

# 香川県立保健医療大学リポジトリ

## デンマークの精神保健医療福祉と日本における精神看護実践の課題と展望

|       |                                                                                                                                         |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| メタデータ | 言語: Japanese<br>出版者:<br>公開日: 2021-06-21<br>キーワード (Ja):<br>キーワード (En):<br>作成者: 國方, 弘子, 中山, 朝子, 本田, 政憲, 本田, 圭子, 川口, 郁代<br>メールアドレス:<br>所属: |
| URL   | <a href="https://kagawa-puhs.repo.nii.ac.jp/records/307">https://kagawa-puhs.repo.nii.ac.jp/records/307</a>                             |

## デンマークの精神保健医療福祉と 日本における精神看護実践の課題と展望

國方 弘子<sup>1)\*</sup>, 中山 朝子<sup>2)</sup>, 本田 政憲<sup>3)</sup>, 本田 圭子<sup>4)</sup>, 川口 郁代<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科, <sup>2)</sup>香川大学医学部附属病院

<sup>3)</sup>岡山県精神保健福祉センター, <sup>4)</sup>新見公立短期大学非常勤講師

## Mental Health and Welfare Service in Denmark and Issues and Prospects in Psychiatric and Mental Health Nursing Practice in Japan

Hiroko Kunikata<sup>1)\*</sup>, Asako Nakayama<sup>2)</sup>, Masanori Honda<sup>3)</sup>, Keiko Honda<sup>4)</sup>, Ikuyo Kawaguchi<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>*Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences*

<sup>2)</sup>*Psychiatric Unit of National University Corporation Kagawa University*

<sup>3)</sup>*Okayama Prefectural Mental Health and Welfare Center*

<sup>4)</sup>*Niimi College*

### 要旨

本稿の目的は、デンマークの精神保健医療福祉の研修で得た情報と文献を参考に、デンマークにおける精神保健医療福祉の現状報告を行い、続いて我が国の精神看護実践の課題と展望を述べることである。

当事者の脱施設化を成し遂げたデンマークの精神保健医療福祉システムは、ノーマライゼーションの理念を確実に実践に移していた。日本の精神看護実践においては、当事者の尊厳・価値を真に大切にすること、ストレングス（強さ）への支援、チーム医療の実現についての三つの課題が浮かび上がり、それら課題に対する展望を述べた。特に、地域で活躍する精神看護専門看護師（CNS）の養成の重要性が明確になった。

**Key Words:** 精神看護実践 (psychiatric and mental health nursing), 精神看護専門看護師 (certified nurse specialist in psychiatric mental health nursing), デンマーク (Denmark)

\*連絡先：〒761-0123 香川県高松市牟礼町原281-1 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 國方 弘子

\*Correspondence to: Hiroko Kunikata, Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences, 281-1 Murecho-hara, Takamatsu, Kagawa 761-0123 Japan

## 1. はじめに

日本の精神保健医療福祉施策は、昭和62年に制定された「精神保健法（現在の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）」の成立を一つの契機として、その推進が図られてきた。平成五年に成立した「障害者基本法」において、精神障害者（以下、当事者）もはじめて法の下、施策の対象となる障害者として明確に位置づけられて以来、長期的視点で、当事者の自立と社会参加の実現を図る取り組みが進められている。特に、受け入れ条件が整えば退院可能とされる入院患者約7万2,000人への退院支援策は、数値目標を掲げて推進されている<sup>1)</sup>。このように、障害があっても地域で安心して暮らせる社会を構築するために就労支援や地域移行の推進が行われているが、当事者が病気を持ちながら地域で住み続けるためには、医師や看護師など精神保健医療の専門家が地域に出向き、きめ細かいケアを提供することが必要となる。何故なら、当事者の地域移行が目的ではなく、地域に住み続けるための支援こそが極めて重要であるためである。

そこで、当事者の在宅生活が進み、精神保健医療福祉サービスの先進国であるデンマークにおいて、精神保健医療福祉に関わる看護職が、日常生活、ケアの継続性、自尊心の回復への支援、就労支援、社会的偏見にどのように支援しているかについて研修を受けた。

本稿の目的は、デンマークの精神保健医療福祉の研修で得た情報と文献を参考に、デンマークにおける精神保健医療福祉の現状報告を行い、続いて日本の精神看護実践の課題と展望を述べることである。

## 2. デンマークの地理

デンマークは、北欧諸国の中で最南に位置し、ドイツと陸続きであるユトランド半島と、コペンハーゲン市のあるシュラン島、オーデンセ市のあるフン島の二つの島を中心に、大小500の島々からなる。面積は、約4万3,000平方kmであり九州程度の広さである。デンマークには5つの州と98の自治体があり、人口は約550万人である。首都コペンハーゲン市の人口は50万人、コペンハーゲン市がある首都州の人口は100万6,000人である。

## 3. デンマークの精神保健医療福祉の背景

まず、スカンジナビア福祉モデルを紹介する。これは、デンマーク、ノルウェー、スウェーデンにおける特別施策モデルである。全ての市民は、ヘルスケア（病院、医師・歯科医師、薬）に無料でアクセスできる。強力な公的ヘルスケアが主であり、私的ヘルスケア部門やボランティアによる支援は少ない。また、市民生活は、病気、失業、公的年金を受けている老人であっても、不安のない経済状況にある。さらに、幼稚園、学校、ホームケア、訪問看護等は全て無料で利用できる。このような充実した福祉施策は、デンマークの特徴の一つである。他方で、国民は保険の負担をしないが、収入の48.1%の税金、25%の消費税（2007年）を負担する。

