

## ●はじめに

1999年の精神保健福祉法改正に基づき、2002年4月1日より、精神障害者の地域生活支援を主目的とする精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）が開始された。

この事業の運営要綱によれば、サービス内容として、①家事に関すること、②身体介護に関すること、③相談および助言に関することの3点が挙げられており、さらに各々の具体的な内容をみると、①では調理、生活必需品の買い物、衣類の洗濯・補修、掃除・整理整頓、②では、身体清潔保持のための援助、通院や交通・公共機関の利用のための援助、③では、精神障害者の生活・身上・介護に関する相談・助言を行うこととされている。

病院内における看護、特に社会復帰準備期においては、患者が地域でその人らしく自立した生活を送ることを目指した援助が展開される。前述のホームヘルプサービスの内容は、実際に地域のなかで生きていくために必要な生活技術に対するサービスであり、同時に社会復帰後においても、その習得のための援助が継続して必要であることを意味している。従って、病院で行う生活技術習得へ向けた援助においても、患者が直面するであろう日々の細かな生活の営みに着目していく必要があると考える。

本稿では、入院患者の60～70%を占めるといわれている精神分裂病（2002年8月より「統合失調症」に改名予定）患者に焦点を当て、生活技術習得のための援助にポイントを絞って述べていく。入院患者の中には、さまざまな理由で長期入院を余儀なくされた慢性期の患者も多い。これらの患者に対する援助も基本的には本稿に準ずると考える。しかし、退院への動機付けや意欲をもつことさえ困難である患者もおり、生活技術の習得と同時に、今後の患者の生き方そのものを共に話し合うことが求められる。

なお本稿で示した精神分裂病の回復過程の段階については、中井による臨界期を回復期初期、同様に寛解後期前半を回復期後期とした。

## ●準備期間としての回復期初期

### 1. 回復期初期をとらえる

急性期にある患者の看護は、精神症状の改善と患者の安全を守ること重点が置かれる。そして入院後2、3週目頃より、患者は急性期から回復期へと移行していく。

回復期における看護は、今後の患者の回復過程に大きな影響を及ぼすため、看護師の力量が大きく問われる。この時期、患者の精神症状は変化しやすいため、社会復帰への働きかけが早すぎると患者への負担が大きくなり、症状が悪化する可能性がある。また働きかけが遅すぎれば、患者の社会復帰への意欲や働きかけのタイミングを見逃し、そのまま慢性期へと移行してしまう可能性もある。従って、看護師は、患者が急性期から回復期へと移行してきた時期を見逃さないことが重要である。あたり前のことではあるが、これを見逃すと、結果的に症状は比較的安定しているが、生活技術の不足のために入院が必要という状況を作りかねない。

## 2. 具体的な援助

### 1) 患者の焦りを受け止める

この時期の患者は、退院に対する気持ちを焦りとして表現する場合がある。例えば、「ずっとここ（病院）にいなきゃならないのか」、「いつ家に帰れるのか」などと話すときは、その可能性が高い。急性期の嵐が過ぎ、現実的な部分に目を向け出したサインとしてとらえることも可能だが、患者はまだ心身ともに消耗している時期にある。そのため看護師には、患者の退院に対する焦りを十分に受けとめ、不必要な消耗を最小限にする関わりが求められる。

### 2) セルフケア能力を認める

しかしながら、退院への焦りが諦めとなってしまわないように、患者が自分で何かを行おうとした意欲、行えている行動を認めることも必要である。急性期と比較すると、精神症状は安定しつつあるが、心身の消耗のために意欲は減退しやすく、セルフケアが不足する傾向がある。このような状況の中で、患者が自ら何かをしようとする意欲を維持し、具体的な生活技術習得の段階へとつなげていくためにも、患者が現在保持しているセルフケア能力を認めることが大切である。

### 3) 休息と活動のバランスを図る

状態が変化しやすいこの時期、看護師には患者が可能な範囲でセルフケアを行うための援助と同時に、十分な休息を確保することが求められる。日常生活行動を促したときの患者の反応から、今、患者にとって必要なことは休息または活動なのか、その都度見極め、過度な負担がかからないように日々の生活を整えていくことが必要であろう。

