



1986年熊本大学教育学部特別教科(看護)教員養成課程卒業。1998年聖路加看護大学大学院修士課程(看護学修士)。1988～1993年長谷川病院にてCNSとして勤務。1997年看護学博士(第8号)取得。1997～2001年兵庫県立看護大学看護学部勤務。1997～2001年光愛病院看護部CNS非常勤。2001年熊本大学医療技術短期大学部看護学科教授。2004年熊本大学医学部保健学科教授。2008年より現職。現在、熊本大学医学部附属病院ならびに桜ヶ丘病院にて精神看護CNS(非常勤)。

地域生活移行支援に必要な

第3回 アセスメントと信頼関係の構築、セルフケアへの支援

精神障害者の地域生活移行支援においては、これまでの地域生活において患者がどのような生活を送っていたのか、また、患者自身がどのようになりたいのかを踏まえた支援体制が非常に重要となる。そこで今回は、精神障害者の地域生活移行支援に必要とされる看護師の知識と支援技術として、①精神状態の査定、②患者の健康的な側面の把握、③セルフケアの把握と査定、④信頼関係の構築、⑤セルフケアへの支援について述べていく。



精神状態の査定

(Mental States Examination : MSE)

精神状態は、〈外見〉〈気分〉〈行動〉〈思考過程〉〈思考内容〉〈認識〉〈洞察と判断〉〈自傷他害の有無〉に分けられる。

看護師は、表1の項目について尋ね、観察する。これらの項目について、日内変動がある、もしくは食事や排泄、活動、人との付き合いなどの日常生活への支障がかなり強い場合には「重度」と考える。また、これらの項目について日によって変動がある、もしくは日常生活への支障が見られる場合には「中等度」、さらに、これらの項目が3日から1週間落ち着いている、もしくは日常生活への支障がほとんどない場合には「軽度」と考える。

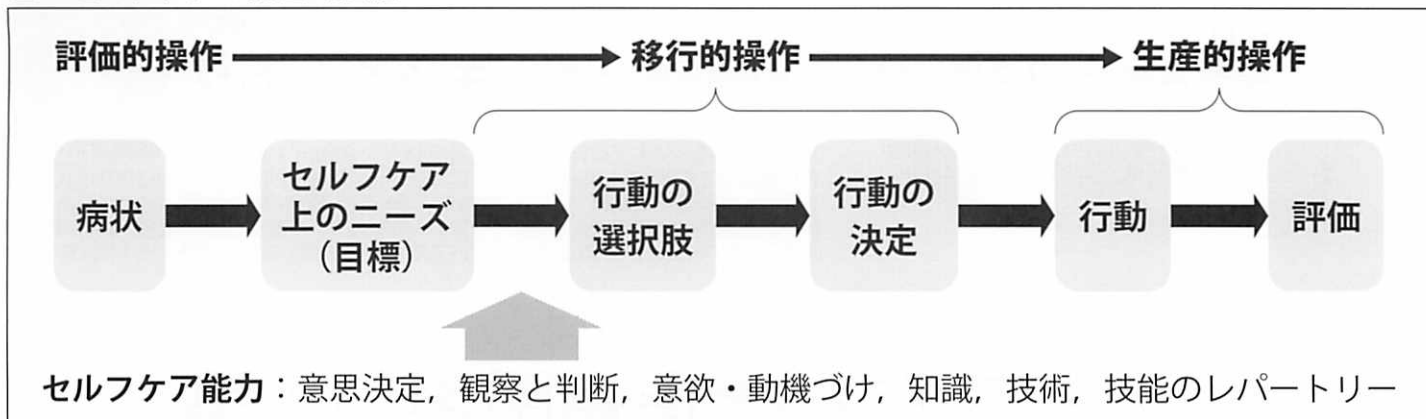
重度の場合には、刺激やストレスを減らし、向精神薬の力を借りながら頭を休め、日常生活についてはできないことには保護的にかわり、支援する。中等度の場合には、調子のよい日は日常生活のセルフケアを促進し、調子が悪い日は症状管理を進める。