デンマークは個人主義に根ざした民主主義国家であり、相互扶助が確立した社会である。九年間の義務教育期間に民主主義の教育が行われる。そこでは、学生は親や教師から「受け入れられる安心感」を受けて育ち、安心感から平等の意識を育てていく。学生は少人数教育を受け自分の能力を伸ばすと同時に、「自由とは」「平等とは」「責任とは」「権利とは」「共生とは」を徹底して議論しながら民主主義と相互扶助を学び、助け合うこと、共生すること、連帯感を持つことがあたり前となっていく。彼らは、18歳で家族から独立する。

また、全市民は、家庭医とソーシャルワーカーをもち、横断的協働関係にある Primary Health Care Sector（家庭医と専門医）、Hospital Sector（身体科と精神科）、Social Sector（社会センターと社会協会）を利用できる。

## 4. デンマークの精神保健医療福祉

30～40年前のデンマークの精神保健医療は入院医療が中心であり、一度入院すると退院は困難な状況で、社会的入院患者が多かった。しかし、1980年代から当事者の入院病床数を削減すると共に、彼らを地域で受け入れるための受け皿作りを開始した（これは、まさに今日の日本の現状と一致する）。また、徹底したノーマライゼーションが具現化された。すなわち、障害のある人も障害のない人も平等に生活できる社会こそノーマルな社会であるという理念に立ち、「病人」や「障害」の視点で人を見るのではなく、全て「住民」であり、あくまでも一人一人の人間の尊厳・価値を大切にすることを目指した。換

言するなら、人としていかに相手を尊重し助け合うかを大切にする社会を構築したといえるだろう。しかし、デンマークにも当事者に対する偏見が皆無であったわけではない。偏見に対し、当事者による体験談の講演、小学校から大学・地域住民に対しての教育活動、精神障害に対する正しい知識の出版など、偏見を持つ人の意識を変えるために正しい情報の提供を行う長い取り組みを行ってきた。そして、人としていかに相手を尊重し助け合うかといった考え方が実践されたからこそ当事者の脱施設化が促進され、地域生活が実現したといえる。具体的には、生活の継続性の尊重（長期入院をさせない）や自己決定が推進され、彼らの住居は、住宅公団により建設されたアパートに移動した。それと共に、かつて精神科病院に勤務していた精神科医師や看護師（Generalist）は、「地域精神医療班」として、彼らの自宅や集合住宅を巡回し治療・ケアを行った。また、国民は就労を社会で生活する条件であると考えていないが、行政は就労のためのワークショップを準備し、当事者の就労準備や趣味を生かすことを支えるようになった。さらに、当事者にも安定した生活の保障がされるべく年金（毎月、約25万円）が支給されることから、生活の不安を持つ必要がなく、彼らはいかに人生を充実させるかを追求することが可能となった。

以上のような歴史を持つデンマークであるが、今回、我々は、コペンハーゲン市にある六施設で研修を受けた。第一の研修先は、デンマークの首都州にある地方自治体コペンハーゲン市の Socialforvalt-

ningen Copenhagen であった。Socialforvaltningen Copenhagen は、コペンハーゲン市のソーシャルサービス政策管理を担当している。市の行政は七つの管理部門に分かれており、我々は七つの内の一つであるソーシャルサービス管理部門における精神障害者施策決定の業務に関して研修を受けた。ソーシャルサービス管理部門の組織は、Table 1 の通りである。精神保健の問題あるいは障害を抱えている人は、統合失調症を有する人が5,000人、重篤な人格障害を有する人が2,000～4,000人、神経症を有する人が1万人存在し、彼らに対し行政は、集合住宅や自宅または一時的な住宅、共有生活や自宅生活での社会教育的支援、ホームヘルプ、訪問、運動や一緒に過ごす場所、保護的雇用などのサービスを提供する。市は、これらの内、住宅サービスに最も多くの予算を投入しており、市職員は当事者の希望とレベルに応じ彼らの住む場所を決める。例えば、待機者リストがあり、空き部屋ができると本人の希望に合わせて入居するといった具合である。このように住居は公営住宅ではなく、市が当事者用の住居を管理する。

市と当事者が契約したサービスを実現するための主な手段は、双方の同意書を取る、一年間の適用とする、目標を定める、年に数回の評価を行うなどである。市と当事者が契約したサービスを実現するための第一のポイントとして、対等関係と分散させることが必要でありその舵取りには対話を必要とすることが挙げられた。対等関係の必要性とは、サービスが同質レベルであることや共有を優先することな

