

## セルフケア支援の発展

宮本眞巳

亀田医療大学看護学部

### Development of Self-care Support

Masami Miyamoto

Kameda College of Health Sciences

キーワード	
セルフケア	self-care
セルフケア支援	self-care support
求助行動	help-seeking-behavior
受援力	support-accepting literacy
自立	independence

#### I. はじめに—セルフケア支援という問題意識—

保健医療関係者ではない人から、“セルフケア支援”という言葉は、不思議な響きを帯びていると言われたことがある。改めて考えてみると、もともと“ケア”という言葉には、ケアの提供者から受け手に提供されるという意味合いが強い。ところが“セルフケア”は、“ケア”の受け手が自分自身に対して行うことになる。さらに、“セルフケア支援”となると、自分が自分に対して行う“セルフケア”をさらに他人が支援することであり、かなり複雑な様相を帯びてくる。

一般に、箱の中にまた箱が入っているような仕組みは入れ子構造と呼ばれ、重箱などの入れ子細工や劇中劇を実例として挙げることができる。ケアという箱をセルフケアという箱が覆い、それをさらにセルフケア支援という箱が覆っていると考えれば、確かに入れ子構造を見て取れるが、ケアとセルフケアの関係はもう少し複雑なようにも思える。入れ子細工の場合は内側の箱と外側の箱を切り離すことができるが、ケア、セルフケア、セルフケア支援は、密接につながっていて単純には切り離せない感じがある。そこで、保健医療関係者の多くが自然に使い始め、今や欠かせない重要なキーワードと思える“セ

ルフケア支援”という概念の意外に複雑な構造について吟味することから本稿を始めてみたい。

そもそも、ケアが必要になるのは、健康にまつわる問題が生じているからだが、その解決がケアの提供者に委ねられるのは、生後間もない時期や意識を失った状態など無力の場合に限られるはずである。人間は健康上の問題が生じると、それに呼応した不快感を覚える。生後しばらくの間は、その不快感を自力によって解消することができないが、不快な体験を何らかの形で表出することによって、他者にケアを求めることができる。こうして、ケアの受け手と提供者の間には相互作用が生じ、それは始まった瞬間から協力的な関係へと変わっていく。それと並行して、人間はケアする力を自分の中に取り込み、自力で健康上の問題を解決し不快感を解消するセルフケア力を身につけていくことになる。このように、ケア、セルフケア、セルフケア支援は、ケアの受け手と提供者の相互作用を介した共同作業という軸によって密接につながっており、切り離すことはできない。

とはいえ、ケア、セルフケア、セルフケア支援を異なる局面、あるいは次元として区別することは可能である。つまり、ケアからセルフケアへ、セルフ

ケアからセルフケア支援へという段階を経るにつれて、健康問題の解決方法には質の転換が生じていく。健康問題の当事者の立場から言うと、他者からケアを受ける体験が積み重なるうちに、ケアの機能を自分の中に取り込むことによってセルフケアが始まり、その比重が増していく。その結果、人間は学童期から成人初期までの間、よほど体調を崩さない限り、自分からケアを求めることを忘れがちとなる。ただし、すべての健康問題を自力で解決できるわけではないので、多くの場合、他者から受けるケアという要素は残る。

いずれにしても、セルフケアが始まるとケア提供者の側は、セルフケアの比重の増加を前提として、徐々に手を引いていくことになる。こうしてケアとセルフケアは量的な比重だけでなく、それぞれの質を変えながら、補完し合っていく。

上記のような、セルフケアをめぐる多少もつれて見える構造を整理すると、セルフケアはケアを含み、セルフケア支援はセルフケアを含むが、それぞれの質を高めていくためには、受け手と提供者の相互作用の質を高める必要があるということになる。

## II. セルフケアへの関心

筆者は、20年前に「感性を磨く技法」シリーズの刊行を通じて、看護とは何かという問いに、私なりの答を出したいと考えた。シリーズ3冊目の「セルフケアを援助する」では、健康問題の主体は私たち一人ひとりであり、セルフケアとは、「健康問題に関する自己決定に基づく自己管理である」という視点から、看護実践のセルフケア援助としての側面をできるだけわかりやすく描き出すことを試みた<sup>1)</sup>。基本的なところは押さえられたと思ったが、具体的には、どうすることが適切なセルフケア支援であり、それを担うためには、どのような学習が必要なのかについては、十分に描き切れなかったという思いが残った。

