

在宅療養中の統合失調症患者が認識している訪問看護とソーシャルサポート

(訪問看護／ソーシャルサポート／統合失調症患者)

錦織可奈子*・中谷久恵**

Visit Nursing and Social Support That Patient With Schizophrenia Recognized in Home Health Care

(visit nursing / social support / schizophrenia patient)

Kanako NISHIKORI and Hisae NAKATANI

The purpose of this study was to investigate recognition of visit nursing and social supports in Schizophrenia patient, and to identify the essential support for their home health care. We sent questionnaire to 79 patients in order to examine about their actual care and social supports. We obtained 38 answers from the patients, and they were 21 men and 17 women, average age 52.1 years old and average illness history was 20.8 years. The most patients cared with visit nursing for more than 3 years (52.6%). The content of the visit nursing was "Independence support to patient" and "Support to family". The social support score was higher in women compared with men ($p<0.05$). Behavioral support score was high in the patients who feel that nurses care to their family. This suggests that visiting nurses can maximize the supportive role of the family for the person receiving home-based treatment through developing relations with the family.

本研究の目的は、在宅療養中の統合失調症患者が受けている訪問看護とソーシャルサポートから療養の実態を把握し、在宅療養に必要な支援を明らかにすることである。対象者は79名で、郵送法による質問紙調査を行った。調査内容は属性、訪問看護での援助およびソーシャルサポートについてである。返信があった分析対象者38名は、男性21名、女性17名、平均年齢52.1歳、病歴20.8年であった。訪問看護の利用期間は3年以上が52.6%と最も多く、訪問看護の主な内容は「本人への自立支援」と「家族への支援」であった。ソーシャルサポートは男性に比べて女性が高く($p<0.05$)、訪問看護の「家族への支援」が高いほど「疾患に対する行動的サポート」が高くなる相関があった。これらは、看護師が家族に関わることで家族が在宅療養者へのサポート的役割を発揮していけることを示唆していた。

I. 緒言

現在、精神科患者は全国に約303万人存在し、うち入院患者は約32万人である¹⁾。地域で暮らしている患者の数は年々増加してきており、精神科医療は入院から地域へと療養の場の転換が推進されている。受け入れ条件が整えば退院可能な障害者の社会的入院の解消を図ることは可能であり、医療の連携や訪問看護、外来医

療でのサポートが重要と思われる。

精神科訪問看護の対象の多くは統合失調症であり、その症状には陽性症状、陰性症状および認知機能障害などがある。統合失調症は再発を繰り返し顕著な回復過程は見られないが、非定型抗精神病薬により大幅に治療が進歩し、病状が安定してさえいれば在宅を基盤にした社会生活は不可能ではなくなっている。統合失調症患者が訪問看護を受けることで再入院日数が1/4に減り、医療費も2割削減できたとする報告もある²⁾。療養での課題には、慢性的な経過をたどるため長期的サポートが必要であることや、病気や障害そのものに対する本人の受け入れがケアの提供に影響を与えること、家族との同居の有無にかかわらず、家族あ

*元島根大学医学系研究科看護学専攻

Formerly at Graduate School of Medical Research, Master's Course

**島根大学医学部看護学科地域看護学講座

Department of Community Health Nursing, Faculty of Medicine, Shimane University

るいは患者の周囲との関係作りが課題となることなどがあげられる。先行研究では、医療スタッフを対象にしたものは多いが、統合失調症患者自身の在宅での認識から捉えた精神科訪問看護の研究は少ない。そこで本研究では、在宅療養をしている統合失調症患者が実際に受けていると認識している援助を把握し、看護やその他の要因が在宅生活にどのように関わっているのかを検討した。

II. 研究目的

本研究の目的は、精神科訪問看護を利用している統合失調症患者を対象に調査を行い、訪問看護師が行っている援助の実態を把握し、患者が地域で生活していくために必要な支援を明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 対象者および調査方法

