

2014(平成 26)年度 後期
(財)在宅医療 勇美記念財団
在宅医療助成(一般公募)完了報告書

WRAPの視点を取り入れた 看護計画に基づく 精神科訪問看護の効果

提出年月日：2016年2月29日

<申請者>

小瀬古伸幸 Nobuyuki Koseko
訪問看護ステーションみのり
〒571-0030 大阪府門真市末広町 36-10-101

<共同研究者>

長谷川雅美 Masami Hasegawa
金沢医科大学 看護学部 看護学部長 精神看護学分野 教授

田中浩二 Kouji Tanaka
金沢医科大学 看護学部 精神看護学分野 講師

進あすか Asuka Susumu
訪問看護ステーションみのり 統括管理責任者

木下将太郎 Syoutarou kisita
訪問看護ステーションみのり

研究要旨

【背景】

リカバリーに焦点をおいた活動として **Wellness Recovery Action Plan**(以下、**WRAP**)が世界で取り組まれ普及されてきている。現在、地域生活を支えるアウトリーチの一つである精神科訪問看護の援助過程において、ウェルネス、ストレンクス、ソーシャルサポートに重きをおく **WRAP** の視点を取り入れることにより、回復初期の段階から人生そのものの回復を目指すリカバリーを促進することが期待できる。

【目的】

WRAP の視点を反映した看護計画(以下、**WRAP** 式看護計画)を用いた精神科訪問看護の効果を評価するために、**WRAP** 式看護計画の実施前と実施後におけるリカバリーの変化を量的に明らかにし、介入による特徴的な変化について訪問看護経過記録から質的に分析することを目的とした。

【方法】

2015年1月～2015年9月に精神科訪問看護指示書により訪問看護を受けている22名を対象に **WRAP** 式看護計画を用いた1群事前事後デザインの介入研究を行った。**Profile of Mood States-Brief Form** 日本語版(日本語版 **POMS** 短縮版)、**Rosenberg** 自尊感情尺度の日本語版(**RSES-J**)、日本語版 **Recovery Assessment Scale(RAS)**機能の全体的評定(**Global Assessment of Functioning :GAF**)尺度の4つの評価尺度を用いた。介入前に初回調査(以下、**T0**)を行い、3か月後に、その効果の持続を測定する追跡調査を(以下、**T1**)を行った。質的データについて、訪問看護経過記録から、データ収集方法に記入した内容を抽出し、1文章1意味単位でコード化を行い、内容の類似性・差異性に基つきカテゴリー化した。

【結果・考察】

実施後の中央値は **POMS** の全ての項目、**RAS** の「目標・成功志向・希望」「他者への信頼」「自信をもつこと」「手助けを求めるのをいとわないこと」、**GAF** が改善した。その中で有意差があった項目として **POMS** の「疲労」、**RAS** の「目標志向・成功志向・希望」、**GAF** であった。**RSES-J**、**RAS** の「症状に支配されないこと」は変化がなかった。質的評価では、「自己による症状管理」「リカバリーをしていくことにより生まれた実感や行動」「生活の質を高める行動」「主体的な行動とそれに伴う責任を実感」「サポートシステムをつくる」の5つのカテゴリーと74のサブカテゴリーに類型化できた

本研究の成果は、対象者の実体験を重視した看護システムによるアプローチという特徴を有する **WRAP** 式看護計画を用いた精神科訪問看護を展開することが、リカバリーを促進する有効な方法の一つであると示唆されたことである。今後、短期間では変化があらわれにくい自尊感情や症状に支配されない感覚などについて中・長期的なアウトカムを設定する必要がある、その効果について検証していくことが課題として残された。

I. 背景と目的

厚生労働省が精神医療において入院医療中心から地域生活中心へという基本理念を推進し地域生活支援体制を強化している今¹⁾、精神疾患を有する人の安定した地域生活を支援するための効果的な方法の同定およびその普及は急務な課題である。

近年、精神科領域ではリカバリー概念が認識されてきており当事者と専門職とがパートナーシップを結ぶ働きがみられている²⁾。リカバリーに焦点をおいた活動として **Wellness Recovery Action Plan**(以下、WRAP)が世界で取り込まれ普及されてきている³⁾。WRAPとは精神的な困難を抱えた人たちが健康であり続けるための知恵や工夫を蓄積してつくられたセルフヘルプのツールであり⁴⁾、アメリカではWRAPプログラムの効果が報告されている⁵⁾⁶⁾。日本においてもWRAPプログラムのパイロット研究が行われておりリカバリーを促進させていく効果が示唆されている⁴⁾。また、精神科臨床の実践報告もあり⁷⁾⁸⁾リカバリーを促進するセルフヘルプツールとしての期待は大きいと考える。

このようにWRAPプログラムの取り組みや効果は検証されワークショップの拡大は努力されてきているが、現在のところ開催される地域は限定されており⁴⁾全ての人が容易に受けられるとは言えない。また、精神機能の障害である注意集中困難や気分・思考・活動・欲求の変化、自発性・発動性の欠如⁹⁾などが強い、地域のプログラムに参加しにくい人に対してWRAPの活用を報告したものはない。WRAPは当事者の実体験に基づいたリカバリーのカギとなるコンセプトをベースにしていることから⁸⁾たとえ症状や障害が続いたとしても人生の新しい意味や目的を見出し、充実した地域生活を送る¹⁰⁾¹¹⁾力になると考えられる。

現在、地域生活を支える医療として訪問看護の効果は明らかにされており¹²⁾退院直後から介入できるアウトリーチの一つである。精神科訪問看護で提供されるケア内容として「日常生活の維持／生活技能の獲得・拡大」「対人関係の維持・構築」「家族関係の調整」「精神症状の悪化や憎悪を防ぐ」「ケアの連携」「社会資源の活用」「対象者のエンパワーメント」が明らかになっている¹⁸⁾。こういった看護援助を行っていく過程において、急性期症状で低下した日常生活能力や社会生活能力を訓練¹³⁾という視点ではなくウェルネス、ストレングス、ソーシャルサポートに重きをおく⁴⁾WRAPの視点を訪問看護で取り入れることにより、回復初期の段階から人生そのものの回復を目指すリカバリーを促進することが期待できる。しかし、これまでWRAPの理念を取り入れた訪問看護の実態やその効果についての報告はない。

そこで本研究では、WRAPの視点を反映した看護計画¹⁸⁾(以下、WRAP式看護計画)を用いた精神科訪問看護の効果を評価するために、WRAP式看護計画の実施前と実施後におけるリカバリーの変化を量的に明らかにし、介入による特徴的な変化について訪問看護経過記録から質的に分析することを目的とした。