以上ここに述べたことは、生活技術の習得に直接結び付くことではな

いと思われるかもしれない。しかし、回復期中期を経て後期への移行が円滑になされるための準備期間ともいうべき重要な時期であり、繰り返しになるが、この時期の看護は、今後の回復過程に大きな影響を及ぼすことを看護師は忘れてはならない。

## ● 社会復帰準備期としての回復期後期

入院後 1～4 ヶ月経つと、多くの患者は生活のリズムが整い、日常生活行動がおおむね自立したものとなってくる。また他者との関わりの方  
面において、ある程度の言語的コミュニケーションも可能となる。

この時期は、患者が表現した今後の生活に対する希望・不安などの思いをとらえ、患者が思い描く生活を送るため、あるいは患者が抱えている問題を解決するためには、今、何が必要で、それに対し何ができるのかを一緒に考えていく過程でもある。患者と共に、これからの方向性を見出していくことが求められるであろう。

### 1. アセスメント

生活技術の習得に向けて援助するにあたり、  
現在患者がもっている力をアセスメントすることは不可欠である。患者は、現在どこまでできて、どこからできないのか、また入院前の生活の様子と比較し、入院後における日常生活行動の変化を明らかにする必要がある。以下に具体的なアセスメント項目を示す。

#### 1) 日常生活技術

朝、起床してからの洗面、歯磨き、更衣、食事、排泄といった基本的な生活技術がどの程度自立しているのか、またその行動パターンを把握する。加えて、入院前とこの時期の生活の様子とを比較し、患者に合った目標を設定することが大切である。患者にとって高すぎる目標は、自ら何かをしようとする意欲を減退させてしまうだけでなく、精神症状を不安定にさせることにもつながりかねない。なおこの点は、次に述べる社会生活技術に関しても同じことがいえる。

#### 2) 社会生活技術

家事全般に関すること（調理、買い物および所持金の管理、洗濯、掃除・整理整頓など）、

季節や場に合った身だしなみ、清潔の維持、他者と関わるためのコミュニケーション技術、さらにはストレスへの反応と対処に関して把握する。

ここでの習得すべき技術の内容や程度は、患者が退院後に生活する環境によって、異なったものとなる。例えば、1人暮らしをする予定の患

者と、家族と共に生活する予定の患者とでは、調理ひとつをとっても、前者は準備から後片付けまでを習得しておく必要性が高くなり、後者は習得の必要がないかもしれない。また1人暮らしであっても、訪問看護やホームヘルプサービスなど、社会資源の利用の仕方によっても異なる。従って、何をどの程度習得すべきかは、病院内での患者の自立の程度のみから判断されるのではなく、退院後の経済的基盤、生活環境（住居・家族状況）などを考慮する必要がある。あくまでも退院後の生活に即した実践的な内容であるべきことを忘れてはならない。

他者との人間関係を構築するうえで、コミュニケーション技術は欠かせないものである。

病院内における保護的な環境とは異なり、地域における生活では、より言語的で、明確な意思表示が求められることが多いと考えられる。個々の患者の表現方法や認知のずれなど、対人関係における傾向を知っておく必要があるだろう。

最後にストレスへの反応と対処についてだが、退院後の新しい環境の中では、患者はストレスを受けやすい状況に置かれることが予測される。このストレスは、精神症状の悪化を招く可能性もある。そのため、患者が誰に対して、またどのようなことにストレスを感じやすいのか、さらにストレスを感じたとき、その言語化がどの程度可能であり、話せる相手がいるのかなどについてアセスメントを行なう必要がある。さらにその患者特有の調子の崩し方、例えば不眠になる、意欲が低下するなどといったパターンについても知っておくとよい。

### 3) 精神症状

現在ある精神症状が、日常生活に及ぼす影響とその程度について把握する。例えば、幻聴や妄想がある場合、それらが睡眠や食事などの日常生活行動にどのような障害をもたらしているのかということである。しかしながら、幻聴や妄想があったとしても、それらによる生活への障害が大きくなければ、継続して観察を続ける方向でよいと考える。

