

# 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

吉野賀寿美

北海道医療大学看護福祉学部看護学科

## 要 旨

本研究の目的は、社会復帰援助プログラム（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理論に基づき、筆者が作成したプログラム）を通して看護面談を実施した2事例について、社会生活を維持したケースと再入院に至ったケースにおける看護介入とその介入による患者の回復過程の変化を比較し、社会復帰支援にとっての本プログラムの有効性や無効性の観点から、今後のプログラムの在り方を検討することである。面談中の会話の内容、自己得点、ラザルス式SCIの結果をデータとし、分析した結果、「自己洞察力の有無」と「現実直面の機会の有無」が患者の社会生活維持に影響をおよぼしていたことが明らかになった。したがって、自己洞察力を深める「語りの場」の提供をすること、そして重要他者も含めた包括的かかわりの実践により、患者の現実直面の機会を提供することが本プログラムの有効性を高めるという示唆が得られた。

## キーワード

統合失調症 (Schizophrenia) 看護面談 (nursing counseling) 精神科看護 (mental health nursing)  
目標達成 (goal attainment)

## 1. はじめに

我が国の精神医療は、入院中心医療から地域生活中心医療への転換期を迎えている。特に、精神病床の機能分化とそれに伴う診療報酬の改定、そして2006年の自立支援法の施行により、早期退院、地域医療の促進が急速に進められている。しかし、患者の退院後の受け皿となる地域医療体制の整備の遅れにより社会復帰支援が不十分なまま、再入院を繰り返すケースも多く、彼らの地域生活を支える退院後のアフターケアの充実が課題となっている。なかでも、入院期間の短縮化により、十分な症状管理や生活能力が習得されないまま退院していくケースが増えている。そのため地域生活が維持できず、再燃・再発を繰り返す統合失調症患者が多い現状がある。再発の繰り返しは、患者の回復経過に悪影響をおよぼし、彼らの社会生活水準の低下を招くことが報告されている<sup>1)2)</sup>。そのため、再発予防対策を講じ、患者の社会生活能力を維持していくことが、彼らの社会復帰を支援する上で重要である。

再発リスクとして広く認められているのは、年齢、入院回数、在院期間である。年齢に関しては、45歳未満の者や初発年齢25歳未満の若年層での再入院の

リスクが高く、特に、退院後1年以内に再入院を繰り返す者が回転ドア現象に陥りやすいという状況が指摘されている<sup>3)4)5)</sup>。このような患者の属性に着目した再発リスク以外にも、受診、服薬の中断、心理ストレス、ストレス対処能力の乏しさといった統合失調症患者の疾患の特徴に起因する事柄が再発契機として明らかにされている<sup>6)7)8)</sup>。つまり、再発を予防するには、日常生活上の管理から疾病管理に至る個人の行動において、患者自らが問題を処理する能力と問題に立ち向かう能力を身につけること、すなわち、患者のセルフケアに関わる自己決定能力とアセスメント能力の向上への援助が要求される。

そこで、筆者は統合失調症の再発をくり返す人々に対して、外来受診時の看護面談を通して、患者のセルフケアに関わる自己決定能力、アセスメント能力の向上に焦点を当てた社会復帰援助を3年間にわたり試みてきている。しかし、このような社会復帰援助の実施によって、再発せずに順調に地域生活を送っている人々もいれば、なかには再発による再入院を余儀なくされる人々もいた。そこで、本研究では、実施した社会復帰援助プログラムによる介入事例について、成功した事例と再発を余儀なくされた事例の援助経過を比較分析することによって、社会復帰援助プログラムのあり方について検討した。

## II. 研究目的

本研究は、社会復帰援助プログラムを通して看護面

## <連絡先>

吉野賀寿美  
石狩郡当別町金沢1757  
北海道医療大学 看護福祉学部  
地域保健看護学講座 (精神部門)

談を実施した2事例について、社会生活を維持したケースと再入院に至ったケースにおける看護介入とその介入による患者の回復過程の変化を比較し、社会復帰支援にとっての本プログラムの有効性や無効性の観点から、今後のプログラムのあり方を検討することを目的とする。

#### <社会復帰援助プログラム>

社会復帰援助プログラムは、看護契約の締結から終結までの5つのプロセスに沿って看護面談を実施し、7つのアセスメント要素に関して、対象者自らがアセ

スメントし、自己決定に基づく行動ができるように、キング<sup>9)</sup>の看護理論に基づく患者—看護師の相互作用を踏まえて、目標達成への援助を行うものである。

7つのアセスメント要素は、患者が社会生活を維持する上で必要なセルフケア行動をとるための自己決定に基づく要素であり、オレム・アンダーウッド<sup>10)</sup>のセルフケア理論を地域生活者用に改編したものである。自己決定能力は5段階のアセスメントレベルにより評価することができる(表1)。以下に本プログラムによる介入のプロセスについて説明する。

表1 社会復帰援助プログラム

<p>A. プロセス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 看護契約締結</li> <li>② 患者—看護師関係づくり</li> <li>③ 関係性成立と目標に向けての相互作用</li> <li>④ 目標達成</li> <li>⑤ 援助プログラム及び看護契約の終結</li> </ul> <p>B. アセスメント要素</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 空気、水、食物の摂取に関するアセスメント</li> <li>② 排泄物と排泄のプロセスに関するアセスメント</li> <li>③ 活動と休息のバランスに関するアセスメント</li> <li>④ 孤独と社会相互作用のバランスに関するアセスメント</li> <li>⑤ 体温と個人衛生の維持に関するアセスメント</li> <li>⑥ 生命と安寧に対する危険に関するアセスメント</li> <li>⑦ ストレス発散に関するアセスメント</li> </ul> <p>C. アセスメントレベル</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① レベル1: 退院したばかりの患者で、1つ1つのセルフケア行動に対して自分が何が出来ていて、何をすることを必要としているのか、またどうしてある特定の行動ができていないというアセスメントが全くできず、看護者によるアセスメントの全介入を必要とする状態</li> <li>② レベル2: 患者が自分の行動に対してある程度のアセスメントはできているが、一部看護者がアセスメントをしていく必要のある状態</li> <li>③ レベル3: 自分自身のアセスメントはほぼできる可能性を持っているが、まだ看護者からの助言を必要とする状態、またはアセスメントができていても行動が伴われず、教育・指導を必要とする状態</li> <li>④ レベル4: 自分自身のアセスメントにおいて、自立して、自信を持って、自分の行動を決定していくことができる状態</li> <li>⑤ レベル5: レベル4の状態を維持することができていて、看護者が心配することなく援助関係を終結できると判断できる状態</li> </ul>
--

#### [看護介入プロセス]

本研究の看護のプロセスは、看護とは「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わかち合う、行為・対応行為・相互行為といった一連の過程である」というキング<sup>9)</sup>の定義に基づいている。これは、面接者と患者の出会いから始まり、両者の相互関係を確立して、目的のコミュニケーションを通して患者の社会生活維持に対処するための目標を設定し、その目標に到達するための相互行為の一連の過程である。

ここでの目的のコミュニケーションとは、アセスメント要素について過去の自分の状況を振り返りながら学習し、そこから習得した学びをこれからの社会復帰に生かすことを中心にコミュニケーションを展開していくものである。

#### 1. 看護契約の締結

患者と面接者との出会いのプロセスである。このプロセスでは、面接者は患者の社会生活維持を大目標として、患者個々の目標に合わせて援助関係を結ぶことを確認しあう。ここでのポイントは、面接者が患者にとって脅威な存在ではないことを患者に伝えていくことである。

#### 2. 関係づくり

これは、患者—看護師間の相互コミュニケーションを発達させ、患者が自分の思いを自由に表出し、面接者が患者の思いや価値観を正確に感知できるような相互関係を形成していくプロセス。ここでは、患者の考えや価値観を自由に表出してもらうことに焦点を当てる。

#### 3. 関係成立と目標に向けての相互作用

関係性が成立した時点で、患者が社会生活を維持するために必要なセルフケア行動をとっていくための自己アセスメント能力と自己決定能力を強化する上での目標を患者自身が設定できるように援助する。そして、その目的を共有していくプロセスである。ここでは、あくまでも患者が目標を設定するものであり、面接者が患者に目標を与えるものではない。

