

第1章 序論

I. はじめに

1950年代に起こった障害者運動を機に、精神病院の劣悪な状況と入院中心主義に対する批判が高まり、脱施設化に向けて政策転換が図られた。しかし、住居をはじめ、ケアサービスやリハビリテーション、社会復帰等の具体的なサポートが整備されないまま大勢の当事者が退院したことでホームレスになる人びとも現れ、社会問題となった（三野 2010）。

1970年代に入り、こうした課題を解決すべく各国において精神保健・医療・福祉が一体化されたケアマネジメントが導入され、精神科当事者の脱施設化と地域移行がさらに促進された。また一方で、脱施設化以降の混乱した地域において、自然発生的に生まれた家族、牧師、ボランティア活動等の精神障害者（以下、当事者）の地域生活を支える非専門家活動が根付き始め（三野 2010）、当事者によるセルフ・ヘルプ・グループ活動の立ち上げや福祉施策への参画も盛んになっていった（河東田ら 2002）。

こうした中、自らの回復できる力に気付いた当事者らの体験の語りからリカバリー（Recovery）という概念が登場し（Deegan1988、Anthony1993、Ragins2005、Rapp and Goscha2011）、精神保健のパラダイムに影響を与え、各国の精神保健サービスの理念はリカバリー志向に移っていった。

1990年代になると、北米や欧州の国々では、当事者が社会に参加し、安心して地域生活を送ることを目指して、多職種アウトリーチによる24時間訪問支援や（大島 2004）、地域ごとの拠点施設で速やかに症状悪化に対処し自宅に戻るための危機介入システムが導入された（松嶋 2014）。その中で24時間訪問支援の危機介入において、統合失調症や感情障害をもち社会機能が低下した重症当事者に特化した多職種チームの訪問による Assertive Care Treatment（以下、ACT、西尾 2004）や、英国の地域包括ケアシステムである Care Program Approach(以下、CPA)の一部で危機介入を行う専門スタッフが対応する Community Mental Health Teams（以下、CMHTs、Dieterich et.al 2010）の実践として、Joint Crisis Plan（以下、JCP）が組み込まれた（Johnson et.al 2007）。

Crisis Plan（以下、CP）とは症状の再燃等による危機的状況への対処方法を、専門職と協働し、当事者が予め考えて希望した治療や支援を受けるための計画内容やその文書を指し、当事者が専門職と協働する CP を JCP と呼ぶ。CP は、当初、精神障害者の人権擁護の観点

から当事者の自律性、独立性およびその権利が重視され(La Fond et.al 2002)、当事者の望む治療の遂行に対する法的効力をもつ事前指示書である Psychiatric Advanced Directives (以下、PAD) の一種として誕生した(Atkinson 2007)。2000 年代に入り、精神障害をもつ当事者によるセルフ・ヘルプ・プログラムである Wellness Recovery Action Plan (以下、WRAP) に CP が取り入れられ、自分の健康と生活における自己決定と自己コントロール感を取り戻す取り組みとして広まり、障害者の地域定着が進む欧米を中心に普及した (Copeland 2011)。

また近年では、症状悪化した当事者に対する身体拘束・保護室隔離、薬物鎮静等の強制治療が国際的にも問題となっており (Fisher2008)、これらを用いない心理社会的介入が各国で推奨されている。そこで、強制治療に代わる危機介入として De-Escalation (以下、DE) が注目され、JCP はその実践的介入の一つとして、各国の精神科救急ガイドラインにおいて推奨されている (NICE 2015、日本精神科救急学会 2015)。特に、国際的な廃止の流れに反し強制治療の増加傾向が懸念されている本邦では (野田ら 2013)、国際水準の安全な危機介入法の導入が求められている。

そうした精神障害者の地域移行・定着における国際的な潮流の中で、2000 年以降、日本には受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者は 7 万人と推定される。2006 年以降、精神障害者退院促進事業やアウトリーチ推進事業が導入され、JCP が取り入れられた (厚生労働省 2011b)。本邦では、精神疾患当事者の約 30%が統合失調症であり、地域で療養しながら生活する当事者が増えており、国は、当事者がコミュニティの中で孤立せずリカバリーできる社会を目指すソーシャル・インクルージョンの理念を掲げている (厚生労働省 2000、Slade et.al 2015)。

この様に、JCP は、多職種による地域連携支援を円滑にし、また当事者の人権も擁護しながらの安全な危機介入法として、当事者の地域生活に必要な支援となっている。しかし、その効果の検証、さらなる支援の充実を図るための研究は進んでいない。

そこで、本研究に先立ち、JCP を利用しながら入院せずに地域で暮らす精神障害者を支援している専門職 (看護師 1 名、精神保健福祉士 2 名) の体験について予備研究を行った。

その結果からは、専門職は、利用者をつながる言葉を関わりの糸口にし、その言葉を問いかけて引き出し、ともに言葉を追いかけてながら【共有の言葉】を創り出し、それぞれの方法により【とことん関わる】ことで利用者が症状の対処や自分なりの生活を考えて創造しようとする取り組みを促していた。また、チーム全体で JCP を共有し連携してケアにあ

たることは、専門職個々にとっても安心感となり、伝統的慣習による管理的支援を見直し、職場全体で支援を改革する機運を高め、柔軟で新たな支援観や支援の多様性を見出していた。つまり、JCPの協働は、【共有の言葉】で結びついた相互作用によって、利用者と専門職双方に新しい経験をもたらされ、「力」が引き出される相互作用のプロセスであった。この様に、本知見にはわずか3例からであっても個別性が見られ、多職種連携支援における知見としての多様性も伺えた。従って、JCPの協働による実践的支援や治療的関係性の構築、コミュニケーション等、利用者と専門職間の相互作用の多様性を十分に明らかにし、多職種連携に活かせる支援モデルの構築も可能であると考えた。

II. 研究の目的と意義

1. 研究目的

本邦において、JCPを活用して再入院することなく生活を継続する統合失調症当事者を支援する専門職の体験から当事者と専門職との相互作用のプロセスを記述し、個別具体の事例分析から、地域包括支援体制の中で多職種連携に活かせる支援モデルの構築を行う。

本研究の問いは以下である。

- 1) 共有の言葉を通じた専門職との相互作用によって当事者から引き出される「力」とはどのようなものであり、どのようなプロセスで形成され、展開されるのか。
- 2) 当事者と専門職間のJCPの協働における共有の言葉を通じた相互作用のプロセスはどのような多様性を持っているか。
- 3) JCPの協働で培われた専門職の体験は、多職種連携に活かせる支援モデルを作り出すことが出来るか。

2. 研究の意義

本研究の知見を通して、統合失調症をもちながらJCPを活用し地域で生活する当事者への支援の実践的な示唆を与えるものとなると期待できる。

当事者と専門職との相互作用のプロセスを明らかにすることは、自らの思いや考えを他者に伝えることや助けを求めることの難しいとされる統合失調症当事者の他者との関係性構築やコミュニケーションを助ける実践的援助技術の向上につながる。こうした相互作用のプロセスを知る事は、意思決定や意思表示の困難な当事者の自律性や独立性を支える多

様な援助的相互作用の開発につながる。

また、精神疾患や精神障害者に対する根強い偏見が当事者の回復や社会参加を阻害していることは既に知られている。当事者が困難や望みを他者と共有できるようになれば、またそうした力をもつことで、社会の中でもより多くの理解と支援をうることにもつながる。そして、当事者が孤立することなく社会に参加し、その人らしい生活を営む多様な支援の拡充や、当事者が生きやすい社会の構築につながると期待できる。

看護職は多職種連携支援において重要な役割を担っている。そして、看護職は常に当事者の傍らにあり、当事者を慮りながら当事者を取り巻く援助資源や援助関係を客観的に捉え、それらの相互作用を図りながら、よりよい方向へ向かわせるためにケアを実践している。本研究知見から、また知られていない当事者と看護師間の援助的相互作用とはどのようなものであるかを知ることができる。この事は、変化する社会の中で看護ケアの多様性を探求するきっかけとなり、地域包括支援体制の中で多職種連携に活かせる知見の一つとなると期待できる。

3. 用語の定義

ジョイント・クライシスプラン (Joint Crisis Plan)

地域包括支援において、当事者が専門職と協働し、症状の再燃等による危機的状況への対処方法を予め考えて計画し、文書にしておくこと (Thornicroft et.al 2013)。計画内容は、危機的状況の内容・症状のセルフモニタリング・誘引や兆候・自分が行う対処、他者に望む対処が含まれているものである。

相互作用

ひとが、他者に対して何をすべきかに関する表示を行い、また、他者からの表示の意味を解釈することから自らの適応活動や行為を互いに適合させ、方向づけが与えられる過程を通して形成されるものである (Blumer1991)。

Ⅲ. 文献検討

1. 精神保健パラダイムの変革の中での Joint Crisis Plan の成り立ち

1960年代以降、本格的になった国際的な脱施設化の流れによる地域精神保健のパラダイ

ム変革当初の課題は、精神科当事者の地域移行に伴う重い精神障害を持つ人びとへのサービスの充実であった (Drake et.al 2001)。

精神障害者当事者における危機的状態 (クライシス) とは、予期せぬ出来事に直面し、対処不能となり、社会的な混乱や症状の再燃が起こる状態で (Kaplan1983)、その結果、対人関係や日常・社会生活の破たんに至る (Lindenmayer 2000)。専門職からみた地域で暮らす当事者の危機的状況は、自殺企図、衝動行為、暴力等の自傷他害、治療や支援の拒否、就職や進学・結婚・出産・育児・介護等のライフイベントに起因するストレスフルな出来事として認識していた (相澤 2003)。一方、当事者は、自分を取り巻く環境に対する孤独と恐怖から、完全に自分をコントロールできなくなり対処不能となるような体験を危機と認識していた (Lyons et.al 2009)。

こうした体験から、精神疾患を持つ当事者で専門職でもある Copeland がセルフ・ヘルプのためのプログラムである WRAP を立ち上げた。WRAP は、当事者自身が不快な感情や行動を自らモニタリングし、仲間との助け合いやコミュニティとのつながりを活かして対処を計画し、いつでも自分の判断に基づいて実現させることができる独自の回復システムとされる (Copeland 2011, Zelle et.al 2015)。CP は、「良い感じの自分」「日常生活管理プラン」「引き金」「注意サイン」と並び、自分の望ましい状態を維持するための取り組み等の項目から構成されている。この様に、地域ケアにおいて当事者の自律性と主体性が注目されるようになり、CP は、医療者との協働による JCP として発展し用られるようになった (Henderson et.al 2008)。

1980 年代以降、英国では、CPA の浸透に伴い、パートナーリズムが問題視され、当事者の意思決定とケアの個別性や柔軟性が重要視されるようになった。とりわけ、当事者と医療者との合意が重要とされ、PDA は、当事者の望む、或いは、望まない治療法や連絡先を事前に医療者に残し伝えておくための Crisis Card に形を変えた (Sutherby et.al 1999)。これが JCP の原型となった (Henderson et.al 2008)。

2000 年になると、社会問題となっていた強制治療や強制入院は、精神障害者の地域移行を進める上でも課題となり、地域に暮らす当事者の危機介入として De-Escalation が推奨された。JCP は、訪問支援である ACT (西尾 2004) や危機介入を行う専門スタッフが対応する Community Mental Health Teams (Dieterich et.al 2010) のプログラムの一部に導入された (Johnson et.al 2007)。

近年は、北欧を中心に実践されている Open Dialogue (Seikkula et.al 2016) 等、医療者と

の対話を通じた対等性（Equally）と当事者自身の意思決定を重視した心理的な危機介入の支援が注目されている。本邦では、当事者と専門職間の関係性の構築における支持的関わりによる治療継続性（松本 2017）、危機的体験の言語化と受容的な関わり（加須屋 2017）の有用性が示唆されている。

この様に、危機介入の新たな潮流として、当事者の生活を崩さずに地域で完結できるシステムの構築や、当事者自身が専門職との間で治療的关系を実感でき、自らの主体性を発揮できる支援が求められている。欧米では、JCP は当事者の地域生活の継続を揺るがす危機への対処を担う多職種連携による重要なケアとして普及し、地域包括支援システムの変革を推進してきた。しかし、地域移行も支援体制もいまだ十分に整っていない本邦では、こうしたパラダイムの転換を促進するためにどう JCP を普及させるかは課題である。

2. JCP の活用と研究

JCP の標準的な構成内容として、英国の CPA では、危機的状況の内容、把握できる兆候（サイン）、対処法、入院の回避に役立つ支援、入院せざるを得ない場合に希望する場所、入院した場合の当事者の実際的なニーズ（例えば、育児やペットを含む他の扶養家族の世話）、さらに PDA がある場合には、その内容、家族や介護者の関与と内容、連絡先等の明示が推奨されている（NICE 2011）。

日本で用いられている CP は、WRAP による CP のほか（増川 2016）、2005 年に制定された心神喪失者医療観察法（以下、医療観察法）の対象当事者のケアプログラムとして多職種ケアチームによって提供される英国の CPA をモデルとして考案された JCP（平林 2013）、および、ACT の介入プログラムの一部である JCP（伊藤 2005）に概ね分類される。

文献で確認できた JCP では、医療観察法対象当事者の地域移行を機に、その形式を受け継いだ JCP（山縣ら 2013）や、重症精神障害者への ACT 型訪問看護の実践（伊藤 2018）、疾患教育を目的とした心理教育プログラムの一部として活用されている（野村ら 2013）。

本邦では、当事者の退院から社会復帰までの間、多様なサービスを組み合わせて用いる特徴があり、従って、JCP の作成や活用においてもそれらを連結・重複しながら用いられている現状がある（図 1）。図 1 で示された医療観察法の形式の JCP を用いている精神科デイケアの実践例では、通常通所期間 18～24 か月のうち、利用者が通所自体に慣れた 4 か月目以降に WRAP の集団プログラムに参加し JCP を知った上で、退所までの約半年の間に作成し、デイケア終了後に利用する就労支援や地域活動支援センターへの移行を踏まえ

た内容が盛り込まれるとされる（大迫ら 2012）。

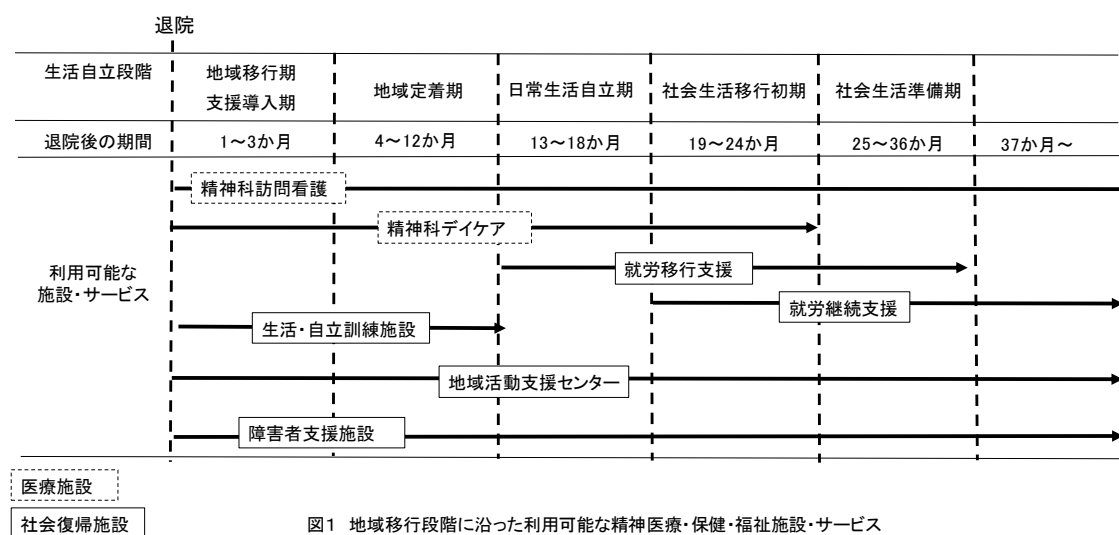


図1 地域移行段階に沿った利用可能な精神医療・保健・福祉施設・サービス

また、図1に示されている退院直後から利用できる生活・自立訓練施設では、WRAPの集団プログラムに参加した後に、医療観察法の形式のJCPを作成し、独居訓練でJCPが有効に活用されているかが確認されている（山縣ら 2013）。しかし、精神科訪問看護や就労移行および継続支援、地域活動支援センターでのJCP導入状況の報告は見られない。

この様に、地域生活におけるサービス利用のパターンは多様に選択されるため、多職種連携の多様性も伺える。サービスや施設利用状況の変化に対応できる多職種連携が保証されなければ、JCPにおける当事者と専門職との協働が阻害される可能性がある。

従って、多施設間での多職種連携をどう確保するかが当事者の地域生活支援において重要である。しかし、JCPに関するこうした多職種支援モデルは整備されておらず、報告もまだ見られていない。

2000年代半ばから、英国を中心に、Randomized Controlled Trial(以下、RCT)によるJCPの臨床的効果と費用対効果の検討（Flood et.al 2006）、当事者の意思決定に関する研究、さらに危機介入法としての有用性の研究も行われている。こうしたRCTは統合失調症や感情障害等の重症精神障害者のJCPを対象としているが、境界性人格障害当事者のJCPを対象とした研究もわずかにある（Borschmann et.al 2013）。また、虐待サバイバーや退役軍人等でPost-Traumatic Stress Disorder（以下、PTSD）を持つ人びとの体験に焦点を当てた質的研究も行われている（Henderson et.al 2015、Jansen et.al 2016）。

JCPの臨床的効果として、地域に暮らす重症精神障害をもつ当事者が、危機的状況の対処として示した望まない入院や強制治療の有意な回避（Henderson et.al 2009）、さらに入院

期間の短縮や強制治療の回避、他害行為による訴追の減少等の可能性も示唆されている (Thronicroft et.al 2013)。また、JCP の導入による専門職の支援時間の退縮や医療費減少等の経済効果は見られたが、対照群との有意な差はなかった (Flood et.al 2006)。

2010 年代以降では、当事者と家族、担当医療チーム、ファシリテーターが介するケア会議の効果にも焦点を当てた RCT や質的研究が行われている。ケア会議による支援も取り入れた JCP では、参加者が自分自身の治療の望みを専門職に表明し話し合う力を与え、その後の援助探索行動の迅速さやセルフ・ヘルプの促進が強制治療の軽減につながるとの分析もある (Henderson et.al 2009、Thronicroft et.al 2013)。

また、JCP の取り組みにおける当事者と協働する専門職との二者関係では、JCP を用いない群に比べて、相手に対する Working Alliance (以下、WA) は双方とも高かったが、当事者の専門職に対する WA は有意に高かった (Thronicroft et.al 2013)。WA は、治療課題の合意、治療目的の合意、治療関係の絆の形成という三要素を含むとされる (Neale et.al 1995)。しかし、未だ、当事者の意思決定よりも施設の理念や慣習が優先される背景があるとされ、危機的状況時の JCP の行使に携わる救急の医療者などにも範囲を広げた JCP への理解や Shared Decision Making (以下、SDM)、現実的な運用方法の確立が今後の課題となっている (Thronicroft et.al 2016、Farrelly et.al 2016a)。

JCP を活用して地域生活を送る当事者の語りでは、納得した治療を受けることで充実した生活を送る体験のほか (young et.al 2008)、JCP によって危機的状況のリスクと自ら向き合って被虐待体験や心的外傷を乗り越える体験 (Jansen et.al 2016)、危機と希望を語ることで自己コントロール感を実感する体験 (Farrelly et.al 2016b) が示され、JCP があることは当事者の安心や安定につながっていた。

この様に、JCP の研究的関心は、PDA で求められてきた当事者の権利行使や意思決定、強制治療の回避状況だけでなく、当事者の生きづらさの解消や回復に資する側面にも広がってきていると言える。その為に、専門職との協働がもたらす関係性やコミュニケーション、支援ネットワークの構築、専門職組織独自の理念や慣習との関連が注目されている。

本邦における JCP の研究では、JCP の心理教育による当事者の自己効力感の向上 (野村ら 2013)、専門職へのインタビューから多職種連携の効果などが語られている。

従って、当事者の症状による生活上の困難や危機的状況との関連をよく知った上で、それらを乗り越えていくための当事者と専門職との協働における相互作用プロセスやそれらを促進する社会的視点での研究が必要と考えるが、そうした研究はまだ行われていない。

3. 統合失調症当事者における JCP の活用と課題と研究への示唆

統合失調症は、幻覚や妄想を伴う陽性症状とそれらによる突飛な行動、また意欲や関心の低下、感情機能の低下などの陰性症状、さらに記憶力や注意集中力の低下、物事を段取りよく処理する作業能力などの認知機能障害を主症状とする疾患である。加えて、仕事、対人関係、自己管理など社会的または職業的機能の低下による障害を来す。10～20 歳代が好発年齢で、何らかの生物学的な素因と環境ストレス（特に対人関係での緊張状態）の重なりが発症に関係すると考えられているが明らかではない。近年の非定型抗精神病薬の開発により、症状を残しながらも日常生活を営むことができる当事者が多くなったが、20～30%は急性の精神症状の反復や陰性症状による生活上の障害が目立ち、手厚い社会支援を必要とすることが多い（日本精神神経医学会 2014）。

地域で暮らす当事者自身が捉える危機的状況は、孤独感、社会からの孤立感をもたらされやすい状況であると考えられる。こうした知見から、重い統合失調症当事者の危機的状況は、他の疾患と異なり、危機の認識や対処の遂行への支援が必要で、さらに求助行動や信頼関係の構築においても手厚い支援が必要であることが想定される。文献から知る本邦の現状では、多くの JCP は医療観察法や ACT 等の形式が用いられており、統合失調症を含む重症精神障害者や特定の危機リスクをもつ対象者に限定的に適用される傾向が伺えた。先行研究からは、JCP の協働により、当事者は協働する専門職に同盟性や「絆」を感じていることが示唆されており、こうした関係性が心理的にも社会的にも孤立感を和らげ、意思決定や意思表示、求助行動を育み、危機的状況の対処に繋がっているのかを知ることは、JCP が統合失調症当事者の支援の有力な方法の検討になると考える。

本邦の JCP は、意思決定や権利擁護の要素が強調された欧米の JCP の内容に比べ、危機のセルフモニタリングや早期対処の目的も備えており、当事者の生活に根差した自律性やセルフケアの確立を目指していることが伺える。

リカバリー志向の精神保健のパラダイムでは、どの人も孤立せず受容される社会の構築が目指されている。従って、本邦の社会的背景に沿い、重い統合失調症をもつ人びとが社会の中でどのような危機を経験し、JCP の協働を通じて、専門職との相互作用と社会資源をどの様に活かして危機を克服していくのかという社会的文脈でのダイナミズムを明らかにする必要があると考える。この知見は、他の精神疾患をもつ人びとの JCP 活用の知見にもなると考える。

第2章. 予備研究

JCP を用いて精神障害者の持つ力を引き出す援助関係の構築のプロセス

— 精神科専門職の体験から —

要約

【目的】JCP を活用し再入院することなく地域生活を継続する精神障害者を支援する専門職の体験に焦点を当て、当事者と専門職との相互作用のプロセスを明らかにする。

【対象と方法】対象者は訪問看護ステーションに勤務する看護師1名（A氏）、精神保健福祉士1名（B氏）、生活支援センターに勤務する精神保健福祉士1名（C氏）の計3名であった。JCPの支援に関する半構造化面接を行い、事例ごとにM-GTAで分析し検討した。

【結果】語りに登場した利用者は統合失調症の他、双極性障害や発達障害を持っていた。JCPの内容はいずれの施設でも、危機的状況のサインと引き金となる要因、危機時の自己対処と専門職に期待する対応等、紙面に記され、利用者の目につく場所に貼る等の工夫をし活用されていた。また、JCPを用いて利用者の持つ力を引き出す援助関係構築のプロセスでは、利用者との協働に関して、三者共通する概念から、【共有の言葉】を用いてそれぞれの方法で【とことん支援する】、また「うわべだけの支援」を脱し「新しい支援観の芽生え」、「チーム全体で支える」関わりをしていた。その結果、利用者は「生活の拠り所になる」JCPを活用し、危機に対処しながら生活を継続し「孤独が和らぐ」「社会とつながる」生活を創造していた。一方、専門職は、JCPがあることで従来の管理的支援や危機介入に対する不安や重責への捉われを離れ、「安心や喜び」がもたらされ、「閉塞感や行き詰まりを打開」する「柔軟な支援」や「支援の多様性につなげる」体験をしていた。

【考察】JCPの協働を通じて利用者と専門職がこれまでと違う経験の積み重ねによって「力」が引き出されていた。そうした関わりは、【共有の言葉】で結びつきを促す利用者と専門職との間の相互作用から生まれていると考えた。しかし本研究は、対象者の職種や支援施設が異なるわずか3例からの知見であるため、こうした相互作用を明らかにするためのさらなる検討が必要である。

I. 研究方法

1. 対象施設と対象者

施設の選定は、文献や報告等の情報から JCP の導入が推定できた 11 施設のうち、実施が確認できた 3 施設に協力を依頼し、承諾を得た。X 施設はそのうちの 1 施設で、Y 施設は他の該当施設から紹介を受けた施設である。

対象者は精神科訪問看護ステーション（以下、X 施設）に勤務する看護師（以下、A 氏）、精神保健福祉士（以下、B 氏）および精神障害者生活支援センター（以下、Y 施設）に勤務する精神保健福祉士（以下、C 氏）の 3 名である。

A 氏、B 氏はともに X 施設に勤務している。A 氏は、一般病棟勤務後、精神科病棟に 15 年勤務し、X 施設に訪問看護師として 8 年の経験を有する。B 氏は、精神科病院に勤務後、X 施設に 10 年以上勤務している。X 施設は生活が困難な重症精神障害者の訪問に特化した施設で、基本的にはすべてのサービス利用者に JCP を導入しており、JCP の内容は危機的状況の内容と兆候やサイン、危機的状態の際の対処計画、危機的状況時に他者にして欲しい対処やして欲しくない対処から構成されている。

C 氏は、精神障害者援護施設、グループホーム等に 30 年以上勤務し、Y 施設には 2 年ほど勤務している。Y 施設は、年間 335 日 1 日 12 時間開館しており、利用登録者やその家族、地域住民の交流の場ともなっている。精神保健福祉士が常駐し、給食、日常生活支援、グループ活動、訪問支援の他、関係機関と連携した相談業務を行っている。

JCP の作成および修正の時期と期間について、両施設とも、サービス開始後、利用者の状態が安定した時期に呼びかけ、3~6 か月を要して作成する、修正時期は X 施設では 1 年をめぐりに適宜行い、Y 施設では、通所や就労など生活が変わる時や、ケア会議の際に見直しをしていた。

2. データ収集方法

インタビューに先立つフェイスシートでは、対象者の属性や JCP 支援歴、JCP 導入における利用者の適用要件や運用等、JCP の構成に関する情報を収集した。半構造化面接はインタビューガイドにならい 1 人 1 回 60 分程度行い、研究対象者の同意を得て録音やメモを録った。ガイドは、JCP の事例と内容、作成や支援での工夫、利用者の反応等に関する内容であり、JCP 支援歴のある看護師にプレテストを行い完成させた。

3. 分析手順

フェイスシートの回答結果は個人名や施設名を伏して内容を施設と項目ごとに表示し特徴を比較した。また、語られた利用者に関するエピソードは事例ごとにまとめた。

インタビュー内容の分析は修正版グラウンデッド・セオリーアプローチ（以下、M-GTA）に倣った（木下 2003、2007）。まずインタビュー内容を逐語録に興し、全体を俯瞰し、研究テーマと分析焦点者を意識しながら個々に分析ワークシートを作成した。個々のデータを見ながら説明概念を創り、概念名と定義を付し、概念の塊からサブカテゴリーを生成した。サブカテゴリー間関係を検討し、中心概念を見出して、カテゴリーを生成した。これらの作業を行き来し、中心概念のプロセス性を意識しながら結果図を作成しストーリーラインを検討した。

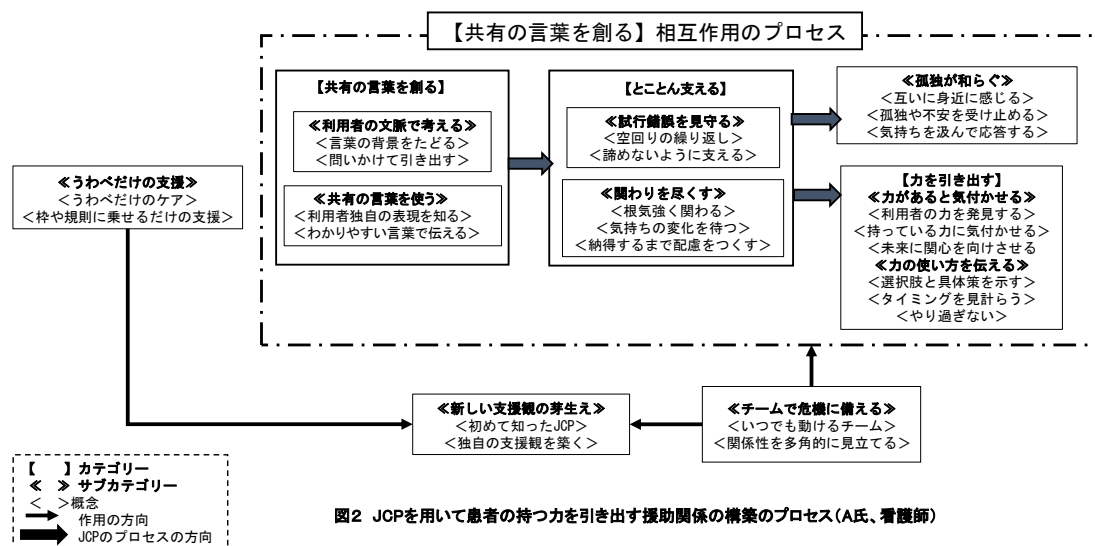
M-GTAに精通した研究者のスーパーバイズを受け、データからカテゴリーの一貫性について、何度もデータに戻り精錬させた。本調査期間は2016年1月であった。

II. 結果

【 】はカテゴリ、《 》はサブカテゴリ、< >概念、「 」は語り、()は語りの補足部分を表す。

1. A 氏の体験

1) ストーリーライン (図 2)



看護師である A 氏は、利用者の発する言葉をその文脈をたどりながら用い、利用者の思いや考えを理解し、受け止めて応答する関わりを繰り返し続けていた。また、【とことん支える】ことは、利用者個々の持っている特性に注目し、《試行錯誤を見守る》ことや《関わりを尽くす》ことであり、【共有の言葉を創る】ことを通して利用者に理解が深まると同時に、A 氏にとっては過去の《うわべだけの支援》への振り返りから《新しい支援観の芽生え》が生まれ、独自の支援観の形成につながっていた。

【共有の言葉を創る】ことを中心としたプロセスは利用者と A 氏との相互作用の下に展開され、《チームで危機に備える》体制や機運を生み出し、専門職が安心して利用者の力を引き出すことに注力した柔軟な支援が行えていた。

2) プロセスの根幹をなすカテゴリと概念

(1) 【共有の言葉を創る】相互作用のプロセス

JCP の取り組みは、援助関係にある利用者と専門職との対人相互作用を通じた協働作業において、言葉を創り出して使う継続的な関わりであり、JCP を有効に活用するための根

幹をなす。

①《共有の言葉を使う》

専門職は、「私の言葉では、こうしたら良くなるのになあ、ということがある。でも、それを本人が『なかなか私これは無理だわ』というのがある」と言う様に、専門職の用いる言葉の真意が利用者に伝わらず支援が進まなかった経験から、「毎回同じこと言いながら」「同じ言葉を伝える」と繰り返しくわかりやすい言葉で伝えること>も意識していた。また、「そういうことを言うとそういう症状が出てくる」の様に<利用者独自の表現を知る>ことで、その言葉を使って対処を考え、理解を促していた。《共有の言葉を使う》ことで言葉に共通する意味合いや認識を織り込み、共通理解を深めながら協働を図っていた。