また、セルフケア支援は決して看護職に固有の課題ではないので、いずれ関連分野の人々と連携して、臨床、教育の実践や調査研究を積み重ねたいと考えた。しかし、その時点では、セルフケアといっても保健医療関係者以外はピンとこないはずだが、それ

だけに、セルフケアというコンセプトについて、広く知ってもらうことには意義があると考えていた。

その後、10年ほどを経る内に、次第にセルフケアという言葉が様々な領域で使われるようになったことに気づき、調べてみるとセルフケアを重視しているのは、主に以下の7つの活動であることがわかった。

①精神科医療を含む精神保健活動の全般、②慢性身体疾患（糖尿病、腎臓病、肝臓病）の医療・看護、③リハビリテーション活動、④アディクションからの回復とセルフヘルプグループの活動、⑤伝統医療と民間療法、⑥スポーツのトレーニングとコンディショニング、⑦ボディワーク

看護職にとって、セルフケアは馴染みの言葉だが、身体的な慢性疾患を持つ患者の服薬や食生活の自己管理がまずはイメージされ、その延長線上で自分自身の体調や精神状態のコントロールもセルフケアとして捉えられていた。

精神看護に携わる看護職の場合は、統合失調症に代表される精神障害者の服薬や睡眠・休息の自己管理、うつ病などの精神疾患の発病予防のためのストレス・コントロールを思い浮かべることが多いようであった。

筆者自身は、アルコール依存症や薬物依存症の専門治療に関わり、セルフヘルプグループのメンバーとつきあう中で、回復と切り離せない断酒・断薬の継続には、様々なレベルのセルフケアの組み合わせが必要であることに気づいたという経緯がある。

断酒については、とりあえず「飲酒行動に走らないように自己コントロールを持続すること」と定義することができる。ただし断酒は、多くの人が誤解しているように、絶えず持続している飲酒欲求を意思の力で抑え込み我慢し続けることを意味しない。そのようなセルフケアは苦し過ぎて長続きするわけがないし、飲酒行動を意思によってコントロールする能力の喪失もしくは著しい低下こそが、アルコール依存症の特徴なのである。

当事者たちの体験談によれば、いったん飲酒欲求が湧いてきてしまうと、それを解消したり和らげたりすることは至難の業である。そこで、彼らは自分自身や仲間の経験を踏まえて、飲酒欲求の引き金と

なりやすい不快な感情や気分注目する。理由はどうであれ、自分が不快を味わっていることを早めに察知する。それによって、飲酒欲求が湧きだすことを未然に防ぐように心がけるのである。怒り、苛立ち、不安、寂しさ、悲しさなど、あらゆる不快な感情、さらには、空腹、頭痛をはじめ、あらゆる生理的な不快感が飲酒欲求の引き金となるが、早めに気づいて解消を図れば飲酒欲求は湧かず危機を回避できるという。

そうはいつでも、不快にさせられるような刺激が次々と襲ってくるような生活状況が続くと、いくら不快感の解消を図っても追いつけない。そこで、快適かつ安定感のある生活様式を作り出し、それを維持していくための工夫も必要になってくる。アルコール依存症からの回復には、飲酒行動の防止、飲酒欲求の発生防止、心身の不快感の解消、生活状況の改善といった、様々な局面におけるセルフケアが欠かせないのである。

### Ⅲ. セルフケアの概念規定と自立生活運動

セルフケアとは文字通りにとれば自分で自分をケアすることだが、ケアもセルフケアも極めて多義的なため、論者によって強調点は様々である。ケアの主題を健康問題に限定するか、より良く生きることを含むのか。健康問題に限定する場合も、健康の回復に焦点を当てるのか維持や増進にまで視野を広げるのか。セルフケアについてもっとも熱心に語ってきたのは看護職だが、その代表格であるオレムは、1979年に翻訳された著書<sup>2)</sup>で、上記のすべてがセルフケアの主題に含まれるとしながら、セルフケア能力が低下した人の支援が看護師の役割であると述べている。

とはいえ、看護職は医師と共に、疾病や外傷に起因する生命危機からの回復支援を最重点課題としている。そのため、リハビリ職と共に、患者の日常生活を再建するための支援には関心を寄せるものの、社会生活を再建するための支援については福祉職に比べると関心が薄い傾向がある。そういう意味では、ケアの主題は健康問題に限定されがちで、よりよく生きることを十分に視野に入れているとは言い難い。そのことは、オレムの提示している看護モデ

