

精神科訪問看護ステーションにおける ジョイント・クライシスプランを通じた専門職と 精神障害者との援助関係構築プロセスの記述 ——専門職の事例分析から——

海老原樹恵

抄 録

目的： Joint Crisis Plan（以下、JCP）を活用し、再入院することなく地域生活を継続する精神障害者を援助する専門職の体験に焦点を当て、当事者との援助関係構築のプロセスを詳細に明らかにする。

対象と方法： 対象者は訪問看護ステーションに勤務する看護師1人、精神保健福祉士1人の計2人で、JCPを用いた援助について半構造化面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの一部である概念生成とカテゴリー生成の手法を用いて、事例ごとに分析し相互作用のプロセスを検討した。

結果： 事例にある当事者は統合失調症や気分障害をもち、衝動行為の増強、向精神薬の副作用、対人関係のストレスに起因する生活破たん等の危機を有していた。JCPを用いた当事者のもつ力を引き出す援助関係構築のプロセスは、協働を通して【共有の言葉を創り出していく】相互作用のプロセスであった。このプロセスのなかで、看護師の場合は「気持ちの変化を待つ」「孤立をさせず気持ちを前向きにさせる」かわりを通して、当事者の「強みを見いだす」さらに「自分のために考える」ことで【力を引き出す】援助をしていた。また精神保健福祉士は伝統的支援観からくる【管理的対応の行き詰まりと閉塞感】を脱し、「マニュアルもない」状況のなかで【共有の言葉を創り出していく】かわりから、JCPを「道しるべに掲げる」<隣り合って前へ進む>ことで自分らしい生活の再建や目標創成する力を引き出していた。

考察： 本結果から【共有の言葉を創り出していく】プロセスは、訪問看護ステーションという単一施設からの結果であってもさまざまな支援のあり様が示された。したがって、当事者の症状や生活状況、施設や専門職種の違いを考慮した多様性のある支援体験の分析を通して、地域包括支援に資する支援モデル構築をする必要性が示された。

キーワード： ジョイント・クライシスプラン、精神障害者、協働関係、相互作用のプロセス、M-GTA

I. はじめに

1950年代から欧米では精神障害者の地域移行が進み、90年代には当事者の意思決定と人権擁護の意識の高まりから、危機的状況に陥っても希望する治療が受けられるための事前指示書がつくられるようになった (Atkinson, 2007)。Crisis Plan（以下、CP）はその一種で当事者があらかじめ希望した治療や援助を計画し文書に記しておくことを指し、症状の再燃等によって危機的状況に陥っても、それらを受けることができるようになっておくものである。

当事者が考案したCP (Copeland, 1997) から発展し、当事者と専門職が協働で作成し活用する形式を Joint Crisis Plan (以下、JCP) とよび (Henderson et al., 2008)、JCPには、当事者が自身の疾患と人生に対する自己コントロールを持ち続けるという概念が基底にある。さらに、強制治療が国際的な課題となった2000年以降は、救急ガイドラインでもその代替的介入として推奨されている (National Collaborating Center for Mental Health, 2015; 日本精神科救急学会, 2015)。わが国では、多職種連携による地域包括型サービスモデル (大島, 2004; 平林, 2011)、訪問支援 (伊藤, 2012)、自立訓練施設 (山縣ら, 2014)、精神科デイケア (大迫ら, 2012) など多様な支援の場で実践され、強制入院・治療回避、入院日数

短縮、自己効力感や治療関係性の向上 (Thornicroft et al., 2013)、当事者の自己コントロール感の回復の体験報告もある (増川, 2016)。しかし、専門職と当事者の協働や JCP の活用、両者間の援助関係や相互作用がどのように形成されていくのかを詳細に記述している研究は見当たらない。そこで JCP の協働を通じた援助関係構築の事例を詳細に分析することでその相互作用のあり様を示し、JCP 活用の意味を考察する。さらに入院から地域定着までを包括する多様な場や当事者への支援モデル構築につながる示唆を得る。

II. 目 的

精神科訪問看護ステーションにて JCP を活用しながら、地域生活を継続する精神障害者を援助する看護師と精神保健福祉士各 1 人にインタビューを行い、JCP 活用の意味を考察する。

