

平成 25 年度 高知県立大学大学院 博士論文

統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケア

健康生活科学研究科 博士後期課程

学籍番号 10G204

田井 雅子

統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケア

田井 雅子

論文要旨

統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケア

田井 雅子

統合失調症をもつ人が、その人らしさを保ちながら生活するためには、セルフマネジメントが重要であり、病気の特性を踏まえたセルフマネジメント促進の看護ケアが必要である。本研究の目的は、統合失調症をもつ人に対して、精神科看護師が実践しているセルフマネジメント促進の看護ケアを明らかにすることである。

9施設の精神科病院あるいは訪問看護ステーションに勤務する、看護師ならびに精神看護専門看護師12名に対して、セルフマネジメントを促進するために実践しているケアについて半構成的面接法を用いてデータ収集を行った。そして12名が語った17ケースを分析対象とし、質的記述的方法にて分析を行った。

分析の結果、統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケアとして、5つのアプローチの方向性が明らかになった。【自我機能を整えるアプローチ】とは、脆弱な自我を保護し、安心感をもたらし、現実検討を高めて自我を強化することで、自我の状態を安定させていくアプローチである。【症状からの自立を促すアプローチ】は、症状を管理することに取り組んだり、うまく管理できている感覚を強め、症状とのつき合いにおける自信を高めるアプローチである。【自己をつかむことを促すアプローチ】は、意思決定への責任を自覚し、自分の意思で歩むことを促し、自己への肯定的な評価を高めるアプローチである。【支援との結びつきを強めるアプローチ】は、周囲の人との程よい関係をもてるようにしたり、当事者が支援の場や人と結びつくことを維持・強化するアプローチである。【その人なりの生活を支えるアプローチ】は、どのような生活を送りたいのかを考え、目標を決め、そこに向かって準備をして、生活を築いていくためのアプローチであり、生活を支えることに関わる共同生活者の関与について調整することも含まれている。また、統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケアとは、脆弱な自我を保護・強化するための【自我機能を整えるアプローチ】を基盤として、【症状からの自立を促すアプローチ】で症状をマネジメントする力を強化し、【自己をつかむことを促すアプローチ】によって、自分の意思で前に進むことや自信を高めることを目指し、【支援との結びつきを強めるアプローチ】で、支援の連続性を保障して、【その人なりの生活を支えるアプローチ】で、その人なり生活のあり方をマネジメントする力を高めることであり、各アプローチは相互に関連する。

以上の結果から、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントを促進する看護ケアの特徴として、自我機能を整えるケアが基盤として重要であること、セルフマネジメント促進のケアがアイデンティティ形成を促す一助となること、人や場とのつながり方と連続性が重要であることが考えられた。そして、5つのアプローチの方向性の構造を念頭に置いてケアを実践し、当事者の意思の強化や、希望や願望をやる気につなげることが、セルフマネジメント促進の看護実践に重要であることが示唆された。

Abstract

Nursing care to promote self-management of schizophrenia

Masako Tai

In order to perform activities of daily living while maintaining the condition of a person with schizophrenia, self-management and nursing care for self-management promotion based on the characteristics of the disease are important. The objective of this study was to clarify nursing care for self-management promotion in people with schizophrenia.

The study included the data of 17 cases discussed by 12 nurses and psychiatric certified nurse specialists who worked in 9 psychiatric hospitals or home-visit nursing stations. Data on the practice of self-management promotion was collected using a semi-constitutive interview. Data analysis was performed using the qualitative descriptive method.

The results showed that there were 5 nursing care approaches for self-management promotion in people with schizophrenia. The “ego function recovery approach” stabilizes the ego by protecting weak ego, providing a sense of security, enhancing reality testing, and strengthening the ego. The “independence from symptoms approach” manages symptoms, strengthens the ability to manage the senses, and raises self-confidence according to the symptoms. The “self-control approach” increases the awareness of responsibility towards decision making, encourages taking action based on one’s decision, and raises self-affirmative evaluation. The “strengthening connections with support approach” promotes reasonable relations with surrounding people, and maintains and strengthens the connections between the subject and support location, and people. The “daily life supporting approach” considers what kind of life a person wants to live, sets a target, prepares for the goal, and helps build the desired life, which includes adjustment of the participation of the cohabitant in daily life support. In addition, nursing care for self-management promotion in people with schizophrenia was based on the “ego function recovery approach” in order to protect and strengthen weak ego. Nursing care

also consisted of strengthening the ability to manage symptoms by the “independence from symptoms approach,” raising self-confidence and moving forward based on one’s decision by the “self-control approach,” continuity of support by the “strengthening connections with support approach,” and raising the ability to manage daily life by the “daily life supporting approach.” Each approach was mutually related.

From the above results, it is clear that nursing care for self-management promotion in people with schizophrenia is based primarily on ego function recovery. Care that promotes self-management is thought to help promote identity formation and is important to ensure a connection with other people and the place. Practicing care that involves the 5 approaches, strengthening the patient’s will and connecting motivation with hope and desire, is important in nursing care for self-management promotion.

内容

第1章 序論.....	1
I. 研究の背景.....	1
II. 研究目的.....	2
III. 研究の意義.....	2
第2章 文献検討.....	4
I. セルフマネジメントの概念に関する文献検討.....	4
1. セルフマネジメントの用語の使われ方.....	4
2. セルフマネジメントの定義.....	5
3. セルフマネジメントに関するプログラム.....	7
1) Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP).....	7
2) Social & Independent Living Skills Modules (SILS・自立生活技能プログラム)	7
3) Wellness Recovery and Action Plan (WRAP).....	8
4) Illness Management and Recovery (IMR・疾病管理とリカバリー).....	8
5) セルフマネジメントに関連するプログラム間の比較.....	8
4. セルフマネジメントに含まれる要素.....	10
1) セルフマネジメントの課題.....	10
2) 意思決定.....	11
3) 能力.....	11
4) セルフマネジメントのプロセス.....	12
5) セルフマネジメントの領域と取り組み.....	12
6) セルフマネジメントのアウトカムの指標.....	13
5. セルフマネジメントを促進するケア.....	14
II. 統合失調症の機能障害.....	16
1. 統合失調症の自我機能障害.....	16
2. 統合失調症の認知機能障害.....	17
3. 統合失調症の社会的認知.....	17
III. 慢性疾患をもつ人へのケア.....	18
1. 慢性疾患をもつ人へのケア.....	18
2. 地域で生活をしている精神疾患をもつ人へのケア.....	23
3. 統合失調症の自我障害に対するケア.....	24
第3章 研究の枠組み.....	27
I. セルフマネジメントの構成要素.....	27

1. セルフマネジメントの課題.....	27
2. セルフマネジメントの領域と取り組み	27
3. セルフマネジメントの能力および力	27
II. セルフマネジメントを促進するためのケア	28
III. 本研究の枠組み.....	29
IV. Research Question.....	32
第4章 研究方法.....	33
I. 研究デザイン	33
II. 研究参加者.....	33
1. 研究参加者の条件	33
2. 研究参加者へのアクセス	33
1) 施設から研究参加者を紹介していただく方法.....	33
2) 研究参加者の内諾を得てから施設の承諾を得る方法.....	34
III. データ収集方法.....	34
IV. データ収集期間.....	34
V. データ分析方法.....	35
VI. 倫理的配慮.....	35
第5章 結果.....	38
I. 研究参加者ならびにケースの概要	38
1. 研究参加者の概要	38
2. 看護師が語ったケースの概要.....	38
II. 統合失調症をもつ人のセルフマネジメントを促進する看護ケア	39
1. 自我機能を整えるアプローチ	39
1) [脆弱な自我境界を守る]	40
2) [他者を信頼する感覚を高める]	46
3) [ストレスを低減して自我を保護する]	48
4) [現実検討を高める]	52
5) [生きる強みを見出し、支える]	55
2. 症状からの自立を促すアプローチ.....	57
1) [煩わされる症状に立ち向かう]	57
2) [症状を管理できている感覚を高める]	64
3. 自己をつかむことを促すアプローチ	68
1) [自らの意思を自覚する]	69
2) [一歩ずつ自分の力で前に進む]	71
3) [自己に対する自信をつける]	79
4. 支援との結びつきを強めるアプローチ	81

1) [他者との関係のとり方をつかむ]	81
2) [頼れる場や人の連続性を保障する]	84
5. その人なりの生活を支えるアプローチ	87
1) [生活経験を広げる]	87
2) [生活上のストレスな状況への準備性を高める]	89
3) [現実的な生活目標を目指す]	94
4) [これからの生活を見通して準備する]	98
5) [よりよく生きる生活スタイルの確立を目指す]	100
6) [共同生活者の関与のあり方を調整する]	105
第6章 考察	110
I. 統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケアの構造	110
II. 基盤としての自我機能を整えるアプローチ	111
III. アイデンティティ形成との関連	112
1. 心理社会的発達論からみたアイデンティティの形成	112
2. 自己概念の要素とアイデンティティ形成との関連	113
3. 自己について語ることとアイデンティティの形成	115
IV. 人や場とのつながりへの援助	116
1. 他者との程よいつながりをもつこと	116
2. 支援とのつながりの連続性	117
3. 共同生活者との関係性に関する援助	118
V. 統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケアの特徴	119
VI. 看護実践への示唆	122
1. アプローチの方向性の臨床における活用方法	122
2. 意思をもつことを通してアイデンティティ形成を促す	122
3. 希望や願望をやる気につなげる	123
4. 個を重視したケアの実践	124
VII. 本研究の限界と課題	124
第7章 結論	126
謝辞	128
引用文献	129

図表目次

図 1. 本研究の枠組み	30
図 2 統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケアの構造.....	111
表 1. セルフマネジメントに関連するプログラムの比較	9
表 2. セルフマネジメントを維持・促進するケア	15
表 3. 慢性疾患をもつ人へのケア	21
表 4. 地域で生活している精神疾患をもつ人へのケア	24
表 5. 自我へのアプローチ	26
表 6. セルフマネジメントの能力と能力に対するケア	28
表 7. セルフマネジメントの取り組みと取り組みに対するケア	29
表 8. 看護師が関わったケース	39

第1章 序論

I. 研究の背景

平成 21 年度「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書によれば、統合失調症の入院患者数は、地域移行が継続して実施されることで、平成 17 年度の 19.6 万人が平成 26 年には 17.2 万人、平成 32 年には 14.9 万人に減少していくことが見込まれている。一方、同報告書では、精神症状以外にも ADL や IADL の障害が主となり退院を阻んでいる現状も言及され、精神症状の改善のみならず、生活機能の障害に対する援助の重要性が示唆されている。つまり外来患者の増加がもたらされることで、地域で生活をしていくために、生活機能の改善や生活機能を維持できることが今後益々必要になってくると言える。

統合失調症をもつ人の生活機能の障害は、精神症状や認知機能の障害のみならず、限られた生活体験による学習体験の不足も関与する。地域生活を維持していくためには、これらの障害をもちながら病気の症状や日常生活で生じる出来事に対処していく力や技能、すなわちセルフマネジメントの実行が求められる。

セルフマネジメントの概念を用いたケアの実践は、糖尿病や関節炎など主に身体的な慢性疾患を対象として発展してきている。身体の慢性疾患をもつ人への看護において自己管理への援助は従来より重視されてきた。元々の自己管理への援助は、急性期の疾患に対する指導的な教育方法に準じて行われるものであった。すなわち患者と看護師の関係は、指導される人と指導する人という立場の異なる関係性の中で行われるものであった。しかし近年は専門家からの一方向的な指導ではなく、慢性疾患をもつ人の主体性や意思決定を尊重する支援方法へと移行してきており、当事者と専門家が相互に関わることや、協働という関係の持ち方が強調されるようになってきた。そして、セルフマネジメントの獲得を支援するプログラムの開発や、その効果の検証に関する研究が増加してきている。このように、自己管理の支援方法や自己管理が意味することは変化してきており、自己管理の用語と並んでセルフマネジメントの用語が当事者の主体性を尊重するという文脈で使用されるようになってきた。

精神科看護においては、自己管理の援助として様々なアプローチが行われてきた。自己管理の内容は、服薬であったり、食生活であったり、金銭であったりと多岐にわたる（石川ら，2002；増岡ら，2009；田辺ら，2008）。また服薬自己管理を取り上げても、その援助方法は時間枠が決められ、学習内容が体系化されたプログラムとして実施するものから、与薬の場面や患者との面接の中でなど、日々の患者との関わりの中できっかけを見つけてタイムリーに実施しているものまで幅広い。

このように自己管理の援助に看護師が取り組み、患者も自己管理へと努力することが求められている。そして自己管理できることは患者が自立した生活を送るために獲得しなければならない課題であり、自己管理が退院の目安や目標になってきた。しかし現在は、在院期間の短縮や退院促進によって、地域移行が推進され、以前であれば自己管理が不十分

との理由で長期間入院を続けざるを得なかった患者であっても、病気の症状がある程度安定し、地域で生活をする場があれば退院できる可能性が高まってきた。それに伴い、地域に戻ってからの自己管理の継続ならびに地域で生活する中で起きてくる様々な課題や問題への対処が、より重要になってきている。このような地域生活に必要な自己管理は、病院の保護された特殊な環境の中で十分に学べるものではなく、地域生活上の困難や悩みに直面することを通して、当事者がどのように取り組めばいいのかを試行錯誤しながら、獲得していくものである。また統合失調症をもつ人は、病気の特性としての認知機能の障害から、学習し判断、実行することに困難を来しやすい。よって地域生活を促進し維持していくためには、継続した自己管理への援助が看護師の役割として重要である。

しかしながら、近年の患者主体のセルフマネジメントの概念を用いた研究は少なく、援助内容も明確ではない。また身体疾患で明らかにされているセルフマネジメントのケアを統合失調症をもつ人に適応することは、認知機能に障害があらわれるために困難であり、たとえ適用したとしても期待したようには効果が望めない可能性がある。よって、従来から用いてきた自己管理の概念ではなく、身体の慢性疾患と同じように当事者の主体性を尊重する概念としてのセルフマネジメントへの援助へと視点を置き換えることで、より効果的なケアを生み出せる可能性がある。そして、患者主体で協働的視点を持つセルフマネジメントのケアを推進していくことが必要である。

以上より、統合失調症をもつ人が、地域でその人らしく生活を送るために、統合失調症をもつ人の病気の特性を踏まえたセルフマネジメントを高めるための看護ケアを明らかにする必要がある。

II. 研究目的

本研究では、統合失調症をもつ人の地域生活支援において、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントを高めるために看護師が行うケアについて明らかにすることを目的とする。すなわち統合失調症をもつ人がセルフマネジメントを実行し、それが継続できることで地域での生活が維持できることを目指して、看護師がどのようなケアを実践しているのかを明らかにする。

III. 研究の意義

慢性の病気と上手くつき合いながら生活するためには、統合失調症をもつ人がセルフマネジメントを実行し継続していくことが大事である (Finkelman, 2000)。そのためには、セルフマネジメントを高めるケアを明らかにして、セルフマネジメント促進の看護ケアを提供することが重要である。

セルフマネジメントを高めるケアが明らかになることは、看護実践、当事者の生活、看護師教育、研究の発展に貢献する。まず看護実践に対しては、地域生活を支援する看護師が、セルフマネジメントの獲得に向けて、具体的にどこに焦点を当ててケアをすればよい

のかへの示唆が得られると考える。そして患者の主体性を尊重する視点をもったケアの実践へと波及することが期待できる。

次に当事者の生活に対しては、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントの獲得が促されること、主体性を尊重するケアによって患者の主体性が高まり、より自分の生活へ積極的に関与する姿勢をもつようになることが考えられる。そのことで当事者のよりよい生活の構築、維持に貢献することができるであろう。

看護師教育としては、統合失調症をもつ人がセルフマネジメントを行える力をもっているという認識を高めることができる。そして当事者の力を高めるケアの視点を得ることができる。

最後に研究に関しては、当事者の主体性を尊重し、地域生活を促進したり維持したりするケアに関する研究や、当事者の生活する力を高める援助に関する研究を発展させることに貢献する。

第2章 文献検討

統合失調症をもつ人のセルフマネジメントを高めるケアを明らかにすることが本研究の目的である。そのためには統合失調症の疾患の特徴およびそれに伴う生活の障害を踏まえて、セルフマネジメントのケアを論じる必要がある。そこでセルフマネジメントに関する文献からセルフマネジメントの概念について検討した。そして、統合失調症の機能障害がセルフマネジメントに及ぼす影響と、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントを促進するケアに関する文献を検討した。

I. セルフマネジメントの概念に関する文献検討

セルフマネジメントは慢性疾患の領域で広まりつつあるが、国内ではセルフマネジメントと片仮名で表記されている場合もあれば、自己管理と表記されている場合もある。またセルフマネジメントプログラムの書籍や文献の中でも、自己管理と翻訳されていたりと、表記はセルフマネジメントと自己管理が混在している。

医学中央雑誌 Web ver.4 でセルフマネジメントをキーワードにして、精神看護領域の文献検索を行うと該当した文献はわずかであったが、自己管理をキーワードにすると、多数の文献が検出され、事例研究が多かった。精神看護領域においては、セルフマネジメントの概念は、他の慢性疾患の領域に比べると、まだ使用頻度が少なく、臨床では自己管理の用語を用いる方が一般的であることがわかる。また、自己管理で検索された文献では、服薬の自己管理がほとんどを占め、その他には金銭の自己管理、飲水量の自己管理などがあるが、服薬など1領域のセルフマネジメントに絞った範囲での報告が多く、セルフマネジメント全体の構造や領域を超えてのセルフマネジメントのケアについては石川(2007,2008)の研究だけであった。

そこで、セルフマネジメントの概念を検討するにあたり、精神看護領域に限定せず、慢性疾患でのセルフマネジメントの文献まで拡大して検討することとした。ここでは、セルフマネジメントに関する書籍、文献を概観し、セルフマネジメントの定義や要素を整理する。

検索には、EBSCOhost の CINAHL、MEDLINE、Academic Search Premier にて、「self-management」「schizophrenia」「mental illness」「chronic illness」「chronic disease」のキーワードで検索した。また医学中央雑誌 Web ver.4、CiNii で、「セルフマネジメント」「自己管理」「統合失調症」「慢性疾患」のキーワードで検索した。その他に、セルフマネジメントに関する書籍を検討した。

1. セルフマネジメントの用語の使い方

セルフマネジメントの用語は、1970年代に慢性疾患の子どものリハビリテーションに関する書籍 (Sterling et al., 2010) や、禁煙プログラムの中で用いられたのが始まりとされる。その後医療社会学、保健行動学などの領域で発展し、健康を増進し、悪化を防止する

ための個人の行動として論じられてきた（籾持，2003）。

セルフマネジメントが注目されるようになった背景には、当時の医療が急性期疾患や感染症の患者を治療することが主流であったものから、慢性疾患の患者の治療へと変化したことが大きく影響している。つまり、慢性疾患患者の増加に対して、急性期の患者には適切であった治療やケアを施しても、慢性疾患の患者には治癒という効果が望めず、長期にわたり病気の症状を抱え、労働や活動が制限されるなど病気に伴う生活へのさまざまな影響に耐えながら、生活せざるを得ない状況が生じたことが影響している。加えて、長期にわたる療養が医療費を圧迫し、医療費の削減と、効果的で効率的な医療の提供が政策上の課題として生じたことによる。

そして1980年代頃より、従来の急性期の患者を対象とした専門家による指導型のアプローチから、学習支援型のアプローチへと患者教育の転換がはかられ（安酸，2005）、慢性疾患をもつ人が、自分自身で健康を管理することが強調されるようになった。そして学習支援のために1980年代からLorigらによってセルフマネジメントに関するプログラムの開発が進められ、学習支援型のアプローチの一つである慢性疾患セルフマネジメントプログラム（Chronic Disease Self-Management Program）が開発された（Lorig，1999，2006）。以後も様々な研究者が固有の疾患を対象としたプログラム開発を行ったり、プログラムの効果を評価する研究が行われている。

2. セルフマネジメントの定義

セルフマネジメントに関する研究は介入研究が増加している。しかしセルフマネジメントの概念は、セルフケアやコンプライアンス、セルフケアマネジメント、病気のマネジメントなど、様々に定義され、明確な概念定義はない（Schilling et al., 2002）。そこで本研究におけるセルフマネジメントの概念を明確にするために、セルフマネジメントの定義が述べられている文献を中心にどのように定義されているのか、定義に含まれている要素を整理して、セルフマネジメントの概念を捉えることとした。

Lorigら（2006）は、疾患を特定せず様々な慢性疾患を対象とするセルフマネジメントプログラムを開発し、セルフマネジメントについて、可能な限り身体の機能を引き出し、人生の喜びを最大限に実現することであると定義している。また安酸ら（2005）は、セルフマネジメントとは、自分の生活と折り合いをつけながら、クライアント固有の症状や徴候に自分自身でなんとかうまく対処していくことと述べている。可能な限り、生活の折り合いをつけながらと述べているように、セルフマネジメントは罹患以前の健康状態への到達を目指すのではなく、現在の状態で可能な限り自分で対処し、最大限の人生の喜びを実現するという積極的な行動であり、現在の状態に対し肯定的に捉えていこうとするものと言える。

そしてセルフマネジメントには、最大限の人生の喜びを実現するために取り組む課題があり、Lorigら（2006）は「健康上の問題に対処すること」「通常の生活を送ること」「感情

の変化に対処すること」の3点をセルフマネジメントの課題としている。簗持(2003)も、心不全患者のセルフマネジメントの概念分析から、心不全状態の管理に必要な日常生活上の課題をあげている。このように、慢性疾患では治癒をゴールとしていないため、病気の症状への直接的な働きかけだけではなく、病気と関連して起こる日常生活上の様々な出来事にどのように対応するかということが課題になると考えられる。これらの課題に対して、Lorigら(2006)は、技法を活用して、積極的に管理することと述べ、安酸ら(2005)も、「自分の病気の療養に関するテーラーメイドの知識・技術」を用いて対処することであると述べている。また、Yeungら(2010)は特定の目的の達成に向けて、個人が自らの活動を効果的に監督することによる方法やスキル、方略であると定義しており、セルフマネジメントは対処するための技術や技法、方略を含むものであると言える。

さらにセルフマネジメントの能力に関して、Barlowら(2002)は、セルフマネジメントは症状、治療、身体・精神状態の管理を個人の能力に任せることであるとし、Solら(2005)も症状、治療、身体的・心理的結果、慢性の状態を生きるライフスタイルの変更を管理する個人の能力であると述べている。簗持(2003)も、心不全に伴う生活管理の経験に基づく熟練した能力を含む概念であると述べている。このようにセルフマネジメントには管理する個人の能力が含まれ、その能力は病気をもちながらの生活の経験に基づいて発達するものであり、経験には技法や技術を繰り返し実行することも含まれる。つまりセルフマネジメントの能力は、病気をもちながら生活する中で様々な課題に対して、最善の生活を実現するために必要な技法や技術を用いる能力であり、この能力は経験を通して発達していくものと考えられる。

また、セルフマネジメントはプロセスからも捉えられ、簗持(2003)は、心不全の症状や徴候に対する反応としての認知的な意思決定のプロセスであると述べている。今戸(2012)は、慢性閉塞性肺疾患患者のセルフマネジメントを呼吸困難のコントロールに関連した行動を実行するプロセスであるとしている。Lorigら(2006)のセルフマネジメントプログラムにおいても、問題の特定、解決方法の選択、実行の段階といった問題解決のプロセスが示され、いずれの段階においても意思決定が関わるとしている。つまり、セルフマネジメントは意思決定を行いながら問題解決を進めていくプロセスであると考えられる。また今戸(2012)は、このプロセスは問題解決以外にも医療者や家族との協力に関する行動や技能を含むとし、支援者や周囲の人との協働に関して触れている。

以上より、セルフマネジメントとは、病気や障がいをもちながらも最善の生活を実現することを目指して、病気や障がいに関連して生じる生活上の課題に対して、対処するために必要な技術や技法、方略を用いて、当事者が意思決定をしながら問題解決をしていくプロセスであると考えられる。そして対処するための技術や技法を用いる能力と、意思決定をする能力、問題解決のプロセスをたどる能力が必要と考える。

ここで注意しなければならないことは、セルフマネジメントは慢性疾患がもたらす不確かさや多くの変化に対処できる1つの方法であり(Burks, 1999)、よりよく生きるための

1つの方法 (Buelow et al., 2000) であって、セルフマネジメントがよりよく生きるために最も有力な、あるいは万能なものというわけではない。あくまでも、セルフマネジメントは慢性疾患をもつ人がよりよく生きるために活用できる問題解決のプロセスの一つであると捉える必要がある。

3. セルフマネジメントに関するプログラム

セルフマネジメントを援助するために開発された、あるいはセルフマネジメントの援助に関連したプログラムを概観する。慢性疾患をもつ人を対象としたセルフマネジメントのプログラムとして、Chronic Disease Self-Management Program を、精神疾患をもつ人を対象としたセルフマネジメントに関連するプログラムとして、Social & Independent Living Skills Modules、Wellness Recovery and Action Plan、Illness Management and Recovery をとり上げる。

1) Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)

米国のスタンフォード大学の Lorig ら (1999, 2006) により 1980 年代から開発が進められてきたプログラムで、自己効力理論を基盤としている。このプログラムは、異なる慢性疾患をもつ人々であっても、共通したセルフマネジメントの問題や課題をもつ、慢性疾患の管理のために責任をもつことを学習できる、自信や知識、セルフマネジメントに参加することは健康状態を改善する、ヘルスケア資源の利用を減少させるであろうという仮定をもつ。現在は世界 20 カ国でワークショップが開催され、日本でも 2005 年に日本慢性疾患セルフマネジメント協会が設立され、全国各地でワークショップが開催されている。このプログラムでは、慢性疾患をもつ人が自分で問題解決できるようになることを目的に、治療のマネジメント、社会生活のマネジメント、感情のマネジメントの 3 つの課題に取り組んでいく。具体的に取り組むテーマは、感情に対処すること、日常的に運動すること、薬の適正使用、家族や医師とのコミュニケーション、適切な食事、治療についての理解の 6 テーマで構成されている。毎週 1 回 2 時間半を 6 週間のワークショップ形式で行い、トレーニングを受けたリーダー 2 名が進行するが、リーダーの 1 人は慢性疾患をもつ人が務めることになっている。

2) Social & Independent Living Skills Modules (SILS・自立生活技能プログラム)

Lieberman (1994) によって、フィールドでのテストを重ね体系的なプログラムとして 1990 年代に開発された。理論的背景に社会的学習理論、行動療法、ストレス脆弱性モデルをもつ。プログラムの内容は、服薬自己管理モジュール、症状自己管理モジュール、基本会話モジュール、余暇のすごし方モジュール、地域生活への再参加援助プログラムの各学習パッケージとしてまとめられている。治療者はプログラムを厳守して実施し、患者は患

者用ワークブックを使用しながら学習を進める。このプログラムの利用によって、再発率の低下、生活の質の向上などの可能性が高まるとされている。

3) Wellness Recovery and Action Plan (WRAP)

リカバリーのための方法について精神疾患から回復した人に調査した結果を基に、1997年に開発されたプログラムである (Cook et al., 2009)。このプログラムは、リカバリー概念を基本とし、内容にはリカバリーのための希望や責任をもつこと、学ぶこと、権利を守ること、サポートなどが挙げられている。専門職による指導ではなく、仲間によるプログラムの実施が特徴であり、仲間による実施は自己決定を促進し、リカバリーを促進する可能性があるとして述べている。このプログラムは、日常生活を維持するプラン、引き金に対処するプラン、危機に対処するプラン、ライフスタイルを作るプラン、サポートシステムを作るプラン、自尊心を高めるプラン、緊張とストレスを緩和するプランの 7 プランで構成されている。毎週 2 時間半のセッションを 8 週間行う。

4) Illness Management and Recovery (IMR・疾病管理とリカバリー)

IMR は、アメリカの連邦保健省薬物依存精神保健サービス部が科学的根拠に基づく実践のために作成したツールキットの 4 つのプログラムの中の一つである (SAMHA, 2009)。2006 年にまとめられ、2009 年に日本語の翻訳版が出版されている。このプログラムは、精神疾患についての知識や、病状に対する苦痛の軽減、有意義に付き合っていくこと、有効に薬物治療を行うことにおいて改善がみられた研究成果に基づいて作成されている。リカバリー概念やストレス脆弱性モデルを基盤とし、リカバリーゴールを求め、疾患のよりよい管理方法を学ぶ人々を支援するプログラムとされている。プログラムの内容は、疾患の知識を学ぶ心理教育、服薬行動調整、再発防止訓練、対処技能訓練、社会生活技能訓練から構成されている。これらは、動機づけや認知行動的教育方法を組み合わせて行われ (MacKain et al., 2009)、IMR を行う治療者はトレーニングを受けることが必要である。プログラムは個別でもグループでも行うことができる。

5) セルフマネジメントに関連するプログラム間の比較

以上の 4 プログラムは、それぞれに研究成果に基づき開発されたものであるが、その基盤とする理論は少しずつ異なり、課題の重視の仕方にも特徴がある (表 1)。CDSMP と WRAP は理論的基盤は異にするものの、課題や当事者がリーダーを務めること、セッションの持ち方と類似点が多い。WRAP は精神疾患の当事者への研究から開発されたものであるため、精神疾患をもつ人が抱える社会参加の困難さを背景に持つことから、リカバリーが重視されている。また当事者がリーダーを務めるという点では、セルフヘルプとしての機能ももつ。そして当事者と専門職とのパートナーシップも重視されており、ここにも、専門家からの指示的な指導型のアプローチから、共に学んでいく学習支援型のアプローチ

への転換が表れている。

一方 SILS や IMR は、訓練された治療者が実施するなど、より厳格さを求めており、疾患の管理と対処技能に重点が置かれており、指導型のアプローチといえる。

また CDSMP は異なる慢性疾患をもつ人でメンバーが構成されるという特徴があり、疾患固有の課題に限定されず、幅広く共通する課題に目を向けることで、同一疾患のメンバーだけからでは得られない新たな視点をもたらされる可能性がある。しかし、CDSMP を精神疾患をもつ人を対象として実施されている報告はわずかであった (Druss et.al, 2010 ; 宇佐美ら, 2009)。Druss ら (2010) は重度の精神疾患をもつ人に CDSMP を適用した実践を報告しているが、精神疾患をもつ人に適用する際には、CDSMP の中心となる構造は保ちながらも、疾患特有のセルフマネジメントを追加したり、マニュアルの読解レベルを変更したりと、いくつかの修正を加えている。これは精神疾患の特徴である認知機能の障害が、身体疾患をもつ人と同様にプログラムを遂行することに困難をきたすことを表している。さらに、精神疾患を対象とするプログラムで基盤とするリカバリー概念やストレス脆弱性モデルは、CDSMP では基盤としておらず、精神疾患をもつ人に CDSMP をそのまま適用することは、社会生活の困難さが十分反映されないため、工夫や修正をして用いることが必要と考える。

表 1. セルフマネジメントに関連するプログラムの比較

	CDSMP	SILS	WRAP	IMR
理論的基盤	自己効力理論	社会的学習理論 行動療法 ストレス脆弱性モデル	リカバリー概念	リカバリー概念 ストレス脆弱性モデル
目標	自分で問題解決ができる			疾患のより良い管理法を学ぶ
課題/テーマ	治療	服薬 症状	引き金への対処 危機への対処	心理教育、服薬行動調整、再発防止訓練、
	社会生活	基本会話 余暇の過ごし方 地域生活への再参加	日常生活の維持 ライフスタイルをつくる サポートシステムをつくる	対処技能、社会生活技能
	感情		自尊感情を高める 緊張・ストレスの緩和	
リーダー	2名中1名は当事者	治療者	仲間	治療者
セッション	2時間半/週×6週間		2時間半/週×8週間	
成果		再発率低下、生活の質の向上	自己決定の促進、リカバリーの促進	

4. セルフマネジメントに含まれる要素

セルフマネジメントに関する文献からセルフマネジメントの要素を抽出し、その内容を整理した。セルフマネジメントの要素は、課題、意思決定、能力、プロセス、領域と取り組み、アウトカム指標に分類できた。

1) セルフマネジメントの課題

セルフマネジメントの課題は、「普段の生活を維持すること」「病気と上手くつき合うこと」「希望をもつこと」の3カテゴリーに分類できた。

① 普段の生活を維持すること

Lorigら(2006)は、慢性疾患をもつ人の日々の活動を続けることを、セルフマネジメントの課題にあげている。慢性心疾患、慢性呼吸器疾患、パーキンソン病、統合失調症の4疾患の高齢者の研究でも、通常健康を維持することが課題として挙げられ(Gallagher et al., 2008)、リンパ浮腫のあるがん患者の場合でも、日常生活の維持に取り組むという課題があげられている(大西, 2010)。

精神障害をもつ人の場合も、健康を守り促進すること(Sterling et al., 2010)が課題であり、統合失調症をもつ人では、普通の生活を送ることや周囲との関係を保持することが課題になっている(石川ら, 2008)。精神障害では、通常健康と日常生活を維持することに加え、社会的な関係を維持することも課題になっている。

これらのことより、慢性的な病気をもつことによって、健康を守りながら日常生活を維持することや、社会的交流をもちながら日常生活を維持するといった、普段の生活を維持することを課題としていると考える。

② 病気と上手くつき合うこと

慢性疾患をもつ人は病気に対する課題があり(Lorig et al., 2006)、がん患者も疾病管理を課題としている(大西, 2010)。慢性心疾患、慢性呼吸器疾患、パーキンソン病、統合失調症の4疾患の高齢者の研究では、リスク因子を避けて生活上の疾患の影響をマネジメントすることを課題としている(Gallagher et al., 2008)。これらからは生活上への影響をできる限り抑えるようにするために、疾患を悪化させないよう病気の管理を行うことが課題と言える。また精神疾患でも、再発や再入院を予防することが課題に挙げられ(MacKain et al., 2009; Stering et al., 2010)、病気を悪化させない生活が重要であるといえる。そのためには病気の自分との付き合い方(石川ら, 2007)が重要である。

以上より、病気の再発や症状の悪化を予防するよう、病気と上手くつき合いながら生活することが課題であると考えられる。

③ 希望をもつこと

統合失調症をもつ人では、希望をもつこと、自分を支持し希望を持ち続けることが課題

として挙げられていた（石川ら，2008）。希望をもつことは、病気をもちながら生きていく上での大きな支えになると考えられるが、希望を課題としている文献は精神領域以外では見当たらなかった。これは希望をもつことが、「普段の生活を維持すること」の課題や、「病気と上手くつき合うこと」の課題と関連し、それらの基盤としてすでにあるものとし、マネジメントする対象とは考えられていないのかもしれない。しかし、統合失調症をもつ人では、病気であるがゆえに 2 次的障害を被り、社会的スティグマも依然として受けていることから、希望をもつことの厳しさがあると考えられ、希望をもつという課題は重要であると考えられる。

2) 意思決定

最善のセルフマネジメントは治療や病気に関する意思決定に医療者と共に参加すること（Gallagher et al, 2008）であり、意思決定をする権利をもつパートナーとして受け入れられるべきである（Coates & Boore, 1995）。神田ら（2008）も、意思決定は自己効力感、問題解決の知識・技術と並び重要であると述べ、意思決定は主体性を尊重するセルフマネジメントにおいて権利として尊重されるべきものであり、必須の要素であると考えられる。

また、意思決定には能力とプロセスが含まれる。Sol ら（2005）は、意思決定は心疾患をもつ人に有効なセルフマネジメントの能力の一つであると述べ、MacKain ら（2009）も精神疾患のセルフマネジメントに意思決定の能力を含めている。そして心不全患者のセルフマネジメントについても、認知的な意思決定のプロセスであると籀持（2003）が述べている。

このようにセルフマネジメントにおいて、意思決定は慢性疾患をもつ人が有している権利として尊重されるものであり、意思決定を行うための能力が必要で、意思決定は判断や解釈、実行などの認知機能を活用して展開するプロセスであると考えられる。

3) 能力

前述の意思決定もセルフマネジメントに関わる能力であるが、それ以外にもセルフマネジメントには様々な能力があり、セルフマネジメントのプロセスと関連している。

まずセルフマネジメントが開始されるためには、自分にとって必要な知識や技術を獲得する能力（大西，2010）が求められ、体調や状態のアセスメントやモニターを行い（Barlow et al., 2002 ; Sol et al., 2005 ; 安酸，2010）、現状を認識する能力（大西，2010）で、課題を査定する。次いで治療の方向性を判断する能力（大西，2010）と、自分の知識や技術を用いて問題に対処する能力（Glasgow et al., 2007 ; MacKain et al., 2009 ; 森山ら 2008 ; 大西，2010）、体調を管理する能力（MacKain et al., 2009 ; 大西，2010）を用いる。このときライフスタイルの変更や生活を調整する能力（Sol et al., 2005 ; 大西，2010）や、資源を活用・応用する能力（大西，2010）も使う。そして治療の効果を判断する能力（Barlow et al., 2002）により成果の有無を判断し、マネジメントの行動を継続し遂行する能力

(Coates et al., 1995 ; 大西, 2010) で、よい状態を維持していく。またこれらの能力は、発揮する能力の重みづけを変えながら、複合的に用いられていると考える。

4) セルフマネジメントのプロセス

セルフマネジメントは、問題解決のプロセスである (Redman, 2004)。このプロセスは、問題を明確にする、問題解決方法を 1 つ選びだす、選んだ方法を実行する、効果をモニターし結果を評価するといった段階を踏む (Lorig et al., 2006 ; Redman, 2004)。またプロセスは評価で終了するわけではなく、必要があれば問題設定や、問題解決、実行へとフィードバックするものであると考える。この問題解決のプロセスに関連するのが前述した能力である。

またプロセスの各段階では、当事者の意思決定が尊重される。専門職はこの当事者が歩むプロセスを共に考え、選択や実行を支持し、相互に評価するという関わり方をする。よって、専門家がその専門知識をもって、病気のマネジメントに必要であるとか有用であるからという理由で、問題を選んだり、解決方法を選んだり、専門家の視点としての評価を行うものではない (安酸, 2010)。即ち、セルフマネジメントのプロセスは当事者が主体となって行われるもので、専門家はプロセスの各段階に当事者と共に参加するものである。

5) セルフマネジメントの領域と取り組み

セルフマネジメントを実行する領域は、認知的領域、生理的領域、心理的領域、社会的領域、行動的領域に分類でき、各領域に対してセルフマネジメントの取り組みがある。

生理的領域に対しては、自覚症状とつき合う技術 (安酸, 2010) や、病気に対処するという仕事を管理するスキル (Lorig et al., 2001) を用い、幻聴に対処するために休んで生理的状态を変えたり (Tsai et al., 2005)、休息をとる (Walker, 2009 ; 石川, 2002)、症状のモニターを行う (Lawn et al., 2007) など、症状マネジメント (Barlow et al., 2002) を行っている。また、薬物治療を管理するスキル (Redman, 2004) を用いて、適切な薬の使用 (Holman et al., 2004)、薬の効果のモニタリング (MacKain et al., 2009)、薬の管理の継続 (Nagelkerk et al., 2006) など、薬物のマネジメント (Ascher-Svanum et al., 2001 ; Barlow et al., 2002 ; Lorig et al., 2006 ; 高見ら, 2008) を行い、病気への対処をしている。

認知的領域に対しては、病気に関する知識や理解が含まれ、病気と病気の経過について知識をもつ (Lawn et al., 2007 ; 神田ら, 2008 ; 森山ら, 2008) や、病気の管理を理解する (Gallagher et al., 2008) といった取り組みがある。

そして心理的領域では、病気とつき合う中で生じる気分や感情の変化に関することが含まれ、慢性疾患が引き起こしている感情の変化を管理するスキル (Lorig et al., 2001 ; Redman, 2004) を用い、不安やうつ、怒りなどのネガティブな感情のマネジメント (Lorig et al., 2006 ; Sitthimongkol et al., 2007)、気分や感情に影響するストレスのマネジメン

ト (Lorig et al., 2006 ; Walker et al., 2009 ; 高見ら, 2008 ; 安酸, 2010)、気分・感情のマネジメント (Redman, 2004 ; Sterling et al., 2010 ; 森山ら, 2008 ; 高見ら, 2008) が行われる。

社会的領域は対人関係が関わる領域で、コミュニケーションや役割、社会的資源が含まれ、専門家と効果的な交渉をする (Sterling et al., 2010)、医師や専門家とうまくコミュニケーションをとる (Coates et al., 1995 ; Lorig et al., 2006 ; Siu et al., 2007)、専門家と関係を維持する (石川ら, 2007) などの取り組みがある。また、精神領域の文献では、専門家以外の人とのつき合いをするもあつた (MacKain et al., 2009 ; Sterling et al., 2010 ; 石川ら, 2008)。また、支援者や相談にのってくれる人をもつ (Lorig et al., 2006 ; Nagelkerk et al., 2006)、資源をもつ (Ascher-Svanum et al., 2001 ; Coates et al., 1995 ; Nagelkerk et al., 2006 ; Redman, 2004) など、資源を活用すること (Gruman et al., 1999 ; Siu et al., 2007) や、生活の役割の維持 (Lorig et al., 2001) も行われている。

最後に行動的領域では、より健康的な心身の状態を保つための食行動、運動など日常生活の行動が含まれ、適切な食事 (Druss et al., 2010 ; Glasgow et al., 2007 ; Lorig et al., 2006 ; Munir et al., 2009 ; Schillinger et al., 2009 ; 石川ら, 2002 ; 高見ら, 2008)、適度な運動 (Druss et al., 2010 ; Glasgow et al., 2007 ; Lorig et al., 2006 ; Munir et al., 2009 ; Schillinger et al., 2009 ; Siu et al., 2007 ; 高見ら, 2008)、禁煙・節酒 (高見ら, 2008)、排泄の管理 (石川ら, 2002) などが行われている。また、ライフスタイルの管理や調整に関連するスキルを用いて (Redman, 2004)、ライフスタイルの変更をする (Barlow et al., 2002 ; Coates et al., 1995 ; Lawn et al., 2007 ; Jarvis et al., 2010 ; 石川ら, 2002) も含まれていた。

6) セルフマネジメントのアウトカムの指標

アウトカム指標において、身体的指標は、疾患によって違いがあり (Newman et al., 2004)、血糖値や体重、血圧などの客観的な測定 (Jarvis et al., 2010) もあれば、息切れ、痛み、疲労など主観的なものを測定することにより効果を評価している (Lorig et al., 2003 ; Siu et al., 2007 ; Swerissen et al., 2006)。また、認知的な症状マネジメント (Lorig et al., 2003) や、自己モニタリング (Swendeman et al., 2009)、セルフマネジメント技術 (Yip et al., 2007)、アドヒアランス (Druss et al., 2010) をアウトカムとするものもあつた。

次に、心理社会的指標は多岐にわたり、うつ状態やネガティブな感情 (Lorig et al., 2003 ; Swendeman et al., 2009)、ストレス (Jarvis et al., 2010)、健康の悩み (Swerissen et al., 2006) といった望ましくない心理状態と、満足や喜びや成功の感情 (Finkelman, 2000 ; Jarvis et al., 2010 ; Kennedy et al., 2000 ; Yeung et al., 2010)、自己効力 (Finkelman, 2000 ; Gallagher et al., 2008 ; Lorig et al., 2003 ; Redman, 2004 ; Sol et al., 2005 ; Swerissen et al., 2006 ; Yip et al., 2007 ; 神田ら, 2008 ; 森山ら, 2008)、自信 (Gruman et al., 1999)、自尊感情 (Burks, 1999)、信念 (Coates et al., 1995 ; Jarvis et al., 2010 ;

