

統合失調症再発患者の回復過程を支える看護介入： 自己洞察力に焦点を当てて

著者名(日)	吉野 賀寿美
雑誌名	北海道医療大学看護福祉学部学会誌
巻	5
号	1
ページ	51-57
発行年	2009-03-31
URL	http://id.nii.ac.jp/1145/00006968/

統合失調症再発患者の回復過程を支える看護介入 —自己洞察力に焦点を当てて—

吉野賀寿美

北海道医療大学看護福祉学部看護学科

キーワード

統合失調症 (Schizophrenia) 看護面談 (nursing counselling) 精神科看護 (mental health nursing) 自己洞察 (insight)

I. はじめに

わが国の精神医療は薬物療法の飛躍的な進歩により、これまで困難とされていた統合失調症患者の退院そして社会復帰が可能となり、今では安定した社会生活維持を目標とするまでに変わってきている¹⁾²⁾。しかし、その一方で、せっかく退院し就労に至っても、再発を繰り返し、社会生活を維持することが困難な「回転ドア現象」が起きていることも現実である³⁾。そのため、精神医療に携わる我々にとって、精神科リハビリテーションの質の向上に力を注ぎ、再発予防を目標とした退院後のフォローを充実させ、回転ドア現象を阻止していく必要性が求められている。特に、病気をもつ者として、如何に病気と付き合っていくのか、自分はどのような状態にあり、これからどのように回復し、安定を維持していくのかを洞察できる力をつけることは再発予防において重要とされている⁴⁾⁶⁾。そこで、筆者はこれまで統合失調症再発者に対して、外来看護面談時に再発予防を目的に、心理社会的治療をベースにした看護介入を実施し、患者のリハビリテーションを支える看護介入の方法を模索してきた⁷⁾。今回、看護面談を実施した2事例において、彼らの回復経過とそれに伴う自己洞察力の変化を追うなかで、統合失調症患者の自己洞察力を高める看護介入の方法について、いくつかの示唆を得ることができたので報告する。

II. 研究目的

本研究は、外来看護面談を実施した統合失調症再発者の自己洞察に焦点を当て、その変化を明らかにすることで、自己洞察力に働きかけ得る看護介入の方法を検討することを目的とする。

<連絡先>

吉野賀寿美

〒061-0293 北海道石狩郡当別町金沢 1757

北海道医療大学看護福祉学部 看護学科

地域保健看護学講座・精神看護学部門

III. 用語の定義

再発とは、「患者の症状悪化により社会生活の破綻をきたし、これ以上再入院することなく社会生活を継続することが困難となること」である⁸⁾。

IV. 研究方法

本研究では、オレム-アンダーウッド理論⁹⁾のセルフケア要素を看護面談の中心的トピックスとして用い、キング¹⁰⁾の目標達成理論に基づいて介入プロセスを展開し、患者の自己洞察力の変化を検討した。

1. 看護介入方法

1) 介入プロセス

本研究の看護介入のプロセスは、「看護婦と看護を受ける人が、その看護状況において両者が知覚した情報を分かち合う、行為・対応行為・相互作用といった一連の過程である」というキングの看護の定義¹⁰⁾に基づき、面接者と患者の出会いから目標に到達するまでの一連の過程で、両者の相互関係を確立し、目的のコミュニケーションを展開していくものである。つまり、患者が自らの状況を振り返りながら、そこから習得した学びを社会復帰に向けて活かすことに焦点をあて、看護師と患者が共有した目標の達成に向けて、相互作用を繰り返し広げるものである。

2) 面談のトピックス

オレム-アンダーウッド理論のセルフケア看護モデルを地域生活者用に改編した7つのセルフケア要素（空気、水、食物の摂取・排泄物と排泄のプロセス・活動と休息のバランス・孤独と社会相互作用のバランス・体温と個人衛生の維持・生命と安寧に対する危険・ストレス発散）について、患者が自らの状態をどのようにアセスメントしているかという患者の自己認識について語ってもらった。

