

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）

— 仮説モデルを用いた看護実践の分析 —

石 川 かおり（千葉大学看護学部）

岩 崎 弥 生（千葉大学看護学部）

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支え、当事者の地域生活を支援するための新たな看護援助を開発することである。本研究の第一報として、面接調査および文献検討からセルフマネジメントに焦点を当てた援助の仮説モデル考案の過程について報告した。第二報では、仮説モデルを用いた看護実践事例の分析から統合失調症をもつ人の地域生活上のセルフマネジメントの課題を明らかにし、仮説モデルとの比較検討を行った。第三報となる本稿では、同じく看護実践事例の分析からセルフマネジメントを支える看護援助を明らかにし、仮説モデルを修正した。

対象者は、統合失調症の診断にて民間精神病院に入院中の3名であり、仮説モデルの援助指針に基づいた個別の看護を研究者自身が提供した。援助は一回につき1時間以内、週1-2回、入院中から退院後を含めて4-6ヶ月間実施した。データは、一回の援助毎に対象者と援助者のやりとりを想起して記述し、質的帰納的方法を用いて分析した。

分析の結果、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として、[患者の希望や意向を明確にして支持する]、[患者の状態の変化に配慮し、気持ちを汲み取りながら真摯に患者主体のペースを守る]、[たとえ上手くいかないことがあったとしても、患者のセルフマネジメントを肯定し後押しする]、[患者の状況を把握しながら患者の力を共に確認する]、[看護師の視点を押し付けないように提示する]、[患者のユーモアと安らぎを分かち合う]、[患者と周囲の人との橋渡しをして他者の力の活用を促進する]が明らかになった。

Key words : nursing care model, self-management, people with schizophrenia

I. はじめに

1995年に成立した精神保健福祉法に法的根拠に基づいた精神障害者の福祉施策が盛り込まれて以降、精神障害者の地域生活支援に関する法的・制度的な整備が徐々に整い、地域ケアにより一層重点が置かれるようになってきた。近年、退院促進に積極的に取り組む精神科病院が増加しているが、2006年の精神病床平均入院日数は320.3日¹⁾と300日を超える状況に大きな変化はない。精神科看護においては、長く入院治療による疾病回復支援に重点をおいてきた歴史的背景があるが、このような従来の看護では精神障害者が病気を持ちながら地域生活を送ることを支援するという課題に十分対応できていないと言え、新たな看護の確立が必要とされている。

そこで、本研究では、症状改善や機能回復に重点を置いてきた従来の看護に代わる新たな視点として、生活の

主体である患者の希望、取り組み、強みなど、精神疾患をもつ当事者の力量に焦点を置くことが重要であると考え、患者の主体的な取り組みであるセルフマネジメントに着目した新たな看護援助の開発に着手することとした。

II. 研究目的

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支え、当事者の地域生活を支援するための新たな看護援助を開発することである。

なお、本研究では、セルフマネジメントを「統合失調症をもつ人が、病気とつきあいながら生活する中で認識する課題に自分のできる方法で主体的に取り組むこと」とする。

III. 研究全体の枠組み

本研究における看護援助の開発は二段階の過程に分けて実施することとした（表1）。

表1 本研究全体の流れ

第一段階	面接調査・文献検討からセルフマネジメントに焦点を当てた看護援助の仮説モデルを考案する過程(第一報)
第二段階	仮説モデルを適用した看護実践・分析を通して、仮説モデルを修正する過程 ・セルフマネジメントの課題の検証・修正(第二報) ・看護援助の検証、援助指針の修正(第三報)

第一段階はセルフマネジメントに焦点を当てた援助の仮説モデルを考案する過程である。Lorig & Holman (2003) の慢性疾患患者を対象としたセルフマネジメント教育モデル²⁾を参考とし、地域で生活する当事者への面接調査と文献検討から精神障害者のセルフマネジメントに焦点を当てた援助の仮説モデル(図1, 表2)を考案し、本研究第一報²⁾にて報告した。

第二段階は、仮説モデルを用いて看護を実践し、その看護実践事例の分析から、セルフマネジメントの課題およびセルフマネジメントを支える看護援助を抽出し、仮説モデルと実践結果の比較検討を通してモデルの精練・修正を試みる過程である。第二報では、看護実践の分析から地域生活における4つのセルフマネジメントの課題を抽出し³⁾、仮説モデルの「セルフマネジメントの課題」部分の修正を行った(図2)。そして第三報となる本稿においては、看護実践事例の分析から、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を抽出し、先行研究および仮説モデルの援助指針との比較検討を行い、援助モデルの修正版を提示することを目的とした。

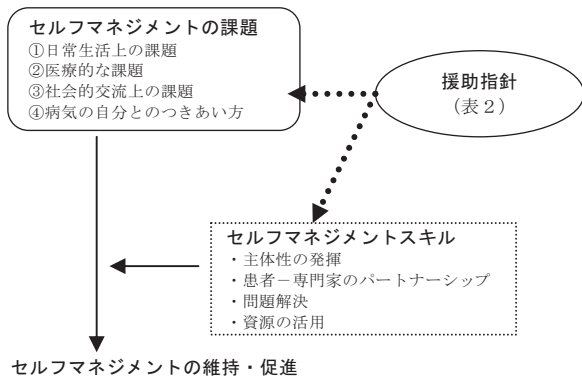


図1 本研究における援助の仮説モデル²⁾

表2 援助指針(概要)²⁾

- (a) 患者と信頼関係を築き、患者の力量や強みを生かす
- (b) 患者の主体性の発揮と自己決定を尊重し、促進する
- (c) 患者-専門家間のパートナーシップ構築を促進する
- (d) 患者が認識する課題に対して、問題解決的に取り組む過程を促進する
- (e) 必要な資源の活用や身近な人への相談など周囲の力を活用することを促進する

