

<特集「看護の本質を探究する専門看護師の未来」>

精神保健医療分野の精神看護専門看護師のこれから： 地域における役割開発に向けて

郷 良 淳 子*

京都府立医科大学大学院保健看護学研究所

The Future of Certified Nurse Specialists in the Field of Psychiatric Mental Health: Towards the Development of their Role in the Community

Junko Gora

*Graduate School of Nursing for Health Care Science,
Kyoto Prefectural University of Medicine*

抄 録

精神保健医療分野の精神看護専門看護師（以下精神看護 CNS）の活動は、リエゾン精神看護と異なり、他の精神科看護師の業務と区別がつきにくい。この問題の打破のためには、CNS による実践のアウトカム評価を定着させる必要がある。米国では、ナースプラクティショナー（以下 NP）の台頭が著しいが、診断や処方等の裁量権による、費用対効果がその要因である。日本においても、医師の負担軽減から一部の医師の医療行為を特定行為として看護職ができる制度が整備されつつあり、精神保健医療分野でも同様のことが議論されている。しかし、精神看護の本質は、患者 - 看護師関係の構築から、患者自身が精神症状による生活の困りごとへの対処能力を高められるように支援する伴走者としての役割であろう。昨今の退院促進からより地域精神保健の充実がうたわれているが、精神看護 CNS もそれに倣い、地域での活動や新たな役割を開発する時期に来ている。今後、精神疾患をもたない、精神保健に課題を抱える人への支援がより必要とされてくるため、それを見据えた、精神看護 CNS の知識、技術の再確認と地域の関連職種と連携して、対象者をケアする役割開発が望まれる。

キーワード：精神看護専門看護師，地域精神保健，役割拡大。

Abstract

Psychiatric certified nursing specialists (CNS) can be broadly classified into two principal categories: those who engage in activities within the mental health care sector, and those who provide psychiatric liaison care, which involves caring for patients with concomitant physical illnesses and complex mental health problems. The professional roles of CNS within the mental health arena are frequently indistinguishable from those of other psychiatric nurses. To address this ambiguity, it is imperative to implement rigorous outcome evaluations that measure the efficacy of CNS practices. In the United States, the emergence and rapid expansion of nurse practitioners (NPs) have been markedly influenced by the cost-effectiveness associated with their discretionary clinical authority, includ-

令和 7 年 2 月 26 日受付 令和 7 年 2 月 28 日受理

*連絡先 〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上路梶井町465番地

jgora@koto.kpu-m.ac.jp

doi:10.32206/jkpum.134.04.231

ing diagnosis and prescribing. A parallel development is underway in Japan, where policy reforms are gradually allowing nurses to perform certain medical acts—previously reserved for physicians—to mitigate the clinical burden on doctors. This change in basic assumptions is currently under deliberation within the mental health care context as well. Fundamentally, the essence of psychiatric nursing lies in the development of robust therapeutic relationships between patients and nurses, whereby the nurse assumes the role of a supportive partner. This partnership is instrumental in empowering patients to enhance their self-management skills in the face of psychiatric symptomatology. Although recent healthcare policies have emphasized expedited patient discharge and the expansion of community mental health services, there is an urgent need for psychiatric CNS to expand their scope of practice by developing community-oriented initiatives and novel role delineations. Looking forward, the anticipated increase in demand for support among individuals who do not meet the criteria for a psychiatric disorder but who are experiencing significant mental health problems, necessitates a re-evaluation of the foundational knowledge and competencies of psychiatric CNS. Furthermore, it is imperative to foster collaborative partnerships with other community-based professionals to innovate and refine the roles dedicated to this emerging patient demographic.

Key Words: Psychiatric-Mental Health Certified Nurse Specialists, Community Mental Health, Role Development

はじめに

精神看護専門看護師（精神看護 Certified Nurse Specialist, 以下精神看護 CNS）は、狭義の精神科看護領域（以下、精神保健医療分野）で活動する者と、身体疾患を持ち、病棟看護師による一般的な精神的ケアでは対応できない精神的な問題を抱える患者をケアするリエゾン精神看護領域で活動する者に大別される。2024年12月現在、日本の精神看護 CNS 資格を有する看護職は、454名である。うち正確には不明だが、リエゾン精神看護分野で活動する CNS の方が多い。これは、リエゾン精神看護 CNS としての固有の活動内容が比較的明確であることや、看護職のメンタルヘルス支援のニーズが高いためではないかと推測される。一方で、精神保健医療分野では、精神看護 CNS 固有の業務を他の精神科看護師のそれと区別しにくいのが現状ではないだろうか。本稿では、主に精神保健医療分野で実践を行っている立場から、これまでの経験を踏まえ、精神保健医療分野の CNS を取り巻く現状と活動のこれからについて考える。