2. 研究対象者

本研究に参加した対象者は、S市内にある単科精神病院を退院した統合失調症再発患者2名である。

3. 研究期間及び面談延べ回数

研究期間は、200 X年7月～200 X+2年5月であ

り、その間の面談延べ回数は29回であった。

4. データ収集方法

対象者に対し、再発による入院治療を経て退院した直後から1年にわたり看護面談を実施し、面談中の会話の内容をレコーダーに録音したものを逐語録に起こしてデータとした。一回の面談時間は30分～1時間とし、半構成的・開放的質問方法で上記の7つのセルフケア要素について自由に語ってもらった。

5. データ分析方法

対象者2名それぞれの逐語録とフィールドノートの記録を統合し、繰り返し精読し、対象者が「今までどのような体験をし、その体験をどのように感じ、考えているのか」「今の自分（自分がおかれた状況）をどのように認識し、どのように受け止めているのか」「今後どのようにしていきたいと考えているのか」といった自己洞察に関わる記述を抜き出した。そして、7つのセルフケア要素に沿って分類し、それぞれ時系列でマトリックスを作成し、自己洞察の変化に着目し、対象者それぞれの自己洞察力がどのように変化しているのか描き出した。抽出した内容について、対象者2名の自己洞察の変化を総合的に吟味し、看護介入の自己洞察力への影響を検討した。また、分析時は質的研究に精通した専門家にスーパーヴィジョンを受けた。

6. 倫理的配慮

本研究の対象者に、研究内容を文書と口頭で明示し、研究参加の了解をとった。その際、対象者が研究参加を拒否する権利および途中で研究参加を辞退したい時にはいつでも中止できる権利、本研究で得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、プライバシーの保護の厳守について説明した。また、対象者の主治医と協議し、本研究の実施が対象者の病状に悪影響を及ぼさないことを確認した上で、研究の手続きを行った。

V. 結果

1. 面接対象者の概要

表1に対象者2名のプロフィールを示す。

2. 自己洞察の変化

以下に対象者それぞれの自己洞察における顕著な変化を記述する。(表2)

