

日本赤十字九州国際看護大学学術情報リポジトリ

タイトル	精神疾患とセルフケアとの関連
著者	高橋清美
掲載誌	臨床看護, 38(9) : pp 1211-1216.
発行年	2012.08
版	publisher
URL	http://id.nii.ac.jp/1127/00000311/

<利用について>

- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの著作権は、執筆者、出版社(学協会)などが有します。
- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用などの範囲内で行ってください。
- ・著作権に規定されている私的使用や引用などの範囲を超える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。
- ・ただし、著作権者から著作権等管理事業者(学術著作権協会、日本著作出版権管理システムなど)に権利委託されているコンテンツの利用手続については各著作権等管理事業者に確認してください。

精神疾患と セルフケアとの関連

高橋清美 *Takahashi Kiyomi*
日本赤十字九州国際看護大学

治療の最終的な決定権は患者にある。自己決定のために十分な情報を得られることに対し、異論を唱えることはないだろう。しかし、一昔前の日本では今のように情報開示や説明を医療従事者が求められるようなことはなかった。医学の飛躍的進歩によって、質の高い医療を追求する社会の要請に対し、応答する責任が現代の医療従事者にはある。

医療という現場は、大半の人にとって病気や怪我といった非日常的な出来事が生じた際に訪れる場所である。患者やその家族は生活が一変し、疾患の経過への不安と同時に、生活の変化への不安という二重の不安を抱える。不安という感情は曖昧で移りかわりやすいため、対処に急を要する場合もある。患者やその家族は、安寧が保てない自己を理解してほしいというニーズがあり、看護師はそのような人々と日々の勤務で接する。

さて、精神疾患に対する人々の理解は、一般科ではそれほど進んでいるとは言い難い。精神科医療現場は、大半の人にとって、非日常的な生活空間といった認識があるように思える。そして、そこで働く看護師も、精神疾患への偏見を払拭することができない現実を認識しつつも、複雑化、

多様化した社会要請(精神科救急システム、触法患者への対応、精神科訪問看護、精神科患者の地域移行等)に応えようと模索している。

郷原¹⁾によると、医療における「チームの力」が、今後いっそう重要なものになるのだという。共通の目標に向かって、それぞれが担当領域をもちつつ、柔軟に連携協力することでチーム力が高まり、それが不確実性をもった医療行為を少しでも良い結果に導くのだという。精神科医療では、高度医療機器を用いた看護技術は一般科のそれほど多くはなく、入院生活への支援、心理教育、SST(生活技能訓練)、レクリエーションといった活動を多職種と連携しながら行う。

精神科看護の専門性は、対象者がその人らしく生きていくために、看護職というチームで支援することと考える。チームと強調したのは、郷原が述べたような多職種によるチームの重要性もさることながら、看護職間での連携がことのほか重要なのである。看護は人対人のかかわりから始まる。A看護師とB看護師は個別性をもった違う人間だ。しかし、同じ病棟で働くA、B看護師は違う個性であっても、共通の目標に向かうために患者と人対人の看護を展開

し、患者は、A、B看護師の個別性に影響を受ける。患者は、24時間の入院生活で看護という集団の専門性に触れ、生活環境が安全なものと感じられること(ほっとする感覚)によって、明日への活力が湧きあがることもある。A看護師、B看護師、看護師によって説明がばらばらで統一感がないこと、つまり、共通の目標に向かっていないという印象を患者が抱いてしまうと、不信感や不満感は生じやすい。そのため、押し量るのみ、見守るのみにとどまらず、いたわりや思いやりの表現を言葉で明確に伝えるコミュニケーション能力も必要となる。

精神看護の基本は、患者の病の基盤にある対人関係に対する不信の修復であり、対人関係とは自分と相手、自分と集団、自分と自分との関係を指し、統合失調症の場合、とくに集団との関係に悩むことから被害妄想などが出現するのだという²⁾。

統合失調症は自我機能(無意識の心性が意識上に現れてくるのを防御する機能)が脆弱ゆえに、集団に対する猜疑心や不安を抱きやすいといわれる。看護職は急性期の患者の身体を支えるために、ケア(食事、入浴、排泄、口腔などのケア)を行う。ケアを介した身体的接近は、看護師であろうとも、統合失調症の人にとって時に脅威の対象となり得る。患者の意思を看護師が十分に尊重しないと、その傾向は顕著になる。統合失調症患者が、看護師へ被害妄想を抱きやすいのも、援助を介した密接な関係性(援助的人間関係)と関係するのではないかと考えることさえある。だが、精神症状がどんなに悪くとも、その人のセルフケアが精神症状によって問題がある以上、何らかの援助が必要なのである。

