様　式　Ｃ－１９、Ｆ－１９－１、Ｚ－１９　（共通）

科学研究費助成事業　　研究成果報告書

平成 ２９ 年　 ８ 月 ２９ 日現在

機関番号：２６４０１
研究種目：基盤研究(C)（一般）
研究期間：2013～2016
課題番号：２５４６３５７６

研究課題名（和文）統合失調症をもつ人の症状マネジメント習得を支援するケアガイドラインの開発

研究課題名（英文）Development of a nursing care guideline to empower schizophrenic patients with symptom management skills

研究代表者
田井　雅子（Tai, Masako）

高知県立大学・看護学部・教授

研究者番号：５０３８１４１３

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費）　　3,900,000円

研究成果の概要（和文）：本研究の目的は、統合失調症を持つ人の自我機能の状態やレベルに応じて症状マネジメントが習得できることを支援するためのケアガイドラインを開発することである。作成したガイドラインは、自我機能のレベルを査定する側面と、病気・症状・苦痛･困りごとについてどう自覚しているかを査定する側面から、症状の自己管理が可能な程度を査定する枠組みとした。アプローチの方法については、自我機能の保護や強化を目指すアプローチと症状マネジメントを促進するアプローチを組み合わせるものとした。

研究成果の概要（英文）：The purpose of this study is to create a nursing intervention guideline for empowering symptom management skills during people with schizophrenia. This guideline consists of two aspects for assessing the degree of self-management of symptoms: “assessing the level of ego function” and “assessing to be aware of their disease, symptom, or distress”. As for the method of approach, we combined an approach to protect and strengthen the ego function and an approach to promote self-management of symptoms.

研究分野：精神看護

キーワード：統合失調症　症状マネジメント　ケアガイドライン

１．研究開始当初の背景

精神保健福祉の改革ビジョンを受けて、入院医療中心から地域生活中心へと方針が示されたが、精神病床の入院患者数は 32～33 万で依然推移している。平成 21 年度「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」によると、統合失調症の入院患者数は、地域移行が継続して実施されると、今後減少していくことが見込まれ、平成26年には17.2万人、平成 32 年には 14.9 万人と推計されている。一方、統合失調症の予後は、治癒が 20～30%といわれ、症状をもちながら生活をしていかなければならない患者が多く存在し、地域生活を営むには、自ら症状をマネジメントできることが重要である。

統合失調症は発症からの未治療期間が短い方が予後が良好で、発症から 5 年以内の臨界期の治療が、重症化を防ぐために重要とされている[1,2]。この期間に適切な治療と並行して、統合失調症をもつ人自らが症状をマネジメントすることによって、症状の悪化を最小限に留めることや、治療の中断を防ぎ、再発徴候に早期に対応できることが望ましい。しかしながら、自我機能や認知機能に障害のみられる統合失調症をもつ人にとって、自らの状態や症状を的確に判断し、精神症状の悪化を防ぐことは容易ではない。また早期から病感はあっても、病識として自覚し、病として受容することは容易なことではなく、自己判断によって治療中断に至ることもある。加えてストレスへの脆弱性を抱えていることによっても、生活上のストレスとなるできごとに影響を受けやすく、症状の再燃や再発を招きやすい。

発病後 4 年以内の統合失調症をもつ人は、症状の増悪と日常生活や行動との関係を客観的に捉え、病気にならないように生活を作り上げていこうとしている一方で、状況把握が困難で違和感に困惑し、苦しさから逃れるために独自の方法でその場を乗り越えようとしている[3]。また、統合失調症をもつ人は症状について、自分の存在を揺らす、コントロール感を喪失させるなどと意味づけていることが報告されている[4]。このように、統合失調症をもつ人は症状を体験することで、自らの自我が脅かされ、不安定な状態の中で生活をしながらも、早期から様々に症状マネジメントに取り組んでいることが伺える。長期的な予後を良好に保つためにも、発病早期から症状マネジメントを習得できるようにケアを実践することが必要である。

