ま え が き

日本の看護を取り巻く課題は、「出生数の減少」「65 歳以上の高齢者の割合の増加」から、疾病構造の変化と長引く経済不況に伴う、さまざまな問題が発生しております。精神看護の立場においては、うつ病や統合失調症などいわゆる精神疾患の患者が年々増加の傾向にあり、厚生労働省は 2011 年 7 月に、地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾病として指定してきたがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の 4 大疾病に、新たに精神疾患を加えて「5 大疾病」とする方針を決めました。職場でのうつ病や高齢化に伴う認知症の患者数は年々増加し、国民に広く関わる疾患として重点的な対策が必要と判断したのだと考えられます。このような時代の変化は、私たちに専門職としてなさなければならないことを示唆しており、時代の変化を見据えた知識と技術の実践が求められている理由であると考えます。

しかし、時代の移り変わりと共に、精神医療の治療のあり方も看護の役割も変化しているように感じられます。例えば、看護教育で患者と看護師の力動関係を理解させるため、これまで単独で行われてきたカウンセリング的技術演習は、近年、看護における看護師の感情と精神性を導入して、援助者としてのあり方の理解と共に演習が組み込まれるようになってきました。人間関係づくりに、援助者としての自己理解が必要と提唱されております。人間としての自己理解の上に、援助者としての成長は必須であることが示唆されています。

さらに、新しい視点での精神看護とこれまで先輩諸氏が提唱してきた基本的な精神看護の必要性の統合が提唱されているのだと考えます。

本書は、これまで実践されてきた精神看護の基礎的知識と技術を何よりも重視して編集いたしました。当然、精神看護に必要な専門的知識や専門的技術はもとより、特に、精神科医療現場において関わりや援助を実践している、本来精神科看護に必要とされてきた役割と機能を統括できるよう構成いたしました。精神を病むとはどういうことか、精神を病んだ人の処遇、また、精神科臨床現場での援助の目的と方法、行われている治療や多職種の連携など、初学者が理解できるよ

う構成を工夫し、臨床現場で精神看護を実践している看護職や、教育の実践者に筆を執ってもらいました。

精神科看護の職能団体である、日本精神科看護技術協会は、これからの精神科医療における看護師の意識改革を提言しています。厚生労働省が2025年には、認知高齢者は700万人を超えると報告しており、精神科医療の現状を鑑みると、精神科医療も認知症に加え身体併症も併発している高齢者の対応が求められると考えられます。今後更に「長期入院患者の地域移行支援」や「急性期の看護など」を医療と福祉の視点で考え実践していかなければなりません。こうした観点から、本書は2020年3月改訂することに致しました。

看護学生が精神科病院へ臨地実習に出かけるとき、また、国家試験での復習などに十分活用できるものと確信しております。

また、臨床で日々看護を実践している看護師たちも自己の看護援助の振り返りや知識の確認に活用できる一冊であると信じております。

2020年3月

日本保健医療大学保健医療学部　東中須恵子

看護学生のための精神看護学　改訂版

目　次

まえがき

第１章　精神を病むとは

Ⅰ．精神を病むことの理解　1

1. 基本的理解　1

2. 精神疾患の考え方　2

（1） 社会で精神疾患が問題になるのはなぜだろうか　2

（2） 差別されたもの　4

（3） 治療とは、治癒とは何か　5

（4） 環境を整えること　6

（5） 社会復帰に向けて支援する努力　7

（6） 統計と実態　7

Ⅱ．精神看護における看護実践　8

1. 精神看護の目的　8

2. 精神看護の特徴　9

3. 精神看護学の知識と技術　10

第２章　精神医療の歴史

1. 西欧における歴史　11

（1） 古代ギリシャ・ローマ時代（B.C.300 年頃～ 200 年頃まで）　11

（2） 中世（200 年頃～ 1500 年頃まで）　13

（3） 16 ～ 17 世紀　14

（4） 18 ～ 19 世紀　14

（5） 20 世紀　16

（6） 現　代　18

2. 日本における精神医療の歴史　19

（1） 古　代　20

（2） 中世～江戸時代　20

（3） 明治期～明治期以後の精神医学　21

（4） 第二次世界大戦後　23

（5） 社会の動向と法律　27
3. 現在の精神医療　29
4. まとめ　30

第３章　精神看護が展開される場と看護師の役割
1. 精神科看護師の役割　32
（1） 患者理解　32
（2） 医療チーム　36
（3） 病棟の環境と環境づくり　39
（4） 代理行為　41
2. 患者の安全を守る　46
（1） 事故防止と事故発生時の処理　46
（2） 離院　57
（3） 災害　59
3. 精神科病棟と入院環境　61
（1） 建物の管理　61
（2） 環境整備（整理整頓）　63
（3） 食事（食事環境）　66
（4） 病棟行事　70
（5） 患者と家族間　73
4. 医療施設　77
（1） 通院医療　77
（2） 入院医療　82

第４章　観察と記録
1. 観察　93
（1） 目的と必要性　93
（2） 観察の要点　94
（3） 観察の方法　96
（4） 観察をするときの注意事項　97

2. 記録　97
（1） 記録とは　97
（2） 記録の要件　99
（3） 記録の目的　99
（4） 記録の種類　100
（5） 電子カルテ　101
（6） カルテ開示とは　103
（7） 記録の法的位置づけ　104
（8） 患者の個人記録　105
（9） 精神科における看護記録　106
3. 看護計画　106
（1） 目的　106
（2） 看護問題の抽出と優先順位の決定　111
（3） 退院に向けて　115

第５章　主な治療法と看護

1. 生活指導　121
（1） 基礎的な生活指導と看護　121
（2） 社会復帰前の生活指導と看護　134
2. 社会療法　138
（1） 作業療法の意義　138
（2） 作業療法の適応　140
（3） 作業療法の実際と注意　144
（4） レクリエーション療法　146
3. 薬物療法　148
（1） 向精神薬の歴史　148
（2） 向精神薬の分類　149
（3） 薬物療法における看護師の役割　160
4. 精神療法　163
（1） 精神分析療法　163