#### 4. 目標達成

目標達成へのプロセスでは、患者が目標に向かっていく過程で遭遇する失敗や挫折をしないように保護するのではなく、失敗や挫折にも患者自ら対処していきえるように支援することに焦点を当てる。この過程を経ることによって、患者が自ら再アセスメントし、目標設定を再検討し、自己決定していくことで目標達成までの援助を行う。

#### 5. 援助プログラム及び看護契約の終結

患者が面接者の援助がなくても、必要な支援を自分でアセスメントし、自分の行動についての自己決定を行えるようになったとき、本プログラムでの看護援助は終結する。

### Ⅲ. 用語の定義

#### 1. 再発とは

本研究では、緒方ら<sup>6)</sup>の再発の定義を踏まえて、『再発』を「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」と定義し、再入院を再発の指標とする。但し、再入院する者すべてが再発によるとは限らないため<sup>11)</sup>、休息入院や家族の都合など再発とは全く関係がなく再入院する場合は除外する。

#### 2. 自己決定能力とは

キング<sup>9)</sup>によると、意思決定とは「問題を限定し、集められた事実を分析し、獲得するものに対する危険度、努力の有効性、時間や資源の限界を勘案した上で目標への選択すべき最良の行動方針を選ぶこと」と定義されている。つまり、意思決定とはアセスメントに基づいた判断を行うことであり、この「意思決定を自ら行い得る力」を、本研究では『自己決定能力』と定義する。

### Ⅳ. 研究方法

#### 1. 研究デザイン

半構成的・開放的インタビューによる、質的・帰納的研究デザインとした。

#### 2. 研究対象者

本研究の対象者は、S市内にある単科精神病院に入院中で、退院が決定した統合失調症の診断を受けている患者2名である。この2名は以下の基準を満たしている。①ICD-10の分類において統合失調症と診断されている。②陰性症状を有している。③退院後1年未

満に症状悪化による再入院を一度している。④今回の入院期間が1年未満。⑤年齢45歳未満。⑥他の精神疾患（アルコール、薬物乱用、精神遅滞など）を併有していない。

#### 3. 研究期間

200X年5月～200X+2年3月。

#### 4. データ収集方法

(1) 両氏に対し、退院直後から看護面談を実施し、会話の内容をレコーダーに録音したものを逐語録におとし、主たるデータとした。面接は、退院後3カ月は1回/2W、その後1回/1Mの頻度で実施した。但し、対象者の希望により、退院後3か月経た後も1回/2Wの頻度で面談を行う場合もあった。1回の面談時間は30分～1時間とした。面接内容は、半構成的・開放的質問方法で、社会復帰援助プログラムの7つのアセスメントについて自由に語ってもらった。また、面談中の対象者や周囲の状況と面接者自らの感情や考えをフィールドノートに記録し、データに加えた。

(2) 退院直後から6カ月毎に実施したMinnesota Multiphasic Personality Inventory (以下MMPIとする)のEgo Strength尺度を使用した自我強度(以下Esとする)得点の変化とラザルス式ストレスコーピングインベントリー(以下SCIとする)を用いたストレス対処方法の変化を主たるデータを補完するものとして、データに含めた。

#### <MMPI>

Hathaway S.R.とMckinley J.C.<sup>12)</sup>により発表された人格検査で、生活面、行動面、態度面、身体的精神的兆候面など広範囲にわたって患者の人格についてのアセスメントに役立つ尺度である。本研究では、Barron<sup>13)</sup>がMMPIの追加尺度として作成した自我強度尺度を使用する。これは、自我強度の改善度、精神健康度あるいは心理的適応状態の指標として、臨床で広く使われている。

#### <ラザルス式SCI>

FolkmanとLazarus<sup>14)</sup>により作られ、ストレスの認知-交流理論を基に、人がいかに日々の生活のストレスを対処しているかを査定するのに役立つものである。

#### 5. データ分析方法

レコーダーに録音したすべての会話の内容を逐語録にし、以下の手順で分析を進めた。

- (1) それぞれの研究対象者の逐語録の記述とフィールドノートの記録を統合し、繰り返し精読し、7つのアセスメント項目に関する記述を抜き出す。
- (2) 抜き出された記述を抽象化し、カテゴリーに分類していく。そして、アセスメント項目ごとに時系列でマトリックスを作成する。
- (3) マトリックスから、アセスメントの変化に着目

し、回復過程を吟味する。

(4) Es 得点とラザルス式 SCI 測定結果を加え、マトリックスと共に回復過程を検討する。

(5) A 氏、B 氏のマトリックスとそれぞれの回復過程の変化の違いについて比較検討する。

#### 6. 信頼性と妥当性の確保

データの分析には、質的研究および本研究領域に精通した専門家にスーパーヴィジョンを受けた。また、質的データに加え、測定用具をデータに加えることで、変化を客観的に評価することに努めた。

#### 7. 倫理的配慮

対象施設には本研究の内容を書面および口頭で説明し、研究実施の承諾を得た。対象者については、主治医と協議し、本研究実施が対象者に悪影響を及ぼさないことを確認した上で研究開始の手続きを実施した。対象者には本研究について書面と口頭で詳細の説明を行い、プライバシーの保護、いつでも研究参加を中止できる研究参加者の権利、無害の保証に努めることを約束し、署名による同意を得た。また、論文および逐語録中の固有名詞は全て匿名化し、個人が特定されな

いように配慮した。

## V. 結果

### 1. 対象者の概要

本研究の対象者の概要を表2に示す。A氏は20代の男性で、両親、兄との4人家族である。思春期の頃から対人関係での緊張があり、地方の大学に進学するが、親密な友人関係を作ることはできなかった。大学卒業後は、地方で単身生活を送りながら一般企業に就職するが、対人関係でのストレスと仕事ができないストレスで発病し、職場を3カ月で退職。その後実家のあるS市に戻り、統合失調症の診断で入院した。今回は3回目の入院治療を経たところであった。

B氏は20代の女性で、両親と兄、祖母との5人家族。幼少期は社交的であった。地元であるS市にある短期大学に入学し、少数ではあるが、特定の友人もいた。短大卒業後、アルバイトをするが、妄想と幻聴が出現し発病に至っている。今回は4回目の入院治療を経たところであった。

表2 対象者の概要

	基本情報	診断名・症状	退院時処方中の抗精神病薬・睡眠薬 (mg/1日量)	過去の入院回数・今回の入院期間
A氏	・20代 男性 ・両親・兄との4人家族 ・大学卒業後、就職するが、妄想出現し、3か月ほどで退職	統合失調症 (幻覚・妄想・幻聴・思考途絶・意欲低下・抑うつ)	ルーラン錠 32 mg リスパダール 150 mg リボトリール 100 mg ドラル 15 mg サイレース 100 mg ハルシオン 25 mg	過去3回入院経験  今回の入院期間は2か月
B氏	・20代 女性 ・両親と兄との4人家族 ・短大卒業後、アルバイトするが、長続きせず退職	統合失調症 (妄想・幻聴・意欲低下・思考途絶・気分不安定)	リスパダール 400 mg メイラックス 100 mg コントミン 250 mg	過去4回入院経験  今回の入院期間は1か月