III. 対象と方法

1. 対 象

JCP を活用し、1 年以上の地域生活を継続している精神障害者である当事者を援助している看護師、精神保健福祉士。

2. データ収集方法と分析方法

便宜的サンプリングで対象者を募り、インタビューフェイスシートで、対象者の属性や JCP に関する情報を収集した。インタビューガイドに従い、1 人 1 回 60 分程度の面接を行い、許可のもと録音した。当事者と専門職間の相互作用を記述するためシンボリック相互作用論に則り、事例を詳細に分析し記述するため修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (以下、M-GTA) の手法の一部を用いた (木下, 2007)。

分析焦点者を意識し、個別事例内で支援体験内容の差異にも注目したうえで継続的比較分析をし、現象の“うごき”をとらえ、相互作用性とプロセス性にも着目して検討し概念生成し定義した。概念を精緻化しサブカテゴリーとカテゴリーを生成し、対象者ごとにストーリーラインと関連図を示した。本研究は 2 事例の事例分析のため、事例間の継続的比較分析と理論的飽和は行わなかった。M-GTA に精通した研究者のスーパーバイズを受け、分析結果を精練させた。なお、データ収集期間は 2017 年 1～2 月であった。

3. 倫理的配慮

対象者に対して、研究の目的、自由意思による参加、研究協力の中断や途中撤回の保証、収集データの匿名化と厳重管理による個人情報保護を口頭と文書で説明し同意を得た。本研究は、聖路加国際大学倫理審査委員会の

承認を得て行った (承認番号 14-086)。

IV. 結 果

1. 対象者と対象施設での JCP の運用、当事者の事例と危機的状況の内容

対象者は精神科訪問看護ステーション (X 施設) に勤務する看護師 A 氏、精神保健福祉士 B 氏の 2 人で、専門職歴は 20 年以上であった。X 施設は精神障害者に特化した施設であり、独自の JCP を導入していた。JCP の構成内容は危機的状況のサイン、自身および他者が行う対処法の内容等であった。語られた事例は、統合失調症や気分障害で入退院を繰り返す当事者について、危機内容は希死念慮、向精神薬の副作用、家族を含む対人関係ストレスによる精神症状の悪化や危険行動等であった。

2. A 氏の体験 (図 1)

以下、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを<>、概念を<>、語りを「」、語りの補足部分を()で表す。対象者ごとに援助関係構築のプロセスをストーリーラインと関連図で示した。

1) ストーリーライン

看護師である A 氏が JCP の協働を通じて【共有の言葉を創り出していく】プロセスは、当事者の【孤立をさせず気持ちを前向きにさせる】かかわりによって【力を引き出す】援助であり、<チームで危機に備える>体制によっても促進され、過去の<うわべだけの援助>から<新しい援助観の芽生え>につながった。

2) 【共有の言葉を創り出していく】相互作用のプロセス

【共有の言葉を創り出していく】は、当事者の危機的状況に至る背景や葛藤を理解できる言葉に着目し、思いを引き出し、意思決定を促す言葉を生成することで、<共有の言葉を見つける><問いかけて引き出す>から成る。「こんなこというとこういう症状が出てくる」と<共有の言葉を見つける>対話を通して危機の状況を推測していた。特に、A 氏が「私の言葉ではこうしたらよくなるのに」でも「それを本人が『私これは無理だわ』」と、<言葉の意図が伝わらない>ときに「同じ言葉を伝える」ことで危機対処に<意識を向けさせる>、そして「逆にどんな方法があるか問いかけながら聞く」と、当事者の<意向と考えを引き出す>かかわりをしていった。

3) 【孤立をさせず気持ちを前向きにさせる】

【孤立をさせず気持ちを前向きにさせる】は、JCP で創られた共有の言葉を用いて、当事者が危機対処の必要性を理解し、主体的に試行錯誤を重ねられるよう説明やかかわりを通じ当事者の<気持ちの変化を待つ><孤立させない><試行錯誤を見守る><将来を見据える>ことで、関係構築を促進していた。