患者の妄想や幻聴の背景にどのような思いがあるのかに関心をもつことは、患者を知るために大切だ。それによって、看護師は、患者が自分たちのかかわりをどう受けとめるのかを知るヒントになり得る。看護師との関係性が患者にとって不安定なものならば、それぞれの看護師の役割分担やかかわり方を工夫して、患者にとって安全な生活環境を創造すること、つまり内部連携をフル活用する必要がある。

セルフケア理論について

セルフケアとは、人が生命、健康、安寧を維持するために自分で行う活動であり、人がセルフケアをし続けるためには、動機づけや意欲などを必要とし、そのためにさまざまな資源を活用するように調整ができることが必要³⁾、といわれている。

精神科領域の看護において、セルフケアへの援助という言葉が使われるようになったのはオレム-アンダーウッド理論が日本に紹介された1985年以降⁴⁾といわれている。この理論の考案者であるアンダーウッド⁵⁾は、個人を生物的・心理的・社会的な存在であり、自分自身の健康を維持するための活動に責任をもつ存在と考えた。セルフケアを「個人の健康、安寧を維持するための自己決定を前提とした意図的な行動」と定義し、看護は患者の自己決定能力^{*1}およびセルフケア行動^{*2}に働きかけることが目標であると述べた。つまり、患者が生活上のさまざまな事柄を自分自身で決定できるような働きかけを重視した。だが、その人が自分自身の問題を認識しないことには、決断や決定はなされないので、認識に働きかけることがきわめて重要である。精神科看護でオレム-アンダーウッド理論が支持された⁶⁾のは、精神障害者の多くが精神症状によって自分自身のことができない状態に陥ることが多く、本人のセルフケア能力をいかに高めるかに焦点をあてたことにある。

精神に障害をもつ患者は、精神状態の変化に伴い日常生活行動が破綻し、家庭や社会で適応が困難になることが多く、精神状態は個人のセルフケア行動に影響を与える。アンダーウッド⁷⁾は精神病院の患者の施設症^{*3}について、患者は施設が要求することだけを学習し、日常生活上のさまざまな決定を看護師に依存し、日常生活の決定能力を失うことになると述べた。このように長期の入院は患者のセル

*1 日常のセルフケアに必要な行動を行う際に、自分自身で行動を決定できる能力のこと

*2 自己決定能力を用いて、精神障害者がセルフケア要素を満たすために決定した行動を行うこと

*3 施設症は日常のスケジュールの画一化や組織化されたときに生じる。とくに日常生活において、個人の自己決定が否定され、非人間化された環境、構造によって生じる

フケアを発揮させる機会を奪い、結果として、患者の自己決定能力を低下させる。

この自己決定能力およびセルフケア行動に影響を与える要因が基本的条件づけの要因(表1)である。基本的条件づけの要因とはその患者の個人的な特性を知るうえで必要な情報のことを指す。看護師は患者のセルフケアの維持・再獲得にはたらきかけるために、対象者の個別性を知るうえでの基本的条件づけの要因(表1)や精神状態をアセスメントする必要がある。

【表1】基本的条件づけの要因

- ・年齢
その年齢に見合った心理・思考・対人関係は行えているか
- ・性別
- ・社会的・文化的背景
個人の社会的地位
生物学的・心理学的・社会的な成長・発達の度合い
- ・ソーシャルサポートシステム
家族、友人、職場の同僚が患者にどのような期待をもっているのか
- ・ライフスタイル
誰とどこでどのような生活をしているのか
- ・収入状態
- ・生活状態
- ・健康状態
一般的な健康状態
病気・疾患・障害などの身体的もしくは精神的な側面
診断や治療に対する患者の想い

援助の基盤となる患者-看護師関係

看護援助を行う際、看護師は患者のセルフケアを高めようとする目標指向性や対象への共感性をもち、援助的關係性を継続する責任がある⁸⁾。患者は病識のなさや精神状態の悪化によって、ケアへの拒絶や不安を表現することがあり、このような患者に対応する看護師にもさまざまな感情(その多くが陰性感情)が湧きあがる。看護師がそのケアに必要性を感じても、患者は拒否することもあり、患者の気持ちや両面的で移りやすい場合もある。看護師は患者とのやり取りで自らに湧きあがった感情を認識しながらアプローチする心のトレランス(ストレスに耐える力、耐性能力)⁸⁾が必要といわれる。患者の拒絶や抵抗が生じてしまうと、看護師には報われなさが残る。精神科の患者のセルフケア行動は、こちらが期待する好ましい方向に、そう簡単には変化しないものと認識し、むしろ、援助的關係性を継続する責任をもつことがきわめて重要と考える。

