

# 看護のあしあと

ひとに寄り添い ところに寄り添う看護



平成26年1月



独立行政法人国立病院機構  
肥前精神医療センター

# 「看護のあしあと」発行に寄せて



当院はその昔肥前療養所と呼ばれていた時代の昭和30年代前半に、いち早く精神科病院の扉から鍵を外し、わが国では先駆的に解放管理を実践してきた。患者さんの人権とともに患者さんと治療者の信頼関係を尊重し、出来る限り強制的なものを排除し、早期の社会復帰を目指すという正に現在の精神科医療が目指しているものを、半世紀も前に我々の先輩は実践していたのである。そして、その中心に「肥前の看護」があった。

日頃から「精神科の臨床は難しい。その看護はさらに難しい」と感じている。目には見えない人の心を対象にし、その心を読み取り、支え、それを専門の職業としているのであるから。「精神科の看護技術とは何か？」と問われた時に、今でこそCVPPPと呼ばれる当院の看護部を中心に開発された暴力防止プログラムをその一つに挙げることはできるが、他には具体的なものが思い浮かばない。あるのかも知れないが、それほど重要には思えない。そもそも、精神科医療は患者さんを精神疾患という病気を有する人として全人的に関わるものであるとするならば、技術という表層的なものの前に理念や態度、看護哲学、さらには人としての修練が求められる。我々の先人の残した偉大な足跡には、そうした精神科臨床看護の奥義を見る思いである。

現在、病棟の建て替えが行われており、数年後には全く新しい病院風景に変わる予定となっている。古い病棟の倉庫からは、昭和30年代の当院の精神科医療の在り方を伺い知ることのできる看護者や患者さんの病院での日常風景を映した写真もいくつか見つかった。当時を知るOB職員の方々も、すでにご高齢になられている。今でないと、その心を次世代に引き継ぐことができなくなると感じ、看護部に「肥前看護の歩み」の作成を依頼した次第である。

昭和30年代当時、スローガンとして唱えられ、今でも病院の理念として受け継がれているのが『*The most important person in this hospital is the patient*』である。この理念を実践することは当たり前のように思えても、医療者自身の揺らぐ情動、心理の中で弛まず実践し続けることは、そう簡単でもない。常に自らを律して、さらに看護の高みを目指す精神科臨床看護の修練の道がある。偉大な先人の歩みが我々肥前の看護の歴史にあることを誇りにするとともに、この冊子はその長い修練の道標となることを期待する。

肥前精神医療センター 院長 杠 岳文

# 目次 contents



## 1 はじめに

### 1 第I部 看護の歩みとそのころ (昭和20年～平成25年)

#### 2 創立30周年記念誌より

- 2 精神病者のための楽園を
- 2 ベッドメイキング導入
- 2 家族への働きかけ
- 2 生活指導の推進
- 2 失禁患者への排泄指導
- 3 各病棟の手錠全部返納
- 3 薬物療法開始
- 3 開放的看護へのあゆみ
- 3 患者のくらしを深く広げる看護へ
- 4 ナースのための知識およびナースのための覚え書き
- 5 チームナーシング (患者中心の看護)

#### 6 創立50周年記念誌より

- 6 受け持ち看護制
- 6 訪問看護と地域との連携
- 6 看護記録のシステム化



	7	時代を先取りした精神科医療の展開
	7	精神科救急病棟
	8	認知症病棟
	9	アルコール・薬物病棟
	10	児童・思春期病棟
	11	医療観察法病棟
	12	子ども外来
14	第Ⅱ部	<b>看護の実際</b> ～事例を通して～
	14	肥前療養所の開放制－廣瀬喜美子元看護部長を囲んで－より
	14	精神科保護室の看護とチーム医療
16	第Ⅲ部	<b>目指す方向性</b>
	16	平成21年度看護師長研究会看護理念グループ
21	第Ⅳ部	<b>期待される看護</b> 看護ロゴ紹介
22	第Ⅴ部	<b>写真で見る肥前のあゆみ</b> （昭和20年～平成25年）
	38	編集後記

## 「後輩に託す」

杠岳文院長の一言。肥前の看護マニュアルはありますか？ 何のこと？ 看護基順・手順のこと？ そんなことではないでしょう。肥前のこれまでの看護を伝えること、語ることを求めているのでは・・・と思いつつ平成21年6月看護師長研究会で肥前の看護のベースとしてナイチンゲールの看護理論を踏まえ「ひとに寄り添いところに寄り添う看護」をキーワードに後輩に引き継ぐべき内容を検討し全看護職員へ周知していたことだと直感しました。その内容を院長へお伝えしました所、昭和30年代の精神科開放化に向けて動いた肥前の看護の歴史は勿論のこと開設当初から現在に至るまでの看護を後輩に語り引き継ぐのに冊子を作成することを勧められました。それからが本冊子の作成に向けた取り組みの開始でした。肥前の看護の流れは当院の30周年や50周年記念誌、元所長 内村英幸先生を中心に多職種で実践経験を踏まえて書かれた「精神科保護室の看護とチーム医療」「精神分裂病ハンドブック」の書籍を活用することにしました。書籍等にはその時代の状況の中で諸先輩が取り組んだ看護の原点が書かれています。諸先輩の歩んだ看護のあしあとは時代が変わっても受け継いで行かなければならない大切なことを私たちへ教えて下さっています。諸先輩の看護に対する思いや情熱を受け止め、後輩にしっかりとバトンを渡し引き継ぐことが私たちの果たすべき役割だと考えます。

本冊子の構成は【看護の歩みとそのところ】【看護の実際】【目指す方向性】【期待される看護】【写真で見る肥前のあゆみ】と五部構成としました。

当院に新規に採用されます看護職員の皆様、現在勤務されております看護職員の皆様は是非お読み頂き、肥前の素晴らしい看護のあしあとを受け継いで頂きたいと願うと共にこれからも、より一層「肥前の看護」が輝いて病院の理念の如く「この病院で最も大切な人は患者さんである」ことを看護職員ひとり一人が胸に刻み、日々の看護に邁進していくことを期待しております。

最後になりましたが本冊子をまとめるにあたりご尽力下さいました前田護副看護部長、永田益美副看護部長、山崎珠美教育担当師長、山崎京子前看護師長、また、平成21年当時の看護師長研究会で肥前の看護の原点を見つめ「肥前の看護ケアの実践」を検討、「ひとに寄り添い、ところに寄り添う看護」を看護理念、看護の概念〈精神〉として構築することに中心的役割を担った西谷博則前看護師長、大久保祐子看護師長、平野雅子看護師長へ心より感謝申し上げます。

看護部長 宮平 幸子

## 第 I 部

## はじめに

肥前の看護の基盤は、昭和30年代、我が国の精神医療の幕開けの時代でもある「開放化」の頃にある。この時代の看護に多大な影響を与えた人物として、廣瀬喜美子総看護婦長、伊藤正男所長が挙げられる。伊藤所長は、昭和31年に肥前に着任され、その後4年間の在職中に、『*The most important person in this hospital is the patient*（この病院で最も大切な人は患者さんである）』という精神をモットーに、看護者への教育、病棟のドアの開放、地域への啓蒙活動など、開放化に多大な貢献を残された。廣瀬総看護婦長は、昭和23年に着任され、保護室の環境整備、生活環境の整備など、患者の生活を考えてきめ細かくみていき、肥前の看護の基盤を築き上げられた。

今日でも語り継がれているが、医療とは言え、鍵をかけて隔離することしかできなかった時代に、保護室から出られない患者を開放し、鍵のない治療環境を提供した偉業には、看護への熱い思いがあったと思われる。患者の治療環境をなんとかしたい、そのために持てる看護を全力で注ぐ、そういう取り組みがあったからこそ成し遂げられたのである。まさに「病気の看護ではない、病人の看護である」（ナイチンゲール）の実践であり、「ひと」に関心を向け、「このころ」を看護する理念がそこにはあったのである。

私たち肥前の看護には、今でもその血が脈々と流れ、受け継がれていると信じたい。

ここで肥前の看護の歴史を振り返りながら看護の原点に立ち返り、肥前の看護を創造していく過程を紹介したい。

昭和20年  
(1945)

- ◆ 12月1日に1名の患者さんを受け入れたと記録されている。

昭和23年  
(1948)