<気持ちの変化を待つ>は、デボ剤 (持続性注射剤) 治療を拒む当事者に『注射打たなくちゃダメ』と「だ

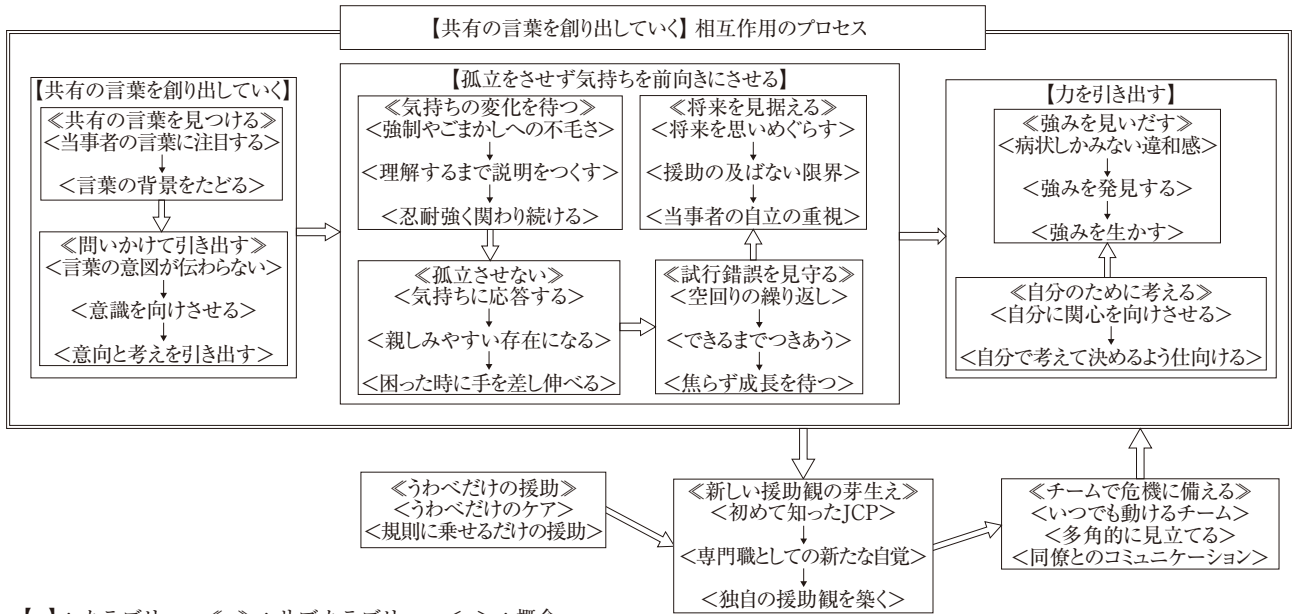


図1 JCPを用いて当事者のもつ力を引き出す援助関係の構築のプロセス (A氏, 看護師)

まし」てきたことに「強制やごまかしへの不毛さ」を感じ、「もう一回ゆっくり『こうなったときこういう症状が出ていた』と「理解するまで説明をつくす」、また、「(当事者にとって) 私達は安心できる人だと何年も経って感じてきたようだ」と「忍耐強く関わり続ける」ことで信頼感を醸成していた。「孤立させない」ことは、「つらくなると不安になるみたいでメールがくる」と当事者の不安を察し、「気晴らしに外出に『いっしょに行きましょう』と誘う」など、当事者の「気持ちに応答する」かわかりをしていた。また、「親切なおばさん」のように、看護師の立場を超えて「親しみやすい存在になる」として、「できないことはいっしょに調べたり、応援もするし、考える」と、あらゆる手段で当事者が「困ったときに手を差し伸べる」当事者の求助行動を引き出していた。「試行錯誤を見守る」ことは、「それ (JCP) を守ることで具合悪くなると思ってしまう」等、JCPを活用できない「空回りの繰り返し」の当事者がいた。A氏は、「理解ができなかったとしても、何回でも、少しずついながら」と、「できるまでつきあう」と語った。さらに、「気長にやるくらいの気持ちで」と「焦らず成長を待つ」心構えで困難な状況に対峙する当事者の取り組みを促進していた。

「将来を見据える」ことは、「これから将来、どういう風にしていったらよいかすごく親心のように考える」と「将来を思いめぐらす」と語った。しかし「ずっと私が面倒みるわけではない」と専門職としての「援助の及ばない限界」を考え、「なるべくやりすぎることは自立を促す点では (よくない)」と、当事者の「当事者の自立の重視」の視点に立ち戻り、当事者の発展性を阻害しない関係性の維持を意識していた。