CNS の病院での位置づけ

病院での CNS は、ライン組織（部長 - 師長 - 副師長（主任） - 病棟看護師という、上下の階級が発生する位置づけ）ではなく、看護部長直下に位置づけられることにより、6つの機能（直接ケア、相談、調整、倫理調整、教育、研究）が発揮できるとされている¹⁾。直属の上司は看護部長であり、部下をおかず、病棟等の単位に所属せず、組織横断的に6つの機能について専門性高く活動する。しかし、現実には、病院の CNS への役割期待の不明確さや雇用の採算の課題があり、病棟の一スタッフや、看護師長、副師長として病棟管理業務を同時にこなす、ライン組織に組み込まれていることも少なくない。ライン外に位置し活動していくには、CNS の雇用において、費用対効果の観点から診療報酬加算が得られる職務を多く遂行したり、病院の看護の質向上のアウトカムを明示できることが重要である。しかし、これまでの CNS に関する研究において、これらは限られた報告にとどまり²⁾³⁾、精神科病院等で活動する精神保健医療分野の CNS の活動のアウトカム評価はさらに限定される⁴⁾。この問題を打破するために

は、精神保健看護分野 CNS の活動のアウトカム指標を標準化し、多くの CNS が用いて、メタ分析をすることが必要である。精神科訪問看護ではいくつか評価指標が明確にされているが⁴⁾、今後、精神科病院や疾患別の患者のケアの評価指標などを用いて実態研究や介入研究がされる必要がある。

実践では、CNS が所属する組織分析とケアの質のアセスメントを行い、ケアの質向上のための方略を実行することが望まれる。そのような実践報告も非常に限られており、精神科病院をはじめとする精神保健医療機関での、組織分析（意思決定の流れやケアの質の向上に影響する人物の同定など）を的確に行い、分析を踏まえて活動していく能力が CNS に求められる。組織で望まれる自身の役割を理解し、それに呼応しつつ、CNS 自身が必要だと認識する役割遂行ができる組織の環境を整えていくことが重要である。これについても、多くの実践報告が CNS からなされることによって、より CNS の雇用意義が精神保健医療施設に理解されることにつながる。

精神保健医療分野の CNS と認定看護師の専門性の課題

精神保健医療分野の CNS の専門性は、診療報酬加算との関連で考えることができる。現在、精神看護 CNS が認められる診療報酬の算定要件には、精神科リエゾンチーム加算、認知症ケア加算、退院後 1 年までの患者の外来面接に関する療養生活継続支援加算、訪問看護における機能強化型訪問看護管理療養費、医師と共同での認知療法・認知行動療法などがある。しかし、これらは精神看護 CNS の独占業務ではなく、研修を受けた精神科看護師や老年看護 CNS にも認められている。

一方で、認定看護師制度は、大きく変わろうとしている。現行の制度を廃止し、特定医療行為も含む内容で新制度が 2026 年に開始されることに関連して、精神科看護技術協会が運営する精神科認定看護師も 2025 年 4 月から制度改正の予定である。この際、精神科における特定

行為（高カロリー輸液やインスリンの投与量の調整および抗精神病薬や抗不安薬等の臨時投与）を組み込むかどうかが議論されている。特定行為は、「医師の管理下」での実施であり、医師の負担軽減を行う意図があり、看護職の裁量権が拡大されたとは言い難い。今後も精神科看護師による特定行為の拡充については議論を重ね、整理していく課題である。CNS において、この特定行為を一部でも組み込むのかどうかの議論はまだなされておらず、CNS の専門性は、前述の 6 つの機能に依っていることは変わらない。

