

長期療養中の統合失調症者における  
病識に基づいた自己概念

2 0 1 4

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

菅 原 裕 美

## 目 次

第一章 序論	1
I. 緒言	1
1. 研究背景	1
1) 統合失調症者における精神科リハビリテーション看護の目標	1
2) 自己概念	3
3) 統合失調症者における自己	8
4) 統合失調症者における自己概念の重要性	11
5) 統合失調症者における病識	13
2. 研究目的	15
3. 用語の定義	15
1) 自己概念	15
2) 病識	16
4. 本研究の概念枠組み	16
5. 本研究の意義	17
第二章 長期療養中の統合失調症者の自己概念の抽出	18
I. 諸言	18
1. 研究背景	18
2. 研究目的	19
3. 用語の定義	19
1) 自己概念	19
2) 病識	20
4. 本研究の概念枠組み	20
5. 本研究の意義	21
II. 研究方法	22
1. 対象者	22
1) 選定基準	22
2) 除外基準	22
2. 調査期間	22

3. 調査内容	22
4. 梶田の自己概念の枠組みにおける統合失調症者の自己概念	23
1) 自己の現状の認識と規定	23
2) 自己への感情と評価	23
3) 他者からみられている自己	24
4) 過去の自己についてのイメージ	25
5) 自己の可能性と未来についてのイメージ	25
6) 自己に関する当為と理想	26
5. 倫理的配慮	26
1) 対象者の人権擁護	26
2) 対象者の理解と同意を得る方法	26
3) 研究によって対象者に生ずる不利益への配慮	26
4) データの管理方法	27
6. 分析方法	27
1) 逐語録から分析単位の生成	27
2) 分析単位からコード化の生成	27
3) コードからカテゴリ化の生成	27
4) カテゴリ化の信頼性の確保	28
III. 結果	29
1. 対象者	29
2. 対象者背景	29
3. 統合失調症者の自己概念	29
1) 自己の現状の認識と規定	30
2) 自己への感情と評価	31
3) 他者からみられている自己	33
4) 過去の自己についてのイメージ	33
5) 自己の可能性と未来についてのイメージ	35
6) 自己に関する当為と理想	36
4. 各コードにおけるカテゴリへの分類の信頼性	37

IV. 考察	38
1. 対象者背景の特徴	38
2. 統合失調症者の自己概念の特徴	38
V. 結論	43
第三章 長期療養中の統合失調症者における自己概念の有意義性の検討	44
I. 諸言	44
1. 研究背景	44
2. 研究目的	45
3. 本研究の意義	45
II. 研究方法	46
1. 対象者	46
2. 調査期間	46
3. 対象施設	46
4. 調査内容	46
1) 対象者基本情報	46
2) 統合失調症者における自己概念の有意義性	46
5. データ収集方法	46
6. 倫理的配慮	47
1) 対象者の人権擁護	47
2) 対象者の理解と同意を得る方法	47
3) 研究によって対象者に生ずる不利益への配慮	47
4) データの管理方法	48
7. 分析方法	48
III. 結果	49
1. 対象者	49
2. 対象者背景	49

3. 各コードの有意味性の回答	49
1) 自己の現状の認識と規定	49
2) 自己への感情と評価	50
3) 他者からみられている自己	51
4) 過去の自己についてのイメージ	51
5) 自己の可能性と未来についてのイメージ	52
6) 自己に関する当為と理想	52
4. 表現の指摘で判断しきれなかった回答	52
IV. 考察	54
1. 対象者の特徴	54
2. 長期療養中の統合失調症者の自己概念の有意味性	54
V. 結論	56
第四章 長期療養中の統合失調症者の自己概念と自尊感情と自己効力感の関連	57
I. 緒言	57
1. 研究背景	57
2. 研究目的	59
3. 用語の定義	59
1) 自己概念	59
2) 自尊感情	59
3) 自己効力感	59
4. 本研究の概念枠組み	59
5. 本研究の意義	60
II. 研究方法	61
1. 対象者	61
1) 選定基準	61
2) 除外基準	61

3) 中断基準	61
2. 調査期間	61
3. 調査内容	62
1) 対象者基本情報	62
2) 自己概念に関する調査票	62
3) 自尊感情尺度	62
4) 自己効力感尺度	63
4. データ収集方法	63
1) 対象者の選定	63
2) 調査手順	63
5. 倫理的配慮	64
1) 対象者の人権擁護	64
2) 対象者の理解と同意を得る方法	64
3) 研究によって対象者に生ずる不利益への配慮	64
4) データの管理方法	65
6. 分析方法	66
1) 対象者背景の記述統計	66
2) 病気の知識の提供の記述統計	66
3) 自己概念に関する調査票の回答の分布	66
4) 使用尺度の信頼性分析	66
5) 対象者背景の違いによる使用尺度の得点の比較	66
6) 療養の場の違いによる対象者背景の比較	66
7) 療養の場の違いによる自己概念に関する調査票の回答の比較	66
8) 療養の場の違いによる病気の知識の提供状況の比較	67
9) 入院群と地域群における自己概念に関する調査票と病気の知識の提供の関連	67
10) 入院群と地域群における各尺度の関連	67
III. 結果	68
1. 対象者	68
2. 対象者背景	68

3. 自己概念に関する調査票の回答の分布 -----	69
1) 自己の現状の認識と規定 -----	69
2) 自己への感情と評価 -----	69
3) 他者からみられている自己 -----	69
4) 過去の自己についてのイメージ -----	70
5) 自己の可能性と未来についてのイメージ -----	70
6) 自己に関する当為と理想 -----	70
4. 自己概念に関する調査票、自尊感情尺度、自己効力感尺度の信頼性分析 -----	70
5. 対象者背景情報と各尺度の差異 -----	71
6. 療養の場の違いによる自己概念に関する調査票の比較 -----	72
1) 療養の場の違いによる対象者背景の比較 -----	72
2) 療養の場の違いによる自己概念に関する調査票の回答の比較 -----	73
3) 療養の場の違いによる病気の知識の提供状況の比較 -----	73
4) 自己概念に関する調査票と病気の知識の提供の関連 -----	74
7. 入院群と地域群における各尺度の関連 -----	74
1) 入院群における各尺度の関連 -----	74
2) 地域群における各尺度の関連 -----	75
IV. 考察 -----	76
1. 対象者の特性 -----	76
1) 対象者背景 -----	76
2) 主治医からの告知状況と各尺度の関連 -----	76
3) 療養の場に違いによる各尺度の比較 -----	77
2. 療養の場に違いによる自己概念に関する調査票の比較 -----	78
1) 療養の場の違いによる対象者背景 -----	78
2) 療養の場に違いによる自己概念に関する調査票の回答の差異 -----	78
3) 主治医からの告知状況と自己概念に関する調査票の関連 -----	80
3. 自己概念と自尊感情、自己効力感の関連 -----	81
V. 結論 -----	83



第五章 総合考察	84
I. 統合失調者における自己概念の意味	84
II. 看護への示唆	85
II. 本研究の限界と今後の課題	86
第六章 結論	87
謝辞	88

文献

図表

資料

## 第一章 序論

### I. 緒言

#### 1. 研究背景

##### 1) 精神障害者におけるリハビリテーション看護の目標

我が国では、2004 年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で「入院医療中心から地域生活中心へ」と方策を推し進めることが示され、①精神障害者に対する国民の認知と理解の促進、②新規入院者をできる限り 1 年以内に退院させるよう良質な医療を提供する精神医療改革、③相談支援、就労支援などの強化やサービスの充実により、地域での安心した生活を可能にする地域生活支援の強化を挙げた（厚生労働省 2004）。この政策により、精神科救急入院料を見直し、医師と看護師の人員配置を増やし、精神障害者の 3 ヶ月以内の地域移行を目標にした精神科急性期医療の医療体制の充実化を図った（厚生労働省 2009）。また、長期入院者の地域移行を進めるために、居住場所の整備や就労支援を行い（厚生労働省 2013）、2011 年からは多職種による訪問支援をすすめる「アウトリーチ推進事業」が立ち上がり、精神科リハビリテーションの充実化がすすめられている（厚生労働省 2011、野口 2014）。2004 年の改革ビジョンが示されてから 10 年が経過し、入院期間が 1 年を超える長期在院者は 1997 年の 243,142 人から、1 年間におよそ 3,000 人ずつ減少した。また、総在院患者に占める長期在院者の割合は 1997 年の 72% から、2010 年には 66%に低下したと報告された（立森ら 2014）。しかし、一方では、1 ヶ月間の退院者数に占める長期在院者割合は 13%であること、在院期間が 1 年未満で退院した者の 80%は地域に戻るが、1 年を超えると地域へ退院する割合が 40%に減少することも報告されており（立森ら 2014）、今後も一層、精神障害者の地域生活の移行を目標とした精神科リハビリテーションの推進が求められている。

野口(2014)は、精神障害者の地域移行を進める一方で、精神障害者の中には自己の状態を十分に理解できず、病識が乏しいまま、病状悪化による再入院のリスクが高い状態で退院してしまう場合も少なくないと退院支援の在り方について危惧を示している。病識は服薬態度との関連が指摘されており（渡邊 2000）、統合失調症者の再発の原因は服薬中断が 50～70%を占めるとの報告もあることから（畑田ら 1999）、病識の獲得は統合失調症者の予後に左右する重要な条件である。2004 年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は、主に精神障害者が地域生活を営むために必要な周囲環境の調整に焦点があたっていた。しかし、本来、精神障害者が地域生活を送るためにもっとも重要なのは、その

人が自分の状態を理解し、その人らしく地域で暮らすことであり、地域生活移行の促進が認められたとしても、精神障害者自身が現状の自分に満足し、自分らしく生活することの可否は精神障害者のリハビリテーションにおいて重要な課題である。自分の中の一部に病気の側面があるにとらえ、精神疾患による破局的な影響を乗り越えて、人生の新しい意味と目的を創りあげていくことを示すことをリカバリー (Deegan 1998、Anthony1993、Andresen, et al 2003) と定義している。リカバリーは、障害者が「病気」と「欠陥」から解き放たれ、人間のもつ可能性とウェルビーイング(well-being)へと向かうと考える概念である(Charles&Richard 2014)。そして、支援者は精神障害者の日常生活における困難を精神疾患の症状にとらえるのではなく、彼らの願望の達成を考慮して支援することが必要となる。このように考えると、退院支援の体制を整えることより、精神障害者一人一人が自身のこれからの人生の目標をもち、自己実現に向かっていく力を養うことによって、質の高い生活を送ることにつながる。そのため、支援者はその精神障害者の病的な側面のみをとらえていては、本当の意味での退院支援にはならないと考えられる。

リカバリーを目標とし、その人の長所・強みである本人のストレングスを見出すことで、ストレングスを活かした今後の人生の新しい生き方が構築できる(Charles&Richard 2014)。ストレングスを見出すことで、個別性をより重視し、地域生活に根付いた目標を立てることができ、生活の質も改善できる。また、支援者による対象者のストレングスのアセスメントと共に、その人自身の視点で、その人自身が認識できるストレングスを対象者自身がよく知っておくことが必要である。精神障害者であった Deegan (1998) は自身の体験をもとに、リカバリーについて提言しており、障害や病気という枠をこえて“自分とは何か”を見直すことが重要であると述べ、自己と向き合うことの大切さを主張している。したがって、精神障害者のリハビリテーション看護において、障害者がその人らしい新しい生き方を創り上げていくためには、その人が自分自身と向き合うように看護することが重要である。

精神科リハビリテーションの考え方の一つである「障害の受容」においても、自分自身と向き合うことの重要性が強調されている。田島(2009)によると、「障害の受容」は1950年代に生まれた概念であるが、1990年代において、「障害の受容」の概念の名前から、障害者にとって障害の受容が義務になっており、それを社会や専門家が強いていることが問題視されるようになったとある。しかし、「障害の受容」が批判されたのには誤

解があった。それは、「障害の受容」の概念において、最も重要な要素を「障害を受容すること」ととらえており、「価値の転換」が軽視されていたことである。「価値の転換」とは、障害をもつことが自己の価値を下げるのではなく、むしろ障害をもつ自己と時間をかけて向き合い、到達する先が「人の価値」であることを意味する(田島 2009)。この「価値の転換」こそ、「障害の受容」の理論の本質であるが、「価値の転換」の方法論が不明確であったことが、「障害は受け入れなければならないこと」のような間違ったとらえ方が普及することに影響している(田島 2009)。障害受容論を主張した村田(1982)も、障害を受容することは新しい価値意識の下、自己価値を再編していくことであると述べ、自己価値を再編したときが自己受容であると位置づけている。つまり、病気である自己、障害をもった自己と向き合うことで病気や障害という枠をこえた「人」としての自己のとらえ方をすると考える。

## 2) 自己概念

### (1) 主我と客我

心理学者の James, W は 1890 年に最初に自己概念に関する理論を開発し、James, W が特に主張した自己概念の考え方は 4 つある(Marsh & Hattie 2009)。それは、(1) 主我と客我が区別できること、(2) 自己概念は多面的で階層的な性質であること、(3) 自己概念には個人が仲間からうける認識に基づく社会的自己、もしくは仮定上の高い権威や未来の世代や神などの評価として表わされ、一般化されたり潜在化されたりした社会的自己があること、(4) 自己を注意深く探求し、自己の欲求と充足、欲求と充足のための活動や主観的な重要性によって自尊感情が決定することの 4 つの基本的な考え方である。主我と客我については、自己の研究をする上で基本的な自己の様相であり、現在に至るまで支持されている理論である。浅田 (2009) が訳した Harter の記述では、James, W が主張した主我と客我について解説され、それによると、主我はその人の経験を組織化し解釈するので主観的自己とされ、客我は主我の創造の対象である範囲で客観的自己あるいは経験的自己とみなされる。James, W は 1890 年と 1892 年の報告で、自己概念の本質に主我を仮定することで組織化され解釈される客我があると強調している。つまり、主我と客我で自己であるにとらえていたと考えられる。現代の研究においても、主我と客我の区別は進められており、Dickstein は 1977 年に個人として能動性、統制、能力の感覚をもっている「動的(Dynamic)」自己と知識、

価値判断の対象としての自己とを対照させて報告している。また、Lewis と Brooks-Gunn は 1979 年に主我と客我の区別は大人だけでなく、子どもにも当てはまるとして、実存的自己と範疇的自己の区別を発達段階の課題とすることを説明している(Marsh&Hattie 2009)。実存的自己とは主体として幼児が他者と分離して存在する自己であり、範疇的自己とは幼児が外の世界に対して定義された自己である。例えば、「女兒は彼女が大人ではなく乳児もしくは子どものカテゴリに入り、男の子ではなく、女の子である」というように、他者と自己を区別し、自分が周りの世界からどのように定義されるか、自分の帰属を区別することが幼児期の発達課題であると述べている。特に児童期では認識の主体である主我の発達が構築されることで、必然的に客我が規定されると考えられている。

## (2) 自己概念の発達

1983 年の Harter の報告によると乳幼児期では客我より主我が先に発達するため、自己の対象化が未熟であると述べてられており(梶田 1988)、1956 年の Piaget と Inhelder の報告では、4 歳から 7 歳では自己の視点と他者の視点を区別できず、7 歳頃から他者の視点をとる視点取得が芽生えたと述べられている(三宮 2009)。学童期から少しずつ客我也発達するようになると、学童期の初期は社会的な地位や人種の違いは認識できないが、身長や体重などの体の特徴の違いを他者との違いであると認識できるようになる。青年期になると、自分を意識化し、自分の特徴をとらえ、他者との区別が認識できるようになる(梶田 1988、Demo 1992)。Sebastian ら(2008)の自己概念の発達に関するレビューによると、自己を意識する機能は前頭前皮質にあり、2006 年の Wang らの研究では、9 歳から 14 歳の集団と 22 歳から 33 歳の集団では自己についてのいくつかの質問をしたときに 9 歳から 14 歳の集団の方が前頭前皮質の活動が活発だったことから、前頭前皮質は青年期に成長し、自己を意識することができると結論づけている。したがって、客我の発達は 14 歳以降で確立していくと解釈できる。成人期では、主我と客我が確立しているため、自己の意識が深まっており、就職や結婚などにより社会的な役割が増えることで、青年期より複雑に自己を規定し、自己価値も形成される(Demo 1992)。成人期には自己概念は確立しているが、出産して親の役割を得たり、両親の介護をする立場になったりするなどの様々なライフイベントを経験し、その度に社会的な役割が変化し、自己規定も再編され、自己概念は再構築される(Demo 1992)。

### (3) 発達段階における自己概念

Demo (1992)は自己概念のレビューで、自己概念は個人の成長と共に、発達段階や社会的役割と相互に影響し合うと述べている。先述の通り、主我と客我は、乳幼児期から青年期までの間に成長発達していくため、この期間の自己概念は発達の影響を受ける。MarshとHattie(2009)の説明では、Shavelsonらは1976年に自己概念の理論的な定義をレビューし、自己概念を「一個人の経験と環境の解釈を通じて形成される自己知覚」と定義したと述べている。Shavelsonらが示す自己知覚はとくに重要な他者からの評価と強化、自己の行動に対する帰属に影響されるもので、自己知覚が個人の行動の仕方に影響し、その行動がその人の自己知覚に影響するという関係が成り立つ。

Shavelsonらの自己概念のモデルの特徴は、学業的自己概念と非学業的自己概念とに分けてとらえているところにあり、さらに学業的自己概念は一般的な学校での学ぶ教科のそれぞれに対応する自己概念に分かれ、非学業的自己概念は身体的自己概念、感情的自己概念、社会的自己概念に分かれ、下位概念になるにつれ特殊な構成要素に分かれていく。つまり、Shavelsonらの自己概念は児童期から青年期までの自己評価的な観点をもつ自己概念モデルであると考えられている。1976年にShavelsonらが自己概念モデルを発表して以降、Shavelsonらの自己概念が支持され、モデル内容が拡張された。拡張された自己概念モデルでは、学業的自己概念が教科毎に一つの下位概念として成立し、自己評価的な意味合いがより重視されている。自己評価の観点による自己概念モデルの発展は、HattiとSongの自己概念でも示されており、彼らは1984年と1992年に学業的自己概念を達成自己概念(現実の達成についての自己知覚)、能力自己概念(達成する能力があるという自己概念)、教室自己概念(教室活動についての自信)の因子が成り立つ概念ととらえて説明している(Marsh&Hattie 2009)。Hattiは自己概念を

「主体的な評価者としての自己をかなり強調した認知的な自己評価」と定義しており、Hattiがとらえた自己概念は、主我の側面のみの成長発達で自己をとらえる児童期から青年期の期間を想定していると考えられている。この時期は、学校生活を通して他者との違いを理解し始める時期であり、客我は発達途中であると考えられている。一日のほとんどの時間を学校で過ごすことを考慮すると、学校生活における自己概念を想定し、どの程度、自己の能力が成長し、学業達成につながられているかを自己評価することを自己概念とすることが妥当であると考えられる。むしろ、自己を対象化させてとらえる機能が未熟で客我を十分にとらえきれない児童期から青年期では、学校生活

における自己を評価することで自己をとらえやすいとも考えられる。

#### (4) 青年期以降の自己概念

青年期になると、主我と客我の発達に伴い、自分を意識化し、自分の特徴をとらえ、他者との区別が認識することができる(Demo 1992、梶田1988)。溝上(1999)の説明によると、自己の他者との区別の未成熟の学童期までは、教師や両親等の重要な他者の価値がほぼ無条件に内在化され、「信号は守る」「人のものを盗むことは悪いことだ」等の社会的価値を取り入れているが、青年期以降になると、自分が抱えている価値を対象化するようになるため、それまで身につけてきた価値から、何かが良くて何が悪いのか、自らの価値を模索していくと述べている。したがって、青年期は、主我と客我が確立し、自己と他者の区別で可能な時期であること、この時期に他者から内在化して得た一般的な価値から自己価値へ改編されること、この2点を考慮すると、自己概念が確立する時期であると解釈できる。

青年期以降の自己概念は、主我と客我が確立しているため、発達段階の影響を受けにくいと考えられる。しかし、青年期以降になると、就職、結婚、出産などの重要なライフイベントがあり、その中で、職位の獲得、親の役割、両親の介護等、自己の役割が変化し、その度に自己規定が変更される(Demo 1992)。そのため、自己概念も再構築していかなければならない。この時に、問題となるは、現実の自己と理想の自己とのズレである(梶田1988)。浅田(2009)が訳したHaterの記述によると現実の自己とは「現実においてどのように自己を認知するか」であり、理想の自己とは「どうなりたいか」である。溝上(1999)は現実の自己と理想の自己のズレについてヒギンズの解釈を説明し、理想の自己には願望や理想のみならず、「～であらねばならない」等の義務や期待の自己を含まれていると述べている。人は誰でも、この現実の自己と理想の自己のズレを持っており(梶田1988、Hater 2009、溝上 1999)、このズレの存在が、理想の自己と比較して現実の自己が劣っていることを批判的にとらえたり、理想の自己に近づくために「こうでなければならない」と完璧な人間なることに強いられたりすることがある(溝上 1999)。この自己のズレについて、梶田(1988)は、このズレを小さくするには、柔軟に自己を見つめ直すことが必要であり、重要なのは自分自身を大事にし、愛する自己愛の存在と現実の自己のあり方を見つめる主我の機能であると述べている。つまり、人は様々なライフイベントにより自己規定が変更され(Demo 1992)、理想の自己とのズレが多少なりとも存在するが、理想自己との比較に関心を寄せるのではなく、

常に柔軟に自己を見つめ直し、対象化された自己を無条件に受け入れることが求められると考える。梶田(1988)はこれを自己受容と定義し、「現実的な自己概念をもつこと」と表現している。したがって、青年期以降の自己概念が確立した時期においては、その時々での自己の役割の変化に伴い自己受容として、自己概念を再構築していくことが求められる。

我が国において、自己概念を発達段階だけにとらわれずに定義したのは、梶田(1988)である。梶田(1988)は、主我と客我が区別できることを強調した上で、自己概念を「その人が持つ自己意識を暗黙のうちに支えているものと想定される基盤的な概念構造」と定義している。また、「自己意識」とは「人が自分自身に対して現に抱く意識、すなわち、自らの身体的あるいは精神的な特性、社会的な関係や役割、所有するものや所属するところ、等々をめぐる今ここでのきづきやイメージ」ととらえている(梶田1988)。意識は一つの流れであり、ある特定の一瞬の意識は流動的で断片的であるが、その断片的なものの在り方を支えているのはかなり安定した暗黙の概念構造、自己概念ではないかと梶田(1988)は仮説を立てている。また、梶田(1988)は、James,W が主張した自己概念の多面性を採用し、6つのカテゴリ、(1)自己の現状の認識と規定、(2)自己への感情と評価、(3)他者からみられている自己、(4)過去の自己についてのイメージ、(5)自己の可能性と未来についてのイメージ、(6)自己に関する当為と理想を自己概念の構成要素としている。どのカテゴリが重要な役割を果たすかはその個人が置かれている状況によって異なる。自己概念が構築された青年期以降における自己のとらえ方や受け入れ方の側面が強く、自己受容や自己価値を表す側面も含まれている。

#### (5) 自己概念の定義

発達をふまえた自己概念について、梶田(1988)の自己概念の図式化を参考に図1に示した。自己概念の基盤的構造として主我と客我がある。主我は乳幼児期から発達し、客我は学童期から発達しはじめ、青年期で自己概念が確立する。学童期までは自己評価の意味合いが強く、青年期になると自己受容を含んだ自己概念となる。就職や結婚、親の役割を獲得するなどの役割の変化によって自己規定の変更がされ、その度に自己概念を再構築していく必要がある。主我は自己評価する機能を持ち、客我は主我の機能によって自己像を創り上げる。それによって得られた総体的な自己概念が梶田の6つの構成要素に相当する。また、これまでの経験を全て意識化しているのではなく、その時に置かれている状況や役割の変化による価値基準によって意識化される経験が



異なる。

### 3) 統合失調症者における自己

統合失調症において自己概念“Self-concept”に関する研究はほとんどされていない。しかし、これまで、精神症状の内容や患者の内的心理を考察する精神医学研究の1分野である精神病理学の分野において、統合失調症者の“自己”に関する考察は多く、統合失調症者が自己のとらえ方や、または自己の「機能障害」の様相について検討されてきた歴史がある(木村 1978)。

Parnas と Handest(2003)の統合失調症者の主体的体験のレビューによると 19 世後半から統合失調症の“自己”に関する考察は始まっており、Bleuler は 1911 年に統合失調症の症状の中核を「常に自己の苦悩を取り巻く不治の病」であり、「基本症状は self-disorder」であるととらえ、Berze は 1914 年に「self-consciousness の改変・不足」、Kraepelin は 1896 年と 1913 年に統合失調症の「主たる様相は conscious(意識)の不統合」と言及している。また、Burgoyne(2008)は精神病理学の歴史と最近の動向についてまとめており、統合失調症者における自己のとらえ方として 1913 年に Jaspers が提言した自己を紹介している。それは、自己の様相には(1)Activity of the self、(2)Unity of the self、(3)Continuity of the self、(4)Distinction of the self from the outside worlds の 4 つがある。Jaspers がもっとも重要視したのは Activity of the self である。Activity of the self とは、考え、イメージ、記憶、感情、感受の主体となる自己を示しており、Activity of the self が障害されると離人化(自分が自分じゃない感じ)が生じると説明し、統合失調症者の自己の問題と精神症状との関連を示唆している。Jaspers が 1913 年に統合失調症者の自己について提言して以降、Schneider(1946)は Activity of the self を Sense of mineness と言い換え、物事の行動の帰属が自己にある知覚と述べ、統合失調症者は Sense of mineness が障害されているため、思考吹入 思考奪取 (させられ体験)に繋がると説明している。Activity of the self も Sense of mineness も、用いている用語は異なるが、意味することは同じと考えられ、ある行動に対し、それを行っているのは自分であると知覚する能力が統合失調症者では乏しいと指摘している。このことは、自己概念の基本的考えである主我と客我でとらえると、認知する自己の主我の側面としてとらえることができる。

統合失調症者の自己に関する考察では、必ず Jaspers(1913)と Schneider(1946)の言及

は示されることが多いが、精神病理学における統合失調症者の自己のとらえ方の解釈は科学的な根拠を示すことが難しく、仮説にとどまっている。近年の精神病理学の動向を見ると、Jaspers(1913)と Schneider(1946)が統合失調症者の主我に注目したのに加えて、客我にも注目し、主我だけでなく“自己”を取り扱った解釈がなされている。Sass と Parnas(2003)は「統合失調症の核となる障害は disturbance of conscious である」でと仮説を発表している。Sass と Parnas(2003)の仮説では、統合失調症者の自己の問題には 2 つの側面があり、一つは Hyper-reflexivity、もう一つは Diminished self-affection であると述べている。Hyper-reflexivity は自己の一部として構築された経験や物事の現象を対象化するときに、実際よりも大げさに自己が意識される自己のとらえ方の傾向であり、統合失調症者の陽性症状の出現時に多く認められる。つまり、自己概念で述べられる認知される自己の客我に対する指摘であり、客我を十分に対象化できていないことを示している。また、Diminished self-affection は、行動の主体として存在している知覚が小さくなること、つまり、一人称としての自己の存在が小さくなることを示している。これは、Jaspers の Activity of the self、Schneider の Sense of mineness を意味しており、主我の知覚が小さいことを示していると解釈できる。Sass と Parnas(2003)によれば、この 2 つの自己の側面は Hyper-reflexivity が強まると Diminished self-affection も強まる相互の関係にあると述べている。Sass と Parnas(2003)の仮説は、Jaspers と Schneider の考えを引き継いだ自己の様相のとらえ方をしているが、大きく異なるのは、Jaspers と Schneider は認知する自己である主我の機能の乏しさを主張していたのに対して、Sass と Parnas(2003)は、主我の機能に加えて、認知される自己である客我にも注目している点である。むしろ、客我が十分にとらえきれないために主我の機能が乏しくなると述べ、統合失調症者における主我、客我の関連についても説明している。さらに、Sass と Parnas(2003)は、これまで精神病理学における自己のとらえ方に科学的な根拠を示すことができなかったが、統合失調症者の Hyper-reflexivity に注目することで、神経認知学の見解を科学的根拠として関連づけて説明することが可能になると主張している。例えば、Nelson(2014)は、統合失調症者の認知機能障害に記憶障害、注意障害があることを指摘し、“STOP” という標識に“ST”しかなくても統合失調症ではない人は“STOP”という意味を理解することができる場合があると述べている。これは暗黙のうちのこれまでの自分の体験を振り返って認識していることを示しているが、この機能が乏しい統合失調症者の場合は、“ST”だけを注目しても理解ができ

ないためである。つまり、これまでの自己の体験を明確にとらえきれていない **Hyper-reflexivity** が強い状態であると解釈ができると説明している(Nelson 2014)。しかし、Sass と Parnas(2003)の主張も仮説にとどまっており、統合失調症者の自己の様相については今後の研究が期待されている。

統合失調症者の“自己”に関する多くの精神病理学の解説書には、統合失調症者の症状の軸となるは「自我障害」であると述べられている(村田 1982,吉松 1982,)。しかし、この「自我」(四丸 1971、針間 2007)と翻訳された原著者の論文をみると“Self”となっている(Jaspers K. 1912、Schneider K.1959)。日本語の“自我”は英語では“I”または“ego”であり、一人称を示す言葉である(溝上 1999)。すなわち“自我”は自己の一側面である主我を示していると思われる。統合失調症者の自己について論じた Jaspers や Schneider が強調したのは、Activity of the self、Sense of mineness であり、主我の側面であったため、「自我障害」と日本では訳されてきたと解釈できる。しかし、そもそも“Self”とは主我だけを意味した言葉ではなく、Jaspers や Schneider があえて、“I”や“ego”を用いず、統合失調症者の“Self”の問題を取り上げていたことを考慮すると、Jaspers と Schneider は主我の側面を強調しただけにすぎず、客我の側面も含めて“自己”をとらえていたと考えられる。また、「Hyper-reflexivity」と説明されるように客我にも注目した見解がなされていることを考慮すると、本来は自我障害というより自己意識の障害ととらえる方が妥当である。

精神病理学の分野では統合失調症者の自己意識の問題は仮説にとどまることが多かったが、近年の動向では、神経認知学の分野において、統合失調症者の自己意識の問題を取り上げられるようになり、脳のメカニズムの解明とともに、統合失調症者の自己意識の実態が少しずつ明らかになっている。神経認知学の分野で統合失調症者の自己意識に関連して注目される概念の一つに“Sense of agency”がある(Gallagher 2000)。“Sense of agency”は、自己意識の中の行動の始まりや帰属が自分にあるという感覚を意味し(Gallagher 2000)、わが国では“自己主体感”と訳されている(浅井と丹野 2007)。“Sense of agency”は、精神病理学における Jaspers の Activity of the self を意味しており、主我の側面を示す。“Sense of agency”は Frith ら(2000a、2000b)のセルフモニタリングシステムで説明されている。Frith ら(2000a、2000b)の説明によると、ある行為をするとき、その行為をするという指令が発生すると同時に、次にどんな状態になるかの予測をし、この予測と実際の行為の感覚が一致することでスムーズな行為ができると述べ

ている。この予測に関わる運動指令のコピーは遠心コピーと表現され、統合失調症者の場合は、この遠心コピーがうまく働かないために実際の行為の感覚とその予測が一致せず、行為主の判別ができず、自己主体感が得られないと述べられている (Frith 2000b, 浅井と丹野 2007,2010)。セルフモニタリングの役割は、自己の行為がスムーズに行えるようにモニタリングすることであり、その本質は行為主の判別にある(浅井と丹野 2010)。そのため、統合失調症者の“Sense of agency”には、行為主の判別ができるか否かが重要であると考ええる。

