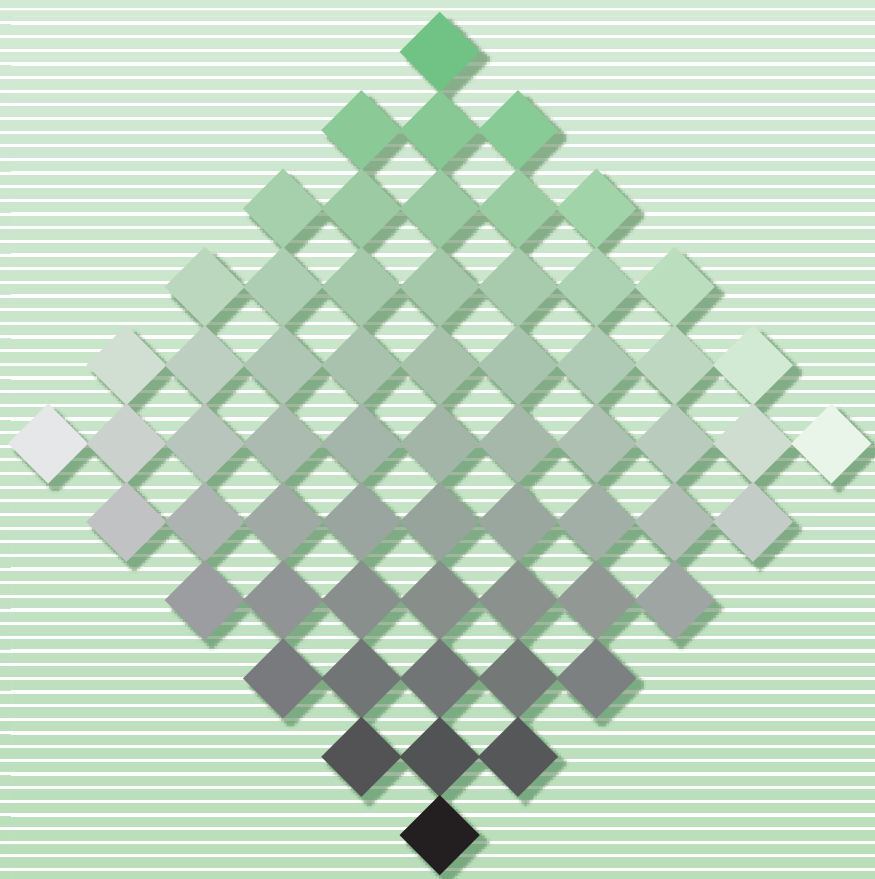


精神科看護ガイドライン

2011

特例社団法人 日本精神科看護技術協会
政策・業務委員会



はじめに

特例社団法人日本精神科看護技術協会（以下、日精看）では、1999年発行の「精神科看護業務指針'99」以来、2001年、2003年と業務指針を改定してきました。2005年には、はじめて「精神科看護基準」を発刊しています。この年は、「指針」は作成されていません。そして、2007年には「指針」の改定がなされています。

このように、日精看は、1999年以来、「精神科看護指針」「精神科看護基準」を2年ごとに改定あるいは作成してきたわけです。2年間隔で「指針」と「基準」を交互に改定するということが検討されたのですが、2011年はそのどちらでもなく「精神科看護ガイドライン」の作成ということになりました。これまでの慣行を変更してなぜ「ガイドライン」なのかについて説明しておきます。

看護の世界では、「看護業務指針」「看護基準」「看護手順」と階層的に業務を整理することが一般的でした。「指針」は方向性を示すわけですから、望ましいあり方、方針を明示することになります。現在の精神科看護のめざさなければならない水準を明らかにし、「どの精神科施設でも実現できているとまではいえないが、こういう考え方で、このレベルをめざさなければならない」という、その方向性を示したのが「精神科看護業務指針」です。

一方、「基準」は、比べるための指標となる目安です。「どの精神科施設であってもここまでは到達可能なはずであり、この基準を満たしていなければならない」という精神科看護実践のスタンダードを示したのが、「精神科看護基準」です。もし、この基準を満たしていないとすれば、その基準に到達するための努力が要求されます。

そして、今回作成したのは「精神科看護ガイドライン」です。「ガイドライン」は辞書的には、「政策の指針」「指導目標」を示した文書をさします。改定を重ねてきた「精神科看護業務指針」、そして2005年に1回だけ作成された「精神科看護基準」。本来、「指針」があり、それに照らして「基準」がつくられるはずなのですが、これまで作成、改定された両者を比べてみても、そのような関係にはなっていません。そもそも、精神科看護の場合、「指針」と「基準」を区別して表現することは困難です。それに、精神科看護の多くの領域はケアのスタンダードが示せるほど論議が深まっていないということもあります。あえて両者を区別する必要もないだろうということで、「指針」に大きく傾いてはいますが、「基準」的な要素も含んだ「ガイドライン」という呼称を採用することになったのです。

2011年3月現在、「障がい者制度改革推進会議」や「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」において障害者基本法、障害者自立支援法、精神保健福祉法等の改正に向けた議論が展開されています。全国28か所での精神障害者アウトリーチ支援事業も始まります。このような大きく政策が変わっていく可能性のある時代状況を見据えつつ、「精神科看護ガイドライン2011」は作成されました。このガイドラインでは日精看の精神科看護の定義を枠組みとして基本的な考え方を整理し、課題であった看護記録、代理行為、看護者への学習支援、臨床研究について臨床の現実に即した方向性を示しました。また、認知症の看護、発達障害の看護などの項目を付け加えています。

ガイドには、案内や手引きという意味があります。この「精神科看護ガイドライン2011」は各施設の看護業務の見直し、あるいは院内教育に際しその枠組みを提供する役割を果たせるものと自負しています。しかし、政策業務委員会のみならず理事会や学会等でも点検、検討を重ねてきたとはいえ、まださまざまな意見があると思います。このガイドラインが依拠しているのは日精看会員の声です。このガイドラインを活用していただき、次回改定のために意見を寄せてくださるようお願いいたします。

【追記】 このガイドラインの校正作業に入った3月11日、東日本大震災が起こった。以後、日本中が喪中のようなやりきれない日々が続いている。そんな中、われわれはガイドラインがこのような自然災害にも対応したものとなっているかを点検し、若干の加筆を行った。「精神科看護の基本」については、もともと災害看護に想を得た部分もあり、妥当であろうと思っている。「防災対策」の項目は、次回改定では、東日本大震災からの学びを取り入れて、より充実したものにしたい。

2011年3月

特例社団法人日本精神科看護技術協会 政策・業務委員長 吉浜文洋

目次

1. 精神科看護の基本

1-1. 精神科看護の基本	2
1-2. 精神科看護と法制度	3
1-3. 精神科看護の倫理	3
1-4. 精神科看護の展開	4

2. 専門的知識・専門的技術

2-1. 看護過程と記録	5
2-2. コミュニケーション	7
2-3. セルフケア・アセスメント	8
2-4. 暴力への対応	9
2-5. 精神科薬物療法	10
2-6. 電気けいれん療法 (ECT)	11
2-7. 心理社会的リハビリテーション, 認知行動療法	12
2-8. 行動制限最小化看護	13
2-9. 退院支援・退院調整	14
2-10. 代理行為	15

3. 臨床看護

3-1. 精神科救急・急性期看護	16
3-2. 精神科身体合併症看護	17
3-3. 認知症の看護	18
3-4. 発達障害の看護	20

4. 地域生活における看護

4-1. 精神科外来看護	21
4-2. 精神科訪問看護	22
4-3. 精神科デイケア	23

5. 看護管理

5-1. 療養環境	24
5-2. 看護管理	26
5-3. リスクマネジメント	27
5-4. 情報管理	28
5-5. 防災対策	29

6. 看護職への学習支援と臨床看護研究

6-1. 看護職への学習支援	30
6-2. 臨床看護研究	32

1. 精神科看護の基本

1-1. 精神科看護の基本

● 基本的考え方

〈精神科看護の定義〉

2004年、日本精神科看護技術協会（以下、日精看）は精神科看護を「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」と定義した。

この定義は対象を臨床看護領域に限定せず「精神的健康について援助を必要としている人々」と幅広く設定している。日精看では「精神科看護」を看護基礎教育の科目名である「精神看護」とほぼ同一の対象、看護領域を表わす用語として使用していることになる。本ガイドラインは、精神科看護がこのように操作的に幅広い領域をカバーするものとして定義されていることを前提として作成されている。

〈精神科医療・看護の基本〉

精神的健康について援助を必要としている人々とは、多くの場合、精神的危機に陥っている、あるいはその可能性のある人々である。人が精神的危機に陥ったとき、まず提供されなければならないのは、脅かされず不安の少ない「安全、安心」な環境である。この環境には、対人関係や物理的環境が含まれる。そして、精神的危機を乗り越えることができるよう身体的条件を整えるための援助が必要とされる。このように、身体的、心理・社会的等、多様な側面から対象を理解することが精神科看護の基本である。また、援助にあたっては、対象者の人としての尊厳および権利が尊重されなければならない。したがって自己決定能力や短期的、長期的にみた対象者の利益となること、害するおそれのあること等の倫理的な側面からの理解も必要である。

①安全・安心の保障

「安全」の保障された環境が提供され、サポートする援助者がいることで「安心」感が生まれる。「安全」「安心」と相まって「睡眠」を含む生理的ニーズが満たされれば、精神的危機へ対処する身体的条件が整い、危機は遠のいていく。精神科看護は、精神的健康について援助を必要とする人々の「安全、安心」そして、危機を乗り越えるための身体的基礎である生理的ニーズの充足をはかろうとする専門的援助である。その援助は、一般的には患者－看護者の援助関係の形成を基盤に、治療的環境の整備、精神科薬物療法支援、すべての援助関係に通底する精神療法的観点からなされる。

援助関係の形成は、援助提供の基礎となるものであり、患者との間に信頼関係があってはじめて成り立つ。理解され見守られることによる安心感、課題と向き合いその解決に立ち向かう力、対人関係を通しての精神的成長、これらは有意義な患者－看護者関係があってはじめて生まれる。

精神科看護者は、自身を傷つける、あるいは他者の安全を脅かす患者へもかかわる。治療的環境の整備は、患者、その他関係者の安全、安心を考慮してなされなければならない。そして、自尊心を傷つけない環境、安らぎ心落ち着けられる環境である必要がある。

②自律性を回復し、「その人らしい生活」を獲得するために

看護者の薬物療法へのかかわりは、生物学的脆弱性を補い、ストレスに抗するための身体的条件を整えることをめぐる援助といえる。精神科薬物療法等によって精神的危機へ対処する身体的条件が整えられ、精神的健康に関する課題の克服のための基礎ができる。精神科薬物療法支援は、現在の精神科看護の役割として無視できない。

精神的健康について援助を必要とする人々が「その人らしい生活ができるよう支援する」ことが精神科看護のめざすところであり、社会から期待されていることでもある。人は本来、自律して生きている。精神的健康に関して支援を必要としている人々は、その自律性が脅かされている。

精神科看護の目標の達成は、患者の「自律性の回復」を通してなされる。自律性を回復し、セルフケア能力を充実させることは、「その人らしい生活」を獲得するプロセスともいえる。そのための援助は、希望がもてること、自分の力を信じ自尊心がもてること、依存を減らし自己責任で行動すること、新しい役割を見つけることといった局面として整理できる（リカバリー概念）。

1-2. 精神科看護と法制度

● 基本的考え方

精神科医療には、非自発的入院の制度があり、やむをえず本人の同意を得ることなく治療を行うことがある。あるいは、心神耗弱あるいは心神喪失状態で外形的には犯罪にあたる行為を行った対象者への治療、看護を要請されることもある。また、病と障害の併存といわれる精神疾患は慢性的に経過することが多く、医療のみでなく福祉サービスを必要とする。精神科看護者に、医療・看護の知識だけでなく福祉その他の法制度の理解も求められるのは、このような背景があるからである。

精神科看護は、精神保健医療福祉の法制度のもとで展開される。関連の法制度の中で特に重要なのは、精神保健福祉法、障害者自立支援法、心神喪失者等医療観察法である。看護者は、少なくともこれら3つの法律の基本的考え方を知り、自らの臨床現場に必要な内容については精通していなければならない。看護者は、諸制度を理解し、必要に応じ精神保健福祉士、社会福祉士、弁護士らを活用し、協働する。

1-3. 精神科看護の倫理

● 基本的考え方

精神科看護は、対象者の「その人らしい生活」の実現を目標としたかわりである。その人らしさとは個別性のことであり、その人固有の価値観、生き方を重視することを意味する。精神的健康に問題があり、援助を必要とする人々は自己決定が困難であったり、その属する集団（家族、地域社会、職場、学校）の価値観から極端にかけ離れた自己決定を選択することがある。物事のとらえ方（認知）が歪んでいることもあるし、見当識に問題がある場合、記憶、注意、思考、実行などの認知機能が十分に働かないことにその原因が帰せられる場合もある。

自己決定能力が十分ではない患者の場合、意思の確認が困難であり、自己決定支援には、葛藤が伴う。自己決定が困難で、意思が確認できない場合、過去の言動から「その人らしい」選択を想定した援助とならざるをえないこともある。すべての精神科看護的援助は、自己決定能力の回復をめざしているともいえる。「自己」は、他者との関係抜きにはありえないのだから、「自己決定を支える」援助は、社会関係の中で主体的な決定がなされるような援助でなければならない。

①個人の尊厳と権利擁護

精神科看護において患者の人としての尊厳と権利擁護が強調されなければならないのは、精神科医療は収容主義的な政策、劣悪な治療環境、人権を軽視した治療・看護が行われてきた歴史をもつからである。そして、自己決定能力がない、あるいは低下している患者を治療・看護することがあり、同意を得た契約による医療が時に困難だからである。人権上の基本原則に立ち返り、病棟における慣行、暗黙のルールなどを点検する姿勢が必要である。その視点は、患者の側からはどう見えるか、部外者はどう見ているかなど第三者的なものである必要がある。

そして、自らに問いを発する倫理的緊張感をもって治療・看護に臨み、チームでの討論を通して倫理的感性を磨く不断の努力が必要である。

②インフォームド・コンセントを基盤としたケア

看護者をはじめ医療従事者は、患者に対し適切な説明を行い、実施する治療・看護について理解を得るよう努力することが求められている。診療録等の開示と説明、患者の自発的な同意などでインフォームド・コンセントは成り立っている。インフォームド・コンセントは、患者の意思決定の尊重という権利擁護の側面と、障害の継続的な自己管理のために必要とされる側面がある。インフォームド・コンセントによる医療上の意思決定への患者自身の参加は、疾患を管理することが同時に生活を管理することである慢性疾患の有効な管理には、欠くことができない。

「本人の同意に基づいた入院が行われる状態にない」医療保護入院や都道府県知事による行政処分である措置入院などの非自発的な入院においても、可能な限り治療への患者の関与を促すインフォームド・コンセントが追求されなければならない。