1) A氏の自己洞察の変化

A氏においては、「活動と休息のバランス」、「孤独と社会相互作用のバランス」、「生命と安寧への危険」の3つの要素に関するアセスメントで自己洞察に変化が見られた。

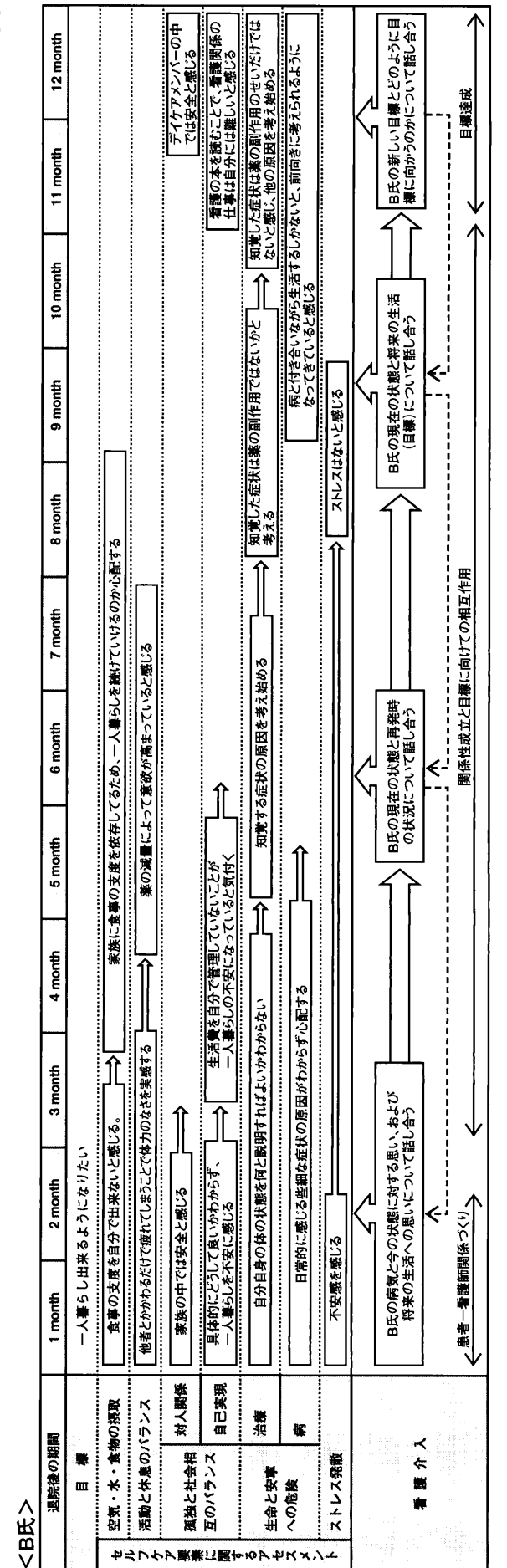
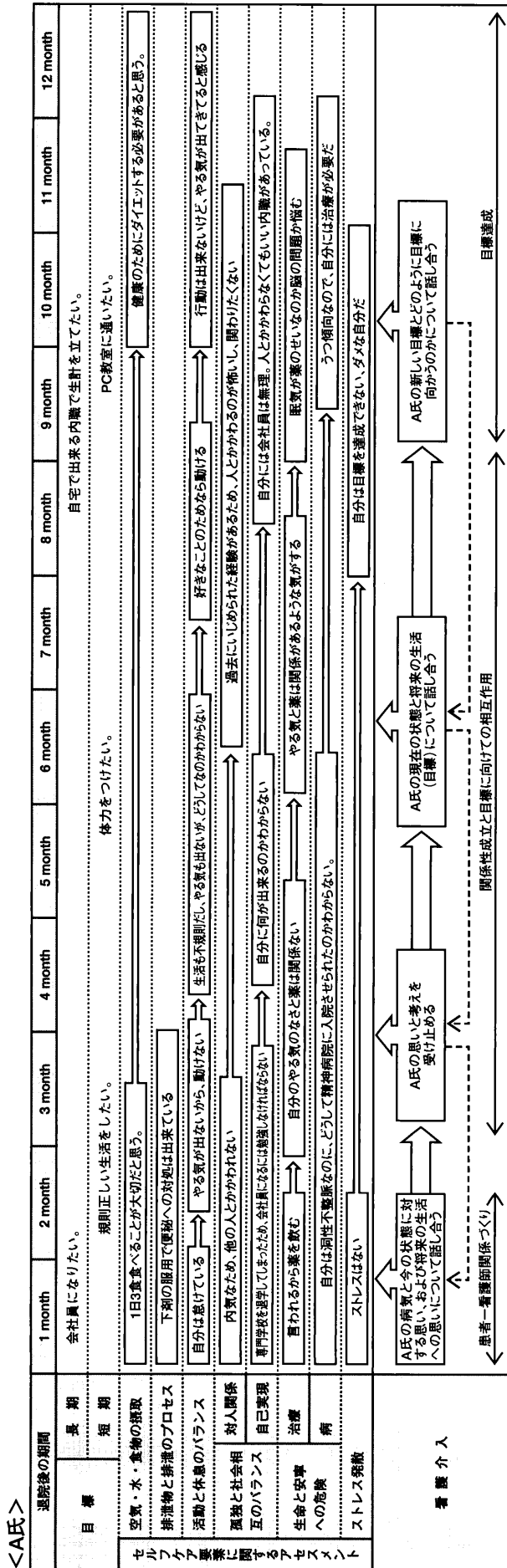
活動と休息のバランスに関しては、A氏は退院直後自分が怠けた生活をしているということは把握できていた。しかし、そのような現状に関して、おかしいとは思いつつも、何故もっと積極的に過ごせないのかということに何の疑問も持っていなかった。例えば、A氏は「**家の中に居過ぎているのかあるんです。引きこもりみたいな**」と自分自身について淡々と語っていたが、そういった自分に対して辛さや葛藤といった感情表現は全くなかった。しかし、面接を重ね、自分自身の状況を何度も振り返り、目標と現状を照らし合わせて語っていくことで、面接開始後2か月目には「**やる気が出ないから動けない**」、4か月目には「**生活も不規則だし、やる気も出ないが、どうしてなのかわからない**」と、初めて何故やる気が出ないのか疑問を感じ始めていた。そして、7か月が過ぎる頃には「**行動は出来ないけど、やる気が出てきている**」と、行動面と感情面との両サイドから自分自身について洞察するようになっていた。