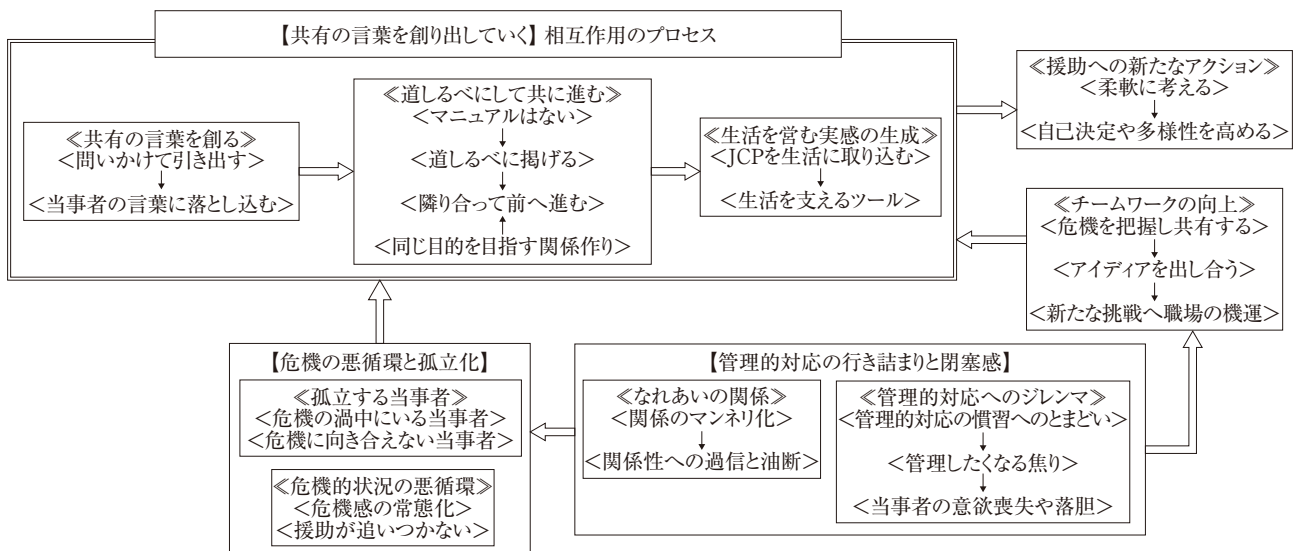
4) 【力を引き出す】

【力を引き出す】は当事者が自分のために意思決定し、強みを知り、援助を活用する力を高めることで、「自分のために考える」<強みを見いだす>から成る。

A氏が「なにか今日はおかしいというときも、あるいは調子のよいときにも (JCPに関する話題を) 出せる」と、当事者にとって最適なタイミングを見計らって「自分に関心を向けさせる」、また「『自分で考えてこうしたいと思ったら自分で考えて決断しなさい』と」と、言葉を通じて思いや考えを自己洞察し「自分で考えて決めるよう仕向ける」働きかけをしていた。「強みを見いだす」背景には、病院のケアでは「病院ではその人ひとりの性格までみない」と「病状しかみない違和感」があった。しかしJCPの協働で当事者が「こんなこともできる」と、病院ではみえなかった当事者の「強みを発見する」体験をしていた。そして「きちんと薬を飲めれば (危機対処できる) (中略) そのためにはどうしたらよいか話し合う」ことで言葉を通じ「強みを生かす」働きかけをしていた。

5) 【うわべだけの援助】

「病院では、体調聞いて、熱測って、眠れるかご飯食べたとかだけ」「この人が今後どうしたらよいかは病院では考えなかった」と形骸的な「うわべだけのケア」を振り返った。また、「病院は眠剤で寝ていて当たり前」や、包丁使用について「(皮を剥かずりにんごに) かじりつけばよいか」と「規則に乗せるだけの援助」と語った。当事者との対話や思いが反映されない従来の表面的な関係性を振り返り、【共有の言葉を創り出していく】一連のプロセスから、専門職としての「新しい援助観の芽生え」をもたらす要因となっていた。



【】：カテゴリー、<>：サブカテゴリー、<>：概念
 →：作用の方向、⇄：JCPのプロセスの方向

図2 JCPを用いて当事者のもつ力を引き出す援助関係の構築のプロセス (B氏、精神保健福祉士)

6) <新しい援助観の芽生え>

A氏の長い精神科臨床のなかでも<初めて知ったJCP>の援助を通じて、「医療者として」「目的をもって」と<専門職としての新たな自覚>も得ていた。「少しずつ自分なりの生活が送れることを目指している」と、従来の形骸化した<うわべだけの援助>を変革しようとする新たな<独自の援助観を築く>体験となっていた。