②《利用者の文脈で考える》

利用者が危機の自己対処について、『『気晴らしになる』とかと言っていた』背景について、利用者の過去の症状が「ストレスから病状が悪化したという感じがある」と、専門職が利用者の表現の特徴に注意を払い、過去の体験の筋道を考えながら言葉の意味を深く知ろうとする<言葉の背景をたどる>様に分析していた。この結果、危機に陥らざるを得なかった要因や背景を、感情体験も踏まえて理解できることで、その人らしい対処の仕方を利用者の文脈から組み立てていた。さらに、思考を広げるために他利用者の成功談を伝えた反応として、「こちらの言っているより『他からそう聞いている』と言う方が入る時と、『私は違う』という人もいる。(その際には)逆にどんな方法があるか問いかけながら聞く」との語りがあった。利用者個々の思考のタイプやこれまでの体験を踏まえ、工夫しながら利用者自身がどうしたいか<問いかけて引き出す>関わりをしていた。

(2)【とことん支える】

①《試行錯誤を見守る》

危機の度に『『こういう時はどうすれば良いのよ!』と言うから、『そこに書いてありますよね?〇〇すれば良いのですよね』と言っても、その時には(JCPの)紙はもうどこかに行っていてと言う繰り返しの人』、{それ(JCP)を逆にみて、守ろうともするが、守ることで具合悪くなると思ってしまう人}や、「それ(JCP)が気になっていて、昨日行ったらタオルが上からかけてあって隠している」等、対処の意思がありながらもうまく活用できない<空回りの繰り返し>の利用者がいた。A氏は、「理解ができなかったとしても、何回でも言いながらも、少しずつ言いながらもやれる人もいる」と、立ち止まりながらも危機対処を獲得できるように利用者を<諦めないように支える>立場に立っていた。

②《関わりを尽くす》

支援が順調に進まない利用者にも「気長にやるくらいの気持ちでいかないと」と、利用者の危機対処獲得への試行錯誤を見守りながら焦らず＜根気強く関わる＞心構えをしていた。また、「『わたしもう注射するのは嫌です』と言ってね、先生に。」という利用者に「ただ、『注射打たなくちゃダメ』で打っていても、これから先、ずっとだまし通すわけにもいなくて」、さらに「もう一回ゆっくり『あなたはこういう風になったとき、こういう症状が出ていました』とか、『こんなことしてました』とか、本人に伝えていかないと、伝えて紙面に出さないと」と、＜納得するまで配慮をつくす＞関わりをしていた。一方、「(当施設が支援に)入って5、6年経ってもストレスがたまって行動化していた」や、「そういう人には、私たちは安心できる人だということを何年もたって感じてきたということでしょうか」と利用者の＜気持ちの変化を待つ＞ことで、利用者自身が課題に向き合った結果の、表面的ではない変化の意義を感じていた。

(3)【力を引き出す】

①《力があると気付かせる》

専門職は、従来の画一的な当事者ケアの視点では、当事者が非力な存在であると思っていたが、利用者が「こんなこともできるのに」と＜利用者の力を発見する＞ことがあった。そして、「ちゃんと薬飲めれば、何時何分に飲んでいたらきっと良いのにと、そのためにはどうしたら良いかを話し合う」と、利用者の潜在能力をJCPに結びつけて利用者自身に＜持っている力に気付かせる＞ことで、主体的に取り組めるように仕向けていた。さらに、「病院では、その人一人の性格まで見ないで、病状しか見ない」従来の支援観への疑問から、「これから将来、どういう風にしていったら良いのかねと、すごく親心のように考えている」と、利用者と一緒に病気の対処だけない＜未来に関心を向けさせる＞ことで、力を伸ばせる方法を一緒に考えることを目指していた。

②《力の使い方を伝える》

母親の過干渉に対して自分なりの対処法を決定した利用者には『「自分で考えて、こうしたいと思ったら、自分で考えて決断しなさい」とか、『こういう時にはこうしなさい』とか、『出かけるときは携帯を持つとか、鍵を持つとか、洋服は日中に出しておくとか』等、利用者の生活場面に則した＜選択肢と具体策を示す＞働きかけをしていた。また、JCPを作成するタイミングについて、「本当のクライシスになってからでは遅すぎる。そうなる(アドバイスが)全然入らない、そっちのけになってしまう」「何か今日はおかしいぞ、と

いう時もそういう（JCP に関する話題）ものを出せそうだし。或いは、調子の良い時に出せるし」と、利用者の受け入れに最適なくタイミングを見計らう＞ 配慮もしていた。さらに、「なるべくやり過ぎることは自立を促す点では、依存する方もいるし、やって当たり前と言う風になるといけないので、その辺のメリハリをつけながらやっていかないとダメかな」「ずっと私が面倒みるわけではないので」と、利用者の自立を損なわないよう最適な関係性を保ちながら過不足なく＜やり過ぎない＞を心がけていた。

③《孤独が和らぐ》

「孤独だったのだと思う、一人の時は」や「一人でいるのは好きだけどつらくなると不安になるみたいでメールが来る、『リンゴ食べに来なよ』とか」の様に、専門職が、利用者の言動の背後にある孤独感や強い不安に気づこうとする＜孤独や不安を受け止める＞関わりがあった。専門職が「（コーヒー飲み）一緒に行きましょうよ」と利用者が見つけたストレス対処に共鳴したり、「できないことは一緒に調べたり、応援もするし、どういう風にやったら良いと考えたり」と、専門性の枠を超えて自分ができることを探し、利用者の言葉の背後にある気持ちを考慮して求められている気持ちを満たして返す＜気持ちを汲んで応答する＞関わりをしていた。さらに、病院看護師と異なり、「相談相手だったり、気にかけてあげる隣の親切なおばさん」、「一緒にお買い物をする」等、看護師をという存在を越えて、利用者の生活世界に溶け込み、互いに慣れ親しみを感じ＜互いに身近に感じる＞存在となっていた。

3) 支援プロセスに関連するサブカテゴリーと概念

(1)《うわべだけの支援》

「（これまで JCP の支援は）全然です。病院でもやったことがない（中略）病院とかだとうわべだけになってしまうので」や「病院では、体調聞いて、熱測って、眠れるとかごはん食べたとか、そんな感じだけ」「この人が今後どうしたら良いかは病院では考えなかった」と、形骸的な病院での＜うわべだけのケア＞を振り返っていた。また、睡眠リズムが崩れ昼夜逆転している利用者「病院は眠剤で寝ていて当たり前だから」「それってどう思うの？と提案しながら」や、包丁使用について「病棟なら絶対だめだが、その人その人による。＜皮つきのままのリンゴに）かじりつけば良いのかと思うけど、その辺（包丁使用に危険性）は見定めておかないと、本当に死にたいという人と、大丈夫な人とを」と、薬物治療による症状コントロールや規則による行動制限を「押し付ける」形での＜枠や規則に乗せるだけの支援＞では、利用者は受動的になり主体性は育たないことを指摘していた。《

うわべだけの支援」に陥らないために、「目的を持たないと。その人の医療者としてのところを保ちながら行かない」と専門職としての役割を自覚し、「少しずれても、それなりの自分なりの生活が送れるというのを目指している」と利用者の目線立ちつつ、専門職意識や理想と現実とのバランスをとって支援していた。

(2)《チームで危機に備える》

①<いつでも動けるチーム>

「クライシスになればなるほど、具合が悪くなればなるほど、特に複数で行く」、また「あれ？いつもこんなこと言ったかしらということとか。その“ちょっと”を記録にする」の様に、「(拡大チーム)でダメなら(施設)全体」と、他職員による客観的な観察とを統合してその微妙な変化「常に訪問していながら見ているところ」の症状の変化に対応するため、<いつでも動けるチーム>によって利用者のリスクに備えていた。

②<関係性を多角的に見立てる>

利用者と専門職との協働関係で、「自分たちだけの考えだけでは枠が広がらない」という関係性の限界を広げるために、また、「次の人(スタッフ)が訪問に行ってみて、私だけではわからない状況を違う人が見ることもある」と、関係性の内と外からとの見立ての違いを意識的に確認する<関係性を多角的に見立てる>ことで対処していた。

4) JCPの協働のプロセスの発展

《新たな支援観の芽生え》

「私も、ここ(この施設)へ来てから初めてJCPと言うものを、WRAPと言うものも聞いた」と、長い精神科臨床の中でも<初めて知ったJCP>であったため、「(病院勤務からの切り替えは)大変だった。最初は頭に入れて、今日はこの人に何をする、から考えて」と地域での支援のあり方を改め考えて臨み、「話しやすい人と、こういう時はどうしたら良いのだろうねと相談に乗ってもらおう」「聞きやすい人とかいうのもある。お互いに隣近所で情報交換するとか」と、新しい施設で支援への価値観を模索しながら、利用者への理解や、支援への考え方が通じやすい同僚とコミュニケーションを図り、<独自の支援観を築く>働きかけをしていた。

2. B氏の体験

1) ストーリーライン (図3)

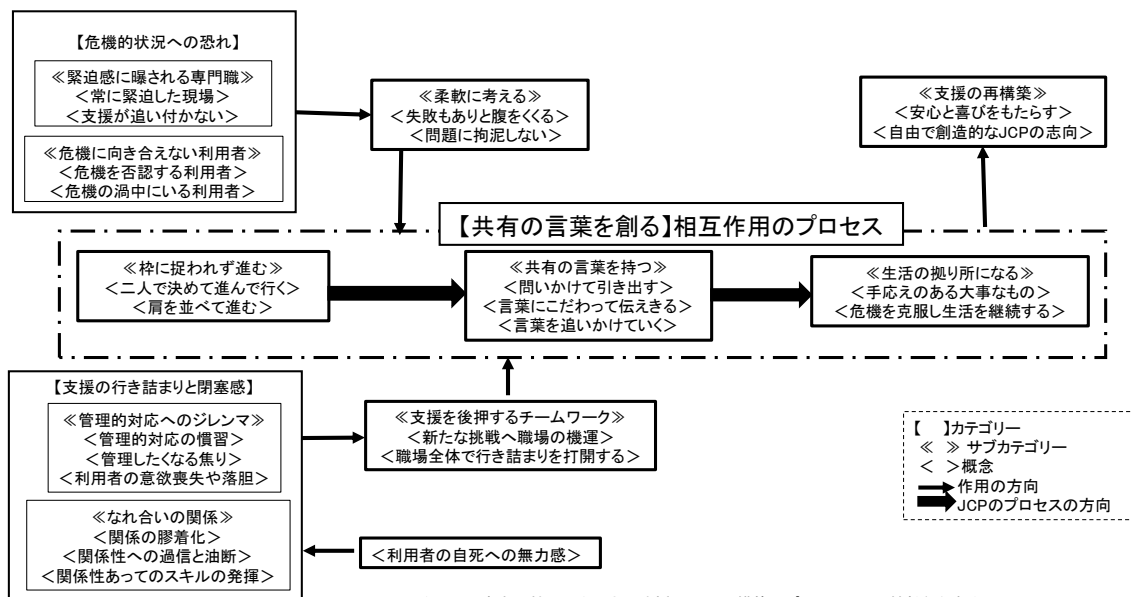


図3 JCPを用いて患者の持つ力を引き出す援助関係の構築のプロセス(B氏、精神保健福祉士)

精神保健福祉士であるB氏は、JCPの協働において【危機的状況への恐れ】や【支援の行き詰まりと閉塞感】を抱えた状況から、【共有の言葉を創る】ことで専門職としての緊迫感や管理的支援による関係構築の阻害による【支援の行き詰まりと閉塞感】を打開し、より創造的な《支援の再構築》の体験をしていた。

2) プロセスの根幹をなすカテゴリーと概念

(1) 【共有の言葉を創る】相互作用のプロセス

利用者の思いや考えを<問いかけて引き出す>働きかけから《共有の言葉を持つ》ことで、利用者は専門職に納得できる<言葉にこだわって伝えきる>結果生まれた<言葉を追いかけて行く>関係を構築することで、《支援を後押するチームワーク》の力を借りて《柔軟に考える》《枠に捉われず進む》協働が促進され、その結果、利用者にとっては《生活の拠り所になる》ものを得た。

①《共有の言葉を持つ》

利用者が自ら「これはとても課題」であった危機の誘因について、「それをどうにか改善させたいというのを、僕のほうから提案したし、本人もできるならやりたいということで」と<問いかけて引き出す>関わりをしていた。また、「シンプルでいろいろなことを語りながらこの言葉に落とし込んでいったというのが。一言一言に」ととことん<言葉にこだわって伝えきる>ことで、危機とその対処の本質を専門職と共有できていた。さらに「そう

いう関係性のほうが健やかな感じが僕は最近している」と、JCPに落とし込んだ言葉を追いかけていく>ことに、同じ目標を現実的な生活の中で具現しようという行動とそうした関係性に価値を見出していた。

②<<枠に捉われず進む>>

「『これをやっていたら大丈夫』みたいなマニュアルがあるわけではないし、薬があるわけでもないし」、「僕らの目指すところはここだけじゃなくてこうでしょっていう」と、両者を取り巻く管理的慣習に遮られることなく、<二人で決めて進んでいく>と利用者の意思決定と独立性の尊重を重視していた。さらに、「早めにトライアングルというかここに向かって2人で行こうぜ」と、同じ志をもって対等な関係で<肩を並べて進む>ことで困難を乗り越えていくという関係を目指していた。だからこそ、「出会いの段階で、JCPをいかに早く作れるかって言うのが今後の支援関係を左右していくって言う風には思っている」と、こうした関係性のダイナミズムをも活かすことの意義を見出していた。

③<<生活の拠り所になる>>

利用者が、「(JCPを)目に付くところにつくるということで」「(症状である)電話の回数は減って」と、JCPを工夫して生活に取り入れたことで、これまでの様な頻回架電による入院や事件化することなく<危機を克服し生活が継続する>ことが出来ていた。また、利用者のJCPへの取り組みは、「かなり自分で考えて言葉を選んで作ってきた」と、さらに活用を通じて「本人も手応えを感じていてプランを大切に思っている」とJCPを<手応えのある大事なもの>と尊重し、生活の拠り所にしていった。

④<<柔軟に考える>>

「失敗もありかって許せる自分がいるからでしょうね。(中略)まあいいかという、だめだったらだめでまた次へ行くかくらいの、次考えようくらいの開き直り」を経験し、さらに「腹が据わったと言うか、腹をくくったみたいなのに落ち着くと、そんなに怖さを感じない」と、危機介入の失敗を想定して過度に委縮するのではなく、一方でやり直しや方針転換という別の方法を用意しながら<失敗もありと腹をくくる>決意をもって利用者に関わっていた。また、「利用者とうまく向き合って、対峙して、いつまでも『ああでもない、こうでもない』とやっているところでごちゃごちゃして、『あいつは好きだ、あいつは嫌いだ』となりがち」と援助関係の歪みにつながることを懸念し、「さっさと共有してこれ(JCP)を前に出して、それに向けて隣り合っていきたい」と<問題に拘泥しない>前向きに進む協働の関係性を目指していた。

⑤《支援を後押するチームワーク》

「いろいろな人からアイデアをもらって試してみる。15 個くらい出していく。煮詰まったケースにはすごく有効だと思う」や「社会資源の開発」と知恵を集めて煮詰まりから脱すること、また「今日泊まり込むぜって言う範囲は業務の中で認められるかって言うのを『面白い、やって見ようぜ』って言えるかどうか」とく新たな挑戦へ職場の機運」という職場全体の団結と理解の重要性を語っていた。その背景には、「もし病院で、その人一人でやったら独りよがりだし、単独プレーになってしまう。その辺が難しい。病棟はいろんな目がある、病院でトライしたいと思っても」と、病院の管理的支援のあり方と比較していた。そして、「割とお金をすぐ使ってしまうて困る人は金銭管理を何回やってもうまくいかない人みたいになって」、「『こっちでお金を預かってしまえば良いじゃないか』とか、どうしても失敗体験が続いていくと管理しなきゃ、しなきゃみたいなこちらの焦りになってしまったときなんかは、「(支援が) うまくいかないときなんかは、シートやグループスーパービジョンやブレインストーミングによって (中略) 色々なアイデアをいただいて」や「自分でなかなかタイミングが図れない時には周りの人からの意見をもらって」と、職場内でのサポート体制を整えてく職場全体で行き詰まりを打開するく取り組みも行われていた。

3) プロセスに関連する要因のカテゴリーと概念

(1) 【危機的状況への恐れ】

①《緊迫感に曝される専門職》

長期休暇等の「シフト (担当者)、電話オンコールを持っている人は孤独だ。(中略) 一人ひとりなのでその時不安になる」「何が起こるかかわからないところの緊張を持ったシフトになる」と手薄な時期の担当者への対応の集中や、「必ず誰かが具合が悪い、すれすれの人ばかりなので」と前提として重症度の高い利用者を擁するく常に緊迫した現場くであると自覚していた。また、入退院を繰り返している利用者が「本人はそれをなんとか入院じゃない形で対処したと思っているのだけれども、躁状態になってしまうと自分を止められない」自己コントロール不能な状態になり、「僕らもそのスピードに追い付かなくて、通報されたりして入院になってしまった」とく支援が追い付かないく病状悪化の悪循環を繰り返していた。

②《危機に向き合えない利用者》

『困っていないし医療は要らないし』、失敗を失敗となかなか受け止めない『大丈夫、

うまくやるから』みたいなそこから先に進めない人」や「根拠のない返答をされると言うか『薬も飲むし、〇〇もするし、〇〇もするから大丈夫でしょ、そんなプランは要らないでしょ』」と＜危機を否認する利用者＞への介入の難しさを感じていた。また、「まず会うのが精いっぱいみたいな」、「幻聴とか妄想との対処に一生懸命で、日々それに明け暮れている人」や「お金にすごく困っていて今日何を食べるかよくわからない人」と＜危機の渦中にいる利用者＞等、JCP を勧める「タイミングが全然やってこない人にこっちに目を向けよう」と働きかけることは難しいと感じていた。

(2)【支援の行き詰まりと閉塞感】

①<<管理的対応へのジレンマ>>

病院勤務時代には、『病院に連れて行くのはお前だろ』という文化だったので戸惑った、（当施設に勤務後）最初半年から1年は」と入院することで危機に対処する＜管理的対応の慣習＞から、思考の「回路を変えなければいけない」というギャップに戸惑いを経験していた。また、「(薬を)飲めない、飲めないと言っていると、じゃあ、持って行って目の前で飲んでもらうのが一番確実だろう」等、「人間なのでやってもやってもうまくいかないとどうしても管理することで安定させたいという風に思ってしまう」と、＜管理したくなる焦り＞があったと認識していた。さらに、『一緒に今だったら車でだったら行ける』って（利用者が）言っているのに、『ごめん、歩いて行ってもらわないといけないんですよ』となると、『なんじゃそりゃ』って感じになるし、『そこまではしたくない』ということになる」と＜利用者の意欲喪失や落胆＞を招き、「そこに何かしら介入ができれば良い効果が得られるかもしれない」状況であっても施設の規則に阻まれて「結局、訪問看護とか在宅の中だけで解決する訪問になってしまう」と懸念していた。

②<<なれ合いの関係>>

「出会いのところからもう何年も何年も経って、関係性がマンネリ化していってお互いに何でも知っている様な関係性で、改めて新鮮な気持ちでこういう JCP を作るって言うのは、なかなか緊張感が足りなかったりして、あまり良い JCP ができなったりする」と＜関係の膠着化＞によるデメリットを感じていた。また、(JCP 利用者の自死に関して)『死にたい、死にたい』って言って死んだ事も 10 年、15 年なかったし、「日々楽しそうだったし、何だかんだ言いながらあの人は大丈夫だろうっていうちょっとした油断」があり、さらに「(JCP の求助の) ボタンを押してくれるものだと思っていたから (中略) それは油断だった」、「それは正直、関係性の中で油断があったかな」と＜関係性への過信と油断＞

と捉えていた。こうした体験の末に、「(JCP を) 作れるか作れないかは、スタッフの力量だけでなく、関係性なのだなと感じる」、或いは、「難しい面接技法を持っていれば、でもそれも関係性あつてのことだと思う」と＜関係性あつてのスキルの発揮＞と考えていた。

(3) <利用者の自死への無力感>

長期に渡り支援し、JCP を活用していた利用者が「自死してしまったって言うショックは相当大きい」と語っていた。

4) JCP の協働のプロセスの発展

《支援の再構築》

施設全体で、「揺れとか不調をきたしそうな人はあらかじめシフト全員に JCP を渡しておく」「対応マニュアルを 作っておくっていうことにしている。それを休みの前にみんなで共有する」と危機に備え、「(スタッフにとっても JCP があることによって) 安心感 になりましたかね」や、利用者が JCP を活用できるようになったことで「獲得できたなっていう瞬間は、作ってよかったなってすごく思う」と、専門職にも＜安心と喜びをもたらす＞ものになっていた。しかし、JCP に対しては「嫌じゃないし、そんなものかなと思っている」と、マンネリ化しがちな JCP の取り組みに対して、「もう少し自由に楽しく作れたら」「もっと利用者さんのキャラクターとか、個性みたいなものがもところ出しやすいプランであっても良いのかな」と、「自分はこうします、周りの人はこうしますって言うのをシンプルに、シンプルに乗せて」と、＜自由に創造的な JCP の志向＞を抱くようになっていた。

3. C氏の体験

1) ストーリーライン (図4)

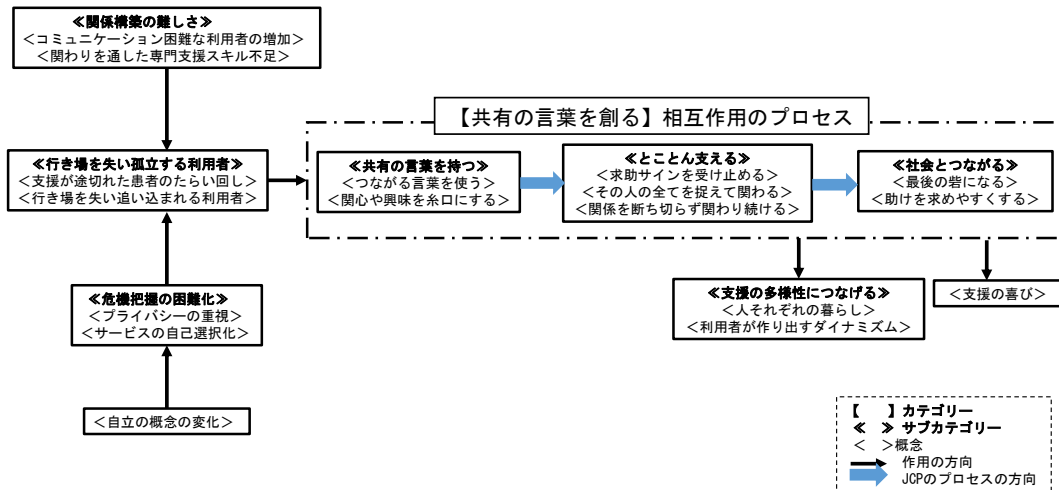


図4 JCPを用いて患者の持つ力を引き出す援助関係の構築のプロセス (C氏、精神保健福祉士)

精神保健福祉士であるC氏の語りからは、精神保健サービスにおける利用者の「プライバシーの重視」と「サービスの自己選択化」は、専門職による利用者の「危機把握の難しさ」と危機状況への有効な介入を妨げ、また、昨今の「コミュニケーション困難な利用者の増加」と「関わりを通じた専門支援スキル不足」は、「関係構築の難しさ」をもたらし、その結果、「行き場を失い孤立する利用者」を生み出すことにもなった。こうした孤立する当事者を「社会とつながる」ため、C氏は、関係構築の難しい利用者と「つながる言葉を使う」ことで、また「共有の言葉を持つ」ことで接近し、「とことん支える」支援をしていた。こうした取り組みは、C氏に「支援の喜び」を与え、「自立の定義の変化」を意識しながら様々な利用者と支援の在り方が許容される「支援の多様性につなげる」支援に向かわせていた。

2) プロセスの根幹をなすカテゴリーと概念

(1) 【共有の言葉を創る】相互作用のプロセス

①「共有の言葉を持つ」

「これ（JCP）があると（中略）この『金欠』が一番先にきていることが、夕食を食べに来なくなっていることが、一つのサインだって書かれているのでつかめる。1食400円なので」や、「夕食を食べに来ない日が何日か続くと（職員）みんな『ここ何日か来てないんじゃない？』『そうか、生活保護の支給日前か』と話をする」等、利用者がJCPに記した「言葉」を施設生活に合致させて理解することができる<つながる言葉を使う>ことにつながっていた。また、「ドラゴンボールが大好きな方で、映画が公開されてそれを観に行きたいと、一緒に行ってくれないかって。17年ですよ、家から出ないで」と、「ドラゴンボール」を共通のキーワードに<関心や興味を糸口にする>ことで、利用者との関係を結び、主体的な危機対処行動を引き出すことが出来ていた。

②<<とことん支える>>

「『相談を聞いて（欲しい）』という形で（利用者が）事前に来てくれるので、そこで受け止めて、じゃあ受診一緒に行こうかと受診同行したり」と、JCPを使って利用者の<求助サインを受け止める>支援をしていた。一方、支援契約が終了しているにもかかわらず来所してトラブルを繰り返す利用者に対して、「実はチキンハート。だから武装いっぱい。それをわかっているんで、僕には絶対手を出さないだろうなってわかっているんで」と、トラブルを援助希求の裏返しのサインと理解し、「『愚痴は聞けるけど、それ以上のことは今はできないよ』ということで2カ月に一回ペースで会って話している」と利用者の社会からのさらなる孤立を食い止めるために、<関係を断ち切らず関わり続ける>こともあった。委託業務とその担い手が厳格に定められている現行制度の下で、こうした関わりは、「どれもソーシャルワークはひとつ。事業で切れるものではない、その人を見てどういう関わり支援をしていくのか」と<その人の全てを捉えて関わる>支援を大事にしていた。

③<<社会とつながる>>

来所して警察沙汰のトラブルを起こした出入り禁止の利用者に、「警察はストーカーにしますか？と言ったが（中略）警察には引き取ってもらって。念書を書いて。」と、その上、逮捕歴もある利用者「『訴えていたらどうなっていたと思うの？』と。そのあとも

関わり続けて」いた。その背景には、様々な支援が停止され「彼はどこに相談行ったら良いのかとなるのでずっと関わり続けた」と、こうした支援先を全て失ってしまう利用者の背景から「彼はかなり（家が地域外で）遠かったが、1か月で2回訪問に行ってそこで話して」と関係が切れないようにこちらから出向き、〈最後の砦になる〉支援者という意識を持ってかかわっていた。さらに利用者にも、「『次やったら永久追放だぞ。すぐ手を出しそうになったらオレの名刺出して思い出せ』と」と、暴力になりやすい利用者の求助能力を踏まえた〈助けを求めやすくする〉方法を示し、Cを含めた〈社会とのつながり〉を保てるように関わっていた。

④〈支援の喜び〉

17年間のひきこもりの利用者との関わりの結果、映画鑑賞に外出することになったことに対して「(担当職員が)その報告をしてくれたときは、本当に嬉しくて。(『映画代でませんか?』と(言われて)、出したる出したる!って)」と、支援によって利用者が自ら危機を乗り越えようとする変化に喜びを感じていた。

3) プロセスに関連する要因のカテゴリーと概念

(1)〈行き場を失い孤立する利用者〉

出入り禁止となった利用者について、「入院して、結構、落ち着いた状態でいたが、病院から『もうちょっとしっかりと教育してもらったほうが良いかな』という形で出されてしまって。そのあとデイケアに通いになっていたが、一日で行かなくなって」と、支援の継続性や連携が機能せず滞る利用者もいた。また、インターネット上のトラブルを起こした利用者に対して「利用停止にしたが顧問弁護士に相談して」さらに「すぐ舞い込んできて居座ろうとしているから警察呼んで」、とうとう「最後の最後に入院して、退院して」、最終的に「警察から聞いたらまたちょっと具合悪くなったりしている」、加えて関連病院から「逆に先生のほうから福祉的な手伝いしてくれないみたいな依頼が入ってきたり」と、地域の関係諸機関の中で〈支援が途切れた当事者のたらい回し〉の状況が起こっていた。そして、「作業場をクビになったとか何もその後フォローない。」「他に行き場がない。だから家に閉じこもっているか、テレビ観ているか、スロットに行っただけとか」と生活が

不安定になり、さらに「たまにぷらっとセンターに来て、そうすると1週間くらい来て、またぷらっと来なくなって。来た時にその間の生活を聞いたりして」と、生活の崩れを防ぐ支援体制も不安定になり、結果的に<行き場を失い追い込まれ利用者>もいた。

(2) <<関係構築の難しさ>>

「昔は、S（統合失調症）のかわいいおじいちゃんおばあちゃん、お兄ちゃんが多かったが、今はそういう人は来ない。逆に、本当に発達障害系が増えた。そうするとセンターの中でトラブルも増えるしダメだなと思っている」と<コミュニケーション困難な利用者の増加>による施設内の変化を懸念していた。一方、「グループホームに入ったがそこでも騒ぎが起きてしまってもう出て行ってくれ状態になって。イライラしているところに、うちの職員の対応がその時はどうかと（思うが）、どっちもどちな感じのところにスイッチが入っちゃって」と、暴力に至った利用者に対する専門職の介入スキルの不十分さや危機介入の不適切さ等<関わりを通した専門支援スキル不足>を認識していた。

(3) <<危機把握の難しさ>>

「生活支援センター（当センター）は、病院とか作業所と違って、自由に出入りができる。そこでみんな行きたい時に来ってという性質のところなので、本人が来たくないと思えば来なくて良い」<サービスの自己選択化>が尊重され、利用者の利便性を重視して設置した施設と認識していた。しかし、この背景には、「こういう施設は整備するという（行政の方針）があるので、なるべく利用のハードルを下げて少しでもいっぱい来られるようにという理由でスタートしてしまったので、いわゆる（個人情報収集を）忘れて良いレベルでスタートしてしまったので」、結果的に「とにかくここは、基本的に何の情報もない中で利用者が来る。診断書も必要ないし、手帳の有無も必要ない。基本的には住所と名前と連絡先だけで」と利用者の<プライバシーの重視>によって、危機的状況のリスクになる情報までも把握ができない状況になっていた。従って、「利用申込書みたいに簡単な成育歴とか病歴とか病気悪化時のサインとかそんなものを書いてもらった上で利用してもらわないと、僕たちも責任とれない」と危機感を感じていた。そこで、利用者には「最近はどこで（この施設を）知って、何を目的に来て、どんな生活を目指して、足りないところはどこなのかっていうことを聞くようしている」と対策を検討していた。

(4) <自立の概念の変化>

「昔は、生活保護を切って自活しなければ（病院や施設を）出られなかった時代」と、昨

今と比較して＜自立の概念の変化＞を認識していた。

4) JCP の協働のプロセスの発展

＜支援の多様性につなげる＞

利用者は「夕ご飯食べて、みんなでちょっと交流して帰る人とか、仕事終わって食べて帰る人もいるし、朝九時から夜九時までここで過ごして帰る人」、また「折り紙サークルと音楽グループと男子会女子会」に参加する人、「区域中の（施設利用）カードを集めている人」と、自分なりの生活や施設の活用法を決めていると捉えていた。利用者に対しては「毎日顔合わせて、よくそんなに話すことあるなって思うこともあるが、ある程度、グループ化しているところもあるので、それをケア活動につなげられると良いなと思っている」と、利用者達が自然発生的に広げている施設の利用方法や価値等、利用者の＜人それぞれの暮らし＞の視点に注目していた。「WRAP 講座をやっている。元気になるよねってことで当事者も家族も元気になれるプログラムだからって。いずれはグループワークで継続的にやれるような機会を作っていければなって」と、＜利用者が作り出すダイナミズム＞を活かして支援を広げる視点をもっていた。