孤独と社会相互作用のバランスに関しては、会社員になりたいという目標達成のためには、「**専門学校を退学してしまったため、会社員になるには勉強しなければならない**」と、学校を卒業し就職するといった社会のルールから外れてしまった自分自身について語っていた。しかし、こういった自己実現への模索をしていく中、A氏は現実社会と自分の現状にギャップを感じ、「**自分に何が出来るのかわからない**」と、自分の将来に対する不安と迷いが現れるようになり、8か月目には、「**自分には会社員は無理。人と関わらなくてもいい内職が合っている**」と洞察していた。これには、対人関係に関する自己洞察の深まりも大きく関与していた。例えば、退院直後にA氏は対人関係について「**人見知り激しい方なんで、入院している時はいろいろ声をかけてもらって、それで...何とかやってきたんですよ**」と語っているように、対人関係は苦手であるということは認識していた。そして、中高生時

表1 対象者のプロフィール

	基本情報および初発時のエピソード	診断名(症状)	処方薬(1日量)	再発回数
A氏	20代・男性・両親、弟と同居 ・現在は、院内デイケア通所中。 ・専門学校入学後間もなく発症し、入院治療のため自主退学する	統合失調症(妄想・思考抑制・抑うつ感情・感情鈍麻・意欲低下・自閉)	リスペリドン 4mg オランザピン 8mg レボトミン 25mg (CP換算 1225mg)	2回
B氏	30代・女性・独居 ・現在、就職活動しながら、家事手伝いをしている。 ・看護専門学校2年目頃から、学校を休み自宅で過ごすことが多くなり、ついには退学する。その後、近所のメンタルクリニックに受診し、統合失調症と診断を受け通院治療を開始。	統合失調症(妄想・幻聴・幻覚・思考抑制)	リスペリドン 2mg (CP換算 200mg)	4回

表2 対象者の認知の変化の過程



代に受けたいじめにより、他者に対する恐怖心があることを振り返り、面接開始6か月目には「過去にいじめられた経験があるため、人と関わるのが怖いし、関わりたくない」と、人と関われないのではなく、関わりたくない自分自身があることに気付いていた。こういった気づきから、上述したような目標の変更につながっていたのである。

生命と安寧の危険に関しては、本人の語りの内容から治療と病という2つの項目に分類されたが、両項目は互いに関連し、A氏の認識の変化に影響していた。A氏は、退院直後自分がどうして精神病院に入院したのかわからず、薬も必要と考えているわけではなかったが、医師や母に言われるから服薬していた。つまり、自分の置かれた状況に納得していないが、理由がわからないままに、その状況を耐え忍ぶというものであった。しかし、身体知覚の出現の伴い、薬の服用により自分自身が楽になっていることに気がつき、薬の効果について考え始めるようになっていた。そして、全面的に服薬の必要性を認めたわけではないが、それを視野に入れながら、やる気や眠気といった症状を知覚することで、自分自身には何らかの治療が必要だというように認識の変化がみられていた。

2) B氏の自己洞察の変化

B氏の自己洞察は「孤独と社会相互作用のバランス」と「生命と安寧への危険」のアセスメントという2つの項目において、変化が顕著であった。

孤独と社会相互作用のバランスに関しては、特に対人関係に関してのアセスメントにおいて変化がみられていた。B氏は退院直後「**家族の中では安全と感じる**」と、家族がB氏の安全地帯と認識していた。これは、B氏の自我境界の成立が確立しておらず、境界があいまいなまま家族以外の他者と関わることで、自分自身が失われるような不安感を持っていることが背景としてあった。しかし、B氏の理解としては、家族以外の他者と関わる恐れを表出するのではなく、家族との関係を保つことで精いっぱいというものであった。しかし、面接を重ねていく過程で、「**彼氏を作るのもできるのだと感じ始める**」といった異性関係を含めた家族以外の他者とのかわりについて話をしていくが、B氏は徐々に自分自身の根底にある他者に対する恐れへの気持ちに気づき始め、「**そうですね、誰とも連絡を取り合ったり、これからはしないんですけど。うん。だけど、(相手から)来たら話したりはしますけど。やっぱり。．．．駄目だと思っんですけど。(中略)それに複雑な人多いじゃないですか、家庭とか。だからね、関わったらね、いけないものかなーと思って**」と語っているように、「**人と関わることで巻き込まれる不安を感じる**」という自分自身について認識していた。この他者に関われない自分という気づきは、B氏自身に様々な課題提起をするものであり、面接開始後8か月