症状管理としては、「今日1日あるいは3日間」の短期目標を定めて日々を送ったり、散歩や運動・階段昇降、趣味に没頭するなどの活動を1回15分、1日3回実施したりすることで、調子を回復させることができる。また、精神症状が痛みや肩こり、緊張などの形で体に現れている時には、リラクゼーショ

項目	観察内容
外見	年齢相応に見えるかどうかや態度・姿勢
気分	悲しい、楽しい、つらい、怒りなどの感情の側面
行動	過活動なのか引きこもりがちなのか
思考過程	思考のまとまり
思考内容	幻覚の有無、妄想、被害念慮、強迫観念、希死念慮
認識	現実見当識の有無(日時・場所・人が分かるかどうか)、集中力、注意力、記憶力(短期記憶と長期記憶)
洞察と判断	日々の振り返りや決定
自傷他害の有無	自傷行為や暴力などの他害行為の有無、行動化の有無

表1 精神状態の観察項目

図 セルフケアの意図的過程



宇佐美しおり, 鈴木啓子, パトリシア・アンダーウッド: 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, P.51, ニューヴェルヒロカワ, 2003.を改編

ンを勧めるほか、信頼のできる人に相談したり、必要に応じて臨時の薬を活用したりしながら症状管理を行う。

軽度の場合には、今後の生活を見据えたりハビリテーションを積極的に進めることになる。この時、何をストレスに感じたのかを具体的に振り返ったり、怒りを表現する練習や自己主張訓練などを行ったりしてみることも、ストレス・マネジメントに役立つ。

精神障害者の地域生活を支援する場合には、精神状態について、入院前のよい時ほどのような状態だったのか、なぜそのような状態が保たれていたのか（服薬管理や症状・ストレス管理がうまくいっていたのか、支援者がいたのかなど）、なぜ今回精神状態が悪化したのかを把握することが必要となる。また、入院が継続されている場合には、この1、2年の間で最も精神状態がよい時とはどのような状態だったのか、どのような支援や環境があるとそのような状態が維持されるのかを把握し、ケアプランに反映させることが必要になる。

患者の健康的な側面の把握 (Mental Health Assessment: MHA)

患者の病的な側面だけでなく、患者の健康的な側面、すなわち、これまでの成長発達課題をどのように乗り越えてきたのか、問題や

ストレスが生じた時にどのように乗り越えることができたのか、患者のソーシャル・サポートの情報から誰が患者を支援してくれるのかを把握することが重要となる。

セルフケアの把握と査定

看護のありようは看護理論の数だけ存在するが、ここでは、オレムの看護理論を精神障害者に適用した、オレム—アンダーウッドのセルフケアに関する理論について述べる。

オレム—アンダーウッドのセルフケア理論においては、セルフケアとは、精神障害者が自分のニーズを見つめ、自分のニーズを満たすためにどのような行動が必要なのかをいくつかの行動の選択肢の中から選択して決定し、行動を起こす意図的過程を指す(図)。

人間には、食事や排泄を自分で調整して実施したい、体温の調節や個人衛生の保持、活動と休息のバランスや一人であることと人といることのバランスの維持、自分の安全を自分で保ちたいといった“普遍的なニーズ”がある。人間の成長発達段階において生じるニーズはこの普遍的なニーズに反映され、また、病気になると、病気や症状をコントロールしたいという健康逸脱に関するニーズも存在する。

これらのニーズを満たす目的で自分のため

に実践活動を行うことを、セルフケアと呼ぶ。このセルフケアは、人としての能力、すなわち、自己決定能力や知識、技術、技能のレパートリーや洞察と判断を用いて実施される。精神障害者では、これらの能力の中でも、「自己決定能力」が最も重要である¹⁾。

地域で生活を送る精神障害者の場合には、特に、セルフケアの把握だけでなく、入院前に最も状態が良かった時のセルフケアが参考になる。入院中の場合には、この1、2年の間で最も状態が良かった時のセルフケアを把握していくこととなる。

また、なぜそのようなセルフケアが保たれていたのか、患者自身の意欲が高かったのか、安心できる環境だったのか、患者が信頼する支援者がいたのか、患者を多方面から支援してくれる支援体制が構築されていたのかなどを把握しながら、ケアプランに反映していくことになる。



