

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

渡辺 美鈴*¹ 河野 公一*² 西浦 公朗*³ 宮田 香織*³
中屋 久長*⁴ 河村 圭子*⁴ 樋口 由美*⁴

I はじめに

わが国における精神病患者の処遇は、精神病患者監護法（明治33年）、精神病院法（大正8年）、精神衛生法（昭和25年）、精神衛生法の改正（昭和40年）などの法律の変遷が示されているように、昭和62年の精神保健法が制定される以前は、私宅監置からはじまり病院に強制的に入院させられ、社会から隔離された状況に置かれていた。昭和62年の精神保健法の制定で、患者本人が同意して入院する「任意入院」が定められ、通院・面会などの人権に配慮した医療が確保された。この法律の目的の中に「社会復帰の促進」が加えられ、社会復帰施設が規定された。ここにおいて初めて、精神病患者に「入院から社会復帰施設へ」の流れが生まれた。さらに精神病患者が、平成5年の障害者基本法の中で障害者として位置づけられ、福祉施策の充実を求めて、平成7年に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）が制定された。この法律の目的に、「精神障害者の自立と社会経済活動への参加の促進のための必要な援助を行うこと」が新たに加えられ、福祉ホームなどの社会復帰施設や、事業所において対人関係や社会適応のための訓練を行う社会適応訓練事業（通院患者リハビリテーション）の法定化や精神障害者保健福祉手帳の制度化が行われた¹⁾²⁾。ここで、「社会復帰施設から地域ケアへ」の流れが現実的なものとなり、さらに精神障害者の社会復帰に関する相談援助を行う国家資格を有する専門家として

精神保健福祉士も誕生する³⁾（精神保健福祉士法、平成10年4月施行）。

このような法的な改正に伴い、精神病院では、精神障害者を「家庭」に復帰させ、さらに「家庭生活の継続」のために、訪問看護やデイケア、ショートステイ、生活訓練施設・援護寮などに取り組み、退院を積極的に勧める施設も増加してきている^{4)~9)}。特に、訪問看護は退院した人を地域（家庭）で生活できるように支援するシステムである。精神障害者の入院は他の疾患と比較して、非常に長期化しており、退院した人はまず、家庭生活をできることが社会復帰の第1歩になる。訪問看護はその第1歩を支援することにある。訪問によるサービス内容は、1. 再発防止の援助 2. 生活支援 3. 家庭支援で、再発防止や短期入院で社会生活を継続できるように支援することで、地域の中に精神障害者が定着していくために極めて有意義な事業として位置づけられている⁶⁾¹⁰⁾。

そこで、本研究は、人口15万人、交通機関の便利な市中病院の訪問看護事業に注目して、訪問看護を受けている任意入院者の実態と再入院に影響を与える要因について検討し、訪問看護時の注意点を探索することを目的に行った。

II 研究方法

(1) 訪問看護

本研究を行った精神病院は519床（保護室9床を含む）を有し、精神科の訪問看護、デイケア、

* 1 大阪医科大学衛生学・公衆衛生学教室講師 * 2 同教授 * 3 同大学院生 * 4 同研究生

表1 調査項目

1. 属性
性, 年齢, 職業の有無
2. 医療と受療
病名, 保険の種類, 過去の入院回数, 訪問回数, 服薬管理の有無, 本人の希望受療形態(入院, 通院), 家族の希望受療形態(入院, 通院), 通院の状況(定期, 不定期)
入院期間, 訪問看護の回数, 再入院の有無と入院日
3. 家族と日常生活
保護者の続柄, 同居の有無, 食事状況, 家族との交流

入所生活訓練施設など社会復帰や社会参加に積極的に取り組んでいる病院である。訪問看護は看護婦1人, 精神科ソーシャルワーカー2人, 計3人がチームを組み, 定期的に訪問している。必要に応じて, 医師が同行する。

(2) 対象者

大阪府M市にある精神病院は平成7年6月に訪問看護を始めた。調査対象者は, 平成7年6月1日から平成9年5月30日の間に退院および同病院に通院している者のうち, 訪問看護を承諾した102人である。年度別にみた対象者は平成7年に61人, 平成8年に34人, 平成9年に7人であった。これら調査対象者を平成10年8月31日まで追跡した。