1-4. 精神科看護の展開

● 基本的考え方

精神科看護が展開される場合は、多様化しつつある。従来からの入院施設を基盤としたケアに加え、この数年、診療報酬の裏付けもあって取り組まれている退院支援・社会参加へのケアもある。デイケアや訪問看護などの地域を基盤としたケアにおいても、看護師は中心的な役割を担っている。多職種の連携なしには、病院、地域を問わず効果的な精神科医療は展開できない。多様な病態の患者を援助するには、多様な専門的な知識・技術が要求されるからである。看護者は医療チームの要として機能しなければならない。

①入院施設におけるケア

回復過程に沿ったケアを提供するには、順調な回復であるかどうかを確認する指標をもっていなければならない。回復過程を見極めるには、睡眠、食欲、排泄、疲労感、気分など、どの疾患であっても現れる非特異的な症状の観察が重要である。これらは回復の有用な指標となる。期待した通りの回復でない場合には、回復を阻害している要因を探求する。

また、退院後の生活を想定して、入院中に準備しなければならないことは何かという問題意識で入院の利点を活かしたケアを展開する必要もある。医療安全への配慮を怠らず、治療環境を整備する役割も、看護にはある。

②退院支援・社会参加へのケア

新たな長期の社会的入院者を生み出さないために、退院、地域社会への参加のマネジメントは、入院初期から始めなければならない。困難事例の場合、患者、地域の関係者を含むケア会議で地域移行プランが練られ、連携がはかられる必要がある。長期入院患者の退院支援のためのアセスメントは、楽観的な姿勢でなされる必要がある。精神科病棟では、病棟に適應している患者の1つの側面しか見えていないことに留意する。可能性を信じ、地域生活への移行に際し起こることが予測される諸問題は、そのつど患者との協働で対処し、ともに成長していくことをめざす。

③地域におけるケア

入院治療は地域での生活を支えるための一時的な医療である。入院中から地域で生活することを前提とし、退院後の生活をイメージした援助がなされる必要がある。患者が精神障害を抱えながらも実現したい希望、生き方を引き出し、それに沿ったケアとなるよう協働する。

ケアの視点は、本人のもっている力を引き出し、自分自身で生きていく力、地域で生活していく力を伸ばすことでなければならない。地域生活では、家族、訪問看護師、ホームヘルパー、地域活動支援センターの相談支援専門員、民生委員など多くのスタッフがかわる。この多職種チームの中で看護職は、精神科医療、看護サービスの提供者としての役割を期待されている。

2. 専門的知識・専門的技術

● 基本的考え方

精神科看護は「専門的知識と技術を用い」て患者の自律性の回復を促すことを第一義とする。自律性の回復は「その人らしい生活」を実現するための基礎をつくる。患者の自律性を回復させるために必要とされる精神科看護の「専門的知識と技術」は、患者個別のニーズを反映したものとなり、多岐にわたる。その専門的知識や技術には、コミュニケーション能力や看護過程における精神状態を適正にアセスメントする能力、セルフケアを高めるための援助技術などが含まれる。

2-1. 看護過程と記録

● 基本的考え方

看護記録は、医療法上2年間の保存義務がある。主な看護記録は、経過記録と看護計画に関する記録である。この2つの記録は患者ごとに記載されている必要がある。

経過記録には、個々の患者について観察した事項やアセスメント、実施した看護の内容、評価が記録される。経過記録には主に文章で書かれる叙述的記録と、数字や記号を多用して観察事項の経時の変化をとらえやすいようにした体温表形式の記録がある。看護計画には、個々の患者に適切な看護を提供するために、目標、具体的な看護方法などが記載される。

①精神科看護の看護過程

看護が実践される際の一連の推論から実行、振り返りに至るアセスメント、プラン、実施、評価のサイクルとして展開されるプロセスが、看護過程である。精神科看護の看護過程の特徴は、非自発的な治療に伴う看護のように看護計画の実施が患者に受け入れてもらえないなどの摩擦が生じる中での展開となることもある点である。

立案された看護計画は必ずしも実施に結びつかず、困難な事態に至ることがしばしばある。とはいえ、看護計画は可能な限り、患者への開示、協働での策定が追求されなければならない。

看護アセスメントは、身体的、心理社会的、倫理的などの多様な側面から幅広く行われる必要がある。また、アセスメントを行う際には、データがどこで得られたものであるかにも注意を払う。病棟の生活場面だけでなく、作業療法場面、病院外の活動、外泊時の様子など、多様な場面での患者理解からアセスメントがなされなければならない。病棟での生活場面で得られたデータは、病棟という環境に規定された患者の一側面を表しているにすぎないのであるから、そのデータを過大に評価することのないようにする。

閉鎖病棟の長期入院患者のアセスメントは、悲観的なものとなりやすく、前向きな看護展開がはかられないことがある。その結果、継続した入院となり地域移行への芽が摘み取られてしまうことになることがある。希望をもてる楽観的で未来志向のアセスメント・マインドで臨みたい。

②看護過程と記録

看護過程は、記録され保存されることで対象理解の重要な情報源となる。想定していたこと（仮説）、かわりとその評価が記録された適切な看護記録の内容を検討することで、対象理解は深まる。

精神科看護でよく使われている記録方式にPOS（problem-oriented-system）とフォーカスチャータリング[®]がある。POSの経過記録はSOAPで記載されるが、これは「考える」過程を中心とした記録である。得られたデータから何を考えたか（アセスメント）を記録することを重視していて、アセスメント能力の向上を期待した教育的な記録方式といえる。

フォーカスチャージング[®]は、経過をDARに区分して記録する。この記録方式は、患者-看護者の相互作用が記載しやすい。看護計画の実施が抵抗にあう状況などケアへの患者の反応を振り返ることを通して臨床から学ぶのに適した記録方式と言える。記録方式の選定は、何を目的とするかによって各々の方式の特性を考慮してなされる必要がある。

③記録の活用と意義

看護記録には医療チーム内の情報共有、伝達の機能があり、医療・看護の継続のために欠かせない。看護記録は、行われた看護を評価し、以後の看護をよりよいものとするためにも活用される。蓄積された看護記録は、振り返りの材料となることで看護技術の開発に役立つ。

なぜその看護が行われたかの根拠が記録されることで、訴訟の際の証拠としても重視される。精神保健福祉法をはじめ、医療関連法規の法的な要件、診療報酬上の要件を満たしていることの証明も、看護記録や診療録等の記録による担保を要求されることが多い。医療事故が起きたときには記録に基づいて家族や関係者に説明しなければならないし、警察から証拠として提出を求められることもある。

④何をどのように記録するか

看護記録に要求される諸要素を満たすため、各施設で記録に関するガイドライン（指針）を策定し、統一した方法で記録する必要がある。一定期間ごとに記録がガイドラインに沿ったものとなっているかどうかの点検、検討も行われなければならない。

看護記録は、できるだけ観察可能な状況を具体的に描写すること、患者の言葉そのものを記載することを心がける。看護者の観察したことについて、その場で考えたこと、感じたことも記載する必要があるが、観察したこと（見たこと、聞いたこと）と区別した表現となるようにすることが望ましい。患者からの要求によって開示されることを前提に、患者に不快感を与える表現となっていないかどうか点検する。法的な資料となることもあることを意識し、改ざんの疑われる修整液や消しゴムの使用はしない。また、空行をつくらぬなどの注意を怠らない。

⑤情報開示と看護記録

本人から診療録等の開示を求められたら、個人情報保護法の規定に沿い、開示を行わなければならない（p.28, 29 参照）。看護記録も医療分野における個人情報であり、開示請求の対象となる。

⑥クリニカルパス

治療プロセスの標準化、入院治療と地域医療の連続性、連携の確保などを目的に退院までの計画を表にしたクリニカルパス（以下、パス）が開発されている。活用されているパスには、急性期医療用パス、アルコール治療プログラム、ECT 施行パス、などがある。運用できるパスであるためには、開発にあたって医師はじめ多職種参加が必要である。パス開発の過程は、それまでの治療を見直し、より合理的で効率的な治療経路を創造する医療チームの協働過程である。

バリエーションを少なくするためには、精神科医療領域のパスでは時間軸の設定に工夫がいる。標準化が困難な領域については、個別にオーダーメイドの項目が盛り込めるようにすると活用しやすい。

⑦電子カルテ

診療録等の医療情報の電子化は、1999年の厚生省通知によって可能となった。この通知は、電子カルテに真正性（書きかえ消去防止、責任の明確化）、見読性（容易に見ることができ書面にできる）、保存性（法定期間内の保存）の次の3つの要件を満たすことを要求している。

2001年には、政府は「5年以内に世界最先端のIT国家となる」との目標を掲げてe-JAPAN戦略を発表。この方針のもと、厚生労働省は電子カルテ導入に補助金を交付し、普及に乗り出した。しかし、普及は遅れている。

電子カルテは、多職種による情報の共有、検索や情報分析の容易さ、文書作成の簡便さなどの利点がある。電子カルテを診療、看護上の「思考を支援するツール」と考えると、検索機能などを充実させれば紙媒体のカルテよりすぐれたツールとなる可能性がある。しかし、現状では長期経過の患者の必要な情報を年単位で追う場合などは、閲覧性が悪いため使い勝手がいいとはいえない。

電子カルテの機能と重なる部分もある医療情報システムの1つであるオーダーリングシステムの活用で検査

や処方などの指示を関連部門に伝達し、病院内の情報処理業務を迅速化することができる。このシステムを導入している医療機関は多い。

電子カルテは、情報へのアクセスが容易であり、プライバシーの保護という観点から医療者の倫理的感性が高くなければ問題が起きることもある。操作についての教育と合わせ、倫理教育も課題となる。また、看護過程の展開が容易に行えるような「看護支援システム」が導入されることもあるが、看護計画が標準化されることで、患者の個別性の反映や患者との話し合いで計画を立案していくという側面が薄れがちとなることに留意する必要がある。システムに依存しすぎて、考えない看護計画が量産されることになると、看護者の資質、看護の質が落ちることになりかねない。

2-2. コミュニケーション

● 基本的考え方

人が互いに影響しあう過程すべてがコミュニケーションである。メッセージの送り手と受け手との間の対人プロセスがコミュニケーションであり、そこには様々な相互作用が展開している。

このように、コミュニケーションはプロセスであり、時系列的に進行し不可逆である。意識していなくても何らかの影響を与えることはあり（無意図性）、常に動的で、一期一会の状況的要因（コンテクスト）に依存しているため、同一のコミュニケーションというものはない。

精神科看護の実践過程においては、メッセージの受け手として患者の気持ちや意図を正確に察知するとともに、送り手としては看護者自身の気持ちや意図を簡潔に患者に伝えることを心がける。

①信頼関係確立のためのコミュニケーション

協働で問題解決にあたるには、信頼関係が必要となる。信頼関係の構築は、コミュニケーションを介してなされる。

信頼関係を築くには、相手の気持ちをくみ、何を伝えようとしているのかを受けとめる必要がある。コミュニケーションに齟齬が生じている場合には、メッセージの受け手として何か受けとめ損ね、期待に応えていない可能性がないか検討する必要がある。また、コミュニケーションの過程で感じた自分自身の感情を含む「異和感」を率直に患者へ伝える工夫をすることで対象理解が深まる。

信頼関係を確立するうえでのコミュニケーションの困難さは、コミュニケーションの不可逆性、無意図性、一期一会性、コンテクスト依存などの要因が関係している。同一のコミュニケーションはありえないのだから、コミュニケーションのマニュアル化は困難である。

②患者との円滑なコミュニケーション技術

統合失調症、認知症、発達障害などの疾患に影響されて適切なメッセージの発信が困難になると、円滑なコミュニケーションがはかれないことがある。また、薬物の副作用などによる構音障害で聞き取ることが困難なこともある。メッセージを受ける場合には、送り手のあらゆる言語的、非言語的（語調、表情、行動等を含む）表現に注意を払う。

メッセージの送り手としての看護者は、口の動き、表情が伝わるようにマスクを取る、短い言葉で歯切れよく話すなどを心がける。また、図、文字等の視覚情報を活用するなど、障害特性に合わせてメッセージの送り方を工夫する必要がある。

対人関係への不安から人とのかわりを避け、孤立してしまう傾向にある患者とのコミュニケーションでは、看護者が安心、安全でおびやかさない存在であることを示すことが基礎となる。相手を緊張させないリラックスした態度、向き合い方、アイコンタクトなどを工夫し、環境の快適さ、プライバシーへの配慮も怠ってはならない。

③患者のコミュニケーション技術の向上

ひきこもり傾向で、意思表示をすることの少ない患者へは、挨拶すること、こまめに声をかけることを心がける。長期入院や薬物療法の副作用で、他者とコミュニケーションする機会の減少、おっくうさ等でコミュニ

ケーション能力が低下していくことが考えられるからである。

患者のコミュニケーション技術を向上させるためには、SST（Social Skills Training：社会生活技能訓練）などのプログラムへの参加を通じたトレーニングも必要である。本人のコミュニケーション上のニーズをテーマに行われるSSTの基本訓練モデルは、送信技能を高めることを主な目的としている。この技能が獲得されれば、場にふさわしい表現で的確に意思の伝達ができるようになる。

2-3. セルフケア・アセスメント

● 基本的考え方

本来、人は成長の過程で自分自身の力で生活し生き抜いていくための諸能力（セルフケア）を学び、身につけていく。セルフケア行動は、注意力、身体能力、洞察力、意思決定し行動する力、知識を得て活用する力、対人関係を確立する力、環境を調整する力などを用いることによって展開される。疾患や障害によりセルフケアが十分に行えない場合には、他者によるケアが必要となる。看護援助はセルフケアの不十分さを補うことになるが、その目的はセルフケア能力を回復させることにある。看護援助にあたっては、単にセルフケア不足を補うだけでなく、セルフケア能力の低下を防ぐ、維持増進するための働きかけも必要である。

なお、セルフケア看護モデルは、基本的にアセスメントのためのツールであり、セルフケアという視点から看護援助を考えるために活用される。

①セルフケアの6つの領域

精神科看護では、以下のようにセルフケアの6つの領域（オレム・アンダーウッドモデル）に分けてアセスメントするのが一般的である。この6領域は、人がもつ基本的欲求を充足させるために行われるセルフケアである。

- (a) 空気・水・食物：呼吸、水分や食物の摂取に関するセルフケア。
- (b) 排泄：便、尿の排泄に関するセルフケア（女性の場合は生理も含む）。
- (c) 体温と個人衛生：体温の維持、身体の清潔に関連したセルフケア。
- (d) 活動と休息のバランス：運動、仕事などと休息、睡眠の適切なバランスをとることに関連したセルフケア。
- (e) 孤独とつきあいのバランス：適切な対人関係を維持することに関連したセルフケア。
- (f) 安全を保つ能力：自傷、他害等自他の安全を保つことに関連したセルフケア。服薬中断がこの能力を低下させることがあるので、服薬をこの領域に位置づけることがある。

