

20011239

厚生科学研究費補助金

医療技術評価総合研究事業

精神専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究

平成 13 年度 研究報告書

主任研究者 野末 聖香

平成 14(2002)年 3 月

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

研究報告書

精神専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究

主任研究者 野末 聖香（慶應義塾大学看護医療学部教授）

研究要旨

本研究は、精神看護専門看護師の直接ケアの技術とその成果を明らかにすることを目的とした。精神看護専門看護師に対する面接調査、および専門看護師とナースを対象とした質問紙調査の結果、以下のことが明らかになった。

精神看護専門看護師に直接ケアが依頼されるのは、患者の精神的・身体的問題が複雑化、長期化していて、改善の見通しが立ちづらい問題であり、かつ、その問題に対するナースや他の医療スタッフの葛藤が大きい場合であった。精神CNSは、患者の心身の問題をアセスメントすると同時に、家族や、ナース、医師といった医療スタッフの抱えている葛藤、関係者間で起こっているダイナミズムをシステム論的に捉え、分析し、介入の組み立てを行っていた。患者に対する直接ケアとしては、精神療法的アプローチ、認知・動療法的アプローチ、リラクゼーション、教育的アプローチなどがあり、それに加え、家族の支援、ナースへのコンサルテーション、サポート、教育、他の医療職者との連携、といった働きかけを統合的に行っていた。精神CNSの介入の成果として、患者には、過喚起発作の消失、不眠の改善、自傷行為の減少、抑うつ気分の改善といった心身の症状改善や、症状悪化や二次的障害の予防、日常生活行動の拡大、ストレス対処能力の向上、といった変化が認められた。また、家族には、家族自身の精神状態の安定、患者理解の深まりが認められた。ナースには、ケア意欲の回復、患者理解の深まり、ケアの幅の広がりなどが見られた。さらに、看護チーム、医療チームの連携が促進された。

以上のような患者の変化は精神CNSの介入だけによってもたらされたわけではない。しかし、精神CNSの介入後、それまで問題が複雑で改善が困難な状況にあった患者の心身の状態やセルフケアレベルに改善が認められたということは、精神CNSが患者や家族、医療スタッフに統合的に関わったことの影響が大きいと考えられる。また、精神CNSの直接ケアは患者の回復を促進するが、同時になされる医療職者に対するコンサルテーション、教育、調整、といった統合的な働きかけによって、医療チーム全体が、効率的で質の高いケアを提供できるようになる、ということが明らかになった。今後は、対象とする症例数を増やし、さらに分析を深めていく必要がある。

分担研究者

氏名	所属	職名
宇佐美しおり	熊本大学医療技術短期大学部	助教授
若狭 紅子	東京女子医大看護学部	助教授
片平 好重	横浜市立市民病院	精神看護専門看護師
福田 紀子	横浜市大医学部附属市民医療センター	精神看護専門看護師
釜 英介	都立松沢病院	精神看護専門看護師
早川 昌子	関西労災病院	精神看護専門看護師
岡谷 恵子	日本看護協会	専務理事

研究協力者

氏名	所属	職名
Pamela Minarik	青森県立保健大学健康科学部	教授
志自岐 康子	東京都立保健科学大学保健科学部	教授
田中 美恵子	東京女子医科大学看護学部	教授
川名 典子	聖路加国際病院	精神看護専門看護師
深沢 裕子	長谷川病院	精神看護専門看護師
濱田 由紀	東京女子医科大学看護学部	講師
山岡 由実	兵庫県立看護大学看護学部	助手
山本 則子	兵庫県立看護大学看護学部	助手
久保田加代子	日本看護協会	部長
花出 正美	日本看護協会	

目 次

A. はじめに	1
B. 文献検討	1
C. 研究目的	6
D. 研究方法	6
I. 対象	6
II. 研究方法	6
III. 分析方法	7
IV. 研究における倫理的配慮	8
E. 結果	8
I. 対象者	8
II. 面接調査の結果	8
III. 質問紙調査の結果	61
F. 考察	62
G. 結論	68
引用文献・参考文献	70
表 1～9	72
資料 1～4	85