さらに患者自身が、自分の精神症状をどのようにとらえているかを把握することにより、症状が出現したときの対処方法、例えば他者に助けを求める、自分が今、病的状態にあることを認識できるなど、症状のコントロールへとつながる援助を展開することも可能となる。

### 4) 内服薬の自己管理能力

服薬の中断は、退院後の再発につながる。そのため、退院後の生活状況に合わせて、服薬習慣を身につける必要がある。看護師は、服薬の必要性やその方法、内容についての理解、服薬への態度（拒否的でないか）

などについて把握する必要があるだろう。

## 2. 具体的な援助

### 1) 生活習慣およびリズムを整える

患者はしばしば、意欲の低下、自発性の欠如といった精神症状を伴う。そのため、生活習慣やリズムが乱れやすい傾向にある。睡眠を例にとると、朝、何度も声をかけてもなかなか起きてこない患者に遭遇することは少なくないだろう。起床時間が遅くなると、朝食の時間や朝の服薬の時間までもが遅くなる。さらに、日中臥床がちに過ごした場合、結果として不眠を招くことにもつながりやすい。このようにして、生活習慣やリズムは乱れていく。従って、看護師は、精神症状の変化に注意しながら、積極的に関わっていく必要がある。すぐに思うような関わりの結果が出ないことも多いが、何よりも看護師が諦めてしまっただけでは、生活習慣やリズムが整わないまま慢性期へと移行してしまうことになる。

### 2) 生活技術の習得へ向けて

具体的に援助を開始するにあたり、看護師は事前のアセスメントに基づき、患者の退院後の生活像をイメージすることが大切である。そうすることにより、援助内容がより実際に即したものとなる。また援助の場面では、看護師自身の生活技術能力も大いに求められることになるだろう。

#### a 調理

1 人暮らしの場合や家族内でその役割を担っている場合、必要不可欠な技術であるといえる。しかしながら、その習得のための訓練は、入院前の調理能力によって異なる。この点を踏まえると、もともと調理の経験がある場合は、訓練を重ねることで比較的技術の獲得につながりやすい。一方、これまでに経験がない場合は、包丁の持ち方や電子レンジの使用方法などから訓練を開始する必要がある。また全て手作りの食事にこだわる必要はなく、市販されている惣菜、冷凍食品やレトルト食品の活用も合わせて指導していくとよい。

#### b 買物および金銭の管理

病院内の売店で訓練することも可能だが、実際に買物をするようになる環境に出向くことが望ましい。地理的に無理がある場合は、よく使用することになる店のタイプに合わせて練習するとよい。スーパーマーケット、コンビニエンスストア、小売店などでは、商品の選択肢の多さ、店員とのやりとりという面において違いがあるからである。また、購入

したいものを見付けられないとき、値段を知りたいときなど、状況に合わせた店員との関わりを想定して訓練することも必要であろう。

金銭の管理能力は、社会生活を営むうえで非常に重要である。可能であれば、入院中の早い段階から、小額の金銭管理の訓練を進めていくことが望ましい。また入院中は、病院または病棟が患者の所持金を管理している場合もあるが、退院後は郵便局や銀行などの口座を利用する必要も多いと考えられる。できれば入院中に預金口座を開き、窓口での対応やATMの使用に慣れておくことが望ましい。

さらに金銭管理能力は、その患者の金銭感覚と深く関係しており、感覚をつかむための援助は、技術を習得するための援助以上に根気が必要であると考えられる。例えば、食費として使える金額は、その患者の経済基盤によって異なってくる。そのため、手元にある金額から使用可能な金額を、患者自身が認識する必要がある、細やかな援助が求められる。筆者は、以前患者の金銭管理について関わり、患者と相談しながら、小遣帳を作って自己管理を試みた。小遣帳に記入することはできるのだが、何度も所持金に見合わないものを購入しようとする患者に、筆者自身の根気が試されているような感覚を経験した。また自分の金銭感覚も援助に反映されたと思われた。看護師は、自分の価値観を押しつけることにならないように注意することも大切であろう。