米国の精神保健医療分野における高度実践看護師

日本の CNS 制度は、米国のそれを参考に発展してきたが、2000 年以降、米国の高度実践看護師については、CNS よりも Nurse Practitioner（ナースプラクティショナー、以下 NP）が台頭してきている。米国の NP は、州によって裁量権は異なっているものの、疾患の診断（画像診断を含む）や、薬の処方など治療を行う看護師とされている。385,000 名（2023 年）の NP⁵⁾ と 89,000 人（2020 年）の CNS⁶⁾ が米国で活動しており、その差は明確である。NP の裁量権は CNS より大きく、活動の範囲が広い。加えて医師よりも安価で治療を提供でき、医療費の抑制ができることが NP の台頭の背景にある。

精神看護分野では、2016 年の CNS は、4,500 名、NP は 10,250 名が活動しており、2 倍以上の差がある⁷⁾。これには、2014 年から米国の精神保健医療分野の CNS の新規認定が廃止になっており⁸⁾⁹⁾、更新のみとなったことも大きい。つまり、米国での精神保健医療分野の高度実践看護師は NP に一本化されつつある。米国の精神看護 CNS の平均年齢は 50 代半ばであり、2022 年の報告では、2028 年までに約半数の CNS が定年を迎えるとある¹⁰⁾。また、米国において診断や処方以外では CNS と NP の直接ケアの役割には大きな違いがないことが強調されている⁷⁾ が、年齢層も高いことから、CNS は、直接ケアよりもスタッフ教育やシステムや組

織の開発に占める役割が増えたとされている⁸⁾。CNSの看護実践範囲も州によって異なり、メリーランド州とマサチューセッツ州では、CNSに広範な看護実践を認めており、精神看護NPの活動も州により裁量権の違いが大きく、処方権が認められていない州もある⁸⁾。いずれにしてもCNS、NPともに精神医学の広範な知識とアセスメントや診断、治療についての教育を受け、これらの知識に基づいた直接ケアを実践できる能力を持っている⁷⁾。

米国での懸念は、精神保健看護分野で働く看護職の不足である。米国での精神科看護師の平均年齢は51歳であり、20代の看護師は、医療と看護技術の獲得を優先するため、内科外科看護を志向し精神科勤務を避けがちであることも理由である。このため、高度実践看護師であるCNSやNPが自身の専門的な活動以前に、一般的な精神科看護師として配置されるのではないかとされている⁹⁾。

いずれにせよ、米国は、20年以上前にNP育成に舵をとっており、日本の精神看護CNSの活動は、独自の路線で考えていく必要がある。

精神保健医療分野のCNSの役割の再考

精神科看護の本質はそもそもなんだろうか。精神科看護に従事する看護理論家にヒルデガード・ペプロウやジョイス・トラベルビーがおり、彼女たちの理論は、コミュニケーションを駆使した患者-看護師の関係の構築の重要性と、関係の発展過程を示している。精神科看護におけるコミュニケーションは、精神症状を軽減する治療的な意味を持つ。信頼できる関係性が看護師と患者間で結ばれることにより、その関係性から、患者の自己肯定感や自律性が高まり、精神症状の軽減が図れる。これは、昨今注目されている、オープンダイアログとも関連するのではないか。オープンダイアログとは、フィンランドの精神科病院であるケプロダス病院から発展してきている、急性期の統合失調症患者が、服薬治療に頼らない、専門職チームと患者にとっての重要他者を含めた自宅での対話による治療である。日本でもオープンダイアログ

を取り入れようとする流れがあるが、医療制度の違いから浸透するには、いくつもの課題がある。しかし、オープンダイアログの基盤は、コミュニケーションによる患者理解と関係の構築であり、考え方や技法は、精神科看護の本質と共通する部分が大きいため、看護にその要素を取り入れることは可能かと思われる。

精神保健医療分野の看護の専門性を述べる際に、看護職の職業の定義として法律にうたわれている「療養上の世話」を改めて考える必要がある。「療養上の世話」を広く日常生活援助として捉えることができるが、精神障害者は、精神症状や精神的不健康な状態による生活のしづらさを抱えている。たとえば、対人関係の不安定さや引きこもり、就労の困難さ、貧困などである。これは、投薬によって症状が改善されても、すぐに解消するものではない。薬物療法は、主要な精神科治療であるが、服薬によって統合失調症や双極症の人が直ちに病前の状態に戻ることは少なく、回復までに一定の時間を要し、その中で対人ストレスなどから再発を繰り返すことが、精神科看護において大きな問題となっている。また、性格傾向が影響する精神疾患では、薬物療法の効果は極めて限定的である。精神疾患は家族関係や社会生活での対人関係、当事者のストレス耐性と脆弱性、薬の効き方や有害事象の個人差など多くの側面で影響を受け、再発のリスクが高い。これらの側面の包括的なアセスメントとケアの技術を駆使して、患者とともに、症状とつきあいながら、生活のしづらさを軽減する工夫や、患者自身の考え方を修正していけるように支援していく。精神保健医療分野では、この支援が重要な「療養上の世話」ともいえる。

