

高度専門医療を担うナース

## 精神看護の発展と 精神看護専門看護師の役割

宇佐美しおり

### 精神看護の歴史と発展

精神看護における看護理論の発展

我が国における看護は、第二次世界大戦後に海外の看護特にアメリカ合衆国の看護界からの影響を大きく受けている。海外においては、有名な看護理論家のヒルデガルド・ペプローが看護の自律性と専門家としての発展をめざし、精神科医のハリー・スタック・サリバンの対人関係に関する理論を精神看護へ導入し、患者と看護者との治療的相互

作用が患者の回復を促すという看護理論を生み出した。またペプローは初の看護の大学院を設立し、精神看護の自律性と専門性を発展させる最初の出発点を作り出した。

そしてその後、アメリカ合衆国の精神看護は個人と環境の相互作用によって自我が成長するという精神力動理論に影響を受け、一九七〇年代には慢性疾患患者（高血圧や糖尿病、心疾患、腎・肝疾患、血液疾患や自己免疫性疾患など）の治療や病氣と長期にわたってつきあうことが必要な病（気）の急増とマネジドケアの影響で、支援目標や治療の焦

点がわかりやすい、患者の行動変容やニーズに焦点をあてたオレムのセルフケアに関する看護理論ならびに患者の入院生活を標準化し短期に展開できるクリティカルパス、地域生活を支援するためのケース・マネジメントが発展するようになった。

特に、精神看護においてはオレム—アンダーウッドモデルと呼ばれるセルフケアに関する看護理論が発展してきた。このセルフケアに関する看護理論は、「患者の日常生活や心理社会的成長発達における人間が本来もっているニーズ（欲求や願望）に焦点をあて、人間はこのニーズを自分の健康や安寧を保つために満たそうとし、満たすための実践活動を内外の資源を用いてセルフケア行動を行なうことができるのだが、病気や障害によってこれらができなくなるので、看護支援が必要になる」ということを述べたものである。<sup>(1)</sup>

#### 精神疾患の理解の変化

また一九五二年の向精神薬の発見を契機に、次々と向精

神薬が開発され、診断技術の進歩により、精神疾患が脳の化学伝達物質の障害によってひきおこされる病気であることが明らかとなり、脆弱性—ストレス—対処モデルの考え方が普及するようになった。これは精神障害者は脳の化学伝達物質の障害があるために器質的に脆弱であり、そのため対処行動が発達せず、そこにストレスが加わるために症状が出現するという考え方である。この考え方にそって治療全体も生物学的、心理・社会学的視点から展開するというBio-Psycho-Social Modelという考え方が発達した。そして精神療法、認知・行動療法、心理教育、自己管理行動の強化、環境の調整に関する様々な治療・支援方法が発達するようになった。

日本の精神看護においても、ペプローの対人関係論の影響は大きく、一九六七年には「精神科看護の展開—患者との接点をさぐる」が外間・外口らにより出版され、精神科病棟に働く看護師がみずからの患者との関わりを自覚し自分を見つめなおすことよって成長があり、看護を修得していく出発点に立つことができるという相互作用の視点を

重要視した看護の書物として位置づけられた。<sup>(2)</sup>

しかし科学的看護が強調され、我が国でも問題解決思考が強調されるようになり、さらに精神疾患への考え方が変化し、精神疾患が生涯つきあつていく必要性のある病気であるという「慢性疾患」としての考え方が普及するにつれ、オレムのセルフケアに関する看護理論が日本においても注目されるようになってきた。

そして一九八〇年代後半にはオレムのセルフケアに関する理論を精神障害者に対して用いることができるよう修正がなされ、これはオレム—アンダーウッドモデルと呼ばれた。すなわち、精神疾患や精神状態の悪化は患者の日常生活や社会生活における機能を低下させ、自分で決定して自分の日常生活を行なうというセルフケア行動を低下させるため、セルフケアへの支援を行なうことで、患者の低下した自律性や自己決定能力、セルフケア行動を高めることができるというものである。<sup>(3)</sup>

#### 専門看護師制度の導入

さらに、診断技術や治療・検査技術の進歩に伴い医学が専門分化し、それに伴い人のこのころからだと生活を統合し包括的に把握して理解し、ケアを展開する高度な知識や技術を有する看護実践家が必要となり、一九九三年には日本看護協会が専門看護師制度 (Certified Nurse Specialist) を作った。この専門看護師は、看護系大学院を修了し、所定の経験を経たあと専門看護師としての資格認定を受け、精神科病院や総合病院の精神看護専門看護師として活動を行なう。

精神看護専門看護師は、①治療スタッフへの攻撃や強い批判により看護師がケアが提供しづらくなっている患者や身体疾患をもちながら一時的に不適応状態や不安・抑鬱状態が強くなっている患者、また病状やセルフケアが不安定で長期入院になっている患者について、病棟の看護師とともに直接的に患者を受け持ち、カウンセリングや精神療法、病状や治療に伴う日常生活の再構築への支援、症状管理、家族療法、認知行動療法、リラクゼーションなどの直