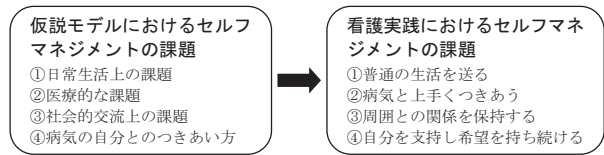


図2 仮説モデルの「セルフマネジメントの課題」の修正

IV. 研究方法

1. 対象

対象は、研究目的に合わせて設定した下記の選定条件を全て満たし、研究参加への同意が得られた者とした。
・主治医より統合失調症と診断され、その治療目的にて精神科医療機関に入院中の20歳以上の者である。
・退院後も継続して当該精神科医療機関にて外来治療を継続する予定である。
・自分の意思を言語的に表現できる。
・急性期症状が消失あるいは減退しており、本研究への参加により動揺しない。

2. データ収集方法

各対象者に対し、援助指針(表2)に基づいて、一回1時間以内、週1-2回、入院中から退院後を含めて4-6ヶ月間、研究代表者(以下、援助者とする)が個別の看護を提供した。実際の援助は、診療録や看護記録および看護スタッフや主治医から随時情報収集し、病棟内の治療や看護の経過に合わせながら、援助者の援助方針を病棟スタッフに提示し合意を得て実施した。また、実施した援助内容は、随時病棟スタッフに報告し、援助記録および月毎のサマリーを作成し情報共有を図った。

データ収集は、対象者の許可を得て援助中にメモを取り、一回の援助毎に対象者と援助者のやりとりを想起して逐語的に記述した。また、診療録および看護記録から、医学的・人口統計学的情報を収集した。

3. データ分析方法(看護援助の分析)

事例毎に逐語記述を精読し、対象者のセルフマネジメントの課題およびセルフマネジメントスキルに関連して実施した看護の記述を一つのまとまりごとに抽出し、一次コードを作成した。次にコードの類似性と相違性を検討しながら類似コードをグループ化し、その内容を要約してカテゴリ化した。これ以上グループ化できなくなるまでこの作業を繰り返し、各事例の最終カテゴリを抽出した。そして全事例の最終カテゴリを集め、先と同様にグループ化とカテゴリ化の作業を繰り返し、最終的に得られたカテゴリを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とした。

4. 質的研究の厳密さの保証

データの信頼性と妥当性を高めるために、観察訓練や、定期的な観察の見直しのための研修を事前に行った⁵⁾。また、ある程度標準化し構造化した形でフィールドノートをつける⁶⁾ ために、研修期間中に自らの看護実践を記述的に変換する訓練を行った。援助場面の記述データは、トライアングレーションの方法^{5), 7)} を用いて、看護記録や診療録等の記録や看護師・医師への聞き取りによる情報と照合しながらデータ収集をすすめた。分析の過程においては、精神科臨床経験を有する大学院生と修士以上の学位をもち精神科臨床経験をもつ大学教員から、データ解釈に関する批評と助言を随時受けた。

5. 倫理的配慮

研究者が所属する千葉大学看護学部倫理審査委員会の承認と研究協力施設の承諾を得て実施した。研究対象者に対して書面と口頭にて、研究の趣旨と方法、自由意思と匿名性の保障、予測される利益と不利益、参加中断の権利等の倫理的事項について説明し、対象者および研究代表者が共に同意書に署名し、参加の承諾を得た。また、病状悪化等で研究参加が対象者にとって負担になると判断した場合は、看護を継続しつつ研究参加継続の意向については病状が改善した際に改めて確認することとした。そして、これらの倫理的事項を常に自己点検しながら、対象者の権利の保障に努めた。

V. 結果

1. 対象者の概要 (表3)

首都圏近郊にある民間精神病院に入院中の患者3名を対象とした。本稿ではA氏、B氏、C氏と表記する。援助開始時点は全員が退院後単身生活の予定で(うち2名

は初めての単身生活)、病状が安定し外泊を開始する状況であった。A氏は援助期間中に退院し、退院後3ヶ月で援助を終了した。B氏は退院後1ヶ月半で再入院となり、状態が落ち着いた後(再入院後約1ヶ月)に本人の意向を確認の上、1ヶ月半援助を継続した。C氏は援助開始後13週目に状態が悪化し、援助は継続したが研究のためのデータ収集はその時点で中止とした。なお、フィールドである精神病院は病棟スタッフ(看護師, 准看護師, 看護補助者), 医師, 精神保健福祉士(以下PSWと表記), 作業療法士, 臨床心理士, 外来看護師, 薬剤師, 検査技師, 栄養士等がチームを組んで、退院困難あるいは地域生活が困難な人を対象とした退院支援に取り組んでいた。

2. セルフマネジメントを支える看護援助 (表4)

分析の結果、統合失調症を持つ人のセルフマネジメントを支える看護援助として七つが明らかになった。以下に、各看護援助の内容について、やりとりの具体例とともに説明する(具体例文中のアルファベットは対象者を、“援”は援助者を示す)。

(1) 患者の希望や意向を明確にして支持する

この援助は、今後の地域生活あるいは現在の生活のなかで、対象者がどうしたいか、どうなりかたいかなど対象者自身の希望や意向を具体的に尋ねて対象者の課題を共に明確にすることであった。その上で対象者の希望や意向を支持し、それに合わせていくことが含まれた。そして、対象者の意見が援助者の視点とは違うものであっても、対象者の話を聴き、本人の考え方やそのように考える理由などを知り、理解を示すことであった。これらは患者のセルフマネジメントを支援するにあたり、本人の意思を何よりも尊重する援助であった。以下は、A氏の退院後初回の援助で、訪問看護を利用したいというA