Table 1 The social services administration in Denmark

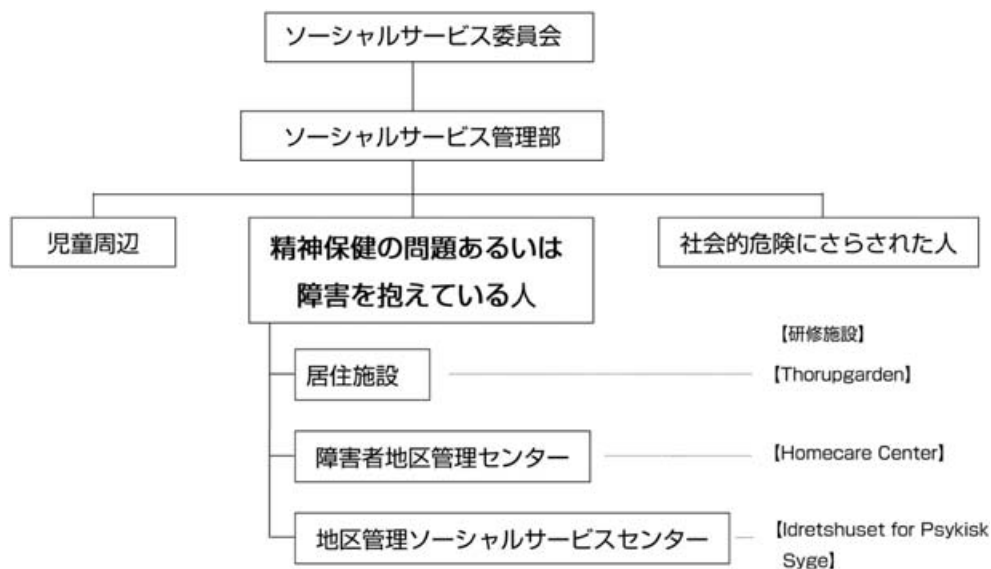
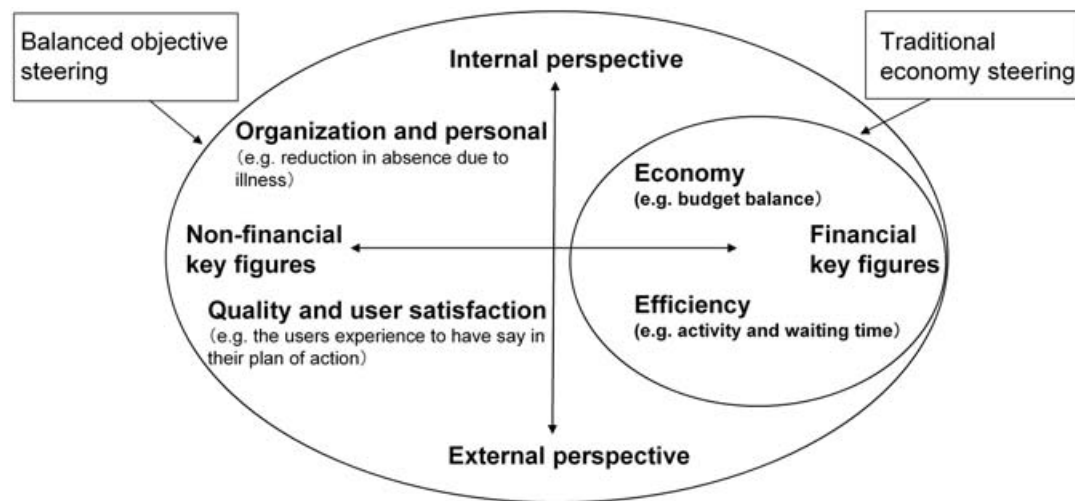


Table 2 Ensure balanced focus in Denmark



どであり、その舵取りには対話が必要であるという意味である。分散させることの必要性とは、当事者ができない行動だけでなく当事者の望ましい行動を計画に取り入れる、当事者による意思決定は実践に繋がる、当事者が責任を持つことは学習意欲を引き出すことなど特定の方向に偏らず分散させることが良い結果をもたらす、そのためには対話が必要であるという意味である。

第二のポイントとして、目標とサービスとの間の一貫性を確保すること、すなわち市民の健康に関する目標を達成するためのサービス内容であることと目標を達成するための予算化を行うことが挙げられた。具体的には、地方自治体コペンハーゲン市は政府に予算の交渉を行う際、法律に沿った当事者の健康レベルに応じた予算が得られるように交渉を行うことである。これにより、当事者への経済的な保障も可能となり、健康に関する目標を達成するためのサービス内容の提供も可能になる。

第三のポイントとして、バランスの取れたフォーカスを確保することが挙げられた。これは Table 2<sup>2)</sup> に示すように、経済と効率に重点を置いた伝統的な経済運営に終始するのではなく、経済的象徴に非経済的象徴（組織と個人、質と利用者の満足）を加味し、それらのバランスが取れたところに焦点を合わせた行政を行うことが大切であるという意味である。さらに、サービスを提供する中で、アウトカム（成果）として当事者の生活能力が開発されることは重要であり、サービス提供者には当事者の生活能力が開発されるようなサービス提供の仕方が求められる。

以上が、地方自治体コペンハーゲン市における、精神障害者施策の決定・実行に向けた重要な視点であった。当事者が施策の中心に存在することが、極めて明確である。特に、住居の保障に力点が置かれている。これは、当事者の77%が家族と同居する日本の現状<sup>1)</sup>と異なり、デンマーク国民は18歳で家族から独立するといった生活スタイルの違いが施策に影響するのかもしれない。しかし、日本においても精神障害者地域移行特別対策事業を推進する現状の中、当事者の住居を確保する事の困難さが指摘されており<sup>3)</sup>、県や地方自治体が当事者の住居確保に向けた事業を展開する必要があるだろう。そのためには、精神保健医療福祉に対する財源確保の必要性は、指摘するまでもない。このように当事者を中心に据えた施策の実行が可能になるのは、デンマークが当事者のニーズと供給されるサービスの不一致に気づいたことから、現場や当事者の意見を最初に聞き、それを国がまとめ州や地方自治体に下ろすといったボトム・アップ形式を採用しているためだろうか。また、ヘルスケアの提供は公的であり、私的ヘルスケア部門やボランティアによる支援は少ない。したがって、当事者を中心とする国の施策が全て反映できるためであろうか。ところが、公的なサービスで賄っているデンマークでは直ぐに受診できず、順番を待たなければならない現実もある。例えば、乳がん検診を受けるために何ヶ月も待たされる。このような中、一部の高収入の人を対象とした民間病院が参入している。一方で、アメリカは自己責任による制度であり、収入のない人達は必要な支援が得られていない。しかし、日本は国民皆保険であり、