（2） 行動療法　165
（3） 認知行動療法　166
（4） 集団精神療法　170
（5） 家族療法　172
5. 電気ショック療法（電気けいれん療法）　174
（1） 治療の概要と効果　174
（2） 看護の要点　174

第６章　検査と検査時の介助
1. 画像検査　177
（1） CT　177
（2） MRI　178
（3） 核医学検査　179
（4） 脳波　180
（5） 画像検査における検査時の介助　180
2. 検体検査　184
（1） 一般血液検査　184
（2） 髄液検査　186
3. 心理検査　186
（1） 知能検査　186
（2） 人格検査　188

第７章　症状別看護 ― 精神症状の分類と症状 ―
（1） 意識障害　189
（2） 知覚の障害　193
（3） 思考の障害　195
（4） 感情の障害　201
（5） 意欲・行動の障害　203
（6） 自我意識の障害　204
（7） 記憶の障害　205

（8） 見当識の障害　206
（9） 睡眠の障害　207

第８章　自立に向けての地域における支援 ― 社会資源とその活用 ―
（1） 障害者総合支援法　210
（2） 地域と病院の連携と役割の特徴　212
（3） 地域生活を支える人的資源と物的資源　216
（4） 地域生活支援の実際　222

第９章　児童・思春期精神看護
1. こどものメンタルヘルス　227
2. 児童・思春期精神看護の対象　228
（1） 年齢　228
（2） 疾患や状態　229
（3） 受診・入院に至るまでの経過　229
（4）「発達障害」という概念　230
（5） 発達障害圏の主な疾患　231
（6） 一次性併存障害、二次性併存障害　237
3. 児童精神科における支援のあり方　238
（1） 入院治療　238
（2） 基本的方針　238
（3） 療育および多職種連携　239
（4） 児童精神科における看護支援の実際　241

第 10 章　精神科救急医療
1. 精神科救急医療とは　247
（1） 精神科救急医療の対象　247
（2） 精神科救急の分類　248
2. 診療から入院に至るまで　250
（1） 外来受診の受け入れ準備　250

（2） 受診した際の情報収集　251
（3） 救急患者への対応　251
（4） 入院患者への説明の必要性　253
3. 入院直後の治療・保護室での看護　255
（1） 入院直後の治療　255
（2） 保護室（隔離室）での看護　255

第 11 章　精神科身体合併症医療
1. 身体合併症を取り巻く状況　261
（1） 精神科医療の現状について　261
（2） 一般的な精神科病棟よりも多くの人員が必要　262
（3） 精神科病棟における身体ケアおよび身体合併症ケアに関する調査報告書　262
（4） 精神科における身体合併症とは　264
（5） 精神科看護の対象となる身体疾患　264
（6） 精神障碍を持つ患者の身体合併症の特徴　264
2. 精神科医療における身体合併症看護を必要とする患者　266
（1） 糖尿病　266
（2） 虚血性心疾患　267
（3） 脳卒中　267
（4） 悪性新生物　269
（5） 肺炎　270
（6） 骨折　271
（7） 慢性肝炎　273
3. 身体合併症看護の基本　273
（1） 身体観察をするうえでの看護の基本　274
（2） 精神科看護における身体ケアの考え方　275
（3） 患者と看護師関係について　276

第 12 章　司法精神看護

1. 司法看護とは　279
（1） 司法看護の定義　279
（2） 司法看護の対象　279
（3） 司法看護の展開　280
2. 司法精神医療の場 ― 刑事責任能力により区別される処遇の場 ―　282
3. 刑事収容施設における司法精神医療　284
4. 医療観察法における司法精神医療　292
（1） 医療観察法制定の背景　292
（2） 医療観察法の制度　292
（3） 医療観察法に基づく鑑定　295
（4） 手続き　296
（5） 医療観察法病棟の特徴　296
（6） 通院処遇　296
5. 司法精神看護に求められること…　297
（1） 基本姿勢　297
（2） アセスメント　299

第 13 章　精神看護と看護の関わり

1. 精神障碍をもつ人とのコミュニケーションの特徴　303
（1） コミュニケーションに影響する要因　304
（2） 精神障碍をもつ人とのコミュニケーション　305
2. アセスメントのための技術　307
（1） プロセスレコードの理解　307
（2） プロセスレコードの実際　311

看護学生のための精神看護学　改訂版

第 1 章
精神を病むとは

Ⅰ．精神を病むことの理解

1. 基本的理解

精神に障害を持つ人に医療者として接する場合、疾病を解剖学的機能的治癒に導くことのできない現在、精神疾患とは何かという基本的認識を問わなければならない。まず、精神疾患とはどのようなものなのか、例えば、統合失調症の原因と思われるものはいろいろ想定されるが、しかし、発症すると、現代社会では危険なもの、無能なものとし不当に差別され抑圧される。この差別視はさらに病気を悪化させ、社会復帰を妨げ、再発を容易にする。医療者として接する場合、このことを了解して障害をもつ人の生きにくさに共感しなければならない。

障害（disorder）とは、ある特定の生体機能の障害や個人的な苦痛があるものの病気の原因や病態が明らかにされていないものをさしていう。身体の疾患は諸検査や過去のデータを駆使し診断が確定する前の段階に用いられているが、一部の疾患を除いて病因が特定できない精神科診断において特定の病名として扱われている。病因や病態が不明で、医学的疾患を単位と見ることは困難であると考えられているのである。また、2013（平成 25）年 4 月に制定された障害（碍）者総合支援法においては、「継続的に日常生活や社会生活に相当な制限を受ける状態」という意味で用いられている。

精神医学においては、症状を持ちながらも社会に出て、人としてふさわしい生

活と労働と自由などの人権を再獲得するよう、患者の自主的な努力と医療者の協力が必要である。精神科医療においては、この段階における努力をリハビリテーションと呼んでいる。

