



精神看護で 学ぶこと

第1章

1 精神看護学の位置づけ

1.1 看護学における精神看護学の範囲

精神看護学は英語で、psychiatric and mental health nursing と表記する。psychiatric には“精神医学の”“精神科の”という意味があり、psychiatric nursing では、主に精神疾患患者や精神障害者への看護を扱う。mental health には“心の健康”“精神保健”という意味があり、mental health nursing では、主に健康な人を対象とする精神保健看護を扱う。つまり、精神看護学では、心の病気への看護だけでなく、その発症や再発の予防に関する看護についても学んでいくことになる。

人は皆、心もち、心の病気をもつ人も身体の病気をもつ人も“同じ人である”という考え方に基づけば、精神障害者への看護において、相手の立場を尊重した姿勢でかかわることに変わりはない。むしろ、病気と闘い、社会との偏見とも闘わなければならない精神障害者にとって、何ら特別視されることなく普通に接してもらう体験は、それ自体が治療的にかかわりとなる場合も多い。

しかし、人として普通に接することがよいのであれば、精神看護学の専門性とは何だろうか。精神看護学で習得する知識や技術は、あらゆる人を対象とする看護実践の基本となるものである。つまり、精神疾患患者の看護に必要な対人援助技術は、身体疾患患者の対象理解や精神的ケアに役立てていくことができる。では、看護師であれば誰もが精神的ケアを担うように、誰もが精神疾患患者へのケアを、実践できるかというそうではない。身体疾患にさまざまな疾患とその治療や看護があるのと同様に、精神疾患にもさまざまな疾病分類とその治療や看護がある。対象の個性によりかかわり方は異なるが、身体疾患患者が顕著な精神症状を呈する場合にも、精神科病棟でのケアが必要とされることもある現代の日本では、社会的な必要性のもとで精神科医療が存在し、しばしば医療者として難しい対応を迫られる局面に遭遇する。

看護学を学ぶなかでの精神看護学の位置づけとして、あらゆる人々のこころのケアを担う「普遍性」と、精神疾患患者や精神症状への対応に特化した「専門性」があり、臨地実習においては、ケアの対象となる人とかかわるなかで、個別性に配慮した看護実践基礎力の修得が期待される。つまり、精神科看護という専門性の高いフィールドで、全人的な対象理解のあり方や共感・傾聴などの普遍的ケア能力を養うことになる。専門的な精神症状のアセスメントや、治療的なコミュニケーション技法などの知識や技術は、看護全般で役立つものとなっていく。

また、現在の精神看護学では、精神医学や心理学における諸理論と精神看護の諸理論を土台に、患者の状態像や看護場面に応じた多様な看護技術が開発され続けている。精神看護の実践力は、生涯、発展させていくものであり、理論や技術を用いる看護師の人格力の陶冶も重要となる。看護師としてのキャリアのなかで、成長を志向してたゆまぬ努力を続ければ、各々の人生経験とともに、精神看護の実践力が深まっている自己を感じるだろう。自分自身を道具として活用していく精神看護実践力の幅を広げ、対応力を深められることは、精神看護学を学ぶにあたっての醍醐味のひとつである。

1.2 成長を志向する精神への視座

精神の健康は、私たちの生命がこの世に生まれてから死ぬまでの期間、さまざまな活動の基盤として、あらゆる生活面に影響する。健康に生きることは私たち人間の切なる願いであるが、人間が生きる目的そのものではない。苦難の多いこの世のなかをよりよく生き、社会に貢献し、自己実現していくための個人の重要な資源として、健全な精神が必要となる。

この人間の精神には成長発達段階があり、時間の経過とともに、その人らしく自然に発達していく側面（development：発達）と、人生のさまざまな経験への向き合い方や目標の持ち方によって能動的に精神を自ら作り上げていく側面（growth：成長）がある。このため、若くして老成している人もいれば、年齢を重ねても相応の精神年齢に至らない人もいる。そして、健全な精神は、自らの意志さえあれば、どこまでも向上させていくことができるものであり、このような精神の性質は、有限の生命を与えられた人間にとって恩寵といえるものである。

精神の成熟に向けては、悩みや葛藤に直面することを恐れず、自分に与えられた課題として受け止める姿勢が大切である。避けたいと思うことにも、失敗を恐れず挑戦することで、その経験は自身の財産となっていく。また、失敗や挫折の経験を成長の糧として活かしていけるかどうか、その人の精神の用い方にかかっている。自分が何に価値を置き、どのように生きたいのかを定め、目標に向かって一歩ずつ自己の成長発達課題を克服できるよう、自己認識を明確にする洞察力も、精神看護には欠かせない。

心理学者 A. マズロー¹⁾は、「人間は自己実現に向かって絶えず成長する」との仮説に基づく人間の欲求段階説を提唱した。5段階の欲求のなかでの最上位の高次欲求が、“自己実現”である（表 1.1）。発達段階において十分な愛情を受けるなど、基本的欲求が順次満たされていくことで、“自分に潜在する可能性を最大限に発揮す

表 1.1 マズローが提唱した人間の基本的欲求（上位 2 つが高次欲求）¹⁾

❖ 自己実現の欲求 (Self-actualization)
❖ 承認（尊重）の欲求 (Esteem)
❖ 社会的欲求 / 所属と愛の欲求 (Social needs / Love and belonging)
❖ 安全の欲求 (Safety needs)
❖ 生理的欲求 (Physiological needs)

る”という高次の欲求が自発的に生じてくる。自己実現は、幸福感との関連も指摘されており、精神看護においても人間が本質的に自己実現への欲求をもつとの前提に立つことは重要であると考ええる。しかし、さまざまな障壁を乗り越えても、自己実現への欲求が完全に満たされることはなく、自身の生き方を自己決定していくことも、決して容易ではない。

私たちの誰もが、自分と異なる人生を送る人々とかかわり合いながら生活しており、ときに他者からの理不尽な要求に応えなければならないことや、不可思議と思われる出会いにも遭遇する。本書の内容の行間や背景に注意深く目を向けると、現代社会の特徴や人間世界の縮図を見出し、それらが人間の精神健康に影響を与えている現状に気づくだろう。しかし、それと同時に、人間の精神に無限の広がりと可能性があることを感じ取れば、人生を切り拓く足がかりやヒントも得られる。精神看護学のなかに価値や希望を見出すかどうかは、その人自身の人生への態度と関係している。

1.3 精神看護と社会とのつながり

人生は山あり谷ありの連続で、常に順風満帆に平坦な道を進む人はいない。他人から見て、問題がないように見えていても、その人なりの苦難を乗り越えて目標に向かって歩いている。人は、思うように困難や壁を乗り越えられないことがあると、一時的に精神の恒常性が崩れ、不調を来すことがあるが、自らの対処行動や周囲の支援によって、多くの場合は、再び前に進むことができる。しかし、自身での問題解決ができず、周囲からも孤立し疎外されるなどの悪循環に陥ると、精神状態が悪化してしまう。また、予期しない突然の衝撃的な出来事に遭遇した際は、周囲からいかに手厚い支援の手を差し伸べられても、精神的な危機に直面することもある。

人々が日常生活を営む地域社会の中で精神のバランスを失い、生活破綻を来した際に、最後の砦となって生命の安全を守る場所が精神科病院である。そこで支援を担う精神科医療スタッフは、入院中にチーム一丸となって患者の回復に向けた治療

やケアを提供していく。特に精神科看護師は、患者が安心して療養生活を送ることができるように環境を整え、再び自立した日常生活に戻れるように生活援助を行う。

入院に至る精神疾患患者の多くは、周囲との人間関係の中で心の安心が得られる場を見出せず、何らかの葛藤や困難に直面し、自己解決できない緊張状態にあるといえる。患者は看護師から尊厳をもって遇され、暖かな関心を向けられ、安心感のある環境で、ありのままの自分でいられることによって、少しずつ緊張を解きほぐし、自分の存在を受け入れられ、認められることで、自分という存在を肯定的に受け入れていくことができる。