誰でも、いつでも、どこでも医療にアクセスできるという素晴らしい制度をもつ。急速な少子高齢化で支える若者は減少し、支えられる高齢者は増加し、かつ経済の低成長期に突入した現在、日本の社会保障は危機に瀕している。デンマークの社会保障の素晴らしさを研修する中で、今後の日本は保健医療福祉の内需拡大を目指す必要性があると切に感じた。

第二の研修先は、Idretshuset for Psykisk Sygeであった。Idretshuset for Psykisk Sygeは、当事者のActivity Centerである。当事者がActivity Centerを利用する目的は、スポーツによる健康増進とダイエット、当事者同士のコミュニケーション、ジョブ・トレーニングである。利用について、予約や契約の必要はなく自由な参加が可能である。したがって、二人常駐する職員は、現在、センターを利用して210人の名前や住所や病歴を把握しておらず、あくまでも一般住民として対応する。センターを利用中に症状が出現した場合、職員は当事者と徹底的に話し合い、本人の了解の下でホームドクターに連絡する。精神科に直接つなぐ事はしないそうだ。提供するサービスは、18種類のスポーツクラブ（ロッククライミング、ジムトレーニング、卓球、自転車、ランニング等）、インターネット、コミュニケーションプログラム、ジョブ・トレーニングなどがあり、当事者はそれらプログラムを有料で利用する。一つのプログラムコースは八週間からなり、中間で利用者と職員が討議するとともに、一週間に一度その週の過ごし方について利用者と話し合う。ソーシャルワーカーは仕事復帰のフォローアップを二か月程行うが、復職は困難な事例が多い。しかし、看護師や医師は彼らの能力を信じ、復職を達成することを信じ、支援している。

当事者の健康増進を目的に多種類のスポーツクラブが準備され、活用されている点は日本と同様である。しかし、利用者を一般住民として対応する姿勢は日本と決定的に異なる。利用する当事者と共に、人としていかに平等に生きるかを実践しているデンマークのノーマライゼーションの実際を学ぶことが出来た。

第三の研修先は、Thorupgardenであった。Thorupgardenは、住宅地の一角にあり、五年前に高齢者センターから精神障害者専門住居に改造され、現在は当事者への24時間ケア付き集合住宅である。五階建ての住宅に、50人が台所とバストイレ付き二人部屋を二人で分けて、60人は台所とバストイレ付きの一人部屋で居住している。建物内は、明る

く上品な家具と調度品でレイアウトされていた。

Thorupgardenに住む人達は、精神病と診断された結果ではなく共存している人達と理解され、健康であることとライフスタイルの組み合わせを重視した生活を送っていた。生活する上でのキーワードとして、「リカバリー」と「意味のある生活」を掲げていた。リカバリーとは、一つの過程であり、精神病の症状を見るのではなく、病気を持ちながら、かけがえのない命を生き、社会に生活し、再起して、自分の人生を歩むことである<sup>4)</sup>。リカバリーの決定的な要素は、その人が自分自身を回復させ、蘇らせることである。当事者がリカバリーの過程を歩むためには、当事者でない人達がどのような態度でThorupgardenに住む居住者に臨むかがポイントとなる。つまり、お互いが対等であるという前提に立っての態度が重要となる。従ってThorupgardenのスタッフ（120人）は、居住者を共存する人として尊重し、居住者と協力しながら共に将来の発展を考えていた。また居住者は、自分の生活を全て自己決定する。例えば、彼らは食事を自分で調理するのか、建物内の食堂を利用するのか、町のカフェを利用するのかを自由に決める。このような日常生活の自己決定をすることで、居住者は選択する自由があるという信念を再獲得できるようになる。仕事についても同様に、町に仕事に出る人、Thorupgardenでの料理や技術の仕事を手伝える人、Thorupgardenが請け負っている仕事をする人など様々である。Thorupgardenでの家賃と食費は、居住者の自費である。

二つ目のキーワードである意味のある生活に関し、全居住者は個々人につくコンタクトパーソン（コンタクトパーソンについては、後述する）とともに、意味のある生活とは何かを探し出す。筆者は、意味のある生活を、幸福感や満足感を重視する自分自身の人生（生活）の状況に対する認識と理解した。すなわち、意味のある生活とは、より良い生活の質（以下、QOL）であると解釈した。具体的には、コンタクトパーソンと話し合い、日々のセルフケアを決定する。その際、Thorupgarden全体の目標は将来の発展であり、個々の発展が全体の発展でありお互いに発展することに繋がると考え、居住者とコンタクトパーソンは協力しながらアクションプラン（個人プラン）を作成する。アクションプランを作成する中で、意味のある生活を探索する。アクションプランには、近未来と将来に渡る明確な目標を設定し、その目標を達成するためのフォーカス