表3 対象者の概要

対象者 (性別 / 年齢)	A 氏 (男性 / 50 歳代)	B 氏 (男性 / 40 歳代)	C 氏 (女性 / 50 歳代)
入院回数 / 援助開始までの入院期間	1 回目 (初回) / 6 ヶ月	18 回 / 4 ヶ月	9 回目 / 8 ヶ月
罹病期間 / 総入院期間	25 年 / 6 ヶ月	17 年 / 5 年	31 年 / 20 年
主な治療やケア (入院病棟)	薬物療法 / 作業療法 / デイケア (閉鎖)	薬物療法 / 作業療法 (閉鎖)	薬物療法 / 作業療法 / デイケア / SST (開放)
経済状況	障害者年金, 家族の援助	生活保護	障害者年金, 家族の援助
家族・その他のサポート状況	入院前に同居の母とは別居予定。入院中はきょうだい二人が面会。入院前に通所していた作業所に退院後も通所予定。	別居のきょうだい1名のみと音信可能で、信頼できる存在。きょうだいもB氏を心配して連絡したり、面会に来たりしている。	同居していた母が、援助期間中に他界。その後は母に代わり、近くに住むきょうだいがアパート生活の準備などをサポート。
援助開始時の対象者の状況	母親と別居し、自宅にて初めて単身生活の予定。これから外泊開始の予定。本人は「自分のことだけやればいいから悠々自適」「心配なことはない」と述べる。	これまで住んでいたアパートでの単身生活に戻る予定。本人は「早く退院したい」一方で「踏ん切りがつかない」「やっつけけるか心配」と述べる。	病院近くのアパートで初めて単身生活の予定。これから外泊開始の予定。本人は「やってみないと何が大変かわからない」「今は楽しみが大きい」と述べる。
援助期間 (回数) / 1 回の援助時間	5 ヶ月 (20 回) / 30 分 入院中: 2 ヶ月 (9 回) 退院後: 3 ヶ月 (11 回)	6 ヶ月 (42 回) / 15 ~ 50 分 入院中: 3 ヶ月 (29 回) 退院後: 1.5 ヶ月 (6 回)	4 ヶ月 (21 回) / 15 ~ 50 分 入院中: 4 ヶ月 (21 回) ※状態の悪化のためデータ収集を中止

氏の意向を明確にしようとしている場面である。

A：あの、他の人も来るんでしょ？
援：他の人・・・？。病院の訪問看護のことですか？
A：あー、病院の・・・。
援：Aさんとしては、病院の看護師さんにも訪問に来てもらいたいのっていう希望がありますか。
A：来てもらいたいよな。月1回くらいならいいかなって思います。
援：来てもらいたいって思うのはどうしてですか？
A：うーん、誰かが来てくれたほうがいいかなって思うんですけど。
援：誰かに会って少しお話できたらいいなってことでしょうか。
A：そうですね。その方がいいんじゃないかと思います。(後略)
—その後、病院の相談室へ自ら赴いて訪問看護の手続きを行い、訪問看護を利用することになった—

(2) 患者の状態の変化に配慮し、気持ちを汲み取りながら真摯に患者主体のペースを守る

この援助は、対象者が自ら話し始めたことや好きに話すのをまずはそのまま聴き、理解しようとするものであった。そして、対象者の大変さ、辛さ、心配などの気持ちを推し測りながら汲み取る姿勢で聴き、その気持ちに共感や理解を示して受容した。また、対象者からの温かい言葉や援助者に対する協力への感謝の気持ちを伝えた。さらに、対象者が無理をしたり焦ることなく、自分のペースでできそうなことから取り組めるよう助言することも含まれていた。対象者が不調で苦しい状況に陥った際には、本人の意思を確認しながらできないことを手伝ったり、疑心暗鬼にいるときには安心して良いことを何度も伝えた。この患者を尊重し真摯な態度で話を聴く基本的な援助は、患者が時に不調に陥ることがあっても、自らの課題に合わせて主体的にセルフマネジメントに取り組めるよう援助する上で基盤となるものがあった。以下は、不調時に周囲に対し敏感に反応しているB氏に大丈夫であることを繰り返し伝えている場面である。

—看護師が3名ほどで話しながら側を通り過ぎた—
B：(唐突に)なんであんふうにいわれなくちゃいけないんだよ。嫌になっちゃう。なんか俺のことをあれこれ変な風に(眉間にしわを寄せる)。
援：看護師さん達？今の？
B：そう。
援：今はBさんと全然関係ないですよ。他の人のことを話していいですよ。関係ないから心配しなくて大丈夫ですよ。
B：そうなの。大丈夫なんだ。
援：大丈夫です。
B：ならほっとした。(表情が少し柔らく)(後略)
—B氏は、普段から周囲に敏感で疑心暗鬼になりやすい傾向にあったためその不安は根本的に無くなることはなかったが、不安感、恐怖感、現実感のなさなどの訴えに大丈夫と伝えた時には表情が和らぐこともあった—

(3) たとえ上手くいかないことがあったとしても、患者のセルフマネジメントを肯定し後押しする

この援助は、対象者が現在やっていること、新たにやってみよう、試してみようと考えていることなど、対象者の課題に対する取り組みへの努力を賞賛したり、それで良いと支持したり励ますことであった。また、対処の結果について対象者自身の評価を尋ねて共有したり、援助

者の評価を肯定的に伝えたりすることなどが含まれた。そして、たとえ失敗したとしても問題に焦点化するのではなく、上手くいかない中で対象者自身が得た新たな気づきを強調して伝えることであった。これらは、上手くいかないことや失敗も含めて患者のセルフマネジメントを支持し、課題に取り組む患者の自信とやる気を支える援助であった。以下は、C氏の外泊時の対処を支持しながら、肯定的な評価を共有している場面である。