精神科リハビリテーションは 1962（昭和 37）年に日本精神神経学会で取り上げられたことが契機となり、その後 10 年間病院や地域社会が関心を寄せ積極的に実行されていた。精神障碍者の場合、その病気のために一時的に喪失または拒否されてきた、自由・生活・労働・教育などの憲法で認められたさまざまな権利を復権すること、そのため障碍者も自覚を持ち、努力するとともに医療者も十分な専門的援助を行うことが精神障碍者のリハビリテーションである。

しかし、1970 年代になると精神科病院の内外をとりまく情勢の悪化により、精神科医療の中心が隔離収容に重点を移しかえだした。これまで患者の人権の復権にとって、精神科医療における隔離収容に重点をおいたサービスがいかに反医療的であったか。これを認識し、これを除去して行く地道な活動が必要であること、さらに、援助する人に対するリハビリテーションサービスも、基本的理念を明確にして、その上にたって理論化、技術化がなされなければ、その理論や技術が差別的抑圧に悪用されることになる危険もある。

2. 精神疾患の考え方

（1） 社会で精神疾患が問題になるのはなぜだろうか

我が国の精神疾患の診断は、これまで病因論的な考え方が主体であり、外因性・内因性・心因性に分けて考えられてきたが、現在、世界保健機構（WHO）によって作成された ICD（International Classification of Diseases：国際疾病分類）や、DSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders：アメリカ精神医学会の診断・統計マニュアル）によって診断が行われている。また、障害のとらえ方の視点を生活機能に移して、健康や生活を包括的にとらえようとする、ICF（International Classification of Functioning Disability and Health：国際生活機能分類）がある。

いずれも、一定の病因、病歴、病状、経過、場合によっては病理組織学的所見などを共通としている。いわゆる精神医学上の精神疾患のうちには、疾患単位で

あり病的な現象にまとめられているという特徴がある。

精神病は統合失調症をはじめとして慢性的な経過をとるか、またはある種の欠陥を残すかして、臨床的治癒にまで至ることが少ない。その数からいっても多いと推測される統合失調症についてその変遷をみると、その原因の不明さゆえに、その当時の文明、社会体制に従って悪霊悪獣がついたものとしたり、身体因による病気と見たり、または社会心理的なひずみ、特に乳幼児期の家庭の養育のあり方が問題だとするもの、または社会の体制そのものが主因であるというふうに変遷している。

これらの原因により社会内における不適応がおこり、平均値よりの偏りと判定され社会における生産活動に参加できない状態に陥ったとき、精神病と診断される。つまり、一般的な規範から逸脱したものをいっている。

正常とは、ある規範に当てはまるものをいい、その規範から逸脱したものを異常と判断する。さらに社会が体制を維持するために、犠牲者として差別し、そのことがさらに患者の治癒または社会復帰にとって著しい障壁となっている現状である。そこでの考え方は、平均的な見方と価値基準の両者が適応されていると考えられる。精神現象における正常と異常の概念は、その精神現象が病的であるのかそうでないのかという考え方と全く異なることは注目に値する。

また、精神疾患を平均的な基準によって判定できる例として、平均基準と価値基準がある。例えば、病的な精神現象として幻覚症状がある閉鎖病棟でのできごとであるが、誰もいないのに「母親が面会に来ている、あそこの木の下にお菓子を抱えて私の迎えを待っている、Ｏちゃん早く来てよと言っている。困っている様子だからドアを開けてほしい」と看護師に開錠を求める。誰も人がおらず音源がないのに人の声がするといった、統合失調症にしばしば見られる現象であり、この幻覚という現象は一般の人が見ることはない。つまり、平均的な基準によって、幻覚は異常であると判断することができる。

一方、ある人間の行動はその人の発達段階によって異なっている。その人の年齢からみて、精神発達上の障害があるとか、生活障害があるとか、または、適応行動上の問題があるとか評価されやすいものである。ゆえに精神疾患をもつ患者は身体疾患と異なって病因や病態、病理組織学的所見、症状、経過、予後などが一致して診断されることは困難であることなどから、当事者を含めてあらゆる関

係者の共通理解のもとに健康状態をとらえることが意図される。

（2） 差別されたもの

差別は、患者の一時的な症状や行動による、社会にとって危険なもの、有害なもの、役立たないものという偏ったみかたによる。

過去に世界で起こった人種差別のように、差別することで誰かをスケープゴートとすることにより現在の体制を維持しようとする社会の仕組みによって発生したと考えられる。精神障碍者の差別の実例は多い。精神保健福祉法にもとづく入院形態の一つである強制入院や、各種免許や資格の不当な制限などもその類である。例えば、医療上でも一般病院に比べて入院患者に対する医師、看護者の数の低い比率などがあげられる。これらの差別は、患者が抑圧された存在となる。人は集団をつくって生活しなければならない生物である。社会の中でよりよく生きていくために人間がつくり上げた差別構造を、我々の努力によって改善していかなければならない。精神障碍者の地域支援を語る場合、もっとも根元的なものの一つとして検討されなければならないことが、人権の復権であり、精神障碍者の権利を擁護する役割を遵守するための主張は最優先に行わなければならない。患者の権利についての基本的な姿勢を理解しておく必要がある。

ここに興味深い逸話がある。

<u>精神科病院に勤務する A 看護師体験</u>

> 10 時頃、深夜勤務の帰りであった A 看護師は、勤務する精神科病院を出て公道へ出た。
>
> そこへ 1 台のタクシーが通りかかった。疲れていた A 看護師はタクシーを止め、ドアが開いたので「ああ良かった」と後部座席に乗り込もうとしたその時、運転手の冷たい言葉に憤りを感じた。『ちよっとあんた、今どこから来た』A 看護師は「エーッ、どうしてですか」と問い返した。
>
> すると運転士は『そこの精神科病院から出てきたんじゃないの』『治療が終わったんでしょう、私の車には乗せられんよ』そこで、A 看護師は「私はそこの精神科病院の看護師です。夜勤帰りです。」とたんに運転士の態度は豹変し『ああすみません。精神病者かと思いました。何されるかわかりませんからね』と、愛想笑いをした。