支援の基盤となる包括的アセスメントは、CNSの重要な役割である。具体的には、精神科看護の近接領域である医学、社会学、心理学等の知識を駆使し、精神医学や治療についても、患者の立場からの理解に努め、自我機能等の精神分析を行う。また、精神看護に適用されたオレム-アンダーウッドのセルフケア理論、リカバリー理論、家族関係についての知識等を統合

させてアセスメントを実施する。CNSによる包括的アセスメントの方法を他の看護職に継続的に教育することで、看護職のケアの質向上が期待できる。

また、心理療法的な技法を用いて、症状や生活のしづらさに焦点を合わせケアすることも、精神看護 CNS は行うことができる。ただし、CNS は心理療法を型どおりに患者に提供するよりも、ベッドサイドでの会話や定期的な面接など、日常の看護の中にこれらの心理療法の一部を取り入れるように意識して関わるべきである。薬物療法や精神症状に対応する心理療法の技術や役割が与えられても、患者が生活のしづらさに対処できる支援に焦点を合わせて関わるのが CNS の役割なのではないか。精神科医の中井久夫氏が「医者が治せる患者は少ない。しかし、看護できない患者はいない。息を引き取るまで、看護はできるのだ」¹¹⁾と述べたことを体現していくことにつながっているのではないか。

日本における精神保健医療福祉の現状とこれから

日本では、精神疾患患者の退院促進の法整備が 30 年前から続いている。人口推移では、2025 年は、5 人に 1 人が 75 歳（後期高齢者）となり、2024 年の出生数は、過去最高を更新し、約 72 万人となり少子高齢化が進んでいる。精神科病院における患者の高齢化も同様に進み、退院促進と、高齢による死亡退院により長期入院患者の割合も減ってきている。加えて、統合失調症患者においては、発症から治療介入が短縮したことで、軽症化が進み¹²⁻¹⁴⁾、統合失調症特有の症状が消えていき、目立った部分への介入（服薬治療と閉鎖病棟での環境刺激の調整）の必要が少なくなり、外来のみで対応できる患者が増加した。これらから、精神科病院の病床数は今後減少していくことが推測され、精神科病院は、認知症、依存症、ストレスケア、児童思春期精神科医療等、特色を打ち出す病院が増えてきた。

2022 年の精神保健福祉法および障害者総合

支援法の改正（いずれも 2024 年 4 月 1 日施行）により、医療保護入院の入院期間が原則最長 6 か月と定められ、入院患者の地域移行支援の強化および地域生活のサービスがより重要視されている。ここで注目すべきは、障害者総合支援法改正で、精神疾患の診断がない「精神保健に課題がある人」への市町村等における相談体制を充実させることが明記されたことである。この法改正では、市町村が母子、高齢者、精神保健などの境を超えて、虐待や貧困など、精神保健に関連した課題を持つ人の相談体制を整備し、適切なサービスの提供が強調されている。しかし、将来的には民間の相談支援事業所で、これらの人々への医療や地域の福祉サービス利用について、実際に対応することになるだろう。

このように入院医療は、縮小化する一方で、精神保健医療分野の対象者は、広がるばかりであり、これまでの薬物療法を中心とする精神科医療だけでは、対応しきれなくなった。症状マネジメントやストレスマネジメント、就労支援等の地域生活における支援がより必要とされるようになってきたのである。また、地域の支援が十分行き届かず「精神保健に課題を抱えた人」の状況が深刻化し、周囲の家族や関係者に波及し、より複雑化した問題になることが多い。例えば、同居の母が認知症、夫はアルコール依存症で、子どもは自閉スペクトラム症であり、家族の世話の負担から、子どもに手をあげる妻という、家族員全員が精神科医療や支援を必要とする事例も少なくない。