行為主の判別は、その行為の主体が自己にあるかどうかを判別することであり、他者と自己を区別することでもある。他者と自己を区別することに関して、近年注目されているのはミラーニューロンである(山田と井上 2010)。他者の行為を観察するとき、自己の脳内でその行為をするときと同じニューロンのセットが活性化し、シミュレーションすることにより、自己は他者の行動を理解する(倉知 2006)。この時に重要な役割を果たすのがミラーニューロンであり、このシステムをミラーニューロンシステムと言う(山田と井上 2010)。現段階では、行為主の判別性との直接的な関連は明らかになっていないが、ミラーニューロンは前運動野と頭頂葉に存在し、(山田と井上 2010)、セルフモニタリングシステムの神経ネットワークの一部にミラーニューロンシステムの関連が深いことが考えられている (Miall 2003)。このミラーニューロンシステムが働くことによって他者が何を意図しているのか直感的に理解できるため、相手の視点に立つことや共感に大きく関与している(山田と井上 2010)。統合失調症者は自己と他者の状況を想定する能力を示す「心の理論」の障害あることが指摘されており(神庭 2010)、「心の理論」にはミラーニューロンが関与すると考えられている(山田と井上 2010)。したがって、統合失調症者は他者から自己がどのようにみられているかを理解しにくいと考えられる。

#### 4) 統合失調症者における自己概念の重要性

先述の通り、自己概念は発達に伴って変化し、青年期以降は様々なライフイベントによる自己の役割の変化によって影響を受ける(Demo 1992)。DSM-5 によると、統合失調症者の初回エピソードが始まる年齢のピークは男性では 20 代前半～半ば、女性では 20 代後半と述べられている(American Psychiatric Association 2013)。したがって、統合失調症者の多くは、青年期以降に発症しているため、発達段階の影響は受けにくいと考えられる。しかし、自己概念の基盤的構造である主我と客我が確立されるのが青年期以

降であり(Sebastian., et al 2008)、統合失調症者の発症時期は、自己概念が確立していく重要な時期と重なっている。多くの場合、統合失調症を発症すると治療のために入院生活を体験することになり、入院体験そのものが、患者である自己規定への変更を求められると考えることができる。さらには、休学・退学、休職・退職など、Demo(1992)が指摘するライフイベントによる自己の役割の変化をもたらし、「統合失調症」と診断を受けることで自己規定や自己評価の変更が求められる。本来は、自己規定の変更のたびに、現在の自己を見つめ直す作業が必要となるが(梶田 1988)、統合失調症者の場合は、Gallagher(2000)が指摘したように“Sense of agency”をはじめとした主我の機能が指摘されているため、自己を対象化すること難しく、自己を見つめるににくいことが考えられる。統合失調症者が自己を見つめにくいために、病気である自己を受けいれきれないという報告がある(池淵 2004、Medalia& Thysen 2010、Sevy et al. 2004、菅原と森 2011)。また、2002年に「精神分裂病」から「統合失調症」と呼称が変更され、病名告知が積極的に行われるようになったが、それまでは「精神分裂病」の病名が否定的なイメージを持っていること、さらには統合失調症者が病気を受けいれきれないことが多いことを懸念して、積極的に病名告知が行われてこなかった歴史的な背景がある(西村ら 2004)。そのため、病名告知をされなかったことによって、自己を見つめる機会も阻害されてきたと考えられる。

さらには、一般市民は精神障害者の行動を理解できず、恐ろしいというイメージを持つことが分かっており(竹島ら 1992)、そういった否定的なイメージによって、「統合失調症」のレッテルを付けられることで、統合失調症者が自己価値を下げることにつながる(山口ら 2013)。山本ら(2006)の報告では、家族からのスティグマが強いと否定的自己像が形成されると述べており、Werner ら(2008)の報告においては、社会からのスティグマ体験が、統合失調症者自身のセルフスティグマを形成することになり、それが自尊感情を低くすると述べられている。したがって、統合失調症者は、「統合失調症」と診断を受けたことで、統合失調症者である自己を現実の自己として見つめ直すこと必要となるが、実際には、主治医からの病名の告知も十分にされているとは限らず、自己の対象化がしにくいことや社会のスティグマによるセルフスティグマの形成により、病気を受けいれきれない現状にあると考えられる。

精神科リハビリテーションの本来の目標は、精神障害者がその人らしく地域生活することであり(Anthony1993)、この目標を達成するために重要なのは、“自分とは何か”

を見つめ直し、病気や障害の枠を越えて、人としての価値を見出すことである(Deegan 1998)。しかし、統合失調症者が自己をみつめられずに、病気を受けいれきれないままではその人らしく生活することには辿りつかない。病気を受けいれきれないことは、服薬継続を困難にし、再燃のリスクが上がると報告されており(畑田と中根 1999、渡邊 2000)、病気をもった自己を見つめることはその人らしく生きるために重要な作業である。中間(2009)が訳した Prout の記述では、精神障害者に自尊感情の低さが認められるとは説明されているが、自己への概念化そのものの機能が乏しいとは明記されておらず、自己を見つめる機能に個人差があったとしても、病気をもつ者もそうではない者も自己のへ概念化を行っているとは解釈できる。國方と本田(2009a)が地域で生活する精神障害者にインタビューを実施し、統合失調症を含む精神障害者の自己概念を明らかにしている。それによると、自己概念として「見守る助けが必要な自分」や「自己のコントロール感覚を得た自分」、「過去の入院体験にトラウマをもつ自分」などを抽出しており、統合失調症者以外の疾患も対象となっているため、これらのカテゴリが統合失調症者の特徴とは断定できないが、統合失調症者にも自己概念を持ちうると考えることができる。統合失調症者は、自己の見つめにくさがあっても、その人なりの自己のとらえ方があり、自己をどのように受け入れているか理解する必要がある。村田(1982)は、精神障害者が自己を見つめ直し、人としての新しい自己価値を再編できたときが自己受容である述べている。自己受容は、梶田(1988)が指摘しているように「現実的な自己概念をもつ」ことになる。したがって、統合失調症者の自己概念の再構築そのものが自己受容につながり、自己価値を正当に評価することにつながる。そのため、統合失調症者の自己が現実の自己をどのようにとらえているかに注目する必要がある。

##### 5) 統合失調症者における病識

統合失調症者が自己価値を正当に評価するためには、病気をもった自己見つめ直すことが求められ、統合失調症者が自己をどのようにとらえているかに注目する必要がある。しかし、これまでの報告では、統合失調症者の自己をどのようにとらえているかについては明らかになっておらず、統合失調症者の病気を受けいれきれない状態を「病識」の概念を用いて、病識の乏しさが統合失調症者の最も多く観察される臨床上の所見として報告されてきた背景がある(池淵 2004)。「病識」の定義で最もよく用いられているのは、Jaspers,K(1913)の病識の定義である。Jaspers,K(1913)は「一つ一つの症状も全部正し

く判断され、病気全体の種類も重さも正しく判断されていれば、病識である」と述べている。加えて、「精神病の最中には完全な病識は存在せず、精神病が経過して回復していく過程で病気を正しく判断されていく」と述べ、さらに、病識のレベルの向上を期待できるのは、せん妄、アルコール幻覚症や躁病の回復期であると限定している。つまり、Jaspers,K(1913)が病識を定義した時代では、統合失調症者は病識を獲得できないと考えられていたことを示している。金（1998）によると、我が国において病識に対する議論が高まったのは 1962 年前後と 1980 年代後半であり、いずれも議論の中心は Jaspers,K(1913)の病識の定義を批判した内容であったと説明している。Jaspers,K(1913)の病識の定義は、1962 年前後の議論では「一つ一つの症状も全部正しく判断され、」という点において、実際には統合失調症者の中には部分的な病識の出現を認める場合もあり（西園 1963）、厳しすぎる病識の定義であると批判をされていた。また、1980 年代後半では、Jaspers,K(1913)の病識の定義は医療者側から客観的評価の意味をもつ概念であるため、狭義の定義であることが指摘されたが、病識の概念が本来客観的評価として取り扱う概念なのか否かは疑問視されたまま、統合失調症者の主観的な側面にも注目すべき概念が必要であると論議の余地を残している（吉松 1988）。したがって、我が国においては、Jaspers,K(1913)の病識の定義を巡って、議論が繰り返されることで、統合失調症者の「病識」の概念のとらえ方の問題が明確になっていったと考えられる。

海外における「病識」の概念については、David(1990)が Jaspers,K(1913)の病識の定義の加え、病識はあり・なしで評価される概念ではなく、多次元であると述べている。また、病識は「治療と服薬の必要性」「自己の疾病についての意識」「精神症状に対する意識」の 3 つの要素で構成されていると説明している。Amader ら(1993)は病識を「自覚とその帰属のプロセス」と述べ、自覚していることとその症状が精神疾患に起因するかどうかの判断が含まれること、さらに、これらを医療者が過去と現在の視点で評価していく概念であると説明している。したがって、Daivd(1990)と Amader ら(1993)は「病識」を医療者からの客観的な評価としてとらえていたことを示している。しかし、Markova(1995)は客観的評価された病識は、患者の状態を他者が解釈したものであり、評価された事柄は、病識の概念を他者が構造化したものにすぎないと述べ、客観的な評価として「病識」をとらえることに否定的な見解を述べている。また、Markova(1992、1995)は、病識は「自己認識の一部」であり、単に精神症状を自覚することや自分を精

神疾患であると認識することだけではなく、病的体験を自己へ関連づけていくことであり、自分の中にどのように位置づけるのか自己概念の意味を含んでいると説明している。すなわち、Markova(1992、1995)は1980年後半に我が国で論議されたように、「病識」を医療者からの客観的な評価ではなく、統合失調症者自身の主観的な認識とし、自己概念の意味をもつ広義の概念としてとらえていたと考えられる。我が国においても、池淵(2004)がJaspers,K(1913)の病識より広義の概念として、病識をとらえようとし、現在、「病識」は、客観的評価から主観的な認識へと概念のとらえ方が変遷していることを論じている。しかし、これまでにすでに病識を客観的評価として取り扱い、尺度開発されてきている現状を考慮し、池淵(2004)はこれまでの病識と区別し、「障害認識」という用語を用いている。「障害認識」を「精神障害によってもたされる何らかの変化の気づき」と定義し、障害認識の一部に病識があると位置づけている。「障害認識」が本人の主観的なものであり、症状の認識や生活障害の認識、治療の必要性などが含まれるのに対し、「病識」はその「障害認識」を医療者が医学的に妥当であるかどうかを客観的に評価したものである。しかし、本来は、中安(1988)が指摘しているように、病識はあくまでも患者自身の中で起きている事象であるため、池淵(2004)が示した「精神障害によってもたされる何らかの変化の気づき」が、主観的な病気の受けとめ方、自己の受けいれ方の意味を含んだ広義な概念の「病識」であると考えられる。

## 2. 研究目的

本研究の目的は、統合失調症者が語った病識を基に長期療養中の統合失調症者における自己概念の特徴を明らかにすることである。

## 3. 用語の定義

### 1) 自己概念

本研究における「自己概念」は梶田(1988)の自己概念を用いて「その人がもつ自己意識を暗黙のうちに支えているものと想定されている基盤的な概念構造」と定義する。また、自己概念は、(1)自己の現状の認識と規定、(2)自己への感情と評価、(3)他者からみられている自己、(4)過去の自己についてのイメージ、(5)自己の可能性と未来についてのイメージ、(6)自己に関する当為と理想の6つの構成要素で構成される。



## 2) 病識

本研究における「病識」は「精神障害による何らかの変化の気づき」(池淵 2004)であり、統合失調症者の主観的な病気の受けとめ方を含む概念とする。

## 4. 本研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みを図 2 に示した。人は皆、経験を積み重ねることで、「自分とは何か」と自己を概念化させていく(溝上 1999)。自己概念には認知する自己である主我と認知される自己である客我の 2 つの機能が必要であり(Marsh&Hattie 2009)、乳幼児期から青年期までの間に主我と客我の機能が発達し、青年期以降には自己概念が確立する(梶田 1988、Sebastian., et al 2008)。青年期以降の自己概念では、様々なライフイベントによる役割の変化によって、自己規定が変化し、その度に現実の自己を見つめ直し、自己価値を変換し、自己を受け入れいくことが必要となる(Demo1992、梶田 1988)。これらのことは統合失調症の人でもそうでない人でも同じである。また、自己概念は、自己の現状の認識と規定、自己への感情と評価、他者からみられている自己、過去の自己についてのイメージ、自己の可能性と未来についてのイメージ、自己に関する当為と理想の 6 つの構成要素で構成されている。主我と客我が区別できることで、客我が自己像をつくりあげ、主我が自己評価として自己像を認知することで 6 つの構成要素で成り立つ自己概念を創り上げていく(梶田 1988)。統合失調症者の場合、Sense of agency(Gallagher 2000)やHyper-reflexivity(Sass&Parnas 2003)、心の理論の障害(神庭 2010)で示されるように認知機能障害があり、自己の見つめにくさがある。さらに、「統合失調症」に対する社会からのスティグマがあり、統合失調症者自身も否定的な自己像を生み出すことが考えられ(Werner., et al 2008)、自己の見つめにくさを助長させている。自己を見つめられないと「病気をもった自己」を受けとめきれず、自己受容することも困難になる。つまり、統合失調症者のリカバリーの目標であるその人らしく生きていくことや自己価値の再編が困難になる。したがって、統合失調症者が障害や病気をもちながらもその人らしく生きるには、「統合失調症者である」と自己規定を変化させた後に、「統合失調症」をもった自己を再度見つめ直す必要がある。「統合失調症」をもった自己を見つめ直すことで、「統合失調症をもった自己」の自己概念が再構築され、障害や病気の枠をこえ、新たな人生の意味や価値を見出し、自己受容することが可能となる。

## 5. 本研究の意義

精神科リハビリテーションでは、精神障害者が地域でその人らしく生活することを目標としている。そのためには、自己を見つめることが重要であり、自己を見つめることで、障害や病気の枠を越えて、自己をとらえ、新たな自己価値を再編することができる。自己を見つめることは、自己を対象化させ、自分とは何かを知ることであり、自己概念を深化させることにつながる。人は常に現実の自己と理想の自己にズレがあることが分かっており、柔軟に現実の自己を見直すことで自己を受容することできると考えられている。統合失調症者の場合は、自己概念が確立する青年期が発症の好発年齢の時期であり、「統合失調症」と診断を受け、自己規定が変更されることで、「統合失調症」である自己を見つめ直す、すなわち、自己概念の再構築が必要となる。しかし、近年、統合失調症者は認知機能障害のために、自己を見つめにくいことが指摘されている。また、自己を見つめにくいことが病気を受け入れきれないことにもつながり、服薬の必要性が理解できず、治療継続を困難にしている。したがって、統合失調症者が自己を見つめにくい状況にあっても、統合失調症者自身が現状の持っている力で自己を見つめ直し、病気を持った自己を受け入れていく作業が重要である。これまでの報告の多くは、統合失調症者の自己の見つめにくさを認知機能障害の観点から指摘した報告が多かったが、本研究では自己を見つめにくい統合失調症者も自己概念が持ちうると思った。本研究において、統合失調症者の自己概念を明らかにすることで、統合失調症者の自己の見つめ方が明確になる。統合失調症者にとって、自己を見つめることは、現実の自己を受け入れる自己受容に必要な作業であり、「統合失調症」をもつ者としての新たな自己価値を再編する過程である。したがって、統合失調症者の自己の見つめ方が明確になることで、統合失調症者がその人らしく生活することへの看護援助の示唆を得ることができると考える。

## 第二章 長期療養中の統合失調症者の自己概念の抽出

### I. 緒言

#### 1. 研究背景

これまでの統合失調症者の自己のとらえ方に関する報告では、先述の通り、19世紀後半から現代に至るまで、自己概念の主我における指摘として Jaspers (1913)の「Activity of the self」や Schneider (1946)の「Sense of mineness」、Gallagher(2000)が指摘した「Sense of agency」であり、統合失調症者は自己の行動の帰属が自己にあると知覚しにくいと報告されている。さらに、客我においては Sass と Parnas(2013)の仮説で示された「Hyper-reflexivity」が該当し、自己を対象化した際、実際よりも大げさに自己意識されると述べてられている。加えて、社会からは「統合失調症」が否定的なイメージを持たれることが分かっており(竹島ら 1992)、「統合失調症」のレッテルを付けられることで、統合失調症者が自己価値を下げられたと自己評価しやすい(McCay& Seeman 1998、山口ら 2013)。さらに、統合失調症者のうち良好な経過を持つのは 20%ほどであり、大半が慢性的に精神症状の悪化と寛解を繰り返し、日常生活支援を必要とする(American Psychiatric Association 2013)。したがって、統合失調症者は、症状が安定しにくく慢性的に治療を必要とするため、長期に渡る療養生活の中で、社会からのスティグマ体験の影響を受け、否定的な自己像を形成しやすく、自己価値が高まりにくいと考えられる。すなわち、統合失調症者は自己を十分にとらえきれていないことが推察される。しかし、これまでの報告では、具体的な統合失調症者の自己のとらえ方については明らかになっておらず、多くの報告が、統合失調症者の自己のとらえ方を「病識」の概念を用いて報告されてきた(池淵 2004、Medalia& Thysen 2010、Sevy., et al. 2004)。そのため、現在に至るまで統合失調症者は病識が獲得されにくいことは明らかであるが、具体的な自己概念の様相が不明瞭のままである。さらに、これまでの病識に関する報告の多くが、Jaspers(1913)の「一つ一つの症状も全部正しく判断され、病気全体の種類も重さも正しく判断されていれば、病識である」の定義に基づいた病識の概念を用いており(水野ら 2000、池淵 2000、渡邊 2000、佐藤 2003、日域 2005)、統合失調症者がどのように自己をとらえているかの視点ではなく、医療者からの客観的評価として病識のとらえ方を報告している。Jaspers(1913)がとらえた病識の概念は、「一つ一つ症状も全て正しく判断され、」という点において、この概念に沿って病識をとらえると統合失調症者だけでなく、糖尿病や高血圧など慢性疾患をもつ者も十分な病識を獲得しているとはいいきれないと判断されるため、より広義の概念でとらえ

るべきであると指摘されている(金 1998、中安 1988)。さらに、Jaspers(1913)の狭義の「病識」の概念を推奨した場合、病識のレベルが高い統合失調症者が医療者側にとっては病気を理解している良い患者と評価され、統合失調症者は病気を理解し、病気を受け止めなければならないとの医療者側からの専制性の主張につながる可能性がある。しかし、最近の「病識」のとらえ方は、必ずしも、Jaspers(1913)の「病識」の概念が用いられるわけではなく、Markova(1992、1995)は、Jaspers(1913)の「病識」の定義より広義な概念として「病識」ととらえ、「病識」の概念が単に精神症状を自覚し、自分を精神疾患と認識をすることだけではなく、病的体験をいかに自己へ関連づけていくか、自己の中にどのように位置づけていくか自己概念の意味を含んでいると説明している。Markova(1992、1995)は「病識」について明確に定義していないが、医療者側からの客観的評価ではなく、主観的な病気の受けとめ方であることを強調している。我が国においては、池淵(2004)が統合失調症者の「病識」の新しいとらえ方について説明しており、Markova(1992、1995)の考えと同様に、主観的な側面に注目している。池淵(2004)は「病識」の主観的な側面を含めた概念を「精神障害による何らかの変化の気づき」と定義づけており、統合失調症者の主観的側面を含めた病識には統合失調症者の自己概念が含まれていると解釈できる。したがって、統合失調症者の「病識」を Jaspers(1913)の「病識」ではなく、より広義で主観的な側面を含めた概念であるととらえた場合、統合失調症者自身がとらえる「病識」から統合失調症者の自己概念を抽出することが可能であると考えられる。そのことにより、これまで明らかにされてこなかった統合失調症者の自己概念の様相が明確となると考えられる。

## 2. 研究目的

本研究の目的は、長期療養中の統合失調症者の病識に関する語りから自己概念を抽出することである。

## 3. 用語の定義

### 1) 自己概念

本研究における「自己概念」は梶田(1988)の自己概念を用いて「その人がもつ自己意識を暗黙のうちに支えているものと想定されている基盤的な概念構造」と定義する。また、自己概念は、(1)自己の現状の認識と規定、(2)自己への感情と評価、(3)他者からみられている自己、(4)過去の自己についてのイメージ、(5)自己の可能性と未来について

のイメージ、(6)自己に関する当為と理想の 6 つの構成要素で構成される。

## 2) 病識

本研究における「病識」は「精神障害による何らかの変化の気づき」(池淵 2004)であり、統合失調症者の主観的な病気の受けとめ方を含む概念とする。

## 4. 本研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みを図 3 に示した。統合失調症者は行動の始まりや帰属が自分にあるという感覚を示す Sense of agency(Gallagher 2000)や実際よりも大げさに自己が意識される Hyper-reflexivity(Sass&Parnas 2003)、自己と他者の状況を想定する能力を示す心の理論の障害(神庭 2010)が指摘され、自己の見つめにくさがある。さらに、「統合失調症」に対する社会からのスティグマがあり、統合失調症者自身も否定的な自己像を生み出すことが考えられ(Werner., et al 2008)、自己の見つめにくさを助長させている。しかし、自己の見つめにくさがあっても統合失調症者も自己概念は持っており、自己の現状の認識と規定、自己への感情と評価、他者からみられている自己、過去の自己についてのイメージ、自己の可能性と未来についてのイメージ、自己に関する当為と理想の 6 つの構成要素で構成されている(梶田 1988)。自己の病気の受けとめ方を示す「病識」は、自分を精神疾患と認識をすることだけではなく、病的体験をいかに自己へ関連づけていくか、自己の中にどのように位置づけていくか自己概念の意味を含んでおり Markova(1992、1995)、統合失調症者の「病識」は自己概念に相当すると考える。「病識」は、主治医からのインフォームド Consent、治療と服薬の必要性及び服薬に関する考え、自己の疾病についての意識、精神症状に対する意識、今後の自己の可能性や将来像で成り立っており、主治医からのインフォームド Consent は自己規定の側面に相当し、治療と服薬の必要性及び服薬に関する考えは治療を向き合う自己の側面があるため自己への評価に相当する。また、自己の疾病についての意識と精神症状に対する意識は過去の自己から現在に至るまでの病気をもつ自己と対象化している側面であるため、過去の自己や現在の自己の状態を認識する側面をもつ。今後の自己の可能性や将来像は病気をもった自己が今後どのように生きていたいと思っているのか、さらに自己にどのような可能性があると考えているが含まれており、将来のイメージや理想の側面がふくまれていると考えた。

## 5. 本研究の意義

統合失調症者は、行動の帰属が自己にある知覚を示す「Sense of agency」が得られにくいなどの認知機能障害により、自己の見つめにくさが指摘されている。加えて、社会からのスティグマ体験により、統合失調症と診断されることで自己価値を下げられたと自己評価しやすい。この統合失調症者の自己の見つめにくさの問題を「統合失調症者は自己を見つめられない」ととらえるのではなく、その人が現在ある力でその時々での自己の見つめ方に注目する必要があると考える。

本研究により、長期療養中の統合失調症者の自己概念を明らかにすることで、統合失調症者が病気や障害をもちながら、現在ある力で自己をどのように見つめているのかを明らかにすることができると思う。精神科リハビリテーションでは、精神障害者がその人らしく生活するために自己を見つめ直すことが求められており、統合失調症者の自己概念を明らかにすることは、統合失調症者が現在の自己をどのように見つめているかが明確となり、病気や障害の枠をこえて、人としての価値を正當に評価するために必要な看護の有用な示唆を得ることにつながると思われた。

## Ⅱ. 研究方法

### 1. 対象者

#### 1) 選定基準

- (1) 20 歳以上で ICD - 10 の診断基準によって医師から統合失調症(F20)の診断を受けた者
- (2) 主治医と病棟の担当看護師に本研究への参加可能な能力があり、病状が耐えられると判断された者
- (3) 本研究の研究課題、目的について了解が得られた者

#### 2) 除外基準

- (1) 症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)、成人の人格および行動の障害(F60-69)、知的障害(F70-79)、心理的発達の障害(F80-F89)の診断を受けたことがある者
- (2) 電気けいれん療法を今回の入院で受けた者

### 2. 調査期間

2008 年 4 月~2008 年 8 月

### 3. 調査内容

研究者が 2008 年 4 月から 8 月までに調査したインタビューデータを用いて、選定基準に該当した者を分析対象とした。インタビューガイドを資料 1 に示した。精神障害による何らかの変化の気づきが病識と定義されている(池淵 2004)。この定義のもと、主治医からのインフォームドコンセント、治療と服薬の必要性及び服薬に関する考え、自己の疾病についての意識、精神症状に対する意識、今後の自己の可能性や将来像について統合失調症者にインタビューを実施した。病気の側面に注目した概念が病識であるが、統合失調症者はこれまでの自己の体験を想起し、自己を概念化させながら自己の病気の体験についても語っている。また、統合失調症者の語りには、健康な側面との対比や過去のこれまでの体験や病気の側面を振り返ることで自己を語っている。したがって、2008 年 4 月から 8 月までに調査したインタビューデータは自己概念を内容分析するに値すると判断し、分析対象とした。また、対象者の基本情報は、年齢、性別、罹患期間、入院回数、入院形態、CP 換算とした。

#### 4. 梶田の自己概念の枠組みにおける統合失調症者の自己概念

インタビューデータを内容分析するにあたり、梶田(1988)の自己概念の6つのカテゴリについて、統合失調症者の自己概念を以下の通りに仮定した。

##### 1) 自己の現状の認識と規定

梶田(1988)は「自己の現状の認識と規定」には、自己の状態、感情的志向・態度、自己規定が含まれていると説明している。自己の状態は、気分、体調などが含まれ、自己を対象化させたときの自己の気分や体調はどうであるかを示している。統合失調症者の場合では、「声が聞こえてきて辛い」「気分には波がある」のように、精神症状の内容や「副作用でうまく身体が動かない」などの副作用による体調の変化が含まれる。また、「今の状態はまだ退院できる状態にない」などの自己の状態を総体的に表現した内容も含まれる。「前より眠れるようになっていく」といった状態の変化の認識も含まれる。梶田(1988)は、「～が好き/嫌い」等で表現される自己の情動反応の側面を感情的志向・態度と説明している。これらの内容は統合失調症者でもそうではない人でも同じように「好き」「嫌い」で表現されると考える。そして、自己規定は梶田(1988)によると、アイデンティティを示す項目であり、属性、社会的地位・役割、性格特性、行動特性、対人特性、本質的規定が含まれる。統合失調症者の場合は、「私は統合失調症である」という属性や「私は主婦である」といった自己の役割、「私はイライラしやすい」といった性格・傾向も含まれる。

##### 2) 自己への感情と評価

梶田(1988)は「自己への感情と評価」には自負・プライド、優越感・劣等感、自己受容が含まれると説明している。つまり、梶田(1988)が「自己への感情と評価」で述べている感情とは、情動中枢である扁桃体の反応としての喜怒哀楽を意味する感情ではない。高橋(2010)は、扁桃体から海馬を経由して前頭前野での情動に関する脳活動を社会的感情と述べ、自己に対する評価を意識し、それを気にするときに生じる情動と表現しており、自尊心がこれにあたると説明している。「自己への感情と評価」に自負・プライド、優越感・劣等感、自己受容が含まれることを考慮すると、梶田(1988)が述べている「感情」は、高橋(2010)の記述で明記された前頭前野で処理された社会的感情を意味していると考えられる。自己に対する自負・プライドは、個々の価値観によって異なり、仕事に価値を置いていた人にとっては、「仕事をしていたことがある」の表現はプライドでもあり、



自己の強みを表現している(Charles&Richard 2014)。たとえ、現在治療中で職についていなくても、「仕事をしていた」ことに価値が置かれていれば、自負・プライドを意味する。また、統合失調症者では、「病識」の乏しさが指摘されることが多く(池淵 2004, Sevy et al., 2004, Medalia& Thysen 2010)、自己の病気についての意識が乏しい場合、患者または統合失調症の帰属について、「私は病気ではない」「私が体験していることは妄想であるはずがない」等と評価され、精神疾患というレッテルを貼られていることに対する反発を示し、このこともプライドに含まれる。優越感・劣等感は、「私だけは(～より)すぐれた(劣った)人間である」などの他者と比較したときの自己の評価が含まれ。統合失調症者の場合は、病気ではない人と比較したときの自己の評価や「病気にせいで～になった」「今までできたことができなくなった」といった意味の発言も含まれる。そして、自己受容は、「自分に満足(不満足)している」等の内容を示すが(梶田 1988)、満足か不満足かだけでなく、病気をもつ自己をどのように受けいれているのという内容が含まれる。

### 3) 他者からみられている自己

梶田(1988)は、「他者からみられている自己」には、他者からのイメージと規定、他者からの感情と評価が含まれると述べている。他者からのイメージと規定は「私は～と思われる」「私は～であるされている」といった他者からみた自己の属性、傾向、性格などが含まれ、他者からの感情と評価は自己が他者からどのように評価されているが含まれている。他者からの感情と評価は、自己以外の者が抱く自己への感情や評価を意識する必要があるため、相手の立場に立ち、相手の気持ちを推察・理解する能力が必要である。これは、「心の理論」の能力に相当する (Brune 2005)。先述の通り、統合失調症者では「心の理論」の障害あることが指摘されている(神庭 2010)。しかし、障害があることが機能不全を意味するのではなく、障害があったとしてもその人が抱く他者からの見られ方があるにとらえると、主治医や看護師、家族等は統合失調症者を取り巻く環境に重要な他者として存在しているため、少なくとも自己にとっての重要な存在からの感情や評価がここでは含まれる。なお、「他者からみられている自己」における他者からの感情は、「自己への感情と評価」と同様に前頭前野における情動に関する脳活動の社会的感情を示す。

#### 4) 過去の自己についてのイメージ

過去の自己についてのイメージには、過去の体験、過去の自己のイメージと規定、過去の自己への感情が含まれる（梶田 1988）。過去の体験は、過去に起きた自己に関する出来事の記述であり、例えば、「薬を変更されて調子を崩したことがある。」等がここに含まれる。過去の自己のイメージと規定は、過去の自己を現在の自己がとらえたときのイメージと規定であり、過去の体験の例と対応させて例を挙げると「調子が悪かったときは幻聴が聞こえていた」等が当てはまる。さらに、過去の自己への感情は、過去の自己に対する現在抱く自己の感情を示し、過去の自己と現在の自己を比較したときに現在の自己が抱く感情、過去の自分の行動を振り返ったときどんなふうに思うのかが含まれる。過去の自己のイメージと規定の例と対応させて例を挙げると「調子が悪かったときの私を思い起こすと、今の私とあまりにも違っておかしかった」等が含まれる。

#### 5) 自己の可能性と未来についてのイメージ

自己の可能性と未来についてのイメージには、可能性の予測・確信、予定についてのイメージ、意志・意図についてのイメージ、自己についての願望が含まれる（梶田 1988）。可能性の予測・確信には、将来の自己の行動を予測したとき、その行動ができる・できない、または得意・苦手の内容が含まれる（梶田 1988）。統合失調症者の場合は、将来の自己が行動できるか否かに加え、病気に左右される自己も存在すると仮定すると、「眠れなくなったら調子を崩すと思う」といった病気との付き合い方の予測と確信が含まれると考える。また、予定についてのイメージは、将来の自己像であり、より具体的な行動のイメージの内容が含まれる。意志・意図についてのイメージは、ある特定の行動を実行したい、または実行したくない等の意向が含まれる。統合失調症者の場合では、可能性の予測・確信の例に対応させて例を挙げると予定についてのイメージでは「眠れなくなって気持ちが高ぶってきたときは調子が悪くなりはじめているということである」、意志・意図についてのイメージ「眠れないと困るので眠れるように対応策を考えておこうと思う」等が含まれる。そして、自己についての願望とは「私は～になりたい、～でありたい」と強くの望んでいることを意味する（梶田 1988）。先述の例で対応させて例を挙げると「毎日ちゃんと眠れて、調子を崩したくない」等が相当する。

## 6) 自己に関する当為と理想

当為とは「私は～すべき」「私は～しなければならない」等の自分に課している決まり事や基準などが含まれる(梶田 1988)。つまり、自己に関する価値基準である。そして、理想は「できれば～になりたい、～でありたい」等であり、理想の自己像を示している。梶田(1988)の説明によると、自己に関する当為と理想以外の他のカテゴリ全体を大きく規定する価値基準が「自己に関する当為と理想」であり、重要なカテゴリであると指摘している。理想については、浅田(2009)が訳した Harter の記述においても、自己を概念化する重要な自己の側面として説明しており、理想の自己を設定し、実際に理想の自己になれるか否かよりも理想の自己にどれだけ近づく可能性をもっているかを見つめることが重要視されている。したがって、統合失調症の場合は、実際に達成できるか否かは関係なく、理想の自己像としてどうありたいのかが含まれていると考える。