#### c 洗濯

洗濯機の使用法そのものよりも、衣類の汚れの認識、清潔な衣類とそうでないものを区別する能力が求められる。衣類の汚れが目立ってきたら、その都度患者に声をかけ、洗濯の必要性を認識してもらうことが必要であるし、衣類を分別するための洗濯物入れの袋やカゴなど、行動を起こすための環境を整える必要がある。筆者が実習指導にあたった学生の受持ち患者は、3週間の実習が終了する頃、ようやく汚れた衣類を、2人で決めた洗濯物入れの袋の中に入れるようになったことがあった。学生であるから、その都度声をかけることが可能な状況であったことが大きいと思うが、これも看護師の根気を問われる関わりであろう。

具体的な洗濯方法については、洗濯機の使用法や洗濯物の干し方、また洗濯物の量によって手洗いで行う方法や、洗剤の量を調節することなども指導が必要である。

#### d 掃除・整理整頓

この技術はそれまでの生活習慣によるところが大きい。家族が全て行っていたという人もいるかもしれない。さらに、病院内の掃除は外部の業者により行なわれることが多く、患者は自分のベット周囲のみの清掃

や整理整頓に限られてしまう可能性がある。この点に留意しながら、掃除機や箒、雑巾の使い方に慣れておく必要があるだろう。また経済的事情が許せば、簡単に使える使い捨ての紙雑巾を使用する方法も提示できる。

#### e 清潔と身だしなみ

洗面や整髪、歯磨きやひげ剃り、入浴やシャワー浴などの生活習慣を身につけることが望ましい。また季節や気候に合った服装を選び、他者に不快感を与えないような身なりを整えることも求められる。入浴やシャワー浴など、患者のペースを尊重する一方で、強い体臭やボサボサの髪、ズボンからはみ出たシャツが、地域社会においては、対人関係に影響を及ぼしかねないことを説明し、理解してもらうことも必要であろう。

#### f コミュニケーション

精神障害はコミュニケーションの障害であるといわれることから、患者にとって、人とかかわるといことは、それ自体が治療であり看護であるともいえる。看護師は、医療従事者の中でも患者に直接関わる時間が特に長い。このように考えていくと、コミュニケーション技術の習得に果たす看護師の役割は非常に大きいと考える。毎日の挨拶を忘れないことや、患者の対人関係のまずさに遭遇した場合、状況によっては、その場でフィードバックをすることが求められる。時には、他者に対して謝罪が必要なことを理解してもらうことも大切である。また、同室者の中に、お互いの関係が上手くいかない患者がいたとする。2人の間に何かトラブルが起きないように、単に患者の部屋を変更するだけでなく、なぜ上手くいかないのか、どうしたら心地良く過ごせるのかを、患者と共に考えていく援助も必要であろう。さらに、他者と何かを共有する体験、例えば、今までできなかったことができるようになったときの喜びを分かち合うことなど、このような日々のかかわりの積み重ねは、患者のコミュニケーション技術の習得に大きな影響を及ぼす。従って、看護師は、患者と自分自身のコミュニケーションパターンを踏まえたうえで、患者とかかわることが求められるであろう。

そして、退院後、特に必要とされるコミュニケーション技術は、困った時に助けを求めることができる能力ではないだろうか。その時、自分1人では対処できなくても、誰かに相談することで、行動の方向性やきっかけをつかむことにつながるからである。そのためには、患者自身が困っていることを言語化する能力が必要である。

以前、次のような学生の体験談を聞いたことがある。その日、病棟は入浴日であった。受持ち患者のポケットには、1本の煙草が入っている。

入浴のため、患者は煙草をその場にいた看護師に預けるが、煙草は看護師のポケットの中で折れてしまう。この患者は、喫煙の自己管理を行うことができず、煙草は看護師が預かっていたため、入浴後、詰所で「煙草、煙草」と訴えた。しかし、事情を知らない看護師が「さっき、渡しましたよね」と対応すると、患者は事情を説明する代わりに、手をバタバタとさせたそうである。その場にいた学生が一部始終を説明し、患者は無事、入浴後の煙草を味わうことができた。

私達は日々患者とかかわる中で、患者が何かを言葉で表現する前に、患者が求めていることを推測し、それに基づいて声がけをしながら援助を行うことが少なくない。前述の患者は普段から、言葉で煙草が欲しいと話す前に、察しのいい看護師から煙草を受け取ることがあったそうである。