7) <チームで危機に備える>

「クライシスになり具合が悪くなればなるほど、特に複数で」と<いつでも動けるチーム>によって、また「私だけではわからない状況を違う人(職員)がみる」と<多角的に見立てる>視点を取り入れ、さらに「相談」「情報交換」等、<同僚とのコミュニケーション>を図り、A氏が、危機的状況にある当事者を安全に援助できる後支えを受けて<新しい援助観の芽生え>を促進していた。

3. B氏の体験 (図2)

1) ストーリーライン

JCPの協働における【共有の言葉を創り出していく】プロセスとは、【管理的対応の行き詰まりと閉塞感】による当事者の【危機の悪循環と孤立化】を脱し<道しるべにして共に進む>ことによる当事者の<生活を営む実感の生成>のプロセスで、<チームワークの向上>を経て<援助への新たなアクション>をもたらした。

2) 【共有の言葉を創り出していく】相互作用のプロセス

【共有の言葉を創り出していく】とは、当事者の思いや意向を問いかけて引き出し、それらを当事者の納得する言葉に凝縮し<共有の言葉を創る>ことで、JCPは<道しるべにして共に進む><生活を営む実感の生成>から成る。<共有の言葉を創る>ことは、当事者が自ら「本人もこれはとても課題だったとっていて (中略) それ

をどうにか改善させたいというのを僕のほうから提案したし、本人もできるならやりたい」と、<問いかけて引き出す>働きかけをしていた。そして「色々なことを語りながら」「一言一言に」と<当事者の言葉に落とし込む>ことで過去の危機体験から対処の展望を突き詰めていた。<道しるべにして共に進む>は、B氏は、自分達の状況について「『これをやっていたら大丈夫』みたいなマニュアルはないし薬もない」と<マニュアルはない>状況を認識していた。だからこそ「僕らの目指すところはここだけじゃなくてこう」と、目標と方向性を定め<道しるべに掲げる>JCPを目指していた。特に、「出会いの段階」から「さっさと共有して、これ (JCP) を前に出してそれに向けて」<隣り合って前へ進む>協働関係を重視し、さらにそうしたJCPには「スタッフの力量だけでなく関係性」と<同じ目的を目指す関係作り>も重要視していた。<生活を営む実感の生成>では、当事者が、「(JCPを) 目につくところにつくる (置く)」ことで危機は減って」と、当事者が自ら工夫し<JCPを生活に取り込む>ようすを語った。その結果、当事者はJCPを「手応えを感じJCPを大切に思っている」と<生活を支えるツール>ととらえるようになっていた。

3) 【管理的対応の行き詰まりと閉塞感】

【管理的対応の行き詰まりと閉塞感】とは、患者への強制や管理的対応による援助の行き詰まりと、マンネリ化した画一的な援助関係への葛藤を指し、<管理的対応へのジレンマ><なれ合いの関係>から成り、当事者と専門職間の対話と意思疎通を阻害する要因となっていた。<管理的対応へのジレンマ>では、病院勤務時は「『病院に連れて行くのはお前だ』という文化にとまどった」と<管理的対応の慣習へのとまどい>があり、自己服薬できない当事者には「もって行って目の前で飲んでもらう

の「がいちばん確実」と「管理したくなる焦り」を語った。さらに、規則に縛られることで「『そこまではしたくない』」と「当事者の意欲喪失や落胆」を招き、介入の好機を逃してしまう葛藤があった。「なれ合いの関係」は、JCPの援助において、「お互いに何でも知っているような関係性では（中略）緊張感が足りない」と「関係のマンネリ化」や、(JCP当事者の自死に関して)「(JCPの求助の)ボタンを押してくれるものだと思っていた」と「関係性への過信と油断」ととらえていた。

4) 【危機の悪循環と孤立化】

【危機の悪循環と孤立化】は危機的状況の悪循環にある当事者と緊迫状態に晒される専門職とが、危機に萎縮し膠着状態にある「危機的状況の悪循環」<孤立する当事者>から成り、専門職、当事者それぞれが困難を表出できずにひとりで抱える状況である。「危機的状況の悪循環」は、長期休暇等の「シフト（担当者）、電話オンコールをもっている人は孤独」「なにが起こるかかわからない緊張」があり、「必ず誰かが具合が悪い、すれすれの人ばかり」と「危機感の常態化」を語った。また、当事者自身が「躁状態になってしまうと自分を止められない」さらに「僕らもそのスピードに追いつかなくて」と、専門職も「援助が追いつかない」ことで、当事者は病状悪化の悪循環を繰り返していた。「孤立する当事者」『困っていない』『うまくやるから大丈夫』と「危機に向き合えない当事者」や、「会うのが精一杯」「幻聴とか妄想の対処に明け暮れている」当事者など「危機の渦中」にいる当事者へのJCPの介入の困難を感じていた。