(3) 調査項目

対象者102人について精神科訪問看護指示書を用い, 表1に示した調査項目を調べた。さらに調査期間中に発生した外来通院の変化, 訪問看護中断日, 再入院日や回数, 他病院への転院日, 消息不明日, 死亡日などを平成10年8月31日まで追跡調査した。

(4) 分析視点

まず対象者の特性や訪問看護に関する項目について調べた後, 再入院に影響する要因分析を行った。再入院に視点をおいた理由は, 訪問看護の目的の一つに再発予防があるからである。この再発予防の判定には入院が用いられている¹⁾。本研究では再入院に関連する要因を明らかにすることにより, 訪問看護時に特に注意して指導する項目を探索した。

再入院の要因分析には, 変数減少法(5%投

表2 対象者の特性

(単位: 人, ()内%)

対象者	数	102 (100.0)
男	性	44 (43.1)
女	性	58 (56.9)
平均年齢(歳)		49.4±12.7
男	性	45.2±12.0
女	性	52.6±12.4
年齢構成		
40歳以上		77 (75.5)
職業		
あ		12 (11.8)
病		
精神科		69 (67.6)
その他 ¹⁾		14 (13.7)
保険の種類		19 (18.6)
保険		
保険		3 (2.9)
保険		35 (34.3)
老人		9 (8.8)
生活		31 (30.4)
第32条 ²⁾		24 (23.5)
過去の入院回数		
0		28 (27.5)
1~2		31 (30.4)
3回以上		43 (42.2)
保護者の続柄		
配偶		29 (28.4)
親		42 (41.2)
兄		14 (13.7)
子		11 (10.8)
市		6 (5.9)
町		
同居の有無		
同居		14 (13.7)
家族の近くで同居		10 (9.8)
家族と同居		78 (76.5)
居住		
市内隣接		24 (23.5)
その他		50 (49.0)
その他		28 (27.5)

注 1) その他には, てんかん, 心因反応, 非定型精神病, 老人性精神病, アルコール依存症が含まれる
2) 精神保健福祉法第32条(公費負担制度)で通院医療費を都道府県が95/100を負担する。

入, 10%除去)によるCoxの比例ハザードモデルを用いた。再入院の追跡期間(従属変数)は個人個人の追跡期間(日)を用いた。追跡期間は訪問看護開始日をスタート日とし, 再入院者は入院日までの期間を, 追跡途中の転院者や死亡者, 消息不明者は転院日や死亡日, 訪問看護最終日を打ち切りとしその間の期間を, 再入院してない者は平成10年8月31日までの期間とした。追跡期間は最短25日, 最長1186日であった。独立変数は調査項目とした。なお, 追跡期間のスタート日を退所日ではなく訪問看護開始日としたのは, 平成7年の対象者61人のうち, 25人は訪問看護開始日前に既に退院しており, 外来受療者が含まれていたことから訪問看護開始日をスタ

ートした。外来受療者25人は全員入院経験があり、うち12人は過去2回以上の入院経験があった。

Ⅲ 結 果

(1) 対象者の特性

対象者の特性を表2に示す。対象者102人のうち、男性が43.1%、女性56.9%、平均年齢は男性が45.2歳、女性が52.6歳、40歳以上の者が75.5%を占めていた。病名は精神分裂病67.6%、そううつ病13.7%で約7割は精神分裂病であった。過去の入院回数は、なしの者27.5%、1～2回30.4%、3回以上42.2%、保険の種類は保険家族34.3%、生活保護30.4%、精神保健福祉法第32条23.5%（通院医療費の公費負担制度、医療費の95%は医療保険と公費でまかなわれ、5%が自己負担、一部自治体ではこの5%も補助しているところがある）で、医療費の無料の者が約半数を占めていた。保護者との続柄は親41.2%、配偶者28.4%、兄弟13.7%、子供10.8%、市町村5.9%で、保護者には親が最も多かった。

居住地はM市在住が23.5%、M市隣接地が49.0%であった。対象者は、市内およびその周辺に在住し、40歳以上の者で、保護者は親である、病名は主に精神分裂病、保険の種類は生活保護や精神保健福祉法第32条の者で医療費の無料などの者が多かった。