日本の文化では、察しのいい人は気が利く、痒いところに手が届くと評価される。また看護場面における「察し」は、援助に先行して行なわれていることから、援助を導くといえる<sup>1)</sup>。筆者は、日本の看護の特徴は「察し」にあるのではないかと考えているが、この場面を振り返ると、察してもすぐには行動を起こさず、患者が自分の気持ちを言語化するための援助が必要であることがわかる。

自分たちの文化ほど見えないものはないが、看護師は、日本人に特徴的な「察し」のコミュニケーションが、患者が気持ちを言語化する機会を奪いかねない可能性もあることを心に留める必要があるだろう。

最後に、患者が退院後の生活において、家族や訪問する看護師・保健師などの人的資源を、相談相手として認識できるように説明しておくことも求められる。

### 3) 治療の継続

退院後、地域社会での生活を維持するためには、治療の継続が不可欠である。そのため、服薬の自己管理能力が問われる。

精神症状が安定した後は、内服薬を管理するのは看護師であるにしても、意識付けのために、服薬時間に患者自らが詰め所に来るようにするのもひとつの方法である。慣れてきたら、1日分ずつから自己管理を始め、その具合に合わせ、可能なら所持する薬の日数を増やしてみてもいいだろう。その場合、きちんと内服しているかどうかの確認が必要である。また下剤や眠剤など、自分の状態に合わせ、患者自身が調整しなければならない場面を想定して関わることも大切になる。

また精神症状が安定した患者の中には、服薬の必要性を理解していない人もおり、服薬が中断される可能性がある。この場合は、服薬しているからこそ、今、よい状態にあることを繰り返し説明していく必要があるだろう。

#### ●自己決定に付き合う

仲野<sup>2)</sup>は、自身の病院および訪問看護の経験に基づき、「患者の意志を尊重しながら自己決定を促し、支えることが、地域生活では問題解決になり、生活技術の向上につながることが多い」と述べている。そして病院内における患者の自己決定場面の少なさを指摘し、たとえ患者が作業療法への参加を拒否した場合であっても、これを問題行動とはとらえず、このような時にこそ、看護師が患者の自己決定のプロセスにつき合うことの重要性を説いている。

病院は、患者にとって安全で安心できる場所であるのと同時に、社会で生活していくための訓練の場であり、通過点である。看護師自身が、患者はやがて地域社会で生活を送るのだということを忘れなければ、このような発想の転換は可能である。仲野の示唆は、病院で患者に関わる看護師の姿勢そのものを問うものであり、それは患者の生活技術の習得に大きな影響を及ぼすと考える。

#### ●おわりに

以上、生活技術の習得にむけて、病院でできることをポイントを絞って述べてきた。地域で患者を受け入れる看護師や保健師にとっては、「病院でできるだけ生活技術を身につけてきて欲しい」という気持ちが正直なところではないかと推察する。実際そうでないと、地域での生活がより困難なものになってしまうからである。その一方で、生活技術の習得は、患者のこれまでの生活習慣によるところが大きい。そのため、病院内で患者の生活技術習得に向けた援助を行なったとしても、結果として、退院時の生活技術能力には個人差が生じる。よって、病院と地域ができるだけ早い段階から連携を密にし、それぞれがもつ視点を共有しながら、その患者に合った看護の方向性を見出していくことの重要性を忘れてはならない。

< 引用文献 >

- 1) 松崎 緑：「察し」に基づくケアのプロセスー精神科看護師が捉えた「察し」の場面からー．日本看護研究学会雑誌，24(3)，260，2001.
- 2) 仲野 栄：地域での生活を援助するということ 自己決定のプロセスにつきあう．精神科看護，29(3)，20，2002.

< 参考文献 >

- 1) 中井久夫：中井久夫著作集 1 巻，精神医学の経験；分裂病．岩崎学術出版社，1995.
- 2) 小林美子・坂田三允：ナーシングレクチャー 精神疾患・痴呆症をもつ人への看護．中央法規，2000.
- 3) 坂田 三允：生活領域からみた精神科看護．医学書院，2001.
- 4) 坂田 三允・遠藤淑美：精神科看護とりハビリテーション．医学書院，2000.