Ⅲ. 考察

本研究から、統合失調症等重い精神障害をもった利用者の JCP を協働し支援した 3 名の精神科専門職（看護師 1 名、精神保健福祉士 2.）は、JCP の協働を通して、共通して利用者の体験に沿いながら、「共有の言葉」を持ち、利用者が納得する危機の克服と自己対処の獲得のために、親身に「とことん」やり遂げるまで関わる支援をしていた。その結果、利用者は孤独と孤立の緩和や安心感を得て、JCP を拠りどころに危機に対処し、自己の内面や生活にじっくりと向き合い、社会にもまなざしを向けながら、症状対処や生活における経験を増やし、これまでとは違う自分なりの生活を創造していた。一方、どの専門職にとっても、JCP があることで、管理的支援や危機的状况を呈する当事者への介入に対する過大な責任感や緊迫感への捉われを離れ、柔軟に支援することで閉塞感や行き詰まりを打開

し、新しい支援観に眼覚め、利用者個々に適した新しい支援の形や目標を模索する体験になっていた。

従って JCP の協働は、利用者と専門職双方が、言葉を通じて潜在的な「力」が引き出される相互作用のプロセスとなっていたと考えられる。こうした相互作用のプロセスのダイナミズムについては、以下の二点の要因が考えられる。

1. 【共有の言葉】と結びついて起こる相互作用

専門職はコミュニケーションを通じて、利用者の体験に接近しながらその文脈と背景を慮り、通じ合える「言葉」を探しながら【共有の言葉】を創り、試行錯誤し進んで行く過程を通して、両者の「つながり」が築かれてきたものと考えた。

また、「ドラゴンボール」の様な利用者が価値を置き安心を感じている言葉や、利用者が受け入れやすい言葉を選び、共有の言葉を創ることで、利用者が危機対処を実施できる様にしていた。さらに、危機的状況の理解に対して、拒否や否認、認知的障害の強い利用者に対しても根気強く丁寧に言葉を聞くことで、様々な治療的要素を「共有の言葉」に込めて相互作用を促進させる働きかけをしていた。

こうした言葉を媒体とした相互作用が深まる背景には、専門職が利用者に対して、親(家族)や仲間、隣人の様な存在として関わり、職業的立場を越えて、利用者の思いや置かれている状況を理解しようとする意識が働いていたと考える。三者の語りからは専門職は利用者の抱える孤独や孤立、無力感に気付いていたと窺えた。

この様に、JCP の【共有の言葉】を通じて、病的体験と利用者の主観的体験を含めた病いの体験について言葉を吟味し JCP を紙面化していた。この作業によって JCP は、利用者の思考障害や認知障害、記憶の障害、衝動のコントロールの障害を補い、現実を受け入れることに役立つ可視化のツールとして機能したと考えられる。

本研究結果は JCP の協働が、直面しがたい現実に向き合っていく利用者を支えるために「共有の言葉」を創り、相互作用を活かしながら、援助関係構築の基盤を育む支持的関わ

りになっていると捉えることができ（松本 2017）、利用者がより自分らしく生活をしていくための土台を築く「力」であると言える。

本研究の知見の様に、援助を目的とした協働において言葉を媒体とした継続的な関わりがもたらす生活の中で起こる相互作用とはどのようなもので、どのような「力」が育まれ、「言葉」による相互作用は利用者の回復や支援の多様性を広げていく上でどのような可能性を秘めているのかを知るためには、さらなる検討が必要である。

2. JCP を通じて起こる社会的相互作用の治療的可能性

JCP の協働の支援では、JCP の作成や実施の支援だけでなく、買い物や映画等ごく普通の日常と一緒に楽しむこと、つらさを受け止めて同伴し受診につなげる、社会との最後の砦になり続けるというクリティカルな場面まで、専門職は利用者のあらゆる局面に、「とことん」関わりきる支援をしていた。

管理的支援は、障害者自らが自己の能力に制限を与え、自由や可能性を限定し、自分の意思で考えて行動する力を失わせる（鈴木 2015）。さらに社会から切り離し、障害をもつ自分自身への否定的な感情をも抱かせる（河東田ら 2002）。さらに、こうした自己への否定的感情は当事者に回復を阻害する「無力感」を与えている（ハーマン 1992）。

さらに、障害者の支援について、社会参加や支援の根拠を疾病や障害という個人に帰属させるのではなく、社会における受け入れ環境の整備に焦点を当てる「社会モデル」という考え方がある（杉野 2007）。そこでは脱施設化や地域移行は目的ではなく手段であって、その先の生活像や目標を作っていくことが必要で、個人の適応への努力と社会の環境との相互作用が重要視されている。JCP の協働を通じて、管理的視点からの支援を排し、利用者との相互作用を積極的に活かし、危機を克服した生活の継続への取り組みは、医学的視点に基づいた利用者の症状や障害に固執することなく、利用者の生活の場での専門職との「言葉」でつながった相互作用によって行われていたと言える。さらに、三人の専門職はそれぞれ、JCP の支援に関して職場内で相談をし、利用者とその JCP 支援に関心を向けさせることを通じて職場や同僚を巻き込み、職場全体でのリスク対応や新しい支援への機運

を高めていく様子が窺えた。利用者を中心にした施設内の相互作用も生み出していたと考える。

統合失調症を含めた精神障害を持つ当事者は、症状のために社会から乖離しやすい生活や行動の特徴を有する（中井 2011）。従って、疾患からくる症状や生活上の問題解決だけではなく、意味のある社会とのつながりを視野に入れた支援を考える必要がある。

この様に、本研究の3名の専門職の様に、精神障害をもつ個人と社会とのより有意義な相互作用が創成されるように、専門職も利用者とともに社会の中に入り込み、或いは社会とのつながりを意識しながら関与する必要があると考える。すなわち従来の管理的支援および症状に注目した医学的モデルとは異なる支援である。

本研究の3名の専門職は、共通して「共有の言葉」で結ばれた相互作用を用いて支援し、A氏とB氏は管理に基づく伝統的慣習的な支援観から新しい支援観が芽生えを覚え、A氏は利用者の潜在的な力を、B氏は肩を並べ、目線を合わせた対等な関係性で危機を乗り越えていく力を育くもうとしているように見えた。またC氏は、自身が砦となりながら、福祉制度や支援理念が移り変わっていく中でも、変えるべき価値観と変わらぬ価値観を見定めて自分に必要なものを選び取ってゆける当事者の力を育もうとしているように見えた。

また、看護師であるA氏と精神保健福祉士であるB氏およびC氏の間での支援の体験の特徴の違いとして、A氏は症状と生活の細部をつなぎ合わせ、日常生活の一つひとつを自分で行える具体的支援の中での利用者の変容してゆく様子を多く語り、B氏C氏は利用者の生活の流れや進む方向性を作り出し、利用者を取り巻く環境も慮る体験を語っていた。本研究は、職種の特長性の特徴を明らかにする目的ではないものの、こうした支援に対する多職種間の考え方や理念の多様性は支援の基盤を柔軟で強固なものにし、効果を高める相互作用を有するのではないかと考えた。この様に、独自の支援観に基づく「とことん」支援する先には、当事者の社会とのつながりが目指されていた。つまり、専門職が当事者と「共有の言葉」を創ることは、当事者の社会とのつながり方とその意味、そして支援の多様性があると考えた。本研究知見は3名の専門職とその事例となった限られた利用者の語りからの知見である。さらに多様な専門職と当事者との「共有の言葉」で結びつく相互

作用の体験を分析することは、対人相互作用にだけではない、幅広い社会的な資源にまで視野を広げた相互作用とはどのようなものであるかを知ることになる。ひいては地域で暮らす精神障害者の多様なあり方に応える多様な支援モデルを作る手がかりにもなりうると考えた。

3. 予備研究の課題

本予備研究の対象施設は、地域で暮らす当事者を支援する 2 施設であり、支援に携わる職種も限られていた。本研究の目的は、多職種連携による地域包括支援に活かせる支援モデルを構築であり、そのためには、危機的状況の対処に関わる多施設・多職種の JCP の支援状況を知る必要があるが、本予備研究では十分に行えなかった。

本研究への示唆

予備結果から、JCP 支援は、多職種・多施設連携で行われていることが示唆された。本邦では、精神障害者の地域移行・定着の促進を目指し、精神保健・医療・福祉を統合した地域包括支援の視点にたった多職種連携による支援が進められている。

こうした観点から、JCP が精神障害を持つ人びとの地域生活を支えとなるためには、精神科病院から在宅支援、通所リハビリテーション施設、就労支援施設に至るあらゆる施設、また携わる専門職種、用いられている JCP の様式、支援目的や支援形態を考慮する必要があると考える。

さらに、本予備研究で支援対象となった当事者の障害内容では、統合失調症や双極性障害、発達障害、知的障害の合併などの疾患の多様性が見られ、それらによる危機的状況の内容と支援内容も様々であった。当事者の生活状況や社会参加状況においても、地域活動のある者、引きこもり、迷惑行為など様々な状況にあり、様々な福祉サービスを利用していることが推測される。従って、JCP の効果や活用方法を検討するためには、JCP を活用する当事者の疾患や障害の内容の他、施設を含めた利用サービスや受けている専門職支援の

内容等の多様性を考慮する必要があると示唆された。この研究では、MGTA を分析法として用いたことで、当事者と専門職の間には言葉の共有を通じた相互作用が生まれ、当事者の回復に寄与する自己対処の獲得のプロセスを有することが示唆された。

従って、実践活用への示唆を得るためにプロセス性を反映できる分析方法を用いる必要性があり、研究の枠組みを検討する必要もあると考えた。JCP 支援をめぐり、専門職の支援技術や支援観、伝統的支援観など支援者個人の要素に影響を与える専門職側の要因の検討が必要である。しかし同時に、それらは JCP を活用し地域社会で生きる当事者の思いや望み、利用サービスの制度の在り様、さらには専門職も含めた精神障害者に対する意識や関心の在り様も関わっていると考えた。従って、こうした社会的枠組みを持った研究的アプローチを用いることの必要性和有用性が示唆された。

第3章. 研究方法

I. 研究デザイン

本研究のデザインは、シンボリック相互作用論に理論的根拠を据えた修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ法に倣った半構造化面接法を用いたモデル構築型事例研究である。

II. 研究方法の理論的根拠

1. シンボリック相互作用論

1960年代の米国では、T・Parsonsの社会システム論に代わり、G・H・Meadら（Mead 1973）を中心としたプラグマティズムの立場からの新しい社会学の潮流が生まれた（船津 1999）。「シンボリック相互作用論」（Blumer 1992）は、1960年代の紛争や不況等の様々な社会問題を抱える米国において、変化する社会を分析し、人間主体の視点を取り戻す目的で生まれた社会理論で、Blumerの手によって、「意味学派」の一つとして確立された分析枠組みである。Blumerは、社会的相互作用について以下の様に述べている。「シンボル」とは、他者のうちに引きおこすものと同じ反応をひきおこす言葉や身振りのことで、提示するものとそれが向けられる者との双方に対して意味を持つような社会的行為を指す（Mead 1973、Blumer 1992）。人間は、あらゆる事物に何らかの意味やシンボル（象徴）を付与し、それに則して行動する。人間は与えられた刺激に対して「意味付与」を行い、それを「シンボル化すること」によって、能動的に与えられた刺激を選択し、再構成し、修正することができる。シンボルと意味は、個人と外界との相互作用の中でさらに加工され、また新たな行動基盤となっていくというものであると言われる。人間は「意味付与」の営みを通して、自己を取り巻く世界から、自らにとっての対象を形成する存在とされる（Blumer 1992）。

また両者に対してシンボルが同じ意味を持つとき、他者との相互作用では、シンボルの使用と解釈、または行為を通して、相手の行為の意味をお互いに解釈し合っており、これを「解釈の過程」と言う（Blumer 1992）。こうした解釈の過程では、両者の間に「共通の定

義」が成立しており、シンボルが同じ意味を有し、両者の相互理解をもたらす。さらに、自己相互作用とは、個人が自己の内部で自分自身との対話と応答を通して相互作用を行なう過程で、自己相互作用を通じた解釈・定義（意味付与と知覚）によって個人と世界との関係が定められ、自分の行為を方向付けられる（Blumer1992）。

1960年代前後、施設収容当事者の意味世界に注目したことで、治療施設が新たな病理を作り出す場となることを描いた『アサイラム』（Goffman1984）、管理的な精神医療によって当事者への「レッテル貼り」が起こるという Scheff の『狂気の烙印』（Scheff1979）等、シンボリック相互作用論の視点を拠りどころとしたこれらの著作は、より当事者の視点に立った精神医療の改革に影響を与えた。

本研究では、JCP を作成し活用し危機的状況に対処しながら生活を続けてゆく統合失調症当事者を支援する専門職の体験を記述する。本研究においても、医学的知見だけではなく、当事者を取り巻く一部としての社会と当事者との相互作用から障害を持って生きる意味を知る方法論が必要である。このためには、当事者が専門職との相互作用を通して社会を解釈して捉え直し、自己相互作用によって自分らしい生活の再構築してゆくあり様を分析するために、シンボリック相互作用論の知見に拠る必要があると考える。

2. 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）は、データに密着した分析から独自の理論を生成する研究法で 1960 年代に米国の二人の社会学者によって考案されたグラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、GTA、Glaser and Strauss 1967=1996）を再編成した独自の研究法である（木下 2007）。M-GTA は既存の GTA と同様に、以下の 5 つの理論的特性を有する（木下 2003）。

第一は、データに密着した分析から独自の説明概念を構築し統合的に構成された説明力にすぐれた理論である、第二に、継続的比較分析法による質的データを用いた研究で生成された理論である、第三に、人間と人間との直接的なやりとりである社会的相互作用に関係した人間行動の説明と予測に有効な理論である、第四に、人間の行動、特に、他者との相互作用の変化を説明できる、いわば動態的説明理論である、第五に実践的活用を促す理論である。さらに、研究成果の実践的活用を主要特性としている。この様に M-GTA は、GTA の特性を備えて上で、研究者を【研究する人】として社会関係に含めて研究方法論化する。つまり、データの切片化を用いない独自のコーディング法と、【研究する人】の視点

を組み合わせる手順で分析方法を確立し、また、研究結果をどのように実践活用していいのかを徹底的に意識化し、【深い解釈】と【厚い記述】を通して現象を明らかにしようとする研究法である（木下 2007）。

本研究で焦点を当てる JCP の協働および支援の体験は、作成から活用までの多様なプロセスを有する体験であり、シンボリック相互作用論を分析枠組みに置き、研究対象者個々の行為に対する意味や文脈に注目し丁寧に記述する必要がある。また、精神障害者と医療および福祉専門職との社会的関係の中で支援を通して実践される相互作用について探求し、その知見を臨床現場で活用することを目的とする。従って、ヒューマンサービスに関する研究知見の蓄積が豊富で、社会的相互作用における人間の行動について説明可能な M-GTA は本研究の方法として適している。

3. モデル構築型事例研究

事例研究は一つの事例を詳細に観察し対象者個々の体験の多様性を保ったまま記述し分析する研究法である。1930年代から台頭した実証主義に対して、G・H Mead や Blumer による質的研究の新しい潮流として注目されるようになった。事例研究は、人びとは世界において直面する問題状況を解決するために思考し、新しい行為を切り開き、新しい対象やその意味を生み出し続けるという立場に立ち、そうした世界の経験とそれから生じてくる出来事を記述し、仮説を発見し、説明的に構成する方法論である（宝月 2010）。看護（吉岡ら 2000）、心理、ビジネスマネジメント（Miles & Snow 1978）等の多分野の研究や、子どもの言葉や遊びをその人が置かれている状況の反映として捉えることを原理とした Freud の精神分析的な心理療法等の実践で用いられている（山本ら 2001）。

水野は、研究主題と事例が結びつた上で個別具体的な事例を解明する方法として、二つのタイプを提示している（水野 2000）。特定の個別事例の中にみられる現象を解明する「現象把握型」と、複数事例の比較を通じてモデル構築を図る「モデル構築型」がある。

水野は、個別具体的な事例検討の意義について、「ある特定の個人を、その人なりの特徴をもった存在として成り立たせているものが何なのか」を明らかにすることであると言う（水野 2000.p6）。それは「素材」（個別事例）の増減に由来する分析・解釈の揺れや変更の生じる可能性をできるだけ減らすことで、個別事例の中で読み取れる範囲内でのみ主題の探求がなされることになるという。

一方、モデル構築型の検討では、複数の事例間の相互比較を通じて、特定の主題に関連

した形で抽出されてくるモデルの構築を目指すものである。そしてここでは、個別事例の解明という作業が前提となり、データ対話型による分析の基本姿勢の定式化によって紡ぎだされたデータとのすり合わせと分析・解釈枠組みのくみなおしという発想で行われたデータを分析する。

本研究では、先述の研究の問いに従い、個別事例研究において、当事者と専門職との二者関係の間の相互作用を検討する。そして、施設類型ごとの相互作用への発展に着目することで、多様なありようの中から共通性を見出すことで、二者関係の相互作用を成り立たせているものをよりはっきりと明らかにすることができると考えている。

そこで、本研究ではモデル構築型事例研究を用い、M-GTA を分析方法とする。モデル構築においては、事例を出来事に内在する意味の構造がわかるような「厚い記述」(木下 2003)を要する。多種多様な現実を関連づけ、整序することでその背後にあるパターンや構造、事例間の共通性や対立性を検討することができ、解釈の妥当性が担保される。そのためには研究手順に則り研究を進めることが求められる。

さらに、モデル構築型事例研究では、個別的な問題の解決につながる解析上の一般化された知見とその展開可能性を見出すことができる(水野 2000)。研究を通して提供された知見が実践され研究知見が再検討されることで、現象のより深い解釈が可能となる。この点においても、また社会学的理論基盤においても、事例研究は M-GTA との親和性が高く、研究上の互換的な関係にあると言える。

本研究は、JCP を用いて、当事者と専門職の二者関係から繰り出される体験に焦点を当て、多職種連携による地域包括支援に向けた支援モデルの構築を目的とする。こうした関係は、両者が出会い、関わり続けることを含む治療構造を有した社会的相互作用であり、つまり事例と言える(山本ら 2001)。また、危機的状況のリスクを抱えながらも自己対処によって危機を克服し自分なりの生活を工夫しようとする統合失調症当事者の支援への知見を得る事を目的とする。統合失調症の症状として、自我境界の曖昧さがあり、自己と社会と関連を捉えることに対する個別性や独自性が想定される。従って、当事者に起こっている社会的相互作用を専門職の眼から捉えるためには、当事者個別の事例を解釈し定式化を求める方法が適している。

障害者の地域移行に対する支援が十分に行き届いているとは言えない我が国において特に、地域における安全で効果的な危機介入法の確立は地域生活の継続を左右し、そのための資源の開発は重要な課題であり、急務である。また、当事者がどの様に危機を体験し、

そこから回復しようとしているのか、また、他者や社会と危機がどう結びつき、捉えているのはほとんどわかっていない。こうした状況に関わる専門職から得た知見は、病いを持ちながらも社会の中で生きるという複雑な状況であっても、障害者個々の価値観や生き方を尊重するリカバリー概念に適い、さらに新たな概念をもたらすものである。もとより、専門職の実践的知見となることから、本研究に適した研究方法である。

4. 面接法の方法

面接法は、回答に制約を求めないオープンな面接により口頭データを収集する方法で、特に、半構造化面接では、標準化された面接や質問紙を用いたときよりも比較的オープンに組み立てられた回答から、自由度の高い面接状況の中で研究対象者のものの見方がより明らかになる (Kohli 1978)。本研究では、焦点化面接における面接調査の方法に準拠して実施する (Merton and Kendal 1946)。焦点化面接とは、コミュニケーション研究やプロパガンダ分析に用いられ調査方法である。対象者が以前に観たり読んだりしたことのあるものをインタビューの語りの主題、或いは、発話への刺激として確定しておきその反応と解釈のあり方を把握する。それによって面接法の信頼性を担保できるとされる。

インタビューガイドを柔軟に用いて、体験を半構造化質問に自由に語ってもらう。また、その場面や出来事が与える対象者への作用やその意味を規定する要素に対してJCP 活用に関する回顧的な内容を促す、或いは、明示的に言及することによって規定要素の特定性を高める。また、面接の幅広さを促すために、新しいトピックスの導入や切り替え、立ち戻りを図る等してインタビューガイドに記載されたトピックスの幅を管理する。さらに、JCPの活用がいかに体験されたかが最大限に明らかになる語りを得られるために、面接調査の中で示される対象者の感情的反応を注視し、話の抽象度や深さを定期的に確認し調整する。

面接法の妥当性の確保には、内容妥当性の検討が必要とされる (Flick2011)。面接調査では、対象者に調査内容を確認してもらうことで内容妥当性を高める。面接法は、対象者の行為を経験的世界に立ち戻って吟味しようとするシンボリック相互作用論に通じる方法であり (草薙 1997)、また、当事者の生活世界の出来事について感じていることや考えていることへの理解を目指す精神医療の支援目標や技法に通じる点も多い (Denzin & Lincoln, 2000=2011)。

本研究は、統合失調症当事者を支援する専門職を対象とし、シンボリック相互作用論の視点から専門職が統合失調症を持つ当事者との社会的相互作用からの体験にどのような意味

付与がなされているかを分析する。従って、面接法は本研究の方法として適している。

Ⅲ. データ収集法

1. 研究対象者

精神科専門職（看護師・保健師、精神保健福祉士）

2. 研究対象者の選定要件

- 1) JCP を活用して直近の退院後 1 年以上地域で生活を継続している統合失調症当事者に対して JCP の作成から活用の継続的な個別支援を行った経験を有することとする。
- 2) 介護保険法および健康保険法に基づき設置された訪問看護ステーション、精神科デイケア施設、障害者総合支援法に基づき設置された障害者支援施設、生活・自立訓練施設、就労移行支援・就労継続支援施設、地域活動支援センター等に勤務し、当事者の日常生活全般に関わり支援を行っている専門職とする。

3) JCP の内容と構成

本邦で主に用いられている ACT（大島 2004）および医療観察法（岩城ら 2011、NC NP2017）の様式を参考に、それらの JCP の出典となっている WRAP のクライシスプラン(Copeland 2011)の構成と内容に準ずる JCP とする。内容は、①危機レベルのモニタリング、②クライシス状況であることを示すサインや内容、③自分で行う対応の方法、④他者に望む助けや情報が必要な事柄を必ず含み、書面に記された JCP とする。またこれらを並行して用い、参照できる構成をもつ JCP とする（資料 1）。

4) 本研究の対象者となる専門職が支援した JCP を活用する統合失調症当事者

(1)30 歳以上の統合失調症当事者

DSM-5「統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群」または ICD-10 にて「F20-F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の診断を有する当事者で 30 歳以上の男女とする。

(2)JCP を活用した地域生活の継続期間を 1 年以上とする

統合失調症を含む重い精神病当事者の地域生活では、支援開始後 6 か月よりも 1 年後の方が、問題行動は改善しないものの生活機能が改善し、また約 80%の障害者で心理社会的機能が有意に改善し、地域生活継続が可能な状態となる（佐藤ら 2017）。ひきこもり等の

アウトリーチ事例でも介入後1年後の社会的行動の改善が有意であった報告をもとに（吉田ら2005）、退院後1年以上地域移行を継続した者とした。

3. サンプルングと対象者の募集方法

1) サンプルング

便宜的サンプルングを行う。

予備研究の研究対象3施設、並びに、それらから紹介を受けた本研究の目的に該当する施設に研究協力依頼した。

2) 対象者の募集方法

1) の施設責任者に対して、JCPの形式例を示した研究協力依頼書（資料1）を渡し、本研究の協力を依頼する。その際、JCPの書式と内容が本研究で定義するJCPと合致しているかを確認する。該当研究対象者の候補として該当する専門職に対して、研究の説明と研究協力依頼書（資料2）を渡してもらい、研究に関心を持った場合、研究協力依頼書に記載したメールアドレス等のうち、希望する連絡方法にて研究者に連絡をもらった。その後、改めて調査協力内容の説明をした上で、インタビューガイド（資料3）、フェイスシート（資料4）渡し、承諾の意思の確認を行なう。承諾をいただく際には、研究協力の同意書（資料5）に署名をいただいた。研究協力の撤回書（資料6）についても文書を示し、口頭で説明した。

4. 調査方法

1) 研究対象者およびJCPの概要の情報の収集

面接調査に先立ち、研究対象者（以下、対象者）に対し、フェイスシート（資料4）を用いて、JCPの概要を確認し事前情報をうる。フェイスシートの内容は、年代と職と従事歴、JCP支援歴等で構成される対象者の背景、施設種別、事業・サービス内容、利用者の概要、職種構成等で構成される施設の特徴およびJCPの適用要件と支援方法、内容等のJCPの概要等であった。

2) 半構造化面接

インタビューガイド（資料3）に基づいて半構造化面接を60分程度行う。面接調査の前に、フェイスシート（資料4）について聞き取り記載する。また研究対象者の許可を得て面接内容をICレコーダーに録音する。面接場所は施設内のプライバシーの守れる静か

な個室でおこなった。

フェイスシートでは、対象者の性別や年代、職歴、JCPの支援歴や研修歴等の対象者の背景、また、在籍する施設種別、支援内容等の施設概要、さらに、JCPの支援方法や適用となる利用者の要件、JCPの作成・修正・活用に関する内容や方法を聞き取った。

インタビューでは、研究目的にかなうと思う事例について、以下のインタビューガイドの内容に沿って語ってもらった。内容は、過去1年のJCP支援件数、JCPの作成から活用までのうまくいったと思う支援とうまくいかなかったと思う支援についての内容と関わりの体験等、JCPの協働による利用者との関係性の変化、JCP支援による専門職としての意識の変化、JCPの活用に影響を与える社会要因、JCPを用いることによる多職種連携の変化等に関する体験であった。

5. 分析方法

木下の提唱するM-GTAの分析手順に倣い分析する(木下2003、2007)

1) インタビューデータの逐語録作成

電子媒体に録音したインタビューデータから逐語録を作成する。データを繰り返し読み馴染んでおき、全体像を把握した。

2) 分析焦点者の設定

分析結果の中心に位置し研究上の対象者として設定されている対象者であり、本研究では研究対象者とする。こうすることで、分析の焦点が語りに登場する利用者や当事者等にそれることなく研究目的に沿った解釈ができ、生成する概念が分析焦点者の行為や認識や感情、それらに影響を与える背景要因として社会的相互作用における現象特性の“うごき”を捉えやすくする(木下2003)。また、分析焦点者の設定の目的は、結果の理解と実践への応用をしやすいするため、分析焦点者の背景や帰属する集団特性が明確にされた上で概念を生成し、相互作用関与者および行為者を限定して結果を提示できることである(木下2007)。

3) 分析ワークシートを用いた分析作業

概念生成を行うために分析ワークシートを設定し、生成した概念ごとに分析を進めた。ワークシートの内容は、生成した概念の名称、その定義(データの解釈と論理表現)、具体例、理論的メモで構成される。定義や概念は結果部分を示し、理論的メモは、分析過程の記録として、他者が結果の解釈の緻密さ等、概念生成における分析プロセスを客観的に確

認できる資料とした。

4) 分析の手順

(1) 概念生成

逐語録を読みながらテーマに関連がありそうな箇所に注目し、内容をひとまとまりにして捉え、分析ワークシートの項目に記載した。データをもとに、この箇所に注目した理由や意味を問いながら、現象とその“うごき”、変化、プロセスについて検討し、概念を生成し、定義を付して命名した。

(2) 概念の精緻化と理論的飽和化

データの注目部分の意味の理解から類似例の比較を他のデータに対して行い、その結果による概念を精緻化していく。同時に、概念としての完成度を上げていくために対極比較でのデータチェックを行い、概念生成における理論的飽和化まで続けた。

(3) カテゴリーの生成

個々の概念について、同じ起点にあるもう一つの概念を見出す作業を繰り返す。そうして作られた概念を、データに立ち戻りながら、個別に関係づけながらカテゴリーを創っていく。同時に、分析ワークシートの理論的メモも参照し多角的に検討する。カテゴリーとしてまとめるには欠落していると推測される概念はデータに照らして確認した。

(4) ストーリーラインと結果図

結果図を用いて、分析焦点者と中心とした人間の行動や相互作用の変化、変化の様態を説明し、データから概念へ、概念からカテゴリーへの包括的な作業を収束させる。また、その概要を簡潔に文章にまとめてストーリーラインを作成し確認した。

(5) 継続的比較分析

Grounded-on-data の原則に則り、データの解釈、概念生成、カテゴリー生成のすべてにわたり、対極例での継続的に比較法を組み込んだ。この方法によって、現象の取りうる最大幅と解釈が許容される最大幅での確認が可能となり、また、例外を取り込みながら、一定方向に分析を遂行できる。

(6) モデル構築

本研究では、専門職が、統合失調症を持つ当事者と共有の言葉を創りながら JCP の協働を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスを明らかにし、さらに支援が行われる施設類型ごとの統合から支援モデル構築を目指し相互作用の共通性を明らかにする。

JCP を用いている当事者の病状や社会復帰の段階に応じて、研究協力施設を 3 つに類型

化した。まず、それぞれの施設類型内において事例のサブカテゴリーを統合し、新たにカテゴリーとした。この時、各施設類型において、事例ごとのカテゴリーレベル、及び、概念レベルでも統合を試みたが、相互関連性やダイナミクスを伴う統合ができたのはサブカテゴリー間の比較のみであったため、サブカテゴリーレベルの統合とした。

各施設類型におけるサブカテゴリーの統合では、まず支援の段階の相互比較をし、JCPの支援の場の設定や専門職の職種、施設特性、事例に登場する当事者の生活状況、事例間の共通点や相違点等について検討しカテゴリー名を付け、図にした。次に、それらのカテゴリーの共通性や差異性に注目し、施設類型間で比較、統合し、テーマとして名付け、図に示した。その上で、当事者の社会復帰段階に応じた専門職支援の連続性や一貫性に着目し、支援モデル図を作成した。

JCPの協働を通して、対象者が当事者の力を引き出すプロセスについて、M-GTAに倣った対象者ごとの事例検討を行った。それぞれ「JCPを活用して地域生活が継続できた事例」と「JCPを活用して地域生活が継続できなかった事例」あるいは「JCPを作成できなかった事例」を対象者ごとに比較・統合する方法で継続的比較分析を行った。分析対象者からみた当事者の力を引き出すプロセスに焦点を当てた。その際、分析した個々の事例のカテゴリーとその動きに着目し継続的比較分析を行い、モデル構築を行った。

5) 分析結果の厳密性の検討

(1) 分析方法の妥当性

本研究は、個別事例を累積的に比較検討し、モデル構築を行う。抽出された個別結果を他の研究結果や実験例に照らして繰り返し検証する、或いは修正することでオリジナルの着想を維持する。また単一事例から得られた仮説が別の事例でも有効か実践過程を介して行う。こうした妥当性確認の作業を累積的に積み上げることで法則的な理論に高める。分析作業の可視化と透明性を図るため、分析ワークシートを用い、概念生成プロセスや分析に関する思考過程を明示する。さらに、分析結果の結果図を用いて、これらの客観的評価を受けやすくすることで、分析の妥当性を担保する（木下 2007）。