### 2. 社会生活を維持したA氏の経過

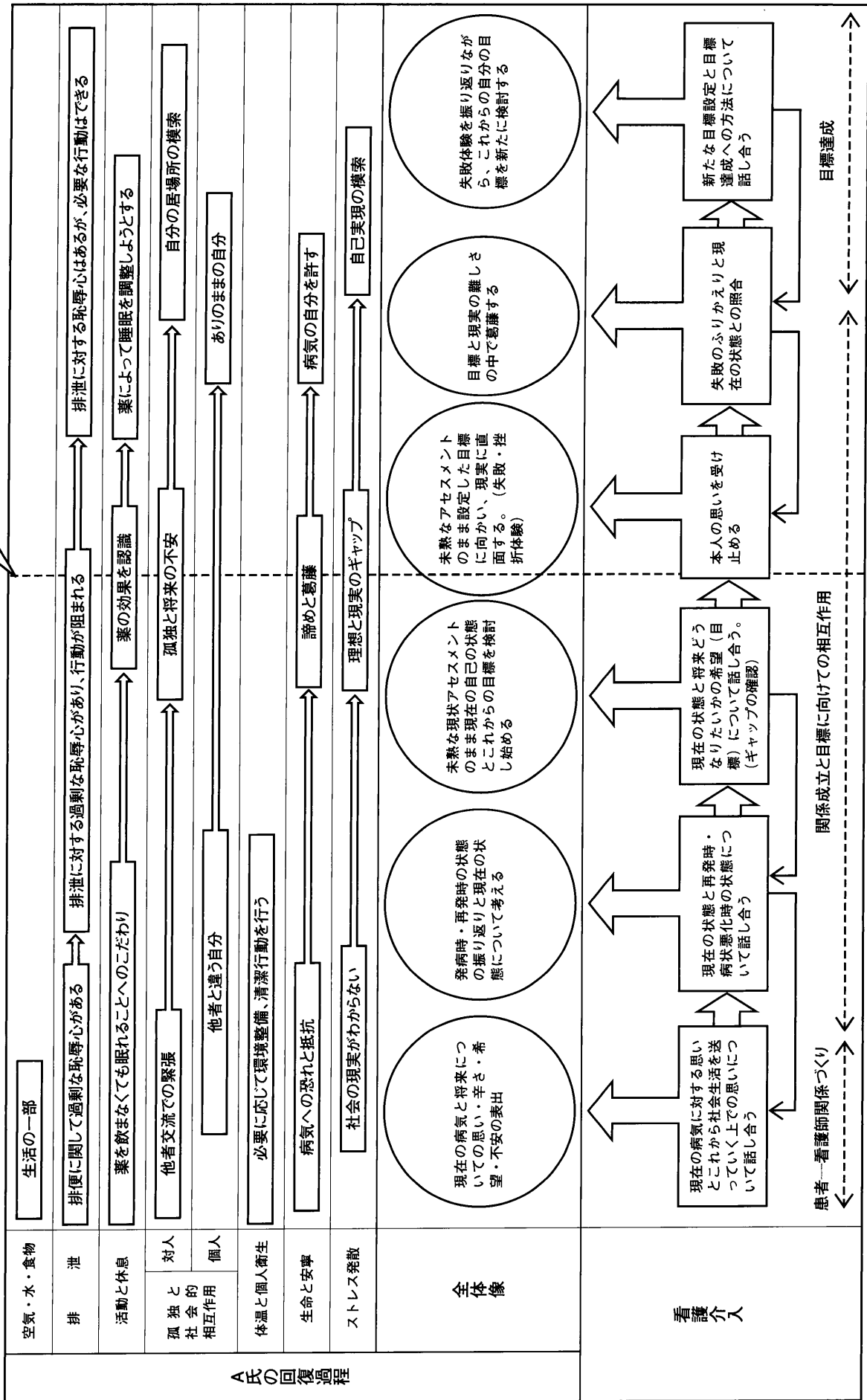
まず看護契約締結のプロセスでは、面接者は、A氏に対して研究の趣旨を説明すると同時に、A氏が社会生活を維持したいという希望を持っていることを確認し、面接者がそのための援助を提供していくことを説明した上で同意を得た。A氏は過去に再発を経験していることから今回の退院後は入院することなく社会生活を維持していきたいとの思いを持ち、また、そのためには何らかの援助を要すると感じていたため、本プログラムの参加には迷わず同意した。同時に、初対面である面接者に対して、どのような人物であるかわからない不安を抱いており、緊張と警戒をあらわにした表情を面接者に向けていた。A氏の見つきは鋭く、面接者の説明一つ一つに敏感に反応するといったものであった。しかし、A氏の「社会復帰をしたい。そのための援助が必要」という思いと研究者の「再発予防

をし、社会生活を維持していくための支援をしたい」という思いの一致という理解が得られることで、看護契約を締結するといったプロセスに至った。看護契約締結後の本プログラムでの看護のかかわりとA氏の変化の過程を図1に示す。

#### (1) 患者—看護師関係づくりのプロセス

看護契約が締結されたとしても、それでA氏が自分の思いを素直に表出するというものではなく、まず関係性を構築するプロセスがその後の相互行為の善し悪しに大きく影響する。そこで、面接者は、A氏の真の世界観を的確にとらえることに努め、A氏が自由な思いを表出できるようにかかわった。それは、たとえA氏の認識や行動が再発予防の観点や病状の改善上望ましくないものであると面接者が判断しても、その判断を下さず、A氏が何を思い、何を考えているかを理解しようとする態度を示すこ

図1 看護のかかわりとA氏の変化の過程



とであった。こういった面接者の態度は、A氏が考えていることや、取っている行動を素直に話しても、否定されることなく本心をおつけられる場であるという保証を与えるものであった。そして、A氏の面接者に対する警戒心は徐々に和らぎ、面談を開始して3回目頃から対人関係についての思いを以下のように表出するようになっていった。

<面談1回目>

面接者：ほかの人たちとは大丈夫？

A氏：大丈夫ですね。

面接者：うん。緊張とかしないで話せてる？

A氏：はい。

<面談2回目>

A氏：まあ、自分から話す方ではないんですよ、あんまり。ですから、まあ、なんて言えばいいかな...まあ、もうちょっと共通の面ていうか、あの一共通な...時間を共にしたような、懐かしめるような人が身近にいればとは思いますが

面接者：うん。そうだね。そういうのって、まあ、安まるよね。安まる友達だね。

A氏：ええ

面接者：気の休まる友達がいればいいんだよね

A氏：そうですねー

<面談3回目>

面接者：やっぱり、会話とかどういう風に話したらいいんだろうとか、そういう思いがあるかな？

A氏：そうですね...言葉が出ないんですよ。だから、結局とりつろった自分...しか出せなくて。「そうですねー」とか...くだけられない。

また、病気に対する思いに関しても、面談開始初期には「辛さは感じられない」と言っていたのが、面談6回目には怖れの思いを表出し始め、「怖いっていう感じですね。また...振り出しに戻ってしまうと...」という病状悪化への不安があることを語りだしていた。

(2) 関係成立と目標に向けての相互作用のプロセス

上述のように、A氏が素直な気持ちや考えを表出し始めたとき面接者が感知した時点で、A氏の目標設定へのかかわりを開始した。

まず、現在の状況をA氏自身がどのように認識できているか、そして認識の不十分な部分を本人が気付いていけるように、現在の状況と再発時や症状が著しく悪化していた時そして発病前の状況を具体的に話していくことで、繰り返し振り返り作業を行っていった。

特にA氏の場合では、睡眠コントロールがうまくいかないことでの再発不安や対人関係緊張、そして症状そのものに対する辛さが思いの表出の主体となっていたため、これらをポイントに会話を展開した。

A氏は発病前から他者とは違うといった自分に対する違和感を抱いており、それが対人関係での緊張をもたらし、他者と親密な関係を築くことなく現在に至っていた。そして、なんとか自分が抱えている普通の人の範疇におさまりたいという抵抗を試みていたのである。こういった思考と行動パターンは病気に対する認識にも反映されており、A氏は病気という得体のしれないものに対する恐怖とその症状に悩まされる自分自身を感じ取り、病気への抵抗を試みていたのである。しかし、そこには自分自身の症状に対するアセスメントは不足しており、自分の感じている得体のしれないものが症状なのか、症状ではないのかすらも判断することはできていなかった。そのため、薬を飲むことの意味にも疑問を感じており、睡眠状態をうまくコントロールできていないにもかかわらず、薬を飲まなくても寝れるようになりたいというこだわりを強く持っていた。つまり、A氏は病気というよくわからないものに対し、わからないままにやみくもに何とかしようと試みていたのであった。そして、このよくわからないといった状況が具体的ではない漠然とした将来への不安を引き起こしている状態であった。例えば、以下のような会話が見られた。