看護計画は看護を必要としている個人に対して、把握した結果に基づいて決めた看護援助の必要な事項にそった実施方法の計画であり¹⁴⁾相互に結ばれた契約が記録されたもの¹⁵⁾である。WRAP式看護計画の有効性が明らかになることによって精神疾患を有する人が希

望と責任を持って自らの経験を活かし自らの望む生活を獲得していく助けになることが期待できる。

II. 用語の説明

1. WRAP⁸⁾²³⁾

WRAP におけるリカバリーの大切なこととして①希望 (HOPE)、②自分の責任 (Personal Responsibility)、③学ぶこと (Education)、④自分の権利を守ること (Self Advocacy)、⑤サポート (Support) の 5 つがある。その 5 つのキーコンセプトに意識を向けながら、元気に役立つ工夫、いい気分であるための方法、健康のためにしなければならないことなど、自分が元気になるためのありとあらゆる方法をリストにしておく。このような工夫を WRAP では「元気に役立つ工具箱(ツールボックス)」と呼ぶ。この「元気に役立つ工具箱」の内容を「道具(ツール)」として使って自分の WRAP を作る。

WRAP は「日常生活管理プラン」「引き金に対する行動プラン」「注意サインに対する行動プラン」「調子が悪くなってきている時の行動プラン」「クライシスプラン」「クライシスを脱したときのプラン」の 6 つのプランから成り立つ。WRAP の特徴として健康や元気であるために、日頃、自分ができる工夫に焦点を当てており、中核となるのは「日常生活管理プラン」である。

「日常生活管理プラン」とはいい感じの自分を書きとめ、次にいい感じの自分であるために毎日すること、時々するとよいことをあげていく。「引き金」とは、もしそれらが起きると気分が悪くなったり、調子を乱すきっかけになるような出来事や状況を指し、自分の外側で起こる出来事を指す。「引き金に対するプラン」は「引き金」となることが起きた時に、調子が悪くなるのを防ぐ行動プランである。「注意サイン」とは自分の内側で起こっていることで、自分の内側で湧き起るものを指す。ストレスになる状況とは関係なく起きることもあり、何か手をうたなければならないことを示す、かすかな変化の兆候のことを指す。「注意サインに対する行動プラン」とは気分が改善するまでの間、毎日するべきことのリストを作り、それ以上、悪くなることを防ぐための行動プランである。「調子が悪くなってきているとき」とは深刻で危険かもしれないと感じ始め、直ちに何か対処をしなければいけない状態のことを指す。「調子が悪くなってきている時の行動プラン」とはクライシスに陥らないために、即座に行動する必要があるため「するべきこと」を多く含む選択の余地があまりない、明確で指示的な行動プランである。「クライシスプラン」とは自分で対処できない状況になったときに自他の身の安全や利益を守る最善の判断ができかねるときの対処プランである。自分の意思が反映できるように事前にプランを立てておき、どんな状況下におかれていても自分の望む治療、支援を受けられるよう信頼できるサポーターに依頼し渡しておく。その内容はクライシスプランを使うときの状態、クライシスになったときは誰に何をしてほしいのか、してほしくないのか、その病院でどんな治療を受けたいかなど具体的である。「クライシスを脱したときのプラン」とは完全に自分のことが以前のよ

うにできるわけではない、クライシスに陥る可能性が残っている用心すべき時期である。必要と思われる支援内容や責任を取り戻すプランを事前に具体的に立てておく行動プランである。

2. WRAP 式看護計画¹⁹⁾

精神科看護においてスタンダードであるオレム・アンダーウッドモデルの普遍的セルフケア要素をベースに訪問看護で使用しやすいようにセルフケア項目の修正を行い、さらに WRAP の要素を加えた看護計画である(資料 1, 2)。

WRAP 式看護計画は、精神科訪問看護を受けている人、2 名を対象に本人の同意のもとプレテスト実施後、修正を経て作成した。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

1 群事前事後デザインの介入研究

2. 対象者

研究の同意が得られた精神科訪問看護指示書により訪問看護を受けている人 22 名を対象とした。

3. 調査期間

2015 年 1 月～2015 年 9 月

4. 介入方法

WRAP ファシリテーターを取得した訪問看護師 6 名が、以下の 3 点に注意を払いながら WRAP 式看護計画(資料 1, 2)を用いて訪問看護を行った。

- ① 訪問看護場面で本人と一緒に記入していく。
- ② 訪問看護師の言葉で言い換えをせず、本人の言葉をそのまま記入する。
- ③ 全てのプランにおいて、次に示す「WRAP 式看護計画の記入項目について聴取する手順^④」の 5 つのキーコンセプトに意識が向いているかを対象者と確認しながら進める。

WRAP 式看護計画の記入項目について聴取する手順を以下に示す。

- ① 【私の思い】について「本人のやりたいこと」「どんな生活を送りたいか」「これだけはしたくないこと」などを中心に聴取し記入する。
- ② 【元気に役立つ道具箱】に記入する道具は、本人の対処行動を示すことを説明する。この道具箱の内容を毎回の訪問看護で追加、修正していく。

- ③ 【いい感じの私】について「いい感じのときの自分はどんな人なのか」を聴取する。対象者がうまく表現できない場合は「もし悩み事や不安がないとするならば、そもそものあなたはどのような人か」「なりたいあなたは、どのようなあなたか」「理想の自分の姿はどのような姿か」など、その対象者が表現しやすいような聞き方をする。
- ④ 【いい感じの私】を中心に【希望を感じる事、希望に感じる事】【責任（自分で選択する・していること）】【学ぶこと、学んでいること、学びたいと思っていること】【権利擁護（自分を信じる事、自分の権利を知り、それらが尊重されるように主張すること）】【サポート】の5つのキーコンセプトを聴取する。【サポート】に関してはサポートされるだけでなく、自分がサポートすることも含むことを説明する。
- ⑤ 【いい感じのとき、あるいは普段の生活】について【食事】【清潔】【日中の活動】【睡眠】【人との関係】【内服と治療に対する思い】の項目に沿って聴取し記入する(資料3)。
- ⑥ 【いい感じの私でいるために毎日するといいこと】【ときどきするといいこと】について【元気に役立つ道具箱】を参考にしながら聴取し記入する。
- ⑦ 【引き金となること】は自分とは関係のない外部からおこるストレスに感じる事について、例を挙げながら（例：悲惨なニュース、過労、仕事のストレスなど）聴取し記入する。【引き金に対する行動】は引き金となることが起きた時に、これをすれば乗り切れるだろうと思う事について道具箱を参考に聴取し記入する。
- ⑧ 【注意サイン】は自分の内側で沸き起こっている事について例を挙げながら（例：不安感、緊張感、イライラ感、否定的な考えが浮かぶ、やる気が無くなる、楽しみを感じられないなど）聴取し記入する。【注意サインに対する行動】は気分が改善するまで、毎日すべき事について道具箱を参考に聴取し記入する。
- ⑨ 【調子が悪くなってきているとき】は深刻で危険かもしれないと感じ始め、直ちに何か対処をしなければいけない状態について、例を挙げながら（例：食事をしなくなる、薬を乱用する、死にたいと思う、人に怒りをぶつけることなど）聴取し記入する。【調子を取り戻すためにする行動】は「すべきこと」を多く含む選択の余地があまりない、明確で指示的な行動について道具箱を参考に聴取し記入する。
- ⑩ 立案した看護計画に基づき手順④の5つのキーコンセプトに留意しながら3か月間訪問看護を実践する。

