
■企画特集 精神科看護の現在と未来を共有する ― 病院と地域の協働

【4. 精神保健医療福祉領域における看護への期待】

病院・地域における精神科看護師への期待と思い

～病院の立場から～

澤 温

■企画特集 精神科看護の現在と未来を共有する ― 病院と地域の協働

【4. 精神保健医療福祉領域における看護への期待】

病院・地域における精神科看護師への期待と思い

～病院の立場から～

澤 温

大阪府・医療法人北斗会はくとクリニック病院・医師
〔〒551-0001 大阪府大阪市大正区三軒家西1-18-7〕

key words: 精神科病院, 地域, 精神科看護師, 生活障害評価

はじめに

看護の歴史は私の担当ではないが、歴史的なことを述べるなら、聖職者が教会で「神のもとで同胞」である患者をケアし、あるいは患者を訪れてケアしているなかで、必要に応じて新たに生まれた医師という専門職に依頼し、診察を頼んだ。その後、医師が主導権と名称と業務独占をしていった。医師会などはその典型であろう。

さて、このような流れのなかで、看護が原点に立ち返って患者の立場で援助することは、精神科医療のなかではどのように考えればよいかを考えみる。

I. 生活者であること

患者は元々患者ではなく、学生であったり、主婦であったり、会社員であったりする。よく言われることだが、パジャマを着ていると患者に見える。しかし、ネクタイを締めた姿で電車などで出会うと「あの人は、もしかしてあの患者さん？あの入院していた…」となるといったことは、よく経験するものである。

病に見舞われ、時に急性期症状で自分を見失うような状態にもなり、時には後遺症などの症状を残すかもしれないが、そもそも医療は、早く患者を元の精神状態に戻して、それまでの生活に戻りやすくし、また治療を継続することで生活をしやすいツールであると言える。

また、病によっては、医療だけでは十分でなく、福祉のサービスも用意する必要がある。これまでも筆者が言ってきたように、地域生活を営むための4つの必須要素、すなわち「住む場」「日中活動の場」「サポートする人々とその連携」「地域の人々の理解と受容」が必要なのである(澤, 1995)。そして、そのための制度と必要な費用をまかなえるかを考えて、看護以外の専門職がいて任せの方がよいなら依頼することである。

II. 7つの要素で足りないのは何か

患者は生活者であるという視点に立つなら、生活者とは24時間の生活者であるから、やはり24時間のサービスも用意されなければならない。それは、医療とか福祉に分けるのは勝手として、両方が必要である。病院から見ると、外来も入院も、あるいは救急を含めた時間外診察も何でもあるのだが、その意識を持っているかどうかが必要である。ACTでなくとも、患者に24時間サービスが届けられるかどうかは重要なことであり、それはACTでなくとも、従来の診療報酬のメニューであってもおかしくない(澤, 2008)。

この生活者の視点からサポートすることは、従来から筆者の言ってきた7つの要素、すなわち、「し」社会的行動、「や」経済管理(やりくり)、「か」日中活動(かつどう)、「い」飲食、「ふ」服薬、「つ」対人関係(つきあい)、「き」保清(きれいさ)を最低限の要素(澤ら, 1999)として、患者の生活に必須の要素をチェックして、その足りないところをどう補うか考えなければならない(澤, 2006)。ちなみに、詳細は除くが、この7項目は現在の自立支援制度において障害程度区分を決める時の医師意見書の生活障害評価に用いられている。

医療法人北斗会さわ病院(豊中市)では、1991年に国のグループホームの制度ができる前の年から共同住居を始め、障害ある人の住まいとサポートを提供してきたが、その時も障害の程度にしたがってどの程度のサポートが必要かをこの7項目で評価してきた。関わる多職種のスタッフ30名ほど(医師、病棟看護師、訪問看護師、担当精神保健福祉士、デイケアスタッフ、担当ヘルパーなど)が2週に1回集まってカンファレンスを行い、現在はこれが480回ほどになる。特に入居時には、過去の病歴、入院に至った理由、近隣に不安や負担をかけたことがら、そして7項目を提示して共通認識を得る。病棟看護師だから、あるいは

訪問看護師だから知らないということは許されない。また他の職種の関わりにも十分な理解がなければできない。まさに“You must know everything of something and something of everything” (ハックスレイ) である。

入院中心の時代でも、看護師は作業療法士がいなければその役割もし、精神保健福祉士がいなければ役所にも同伴した。医師である筆者も、若い頃は患者と職業安定所に行ったこともあったし、患家を訪れて何も食べていないとわかったらお好み焼きをつくってあげたりしたこともある。要は、足りなければ専門職を背景にはするが、それにとどまらず、目の前の人に必要なことは何でもするのである。

Ⅲ. 入院した時から退院のイメージを考える

2004年から、筆者は救急・急性期病棟に看護師を加配し、患者が退院してもしばらくはその看護師が訪問をするように言ってきた。それは、退院後の生活の報告を患者から聞けば病棟看護師はやりがいを感じるのであろうし、病棟看護師という意識にとどまらず、患者は地域の生活者であると看護師は意識するだろうと考えて言ったことである。しかし残念ながら、さわ病院でも、まだそれは不十分である。

