

健康文化

アメリカ合衆国での精神科看護教育

水溪 雅子

平成9年9月から6ヶ月間、アメリカ合衆国、ボストン市内マサチューセッツ・メンタルヘルスセンター（MMHC）での精神科看護の研修の機会を得ました。市内のロングウッドという市電（地下鉄でもあります）の駅からブリングハムサークルという次の駅までの1ブロックがさまざまな病院と癌、糖尿病その他の研究所、公衆衛生関連事務所とクリニック、図書館、ホールなど医学と医学教育、研究のための施設で占められております。そのほとんどの研究所、病院、クリニックがハーヴァード医学教育機関となっており、医師のみならずコメディカルの広域的な教育システムを形成している。MMHCはマサチューセッツ州立の精神障害者の地域継続援助センターですが、同時にハーヴァードの精神科保健医療教育機関としての機能を持っておりました。滞在中に知り得た精神科看護教育について、ご報告したいと思います。

しかしながら、精神科保健医療については、日米間で大きな違いがあるので、まづその点について振り返っておきたいと思います。

精神医療をめぐる日米の現況：

国民簡易保険の国、日本では精神障害者の平均入院期間はきわめて長く、年間34万人が入院している。これは全入院の約4割を占めている。精神分裂病などの慢性精神障害を持った患者さんは病院の中で20年30年と生活している人も少なくない。閉鎖的な病院の中では、職員による患者への暴力が明らかになったり、ごく最近も患者の生活保護費が病院の運営に使われるなどの事件が報道されており、これまでに何回か国際人権擁護委員会やWHO等から改善勧告が出されている。こうした人権侵害の背景には管轄法としての精神衛生法が持つ患者の拘禁性があるものと考えられ、1988年に精神保健法、1985年には精神保健福祉法が制定された。この法改正のねらいは、患者の拘束を必要最低限にし、患者の社会復帰を促進することにある。精神障害者の地域社会での生活を支える法的基盤が不十分ながらできたが、本格的な地域精神ケアは、今後どの程度社会資源を開発できるか、一般市民のための公共住宅、娯楽、

就業支援のための公共機関とどのような連携を持つのかなどの課題とともに、どのようなサポートシステムを構築するかに関連し、さらにそれらはこうした領域で働く人材の育成と大きく関連してきます。

一方、合衆国では1973年に、身体、精神の区別なく障害者差別を禁止する市民権法いわゆるケネディ法が成立しました。その直後から慢性の精神障害を持つ患者は州立の精神病院を退院し、その後わづかな時期を経て、急性症状を発生し再発、再入院を繰り返すいわゆる“回転ドア症候群”や、多くの精神障害ホームレスを生んだことなどが問題になった。その後現在までの25年以上にわたる期間を経てさまざまな患者の地域生活支援のシステムを作ってきている。また、1990年には上記ケネディ法に、当時問題になったエイズを含む心と身体のすべての障害者の住居、職業上の差別禁止条項が追加されたことによって一層地域での生活確保が推進された。その結果、急性症状を持つ患者の平均入院期間は3週間に満たないのが現状であり、その後は症状と経済状況、保護者の有無あるいは保険の有無に応じて中間期入院施設か、外来診療・地域サポートかを選択することになる。多くの患者は驚くほど早期に地域社会で生活するように求められることになる。こうした精神保健及び医療の状況において患者を支える職種は多職種にわたるが、専門看護婦の果たす役割は非常に大きく、その教育も、患者の生活に関わる広範な問題の判断力・実践能力の開発に重点が置かれている。

精神科関連看護教育：

基礎教育：一般的に基礎教育においては日本の大学教育と大差はないように感じましたが、精神科看護学の単位は多く、4単位以上。他に心理学、臨床心理学、比較文化論などの科目は必須になっている。精神科の臨床実習は入院施設で行われ、週2-3日で3-5週間という期間であった。学生は受け持ち患者を理解するためかなりの勉強が要求される。多くの文献を読み、積極的な質問と討議が行われる。この実習指導にはさまざまな肩書きを持った上級看護婦や看護婦長があたり、カンファレンス時には大学の教官が週1回出席していた。

一般的な急性期病棟の看護は、日中は看護婦、看護学生の他、作業療法士、心理士、病棟によってはそれにソーシャルワーカーが加わり、夜間は看護婦および看護学生と臨床心理士が対応していた。看護婦は服薬やストレスコーピングのグループのリーダーとして治療的役割を果たすとともに、患者の問題状況の整理をし看護計画を立てる。学生は受け持ち患者だけの学習ではなく、それら集団療法における看護活動を理解することになる。