◆ **精神病者のための楽園を**

病棟は患者さんの憩いの場という考えから、寮棟と呼ばれていて病棟の入口に、紅、茜、堇、碧、紫寮棟と縦書きの標識がかけられていた。昭和30年6月から現在の西と東にわけられる。

昭和24年  
(1949)

3月 ◆ **ベッドメイキング導入**

患者さんの身の回りのケアに重点が置かれた看護が取り入れられた。ベッドサイドナース、ベッドメイキングという言葉で当時は語られ、実際に懸命であった。毛布でベッドを作っていたが、白いシーツが購入されたのは2年後であった。床頭台もそのころから逐次購入が始められ患者さんの私物の整頓が一段と便利になってきた。

昭和27年  
(1952)

10月 ◆ **家族への働きかけ**

患者の私物について家族への連絡を病棟の担当ナースがとることになる。それまでは医事係で定期的にハガキに印刷したものを発信していたが、家族の反応が薄いため、ナースが実情を書き添えて行うようにした。

昭和28年  
(1953)

3月 ◆ **生活指導の推進**

グループ対象に指導が始められ、自閉的、好癖的な患者に対して、身の回りの指導、基本的生活のしつけ、レクリエーション、作業を折り込んだ看護、散歩、スポーツ、遠足などできるだけ戸外に誘導するようになる。また生活の場を整えることに目を向ける。ちなみにそのことの資料から一部を拾ってみる。看護婦の生花部員が病室の雰囲気少しでも暖かくしたいという願いから各病棟の患者食堂に生花を活ける。又日課表、絵を飾ることも始めたが額を購入するほど予算もないので患者さんが作業部で作ったものを飾っていた。鏡も1枚2枚と数をふやし、患者さんの美的感覚、情緒的顔を育てることに力を注ぐ。

昭和29年  
(1954)

1月 ◆ **失禁患者への排泄指導**

董病棟失禁室の患者を一般病室に移室し排泄指導を開始。排泄にも自発性のみられない方々がコンクリート張りの失禁室と呼ばれている部屋にうずくまるように住んでいた患者さん。その15名の方たちを一般の大室に移し、日夜根気強い排泄指導により半年後は大部屋の中で生活できるようになった。

『不潔行為とか不潔症とかいう表現は適切でないと思う。各科でも重症で自ら身の回りの始末や身体の清潔のための動きができなくて、もし他からの手がのばされなければ不潔な状態になってしまう。精神科においても自ら行うことのできない状態になった方には、不潔状態にならないよう懇切な看護、生活指導に努めることが大切である。看護が十分に届かないために不潔な状態がみられるならば、もしそれに不潔症という名がかせられたとす

ればそれは大変な誤りであろう。看護する側の一方的なものといわねばならないし治療看護の立場にあるものは自戒しなければならないことである。』当時の総婦長（廣瀬総婦長）からうけた講義内容の一部である。このころに前後して、基本的な生活面へのケアに目を向け力が注がれるようになってきた。この考え方が精神科看護の本質といえるものであろうし、今もこれからも持ち続けていかなければならないものであろう。

昭和29年  
(1954)

4月 ◆ 各病棟の手錠全部返納

終戦後から病棟の備品になっていた手錠は実際には使用されたことはないが、それが病棟にあることそのものについて看護研究会で討議の結果返納することになった。

昭和30年  
(1955)

9月 ◆ 薬物療法開始

入院患者のほとんどの方に薬物療法が開始され、その看護に対して研究討議され、患者の観察、接近のあり方などを学び始めた。

昭和31年  
(1956)

1月 ◆ 開放的看護へのあゆみ

同年3月に東五の全開放病棟ができる。一部の病棟の格子も撤去される。単独外出・外泊が主治医の許可にて行われる。患者の書信の点検廃止、私物検査を私物整理というあり方に改める。病棟にラジオが備え付けられる。

昭和32年  
(1957)

5月 ◆ 開放的看護へのあゆみ

『長い間、隔離収容をしたため、全く社会生活との接触を失わせてしまい、患者さんに精神の空虚さのみ持たせてしまったことは、隔離収容を第一義とした我々の過ちでありましょう。また長い入院のため家族が不治とあきらめ、面会を単に症状の悪化の故に禁止し続け、家族とのつながりが全く絶えてしまったり、患者さんは退院しないもの、帰らぬものとして、その家族が再編成され、患者さんは帰るところを失ってしまったという事態も、我々が犯した罪と考えなければなりません。こうして退院を拒否された患者さんが数多くみられます。どうしても精神病院は社会の中にあらねばなりません。患者さんが病院の付近の道を歩くだけで危険と恐怖を感じるとか、畑の作物に被害を及ぼすという非難をうけます。すべての患者さんがそのようだという社会の偏見に、我々はあらゆる努力を注がねばなりません。』伊藤正雄所長

以上のような教えがそれまでの患者観をさらに巾広く深いものに導かれたと思う。さらに今日の精神科看護の基本となる患者観をうえつける貴重な体験になるとともに“精神科看護はどうあるべきかのぞましいか”という看護者自身への問いかけ、自己との対決に直面しはじめてきたのである。

◆ 患者のくらしを深く広げる看護へ

看護者と保清婦と一体となり考え、患者の意見も取り入れていった。また各時間にテーマメロディを流し、患者さんの喜びは想像以上で病棟も明るい雰囲気になった。患者さんのくらしにかかわることをひとつひとつより良い



昭和33年  
(1958)

ものを考えながらケアを行ってきた。

#### 8月 ◆ ナースのための知識およびナースのための覚え書き

ナースのための覚え書き及び知識は業務上の指示、連絡に教育的意図をもって、廣瀬総婦長が折々に発行されているものである。覚え書きは直接業務にふれるもの、知識は文献的なものが多かった。

一部を引用<当療養所に開放的管理が行われるようになって3年になります。この間に私共は色々なことを学び、また反省させられることも多かったように思います。看護職の全てが精神的にも肉体的にも努力してまいりました。今日でも、オーバーワークとさえ思える毎日の勤務でございます。この間ひとつの目標に向かってただ必死に突き進んできた感もいたします。勿論、これまで失敗を重ねつつまた失敗を土台にしてここまでできたのですが、ここで私共は今一度自分の足元を固めるためにこれからの看護のあり方を考えてみたいと思います。即ち毎日の看護を一つ一つ分析し、もっと正しく、もっと合理的に運ぶための研究と、看護者としての基本的な看護態度の確立をはからなければならぬと存じます。これは今後ぜひとも必要なことでございます。そうすることが肥前療養所の看護に、より科学性が盛られ、少ない看護者で立派な看護が可能になり、ひいては現在の人員でも過重な仕事にならずにすむであろうと思います。…より充実した看護を行い、患者さんに接する時間をできるだけ多くもつために看護管理の合理化と質の向上を更に考えていかなければなりません。

#### ● 社会人としてのマナーを身に着ける努力をしましょう

“よい治療環境をつくりあげること”これは今までは、そしてこれからも私共が進む目標の一つでございますが、その基本となるものが私共ひとりひとりの“人となり”であり、ささやかなと思えることの積み重ねでありますことは、もうたびたび言いつくされて参りました。患者さんの治療に直接つながっている大切なものであることを思います時、看護の問題として例えばどんなに難しいことであろうとも、少しづつでも、一つでも、よいマナーを身につけるための努力をつづけなければならないのではないのでしょうか。生活指導は人間としての基本的なことを身につけていかなければならないということはいうまでもないことです。

#### ● 勤務の厳正さを常に保つようにしましょう

勤務している8時間そのものが私共は看護者であり、患者さんからもよい看護者として期待をもたれる立場にあるのでございます。まず私共がよい看護のできる人になることが必要ですし、それはこの道を選んだ私共自身の使命でありましょう。精神看護はまず自分との対決であるという考えのもと日夜自己研鑽を重ねた一時代である。

昭和41年  
(1966)

## 8月 ◆ チームナーシング（患者中心の看護）

このチームナーシング制は昭和44年ころには軌道にのったが、その後その内容、進め方については精神科の専門性の立場から質的方法についてかなり変化がみられてきている。臨床看護も病棟の主体性と個別的ケアが重視されてくるとともに質的な充実への努力が積み重ねられている。各病棟では、主治医を中心として病棟スタッフのチームとしてのつながりが深められ、病棟の性格に応じた治療方針と看護計画が組まれ実践へと進められている。例えば老人を主とした西三の1病棟では老人のくらしの安らぎとあたたかさを、そして家族との結びつきを推進しながら、家庭復帰を目標に病棟としての行事が組まれている。（家族会、敬老の集い、家族との温泉行きなど）。