を過ぎた頃には、社会の人々と自分を比較し、「**他者と関わることは自分には出来ないが、社会の人は出来ていることで、差を感じる**」と自分自身の力のなさを洞察するに至っていた。

生命と安寧への危険に関しては、B氏の語りの内容から治療と病という2つの項目に分類された。病に関するアセスメントは、B氏の統合失調症という病への向き合い方に関する考え、認識であり、面接開始後間もなくから、敏感に感じ取る身体知覚に関して、「**日常的に感じる些細な症状の原因がわからず心配する**」という状況が続き、面接の度、B氏の身体知覚に関する語りが繰り返されていた。こういったB氏の感じる様々な症状についての話し合いに加え、参加していた統合失調症勉強会から得た知識と情報を取り込み、6か月頃には、「**知覚する症状の原因を考え始める**」に至っていた。しかし、この時点での認識は、頭では理解しているが、感情的には受け止めきれていないことが「**(自分の病気について)初めの頃は全然認められないっていうか、何て言うんですかね、うん、どうしようもなく。うん。でも、最近、何か徐々に、何か気持ちが変わったのかもしれないし。ちょっと、どうしてかわからないんですけど、なにかよくなってきて**」の語りから伺われた。

こういった病との向き合い方に対する自己洞察の変化に伴い、服薬を中心とした治療に対する認識も変化していた。退院後しばらくは、「**自分自身の体の状態を何と説明すればよいかわからない**」といったように、B氏は自分の知覚している症状をどのように他者に分かってもらえるように伝えられるのかと悩んでいた。しかし、面接開始後5か月頃になると、そういった症状を他者にうまく伝えられないのは、症状の原因がわからない自分がいることに気づき始め、面接開始後8か月頃には、「**知覚した症状は薬の副作用ではないかと考える**」と、自分の感じている症状が何によるものなのかということに洞察するようになっていた。そして、面接を重ね、様々な角度から自分自身の症状を振り返り、考える機会を持つことにより、「**知覚した症状は薬の副作用のせいだけではないと感じ、他の原因を考え始める**」に至っていた。

3) 両者の共通点

① 目標設定方法

A氏の設定した目標は、「**会社員になりたい**」であり、B氏の目標は「**一人暮らし出来るようになりたい**」というものであった。こういった両対象者が設定した目標において、共通していたのは、彼らがこれまで生きていた中でうまく実現することができず、何度も失敗してきたこと、あるいは希望していたにもかかわらず、行動することができずにあきらめていたことを目標として設定していたことであった。つまり、今回設定した彼らの目標は、彼らがこれから生活していく上

での大きな課題の一つとなっている関心事であった。それ故に、対象者は、自分たちの思いや考えを積極的に語る事ができ、看護面接の場面で彼らの考え、思いを語ることを促進する場となっていた。

② 自己洞察の変化のプロセス

両対象者は、自ら設定した目標を達成できないのはどうしてなのか、自己を振り返り、そこから、自分の状況についての気づきや認識を深める、あるいは変更していった。これは、対象者がどのような体験をし、何を考え、何に価値を置き、そして将来どのように生きていきたいかについて自ら語る、あるいは他者に分かってもらおうと説明するという体験を通して、これまで気がつかないうちに曖昧にしてきた部分や言葉にすることで初めて気づく自己というものを確認する機会となっていた。