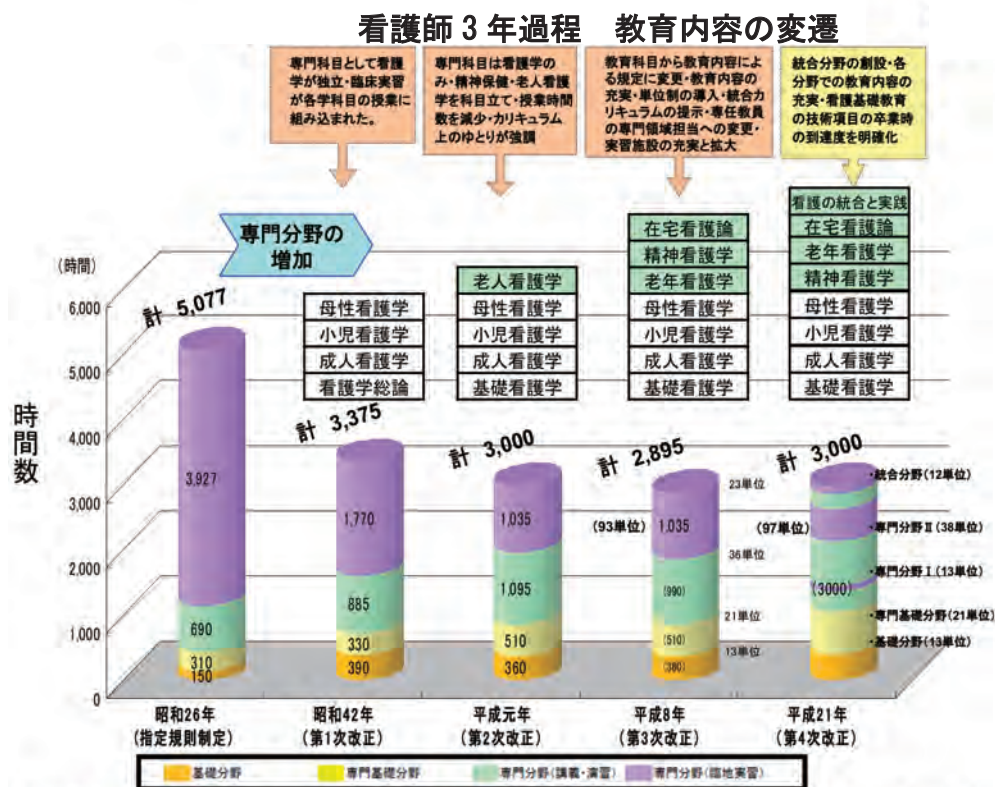
精神科病院は、社会からの避難所（レトリート）²⁾として患者を守る意味合いがあり、その共同治療体の中での人との交流が、生きる力を取り戻すことにつながっていく。患者は、やがては再び社会に戻っていくが、精神科病院やそこにいる医療者は、患者が退院後の地域生活を円滑に送れるように必要な社会資源につなぎ、退院後に危機に直面した際には、いつでも頼ることができる心の拠り所としての安心をも提供している。

このように見ていくと、目の前にいる入院患者とかかわる際には、その人を取り巻く家族との関係性や、所属している組織や地域社会への幅広い理解が必要になる。人は一人では生きられず、人々との関係性の中で存在しており、一人の人の心の動きから社会制度まで、さまざまな事象が精神看護学に関係してくる。精神の健康障害に関する諸問題を解決するには、世の中のさまざまな出来事や現象に目を向けていく探究心を大切にしていきたい。

その過程で、難しい問題に直面し、矛盾を感じたり疑問を抱くこともあるに違いない。しかし、解決を急いだり、簡単にわかったつもりにならないことも大切である。世の中というものは、白黒つけられない問題の方が遥かに多い。ときに立ち止まって自分の心の中の違和感を見つめながら、どうすることがその人にとって最善なのかを考え続けることで、自己固有のかけがえのない価値や生命の尊さを実感し、新たな自分に出会うことができるだろう。精神看護学が扱う領域は、看護師自身の生活や人生に有意義な内容であり、生涯を通して学び続けていく価値のある、汲めども尽きせぬ広大な世界を包含している。

非常に広範囲の知識や経験が求められる精神看護学であるが、看護教育の中で「精神看護学」として専門科目に独立してカリキュラムに位置づけられたのは1996（平成8）年のことであり、学問としての精神看護学の歴史は、他の学問領域と比べて浅い（図1.1）³⁾。複雑なストレス社会を背景に、精神疾患患者数は急増しており（図1.2）⁴⁾、全人的支援を行い、精神保健福祉の領域において横断的な課題解決ので

きる看護職の育成は急務とされている。時代の要請に応えることのできる心のケアの専門職として、これから益々の発展が望まれている。



◆ 平成8年より単位制が採用された。臨床実習は1単位=45時間として算出(看護師等養成所の運営に関する指導要領について)

出典) 五十嵐久美子 (厚生労働省医政局看護課): 看護行政の動向、看護師3年課程教育内容の変遷、令和2年9月日本看護系大学協議会スライド資料より

図 1.1 看護教育課程における専門科目として登場した精神看護学

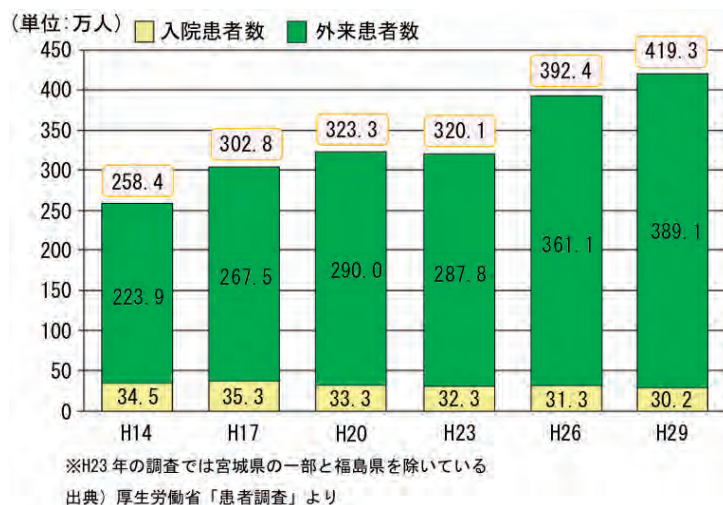


図 1.2 精神疾患を有する総患者数の推移

2 精神の健康の概念

2.1 健康の定義

現代において健康は、基本的な人間の権利とされている。人々が可能な限り高い健康水準を達成することは、大戦後の社会における一貫した世界的目標である。健康が全人類の基本的権利のひとつであることは、国際的にも共通認識されている。また、近代のみならず、古代ローマ時代から、ユウェナリスの風刺詩にあるように、「健全な精神が健全な肉体にありますように」⁵⁾との慎ましやかな健康への祈りが願われている。

このように人々の健康への関心の高さは古今東西の普遍的なテーマであり、わが国の世論調査においては、「今後の生活において、特にどのような面に力を入れたいと思うか」という問いへの回答に「健康」をあげる人の割合は7割近くと最上位を占める⁶⁾。健康支援に携わる看護職が、健康についての概念を深く理解しておくことの重要性はいうまでもないが、人生観や看護観が人によって異なるのと同様に、健康観にもさまざまな考え方が存在することも注意しておきたい。以下に、いくつかの健康についての考え方を述べていく（表 1.2）。

表 1.2 世界保健機関憲章（WHO）における健康の定義

定訳：健康とは、完全な肉体的、精神的および社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない。（昭和 26 年：1951 年 6 月 26 日条約第 1 号）

日本 WHO 協会訳¹⁷⁾：健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることである。

原文：Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

1946 年に採択された WHO（世界保健機関）憲章前文においては、「健康とは、完全な肉体的、精神的および社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない。」とされている⁷⁾。また、人間の生命は、いかなる権力によっても到達し得る最高水準の健康状態であることを侵害されないこと、人種、宗教、政治的信念または経済的もしくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利のひとつであることなどが謳われている⁸⁾。

健康を、体と心と社会の 3 つの枠組みで捉える見方は、精神疾患の発症に身体的、

心理的、社会的なストレス要因が複雑に絡み合っているとする**バイオサイコソーシャルモデル** (bio-psycho-social model)⁹⁾とも共通しており、普遍的な枠組みとして理解されている。その一方で、WHOにより定義されるような、「肉体的にも、精神的にも、社会的にも、すべてが満たされた状態にある」人が、世の中に一体どれほど存在するのかとの指摘もなされている。

実際、WHOの健康概念は、健康を可逆性のある連続体として捉えていない¹⁰⁾との批判的な見解があることも事実である。つまり、“完全に (complete) よい (well-being) 状態”を追いかめることになれば、不足している状態は不健康ということにもなりかねない。何ををもって「完全によい状態」とするのかは人によって異なり、もし、その人自身が本当に「自分は健康だ」と思えば、その人の健康ニーズは満たされていると言えるかもしれない。がんや難病などの慢性疾患や、身体障害や知的障害などさまざまなハンディをもちつつも前向きに生きている人が、不自由さを乗り越え、克服し、積極的に人生に挑戦しているとき、少なくとも精神的に不健康であるとは言わないし、その偉業は人々に勇気や感動さえ与えるものである。

健康を可逆性のある連続体として捉えた考え方に、健康社会学者 **A. アントノフスキー** (A. Antonovsky) による「**健康生成論**」がある¹¹⁾。何らかの原因があつて病気になるという「**疾病生成論**」の立場では、病気の原因を探り、その原因を取り除くことで病気を治していこうとするが、近年では、疾病構造の変化によって、このような病因追究型のキュアを目指すアプローチのみでは、慢性疾患や人々の価値観の多様化に対応しきれなくなってきた。このため、現代では、健康か病気かという択一的な健康の捉え方で病気の原因を探るのではなく、健康と病気は連続する関係にあると捉え、あらゆるストレスに対処して、健康を維持する要因を活性化することで、健康状態をよくしていこうとする考えが必要とされてきている (図1.3)。

健康生成論において、健康要因の中核に定められているストレス対処力を表す概念を**首尾一貫感覚** (Sense of Coherence : SOC) という。3つの感覚から成り立ち、①自分の置かれている、あるいは置かれるであろう状況が、ある程度予測でき、または理解できるという「**把握可能感**」、②何とかなる、何とかやっていけるという「**処理可能感**」、③ストレッサーへの対処のしがいも含め、日々の営みにやりがいや生きる意味が感じられるという「**有意味感**」で構成される。精神疾患は、基本的に長期間付き合っていく慢性疾患であり、回復に向かうには、当事者が現状を把握し、課題に対処し、経験を意味のあるものとしていく人生への態度が鍵となる。