金属製食器から瀬戸物へ切りかえたり、一部の病棟ではおひつと茶碗にして・・・精神病院で瀬戸物の食器を使うことに当時かなりの危惧がもたれた。しかし精神病院において色彩、日本人としての郷愁、情緒面へのささやかな働きかけのひとつとして、又他者への関心の少ない傾向にある患者さんへ少しでもかかわりあいを広げるためにと看護の中で細やかに心を配っている。それと合わせて4年間にわたって食器の破損状況や患者さんの変化について考察がなされている。その結果、患者さんによる破損は想像以上に少なく、おおかたは洗浄時か或いは一般的な破損が多いことがわかった。

今日では瀬戸物を使うことは当然のこととして受け止めているが、このことひとつにしても以上のような積み重ねがあったことを改めて思い起こした。その時を真剣に考え取り組んできたプロセスがあり歴史があることを忘れてはならないと思う。

今日の看護をより正しく、患者さんにとって何が一番最善かを思考しながら実践していかなければならないことを深く心にとどめて終わりとする。

昭和44年  
(1969)

◆ 受け持ち看護制

昭和44年に患者－看護師との1対1の基本的信頼関係を土台にした受け持ち看護制が誕生し、肥前独自の看護体制として定着していった。看護師が看護業務に責任をもてる要件のひとつは、患者との関係を保障されることである。

看護は患者と誠意ある親密な関係の基になされ、関係が寸断される看護提供システムでは看護は誰がしても同じで単純な作業となり、責任制が希薄で看護の質は向上しない。当院の受け持ち看護制は入院から退院まで受け持ち患者の看護ケアに責任を持っている。チームカンファレンスが開かれ、患者の変化や受け持ち看護師のかかわりについて検討評価されていた。カンファレンスは看護実践の中で重要な役割を果たすようになった。

昭和50年  
(1975)

}

昭和59年  
(1984)

◆ 訪問看護と地域との連携

所全体の治療状況の整備に伴ってこれまでの集团的働きかけであったものから、個別指導および各病棟の特殊性をいかした働きかけが行われるようになってきた。

また、昭和30年後半に徐々に閉鎖された病棟が病棟主治医や看護師の努力で再び開放化への取り組みが実施された。患者の自由とともに自分自身の行動に責任を持つことを基本として支持し、看護活動も活発化していった。この時期は患者の「依存性」に注目し、くらしを規制するのではなく、個人の何かをしたい気持ちの芽生えを待ち、引き出し、患者の発想を具体化できるようにサポートする取り組みであった。

入院は短く外来をとおして地域の中で治療する方向に転換し、外来患者が増加した。しかし治療を中断、病状悪化で再入院が多くなり、昭和55年より往診や訪問看護を開始した。

保健所や福祉事務所との連携をもつようになり、地域でのサポートができるよう取り組んだ。

昭和60年  
(1985)

}

平成10年  
(1998)

◆ 看護記録のシステム化

肥前の看護の中で一貫して流れていたのは、受け持ち看護師が患者の持つ健康的な側面に働きかけ、障害を持ちながらも、より健康的に或いはしあわせに生きていけることを願いながら、患者の小さな変化を大きな喜びとしてかかわってきたことである。

しかし、時代の流れとともに医療の質が問われるようになり、診療録に書かれている内容やその管理のあり方が重要視され、昭和60年10月医療情報室や看護学校の協力を得て、肥前の伝統的看護のよさを情動的視点と教育的視点から再構築して看護記録のシステム化がはかられハイテムナースが誕生した。

また経過記録は平成3年10月までは病棟或いは主治医によって同時記録をされていたが、診療録の改訂の機会にすべての医師、ナース、その他のコメディカルが同時に記録するようになった。

## 時代を先取りした精神科医療の展開

平成11年  
(1999)

↳

平成25年  
(2013)

### ◆ 精神科救急病棟

平成10年12月1日に西五病棟が急性期病棟として竣工し運営を開始した。

病棟の機能と運営を考えたとき、今までの「まあ様子を見ましょう。」だけでは成り立っていかないことは誰でも感じていた。

急性期患者の受け入れと治療、その中での看護のあり方、チーム医療の目指す姿、入院期間の短縮化と効率化など取り組むことが多くあった。

そこで、「精神科急性期看護プランの標準化」というテーマでクリティカルパスを開発した。西五病棟は運営開始からカンファレンスを中心にチーム医療を推進してきたが、その構成メンバーでクリティカルパス開発に取り組んだ。

チーム医療を推進していたと言っても、お互いの役割や業務内容を正確に理解しないままであった。そこでまず各職種が業務内容、役割を明確にしていた。

また、各職種とも医師の指示や相談があって初めて動き出していたが、それでは介入のタイミングがずれ、すべてが後手になり、精神科特有とあってよい社会的入院に至ってしまうことさえあり得た。

そこで、各職種とも自律性や特殊性を有効に発揮し、医師の指示後ではなく入院早期からの経過情報と患者情報を得る必要があると考えた。医師はBPRSスケールを用いての状態評価を、看護は精神状態評価表（看護部作成）ADL評価を、作業療法は作業療法評価を、心理は心理検査の評価を、PSWはPSW情報収集表を基に同一患者を評価し情報を共有していった。

医師は治療と評価を、看護は生活の援助と診療の補助業務を、心理療法士、作業療法士、精神保健福祉士はリハチームとしてリハ診断と評価を行う。そして、心理社会的リハ介入として、家族を含めた疾病教育、薬物の必要性、ストレス対処法、再発防止教育など課題としてパス作成にあたりと共に退院後のフォローを重視し信頼関係の樹立に努める姿勢を基本としてクリティカルパスを開発した。

開発したクリティカルパスを実践していったことに加え、開発に伴い、多職種が意見を出し合い、疑問をぶつけあったことで、他職種を理解できたことが、その後のチーム医療をスムーズに行えた大きな要因であった。

急性期で行ってきたチーム医療が、当院の医療観察法の医療に生かされ、リハビリ病棟や、他の病棟にも広がっていった。

## ◆ 認知症病棟

昭和46年、入院患者の高齢化に伴い、60歳以上の患者を受け入れる老年期専用病棟として発足（西三ー1病棟）した。当時、患者の多くは長期に入院している統合失調症の患者であった。認知症患者も3ヶ月の入院期間で受け入れ治療を行っていた。昭和58年に病棟改修が行われ、昭和59年より専門医の下に老年期精神（認知症）医療が本格的に開始された。

平成9年、認知症病棟として東四ー1病棟に改築移転した。この当時は、精神病高齢者の看取りの場としての役割もあり、入院患者の半数は統合失調症の患者であった。その後、認知症疾患患者の受け入れが増えるにつれ患者構成も変化し、認知症の周辺症状を治療し、退院を目指す病棟へ変わっていった。

また平成9年には、認知症疾患のモデル事業に国から指定され、認知症看護研修を始めた。認知症看護研修は平成24年度から認知症ケア研修と名称を変え、現在も続いている。名称変更の理由は、認知症患者への対応を学ぶ場は、看護師にとどまらず介護福祉士、ケアマネージャーなど多方面の職種でニーズが高まっているという、社会情勢をふまえてのものである。また、認知症高齢者看護マニュアルの作成を行い、第3版まで出版している。

平成23年には、佐賀県より認知症疾患医療センターとして指定を受け、県内佐賀市以東の地域をエリアとする認知症中核病院となった。入退院患者数も増加傾向にあり、平均在院日数も減少している。当病棟の役割も老年期精神病患者の看取りの場から、認知症医療に関する専門的な医療・ケアを提供する病棟へ変わるとともに、佐賀県東部の病院や医院、福祉施設、市町村の地域包括支援センターなどと共同し、認知症疾患の患者がいつまでも住み慣れた地域で生活できる支援体制の構築を目指して連携の強化に取り組んでいる。また、地域住民やかかりつけ医、施設職員を対象とした講習会を開催、要望に応じて講師派遣を行い、地域の医療や介護力充実を視野に入れた取り組みを行っている。