②セルフケア行動を阻害する要因

セルフケア行動が制限される要因として、「知識がないため適切なセルフケア行動をとれない」「知覚、記憶、注意や実行機能などの認知機能が十分に働かないため、判断し実行することが不可能」「セルフケア行動を行う環境条件が整っていない、意欲、関心がない」などがあげられる。また、精神症状や薬物の副作用などもセルフケアに影響する。セルフケア不足がある場合、何がセルフケア低下の原因なのか、これらのことを手がかりに検討する。

③看護の提供システム（ケアレベル・セルフケア提供システム）

ケアレベルとは、セルフケアの不足が生じた場合、看護がどのレベルのケアを提供するかを示したもので、「全介助」「部分介助」「声かけ指導」「教育指導・指示」「自立」などのレベルがある。患者の回復過程に応じてセルフケアレベルを評価し、個別計画を立て、必要とされる看護を提供する。

④回復過程とセルフケア

急性期におけるセルフケアは、薬物療法等を活用しつつどのように症状を自己管理していくかが課題となる。症状が改善するにつれ、セルフケア行動を制限していた知覚、注意、実行機能などの認知機能の回復に並行してセルフケア能力も回復していく。

回復期では、急性期症状の改善後も残存しているセルフケア不足の回復をめざし、日常生活の自立を促す

方向への援助を行う。慢性期では心理教育なども活用し、社会参加が可能となるレベルのセルフケア能力の獲得をめざす。

2-4. 暴力への対応

● 基本的考え方

精神科病院では、患者間の暴力、患者から医療スタッフへの暴力が発生することがあり、時に重大な結果を招くこともある。暴力は、病棟だけの問題ではなく、外来、訪問看護、デイケアなどでも起きている。今後、地域での保健医療福祉サービス提供の比重が増すにつれ、地域、外来部門での暴力問題が深刻化していくことも考えられる。精神科看護師は、誰でも暴力的な場面に遭遇する可能性があるといえる。暴力の問題を軽視せず、暴力への対処を精神科看護の課題として組織的に取り組む必要がある。

殴る、蹴るといった身体的暴力のみが暴力ではない。脅迫や暴言等の精神的な苦痛をもたらす行為、性的ニュアンスのある身体接触や発言などの不快感を与える行為も、精神的暴力、性的暴力といえる。

暴力は、まず予防されなければならない。精神科医療のすべての治療・看護行為は、暴力の予防、減少と関連をもっている。暴力の予防を軸に治療的雰囲気づくりがなされる必要がある。看護師は、暴力は予防できるとの信念のもと、事前の状況把握、適切な判断・介入、正確な報告、すべての関係者の精神的健康の回復を促す事後の支援、再発を防止するための安全管理の見直しに取り組まなければならない。

①暴力のアセスメント

暴力のリスクの高い患者がいることは確かである。過去の暴力行為の履歴が暴力の予測の最大の因子であるとも言われる。暴力傾向があると思われる患者の入院がある場合、暴力のパターンを把握するために、どのような状況で暴力的となるか、患者本人、家族、関係者などから詳細に聞き取っておく必要がある。しかし、暴力の予測は困難なこともある。

攻撃性を高める状態像としては、せん妄等の意識障害、幻覚妄想状態、躁状態などがある。パーソナリティ障害が患者や発達障害が患者も暴力を振るうことがある。不眠による過敏性や衝動性の高まり、対人関係や治療環境に由来するストレス、あるいは要求が受け入れられないことによる不満などが攻撃性を高め時に暴力へ発展する要因となる。

差し迫った暴力の兆候として、注意を払わなければならないのは生理的覚醒である。この状態は、一般に不穏状態と呼ばれる状態と一致し、歩き回る、緊張した顔、拳を固める、奥歯を噛みしめるなどの行動や表情から推定できる。また、暴力が行使されるかもしれないという直感を軽視しないことも重要である。危険度のレベルを見極め、不安を感じたら、その場を離れるか、応援を求めるといった対応をする。

②暴力に対処するためのマネジメント

暴力を防止するために第一になされなければならないことは、物理的にも心理的にも快適な環境を維持することである。たとえば、高い室温、騒々しい状態は、人をイラつかせ、攻撃的にする。アメニティがよく、家庭的な雰囲気だとくつろぐことができ、穏やかな心持になれる。

次に必要とされるのは、緊急事態を伝える非常召集装置の設置である。この装置が整備されていれば、暴力がエスカレートすることを防ぎ、被害を少なくすることができる。暴力の予防、暴力への介入や事後対策のためのガイドラインを整備し、適切な人員を配置する、スタッフの教育研修システムを整えるなど、組織的な取り組みで安全な治療環境を維持することは、看護管理者の責務である。

暴力の鎮静化のための介入には、言葉による場合と身体的介入がある。適切な介入技術の習得は、危機場面に遭遇しても冷静さを保ち、力の行使を必要最小限にとどめるために必要である。暴力のリスクが高いと評価された患者へは、できるだけ1対1での対処を避ける必要がある。単独の場面で暴力的な状況が発生した場合は、その場を逃れて複数で対応する体制をつくる。

暴力が発生した場合は、被害の程度によって、院内対応とするか警察へ通報するかをチームで判断する。また、暴力の行使された経緯、状況、介入の内容などは記録され、報告されなければならない。そして、事

故の直後、または適当な時間間隔をおいて、目的の異なる話し合いがもたれることが望ましい。それは、暴力を行使した患者に振り返りを促す話し合い、スタッフを精神的にサポートするための話し合い、暴力の原因を分析し再発を予防する安全管理のための話し合いなどである。

2-5. 精神科薬物療法

● 基本的考え方

現在の精神科医療において薬物療法の占める位置は大きく、継続的な服薬が必要となることも多い。しかし、精神疾患の急性期では、激しい症状のため混乱している場合、現実検討能力が著しく低下し、自分の症状を病気として認識していないことがある。このような事態では治療の必要性を理解できず、服薬も拒否してしまう場合がある。また、錐体外路症状などの副作用による身体的な苦痛も服薬の中断や拒否へと結びつきやすく、症状の再発につながりやすかった。1996年、日本においても非定型抗精神病薬が臨床の場に登場し、現在では多剤併用療法から抗精神病薬の減量と単剤化にシフトした精神科薬物療法が主流となりつつある。薬物療法の効果や副作用等について患者に情報提供がなされるなど、十分な説明を得たうえで自らが積極的に治療に取り組む「アドヒアランス」の向上が、現在の薬物療法のテーマとなっている。

①倫理的観点

患者は必要な治療について、その効果とリスクの説明を受ける権利があり、また治療内容を選択する権利がある。したがって、治療を受けずに経過を見る権利もある。しかし、精神症状により自傷他害の恐れが強いつき、生命的な危機が切迫しているときには、本人の意向に反しても治療を優先しなければならないこともある。この場合であっても、治療の必要性と効果について繰り返し説明し、本人の理解が得られるよう努めなければならない。また、その内容を記録に残す必要がある。

②安心して服薬できるように支える

まず、病院が本人にとって安全な場所であり、医療者が信頼できる存在であることを伝える必要がある。そのうえで薬物療法の必要性を、本人の困りごとと結びつけて本人に理解してもらえるように、言葉、タイミングを選んで簡潔に説明する。精神症状としては受け入れられなくても、「眠れない」「疲れ果てている」など、本人の自覚している身体感覚や困りごとに焦点を当てて、解決策としての服薬を勧めることも1つの方法である。

③薬物療法の効果と副作用に関するモニタリングを行う

看護者には薬物療法が開始、または変更された後、薬の効果や副作用について十分な観察を行い、患者に起きた変化について医師に伝える能力が必要である。厚生労働省の「重篤副作用疾患別対応マニュアル」では医療者向けの早期発見と早期対応のポイントが示されており、これを踏まえた観察と対応が求められている。このマニュアルは、従来の薬物療法についての新たな副作用情報を「警告」として説明するという段階から、患者と一緒に副作用を予防し予測することで早期対応に努めることが強調されており、さらによりレベルの高い安全対策をとることを勧めている。

向精神薬の安定的な効果が得られるまでの期間は、症状やそれに伴う興奮や不安を軽減できるように援助する必要がある。この援助は、多剤併用や多量投与とならないために非常に重要であり、看護の質が問われる。

④多職種チームでかかわる

入院時から多職種で薬物療法に関する内容を含んだカンファレンスを行うことで情報を共有し、それぞれの専門性に基づいたかかわりを行う。薬剤師による服薬指導の前後には、看護者からの情報提供、連携が重要である。

⑤主体的な服薬の継続を支える

患者が安心して薬を服用できるようになれば、次の段階では薬の効果を実感し、自分にとって必要なものであるという認識を強化できるようにかかわる。症状とその改善効果を理解して服薬することが病識の獲得

につながり、患者自らが積極的に治療に取り組む「アドヒアランス」向上に結びつく。症状がある程度安定したら、退院を視野に入れて心理教育や服薬指導、服薬自己管理に向けた取り組みを行う。地域では外来、デイケア、訪問看護でも服薬相談を行い、薬物療法の継続をはかる。

2-6. 電気けいれん療法 (ECT)

● 基本的考え方

かつて乱用されたため廃れていた電気けいれん療法 (ECT: electroconvulsive therapy) が1980年代から見直されるようになった。現在では、薬物療法とともに精神科における身体療法として定着しつつある。静脈麻酔と筋弛緩剤を使用する修正型 ECT (modified ECT, m-ECT) として安全性が高まり、パルス波治療器の導入で従来のサイン波治療器より少ない電気量 (約3分の1) で発作を誘発させるため記憶障害が少ないことも、普及を促進する要因となっている。

対象疾患としては、薬物治療抵抗性うつ病、重症躁病、緊張型の統合失調症があげられる。自殺の危険がある、身体の衰弱が著しい等で迅速な治療が必要な精神病では、一次選択治療として実施されることがある。パーキンソン病や悪性症候群にも効果が期待できるといわれている。また、他の治療法でのリスクが ECT のリスクより高いと考えられる高齢者、妊娠中の患者、身体合併症の患者等も適応となる。

ECT は、治療効果が持続しないことが問題点としてあげられ、患者が昏迷状態、激しい躁状態等の場合には同意が得にくいという倫理的問題がある。また、患者、家族、一般社会の ECT への抵抗感は根強く、精神科病院間でも必ずしも見解は一致していない現状があり、地域、施設によって実施状況に差がある。ECT への批判の1つに治療前後の記憶がなくなることによって、本人に発病から治療・回復に至るプロセスの理解が分断され、疾患の自己管理への自覚が育ちにくいという意見がある。なお、全国的に麻酔医の確保が困難で修正型 ECT が行えない状況がある。

①患者や家族の不安を少なくするための説明とインフォームド・コンセント

ECT の施行には、患者本人から文書による同意を得ることを原則とする。しかし、ECT の対象となる患者は、理解力や意思決定能力が低下している場合がほとんどである。その場合、保護者から同意を得ることになるが、治療内容を説明し、やはり文書で同意を得るのが原則である。主な説明内容は、なぜ ECT での治療が必要か、他にどのような治療法があるか、ECT 施行の手順、100%有効というわけではないこと、症状は改善しても薬物療法などの継続した治療は必要なこと、重大なリスクとその頻度、軽い副作用、必要時の緊急措置体制、ECT 施行前後の処置と行動制限、などである。

看護者は、説明の場に同席し、インフォームド・コンセントのサポートを行う。

②安全に ECT を実施するために

一般的に ECT は週2から3回行う。5ないし6回を1コースとして、1コースないしそれ以下の施行で症状が改善すれば中止する。通電回数が多くなるにつれ、けいれん閾値が上昇するといわれる。パルス波治療器ではけいれんが起こらない、あるいは症状改善が不十分な場合もある。

ECT の有害事象としては、徐脈、血圧上昇、発作後もうろう状態、発作間せん妄、記憶障害、頭痛、筋肉痛、嘔気等がある。記憶障害は、逆行性健忘を主体とするものである。頭痛、嘔気等は対症療法で対応可能である。

術前の検査としては、麻酔や通電時に負荷のかかる心臓、肺、脳の状態を把握するための検査を主体に行う。心筋梗塞、狭心症、うっ血性心不全などの心疾患、慢性閉塞性肺疾患、喘息、肺炎、脳腫瘍などの頭蓋内圧亢進の生じる脳器質性疾患、血圧上昇で破裂する恐れのある動脈瘤、血管奇形などの相対的禁忌とされている疾患を把握するためである。

ECT 施行前から施行後までの手技、観察項目等を網羅した ECT 施行マニュアル、あるいはパスを整備し、医療安全面の充実をはかる必要がある。

修正型 ECT の手順で看護上重要となるポイントは、以下のとおりである。

- けいれん閾値を上げる薬物（抗てんかん薬は原則中止，ベンゾジアゼピン系薬は減量中止）は減量中止する。
- 6時間以上の絶食（水分は施行2時間前まで可）。
- 実施前には排尿してもらい，静脈路の確保，義歯の確認と除去，血圧，心電図，パルスオキシメーター，脳波電極などのモニター類を装着する。
- 通電，発作の確認後は，自発呼吸が再開するまでの呼吸管理，バイタルサインの安定の確認，意識，行動の観察，もうろう状態への対処などを行う。

2-7. 心理社会的リハビリテーション，認知行動療法

● 基本的考え方

精神科の治療は，身体療法としての薬物療法，ECT と，環境療法，心理社会的リハビリテーションを含むいわゆる精神（心理）療法に大別できる。心理社会的リハビリテーションは，精神障がい者が社会生活を送るための工夫や習慣を身につける精神科医療領域のリハビリテーションである。精神障害をもちながらもその人が望む生活が送れるよう，セルフケア能力を改善し現実的な問題へ対処することを目標とする。集団，あるいは個別のプログラムで行われる。作業療法，SST，家族心理教育なども心理社会的リハビリテーションプログラムの1つである。入院医療だけではなく，訪問看護，ACT（包括型地域生活支援プログラム），外来，デイケアでも心理社会的リハビリテーションアプローチが行われている。

多職種チームで行われることの多い心理社会的リハビリテーションにおいて，看護者は患者の思いに沿いつつチームの調整役を担うことが期待されている。

①心理社会的リハビリテーションの領域，技法

心理社会的リハビリテーションの領域と技法は，以下のとおりである。

- 作業療法：コミュニケーション能力の向上，日常生活上の身辺整理，余暇活動（趣味や創作作業，娯楽，レクリエーション），就労準備活動などに取り組み，課題遂行能力向上をめざした支援を行う。
- デイケア：生活リズムを整え，対人関係能力やコミュニケーション能力の向上をはかることで社会参加を促進する集団的活動。通院医療の1つであり，病気への対処などを学ぶことで再発予防の効果を期待されている。
- 訪問看護：住まいに赴き，生活の工夫をしたり，相談に応じる。高齢者，認知症患者等の場合，合併症の治療などを行うこともある。
- ACT（Assertive Community Treatment 包括型地域生活支援プログラム）：多職種チームによる訪問を中心とした支援。医療サービスの提供，生活・就労支援を通して，利用者が望んでいることの実現をめざす。精神症状のために自由に外出することも不可能な重い障害をもっている当事者でも，地域で質の高い生活が送れるよう支援する。
- SST（Social Skill Training 社会生活技能訓練）：症状への対処方法，対人関係など苦手な日常生活の技能について学び，日常生活での対処能力を高めるためのトレーニング。モデリング，ロールプレイ，肯定的フィードバックなどの技法が用いられ，宿題で学んだ技法の汎化をめざす。
- 集団精神療法：集団内の人間関係を積極的に活用して，患者の洞察の深まり，行動の変化をめざす。集団力動が治療に役立っているという意味では，作業療法，デイケアも一種の集団療法である。看護者は，集団精神療法の知識，技能を学んでかかわる。
- 家族心理教育：家族へ障害，治療，症状，問題行動への対処方法について情報提供を行う。集団で行われることが多く，家族相互のサポートも期待できる。