A. はじめに

近年、国民のヘルスケアニーズは多様化し、看護職に対してもより専門的で質の高い看護が求められている。また医療現場における医療職者間の綿密な連携に基づいた安全で確実に効率的な医療サービスへの期待も高い。

このような期待に応えるため、1996年から日本看護協会による専門看護師認定制度が発足した。専門看護師は専門看護分野の深い知識と卓越した看護実践能力をもって、より複雑な看護問題に対応するとともに、患者を中心としたチーム医療を促進する。

現在のところ、がん看護、精神看護、地域看護、老人看護、小児看護の領域で認定が行われるようになったが、現在その数は26名と少数である。しかし年々、専門看護師を育成するコースを持つ大学院が増加しており、さらに専門看護師を雇用したいと希望する管理者の数も増えているため、専門看護師は今後確実に増加していくものと考えられる。専門看護師という看護ケア提供システムが、これから国民のニーズに答えうるシステムとして発展していくためには、現在認定をうけて活動している専門看護師が実際にどのような役割を果たしているのか、どのような成果をあげているのかを明らかにすることが必要である。

海外、特に米国では専門看護師の歴史は長く、これまでにその活動の成果は疾病の再発率の低下、合併症の減少、慢性疾患患者の生活コントロールの改善、入院日数の減少、コストの減少などにみられたことが報告されている。しかし、日本においては専門看護師の効果研究がはじめられてはいるが、その数はまだ少ない。

今回は、精神看護の領域で活動する専門看護師に焦点をあて、精神看護専門看護師にとって最も重要な機能である直接ケアに注目し、精神看護専門看護師の直接ケア技術とその成果を明らかにすることを目的に研究を行った。

本研究から、精神看護専門看護師の直接ケアの実態とその成果が明らかになるだけでなく、今後専門看護師として活動する専門職に活動の指針を提供し、さらに精神専門看護師の活用をすすめることにつながるといえるだろう。

B. 文献検討

専門看護師 (Clinical Nurse Specialist: 以下CNS) の直接ケアの効果として、先行研究から以下のようなことが明らかになった。

I. CNSの直接ケアの効果

CNSの機能にはケア困難な直接ケア、ケース中心・コンサルティ中心・プログラム中心・管理に関するコンサルテーション、教育、研究、調整という機能が存在する。CNSの直接ケアは、ある看護の領域で理論・知識を用いながら実践を行い患者・家族の健康状態を改善することを目的としている¹⁾。CNSの直接ケアはCNSの実践において卓越性を示す有効な方法であり、患者・家族の健康状態だけでなく、スタッフ、他の専門職にも影響を及ぼすことがすでに報告されている。

アメリカ合衆国では1970年代から看護系大学院が急増し、CNSが増え続けてきたが、1980年代後半以降の医療経済の財政の圧迫によりCNSと医師に代わって処方ができるNP (Nurse Practitioner)の統合が促進されるようになり、1980年代後半には看護系大学院がAPN(Advanced Practice of Nurse)のコースを増やしCNSにとってかわって活動を行うようになった。APNはCNSと同じ機能をもつが、処方ができる点ならびに直接ケアをより強化している点においてCNSとは異なる。しかしここではCNSとAPNの効果に関する文献を同じよ

うに検討していく。

Spracinoは、CNSの定期的で一貫した直接ケアは、CNSの臨床能力を示し、他のスタッフの学習ニーズを満たし役割モデルとなり、CNSの動きを可視的なものとし、組織を変化させる前のCNSへの信頼を獲得することにつながると述べている²⁾。Dorman, Kは、CNSに限らず看護ケアの成果の指標に関する研究を行っているが、看護ケアの成果の指標として、身体的、精神的、機能的、行動的、知識、家族機能、家族緊張、安全性、症状コントロール、生活の質、目標達成、患者満足度、サービスの効用、看護診断の解決、をあげている³⁾。さらにUrdenはCNSの機能の成果の指標を探索しているが、複雑になったケアを調整することでコスト削減につながると述べている。またUrdenはこれまでの文献をレビューし、指標としては身体的な成果、心理社会的成果、機能的成果、経済的成果、満足度に分類されると述べている⁴⁾。身体的成果としては症状の改善、睡眠が、心理社会的成果としては行動、関係性、コミュニケーションの改善があげられ、さらに具体的には対処行動、家族・役割機能の変化、不安の変化、ケア提供者の緊張と負担の変