彼らの語りは、セルフケアに関する自己の状況をどう捉えているかというものである。そのため、彼らの自己洞察はセルフケアに関する「行動」とそれについての本人の「思い」が中心となっていた。つまり、対象者は自らのセルフケアに関して、どのように捉えているかという彼ら自身のアセスメントについて語っていくことで、自分自身の健康状態をより深く理解するようになっていた。そして、自分の目標に向けて必要なセルフケア行動を獲得していく上で、いかなる行為、行動を身につける必要があるのかを考えていくというプロセスをたどっていたのである。今回の結果では、特に「孤独と社会相互のバランス」と「生命と安寧への危険」に関するアセスメントが自己洞察の顕著な変化として両者に共通していた。これは、本研究の対象者が統合失調症再発者であり、彼らの目標が社会で生活していけるようになりたいという、彼らの設定した目標に基づいているものであった。そのため、これら2つの特定の状態については、一度の面接の機会のみにとどまらず、繰り返し語られるという状況を導いていた。また、彼らのこのような自分自身に対する認識は、一度の語りの場面で変化するというものではなかった。数か月の間に継続的に行われる看護面接の中で、繰り返し同じ状態について対象者が語っていく中で、徐々に自己に対する理解は深まり、そして認識が変化していった。つまり、特定の自己の状態について何度も繰り返し語っていくことが、洞察力の変化に影響していたのであった。

さらに、彼らの自己洞察の変化のプロセスは段階を経ていることが明らかになった。これは、感情と行動という2つの側面に対する認識のギャップが大きく関与しているものであった。彼らは、初め行動面に対する認識が中心であり、自分自身の感情はどうかという認識は伴っていなかった。それが、面接を重ねていくうちに、自分自身の行動に対する考えだけではなく、それに対して自分自身がどう感じ、どうしてい

たいかという本人の感情面についても語り始めるという変化が見られ、少しずつ自分自身の洞察と現実が適合してくるという「実感を得る」体験をしていたのであった。つまり、両氏の自己洞察の変化のプロセスに見られた段階は、こういった身体知覚とそれにまつわる感情の遅延によるものであり、感情的に身体知覚を受け入れることになるにつれ、感情面と行動面に対する本人の洞察の乖離が徐々に埋められていくという経過を経ていたのであった。そして、この両側面の乖離は「実感する」という体験により可能となっていたのであった。

VI. 考察

以下に、統合失調症患者の自己洞察に働きかけるための看護介入方法について考察する。

1. 相互浸透行為を促進する患者主体の目標の設定の必要性

結果より、対象者が自分自身どのように生活していきたいかという目標を患者主体で設定することが、自己洞察を深めていく上で必要なポイントとしてあがった。看護師が患者に課したものではなく、患者自らが目標を設定することは、患者が自分自身の希望に対して、どのようにむかっていけばよいのかを積極的に語っていくことに導くものである。つまり、患者主体で目標を設定することで設定は、患者の洞察力自体を深めるというよりも、対象者が自分自身について考え、語っていくことを促進するという役割を担うことが出来るのである。このように、対象者にとって価値のある目標を達成するために、看護師がその患者の目標を共有し、互いに目標達成にむかって行う相互行為は相互浸透行為であり¹⁰⁾、この相互浸透行為はお互いの意思疎通を促進することが出来る。したがって、患者自身が自分の目標を設定し、看護師と相互浸透行為の過程を経ることは、患者が自分自身について考え、語るという状況の活性化において、重要なことであると言えるだろう。

2. 患者の状態を語り合う機会の提供

患者が自分自身の状況について語ることで出来る場を提供することは、自己洞察を高める上で重要であることが明らかになった。奥村ら¹¹⁾は、人は、他者との関係性の中で自らの行為や思いを言語化することで、これまで自分が意識していなかった新たな自己の気づきを得ることが出来るということを報告している。つまり、このような自らの考えや思い、自分の行動の分析を自由に語る機会は、自己洞察への働きかけにつながるのである。

語りの中心について考慮しなければいけないのは、今回はオレム－アンダーウッド理論のセルフケアモデルに基づき、対象者の語りを導き出していることである。セルフケアとは、「自分の健康状態を理解するた