接ケアを行なう。これらの直接ケアは治療チームや看護スタッフへの今後のケア方法や治療方針に関するコンサルテーションと並行して行なわれることが多く、精神看護専門看護師がこれらを行なうことで精神状態が悪化することを防いだり、日常生活や社会生活上の機能の回復が早まったりケアへの満足度が高まり身体に関連したQOLも向上していることが報告されてきている。<sup>(4.5)</sup>

また精神看護専門看護師は、②医療・看護スタッフへのケア方法や治療方針に関する助言やコンサルテーション、③病院や病棟のケアの質を向上、改善していくための教育的機能、④医療事故や拘束、ニアミスなどを軽減するための調査、④治療スタッフ間での治療方針が共有されていないとき、もしくは退院がすすまない患者への退院促進のための多職種間の調整機能、身体拘束やインフォームドコンセントがなされていないもしくは不十分な場合、患者・家族の判断能力に問題があるが状況が切迫して意思決定を迫られる場合、人としての尊厳を尊重されない不十分な情報提供や選択肢の提供など看護・治療に関する倫理的問題が

生じたときの調整機能（倫理的調整機能）などを發揮し、治療やケアを展開するという役割を病院内で担っている。

精神看護専門看護師は、各病棟に所属せず、看護部や地域連携室、ケアサポート室などに所属して、各病棟に出向いて依頼された直接ケアやコンサルテーションを実施し、各病棟に指示命令系統のはっきりしているライン上ではなく、横から対等に働きかけるという機能や役割を有して活動を行なっていることが多い。現在、専門看護師は三〇二名であり、そのうち精神看護分野の専門看護師は五二名であるが、看護系大学院が増増したこともあり、今後専門看護師の数は増えることが予想される。さらに精神看護専門看護師は上述した五つの機能に加え、看護スタッフがうつ状態や不適応に陥った時にも精神的支援を管理者と必要に応じて話しあいながら精神的支援を行なっている。精神看護専門看護師の看護スタッフへの精神的支援により、うつ状態や不適応状態を克服し、キャリア開発をその後に自身ですすめていく看護スタッフは多くなってきている。

## 現在の精神医療・看護・福祉の現状

日本の精神障害者

平成十七年の段階での調査では、日本の精神障害者は三〇二万八、〇〇〇人であり、外来患者数二六七万五、〇〇〇人、入院患者三五万三、〇〇〇人と言われている。また全国の精神病床数は三五万五、一六九床（平成十五年十月）であり、精神障害者の平均在院日数は三二〇日と世界でも最も長く、また日本の精神病床数は世界の中で最も多いことが知られている。

さらに、近年、失職や身体疾患を契機に、気分障害（従来はうつ病、躁うつ病と呼ばれていたが）、ストレス関連性障害、不安障害と診断される人々の数が増え、またこれらの疾患をもちながら、さらに人格障害や高機能広汎性発達障害と呼ばれる人格や発達の課題を有する人々も増えてきている。

また彼らは外来で治療を受けていることが多く、病気や精神症状をもち、また、治療を受けながらも周囲の支援を

活用しながら仕事や学校へ行くなど社会生活を続けている人も多い。しかしながらその生活は平穩なものではなく、本人および本人を取り巻く家族や周囲の者は、本人への対応と支援、十分に本人の意向を満たすことのできない罪悪感や無力感に苛まされながら生活を送り、本人および家族の生活への満足度は低いことが明らかとなってきた。

精神的支援の実態

また近年在院日数の減少により身体疾患の発症と身体疾患の治療を契機に適応障害や気分障害などの精神状態が一時的に悪化したり、また身体疾患は回復したが精神状態が改善しないまま自宅へ帰られる患者および家族も多い。このような患者および家族に対する精神的支援は入院中に限られることが多く、退院後の精神的支援は減り、患者のQOLは低いままだが、これらの患者に対し精神看護専門看護師が入院中から早期に介入、支援し、退院後も外来で精神的支援を行なうための外来を実施することで、医療チームも治療やケアが展開しやすくなるとともに、患者のうつ

状態や不安状態が改善することも少しずつ明らかになってきている。<sup>(6)</sup>

一方、精神疾患をもって入院している患者の数は、厚生労働省の地域ケア推進の方策により、近年少しずつ減ってはきているものの、入院が一―五年ならびに五年以上の精神障害者の数と入院一年未満で退院する精神障害者の数はほぼ同等であり、精神障害者の退院促進や地域ケアの推進はそれほど積極的に進んでいるわけではない。

また日本においては精神科病院の機能分化が医療保険における診療報酬ならびに介護報酬の設定により促進されてきたが、機能分化したのは急性期治療病棟もしくはスーパー救急ならびに認知症療養病棟に限られており、急性期の状態の後の回復期や慢性期の状態を支える病院や病棟が機能分化し発達したわけではない。