化、があげられている。さらに機能的成果の指標としては日常生活活動、セルフケア、社会的相互作用、生活の質があげられ、また経済的成果としては在院日数の短縮、サービスの活用度の向上、ケアにかかるコストの軽減などがあげられている。また満足度としては患者・家族のケアに対する満足度があがるだけでなく、専門家のサービス提供への満足度も高くなることが述べられている。さらに Ingersollは、医療経済の切迫のためにCNS(Clinical Nurse Specialist)とNP(Nurse Practitioner)が統合された形のAPN(Advanced Practice of Nurse)の効果の指標に関する研究を行い、APNの効果の指標はこれまでの看護ケアの指標でみるのではなく、APNのケアがどのようなものであるのかという視点で評価すべきであると述べ174名のテネシー州のAPNに質問紙調査を行っている⁵⁾。その結果、効果の指標としては1)ケアに対する満足度、2)症状の軽減、3)楽になったという認知、4)コンプライアンスがあがったこと、5)患者と家族の病気に関する知識、6)ケア提供者への信頼、7)ケア提供者同士の共同作業、8)患者のニードに関する提言、8)生活の質、

という側面が有効である、との結果が得られている。さらにHamricらは、この2ヶ月間にAPNがケアした患者1708名を対象に患者への質問紙調査、ケアをしているAPNと医師双方からの評価を行い、APNのケアが患者にどのように影響しているのかを明らかにしている。対象となった患者は自殺企図、不安障害、肺炎、関節炎、高血圧の患者で、患者、APNと、医師間の結果の一致率は高く、患者の状態が改善したものが59%、状態が安定しているもの17%、状態が変化しないもの14%、状態が悪化したもの3%だった⁶⁾。

一方日本においては1993年から日本看護協会によるCNS認定がはじまり、ガン、精神、地域看護の領域においてCNSの活動が制度的にも認められるようになった。現在まだ26名であるが、その数は増えてきており、CNSの組織内での位置付け、直接ケアやコンサルテーションの実際、機能の紹介、管理者との関係、導入の仕方などが報告されてきている。しかしこれらの報告は事例報告が多いが、岡谷らはCNSの活動に関する実態の評価を質問紙を用いて行い、その結果、スタッフがケアしやすくなったこと、ある対象者たちに対して

のケア方法がわかったこと、などを上げている⁷⁾。

このようにアメリカ合衆国におけるCNSは1970年から活動が盛んになってきており近年の経済状況の圧迫によりCNSの機能がNPと統合されてAPNになるまで長く活動を行ってきた。しかし患者への直接の効果に関する研究が少なく、またCNSのコストが高かったことからその機能が危ぶまれるようになりAPNが増えるようになってきている。従い現在アメリカ合衆国におけるAPNの直接ケアに関する成果の研究はCNSへの反省を踏まえたものといえよう。また日本においてもCNSの数がまだまだ少ないが、CNSの活動の実態を報告するとともに、その成果を示していくことが、CNSの数を増やすだけでなく、制度の継続や維持を促進ならびに診療報酬の改善のために必要なデータとなっていくであろう。

II. 精神看護専門看護師（以下、精神CNS）の直接ケア効果

精神CNSの直接ケアの評価に関する研究も少ないが、Groverは、精神科救急においてAPNの役割が少しづつではあるが安定してきていることを示している。GroverはAPNが抑うつ、不