C：(前略) 前の外泊では、病院の時間に従って全部をきっちりやろうとしたんだけど。今回は、食事や薬の時間は病院に合わせたけど、その他は少し自由にして。
援：自由にするっていうのは？
C：例えば、歯磨きは寝る前にしたり、お菓子を食べながら書き物をしたり、ちょっとゴロゴロしてみたり。時間に余裕を持って、自由にゆくりしようと思っただけ。
援：うん。この間、気持ちが切羽詰っちゃってって言ってましたけど、それに対する対処ができたようですね。
C：そうですね。完璧じゃなくても、できなかったことがあっても、くよくよしないようにして。
援：そういうのって思ってもなかなか実行するの難しい。Cさん、すごいですね。
C：押し入れシートを持って行ったんですけど、サイズが合わなくて最初はカリカリしてたんです。鉄でうまく切れなかったらどうしようとか。でも、新聞でいいやと思っただけで新聞紙を敷いたんです。それでいいやって思って。
援：臨機応変に対応してますね。
C：臨機応変っていうんでしょうかね？(笑う)
援：できなかったら、仕方ないやって考えて別の方法でよしとしたわけじゃないですか？それで気持ちも落ち着いて。
C：そうですね。楽になりました。(後略)

(4) 患者の状況を把握しながら患者の力を共に確認する

この援助は、対象者が課題に取り組むなかで不安に思っていることや困難に感じていることがないか確認しながら、同時に、対象者がこれまで行ってきたことや対処方法についても確認し、そのなかで本人の対処を強調して伝えたり、良い面や強みに焦点をあて努力を認めていくことなどが含まれていた。これらは、患者がセルフマネジメントの課題に取り組む現状を把握しながら患者の力や強みを本人と共に見出し確認していくという、患者の力を活かすことに重きをおいた援助であった。以下は、A氏のテレパシーや分身が見える体験に対して話を聞きながらA氏の強みを捉えて共有している場面である。

援：テレパシーは、ときどきあるみたいですけど、辛いこととかはないですか？
A：うーん。辛いことも前はあったけど、この頃は特にはないですね。
援：そうですね。それならいいですけど。
A：色々自分でも経験してきましたからね、慣れちゃった。(笑う)
援：慣れちゃった。すごいですね。結構長く付き合っただけから。自分なりに付き合ってるってことなんじゃないですか？
A：前は辛いときもあったんですけど、最近は少し弱まってきたっていうか。少しいいみたいです。時々、一人の人の分身が何人も見えたりするんですけど。
援：そうですね。ご自分ではそういうとき、何か対処されてるんですか？
A：対処って、特にね。もう慣れて。なんていうか、自分のはほんとしてるからね、おっとりしてるっていうか。(笑顔)
援：うん。わかります。お人柄がにじみ出てますね。のほほんとしてるのって、Aさんにとっていいことで、大事かもしれませんね。
A：そうですね。年も年で56だしね、もうね。のほほんとして。(後略)

(5) 看護師の視点を押し付けないように提示する

この援助は、対象者主体のペースを守り意向に合わせながら、援助者として対象の話を聴きたいという意向を伝えたり、話題がずれてしまった時には軌道修正することであった。また、課題解決に取り組む際には、対象者の意見を尊重しながら、援助者の視点から対応策を提案したり、事実に基づいた意見を述べたり、役立ちそうな情報を提供した。対象者が生活のなかで経験していることについて、援助者自身の類似の経験や出来事、援助者自身が行っている対処などを紹介した。いずれの場合も、その場で対象者に選択を迫ったり、決定事項として伝えるのではなく、看護師の視点から新たな視点を提供することを目的とし、どうするかは本人に任せた。これらは、患者の課題に対して看護師から見た“健康的な”方法を患者の主体性を削がないように伝えて、患者がそれを参考にしながら自分の生活にあった方法を選び取っていくことに働きかける援助であった。以下は、きょうだいに内緒で仕事をするというB氏に、援助者の視点から問題提起している場面である。

B：きょうだいは悪いんだけど、内緒で働いちゃおうかなと思って。
 援：きょうだいに内緒で。それっていい方法ですかね？
 B：うーん。良くないか。
 援：なんで内緒にするんですか？
 B：無理して仕事なくていいっていうんだよね。
 援：ああ。私が思うには、きょうだいはBさんが無理をして調子を崩してしまったり、仕事がプレッシャーになることを心配してるのかもしれないですよ。
 B：そうかあ。
 援：まずはBさん自身が言っていたように、仕事を始められるようになるために、今は何ができればいいかって少しずつステップ踏んでいくことが大事かなと私は思いますけど。
 B：そうかあ。少しずつね。一気に行くと、失敗したときが怖いよね。(後略)
 —B氏にとって仕事は重要なテーマの一つであった。少しずつ退院について考え始める時期になると“仕事をするためには規則正しい生活リズムと体力が必要だからまずはデイケアに通う”と述べ、デイケアなどの情報収集を始めた—

(6) 患者のユーモアと安らぎを分かち合う

この援助は、対象者の課題への取り組みと一緒に参加するなかで、対象者が話す日常生活上の良かったことを共有したり、対処した結果について共に喜んだり、問題が解決したことに一緒に安堵することであった。また、対象者がふとみせるユーモアにあわせて笑ったり、対象者が好きなことや興味のあることに関心を寄せて一緒に楽しむことであった。時には援助者の失敗談なども話し