M-GTAでは、分析者は「分析焦点者」とよばれ、研究のプロセスと相互に影響を与えあう「研究する人間」として「インタラクティブ性」をもつ存在として位置付けられている。インタラクティブ性については、第一に調査協力者と研究者の相互行為を介してデータが収集される、第二にデータ分析における「分析焦点者」と研究者の関係、第三に研究者が提示する分析結果とその応用者との関わりという三点について自覚的にとらえる枠組

みが示されている。「分析焦点者」とは、ある特定の集団に属する人びとが経験する現象や彼らの意識や行動を説明、予測し解釈するために設定される視点としての他者」もしくは「内的他者」とされる（木下 2007）。また、「応用者」とは、生成した理論を利用しその妥当性を検証するというプロセスを有する立場であり、理論が常に修正・更新され得るものであるとされる。従って、M-GTA は、研究する人間の意図性を「バイアス」とし、それを自覚的にとらえ、積極的に認めて活用しようとする特徴を持つ（木下 2007）。さらに、M-GTA は手順と技法の形式だけでなく、研究者の位置づけや分析テーマおよび分析結果の実践活用までを包括的に含めた考え方によって首尾一貫性が保たれ、さらに、分析焦点者の設定によりグラウンデッド・セオリーの適用可能範囲と一般化可能範囲が明確に示された観察可能な分析方法と言える。

(2) 厳密性の確保

Lincoln と Guba を参考に、確実性、適用性、一貫性、確証性の 4 つの基準を用いて検討する(Lincoln and Guba 1985) 。

確実性は、メンバーチェックングによって、分析結果が真実であることの信用性を確保する。また、データの分析や解釈が妥当であるか、真実を示しているかどうかを確かめるため、質的研究法に精通した研究者からのスーパービジョンとメンバーチェックングを受けて進めた。

適用性は、研究によって見出された概念が他の状況でどの程度利用可能かを示し、詳しい記述をすることで他の研究者が概念を他の状況に適用可能かを判断できるようにした。

一貫性は、結果の反復性を示すもので、よく似た状況で同様の研究が行われた場合に、同じような結果を生じるかどうかである。質的記述的研究では、人間の状況のユニークさに焦点を当てるため、完全な反復性は期待されていないが、研究の全過程の意思決定を他の研究者がたどれるようにしておいた。

確証性は、研究結果が研究者の偏見や歪みにより、影響を受けていないことを示すものである。従って、看護学、社会学の研究者からのスーパービジョンやディスカッションを通して確認した。

6. データ収集期間

2019 年 5～9 月

IV. 倫理的配慮

本研究は、聖路加国際大学倫理審査委員会の承認（承認番号 19-A003）と研究協力者の関連施設の研究倫理審査を受け、承認を得てから実施する。研究対象者の負担等に十分注意を払い、守秘義務に配慮した。

1. 研究協力施設への説明と協力依頼の方法と配慮事項

本計画書、「第3章. 研究方法」「Ⅲ. データ収集法」「3. サンプルングと対象者の募集方法」「2) 対象者の募集方法」の項で説明した手続きに基づいて行う。特に研究協力に際し、研究協力による職務上の不利益が生じない者であることを確認する。

2. 研究対象者への説明と協力依頼における配慮事項

業務上の負担がなく、自由意思で参加すること、また、守秘義務や途中撤回可能な旨を説明した。上記の内容を十分に理解し、自由意思で研究協力をしていただくために、研究協力の同意書（資料5）を2部作成し、一部を同意書の控えとして研究対象者に渡し、研究参加の意思確認をした。同意書は研究協力者と研究者の双方で保持する。自由意思による研究参加、研究も撤回や中断に関しては以下の通り説明した。

- 1) 研究への参加は自由意思であり、協力の可否による就業上の不利益を被らない。
- 2) 研究への同意の有無は本人と研究者以外には知られない
- 3) 研究協力を承諾した後でも撤回ができる
- 4) 面接の途中でも中断や中止ができる
- 5) 答えたくない内容には答えなくてよい。研究協力が撤回された場合は、すでに収集しているデータは直ちに音源消去や紙面裁断によって破棄する。

3. 面接調査

守秘義務の保たれる空間で行った。

4. 不利益に対する対応

研究中の苦情や不安等に対しては、連絡先を伝えておき、研究者が対応することとしていたが、苦情や不安の申し出等はなかった。

5. 研究データの取り扱いと管理

以下のとおり、対応している。

- 1) インタビューの録音内容は、本研究の目的のみに使用し、研究者のみが逐語データや音源にアクセスし、また流出しないよう分析中の機密性を確保する。
- 2) 研究に関するデータはすべて、研究の終了報告から5年、または研究結果報告から3年のいずれか長い期間が経過するまで、鍵のかかる保管庫に保管し、その後速やかに音源消去や紙面裁断にて破棄する。
- 3) 逐語録のデータは、個人名や施設名、固有名詞等、個人が特定されないよう、記号化して匿名性を確保する。また、データは鍵つき倉庫に保管する。

6. 研究成果の公表

本研究の成果は、学会発表や学術誌への投稿によって公表される可能性があることを申し伝える。その際、個人情報の匿名化を行い、プライバシーが保持できるようにすることを説明した。また、対象者からの希望があれば、該当部分の確認を依頼することもできるととし、その旨を伝えた。

7. 謝礼の贈呈

研究対象者に対して謝礼として、2000円相当のプリペイドカードを贈呈した。

8. 研究倫理審査

本研究は、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を受けて行った（19-A003）。

第4章. 結果

I. 研究協力施設と研究対象者

1. 研究協力施設（図5）

本研究の条件に適う関東地方にある施設 13 施設に研究協力を依頼し、承諾の得られた 9 施設（ウ～サ施設）を対象とした。

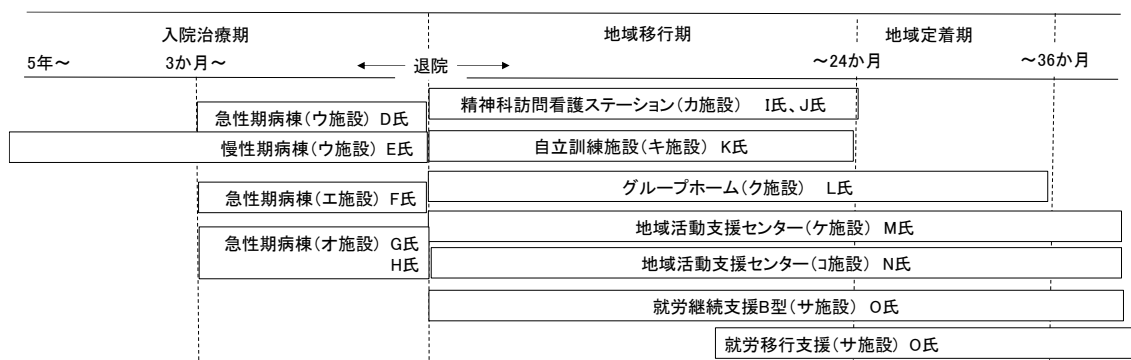


図5 地域移行段階に沿った研究協力施設と研究対象者の分布

関東地方にある 9 施設であった。ウ、エ、オ施設は、精神科病院、カ施設は精神科訪問看護ステーション、キ施設は宿泊型自立訓練施設、ク施設は精神障害者に特化したグループホーム（以下、GH）、ケ、コ施設は地域活動支援センター、サ施設は就労支援施設（就労継続支援 B 型と就労移行支援の併設）であった。

標準的な入院期間やサービス利用期間は、急性期病棟が約 3 か月、慢性期病棟は 5 年以上、自立訓練施設（キ）、就労移行支援施設（サ）は 24 か月以内、ク施設は 36 か月、その他の施設は利用期間の制限はない。

ケ、コ、サ施設では、精神保健・医療・福祉専門職として精神保健福祉士しか在籍していないため、嘱託の精神科医と連携しながら支援を行っていた。各施設の概要は以下の通りであった。サービス利用の標準的な時期は図 5 のとおりである。

2. 施設類型

研究協力施設 9 施設について、当事者の病状と治療段階、生活状況、サービス内容などの特徴から、3 つの施設類型に分けられた。

1) 精神科病棟

精神科病院（ウ、エ、オ）は入院治療を担う精神科病棟である。このうち、急性期病棟

は、幻覚妄想状態、興奮や衝動性の亢進等の精神症状が悪化した患者に対し、およそ3か月程度の集中的な治療を目的としている。また、慢性期病棟は、重度の精神障害や症状の再燃・反復で回復までに長期間を要する患者の治療を目的としている。いずれの病棟でも、症状の緩和と患者の心身の安全確保を支援目的とし、行動制限や日常生活行動の回復、薬物治療、リハビリテーション、退院に向けた外出・外泊訓練等を行っていた。

2) 24時間型生活支援施設

退院直後の地域移行期における宿泊や24時間対応での在宅医療や通院、服薬の継続、日常生活の確立、施設通所の補助などを行う訪問看護ステーション(カ)、自立訓練施設(キ)およびグループホーム(ク)は、24時間型生活支援施設である。

利用者の病状や障害の程度は多様で、精神科病棟からの退院直後の病状の不安定で数か月で再入院する利用者や頻回・緊急訪問を要する利用者もいた。また、定期的な支援や福祉サービスの計画相談を利用しながら、長期にわたる在宅治療、社会復帰施設の通所など社会生活を継続している利用者もいた。退院直後の利用者では、定期的な通院や日々の内服、症状増強時の頓用薬の使い方が未習得で、家族や支援者がなく独居や独居を目指し支援を受ける当事者もいた。

3) 通所型社会復帰施設

地域移行後やその途上の当事者に対して、当事者の主体的な通所による社会復帰、日中活動の場、居場所、相談支援、福祉サービスの手続き支援、就労支援などの社会参加を支える施設である地域活動支援センター(ケ、コ)、就労支援施設(サ)は通所型社会復帰支援施設である。

利用者の病状や障害の程度は多様で、地域活動支援センターは、退院後間もない利用者が就労支援施設に移行するまでの日中の居場所として通所していた。

就労支援施設の利用者は、症状がある程度、安定しており、介護ヘルパーなどを利用しながら日常生活は自立して行うことができていた。しかし、雇用契約を満たす通勤、職場でのコミュニケーション、体調管理、金銭管理など、労働継続のための必要なスキルは未獲得であり、そうしたストレスから症状悪化のリスクがある利用者であった。

3. 研究対象者(表1)

研究協力者は、6名の看護師、6名の精神保健福祉士の12名であった。研究協力依頼は、6名の看護師、8名の精神保健福祉士の14名に行った。しかし、そのうち2名は、本研究で定めた研究協力者の選定条件は見たしていたものの、語られた事例が

JCP の活用事例ではなかったため、分析に含めなかった。対象者の年齢は、30 歳代 5 名、40 歳代 4 人、50 歳代 3 名であった。JCP 支援歴は 1～3 年、支援経験は 1～3 件であった。

研究対象者	D氏	E氏	F氏	G氏	H氏	I氏	J氏	M氏	K氏	L氏	N氏	O氏
所属施設	ウ施設	エ施設	オ施設	カ施設			キ施設	ク施設	ケ施設	コ施設	サ施設	
施設種別	精神科病院			精神科訪問看護ステーション			自立訓練施設	グループホーム	地域活動支援センター	就労継続支援B型・就労移行支援		
職種	看護師					精神保健福祉士						

表1 研究対象者および所属施設

II. JCP の特徴と運用方法

本研究では、3つのタイプのJCPが用いられていた。

精神科病院であるウ、エ、オ施設では、『こころの生活支援手帳-地域連携パス』を用いていた。訪問看護ステーションであるカ施設では、ストレンクスモデルに則るACT様式のJCPを、自立訓練施設であるキ施設では、CPA-J（日本版ケアプログラム・アプローチ）モデルである医療観察法様式に準拠したJCPを、さらに、サービス提供を担うGHであるク施設、福祉サービスの計画相談業務を行う地域活動支援センターであるケ、コ施設、就労支援施設であるサ施設では、医療観察法様式のJCPをサービス等利用計画に組み込む形で作成していた（表2）。また、研究協力施設の施設種別と支援内容の特徴に照らし類型化し、ウ、エ、オを精神科病棟、カ、キ、クを24時間型生活支援施設、ケ、コ、サを通所型社会復帰施設とした。

1. 『こころの生活支援手帳-地域連携パス』（以下、『手帳』）

自分の生活や体調を整えたい、様々なサービスを利用してまた入院しないように自宅で生活したい、病気とうまくつきあって病院の担当の医師や相談に対応してくれる支援者に自分のことをよく理解してもらいたい、通院しながら生活を続けるために支援してくれる人たちに連携を上手にとって対応してほしい、などの利用目的が期待されている。内容は、危機的状況のサイン、自分がする対処、専門職や家族など他者がする対処、セルフモニタリング、相談相手、日課・スケジュール、普段の自分について、夢や希望、自分の強み、福祉情報、内服薬等の内容で構成されている。特徴として、カラーの挿絵がある冊子タイプで、複数のサイズがあり携行可能な形態である。また、記載例も載せられているため、

それらを参考に、当事者が自身で読み進め、できるところを記載し、のちに担当専門職とともに検討しながら完成させるという作成方法であった。

作成時期は、病状が安定し、取り組み可能となり、退院のめどが立った時期である。さらに、院外外出や試験外泊などに合わせて、JCP の内容と退院後の地域生活との合致を確認し、修正していた。どの施設も、作成には概ね 1～3 か月を要していた。

付帯するプログラムとして、統合失調症を知るための疾患教育や退院後の確実な治療薬内服をできるための服薬教育を行っていた。特に、ウ施設では、多職種による集団プログラムを全入院当事者に対して行っており、疾病教育、服薬教育のほか、栄養や退院後役立つ福祉サービスに関する講座を行い、その一環として、看護師が行う JCP に関する講話と作成が行われている。当事者は、この教室で可能な範囲で自身の JCP を作成し、帰棟後に担当看護師と再度、検討し、仕上げていた。

JCP 導入対象者の選定について、ウ施設では、院内の地域移行推進の委員会で選ばれた当事者で、退院可能な当事者、取り組みへの拒否や抵抗が見込まれない当事者等であった。主治医、担当看護師、PSW 等の担当チームが中心となり、JCP 導入の判断をし、担当看護師とともに作成する。作成開始時期は、病状が安定し、取り組み可能となった時期であった。関連職種は、ウ、エ、オ全ての施設において、看護職、PSW、作業療法士、心理士、薬剤師、栄養士、医師等で、それぞれ専門性を活かして、教育的プログラムや、個別支援を行っていた。

2. ストレングスモデルに基づく JCP

包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment: ACT）によるケアマネジメントプログラムの系統だったスキル・モデルのツール・キットの一部である。『ストレングス・アセスメントシート』『リカバリーゴール・ワークシート』と並び、当事者のなりたい姿や本人の希望の言葉による明確化が目的とされている。JCP の内容は、危機的状況の想定、危機的状況のサイン、自分がする対処、周囲に要望する対処、周囲に要望しないことで構成され、アウトリーチによって協働性が維持される。形態は紙媒体であり、当事者は畳んで持ち歩く、自宅の目につくところに貼る等の方法で、生活に取り入れている。作成にはおおよそ 1~3 か月を要する。JCP 導入の対象者の条件としては全ての当事者や利用者を対象としていた。付帯するプログラムは、『リカバリーゴール・シート』を当事者の目標設定、『ストレングス・アセスメントシート』を用いた自身の強みへの気づきと活用の促進、その他、個別の服薬指導や金銭管理の支援を行っていた。関連職種は看護師、PSW、医師、作業療法士等であった。

JCP の作成には、個人差があり、数か月から数年かかる当事者もいた。修正は年に一回行うほか、必要時にも修正している。

3. 心神喪失者医療観察法様式に準拠した JCP

現在では、地域で暮らす、医療観察法対象者以外の精神障害者に用いられている。当事者、家族、多職種連携支援関係者で構成されるケア会議で、地域でのケアやサービス利用が決定される医療観察法対象者においては、緊急時の対応を含め、必要な情報の集約化と適切な情報分析、迅速な判断、支援の分担等が必要となる場合が多い。こうした背景から、特に症状悪化による当事者の危機的状況への自己対処を目的として JCP が導入された。そして、多職種連携による地域包括ケアマネジメントのもとで福祉サービスを利用する当事者と作成する『サービス等利用計画』にも馴染むシステムであることから、一般の精神障害者にも普及した。

JCP の内容構成は、精神症状及び症状悪化のレベルを段階づけし、危機の状況、悪化時の注意サイン、自分の対処、関係機関の専門職の対処を記載し、各関係機関の連絡先等も加えて作成される。これらを文書化し、当事者を含めた関係機関全てが所持する。作成にはおおよそ 1~3 か月を要する。特にク施設では嘱託精神科病院と、ケ施設では、就労先の企業と JCP を修正し、共有していた。

付帯するプログラムは、自立訓練施設であるキ施設は、服薬教育、疾病教育、金銭管理、また、毎日、日誌をつけて専門職と共有していた。そのほか WRAP の集団プログラムに参加する当事者がいた。地域活動支援センターであるケ施設は、年に数回、WRAP の公開講座を行っている。同じく地域活動支援センターであるコ施設は、統合失調症をもつ利用者の総人数グループで、月に 1 回程度、当事者ミーティングを行っている。そのほか入院時の訪問なども行っていた。GH であるク施設は、利用者が入院した際の訪問、退院前の利用予定者の訪問、その他、金銭管理、内服の管理、福祉手続きや受診同行などを行っている。就労支援施設であるサ施設では、付帯するプログラムには職場への同行支援も含まれていた。

関連職種は、キ施設が医師、看護職、作業療法士、PSW、心理士、薬剤師等であった。他のク、ケ、コ、サ施設は PSW が常駐し、嘱託の精神科病院の医師と連携していた。

Ⅲ. JCP の協働を通じた当事者の力を引き出す支援の体験

研究対象者となった専門職による JCP 支援の体験の個別の事例検討において、その個別性と共通性をそれぞれ検討するために、以下の 2 段階で分析を進めた。

まず、専門職による JCP 支援の体験の個別の事例検討を行った。個別の事例検討では当事者の症状や危機的状況と対処の特徴等の個別性に対応した専門職の JCP 支援のプロセスを検討し、共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスを記述した。

次に、事例の個別性と共通性を検討するため、当事者の病状と治療段階、生活状況、支援サービス内容の特徴を踏まえた施設類型ごとの事例の比較検討を行い、施設類型ごとの共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスを記述した。施設類型ごとの分析は、専門職の支援体験の事例検討から得られた施設間の分析結果の概念レベルでの抽象度や説明の子細の度合いなどを鑑み、サブカテゴリーを用いることとした。

概念は下線、サブカテゴリーは<>、カテゴリーは【 】で示す。

A.精神科病棟における JCP 支援の体験

1. 事例検討

精神科病棟の専門職 5 名は、全て看護師である。個別の事例検討では、支援対象の当事者の概要を示した上での個別支援の体験について、当事者の「力」を引き出す相互作用のプロセスの関連図とストーリーラインを示した上で、カテゴリー、サブカテゴリー、概念を説明しながら支援体験を記述する。

1) D 氏の事例検討

(1) 支援対象の当事者の概要

50～60 歳代男性で、病歴は 20 年以上と長く、入退院を繰り返しており、入院前は怠薬があり、意思疎通も難しい様子だった。入院時は幻聴が強く、妄想による奇異行動や衝動的な危険行為があり、入院後も内服薬の調整が落ち着くまでも離院行為や奇異な行動が続いていた。看護師とのコミュニケーションは乏しく「自閉的」で、症状の「辛さ」があっても表出がなく滅裂行動や危険行動などに至っていた。また、当事者は処方されている症状悪化時の頓用薬を使用することも全くなく、「症状が辛くて困った時、どうする？」と問うても返答がない状況だった。しかし、内服薬の調整をしながら D 氏と JCP を協働で作り上げ、自宅退院に至った。

(2) D 氏の JCP 支援の体験

D 氏の共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスの関連図とストーリーラインを図 6 に示す

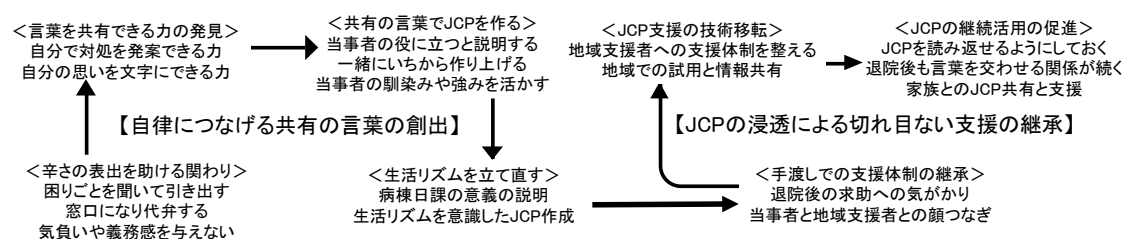


図6 共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセス D氏 精神科病棟(急性期) 看護師

ストーリーライン

辛さを表出できず危機的状况に見舞われてきた当事者に対して、関わりを通じた【自律につながる共有の言葉の創出】によって日常生活の自律性を立て直す力を引き出し、当事者に合った<JCP 支援の技術移転>と<手渡しでの支援体制の継承>によって【JCP の浸透による切れ目ない支援の継承】の体制を構築するプロセスであった。

D 氏の支援体験は 2 カテゴリー、7 サブカテゴリー、17 概念から成る。

①【自律につなげる共有の言葉の創出】

【自律につなげる共有の言葉の創出】は、危機的状況における意思表示や求助行動の乏しい当事者の＜辛さの表出を助ける関わり＞を通じて＜言葉を共有できる力の発見＞をし、＜共有の言葉で JCP を作る＞ことで＜生活リズムを立て直す＞プロセスである。

＜辛さの表出を助ける関わり＞は、言語的コミュニケーションが可能となったことを機に、「欲しいものとかあれば買いに行ったり」と困りごとを聞いて引き出す関わりや、「本当に他愛ない会話だが、あまり不特定の看護師に、『看護師さんこれ…』ってあれこれ言えない人だったので、自分が窓口になって」と、当事者と一対一の関係性が築けている D 氏が窓口になり代弁する関わりであった。

また、JCP 作成に際し、「(当事者の) されると嫌な事」や、当事者が「内心、実は負担に思って」、ストレスになっていたら嫌だなんて。でもそれがわからなかった」と感じていたために、「いい状態を保って」JCP に取り組めるよう、「難しいことは、言葉とか使わない」、「退院までの目標はどうしようとか、自分が頑張らなくちゃいけないっていう圧迫感」、「課題がいっぱいになっちゃう」のような、気負いや義務感を与えない配慮をし、日ごろから「なんてことはない他愛ない話をしたりして」時間を過ごすようにしていた。

こうした＜辛さの表出を助ける関わり＞を通して、D 氏は、当事者の＜言葉を共有できる力の発見＞していた。楽しみごとについて、『奥さんと料理を作りたいんですね』って」と、自分で対処を発案できる力があり、余暇の過ごし方での「家事、奥さんの手伝い、奥さんと散歩、園芸だとかいろいろ書いてくれていて、気分転換にと」と自分の思いを文字にできる力があることを発見していた。

D 氏は当事者の＜言葉を共有できる力の発見＞から＜共有の言葉で JCP を作る＞ことに取りかかった。「これを作れば、退院した後もあなたが困ることはないよ」「必ず役に立つものですから」と当事者の役に立つと説明することで JCP 作成を持ちかけた。「退院のときに完成したものを渡せるように、まっさらなところから作っていく」ことが出来るようにと、一緒にいちから作り上げる中で、「料理を作りたい」という当事者の好きな事や「奥さんと関係性が良いってのはすごく大きい」という当事者の馴染みや強みを活かすことを取り入れて＜共有の言葉で JCP を作る＞ 協働作業に取り組んだ。

その結果、＜生活リズムを立て直す＞ことが実現した。D 氏は、「病棟生活がちゃんとできないと、家に帰っても難しいって話をして」「それを規則正しくやりましょう」と病棟日課の意義の説明をし、服薬の自己管理についても、生活リズムを意識した JCP 作成を意識

し、「最初はナース室まで飲みに来ようかって段階踏んで、次は一日分やってみようかって感じで」と、必要な対処の実践的なスキルを獲得する働きかけを通じて、病棟日課を活かしたく生活リズムを立て直す取り組みを進めていた。

②【JCPの浸透による切れ目ない支援の継承】

【JCPの浸透による切れ目ない支援の継承】は、＜手渡しでの支援体制の継承＞をするための＜JCP支援の技術移転＞と＜JCPの継続活用の促進＞を行うプロセスである。

D氏は、「入院中にはこんなことはなかったけど、退院したらこんなことがあってとか、入院中にはなかったことが退院後もある人もいるから、身内がなくなったとか、その都度その都度ちょっと、大丈夫かなって」と、辛さを表出できない当事者が、入院中に想定しきれない課題に遭遇した際に、助けを求めることができないのではないかと退院後の求助への気がかりを感じていた。そこで、「退院したら訪問看護の人につなげるので」と、当事者と地域支援者との顔つなぎをして不安を相談しやすくしておく＜手渡しでの支援体制の継承＞の必要性を感じていた。

その上で、＜JCP支援の技術移転＞を進めていた。「奥さんにも説明できた。面会に来てくれたとき」や「退院前訪問の形で自分と退院後に行く訪問看護師さんと二人で当事者さんのおうちに伺って」と、当事者に合った関わり方やJCPの記載内容の詳細、病状変化の特徴、支援上で配慮すべきことなど、地域での試用と情報共有を直接会って積極的に伝えていた。また、「入院中と退院前の比較ができるといい」と、訪問看護師さんが記入していけるようなのがあってもいいのかも」と、地域支援者からの相談も受けられるようにしておくなど、支援者が変わっても当事者にとって同じケアが提供されるように、地域支援者への支援体制を整えることで、多職種連携における＜JCP支援の技術移転＞を進めていた。

D氏は、当事者が「家でこんなことがあって困っちゃったなんてことがあれば、これを見ればアドバイスになるなってことが書けるところがあればいい。退院した後も書けるところがあればいい」と、JCPを読み返せるようにしておく配慮をしていた。

こうした働きかけを通して、＜JCPの継続活用の促進＞が行われていた。JCPを活用した当事者は、「今回は再入院なくやれている。お身内のお葬式もあったみたいで、で、本人も立派に喪主をやれたみたいで」、さらに、「奥さんがその間お仕事に行っていて。本人が落ち着いたので『私も仕事やれるかも』なんて言っていたので。仕事に行かれている間（当事者は）デイケアで活動してもらって」と家族とのJCP共有と支援も行き届かせていた。そして、退院後、当事者は「たまにデイケアとか、外来に来てくれた時に

声かけてくれる」や「外来何度か（JCP を）持ってきてくれた」と、退院後の JCP の共有の継続や退院後も言葉を交わせる関係が続く<JCP の継続活用の促進>につながっていた。

2) E 氏の事例検討

(1) 支援対象の当事者の概要

当院の地域移行促進の対象当事者として選定され、JCP を導入した当事者である。

50 歳代女性。入院 5～6 年の女性当事者である。若いころの一般就労の経歴など、元来、生活能力はあった。入院時に見られた幻覚妄想状態は早い段階で鎮静したものの、長期入院の影響、及び、無為自閉や自発行動の低下など統合失調症の陰性症状が目立ち始めていた。生活行動はほぼ自立してできるものの「できればやって欲しい」という依存的な部分もあり、加えて、本人からの退院欲求がないこと、また両親はすでに他界しており、自宅退院が難しい状況となっていた。

(2) E 氏の JCP 支援の体験

E 氏の共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスの関連図とストーリーラインを図 7 に示す。

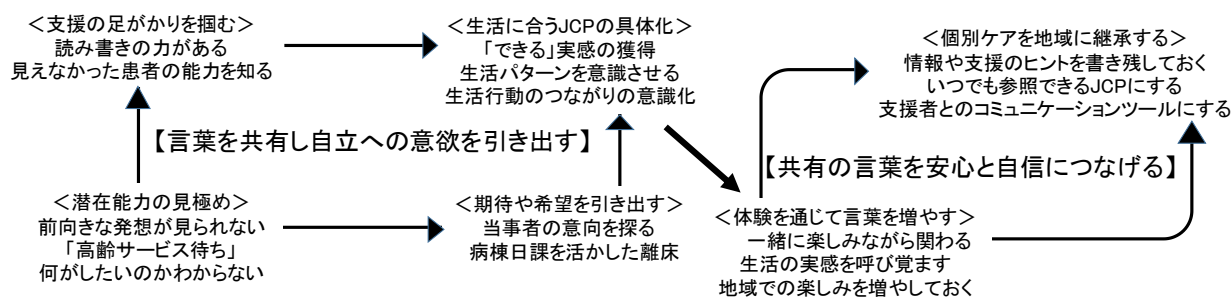


図7 共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセス E氏 精神科病棟（慢性期） 看護師

ストーリーライン

長期入院で前向きな発想を喪失、退院は難しいと思われていた当事者に対して、JCP を通じて日々の生活から現実感覚や楽しさの実体験をともに共有することで【言葉を共有し自立への意欲を引き出す】働きかけをし、【共有の言葉を安心と自信につなげる】ことで自分なりの生活を楽しめる力を引き出すプロセスであった。

E 氏の支援体験は、2 カテゴリー、6 サブカテゴリー、16 概念からなる。

①【言葉を共有し自立への意欲を引き出す】

【言葉を共有し自立への意欲を引き出す】は、E 氏が、当事者の<潜在能力の見極め>

を通じて〈支援の足がかりを掴む〉ことで、〈生活に合う JCP の具体化〉から〈期待や希望を引き出す〉プロセスである。

当事者は長期入院患者の「目立たない」「埋もれる感じ」「なかなか退院するっていう話が出てこなくなっちゃいがち」の患者であった。「おうちに帰って何かしたいの?と聞いてもそういう細かい部分が出てこない」ことで、前向きな発想が見られない状況であった。そのために、支援をしようと思っても何がしたいのかわからない状況に見えてしまい、「それが出てこないと、この希望を叶えるためにどうしてあげようかっていう介入も見いだしにくい」と感じていた。結局、当事者が 60 歳前後であることで、「もうそこ（高齢ケアへの切り替え）待ちだった」「高齢サービス待ち」のような存在となりつつあったため、JCP の取り組みに活かせる〈潜在能力の見極め〉は重要と考えていた。

当事者に対する JCP の導入が決まり、『手帳』を紹介した。当初、E 氏は、入院生活と照らし「こんなに文字見ることないだろうな」と思っていたが、当事者が「意外と、知的レベルは高いのかなって?発見しますね。こちらが発見することが多いかな」と読み書きの力があることを発見した。こうして JCP の働きかけを通じて、「見えないものがすごく見えて来る」と見えなかった当事者の能力を知ることで、〈支援の足がかりを掴む〉を見出し、具体的な支援方法の検討に取り掛かっていた。

『手帳』には、「こうなりたい自分」などの記載欄があった。それまで、目立たない、何がしたいのかわからない患者であった当事者に対して、E 氏は、「本人がこうなりたい、こうしたいっていうものが一体何なのかってことを把握するために『手帳』を使った」と、当事者の意向を探ることに着手した。手帳をもとに振り返ってみると、「最初、お薬も管理していなかったし、洗濯もしていなかった」ことに気づいた。E 氏は、当事者が、「おうちに帰りたいっていう希望があったから、『〇〇、〇〇ってやれたら』ってことを提示して」と、〈期待や希望を引き出す〉働きかけをし、退院後の生活スキルの獲得も JCP につながった。その際、「一気にこれをやらしてもらおうっていうのは難しいかと思って」と、病棟日課を活かした離床を段階的に図り、退院後の生活の力を引き出す働きかけを進めることにした。