２．研究の目的

本研究では、統合失調症をもつ人の自我状態に応じ、症状マネジメントの習得を支援するケアガイドラインを開発することを目的とした。

３．研究の方法

統合失調症をもつ人の症状マネジメント、自我状態に関して看護師が行っている判断、ケアなどについてインタビューガイドを作成、精神看護専門看護師ならびに精神科の看護師に半構成的面接を行った。分析結果で得られたカテゴリーに加えて、研究者らの先行研究による「統合失調患者の症状マネジメントと支援体制確立に向けた再入院ケアプログラム」ならびに関連文献からアセスメント項目を抽出し、査定からどのようなアプローチにつなげるかについて、精神看護専門看護師らと検討会をもち、その助言や専門的意見をもとにガイドラインの作成を行った。

４．研究成果

(1) アセスメント項目の分類

面接調査の結果から症状マネジメントに関するアセスメント内容として、「不安の高まる間隔」「援助者が物理的にどこまで接近できるか」「自分の体験と他者の体験との判別」「病状が落ち着くことでの喪失感や不安」「援助者に対する信頼感･敵意」「周囲に味方になる人を持っているか」「感情を言語で表出できるか」「「出来事や体験に対して、どのような感情を持っているか」「症状にどの程度振り回されていると感じているか」「症状との距離が取れるか」「回復への変化を実感しているか」「薬のメリットを感じているか」「困ったときの助けを求められる相手がいるか」「どのような希望や願望をもっているか」など 49 項目が抽出された。これらの項目の多くが自我機能をアセスメントするものであった。

自我機能のアセスメント以外の内容も検討するために、先行研究や文献からも症状マネジメントに関するアセスメント内容を抽出した。そして「物事の時間の流れの順序が正しいか」「親密さが感じられるか」「体験を語ることができるか」「どのようなときに症状が現われやすいと感じているか」「自己防衛から症状を無視したり否認しているか」「症状から気をそらせることができるか」「マネジメントがうまくできず無力感を抱いていないか」「症状のモニタリングができるか」「薬を飲むことが自分にとって有益だと感じているか」「薬を飲むことに疑念や恐怖を抱いていないか」「副作用にどう対処しているか」「家族は病気や服薬をどう考えているか」など、64 項目が抽出された。

これらの計 113 項目について共通性･類似性、相違性を検討して、32 のカテゴリーに分類した。さらに 32 のカテゴリーをアセスメントの視点から 9 つに分類した。以下、症状マネジメントに関するアセスメントの視点を【】、カテゴリーを[]、カテゴリーに含まれる項目を『』として示す。

【自我機能】は 11 カテゴリーから成る。[援助者と関われる物理的限界（時間と距離）はどの程度か]には、『援助者が物理的にどこまで接近できるか』『傍によることでの怯えの

程度』の 2 項目が含まれる。[不安や怯えを生じさせる出来事や話題は何か]には、『怯えを生じさせる出来事や話題』『物音への過敏さ』など 4 項目が含まれる。[新しい出来事にどの程度揺らぐか]には、『新しいことをするときに、どの程度気持ちが揺らぐか』『新しいことをするときに、平素の生活がどの程度乱れるか』が含まれる。[どの程度の環境でなら、ものごとに集中できるか]は、『対話で集中できる相手の人数』『集中できる空間の広さ』など 3 項目が含まれる。[自分の体験と他者の体験との判別ができるか]には、『自分の体験と他者の体験との判別』がある。[時間の感覚の曖昧さがあるか]には、『物事の時間の流れの順序が正しいか』『スケジュールの管理の柔軟さ』など 3 項目が含まれる。[病的体験にどの程度影響を受けているか、現実との判別ができるか]には、『病的体験に引き込まれる時間の長さ』『不可思議な行動が見られるか』『症状を体験しているときに注意を向けなおすことができるか』など 8 項目が含まれる。[出来事に対する妥当な解釈ができるか]には、『出来事をどう解釈しているか』『常識と照らしてどこまで判断できるか』が含まれる。[他者を信用できるか]には、『信頼できる対象がいるか』『周囲に味方になる人を持っているか』『他者に対する自己の見方・認識を修正できるか』など 7 項目が含まれる。[言語での表現がどの程度できるか]には、『感情を言語で表出できるか』など 3 項目が含まれる。[出来事や体験を振り返れるか]には、『しんどい状況を振り返って語れるか』『出来事や体験から抱いている感情に対して苦痛を感じているか』など 3 項目が含まれる。