このように見ていくと、健康の定義として絶対的なものはなく、それぞれの人のための well-being がどのような状態なのかを考えてみる必要がある。ルネ・デュ



図 1.3 健康と疾病の連続性

ボス¹²⁾は、「絶対の健康ということはひとつの幻想に過ぎず、われわれは決して到達できないこの幻想を熱心に追い求めている」と述べた。また、「健康と幸福は、毎日の生活で出会う挑戦に対して反応し、さらに適応する個人的態度の現れである」とし、「病気の原因としていちばんありふれた環境の最も強力な諸因子は、生物学的な必要におかまいなしに、個人が自分のために設定した目標である場合が多い」とも述べている¹³⁾。そして、我々人間という種は「永遠に進んでいく情緒的、知能的、倫理的発展のために、戦うように選ばれている」とした。これらより、人間にとって自己矛盾をはらむことになるが、自己の殻を破り、挑戦していくことこそが精神的に健康な生き方とする見方ができるのではないだろうか。

看護界へ多大な功績を残した内科医の**日野原重明**によると¹⁴⁾、「健康とは、生体内内外の極めてよい条件の中で、例えば、箱入り人形の如く、内外からのストレスがなく、至適な環境の中で生体が正常に働くのが理想的な健康だと言うだけでなく、不利な条件、不規則な条件の中でも、よくその変化に順応できる、つまりうまくその条件に対応できる能力こそが、本当の健康である」と定義づけている。そして「身体的、精神的、社会的条件のいずれに対しても、その人間のからだと心が上手に適応できれば、その人は、例え何らかの病理的变化や欠損があっても、心は健やかであり、また困難の状況の中をうまくセルフ・コントロールしたという達成感が一種のエネルギー（spirit、魂、気）を生じて、その人間自身に精気を与え、生き甲斐をも与えることになる」と加えている。患者のセルフケアを支援する看護師自身の健康観として、大いに参考にしたい考えである。

健康の概念の捉え方としては、人間の基本的な権利であるとする現代の社会通念を押さえつつ、各自が哲学的に探求し、それぞれの看護観の形成につなげていく姿勢が大切になる。WHOによる健康の定義は、行政によって個人の健康が統制される範囲の拡大の到達点を示している¹⁵⁾もので、福祉サービスの観点からは有用である

といえるだろう。また、日本人の健康観としては、貝原益軒の『養生訓』¹⁶⁾にみる、日々の中で均衡を取るよう心身の手入れをしていく思想は馴染みやすいだろう。健康長寿への心がけを今に伝える『養生訓』は、人々の寿命が現代より遥かに短命だった江戸時代に、80歳を越える天寿を授かった益軒が最晩年に残したものである。両親から受け継いだかけがえのない命を、死のそのときまで大切に生かし切る恩を根本に据えており、現代にも通じる考え方である。

2.2 精神の正常とは何か

看護学を学ぶにあたり、私たちは多くの病気について学んでいくが、その前に身体の正常な働きについても学んでいく。ここでは、精神における「正常」な働きとは、どのような状態であるのかを考えてみる。

多くの人は、日頃、自分の精神が正常であるかどうかを疑問に思うことはなく、むしろ、いたって自分は「まとも」で「正しい」と思っているだろう。例えば、友人と映画を見て、感じ方が違ったり、全く反対の受け止め方をしたとしても、「もしかしたら、自分がおかしいのかもしれない」と考えたり、自分と違うからといって、一方的に相手の考え方が変だと決めつけることはしないだろう。人々は、自分と異なるさまざまな感じ方や考えがあることを、ある程度は容認しながら、違いを認め合っただけかかわっている。

米国の精神科医 A・フランセスは、その著書『正常を救え』¹⁸⁾において、以下のように述べている。

正常をめぐり、

- ・「辞書」は、納得のいく定義を示せていない。
- ・「哲学者」は、その意味をめぐって言い争っている。
- ・「統計学者・心理学者」は、評価を続けているが、本質はつかめていない。
- ・「社会学者」は、その普遍性を疑っている。
- ・「精神分析者」は、その存在を疑っている。
- ・「心身医学の医師たち」は、その境界線を噛みちぎるのに忙しい。

そして、さまざまな精神疾患について、それを引き起こす無数の仕組みを理解しない限り、正常と精神疾患を線引きするバイオマーカーは突き止められないだろうと述べている。

精神疾患の発症機序は、物質科学的な手法による説明や証明が難しく、臨床的には患者の主観を重視していく。基準となる物差しで、あえて数値化を試みて集団のなかでの個人をみると、必ず平均から逸脱する人がいるが、そのことが即座に異常

であるとはいえない。例えば、図に示す正規分布のグラフ（図 1.4）が日本人大学生の身長であると仮定とした場合、平均値で線を引けば、その平均の前後で、わずか1センチの違いであっても、高い群と低い群に分類される。平均は便宜的に設けられたもので、成人女性の場合には 158 センチの身長がなければならない理由はどこにもなく、集団の中では、身長が「明らかに高い人」、「やや高い人」、「概ね平均の人」、「やや低い人」、「明らかに低い人」などがそれぞれ存在するだけの話である。平均から大きく逸脱することで不自由を強いられることがあっても、それ自体が病気であると断定できず、「正常」と「異常」は、健康と病気とは異なる判断概念である。

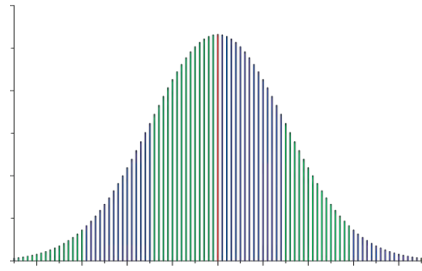


図 1.4 正規分布のグラフ

平均から外れた思考や感情、行動などをもち、集団への適応が難しい人に接するときに、“なぜそのような言動や態度をとっているのか”を丁寧に探っていくと、一見、不可解と思われる言動の意味が了解されることがしばしばある。精神疾患の診断は、疾患や治療方針を定めるなどのさまざまな局面で必要なものだが、その一方で、「そもそも精神病など存在せず、特定の人々に社会の側が貼ったレッテルにすぎない」という反精神医学¹⁹⁾の考えがあることも覚えておきたい。看護師が先入観をもって、その人に精神病というレッテルを貼ることで、対象理解を妨げ、関係形成に支障を来すことは避けなければならない。疾病に関する医学的、心理学的特性を踏まえた客観的な診断を足がかりに、その人の生活や人生における個別の“困りごと”や“生きづらさ”をとともに探り、対象の人の健康的な部分や強み、その人らしさなども含めて全体像の理解に努めていく姿勢を養って欲しい（図 1.5）。



図 1.5 その人の一部としての病気の捉え方

2.3 心の健康の定義

心が健康であるとはどのような状態だろうか。看護学生に、心が健康な状態についての考えを尋ねると、「悩みがない状態」「ストレスがない状態」という意見がしばしば得られる。しかし、健康な心があれば、ストレスがあってもそれを乗り越えていくことができるし、悩みがあることで、人の痛みに共感的に寄り添う人間に成長することもできる。人間が苦悩することは、むしろ自然なことで、それにどう向き合うかが、心の健康にとって大切である。

厚生労働省²⁰⁾は、心の健康を、いきいきと自分らしく生きるための重要な条件であるとしたうえで、自分の感情に気づいて表現できる「**情緒的健康**」、状況に応じて適切に考え、現実的な問題解決ができる「**知的健康**」、他人や社会と建設的でよい関係を築ける「**社会的健康**」を意味することとしている。さらに、人生の目的や意義を見出し、主体的に人生を選択する「**人間的健康**」も大切な要素であり、「**生活の質**」に大きく影響するものとしている。すなわち、言い換えると、喜怒哀楽の感情が豊かで、課題に対処することが可能であり、周囲の人々との関係性を築きつつ、目的に向かい自己決定できることと言える。WHOでは、メンタルヘルスのことを、「人が自身の能力を発揮し、日常生活におけるストレスに対処でき、生産的に働くことができ、かつ地域に貢献できるような満たされた状態 (a state of well-being)」としている²¹⁾ (表 1.3)。

これらを統合すると、心の健康とは、①感情や考えを適切に自己表現し、②自身の可能性を認識してもてる力を発揮し、③問題やストレスに対処し、④周囲と良好な関係を築き、⑤有意義な人生を見出し、⑥所属する共同体に貢献できる満たされた状態、と説明することができる。

表 1.3 心の健康の定義

厚生労働省
自分の感情に気づいて表現できること、状況に応じて適切に考え現実的な問題解決ができること、他人や社会と建設的でよい関係を築けること、人生の目的や意義を見出し、主体的に人生を選択すること
WHO
個人が自身の能力を発揮し、生活における通常のストレスに対処し、生産的かつ有意義に働き、地域に貢献することができるような満たされた状態
原文 : a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community.