5. データ収集方法

量的評価ならびに質的評価を併用したトライアングレーションによりデータ収集を行った。

基礎情報(デモグラフィックデータ)として初回介入前に、性別、年齢、訪問看護実施期間、

住居形態、世帯構成、最終学歴、職業（無職、就労支援、一般就労）、疾患名、発病からの期間、入院歴、社会資源の利用件数(訪問看護回数も含む)、薬物の服用量（CP 換算、イミプラミン換算、ジアゼパム換算）を把握した。

量的データとして、以下の評価尺度を用いて介入前に初回調査(以下、T0)を行い、3か月後に、その効果を測定する追跡調査を(以下、T1)を行った。A) B) C)の尺度は対象者自身が記述し、D)の尺度は研究者が対象者の状況を客観的に評価して記述した。

A) Profile of Mood States-Brief Form 日本語版 (日本語版 POMS 短縮版) ²¹⁾

一時的な気分や感情である「緊張－不安 (以下、T-A)」「抑うつ－落ち込み (以下、D)」「怒り－敵意 (以下、A-H)」「活気 (以下、V)」「疲労 (以下、F)」「混乱 (以下、C)」の6下位尺度を同時に測定する。5件法、30項目で構成され、高得点ほどその気分が高いことを示す。

B) Rosenberg 自尊感情尺度の日本語版(RSES-J) ²²⁾

これは5件法、10項目で構成され、高得点ほど「ほどよい自尊心」をもつことを意味する。

C) 日本語版 Recovery Assessment Scale(RAS)¹⁶⁾

「生きがいがある」「自分のことが好きだ」などを含む24項目からなり「全くそう思わない」～「とてもそう思う」の5件法である。合計スコアの範囲は24～120点でありスコアが高いほどリカバリーのレベルが高いことを示す。

D) 機能の全体的評価(Global Assessment of Functioning :GAF)尺度 ²⁰⁾

GAF 尺度は10の機能範囲に分割され、その人の全般的機能レベルを最もよく反映する1つの値を取り上げるということを意味する。10点ごとの各範囲の記述は症状の重症度に関する部分と機能に関する部分からなっている。スコアの範囲は0～100点でありスコアが高いほど全般的機能レベルが高いことを示す。

質的データとして、訪問看護経過記録から「症状を自己管理する方法と知識の獲得」「学ぶこと、権利擁護すること」「サポートシステムをつくること」「希望を見つけること」の4つに関連する内容を抽出し分類した。この4つの項目は WRAP の効果を検証した The Vermont Recovery Education Project において質問紙調査のうち自由回答で多かった語りである¹⁷⁾。

6. 分析方法

量的データについて、まず交絡要因としての向精神病薬服用量と社会資源サービス利用

件数、1週間の訪問回数について T0 と T1 の間に T 検定を用いて有意差がないことを確認した。その後、すべての変数の T0 と T1 との間の中央値の差について Wilcoxon 符号付順位検定を用いて検討した。また、全訪問回数および WRAP ファシリテーター介入回数とすべての変数との関係を見るために Spearman 順位相関分析を行った。解析には統計ソフト SPSS (Ver.22)を使用した。

質的データについて、訪問看護経過記録から、データ収集方法に記入した内容を抽出し、1文章1意味単位でコード化を行い、内容の類似性・差異性に基づきカテゴリー化した。

IV. 倫理的配慮

- 金沢医科大学疫学研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した。
- 研究の対象となる人に研究の目的、内容、手順、研究参加により期待される利益および研究に伴う不快、不自由、不利益、リスクなど書面を用いてわかりやすく説明し、同意が得られたものを対象とした。
- 研究への参加・協力は対象となる人の自由意思によるものであり、参加に同意しない場合にも不利益はうけないこと、いったん研究の参加に同意した場合でも、いつでも取りやめることができることを保証した。
- 研究者の連絡先、連絡方法を伝えいつでも質問に応じることを説明した。
- 研究で得た結果は研究の目的以外には使用しないことを説明した。
- 研究結果を公表する際には個人が特定されないよう匿名性を守ることを説明した。
- 収集したデータは個人が特定が可能となる情報の記載がない匿名化データとした。
- 記録されたデータは WEB に接続された環境では取り扱わず、施錠できる場所に保管し研究終了後には速やかに消去、かつ再現できない形で破棄した。

V. 結果

1. 対象者の特徴(表 1)

対象者の年齢は平均 40 歳 (SD±10.69 歳) で性別は男性 7 名(31.8%)、女性 15 名(68.2%)であった。疾患は統合失調症が一番多く 12 名(54.5%)、次いで双極性障害が 6 名(27.3%)であった。発病からの期間は平均 136.1 か月で平均入院期間は 10.8 か月であった。訪問看護実施期間は平均 18.7 か月で発病期間は平均 136.1 か月、入院期間は平均 10.8 か月であった。

住居は持ち家が 2 名(9.1%)と少なく大半はアパート 10 名(45.5%)やマンション 3 名(13.6%)などであった。家族との同居は 7 名(31.8%)であった。最終学歴は高校卒業が半数の 11 名(50%)、次いで中学卒業が 6 名(27.3%)であった。職業は無職が最も多く 18 名(81.8%)で他の 4 名は仕事に就いていた。