5) <チームワークの向上>

当事者の危機に対し「あらかじめシフト全員にJCPを渡しておく」と施設全体で「危機を把握し共有する」、またカンファレンスで「煮詰まったケース」の「アイデアを出し合う」と語った。さらに「夜10時に訪問する」など新しい試みを「『おもしろい、やってみよう』といえるかどうか」と職場全体の「新たな挑戦への職場の機運」の重要性を語っていた。

従来の職場風土であった【管理的対応の行き詰まりと閉塞感】の払拭は、【共有の言葉を創り出していく】当事者と専門職との関係性への、同僚の理解と協力を促進していた。

6) <援助への新たなアクション>

JCPの協働を通して、「まあいいか、次を考えよう」と、危機介入の失敗を恐れず「柔軟に考える」意識転換があった。また、従来の「金銭管理を何回やってもうまくいかない人」と決めつけず、「自分はこうする、周りの人はこうする」と当事者の「自己決定や多様性を高める」「個性がもっと出しやすい」「自由な」JCPを模索していた。【共有の言葉を創り出していく】関係性を豊かにし、困難を乗り越えていく動機づけになっていた。

V. 考 察

1. JCPの協働を通じた援助関係構築のプロセス

本知見は訪問看護ステーション1施設の事例ではあるものの、JCPを通じた援助関係構築には【共有の言葉を創り出していく】相互作用のプロセスが働いており、双方が共有できる「共有の言葉」と意味を創り出す進行形の支援であった。そのプロセスがシンボリック相互作用であった。不安的な状況にある人達が安定した、秩序ある関係を形成し保持していくためにはこの「共有」行為が不可欠である(Blumer, 1992)。

つまり、JCPの協働は、当事者の強みやサポート資源を生み出す関係性であり(松本, 2017)、支援の難しい当事者に対し「マニュアル」のないなかでも、目標を創出し共有する個別性の高いかわりであった。また、当事者の自己決定と自己能力に制限を与える従来の管理的対応(鈴木, 2015)や「うわべだけ」の支援から脱却し施設内のそうした機運をも促した。このように、JCPの協働による【共有の言葉を創り出していく】かわりには、当事者個々に合った支援方法の創出、一方、共通テーマとして専門職の伝統的支援慣習の施設内連携への機運との関連も示唆された。

2. 支援モデル構築のための研究への示唆

M-GTAは、社会的相互作用に関係した人間行動の変化を予測的に説明可能な理論であり(木下, 2007)、本知見からは訪問看護ステーション1施設の結果でありながら、当事者個々がもつ力を引き出す支援の詳細と、一方、専門職のおかれる支援の背景要因も示唆された。安定した地域移行・定着を促進するためには、当事者の脆弱性に配慮した支援の一貫性が求められる(山縣ら, 2014)。したがって、入院から社会復帰支援までの地域包括支援体制に生かせる支援モデル構築に向けて、さらに分析事例を増やし、理論的飽和の段階や継続的比較分析を加えた、さらなる多様な場での個別具体の事例を分析していく必要がある。

VI. 結 論

1施設2人の精神科専門職のJCP支援の体験をシンボリック相互作用の視座からM-GTAで分析した結果、JCPの当事者との協働は【共有の言葉を創り出していく】さまざまなかわりを通じて、当事者のもつ力を引き出す援助関係構築の相互作用プロセスであった。当事者のもつ変化への脆弱性に配慮した支援では、当事者個々に合った方法の創出が必要であると示唆された。このように、地域包括支援にも資するJCP支援の構築に向け、さらに多様な場での支援体験について、M-GTAを用いた本分析方法にない、理論的飽和の段階や継続的比較分析を加え、さらなる多様な場の個別具体の事例の分析の