めの知識・経験と、適切な行為を選択する意思決定の技術が必要とされる積極的な行為」である¹²⁾。そのため、対象者はセルフケアという枠の中で、自己に関する振り返りとその言語化を行っていたのであり、彼らの関心のある事柄についての語りが自由に導き出されたわけではなかった。そのため、対象者が影響を受ける自己洞察は、その対象者のセルフケアに関する目標に基づいた、彼ら自身の関心事に局限される可能性がうかがえた。

3. 繰り返しの語りの場面の提供

患者の自己洞察の変容は、一度きりの語りの場面では起こるものではなく、何度も自己を振り返り、特定の課題について考え、語っていくという、語りの場を繰り返すことの必要性が明らかになった。このような自己に対する振り返りの繰り返し、つまり self-reflection は、自己認識および行動変容に役立つことは指摘されていることであり¹³⁾、様々な教育、臨床領域で専門職のスキルアップのために活用され、その効果が報告されている¹⁴⁾。この self-reflection は、専門家にしか活用できないものではない。もちろん、対象者自ら self-reflection の知識を持ち、自己洞察を高めるために積極的に活用するというのは過大な期待であろう。しかし、看護師が self-reflection の知識と技術を意図的に対象者の自己洞察の変化をもたらすために適用し、患者が自己認識を深めていけるような語りの場を提供することは可能であると考えられる。

4. 感情面と行動面の認識の乖離を埋める必要性

患者の自己洞察力を高めるためには、感情面と行動面に対する自己洞察の乖離を埋めていく必要性が明らかになった。そして、これには「実感する」という体験がカギとなっていた。しかし、統合失調症という疾患の特徴上、自我の脆さや思考障害がからみ、自分自身の感情と知覚した身体状態を統合し、一つの事柄として認識し、実感することが非常に難しいという現実がある。つまり、彼らが洞察した自分自身の知覚に基づく自分の行動について、感情面からも受け入れられる状況だという実感を彼ら自身が味わうことができるような援助が、感情面と行動面の自己洞察の乖離を埋めるためには必要になってくるのである。そのためには、統合失調症の病理を考慮する必要がある。それは、彼らの体験様式が「『現在』が持つべき厚みが痩せ、広がり欠けている」ものであるということである¹⁵⁾。したがって、彼らが見たり知覚したりする事象そのものがまさに現実であり、それは知をもって解釈する余地のない事実なのである。しかし、「語り」はこのような固定化、定型化した特定の事象を「発話という経時的な枠組みや筋やその解釈という物語性の中で整理し再構成する過程」である¹⁶⁾。したがって、彼らは自分自身の洞察した行動が、感情を無視した偏った洞察であるにしろ、それを繰り返し

語っていくことで、意味付け、解釈が必然的に行われ、事象の意味を再構成していくことができるのである。しかし、こういった彼らが事象を意味解釈することが、直接実感に結びつくわけではない。自己評価が低いという特徴をもつ統合失調症患者にとって、周りの評価は彼らの自己評価となり、彼らの自己評価の高低の左右に影響することを指摘している¹⁷⁾。したがって看護師は、彼らの解釈を否定せず、本人の考え、解釈として尊重していくことが必要になる。つまり、患者はそれらの考えを自らの考えとして取り込むことができるようになり、そのことがいざいざ実感につながっていくことになる。看護師は教育者ではなく、聞き手として、その語りの場に位置することが求められているのである。

すなわち、看護師が彼らの感情と行動への洞察力の乖離を的確に見抜き、そして意図的に欠けている感情面への表現を引き出していくように（繰り返しの語りの場面）を提供しながら、事象に対する認識の変化を見逃さずに彼らの洞察した事実を評価していくことで、彼らの実感を支えることを可能にするであろう。これが、彼らの乖離した感情面と行動面の洞察を埋めていく手がかりになると考える。