信頼関係の構築

これまでと今の精神状態やセルフケアの把握と査定を行ったら、次は、今回どこまで精神状態やセルフケアを回復する必要があるのかを検討することになる。これらを〈長期目標〉〈短期目標〉と呼び、この目標を基にケアを展開する。

例えば、入院前に1年間セルフケアができていた統合失調症患者の場合には、その時の精神状態やセルフケアの状態と今の精神状態やセルフケアの状態とを比較し、なぜそのような状態が維持されていたのか、なぜ今回悪化したのか、患者本人はどこまで回復したいと考えているのか、今後どうしていきたくいかを患者・家族と話し合いながらケアを進めていく。

1年間セルフケアができていた理由（きちんとした服薬管理、周囲からのストレスの少なさ〈過干渉がなかった〉、本人の話をしっかりと聞いてくれる人がいた、本人が楽しみにしていた活動があったなど）を把握することで、今回目標とするレベルまで回復するにはどのような支援が必要なのかを把握できる。

さらに、患者が将来やりたいことを大きな目標（学校へ復学する、復職するなど）とし、その目標を達成していくための小さな日常生活上の目標（学校へ復学、復職するために活動のリズムを整えてみる、上司との付き合い方を検討してみる、人と交渉する方法を獲得してみる、職場で仕事を続けていくために症状を管理するなど）を達成していくことが必要となる。

目標を立て、支援を展開する際に必要不可欠なのは、信頼関係である。信頼関係は、今後の治療や生活の見通しの提示、自分が求めなくても定期的に自分の状態を見に来てくれるという安心感、正確な知識と技術、相手のために時間を使う、人として尊重してくれるということなどから構築されていく²⁾。

特に精神障害者の地域生活を促進するためには、退院後の生活を見据え、どのような人がかかわることになるのかを最初から検討し、入院中から今後の生活や患者のニーズを満たすために必要とされる人材（例えば、訪問看護師、保健師、ホームヘルパーなど）との信頼関係を構築していくことが重要となる。

これらのアセスメントを行うためのフォーマットを表2に示す。



セルフケアへの支援

次に、これらのアセスメントを基に、精神状態の程度に応じて、今後の生活に必要なとされるセルフケアを見据えて支援計画を立てる。

表2 データベースアセスメント

ID: _____ 患者氏名: _____
 記入日:平成 ____年 ____月 ____日, 受け持ち看護師: _____

I. セルフケアへの影響要因

1. 対象者の背景: 年齢, 性別, 過去の就労の有無, 同居の有無 (単身生活の方がセルフケア能力が高い), 経済的支援 (障害年金の有無)
2. これまでの経過
3. ケアシステムに関連した因子: _____ 過去の入院期間・回数:
 地域での生活期間: _____
4. 病状に関連した因子: _____ 病状:
 服薬量: _____
 これまでのセルフケア (安定していた時, 食事や排泄, 活動と休息のバランス, 孤独と人との付き合いのバランス, 家族との付き合い, 症状・服薬の管理, 個人衛生の管理などをどのようにしていたか)
5. ソーシャル・サポート
 本人を情緒的に支えてくれる人: _____
 物理的に支えてくれる人 (お金が足りない時に借してくれたり, 病気をした時に食事を持って来てくれたりするなど): _____
6. 今後の要望 本人の入院に対する希望: _____ 家族の期待: _____