Redman, 2004)、エンパワメント (Swendeman et al., 2009)、QOL (Buelow et al., 2000 ; Holman et al., 2004 ; Jarvis et al., 2010 ; Newman et al., 2004 ; 大西, 2010) といった望ましい状態とで評価している。

それから、慢性疾患の CDSMP のプログラム (Lorig et al., 1999) と WRAP (Cook et al., 2009) では全般的な健康状態を、リンパ浮腫では well-being をアウトカムとしていた (大西, 2010)。また、糖尿病やリンパ浮腫、エイズなど身体疾患では知識・理解 (Jarvis et al., 2010 ; Swendeman et al., 2009 ; 大西, 2010) や、エクササイズ (Lorig et al., 2003 ; Jarvis et al., 2010 ; Newman et al., 2004 ; Swerissen et al., 2006)、熟練 (大西, 2010) がアウトカムであった。

他にも、精神疾患やエイズでソーシャルサポート (Cook et al., 2009 ; Swendeman et al., 2009)、エイズで対人関係 (Swendeman et al., 2009)、心疾患や肺疾患、糖尿病で専門家とのコミュニケーション (Lorig et al., 2003)、ヘルスケアの利用 (Lorig et al., 2001 ; Newman et al., 2004 ; Swendeman et al., 2009 ; Swerissen et al., 2006) がアウトカムになっていた。

以上、セルフマネジメントのアウトカム指標は広範囲にわたるが、身体的指標と心理社会的指標がほとんどを占めている。また、セルフマネジメントプログラムは、自己効力理論に基づいて開発されたものが多いことから、自己効力や自己効力と関連する自尊感情、自信などの心理社会的なアウトカムがあげられている。アウトカム指標は疾患の特性や基盤となる理論、介入方法を加味して選ばれているといえる。

5. セルフマネジメントを促進するケア

セルフマネジメントを促進するケアは、治療の選択について、当事者と専門家が情報を共有し (Yeung et al., 2010)、積極的な協働 (MacKain et al., 2009) を行い、意思決定の共有を通して当事者をエンパワーする (Yeung et al., 2010)。そして、看護師の視点を押し付けずに意向とペースを尊重し、当事者の希望や意向を支持する (石川ら, 2008)。

セルフマネジメントにおいて、動機は遂行に重要な決定要素である (Gruman et al., 1999) ため、動機づけのために意欲を引き出したり (長戸ら, 2002)、ライフスタイルの変更や維持のために動機づけを行ったりしている (Jarvis et al., 2010)。また、情報を共有することはセルフマネジメントのプロセスに不可欠である (Burks, 1999)。そのため、情報を提供し (Barlow et al., 2002)、当事者が専門家とは異なる捉え方をしていることがある (Gruman et al., 1999) 場合、問題の捉え方を共有して、協働の目標設定を行う (Gruman et al., 1999 ; Lawn et al., 2007 ; Schillinger et al., 2009)。そして対処やソーシャルスキルのトレーニングなど、問題解決スキルのトレーニングを行う (MacKain et al., 2009)。この時に、自分自身の力に着目させ、その力を共に確認すること (石川ら, 2008) や、自尊感情を築けるよう、肯定的フィードバックを行う (Finkelman, 2000 ; 石川ら, 2008)。さらに、病気の原因や経過、法律などの知識提供を行ったり (Ascher-Svanum et al., 2001 ;

Coates et al., 1995 ; Jarvis et al., 2010 ; Lorig et al., 2006)、日常生活でその人にとっての支援となる資源を活用できるよう促している (Schillinger et al., 2009 ; Yeung et al., 2010 ; 石川ら, 2008)。そして当事者と専門家が相互に評価を行い (Burks, 1999)、マネジメントの遂行を助けるために、フォローアップで、ケアを継続している (Gruman et al., 1999 ; Yeung et al., 2010)。他にもユーモアや安らぎを分かち合ったり (石川ら, 2008)、リラクゼーション技法 (Lorig et al., 2006) を使うことが行われている。以上の内容を表 2 に示す。

表 2. セルフマネジメントを維持・促進するケア

維持・促進するケア	文献からの抽出	文献
意思決定の共有	意思決定の共有モデルは、選択する治療に注意を払いながら合意に達するために、治療の選択について、当事者と専門家が情報を共有する	Yeung et al., 2010
	積極的な協働で行われる	MacKain et al., 2009
	意思決定の共有を通して当事者をエンパワーできる	Yeung et al., 2010
意向とペースの尊重	希望や意向を明確にして支持する、看護師の視点を押し付けない、患者主体のペースを守る	石川ら, 2008
動機づけを行う	動機は遂行に重要な決定要素である	Gruman et al., 1999
	動機づけのために意欲を引き出す	長戸ら, 2002
	ライフスタイルの変更や維持のために動機づけを行う	Jarvis et al., 2010
情報の共有	情報の提供	Barlow et al., 2002
	情報を共有することはセルフマネジメントのプロセスに不可欠である	Burks, 1999
問題の捉え方の共有	専門家は不健康な行動やアドヒアランスで問題を捉えているが、当事者は習慣の変更、病気の結果に対する恐れなど専門家とは異なる捉え方をしている。両者の見方が調和することが有益である	Gruman et al., 1999
目標設定	当事者と専門家は協働の目標設定を行う	Gruman et al., 1999; Lawn et al., 2007 ; Schillinger et al., 2009
スキルのトレーニング	対処のスキルやソーシャルスキルのトレーニングなど、問題解決スキルのトレーニング	MacKain et al., 2009
肯定する	簡単な課題を完成したら、肯定的フィードバックを行い、自尊感情を築けるよう、肯定する	Finkelman, 2000 ; 石川ら, 2008
力に着目する	自分自身の力に着目させ、その力を共に確認する	石川ら, 2008
リラクゼーション	ユーモアや安らぎを分かち合う	石川ら, 2008
	リラクゼーション技法を使う	Lorig et al., 2006
資源の活用を促す	支援となる資源を活用できるよう促す	Schillinger et al., 2009 ; Yeung et al., 2010 ; 石川ら, 2008
評価する	評価は、当事者と専門家が相互に行う	Burks, 1999
心理教育	病気の原因や経過、法律などの知識提供を行う	Ascher-Svanum et al., 2001 ; Coates et al., 1995 ; Jarvis et al., 2010 ; Lorig et al., 2006

Ⅱ. 統合失調症の機能障害

統合失調症の機能障害について、自我機能としての障害、認知機能としての障害、社会的認知の障害から述べる。

1. 統合失調症の自我機能障害

自我と自己に関する理論には、James らによる社会心理学的立場、Rogers らの現象学的立場、Frued らによる精神分析的立場などがある（中西ら，1981）。

統合失調症の自我機能障害を指すときは、Frued らに始まる精神分析的解釈で用いられることが多い。Frued は自我の無意識や自我の構造を明らかにし、Frued, A. がさらに発展させて自我防衛を表した。

自我機能の測定や評価に関する研究においては、Bellak が自我機能 (ego functions) を、①現実検討、②判断、③外界と自己の現実感覚、④欲動、感情、衝動の制御と統制、⑤対象関係、⑥思考過程、⑦自我を助ける適応的退行、⑧防衛機能、⑨刺激防壁。⑩自律性の機能、⑪総合－統合機能、⑫支配－能力、に分類した。

看護においても、自我 (ego) の査定は患者への介入を計画する際に重要であり (Morris, 1986)、自我の強さの測定に Global Assessment Functioning Scale(GAF)や、Ego Function Assessment(EFA)、Barron Scale などが用いられている (Burns, 1991)。また Kerr (1990) は、看護ケアや治療計画の基本として自我の強さや障がい査定するために、自我能力 (Ego Competency) 尺度を開発している。これは自我機能を①欲求のコントロール、②気分、③判断、④現実検討、⑤自己知覚、⑥対象関係、⑦思考過程、⑧支配/ADL の能力、⑨刺激防壁に分類し、各能力を 6 段階で評価するものである。

自我機能の観点からは、統合失調症をもつ人がセルフマネジメントを実行することにおいて、自我障害がセルフマネジメント行動の必要性の判断や、どのような行動を選択するのか決定し実行する能力に障害をもたらす可能性がある。また自我障害の気分や感情のコントロールは、セルフマネジメントにおける気分・感情のマネジメントと重なるが、セルフマネジメントでの気分・感情のマネジメントは、焦燥感や抑うつ感といった病気の症状のコントロールに限らず、病気をもつことで社会生活上に生じる問題や課題に対する感情をもマネジメントすることであると考えられる。よってセルフマネジメントでは自我障害の感情の制御や統制へのアプローチもしつつ、病気によって生活上に起こる出来事に対する気分・感情のマネジメントを高めることが焦点となる。

統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメントを高めるケアにおいて、自我機能の強さあるいは自我の持つ力を査定し、自我を強化したり自我の強さを保持しつつ、セルフマネジメントに働きかけていくことが必要であろう。

2. 統合失調症の認知機能障害

脳科学の進展に伴い、脳の神経ネットワークの機能と症状や生活機能との関連が注目されるようになった。統合失調症をもつ人の大半が何らかの認知機能障害を呈するが、その重症度はさまざまであり、障害の及ぶ領域も注意、学習、記憶、計画立案、効果的な実行など広範囲にわたる（根本，2011）。

統合失調症の認知機能リハビリテーションにおける認知機能障害は、神経心理検査の成績として評価した認知機能を指す。現在は統合失調症の認知機能障害と幻覚・妄想・自我障害とは関連が弱いこと、さらに幻覚・妄想・自我障害の重症度と認知機能障害の程度とは関連がなく、陰性症状と関連していることが明らかになっている（Harvey，2002）。

また認知機能と社会生活機能、職業機能、自立生活との関係性について、社会生活技能には陳述記憶、ビジランスが関係し、職業機能には実行機能、陳述記憶、ワーキングメモリー、ビジランスが関係し、自立生活には実行機能、陳述記憶、ワーキングメモリーが関係する（Harvey，2002）。

そして認知機能の改善を目指す認知行動療法や SST など、認知機能リハビリテーションの有用性の検討も進められている（池淵，2010）。

統合失調症をもつ人がセルフマネジメントを実行するには、セルフマネジメントの要素である問題解決のプロセスに、認知機能の実行機能やワーキングメモリー、陳述記憶などの障害が影響し、セルフマネジメントを困難にする可能性がある。またセルフマネジメントを高めるためには、認知機能障害の特徴、その程度を把握し、認知機能の向上に働きかけることが有用であると考えられる。

3. 統合失調症の社会的認知

脳の研究と結びついて、1970年代より社会的認知への注目も集まってきている。それには統合失調症の社会機能は、認知機能の改善だけでは奏効しないことから、社会機能の障害に関連する社会的認知の重要性が指摘されるようになった（高畑，2007；池淵，2010）ことが影響している。

社会機能とは、「個人が職場、学校といったコミュニティの中で、あるいは家族、友人といった社会的関係の中で、相応の社会的役割を果たすために発揮すべき機能（水野，2005）」である。統合失調症では社会機能の障害は生活のしづらさを特徴づけ、病前から残遺期に至るまで存在し、予後にも影響する（水野，2005；高畑，2007）。

社会的認知は、「感情やその他の対人関係についての手がかりを適切に知覚し、解釈し、反応する能力（Harvey，2002）」である。そして社会的認知は多要素的で複合的な機能である（水野，2005）。統合失調症の場合、社会的認知における社会的知覚、「心の理論」課題、共感、自他帰属性、情動的表情認知などの要素において障害がみられる（高畑，2007；村井，2008）。すなわち、他者の情動や行為の知覚への障害や、他者の意図や思考などを推論する能力が障害されることで、他者の理解を困難にしている。加えて、共感能力にも障

害がみられることで、他者との関係をもつことを困難にしている。

これらの社会的認知の障害は、前頭葉・側頭葉・頭頂葉・辺縁系に広がる神経ネットワークが基盤となっていると考えられている（村井，2008）。例えば統合失調症では健常者で見られる陰性表情に対する扁桃体の賦活が減弱している、あるいは健常者では扁桃体の賦活を起こさない中立表情に対して、統合失調症では強い賦活を生じるといった、特異な反応がみられる（村井，2008）。

このような社会的認知の障害は、対人関係を伴う場面において、相手の心情や行為の意味を読み取り、反応する過程に困難をきたし、円滑な対人関係を築くことを困難にさせ、社会機能を低下させることにつながる可能性がある。統合失調症をもつ人のセルフマネジメントにおいて、セルフマネジメントの領域である社会的領域での取り組みに対して困難をきたしやすいと考えられる。

Ⅲ. 慢性疾患をもつ人へのケア

セルフマネジメントの文献の多くは、プログラムの内容や、プログラムの有効性の評価に関するものが多く、プログラムの内容や実施そのものがケアであった。しかし、グループを対象としたものがほとんどであったため、個別に対応しているケアは明確ではなかった。そのため、医学中央雑誌で「慢性疾患」と「自己管理」をキーワードに検索し、慢性疾患をもつ人へのケアの内容を補足することとした。また精神疾患特有のケアを確認するため、「精神疾患/精神障害」と「自己管理」でも検索したところ、ほとんどが入院患者へのケアで、服薬や金銭の自己管理と、マネジメントの対象が限定されていた。そこで「訪問看護」をキーワードに追加して検索し、地域生活をしている精神疾患をもつ人へのケアの内容として整理した。

1. 慢性疾患をもつ人へのケア

検討した文献の慢性疾患は、糖尿病、クローン病、関節リウマチ、心不全、脳梗塞であった。これらの慢性疾患をもつ人へのケアは、18に分類できた（表3）。

① 知識・情報の提供

副作用に対する些細な質問にも丁寧に答えて（鈴木，2008）、専門的知識の提供により安心感を与えたり（河口，2008）、看護情報を提供して当事者と健康問題について話し合い（我妻ら，2001）、療養に必要な知識や情報を提供することである。

② 病気の体験を聴く

病気の体験を聴いて（鈴木，2007）、慢性病の苦悩や再発の体験を理解し（東，2008；高山，2009b）、病の認識を理解する（高山，2009a）のように、病気による苦しい体験を理解するために患者の体験をしっかりと聴くことである。

③ 生活の中で行っている療法を見つけて意味づける

どのような体験をして、どのように対処して生活しているかに目を向け（仲村，2009）、生活の中で実践可能な療養方法を共に見つけ（和田，2009）、療法を意味づけていくことである。

④ 治療法の効果を確認する

病気の体験の語りから、治療の効果に関心が向くよう問いかけたり、治療効果を実感できるようにして（鈴木，2008）、治療法の効果が確認できるようにすることである。

⑤ 身体の苦痛を緩和する

患者の身体を大事に思い、気づかたり（鈴木，2007）、症状緩和の指導を行い（竹川，2008a）、身体面の苦痛に優先的に働きかけて（東，2008）、身体の苦痛を緩和することである。

⑥ 状態の見方を伝える

体調を尋ね、身体の変化の見方を伝えたり（鈴木，2007）、患者と一緒に身体を見る（米田，2008）ことで、自身の身体状態の見方や判断の仕方を伝えることである。

⑦ 病気とともに生きる方策を考える

病気の体験を聴き、共に生活について考えたり（馬場，2008）、生活習慣に配慮したアドバイスをしたり（河口，2008；鈴木，2008）、病と共に生きる方策を患者と共に見出す（片岡，2008b）ことである。

⑧ 気持ちに添う

衝撃を受けている患者の気持ちに添ったり、苦悩をわかろうと態度でも示し（片岡，2008a）、患者の気持ちに添いながら支援する（竹川，2008a）など、気持ちを尊重した態度で接することである。

⑨ 認知を変えるように働きかける

病気や療法を自分にとって意味あるものとして価値を認めるよう支援し（東，2009）、認識の変化を促す（竹川，2008a）など、認知を変えるように働きかけることである。

⑩ 支えを見つける

支えを発見し支持するかかわり（東，2008）で、支えとなる人などを見つけていくことである。

⑪ 問題の捉え方に相違がないかを確認する

問題の原因について、看護師と当事者との見解に相違がないかを確認する（我妻ら，2001）のように、問題の捉え方を把握し、その相違やずれがないかを確認することである。

⑫ 患者自身で計画を考えるよう支持する

当事者の意思を反映しながら、当事者が選択した方法を計画に取り入れたり（我妻ら，2001）、具体的なプランを患者が考えられるようにする（渡辺，2007）など、患者自身で計画をしていけるよう支持することである。

⑬ 意思決定を支援する

病気の体験を聴いて治療を選択する吟味につき合ったり（鈴木，2008）、どのように生活を送りたいかを知った上で支援したり（和田，2009）、情報提供し意思決定の機会を提供する（我妻ら，2001）など、意思決定ができるように支援することである。

⑭ 患者同士の交流を促す

患者同士が意見交換できる場をもつ（上野，2009）ことで、患者同士が交流できるようにすることである。

⑮ 他職種との橋渡しをする

患者の想いを聴きとり、他職種に伝え（渡辺，2007）、他職種との橋渡しをすることである。

⑯ 家族との橋渡しをする

当事者にとってかけがえのない家族の存在を大切にしたり（高山，2009）、患者・家族の相互理解を深め（竹川，2008b）、家族と当事者の橋渡しをすることである。

⑰ 肯定的なフィードバックをする

患者の頑張りを理解し共感（竹川，2008b）したり、患者自身のできるという自覚を促す（竹川，2008a）ことで、肯定的なフィードバックをすることである。

⑱ 役割を見出す

患者の役割を見出し、自覚を促すことである（竹川，2008a）。

表 3. 慢性疾患をもつ人へのケア

	文献から抽出したケア	文献
①知識・情報の提供	文献から抽出したケア	文献
	専門的知識の提供により安心感を与える	河口, 2008
	患者に看護情報を提供し、患者と健康問題について話し合う／患者が意思表示し、意思決定できるよう看護情報を提供する	我妻ら, 2001
	副作用に対する些細な質問にも丁寧に応える	鈴木, 2008
②病気の体験を聴く	食事療法の変更の説明を行い取り組む姿勢を組み立てる	小江, 2008
	病気の体験を聴いて治療選択の吟味につきあう	鈴木, 2008
	再発を繰り返した体験を理解する	高山, 2009 b
	病気の体験を聴く	鈴木, 2007
	慢性病の苦悩や病の体験を知る	東, 2008
	病の体験を共感を持って傾聴する／言語化を支援	竹川, 2008a
	発症当時からの状況や思いを聴く	東, 2009
	不具合の体験を聴く／その人により状態をみつけ、生活できるようになるまで、患者の体験につきあう	仲村, 2009
③生活の中で行っている療法を見つけて意味づける	病の認識を理解する	高山, 2009a
	その人が実践可能な療養を共に見つける	和田, 2009b
	生活の中で行っている療法を見つけ意味づける／病に向き合う力を認める／その人なりの療養の第一歩を大切にす／些細なことだと思っていることが大切な療法であると気づききっかけを与える	和田, 2009a
	対処行動を認める／どのような体験をして、どのように対処して生活しているかに目を向ける	仲村, 2009
	患者がどのような認識を持って取り組んでいるかという意味に着目する	高山, 2009a
	療養法を体験してもらい、経験を積み上げる／患者自身の経験を大切にすした内容を組み込む	上野, 2009
④治療法の効果を確認する	治療効果を実感できるよう助ける／病気の体験の語りから効果にも関心が向くよう問いかける	鈴木, 2008
	治療の価値を認める	東, 2009
⑤身体の苦痛を緩和する	患者の身体を大事に思い、気づかう	鈴木, 2007
	身体面への苦痛や障害への優先的な働きかけ	東, 2008
	症状緩和の指導	竹川, 2008a
⑥状態の見方を伝える	その時々状態に合わせて療養法を調整する	片岡, 2008b
	身体の変化を一緒に見ていく／身体に関心を向ける／体調を尋ねる／身体の変化の見方を伝える／身体の変化を見たり、尋ねたり、伝える	鈴木, 2007
⑦病気とともに生きる方策を考える	身体の見方を伝える／患者と一緒に身体を見ていく	米田, 2008
	その人の生活習慣に配慮したアドバイス	河口, 2008
	患者の病気の体験を聴き、共に生活を考える	馬場, 2008
	ゆっくりと病気と向き合う時間を持つ(会話)	木下, 2007
	生活の折り合いのつけ方について意見を述べる	鈴木, 2008
病と共に生きる方策を患者と共に見出す	片岡, 2008b	
慢性疾患と付き合うための構えを伝える／身	米田, 2008	

	体をいたわるような生活調整につながる手助けをする	
	具体的な生活行動を聞く	東, 2009
	病の認識を見守りつつ、セルフケアの再獲得を支援する	高山, 2009a
	その人の視点から生活の質を高める	魚里, 2009
⑧気持ちに添う	衝撃を受けている患者の気持ちに添う／苦悩をわかろうとする態度を示す	片岡, 2008a
	患者の苦痛や苦悩に関心を向け、寄り添う／苦悩を支えに転換する	東, 2008
	患者の思いに沿いながら支援する	竹川, 2008a
⑨認知を変えるよう働きかける	認識の変換を促す	竹川, 2008a
	器具はより快適な生活をするために患者が主体で活用する資源であるという認識を促す／価値転換の支持／自己の客観視の促進	竹川, 2008b
	病気や療法を自分にとって意味あるものとして価値を認めるよう支援する	東, 2009
⑩支えを見つける	支えを発見・支持するかかわり	東, 2008
⑪問題の捉え方に相違がないかを確認する	問題の原因について患者と看護者の見解に相違がないか確認する	我妻ら, 2001
⑫患者自身で計画を考えるよう支持する	看護計画の立案場面に患者が参加する／患者自身が考え、選択する方法を取り入れる／患者の意思を反映した看護計画を立案する	我妻ら, 2001
	具体的なプランを患者自身が考えられるようにする	渡辺, 2007
⑬意思決定を支援する	情報提供し、意思決定の機会を提供する	我妻ら, 2001
	病気の体験を聴いて治療選択の吟味につきあう	鈴木, 2008
	どのように生活を送りたいかを知った上で支援する	和田, 2009b
	治療法の選択の意思決定を支援する	小江, 2008
	意思決定を支援する	高山, 2009a
⑭患者同士の交流を促す	患者同士が意見交換できる場を設ける	上野, 2009
⑮他職種との橋渡しをする	患者の想いを聴きとり、他職種に伝える	渡辺, 2007
⑯家族との橋渡しをする	その人にとってかけがえのない家族の存在を大切にする	高山, 2009b
	患者・家族の双方の思いの橋渡しをする	竹川, 2008a
	患者・家族の相互理解を深める	竹川, 2008b
	家族との関係を取り持つ	東, 2009
⑰肯定的なフィードバックをする	共に成果を喜び、困難さを共有する	高山, 2009b
	できることに理解を示す／患者自身のできるという自覚を促す	竹川, 2008a
	実施に向けて患者が努力していることを支持する／できるという自己の有効性に注目できるよう、患者のできることを見落とさない／患者の頑張りを理解し共感する／自尊感情の維持など精神面の支援	竹川, 2008b
	普通に対しても頑張りを伝える	米田, 2008
⑱役割を見出す	患者の役割を見出し、自覚を促す	竹川, 2008a

2. 地域で生活をしている精神疾患をもつ人へのケア

精神科訪問看護に関する 3 文献のうち 2 件は統合失調症をもつ人が対象の訪問看護であった。3 文献から抽出したケアは、11 のケアに分類できた (表 4)。

① 生活の維持への支援

生活状況を把握して、金銭管理や人とのつき合い方を助言したり、生活に必要な行為を共に実施して (片倉ら, 2007 ; 川口ら, 2004 ; 瀬戸屋ら, 2008)、生活が維持できるように支援することである。

② 役割をもつ

家族内における当事者の役割を伝え (片倉ら, 2007)、当事者が役割をもつことである

③ 家族との関係調整

家族と当事者との相互の態度を見て (片倉ら, 2007)、家族関係を調整 (瀬戸屋ら, 2008) するなど、家族と当事者との関係を調整することである。

④ 知識・情報の提供

専門的知識を提供したり、当事者の価値観に結び付けて問題解決方法を提示する (片倉ら, 2007) など、当事者に必要な知識や情報を提供することである。

⑤ 他職種との連携

他機関や他職種との連携 (川口ら, 2004) や、施設内外との連携 (瀬戸屋ら, 2008) を行い、職種や機関を超えて協働して支援していくことである。

⑥ 社会資源の活用

社会資源の活用 (瀬戸屋ら, 2008) をしながら支援していくことである。

⑦ 治療の管理

診察日や診察の内容、薬の変更など服薬に関する確認をしたり、次回の訪問日を約束し (川口ら, 2004)、治療の管理をすることである。

⑧ 専門家とのコミュニケーション

医師への伝え方を具体的に教え (川口ら, 2004)、専門家とのコミュニケーションが取れるようにすることである。

⑨ 症状マネジメント

精神症状悪化のサインを把握し (川口ら, 2004)、症状の悪化を防ぐことや、身体症状の発症や進行を防ぐ (瀬戸屋ら, 2008) ことで、症状マネジメントできるようにすることである。

⑩ 力の強化

できることに対して肯定的に評価を返し (片倉ら, 2007 ; 瀬戸屋ら, 2008)、当事者のもっている力を認め伝える (川口ら, 2004) ことや、指示的な援助を最小限にする (片倉ら, 2007) ことで、当事者の力を強化することである。

⑪ 意思を支持する

当事者に合わせた意思決定の方法を選択したり、家族と距離をとろうとする当事者の意思を支持したりすること（片倉ら，2007）で、当事者の意思を支持することである。

表 4. 地域で生活している精神疾患をもつ人へのケア

精神疾患をもつ人へのケア	文献から抽出したケア	文献
①生活の維持への支援	生活上の注意について念を押す／金銭管理／生活の場における人とのつき合い方を助言する／食事指導をする／生活状況の把握	川口ら，2004
	対人関係の維持・構築／日常生活の維持／生活技術の獲得・拡大	瀬戸屋ら，2008
	思考を統合するために生活に必要な行為の共同実施／役割期待にこたえながら生活方法を説明	片倉ら，2007
②役割をもつ	家族内における役割を伝える	片倉ら，2007
③家族との関係調整	家族との連絡状況を確認する	川口ら，2004
	家族関係の調整	瀬戸屋ら，2008
	家族と利用者との相互の態度を見る	片倉ら，2007
④知識・情報の提供	情報の提供をする	川口ら，2004
	専門的知識の提示／利用者の価値観に結びつけた問題解決方法の提示／思考を統合するための具体的な説明	片倉ら，2007
⑤他職種との連携	他機関・他職種と連携する	川口ら，2004
	施設内外との連携	瀬戸屋ら，2008
⑥社会資源の活用	社会資源の活用	瀬戸屋ら，2008
⑦治療の管理	診察日とその内容の確認／服薬や薬の変更の確認／次回の訪問日を約束する	川口ら，2004
⑧専門家とのコミュニケーション	医師への伝え方を具体的に教える	川口ら，2004
⑨症状マネジメント	症状悪化のサインを把握する	川口ら，2004
	精神症状の悪化や増悪を防ぐ／身体症状の発症や進行を防ぐ	瀬戸屋ら，2008
⑩力の強化	本人の持っている力を認め伝える	川口ら，2004
	エンパワメント（自己効力感、コントロール感、肯定的フィードバック）	瀬戸屋ら，2008
	利用者ができることに対する肯定的評価／指示的援助を最小限にする	片倉ら，2007
⑪意思を支持する	利用者に合わせた意思決定方法を選択する／家族と距離をとろうとする治療者の意思を支持する	片倉ら，2007

3. 統合失調症の自我障害に対するケア

自我機能の強化は看護の目標（Morris, 1986）であり、適切な看護ケアを提供するには、自我の強さを見分けることが重要である（Burns, 1991）。それは、統合失調症の人々が生きにくさを抱えながらも、自らのニーズと社会適応とをうまく調整しながら生活するために、自我機能を強化する必要（八木，2008）があり、自我の力を動員できるように援助する（Kerr, 1990）必要があるからである。

自我機能の査定に関しては、自我発達の観点に立つ（遠藤，2005）場合や、自我の障害よりも、自我の強さ（strength）に注目する立場がある（Bjorklund, 2000；Burns, 1991）。

また自我機能への介入については、阿保（2004）は寛解期後期から自我境界の厚みや弾力性を増す自我強化のケアを導入すると述べ、森野ら（2011）も急性期には自我を保護する関わりを行うが、寛解期前期から後期にかけて自我の保護から強化へと発達させていく関わりを行うと述べている。また退院後の看護面接を通して自我強化を試みる取り組みも報告されている（鈴木ら，2005；八木ら，2006，2007）。このように自我の強さへの注目と、自我は発達するものであるとの観点から、脆弱な自我状態の保護的なケアから、自我発達を促し自我強化していくケアまで、対象の自我状態に応じてケアを展開している。

そこで、自我に関する既存の文献から、自我へのアプローチを整理し（表5）、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントへのケアを検討する際に、自我へのアプローチをどのように位置づけることができるのか検討した。

自我の脆弱な状態では、自我を保護するアプローチが行われる。それは対人関係を築くことに焦点を当てたアプローチで、自我の対人機能を守るものである（鈴木ら，2005；八木ら，2006；嵐，2009）。次いで阿保らの言う寛解期に至ると、現実検討や欲動・感情のコントロール、外界と自己の現実感覚に焦点を当てたアプローチが実践される（遠藤，2003，2005；明野，2004；八木ら，2006）。そして自我をさらに強化し、自我の強さを維持する段階になると、判断、刺激防壁、統合機能がアプローチの焦点に加わっている（阿保，2004；明野，2004；鈴木ら，2005；遠藤，2005；八木ら，2008）。

セルフマネジメントは意思決定や問題解決を要素としており、自我機能との関連で考えると、自我保護の段階では対人関係の形成が主であり、セルフマネジメントを高めるケアの実施は困難であること、自我の補足や自我強化のアプローチを実施する段階において、セルフマネジメントを高めるケアが可能になると考えることができる。またセルフマネジメントを高めるケアは自我のアプローチと共通する介入もあるが、自我発達や強化を目標としているものではない。よってセルフマネジメントを高めるケアは、自我に直接介入するものではなく、間接的に自我発達や自我強化に関与していると考えられる。

表 5. 自我へのアプローチ

アプローチの局面	大カテゴリー	サブカテゴリー	文献
自我の保護・自我を守るアプローチ	安心感をもたらして自我を保護するアプローチ	安心感をもたらす	嵐, 2009
		関係をつくる	鈴木ら, 2005 ; 八木ら, 2006 ; 嵐, 2009
自我の補足／自我境界の補強	現実感を取り戻させて自我を補強するアプローチ	現実を提示する	遠藤, 2003 ; 遠藤, 2005
		体験を共有する	八木ら, 2008
		身体感覚を取り戻させる	嵐, 2009
	衝動性を抑えて自我を強化するアプローチ	ブレーキをかける	八木ら, 2006
		衝動をコントロールする	明野, 2004
	存在を認め自我を強化するアプローチ	肯定的感情を育む	遠藤, 2003 ; 遠藤, 2005
		思い・感情を受けとめる	明野, 2004 ; 鈴木ら, 2005 ; 八木ら, 2006
		自己表現を保障する	遠藤, 2003 ; 遠藤, 2005
		意思決定を尊重する	鈴木ら, 2005 ; 遠藤, 2005
		存在を認める	遠藤, 2003
自我の強化／自我境界の成立を強化・維持	生活体験を支えて自我を強化するアプローチ	生活体験を積み重ねる	森野, 2011 ; 明野, 2004 ; 鈴木ら, 2005 ; 阿保, 2004
		生活を拡大する	鈴木ら, 2005 ; 八木ら, 2006
		生活の立て直しを支える	八木ら, 2008 ; 鈴木ら, 2005
	行動や認識を保障して自我を強化するアプローチ	肯定的なフィードバックや評価を行う	明野, 2004 ; 八木ら, 2008 ; 阿保, 2004
		行動や認識を保障する	鈴木ら, 2005
	病気との共存を支えて自我を強化するアプローチ	希望を見出す	八木ら, 2006
		回復を共に喜ぶ	八木ら, 2006
		病気の自覚・病気に注意を向ける	八木ら, 2006
		治療継続への促し	鈴木ら, 2005 ; 八木ら, 2006
		症状出現の要因を共に探る	鈴木ら, 2005
	気づきを拡げて自我を強化するアプローチ	気持ちの整理を助ける	鈴木ら, 2005
		共に考える	八木ら, 2007 ; 阿保, 2004
		気づきを促す	明野, 2004 ; 八木ら, 2007
		視点を転換させる・方向修正	鈴木ら, 2005 ; 八木ら, 2006 ; 遠藤, 2003,2005 ; 阿保, 2004
		思考のまとまりを助ける	明野, 2004
		洞察力を高める	八木ら, 2008 ; 鈴木ら, 2005 ; 遠藤, 2005
	まかせることで自我を強化するアプローチ	見守る	鈴木ら, 2005 ; 遠藤, 2003

第3章 研究の枠組み

本研究は、地域で生活している統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメントを促進するケアを明らかにすることである。文献検討を基に、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントの構成要素と、セルフマネジメントへのケアを選定し、研究の枠組みを作成することとした。

I. セルフマネジメントの構成要素

本研究では、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントの構成要素を、課題、領域、力、取り組みとする。

1. セルフマネジメントの課題

セルフマネジメントの課題は、当事者の行動から評価が可能である、「普段の生活を維持すること」「病気と上手につき合うこと」とした。「希望をもつこと」も重要であるが、当事者の主観的なものであり、本研究では課題としてではなく、「普段の生活を維持すること」「病気と上手につき合うこと」に影響する力になると考え、力の要素に含めることとした。

2. セルフマネジメントの領域と取り組み

セルフマネジメントの領域は、生理的領域（症状、薬）、認知的領域（知識）、心理的領域（気分・感情）、社会的領域（付き合い、役割、資源活用）、行動的領域（日常生活）とする。

生理的領域の取り組みは、「症状のマネジメント」と「服薬のマネジメント」とした。認知的領域の取り組みは、病気やその経過に対する「知識を得る」とした。心理的領域の取り組みは、「気分・感情のマネジメント」とした。社会的領域の取り組みは、「コミュニケーションをとる」「役割をもつ」「資源の活用」とした。行動的領域の取り組みは、食事・運動・排泄などの「日常生活行動」とした。

3. セルフマネジメントの能力および力

セルフマネジメントの能力として抽出されたものは、「意思決定の能力」「現状を認識する能力」「知識・技術を獲得する能力」「体調や状態をモニターする能力」「治療の効果を判断する能力」「問題解決能力」「治療の方向性を判断する能力」「生活を調整する能力」「体調を管理する能力」「遂行する能力」「資源を活用する能力」であった。

「意思決定の能力」「問題解決能力」は、セルフマネジメントの取り組みやプロセス全体に関わる中心となる能力であり、本研究の力の構成要素とした。

「現状を認識する能力」「治療の方向性を判断する能力」「知識・技術を獲得する能力」「体調や状態をモニターする能力」「生活を調整する能力」「体調を管理する能力」「資源を活用する能力」「遂行する能力」「治療の効果を判断する能力」は、「問題解決能力」の中に含まれる能力であると考えた。

また、セルフマネジメントの課題で抽出された「希望をもつこと」は、希望を持ち続ける力として必要であると考え、「希望をもち続ける力」として能力に並列して加えることとした。

II. セルフマネジメントを促進するためのケア

文献検討から抽出された、セルフマネジメントを促進するためのケア（13 ケア）と、慢性疾患をもつ人へのケア（18 ケア）、地域で生活している精神疾患をもつ人へのケア（11 ケア）から、統合失調症をもつ人へのケアとして、その病気による特性を踏まえて検討し、以下のケアを選択した（表 6、表 7）。ただし慢性疾患をもつ人へのケアに含まれている「病気の体験を聴く」は、看護師の当事者理解のためであり、当事者のセルフマネジメントへの働きかけではないと考え、除外した。なお、セルフマネジメントのケアとして抽出された「肯定する」「力に着目する」「継続する」、精神疾患をもつ人のケアとして抽出された「力の強化」は、それぞれの能力や領域に対応するものというよりも、全体に関わるものであるため、本研究での枠組みのケアからは除外した。

また、精神疾患ならびに慢性疾患をもつ人のケアとして抽出された「役割をもつ」は、当事者の取り組みでは抽出されなかったが、役割をもつことはよりよく生きるというセルフマネジメントにとって重要な要素の一つであると考え、当事者の取り組みに「役割をもつ」を追加した。

表 6. セルフマネジメントの能力と能力に対するケア

能力	研究枠組みにおけるケア	文献から抽出されたケア		
		セルフマネジメントのケア	慢性疾患をもつ人へのケア	精神疾患をもつ人へのケア
意思決定	意思決定を支持する	意思決定の共有	意思決定を支援する	意志決定を支持する
問題解決	問題解決の力を高める	動機づけを行う		
		情報の共有		
		意向とペースの尊重		
		問題の捉え方の共有	問題の捉え方に相違がないかを確認する	
		目標設定	患者自身で計画を考えるよう支持する	
		評価する	治療法の効果を確認する	
			生活の中で行っている療法を見つけ、意味づける	
	肯定的なフィードバックをする			
希望をもち続ける	希望をもつことを支持する			

表 7. セルフマネジメントの取り組みと取り組みに対するケア

領域	当事者の取り組み	研究枠組みにおけるケア	文献から抽出されたケア		
			セルフマネジメントのケア	慢性疾患をもつ人へのケア	精神疾患をもつ人へのケア
生理的	症状のマネジメント	セルフモニタリングを強化する	スキルのトレーニング	身体の苦痛を緩和する 状態の見方を伝える	症状マネジメント
	服薬のマネジメント	服薬の習慣化を促す		病気とともに生きる方策を考える	治療の管理
認知的	知識を得る	知識・情報を提供する	心理教育	知識・情報の提供	知識・情報の提供
				認知を変えるよう働きかける	
心理的	気分・感情のマネジメント	リラクゼーション法を助言する	リラクゼーション	気持ちに添う	
社会的	資源の活用	資源の活用を促す	資源の活用を促す	支えを見つける 患者同士の交流を促す	社会資源の活用 他職種との連携
	コミュニケーションをとる	気持ちや考えの伝え方を助言する		他職種との橋渡しをする 家族との橋渡しをする	専門家とのコミュニケーション 家族との関係調整
	役割をもつ	役割をもつことを促す		役割を見出す	役割をもつ
行動的	日常生活行動	適切な食事や運動の助言を行う			生活の維持への支援

Ⅲ. 本研究の枠組み

文献検討より、本研究のセルフマネジメントの構成要素は、「セルフマネジメントの課題」「セルフマネジメントの領域」「セルフマネジメントの能力」「セルフマネジメントの取り組み」とする。「セルフマネジメントの取り組み」は、「セルフマネジメントの能力」を使いながら「セルフマネジメントの領域」に対して行うことである。

そして「セルフマネジメントを維持・促進するケアとは、「セルフマネジメントの能力」と「セルフマネジメントの取り組み」に対してアプローチをすることであると考え（図1）。

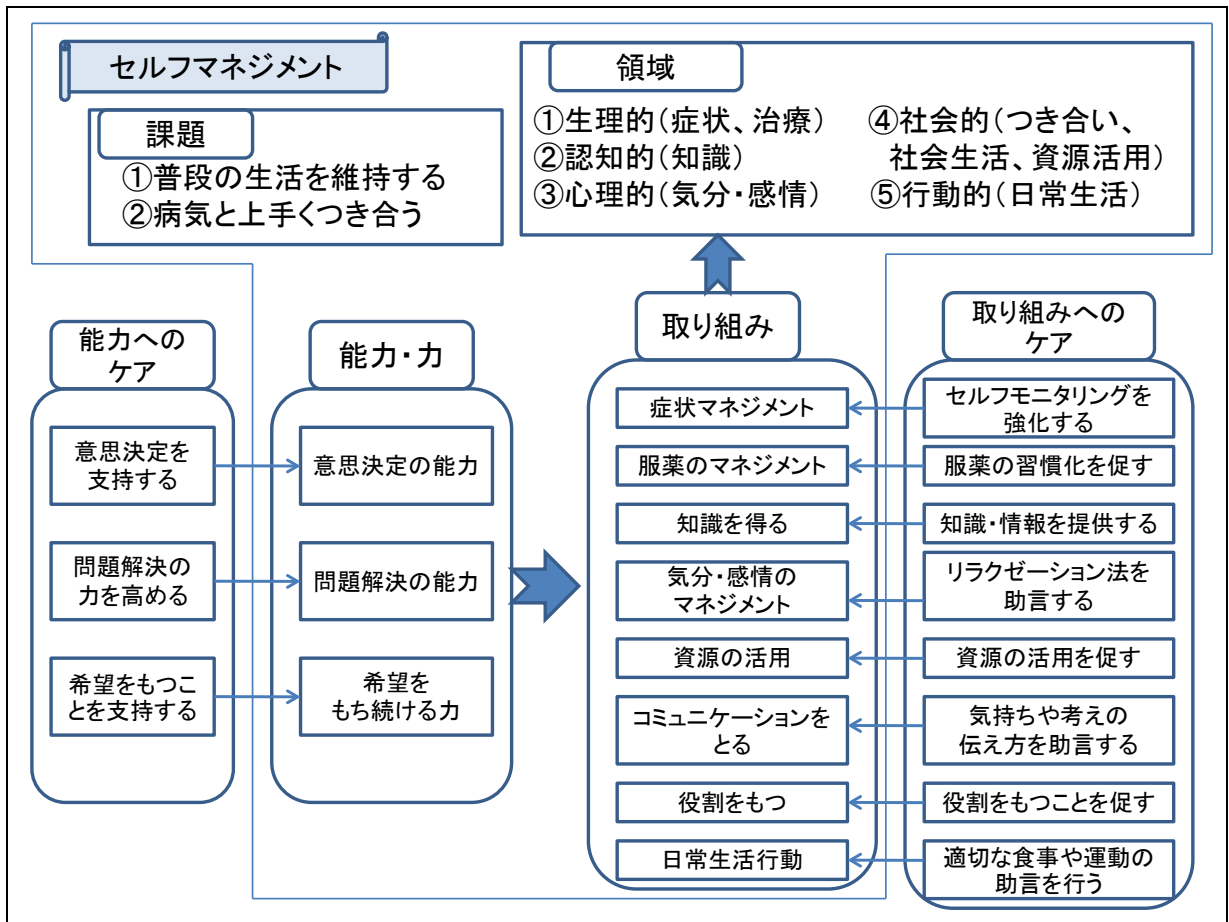


図 1. 本研究の枠組み

用語の定義

セルフマネジメント：病気による慢性的な症状や障がいを持ちながらも、よりよく生きるために、病気のマネジメントに限らず、日常生活で生じる課題に対して、当事者が意思決定しながら取り組むプロセスである。

セルフマネジメントの課題：病気による慢性的な症状や障がいを持ちながら、よりよく生きるための当事者の課題で、「普段の生活を維持すること」「病気と上手につき合うこと」から成る。