を明示すると共に、必要な支援を記入する。例えば、掃除が出来ない場合どのような支援が必要なのかについて、居住者と話し合っテプランを立て、居住者とコンタクトパーソンが実行する。このため、居住者とコンタクトパーソンの信頼関係は強力なものとなる。プラン実行前に、スーパーバイザーの許可を得ることが必要となる。アクションプランは四か月に一度アップデートするが、未解決の項目は再度話し合われアクションプランに反映する。アクションプランは、年に三回、行政からの評価を受ける。ただし、評価は発展のために行うものであることからアクションプランの質が問われ、居住者が出来たか否かなど居住者の能力を査定するものではない。すなわち、評価は結果評価ではなくプロセス評価である。

ここで、在宅ケアにおけるマンパワーについて説明を加える。在宅ケアに関わる人材として、ホームヘルパー、ソーシャルヘルスアシスタント、コンタクトパーソンがある。ホームヘルパーは、一年間の教育を受けた後、街の中で住む人に対して支援を提供する。ソーシャルヘルスアシスタントは、二年間の教育を受けており、在宅ケアを行うために最低必要な資格である。コンタクトパーソンは、専門領域の四年間の基礎教育に追加して一年間の教育を受ける事で、その役割を取ることが可能となる。コンタクトパーソンになる人は、教育職、看護職、作業療法士、ソーシャルワーカー、臨床心理士など多様である。さらに、各コンタクトパーソンはスーパーバイザーを持っている。Thorupgardenのコンタクトパーソンは、異なる背景をもつ八人でチームを組み、教育職と保健関係職がそれぞれ半数で構成されていた。一人のコンタクトパーソンは三人の居住者を担当する。なお、デンマークの全ての当事者には、コンタクトパーソンが付く。

Thorupgardenでは、日常生活の中でのリカバリーやQOL向上に向けての実践など多くを学び、日本の精神看護実践への示唆を得ることができた。この点は、日本における精神看護実践の課題と展望で述べる。

第四の研修先は、Homecare Centerであった。ここは、当事者と身体の障害を持つ住民に対し、全てのホームケアと訪問看護を行う。3,000人の利用者がおり、その内1,500人は当事者であり、残りの人は身体的かつ精神的な障害を有する住民である。住民は、週に2時間から168時間のホームケアを受けることができる。つまり、一日24時間のホームケ

アを受ける事が可能である。ケアは、入浴、更衣、掃除、洗濯、買い物など個人的で日常的な援助であり、22億5000万円の予算化が行われている。訪問看護は600人の利用者を担当し、毎週の医療管理、検査、創傷や注射の処置を行っており、4億7,600万円の予算が計上されている。これらホームケアと訪問看護を担当する職員は550人であり、ホームヘルパー、ソーシャルヘルスアシスタント、四年間の教育を受けた看護師からなる。特に、当事者に対しては、コンタクトパーソン、住居支援ワーカー、Socialpedagogy、地域精神医療班、District psychiatryなどのコ・ワーカーの存在が重要である。住居支援ワーカーは、当事者が円滑に居住するために隣人と当事者との間に入り、入居時やトラブル発生時に支援を行う。Socialpedagogyは社会教育者であり、病院からの退院時に、例えばバスの乗り方などの生活訓練を二〜三か月間支援する。

地域精神医療班は医師と臨床心理士、地域精神医療看護師（大学での基礎教育修了後、精神看護学の臨床で三年間勤務後、一年間Specialistになるための教育を修了した者）、作業療法士などで構成された訪問中心のチームであり、要請があると二週間以内に訪問を開始する。この際、住民は精神の異常に気づいたら、先ず家庭医に相談し、家庭医が地域精神医療班に紹介する。District psychiatryは地区に配置されている精神科医師で、外来で支援を行う。コンタクトパーソンの役割は先述した通りである。これらのチームは、車の両輪のように補完し、利用者を支えている。

ここでは、精神科病院を退院した当事者が、退院したその日からスムーズに地域生活が送れるように、在宅ケアにおけるチーム医療システムが構築されているデンマークの現状を目の当たりにした。また、ホームケアと訪問看護に対する予算額は、日本では考えられない額である。

第五の研修先は、入院治療のための精神科病院としてPsykiatrisk Center Rigshospitaletであった。Psykiatrisk Center Rigshospitaletは、デンマークで最も大きい精神科をもつ大学病院であり、急性期病棟、閉鎖病棟、開放病棟を合わせて70床を有する。入院環境について、10年前までは四人部屋であったが現在は全室個室であり、個室にはシャワーとトイレが設置されており壁には絵画が飾られ、木製の上品な机と柔らかな照明器具が設置されていた。また、個室では部屋の内部から当事者が施錠できるように設計されていた。このように当事者を完

全に信じて任せている姿は、日本では見られない。病棟の廊下には絵画や季節のデコレーションがされており、天井は高く、明るく開放的な雰囲気であった。デイルーム、食堂、ミュージックルーム、エクササイズルームが独立して設計されており、それぞれ上品な家具類が備品として配置され家庭的な雰囲気を作っていた。