アンダーウッドはあくまでも患者の自己決定能力およびセルフケア行動にはたらきかけるのであって、自我の能力や自我の機能は看護師のはたらきかけの対象ではないことを強調した⁹⁾。不足している部分を補う視点は理にかなっているが、精神症状をもつ人と向き合うにはその内面にはたらきかけることが必要であり、それによって患者の全体像を捉えることが可能となる。どのような人生を歩み、どう対処をしたのか、患者のこれまでの努力を尊重すること

は、患者との信頼関係が深まるきっかけになる。

オレム-アンダーウッドのセルフケア理論では、幻覚や妄想が患者の人生の初期のどの問題に起因しているのか、それは看護師の関心の焦点にはならない¹⁰⁾とし、自分のことを自分で決定していく(自己決定能力)を支援することが看護の重要な機能だ、とした。人と人のかかわりにおいて、相手の内面に触れずして互いに通じ合うことが可能なのか、という疑問が生じ、「相手をわかること」と「なすこと」が切り離されている¹¹⁾と指摘もあることより、セルフケア理論は日常生活行動の自立を支援する際に有益な実践論といえる。

患者自身が自分の力を発揮できるよう看護者が援助するには、精神療法的知識や態度を持ち合わせること¹²⁾といわれる。統合失調症への精神療法の場合¹³⁾だと、①自我が十分に発達していないので、その人の健全な防衛機制を強化する、②退行を防ぐ、③転移現象をできるだけ避ける、④ストレスを看護師や医師がコントロールし、保持しないようにする、⑤現実検討の思考を維持する、があげられる。

援助の方法¹³⁾

患者のセルフケアの程度に応じて看護ケアを実施するが、看護師が患者を援助する方法は以下の5つのパターン

がある。

①患者に代わって行動する方法

患者に必要なセルフケア行為を自分で行えない場合に、その人に代わって看護師が行為を行ってセルフケアを達成するという援助法のこと。

②患者に指導をする方法

患者が自分でセルフケアを行うにあたり、どの行為を選択すればよいかわからないときや、決定できない場合に、看護師が患者の代わりに決定し、患者を適切な方向へ導く援助法のこと。方向づけがうまくいくと、患者は自分自身でセルフケア行為を継続できるようになる。

③患者を支持する方法

患者のセルフケアの努力を看護師が応援し、支えていく方法のことで、患者が何か不快なことや困難に立ち向かおうとするときに重要な援助法である。

④発達を促進するための環境を提供する方法

個人の成長や発達に役立つような物理的環境、心理・社会的環境を整えるように援助すること。発達を促進する環境とは人が他者と一緒にいられる環境であり、その人が安全感と安心感をもつことのできる環境のことである。

⑤患者を教育する方法

看護師が患者に知識や技術を教育し指導することによって、患者自身が自分でセルフケアのニーズを満たすことができるようにする援助法のことである。

セルフケアのための 看護システム¹⁴⁾

看護システムとは患者が援助を必要とする状況下で、看護師と患者との相互関係のなかでどのような援助が行われるのか、どのように相互に関係しあうのかを説明するものである。看護システムでは患者のセルフケアのニーズを充足するにあたって、患者側と看護師側の責任を明らかにする。患者と看護師間でお互いが同意したケアに対する取り決め(契約)によって、看護師は患者の問題意識や自己決定能力の助長にはたらきかけを行う。契約とは日本人にとっ

て馴染めない表現だが、看護師と患者が相互に参加することであって、患者が看護師から強制される意味合いは含まれない。お互いに歩み寄りといった相互関係の概念が含まれる¹⁵⁾。

①代償システム

このレベルは患者のセルフケアのニーズを自分ではまったく満たすことができないため、患者のセルフケア行動のすべてを看護師が患者に代わって行う。看護師は患者のセルフケアに対して全責任を負い、患者の能力を代償・支持・保護する。