ルの成り立ちかとも窺われる。

オレムは、セルフケア概念を核として看護活動を「全代償的看護システム」、「一部代償的看護システム」、「支持—教育的代償システム」という3つの要素によって構成される看護システムとして描き出している。「全代償的看護システム」とは、患者がセルフケア行動に従事する能力を全く有しないか、あるいは禁止されていて看護師がそれを補完しなければならない場合である。「一部代償的看護システム」とは、患者が自分でできるセルフケア行動を行い、看護師は患者のできないセルフケア行動を行ったり、患者のセルフケア行動を助けたりする場合である。「支持—教育的代償システム」とは、患者は必要なセルフケア行動に従事する能力を有しているが、その能力を発揮するためには看護師による支持や教育を要する場合である。

つまり、オレムは健康問題の解決は、基本的には患者による自律、すなわちセルフケアに委ねるべきであるが、患者のセルフケア能力が低下している場合には援助が必要であるとして、援助の内容を「全代償」、「一部代償」、「支持—教育的代償」の3類型に分けていることになる。「全代償」と「一部代償」は直接ケア、「支持—教育的代償」は間接的ケアとして分類し直すこともできるだろう。

この分類はそれなりに明快なのだが、患者の自律度あるいはセルフケア能力についての評価は看護師が行うことになっているように思えて、今一つしっくりこなかった。一方で、福祉職からは、医師と看護師は生命危機に陥った状態からの回復支援を重視するあまり、保護及び管理に傾いて患者の自己決定を軽視するため、社会生活の再建が阻害される恐れがあるとの問題提起を受けた。このような疑念の背景には、福祉職と学問的な基盤を共有する社会学者の強調する、「医療化」や「パターナリズム」の概念が影を落としていた。さらに、日本では1980年代に車椅子の全身性障害者によって始められた自立生活運動は、家族や医療福祉の専門職が医療や保護の名のもとに障害者の自立を阻害していることを鋭く指摘していた。

自立概念に関しては、社会学者でフェミニズムの論客としても知られる上野千鶴子が、「自己決定に

基づく自己管理」という単純明快な定義を1980年代後半に提案している<sup>3)</sup>。彼女は、自立概念のこの定義を女性差別、部落差別、在日アジア人差別、障害者差別など、人間としての権利を剥奪ないし制限された人たちの抵抗運動の中から形成された合意に沿ったものであるとしている。筆者は同世代として同じ社会状況を生きてきた上野による問題提起に共感を覚えた。自己決定を自立の大前提とすることによって、あらゆる差別と抑圧からの解放を理念的に裏付けながら、自己管理という現実的な条件を加えることによって状況そのものを変えていくことを可能にする方法論の必要性を示唆していると考えられたからである。ただし、上野の定義を保健医療の実態に適用するには、若干の修正と補足が必要であろうと筆者は考えた。

まず、セルフケアと自立との関係については、健康問題の自立に向かう行動をセルフケアとして位置づける。そして、自己管理に問題解決を含め、自立を「自己決定に基づく問題解決と自己管理」へと修正した上で、セルフケアは「自己決定に基づく健康上の問題解決と自己管理」と定義する。

自己管理について、医療福祉専門職は従来、日常生活動作（ADL）を自力で行えることと解してきたが、自立生活運動ではこの発想をパターンリズムと批判する。全身性障害者は、日常生活を維持するためにケアの提供を受けることが不可欠であるが、そのことを理由に自力は不可能と見なせば、ケアの主導権は援助者の手中に収められてしまう。かといって、完全な自己対処を目指して機能訓練を延々と続ければ、仮にそれが成果を上げても、QOLの向上による生活の享受を大幅に諦めなくてはならない。そして、自立生活運動は「受けたいケア」についての自己決定権を行使することによって、QOLを犠牲にせず日常生活をより快適に送ることこそが自立であると主張した。しかし、そのような主張が看護職や介護職に浸透したとは言い切れない状況がある。

ただし看護の領域では、援助関係論の提唱者の一人であるウィーデンバックが、すでに1960年代半ばの時点で、看護師が患者からの援助希求行動（求助行動）を掬い上げることの重要性を指摘してい

る<sup>4)</sup>。そこで筆者は、求助行動の概念を自立の定義に組み込み、自己対処と求助行動と組み合わせることによって、セルフケア概念の幅を広げると言う修正案の提示を試みた<sup>1)</sup>。セルフケアの概念をこのように広げることによって、患者あるいは障害者など当事者の生活の幅を広げると共に、援助者との協働をより活性化できると考えられた。