精神障碍者への偏った見方や危険だという判断は、人としての社会的価値を低くし人間としての尊厳を失わせるスティグマに繋がっており、精神障碍者の社会参加を妨げるものになることを知っておかなければならない。

（３） 治療とは、治癒とは何か

長い歴史を振り返ると精神疾患は過去に病気として理解されない時期があった。それは、特異な病態と経過が人々の理解を困難にしていたことが要因となっている。それは、精神病の場合病気の持つ特異性からくる不快な印象、例えば、奇異な動作や振る舞い、コミュニケーションが取れなくなる、着衣のだらしなさなどにあるが、病因が明らかでないことがあげられる。こうした背景から根本的な治療がない、生活上の問題などで人々の理解を拒んでいることは確かである。

それでも、解剖学的治癒や生理学的機能的治癒をめざして、薬物療法や電気ショック療法が試みられ、社会療法とあわせて相当の効果をあげている。しかし、統合失調症の場合は原因が十分明らかでないため、原因の除去や症状の軽減などの治療行為もそれほどの効果がなく、かつその治療のため副作用やホスピタリズムをきたして、臨床的治癒も望みえないことが数少なくなったし、今後もその可能性は否定できない。

この場合、一応病気の進行は停止し、症状も固定し多少の副作用は残っていても、社会において生活を楽しみ、労働をなし、生産性を取り戻すこと、すなわち社会的治癒を期待する。

少なくとも医療行為は原始の形では、病気にかかり、または異常な状態となり苦しみ悩んでいる人を見て、家族や友人・知人が回復させ苦しみを軽減させてやりたいという心情的な行為であった。それが自然科学の発展に伴い、病気の抽出、一般化さらに能率・合理化することによって、医学の発展に繋がった。しかし、医療の発展は患者を救うことではなくなっている。技術的にも専門分化した医療行為はチームワークの不手際さによる弊害を発生させているのではないだろうか。

特に、精神障碍者の治療の場合、病因の不明さと相まって、表している症状は、病気のための消極的な第一次症状であるよりも、社会内でのその人全体であり、ギリギリの自己防衛であり、何らかの意味を持った自己表現であることの理

解と配慮が必要である。しかし、幾分変わった自己表現でもあることが少なくないので、むやみに症状のみを治療という名のもとに除去することはできない。近年患者理解に、患者の生活上の問題に視点を置く生活モデル、患者の社会心理面を重視する見方である社会的モデルが登場している。私たちは、患者の生活を通じ、症状を通じて了解的に患者の心を知る努力をすべきである。そのためには個々の患者の全体をよく知っていなければならず、また差別すべきではなく私たちと等しい人として、理解する心構えが必要でありまたそのことの可能な医療体制が不可欠である。

（4） 環境を整えること

昭和 30 年当初に起こった我が国の精神科病院の開放化は、従来の隔離収容、保護的な性格を減少させ、代わって患者の主体性、活動性の再獲得、社会化を目的とした精神科病院の本来の機能である治療の場へと転換し始めた。「看護師は患者の日常生活を整えることが責務である」とは、フローレンス・ナイチンゲールのことばであるが、看護師が専門的な援助を行うためには患者のおかれている社会環境を整えることが第一である。これは、看護師のみで行えることではなく、多くの人たちの協力が必要である。これまでの歴史的・社会的背景からみても、精神障碍者の差別は他に類を見ないほど悲惨であったし、体制的に差別抑圧され排除されてきた。この社会的な矛盾を正していかなければ、地域で生活することはなし得ない。この差別観は知らぬ間に社会全体に広がり、ことに自傷他害の恐れがあるとする精神障碍者の処遇は、社会防衛的な考えから危険、不気味、無能であると合理化されて排除されてきた。社会慣習として差別が実在している今日、これらを１つ１つ排除していかなければならないが、医療者もまた知らず知らずに彼らを差別してはいないだろうか。多くの精神障碍者が入院という形で治療を受けている現状において、病院の環境を整えることは当然実行されるべきことである。

近年のあまりにも産業化、管理化、情報化された社会の在り方は、医療の場へ資本の論理を持ち込み、低医療費と私的な病院の増設と相まって、人員などの不足や運営費の削減により精神科病院は質を低下させている。患者の日常生活は人としてふさわしいものでない場合が多い。このような状態に適応することは真の

人権の復権にはならない。私たちは、いたずらにホスピタリズムを助長させ、狭い場所と低い水準の生活に満足感を得る援助をしているのではないか、日頃の支援をリフレクションしなければならない。

（5） 社会復帰に向けて支援する努力

できるだけ入院させず治療すること、早期退院などを考えなければならないが、ある程度社会復帰可能でも社会の受け入れが整わない場合、または急激に社会に復帰する場合においては再発などが多いのは事実であり、これを防止するため院内においても社会側においても適切な社会資源が望まれる。入院と地域生活の連続性の確保のためのサービスが行われなければならない。現在短期入院が促進されているが、ソーシャルワークに焦点を置いた支援が求められる。三省堂大辞林によると「ソーシャルワークとは社会的な問題の解決を援助するための社会福祉の実践的活動」であり、社会的機能、社会的診断、社会的環境調整の３つのプロセスからなっている。その過程で、特定の人的・制度的・専門的サービスを基盤とし、社会のあらゆる資源を駆使して行われる具体的な援助である。

一方、精神障碍者社会復帰施設は、在宅生活に支障がある精神障碍者を対象としている。訓練・指導を行って社会に適応できるようにする精神障碍者の生活訓練施設である援護寮、また、雇用に至らない者を対象とする精神障碍者授産施設、自立生活を送れるが在宅の確保が難しい者を対象にする精神障碍者福祉ホーム、その他に、精神障碍者居宅生活支援事業、精神障碍者ケアマネジメントなどがある。

（6） 統計と実態

現状を把握する手段として、歴史的把握と統計的把握、典型的な実例を通じての３つがある。それらは、患者の人権を守り、精神科医療の現状、精神看護の動向、将来の展望を予測することができる。