面接者：今実際に、活動ってどう？やる気とかね、あと身体の疲れとか体力的なところとかね

A氏：やる気もなかなか起きませんし、体力的にもかなり...なくなってるんで、ちょっと今困ってますね

面接者：うん。焦ったりしてる？

A氏：焦りはないですよ。うーん、思うように動けないわけでもないんですけど、次につなげるのができない...って感じですね

このように、A氏は、自分自身に今何が起きているのかアセスメントができていない状態であった。そのため、自分でどのように対処してよいか自己決定することができないうちに、面接者は、A氏のアセスメント力強化のため、あえて面接者からA氏の状態について専門的な見解を伝えず、繰り返し振り返り作業を繰り返しながらA氏の漠然としたわからないものに対しての会話を深め、A氏の洞察力を高めようとしていった。そうすることで、1つの事象に関してA氏は様々な角度から考えていくといったアセスメントの多様化が見られ始めていた。「やはり...病気と...うーん...付き合ってやっていける仕事ってということで、ある程度周りの理解があって、で...あの一、人間関係でぎくしゃくするんで、誰にこう言われたとか、そういう...利己的な...何て言うのかな...利益的っていうか、目先の利益っていうか...といったものにとらわれなくて、慣れればこなせるような仕事...ってということで...何か思いつ

かないんですよ。」

そして、自分の将来について漠然と介護福祉関係の仕事をしていきたいというものから、まずはボランティア活動に参加し、介護とはどのような仕事なのか知るといふ目標設定をしていった。しかし、自分の状態に対するアセスメントはまだ未熟なもので、加えて過去の社会経験の乏しさからも現実がわからないために、A氏の希望と現在の状態に大きなギャップが見られていた。このような未熟なアセスメント状態のまま、ボランティア活動に参加するために行動し始めたA氏は、現実と直面し、失敗体験を得ている。面接者は、A氏の状態と設定した目標との間のギャップに気づいていたが、面接者がA氏の設定した目標を修正することはせず、目標を共有することで、A氏に現実直面をしてもらい、気づきの機会を提供することを試みた。A氏の現実直面からの気づきは以下のようなものであった。

「働くまでのこと...で、アップアップになっている今だって...でも、実際働いてからの方が大変なわけで。あんまり働いた経験がないんで。本当に...何カ月だろう...100日くらいしか...働いてないんで。まあ、前の会社のまあいってたら...まあ、お金の面では本当に...問題ないんですけど、余裕あたかなかったらっていうとなかったと思うし、もっと病気がひどくなってたかもしれないし」

「うーん...ちょっと最近の意識として...普通...普通で生きていけないんだな...っていうような...焦りがあるんですよ。(中略)精神病ってというのは、誰でも...心の葛藤っていうか、精神生活っていうのがあると思うんですけど、それによって...社会生活ができなくなるような...人が...ノーマルかっていうと...それは違うような気がするんですよ。確かに医学的に見れば1つの病気ですけど、生きていく上では...病気というよりは...まあ...ちょっとうまい言葉ではないけど...普通の病気ではないというような...ひどいひどくないじゃなくて。そういう感じを受けますね。」

### (3) 目標達成のプロセス

A氏は失敗体験から、自らのアセスメントの未熟さを実感すると共に失敗者として自己評価を下すようになっていた。ここでの面接者の役割は、A氏が失敗体験を失敗として認識するのではなく、現実と自分自身の力を知る機会として体験を認識することの手助けとA氏の思いを受け止めていくサポート型なかわりであった。そこで、面接者は、A氏の失敗してしまったという辛い思いを受け止めるとともに、A氏がその失敗にこだわらず、この体験をアセスメント能力の向上につなげていくことに努め、設定した目標と自己の状態を振り返っていくという作業を繰り返した。こういったかわりの中

で、A氏は理想と現実のギャップを知り、諦めと欲求の中での葛藤を繰り返し、これまでの漠然とした将来の不安を具体化していくことができるようになった。これが、A氏にとってのアセスメント能力向上への大きなきっかけとなり、新たに目標を設定していく上での糸口になったのである。このA氏の変化は以下の語りから見出されている。

「社会復帰する気力がなくなっちゃったんですよ。まあ...できるんだったらアルバイトからっていう気持ちはベースにありますけど。近いうちについていうか、実感として実現できるかどうかっていうと、ちょっと自信ないんですよ」

「たぶん...もう少し...その一なんていうか...今の生活に慣れたいですよ。全然バラバラなんですよ。(デイケアに)行ける日は本当に朝の7時半とかに出てくるんですけど、行けない時は、今日みたいに10時過ぎに出てきたりとか...だから、一定の時間に行けるようになればと思うんですよ...やっぱり継続的に同じ時間帯に何かをするっていうところに持っていきたいんですよ」「で、やっぱり、薬の影響が大きいのかなっていうような感じが...微妙なところなんですけど。何か物事やるのに、人よりちょっと、気力を入れたり、頑張ったりとかっていうところを、そういう面が必要なのかな?っていう状態なんですよ」

このように、現実と直面することにより、葛藤し、自己アセスメントの未熟さに気づくことができている。これが、A氏の現在の状態を具体的に表現できる力につながり、新たな目標設定に取り組むことを可能にしていた。

最終的にA氏は、病気に対する抵抗をやめ、ありのままの自分を受け入れ始めていた。それは、将来仕事をするという目標を捨てたわけではない。将来的に自己実現するための希望を持ちつつも、今現在の目標ではないことを受け入れ、今現在必要なこととして、自分の居場所を模索し、生活スキルを身に付けるというアセスメントに照らし合わせた目標を設定するまでに至っていた。

A氏：音楽聴いて、そうやって過ごすよりは、作業所とか行った方がリハビリにもなるんじゃないかって思うんですよ。

面接者：うん。Aさんはいいのかもしれないね、作業所とかね。

A氏：今日もPC〇〇とかっていう雑誌を読んでいたんですよ。パソコン関係の作業所なんですよ。で、2人知っている人が文章書いてて。

(中略)

A氏：作業所ではと思っているんですよ。デイケアにいても何もやらないんで。温室なんですよ、デイケアは。だから、もうちょっと、頑張ってみ

てって思うんですけどね。

面接者：そうだね、ちょっと外に目を向けてみようかなっていう風に思っているんだね

A氏：はい。最終的にはアルバイトしながら年金とかで暮らしていけたらと思うんですけど。そんな感じですね。

また、対人関係においても「ただ意図的に愛想笑いってというのはなくなったんだけど...なんていうのかな？その...素の自分がある程度出せるようになったけど、うーん、あんまり出す人がいない。交流がないっていうか」というように、自分自身の対人スキルに自信がついてきて、他者交流を求め始めているA氏の状況も見られていた。そこには、自己決定に基づく行動を、自信をもって行うといったA氏の姿があり、目標到達までには至っていなかったが、本プログラムでの面接者とのかかわりがなくてもA氏が必要な援助を求めていける状態であるとの判断の下2年に及ぶ看護契約を終結した。

### 3. 再入院に至ったB氏の経過

B氏もA氏同様看護契約締結の場面では、社会生活維持という共通目標の下、スムーズな看護契約の締結に至った。加えて、初対面である面接者に対してもB氏の表情からは警戒心がうかがえず、初対面の人に対する多少の緊張感があるのみであった。以下に、本プログラムの面接者とのかかわりの中で、認められたB氏の変化の過程を図2に示す。

#### (1) 患者一看護師関係づくりのプロセス

A氏同様、まずB氏との関係性を構築し、B氏が思いを素直に表出できる関係づくりをすることを目指し、現在の病気に対する思いとこれからの社会生活に対する思いについて会話を発展していった。B氏の場合、現在持つ症状について伝えることはできていたが、その症状に対する思いを表出する言葉が非常に乏しいものであり、症状について淡々と、まるで他人事のように話していた。たとえば、B氏の症状について以下のような会話があった。

面接者：症状は、うんと...落ち着きがなくなるっていうか、そういうところ？

B氏：はい

面接者：うん。行動かな？

B氏：ウロウロするようになる

面接者：うん。そのほかには、例えば何か聞こえてきたりとか...何かあり得ないことを思ってしまったりとかね、そういうのはなかったかな？

B氏：音楽が流れてきたりとかはしますねー。今もなってますけど。普通に会話できないほどではないっていうか...