(2) 訪問看護について

1) 訪問回数と通院状態、訪問看護の有無、再入院の有無

訪問看護回数別にみた通院状況、訪問および再入院の有無について表3に示す。調査期間中に通院が不定期あるいは中断した者は対象者102人中23人（22.5%）、訪問看護を中断した者は70人（68.6%）、再入院者は39人（38.2%）であった。通院や再入院では、訪問回数が多いほど不定期・中断者の割合が、また再入院の割合が増加した。訪問看護の中断は月1回の者（79.5%）に多かった。再入院者39人中、調査期間中に1回のみ入院した者は21人、2回は15人、3回は3人で、この39人中8人は入・退院を繰り返しながら、訪問看護も継続していた。

表3 訪問回数別にみた通院状況、訪問および再入院の有無

(単位 人, ()内%)

訪問回数	人 数	通 院		訪 問 看 護		再 入 院	
		定 期	不定期・中断	継 続	中 断	な し	あ る
全 体	102 (100.0)	79 (77.5)	23 (22.5)	32 (31.4)	70 (68.6)	63 (61.8)	39 (38.2)
2回/月	7 (100.0)	5 (71.4)	2 (28.6)	5 (71.4)	2 (28.6)	2 (28.6)	5 (71.4)**
1回/月	73 (100.0)	56 (76.7)	17 (23.3)	15 (20.5)	58 (79.5)	42 (57.5)	31 (42.5)
1回/2月	22 (100.0)	18 (81.8)	4 (18.2)	12 (54.5)	10 (45.5)	19 (86.4)	3 (13.6)

注 Pearsonの χ^2 検定 **P<0.01

表4 訪問看護の継続・中断別にみた再入院について

(単位 人, ()内%)

追跡終了時の状況	人 数	再入院	
		な し	あ る
対 象 者	102(100.0)	63(61.8)	39(38.2)
訪問看護継続・外来	32(31.4)	24(75.0)	8(25.0)
訪問看護中断	70(68.6)	39(55.7)	31(44.3)*
中断者の状況			
寛 解	2(2.0)	2(100.0)	—(—)
外 来	35(34.3)	25(71.4)	10(28.6)
入 院 中	10(9.8)	—(—)	10(100.0)
転 院	10(9.8)	4(40.0)	6(60.0)
死 亡	5(4.9)	3(60.0)	2(40.0)
不 明	8(7.8)	5(62.5)	3(37.5)

注 Fisherの直接確率法（両側） *P<0.05

図1 訪問看護中断理由

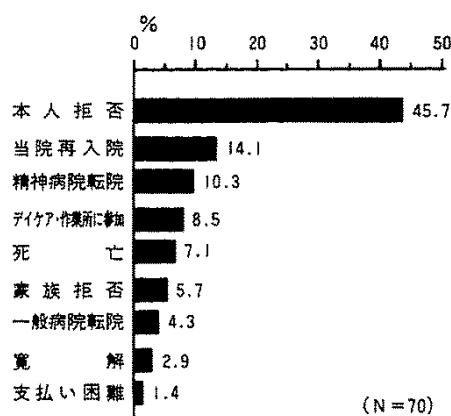


表5 訪問看護期間別にみた再入院の割合

(単位 人, ()内%)

訪問看護開始から再入院までの期間	再入院者
総 数	39 (100.0)
1 カ 月 未 満	4 (10.3)
1 ～ 3 カ 月 未 満	3 (7.7)
3 ～ 6 カ 月 未 満	7 (17.9)
6 ～ 1 年 未 満	8 (20.5)
1 ～ 1 年 6 カ 月 未 満	10 (25.6)
1 年 6 カ 月 以 上	7 (17.9)

2) 訪問看護の継続・中断と再入院について
訪問看護の継続と中断別にみた再入院の有無について表4に示す。対象者102人中訪問看護の継続者は32人(31.4%), 中断者は70人(68.6%)であった。再入院者は訪問看護継続群では25.0%, 中断群では44.3%で、訪問看護中断群に再入院者が有意に多く、また再入院者39人中31人(79.5%)は中断者であった。訪問看護中断の理由を図1に示す。中断の理由は本人の拒否(45.7%)が最も多く、次いで再入院(14.1%), 他の精神病院へ転院(10.3%), デイケア・作業所に参加(8.5%)と続いていた。