②認知行動療法

認知行動療法は，個人の行動と認知（物事のとらえ方）の問題に焦点をあてた精神療法である。自己理解にもとづく問題解決とセルフコントロールに向けた学習支援ともいえる。行動上・認知上の問題，感情や情

緒の問題、身体の問題、動機づけの問題などがこの療法の対象となる。

これらの問題を解決するために、問題や症状を引き起こした状況やきっかけ（先行条件）、悪化していった経緯、あるいは状態維持のメカニズム、（反応）、認知や行動の変化（結果）を明らかにする。ついで、患者自身が問題や症状について心理教育を受けることで自己理解を促進し、具体的な目標設定を行う。その際、解決しやすいところから変えていくことを第一に考える。行動の修正から取り組むこともあるし、問題や症状を維持させている認知の修正から取り組むこともある。そして、1つの変化が問題解決の連鎖として展開していくように解決課題を整理してかかわる。

今後、認知行動療法の発想を日常の看護にどのように取り入れていくか、精神科看護技法としての応用が課題である。問題の形成と維持についてのアセスメントや解決方法についての心理教育、共同実証主義（患者とともに考え、対処し、結果を振り返る）といわれる関係のあり方、「原因探しではなく、問題が維持・増悪してきた経緯やそこに展開される悪循環に注目する」など、看護現場の問題解決に認知行動療法の基本的な発想から得られる示唆は多い。

2-8. 行動制限最小化看護

● 基本的考え方

精神科医療関係者が遵守しなければならないことの1つに、行動制限のルールがある。本来、人が人の行動に一方的に制限を加え自由を奪うことは許されない。しかし、精神科医療では、通信・面会の制限、隔離、身体拘束、任意入院患者の開放処遇の制限が、やむをえない場合には行えることになっている。これらの本来許されないはずの行動制限が許容されるには、正当な業務として行っていること、精神保健福祉法およびその関連法規の定める方法と手続きを遵守していることが必要要件となる。行動制限についてはすべて、その開始にあたっては「なぜ制限が必要なのか」など、できるだけ患者に説明したうえで行わなければならない。また、診療録への記載が義務づけられている（実地指導にあたって看護記録への指示時間等の記載を要求する自治体もある）。

精神保健福祉法は、入院患者の「医療又は保護に欠くことのできない限度において」行動制限を行えることを規定している（第36条）。これは、可能な限り最も制限の少ない方法となるよう努力しなければならないことを意味する。一方、患者の権利を保障する観点から、行ってはならない行動制限、精神保健指定医しか行えない行動制限についても定めている（第36条第2項、3項）。①信書の発受の制限、②都道府県または指定都市及び地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話の制限、③都道府県または指定都市及び地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士及び患者または保護者の依頼により患者の代理人となろうとする弁護士との面会の制限は、どのような場合でも行ってはならない。

精神科看護における行動制限は、精神保健福祉法の規定を遵守することを基本としなければならない。各施設の行動制限についてのガイドラインやマニュアルも、精神保健福祉法とその関連法規から逸脱することは許されない。これらの法規を超える独自のルールを各施設で設定してはならない。

また、精神科看護の倫理を語るうえで、最も重要視されなければならない点が行動制限である。治療上必要とはいえ行動を制限される患者の人権や心情に配慮し、人としての尊厳を守ることは精神科看護の専門性であり、大きな責務である。

隔離・身体拘束にあたっては、自殺・自傷、転倒などの防止、薬物の副作用、肺塞栓症などの観察と対処に十分注意を払う必要がある。

行動制限についての留意事項

- ①通信・面会の自由は、患者の権利として尊重されなければならない。特に信書については、出すこと、受け取ること、いずれも制限できない。
- ②隔離は、「内側から本人の意思によっては出ることのできない部屋」へ入室させることをさし、自殺

企図、自傷行為、身体合併症などによる生命の危機、または他害行為が著しく他に適切な代替方法がないと判断された場合にのみやむをえずなされる。隔離中の臨床観察は主に看護者によってなされることになるが、医師は最低1日1回、診察することが義務づけられている。

- ③身体拘束は、患者本人の生命の保護、重大な身体損傷を防ぐためになされる。対象となるのは、放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがあると思える状態を呈している患者である。身体拘束中は常時の臨床観察を行うのが原則である。そして、医師は頻回に診察を行わなければならない。
- ④隔離・身体拘束時の巡回の頻度は、自殺念慮の強さ、鎮静に使用した薬物の量、一般的身体状態等を考慮して個別の患者ごとに決定する。業務上の目安としての巡回間隔を定め遵守することも必要である。
- ⑤隔離・身体拘束が安全に行われるために、合併症や事故の予防に十分な注意を払い、対応方法や技術、観察ポイント、看護介入などが示された看護手順書を整備する。
- ⑥任意入院患者の開放処遇を制限できるのは、自殺企図、自傷行為、対人関係をめぐるトラブルなどがあり開放処遇を継続することが適当でないとみなされた場合のみである。この制限は漫然となさず、その妥当性が行動制限最小化委員会などで検討されなければならない。
- ⑦行動制限最小化委員会の設置、また行動制限の一覧できる台帳を整備し、行動制限を適切化する努力がなされなければならない。
- ⑧行動制限中の患者の権利や尊厳が極力守られるよう援助する。
- ⑨行動制限中の患者のニーズが満たされるよう援助する。
- ⑩行動制限が早期に解除できるように援助する。
- ⑪深部静脈血栓症、肺塞栓症の予防、早期発見がなされなければならない。身体拘束のみでなく隔離、過鎮静などでも肺塞栓症は起こりうる。中高年女性の肥満、脱水、抗精神病薬の使用などがリスクを高める。各種の予防対策を講じなければならないし、深部静脈血栓症の段階での発見が必要である。

2-9. 退院支援・退院調整

● 基本的考え方

精神科急性期治療病棟、精神科救急病棟は年々増加しており、入院の短期化が進んでいる。一方で、入院期間1年以上の長期入院患者では、その動態に大きな変化がみられておらず、今後、どのように退院支援を進め、長期入院患者の減少をはかっていくかが課題となっている。退院支援は、入院時より始まるといわれる。入院になった患者や家族、とりまく環境をアセスメントし、入院時から退院に向けた看護を展開することが必要である。

急性期の退院支援は、短期間に、病状の回復と同時に環境を整備することが重要となる。再入院を防ぐためには、入院前の状態にどのようなケアをプラスすればよいのかを考えるべきである。

慢性期の退院支援は、退院することに不安を感じている患者や、地域での生活をイメージすることが難しくなっている長期入院患者が多いので、患者の意欲を高めるなど、潜在化しているニーズを引き出し、生活力をアセスメントし、不足している部分を補うために必要なことを患者とともに考えなければならない。さらに、地域で暮らすことに自信を喪失している患者をエンパワメントすることは精神科看護者の重要な役割である。

退院支援・退院調整にあたっての要点

- ①急性期では、入院時の看護計画を立案する過程で、退院に向けたかかわりをいかに展開するかを考えていく必要がある。症状の安定をはかるために医師を中心とした医療チームが機能することが重要であるが、同時に入院時の環境状態等もアセスメントしながら環境調整を多職種多機関と協働して行っていく必要がある。
- ②入院時から退院支援スクリーニングのためのアセスメントシートを通して退院後の生活状況を予測

し、患者に必要なスキルの獲得への援助と利用可能な社会資源へのアプローチを始める。患者に不足している生活技能の再獲得のために、パスを用いて患者主導的に SST や心理教育、プレデイケアを行いながら、さまざまな職種の人たちの支援が受けられることを体験してもらうことも必要である。

- ③地域生活に戻るための準備を行う時期には、患者や家族と話し合いながら退院後の生活について考えていくことが必要になる。患者教育と同時に家族教育も行い、地域での生活を送るための社会資源や福祉制度についての情報を提供するべきである。また、困ったときの相談窓口を明確にして患者や家族に伝えておくことは、安心して退院後の生活を考えることにつながる。
- ④地域で生活する条件が整ったところで外泊訓練を行う。外泊時には、退院前訪問看護を実施し、地域での生活能力や生活環境をアセスメントする。生活の場で、退院後の生活のイメージをもちながら、患者・家族とともに退院後の生活について具体的に検討する。また、外泊訓練時には、地域の相談支援事業所や福祉サービス事業所の見学や体験をし、患者自身に地域にも支援する職種や機関があることを体験してもらう。また、患者が退院後、地域で安心して自立した生活を送るために、患者と多職種、多機関のスタッフが参加するカンファレンスを実施する。
- ⑤退院にあたっては、再発兆候の確認を行う。そして、再発兆候を自覚したとき、試みた対処で無効だったこと、効果のあったことなどについて話し合い、クライシスプランを策定する。このプランには、初期の対処方法、相談する人、緊急時の連絡先などを記載し、本人に手渡し地域生活で活用してもらう。
- ⑥退院調整を行うには、院内に退院支援システム（多職種多機関を含む）を構築することが望ましい。多職種による退院調整チームにより退院可能な患者に対し、積極的に医療と福祉両面からの包括的なケアマネジメントを展開する必要がある。この医療福祉包括型ケアマネジメントは、退院という環境の変化の中で、人的環境の変化を最小限にするというメリットがあり、患者が安心して地域での生活をスタートするためには有効である。

2-10. 代理行為

● 基本的考え方

精神保健福祉法は、入院患者に対し、医療または保護のため必要最小限の行動制限を容認している。

患者が隔離、身体拘束下にある、あるいは開放処遇が制限されている場合、病棟から外へ出て生活用品、飲食物等を購入することが不可能となる。また、紛失やトラブルの可能性が高いとみなされると、金銭の所持が認められないこともある。そのため制限を受けている患者に代わり、看護者が代行あるいは管理せざるをえない「代理行為」が発生する。その際には、代理行為として行うことの範囲を明確にし、責任体制を整備しておかなければならない。そして、可能な限り本人が自ら行え、あるいは自己管理できるしくみを追求する姿勢も必要である。

過去には、過剰な代理行為が行われ、患者の権利の制限であり社会生活技能の低下を招くことになると批判された歴史がある。生活用品や金銭の自己管理能力を維持、あるいは高めることは社会参加のために重要であり、その観点から代理行為を見直し少なくする努力が払われてきた。今後ともその努力は継続されなければならない。しかし、急性期中心への移行、認知症、高齢者の入院の増加などの昨今の精神科入院医療の動向からすると、代理行為を最小化する努力が払われても全廃することは難しい。今後も代理行為は精神科看護の業務として一定の重さを持ちつづけることになる。

認知症などの高齢の精神障がい者は、判断能力が十分でないまま退院することもありうる。その場合、入院中の代理行為に代わる地域生活での対応が必要となる。判断能力の十分でない入院患者の代理行為の問題は、地域生活への移行も見据え、成年後見制度、日常生活自立支援事業の積極的な活用にもまで拡大して考える視点が必要である。あるいは、地域生活でこれらの制度を利用していた患者が入院した場合には、入院中も継続した制度利用が可能となるよう、配慮されなければならない。

①代理行為の内容と注意すべき点

代理行為には金銭管理、生活用品の購入、私物管理などがある。ただ単に、業務遂行をスムーズにする、あるいはトラブルを避けるために患者自身で行えることを代理行為として看護業務に組み入れている場合がある。しかし、失敗やトラブルから学ぶことも必要という考え方も必要である。患者の生活技能について個別にアセスメントし、リスクと患者にとっての利益を比較検討する必要がある。すべての患者に一律に代理行為を行うのではなく、あくまで個別での対応を原則とする。患者ごとに症状や状況を定期的に評価し、必要性を見直す必要がある。

②代理行為の種類

代理行為は、以下の場合に必要な最小限に行われることが望ましい。

- (a) 急性精神病状態、不穏状態等で判断能力が不十分と思われる場合
- (b) 患者自身が実施する能力はあるが隔離、身体拘束、開放処遇の制限等で自ら行うことが許されていない場合
- (c) 高齢、認知症などで判断能力が低下している場合
- (d) 本来、家族が行うことになっているが、諸事情により行うことが困難な場合

③代理行為と契約

代理行為は契約と考える。看護の現場裁量で実施するのではなく、すべての代理行為について、書面で患者またはその家族の同意を得て行う。

④成年後見制度、日常生活自立支援事業の活用

判断能力が不十分な認知症高齢者や精神障がい者が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理の支援等を行うのが日常生活支援事業である。また、成年後見制度は、物事を判断する能力が十分ではない認知症や精神障がい者の権利を守る成年後見人を選ぶことで、本人を法的に支援する制度である。成年後見人は本人の意思を尊重し、心身の状態、生活に配慮しながら本人に代わって財産を管理したり、契約を結んだりする。

これらの制度は、特に金銭管理をめぐって入院施設内の代理行為と関連する制度であり、看護者は十分理解しておく必要がある。その趣旨を理解し、患者やその家族に情報提供し、必要に応じ活用を勧める。その際、患者に不利益が生じないように配慮しなければならない。

3. 臨床看護

3-1. 精神科救急・急性期看護

● 基本的考え方

一般的に疾患の救急・急性期は突然の健康破綻であり、生命維持や症状改善のために集中的な医療・看護が必要となる。精神科医療の救急・急性期では、顕在する幻覚妄想や、暴力行為、易怒性、易刺激性、躁状態、抑うつ症状やそれらに起因する自殺企図などの精神症状の鎮静と緩和に重点が置かれることが多く、専門的なアセスメント、看護計画の立案、その実践が求められる。また、精神状態に起因するリスクに十分な注意を払うリスクマネジメントが必要である。救急・急性期では、初期治療導入時のインフォームド・コンセントや積極的服薬（治療内容の十分な説明と合意による治療契約およびアドヒアランス）が回復の鍵を握るといってよく、患者およびその家族へ十分な説明を行い、治療への参画を支援していく必要がある。入院

当初から多職種による退院を視野に入れたカンファレンスを行い、治療計画を立案・実行し、早期退院をめざしていく。

①入院時には必要な治療について十分な説明を行い、理解を得るよう努力する

救急・急性期では病感や病識がないため本人の同意が得られず、やむなく非自発的入院（医療保護入院等）に至る場合が多い。それゆえに患者は治療に関して拒否的であったりする。たとえ、このときに病勢に影響されて十分な理解が得られなくても、熱意を込めていねいに説明することで患者の記憶に残り、以後の治療により影響をもたらすこともある。したがって、現状では精神疾患によって社会生活を送ることができなくなっていることや、治療すれば早期に社会復帰が可能であること、治療にかかわるスタッフは社会復帰のためにこれから全力をあげて援助していくことを、根気強く伝えていかなければならない。