また、対人関係について語る場面でも「やっぱり、一人になっちゃうんですね...話しかけられないい

ていうか...」と笑いながら話す状況が見られ、状況の説明はできるが、そこからB氏の感情を読み取るのは非常に困難なものであった。唯一、感情表現が見られたのは将来について語る場面であり、仕事に就きたいという思いとともに、これから自分がどうなるのかという不安を持っていることを語っていた。

B氏：まあ、これからどうなるのか...不安ですね

面接者：うん。どういうことしたいな...っていう、そういう思いはある？

B氏：仕事はしたいんですけど...これはしたいって...というような仕事はあんまり...

面接者は、こういったB氏の状況を踏まえ、現在のB氏の状況について徐々に具体化していくことにより、B氏の感情を引き出そうとしていった。B氏は徐々に、状況について説明する言葉は多くなっていったが、感情についての言葉は乏しい状態のままであった。しかし、それはB氏があえて面接者に感情を表出することを避けているのではなく、自分自身の感情に対する感受性が低いことに起因していた。これは、一人暮らししたいという希望を持っていることを、まだ親に言っていないが、面接者にはその胸の内を明かすといった状況から把握された。そこで、面接者はB氏が面接者に対して語ることに抵抗はない状況であるという判断をし、感情に対する感受性を高め、アセスメント能力の向上を目指すために次のプロセスに移行していった。

#### (2) 関係成立と目標に向けての相互作用のプロセス

面接者は、B氏と発病前、発病時、再発時の状況について会話を重ね、繰り返し振り返り作業を行っていくことで、B氏が病気についてどんな思いであるのか、そして今はどのような状況であると認識しているのかアセスメントを深めるよう努めていった。ここで、特徴的なことは、B氏の認識は自分とれるようになった行動に基づいて状況判断をしているということであった。これは、以下の会話から導き出される。

面接者：話も、まー前回は比べたらすごく...よく喋れるようになってきたと思うんだけど、自分ではわかる？

B氏：ちょっといいかなーとは思いますがね。(中略)

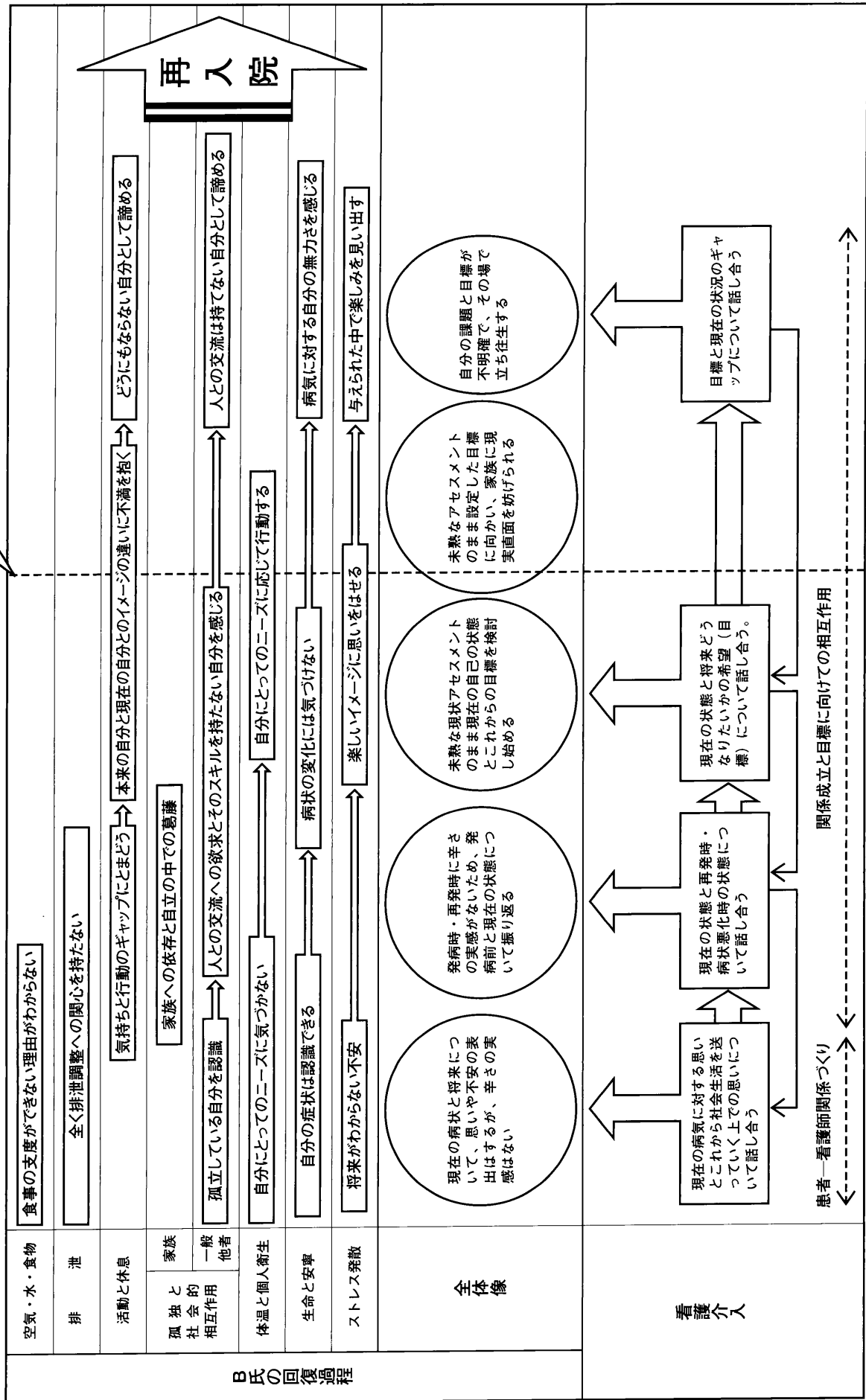
前は、ちょっとやったら、すぐに寝ちゃってたんですけど、暇で散歩行ったりとか、色々...茶碗拭いたりとかするようになったんで

しかし、こういった行動面からのみのアセスメントは非常に不完全なもので、根拠を持たない感覚的なアセスメントであった。B氏は、将来仕事をしたいと考えており、就職について以下のように話している。

B氏：できれば、今すぐにも働きたいんですけど



図2 看護のかかわりとB氏の変化の過程



ね。先生に言ってないですけど。

面接者：うん。今働けると思う？

B氏：いやー、何とかなるんじゃないかなーとは思  
うんですけど

こういった、感覚的で短絡的なアセスメントはB氏の自分自身の状況に対する感知の鈍さからきているものであった。つまり、自分自身の思考や行動に対する洞察力が欠けており、症状により自分の自由な生活行動が阻まれていても、気づくことができず、現状に対する違和感や辛さ、不自由さといった実感がなかった。同時に、思考が非常に空想的で、自分がやりたいと思ったことに関しては、イメージだけが先行するといった傾向をもっていた。そのため、未熟なアセスメントのまま、仕事をしている自分のイメージに思いを馳せて、実際の能力とはかなりのギャップがあっても、実現可能という判断を自分に下していた。そこで、面接者は具体的に仕事のイメージと一緒に話していき、B氏が自分の現在の能力とのギャップについて考えていける機会を作っていた。

B氏：コンビにやってみたいとは思んですけど、  
いや、やっぱり大変かなーと思ったりもして…

面接者：そうだね。まず、レジとか打てそうかな？

B氏：打てると思うんですけどね。

面接者：うん。お金の計算とかしてても、何か集中できなくて計算間違えとか、そういうことはなさそう？

B氏：うん。間違えることはあるかもしれないですね。

面接者：やっていけそうな自信はどのくらいかな？

B氏：50%くらい。やっぱり、早く仕事したいです。

しかしながら、こういった具体的な会話を繰り返しても、B氏にとって自分の症状や阻まれている行動と思考に対する実感がないたため、アセスメントは未熟なまま経過していた。そこで、面接者はB氏の就職するという目標を共有し、その過程で現実と直面することで先のB氏の実感を深め、アセスメントの向上に反映していくことを試みた。しかし、B氏が実際に履歴書を送る時点で、家族はB氏の状態がまだ仕事をできるような状態ではないと判断し、就職がB氏の再発の引き金になることを恐れて、B氏の就職活動を止めていた。つまり、B氏が就職するという目標を家族に阻まれる結果に至っていた。