3) 訪問開始から再入院までの期間

対象者102人中再入院者は39人(38.2%)であった。この再入院者の訪問開始から再入院までの期間を表5に示す。訪問期間別にみた再入院者の割合は、1カ月が10.3%, 1～3カ月未満が7.7%, 3～6カ月未満が17.9%, 6カ月～1年未満が20.5%, 1～1年6カ月未満が25.6%, 1年6カ月以上が17.9%であった。6カ月までの再入院者の割合は約35%で、訪問看護開始後約3割の者がこの期間に入院していた。

4) 再入院の有無別にみた対象者の特性

再入院の有無別にみた対象者の特性を表6に示す。再入院は、過去の入院回数の多い群、服薬を家族が管理している群、本人および家族が入院を望んでいる群、デイケアや作業所などの参加のない群に有意に高く、また、病名ではその他の群、すなわち、てんかん・心因反応・非定型精神病・老人性精神病・アルコール依存症などの群に、通院が不定期や中断した群に、保護者が配偶者か子供である群に、家族と同居している群に再入院の割合が多くなる傾向を示し

表6 再入院の有無別にみた特性

(単位 人, ()内%)

	全 体	再 入 院	
		な し	あ る
対 象 者 数	102 (100.0)	63 (61.8)	39 (38.2)
性 別			
男	44 (43.1)	29 (65.9)	15 (34.1)
女	58 (56.9)	34 (58.6)	24 (41.4)
年 齢 構 成			
40 歳 未 満	25 (24.5)	14 (56.0)	11 (44.0)
40 ～ 59 歳	52 (51.0)	36 (69.2)	16 (30.8)
60 歳 以 上	25 (24.5)	13 (52.0)	12 (48.0)
職 業			
あ る	12 (11.8)	8 (66.7)	4 (33.3)
な い	90 (88.2)	55 (61.1)	35 (38.9)
医 療 と 受 療 名 病			
精 神 分 裂 病	69 (67.6)	47 (68.1)	22 (31.9)
そ う う つ 病	14 (13.7)	7 (50.0)	7 (50.0)
そ の 他 ¹⁾	19 (18.6)	9 (47.4)	10 (52.6)
医 療 費 の 費 用			
1 割 負 担	3 (2.9)	2 (66.7)	1 (33.3)
3 割 負 担	35 (34.3)	23 (65.7)	12 (34.3)
無 料 ²⁾	64 (62.7)	38 (59.4)	26 (40.6)
通 院 状 況			
定 期	79 (77.5)	52 (65.8)	27 (34.2)
不 定 期・中 断	23 (22.5)	11 (47.8)	12 (52.2)
過 去 の 入 院 回 数			
0 回	28 (27.5)	23 (82.1)	5 (17.9)*
1 ～ 2 回	31 (30.4)	18 (58.1)	13 (41.9)
3 回 以 上	43 (42.2)	22 (51.2)	21 (48.8)
服 薬 管 理			
自 分 で で き る	63 (61.8)	45 (71.4)	18 (28.6)*
家 族 が 管 理	39 (38.2)	18 (46.2)	21 (53.8)
本 人 の 希 望 受 療 形 態			
通 院	96 (94.1)	63 (65.6)	33 (34.4)*
入 院	6 (5.9)	— (—)	6 (100.0)
家 族 の 希 望 受 療 形 態			
通 院	86 (84.3)	60 (69.8)	26 (30.2)*
入 院	16 (15.7)	3 (18.8)	13 (81.3)
家 族 と 日 常 生 活			
保 護 者 の 続 柄			
配 偶	29 (28.4)	14 (48.3)	15 (51.7)
親 兄 弟	42 (41.2)	28 (66.7)	14 (33.3)
子 供	14 (13.7)	12 (85.7)	2 (14.3)
市 町 村	11 (10.8)	5 (45.5)	6 (54.5)
同 居 の 有 無			
独 居	6 (5.9)	4 (66.7)	2 (33.3)
家 族 と 同 居	24 (23.5)	17 (70.8)	7 (29.2)
家 族 交 流			
多 量	78 (76.5)	46 (59.0)	32 (41.0)
少 量	91 (89.2)	57 (62.6)	34 (37.4)
な い	11 (10.8)	6 (54.5)	5 (45.5)
デ イ ケ ア・作 業 所			
参 加	13 (12.7)	11 (84.6)	2 (15.4)*
参 加 な し	89 (87.3)	52 (58.4)	37 (41.6)