私たちが精神医療の現状を統計として、数字を通して把握しようとするとき、問題を明確にさせておかなければならない。理由を述べるなら、その第一に精神科医療がいまだに低迷しているということ、第二には精神医療が治療を保証するにはまだ到達していないこと、第三に地域社会が、さらには患者の家族まで巻き

込んで、患者を地域社会で支えるのではなく逆に排除しようとする傾向のあることである。このように問題をあげると、精神科医療を否定しているように見えるが、これは決して精神科医療の発展を阻もうとしているのではない。現実をしっかり見据え看護者として役割を果たすために現実認知をしなければならないと考えるのである。世界に類を見ないほど病床数が多い我が国の医療現場は、法律や政策など精神科病院から社会復帰施設へ向けて、さらに脱施設化に向け急速に進んでいる。こうした動向を背景に、患者への影響や精神科医療への影響、看護への影響という側面から理解することができる。

Ⅱ．精神看護における看護実践

1. 精神看護の目的

精神疾患は、精神機能と言われている思考や判断、知能や記憶、知覚や感覚、感情や情動、思考や行動に影響を及ぼす。症状の現れ方は考えや感じ方、広義には対人関係や社会的な活動へと幅広く、外から観察できる場合もあるが、一方ではその人の心の中の体験として存在することから、周りの人々には観察できない場合もある。精神看護における看護師の実践目的は、対象者の生活の質（QOL quality of life）を高めるための支援である。その人の暮らしに直接的に影響する生活の様式や文化を背景に、その人の自立（律）を促し支える役割がある。その人の意思決定を助け、励まし、支える、そして自尊感情を高めていく技術が必要である。症状によって失われたり低下した、一人ひとりの生活能力を回復するためその人の持つ強みを的確にアセスメンする能力が求められる。精神看護においては、そうした支援を行うための知識と技術の習熟が求められ、洗練化に取り組むことは人の QOL を高める援助技術へ繋がっている。

一方、1959 年デンマークで初めて提唱された「すべての障碍者が他の市民と同じ生活条件、生活様式、生活環境を受け取る社会を実現すること」を意味するノーマライゼーション（normalization）の基本理念は、精神障害者の生活の質を考えるうえで欠くことのできない概念である。精神看護は、精神障碍によって

日常生活や社会生活に支障をきたしている人に、専門的な知識と技術を用いて、精神的健康の回復とその人が望む生活の獲得に向けて援助を行う。その人が望む生活をその人らしく生きるという意味で、「自律」「自己決定」「QOL」「ノーマライゼーション」などの考えは重要である。

2. 精神看護の特徴

精神科医療の特殊性は、特定臓器あるいはその機能を対象として行えない点にあり、むろんこれは精神科に限られることではないが、他診療科では一般化に技術が優先しているように映る。精神科の技術はより多く患者の心に接近してゆく心理学的な洞察や、患者を理解することが要求される。それにこたえる看護活動は看護師の人間性と直接結びつくと考えられている。

例えば、患者がいつになく沈んだ様子で、廊下の片隅にたたずんでいるのを見たとき、「どうしたのだろう」「何か心配事があるのだろうか」「ほかの患者とトラブルがあったのだろうか」などその患者の背景や、これまでの経過について考え、患者に声をかけその反応をアセスメントする。患者の心の動きはその言動から知ることが多い。些細と思える患者の動きに目を向けることが必要であるが、患者に近づく際の看護師の暖かさや優しさ、受容的な態度がなければ患者の心に共感することはできない。また、看護師は感情的な言動を慎むことが必要である。患者は直接関わる看護師の言動に影響されることが最も強いため、看護師は常に患者を受け入れる姿勢を持ち続けなければならない。きびしすぎたり、無気力であったり、機嫌にはげしいムラがあったり、公平さを欠く等、好ましくない個人的な気分を持ち込まないよう、いわゆる自己調整する能力を学修して行かなければならない。このことは、関係が深くなればなるほど、患者の家族やその人と共感的に関わるその実践過程において、必要な援助技術となりうる。精神科医療・精神看護は知れば知るほど奥深い。患者は年齢、社会的地位、教育程度、その他いろいろの個人背景のちがう人々であり、看護師はその一人ひとりの人格にふれあって行くのであるから、専門職として自己の人間性を高めていかなければならない。

3. 精神看護学の知識と技術

アメリカ看護協会は精神看護を以下のように定義している。「精神の健康に関する顕在的問題や潜在的な問題を予防したり改善したりする活動である」。また、日本精神科看護技術協会は、「基本的人権の尊重を理念とし、専門的立場から患者を理解し、個々の状態に応じた全人的なかかわりあいをとおして精神的健康を回復させ、社会に適応できるよう援助することである。併せて、保健医療の一分野として精神保健の向上に寄与する」と定義づけている。つまり、人の心の健康を保持増進するための精神看護と、心の病気を抱えた人の精神科看護であり、看護の実践は、患者の QOL（quality of life）を目指している。

精神看護の目的を達成するためには、精神看護実践の基礎知識と知識と並行して実践に繋げる看護技術が必要である。精神看護実践には、様々な関連学問の知識が必要である。具体的には、精神保健に関する歴史・法律や制度、精神疾患や治療方法に関する知識、心の構造や機能に関する知識、人との関係づくりに関する知識、成長発達に関する理論、精神障碍のリハビリテーションに関わる知識である。人の気持ちはわからない、だからきちんと向き合って理解しようと努力することが大切なのである。

一方、精神看護実践に係る基本技術は、人間関係論など対人関係的技術と精神状態をアセスメントする技術がある。また、これらの技術を使って行われる生活援助の技術があるが、この技術は患者の疾患に伴う症状によって障害された日常生活援助であり、身体的健康を回復するための援助技術も必要である。

参考文献

松下正明他「精神看護学」医学芸術新社、2009
落合慈之他「精神神経疾患ビジュアルブック」学研、2015
萱間真美他「精神看護学」南江堂、2010
神郡博他「精神保健 ― 現代の視点と展開」看護の科学社、2009