セルフマネジメントの能力：セルフマネジメントのプロセスにおいて必要とされる能力で、意思決定の能力と問題解決の能力、希望をもち続ける力から成る。

セルフマネジメントの取り組み：セルフマネジメントの課題の達成のために、セルフマネジメントの領域に対して当事者が取り組むことで、「症状のマネジメント」「服薬のマネジメント」「知識を得る」「気分・感情のマネジメント」「資源の活用」「コミュニケーションをとる」「役割をもつ」「日常生活行動」から成る。

セルフマネジメントを促進するケア：セルフマネジメントを維持したり、促進したりするためのケアで、セルフマネジメントの能力と取り組みに対してアプローチする。能力に対しては、「意思決定を支持する」「問題解決の力を高める」「希望を支持する」アプローチがある。取り組みに対しては、「セルフモニタリングを強化する」「服薬の習慣化を促す」「知識・情報を提供する」「リラクゼーション法を助言する」「資源の活用を促す」「気持ちや考えの伝え方を助言する」「役割をもつことを促す」「適切な食事や運動の助言を行う」アプローチがある。

「意思決定を支持する」：セルフマネジメントにおける問題の設定や解決方法の選択など、当事者の意思決定を支持することである。

「問題解決の力を高める」：問題を解決するために努力していることを肯定的に評価し、問題解決のプロセスを支援することである。

「希望を支持する」：当事者のもつ希望を支持したり、希望をもてるよう支援することである。

「セルフモニタリングを強化する」：当事者の体験を踏まえて、症状や状態の変化や重症度をモニターできるようにすることや、対処方法の習得を促すことである。

「服薬の習慣化を促す」：処方された薬を忘れずに服用できるよう服薬の習慣化を促したり、薬の作用や副作用を知って、副作用への対処を習得できるようにすることである。

「知識・情報の提供」：病気の症状や経過など病気に関する知識や、病気と上手く付き合うために必要な情報を提供することである。

「リラクゼーション法を助言する」：病気や日常生活のストレスで生じる気分や感情を和らげる方法や、緊張を緩和する方法を助言することである。

「資源の活用の促し」：社会資源を効果的に活用できるよう、活用の仕方を伝えて、活用を促すことである。

「気持ちや考えの伝え方の助言」：専門家や家族などに自分の気持ちや考えを伝える方法を助言することである。

「役割をもつことの促し」：生活の中で役割を見つけ、役割をもち、役割を遂行できるよう支持することである。

「適切な食事や運動の助言」：健康的な身体を維持するために、食生活や運動について、当事者の生活に即した助言をすることである。

IV. Research Question

本研究の Research Question は、以下の 4 点である。

- ① 精神科看護師は、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントの能力を、どのように捉えているのだろうか。
- ② 精神科看護師は、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントの能力に対して、どのようなケアを行っているのだろうか。
- ③ 精神科看護師は、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントの取り組みを、どのように捉えているのだろうか。
- ④ 精神科看護師は、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントの取り組みに対して、どのようなケアを行っているのだろうか。

第4章 研究方法

I. 研究デザイン

本研究は、精神科看護師が統合失調症をもつ人のセルフマネジメントを高めるために、どのようなケアを行っているかを明らかにするものである。これまでに精神科看護師が統合失調症をもつ人の主体性や意思を尊重し、協働しながら歩むというセルフマネジメントの視点をもって実施しているケアは、十分明らかになっていない。よって本研究では、看護師のセルフマネジメントを高めるケアの実践から現象をありのままに捉え、ケアの要素を明らかにするために、帰納的に分析する質的記述的方法を用いた。

また、本研究の理論的基盤は、シンボリック相互作用論に依拠している。シンボリック相互作用論は、①人間はものごとが自分に対して持つ意味にのっとって、その物事に行き出す、②ものごとの意味は、社会的相互作用から導き出され、発生する、③意味は自分が出会ったものごとに対処する中で、解釈や修正されたりする、という前提をもつ。セルフマネジメントを高めるケアは、統合失調症をもつ人と看護師との相互作用において行われるケアである。そして統合失調症をもつ人のセルフマネジメントの課題に対して、その意味を解釈しケア行為が行われ、ケアに対する反応を解釈し、意味の解釈のし直しや修正が行われると考える。よって、分析方法としてシンボリック相互作用論を基盤とする修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にした。

II. 研究参加者

1. 研究参加者の条件

本研究の参加者は、地域で生活している統合失調症をもつ人へのケアに携わった経験がある、あるいは入院している統合失調症をもつ人に対して地域生活を目指して援助した経験がある看護師で、かつ臨床経験が5年以上の看護師とした。

事例の条件

- ① 統合失調症をもつ人の事例であること
- ② 半年以上、地域での生活が続いている事例である、または地域生活を目指して援助している事例であること

2. 研究参加者へのアクセス

本研究では施設に研究参加者の紹介を依頼する方法と、研究者が直接研究参加者に研究協力を依頼し内諾を得たのち、施設の承諾を得る方法の2通りの方法を用いた。

1) 施設から研究参加者を紹介していただく方法

(1) 施設への研究の依頼方法

- ① 精神科病院の看護部長、訪問看護ステーションの施設長に、研究の主旨を文書および口頭で説明し、承諾を得た。

- ② 施設長あるいは看護部長の承諾が得られたら、研究参加者の紹介を依頼した。

(2) 研究参加者への依頼方法

- ① 施設長あるいは看護部長から紹介していただいた看護師に、研究者より研究の主旨を文書および口頭で説明し、研究への参加協力の依頼を行った。
- ② 研究参加への協力を同意していただけたら、同意書に署名をしてもらった。

2) 研究参加者の内諾を得てから施設の承諾を得る方法

(1) 研究参加者への依頼方法

- ① 精神科病院あるいは訪問看護ステーションにて活動している精神看護専門看護師に、直接アクセスし、研究の主旨を文書及び口頭で説明し、内諾を得た。
- ② 研究参加者の内諾を得たのち、所属する施設の看護部長あるいは施設長に、研究の主旨を文書および口頭で説明し、承諾を得た。また施設の倫理審査委員会への申請が必要である場合は、倫理審査委員会への申請を行い、承認を得た。
- ③ 施設管理者の承諾および倫理審査委員会の承認が得られたのちに、研究参加者に再度研究の主旨を文書と口頭で説明し、研究協力への依頼を行い、同意書への署名をしてもらった。

Ⅲ. データ収集方法

- ① 研究の枠組みを基に、半構成的インタビューガイドを作成した。インタビューガイドの内容は、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントの維持・促進に向けて、どのようなことを意図して、どのようなケアを実施したのかについての問いを中心とした。
- ② 看護師への面接を行う前に、作成したインタビューガイドを用いて、統合失調症をもつ人へのケアの経験のある看護師にプレテストを行い、インタビューガイドを見直し、修正を行った。
- ③ 研究参加の同意が得られた看護師に対して、インタビューガイドを用いて、半構成的面接を実施した。面接内容は、参加者の了承を得てICレコーダーに録音した。また面接時の研究参加者の様子や印象もメモに残した。研究参加者全員から録音の承諾が得られた。
- ④ 録音内容を逐語録に起こし、分析のデータとした。またメモも分析を進める際に参考にした。

Ⅳ. データ収集期間

2012年3月～2013年7月

V. データ分析方法

- ① 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの分析シートを参考にして、「ケア内容」「(ケア内容の) 定義」「データ」「メモ」「関連するケア内容」「他ケース (との類似や比較)」の項目から成る分析シートを独自に作成した。そして逐語録より、セルフマネジメントのケアに該当する語りを抽出し、分析シートの項目に沿って記述した。1つの「ケア内容」に対し1枚の分析シートを作成した。具体には、1つのケアが語られている文章を「データ」欄に転記し、「データ」欄のケアが意味していることを「定義」欄に記述した。「定義」の記述を基に、3~5文節程度で「ケア内容」表現した。また「データ」欄には、逐語録において共通あるいは類似のケアを意味する文章があれば追加で記載し、追加するたびに「定義」と「ケア内容」を再検討し、修正を行った。「メモ」には、「定義」「ケア内容」に記述されていない内容として、事例の背景や研究者の印象などを記述した。「関連するケア内容」には、1 ケースの中で他の「ケア内容」とどのように関連しているか、ケア内容の関連性について記述した。「他ケース」には他のケースで共通あるいは類似した「ケア内容」があれば記述した。他事例と類似した「ケア内容」が抽出された場合は、他事例との比較を行い、「定義」「ケア内容」の共通性や相違性を検討して、「ケア内容」の表現の見直しや修正を重ねた。
- ② 個別分析を終えたら、分析シートを基にしながら、セルフマネジメントを促進する「ケア内容」の関連性を図式化した。
- ③ ①②の作業を全ケースで行った。
- ④ 個別分析で抽出された「ケア内容」を全ケースで統合し、共通性や類似性を検討しながら分類し、「概念名」を導いた。「概念名」を導く中で、データを読み直し、「ケア内容」の見直しや修正を行い、「概念名」を再検討するというように、データと「ケア内容」「概念名」を行きつ戻りつしながら、データに基づいて分析を重ねた。
- ⑤ 「概念名」を用いて各ケースのケアのストーリーを記述した。ストーリーを記述する中でも、「概念名」「ケア内容」を見直し、修正を重ねた。
- ⑥ 「概念名」の共通性からケア群に分類し、さらにケア群をアプローチの方向性の観点から整理してまとめた。
- ⑦ 以上の分析は、質的研究の専門家の指導を受けながら進め、分析の真実性、信憑性を確保するよう努めた。

VI. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、高知県立大学看護研究倫理審査委員会に申請し、承認を得た(承認番号 看研倫 11-37号)。加えて必要時には、研究参加者の所属する施設の倫理審査委員会の承認も得た。

1) 研究参加者に対する倫理的配慮

対象者に対しては、以下の点について、研究参加依頼時および面接時に文書および口頭

で説明した。

① 研究参加者のプライバシーの保護

- ・面接はプライバシーが保てるよう、個室にて行う。
- ・本研究で得た情報は、本研究の目的以外で使用する一切なく、記録物はコード番号で管理し、研究者が責任を持って鍵のかかる棚に保管する。また、データの処理は厳密に行う。
- ・研究の同意書も、研究参加者名が記載されるため、研究データとは別に保管し、研究終了後は速やかにシュレッダーにかけて処分する。
- ・研究参加者が研究への協力に同意したか否か、あるいは語られた内容について、施設管理者に報告することはない。

② 研究結果の公表の仕方

- ・本研究は、博士論文として公表すること、専門領域の学会での発表や学会誌への投稿を予定していることを伝えて、研究参加者の許可を得る。また、研究参加者の同意が得られたデータのみを公表する。
- ・公表の際は、研究参加者の語りの記述から個人や施設が特定されないよう、必要最小限とするよう努める。

③ 研究参加者の心身の負担への配慮

- ・面接場所および時間は、研究参加者と相談して決める。研究協力によって身体的・精神的負担が生じた場合には、いつでも協力の辞退や撤回ができることを、文書および口頭で説明し、保障する。また、語りたくない内容については無理に話さなくてよいことを説明する。
- ・研究に関する質問や疑問にはいつでも対応することを説明し、研究者の連絡先を依頼文書に明記する。

④ 研究参加者や施設に理解を求め同意を得る方法

<施設に対して>

- ・施設の管理者に、研究の主旨を文書および口頭で説明し、研究協力への承諾が得られたら、承諾書に署名してもらおう。承諾書は、施設と研究者の双方で保管する。
- ・研究参加者の同意の有無に関しては、紹介者には知らせないこととし、紹介者の了解を得る。

<研究参加者に対して>

- ・本研究への協力は、研究参加者の自由意思に基づくものとする。
- ・施設管理者から紹介していただいた看護師に、研究者より研究の主旨を文書と口頭で説明し、研究への参加協力依頼を行う。研究参加への協力を同意していただけたら、同意書に署名してもらおう。同意書は研究参加者と研究者の双方で保管する。
- ・同意の有無に関しては、紹介者には伝えないことを説明する。

- ・研究参加者には、面接の際にも研究協力に関する意思確認を行う。

⑤ 研究協力の撤回が自由にできること

- ・研究協力は自由意思に基づき、研究参加の辞退や面接終了後の撤回も研究参加者の意思を尊重する。中断や撤回をしても、職務上の不利益を被ることは一切ないことを説明し、保障する。
- ・承諾取り消しに関しては、予め承諾取り消し書 2 枚と研究者宛ての返信用封筒をお渡しし、承諾を取り消す場合には、承諾取り消し書 2 枚に署名し、2 枚を返信用封筒で研究者宛てに送付してもらう。
- ・同意取り消しに関しては、予め同意取り消し書 2 枚と返信用封筒をお渡しし、同意を取り消す場合には、同意取り消し書 2 枚に署名し、2 枚とも返信用封筒にて研究者宛てに送付してもらう。
- ・承諾取り消しまたは同意取り消しは、承諾取り消し書または同意取り消し書が研究者の手元に届いた時点で成立することを説明する。取り消し書は研究者が署名後、承諾取り消し書は施設に、同意取り消し書は研究参加者に返送する。
- ・研究参加者が研究協力の辞退や撤回をしたことは、紹介者には通知しないことを保障する。
- ・研究協力の撤回や内容の修正の申し出については、平成 25 年 7 月 31 日までとする旨を説明する。その後は論文のまとめの作業に入り、撤回や修正ができなくなることを説明する。

⑥ 研究参加者に生じる不利益や危険性

- ・面接で時間を拘束されることや、体験の想起により不快な感情を生じる可能性がある。
- ・面接は研究参加者と相談して設定するが、面接が心身の負担や業務の妨げにならないよう確認しながら行う。面接中に研究参加者が心身の負担を感じていると判断したら、研究者から面接を中断し、その後の面接を継続するか意思確認を行う。

⑦ 研究参加者がうける利益や看護上の貢献

- ・研究参加者が体験を語ることを通して、自らのケアを振り返り、ケアの意義や必要性、効果を確認することができ、ケアの質を向上させることに貢献できる。

第5章 結果

I. 研究参加者ならびにケースの概要

1. 研究参加者の概要

インタビューの参加者は、5都府県9施設に勤務する看護師12名であった。内訳は、男性3名と女性9名で、30代6名、40代4名、50代2名であった。また、9名がインタビュー時点で精神看護専門看護師（以下 CNS とする）の認定を受けており、病院内の病棟や外来部門で活動したり、訪問看護に携わっていた。ただし、語ったケースに実践したケアは、CNS の認定前に担当したケースも含まれていた。残る3名は訪問看護ステーションに勤務していた。

2. 看護師が語ったケースの概要

12名の看護師には1～3ケースのセルフマネジメントのケアについて語ってもらい、17ケースを分析対象とした。なお、ここでのケースとは、ケアの対象である統合失調症をもつ人のことを示す。

ケースは男性8名、女性9名で、看護師が関わり始めたときのケースの年齢は20代3名、30代4名、40代7名、50代3名であった。発症または初回診療時期は10代から40代であった。ケースと関わった場は、病棟が4名、病棟・外来が1名、病棟・訪問が1名、病棟・デイケアが1名、デイケアが2名、外来が1名、訪問が7名であった。自宅またはグループホームで単身生活をしている者が6名で、家族と同居が11名であった（表8）。

表 8. 看護師が関わったケース

ID	性別	年齢	発症時期	関わりの場	家族との同居
1	男性	40代	10代	訪問	同居
2	女性	50代	20代	訪問	単身
3	女性	50代	20代	訪問	単身
4	男性	40代	10代	訪問	単身
5	男性	40代	20代	デイケア	同居
6	男性	30代	20代	病棟	同居
7	男性	40～50代	不明	外来	同居
8	女性	20代	10代	訪問	同居
9	男性	40代	20代	デイケア・病棟	単身
10	女性	30代	20代	病棟・外来	同居
11	女性	40代	10代	病棟	同居
12	女性	20代	20代	病棟	同居
13	女性	30代	20代	デイケア	同居
14	男性	30代	20代	病棟・訪問	同居
15	男性	40代	40代（初回）	病棟	単身
16	女性	50代	30代	訪問	同居
17	女性	20代	20代	訪問	単身

II. 統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケア

統合失調症をもつ人のセルフマネジメントを促進する看護ケアは、5つのアプローチの方向性、18のケア群、54の概念名、208のケア内容から成っていた。以下、アプローチの方向性ごとに、看護ケアの内容を説明する。なお、【 】がアプローチの方向性、〔 〕がケア群、〈 〉が概念名、《 》がケア内容を表している。

1. 自我機能を整えるアプローチ

【自我機能を整えるアプローチ】は、脆弱な自我を保護し、安心感をもたらし、現実検討を高めて自我を強化することで、自我の状態を安定させていくアプローチである。このアプローチは、〔脆弱な自我境界を守る〕〔他者を信頼する感覚を高める〕〔ストレスを低減して自我を保護する〕〔現実検討を高める〕〔生きる強みを見出し、支える〕の5つのケア群から構成されている。

1) [脆弱な自我境界を守る]

[脆弱な自我境界を守る]は、自我境界の脆さによって様々な刺激を取り込み、自我状態の不安定さがもたらされるため、〈脅かさない距離感で関わる〉ことで安心できる関係性を構築し、〈境界を設けて混乱の収束を図る〉〈病的世界のストーリーに引き込ませない〉ことで自我境界を保護するケアである。

① 〈脅かさない距離感で関わる〉

自我境界が脆弱な状態では、他者が侵入してくる感覚や、自我が漏れ出す感覚をもつため、人に対する恐怖や警戒心を抱きやすい。〈脅かさない距離感で関わる〉は、人と接することに脅威を感じている状態の当事者に対して、脅かさないように慎重に接しながら関係を保とうとすることである。そばに近づく際も「近くにいることに耐えられる程度を確認する」ことで、自我の強さがどの程度かを確認し、少し離れて座って声をかけて、「人がそばにいることで与える怯えから守る」ことで、慎重に距離を測って脅かさないように心掛けている。また、干渉されることで症状が悪化する人には、「干渉しすぎないように気を付けて関わる」り、揺れを引き起こしそうな不安定な状態の時には、「核心に触れずに持ち堪えさせ（る）」、あまり言語化させないことで自我を守っている。

「近くにいることに耐えられる程度を確認する」

同室者が代わるだけでも緊張し、幻聴が強まるケースに対し、「本人に、どうしよう、いても大丈夫とか、今日はちょっと帰ったほうがいいかって聞くと、どちらでも構いません！みたいな感じで。(ID11)」と、そばにいてよいかをケースに問いかけて確認しながら関わることで、脅威を与えないように配慮して、自我を保護していた。

「人がそばにいることで与える怯えから守る」

「何かコミュニケーションで豊かになっていうよりはちょっとそばにいて安心できてみたいところで、まずはちょっと離れたところに座って少し一緒の時間を過ごすぐらいからじゃないと、なんか会話が續かなくて、できない時は本当にできなくてっていうこともあったので。(ID11)」と、安心をもたらすことを優先して関わり、自我を保っていた。

「干渉しすぎないように気を付けて関わる」

「お母さんと二人暮らしをされてるんですけど、やっぱりお母さんが結構過干渉っていう感じもあったりとか、口調が命令口調だったりとか、本人にしたらちょっときついようなところもあって、二人で暮らしてたら本人の方がちょっとゆれたりして、入院とかになってたようなんですけども。あまり干渉、過干渉、干渉しすぎないようにということで、関わってました。(ID3)」と、干渉する母親と同じように関わることでストレ

スをかけぬように配慮していた。

《核心に触れずに持ち堪えさせる》

「ちょっと落ち込んで来なかった時期がありましたけど、すごい心配でしたけどね。電話したかな。まあちょっと考えることがあってねって、気軽に言わはったので、絶対そんな気軽なことじゃないだろうって思ってたけど、そこ触りませんでしたね。触るとワーッとというようなものが出てきそうな気がしたので。あまり核心に触れないじゃないですけど、その辺はあまり深刻にならないようにしたりしましたね。(ID5)」と、自我が揺らいでいるケースに対して、あえていつも通りに接して言語化を促さないことで自我を保たせていた。

②〈境界を設けて混乱の収束を図る〉

自我が脆弱な状態にあると、刺激防壁が弱まり、自分の周囲にいる人や物、音などに対し感覚が鋭敏になり、そこから思考や行動が拡散して、精神症状が増悪する。〈境界を設けて混乱の収束を図る〉は、時間や空間、対応する人などを限定することによって、刺激を制限し、思考の広がりや行動の収束を図ることである。《混同しないように対応する人を固定する》《刺激に振り回されない場でやり取りする》ことで、集中できる環境を構えて混乱を防ぐ。《煩わされやすい場から引き離す》《病状の揺らぎに合わせて落ち着ける場所を構える》ことにより、当事者にとって刺激を受けやすい場から離れることで刺激をコントロールし、思考の広がりや行動の収束を図る。また、《他者の体験を自分の体験として取り込ませない》ようにして、自他の区別をつけ、自我境界を強固にするのを助けている。さらに、1日や1週間単位でのスケジュールを立て、それに沿って生活することで、《生活時間の枠組みで行動を守(る)》り、思考の広がりや行動の収束を図ったり、《不安の高まるサイクルをリセット(する)》し、不安の波が小さいうちに開く機会をもち、症状を落ち着ける。このように、空間や時間を設けて《行動の広がりを抑えて思考を拡散させない》ことにより、病状の悪化を食い止めたり、症状の安定を促し、《限られた空間で生活機能を整え(る)》て、生活を安定させている。一方、限定された空間においては、《枠を決め、その中では判断や行動を自由にしてもらおう》ことで、限定的ながらも自由な活動を保障して、思考の収束を促している。

《混同しないように対応する人を固定する》

「枠の中というか、自分のしんどさと、人のしんどさが混同してしまうような、そんな枠の緩さというかあいまいさがあるので。そのへんはちょっと慎重にかかわらんといかんかなと。むやみやたらに誰にでも、というよりは、丁寧に拾っていくというか、やらんといかん方やねっていうので最初スタートをして。入院中は、私が基本日勤ばっかりなので。おおむね日中に対応ができるのと、あと割合、周りもちょっと協力をしてく

れたり。(ID10)」と、関わるスタッフを固定して自我境界を保護していた。

《刺激に振り回されない場でやり取りする》

「広い空間とか、廊下とかになると、周りに聞こえてるんじゃないとか、そういうことがすごく気になっちゃう人やったんです。だからカチッとした本当の面接室、ある意味あれ、非現実的な空間やと思うんですけど。そこで面接をする。そのときだけしか、そういう彼女の内面は取り扱わないっていうふうにしたんです。(ID13)」と、刺激に振り回されないように空間を限定することで、自我を保護していた。

《煩わされやすい場から引き離す》

被害的な幻聴があるケースに対して、「相手の人となりが分からないから、余計に猜疑的になって、それがキモいって言うてるやろうって話になるので。やっぱり安心した毎日行く場で、なるべく人も出入りというか、固定していて、彼女自身が相手のことわかるような場所に行くのがいいだろうと思っていました。(ID8)」と、社会資源を検討する際に、脆弱な自我を保てるよう、刺激の少ない場を提案していた。

《病状の揺らぎに合わせて落ち着ける場所を構える》

「食堂でその時期には食べてたんだけど、ナースが、その病棟摂食障害もいるからナースステーションでごはん食べたりもするんですけど、ちょっと保護的なところにずっと食事場所を移したりして。本人また少し食事量が安定して食べれるようになって…。

(中略)あんまり統合失調症の人はそこまでしないんだけども、移したりして。そんな感じで状態に合わせてその病棟食事場所変えたりする中でまた安定してきて、ちょっと取り戻して、また次の外出行って、外泊行ってみたいな感じで。(ID12)」と、外出に伴い精神症状が強まったケースに、病棟で保護的環境を準備することで自我を維持していた。

《他者の体験を自分の体験として取り込ませない》

「子どもさんがいるお母さんが、子どもさんの話をしたりすると、もうそれでフワーとなったりとかいうのをやっていたので、そのことはそのこと、あなたのことはあなたのことっていうのを。ご自身が自分で、あの人はあれでしんどいな、私はでもこうだなんていうのを切り分けれるようになっていうのは、意識的に。(中略)無条件に人の話が地獄につながないように、とかいうのを一緒にやるようになったら。それは割合、その時点では最初は難しかったんですけど。退院するまでのうちに、自分で間を書き込んでくれるように、そのシートに、なったりもしたので。あ、けっこういけるかな、という感覚を持って。(ID10)」と、他者の体験を自分に取り込んでしまうような脆弱さをもつケースに対して、自己と他者の境界をもつことを強化していた。

《生活時間の枠組みで行動を守る》

「一生懸命毎日、毎週彼がどうやって過ごせばいいのか、彼自身にも参加してもらって、取り組んで、1週間、1週間過ごしてるって感じですね。1日が何とか過ごせるように。(ID7)」と、スケジュールを立て時間の枠組みを作ることで、自我の拡散を防いでいた。

《不安の高まるサイクルをリセットする》

「彼が普通に1週間過ごして何かができるように、彼ができるようになっていうのがあって、彼はある程度それは枠組みに沿って、できなかつたりはするんですけど、誰かが途中でメンテナンスしてあげなきゃいけないですね、不安の。(ID7)」と、様々な支援者が途切れることなく関わることで、不安を高めないようにして、自我を維持していた。

《行動の拡がりを抑えて思考を拡散させない》

「彼は収まるようなプログラムか、私がみている、目の届く範囲のプログラムかっていうようなことをして、あまり広がり過ぎないようなことをしました。収まるというか、誰がやっても同じになるように、なるような、あまり広がりもてへんようなものをしていったりとか。上手に封じ込めつつ、この枠の中で収まれるように、多分したんやと思うんですけどね。工夫と好き勝手に広げていくっていうことは違いますよねっていうことは、そういうところで話ししましたし。(ID5)」と、他者の世話をしてプログラムがこなせなくなるケースに、部分的にグループに入りながらも主に一人でできる活動に参加させて、思考の拡散を防いでいた。

《限られた空間で生活機能を整える》

「今の状態で無理にホールでってところにこだわらなくても。まずはやっぱり部屋の中での生活で整えていくってところでまずいいんじゃないかな。食事場所を部屋にしたりしたんですけど。ちょっと静かな環境の中でセッティングして、食べられるもの、生理機能が保たれてちゃんと出るものが出てってところでまずは目指していかないと食事も。とにかく保護膜をどういうふうにするかっていうところで実質で引きこもれる環境をちょっと作っていく感じでやったり、まずはしましたかね。(ID11)」と、環境を限定することで刺激を調整し、生活を整えて自我を保護していた。

《枠を決め、その中では判断や行動を自由にしよう》

「進めていく方向はいつもね、大きな枠はこれ以上出ないでねっていう枠は決めてましたけど。行く方向はあっちに行ったり、こっちに行ったり、彼が行く言う方に行ったりと思います。(ID5)」と、行動の外枠は決め自我の拡散を防ぐものの、枠の中では自由を保障していた。

「一番最初に、彼が何かするときに枠組みを作らないといけないというのと、本人がちょっとどうしようもなく、誰かが頻回に会ってあげなきゃいけないっていうのをするので。不安がある程度減少させなきゃいけないって思ったんです。不安があると彼のように、精神機能が一気に破たんしちゃって、訳の分からないことやり出すんで、週に何回か病院に来てもらうとか、ある程度来て不安を下げなきゃ、行ったりとか、話をして整理してあげなきゃいけないというのと、彼自身もこういうことをして来なきゃいけないから、何とか来てねっていうところをきっちり枠組みを、プログラムをきっちり組んであげて。あまりいくつかカチカチってすることよりも、緩く大きくして、でも何か1つ道筋に沿ったものを与えてあげなきゃいけないっていうことだったのかな。

(ID7)」と、窮屈になりすぎないように考慮しながら大枠をもちプログラムを組んで、自我を保護していた。

③〈病的世界のストーリーに引き込ませない〉

妄想による病的な世界に入り込み、病的世界が中心となることで日常生活に支障をきたす。〈病的世界のストーリーに引き込ませない〉は、妄想など解釈の歪んだ世界に引き込まれないようにするために、妄想的な内容が語られたら適度に話を切り上げたり、看護師の目から見た現実を伝えたりして、病的世界から引き戻すケアである。

妄想内容が語られるときに、話題の焦点を妄想からずらし、〈病的ストーリーを展開させないように話を収める〉〈関わり続けることで世界を閉じさせない〉ことで、病的世界にのめり込まないようにする。また、〈病的体験に逃げ込まないことを評価する〉ことで、病的世界から抜け出すことを促す。さらに、現実的な判断や見方を伝えて、〈病的な世界から現実の世界に引き戻す〉ことで、病的世界と現実世界の判別をつけさせながら、現実世界で生活していけるようにしたり、〈人に教えることで体験を整理させる〉ことで客観的にみられるように促したり、〈固定した自分の文脈から抜け出させる〉ことで、新たな見方を得ていけるよう支えている。一方、指示や命令してくる幻覚や妄想が消失することに伴って、症状に頼った生活ができなくなる不安や心もとなさに対しても、〈病状がなくなったことから生じる不安をなくす〉ことで、病的世界に安心感を求めようとする気持ちを抑えている。

〈病的ストーリーを展開させないように話を収める〉

「時々OTで描いた絵もあれね、どっかに出版されたんやとかね。今度私が一緒に描いたのも、〇〇(看護師)さんののも出版されるよとか言って。そういう妄想的な言葉もあったりとか。あまりそっちの方にいったらあかんって思いながら、様子を見ながら。あまりそこ突っ込んで聞かないんですけどね。(ID3)」と、妄想に発展しそうなどときには軽く流して、自我を保っていた。

「お婆さんは。まだ生きてるんやって聞いたら、うん、生きてる、元気でなとかって。

洗濯物干したりしてんねんけど、また目が合っとか。あ、そうか、元気やったらいいわって、また長くなったらね、どんどん発展していったらかなわんしと思って。(ID13)」と、妄想が発展しないよう、病的体験の話の展開を収めていた。

《関わり続けることで世界を閉じさせない》

「キャッチボールをすることで日常生活自体は落ちることもなく、精神状態も退院の話であるとかご自身のこれからどうやっていくかって話に関しては苦しくなったり俺は無理だみたいになるけども、それ以外は普段どおりの方だったんで、彼にとってはできるだけ関わりを維持してあげたほうが、世界に広がっているのを閉じなくて済むのかなと思って。変えようとはあまり意識してなかったんですよね。(ID15)」と、病的な世界に閉じこもらないように定期的に継続して関わっていた。

《病的体験に逃げ込まないことを評価する》

「後半の電話のフォローのやつですね。病的な体験に逃げ込まずに、しんどさをかかえているというところのフィードバックがしっかりできたっていうのは、自分の中ではけっこう、この方にはそこは外せんかったかなというふうには思ったりはしています。(ID10)」と、辛い時に電話相談でつながり、自我を強化することで、妄想への発展を抑えていた。

《病的な世界から現実の世界に引き戻す》

「そのつど、そのつど、困ってることを一緒に客観的に考えてくれるというところで、現実的なかかわりがなされていて。それもある意味、病的な世界に引きずり込まれそうなのが元に戻ってくる。彼女が言うリセットで、それはとても彼女にとってはあいまいなところから戻ってくる、ブーメランのように戻ってくる。そういう役割として機能していて。(ID13)」と、刺激を減らした面接の場において、病的な世界から現実世界に引き戻し、自我を保っていた。

《人に教えることで体験を整理させる》

「私はよくね、彼にね、教えられてますね。彼が気づいたこと。こっちがあまりお助けする気もなくいるせいなんじゃないかな。教えようとしています。時々聞いてきますけど。あてにならないと思うんじゃないかな。その中で教えてましたね、彼が。おもしろいんです。1回それを教えるじゃないですか。しばらくそれをコンスタントに教えるんですよ。そういうのもちょっと影響はあるんじゃないかな。人に大分教え、自分のことでこれはちゃんとうまくいってると教えるようになってきてるから。多分そういうのも関係してるんじゃないかな。(ID1)」と、ケースが体験を繰り返し語ることで気持ちを吐き出し、病的な世界を客観的にとらえられるよう促していた。

《固定した自分の文脈から抜け出させる》

「全然違う障害やったからこそ、自分だけが不幸な人間じゃないって言うかね、自分はキモイって聞こえるでしょ、ずっと聞こえてて、そんなことが聞こえる、辛い、私はかわいそうやった文脈が、あからさまですよね、耳も聞こえない、目も見えない、喋れない、そんな人でもちゃんとできる作業見つけてやっている。そんな大変な人がいるんやっていうところで、私しっかりしなくっちゃって彼女言ってるね。(ID8)」と、他の障害者の状況を知ること、かわいそうな自分という文脈から抜け出させ、自我を強化していた。

《病状がなくなったことから生じる不安をなくす》

「今度はそれによって症状がなくなったんですよ。そしたら彼女は、言ったら確認できる対象がいなくなってしまったので、落ち着かなくなったんですね。不安になってしまって、そしてまた今度、それはそれで自分は自由になったんだけど、今度出てきたときの恐怖、また声が聞こえ始めたらどうしようっていう不安も出てきて、ちょっとパニックになったりしたんですね。ああそうなんだなあって思って。ほんとに体験している人しかわからないしんどさなんだろうなって思ったんですけど。それで、けどまあ聞こえないことが、あなたの生活を自由にするんだから、あなたがしたいことをしたらいいよってことはずっと伝えてたんですけども。(ID17)」と、幻聴がなくなることへの不安を受け止めながらも、幻聴から自由になることを支え、自我を強化していた。

2) [他者を信頼する感覚を高める]

自我機能が低下すると、人を信頼することの困難さが現れる。[他者を信頼する感覚を高める]は、対人機能が低下し、人との関係のもちにくさや他者への信頼感をもちにくくなっている当事者に、〈味方としての信頼を得る〉ことで他者がそばにいても安心できる状態をつくり、その上で〈信頼できる対象を広げる〉ことで他者を信頼できる感覚を高めるケアである。

① 〈味方としての信頼を得る〉

〈味方としての信頼を得る〉は、他者との関係への脅威をもつ当事者と関わりながら、脅威を与える人ではないことや味方であるとの感覚をもってもらい、徐々に信頼を獲得していくことである。《ごく普通の身の回りのことから行動を拓げる》ようにして、刺激やストレスをできるだけかけず、脅かさないように近づいて、《味方であるとわからせる》《相手を信用する感覚をもたせる》ことで信頼感を高め、他者と関われる状態へと導いている。

《ごく普通の身の回りのことから行動を拓げる》

「病棟の方はどっちかって言うと、無為なタイプだと思って、まあ積極的に、はい起きて、はい顔洗って、はい着替えてとか頑張ってたんですけど。それだけでは脅かすことになるかもねっていうことで、無為と自閉とちょっと違うから。この人は自閉の方だと思って、脅かさないように、顔を洗いに誘ったりとかいうのから始めた人。もうほんとに洗面係りみたいな気持ちで1月位は、自分も手ごたえがない状態が続いていたりでしたので。あとは大丈夫そうな看護師さん、この看護師さんだったらという人に後ろにいてもらったりというのを途中で入れて。そうすると反応してくれるようにはなって、顔洗いましょうかって言ったら、黙って後ろからついてきてくれるみたいな感じにはなったので。(ID6)」と、自閉のケースに対して、積極的に行動を促すことが脅威となるので、日常当たり前に行っている洗面行為から関わり始めて、行動を拓げていた。

《味方であるとわからせる》

「当たり前のことから、新しいこと増やさんようにっていうのを最初から決めて、この人はやりましたね。それでやって、どうしても作業、OTの方に誘って。その誘っていくのも大丈夫な看護師からスタートして、あとは大丈夫な看護師が促して行って帰って来たら、褒めたりなんざして、それにだんだんそうじゃない看護師もまあ二人で行って、馴れてる人と馴れてない別のスタッフが複数でやって、その人にとって馴れてない看護師が声かけたりメインでやって、後ろから馴れてる人がついててもらったりとか。(ID6)」と、馴れて話ができる看護師と一緒に近づくことで、人が近づくことでの脅威を軽減し、自我を保護していた。

《相手を信用する感覚をもたせる》

「キショイって聞こえてもそこから距離をとれる方法を本人に身につかせんとどうにもならなくなって思ってたので、まずはそうやって彼女を心地よくしつつ、ああAさんといると楽しいな、そう思わそう、そこで信用されつつ、段々色んなことを聞いてくれた時に、現実的なやりとりの中で距離がとれるように関わろうと思ってたんですよ。(ID8)」と、被害的な幻聴があるケースに対して、心地よい時間を一緒に過ごすことを通して看護師への信用を高めていた。

②〈信頼できる対象を広げる〉

〈信頼できる対象を広げる〉は、当時者の人間関係を新たにつないでいくときに、信頼できる関係を築けるようにしていくことである。退院後から支援者として関わる人と、早期から接点をもつ機会を作り、《脅かさないように人間関係を広げる》ことを促す。また、新たな場に移ることに伴い新たな関係を築かねばならない時には、それまで関わっていた人との関係も引き続き保ちながら関係を移行させ、《味方を増やすための橋渡しを(する)

»したり、《周囲の人に味方になって守ってくれるよう頼む》ことで、信頼できる対人関係を広げている。

《脅かさないように人間関係を広げる》

「デイケアに行くことは最初から決まっていたので、その時点から早めにデイケアの担当になる方にも入ってもらって、日中一緒に過ごしてもらったりとか。そんなのをやって、できるだけ脅かさないようにっていうのをやったりもしました。(ID10)」のように、次につなぐ支援者と徐々に馴染んでいけるようにして、緊張や不安を和らげていた。

《味方を増やすための橋渡しをする》

「開放に行って上手くいったのは、開放に移るっていうご本人にとって大きな環境の変化をちょっと諦めたり無理強いしたりせずに、イレギュラーにそれぞれの病棟の看護師が行き来してやった、その辺の環境変わるところでのサポートとか、人のつなぎ方をものすごく手厚くしたのがよかったんじゃないかっていうのも評価としてはあるし。(ID6)」と、転棟に際して、閉鎖病棟と開放病棟の看護師がそれぞれの病棟を行き来してケースと関わることで、移行時の不安や緊張を和らげた。

《周囲の人に味方になって守ってくれるよう頼む》

「私たちがグループホームのスタッフの人に指示をして、それをしてもらってという、なんかそんな構図が一時期できそうなことがあって。えっ、でもなんかそれってちょっと違う、違うって思って。むしろ本人に本当に寄り添ってほしいし、なんか医療者側って私たちも知らず知らずのうちについつい管理したくなったり、症状にしても、取ってあげることが本人のためやって思ったりっていう関わりがあったと思うんですけど、ついついやっぱ管理をしたくなるっていうふうに向いちゃうんですけど、そうじゃないかわりをむしろ本当にしてほしいかっていうのがあったんですよ。なので、むしろ私たちの言うことよりも本人の言うことを聞いてあげてくださいとか、私たちがなんか言ったら逆に本人守ってあげてくださいっていうふうには結構関わっていった。

(ID9)」と、掃除や洗濯も施設のスタッフと一緒にして、できなくても怒らない関わりに変えてもらい、味方となって守ってくれるようスタッフに頼んでいた。

3) [ストレスを低減して自我を保護する]

ストレスに対する脆弱性をもつため、ストレスが病状に影響を及ぼしやすい。[ストレスを低減して自我を保護する]は、対人関係や日常生活上の様々なストレスによる感情の揺れや苦痛などの〈不快な気持ちを吸収して和らげる〉ことで自我を保護し、〈負担となる状況を振り返る〉ことでストレスとなる状況を認識させ、〈状況の変化に伴う揺れに備える〉ことで、ストレスとなる状況に立ち向かえるようにするケアである。

①〈不快な気持ちを吸収して和らげる〉

当事者は病的体験によるしんどさや、他者から理解されにくいことでの生活のしづらさなど心理的負担を抱えている。〈不快な気持ちを吸収して和らげる〉は、自我を脅かす不安や恐怖、不満や不平、辛さなどの気持ちを表出させ、それを受け止めることで軽減するケアである。《脅かす感情の受け皿になる》ことで病気の脅威を吸収したり、《恨みつらみを吐き出す受け皿にな（る）》り、不快な感情を吐き出させて自分を取り戻したり、《思いを代弁して安心を届ける》ことで、当事者が言葉にしていない思いを言葉で伝えながら、不安や恐怖を軽減している。また、努力していても、うまくいかないことがあるときに、《しんどさをひたすら受け止める》ことによって、自分ひとりの中で辛さを溜め込まないようにもする。時にはしんどさから逃れようと衝動的な行為に至ることもあるが、その時には《行動を責めずに安心の気持ちを伝え（る）》、しんどい気持ちを受け止めて、心配している支援者の存在を伝えている。

《脅かす感情の受け皿になる》

「僕は外来でその前にお話しするんですけどね、不安になったらね、わかるわかるでも不安なんだよね。入院中の時も、ちょっとちょっとちょっとって言うんで、何なのって言ったら、バーって向こうが話してきて。こっちはふんふん、ふんふんって10分くらい聞いとくんです。ふんふん、ふんふんってまずは聞いといてあげて、不安がそろそろ下がってきたなって思ったときに、こっちはポツポツって、その時その時に言って。大丈夫だねって言って。(ID7)」と、不安が高まっているときに、話を聞いて気持ちを受け止めて不安を和らげていた。

《恨みつらみを吐き出す受け皿になる》

「入院したばかりのときはそういう状態だったから、もう四肢拘束で。この人の言いたいこと、訴えたいことはとにかく吐き出させないと、この恨みつらみ、それが全部妄想ということでもないだろうから。そこは吐き出させるようにして、自分をもうちょっと取り戻す。(中略)この人は、やっぱりちょっと言葉をこちらから挟もうとするとすぐイライラしてきちゃって、いきたくなっちゃう人だから。聞くときには、最初はもうホントになんでも聞くからって話をして。言いたいことがあったらどンドン言ってくれというふうにして、感情の受け皿になる、みたいなことで。こっちはイヤだったけど。とにかく恨みつらみをずっとしゃべってたから。ほとんど口を挟まずに、そうか、そうか、つらかったねっていう感じで聞いてましたね、そこは。それは、拘束の時期はずっとそういう。(ID14)」と、拘束中のケースが吐き出す恨みや不満をひたすら聞くことで、気持ちを受け止めていた。

《思いを代弁して安心を届ける》

「昼間に、無反応な背中に向かって、私がお話しを。新しい所に行くのは誰でも不安だよねえとか、背中に向かって。ずーっと、椅子持ってって、そんな風にしました。10分くらい座って、ゆっくりしたりとか。(ID6)」と、語らないケースの気持ちを代弁することで、看護師が不安を受け止めていることを伝えていた。

「入院中からずっと言って来てってところの感じもあると思うんです。いっぱいだから言ってね、言ってねって、あなた今いっぱいだから座って話しようかって言ったら、それが理解したとかじゃ、次からじゃあそうしますっていうレベルじゃなくて、無意識的に多分、本能的か無意識的かは、求めるようになったんです。(ID7)」のように、不安な気持ちを言語化できないケースに対して、気持ちを代弁して、援助の声をかけ続けていた。

《しんどさをひたすら受け止める》

「つらい思いをしていることはわかります。つらいよね、つらいよねっていうのをフォローを入れたのと。ひたすら聞いて、そのしんどさを持っててるところがすごいというところに、何とかちょっと落ち着いていただくようなのを電話でやり取りをして、聞きましたね。(ID10)」のように、過去の出来事への後悔や、辛い気持ちを丁寧に聞いて受け止めていた。