②一部代償システム

このレベルでは患者はセルフケアのニーズをある程度までは自分で満たすことができても、まだセルフケアの欠如があり、その部分に関して看護師の援助を必要とする。患者は看護師にセルフケアの一部を代償してもらうが、可能な限り自分でニーズを満たす努力を行い、看護師の援助に対しても積極的に参加する。このシステムではセルフケアの責任は患者と看護師の両方にある。

③支持・教育システム

このレベルでは、患者はセルフケアのニーズを自分で満たすことができるため、看護師は患者自身の決定や行動を支持したり、指導したり、あるいは患者を教育する。個々でのセルフケアの責任は患者にある。

精神疾患を有する人びとを理解するには、精神症状をもつ人の内面に入らざるを得ない。そのような人々が生活するなかでどのような困りごとを抱きつつも、その人らしく生きていこうとするのか、それらをふまえたうえで自己決定への看護を実践する必要がある。病を抱えるまでにどのような人生を歩み、病をきっかけにどのような自助努力を行い、どのように対処したのか、そしてどのような生き方を期待するのか、その人の全体像を理解することが必要である。そのうえで、患者の自己決定能力を支える看護が必要であろう。

病をもっている、健康であっても、他者は人の生き方を指示するのではなく、人生の主役はその人であることに変わりはない。生活を支える看護は、その時々で迷いや不安を抱える人に寄り添い、安全な空間を保障し、その人が

また歩み始めることを心から期待することである。

人間の生活を看護はどう捉えるのか

がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、精神疾患、これら5大疾病は、発症以前の日々の生活の中で密かに進行する過程もあるはずだ。人間は環境に影響を受け、また人間も環境に影響を与える。では、人間と環境はどう影響しあうのだろうか。

慢性的に経過しやすい疾患へのケアを考える際、看護は人間の生活をどう捉え、人間のセルフケアをどう支えるのかを明らかにする必要がある。阿保⁶⁾によると、人間は常に相互作用によって環境を自分自身の中に取り込みながら、さらに環境との相互作用を繰り返し行っているのだという。つまり、人は、内部環境(病気、体質、性格など)、人的環境(家族関係、友人や職場関係、近所付き合いなど)、自然環境(出身地、成育地、生活環境など)、社会的環境(学校、職場、近隣など)をすでに取り込んだ全体として存在し、その全体が永続的に環境と相互作用するのだという¹⁷⁾。全体である人間は環境から影響を受け、さらに人間は環境にも影響を与え、そこで形成される事態を「人の生活」と呼び、看護はそのような「人の生活」にかかわるのだという¹⁶⁾。

数十年も精神科病棟に入院する人の生活の場は、精神科病棟なのかもしれない。閉鎖的な場ではあっても、医師や看護師といった医療従事者、面会に来る家族、他の多くの入院患者など、1日、1カ月、1年といった時間軸のなかでみると、多様な人々の流れが絶えず変化しながらその人に影響を与える。性別、体質、育った家庭や地域の環境、既婚の有無、子育て経験の有無など、これら一つひとつにおいて、すべての患者に個人差がある。だから、同じ部屋で生活する同一疾患の人であっても、その人その人で生活は違う。

看護師が精神疾患を有する人の生活を意識できなくなることと、先述の施設症とは深い関連がある。一方で、その人の個別性に注意深くかかわろうとするならば、看護師は

その人の生活の流れに付むことができる。その人にとって脅威ではない生活空間を支援することは、信頼につながる。患者からの信頼は、精神科看護師にとってこのうえない喜びだと思う。なぜならば、とくに急性期病棟の統合失調症患者は、人に対する疑い深さ(精神症状)を抱きつつも人(看護師)の支援を受ける。疑い深い人から信頼を得ることは、想像以上に根気が必要である。根気強くなかかった後に、成果があったときの喜びは格別なものである。福田¹⁸⁾は、苦しみを発している人の感情を最初に受けとめる共感(第一共感)と、患者のポジティブな反応を感知し、そこに満足感や充実感を素直に感じるプロセス(第二共感)があり、第二共感とは援助者としてのモチベーションを維持するうえで重要なものと述べた。本企画の多くの著者は、患者への看護をとおして、達成感、自己効力感、充実感や満足感を報告している。また、その事例に登場した患者は、看護師の様子をよく眺めていたように思う。ケアを受けた患者と共感あふれる看護師による相乗効果は、安定した人間関係を構築し、患者にとって活力ある生活を醸成するのではないかと考える。