向精神病薬の 1 日服用量について(表 2)クロルプロマジン換算量の平均値は T0 が 354.5(SD±323.45)mg、T1 が 359.0(SD±319.20)mg、

ジアゼパム換算量の平均値は T0 が 10.7(SD±10.89)mg、T1 が 10.8(SD±10.88)mg で T1 の方が多かったが有意差はなかった。社会資源利用の平均件数は T0 が 0.77(SD±0.87)件、T1 が 0.86(SD±0.83)で T1 の方が多かったが有意差はなかった。1 週間の訪問の平均回数は T0 が 1.90(SD±0.75)、T1 が 1.86(SD±0.75)で T0 の方が多かったが有意差はなかった。

表1 対象者の特徴

	N	%
性別		
男	7	31.8%
女	15	68.2%
疾患名		
統合失調症	12	54.5%
双極性障害	6	27.3%
身体表現性障害	2	9.1%
薬物・アルコール依存症	1	4.0%
統合失調感情障害	1	4.0%
住居形態		
アパート	10	45.5%
マンション	3	13.6%
ハイツ	2	9.1%
持家	2	9.1%
その他	5	22.7%
最終学歴		
高校卒業	11	50.0%
中学卒業	6	27.3%
大学卒業	3	13.6%
短大卒業	1	4.5%
専門学校卒業	1	4.5%
職業		
無職	18	81.8%
一般就労	2	9.1%
パート	2	9.1%
家族との同居	7	31.8%

表2 社会資源サービス利用件数、1週間の訪問回数、向精神病薬服用量

	測定時期	平均値()はSD	p値
社会資源の利用件数	T0	0.77(±0.87)	.162
	T1	0.86(±0.83)	
1週間の訪問回数	T0	1.90(±0.75)	.329
	T1	1.86(±0.75)	
CP換算量	T0	354.5(±323.45)	.329
	T1	359.0(±319.20)	
ジアゼパム換算量	T0	10.7(±10.89)	.320
	T1	10.8(±10.88)	
イミプラミン換算量	T0	18.48(±52.45)	
	T1	18.48(±52.45)	
ピペリデン換算量	T0	0.72(±1.84)	
	T1	0.72(±1.85)	

T0は初回調査、T1は3か月後の追跡調査, *: p<.05

2. T0 と T1 の間における各変数の得点の差(表 3)

POMS について「疲労」は、15名は T1 の得点が T0 よりも 1~14 点低下し 4 名は 1~5 点上昇した。3 名は変化がなかった。中央値は実施後に有意に低下した(p<.05)。「緊張 - 不安」は、13 名は T1 の得点が 1~11 点低下し 6 名は 1~4 点上昇した。2 名は変化がなかった。「抑うつ - 落ち込み」は、13 名は T1 の得点が 2~8 点低下し 5 名は 1~5 点上昇した。4 名は変化がなかった。「怒り - 敵意」は 12 名が T1 の得点が 1~17 点低下し 4 名は 2~3 点上昇した。6 名は変化がなかった。「活気」は、10 名は 1~5 点低下し 9 名は 1~10 点上昇した。3 名は変化がなかった。「混乱」は、14 名は 1~7 点低下し 5 名は 1~3 点低下した。3 名は変化がなかった。

RAS の各ドメインについて「目標・成功志向・希望」は、15 名は T1 の得点が 1~14 点上昇し 7 名が 1~5 点低下した。中央値は実施後に有意に上昇した(p<.05)。「他者への信頼」は、8 名は T1 の得点が 1~7 点上昇し 6 名は 1~3 点低下した。8 名は変化がなかった。「自信をもつこと」は、8 名は T1 の得点が 1~9 点上昇し 11 名は 1~4 点低下した。3 名は変化がなかった。「症状に支配されないこと」は、9 名は T1 の得点が 1~3 点上昇し 7 名は 1~6 点低下した。6 名は変化がなかった。「手助けを求めることをいとわないこと」は、11 名は T1 の得点が 1~3 点上昇し 4 名は 3~5 点低下した。7 名は変化がなかった。

RSES-J について T1 の得点が T0 よりも 8 名は 2~15 点上昇し 12 名は 1~8 点低下した。2 名は変化がなかった。中央値は T0、T1 共に 29 点で有意差はなかった。

表3 実施前後のPOMS短縮版、RSES-J、RAS、GAFの得点

尺度	測定時期	平均値	中央値	p値	
POMS短縮版 (Profile of Mood States- Brief Form)	T-A(Tension-Anxiety; 緊張-不安)	T0	9.5	9.0	.053
		T1	8.2	6.5	
	D(Depression- Dejection; 抑うつ-落ち込み)	T0	7.8	6.0	.070
		T1	6.2	5.5	
	A-H(Anger-Hostility; 怒り-敵意)	T0	5.2	4.0	.131
		T1	3.4	3.0	
	V(Vigor; 活気)	T0	5.4	4.5	.935
		T1	5.5	5.0	
	F(Fatigue; 疲労)	T0	11.3	10.5	.035*
		T1	9.1	8.5	
	C(Confusion; 混乱)	T0	9.8	9.5	.096
		T1	8.6	8.0	
Rosenberg自尊感情尺度の日本語版(RSES-J)	T0	27.2	29.0	.881	
	T1	27.6	29.0		
日本語版Recovery Assessment Scale(RAS)	目標・成功志向・希望	T0	27.3	27.0	.028*
		T1	29.8	30.5	
	他者への信頼	T0	13.4	13.0	.165
		T1	14.1	14.0	
	自信をもつこと	T0	13.5	14.0	.984
		T1	13.9	15.0	
	症状に支配されないこと	T0	6.0	6.0	.938
		T1	5.9	6.0	
	手助けをもとめることをいとわれないこと	T0	14.0	13.5	.688
		T1	14.1	14.0	
GAF(Global Assessment of Functioning)	T0	54.5	55.0	.000*	
	T1	64.4	69.5		

T0は初回調査、T1は3か月後の追跡調査, *: p<.05

GAF について T1 の得点が T0 よりも 16 名は 2~42 点上昇し 6 名は変化がなかった。中央値は実施後に有意に低下した。

3. T1 における全訪問回数および WRAP ファシリテーター介入回数と各変数の相関(表 4)

全訪問回数と各変数の関係では、POMS の「緊張-不安」「抑うつ-落ち込み」「活気」「混乱」、RAS の「目標・成功志向・希望」との間に弱い正の相関を認めた。また RAS の