調査対象者は訪問看護を受けて在宅で3カ月以上生活している統合失調症患者である。A県内で精神科訪問看護を行っている精神科の全6病院を選定し、主治医に承諾を得られた在宅療養者79名に調査を依頼した。調査方法は無記名自記式による質問紙を作成し、訪問時に担当スタッフより手渡してもらった。調査期間は2009年8月～10月であり、回収は郵送法とし、研究者へ直接返送してもらった。

2. 調査内容

調査内容は、対象者の基本属性（年齢、性別、同居者の属性、訪問看護利用期間、病歴、デイケア利用の有無）、訪問看護の内容と意見（自由記述）である。また、家族や友人とのサポート関係は在宅生活を行ううえで重要³⁾との報告があり、患者を取り巻く家族、周囲の人々、訪問看護師から得られるサポートや訪問看護での支援が土台となり、利用者の療養生活が支えられていると考え、利用者を取り巻くサポートの一つであるソーシャルサポートについて把握した。

訪問看護の内容については、先行研究^{4,5)}を参考に質問紙を独自に作成した。項目は訪問看護師が行っている援助について本人との信頼関係作り、日常生活ケア、健康への関わり、家族への関わり、他者との関係調整等についての記述内容を中心に25項目を設定し、それぞれの項目に対して「よくあてはまる」から「あてはまらない」の5段階のリッカート尺度で回答を求めた。ソーシャルサポートは、金⁶⁾らの作成した慢性疾患患

者に対する尺度を開発者の承諾を得て使用し、「日常生活に対する情動的サポート」「疾患に対する行動的サポート」について「とてもよくあてはまる」から「まったくあてはまらない」の4段階のリッカート法により回答してもらった。

3. 分析方法

訪問看護の援助とソーシャルサポートの認識は高得点ほど受けていると認識している程度が高くなるようにし、援助は5～1点、ソーシャルサポートは4～1を配点して分析に用いた。アンケートの自由記載欄に回答された意見に関しては、共通する意味等を分類して概括し、訪問看護に対する思いを質的に項目化した。訪問看護の内容については、調査票の内容妥当性を高めるため、項目分析により天井効果・床効果の見られた項目を除外し、探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行い、訪問看護の構造と項目を精選した。なお、天井効果は個別の項目の平均値と標準偏差を算出して合計した数値が5を上回ったものとし、床効果は平均値から標準偏差を引いた数値が1以下のものを判断基準とする方法を用いた⁷⁾。また、因子分析から得られた看護の特徴を明らかにするため、Mann-WhitneyのU検定を用いて属性との関連を捉えた。ソーシャルサポートについては、属性や訪問看護との関連をMann-WhitneyのU検定で比較し、看護の特徴とソーシャルサポートとの関連はSpearmanの順位相関係数を求めた。データの分析にはSPSS ver.15.0 for WindowsおよびExcelを使用し、有意水準は5%未満とした。

4. 倫理的配慮

研究対象者には研究の主旨と目的及び方法、研究参加は自由意思であること、得られたデータは個人が特定されないように匿名を保ち、回答しなくても不利益を被ることはないこと、結果は関連学会等で報告することを文章にて説明した。アンケート調査用紙については無記名であり、調査の説明文と依頼文書を同封し、参加協力の意思は調査用紙の返送により同意が得られたとみなすことを明記した。また、上記の内容は島根大学医学部看護研究倫理委員会に申請し、審査を受け、承認を得て実施した。

IV. 結果

調査票の返送は39名（回収率49.4%）からあり、基本属性の項目に欠損のない有効回答38名（有効回答率97.4%）を分析対象とした。

1. 分析対象者の基本属性

分析対象者38名は男性21名(55.3%)、女性17名(44.7%)で、属性と性別を含め表1に示した。年齢は21歳～73歳に分布し、平均年齢は52.1歳であった。単身者は15人(39.5%)で、このうち女性は2名、男性は13名で、その約半数が60歳以上であった。同居者ありでは男性8名(34.8%)に対し、女性15名(65.2%)と女性のほうが多い傾向があった。病歴は平均年数20.8年であった。