#### IV. 自己責任の呪縛と陥穽

翻って考えてみると、障害を抱えていない人も、日常生活のすべてに自力で対処しようと思ったら辛い生産的ともいえない。無理をすればすべてに自力で対処できるとしても、苦手なことは得意な人の助けを借り、得意なことに活動を振り向ければ、余裕が持てるし生産性も高まる。自立生活運動の提起は、疾患や障害の有無にかかわらず、あらゆる人のQOL向上にとって重要な契機となったと考えられる。ところが、そのような流れとは逆行する動きとして、1980年代の後半から自己責任という言葉が目立ち始めた。そして2004年、イラクでのボランティア活動の最中、不幸にして人質となった人たちに対する、小泉政権とそれに追随したマスメディア関係者による冷ややかな見方と共に自己責任という言葉が氾濫したという経緯がある。

自己責任という言葉で文字通りにとれば、「自分の意思による行動の結果、不利益を被った人が、個人的に取るべき責任」という意味であろう。うっかりすると説得力を持ってしまいそうなこの言葉は、時とすると極めて深刻かつ残酷な意味合いを帯びる。世界規模における社会構造の複雑化と不安定化により、どのような選択も絶対的な安全を保障しなくなってしまったリスク社会にあっては、必要な情報にふれる機会を奪われたり、偶然の出来事に遭遇したりすることによって、懸命な努力にもかかわらず不幸な事態に立ち至った人が大量に発生する。このような人たちに対する救済システム（＝セーフティネット）を用意しておくことは、政治・行政担当者の責務である。自己責任の強調は、セーフティネットにかかるコストの切り詰めと共に、政治的・行政的な施策に従わない人に対する制裁の意味合いを持つことになりかねない。

ところが、近年、失職などによる生活破綻を自己対処の弱さからくる自己責任と思いつめ、求助行動を起こせないままにホームレスとなり、窮状を見かねた人による支援の申し出さえも断ってしまう人が少なくないことが報告されている<sup>5)</sup>。東日本大震災以後、被災した自治体が支援の申し出を受け入れて活用する力を受援力と言うようになったが、個人が受援力を発揮する行動のことは受援行動と呼ぶことができる<sup>6)</sup>。自己決定に基づく問題解決と自己管理にとって必要な行動の中に、自己対処行動、求助行動と併せて受援行動を含めて考えれば、セルフケアの概念は大きく広がる。

一方で、自己責任論に囚われてしまった人たちの場合、不本意な事態に直面しながら、求助行動や受援行動を切り捨て、ひたすら自己対処行動によって問題解決を図ろうという硬直した姿勢を取り続けているように見える。しかも、不本意な事態は、重要な情報が示されず、成功の覚束ない選択肢しか提示されない中で、自己決定を求められた結果であることも多い。そして、保健医療福祉領域の援助職は、病や障害も絡んだ生活破綻からの立ち直りに向けた支援を要する人が、十分な情報を得た上で、求助行動や受援行動を起こしやすいよう手助けする役割を負っており、またそのような役割を担い得る立場にあるはずである。

## V. セルフケア支援の展望

セルフケア支援は、健康問題を抱える人の自立支援として位置づけることができるが、看護職にとっては、成長支援と並んで実践の重要な目標とされている。自立支援、成長支援と並ぶ看護実践の重要目標としては、患者の安全と安楽の確保を挙げることができる。安全と安楽の確保が、急性期モデルに沿った看護実践の重点目標とされている半面、自立と成長の支援は重要であると言われながらも、方法や理論的裏付については、必ずしも明確にされてこなかった。むしろ、入院期間短縮と重症患者の相対的増加や、リスクマネジメントへの社会的関心の高まりによって、看護師の関心はより一層安全・安楽に傾き、自立や成長の支援への関心は希薄になりつつあるようにも思える。

看護師の関心が急性期患者や重症患者の安全・安楽の確保に傾くと、実践の重点は患者行動の保護と管理に傾きがちとなる。その結果、体力や気力の衰えから、的確な求助行動を起こす力の低下した患者の期待や要望の訴えを聞き取り、自己決定を最大限尊重することが疎かになりやすい。しかし、どんなに重症の患者でも、意識がある限り何らかの意思表示は可能であり、少なくとも看護師からの適切な問いかけに諾否の応答を返すことはできる。このように、看護師が患者の自己決定を尊重する姿勢を貫き、自立支援という原則を守ることを通じて生命力が賦活されることを経験した患者と看護師は決して少なくないはずである。

