

精神障害者のセルフケア

岡谷 恵子*

Self Care of the Psychiatric Patient

Keiko Okaya ; Head Nurse, Hasegawa Hospital

はじめに

数年前より医療の世界でセルフケアということが、さかんに言われるようになってきた。特に慢性疾患患者の場合には、健康の維持・増進のために、患者自身が自分の生活態度や習慣を改めなくてはならないことが多い。したがって、健康を維持するための個人の責任が重要視されるようになり、自己コントロールとかセルフケアといった概念が注目されるようになってきたと思われる。

V.ヘンダーソンは、人が健康な、また安寧な生活を営むためには基本的欲求が満たされることが不可欠であるという考えのもとに、人が基本的欲求を自ら満たすことのできない状況にあるときに、その人の基本的欲求の充足を援助することが看護の役割だと提唱した。以来、看護の働きかけの焦点を人間の基本的欲求に置く考え方が発展し、看護は人の基本的欲求に関連する日常生活行

* 長谷川病院・病棟婦長

動の援助に関心を向けてきた。看護の領域で、セルフケアの概念を最初に説明したのは D. オレムである。オレムは 1971年に、看護の一般理論としてセルフケアに焦点をあてた看護理論を発表した。

一方、精神科看護においても、P. アンダーウッドが看護ケアの主眼を患者のセルフケアの援助に置く考え方を提唱した。精神障害者は、病気や機能障害のために日常生活に破綻をきたしてしまう。つまり、普通の人が何気なく行なっている日常生活行動を遂行する能力が失われていたり、獲得されていなかったりするために、社会生活への適応が困難である。精神障害者の社会適応を促進するためには、彼らのセルフケアを維持・増進させることが重要であるという考え方のもとに、アンダーウッドは精神科看護のケアの焦点を患者のセルフケア援助にあて、オレムの看護理論を操作・修正して、オレム/アンダーウッドセルフケアモデルを発展させた。

現在、精神障害者のセルフケアに関する研究は非常に少なく、その緒についてというのが現状である。本論では、オレム/アンダーウッドセルフケアモデルのもとになった、オレムのセルフケア理論について簡単に触れ、次にオレム/アンダーウッドセルフケアモデルの概要を説明し、このモデルを看護実践の枠組みとして取り入れている一精神病院での経験を踏まえながら、精神障害者のセルフケアの意味と援助の有効性について述べるつもりである。

I オレムのセルフケア理論

看護の領域でセルフケアという概念を、最初に使い始めたのは D. オレムである。オレムは、看護の対象である個人を、「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自分自身で責任を持っているものである」と定義し、個人に健康を守る責任があるということを強調している。このような考えに基づき、オレムはセルフケアを、「個人が生活する文化的背景の中で、目的を持った行動として学習されるもので、個人の生命や健康、安寧を維持するために個人が実施する活動のことである」と定義している。

オレムの理論は、セルフケアの理論、セルフケア欠如の理論、および看護システムの理論の3つの柱で構成されている。

セルフケアの理論は、人間の生命や健康、安寧を維持するためになぜセルフケアが必要かということを説明している。オレムによれば、セルフケア行動は、それが効果的に行なわれるときには、人間の構造の統合された状態や、人間の機能や発達に寄与するものである。オレムは人がセルフケアを行なう目的として、3つのセルフケア要素をあげ、セルフケア要素を満たすために人はセルフケアを行なうと説明している。セルフケア要素とは、「個人がセルフケアを行うときに持っている、あるいは持つべき目的を一般化したもの」である。これには、普遍的、発達の、および健康逸脱に関するセルフケア要素がある。普遍的セルフケア要素は、我々が日常生活を営んでいくうえで直接的に必要なことで、空気、食物、水分摂取の維持、排泄、休息と活動のバランス保持、孤独と社会的相互作用のバランス、生命と安寧に対する危険、正常であることの8つの要素を含む。これらは人生のあらゆる段階のすべての人間に共通して必要なことである。発達のセルフケア要素は、人間の発達過程や人生のさまざまな段階で起こる状態や出来事に関係することである。健康逸脱に関するセルフケア要素は、病気や障害、遺伝的あるいは体質的欠陥などから生じる変化に応じて、個人が必要としたり実施することに関係するものである。