## ◆ アルコール・薬物病棟

昭和58年にアルコール依存症の治療病棟として稼働。平成7年からは薬物依存症の治療を開始した。

平成20年9月より精神科急性期治療病棟の認可を受け、離脱症状や身体合併症の専門的な治療、看護を集中的に行っている。

平成21年から、アルコール問題を抱えた方々の受診への抵抗を軽減するためNHO福岡病院でアルコール専門外来（サテライト外来）が設立された。

平成23年2月、東四-2病棟と東三-2病棟が合併し新病棟へ移転。定数も60床に増え、西4病棟として新たなスタートを切った。せふりゾーンには男性、ありあけゾーンには女性のアルコール・薬物依存症の患者を受け入れた。それまで集団でプログラムを実施するスペースが確保できず、デイケア棟などを利用し行われていたARPが、病棟内で実施できるようになった。センターゾーンの個室も10床確保され、ハード面が整備された。

プログラムの面でも、当院のメインプログラムでもある認知行動療法を用いた「変化のステージミーティング」や、平成20年からは、薬物依存症治療プログラムである「SHARP」を開始。家族会もアルコール・薬物家族会に加え、ギャンブル家族会を立ち上げ、家族の支援にも力を入れている。また、回復へのモチベーションを高められるよう、自助グループ参加へのサポートとして久留米NA、近隣の断酒会へのタクシーの配車も開始した。

近年、女性・高齢アルコール依存症者の増加が顕著である。特に、定年退職後依存症になるケースや身体合併症の併発、治療への導入が困難な患者が多くなっている。

アルコールの看護は、外来での出会いから看護が始まり、離脱症状に対する看護、身体的回復に伴って断酒への動機付けのための看護、家族教育、退院後の継続看護までのすべてを担っている。その長い道のりの中で、患者の問題だけでなく、私たち看護者、個人個人が人間としても安定し、充実した精神状態であることが必要であり、看護者ひとりの人として、個別的な関わりが求められている。



## ◆ 児童・思春期病棟

昭和57年に、当院が児童思春期の情動行動障害に対する国立病院の基幹施設に指定されたことを受けて、情動行動障害センターが開設された。同センターの開設を機に児童精神科部門が正式に発足し、以来、当院では、20年以上にわたり主に行動療法的な観点からの児童精神医学の臨床実践・研究・研修を行っている。

その間病棟では、病状が比較的安定した高齢の成人患者様と一緒に、家庭の中での生活が困難になってしまった子どもたちへの治療を行ってきた。また、院内に中原養護学校の訪問学級を設置し、学校に復帰するための支援も行ってきた。

平成19年7月より専門的な質の高い医療を提供するために、病棟は20歳未満の子ども中心の定数30名の児童思春期病棟として生まれ変わることになり、名前も新たに「つくし病棟」と名づけた。病棟規則や集団療法も見直して、不登校や引きこもりなど幅広いタイプの患者に対応するための工夫を行っている。

平成21年9月からは子どもの心の診療拠点病院事業も開始し、学校や社会の中で傷つき、生活全体がうまくいかなくなっている、不登校や引きこもりの子どもが、子どもの集団や病棟の訪問学級のなかで自信を取り戻していくことを目指し、「つくし合宿」を開始した。

現在、つくし合宿も5年目を迎え、卒業生が進学できたり、就職したりの報告に来てくれている。

また、子どもの精神障害の治療は、その子どもを取り巻く環境を調整していくことが大切であり、地域機関（児童相談所・保健所・学校等）とも連携をとりながら、子どもとその家族全体を支える仕組みづくりを重要視し日々の治療にあたっている。



## ◆ 医療観察法病棟

西七病棟は、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った精神障害者の医療及び観察等に関する法律」（以下、医療観察法）に基づいて精神医療を提供する病棟である。本法律及び指定入院医療機関運営ガイドライン及び処遇ガイドラインに基づいて運用している。「ノーマライゼーション」「多職種チーム医療」「標準化された評価」など治療理念を主体に一般精神医療の治療モデルとしての使命も担っている。MDTと言われる多職種チームで対象者個々の治療評価、実践を推進し、対象者の同意の下で退院を目指し、薬物治療だけではなく、多職種で実施される心理社会的な治療（各種治療プログラム）がこの医療の特徴でもある。病棟専従のコメディカルスタッフ、看護師定数43名とマンパワーについても充足した基準である。

平成18年1月より全国で4番目に医療観察法指定入院医療機関施設として15床暫定病棟として開棟。同年4月に16床の改築暫定病棟へ移動。更に同年12月に増床し、定床33病棟となった（33床は医療観察法病棟フルスペック）。平成22年2月、現在の新病棟建築運用が開始となる。

現在、医療観察法指定入院医療機関は、全国29カ所となっているが、本医療のガイドラインでは18ヶ月での退院を想定し治療に当たるとしている。当病棟の実績から、退院者は平均18ヶ月を下回って退院となっている。（本法の入退院の決定は裁判所で決定される）一方、18ヶ月を超える対象者も数名見られ、対応困難事例として今後の課題としている。

### ● 看護の状況

現在、47名の看護師、2名の看護助手の配置となっており2つのモジュールで看護体制を取っている。一方、この医療の特徴的スタイルであるMDT（多職種）での医療を展開している。7看護チーム（3～4名）にプライマリーを配置し、多職種で治療を進めている。看護は、MDTのケアコーディネーターとして各治療のステージに応じて調整をし、方向付けを行っている。治療の展開にあっても、心理社会的な治療として、認知行動療法的アプローチを主に、各種の治療プログラムを設定し、看護師が全てに関わりフォローしていくスタイルを取っている。

疾病教育、内省、共感といった側面を看護師が担う看護面接等も重要な位置づけとなっている。

治療過程については、MDTで評価する「共通評価項目」（リスクアセスメントツール）をもとに治療計画が立案され、MDTで実践している。看護については、この治療計画をもとに看護計画が立案されケアすることとなるが、看護の視点から評価する「BSI」「SECL」「KIDI」「DAI-30」「CANFOR」といったサブツールをもとにアセスメントを組み立て看護実践し、医療観察法における看護の目標でもあるノーマライゼーションの観点を踏まえたセルフケア援助と自己決定支援に基づいた看護を提供し入院患者の社会復帰の早期実現を行っている。



## ◆ 子ども外来

### ● 子ども外来とは

当院の子ども外来は、18歳までを対象とした、不登校やひきこもり、摂食障害、対人関係のつまづき、気持ちや行動の調整の不器用さなど、現代の子ども達が抱える様々な行動や精神的問題について対応する外来である。子どもの心や行動上の問題には、持って生まれた気質や発達の特性、発達課題が複合的に関与していると考えられるため、それら要因の多角的な評価と、狭義の治療に加えてその子どもらしい育ちの包括的な支援を行っている。

また、各種心理検査や行動観察などにより、問題とされている行動と精神状態の評価を総合的に行い、様々な社会資源（教育機関・福祉機関等）も活用しながら治療や療育の援助を行っている。当院の子ども外来を受診する患者は、ADHDや自閉症スペクトラム、精神遅滞などの発達障害、若年発症の統合失調症や気分障害、摂食障害や強迫性障害などの神経症圏、被虐待児やPTSDなどのトラウマ関連障害、外傷や脳炎後の器質性精神病、その他、不登校やチック、遺糞など、軽症の心身症以外の子どもの心や行動の問題のほとんどに及んでいる。

### ● 児童精神科の始まり

1950年代後半から、幼児自閉症および登校拒否の症例報告がされはじめ、児童精神医学への関心が一気に高まってきた。1972年（昭和47年）、現在の東二-1病棟、東二-2病棟が重症心身障害児（者）病棟として開設した。さらに1976年（昭和51年）には、東一病棟が3つ目の重症心身障害児（者）病棟として開設した。

1982年（昭和57年）には、当院が児童思春期の情動行動障害に対する国立病院の基幹施設に指定されたことを受けて、同年情動行動障害センターを開設した。これを機に児童精神科部門がスタートし、正式に児童精神科外来と児童思春期病棟を開設した。この時に、3つの重症心身障害児（者）病棟のうちの一つである東二-1病棟が、児童思春期病棟へと変更された。