#### 地域での生活の促進

したがって、従来からの長期入院患者に加え、急性期治療病棟やスーパー救急病棟を退院後、短い期間で病状やセ

ルフケアが不安定となり精神科病院に再入院する患者の数も増えてきており、精神障害者の地域での生活を促進するためには、退院を積極的に支援するための退院促進の体制と退院後の地域での生活を支え続けるための支援体制が必要とされている。

しかし日本においては訪問看護やデイケア・生活支援センター、外来でこれらの支援が提供され、患者の生活を総合的にとらえて支援を展開するケース・マネジメントが発達しているわけではない。二〇〇二年よりケアマネジメントが試行的に厚生労働省の施策によりすすめられてきているとはいえども、その試みは始まったばかりであり、全国的なレベルや診療報酬において患者の病状や日常生活機能の違いに応じた地域支援体制が構築、整備されているとはいいがたい。

#### 高度看護実践家への期待

さらに、近年の医師不足の問題や医療の地域格差の問題が大きくなり、厚生労働省はチーム医療を推進し、良質で

安全な治療や看護を提供できる多職種の育成にも力を入れようとしており、看護においては、専門看護師や認定看護師（認定看護師とは特定の領域に焦点をあてて、所定の看護経験のあと六カ月の訓練を受けて認定を受ける看護師をさし、専門看護師との違いは大学院教育の有無である）などを高度看護実践家と呼び、医療問題の一部の解決を試み、医療・看護のケアの質を向上させようとしている。

高度看護実践家は、海外では、Advanced Practise of Nurse (APN、以後APNと呼ぶ)と呼ばれ、Clinical Nurse Specialist (CNS、日本では専門看護師と訳されている)とNurse Practitioner (NP、日本ではまだ精神科看護のNPの育成がはじまっていない)どちらともをさす。

CNSは前述したため紹介を省くが、NPは、医師との契約のもとに、診断や処方ができ、病気の悪化予防や身体・精神状態の維持・改善を直接的に行なう機能を有している。CNSは特に患者への直接ケアやコンサルテーション、教育的機能を發揮して病院内で仕事をしており、NP

は外来や保健センターで診断と処方を行なっていることが多い。日本においても医師不足や医療の地域格差の問題が社会的問題となり、また医療の高度化・複雑化とともに医療が専門分化してきたため、治療を統合し、一貫した治療やケアを展開し、チーム医療を推進できるようCNSが活動しているところではあるが（日本では、Certified Nurse Specialist）、その数はまだ少なく、全体の医療問題を解決するためには至らないため、NP養成も始まろうとしている。

しかし日本においてはどのようなNP、CNS、APNが必要なのかについてはまだ議論の最中であり、日本の患者のニーズや医療システムの状態に応じたAPNを養成していく必要があるだろう。

### 精神看護における人材育成と今後の課題

以上のことから、精神看護に従事する看護職は、病院の中だけではなく、病院と退院後の生活を視野にいれた患者および家族の身体・精神状態、社会的状況を把握し、うつ

状態や不安状態改善のための支援方法を修得し、個々の患者の生活に合った方法を早期から患者・家族と話しあいながら展開し患者の病気の側面だけではなく健康的な力を高め、レジリエンス（回復力）を強化し、患者および家族のQOLを高めるための支援力が必要だろう。

さらに専門看護師・認定看護師と呼ばれる日本における高度看護実践家は、看護職ならびに多職種とともに精神障害者の退院促進および地域での生活継続を支援するケース・マネジメントを展開するとともに、これらを展開できるチームマネジメント力が必要となるだろう。

#### 〔引用文献〕

- (1) 宇佐美しおり、鈴木啓子、パトリシア・アンダーウツド 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 第二版 四七一―六八 ヌーベルヒロカワ 二〇〇三
- (2) 外間邦江、外口玉子 精神科看護の展開―患者との接点

をさぐる 三 医学書院 一九六七

(3) 南 裕子監修 セルフケア概念と看護実践 D. P. R. Underwood の視点から へるす出版 一九八七

(4) 宇佐美しおり、野末聖香、片平好重、福田紀子、住吉亜矢子 精神看護専門看護師の活動成果に関する研究 臨床看護 三一(一一) 一六三―一六三二 二〇〇五

(5) 宇佐美しおり、野末聖香、福嶋好重、安藤幸子、田中美恵子、佐藤寧子、小山達也 慢性の身体疾患を有する患者の精神状態を改善するリエゾン精神看護技術 EBナーシング 九(一一) 三四―四二 二〇〇八

(6) 宇佐美しおり、福嶋好重、野末聖香、岡谷恵子、樋山光教、右田香魚子、平田真一、北里真弓 慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価 熊本大学医学部保健学科紀要 五 九―一八 二〇〇九

〔うさみ・しおり〕

熊本大学大学院保健学教育部精神看護学教授／  
精神看護専門看護師