《行動を責めずに安心の気持ちを伝える》

「本人がお父さんしんどいのに来ようとしてくれてた、おとうさんしんどいのって、ワーッと感情が高まってしまって、この薬の大量服薬をしてしまったんですよ。大量服薬といってもね、ベイスン、オイグルコンの日月火水木金の6日分、全部飲んでしまったんです。日曜日の夕方にかけてかな。それを自分で吐いて、苦しんではるのに、一人で家で過ごしてはったんです。それが日曜日。月曜日に電話をかけてきはったんですよ。飲んでしまったと。全部ベイスンもオイグルコンも全部ないと。それでえらいこっちゃと。よう生きてたねと。(ID2)」と、衝動的な行動を非難せず、無事を確認して、安心の気持ちを伝えていた。

②〈負担となる状況を振り返る〉

生活上様々なストレスに見舞われるが、ストレスへの対処がうまくできないと、それが生活のみならず病状にも悪影響を及ぼすことがある。〈ストレスとなる状況を振り返る〉は、《しんどかった状況を振り返る》ことによって、ストレス時の心身の反応を知り、ストレス状態に早く気づけるようにしたり、ストレスに対応できるようにすることである。また、ストレスを自覚することは容易ではないことや、ストレスに感じていることを表出しない場合があるため、《一歩踏み込んで本音を引き出す》ことで、現れにくい心理的負担を把

握する。

《しんどかった状況を振り返る》

「自分が台所で食器洗ってたりなんかするとね、お姉さん達がなんか自分のことが悪く言ってるように段々思えてきて、そういう被害妄想が活発になってきて入院になったということがあったんですけど。その時は彼女は夜も寝るために、何時に眠剤を飲みたいて言うのがあったんだけど、薬を飲むっていうことをお姉さんのところではしたくないっていうのもあったし、自分の飲みたい時間に飲めないんですね、お姉さんの生活のペースでいってるために。その辺のイライラが多分妄想につながっていったんだろうなっていうところは、その時にこんなしんどさを抱えていたよねっていう振り返りはしてましたけど、なかなか直結するのは難しかったですね。(ID16)」のように、しんどかった状況を一緒に振り返り、ストレスとなる出来事の確認をしていた。

《一歩踏み込んで本音を引き出す》

「わかりにくい人かもしれませんね。大丈夫ですって言うてしまうし、けど本当はこうやないって言うと、一歩踏み込むと、実はっていう風に出てくるけども、本当に表面的にはいつもきれいにしていて、自分の弱さとか、そういうところはあまり見せない人でしたね。(ID16)」と、大丈夫と言って弱さを見せないケースに、踏み込んで尋ねることで、少しずつ本音を聞いていった。

③〈状況の変化に伴う揺れに備える〉

生活環境の変化や、デイケアに通うなど初めて何かに取り組むときなどは、そのことがストレスとなり、病状悪化につながりやすい。〈状況の変化に伴う揺れに備える〉は、環境の変化などがストレスとなって自我が弱まる可能性がある時に、自我を保護しながら、ストレスとなる状況に立ち向かえるように支えることである。何かを始めるなど気持ちが揺れやすいときには、《踏み出そうとするときの気持ちの揺れに付き合う》ことで、気持ちの安定を図ろうとする。また、生活環境の変化など精神機能に影響を与えそうなことを予測し、《揺らぎを見越して状態を確認する》ことによって、介入の必要性を把握したり、《状況が動くときには症状の変化と平素の生活に注意を払う》ことで、通常できている生活をきっちり維持して崩さないことで、ストレスを乗り越えさせている。

《踏み出そうとするときの気持ちの揺れにつき合う》

「でも毎日揺れるから。きょうグループホームに俺は行くって言ったら、じゃ、そういう方向で進めていいのねっていうことになるでしょ。じゃ、そういう資料とか見ってもらって検討しようって。次の日行くと、やっぱりグループホームはあれだから、アパート借りて生活する。じゃ、お金どうするの？って話になったり。本人の揺れ動きに何と

か付き合っ。でもこっちは、こうしろ、ああしろとは絶対言わないようにして。情報提供だけしていきっていうことで、だいぶ時間かかっちゃったっていう感じですかね。

(ID14)」のように、退院先を決定する過程で、指示せずに待ち、日々揺れるケースの気持ちにつき合っていた。

《揺らぎを見越して状態を確認する》

「そこからはホントに、トントン拍子という言い方は変ですけど、そのあとに、子どもさんの小学校の入学準備とか、あとは非常勤の面接にチャレンジしたりとかいうのがあるんですけど。ホントにトントン拍子というか。本人の準備状況を確認するぐらいで。

(ID10)」と、家族の発達に応じて状況が変化する際に、ケースの状態が揺れることを見越して関わっていた。

《状況が動くときには症状の変化と平素の生活に注意を払う》

「アパートを結局動いて見つけに不動産屋に見つけに行っ、色々お金を払って手続きして、その辺は全部親か PSW がやってくれますけど、一緒におりますよね、あと荷物運んだりとか、1ヶ月くらいかけて年明けからやったので、その間結局こっちは症状見てたんですね、症状とそれ以外の生活を強化してたんですよ。普通に食べて寝て、起きて食べて寝る、その不動産で動く時間以外の時間がこれまでと同じに流れるようになっていうのを本人にも言っ、そのために訪問自体もわざと変えずに、これまでやってた同じ場所の散歩をやってたんですよ。(ID1)」と、ストレスの高い状況が続くときには、平素の生活をいつも通りにすることを強化して、自我を維持していた。

4) [現実検討を高める]

[現実検討を高める]は、〈出来事と解釈を照合して整理する〉ことで、認知の歪みを改善して現実検討を高め、〈症状の体験を基に病気の理解を促す〉ことにより、病気への学びや理解を深めるケアである。

① 〈出来事と解釈を照合して整理する〉

現実検討の障害は、病的体験と現実世界との区別や、自己と他者の境界の曖昧さを引き起こす。〈出来事と解釈を照合して整理する〉は、体験とそれに対する思いや考えを振り返り、現実的で妥当な解釈であるのかを検討することである。《事実の確認を一つひとつ重ね(る)》《出来事と感じたこととの関係を整理する》《今起きていることをその場で率直に返す》ことで、解釈の歪みや認知の歪みを地道に修正していく。また、《信じ込みを常識で考え直させる》ことでも、違う解釈の視点を取り入れさせて、歪みを修正する。そのようにしながら、《病的な解釈の前にワンクッション入れる》ことで、出来事と病的解釈との距離を置き、現実的な視点から考えることを促す。

《事実の確認を一つひとつ重ねる》

薬を飲んではいけないという幻聴を訴えるケースに対して、「それはやっぱり幻聴なので、それは薬は先生が言うてるわけじゃないでしょって感じでは言いますね。(ID4)」と、事実をその都度確認していた。

「あいつらキショイって言うてるやろう（小声で）って言うから、私には聞こえへんけど、ちょっと待ちやって（耳をすませる動作）、なんか彼氏の話してはんでって、ほんま？、聞いてみいって言いながら。(ID8)」と、幻聴を訴えるケースに、看護師に聞こえている内容を伝えて確認させながら、事実と照合させていた。

《出来事と感じたこととの関係を整理する》

周りで起こっていることが妄想につながるケースに、「自分の不安が何%みたいな、そういう認知行動療法的なモニタリングの記録のシートを使って、それで毎日、毎日、記載をして、自分の状態をつかんで整えるというのをもうやられてたので。いないときはそれを、とにかくしっかり書いていただいてっていうのから始めていて。(ID10)」と、認知行動療法を行い、「会うたびにモニタリングのシートも書いてあるところをずっと見せてもらって。なんかやっぱりときどき飛躍するんですね。なんだっけ、保育園に行ったら、お迎えにきてたほかのお母さんが、私たちのことをチラリと見たイコール地獄みたいなのがときどきあるので。そこの間が抜かっているところだけを面接で、ここ珍しく抜かっていますけど入れましょうか、みたいなのをその場でやったりっていうのをずっとやってきてますけど。何とか、何とかいってるのかなと。(ID10)」と、出来事と妄想との関係を記録することで整理を促していた。

《今起きていることをその場で率直に返す》

「デイケアって本当にずっと一緒にいるじゃないですか。だからすごくね、いつもと違っていくのが見つけやすいんですよ。で同じ場面を共有してるもんやから、彼も受けとめやすいんですよ、あのプログラム一緒にいたけどさあ、あの時こんなやったやんって言ったら、彼はそうでしたねって。あの時ってなんでそうなったんやろうっていうふうなことを言うと、なんだか頭がまとまらなくて、ちょっと集中がしにくくなってたとか、そう思うと疲れてるんですかねとか、薬飲んでないせいですかねとかいうことを言ってくれたので。それに関してまた一緒に考える。(ID5)」と、服薬を中断したケースに、薬と体の状態の関連付けができるよう、看護師が観察したことを率直に伝えていた。

《信じ込みを常識で考え直させる》

注察妄想があるケースに対して、生活環境の様子を把握した上で、「あの人はいつも

見てる。いや、そんなに毎日見られるほどの人なん？みたいなんとか。いや、普通に考えたら川の向こうからなんて、こっちの話聞こえへんで、とか。彼女の言うてる、そういうことで怖い思いしてるのはわかるけど、でもそれって普通に、常識的に物事を考えてみたら、起こり得へんことよねっていう話をかなり、私スパスパやり取りをしています。(ID13)」と、物理的に不可能なことや常識的に不可能であることを伝えて、解釈の修正を図っていた。

《病的な解釈の前にワンクッション入れる》

「地獄にいるみたいの間にちょっとワンクッション入れられるようにっていうので。それを聞いて、ほかに考えたことはなんだろうとかいうのを、そのときに、直接そのタイミングでやり取りできたら口頭でやり取りをして、あとになったときにはそのシートを見ながら振り返りみたいにしてもらって。それでしんどくなったっていうつながりを一緒に見つけたりして。じゃ、こう思ったから、こうしんどいんですねっていうので。

(ID10)」と、出来事と妄想が直結するケースに、解釈の視点を広げるようにして、思考の修正をしていた。

② 〈症状の体験を基に病気の理解を促す〉

病気の症状であると認識することは、認知機能の障害のためしばしば難しい。しかし、当事者は何かしらの違和感をもっていたり、不思議な体験を感じていることが多い。〈症状の体験を基に病気の理解を促す〉は、一般論としての知識を教育することではなく、当事者の感覚や体験を病気と結びつけながら、病気に関する理解を深めることである。当事者は自身が体験していることの何が症状であるのかが始めはよくわからないため、《体験していることが病気の症状であると伝える》ことによって、症状の存在を意識させ、《体験と結びつけながら病気への関心を引く》き、症状の悪化に関連することを考えさせる。また、病気に関するパンフレットなど《病気の理解の助けになるものを紹介(する)》し、その内容と当事者の体験とを比べ、病気の理解を補強している。さらに、《病気の部分と感じていることを病気と認める》ことで、病気の部分を保障すると同時に、病気の部分と健康な部分とを併せ持つことを意識させている。

《体験していることが病気の症状であると伝える》

「確認せずに自分が声に反して何かをすると、すごく悪いことが起こるんじゃないかという不安にさいなまれていたので、それが症状なんだよと、統合失調症の症状であって、お薬で調整していけるんだってことは繰り返し言ってたと思います。(ID17)」のように、体験していることが病気の症状であることを伝えて、理解を促していた。

《体験と結びつけながら病気への関心を引く》

「幻聴が悪化する時って不眠とか不安とか強い時とか幻聴強くなるみたいだけどなんかあてはまるのある？って。本人のところと結びつくところちょっと一緒に読んだりして。(ID12)」と、体験と結びつけながら病気への関心をもてるように促していた。

《病気の理解の助けになるものを紹介する》

「初発だったのでこの人にはちょっとパンフレット使って心理教育的なところで幻聴との付き合い方みたいなところでは関わらせてもらったんです。ただそれだけ戸惑いもあったし認めたくなかっただろうから、なんか無理強いするっていうんじゃなくて、こんなものも実はあるんだけどって外来にも置いてそうなレベルのものをちょっと一緒にパラパラって見てみるみたいな感じで。(ID12)」と、病気を認めがたい気持ちへも配慮して、パンフレットを用いて病気の理解を促していた。

「この人が自分を統合失調症なんですって言ってたので、医師からは告知を受けていたし。じゃあどんな病気か知ってますかって聞いたときに、それはわからないって言ったんです。知りたいですかって言ったら、知りたいって言ったんですね。なので、少し心理教育の資料とか使って、彼女と家族も一緒に家の中でも勉強するようなことをしましたね。自分はどういう症状が当てはまるかとか。(ID17)」と、病気について関心を示したケースに資料を提供して、一緒に学ぶ関わりをしていた。

《病気の部分と感じていることを病気と認める》

「本人が病気と思っているところを、私もちゃんと病気と認めるという言い方は変ですけど。そのへん、わかってもらえる安心感っていうんですか。なんか、そのへんが、そこですかね。本人が苦勞している症状とか病気っていう部分を、こっちがちゃんとキャッチをするという意味での安心感で。感じてることそのものを否定しなくて、言ったら、否定されない安心感というものもあるんですけど。単にむやみやたらに否定しないだけじゃなくって、ちゃんとそれが病気ですよって。本人がネックと思っているところを、キャッチをするし。なんか、イコール地獄みたいな、その飛躍が病気だっていうところのサポートをするっていう意味での。(ID10)」と、病気と感じていることを病気と認めることで、理解されたという安心感を高めていた。

5) 生きる強みを見出し、支える

「生きる強みを見出し、支える」は、〈希望をもつことを強化する〉〈プライドを壊さず維持する〉ことで、生きる強みあるいは支えにしているものを大事にして、それを生きていくための力として活かすケアである。

① 〈希望をもつことを強化する〉

〈希望をもつことを強化する〉は、希望をもつことで生活していく力を高めるようにすることである。当事者がもっている願望があまり現実的ではなくとも、それがその人の強みになると捉えて、《願望をもつことを生きていく強みとする》ことで、生きる力を高めている。また、目標を高く掲げることで希望を喪失しないように、《希望の抱ける状態で留める》ことによっても、希望を生きるための強みとしている。

《願望をもつことを生きていく強みとする》

投稿して生活の糧を得たいというケースに、「確かに文章的にはいいんだけど、ちょっとこういう考えてあるのかなって、そのとき思った記憶があって。ちょっと覚えてないんだ。だから内容的には統合失調症の、そういうものがだいぶ色濃く出てるものだったんです。でも私はそれを、現実検討を高めようと、そのときは思わなくて。やっぱりこれは本人の強みとして取っておいたほうがいいんじゃないかなって思った。地域で生きていくときに、夢とかやっぱりこうやりたいっていう思いって、それを何かね、現実的にもっと考えて作業所に行ったらとか、そういうことにはしたくないなとか。

(ID14)」と、現実的な生活を勧めるのではなく、ケースの望みを支えることで自我を維持していた。

《希望の抱ける状態で留める》

「1年8ヶ月の時点でね、もうこれ以上は難しいやろうな、これ以上、現実っていうかをね、見せることそのものがね、デメリットとか、彼を苦しめるんじゃないかと思ったんですよ。何となく病気でこんなことできんでしんどいけど、また別の生き方があって、そこに希望が見いだせるくらいに納めておきたかった。だからもうちょっと楽しむ方向でやりましょうよって、今まで頑張ってきてくれたんで、そうしましょうって形を変えたんです。(中略)次には行けへんだらうけど、ここでちょっとここを夢見ながらいる、そのことが少し希望になるじゃないけど、あまり何もできない自分みたいなのをね、思ってしまうとね、ほんとに苦しくならはるちゃうんやろかって思ってたので。全然できんよねとか、落ちてて、もうこれ厳しいよなっていうような話はしなかった。本人が言わはったら、そんな風実感してるんやねって。でもどうやらこのくらいの枠やったらできてるし、支障はないっていうかね、生活には支障がないんやないとかいう話しをしてました。(ID5)」と、何もできないという思いを強めないで、できるところに目を向けさせながら、ケースの希望をつないでいた。

② 〈プライドを壊さず維持する〉

病気を負うことや、家庭や仕事など生活上での困難を体験することで、自信を無くしたり劣等感を抱いたりする。また、発病前の生活から抱いているプライドが、自分を守る砦

となり、そこにすぎることによって頑張っていけたり、逆にプライドを守ろうとするがゆえに、生き方を現状に合わせて変えていくことが困難になるということもある。〈プライドを壊さず維持する〉は、プライドを損なわず、生活に張りをもたらしよう、《やる気につながるプライドを壊さない》で、プライドを生きる支えにしていくことを見守り、自我を保護している。一方、病気によって自尊心が低下している場合には、《病気由来の劣等感に沈みこませない》ことでプライドを守り、自我を保護している。

《やる気につながるプライドを壊さない》

「作業所に行くってなった時に、そんな作業所にはとてもじゃないけど馬鹿馬鹿しいって思わはるやろうなって。ほんで1月行ったっていくらもらえるんやろうって賃金ですよね。そんなところに行かせられへんなって思ったんです、モチベーションが続かへんやろうって。やっぱりちょっと高い目標があって、そこに頑張ってみよう、頑張ってみようってちょっとずつ上がっていく力は、今までの中で見えてたのでね、そういう場所に行ってもらおうって思って。(ID5)」と、ケースのプライドを損ねてやる気を削がないように、頑張る気持ちが起きる目標を定めていた。

《病気由来の劣等感に沈みこませない》

「強い劣等感をずっと持って。だからアンビバレントで、すごいプライドと強い劣等感と、そのはざまにいて悩んでいるんだなっていう感じでした。そのプライドを保ちたいなって思った、劣等感に沈まないようにって。本人にとってはやっぱり、支えとなっている部分、プライドを持ってる分、そういうものはやっぱり、これはなくさずに、劣等感に沈まないことを大事にしていく。(ID5)」のように、自身の能力の低下を感じ出していたケースが劣等感に沈み込まないように関わっていた。

2. 症状からの自立を促すアプローチ

【症状からの自立を促すアプローチ】は、症状を管理することに取り組んだり、うまく管理できている感覚を強め、症状とのつき合いにおける自信を高めるアプローチである。このアプローチは、[煩わされる症状に立ち向かう][症状を管理できている感覚を高める]の2つのケア群で構成される。

1) [煩わされる症状に立ち向かう]

[煩わされる症状に立ち向かう]は、〈体験しているしんどさを受け止める〉ことで理解を示しながら、不快にさせる症状に対して、〈症状に逆らうことを保障する〉〈煩わす症状から逃れる方法を見つける〉ことで、症状に左右されない対処方法を得て、〈薬と身体に関連に注意を向ける〉ことで、薬でのマネジメントを促し、〈病気の管理を医療者と相談する〉ことで医療者とのコミュニケーションを促進し、主体的に症状をマネジメントするよう促

すケアである。

①〈体験しているしんどさを受け止める〉

様々に病気の体験をして辛い思いやしんどさを抱えていても、言葉にして訴えるとは限らない。〈体験しているしんどさを受け止める〉は、当事者が何に苦痛を感じているのか問いかけ、苦痛を受け止めるケアである。《不可思議な行動について問う》《症状による辛さを問いかける》ことで、当事者にとって何がしんどいのかを引き出して把握し、《病的体験のしんどさを理解する》ことで、苦痛を分かち合おうとする。そして《回復に向かう変化を伝える》ことで、しんどさを受け止めつつも、よい兆しを伝えて不安を弱らげる。

《不可思議な行動について問う》

「夜、急にコンビニに行ったりとか、行動が不可思議だったんですよ。出ていくとなると親は安心するけども、ピタッと止まるので、心配になってたと思うんですね。それがなんでかって話になった時に、実は耳元でいつも声がしてて、そのものが行けとか行くなとか言うんですって話が出てき始めたんですよ。(ID17)」と、ケースの行動に注目して問いかけることで、体験のしんどさを理解しようとしていた。

《症状による辛さを問いかける》

「希死念慮に対してはずっと低空であった中で、かといってそれを常に常に言語化するわけではないんですよ。ふっと高まった時にカミソリ貸してほしいとか言うてるんだけども、定期的にしょっちゅう言わないから忘れがちになるんだけども、定期的に『死にたい気持ちどう？』っていうところは直接本人に確認しないとちょっと難しいなと思って。(ID11)」と、定期的に希死念慮を確認して、症状の辛さを受け止めていた。

《病的体験のしんどさを理解する》

「すごく私は、あなたがすごくしんどい体験をしてるってことも、話をしてもらってすごくわかったし、心配をしているから、ほんとに死ぬっていうことはしてほしくないし、そういった気持ちが続くときにはまた連絡をほしいということをやったと思います。(ID17)」と、看護師が理解したケースの辛さを言葉で伝えていた。

《回復に向かう変化を伝える》

「何回目かの入院の時には自分で日記をつけてる、日記をつけて今日何日でこんなことがあったってそこまで変化はあったりして、あ、〇〇さんこんなんつけてるんだって、感覚だいぶ戻ってきたりしてるんですね、なんて話をしたこともあったんですけどね。(ID11)」と、回復に向かって変化している状態を言葉で伝えていた。

②〈症状に逆らうことを保障する〉

幻覚や妄想が活発な状態では、不安や恐怖を感じやすい。また、症状自体は落ち着いているときでも、再燃するのではないかとの不安を抱えている。〈症状に逆らうことを保障する〉は、幻覚妄想など症状による辛さに共感しつつ、症状に左右されないように、症状に逆らっても大丈夫であると保障することである。幻覚妄想を相手にしなくてよい、現実には起こらないと話して、《幻聴に引き込まれないようにする》《症状に逆らっても大丈夫なことを保障する》ことで、安心させる。また、症状に伴い気持ちが不安定なときに、《揺らいでいるときに大丈夫だと保障する》ことで、症状に引き込まれないようにして、安心させる。そして、《意思を利用して呪縛から解き放つ》《幻聴に指示されないで自分の意思を表現させる》ことで、自分の意思で症状から距離を置くことを強化する。

《幻聴に引き込まれないようにする》

食べると家族が処刑されると訴えるケースに、「幻聴を否定するわけじゃなくて、つらいよねっていう部分はもちろん入れながらも、絶対にそんなふうにはさせないならないよって、会った時に常に何度もやり取りしたってのはしつこくやった感じはするんですよね。まずはホントに不安だったろうし戸惑いもある中で、大丈夫だよって。その通りにならないからって。処刑されないからってところでとにかく伝え続けるところ。まず第一段階そこなのかなって。(ID12)」と、食べてもそのようなことは起こらないと繰り返し伝えて、幻聴に支配されないように促していた。

《症状に逆らっても大丈夫なことを保障する》

「やれてきたところを幻聴が強くなってきた時に、これするなって言ってるけど食べても大丈夫だよ、とか。夜寝ずに「命」って行動停止したりするんですけど、こうやって。そんなことせずとも大丈夫だよってところで。聞いてくるっていう行動ができたのはちょっと変化かもしれんね、って話したんですけど。(ID12)」と、症状に逆らうことへの不安を確認してくるケースに、大丈夫であると保障していた。

《揺らいでいるときに大丈夫だと保障する》

悪いことが起こりそうだと不安になっているケースに対して、「不安もあったけど、私は大丈夫かなって、へんに声をかけることが信用してないじゃないけど、そんな風にならへんかなって思ったので、大丈夫よねっていう確認の仕方じゃなくって、何も起こらへんかったよね、今までそうやったよね、だから大丈夫やと思う。で、なんかあった時には私がいるからっていうようなメッセージの出し方をして帰したんですけどね。

(ID5)」と、大丈夫だという自信を維持できるように声かけしていた。

《意思を利用して呪縛から解き放つ》

「若干刷り込もうと努力はしましたが、結局その刷り込みがほんとうに入ったのは、本人の意思が出てきたときでしたね。こう言ってくれとか、こうなりたいって、幻聴減らすのにもう1回どうしたらいいのか本気で聞いてきたときでしたね。(ID1)」のように、ケース自らが症状から逃れたいと強く思った時に、時機を逃さず介入していた。

《幻聴に指示されないで自分の意思を表現させる》

「あなたは どうしたいんですかっていうのを 入れるように、不穩の時に、注射打ってくれて言うときには、あれなんです、そうなる と 楽になると言われたからとか、注射を打ってもらわんと死ぬって言われたとか、そういう言い方が多かったので、もしそういうときには、そうじゃなくて、自分は どうしたいんですかとか、自分はほんとうに注射を打つほど今しんどいのか、そういうののやりとりをしましょうねっていうのを、気をつけてやったのはその辺ですかね。(ID6)」と、幻聴に左右されないで自分の意思がもてるように、ケース自身が どうしたいかを常に問いかけていた。

③〈煩わす症状から逃れる方法を見つける〉

〈煩わす症状から逃れる方法を見つける〉は、病気とうまく付き合うために、より効果的な対処を探し、対処法を増やすケアである。また、《幻聴のメッセージを他のメッセージにすり替える》ことで、幻聴自体は無くせなくても、付与される意味を変更することで心理的な負担を軽減したり、《症状と距離をとる方法を身に付ける》ことによって、症状の内容を自分で否定して距離をとることができるようにしたり、《いろんな言い方で反応を探(る)》って、良い反応を導くものを見つける。そして《別な方法で乗り切れる感覚を得る》ことで、新たな対処法の実践を強化していく。一方、記憶障害があると振り返って対処法を検討することが難しくなるため、《関心が薄れたことには手を付けない》。また、《他者に確認をすることで感情を落ち着かせる》のように、他者から大丈夫であると保障を得る行動を促し、他者の支援を得る方法を強化している。

《幻聴のメッセージを他のメッセージにすり替える》

「ビンタいきますかが違うメッセージに置き換わればいいので、それを意図的に行うしかないから、ビンタいきますかって聞こえた直後に、大したことないが聞こえればいいわけですね。内服のときに薬飲み続けなさいっていうのを、自分の中に取り込んで聞こえるようになっているから、それと同じことを今からやればいから。そのためには自分の意思でこれが聞こえてほしいというのがいるから、それをずっと言えって言って、練習してて。(ID1)」と、幻聴のメッセージを安心できたり役に立つ内容に置き換えることを促していた。

《症状と距離をとる方法を身に付ける》

「例えば私だったら、Aはキモくない、そういうこと言ってる人がおかしいんや、自分に言い聞かせる。で、言い聞かせても気になるときは、誰かが一緒にいたら、その人に確認する。確認していい人は支援者か家族だけですよとかね。そういう風に決めごとをしていったんですけど。ワンステップ、ツーステップ、スリーステップとかいって、5箇条くらい作ったと思うんですけど、それをお財布の中に入れてたりとかして、キモいって言ってる、言っていないとか。その内自分でおまじないじゃないけど、かけてくれるようになって、安定していった。ちゃんと対処法を身につけていってくればあったなって感じですね。(ID8)」と、幻聴と距離がとれるように、何段階かの対処法を決めて、実行を促していた。

《いろんな言い方で反応を探る》

「それも実は聞き方変えて試してみてたんですよ。ああそう、それはよくわかるわ、それは大変だったわねっていう言い方をするとき。聞きながす、あーあーあーってやる。あるいは、でもまあ今はもう終わったしねえ、現実、違うしねえとか、ちょっと話が切ることができて違う思考にいけたらそっちを褒めるとか。(ID1)」と、疲労や不安で容易に増強する症状に対して、様々な対応を試し、良い反応が見られる対応を探していた。

《別な方法で乗り切れる感覚を得る》

「今これ(隔離室への希望入室)で切り抜けてしまうと、新しくいったとこで余計に困るかなと思ったので、それをせずに乗り切れるようにっていうのをちょっとやって。夕方行ける時には覗きに行って、不穏で看護師さんを追いまわしているときには、対応をちょっと代わって、話を聞いたりとかっていうのをやって。薬飲んだら乗りきれんっていう感覚だけは確実に持っていてもらおうかっていうのに受け持ちの人と話をして、やっています。(ID6)」と、開放病棟への転棟後は不穏時に隔離室使用はできないため、転棟前から隔離室に入らずに不穏状態を乗り切れる方法を試していた。

《関心が薄れたことには手を付けない》

「会ったときにはケロッとして、別の話題になってるので、そこに取り組むってわけじゃないですし。(ID7)」と、記憶が薄れたときには振り返りは行わず、振り返りのタイミングを見計らって対応していた。

《他者に確認をすることで感情を落ち着かせる》

「すぐそばに確認できる存在が常にいるってところで、ご本人にもお母さんにもなんですが、ちょっと強くなってきた時にはお母さんに確認してねって。で、お母さん

にもなんか本人確認してきた時には、そんなふうにならないって保障してあげてくださ
いって、双方に働きかけする中で、本人の強みじゃないけどそうやって確認できるって
いうところを使いながらやっていけるのが一つありなのかなって。(ID12)」と、外出や
外泊中に幻聴が強まったら、どのように対処するのかを確認していた。

④〈薬と身体に関連に注意を向ける〉

薬を飲むことで身体にどんな反応が起こるのかを把握することは、病気の回復を理解す
ることや、病気の管理に役に立つ。〈薬と身体に関連に注意を向ける〉は、薬の及ぼす身体
への影響を理解するために、身体の反応に注意を向けることである。《服薬による状態の
変化を伝える》《薬が及ぼす身体への影響に注意を向ける》ことで、服薬によってどのよ
うな効果があるのかを身体の反応から理解させたり、チェックシートで服薬と症状の記録
を付けて《薬と状態の変化の関連づけを行う》ことでも身体の反応への理解を促している。
また、服薬をやめたいと訴える場合には、実際に服用をやめてみて、《薬をやめることで
起こる反応を知る》ことで、薬がどのような症状に作用を及ぼしているのかを理解させて、
薬と身体との関連に対する注意を高めている。

《服薬による状態の変化を伝える》

「本人にそのあと飲んだあとは必ず確認しにいて、どうだった？って。ちょっとま
しになったとか、変わらないってところで、本人の主観的なところもあるプラスで
も見た感じ震えが収まっているとか、そういうところではこっちとしては見えるけどね
ってところでお返ししたりもするんだけど。(ID11)」と、頓用薬を服用したら、その
後に反応を確認し、看護師が知覚した効果を伝えていた。

《薬が及ぼす身体への影響に注意を向ける》

「不眠時を飲んで、結構眠れてたんですよ。眠れるようになって、ロヒプノールが
2 mg 1錠出てたんですけども、じゃあ眠れるようになったんだったら、ちょっと半分
にしてもいいよってということで、半分にして1 mgでもってということで私の方が。結構たま
ってきてたんですよ不眠時が。頓服がずっと出てたんで。本人は飲まなくてもよかった
りして、たまってきたんで。半分にして飲んでみたらって。(ID3)」と、睡眠状態に
合わせて薬剤の調整を行い、薬の身体への影響について理解を促していた。

「どっかの時点でちょっと過鎮静気味に眠気がちょっと続いたり、パーキンソンみた
いな症状が出始めたときがあったので。そこでスイッチングをして結局今エビリファイ
に変わっているんです。なので、その過程での身体のモニタリングのところは副作用の
チェックリストみたいな、こういうのがあったら教えてください、みたいなのを渡して。
(ID10)」と、薬が及ぼす作用や副作用に気づけるようにしていた。

《薬と状態の変化の関連づけを行う》

「気分の変化を、眠れないとかイライラするとか、自分の体の不具合であるとかを自分でチェックしてもらおうようお願いしていて、ご自身でモニタリングできるようになってということで服薬自己管理の表を使って彼と確認というものは割とまめにはしたと思いますね。(ID15)」と、記録することで症状と薬の関連づけを行っていた。

《薬をやめることで起こる反応を知る》

薬をやめたいと相談してきたケースに、「お薬はやめるって言うてくれはるので、やめようと思うんですけどね、どう思いますかって。何て言うと思うって、そしたら、そりゃあAさん看護師ですからねえ、やめない方がいいって言うに決まってるじゃないですか。うんその通りですよみたいな話はして。じゃあどうしますって言ったら、でもやっぱりやめたいんですよって。じゃあまあ、月曜日がいつも面接なんですよ、月曜日の午前中が。じゃあいいんじゃない、やめたって金曜日まで具合悪くなるの見れるから。で、具合悪くなってそうやったら私声かけるし、ちょっと金曜日までやで、様子見よう。それでも大丈夫そうやったらまた考えるけどっていいながら。(ID5)」と、服薬をやめていつまで様子を見るのかや、具合が悪そうなら話し合いをもつなどを決めて、薬をやめることで起こる反応への理解を促していた。

⑤〈病気の管理を医療者と相談する〉

病気を管理していくためには、医療者とのコミュニケーションが取れることも大切である。〈病気の管理を医療者と相談する〉は、症状や病気のことで困っていることや疑問に思うことなどを、医療者に自分の言葉で相談することである。当事者は何が症状かを知らずにいて、診察時に医師に症状を伝えられていないことがある。看護師は症状や困りごとについて、《医師に相談することを勧める》《病状を医師に伝えさせる》ことで、治療に主体的に参加することを促している。また、身体疾患を合併している場合、《体の状態を相談する必要性を伝え(る)》、身体疾患の管理も十分できるようにしている。さらに、《医師と薬のことについて相談をする》ことで、より飲みやすい薬や納得できる薬の処方について話し合えるよう促している。

《医師に相談することを勧める》

「実は耳元でいつも声がしてて、その者が行けとか行くなとか言うんですって話が出てき始めたんですよ。自分が何かしたいなって思っても、いつもその人に確認しないといけなんだっていうわけです。夜も目が覚めて自分は眠たいんだけど、その者が今起きてコンビニに行けて言うから行ってるって言うんですね。そんな大変なことだったんだって言うことがわかり、それ先生に言ってるって聞いたら、言っていないって言うから、それ言った方がいいよっていう話をして、少しお薬が増え始めたんです。(ID17)」と、

体験していることが症状であることを伝えて、診察時に医師に相談するよう促していた。

《病状を医師に伝えさせる》

「だから先生に今度診察でそのこと言おうねって話ができたり、ちょっとお薬調整してもらおうとかか (ID16)」と声をかけ、医師にしんどさや病状を伝えることを促していた。

《体の状態を相談する必要性を伝える》

「糖尿もね、内科やったら1ヶ月に1回、もしくは2ヶ月に1回検査をするんですけど。でも精神の先生ってあまりしないんですよ。だからこっちから先生してって言うよりは、本人に先生に検査してもらうように言うてねって形で、自分から言えるような形でもっていってるので、年に3回くらい。(ID2)」と、糖尿病の検査を自分から医師に申し出ることで、身体の管理ができるよう促していた。

《医師と薬のことについて相談をする》

幻聴に左右されて薬を飲まなくなるケースに対して、「先生に(薬を)抜いてるってことは言うてないと思うんですよ。だからそれはこちらで報告するようにしないと。そういうこともあるっていうことも、本人の口からなかなか言えないかもしれないので、それはもうきっちり飲んでねって。飲んでてしんどいこととかはちゃんと先生に言って、調整してもらってくださいみたいな感じでは言ってる。(ID4)」と、医師と薬の相談をするよう繰り返し伝えていた。

薬の処方減らしてほしいと思っているケースには、「主治医にこんな薬じゃ困るみたいなことを診察のときに言ってみようと、練習を一緒にしたということもありましたね。最初はできないんですけど、いろんな人をお願いして先生役やってみてと。本人は医者の前では言わないんですね。診察の流れで言うというのが非常に難しかったので結局のところ最後はメモに書いてこのとおり言おうかと。メモで見て言うってことになったんですけど。(ID15)」と、医師への相談の仕方を練習して、自分から相談できるようにしていた。

2) [症状を管理できている感覚を高める]

[症状を管理できている感覚を高める]は、〈症状管理がうまくできていることを褒める〉ことで、症状の管理に対して肯定的評価をもたせたり、〈症状を強めないよう適度に相手をする〉ことで、症状へのこだわりを強化させないようにしたり、〈症状への対処の限界を見定める〉ことで、自分で管理できる限界を自覚できるようにして、症状の管理を促進するケアである。

① 〈症状管理がうまくできていることを褒める〉

病気や障がいにより生活がうまくいかず、当事者は自信をなくしていることがある。〈症状管理がうまくできていることを褒める〉は、生活や病気の管理をする上で日々取り組んでいることに対して、《日常の努力の積み重ねを褒める》《変化に対するうれしい気持ちを伝える》《頑張りを認める言葉を返す》ことで、当事者の取り組みを肯定的に評価する。そして《行動を制御できていることに自信をもたせる》ことで、病気とのつき合い方を向上させる。このように、日常の《一つひとつの成長に目を向け（る）》、当事者が気づいていない変化に対し《うまくやれていることに気づかせる》ことで、肯定的な自己評価を高める。そのためには、《できたことが実感できる場をつく（る）》り、評価の場や機会を設けながら、《できたことを振り返（る）》っている。

《日常の努力の積み重ねを褒める》

「1年間無駄使いせんと、お金もたまるくらいの生活、きっちり生活できたんやねって。おとなしく、おとなしい真面目な方なんで、ちょっと自信のないところがあるので、自信をもってもらうように支援していったんです。ここができてきた、こういうことができてきたとか、少しずつ薬のセットも自分でできるようになったりとか。(ID4)」と、自信が持てないケースに、日常の努力を積み重ねていることを褒めていた。

《変化に対するうれしい気持ちを伝える》

「随分前に比べたら進歩したんだなっていうことをそのまま彼に言ったんですよ。初めて出会ったとき褥瘡ができたよね、外出もしてくれなかったし、どうなるんだろうと思ったけど、僕うれしいなって。コンビニで買い物できるなんてっていう話をしたときに、僕もうれしいみたいなことをおっしゃって。(ID15)」と、活動範囲が広がってきたことに対する嬉しい気持ちを伝えていた。

《頑張りを認める言葉を返す》

「一見できそうに見えるしプライドも高いし、だから何々、もう私たちは目標もきつと高かったんだろうと思うんですよ。でも実は彼ってすごく、褒められてうれしかったっていうその単純さとか見ると、かなりやっぱり退行もしてたんだなあって今考えるとすごく思います。だから、そういう意味では褒めるっていうところがフィットしたのかもしれないですね。(ID9)」と、頑張っていることを言葉にして伝えていた。

《行動を制御できていることに自信をもたせる》

症状が悪化したら暴力をふるうのではないかと不安に思っているケースに対して、「先週行った時にも薬がきついみたいな話をしてて、だから減らしてもらったらって話しをしてて、主治医も減らしたらって言ってるけどって。俺が暴れたらどうするんやっってい

うから、信じてますけどって。暴れないし。信じてますって言って。（中略）前もそんなことを言ってたときに、だから信じてるから。もう信じてる以上の何ものでも、上でも下でもなく信じてるからって、終わりっていう話をしてたら、一番悪い時を知らんからやって言ってましたけど。一番悪い時は知らなくても、一応私だってプロフェッショナルなので、想像ついてますよって話しをしていて。じゃあなんで悪い時を知ってて、そんなことを言えるんやって言うから、それはよくなってるから。まあ実績ですよ、この訪問6ヶ月で暴れましたかって話しをしてて、暴れるわけないやろって言ってて、そんなことしてないし、暴れるようなこともしてないって。（ID1）」と、訪問を始めてから一度も暴力はなく、状態も良いので暴力は振るわないと信じていること、実際に行動を制御できていることを伝え、自信を高めようとしていた。

《一つひとつの成長に目を向ける》

「この方のひとつひとつを成長に、大事に大事にね、いう形では、私もこの人に何ができて、何ができなくてというのが色々あるんだけど、できることがすごくあるんだって、思っていたよりすごくできる人なので、そのできることに関しては、できてるねっていうか。できてるねっていうよりは、安心してよみたいな、大丈夫よみたいな。そういう大丈夫よ、できてるよ、あんまり具体的な言葉でね、あまりこっちでとらない、でも聞く姿勢は常にある。（ID2）」と、一つひとつの成長に目を向け、できていると言葉で伝え保障していた。

《うまくやれていることに気づかせる》

「どうしても作業、OTの方に誘って。その誘っていくのも大丈夫な看護師からスタートして、あとは大丈夫な看護師が促して行って帰って来たら、褒めたりなんなりして。（ID6）」と、自閉的なケースが作業療法に短時間でも参加できたことを褒める声掛けをしていた。

「OTの人に来るなって言われたんだ、言ってないんですけどOTの人は。行かないって。それ以上言ってやっちゃうと、彼が高まって不安になったり、怒りが出たりしちゃうんで、じゃ、OTは今回は行かなくていいから、診察するの、来るのはとても大事だよ、それができてるよね、ちゃんと来週も来てねって言って。（ID7）」と、予定のプログラムには不参加であっても、診察を受けられたことに着目し、できていることを認めていた。

《できたことが実感できる場をつくる》

「作業所行っても何回かしか行けへんかったり、在籍してるのは1ヶ月とか3ヶ月とかあるけど、ポツポツしか行けへん。まあまあ具合が悪くなって入院して辞めるとかいうパターン踏んでたので。こんなである一定の場所、週4日で午前中しか行ってません

けどね、あえて週に1回1日とかじゃなくって、4日間で午前中だけ行ってしまうスタイルを踏んでるんですけど、そういう増やし方をしてるんですけどね。(中略)長くなると、疲れが出ると、聞こえてくる率が高くなるんです。で、加配がつけられないという物理的な理由もありますけど、そういうので短時間で少しずつ。集中もしにくいんですよ彼女、集中が持続しないので。そういうところで成功体験を積みつつ、毎日ちょっとずつ行ってしまうので、週4日まで来ました。(ID8)」と、作業所に行っても症状増悪して長続きしなかったケースに対して、短時間の作業で負担を軽減し、できていることが実感できるようにしていた。

《できたことを振り返る》

「それももち出してすぐ行けたわけじゃなくて、やっぱりできるかなとか、朝は苦手ですとか。結局昼から行けることになって、そう言うことも色々聞きながら調整しながら。自信もってできたことを振り返りながら、自信をつけてもらったことがよかったのかなって。(ID4)」と、就労支援の場にケースのペースで通えるように調整し、できたことを振り返っていた。

②症状を強めないよう適度に相手をする

症状やこだわりが強いときに、そこにばかり注目をさせないことが必要である。(症状を強めないよう適度に相手をする)は、症状の訴えに対して適度に対応しながら流し、症状への固執を強めないケアである。症状が強くなってきているときに、《こだわりに程々に付き合(う)》って、症状にばかり関心が向かわないようにしたり、《症状や状態をあまり考えすぎないようにする》ことで、症状や囚われを抑える。

《こだわりに程々に付き合う》

「ちょっと妄想的になって、いろんな解釈する、占みたいになってね、ゲン担ぎみたいになるんですよ。そしたらここから帰るのに、こっちから帰らなければならないとか、こっちから帰らなければならないとかってね。色々彼の中で法則ができるんですけど。そこにちょっとつき合いながら。どっちから帰ったって支障ないですよ、別に。まあちょっと遠回りですけど。1時間くらい遠回りするのいいやんっていうので、あまりやんやん言わなかったりしましたし。(ID5)」と、妄想的な解釈により現れるこだわりに程々に付き合うことで、こだわりを強めないようにしていた。

《症状や状態をあまり考えすぎないようにする》

「結構一人でグーッと考え、自分の世界に入ってしまう、そういうところがあるので、あまり考え過ぎないようにとかいう感じで、被害的な妄想通じてきたりとか。あまりちょっと考え過ぎんほうがいいよって、軽い感じで、関わりのあれではね、軽い