第 2 章
精神医療の歴史

精神障碍は、身体疾患と異なり患部が見えにくいため、病気という見方よりも神のたたりとして見られ、偏見や誤解の対象となりスティグマ（社会的烙印）を負わされてきた長い歴史を有している。この章では、西欧と日本の精神医療の歴史をその時代の社会的・文化的・政治的背景などと関連させながら精神医療の歴史をみていく。

1. 西欧における歴史

（1） 古代ギリシャ・ローマ時代（B.C.300 年頃～ 200 年頃まで）

ギリシャ時代以前の古代では、精神障碍者は悪魔つき、神のたたりとみなされ、呪術や儀式の対象とされていた。

ギリシャ時代の医学は**ヒポクラテス**（B.C.460 年頃－B.C.377 年頃）に象徴されるように、理性的、科学的な考え方に基づいたものであった。ヒポクラテスは、「精神は脳にある」と主張し、てんかん、ヒステリー、せん妄、うつ病などを脳の病気とみて、身体疾患と同様に体液の不均衡によって病気になるととらえていた。当時、神聖病（神の仕業によっておこる病気）と言われていたてんかんをヒポクラテスは、身体の病気と同じく自然に起こる病気であり、呪術や祈祷による治療をして利益を得ようとする者を激しく攻撃していた。

哲学者**プラトン**（B.C.427 年頃－B.C.347 年頃）と**アリストテレス**（B.C.384 年頃－B.C.322 年頃）も精神障碍者の理解と保護を示していた。治療として、あへんなどの薬物療法と、休養、運動療法、音楽療法、新鮮な空気が有効という環境療法などが推奨されていた。

ローマ時代に入ると、精神医学の始祖といわれるギリシャ人医師のアスクレピアデス（B.C.124 年頃～B.C.40 年頃）は、幻覚、妄想、錯覚について詳しく説明し、精神障碍者を機械的に拘束することに反対して、食事や環境の改善と、マッサージ、滝にあたるなどの水治療法、運動と入浴を薦めていた。

ヒポクラテスの学派であったガレノス（130 年頃－201 年頃）は、ヒポクラテスの体液論に基づき、精神疾患の原因をどの体液が優勢かにより 4 型に分類した。

① 多血質：血液が優勢で、快活、敏感、耐久性に乏しいなど
② 胆汁質：胆汁が優勢で、短期、易怒、精力的など
③ 黒胆汁質：黒胆汁が優勢で、憂うつ、感動的など
④ 粘液質：粘液が優勢で、反応が遅鈍など

また、ガレノスは、心臓には男性的な霊魂、肝臓には女性的な霊魂があり、ヒステリーは子宮の充血によっておこると唱え、精神疾患は脳が直接に罹患したためと唱えました。

さらに、疾病は生理作用の障害であり、機能障害を除く治療（瀉血、下剤、吐剤、利尿剤など）があり、有害物を排泄する力を唱えた。ガレノスの考え方の根底にはまだギリシャ医学の科学性が残っていたが、精神障碍の治療には著しい変化はなく、医師は治癒へ向かう患者の自然治癒力を充分に発揮するよう仕向けるべきと強調していた。ガレノスの医学体系はその後 1500 年の間、ヨーロッパを圧巻していた。

1 世紀末頃には問診法が完成し、2 世紀末頃には家族歴の重要性がうたわれた。1 ～ 2 世紀にはソラノス（2 世紀初め頃）によって持続浴や作業療法などの治療が進められていた。4 世紀には病院の中に精神科病棟が開かれ、490 年頃イスラエルの首都エルサレムに最初の精神科病院が建てられた。しかし、古代ギリシャ時代からローマ時代に伝承された西洋医学はキリスト教の台頭とともに衰退の道をたどり、独裁者による強権政治という時代背景もあり、特に精神医学の衰退は著しかった。

（2） 中世（200 年頃～ 1500 年頃まで）

中世に入ると、西欧では精神障碍者にとって受難続きとなり、18 世紀に起こったフランス革命まで第一の暗黒時代であった。その要因として、精神医学は古典科学の衰退に伴って宗教の支配下に置かれていたことがあげられる。キリスト教がローマ帝国によって公認され、キリスト教の影響力が拡大するに伴って精神障碍に対する偏った考え方が広まっていった。当時のキリスト教、ユダヤ教では、精神病はエホバの神の許可のもとに悪魔が人間に乗り移り起こり、人間の罪を罰するために悪魔が憑くと考えられていた。精神障碍を治療するため患者は自ら懺悔し信仰を持ち、教会ではイエスの名のもとに悪魔祓いの儀式が行われていた。その結果、精神障碍者は社会的な偏見やスティグマ、差別、迷信の対象としてみられていた。精神の異常は魔力によるものと考えられ、「拷問、呪い、魔女狩り、死刑などにすべし」として治療の対象とはならなかった。魔女裁判はその最たる例であった。ローマ・カトリック教会の背後にヨーロッパ独特の強い社会意識があり、精神障碍者は社会の異分子とみられ、異分子の存在は許さず魔女狩りが起こったのである。3 回の南フランスアルビジョア派異端征伐の十字軍の失敗をみたローマ法王庁は、異端の目を早めに摘み取る目的で異端尋問制度を整備した。異端尋問制度には、ローマ法王直属の異端尋問官の配置、裁判の非公開、密告の推奨、拷問による自白の強要、火刑などがあった。魔女狩りが起こったのは、旧約聖書の中に「魔女を生かすなかれ」「魔女に取りつかれた者は石を持って打殺すべし」とあり、教会や牧師たちの中には先に立って実行に移していた。魔女妄想による魔女や魔男の魔術やそれに対する魔女裁判といった社会病理現象を起こしていった。このような中世の封建的支配や宗教的理由による精神障碍者への迫害は当時としてはヒューマスティックな行為とみられていた。魔女迫害期には約 10 万人から約 100 万人の死者が出たと推定されている。精神障碍者にとっての暗黒時代は長く続いていたが、この間には 9 ～ 15 世紀にかけて欧州の各国では精神障碍者への境遇に同情が寄せられ、少数の慈善病院が設立されていった。15 世紀にはスペインのサゴラスで精神科病院が設立されているが精神障碍者の収容所であった。