2008年（平成20年）2月27日に厚生労働省は政令、省令の改正によって児童精神科を公式な標榜科として認め、従来の精神科と区別して診療科を児童精神科、その専門医を児童精神科医と呼ぶことを定めた。

### ● 子どもの心の診療拠点病院として

当院でも、児童・思春期の患者数が外来患者全体に占める割合が年々増加し続け、近年では社会のニーズの高まりから、診断目的の受診も増え、初診患者数は、2008年（平成20年度）は453名だったが、2011年（平成23年度）、子ども外来開設前年度には806名となった。外来患者数は、2008年（平成20年度）6,700名、2011年（平成23年度）には8,402名となった。

平成24年度は改修工事で約3か月の診療制限を行ったため前年度より外来受診者数は多少減少したが、平成25年度10月までの1日あたりの外来受診者数

は、平成23年度の34.4名を上回り34.9名となっている。

さらに児童思春期では、外来でのフォローが中心である中、入院患者数も2008年（平成20年度）延9,186名、2012年（平成24年度）には10,182名と約1割増となっている。

受診者数増の背景には、当院がすでに全国でも数少ない児童思春期病棟を持ち、行動障害の激しい子どもにも対応できることが関係している。子ども外来開設以前も、すでに北部九州一円から、他の医療機関での治療が難しい子ども、入院治療が必要な重症の子どもなど対応困難な子どもたちを多数受け入れていた。これらの実績から、2009年（平成21年）佐賀県の子どもの心の診療拠点病院としての役割を担うことになった。これらもさらなる患者数増に大きく影響していると考えられる。

#### ● 「子ども外来」開設

子ども外来開設前まで、子供たちは成人の患者と同じフロアで診療を受けていたが、子どもたちのことや行動の問題から、来院すること自体や、大勢の人の中で診療を待つことにストレスを感じる子どもや家族も多く、来院しても診療に至らないことも少なくなかった。受診者数の増加と低年齢化への対応が急務となり、このような状況を改善し、子ども達に落ち着いた診療環境を提供したいとの考えから、2012年（平成24年）6月25日、情動行動障害センター（通称、特診棟）を改装し、児童精神科専門外来として「子ども外来」が開設された。

#### ● 看護師の役割

子ども外来では、子どもたちに十分な時間をかけて診療をしていることが特徴で、必要に応じて学校や児童相談所、児童養護施設なども連携を取っている。また、当院の児童担当スタッフの多くが佐賀県の特別支援教育の中で重要な役割を担い、さらに専門家チームにも参加し、問題を持った子どもたちの教育にも積極的に関わっている。また、発達障害支援センター等と緊密に手を取り合いながら、自閉症の子どもたちの療育や生活支援を行っている。

看護師は、多職種の医療者と、今おきている子どもの問題、目標、治療方針、対応の意図や子どもの見立てなどの共通理解を得、医療者間でチーム活動を行う際に円滑に活動できるよう、情報を提供したり、子どもをつないだり、家族との連絡を図るなどの調整役を担っている。また、現在まで担ってきた子どもや家族の生活の支援を行いながら、症状からくる子どもの日常生活の困難さに対し生活を整えていく看護師の専門性としての「療養上の世話」や「療育」は、子どもたちの成長になくてはならないものとなっている。

# 看護の実際 ～ 事例を通して ～

## 肥前療養所の開放制－廣瀬喜美子元看護部長を囲んで－より

### 昭和25年当時 ● 病棟環境の整備

#### 《《《 保護室のトイレ 》》》

保護室のトイレのまわりにコンクリートだけあって、蓋もない、目隠しもない。そういうところに女性の患者がおられる。そんなところで用便をするという感覚が当たり前みたいになっていることがすごく辛いことであった。目隠しができるのに10年の歳月を要した。

#### 《《《 失禁部屋の取り組み 》》》

女性患者15名に対して人間らしい生活の中で過ごせるようにとの願いから取り組みが始まった。トイレ誘導、硬縮した膝関節のマッサージや歩行訓練などの積極的な看護ケアを実施し、半年後には大部屋で生活できるようになり、コンクリートの失禁部屋が姿を消した。患者が不潔な状態にあることは病気の症状ではなく、看護の不足の結果であるとの基本的な考えであった。

#### 《《《 言葉と態度の看護研究 》》》

環境は、建物や自然だけではなく、人間の言葉遣い、あるいは、人間の足音と妄想との関係などを全部ひっくるめて環境という。それでその頃から、言葉遣いとか、看護婦の今でいうマナー的な精神的なこと、足音とか、そういうものをだんだんみんなが精神科の看護に大事ではないかと考えるようになった。そして、昭和30年、「言葉と態度」というテーマで1年間、看護研究を行い、各病棟ごとに発表したりして、それを真剣に考えた時代であった。

## 精神科保護室の看護とチーム医療

### 平成14年 ● 看護の主体性とチーム医療

激しい暴力行為のため保護室使用が長期化する対応困難例について、どう対応していくかは常に試行錯誤である。暴力のため長期保護室使用を余儀なくされてきた症例への対応過程を読み返してみると、精神療法的な技術は不可欠であるが、技術以前に何とかしたいという看護の情熱がいかに重要であるかが痛感させられる。まさに、肉弾戦のような真剣勝負の中での人と人との根源的なふれあいを通して、はじめて基本的な信頼感と安心感が得られていく治療看護の過程は、限界を超えた可能性と展望を与えてくれるのである。激しい攻撃と暴力の背景にある健康なニーズを見出し、共感し、受容しつつ、自立させていく精神科看護の本質を、これらの症例ほど提示してくれるものはないであろう。これらの症例の病理性をみると、キーパーソンの死や見捨てられ体験が引き金となり、自分を保てず退行し、攻撃的となり重症化しているようである。

#### 《《《 症 例 》》》

A氏 40歳代 25歳の時、不眠、会社の同僚が悪口を言うと寮へ放火し、入院となる。6ヵ月後退院するがすぐに2回目の入院となり、家族は拒否的で入院が長期化していった。29歳の時、自宅に外出して「家族に外泊を断られた」と放火した。これを契機として、精神状態が悪化し暴力行為が激しくなった。

突発的な暴力行為のため、スタッフは拒否的となり、家族も病院も本人を見捨てる気持ちとなる。これとともに本人は言葉を失い、暴力のみで自己表現し、保護室から出せなくなり10年にも及ぶ戦いになっていった。

37歳の時、主治医、婦長、スタッフ交代を契機に新スタッフは本人の健康な面に素直に注目できた。

## 1 当時のアセスメント

- 病態**
- ①コミュニケーション障害：支離滅裂な会話、感情表出乏しい。
  - ②衝動行為：器物使用による手加減のない激しい暴力行為。
  - ③自己同一性の分裂：女性変身願望。
  - ④被毒被害妄想、幻聴。

- 生活**
- ① 8年間保護室生活。
  - ②集団に入れたい、他患者と会話できない。
  - ③ゆっくり過ごせない。
  - ④ 1対1の関わりを求める。

## 2 対応方針

- ① 1対1の関係で十分受容していく。
- ②男性看護師をつけ、ゆっくり関わる。
- ③母親月1回面会に来てもらうようにする。
- ④要求が待てないことへの対応：突き放す言い方に注意。やさしさが必要。
- ⑤コミュニケーションの取り方：無理せず本人のペースで行う。
- ⑥ゆっくりはつきり、確認しながら話す。

## 3 著しい退行と甘えの受容

「皆と平等にしてほしい」「ここ（保護室）は動物園のオリと同じ」と言葉が出る。本人のニーズがわかるようになり、これをできるだけ受け入れていく。女性看護師へベタベタ甘え、字を書いたりよく遊んだ。1対1の関係をとることができ始めて、暴力行為、自傷行為は著しく減少した。

## 4 ほのぼのとした受け持ち看護師との交流

母親に月1回面会に来てもらうようになり、母親否認も消失した。受け持ち看護師と映画に外出したり、水泳、遠足などのグループ活動にも参加するようになった。

## 5 考 察

保護室使用の長期化した症例は、ほとんどが暴力の恐怖のため患者・スタッフ関係が拒否的となりコミュニケーションがとれず、暴力のみに目がいきスタッフや他患者を守るための看護に陥ってしまう。