安障害、他の精神障害の患者をこれまでCNSが行っていたがAPNがケアし続けるようになってきたことを事例を用いて報告している⁸⁾。これに対してKarshmerらは、精神科救急の場で、CNSが包括的な生物・心理・社会的アセスメント、効果的な危機介入、薬物の管理、家族ダイナミクスへの介入、治療上における環境への考慮を行っている、ことを行い、成果をあげていることを報告している⁹⁾。

さらにTuckerらは、CNSの直接ケアの成果に関する先行研究の文献レビューを行い、CNSの直接ケアは心理社会的機能の改善、早期退院、再入院の減少、症状の軽減、に関連していると述べている¹⁰⁾。さらに43名の精神科救急病棟で働く看護師と35名の他職種にCliford Clinical Nurse Specialist Functions Inventory (CCNSFI)を用いてスタッフならびに他職種に質問紙調査を行った。CCNSFIは精神CNSの直接ケア、教育、管理、研究の機能からなる質問紙で信頼性係数が0.83で内的妥当性の検定もおこなわれている。スタッフが最もよく認知したCNSの機能は、CNSの実践とスタッフの実践が統合されていること、専門家としての看護師の成長を促してくれたことを述べながらも一方で病棟ナースとの機能が区別できにくい部分があることが報告さ

れていた。また他職種が認知したCNSの機能は、ケアしにくい患者のケアにコミットしてくれてケアしやすくなったこと、スタッフの対処能力があがったこと、ケアの継続が行われやすくなったことだった。すなわちこれらの認知の内容は直接ケアと関連している内容と考えられた。

さらにNuccioらは、636名のスタッフナースにCCNFSIを用いて、CNSの機能の評価を郵送法を用いて行った。その結果、直接ケアでは、ある領域における看護ケアのさらなる方法を促進してくれたこと、ついで患者・家族へのアセスメントをもとに患者・家族へ教育を行ってくれたこと、そして看護ケアプランを導き出してくれたこと、が最もよく認知され高い評価を得ていた。そして教育の機能では、看護スタッフへのコンサルテーション、フォーマル、インフォーマルな助言、患者・家族のニーズにもとづいてケアの助言をしてくれたこと、などが最も有効であったと報告されていた¹¹⁾。さらにCNSは変化をもたらす研究の活用について助言をしてくれた、研究結果をどう活用していいのかを教えてくれたことが最も有益であったと認知されていた。さらにCNSの管理的な機能としては看護実践に影響を与える決定に参加し影響を与えてくれた、看護実践のスタンダードを作っていく際

に、リーダーシップをとってくれたことが有効だったと認知されていた。

一方、日本においては、身体疾患をもつ患者の痛みが精神力動的な介入で減っていったこと、一般病院に入院する患者の身体化の症状がリラクゼーションによって軽減したこと、また一般病院における長引くせん妄の軽減のためケアプロトコルの開発を行うことで減少していったこと、また精神科病棟において薬物治療の効果のない患者へ家族を含めた精神力動的アプローチを行うことで症状が軽減していったこと、さらに病棟を振り回し行動化の激しい患者へのスタッフとの一貫した看護ケアを提示していくことで行動化が減ってきたことなど事例報告として報告されるようになってきている¹²⁾。さらに精神CNSの組織での位置付け、管理者との関係、組織への導入の仕方、CNS機能の発揮の仕方、コンサルテーションの実際と成果など、少しづつではあるが研究が増えつつある。しかしながらCNSが機能を発揮するとき最も重要な役割を果たす直接ケアがどのように行われているのか、そしてどのような成果をあげているのか、またどのような成果を指標にしていく必要があるのか、についての研究は少ないといえるだろう。

そこで、ここでは、CNSの直接ケア

の実態と成果について明らかにすることを目的とし、CNSが組織の中でどのように活用されていくことで看護ケアをさらに向上させていけるのかを検討することを目的とした。

C. 研究目的

本研究は、日本看護協会により認定を受けた精神CNSの機能の中でも特にケア困難な患者への直接ケアに焦点を当て、精神CNSの直接ケア技術の実態を明らかにし、その成果を明らかにすることを目的とした。精神CNSの直接ケア技術とその成果を明らかにすることで、活動の実態を可視的にし、組織での活用を促すことに貢献するであろう。さらに今後精神CNSを目指す大学院生にとっても、どのような技術を獲得する必要があるのかを明らかにすることができると思う。下記に研究目標をあげる。