②不安をもった家族を支える

初回治療の場合、家族は不安や困惑が強く、精神疾患についての知識もほとんどない場合が多いことから、医師が治療計画や入院期間の説明を行っても十分に理解できていない場合がある。看護師は不安をもった家族を支えるために、具体的な援助内容やこれから予測される事態、入院後に必要な事柄などを家族の理解のペースに合わせて説明する。家族が疲弊している場合も多いため、入院当初は無理をして面会に来る必要はなく、家族の生活を立て直す時間の確保も大切である旨を説明し、一定期間家族がゆっくりと休養できるよう配慮することも必要である。

③患者の人権を守り、精神保健福祉法を遵守する

救急・急性期では、患者の病状により、本来人として尊重されるべき行動の権利が制限される場合がある。自殺・自傷行為の恐れが強く、他の方法では生命、身体の保護がはかれない場合は身体拘束が、また、他害の恐れが強い場合には隔離が必要となることもある。これらの隔離、身体拘束は患者の自由を奪い、権利を著しく侵害する緊急避難的行為であり、あくまでも患者自身を、あるいは周囲の人々を守るためのやむをえず行う方策であることを理解しておく。

このような理解のうえで行動制限を最小化し、できるだけ早くこの時期を脱することを精神科医療・看護はめざさなければならない。行動が制限されている状態では、患者の人権の尊重に十分配慮する倫理的感性が必要である。また、その際には精神状態と同時に身体状態の観察を十分に行い、精神科での重篤な合併症である深部静脈血栓症・肺塞栓症、悪性症候群、誤嚥性肺炎、抗精神病薬による副作用などに十分な注意を払わなければならない。

④多職種によるチーム医療で早期退院をめざす

早期の退院・社会復帰をめざすには、入院当初からの多職種によるチーム医療が重要である。

入院後はなるべく早い段階から治療のゴールを明確にして、退院目標を設定する。入院中の治療、看護は退院後の生活を想定して検討されなければならない。パスや標準治療計画が整備されている場合には、看護師の役割を明確にしながら治療計画に沿った看護援助を実践していく。また、看護師は入院生活の場面において患者との関係づくりや、治療的環境を整える対応を心がける。患者の病気や治療に対する理解が深まるようにサポートして、主体的に治療に向き合えるようにすることが重要である。

3-2. 精神科身体合併症看護

● 基本的考え方

精神科身体合併症は、概ね、①精神疾患に併発した身体疾患、②身体疾患または身体的要因を伴う精神症状・精神疾患、③精神科治療の副作用としての身体疾患、④精神症状・精神疾患が誘引となり発症した身体疾患・症状、の4つに分類できる。精神科の患者の症状は、時に精神疾患が背景にあるのか、身体疾患の症状なのかの見極めが困難なことがある。身体合併症治療においては、まずは何よりも身体的な危機の回避が優先される。しかし、現実検討能力や理解力が十分でない場合には、生命の危機が差し迫っていても診断を妄想的解釈で否認し治療を拒否することで、治療選択の幅を狭めてしまうことがある。

精神科救急・急性期では激しい精神症状に目を奪われ、身体疾患を見落とすことがあるので、身体面のアセスメントを忘れないようにする。加えて、向精神薬の副作用の出現にも十分な注意を払う必要がある。一方、慢性期の患者や認知症の場合、長期入院、高齢、向精神薬の長期服用という背景を考慮した観察やケアが求められる。精神科で対応する身体疾患は多様であるため、精神科看護師は身体疾患に関する総合的な知識をもつ必要があり、すぐれたヘルスアセスメント（フィジカルアセスメント）能力が求められている。

①治療やケアを妨げる主な患者側の要因

身体合併症の治療やケアを円滑に進めることを妨げる主な患者側の要因としては、「認知障害」「理解力の低下」「コミュニケーション能力の低下」「教科書どおりに出現しない身体症状」などがあげられる。これらの要因に加えて、精神科では「向精神薬の影響」や「自覚症状を訴えられず身体疾患の発見が遅れ重症化しやすい」「精神疾患、身体疾患それぞれの症状がお互いの症状に影響しあう」傾向があることにも注意しなければならない。治療に対し同意能力が不十分な場合は、家族に説明し同意を得て、その内容をカルテに記載する。

②身体疾患の早期発見を困難にする医療者側の要因

身体疾患の早期発見を困難にする医療者側の要因としては、「患者の身体症状を軽く見る傾向」「発見のための働きかけ不足」「身体に関する看護の基礎知識・基本技術の不足」などがあげられる。適切な観察を行い、その結果をアセスメントするためには、身体疾患に関する知識や技術を習得し、事例検討や日々のカンファレンスを活用し対応力を高める必要がある。フィジカルアセスメントを行うにあたっては、検査データなどの客観的情報や向精神薬との関連なども考慮し、精神症状のアセスメントも加えたうえで総合的に行うことが重要である。

③精神科治療や病態に関連した身体疾患

隔離・身体拘束による深部静脈血栓症・肺塞栓症や、咳嗽反射の低下による誤嚥性肺炎や麻痺性イレウス、顆粒球減少症、悪性症候群、リチウム中毒、糖尿病、水中毒などの抗精神病薬の副作用に注意する必要がある。また、自傷行為・自殺企図、拒食・不食による栄養障害など生命の危機に直結する精神症状関連の行動もある。

④老年期にみられる身体疾患に注意する

精神科では長期入院患者の高齢化や、認知症患者の受け入れにより、加齢に伴う身体疾患をもつ患者が多くなってきている。高齢の患者の場合は、そもそも身体機能低下があり身体疾患の症状をとらえることが難しく、症状が悪化しなければわからないというケースも多く見られる。たとえば誤嚥性肺炎などにおいては、咳嗽反射が低下して誤嚥や喀痰の増加に気づきにくい。また、せん妄による注意能力の欠如や薬剤による鎮静によって転倒・転落し、急性硬膜下血腫や圧迫骨折、大腿骨頸部骨折などを起こしやすく、次々と身体疾患を併発してしまう危険性がある。

⑤合併症予防のためのリハビリテーションを積極的に行う

長期の高齢入院患者や認知症患者の場合、向精神薬の長期服用、生活を施設に依存しているためのセルフケア不足、社会との接点の乏しさによる行動範囲の限定などによって、身体機能の低下は加速される。このため、身体合併症の治療のみならず身体機能低下を予防するための看護がきわめて重要である。合併症予防のための生活・身体管理として、睡眠の確保、食事・排泄の援助や身体の清潔保持を行うことがあげられる。加えて運動による筋力の維持向上、嚥下訓練など、身体面でのリハビリテーションを積極的に行う必要がある。

3-3. 認知症の看護

● 基本的考え方

精神科を受診、入院する認知症患者は今後さらに増えつづけると思われる。高齢で、進行した認知症の場合、身体疾患の合併も多く、身体疾患の急変に対応できる医療、看護体制が必要である。

認知症の症状は大きく中核症状、周辺症状（BPSD）に分けられる。精神科医療・看護のかかわりは、周辺症状の予防と軽減が中心となる。その人の個性や人生を重んじ尊厳を尊重するパーソン・センタード・ケアが新しいケア観として提唱され、バリテーションなどのコミュニケーション技術を駆使した看護の工夫もなされている。近年では認知症の原因疾患別に伴う症状の特徴や必要とされるケアが明らかになってきた。また、働き盛りに発症する若年型認知症もある。これら原因疾患別の症状を理解し、また進行段階によるかかわりの工夫が必要である。

①認知症の症状

- 中核症状：脳の器質的病変因子から起こる症状（記憶障害、見当識障害、思考・判断・遂行機能障害、注意集中・分散の障害、失行、失認、失語など）で、脳の部位や病変の程度により様々な症状を示す。
- 周辺症状（BPSD）：中核症状を背景に精神・心理症状（不安、焦躁、妄想、幻覚、抑うつ状態など）や行動障害（徘徊、多動、不潔行為、暴言・暴力など）が現れる。

②代表的な認知症治療と看護

患者は、認知症の様々な症状の重症化、特にBPSDが日常生活上に支障をきたし、家庭・施設での介護が困難となり精神科病院を受診・入院する。今日、認知症の原因や経過も明らかにされてきており、経口ワクチンや治療薬の開発も進められ、今後期待されている。しかし、現在の精神科病院での入院医療の目標は、認知症の原因疾患の診断、認知機能の評価、認知症治療薬および向精神薬による薬物療法と適切な看護行為がもたらすBPSDの改善と症状の安定である。

認知症は適切な治療・看護をすれば必ず治るとも限らず、症状が進むこともある。脳の器質的病変から生じる記憶障害や失語、さらに性格や生い立ち、どのような看護を提供されているかなどの環境因子の背景によってBPSDの改善度も変わってくる。看護者は、不安・抑うつ症状など、身体的・心理的要因による機能低下をきたしている患者に対し、パーソン・センタード・ケア、バリテーションなどの専門的知識と数々のコミュニケーション技術を駆使したかかわりが求められる。1人の人としてとらえ、心から尊敬と共感をもって寄り添うことで患者の尊厳を回復し、ひきこもらないように援助するなど、患者の背景にある不安や混乱を見抜く技術が必要となる。また、患者が話している内容が間違いであっても、否定せずにありのまま受け入れることの必要性を理解する。また、介護する家族を含めた治療環境の調整や、残された機能の低下を防ぐことが、看護の重要な役割である。疾患への理解、また患者の複雑なメッセージを読み解く力と、患者が理解しやすい伝え方を工夫する。

認知症高齢者の死亡原因で多いのは、誤嚥性肺炎や心疾患などの内科的合併症である。認知症高齢者は身体の異常を自ら察知し、判断して、適切な受診行動につなげることが困難であるため、重症化しやすく、致命的な状況になってしまうこともある。看護者はふだんのかかわりを通して、向精神薬による嚥下反射の低下や身体面の細かい観察、内科的合併症の管理を行う。

③原因疾患認知症別の看護

認知症は、原因疾患によって、①アルツハイマー型認知症、②脳血管性認知症、③レビー小体型認知症、④前頭側頭型認知症（ピック病）に分けられる。それぞれの原因疾患と特徴を理解したうえで看護を行う。

④精神科病院の認知症看護における課題

以下の点が今後の課題としてあげられる。

- 認知症や身体合併症のケアについてのスタッフ教育。
- マンパワーやシステムの充実、病棟のユニット化。
- BPSDの改善後、早期に地域や介護施設に連携するシステムづくり。
- 早期発見や診断ができるように、認知症について理解が得られる啓発活動。
- 認知症の中期以降も在宅で生活できるシステムづくり。
- 地域生活支援や認知症終末期ケアに対する政策の充実や診療報酬での評価。

3-4. 発達障害の看護

● 基本的考え方

発達障害者支援法は、法の対象を「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥／多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と規定している。これらの発達障害の中で精神科医療の対象となることが多いのは、広汎性発達障害と注意欠陥／多動性障害である。

広汎性発達障害に含まれる自閉性障害の知的水準は、知的障害を伴わない場合から重度の精神遅滞を伴う場合までと様々である（自閉症スペクトラム）。成人の広汎性発達障害では、気分障害や統合失調症様症状の併存、パーソナリティ障害やPTSDとの鑑別等が問題となっている。診断には乳幼児期、学童期の精神的発達の状態をていねいに情報収集し、検討する必要がある。軽度発達障害という観点からの検討も必要である。

発達障害をもつ人は、社会性の障害やコミュニケーション障害、こだわりなどから対人関係がこじれ、虐待やいじめにあうことが多い。これらが原因となった二次的「症状」が加わり、生きづらさが増していく。

各都道府県に発達障害者支援センターが設置され、就労支援等の取り組みがなされている。小・中高等学校では特別支援教育が実施されていて、発達障害もその対象である。

①基本的障害

自閉性障害を中心とする発達障害は、「社会的相互交渉の障害」「コミュニケーションの障害」「想像力の障害」（ウィングの3つ組の障害）があるかどうかの検討が診断に役立つ。これら以外の行動上の特徴として常同運動、ぎこちない歩行、奇妙な姿勢、模倣運動の遅れなどがある。音への鈍感さと過敏さ、暗いところで行動できるなど特異な視覚刺激への反応、痛みに鈍感、触覚刺激への嫌悪や過剰反応、空腹の自覚に乏しい、多飲水など身体感覚にも多様な偏りがみられることもある。しかし、これらは年齢とともに目立たなくなることが多い。

- 社会的相互交渉の障害：他人がいないかの如く行動する。言われたことは引き受けるが、積極的に他者と交流しない。積極的に他者に接近するが、相手の反応に注意を払わない。過度に礼儀正しく振る舞い、柔軟な対応ができない。これらは、他者の考えていることや感じていることへの理解がないことから起こる。
- コミュニケーションの障害：話し言葉の使用、理解の発達に障害があり、まったく話さない場合もある。自己－他者の転倒した言い回し、他者と共有できない意味づけでの言葉の使用、杓子定規な話し言葉など独特の言葉の使い方をする。言葉を字づら通り受け取る、冗談が通じない。ジェスチャーや表情などのノンバーバルなコミュニケーションに困難を抱える。
- 想像力の障害：ごっこ遊び、おもちゃを何かに見立てた遊びができない。他人の感情を理解する、喜びや悲しみを分かち合うことが困難。過去の経験を将来の計画に活かす能力が育ちにくい。反復した常同的動作を好むのは、想像力に障害があるからである。日常の決まりごとに固執し、特定のモノ、テレビ番組、音楽、数字等に愛着を示す。同じものを食べつづけるなど変化に抵抗することもある。

②かわりの留意点

発達障がい者は、あいまいさが苦手である。伝える場合、言葉だけでなく、書く、図にして示すなどを必要とする。見たり触ったりできず、具体的な実態として示されない時間や空間に対応するのは困難なのである。時の流れを目に見える形にするために予定表をつくる必要がある。また、空間についての認知も困難さをもっている。自身の体についても、見ることができないと「ないもの」と思い込むことがある。空間的な他人の領域と自分の領域の微妙な境界についての理解が困難なこともある。混乱させないように、いろいろな方法で境界や人間・物・出来事の関係などについて理解を促さなければならない。

変転とする状況に適応するのは困難なので、できるだけ予期できない事態にならないことが必要である。

安定した環境，習慣が用意されなければならない。

騒音，照明その他，入浴，肌ざわりのよくない衣類，履物，あるいは動物などが過剰なおびえの対象となることがある。その場合には，弱い刺激から段階的に慣れていくプログラムを設定することが有効である。ルーチン化した日常生活を変えるときには，事前に何が起きるか理解できる方法で説明する。本人の常同反復的な行動を変えようと働きかけるときも同様である。急激な変化を避け可能な限り段階的な変更であることが望ましい。常同運動を完全に止めさせることは不可能である。