一方、ヨーロッパ各地では僧院などに古くから精神障碍者を収容・監禁していた。1410 年にヨーロッパで最初の精神病院がスペインのヴァレンシアに設立さ

れた。当時の精神障碍者に対する治療はなく、患者は鎖、強制衣などによって自由を束縛され、生涯を病院に監禁されて過ごした。また、中世から近世にかけてヨーロッパ各地に自然発生的に精神障碍者の集落ができていった。精神病者とその家族は、精神病が治癒できるという言い伝えを聞いてコロニーという集落で生活・居住するようになった。13 世紀以降、多くの精神病者と家族が**ベルギーにあるゲール**の教会に身を寄せるようになり、町の人々が里親となって精神病者の家族看護を行っていた。19 世紀にはゲールコロニーとして世界的に知られるようになり、19 世紀半ばに国営化された。現在もゲールコロニーは宗教的伝統を残しつつも存続し、病院をはじめ、地域看護のシステムが整備されている。

（3） 16 ～ 17 世紀

16 ～ 17 世紀には欧州全体が多くの精神障碍者は放置され家畜小屋や納屋に収容されていた。1547 年には**イギリスにベツレヘム癲狂院**（てんきょういん）が設立され、その後各国に精神病院が設立された。しかし、当時の治療は患者を人間として尊厳されるものではなかった。ケシのエキスなどが鎮静薬として使われ、冷水を頭からかける灌水療法、患者をかごの中に入れたり、椅子にくくりつけて回転させる回転療法、池の上から患者を突然落として精神的なショックを与えるなど非人道的な治療が行われていた。オランダの医師**ワイヤー**（1515 ～ 1588 年）は、魔女狩りに反対し、精神病はほかの身体病と同じく病気であると主張したが、ワイヤーに同調する者は少なかった。

（4） 18 ～ 19 世紀

1784 年にウィーンに「狂人塔」といわれる精神病院が設立され、患者は監禁・拷問を受け、鎖につながれ虐待を受けていた。「狂人塔」では見物者から拝観料を取り、患者を見世物にしていた。18 世紀後半の 1789 年に人間の自由・平等・博愛をスローガンにフランス革命がおこり、18 世紀は「博愛の時代」ともいわれた。フランス革命（1789 ～ 1799 年）に代表される市民革命によってもたらされた自由・平等の市民権的人権思想によって不幸な人たちを救うための人道主義的活動が活発に進んでいった。18 世紀後半から 19 世紀かけてこうした人道的活動は市民的人権思想を背景に市民の自発的組織的共同事業へと発展していっ

た。その代表的なものとして「博愛教会」などが組織され、医療などの分野にも幅広い活動が展開され、中世の宗教活動に代わるものとなっていった。精神障碍者においても人道的な処遇が進み、人間性の回復が推進され、**道徳療法**（精神患者の人権を尊重し、様々な作業への参加、規則正しい生活を送らせることが健康につながるという、現在の作業療法の基盤となった）という治療法が取り入れ始めた。

このような背景の中で、「魔女狩り」は終焉を迎え、精神医療にも画期的な変化をもたらした。中世の非道な精神保健医療に反する扱いに大きな警鐘をもたらしたのがフランスの医師**フィリップ・ピネル**（1745 ～ 1826 年）であった。彼は、フランス革命中の 1793 年に精神病者の人権を擁護する精神病院を改革する委員会の要請によってパリのビセートル国民病院の院長に就任した。彼は就任後に精神病院の改革に着手し「患者を鎖から開放して、自由に、拘束せずに治療する。精神障碍者を病人としてみて人格を尊重し、人権を認める」と自説し、患者として見下すのではなく、しかるべき尊厳を備えた人間として関わり、ビセトール精神病院の元患者であり、後に同院の監護人となった**ジャン・バティスト・ピュサン**とともに、患者を拘束していた鎖から解き放した。ピネルの医療は、純粋に**人道的な心理学的臨床を重んじる精神病理学医療**であり、『精神病の医学的・哲学的論述』の著書では精神病を科学的に研究すべきと強調した。彼は人道的精神医学の創設者となり、かつ、フランスの人道医療の礎となった。そして病院精神医学の発達は医学校での精神医学教室（後の大学精神医学教室）と密接な関係のもとに発達していった。

イギリスの紅茶売人**ウィリアム・テューク**（1732 ～ 1822 年）は、1792 年、ヨーク市に精神患者を同胞として扱い、自分たちの手で運営するヨーク療養所を設立した。患者には沐浴と自由な食事を提供し、運動が行われ、茶会などが開かれ、人道的な治療が行われていた。テュークの人道的な治療は子孫に受け継がれ、**ヨーク療養所**はイギリスにおける精神病院の原型となっている。

ピネルの弟子 **J. E. D. エスキロール**（1772 ～ 1840 年）はフランス革命後にサルペトリエールやシャラントンの精神病院につとめ、病院の設計とフランスの精神障碍者に関する「1838 年法（フランス精神病者法）」の法律制定に参与した。この法律は、入院施設、入院方法、費用、人権と財産の保護などを規定し、

現在の任意入院などの入院形態の基礎となるものを規定した。1830 年代のイギリスでは、G. ヒルや J. コノリーにより無拘束運動が提唱され、欧州各国に伝わり保護衣や拘束具が徐々に廃止されていった。しかし、その反面 19 世紀後半から第二次世界大戦に至るまで国家権力の強化などの要因により、社会の保安中心の考え方が強まり、精神障碍者は非生産的存在で再起の見込みがなく時には社会に害を及ぼす者として危険視され郊外の精神病院に収容されるようになった。並行して道徳療法も衰退し、経済的な変動を主とする社会変動の中で精神障碍者は第二の暗黒時代を迎えた。