必要性と意義が示唆された。

謝辞

ご多忙のなか、研究にご協力いただいた専門職の方々、また、ご指導いただいた聖路加国際大学の縄秀志先生ならびに木下康仁先生に感謝申し上げます。

引用文献

- Atkinson J (2007) : *Advance in Mental Health : Theory, Practice and Ethics* (1st Edition). Jessica Kingsley Publishers, London.
- Blumer H (1992) : *Symbolic Interactionism : Perspective and Method*. University of California Press, Oakland.
- Copeland E (1997) : *Wellness Recovery Action Plan*. Peach Press, Vermont.
- Henderson C, Swanson W, Szmukler G, et al.(2008) : A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatric Services*, 59 (1) : 63-71.
- 平林直次 (2011) : クライシスプランの作り方 : 医療機関. *精神科臨床サービス*, 11 (3) : 393-397.
- 伊藤順一郎 (2012) : 精神科医療機関に必要なアウトリーチサービスのスキルと研修. *精神神経雑誌*, 114 (1) : 26-34.
- 木下康仁 (2007) : ライブ講義 *M-GTA 実践的質的研究法 : 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて*. 弘文堂, 東京.
- 増川ねてる (2016) : クライシスプラン ; いざというときに「他の人が」「自動的に」やってくれること. WRAPをはじ

- める! 第16回, *精神科看護*, 43 (4) : 64-73.
- 松本俊彦 (2017) : 物質依存症 ; 否認の病の「病識」を治療に生かす. 特集 : さまざまな精神障害の「病識」をどのように治療に生かすか, *精神神経学雑誌*, 119 (12) : 911-917.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2015) : *Violence and aggression ; Short-term management in mental-health, health and community settings (NG10)*. British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.
- 日本精神科救急学会 (監) (2015) : *日本精神科救急医療ガイドライン2015年版*. へるす出版, 東京.
- 大迫允江, 大島真弓, 坂田増弘, 他 (2012) : デイケアにおける多職種チームによるケアマネジメント. *日本社会精神医学会雑誌*, 21 (3) : 403-409.
- 大島 巖 (2004) : *ACT ケアマネジメントホームヘルプサービス ; 精神障害者地域生活支援の新デザイン*. 精神看護出版, 東京.
- 鈴木鉄忠 (2015) : “二重の自由” を剥ぎとる施設化のメカニズム ; F. バザーリアの精神病院批判を手がかりに. *中央大学文学部紀要*, 258 : 135-149.
- Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, et al.(2013) : Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis : A randomized controlled trial. *The Lancet*, 381 : 1634-1641.
- 山縣 潤, 伊藤有希子, 石田有希, 他 (2014) : 「暮らしを支えるクライシスプラン」の活用と精神保健福祉士の視点. *精神保健福祉*, 45 (3) : 211.

The Interaction Process of Joint Crisis Planning in Mental Health Care

—Specialist’s Experience in Home Visiting Care—

Mikie Ebihara

Former Doctoral Course, Graduate School of Nursing Science, St. Luke’s International University

Objective : To clarify the interaction process of establishing an assistance relationship between the service user and specialists and these interactions, focusing on the specialist experience of supporting persons with mental illness who continue to live in the community by utilizing the Joint Crisis Plan (JCP).

Subjects and Methods : Two specialists, a nurse and a mental health welfare worker working in outreach service, conducted a semi-structured interview about JCP support. The interview data were analyzed in the step of Modified Grounded Theory Approach (M-GTA) through each Case Study.

Findings : The users of the service had schizophrenia and mood disorder, and experienced a vicious cycle of crisis situations and hospital admissions/discharge, under an environment that included the side effects of drugs and interpersonal stress. However, through the use of the JCP, the specialists were able to understand the crises experienced by the service users through conversations with them, and to prepare concrete countermeasures for the crisis by promoting establishment of prospect and self-determination of the users, in order to support them. As a findings, The JCP’s collaboration is a process of establishing a supportive relationship that empowers the service users. These develop from interactions that create [Sharing the Words]. Through these interactions, the specialist is able to find the user’s strength and make he/she look to “him/her-self” by mitigating the user’s sense of isolation and making him/her feel positive. In addition, using the JCP removes the stalemate caused by conventional administrative and manipulative support, does not rely on the manual, and creates a “guidepost” with more flexible ideas, and allows the service users to rebuild their life with responsiveness and togetherness, and to advance their goals.

Key words : Joint Crisis Plan, mental health disabilities, collaborative relationship, interaction process, Modified Grounded Theory Approach (M-GTA)