【病気や症状に対する認知】は 4 カテゴリーから成る。[病気であることをどの程度感じているか]には、『病気の症状として気づけているか』『自分の病気についてどのように説明するか』など 3 項目が含まれる。[症状はどのようなときに現れると感じているか]には、『どのようなときに症状が現れやすいと感じているか』がある。[症状があることを苦痛に感じているか]には、『症状にどの程度振り回されていると感じているか』『自己防衛から症状を無視したり否認しているか』など 3 項目がある。[症状があることを肯定的に捉えているか]には、『症状に対して肯定的な捉え方をしているか』『どのような症状や状態の変化に気づいているか』が含まれる。

【症状マネジメントの試み】は 3 カテゴリーから成る。[症状をマネジメントしようと何か試みているか、それはどのようにしているか]には、『症状に抵抗しようとしているか』『症状との距離がとれるか』『リラックスできる方法を持っているか』など 7 項目が含まれる。[どの程度の症状なら自分で対処できると思っているか]には、『自分で対処できる限界を見極められるか』『症状が静まるのに、どのくらいの時間がかかるか』『症状をマネジメントできている感覚をどの程度もっているか』など 6 項目が含まれる。[マネジメントの効果をどう評価しているか]には、『計画を立てて実行することがどの程度できるか』『対処の結果を評価することができるか』が含まれる。

【症状の悪化時の対応】は 3 カテゴリーから成る。[症状の悪化に気づくことができるか]には、『症状が悪化したときに、自分で気がつくか』『症状の悪化した状態をどのように表現しているか』など 5 項目が含まれる。[再発の危険性をどのように察知しているか]には、『再発に至るまでの時間・期間をどう認識しているか』『何を再発と捉えているか』など 3 項目が含まれる。[症状悪化時にどのように対処しているか]には、『症状悪化時のストレスや状況から離れることができるか』『緊急時の対処方法を知っているか』など 3 項目が含まれる。

【薬に対する認知】は 3 カテゴリーから成る。[服薬をどう意味づけているか]には、『薬を飲むことをどう思っているか』『自分の体に対する薬の作用をどう捉えているか』『一般的な薬に対する猜疑心があるか』など 9 項目が含まれる。[服薬を続けることをどう思っているか]には、『一般的な薬に対する猜疑心があるか』『薬をどのように飲んでいきたいと思っているか』が含まれる。[薬が飲めなくなる理由は何か]には、『薬を飲めなくなる理由は何か』『服薬をしないことでのデメリットを何か感じているか』など 4 項目が含まれる。

【服薬のマネジメント】は 2 カテゴリーから成る。[どのように服薬を管理しているか]には、『生活の中でどのように薬を飲んでいるか』『飲み方を間違えたり、混乱することがあるか』『誰に薬のことを相談しているか』など 5 項目が含まれる。[副作用を感じているか、その副作用にどう対処しているか]には、『副作用にどう対処しているか』『どんな副作用を体験していると思っているか』など 3 項目が含まれる。

【援助を求める行動】は 2 カテゴリーから成る。[助けてくれる人を挙げることができるか、それは誰か]には、『援助者の存在を認知しているか』『困ったときに助けを求められる相手がいるか』がある。[誰かに援助を求めることができるか]には、『症状で困っていることを誰かに相談できるか』『再発の徴候を感じて助けを求めるときにどんな気持ちがしているか』『定期的に病気や服薬のモニタリングを受けているか』など 7 項目が含まれる。

【希望・願望】は、[希望や願望は何か]から成り、『どのような希望や願望をもっているか』『病気を持ちながらも社会生活ができるという希望をもっているか』が含まれる。

【家族からの支援と家族への支援】は 3 カテゴリーから成る。[家族は患者への対応の何に困っているか]には、『家族は何を大変だ

と感じているか』『家族の患者への対応に関する疑問や不安は何か』の2項目が含まれる。[家族はどのような見通しや期待をもっているか]には、『家族は状態や見通しをどう考えているか』『家族は病気や服薬をどう考えているか』の 2 項目が含まれる。[家族の支援する力]には、『家族はどのようにマネジメントを支えているか』『家族は症状の悪化の徴候に気づいているか』の2項目が含まれる。