表4 WRAPファシリテーター介入回数と全訪問回数の関連

	WRAPファシリテーター介入回数	全訪問回数	
POMS	緊張－不安(T-A)	.376	.259
	抑うつ－落ち込み(D)	.213	.267
	怒り－敵意(A-H)	-.149	-.004
	活気(V)	-.056	.321
	疲労(F)	.250	.165
	混乱(C)	.184	.249
RSES-J	-.136	-.125	
GAF	-.028	-.027	
RAS	目標・成功志向・希望	-.050	.302
	他者への信頼	-.246	-.216
	自信をもつこと	-.274	-.032
	症状に支配されないこと	-.189	-.006
	手助けをもとめることをいとわないこと	-.107	.161

Spearman順位相関係数

「自信をもつこと」との間には弱い負の相関を認めた。

WRAP ファシリテーター介入回数と各変数の関係では、POMS の「不安－緊張」「抑うつ－落ち込み」「疲労」の間で弱い正の相関を認めた。また RAS の「他者への信頼」「自信をもつこと」との間で弱い負の相関を認めた。しかし、これらの相関はいずれも有意とは言えなかった。

4. 訪問看護経過記録から得た WRAP 式看護計画による変化

訪問看護経過記録から「症状を自己管理する方法と知識の獲得」「学ぶこと、権利擁護すること」「サポートシステムをつくること」「希望を見つけること」の 4 つに関連する内容について変化があった個所を抽出し分析した結果、74 のサブカテゴリーと「自己による症状管理」「リカバリーをしていくことにより生まれた実感や行動」「生活の質を高める行動」「主体的な行動とそれに伴う責任を実感」「サポートシステムをつくる」の 5 つのカテゴリーに類型化できた。カテゴリーを《 》、サブカテゴリーを〈 〉で示し、以下にそれぞれのカテゴリーの定義について述べる。

1) 自己による症状管理(表 5)

自分の症状に対する「気づき」と「対処行動」の変化である。これは生活の行動や工夫から生まれており WRAP 式看護計画の【引き金となること】【注意サイン】【調子が悪くなってきたとき】とその対処行動の項目を主に共有していた。具体的には「調子の悪い自分を感じる」<調子が悪くなっているサインを認識>「引き金に気づく」<などの自分の調子に関する「気づき」があり<調子のいい自分を感じる>ことを経て<自分の症状について言葉にする>「調子を測る指標を見つける」などの症状の言語化・意識化が行われていた。その影響から「精神状態の変動を予測できる」という精神状態の変動による危機や被害を予見することができるようになり「注意サインに対する行動」<引き金への対処行

表5 自己による症状管理

不安に対する対処行動
穏やかになる対処行動
注意サインに対する行動
引き金への対処行動
調子が悪くなったときに自分のためにできることを行う
元気を取り戻す行動
気分の改善つながる行動
入院しないための行動
睡眠改善につながる行動
集中する作業による対処
生活の中で疲れる行動を回避
躁状態への対処行動
アルコールによる対処を回避
調子の段階によって活動量を変える
環境への適応に向けた行動
対処行動の評価
過去の経験から実行された対処行動
生活パターンに目を向ける
新たな対処行動を模索
調子を取り戻すプロセスを認識
調子の悪い自分を感じる
調子が悪くなっているサインを認識
引き金に気づく
躁状態の自分を知る
調子のいい自分を感じる
全般的な調子を感じる
調子を測る指標を見つける
自分の症状について言葉にする
自分の症状に注意を払う
精神状態の変動を予測できる
健康に注意を払う
薬に関して注意を払う

動><調子が悪くなった時に自分のためにできる行動>などの対処行動へと発展していった。また、日常生活では<集中した作業による対処><生活の中で疲れる行動を回避><調子の段階によって活動量を変える>など対処行動を段階的に遂行するようになった。

2) リカバリーをしていくことにより生まれた実感や行動(表 6)

希望や就労、新たなチャレンジなどの実感や行動の変化である。これは<回復の時間><元気を取り戻している実感><就労に向けて自分の力を信じる>などを対象者が実感した後<希望に感じる感情><就労に向けての思い>を WRAP 式看護計画の【私の思い】に記入し共有していた。その影響から<希望に通じる行動><新たなチャレンジ><目標に向けての行動><就労に向けての行動>などの具体的な行動にまで発展していった。

表6 リハビリをしていくことにより 生まれた実感や行動

回復の実感
元気を取り戻している実感
元気な自分を感じる
日常生活のしんどさのやわらぎ
サポートを受けたことにより改善を実感
これまでの自分との違いに気づく
就労に向けて自分の力を感じる
生活の中で目的を持つことによる影響
希望に通じる感情
将来への希望的観測
就労に向けての思い
希望に通じる行動
新たなチャレンジ
目標に向けての行動
就労に向けての行動
新たな場に参加

3) 生活の質を高める行動(表 7)

「元気」や「いい感じ」の自分に通じる行動の変化である。興味や楽しい活動に注意を向けることはもちろん、元気でいるために学ぶことへの姿勢も含まれる。

これは WRAP 式看護計画の【いい感じのとき、あるいは普段の生活】【いい感じの私でいるために毎日するといいこと】【ときどきするといいこと】を共有していく中で<日常生活の中で楽しみを発見>があり<楽しいと感じる活動へ参加>することにより<面白いという実感>があらわれる一連の流れがあった。そのプロセスにおいて<いい感じの自分に気づき行動する><いい感じの私を保つための方法が構築できている>という、いい感じの私を意識するようになった。また、<元気でいるために学ぼうとする姿勢><自分の好きなことに関する行動><興味のあることに関する行動>など、「元気」や「いい感じ」の自分というところに通じる学びを得ようとする変化があった。

4) 主体的な行動とそれに伴う責任を実感(表 8)

主体的に行動を選択し、それに伴う責任を実感していく変化である。自分が元気でいるために権利擁護することも含まれる。

これは<自分のために権利擁護する>ために<自分の受けている治療について学ぶ>ことを行い<主体的な治療への参画>という変化があった。そのプロセスにおいて<自分と向き合う行動><行動に対する責任を実感>という自分の行動の意味や責任を感じる行動への変化があった。それが<行動の選択・決定に関連する変化>へとつながっていった。

表7 生活の質を高める行動

元気でいるために学ぼうとする姿勢
生活の中で困ったことを学ぼうとする
病気について学ぶ
ピア活動に向けて学ぶ
自分の好きなことに関する行動
興味のあることに関する行動
活動に参加するための行動
いい感じの自分に気づき行動する
いい感じの私でいるための道具を多数持ち合わせている
いい感じの私を保つための方法が構築できている
落ち着く居場所の確保
楽しいと感じる活動へ参加
面白いという実感
日常生活の中で楽しみを発見