注 1) その他には、てんかん、心因反応、非定型精神病、老人性精神病、アルコール依存症が含まれる。

2) 無料には、老人医療、生活保護、精神保健福祉法第32条が含まれる。

3) 比率の検定にはPearsonの χ^2 検定とセルの期待度数が5未満の場合にはFisherの直接確率法(両側)を用いた。* $p < 0.05$

ていた。

5) 再入院に影響する要因分析(リスクファクターについて)

Coxの比例ハザードモデルを用いた再入院に

関連する要因分析を表7に示す。Coxの比例ハザードモデルではリスクファクターの相対危険度（リスク比）をハザード比として示している。ハザード比は各調査項目の中で、基準となるカテゴリを1.00とし、その基準値に対して何倍リスクがあるかを観察したものである。病名では精神分裂病1.00に対して、その他に含まれる疾病群は3.58を示した。このことはその他の群が精神分裂病よりも再入院のリスクが3.58倍高いことを示している。本人が入院を希望している（リスク比：10.6）、過去の入院のある場合（1～2回 7.21, 3回以上5.80）、家族が服薬を管理している（6.94）、デイケアや作業所に参加していない場合（4.37）は再入院のリスクが高くなった。これらの調査項目は、再入院のリスクファクターとして考えられることから、訪問看護時の重点的な支援項目であることが示唆される。

IV 考 察

（1）対象者について

本研究の対象者は全員1回から数回の入院者であった。対象者102人のうち、77人は退院直後の訪問看護開始時から追跡したが、他の25人は平成7年の対象者で、入院経験があり、うち12人は2回以上の入院経験のある外来受療者であった。本研究では外来受療者も全員入院経験があったので、再入院のリスクを明らかにすることを目的としていたので今回の調査に加え、対象者として分析した。そのため、追跡開始は退所時ではなく、訪問看護開始時を用いた。精神科の訪問看護の開始は退院直後からの者、あるいは退院数カ月を経て外来受療中に訪問看護が必要になる者など、訪問看護の対象者は一様ではない。今後は、入院回数や退院状況等を詳細に観察した研究が訪問看護時の基礎資料としてさらに必要と思われる。

（2）訪問看護時の視点と社会サービスへの連携

精神科の訪問看護は、1986年3月の診療報酬点数化によって、この事業に取り組む医療施設

表7 再入院に関連する要因分析(Cox比例ハザード分析)

	再 入 院	
	ハザード比(95%信頼区間)	検定P値
病 名		
精 神 分 裂 病	1.00	
そ う う つ 病	1.04 (0.42-2.59)	0.926
そ の 他 ¹⁾	3.58 (1.55-8.24)	0.003
過 去 の 入 院 回 数		
な	1.00	
1 ～ 2 回	7.21 (2.34-22.2)	0.000
3 回 以 上	5.80 (2.01-16.8)	0.012
服 薬 の 管 理		
自 分 で で き る	1.00	
家 族 が 管 理	6.94 (3.12-15.5)	0.000
本人の希望受療形態		
通 院	1.00	
入 院	10.6 (3.51-32.0)	0.000
デイケア・作業所		
参 加	1.00	
な し	4.37 (1.60-11.9)	0.021

注 1) その他には、てんかん、心因反応、非定型精神病、老人性精神病、アルコール依存症が含まれる
2) 投入した変数 1. 性 2. 年齢構成 3. 医療費の費用負担 4. 病名 5. 過去の入院回数 6. 通院状況 7. 服薬管理 8. 訪問頻度 9. 保護者 10. 同居の有無 11. 本人の希望受療形態 12. 家族の希望受療形態 13. デイケアや作業所の参加

は年々増加している。しかし、精神科スタッフが患者宅を訪問し、何を観察し、何を援助してくるかは、明確にされておらず各施設手探りの状態である。その中で、経験的あるいは実証的に、訪問看護の効果が報告されている⁵⁾⁶⁾⁸⁾⁹⁾。