暴力行為に及んだ場合など不適切な行動には，一貫した態度で対処することで，このような行動を少なくすることができる。また，どのような状況で攻撃的行動や自傷が起きるか記録を取り分析することで，その行動の意味，機能などを見極めることができることがある。怒る，金切り声をあげるなど不適切な行動を止めさせようとして物を与えると，言葉でうまく要求を伝えられないだけに，欲しいものを手に入れるためその行動を繰り返すことになる。物を与えることが不適切な行動を強化する報酬となるのである。このような事態に陥らないよう，報酬効果を期待した対応をする場合には，報酬を与えるタイミングに注意する。

生活技能を修得させる際には，失敗によって自信をなくしたり，混乱しないよう，課題は小さなステップに分け，成功体験を積ませる。親や教師などの障害を理解しない不適切なかかわりは心理的虐待体験となる可能性がある。トラウマ体験となる虐待やいじめに早く気づき，安全感，安心感，信頼感が回復するような対応を心がける。自己肯定感を育み自尊感情を保てることが重要である。

対人関係の困難さから孤立しがちなので，地域での支援活動，親の会の活動など同じ障害をもつ仲間との出会いの場が必要である。障害に対する理解がある，能力を発揮できる職場の開拓もなされなければならない。

4. 地域生活における看護

4-1. 精神科外来看護

● 基本的考え方

精神障がい者の自立や社会参加のための医療・福祉システムが整備されつつあるが，外来における治療・看護は，地域精神医療システムの中核に位置し，重要な役割をもっている。外来の看護者は，精神，身体状態，そして，生活上の困難さや困りごとを把握してその個人のニーズに対応した支援を展開しなければならない。そのためには，患者個々とのコミュニケーションを密にして信頼関係をつくる必要がある。個々のニーズに沿った支援を行うためには，家族や地域の支援者との連携，院内の精神保健福祉士など他職種，入院時の受け持ち看護師や訪問看護師とも連携し，多様な事態に迅速に対処できる体制づくりが必要である。

①初診の患者への看護——不安の緩和と信頼関係の構築

強い不安・緊張状態にある患者や，付き添ってこられる家族に安心感を与えることのできる，穏やかな対応やていねいな声かけが求められる。初診時の対応は，その後の受療行動に影響を及ぼすことを忘れてはならない。

②外来受診時の看護

外来受診による治療の継続は，地域生活支援の重要なポイントである。看護者は，患者が緊張することなく安心して診察を受けられるように声をかけ，ゆとりをもって患者の話を聞く姿勢をもたなければならない。看護者は，血圧測定や体重測定を行いながら睡眠，食欲，便秘などの身体状態について話を聞く。ま

た、内服状況、副作用の有無についても把握しなければならない。これらの情報収集を医師の診察の前に行い、医師へ情報提供する。

生活上の困りごとなども聴取して、必要時は精神保健福祉士などの援助が適切になされるよう配慮する。診察が終了すれば、医師からの説明をどう理解したか確認し、必要ならば再度わかりやすく説明し、質問を受けることも必要である。

③入院への窓口としての外来看護

受診した患者が入院となった場合、患者、家族の入院への不安を緩和できるよう、ていねいな対応が必要であり、入院手続きなどについても入院病棟と連携してオリエンテーションを行う。精神保健福祉士など関係者との連絡・調整が必要となることもある。作成しなければならない書類も多数にのぼることがあるので、スムーズに入院できるよう関係職種が役割を分担する必要がある。

④外来相談

ケースによっては外来通院中の患者・家族の不安や困りごとについて、精神保健福祉士や心理士、担当看護師による相談体制をつくる必要がある。電話相談を担当する看護師を配置して、相談者が自ら問題解決できるようサポートする体制を整えることができれば、地域生活への支援が充実する。電話相談の人員確保が困難な場合は、精神保健福祉士や病棟看護師などとの連携も必要となる。

⑤危機的状態にある人たちの看護

患者は他者との交流を断ってひきこもってしまうこともあるし、服薬中断をしてしまうことも少なくない。外来受診状況を把握し、治療中断につながるような状況の場合は、電話連絡をしてみるなど、関係が途切れないように心がける。受診時に服装や表情、会話から再発の危機が感じられる場合は、早急に医師の診察が受けられるように配慮する。

4-2. 精神科訪問看護

● 基本的考え方

精神科訪問看護は、地域で生活する精神障がい者をサポートする制度の1つとして、医療保険、介護保険などに位置づけられている。訪問看護を担っているのは、病院の地域外来部門、訪問看護ステーション、保健所、市町村などである。入院中の退院前訪問看護も地域移行を前提としており、訪問看護の1つの類型といえる。精神科訪問看護の患者は「ひきこもり」傾向の強い精神障がい者、単身生活者、積極的な援助の提供がなければ社会的なトラブルを引き起こしたり、入退院の繰り返しとなりやすい者などを含め、生活の場における援助を必要としている精神障がい者全般である。訪問を拒否されることもあるが、原則的に契約を結んだうえでのサービス提供でなければならない。

訪問看護では、利用者が精神障害をもちながらも地域生活を維持できるよう、生活の中の医療・看護的なニーズに応じた支援を行う。また、家族や周囲の人々、地域、職場などを含む社会環境への働きかけが必要となることもあり、社会資源についての幅広い知識が要求される。

①精神科訪問看護の援助の特徴と実施機関

入院施設におけるケアよりもさらに利用者が生活の主体であることを重視し、利用者自らの希望に合致し納得するのでなければ行動の変化は起こらないとの視点をもってかかわる。この前提となるのは、利用者との信頼関係を構築することで、本人の希望や思いを表出できるような姿勢をもった援助である。利用者の意向を確認し、家族や他の職種、地域の関係者との協働のなかで自律した生活、社会活動参加への支援を行う。社会資源の利用に際しての本人、家族の不安などについての相談にも応じる。関係者との情報交換も必要となる。

セルフケアについては、訪問時にアセスメントを行い、日常生活上の問題解決に着目した支援を行う。その際、本人のもっている能力に着目し、援助の起点とする。そして、地域で暮らすために必要とされるセルフケア能力を維持、向上させるための援助を行う。それは、自尊感情（セルフエスティーム）向上へ向けた

支援でもある。生活上の変化がストレスとなり、精神症状が悪化することもある。不規則な服薬による精神症状の悪化が生活に現れることもある。精神状態と生活状況との関連に注意し、病状悪化を早期にとらえ、早期介入することで本格的な病状再燃を防止する。また、緊急時の対応についてのマニュアルも必要である。病状悪化に伴う訪問拒否もあるが、慎重に危機状態の程度を判断して無理な介入は避け、次の訪問につなげる対応をとる。

なお、事前の連絡、了解を得ておくこと、近隣に知られたくないなどの利用者・家族の意向を尊重するなどきめ細やかな配慮が必要とされる。マナーや雰囲気が利用者や家族との信頼関係に大きな影響を及ぼすことを理解しておく。

②実施機関による分類

訪問看護は、実施機関により以下のように分類できる。

- 退院前訪問看護：入院中に地域生活移行後の生活状況をイメージするのに有効。生活環境、地域のサポート体制などを評価して退院へ向けての調整を行う。
- 病棟あるいは病院の外來・地域医療部門からの訪問看護：入院で馴染みの関係となったスタッフが訪問することで安心して相談できるし、病状悪化のサインに早く気づくこともできる。外來・地域医療部門へは入院中に紹介しておく必要がある。
- 訪問看護ステーションからの訪問看護：ケアマネジメントとして医療と福祉両面からの包括的な支援が行いやすい。
- 保健所、市町村の行う訪問看護：主治医や家族からの依頼で受診を促すことや地域生活支援を目的として行われる訪問指導。行政機関の業務として行われ、費用の負担はない。

③家族ケア

家族もケアの対象者として位置づける。利用者のストレスや自責感情などを理解・尊重し、精神的に安定した状態でいられるようサポートを行うことで、利用者と家族の双方のQOLの向上をはかる。そのためには、家族との信頼・協力関係の構築をはかり、孤独感をもつことがないようなかかわりが必要とされる。

④訪問看護におけるチームアプローチ

地域で暮らす精神障がい者の生活は、衣食住、近隣関係、金銭管理、余暇の過ごし方、仕事、医療とのかかわりなど、多様な要素で成り立っている。これらのすべてに訪問看護のみで対処するのは不可能である。利用者や家族のQOL向上にはニーズに応じた社会資源の活用がなされるよう情報提供や関係機関との連携が必要であり、多職種の協働が不可欠となる。訪問看護師は相談支援専門員（ケアマネジメント従事者）をはじめ、医師、精神保健福祉士、行政の生活保護担当者、保健師等と連携して多職種チームの一員として支援を行う。しかし、診療報酬（訪問看護指導料）上で実施者として認められているのは、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士に限定されていて、制度の壁を超えた支援体制の構築が課題である。わが国のACTは訪問看護をベースに制度化がはかられようとしており、訪問看護におけるチームアプローチの側面の検討が必要とされている。

地域の福祉サービス事業所においては、訪問看護師は医療面でのアドバイザー的役割を期待されている。利用者へのかかわり方や病状への対処法などのアドバイスを積極的に行う必要がある。

なお、訪問看護師が孤立し、1人で問題を抱え込まないためにはスーパーバイザーが必要であり、地域の関係者を含む多職種の参加するカンファレンスが必要である。

4-3. 精神科デイケア

● 基本的考え方

地域生活を営みながら精神科通院治療を継続するために利用するサービスの1つに、精神科デイケアがある。デイケアは治療的リハビリテーションの場ともいえる。治療的な意義の薄い居場所的なデイケアに対して批判的な見方があることもたしかであるが、デイケアに代わる社会資源の整備が遅れているために、デイケアにとどまらざるをえない面もある。

多職種による多角的な視点で利用者の状況をアセスメントし、利用者の「生活のしづらさ」を一緒に解決するよう、医療の枠組みにとらわれず生活モデル的な発想で対応していくことが重要である。

入院中の患者に退院後にデイケアを利用したいかどうか、意思や意向を確認し、可能であれば入院中デイケアを見学・体験利用することも円滑な地域移行に必要である。しかし、入院中のデイケア参加は、診療報酬の評価の対象とはならない。

①利用にあたって

医師の処方箋が必要である。精神科通院医療の形態の1つであり、自立支援医療制度が適用されるため利用上限額も個人の所得に応じて算定される。

②デイケアでのかかわり

デイケアの利用は、利用者が「自分の病気をどのようにとらえ、精神疾患とつきあいながらどのような生活を送りたいのか」をスタッフと一緒に考え、目標を立てることから始まる。目標をもとに、計画的にプログラムに参加し、利用状況や活動の様子を振り返る。活動を通じて少しずつ社会参加への自信を取り戻し、利用者は次のステップへと進んでいく。そのなかで、利用者の気持ちに寄り添いながら、デイケア以外の福祉系の社会資源に結びつくように働きかけていく必要がある。

デイケアスタッフは多職種で構成されているため、医療モデルと生活モデルの両方の視点から利用者を観察し、サポートできる。また、デイケアから福祉サービスや就労につながる可能性も高いため、他機関との連携も求められる。連携する場合は、看護者は地域のスタッフに利用者の状況やかかわり方のコツなどをアドバイスする必要がある。

③精神科デイケアの効果的活用のための課題

精神科デイケアをより効果的に活用するためには、以下のような課題への取り組みが必要である。

まず、個別性を重視したプログラム等の充実がはからなければならない。そのためには、利用期間・利用目的を明確化し、自閉傾向の改善、不安の軽減をはかるために、導入期プログラムを実施する必要がある。そして、心理教育、認知行動療法等をクローズドグループで行うためのプログラムの充実、10代、20代グループを30代以上のグループから分離し別プログラムとする、短期利用、中長期利用を設定して、それぞれのプログラムを設定するなどの工夫がなされなければならない。

もう1つには、病棟、外来、諸社会資源との連携の中核としてデイケアが果たすべきハブ機能の強化に関することである。まず、導入の工夫としては、デイケアの体験利用、連携パスによる病棟と外来との連携（たとえば精神科急性期治療病棟→デイケア等）が考えられなければならない。そして、デイケアを終了し、次のステップに進んでもらうために終了期のプランも策定する必要がある。そのためにはデイケアスタッフの施設外活動が保障されなければならないし、他の社会資源の体験利用、利用開始時より市町村サービス提供者とのケア会議の開催も必要となる。

5. 看護管理

5-1. 療養環境

● 基本的考え方

看護者には、患者に適切な療養環境を提供する責任がある。入院患者にとっての療養環境は、治療の場であるとともに生活（衣食住）の場でもある。衛生的でなおかつ安全で安心できる過ごしやすい療養環境でな

なければならない。看護者の配置も十分でなく、安全管理の名のもとに人権やプライバシーについて必ずしも十分に配慮されず収容施設的な運営がなされた精神科医療の歴史的背景を考えると、精神科病院の療養環境の整備は常に検討されつづけなければならない。病棟規則をはじめ、患者サービス全般の見直しも、患者のセルフケア能力・自己決定の機会を奪い自立を妨げることになっていないかどうかを基軸にして定期的になされる必要がある。病院全体としては、患者が安心して治療に専念できるよう、患者・家族の意見や希望を聞く機会をつくり、組織的に患者サービスについて検討する。

2003年の「健康増進法」の施行により、禁煙社会実現への動きは加速している。この法律は受動喫煙による健康への悪影響をなくすため、多数の者が利用する施設を管理する者に対し、受動喫煙防止措置をとる義務を課している。精神科病院もその対象とされており、分煙、全館禁煙への努力が求められている。精神科病院も、禁煙社会実現に対応した環境整備が必要である。

①接遇

はじめての来院者を想定して、入院部門、地域外来部門の総合案内、動線（道標）等、適切な掲示が必要である。受付の職員はじめ、全職員が名札を着用し、言葉づかい、身だしなみ等に気を配り、来院者に不快な印象をもたれないようにする。

看護者は、さまざまな年齢や背景をもつ人間を対象としている。社会人としてのマナーをもって患者に臨むことは、初対面の方に安心感と信頼感をもってもらえる第一歩となる。

②患者・家族の意見の尊重と相談機能

意見や苦情に対処する窓口、投書箱の設置、定期的な顧客満足度調査を行うことなどで、患者・家族からの情報を収集し、業務改善委員会などで検討する。

通院・入院時の複雑な法的手続きや社会資源の活用などについて、情報提供ができる相談員が配置された窓口があることが望ましい。必要があれば病棟の看護者は、その相談員との連携により患者・家族の相談に迅速に応じることができる。

③身体障がい者への対応とバリアフリー

視力、聴力、言語障害など精神疾患以外の障害をもつ人も受診し、入院となることもある。障害に応じた配慮が必要である。また、高齢者の入院が増えているので、開閉しやすいドア、手すりの設置、車椅子での移動や歩行の妨げにならないような段差対策、障害物の除去、エレベーターの設置など、利便性とバリアフリーを配慮した環境整備がなされるべきである。