感じで返しているんですけども。(ID3)」と、妄想的な発言が現れたときは、軽く返して、妄想を強めないようにしていた。

③症状への対処の限界を見定める

病状や能力と活動とのバランスを見極めることは容易ではない上、バランスを崩すことが、病状の悪化や生活の悪化につながる可能性もある。〈症状への対処の限界を見定める〉は、どの程度まで対処できるのかを体験から把握していくことを促すケアである。不安の高まりから行動がコントロールできなくなるような場合、《体験を通して耐えられる限界を認識させる》ことで、症状増悪に至る限界を認識させている。逆に病状や生活が安定してきたら、《持ち堪えられる期間を延ばす》ことで、面接などで関わる間隔を延ばして、生活や病状の安定を維持する力を強化する。

《体験を通して耐えられる限界を認識させる》

「不安感をすごく感じてきたりとか、しっちゃんかめっちゃんに自分になって、もうどうしようもなく、不安になって多分うまくいかない、本人が怒ってくるんですけど、君が怒ってるって感じたら、電話してほしいとか、誰か接してほしいって思うんですよ。彼自身がすごく不安になっちゃう、閉塞をしてしまってるんで、誰かがほんとに調整してあげなきゃいけないんで、誰か調整してくれる人を探しなさいって。頓服飲みなさいってそういう感じではないです。(ID7)」と、怒りが出てくると不安が高まっているサインであり、助けを求めるタイミングであることを認識させようとしていた。

《持ち堪えられる期間を延ばす》

「よう頑張ってるし。もう、たぶんやってる内容がおんなじになってくるんですよ、頑張れるところとか。そうすると本人が1人で頑張れる期間っていうのも延ばしていくっていうのも大事じゃないですか。なので、そういう意味では最初は1ヶ月に1回きちんとみんなにサポートされる感覚を持ってもらうっていうぐらいが必要だったかなあと思ったんですけど、たぶんそんときの判断では3ヶ月空いて、でも3ヶ月1人でこの状態で頑張れるやろっていうこっちのアセスメントがあつて延ばしていったし、本人にも1ヶ月に1回頑張ってやってきたけど、もうすごく頑張れているし、次はじゃあもう3ヶ月後ぐらいにしようかっていう話をして、そしたら別に抵抗もなくなっていく感じで。

(ID9)」と、当初は1か月に1回行っていた振り返りを、徐々に間隔をあけることで、ケースが自分の力で頑張れる期間を延ばしていた。

3. 自己をつかむことを促すアプローチ

【自己をつかむことを促すアプローチ】は、意思決定への責任を自覚し、自分の意思で歩むことを促し、自己への肯定的な評価を高めるアプローチである。このアプローチは、〔自

らの意思を自覚する〕〔一歩ずつ自分の力で前に進む〕〔自己に対する自信をつける〕の 3 つのケア群で構成される。

1)〔自らの意思を自覚する〕

〔自らの意思を自覚する〕は、物事への判断や決定などが求められる状況で、〈決意が固まるまで待つ〉〈節目には意思を確認する〉ことで、自ら意思決定をするという自覚を促し、〈意思決定に基づく行動を促す〉ことで、行動への責任を強化するケアである。

①〈決意が固まるまで待つ〉

ものごとを吟味し、何を選択するかを決定し、実行することは、思考の障害の影響もあって困難を伴いやすい。〈決意が固まるまで待つ〉は、決断することへの迷いや抵抗感によって揺れる状態で、性急にことを進めたり、決定を求めたりせずに、当事者が納得し決断できるまで待つことである。意思決定の力を査定し、折々で「決意が固まっているかを確認(する)」として、検討する課題を意識させ、「求められれば意見は言うが判断は任せ(る)」として、考える時間をとり、「腹が決まるまでことを性急に進めない」で、納得して決断できるのを待っている。

「決意が固まっているかを確認する」

今すぐに一人暮らしを希望しているわけではないと感じた看護師は、「思っていないよねってことは言わなかったと思うんですけど、今はこういう理由でできないってことなんだねってことは言ったと思います。(ID17)」と、ケースに意思を確認していた。

「求められれば意見は言うが判断は任せる」

「それやったらもう、それこそ何度か言うたことあると思う。聞いたってどうせ言う通りせえへんねんやろって。なら、いや、聞いてみなわかりませんって言うてましたけど。じゃ、一応言うけど、好きにやっつけてって言って。(ID13)」と、求められたら意見は言うが、判断や決定は任せていた。

「腹が決まるまでことを性急に進めない」

「病気になってしかもなんか生活保護っていうのは、本人いわく、なぜって言うのは聞いてもよくわからなかったんですけど、とても惨めなのでそれはいやだっていう思いが結構あったみたいなんです。仕事ができないのが多分 20 代のうちすごいそれが引け目だったんですよね。泣く泣くそれをしょうがないと思って受け入れることにしたんですけど、それとつながるみたいですね、生活保護っていうのは。結構生活保護を受け入れるのに時間がかかって。ようやく正月くらいから生活保護は受けていいということになって。(ID1)」と、生活保護に抵抗を示していたケースが、生活保護の受け入れを決意

するまでの間、ケースの思いを聞きながら急がせずに待っていた。

②〈節目には意思を確認する〉

日常では大きなことから小さなことまで様々な決断が必要になる。〈節目には意思を確認する〉は、状況が変化するときには、一旦意思決定していても、その後に意思が揺らいでいないかを確認するケアである。新たな環境に入ろうと試みる時や、担当者の変更など状況が変わっていくときは、《新たな挑戦に向かうときに意思を確認する》《状況の変わり目で意思を確認する》ことで、今の意思を再度確かめている。

《新たな挑戦に向かうときに意思を確認する》

「もちろんです。それはケース会議の中で、みんなで話し合っているのです。本人もどうするのって、新しいところ行ったらやっぱり気をつかってね、集団生活できるのって。心配やけど、あそこにいるよりはましやと思うしって言ってました。それにお互いにお父さんと離れられると思うとせいせいするしなあって二人でケース会議の時にやってましたけどね。(ID8)」と、施設を初めて利用するとき、ケースの意思を確認していた。

《状況の変わり目で意思を確認する》

「私はそうやって、担当者としてはお別れしていくことになるけどって。それまでどうしていきたい？とか。今のままでいいかな、とか。私が出て行くときも、どうしたい？って。2日出てるけど、みんなと同じように4日にしたいんやったらそろそろできるんちゃう、みたいなこと言ったんですよ。4日来るのもありと違う？そしたらもっと気にならなくなるんと違うんって言っても、今のままでいいかなって言ってましたね。

(ID13)」と、担当者の交代に伴い、どうしていきたいかをケースに聞き、意思を確認していた。

③〈意思決定に基づく行動を促す〉

思考障害により判断や選択、決定などへの支障をきたす。また思考の障害ゆえに他者に決定を委ねている状態が続くと、自ら判断や決定をする意思が弱まってしまう。〈意思決定に基づく行動を促す〉は、当事者が物事に対して自らの意思で何を選択し、どう行動するのかを決定し、実行することを促すケアである。意思決定のためには、丁寧に相談にのって、十分に考える時間や機会をとり、《踏み出すか否かを決定させる》。そして《指示せず、自分の意思での行動を促(す)》して様子を見ながら、《決断への責任を自覚させる》ことで、決定したことに責任をもたせる。また、治療の目標を当事者と話し合っ、《治療にかかわる当事者の決定を受け入れる》ことで、主体的に治療に関われることを促す。

《踏み出すか否かを決定させる》

「私が出ていく前にどうするって、私も出ていくで。僕はその前に出ていきます。で、どうするっていう中で二人で話し合っ、もう1個次のステップっていうのを見据えるんやったら、ここの作業所に行こうって言って、まあ、彼自身が決めたんですけどね。(ID5)」と、担当者が異動するときには、デイケア継続か保護的就労かの選択肢を提示し、意思決定を促していた。

《指示せず、自分の意思での行動を促す》

作業所に通うだけでも多大なストレスを受けるため、「病棟で工夫してきたのは、指示をしない、こうしなさい、ああしなさいというオーダーを出さない。(ID6)」と、作業所に通うことを促す場面以外では、あえて何も指示を出さず任せていた。

《決断への責任を自覚させる》

「自分で判断してっていう、最終的には返してたんですよ。全部離すっていうよりは、ここでは丁寧に相談にはのるスタンスですよ。でも最終的にはあなたが判断しなくっちゃいけないんだから、どうする、どうするって。結論というのは最終的には彼が導いてきたことをじゃあこういう決定でいいですよ、それをやってみましょうね、じゃあどうしますかって。(ID5)」と、決断できるまでは丁寧に相談にのり、決意が固まればそれを支持していた。

《治療にかかわる当事者の決定を受け入れる》

「入院の前に本人と一体どの辺を今回の入院の目標にして、いったんどのぐらいの期間にするかっていう話をしたときに、なんかすごく薬が本人は多いっていう表現はしたかな、でもたぶん薬を飲むとなんかちょっと体が重くなるみたいなことを言って、ちょっと体を楽にしたいっていうのと、それからなんか寂しいっていう話をしたんですよ。やっぱ寂しくなると自分、結構この辺はかなり語っていて、寂しくなるとなんかすごくしんどくなるし薬も飲みたくなるし、でも薬飲んじゃうと体が重くなるしっていうことで、だからちょっと限界や言うたかな。だからちょっと入院をしたいっていうのを言えたので、それってすごいことやなと思って。で、入院したんですよ。(ID9)」と、それまでは医療者の判断で入院に至っていたが、ケースの思いを受け入れ、治療に関わるケースの決定を支持していた。

2) [一歩ずつ自分の力で前に進む]

[一歩ずつ自分の力で前に進む]は、〈何かしたいことで気分を乗せる〉〈動き始めるのを無理強いせずに待つ〉ことで、前に踏み出そうとする気持ちを引き出し、〈前に進めるよう態勢を整える〉ことをしながら、〈できるだけ手を出さずに行動を見守る〉〈ペースに合

わせることで一歩ずつ進ませる) ことで、自分の力で着実に前に進めるように支えるケアである。

①〈何かしたいことで気分を乗せる〉

病気によっても意欲が低下しやすいが、生活上の役割がないことでも意欲は低下する。〈何かしたいことで気分をのせる〉は、少しでも関心があることをきっかけに、活動を促し、当事者の意欲を高めるケアである。《何かしたいことを一緒に見つける》ことで、活動へのきっかけになることを探り、《何かしたいと言ってきたことに乗る》《関心を寄せて気分を乗せる》ことで、興味を沸かせ、意欲を高める。そして一緒に活動しながら《楽しい気分を盛り上げる》ことにより、活動を継続したい気持ちや別な活動への興味を起こさせたり、《会話や行動のリードを促す》ことで、主体的に活動に取り組むことを促進する。

《何かしたいことを一緒に見つける》

「何ができるかっていうところをチームで最初話し合ってたときに、やっぱりもう元に戻って本人のやりたいことっていうか、あんまり、あれしろ、これしろとかっていう管理的なところではなくって、本人がちょっとしたいことっていうのを一緒に探していこうっていう話になって。(ID9)」と、ケースがしたいことを一緒に見つけようとしていた。

《何かしたいと言ってきたことに乗る》

「どっからやりましょうかっていう話の中で、まずはじゃあギターをやりたいっていうところについては、私が生徒になって教えてほしいし、デイケアで時間つくってやりましょうかって言ったら、本人も乗ってきてくれて、そういう関わりもしていったんですよ。(ID9)」と、ギター教室の生徒になったり、「退院された当初は何もなかったらって、本人の方から絵を描いてたんで、一緒にね。本人はちゃんと決めてくれてて、今日はこれを持って、絵を描く準備をしてくれてて。私もスケッチブックを100均で買ってきたって言って。自分はこれ、私はこれで。このスケッチブックのお金だけは払うわって言って、払ったんですけども。唯一の生徒です。一緒に描いてたんです。描きながら話もしながら。描いてると無言になるんですけど、集中して。そういう時間の過ごし方、一緒に過ごしてたりとか。(ID3)」のように、一緒に絵を描いたりして、何かしたいと言ってきたことに乗って、前に進ませようとしていた。

《関心を寄せて気分を乗せる》

「自転車が好きなんで、若かりし頃の自転車の写真持って来て、すごいね、自転車乗られてんだ、どこまで行ってるのっていう話題をしながら、自分が日々なんか彼が生

活の中で、この前どここの川まで走って行って、走ってきたんだっていうことを知った時に、へーってある程度話しているくらいですかね。何とか彼のプラスの肯定的なところがあるように話題が来た時には、そこに乗っかってするようなところ、くらいですかね。(ID7)」と、ケースが興味を持っていることに関心を寄せて、気分を乗せていた。

《楽しい気分を盛り上げる》

「作業所の男の子、なんとか君とかこんなやけど、どう思うって、えっ、格好良くないとかっていう話をしたり、かなり疲れるんですけど、テンションあげるんで。まあそんな話をしたら、自分がちょっとエスコートして、そこでも楽しい時間を過ごせたっていうのも多分あったんやと思うんですね。で、そこで過ごせるっていうのが繰り返されるようになって。(ID8)」と、ケースの年代に合わせた興味をもつ話題で楽しい気分を盛り上げていた。

《会話や行動のリードを促す》

「ああ、私あそこ行ったことあるよ、何々がおいしくってねって言わはるし。おいしいやな、食べてみたいなみたいなことを言うと、彼女は人に何かしてあげるっていうことはあまりないじゃないですか。エスコートしてあげるっていうか、ちょっと優位な所に立つところで、すごく喜んでくれるところがあったんですよ。だからそこをうまく使ったと思うんですけど。じゃあ案内してあげようかって、彼女が言ってくれたんで、ほんとじゃあ一緒に行ってみよう、行ってみようって言って、最初は行きました。(中略)彼女がエスコートしてくれたところはおいしいねと言ったり、大したことないなと思っけていても、景色がいいねとか、いいとこ連れてきてもらおうとか。(ID8)」と、ケースに会話や行動をリードしてもらい、気分を乗せていた。

②〈動き始めるのを無理強いせずに待つ〉

〈動き始めるのを無理強いせずに待つ〉は、関心をもったことは促進するが、関心が薄れたり、関心が無くなっている状態では、無理に関心をもたせようとはしないことである。《やる気になるまで無理に勧めない》で脅かさないようにしながら、《動きたくなるときがくるまで待つ》ことで、必要に迫られて動く必要性を感じるまで無理にやらせないようにしている。また、何かをすることに対して躊躇している場合も、《躊躇している活動を無理に勧めない》で様子を見守り、決意して動こうと思う時機が来るのを待つ。

《やる気になるまで無理に勧めない》

「あまり本人は外に行きたいとかそういう希望はないんですね。まあ両親が言うから、訪問も受けますって。一緒にお散歩とかできるんですかって、そういう話はあるけど、一緒に出掛けたことはないです。ずっと話を聞いたりして、終わるような訪問だったん

ですね。(ID17)」のように、ケースが散歩に行く気になるまでは無理に勧めずに待っていた。

《動きたくなるときがくるまで待つ》

「親が生きてるうちは行き来をして、死んだらほんとに一人にかわる気みたいですね。今のところ。なんで、行き来できるくらいまで慣れればいいかなっていうのを目指して3月はちょっとお休み中。4月からもう1回外泊訓練をする予定ですけどね。(ID1)」と、単身生活の練習をケースの気持ちが動くまで待っていた。

《躊躇している活動を無理に勧めない》

「まずは最初はOT活動を、それでもやっぱり怖い人がいてるから、週1回しか行けてないということで、OT活動のスタッフ、担当のスタッフに相談したりとかもしたんですけども。OTの相談するのも、なかなかそれでも週1回しか、固定観念で怖い人というのがいるかもしれんけど。OTのスタッフに聞いてもちょっと怖そうな人いてるんですね。無理に勧めていってもよくないかなって感じで。(ID4)」と、躊躇しているときには活動への参加を無理に勧めずにいた。

③〈前に進めるよう態勢を整える〉

新しい場所に踏み出すときや、何かを始める時などに、不安や緊張から取り組むことに迷い出すことがある。〈前に進めるよう態勢を整える〉は、迷ったり躊躇している当事者に対して、逃げ込ませないで、前に進んでいけるようにすることである。《迷っている背中を押す》して、何とか始めの一步を前に進めるようにし、支援者が協力して《逃げ出せない状況をつくる》ことで、課題に取り組むことを促す。今しなければならぬことから逃げて集中できないときには、《今考えるべきものごとの順序を示す》ことで、集中させて取り組めるようにする。また、取り組むことでの不満や《愚痴を聞きながら乗り越えさせ(る)》、《次に進むために状況を整理(する)》して、前に進もうとする気持ちを維持している。

《迷っている背中を押す》

作業所の見学を渋るケースに、「行った行かないの話の時に、一緒にちょっと説得に行ってみたりとか。嫌っていうんですけど、何が嫌かっていうのを、ゆっくり、何が嫌って聞いたら、ついていけないのが嫌って言われたので、病的体験どうのこうのとかじゃなくって、単に外に出るっていうことに関しては、ついていけないことのしんどさとか歯がゆさとかは、自分に対する評価の低さとかの方が、私の目から見ると強かったの。今日は見るだけだから、何もしなくていいからっていうので、見て、嫌だったらすぐ帰ってきていいっていうので。(ID6)」と、説得したり、話を聞いたりして迷いにつき

合いながらも、背中を押して前に進ませていた。

《逃げ出せない状況をつくる》

「作業所見に行き出したときには、できん、無理、ついていけんっていうのが夕方あってましたけど、割合昼間はこちらも30分計画とかで、色んな職員が行くので、嫌と言えない状況をつくっているというのも若干あるような気もしますが、今はないし。

(ID6)」と、作業所になかなか行こうとしないケースに、スタッフが入れ代わり立ち代わり誘って、逃げ出せない状況をつくって、通所を維持していた。

《今考えるべきものごとの順序を示す》

「いつもいつもそうやって人のお世話しちゃうよね。そうやって自分ができてるとこ感じたい部分って多分あるやろうけど、今やらなあかんことって、物には優先順位があるよねっていうことで。結構高飛車に言ったりとかされてるんです。そりゃあね、そうかもしれないけど、今でも少なからずいろんな病気を繰り返してきて、ここにいてくれてはるわけやんか、そしたらやっぱり物には順番があって、まずここでは何をしていきましようかっていうのを整理するために、そんなの書いたんですよ。(ID5)」と、物事の優先順位や、今自分がしなければならないことを伝えていた。

《愚痴を聞きながら乗り越えさせる》

「いきなりこうボンと移行はしなかったんですよ。デイケアと作業所を、デイケアがいっぱいあって作業所がなかったら、こんなんですよ、こっちが減ってこういう感じですよ。そういう風にしていって、愚痴を聞くじゃないですけど、そういうことをしながらやりましたね。(ID5)」と、思うように働けないとこぼすケースの愚痴を聞きながら、作業所への移行時の困難を乗り越えさせていた。

《次に進むために状況を整理する》

「まずは症状がもうちょっと落ち着いたりしないと、次にはいけないかなっていうところは、いつも整理して確認していたかなと思いますね。だから本人さんの家族との距離の取り方とか、ストレスをためない方法とか、そういうところがもうちょっとそこに取り組んでからにしようかってことは言ってたと思いますね。(ID17)」と、症状が落ち着いてからでないと前に進めないと判断し、状況の整理と確認を行っていた。

④〈できるだけ手を出さず行動を見守る〉

〈できるだけ手を出さず行動を見守る〉は、手出しをせず、直接助けたりしないで見守ることで、当事者の自分で調整して行動する力を高めるケアである。《できるだけ自分で行動するように促す》ことで、自分で状況への対応をしていく行動力を高め、《良かれと

思うままに手出ししない」ことにより、当事者の行動を遠巻きに見守って、自発的な行動を促す。また、行動を見守る際には、始めは近い距離から見守り、安心できたら、「救う構えはもちながら委ね（る）」で、徐々に距離を離す。病棟での隔離から時間開放へと進むときには、危機を含め直接介入が必要な状況の時に、即座に介入できるよう、精神機能を見極めながら、「徐々に自由度を高めて行動を見守る」ことによって、自分で行動を制御できる力を高めようとしている。このように、指示や先導をしないで、「できるだけ自分の力で生活できるよう手出ししない」で、実行する力や行動や衝動を制御する力を高められている。家族の病院受診などの世話をしたいと思っている当事者には、「家族の世話をすることを見守（る）」で、行動を支持する。

《できるだけ自分で行動するように促す》

「最初行く日はキャンセルとかしはったんですけども、そしたら自分で担当の方と次行く日を予約取り直して、直接自分で電話かけて相談してみたら、ほんまにそのままはったんですよ。ほんまに頭痛いのって思ってたんですけども。頭痛いから、こんな頭痛い状態であつて。またそんな不安が強くて言うてるん違うかなって、無理かなあとか、先生も幻聴がきついたらあつて、無理かなあ思ってたんですけど。ちゃんと自分で予約取りなおして、取り直した日にちゃんと自分から行けたから、あ〜よかったなつて。(ID4)」と、就労支援の施設に行く初日をキャンセルしたケースに、次回の予約を自分でするように促していた。

《良かれと思うままに手出ししない》

「銀行が9時ぐらいから開くんですけどか。ATMが開くんですけど、7時から待って並んだりとかするんですよ。ええーつとあつて。何回言ってもすごくできなくて、でも2時間ね、例えば夏の間も、その時間待ってたらもうほんとぶっ倒れそうになるからこっちが心配になるんですよ。何回言っても聞かへんしと思つて。だけどあんまり止めるのもあれやし、と思つて。また止めるとそこも管理になるしつていえばね、スタッフが用事があるふりをしてちょっと前を通るとか感じで。もうすごいスタッフの方も努力してくれて。その辺はちょっと訪問とかとも連携をして、訪問さんも、じゃあ、患者さんの他のお家に行くときも、その銀行のATMの前通つてちょっと様子見とくわね、でなんかあつたらそれは、みたいな感じで、ちょっと見守つていつたんですよね。

(ID9)」と、体調を心配して注意したものの、行動が変わらないケースに、それ以上注意することが管理になると考え、手を出さず、チームで連携して様子を見守っていた。

《救う構えはもちながら委ねる》

買い物中の店内で幻聴に耳を傾けているケースに、「精神状態の査定がこっちでもはつきりつくまで、本人がどう来るかが分からなかったの、ちょっと近い距離から見て

たんです。いつでもヘルプ出せるように。でも、なんとかするやろうなって思ってた。少なくとも聞こえても、お金払ってる瞬間にその場から脱走することもなし、ほんとうにしんどいの聞かれたら、もうちょっと自分から離れるだろうし、その後ついていけばいいだけなので。(ID1)」と、救う構えはとりながらも、自分で対処するのを見守っていた。

《徐々に自由度を高めて行動を見守る》

「時間で(拘束を)外したりとかはもちろんやって。で、保護室内で過ごしてもらったりしてたんだけど。外そうっていうのは、外してもう大部屋に行こうっていう、そういうことになったんだ。それまではちょっと外しながら保護室でちょっと見たりとか、時間開放して。自分は、だから開放のときは呼んでほしいって言って。ちょっと付かず離れずで見てたんですよ。暴れ出しちゃ困るから、その人ね。それは、ある程度は自分も同じ空間にはいるけど、ピッタリくっついて守ってるというよりは、若干離れて見守ってるが多かった。それと危機介入のところだけは、しっかり入ろうと思ってる。(ID14)」と、周囲の刺激を受けやすい状態であったため、危機時には介入できるようにつかず離れずで見守っていた。

《できるだけ自分の力で生活できるよう手出ししない》

「だからほんとにあまりこうしなさい、ああしなさいって私の方からね、そんなことは、時々はね、こうしたらいいんじゃないとかそんなんはありますけどね。あまりそういうなかったかなって。私はほんとにこういう状況になると思ってもなかったし、本人がどこまでできるとかいうのも全然。一人暮らしで、でももちろんお姉さん、妹さん達がいるので、絶対サポートはあるのでね、そんな心配はしてなかったんですけども。でもここまでのようなこと考えて、すごいなっていう、どっちかって言ったら。そういう感じで見守る、見守るっていうのかな、自分が先に立っていきましょっていう感じで関わってないですよ。やっぱりなんかよく言われる寄り添ってみたい感じなんですかね、なのかなって思って。(ID3)」と、ケースの力で生活できるよう、時々助言はするが、手出ししない寄り添う姿勢で関わっていた。

《家族の世話をすることを見守る》

「家族でどんな話し合いされたかわからないですけど、本人がお母さんについて行って。普段お母さんのこと知ってるの俺だから、俺と一緒にいって行って、話するんだみたいなこと言ってたんで。それはそれで本人がやっていきたいって言うならそれでいいかって。(ID7)」と、刺激に弱く不安が高まりやすいケースであったが、口出しせずに様子を見守っていた。

⑤〈ペースに合わせることで一歩ずつ進ませる〉

〈ペースに合わせることで一歩ずつ進ませる〉は、当事者の気持ちの動きや、実行する力、集中力、疲労などを考慮して、当事者の歩むペースに合わせて、順を追って進めることである。例えば他者との交流が少なく自閉的な場合には、関心を引き出しながら《閉じこもりから一歩ずつ抜け出す》よう促し、《行動を評価して結果までは求めない》ことで、行動する努力を重視して、《不安を取り除きながらペースに合わせて進める》ことで、継続していけるようにする。また、段階を上げる時には、《力に合わせて一歩先に進め(る)》、慎重に行う。そうして《徐々に委ねて手を引いてい(く)》き、活動の場を広げていく。このように1段階ずつ目標を課し《ペースに合わせて進める》ことで、負荷をかけ過ぎずに達成感を得ることを促進している。

《閉じこもりから一歩ずつ抜け出す》

「何気なくそのころ運動不足解消のためにしょっちゅうキャッチボールをした、そのキャッチボールは最初は部屋の中でやって、病棟の中でやって、ゆくゆくは外でやったんですね。(ID15)」のように、徐々に活動範囲を広げ、閉じこもりから抜け出せるよう促していた。

《行動を評価して結果までは求めない》

「とにかくできる、できないっていうところに触れないようにしていると、ほんな行こうか。30分くらいかかるので、ほんな行こうかまで。(ID6)」と、作業療法に参加して何かをすることではなく、作業療法室まで行けることを評価していた。

《不安を取り除きながらペースに合わせて進める》

「10月11月頃に寒いでしょうって、湯船に入りましょうよって、湯船に湯をはったら滑らないかっていう不安があったりして、怖いというのが一つあるので、私が一緒につくから、湯船に湯をためて入りましょうよっていうことで湯を張るようにして、訪問時にお風呂の見守りをするようにしたんですけど。(ID2)」と、入浴にまつわる不安を一つずつ取り除いて、ケースのペースを大事にして関わっていた。

《力に合わせて一歩先に進める》

「本人が通って来るのがしんどくなるとかね、プログラムが割と楽にこなせるようになりましてって言われるようになったとき、じゃあやっぱりこれくらいの活動量やったらやれるよねって、じゃあ次は人の指示を聞くってところでやりましょうか。(ID5)」と、力に合わせて課題を決めて前に進めていた。

「今日なんか訪問行った時は、作業も週1回だけでも行けてるし、その都度ちょっと体が、仕事が馴れて楽だったらもうちょっと回数、時間長くしてもいいんちがうってい

う風な感じで言うてるんですけど。(ID4)」と、作業所での働きぶりから、作業所に通う頻度や日数を変えてみることを提案していた。

《徐々に委ねて手を引いていく》

「半年近くはそういうことを繰り返して、あとは行くときだけお連れして、帰りは自分で帰ってきてもらったりとかしてもらっても大丈夫だったので。閉鎖なので、午前時間決めてフリーで出ていただける時間があるので、それをまずはやってもらおうっていうので、ステップアップを。その後しばらく病棟の方にお任せをして、その間に洗濯自分でしてもらうようにしたりとか、お薬も1日分ずつ自己管理してもらったりとか、お金も週単位で管理してもらうようにっていうのを1年くらいかけながら地道に進めて、援護寮向けてやってたんですけど (ID6)」と、徐々にケースに任せる部分を増やしていた。

《ペースに合わせて進める》

「朝から作業行くのはしんどいかなって。真面目な方なので、9時からとかいっても、8時半から起きてガーッと行けるような方ではないんです。割とこういう風な病気の人って、何時って決まってもそのだいぶ前から準備をしないといけないので、そのことも考えて9時は無理かなとか、朝頭が痛いので体調を整えるのに時間かかるかなって。それで午後っていうことにはなってるんですけど。(ID4)」や、「だからなかなか(デイケアに通う回数)最初増えなかったですね。1日の1つの枠に行くので精一杯ですって言ってたし、ほんとにそうだろうと思ったし、無理には増やさなかったですね。(ID16)」のように、体調に合わせて作業所やデイケアに参加するペースを決めていた。

3) [自己に対する自信をつける]

[自己に対する自信をつける]は、生活上の成功体験や達成感の少ないことで生じている〈否定的な評価の視点を変える〉ことで自信を高めたり、自己の感覚に対する不確かさに対して、〈普通な感覚であると保障する〉ことで自己評価を改善していくケアである。

① 〈否定的な評価の視点を変える〉

病気を患うことで、学業が滞ることや仕事が長続きしなかったり、仕事に就けなかったり、何らかのつまづきを体験し、自己否定感を抱きやすくなる。〈否定的な評価の視点を変える〉とは、病気によって生活がうまくいかなかったことへの惨めな思いなど、低下した自己評価に対して、肯定的な見方を示し、評価の視点を変えることである。他者評価と自己評価のずれがある場合、《周囲の人からの評価を伝える》ことで、評価のすり合わせを行う。また、《見方を変えて自己否定的な思いを下げる》ことで、肯定的な見方へと変えていく。

《周囲の人からの評価を伝える》

作業が思うようにできないと悩むケースに、「ほんまに作業できてないのって聞いたら、一応はその時間やってはるんですよ。で、作業所の人からもできてなくて、集中できてなくてということは聞かないんです。だからこそこう、聞いたことをね、私は今あなたのことで連絡を密にとらしてもらっている、そんなことは一つも聞かないよって。だから自分が感じている実感と周りから見えている姿はまた違うんじゃないかっていう話はしました。(ID5)」と、作業所スタッフからの肯定的な評価を伝えていた。

《見方を変えて自己否定的な思いを下げる》

アパート生活の惨めさを訴えるケースに、「本人はでも何回も私に惨めじゃないかって確認したので、言っていていいですかね、私がこの間住んでたのよりいいですけど、どう思いますそれって。うちの看護師寮見に来ますって。ちょっと現実の話をしたら、う〜ん、そうなのかって考え込んでましたけど。かなり惨めじゃないかって気にしてて、そこは実際よかったんでね褒めたら、なんかちょっといい気にはなったみたいですね。(ID1)」と、看護師寮を引き合いに出して見方を変え、否定的な思いを下げていた。

②〈普通な感覚であると保障する〉

現実と病的体験の区別が困難であったり、病気により社会的体験が乏しくなることで、病気をもたない人の生活や生き方などを知る機会が少なくなる。〈普通な感覚であると保障する〉は、一般的な生活の様子を伝えて、当事者がしている普通のことを普通であると認識させたり、発達課題に伴う悩みも当り前の感覚として受け止められるようにして、普通に抱く感覚を高め、保障することである。

他者が1日をどのように過ごしているのか《他者の生活の様子を伝える》ことや、当事者の悩みが《病気に寄らず当り前な悩みであると伝える》ことで、今の生活や行動、悩みが特別なことではなく、普通のことであるという感覚を高める。

《他者の生活の様子を伝える》

「本人も今してること言ったら、家事と食べること、買い物、これが普通なんかなみたいな感じで、それ以外のことされてはないんですけども。これが普通なんかなみたいな感じのこと話されるんです。そうよね、皆こんなんよって感じで。仕事してると仕事があるんだけども。生きるためには食べて、家事をしながら、ほんとと皆そんなもんだよって感じで話してるんですけどね。(ID3)」と、他者の生活を例に出して、今の生活が普通であることを伝え安心させていた。

《病気によらず当たり前な悩みであると伝える》

「子どもさんの友だちにバレたら、子どもがかわいそうやっていうところで、子どもの成長に伴ってそういう悩みが出てくるたびに、またブワーと地獄が襲ってくるというのを、毎日でも、今でも毎日、今でも多分書かれてると思います。毎回、持ってきてくれるので、厚いものを。でも、そのへんの悩みについては、すごい健康的な側面なので、いったら。心配して当然というか、でもそれを心配しながらも保育園とか学校の行事とか、入学準備ができてたりとか。近所の人とかともあいさつとか、ちょっとした立ち話ができているということなので、そのへんはもう上等ですって。大丈夫です、それが当たりまえですってというような形のフィードバックだけ延々、返して（ID10）」と、当たり前な悩みと伝えて、健康的な側面を強化するよう関わっていた。

4. 支援との結びつきを強めるアプローチ

【支援との結びつきを強めるアプローチ】は、周囲の人との程よい関係をもてるようにしたり、当事者が支援と結びつくことを維持・強化するアプローチである。これは、〔他者との関係のとり方をつかむ〕〔頼れる場や人の連続性を保障する〕の2つのケア群から成る。

1) 〔他者との関係のとり方をつかむ〕

〔他者との関係のとり方をつかむ〕は、〈家族と程よくつながれる〉〈他者との関係で程よい距離をとる〉ことで、家族を含めて人と適度な関係のもち方や距離の取り方ができることを強化するケアである。

① 〈家族と程よくつながれる〉

家族とは疎遠になり過ぎても密着しすぎても互いに負担を感じやすい。〈家族と程よくつながれる〉は、家族としてのつながりは保ちつつ、関係性を悪化させないで適度な距離感を維持するケアである。

家族と関わりが密になると病状が悪化しがちな場合、当事者が《望まない限り家族との関係を強めない》で、やや離れた関係での維持を目指す。時々には《家族とつながるきっかけをつく（る）》り、疎遠になり過ぎず程よい距離の関係性を維持できるようにしている。また、家族に対しての不満など、《家族に対するしんどい気持ちを受け入れ（る）》、《気持ちを吐き出すことで区切りをつける》ことで、家族への期待を修正し、落ち着きを取り戻し、次に進む心の構えをさせる。一方、《家族に代わって気持ちを伝える》ことで、家族の思いを知ることを助け、家族との関係のもち方を考えさせる。そして、《家族と当事者を併せて支援する方向を考える》ことにより、家族も含めて支援の対象として認識して関わっている。

《望まない限り家族との関係を強めない》

親と会うと調子を崩すケースに対して、「お互い住んでるところ知らないという状態があるので。それ以上けしかけるようなこととか、けしかけるじゃないけど、そういうことを確認するとか、本人が言えばあれだけど、あんまりこちらから聞いたりもしてない。(ID2)」と、ケースが会うことを望まない限り、定期的に電話で話すだけの関係に止めていた。

《家族とつながるきっかけをつくる》

家族との仲があまり良くないケースに対しては、「深く聞いたら本人が気にしはるかなって思って、お母さんと連絡とれてるっていう風な感じでは聞くんですけどね。そんなしょっちゅう聞かないですけども。自分からかけることはあるみたいですけども、あまりお母さんの方からかかってくることはないみたいなのは何回か言ってましたけどね。(ID4)」と、家族と連絡が取れているかを聞く程度にしていたが、収入を得た時には、「それやったらそれで母の日なんかしてあげたらどうって言ったら、すごくうれしそう顔して、ああちょっとやってみようかなって。(ID4)」と、家族と関わるきっかけを提案していた。

《家族に対するしんどい気持ちを受け入れる》

「お母さん退席された後も、二人とも涙涙になっていたの、お母さんも途中で中座したんですけどね。しんどかったけど、よく言ったねって、そんな気持ちやったんやねって話は、振り返りはしましたね。(ID17)」と、しんどさを理解してもらえないことで家族に対して抱く思いを受けとめていた。

「お母さんとかお姉さん妹さん達からは、本人は言われっ放しで、それに反発できないところがあるんだけど、訪看でそこらへんをこっちに吐きだしてくれたらいいかなという感じで。(ID3)」と、家族に対する気持ちを吐き出せるよう関わっていた。

《気持ちを吐き出すことで区切りをつける》

「だから私はずっと言ってるじゃないか、言ってきたじゃないかみたいなことを。でもお母さんは全然わかってくれなくてっていう気持ちをすごく出したんですよ。でもお母さんもお母さんで、私もしんどいんやって。全然交わらなかった場面があって。その後でしょうかね、やっぱり親に頼ってもいかなかなってというのは彼女の中でも区切りになったのかなあって思いますね。逆に今まで持ってた気持ちを出したことで、はち切れそうだった思いも少なくなったんじゃないかなあって思うんですけどね。そこからちょっと落ち着きを取り戻したように思います。(ID17)」のように、家族への思いを吐き出すことで、気持ちの区切りをつけることを支えていた。

《家族に代わって気持ちを伝える》

「でもお母さんはそのあとすごくショックがあったって言ってたし、初めてね、骨折まで。今まで暴力はあったんだけど、お母さんに対する。ただ骨折させられるっていうぐらいの大きなものはなかったし、そういう思いもあったよ、みたいだっていうことをお母さんの代わりに伝えることもやって。(ID14)」と、母親からケースに直接伝えることができない思いを、代弁して伝えていた。

《家族と当事者を併せて支援する方向を考える》

母親の干渉が負担となっているケースに対して、「だからお母さんとの関わりも含め、本人もお母ちゃんと関わりたい思いもあり、引き離すというよりももう、くっついて離れられない状態の2人をもう一緒にケアしていくっていうふうにも1つは話し合ったのと。(ID9)」と、高齢の母親とケースを一緒にケアする方針への転換を行っていた。

②〈他者との関係で程よい距離をとる〉

社会的認知に障害をもつため、他者の反応を読み取ったり、自分の行動を客観的に捉えたりすることが難しく、人との関わりがうまくいかないことがある。〈他者との関係で程よい距離をとる〉とは、他者との間で何が起きているのか、自分の態度や行動が相手にどのような影響を与えているのかを振り返ることである。《周囲の人との関係のもち方を振り返る》ことで、人とのつき合いに対する気づきを得る。また、関係が安定してきたときや、ストレスや不安が高くなったときに、当事者が看護師に依存してくることがある。依存することで自律が阻まれる場合に、《依存しすぎない関係を保つ》よう心がけ、当事者を上立てる形での《上下関係を作ることで寄り掛かせすぎない》ことによって、関係の取り方を調整している。

《周囲の人との関係のもち方を振り返る》

「配達に来るおじさんの話に付き合ったりとかですね、おじさんが気を良くして、彼女を何かに誘ったりするわけですよ。そういった距離の取れなさみたいなのが露呈してきて、いやいやちょっと待ってっていう話をしたりとか、そういうところあるよねって、その都度返していったと思います。それは断ったらいいし、行かなくていいみたいなところの、思考の判断って言うかな、そこを一緒にやっていったと思います。(ID16)」のように、生活上のつき合いで困った場面を振り返り、関係のもち方を考えさせていた。

ケースとは関係のない患者同士の言い争いに関わってしまうケースに対しては、「言い争いのところに介入していっちゃうから。相手はもう、なんだ、なんてことになるじゃないですか。そうすると興奮してくるから、そこでは私が割って入って、ちょっと休もうよって言って連れて行くこともあったし。関係ないよねって言ったら、そうなんですけどね、気になるって言って。そういうことが何回か繰り返したかったかな。(ID14)」と、

ケースとは関係のないことを伝え、他者との関係の持ち方を考えさせていた。

《依存しすぎない関係を保つ》

「段々関係性が発展していくと、今度こう甘えたくなるっていうかね、ちょっと寄りかかりたくもなるんやけど。ちょっと年若い女の子に依存してしまうとね、崩れていかはりそうな私の中では気持ちがあったので。そこは上手に離しながら、彼と3年間付き合っ。(ID5)」と、依存してきたケースに対して、依存させ過ぎないように関係の持ち方を調整していた。

《上下関係を作ることで寄り掛かせすぎない》

「随分ちょっとよっかかれるなあって思った時期があっけね。でも30代後半から40代くらいの男の人がね、1度そうやってね女の子の人によっかかってしまったときにね、今度ひとりていろんなことを判断していったり、たっていけへんのじゃないかって。私の中でそういう不安があったんです。だからいつもちょっと年下の女の子で、これわからへんのよ、ちょっと教えてとか、これ物とれへんのよ、ちょっと取ってとか、そんなんでやりとりするときもあれば、面接の中でもいつも少なからず、年上の男性やということ、少し立てつつ立てつつ教えてほしいんですけどねとかっていうところでやっけたんです。(ID5)」と、ケースの方が年上であることなどを自覚させ、ケースを立てつつ関わることで、寄り掛かせすぎないよう関係の持ち方を調整していた。

2) [頼れる場や人の連続性を保障する]

[頼れる場や人の連続性を保障する]は、〈気にかけている存在と認識させる〉〈人とのつながりで居場所をつくる〉ことで、支援の場や人を認識させ、支援の場や人が変わっていったとしても、〈人とのつながりを途切れさせない〉ことで、当事者が頼ることのできる場や人を持ち続けることを保障するケアである。

① 〈気にかけている存在と認識させる〉

〈気にかけている存在と認識させる〉は、気分の落ち込みが見られたり、衝動的な行動が予測されたりといった何か気がかりな状態だと感じる時に、気がかりを言葉で伝えて、気にかけていることを認識させることである。衝動行為を予防するために、不安が高まった時には連絡をする約束をして、《気にかけていることについて約束をする》ことで、心配して見守っている看護師の存在を認識させている。また、当事者が弱音を見せずにいる時に、日常とは異なる様子に対して《さりげなく心配していることを伝える》ことで、気にかけている存在に気づかせている。

《気にかけていることについて約束をする》

「もし電話をするなら 12 時から、電話をするって言っても 10 分くらいなんです、その電話が終わったら 1 時までの間やったら電話してちょうだいと、1 時過ぎたら大丈夫だと思うから、こっち側としても 1 時までに電話がなかったら電話の中身は大丈夫だったと受けとめるから、電話の中身で不安になるんだったら 1 時までに電話してちょうだいと話をしたら、そんな形で対応してるかな。(ID2)」と、ケースのことを気にかけていることを伝え、不安な時や困った時の対処について約束をしていた。

《さりげなく心配していることを伝える》

「いつも休む人じゃないのに、休むことそのものが心配やったからさ、電話しちやっみたいなのを言って。(ID5)」と、自我の揺らぎが気がかりな時に、心配していることをさりげなく伝えていた。

② 〈人とのつながりで居場所をつくる〉

〈人とのつながりで居場所をつくる〉は、支援者とのつながりをもつことや、つながりを強めることによって、その場に居やすくなることである。対人交流が苦手な人や、他者との距離がうまく取れない人の場合、《支援者とつながることで居場所を感じさせる》ことで、場に居てもよいと安心感が得られる。また、何か相談したいときや話をしたいときに立ち寄れる場所として認識させて、《困った時の助けの場となる》ことでも、安心できる居場所をつくっている。

《支援者とつながることで居場所を感じさせる》

「ほかの患者さんとの交流っていうところを、むしろスタッフが支えるっていう方向でそんなときは選んだんですけど。(ID9)」と、看護師とつながることで居場所を感じられるようにしていた。

《困った時の助けの場となる》

「来る場所があって、安心まではいかんでも、いる場所があって。なんか困ったことがあったら、まともに聞いてくれて取り合ってくれる人がいる場として機能すればいいかなと思ってたんで。(ID13)」と、何か困った時に頼れる場や助けとなる場と認識してもらえるようにしていた。

