能力や家族のケア力量を適切に評価し、援助していくことが必要である。

3. 慢性期の統合失調症者に対する訪問回数の判断基準作成と活用への示唆

今回の対象者は保健師経験年数、精神障害者訪問経験年数5年以上のいわゆる自立して家庭訪問ができると思われる対象であった。統合失調症者への訪問経験を基にした、訪問回数区別の判断基準は妥当であったと考える。従って、今回の結果を基に、全体の平均点を尺度の総合判定と照合し、表6に慢性期の統合失調症者に対する訪問回数の判断基準を示した。

今回示した基準は、病状別に本人の生活能力とソーシャルサポートを組み合わせることによって訪問回数を決定する目安となる。

近年、行政の保健師の訪問事例はより複雑で多問題の事例への個別支援が増えており、個別支援に関わる時間が縮小されている。今後、保健所保健師が行ってきた慢性期の統合失調症者への個別支援は、市町村保健師が行う場合や、病院訪問看護や訪問看護ステーションの看護職が訪問を担当することが予測され、各々の役割分担が課題となるであろう。

今後、定期的に慢性期の統合失調症者へ関わる看護職にとって、今回示した訪問回数の判断基準が活用できると思われる。今回示した判断基準の他に必要な判断内容の検討も加えて訪問の判断根拠として発展させていくことも必要で

表6 在宅の統合失調症者に対する訪問回数別判断基準

訪問回数	月に1～2回	3ヶ月に1回	年に1～2回
病状全般	重度～中等度	重度～中等度	中等度～軽度
生活能力	強く援助を必要とする	やや援助を必要とする	あまり援助を必要としない
(LASMI 平均)	3.8～5.0	2.8～4.0	1.8～3.0
ソーシャルサポート	ない	あまりない	ある～まあまあある
(JMS-SSS 平均)	3.0～4.4	2.3～3.3	1.4～2.6

ある。

統合失調症者に対して数年間にわたって訪問するという状況が長く続く場合、訪問の意味が不明確になるということが指摘されている²⁰⁾。統合失調症者の場合、慢性期に入ると経過が長くなり生活の変化がみえづらいという特徴がある。しかし、地域の中には通院する統合失調症者が増えていくことが予測され、その中で個別援助の対象を見極めることが必要となる。統合失調症者への家庭訪問支援の判断内容を明確に示し、判断能力を向上させていく必要がある。

大木ら²¹⁾は、訪問活動を支える条件として、経験を共有し、援助プロセスを振り返るケース検討、チームで支えるサポート体制を充実することが、今後ますます重要であることを指摘している。個々の判断ではなくチーム全体で事例検討し、経験を共有しながら、判断能力を向上させていくためのサポート体制を充実することが重要である。

VI. 結論

保健師が慢性期の統合失調症者に対する訪問回数を決定する基準として、優先する判断項目は、病状全般、日常生活、家族のソーシャルサポートの順であった。

保健師が判断していた慢性期の統合失調症者に対する病状の程度と生活能力、ソーシャルサポートの程度を明らかにし、訪問回数の判断基準を作成した。この基準は、今後、慢性期の統合失調症者へ関わる看護職が活用していくことができると考える。統合失調症者への家庭訪問支援の判断内容を明確に示し、判断能力を向上させていくためのサポート体制を充実することが重要である。

謝辞

本研究の実施にあたり、調査に快くご協力してくださいました保健師担当代表者、保健師の皆様へ厚く御礼申し上げます。尚、本研究は平成18年度北海道大学医学部保健学科研究助成