## 5. 倫理的配慮

### 1) 対象者の人権擁護

研究対象者の人権擁護を図るため、筑波大学医学医療系「医の倫理委員会」で承認後(通知番号：759号)に実施した。

### 2) 対象者の理解と同意を得る方法

分析対象者のデータは 2008 年に調査した「統合失調症者の病識の関連要因に関する研究」のデータですでに調査が終了している。対象者の個人情報はずべて調査後に破棄し、データは連結不可能匿名化されている。したがって、改めて文書にて同意を得ることは困難なため、本研究の意義、目的、方法、情報の問い合わせ・苦情等の連絡先について、筑波大学医学医療系精神保健看護学の森千鶴研究室のホームページ上で公開することとした。

### 3) 研究によって対象者に生ずる不利益への配慮

本研究はすでにデータ収集を終えているインタビューデータの再分析を行うため、新たに調査する必要がない。したがって、対象者に調査する時間的不利益や精神的負担は発生しない。

#### 4) データの管理方法

2008 年に調査した「統合失調症者の病識の関連要因に関する研究」のデータです。すでに調査が終了している。対象者の個人情報はいずれも調査後に破棄されているため、データは連結不可能匿名化されている。解析のためにノートパソコン 1 台とデータ保存用 USB フラッシュメモリ 1 本、バックアップ用 USB フラッシュメモリ 1 本を使用する。USB フラッシュメモリはセキュリティソフト内蔵のものを使用し、暗証番号による保護機能とデータの暗号化を行い保存した。データは看護系の学会に 1 年以内の発表後、2016 年 3 月 31 日までに破棄する予定である。

## 6. 分析方法

インタビューデータの分析には、Krippendorff(1989)の内容分析の手法を参考にして実施した。

### 1) 逐語録から分析単位の生成

各対象者のインタビューデータから作成した逐語録を精神科看護学の領域の研究者 1 名と修士課程を修了した研究者 1 名で、意味内容が互いに独立しているとみなせる記述を分析単位として分割した。

### 2) 分析単位からコード化の生成

各分析単位の意味内容の類似性に基づいて精神科看護学の領域の研究者 1 名と修士課程を修了した研究者 1 名でディスカッションを繰り返し行い、コードを作成した。

### 3) コードからカテゴリ化の生成

梶田(1988)の自己概念の 6 つの下位概念をカテゴリとし、各コードを各カテゴリに分類した。カテゴリへの分類の際には、先述した「梶田の自己概念に枠組みにおける統合失調症者の自己概念」を分類の基準とし、精神科看護学の領域の研究者 1 名と修士課程を修了した研究者 1 名で基準と照らし合わせ、ディスカッションを行いながらカテゴリへの分類を行った。また、各分析単位の出現回数を算出し、カテゴリごとに分析単位数の出現の割合を算出した。

#### 4) カテゴリ化の信頼性の確保

コードのカテゴリへの分類の信頼性を確認するため、最初のカテゴリへの分類に関与していない精神科の臨床経験 5 年以上で修士課程を修了している研究者にコードのカテゴリ化の分類を依頼した。その際、事前に都合のよい日時を設定し、「梶田の自己概念に枠組みにおける統合失調症者の自己概念」の説明する時間を設け、概念の共通理解を得た上で、コードのカテゴリ化を実施した。得られた結果についてカッパ係数を用いて、カテゴリ分類の一致度を検討した。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 対象者

選定基準に該当した統合失調症者は 67 名であり、そのうち思考障害が著しかった者 6 名とインタビュー内容に自己に関する表出が乏しかった者 8 名を除外し、53 名のインタビューデータを分析対象とした。

#### 2. 対象者背景

対象者背景を表 1 に示した。男性 35 名、女性 18 名で、平均年齢 45.13 歳(SD=12.39、range:21~68)であり、性別と年齢に有意な差は認められなかった。入院中の対象者の入院形態は措置入院が 3 名、医療保護入院が 16 名、任意入院が 30 名、地域で生活している対象者は 4 名であった。入院中の対象者の平均罹患期間は 15.48 年(SD=11.70、range:1 ヶ月~41.08 年)であり、平均入院回数は 4.66 回(SD=140.37、range:1~24)であった。また、全対象者の抗精神病薬の服薬量を Chlorpromazine(CP)に換算して算出したところ、平均 859.50mg/日(SD=525.00、range:50~2454.55)であった。

#### 3. 統合失調者の自己概念

分析対象者における面接回数は平均 1~2 回、1 回あたりの面接時間は平均 24 分 44 秒であった。分析対象者のデータの逐語録から精神科看護学の領域の研究者 1 名と修士課程を修了した研究者 1 名で、意味内容が互いに独立しているとみなせる記述を分析単位として分割したところ、得られた分析単位の総数は 2001 単位、平均一人あたりの分析単位数 37.8 単位(range:11~84)であった。精神科看護学の領域の研究者 1 名と修士課程を修了した研究者 1 名で各分析単位の意味内容の類似性に基づきコードを作成したところ、53 のコードを生成された。生成したコードと分析単位数を表 2 に示した。また、梶田(1988)の自己概念の 6 つの下位概念をカテゴリとしてコードのカテゴリへの分類を行ったところ、以下のカテゴリの分類の結果を得た。以下、出現単位数の多かった順にカテゴリ毎にコードを説明する。カテゴリを《 》、コードを< >、各コードの出現分析単位数を[ ]、カテゴリにおける各コードの出現分析単位数の割合を( )で表す。また、分析単位の例は、統合失調症者の語りとして思考途絶により主語や述語がなかったりしたため、意味内容を補い要約として示した。

## 1) 自己の現状の認識と規定

《自己の現状の認識と規定》は分析単位数は 550 単位、全分析単位あたりの割合は 27.5%、8 コードが分類されていた。各コードの内容は、＜現在の私は本来の自分じゃない気がする[214(38.9%)]＞が最も分析単位の出現数が多く、次いで＜私は患者なので治療を受けている[97(17.6%)]＞＜私は何かしらの精神的な病気である[96(17.5%)]＞＜現在の私は前より本来の私を出せることが多くなった[57(10.4%)]＞で＜私は自分の性格や傾向について話せる[56(10.2%)]＞＜私は好きなことがある[15(2.7%)]＞＜私は苦手なことがある[8(1.5%)]＞＜私には役割がある[7(1.3%)]＞あった。

最も分析単位数が多かった＜現在の私は本来の自分じゃない気がする＞は、統合失調症者の現在の体調について、現在の精神症状についての表出が多く、例えば以下の分析単位で表現されていた。

*ID37-6 頭の中に空気がたまっているような感じが常にあって、記憶とか思考とかが邪魔されちゃう。(本来の) 自分自身が邪魔されている。*

この分析単位は、統合失調症者の精神症状として思考の制止があり、さらに何者かに考えが邪魔されている感覚があることを示している。このような状態が本来の自己の状態ではないと違和を感じていることを表している。

また、＜現在の私は前より本来の私を出せることが多くなった＞は、過去の自己を比較したとき、現在の自己の体調の変化についての分析単位が多く、例えば以下の分析単位で表現されていた。

*ID36-26 今の状態は結構、もう楽になりまして、若干幻聴が残っているんですけど、(幻聴は) もうほっとしていますね*

「ほっとしていますね」は、幻聴を無視できている自己をとらえていることを意味し、幻聴を無視できるようになったために「楽になりまして」と精神症状の変化を認識している。《自己の現状の認識と規定》は、現在の自己をどのように認識しているがコード化されているため、病的体験が常にある統合失調症者にとっては、病的体験からの影響を受けた自己に関する分析単位が多い。そのことが＜私は自分の性格や傾向について話

せる>においても示されており、以下の分析単位で示されていた。

*ID49-24 周りのことを気にしすぎる性格なんだと思う。*

この分析単位では、周囲の視線が気になっていた病的体験を長い罹患期間の間経験することで、症状として概念化されるよりも、自己の問題の帰属として解釈され、現在の自己の性格の一部として概念化されていた。

## 2) 自己への感情と評価

《自己への感情と評価》には分析単位数 567 単位、全分析単位あたりの割合は 28.3%、17 コードが分類された。各コードの内容は、<私は治療を受けることで本来の自分になっている[86(15.2%)]>が最も分析単位数が多く、次いで<本来の自分とは違う「今の自分」は受け入れられない[77(13.6%)]><今の私の状態は安定していて良い[52(9.2%)]><私は精神的に健康である[50(8.8%)]><私には自分自身の力だけではどうにもならないときがある[44(7.8%)]><私は自分自身が患者や障害者という枠でくくられてしまうのに抵抗がある[41(7.2%)]><私自身が体験していることを病気だと片づけられてしまうことが悲しい[32(5.6%)]><私には特別な力がある[25(4.4%)]><私は現実と病気の状態が区別できている[25(4.4%)]><病気は私の一部である[25(4.4%)]><私が悪くて病気になったわけじゃない[24(4.2%)]><私は誰よりも私のことをわかっている[19(3.4%)]><患者でいた方が私としては都合がいい[19(3.4%)]><私には健康な人と同じところがある[16(2.8%)]><私にはできることがたくさんある[11(1.9%)]><健康な人がうらやましい[11(1.9%)]><私なりに考えなおすと私は病気なのかもしれない[10(1.8%)]>であった。

《自己への感情と評価》は他の 5 つのカテゴリと比較して、最も分析単位数が多く、コード数も多かった。《自己への感情と評価》は自負・プライドや自己受容の内容を含んでおり、特に<本来の自分とは違う「今の自分」は受け入れられない>は、自己受容を示し、《自己の現状の認識と規定》で概念化された自己をどのように受容しているかであった。例を挙げると、

*ID42-47 精神疾患は、一生障害者ですからね。病状が良くなっても飲まなきゃいけ*



ないっていうことが辛い

上記の分析単位で表現されており、「薬を飲み続ける」ことは本来の自己の姿ではなく、薬を飲み続けなければならない病気を持った自己を考えると「辛い」と感じてしまうことを表している。「一生障害者ですからね」とは、一生付き合わなければならない病気を持っていることと意味しており、病状が回復してもそこで治療が終わらないことへの辛さや不甲斐ない気持ちを示している。

また、病状が回復するに連れて、単に病状がよくなったと認識するのではなく、＜私は現実と病気の状態が区別できている＞と病的体験を左右されてない自己を概念化しており、以下のような分析単位で表現されていた。

*ID36-27* 入院のときは妄想に左右されていたけど、現実があります。今は現実を自覚していますから。「自分の頭の中と違うことが現実で起こっている」と自分でしっかり自覚できているので。

この分析単位は、自己の頭の中には、常に妄想の世界が共存しており、調子が悪いときは妄想の世界の浸ってしまうが、現在の自己は「頭の中」にある妄想と現実の区別を自覚できしており、病的体験と現実が区別できる自己を自負していることを表している。さらに、＜私自身が体験していることを病気だと片づけられてしまうことが悲しい＞は、周囲から自己の体験を信じてもらえない状況の自己に対する感情が示されており、以下のような分析単位で表現されていた。

*ID52-26* 私が話していることが妄想だとしても、全てを否定されるとなんかだめで。少しは妄想の部分も肯定されることがあってもいいんじゃないかって思うんです。

この分析単位には、頭の中には常に妄想の世界があり、実際に頭の中では経験して残り、記憶されているのにもかかわらず、そのことを周囲から病的体験を理解されていないと感じている背景がある。周囲から病的体験を理解されていない自己をとらえたときに、妄想の世界を含めて自分であり、その妄想の全てを否定されることが、自分を否定されているようで悲しく感じていることを示している。

### 3) 他者からみられている自己

《他者からみられている自己》は分析単位数 173 単位、全分析単位あたりの割合は 8.6%、7 コードが分類された。各コードの内容は、＜私は周りから精神的な病気を持っているとみられている[72(41.6%)]＞で最も分析単位数が多く、＜周りの人は皆、私の体験や行動を誤解している[32(18.5%)]＞＜周りの人は私を心配して助けてくれる[30(17.3%)]＞＜周りの人は私がこれからより良い生活を送ってほしいと思っている[13(7.5%)]＞＜周りの人から私は状態が回復していると思われる[12(6.9%)]＞＜周りの人は私をみて「他者と同じだ」と思っている[9(5.2%)]＞＜周りの人は私が具合がわるくなくても気づかないだろう[5(2.9%)]＞であった。

《他者からみられている自己》には、周囲から自己がどのようにみられ、どんなイメージを持たれているのか、さらには、周囲からどのように評価されているかの分析単位が集約されていた。＜私は周りから精神的な病気を持っているとみられている＞ととらえる一方で、＜周りの人は私をみて「他者と同じだ」と思っている＞ともとらえていた。

＜周りの人は私をみて「他者と同じだ」と思っている＞とは、周囲からは、病気をもっていない人と変わらない部分があると思われることを示した分析単位を含んでおり、以下のような分析単位で表現されていた。

*ID43-24 周りからみて、作業所よりもっと普通の（場所で）仕事ができそうって思われているみたいなんです。そう思われているのは確かで。*

この分析単位は、作業所に通所しながら、就職活動をしている対象者からの分析単位である。就職活動をする自己見つめたとき、作業所のスタッフや家族との話しあいを繰り返し、他者から自己がどう写っているのか、どんな能力があると思われるのか他者からの自己イメージをとらえた分析単位であった。

### 4) 過去の自己についてのイメージ

《過去の自己についてのイメージ》は分析単位数 426 単位、全分析単位あたりの割合は 21.3%、9 コードが分類された。各コードの内容は、＜以前、本来の自分ではないような体験があった[147(34.5%)]＞が最も分析単位数が多く、次いで＜あの時、私が私ら

しくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ[75(17.6%)]><今思うとあの時の私はなんだかおかしかった[45(10.6%)]><以前の私は私がどんな病気か分かっていなかった[42(9.9%)]><私が起こした過去の行動を振り返ると後悔が残る[34(8.0%)]><前の私の方が本来の自分の感じがしてよかった[28(6.6%)]><以前の私は治療を受けなくても問題がなかった[25(5.9%)]><以前は本来の自分じゃない感じがあっても自分の力で対処しようとしていた[16(3.8%)]><以前の私には役割があった[14(3.3%)]>であった。

最も分析単位数が多かった<以前、本来の自分ではないような体験があった>は、入院時や今まで最も体調がすぐれなかったときの自己の状態についての表出が多く、以下の分析単位からコードが作成された。

*ID26-21* 思っていることが、みんなに分かってしまうと、自分の考えていることがみんなにみられてしまうと思っていた。

*ID30-17* 入院当時は、苦しんだ。目の前に光の化け物がでてきて、それでテレパシーが聴こえて、その時はすごい苦しんだ。

これらの分析単位は、現在の自己の状態では症状として回復あるいは軽減しているが、過去の自己を振り返ると、病的体験に影響を受けた「本来の自分ではない体験」として位置づけられた分析単位を示している。

また、現在の自己と過去の自己を対比すると、<今思うとあの時の私はなんだかおかしかった>ととらえている分析単位もあり、以下の分析単位で表されていた。

*ID64-44* あのときは、目がさえて、眠くならないし、全然元気いられたんですよね。宇宙がなくなると思って、それを助ける使命があるように感じがして。今は普通の主婦だから、そんなことできないと思うけど。なんでそんなことを思ったのかと思って。

この分析単位は、入院時の自己の状態について語りからの分析単位であり、現在は入院中で治療を受け、自己の非現実的な能力があるとは感じないが、入院当時は「宇宙を助ける」使命のようなものに掻き立てられており、現在の自己とあまりにも違いすぎて、

違和感を抱いていること意味している。

#### 5) 自己の可能性と未来についてのイメージ

《自己の可能性と未来についてのイメージ》は、分析単位数 198 単位、全分析単位あたりの割合は 9.9%、7 コードが分類された。各コード内容は、＜私は私が調子が悪くなるときを知っている[43(21.7%)]＞が最も分析単位数が多く、次いで＜私にはこれからうまくやっていける可能性がまだある[40(20.2%)]＞＜将来の私を考えると心配がある[38(19.2%)]＞＜私が私らしくいられる方法を知っている[25(12.6%)]＞＜今よりも病気を良くしたい[19(9.6%)]＞＜私が今後どんなふうになるかはまだイメージがつかない[18(9.1%)]＞＜私には今後やってみようと思うものがある[15(7.6%)]＞であった。

＜私は私が調子が悪くなるときを知っている＞は、自己の状態悪化時のイメージの関する分析単位が多く、以下の分析単位でコードがされた。

*ID18-20* 睡眠不足の時にはスタッフに相談する。寝られないとテンションが上がってくるから。それで、やばいみたい。幻聴とか妄想とかも区別がつかなくなっちゃう。

*ID33-41* 状態が悪くなるサインっていうと、行動が雑になったり、考えていることが雑になったり。たとえば、洗濯しなくなったり、食器洗わなくなったりとか、散髪いなくなったりっていうのは一番わかりますよね。

これらの分析単位は、状態悪化の際は、すでに自分自身では対応できなくなる状態であることを認識した上で、症状悪化前の前兆としての自己のイメージをとらえており、この自己のイメージは、まだ自分自身でスタッフに相談するなどの対応ができる段階を示していた。

また、＜私が私らしくいられる方法を知っている＞には、主に状態悪化時の自分なりの対応に関する分析単位が多く、幻聴やイライラ感が強いときに必ずしも屯用薬を使用するといった対応ではない。以下が＜私が私らしくいられる方法を知っている＞の分析単位の一例である。

*ID26-10* 声が聴こえたときは、歌を歌う。自分でも歌に夢中になるから、イライラ

したこととか忘れちゃうから。だから、一つの方法なんですね。歌を歌うの好きだったから、声が聴こえたときは歌を歌っているんですね。

この分析単位は、屯用薬の使用を否定しているのでは、幻聴が聴こえてイライラ感が強いときには歌を歌って気を紛らした方が、自分としては行動しやすく、実際に効果があると認識していることを示している。

#### 6) 自己に関する当為と理想

《自己に関する当為と理想》には分析単位数 87 単位、全分析単位あたりの割合は 4.3%、5 コードが分類された。コードの内容は、<こうであるべきだという自分だけのルールがある [28(32.2%)] >が最も分析単位数が多く、次いで<私には「こんな自分でいたい」という理想がある [25 (28.7%)] ><病気にとらわれずに生きていきたい [20(23.0%)] ><病気に負けない自分でありたい[8(9.2%)] ><私は自立しなければならない[6(6.9%)] >であった。

<こうであるべきだという自分だけのルールがある>は、「自己の中でこうあるべきだ」「こうでなければならない」と課している価値基準の内容を含んだ分析単位がコードに集約され、以下の分析単位で表されていた。

*ID48-22* 薬はマイナスって自分でも思い込んでいたところがあつて。動物実験でも検証されているんでしょう。研究もいろいろされてのことでしょうから。薬は自分に効果があるに違いないはずと思うようにしているんです。

*ID31-19* 私は入院して、先生に調子がいいことを示さないといけなくて、たまにお酒を一杯やるといった楽な生活をするわけにはいかない。

これらの分析単位は、患者としての役割を果たさないといけなくて自己にルールを課している分析単位であり、実感としては薬の効果は分からないが、「薬」の概念として効果があるはずなので患者として薬の効果を信じなければいけないと考えていたり、さらには患者として規則正しい生活をしなければならないので健康なときのようなお酒を飲んで楽しむことはよくないことであるととらえていたりすることを示している。

#### 4. 各コードにおけるカテゴリへの分類の信頼性

各コードにおけるカテゴリへの分類を最初のカテゴリへの分類に関与していない精神科の臨床経験 5 年以上で修士課程を修了している研究者 1 名に依頼し、最初のカテゴリへの分類との一致度を検討した。その結果、カッパ係数 0.84 であり、高い信頼性が確保された。

#### IV. 考察

##### 1. 対象者背景の特徴

対象者は男性 35 名、女性 18 名で男性が多い集団であり、対象者の平均年齢 45.13(SD=12.39)歳であった。我が国においては、40 歳以上から 65 歳未満の入院中の統合失調症者は、男性が 56.2%、女性が 43.8%であり、やや男性が多い(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 2012)。そのため、対象者となる統合失調症者も男性が多い集団となったと考えられる。入院中が 49 名で地域生活が 4 名であり、入院中の統合失調症者が多かった。しかし、地域生活の対象者 4 名全員が入院経験があり、治療環境は異なるが、病気をもつ者としての自己概念を抽出する対象者として問題はなかったと考えられた。さらに、入院中の対象者の入院形態は、任意入院だけでなく、措置入院や医療保護入院が含まれており、統合失調症者の特徴を反映でき、統合失調症者の自己概念を概ね網羅している可能性が示唆された。

##### 2. 統合失調症者の自己概念の特徴

《自己の現状の認識と規定》において、最も分析単位数が多かったコードは＜現在の私は本来の自分じゃない気がする＞であった。＜現在の私は本来の自分じゃない気がする＞は幻聴や妄想などにより、自分以外の何ものかの影響を受けている内容の分析単位や副作用による身体動きにくさなどの違和感の内容の分析単位が含まれたコードであった。吉松(1988)は、統合失調症者の体験に「自分自身に、そして自分の何か名状しがたい変化が起っていること感知する体験」があり、精神病理学の分野では古くから「病感」と表現されていた。安永(1988)の説明においても、統合失調症者が「何かどこかが変である」と感じることを「病感」と述べており、本研究で得られた＜現在の私は本来の自分じゃない気がする＞はこの「病感」の体験に相当すると考えられた。統合失調症者は、自己の病気を全て受けとめきれないが、「病感」は持ち続けると考えられており(吉松 1988, 安永 1988)、＜現在の私は本来の自分じゃない気がする＞の分析単位が多かったことを考慮すると、統合失調症者が「病感」を持ちうる結果であった。

また、《自己の現状の認識と規定》における＜私は患者なので治療を受けている＞＜私は何かしらの精神的な病気である＞は、「統合失調症」や「患者」である自己規定に該当するコードであった。統合失調症者は、自己意識に障害があると指摘され(Gallagher 2000、浅井と丹野 2007)、自己の見つめにくさが考えられているが、「統合失調症である」ことや

「患者である」ことなどの自己規定は確立されている。したがって、統合失調症者は、自己の見つめにくさをもつが、「統合失調症」「患者」等、病気や障害をもった者との自己規定の変化はできていることが確認された。そして、変更された「統合失調症」である自己規定をどのように受け入れるかは、《自己への感情と評価》の内容に関連していると考えられる。

《自己への感情と評価》には 17 コードが分類され、さらに、全分析単位数も 567 単位 (28.3%) で最も多かった。梶田(1988)は、自己概念の下位概念のうち、どの概念が中心的な役割を果たすかどうかは、その人が置かれている状況や関心の置き所によって異なると述べている。＜私は現実と病気の状態が区別できている＞や＜病気は私の一部である＞等の病気の自己の側面の位置づけ方、＜健康な人がうらやましい＞や＜私には健康な人と同じところがある＞等の他者と比較したときに生じる自己の感情などが抽出されており、病気をもつ自己の在り方を意識した項目が多かった。そして、自己概念の基本的な考え方として、自己規定が変更され、自己の役割が変化するときには、その人らしく生活するために、柔軟に現実の自己を見つめ直すことが求められていることを考慮すると(梶田 1988、Demo 1992)、《自己への感情と評価》が統合失調症をもった自己をどのように主我が認知し、自己に取り込もうとしているかの様相を表していると考えることができ、統合失調症者の自己概念において、最も中心的な役割を果たしているカテゴリであることが推察された。また、溝上(1999)の解説で、自己概念の中に自己意識の対象となる自己の側面と、自己意識の対象にはならない自己の側面があり、自己概念のどの側面に重要度を置いているかによって、自己意識される側面が変わると述べられている。統合失調症者は、常に精神症状をもち、治療を受けている現実の中で病気を受けとめきれない状況でも、入院や薬物療法を受けることで、病気である自己と直面化させられる状況にある。そのため、自己を意識化すると、病気や障害に関する自己の側面が中心に意識化され、コードの内容も病気や障害である自己の内容が多くなったと考えられた。

《他者からみられている自己》は、梶田(1988)の自己概念の中では、自己が他者からどのように見られているまたは思われているか、周囲から好かれているかどうかの感情や評価が含まれる。分類されたコードは＜私は周りから精神的な病気を持っているとみられている＞＜周りの人は私を心配して助けてくれる＞などのコードであり、これは自己と他者の状況を想定する能力を示す「心の理論」(神庭 2010)に関連する自己概念である。

Brune(2005)は、統合失調症者には「心の理論」の障害があることから、相手の視点に立



って、他者が考えていることや意図としていることなどを理解しにくいと述べている。《他者からみられている自己》は他のカテゴリと比較すると、分析単位の割合が低かった。このことを考慮すると、統合失調症者は、他者が考えていることや意図としていることを想起するのは難しく、他者からみられた自己についての表出が乏しかったと推察された。しかし、Brune(2005)は Corcoran と Frith の統合失調症者における「心の理論」に関する研究報告を紹介し、統合失調症者は「心の理論」の障害があるが、その代わりに過去の自己の社会生活の体験を利用して、相手の考えていることや感じていることを説明することができると述べている。したがって、本研究で《他者からみられている自己》に分類された7つのコードは、主治医や看護師と病気について話し合った体験や家族とのやりとりなどの過去の自己の体験を振り返って想起できた他者からみられた自己の内容である可能性が示唆された。実際に、《過去の自己についてのイメージ》では《自己への感情と評価》《自己の現状の認識と規定》に次いで、分析単位数が多く、過去の自己の体験は十分客体化されていた可能性があり、《他者からみられている自己》を想起するのに用いられた可能性が考えられた。

《過去の自己についてのイメージ》においては、＜以前、本来の自分ではないような体験があった＞や＜あの時、私が私らしくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ＞など、多くは過去の病的体験に左右されていた自己に関する内容のコードが分類されていた。＜以前、本来の自分ではないような体験があった＞はカテゴリの中で最も分析単位数が多かったが、このことは、統合失調症者は「病感」を持ち続けると考えられていることから(吉松 1988, 安永 1988)、過去の病的体験に関する違和感が現在の自己が振り返っても、持ち続けていることを示していると考えられた。また、中谷(1989)によると、統合失調症者が自己を客観視し、病気の自己を受けとめることは、過去の自己を振り返ることで初めて成立すると述べている。さらに、西丸が訳した Jaspers (1913)の論文では、「過去の自己と向き合う際、自己について内省しながら向き合うことが必要である」と述べられている。本研究においては、＜以前の私は私がどんな病気か分かっていなかった＞＜私が起こした過去の行動を振り返ると後悔が残る＞＜以前は本来の自分じゃない感じがあっても自分の力で対処しようとしていた＞など現在の自己を対比して考えているコードが該当していると推察された。また、＜あの時、私が私らしくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ＞＜今思うとあの時の私はなんだかおかしかった＞は、漠然として説明ができない過去の自己を意味したコードであった。吉野と八木(2010)の統合失調症者

の生活体験と表現された自己のとらえ方を明らかにした報告の中に「自分に起こっていることのわからなさ」というサブカテゴリを抽出している。吉野と八木(2010)が抽出した「自分に起こっていることのわからなさ」は過去だけでなく現在も含んだ内容であるが、病的体験に左右された自己について、自分では説明がつかず、今思い返しても不確かな側面があることを意味しており、＜あの時、私が私らしくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ＞＜今思うとあの時の私はなんだかおかしかった＞と類似の内容であり、統合失調症者の特徴を示唆していると考えられた。

《自己の可能性と未来についてのイメージ》では、＜私は私が調子が悪くなることを知っている＞や＜私にはこれからうまくやっていける可能性がまだある＞などのコードが分類され、これらのコードは國方と本田（2009a）が明らかにした自己概念においても類似のサブカテゴリが抽出されており、「自己のコントロール感覚を得た自分」がそれに該当すると考えられた。また、＜将来の私を考えると心配がある＞や＜私が今後どんなふうになるかはまだイメージがつかない＞のコードで表現されるように、具体的な未来の自己像が描けず、想像しようとする心配が先行する統合失調症者の状況が示されており、このことは、統合失調症者の認知機能障害の一つの推論障害（倉知 2009）の影響が考えられた。推論障害はある目的を達成するために計画を立案し、実行していく一連の行動がスムーズにいかない状態を示している。統合失調症者は推論障害があるがために、先々の予測が立てられず、イメージがつかないことに漠然とした不安が生じることに影響していると推察された。

《自己に関する当為と理想》は、分析単位数が最も少ないカテゴリであった。当為とは「～でなければならない」「～すべきである」等の自己への価値基準であるが、本研究では、当為の側面の表出が少なかった。

このことには、一つは、統合失調症者の主我の機能の指摘、つまり自己の見つめにくさが影響していると考えられる。主我が十分に機能しないと、自己を客体化できず、自己を評価することが困難になる。人の価値基準は自己評価を繰り返し、達成できたことが積み重なることで決定する(梶田 1988)。したがって、統合失調症発症以降、自己を十分に見つめきれず、過ごしていたとすると価値基準が明確に定まっていなかったと解釈ができる。あるいは、統合失調症者の発症時期である青年期は、親や周囲からの依存から自立に向かう時期であり、同時に親から影響を受けた価値基準から自己の価値基準を生成する時期である(梶田 1988)。さらに、病気を発症したことで親からの期待に応えることができない現

状となり、自分がどうあるべきなのか見定まっていない状態なのではないかと考えられた。

＜私には「こんな自分でいたい」という理想がある＞＜病気にとらわれずに生きていきたい＞などの自己の理想を意味するコードであった。統合失調症者のリカバリーを目標とした考え方にストレングスモデルがある。ストレングスモデルでは、人は、欲望、目的、野心、希望、夢を持っていることが前提であり、精神障害者もこれらの要求を持ち続けることが、新しい行動に挑戦したり、達成できることで自信を高めたりすることにつながる (Charles&Richard 2014)。本研究における＜私には「こんな自分でいたい」という理想がある＞＜病気にとらわれずに生きていきたい＞等の理想のコードは、人がもつストレングスに該当するのであると考えられた。

## V. 結論

本研究は、梶田(1988)の自己概念の枠組みを通して、長期療養中の統合失調症者の自己概念を明らかにするために、統合失調症者 53 名のインタビューデータについて内容分析を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 長期療養中の統合失調症者の自己概念は 53 コードであり、＜現在の私は本来の自分じゃない気がする＞などの病的体験に影響を受けている自己の状態や＜病気は私の一部である＞等の病気の自己の側面の位置づけた自己のあり方がコードとして作成され、梶田(1988)の自己概念の 6 つのカテゴリに分類することができた。
2. ≪他者からみられている自己≫や≪自己に関する当為と理想≫について分析単位数の割合が低かったが、≪自己の現状の認識と規定≫や≪自己への感情と評価≫のカテゴリは分析単位の割合も高かった。

### 第三章 長期療養中の統合失調症者における自己概念の有意義性の検討

#### I. 緒言

##### 1. 研究背景

統合失調症者は、自己の行動の帰属が自己にあると知覚しにくいことが報告されている (Gallagher 2000、Jaspers 1913、Schneider 1946)。このことは、自己概念の認知する自己である主我の機能にあたる。また、統合失調症者は、自己を対象化した時に実際よりも大げさに自己意識されると考えられており (Sass&Parnas 2013)、これは、自己概念の客我の機能にあたる。したがって、統合失調症者には自己の見つめにくさがあると考えられる。しかし、精神科リハビリテーションにおける看護の目標は、精神障害者が自己と向き合い、地域でその人らしく生活することであり (Anthony 1993)、統合失調症者のように自己の見つめにくさが指摘されていたとしても、その人が持っている力で自己と向き合い、「自分とは何か」と知ることが重要である。一般に人は結婚や出産などの役割の変化に伴い自己規定の変更されるため、自己の役割だけでなく、同時に自己評価する価値基準も変化する (梶田 1988)。統合失調症者の場合は、結婚や出産などのライフイベントに加えて、「統合失調症」と診断を受けることで「統合失調症をもつ人」であると自己規定が追加されるため、自己の役割も変更し、同時に自己評価する価値基準も変化すると考えられる。これまでの報告では、統合失調症者の自己の見つめにくさの問題から病気を受けいれきれないことを指摘する報告が多く (池淵 2004、Medalia& Thysen 2010、Sevy et al. 2004、菅原と森 2011)、自己と向き合うことを重要視していたが、統合失調症者の自己概念は明らかにはされてこなかった。したがって、統合失調症者の自己概念を明らかにする必要があると考える。