まとめ

看護師は患者の生活を変化させる道具であり、対応が難しい統合失調症患者へのケアをとおして看護師も患者から影響を受けることを述べた。チーム内の連携によってさまざまな工夫を凝らし、患者のセルフケアにはたらきかける重要性にも触れた。セルフケアにはたらきかけるには、人の生活にかかわるという意識が重要であり、看護は患者のセルフケアに寄与するものでもあることを最後に付け加えた。

●引用文献●

- 1) 郷原伸郎：組織の思考が止まるとき：「法令遵守」から「ルールの創造」へ。毎日新聞社、東京、2011、p.148。
- 2) 阿保順子：回復のプロセスに沿った精神科救急・急性期ケア。精神看護出版、東京、2011、p.18。
- 3) 宇佐美しおり、鈴木啓子、Patricia Underwood：オレムのセルフケアモデルの事例を用いた看護過程の展開。ヌーヴェルヒロカワ、東京、

- 2007, p. 11.
- 4) 南裕子・監, 宇佐美しおり・編: 精神科看護の理論と実践: 卓越した看護実践をめざして. ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2010, p. 19.
 - 5) 宇佐美しおり, 鈴木啓子, Patricia Underwood: オレムのセルフケアモデル事例を用いた看護過程の展開. 第2版, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2003, p. 49.
 - 6) 南裕子, 稲岡文昭: セルフケア概念と看護実践: Dr. PR. Underwoodの視点から. へるす出版, 東京, 1987, p. 45.
 - 7) 前掲6), p. 50.
 - 8) 粕田孝行, 宇佐美しおり: セルフケア看護実践: 心のケアアプローチ. 野嶋佐由美・監, セルフケア看護アプローチ. 第2版, 日総研, 東京, 2000, p. 47.
 - 9) 前掲4) p. 21.
 - 10) 前掲4) p. 49.
 - 11) 阿保順子: 精神科看護の方法. 患者理解と実践の手がかり. 医学書院, 東京, 1995, p. 26.
 - 12) 前掲6) p. 242.
 - 13) 前掲6) p. 124.
 - 14) 南裕子: アクティブ・ナーシング: 実践オレム-アンダーウッド理論: ところを癒す. 講談社, 東京, 2005, pp. 35-36.
 - 15) 前掲6) p. 88.
 - 16) 前掲11) p. 39.
 - 17) 前掲11) pp. 39-62.
 - 18) 福田正治: 共感: 心と心をつなぐ感情コミュニケーション. へるす出版, 東京, 2010, pp. 93-94.

第17回 日本糖尿病教育・看護学会学術集会

■テーマ: 糖尿病重症化予防

■会 期: 2012(平成24)年9月29日(土)・30日(日)

■会 場: 国立京都国際会館

〒606-0001 京都市左京区岩倉大鷲町422番地

■会 長: 任和子(京都大学大学院医学研究科教授)

■プログラム:

- ・会長講演「糖尿病重症化予防を担う看護の役割」
講師: 任和子(京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻臨床看護学講座)
座長: 福井トシ子(公益社団法人日本看護協会)
- ・特別講演1「糖尿病重症化予防とチーム医療」
講師: 稲垣暢也(京都大学大学院医学研究科糖尿病・栄養内科学)
座長: 任和子(京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻臨床看護学講座)
- ・特別講演2「糖尿病教育・看護の技術における価値評価」
講師: 田倉智之(大阪大学大学院医学系研究科医療経済産業政策学)
座長: 照沼則子(順天堂大学医学部附属順天堂医院看護部)

・教育講演1「臨床推論の力をつける人材育成」

講師: 大西弘高(東京大学医学教育国際協力研究センター)

座長: 中山法子(公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院看護部)

・教育講演2「看護師による慢性疾患管理: アントレプレニューアーク」

講師: 森山美知子(広島大学大学院保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座)

座長: 山口曜子(梅花女子大学看護学部看護学科)

・シンポジウム「実践力を高める; 学び, 経験, 再考へ」看護実践モデルから糖尿病看護の専門性を考える」

ほか

■問い合わせ:

第17回日本糖尿病教育・看護学会学術集会 運営準備室

日本コンベンションサービス株式会社

〒100-0013 東京都千代田区霞が関1-4-2 大同生命霞が関ビル18階

TEL: 03-3508-1214 FAX: 03-3508-1302

E-mail: 17jaden@convention.co.jp

URL: <http://www2.convention.co.jp/jaden17/>