を受けて実施しました。

引用文献

- 1) 矢島まさえ, 佐藤由美, 梅林奎子他: 地域精神保健福祉活動における保健所保健婦・士の役割, 群馬パース看護短期大学紀要, 4(1), 9-18, 2002.
- 2) 池田信子編: 新版保健師業務要覧, 13-14, 日本看護協会出版会, 2006.
- 3) 萱間真美編著: 精神訪問看護・訪問指導ケースブック, 102-104, 南江堂, 2001.
- 4) 内藤佳世子: 保健所はどう活用されているかー精神保健の担い手としてー, 精神科看護, 36, 19-25, 1991.
- 5) 蜂矢英彦: 地域精神保健活動の現状と展望 (1)(2), 精神医学, 30, 722-731, 840-847, 1988.
- 6) 南裕子, 稲岡文昭監修: セルフケア概念と看護実践, Dr.P.R.Underwood の視点から, 39-64, へるす出版, 1987.
- 7) 粕田孝行著者代表: セルフケア看護アプローチ, 第2版, 7-44, 日総研出版, 2000.
- 8) 浅沼奈美子, 丸山美知子, 藤田利治: 保健所保健婦の精神保健福祉活動の機能と役割ー東京都の保健婦の意識調査からー, 保健婦雑誌, 56(2), 146-153, 2002.
- 9) 小西美智子: 地域看護活動における保健指導の実証的研究, 日本地域看護学会誌, 4(1), 5-9, 2002.
- 10) 伊藤弘人, 栗田広訳: 精神科医療アセスメントツール, 第1版, 73-77, 139-143, 医学書院, 2000.
- 11) Overall JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent Developments in Ascertainment and Scaling, Psychopharmacology Bulletin, 24, 97-99, 1988.
- 12) 宮内勝: LASMI 精神障害者社会生活評価尺度 (Life Assessment Scale for the Mentally Ill) 利用マニュアル, 東京, 障害者労働医療研究会精神障害部会, 1995.

- 13) 堤明純, 萱場一則, 石川鎮清他: Jichi Medical School ソーシャルサポートスケール (JMS-SSS) 改訂と妥当性・信頼性の検討, 日本公衆衛生雑誌, 47(10), 866-877, 2000.
- 14) 外口玉子: 地域ケアの展開と支援システム, 精神医学, 30(6), 679-692, 1988.
- 15) 安田貴恵子: 保健婦の家庭訪問における対象理解の特徴, 保健師雑誌, 53(3), 212-218, 1997.
- 16) 工藤充子: 地域の中の個別援助ー訪問指導基準の見直しの作業を通してー, 保健婦雑誌, 50(11), 865-871, 1994.
- 17) 小西美智子: 地域看護活動における保健指導の実証的研究, 日本地域看護学会誌, 4(1), 5-9, 2002.
- 18) 野嶋佐由美: 地域精神保健活動におけるケア必要度によるケース分類, 保健婦雑誌, 52(5), 377-382, 1996.
- 19) 松本泉, 新開淑子: 地域精神保健活動における統合失調症者の訪問判断基準に関する研究, 日本地域看護学会誌, 7(2), 5-12, 2005.
- 20) 竹中浩治, 中山洋子: 訪問看護サービスにおける精神障害者・痴呆の対象者へのケア提供のあり方に関する調査研究事業報告書, 東京, 全国訪問看護事業協会, 31-50, 1998.
- 21) 大木幸子, 森田桂: 何のために家庭訪問するのか? 家庭訪問によって果たす援助機能, 保健婦雑誌, 59(1), 8-14, 2003.

Determination of Judgment Index for the Number of Visits to Schizophrenic Patients by Public Health Nurses Using the Result of Actual Conditions of Judging

Izumi UEDA, Kazuko SAEKI, Mariko KAWAHARADA, Michiyo HIRANO

(Faculty of Health Sciences, Hokkaido University)

Sumiko TAKANAMI

(Faculty of Health and Welfare Science, Asahikawa University)

Abstract

In this study, the judgment index for the number of visits to schizophrenic patients that are undertaken by public health nurses (PHNs), as a part of the community mental health service, was determined using the result of actual conditions of judging. Subjects included PHNs working at health centers who were experienced in providing home visits to schizophrenic patients. Self-administered unsigned questionnaires were mailed to the subjects.

The primary factors determining the judgment index were disease condition, daily living activities, and social support from the patients' family.

The judgment index for the number of visits was calculated based on the average performance of the daily living activities and requirement of social support according to the level of the disease condition observed during each section of visit number. Therefore, the nurses who provided care for chronic schizophrenic patients can use this judgment index to maximize their services.

In brief, this study presents the importance of using the judgment index for determining the number of home visits for schizophrenic patients, which in turn would help in improving their clinical judgment.

Key words : public health nurse, visit number, visit judgment, schizophrenic patient