さらに、統合失調症者の自己概念を明らかにする際、概念の内容妥当性を確保する必要があるが、これまでの精神障害者の主観的体験の妥当性を得る方法に注目すると、多くの報告が専門家による妥当性を確保している (藤野と岡村 2011、Markova&Berrios 1992、大川ら 2001)。例えば、Markova と Berrios(1992)は統合失調症者の病気の受けとめ方について概念を生成する際、複数名の精神科医療の専門家により概念に該当する内容を検討し、内容妥当性を確保したと述べている。また、大川ら (2001) が統合失調症者の自己効力感を尺度化する際、自己効力感の概念の妥当性は統合失調症者に妥当性を問うのではなく、精神科医療の専門家 7 名で検討している。藤野と岡村(2011)は統合失調症者の苦悩を評価する際に、苦悩の概念の項目の妥当性を精神看護学担当の大学教員 3 名で行い、統合

失調症者には概念の妥当性ではなく、項目の回答の分かりにくさのみを回答する手続きを行っている。専門家による検討が必要な理由としては、これまで統合失調症者については自己の見つめにくさが指摘される報告が多かったこと、統合失調症者に概念として該当するか否かを問うには、統合失調症者の症状として物事を順序立てて考えることに時間がかかり(American Psychiatric Association 2013)、設問の概念の理解だけで時間的な拘束を必要としたこと、心的疲労が懸念されたことが考えられた。そこで、本研究においても、統合失調症者に概念の妥当性を検討する前に精神医療の専門家によって内容の有意義性を検討する必要があると考えられた。

## 2. 研究目的

本研究の目的は、長期療養中の統合失調症者における自己概念の内容の有意義性を検討することである。

## 3. 本研究の意義

これまでの報告では、統合失調症者は自己の見つめにくさの指摘が多く、精神科リハビリテーションの目標として自己と向き合うことが重要視していながらも、統合失調症者の自己概念は明らかにはされてこなかった。先述の「長期療養中の統合失調症者の自己概念の抽出」により、長期療養中の統合失調症者の自己概念が抽出されたが、抽出された概念が統合失調症者の自己概念として理解することが可能であるか否か内容の有意義について検討する必要があると考えられた。本研究で精神科医療の専門家から「長期療養中の統合失調症者の自己概念の抽出」で得られた自己概念が統合失調症者の自己概念として理解することが可能であるか検討することにより、長期療養中の統合失調症者の自己の見つめ方が明確になると考えられる。

## Ⅱ. 研究方法

### 1. 対象者

- 1) 精神科医療の専門職とされる医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士に該当する者
- 2) 精神科医療の臨床経験が 5 年以上の者

### 2. 調査期間

2014 年 4 月~2014 年 6 月

### 3. 対象施設

精神科病院 5 施設

### 4. 調査内容

#### 1) 対象者基本情報

年齢、性別、職種、精神科の臨床経験年数について質問紙にて回答を得た。

#### 2) 統合失調症者における自己概念の有意義性

先述の「長期療養中の統合失調症者の自己概念の抽出」に関する研究により得られたコードについて、統合失調症者の自己概念として理解可能であるかを回答する質問紙(資料 2)を作成した。質問紙には、梶田(1988)の自己概念の定義と 6 つの下位概念を示し、下位概念毎にコードを示した。回答方法は、各コードに対し統合失調症者の自己概念の内容として「全く妥当ではない」「あまり妥当ではない」「やや妥当である」「かなり妥当である」の 4 件法で回答していただくよう依頼した。また、各コードについて表現の適切性や修正点についての自由記載の欄を設け、各コードに表現の修正案があれば、記載するように説明した。

### 5. データ収集方法

事前に病棟師長と都合のよい日時・時間を検討し、病棟会等のスタッフが集まりやすい場にて研究の目的、研究内容等を説明した。「自己概念」の言葉が対象者間で相違がないように、病棟毎に対象者に集まっていただき、その場で梶田(1988)の自己概念についての

説明と質問紙の回答方法を説明した後、調査用紙を封筒とともに配布した。調査用紙の回収は、各対象者の参加の自由意思を尊重するため、各対象者が調査用紙への記入後、厳封の上、各施設に設置した回収箱へ提出していただくよう依頼した。調査用紙配布後2週間後に対象施設の担当者を通じて回収箱を回収した。また、調査用紙の記入を以て本研究の同意が得られたと判断した。

## 6. 倫理的配慮

### 1) 対象者の人権擁護

研究対象者の人権擁護を図るため、筑波大学医学医療系「医の倫理委員会」で承認後（通知番号：853号）、研究対象施設の看護部長及び病棟師長に研究の目的、研究内容等の説明を行い、本研究の研究承諾書の交付を受けた。

### 2) 対象者の理解と同意を得る方法

研究にあたり、対象者に対して書面を用いて、以下の内容を説明した。また、調査用紙の記入を以て本研究の同意が得られたと判断した。

#### (1) 研究の目的と方法

(2) 調査への参加は自由であり、不参加であっても不利益を受けることはない

(3) 使用する調査用紙には、氏名の記入はせずに返信していただくため、個人が特定されることはない

(4) 調査内容の秘密を厳守し、特定の個人の回答のみを問題にすることや公表することはない

(5) 閲覧は研究者及び指導者に限定し、調査結果が第三者の手に渡ったり、当研究以外の目的で利用されることがない

(6) 調査用紙への回答後・調査中いつでも研究について研究者に質問・意見を行うことができる

### 3) 研究によって対象者に生ずる不利益への配慮

調査用紙への回答に要する時間は約15分程度であり、時間的不利益が考えられた。対象者への説明書文書に、調査への参加は任意であることと参加しないことで不利益が生じないことを記載し、回収箱の回収まで2週間の期限を設け、対象者の忙しさや時間



的な負担への配慮を行った。

#### 4) データの管理方法

調査用紙に名前を記入しないよう説明し、厳封して回収することで匿名化するとともに、プライバシーへの配慮を厳重に行い、統計学的に取り扱うこととした。回収した調査用紙は番号化し、筑波大学人間総合科学研究科4B棟502研究室内の施錠可能な金庫に管理した。データ収集と解析のためにノートパソコン1台とデータ保存用USBフラッシュメモリ1本、バックアップ用USBフラッシュメモリ1本を使用した。USBフラッシュメモリはセキュリティソフト内蔵のものを使用し、暗証番号による保護機能とデータの暗号化を行い保存した。データは看護系の学会に1年以内の発表後、2016年3月31日までに破棄する予定である。

#### 7. 分析方法

各コードの回答について「やや妥当である」「かなり妥当である」と回答した割合を算出した。妥当であると回答した割合が90%以上コードを統合失調症者の自己概念の有意性があると判断とした。また、妥当であると回答した割合が90%に満たなかったコードについて、妥当であると回答した者の修正案と妥当ではないと回答した者の修正案を比較し、対象者の回答に判断が曖昧だったコードがなかったか確認した。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 対象者

精神科医療の専門家 281 名に調査用紙を配布し、181 名から回答を得た。回収率は 64.1%であった。調査用紙の内容について誤って自分自身のことについて回答した者 1 名と精神科の臨床経験 5 年未満にもかかわらず回答した者 5 名を除いた 176 名を分析対象とした。有効回答率は 97.2%だった。

#### 2. 対象者背景

対象者の背景情報を表 3 に示した。性別は、男性 79 名、女性 95 名、無回答が 2 名であった。年齢は、30 歳以下が 12 名(6.9%)、31～40 歳が 61 名(34.0%)、41～50 歳が 58 名(33.4%)、51 歳以上が 43 名(24.7%)、無回答が 2 名であった。職種は医師 9 名(5.1%)、看護師 140 名(79.5%)、臨床心理士 9 名(5.1%)、精神保健福祉士 9 名(5.1%)、作業療法士 9 名(5.1%)であった。また、各職種とも統合失調症者の心理教育を日頃から実践し、日々統合失調症者に自己を見つめるように関わっている医療観察法病棟に所属する者であった。

#### 3. 各コードの有意義性の回答

各コードの妥当性の回答の割合については表 4 に示した。各コードについて「やや妥当である」または「かなり妥当である」と回答した割合を算出した。職種間で回答の答え方に差は認められなかった。以下、カテゴリ毎に説明する。

##### 1) 自己の現状の認識と規定

##### (1) 妥当であると回答した者の割合

《自己の現状の認識と規定》における各項目についての「妥当である」と回答した割合は＜私は苦手なことがある＞が 96.4%が割合が高く、次いで＜私は好きなことがある＞が 95.2%、＜私は自分の性格や傾向について話せる＞が 83.9%、＜現在の私は本来の自分じゃない気がする＞が 83.4%、＜私は何かしらの精神的な病気である＞が 81.5%、＜私には役割がある＞が 81.2%、＜現在の私は前より本来の私を出せることが多くなった＞が 80.0%、＜私は患者なので治療を受けている＞が 76.0%の順で妥当である割合が示された。

##### (2) コードの表現の指摘

コードの表現の指摘では、＜現在の私は前より本来の私を出せることが多くなった

＞について、“本来の私を出せることが多くなった”の表現に不自然な印象を受けるとの指摘があった。また、＜私は苦手なことがある＞＜私は好きなことがある＞について、表現の指摘の記述があり、“私は”ではなく“私には”へ修正した方が自然な表現であるとの意見があった。

## 2) 自己への感情と評価

### (1) 妥当であると回答した者の割合

《自己への感情と評価》における各項目についての「妥当である」と回答した割合は＜今の私の状態は安定していて良い＞が 94.0 %で最も割合が高く、次いで＜私にはできることがたくさんある＞が 93.9 %、＜私は自分自身が患者や障害者という枠でくくられてしまうのに抵抗がある＞が 93.4 %、＜私には自分自身の力だけではどうにもならないときがある＞が 92.2 %、＜私は誰よりも私のことをわかっている＞が 92.1 %、＜私自身が体験していることを病気だと片づけられてしまうことが悲しい＞が 91.6 %、＜私は現実と病気の状態が区別できている＞が 89.2 %、＜病気は私の一部である＞が 88.5 %、＜私は治療を受けることで本来の自分になっている＞が 87.3 %、＜私が悪くて病気になったわけじゃない＞が 87.1 %、＜私なりに考えなおすと私は病気なのかもしれない＞が 84.8 %、＜私は精神的に健康である＞が 82.9 %、＜健康な人がうらやましい＞が 81.7 %、＜私には特別な力がある＞が 80.1 %、＜私には健康な人と同じところがある＞が 78.0 %、＜本来の自分とは違う「今の自分」は受け入れられない＞が 78.0 %、＜患者でいた方が私としては都合がいい＞が 74.5%の順で妥当である割合が示された。

### (2) コードの表現の指摘

コードの表現の指摘では、＜私は自分自身が患者や障害者という枠でくくられてしまうのに抵抗がある＞＜私には自分自身の力だけではどうにもならないときがある＞について“私に自分自身が(の)～”との表現が不自然であり、私には自分が(の)～への変更を指摘する記述があった。さらに、＜私は誰よりも私のことをわかっている＞は“私”が繰り返されることへの違和感の指摘があり、＜私自身が体験していることを病気だと片づけられてしまうことが悲しい＞については“私自身が”の表現が文章として不自然であると指摘する意見があった。

### 3) 他者からみられている自己

#### (1) 妥当であると回答した者の割合

《他者からみられている自己》の各項目についての「妥当である」と回答した割合は、＜周りの人は私がこれからより良い生活を送ってほしいと思っている＞が 92.6%で割合が高く、次いで＜周りの人は私を心配して助けてくれる＞が 91.4%、＜周りの人は皆、私の体験や行動を誤解している＞が 90.2%、＜私は周りから精神的な病気を持っているとみられている＞が 88.4%、＜周りの人は私が具合がわるくなっても気づかないだろう＞が 86.5%、＜周りの人から私は状態が回復していると思われる＞が 85.4%、＜周りの人は私をみて「他者と同じだ」と思っている＞が 56.3%の順で妥当である割合が示された。

#### (2) コードの表現の指摘

コードの表現の指摘では、＜周りの人は私をみて「他者と同じだ」と思っている＞について、言葉の表現が難しくコード内容の理解が困難であるとの回答があった。

### 4) 過去の自己についてのイメージ

#### (1) 妥当であると回答した者の割合

《過去の自己についてのイメージ》の各項目についての「妥当である」と回答した割合は、＜以前は本来の自分じゃない感じがあっても自分の力で対処しようとしていた＞が 93.4%で最も割合が高く、次いで＜以前の私は治療を受けなくても問題がなかった＞が 92.2%、＜私が起こした過去の行動を振り返ると後悔が残る＞が 92.2%、＜以前の私は私がどんな病気か分かっていなかった＞が 91.6%、＜今思うとあの時の私はなんだかおかしかった＞が 91.0%、＜以前、本来の自分ではないような体験があった＞が 90.3%、＜以前の私には役割があった＞が 86.6%、＜あの時、私が私らしくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ＞が 86.6%、＜前の私の方が本来の自分の感じがしてよかった＞が 85.5%の順で割合が示された。

#### (2) コードの表現の指摘

コードの表現の指摘では、＜以前の私は私がどんな病気か分かっていなかった＞＜あの時、私が私らしくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ＞について、“私”が繰り返されることで表現が不自然な印象があるとの指摘があった。

#### 5) 自己の可能性と未来についてのイメージ

##### (1) 妥当であると回答した者の割合

《自己の可能性と未来についてのイメージ》の各項目についての「妥当である」と回答した割合は、＜私には今後やってみようと思うものがある＞が 95.8%で最も割合が高く、次いで＜将来の私を考えると心配がある＞が 95.2%、＜今よりも病気を良くしたい＞が 94.0%、＜私が今後どんなふうになるかはまだイメージがつかない＞が 92.9%、＜私にはこれからうまくやっていける可能性がまだある＞が 92.3%、＜私が私らしくいられる方法を知っている＞が 92.3%、＜私は私が調子が悪くなるときを知っている＞が 91.0%の順で妥当である割合が示された。

##### (2) コードの表現の指摘

コードの表現の指摘では、＜私が私らしくいられる方法を知っている＞＜私は私が調子が悪くなるときを知っている＞について、“私”が繰り返されることで表現が不自然な印象があるとの指摘があった。

#### 6) 自己に関する当為と理想

##### (1) 妥当であると回答した者の割合

《自己に関する当為と理想》の各項目についての「妥当である」と回答した割合は、＜病気にとらわれずに生きていきたい＞が 93.9%で最も割合が高く、次いで＜私には「こんな自分でいたい」という理想がある＞が 93.4%、＜病気に負けない自分でありたい＞が 90.3%、＜私は自立しなければならない＞が 89.1%、＜こうであるべきだという自分だけのルールがある＞が 88.4%の順で項目が妥当である割合が示された。

##### (2) コードの表現の指摘

コードの表現の指摘では、＜病気にとらわれずに生きていきたい＞について“病気にとらわれずに生活したい”、＜私には「こんな自分でいたい」という理想がある＞について“私には自分への理想がある”と表現の指摘があった。

#### 4. 表現の指摘で判断しきれなかった回答

妥当であると回答した割合が 90%に満たなかったコードについて、修正案の回答を確認したところ、「妥当である」と回答した対象者と「妥当ではない」と回答した対象者で同じ意味をもつ修正案の記載があるコードが 12 コードあった。12 コードは＜私は自分の性格

や傾向について話せる><私は何かしらの精神的な病気である><現在の私は前より本来の私を出せることが多くなった><私は患者なので治療を受けている><私は現実と病気の状態が区別できている><患者でいた方が私としては都合がいい><私は周りから精神的な病気を持っているとみられている><周りの人は私が具合がわるくなっても気づかないだろう><周りの人から私は状態が回復していると思われている><あの時、私が私らしくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ><私は自立しなければならない><こうであるべきだという自分だけのルールがある>であった。修正案の例を以下に示す。<私は自分の性格や傾向について話せる>では、「妥当である」の回答者の修正案では「私は自分の性格や傾向について分かっている(または知っている)」「私は自分の性格や特徴について話せる」と記載があったが、「妥当ではない」の回答者の修正案には「私は自分の性格や傾向について他の人に自分の言葉で話せる」や「私は自分の性格や長所・短所について話せる」等の記載があり、「妥当である」の回答者と「妥当ではない」の回答者どちらの修正案の記載もほぼ同じであるととらえられた。同様に、<私は何かしらの精神的な病気である>では、「妥当である」の回答者の修正案では「私は何かしらのこころの病気である」「私は精神病であるかもしれない」等であり、「妥当ではない」の回答者の修正案は「私は何かしらの精神的なストレスを抱えている」「私はこころの病気である」とあった。<患者でいた方が私としては都合がいい>では、「妥当である」の回答者の修正案には、「患者でいた方が都合がいい部分がある」「患者でいた方が私としては過ごしやすい」と記載があるが、「妥当ではない」の回答者の修正案では「患者でいる方が良い面もあると思う」や「患者でいた方が私としては楽な部分もある」等があった。

これらの12コード以外のコードでは、「妥当である」の回答者と「妥当でない」の回答者の修正案の記載とほぼ同じにとらえられる記載はなく、修正案の記載よりも「内容が分かりにくい」「統合失調症者が答えるには難しい」との指摘があった。

#### IV. 考察

##### 1. 対象者の特徴

対象者は看護師が 140 名であり、看護師の多い集団であった。精神科病院では精神科病棟に勤務する医師の人数は 1～2 名であることが多く、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士においても各精神科病院に明確な配置基準はなく、各病棟担当者が 1～2 名の勤務であることが多いため(厚生労働省 2012)、本研究の調査用紙の回収状況としては職種の割合は一般的な精神科病院の割合であると考えられる。しかし、本研究の対象者の大半が看護師の集団だったことは、長期療養中の統合失調症者の自己概念の内容の有意性を判断するにあたり、看護師の意見が強く反映された可能性があると考えられた。

##### 2. 長期療養中の統合失調症者の自己概念の有意性

「妥当である」と回答した割合が 90%を超えたコードは 53 コード中、27 コードであり、この 27 コードは長期療養中の統合失調症者の自己概念として有意性があると判断した。

《自己の現状の認識と規定》においては、「妥当である」と回答した割合が 90%を超えたのは<私は苦手なことがある><私は好きなことがある>のみであり、梶田(1988)が説明していた《自己の現状の認識と規定》に含まれる自己の状態や自己規定の内容に関するコードの<私は何かしらの精神的な病気である>や<現在の私は本来の自分じゃない気がする>等については、「妥当である」と回答した割合が 90%を満たしていなかった。同様に《他者からみられている自己》においても、<周りの人は私がこれからより良い生活を送ってほしいと思っている>や<周りの人は私を心配して助けてくれる>等の他者が抱えている自己に対する肯定的態度については「妥当である」との回答の割合が 90%を超えていたが、<私は周りから精神的な病気を持っているとみられている>等の他者から規定される内容については「妥当である」と回答した割合が 90%に満たなかった。このことは、本来自己概念はその人の主観的な評価であるため、対象者が精神科医療に精通している者であっても統合失調症ではない者が評価するため、統合失調症者が自己を規定する内容については精神科医療の専門家自己概念として理解可能であるか否かを評価するには限界があることが考えられた。

また、「妥当である」の割合が 90%に満たなかったコードにおいて、「妥当である」と回答した者と「妥当でない」と回答した者の修正案の内容がほぼ同じととらえられる内容があった。このことは、「妥当である」と回答した割合が 90%を超えた 27 コードは精神科医

療の専門家からは明確に判断できる内容であるが、「妥当である」の回答者と「妥当でない」の回答者で修正案が同じ意味をもつととらえられる 12 コードについては、自己概念の内容の判断が曖昧となるコードであったと解釈できた。さらに、これらの 12 コードの修正案の指摘で＜私は何かしらの精神的な病気である＞について、「妥当である」の回答者の修正案にも「妥当でない」の回答者の修正案においても“精神的な”を“こころの”への修正案の指摘があり、これらの 12 コードについては、自己概念の内容よりもコードの表現が適切か否かの視点で回答された可能性が考えられ、本研究では明確に有意性を判断しきれなかったと考えられた。



## V. 結論

本研究は、第二章「長期療養中の統合失調症者の自己概念の抽出」により抽出された長期療養中の統合失調症者の 53 のコードについて、精神科医療の専門家を対象者として内容妥当性の検討を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 精神科医療の専門家からの回答から、「妥当である」と回答した割合が 90%を超えたコードが 53 コードの内 27 コードあり、これらのコードについては長期療養中の統合失調症者の自己概念として有意性が確認された。
2. 統合失調症者の自己概念のコードの修正案を確認したところ、「妥当である」の回答と「妥当でない」の回答に同じ意味を持つ修正案の記載が 12 コードあった。

#### 第四章 長期療養中の統合失調症者の自己概念と自尊感情と自己効力感の関連

##### I. 緒言

##### 1. 研究背景

精神科リハビリテーションでは、精神障害者がその人らしく地域で生活することを目標としている(Anthony1993)。この目標を達成するためには、Deegan(1998)は、精神障害者が“自分とは何か”を見つめ直し、病気や障害の枠を越えて、人としての価値を見出すことが重要であると述べている。また、障害受容論について述べた村田(1982)は、人としての新しい自己価値を再編できたときが自己受容であると位置づけており、精神障害者にとって自己を見つめることはその人らしく生きるために重要であると考ええる。

統合失調症者のこれまでの自己に関する報告では、統合失調症者は自己を対象化することが難しく(Sass&Parnas2003)、自己と他者の行為の判別性がしにくいと報告され(Frith 2000b, 浅井と丹野 2007)、自己を見つめる機能の乏しさのみが指摘される傾向があった(池淵 2004, Sevy et al., 2004, Medalia & Thysen 2010)。中間(2009)が訳した Prout の説明では、自己への概念化そのものの機能が乏しいとは明記されていないが、精神障害者は自己概念に関連する自尊感情の低下が認められると述べている。また、溝上(1999)は自己の基礎理論においては、人は誰でも経験を積み重ねることで「自分はこうなのだ」と自己への概念化を行うと述べており、自己を見つめる機能に個人差があったとしても、病気をもつ者もそうではない者も自己の概念化を行っていると考ええる。しかし、これまでの統合失調症の自己概念に関する報告では、自己概念を明確にした研究は見当たらず、Markowitz (2001)の文献レビューによると、自己概念は自尊感情または自己効力感の概念に相当すると考えられており、自尊感情と自己効力感が自己概念に代わる概念として扱われている。

自尊感情は「自己に対する肯定的または否定的態度」(Rosenberg1989)であり、山本ら(1982)が示した Rosenberg の自尊感情尺度日本語版の内容を確認すると、「自分に対して肯定的である」「だいたいにおいて、自分に満足している」「もっと自分自身を尊敬できるようにになりたい」などの今現在の自己に対する価値意識や受容の程度を表す内容で構成されていた。溝上(1999)は、シェパードの自己概念の考え方を示し、自己概念には、自己評価の対象となる側面と、自己評価の対象にはならない側面があり、この自己評価の対象となる側面に対して自尊感情が生じると述べている。つまり、人がその時の置かれた状況や役割によって何を重要視しているかが変化し、同時に価値基準が変化すると考える。そのため、自己評価される側面に対する自尊感情も変化することを意味している。したがって、

自尊感情は、その人にとって重要度が高いと意識された現在の自己に対する否定的または肯定的態度であると解釈できる。統合失調症者の場合では、自尊感情に関する國方(2009b)の文献レビューによると、統合失調症者は、周囲からの誤解や偏見を示すスティグマを認知することが自尊感情に影響することが認められている。また、Corrigan ら(2006)の報告によると、社会からのスティグマに対し、その通りであると自分自身で納得することが自尊感情を下げることにつながる。さらに、激しい幻聴の体験を繰り返し妄想が強くなることで、自尊感情が下がることが報告されており(Smith, et al 2006)、精神症状のコントロール不良により、状態回復の経験が乏しくなり、治療を受けているにもかかわらず状態が改善しないため、徐々に自己評価が否定的となり、否定的な自尊感情につながると考えられる。

自己効力感とは Bandura(1997)が「ある特定の行動に関してできるという自信」と定義している。また、浅田(2009)が訳した Harter の記述によると、自己効力感とは自己概念とは区別されるべき概念であると指摘されている。しかし、自己効力感を評価する際、現在の自己の状態を理解し、その行動ができるのかどうか査定して自己効力感が生じるため、現在の自己を対象化している点において、これまで自己概念に代わる概念として取り扱われてきたと考えられる。大山(2009)が訳した Novick らの著書では、自己効力感が高い者は、より強く成功を予期し、遂行の助けとなる行動計画を思い描く傾向があると述べている。大川ら(2001)が発表した統合失調症者の自己効力感尺度においても、項目内容は地域生活に必要な行動を具体的に想起することが求められる内容になっており、自己効力感はある行動に関する自信であると同時に具体的な行動のイメージをすることに関連していると考えられる。また、統合失調症者の自己効力感の傾向として、地域で生活している統合失調症者では、日常生活能力が高く、治療行動が生活の一部としてとらえているため(竹原と銀山 2011)、入院中よりも地域で生活している統合失調症者において自己効力感が高いことが認められた(大川 2001)。

これらの報告から、これまで自己概念に相当する概念として自尊感情と自己効力感が用いられてきたが、それは自尊感情も自己効力感も現在の自己を対象化させることで生じる概念であったためと考えられる。本来、自己概念は現在の自己の側面だけでなく、過去の自己や将来の自己、他者からの自己、理想の自己などが含まれる概念であるため(梶田 1988)、自尊感情と自己効力感とは自己概念と同一の概念であるにとらえるのに無理がある。しかしながら、自尊感情と自己効力感の概念を用いることで、本研究の第二章及び第三章

で得られた長期療養中の統合失調症者の自己概念が自己概念としての特徴を持ちうるかを評価することが可能であると考えられた。

## 2. 研究目的

統合失調症者における自己概念の特徴を自尊感情と自己効力感を用いて明らかにすることを目的とした。

## 3. 用語の定義

### 1) 自己概念

本研究における「自己概念」は梶田(1988)の自己概念を用いて「その人がもつ自己意識を暗黙のうちに支えているものと想定されている基盤的な概念構造」と定義する。また、自己概念は、(1)自己の現状の認識と規定、(2)自己への感情と評価、(3)他者からみられている自己、(4)過去の自己についてのイメージ、(5)自己の可能性と未来についてのイメージ、(6)自己に関する当為と理想の6つの構成要素で構成される。

### 2) 自尊感情

本研究における自尊感情は「自己に対する肯定的または否定的態度」(Rosenberg1965)と定義する。

### 3) 自己効力感

本研究における自己効力感は「ある特定の行動に関してできるという確信」(大川 1993)と定義する。

## 4. 本研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みを図4に示した。人は皆、経験を積み重ねることで、「自分とは何か」と自己を概念化させていく。自己の概念化を行う際、全ての体験を意識化するわけではなく、その時の自己の役割や置かれている状況によって意識化される体験は異なる。自己概念には認知する自己である主我と認知される自己である客我の2つの機能が必要であり、主我と客我が区別できることで、客我が自己像をつくりあげ、主我が自己評価として自己像を認知することで自己概念を創り上げていく。自己概念は、自己の現状の認識と規定、

自己への感情と評価、他者からみられている自己、過去の自己についてのイメージ、自己の可能性と未来についてのイメージ、自己に関する当為と理想の6つの構成要素で構成されている。統合失調症者の場合、Sense of agency や Hyper-reflexivity、心の理論の障害で示されるように認知機能障害があり、自己の見つめにくさがある。さらに、「統合失調症」に対する社会からのスティグマがあり、統合失調症者自身も否定的な自己像を生み出すことが考えられる。自尊感情と自己効力感は自己概念の構成要素のうち、自己の現状の認識と規定、自己への感情と評価で示される現在の自己の側面を示しており、自己概念の一部であるにとらえた。客我が「統合失調症をもった自己」の自己像を創り上げるとき、その人がもつ背景要因が影響していると考えられ、また、自己概念は、様々なライフイベントによる役割の変化によって、自己規定が変化し、本研究では、性別、年齢、入院回数、入院形態、入院期間、外来通院期間、デイケア通所期間、服薬量が相当するととらえる。さらに、自己の役割の変化の背景として、これまでの主治医からの病気に関する告知状況や心理教育の経験の有無があり、統合失調症者の自己概念の構築に影響を与えていると仮定した。

## 5. 本研究の意義

本研究は第二章及び第三章で抽出された長期療養中の統合失調症者の自己概念と自尊感情と自己効力感との関連を検討する。統合失調症者はこれまで自己の見つめにくさがあり、病気を受けいれきれないとの報告が多かった。しかし、具体的に統合失調症者の自己概念は明確にされておらず、自己を見つめることが自己価値を高めるための重要な要素であることを確認してこなかった。また、精神科リハビリテーションにおいて自己価値を高めることを重要視していながら、統合失調症者の自己のとらえ方が不明瞭であったため、精神科リハビリテーション看護として積極的に援助することができなかった。第二章及び第三章で抽出された長期療養中の統合失調症者の自己概念と自尊感情、自己効力感の関連を明らかにすることで、統合失調症者の自己概念の特徴を理解することができると考える。また、本研究において自己概念と自尊感情、自己効力感との関連が明確になることで、統合失調症者が「統合失調症をもつ自己」として自己概念が再編成する際に必要な看護の示唆を得ることができると考えた。

## Ⅱ. 研究方法

### 1. 対象者

本研究の対象者は、精神科病院に入院中および通院中の統合失調症患者である。

選定基準に適合する対象者の紹介を依頼し、紹介していただいた方に対して研究者が本研究の患者用説明書を用いて本研究の目的、方法を説明し、同意の得られた者のみを対象者とする。対象者は以下の基準に沿って選定する。

#### 1) 選定基準

- (1) ICD の診断基準によって医師から統合失調症者(F20)と診断されたもの
- (2) 主治医と病棟の担当看護師に本研究への参加可能な能力があり、病状が耐えうる  
と判断されたもの
- (3) 医師から統合失調症の告知がされているもの

#### 2) 除外基準

- (1) 器質性精神障害 (F00-F09) の診断を受けたことのあるもの
- (2) 成人の人格および行動の障害(F60-F69) の診断を受けたことのあるもの
- (3) 知的障害(F70-F79) の診断を受けたことのあるもの
- (4) 心理的発達の障害(F80-F89)の診断を受けたことのあるもの

#### 3) 中断基準

- (1) 本人が中断を希望する場合、同意撤回を希望した場合
- (2) 調査中に主治医、担当看護師から病状の不安定さから中断を指示された場合
- (3) 調査中に研究者が対象者の精神症状が不安定になり、研究を中止するべきと判断  
した場合

### 2. 調査期間

2014年7月～2014年10月

### 3. 調査内容

#### 1) 対象者基本情報

性別、発症年齢、入院回数、入院期間、入院形態、現在服薬している薬剤の種類と量を診療録より情報収集し、研究対象者基本情報(資料 3)に記録した。また、主治医からの病気についての告知状況は「病名」「一般的な病気の知識」「病気の症状」「治療」「具合が悪くなった時の対処」について聞いたことがあるか否か回答を得る項目を作成し、加えて、これまでの心理教育を受けた経験の有無について調査用紙(資料 4)に盛り込み自記式で回答を得た。

#### 2) 自己概念に関する調査票

自己概念に回答には、先述の「長期療養中の統合失調症者における自己概念の有意義性の検討」より統合失調症者の自己概念として理解できると判断できた 27 コードと専門家からの検討では判断しきれなかった 12 コードから構成される自己概念に関する調査票(資料 5)を作成し、各項目について「はい」「いいえ」で回答を得た。