また、利用期間と病歴を比較すると、1年未満の利用者の平均病歴が28.5年と最も長く、1年以上3年未満では16.7年、3年以上は20.2年であった。

2. 精神科訪問看護師が行っている援助の実態

1) 訪問看護師が行っている援助の認識

訪問看護で看護師が行っていると認識している25項目は、5点満点での平均を表2に示した。「医師と協力して自分と関わってくれる」「ケースワーカーと協力して自分と関わってくれる」といった他職種との連携や、「約束を守ってくれる」「気持ちを受け止めてくれる」といった本人との信頼関係作りが上位を占めた。

自由記載の分析による、訪問看護に対する想いについての自由記載の回答については表3に示した。14名が回答しており、「現状維持」「健康管理への安心感」「精神的安心感」「援助の希望」「否定的志向」のカテゴリーに別れた。“薬の確認をしてもらえていい”、“血圧を測ってもらってよかった”といった治療的な関わり

や健康状態への関わりをすることで安心感が感じられていた他、訪問看護師と関わることを今後も継続して希望している意見が多かった。

2) 訪問看護の内容を構成する概念の検討

5つの領域より作成した援助について、項目分析を行った結果、天井効果が13項目、床効果が2項目あり分析から除外した。得られたデータを用いて因子分析で最尤法、プロマックス回転を行ったところ、10項目から成る2因子を抽出した(表4)。これらに因子負荷量0.40以下の項目は認められなかったため、支援実態の構成要素として検討した。累積寄与率は59.97%であった。10項目全体のCronbackの α 係数は0.851で、第1因子の α 係数は0.883、第2因子の α 係数は0.843と十分な信頼性が認められた。第1因子には日常生活のケア、本人のやる気を引き出す関わり、身近な他者との関係調整など、日常の生活障害に対するケアの項目が示されたので「本人への自立支援」と命名した。第2因子は家族関係への援助の3項目であり、「家族への支援」とした。

3. 訪問看護とソーシャルサポートとの関連

ソーシャルサポートについては、「よくあてはまる」「ややあてはまる」と回答した人数を合計し、項目ごとに表5に示した。各4点満点の平均がそれぞれ「日常生活における情動的サポート」2.97点、「疾患に対する行動的サポート」2.58点であった。また、合計18項目中、どの援助も受けていないと答えた対象者も3名あった。

表1 分析対象者の基本属性 (n=38)

項目	分類	平均年齢	n	(%)	男性 (%)	女性 (%)	検定
全体		52.1	38		21 (55.3)	17 (44.7)	
同居者	単身	56.5	15	(39.5)	13 (34.2)	2 (5.3)	n.s.
	同居者あり	49.3	23	(60.5)	8 (21.1)	15 (39.5)	
病歴 (平均 20.8 年)	1～9 年	46.0	8	(21.1)	5 (13.2)	3 (7.9)	n.s.
	10～19 年	44.9	10	(26.3)	9 (23.7)	1 (2.6)	
	20 年以上	55.7	20	(52.6)	9 (23.7)	11 (28.9)	
利用期間	1 年未満	55.8	4	(10.5)	2 (5.3)	2 (5.3)	n.s.
	1 年以上 3 年未満	52.0	11	(28.9)	6 (15.8)	5 (13.2)	
	3 年以上	51.9	23	(52.6)	13 (34.2)	10 (26.3)	
デイケア利用	あり	57.3	13	(34.2)	8 (21.1)	5 (13.2)	n.s.
	なし	49.4	25	(65.8)	13 (34.2)	12 (31.6)	

表2 訪問看護で受けている援助の認識 (n=38)