次に、セルフケア欠如の理論では、患者がいつ、どんな時に看護のケアを必要とするかということを説明している。セルフケアを行なおうという個人の要求と、それを満たすための能力にアンバランスが生じたときに、人は看護を必要とする。オレムは、人が病気や障害のための治療を受けているからといって同時に看護が必要であるとは言えないとし、セルフケア欠如に対する援助という看護の視点を明確にしている。

オレムはセルフケアを行なうのに必要な個人の能力を、セルフケアエージェンシーという用語で説明している。この能力は、自分がどんなセルフケアの要求をもっているかを認識する力、どうすればそれが満たせるか、自分が何をすべきか、どうしたらいいか、自分の行動を決定する力、および実際にその行動

をとる力を含んでいる。

最後に看護システムの理論では、患者と看護者の相互関係を説明し、どのように人が援助されるかを明確にしている。患者と看護者の関係には、社会的関係、対人相互の関係、技術的関係の3つがあり、これらの関係をとおして、全代償システム、一部代償システム、支持・教育システムという3つの援助システムが機能する。この援助システムは、患者のセルフケア要素が満たされるように、患者と看護者双方の活動のレベルを示したものである。このようなオレムのセルフケア理論を精神科看護の枠組みとして実際に使えるように修正、操作を加えたものがオレム/アンダーウッドセルフケアモデルである。

Ⅱ オレム/アンダーウッドセルフケアモデルの概要

精神科の患者は、情緒や思考、知覚の障害をもっている。この障害は多くは慢性的で、治療やケアには長い年月が必要である。薬物で精神症状を緩和させることはできるが、現在の医療では病気を完治させることは難しい。したがって患者にとってはいかにうまく障害をコントロールして日常生活を送れるかということが社会適応の大きな課題となる。精神障害者は、たとえ妄想や幻聴があっても、また自閉的でひきこもっていたとしても、社会常識の範囲内で日常生活がそれなりに送れていればそれほど問題にはならない。多くの場合、精神障害者の問題が表面化するのには、精神症状や機能障害のために日常生活に破綻をきたした時である。このようなときに、家族をはじめとする患者の周囲の人たちは、患者を異常と判断し、家庭や社会でみていく困難さを感じて病院を訪れることになる。したがって、日常生活行動の破綻は精神障害者にとって大きな問題であり、日常生活行動を行なう能力を取り戻すことは非常に重要である。

また、精神科の患者は概して入院期間が長い。なかには退院できない患者もいる。長期にわたって施設に入っているとホスピタリズムが生じ、患者は施設に頼り過ぎて、自分自身のケアができなくなってしまう。セルフケアが、オレムの言うように文化的背景の中で学習される意図的な活動だとするならば、精

神科の患者はその機能障害やあるいはホスピタリズムのゆえに、セルフケアの能力を容易に失いやすいし、また新たに学習していくことも困難だと言えるだろう。このような精神科の患者の特徴を考えると、日常生活行動への援助は特に意味をもつと言えるだろう。患者のセルフケアに焦点をあてたセルフケアモデルを看護実践の枠組みとして用いることは意味があるといえる。どんな理論もそれを実践に適用していくためには、適用しようとする領域や実践の場の特徴を見きわめ、理論を修正、操作することが第一に重要である。

P.アンダーウッドはオレムのセルフケア理論から、精神科看護の目標を次のように考えた。すなわちその目標とは、「患者が日常生活を送るにあたって、セルフケアおよび自己決定を獲得し、あるいは再び取り戻し、維持するように援助すること」である。オレムはセルフケアを行なうのに必要な能力をセルフケア・エージェンシーという用語で説明したが、アンダーウッドはこの用語がわかりにくいとして、代わりに自己決定という言葉を使って説明している。自己決定は、「日常のセルフケアに必要な活動を行なう上で、自分自身で決定することのできる能力」と定義され、その能力には、特定のことに注意を向ける能力、知識を得る能力、決断をする能力、および変化を起こす能力が含まれる。