B氏は、理由がわからないままに自分の目標への行動を阻まれたことで、「どうにもならない自分として諦める」「病気に対する無力感を感じる」状態に陥り、その場に何もなすすべもなくたたずむ状態になっていた。

B氏：（落ち着いてられないとき）その時は辛い  
ですね。でも、終わっちゃったら別に…もう

面接者：うん。そっかー。そういう時に、辛い時に、  
何か自分で対処、工夫とかしてる？

B氏：いやー

面接者：治まるのを待つっていう感じ？

B氏：そうですね

また、別の場面では以下のような会話が合った。

B氏：やっぱりいろんな人と話せたほうがいいですよ  
ねー

面接者：うん。じゃあ、そういう風にするためには、  
自分でどうした方がいいっていうのは、考える？

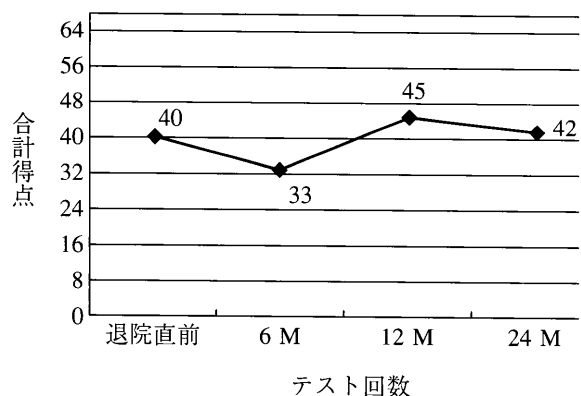
B氏：いやー、性格の問題なんで

このように、B氏は、積極的に対処するといった方法はとれず、自分自身ではどうにもならないことという認識で、無力感を感じていた。面接者は、発病前の本来のB氏について話をしていくことで、本来持つB氏の力について理解を深め、B氏の認識の変化を促そうと試み始めた。しかし、B氏は、目標を失った今、どうしてよいか分からず、たたずんでいた状態で、再入院に至ってしまった。

#### 4. Es 得点とラザルス式 SCI の測定結果

A氏のEs得点の変化をグラフ1に示す。B氏は退院後5か月目に再入院に至ったため、測定は1回のみであった。退院直後のA氏のEs得点は40、B氏は43であった。したがって、退院直後の自我強度得点はほぼ同等であった。

グラフ1 Es尺度 測定結果 (A氏)



ラザルス式SCIの測定結果のうち、問題と情動志向の評価では両氏とも問題志向の方が情動志向を若干上回っている傾向となっていた(表3)。つまり、積極的に問題にチャレンジする傾向があることを示していた。対処型の評価の結果をグラフ2, グラフ3に示す(段階点は3が普通で1に向かうほど傾向が見られない, 5に向かうほど傾向が強いことを示している)。退院直後の状況では、A氏のストレス対処行動は、対

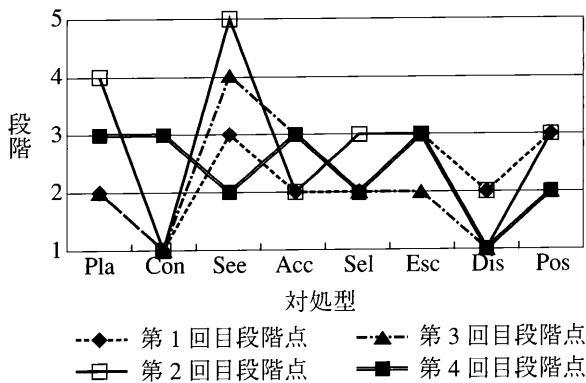
決型と離隔型の2つの対処方法以外は傾向に若干の強弱はあるが、ストレス対処法として使用されていた。対決型とは自己信頼感に関わる対処法で、つまりA氏では自分自身を信頼して問題を解決していくという行動が見られていなかった。また、離隔型とは問題を忘れることでストレスに対処する方法であるが、A氏は問題を忘れるということによってストレス軽減を図ることはできないという結果となっていた。

B氏の退院直後のストレス対処方法は、社会的支援模索型の対処法に全面的に頼っているものであり、その他の手段を使ってストレスに対処するということが少ないことを示していた。社会的支援模索型とは、他者への依存であり、つまりB氏は他者に頼って問題解決やストレスへの対処をする傾向が強いという結果となっていた。

表3 ラザルス式SCI 問題と情動志向の評価結果

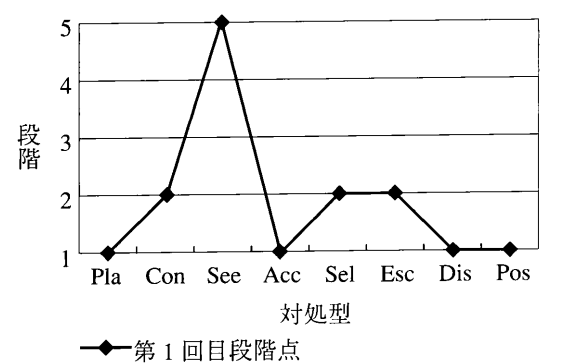
		A氏		B氏	
		問題志向	情動志向	問題志向	情動志向
得点	第1回目	19	17	16	13
	第2回目	35	20		
	第3回目	25	16		
	第4回目	26	30		

グラフ2 SCI測定結果対処型(A氏)



※ (Pla: 計画型 Con: 対決型 See: 社会的支援模索型  
Acc: 責任受容型 Sel: 自己コントロール型  
Esc: 逃避型 Dis: 離隔型 Pos: 肯定評価型)

グラフ3 SCI測定結果対処型(B氏)



※ (Pla: 計画型 Con: 対決型 See: 社会的支援模索型  
Acc: 責任受容型 Sel: 自己コントロール型  
Esc: 逃避型 Dis: 離隔型 Pos: 肯定評価型)

5. A氏とB氏の経過の比較検討

Es得点の測定結果から、退院直後の両氏の自我の強さはほぼ同等であった。また、ストレス対処方法においては、一つの対処法に全面的に頼るB氏よりもA氏の方が豊富な対処法を使用しているという結果は示され、対処法に違いは認められるものの、ストレスへの総合的対処ストラテジーとして、問題志向型という共通した傾向を持ち合わせていた。しかしながら、両氏の経過を比較すると、2つの決定的な違いが明確になった。以下に、違いについて述べていく。

(1) 自己についての洞察力の有無

両氏共に、看護介入初期には未熟なアセスメント能力しか有していなかった。しかし、A氏が徐々にアセスメントできる力を育てていくのに反し、B氏ではなかなかアセスメント力が身についていかない状態であった。この違いは、A氏では症状そのものやその症状により自分の生活が阻まれているという実感を持っていたが、B氏は症状があることは自分の行動から知覚するものの実感として味わうことができなく、自由な行動が阻まれていたことにも気がつきにくかった。実際、A氏の場合、症状や阻まれている生活について非常に困難な気持ちを抱えていたため、かかわりの中で会話を深め、A氏の考えや思い、辛さなどを表出するといった状況が作り出しやすかった。一方、B氏では、実感がないために症状や阻まれている行動について話を深めようと試みても、なかなかB氏の認識を深めるには至らなかった。

たとえば、A氏は睡眠状態が乱れることで病状悪化するのではないかとこの恐れを強く抱いていたため、睡眠コントロールすることへのこだわりがあった。そのため、服薬への拒否の思いはありつつも、薬を飲むことを完全に否定することができずに、葛藤を抱えていた。そこで、面接者は睡眠状態の調整をキーワードに、薬への認識や再発と睡眠の関連性についての会話を発展させ、A氏の思いを具体化していった。

A氏: ま、あのーハルシオンを飲んだ後には横になるようにしてるんですけど、まー20分くらいですかねー。やってるんですけど眠れたためしありませんね。ハルシオン2錠飲めば、いけるのかもしれないけど、0.125 (g) なんですよ。だから、0.25 飲めば、眠れるかもしれないんですけど  
面接者: うん。でも、処方されてるのは1錠なんだよね?