③ 〈人とのつながりを途切れさせない〉

支援の経過の中では、当事者と関わる場が代わったり、担当者が変更になったりすることがある。〈人とのつながりを途切れさせない〉は、支援の場や人など支援や関わりの形が変わったとしても、支援者の関わりは継続することを保障するケアである。関わりの場が

代わっても、声をかけたり相談に乗ったりして、「関係が続いていくことを保障する」ことで、状況が変わるときの揺らぎを抑えている。また、当事者の「状態が停滞していても関わり続ける」「つながりが途切れないように気を引く」ことで、支援とのつながりが途絶えてしまわないようにしている。そして、将来に向けても「人の受け入れの良さを維持してつながり続ける」ことで、安定した生活を長期に渡り維持していけるようにしている。

《関係が続いていくことを保障する》

「やめんの、そんなん寂しいって。具合が悪くなるとかじゃないんやって。寂しい。でも別に病院に来てくれたときには、喋るし、色んな生活の報告っていうかね、作業所で頑張ってることとか見せてねって言って。そこで確認させてねって。変わりなく頑張ってるやん、訪問行かんでも頑張れるやんって言いながら。(ID8)」と、訪問はやめても外来で状態を確認することを伝え、関係が途切れるわけではないことを保障していた。

《状態が停滞していても関わり続ける》

「停滞してるときはできるだけまめに足を運んで、実はキャッチボールをずっと何年来して、もう当たり前のようにきょうも10時になったからやろうって感じでやって、で、やりながらFさん大変だったよねっていう話をして、いやーみたいな感じで。怖いんだ、そうか、でしばらく沈黙が。(ID15)」のように、一緒に活動する時間を切れ目なく続けていた。

《つながりが途切れないように気を引く》

病院に来て診察前に帰ってしまうことのあるケースに対して、「自分で自分の1日1日、1週間の生活するところでは、何とか曲りなりにやってきてるんで、じゃあそこら辺をサポートして何とか引っ張るんです。何とか病院に来らせるように何とか引っ張ったりとか、何とかいるようにしてねって、外来で座ってもらったりとかするんですけど。だからなるべく本人に直接会える、病院に来てって言っても来れなかったりするんですけど。具合悪くても病院に来てるのを発見したら、必ず外来で何日何日会うっていうのはある。(ID7)」と、つながりが途切れないよう、見かけたら声をかけ気を引いていた。

《人の受け入れの良さを維持してつながり続ける》

「安全パイでもあるんでしょうね、訪問看護師さんが来といてくれる。なんかあった時はそこに電話してもいいし、来てくれるし。この関係を続けていけば今のところはいいのかなあ、今の本人の維持して。(中略)一人になった時に何がいるんでしょうねって思ったら、維持すべきはこの人今、人の受け入れがいいんですよ。ヘルプする人の受け入れがすごくいいので、それを一つは維持すること。(ID1)」と、支援する人の受け入れの良さを維持し、助けてくれる存在とつながれる力を強化していた。

5. その人なりの生活を支えるアプローチ

【その人なりの生活を支えるアプローチ】は、どのような生活を送りたいのかを考え、目標を決め、そこに向かって準備をして、生活を築いていくためのアプローチである。そして、生活を支えることに関わる共同生活者の関与について調整することも必要である。このアプローチは、〔生活経験を広げる〕〔生活上のストレスな状況への準備性を高める〕〔現実的な生活目標を目指す〕〔これからの生活を見通して準備する〕〔よりよく生きる生活スタイルの確立を目指す〕〔共同生活者の関与のあり方を調整する〕の6つのケア群で構成されている。

1) 〔生活経験を広げる〕

〔生活経験を広げる〕は、自閉的な生活に陥りがちな当事者に対して、〈周囲への関心を広げる〉〈外への関心を引き出す〉ことで、外の世界や人への興味や関心を引き出し、生活の拡大を促すケアである。

① 〈周囲への関心を広げる〉

意欲が低下したり、自閉的になると、周囲への関心が薄くなり、人との関わりや活動も限定されてくる。〈周囲への関心を広げる〉は、《何かしたいことがあるか問いかけ（る）》、希望を探り、《いつもと違う場に踏み出させる》ことをして、活動の場を広げていく。その際、いきなり大きな集団に入ることはストレスが高いため、《小さなグループへの参加から始める》ことで、徐々に場に馴染ませる。また、《体験を共有できる他者との関わりをつくる》ことによって、孤立感を和らげ、仲間同士で支えたり支えられる関係をつくる。

《何かしたいことがあるか問いかける》

「初回私がかかなりやる気がなくいたので、何しますかみたいな感じで、何もしませんかみたいな感じで。お母さんがなんか引きこもってて、もっと出ていかんとあかんしつて。でもまあまあねえ、いいですよ、お家でビデオでも見ますか、それでも構いませんけどってやってたら、あれって思ったみたいで。（ID1）」と、家族の意向のままに外出は勧めず、まずはケースにしたいことを問いかけていた。

《いつもと違う場に踏み出させる》

「作業所に行く回数が増えて、自転車で行ったりするんで、疲れるんでしょうね。生活リズムすごく整ってたんです、生活リズムと睡眠のリズムがすごく良くなっていて、お薬もきちんと飲めるようになったし。具合も良くなってるし、聞こえるのもましになって、コントロールもできる範囲なんやなって。よし、これスーパーに行こう、最初や

ってはった。ほんならやっぱりまた、そういう所ではしつこく確認をして来てました。でも相手に言うことはなくなったので。(ID8)」と、幻聴が軽減したことを確認し、ケースの希望であった外出に挑戦をしていた。

《小さなグループへの参加から始める》

デイケアに参加する際、「訪問でも緊張が高かった人なので、いきなり大きい集団に入ると無理かなってということで、デイに導入する1個手前の、小グループがあったんですよ。小グループのデイというか、そこに通うようにしたんです。(ID17)」と、緊張を避けるために、小さいグループを選んで導入していた。

《体験を共有できる他者との関わりをつくる》

「幻聴がしんどいってということに対しては、ヒアリング・ヴォイシズって言って幻聴を聞く会っていうのがあるんですよね。そこの会に、ちょっと一緒に行ってみようかって言って、本人もそれ行く行くって言ったから、そういう会に行っちゃって幻聴体験をほかの人と一緒に共有したり自分が語ったりってことで、ちょっとでも楽になってもらえたらいいし、ほかの人の対処法とか聞いてちょっとでも現状が楽になればいいかなあとかっていう話をして、そこにも参加してもらったりっていうようなかわりをしていきました。(ID9)」や、「同じ病気をもつ人同士のお話を聞くことはすごい大事って言うか、すごいいいよとは言ってるんです。だからミーティングでも困ったこととか話しあったりしたら、そういうときCさんと同じ病気の人とかが、こういうことで困ってたらCさんと同じようなことで困ってたら、対処方法とかまたね、Cさんも困ってることそこで言ったら同じ病気の人が、僕はこうしてるとかいろいろ教えてくれるんじゃないかなあみたいな感じで。そういう風なピアサポートとかもすごい大事やよって私の訪問では言ってるんですけれども。(ID4)」と、体験を共有できる他者との交流を促していた。

②〈外への関心を引き出す〉

自閉傾向にあると、孤立し、病的な世界に目が向きやすくなる。〈外への関心を引き出す〉は、自閉的で他者との交流が乏しくなりがちな人に対して、内的世界から外の世界にも関心を向けるよう促すケアである。《定時の活動で外の世界に触れさせる》は、自閉的な当事者との関わりを定期的に続けることで、社会とつながりを保つ。また、看護師が興味をもつことに誘うことで、《他者への関心を起こさせ(る)》て、社会とつながりをもてるよう促している。

《定時の活動で外の世界に触れさせる》

「どうやって外に連れ出そうかな、外の世界にどれだけ触れさせようかなってことを

考えて、もう出会ってから退院まで続いたキャッチボールの取り組みというか、決まった時間にやっていたんですね。例えば10時だったら10時って決めて10時には誘いに行くよって。どうしても無為でずっと横になって自分でもんもんと没落体験にどっぷりはまっているときからどうやって現実世界についていうところ考えてると、彼にとっての時間軸というか。彼の苦しみはもんもんと続いているので、時間の流れってものを本人とどうやって共有できるのかなっていうのがあって。そこは決まった時間というのは最初から決めてやりましたね。(ID15)」と、定時の活動を決めることによって、外の世界に触れる機会をつくっていた。

《他者への関心を起こさせる》

「サーカスが来てるってお母さんが言ってたからサーカス、外見に行こうよって言って。私は特に本人のためについて言ったわけじゃなくて、私がちょっと見たかったんですけど。その辺は全然本人のためを考えてなかったんですけど、だから案内してよって、案内してもらったんですよ。本人も行く、行かんってやっていたんですけど、以前だったら数週迷うと思うんですけどね、その日の終わりには行こうかって言って、来週行こうかって言って、行きましようって言って、行ったんです。(ID1)」と、看護師が興味を持っていることに誘い、他者の関心に引き寄せていた。

2) [生活上のストレスな状況への準備性を高める]

ストレスに対する脆弱さと、仕事や役割の負担、対人関係など状況への対処がうまくできないことは、症状に様々な影響を及ぼす。[生活上のストレスな状況への準備性を高める]は、自分一人では手に負えない時には、〈困ったときに人の助けを借りる〉ことで、他者の力を借りて対処することを促し、〈生活上のストレスへの対処法を得る〉ことで、ストレスと症状の関連を認識させながら、症状の悪化を防ぐケアである。また、〈ストレスから解放し力を抜かせる〉ことで、緊張状態の緩和を促し、家族構造や環境の変化など〈予測されることに対して心の準備をする〉ことで、直面した時の心理的負担を少しでも和らげて、ストレスとなる状況への対処を強化するケアである。

① 〈困ったときに人の助けを借りる〉

困ったことがあっても、誰かに助けを求める方法がわからないことや、困っていることに気づいていないことや、自分で解決したくて人に頼ろうとしないことがある。〈困った時に人の助けを借りる〉は、病気のことや生活上の困りごとで解決できないことに直面した時に、助けを求めるタイミングや方法を知っていて、誰かに助けを求めることである。《困った時には頼っていいことを伝える》ことで、自分ひとりで抱え込むことを防ぐことができる。そして、《困った時の頼り方を伝え(る)》、《自分から相談や頼みごとができるようにする》ことで、実際に行動してみる機会をつくり、方法や手段を習得させ、人の

助けを借りられるようにする。また、感情や言葉の表現が少なく、周りの人にとっては気持ちが読み取りにくいといった《周囲から気づかれにくいことを自覚させ(る)》、他者への表現手段を考えさせ、《自分の状況をわかってもらえるようにシグナルを発信させる》ことで、他者からの理解を得ることを促す。そして《しんどさを伝えられたことを褒める》ことで、人に助けを求める行動を強化する。

《困った時には頼っていいことを伝える》

「妙に近くにいる、ヨシヨシってするような年齢でもなかったと思いますし。とにかく困ったことがあったらいつでも言ってもいいんやでって。(ID5)」と、困ったら人に頼っていいことを伝えていた。

《困った時の頼り方を伝える》

「外出とか外泊させるときに、連絡取らせるのに、携帯電話契約してもらって、でないと場所もつかめないし、何かあった時に本人に連絡してもらえないからって言って持ってもらったんですけど (ID7)」と、困った時にどのように支援者に頼るかを教えていた。

《自分から相談や頼みごとができるようにする》

「ヘルパーさんにちゃんと自分で言うてみたって、教えてくださいって言うてみたって、なかなか言えてないからということで。SSTとかで練習しましょうかっていう感じで。(ID4)」と、頼み方を一緒に練習したり、「あなたがすごくしんどい体験をしてるってことも、話をしてもらってすごくわかったし、心配をしているから、ほんとに死ぬっていうことはしてほしくないし、そういった気持ちが続くときにはまた連絡をほしいということ言ったと思います。(ID17)」と、自ら相談や頼みごとができるように促していた。

《周囲から気づかれにくいことを自覚させる》

「支援者が気づかない、イコール悪いじゃなくって、あなたの色々な発するものがやっぱりわかりにくいんよ、だからしんどさをわかってもらおうと思ったら、とてもしんどいです、じゃあどうするかっていうことをここで話し合わなあかんよねって。(ID5)」と、他者からどのように見えるのか、理解されているのかを伝えていた。

《自分の状況をわかってもらえるようにシグナルを発信させる》

「どうやらわかりにくいみたいね。その人はしんどい、私にはそんな風に見えへん。ということはしんどい時には、あなたがしんどいということを言わへん限り、支援者は気づかないですよって。(ID5)」と、自分の状況を相手に分かってもらうために、言葉

で伝える必要性を伝えていた。

《しんどさを伝えられたことを褒める》

「本人が『すごくやっぱりしんどいので入院をしたい』『ちょっと休憩したい』っていう言葉が出てきたんですね。それってすごいことやねっていうふうに評価をしたんですけど、そんなことができるようになって。(ID9)」や、「でもそんなにすごく効いてるってことはこの人の場合ないだろうから、でもしんどい時この人が言いに来れるっていう、言いに来れるってことがすごいねって。(ID11)」のように、しんどい気持ちを自ら伝えられたことを評価していた。

②〈生活上のストレスへの対処法を得る〉

〈生活上のストレスへの対処法を得る〉は、毎日の生活の中で困っていることを尋ね、その対処について一緒に考え、対処方法を身に付けることである。《生活上の困りごとを引き出(す)》し、何にどうして困っているのかを考え、《生活上のもめ事への対処方法を話し合う》ことで、生活を良くしていこうとする気持ちを高める。一般的な対処方法を助言しても、なかなか身につかないことがあるため、《体験と摺合わせながら対処法を練る》ことで、実践している対処法の適切さを検討し、より効果が期待できる方法を探す。家族の干渉や、家族のペースに巻き込まれたり、家族からのプレッシャーなどがストレスとなって、自分のペースが乱されたり、病状が悪化するような場合、家から外に出かけてみたり、家族と一緒にいる時間を短くして《負担となる状況からうまく離れる》ことで、ストレスに対応する。日常生活でのストレスがかなり高い場合には、日常生活そのものから距離をとるために入院を勧め、ストレスとなる生活から完全に距離をとることもある。また、困りごととしてはっきりとは認識されていないときには、《違和感を題材に打開策を話し合う》ことで、困りごとや生活の悪循環になっていることをすくい上げ、対処法を検討する。

《生活上の困りごとを引き出す》

「生活の洗濯なり、あとゴミ出しの仕方とか、ヘルパーさんが入らないので掃除の関係とか、そんなのを困ってないとか、押し付けるというよりは困ってないという形で、確認しながらとか、基本的にいつも困ってることなあいみみたいな感じの問いかけは必ず。(ID2)」と、生活上の困りごとを細かに聞いて確認していた。

《生活上のもめ事への対処方法を話し合う》

「時々早朝とかになんか早く目が覚めたりとかすると、やっぱり寂しくなったりはするみたいで。だけど、思い出すと当初は、それでグループホームの別の部屋の人のところをトントントンと行って結構トラブルも立てたんですよ。だけど、そのことに

関しては、早朝やっぱ行くこんなトラブルは起こるしお互い嫌な思いをするやろってその時々で振り返りをして、じゃあ早朝もし目が覚めたらどうするかっていう話をしたら、本人はやっぱ寂しいって言わはるから、その期間、例えばお母さん結構早起きなんですよね。結構高齢なので。お母さん、例えば電話受けれますかっていう話をしたら、オッケーやったんですよ。だから、たぶんその間は、なので他人のお部屋に行くんじゃないかって、お母さんに電話を掛けましょうとか。(ID9)」と、生活上のトラブルへの対処法を話し合っていた。

《体験と摺り合わせながら対処法を練る》

「私の中では彼の体験とすり合わせていく中での対処策を組んでいくことが心理教育っていうかね、今自分の困っていることに対して、何が自分でもやれるかもしれへんっていう対処策と一緒に考えていくことが私の中での心理教育として大事なことやと思ってるんです。(ID5)」と、体験と摺り合わせて、対処法と一緒に考えていた。

《負担となる状況からうまく離れる》

「割と自分のペースで生活するのが好きな人だったので、ビデオを見たりとか、本を読んだりする人だったので、多分そういうのを子供たちがいると邪魔されてたんだと思うんですよ。ストレスになったのかなって思っ。じゃあちょっと外に出たらって、漫画喫茶とかに行って自分のいい時間過ごすのもありじゃないっていうようなことも提案してたと思います。(ID17)」と、しんどくなる状況からうまく離れる方法を提案していた。

《違和感を題材に打開策を話し合う》

「私は病気のことを認めてくださいとか、病気のせいでこのことが起こってるっていうことをちゃんとわかって薬飲んで下さいよっていうようなことはあまりこだわらなかったんです。とにかく今持ってる違和感、なんかおかしいなって思ってること、それから生活の中で悪循環としてまわっていることを打開するためにどうしようかっていう話をしていたんですけどね。それが定期的に必ず月曜日に面接があったので。そこをすり合わせていく作業をいつもしていきましたよね。(ID5)」と、ケースが感じている違和感を題材にして、どうすればよいかを話し合っていた。

③〈ストレスから解放し力を抜かせる〉

ストレスからの緊張状態が続くことは、精神機能にも影響を及ぼす。〈ストレスから解放し力を抜かせる〉は、環境や状況など様々なストレスからの緊張状態を積極的に解くことである。能力の限界が感じられる場合には、それ以上頑張らせることよりも、少し休んだり遊んだりして《限界の手前で気を抜くことを勧める》ことで、限界までやり過ぎないこ

とを覚えさせ、《ストレスから解放された時間は自由にさせる》《構わないことで居心地をよくする》ことで、緊張をほぐし休ませる。年齢や病気による機能低下などセルフケアが徐々に落ちていく場合には、《目標を上げて進めるよりも、今の状況を認める》ことで、今のままでよいことを伝え、プレッシャーから解放し、緊張を和らげる。

《限界の手前で気を抜くことを勧める》

「なんだか生活の豊かさがなくなってるなあって私は思ってたんですね。だからこんな生活はずっと続けられるものではないし、ほんまにそれが彼にいいことなんかなあっていうのをずっと思ってた。ほんでもうこんだけできてるんやし、やめましようって。もう少し力を抜く、もう頑張れることはようわかりました。で、ちょっと切り替えたというか。だからしんどい日はプログラムを休んでくれてもいいです、自分の体調に合わせて、少し余暇も、遊びに行ったり、楽しめることも残してデイケア過ごしてほしいって。(ID5)」と、頑張れる限界にきていると判断し、限界の手前で力を抜くようケースに促していた。

《ストレスから解放された時間は自由にさせる》

「作業所があるので、作業所だけでかなりのストレスになるっていうのをみんなも共通して思ってたので、それ以外のことを強要しないというか、ずーっと作業所行かない時はベッドで寝てたりするんですけど、無理矢理促すこともなくっていうのも逆に良かったのかもしれないな。(ID6)」と、活動への促しにメリハリをつけ、緊張を解く時間をもてるようにしていた。

《構わないことで居心地をよくする》

注釈妄想のため集団で過ごすことが苦手なケースには、「プログラムの中にいったん入ったら、あえて声かけもしませんし。なんていうのかな、ホントに特別なことはしなかったです。流れに乗って彼女がやればいいし。ホントに、言わないといけないことだけ伝えて、ほったらかしにしました。(ID13)」と、プログラムへの参加の意思確認をその程度で、特別構わずに自由にさせることで居心地の良さを体験させていた。

《目標を上げて進めるよりも、今の状況を認める》

「だからその辺もあんまり目標高くしちゃうとプレッシャーなんか。今なんかやっぱ生活安定しているんで、これから次のステップとかどどん目標上げていくというよりも、もう今彼が頑張っていることを認めていくっていうふうにはしてはいて。だから、次のステップというところは話題に出なかったわけではないんですけど、そこもちょっと待とうっていうことにはなってたと思う。だから本人が次に進みたいとかなんかっていうことが出てくれば、振り返りの中で次っていうのもありだけれども、基本的には今の

頑張りをもう認めていくってもう年齢もどんどん上がってくるし。むしろもう下がるところ止めるとか維持するっていうところがもう大事になってくるのかなって思うと、あんまりもうそっち、こちらからっていうよりは、本人が言い出したらねっていうぐらいでちょっと置いていて。むしろ今が維持できるようになっていうところではあります。

(ID9)」と、目標を上げて進める段階から、今の状態を維持する段階に来たケースに、今を認めることを大事にして関わっていた。

④〈予測されることに対して心の準備をする〉

病気の経過が長くなり、当事者を支えていた家族の老いや病気、死去などで、家族の関係が変化したり、家族の援助を失ったりすることは、病状にも影響を及ぼしやすい。〈予測されることに対して心の準備をする〉は、将来予測される動揺するであろう出来事に対して、少しずつ心の準備を整えていくことである。《いつかのためにと備える》《今後の出来事への心の準備をする》ことによって、避けて通ることが難しい出来事に対する心の準備を進めて、病状の悪化を予防したり、早期に対応できるようにしている。

《いつかのためにと備える》

「本人はお母さん認知症のとこ来てるんで、その状況の変わったところを何とか今調整しようとしてるくらいで、何か大きなところでステップ、小さなところかもしれないですけどステップしようっていう、日々何か、変化が合ったときに、それが彼がうまくどう対応できていて乗り越えていくかっていうところで、プログラムっていうか枠組の方を調整したりとかですね。(ID7)」と、スケジュールの調整を行い、家族の状況の変化に備えていた。

《今後の出来事への心の準備をする》

「いずれお父さんもなくなるんやということを、予想してたらいいんだけど、予想していないことが起こると混乱しはるんやなあということが見えたので、先々お父さんはいずれなくなるんやということを何回か話をしながら。それに耐えられない気持ちになるなら入院をすることも視野に入れとくことねって話はしたりとか。(ID2)」と、将来に起こるであろう出来事への心の準備を少しずつ始めていた。

3) [現実的な生活目標を目指す]

[現実的な生活目標を目指す]は、当事者の精神機能や力を査定して、〈頑張りたい気持ちは汲みつつ行動を抑える〉〈現状に合わせて、できないところに手を貸す〉ことで、力に応じた行動を促し、〈実現可能なあり方を目指す〉ことで、目標を高く掲げずに達成可能な目標を目指すケアである。

①〈頑張りたい気持ちは汲みつつ行動を抑える〉

集中力や持久力が低下し、活動により疲労を感じやすい。その一方で、自分の役割を果たしたい気持ちや世話したい気持ちから頑張り過ぎて、その結果、長続きしなかったり、病状を悪化させてしまうことがある。〈頑張りたい気持ちは汲みつつ行動を抑える〉は、何かを頑張っただけでやりたい気持ちは評価しつつも、やり過ぎてしまうことでの病状の悪化や生活への支障を避けるために、行動を抑えることである。家事を手伝おうとして、自分ができる以上のことをしようとする当事者に、《ストレスや疲れの体への現れ方を知る》ことを促す。そして、家族と話し合う場を設けて、担当する家事や役割を限定して、《頑張ろうとする気持ちを汲みつつ、やり過ぎないように（する）》として、ある程度は欲求を満たしつつ、活動を制御して病状の安定を図る。そして、家族のペースに合わせて疲れてしまう当事者に、休んでよいことを話し、どの程度までなら頑張れるのか《力の出せ方を自覚させ（る）》、活動のバランスをつかめるよう促す。また、食事の準備についても、全て自分で調理するのではなく、宅配弁当を取り入れるなど、《手を抜いて疲れ過ぎないようにする》ことでも、頑張りたい気持ちを汲みながら行動を抑えて、病状の安定を図る。

《ストレスや疲れの体への現れ方を知る》

「頭が痛いとかいう症状が結構でる人だったんです。で、毎日のように痛みどめを飲んでいて、それ自体もあまりよくないなあってこともあったので、飲む日と飲まない日というのを付けてもらったりしたんですよ。そしたらやっぱり痛いときの前には、お姉さんとの間のストレスがあることが見えてきて、じゃあなんでストレスになるんだろうねって。(ID16)」と、ストレスが体にどのように現れるのかを理解させていた。

《頑張ろうとする気持ちを汲みつつ、やり過ぎないようにする》

母親の手伝いをするものの、集中力や体力がもたず最後まで続けられないケースに、「本人は洗濯物を洗濯機に入れるぐらいだったら楽だって言ってたから、それだけでいいから、それをしてくれると本当に助かるからっていうところでやることをちょっと限定するっていうか、そういうところを家族とナースと入って一緒にしながら整えてあげたほうが本人楽かもしれないですねなんて話をしたりして。どう言っただけで彼女やろうとするよねみたいな感じもあったので。1回目の退院の前にはそんな話を私と本人とお母さんとでしたりもしましたね。(ID11)」と、無理なくできる範囲で手伝うことを勧めていた。

「彼女の中で人の世話をしたいニーズがある人だったので、そのニーズも若干満たしつつ、でも彼女が疲れすぎないくらいにっていうのはこちらで調節してたかなっていう感じがしますね。(ID16)」と、気持ちは汲みながらも、負担とならない程度を調整していた。

《力の出せ方を自覚させる》

「やっぱり彼女がどうしても調子がいいとやり過ぎてしまったりとか、してしまうところはありましたけど、その後そうなるっていうことを振り返ることができたので、ちょっとここからは休もうかっていう風にはしてたと思います。(ID16)」のように、振り返りをすることで、力を出す加減を自覚できるよう促していた。

《手を抜いて疲れ過ぎないようにする》

「ほんとに家政婦さんみたいな生活をしてたんですよ。それはやめようということになって、自分でご飯を準備しようということになって、それは大変なので、宅配弁当を頼んだんです。そうしようっていうことで。ワンコインでお弁当が来るよっていうことで、お弁当を配達してもらうことにしたんですね。(ID16)」と、家事手伝いを減らし、家事で手を抜けるところは抜いて、疲れ過ぎないペースを調整していた。

②〈現状に合わせて、できないところに手を貸す〉

年齢を重ねることで身体機能が低下してくると、活動や行動のレベルを上げることよりも、維持することが重要になってくる。〈現状に合わせて、できないところに手を貸す〉は、できることを増やしていく援助から、《助けを求めてきたところを支える》《自立を目指さず、できないことには手を貸す》ことによって、できていることを維持する援助へとケアの形態を変え、当事者の自尊心を保護する。

《助けを求めてきたところを支える》

「たぶん前は、どうしたいですか、とか目標何ですか、とかっていうところでしかなかったところが、やっぱり本人が助けてくださいっていうところ支えるっていう関わりが変わってからは、自分からその話をしたりとか、こんなん言われてうれしかったとかね。それこそ訪問看護師さんが、なんかこんなふうに言ってくれてすごい楽になったとかね。そう、楽になったとか語れるんや、この人とかって思っ。ちゃんと自分の気持ちを分かっているんやなあと思っ。(ID9)」と、目標を掲げることよりも、助けを求めてきたところを支えるケアを大事にしていた。

《自立を目指さず、できないことには手を貸す》

「なんかこうなりましようとか、次の目標こうとかっていうよりは、本人が今求めていることとか、やっぱりもうどんどん下がっていくであろうセルフケアに関しては、本人が傷付き体験しないようにもうそこはサポートするとかっていうふうに、ちょっと転換していったっていうこともあつ。そこは本人を、私たちが管理っていうよりは本人を守るとか保護するっていうふうに変わっていったってのは、なんか本人には伝わったんじゃないかなっていうふうにごく思います。(ID9)」と、目標を自立レベルを

上げることから、できないことを少し手伝い、弱まっている自我を支える方向へと関わり方をシフトさせていた。

③〈実現可能なあり方を目指す〉

〈実現可能なあり方を目指す〉は、当事者が希望としている姿や自己の目標が精神機能やもっている力と照らして高いと判断される場合に、実現可能な目標のラインに擦り合わせることである。《手の届きそうな目標まで譲らせる》ことで、一気にゴールを目指すのではなく、目標をステップに分けたり、目標のレベルを少し下げて、実現可能な目標へと近づけていく。また、当事者の希望はきちんと聞きながらも、《希望をかなえられそうな形に変える》ことで、実現可能性を高めている。

《手の届きそうな目標まで譲らせる》

「何もかも言われるままに彼女がやりたいっていうことをやるんじゃなくって、そこを今の自我の状態にあわせた活動というかね、立ってる位置にもう一度もどした、そこから積み上げていったのが、多分良かったんちゃうかなって思ってるんですけどね。疾患じゃないかもしれないけれど、常にそうやってちょっと手が届くところというか、には下げてるかもしれません。本人具合が滅茶苦茶悪くならず、目標、本人がこうなりたいていう姿にちょっとでも近づけるところを、いきなりここじゃなくって、ここかもしれないし、もっとここかもしれないですけど。そこは私は多分判断しながら、今ここからかなあ、さすがにここからなんていう直接的に言うと、絶対抵抗示されるやろうなっていうときは、なんかうまいことランチする場所の件じゃないですけど、降りてこれるように。(ID8)」と、元々の高い目標を手が届く目標にして、達成感が得られるようにしていた。

《希望をかなえられそうな形に変える》

「始めは、担当も代わったよねって、今までどんなことして過ごしてた？、どんなことしたいかな？っていうのを聞いて、もって帰ってきといて、あとはこっちが希望は形上聞いているんですけど、こっちのやりたい方にもっていくようなことをしましたね。ご飯一緒に食べたいとかは言ってはったので、ショッピングセンターの中のあそこで食べたいとか、こんなこと食べたいとかって言ってはったんですけど。そっかそっかそれもいいよね、〇〇さんの家の近くにあるあの店、すごくお洒落じゃないとかって言って、私1回行ってみたいと思ってるんやけどって話をしたんかな。(ID8)」と、希望通りではなかったが、外食するという希望に焦点を当てて、希望を叶えるようにしていた。

4) [これからの生活を見通して準備する]

[これからの生活を見通して準備する]は、事態を予測し、将来を見越して準備することへの苦手さに対して、〈うまくいかなかった出来事を振り返る〉ことで何が課題かを検討し、〈これからの生活のイメージを具体化する〉〈目標に向かう道筋を見せる〉ことで、生活のイメージと目標を合致させ、その過程を具体的に計画していくケアである。

① 〈うまくいかなかった出来事を振り返る〉

〈うまくいかなかった出来事を振り返る〉は、出来事や自分の行動について、振り返るタイミングや場所を考慮しながら、行動を妨げる要因を知って、今後に向けてより適切な行動がとれるようにすることである。《うまくいかなかった行動を振り返る》《これまでの働き方を振り返る》のように、つまづいた出来事を振り返ることで、何が行動の結果を妨げたのかを考え、今後の行動の変化に結びつける。

《うまくいかなかった行動を振り返る》

「できひんかったらできひんかったでやっぱり体調の問題があったりとかね、思ってたよりも作業が難しかったとか、それはそれで何で難しかったんやろうってことをまた一緒に話しませんかっていうようなことをやったんですよね。(ID5)」と、うまくいかなかったことを具体的に一つひとつ振り返っていた。

《これまでの働き方を振り返る》

「自分はちゃんと働きたいって思いはその都度その都度あったんです、それをやっぱりね現実に目を向けて、今までのちょっと振り返って、今まで働いてきてどうやったのみたいな感じで。今まで働いてきたら、やっぱりしんどくなって辞めたとかね、短時間か短期間で辞めたとか。それはやっぱりちゃんと身体を慣れてないからやねみたいな。その都度その都度ちょっと振り返ってもらって。(ID4)」と、これまでの働き方で何が起こっていたかを振り返っていた。

② 〈これからの生活のイメージを具体化する〉

将来や今後の生活に向けて予定を立てたり、準備をしたりすることは不得手であることが多い。〈これからの生活のイメージを具体化する〉は、退院や就労などに向けて、どのような生活ができるのか、何を準備したり練習したりすればよいのかなど、今後の生活を具体的にイメージすることである。入院中であれば、《退院後の生活に必要なことをイメージする》ことで、入院中から退院後の生活に必要な家族とのつき合い方や生活の技能などに関する準備をして、生活の移行を円滑にする。また《先の生活を思い描かせ(る)》て、当事者の希望を明確にししながら、そこに向かって《これからの生活を考えて準備を積(む)》み、希望の生活へと近づけるよう促している。

《退院後の生活に必要なことをイメージする》

「ご本人も一緒に入って、退院ほんとにしたくなかったときに困らないように、今のうちから練習をしておきましょうというような話で、OTに行ったり、病棟から外に出たり、そのためにちょっと身なりを整えたりっていうのでスタートしたんです。(ID6)」と、将来のためにと声をかけながら、退院後の生活のイメージを強化していた。

《先の生活を思い描かせる》

「思考障害はかなり強いんですよ。だから自立しないといけない、親からも離れて、いつまでも親に頼らんと生きていかんとあかん、それは大分覚悟がついた、じゃあその方法は何がありますかって言われたら、ほとんど本人から方法は出ない。友達から、数少ない友達はあるのでデイケア時代の、聞いた情報の中で援護寮とか利用してるとか、病院に聞いて単身のところ探してそこで生活してるとか聞いて、そういう方法なんかなあって思ったりはするけど。具体的な計画は全然考えられないから、そこはちょっと考えさせて。 (ID1)」と、一人暮らしを含めた将来について、具体的に考えることを促していた。

《これからの生活を考えて準備を積む》

「ちょうど5カ月目ぐらいに、今度は最後のセッションとして、退院にあたってっていう SST を。1人 SST だったんですけど、始まったのね。そこに私もメンバーで入った。それから少しまた退院後のことで、今後どうしていくか不安は何かっていうことをずっと話し合っていく、ということをやりました。(ID14)」と、仕事のことや退院後の生活について話し合っていた。

③〈目標に向かう道筋を見せる〉

当事者は自分の目標をもっている、そこに至るまでにどのような過程を経なければならぬかを検討することが十分できず、一足飛びに到達を目指そうとすることがある。〈目標に向かう道筋を見せる〉は、退院や就労など当事者が目指している目標に向かって、何にどのように取り組めばよいのかを具体的に教え、目標到達までの過程を示すことである。《目標に向けて段階を踏んで進める》《退院の目標に至るまでの道筋を考えさせる》ことにより、目標に至るまでを段階にわけて示し、順番に取り組む必要性を伝える。また、他に必要となる支援者や資源につないで、《目標に向けて行動を拡げる》ことでも、目標達成に至る過程を支援する。

《目標に向けて段階を踏んで進める》

「お仕事がしたいという思いが強いので、第1歩として、そういう風な就労の、いき

なり仕事するんじゃないかって、リハビリみたいところで、就労支援のところっていっぺん行ってみないかっていうことで、持ち出して。(ID4)」や、「ほんまにキャリアウーマンになる、そのためには挨拶をすること、話し方や態度が大事なんですよねっていうので、そこに向かって練習をしてはる。(ID8)」と、働くという目標に向かうまでに、どのような段階を踏めばよいかを伝えていた。

《退院の目標に至るまでの道筋を考えさせる》

「約束はしてて、本人はもう、何とか早く帰りたいとか、仕事探すとか言ってたし。なんか、そんなことも言い出してたのね。だから、早く帰るためにはここにずっと、ここから帰る人はいないっていうふうに言って。あ、そうなんですか。ここから帰れないんですか。保護室からね。それはいないよって言うから、じゃ、頑張って出ますっていうふうにして、最初は出たので。そういう意識はちょっと持った感じですね、早く帰るためって。(ID14)」と、退院するには保護室以外の病室で過ごせるようになることが必要であると、退院までの道筋を伝えていた。

《目標に向けて行動を拡げる》

「外の資源につなげたんですけど、別の症状が出てきて拡大していかなかったんですよ。で、お家の中でお母さんのサポートしたり、する形で、私が訪問終了頃は安定してたっていう状況です。(ID17)」と、働いて自立したいというケースに、目標に向けて行動を拡大するよう促していた。

5) [よりよく生きる生活スタイルの確立を目指す]

[よりよく生きる生活スタイルの確立を目指す]は、〈生活に合わせた薬の管理方法を決める〉〈健康を高める生活について助言する〉ことで、健康管理が適切にできるよう促し、〈生活に潤いをもたらす〉ことで生活を豊かにして、〈自分なりの生活スタイルの確立に向かう〉ことで、生活の質を高めることを促すケアである。

① 〈生活に合わせた薬の管理方法を決める〉

服薬は長期にわたって続くため、薬の管理方法は生活に合わせたものでないと、継続が難しい。〈生活に合わせた薬の管理方法を決める〉は、起床や就寝時間など生活のリズムや、服薬を確認してくれる援助者の存在などに応じて、実践可能な方法を決めることである。《服薬管理をできるやり方に合わせていく》《薬の管理ができる方法を探す》ことで、安全を保てる範囲で服薬時間を調整したり、薬の保管方法を検討して、薬が継続できる方法を見つけていく。そして検討内容を基に、薬のセットや自己管理について《やれそうか試してみる》《服薬管理のための方法を練習する》ことをして、個別的な管理方法を決める。さらに、支援者で情報を共有して《服薬が続けていけるかを確認する》ことで、薬の管理

を支えている。

《服薬管理をできるやり方に合わせていく》

「夜は1回眠たくなるんですよ、夕のお薬飲むと眠たくなるんですよ。で、そのまま寝てしまってね、夜中のへんな時間に眠剤を飲んだりとかはしてました。だからここでこう飲んだら、こう飲んでねとか、夕のお薬飲んで寝てしまうんやったらもういいよ、夕食後7時半くらいに飲むんやったら、もういいわ一緒に飲んでもいいわとか。そこは彼女の生活にあわせて、飲める飲み方っていうかね、ほんまは夕と眠前分けて飲んでほしいなとか、これくらいの時間飲んでほしいなとか色々ありましたけど。そんなこと言ってもできそうにないじゃないですか。本人もそんなに力あるわけじゃない。家族も具合によったらそんなサポートできないし、ほんならとにかく安全パイを踏む、いいよ、一緒でもいいわ、飲んで。早めのこれくらいに飲んでも、この辺りで起きられるようになっていうのは、こちらの観察でもって。こっちは複雑に確認し、狙いをもってましたけど、彼女にはそんなことはあれこれ言いませんでした。(ID8)」と、薬の反応を査定した上で、生活リズムに合わせて服薬時間を調整し、服薬継続できるよう支えていた。

《薬の管理ができる方法を探す》

「これ考え方をちょっと変えて、ゴミ袋じゃないけど、広告で箱をつくって、それを7個作って、1日分をそれぞれ分けた分を入れてしまいなさいって。入れてしまいなさいって、全部この1袋もわんさかあるんですけどね、そこに1日分を入れて、2日分、3日分って分けて、毎日作る。その日の夜に明日の分をつくるという形を。1日1日明日の分をつくるというのを、私の訪問の中ではあまりないんですけど。毎日夜に明日の分をつくる。また今日の夜に明日の分をつくるということで。毎日薬をセットするみたいな。(ID2)」と、ケースに合った、ケースが継続できる薬の管理方法を一緒に探していた。

《やれそうか試してみる》

「それを何回かする中で、今度私が来るまでにつくってみてって、それを私が確認しましょうかって形にスタイルを一步段階をあげて。この方基本的に理解力すごく高い方で。(ID2)」と、薬の管理方法が実際にできるようになったら、ステップを上げて試しながら自己管理の部分を増やしていた。

《服薬管理のための方法を練習する》

「あとお薬の方なんですけど、看護師の方が最初は一応入院前、退院前から練習して、薬自己管理していくようにしてて、あと退院後も投薬ポケットっていう朝昼晩寝る前って入れるものに1週間一緒にいれてたんですけども。今は本人さん自分でセットできるようになって、週1回の訪問でそれを一緒におうてるかどうかみたりとか、残薬を、飲

み忘れないか確認したりすることもあるんですけども。(ID4)」と、薬の管理の練習をケースと一緒に行ってた。

《服薬が続けていけるかを確認する》

幻聴で服薬できなくなるケースには、「今日はなんかおかしかったなっていう感じはありますよね。それでその時はケースワーカーさんとか OT 活動されてるスタッフとかにちょっとこんなんやったけどどうかなっていう感じで、あとのフォローとかあとの様子を見といてもらうとか、前後の様子を確認するとかしたりはしてますね。(ID4)」と、支援者間で情報交換しながら、服薬継続を支えていた。

②〈健康を高める生活について助言する〉

〈健康を高める生活について助言する〉は、身体疾患の有無にかかわらず、健康的な生活ができるように、食生活や運動、金銭管理などについて情報提供したり、助言したりすることである。《身体の健康に注意を向ける》ことで、健康的な生活を送る大切さを意識させ、《健康のために良いことをアドバイスする》《食生活についてどうしてほしいかを伝えて考えてもらう》ことで、選択や判断を促して、生活での実践に結びつけるようにしている。

《身体の健康に注意を向ける》

「また借金抱えてるっていうのがあるのでね。今だから仕事しだしてきたので、いいもん食べな仕事できへんで言うたら、体が大事やで、仕事できへんなるよ、体力つけとかなあかんよ言うたら、ああ肉食べよとか言うて、素直なんですよ。(ID4)」や、「銀行が 9 時ぐらいから開くんでしたかね。ATM が開くんですけど、7 時から待って並んだりとかするんですよ。ええー？とかって。何回言ってもすごくできなくて、でも 2 時間ね、例えば夏の間も、その時間待ってたらもうほんとぶっ倒れそうになるからこっちが心配になるんですよ。何回言っても聞かへんしと思ってて。(ID9)」と、身体の健康状態に注意を向けるよう促していた。

《健康のために良いことをアドバイスする》

「和食系、あまり肉とかはよくないので、そういう和食系で魚とかはいいよっていう感じで勧めていったりとかね。(ID3)」や、「展覧会があるんですよ。それをそういう情報が入った時は、こんなあるよ、無料だし、近いし、歩いても結構いい運動になるよ、一緒に行かないかなみたいな感じで誘って。(ID3)」と、健康のために良いことを助言して、実行を促していた。

《食生活についてどうしてほしいかを伝えて考えてもらう》

「食べたいという気持ち持つてはるから、食べたいよねえ、食べたらあかんとか、これしたらあかんとかという言い方は制限するような言い方は比較的ね、他の方もそうなんですけど、こうしてほしいなとか、こうした方がいいと思うよとか。(ID2)」と食べたい気持ちは汲んで、制限するような言い方を避け、看護師の期待を伝えていた。

③〈生活に潤いをもたらす〉

当事者は病気とつき合うことや、病気による生活への障害によって、日々の生活を送ることに精一杯で、気持ちにゆとりがなくなることがある。あるいは生活が安定して、時間や気持ちにゆとりができたものの、その時間を充実させられずにいることもある。〈生活に潤いをもたらす〉は、《生活に潤いをもたらすものを探す》《生活に楽しみを取り入れる》ことによって、心の豊かさの大切さを意識させ、生活の質を高めることにつなげている。

《生活に潤いをもたらすものを探す》

「意識的に生活しっかりできるようになってきたから、ちょっとしたストレスあるって言ってたこともあって、その時に生活の潤い、質を高めるような、生活の潤いをちょっといるねっていう話をしたら、私もそう思ってたって。私もそう思ってたとか言って、丁度1年経ったからその辺の話をちょっとしたら、私も思ってたって言って、何がいいやろうねとか言って話しをしたら、結構その辺もね自分から出てきて。この方アロマがしたいと。(ID2)」のように、生活が安定してくると、生活をより豊かにすることを一緒に探していた。