すでに1996年から、退院前訪問看護が点数化されている。それまでも、入院した時から退院のイメージを考えて患者と話すことを言ってきたが、退院前訪問看護を組み合わせると、さらにそれを促進させることができる。極端には隔離室から出たら退院前訪問看護をすることも可能であり、職員の意識も、患者の意識も、ともに地域や家庭に向けることができる。

現在、筆者の所属する北斗会ほくとクリニック病院ではこれを実行し、入院期間を平均22日ほどにできている。入院は短期がよい。入院が長いと家庭も職場も学校も「いなくて成り立つ集団」を形成してしまうのである。家庭への訪問だけでなく、リハビリテーションとしての出勤先や、学校への試験登校などにも行けたらよいが、それはできていない。相手先から「よくなってから来てください」と言われることが多いからである。

Ⅳ. 「地域は病院だ」 ～病院機能を地域で～

この「地域は病院だ」というスローガンは、2003年に第3回日本外来精神医療学会を大阪で開催した時の大会長講演で示した言葉である (澤, 2003)。すなわち「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」というものである。ある精神科医から「それは患者さんに嫌われるよ。町に住んでも医療が介入し管理してくるみたいだから」と言われたことがあったが、自分が年を取って一人暮らしになった時、ナースコールを押してすぐに来てくれたらどんなに安心だろうと自分では思っているから、それに否定的にはなれない。これをオーストラリア・メルボルンの精神科医に

話したら「それは、hospital at home (アットホームな病院でなく「家庭における病院機能」と言うんだ」と聞かされて意を強くした。

要は、病院の看護師は、病院に入院している患者をケアするとしても、その目は病院内だけに留めずに、常に家庭や地域に向けていることが大切である。

Ⅴ. プライマリナースについて

プライマリナース (担当看護師) という言葉がある。患者のベッドサイドにも、担当医師の氏名と並んで書かれていることが多い。しかし、看護師の場合は、交代勤務であったり、機能別看護の要素も混じっていると、この担当意識が崩れやすい。筆者の現在いる病院でも、担当看護師は決まっているのに「この患者さんの担当看護師は誰か」と聞くと、「今日は誰々です」という答えが返ってくるのがまだある。

担当看護師には「少なくとも週1回は、担当医と現在の状況、今後の方針について、面と向かって、あるいはメモなどで話し合うように」と言っている。そうでなければ、担当医は、担当看護師の担当制を信頼できず、方針を担当看護師のいないところで決めしまっても仕方がないこととと思っている。これは各病院における看護の組織のあり方の問題でもあるので、一人の看護師のみでできる問題ではないが、ぜひ進めてもらいたい。

Ⅵ. 精神科看護師の意識

最後に、精神科治療に携わる者が陥りやすい点に触れておく。実習のため、さわ病院にやって来る看護学生たちに、私はいつも「精神科看護師になろうという人は、崇高な考えを持っている人か、変わり者である」と言っている。自分が一生懸命看護やケアをして、患者から感謝されると励みになる。疲れもすっ飛ぶ。だから「またしよう」と思う。このことを「行動療法」的に考えると、報酬効果があるので、その行動が強化され、残るとも言える。

学生時代に「自虐性淫楽症」という言葉を聞いた。自分の体を縛り上げたりして快感を得て、これをまた行うのである。今風に言うなら「マゾヒスト」かも知れない。つまり行動療法では「通常は嫌なこと」も「快刺激」と感じると繰り返すのである。患者さんに一生懸命治療や看護やケアをしているのに、叩かれたり唾をかけられたりする。これで喜びを感じ、一生懸命看護やケアができる人は「自虐性淫楽症」に似た心性を持っているという意味では変わり者なのであろう。しかしどんな状態の人にも「人」を見つけ、その症状の裏に素晴らしい人間性が隠れていると信じ、あるいは病む前には誇りある人生があったと信じ、それが蘇ることを祈るような気持ちでその信念を持ち続けるという意味では「どんなことがあっても持てる期待が報酬」になるので続けられるのである。その意味では崇高とも言える

のだろう。この気持ちがあれば、暴力を暴力で返すことはあり得ないと思う。

引用・参考文献

- 澤 温 (1995). 社会復帰と福祉. 日精協誌. 14 : 24-29.
- 澤 温, 井上英治他 (1999). 精神障害者のサバイバル的社会復帰のための簡便スケール“しゃかいふっき”について. 病院・地域精神医学. 42(4) : 255-258.
- 澤 温 (2003). 外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか. 日本外来精神医療学会誌. 3 : 7-16.
- 澤 温 (2006). 相談支援事業について. 日精協誌. 25 : 61-70.
- 澤 温 (2008). ACTとアウトリーチサービス. 臨床精神医学. 37(8) : 1015-1020.