#### 3) 自尊感情尺度

自尊感情の評価にはローゼンバーグ (1965) の自尊感情尺度日本語版(資料 6)を用いた(山本ら 1982)。尺度は 10 項目からなり、「あてはまる」(5 点)から「あてはまらない」(1 点)の 5 段階で評価する。逆転項目は点数を反転させるが、単純加算によって合計点を計算し、評価する。山本ら(1982)によって信頼性と妥当性が示されている。自尊感情尺度は、得点が高いほど自尊感情が高いことを示す。

Lecmte (2006) の報告によると、統合失調症者の自尊感情の測定で最もよく用いられるのはローゼンバーグの自尊感情尺度であり、McCay と Seeman(1998)や Fannon(2009)らの報告でも統合失調症者に Rosenberg の自尊感情尺度が用いられ、山本ら(1982)が訳した自尊感情尺度は、わが国でも大森と森(2012)が統合失調症者に用いて報告している。尺度の項目数が 10 項目で容易であることから統合失調症者に用いるのに負担の少ない尺度であると考えられる。

#### 4) 自己効力感尺度

自己効力感の評価には、自己効力感尺度(Self-Efficacy for Community Life scale : SECL)(資料 7)を用いた。SECL は大川ら(2001)が発表した自記式調査票及び面接法によって行われる統合失調症者の自己効力感尺度であり、信頼性と妥当性は確認されている。精神障害者の自記式調査票の回答信憑性の検討は、瀬戸屋ら(2003)によって確認され、SECL はさまざまな状況の統合失調症者に施行できることが明らかになっている。これは、地域生活で必要とされる 18 の行動について、「0(全く自信がない)」～「10(非常に自信がある)」の 11 段階で問う尺度である。得点が高いほど自己効力感が高いことを示す。18 項目は「日常生活(5 項目)」「治療に関する行動(4 項目)」「症状対処行動(4 項目)」「社会生活(3 項目)」「対人関係(2 項目)」で構成されている。ただし、瀬戸屋ら(2003)は SECL 回答者の中で、全項目に同じ得点で回答した者がおり、精神症状が重篤であることが関係していたと報告している。また、得点の算出方法については、大川ら(2001)と 瀬戸屋ら(2003)の算出方法に沿って、加算得点の満点 180 点を 100 点に換算して「100%換算得点」を用いた。下位尺度の算出も同様の方法をとった。

#### 4. データ収集方法

##### 1) 対象者の選定

- (1) 対象病院において、病棟医師、病棟看護師長、病棟看護師に研究目的と調査内容・方法を説明し、選定基準に該当する対象者の紹介を依頼した。
- (2) 対象者の主治医と担当看護師より、対象者の選定基準にあてはまり、質問紙調査を行っても精神健康上問題ないと判断された統合失調症者に、研究者が対象者用研究説明文書(資料 8)を用いて研究の趣旨・方法・倫理的配慮の説明を行った。研究の説明を受けて同意書(資料 9)への署名による同意を以て同意とみなした。

##### 2) 調査手順

- (1) 同意書への署名が得られた時点で、連結匿名化対応表と調査用紙に番号を記載し、対象者に調査用紙を手渡し、記入していただいた。
- (2) 同意書への署名が得られた対象者に研究者が診療録から対象者基本情報を収集することを説明し、研究者が診療録より対象者基本情報を収集し、研究対象者基本情報(資料 3)に記録した。



## 5. 倫理的配慮

### 1) 対象者の人権擁護

研究対象者の人権擁護を図るため、筑波大学医学医療系「医の倫理委員会」で承認後（通知番号： 876 号）、研究対象施設の看護部長及び病棟師長に研究の目的、研究内容等の説明を行い、研究対象施設内の倫理委員会で承認を得た上で実施した。その際、研究対象施設の倫理委員会の承認を示す文書の交付を受けた。また、院内の倫理委員会が開催されていない施設においては、本研究の研究承諾書の交付を受けた上で実施した。

### 2) 対象者の理解と同意を得る方法

研究にあたり、対象者となる統合失調症者に対して書面を用いて、以下の内容を説明し、同意書への署名を得た。

- (1) 研究の目的と方法
- (2) 調査への参加は自由であり、不参加であっても不利益を受けることはない
- (3) 使用する調査用紙には、個人が特定されないように氏名の記入はせず番号などで示す
- (4) 調査内容の秘密を厳守し、特定の個人の回答のみを問題にしたり、公表することはない
- (5) 閲覧は研究者及び指導者に限り、調査結果が第三者の手に渡ることや本研究以外の目的で利用されることがない
- (6) 本研究は、主治医の協力を得ながら、参加することによる身体的・精神的負担の軽減、症状の変化の観察に十分留意して実施する
- (7) 一旦同意した場合でも、対象者が不利益を受けることなく同意を撤回することができる
- (8) 調査用紙への回答後・調査中いつでも研究について研究者に質問・意見を行うことができる

### 3) 研究によって対象者に生ずる不利益への配慮

#### (1) 身体面への影響と配慮

本研究は、対象者である統合失調症者が自記式で調査用紙に記入する研究であり、明らかな身体的侵襲はない。しかし、調査用紙への回答に要する時間は約 15 分程度

であり、疲労は生じる。調査用紙への回答中、適宜、対象者に疲労の有無を確認し、休憩時間を設けながら実施した。

#### (2) 精神面への影響と配慮

本研究の対象者は統合失調症者である。対象者の選定には、主治医と担当看護師に統合失調症者が研究への参加に耐えうる状態であるか判断を依頼した。また、主治医が病名を告げたと思っけていても、本人が自覚していない場合、混乱を招く可能性があるが、説明書に統合失調症という病名を記載して、文書と口頭で研究参加承諾を得る形式になっており、承諾を得る前に、この危険性は回避できるよう配慮した。

### 4) データの管理方法

#### (1) 匿名化の方法

調査用紙には対象者の番号を記入し、無記名とした。診療録から研究対象者基本情報への記入時は対象者番号を記入し、個人名は記載しない配慮をした。対象者の背景情報と調査用紙の対象者番号を一致させる必要があったため、連結匿名化対応表を作成した。本研究の情報管理者には各対象施設の院長及び看護部長または副看護部長になっていただき、連結匿名化対応表と同意書は研究対象施設内の看護部長室内の鍵のかかる場所に保管し、情報管理者と研究者以外は閲覧できないように管理した。

#### (2) データの保管方法

番号化した調査用紙は、研究者が研究対象施設より筑波大学に紛失に十分注意して持ち帰り、筑波大学 4B 棟 502 の施錠可能なロッカーに保管し、閲覧者は研究者と指導者のみとした。調査用紙は 2016 年 3 月 31 日までに裁断機にかけ破棄する予定である。

#### (3) データの保存媒体の安全管理方法

データ収集と解析のためにノートパソコン 1 台とデータ保存用 USB フラッシュメモリ 1 本、バックアップ用 USB フラッシュメモリ 1 本を使用する。USB フラッシュメモリはセキュリティソフト内蔵のものを使用し、暗証番号による保護機能とデータの暗号化を行い保存した。データは看護系の学会に 1 年以内の発表後、2016 年 3 月 31 日までに破棄する予定である。

## 6. 分析方法

### 1) 対象者背景の記述統計

対象者の背景情報について、年齢、発症年齢、入院回数、入院期間、通所期間、通院期間、服薬量を CP 換算量に置き換えて単純集計した。また、年齢と性別に偏りが無いことを確認するため、年齢と性別について  $\chi^2$  検定を実施した。

### 2) 病気の知識の提供の記述統計

主治医からの告知状況と心理教育の経験の有無について単純集計を行った。

### 3) 自己概念に関する調査票の回答の分布

自己概念に関する調査票の回答の分布を確認するために、各コードについて「はい」と回答した者と「いいえ」と回答した者の割合を算出した。

### 4) 使用尺度の信頼性分析

自己概念に関する調査票、自己効力感尺度、自尊感情尺度について Cronbach の  $\alpha$  信頼係数を算出した。

### 5) 対象者背景の違いによる使用尺度の得点の比較

自己概念に関する調査票の回答と自己効力感尺度と自尊感情尺度の得点について、性別、療養の状況、主治医からの告知状況、心理教育の有無による差異を確認するため、Mann-Whitney の U 検定を行った。

### 6) 療養の場の違いによる対象者背景の比較

入院群と地域群それぞれの対象者の背景情報について、年齢、発症年齢、入院回数、CP 換算量を単純集計し、入院群と地域群で対象者背景の差異を確認するため、Mann-Whitney の U 検定を行った。

### 7) 療養の場の違いによる自己概念に関する調査票の回答の比較

自己概念に関する調査票の各コードについて自分に該当すると回答した割合をコード毎に算出し、 $\chi^2$  検定を用いて、入院群と地域群の回答の割合の差異を比較した。

#### 8) 療養の場の違いによる病気の知識の提供状況の比較

入院群と地域群で主治医からの告知状況並びに心理教育の経験の有無の割合の差異を確認するため、 $\chi^2$ 検定を行った。

#### 9) 入院群と地域群における自己概念に関する調査票と病気の知識の提供の関連

入院群と地域群それぞれにおいて、自己概念に関する調査票と主治医からの告知状況並びに心理教育の経験の有無との関連を検討するため、Mann-Whitney の U 検定を行った。

#### 10) 入院群と地域群における各尺度の関連

入院群と地域群それぞれにおいて、自己概念に関する調査票と自己効力感尺度、自尊感情尺度との関連を Spearman の順位相関関係係数を用いて検討した。相関の強さは、 $0 < |r| \leq 0.3$  を相関なし、 $0.3 < |r| \leq 0.4$  を弱い相関、 $0.4 < |r| \leq 0.7$  を中程度の相関、 $0.7 < |r| \leq 1.0$  を強い相関があると判断した。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 対象者

対象者の選定基準に該当した者は225名、そのうち同意が得られた者は183名であった。複数の調査用紙の回答に内容に偏りがあった者3名を除外し、180名を分析対象とした。

#### 2. 対象者背景

対象者背景を表5に示した。男性120名、女性60名で、平均年齢52.74歳(SD=13.15、range:22~80)であり、性別において年齢には有意な差は認められなかった。入院中の対象者の入院形態は措置入院が1名、医療保護入院が34名、任意入院が54名、医療観察法が17名であった。地域で生活している対象者は、デイケア通所中は60名、外来通院中が14名であった。平均発症年齢は24.79歳(SD=8.67、range:13~60)、平均入院回数は4.76回(SD=4.54、range:0~30)であった。入院中の対象者の平均入院期間は6.21年(SD=10.44、range:5日~53年)、デイケア通所者の平均通所期間は5.11年(SD=5.48、range:7日~21.3年)、外来通院者の平均通院期間48.08年(SD=16.23、range:1ヵ月~48.1年)、であった。また、全対象者の抗精神病薬の服薬量をChlorpromazine(CP)に換算して算出したところ、平均775.52mg/日(SD=605.13、range:37.88~4010.61)であった。

主治医からの告知状況と心理教育の経験の有無を表6に示した。「病名」の説明を受けたことがあると回答した人121名(67.2%)、「一般的な病気の知識」の説明を受けたことがあると回答した人62名(34.4%)、「病気の症状」の説明を受けたことがあると回答した人75(41.7%)、「治療」の説明を受けたことがあると回答した人は86名(47.8%)、「具合が悪くなったときの対処」の説明を受けたことがあると回答した人は51名(28.3%)であった。全ての対象者がこれまで主治医より「病名」の説明を受けたことがあると回答していなかったが、研究の同意を取る際、対象者全員が自己の病名を「統合失調症」と答えており、主治医から「病名」の説明を受けていないと回答した者は家族や心理教育で自己の病名を知ったと説明していた。また、心理教育の経験があると回答した人は103名(57.2%)であった。

### 3. 自己概念に関する調査票の回答の分布

自己概念に関する調査票の回答の分布を表 7 に示した自己概念に関する調査票の各コードについて自分に該当すると回答した割合をコード毎に算出したところ、以下の通りに示された。

#### 1) 自己の現状の認識と規定

自己の現状の認識と規定については、「私は患者なので治療を受けている (96.6%)」「私には苦手なことがある (90.5%)」「私には好きなことがある (85.5%)」「私には何かしらの精神的な病気がある (81.6%)」「私は自分の性格や傾向について話せる (70.9%)」「現在の私は前より本来の自分らしくなってきた (65.0%)」の順で、「はい」と回答した者の割合が示された。

#### 2) 自己の感情と評価

自己への感情と評価については、「私には自分の力だけではどうにもならないときがある (86.0%)」「私は現実と病気の状態が区別できている (70.7%)」「今の私の状態は安定していて良い (68.9%)」「私は自分が患者や障害者という枠でくくられてしまうのに抵抗がある (61.8%)」「私が体験していることを病気だと片づけられてしまうことが悲しい (61.6%)」「私は誰よりも自分のことをわかっている (53.4%)」「患者でいた方が私としては都合がいい (41.0%)」「私にはできることがたくさんある (39.5%)」の順で、「はい」と回答した者の割合が示された。

#### 3) 他者からみられている自己

他者からみられている自己については、「周りの人は私がこれからより良い生活を送ってほしいと思っている (84.2%)」「周りの人は私を心配して助けてくれる (74.9%)」「周りの人から私は状態が回復していると思われる (74.7%)」「私は周りから精神的な病気を持っているとみられている (67.8%)」「周りの人は私が具合がわるくなっても気づかないだろう (43.7%)」「周りの人は皆、私の体験や行動を誤解している (38.2%)」の順で、「はい」と回答した者の割合が示された。

#### 4) 過去の自己についてのイメージ

過去の自己についてのイメージについては、「今思うとあの時の私はなんだかおかしかった (78.6%)」「あの時、私が自分らしくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ (77.3%)」「私が起こした過去の行動を振り返ると後悔が残る (71.6%)」「以前は本来の自分じゃない感じがあっても自分の力で対処しようとしていた (71.5%)」「以前、本来の自分ではないような体験があった (71.4%)」「以前の私は自分がどんな病気か分かっていなかった (69.8%)」「以前の私は治療を受けなくても問題がなかった (49.7%)」の順で、「はい」と回答した者の割合が示された。

#### 5) 自己の可能性と未来についてのイメージ

自己の可能性と未来についてのイメージについては、「今よりも病気を良くしたい (92.5%)」「私にはこれからうまくやっていける可能性がまだある (82.2%)」「将来の私を考えると心配がある (77.1%)」「私が今後どんなふうになるかはまだイメージがつかない (77.0%)」「私には今後やってみようと思うものがある (72.9%)」「私は自分が調子が悪くなる時を知っている (67.1%)」「私が自分らしくいられる方法を知っている (60.0%)」の順で、「はい」と回答した者の割合が示された。

#### 6) 自己に関する当為と理想

自己に関する当為と理想については、「病気に負けない自分でありたい (90.3%)」「病気にとらわれずに生きていきたい (88.4%)」「私は自立しなければならない (80.5%)」「私には『こんな自分でいたい』という理想がある (73.8%)」「こうであるべきだという自分だけのルールがある (56.1%)」の順で、「はい」と回答した者の割合が示された。

### 4. 自己概念に関する調査票、自尊感情尺度、自己効力感尺度の信頼性分析

使用尺度の信頼性分析の結果を表 8 に示した。Cronbach  $\alpha$  信頼係数は、自己概念に関する調査票が 0.66、自尊感情尺度が 0.77、自己効力感尺度が 0.91、自己効力感尺度の下位尺度は日常生活が 0.76、治療に関する行動 0.75、症状対処行動 0.83、社会生活 0.63、対人関係 0.71 で高い値を示し、信頼性があると判断した。

## 5. 対象者背景情報と各尺度の差異

自己概念に関する調査票の平均合計得点は 27.47 点 (SD=4.48、range:9~36)、自尊感情尺度の平均合計得点は 31.08 点 (SD=7.78、range:10~46)、自己効力感尺度の平均合計得点は 70.70 点 (SD=17.86、range:0~100) 自己効力感下位尺度「日常生活」の平均合計得点は 68.31 点 (SD=20.26、range:0~100)、自己効力感下位尺度「治療に関する行動」の平均合計得点は 75.56 点 (SD=19.62、range:0~100)、自己効力感下位尺度「症状対処行動」の平均合計得点は 71.75 点 (SD=22.11、range:0~100)、自己効力感下位尺度「社会生活」の平均合計得点は 70.96 点 (SD=22.04、range:0~100) 自己効力感下位尺度「対人関係」の平均合計得点は 60.93 点 (SD=27.56、range:0~100) であり、性別で得点の差異は認められなかった。年齢による各尺度の得点の差異を確認するため、対象者全体の平均年齢が 52.74 歳だったことから、52 歳以下の対象者 88 名と 53 歳以上の対象者 92 名で自己概念に関する調査票の合計得点、自己効力感合計得点、自己効力感下位尺度の各得点を比較したところ、有意な差を認められなかった。自尊感情尺度の得点については、53 歳以上 (Me=33.00) の方が 52 歳以下 (Me=29.00) より、得点が高い傾向が認められた (U=2246.00、 $p<0.001$ )。

自己概念に関する調査票と主治医からの告知状況、心理教育の有無の比較を表 9 に示した。主治医からの告知状況のうち、「治療」の説明を受けたことがあると回答した人 (Me=28.67) の方が、説明を受けていないと回答した人 (Me=27.36) よりも自己概念に関する調査票の回答の得点が高いことが認められた ( $p=0.043$ )。また、主治医からの告知状況のうち、「具合が悪くなったときの対処」の説明を受けたことがあると回答した人 (Me=29.25) の方が説明を受けていないと回答した人 (Me=27.44) よりも自己概念に関する調査票の回答の得点が高いことが認められた ( $p=0.016$ )。自己効力感尺度の得点を主治医からの告知状況で比較したところ、自己効力感尺度の合計点では差異が認められなかったが、自己効力感尺度の下位尺度「治療に関する行動」において、「具合が悪くなったときの対処」の説明を受けたことがあると回答した人 (Me=84.79) の方が説明されていないと回答した人 (Me=74.62) よりも得点が高いことが認められた ( $p=0.006$ )。自尊感情尺度の合計点と主治医からの告知状況で比較したところ、差異は認められなかった。

心理教育の経験の有無で各尺度の得点を比較したところ、自己概念に関する調査票、自尊感情尺度、自己効力感尺度の合計点では差異が認められなかったが、自己効力感尺度の下位尺度「社会生活」において、心理教育を受けたことあると回答した人 (Me=78.82) の方



が心理教育を受けたことがない人(Me=66.67)より得点が高いことが認められた( $p=0.002$ )。

入院中の対象者と地域生活の対象者における各尺度の比較の結果を表 10 に示した。自己概念に関する調査票において、入院中の対象者と地域生活している対象者で比較したところ、地域生活している対象者(Me=29.00)の方が、入院中の対象者(Me=27.00)より自己概念に関する調査票の得点が高かった( $p=0.013$ )。また、自己効力感尺度合計得点、自尊感情尺度合計点では有意な差を認めなかったが、自己効力感尺度の下位尺度の「治療に関する行動」において有意な差が認められ、地域生活の対象者(Me=82.50)の方が、入院中の対象者(Me=75.00)と比較して自己効力感の得点が高かった( $p=0.007$ )。さらに、自己効力感尺度の下位尺度の「社会生活」においても有意な差が認められ、地域生活の対象者(Me=80.00)の方が、入院中の対象者(Me=70.00)より自己効力感の得点が高かった( $p=0.031$ )。その他の自己効力感尺度の下位尺度では有意な得点の差は認められなかった。

## 6. 療養の場の違いによる自己概念に関する調査票の比較

入院群と地域群で自己概念に関する調査票の回答の得点に差異が認められたため、入院群と地域群で分けて自己概念に関する調査票の回答の分布並びに自己概念に関する調査票の得点と主治医からの告知状況、心理教育との関連を検討することとした。

### 1) 療養の場の違いによる対象者背景の比較

入院群と地域群の対象者背景の比較の結果を表 11 に示した。入院群は男性 70 名、女性 36 名で、平均年齢 54.57 歳 ( $SD=12.82$ , range:22~80)、平均発症年齢 24.12 歳 ( $SD=7.77$ , range:13~51)、平均入院回数 5.14 ( $SD=4.40$ , range:1~24)、平均 CP 換算量 899.09mg/日 ( $SD=644.68$ , range:37.88~4010.61) であった。地域群は男性 50 名、女性 24 名で、平均年齢 50.14 歳 ( $SD=13.25$ , range:23~76)、平均発症年齢 25.73 歳 ( $SD=9.77$ , range:14~60)、平均入院回数 4.25 ( $SD=4.70$ , range:0~30)、平均 CP 換算量 598.50mg/日 ( $SD=496.14$ , range:50.00~2809.09) であった。入院群と地域群で、背景情報を比較したところ、男女比、発症年齢、入院回数には差が認められなかったが、入院群 (Me=54.50) の方が地域群 (Me=49.00) より年齢が高く ( $p=0.023$ )、1 日あたりの CP 換算量が入院群 (Me=800.00) の方が地域群 (Me=450.00) より多いことが認められた ( $p<0.001$ )。

## 2) 療養の場の違いによる自己概念に関する調査票の回答の比較

入院群と地域群における自己概念に関する調査票の回答の差異を表 12 に示した。自己概念に関する調査票の各コードについて自分に該当すると回答した割合を算出し、入院群と地域群で比較したところ、「私は何かしらの精神的な病気である」において、入院群 77 名 (73.3%)、地域群 69 名 (93.2%) であり、地域群の方が自分に該当すると回答した者が多い傾向が認められた ( $p=0.001$ )。「現在の私は前より本来の自分らしくなってきた」についても入院群 59 名 (56.7%)、地域群 56 名 (76.7%) であり、地域群の方が自分に該当すると回答した者が多い傾向が認められ ( $p=0.006$ )、「今よりも病気を良くしたい」についても入院群 89 名 (89.0%)、地域群 71 名 (97.3%) であり、地域群の方が自分に該当すると回答した者が多い傾向が認められた ( $p=0.042$ )。また、「私は周りから精神的な病気を持っているとみられている」については、入院群 77 名 (74.8%)、地域群 41 名 (57.7%) であり、入院群の方が自分に該当すると回答した者が多い傾向が認められ ( $p=0.018$ )、「周りの人は皆、私の体験や行動を誤解している」についても、入院群 47 名 (46.5%)、地域群 19 名 (26.4%) で、入院群の方が自分に該当すると回答した者が多い傾向が認められた ( $p=0.007$ )。さらに、「以前の私は治療を受けなくても問題がなかった」についても、入院群 58 名 (57.4%)、地域群 28 名 (38.9%) であり、入院群の方が自分に該当すると回答した者が多い傾向が認められた ( $p=0.016$ )。

## 3) 療養の場の違いによる病気の知識の提供状況の比較

入院群と地域群における主治医からの告知状況ならびに心理教育の経験の有無の比較を表 13 に示した。主治医からの告知状況のうち、「病気の症状」の説明を受けたことがあると回答した人は、入院群 52 名 (49.1%)、地域群 23 名 (31.1%) で入院群の方が「病気の症状」の説明を受けたことがあると回答している傾向が認められた ( $p=0.016$ )。また、「治療」の説明を受けたことがあると回答した人は、入院群 58 名 (54.7%)、地域群 28 名 (37.8%) で入院群の方が「治療」の説明を受けたことがあると回答している傾向が認められた ( $p=0.026$ )。その他の主治医からの告知状況の項目では差異は認められなかった。また、入院群と地域群で心理教育を受けたことがあると回答した者と受けなかったと回答した者の割合に差異は認められなかった。

#### 4) 自己概念に関する調査票と病気の知識の提供の関連

入院群における主治医からの告知状況並びに心理教育の経験の有無による自己概念に関する調査票の比較を表 14 に示した。主治医からの告知状況については、「病名」「一般的な病気の知識」「病気の症状」「治療」「具合が悪くなった時の対処」のそれぞれの項目について、説明を受けたことがあると回答した者と説明を受けたことがないと回答した者で自己概念に関する調査票の合計得点に差異は認められなかった。また、心理教育の経験の有無においても、心理教育を受けたことがあると回答した者と受けたことがないと回答した者で自己概念に関する調査票の合計得点に差異は認められなかった。

地域群における主治医からの告知状況並びに心理教育の経験の有無による自己概念に関する調査票の比較を表 15 に示した。主治医からの告知状況については、「治療」について説明されたことがあると回答した者( $Me=31.00$ )の方が説明されていないと回答した者( $Me=28.00$ )より、自己概念に関する調査票の合計得点が有意に高いことが認められた( $p=0.011$ )。また、「具合が悪くなった時の対処」について、説明されたことがあると回答した者( $Me=32.00$ )の方が説明されていないと回答した者( $Me=29.00$ )より、自己概念に関する調査票の合計得点が有意に高いことが認められた( $p=0.022$ )。心理教育の経験の有無においては、心理教育を受けたことがあると回答した者と受けたことがないと回答した者で自己概念に関する調査票の合計得点に差異は認められなかった。

### 7. 入院群と地域群における各尺度の関連

入院群と地域群で自己概念に関する調査票の回答の得点に差異が認められたため、入院群と地域群に分けて自尊感情、自己効力感の関連を検討することとした。入院群並びに地域群の各尺度間の相関を表 16、表 17 にそれぞれ示した。

#### 1) 入院群における各尺度の関連

入院群において、自己概念に関する調査票の合計得点と関連が認められたのは、自己効力感合計得点( $r=0.327$ 、 $p=0.003$ )、自己効力感尺度の下位尺度の「症状対処行動( $r=0.302$ 、 $p=0.005$ )」であり、それぞれ弱い正の相関が認められた。自尊感情尺度とは関連が認められなかった。

## 2) 地域群における各尺度の関連

地域群においては、自己概念に関する調査票の合計得点と自尊感情尺度の得点に弱い正の相関が認められた( $r = 0.305$ 、 $p = 0.014$ )。自己効力感尺度とは合計得点、下位尺度の得点ともに相関が認められなかった。

#### IV. 考察

##### 1. 対象者の特性

###### 1) 対象者背景

本研究の対象者は、男性 120 名、女性が 60 名であり、男性の方が多い集団であった。2012 年の国内の調査によると、40 歳以上から 65 歳未満の入院中の統合失調症者は、男性が 56.2%、女性が 43.8%であり、やや男性が多く、デイケア通所者の 40 歳以上から 65 歳未満をみると男性 64.6%、女性 35.4%で男性が多いことが認められている（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 2012）。そのため、本研究の対象者も男性が多くなったと考えられた。平均の発症年齢は 24.79 才( $SD=8.67$ )であり、自己概念の基盤となる主我と客我は 14 才以降に確立されていることを考慮すると(Sebastian.,et al 2008)、本研究の対象者は主我と客我が確立した後に発症していた。また、平均年齢 52.74 歳( $SD=13.15$ )であり、対象者の罹患期間を約 28 年と推定すると、「統合失調症」と診断されてから、自己規定や自己価値の変更を繰り返している集団であると推察された。

対象者の主治医からの告知状況は、これまで主治医から病名を告知されていない者が 32.8%であったが、「医師から統合失調症の告知がされているもの」を対象者の選定基準にし、選定基準に該当する対象者の紹介を受けている。また、対象者全員が自己の病名を「統合失調症」と答えており、主治医から「病名」の説明を受けていないと回答した者は家族や心理教育で自己の病名を知ったと説明していたことから、主治医から病名を告知されたと認識していなくても、これまでの病的体験や入院経験など自分の体験や心理教育の経験を通して自己の病気の病名を「統合失調症である」と認識していたと考えられた。

###### 2) 主治医からの告知状況と各尺度の関連

主治医からの告知状況のうち、「治療内容」「具合が悪くなったときの対処」が自己概念の調査票の得点に差が認められた。自己概念に関する調査票の得点が高かった対象者が、より広く自己をとらえられているとすると、「治療内容」「具合が悪くなったときの対処」について説明を受けたと回答している者が幅広く自己をとらえていると解釈できる。梶田（1988）は壮年期以降の自己概念の成長発達の特徴として、自己の社会からの組み込まれ方が自己規定に影響すると述べており、社会的な地位や役割に関する意識が自己概念を再構築すると考えられている。したがって、主治医から「治療内容」「具合が

悪くなったときの対処」について説明を受けた経験が、「統合失調症者」としての社会的な地位を意識化させ、病気とどう向き合っていくか、病気をもつ者としての自己役割を見出している可能性があると考えられた。

また、主治医からの告知状況のうち、「具合が悪くなったときの対処」に説明を受けたと回答した対象者の方が、自己効力感尺度の下位尺度「治療に関する行動」の得点が高いことが認められた。自己効力感尺度の下位尺度「治療に関する行動」は「病気の状態が悪くなりかけたら、病院へ行く」や「疲れたと感じたら自分で適当に休む」等が示されており、大山(2009)が訳した Novick らが示したように自己効力感の性質として、自己効力感が高い人はその行動を具体的にイメージできる傾向があるため、主治医からの説明を受け、対処行動を具体的にイメージできている対象者が自己効力感の得点も高かった可能性があると考えられた。

### 3) 療養の場に違いによる各尺度の比較

本研究においては、地域生活をしている対象者の方が入院中の対象者と比較して自己効力感尺度の下位尺度の「治療に関する行動」「社会生活」の得点が高い傾向が認められた。今回用いた自己効力感尺度は、統合失調症者の地域生活に対する自己効力感を測定することを目的に開発されており(大川 2001)、調査項目の内容も「日中、職場・デイケア・作業所・仲間との集まりの場所にでかける」等の地域生活場面を想定しているため、地域生活している対象者の方が普段の生活と照らし合わせて回答しやすく、得点が高く結果に反映されたと考えられる。加えて、大川(2001)の報告ではデイケア通所群の「治療に関する行動」は平均 77.5 点( $SD=14.9$ )、入院群は平均 69.4 点( $SD=28.3$ )であり、「社会生活」ではデイケア通所群の平均 66.5 点( $SD=20.3$ )、入院群は平均 57.1 点( $SD=33.0$ )と報告しており、地域生活している統合失調症者は自己効力感が高い傾向が認められている。したがって、本研究において、地域群の方が自己効力感の得点が高かったことは一般的な統合失調症者の傾向を反映した結果であると考えられた。

自己概念に関する調査票への回答については、入院中の対象者より、地域生活をしている対象の方の得点が高く、地域で生活している対象者の方が幅広く自己をとらえられていると解釈された。地域で生活している対象者の方が、一般的には精神症状が安定しており、デイケアや家族、地域施設などの社会とのかかわりを通して、自己と他者との区別を実感する機会が多いと考ええると、他者との違いから「統合失調症者である自己」を

意識することが必然的に多くなるため、今回作成した自己概念に関する調査票も地域生活している統合失調症者の得点が高い傾向にあったと推察された。

## 2. 療養の場に違いによる自己概念に関する調査票の比較

### 1) 療養の場の違いによる対象者背景

入院群と地域群で自己概念に関する調査票と自己効力感尺度の得点に差異が認められたことから、入院群と地域群で分けて統合失調症者の自己のとらえ方を検討することとした。入院群と地域群で対象者背景を比較したところ、入院群の方が地域群よりも年齢が高く、1日あたりの服薬量が多い特徴が認められた。厚生労働省(2013)の報告によると、精神疾患患者の年齢別推移は、65歳以上が入院では50%、外来では33.9%を占め、入院、外来ともに年々増加傾向にあると報告されている。比較的外来よりも入院中の方が精神疾患患者の年齢が高齢化していることから、本研究の対象者においても入院群で年齢が高かったと考えられる。また、近年、副作用が出現しにくい非定型抗精神病薬が我が国でも処方されるようになり、生活の質の向上を目的に非定型抗精神病薬を用いた単剤化が可能となったが、我が国では抗精神病薬を3剤以上併用されることが多いため、錐体外路症状や過鎮静などの副作用が退院の阻害因子となる(木下 2014)。本研究では、精神症状の評価をしていないため、考察には限界があるが、入院群の方が地域群より1日あたりの服薬量多く、地域群の中にはこれまでの入院経験がない者もいたことから、地域群の対象者の方が、入院群より少ない服薬量で精神症状の安定化が保たれ、地域生活を送ることが可能な集団であった可能性がある。そこで療養の場の違いについて検討を行った。