以上の9つの視点について、精神看護専門看護師らとの検討会を開催し洗練化を進め、2 つの側面に整理した。1 つ目の側面は潜在的な能力を査定する側面で、【自我機能】【病気や症状に対する認知】の査定とした。2 つ目の側面は、症状マネジメントのレベルを査定する側面とし、【症状マネジメントの試み】【症状の悪化時の対応】【薬に対する認知】【服薬のマネジメント】【援助を求める行動】【希望・願望】【家族からの支援と家族への支援】を含めた。

またガイドラインには、患者の気になっている症状、生活を困難にしている症状についても情報の把握をすることを追加した。

(2) 症状マネジメント習得を促すアプローチ

潜在的な能力の査定と症状マネジメントのレベルの査定により、症状マネジメントがどの程度可能であるか、どの程度援助者や周囲の援助が必要であるかをアセスメントし、それに応じて、アプローチ方法を選択するものを目指した。

そのアプローチ方法については、先行研究の成果も参照し、自我機能の保護や強化を目指すアプローチと症状マネジメントを促進するアプローチを組み合わせるものを考えた。まず、自我機能の保護や強化を目指すアプローチでは、自我機能のレベルが低い場合は「脆弱な自我を脅かさない距離感を保つ」「他者を信頼する感覚を育てる」などの介入をあげ、自我機能が中程度のレベルの場合には、「辛さを受け止める」「症状に引き込まれないようにする」などの介入を選択できるように挙げた。自我機能のレベルが高ければ、「苦痛を言葉で表現することを支える」「出来事や状況を振り返り共に考える」などの介入を挙げそこから選択するものとした。

症状マネジメントを促進するアプローチとしては、症状や困りごとの自覚の有無に関わらず、「服薬の習慣化に向けて薬に対する思いを聞く」「副作用への対処」「助けを求める人をもつ」などの介入を選択できるものとした。また、症状に対する自覚がある場合には、「症状や状態の変化に対する気づきを強化する」などの介入を含むものとして示した。

(3)今後の課題

当事者の主体性を重視するガイドラインを参照して看護援助を実践することで、患者と看護師のパートナーシップの形成や統合失調症をもつ人の医療への参画を促進し、当事者の症状の重症化を予防し、地域生活の維持や安定に貢献できると考える。

しかし、ガイドラインではアセスメントの視点や介入方法の選択肢を示すことはできたが、各項目のアセスメントの結果を統合し、それを踏まえてどのような介入方法を選択するかの判断には、事例検討を行うなど、教育的なかかわりが必要である。今後ガイドラインを参照した実践事例を重ねること、ケアの対象者の変化や状態を中長期的に評価していくこと、新人看護師など経験の短い看護師でもアセスメントや介入を行う際のツールとして活用しやすいものにしていくことなど、内容の洗練化、教育方法の検討を重ねていく必要がある。

＜引用文献＞

① Edward J.& McGorry PD.：Implementing Early Intervention in Psychosis；A Guide to Establishing Early Psychosis Services.、水野雅文、村上雅昭 監訳、精神疾患早期介入の実際　早期精神病治療サービスガイド、2002、29-30、金剛出版、東京.

② 松本和紀、宮越哲生、伊藤文晃他、統合失調症に対する早期介入, 精神医学 50(3), 2008、227-235.

③ 浅井初、野嶋佐由美、畦地博子、統合失調症と診断されている発病後間もない当事者の病気とのつきあい方、高知女子大学看護学会誌 34(1)、2009、29-35.

④ 木下結加里、野嶋佐由美、統合失調症をもつ人の症状マネジメント―症状の意味づけに焦点を当てて―、日本精神保健看護学会第 21 回学術集会抄録集、2011、88-89.

５．主な発表論文等

なし

６．研究組織

(1)研究代表者

田井　雅子（TAI, Masako）

高知県立大学・看護学部・教授

研究者番号：50381413

(2)研究分担者

野嶋　佐由美（NOJIMA, Sayumi）

高知県立大学・看護学部・教授

研究者番号：00172792

(3)研究分担者

畦地　博子（AZECHI, Hiroko）

高知県立大学・看護学部・特任教授

研究者番号：80264985