実際に、精神科外来（精神科クリニックを含む）の受診者数は多くなってきている。2020 年には、5 疾患のうち糖尿病（579 万人）を超え、最多の 614 万人に上っている。2020 年の精神科外来の疾患別では、順に「気分障害（躁うつ病を含む）」、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「その他の精神及び行動の障害」となっている¹⁵⁾。年齢別では、75 歳以上が最も多く、次いで、35～44 歳、25～34 歳となっており、比較的若年者の受診者数が多くなっている。しかし、精神科クリニックは特に都会で急増しており、なかには地域の精神

科救急に全く参画しない診療所や緊急性のある新規患者を優先せず、数分診療が可能な再来患者を優先しているクリニック、非常勤医師で回転させるクリニック、安易に診断書を乱発するクリニックなど、さまざまな形で社会問題化していることが指摘されている¹⁵⁾。

精神保健医療分野の CNS の役割再考： 地域での役割開発に向けて

これまで述べてきた通り、精神保健医療分野のケア対象者が人数だけでなく、範囲も広くなり、より包括的アセスメントが必要になってきた。精神障害者や精神保健に課題を抱える人が、ストレスマネジメント能力やストレングスを強め、生活のしづらさを自ら軽減できる支援を行う伴走者の役割がさらに求められ、幅広い対象者のニーズに見合う支援を提供できる役割開発が CNS に求められる。

加えて、入院患者の症状の複雑さ、多様さと地域連携の強調により、病棟看護師へのコンサルテーションや教育、看護の実施評価等に関する研究もより必要になってくる。また、倫理的課題を含む事象への対応も必要である。これらを評価し報告を通した可視化の必要性は今後の課題である。

一方で、精神科病院における、患者の退院促進や統合失調症の軽症化、外来患者数の増加を考えると、精神科病院の病床数は減少していくことが考えられ、地域により多くの精神障害者や精神保健に課題を抱えた人が存在することは予測される。このため、CNS は、所属する病院の難しい患者への直接ケアや病棟看護師の教育及びコンサルテーションだけでなく、精神科病院の外来看護の充実のための教育や役割開発、地域の精神科クリニックや訪問看護、就労支援事業所等の福祉施設に外部リソースとしてコンサルテーションや教育支援を行う必要性も高くなってきている。

筆者は、精神科クリニックで約 10 年間看護面接を実施してきた。精神科クリニックの通院患者は、入院病棟を持つ精神科病院の外来患者と比べて、精神病圏の人が少なく、不安障害、

適応障害、自閉スペクトラム症、抑うつ状態等の人が多い。さらに、認知症者の受診者も多い。一部の重度の認知症者を除くと、主に言葉を介した看護面接がその人の回復に重要な機能を持つ。同時に、精神科クリニックは、精神症状によって日常生活の営みが困難になっているも、入院せずに、周囲の支援や症状と何とか付き合いながら生活している人の受け皿にもなっている。筆者もまた、精神症状日常生活の困りごとを抱えた人々に、その困りごとを軽減する工夫や、困りごとに対処する強さをもてるように、ケアを実施してきた（表 1）。

精神科クリニックでの筆者の看護面接を中心とした患者へのケアは、認知行動療法的なアプローチを中心とした直接ケアと多職種連携、主治医や行政保健師と話し合い、虐待のリスクの高い母親である患者の対応や虐待通報などの倫理的課題を孕む事象について対応をしていた。司法が絡む事例の対応では、再犯のリスクをアセスメントしながら、今何をすべきなのかを患者と話し合いながら、手探りで実践していたように思う。

直接ケアとしての面談では、具体的には、患者が何に困っているのか、何を望んでいるのか、困りごとや希望することによってどのように対応していきたいと思っているのかをじっくり聴いていたと思う。この際、米国の心理学者である Hill, C が提唱した「ヘルピングスキル」¹⁶⁾ を積極的に用いた。これは、認知行動療法の要素を持つエビデンスのある援助スキルである。このスキルを駆使することでほとんどの患者の目標到達への支援が行えた。

また、患者とのクリニックでの面接だけではなく、患者が希望する地域の就労関連の事業者や母子保健の行政保健師等の関係職種と定期的に連絡を取る事例も多く、中には、患者とともに事業所に見学訪問をしたこともあった。患者の生活の困りごとは多彩であり、また困りごとの打破には、クリニック内のリソースだけでは不十分なことが多く、患者の了解をとりつつ、他職種と情報共有をして、役割分担を行った。