表8 主体的な行動とそれに伴う責任を実感

目標と向き合う行動
行動に対する責任を実感
行動の選択・決定に関連する変化
自分のために権利擁護する
自分の受けている治療について学ぶ
主体的な治療への参画

5) サポートシステムをつくる(表9)

サポートを受けるための準備や集団への参加によってサポートシステムを構築していく変化である。これはサポートシステムを構築するために前もって<サポートを受けるための準備>を行いくサポートを求める>という主体的な行動の変化があった。またサポートを受けるだけでなく<サポートする喜び>もあらわれていた。サポートを主体的に受けるうえで必要な対人関係能力においても<集団活動の参加の振り返り>を行いく人との付き合い方について学ぶ>ことによって、その力を向上させようとする変化があった。

表9 サポートシステムをつくる

サポートする喜び
サポートを受けるための準備
サポートを受けているという実感
サポートを求める
人との付き合い方について学ぶ
集団活動の参加の振り返り

VI. 考察

1. WRAP 式看護計画を用いた精神科訪問看護の有効性

調査前後の向精神病薬服用量と社会資源サービス利用件数、1 週間の訪問回数に有意差がないことを確認したうえで、実施後の中央値は POMS の全ての項目、RAS の「目標・成功志向・希望」「他者への信頼」「自信をもつこと」「手助けを求めるのをいとわないこと」、GAF が改善した。その中で有意差があった項目として POMS の「疲労」、RAS の「目標志向・成功志向・希望」、GAF であった。RSES-J、RAS の「症状に支配されないこと」は変化がなかった。つまり、「疲労」が低下し気分・感情が改善したと実感したことから、対象者がリカバリーに向けて目標や希望を感じる事ができたと考えられる。

WRAP クラスを受けた対象者はうつや不安を軽減²³⁾²⁴⁾しリカバリーは向上する²⁵⁾²⁶⁾²⁷⁾と報告されている。もちろん WRAP クラスと訪問看護の性質は異なるが、WRAP の視点を取り入れた訪問看護を展開することによって同様の結果が得られることが示唆された。

従来の看護計画は問題を明確にし、その解決をゴールとして看護師が行うケアのみを記入することが多かった。一方、WRAP 式看護計画は対象者と一緒に作成し、対象者の言葉を言い換えずにそのまま記入していくことから、対象者が日頃使用している言葉がそのままケアプランに反映される。そのことから対象者自身がケアプランに対する行動を遂行する際に自己選択、自己決定の実感をもちやすく、それが経験として積み重なり気分の改善やリカバリーの向上につながったと考えられる。

これまでも精神科訪問看護の実践はいくつかみられ、リカバリープロセスに合わせた支援²⁸⁾や訪問看護ステーションで取り入れているラジオ体操を利用した支援²⁹⁾、看護師側の関わりや捉え方を変えたことによる関係性の変化などが報告されている³⁰⁾³¹⁾。それら実践と本研究の WRAP 式看護計画を用いた実践を比較したとき、WRAP 式看護計画を用いた実践は以下の特徴を有する。

WRAP は当事者の実体験に基づいたリカバリーのカギとなるコンセプトを基盤にしている。その視点を取り入れた WRAP 式看護計画は、これまでの訪問看護師主体の支援体系を主体におくのではなく、対象者を主体におき対象者の希望にアクセスすることを重視している。

WRAP 式看護計画を通じて共有される【私の思い】【元気に役立つ工具箱】【いい感じのとき、あるいは普段の生活】などは、日常生活の中で無意識にしている行為が元気に通じる行動として位置づけられ再現性を高めていくことを目指している。さらに【引き金となること】【注意サイン】【調子が悪くなってきているとき】などのサインとその対処行動を遂行するタイミングを整理することにより、対処行動を対象者自身が扱いやすくなるよう行動プランを記入し共有している。つまり、WRAP 式看護計画を用いた実践は対象者の実体験を重視した看護システムによるアプローチという特徴を有する。

これらの特徴は《生活の質を高める行動》《自己の症状管理》に影響を与えたと考えられ、常日頃は意識しない希望に目を向けることができ《リカバリーをしていくことにより

生まれた実感や行動」を得ることができたと考える。

その影響は POMS のスコアが改善したことからもみられる。【いい感じのとき、あるいは普段の生活】といった調子のいいときのセルフケアを共有したことにより、単に気分や感情をコントロールするだけではなく、調子のいいときの行動に目を向け意識的にその行動を遂行することが選択できたと考えられる。

また、これらのプロセスにおいて WRAP 式看護計画を用いた共有を繰り返し行ったことは、対象者自身が希望にアクセスすることを重視した介入となり、対象者自身が自分の視野や価値観に気づく力になったと考えられる。このことから RAS の「目標志向・成功志向・希望」は有意に上昇し、《主体的な行動とそれに伴う責任を実感》《サポートシステムをつくる》といった、希望の先にある自ら最適な状況を主体的に選択する行動を促進させたと考えられる。

2. 限界と課題

質的分析結果より《自己による症状管理》として自分の症状に対する「気づき」と「対処行動」に変化があり、GAF の改善が認められたことから症状マネジメント能力は向上していると考えられる。この理由として WRAP 式看護計画を対象者と一緒に作成していくプロセスにおいて、健康や元気であるために日頃、対象者自身ができる工夫というところに焦点をあて日常生活の中で遂行している対処行動に意味づけができたからと考えられる。これらのことから自分の症状に対する「気づき」があり「対処行動」の変化をもたらしたと考える。

このような客観的な精神症状は改善しているが、RAS の「症状に支配されない」のスコアに変化は認められなかった。その理由としては次のことが考えられる。「症状に支配されない」感覚は WRAP 式看護計画で共有した行動を日常生活で遂行していくプロセスの成果として感じていくため、たとえ症状マネジメント能力が向上していたとしても、今回のような短期間の調査ではその成果を感じる事が難しかったと考えられる。

次に RSES-J の変化がなかった理由は 2 つ考えられる。自尊感情は精神症状と関連があると報告されており、自分について「これでよい」と感じる程度が自尊感情の高さを示すと言われている³³⁾。統合失調症であれば情動鈍麻があり、双極性障害のうつ病相やうつ病であれば自己否定の認知に陥りやすく、短期間で自分について「これでよい」と感じることは難しかったと考えられる。