A氏: え、2錠です。でも、ハルシオンなるべく飲みたくないんですよ。なるべく…

面接者: 薬よりも自分の生活整えて、眠れるようにしたいということね?

A氏: はい

しかし、B氏の場合、A氏同様症状に悩まされているように見えるが、A氏のようになんとか対処しようという試みが全く見られなかった。また、どうしてそのような状態に陥るのかや、症状を抑えるためにどう取り組むかといった会話には発展していかなかった。

**B氏：**あの一、電気パチパチつけたり消したりするのはなくなって、あと、うがいとか歯を磨いたりする時、何回もコップに水いれて、出してっていうのもなくなって（笑）。で、ちょっと良くなってるな一と思って

**面接者：**あーそうだね一。それってどうしてだと思おう？

**B氏：**わかんない。でも、まだ...ウロウロはしますね。調子いいのは...時間がたったのか、薬が効いてきたのかよくわかんないですけど。

実感として感じられない事柄に関して語ってもらい、その事象について洞察してもらうということは非常に困難であり、繰り返し振り返りを行っていても、新たな認識を生み出すことはできなかった。

## (2) 現実直面の機会の有無

2つ目の決定的な違いは、現実直面の有無であった。A氏はボランティアに参加すること、B氏はコンビニで働くということ、初めに目標として設定していた。両氏ともに、その時の状態は、目標からはかけ離れた状態であったのは同様であった。しかし、社会の現実を分かっていない両氏にとって、目標に向かって歩みだすことは、現実に触れる機会となり、面接者は彼らがそこからの気づきを得ることを期待したものであった。A氏の経過の中で述べたように、期待通りA氏は現実に直面し、思い描いていたイメージとA氏自身ができることのギャップに圧倒はされるが、自己のアセスメント未熟さに気づくという大きな成長をもたらすきっかけとなった。

しかし、B氏は実際に現実に触れる前に家族に妨げられ、現実に直面するという機会を失ってしまった。そこでは、B氏は何故仕事が無理なのかというアセスメントをする能力は育っていなかったため、ただその場に取り残されてしまった状態であった。つまり、実感として事象に触れることが妨げられたことで、認識を深めることができなかったのである。両氏はともに若く、社会経験を十分に積まず発症していることから、社会生活に関してイメージできる想像力は限られている。したがって、こういった対象にとって、現実を体験するということは、想像力を高め、現実検討能力を育てるカギとなっていた。

## VI. 考察

A氏とB氏の経過を比較した結果を踏まえ、以下では本プログラムの有効性と無効性の観点から考察する。

### 1. 自己洞察力を高める必要性

両氏の経過の比較の結果から、自己洞察力の有無がアセスメント能力の向上に影響していることが明らかになった。両氏の自由な行動や思考は、統合失調症の症状により制限されていた。こういった制限は、症状の種類や重症度に限らず、症状を持つ患者全てに多少なりとも起こっていることである。しかし、B氏は自分のおかれた状況に対する洞察が極めて希薄であり、なんとかしたいという衝動が湧き起こらなかったのがあった。

Rogers<sup>15)</sup>は、患者の成長にとって自己洞察力が非常に重要であると述べている。彼は、患者が自分自身を洞察することによって、自分のおかれた立場を認識し、なんとか対処したいという衝動に駆られるからこそ、積極的な行動が始まるということを指摘している。つまり、自己洞察が、成長過程の次のステップにつながる重要な機動力なのである。元来自己洞察力を持ち合わせていたA氏にとって、看護面談の機会を用いて自分の状況について語っていくことで、その洞察力は更に拡大深化していったのである。そのため、A氏は正確な自己理解に向かってアセスメント能力が向上していったといえるだろう。しかし、B氏は成長に必要な洞察力を持ち合わせていなかった、または持っていたとしても非常に低いレベルのものであった。そのため、A氏自身のおかれた状況を理解することが非常に困難であったと考えられる。

菊池<sup>16)</sup>は、患者の洞察力を強化するためには「語りの場」が必要であると示唆している。特に、患者自身がこれからの人生を歩み始める時には、自己洞察を展開し、患者の成長を促すことが重要な課題であると述べている。この「語りの場」は、面接者がただ単に患者に対して受容的または支持的な態度を示すのみではつくられない。もっと、ダイナミックで包容力のある場である必要がある。つまり、患者が表面化した事象について、その背景にある事柄を引き出し、患者がその背景にある事柄をどんどん表面化し、精力的に語っていく場が、洞察力の深化に必要なのである。本プログラムは、キング<sup>9)</sup>の目標達成理論に基づき、フィードバックする機会を提供しながら患者主導で会話を展開し、目標に向かっていくといった支持的・受容的・共感的なものであった。そのため、B氏のような自己洞察力のない患者にとっては、「語る」という状況にまで踏み込むことができなかった。したがって、こういった洞察力のない患者に対して、語る場を提供していくためには、キング<sup>9)</sup>の目標達成理論のような支持的・受容的・共感的態度に加え、「語りの場」

の機能を果たせるような潜入的態度を加えていく必要があると考えられる。

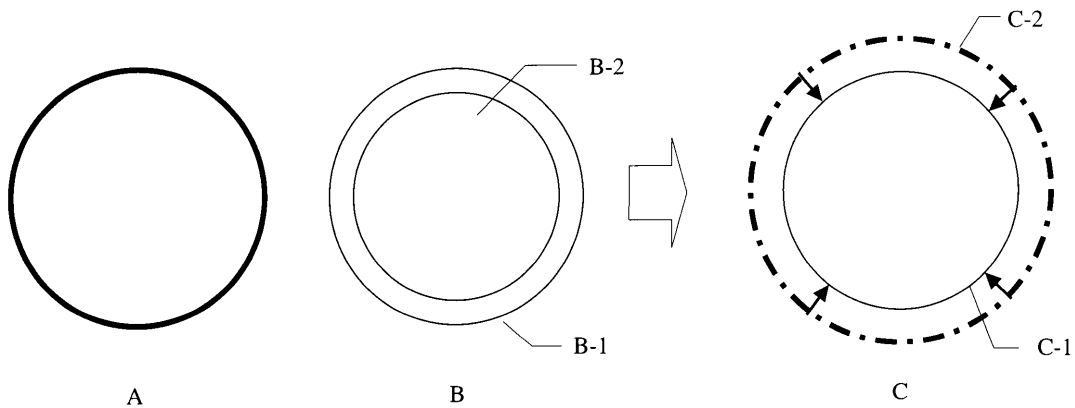
## 2. 自我強化をもたらす現実直面の必要性

現実には直面することで、その後のアセスメント能力に多大な影響を与えることが結果から明らかになっている。A氏は、現実には直面することで、自分の状況を正確に理解する機会を得ることができていた。一方、家族に妨げられることで、現実には直面する機会を失ったB氏は、自分の状況を理解することができず、前に進めず、その場にたたずむことしかできなくなっ

たのである。前に進めなくなってしまったA氏は、ストレス対処行動の乏しさからも明らかなように、その場で踏みとどまることもできず、また他の方法を選択することもできず、ついには後戻り、つまり再発に至ってしまった。

このB氏の状況は、自我強化の観点から解釈することができた。中井<sup>17)</sup>の統合失調症の生物学的寛解過程によるとB氏は寛解期後期にあった。つまり、B氏がB氏個人として元の現実に戻り始めた時期である。このB氏の状態を阿保<sup>18)</sup>の精神構造の模式図で表すと図3のように示すことができる。