近代精神医学の黎明期に、S. フロイトは、無意識なるものを発見し、無意識下に抑圧される感情や記憶を意識化していく治療法として精神分析を確立した。フロイトは多くの理論を残しており、現代社会において、精神医学に留まらず、広く文学や人々の思想にも影響を与えている。

そのフロイトが、「正常な人間として人が健全に行なわなければならないことは何か」と問われた際に、「愛することと働くこと」(Lieben und Arbeiten)と答えたことと伝えられている²²⁾ように、愛と仕事は、精神の健康とかかわりの深い主要課題である。フロイトのこの言説は、フロイトの継承者 E. H. エリクソンによると、人間が性器的な生き物であり、人を愛する存在であるという権利もしくは能力を失うほどに一般的な仕事の生産性が個人を占有してはならないことを意味する²³⁾と解釈されている。現代においても、このバランスや調和を取ることは、人々の生活や人生における普遍的なテーマと言えるだろう。

フロイトと同時代に、分析心理学を創始した C. G. ユングは、自己の中に抑圧されている潜在能力を見出し、個人に与えられた資質を実現すること、すなわち自己実現の中に精神の健康を見出した。ユングの述べる自己実現は、マズローの理論とは異なるもので、心の中でさまざまに相対立する葛藤を相補的に再統合していく過程を「個性化の過程」あるいは「自己実現の過程」とした。ユングは、人間の無意識の中に、その人のこれまでの記憶、感情、人類共通のイメージなどが存在していると捉え、これらを整理する個人の中での自己実現によって、精神的なバランスが保たれると考えた²⁴⁾。フロイトとユングはどちらも無意識を扱い、精神疾患の治療に取り組んだ精神医学の巨匠だが、その捉え方はかなり異なるものである。そして、それ以降も、百花繚乱というべきさまざまな学説が提唱されている。

近年の心理学領域では、健康な人がより well-being (幸福) になるための問いを探究するポジティブ心理学も登場している。変化の激しい時代において、我々が真の心の豊かさを手に入れるため、新たな理論の誕生も待たれる。

心の健康の定義や概念は、他にも多数あり、限定的に定義することはできないが、a state of well-being を幸福と捉える場合、幸福は結果として訪れるものでもあり、メーテルリンクの青い鳥にあるように足元にあるものともされている。幸福は誰しもが願うことだが、人それぞれに与えられている使命や目的に生きるとき、苦しみの中に喜びを見出し、哀しみの中に癒しを見出すことにより深い至福を感じる事ができるのである。

最後に、日本を代表する彫刻家の高村光太郎が、精神を病んだ妻智恵子への思いを綴った文学作品に触れておきたい。智恵子は医学的にみると精神病により療養中

であった。その妻が入院中に創作したさまざまな作品を見て、「百を以て数へる枚数の彼女の作った切絵は、全く豊かな詩であり、生活記録であり、楽しい造型であり、色階和音であり、ユウモアであり、また微妙な哀憐の情けの訴でもある。彼女は此処に実に健康に生きてゐる」と書き残している²⁵⁾。精神看護を学ぶ者として、精神の病を得た人の中にある精神的健康を見つめ、引き出していく看護観を養いたい。

3 精神障害の一次予防・二次予防・三次予防

地域精神保健活動における予防概念は一次予防、二次予防、三次予防に分けられ、さまざまな取り組みが実施されている。精神保健活動の目的は、広義と狭義に分けられることがある。広い意味では、すべての人間を対象に、積極的に心の健康増進をはかることを目的とする活動で、良好な状態の維持や向上を目指す。狭意での精神保健は、精神疾患の発症予防や、精神的不健康の治療を行うことである。

つまり、地域精神保健は、地域住民の精神保健を向上させ、精神障害で苦しむ人々を減少させるための過程とされる。一次予防、二次予防、三次予防の3段階に分けて、以下に、予防活動の実際について述べていく。

3.1 一次予防

一次予防は、精神保健活動の中で最も重要な位置を占める。発症前に疾患を予防することを目標に、健康な個々人が疾患の根本原因を正すことを意味している²⁶⁾。「予防に勝る治療なし」といわれ、精神的健康の保持増進と精神障害の予防のための啓発活動、健康教育、環境整備などが、あらゆる年齢層の人々に行われる。個人の生活習慣に気づきをもたらしように、組織や専門職により実施される。

一例として、精神の健康にとって重要な睡眠時間の確保について取り上げると、日本人の睡眠時間は諸外国と比べて短く、年々減少しており、十分な時間が確保されない状況が起こっている。精神障害の多くは、その前兆に必ずといってよいほど睡眠障害が生じており、世代を問わず、良質な睡眠の確保が必要とされる。個別や集団アプローチにより、動機づけ、保健指導を行っていく必要がある。

また、アルコールなどの嗜好品や本来は余暇活動として楽しむはずのゲームによって精神の健康に問題を生じさせることがある。依存症などの精神疾患を引き起こす可能性があることを知識提供し、必要に応じてこれらとの接触を減らすなどの環境整備も一次予防になる。

社会全体を考えたとき、子どもへの教育的アプローチは最重要である。学校にお

いては、唯一の保健専門職として養護教諭が中心となって予防活動を行っている。わが国では、「保健だより」を活用して、生徒や保護者へ健康に関する情報発信を行う仕組みが伝統的だが、近年の大きな変化として、高等学校保健教育の学習指導要領に、精神疾患に関する項目が加わり、2022（令和4）年度から**学校での精神疾患に関する教育**が再開された。実に40年ぶりの動きであり、多くの精神疾患の好発年齢が思春期発症であることから、歓迎すべき改訂である。教科の中で教えることにより、校長をはじめとする校内の教職員の意識が高まり、周囲の専門職とともに生徒が精神疾患に関する正しい知識をもち、一次予防活動が行いやすくなることが期待される。

精神的不調を抱えた場合、人に相談することが躊躇され、どこにいけば自分の問題が解決するのかわからず、困ることがある。保健医療の専門職だけではなく、地域住民のなかで**ゲートキーパー**となる人を育成し、一人ひとりの気づきや声掛けが予防効果を発揮していくため、組織全体への啓発活動、国民全体への啓発活動が大切である。例えば、うつ病については、一般の人々にもかなり理解が広がってきてはいるが、やはり家族や周囲から「本人のやる気の問題や気の持ちよう」と非難されたり、患者本人に「うつ病になることは恥である」との認識が根強い。これらの偏見が払拭され、家族ぐるみ、地域ぐるみで疾病理解ができれば、家族の一員が職場で不調を来した場合にも、周囲の協力はより円滑になるだろう。住民同士のつながりの強化も重要であり、国民の一人ひとりが、メンタルヘルスに関する幅広い知識をもつことができる啓発活動の充実が期待される。

勤労者への支援対策としては、労働安全衛生法の改正が行われ、労働者が50人以上いる事業所で、2015（平成27）年から心理的な負担の程度を把握するための検査を年1回全労働者に対して実施することが義務づけられた。この**ストレスチェック制度**は、メンタルヘルスの一次予防に位置づけられ、労働者のメンタルヘルス不調の未然防止のために実施されるものである。労働者自身のストレスへの気づきを促し、ストレスの原因となる職場環境の改善につなげていく制度であり、働きやすい職場づくりの責務が各組織に課せられている。

3.2 二次予防

二次予防は、精神疾患の「早期発見、早期治療」を目的として、ハイリスク群や発症疑いの人々を対象として、症状や障害レベルの悪化を予防することである。学校や職場での積極的な検診やスクリーニング、面接などによる早期発見と、保健室あるいは相談窓口などでの早期対応を行い、必要に応じて専門の医療機関への受診

につなげるなど、精神障害に対する支援をなるべく早く開始していく。不調を来した本人が最初に受診する医療機関は、精神科以外の診療科であることも多く、普段は精神疾患の治療に携わっていない医療者との連携も重要になる。

二次予防は、精神疾患の種類によって介入が難しいものがある。アルコール依存症は「否認の病気」といわれ、本人が問題意識をもって精神科医療に自主的につながることは少ない。健康診断および保健指導の場や一般病院での内科治療の際に、アルコールの健康障害への早期介入を行うことが望まれるが、現実には本人に治療への意向がなければ、精神科での専門治療につながらないといった課題がある。

思春期が好発年齢である摂食障害も、自身で病気とは認めにくく、やせ願望があり、治療が必要な程やせていても、さらにやせたいと努力していく。家族や学校関係者が異常に気づいても、医療につなぐことが難しく、その間にやせがさらに進行してしまうこともあり得る。各疾患の早期介入に向けての工夫は援助論（第2章 2.6 参照）でそれらをおさえておきたい。

近年、その増加が指摘されている発達障害は、生まれつきの脳の特性とされ、病気ではないものの、いわゆるグレーゾーンの子どもの遭遇する機会は増えている。果たして、早期の医療機関の受診や療育による支援が妥当なのか、また、それを誰が決定するのか、倫理的課題も含めてさまざまな考えがある。健診などでその傾向や疑いを知らされた場合、親や本人が支援を求めている時期に無理な受診勧奨をすることで、親の障害受容と本人の発達特性から逆効果となることがある。診断は第一義的な目的ではなく、親や周囲の人々が子供の特性を理解して対応することで、成長とともに発達障害の傾向が目立たなくなることも多いため、母親の不安を軽減し、本人の成長の芽を摘まない最小限の支援が大切である。なお、共生社会が目指されインクルーシブ教育が行われているが、発達障害の子どもが普通学級に通うケースでは、仲間ができない、あるいは疎外感を感じることによる低い自尊感情や対人トラブルも生じており、社会において解決していくべき大きな課題である。