援助内容	該当人数	(%)	平均得点 ^(注)	天井効果	床効果
医師と協力して自分と関わってくれる	32	(84.1)	4.29	*	
約束を守ってくれる	32	(88.6)	4.21	*	
気持ちを受け止めてくれる	30	(84.2)	4.21	*	
ケースワーカーと協力して自分と関わってくれる	32	(84.1)	4.18	*	
黙っていてもずっと付き合ってくれる	29	(76.3)	3.92	*	
心の調子をみてくれる	28	(73.3)	3.87	*	
自分を認めてくれる	27	(71.0)	3.87	*	
服薬方法について教えてくれる	27	(71.0)	3.84	*	
体の調子が悪いときに対応してくれる	26	(68.4)	3.84	*	
精神状態が悪いときは受診を勧めしてくれる	25	(65.8)	3.82	*	
困っていることにすぐ対応してくれる	24	(63.2)	3.82	*	
自分のやる気を引き出してくれる	24	(63.1)	3.76		
自分の生活に口を出しすぎない	25	(65.8)	3.63	*	
自分の味方であると言葉に出して伝えてくれる	22	(57.9)	3.58	*	
食事についてのアドバイスをくれる	25	(65.8)	3.42		
家族と自分の関係を支えてくれる	17	(44.7)	3.21		
家族についての自分の気持ちを聞いてくれる	21	(55.2)	3.16		
生活リズムを整えてくれる	18	(47.4)	3.16		
清潔など(入浴や更衣など)をうながしてくれる	19	(50.0)	3.11		
金銭管理について教えてくれる	14	(36.8)	2.76		
家族自身を支えてくれる	16	(42.1)	2.74		
家事の仕方を教えてくれる	16	(21.1)	2.71		
友人・知人・その他の人たちとの関係作りを助けてくれる	13	(34.3)	2.66		
家族にアドバイスをしてくれる	12	(31.6)	2.58		*
近所の人たちとの関わりを助けてくれる	9	(23.7)	2.29		*

注) 認識度を得点化: 5「よくあてはまる」、4「ややあてはまる」、3「どちらでもない」、2「あまりあてはまらない」、1「あてはまらない」

表3 自由記載の分析による訪問看護に対する思い (n=14)

カテゴリー	自由記述の内容
現状維持 (n=4)	・今のままで良い
	・今まで通り来て欲しい
	・今までどおりでよい
	・続けてきて欲しい
	・つづけてほしい
健康管理への安心感 (n=2)	・薬の確認をしてもらえていい
	・体温を測ってもらってよかった
	・血圧を測ってもらってよかった
精神的安心感 (n=6)	・いろいろ悩みを聞いてくださってよかった
	・これから心の支えになってほしい
	・自分の話を聞いてくれて前向きな気持ちにしてくれたりしてラクになる
	・話を聞いてくれることがいい
	・気細がなくなった
	・心配してくれていい方向に向かった
援助の希望 (n=2)	・食事を作ってもらえたらいいと思う
	・部屋の掃除をもらえてよかった
否定的志向 (n=2)	・たまにはぼーっとしたい
	・口先だけじゃなくて心からもっと励まして欲しい

表4 精神科訪問看護における支援内容の因子分析結果

	No.	支援内容	因子		α 係数
			1	2	
第1因子:本人への 自立支援	20	家事の仕方を教えてくれる	0.883	-0.180	0.88
	21	金銭管理について教えてくれる	0.806	-0.051	
	17	食事についてのアドバイスをくれる	0.752	0.277	
	19	生活リズムを整えてくれる	0.707	0.265	
	18	清潔(入浴や更衣など)をうながしてくれる	0.704	-0.211	
	15	友人・知人・その他の人の関係作りを助けてくれる	0.697	0.050	
	11	自分のやる気を引き出してくれる	0.463	-0.031	
第2因子:家族への支援	23	家族と自分の関係を支えてくれる	-0.069	0.983	0.84
	24	家族自身を支えてくれる	-0.128	0.856	
	22	家族について自分の気持ちを聞いてくれる	0.068	0.627	
最尤法 (プロマックス回転)			因子相関行列		
			因子	1	2
			1	1.000	0.315
			2	0.315	1.000