修士看護教育：修士看護学生の場合、1年次はほぼ学内教育であり、研究方法論、コンピューターを用いた調査統計処理などマスターコース共通の単位の他、精神科を専攻する学生には精神科看護上級編の4単位を含め、ストレスコーピングとその理論、精神治療論などの専門科目で構成される。これは週4日間程度の学内教育となる。2年次になると多くは、2日間の学外実習と2日間の学内というパターンで構成され、学内学習の約半分は実習事例の検討に費やされる。学生には5例以上の看護事例の報告が求められるが、1学生の1事例に対して3時間をかけ、さまざまな角度から検討が行われる。時に応じて2時間程度の精神科看護に関連する心理学、社会学などの先生が招かれ、講義と討議が行われる。精神科専攻の学生4-6名に対して6名の看護教官が指導に当たる。アルバイトとして精神科関連の患者に接する領域で働く学生は、そこででの事例も報告事例とすることができる。こうした看護実践と事例報告を通して高度な看護実践力をつけ専門看護師の資格を取らせることが修士課程の最も大きな目的である。従って修士では研究単位は2年次には6単位があるのみで、これは統計的手法によるものだけであった。

MMHCでの実践と教育システム：

MMHCは地域継続ケアのセンターであり、病院やリハビリ関連プログラム提供施設、患者の住居、家庭との間にあって、クライアントのサポートをめぐるその扇の要であり、同時に外来診療に近い機能を果たしている。5つの地域サポートチームがあり、1チームは医師1-2名、看護婦1-3名、臨床心理士1-2名、社会福祉士の7-9名で構成され、クライアントの地域社会での生活が可能のようにサポートする。このチームリーダーとなるのが専門看護婦（clinical specialist）であり、患者と面接し、それぞれの問題状況に応じてリハビリプログラムを導入し、アルコールや麻薬等の薬物中止のためのグループやストレスコーピングのグループを運営する。必要に応じてクライアントが医師、臨床心理士や社会福祉士の面接を得るように紹介し、適当な住居について話し合う（MMHCは、様々なサポートの形態と程度・内容が異なる住居を持っており、非営利団体職員がMMHC内にスタッフをおき、入居のための相談に応じている）。

このような地域ケアを学ぶ学生は週2日の実習中、個別にオフィスをもらい、上記の精神科専門看護婦の実践活動と実践に必要な理論的背景を学ぶ。学生は指導者と話し合い、適当と思われるクライアントに面接しその理解を得て担当看護婦となり、その看護経過を通してクライアントの状態と面接時の焦点の当

て方、面接技法、クライアントの理解と病態、ケア内容等を学ぶ。グループ療法についてはいくつかのグループにサブリーダーとして入り、それぞれのリーダーとなった看護婦または医師から1回毎に、焦点として強化する話題やグループの運営に関連すること、さらに個別的な患者観察について助言を得る。継続ケアとしての看護に関連することについては専門看護婦によるカンファレンスが2日に1回行われる。学生1-2名に対して指導看護婦が1名であり、クライアントの文化的背景や日常生活に関連して予測される問題点、症状と面接時に取り扱う話題の焦点、利用できる社会資源（リハビリ関連施設、教会その他の篤志グループなどの精神科リハビリ関連のものから、趣味やスポーツのグループなど公的施設も含めて非常に広範囲の資源があり、それをクライアントの状況にあわせて一般の地域社会の住民とともに利用できるように紹介する）など学生が担当しているクライアントのケアに関連して広範囲な実践的アドバイスがなされる。

一方、ハーヴァードとMMHCは学生やスタッフに対する学際的指導体制をもっており、医療やケアに関連して相談することのできる種々のカンファレンスが実施されている。“トレーニングカンファレンス”は新任精神科医やコメディカル学生が扱っているクライアントについて理解や対応法等で困ったとき、このカンファレンスでケースを説明しアドバイスを得る。学生は原則的に出席するように勧められる。指導教授は臨床心理、精神病理学的な専門をもつ医師、治療的経験豊かな精神科医の3名であり、いずれもハーヴァードの教授、助教授の肩書をもっており、同時にMMHCの指導スタッフでもある。さらに法律に関連する相談、臨床ケースカンファレンス、精神薬剤相談、複合問題相談（精神障害に麻薬やアルコールなど別の問題が絡んだ場合）、神経精神検査相談、精神検査、リハビリプログラム相談、住居選択相談、ナーシングホームに関する相談、職業療法相談、行動相談、家族・ペア療法相談などについて週1回前後の頻度でカンファレンスが開かれており、学生は必要に応じてこの会に出席し指導スタッフの助言を得ることができる。

これらの実践的な教育相談システムの他に、2種類の講義がそれぞれ週1回ずつ年間を通じてプログラムされている。1つは治療や診断のみならず、治療面接の方法、保険会社のサポートシステム、精神疫学など精神保健と医療に関連する広い領域にわたる研究成果についてであり、もう1つは薬剤に関連するものであった。いずれも精神科医のみならず看護婦、心理療法士、精神社会福祉士、作業療法士などの学生も自由に出席できるものであった。

以上のように保健医療の実践は他職種連携で行われているが、その教育もま

た学際的な指導スタッフによっている。特に精神科地域ケアの実践教育はその典型的な例ではないかと思われた。このMMHCのやり方は、アメリカの一例にしかすぎず、また日本とは医療関連の基盤が異なりますが、それでもなお精神科看護教育を実際の看護活動とあわせて見ることによって、日本での精神科看護教育を考える際に大変参考になるものでした。

(名古屋大学医学部教授・保健学科看護学専攻)