表4 セルフマネジメントを支える看護援助

上位カテゴリ	下位カテゴリ
(1) 患者の意向や希望を明確にして支持する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の希望や意向を把握する ・患者の希望や意向を明確にする ・患者の希望や意向を支持し、合わせる ・患者の捉え方、見解、主張に理解を示す
(2) 患者の状態の変化に配慮し、気持ちを汲み取りながら真摯に患者主体のペースを守る	<ul style="list-style-type: none"> ・患者のペースに合わせる ・患者の話をまずはそのまま聴く ・患者が感じている大変さや辛さを汲み取る ・患者が表出する困難、心配、辛さなどの気持ちに理解を示す ・患者が無理をせず自分のペースを守るよう助言する ・不調時には、患者の意向に沿ってできないことを手伝い、安心感を保障する ・患者を気にかけて心配していることを示す ・患者に対して感謝の気持ちを示す
(3) たとえ上手くいかないことがあったとしても、患者のセルフマネジメントを肯定し後押しする	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が行っていることやこれからやってみようという対処を理解し支持する ・患者の対処や現在行っていることを賞賛し、継続を後押しする ・患者自身の評価を尊重し、看護師からの肯定的な評価を伝えて共有する ・失敗や上手くいかないことがあってもセルフマネジメントの過程であり問題ないことを保障する
(4) 患者の状況を把握しながら患者の力を共に確認する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の現状を把握する ・患者の心配、負担、困難などの有無とその状況を把握する ・患者の困難や苦痛、生活の状況を明確にする ・患者の話を聴いて良く分からなかったことや、患者の意図や捉え方を明確にする ・患者が行っている対処とその経過を把握する ・患者が行っている対処を強調したり指摘したりする ・患者の良い面に焦点をあて、努力や強みを見出し強調する
(5) 看護師の視点を押し付けないように提示する	<ul style="list-style-type: none"> ・時には看護師の意向を伝えたり、看護師のペースに戻す ・患者の意向を考慮しながら看護師の視点から押し付けないように意見を伝える ・患者の経験に合わせて、看護師自身の生活経験を話す ・患者のニーズに合わせて看護師の視点から押し付けないように情報提供したり、必要な情報を一緒に確認する ・患者の話す内容が間違っていたり、看護師の事実と違うときは、事実を説明する
(6) 患者のユーモアと安らぎを分かち合う	<ul style="list-style-type: none"> ・患者と一緒に喜び安心する ・患者の笑いとユーモアと一緒に楽しむ
(7) 患者と周囲の人との橋渡しをして他者の力の活用を促進する	<ul style="list-style-type: none"> ・周囲の人との関わりの状況と意向を把握する ・周囲の人の視点や周囲の人のサポートを伝え、共有する ・患者自身の気持ちや意向を周囲の人に伝えたり、相談してみようことを後押しする ・患者自身がスタッフの協力を得たり、自分の生活に役立つ資源を見つけて活用できるよう橋渡しをする

と一緒に笑うこともあった。これらは、患者が自らの課題に対するセルフマネジメントに取り組む過程を患者と共に楽しみ、苦労を喜びに変換しながら共に歩む援助であった。以下は植物好きのC氏が外出の帰りに見つけたという紫陽花の話と共に楽しむ場面である。

C：アパートのからの帰り道に、ちょっと変わった額紫陽花が咲いていたんです。花びらが普通のとは違って、星型っていうのかな、こういう（ジェスチャー）形の。わかります？
援：良かったらこれに書いてみてもらえますか（メモ帳とボールペンを渡す）。
C：こういう感じの（星型の花弁を描く）。
援：へー。こんな額紫陽花があるんですか。
C：そう。すごくきれいでね。いいなー、こんなの欲しいなーって見てたんですけど。「紫陽花って挿し木で咲くのかな」って〇〇さんに（一緒にいたPSW）聞いたら、「咲くと思うよ」って。「でも折るのはやめて我慢しよう」って（笑う）。
援：あー、紫陽花を我慢したのは〇〇さん（PSW）なんですか（笑う）。
C：（笑いながら）そう。〇〇さんって、お花とかも好きみたいで。「この紫陽花はここに咲いているから美しい」って。
援：へー。
C：あ、〇〇さんはそうは言ってないです（笑う）。
援：じゃ、今の言葉はCさんの言葉？
C：はい。でもちょっときざぎざですね（笑う）。
援：素敵なお言葉ですね。「紫陽花はここに咲いているから美しい。」
C：いやー（照れ笑いしている）。他にも、通り道のおうちはみんなきれいなお花を咲かせていて。季節ごとに楽しみです。
援：病院くる道すがら楽しめて、いいですね。（笑顔）
C：そうなんです。（笑顔）

(7) 患者と周囲の人との橋渡しをして他者の力の活用を促進する

この援助は、家族や医療福祉の専門家との関係において、時に相手の状況や意図がわからないでいたり、自分の考えや気持ちを上手く伝えられないでいる対象者に対して、周囲の人の立場や気持ちを伝えたり、周囲の人が対象者に対して行っていることを伝えることであった。また、対象者がきょうだいに対してこうしてあげたいという意向を持っていることや感謝の気持ちを持っていること、医療者への要望を持っていることを、自分で相手に伝えてみるよう奨励することが含まれた。さらに、対象者が地域生活のために活用できる資源を見つけて実際に活用できるように、本人の許可を得て希望や意向を資源となる関係者へ伝えた。これらは、患者が周囲の人や身近な資源の存在を見出し活用しながら自らのセルフマネジメントの課題に取り組む上で、患者と周囲の人をつなぐ援助であった。以下は、きょうだいと一度食事をしたという意向を話すA氏に、自分の意向を伝えてみるよう後押ししている場面である。

A：色々お世話になったから、本当は一度、きょうだいと一緒に食事でもしたいんだけどね（笑う）。二人の都合とかスケジュールがどんなもんなのかわからないから、どうしようかなって思ってた。
援：あー、いいじゃないですか。
A：でもね、どうしようかな。
援：お二人ともお仕事されているんでしたっけ？
A：そうなんです。
援：でも、そういう風を考えてることをお二人に伝えてみたらいいかな？
A：うん。
援：すぐには無理かもしれないけど、都合をあわせてくれるかもしれないし。
A：そうですね。
一約1ヵ月後、きょうだいを食事に誘ったことを報告した—