病棟日課を活かしたこうした働きかけは、〈生活に合う JCP の具体化〉の作業でもあった。「OT のほうで個別のお料理のプログラム」や「おうち生活する上で、家事をできないと困るってことでお料理」と、「『週一回だけでもいいから一回やってみて』って感じでやらしてもらったらできて、『全然問題なくできるね』って。今後もやれそうかな?って言ったら『やってみます』と。多分、やってみたら自分って意外とできるんだっていう実感した

んだと思う』と「できる」実感の獲得があることが分かった。また、生活パターンを意識させるために、「洗濯も自分で洗って干して畳んでしまっ全部自分でやってもらって」「週一回とか食堂のテーブルと一緒に拭いてもらったり、それでお掃除の意識をつけたりとか」と、生活行動のつながりの意識化も促していった。こうして、＜支援の足がかりを掴む＞JCPの読み書きの作業も同時並行で進めていった。

②【共有の言葉を安心と自信につなげる】

【共有の言葉を安心と自信につなげる】は、生活行動の練習だけでなく行動を共にし楽しさを共有する＜体験を通じて言葉を増やす＞働きかけを通じて、コミュニケーションの乏しい当事者と地域支援者をつなぎ、孤立させない関わりを持続させるための＜個別ケアを地域に継承する＞プロセスであった。

当事者がやがて退院し、地域に出いていくことを想定して、＜体験を通じて言葉を増やす＞必要性が生じた。様々な体験を増やすために、病棟外に出て「お散歩」、「休日にちょっと外出」「お花見」、「買い物してご飯食べて、買い物して帰る」など、E氏と一緒に生活を楽しみながら関わること時間を増やしていった。退院が決まってからは「公共バスに乗ってスタッフ同伴で、グループホーム周辺の買い物施設とか巡ったり」と、地域での楽しみを増やしておくことにつながっていた。さらに、実際に一人暮らしを想定した「ご飯なら、これだったら一週間残るからとか、そういうのを考えて買い物してやってもらったり」と、言葉を交わしながら生活の実感を呼び覚ます時間を共に過ごすことで、地域生活への移行をスムーズにしようとしていた。

一方で、こうした多職種での共有は、言語コミュニケーションが乏しく、「目立たない」当事者にとって、＜個別ケアを地域に継承する＞の必要性を感じていた。まず、退院後の当事者と支援者との関係構築において、JCPが地域でも役立つために、試験外泊にJCPを持参し、「病的な何かがあれば使った状況でこうだったっていうのがあれば、その時（JCPのメモを）使うとか情報共有になったのかもしれないですけど、それが全然なかったのもっと、体験中の様子を書く欄とか何かあれば、具合が悪い時だけじゃなく」という経験から、JCPに当事者の情報や支援のヒントを書き残しておくこととした。当事者にとっても支援者にとっても、いつでも参照できるJCPにすることで、病棟での関わりを継承できるようにしていた。E氏は、「本人の自信につながる様にしていく上でも、これ（JCP）が残って、自分でこう見て、確認できればいいのかなと」と、当事者が困った時や生活の楽しみが見いだせなくなった時に、JCPを読み返して振り返ることを期待していた。

同時に、「本当は診察のときに書いた内容を主治医の先生に見ていただいて、『こういう風に自分は思っているんだよ』って伝えるきっかけになればいいかなって」と、支援者とコミュニケーションツールにすることで、当事者の言葉に誰かしらが耳を傾け、言葉の共有が続いてゆくと期待していた。その結果、退院後に当事者が「周辺のいろんなお店を自分で歩いて行ったり、結構、楽しんで生活しているみたいで、(外来)担当の先生から、『(受診に)来てたよ』、『こんな様子だよ』とか『今こうだよ、みたいだよ』と」、情報が共有されていた。

こうした共有の言葉を創り出す体験の共有を重ねているうちに、E氏は、「でも『もう退院できるね』って言って、ぼいって放り投げられちゃうとやっぱり、(入院して)何十年も経っていると、世の中がだいが変わってしまっていて何だかわからなくなるだろうし」と、長期入院患者の地域移行と適応の促進に対し<個別ケアを地域に継承する>ことは、病棟専門職の責任であるとも考えていた。

3) F 氏の事例検討

(1) 支援対象の当事者の概要

壮年期男性。20歳代から通院し内服しながら就労し、この15年間は入院することはなかった。拒薬が続いて症状悪化し暴力に至り警察通報で措置入院した。

入院当初は拒薬が続いたため陽性症状が治まらず、半年ほど保護室隔離で身体拘束などを受けていた。その間、陽性症状と陰性症状を繰り返し、身体状況も悪化していった。F氏は入院時からの受け持ち看護師であったが、当事者とは全くコミュニケーションをとることができず、病棟の他看護師からもJCPの反対が強く支援が難航していた。

(2) F 氏の JCP 支援の体験

F 氏の共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスの関連図(図8)とストーリーラインを示す。

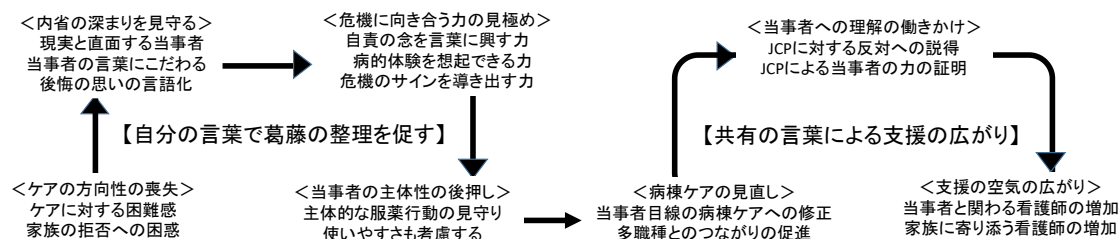


図8 共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセス F氏 精神科病棟(急性期)看護師

ストーリーライン

強い自責を抱え拒否的な当事者に対し【自分の言葉で葛藤の整理を促す】ことで、再び生活を取り戻していこうとする主体的な力を引き出し、当事者に対する周囲の理解を働きかけることで、【共有の言葉による支援の広がり】につなげるプロセスであった。

F氏の支援体験は2 カテゴリー、7 サブカテゴリー、16 概念から成る。

①【自分の言葉で葛藤の整理を促す】

【自分の言葉で葛藤の整理を促す】とは、危機的状況の結果に対する当事者の後悔や内省に対して、当事者自身が向き合い、危機対処と信頼回復のためにどうすべきかを自身で見出す内的作業の見守りを促進することである。

<ケアの方向性の喪失>していた専門職が、当事者の<内省の深まりを見守る>中で<危機に向き合う力の見極め>て、JCP を活用して<当事者の主体性の後押し>をしようとする働きかけのプロセスであった。

入院当初の当事者と F 氏との関わりでは、「全然、信頼関係もなければ、私の顔見れば『退院させろ！』しか言わない」、「薬を持って行って飲んでもらうことすら、コミュニケーションが取れない」、(治療に)全然納得しなくて」という当事者の拒絶でケアに対する困惑感を抱いていた。さらに一方では、当事者の家族から「二度と会いたくないとか言われちゃって」と、両者の板挟みとなり、当事者への家族の拒否への困惑を抱き、<ケアの方向性の喪失>に陥っていた。

そこで、JCP の支援にあたり、まず、当事者の<内省の深まりを見守る>ことにした。内服薬調整による症状の安定が得られ、症状が落ち着いたころ、当事者は、家族からの拒否を目の当たりにした。F氏は、「今までとは違う自分を見てもらいたい」という現実と直面する当事者の真摯な思いに着眼した。内省が深まるにつれ、当事者は、「奥様への反省の気持ちをしたためたお手紙を渡したい」と申し出た。F氏は、当事者に「やっちゃったことはやっちゃったことなんだけど、それに関してどう思ってる？」と問いかけ、当事者の言葉にこだわることで、JCP に落とし込んでいった。自身の行為に対し、「『やっぱだめだよな。女房はおっかなかったよな』って。『だと思えますよ』って(中略)率直に伝えた」と、当事者の後悔の思いの言語化を促し、発展させていった。F氏はこうした<内省の深まりを見守る>関わりを通して、<危機に向き合う力の見極め>ていった。

当事者の書く家族への手紙には、「非常に真摯に反省しているなっていうことが伝わる文章が書かれていた」ことから自責の念を言葉に興す力があることを知った。また、入院

に至る症状の変化について、当事者は「カラスの鳴き声とかが、普通の私たちが聞き取るのじゃない音として聞こえてくれるんだよってことを教えてくれた」と、病的体験を想起できる力も知った。さらには、「カラスの声だけれども、カラスの声じゃない音になるっておっしゃって、それが聞こえだした位から調子悪くなっていったんだよな」と、当事者が危機のサインを導き出す力を引き出していた。こうしたやり取りを通じて＜当事者の主体性の後押し＞することで JCP の作成が進めた。

F 氏は、「これをやっていく中で、彼は外で生活していく自分を受け入れ始めた」ことで、当事者は、「病棟のスケジュール通りの内服では来れないよなって彼から言ってくれて」と主体的な服薬行動の見守りをしていた。

しかし、「弱い振震があったり指先の力が入りにくいっていう副作用とか体力の低下があるとちょっと大変なのかな」と、使いやすさも考慮することで、JCP を活用する＜当事者の主体性の後押し＞の意識を高めていた。

②【共有の言葉による支援の広がり】

【共有の言葉による支援の広がり】とは、当事者の JCP の取り組みによって、病棟スケジュールが地域生活に合っていないことがわかり＜病棟ケアの見直し＞につながった。そうした JCP の成果を示し＜当事者への理解の働きかけ＞をすることで、次第に当事者の存在は病棟で受け入れられ始め、＜支援の空気の広がり＞につながるプロセスであった。

専門職側の変化として、退院後にエ施設のデイケアに通所予定のある当事者が、「『病棟のスケジュール通りの内服では（デイケアに）来られないよな』と自ら気づいたことで、病棟全体が当事者目線の病棟ケアへの修正に転ずるきっかけをもたらした。

さらに、「『俺は（内服が一日）3 回だけれども、朝と夕だけにならないか先生に相談してみる』って」退院されてからおっしゃって。で、先生に言って」と、多職種とのつながりの促進で多職種による当事者目線の＜病棟ケアの見直し＞につながっていた。

こうして当事者の JCP の取り組みの成果が注目されるなか、E 氏は＜当事者への理解の働きかけ＞に力を注いだ。

JCP で取り組んだ当初、「病棟で反対は多くて。無理だって。あんなに飲まなかった人に（薬を）預けるなんてとんでもないって意見で。燃やすため込むしが絶対あるよって。薬は奥さんに管理してもらったほうがいいんじゃないかって、退院して行くならって」と、JCP の支援への協力はほとんどなかった。その状況を変えるべく、F 氏は「まあたくさん（の反対が）ある中で、ここまで振り返っているんだよって、彼から見せてもらったのを、

今度、私が職員と共有して、もう一回賭けてみませんか？って感じに、私はこれ（JCP）を使ったりして。彼との情報共有に使い、多職種との情報共有に使い、ナース間での情報共有に使った」と、JCPによる当事者の力の証明のツールとして、JCPに対する反対への説得に用いた。

こうして病棟看護師の関心が、真摯に治療に取り組んでいる当事者に向くようになると病棟に＜支援の空気の広がり＞始めた。

こうした当事者の JCP の取り組みが病棟にもたらした変化は、当事者の支援者を増やすことにもつながった。F 氏は、「(当事者が) 一対一で私とやっていく様になると、他のナースとの交流とかもすごく広がれたのでまあよかったなあとか。あまり頼るというよりは一緒に頑張ろう、みたいな感じで」と当事者と関わる看護師の増加が見られ、当事者を応援する空気が病棟看護師間にも生まれた。また、当事者に拒否的な家族に対しても「面会とかは、誰かしらが立ち会って奥様のサポートにもちゃんと入ろうという体制を病棟でとって」と、家族に寄り添う看護師の増加があった。この様に、病棟内において、＜支援の空気の広がり＞は、当事者および JCP の取り組みに対する否定的な反応を払拭し、支持的な変化をもたらしていた。

4) G 氏の事例検討

(1) 支援対象の当事者の概要

30 代男性、通院、服薬しながら清掃業に従事している当事者である。幻覚妄想が強く、複数回の強制的入院となっていた当事者であった。前回入院の際に、「リカバリー教室」にも毎回参加し、自身の JCP を作成していた。その数か月、症状が再燃したものの、当事者自身が母親と相談して自ら受診し、医師と相談し入院することになった。しかし、前回の入院と違い、拒否なく自らの意思で落ち着いた状態で入院でき、強制治療を用いることもなく、短期間で退院することが出来た。受診を継続しながら仕事にも復帰している。

(2) G 氏の JCP 支援の体験

G 氏の共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスの関連図（図 9）とストーリーラインを示す。

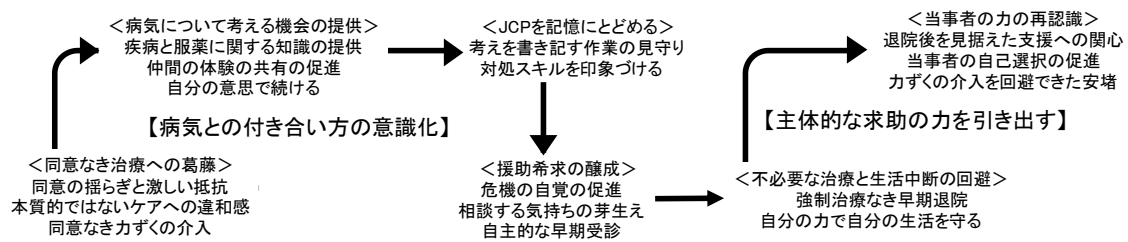


図9 共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセス G氏 精神科病棟（急性期） 看護師

ストーリーライン

危機的状況を繰り返すたびに同意のない力づくの介入を行わざるを得なかった当事者に対して、【病気との付き合い方の意識化】を促し、【主体的な求助の力を引き出す】ことで、無駄な治療や生活中断を回避するプロセスであった。

G氏の支援体験は、2 カテゴリー、6 サブカテゴリー、16 概念から成り立っている。

①【病気との付き合い方の意識化】

【病気との付き合い方の意識化】は、拒否する当事者を入院させる専門職の＜同意なき治療への葛藤＞に対し、JCP の取り組みを通じて＜病気について考える機会の提供＞し、主体的に活用されるように＜JCP を記憶にとどめる＞ことで＜援助希求の醸成＞を働きかけるプロセスであった。

当事者の入院について、G氏は、「入院ですって（こちらが）言って、（当事者が）『わかった』って言うておきながら病棟の直前で『（入院）したくない』って言うて」と、当事者の同意の揺らぎと激しい抵抗を感じつつも、当事者は、結果的に非同意での強制入院を繰り返していた。F氏は、そうした「笑っている場合じゃない」状況の本質的ではないケアへの違和感を抱きながらも毎回、「大捕り物」という医療行為とはかけ離れた同意なき力づくの介入に対する専門職としての＜同意なき治療への葛藤＞を抱えていた。

そうした葛藤を抱えて当事者に向き合う中で、JCP の取り組みを機に＜病気について考える機会の提供＞をした。才施設では、急性期入院患者に対して、JCP に関連する集団疾病教育や服薬教育、栄養教室、福祉講話などの教育プログラムを実施している。そこでは、「疾病教育」や「薬について」など疾患と服薬に関する知識の提供から危機の引き金や対処への知識や情報がもたらされていた。G氏は、当事者が教室参加とJCPへの取り組みを自分の意思で続けることを見守っていた。また、「当事者さん同士でのやり取り」から得られる仲間の体験の共有の促進からイメージを取り入れて＜病気について考える機会の提供＞を働きかけが行われていた。

そうした＜病気について考える機会の提供＞を JCP の活用につなげるために＜JCP を記憶にとどめる＞働きかけをしていた。まず、当事者が「入院中に『手帳』を導入していて、（教室に）真面目に毎回参加されていて」とさらに、「JCP で関わっていて、その時、ちゃんと書き込みをしていた」と、テキストの知識や考えを書き記す作業の見守りに取り組んでいた。その結果、「実際にこの手帳を使っていなくても、記憶の中に刷り込まれているなって、印象を自分は受けた」と、対処スキルを印象づけることで＜JCP を記憶にとどめる＞ことを促した。

こうした具体的な求助行動の意識付けによって、当事者の＜援助希求の醸成＞につながっていた。当事者は、JCP の作成と通して得た知識を用いて、『体調が悪くなって誰かに相談しなきゃと思った』って」と、危機の自覚の促進によって JCP の記憶が浮かび、「お母さんにまずその事を伝えて」と、身近な人物に相談する気持ちの芽生えを覚え、「そのあと先生にも話した方がいいかなって気持ちになったっていつて」と、主治医へ相談しようという思いに至り、その結果、自主的な早期受診につながったと考えていた。

②【主体的な求助の力を引き出す】

【主体的な求助の力を引き出す】とは、当事者の援助希求行動が発揮され、作成した JCP の主体的な活用につながることで、これまでの様なく＜不必要な治療と生活中断の回避＞され、同時に、当事者の意に反した治療が回避されることでの＜当事者の力の再認識＞にもつながるプロセスである。

当事者の求助行動により、早期受診により症状が軽いうちに任意の入院治療ができてことで、＜不必要な治療と生活中断の回避＞につながった。その結果、「早かったですよね、退院も」と、従来の様な「捕り物」や隔離拘束を回避した強制治療なき早期退院につながった。また、当事者は、「清掃関係の仕事に就いているので内服しながら仕事続けている」、「この人もそういう（入院は絶対に嫌だって言って具合悪くても病院に行かない）タイプだったんですよね、昔は」と、これまでの様に危機的状況のたびに治療を疎んじて強制治療を余儀なくされるのではなく、自分の力で自分の生活を守ることにつながった。

こうした変化は、当事者が再入院した際に現れた。当事者の再入院の際に、G 氏は当事者に「今回どうしたんだ？って言ったら」と声をかけ、毎回の力づくの入院のこと、生活や仕事のこと、JCP のことなどを聞き、退院後を見据えた支援への関心を寄せていた。JCP の地域での活用によって、当事者による当事者の自己選択の促進に至ることができる＜当事者の力の再発見＞をしていた。こうして G 氏は、従来の様な力づくの介入を回避できた

安堵を覚えた。

5) H氏の事例検討

(1)支援対象の当事者の概要

被害妄想からの迷惑行為が度々あり、警察通報で措置入院してきた男性。保健所が「困難事例」として対応していた。幻覚妄想状態の変化が激しく、医師や看護師に対して妄想を持ち、行動化に至るため、隔離・拘束が続いた。一般病床に移床後も、他当事者とのトラブルも続き、内服調整に時間がかかってしまい、結果的に退院に踏み切れず長期入院が懸念されていた。また、家族も精神的な問題がある模様で、保健所保健師等と複数回の退院前訪問も行ったものの、コミュニケーションが取れない状況が続いた。

H氏と意思疎通がある程度できる様になり、教室参加可能の許可を医師が出したところで、「リハビリ教室」に促されて参加し、不完全ながらJCPを作成した。退院後は迷惑行為の報告なく、1年以上、地域で生活している。

(2)H氏のJCP支援の体験

H氏の共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスの関連図（図10）とストーリーラインを示す。

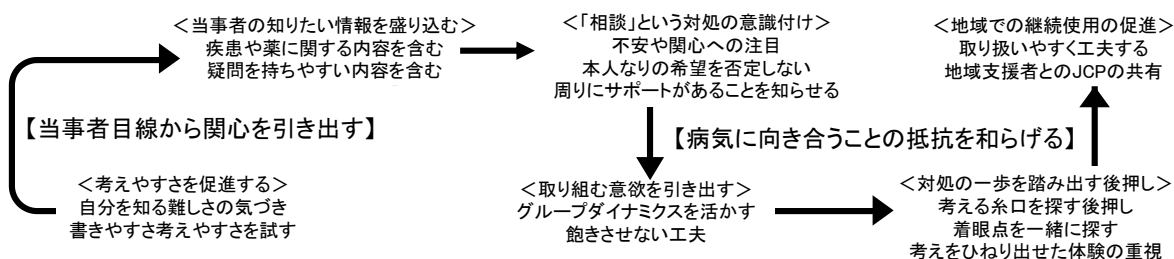


図10 共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセス H氏 精神科病棟（急性期） 看護師

ストーリーライン

当事者が抱える困難に対して【当事者目線から関心を引き出す】働きかけから、【病氣に向き合うことの抵抗を和らげる】ことで当事者自身が考えて求助行動につなげる力を引き出すプロセスであった。

H氏の支援体験は、2 カテゴリー、6 サブカテゴリー、14 概念から成り立っている。

①【当事者目線から関心を引き出す】

【当事者目線から関心を引き出す】とは、JCP の作成と活用にあたり、当事者がより必要な情報を得て自分に合った JCP にするために、専門職が<考えやすさを促進する>こと

で＜当事者の知りたい情報を盛り込む＞工夫をし、当事者にとって使いやすいJCPにするプロセスであった

当事者の目線に立つために、H氏はまず、JCPの作成で＜考えやすさを促進する＞ことにした。実際に、「これ、自分でもやってみたことはあるんですけど。なかなか書けない（笑）」と、特に、「気質的な部分で。強みとかよいところとか、大切にしている事とかはみんな手が詰まるところで、まあ、なかなか進まないところが多い印象」と自分のことを知る難しさの気づきを得ていた。

さらに、全員がJCPに触れる機会を持つが、参加を見送る当事者の状況として、「すらすら振り返りができるようになっている方もいる」、しかし「入院時の状況を振り返れるレベルまで回復している人もいる」ことから、当事者にJCPの取り組みを進めるにあたりどの当事者も取り組めるためにH氏自身で書きやすさ考えやすさを試す意識を持っていた。

JCP作成での当事者の自分の対処を考えやすくする他の要因として、＜当事者の知りたい情報を盛り込む＞ことで、関心を引き出せると考えていた、

退院後の当事者の生活はさまざまで、「GHに行かれる方もいますし、途中で方向性が変わって、上の階（慢性期）にもう少し入院してからの方もいる」という。そこで、症状悪化なく生活を継続するために、どの当事者も持つべき知識として、「疾病教育」「お薬の重要性とかを薬剤師の方に話してもらって」「栄養士の方にも入ってもらって、その、規則正しい食生活の重要性だったり」と、疾患や薬に関する内容を含むことや、「当事者さんは、結構、薬の飲み合せ、食べ合わせを気にするのでそういう質問があった時に答えてもらったりして」と、当事者が疑問を持ちやすい内容を含むなど、実際に＜当事者の知りたい情報を盛り込む＞ようにしていた。

②【病気に向き合うことの抵抗を和らげる】

【病気に向き合うことの抵抗を和らげる】とは、当事者が自身の危機的状況やそのリスクに、＜「相談」という対処の意識付け＞を盛り込むことで、＜取り組む意欲を引き出す＞ための＜対処の一步を踏み出す後押し＞を進め、＜地域での継続使用の促進＞を図るプロセスであった。

当事者が自身の持つ疑問を解消し、地域生活のための幅広い知識を得ることで、危機対処への関心を高め、具体的な実践として、他者への＜「相談」という対処の意識付け＞へとつないでいた。まず、H氏は、「普段と違うことに早く気づけるように、どういう時、自分（の調子が）が少し崩れているのかなってことを知ってもらおう」と、不安や関心への注

目を促していた。

オ施設のように、多様な疾患と病気の当事者が JCP の作成を行うと、「薬を飲まないで生活できるってことを書く人もいるし、薬に頼らず、って書く人もいる（笑）」、しかし、「それを否定することもまた、先がなくなってしまうから」と、当事者に考える作業を優先していた、その背景には、「自分が思ったのは、（当事者が）希望がすごく身近なところから今の自分の現状からくるものが多い」と、「その希望に近づくための方法であったりとかもきちんと薬を飲むって書いたりとか、退院とか書いた人は、規則正しい生活をするって書いたり、そういうことに、今の生活の中から将来を見据えてっていうか、現状で何ができるかっていうことを書く人が多い印象ですね。」「短期目標みたい」と当事者が、主体的に危機を克服しようとする姿勢に注目し、まずは本人なりの希望を否定しない対応をしとるようにしていた。

さらに「この JCP の中で一番埋めて欲しいのを少し進められたらと思っていたが、自分の周りにどんなサポートがあるかってことだった。困った時にどこに連絡をすればよいか」の周りにサポートがあることを知らせることで「相談」という対応の意識付けをしていった。

H氏は、「意見を聞かれるっていうことが苦手な方も結構多い」と感じており、JCP の取り組みの動機付けとして「対処の一步を踏み出す後押し」が必要と考えていた。

しかし「でも逆に、自分から言ってくれる人もいるんですけど、そういう人がいたら、その人の意見を他の人に話を振る材料にしてみたり」とグループダイナミクスを活かす工夫をしていた。或いは、何度も入院する患者など「繰り返して（JCP のプログラムに）参加される方もいる」ため、「内容を2種類くらい用意しておく」ことで飽きさせない工夫をするなど「取り組む意欲を引き出す」準備もしていた。

さらに、当事者が対処の発案に行き詰まっているときは、「そういうことしているときって気持ちはどうなんですか？って聞いてみて」と、考える糸口を探す後押しの働きかけをしたり、検討内容に「リンクするところ」を示して着眼点を一緒に探すなど、「一つでもいいから書ける」ように、当事者なりの考えをひねり出せた体験の重視に基づき、作成を促し「対処の一步を踏み出す後押し」をしていた。

JCP のレイアウトについて、「これはとても使いやすい」「書ける人は結構さらさら埋まっちゃったりして」と、取り扱いやすく工夫する対処を講じていた。

退院する当事者に対しては「保健所の方が関わってくださったりして、そういう情報を

もらった」や、「地域の人ときちんと情報共有してって形で書いていただいた方なので、このJCP だけじゃなくて、そういう関わりもしつつ、退院に繋がった方」であると、地域支援者とのJCPの共有によって<地域での継続使用の促進>が果たされていた。

2. 精神科病棟におけるJCP 支援のプロセス

精神科病棟でのJCPの個別の支援体験の個別事例分析の結果をもとに、統合失調症当事者のJCPの支援において、それぞれ、共有の言葉を創る関係性の構築、力が引き出されるプロセスおよび地域を含めた連携支援について、精神科病棟での支援の相互作用を検討した。

当事者との共有の言葉を通じて専門職が行うJCPの個別支援のプロセスについて、各個別事例の分析で得られたサブカテゴリーの共通性に着目して塊を作りカテゴリーにして命名し、カテゴリー間の関連性や流れを見ながらテーマにまとめ、支援プロセスの関連図にまとめた(図11)。

< >はサブカテゴリー、<< >>はカテゴリー、【 】はテーマ、アルファベットは対象者を示す。

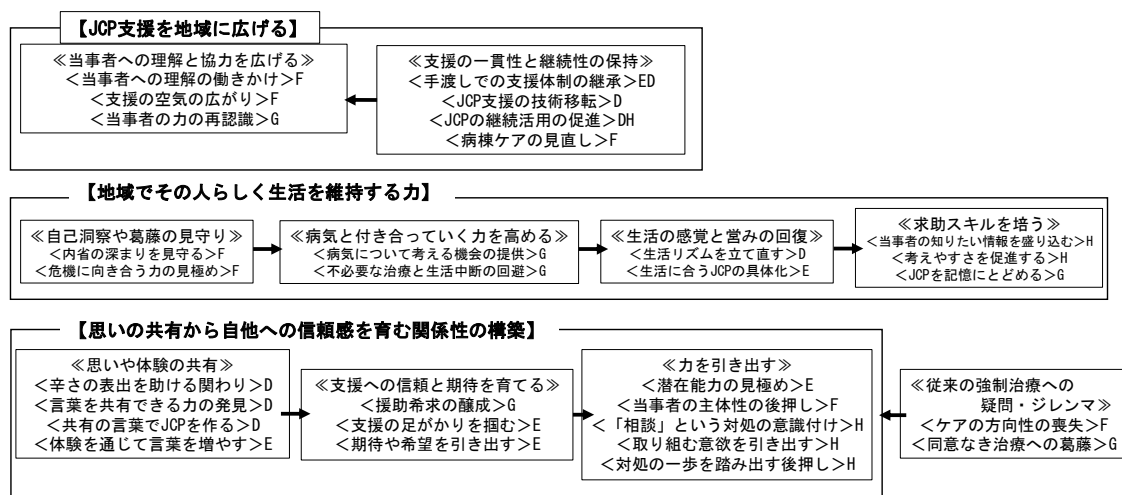


図11 精神科病棟におけるJCP支援のプロセス

精神科病棟における、JCPを用いて共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスは、【思いの共有から自他への信頼感を育む関係性の構築】を通じて、【地域でその人らしく生活を維持する力】を引き出し、さらに【JCP支援を地域に広げる】ことで、一貫して当事者を支えるプロセスであった。

1) 【思いの共有から自他への信頼感を育む関係性の構築】

【思いの共有から自他への信頼感を育む関係性の構築】は、共有の言葉を創る関係性の構築であり、専門職が当事者との関わりながら「思いや体験の共有」を通じて「支援への信頼と期待を育てる」ことで「力を引き出す」プロセスであった。また、このプロセスには、専門職の経験として得た「従来の強制治療への疑問・ジレンマ」が原動力となっていた。

「思いや体験の共有」とは、専門職が当事者に対する「辛さの表出を助ける関わり」を通じて、当事者の「言葉を共有できる力の発見」をしたことでその力を用いて適切なケアや環境調整を提供し、当事者の求助行動やセルフケアの回復につなげるため「共有の言葉でJCPを作る」働きかけをしていた。こうした関わりによって、当事者の苦手意識や拒否感を和らげ取り組みやすくし、楽しい体験や達成感など「体験を通じて言葉を増やす」ことで関わりを豊かにし、相互理解を深めていた。

こうした「思いや体験の共有」の積み重ねは「支援への信頼と期待を育てる」ことにつながっていた。ポジティブな体験の共有が増えてゆくことで、危機的状況の厳しい現実にある当事者から「期待や希望を引き出す」働きかけとなり、「支援の足がかりを掴む」ことができ、当事者のニーズにあった支援をすることで、当事者の「援助希求の醸成」を促していた。

こうして当事者が課題解決のための専門職との協働の意識付けを経て、当事者の「力を引き出す」働きかけが始まった。

危機的状況の対処に主体的に向き合えない当事者に対し、JCPの取り組みを通じて、見えていなかった「潜在能力の見極め」を行っていた。こうした当事者特有の「思いを言葉にする力」を見極めた上での専門職の働きかけは、困りごとを打ち明け相談するなど当事者の援助希求に変化をもたらし、「相談」という対処の意識付けを促すことで、「対処の一步を踏み出す後押し」となり、当事者のJCPに「取り組む意欲を引き出す」あるいは「当事者の主体性の後押し」につながっていた。この様に、具体的な求助スキルの獲得と活用につながるような「力を引き出す」関わりは、【思いの共有から自他への信頼感を育む関係性の構築】となっていた。

こうした当事者との関係性を望む専門職の背景として、「従来の強制治療への疑問・ジレンマ」があり、当事者の症状の強さからコミュニケーションが成り立たず、また、治療に同意が得られないことでの「ケアの方向性の喪失」や、対話がなく力づくで強制治療を

行わざるを得ない看護師の抱く〈同意なき治療への葛藤〉からもたらされていた。保護室隔離・身体拘束の実施は、精神科病棟特有の治療であり、これらを用いることで当事者を身体的な危機に晒す側面があり、その上、当事者の尊厳を傷つけることにもなり、専門職との心理的距離は遠ざかる。つまり、〈従来の強制治療への疑問・ジレンマ〉が、【共有の言葉を創る関係性の構築】を目指すケア原動力となり、専門職にジレンマをもたらした。