もうひとつの理由としては、自尊感情は家族関係能力、社会生活技能が影響し高い社会生活技能は自尊感情の高さを規定すると言われている³⁴⁾が、自尊感情は日々の日常生活において社会生活技能を遂行した経験から備わっていくものであり短期間でその経験を蓄積していくことは難しかったと考える。

以上のことから、短期間では変化があらわれにくい自尊感情や症状に支配されない感覚については、短期間のアウトカムだけではなく中・長期的なアウトカムを設定する必要がある。

あった。加えて縦断的な追跡調査を行い、その効果について検証していくことが今後の課題である。

また、全訪問回数と POMS の「緊張－不安」「抑うつ－落ち込み」「活気」「混乱」、RAS の「目標・成功志向・希望」との間に有意とはいえないが弱い正の相関が認められ、WRAP 式看護計画を用いた訪問看護の回数が多いほど精神状態の改善や目標・希望が見出せる可能性が示唆された。しかし、当然ながら訪問看護の運営上、WRAP 式看護計画の手順を把握した 6 名以外の訪問看護も行っていったことは設計上の限界である。そのためリカバリーにおいて WRAP 式看護計画を使用した訪問看護が真に有効と断定するには無作為化比較臨床試験による検討が必要である。対照群をおくことにより WRAP 式看護計画を用いた精神科訪問看護の詳細な効果を同定し精神科リハビリテーションの質の向上に寄与することができると考えられる。

VII. 結論

精神疾患を有する人 22 名を対象に WRAP 式看護計画を用いた精神科訪問看護を展開し、量的評価ならびに質的評価を併用したトライアングレーションによりデータ収集を行った。量的評価では、POMS、RAS、GAF の改善が認められた。RSES-J は変化がなかった。質的評価では、「自己による症状管理」「リカバリーをしていくことにより生まれた実感や行動」「生活の質を高める行動」「主体的な行動とそれに伴う責任を実感」「サポートシステムをつくる」の 5 つのカテゴリーと 74 のサブカテゴリーに類型化できた

本研究の成果は、対象者の実体験を重視した看護システムによるアプローチという特徴を有する WRAP 式看護計画を用いた精神科訪問看護を展開することが、リカバリーを促進する有効な方法の一つであると示唆されたことである。今後、短期間では変化があらわれにくい自尊感情や症状に支配されない感覚などについて中・長期的なアウトカムを設定する必要があり、その効果について検証していくことが課題として残された。

VIII. 感想

今回、はじめて 22 名の複数を対象とした介入研究をさせていただきました。研究結果を報告書にまとめていく過程で自分たちが行っている訪問看護の効果が形として視覚的にあらわすことができ、より理解が深まりました。また報告書としてまとめることによって自分たちの展開している訪問看護を人に伝える教材として活用していけると感じました。

研究をしていて難しかったのは、訪問看護の運営上、WRAP ファシリテーターを取得したスタッフが毎回訪問できるわけではなかったため、スタッフによってはそれを使いこなす力量に差がでました。また、3 か月目の評価をするときに評価指標を使えるスタッフが訪問できるようにシフトの調整をする必要があったのですが、新規利用者様の導入などがありシフトの綿密な調整が必要になりました。臨床の運営を行いながら研究を進める難しさを感じました。

研究を進めていく中で気をつけていたことは、研究の結果を出したいという思いが先行し訪問看護が研究のためにあるというところに焦点が向かないよう注意していました。どうしてもツールを使うと用紙の空いている箇所を埋めなければという思いが先行し、本来の WRAP 式看護計画の意味を見失うおそれがありました。そうならないように精神科訪問看護がベースにあるということを常に意識しながら、本人のリカバリーを助けるためのツールとして WRAP 式看護計画を使うように心がけました。

精神科訪問看護において、これだけ大きな介入研究はこれまでみられていません。そのためこの知見を広めるために、今回のデータをベースに研究報告として発表し精神科の在宅医療に貢献できればと考えています。

助成金を支給してくださった勇美記念財団の皆様には本当に心から感謝しております。ありがとうございました。

謝辞

本研究は(財)在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて行われました。本研究の調査にご協力くださった、研究協力者の皆さま、ならびに対象者の皆さまに、深くお礼申し上げます。

【引用・参考文献】

- 1) 厚生労働省(2009)：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf>
- 2) 木村真理子(2004)：リカヴァリを思考する精神保健システム：当事者活動の拡大に向けてその1-リカヴァリの概念，精神障害とリハビリテーション(8)，p96-102.
- 3) 坂本明子(2012)：WRAP（元気回復行動プラン）から学ぶリカバリーとセルフケア」ワークショップ報告，日本精神保健看護学会誌，21（2），p72-75.
- 4) 清重智子，田尾有樹子(2009)：精神障害者のリカバリーを促進するプログラムの実践と評価，社会福祉法人巢立ち会
- 5) Vermont Psychiatric Survivors, Ins. and the Vermont Department of Developmental and Health Services.(2000).Evaluation of the Vermont Recovery Project. Unpublished Paper.
<http://mentalhealthrecovery.com/info-center/vermont-recovery-education-project/>
- 6) Buffington.E(2004):WRAP in Minnesota 2003 and 2004. Unpublished Paper.
- 7) 小成祐介(2014):病院の中でWRAPを導入し実践していくために，精神科看護 41(8)，p21-28.
- 8) 坂本明子(2006)：元気回復行動プラン（WRAP）を活用しようー誰もが元気になれることを信じて，精神科看護 35（2），p48-53.
- 9) 天賀谷隆，遠藤淑美(編)ほか(2011)：実践精神科看護テキスト 改訂版第3巻 精神

機能/精神科診断, 精神看護出版, p42-63.

