

PAS セルフケアセラピィと看護職・高度実践看護師の役割 —介入理論と介入技法の発展をめざして—

宇佐美 しおり

(元熊本大学大学院生命科学研究部, 教授)

(現 四天王寺大学看護学部, 教授 / 看護実践開発研究センター長)

まず、南裕子先生、岡谷恵子先生並びに学会参加の皆さまに感謝申し上げます。次回からは、学会誌なども作りながらセルフケアの介入技法を深めていきたいと思ひます。本学会を皆様の教育・研究・臨床の力にさせていただきながら、今後の方向性等を確認しながら、やっていきたいと思ひます。

私たちを取り巻く環境として、超高齢社会になり、身体疾患の問題、診療報酬・介護報酬も厳しい状況になってきています。医療にもITが活用されるようになってきています。また人口構造の変化により、高齢者の増加、総人口の減少、医療費の負担の問題、高齢者の単身世帯の増加により、病院での看取りも多く、介護需要、医療需要が増えてきます。長期療養型病院の増加、病院の機能分化も強まり、在宅看護・介護・地域包括ケアに向けて、個人のセルフケアにどこまで介入できるのか検討しなければなりません。

さらに、医療においては、5大疾患の問題があります。5大疾患の患者さんとセルフケアについて、疾病予防と日常生活に介入していくことが看護師としての力の見せ所になってきます。私の専門である精神科看護では、精神障がい者の在宅ケアの問題、うつ病患者の自殺は世界的に見ても第8位、自殺は減っては来ていますが、厚生労働省は自殺の早期発見・早期予防・自殺防止に力を入れています。看護でも、自殺の原因となっている身体疾患を契機に発症するうつ病の予防や対策、ケアに重点が置かれるようになってきています。

看護では特定行為のことも挙げられており、あらためて私たち看護者の役割を確認する時でもあります。

要約すると、今後は地域の高齢者の増加や、病院の機能分化により、早期退院を余儀なくさ

れ、慢性疾患患者や家族のセルフケアをどう強化できるか、看護・介護の社会的資源のマネジメント能力をどう上げていくかが私たちの課題になってきます。

次にセルフケアの看護の発展について押さえていきたいと思ひます。セルフケア看護の発展として、オレムのセルフケア理論は第6版まで改訂されています。1985年以降、オレムのセルフケア理論を聖路加看護大学（現 聖路加国際大学）に南裕子先生が導入されて、その当時は、文化の違いがあつて導入できにくいといわれましたが、文化が違つてもセルフケアは重要で、日本では、5大疾患が増えてきたことで、セルフケアが悪性腫瘍、糖尿病や心不全の患者への看護において発達してきています。また実際に災害看護でもセルフケア及びセルフケアへの介入は発展してきています。震災後の支援者である看護職がうつとPTSDを悪化させることがわかつてきており、私自身も熊本地震に遭つて、離職防止プログラムを作成し、熊本大学病院、熊本県看護協会、兵庫県立大学、WHOの支援を受け、衝動や欲求に触れながら震災後のセルフケア再構築を促してくことで看護者が元気になり、セルフケアへの看護介入は被災者兼支援者のうつ/PTSD悪化を予防することがわかりました。すなわち被災者兼支援者である看護職者のセルフケアを促進することで、うつやPTSDを予防でき、仕事の継続を助け看護者の生活の再構築を促していくことがわかつてきました。

また平成5年に日本看護協会により発足された認定看護師、専門看護師制度により、その恩恵を受けて私はCNS活動ができています。CNSをはじめとする高度実践看護師（Advanced Practice Registered Nurse, APRN）が、どのように現在の医療の課題である5大疾患を予防し、

地域で生活する人々にセルフケアへの介入が行えるのか、またその介入効果を明確にすることが重要であると思っています。今後、CNS、APNは直接ケアが増えてくると思います。高度実践看護師として、資格を持った看護師が、直接ケア、コンサルテーション、教育、研究等を行っていきませんが、CNSは現在2,104名(2018年8月)で、主に看護部・病棟所属で、外来が少ないため、地域包括ケアに移行する上で今後この構造が変化していくことが期待されています。

CNSは、実践・相談・教育・研究・調整・倫理調整の6つの役割を果たし、多職種との協働を行う多職種協働モデルを展開し、セルフケアや社会復帰に介入していることが研究結果からわかっています。また研究においてCNSやAPNがハイリスク患者やケア困難な患者さん、長期入院や合併症を持っている患者さんに関わり、また、精神科領域では、自傷行為・行動化や退院後の早期入院の患者さん方に関わり、直接ケアでの看護面接技法で患者や家族のセルフケア能力を強化し、一方でチームを構築し、チームをアセスメントして、チームの支援方法を明確にし、役割分担し、コミュニケーションを強化し患者のセルフケアを改善していることがわかってきました。CNSの存在は患者・家族への直接ケアとチームへの介入効果があることがわかってきていますが、それができる人をどのように育成していくのか、看護職、CNSたちが役割を十分発揮できるように、看護介入理論と技法を構築し展開したいと考え、介入技法をセルフケア看護とPASセルフケアセラピーと呼びました。