④プライバシー確保への配慮

病棟ごとに診察、面談や面会に使用するプライバシーに配慮した個室を配備する。観察室・隔離室（保護室）のカメラモニターの使用に際しては、本人ないし保護者の了解を得ることが望ましい。このことについて、各入院施設において医療安全とプライバシー保護の観点から議論を深める必要がある。多床室ではカーテン、家具、衝立等の設置でプライバシーを守る工夫が必要である。

カメラ機能付きの携帯電話の持ち込みがプライバシー保護との関連で問題となることがある。現状では、携帯電話の持ち込み制限は、通信・面会の制限となるのであるから、「病状の悪化を招き、あるいは治療効果を妨げる等、医療又は保護の上で合理的な理由のある場合」（厚生省告示130号）に限定されるべきだろう（p.29参照）。

⑤療養環境の整備

ドア、収納棚、カーテンなどの病院設備・備品等を事故防止・安全確保の観点から点検し、随時見直す。照明、空調、ベッド等については、アメニティの観点からのチェックが必要である。これらの設備・備品の点検・整備における責任体制、破損時や不具合が生じたときの対応手順も明確にしておく。

人を不快にさせ、苛立たせる臭気や騒音、不適切な視覚刺激等を減少させる対策も、適切な療養環境を維持するために不可欠である。本人がその場から逃れようのない隔離室（保護室）や身体拘束のなされる部屋については、特に配慮されなければならない。医療安全、感染管理の側面からも療養環境の問題を検討する必要がある。

⑥施設内禁煙への取り組み

施設管理者の強力なリーダーシップのもと、無用な混乱が起きないように職員、患者の理解と協力を得つつ、計画的に受動喫煙防止対策を進める必要がある。まず禁煙の啓発活動から始める。要望があればニコチン離脱に伴う症状も考慮して、ニコチンパッチ、禁煙ガム等の活用も検討する。

施設内全面禁煙を行っている場合はその旨を表示し、分煙を行っている場合は禁煙区域・喫煙場所の表示を行い、厳守を求める。

⑦自己管理のための条件整備と危険物の持ち込み制限

金銭や薬、その他の物品が管理できるよう個人ロッカーを設置するなど、私物の自己管理が行いやすい条件整備を行う。

ナイフ、ハサミなどの刃物、その他凶器になりうるもの、可燃物、薬品など常識的に入院生活に必要でなく危険物とみなされるものは、病院内への持ち込みを禁止する。自傷、自殺に使われうるものも持ち込み禁止にせざるをえないが、日常生活に必要なものが危険物になりうる場合、持ち込み制限の判断は困難である。安全な代替物があれば切り替えたり、病院管理のものを使用してもらうことで対処せざるをえないこともある。病棟管理で使用時のみの持ち出しなどで対処することも、事故防止上やむをえない。事故防止、医療安全へ配慮しつつ、生活の快適さも考慮してバランスを保つことが求められる。

5-2. 看護管理

● 基本的考え方

看護管理は、患者およびその家族等への看護ケア、治療への援助がなされる全過程にかかわるものである。看護管理は、有限な資源を用いて看護ケアの内容を最大限充実させるために、看護ケア全体を計画し組織化し、調整してコントロールすることをめざす。

管理機能の中の運営的（manage）側面を強調するために使われるのが、マネジメントという用語である。看護マネジメントは、個別の看護ケアのマネジメントと組織的になされる看護サービスのマネジメントの2つに大別できる。看護ケアのマネジメントは、看護過程の展開として、個別の患者を対象としたマネジメントである。看護サービスマネジメントは、主に看護管理者によって行われる人的資源を組織化し調整することによってなされる効果的な看護サービスの提供のことである。

医療施設の使命を達成するため看護の立場から行う看護サービスマネジメントには、安全管理、防災対策、物品管理、人材の確保および教育などが含まれる。看護全般の業務を統括する看護管理者は、看護部門の業務の方向づけ、円滑な運用に責任を負い、病院全体の運営との調整をはかる。単位病棟ごとに配置された病棟看護管理者は、これらの業務の一部を担い、病棟の看護チームが最大限の力を発揮できるよう管理していかなければならない。

看護管理には病院経営者や多職種の協力が必要であり、看護部門のみの努力では成り立たない面もある。また、看護管理は看護部門全体の業務の組織化にかかわることであり、看護部長や師長だけでなく、個々の看護者の参加も必要である。看護管理者は、診療報酬関連の情報収集、分析などを行い看護の評価の向上につながるよう病院経営者へ提言していく。

看護業務の遂行にあたっては、サービスの質、物品の価格、業務の効果など合理的に考えなければならない。ベッドコントロールなども、経営的側面あるいは医療資源の有効な活用という側面から考えなければならない。これは病棟管理者のマネジメントとして重要である。

①看護サービスの特徴とマネジメント

サービスは、人や組織のニーズを満たす活動であり、対価を支払って入手することができるという性格をもつ。サービスマネジメントとは、モノとは異なるサービスという商品の質を高め、維持するために行われるが、これに関係する人、組織を管理することである。

看護サービスは、看護という「商品」を提供する活動である。病院組織における看護サービスの提供は、

医療の価格を公的に決定する診療報酬制度によって大枠が定められている。商品としての看護サービスは生産される場で消費されるため、提示して確認してもらうことが困難である。サービス提供者である看護師と消費者である患者が協働しなければ適切なサービスはつくりだせないという面もある。看護サービスの提供は、結果だけでなく過程が重要ということになる。

医療費の増加に伴い、患者やその家族の負担も増加し、顧客意識が強まっている。看護師も従来の「医療者-患者」から「医療サービス提供者-消費者」という関係の変化を考慮したかわりが必要である。看護サービス提供の姿勢としては、患者を理解することに努め、患者の視点から状況を把握することを心がける。礼儀正しい態度で患者の自尊心を尊重し安心感が伝わる姿勢で臨まなければならない。公平な対応でなければならないが、必要とされる看護サービスには個性があるので、他の患者に不快な思いをさせないためのルールの設定、公表も必要である。

②人材マネジメント

人材マネジメントとは、組織がめざす理念を実践し、実現するために、その資質や技能をもった人材を採用し、教育・研修を行うことで能力を高め、定着化をはかることである。そのためには人材の適正な評価や人事考課も必要となる。病院の主な資源は人材であり、人によって経営が成り立っているといっても過言ではない。質の高いサービスを提供できる人材は財産であり、人材マネジメントは病院運営の重要な鍵である。

医療の高度化や国民の医療への意識の変化から、看護職への期待が大きくなる一方、医療の高度化、入院期間の短縮による過労や医療事故の不安から定着率が低下している。看護現場では慢性的な人材不足が続いており、安定的に質の高い看護サービスを提供するため看護職員の採用と定着、資質の向上は、看護管理者の重要な課題となっている。病院外部の研修会への参加、院内研修などを通して人材の開発と育成を行い、職員の適性を考慮した人事配置で離職を防止しなければならない。

勤務しやすい環境の整備は、職員の定着や確保にも重要な意味をもち、看護管理の重要な仕事である。各職員のライフステージや、育児休暇や介護休暇など法で保障された休暇が取得できるよう配慮した勤務体制でなければならない。また、ワーク・ライフ・バランスに配慮し、さまざまな勤務・雇用形態での柔軟な人員配置を心がける必要がある。

5-3. リスクマネジメント

● 基本的考え方

患者や職員が安全・安心して治療や業務に専念できる環境を整備するのは、病院管理者の責務である。医療法施行規則改正（2002年）により、すべての病院と有床診療所に医療安全管理体制の整備が義務付けられた。これは、①医療安全管理指針、②医療事故などの院内報告制度、③安全管理委員会の開催、④職員研修の開催、の4つの体制を整えなければならないということである。

これらの活動が適切に行われているか、指針、決定事項等が職員全員に周知されているか、管理者は検証・評価する必要がある。なお、医療安全管理体制が未整備の場合、診療報酬の減算がなされる。

① 医療事故

精神科での事故は、死亡や刑事事件に発展（自傷他害など）する場合がある。事故やアクシデントが起こった場合に、報告書を必ず提出してもらい、事故分析を行い、繰り返すことのないよう情報を共有する。報告書は、時間、状況などが正確に記録されなければならない。

〈転倒・転落〉

向精神薬の影響、あるいは入院患者の高齢化により精神科病院における転倒のリスクは高い。転倒による骨折など二次的障害の増加も報告されている。リスクの高い患者を把握し、対策を考えておかなければならない。転倒・転落の予防のためには、バリアフリーなどの環境整備、患者の身体的機能を維持するリハビリテーションの施行なども必要となる。転倒予防を理由とする身体拘束は、安易に行ってはならない。

〈自傷・他害〉

突発的な暴力、予期困難な自殺・自傷行為など防止することが難しいケースもあるが、精神症状、生理的覚醒（不穏）、行動、パーソナリティなど患者の状態の把握により未然に防ぐ努力が払われなければならない。

〈無断離院〉

無断離院は、症状による場合、病院に対する不満、達成したい目的のためなど、さまざまな原因で起こる。未然に防ぐには、患者の言動に十分注意を払い、行動を観察する必要がある。閉鎖病棟では職員の鍵の管理が原因で発生する場合がある。無断離院が起こった場合には地域性などを考慮し、速やかな捜索を行う。家族、警察など関係先への連絡体制を整備しておかなければならない。

〈隔離や身体拘束中の事故〉

隔離室使用中、抑制中は事故が発生しやすいことはよく知られている。隔離・身体拘束は、暴力、自傷、自殺企図などの切迫している場合に実施されるので、重大事故になる可能性がある。また、拘束帯による事故も起きており、身体拘束は手技の指導を受けた職員が行う必要がある。実施後も観察は頻回に実施し、ベルトの締めや緩み、肺塞栓症などには十分注意する。

②感染防止対策

院内感染防止マニュアルに従い、手洗い・清掃・消毒などを行う。感染症が集団発生した場合、原因の特定、制圧、終息をはかることは病院の責務である。感染防止のための備品の整備、院内感染発生時の具体的対応を職員に周知徹底しておく。

③褥瘡防止対策

精神科病院では、向精神薬による過鎮静、身体拘束、精神症状に起因する経口摂食不良による栄養障害、認知症患者の問題行動に対する鎮静薬剤の投与などが原因となって褥瘡が発生することがある。高齢患者の転倒事故も増加しているが、骨折などによる運動制限から褥瘡の発生率も高くなる。これらのことを踏まえ、褥瘡防止対策を整備しておく。

5-4. 情報管理

● 基本的考え方

電子媒体（パソコンなど）の普及により、個人データを大量に蓄積・保有することのできる情報化社会が実現している。医療機関においても、その取り扱いを間違えれば看護者本人の意思に限らず個人データが大量に流失することになる。個人情報の流出防止が情報管理の最大の問題であり、情報漏洩防止の意識を高めるための研修等が必要とされている。

2005年には「個人情報保護法」が全面施行された。この法律は「個人情報の有用性に配慮しつつ個人の権利利益を保護する」ことを目的とした法律であり、また「個人情報の自己コントロール権」を明確に規定している。精神科医療の現場でも、この個人情報の「有用性」「保護」「開示」に留意した情報管理をしなければならない。保健師助産師看護師法、精神保健福祉法にも守秘義務規定があり、違反した場合には刑罰が科される。

情報開示について厚労省の「診療情報の提供等に関する指針」（2003年9月）では「患者が診療記録（カルテなど）の開示を求められた場合、原則として応じなければならない」とされているが、これは指針であり、医師の裁量に任せられている。これに対し、個人情報保護法では開示すると患者本人の治療に重大な影響があるなどの例外を除き、非開示は認めていない。理由のない非開示により患者の苦情が発生した場合、行政は開示を勧告・命令し、従わない場合は刑事罰が科せられる。

医療における情報開示の高まりは、受けている治療への関心の高まりと、医療事故など医療に対する患者・家族ら医療消費者の不信感を背景としている。病院は開示請求に備え開示のためのマニュアルを整備し、速やかに対応できるようにしておかなければならない。

①個人情報の保護

個人情報保護一般についてのマニュアルを作成し、病院において情報をどのように取り扱うかを明確にする。個人情報保護についての責任者も決めておかなければならない。具体的には、以下のことが必要である。

- 患者より知り得た情報の取り扱いについて、患者・家族に説明をする。
- 個人情報の取り扱い方について詳細なマニュアルを作成し、職員に保管場所・情報の外部持ち出しの禁止などを指導し、徹底する。責任者は規定などが守られているか、定期的な確認を行う。
- 施設に出入りする外部者に対して、情報取り扱いに関する誓約書を作成する。看護学生、家族、ボランティアなどを含め部外者の写真撮影なども場合によっては制限する。メールあるいはSNS（Social Networking Service）の発達により、携帯電話を使った情報の発信が容易となった。これによって患者の写真や個人情報がみだりに外部に公開されることも考えられるため、これらの使用についてもマニュアルに規定する。

また、個人情報の外部持ち出しに関する許可と制限について、またパソコンやデータ保存物へのID・パスワードなどセキュリティの徹底など、保管管理の方法について明確にしておく。

なお、情報漏えい発生時の対応をあらかじめ決めておき、手順に従い迅速に対応する。具体的には、③いつ、どこで、どのようにして個人情報が流失したかについての事実確認、④流失の事実、対応を関係者に連絡、⑤被害者への説明（事実と被害予測）、という流れとなる。

②診療録等の開示

開示請求が出た場合の手続きを定めておき、カルテ開示を求められた場合は、その手続きに従って速やかに開示する。開示を拒否できるのは、患者本人または第三者の身体、財産、その他の権利権益を侵害するおそれのある場合などに限定されている。

③診療情報の第三者への提供

個人情報の第三者提供は、原則として本人の同意を得る必要がある。同意を得る方法には、直接、本人から同意を得る方法の他に、個人情報の利用範囲について院内に掲示し、患者個人から同意しないとの意思表示がない場合には「黙示の同意」とみなす方法もある。カンファレンス、研修会における事例検討のように個人情報を利用する場合にも原則として同意を得る必要があるが、病院内での利用は第三者提供にあたらない場合もある。

④病院情報の開示

診療録等の開示のみならず、病院の取り組んでいること、医療事故対策などの病院情報は積極的に公開する。病院情報の開示は、患者の不信感を取り除く方法の1つでもある。

5-5. 防災対策

● 基本的考え方

災害対策基本法は、災害を「暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象又は大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害をいう」と定義している。

地域性・建物の状態等からどのような災害が発生する可能性があるかを想定し、発生時の対策を立てておく。まず、患者の安全が最優先であり、個別対応（行動制限の患者・症状・服薬状況など）しなければならない患者を事前に確認しておく。災害発生から時間の経過とともに必要とされるケアが変わってくるため、災害発生からの時間経過に合わせた対策を立てておく必要がある。また、地域との連携、安否確認の方法などを整えておく。

①防火対策

日頃から避難方法を患者に説明し、避難訓練などを実施する。隔離室（保護室）など閉鎖されている部署

や自力での避難の困難な患者の多い病棟、閉鎖病棟などの避難誘導体制を整備しておく。防火点検は徹底しなければならない。

〈防火対策のポイント〉

- 日頃から火元となるところを点検する。
- 消火器や施設内消火設備の正しい取り扱いをできるようにしておく。また、火災発生時の職員の役割を明確に行動できるようにしておく。
- 避難誘導の手順を確認し迅速に対応できる体制を整えておく。また、隔離室使用者、身体拘束の患者は、すべての職員が把握できていなければならない。