アンダーウッドは、彼女の扱う患者がほとんど成人であったためと、オレムの理論の中であまり明確にされていないという2つの理由から、発達のセルフケア要素は除外して考えた。また健康逸脱に関するセルフケア要素についても、精神科の患者の場合にはほとんど普遍的なものと判断して特に区別をしなかった。これはたとえば、精神分裂病患者が食べ物に毒が入っていると信じて、食事をとらないとか、何日も過活動の状態が続いて眠らないといった問題は、健康脱逸に関するセルフケア要素が満たせていないと考えるよりも、普遍的セルフケア要素に問題が起きていると考えるほうが妥当であると判断したためである。つまり、精神病的な状態というのは、普遍的セルフケア要素を満たすことができないという点に顕著に現れてくると考えた。したがって患者にとっては、この普遍的セルフケア要素を満たせるようになることが社会適応を可能にすることだと考えた。オレム/アンダーウッドセルフケアモデルでは、普

遍的セルフケア要素のみを扱って、看護の援助の焦点をそこにあてている。アンダーウッドは、精神科の患者にとって重要な要素として、体温と個人衛生の維持ということを新たに付け加えた。奇妙な洋服の着方をするとか、何日も入浴せずに不潔にしているといったことから精神病患者とみなされることもあり、個人衛生は患者に現れる大きな問題の1つである。最終的にアンダーウッドは、(1)空気・水・食物の十分な摂取、(2)排泄とそのケア、(3)活動と休息のバランスの維持、(4)孤独と社会的相互作用のバランスの維持、(5)体温と個人衛生の維持の5つの要素を普遍的セルフケア要素とした。我々はこの5つに、(6)安全を守る能力を加えて6つの普遍的セルフケアとし、看護の働きかけの焦点として位置づけている。

オレム/アンダーウッドセルフケアモデルでは、看護の援助システムとして、ケアの必要性のレベルから、レベルⅠからⅣまでに分類した。これはオレムの3つの看護システムを修正したものである。レベルⅠは、患者がセルフケアを行なうことが全くできないレベルで、全面的に援助を必要とするレベルである。急性期の混乱した患者はこのレベルにあたる。レベルⅡは、患者はある行為を行なおうという決断は下せるが、まだ自分一人だけではほとんどセルフケアを行なうことができないレベルで、一部援助を必要とするレベルである、急性期の徴候を有しながらもある程度現実検討力がついてきた状態の患者はこのレベルにあたる。レベルⅢは、患者がサポートや教育を受けて、セルフケアを行なうことのできるレベルである。回復期にあって、ソーシャルスキル訓練やグループ活動などをとおしてセルフケア能力を高めていくことのできる患者はこのレベルにあたる。レベルⅣは自立的レベルである。

実際には、我々はこの4段階のケアレベルのレベルⅡをさらに2段階にして、全部で5段階のケアレベルを設定している。看護のプロセスとしては、まず患者のセルフケアの欠如が何であるか見きわめ、患者が自分では何ができているのか、どんなことができていないのかを査定する。これらのことはすべての普遍的セルフケア要素についてみていくので、ある要素についてはレベルⅢであっても、ある要素についてはレベルⅠといった、要素間でケアレベルに差が

出てくることがある。この段階では、ケアレベルの査定と同時に、セルフケアの欠如がなぜ起こってきているのかという点を、患者の症状や病理を力動的に解釈し評価する試みをしている。これはつまり患者の症状や病理とセルフケア行動の関係性を明確にしていく試みともいえ、患者理解の1つの視点である。そして次に、長期と短期の看護目標を立て、援助活動を決定し実行する。短期目標の達成度をチェックしながら再評価し、目標を修正したり、新たな目標を加えながら患者のセルフケアのレベルを高めていくように働きかける。

オレム/アンダーウッドセルフケアモデルでは、患者の自己決定ということを強調している。しかし実際には患者の自己決定能力を高めるような働きかけは難しいものである。この働きかけの1つの方法として“契約”という概念を用いているので、“契約”について述べてみたい。

Ⅲ 契 約

契約の目的は、自分の生活に責任をもつこと、および自分で自分の生活を行なうことを取り戻させることである。契約は、「患者と看護者の間における相互に同意されたケアの取り決」めである。契約は、患者と看護者が患者のセルフケアの問題について話し合い、問題解決についての合意を作り上げていくプロセスで、その過程で、患者がどれだけ自分自身でできるか、また看護者がどの部分を援助するのかを明らかにし、お互いのとるべき行動と責任の範囲を明確にしていくことができる。契約の効用としては一般に次のことが言われている。1つには、患者が自分で何ができるか、どれだけのに責任がもてるかが明らかになる。2つめは、話し合いの過程で、患者は自分が一体何をしたいと考えているのか、また自分にどんなことが期待されているのかを認識できるようになる。さらに、看護者が患者に対してとれる行動と責任を明確にすることができる。契約をとおして患者は新しい行動様式を学ぶことができるし、自己決定の能力を養い、自分自身の日常生活の管理に責任をもつということを学習できる。また契約をとおして患者は、自分が責任を果たせるということ