処遇に関し、日本の精神科病院は、当事者の症状からみて、自傷他害を防ぐ方法が隔離以外にないと精神保健指定医が判断した場合、保護の目的で隔離室を使用する。しかし、デンマークに隔離室はない。一時的な拘束（二時間程度）を行うことはあるが、その全期間看護師がそばに付き添うことが法律で規定されている。また、当事者の服薬拒否において、人は民主主義の下で個人の自由や人権を持つため、騙して服用させることは相手の意思に反することであり、法的・倫理的に行ってはいけないことになっている。昼食は、当事者と職員が同じテーブルでセルフサービスで摂る。その際、看護師がテーブルに内服薬を置き、当事者が自分で服用するのが一般的である。また、退院は自己決定を重視している。Psykiatrisk Center Rigshospitaletの医療スタッフは、精神科医師が二人、研修医が二人、看護師が28人、一人のソーシャルワーカーから構成されており、コンタクトパーソンが全入院患者につく。看護師も入院患者も私服であり、名札を着用しているか否かがその区別となる。

ここでは、精神科病床数の少なさに驚いた。2005年における人口1,000人当たりの精神病床数は、デンマークが0.6、カナダが0.3、オーストラリアが0.4、フランスが0.9、イタリアが0.1、韓国が0.8、イギリスが0.7であるのに対し、日本は2.8である<sup>5)</sup>。日本は、世界の中で最高に精神病床を有する国である。さらに、1996年の精神科平均在院日数は、米国が8.5日、イタリアが14.1日、カナダが29.2日、ドイツが40.2日に対して、日本は330.7日である<sup>5)</sup>。これらの数値は、日本の精神科病院が治療のための施設というより未だ保護収容のための施設となっていることを意味する。また、デンマークの入院環境は、全室が個室であり上品な家具で調度され家庭的な雰囲気であった。言い換えれば、セキュリティは勿論重要であるが、そこだけに固執せずアメニティとプライバシーを考慮した入院環境の提供方法であった。当事者に十分なアメニティとプライバシーを確保すること、これはすなわち当事者を尊重する意識が具現化したものと理解できる。

第六の研修先は、Community Mental Health Center Sankt Josephであった。本センターは病院に併設されており、コペンハーゲン市内の二つの地域に住む住民（5万7,000人）へのメンタルヘルスサービスを、Homecare CenterやPsykiatrisk Center Rigshospitaletと共に提供している。特に、当事者の在宅医療を担当する役割をもち、地域で居住する当事者が地域に定着できるように、柔軟に継続的に外来治療を行うと共に、Assertive Community Treatment (ACT: 包括型地域生活支援プログラム)の手法を用いて重度の統合失調症を訪問で支えるAssertive psychiatric teams (精神科アウトリーチチーム: OP teams)と、特にうつ病や精神病を持つ若い人向けの支援を行うAssertive community treatment teams for patients with first episode psychosis (OPUS teams)がある。外来治療においては急性期機能をもち、時間外も一人の地域精神医療看護師または臨床心理士が待機する。センターのスタッフは、二人の精神科医師、三人の研修医、11人の地域精神医療看護師、一人の臨床心理士、二人の作業療法士、二人のソーシャルカウンセラー、三人の医療秘書で構成されていた。彼らは、地域精神医療班としてチーム医療を基本に専門領域を越えた多方面から支援を行っている。ACTは11人のスタッフからなり、重篤な当事者等を中心に援助を行う。そのスタッフの一員として地域精神医療看護師も訪問を行う。全スタッフは二チームに分かれそれぞれ毎日カンファレンスを行い、当事者個々人につくコンタクトパーソンを含めた会議を週一回実施する。会議において、コンタクトパーソンが内服薬変更の必要性を認めた場合、医師も参加した会議で討議し、内服薬の変更が決定される。この際、医師が直接に診察する必要性はない。デンマークでは精神科医師が少ないために、医師以外の職種が肩代りをしなければならない状況があり、このようなシステムになった。

Community Mental Health Center Sankt Josephでは、当事者が自尊心を回復するために、どのようなケアを行っているかについて討論した。地域精神医療班として活動する彼らは、当事者とともに夢と希望を持ち当事者の可能性を信じ、当事者ができるという感覚が持てるように、当事者と話し合いながら支援をしていた。例えば、出産のために内服薬を中止したい希望があれば、それを受け入れる事もある。地域精神医療看護師は、断薬により精神病の悪化や再発が予測されても子供を生みたいという当事

者の気持ちを大切に、非常に厳しいがそのプロセスに付き合う。出産を手に入れかつ精神病の悪化を避けることは、相当、厳しいことかもしれない。しかし、支援を受けながら希望を達成することで、彼らの自尊心は回復する。当事者が「自分もできる」という感覚を持てるように、当事者の達成に向けて、力強くサポートする地域精神医療看護師の情熱的な視線が印象的であった。

## 5. 日本における精神看護実践の課題と展望

デンマークの精神保健医療福祉、特に地域精神医療看護師やコンタクトパーソンの活動を研修し、他方で日本の精神看護実践の現在を鑑みた時、以下の課題が浮かび上がった。すなわち、精神看護実践者は当事者一人一人の尊厳・価値を心から大切にしているだろうか、当事者の可能性を信じ達成への支援をしているだろうか、それぞれの職種が活躍できるチーム医療が実践できているだろうか。これら課題について、精神看護実践の側面からの展望を述べる。