精神保健の健康問題をもつ人の相談窓口における特徴のひとつとして、本人が来室した場合でも「親や先生に勧められてきた」という具合で、自ら相談したいことが定まらない場合や、精神の健康課題をもつ本人が来室しないことがある。しかしこのような場合でも、丁寧に話を聞き、継続して通うことで、状況が改善していくことも実際に多い。本人、家族、社会の環境を総合的にアセスメントし、環境調整として、家族や友人、地域の近隣との付き合い、所属するグループや組織など、その人を取り巻く人間関係に焦点をあてた心理社会的支援が効果を発揮することを念頭に置きかわっていく。

3.3 三次予防

三次予防は、精神疾患を発症した人を対象とした、学業や社会への復帰停滞の予防とよぶべきものである。後遺症の治療や再発予防に加え、合併症の予防、リハビリテーションや休学・休職後の復学・復職支援などが含まれる。精神科デイケアへの通所やリワークプログラムの利用なども行われている。精神科デイケアにおける作業療法や、社会復帰・参加に向けた機能回復訓練、生活技能訓練（Social Skills Training : SST）は三次予防に該当し、精神疾患をもつ人々への再燃予防のための教育なども含む。リハビリテーションと慢性疾患へのケアマネジメントを通じて、個々の障害の影響を減らしていく²⁶⁾。

本来、精神保健予防活動は、一次予防、二次予防、三次予防の順序で進めることが望ましいが、現実的には、すべての疾病への予防活動は実現しておらず、発症後に三次予防から始めることも多い。精神保健予防活動も、時代に即した予防活動のあり方が模索されており、専門職のみでなく精神障害者ピアサポーターによる啓発活動や個別相談支援が国の施策として各自治体などで取り組まれている。民間では、オンラインカウンセリングやアプリ開発など、インターネットを利活用した予防活動も展開されている。これらの新たな動きが、地域における学校、職場、市中の医療機関との連携と相まって、さらに発展していくことが期待される。

一昔前に比べ、精神科医療への敷居は下がってきているものの、現在もなお、精神障害への強いスティグマ^{*1}を感じる場面は根強く残されている。さらには当事者自身も、自分の精神疾患に対するセルフスティグマをもつことがある。これらを少しでも軽減、あるいはなくしていくことが、精神保健の予防活動における長きにわたる最大の課題である。

4 精神看護とその役割

4.1 入院中の看護の役割

日本精神科看護協会は、「精神科看護とは、精神的健康について援助を必要としている人々に対し、個人の尊厳と権利擁護を基本理念として、専門的知識と技術を用い、自律性の回復を通して、その人らしい生活ができるよう支援すること」²⁷⁾と定義している。精神の健康障害により、本来のその人らしさが損なわれ、それまで順調に営まれていた日常生活に支障が生じ、精神症状が悪化した場合、入院による治療

^{*1} スティグマ：社会的烙印、差別、偏見のこと。精神疾患に関する人々の知識不足や先入観、誤った固定観念が、精神障害者への否定的な態度や行動となっている。（第4章 6.1(4) 参照）

を受けることになる。最初に、入院中の精神看護における役割をみていく。

(1) 入院病棟の治療的環境の整え

日本の精神病床数は約 32 万 5 千床（2020 年）で、世界の精神病床の約 2 割を占めるとされる。この入院中の患者の療養環境を整えることは精神看護の大きな責務である。古くは、F. ナイチンゲールが「看護とは新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔、静寂さを適切に活用し、食事を適切に選択し与えるなど、すべての病人の生命力の消耗を最小限にするよう適切に行うこと」と述べたことは精神看護においても同様にあてはまる。病棟内の音や、隣の患者との人間関係にも気を配り、心身の回復を促進する病床を整えていく。

病棟の治療的環境を整えることは、医療チームの中でも、特に看護師が中心となり役割を担う。看護学におけるメタパラダイムでもある「環境」は、自然、文化、生活などの外的環境と身体内部環境に分けられ、外的環境は人間と相互作用関係にある。精神科病棟での療養生活は、患者にとっての外的環境となり、看護ケアなどのソフト面と建物などの住環境のハード面と、それらがあわさった空間や時間などさまざまな要素で構成される。治療場の雰囲気は、患者の精神症状に大きく影響するため、患者の安全を守る環境はもちろん、医療者自身の精神が安定して、ゆったりとした雰囲気を醸し出せることも、治療的環境の構成要素となる。

また、基本的に、入院患者のベッド配置は病棟の師長が中心的役割を担って運営し、精神科医の指示や精神状態に応じた療養環境の枠組みを決定していく。例えば、自傷他害行為のある患者は、医師の指示により保護室での看護を提供し、セルフケアへの重点的な支援が必要となる患者はスタッフステーションに近い病室での看護体制を整えるなどである。

このような環境調整を経て、入院患者の症状アセスメントを行い、セルフケアレベルに応じた食事、睡眠、清潔ケアなどの日常生活援助を提供していく。精神科の医療チームは、精神科医、作業療法士、心理士、薬剤師、栄養士、精神保健福祉士など多職種で構成され、患者が安心して療養できるように、スタッフ間の調整を行いながら病棟の治療的環境を創造していく。

(2) 急性期における看護の役割：生命の安全を護る生活援助

病期別に看護の役割をみていくと、入院直後の急性期の患者は、重篤な精神症状により、基本的な日常生活を自分で営むことが難しい状態にある。原因不明の頭痛、嘔気、全身倦怠感などの身体症状に長らく悩まされてきた人や、言いようのない焦燥感や息苦しさを感じながら、慣れない環境に戸惑い療養生活を送る人がいる。あるいはアルコール依存症の離脱症状や、昏迷状態のために全介助を必要とする人な

ど、多種多様な精神症状の患者が入院する。

急性期はこのような精神症状により生活が破綻しており、生命の危機状態にあることに留意しなければならない。希死念慮が強い患者は、生命の保護を優先して隔離などの行動制限をしても、なお命を断ってしまう危険性がある。また、本人が治療の必要性を感じていないにもかかわらず、意思とは無関係に入院を強いられることもある。病識のない入院患者と医療者との関係形成は時間を要することが多く、直接・間接的看護ケアを通して、患者の生命の保護と、尊厳、信頼、愛情などの基本的欲求を満たすべく、根気強いかわりが求められる。

人への信頼ではなく、不信につながる経験を幾重にも積み重ねてきた患者の中には、他人を容易に受け入れず、相手が信じられる人かどうかを敏感に察知する人も多い。孤立状態にある患者に安心感を与え、安全を守り、セルフケアへの支援を通して粘り強く関係形成に努め、急性期の症状緩和を図っていく。主な治療は薬物療法となるが、看護師による服薬管理と、その効果や副作用の観察においても、与薬時やそれ以外の機会を捉えて治療薬の飲み心地や、患者が入院生活をどのように感じているか、周囲との人間関係はどのようなかなども、日常ケアを通した「観察」と「会話」から把握に努めていく。

(3) 精神看護における患者－看護師関係について

精神障害者が、その時々で必要とすることは異なり、セルフケア看護や、QOLの維持向上、エンパワメント、リカバリー、自己実現など、さまざまな看護目標があげられる。最終的には当事者が自己理解を深め、自己受容し、主体的に目標に向かって自分らしく人生を生きることが目標になる。このため、患者自らによる課題解決を支援していく関係性の構築は看護の重要な役割のひとつとなり、ニーズに応じた計画を立案して、援助関係を基盤に精神看護過程を展開していく。

精神看護の母といわれる H.E. ペプロウは、看護を「**有意義で、治療的な、対人的プロセスである**」と定義し、看護を対人関係のプロセスとして位置づけた。このペプロウの対人関係論は、精神看護実践において看護師が対人援助技術を提供する際の根拠として意義深く、対人関係のプロセスに「看護の理論的枠組み」を提供し、精神看護の本質的役割を示している（援助論第3章2.2参照）。

また、セルフケアへの看護の観点からは、**オレムの看護システム理論**（援助論第3章3.4参照）における患者－看護師関係もおさえておく。オレム看護システム理論における患者－看護師関係には、社会的関係、対人相互関係、技術的関係の3つがあり²⁸⁾、これらの関係の中で、看護師は患者のセルフケア要素を満たすよう補完していく。それぞれの関係の特徴を表1.4に示す。

表 1.4 オレム看護システム理論における患者—看護師関係と精神科看護での特徴

	患者—看護師関係	説 明	精神科看護での特徴
社会的関係	看護師は、社会のなかで、看護をめぐり提供者と受け手の関係にあり、両者の間には、一定の 契約 が成立している。	看護師は、看護を提供する専門職という立場にあり、看護の受け手は、ケアを受ける患者という立場にある。	患者が入院治療に同意しない場合でも、社会的関係があることで、看護師は援助者としての役割を担うことができる。
対人相互関係	人間対人間としての、一対一の信頼関係を築くことで、 協力関係 が成立している。	看護師はケアの専門家としてセルフケア看護を提供し、患者は能力に応じて自身のセルフケアを行うことで、両者間に人間的な交流が起こる。	患者が治療やセルフケア看護、また人間関係を拒否する場合でも、看護師は、一人の人として、適切な自己開示を行い、かわりを継続する。
技術的關係	状況に応じた専門的技術による援助の 授受関係 が成り立つ。	看護師は、患者にどんな援助が必要かを見極め、看護実践をする。患者は、自分にどのような援助が必要か、どのようなことが自分にはできないのかを認識する。	患者は、セルフケア看護の目標や精神の健康上の課題を、看護師と共通認識して、自ら助けを求めることができる。