### 2) 療養の場に違いによる自己概念に関する調査票の回答の差異

自己概念に関する調査票のうち、入院群において地域群より自分に該当すると回答した者の割合が多かったのは、「私は周りから精神的な病気を持っているとみられている」「周りの人は皆、私の体験や行動を誤解している」「以前の私は治療を受けなくても問題がなかった」の3つのコードであった。入院中は、日々の主治医の診察、看護面接、心理面接、作業療法などを通して、病気をもった自己を意識する時間が多いことが推察される。また、本研究の対象者の入院群106名中、本人の同意を得ている入院である任意入院の対象者は54名と約半数を占めていることから、入院群のすべての対象者が現

在の入院に納得しているわけではない。これらの状況を考慮すると、実際に精神科病院に入院している事実を把握し、日々の医療スタッフのかかわりから、他者からどのように自分が見られているのかを意識する機会が多いため、「私は周りから精神的な病気を持っているとみられている」と強く意識化されていたと解釈できる。また、入院必要性が十分に納得できないため、「周りの人は皆、私の体験や行動を誤解している」ととらえ、さらには「以前の私は治療を受けなくても問題がなかった」と過去の自己を振り返りながら、病気に影響されていない自分を説明しようと模索していた可能性があるため、これらの3つのコードが地域群より自分に該当すると回答した割合が多かったと考えられた。

一方、自己概念に関する調査票のうち、地域群において入院群より自分に該当すると回答した者の割合が多かったのは、「私は何かしらの精神的な病気である」「現在の私は前より本来の自分らしくなってきた」「今よりも病気を良くしたい」の3つのコードであった。入院群では他者から精神的な病気をもつ者とみられていると意識していたが、地域群では自己の現状の認識と規定のコードに含まれる「私は何かしらの精神的な病気である」「現在の私は前より本来の自分らしくなってきた」について、自分に該当すると回答した割合が多いことから、地域群の対象者は「精神的な病気である」ことについて他者からの規定よりも、自己が規定する属性の一つとして「精神的な病気である」ととらえる傾向があると推察された。田中（2014）が訳した Charles と Richard が説明するストレングスモデルでは、ストレングスモデルの基礎となるのは、精神障害者が受ける援助とその方向性、個人の目標と目標を達成するための行動等を精神障害者が決定する権利を有することである。そのため、通院すること、薬物療法を受けることは精神障害者の自己決定の上に実践されることが求められている。入院群の対象者の中には本人の同意を得られず入院になった者いることから、地域群の方が入院環境から離れ、統合失調症者一人一人に自己決定が求められる機会が多いことを考慮すると、地域群の対象者は、自らの意思で、外来を通院し、デイケアに通所しているため、「私は何かしらの精神的な病気である」と自己規定していると推察される。また、自己決定に基づいた受療行動によって自己の状態も同時に評価されるため、自己の状態が改善してきた認識し、「現在の私は前より本来の自分らしくなってきた」ととらえていたと考えられる。また、もう一つの考察として、精神障害者は自己決定に加え、自己の強みであるストレングスを見出すことが求められ（Charles&Richard 2014）、地域生活の場では、現在、就労支援プロ



グラムも積極的に行われている状況にある（宮城ら 2009、坂井ら 2011）。入院という限られた環境よりも多くの選択の資源がある地域生活の方が、自己の強みを自覚し、自分らしさを意識しやすくなるため、「現在の私は前より本来の自分らしくなってきた」について該当すると回答した割合が多かったと推察された。加えて、「今よりも病気を良くしたい」は自己の可能性と未来についてのイメージの内容であり、入院群でも約 90%が自己に該当すると回答していたが、それ以上に地域群の方が自己に該当すると回答した割合が多かった。國方と本田(2009a)の報告では、地域生活を営む精神障害者の自己概念の構成要素に「環境の影響を非常に大きく受ける自分」を抽出している。「環境の影響を非常に大きく受ける自分」には、「他者の対応に大きく左右される自分」「他者からの偏見に苦しむ自分」等が含まれると説明しており(國方と本田 2009 a)、このこと考慮すると、地域生活場面で病気をもつ者とそうではない者の違いが明確に意識されるため、「今よりも病気を良くしたい」と強い願望としてとらえる対象者が多かったのではないかと推察された。

### 3) 主治医からの告知状況と自己概念に関する調査票の関連

主治医からの告知状況は、入院群より地域群の方が、「病気の症状」及び「治療」について説明を受けていないと回答した割合が多く、その他にも「病名」の以外の項目は、地域群の方が説明を受けていないと回答する者の割合が多く傾向があった。しかし、入院群より地域群の方が自己概念に関する調査票の合計得点が高く、地域群において「治療」「具合が悪くなった時の対処」について説明されたと回答したの方が自己概念に関する調査票の合計得点が有意に高い結果となった。このことは、地域群は、入院群と比べて、主治医からの病気に関する説明を受けたと回答した人少ないが、説明を受けたと回答した地域群の対象者については自己を幅広くとらえていたと思われた。地域群は主治医からの病気に関する説明が少なかったため、病気に限局して自己を考える機会が少なく、代わりに病気以外の自己について考える機会が多くなり、自己を幅広くとらえられていたとも推察できるが、主治医からの病気に関する説明を受けた地域群の対象の方がより幅広く自己をとらえられることから、主治医からの告知状況は統合失調症者の自己のとらえる幅を広げる重要な要因であると考えられる。西村(2008)はこれまでの我が国における「統合失調症」の病名告知について、2002 年の「精神分裂病」から「統合失調症」へ呼称変更の 2 年後には、本人に病名を告知する医師の割合が 36.9%から 69.7%

へ増加し、告知しない医師の割合が 44.0%から 15.2%に減少したと報告している。しかし、呼称変更 1 年後の調査において、病名を告知された統合失調症は増加していた一方、当事者の関心度が高かったのは病名よりも「今後のこと」と「薬のこと」であったと報告している（西村 2008）。このことは、本研究の結果からも「治療」「具合が悪くなった時の対処」について説明されたと回答した者の方が自己概念に関する調査票の合計得点が高かったことを考慮すると、単に病名だけを告知することが情報提供なのではなく、ストレングスモデルで原則とされる自己決定(Charles&Richard 2014)を促すためにも、治療内容や今後の症状悪化時の対処について話し合うことが、統合失調症者の自己のとりえ方の幅を広げると考えられた。

### 3. 自己概念と自尊感情、自己効力感の関連

入院群と地域群で自己概念と自尊感情、自己効力感の関連を検討したところ、入院群では、自己概念と自己効力感尺度の合計得点、自己効力感尺度の下位尺度「症状対処行動」で弱い正の相関が認められ、自尊感情とは関連は認められなかった。また、地域群では自己効力感と関連は認められなかったが、自尊感情と関連は認められた。入院群で自己効力感の下位尺度「症状対処行動」との関連が認められたことは、入院群の対象者は症状コントロールを目的に入院中であり、1 日あたりの服薬量が多く精神症状が不安定な対象であったと考えられた。また、精神症状が強いために自己の状態に関心が強く、「症状対処行動」を重要視したのではないかと考えられた。さらに、入院中は薬物治療により精神症状の安定化を図ると同時に、症状悪化時の対処方法を獲得していく時期でもある。そのため、入院群で自己概念と「症状対処行動」に関する自己効力感が関連していたことは、精神症状による日常生活への影響を意識しやすく、症状対処行動について考える機会が多いため、自己効力感にも影響していたのではないかと推察された。一方で、地域群の対象者は自己概念に関する調査票の回答の得点が高く、より自己を幅広くとらえている集団であった。本研究においては、家庭状況や就労状況等、対象者の背景について調査していないので考察には限界があるものの、地域群の対象者は、「統合失調症をもつ自己」に加えて、デイケアでの役割を得ている自己、就職活動中である自己、家族の一員である自己等、地域生活場面における様々な自己を自己規定している可能性が考えられた。人はその時の置かれた状況や役割によって何を重要視しているかが変化し、同時に価値基準が変化するため(梶田 1988、溝上 1999)、その時々で自尊感情の水準も変化すると考えられる(Marsh&Hattie

2009)。したがって、地域群の対象者は「統合失調症をもつ自己」以外の自己も見つめることができ、自己に対する価値基準が病気である自己だけに限局していないため、自尊感情との関連が認められたと考えられた。また、入院群、地域群ともに相関係数が  $0.3 < |r| \leq 0.4$  と弱い相関だったことを考えると、自尊感情と自己効力感が自己概念の全てを網羅できる概念ではないことを示唆していると考えられた。地域群は地域生活を送る中で、他者との交流を通し、他者との違いをより明確に意識している可能性もあり、地域群の対象者は、自尊感情や自己効力感のように、今現在の自己の側面だけを意識しているのではなく、過去から現在、将来の自己、他者からみられた自己等、全体的に自己をとらえ、自己の在り方を考えているため、自尊感情や自己効力感だけでは測りきれない自己の側面があると考えられた。これまでの自己概念と自尊感情、自己効力感に関するレビューでは、自己概念に代わる概念として自尊感情、自己効力感が取り扱われてきたが(Markowitz 2001)、本来は自己概念と自尊感情、自己効力感は区別されるべき概念であり(Harter 2009)、本研究の結果は、自尊感情、自己効力感では自己概念を測ることができないことを支持する結果であったと考えられた。

## V. 結論

本研究は、長期療養中の統合失調症者は 180 名を分析対象とし、自己概念と自尊感情、自己効力感との関連を検討した。その結果、以下のことが明らかとなった。

1. 入院群より、地域群で自己概念に関する調査票の合計得点が高く、地域で生活している対象者の方が自己を幅広くとらえていた。
2. 主治医からの告知状況のうち、「治療」「具合が悪くなった時の対処」について説明されたと回答した者の方が自己概念に関する調査票の合計得点が高く、自己を幅広くとらえていた。
3. 入院群において、自己概念と自己効力感が弱い正の相関が認められ、地域群では自己概念と自尊感情が弱い正の相関が認められた。

## 第五章 総合考察

### I. 統合失調者における自己概念の意味

1950年代に発表された「障害の受容」は概念の本質は「価値の転換」であった(田島 2009)。しかし、概念の本質よりも「障害は受容しなければならないものである」と障害を受容することが障害者の義務となり、専門家から「立派な障害者」を期待される専制性の意味が含まれてしまったのが問題であった(野中 1999)。リカバリー概念は、専門家からの専制性を排除し、障害者の well-being を目指し、その人らしく生きていくことを目的としている(野中 1999)。しかし、リカバリー概念が推進されているのにもかかわらず、統合失調症者は自己意識に障害があるとの指摘や統合失調症者の認知機能障害に焦点を当てた報告が多く(中安 1988、吉松 1988、金 1998、前田と鹿島 2008)、看護場面においても統合失調症者の目標やその人が持っている力を引き出すことよりも、統合失調症者が病気を理解できないことを問題視したとらえ方をしている(釜 1997、佐藤と道上 2013)。このように統合失調症者をみると、「統合失調症者は病気を受け止めなければならないものである」と野中(1999)が問題視した専門家からの「専制性」が再度生み出される可能性がある。山路(2012)が訳した Anthony のリカバリー理念によると、リカバリーを目標とした行動の主体はすべて当事者にあり、専門家は当事者の能力に注目し、当事者が新しい役割や自己価値を獲得することを助けるように支援すると述べている。このことは、その人の問題ばかりを焦点化させていては、リカバリーの道を途絶させてしまうことを意味している。したがって、統合失調症者の「病気を受けいれきれない」状態を問題視するのではなく、統合失調症者がどんな自己を見つめ、どんな自分になりたいかを理解することに努める必要があると考える。

## Ⅱ．看護への示唆

本研究において、梶田(1988)の自己概念を用いて分析したところ、統合失調症者が自己概念を持ち得ることが推察された。さらに、青年期以降の健常者で説明されていた梶田(1988)の自己概念の枠組みで説明できることが示された。このことは、自己の見つめにくさが指摘されていた統合失調症者においても、その時々でとらえた自己があり、自己をどのように見つめているかに注目した看護の視点を実践に活用し得る可能性を示唆している。統合失調症者の自己概念について看護師が注目することによって、統合失調症者一人一人の自己の見つめ方を知り、その人にとって何が大切なのかを理解することができる。また、そのことが個人のストレングスを見いだすことや新しい人生の目標設定につながる。病気を受けとめられるように支援するのではなく、統合失調症者が現在の自己の状態、現在の自己の受け入れ方、現在の自己が持っている強み、そして周囲から自分がどのようにみられ、自分にとって重要な他者にはどんな人がいるのか等を意識してもらい、“その人らしく”生活するための行動を統合失調症者自身の力で見いだしていく関わりが重要である。さらに、自己を意識できるようになると、自己を受け入れられるようになるだけでなく、地域生活の場で、自分で自分が必要な援助を自分から求めることができるようになるという行動の変容に辿り着くと考えられる。

### Ⅲ．本研究の限界と今後の課題

「第二章 長期療養中の統合失調症者の自己概念の抽出」において、統合失調症者 53 名が対象であり、対象者人数として十分な人数であったが、入院中の対象者が 49 名に対し、地域生活をしている対象者が 4 名であり、自己概念の内容が入院中の統合失調症者の内容に偏った可能性がある。

「第三章 長期療養中の統合失調症者における自己概念の内容妥当性の検討」において、分析対象者 181 名中 140 名が看護師であったため、内容妥当性は看護師の意見が強く反映された可能性がある。そのため、本研究の結果を一般化するには、限界がある。しかしながら、これまで、自己を見つめにくいことが指摘されていた統合失調症者において、青年期以降の健常者で用いられる梶田(1988)の自己概念を用いて自己概念を明らかにしたことで、病気や障害をもつ者でも自己概念の枠組みは変わらずに自己概念を持ちうることを示した結果となった。

「第四章 長期療養中の統合失調症者の自己概念と自尊感情と自己効力感の関連」において、対象者が主我と客我が確立する 14 歳以降に「統合失調症」を発症していると推察される集団であり、対象者全員が「統合失調症」と自己の病名を答えていたことから、統合失調症に関する知識を有する対象者であったと考える。また、「主治医と病棟の担当看護師に本研究への参加可能な能力があり、病状が耐えられうると判断された者」を研究対象の選定基準の一つとしているため、比較的精神症状が安定している統合失調症者であったことが考えられ、本研究の結果が、精神症状が安定していない統合失調症者にも般化できるとは言い切れない。しかしながら、これまでの自己概念と自尊感情並びに自己効力感は同一概念ではないと説明されており、本研究により統合失調症者においても同様の結果を示すことができたのは、今後の統合失調症者の自己概念の研究に貢献できる結果であったと考える。また、これまでの研究報告から、統合失調症の自己のとらえ方には認知機能障害が関連していることが示唆されていることから、今後は認知機能障害を考慮した自己概念に調査を行う必要がある。

## 第六章 結論

本研究は統合失調症者のインタビューデータを内容分析し、自己概念を抽出し、精神科医療の専門家に内容妥当性を検討した。さらに、長期療養中の統合失調症者の自己概念の特徴を導くために、療養の場の違いなどの背景属性の違いから自己概念の得点を比較し、さらに自己概念と自尊感情、自己効力感の関連を分析した。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 長期療養中の統合失調症者の自己概念は 53 コードであり、梶田(1988)の自己概念の 6 つのカテゴリに分類することができた。
2. 精神科医療の専門家からの回答から、53 コードの内、27 コードについては、長期療養中の統合失調症者の自己概念として内容の有意義性が確保された。
3. 長期療養中の統合失調症者における自己のとらえ方は、療養の場と主治医からの告知状況によって異なり、地域生活をしている者や主治医から「治療」「具合が悪くなった時の対処」について説明されたと理解している者の方が自己概念の得点が高かった。
4. 長期療養中の統合失調症者において、入院群では自己概念と自己効力感は弱い正の相関があり、地域群では自己概念と自尊感情が弱い正の相関が認められた。



## 謝辞

本研究に快くご協力いただきました対象者の皆様には、深く御礼申し上げます。

また、本研究にご協力いただきました対象病院の院長、看護部長はじめ、看護部の皆様、対象病院の医師および医療職者の皆様に深く感謝申し上げます。

## 文献

American Psychiatric Association. (2013). *In Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed., p. 99). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Amador.X.F., Strass.D.H., Yale.S.A., Flaum.M.M., Endicott.J., & Gormam.J.M.(1993).  
Assessment of Insight in Phychosis, *American Journal Psychiatry*, 150,873-879

Anthony,W.A.,(1993).Recovery from mental Illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s.*Psychosocial Rehabilitation Journal* (16)4,11-23.

Anthony, W. (2012). 第4章 理念,精神科リハビリテーション(野中猛・大橋秀行 監訳、山路博文 訳),(第2版 pp80-109). 東京:三輪書店.

Andresen,R.,Oades.L.,&Caouti.P.,(2003).The experience of recovery from schizophrenia:towards an empirically validated stage model.  
. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.37.586-594.

浅井智久, 丹野義彦(2007).統合失調症の認知神経心理学的研究からみた自己意識 : 自己モニタリングと sense of sel-agency, *心理学評論刊行会* 50(4),371-383

浅井智久, 丹野義彦(2010).声の中の自己と他者ー幻聴の自己モニタリング仮説ー, *心理学研究*,81(3),247-261.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press

Brune.A(2005). “Theory of Mind” in Schizophrenia : A Review of the Literature, *Schizophrenia Bulletin*,31(1),21-25.

Burgin, M. (2008). The Concept of Psychosis: Historical and Phenomenological Aspects  
*Schizophrenia Bulletin*, 34( 6) 1200-1210.

Charles, A.R., & Richard, J.G., (2014). ストレングスモデル(田中英樹 監訳).(第 3 版)東京  
: 金剛出版

Corrigan, P.W., (2006). Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based  
psychosocial interventions, *Expert Rev. Neurotherapeutics* 6(7), 993-1004.

David, A. A. (1990). Insight and Psychosis, *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.

Deegan, P.E. (1998). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation, *Psychosocial  
rehabilitation journal*, 11(4). 11-19.

Demo, D.H. (1992). The self-concept over time: research issue and direction. *Annual  
Review of Sociology*, 18, 303-326.

Fannon, D., Hayward, R., Thompson, N., Green, N., Surguladze, S. (2009). The self or the  
voice? Relative contributions of self-esteem and voice appraisal in persistent  
auditory hallucinations, *Schizophrenia Research*, 112, 174-180.

Frith, C.D., Blakemore, S.J., & Wolpert D. M. (2000a). Explaining the symptoms of  
schizophrenia: Abnormalities in the awareness of action, *Brain Research Reviews*  
31, 357-363.

Frith, C.D., Blakemore, S.J., & Wolpert D. M. (2000b ). Abnormalities in the awareness  
and control of action, *The Royal Society of London: Biological Science*, 355, 1771-1778.

藤野成美、岡村仁(2011). 長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度の作成とその信頼性・妥  
当性の検討, *日本看護研究学会雑誌*, 34(4).

Gallagher.S.(2000).Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science,*Trends in Cognitive Sciences*,4(1),14-21.

Gilleen, J., Greenwood, K., &. David, A.S.,(2011) Domains of Awareness in Schizophrenia *Schizophrenia Bulletin*, 37(1). 61-72.

Harter,S(2009). 自己概念をめぐる現代課題の歴史的ルーツ.

自己概念研究ハンドブック,(Bruce A.Braken 編、梶田叡一・浅田匡 監訳、浅田匡 訳).(第1版,pp1-46) 東京:金子書房

畑田けい子, 中根允文(1999). 服薬コンプライアンスと分裂病の長期転帰. *臨床精神医学*, 28(6), 609-614.

日域広昭, 町野彰彦, 澤雅世, 小山田孝裕, 志々田一宏, 村岡満太郎(2005). 統合失調症の急性期治療過程における病識や「薬に対する構え」の変化－SAI-J,DAI-30 を用いた多面的な検討－. *臨床精神医学*, 34(8),1073-1078.

池淵恵美, 安西信雄, 米田衆介他(2000). 精神分裂病の病識に影響を与える要因について. *日本社会精神医学会雑誌*, 9, 153-162.

池淵恵美(2004). 「病識」再考. *精神医学*, 46(8), 806-819.

Jaspers K. (1912).Die phaˆnomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie. *Z Ges Neurol Psychiatr.*,9,391-408.

Originally published, in English, The phenomenological approach in psychopathology , *Br J Psychiatry*. 1968,114,1313-1323.

Jaspers.K(1913).*精神病理学原論*(四丸四方 訳 第21版 pp77-78).東京：みすず書房

梶田叡一(1988).*自己意識の心理学*, (第2版,77-119). 東京：東京大学出版会

釜英介(1997).精神分裂病患者の病識に対する看護者の理解と態度,こころの看護学,1(2),149-155

神庭重信(2010).神経心理学と認知科学－社会脳,脳科学エッセンシャル－精神疾患の生物学的理解のために－,(第2版 pp288-290),東京：中山書店.

木村敏(1978).自覚の精神病理－自分ということ－.東京：紀伊国屋書店.

金吉晴(1998). 病識の諸相,精神科治療学,13(9),1073-1078

木下隆司(2014).退院のための薬物療法の工夫－単剤化・clozapine－,精神科治療学,29(1),31-36.

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(2012). 平成24年度精神保健福祉資料の分割閲覧, [http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data\\_h24/2-2-2.pdf](http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h24/2-2-2.pdf)

厚生労働省(2004).「精神保健医療福祉の改革ビジョン」について.  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>

厚生労働省(2009).第15回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会  
－精神科救急医療について－<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/dl/s0326-8c.pdf>

厚生労働省(2011). 精神障害者の地域移行について, 精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き,<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/chiiki.html>

厚生労働省(2012). 第1回精神科医療の機能分化と質の向上等に関する討検会  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000264pr-att/2r985200000264x9.pdf>

厚生労働省(2013). 第1回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会資料,資料3 精神障害者に対する医療の現状,

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000037jdi.html>

Krippendorff, K (1989). メッセージ分析の技法「内容分析への招待」 [*Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*] (三上俊治、椎野信雄、橋元良明 監訳). (第1版). 東京：勁草書房.

倉知正佳(2006). 統合失調症者：自己意識の障害と社会性関連回路, *神経進歩*, 50(1), 142-152.

倉知正佳(2009). 統合失調症の認知機能障害, *精神疾患と認知機能*, (*精神疾患と認知機能研究会 編*) (第1版 pp182-183), 東京：新興医学出版社.

國方弘子&本田圭子(2009a). 病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念, *日本看護研究学会雑誌*, 32 (2), 45-53.

國方弘子(2009b). 統合失調症者の self-esteem に関する研究の動向—self-esteem の先行要因と帰結を中心に—, *日本精神保健看護学会誌*, 18(1), 80-86.

Lecmte, T., Corbiere, M., Laisce, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia :Relevance of the Self-Eseem Rating Scale-Short Form, *Psychiatry Research*, 143, 99-108

前田貴記、鹿島晴雄(2008). 統合失調症の自我障害の形成機構—主観性の神経心理学 *Schizophrenia Frontier*, 8(4), 11-18.

Markowitz, F.E. (2001). Modeling Processes in Recovery From Mental Illness: Relationships Between Symptoms, Life Satisfaction, and Self-Concept, *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 64-79.

Medalia,A,&Thysen,J,(2010).A comparison of insight into clinical symptoms versus insight into neuro-cognitive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 118, 134-139

Marsh,H.W&Hattie,J.A (2009) .自己概念の構造の理論的展望.

自己概念研究ハンドブック,(Bruce A.Braken 編、梶田勲一・浅田匡 監訳,遠山孝司 訳).(第 1 版,pp47-108).東京:金子書房

Markova,I&Berrios,G,E.(1992). The assessment of Insight in clinical psychiatry: a new scale, *Acta Psychuatrica Scandinavica*,86,159-164.

Markova, I.,& Berrios,E.(1995).Insight in Clinical Psychiatry A new model.

*The Journal of Nervous Mental Disease*.183.743-751.

McCay,EA, & Seeman .M V, (1998). A Scale to Measure the Impact of a Schizophrenic Illness on an Individual' s Self-Concept, *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. XII (1), 41-49.

Miall, R.C. (2003). Connecting mirror neurons and forward models. *NeuroReport*, 14, 2135-2137.

溝上慎一 (1999) .自我—自己の概念整理,自己基礎理論—実証的心理学のパラダイム—,2-21,東京,金子書房.

宮城哲哉,豊里竹彦,古謝安子,與古田孝夫(2009).統合失調症患者の社会復帰促進に向けた就労支援プログラムの実証的研究.琉球医学会.28(3・4).35-42.

水野雅文, 山下千代, 渡邊衡一郎他(2000). 精神分裂病長期外来通院者の特徴—病識と薬に対する構えについて—. *日本社会精神医学会雑誌*, 8, 171-181.



村田信男(1982). 続「分裂病のリハビリテーション過程」について.*分裂病の精神病理*.  
(吉松和哉編).275-300.東京：東京大学出版

中谷陽二(1989).分裂病と「病識」－用語法への疑問,*臨床精神医学*,18(1),11-16.

中安信夫(1988).記述現象学の方法としての「病識欠如」,*精神科治療学*,3(1),33-42

Nelson.B, Whitford T.J, Lavoie.S, Sass.LA (2014). What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia? Integrating phenomenology and neurocognition. Part 1 (Source monitoring deficits). *Schizophrenia Research* 152,12-19

西村由貴, 大野裕(2004). 統合失調症の病名告知の実態調査. 呼称変更後1年を経て. *精神神経学雑誌*, 106(11), 1523-1524.

西村由貴(2008). 病名呼称変更がもたらしたもの－「統合失調症」の経験から－, *精神神経学雑誌*,110(9),821-824.

西園昌久(1963). 病識の精神力動. *精神医学*. 5(2), 111-119.

野中猛(1999).病や障害からのリカバリー,*OTジャーナル*,33(6),594-600.

野口正行(2014).退院支援施策と精神保健行政の視点,*精神科治療学*,29(1),71-76.

Novik.N,Cause.A.M,&Grove.K (2009) .コンピテンス自己概念,  
*自己概念研究ハンドブック*,*(Bruce A.Braken 編、梶田勲一・浅田匡 監訳、大山泰宏 訳)*.(第1版,pp245-300).東京:金子書房

大川希,大島巖,長直子,榎野葉月,岡伊織,池淵恵美,伊藤順一郎(2001). 精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度(SECL)の開発 信頼性・妥当性の検討.

*精神医学*,43(7),727-735.

大森圭美,森千鶴(2012).統合失調症者における病識の関連要因—精神障害者観、自尊感情、認知的洞察の関連から—, *日本看護科学学会*,32(3),25-34.

Parnas.J&Handest.P(2003).Phenomenology of Anomalous Self-Experience in Early Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2). 121-134.

Prout.H.T,& Prout.S.M(2009).全体的自己概念とストレスの多い生活状況との関係.

自己概念研究ハンドブック,(Bruce A.Braken 編、梶田勲一・浅田匡 監訳,中間玲子 訳).(第1版,pp301-333).東京:金子書房

Rosenberg(1989). Self-concept research Historical overview. *SocialForces*,68(1).34-44

坂井一也,春山佳代,山下佐織,杉村直哉(2011). 統合失調症者に対するデイケアにおける就労支援プログラム — 5年間の追跡調査—, *健康科学大学紀要*, (7), 127-136.

Sass.L&Parnas.J (2003). Schizophrenia,Consciousness,and the Self, *Schizophrenia Bulletin*,29(3),427-444.

佐藤さやか, 佐藤ゆみ, 佐藤幸江, 安西信雄, 坂野雄二(2003). 服薬コンプライアンス不良を示す統合失調症患者の臨床的特徴について. *精神医学研究所業績集*. 39.174-177

佐藤真美,道上勝春(2013). 統合失調症患者の病識の程度と再入院の関連性の検証:SAI-Jを用いた評価, *日本看護学会論文集 精神看護*,43,90-92

三宮真智子(2009),人間のコミュニケーションにおけるメタ認知, *電子情報通信学会*,10,1-4.

Schneider,K.(1946). 臨床精神病理学(Hber.G,&Gross.G 解説,針間博彦 訳)  
(新版 pp104-108). 東京：文光堂.

Schneider K.(1959). *Clinical Psychopathology*. New York, Grune & Stratton.

Sebastian.C, Burnett, S.& Blakemore,SJ(2008) Development of the self-concept  
during adolescence, *Trends in Cognitive Sciences* ,12(11),441-446.

Sevy,S. Nathanson,K., Visweswaraiah.H., Amador.X.,(2004). The Relationship Between  
Insight and Symptoms in Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1).16-19

Smith,B.,Fowler,DG. , Frcrnnd. , et al (2006) Links between depression, self-esteem,  
negative schematic beliefs and delusions and hallucinations .  
*Schizophrenia Research*, 86 (1-3), 181-188,

菅原(阿部)裕美,森千鶴(2011).統合失調症の病識の構造, *日本看護研究学会雑誌*,34(4),2011.

田島明子(2009).障害受容再考―「障害受容」から「障害との自由」へ.東京：三輪書店

高橋英彦(2010). 社会的感情の神経科学,脳科学エッセンシャル―精神疾患の生物学的理解  
のために―,(第 2 版 pp268-269),東京：中山書店.

立森久照,竹島正,栗田主一(2014).わが国の長期在院者の現状と推移,  
*精神科治療学*,29(1),13-18.

竹島 正,平井右助, 田中薫, 他(1992). 地域住民の精神障害者に対する見方について 地域  
調査をもとに, *社会精神医学*,15(3),230-236.

竹原仁美,銀山章代(2011). 精神科デイケア利用者の自己効力感に関する研究―自己効力感  
の構造化の試み―, *四條畷学園大学 リハビリテーション学部紀要*, 第 7 号,37-45.

Werner,P.,Aviv,A.,&Barak,Y.(2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia, *International Psychogeriatrics*, 20(1), 174-187.

渡邊衡一郎(2000). 服薬コンプライアンスに対する通院精神分裂病患者の服薬観と病識の影響. *慶應医学*, 77(6), 309-317.

山口創生,木曾陽子,米倉裕希子,岩本華子,三野善央(2013).精神障害に関するスティグマの定義と構成概念：スティグマに関する研究の今後の課題,*社会問題研究*,62,53-66.

山田和男,井上由美子(2010).神経心理学と認知科学ーミラーニューロンと共感,*脳科学エッセンシャルー精神疾患の生物学的理解のためにー*,(第2版 pp291-2902),東京：中山書店

山本貢司,佐々木淳,石垣琢磨,下津咲絵,猪股丈二(2006).統合失調症患者とその家族におけるスティグマ認知,*精神医学*,48(10),1071-1076.

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*,30,64-68.

安永浩(1988). 特集ー病識をめぐって： いわゆる病識から“姿勢” 覚へ,*精神科治療学*,3(1),43-50.

吉松和哉 (1982) .精神分裂病の発病・再発状況,*分裂病の精神病理 11*, (吉松和哉編) ,1-25, .  
東京：東京大学出版

吉松和哉(1988). 特集ー病識をめぐって： 総説,*精神科治療学*,3(1),3-15.

吉野賀寿美,八木こずえ(2010).地域生活に移行した統合失調症患者の生活体験ー初発者と再発者の比較を通してー,*日本看護科学会誌*,30(2),54-63.