精神看護実践の究極的な目的は、対象の QOL の向上にある<sup>6)</sup>。この目的を果たすにあたり、当事者をどのように捉えるかは甚だ重要である。医学を中心とする精神保健医療分野の多くの専門家は、一般に、当事者を問題を持つ機能不全の状態にある患者と捉える。しかし、精神看護実践者には、当事者を病気を持つ患者として扱うのではなく、個人としての完全性を等しく尊重され、保護される権利を有する者として捉えることが期待される。つまり、精神看護実践者には、当事者を心から尊敬し、普通の生活をする権利を当然持つ者と考え、QOL を向上させる生き方を当事者と一緒に探し実行することが求められる。しかし、その意識が、日常の看護実践の中で本当に具現化されているだろうか。人に対するサービスは建物とシステムだけでは動かない。真に必要なのは、当事者に対する根本的な態度の変化である。二分法で障害者と健常者に区分することなく、人としての完全性を等しく尊重し、人が存在するその意味を、精神看護実践者は常に問い続ける必要があるだろう。例えば、生を所有化しない・生を個人に属さない意識、換言するなら、どのような人も自分の意思を越えた何かに生かされているといった意識が、当事者を共存する人として捉える事を可能にし、心から尊敬できる態度を生み出すのかもしれない。2006年、国連総会本会議において国際条約

である障害者権利条約が採択された。しかし、日本は批准していない。特に精神看護実践者は、この問題に関心を払い思考を深化させる必要があるだろう。

精神看護実践者は、当事者一人一人の尊厳・価値を心から大切に捉えるなら、当事者の可能性を信じ達成への支援を行うことを可能にするだろう。何故なら、精神看護実践者が当事者を「可能性のある能力を持つ人」とその人の尊厳・価値を大切にするなら、彼らのできない行動だけでなく彼らの目標や才能や自信などの肯定的な側面に視点を当てることが可能になり、その結果、どのようにしたら生活の困難を乗り越えてうまく彼らの願望の達成を支援できるかを考える事に発展できるためである。同様に、地域社会は豊富なストレングス（強さ）をもち、多くの入手可能な資源や人材や機会を有するといった環境の肯定的な側面に視点を当てる事も可能になる。そして、当事者や環境の中にある強さを活用し、達成への支援が可能になる。

日本の多くの精神看護実践者は、当事者の目標や才能や自信などの肯定的な側面に焦点を当てた支援を実践しているだろうか。また、地域に存在する資源をうまく活用しているだろうか。精神看護実践者は、長い間、彼らを「問題を持つできない人」とみなし、彼らの問題に焦点を当てた問題解決思考を用い、実践してきた。問題に焦点を合わせると、際限のない継続的働きかけが必要になり、達成を得られる事はない<sup>7)</sup>。また、彼らと地域に積極的に出向くことも少なく、施設内での看護を長らく実践してきた。しかし、今こそ、個人と環境はストレングスをもつと肯定的に捉えるストレングス・パラダイムに向けての転換が必要だろう。具体的には、彼ら個人がもつ願望、能力、自信のストレングスや地域環境に存在する資源、社会関係、機会のストレングスにもっと焦点をあてアセスメントし、健康的な面を拡大するとともに地域での生活がうまく送れるように計画し実践・評価するといった看護過程の展開方法へと発展させていく必要があるだろう。ただし、急性期の対象に対しては、当然ながらこの限りではない。

最後に、看護職者が活躍できるチーム医療の実践に対する展望を述べたい。当事者は、地域社会に所属し、地域の人と触れ合って地域社会で普通に生活したいと願っている<sup>8)</sup>。現在、社会的入院患者の生活の場を地域に移行させるべく、様々な施策が展開されている。中でも、精神障害者地域移行特別対策

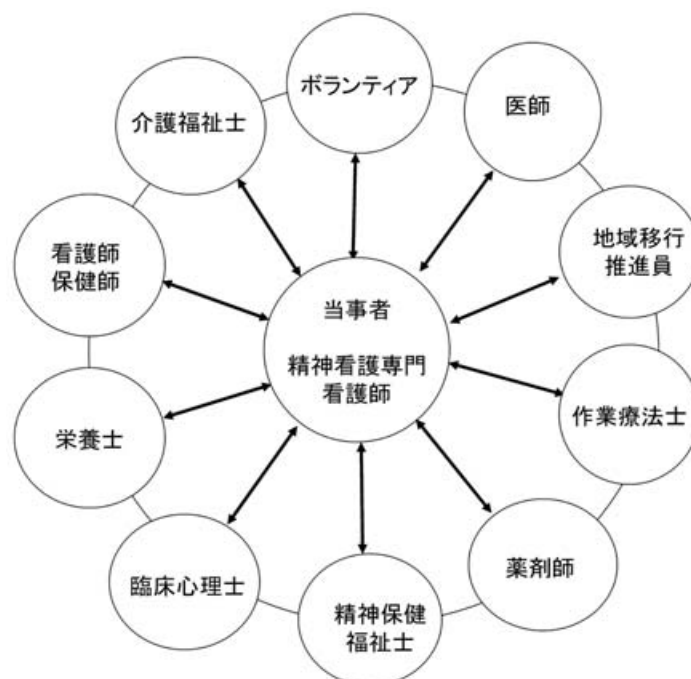
事業は都道府県が実施主体となり展開され、当事者の退院訓練を支援する地域移行推進員の活躍は評価できるものである。しかし、当事者の地域生活への移行が仮に成功しても、彼らが地域に定着するためにフォローアップすることは再入院を阻止するためにも極めて重要である。したがって、地域に住む当事者を定期的に巡回する専門家からなる組織の創設が急務であると考えらる。