この状況を打開するには、この症例のごとく婦長・主治医・スタッフ交代で病棟スタッフが一新される時がチャンスである。それは治療看護過程でスタッフの不安のため患者の病理面のみに注目し、管理的となり健康な面が見えなくなっているためである。しかし、この暴力の背景にどのようなニーズがあるのか、暴力の意味を理解し、患者をどれだけ理解し共感しえるかが大切で、精神力動的な視点でみられる能力と各看護者の主体性が求められる。

# 目指す方向性

## 平成21年度看護師長研究会看護理念グループ

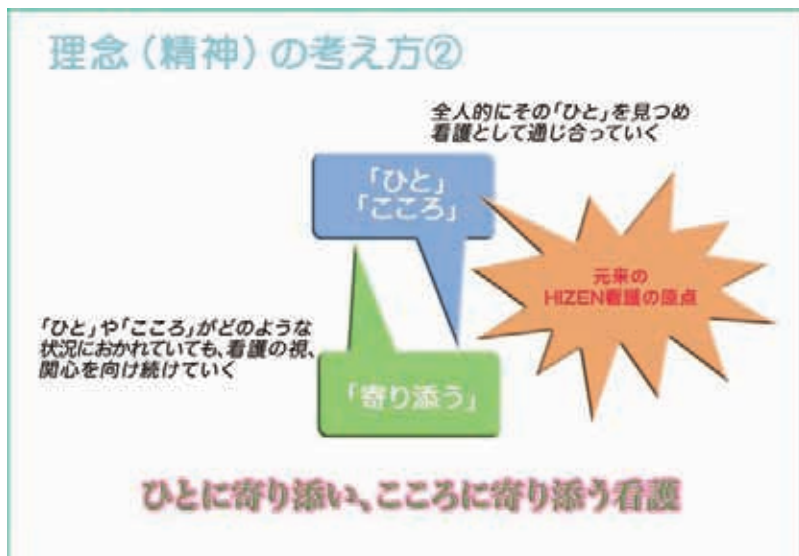
今、私たちが働く肥前の看護でも、これまでナイチンゲール、ヘンダーソン、科学的看護論、そしてハイテムナース、現在、看護診断と様々な看護論、看護実践の手法が提唱され、その度ごとに臨床現場の看護の考え方、とりわけ看護記録の方法、形態も変化してきた。これは、肥前に限ったことではなく、我が国の看護全般においても同様の時代が流れてきたと思われる。

この十数年の流れは、根拠を求められることであり、標準化であり、それが肥前にも「看護診断」という手法が導入された大きな理由でもあった。看護診断は、診断基準に基づいて情報を整理し、基準に基づいた診断（看護問題）をすることで、様々な背景や能力の差を埋めることが、一つの導入目的でもあった。しかし、看護診断そのものが精神科の診断項目の開発の停滞や診断名（言葉）のなじみの薄さもあり、十分な活用や展開には至っていないという評価もあった。また、多職種チーム医療が提唱される中、特に診断名の表現には、他職種との共通言語にはなりにくいという側面もある。

そして、何よりもこの間置き忘れてきたものがあるように思われる。それは、標準化や統一言語（診断）にこだわろうとする余り、看護師個々が患者を見つめ、どのような思いで、どのようなケアをするのかという、看護師個々の看護への思いや主体性までも奪ってしまっているのではないかということである。

混乱とまでは言わないが、ここに至り、改めて原点に戻り、看護師個々が原点から肥前の看護を考え、看護実践、ケアの理念を共有することが必要ではないかと考えた。

師長研究会で検討を重ね、ここにある「ひとに寄り添い、こころに寄り添う看護」という看護理念、



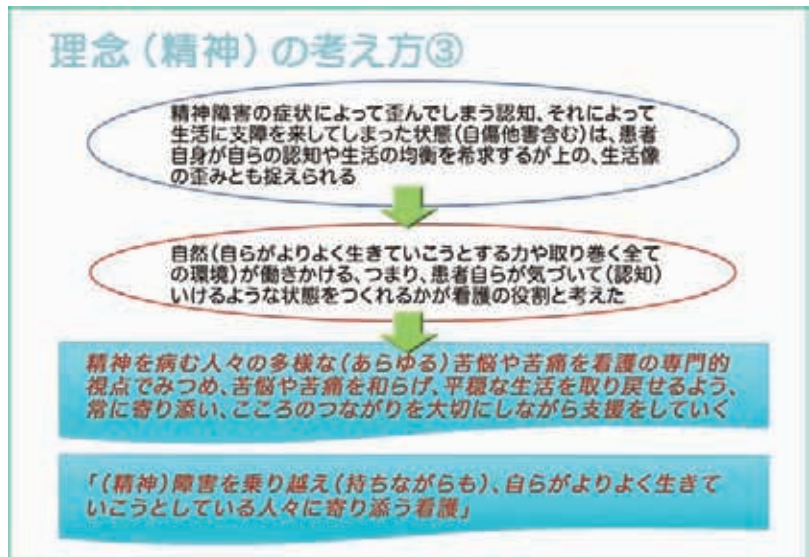
看護の概念（精神）が浮かびあがってきたのである。

**病** 気や表面的な言動や置かれている状況に固執することなく、「全人的」にそのひとを見つめ、看護として通じ合っていくための「ひと」「こころ」である。「寄り添う」とは、単に距離ではなく、「ひと」や「こころ」がどのような状況にあっても、看護の視（め）、関心を向け続けていくということである。

先述の、開放化の時代、病気により興奮、混乱し、疎通すらできず、便尿で汚染された状況を放置するしかなかった中、看護が諦めることなく、根気よく、地道に関わりを続けることで、鍵を開けることができたのだと聞く。これこそ「ひと」や「こころ」に「寄り添う」看護であり、肥前の看護の原点と考えたのである。

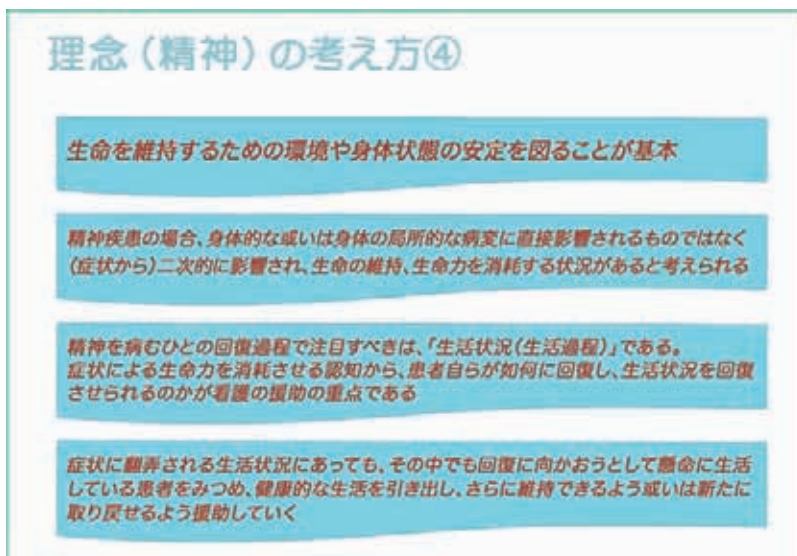
「ひとに寄り添いこころに寄り添う看護」とは、どのような状況にあっても患者の傍らに近寄り（接近し）、こころを通じてケアする看護である。

**も** う少し、具体的に説明してみると、精神障害をもつ人々の状態像は、「精神障害の症状によって歪んでしまう認知、それによって生活に支障を来してしまった状態（自傷他害含む）は、患者自身が自らの認知や生活の均衡を希求するが上の、生活像の歪みとも捉えられる」、肥前の当初の考え方を推し量るとナイチンゲールの考え方が見えるのであるが、これを踏まえると、私たち看護の役割は、「自然（自らがよりよく生きていこうとする力や取り巻く全ての環境）が働きかける、つまり、患者自らが気づいて（認知）いけるような状態をつくれるかが看護の役割」となる。



更に言うなら「精神を病む人々の多様な（あらゆる）苦悩や苦痛を看護の専門的視点でみつめ、苦悩や苦痛を和らげ、平穏な生活を取り戻せるよう、常に寄り添い、こころのつながりを大切にしながら支援していく」ということであり「（精神）障害を乗り越え（持ちながらも）、自らがよりよく生きていこうとしている人々に寄り添う看護」このように考えたのである。