18 世紀後半から精神病者を人道的に処遇する運動が高まる中、19 世紀の前半にかけて精神障碍の本質について身体論（精神障碍を病理学的・疾病論的に理解しようとするもの）者と精神論（精神障碍を心の病として心理学的に理解しようとするもの）者の間で激しい論争が行われていた。ドイツのグリーンジンガーは 1845 年に「精神病は脳病である」との説を唱え、1850 年ごろからヨーロッパ各地の大学医学部が精神医学講座としてこれを設置しはじめ、治療・教育と脳病理の研究を始めた。ドイツのエミール・クレペリン（1856 ～ 1926 年）は、精神病を早発性痴呆（統合失調症）と躁うつ病（双極性障害）に分類し、現代の『精神障害の診断と統計マニュアル』（DSM）まで続く影響を与えることになった。ドイツの精神分析学者、精神科医ジクムント・フロイト（1856 ～ 1939 年）は、治療技法にさまざまな改良を加え、自由連想法を毎日施すことによって患者はすべてを思い出すことができると考え、この治療法を精神分析法と名づけた。

（5） 20 世紀

19 世紀後半から第二次世界大戦まで国家権力の強化などの要因から保安処分の考えが強まり、精神障碍者は非生産的で再起の見込みがなく社会に害を及ぼすものとして危険視され郊外の精神病院に収容されるようになった。1933 年～ 1945 年にドイツではナチスによって、精神障碍者は多大な努力と多大な出費をかけて扶養しているので生存の意味はないとされ 27 万人あまりの患者がガス室で殺害されるなど、命を奪われた。

20 世紀に入り、マラリア療法（1917 年）、カルシゾールけいれん療法（1937 年）、電気けいれん療法（1939 年）、インスリン・ショック療法

（1933年）、ロボトミー（前頭葉白質切截術、1935年）、持続睡眠療法など各種の身体療法が開発され、ある程度の治療効果も見られ、精神障碍者も身体疾患と同様に入院治療、通院治療が受けられるようになってきた。

1908年、アメリカのクリフォード・ビアーズ（1876～1943年）は精神病院入院中に受けた非人道的な対応を訴え『わが魂にあうまで』を出版し、精神障碍者の理解と人権擁護および病院の改善を啓蒙してコネチカット精神衛生協会を設立した。

ドイツのH.ジーモン（1867-1947年）は、1927年に作業療法OT（Occupational Therapy）を初めて体系化し、作業療法によって患者の中に残存する健康な面を強化・増進させ障害された病的な部分が克服されることに意義を唱え、各国に普及していった。精神障碍者や精神病院には明るい兆しが見えてきた第二次世界大戦以降、精神障碍者の人権を見直し、精神科病院のあり方についても開放的に考えられるようになりつつあった。このことをより促進したのが向精神薬の開発による薬物療法の発展であった。

1952年、フランスの海軍外科医、生化学者アンリ・ラボリ（1914-1995年）によってクロルプロマジンが発見され、フランスのJ.ドレイとP.デニカーはクロルプロマジンを抗精神病薬として使用しはじめその効果をみて精神科治療の中で薬物療法が注目されるようになった。抗うつ薬イミプラミンや抗不安薬クロルジアゼボキサイドの発見も相次いであった。このような一連の向精神薬の開発は薬物療法の発展のみならず、精神障碍者への精神療法、作業療法、さらに絵画療法、音楽療法などのレクリェーション療法、生活療法の発展も加わり、社会復帰の基盤作りとなり大きな成果をもたらした。一方、フランスの哲学者ミシェル・フーコー（1926～1984年）は、ピネルは確かに精神障碍者を身体的には鎖から開放したが、精神的にはかえって彼らを道徳的に鎖で縛る結果となり、病院内で寛解状態にある精神障碍者の社会復帰を遅らせていると述べた。第二次世界大戦後、イギリスでは精神病院から患者を退院させ地域社会での生活を優先させる精神保健対策（脱施設化運動）が始まった。アメリカでは1946年に国民精神衛生法が成立したが、多くの患者が州立精神科病院に収容されていた。

（6）現　代

1952年、フランスのドレイとデニカーによる抗精神病薬クロルプロマジンの開発はその後の薬物療法の発展を遂げている。薬物療法（生物学的療法）の発展は、精神療法、作業療法、レクレーション療法、生活療法などの心理・社会学的療法の可能性を広げ、**入院治療から通院治療への社会復帰の基盤づくり**となっている。

1960年代にアメリカの精神分析医**G. カプラン**は、第二次世界大戦後のイスラエルで地域の精神保健に関する環境改善を試みた経験から3つの予防概念を提唱した。

第一次予防：精神障碍の予防を目的として、精神保健の知識の普及、啓蒙活動、精神障碍が予測できるハイリスクグループのへのメンタルサポートで（たとえば災害時など危機に直面した対象への支援）をいう。

第二次予防：精神障碍の**早期発見・早期治療**をいう。

第三次予防：再発予防、リハビリテーション、社会復帰の促進をいう。

このころより、欧米では精神障碍の予防と回復のための地域精神保健活動と生活支援活動が展開されてきた。

1950年代、アメリカ精神医学協会等が大統領諮問委員会を通して長期入院患者の脱施設化の計画をケネディ大統領に提出した。脱施設化の計画を受け取ったケネディ大統領は、1963年に国会で「精神疾患および知的障害に関する特別教書」**（ケネディ教書）**を発表、地域精神保健センター法を成立させ、長期入院患者らを州立精神科病院から**脱施設化（退院促進）**する活動が始められた。この活動の中で、総合病院精神科や地域精神保健センターは精神障碍に関する相談、早期発見・早期治療がはかられ、長期入院患者数も減少していった。

1970年代からアメリカでは入院期間を短縮させ、退院後は**ACT**（Assertive Community Treatment：包括的地域生活支援）を始めた。重症な精神障碍者でも地域社会の中で自分らしい生活を実現・維持できるよう、看護師・精神保健福祉士・作業療法士・精神科医等からなる多職種チームによって24時間訪問型支援を提供している。このモデルは世界各国に広がり、日本にも取り入れられ、**ACT-J**（Assertive Community Treatment-Japan）として活動している。

1970年代からイタリアのトリエステ市では精神科病院を廃止し、精神保健セ