VII. おわりに

統合失調症再発者の自己洞察力に焦点を当て、回復過程を支える看護介入について検討したところ、①患者主体の目標設定、②対象者の状態を語り合う機会の提供、③繰り返しの語りの場面の提供④感情面と行動面の認識の乖離を埋める介入という4つの方法が看護介入として求められていることが示唆された。しかし、今回の研究では、対象者が2例と少なく、一般化するの難しい。また、本研究の看護介入の方法は、キングの目標達成理論とオレム-アンダーウッドのセルフケアモデルに基づいているため、患者の主体的目標設定に基づいて、患者の関心事について語りを深めることができるメリットはあるが、影響を受ける自己洞察は彼らのセルフケアに関する事柄に局限してしまう点も無視できない。そのため、より様々な観点から患者の自己洞察に影響を与えることができる看護の方法について考えていくことが課題として明らかになった。尚、本研究は、平成19年度～21年度科学研究費補助金【若手（スタートアップ）】の助成を受けて行われている研究の一部をまとめたものである。

文献

- 1) 石川美穂, 谷直介. 多剤併用から第二世代抗精神病薬単剤化への試み—Olanzapine 単剤治療の可能性を求めて—. 新薬と臨床 2008; 57 (4): 100-106.
- 2) 橋本保彦, 千堂年昭, 五味田裕. 統合失調症治療

- 薬に関する処方調査. 日本病院薬剤師会雑誌. 2006;42(9):1192-1194.
- 3) 黒川洋治, 石井政江, 吉田美穂子, 庵原務. 統合失調症患者の服薬アドヒアランスの向上を目指して-アンケート調査からみた我が国の服薬傾向と問題点-. 新薬と臨床 2008;57(2):37-56.
- 4) 安藤義将, 納戸昌子, 池淵恵美. 非定型性抗精神病薬と精神科リハビリテーションをどのように統合するか-1症例を通じた考察. Schizophrenia Frontier 2006;7(2):45-50.
- 5) 水野恵理子, 佐藤雅美, 岩崎みすず, 津田紫織. 入院から外来退院後における統合失調症者の病気と服薬に対する認識の変化. 山梨大学看護学雑誌 2005;4(1):15-26.
- 6) 天正雅美, 齊藤和彦, 橋本保彦, 澤温. 服薬に対する患者の意識と抱えている問題点. 日本病院薬剤師会雑誌. 2008;44(5):767-769.
- 7) 吉野賀寿美. 患者の回復過程を支える社会復帰援助プログラムの有効性と無効性の検討. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌 2008;4(1):43-57.
- 8) 緒方明, 坂本真一, 葉山清昭, 多賀浩一, 川上恵, 藤本敏雄. 精神分裂病の再発についての検討-陽性症状と非精神病性症状を指標として. 精神医学 1996;38(3):259-265.
- 9) 柏田孝行, 宇佐美しおり. セルフケア看護アプローチ, 第2版, 日総研出版, 東京, 2004.
- 10) King I.M. (杉山みど里訳). A theory for nursing-systems, concepts, processes, 第1版, 医学書院, 東京, 1999.
- 11) 奥村太志, 渋谷菜穂子. 統合失調症患者の「長期入院に関する」認識-統合失調症患者の語りを通して, 長期入院への姿勢の構成要素を明確にする-. 日本看護医療学会雑誌 2005;7(1):34-43.
- 12) D.E.Orem (小野寺杜紀訳). オレム看護理論, 医学書院, 東京, 1988.
- 13) Murray-García Jann, Harrell Steven, García Jorge A, Gizzi Elio, Simms-Mackey Pamela. Self-reflection in multicultural training: Be careful what you ask for. Journal of Medical Education 2005;80(7):694-701.
- 14) Fins Joseph J, Gentilese Bethany J, Carver Alan, Lister Philip, Acres Cathleen A, Payne Richard et.al. Reflective practice and palliative care education: A clerkship responds to the informal and hidden curricula. Journal of Medical Education 2003;78(3):307-312.
- 15) 内海健. 統合失調症のメタサイコロジー. 臨床精神医学 2007;36(1):11-23.
- 16) 語りはなぜ可能なのか: 精神科看護の事例から. 日本保健医療行動科学会年報 2005;20:26-37.
- 17) 林直樹. 精神分裂病患者の自己のあり方に着目した治療的対応. 精神神経学雑誌 2004;106(6):712-722.

受付: 2008年11月30日
 受理: 2009年2月13日