更に言うなら「精神を病む人々の多様な（あらゆる）苦悩や苦痛を看護の専門的視点でみつめ、苦悩や苦痛を和らげ、平穏な生活を取り戻せるよう、常に寄り添い、こころのつながりを大切にしながら支援していく」ということであり「（精神）障害を乗り越え（持ちながらも）、自らがよりよく生きていこうとしている人々に寄り添う看護」このように考えたのである。



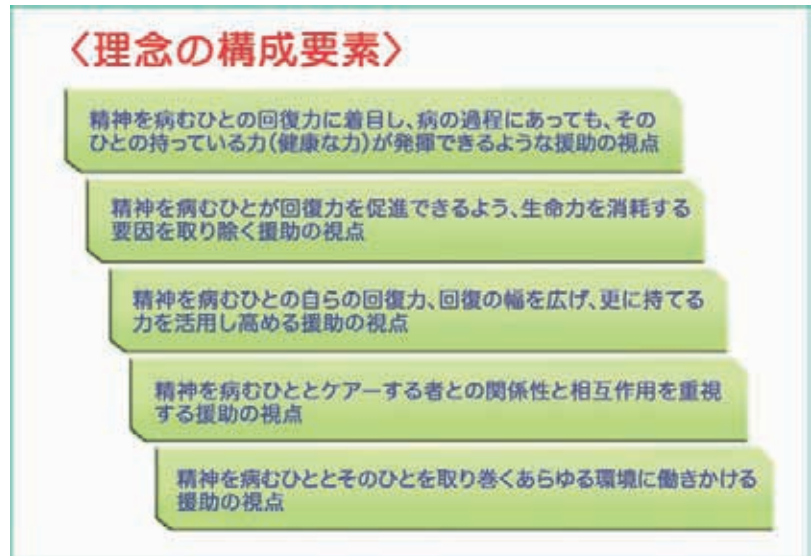
**こ** のような考え方をもとにどのようにケアしていくかを更に説明してみると、①「生命を維持するための環境や身体状態の安定を図ることが基本」、②「精神疾患の場合、身体的な或いは身体の局所的な病変に直接影響されるものではなく（症状から）二次的に影響され、生命の維持、生命力を消耗する状況があると考えられる。」、③「精神を病むひとの回復過程で注目すべきは、生活状況（生活過程）である。症状による生命力を消耗させる認知から、患者自らが如何に回復し、生活状況を回復させられるのかが看護の援助の重点である。」、④「症状に翻弄される生活状況にあっても、その中でも回復に向かおうとして懸命

による生命力を消耗させる認知から、患者自らが如何に回復し、生活状況を回復させられるのかが看護の援助の重点である。」、④「症状に翻弄される生活状況にあっても、その中でも回復に向かおうとして懸命

に生活している患者をみつけ、健康的な生活を引き出し、さらに維持できるよう或いは新たに取り戻せるよう援助していく。」ことになる。

**次** に理念を構成する要素について、5つの援助の視点を考案した。

①「精神を病むひとの回復力に着目し、病の過程にあっても、そのひとの持っている力（健康な力）が発揮できるような援助の視点」、②「精神を病むひとが回復力を促進できるよう、生命力を消耗する要因を取り除く援助の視点」、③「精神を病むひとの自らの回復力、回復の幅を広げ、更に持てる力を活用し高める援助の視点」、④「精神を病むひと



とケアする者との関係性と相互作用を重視する援助の視点」、⑤「精神を病むひととそのひとを取り巻くあらゆる環境に働きかける援助の視点」である。「ひとに寄り添いところに寄り添う看護」の実践にあたり、この5つの援助の視点を構成として考えた。

これらは、ナイチンゲールの考え方をモデルとしてKOMI理論、ペプロウの人間関係の看護論等を参考に考案した。大切なことは、理念であり、一人一人の看護師が看護する上で、それぞれの看護を突き動かす原動力、源となるところ、その流れである。これらの構成要素は、その柱となるところである。

構成要素ばかりにとらわれても、理念ばかりにとらわれても看護は一人歩きしてしまい、実践（実）をとまなわないものになってしまう。

構成要素①

精神を病むひとの回復力に着目し、病の過程にあっても、そのひとの持っている力(健康な力)が発揮できるような援助の視点

ナイチンゲールは、「病は回復過程」という。  
そのひとの持つ自然の回復力を助長していく援助である。  
自然の回復力、つまりひとの持つ健康な側面、二ードを重視しながら、そのひとが生きていきやすくなるための条件を整えていくことが看護の重要な役割であり、援助の視点なのである。

**構** 成要素の一つひとつについてみていく。①について、精神を病む人々の症状は、いわゆる細胞レベルの生体反応としては顕れにくい。身体疾患のように客観的な生命状況は見えにくい特徴がある。しかし、多様な症状により、食事や睡眠がとれず生命を脅かす事態は臨床的には良く経験する。症状による認知の歪みから生きていく上での基本的な生活そのものが障害されてしまうのである。精神を病む人々の姿は、

現実の生活（認知）を取り戻そうと必死に生きている姿と言えるのである。この必死な状況を、苦悩している人々そのものが、自ら少しでも生きて行きやすくなるための条件を整えることこそが看護師の役割なのである。

② について、回復を助長するために、生命力、そして持てる力を消耗する条件や状況をつくらないこと、そしてそのような様々な因子を取り除いていくことが援助の視点として重要である。

③ について、何よりも重要な援助の視点は、もてる力、健康な力で病を持つ人々自身が自ら回復することである。回復の過程にあって、自らが自らの力をもって一歩ずつ高みをめざし、高みに向かって前進することが重要なのである。どのような病態、生活状況にあっても、その人らしい力や生命力があることを重視しなければならない。

④ について、人間、とりわけ精神を病む人々のケアにあっては、ケアする側される側といった単方向の関係性ではなく、生活の中でつながりを持ちながら関係し合っこそ回復過程が促進すると考えられる。先ず、人の行動の内面を探る手だとしての精神力動の世界や視点はその基本的な視点として重要であろう。更に、病を持っている人々とケアする看護師の関係性から生まれてくる相互作用の視点がある。

ペプロウは看護師－患者関係を「治療的人間関係のプロセス」と位置付け、看護を有意義な、治療的な、対人的なプロセスであるとし、看護師と共に共同作業する人と位置づけている。また、トラベルビーは「看護とは人間対人間のプロセス」と定義し、看護の援助の目的に、

回復への援助だけでなく、病気という人生経験に意味を見いだすことで患者の自己実現を援助するとした。看護の目的は「人間対人間の関係を確立することを通して達成される」と仮定している。まさに、これら

## 構成要素②

精神を病むひとが回復力を促進できるよう、生命力を消耗する要因を取り除く援助の視点

ナイチンゲールは、「生命力の消耗を最小限にする」ことを看護のテーマとしている。

回復を助長するために、生命力、そして持てる力を消耗する条件や状況をつくらないこと、そしてそのような様々な因子を取り除いていくことが援助の視点として重要である。

## 構成要素③

精神を病むひとの自らの回復力、回復の幅を広げ、更に持てる力を活用し高める援助の視点

個々の生命力や持てる力によって、そのひと自らがそして更に高み(健康)に向かって前進していけるよう回復の過程を助長していく視点が重要である。

看護が回復させるのではなく、あくまでもそのひとが、そのひとの(持てる)力によって回復していくのであり、我々ができるのは、その(持てる)力を支え、回復する力を活用し、前進させることなのである。

## 構成要素④

精神を病むひととケアする者との関係性と相互作用を重視する援助の視点

精神看護にあっては、ひとの行動や心理現象をとらえていくことが重要であり、回復過程には関係性が大きく影響していると思われる。

如何に治療的な人間関係、相互関係が存在するかが回復を左右するのである。



の相互作用を通して、対象となる人々の回復過程に寄与すべく関係していくのであり、ここも精神看護にとって重要となる。

⑤ について、人は様々な環境と暮らしている。人の生命力、生活過程は環境に影響し、影響され、影響し合いながらそれぞれの営みがあり、その中に病という状態、状況も起こってくるのである。看護援助の視点には、環境を調整していくことは欠かせない要素であり、自らの生きていく力を支援していくケアにとっては重要な視点と言える。対象となる人の家族や住居といった直接的な対象だけではなく、我々看護師間、医療者間、地域、地域住民等、多様、広域な環境へと発展していくものでもある。