表5 ソーシャルサポートの実態

質問項目	該当人数	(%)	平均得点 ^{注)}	
日常生活における	1	あなたを精神的に支援してくれる人がいる	28 (76.7)	2.97
情動的サポート	2	あなたの病気について話ができる人がいる	28 (77.8)	
	3	「無理をしてはいけない」と気を配ってくれる人がいる	24 (66.7)	
	4	あなたの病気について助言・心配してくれる人がいる	27 (77.2)	
	5	あなたをいろいろと面倒を見てくれる人がいる	26 (72.2)	
	6	あなたを理解してくれる人がいる	26 (74.2)	
	7	買い物や旅行に出かけたいとき一緒に行ってくれる人がいる	21 (70.0)	
	8	家事をしてくれたり、手伝ってくれる人がいる	25 (71.4)	
	9	病気で寝込んだとき、看病してくれる人がいる	19 (55.9)	
	10	病院まで一緒について行ってくれる人がいる	23 (62.1)	
	11	あなたの生活習慣に合わせてくれる人がいる	20 (57.2)	
	12	定期的に診療や検査を受けるように勧めてくれる人がいる	21 (58.3)	
疾患に対する	13	朝起きたら「気分はどうですか」と声をかけてくれる人がいる	9 (25.7)	2.58
行動的サポート	14	あなたの行動をいつもほめてくれる人がいる	13 (37.2)	
	15	薬を飲むのを忘れたとき、教えてくれる人がいる	23 (63.9)	
	16	日常生活についての問題点を指摘してくれる人がいる	22 (61.1)	
	17	困ったとき、すぐに連絡して相談できる医師がいる	26 (72.2)	
	18	1日1回は家族と一緒に食事をしてくれる	17 (47.3)	

注) 認識度を得点化: 4「とてもよくあてはまる」, 3「ややあてはまる」, 2「あまりあてはまらない」, 1「全くあてはまらない」

表6 属性別による精神科訪問看護における支援内容とソーシャルサポートの認識 (n=38)

属性	n	訪問看護による支援		ソーシャルサポートによる支援			
		因子1: 本人への自立 支援	因子2: 家族への支援	日常生活における情動的サポート	疾患に対する行動的サポート		
				情動得点	行動得点		
性別	男性	21	3.37 n.s.	2.88 n.s.	2.87	2.39 2.96	* *
	女性	17	3.40	3.70	3.25		
同居者の有無	単身	15	3.41 n.s.	2.73 n.s.	3.10 n.s.	2.35 n.s.	
	同居者あり	23	3.37	3.61	3.02	2.84	
病歴	1~9年	8	3.09	3.33	2.98	2.38	
	10~19年	10	3.07 n.s.	2.93 n.s.	2.73 n.s.	2.40 n.s.	
	20~年以上	20	3.67	3.38	3.23	2.88	
訪問期間	3年未満	15	3.38 n.s.	3.25 n.s.	2.85 n.s.	2.43 n.s.	
	3年以上	23	3.39	3.24	3.19	2.80	
デイケア利用の有無	利用あり	13	3.34 n.s.	2.92 n.s.	3.10 n.s.	2.59 n.s.	
	利用なし	25	3.35	3.43	3.02	2.69	

* p<0.05, Mann-Whitney の U 検定

ソーシャルサポートと訪問看護との関連を表6にて比較した。訪問看護の支援と属性との関連では差は見られなかったが、ソーシャルサポートでは両方のサポートにおいて女性の得点が高く、男性よりもソーシャルサポートを得られていると感じていた (p<0.05)。