看護者に信じてもらえているという感覚をもつことができる。この感覚は基本的信頼をもちにくい精神障害者にとっては意味があると考えられる。

契約で重要な点は、患者と看護者が何を達成したいのか、目標を明確にすること、目標を達成するための具体的な行動を明確にすること、患者と看護者の担う行動の範囲を明確にすることである。契約は交渉を基盤にするもので、看護者が一方的に目標を決め、行動を指示するものでもないし、患者が自分の要求だけをとおそうとするものでもない。目標達成のために、双方の合意点を見出ししていくことが重要である。そして最も重要なことは、患者と看護者が定期的な話し合いの場をもち、契約の効果を評価することである。ここで看護者は患者ができてきていること、よくなったことは十分に、かつ真剣にほめることが大切であり、患者がさらに意欲をもって自分の問題に取り組んでいけるようにサポートを提供する必要がある。

他方、契約にはいくつかの困難な点がある。1つは、従来の看護計画は看護者だけが立てて見るものであったが、それを患者と一緒に行ない、しかも細部にわたってすべて文章にして表わし、患者にも提示するため、従来の方法に慣れている看護者にはとまどいの原因となる。2つ目は、日常生活の中でも日本では契約という習慣が欧米ほど徹底していないので、患者、看護者の双方ともとまどったり、時にはめんどろに感じてしまうことである。表と裏を使い分けたり、行間を読むといった習性のある日本人には、言葉で表わされたことだけを頼りにするのはなじまないかもしれない。また、患者は自分の内面の問題に圧倒されていて、ともすればそのことに意識が集中しがちで、我々が援助の対象としている基本的な日常生活行動は、病気がよくなればすべてできると思い込んでしまう傾向がある。したがって、食べること、眠ること、身のまわりを整理すること、朝はきちんと起きることといった一見さ細な生活行動に関して、細かな取り決めをすることに抵抗を感じてしまうことがある。

しかし、これらの困難な点があったとしても、患者のセルフケアや自己決定能力を高めていくための援助の1つの方法として、契約というやり方に挑戦してみることは意義があると考えられる。

IV 精神科看護へのセルフケアモデルの適用の有用性と課題

精神科医療においては近年特に、医師や看護師のみならず、ソーシャルワーカー、作業療法士、心理療法士といったさまざまな専門職が1つのチームを組んで、患者や家族、およびそれらを取り巻く環境を総合的にとらえて治療をしていこうとするチーム医療が顕著になってきた。このようなチーム医療の推進にあたっては、看護の独自の機能や役割を明確にすることが不可欠である。

オレム/アンダーウッドセルフケアモデルの実践への導入の有用性としては次のことが考えられる。まず第一に、看護が患者のセルフケア援助に焦点をあてていることを明確に示せることである。これは他職種の人たちに示すということと、看護者自身、あるいは看護者間で共通の目標として確認できることの2つの点で意味がある。患者と最も多くの時間接している我々看護者は、意識するしないにかかわらず、患者の日常生活の中で治療的なかかわりを余儀なくさせられる。また患者の内面の問題のあまりの大きさに圧倒されてしまうこともしばしばである。そんな時にはつい看護のアイデンティティを見失いがちになるが、セルフケアモデルに基づいて看護ケアを実践することにより、我々看護者が患者に何をすべきかを自分たちの中で確認することができる。

第二には、精神病の患者は症状や機能障害によって、食 べ る こと、眠ること、排泄すること、他の人たちとうまく付き合うこと、活動することといった基本的な日常生活行動が自分でうまく行なえないために社会適応に支障をきたす。セルフケアモデルは、まさにこのような基本的な日常生活行動に関するセルフケアに援助の主眼を置いている点で、精神科看護の実践の枠組みとして有用である。

次に今後の課題であるが、その第一は、セルフケアという考え方そのものが、個を重視し自立を最大の価値とする欧米文化の中で育った概念であるため、そのまま日本の患者に適用できるのかという問題である。自己決定を重視するということは、個人が自分のために下した決定は、どんな場合でもそれを