### 構成要素⑤

精神を病むひととそのひとを取り巻くあらゆる環境に働きかける援助の視点

ひとを全人的に捉えることは、ひとそのものだけでなく、そのひとを取り巻くあらゆるもの全体を見る視点が重要であり、それらを調整していくことが回復への重要な要素となる。

それは、家族であり、友人であり、地域であり、我々医療者でもあり そのひとを取り巻く環境に存在するあらゆるものである。

# 期待される看護

『ひとに寄り添いところに寄り添う看護』とは、どのような状況にあっても患者の傍らに近寄り(接近し)、ここを通じてケアする看護である。肥前の看護の原点である看護を実践していくには、以下の点を問い返す必要がある。

- 🌀 肥前の看護師一人一人がもう一度看護を考えてほしい！
- 🌀 私たちが提供している精神科看護は？
- 🌀 歴史のある肥前、精神の基幹施設である肥前です
- 🌀 原点から肥前の看護を創造(再構築)したいのです！

このことを踏まえ、期待される看護、あるいは看護師像について考えてみる。看護については、より専門性に特化した看護師の育成、たとえば、各領域の認定看護師、治験看護師、CPMSコーディネーター等の育成、看護研究の推進、が挙げられる。さらに、教育・研修を充実させ、院内外の研修生を受け入れていくことも重要である。看護師個々については、主体的に学ぶ姿勢を育て、キャリアアップへの取り組み、看護理念に基づく看護過程の展開を通して、個々のレベルアップを図っていく。

常に『患者のために何ができるか』に立ち返り、看護の視点で患者を見つめ、生活状況の回復に全力を注いでいくことが求められる。

最後に肥前精神医療センターの看護ロゴの紹介をする。平野名誉院長が、2009年認定看護師用のロゴとして作成されたものである。その由来をこのように表現されている。

## 肥前精神医療センターの看護ロゴ



看護の「看」は「手」と「目」から成ります。

「手」は磨かれた業、技量を意味します。

「目」は優しいまなざしとところ、豊かな感性を意味します。

中央の文字は「手」の象形文字からできた篆(てん)書体であり、肥前看護の確かな技を象徴的に表現し、プロフェッショナルなまなざしとところの「目」は、近代的看護の原点であるナイチンゲール、そのランプの光を図案化して背景として表現しています。

看護師一人ひとりがこのロゴに象徴される看護の提供を目指します。

第Ⅴ部



昭和25年 玄関車寄せ



管理棟（左）と治療棟（右）

# 1945-1993

## 昭和20年代 食べることに追われた時代



昭和25年頃 今泉恭二郎先生を囲んで



昭和29年 作業祭 皆で豚汁会食



昭和29年頃 田植え

# 1945-1993

## 昭和30年代 「開放療法の実践」



昭和30年頃 御厨所長と汽缶長の米倉さん



昭和30年 クリスマス会



昭和31年 美容整髪奉仕



昭和31年 作業祭ステージ



昭和32年 病棟調理



昭和35年 伊藤正雄所長と江越看護長



昭和35年 ある日の献立



昭和35年 防火訓練



昭和36年 横田川川遊び



昭和37年 日ノ隈遠足

# 1945-1993



昭和41年 大豆の収穫



昭和41年 秋の収穫



昭和42年 有明干拓、よし刈り



昭和42年 ブロック所外作業



昭和42年 藤棚づくり



昭和42年 温室での園芸



昭和43年 退院の集い

## 昭和40年代 社会復帰の促進、段階的作業療法



昭和47年 こども病棟も参加



昭和47年 こども病棟クリスマス会



昭和48年 秋季大運動会



昭和48年 運動会仮装行列



昭和47年当時 豚舎



外来診察室（2つだけ）



昭和47年当時 茶摘み



# 1945-1993

昭和50年代 外来・地域医療の展開、情動行動障害センター開設



昭和50年  
ナイチンゲール祭  
(廣瀬総婦長)



昭和51年 改修前の正門付近と外来管理棟



正門脇



新築間もない看護学校と宿舎



昭和53年 竣工時の外来管理棟



昭和57年 芸能大会



昭和57年 西一病棟の花見



昭和58年 西一患者さんによる看板

## 昭和60年代～平成の時代 専門分化 小児から老人まで



平成 5年 病棟周辺の花



玄関ホール  
半世紀前から受け継いでいる病院理念

# 2009-2013

## 現在の肥前精神医療センター



平成23年 病院玄関



平成21年 1月13日 雪景色



平成23年 医師養成研修センター



医師養成研修センター玄関



平成22年10月29日 落成式



CVPPP 研修風景

平成23年 CVPPP 研修



平成23年 看護の日イベント





平成25年 肥前精神医学セミナー



肥前精神医学セミナー風景



平成22年 BLS研修



BLS研修風景



平成22年 認知症研修



認知症研修風景

2009-2013



平成22年 運動会



平成23年 新旧送迎バス



西七（医療観察法）病棟



西七病棟玄関

# 2009-2013



西七病棟中庭



西七病棟スタッフルーム



西四（アルコール・薬物）病棟



西四病棟談話室



西四病棟廊下



西四病棟病室



東四-1 (認知症) 病棟玄関



東四-1 病棟廊下



東四-1 ホール



東二-1 (児童・思春期) 病棟



東二-1 病棟プレイルーム





平成25年 8月  
つくし合宿開校式



つくし合宿キャンプ



平成25年 こども外来受付



こども外来プレールーム



平成22年 病院全景

## 参考資料

- 1) 国立肥前療養所創立30周年記念誌
- 2) 国立肥前療養所創立50周年記念誌
- 3) 内村英幸・吉住昭編：精神科保護室の看護とチーム医療. 金剛出版. 2002.
- 4) 廣瀬喜美子：看護. 日本看護協会出版会.
- 5) 肥前療養所の開放制.  
呉秀三先生記念精神科医療史資料通信・第24号. 1992年2月1日発行
- 6) 肥前精神医療センター看護師長研究会



# 編集後記

このたび「看護のあしあと」をまとめ発行のはこびとなった。編集に至ったのは、枉院長の「今の若い看護師は肥前の看護をどれくらい知っているのだろうか。看護の歴史を文面に残しては。」という一言からであった。編集を手掛けて感じるのは、「なんとかしなければ」という看護への情熱と決してあきらめてはいけないという強い思いがその時々に取り出れることである。

時代が移り変わろうと、どんなに医療が発展しようと、看護のこころは変わらないはずである。ところが、ここ数十年のわが国の看護の動向は、看護診断や看護記録の方法といったものに重きを置かれてきたきらいがある。肥前にもこの流れはあり、看護診断や様々な看護記録の方法が取り入れられてきた。一方で、看護への思いや主体性が置き去りにされてきたように思われた。そこで、看護師個々が原点から肥前の看護を考え、看護実践の理念を共有することが必要ではないかと考えられた。

平成21年当時の看護師長研究会のメンバーで検討を重ね、「ひとに寄り添い、こころに寄り添う看護」という看護実践理念が構築された。これがきっかけとなり、本としてまとめることができた。

原稿をまとめるにあたり、本文は30周年、50周年記念誌や書籍等の内容を一部原文のまま引用させていただいた。

70年の道のりを振り返ることで、肥前の看護の歴史の重みを感じ、看護師個々が原点から肥前の看護を考え、看護の今後の発展に寄与するものと信じたい。

平成26年1月吉日

副看護部長 前田 護



看護のあしあと 独立行政法人 国立病院機構 肥前精神医療センター  
National Hospital Organization HIZEN PSYCHIATRIC CENTER

---

発行日 平成 26 年 1 月

発行 独立行政法人 国立病院機構 肥前精神医療センター  
〒842-0192 佐賀県神埼郡吉野ヶ里町三津160番地  
[TEL] 0952-52-3231 [FAX] 0952-53-2864  
<http://www.hizen-hosp.jp/>

発行責任者 杠 岳文

印刷 陽文社印刷株式会社  
〒815-0082 福岡市南区大楠2丁目4番10号  
[TEL] 092-522-0081 [FAX] 092-522-0273

---