2) 【地域でその人らしく生活を維持する力】

〈自己洞察や葛藤の見守り〉を通じて、当事者が危機的状況の対処に向き合う気持ちの整理と動機付けを図り、〈病気と付き合っていく力が備わる〉〈生活の感覚と営みの回復〉を通じて現実的な〈求助スキルを培う〉プロセスである。

まず、危機的状況によって当事者が負った身体・心理・社会的傷つきや周囲に与えた影響について、当事者自身が振り返り、対処の必要性の再認識と今後の取り組みに活かす〈内省の深まりを見守る〉働きかけである。こうした〈自己洞察や葛藤の見守り〉を通して、専門職は、当事者が JCP を通じて〈危機に向き合う力の見極め〉F をし、現実的な JCP の取り組みにつなげる糸口を見い出しながら支援方法を検討していた。

当事者において、自分の意思で危機的状況に向き合う気持ちが芽生えたと、専門職は、〈病気と付き合っていく力を高める〉〈生活の感覚と営みの回復〉を働きかけていた。

〈病気について考える機会の提供〉を通じて、再び危機的状況に陥らないために、当事者自身が統合失調症をもつことの理解と受け入れを経て、疾患や服薬の知識を活用した早期受診、求助行動をとるなど〈病気と付き合っていく力を高める〉ことで〈不必要な治療と生活中断の回避〉が出来るようになっていた。同時に、病棟日課に沿った時間感覚を伴う日常生活行動の意識付け、リハビリテーションプログラム、外出・外泊訓練などを通じて〈生活リズムを立て直す〉ことで、健康状態の変化や生活の現実的な感覚を取り戻し、当事者の〈生活に合う JCP の具体化〉を目指して JCP に落とし込んでいた。こうして、専門職は、生活リズムを整え活動を活性化させることによる身体的感覚の快適さの実感を通じて、〈生活の感覚と営みの回復〉を図っていた。

そうした関わりの中で、〈当事者の知りたい情報を盛り込む〉ことで、当事者自身の〈考えやすさを促進する〉ことにつながっていた。また、専門職との言葉の関わりを通じて、当事者が自身の生活と重ね合わせて JCP に落とし込み、〈JCP を記憶にとどめる〉ことで〈求助スキルを培う〉働きかけをしていた。

3) 【JCP 支援を地域に広げる】

JCP の取り組みによる当事者の主体的なセルフケアによって、《当事者への理解と協力を広げる》ことで、病棟—地域間かつ多職種間での《支援の一貫性と継続性の保持》を構築し促進するプロセスである。

専門職が、多職種や家族に対して、JCP に真摯に取り組む当事者の様子や成果から《当事者の力の再認識》し、それを「実績」として他者に伝え《当事者への理解の働きかけ》をすることで、当事者に対して向けられていた不安や偏見が解消し、当事者を受け入れる空気が生まれていた。こうして、多職種や家族に対して当事者の存在を示し、情報共有の促進を図ることで、支持的な関わりから《支援の空気の広がり》ことにつながる《当事者への理解と協力を広げる》支援に発展していた。

また、統合失調症の当事者は、他者との関係構築やコミュニケーションにおいて、相手が変わることでの脆弱性や混乱が懸念された。そこで、新たに関わる専門職と当事者との間での安定した関係構築を図るための《手渡しでの支援体制の継承》が図られていた。試験外泊や退院前訪問などの機会を活かして、当事者と地域支援者の「顔つなぎ」をし、また、地域専門職との情報交換や相談にのるなど《JCP 支援の技術移転》が行われていた。

こうした当事者をよく知る病棟看護師ならでの働きかけによって、安定した《JCP の継続活用の促進》にもなり、支援の一貫性の担保につながっていた。

一方、JCP の取り組みが病棟内でも注目され、当事者への理解と協力的な雰囲気生まれ、また、当事者の JCP の取り組みから病棟と地域間の生活のズレが明らかになり、《病棟ケアの見直し》が行われた。

こうして、当事者の JCP の取り組みの姿や回復は、多職種に対して地域生活も視野に入れた《当事者の力への再認識》をもたらし、専門職としての新たな患者観や支援観の芽生えとルティーンケアを見直す機会を与え《支援の一貫性と継続性の保持》への流れを作っていた。

B. 24 時間型生活支援施設における JCP の支援体験

1. 事例検討

24 時間型生活支援施設の専門職 4 名は、看護師 1 名、精神保健福祉士 3 名である。個別の事例検討では、支援対象の当事者の概要を示した上での個別支援の体験について、当事者の「力」を引き出す相互作用のプロセスの関連図とストーリーラインを示した上で、カテゴリ、サブカテゴリ、概念を説明しながら支援体験を記述する。

1) I 氏の事例検討

(1) 支援対象の当事者の概要

50 歳代女性である。母、弟夫婦と同居している。20 歳代のころに保育士、その後、家業を手伝っていた時期もあるが、病状が悪化し、自宅に引きこもり、施設通所や外部とのつながりはなくなった。母の過干渉や幻聴がストレスになり、怒声、暴力等の行動化につながると、母が不穏時の頓用薬を濫用させていたために副作用が増強し、悪循環を招いていた。カ施設の訪問看護が開始された。母との距離をとること、通所施設の利用、ヘルパー利用によって独居を始めた。家族とは月に一度会い、食事やケア会議をしている。

(2) I 氏の JCP 支援の体験

I 氏の共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスの関連図（図 12）とストーリーラインを示す。

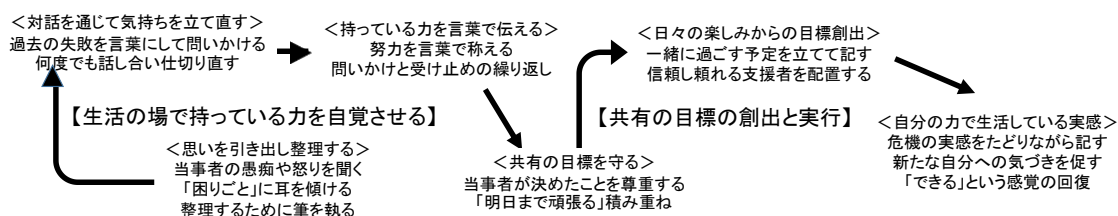


図12 共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセス I 氏 訪問看護ステーション 看護師

ストーリーライン

昔の葛藤から当事者の【生活の場で持っている力を自覚させる】ことで【共有の目標の創出と実行】を促し<自分の力で生活している実感>がもてる力を引き出すプロセスであった。

I 氏の支援体験は、2 カテゴリー、6 サブカテゴリー、14 概念から成り立っている。

①【生活の場で持っている力を自覚させる】

【生活の場で持っている力を自覚させる】とは、当事者が抱えている葛藤に耳を傾け、受け止めつつ持っている力を探し、言葉にして投げ返す働きかけである。<思いを引き出し整理する><対話を通じて気持ちを立て直す><持っている力を言葉で伝える>の3 カテゴリーから成り立っている。

I 氏は、母の干渉に対する「『大人なのよ、私！』って、『お母さんなんていなくなっって一人暮らししたっていいのよ』との当事者の愚痴や怒りを聞くことや、「本人と接触しながら『何が困っている？何をどうしたらいいと思う？』っていいながら、『今できることはこ

れだよね』って」と、「困りごと」に耳を傾ける関わりをしていた。さらに「でも、『それどう思う?』って感じで。だから、そのためにも、ちょっとイライラを治めるために『どうしたらいいか、プランの紙で書いてみようよ』みたいな感じの話しかけ」をしながら JCP を勧め、気持ちを整理するために筆を執ることで母への不満や葛藤などのく思いを引き出し整理する>働きかけをしていた。

症状の波によって近隣への迷惑行為に至り、アパートの退去を余儀なくされた当事者に対し、I氏は、「でもこんな状態じゃ良くないよ、また入院になっちゃうよって言う」と、過去の失敗を言葉にして問いかける働きかけをしていた。

一方で、「愚痴をこっちがちょっと聞いて、確かに大変だよ」と受け入れつつも、「あなたができることはここもここもあるんだよ、だからちょっと切り替えていこうよ」と、何度でも話し合い仕切り直すことで<対話を通じて気持ちを立て直す>軌道修正を繰り返し働きかけていた。

家族から離れて新しい生活を始めるに当たり、JCP を作成し危機対処を試みるものうまくいかなこともある。そうした時、「今までの人生がうまくいかなかったという不満があるんでしょけど。でもよくやれているよってことは評価していますけれど。本当の最初、家族といる時が大変だったかも。そうかと言って、今が絶対いいとは限らないし(笑)」と、これまでの対処を見直す行動につなげるために、当事者なりに払ってきた努力を言葉で称えることで、新しい困難に直面しても乗り越えてゆけるように働きかけていた。

こうした困難への直面を支える I 氏の働きかけの当事者にとっての意味は、「やはり、関係性でしょうね」、「一気にぼんっと JCP じゃなくて、その中で、あなたが困っている事はなんなのってことを一緒に考えたり、一緒に手伝ったり、こんなのこうやるといいよね、とか、こんなのどうしてるの?とかね、教えてもらったりとか」と、JCP をただ押し付けるのではなく、問いかけと受け止めの繰り返しを通じて、同じ目線に立ち、相互に受け入れた関係性の中で<持っている力を言葉で伝える>関わりができると実感していた。

②【共有の目標の創出と実行】

【共有の目標の創出と実行】とは、危機的状況の対処と目標の創出が同時に進む過程を言葉にして JCP に落とし込むことで、<共有の目標を守る><自分の力で生活している実感><日常の楽しみからの目標創出>の3サブカテゴリから成り立っている。

I氏は、当事者の意向にそった母親から自立するという当事者が決めたことを尊重する支援をしていた。しかし、長い時間で構築された母と娘の関係の再構築は困難であり、「や

っぱり、日が経てば経つほど寄り添っていっちゃう」、その結果、ストレスによって行動化を繰り返していた。

そこでI氏は、「一時間でもそんな（当事者の母に対する不満の）話して不満聞いて。でもそのためにお母さんとちょっと離れて、明日まで頑張ろうとかって約束したりしていった。そんなことを繰り返していた」、すると「その約束は、一瞬一瞬でも守るんです」と当事者が「明日まで頑張る」積み重ねによって「共有の目標を守る」取り組みを続けていた。

家族との分離を機に、当事者は介護ヘルパーを利用していた。ヘルパーが来ると、「お料理作ってもらえる、一緒に作れる、片付けも下手だから手伝ってもらえる」、「今までやれなかったことを、一緒にやれたり、教えてもらったりして」と、JCP にヘルパーと一緒に過ごす予定を立てて記すことで、その日は当事者にとってを待ち遠しい楽しい日となった。

H氏は、こうしたヘルパーと当事者との関わりに注目し、信頼し頼れる支援者を配置することで「日々の楽しみからの目標創出」を促していた。

③＜自分の力で生活している実感＞

＜自分の力で生活している実感＞は危機対処の行動をとりながらJCPを充実させていく過程で当事者自身が自信や効力感を得ていく過程である。当事者とJCPの作成の協働を始めるにあたり、「何がどうなって(イライラするか)って聞いたら、ラジオ聞きすぎたとか、眠れなかったとか」、「外来があるから行くのにすごい緊張するとか」と、「じゃあ何をしたらいいかねってことで何ができる?と聞いたら」と、さらに対処を問いかけると、「じゃあお母さんから離れるほうがいいとか」「自分の部屋で過ごすかとか、居間で過ごすか」と、危機のサインと対処など危機の実感をたどりながら記すことができるようになってきた。また、JCP作成において、I氏から母親との軋轢を我慢しながら一緒に暮らし続けている状態を指摘された当事者が、「そう。気づいたんですね、『おとななのよ、私』って、『お母さんなんていなくなっちゃって一人暮らししたっていいのよ』みたいな」と、新たな自分への気づきを促すようにしていた。さらに、JCPを活用しながら、「今は、JCPというよりも、その都度、その都度、繰り返し伝えているだけでも、結構、自分でハッとするとところ、具合が悪いんだよねってことを自覚するところもある」と、自身の症状の変化に気づけるようにもなっていた。そして、ヘルパーの訪問時に教えてもらいながら料理を作る一連の行動の中では、「そうなんです、作りたいんです、自分でできるんだってという感覚があるので」「家ではお母さんが全部すべてやってたんで、茶碗洗いもしたことないし。やりたかったんです」と、時に、症状を呈しながらも「できる」という感覚の回復を経験し、＜自分

の力で生活している実感>を得ていた。

2) J氏の事例検討

(1)支援対象の当事者の概要

壮年期男性。婚姻歴はないが隣室で妻が襲われているなどの妄想が広がってしまい、怒声、壁をたたくなどの行為によってアパートの退去を迫られたり、迷惑行為で警察介入になり2年間入院した時期もあった。ブツダ、イエスなどに絡む妄想があり、人格否定するような幻聴が聞こえるという症状は持続しているが、JCPを使いながら、独居で2年ほど生活している。

別居している姉夫婦がキーパーソンになり金銭管理の他、月に何度か当事者のもとへ通い、熱心に支えてきた。しかし、姉夫婦の希望は、独居ではなく入院や見守りのある住居への入所である。結局、高齢サービスに切り替わる時期に独居からケアホームへ移り、読書や物書きなどし、落ちついて生活している。24時間対応や家族からの相談もなくなった。

(2)J氏のJCP体験の体験

J氏の共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスの関連図(図13)とストーリーラインを示す。

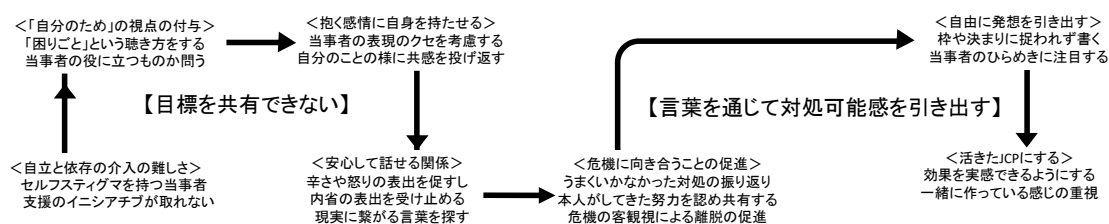


図13 共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセス J氏 訪問看護ステーション 精神保健福祉士

ストーリーライン

自立と依存の葛藤を持つ当事者に対し、【目標を共有できない】状況から、<共有の言葉を持つ>ことで<安心して話せる関係>を築き、<自由に発想を引き出す>ことで危機に向き合っていく【言葉を通じて対処可能感を引き出す】プロセスであった。

J氏の支援体験は、2カテゴリー、7サブカテゴリー、16概念から成る。

①【目標を共有できない】

【目標を共有できない】とは、過去の危機的状況や自身の障害に対するネガティブな思いを、J氏と共有することで視点を変え向き合い、内的処理することである。

<自立と依存の介入の難しさ><「自分のため」の視点の付与><抱く感情に自身を持たせる><安心して話せる関係>の4サブカテゴリーから成る。

当事者に対するJ氏の印象として、『こんなに自分がしてもらわなくてもいいです』っというような考えっていうか、『自分なんか、自分よりもっと悪い人がいっぱいいる』とか。ずっと遠慮している感じ」で「謙虚なところもあるし、なんていうか、障害者というくくりで自分はあまり考えてないってところもどこかではある人」であり、「でも、必ずなにかしら対処していると思う」と感じていた。こうした言動から、危機に対処したいが自信がない思いを両価的なセルフスティグマを持つ当事者と認識していた。

一方で、当事者の家族は、「毎週、家族がお金を管理して」と過剰な介入が目立ち、また「お姉さん夫婦は、僕ら（カ施設）の活動理念に対しては、『社会的にはすごく意味のあることだと思います、でも…』、そこは一般社会人としてすごく応援したいっていう、『ただ、身内となった時には少し不安を感じます』と、協力の姿勢もまた両価的で「常に誰かがいたり『粹』ってというのが欲しい」という本音と建て前をもっていた。

結局、「最初の頃の本人のリカバリープランの目標は『お姉さん達を楽にさせたい』という」当事者の他者寄りの折り合いのつけ方から、支援のイニシアティブが取れない板挟みとなり、I氏は、<自立と依存の介入の難しさ>を感じていた。

そこで、本音の表出が難しい当事に対して、まず、「なかなかさして、『どうしましょうか?』、とか、『あなたの困りごとってなんでしょう?』って」や「訪問看護だと指示箋があつて」と、J氏は「困りごと」という聞き方をする問いかけから関わりを始めていた。「そこから始めるとけっこうみんなしゃべるとか、教えてくれて」と当事者の理解につながった。

さらにJ氏は、当事者の主体性において、「全部、一緒くたで、『まず頓服飲みましょう』」ではなく、「本人に『役に立っている?』と聞く。『頓服薬を使って役に立っている?』って」と当事者の役に立つものか問うとここで、当事者にJCPに対して<「自分のため」の視点の付与>を持たせる促しをしていた

JCPを作成する際には、言語的やり取りに注目し、「思考の癖がある人」であったことから、「本人の言葉に普通の言葉の意味（を照らして）のその辺の理解っていうところで進めていく」「すごく硬い本を読む人だったので、かた—い表現をするとよくて、そこを切ってとって」と、当事者の表現のクセを考慮する工夫をしていた。すると当事者が『実はこんなこと起こっているんですよ、大変だと思いませんか』って、『そりゃ大変ですよ』って（笑）」と、当事者に起きた出来事を自分のことのように共感を投げ返すことによって、当事

者が自分自身を受け入れられるように＜抱く感情に自身を持たせる＞関わりをしていた。J氏が当事者の話に耳を傾けていくと、「単純な話、入院？なんで今まで入院になっちゃってきたのかってことを、そういうことを言われるからすごく嫌なんだってことを（当事者が言う）」という当事者の辛さや怒りの表出を促す関わりをしていた。

そして、「自分としては正義感としてそういう手段が少し荒っぽかったんじゃないかねってことを（伝えると）、本人も『確かにそうですね』って。本人も、望まないことは望まない手段ではあったけど、と」と危機的状況への対処が適切ではなかったと、自身の対処の洞察に至っており、J氏は内省の表出を受け止める関わりをしていた。こうした当事者との内面に触れる対話に対する配慮として、J氏は、「感情で(話をし完結して)してしまうので、一回、認知を挟むとかと」と、現実に関わる言葉を探す配慮を通じて＜安心して話せる関係＞を構築していた。

②【言葉を通じて対処可能感を引き出す】

【言葉を通じて対処可能感を引き出す】とは、＜危機に向き合うことの促進＞＜自由に発想を引き出す＞＜活きたJCPにする＞の3サブカテゴリから成る。

J氏は「困りごと、『本人もなんか邪魔される、世の中に邪魔される、自分はこう思っているんだけどもうまく折り合いつけにくいよね』、と（話をする）」と、危機によって当事者自身も困っている気持ちを引き出す問いかけをし、自身と危機を切り離す危機の外在化を図っていた。

さらに、「誰が困っているかってこともありますよね。それは、実家のときもあるし、家族がどうやらこういうことで困っているらしい」と困り事の内容の整理を助けたり、『『それって家族は困っているらしいよ』と』、当事者だけが背負う課題としてではなく、家族や支援者の全員の問題として危機の共有化を通じて危機の客観視による離脱の促進を図っていた。さらにJ氏は、「実は本人もそれぞれのJCPをもって生きてきてはいる。ただそれがうまくいってない人とかが、それを聞いてみるかもしれない。『こういう時、今までどうしてきたの？』と」と、うまくいかなかった対処の振り返りを投げかけていた。すると、「自分の中で持っていて対処してきているつもり、幻聴が聞こえた時にはこうしてきたけどそれがうまくいってない、みたいな」と、当事者自身が対処を振り返るきっかけを引き出していた。本人がしてきた努力を認め共有する応答をしながら、＜危機に向き合うことの促進＞に向けた働きかけをしていた。

当事者自身にJCPの効果を実感させる関わりとして、J氏は「本人との話で裏紙を使っ

てというのはあるけど、そのほうがやりやすいつてことはある。僕がよくやるのは、『こういう人がいて、この人がいて、こういう時はこういう気持ちが出てくるんだね』っていうのをやっていて。その中に対処とかが出てくるというようなので、それはちょっとお渡しして帰ってくる」と、枠や決まりに捉われず書くことで当事者の集中力やオリジナリティを引き出していた。

また、「今日（の不穏時の対処は）どうする？という時に、『こうこうこうで、じゃあ、僕ら夜、電話するね』とかそういう感じ」と、当事者のひらめきに注目することで JCP に当事者の発想を取り入れるなど＜自由に発想を引き出す＞働きかけをしていた。

さらに当事者が、「幻聴、幻聴であるのはわかるんだけど、それが現実なのかどうかっていうのが落とし込めていない方（当事者）」に対して、JCP の効果を実感できるようにするために、「実際に一緒にやってみて、実際の所どれくらいに下がったのか、10 のうち 6 位とか」や、「敢えてそっちに近づいてみると、実は何もなかった経験とかしてみるとか」と、当事者に理解しやすい方法を試していた。

そうした「ミニ CP みたな（笑）」形の JCP を作ることで、他のアプローチも「実は活きている感じはする。その人と作ってるって感じが」と、一緒に作っている感じの重視をすることで、個別性と機能性の高い＜活きた JCP にする＞感じていた。

3) K 氏の事例検討

(1) 支援対象の当事者の概要

高機能自閉症も伴う男性であった。

幻聴だけでなく、易刺激性のために、周囲環境によっても、症状が出現し、多動や行動化に至りやすかった。また、自宅では、昼夜逆転し夜中にゲームや DVD 鑑賞したり、入浴や食事も疎かな生活をしていて、キ施設には、同居する両親の休息目的もあり、入退院を経て、当施設に入所した。K 氏は退院前訪問から関わっていたが、当事者は入所を頑なに拒否していた経緯がある。当施設に入所後、JCP を初めて作成した。当事者に合った工夫をしながら作成した JCP を活用し、就労支援施設への通所が可能になっている。

(2) K 氏の JCP 支援の体験

K 氏の共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスの関連図（図 14）とストーリーラインを示す。

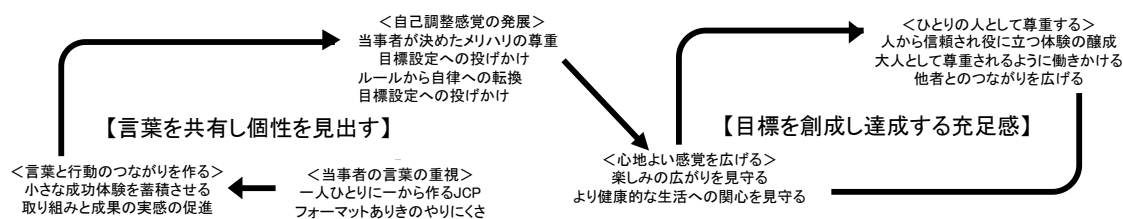


図14 共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセス K氏 自立訓練施設 精神保健福祉士

ストーリーライン

当事者の実感に注目し、【言葉を共有し個性を見出す】ことで日常生活や危機対処の自律性を発展させ、当事者なりのJCPで危機に対処することで、ひとりの大人として職場の役に立ち、【目標を創成し達成する充足感】が醸成されるプロセスであった。

K氏の支援体験は、2 カテゴリー、5 サブカテゴリー、13 概念から成り立っている。

① 【言葉を共有し個性を見出す】

【言葉を共有し個性を見出す】とは、言葉を通じて関わることで当事者の拒否の背後にある個別性に気づき、目標の創成につなげる働きかけのことであり、<当事者の言葉の重視><言葉と行動のつながりを作る><自己調整感覚の発展>の3サブカテゴリーから成る。

K氏のJCP作成の取り組み方として、<当事者の言葉の重視>するやり方から、「一から一人ひとりを創る感じなので」と、一人ひとりに一から作るJCPを目指していた。しかし「本人と病気のことを突き合わせて話す」ことに対する「医療（職）じゃない人間なのでやりにくさ」があった。そのうえ、病棟仕様の「フォーマットがドンッと来て」、地域生活では「使えない」内容と枠組みで構成されたJCPに対して、「難しくて」「抵抗感」があったとフォーマットありきのやりにくさを感じていた。

当事者は、「もともとお薬、定時でしっかり飲める人だったんですけど、頓服は嫌いで、JCPを使って飲んだほうがいいんだってわかるようになって。で、飲んでくれるようになって」と、取り組みと成果の実感の促進をし見守っていた。最終的には「自分からも飲めるようになって。ヒルナミンを飲んで本人が対処できて、入院しないって本人がわかったんですね」と、対処が自分のメリットになる小さな成功体験を蓄積させることで、<言葉と行動のつながりを作る>働きかけをしていた。

<自己調整感覚の発展>とは、それまで、症状が目立っていた当事者は、「作業中は一言も出ないらしい、独語が静かで。で、昼休みになると、ずっと伏せていて。でもここ（キ

施設)では逆に自由で。休息に来ているので、もうお母さんのレスパイト目的もあるが、ここでは本人もゆっくりするって決めていて、でも大声出しながらその辺を走っている(笑)」と、当初はルール化した危機対処を、当事者自身がJCPの繰り返しによって感覚的に身につけていた。そして、当事者はその感覚をもとにした当事者が決めたメリハリの尊重を通じて、自身のしたい生活に応じて、自分で作った危機対処のルールから自律への転換を自ら図っていた。

また、当事者なりにJCPの使い分けをするようになっており、「自分でわかって調整もできるみたいですね。本当に、自分で、入院という字や「赤」色が『嫌』だ、自分はそこまで具合悪くないって思えるみたいだな」と、貼られている色のJCPを見ることで、当事者なりの危機レベルの対処や、逆に、そうならないための注意喚起として用いられるようになっていたK氏は、「自分のこと自分でできる様になってみたいな。ペースを作って、ハマったんですね、型に。」と、<自己調整感覚の発展>を見守っていた。

さらに当事者は、作業所で課されている検便に対して、「はじめは検便の仕方もわからないから嫌だって言っていたのが、パン作りたいたらって言って、じゃあ、検便やれるようにと毎月検便ちゃんとやって」と目標設定への投げかけをしていた。

その上、「ここで健康管理のこともするので、体重とかも気にするようになって、二駅前から歩いて帰るようになって、それでちゃんとセルフケアもできる様になって」「短期入所なんですけど、今、2年半位、付き合っているんですけど、どんどんどんどん、成長して」と、<自己調整感覚の発展>から成長を見守る支援をしていた。

②【目標を創成し達成する充足感】

【目標を創成し達成する充足感】は、危機の対処の獲得のために、まず<心地よい感覚を広げる>ことで体験をし、<ひとりの人として尊重する>ことで自立して危機対処ができる自信を与えるプロセスであった。

<心地よい感覚を広げる>とは、以前は来所を嫌がっていた当事者が、最近は「でも来ると楽しいになって、でも、小言言われるのは嫌になって。でも一人で、電車で乗り換えがあっても映画を観に行くし」と楽しみの広がりを見守るようになっていた。さらに、「ここで健康管理のこともするので、体重とかも気にするようになって、二駅前から歩いて帰るようになって、それでちゃんとセルフケアもできる様になって」と、楽しみからより健康な生活への関心を見守る<心地よい感覚を広げる>ことで、症状を抱えていても危機対処によって生活は拡大していた。

また、JCPにK氏は、当事者が「もう一人で任せられて、お仕事を。すごく頼られていて」と、人から信頼され人の役に立つ体験の醸成によって、危機的状況のリスクや症状に左右されず、仕事を楽しみながら遂行できていた。

しかし一方で、家族や当事者自体に、<ひとりの人として尊重する>働きかけを意識的に行う必要もあった。当事者の成長に対する家族の過保護な接し方について、「大人としてももちろん、私たちは支援するが、ご家族は、まだまだ下の名前で「ちゃん」とか呼んでいた。ずっと抱えて子ども扱いしている」状況であった。そこでK氏は家族に対して『大人の働いている息子さんっていう風に切り替えて声かけしてみてください』ってアドバイスをして」と、当事者が大人として尊重されるように働きかけることで、家族に対しても、自立を視野に入れた当事者との関わり方の支援をしていた。

当事者が才施設を利用して2年目になるという。「年賀状をこの施設宛てにくれる様になって。その後すごく感動したのが、日中通っている作業所で一泊旅行に行った、温泉に。そうしたら、温泉まんじゅうをここのスタッフに買ってきてくれて」「気遣いみたいのも出てきたりして、情緒的な変化も出てきて」と、他者とのつながりを広げる当事者を<ひとりの人として尊重する>キ施設が居場所となるような環境を作り、働きかけをしていた。

4) L氏の事例検討

(1)支援対象の当事者の概要

病状が激しく自殺企図を繰り返す20代男性利用者。家族の受け入れがないために実家に退院することができず、しかし、退院したいために当施設に入所した。アルバイトなどの就労を希望しているが、日中は幻聴が強く引きこもっていることが多い。JCPを作成し、危機時の短期入院を盛り込んだ。実際にJCPに従い、自分の希望で退院できることを主治医と約束し、任意入院をした。主治医は薬物調整のために入院延期を希望したが、本人の意向に合わず退院した。この短期入所が危機対処として当事者に受け入れられ、JCPを用いて生活を継続している。

(2)L氏のJCP支援の体験

L氏の共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスの関連図(図15)とストーリーラインを示す。

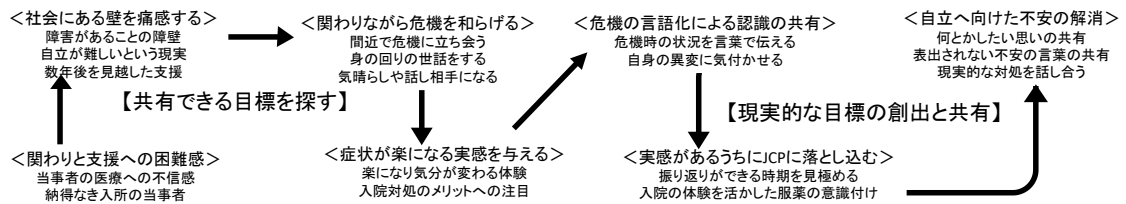


図15 共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセス L氏 グループホーム 精神保健福祉士

ストーリーライン

目標なく入所してきた当事者に対して、【共有できる目標を探す】ことを目指し体験の共有を通じて、【現実的な目標の創出と共有】の力を引き出すプロセスであった。

L氏の支援体験は、2 カテゴリー、7 サブカテゴリー、17 概念から成る。

① 【共有できる目標を探す】

【共有できる目標を探す】とは、治療に対する理解が乏しく、また行き場がないため入所してきた、従って目標を持たない当事者に＜関わりと支援への困難感＞を覚えつつ、当事者の危機に立ち会い、＜関わりながら危機を和らげる＞＜症状が楽になる体験を与える＞ことを通じて状況を言葉で伝え、＜社会にある壁を痛感する＞専門職の懸念を解決すべく、目標を共有し課題に協働するための言葉の共有するプロセスであった。

当事者の入所について、L氏は、「行くところがなくて本当は单身（独居）したいけど、病院としてはグループホームで、と。もともと本人も実家の離れで暮らしていたが、そこで結構な大騒ぎになっちゃって、戻れないって事情があっとうちに入って来た」と、そもそも納得なき入所の当事者であった。

当事者の側の要因として、危機的状況に陥り何度も入退院しているにもかかわらず、「『自分はやっぱり間違っていない』の一点張りになっちゃうので」、また「この方は、入院になって初めてその後に（JCPを）作ったって人で、それまではずっと拒否的な人で」、「やっぱりちょっと今までの入院に良くないイメージがあっって強制になっていたようだ」と、当事者の医療への不信感がある中で、JCPへの積極性がなく＜関わりと支援への困難感＞につながっていた。