1) 社会的関係

療養上の世話または診療の補助業務を行うことを業とする者と法律上定められている看護職は、社会的に、この目的において患者を援助することができ、患者も他者である看護師に日常生活援助を委ねることができる。精神科看護は主に病院において実践されるが、訪問看護など患者の居宅で展開される場合もある。

2) 対人相互関係

一般的に、対人相互関係は社会的関係のうえに成立する。患者と看護師が治療やケアにおいて協力関係にあることは暗黙のうちに了解されているため、身体科においては患者がケアを拒否することはまれである。しかし、精神疾患患者との関係においては、食事や清潔ケアの拒否、拒薬、人間関係の拒否あるいは過度な依存が生じることがある。看護職として患者とかかわる場合、患者と看護師という社会的関係を基盤としつつ、一人の人として対峙することが求められ、根気強く患者を信頼して待つ姿勢が大切になる。

3) 技術的關係

しばしば、患者にとって何がわかっているのかより、何がわからないのかを見出

すことが重要である。患者が生活上の困難を抱える背景には、さまざまな出来事の中なかで、本来その人がもつ力が弱められ、失われてきた過去があり、人生の中で繰り返されてきたパターンがある。例えば、常に他人に巻き込まれ、利用され、振り回され、スケープゴートになっていることに気づくことができない対象に対しては、看護師は患者が自己の傾向に気づくことができるよう働きかける。そして、患者自らが問題解決できるよう、日常生活で自立していくための看護を提供していく。

(4) 回復期における看護の役割：日常生活行動におけるセルフケア拡大への支援

精神症状が安定してくる時期には、症状マネジメントを行いつつ、生活リズムを整え、自分で身の回りのことができるよう、無理なく活動範囲を広げていく支援をする。心身が疲弊している消耗期にあり、徐々にエネルギーを充電していく感覚を得られるよう、焦らずゆっくり休養し、体力の回復に応じて、患者自身ができるセルフケア行動を見守り、もとの生活へと少しずつ行動を拡大できるよう促していく。また、退院後の生活に目を向け、患者の生活史と関連づけた対象理解を深めつつ、日常の生活を楽しむことができるようなゆとりの中で、好みにあったレクリエーション活動への参加なども提案していく。

体力が付き、安定した日常生活ができるようになると、退院後を想定した生活スキルの習得、服薬自己管理の訓練、家族関係の調整、社会資源の導入の検討など、ケースに応じたさまざまな支援を提供していく。地域での生活を想定し、外来への通院手段はあるか、自力で買物ができるか、近隣住民との関係はどうか、相談できる人はいるか、退院後にやらなければいけないこと、やりたいことはどのようなことかなど、患者の不安や焦りにつながらないように留意しつつ、具体的に退院後の生活像を描き、ともに看護計画を立案していく。

また、ある程度まで回復しても、退院後に一人で安全に生活することが困難な場合がある。精神保健福祉士らと協働して、退院後の居住先や経済面の支援など、必要となる社会資源についてチームで調整していく。

看護師には患者の権利擁護（アドヴォカシー）の役割があり、医療者主導ではなく、患者自らが選択できるよう意思決定の支援をすることが求められる。最も身近に存在する専門職として、自分の思いをうまく表明できない患者の意思を汲み取って代弁していく。患者の中には、身内に障害年金を管理され、患者の年金を患者自身のために使うことができない状況に置かれている場合もある。このような患者とかわるときには、福祉職を中心とする多職種連携により患者の権利を護っていくことが必要である。

(5) 退院支援における看護：病院から地域へ

退院後の患者は、状態に応じて、精神科デイケア、精神科訪問看護などの医療サービスや、地域活動支援センター、就労支援事業所などの福祉サービスを利用し、日常生活に戻っていく。外来通院のみの患者も多いが、複数のセーフティネットがあることで、症状悪化時の早期対応が可能となり、安心した社会生活を営むことができる。退院支援においては、病院から地域への切れ目のない支援が求められており、精神看護はその中でも、医療と福祉の制度や、疾病と発達に関する知識など、「医学モデル」と「生活モデル」の両方の視点で支援することができることから、萱間ハイブリッドモデルを提唱している²⁹⁾。

看護師は、病院では問題解決型志向で支援していくことが多いが、地域では問題解決型志向ばかりでなく、ストレングスモデルを用いて、柔軟で自由な支援を展開できる可能性がある。例えば、症状が漸く軽快して自宅退院する患者が、“明日から働きたい”、“レストランを開業したい”という意欲がある場合、現実的に考えて休養を勧めたり、服薬継続の自立を促すことも大切であるが、患者の欲求を強みと捉え、就労に向けた訓練や料理の練習を提案するなど、当事者の思いに添う方向で支援していくかわりもできる。患者の現実検討力のアセスメントと、家族の介護力や家族関係の調整を含めた状況判断力が必要となり、対象との援助関係の形成とリスクマネジメントのもとで、的確な状況判断を行っていく。

地域の精神保健に関するフォーマル・インフォーマルの社会資源を把握し、患者に必要な情報の提供や、リカバリーに資する環境を創造していくことは、これからの共生社会の実現における精神看護の重要な役割である。患者の自立や社会復帰のためには、専門職による支援のみでは難しく、地域住民の存在が大きな力になる。一般市民の理解が得られるよう地域の人々との信頼関係を築き、患者の退院後の環境調整を担っていくことも看護師の役割である。隣人の見守りの姿勢が患者の対人関係障害の緩和につながり、また患者の不調や異変を早期に察知することができ、病院の早い段階での危機介入も可能となる。

また、看護師には、患者の経済的自立や就労を目指すことだけをゴールとするのではなく、その過程を重視していく視点が必要である。経済的自立や就労を目標にすることで精神的に追い込んでしまうことは避けなければならない。心身への過重な負荷のかかる就労が挫折体験となって、かえって後々の自立の妨げになることもある。ステップバイステップで、その人なりの地域での社会参加や社会復帰のあり方を考え、寄り添う支援が求められる。

(6) 慢性期における看護：地域移行・定着支援へ

患者の精神症状が慢性化すると、入院期間が年単位となることが多い。慢性期の入院治療は、薬物療法を継続しつつ、集団療法、作業療法、芸術療法など心理社会的な側面が強化され、患者の状態に応じた多種多様の心理教育プログラムを提供していく。看護師は、レクリエーション療法や心理教育プログラムに、チームの一員としてあるいは中心メンバーとして運営の役割を担うとともに、患者の参加を促す働きかけをしていく。そして、退院支援に向けた環境調整なども行っていく。

なお、オレム看護論を精神看護領域に適応させた P. アンダーウッドは、患者の精神内界の診断と治療を行う精神科医と、外部の環境と生活の間に働きかける看護師の専門性の違いを明示した（図 1.6）。例えば、食後に口腔ケアを拒否する患者がいた場合、看護師はその行動の背景を多角的にアセスメントするが、精神内界への治療的介入は看護の役割ではなく、患者の口腔ケアが実施できるように本人や周囲の環境に働きかけていく。

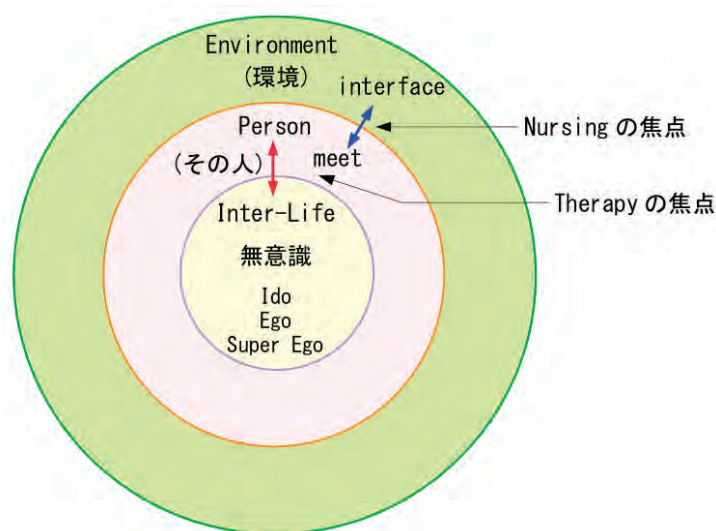


図 1.6 看護の焦点と治療の焦点³⁰⁾

精神症状が十分に安定し、身の回りの生活動作も自立していて退院先となる受け皿がなく院内寛解の状態である患者には、閉鎖病棟から開放病棟、院外活動への行動範囲の拡大、あるいは所属している集団の中での役割拡大などを通して地域での生活に近づける支援をしていく。わが国の精神科病院における長期入院患者の処遇は長い期間解決が困難な社会問題となっており、退院に向けた諸活動の充実が看護師にも期待されている。