II. 精神状態の把握と査定

- 1) 外見: 程度 (軽・中・重)
 - (1) 身だしなみ: 奇麗だが, 季節感なし あまり奇麗ではない 乱れている 汚い 問題なし
 - (2) 体の動き: リラックスした感じ 過活動 適切 遅れがち 固い動き
動きが奇妙 (理解が難しい)
 - (3) 視線: 合う 目が合うのを避ける 断続的 一点凝視
 - (4) 面接者への態度: 協調的 要求がち 敵意 威圧的 イライラ・興奮がち 不満ばかり
懐疑的 引きこもりがち 問題なし
 - (5) コミュニケーション: 自己主張的 受け身 攻撃的
- 2) 行動: 程度 (軽・中・重) 合目的 困惑状 衝動的 (やや) 強迫的
- 3) 言語: 程度 (軽・中・重) 明確 早い せき立てられるように話す 叫ぶ ささやく
 (やや) 繰り返し
- 4) 気分: 程度 (軽・中・重) 楽しそう 穏やか 悲観的 無力 怒り 心配・恐怖 問題なし
- 5) 不安: 程度 (軽・中・重) 弱い 中等度 強い 問題なし
- 6) 思考過程: 程度 (軽・中・重) 若干混乱, 短絡的 思考が遅い 話が飛ぶ 問題なし
- 7) 思考内容: 程度 (軽・中・重) 現実的ではない 希死念慮が強い 幻覚 妄想 強迫観念が強い
問題なし
- 8) 認識: 程度 (軽・中・重) 現実見当識はやや低下 ○人 ○場所 ○時間
集中力の低下 注意力の低下 問題なし
- 9) 記憶力: 程度 (軽・中・重) 5分前のことを覚えていない 過去のことを記憶していない 問題なし
- 10) 洞察: 程度 (軽・中・重) 状況が認識できない 状況を認めることが困難 人を責める 問題なし
- 11) 判断と日常生活: 程度 (軽・中・重) 日々のことが管理できない
生活上のことを合理的に決定できない 問題なし
- 12) 自分・他者への危険度: 程度 (軽・中・重)
 - (1) 自傷したいと考えているか はい いいえ (2) 最近, 自傷をしているか はい いいえ
 - (3) 暴力の既往があるか はい いいえ (4) 行動化の既往があるか はい いいえ
 - (5) 衝動性の高さ 高い これまでと同じ 問題なし

〈精神状態の査定〉

表 2 の続き

Ⅲ. 精神の健康度の把握

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. これまでの家族関係
[] | 2. 過去の友人との関係
[] |
| 3. 成育史
[] | 4. 過去の学業成績（知的理解力など）
[] |
| 5. 薬物乱用の有無
[] | 6. 家族歴
[] |
| 7. ストレスへの対処能力
[] | 8. 本人の強さ
[] |
| 9. 生活上のニーズ [] | |

Ⅳ. セルフケア能力の査定とセルフケアに関連する情報

①セルフケア能力の査定（該当するところにチェック）

	全介助		部分介助		支持・教育		コメント
	過去	現在	過去	現在	過去	現在	
水分・食事・呼吸							
排泄							
個人衛生							
活動と休息							
孤独との付き合い							
危険防止							

*過去とは、入院1, 2年前の安定していた時を指す。

*これらを査定しながら、入院中の治療目標を明確にする。また、退院後に必要なセルフケアが入院前のセルフケアと異なる場合には、入院中から教育的アプローチを行う。

査定：

長期目標：

短期目標：

ケアプラン：

精神状態が重度でセルフケア能力も低い時には、頻回に患者の様子を見に行きながら、生活時間の流れを提供したり、排泄や空腹感などの身体感覚を確認して苦痛を除去し、孤独感を解消できるよう支援していく必要がある。

一方、精神状態が中等度の場合には、心理教育として生活技能訓練を提供したり、活動と休息のバランスや人との付き合いのバランスをとったり、再燃や再発を予防するための睡眠時間の確保や症状管理の方法、家族との付き合い方やSOSの出し方、危機時の対応などを、患者と共に検討していく。

また、患者の精神状態が重度・中等度の時には、家族にも精神的支援を行いながら、家族自身もストレス・マネジメントを行い、患者と距離をとって対応できるよう、具体的な

対応方法などを支援していく必要が出てくる。家族を支援することで、家族が患者と容易に対応できるようになり、家族の負担感が減ることで患者自身も安定していくことが可能となる。

引用・参考文献

- 1) 宇佐美しおり, 鈴木啓子, パトリシア・アンダーウッド: 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, P.51, ヌーヴェルヒロカワ, 2003.
- 2) 前掲1), P.31.
- 3) 宇佐美しおり, 岡谷恵子: 長期入院患者および予備群への退院支援と精神看護, 医歯薬出版, 2008.