VI. 考察

1. 看護援助の特徴についての検討

得られた7つの看護援助のうち、(1)患者の希望や意向を明確にして支持する、(2)患者の状態の変化に配慮し、気持ちを汲み取りながら真摯に患者主体のペースを守る、(4)患者の状況を把握しながら患者の力を共に確認するという3援助は、患者の力に焦点を当てて、患者の意思を尊重し、患者主体のペースを守るという点で、患者の内発的な動きを支持する働きかけとなることから、『患者の主体性を尊重する援助』と考えることができる。統合失調症をもつ人は、他者との信頼関係の乏しさから自分の意向や希望を伝えられなかったり⁸⁾、自我境界の曖昧さから他者からの影響を受けやすく自分の意思を表出するよりも相手の意向に合わせてしまう傾向があること^{9)・10)}が指摘されている。このことから、セルフマネジメントという患者の主体的な取り組みを支える上で中核となる援助の側面であると考えられる。

また、(5)看護師の視点を押し付けないように提示する援助は、患者のセルフマネジメントが上手くいかないときや看護師から見て“問題”や“不健康”であるときなどに、看護師の視点から“健康的”あるいは“適応的”な方向性を患者に示すことであるが、あくまで患者の主体性が発揮されるように、患者の力に看護師の助力を“押し付けない”ように提供することを重要としている。よって患者が看護師の意見を参考にしながら自分に合うセルフマネジメントの方法を選びとり、自分の力としていくことを可能にすると考えられる。先行研究において、統合失調症を持つ人に対して看護師から助言や情報提供する際に“押し付けない”ことを重要視する点が明示されたものはなかった。しかし、糖尿病と統合失調症を併せ持つ人の看護において「患者に選択権を委ねる」対応がセルフケアへの意欲を高めるという報告¹¹⁾があることから、“押し付けない”という配慮が患者のセルフマネジメントへの意欲を高める可能性があると考えられる。

そして、(7)患者と周囲の人との橋渡しをして他者の力の活用を促進する援助は、患者が家族や専門家など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援助である。これは、患者自身が周囲の人の力を得て、それを自分の力に加えて地域生活に活かしていくことを目指している。したがって、(5)看護師の視点を押し付けないように提示するとともに、『周囲の助力を患者自身の力に加えて活用できるよう働きかける援助』であると考えられる。

さらに、(3)たとえ上手くいかないことがあったとしても、患者のセルフマネジメントを肯定し後押しする援助

は、患者のセルフマネジメントをあくまで尊重する援助であるが、失敗することがあってもその体験を患者の力として活かしていけるような環境と、自ら軌道修正しながら健康的な生活を選択していけるような土台を整えることを前提としている。また、(6)患者のユーモアと安らぎを分かち合う援助は、患者がふと見せるユーモアや笑いを共に楽しんだり、患者の喜び、安堵、楽しみなど安らぎを共有することである。ユーモアは現実を裏返して「苦しみを力強さに」「痛みを喜びに」「敗北を勝利に」「的外れなことを有意義に」「重大なことを何でもないことに」する働きがある¹²⁾ ことから、この援助は、現実の困難や苦痛を乗り越える力に転換し、失敗に伴う患者の痛みを緩和すると考えられる。特に、本研究では看護師の視点を提示することによって患者の変容を迫る働きかけがあったり、患者が現実の障害や苦痛と直面せざるを得ない側面もあり、患者にとっては痛みを伴う援助も含まれていた。精神療法の際には思いやりやユーモアを用いることで、精神療法によって患者が受ける痛みを和らげることが重要であると指摘されており¹³⁾、この援助は、患者と看護師双方の緊張を緩和し、看護介入そのものから生じる患者の痛みを和らげる働きもあると考える。

したがって、(4)患者の状況を把握しながら患者の力を共に確認する援助によって患者の力を患者と共に信じながら、(3)たとえ上手くいかないことがあったとしても、患者のセルフマネジメントを肯定し後押しする援助と(6)患者のユーモアと安らぎを分かち合う援助によって患者の痛みを緩和し、『失敗も含めた体験を患者の力に転換する援助』であると考えられる。

上記の検討を踏まえてセルフマネジメントを支える看護援助の特徴を図3に示す。

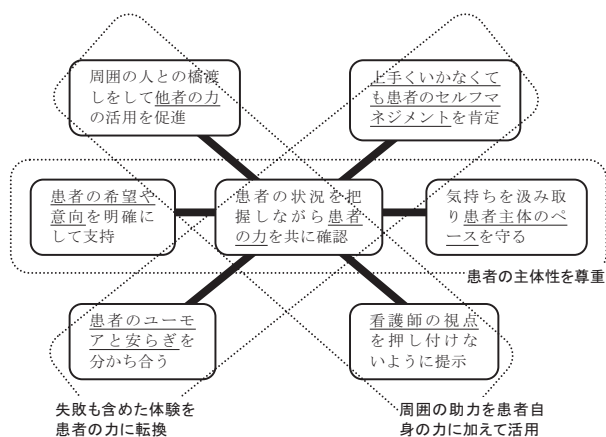


図3 セルフマネジメントを支える看護援助の特徴

2. 仮説モデルの援助指針と実践結果との比較 (表5)

本研究では、原則的には仮説モデルの援助指針に基づいて看護を提供したが、実際の看護場面では、対象者の状態に合わせて援助内容や方法を修正して行った。

事前に考案した看護援助指針と共通したもののうち、(4)患者の状況を把握しながら患者の力を共に確認するは、患者の力に着目し尊重する点で、援助指針の (a) 患者との信頼関係を築き、患者の持っている力や強みを活かすに相当する。また、(1)患者の希望や意向を明確にして支持する、(2)患者の状態の変化に配慮し、気持ちを汲み取りながら真摯に患者主体のペースを守る、(3)たとえ上手くいかないことがあったとしても、患者のセルフマネジメントを肯定し後押しするという援助は、患者の主体性を尊重する点で援助指針の (b) 患者の主体性の発揮と自己決定を尊重するに対応している。そして、(7)患者と周囲の人との橋渡しして他者の力の活用を促進するは、周囲の人々や社会資源の活用を促す点で、援助指針の (c) 必要な資源の活用や身近な人への相談など患者が周囲の力を活用することを促進すると一致している。