精神科病院というある種閉鎖的な環境では、患者と医療者が長期的にかかわりを

もつこともまれではなく、看護のマネリ化を防ぐように留意しなければならない。長期入院患者の退院促進に関する国の施策は、2004（平成16）年9月の「精神保健福祉施策の改革ビジョン」以来、「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念の下で進められ、2006（平成18）年には**精神障害者地域移行・地域定着支援事業**が創設され、精神科病院からの退院促進が図られてきた。2012（平成24）年からは地域移行支援として、入院患者を対象とした住居の確保や障害福祉サービスの体験利用・体験宿泊のサポートなど、地域生活へ移行するための支援制度も整備されている。

障害者自立支援法の改正に伴い、2012（平成24）年4月から地域移行支援・地域定着支援がサービスメニューとして追加され、都道府県から指定を受けた相談支援事業所が「**地域移行推進員**」を配置し、支援を行った場合には自立支援給付が得られることとなった。このような社会制度の変遷を知ったうえで地域における保健福祉専門職との積極的な連携を図ることも精神看護の役割である。

長期入院の結果、いわゆる施設症（ホスピタリズム）となり、退院に消極的となる患者に関しては、患者自身に内在する生活の変化に対する抵抗や不安、葛藤などが阻害要因となったり、看護者側の諦めが影響することも指摘されている。対人関係における苦しみを少しでも軽減できるよう、SST（Social Skills Training）により社会生活技能を高める訓練もあるが、生活や人生、また日々を楽しむことのできる居場所や仲間を地域に見出していけるよう、焦らずゆとりを大切にして支援していき、地域とのつながりを少しずつでも増やしていくことができれば理想ではないだろうか。

また自宅療養が慢性化しているケースでは、地域にしながら長期間にわたり社会とのつながりのない状態が常態化していることも多い。社会通念上あるべき姿や行動を期待して援助者や家族自身の理想像を押しつけることのないように、地道に本人との関係性を築き、家族支援と並行してニーズに沿った支援を行っていく。

患者が退院後に地域で有意義な生活を送り、社会復帰していくためには、家族の理解と協力が欠かせない。しかし、家族もまた、精神疾患となった家族員をもつことによる大きな心身の負担を抱えており、患者と同様に家族も支援の対象となる。急性期からの全過程において、精神的ケアはもちろんのこと、疾病理解を深める家族心理教育を行い、必要時は家族関係の調整を行う。看護師は、病棟に面会に来た家族をねぎらい、家族が病気をどのように捉えているか、患者との関係性はどのようなか、自身の無力感や強い自責感に苛まされていないかなど、心理アセスメントを踏まえた家族支援を行う。患者の背景としてだけではなく、家族全体をひとつのシステムとして捉え、家族のセルフケア能力が高まるように働きかけていく。

4.2 自己肯定感を育むこと

精神の健康障害をもつ人の自己概念は、往々にして自己否定的である。「自分は駄目な人間だ」、「生きる価値のない人間だ」という自分に対する評価態度は、自尊心の低さを表し、主に生育歴が影響している。現在の苦悩のもととなっている出来事を把握し、自己肯定感をもちことができるような支援につなげていくことが大切である。

否定的な自己概念を抱く患者は、自分の病気が自分の人生に著しく否定的に作用し、将来について希望がもてず、楽観的にもなれないと感じて、ますます病気について心配する³¹⁾といった悪循環に陥る。周囲に苦しみを理解されず、孤立した状態で自責的な考えを繰り返し、やがては自ら生命を断つ危険すらある。幼少期からの体験が、強いコンプレックスやトラウマとなって不適応を起し、さまざまな要素が積み重なり自尊心の低下を招いていることから、全人的ケアを目指した対象理解においては、患者の生育歴（ヒストリー）のアセスメントが必要となる。

また、自尊心の低さは、何らかの負荷がかかった際に精神的打撃を受けやすい。例として、摂食障害を取り上げると、将来への漠然とした不安を抱えながら学校に通う女子高校生が、同級生に「ぽっちゃりしていてかわいい」と言われたことを気に病んで、過度な食事制限を始めることはよくあることである。友人は、素直によいと感じたところを伝えたにもかかわらず、本人はダイエットに注力していく。そして、やせることで誤った自信や達成感を得て、摂食障害へと進行する。この精神疾患になりやすい人は、親の期待に応えるよい子として、寂しさを抱えながら育ってきた生育歴によって、“自分はまるで価値のない人間だ”、“よい子でなければ愛される資格はない”などの自己否定的な自己概念が形成される傾向にある。

回復に向けては、ありのままの自己の存在が愛され、必要とされる体験が大切となり、看護師はその人のよい面を自覚できるよう働きかけ、わずかな回復のサインを喜び、食べても失敗しても大丈夫であることをともに経験していく。少しずつ“自分は自分でよい”と自覚し、隠れていた心理的欲求に気づき、言葉で自己主張できれば、思春期の自立とアイデンティティ形成を発達課題とする疾病特性が、成長へのベクトルへと向かうことになる。

このように精神看護には、危機状態にある急性期から、その人の退院後の生活や発達課題を考慮した長い時間軸で、疾病特性を踏まえた支援を継続させていく役割がある。一人ひとりの看護師が、一人の患者にかかわる期間は限られているが、人生各期の発達課題を視野に入れ、入院や在宅のそれぞれの持ち場で適切な心理的距離を保ち、療養生活や社会復帰に向けて看護を提供していく。精神看護過程では、

単に診療の補助業務や患者のセルフケア不足を補うのではなく、患者自らの失われた尊厳と自律性の回復を促していくことができるよう、過去、現在、未来の時間軸の中での対象理解に基づく全人的ケアが求められる。看護師の応答的な情緒的支援により、患者が安全で安楽な環境の中で、自己肯定感を育んでいけるような心構えでケアにあたりたい。

4.3 エンパワメントの役割

患者の中には、自分の人生であるにもかかわらず、自分の人生における主導権を喪失している人が少なからず存在する。日常の小さなエピソードでは、知人に誘われて行きたくないが無理をしてつきあって体調を崩したり、心身を鍛えて充実感をもたらすはずの部活動に、周囲の勧めで気乗りのしないまま入部して、人間関係の不和から精神症状が現れたりすることがある。また、人生を左右するような進路や職業選択などの決定において、自己の希望と異なる親の意向に従った結果、漫然と違和感を抱えたままで無理をして不適応を起こし、精神疾患を発症することがある。さらに、精神疾患をもつために、夢や目標に向かう人生を周囲の人々や社会から奪われてしまうことがある。

このような状態から抜け出していくことを志向する概念がエンパワメントである。エンパワーは、「権限」や「能力」を与えるということを意味しており、エンパワメントは、自らがコントロールできるとする支配感、統制感、またはそれを獲得する過程、そして、それに伴う行動をさす³²⁾とされている。ここでの能力や権限というものは、訓練によって後天的に獲得するものではなく、もともとその人に備わっているもの、もっているものという考えに基づいている。精神看護では、精神疾患に罹患することで、さまざまな制約を受け、パワーレスとなっている状態から、本人に内在する力を発揮できるように、環境整備を行いながら本人に権限を与えていく。また、周囲の人々とのパワーバランスの中で力を奪われたようになっている状態から、人としてのあたり前の自由や権利や尊厳を取り戻せるよう支援しなければならない。

疾病を契機に、その疾病体験を生かして前よりもよい人生を送ることができるよう再生を図ることは、看護がめざす目標のひとつである。すなわち、入院が人生のターニングポイントとなり、その人の人生や生活において、もてる能力や権限を最大限に発揮し、悔いのない人生を精一杯生きられるよう支援していくことが最終目標である。どのように生きたいかは人それぞれであり、心のしなやかさ（レジリエンス）も人それぞれであるため、あくまでも患者のペースに歩みをあわせていくこ

とが重要であり、回復過程に沿った精神看護実践が求められる。

章末問題

1 高齢者が趣味の絵画を地区の展覧会に発表したいという欲求はどれか。

1. 自尊の欲求 2. 所属の欲求 3. 安全の欲求 4. 生理的欲求

(第 105 回午前 36 問)

解説 (4 頁 表 1.1 参照) マズロー, A. H. の提唱した 5 段階欲求説の第 1 階層 (最下位) は「生理的欲求」、第 2 段階は「安全の欲求」、第 3 段階は「社会的欲求/所属と愛の欲求」、第 4 段階は「承認 (尊重) の欲求」、第 5 段階 (最上位) は「自己実現の欲求」である。問題の趣味の絵画を出展したいというのは、他者に認められ褒められたいという自尊の欲求である。

解答 1

2 マズロー, A. H. (Maslow, A. H.) の基本的欲求階層論で最高次の欲求はどれか。

1. 安全の欲求 2. 承認の欲求 3. 生理的欲求 4. 自己実現の欲求 5. 所属と愛の欲求

(第 107 回午後 25 問)

解説 (4 頁 表 1.1 参照) 最高次の欲求は 4. 「自己実現の欲求」である。

解答 4

3 マズロー, A. H. (Maslow, A. H.) の基本的欲求の階層で、食事・排泄・睡眠の欲求はどれか。

1. 安全の欲求 2. 自己実現の欲求 3. 承認の欲求 4. 生理的欲求

(第 108 回午後 6 問)