また、ソーシャルサポートと訪問看護の援助を構成する2つの因子での Spearman の順位相関係数は「家族への支援」と「疾患に対する行動的サポート」との関連が最も強く、0.428と中程度の相関がみられた。

V. 考 察

1. 統合失調症患者の在宅療養の特徴

今回の対象者は、平均年齢が52.1歳であり、働き盛りに該当する世代であった。しかし、病歴の平均年数は20.8年と長く、若い世代で発症した慢性疾患を有する精神科訪問看護の特徴が明らかになった。

訪問看護師から受けている援助の認識では、「心の調子を見てくれる」、「服薬方法について教えてくれる」といった健康への関わりが8割近くを占めていた。治療や健康についての援助については自由記載にもあったように、服薬の管理やバイタルサインの測定といった健康管理への安心感などがあげられていることから、身体的な症状を見てもらうことが在宅で暮らす安心感につながっていると考えた。「家族への支援」が明らかになったが、訪問看護の利用者は単身者も多く、これは関わる家族の

他界や、長い病歴の経過で家族と本人とのつながりの稀薄さなどの理由が考えられた。対象者の性別や年代によって家族の中での本人の役割は様々であり、本人に対する家族の思いや、家族に対する本人の思いを汲み取りながら支援していく必要があると思われる。また単身者のほとんどが中高年の男性であり、日常生活の援助や身体的セルフケアといった支援が求められていた。

訪問看護の利用期間と病歴との関係を見ると、1年未満の利用者は年齢が高い傾向にあった。これは社会的入院の期間が長かった患者が、在宅生活を始めていく過程で、ストレスから調子を崩すこともあって入退院を繰り返すことによるものか、あるいは高齢になってから在宅療養や訪問看護の利用を始めたことが考えられた。そのため利用者を取り巻く人たちとの関係を作る看護が求められていると考えられ、その関わりを固めていくことが地域社会での安定した生活へつながっていくと思われた。

2. 統合失調症患者に対する精神科訪問看護の援助

因子分析の結果、統合失調症患者に対してなされている看護の特徴は家族と本人の領域で構成されている2因子10項目が明らかとなった。一般の在宅療養者の看護は医療的な処置などの本人への身体的なケアが主である⁸⁾が、第1因子で示されたように、精神科訪問看護では家事や金銭管理といった日常の生活障害に対するケアを主としていた。自由記述においても“食事を作って欲しい”“掃除をして欲しい”などの希望があ

り、ソーシャルワーカーや介護職の支援と重なる看護上の援助を必要としており、他職種と連携を深める必要性が示された。統合失調症の疾患の特徴として生活の仕方や人付き合いが下手であること、またそういった能力障害（生活障害）と思考の貧困、意欲や発動性の欠如といった陰性症状は関係が深く、これらは社会復帰にとって最大の問題である⁹⁾とされていることから、本人の自己効力感を高める援助が重要である。

第2因子では“家族についての自分の気持ちを聞いてくれる”“家族と自分の関係を支えてくれる”“家族自身を支えてくれる”の項目が含まれる「家族への支援」には、同居者ありと単身者の間に差はなかったが、訪問看護師は「親」や「きょうだい」などの家族の役割を支えていく必要性が示唆された。地域の生活者としての精神障害者は日常生活が崩れることが病状の悪化へ結び付くことを考えると、看護師が彼らの生活の場へ出向いて看護サービスをする役割は大きい¹⁰⁾とされている。患者は年齢、性別、成育歴、生活環境、症状も様々であるため、医療者側からの一方的な支援ではなく、本人を取り巻く家族を含め、何をどうすることが必要かを見極めて支援していく必要がある。