図3 B氏の精神構造の模式図



健常者の場合、精神構造は厚みがあり、弾力性もある強固な自我を持っている(図3のA)。そのため、さまざまなストレスを抱えても、個人の自我は脅かされることはない。しかし、B氏の場合、まだ自我が脆弱な状態であり、その精神構造は厚みも弾力性も十分でない状態である(図3のB-1)。阿保<sup>18)</sup>は、この時期の患者にとって、生活体験を積み重ね、それに対して肯定的フィードバックをしていくことが自我の成長を促すとしている。そして、患者が「自分である」ことを実感できるように、患者の力を損なわずに、促進できる方法でケアを提供することが必要になっている。B氏は、アルバイトという目標に向かうことで生活体験を得ようとしていた。その時のB氏は、到底アルバイトができる力は持ち合わせていなかったが、目標に向かう過程において、生活体験を得て、自己認識を高めていけることを面接者は期待していたのである。つまりA氏(図3のB-2)の自然治癒力を強めていき、A氏の自我の脆弱な部分を強化しようとする試みであった。このように、内側の保護膜である自然治癒力を高めていくことにより、B氏の精神構造に厚みをもたらすことができると考えられた。しかし、家族はB氏がまだ仕事ができる状態でないという判断のもと、刺激の負荷による再発を恐れて、B氏が目標に向かうことを妨げている。つまり、家族の妨げは過剰なケアであり、B氏の精神構造(図3のC-1)の周り

に張り巡らされた外側の保護膜(図3のC-2)と解釈できる。この外側の保護膜を張りだすことにより、自然治癒力を促進することを妨げてしまい、結果としてB氏の精神構造の厚みを増すことができなく、細い線のままの精神構造(図3のC-1)であったと考えられる。

本プログラムは、患者である対象者に焦点を当て、目標達成に向かうことで、社会生活維持への援助を試みることを目的としていた。しかし、そういった対象者のケアを提供するのは、面接者や通院先の医療者だけではなく、家族という対象者にとって最も身近なケア提供者の存在があるということを加味していなかった。そのため、面接者の取り組みが家族と共有されずに、全く意図していない方向に向かってしまったのであった。したがって、本プログラムの有効性を高めるためには、対象者だけに焦点を当てるのではなく、家族などの対象者にとっての重要他者に対するプログラムも同時に実施し、包括的なかわりを実践する必要性が認められた。

## VII. 結論

両氏へのかかわりと経過の比較から、目標達成理論に基づく看護のかかわりは、洞察力の深化と自我機能の強化という2つの機能に影響し得るものであった。繰り返しフィードバックを行いながらA氏のもつ自

己洞察力に働きかけ、表面化した事象について深く語るなかで、A氏の自己洞察力はさらに拡大深化していったのであった。一方、自己洞察力の乏しかったB氏にとっては、支持的・受容的・共感的態度でフィードバックを重ねるだけでは、自己洞察力を高めることはできなかった。そのため、自己アセスメントが未熟のまま、成長を促すことができていなかったのであった。

また、現実と直面したA氏と現実直面を妨げられたB氏の経過より、生活体験を重ねるという自我強化に対するかかわりは可能であるということが明らかになっている。これは、生活体験により、両氏が個人として現実社会に存在していく実感であると解釈された。そして、生活体験を得ることができなかったB氏は、個人として現実社会に存在しているという実感を得ることができなかったのである。

本プログラムの有効性と無効性に焦点を当てた考察から看護に示唆されることは、自己洞察力の乏しい患者に対して、自己洞察を深化するための機会、つまり菊池<sup>16)</sup>の示唆する「語りの場」を作り出すことである。それは、支持的・受容的・共感的かかわりに加えて、潜在的にかかるとともに、抱擁していくことである。そして、もう一つの示唆は、患者の生活体験を得る機会を阻まないことである。これには、患者の重要他者を含めた包括的プログラムを提供することである。これら2つの示唆を加味することで、患者の社会生活を維持するための本プログラムの有効性を高める可能性があるということである。

#### VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究の課題は、対象者が2名のみであるということと、面接者は筆者1名でのみ実施していることで、筆者以外の面接者でも同じかかわりが実践できるかの検討には至らなかったことである。したがって、今後はケースを増やすとともに、筆者以外の面接者が実施しても、同様のかかわりを実践できるかを検討していく必要がある。

#### 謝 辞

本研究にご協力いただきましたA氏、B氏、医療機関の医師および看護師の皆様から心から感謝いたします。また、ご指導いただきました北海道医療大学阿保順子教授に深く感謝いたします。

なお、本研究は、平成19年科学研究費補助金(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。

#### 引用文献・参考文献

1) McGlashan T.H. A selective review of recent North American long-term followup studies of schizophre-

nia. *Schizophrenia Bulletin*. 1988; 14: 515-542.

2) Wiersma D., Nienhuis F.J., Slooff C.J. et al. Natural course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 1998; 24: 75-85.

3) 眞崎直子, 藤田利治, 甲斐祥一, 他. 精神科医療保護入院後の退院患者の再入院とその関連要因. *日本公衆衛生雑誌*. 1997; 44 (5): 372-383.

4) Craig T.J., Bracken J. A case-control study of rapid readmission in a state hospital population. *Annals of Clinical Psychiatry*. 1995; 7 (2): 79-85.

5) 山下なつみ, 藤田利治, 永田昌慶. 一保健所管内の精神科入院患者の在院期間と再入院についての追跡調査. *日本公衆衛生雑誌*. 1995; 44(3): 219-228.

6) 緒方明, 坂本眞一, 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.

7) Blank M.B., Chang M.Y., Fox J.C., Lawson C.A., Madlinski J. Case manager follow-up to failed appointments and subsequent service utilization. *Community Mental Health Journal*. 1996; 32(1): 23-31.

8) Olfson M., Mechanic D., Hansell S., Boyer C.A., Walkup J., Weiden P.J. Predicting medication non-compliance after hospital discharge among patient with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2000; 51 (2): 216-222.

9) King I.M. (杉森みどり訳) A theory for nursing—systems, concepts, process: 第1版, 医学書院, 東京, 1999.

10) 粕田孝行, 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, 2004.

11) 大悟法憲雄. 精神分裂病 (new long stay) の再発の状況. *脳と精神の医学*. 1992; 3 (2): 131-137.

12) Hathaway S.R., Mckinley J.C. A Multiphase Personality Schedule (Minnesota) I—Construction of the schedule. *Journal of Psychology*. 1940; 10: 249-254.

13) ダールストローム W.G. (阿部満州他訳) MMPIの応答の仕方, 応答の構え, 及び自己概念仮説. MMPI原論: 第1版, 新曜社, 東京, 1984.

14) Folkman S., Lazarus R.S. *Manual of the ways of coping questionnaire: Consulting Psychologists Press. California*, 1988.

15) Rogers C.R. *Counselling and Psychotherapy: Houghton*, 1942.

16) 菊池慎一. 臨床経過中に見られた患者の「カウンセリング」希望について. *精神療法*. 2007; 33 (5): 601-609.

17) 中井久夫. 精神分裂病状態からの寛解過程—絵画

を併用した精神療法を通してみた縦断的観察：宮本忠雄編，東京大学出版会，東京，1974.

受付：2007年11月30日

受理：2008年1月31日

- 18) 阿保順子，統合失調症急性期看護マニュアル：第1版，阿保順子編，宇津木利征（すぴか書房），埼玉，2004.

An examination of the effectiveness of the rehabilitation care program to support recovery process for patients

Kazumi Yoshino

School of Nursing and Social Services, Health University of Hokkaido

#### Abstract

The purpose of this study is to examine the effectiveness of the rehabilitation care program (made by the researcher by modifying King's theory of goal attainment and Orem-Underwood's theory of self care), by comparing two cases who were given nursing counseling throughout this program. Nursing counseling was provided to two schizophrenia patients who were determined to be discharged from a hospital after a relapse. Data was collected from conversation during nursing counseling sessions, ego strength scores and Lazarus stress coping inventory scores.

As a result of analyzing data, it was identified that "deepening insight" and "an opportunity of facing reality" exerted an influence on their ability to continue living in a community. Therefore, the above result indicated that the effectiveness of this program would be increased by providing 'narrative occasion' in order to deepen insight and opportunity of facing reality through assertive care including a patients' key person.