表1. 精神科クリニックでの看護面接をした主な患者の概要とかかわりの実際

概要	特徴	関わりの意図／他職種連携
1. 育児不安と子どもの虐待のリスクの高い女性	子育てに悩む女性には、比較的多く関わった母親本人が自閉スペクトラム症傾向があり、子育てへのこだわりによる母子関係の困難な事例など	受診者である母の子育ての不安の軽減や、母親自身の生活の安定のために何ができるかを本人と話し合う。 市の母子保健課の保健師と定期的に情報を共有した。 本人の同意のもと、虐待の通報を行い、子どもの保護を依頼した事例も複数ある。
2. 多問題家族	受診者は主に母親であるが、子どもが自閉スペクトラム症傾向、引きこもり、非行などを抱えており、さらに母親の精神状態を悪化させていた。	家族の精神的支柱であるのは、たいてい受診者である母親であったため、母親の精神的な安定を目指した。ストレングスを見つけ肯定的なフィードバックをしながら、より安定していくために生活上どのような工夫をしたらよいかを、本人と話し合い、実行してもらった。 子どもを精神科につなげる/相談支援事業所につなげる/児童相談所に対応を依頼する
3. 犯罪に絡むケース	摂食障害とクレプトマニア(切盗症)を持つ女性や統合失調症の幻聴から女性宅に不法侵入する男性	摂食障害の女性は、万引きによる逮捕起訴の際、裁判の証人として治療の必要性を説明し、執行猶予となり、初めて摂食障害とクレプトマニアの治療が進んだ。面接でも自己の振り返りが深化し、回復した。 統合失調症の男性は、将来や今何をするべきかについて、本人の希望をもとに話し合った。地域で生活できるくらいの妄想の程度を維持していた。就労支援のデイケアのある病院に転院した。 弁護士や保護司との情報交換/ 就労支援に関する事業所スタッフとの情報共有
4. 統合失調症で引きこもり傾向の女性	症状は落ち着いているが、家族以外との交流や居場所がない	患者のニーズを見極める。患者によっては人とのつながりを欲していないため、面談で他愛のない会話を楽しむことを心がけた。少しずつ活動範囲が増えていった。 働けないことに焦る患者には、時機を捉えて、ネットで近隣の就労支援事業所等の見えそうな施設と一緒に検索し、連絡の方法などを伝えた。自身が見つけた就労継続支援 B 型事業所に通えるようになった。
5. 境界性パーソナリティ症の女性	自傷行為や死にたい気持ち、将来の悲観 家族や友人とのトラブル	自傷行為や希死念慮については、訴えを聞いた後で、死なないでいるためにできることがあるかを話し合い、できそうなことからやってみるよう支援した。 家族や友人とともに面接をすることもあった。

地域で活動する精神看護 CNS のこれから の活動への提言

精神看護の場は、今後ますます地域に移行していく。精神科病院の入院治療は、患者の意思にかかわらず、医療者が必要だと判断した治療を強制的に受けさせることを可能にする環境である。それにより患者が精神的に回復してきたことも事実である。しかし、地域では、患者の意思に反した“強制的な”治療やケアはできないため、患者の意図を十分に理解するコミュニケーション能力とそれに基づく関係性構築が必要になる。そのため、看護師自身が病棟での看護からの発想の転換や看護観の転換を必要とすることが多い。

また、地域では、精神障害者が必要だと思う社会資源を、その人のサービスネットワークに組み込む必要があり、コーディネーション（調整）を役割とする CNS はそのための重要な役割を担う。特に、精神障害者にとって必要なのは「住居」である。独居の場合、金銭的問題や地域のスティグマもあり、十分な供給があるとは言えない。このため住居提供の専門家との連携は重要である。

さらに、今後は、地域で生活する精神障害者の高齢化が進んでいく。その人らしく生きていくための身体的な健康の維持に加え、よりよい人生の終わりの迎え方についても考え、エン