また、「この近辺は精神（障害者）っていうと、（部屋を）貸してもらえないくらいにもなっているので。厳しいですね」と、障害があることの障壁を感じ、結果として退所後も「今、本当に課題なのが、次に行ける場所が少ないということ」と、自立が難しいという現実に、L氏は＜社会にある壁を痛感する＞思いを持ちながら支援をしていた。

さらに、当事者がゲームで課金し大金を失ったことから、「お金（自己管理）は難しい。現実的にグループホームを出てしまうと、お金を管理するサービスはないし」と、退所後の支援ニーズと利用できるサービスの兼ね合いを考え、生活スキル獲得の支援していた。従って、この施設では「お金は毎日手渡しで。そういう方はクライシスというよりは生活を維持するために、次の行き場所をとにかく早い段階で見つける」と、退所後の自立可能性の見極めをしながらの数年後を見越した支援を行っていた。

当事者と専門職の危機状態の認識の共有について、「危機に対処するときに、自分が気持ちを紛らわせる方法とかを JCP の中に盛り込む」だけでなく、「本当に、緊急で死にたい衝動が強くなるとか、幻聴で大声出すとか、そういうときで」とあるという。それは「入居者の方もこれはまずいんだなって」さらに、「実際、目の当たりに見てきているので、介入のしやすさはあるのかもしれない」と、間近で危機に立ち会うことで危機状態の理解を共有することの有用性を感じていた。

L 氏が危機時以外の当事者との日常生活支援の関わりでは、「日中はお薬（の確認）」「行けない方は買い物と一緒にいたり、お散歩行ったり、近くのプールと一緒に連れて行ったりとか」と、気晴らしや話し相手になるという。また、「どちらかという、自立度の高い方は、ある程度、自分でできちゃうんで。（病状の）重い方は、買い物行ったり、手続き系も一緒に」、さらに時には「家族からこんなこと言われてとか、もう、ギャンブルで使っちゃってお金なくなったって、とか。今、〇〇駅から帰れないんですって（笑）」と、身の回りの世話をするなど、＜関わりながら危機を和らげる＞支援をしていた。

この様に L 氏は、「関係性を大事にしながらやりたいことを、でもちょっと最低限の通院と薬飲んでということ個別に盛り込みながら」と意識し、JCP の作成につなげた。その結果、「その方は休息で入院するという方法をやっとなんか飲んでくれて、それがやっぱりよかった」、その理由として「任意で退院できるってことが本人の希望で、安心感であったので」「JCP が初めて（危機の対処に）調整がかけられた」と、当事者の楽になり気分が変わる体験につなげることができた。「今回この JCP の一つの方法として、ずっと（症状の苦痛を）我慢して過ごすのではなく、入院して楽になるということが一つ必要だったというのが認識できたという部分は大きかった」と、入院対処のメリットへの注目を促す体験になり、＜症状が楽になる実感を与える＞ことができた。

② 【現実的な目標の創出と共有】

【現実的な目標の創出と共有】とは、＜危機の言語化による認識の共有＞を通じて＜実

感があるうちに JCP に落とし込む>ことで、JCP を用いて自分の力で辛さを緩和できたことで<自立へ向けた不安の解消>にいたるプロセスであった。

こうした危機に対処し当事者自身が楽になる体験を共有できる立場を活かし、L 氏は、「初めは、私たちもご本人のことがよくわからないので、実際は、それ以上に客観的にこういう風に見えるよって言ったほうが入る場合もあって（中略）」と、危機時の状況を言葉で伝える方法も取っていた。

一方、当事者自身も「初めのちょっとした兆候は本人も感じるので、睡眠とれなくなるとか、食事が自分にとって一番大事」と自身の異変に気付かせる体験の振り返りを促していた。「結局、幻聴が自分で認識が出来ていて、強くなって、しんどい、辛いつて認識をもっている方のほうが入りやすい」と、当事者の<危機の言語化による認識の共有>方法の有効性を実感していた。

入院を JCP に盛り込む働きかけとして、まず、「こちらに初めて入るって方に聞き取りしてもあまり本人も“やらされている感”が強くてという印象がある」ため、入院時訪問を重視し関わっていた。そして、危機対処の体験を JCP に落とし込む手順として、「退院時は一番いい」、「一回入院を経て、そのあとにすぐに振り返りが深い時に JCP を立てたほうが、より本人は浸透しやすいというか、入りやすい」と退院直後の振り返りができる時期の見極めとを考えていた。さらに、「比較的、入院期間の短い方のほうが作ってもらったやつも地域で暮らしたときに悪化した時の内容とすごく合っている」、また入院中の振り返りについて、「もう話が聞けないくらいに（悪化状態に）なってしまっている時は何言ってもダメです」と、入院の体験を活かした服薬の意識付けを通じて<実感があるうちに JCP に落とし込む>働きかけを進めていた。

危機状況の自覚の促しに続き、「緊急の時、入院するとか早めに先生のところに行って頓服をもらうとか、そういうことを本人（の理解）がずっと入っていくのかどうかでとこで、納得して。」と、JCP の危機対処に入院を盛り込むことができた。

危機を脱し、症状が落ち着いてくると「働きたいというのと、やっぱりお金の管理とか生活するための身の回りの事とか」や、「日中落ち着いてきているので、アルバイトも含めて、日中活動を考えている（中略）」と、自分のことを自分で何とかしたい思いの共有をしていた。一方、L 氏は「いろんなことが起きるなかで、ここにいられなくなっちゃうっていうのも、本人もやはり気になっているのではないかと、当事者にとっては自立へ向けた表出されない不安の言葉の共有を意識していた。そこで I 氏は、L 氏は、「ギャンブルが

趣味だとかだと全部持って行っちゃったり。でも、それはそれで楽しみとして月に一回はまとまったお金で行こう」と、現実的な対処を話し合う機会を作っていた。しかし、「でも完全に平穩に暮らせるか」というと、それは難しいので、リスクを回避しながら「個別支援と一緒に考えていく」と、不安をも共有する関係性を大事にして、当事者自身の自立へ向けた不安の解消を目指し支援を続けていた。

2. 24時間型生活支援施設におけるJCP支援のプロセス

24時間対応を精神科訪問看護ステーション、宿泊型自立訓練施設およびグループホームから成る24時間型生活支援施設でのJCPの個別の支援体験の個別事例分析の結果をもとに、統合失調症当事者のJCPの支援において、それぞれ、共有の言葉を創る関係性の構築、力が引き出されるプロセスおよび地域を含めた連携支援について、支援で起こる相互作用を検討した。

当事者との共有の言葉を通じて専門職が行うJCPの個別支援のプロセスについて、各個別事例の分析で得られたサブカテゴリーの共通性に着目して塊を作りカテゴリーにして命名し、カテゴリー間の関連性や流れを見ながらテーマにまとめ、支援プロセスの関連図にまとめた（図16）。

24時間型生活支援施設では、共有の言葉を創る【依存からひとりの人としての自立を促していく関係性の構築】を通じて、【自分の力で生活してゆける実感を育む】ことから【地域生活の目標を自分で創る】相互作用のプロセスであった。

< >サブカテゴリー <> カテゴリー、() テーマ、アルファベットは対象者を示す。

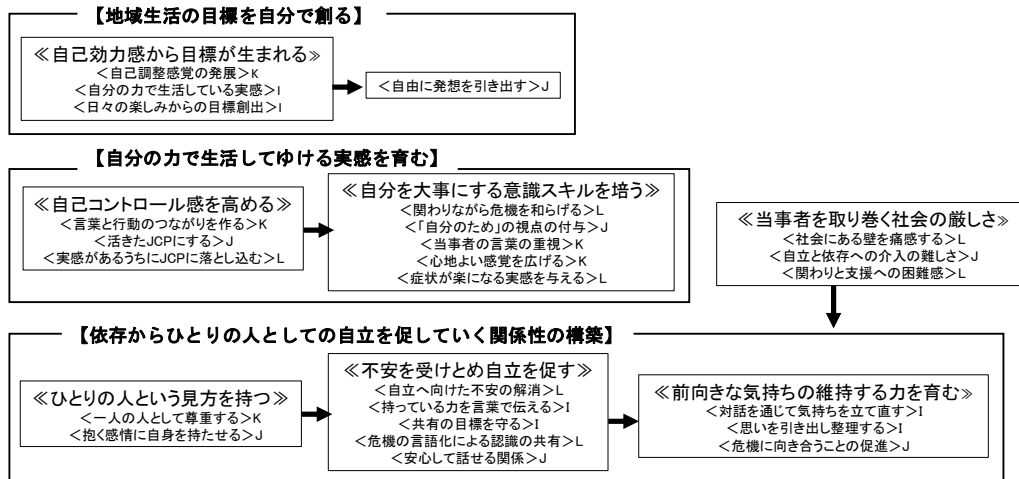


図16 24時間型生活支援施設におけるJCP支援のプロセス

1) 【依存からひとりの人としての自立を促していく関係性の構築】

【依存からひとりの人としての自立を促していく関係性の構築】は、専門職として《当事者を取り巻く社会の厳しさ》の経験的な理解の上に、支援に対する困難を感じていた。だからこそ、言葉を共有し、当事者を《ひとりの人という見方を持つ》立場に立ち、《不安を受け止め自立を促す》ことで《前向きな気持ちの維持する力を育む》プロセスであった。

専門職は、退院してきた当事者が地域で自立を支援するにあたり、《当事者を取り巻く社会の厳しさ》を懸念していた。施設の保護的な環境とは違い、地域では障害者であるために住居の賃貸や就労などで受ける偏見や差別的扱いがあるという《社会にある壁を痛感する》体験をしていた。一方、当事者は、退院直後であることによる環境変化や症状の不安定さがある中でも自立を目指した地域への適応をもとめられていることで、そうした当事者に対する《自立と依存への介入の難しさ》と《関わりと支援への困難感》を感じていた。

こうした自立と依存の葛藤に揺れる当事者の支援に対して、専門職は《不安を受け止め自立を促す》支援を行っていた。

まず、《自立へ向けた不安の解消》を図るために、当事者の不安な思いを引き出せる共有の言葉を創る働きかけをし《安心して話せる関係》を大事にしていた。

また、当事者ができること、これまでしてきたこと、もっている強みなど、当事者が《持っている力を言葉で伝える》働きかけを関わりの中で積み重ね、《危機の言語化による

認識の共有>を進めていた。その上で生活の楽しみや、反対に我慢や待つことなど、努力をともにし危機対処の小さな目標を達成できるように「約束」することで、専門職もそのことを覚えて一緒に担い、励まして<共有の目標を守る>支援をしていた。

また、専門職は、依存と自立にゆれる当事者に自立を促す支援として、《ひとりの人という見方を持つ》立場に立って関わり支援をしていた。当事者が語る言葉に耳を傾け、当事者が抑圧していた気持ちについて、<抱く感情に自身を持たせる>ことで、当事者への共感を伝えることで自己当事者の肯定感を高めたり、専門職自身だけでなく当事者の家族や周囲に対しても<ひとりの人として尊重する>関わりを促していた。

そうした関わりは、精神障害者が生きにくい社会にあっても、当事者の精神障害を持った人としての側面だけでなく、地域に参加し生活し、目標や思い、考えを持っているひとりの人として支援を受けられるための周囲からの理解の深めることを目指していた。

こうした関わりを通じて、専門職は、生きづらさを感じるがあっても、当事者の《前向きな気持ちの維持する力を育む》ことを目指して支援していた。当事者の意向に反して入所することになってしまった気持ちを汲み取り、<対話を通じて気持ちを立て直す>ことや<思いを引き出し整理する>関わりを通じて、<危機に向き合うことの促進>を図っていた。

2) 【自分の力で生活してゆける実感を育む】

【自分の力で生活してゆける実感を育む】とは、共有の言葉を通じて引き出される当事者の力である。専門職が、当事者自身が《自分を大事にする意識スキルを培う》ことで危機対処できた体験を実感する《自己コントロール感を高める》働きかけをすることである。<実感があるうちにJCPに落とし込む>ことで、<言葉と行動のつながりを作る>ことができ、形骸的でなく活きたJCPにする>ことが出来ると考えていた。

また、専門職が当事者の<症状が楽になる実感を与える>に寄り添い、<当事者の言葉の重視>して<関わりながら危機を和らげる>支援を行ったことで、<心地よい感覚を広げる><「自分のため」の視点の付与>を促す関わりであった。

3) 【地域生活の目標を自分で創る】

【地域生活の目標を自分で創る】は、共有の言葉を通じたJCP支援で築かれた当事者と専門職との二者関係が発展から地域包括支援への波及についてのカテゴリーである。

心地よい生活から導き出された目標に柔軟に取り組みめるようにする支援で、《自己効力感から目標が生まれる》ように働きかけによるものである。

JCP を用いて、当事者自身が頓用薬の使い方など、自分なりの目印や使いやすい方法で作成し活用しやすくすることで、対処の効果があがり<自己調整感覚の発展>につながっていた。こうした感覚は、約束した対処が遂行できた時のように<自力で生活している実感>を当事者に与え、その積み重ねとして<日々の楽しみからの目標創出>へ導く<<自己効力感から目標が生まれる>>流れにつながっていた。自分なりの対処法を想起するなど<自由に発想を引き出す>関わりをしていた。

C. 通所型社会復帰支援施設に所属する専門職の JCP の支援体験

通所型社会支援施設の専門職 3 名は、全て精神保健福祉士である。個別の事例検討では、支援対象の当事者の概要を示した上で、個別支援の体験について、当事者の「力」を引き出す相互作用のプロセスの関連図とストーリーラインを示した上で、カテゴリー、サブカテゴリー、概念を説明しながら支援体験を記述する。

1. 事例検討

1) M 氏の JCP の支援体験

(1) 支援対象の当事者の概要

20~30 歳代の女性でグループホームに住み、就労支援 B 型に通所しながら、時折、ヶ施設を利用している。M 氏は、多施設間連携支援のとりまとめ役になっている。当事者の危機的状況は、就労支援での対人関係や作業の困難に端を発した問題として起こる。仕事に行けなくなり 2 カ月ほど休んでしまったりしたこともある。また、危機が起こるたびに、適切な相談ルートを逸脱して、いろいろな人に相談してしまい、支援機関間でも混乱が起こる。本人の危機の表現方法が歪み、「胃が痛い」などの身体症状に置き換わるため、さらに混乱を招いたり、入院を望んでいないのに入院対処に持ち込まれたりしたことがあった。JCP には『役割分担表』と名付けている。

(2) M 氏の JCP 支援の体験

M 氏の共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスの関連図とストーリーラインを（図 17）に示す。

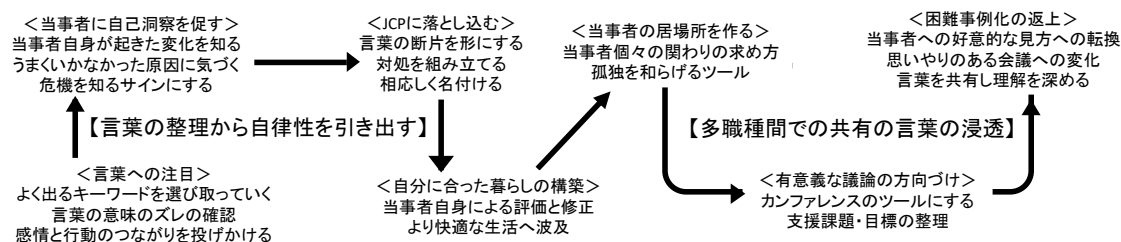


図17 共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセス M氏 地域活動支援センター 精神保健福祉士

ストーリーライン

多職種連携による援助関係が未構築の当事者に対して【言葉の整理から自律性を引き出す】ことで危機対処につながる支援者とのコミュニケーションの構築ができ、【多職種間での共有の言葉の浸透】により当事者に対する理解と支持的支援が広がるプロセスであった。

M氏の支援体験は、2 カテゴリー、6 サブカテゴリー、15 念から成り立っている。

①【言葉の整理から自律性を引き出す】

【言葉の整理から自律性を引き出す】は、専門職と当事者が、危機的状況の時に当事者がよく用いる<言葉への注目>を通じて、<当事者に自己洞察を促す>ことでキーワードを<JCPに落とし込む>協働作業によって、<自分に合った暮らしの構築>を図るプロセスであった。

M氏は、<言葉への注目>から意識的にJCPの作成に取り掛かっていた。

「本人が『楽しい』っていうと、楽しいとどうなるの？楽しいてどういう時なの？私の思っている楽しいと利用者の思っている楽しいは基本的に違うかもしれないってことを前提に」と、感情と行動のつながりを投げかける会話を行っていた。その中で、「『その表現よく使うよねー』とか、だから、JCPじゃなくても、常に聞き直します、面談でね。だから(キーワードの)材料をもっている事が結構多い」「ほとんどの利用者に、JCPを知ってから、言葉の意味のそういうのを始めている」と、言葉の共有を重視し、面談でよく出る当事者独自のキーワードを拾う関わりを意識的に行っていた。

その上、言葉を通じた当事者との意味のレベルでの言葉の共有が必要であるため、「こちらであてはめちゃうと意味がない。『運動する』なんて書いていてもわからない、でも『自販機に歩いて行く』って書くと、実行する、本人の中で『運動、活動』なんです」と、言葉の意味のズレの確認を行う必要性を感じていた。

この様に、よく出るキーワードを選び取っていく作業を通じて、「そこまで整理をして会議の場で活きたり、そこまで整理はできないから事前にその話は土台として踏んでおい

て、言葉のチョイスをもらっておいて、そのパズルを、こう、カンファレンスの場で当てはめてみる」と言葉の共有を深めて作成した JCP は、支援全体の方向付けをするツールにも発展していた。

こうした当事者と専門職との危機対処のキーワードへの注目と共有の言葉の吟味は、<当事者に自己洞察を促す>ことにつながっていた。

これまでの対処に対して、当事者は「これはやり方を間違ったと思ったみたいで、『違う方法だった、私の問題はここじゃなかった』と、時間が経つと気づける」と、当事者自身が起きた変化を知る気づきとなり、うまくいかなかった原因に気づくきっかけとなっていた。さらに、JCP は、「本当に自分のことを知るための資料パターンでもある」と、自分の危機を知るサインにするためのツールでもあり、<当事者に自己洞察を促す>プロセスが含まれていると実感していた。

こうした共有の言葉の吟味を通して、<JCP に落とし込む>作業が進められていた。

例えば、『胃が痛い』はキーワードで、よく出る言葉みたいに出るキーワードで、電話のなかで、相談の中で出るキーワードを、これってこういう事だよ、って当てはめパズルをしていく感じ」と、言葉の断片を形にする作業から取り掛かっていた。そして、『ヤバい』も度合いがあって、こういうそういう時に『ヤバい』じゃないほうがいいのかもねってことと(中略)「意味を確認する」と、行動とその意味を説きながら「とにかく本人の言葉を黄色信号に当てはめていく」ことで対処を組み立てる働きかけをしていた。

そうしてできた JCP には、当事者自身が「自分の『ヤバい』サインノート」と相応しく名付けることで、実際に活用できる<JCP に落とし込む>作業をしていた。

こうして作った JCP の活用の目標は、「本人が『書き直す、実情に合っていないから書き直す』というくらい本人のものに持っていけたらいいなど。そのために、よくわからない言葉だけど、全然、そんな話は聞いたことないけど、本人が『入れろと言うなら入れるよ』って(笑)」「アロマとか？って心の中で(笑)。でも、本人はそれがカードとしているのなら、『どうぞ』って。」と、当事者なりの使い方の尊重をし JCP を作成していた。

JCP 作成を通じて、当事者とは「ヤンヤン言いながら、結構楽しく落とし込む作業をしている」、JCP の見直しは、「3か月後くらいに『本当にやった？活用あった？』って聞くと『あった』って。『よし、じゃあ入れるか』って(笑)」、反対に、使われなかった対処には、『ブームだったただだね』って言っている。それくらい返してくる(笑)」と、JCP について当事者自身による評価と修正によって、当事者が納得する JCP にしていた。

さらに JCP の活用が進むと、「もう危機的状況に近いものはほぼなく、どちらかという
と体重が増えすぎて、そちらにスポットがあたり始めてきている」と、精神症状による危
機だけでなく、項目を付け足し、健康管理や日常生活の改善などより快適な生活へ波及も
見られ、当事者は<自分に合った暮らしの構築>に向かっていた。

②【多職種間での共有の言葉の浸透】

【多職種間での共有の言葉の浸透】は当事者が自分に合った暮らしを考え、多職種との
コミュニケーションや援助関係の構築が図られたことで<当事者の居場所を作る>ことに
つながった。こうした安定した援助関係によって、多職種間でも当事者の理解が深まった
ことでカンファレンスでの<有意義な議論の方向づけ>ができ、当事者の<困難事例化の
返上>されるプロセスであった。

JCP の活用が進むプロセスは、専門職との関わりを通じた<当事者の居場所を作る>働
きももたらしていた。

危機対処できるようになってきた当事者は、「その方 GH にも入っているので、ほとんど
ここには（来ない）。ただ『死にたい』が入るとこっちに来る」「死にそうな顔して（笑）。
猛アピールで」や、JCP のモニタリング用紙を持参し「それを先生（主治医）に見せて、
関係者にこうやって見せて、印鑑をもらう、『できているね、がんばれているね』と言われ
て」いる当事者もあり、当事者個々の関わりの求め方に発展していた。

M 氏は、社会復帰が進んでも「（当事者が相談できる）居場所があって、必要とされてい
て、孤独ではないところの中でのモニタリングなので」と、当事者にとって JCP は孤独を
和らげるツールであり、それは「今、私がやっている二人だが内容も違っている。でも二
人とも楽しく活用しているかなと当事者個々の JCP の意義の理解によって物理的な意味で
も<当事者の居場所を作る>ツールとなっていた。

こうして当事者の支援者への関わり方や求助の方法が変わったことで、当事者が「カン
ファレンスで、起きたことを確認して」、その上で、「本人の動きのパターンをみんなで共
有した上で、本人が自分の言葉で上手に相談する方法で、適切な場所に相談できる方
法を考えようってことで、（JCP を）作り直した」と、カンファレンスのツールにすること
で、「自分で適切な場所に、適切な方法できているのかなっていうのが、（JCP の）紙が
あるとわかってくる」ので、適切な支援者につなぐために「こうやって相談するほうがい
いんじゃないとか返せる」と相談経路の整理をすることで、支援課題・目標の整理をする
ことができ、<有意義な議論の方向づけ>の役割を果たしていた。

こうして、専門職と当事者の関わりが変化し、援助関係が円滑に働くようになると、当事者の〈困難事例化の返上〉に至った。

JCP を導入する以前は、当事者の危機的状況に際する混乱によって、支援者間で当事者は「困難事例」化していた。しかし、支援チームが JCP を共有することで、「どういうことが本人にとってサインになるのかってことが本人も、本人に関わる周りもわかることによって、すごくカンファレンスとかで『あの人、困っちゃったよね』ってなりがちになるものが、そのサインをもとに話ができるので、『こういう所がすごく良くなってきたよね』、とか。周りはこの反応は、前ほどワーワーしなくなったよねって話で」と、当事者への好意的な見方への転換が生まれた。

そうした転換をもたらした当事者の取り組みとして、専門職間の「皆が見ようとするものが似てくるので、そういった意味では、すごくご本人さんらしさとかは、ちょっと色々大変だが、そういうところがあったかいカンファレンスができる様になってきた」と、当事者に対して、思いやりのある会議への変化と感じていた。

そもそも地域でのカンファレンスとは、「症状の対処っていうよりは、生活をどういう風に暮らしていくかという、ここで楽しく生きてくためにはどうするかって話であって入院させるためにどうするかっていう話ではないじゃないですか。本人はこの方がこのやり方がすごくあったし、支援者も自分の仕事はこれかって」と明確化されるようになった。こうして、JCP を通じて、多職種それぞれが当事者に耳を傾け言葉を共有し理解を深めるようになることで、当事者の〈困難事例化の返上〉につながっていた。

2) N 氏の JCP の支援体験

(1) 支援対象の当事者の概要

統合失調症 軽度の知的障害ももつ 50 歳代女性。4 年半前くらいから、認知症の母親の介護をしながら二人で暮らしながら、就労支援 B 型に通所している。過去には、一般就労などもしていた。しかし、この数年、母親の介護が当事者にとって大変になってきたため、保健所などが介入し、母子を分離させ、双方が GH に入った。その GH では、日常生活や訪問看護などの支援に恵まれ、生活も安定し活動性も高まり、就労支援 A 型にも通い始めている。当事者は、もともと他者コミュニケーションが苦手であったが、SNS 等を通じて、ストリートミュージシャンに傾倒し、ファンクラブに加入し熱心に活動するようになった。しかし、その集団の中でトラブルが起これり、落ち込むことが多くなった。現在は、

キ施設の他、就労支援施設 A 型と訪問看護を利用し、当事者の目標は、一般就労か障害者枠で就労して生活保護から自立することである。

(2)N 氏の JCP 支援の体験

N 氏の共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスの関連図とストーリーラインを（図 18）に示す。

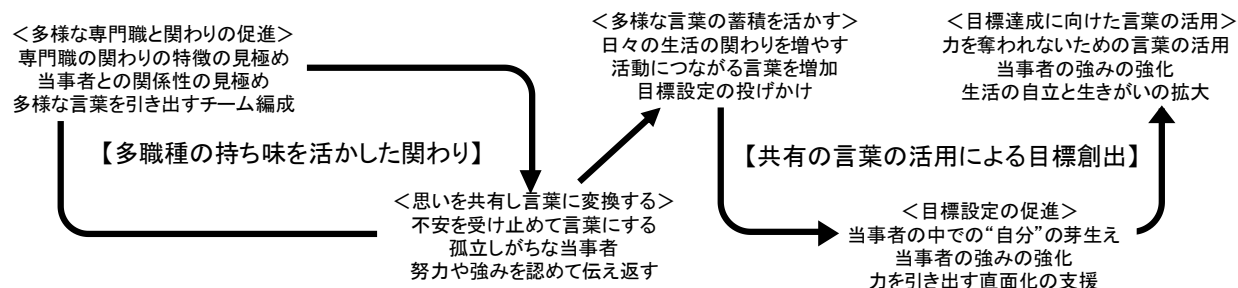


図18 共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセス N氏 地域活動支援センター 精神保健福祉士

ストーリーライン

対人経験が少なく孤立しがちな当事者に対して関わる【多職種の持ち味を活かした関わり】を通じて【共有の言葉の活用による目標創出】し、目標に向けてさらに人と関わる体験を積み、関係が広がるプロセスであった。

N 氏の支援体験は、2 カテゴリー、5 サブカテゴリー、15 概念から成り立っている。

①【多職種の持ち味を活かした関わり】

【多職種の持ち味を活かした関わり】とは、＜多様な専門職と関わりの促進＞によって対人コミュニケーションが発展してくると、他者と＜思いを共有し言葉に変換する＞経験の少ない当事者がっていく循環性のあるプロセスであった。

まず、訪問看護師の導入の際に、「この人とすごく合いそうな人がいたので、相当、元気づけてくれそうな人だったので、ピンポイントで」と、専門職の関わりの特徴の見極めをしていた。その上で、「その訪看さん、かなりびしっぴしっという人（笑）、たぶん、直面化させるんですね」と、一方で「私は割と優しく関わったり、刺激しないようにという感じ」と、当事者との関係性を見極めをした上で、当事者にとって多様な言葉を引き出すチーム編成の＜多様な専門職と関わりの促進＞を働きかけていた。

幻聴が増強した当事者に、「（当事者が）落ち込んだりした時は、ダイレクトに電話してきてもらう」や「頻回に訪問してくれたり、すごく助けられていると思う」と支援者を配置し当事者を支えた。さらに職場で泣いてしまった時は、「その都度、職員に『面

談をお願いします』って」と、それぞれの場の専門職が不安を受け止めて言葉にする働きかけをしていた。一方N氏は、当事者には「結構頑張ってきている人」と、当事者の努力や強みを認めて伝え返すことで＜思いを共有し言葉に変換する＞関わりをしていた。

こうして当事者を多様な関わりで支える体制を構築した上で、＜思いを共有し言葉に変換する＞働きかけをした。N氏は、もともと他者とのコミュニケーションに乏しく、孤立しがちな当事者が、家族と分離したことで危機が増強しつつあった。

②【共有の言葉の活用による目標創出】

【共有の言葉の活用による目標創出】とは、多様な関わりを通じて多様な言葉を共有する当事者に、さらに就労のステップアップを果たし、趣味活動などの＜多様な言葉の蓄積を活かす＞働きかけを通じて、当事者が望む＜目標設定の促進＞とその＜目標達成に向けた言葉の活用＞の促進をするプロセスであった。

N氏は、当事者に対して、多様な専門職との多様な関わりを活かし、さらに＜多様な言葉の蓄積＞を目標設定に活かすことにした。

当事者が暮らすGHの職員の支援では、「そのGHでは職員さんも良い関わりをして下さって」と、日々の生活の関わりを増やす支援者がいることで、「食事面なんかも充実していると（様子が）変わってきた、活動的になってきたっていうか、しっかりしてきたっていうか」と、活動につながる言葉の増加という当事者の変化を捉えていた。この様に生活の支援を行き渡らせることで「体力的にも問題ないのではないかって。今、そういう（就労移行施設への）支援も少しずつ入ってもらっているの」と、目標設定の投げかけを行えるようになるなど、＜多様な言葉の蓄積を活かす＞関わりができるようになっていた。

次に、N氏は、当事者の＜目標設定の促進＞につなげることにした。

当事者は、たびたび就労支援施設で他の利用者から言葉の攻撃を受けていた。それに対し、N氏は、「『仕事はしっかりできていて通えているし、別にその人からお給料もらっているわけじゃないんだから、別に気にすることないじゃない』と、いつも私はそうフィードバックする」と、当事者の強みの強化の働きかけをしていた。すると当事者は、「『そうですよね、別にその人の事を気にすることはないですよ』って。強くなってきました」「少しずつ自信がついたんだと思う」と感じていた。

また、訪問看護師との関わりを通じて、当事者は「私の悪いところはこういうところだからっていうのをバシっといってもらって、そこはやっぱりこういう風にしたほうがいいんじゃないって言ってもらって、少しずつできる様になってきて、傷つくことが少なくな

ってきたんだと思う」と、当事者から力を引き出す直面化の支援の関わりの効果を感じていた。

一方、今では、訪問看護師との関わりから、「その（ファンクラブ）中で排除されちゃって大変なんだけど、でも、中でもそのアーティストが好きだから行きたいんです、みんなに排除されるんだけど、(笑)」「それでまあ少しずつ距離を取りながら応援する、と」と、当事者の中での“自分”の芽生えを感じく目標設定の促進に活かしていた。

最近の当事者は、「今はA型（就労施設）に行っている。もう丸2年、A型にしっかり通っている」「いま、就労の話も始まっている。障害枠で就労したいって」、そしてその先には「生活保護を脱して自立したいっていう希望があるので」と生活の自立と生きがいの拡大に発展していた。過去には就労施設で泣くことのあった当事者が、「最近はその面談もなくなってきましたよねって、施設の人も言っている」「大分、そういう（職場で泣く）ことが減ってきて、何か言われても『そういうのが気にならなくなりました』、とかつていう風になってきた」と、力を奪われないための言葉の活用で気持ちを処理できる変化が生まれ、目標達成に向けた共有の言葉の活用がなされていた。

3) O 氏の JCP の支援体験

(1) 支援対象の当事者の概要

50 歳代男性。ハローワークからの紹介で、他の就労支援 B 型施設を経て、サ施設で週 4 日就労している。前利用施設と同じ内容の作業をしていたため、基本的なパン製造作業はできるが、メニュー作成、伝票処理などの作業経験はない。未経験の作業を割り振られると、投げやりになったり、乱暴な言葉で職員に苦情を言うことがある。休むことも多い。計画相談を含め、サ施設がサービス連携の窓口になっている。次の就労移行支援施設を探しているがなかなか決まらない。