## 图表

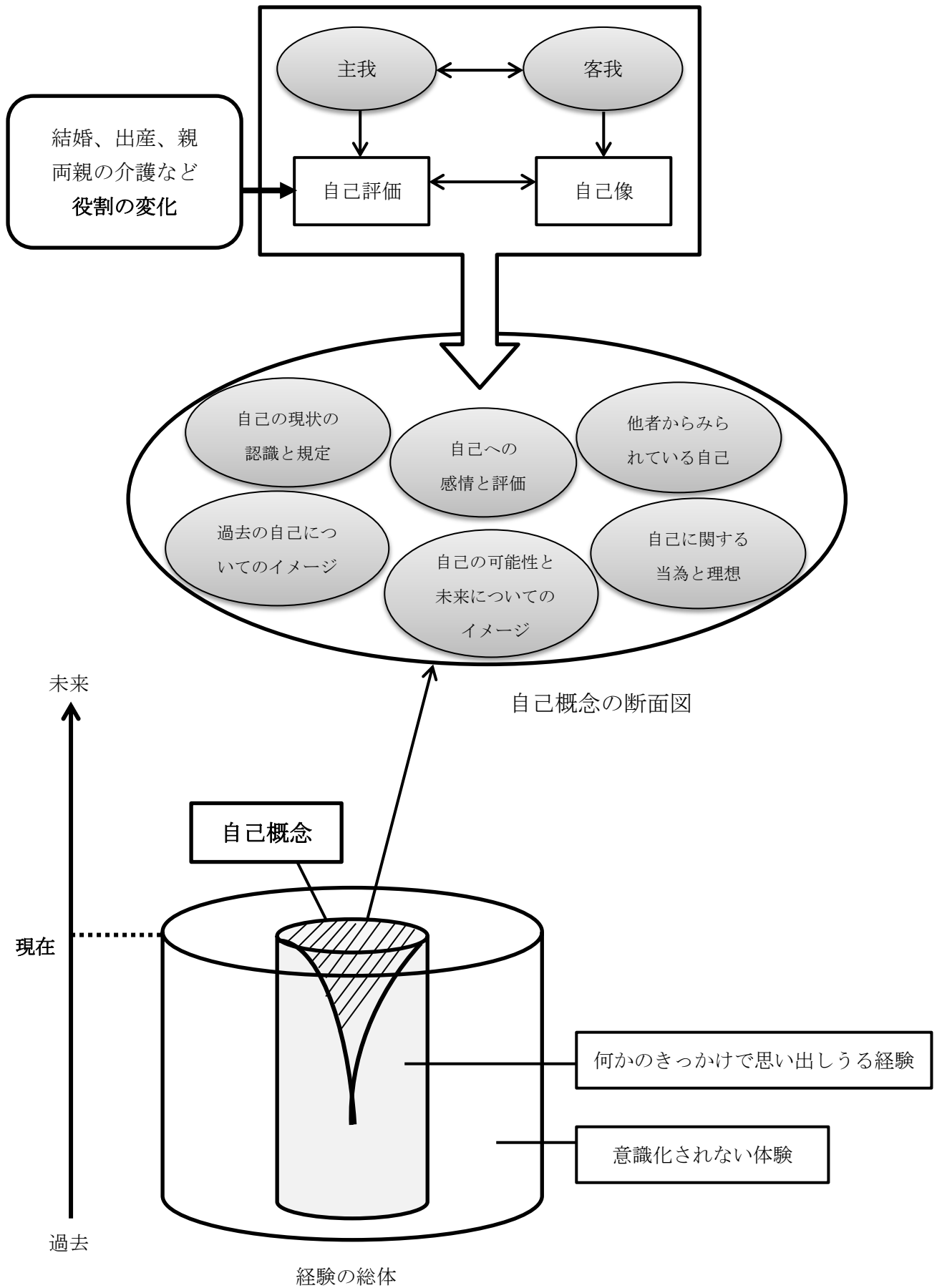


図 1 自己概念モデル

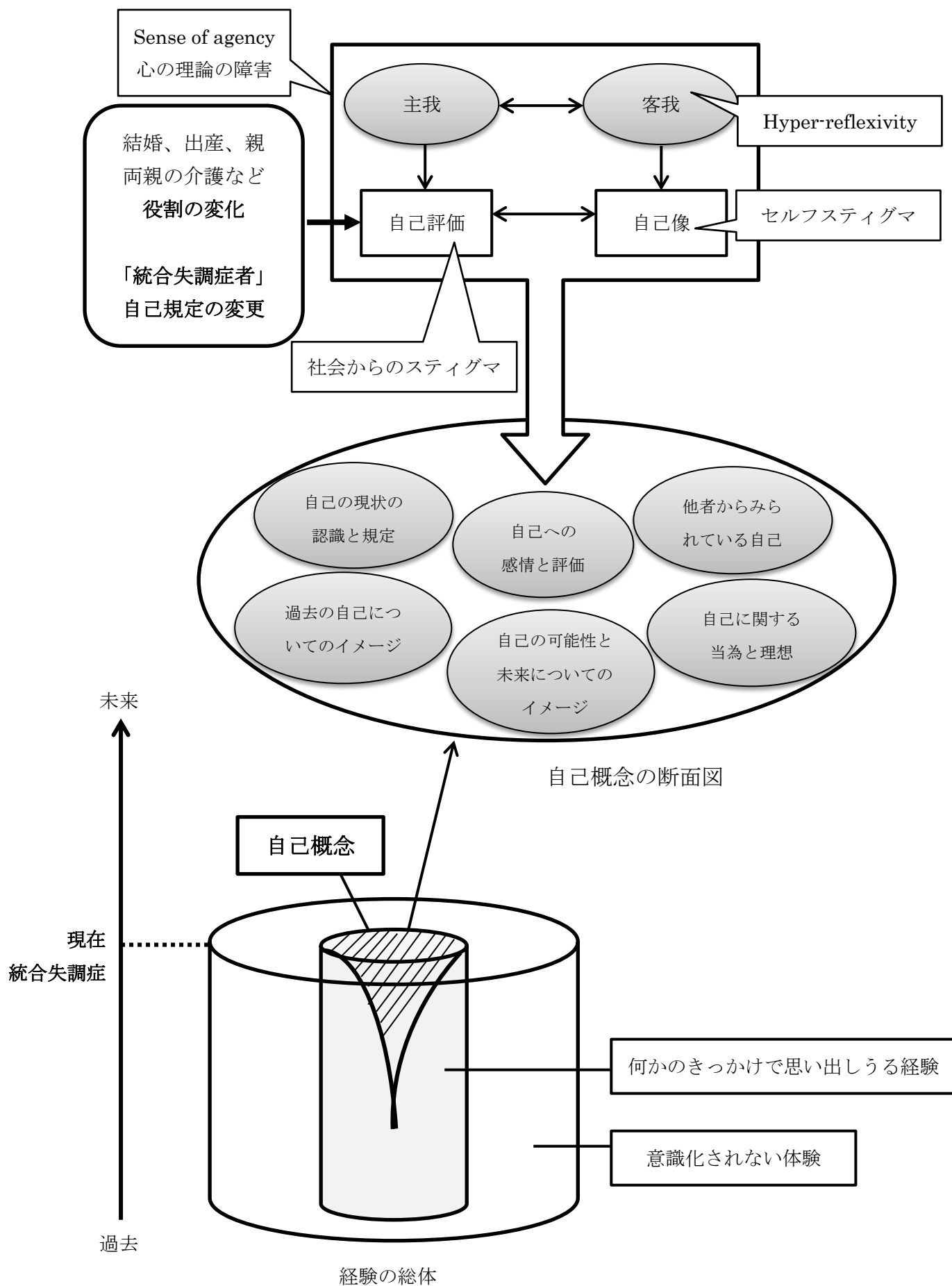


図 2 概念枠組み

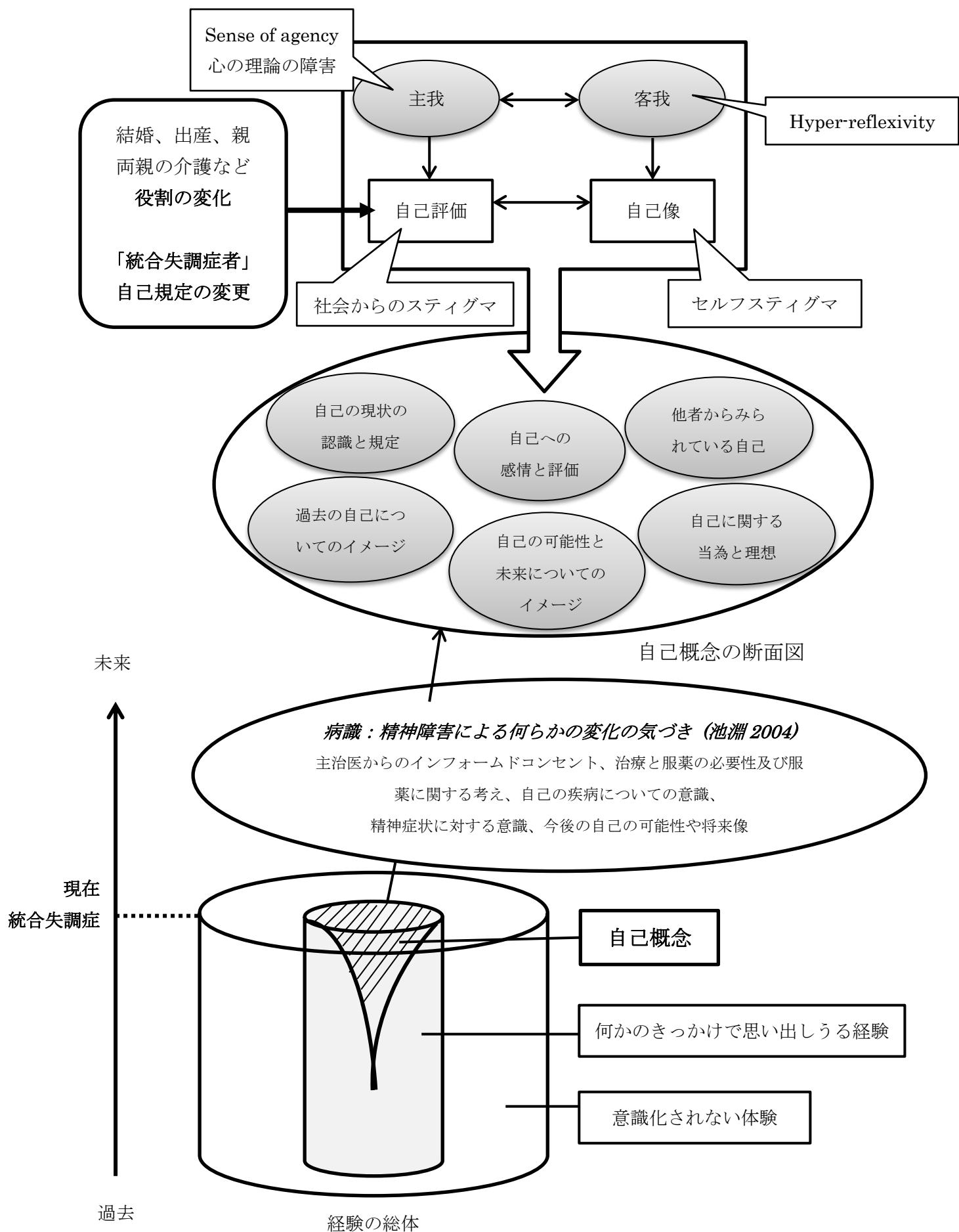


図3 第二章 概念枠組み



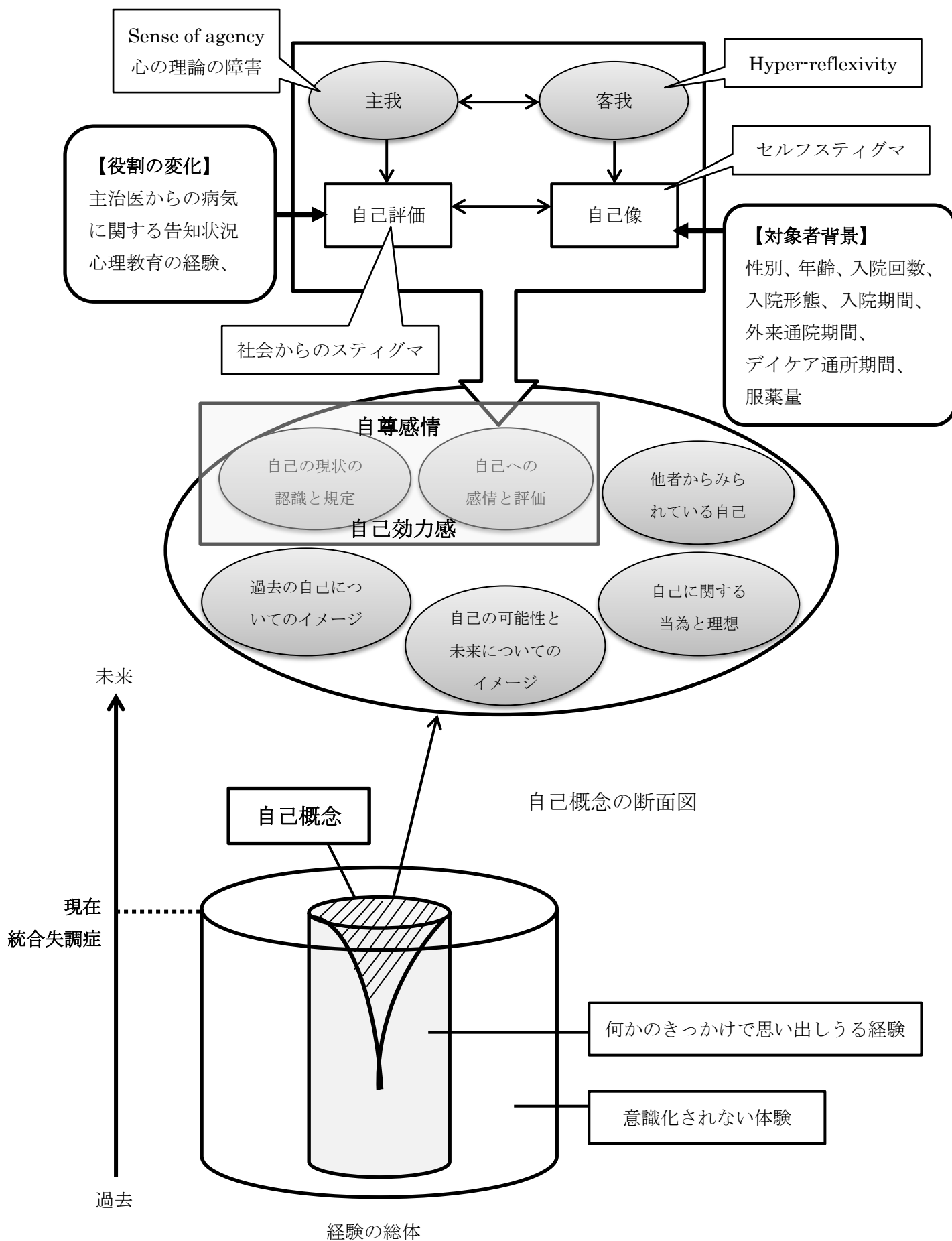


図4 第四章 概念枠組み

表 1 長期療養中の統合失調症者の自己概念抽出の対象者背景

	計 53		男性 35		女性 18	
入院形態						
措置入院	3		2		1	
医療保護入院	16		9		7	
任意入院	30		21		9	
在宅	4		3		1	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
年齢（歳）	45.13	12.39	43.43	12.62	48.44	11.54
罹患期間（年）	15.48	11.70	15.61	11.95	15.24	11.57
入院回数（回）	4.66	4.15	5.13	4.79	3.75	2.38
CP換算（mg/日）	859.50	525.00	896.71	564.44	789.22	447.70

Note. CP=Chlorpromazine

*M*=平均値; *SD* =標準偏差.

表 2 梶田の自己概念における統合失調症の自己概念

下位概念	分析単位数 (総数あたりの割合)	コード	分析単位数 (カテゴリあたりの割合)
自己への感情と評価	567 (28.3%)	私は治療を受けることで本来の自分になっている	86 ( 15.2%)
		本来の自分とは違う「今の自分」は受け入れられない	77 ( 13.6%)
		今の私の状態は安定していて良い	52 ( 9.2%)
		私は精神的に健康である	50 ( 8.8%)
		私には自分自身の力だけではどうにもならないときがある	44 ( 7.8%)
		私は自分自身が患者や障害者という枠でくくられてしまうのに抵抗がある	41 ( 7.2%)
		私自身が体験していることを病気だと片づけられてしまうことが悲しい	32 ( 5.6%)
		私には特別な力がある	25 ( 4.4%)
		私は現実と病気の状態が区別できている	25 ( 4.4%)
		病気は私の一部である	25 ( 4.4%)
		私が悪くて病気になったわけじゃない	24 ( 4.2%)
		私は誰よりも私のことをわかっている	19 ( 3.4%)
		患者でいた方が私としては都合がいい	19 ( 3.4%)
		私には健康な人と同じところがある	16 ( 2.8%)
		私にはできることがたくさんある	11 ( 1.9%)
		健康な人がうらやましい	11 ( 1.9%)
自己の現状の認識と規定	550 (27.5%)	私なりに考えなおすと私は病気なのかもしれない	10 ( 1.8%)
		現在の私は本来の自分じゃない気がする	214 ( 38.9%)
		私は患者なので治療を受けている	97 ( 17.6%)
		私は何かしらの精神的な病気である	96 ( 17.5%)
		現在の私は前より本来の私を出せることが多くなった	57 ( 10.4%)
		私は自分の性格や傾向について話せる	56 ( 10.2%)
		私は好きなことがある	15 ( 2.7%)
		私は苦手なことがある	8 ( 1.5%)
過去の自己についてのイメージ	426 (21.3%)	私には役割がある	7 ( 1.3%)
		以前、本来の自分ではないような体験があった	147 ( 34.5%)
		あの時、私が私らしくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ	75 ( 17.6%)
		今思うとあの時の私はなんだかおかしかった	45 ( 10.6%)
		以前の私は私がどんな病気が分かっていたいなかった	42 ( 9.9%)
		私が起こした過去の行動を振り返ると後悔が残る	34 ( 8.0%)
		前の私の方が本来の自分の感じがしてよかった	28 ( 6.6%)
		以前の私は治療を受けなくても問題がなかった	25 ( 5.9%)
		以前は本来の自分じゃない感じがあっても自分の力で対処しようとしていた	16 ( 3.8%)
		以前の私には役割があった	14 ( 3.3%)
他者からみられている自己	173 (8.6%)	私は周りから精神的な病気を持っているとみられている	72 ( 41.6%)
		周りの人は皆、私の体験や行動を誤解している	32 ( 18.5%)
		周りの人は私を心配して助けてくれる	30 ( 17.3%)
		周りの人は私がこれからより良い生活を送ってほしいと思っている	13 ( 7.5%)
		周りの人から私は状態が回復していると思われる	12 ( 6.9%)
		周りの人は私をみて「他者と同じだ」と思っている	9 ( 5.2%)
		周りの人は私が具合がわるくなっても気づかないだろう	5 ( 2.9%)
自己の可能性と未来についてのイメージ	198 (9.9%)	私は私が調子が悪くなるときを知っている	43 ( 21.7%)
		私にはこれからうまくやっていける可能性がまだある	40 ( 20.2%)
		将来の私を考えると心配がある	38 ( 19.2%)
		私が私らしくいられる方法を知っている	25 ( 12.6%)
		今よりも病気を良くしたい	19 ( 9.6%)
		私が今後どんなふうになるかはまだイメージがつかない	18 ( 9.1%)
		私には今後やってみようと思うものがある	15 ( 7.6%)
自己に関する当為と理想	87 (4.3%)	こうであるべきだという自分だけのルールがある	28 ( 32.2%)
		私には「こんな自分でいたい」という理想がある	25 ( 28.7%)
		病気にとらわれずに生きていきたい	20 ( 23.0%)
		病気に負けない自分でありたい	8 ( 9.2%)
		私は自立しなければならない	6 ( 6.9%)
分析単位数総数	2001		

表 3 長期療養中の統合失調症者における自己概念の有意性の検討の対象者背景

	性別				年齢				
	計	男性	女性	無回答	30歳以下	40歳以下	50歳以下	51歳以上	無回答
	176	79	95	2	12	61	58	43	2
医師	9	7	2			5	3	1	
看護師	140	57	81	2	10	36	52	40	2
臨床心理士	9	3	6		1	6	2		
精神保健福祉士	9	5	4		1	7	1		
作業療法士	9	7	2		0	7		2	

表 4 自己概念の項目について専門家が妥当と回答した割合

下位概念	項目	妥当と回答した割合 (%)
自己の現状の認識と規定 (8)	私には苦手なことがある	96.4
	私には好きなことがある	95.2
	私は自分の性格や傾向について話せる	83.9
	現在の私は本来の自分じゃない気がする	83.4
	私は何かしらの精神的な病気である	81.5
	私には役割がある	81.2
	現在の私は前より本来の自分らしくなってきた	80.0
	私は患者なので治療を受けている	76.0
自己への感情と評価 (17)	今の私の状態は安定していて良い	94.0
	私にはできることがたくさんある	93.9
	私は自分が患者や障害者という枠でくくられてしまうのに抵抗がある	93.4
	私には自分の力だけではどうにもならないときがある	92.2
	私は誰よりも自分のことをわかっている	92.1
	私が体験していることを病気だと片づけられてしまうことが悲しい	91.6
	私は現実と病気の状態が区別できている	89.2
	病気は私の一部である	88.5
	私は治療を受けることで本来の自分になっている	87.3
	私が悪くて病気になったわけじゃない	87.1
	私なりに考えなおすと私は病気なのかもしれない	84.8
	私は精神的に健康である	82.9
	健康な人がうらやましい	81.7
	私には特別な力がある	80.1
	私には健康な人と同じところがある	78.0
	本来の自分とは違う「今の自分」は受け入れられない	78.0
	患者でいた方が私としては都合がいい	74.5
他者からみられている自己 (7)	周りの人は私がこれからより良い生活を送ってほしいと思っている	92.6
	周りの人は私を心配して助けてくれる	91.4
	周りの人は皆、私の体験や行動を誤解している	90.2
	私は周りから精神的な病気を持っているとみられている	88.4
	周りの人は私が具合がわるくなっても気づかないだろう	86.5
	周りの人から私は状態が回復していると思われている	85.4
	周りの人は私をみて「他者と同じだ」と思っている	56.3
過去の自己についてのイメージ (9)	以前は本来の自分じゃない感じがあっても自分の力で対処しようとしていた	93.4
	以前の私は治療を受けなくても問題がなかった	92.2
	私が起こした過去の行動を振り返ると後悔が残る	92.2
	以前の私は自分がどんな病気か分かっていなかった	91.6
	今思うとあの時の私はなんだかおかしかった	91.0
	以前、本来の自分ではないような体験があった	90.3
	以前の私には役割があった	86.6
	あの時、私が自分らしくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ	86.6
自己の可能性と未来 についてのイメージ (7)	前の私の方が本来の自分の感じがしてよかった	85.5
	私には今後やってみようと思うものがある	95.8
	将来の私を考えると心配がある	95.2
	今よりも病気を良くしたい	94.0
	私が今後どんなふうになるかはまだイメージがつかない	92.9
	私にはこれからうまくやっていける可能性がまだある	92.3
	私が自分らしくいられる方法を知っている	92.3
	私は自分が調子が悪くなるときを知っている	91.0
自己に関する当為と理想 (5)	病気にとらわれずに生きていきたい	93.9
	私には「こんな自分でいたい」という理想がある	93.4
	病気に負けない自分でありたい	90.3
	私は自立しなければならない	89.1
	こうであるべきだという自分だけのルールがある	88.4

表 5 長期療養中の統合失調症者の自己概念と自尊感情と自己効力感の関連の対象者背景

		計 180	男性 120	女性 60			
入院形態							
	措置入院	1		1			
	医療保護入院	34	21	13			
	任意入院	54	35	19			
	医療観察法	17	14	3			
地域	デイケア	60	41	19			
	外来	14	9	5			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
年齢（歳）		52.74	13.15	51.63	12.40	54.97	14.37
発症年齢（歳）		24.79	8.67	24.33	7.45	25.74	10.72
入院回数（回）		4.76	4.54	4.36	4.10	5.60	5.28
CP換算（mg/日）		775.52	605.13	755.26	569.09	816.03	674.71

Note. CP=Chlorpromazine

*M*=平均値; *SD* =標準偏差.

表 6 主治医からの告知状況と心理教育の経験の有無の割合

	合計	(%)
主治医からの告知状況		
病名		
説明された	121	(67.2)
説明されていない	59	(32.8)
一般的な病気の知識		
説明された	62	(34.4)
説明されていない	118	(65.6)
病気の症状		
説明された	75	(41.7)
説明されていない	105	(58.3)
治療内容		
説明された	86	(47.3)
説明されていない	94	(52.2)
具合が悪くなったときの対処		
説明された	51	(28.3)
説明されていない	129	(71.7)
心理教育の経験		
あり	103	(57.2)
なし	77	(42.8)

Note.  $n=180$

表 7 自己概念に関する調査票の回答の分布

下位概念		コード	はい (%)	いいえ (%)
自己の現状の認識と規定 (6)	私は患者なので治療を受けている		173 ( 96.6 )	6 ( 3.4 )
	私には苦手なことがある		162 ( 90.5 )	17 ( 9.5 )
	私には好きなことがある		153 ( 85.5 )	26 ( 14.5 )
	私は何かしらの精神的な病気である		146 ( 81.6 )	33 ( 18.4 )
	私は自分の性格や傾向について話せる		124 ( 70.9 )	51 ( 29.1 )
	現在の私は前より本来の自分らしくなってきた		115 ( 65.0 )	62 ( 35.0 )
自己への感情と評価 (8)	私には自分の力だけではどうにもならないときがある		153 ( 86.0 )	25 ( 14.0 )
	私は現実と病気の状態が区別できている		123 ( 70.7 )	51 ( 29.3 )
	今の私の状態は安定していて良い		122 ( 68.9 )	55 ( 31.1 )
	私は自分が患者や障害者という枠でくられてしまうのに抵抗がある		110 ( 61.8 )	68 ( 38.2 )
	私が体験していることを病気だと片づけられてしまうことが悲しい		109 ( 61.6 )	68 ( 38.4 )
	私は誰よりも自分のことをわかっている		94 ( 53.4 )	82 ( 46.6 )
	患者でいた方が私としては都合がいい		71 ( 41.0 )	102 ( 59.0 )
	私にはできることがたくさんある		70 ( 39.5 )	107 ( 60.5 )
他者からみられている自己 (6)	周りの人は私がこれからより良い生活を送ってほしいと思っている		144 ( 84.2 )	27 ( 15.8 )
	周りの人は私を心配して助けてくれる		131 ( 74.9 )	44 ( 25.1 )
	周りの人から私は状態が回復していると思われる		127 ( 74.7 )	43 ( 25.3 )
	私は周りから精神的な病気を持っているとみられている		118 ( 67.8 )	56 ( 32.2 )
	周りの人は私が具合がわるくなっても気づかないだろう		76 ( 43.7 )	98 ( 56.3 )
	周りの人は皆、私の体験や行動を誤解している		66 ( 38.2 )	107 ( 61.8 )
過去の自己についてのイメージ (7)	今思うとあの時の私はなんだかおかしかった		136 ( 78.6 )	37 ( 21.4 )
	あの時、私が自分らしくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ		133 ( 77.3 )	39 ( 22.7 )
	私が起こした過去の行動を振り返ると後悔が残る		126 ( 71.6 )	50 ( 28.4 )
	以前は本来の自分じゃない感じがあっても自分の力で対処しようとしていた		123 ( 71.5 )	49 ( 28.5 )
	以前、本来の自分ではないような体験があった		125 ( 71.4 )	50 ( 28.6 )
	以前の私は自分がどんな病気が分かっていたいなかった		120 ( 69.8 )	52 ( 30.2 )
	以前の私は治療を受けなくても問題がなかった		86 ( 49.7 )	87 ( 50.3 )
自己の可能性と未来 についてのイメージ (7)	今よりも病気を良くしたい		160 ( 92.5 )	13 ( 7.5 )
	私にはこれからうまくやっていける可能性がまだある		143 ( 82.2 )	31 ( 17.8 )
	将来の私を考えると心配がある		135 ( 77.1 )	40 ( 22.9 )
	私が今後どんなふうになるかはまだイメージがつかない		137 ( 77.0 )	41 ( 23.0 )
	私には今後やってみようと思うものがある		129 ( 72.9 )	48 ( 27.1 )
	私は自分が調子が悪くなるときを知っている		116 ( 67.1 )	57 ( 32.9 )
	私が自分らしくいられる方法を知っている		105 ( 60.0 )	70 ( 40.0 )
自己に関する当為と理想 (5)	病気に負けない自分でありたい		158 ( 90.3 )	17 ( 9.7 )
	病気にとらわれずに生きていきたい		153 ( 88.4 )	20 ( 11.6 )
	私は自立しなければならない		140 ( 80.5 )	34 ( 19.5 )
	私には「こんな自分でありたい」という理想がある		127 ( 73.8 )	45 ( 26.2 )
	こうであるべきだという自分だけのルールがある		97 ( 56.1 )	76 ( 43.9 )



表 8 各尺度の信頼性分析

尺度名(項目数)	$\alpha$
自己概念に関する調査票(39)	.66
自尊感情尺度(10)	.77
自己効力感尺度(18)	.91
下位尺度	
日常生活(5)	.76
治療に関する行動(4)	.75
症状対処行動(4)	.83
社会生活(3)	.63
対人関係(2)	.71

*Note.*  $\alpha$ =Cronbachの信頼係数

表 9 自己概念に関する調査票と主治医からの告知状況・心理教育の有無の比較

		<i>n</i>	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>p</i> 値
主治医からの告知状況					
病名	説明された	108	28.09	2471.5	.697
	説明されていない	44	27.86		
一般的な病気の知識					
	説明された	55	27.85	2651.0	.949
	説明されていない	97	28.18		
病気の症状					
	説明された	67	28.00	2970.0	.648
	説明されていない	85	28.08		
治療					
	説明された	76	28.67	3436.0	.043
	説明されていない	76	27.36		
具合が悪くなった時の対処					
	説明された	48	29.25	3102.0	.016
	説明されていない	104	27.44		
心理教育の経験					
	あり	94	28.26	2898.5	.512
	なし	58	27.75		

*Note.* Mann-WhitneyのU検定； *Me* = 中央値

表 10 地域生活と入院中による各尺度の比較

	入院		地域		<i>U</i> 値	<i>p</i> 値
	<i>n</i>	<i>Me</i>	<i>n</i>	<i>Me</i>		
自己概念に関する調査票	86	27.00	66	29.00	3504.0	.013
自尊感情尺度	97	31.00	73	30.00	3397.5	.652
自己効力感尺度	92	72.22	66	74.72	3551.0	.069
下位尺度						
日常生活	100	68.00	68	71.00	3948.5	.076
治療に関する行動	97	75.00	72	82.50	4340.5	.007
症状対処行動	97	75.00	73	77.50	3855.5	.320
社会生活	103	70.00	74	80.00	4533.0	.031
対人関係	103	60.00	74	65.00	4263.0	.177

*Note.* Mann-Whitneyの*U*検定； *Me* = 中央値

表 11 療養の場の違いによる対象者背景の比較

	入院群				地域群				<i>U</i> 値
	106				74				
	(男 70 女 36)				(男 50 女 24)				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>IQR</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>IQR</i>	
年齢（歳）	54.57	12.82	54.50	20	50.14	13.25	49.00	24	3138.50 *
発症年齢（歳）	24.12	7.77	22.00	9	25.73	9.77	23.00	13	2392.00
入院回数（回）	5.14	4.40	4.00	5	4.25	4.70	3.00	5	2692.00
CP換算（mg/日）	899.09	644.68	800.00	820.74	598.50	496.14	450.00	549.49	2602.50 **

*Note.* *Mann-Whitney* の *U* 検定 \**p* < .05、\*\**p* < .01

CP=Chlorpromazine

*M*=平均値; *SD* =標準偏差; *Me* =中央値; *IQR*=四分位範囲.