ド・オブ・ライフケアの提供や整備も精神看護 CNS の活動内容として重要になってくるであろう。これらは、ほとんど手つかずの状態である。

精神看護 CNS は、図 1 のように地域の医療保健福祉機関と連携をとるだけでなく、外部のリソースとして、コンサルテーションや連携の調整、倫理調整や教育、研究などを提供できる。このように横断的に地域のニーズにこたえるためには、地域で、独立採算の事業を展開していくことも今後は重要になってくる。しかし、現行の精神看護 CNS に認められる診療報酬だけでは、訪問看護以外の地域での事業の確立は困難である。精神看護 CNS の活動の効果や重要性を広く社会に訴え、1つ1つの実践の評価を可視化し、客観的指標を持つアウトカム評価を加えた、ケアの整備が、精神看護 CNS の未来を輝くものにしていく可能性がある。

お わ り に

これまで、日本における精神看護 CNS の現状と課題、今後の活動の在り方についてまとめた。米国では精神看護 CNS の新規認定がなくなり、高度実践看護職が NP に一本化されたため、日本独自の精神看護 CNS の役割や意味を見出していく必要がある。日本でも、特定行為として、診療技術の一部を実施する看護職は増えていくものと思われる。しかし、看護の本質

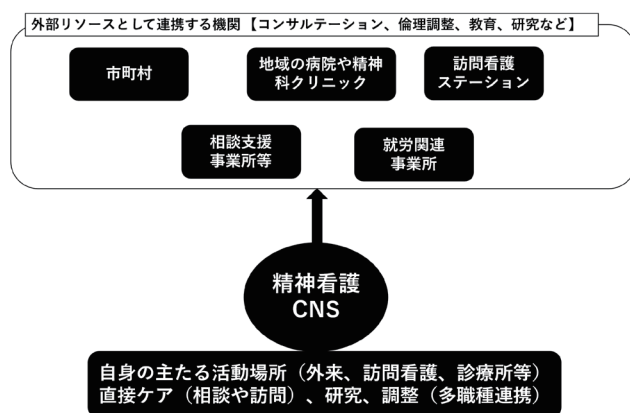


図 1. 精神看護CNSの活動

と看護の独自性を省みるとき、精神保健医療分野においては、精神疾患により生活上の困難を抱えた人に寄り添い、コミュニケーションを通して関係を築き、その困難をその人自身で取り除ける力を持てるように、伴走者として支援することが何より重要ではないだろうか。治療が困難な患者にも看護は提供できるのであるから、先達の理論家の唱えた意味を再考し、立ち返る必要があるだろう。

今後、精神保健医療分野のケア対象者は、精神疾患の診断がない精神保健の課題を抱える人にも範囲が広がる。薬物治療によらない回復の支援も CNS の重要な役割となるだろう。筆者自身、現在の立ち位置を確認しつつ、同じ信念を持つ同志を増やしていきたいと思う。