《生活に楽しみを取り入れる》

「趣味的な、本人は仕事したいって思ってるんで、仕事してるんですけど、あと楽しみとかねえ、もうちょっと生活していく上で映画を見に行ったり、何か余暇というか、なんか自分が気分、真面目ですからね、なかなかそれが見つけられてなくて。1人で行かれへんのやったら、ガイドヘルパーさんとかも色々手はあって、どっか行きたいとかあったら言ってもいいよ。(ID4)」と、真面目に生活をしているケースに、楽しみを生活の中に取り入れることを勧めていた。

④〈自分なりの生活スタイルの確立に向かう〉

当事者はどのような生活を送りたいか、それぞれに望みをもっている。〈うまく生活するためのスタイルを確立する〉は、《望みに添って生活スタイルの確立を目指す》ことで、当事者の希望する生活を考慮しつつ、病気とつき合いながらうまく生活できるようになるのを援助する。また、家族と同居している場合は、《家族とうまく生活するために家族との話し合いを勧め(る)》、家族の中での当事者の役割を決めることで、当事者への負担

を減らしたり、家族が過大に期待しないように調整したり、「家族とうまく生活するための生活の流れを組み立てる」ことで、家族間の距離を調整して家族でうまく生活ができるようにする。そして、「今できている生活を保つ」ことで、安定した生活を維持できるように支援する。

《望みに添って生活スタイルの確立を目指す》

「なのでこっちがちょっとあきらめながら、自分の生活スタイルみたいなものを確立していく方を支援していったかなって思います。最初は親の動機で入った訪問でしたし、その可能性があって彼女も言葉では出ていきたくって言ってたので、そこが共通の目標なのかなって思ってたけど、実際様子見てるとそうじゃないなあと思ったので。(ID17)」と、その時のケースの希望やペースを大事にして、生活スタイルの確立を目指していた。

《家族とうまく生活するために家族との話し合いを勧める》

「例えば、洗濯もここまではお姉さんにやってもらう、ここまでは私がやるみたいな形、少しお姉さんと話し合ってみてはどうか、でもなかなかそれはできなかったんですよ。何回か入退院を繰り返したんですけど、入院中に医師に入ってもらって、家事の分担みたいなのは調整をしていったっていう経緯もありました。(ID16)」と、家族と家事の分担について話し合うように勧めて、生活の調整をしていた。

《家族とうまく生活するための生活の流れを組み立てる》

「どっちかというストレスが重ならないように、例えばご両親のお小言が出ないようなスケジュールを事前に組んでいくとか、そっちのほうをメインでやって。あとは、ご実家に帰るときに、両親のお小言対策というふうに言ってましたけど。かなり日常生活の構造化を本人と、スケジュールを立てて、割合構造化してやることも明確にしていた。(ID10)」や、「お母さんとの関係のある程度いい距離を置かれて、それぞれに1日中、お母さんと家にいるんじゃないくて、そのためにもOTに行ってもらったりとか、生活リズムの規則的な生活リズムもということでもOTに行ってもらって、OTの方に通所できるようにっていうことに関わってたんですけどね。(ID3)」のように、家族とうまく生活できるようにするために、家族からの不満や小言が出ないように、毎日のスケジュールを決めていた。

《今できている生活を保つ》

「生活に関しても自分である程度できてるし。満たされないもの、満たされないからうーんってきてるのか、ほんとはね、はっきり言い切れない部分もあるんですけどね。私としては今の生活続けているだけでいいかなとは思うんですけどね。(ID2)」と、安定している今の生活を維持できるように支えていた。

6) [共同生活者の関与のあり方を調整する]

[家族の関与の在り方を調整する]は、〈病気とのつきあいに家族の関与を求める〉ことで、家族の協力や支援を得たり、支援することが家族にとって負担が大きければ、〈家族の抱える重荷を解く〉ことで家族の関わりを減らして、〈家族が注ぐ力を加減する〉ことで家族の関わり具合を調整するケアである。

① 〈病気とのつきあいに家族の関与を求める〉

当事者が病気とうまく付き合っていくためには、当事者自身の努力もさることながら、家族ができる範囲での協力や援助を行うことも大事である。〈病気とのつきあいに家族の関与を求める〉は、どのような病気であるのかを家族が理解し、症状への対応や病気とのつきあいに関わることを促すケアである。また、当事者への関わり以外にも、他の家族の支援者として病気とのつきあいに関与することもある。

《家族に病状の理解を求める》は、家族に心理教育を行い、当事者の症状と病気の症状との関連付けをする。そして、例えば家族への確認行為が頻回になった時は、当事者にとっての注意信号であるので、家族としては大丈夫であると声をかけるといった《注意信号を発しているときの関わり方を家族に伝え(る)》たり、当事者がどんなしんどさを抱えているかを話して、当事者の発言を否定しないようにしてほしいと《家族に症状への対応をお願い(する)》したり、当事者が大声を出すときや立ち尽くしているときにはどのように頓服を選択すればよいのか教えて、《家族に対応方法のアドバイスをする》ことで、家族に病気とのつき合い方を助言し、家族が関与できるようにする。また、家族に当事者と共にケア会議の場に参加してもらうことで、《家族を支援者チームの一員として迎え入れ(る)》、家族も支援者として位置づけ、家族に支援の方向性を理解してもらい、病気とのつき合いにうまく関わられるよう促すこともある。

《家族に病状の理解を求める》

「例えばそれがこの病気の症状なんですよって言っても、相手の体験を理解するってことが難しいご両親で、いやあ、そんな言われてもね、私らあには全然わかりませんわっていう立ち位置だったんです。それを彼女の目の前でされるので、彼女としたら、もうわかってもらえないって思いになるし、すごくつらかった、逆につらかったですよ。だからここは一緒にしたらいけないわってことを感じたので、ご家族にはご家族のグループに入ってもらいました。(ID17)」と、家族を心理教育や家族会などに誘い、病状の理解ができるよう促していた。

《注意信号を発しているときの関わり方を家族に伝える》

「お母さんも初めてのことだから退院後の生活とか話聞く中で、今病棟でこんなこと

してるんですって本人が確認してきた時とかっていうのは、やっぱり黄色信号っていうんじゃないけどわりと強くなってると思うから、大丈夫って強化してあげてくださいってところで。(ID12)」と、ケースからの注意信号に、どう対応したらよいかを家族に伝えていた。

《家族に症状への対応をお願いする》

「(母親に) 彼女はこんなことでちょっとしんどくなってるんですって。その隣家のおばさんがっていうね。こういう、どうも悪循環になってるみたいなんですよって話しても、私が言っても取り合ってはくれませんでしたね。取り合ってくれない。ホンマにそんな人でした、お母さんは。だから家族に何かしたかっていったら、アクセスはしてみたものの、アクセスするたびにふられる。そして、一緒に何かを考えるというのは難しい感じでしたね。だから、お願いっていう形で、否定をせんといしてほしいっていうことは言いましたけど。(ID13)」と、ケースの体験している症状によるしんどさについて、家族に理解を促し、できる協力をお願いしていた。

《家族に対応方法のアドバイスをする》

「お母さん自身も退院した時の頓服の使い方とかが、こういう時にこの頓服とかっていうのが分かんないんですよ、なんてこともあったりして、確かにパッと見ての判断って私たちでも分かんないところをちょっと病棟のナースと入って、それは2回目の退院の前だったんですけど。ずっと立ち尽くしてる時にはこういう頓服だったりちょっと大声が止まらない時には何種類か出てたのでこれがいいかもしれないですね、っていうの作ったりして、それ活用しながら2回目の退院の時には関わってくれてみたいなんですよ。(ID11)」と、家族に頓服薬の使い方などを具体的に指導していた。

《家族を支援者チームの一員として迎え入れる》

「そんなお母さんやっぱり本人にとってどっか良くないっていうか、むしろ悪者みたいに思っていたけれども、なんかそうやってお母さんに役割を与えてこなかった私たちもいて、できるだけ話すように話すようにとかしか話をしていなかったから、お母さんも私たちのチームの一員としてやっぱ話し合いに入ってもらおうっていうことになって、最後の本人の家がどんな生活をしていきたいかって語ってもらうときには、お母さんにも入ってもらったんですよ。(ID9)」と、母親を支援チームの一員であると位置づけ、母親の役割をつくっていた。

②〈家族の抱える重荷を解く〉

家族は当事者への対応がよかったのかと悩んだり、当事者の反応に戸惑ったり、関わり方に苦慮している。〈家族の抱える重荷を解く〉は、接し方に不安や苦痛を感じている家族

の気持ちの負担を軽減するケアである。《家族にそれでよいと伝える》ことで、良い関わりをしていると保障したり、自分が面倒を見れていないから具合が悪いのではないかと罪悪感を抱く家族に対して、《家族のせいではないことを伝え（る）》、安心感をもたらして、家族の関わり方を保障する。また、薬の管理など家族が病気の管理として行っていることを、当事者や専門職者に任せ、《家族の関与を減らして肩の荷を下ろす》ことにより、家族が役割をとらなくても大丈夫であることを保障する。そして家族が抱えている不満や愚痴など《家族の話を聞いてガス抜きをする》ことで、家族の気持ちを楽にし、当事者の援助に向かう気持ちを維持させている。また、家族会などで他の家族との交流をもつ中で、《他の家族と気持ちを分かち合（う）》って、気持ちが軽くなると同時に、エネルギーを取り戻すことができる。

《家族にそれでよいと伝える》

「アパート探すときにはお母さんも不安でワーってなっていましたので、その話しも聞いて、今のでいいので、今のでいいのでっていう確認ですよね。そうやってやりましたよね。だからお母さんのサポートもかなり大事は大事ですよね。訪問はね、家に行ってるからよく二人でいるんですよ、ここに限らず。家族と一緒にいるので、否応なく家族のサポートもその場でせんとあかんこともありますよね。(ID1)」と、不安を感じている家族に、今していることで良いと伝え、安心させていた。

《家族のせいではないことを伝える》

「今までは彼女が具合が悪くなるイコール自分が面倒見れてないっていう罪悪感もお父さん持ってはったんです。だからいやそうじゃないですよ、お父さんもしんどい状況の中で、こうやって転々としながらも、ずっとお父さんが寄り添ってきたから、この生活があるんですよ。(ID8)」と、病状の悪化は家族のせいではないことを伝えて、家族を安心させていた。

《家族の関与を減らして肩の荷を下ろす》

「だからお薬については（家族は）言わないことにしました。本人に任せますって預けちゃって。で、服薬自己管理教室もやったから、本人が管理していくっていうことに、退院後して。ただ訪問看護師さんも入ることに。1回切っちゃったけど、やっぱり必要だよっていうことになって。本人も納得して。で、訪問看護師さんだけは、ちゃんと薬が飲めてるかどうか、そのことを確認するからねって、そこだけは。お母さん、確認しないから。本人は、ちゃんと飲んでるよっていうことで。(ID14)」と、薬を管理するという家族の役割を解いて本人に委ね、家族の負担を減らしていた。

《家族の話聞いてガス抜きをする》

「週1回診察の時にちょこっと私も顔を出してお母さんのガス抜き程度に話聞いたりもしながら、本人の状態も見ながらってところでなったんですけどね。(ID11)」と、共に暮らす家族の負担感を軽くするように、家族にも声をかけ話を聞いていた。

《他の家族と気持ちを分かち合う》

「こんなケガをするまでやられて、本人のお母さんとしてもすごくショックが大きかったってことがあって、そういうのを最初の時期に、俺にずっとしゃべってくれたから、家族教室でほかの家族の方ともいろいろ相談してみたらどうですかって言ったら、1回きたらすごくその会がよかったんですよ。(ID14)」と、家族が他の家族と交流をもち、気持ちを分かちあえる場を提供していた。

③〈家族が注ぐ力を加減する〉

家族は強力な支援者でもあるが、家族が当事者を支えようと努力していることが、過干渉になったりストレスをかけることになり、症状の増悪に影響する場合がある。〈家族が注ぐ力を加減する〉は、家族が当事者に適度な関わりができるように、力のかけ方を調整するケアである。

家族は身近いるために、かえって細かな変化や反応に気が付きにくかったり、当事者への期待が大きいために、小さな変化くらいでは喜んだり安心することができなかったり、家族以外の他者に見せている反応を知らないため、変化や成長に気が付きにくいということもある。看護師が捉えた当事者のいいところを家族に話して、《周囲に成長を見せていく》ことで、家族の認識を変化させる。また、親の高齢化に伴い、当事者をいつまでも世話し続けることが難しいと親自身が感じるようになると、親以外からの支援を受けられるよう親の手元から手放す覚悟をしなければならなくなる。そのためには《親が手放す覚悟ができるよう成長を見せる》ことで、親が世話をしなくても生きて行ける仕組みや制度が社会にあるという安心を家族に与えている。また、家族の期待や力が大きく、それが当事者のペースを乱したり、負担になっている場合には、家族の関心を家族会での活動や他の家族員など当事者以外に向かわせて、《家族の体験を活かす場をつくる》ことで、《当事者に向かう家族の力を分散させ(る)》て、当事者のペースが守れるようにする。そして《家族の期待より本人の希望やペースを大事にする》ことでも、家族が当事者に向けてくる力を弱めて、安定した家族関係を維持する。

《周囲に成長を見せていく》

「ランチに行くときもあれば、お家にお邪魔させてもらうこともあったんです。そういうときには、お父さんに色々伝えてはいました。でも伝えるときは時期を選んでましたね。お父さんが落ち着いてるときで、いいところからの報告をする。(ID8)」と、

家族の状態を見ながら、家族にケースの変化や成長を伝えていた。

《親が手放す覚悟ができるよう成長を見せる》

「（親は）最後の最後に手が離し切れんのやろうなって。自分らからもう離さんとあかんなって思って導入してきたけど、すごいその中で迷いがあって。もう生きがいになってますよね、自分達も離れがたいんですよ、子離れができんて言ってて。その段階が来てるので、それもありますよね。そこをお母さんの方にも配慮して入らんとあかんかなあっていうのがあって。言ってきたときにその話聞くのと、あとは折に触れ本人ができていく姿を見せることかなあって思って。少しできてる姿を見せて、こことここができてますね、今日はコーヒー入れてくれましたねとか、散歩行ってこんな話しできましたねとか、今日は一人であっちまで行きましたねとか。あれえ、そんなことしてるんですかっていうのを、増やして行って。（ID1）」と、ケースの努力や成長を家族に伝え、ケースの世話を家族の手から支援に委ねる決意ができるよう支えていた。

《家族の体験を活かす場をつくる》

「ちょうど近くにあった地域生活支援センターで、幾つかセンターのスタッフがプログラムを立ち上げようとしてたんですね。そこで家族支援もしたいっていう話が出ていて、家族の個別面談とかでお母さんに家族同士の、家族で困ってはる人の話を聞いたりとか、お母さんがアドバイスをするとか、家族に対するピアサポートとか。お母さんも話を聞くとかそんなんはできるし、言ってることは別に当然のこと言うし。もしそのお母さんがしんどいなって思ったら家族ももちろん離れていくしっていうので、そのピアサポートっていうのかな、ピアサポーターとして、お母さんに地域センターに来てもらおうかって。（ID9）」と、家族の体験を活かせるように、家族が他の家族の支援に携わる場や機会をつくっていた。

《当事者に向かう家族の力を分散させる》

「お母さんも生きがいっていうのを今は息子一辺倒やったところを、ちょっと別のところでお母さんの生きがいをつくっていったらどうやろって、お母さんの。（ID9）」と、家族の干渉がケースの負担となっているため、家族の生きがいをケース以外につくって、ケースに注がれる力を減じていた。

《家族の期待より本人の希望やペースを大事にする》

「親御さんには親御さんであきらめてもらったり、別のところに意識を向けてもらって、彼女は彼女で今のペースを守っていくとか。（ID17）」のように、家族の期待よりもケース自身の希望を大事にして、ケースのペースを守れるようにしていた。

第6章 考察

本章では、統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケアについて、看護ケアの構造、基盤としての自我機能を整えるアプローチ、アイデンティティ形成との関連、人や場とのつながりへの援助、看護実践への示唆について述べる。

I. 統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケアの構造

統合失調症は半数以上が回復し、従来の進行性・予後不良という見方からの転換を迫られている。また、入院期間の短期化や地域生活への移行を促進する社会施策が展開され、社会生活機能を高め、自分らしさを大事にした生活を構築していくことが一層必要となってきたおり、その人なりの生活を主体的に営むことに関わるセルフマネジメントの必要性も高まっている。しかしながら、統合失調症をもつ人は、認知機能の障害や生活体験の不足から、セルフマネジメントを行うことは容易ではない。

文献検討より、セルフマネジメントとは、病気や障がいをもちながらも最善の生活を実現することを目指して、病気や障がいに関連して生じる生活上の課題に対して、対処に必要な技術や技法、方略を用いて、当事者が意思決定をしながら問題解決をしていくプロセスであり、対処するための技術や技法を用いる能力と、意思決定をする能力、問題解決のプロセスをたどる能力が必要であることが明らかになった。この考えを基盤として、本研究では、セルフマネジメントで重要な意思決定や問題解決能力が脆弱な統合失調症をもつ人に対する、セルフマネジメント促進の看護ケアを明らかにした。

そして、セルフマネジメント促進の看護ケアとは、脆弱な自我を保護・強化するための【自我機能を整えるアプローチ】を基盤として、【症状からの自立を促すアプローチ】で症状をマネジメントする力を強化し、【自己をつかむことを促すアプローチ】によって、自分の意思で前に進むことや自信を高めることを目指し、【支援との結びつきを強めるアプローチ】で、支援の連続性を保障して、【その人なりの生活を支えるアプローチ】で、その人なりの生活のあり方をマネジメントする力を高めることであることが明らかになった(図2)。

統合失調症をもつ人は自我機能の障害により、判断や選択、決定、実行などセルフマネジメントの過程すべてが影響を受ける。そのため、【自我機能を整えるアプローチ】を提供することは、統合失調症をもつ人のセルフマネジメント促進のケアとして特徴的であると同時に、最も重要なアプローチである。【自我機能を整えるアプローチ】を基盤に据えることで、自我機能の状態を考慮したセルフマネジメント促進のケアが効果的に展開できると考える。また、【その人なりの生活を支えるアプローチ】は、病気や障害の特性を踏まえ、生きにくさを理解した上で、最善の生活の実現へと向かうために重要な看護ケアであると考えられる。個別性を重視した【その人なりの生活を支えるアプローチ】であるからこそ、その人の最善の生活を目指すことが可能になると言えよう。そして、【自我機能を整えるアプローチ】と【その人なりの生活を支えるアプローチ】との間を、【症状からの自立を促すアプローチ】【自己をつかむことを促すアプローチ】【支援との結びつきを強めるアプローチ】

がつなぐ形で、5つのアプローチの看護ケアが関連し合って提供されることで、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントが強化されると考える。

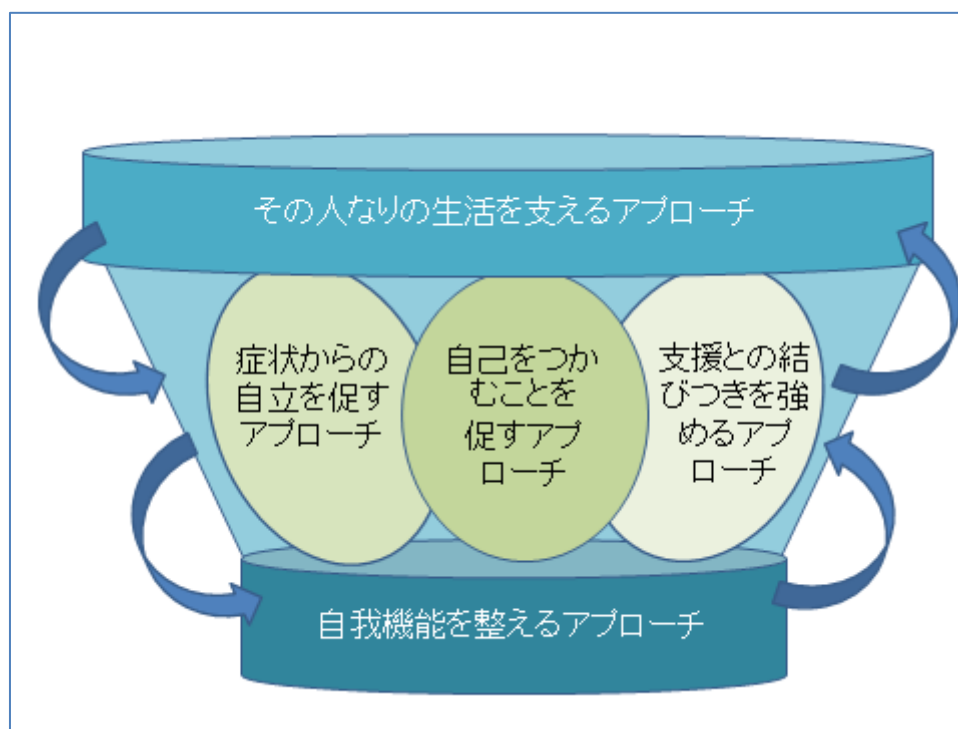


図 2 統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケアの構造

II. 基盤としての自我機能を整えるアプローチ

精神科看護では、自我機能の強化を目標とし (Morris, 1986)、自我機能に焦点を当てて臨床判断を行い (田嶋, 2002)、自我の力を動員するよう援助することが必要である (Kerr, 1990)。統合失調症をもつ人のセルフマネジメントを高める看護ケアにおいても、精神科看護師は当事者の自我に着目し、自我機能を整えることを重視していることが特徴的であった。

遠藤 (2003) は、自我発達の援助過程の基盤は安全保障感であると述べ、阿保 (2004) は自他の境界が曖昧な状態の時には、人的環境、物理的環境、身体的知覚の歪みや時間間隔の歪みに対する保護膜が重要であると指摘している。このように自我機能を整えるためには、看護師との関係性および物理的環境がもたらす安全感が必要である。自我が脆弱で自他の区別がつかず、他者の体験を取り込んでしまうような状態や、他者に対する警戒心や恐怖心が強い状態においては、対応する人を固定したり少数に制限する、空間や作業内容を限定する、関わる時間を決めるなど、[脆弱な自我境界を守る] ケアで、自我を脅威から守り保護することに主眼が置かれていた。そして、[他者を信頼する感覚を高める] ことで、看護師が味方であることを認識させ、徐々に信頼できる人を拡大して、他者との関係

の中で安心や信頼をもてる感覚を高めていた。このように、当事者の自我レベルが脆い段階では、保護することで自我を守り、安全感を大事にして関係性の構築を目指すことがセルフマネジメントのケアでも重視されている。その上で、刺激に対する強さの程度を見極め、刺激の量や範囲を調整して〔ストレスを低減して自我を補強する〕ことで、思考過程の混乱を最小限に抑え、〔現実検討を高め（る）〕て、自我の強化を行っていた。

また、〔生きる強みを見出し、支える〕ケアは、プライドを保護したりプライドのもつ力を活かして自我を守るケアであると言える。五味ら（2010）も、精神障碍者のプライドに関わるときには、プライドを保護する関わりや、プライドのもつ力を使う関わりがあることを指摘している。当事者はプライドを支えとしているからこそ踏ん張る力が沸き起こると言え、プライドの力に着目することが重要である。そしてプライドの力と希望を強みにして、自我を強化し、セルフマネジメントの維持や促進へとつなげることが必要である。

東の間でも安定感をもたらすことによって、働きかけをありのままに受け止める力が高まると、外口（1988）が述べるように、自我を保護したり強化するケアで自我機能が整うことで、セルフマネジメントを促進するケアを受け入れる状態が整えられる。つまり、【自我機能を整えるアプローチ】は、セルフマネジメント促進のケアを受け入れられる状態を作ることで、他のアプローチの提供を可能にし、セルフマネジメントの促進につながると考えられ、基盤としての重要性をもっている。

Ⅲ. アイデンティティ形成との関連

アイデンティティは青年期の発達課題に位置付けられてはいるが、生涯を通じて発展を続けていくものである。しかし、統合失調症の自我障害は、能動性、単一性、同一性、境界性の障害として現れ、自分が何者であるのかという存在そのものが揺るがされ、アイデンティティの形成を困難にする。また、アイデンティティには自尊感情などの自己概念が関連するが、統合失調症をもつ人の自尊感情は一般的に低く、そのような評価を基に形成されるアイデンティティは相対的に脆いものであるといえる。したがって、統合失調症をもつ人は、自我障害や低い自己評価に影響を受けることで、アイデンティティの形成がより困難であると考えられる。

ここでは、セルフマネジメントを促進するケアにおけるアイデンティティの形成について、心理社会的発達論、自己概念、自己について語ること、意思をもつことの観点から述べる。

1. 心理社会的発達論からみたアイデンティティの形成

自我の心理社会的発達課題を論じた Erikson（1959）は、青年期の発達課題として自我同一性（ego identity）の概念を提唱し、この発達課題が達成できないと、心理社会的危機として自我同一性の拡散が生じるという。統合失調症は自我同一性という発達課題に取り組む青年期に発症することが多い。そのため、自我同一性の獲得を達成することに積極的

に取り組む時期に、その課題に向きあうことが困難になってしまう。加えて、病気により社会生活の体験が乏しくなることで、青年期の課題を積み残したままライフステージが移行してしまう。そのため、次の発達段階である初期成人期の親密さの課題に関わろうとするだけでも、潜在的な同一性の脆弱さが顕在化し（Erikson, 1959）、青年期以降も自我同一性の獲得という課題が大きく立ちはだかることとなる。

本研究で語られたケースは、ほとんどが成人期の段階にある人で、発症時期は青年期から初期成人期が多かった。成人期の心理社会的発達課題は生殖性であるが、多くのケースが対峙していた課題は、それ以前の段階の課題である同一性や親密性、信頼感であると考えられた。Erikson (1959) は、同一性の拡散は、親密さの問題、時間的展望や勤勉さの拡散、否定的アイデンティティの選択という形で現れると述べている。本研究においても、人がそばにいることにさえ怯えたり、他者との交流が乏しく自閉的であったり、作業への集中に欠けたり、劣等感から自己を否定的に捉え、そのイメージに固執していたりと、アイデンティティ拡散の状態がみられるケースが多かった。このように、統合失調症をもつ人が青年期にアイデンティティの獲得が十分にできなかったがために、脆弱なアイデンティティを基にセルフマネジメントに取り組まざるを得ない状況がうかがえる。

セルフマネジメントは主体的な行為であり、その人がどうありたいのかが反映されるものである。また、セルフマネジメントを促進するケアは、その人らしさを尊重した上で成り立つケアで、その人らしさとは何かを探しながら実践しているケアである。そのため、脆弱なアイデンティティの基では、セルフマネジメントを行うこと自体に困難を伴う。したがって、セルフマネジメントを促進するケアを実践する際には、アイデンティティの形成とも密接に関連することを意識して関わる必要があるであろう。

遠藤（2003）は、看護師との相互作用によって、自己の中心世界から抜け出せ、他者にとっての自己を検討でき、自我同一性へ向かうことが可能になると述べている。自我境界が曖昧で、信頼や親密性という課題をも積み残している統合失調症をもつ人にとっては、他者との相互作用自体が容易ではない。そのため看護師は関係のもち方や距離のとり方に配慮し、慎重に信頼関係を築き、築いた関係をさらに強めることを重視していた。この関わりが基本的信頼感を高め、自我を強化することとなり、他者との相互作用を可能にする。そして、相互作用を通して他者と自己の意識化が進み、他者の観点から自己を見つめることにつながり、アイデンティティの形成が促されると考える。

2. 自己概念の要素とアイデンティティ形成との関連

自己概念は、自我の色々な面を含むものであり、自己の行動、能力、性質に対する態度、判断、価値の全体についての覚知と評価を含み、個人の行動決定の要因として意識しているところである（遠藤, 1981）。よって、どのような自己概念をもっているかが、セルフマネジメントの行動に影響すると言える。

梶田（1988）は自己概念の要素を、自己の現状の認識と規定、自己への感情と評価、他者から見られている自己、過去の自己についてのイメージ、自己の可能性と未来についてのイメージ、自己に関する当為と理想の6カテゴリーに分類し、自己の現状の認識と規定、自己への感情と評価が最も中核にあるが、自己概念の要素のどれが重要な役割を果たすかについては、個人差があると述べている。統合失調症をもつ人は、自身の病状の把握や現在置かれている状況の把握などが困難であったり、劣等感を持っていたり誇大的であったり、自己受容が十分でなかったり、自己概念の中核である自己の現状の認識と規定、自己への感情と評価が揺らぎやすいことが考えられる。さらに他者からどのように見られているのかを認識することの困難さ、あるいは妄想的解釈によって、他者から見られている自己に対して不安定さをもっていたり、過去につまずいた体験への囚われから過去の自己についての負のイメージが強調されていることも推測される。そして自己に関する当為と理想も、非現実的であったり、理想と現実とのずれがあったり、自己の可能性と未来のイメージも自己の可能性の予測が難しく、意志や願望が弱まるなど十分ではないだろう。このように、統合失調症をもつ人の自己概念は中核のみならず多くの要素において不安定さがあると考えられ、アイデンティティの形成を困難にしていると言える。

また、自尊心は自分自身を価値あるものとする感覚であり、心理的土台として不可欠で、自尊心を十分に持たないまま生きていくことは困難と言われる（梶田，1988）。しかし、統合失調症をもつ人は、幻覚や妄想に巻き込まれ、自己に対する否定的な見方に陥ることや、集中力や体力が続かず、思うように目の前のことに取り組めないことでも自尊感情が低下し、できない自分という評価に陥りやすい。あるいは、病気によって社会生活の体験が乏しくなると、社会的に評価される機会が少なくなり、肯定的な自己評価が得られにくくなったり、病気ゆえに働けない、生活保護を受けなければならない、結婚できないなど、社会人としての引け目や負い目を抱くことでも、自己評価が低下してしまう。さらに、情動鈍麻や運動減退、感情的引きこもりに伴う感情が自尊感情の低下に影響する（國方ら，2006）。このように、生活体験や症状が自尊感情を含めた自己評価に影響を及ぼし、自己への肯定感をもちにくくしていることが考えられる。

Finkelman（2000）は、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントは、自尊感情が高まることで促進されると述べている。遠藤（2005）も、自我発達において自己評価の回復が健康への回復の要であると述べており、自尊感情の高まりを含めた肯定的な自己評価をもつことがセルフマネジメントにとって重要と言える。自己を価値あるものと感じ、自尊感情を高めるには、他者からの承認や成功に伴う達成感や自信をもてる体験が必要である。それには、少し努力すればできそうな目標をたえず提示し続け（外口，1988）、簡単な課題を完成して肯定的フィードバックを受けることが大切である（Finkelman，2000；石川，2008）。[一歩ずつ自分の力で前に進む] ケアは、当事者のペースに合わせて段階を踏んで進めて、努力や取り組みの成果が見えるようにすることで、自己評価を高めることにつながっていた。そして、[症状を管理できている感覚を高める] ことでも、できていることを

褒めて効力感を高め、〔自己に対する自信をつける〕ことで、自己評価の視点を変えて自己への肯定感を育み、自己評価を向上させていた。このようにセルフマネジメントを促進するケアは、過去の出来事に囚われている当事者に、今できていることの重要性を示し、過去のイメージへの囚われを薄め、現在のイメージや自己の可能性や未来のイメージを強化している。これらは自己概念の否定的な要素から、肯定的な認識がもてる要素に視点を移すことを意味する。そして、その人にとって重要な役割を果たす自己概念の要素を変化させ、肯定的な自己概念を強化することで、より健康的なアイデンティティの形成が促されると考える。自己への肯定感や自己を大切に思う感覚が、自分なりの生活を構築するためのセルフマネジメントを促進し、自己評価とセルフマネジメントの良い循環を生み出すと言える。

しかし Gallagher (2008) らは、セルフマネジメントが十分できていても、ケースマネージャーらに管理されてのマネジメントであるため、統合失調症をもつ人の自己効力感は低いと指摘している。ある看護師は当事者のために良かれと思って行っている金銭管理が、却ってセルフマネジメントを低下させ、管理されている感覚を強めていたと語り、金銭管理を見守りはするが直接携わらず当事者に任せる形を作った。それが結果的に自分で責任をもつことの自覚を促し、セルフマネジメントの向上につながっていた。セルフマネジメントを促進するためには、当事者の力を見極め、必要以上の介入や干渉で管理することになっていないかを省み、当事者自身のマネジメントを支え、自己評価を高めることが必要である。

また、発病前の地位や能力を自己概念の中心に置くことでアイデンティティを保っていた人が、セルフマネジメントを促進する過程で、病気と向き合い、自己の生活状況や能力を客観的に見るができるようになると、それまで信じていた自己概念が崩れ、アイデンティティが脅威にさらされる場合がある。セルフマネジメントを高め、自己と向き合うことに直面させることは、アイデンティティ形成を良い方向に促すこともあるが、脆弱でありながらも保たれていたアイデンティティを揺るがし、さらに脆弱にする可能性があることも認識しておく必要があるだろう。

3. 自己について語ることとアイデンティティの形成

統合失調症をもつ人の自己像は曖昧であったり、非現実的であることが多い(昼田, 1989)。〔現実的な生活目標を目指す〕〔これからの生活を見通して準備する〕ケアは、自らの目標を明確にしたり、生活のイメージを具体化したり、希望と実現可能性を擦り合せたり、看護師と話し合うことを通して自己についての語りを促し、自己に対する認識や自己理解を深めている。吉野 (2009) は、統合失調症をもつ人が、自ら設定した目標がなぜ達成できないか振り返り、将来どうしていききたいかを語ったり他者に説明しようとするすることで、これまで曖昧にしてきた部分を言語化し自己を確認していると述べている。自らの言葉にして語る経験を積み重ねることで、曖昧であった自己に対する認識を深め、アイデンティテ

ィの形成を促すことになると思う。

野口（2002）は、どのような言葉でどのように語るかが自己を形作り、出来上がった物語が現実理解を一定の方向へと導き制約すること、自己について語ることが物語を改訂・更新すると述べ、ナラティブ・アプローチでの専門家の役割は新しい物語を共同して作りあげることだとしている。〔現実検討を高める〕ケアは、自己の行為や思考を看護師と共に省みる行為であり、その中で自己との対話が促進される。それは病的な世界において自己で完結している対話とは異なり、他者の観点を取入れて行う自己の世界での対話であるため、自己に対する新たな見方を生み出せる可能性がある。病的体験に対して感じていることの語りから始めて、出来事を振り返り、現実的な判断との照合を繰り返し行い、自分の判断や解釈とは異なる他者の視点を自分の中に取り込み、他者の言葉を借りながらも違う言葉で語ってみることが、新たな自己の見方への可能性を切り開くことになると思う。さらに、病気に巻き込まれていない健康な部分について語ることを積極的に促すことで、自己を表現する際の基準を改め、自己の物語の改訂を促していけるであろう。

このようにセルフマネジメントを高めるケアは、当事者にどうありたいのか、何をしたいのかを突き付け、話し合いを重ねることで、当事者が自己の様々な側面に目を向ける機会を与える。そして、自己に対する否定的で固定した見方から、新たな好ましい見方への転換を導き、アイデンティティの形成を促す一助になると考えられる。

IV. 人や場とのつながりへの援助

脆弱な自我機能、社会生活の体験不足、社会的認知の障害などは、他者との関係性の構築や、関係性の維持を困難にさせる。それは支援者との関係においても同様である。また、病状の進行や加齢による生活機能の低下が起こってくると、長期にわたり支援とつながっていられることが精神的、社会的機能を維持するためにも重要である。ここでは他者とのつながり方、支援とのつながりの連続性、家族をはじめとする共同生活者との関係性の視点から述べる。

1. 他者との程よいつながりをもつこと

統合失調症をもつ人は、家族との同居の有無にかかわらず、家族に対して自分の思いや考えが伝えられないこと、うまく伝わらないことで、悩みやしんどさを抱えている。一方家族もまた、当事者に対して気持ちを伝えられないまま胸に抱えている。精神科看護師は、当事者の家族に対する気持ちを受け止め、家族と触れ合う機会をつかんで家族との距離を縮めようとしたり、反対に家族との接触の機会を積極的に作らないことで距離を一定に保ち、程よくつながれる関係性を調整していた。家族との関係の取り方の調整によって、当事者は安心して家族と関われ、病状にも悪影響を及ぼさない付き合い方を感じ取れるようになっていた。家族との関係のもち方にはそれまでの家族の歴史が影響し、離れることも近づくことも容易ではない。無理に距離のもち方を調整しようとする、却って抵抗を

示し、より密着することになったり、疎遠になったり、引き離されたと被害感をもったりする。そのため、当事者と家族それぞれの相手に対する思いを聞き、家族としての結びつきの根底は大事にして、双方にとって程よい関係のもち方を探していくことが必要である。

また、支援者との信頼関係が深まると、当事者が依存的になってくる場合がある。精神科看護師は、統合失調症をもつ人から依存が出てきたときに、要求を受け入れつつ、当事者の力に任せていく幅を広げて、自分の力を発揮できるように関わっている(楨本ら, 2013)。依存は信頼関係の証や確認であり、自我の弱まりの現れでもある。そのため、関係性の基盤の信頼感は維持しつつ、自我が持ち堪えられる強さをどの程度もっているのか査定する必要がある。その上で、自我を保つために依存させたり、逆に依存させ過ぎないようにしたりと、依存と自立との間のバランスを調整し、他者との関係における程よい距離感をつかませることが必要である。また、他者との関係での程よい距離は、状況や相手との関係性、当事者の自我状態によっても変化する流動的なものであるため、その時々で柔軟に距離を調整することが必要である。

2. 支援とのつながりの連続性

〔頼れる場や人の連続性を保障する〕ケアは、今の援助者との関係を維持することに限定されたものではなく、当事者が必要な時に適切な資源とつながれるという、将来を見通したつながりの連続性を意味している。石川(2008)もセルフマネジメントの援助として、周囲の人との関係を保持し、必要な協力を得て活用できるよう働きかけることをあげており、支援とのつながりの維持はセルフマネジメントの促進にとって重要である。

しかしながら、精神障害者は、ある出来事や言動をきっかけに、それまでの関係性やつながりが損なわれ、主体的な行動が弱められる(外口, 1988)。今は支援の場や人とのつながりが良好な当事者であったとしても、ある日外来通院が途絶えてしまったり、家族構成の変化から身近で助けてくれる人を失ったり、つながりがいつまでも継続できるとは限らない。特に病状が不安定になると支援者と疎遠になる場合も多く、先を見通して支援とつながり続ける行動は難しい。そのため、精神科看護師は会うたびに關心ごとで気を引いたり、短時間でも声をかけたりして、当事者のことを気にかけている存在がいることを認識させようとしていた。

楨本ら(2013)は、統合失調症をもつ人が新たな場に歩みだすときに、つながれる人や場を拡大することが、患者を支えるものの存在を保障し、回復への歩みを促進すると述べている。時間の経過や状況の変化に伴い各自のセルフマネジメントの課題は変わり、必要とする支援も変化する。長期的にセルフマネジメントを支えるためには、支援の存在の意味を感じ、どこかしらの支援の場や人とつながろうとする力や、活用しようとする力を当事者の中に育てていくことが重要である。そのためには、新しい支援の場や人へのつながり方を大事にし、頼れる場や人の連続性の感覚を高めることや、他者と共にいることができ、

他者からの援助を受け入れられる力を高めていくことが、セルフマネジメントを維持・促進するために重要と考える。

3. 共同生活者との関係性に関する援助

岩崎（1998）は、精神障害者の家族が自責感や罪悪感、無力感、負担感、孤立感など様々な情動的負担を体験しながら、適切なケアを提供しようとしていることを明らかにした。土岐ら（2001）は、家族がケアする中で葛藤を生じており、それを解決しようと取り組んでいると報告している。このように、家族は統合失調症をもつ人への支援者や協力者としての役割を果たしつつも、様々な心的負担を抱えており、当事者への支援と家族自身の葛藤への対処という2側面に取り組まざるを得ない状況にあると言える。

精神科看護師は、家族が当事者に提供しているケアに対して、それで良いと保障し、家族に自信や安心を与えたり、家族が支援に関わる時間や場を減らして、家族の心身の負担を軽減するように関わっていた。そうすることで家族が病気に向き合える力を高めたり、あるいは取り戻したりすることを促していた。家族への共感的関わりが家族の負担を軽減し、対処行動を助長すると岩崎（1998）は述べている。家族の負担感を受け止め、統合失調症をもつ人と共に歩む家族を支えることが、家族と当事者との関係性の改善や維持に作用し、セルフマネジメントに取り組める環境を整えることにつながると考える。そして家族が支援に向き合える態勢がとれたときに、病気とのつき合いに家族がどのように関わればよいのか、家族が病気とつき合う中で得た体験をどのように生かせばよいのかなど、セルフマネジメントにおける家族の役割を明確にすることで、当事者と家族が協同して取り組む形をつくるのが可能になると言えよう。

一方、当事者を守るために、家族の力を他の家族を支援することに発揮させたり、家族が当事者と関わる機会や時間を減じることで、当事者に向かう力を弱めるケアも実践されていた。家族は支援者として力を発揮する一方で、当事者の行動を抑制したり、家族の期待やペースを押し付けることで、当事者を疲弊させもする。野嶋（2005）は、家族の期待と当事者の能力にギャップがあるときには、家族の期待を当事者の現実像に近づけるように調整する必要があると述べている。しかし、目に見えにくい自我機能の障害を家族が理解することや受け止めることは困難で、家族が期待を下げることや変えることは容易ではない。家族の期待を当事者の現実像に近づけるのが難しい場合には、家族が当事者以外に力を注げる場や機会を提供し、家族の力を分散させ、当事者への関わりを強化しない調整も必要と考える。関わりを強化しないというのは、一見すると消極的な介入に見えるが、この場合は家族と当事者の双方を守るための意図的な介入であると言えよう。

また、家族はいつもそばで見ていることで、当事者の小さな成長や変化に気づきにくいということがある。そのため、看護師から当事者の良い変化を家族に伝えて、家族が希望をつないでいけるよう支えることも必要である。当事者が成長している姿を家族に伝えることは、家族に安心感をもたらす、家族が当事者の世話から徐々に手を引き、社会資源に

委ねる覚悟を支えることにもつながる。病気になった当事者を自分たちで守る決意を固めた家族は、社会資源に委ねるといった選択肢をもたないこともある。特に自分たちで支えようと必死になっているときであればあるほど、情報が伝えられても、耳には届かない。そして、家族自身の健康状態の変化など、家族では支えきれなくなる時が来て初めて、家族以外の支援を真剣に検討し始める。家族が自分たちのこととして関心を示さなくとも、家族が必要を感じた時のために、利用できる人や場、制度などの情報を折に触れ伝え続けることが必要であろう。そして家族が援助する手を緩め、資源に委ねても大丈夫だと安心できるように、家族との信頼関係を築いておくことが重要である。

当事者の状態の変化や家族の発達段階によって、家族は役割の見直しを余儀なくされる。家族の心理的負担や家族の出せる力、家族の発達の観点から、家族の関与のあり方を見極め、家族の意向を確認しながら家族を支援することを通して、当事者のセルフマネジメントを維持していくことが必要である。