3. ソーシャルサポートと訪問看護との関連

ソーシャルサポートの特徴として、「日常生活における情動的サポート」と「疾患に対する行動的サポート」の両方において女性のほうが高得点であり、男性と比べて明らかな差が見られた。背景には、男性は35%、女性は65%に同居者がおり、単身者の87%が男性であったことが関係していると思われる。単身者は、生活のあらゆる面において自分で物事を行わなければならない一方、同居者がいる場合は日常生活あるいは症状に対しての援助を受けやすい状況下にある。ソーシャルサポート18項目中一つも援助を受けていないとした対象者があってもかかわらず在宅生活が継続できているということから、訪問看護が在宅療養を支える役割は大きいと思われる。

また、ソーシャルサポートと訪問看護による援助から得られた2因子についての関連では、「家族への支援」と「疾患に対する行動的サポート」には中程度の相関が見られ、看護師が家族に関わっていると認識している利用者は、「疾患に対する行動的サポート」も受けているという状況を示していた。これは看護師が家族に関わることで、家族がエンパワメントされ、利用者へのサポート的役割を發揮していけるということを示唆しており、看護師が家族に関わる重要性が示された。

VI. 研究の限界と今後の課題

本調査は、統合失調症患者自身が認識している援助の実態を自記式によって明らかにすることができたと考えられるが、一県内に限定した調査であり、分析数も少ない。また、訪問看護以外の社会資源の併用等についてのデータは十分に得られていない。在宅で精神科訪問看護を受けながら生活していく患者は今後ますます増えていくと考えられ、調査範囲や対象者を拡大し、分析過程の客観性に留意して信頼性・妥当性を高めていくことが望ましいと考える。

VII. 結 論

1. 本調査における訪問看護の利用者は、平均年齢52.1歳、平均病歴20.8年であり、訪問看護の利用期間では、1年未満の利用者は1年以上の利用者よりも病歴が長い傾向にあった。
2. 精神科訪問看護における支援の内容として「本人への自立支援」「家族への支援」の2つの因子からなる10項目の支援内容が明らかになった。
3. 女性は男性と比べてソーシャルサポートの「日常生活における情動的サポート」「疾患に対する行動的サポート」のどちらも得られていると認識している割合が有意に高くなっていた ($p<0.05$)。
4. 訪問看護師から「家族への支援」を受けていると認識している人ほど「疾患に対する行動的サポート」を得られていると回答しており、看護師が家族に関わることで、家族が在宅療養者へのサポート的役割を發揮していけることが示唆された。

VIII. 謝 辞

本研究にご協力いただきました対象病院の病院長様、看護部長様、訪問看護担当者様、ならびに調査にご協力いただきました皆様に心から感謝いたします。

引用文献

- 1) 内閣府：平成20年度版 障害者白書。
- 2) 萱間真美, 松下太郎, 船越明子他：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):647-653, (2005).
- 3) 大島 巖：保健社会学 I；生活・労働・環境問題. 177-191, 有信堂 (1993).
- 4) 瀬戸屋希, 萱間真美, 宮本有紀他：精神科訪問看

- 護で提供されるケア内容；精神科訪問看護師へのインタビュー調査から. 日本看護科学会誌, 28(1): 41-51 (2008).
- 5) 萱間真美：精神科訪問看護のケア内容と効果；病棟でのケアとの違いに焦点を当てて. 精神科看護, 34(7): 12-16(2007).
- 6) 金 外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二：慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセルフエフィカシーの心理的ストレス軽減効果. 心身医学, 38(5): 317-323 (1998).
- 7) 小塩真司：研究事例で学ぶ；SPSS と Amos による心理・調査データ解析：東京図書：25 (2005).
- 8) 櫻井尚子, 渡部月子, 臺 有桂：ナーシンググラフィカ 21；在宅看護論－地域療養を支えるケア：67-106. メディカ出版 (2006).
- 9) 遠山輝彦：統合失調はどんな病気かどう治すのか；分かりやすい統合失調症の話：53-97(2005).
- 10) 厚生省：精神科訪問看護テキスト：122-135. ぎょうせい (1998).

(受付 2010年8月27日)