緒方らは¹¹⁾、ケース・コントロールスタディーにおいて、訪問看護群では再発による再入院率が訪問看護のない群よりも低く、訪問看護を行うことは再発予防効果があることを指摘している。本研究でも、訪問看護を中断した群に再入院が高率に観察されている（表4）ことから訪問看護による再発防止効果が示唆される。再発契機には、ライフイベント、怠薬・断薬、ライフイベントと怠薬・断薬が複合したものなど¹¹⁾、また、家族の感情出現の高いもの¹²⁾、過去の入院回数の多い者¹³⁾¹⁴⁾などがあげられており、本研究においても、服薬を家族が管理している者、過去の入院回数の多い者（表7）に、また、家族と同居している者、家族が入院を希望している者に再入院が多かった。精神障害者が社会生活の場に復帰することは日常生活での様々な環境要因にさらされることであり⁹⁾、各種生じるライフイベントは再発契機につながり、結果として怠薬・断薬が生じる場合もあると考えられる。

訪問看護時には「日常と異なる」ということが観察のポイントとして重要であることが指摘されている¹¹⁾。この点は訪問看護途中での重要な観察点であるが、先ず、本研究の結果が示すように(表6, 7), 訪問開始時には「訪問の回数」や「過去の入院回数」, そして「本人が入院を希望している」ことなどは再入院のリスクであるので(表6, 7), このようなリスクを持つ障害者に対しては訪問看護開始時から注意深い観察が必要であり, さらに訪問経過中に生じる変化の観察が重要になると思われる。通院が不定期になる, あるいは訪問看護の中断を申し出るような場合には, 「いつもと異なる」状態が発生していることを意味し, 主治医を含めた早急な対応が必要であることを示唆している。特に, 訪問看護の中断者の半数は, 本人の拒否である。これら原因について本人側の要因, 訪問者側の要因など「なぜ訪問看護を拒否したか」を明らかにすることが再入院防止のために必要である。

一方, デイケアや作業所への参加は再入院の低下を示している(表7)。岡らは⁷⁾デイケアの参加によって「拒絶性」「猜疑心」などが改善され, 家族構成員間や他のスタッフとのコミュニケーションが良好になり, 家族から「不自然な言動が減り, 安定感が出てきてのんびりと過ごすようになった」との報告をしている。家庭から地域への第一歩を踏み出すために, デイケアや作業所への連携は重要であり, 地域にある社会復帰サービスの積極的な利用を訪問看護を通じて勧め, その利用につなげていくことも, 再発予防の観点から重要であると思われる。

社会復帰サービスの積極的な利用の観点から, 本研究の対象者をみた場合, 対象者の90%は仕事がなく, 平均年齢49歳と高い者が多い。その保護者も高年齢の親や, 親が亡くなり兄弟である者が多くみられた。家族と同居していても, 6畳一間と生活費が与えられ, 近所を歩くときには, 帽子をかぶり顔を見られないように家人から注意を受けているケース, 隣人からの苦情を恐れ, 表札をつけず, 万年床で下着姿で1日2回の外食とテレビを友としているケース, 中には喫茶店でしか会わないケースなど地域や家

族から孤立している者や社会生活を過ごすための様々な生活技術の低さを抱え家庭生活を過ごしているケースなどが多くみられた。このような精神障害者が社会の一員として生活をしていくためには, 障害者の身内に依存した退院でなく, まず生活費や住宅および社会交際費などを含めた本人の家庭生活の自立を保証した退院が必要であるように思われる。

まず, 安心した家庭生活が出来る状況の上に, 次のステップとして日常生活技能が修得できる地域参加が望まれるが, わが国の場合, 精神障害者の在宅ケアシステムが不十分である。社会全体が障害者を受け入れられるように成熟していない状態で患者が通院している。家庭生活に自立していない, また社会の受け入れも十分でないという状況を訪問看護のスタッフは理解し, 地域にある行政あるいは民間サービスにつなげる積極的な支援がなければ, 社会復帰サービスの利用は困難であると思われる。

精神障害者を支援するための具体策として, 最近, わが国の高齢者福祉の分野で利用されているケアプランの方策を活用し¹⁵⁾, 訪問看護時に定期的に, 本人のニーズと能力, 必要な社会資源などを盛り込んだプランを立案し, その方向に向けた支援を行うことも, 家庭や社会生活の継続につながり, また, 訪問看護時に支援の必要な具体的な項目を探索できるように思われる。精神障害者には「疾病と障害の共存」という基本的視点が必要であることが示されている¹⁰⁾。つまり医療, 保健に加えて福祉的サービス, 具体的には「医・職・住」の保証が必要不可欠である。そのために行政的には, 医療・保健・福祉を連携したサービスの量的・質的向上が望まれ, 訪問看護スタッフには地域で生活を継続するための公的あるいは民間の各種サービスの利用方法の指導が期待される。