(2) O 氏の JCP 支援の体験

O 氏の共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスの関連図とストーリーラインを（図 19）に示す。

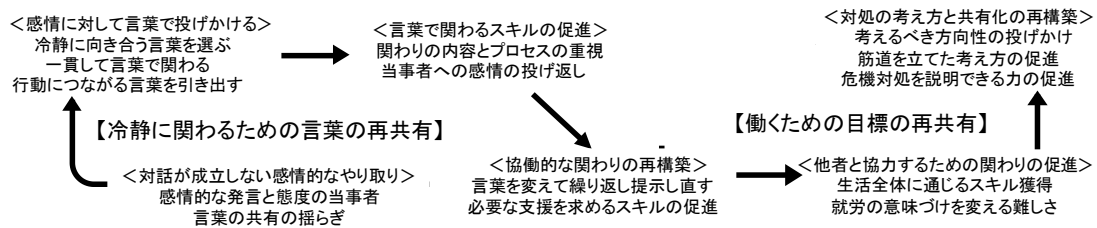


図19 共有の言葉を通じて当事者の力を引き出すプロセス相互作用のプロセス 0氏 就労継続B型・就労移行支援 精神保健福祉士

ストーリーライン

社会参加の拡大によるストレスによって、感情的になりやすい当事者とその対応をする専門職の双方が【冷静に関わるための言葉の再共有】し、【働くための目標の再共有】するプロセスであった。

0氏の支援体験は、2 カテゴリー、6 サブカテゴリー14 概念から成り立っている

①【冷静に関わるための言葉の再共有】

【冷静に関わるための言葉の再共有】とは、作業をめぐる<対話が成立しない感情的なやり取り>に陥ってしまった当事者に対し、専門職自身が感情的になることなく<感情に対して言葉で投げかける>ことで、<言葉で関わるスキルの促進>を促す<協働的な関わりを再構築>を図るプロセスであった。

就労支援施設であるサ施設では、ある程度、危機的状況のコントロールがつき、他者とのコミュニケーションも図ることができ、目的をもち、安定して通所できる当事者が利用する施設である。しかし、通所に際して、<対話が成立しない感情的なやり取り>が起っていた。「自分はやられていないのに、『あいつ、こんなことやりやがって』とか、その人に（対して）言ったわけではないのに、『そんなのありえないだろう！』とけんか腰になってしまう（中略）」感情を抑えられない、感情的な発言と態度の当事者がであった。

また、当事者の症状を考えると、「妄想かもしれないし、被害的なものかもしれないが（中略）、（0氏が当事者に）良かれと思って言った言葉が、向こうは『職員に怠けてるって言われた』とか言う受け止めで、ここだけを切り取ってという人が多い」と、言葉の共有の揺らぎによって<対話が成立しない感情的なやり取り>に陥っていた。

こうした当事者の関わりに対して、0氏は、<感情に対して言葉で投げかける>返答をしていた。当事者の症状の波と行動のつながりに対して、「調子が悪いとそういうのが積み重なって行って、『この職員はいつもそういう風に言って！』と爆発するので、そういう時は、「それってどういう意味ですか？と繰り返す。うちは、そんな小さなことの積み重ね」と、

感情的になる当事者に対して一貫して言葉で関わる関わりを積み重ねていた。

そうしたやり取りでは、「職員も言葉を選ぶし、自分が向きになっちゃったら負けちゃう時があるので（JCP）を活用している」と、O氏と当事者双方が感情的になる場面でも、双方が冷静に向き合う言葉を選ぶためにJCPを用いていた。

そこで、「前の施設でこうだったよね、だからここ（サ施設）では、こういう風にしていったらいいよね、みたいな所を繰り返しながら、自分の体調とか、で、『あっ、そうでしたよね』みたいにやっていく」と、行動につながる言葉を引き出すことで＜感情に対して言葉で投げかける＞ように当事者に関わっていた。

しかし、当事者は、『前の施設ではこうだった』と自分の「粹」を頑なに守ろうとするため、「その時に修正できるとか、『ああ、そういうものなんだなって思える』こととか、そういう対処で、言えたとか聞けたりとかできたらいいなと。だからそういうところがすごく難しい」と感じ、こうした人JCPを介した当事者、支援者、雇用先とで、O氏が重要視していることは、「やっぱり関係性」であった。例えば、症状悪化の場合、「どうして具合が悪くなったかとか、関係機関に集まってもらって話し合ったり調整したりとか。で、それが職場の中でのことなのか、生活のなかでのことなのかによって、そこら辺の違いによって関係性が変わることがある」と、専門職との関わりの内容とプロセスの重視をしていた。さらに、「JCPの中には、体調が悪い時にはおうちで休むとか、近くに行くとか、すでにモニタリングも入っていて、その中にこういう風に対応すると入れる」と、JCPにも具体的に盛り込むようにして当事者への感情の投げ返しを繰り返すことで、＜言葉で関わるスキルの促進＞ための支援をしていた。

②【働くための目標の再共有】

【働くための目標の再共有】とは、＜協働的な関わり方の再構築＞をめざして＜他者と協力するための関わり方の促進＞や＜対処の考え方と共有化の再構築＞を図るプロセスであった。

就労支援が進み、移行段階にステップアップした当事者が、「新作パンがあると写真を撮ってメニュー表を作ってもらおう」際に、「ただ単に撮ってやる人もいるので、おいしそうに撮って欲しいっていうと、『写真屋になるわけじゃないんだから何でそんなことを考えなきゃいけないんだ！』となって」や、「（自分の意見を）肯定されたくて（他施設に）言いに行ったりする」と、適切な助言や助けを求められない当事者もいた。

そこでO氏は、「働き続けるためにはそういうのは必要だと、JCPも使って、もっとそう

いうところを明確にとか、こうなっているよって」や「自分の苦手なところとかをやってみようってことでプログラムを組んでやってみる。そうすると、あの時やったことを言葉にして落としてみる」と言葉を交えて繰り返し提示し直す働きかけを行っていた。

しかし、こうした関わりのプロセスによる解決が進まない要因として、「精神の方は、ほぼ仕事を辞めちゃう形が多い。だから、そういう風になる前に相談だとか、ストレスを分散させてっていう形を取らないといけない」と、就職した後は(職場に)定着してここには来ないから、ここの職員が毎日そういうところを継続的にやっていく」と、当事者が必要な支援を求めるスキルの促進を目指した<協働的な関わりの再構築>を図っていた。

○氏は、就労を目指す当事者に対して、今一度、<他者と協力するための関わりの促進>を働き掛けていた。

「生活の自立というよりは働き続けるための自立というところに結び付くのかなと。社会参加は町会とかそういうのも入るのかなと」、だからこそ、「基本は、就労できなくてもコミュニケーションとかストレスとかのところはできるといいなと思っているし、目標にはしている。相談の仕方とか、うまく伝えとか」と、生活全体を通じるスキル獲得を意識していた。しかし、当事者の自立段階や作業内容が難化するに従い、「できないことがあると『それは聞いていなかった、知らなかった、俺たち障害者なのにそこまでやらせるのか』みたいなことを言う。(買い物間違いを指摘)それを言うと、『だったらアンタが買いに行けばいいじゃないか!』、となる」と、就労の意味づけを変える難しさを感じながらも、<他者と協力するための関わりの促進>を意識して支援をしていた。

こうした当事者の主体的な行動を引き出すうえで、「働くためのリズムを作るためにはどうしたらいい?働くっていうけど、働くって、人に言われたり厳しかったり、だけど働くと工賃もらえたり、もっともらいたかったらもっと働くようにするってどうする?」と、考えるべき方向性の投げかけをしていた。そうした当事者が主体的に連携支援を活用していくために、「ここに通う目的、それを達成するためにここで自分が何をするか、そのために支援者は何をするか」や、被害妄想的な記憶に対して、「そういう風を感じる時は、その場から離れる、薬を飲む、新鮮な空気を吸う」とか、それに対する対処法を書く」と、筋道を立てた考え方の促進を目指した JCP の取り組みをしていた。

特に就労先との JCP の共有について、「企業との面接では、『体調が悪いとはどういうことですかね』と普通に聞かれる時代になったので、そういう時はああする、こうするってことが言えないとなかなか就職は難しい」と、危機対処を説明できる力の促進も求められ

ていることから、＜対処の考え方と共有化の再構築＞を行っていた。

2. 通所型社会復帰支援施設における JCP 支援のプロセス

通所型社会復帰支援施設での JCP の個別の支援体験の個別事例分析の結果をもとに、統合失調症当事者の JCP の支援において、それぞれ、共有の言葉を創る関係性の構築、力が引き出されるプロセスおよび地域を含めた連携支援について、通所型社会復帰支援施設での支援の相互作用を検討した。

当事者との共有の言葉を通じて専門職が行う JCP の個別支援のプロセスについて、各個別事例の分析で得られたサブカテゴリーの共通性に着目して塊を作りカテゴリーにして命名し、カテゴリー間の関連性や流れを見ながらテーマにまとめ、支援プロセスの関連図にまとめた（図 20）。

通所型社会復帰支援施設において、JCP を用いて、共有の言葉を通じて当事者の力を引き出す相互作用のプロセスは、当事者の【意思表示と意思決定を促進する関係性の構築】を通じて、【目標に向けて他者と協力する力を育む】ことで、当事者の【社会の受け入れとつながりの促進】をするプロセスであった。

＜ ＞サブカテゴリー、《 》カテゴリー、【 】テーマ、アルファベットは対象者を示す。

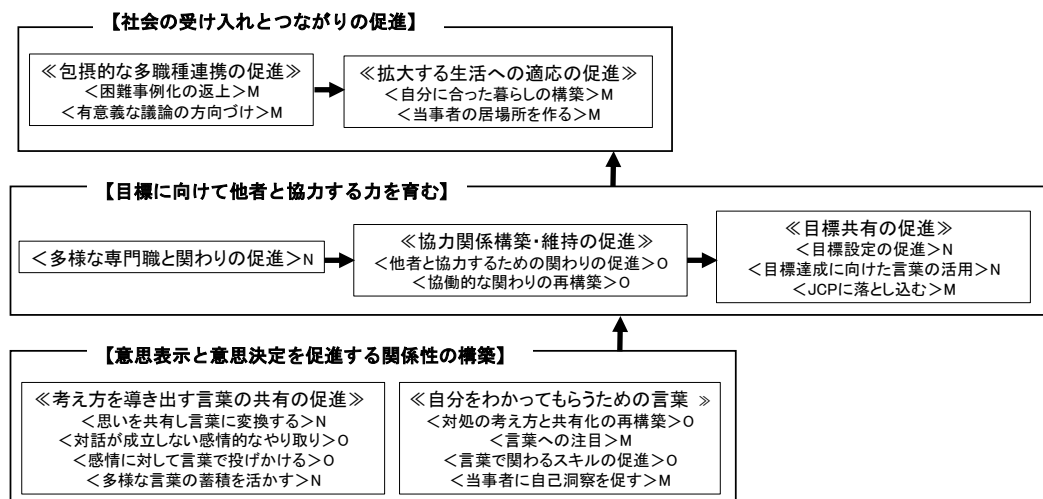


図20 通所型社会復帰支援施設におけるJCP支援のプロセス

1) 【意思表示と意思決定を促進する関係性の構築】

【意思表示と意思決定を促進する関係性の構築】とは、《考え方を導き出す言葉の共有の促進》することで、他者に《自分をわかってもらうための言葉》を伝えて共有するプロ

セスであった。

《考え方を導き出す言葉の共有の促進》は、言葉を共有する意味の再認識への支援である。当事者の社会復帰が進み、またさらに進めていく上で、多様な他者と多様な目的で関わる機会が増えることを見込んで、〈多様な言葉の蓄積を活かす〉によって、思考の多様性と深化を促していくことである。そのために、絶え間なく〈思いを共有し言葉に変換する〉、基本的なコミュニケーションが求められる。

社会復帰を目指す当事者が、支援者との間で〈対話が成立しない感情的なやり取り〉になり、現実的な思考や円滑なコミュニケーションが図れない状況に逆戻りしていることに對し、〈感情に対して言葉で投げかける〉ことで、改めて、言葉での関わり方の有用性を問いかけることである。

《自分をわかってもらうための言葉》は、これまでの体験から当事者自身が抱えている考えを専門職と共有していたが、社会参加による新たな対人関係の構築や、様々なストレスによって、言葉の共有が困難になる。その際には、〈対処の考え方と共有化の再構築〉が必要となる。そのために、改めて、これまで培ってきた共有の言葉を創るプロセスをたどりながら、危機的状況に関連して用いられる〈言葉への注目〉を頼りに、〈当事者に自己洞察を促す〉働きかけを続けることで、〈言葉で関わるスキルの促進〉のプロセスであった。《考え方を導き出す言葉の共有の促進》と循環的に働く。

2) 【目標に向けて他者と協力する力を育む】

【目標に向けて他者と協力する力を育む】とは、当事者の社会参加の拡大に伴い、共有の言葉を創りながら構築してきた関係性をさらに発展させ、〈多様な専門職と関わり方の促進〉を通じて、危機的状況の離脱直後の当事者の脆弱な時期の二者間関係から、当事者の自立に向けた力を十分に引き出し、目標を達成するために多様な持ち味の専門職を配置することである。多様な他者との《目標共有の促進》は、〈目標設定の促進〉のプロセスの中で、〈JCP に落とし込む〉様々な危機対処や当事者の目標など〈目標達成に向けた言葉の活用〉を通じて行われる。そうした多職種連携により当事者にとっても、支援者にとっても、新たな共有の言葉を作り出す協働関係において、当事者の自立に合わせた支援の拡大を安定的に図ることができる。多様な言葉の共有や対人関係の構築を経験し、当事者自身のコミュニケーションを広げてゆく時期である。こうした多様な関係性を持つことで、当事者にとって、目標に向けた他者との《協力関係構築・維持の促進》につながる。

《協力関係構築・維持の促進》とは、病気をもって働く当事者を支援する職場やコミュ

ニティの人びとなどの〈他者と協力するための関わりの促進〉を促し、また、目標や環境の変化に合わせて、これまで築いてきた〈協働的な関わりの再構築〉を図るプロセスであった。

3) 【社会の受け入れとつながりの促進】

【社会の受け入れとつながりの促進】とは、《拡大する生活への適応の促進》を求められている当事者を《包摂的な多職種連携の促進》によって支え、精神障害者にとって厳しい現状にあっても、社会からの受け入れとつながりを後押しするプロセスである。

《拡大する生活への適応の促進》は、地域生活を続けながらデイケア通所や趣味、就労などの日中活動を始めて〈自分に合った暮らしの構築〉を目指す当事者が、他者や多職種との関わりが増える中で、当事者が専門職から理解され、また当事者の専門職への相談スキルを獲得し、相談を持ちかけることができる〈当事者の居場所を作る〉ことにつながっていた。

この様に、《包摂的な多職種連携の促進》は、言葉の共有によって多職種間に当事者の理解が進み、JCP が活用されたことで、JCP は多職種・多施設連携施設の情報共有ツールとしてカンファレンスの〈有意義な議論の方向づけ〉を促進し、多職種連携支援体制を機能させ、当事者の危機的状況の回避を促進した。

その結果、当事者は多職種連携における〈困難事例化の返上〉につながり、援助関係の再構築によって、双方が安心して関わりを持つことができる、当事者にとっての居場所が増える支援につながった。

IV. 施設類型を統合した JCP 支援のモデル構築

精神科病棟、24 時間型生活支援施設、通所型社会復帰支援施設のそれぞれの施設類型ごとの支援プロセスから、共有の言葉を創る関係性の構築、力が引き出されるプロセスおよび地域を含めた連携支援についての支援の相互作用を検討した結果をもとに、JCP の支援モデルを検討する。

検討の手順として、施設類型ごとに分析した施設類型と JCP の支援プロセスを比較し、それぞれの施設類型における地域包括支援のプロセスを導き出した。そして、それらの共

通性や差異性に着目し、JCP を用いた支援の一貫性と継続性への示唆を検討した。

本研究に協力した精神科病棟、24 時間型生活支援施設、および通所型社会復帰支援の 3 施設類型ごとの JCP の支援内容の共通性から、精神科入院治療から社会復帰支援までの一人の当事者の支援での共通性に着目し、3 つの施設類型ごとの当事者の地域移行の方向に沿い、支援のフェーズとプロセスを統合した支援モデルを作成した（図 21）。

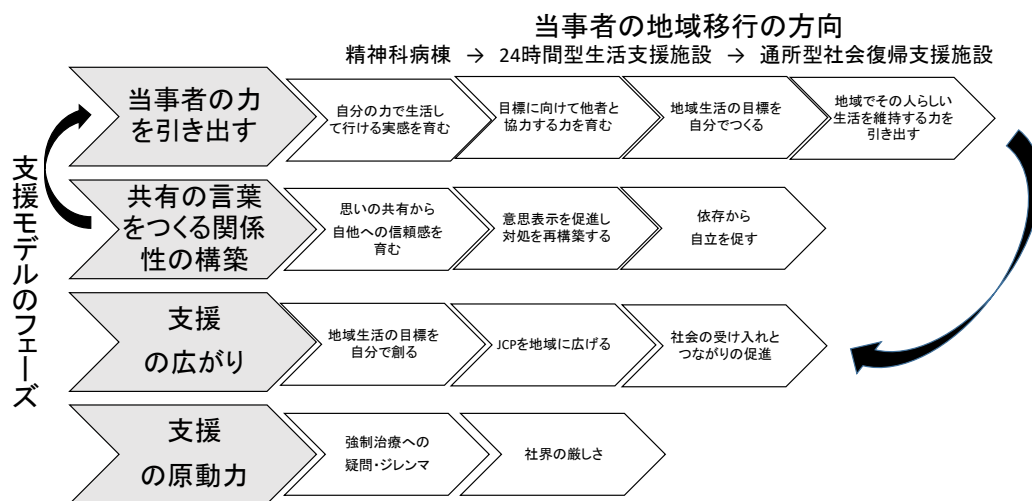


図21 多職種連携に活かせるJCP支援モデル

1. フェーズ1. 【共有の言葉をつくる関係性の構築】から【当事者の力を引き出す】

支援モデルの1つ目のフェーズは、当事者と【共有の言葉をつくる関係性の構築】を基盤とした相互作用を通して、【当事者の力を引き出す】プロセスであった。

共有の言葉をつくる関係性の構築は、精神科病棟では急性期の症状が強く他者とのコミュニケーションが成立しない当事者に＜思いの共有から自他への信頼感を育む＞ことであり、24 時間型生活支援施設では、専門職者への＜依存から自立を促す＞関係性に発展し、社会との関わりが広がる通所型社会復帰施設では、社会生活の拡大に伴ってつまずく出来事に対して＜意思表示を促進し、対処行動を再構築する＞関係性に発展して行った。

いずれの段階でも、専門職が当事者の代弁者や擁護者になり当事者を守る関係から、専門職がイニシアティブをとりながらも当事者の自律性を引き出す関係へと変化させ、専門職と共にある、あるいは、サポートする関係へと変化していった。また、JCP の協働から、共有の言葉をつくる関係性を通して当事者の力が引き出されていった。

精神科病棟では、病院から地域へ移行するための準備として＜その人らしい生活を維持する力を引き出す＞取り組みが実施され、24 時間型生活支援施設では、退院後に当事者が

生活体験を積む中で、＜自分の力で生活して行ける実感を育む＞ことや＜地域生活の目標を自分でつくる＞取り組みに発展し、通所型社会復帰支援施設では、家庭生活から社会生活に拡大していく体験の中で、＜目標に向けて他者と協力する力を育む＞ことを通して、＜社会の受け入れとつながりの促進＞という【支援の広がり】に繋がっていった。

2. フェーズ2. 【支援の広がり】

支援モデルの2つ目のフェーズは、【支援の広がり】であった。

JCP の作成に取りかかる精神科病棟の専門職は、当事者の地域移行を視野に入れ＜JCP を地域に広げる＞活動に取り組み始めている。この働きかけが、24 時間型生活支援施設や通所型社会復帰支援施設に継承されてゆき、当事者の生活や社会での活動が広がる中で、多職種連携を促進し＜社会の受け入れとつながりの促進＞へと継続されていった。

支援の広がりと継続が、前述の【共有の言葉をつくる関係性の構築】を基盤とした相互作用を通して、当事者個々に合った支援によって【当事者の力を引き出す】プロセスを保証する環境を創り出していた。

3. フェーズ3. 専門職の支援の原動力

専門職の原動力とは、＜強制治療への疑問・ジレンマ＞や当事者を取り巻く＜社会の厳しさ＞を実感している専門職は、当事者への新たなケアを希求していた。専門職の活動の原動力であるともいえる。この原動力をもとに、上述の当事者と【共有の言葉をつくる関係性の構築】を基盤とした相互作用を通して、【当事者の力を引き出す】プロセスと多職種間での【支援の広がり】 を実践し、JCP 支援を通して、当事者の理解や支援観を醸成して行った。

第5章. 考察

本邦において、JCP を活用して再入院することなく生活を継続する統合失調症当事者を支援する専門職の体験から、当事者と専門職との相互作用のプロセスについて、個別の事例分析と地域包括支援に活かせる支援モデルの構築について、以下の3点から考察した。

1. 目標を創り出し、病気と付き合って生きていく力とは何か

12名の専門職の語りから、JCPの支援対象となった当事者は、同じ統合失調症を患っていても、危機的状況の内容、症状の内容や重さ、生活背景は多様であり、多くの当事者が危機的状況に陥ることで入退院を繰り返し、自傷他害行為に発展し、支援が困難となるケースであった。

しかし、JCPの協働を通じて、専門職は支援の糸口を掴み、症状の鎮静を図り、最適な時期と方法を見極めて自律性を引き出していた。一方、当事者は、専門職の応答に支えられながら、自身の現実的な課題と向き合い、その中から目標を見出し、病気と付き合っていく方法を獲得し、自身が納得する生活へ向けてJCPに取り組んでいた。

当事者から引き出されたこうした力は、地域でその人らしく生活を維持する力であり、自分の力で生活してゆける実感であり、目標に向けて他者と協力する力であることがわかった。

こうした力の獲得は専門職との言葉の共有である。言葉の共有から当事者が自信を回復し、力を引き出される専門職との関係性とは何かを以下の様に考える。

その一つは、信頼関係であると考えた。当事者は、危機的状況の最中では孤立していたが、一人の専門職との関わりを持ち、生活が地域移行に向かうにつれて、多職種や地域支援者、なかまと関わり、そして社会と接するようになり、多様なコミュニケーションを経験していく。

本研究に協力したどの専門職も、当事者の危機的状況や葛藤などについて、時期を見計らい、避けることはせず向き合っていた。日常の他愛ない話、困りごと、楽しい時間の思い出など、当事者のいろいろな言葉に耳を傾け、自分の言葉を返していた。そして、当事者と専門職とが、当事者だけのJCPを作り、同じ目標を創成していた。

人と人との相互作用について、Blumerは、人間は「意味付与」の営みを通して、自己を取り巻く世界から、自らにとっての対象を形成する存在であると言ひ、また、人間は与え

られた刺激に対して「意味付与」を行い、それを「シンボル化すること」によって、能動的に与えられた刺激を選択し、再構成し、修正することができるという（Blumer 1990）。

JCPの協働の場合、「シンボル」は言葉である。

そして、与えられた刺激に「意味付与」を行い、能動的に解釈し、選択し、再構成し、修正するのは当事者である。専門職とのJCPの協働を通じて、言葉を共有し、相互作用によって様々な力を得た。そうした力とは、結局、何なのか以下に考える。

Blumerの言葉を借りるなら、それは、当事者が専門職との関わりの相互作用から何らかのメッセージを受け取ることができ、病気の辛さや社会の偏見に押し流されることなく、当事者自身が自分でそれらに意味を与え、取捨を決め、自分の手で行使する「力」であり「強さ」なのだ考える。

つまり、当事者がJCPを通じて目標の創り出し、病気と付き合っていて生きていく力とは、強制治療による行動療法でも心理療法でも、薬物でも引き出すことのできない、社会的介入による「自分にしか引き出せない自分のための力」であると考えられる。

2. JCPの協働による当事者と専門職間の援助関係の構築を促す相互作用のプロセス

JCPの協働を通じた当事者と専門職との言葉の共有を通じた相互作用のプロセスは、当事者と専門職との二者関係から相互作用は発生するが、次第に多職種や家族など周囲にも影響を与えながら広がっていた。

精神科病棟では、二者間による当事者の表出できなかった思いの共有から、自他への信頼感を育む関係性が育まれ、当事者の力を引き出す相互作用が働いていた。それは、当事者のJCPの取り組みが病棟内の専門職たちの当事者への理解と協力を引き出し、さらに病棟ルティーンの改善につながる形もあれば、「忘れられがちな患者」や「困難事例化」していた当事者の受け入れが変わるといった形もあった。

反対に、そうした相互作用を利用して、多様な持ち味の専門職を組み合わせ当事者から様々な力を引き出し、それが専門職同士に作用し、援助バランスやメリハリ、支援者間の信頼関係を引き起こす働きかけもあった。

こうした二者間の相互作用の伝播と作用の拡大について、JCPの活用を通じた当事者と専門職との間の相互作用が当事者だけでなく専門職や連携支援チームの間にも広まっていく背景には何があるのか。何が変わったのか以下の様に考えた。

当事者と直接言葉を交わさなくても、ある専門職と相互作用し目標を見出して自分なり

の生活を営んでゆく様子を見聞きすることで、第三者の支援者にも相互作用が起こり、支援行動の増進や支援観の変化が起こっているとすれば、もともとその集団の場に合った考え方や価値観が変化によるものではないだろうか。

本予備研究においても、精神保健・医療・福祉に携わる専門職の中には、管理的医療や伝統的慣習（三野 2010、鈴木 2015）など、当事者を自立したひとりの人としてみない文化があった。JCP の取り組みは、精神疾患をもつ当事者自身が自分の課題に向き合い、目標を見出し、支援者と協力してそうした目標を達成していプロセスを持つ取り組みであった。

JCP を活用することは、当事者を取り巻く環境の中にあるそうした伝統的価値観を変容させ、専門職からも力を引き出し、ケアの役割や目標を与えてくれる取り組みであると考えた。またひいては、精神障害を持つ人を受け入れる社会の価値観をも変える取り組みになるのではないかと期待する。

3. 多職種連携による地域包括ケアシステムに活かせる支援モデル

JCP は統合失調症を持ちながら地域で暮らす人びとの生活を支える多職種連携支援のツールであり、統合失調症を持って暮らす人へのケアの価値観を変えるものであることが示唆された。また、JCP は、当事者と社会の中で孤立させない切れ目ない支援を担保する地域包括支援のツールであることもわかった。

本研究では、3つのタイプの JCP が用いられており、病院から訪問看護へ、カ、キ施設の様に地域活動支援センターからグループホームへの情報共有などの JCP でも多職種連携のための情報の一元化と可視化、当事者の状況に対応した柔軟な役割分担を促進していた。

また、専門職間のコミュニケーションと相互連携を図り、支援の場に関わらず、継続的な支援を担保するツールにもなっていた。一方、専門職は、それぞれが、精神科病棟、24時間型生活支援、地域活動や就労の支援の立場から、当事者のこれまでの、またこれからの支援について当事者の病状や生活背景、持っている力や強みを見極め、施設内の JCP への理解や協力体制を整えていた。他施設とも連絡調整や連携を図りながら、退院後も切れ目のない継続支援が提供され、当事者が地域生活を乗り越えていける力が引き出されるように働きかけていた。

当事者にとって、施設や専門職との顔の見えるつながりが JCP を媒体として保証されていることは、単にサービスの中断を防ぐだけでなく、変化に脆弱な面を持つ統合失調症当事者にとって大きな安心となると考える。

我が国では、国際的にも精神保健分野におけるケア（ケース）マネジメントによる多職種連携が定着し、地域移行の促進が図られている。同時に、精神科における強制治療の廃止に向けた地域でも完結する危機介入の代替策の開発が進められており、JCP は危機的状況のモニタリングをし、早期対応を促進する点で地域における危機介入システムとなり得る。さらには、入院から地域移行・定着と一貫し、当事者が病気の知識を得、役立つ支援を自ら手に入れて病気と付き合いながら生活を維持するための教育的プログラムとしても導入できると考える。

また近年、様々なメンタルヘルスの問題とその解決が公衆衛生上の課題として取り上げられている。産後うつ、児童へのネグレクトや虐待の被害、ドメスティック・バイオレンス、そうした虐待を受けた人々の回復の支援、また、引きこもり、「ゴミ屋敷問題」と呼ばれる高齢者のセルフ・ネグレクトであり、いずれも、支援サービスは存在するにもかかわらず、当事者自身の求助行動あるいは介入が不足し、両者がかみ合わないことで、支援が手元にまで届かず、課題を抱えたまま孤立し課題解決を遅らせるケースがある。

本研究を通じて、JCP は、当事者と専門職との間の関係構築を基盤として展開されていた。こうしたJCPの性質を利用することで、課題を抱えたまま孤立している人と関係を結び、支援を届け、また求助行動を引き出し、多職種連携にも広げることが期待できる。

JCP は、こうした社会的相互作用に基づく対人援助関係を発揮させることによって、地域包括支援システムに寄与し、さらに相互作用を拡大させ、問題を抱える当事者や課題事態を受けとめて自分たちの問題として取り組む社会を醸成するのではないかと期待する。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、本邦において研究が進んでいないJCPの専門職支援について、3種類の精神保健・医療・福祉施設を対象に行った。特に先行研究のなかったグループホーム、地域活動支援センター、就労支援施設なども対象にできた点では新奇性があると考えられる。しかし、施設数には偏りがあり、個別事例から支援モデル構築を行うには十分ではなかった。

従って、今後は施設種別および当事者の状況の組み合わせを検討する必要がある。また、連携する多職種・多施設も包括して調査する必要がある。

この度の研究は、JCPの協働を経験した専門職への調査であった。専門職の体験から、当事者の体験への接近は困難であった。先行研究のあるように、当事者と専門職との間のワーキングライアンスは、当事者のみが有意に高かった。つまり、JCPの協働の関係にお

いて、専門職は、自身が考える以上に強い同盟関係を持つ当事者のパートナーとなっていた。従って、JCP を通じた当事者と専門職との相互作用をさらに明らかにするためには、当事者の体験を知り、分析する必要がある。

結論

本研究は、JCP を活用して再入院することなく生活を継続する統合失調症当事者を支援する専門職の体験から当事者と専門職との相互作用のプロセスを記述し、M-GTA を用いた個別具体の事例分析から、地域包括支援体制の中で多職種連携に活かせる支援モデルの構築を行った。

JCP の協働を通して、共有の言葉を創りながら、専門職が当事者の力を引き出すプロセスでは、多種多様な当事者の病状や背景がある中で、入院治療からアウトリーチ、就労支援まで、多様な施設で当事者と専門職との JCP の協働が行われていた。JCP の協働によって、当事者と専門職の間には共有の言葉を通じた相互作用が生まれ、生活を自律的に回復させながら、その人らしい生活を維持し、生活の実感を育みながら社会とつながり、地域生活の目標を自分で創り出していく力が引き出されていた。また、そうした当事者と専門職との相互作用は、多職種との相互作用となり、当事者への関心と理解を深め、支持的支援を広げていた。

さらに、JCP を用いた多職種連携は、多様に変化する当事者の病状および生活状況に対応した危機的状況の未然回避と地域生活の継続を可能にする支援の連続性・一貫性を発揮させることから、当事者を孤立させない地域包括支援システムを促進する支援モデルになり得ることが示唆された。