急性期を脱した患者のケアにおいては、ケアの重点は安全・安楽の確保から自立支援に移行させていく必要がある。しかし、可能な範囲での自立支援を急性期から心掛けておかないと、急に切り替えるのは難しいように思える。そして、それには患者からの自発的で意識的な訴えがなくとも、患者と通じ合えるための努力を重ねることが重要である。患者に意識がある限り通じ合うことは可能であり、特に注目すべきなのは患者の感情、とりわけ不快な感情の表出と表現である。

看護に人間関係論を持ち込んだペプロウは、統合失調症の精神療法に初めて成功した精神科医サリヴァンに倣って、「患者の感情には患者のニーズが反映している」と考えた。そして、カウンセリングの創始者ロジャーズの面接技法を応用して、患者による感情体験についての語りを引き出すことを重視した<sup>7)</sup>。ペプロウによるこのような発想は、今も有効と考えられるが、患者の関心や精神状態に見合った方法論の洗練は必要であろう。

保健医療福祉に携わる援助職全般という立場からすると、自立支援の中核はセルフケア支援であると考えられ、その中でも相談支援の活動は極めて重要な位置を占める。そして、相談支援の技法は、精神保健領域で開発されてきた精神療法やカウンセリング等の面接技法によって支えられている。精神医療、精神看護、心理臨床等に関わってきた実践者、教育者、研究者、そして当事者が職種や立場を越え、様々な視点を持ち寄り広い視野から相談支援とセルフケ

ア支援について共に考える場を作ることが重要であろう。

冒頭に触れたように、ケア、セルフケア、セルフケア支援という3つの要素は、入れ子構造をなしており、互いにパーツとして区別できると同時に、密接につながっている。そして、セルフケアはケアを取り入れ、セルフケア支援はセルフケアを取り入れることによって、徐々にその質を高めている。つまり、ケア、セルフケア、セルフケア支援は、それぞれ他の要素から良いところを取り入れながら発展を遂げ、他の要素の発展を促しているのである。具体的に言うと、健康問題の当事者は受けたケアの有効性を手応えとして確かめながら、有効な方法を吸収していく。そして援助者は、当事者によるセルフケアの有効性について気づきを得ながら、当事者には見えていないことを伝え、当事者が自力ではできないことに手を貸していく。

その過程で、当事者と援助者は対話を持続させながら、より有効なセルフケアとセルフケアを生み出していくが、そのような対話は個別の援助関係においても、当事者集団と援助者集団との支援関係においても繰り返されてきている。こうした流れは、セルフケアの目標を表す用語の変遷からも伺うことができる。医療職による指示を患者が受け身に遵守することが望ましいとされたコンプライアンスから、患者の疾病理解と治療への能動的参加を重視するアドヒアランスへ、そして患者の関心に沿った対話を基盤に患者と医療者の合意に基づく協働を実践

するコンコーダンスへの発展である。

その間に、IT化の進展に伴う情報の氾濫という事態から混乱も生じているが、患者と医療者の対話の質が高まれば、的確な情報処理と連帯感に根差す協働が可能であることが確かめられつつある。それでも地域や施設、援助職の間の意識の落差はまだ埋まらないようだが、セルフケアへの関心が領域を越えて高まりつつある。こうした社会状況を踏まえ、学際的な交流と情報交換が必要かつ可能な時期が来ているようである。

## 文献

- 1) 宮本眞巳：感性を磨く技法3—セルフケアを援助する—, 東京, 日本看護協会出版会, 1996
- 2) ドロセア E. オレム (小野寺杜紀訳)：オレム看護論, 東京, 医学書院, 2005
- 3) 上野千鶴子：自立, 社会学辞典, 東京, 弘文堂, 1988
- 4) ウィーデンバック (外口玉子・池田明子訳)：臨床看護の本質—患者援助の技術, 東京, 現代社, 1969
- 5) NHK クローズアップ現代取材班：助けてと言えない, 東京, 文藝春秋, 2010
- 6) 宮本眞巳：受援力に関連する諸問題について, 日本保健医療行動科学会雑誌, 30(1), 2015, 81-86
- 7) ペプロウ, H. (稲田八重子他訳)：人間関係の看護論, 東京, 医学書院, 1973