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

文

献

- 1) 粕田孝行. 長谷川病院における看護. 野島佐由美監修. セルフケア看護アプローチ. 東京: 日経研出版, 115-121, 1996.
- 2) 横井志保. 精神看護専門看護師の活動報告—役割開発の過程と現在の活動について—. 静岡赤十字病院研究報, 42: 20-27, 2022.
- 3) 馬場薫, 斎藤美雪. 精神看護専門看護師の活動状況と雇用・活用ニーズの認識に関する調査研究. 北日本看護学会誌, 17: 31-37, 2015.
- 4) 萱間真美, 瀬戸屋希, 青木裕見, 木戸芳史, 片山成仁, 高砂裕子, 草地仁史, 平原優美, 立森久照, 船越明子. 精神保健医療の分野における専門性の高い看護師の看護実践の把握及び効果検証のための研究: 文献検討～精神科訪問看護のアウトカム指標～. 萱間真美編. 令和 4 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業報告書: 1-62, 2023.
- 5) American Association of Nurse Practitioners. “Nurse Practitioners are the Providers of Choice for Millions of Americans” https://storage.aanp.org/www/documents/NP_Infographic_111122.pdf, (参照 2025-01-28)
- 6) National Association of Clinical Nurse Specialists. “National Association of Clinical Nurse Specialists Releases Census Results” <https://nacns.org/2021/05/national-association-of-clinical-nurse-specialists-releases-census-results/> (参照 2025-01-28)
- 7) American Psychiatric Nurses Association. APNA Position Statement: PMH-APRNs <https://www.apna.org/resources/position-paper-pmh-aprns/> (参照 2025-01-28)
- 8) Phoenix, B J. & Chapman, S A. Effect of state regulatory environments on advanced psychiatric nursing practice. Archives of Psychiatric Nursing, 34: 370-376, 2020.
- 9) “Common Questions about Advanced Practice Psychiatric Nurses”. American Psychiatric Nurses Association. <https://www.apna.org/about-psychiatric-nursing/faqs/#1> (参照 2025-01-28). American Psychiatric Nursing Association FAQ, <https://www.apna.org/resources/position-paper-pmh-aprns/> (参照 2025-01-28)
- 10) American Psychiatric Nurses Association. APNA 2022 Psychiatric-Mental Health Nursing Workforce Report. <https://omsapaproduct.wpenginepowered.com/wp-content/uploads/2022/08/APNA-Workforce-Survey-Data-Report-8.15.22.pdf> (参照 2025-01-28)
- 11) 中井久夫. 看護のための精神医学. 医学書院: 東京, 2001.
- 12) 内海健. 軽症化時代における統合失調症の精神病理. 精神医学, 59: 1011-1018, 2017.
- 13) 須賀英道. 統合失調症の減少と軽症化はあるのか. 精神医学, 59: 1019-1027, 2017.
- 14) 清水加奈子, 加藤敏. 統合失調症の発病状況, 精神科治療学, 33: 143-148, 2018.
- 15) 櫻木 章司. “第 4 回新たな地域医療構想等に関する検討会”. 日本精神科病院協会. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001256794.pdf>, (参照 2025-01-28)
- 16) Hill, CH, 藤生英行 (監訳). ヘルピングスキル, 探求・洞察・行動のためのこころの援助法. 金子書房: 東京, 2014.

著者プロフィール



郷良 淳子 Junko Gora

所属・職：京都府立医科大学医学部看護学科精神看護学領域・教授

略 歴：1988年3月 筑波大学医療技術短期大学部看護学科 卒業

1991年4月～1994年3月 医療法人碧水会 長谷川病院勤務

1996年12月 University of Wollongong Graduate School of Health & Behavioural Sciences 修了 Master of Science (Mental Health)

2006年3月 日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 修了 博士（看護学）

2006年1月～2009年3月甲南女子大学看護リハビリテーション学部 看護学科 講師

2014年4月～2018年3月人間環境大学看護学部 准教授

2018年4月～2022年3月鈴鹿医療科学大学看護学部 教授

2021年12月～現職

専門分野：精神看護学

最近興味のあること：在宅精神障害者のエンド・オブ・ライフケア

精神的に困難を抱えた人の地域の居場所づくり

主な業績：1. 光井朱美, 郷良淳子, 志澤美保, 新任期保健師と母親との信頼関係構築のプロセス, *日本地域看護学会誌*, 27, 6-16, 2024.

2. 永住沙紀, 郷良淳子, 精神看護学実習で教員が指導に困難を感じる学生の特徴と学生への支援方法についての示唆, *看護教育研究学会誌*, 16, 13-23, 2024.

3. 武笠佑紀, 郷良淳子, 患者の自殺に遭遇した看護師の心的外傷後成長 心的外傷後成長に至るプロセスに焦点を当てて, *自殺予防と危機介入*, 43, 135-142, 023.

4. 郷良淳子, 自傷を繰り返す経験の意味—当事者の視点から—*三重看護研究会誌*, 3: 3-14, 2020.

5. 井上里恵, 藤原奈佳子, 郷良淳子, 病院に勤務する認定看護師が訪問看護師のケアの質を補完する遠隔看護支援システムの有用性の検証, *日本看護研究学会誌*, 42: 195-201, 2019.

(著書) 1. 郷良淳子他, 公衆衛生看護学第4版, 第3部対象別地域看護活動の展開と支援; 第2章健康状態に焦点をあてた活動 精神保健活動, 東京: *中央法規出版*, 459-478, 上野昌江, 和泉京子編著, 2025.

2. 郷良淳子他 第2部精神科看護の実践, 第9章6-7節事例に学ぶ看護の実践, ナーシング・グラフィカ 改定精神看護学② 精神障害と看護の実践, 325-337, 出口禎子, 松本佳子, 鷹野朋実編, 大阪: *メディカ出版*, 2023.