看護実践の分析から新たに得られた看護援助のうち、(5)看護師の視点を押し付けないように提示するに近似の援助指針は、(d) 患者が生活のなかで認識している課題に対し、問題解決過程を促進するであり、その援助においては、看護師から必要に応じた情報提供や助言をすることが含まれていた。しかし、今回明らかとなった、看護師の視点を“押し付けない”という原則が援助指針に

表5 仮説モデルの援助指針との比較検討

仮説モデルの援助指針	看護実践から抽出された看護援助
(a) 患者との信頼関係を築き、患者の持っている力や強みを活かす	(4) 患者の状況を把握しながら患者の力を共に確認する
(b) 患者の主体性の発揮と自己決定を尊重する	(1) 患者の希望や意向を明確にして支持する
	(2) 患者の状態の変化に配慮し、気持ちを汲み取りながら真摯に患者主体のペースを守る
	(3) たとえ上手くいかないことがあったとしても、患者のセルフマネジメントを肯定し後押しする
(c) 患者が治療や療養に取り組む責任を認識し、専門家とパートナーシップを築くことを促進する	
(d) 患者が生活のなかで認識している課題に対し、問題解決過程を促進する	(5) 看護師の視点を押し付けないように提示する
(e) 必要な資源の活用や身近な人への相談など患者が周囲の力を活用することを促進する	(7) 患者と周囲の人との橋渡しをして他者の力の活用を促進する
	(6) 患者のユーモアと安らぎを分かち合う

は含まれていない。この援助は、患者が看護師の意見も参考にしながら自分に合う生活のセルフマネジメント方法を選び取っていくことを可能にするものであり、自我境界が不鮮明で他者の影響を受けやすいという統合失調症をもつ人の特性を考えると、彼らのセルフマネジメントを促進するうえで重要な援助であると考えられる。また、セルフマネジメントスキルである「問題解決」の部分が前面に出てこなかったのは、患者の「問題」ではなく「力」に着目していくことを援助の基盤としていたためではないかと考えられる。先行研究においても、患者のできていることや良いところ、健康的な側面などに焦点を当てるアプローチが患者の安心や自信を培う上で有効であることが示されてきた¹¹⁾¹⁴⁾¹⁵⁾。一方で、患者の「力」だけに着目するのではなく、「患者の挫折の屈辱感や自己嫌悪の体験も含めて自助活動の資源」と捉えることの重要性も指摘されている¹³⁾。今後援助する側が力量をつけて患者の自助努力の失敗や脆弱性も含めて本人の「力」と捉えて看護することができれば、まさに患者のセルフマネジメントを支える援助を提供することになると考える。

(6)患者のユーモアと安らぎを分かち合うに類似の援助指針はなかったが、(a)患者との信頼関係を築き、患者の持っている力や強みを活かすの下位項目に、「ユーモアとウィットを持って患者のよき話し相手になる」ことが含まれていた。しかし、実際の看護援助では、看護師がユーモアをもって接するというよりも、患者自身も持っているユーモアを一緒に楽しむことであった。ユーモアは緊張を緩和することから、対人関係で緊張しやすい患者にとって重要な援助であると言える。また、前述の通り、ユーモアには辛さを緩和する働きもあることから、特に入院生活から地域での単身生活への移行期においては、生活環境の変化や浮上する様々な問題に自分で対処していく困難、上手くいかない挫折感、初めて一人になる孤独や寂しさなど、様々な困難や失意がある患者にとっては不可欠な援助であると考えられる。

援助指針のうち、看護実践で抽出されなかったのは、(c) 専門家とのパートナーシップを築くことを促進するである。これは、セルフマネジメントスキル「患者-専門家のパートナーシップ」に関連し、患者が対等な立場で治療に参加できるようにする援助であった。しかし、実際の看護実践においてはパートナーシップの前提となる自己主張や治療への積極性の部分を、相手の要求を断ることをせず相手に対して言いにくいことを告げない¹⁰⁾という特性をもつ患者に求めることは難しく、徹底的に患者の主体性を尊重する看護を提供することになった。したがって、統合失調症をもつ人を対象とする場合、パー

トナーシップ構築の促進ではなく、患者の意向とペースを尊重し患者の内発的な動きを否定しない援助が重要であると考えられる。

3. 援助モデルの修正

上記の検討を踏まえて仮説モデルの「セルフマネジメントスキル」と「援助指針」を修正し、援助モデルの修正版とした(図4、表6)。

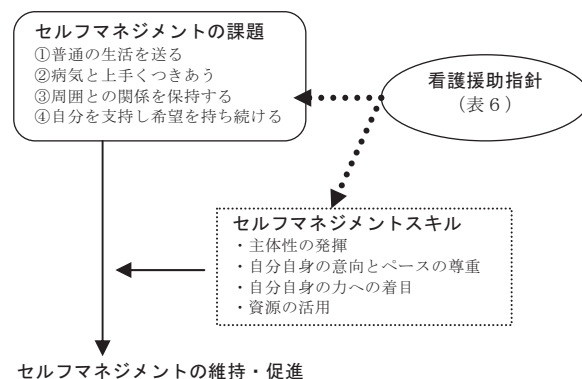


図4 セルフマネジメントを支える援助モデル(修正版)

表6 援助指針(修正版)