- 10) Anthony,W.A(1993).Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. Psychosocial Rehabilitation Journal 16(4), 12-23.
- 11) Deegan, P.E(1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal 11(4), p11-19.
- 12) 萱間真美(2008) : 精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業, 2008.
- 13) 社団法人日本精神科看護技術協会監修(2007) : 精神科ビギナーズ・テキスト改訂版-すぐに役立つ基礎知識と実践ガイド, 精神看護出版, p107.
- 14) 波多野梗子ほか(2001) : 系統看護学講座 専門1 基礎看護学1, 医学書院, p131.
- 15) 粕田孝行(編)(1987) : セルフケア概念と看護実践・Dr.P.R.UnderWood の視点から-, へるす出版, 85-91.
- 16) 千葉理恵, 宮本有紀ほか(2008) : 精神疾患を有する人を対象とした日本語リカバリー評価尺度の開発と、リカバリーの関連要因に関する研究, (財)在宅医療助成 勇美記念財団 在宅医療助成(一般公募)完了報告書, p55.
- 17) Vermont Recovery Education Project (<http://www.mentalhealthrecovery.com>)
- 18) 瀬戸屋希, 萱間真美ほか(2008) : 精神科訪問看護で提供されるケア内容・精神科訪問看護師へのインタビュー調査から-, 日本看護科学会誌, p41-51.
- 19) 小瀬古伸幸(2015) : WRAP 式看護計画を用いた訪問看護の効果について - 操作的言動を繰り返す適応障害の事例から -, 精神看護, 医学書院, p163-171.
- 20) American Psychiatric Association(橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 訳)(2003) : DSM-IV -TR 精神疾患の分類と診断の手引き新訂版, 医学書院, p44-48.
- 21) 横山和仁, 荒記俊一(2005) : POMS 短縮版 手引きと事例解説, 金子書房
- 22) 山本真理子, 松井豊, 山成由紀子(1982) : 認知された自己の諸側面の構造, 教育心理学研究 30, p64.
- 23) メアリー・エレン・コーブランド(2009) : 元気回復行動プラン WRAP WELLNESS RECOVERY ACTION PLAN, 道具箱
- 24) Cook JA. Copeland ME. Floyd CB. Jonikas JA. Hamilton MM. Razzano L. Carter TM. Hudson WB. Grey DD. Boyd S(2012) : A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. Psychiatric Services. 63(6),p541-547.
- 25) Cook JA. Copeland ME. Corey L. Buffington E. Jonikas JA. Curtis LC. Grey DD. Nichols WH: Developing the evidence base for peer-led services(2010): changes among participants following Wellness Recovery Action Planning (WRAP) education in two statewide initiatives, Psychiatric Rehabilitation Journal.

- 34(2),p113-20.
- 26) Cook JA. Jonikas JA. Hamilton MM. Goldrick V. Steigman PJ. Grey DD. Burke L. Carter TM. Razzano LA. Copeland ME(2013): Impact of Wellness Recovery Action Planning on service utilization and need in a randomized controlled trial, *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 36(4),p250-257.
 - 27) Starnino VR. Mariscal S. Holter MC. Davidson LJ. Cook KS. Fukui S. Rapp CA(2010): Outcomes of an illness self-management group using wellness recovery action planning, *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 34(1),p57-60.
 - 28) Cook JA. Copeland ME. Hamilton MM. Jonikas JA. Razzano LA. Floyd CB. Hudson WB. Macfarlane RT. Grey DD(2009): Initial outcomes of a mental illness self-management program based on wellness recovery action planning, *Psychiatric Services*. 60(2),p246-249.
 - 29) 鈴木敦子(2014):精神科訪問看護におけるリカバリープロセスに合わせた支援,日本精神科看護学会誌 57(1),p498-499, 2014.
 - 30) 盛永素子, 武富由利子ほか(2014):精神科訪問看護で行うラジオ体操の心理的効果-二次元気分尺度を用いた検討-,日本精神科看護学会誌 57(3),212-215, 2014.
 - 31) 浅倉由紀, 鎌田聖一(2012):精神科訪問看護における看護師の役割-語ることに注目した事例から見てきたもの-,日本精神科看護学会誌 55(1),198-199.
 - 32) 森佳澄, 戸田量規:関係を構築する看護の姿勢-入退院を繰り返す患者の訪問看護-(2013),日本精神科看護学会誌 56(1),332-333.
 - 33) Morris Rosenberg(1965):Society and the adolescent self-image, Princeton University Press.
 - 34) 國方弘子, 中嶋和夫(2006):統合失調症患者の社会生活技能と自尊感情の因果関係,日本看護研究学会誌 29(1), p67-68.

資料 1 : WRAP 式看護計画書(表)

氏名	様	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
【私の思い】		【家族・支援者の思い】
【いい感じの私】		
【いい感じのとき、あるいは普段の生活】		【いい感じの私でいるために毎日するといいこと】
食事		
清潔		
日中の活動		
睡眠		【ときどきするといいこと】
人との関係		
内服薬と治療に対するの思い		
【引き金となること】		【引き金に対する行動】
【注意サイン】		【注意サインに対する行動】
【調子が悪くなっているとき】		【調子を取り戻すためにする行動】
【評価】		

担当者：〇〇 〇〇〇

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護を実施いたします。

平成 年 月 日 訪問看護ステーション〇〇

管理者氏名 〇〇 〇〇〇 印

資料 2 : WRAP 式看護計画書(裏)

【元気に役立つ工具箱】

- 希望を感じることを、希望に感じること

- 責任（自分で選択する・していること）

- 学ぶこと、学んでいること、学びたいと思っていること

- 権利擁護
（自分を信じる、自分の権利を知り、それらが尊重されるように主張すること）

- サポート(サポートを受けるだけでなく、自分がサポーターとなれる)

資料3：【いい感じのとき、あるいは普段の生活】の主な構成要素

食事
回数、調理の有・無、調理の内容、メニュー、調理の頻度・時間、調理をしていない場合は何を食べているのか（惣菜、弁当など）、調理のレパートリー
清潔
洗面・歯磨きの回数、入浴回数、入浴はシャワーのみか それとも浴槽につかるのか、更衣の回数・タイミング、服の選び方 新しい服の購入、洗濯の回数、洗濯は誰がするのか
日中の活動と休息
一人で過ごす時間は何をしているのか、どこで何をして過ごすのか（家の中で過ごすのか、外にでて過ごすのかなど）、人と過ごすときは自分から提案するのか、それとも人から提案されたことなのか 好きなことや趣味、関心ごとに合わせた行動か（例：テレビを見るならどんな内容なのか、習慣でつけているだけなのか、そうではなく番組を選択しているのか、どの程度見ているのかなど） 休息はどのようにとっているのか（ゆっくりする時間は何をしているのかなど） 仕事・作業・支援センターなどをどのように利用しているのか
睡眠
何時に横になって何時に起きているのか、寝入り・寝起き・中途覚醒 熟睡感の有無、日中の活動の影響（集中力など）
人との関係：
人（家族、異性、友人など）との付き合い方、対人関係のトラブルの有無 一人でいられるか
内服や治療に対する思い：
服薬や症状とのつきあい方（不安や怒りなどの対処行動） 症状をどのように表現するか、薬の副作用