②防災対策（水害・大地震対策）

河川に近い施設などは、水害発生時の避難体制等を整備しておく。近隣の病院（精神科・一般）との協力体制の確認も必要である。

2011年3月11日に発生した国内史上最大のマグニチュードを記録した東日本大震災による被害を教訓に、大地震発生時の患者・職員の安全の確保、病院の円滑な運営のために可能な限り食料、飲料水等を準備し、ライフライン切断に対応できる体制を整えておく。

〈防災対策のポイント〉

地域性を考慮した防災マニュアルを作成し、それに基づく訓練を患者の参加も得て行う。災害が発生したらライフラインの停止、食料、医療品の補給が止まることを考慮しておく。マニュアルには、以下のことが記載されていなければならない。

- 災害発生時の避難路と避難場所
- 発生時の職員の召集方法
- 災害対策組織と発生時の職員の役割
- 災害発生時の必要備品および備蓄（発電機・無線機・燃料・ビニールシート・医療品・縫合セット・紙おむつなど）
- 災害発生時食糧の備蓄と緊急用調理器具
- 他病院、業者との連絡体制

6. 看護職への学習支援と臨床看護研究

6-1. 看護職への学習支援

● 基本的考え方

医療の高度化、入院の短期化、患者への消費者意識の浸透、安心・安全な医療への国民の厳しい目など、医療環境は変化を続けている。このような医療状況の中で、医療専門職には常に学び、より時代に即応した高い資質を維持、向上させる姿勢をもつことが求められている。看護職もまた高い看護実践能力を保ちつづけるために、専門的な知識・技術・態度の獲得をめざして学ぶ力をもつことが必要である。看護職は専門性を志向するとともに、ジェネラリストとしての看護実践能力を身につけ、安全で安心な医療に貢献することを期待されている。

看護部門では、教育委員会等の担当が中心となり、対象者（経験年数別、キャリアラダー別）の必要性に焦点を当てた研修が企画運営されなければならない。その際、現任教育は、業務を通して学ぶことを中心としたものであることを念頭に置かななければならない。病院内での現任教育は、主に集合教育、OJTの形式

で行われる。職能団体や行政等の主催で行われる講習や研修会に派遣し、職員の能力開発、人材育成をはかることも大切である。

新人看護職員の看護実践能力が臨床現場で求められる水準に達していない現状が、さまざまな方面から指摘されている。厚労省の指針などを参考に、新人看護職員の研修を充実させなければならない。

①現任教育

〈集合教育〉

患者の安全確保、感染管理、患者の権利擁護、医療倫理、接遇、個人情報保護などをテーマとする研修は、すべての医療機関において職員全体の参加で行われる必要がある。精神科医療関連の研修テーマとしては、精神保健福祉法の理解がまずあげられる。その各論として、隔離・身体拘束、通信・面会などの行動制限、退院請求や処遇改善請求など、精神科医療固有の権利擁護などが取り上げなければならない。医療安全についても精神科医療の特性を踏まえた研修が必要である。

〈OJT : on the job training〉

看護職の看護実践能力とは、患者に潜在する問題の予測や起きている事態を的確に判断する能力を基礎として、必要な知識や技術を駆使するという「状況と知識を統合する能力」である。このような実践能力は免許取得後に臨床現場における患者とのかかわりを通してしか培うことができない。したがって看護職の臨床研修は、実務につきながら行われる OJT が基本となる。

実践場面において、個々の看護職がその能力や動機づけに沿って自ら学ぶことのできる環境を用意し、個性を尊重しつつ、能力を最大限に発揮できるよう学習支援していくことが大切である。新人看護職員（プリセプティ）に先輩である担当者（プリセプター）がつき、固定したペアで日常業務の中で職場に適応するための支援を行うプリセプターシップによる新人教育も、OJT の1つである。

〈評価について〉

看護職の看護実践能力は、①看護過程を展開する力、②自己学習能力、③リーダーシップ、④専門職業人としての自覚・行動という側面から評価できる。

自己評価を基本とし、少なくとも学習支援者との相互評価でなければならない。学習支援者には、学習目標に向かって成長していることを学習者が自己評価できるようなかかわりが求められる。学習プログラムそのものも看護職個人の学習をどれだけ促進したか、あるいは妨げたかという観点から評価する。

②新人看護職員研修

「保健師助産師看護師法」改正（施行平成 22 年 4 月）で保健師、助産師、看護師及び准看護師は、免許を受けた後も、臨床研修等を受け、その資質の向上に努めなければならないことが明記された。また、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」（施行平成 22 年 4 月）には、①病院等の開設者は、新人看護職員が研修を受ける機会の確保のため、必要な配慮を行うよう努めなければならないこと、②看護職本人の責務として、免許取得後も研修を受けるなど、自ら進んで能力の開発・向上に努めること、③病院等の組織においては、看護職に研修を受ける機会を確保すること、が明記された。また、国は看護職の研修等による資質の向上に関する財政、金融上の措置を講ずることが努力義務として規定されている。

厚労省の「新人看護職員研修ガイドライン」は、新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得するための研修が実施できる体制整備をめざして作成された。研修内容（103 項目）は、「看護職員として必要な基本姿勢と態度（16 項目）」「管理的側面（18 項目）」「看護技術（69 項目）」からなる。精神科のみでこれらの技術を習得するのは、困難である。近隣の内科や外科と研修や派遣を含めた連携が必要である。

③看護職のキャリア開発——看護職個人の“生き方”へのニーズと組織の活性化へのニーズ

キャリア開発の「開発」には、個人の成長という側面と、組織が個人の力を引き出し活用するという側面がある。1 人 1 人の看護職が自分の能力を十分に発揮でき、キャリア（生涯に渡る職業経歴）を積むことができれば、その成果は組織に還元され、組織が活性化する。組織目標と合致した、以下のような看護職個人のキャリア開発の設定が必要である。

- ジェネラリスト（知識や技術を多方面・広範囲に発揮する看護職）をめざす。

- スペシャリスト（特別な分野において特別な知識や技術を発揮する）をめざす。
- 看護管理者をめざす。

6-2. 臨床看護研究

● 基本的考え方

ここでいう臨床看護研究は、臨床の看護者が臨床上の課題を解決することを目的として臨床現場で行う研究のことである。臨床看護研究は、臨床の看護者が自らの問題意識に基づいて取り組むことで看護実践の向上や業務改善に結びつく研究となる。研究の学会等での発表は、研究が第三者の目を通して検証される機会となり、全国レベルでの発表であれば精神科看護の水準を引き上げることに貢献できる。

① 臨床での研究への取り組み

日常の看護を行ううえで感じる疑問や問題を研究課題として取り上げた臨床研究は、直接、看護実践に還元することができる。「看護研究」を通して経験が整理されることで患者理解が深まり、病棟の雰囲気やケアが変化していく。臨床現場で、「これまでの方法が通用しない」「これまでの考え方が疑わしいものに思える」というような事態に遭遇することが研究への動機となる。このようなことを契機に取り組み始めた臨床看護研究は、保守的でステレオタイプに陥りがちなものの見方を変え、臨床を変える力となる。

また、看護実践を振り返ることで、その病棟や病院にこれまでなかった新たなものの考え方（概念）が発見できれば、それも研究的な価値をもつ。その際、看護記録、その他の記録が研究の素材となるので、記録の質が問われることになる。

看護実践の過程で感じた疑問は、文献にあたることで答えが見つかる場合もある。あるいは、ケアプランの変更、業務の手直しで解決できることもある。このような方法で疑問が解消しない、問題解決がはかれない場合に系統的に問題を追究することになる。この場合の臨床看護研究では、研究目的、方法、データの収集、分析方法などを明確化し、見通しをもって研究に取り組む。

臨床で起きる問題の要因は複雑に絡み合っており、そのすべてを研究のなかに取り込もうとすると、混乱する。何が研究疑問になりうるかを検討し、研究テーマを絞り込む必要がある。研究テーマを絞りこんだら、テーマと関連するキーワードを手がかりに総説、概論論文、展望論文（レビュー）にあたって、その領域の研究の現状を確認する。あるいは、文献検索で研究状況を把握する。データ収集にあたっては、倫理的配慮を怠らないようにする。施設に研究倫理審査委員会がある場合には、倫理審査が必要となることもある。

〈参考文献〉

- 日本精神科看護技術協会編：精神科看護基準。2005。
- 日本精神科看護技術協会編：精神科看護業務指針。2007。
- 日本精神科看護技術協会監修：精神科看護白書 2006 → 2009。精神看護出版，2009。
- 吉浜文洋，末安民生編：学生のための精神看護学。医学書院，2010。
- 外傷ストレス関連障害に関する研究会，金吉晴編：心的トラウマの理解とケア 第2版。じほう，2006。
- マーク・レーガン著，前田ケイ訳：ビレッジから学ぶリカバリーへの道—精神の病から立ち直ることを支援する。金剛出版，2005。
- 中井久夫，山口直彦：看護のための精神医学。医学書院，2001。
- 宮坂道夫：医療倫理学の方法。医学書院，2005。
- 日本精神科看護技術協会監修，宮本眞巳編：精神看護学。中央法規出版，2006。
- 日本看護協会編：日本看護協会業務基準集 2004年。日本看護協会出版会，2004。
- 風野春樹：電子カルテに足りないもの—精神科電子カルテの可能性と限界。こころの科学，121 (5)，2005。
- 杉本なおみ：医療者のためのコミュニケーション入門。精神看護出版，2005。
- 南裕子編著：アクティブ・ナーシング 実践オレム—アンダーウッド理論—こころを癒す。講談社，2005。
- 日本精神科看護技術協会監修：実践精神科看護テキスト13 精神科薬物療法看護。精神看護出版，2008。
- 厚生労働省：重篤副作用疾患別対応マニュアル (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/tp1122-1.html>)
- 本橋伸高：ECT マニュアル—科学的精神医学をめざして。医学書院，2000。
- 武井麻子，末安民生ほか：系統看護学講座 専門分野Ⅱ 精神看護学1。医学書院，2009。
- 田中美恵子編著：精神看護学—学生—患者のストーリーで綴る実習展開，医歯薬出版，2001。
- 丹羽真一編：やさしい統合失調症の自己管理。医薬ジャーナル社，2009。
- 熊谷直樹ほか：読んでわかる SST ステップ・バイ・ステップ方式。星和書店，2008。
- 林直樹責任編集：専門医のための精神科臨床リユミエール9 精神科診療における説明とその根拠。中山書店，2009。
- W. アンソニー，M. コーエンほか著，高橋亨，浅井邦彦ほか訳：精神科リハビリテーション。マイン，1993。
- 坂野雄二：認知行動療法の基本的発想を学ぶ。こころの科学，121 (5)，2005。
- 坂野雄二：認知行動療法。日本評論社，2000。
- 日本精神科看護技術協会：平成19年度障害者保健福祉推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書「精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討」（主任研究員・末安民生）。2008。
- 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて。2009。
- 〈特集〉代理行為を見直す。精神科看護，32 (5)，2005.5。
- 〈特集〉説明責任と納得の医療。精神科看護，31 (11)，2004.11。
- 日本精神科看護技術協会監修：精神科看護の専門性をめざして（専門編），精神看護出版，1997。
- 相馬厚：精神科看護師必見！ 情報収集のための観察ポイント。精神科看護，26-31，33 (10)，2006.10。
- 坂田三允総編集：精神看護エクスペール3 身体合併症の看護。中山書店，2004。
- 日本精神科看護技術協会監修：実践精神科看護テキスト18 精神科身体合併症看護。精神看護出版，2008。
- ローナ・ウィング著，久保紘彦ほか訳：自閉症スペクトル—親と専門家のためのガイドブック。東京書籍，1998。
- 松下正明監修：エクセルナース 実践的看護のための病棟・外来マニュアル11。メジカルレビュー社，2004。
- 日本精神科看護技術協会監修：実践精神科看護テキスト12 精神科訪問看護。精神看護出版，2007。
- 相沢和美編著：これで大丈夫！ 精神科訪問看護はじめてBOOK。精神看護出版，2010。
- 安西信雄ほか：地域ケア時代の精神科デイケア実践ガイド。金剛出版，2006。
- 水野雅文・村上雅明・佐久間啓：精神科地域ケアの新展開。星和書店，2004。
- 中西睦子監修：看護管理学。建帛社，2007。
- 日本精神科看護技術協会監修：実践精神科看護テキスト7 看護管理／医療安全／関係法規。精神看護出版，2007。
- 全国保険医団体連合会：2007年医療法改定 医療安全管理義務化等への対応。月刊保団連臨時増刊号，945，2007.9。
- 〈特集〉情報開示と個人情報保護。精神科看護，32 (2)，2005.2。
- 〈特集〉地震・火災発生時！ そのときどうする。精神看護，11 (1) 2008.1。
- 内閣府防災情報：<http://www.bousai.go.jp/5jishin/index.html>
- 日本医療機能評価機構：病院機能評価 統合版評価項目 Ver.6.0。
- 日本精神科看護技術協会監修：実践精神科看護テキスト8 看護教育／看護研究。精神看護出版，2007。
- 日本精神科看護技術協会：精神科における新卒新人看護職員の到達目標および指導指針，2006。
- 〈特集〉看護研究を倫理的に進めるために。インターナショナルナーシングレビュー，27 (2)，2004.4。
- 亀岡智美：看護研究における個人情報保護。看護，臨時増刊号，56 (7)，68-71，2004.5。
- 井部俊子・中西睦子監修：看護管理学習テキスト8 看護管理学研究。日本看護協会出版会，2010。
- 及川慶浩：臨床ナースの知って得する研究発表のジョーシキ・非常識。臨床看護，36 (1)，118-121，2010.1。
- 厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/s1225-24.html>)
- 吉浜文洋：臨床の看護者による臨床のための看護研究。精神科看護，28 (10)，8-13，2001.10。

精神科看護ガイドライン 2011

発行日：2011年3月31日

編集・執筆：特例社団法人日本精神科看護技術協会 政策・業務委員会

委員長 吉浜 文洋（神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科）

岩下由美子（社団法人大阪府看護協会ナースセンター事業所）

工藤 正志（医療法人久盛会秋田緑ヶ丘病院）

高橋 寿義（社団医療法人報昌会本館病院）

松永 晃（財団法人報恩会石崎病院）

南方 英夫（JA 長野厚生連安曇総合病院） 【五十音順】

発行人：末安 民生

発行所：特例社団法人日本精神科看護技術協会

〒108-0075 東京都港区港南 2-12-33 品川チャンネルビル 7F

tel:03-5796-7033(代) fax:03-5796-7034

<http://www.jpna.jp>

制作：株式会社精神看護出版

〒140-0001 東京都品川区北品川 1-13-10 ストックビル北品川 5F

tel:03-5715-3545 <http://www.seishinkango.co.jp/>