IV ま と め

平成7年6月1日から平成9年5月30日の間に退院および通院し, 訪問看護を承諾した102人の任意入院者を平成10年8月31日まで追跡し,

訪問看護の実態と再入院に影響を与える要因について検討した。

対象者102人のうち、男性が43.1%、女性56.9%、平均年齢は男性が45.2歳、女性が52.6歳で、保護者は親が多かった。病名は主に精神分裂病が多く、保険の種類は生活保護や精神保健福祉法第32条の者で医療費の無料などの者が多かった。追跡終了時、訪問看護の継続者は31.4%、中断者は68.6%であった。中断者に再入院が多く認められた。再入院は、訪問回数が多い、訪問看護を中断した、過去の入院回数が多い、服薬を家族が管理している、本人および家族が入院を望んでいる、デイケアや作業所などの参加がない、また、病名がその他の群（てんかん・心因反応・非定型精神病・老人性精神病・アルコール依存症）などに罹患している、通院が不定期や中断、家族と同居しているなどの項目と関連していた。これらの調査項目は、再入院のリスクファクターとして考えられることから、訪問看護時の重点的な支援項目であることが示唆される。

謝辞

本研究の実行にあたり、調査にご協力頂きました京阪病院西浦信博院長、訪問看護ステーション・マルシエの赤松英子管理者、高橋俊江ケースワーカーおよび他の訪問看護婦諸姉に深謝いたします。

本研究は第5回（平成9年度）明治生命厚生事業団の「健康文化」研究助成によって実施した。

文 献

- 1) 厚生省編. 厚生白書—現代社会と心の健康—. 厚生問題研究会. 平成9年(1997); 94-99.
- 2) 厚生統計協会. 精神保健. 国民衛生の動向, 1998; 131-136.
- 3) 精神科看護編集委員会. 「精神保健福祉士法」成立. 精神科看護, 1998; 23: 99-104.
- 4) 菊地謙一郎. 長期入院精神分裂病患者の退院の意向と自尊感情について. 精神科看護, 1998; 23: 84-92.
- 5) 向谷地生良. 社会復帰とは当たり前の苦勞に戻るこゝと. 精神看護, 1998; 1: 14-17.
- 6) 三浦弘史. 通院分裂病患者の生活安定のための生き方について. 精神医学, 1997; 39: 139-147.
- 7) 岡幸三郎, 前田正治, 内野俊郎, 中原 功, 井田能成, 向笠広和. デイケア通所中の分裂病者に対する家族の評価. 精神医学, 1997; 39: 697-704.
- 8) 外山好子, 下園智佳代. 精神科訪問看護ステーションの開設と実践. 精神科看護, 1998; 25: 80-82.
- 9) 宇佐見しおり. 精神科訪問看護ステーションを通じて地域の拠点病院に. 精神科看護, 1998; 25: 1-4.
- 10) 蜂矢英彦, 見浦康文, 藤本豊. 精神障害Q&A 生活支援ハンドブック, 中央法規, 1998.
- 11) 緒方 明, 三村孝一, 今野えり子, 福田美香, 山本哲生, 藤田英介, 平田耕一, 榊島 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, 1997; 39: 131-137.
- 12) 兼島瑞枝, 長崎文江, 古謝 淳, 山本和儀, 仲本晴男. 精神分裂病患者を持つ家族の感情表出と疾病理解との関連. 精神医学, 1998; 40: 945-949.
- 13) 眞崎直子, 藤田利治, 甲斐祥一, 財津裕一, 平 泰子, 近藤くみ子, 山下清香, 畑田一憲. 精神科医療保護入院後の退院患者の再入院とその関連要因. 日本公衛誌, 1997; 44: 372-382.
- 14) 山下なつみ, 藤田利治, 永田昌慶. 一保健所管内の精神科入院患者の在院期間と再入院についての追跡調査. 日本公衛誌, 1995; 42: 219-228.
- 15) 厚生省老人保健福祉局. 高齢者ケアプラン策定指針, 厚生科学研究所, 1995.