- (a) 患者の状況を把握しながら患者の力を共に確認する
- (b) 患者の主体性の発揮と自己決定を尊重し、促進する
 - ・患者の希望や意向を明確にして支持する
 - ・患者の状態の変化に配慮し、気持ちを取りながら真摯に患者主体のペースを守る
 - ・たとえ上手くいかないことがあったとしても、患者のセルフマネジメントを肯定し後押しする
- (c) 看護師の視点を押し付けないように提示する
- (d) 患者のユーモアと安らぎを分かち合う
- (e) 患者と周囲の人との橋渡しをして他者の力の活用を促進する

VII. おわりに

本研究では、統合失調症をもつ人のセルフマネジメントを支え、地域生活を支援するための新たな看護援助を開発することを目的として、考案した援助の仮説モデルを適用した看護実践事例の分析を通してモデルの精錬をすすめてきた。今後は修正した援助モデルを用いた実践を積み重ねて有効性の検証を進める必要がある。

また、本研究に取り組んでいる最中の2005年に、障害をもつ人が地域で普通に暮らせる自立と共生の社会作りを目指した障害者自立支援法が成立した。自立支援と退院促進という医療者ペースの流れに否応なく飲み込まれる当事者にとって、セルフマネジメントという言葉の持つ意味(ともしれば自己責任化が一人歩きする危険が伴う可能性)を、注意深く吟味する必要性を感じている。なお、本研究は博士学位論文の一部を加筆修正したものであり、千葉大学21世紀COEプログラム「日本文化型

看護学の創出・国際発信拠点」で実施した研究の一部である。また、本研究成果の一部を第22回日本精神衛生学会大会にて発表¹⁶⁾した。

最後に、研究に参加して下さった対象者のおひとりおひとりに、そして協力施設の関係者の皆様に心より感謝申し上げたい。

引用文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成18年（2006）病院報告の概況. 1-25, 2007.
- 2) Lorig, K., & Holman, H.R. : Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7, 2003.
- 3) 石川かおり, 岩崎弥生：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（第一報）-面接調査および文献検討による仮説モデルの考案-. 千看学会会誌, 12(2), 22-28, 2006.
- 4) 石川かおり, 岩崎弥生：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（第二報）-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-. 千看学会会誌, 13(1), 25-34, 2007.
- 5) Flick, U. (小田博志, 山本則子, 春日常, 宮地尚子訳) : 質的研究入門<人間の科学>のための方法論. 春秋社, 2002.
- 6) Kirk, J. L. & Miller, M. : Reliability and validity in qualitative research. Beverley Hills, CA : Sage. 1996.
- 7) Holloway, I. & Wheeler, S. (野口美和子監訳) : ナースのための質的研究入門-研究方法から論文作成まで-. 医学書院, 2000.
- 8) E. フラー・トリー (南進一郎, 中井和代監訳) : 統合失調症がよくわかる本. 日本評論社, 2007.
- 9) 昼田源四郎 : 統合失調症患者の行動特性 改訂増補-その支援とICF. 金剛出版, 2007.
- 10) 中井久夫 : 精神科治療の覚書. 日本評論社, 1982.
- 11) 永井優子 : 糖尿病をあわせもつ精神障害者のセルフケアを促進する看護に関する研究-精神病院の内科外来における実践から-. 平成16年度千葉大学大学院博士論文, 2005.
- 12) Wolin, S.J. & Wolin, S. (奥野光, 小森康永訳) : サバイバーと心の回復力-逆境を乗り越えるための七つのレジリエンス. 金剛出版, 1997.
- 13) 神田橋條治 : 精神療法面接のコツ. 岩崎学術出版社, 1990.
- 14) 遠藤淑美 : 看護援助による慢性精神分裂病を病む人の自我発達の性質と経過. 千看学会会誌, 9(1), 17-25, 2003.
- 15) 石橋照子, 成相文子, 足立美恵子 : 精神分裂病長期入院患者の社会復帰に向けて効果的な看護介入のコツ. 精神保健看護学会誌, 10(1), 38-49, 2001.
- 16) 石川かおり, 岩崎弥生, 野崎章子 : 統合失調症をもつ人の地域生活を支えるための看護-セルフマネジメントに着目した看護実践の分析-. 第22回日本精神衛生学会大会プログラム・発表抄録集, 61, 2006.

DEVELOPMENT OF A NURSING CARE MODEL TO SUPPORT THE SELF-MANAGEMENT OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA LIVING IN THE COMMUNITY (THIRD REPORT) : ANALYSES OF NURSING PRACTICE USING A HYPOTHETICAL CARE MODEL

Kaori Ishikawa, Yayoi Iwasaki
School of nursing, Chiba University

KEY WORDS :

nursing care model, self-management, people with schizophrenia

The purpose of this study was to develop a nursing care model to support the self-management of people with schizophrenia. In our first report, we described the process by which this hypothetical model for nursing intervention was developed based on interviews and a literature review. In our second report, based on the hypothetical nursing care model, the self-management tasks of schizophrenic people as they relate to nursing practice were explored. In the present article, the nursing care required to support patient self-management using the hypothetical model is described.

Nursing intervention was provided to 3 schizophrenic patients who were in transition from hospital to community life. The interventions were scheduled 1-2 times per week over a period of 4-6 months during and after hospitalization. Data were collected via participative observation. A qualitative analysis was used to identify the nursing care required to support self-management.

The elements of nursing care were categorized into: (a) clarifying and supporting the patient's hopes and needs; (b) considering the patient's condition and adjusting to the patient's pace while considering the patient's perspective; (c) supporting the patient's self-management even if it fails; (d) re-affirming the patient's strengths together; (e) advising from a nurse's point of view, without being authoritarian; (f) sharing the patient's humor and feelings of relief; and (g) encouraging the patient to use other individuals as supports by bridging between the patient and surrounding people.