表 12 療養の場の違いによる自己概念に関する調査票の回答の比較

下位概念	コード	自分に該当すると回答した人 (%)		$\chi^2$ 値
		入院群	地域群	
自己の現状の認識と規定 (6)	私は患者なので治療を受けている	100 ( 95.2 )	73 ( 98.6 )	1.559
	私には苦手なことがある	96 ( 91.4 )	66 ( 89.2 )	0.253
	私には好きなことがある	87 ( 82.9 )	66 ( 89.2 )	1.402
	私は何かしらの精神的な病気である	77 ( 73.3 )	69 ( 93.2 )	11.443 **
	私は自分の性格や傾向について話せる	71 ( 69.6 )	53 ( 72.6 )	0.185
	現在の私は前より本来の自分らしくなってきた	59 ( 56.7 )	56 ( 76.7 )	7.525 **
自己への感情と評価 (8)	私には自分の力だけではどうにもならないときがある	86 ( 82.7 )	67 ( 90.5 )	2.206
	私は現実と病気の状態が区別できている	70 ( 69.3 )	53 ( 72.6 )	0.222
	今の私の状態は安定していて良い	68 ( 66.0 )	54 ( 73.0 )	0.972
	私は自分が患者や障害者という枠でくられてしまうのに抵抗がある	69 ( 66.3 )	41 ( 55.4 )	2.192
	私が体験していることを病気だと片づけられてしまうことが悲しい	70 ( 67.3 )	39 ( 53.4 )	3.494
	私は誰よりも自分のことをわかっている	57 ( 54.8 )	37 ( 51.4 )	0.200
	患者でいた方が私としては都合がいい	39 ( 38.6 )	32 ( 44.4 )	0.591
	私にはできることがたくさんある	41 ( 39.8 )	29 ( 39.2 )	0.007
他者からみられている自己 (6)	周りの人は私がこれからより良い生活を送ってほしいと思っている	81 ( 81.8 )	63 ( 87.5 )	1.012
	周りの人は私を心配して助けてくれる	69 ( 67.6 )	62 ( 84.9 )	6.754
	周りの人から私は状態が回復していると思われる	74 ( 73.3 )	53 ( 76.8 )	0.273
	私は周りから精神的な病気を持っているとみられている	77 ( 74.8 )	41 ( 57.7 )	5.572 *
	周りの人は私が具合がわるくなっても気づかないだろう	50 ( 49.5 )	26 ( 35.6 )	3.323
	周りの人は皆、私の体験や行動を誤解している	47 ( 46.5 )	19 ( 26.4 )	7.230 **
過去の自己についてのイメージ (7)	今思うとあの時の私はなんだかおかしかった	76 ( 76.0 )	60 ( 82.2 )	0.962
	あの時、私が自分らしくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ	77 ( 76.2 )	56 ( 78.9 )	0.165
	私が起こした過去の行動を振り返ると後悔が残る	74 ( 71.8 )	52 ( 71.2 )	0.008
	以前は本来の自分じゃない感じがあっても自分の力で対処しようとしていた	73 ( 72.3 )	50 ( 70.4 )	0.070
	以前、本来の自分ではないような体験があった	74 ( 71.8 )	51 ( 70.8 )	0.021
	以前の私は自分がどんな病気か分かっていなかった	67 ( 67.0 )	53 ( 73.6 )	0.867
	以前の私は治療を受けなくても問題がなかった	58 ( 57.4 )	28 ( 38.9 )	5.778 *
自己の可能性と未来 についてのイメージ (7)	今よりも病気を良くしたい	89 ( 89.0 )	71 ( 97.3 )	4.143 *
	私にはこれからうまくやっていける可能性がまだある	85 ( 83.3 )	58 ( 80.6 )	0.222
	将来の私を考えると心配がある	83 ( 81.4 )	52 ( 71.2 )	2.481
	私が今後どんなふうになるかはまだイメージがつかない	82 ( 78.8 )	55 ( 74.3 )	0.499
	私には今後やってみようと思うものがある	80 ( 76.9 )	49 ( 67.1 )	2.084
	私は自分が調子が悪くなるときを知っている	65 ( 65.0 )	51 ( 69.9 )	0.452
	私が自分らしくいられる方法を知っている	66 ( 64.7 )	39 ( 53.4 )	2.256
自己に関する当為と理想 (5)	病気に負けない自分でありたい	92 ( 90.2 )	66 ( 90.4 )	0.002
	病気にとらわれずに生きていきたい	91 ( 90.1 )	62 ( 86.1 )	0.654
	私は自立しなければならない	80 ( 76.9 )	60 ( 85.7 )	2.057
	私には「こんな自分でいたい」という理想がある	73 ( 72.3 )	54 ( 76.1 )	0.308
	こうあるべきだという自分だけのルールがある	53 ( 52.5 )	44 ( 61.1 )	1.273

Note.  $\chi^2$ 検定      \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

表 13 療養の場の違いによる告知状況と心理教育の経験有無の比較

		入院群 (%)	地域群 (%)	$\chi^2$ 値
主治医からの告知状況				
病名	説明受けた	73 ( 68.9 )	48 ( 64.9 )	0.317
	説明受けていない	33 ( 31.1 )	26 ( 35.1 )	
一般的な病気の知識				
	説明受けた	39 ( 36.8 )	23 ( 31.1 )	0.630
	説明受けていない	67 ( 63.2 )	51 ( 68.9 )	
病気の症状				
	説明受けた	52 ( 49.1 )	23 ( 31.1 )	5.793 *
	説明受けていない	54 ( 50.9 )	51 ( 68.9 )	
治療				
	説明受けた	58 ( 54.7 )	28 ( 37.8 )	4.976 *
	説明受けていない	48 ( 45.3 )	46 ( 62.2 )	
具合が悪くなった時の対処				
	説明受けた	32 ( 30.2 )	19 ( 25.7 )	0.437
	説明受けていない	74 ( 69.8 )	55 ( 74.3 )	
心理教育の経験				
	あり	60 ( 56.6 )	43 ( 58.1 )	0.040
	なし	46 ( 43.4 )	31 ( 41.9 )	

Note.  $\chi^2$ 検定 \* $p < .05$

表 14 入院群における主治医からの告知状況並び心理教育の経験の有無の違いによる  
自己概念に関する調査票の比較

		<i>n</i>	<i>Me</i>	<i>IQR</i>	<i>U</i> 値	<i>p</i> 値
主治医からの告知状況						
病名	説明された	63	28.00	6.00	636.50	.389
	説明されていない	23	27.00	6.00		
一般的な病気の知識						
	説明された	33	27.00	6.50	831.50	.702
	説明されていない	53	27.00	5.00		
病気の症状						
	説明された	46	28.00	3.25	813.00	.353
	説明されていない	40	27.00	8.75		
治療						
	説明された	49	28.00	5.50	777.50	.259
	説明されていない	37	27.00	7.50		
具合が悪くなった時の対処						
	説明された	30	28.00	6.25	648.50	.082
	説明されていない	56	27.00	6.75		
心理教育の経験						
	あり	54	27.00	3.75	843.50	.854
	なし	32	27.00	7.25		

*Note.* Mann-WhitneyのU検定； *Me* = 中央値

表 15 地域群における主治医からの告知状況並び心理教育の経験の有無の違いによる  
自己概念に関する調査票の比較

		<i>n</i>	<i>Me</i>	<i>IQR</i>	<i>U</i> 値	<i>p</i> 値
主治医からの告知状況						
病名	説明された	45	29.00	6.00	449.00	.745
	説明されていない	21	30.00	7.00		
一般的な病気の知識						
	説明された	22	29.50	6.50	437.50	.524
	説明されていない	44	29.00	6.00		
病気の症状						
	説明された	21	30.00	5.50	421.50	.480
	説明されていない	45	29.00	6.00		
治療						
	説明された	27	31.00	4.00	333.00	.011
	説明されていない	39	28.00	6.00		
具合が悪くなった時の対処						
	説明された	18	32.00	3.75	273.50	.022
	説明されていない	48	29.00	5.00		
心理教育の経験						
	あり	40	29.50	5.75	452.00	.369
	なし	26	29.00	7.25		

*Note.* Mann-WhitneyのU検定； *Me* = 中央値



表 16 入院群における各尺度の関連

		自己概念に関する 調査票
自尊感情尺度		.228 *
自己効力感尺度		.327 **
下位尺度	日常生活	.250 *
	治療に関する行動	.181
	症状対処行動	.302 **
	社会生活	.216 *
	対人関係	.264 *

*Note.* Sperman順位相関係数 \* $p < .05$ 、\*\* $p < .01$

表 17 地域群における各尺度の関連

		自己概念に関する 調査票
自尊感情尺度		.305 *
自己効力感尺度		.226
下位尺度	日常生活	.126
	治療に関する行動	.180
	症状対処行動	.101
	社会生活	.173
	対人関係	.160

*Note.* Sperman順位相関係数 \* $p < .05$ 、\*\* $p < .01$

資料

インタビューガイド

1) 主治医からのインフォームドコンセントについて

- －まず、はじめに現在の主治医の先生からはご自身の病気についてどんな風に説明されていますか？
- －お薬についてお聞きしたいのですが、今はどんな治療を受けていらっしゃいますか？

2) 治療と服薬の必要性及び服薬に関する考えについて

- －実際に今お薬を飲んで自分に何か変化はありましたか？
- －今後、お薬を飲み続けることを〇〇自身さん自身の意向に委ねると先生にいわれたら、どのようにするつもりでいますか？
- －もし、今飲んでいるお薬を飲まなくなるとどんな状態になると思いますか？

3) 自己の疾病についての意識について

- －どういう理由で今回入院することになったと思いますか？
- －入院当時の自分を振り返ってみると今の自分と比べてどのように思いますか？
- －精神科に入院していますが、ご自身では精神的な病気と思いますか？
- －それはどうしてそう思いますか？

地域生活している対象者の場合

- －今までどんな時に調子を崩していましたか？
- －どの時のご自身の状態は今比べてどのように思いますか？
- －精神科に通院していらっしゃいますが、ご自身では精神的な病気だと思いますか？
- －それはどうしてそう思いますか？

4) 精神症状に対する意識について

- －今の自分の状態はどんな状態ですか？
- －生活していてどんなことに不自由さを感じますか？

＊幻聴や妄想の表出があった場合)

- －そのような体験は今思うと現実的考えて、起こり得ることだと思いますか？
- －それはどうしてそのように思いますか？
- －そのような体験はどういう理由で〇〇さんに起こっていると思いますか？

＊幻聴や妄想に表出がない場合もしくは精神的な病気ではないと訴える場合

- －周囲からはどのようなところが精神科の症状だと思われていますか？
- －精神科の症状があると思われることについてはご自身ではどのように思っているいらっしゃいますか？

5) 今後の自己の可能性や将来像について

ーこの先、どんな状態になれば、退院できると思いますか？

ー実際には、今の状態は退院できる状態に近づいていますか？

地域生活している対象者の場合

ーどんな状態になれば一番自分が楽だなと感じますか？

ーその状態に今の自分は近づいていますか？

ーそれはどうしてそのように思いますか？

平成〇年〇月〇日

スタッフの皆様へ

## 「こころの病気をもった自己の意識評価尺度の開発における項目の妥当性に関する調査」へのご協力をお願い

本調査は統合失調症者の自己概念尺度であります「こころの病気をもった自己の意識評価尺度」に関して精神科医療の専門家に尺度の項目の妥当性を検討することを目的としています。精神科医療分野の医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士の皆様を対象に、無記名自記式の調査用紙への記入をお願いしたいと思っております。

精神科リハビリテーションでは、リカバリー概念に基づき、精神障害者が障害をもつ自己と向き合い、自己価値を高めていくことが求められています。自己価値を見出すためには自分のことよく知ることが重要であり、それが自己概念という概念に相当します。しかし、これまでの報告では、統合失調症者は自己の対象化が難しく、偏った自己の捉え方をしていることが示唆されており、統合失調症者の自己概念は曖昧いであると考えられます。また、統合失調症者の自己概念を測る尺度がなく、統合失調症者の自己概念に関する研究が少ないが現状です。

本研究では、今後統合失調症者にも回答していただくため、回答のしやすさを考慮し、尺度名を「こころの病気をもった自己の意識評価尺度」としました。尺度が開発されれば、尺度を用いて自己を意識することで、統合失調症者が自己と向き合い、今後自分の生き方を再考することにつながると考えております。また、今後の統合失調症者の自己概念の研究が発展すると考えております。

本研究の趣旨をご理解いただき、是非とも調査にご協力いただきますようお願い申し上げます。なお、質問項目は 60 項目、回答に要する時間は約 15 分です。

### 倫理的配慮

- ・調査は無記名です。氏名などの個人情報を記入することがないように、ご注意ください。
- ・調査へのご協力は自由意思によって行っていただくものです。調査にご協力いただけても不利益を受けることはありません。
- ・調査目的以外でデータを使用することはありません。
- ・ご協力いただける際には、必ず封筒に調査用紙を厳封の上、回収袋に入れてください。
- ・本研究は、各研究対象施設の責任者の方に本調査の説明を行い、理解を得た上で調査を実施いたします。
- ・調査用紙及びデータを厳重に保管し、プライバシーの配慮に努めます。また、分析は集団として統計的に処理をしますので、個人が特定されることはありません。
- ・論文がまとまり次第、提出いただいた調査用紙は破棄し、データは消去いたします。
- ・調査結果は研究者が論文や学会発表等で発表することをご了承ください。
- ・調査用紙の提出を以て、本調査への協力に同意が得られたものといたします。
- ・一度提出していただいた調査用紙は返却できません。ご了承ください。

## 資料 2

本調査は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て、皆様に不利益がないよう万全の注意を払って行われます。本調査に関するご意見ご質問などございましたら、以下の連絡先にご連絡ください。

研究責任者 筑波大学医学医療系 教授 森 千鶴

連携研究者 筑波大学大学院 人間総合科学研究科

博士後期課程 菅原 裕美

筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻

〒305-8575 つくば市天王台1-1-1

連絡先(Tel&Fax) : 030-0000-0000

E-mail : 000@00000





Ⅱ 本研究では前調査で統合失調症者のインタビューデータから梶田(1988)の自己概念を構成する6つカテゴリにそって53の項目を抽出しました。

自己概念とは、自分を客観的にとらえたとき、「自分が何なのか」という自己像や、自己像に対する感情や評価を示します。

例えば、「私は主婦である」「私は料理が好き」「私は年齢より若くみられる」「私は自分のことが好き」など。

1. 各項目が統合失調症の自己概念の内容として妥当かどうか「かなり妥当である」～「全く妥当でない」の4段階で回答してください。

2. 今後、この尺度は統合失調症者に用いられる予定ですが、統合失調症者が記入することを想定して、項目の言葉の表現に不適切なところがありましたら、記載例を参照に( )内に修正案としてご記入ください。

記載例	かなり妥当である	やや妥当である	あまり妥当でない	全く妥当でない
例 私は台所に立つのが好き	1	2	3	4
修正案( 私は料理が好き )				

次のページへ

## (1) 自己の現状の認識と規定

「自己の現状の認識と規定」には「自分」が現在どんな気分で体調はどうかという自己の状態、「私は〇〇が好き」といった感情的志向と態度、そして、個人背景、社会的地位・役割、性格特性、行動特性を示した内容が含まれます。

	かなり 妥当である	やや 妥当である	あまり 妥当でない	全く 妥当でない
<b>1</b> 私は自分の性格や傾向について話せる	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>2</b> 私には役割がある	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>3</b> 私は何かしらの精神的な病気である	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>4</b> 私は患者なので治療を受けている	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>5</b> 私は好きなことがある	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>6</b> 私は苦手なことがある	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>7</b> 現在の私は本来の自分じゃない気がする	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>8</b> 現在の私は前より本来の私を出せることが多くなった	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				

次のページへ

## (2) 自己への感情と評価

「自己への感情と評価」には「自分」が持っている強みやプライド、優越感や劣等感、そして現在の自分自身をどの程度受け入れられているのかといった自己受容の視点が含まれます。

	かなり 妥当である	やや 妥当である	あまり 妥当でない	全く 妥当でない
<b>1</b> 私は精神的に健康である	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>2</b> 私には健康な人と同じところがある	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>3</b> 私が悪くて病気になったわけじゃない	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>4</b> 私にはできることがたくさんある	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>5</b> 私は誰よりの私のことをわかっている	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>6</b> 健康な人がうらやましい	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>7</b> 私には特別な力がある	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>8</b> 本来の自分とは違う「今の自分」は受け入れられない	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				

次のページへ

	かなり 妥当で ある	やや 妥当で ある	あまり 妥当で ない	全く 妥当で ない
<b>9</b> 今の私の状態は安定していて良い	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>10</b> 私は現実と病気の状態が区別できている	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>11</b> 病気は私の一部である	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>12</b> 私は自分自身が患者や障害者という枠でくられてしまう のに抵抗がある	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>13</b> 私は治療を受けることで本来の自分になっている	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>14</b> 私自身が体験していることを病気だと片づけられてしまう ことが悲しい	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>15</b> 患者でいた方が私としては都合がいい	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>16</b> 私には自分自身の力だけではどうにもならないときがある	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>17</b> 私なりに考えなおすと私は病気なのかもしれない	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				

次のページへ

## (3) 他者からみられる自己

「他者からみられる自己」には自分自身が周囲の人々からどのようにみられているか/思われているか、個人背景、傾向、性格などが含まれます。また、周囲の人々から「高く評価されている」「嫌われている」といった評価も含まれます。

	かなり 妥当である	やや 妥当である	あまり 妥当でない	全く 妥当でない
<b>1</b> 私は周りから精神的な病気を持っているとみられている	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>2</b> 周りの人は私をみて「私と他者と同じだ」と思っている	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>3</b> 周りの人は私を心配して助けてくれる	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>4</b> 周りの人は私がこれからより良い生活を送ってほしいと思っている	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>5</b> 周りの人は私が具合がわるくなっても気づかないだろう	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>6</b> 周りの人は皆、私の体験や行動を誤解している	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>7</b> 周りの人から私は状態が回復していると思われている	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				

次のページへ

## (4) 過去の自己についてのイメージ

「過去の自己についてのイメージ」には、過去に起きた自分自身の体験や「あの頃の私は〇〇だった」というような過去を振り返った時に思う昔の自分自身のイメージが含まれます。また、昔の自分を振り返ったときに「あの頃はよかったな」などの感情も含まれます。

	かなり 妥当で ある	やや 妥当で ある	あまり 妥当で ない	全く 妥当で ない
<b>1</b> 以前、本来の自分ではないような体験があった	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>2</b> 以前の私は治療を受けなくても問題がなかった	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>3</b> 以前の私は私がどんな病気か分かっていなかった	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>4</b> 以前は本来の自分じゃない感じがあっても自分の力で対処しようとしていた	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>5</b> 以前の私には役割があった	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>6</b> 今思うとあの時の私はなんだかおかしかった	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>7</b> あの時、私が私らしくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>8</b> 前の私の方が本来の自分の感じがしてよかった	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>9</b> 私が起こした過去の行動を振り返ると後悔が残る	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				

次のページへ

## (5) 自己の可能性と未来についてのイメージ

「自己の可能性と未来についてのイメージ」には、「将来私は〇〇になれる」といった自己の能力の予測と確信、数年後の自分のイメージ、「将来、〇〇をしたい」「将来、こんなふうになりたい」といった意志や願望も含まれます。

	かなり 妥当である	やや 妥当である	あまり 妥当でない	全く 妥当でない
<b>1</b> 私にはこれからうまくやっていける可能性がまだある	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>2</b> 私は私が調子が悪くなるときを知っている	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>3</b> 将来の私を考えると心配がある	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>4</b> 私が今後どんなふうになるかはまだイメージがつかない	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>5</b> 私には今後やってみようと思うものがある	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>6</b> 私が私らしくいられる方法を知っている	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>7</b> 今よりも病気を良くしたい	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				

次のページへ

## (6) 自己に関する当為と理想

「自己に関する当為と理想」には、「私は〇〇すべきである」といった当為と「私は〇〇でありたい/なりたい」といった自分の理想がふくまれます。

	かなり妥当である	やや妥当である	あまり妥当でない	全く妥当でない
<b>1</b> こうであるべきだという自分だけのルールがある	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>2</b> 病気にとらわれずに生きていきたい	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>3</b> 私は自立しなければならない	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>4</b> 私には「こんな自分でいたい」という理想がある	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				
<b>5</b> 病気に負けない自分でありたい	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
修正案( )				

次のページへ



Ⅲ. 本研究で尺度を作成するにあたり、統合失調症者のインタビューデータを梶田(1988)の自己概念の構造をもとに内容分析しています。梶田の自己概念では「その人が持つ自己意識を暗黙のうちに支えているものと想定される基盤的な概念構造」という定義のもと、下記の6つの構成要素で構成されています。

**梶田の自己概念の構成要素**

- (1) 自己の現状の認識と規定
- (2) 自己への感情と評価
- (3) 他者からみられる自己
- (4) 過去の自己についてのイメージ
- (5) 自己の可能性と未来についてのイメージ
- (6) 自己に関する当為と理想

本研究で、統合失調症者の自己概念を分析するにあたり、梶田(1988)の自己概念を用いたことが妥当かどうかご回答ください。

(    妥当である    ・    妥当でない    )

梶田の自己概念を用いたことに関してご意見がありましたら、下記に記載してください。

Ⅳ. 本研究は統合失調症者の自己概念の尺度の開発することを目的としていますが、統合失調症者には「自己概念」という言葉がわかりにくいため、「こころの病気をもった自己の意識評価尺度」としました。はじめに、尺度名について「こころの病気をもった自己の意識評価尺度」という尺度名が妥当か否かご回答ください。

(    妥当である    ・    妥当でない    )

もし、尺度名にご意見がありましたら、下記に記載してください。

以上で調査は終了です。記入漏れがないか、もう一度ご確認をお願いします。

**お忙しいところ、ご協力ありがとうございました。**

文献：梶田勲一(1988). 自己意識の心理学, (第2版, 77-119). 東京：東京大学出版会

対象者基本情報

調査日 年 月 日

番号 \_\_\_\_\_

性別 ( 男 ・ 女 )

年齢 ( 歳 )

発症年齢 ( 歳 )

入院回数 ( 回 ) 入院期間 ( 年 )

入院形態

( 任意入院 ・ 医療保護入院 ・ 措置入院  
医療観察法 ・ デイケア )

現在服薬している薬剤の種類と量

( )

■あなた自身についてお答えください。

①医師などからこれまでに説明を聞いたことがあると思うもの  
すべてに○をつけてください

（ 病名 ・ 一般的な病気の知識  
病気の症状 ・ 治療 ・ 具合がわるくなった時の対処 ）

②これまでご自身の病気について病棟やデイケアで行われている  
プログラムで勉強したことがありますか？

（ はい・ いいえ ）

■自分自身のことを考えて、次の設問に「はい」「いいえ」でお答えください。

1	私は自分の性格や傾向について話せる	( はい ・ いいえ )
2	私は何かしらの精神的な病気である	( はい ・ いいえ )
3	私は患者なので治療を受けている	( はい ・ いいえ )
4	私には好きなことがある	( はい ・ いいえ )
5	私には苦手なことがある	( はい ・ いいえ )
6	現在の私は前より本来の自分らしくなってきた	( はい ・ いいえ )
7	私にはできることがたくさんある	( はい ・ いいえ )
8	私は誰よりも自分のことをわかっている	( はい ・ いいえ )
9	今の私の状態は安定していて良い	( はい ・ いいえ )
10	私は現実と病気の状態が区別できている	( はい ・ いいえ )
11	私は自分が患者や障害者という枠でくられてしまうのに抵抗がある	( はい ・ いいえ )
12	私が体験していることを病気だと片づけられてしまうことが悲しい	( はい ・ いいえ )
13	患者でいた方が私としては都合がいい	( はい ・ いいえ )
14	私には自分の力だけではどうにもならないときがある	( はい ・ いいえ )
15	私は周りから精神的な病気を持っているとみられている	( はい ・ いいえ )
16	周りの人は私を心配して助けてくれる	( はい ・ いいえ )
17	周りの人は私がこれからより良い生活を送ってほしいと思っている	( はい ・ いいえ )
18	周りの人は私が具合がわるくなっても気づかないだろう	( はい ・ いいえ )
19	周りの人は皆、私の体験や行動を誤解している	( はい ・ いいえ )
20	周りの人から私は状態が回復していると思われる	( はい ・ いいえ )

## 資料 5 自己概念に関する調査票

21	以前、本来の自分ではないような体験があった	( はい ・ いいえ )
22	以前の私は治療を受けなくても問題がなかった	( はい ・ いいえ )
23	以前の私は自分がどんな病気か分かっていなかった	( はい ・ いいえ )
24	以前は本来の自分じゃない感じがあっても自分の力で対処しようとしていた	( はい ・ いいえ )
25	今思うとあの時の私はなんだかおかしかった	( はい ・ いいえ )
26	あの時、私が自分らしくいられなかったのには何かしらの理由があったからだ	( はい ・ いいえ )
27	私がおこした過去の行動を振り返ると後悔が残る	( はい ・ いいえ )
28	私にはこれからうまくやっていける可能性がまだある	( はい ・ いいえ )
29	私は自分が調子が悪くなるときを知っている	( はい ・ いいえ )
30	将来の私を考えると心配がある	( はい ・ いいえ )
31	私が今後どんなふうになるかはまだイメージがつかない	( はい ・ いいえ )
32	私には今後やってみようと思うものがある	( はい ・ いいえ )
33	私が自分らしくいられる方法を知っている	( はい ・ いいえ )
34	今よりも病気を良くしたい	( はい ・ いいえ )
35	こうであるべきだという自分だけのルールがある	( はい ・ いいえ )
36	病気にとらわれずに生きていきたい	( はい ・ いいえ )
37	私は自立しなければならない	( はい ・ いいえ )
38	私には「こんな自分でいたい」という理想がある	( はい ・ いいえ )
39	病気に負けない自分でありたい	( はい ・ いいえ )

■次の特徴のおののおについて、あなた自身にどの程度あてはまるかをお答えください。他からどう見られているかではなく、あなた自身がどのように思っているかを、ありのままにお答えください。

		あてはまる	ややあてはまる	どちらとも言えない	ややあてはまらない	あてはまらない
1	少なくとも人並みには、価値のある人間である。	5	4	3	2	1
2	色々な良い素質をもっている。	5	4	3	2	1
3	敗北者だと思ふことがよくある。	5	4	3	2	1
4	物事を人並みには、うまくやれる。	5	4	3	2	1
5	自分には自慢できることがあまりない。	5	4	3	2	1
6	自分に対して肯定的である。	5	4	3	2	1
7	だいたいにおいて、自分に満足している。	5	4	3	2	1
8	もっと自分自身を尊敬できるようになりたい。	5	4	3	2	1
9	自分は全くだめな人間だと思ふことがある。	5	4	3	2	1
10	何かにつけて、自分は役に立たない人間だと思ふ。	5	4	3	2	1

## ■ 質問文

以下のことがらについて、あなたはどれだけ自信がありますか？

「0」（全く自信がない）から、「10」（絶対に自信がある）の間で、  
今のあなたの気持ちにもっともあてはまる数字に○印をつけてください。

	全く 自信 が ない	ど ち ら と も い え ない	絶 対 に 自 信 が あ る
1)規則的な生活を送る	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
2)食事をきちんととる	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
3)十分な睡眠をとる	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
4)家族とうまくつきあう	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
5)音楽・読書・ビデオ・スポーツなど自分の好きなことを楽しむ	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
6)約束どおり病院に通う	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
7)処方された薬をきちんと飲む	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
8)病気や治療、薬、症状について知りたい情報を得る	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
9)薬の副作用が現れたとき、自分で気づく	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
10)病気の状態が悪くなりかけたら、病院に行く	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
11)疲れたと感じたら、自分で適当に休む	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
12)自分にあった方法でストレスを解消する	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
13)再発の注意サインに自分で気づき、適切に対応する	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
14)銀行・郵便局・デパート・商店などを必要に応じて利用する	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
15)日中、職場・デイケア・作業所・仲間との集まりの場所にでかける	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
16)必要な時に公的な援助サービス（役所・保健所など）を利用する	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
17)自分から人とつきあったり、友人をつくる	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
18)悩み事や心配事を、友人や家族に相談する	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		

## 「自己概念測定尺度 に関する調査」

### のご協力をお願い

#### 1. はじめに

精神の病気をもつ皆さんが、病気と付き合いながら、その人らしく生きていくには、自分自身と向き合い、自分の強みや長所を見いだすことが必要であると言われています。自分の強みや長所はストレングスと言われていますが、このストレングスを上手に活かして、病気や障害だけではない人生の新しい目標を作りあげていくことが重要であると言われています。

統合失調症の患者さんには、これまで様々な症状を体験し、入退院を繰り返す体験をされている方もいらっしゃいます。病気や障害だけでない自分自身のことを考えて、自分の強みや長所を見つけるということがより重要であると考えます。そこで、今回の研究では、統合失調症の患者さんが自分のことを考える尺度が必要であると考え、「自己概念測定尺度」という尺度を作成しました。

#### 2. 調査の目的

統合失調症の方に「自己概念測定尺度」を記入していただき、この尺度が今後統合失調症の方に用いることが可能かどうかを検討することを目的としています。

#### 3. 調査の方法

ご都合の良い日に 3 種類質問紙を配布し、回答していただきます。質問紙の回答には約 15 分かかります。回答していただいた方の背景情報を収集するために、病院のカルテを閲覧させていただきます。収集する背景情報は発症年齢、入院回数、入院期間、入院形態、現在服薬している薬剤の種類と量です。

回答していただいた方の中から、無作為に 30 名程度の方を選び 1 週間後にもう一度回答していただくことがあります。

#### 4. 調査の参加に関して

①この調査への参加は自由意思に基づくものです。研究への参加を辞退されても、治療を受ける上での不利益になることはありません。また、一度研究に参加して頂いても、いつでも参加を辞退して頂くことが出来ます。途中で参加を辞退して頂いても、不利益を受けることは一切ありません。

②皆様の背景情報を収集するため、病院のカルテから性別、発症年齢、入院回数、入院期間、入院形態、現在服薬している薬剤の種類と量を確認させていただきます。その際、個人が特定されないよう、番号を使います。



- ③調査用紙には氏名、生年月日を含む個人を特定できる情報は一切記載しません。調査用紙とカルテからの背景情報を一致させるために個別の番号を利用します。同意を得た時に番号と氏名を一致させますが、この書類は一部のみ作成し、コピーを取らず、病院内にある総看護師長室内の施錠できる保管庫で管理し、外部へ持ち出しません。また、連携研究者以外の人は閲覧することが出来ません。
- ④調査内容は全て数字で処理され、電子媒体に記録されます。電子媒体化された調査内容は、分析のために筑波大学に移動します。分析のために筑波大学に移動したデータは、研究終了まで保管され、研究者と連携研究者以外は閲覧できません。調査内容は全て数字に置き換えられた状態で分析されるため、個人が特定される情報は含みません。
- ⑤調査中、疲れを感じたときは途中で休息をとりながら行います。疲れが強い場合は、中断し、後日調査を行うことや調査と中止することができます。また、病状が悪化することがありましたら、必ず主治医と連絡を取り対応をさせていただきます。
- ⑥本研究を行う目的の一つに、統合失調症の方への支援を充実させることがあります。そのため、結果を看護の学会等で発表することがあります。結果は分析をするため、個人を特定するような内容は含みません。また、発表する際は個人が特定されない情報のみを使用します。
- ⑦調査に参加するにあたり、研究の目的、方法、参加時に予測される不利益、参加者の権利についての説明を十分に受けたこと、また、説明を理解し、同意することに署名をして頂きます。
- ⑧ご希望の方には調査結果をご報告しますので、お申し出ください。

ご意見や質問等がございましたら、いつでも下記の連絡先までご連絡下さい。

研究責任者 筑波大学医学医療系 教授 森 千鶴

連携研究者 筑波大学大学院 人間総合科学研究科

博士後期課程 菅原 裕美

【筑波大学連絡先】

〒305-8575 つくば市天王台1-1-1

筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻

連絡先(Tel&Fax)：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

E-mail：〇〇〇@〇〇〇〇〇

【〇〇病院連絡先】

連携研究者 〇〇病院 副看護師長 〇〇 〇〇

〒〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇市〇〇〇 〇〇病院

連絡先(Tel&Fax)：

E-mail：

## 同意書

〇〇〇病院 院長 殿

私は、「自己概念測定尺度に関する調査」の研究について、その目的、方法、その成果並びに危険性について十分な説明を受けました。また、本研究を受けることに同意しなくても何ら不利益を受けないことも確認した上で、本研究の協力者になることに同意します。

ただし、この同意は、あくまでも私自身の自由意思によるものであり、随時撤回できるものであることを確認します。

平成 年 月 日

氏名

印

\_\_\_\_\_  
(自筆署名または記名押印)

「自己概念測定尺度に関する調査」の研究について、書面及び口頭により平成 年 月 日に説明を行い、上記のとおり同意を得ました。

説明者 所属・職名

氏名

印