慢性疾患や、精神疾患を持つ患者さんのセルフケアが病気の重症化予防や地域生活維持につながっていて、セルフケアへの看護が効果的であることは立証されています。オレムのセルフケア理論、精神科領域ではオレム・アンダーウッドモデルのセルフケアに関するモデルを用いてセルフケア看護をしっかり実践すれば、患者の病気は改善していきます。しかし、ハイリスク患者やケア困難患者さんは、セルフケアプログラムだけでは改善がみられません。

また、看護の現状と課題ということでみると、CNSによる看護面接技法が、セルフケア能力を向上させていくことがわかっていますが、

どういう患者層にはCNS・APNの介入が必要で、どの層にジェネラリストの介入が必要なのかも明確にしていく必要があります。さらにCNS・APNたちが患者の地域生活移行支援を行うためには、療養環境の整備は勿論、継続看護として、チームを含めた支援、症状管理能力に働きかけていくことが必要であることもわかってきています。そのためには、チームの構築が非常に効果的であることがわかってきました。さらに、自分たちの役割を診療・介護報酬、政策に反映させるためにCNSを中心としたリエゾン精神看護介入ができるプロトコルを作って、チーム構築する研究を行い、準実験研究、無作為化比較試験を行いCNSの効果を示すこともできました。しかし介入技法の発展のためには事例研究や介入研究を行っていくことが重要と考えるようになりました。

事例研究法は現象の理解とどのように介入したらよかったのかを振り返りながら分析していきます。それはケアの意義・価値を明確にする上で非常に重要です。しかし実際にアセスメントして、介入して、それがどうなったかということから、さらに問題を絞って、アセスメントして、介入しその成果をみていくことを行っていかないと、私たち看護者及びCNSは、介入技術、介入技法を発展させることができません。これを介入型事例報告・事例研究といますが、このような事例報告・事例研究を増やしていかないと看護職やCNSの看護介入技法は発展しないと思うようになりました。自傷や行動化を繰り返す患者や、退院後の早期入院予防のために、アセスメントして仮説をたて介入していくことが重要と考えます。例えば、行動化する患者さんは、行動化で怒りを発散しますが、怒りの衝動は発散するものの欲求が見えずにセルフケアの意図的過程を展開しにくい。看護職は欲求が見えないところを模索し、欲求を明確にして関わりながら総合アセスメントを行いCase Formulationを行ってセルフケア上の目標をたて、セルフケアプログラムを展開しその成果をみる、という事例報告を積み重ね、事例報告でたてた仮説をさらに明確にし、その検証を行うことを事例研究としてまとめていくことが課題と考えます。

先ほどから介入技法と言っていますが、では、セルフケアを促進するための介入技法ってどうい

うことなのでしょうか。そこには精神力動理論の中のPAS理論（Psycho-Analytic Systems Theory, 精神分析的システムズ理論, PAS理論, 小谷）を使って、信頼関係を早期に構築することが重要で、PAS理論で言われるグラウンドメトリックス・相互作用メンタルメトリックス・心的安全空間生成を行い、DER（Describe, Express/Explain, Response, 体験の認知を記述する・体験に伴う感情や思考を表現する・自己のフィードバック）技法を使いながら、無意識/前意識の衝動・欲求に触れて欲動展開を行い、欲求からセルフケア上のニーズを探し、目標をたててセルフケア行動を展開していく介入技法が重要です。

例えば、ケア困難患者さんと医療チームがありオレム・アンダーウッドのセルフケアモデルを用いて、セルフケアプログラムを展開します。その詳細はテキストにも示していますが（小谷・宇佐美, 2018）セルフケアプログラムではセルフケア上の課題が解決しない時にさらにPASセルフケアセラピー（PAS Self Care Therapy, PAS-SCT）を展開しケア困難患者のセルフケアに関する課題を解決していきます。アクションリサーチや無作為化試験などは、現場の実践者だけでなく、大学教員と連携してやっていますが、現場の中では、今回提示しているような介入型事例報告と事例研究を行いながら自分の実践能力および研究能力をあげていくことができます。そして社会の中で公表し、CNSやAPNたちの成果を明確にすると共に、成果を出すための介入が適切に出来るよう系統的トレーニングや研究を行い看護の発展につながれば良いと考えています。

本学会設立の趣旨と致しまして、この学会へ来れば慢性疾患や精神疾患患者さんのセルフケア介入技法がわかるということ、さらに、患者さんの特徴や重症度に応じたセルフケアの看護ができるように、一歩進んでケア困難な患者さんのセルフケアを改善するためのPASセルフケアセラピーがわかり、それをやった時にどのような成果が得るのかを学会で学術的に示していきたいと考えています。セルフケア看護から、PASセルフケアセラピー、これはオレム・アンダーウッド理論をもとにしたものですが、個人と組織にもどう介入できるかの研究を行っていき、将来的には、診療報酬による評価を得るということを目指していきたい

と考えています。

このPASセルフケアセラピーとは、精神力動理論のPAS理論を用いながら衝動や欲求に触れこれをセルフケアへの意図的過程へと展開していくための介入技法で特にケア困難になった患者さんに対して実施していきます。どのような患者にセルフケアプログラムが必要なのか、ケア困難などのような患者にPASセルフケアセラピーが有効なのかについても明らかにしていきたいと思えます。さらにセルフケアに関するエビデンスの集積、看護職の特定行為として発展させ社会の中で認められるよう、明確にしていきたいと思っています。ご清聴ありがとうございました。