V. 統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケアの特徴

最善の生活の実現を目指すことに対して、本研究では【その人なりの生活を支えるアプローチ】が提供されていると考えられる。当事者には就労や結婚、単身生活など思い描く生活があるが、漠然としたイメージで現実味に乏しかったり、現実的には達成が困難であったりしていた。【その人なりの生活を支えるアプローチ】では、統合失調症をもつ人の、限られた生活体験による生活イメージの貧弱さ、将来を見通してイメージすることの困難さを補い、その人なりの生活スタイルを見つけ築くことを重視していた。そのために、生活の経験を広げたり、生活への関心を高め、生活の目標を見出して、そこに向かうための準備性を高めていた。統合失調症をもつ人の生活機能の障害は個人差が大きく、【その人なりの生活を支えるアプローチ】は、個々の状況に応じて、より具体的な生活のイメージをもてるように援助することを重視しており、最善の生活の実現に直結するケアとして位置づけられる。

そして、その人なりの生活を構築していくためには、対処に必要な技術や技法を用いる能力を高め、その取り組みを強化するケアが必要であり、本研究では【症状からの自立を促すアプローチ】【自我機能を整えるアプローチ】【自己をつかむことを促すアプローチ】【支援との結びつきを強めるアプローチ】として提供されていると考えられた。【症状からの自立を促すアプローチ】は、症状の管理に取り組むことを促したり、管理がうまくできている感覚を高めて、症状管理を促進するアプローチである。症状に対する認識が高い統合失調症をもつ人の方が、セルフマネジメントの方法をより一貫して用いることができている (Kennedy, 2000)。そのため、統合失調症の認知機能の障害を考慮して、一般的な知識提供にとどまらず、当事者の日常生活を細やかに観察し、当事者の体験している何かしらの苦痛やしんどさ、違和感を手掛かりにして、病気や症状の理解に結び付けて、マネジメントを高めることが必要である。したがって、【症状からの自立を促すアプローチ】は、当事

者の体験とつなげながら、病気や症状への関心や理解を高める【自我機能を整えるアプローチ】を基盤とし、【自我機能を整えるアプローチ】と密接に関連しながら提供されていると考える。さらに、病気や障害に伴い生じる不安やうつ、怒りなどのネガティブな感情のマネジメントもセルフマネジメントでは重視されている (Lorig et al., 2006; Sitthimongkol et al., 2007)。本研究でも、【自我機能を整えるアプローチ】によって、恨みや怒り、しんどさといった不快な感情を看護師が受けとめて吸収し、【症状からの自立を促すアプローチ】によって、感情のマネジメントを促進していた。このように、【自我機能を整えるアプローチ】を基盤として、【症状からの自立を促すアプローチ】が提供されること、【症状からの自立を促すアプローチ】と【その人なりの生活を支えるアプローチ】が相互に関連し提供されることによって、病気をもちながらの最善の生活を目指すことへとつながっていると考えられる。

また、セルフマネジメントは、自己効力、自信、自尊感情の向上をもたらす。本研究では、【自己をつかむことを促すアプローチ】が、自信や自己効力感を高めるケアとして意図的に提供されていた。自己の判断や信念への確信の強さは自尊感情と関連する (大森ら, 2012)。【自我機能を整えるアプローチ】によって判断する機能を高め、生きる強みを支えて、【自己をつかむことを促すアプローチ】を提供することで、脆弱なアイデンティティにおける自信や自己効力感が高められ、自尊感情の強化へとつながると考える。そして、【自己をつかむことを促すアプローチ】と【その人なりの生活を支えるアプローチ】とは、相互に関連して提供されることで、アイデンティティの形成を促進すると考えられる。

さらに、セルフマネジメントでは、専門家とのコミュニケーションも重視されており (Coates et al., 1995 ; Lorig et al., 2006 ; Siu et al., 2007)、本研究では、【支援との結びつきを強めるアプローチ】として提供されていた。【支援との結びつきを強めるアプローチ】は、その時その場でのコミュニケーションの取り方や交渉、相談ができることのみならず、支援の存在や活用についての認識を深め、支援する人や場が移行しても、孤立せず支援とつながれる力の獲得を目指している。専門家との関係を維持する必要性について石川ら (2007) が言及しているように、病識のもちにくさや、環境および状況の変化に対する脆弱性、病状悪化に影響されて支援から遠く可能性を有する統合失調症をもつ人であるからこそ、支援と結びつくことの強化が重要である。加えて、社会的認知の障害から、人との関係のもち方に困難感をもつため、その人にとって有用な関係性を良好に保つことも重要であり、【支援との結びつきを強めるアプローチ】を提供して、日常生活でつき合う人との関係のもち方や、程よい関係の維持を強化している。このように、自我の脆弱性を考慮して【自我機能を整えるアプローチ】を基盤に、【支援との結びつきを強めるアプローチ】を提供して、つながれる力や程よい関係のもち方を強化することが重要と考える。そして、【支援との結びつきを強めるアプローチ】と【その人なりの生活を支えるアプローチ】とが関連し合うことで、その人の生活に即した結びつきが、さらに強化されるであろう。

それから、セルフマネジメントにおける意思決定能力や問題解決能力については、本研究では自我機能の側面から捉えていると考えられた。そして意思決定や問題解決の能力を強化するために、現実検討を高め、物事に対する解釈の仕方の修正を図り、体験を振り返って判断力を強化して対処行動を高め、意思決定や問題解決の過程が遂行できるように、【自我機能を整えるアプローチ】が提供されていた。さらに、【症状からの自立を促すアプローチ】【自己をつかむことを促すアプローチ】【支援との結びつきを強めるアプローチ】【その人なりの生活を支えるアプローチ】を提供する中でも、意思決定や問題解決の能力が強化されていた。特に意思決定に関しては、【自己をつかむことを促すアプローチ】の中の主要なケアの一つでもある。最善のセルフマネジメントは意思決定に医療者とともに参加すること（Gallagher et al., 2008）であり、患者の意思を尊重し、主体のペースを守る援助がセルフマネジメントを支える上で中核となる（石川，2008）。意思決定の力が弱まっている統合失調症をもつ人にとって、意思決定の強化に焦点を当てた【自我機能を整えるアプローチ】と【自己をつかむことを促すアプローチ】は、セルフマネジメント促進のケアの主軸として重要と考える

セルフマネジメントの援助では、協働（Lorig, 2001 ; Burks, 1999 ; Yeung, 2010 ; Stein-Parbury, 2012）やパートナーシップ（Coates, 1995 ; Holman, 2004 ; 安酸, 2010）を重視する。Gottliebら（2005）は、協働的パートナーシップには、相手の意見や見解を積極的に引き出したり伝え合う、何をすべきかあれこれ言わないようにする、相手と一緒に過ごす時間を作る、相手の強みを口に出して言う、相手にいつでも力添えすることを伝えるなどの方略が必要であると述べている。本研究の【自己をつかむことを促すアプローチ】【支援との結びつきを強めるアプローチ】には、Gottliebらの述べる方略を支持するケアが含まれており、セルフマネジメント促進の看護ケアは、協働やパートナーシップの認識の基で実践されていたと考えられる。

しかしながら、良かれと思って実践している援助が、いつの間にか管理になっていたと研究参加者が語ったように、援助者が当事者と対等であるとの認識をもっている、援助する者、援助される者という立場にある以上、管理と依存という関係を生み出す危険性がある。特に、自己の意思や意見を表明することが不得手な当事者に対する援助の場合、援助の管理的側面が強まる可能性に留意しなければならない。本研究において、協働の認識の基でケアが提供されていたことは、援助者という立場がもたらす管理的側面を可能な限り排除し、主体的なセルフマネジメントの促進を尊重することであったと言える。

以上より、統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケアは、当事者との協働の認識のもと、【自我機能を整えるアプローチ】の提供を基盤にして、【症状からの自立を促すアプローチ】【自己をつかむことを促すアプローチ】【支援との結びつきを強めるアプローチ】と、【その人なりの生活を支えるアプローチ】とを相互に関連させながら提供することで、意思決定能力や問題解決能力を高め、課題への取り組みを促進して、よりよい生活の実現へと向かうことであると言える。

VI. 看護実践への示唆

本研究で明らかになったセルフマネジメントを促進する看護ケアについて、臨床における活用方法、意思をもつことを通してアイデンティティの形成を行うこと、希望や願望をやる気につなげること、個を重視したケアの視点から看護実践への示唆を述べる。

1. アプローチの方向性の臨床における活用方法

セルフマネジメントは当事者が意思決定しながら取り組むプロセスであり、主体的なものである。セルフマネジメントを促進する援助を実践する際の視点として、本研究で明らかになった5つのアプローチの方向性を活用することができる。5つのアプローチは個人の状況によって、重点を置くアプローチが変化したり、各アプローチに含まれるケアの選択も異なるが、自我機能を整えるアプローチを基盤に据えることと、その人なりの生活を支えることを上位に位置づける基本構造を押さえ、各アプローチを柔軟に組み合わせることが重要である。5つのアプローチの構造を念頭に置きながら、看護ケアを提供することが根拠に基づいた実践を強化することとなる。

また、セルフマネジメントのケアを行う際に、5つのアプローチが焦点としている自我機能、症状への取り組み、自己をつかむこと、他者や支援との結びつき、その人なりの生活をアセスメントの指標として活用することで、セルフマネジメントの状況が全体的に把握できる。

さらに、実践している看護がセルフマネジメントの援助であるのかを確認する際の指標としてもアプローチが活用できる。セルフマネジメント促進に向けて、どのアプローチを活用しているのかを実践したケースで確認することに用いれば、実践したケアの意味づけができる。あるいは、実践とアプローチを照合することで、偏りや不足しているケアが明確になり、ケアの選択と実践が可能になる。

最後に、セルフマネジメントを意識したケアを実践することによって、当事者の力を強化する実践が広がることや、当事者の主体性を尊重する援助の姿勢が浸透するといった効果が期待できる。

2. 意思をもつことを通してアイデンティティ形成を促す

セルフマネジメントは主体的な行動であり、自らの意思で行動を決めていくことが必要である。統合失調症の自我障害は、自己の存在に対する感覚を不確かなものとしてしまうため、自己への信頼が揺るがされ、自分の意思が曖昧になったり、他者の意向に影響を受けやすくなる。そのため、セルフマネジメントを促す上で、自らの意思をもつ、あるいは意思に対する責任を自覚し、自分の意思で歩むことを促すことが重要である。

幻聴や妄想の言葉に支配されている人には、幻聴の言葉として語らせるのではなく、幻聴と切り離し自分の言葉で語らせることによって、自己が意識され、意思をもつことを促

すことができる。統合失調症をもつ人にとって、病的体験による支配や、支援者が意思決定を代理する体験が積み重なると、病気や他者に意思を委ねる状態が起こる。幻聴は自分の感情や考えが投影されるが、それを病気による言葉として語っている以上は、自分の意思は不明確なままで、病気の支配は免れない。語ることで自己が確かさとまとまりを得ていくと、遠藤（2005）が指摘しているように、自分の言葉として語ろうとすることは、自分の思いを探って見極め、確かめる作業によって、現実検討を高め、自我境界を強めて、病気の支配から距離を置くことを促す。そのためには、当事者の言葉で語る素材が必要であり、生活の目標や課題、そのための具体的な状態や行動のイメージを素材に語りを促進し、意思をもつことを強化することが大切である。

さらに、状況が変化するときや、場の移行時など、決断をしなければならない状況において、助言はしたとしても、決断するのはあくまで当事者であるとの姿勢を看護師はもち、意思を繰り返し確認したり、決意できるまで待って、意思決定に対する責任を強化することが必要である。そして意思決定し、自ら行動を起こしたら、それを維持できるよう支持し、手を出さずに見守り、当事者のペースに沿って進めていくことが重要である。このような待ち、見守る姿勢からもたらされる安心で安全な環境が、自己の課題に取り組む行動を促進しセルフマネジメントが高められると考える。

3. 希望や願望をやる気につなげる

希望や願望は生活する力となりセルフマネジメントを促進する。しかし、希望や願望はもちながらも、あまりにも現実とかけ離れていると、叶わないことで諦めや意欲の低下につながる可能性がある。希望のもつ力を活用するには、希望と実現可能な目標を擦り合せて、どこで折り合いが可能かを探ることが必要である。その際に、希望の実現は否定せず、手の届くものへと希望の形を少し変えることへの合意を得る過程が重要である。そのためには話し合う過程の支えとなる信頼関係と、合意を得る過程で生じる当事者の葛藤につき合う姿勢が重要である。それがあつて、やる気を損なわずに前を向く力を維持することができる。しかしながら、自我が脆弱である場合には、実現可能性と擦り合わせていくことが生活する力を削ぎ、自我をさらに脆弱にしてしまう可能性がある。その場合には実現が困難な希望や目標であっても、あえて現実との擦り合せは行わずに自我を維持し、希望や願望をもっているということを強みとして見守る姿勢も大切である。

そして、希望や願望がやる気につながり行動に移せたら、行動できたことを評価し、結果が良いものであれば成功体験として自己効力感の向上につなげていくことが必要である。その際に留意すべきことは、看護師の管理によって行動ができたという形を作らないことである。成功体験を自己効力感に結びつけるためには、自分でマネジメントしている感覚がもっていることが重要である。

また、やる気になって行動が起こせたとしても、それが健康的な行動や成功に結びつくとは限らない。石川（2008）は、看護師の視点から問題や不健康に見えたとしても、看護

師の視点を押し付けないように提示することが、セルフマネジメントの意欲を高めると述べており、行動からどのような結果が想定されるのか、看護師の意見として提示したり助言はしつつも、当事者の決定に委ね、やる気を維持することが大切である。その場合には、手立てをもたずに当事者に任せっぱなしにするのではなく、どのような状態になったらどう介入するのかを当事者と予め相談し合意を得ておくことや、危機的な状況に陥りそうであればいつでも助けられる構えで見守ることが必要であろう。

4. 個を重視したケアの実践

研究参加者が語ったセルフマネジメントの実践は、集団教育の場ではなく、個別的な関わりの中で実践したケアであった。統合失調症をもつ人の認知には個人差が大きいことや対人的スキルの不足などから、集団教育やプログラムだけではなく、個別的な関わりによるセルフマネジメント促進のケアが必要であると考えられる。

精神科看護師は、定期的な面接の場でセルフマネジメントを強化するケアをすることもできれば、日常の行動に対する違和感をつかんだ時に、機を逃さず病気のことを話し合ったり、生活の不具合を話し合ったりすることで、セルフマネジメントを促進することもできる。セルフマネジメントを促進するケアの実践は、個別性が高いものであり、かつ当事者の意思を確認し展開されるため、当事者の状況に応じてタイミングをつかみ、柔軟に対応することが必要で、ルーチン業務での関わりだけでは十分とは言えない。しかしながら、精神科特例が示すように、精神科病棟の看護基準は一般科に比較して低く設定されており、個別対応を行うことにはマンパワーの面で限界があることは否めない。ある専門看護師は、転棟を予定しているケースに対して、あらかじめ転棟先の病棟の看護師と馴染める機会を設け、移行時における支援者とのつながりを手厚くする体制を築いていたが、それは特別な対応であったと語った。このように、一人の患者のために通常のチームの動き以上のことを実行するには、関心をもつ協力者を得て、チームの力を凝集し、その力を維持していく必要があり、人員も必要であるし、看護師のマネジメントする力量も求められる。

セルフマネジメントでは集団を対象とするプログラムも開発されており、その効果が検証されてきている。しかし、統合失調症をもつ人の状況は個別性が高く、集団での教育を受けたからと言って個人が生活の中で応用していくことも難しい。したがって、集団でのアプローチに個別的なアプローチを併用し、教育と実行過程のつながりを補強することで、よりセルフマネジメントを促進できると考える。

VII. 本研究の限界と課題

本研究は質的記述的研究であり、面接によるデータ収集を行った。面接に際してはプレテストの実施と、データ収集をしながらインタビューガイドの修正を行い、面接技術を高めるよう心掛けたが、研究者の面接技術の限界が考えられる。また、分析過程全般でデータに密着した分析を心掛け、質的研究者の指導を受け真実性、信憑性の確保に努めたが、

それでもなお研究者の主観を完全には排除しきれていない可能性がある。

しかしながら、研究参加者は病院や訪問看護ステーションなど様々な場で勤務する看護師であり、看護師が語ったケースも、自閉的なケースや活動的なケース、地域で生活をしているケースや入院中のケースまでと多彩であった。したがって、地域生活を支援するためのセルフマネジメント促進のケアが網羅されていると考えられ、本研究結果の有用性は高いと考えられる。それでも、比較的社会資源へのアクセスがしやすい場所に居住しているケースが多く、いまだ資源の利便性には地域間格差がある現状では、資源の乏しい地域でのケアは汲み取れていない可能性がある。さらに、年単位で過去にさかのぼった時点でのケアが語られた場面もあり、体験を想起して語ることでケア内容の限界がある。このような限界はあるものの、統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケアのアプローチの方向性を明確にできたことや、自我機能に着目する重要性が明らかになったこと、セルフマネジメントを促進するケアはアイデンティティの形成とも関連するため、アイデンティティの形成をも視野に入れた看護実践の必要性を提言できたことは、本研究の独自性であり、意義があると考ええる。

今後の課題として、様々なパターンのケースで基本的なケアのモデルを提示し、それを基に介入した実践を評価して、ケアの有用性を明らかにしていくことが必要と考える。さらに、セルフマネジメントには発病前および発病後の社会生活歴や、発病からの経過年数、同居者の有無などが影響すると考えられ、そのような当事者の背景の特徴や、当事者と関わる場によるケアの相違などを考慮して条件を設け、セルフマネジメントを促進する看護ケアの特徴を明らかにすることが課題である。

第7章 結論

本研究の目的は、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントを促進するために看護師が実践しているケアを明らかにすることである。

5都府県9施設の精神科病院あるいは訪問看護ステーションに勤務する、看護師ならびに精神看護専門看護師12名に対して、セルフマネジメントを促進するために実践しているケアについてインタビューを実施した。12名から語られた17ケースを分析対象として、質的記述的方法にて分析を行った。その結果、統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケアとして、18のケア群から成る5つのアプローチの方向性が明らかになった。

【自我機能を整えるアプローチ】は、脆弱な自我を保護し、安心感をもたらし、現実検討を高めて自我を強化することで、自我の状態を安定させていくアプローチである。このアプローチは、〔脆弱な自我境界を守る〕〔他者を信頼する感覚を高める〕〔ストレスを低減して自我を保護する〕〔現実検討を高める〕〔生きる強みを見出し、支える〕の5つのケア群から構成されている。

【症状からの自立を促すアプローチ】は、症状を管理することに取り組んだり、うまく管理できている感覚を強め、症状とのつき合いにおける自信を高めるアプローチである。このアプローチは、〔煩わされる症状に立ち向かう〕〔症状を管理できている感覚を高める〕の2つのケア群で構成される。

【自己をつかむことを促すアプローチ】は、意思決定への責任を自覚し、自分の意思で歩むことを促し、自己への肯定的な評価を高めるアプローチである。このアプローチは、〔自らの意思を自覚する〕〔一歩ずつ自分の力で前に進む〕〔自己に対する自信をつける〕の3つのケア群で構成される。

【支援との結びつきを強めるアプローチ】は、周囲の人との程よい関係をもてるようにしたり、当事者が支援の場や人と結びつくことを維持・強化するアプローチである。これは、〔他者との関係のとり方をつかむ〕〔頼れる場や人の連続性を保障する〕の2つのケア群から成る。

【その人なりの生活を支えるアプローチ】は、どのような生活を送りたいのかを考え、目標を決め、そこに向かって準備をして、生活を築いていくためのアプローチである。そして、生活を支えることに関わる共同生活者の関与について調整することも必要である。このアプローチは、〔生活経験を広げる〕〔生活上のストレスな状況への準備性を高める〕〔現実的な生活目標を目指す〕〔これからの生活を見通して準備する〕〔よりよく生きる生活スタイルの確立を目指す〕〔共同生活者の関与の在り方を調整する〕の6つのケア群で構成されている。

以上の結果から、統合失調症をもつ人に対するセルフマネジメント促進の看護ケアは、基盤となる【自我機能を整えるアプローチ】と【その人なりの生活を支えるアプローチ】との間を、【症状からの自立を促すアプローチ】【自己をつかむことを促すアプローチ】【支

援との結びつきを強めるアプローチ】がつなぐ形で、5つのアプローチの看護ケアが関連し合って提供されることで、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントを強化していると考ええる。そして、セルフマネジメント促進の看護ケアは、自我機能を整えるケアが基盤として重要であること、アイデンティティの形成を促す一助となること、人や場とのつながり方と連続性が重要であることが考えられた。看護実践としては、アプローチの方向性の構造を念頭に置いて、当事者の意思を強化し、希望や願望をやる気につなげ、個を重視するケアを実践することがセルフマネジメント促進に有用であることが示唆された。

本研究は、平成22年度～24年度科学研究費補助金基盤研究（C）（課題番号22592609）の助成を受けて実施した。

謝辞

本研究を行うにあたり、研究への参加を快諾し、ご協力くださいました看護師ならびに専門看護師の皆様、深く感謝申し上げます。多忙な業務を調整して、貴重なケアの体験をお話しくくださったことで、本研究をまとめることができました。皆様の当事者に対する真摯な態度、温かなまなざし、ケアに対する熱い思い、卓越した実践についての語りによって、看護師が統合失調症をもつ人のセルフマネジメントに働きかけることの意義を確信し、ここまで至ることができたと感じております。そして、本研究へのご理解、ご協力をくださいました病院の看護部長様ならびに施設の管理者様に、深く感謝申し上げます。

研究テーマの設定から論文執筆まで研究の全過程において、主査の野嶋佐由美教授には、長期にわたりご指導、ご助言を賜り、途中何度も立ち止まる中で励まし導いてくださいましたこと心より感謝申し上げます。そして副査として貴重なご指導、ご助言をいただき、視点を広げてくださり、励ましてくださいました、藤田佐和教授、住友雄資教授、杉原俊二教授、畦地博子教授に、心より感謝申し上げます。

そして職場の皆様には、研究の過程の様々な場面で、研究に専念できる時間を与えていただき、温かく支えてくださいましたこと、心より感謝いたします。

共に研究のスタートを切った高知県立大学大学院健康生活科学研究科看護学領域の10期生の皆様からの支えが、研究を続ける力になりました。心より感謝いたします。また修了生の皆様からは、研究を進める過程での細かな相談に乗っていただき、ご助言をいただきました。そして後輩の皆様にも励ましの言葉をかけていただきました。皆様からの多くの支えがありましたことに心より感謝いたします。最後に、いつも温かく見守って支えてくれた家族、友人に感謝いたします。

引用文献

- 阿保順子編(2004)：統合失調症急性期看護マニュアル，すぴか書房，埼玉。
- 明野伸次(2004)：寛解期の統合失調症患者に対する看護援助の実態－自我強化の観点から－，日本精神保健看護学会誌 13(1)、81-89.
- 嵐弘美(2009)：統合失調症圏の患者に対する身体ケア技術の意味づけ，日本精神保健看護学会誌 18(1)、38-49.
- Ascher-Svanum H., Rochford S., Cisco D., et al.(2001)：Patient Education about Schizophrenia：Initial Expectations and Later Satisfaction, *Issues in Mental Health Nursing*, 22(3), 325-333.
- 馬場敦子(2008)：マクロな視点から見た慢性看護，*インターナショナルナーシングレビュー*，31(3)，85-90.
- Bandura A(1995)/本明寛，野口京子訳(1997)：激動社会の中の自己効力 初版，金子書房，東京。
- Barlow J. , Wright C. , Sheasby J. et al.(2002)：Self-management approaches for people with chronic conditions：a review, *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187.
- Bjorklund, P.(2000):Assessing Ego Strength：Spinning Straw into Gold, *Perspectives in Psychiatric Care*, 36(1), 14-23.
- Buelow J.M., Johnson J.(2000)：Self-management of Epilepsy A Review of the Concept and its Outcomes, *Disease Management & Helth Outcomes*, 8(6), 327-336.
- Burks K.J.(1999).: A Nursing Prctice Model for Chronic Illness, *Rehabilitation Nursing*, 24(5), 197-200.
- Burns, D.(1991):Focusing on Ego Strengths, *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(4), 202-208.
- Coates V.E., Boore J.R.P.(1995)：Self-management of chronic illness：implications for nursing, *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), 628-640.
- Cook J.A., Copeland M.E., Hamilton M.M., et al.(2009)：Initial Outcomes of a Mental Illness Self-Management Program Based on Wellness Recovery Action Planning, *Psychiatric Services*, 60(2), 246-249.
- Druss B.G., Zhao L., von Esenwein S.A., et al.(2010)：The Health and Recovery Peer(HARP) Program：A peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness, *Schizophrenia Research*, 118(1-3), 264-270.
- 遠藤辰雄(1981)：自己と自我，遠藤辰雄，編，*アイデンティティの心理学* 初版，47，ナカニシヤ出版，京都。
- 遠藤淑美(2003)：看護援助による統合失調症を持つ人の自我発達の把握とその性質－閉鎖病

- 棟入院中の女性患者 1 事例の検討結果よりー, 日本精神保健看護学会誌 12(1)、65-77.
- 遠藤淑美(2005) : 慢性的に統合失調症を有する人の自我発達を支援する看護援助の構造, 日本精神保健看護学会誌 14(1)、11-20.
- Erikson E.H.(1959)/西平直, 中島由恵(2011) : アイデンティティとライフサイクル(初版), 誠信書房, 東京.
- Finkelman A.W.(2000) : Self-Management for the Psychiatric Patient at Home, Home Care Provider, 5(3), 95-103.
- Gallagher R., Donoghue J., Chenoweth L., et.al(2008) : Self-management in older patients with chronic illness, International Journal of Nursing Practice, 14(5), 373-382.
- Glasgow R.E., Fisher L., Skaff M., et al.(2007) : Problem Solving and Diabetes Self-Management, Investigation in a large multiracial trial, Diabetes Care, 30(1), 33-37.
- 五味麻里, 畦地博子(2010) : 精神科看護におけるプライドへの看護介入, 高知女子大学看護学会誌 35(2), 30-37.
- Gottlieb L.N., Feeley N., Dalton C.(2005)/ 吉本照子監修・訳(2007) : 協働的パートナーシップによるケア 援助関係におけるバランス, エルゼビア・ジャパン, 東京.
- Gruman J., VonKorff M.(1999) : Self-Mnagement Services : Their Role in Disease Management, Disease Management & Health Outcome, 6(3), 151-158.
- 簗持知恵子(2003) : 心不全患者のセルフマネージメントの概念分析, 山梨県立看護大学短期大学部紀要, 9(1), 103-114.
- Harvey P.D., Sharma T.(2002) /丹羽真一, 福田正人, 監訳(2004) : 統合失調症の認知機能ハンドブック 生活機能改善のために, 南江堂, 東京.
- 東めぐみ(2008) : 進化する慢性病看護 病を抱えながら生活する人へのケア, 看護実践の科学 33(1)、57-60.
- 昼田源四郎(1989) : 分裂病者の行動特性(初版), 金剛出版, 東京.
- Holman H., Lorig K.(2004) : Patient Self-Management : A Key to Effectiveness and Efficiency in Care of Chronic Disease, Public Health Reports, 119(3), 239-243.
- 池淵恵美, 袖山明日香, 渡邊由香子, 他(2010) : 認知機能リハビリテーション 統合失調症の治療にどう活用できるか, 精神医学 52(1)、6-16.
- 今戸美奈子(2012) : 慢性閉塞性肺疾患患者の呼吸困難のセルフマネージメント 概念分析, 大阪府立大学看護学部紀要 18(1), 57-67.
- 石川かおり, 清水邦子, 岩崎弥生, 他(2002) : 地域で生活する精神障害者の日常生活の自己管理, 千葉大学看護学部紀要, 24, 15-21.
- 石川かおり, 岩崎弥生(2007) : 統合失調症をもつ人の地域生活におけるセルフマネージメントを支える看護援助の開発(第二報)ー仮説モデルを用いた看護実践におけるセルフマネ

- ジメントの課題ー, 千葉看護学会誌 13(1), 25-34.
- 石川かおり, 岩崎弥生(2008): 統合失調症をもつ人の地域生活におけるセルフマネジメントを支える看護援助の開発(第三報)ー仮説モデルを用いた看護実践の分析ー, 千葉看護学会誌 14(1), 34-43.
- 岩崎弥生(1998): 精神病患者の家族の情動的負担と対処方法, 千葉大学看護学部紀要 20, 29-40.
- Jarvis J., Skinner T.C., Carey M.E., et.al(2010): How can structured self-management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes?, *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 12(1), 12-19.
- 梶田叡一(1988): 自己意識の心理学(第2版), 東京大学出版会, 東京.
- 神田清子, 武居明美, 狩野太郎, 他(2008): がん化学療法を受けている療養者のセルフマネジメントに関する研究の動向と課題, *The Kitakanto Medical Journal*, 58(2), 197-207.
- 片倉直子, 山本則子, 石垣和子(2007): 統合失調症をもつ利用者に対する効果的な訪問看護の目的と技術に関する研究, *日本看護科学会誌* 27(2), 80-91.
- 片岡優実(2008a): 共に在り共に変わる 慢性疾患看護専門看護師として難病患者・家族との関わりから考える「共に在り共に変わる慢性看護」, *日本慢性看護学会誌* 2(2), 76-78.
- 片岡優実 (2008b) : クロウン病患者の療養法の調整と病みの軌跡の理解, *看護実践の科学* 33(4), 52-55.
- 河口てる子(2008): 慢性看護の基盤となる患者教育研究のとりくみー熟練看護師による慢性疾患看護の実践知ー, *日本慢性看護学会誌* 2(2), 66-71.
- 川口優子, 西本美和, 三木智津子(2004): 単身の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), 45-52.
- Kennedy M.G., Schepp K.G., O'Connor F.W.(2000): Symptom Self-Management and Relapse in Schizophrenia, *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(6), 266-275.
- Kerr, N.(1990): Ego Competency: A Framework for Formulating the Nursing Care Plan, *Perspectives in Psychiatric Care*, 26(4),30-35.
- 木下幸代(2007): 慢性病とともに生きる人々を支える看護, *聖路加看護学会誌* 11(1), 133-135.
- Koch T., Jenkin P., Kralik D.(2004): Chronic illness self-management: locating the 'self', *Journal of advanced nursing*, 48(5), 484-492.
- 小江奈美子(2008): 慢性腎不全(保存期)に至った人への支援, *看護実践の科学* 33(11), 60-63.
- 國方弘子, 豊田志保, 矢嶋裕樹ら(2006): 統合失調症患者の精神症状と自尊感情の関連性, *日本保健科学学会誌*, 9(1), 30-37.
- Lawn S., Battersby M.W., Pols R.G., et al.(2007): The Mental Health Expert Patient: Findings from a Pilot Study of a Generic Chronic Condition Self-Management

- Programme for People with Mental Illness, *International Journal of Social Psychiatry*, 53(1), 63-74.
- Lieberman R.P.(1994) : Social and Independent Living Skills Symptom Management Module:安西信雄, 池淵恵美監修 : 自立生活技能(SILS)プログラム 症状自己管理モジュール, 丸善株式会社, 東京.
- Lorig K.R., Sobel D.S., Stewart A.L.(1999) : Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization A Randomized Trial, *Medical Care*, 37(1), 5-14.
- Lorig K., Holman H., Sobel D., et al.(2000) /近藤房江訳(2001) : 慢性疾患自己管理ガイドンスー患者のポジティブライフを援助する, 日本看護協会出版会, 東京.
- Lorig K.R., Sobel D.S., Ritter P.L. et al.(2001) : Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease, *Effective Clinical Practice*, 4(6), 256-262.
- Lorig K.R., Ritter P.L., González V.M.(2003). : Hispanic Chronic Disease Self-Management A Randomized Community-Based Outcome Trial, *Nursing Research*, 52(6), 361-369.
- Lorig K., Holman H., Sobel D., et al.(2006) /近藤房江訳(2008) : 病気とともに生きるー慢性疾患のセルフマネジメント(第1版), 日本看護協会出版会, 東京.
- MacKain S.J., Mueser K.T.(2009) : Training in Illness Self-Management for People with Mental Illness in the Criminal Justice System, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12(1), 31-56.
- 槇本香, 野嶋佐由美, 田井雅子(2013) : 心理的距離のもち方における看護者の姿勢 統合失調症をもつ患者との関わりから, *高知女子大学看護学会誌*, 38(2), 99-107.
- 増岡弥生, 藤村恵美子, 大原孝政, 他 : 統合失調症患者に対する服薬自己管理システム導入の効果 服薬アドヒアランス向上への取り組み, *日本看護学会論文集精神看護*, 39, 53-55, 2009.
- 水野雅文, 根本隆洋, 茅野分(2005) : 統合失調症の認知機能障害と社会機能の回復, *臨床精神医学* 34(6), 791-797.
- 森野貴輝, 鈴木英子(2011) : 精神看護学における「自我」と「自己」についての概念検討〜看護援助の方法を導き出す一助として〜, *長野県看護大学紀要*, 13, 73-86.
- Morris, M., Myton, C(1986) : Ego Function Enhancement Through Social Interaction, *Journal of Psychosocial Nursing*, 24(12), 17-22.
- 森山美知子, 中野真寿美, 古井祐司, 他(2008) : セルフマネジメント能力の獲得を主眼にした包括的心臓リハビリテーションプログラムの有効性の検討, *日本看護科学学会誌* 28(4), 17-26.
- 村井俊哉(2008) : fMRI でみる統合失調症の社会的認知, *臨床精神医学* 37(6), 759-765.
- Munir F., Khan H.T., Yarker J., et al.(2009) : Self-management of health-behaviors

- among older and younger workers with chronic illness, *Patient Education & Counseling*, 77(1), 109-115.
- 長戸和子, 加納川栄子, 梶本市子, 他(2002): 「自己管理に問題がある慢性疾患患者の意欲に働きかけるこころのケア指針」の開発と実用性に関する研究, 高知女子大学紀要看護学部編, 51, 39-51.
- Nagelkerk J., Reick K., Meengs L.(2006) : Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management, *Journal of Advanced Nursing*, 54(2), 151-158.
- 仲村直子(2009) : 進化する慢性病看護 高血圧を抱えながら生きる人への支援, 看護実践の科学 34(5), 38-41.
- 中西信男, 古市裕一(1981) : 自我機能に関する心理学的研究—自我機能調査票の開発—, 大阪大学人間科学部紀要 7, 189-220.
- 根本隆洋(2011) : 統合失調症における認知機能リハビリテーション, *臨床精神医学* 40(5), 639-643.
- Newman S., Steed L., Mulligan K.(2004) : Self-management intervention for chronic illness, *Lancet*364, 1523-1537.
- 野口裕二(2002) : 物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ, 医学書院, 東京.
- 野嶋佐由美(2005) : 第7章家族看護学における看護介入論 家族関係の調整・強化, 野嶋佐由美監修 : 家族エンパワーメントをもたらす看護実践, 168-173, へるす出版, 東京.
- 大森圭美, 森千鶴(2012) : 統合失調症者における病識の関連要因—精神障害者観, 自尊感情, 認知的洞察の関連から—, *日本看護科学会誌*, 32(3), 25-34.
- 大西ゆかり(2010) : 慢性の経過をたどる患者のセルフマネジメントの概念分析 リンパ浮腫のあるがん患者への活用, *高知女子大学看護学会誌*, 35(1), 27-53.
- Ragins M.(2002)/前田ケイ 監訳(2004) : ビレッジから学ぶ リカバリーへの道 精神の病から立ち直ることを支援する, 金剛出版, 東京.
- Redman, B.K.(2004) : Patient Self-Management of Chronic Disease The Health Care Provider's Challenge, Jones and Bartlett Publishers, United States of America.
- SAMHS : The Substance Abuse Mental Health Services Administration's Center for Mental Health Services/日本精神障害者リハビリテーション学会監修(2009) : アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキットシリーズ 5 - I IMR・疾病管理とリカバリーツールキット本編, 地域精神保健福祉機構(コンボ), 千葉.
- Schilling L.S., Grey M., Knafle K.A.(2002) : The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents : an evolutionary concept analysis, *Journal of advanced nursing*, 37(1), 79-86.
- Schillinger D., Handley M., Wang F., et al.(2009) : Effects of Self-Management Support on Structure, Process, and Outcomes Among Vulnerable Patients With Diabetes: a three-arm practical clinical trial, *Diabetes Care*, 32(4), 559-566.

- 瀬戸屋希, 萱間真美, 宮本有紀, 他(2008) : 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, 日本看護科学学会誌 28(1), 41-51.
- Sitthimongkol Y., Klainin P, Suthiumnuoykul W, et al.(2007) : Development of a symptom self-management program for outpatients with schizophrenia and their families in Thailand, Asian Journal of Nursing, 10(2), 113-120.
- Siu A.M.H., Chan C.C.H., Poon P.K.K., et al.(2007) : Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population, Patient Education & Counseling, 65(1), 42-50.
- Sol B.G.M., van der Bijl J.J., Banga J.,et al. (2005) : Vascular risk management through nurse-led self-management programs, Journal of Vascular Nursing, 23(1), 20-24.
- Stein-Parbury J., Gallagher R., Chenoweth L., et al. (2012) : Factors associated with good self-management in older adults with a schizophrenic disorder compared with older adults with physical illness , Journal of psychiatric Mental Health Nursing19(2), 146-153.
- Sterling E.W., von Eseswein S.A., Tucker S., et al.(2010) : Integrating Wellness, Recovery , and Self-management for Mental Health Consumers, Community Mental Health Journal, 46(2), 130-138.
- 鈴木麻記子, 阿保順子, 八木こずえ, 他(2005) : 統合失調症患者の早期退院後における自我強化の過程とかかわり, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌 1(1), 47-49.
- 鈴木智津子(2007) : 自分の身体を見ていけるように支援する, 聖路加看護学会誌 11(1), 141-142.
- 鈴木智津子(2008) : 不確かさに耐える関節リウマチ患者の意思決定を支える看護, 看護実践の科学, 33(7), 61-63.
- Swendeman D., Ingram B.L., Rotheram-Borus M.J.(2009) : Common elements in self-management of HIV and other chronic illness : integrative framework, AIDS Care, 21(10), 1321-1334.
- Swerissen H., Belfrage J., Weeks A., et al.(2006) : A randomised control trial of a self-management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek background, Patient Education & Counseling, 64(1-3), 360-368.
- 田嶋長子(2002) : 精神科看護師の臨床判断の構造と特徴, 高知女子大学看護学会誌 27(1), 24-31.
- 高畑圭輔, 豊嶋良一(2007) : 統合失調症と社会脳, 臨床精神医学 36(8), 971-979.
- 高見知世子, 森山美知子, 中野真寿美, 他(2008) : セルフマネジメントスキルの獲得を目的とした2型糖尿病疾病管理プログラムの開発過程と試行の効果, 日本看護科学学会誌, 28(3), 59-68.

- 高山望(2009a) : 脳梗塞(脳卒中)を抱えながら生きる人への支援, 看護実践の科学 34(6)、84-87.
- 高山望(2009b) : リハビリテーションを必要とする人への支援, 看護実践の科学, 34(8), 84-88.
- 竹川幸恵(2008a) : 慢性呼吸不全患者が在宅酸素療法と共に生きることへの支援, 看護実践の科学 33(2)、52-55.
- 竹川幸恵(2008b) : 慢性呼吸不全患者が人口呼吸療法と共に生きることへの支援, 看護実践の科学 33(3), 54-58.
- 田辺有理子, 井関敏男, 飯塚文香, 他(2008) : 精神科病棟における金銭自己管理の現状, 岩手看護学会誌, 1(1), 41-47.
- Tsai YF., Ku YC.(2005) : Self-Care Symptom Management Strategies for Auditory Hallucinations among Inpatients with Schizophrenia at a Veteran's Hospital in Taiwan, Archives of Psychiatric Nursing, 19(4), 194-199.
- 外口玉子(1988) : 人と場をつなぐケア ころ病みつつ生きることへ, 医学書院, 東京.
- 土岐弘美, 福田亜紀, 大林愛 他(2001) : 精神分裂病者を抱える家族員の葛藤, 高知女子大学看護学会誌 26(2), 23-30.
- 上野聡子(2009) : 進化する慢性病看護 肝臓病教室, 看護実践の科学 34(9)、48-51.
- Unger W.R., Buelow J.M.(2009) : Hybrid concept analysis of self-management in adults newly diagnosed with epilepsy, Epilepsy & Behavior, 14(1), 89-95.
- 魚里明子(2009) : 慢性病を持ちながら地域で生活している人々への支援, 看護実践の科学 34(12)、44-47.
- 宇佐美しおり, 岡谷恵子, 山崎喜比古, 他(2009) : 気分障害・不安障害患者へのセルフ・マネジメントプログラム(CDSMP)の適用に関する研究, 看護研究 42(5), 371-382.
- 和田由樹(2009a) : 虚血性心疾患を抱えながら生きる人への支援, 看護実践の科学 34(3)、45-49.
- 和田由樹(2009b) : 心不全を抱える高齢者への支援 病を持ちながら生活する人へのケア, 看護実践の科学, 34(4), 57-61.
- Walker E.R., Wexler B., Dilorio C. Et al.(2009) : Content and Characteristics of Goals Created During a Self-Management Intervention for People With Epilepsy, Journal of Neuroscience Nursing, 41(6), 312-321.
- 我妻広江, 清水直子, 高橋由香, 他(2001) : 看護計画の共有による看護の効果—自己管理が必要な慢性疾患患者の事例を通して—, 日本看護学会論文集 看護管理, 31, 12-14.
- 渡辺京子(2007) : 患者に寄り添う糖尿病ケアの実践, 聖路加看護学会誌 11(1)、138-140.
- 八木こずえ, 鈴木麻記子, 坂井美加子(2006) : 統合失調症患者の早期退院後における自我強化の過程と関わり(第2報)—再発に至った青年期ケースの経過分析—, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌 2(1)、105-108.

- 八木こずえ, 鈴木麻記子, 坂井美加子(2007) : 統合失調症患者の早期退院後における自我強化の過程とかかわり(第3報)ー思春期の発達課題を抱えていたA子さんのケースー, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌 3(1)、49-51.
- 八木こずえ, 鈴木麻記子, 坂井美加子, 他(2008) : 青年期統合失調症患者の生きにくさと看護援助の方法ー自我強化に焦点を当てた看護面接を通してー, 日本精神保健看護学会誌 17(1)、12-23.
- 安酸史子、鈴木純恵、吉田澄恵, 編(2005) : ナーシング・グラフィカ 25 成人看護学ーセルフマネジメント, メディカ出版, 大阪.
- 安酸史子(2010):糖尿病患者のセルフマネジメント教育ーエンパワメントと自己効力(改訂2版), メディカ出版, 大阪.
- Yeung A., Feldman G., Fava M.(2010) : Self-Management of Depression A Manual for Mental Health and Primary Care Professionals , Cambridge University Press, New York.
- Yip Y.B., Sit J.W.H., Fung K.K.Y., et.al(2007) : Effects of a self-management arthritis programme with an added exercise component for osteoarthritis knee : randaomized controlled trial, Journal of Advanced Nursing, 59(1), 20-28.
- 米田昭子(2008) : 慢性腎臓病とともに生活する人への支援, 看護実践の科学 33(10), 57-61.
- 吉野賀寿美(2009) : 統合失調症再発患者の回復過程を支える看護介入ー自己洞察力に焦点を当ててー, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌 5(1), 51ー57.

資 料