ここ数年、地域や診療科間における医療の偏在、とりわけ医師不足など現場の危機が次々と表面化している。そのような中、患者中心のより良い医療の実現のために、医療職種間の業務の相互乗り入れ、協働、スキルミックスの重要性が提示されている。スキルミックスとは、医師の裁量権の委譲が前提にあり、その上で多職種が専門性を発揮しながら協働しベストの選択を行い、効率的に医療提供を行うもので本来あるべきチーム医療の姿であるといわれる<sup>9)</sup>。このような社会的ニーズを鑑みると、卓越した看護実践能力を提供する精神看護専門看護師（certified nurse specialist in psychiatric mental health nursing：以下、CNS）や精神科認定看護師（certified nurse for psychiatric）を有効活用しないことは、精神保健医療福祉サービスにとって多大の損失である。

CNSは、個人・家族・集団に対し卓越した看護

を実践する、ケア提供者に対する教育と相談、保健医療福祉に携わる人々の間の調整、実践の場での研究、人権擁護などの倫理調整など卓越した看護実践能力を発揮する<sup>10)</sup>。将来、この高い専門性を有するCNSが、地域に住む当事者を定期的に巡回する、地域体制整備コーディネータとなる、地域精神保健相談所を開業する、地域生活支援センターを開設するなどCNSが地域の中で活躍することは、日本の精神保健医療福祉サービスの向上にとって多大の貢献をする可能性があるだろう。チーム医療におけるCNSの立ち位置は、Table 3に示す通り当事者の隣とした。理由は、地域で活躍するCNSが当事者と同じ目線を持ちながら、当事者の自己決定を支えることを可能にするためである。これまでは、当事者のみ又は当事者と家族がチームの中心にいるのが一般的であった。日本では、専門的な資格でどのようなケアを行うかが決まるために、従来の方法では、当事者のニーズに答えられない隙間が生じている。確かに専門性は、多職種で当事者を多面的に捉える上で必要である。しかし、専門性を強調する資格は、当事者を理解する上での支援者のバックグラウンドに過ぎない。そこで、当事者とよく話し合い当事者の目線に立ち、当事者の自己決定に付き合う役割を取る専門家としてCNSを当事者の隣に位置した。

Table 3 A Plan Regarding Team Healthcare in Mental Health and Welfare Service in the Japanese Community



以上、日本の精神保健医療福祉サービスの向上にとって、また、当事者中心のチーム医療の実践にとって、地域で活躍する CNS の養成の必要性が大きいことは間違いないだろう。

## 6. おわりに

当事者の脱施設化を成し遂げたデンマークの精神保健医療福祉システムは、理念を確実に実践に移している。したがって、理念と実践に矛盾がなく、研修そのものも非常に理解しやすいものであった。脱施設化の実現に向かおうとしている日本であるが、社会保障のあり方がパッチワークのようであり、一本の太い柱が見えない感があることは否めない。しかし、他方で、日本の社会保障の長所の確認ができたのも事実である。日本の精神看護実践の課題と展望を考える中で、地域で活躍する CNS の養成の重要性を明確にできたことから、今後はその教育課程の発展を目指すことが課題となるだろう。

## 文 献

- 1) 内閣府 (2008) “平成19年版障害者白書”, 佐伯印刷, 東京, p193.
- 2) Tine Ostergaard-Nielsen (2008) Material in Socialforvaltningen Copenhagen .
- 3) 退院促進支援協議会 (2009) 退院促進支援事業の評価. 平成19年度香川県退院促進支援事業報告書, p18-19.
- 4) Mark Ragins (2002) ” A road to recovery”, Mental Health Association in Los Angeles Country. [増野肇他 (2005) “ビレッジから学ぶリカバリーへの道” (前田ケイ監訳), 金剛出版, 東京, p7-22.]
- 5) <http://www.oecdtokyo.org/pub/statistics.html> (2009)
- 6) 田中美恵子編著 (2001) “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, 東京, p 2-9.
- 7) Rapp C.A., Goscha R.J. (2006) ”The strengths model”, Oxford University Press, USA. [田中英樹 (2008) “ストレングスモデル”, 金剛出版, 東京, p21-58.]
- 8) 國方弘子, 本田圭子 (2009) 病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念. 日本看護研究学会雑誌 32(2): 45-53.
- 9) 矢崎義雄, 南裕子 (2009) わが国における医師と看護師のスキルミクスを考える, “医学界新聞”, no. 2819, 医学書院, 東京, 1-3.
- 10) 日本看護系大学協議会 (2009) “専門看護師教育課程審査要項平成21年度版”, 協和印刷, 東京, p 9-21.

---

## Abstract

This report summarizes the mental health and welfare service in Denmark using the information obtained through participation in a relevant training program and manuscripts searched for the terms “Denmark” and “Mental health service” from Ichushi Service. Moreover we review the psychiatric and mental health nursing practice in Japan. In Denmark most mentally ill persons are deinstitutionalized and enjoy the warmth and caring of the community, while there are still three major issues for Japanese psychiatric and mental health nurses to resolve: to really venerate respect and value of persons with mental illness, to provide support for the individual's strength, and to promote a mental healthcare team approach in the community. These findings highlighted the importance of training Certified Nurse Specialist in psychiatric mental health nursing who work in the community.

---

受付日 2009年10月14日

受理日 2009年12月24日