解説 (4 頁 表 1.1 参照) 食事、排泄、睡眠などは生理的な欲求に属する。

解答 4

4 マズロー, A. H. (Maslow, A. H.) の基本的欲求の階層構造で承認の欲求はどれか。

1. 尊重されたい。 2. 休息をとりたい。 3. 他人とかわりたい。 4. 自分の能力を発揮したい。

(第 109 回午後 17 問)

解説 (4 頁 表 1.1 参照) 1. は第 4 段階「承認 (尊重) の欲求」 2. は第 1 段階 (最下位) 「生理的欲求」 3. は第 3 段階「社会的欲求/所属と愛の欲求」 4. は最上位 (第 5 階層) 「自己実現の欲求」 解答 1

5 社会的欲求はどれか。

1. 安全の欲求 2. 帰属の欲求 3. 睡眠の欲求 4. 排泄の欲求 (第 104 回午後 5 問)

解説 (4 頁 表 1.1 参照) マズロー, A. H. の提唱した 5 段階欲求説では社会的欲求は第 3 段階の「社会的欲求/所属と愛の欲求」にあたる。

解答 2

6 世界保健機関（WHO）が定義する健康について正しいのはどれか。

1. 単に病気や虚弱のない状態である。
2. 国家に頼らず個人の努力で獲得するものである。
3. 肉体的、精神的および社会的に満たされた状態である。
4. 経済的もしくは社会的な条件で差別が生じるものである。

（第107回午後1問）

解説（7頁 表1.2参照） 世界保健機関憲章における健康の定義として「健康とは、完全な肉体的、精神的および社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない。」としている。

解答 3

7 生活習慣病の一次予防はどれか。

1. 早期治療
2. 検診の受診
3. 適切な食生活
4. 社会復帰を目指したリハビリテーション

（第104回午前15問）

解説（14～17頁参照） 一次予防は、発症前に疾患を予防することを目標に啓発活動、健康教育、環境整備などをあらゆる年齢層の人々に行うことである。例えば、良質な睡眠の確保に対する指導やアルコール依存に対する注意喚起、学校における「保健だより」の活用による健康に関する情報発信などがあげられる。 1. 「早期発見、早期治療」は二次予防、 2. 検診はがん検診など特定の病気の早期発見を目的とするため二次予防である。 4. リハビリテーションは三次予防である。

解答 3

8 アルコール依存症の一次予防はどれか。2つ選べ。

1. 年齢確認による入手経路の制限
2. スクリーニングテストの実施
3. 精神科デイケアへの参加
4. 小学生への健康教育
5. 患者会への参加

（第109回午前87問）

解説（14～17頁参照） 1. はアルコール依存症予防のための環境整備にあたるため一次予防である。 2. は依存症の早期発見を目的とするため二次予防である。 3. は社会復帰へ向けての活動のため三次予防である。 4. 健康教育は一次予防である。 5. は再発予防を目的とするため三次予防である。

解答 1、4

9 地域精神保健活動における二次予防はどれか。

1. 精神科病院で統合失調症患者に作業療法を行う。
2. 精神疾患患者に再燃を予防するための教育を行う。
3. 地域の住民を対象にストレスマネジメントの講演会を行う。
4. 会社の健康診断でうつ傾向があると判定された人に面接を行う。

（第105回午前58問）

解説 (14～17 頁参照) 二次予防は検診やスクリーニング、面接などにより疾病を早期発見し、早期治療や指導を行うことで憎悪を防ぐことである。 1. リハビリテーションである作業療法を行うことは三次予防である。 2. 再燃の予防に対する教育は三次予防である。 3. ストレスマネジメントの講演会を行うことは一次予防である。 4. うつ傾向があると判定された人に面接を行うことは、早期治療につなげ憎悪を防ぐための二次予防である。 解答 4

10 精神保健活動における二次予防に該当するのはどれか。

1. 地域の子育てサークルへの支援
2. 休職中のうつ病患者への復職支援
3. 企業内でのメンタルヘルス講座の開催
4. 学校を長期間欠席している児童への家庭訪問

(第 107 回午後 59 問)

解説 (14～17 頁参照) 1. 子育てサークルへの支援により、母子の健康の保持増進が期待できるため、一次予防にあたる。 2. うつ病患者への復職支援により、再発予防や回復が期待できるため、三次予防である。 3. メンタルヘルス講座の開催は、一次予防である。 4. 長期間欠席している児童の家庭訪問により欠席理由が判明し、早期治療や指導を行うことで憎悪を防ぐことができるので二次予防である。 解答 4

11 疾病や障害に対する二次予防はどれか。

1. 早期治療
2. 予防接種
3. 生活習慣の改善
4. リハビリテーション

(第 108 回午前 1 問)

解説 (14～17 頁参照) 1. 早期発見・早期治療は二次予防である。 2. 予防接種は発症前に疾患を予防するために行うため、一次予防である。 3. 生活習慣の改善は、発症前の疾患の予防であるので一次予防である。 4. リハビリテーションは三次予防である。 解答 1

12 職場における疾病予防の対策のうち三次予防はどれか。

1. 健康教育の実施
2. 人間ドックの受診
3. じん肺健康診断の実施
4. 職場復帰後の適正配置

(第 104 回午後 38 問)

解説 (14～17 頁参照) 1. 健康教育は疾患予防のための啓発活動のため一次予防である。 2. 人間ドックの受診勧奨は疾患の早期発見、早期治療につながるため二次予防である。 3. じん肺健康診断の実施によりじん肺の早期発見、早期治療につながるため二次予防である。 4. 疾患を発症した人の職場復帰後の適正配置は、復職支援や再発予防にあたり、三次予防である。 解答 4

13 高齢者における肺炎 (pneumonia) の三次予防はどれか。

1. 口腔内の衛生管理
2. 肺炎球菌ワクチンの摂取
3. 呼吸リハビリテーション
4. 健康診断での胸部エックス線撮影

(第 106 回午後 45 問)

解説 (14～17 頁参照) 1. 口腔内を清潔にすることによる肺炎予防であるから一次予防である。 2. 予防接種は一次予防である。 3. リハビリテーションは三次予防である。 4. 健康診断での胸部エックス線撮影は肺炎の早期発見が目的であるため二次予防である。 解答 3

14 精神障害の三次予防の内容で適切なのはどれか。

1. うつ病 (depression) 患者の復職支援
2. 住民同士のつながりの強化
3. 精神保健に関する問題の早期発見
4. ストレス関連障害の発症予防に関する知識の提供

(第 109 回午後 67 問)

解説 (14～17 頁参照) 1. 後遺症の治療、再発予防、合併症の予防、リハビリテーション、復学・復職支援は三次予防にあたる。 2. 住民同士のつながりの強化は直接的には精神保健活動には含まれない。 3. 早期発見、早期治療は二次予防である。 4. 発症予防に関する知識の提供は一次予防である。解答 1

引用・参考文献

- 1) A.H. マズロー著／小口忠彦訳：人間性の心理学—モチベーションとパーソナリティ—，改訂新版、産能大出版部、1987.
- 2) 武井麻子・鈴木純一編：レトリートとしての精神病院．ゆみる出版、1998.
- 3) 五十嵐久美子（厚生労働省医政局看護課）：看護行政の動向 看護師 3 年課程教育内容の変遷．令和 2 年 9 月日本看護系大学協議会、https://www.janpu.or.jp/mext_mhlw_info/file/doc04.pdf（閲覧日 2021 年 12 月 20 日）
- 4) 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部：第 1 回精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会 最近の精神保健医療福祉施策の動向について．<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf>（閲覧日 2021 年 12 月 20 日）
- 5) 廣田麻子：健全なる身体に健全なる精神 ユウェナーリスの『風刺詩』第 10 編について．大阪市立大学看護学雑誌、5、31-34、2009.
- 6) 内閣府：国民生活に関する世論調査．2019.
<https://survey.gov-online.go.jp/r01/r01-life/index.html>（閲覧日 2022 年 1 月 16 日）
- 7) 厚生労働省：世界保健機関憲章．
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=97100000（閲覧日 2022 年 1 月 16 日）
- 8) World Health Organization: Constitution of the World Health Organization. 1946.
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>（閲覧日 2022 年 1 月 16 日）
- 9) 鈴木貴之：バイオサイコソーシャルモデルと精神医学の統合．精神神経学雑誌、120 (9)、759-765、2018.
- 10) 榎本妙子：「健康」概念に関する一考察．立命館産業社会論集、36 (1)、123-139、2000.
- 11) 山崎喜比古、戸ヶ里泰典、坂野純子編：ストレス対処力 SOC 健康を生成し健康に生きる力とその応用．有信堂高文社、2019.
- 12) R. デュボス著／長野敬、中村美子共訳：人間への選択．紀伊国屋書店、1975.
- 13) R. デュボス著／田多井吉之介訳：健康という幻想．紀伊国屋書店、1964.
- 14) 日野原重明：日本精神衛生会編：こころの健康シリーズ II 高齢者のメンタルヘルス、健康の新しい定義．<http://www.jamh.gr.jp/kokoro/series/series2-12-5>（閲覧日 2022 年 1 月 16 日）