尊重するという考え方である。たとえ親であっても、最終的な子どもの意志決定に反対できないほど個人というものを尊重し、自立に価値を置いている文化の中では、自己決定を尊重しそれを促進させていく働きかけは意味をもつだろう。しかし、時には個より、家族あるいは個の所属する集団の意向や考えが優先され、甘えが許されている文化の中ではどうであろうか。日本においては、患者個人だけを働きかけの主体とするのではなく、家族や患者をサポートする周囲の人たちの意志や考えが、患者の自己決定に影響を及ぼすという点から、これらの人々をも考慮に入れた援助システムを考えていく必要があると考える。

第二は、オレム/アンダーウッドセルフケアモデルは、どこにセルフケアの欠如があるか、つまり看護者が何を援助すればよいかを明確にしてくれるが、どのように援助すればよいか、またなぜそのように援助すべきかという点については明確に説明されていない。セルフケアの援助で最も大切なことは、患者の潜在能力を生かして、自分のことはできるだけ自分で行なえるようにすることである。セルフケアを行なうためには、問題を認識する力や、自分の行動を決定する力、自分でやろうとする意欲や積極性が必要である。しかし精神病の患者は、知覚、思考、情緒などの障害のためにこれらの能力が低いことが多い。このような患者に、自分のことはできるだけ自分で行なえるように働きかけていくのはなまやさしいことではない。往々にして、患者が日常生活上の何ができないのかということをチェックし、患者に指摘したり指示したり、指導したり、あるいは看護者が自分でやってしまったりということになりがちである。これでは従来の生活指導とかわりがなくなってしまう。セルフケアモデルを使う以上、あくまでも看護者は、患者が自己決定能力を高め、セルフケアを促進するように援助することを忘れてはならないと考える。そのために患者をどのように指導するのか、教育するのか、あるいはサポートするのかという点に関して、今後実践の中で研究を重ね、明らかにしていく必要があるだろう。

患者にやる気を起こさせ、自己洞察を深め、自己決定能力を高めるような援助は、患者の行動や症状を十分に理解していなければならないことである。アンダーウッドは患者を理解するための理論として精神力動理論を用いている。

患者の症状や病理とセルフケア行動とは密接な関係があることは経験の中でわかっていることであるが、その関係性を明らかにしていくのは今後の課題であろう。

昨年の7月から精神保健法がかわり、日本の精神医療も欧米のように入院期間をできるだけ短くし、患者を地域社会の中でケアしていこうという方向に動きつつある。施設内適応にとどまらず、地域社会での適応を目指していくならば、自分のことはできるだけ自分でするというセルフケアの考え方は非常に重要だと考える。患者が少しずつでも自分で自分のことを考え、行動を決定していく経験を得ていくことには大きな意味があると考ええる。

参考文献

- 1) Virginia Henderson, 稲田八重子他訳：看護の本質, pp. 18-39, 1967, 現代社.
 - 2) Patricia Underwood：オレム理論の概観, 看護研究, 18(1), 1985.
 - 3) Patricia Underwood：オレム理論と看護現象, 看護研究, 18(1), 93-100, 1985.
 - 4) Patricia Underwood：オレム理論の活用, 看護研究, 18(1), 102-119, 1985.
 - 5) Patricia Underwood：セルフケア理論の活用, ナースステーション, 15(2), 114-154, 1985.
 - 6) 南 裕子：オレム理論と日本の看護, 看護研究, 18(1), 121-138, 1985.
 - 7) 粕田孝行：ケアの視点と理論導入の姿勢, ナースステーション, 15(2), 155-161, 1985.
 - 8) 南 裕子, 稲岡文昭監修, 粕田孝行編集：セルフケア概念と看護実践, へるす出版, 1987.
 - 9) D. E. Orem：Nursing, Concepts of Practice, 2nd Edition, McGraw-Hill, New York, 1980.
 - 10) D. E. Orem, 小野寺杜紀訳：オレム看護論, 医学書院, 1979.
 - 11) 土居健郎編：最新保健学講座11), 精神保健論, メヂカルフレンド社, 1984.
 - 12) L. Hill and N. Smith：Self-Care Nursing, Promotion of Health, Appleton-Century-Crofts, 1985.
-