1. 精神CNSの直接ケア技術を明らかにする。
2. 精神CNSの直接ケア技術の成果を明らかにする。
3. 精神CNSの直接ケア技術による変化を明らかにする。

D. 研究方法

I. 対象

本研究における対象者は、現在認定を受けて活動を行っている精神CNSと、精神CNSが語った患者を中心的にケアしていた病棟ナースとした。病棟ナースの人数は患者1名につき2-3名とした。

II. 研究方法

1. 面接調査

現在認定を受けている精神CNS9名の中で直接ケアを実施している8名とした。同意の得られた対象者に対して、質的研究の知識と経験の豊富な本研究メンバー以外の研究協力者が半構成的質問紙を用いた面接調査を行った。面接時間は約1時間である。面接内容は、①精神CNSとしての経験年数、②看護師に直接ケアを依頼された理由、③直接ケアをしようと考えた理由とケース紹介、④直接ケアの内容、⑤直接ケアの結果および成果、⑥直接ケアの際の困難さとそれに対する取り組み、⑦症例に対する薬物療法の内容、⑧他職種の間わり、⑨面接の症例として選んだ理由、⑩症例の変化における精神CNSの働きかけ以外の影響要因、であった(付録)。面接の際に精神CNSは、この2-3ヶ月以内に直接ケアを行い、すでにケアが終結している症例に

ついて、上記の内容を語ることにした。なお、対象者の了解を得てテープ録音し、それを逐語的に記述した。

2. 質問紙調査

直接ケアの効果を測定するために、対象者の精神CNSおよび、患者に中心的に関わっていた病棟ナースに対して、質問紙調査を実施した。調査は、精神CNSの介入終了後に行い、CNSの介入前と後の患者の精神状態やセルフケアレベル、をBPRS(Brief Psychiatric Rating Scale)、GAF(Global Assessment of Functions)を全症例に、メニンガー患者分類表を精神疾患をもつ患者のみについて記入してもらい、無記名で郵送法により回収した。

1) B P R S

BPRSは臨床家により幻聴、不安、興奮など18項目からなる精神分裂病を対象とした質問紙であり、7段階で評定する尺度である。この尺度は精神分裂病を対象として開発された尺度であるため今回の調査でうつ病や境界例にも対照として用いている点においては本研究の限界が存在する。

2) G A F

GAFは、一定期間連続して心理的に

病んでいる状態から健康になるまでの全体的な心理社会的機能を評定する尺度であり点数が高くなるほど機能障害が大きいことを示している。

3) メニンガーの患者分類表

メニンガーの患者分類表は、精神病院の看護職員人員配置のために開発された質問紙であり、点数が高くなるほどケア度が高くなることを示している。

今回GAFとメニンガー患者分類表は臨床的によく用いられているが、質問紙の信頼性、妥当性の検討についてはまだ明らかではない。

III. 分析方法

精神CNSへのインタビューについては、対象者の許可を得て、テープ録音し、逐語録を用いて質的な分析を行った。質的な分析は、CNSが関わった問題、アセスメント、介入の組み立て、介入、成果という視点から、コード化、カテゴリー化を行った。分析結果の信頼性・妥当性の検討を高めるために、その検討を精神看護のエキスパートであり、かつ質的研究に精通した助言者とともにを行った。またBPRS、GAF、メニンガー患者分類表については、精神CNS、病棟看護師ごとに、精神CNS介入前後で合計点を比較し、2群間での母平均値の差の検定を行っ

た。

IV. 研究における倫理的配慮

調査の実施に際して、精神CNSの勤務する病院の所属長に対して、研究の目的、方法、倫理的配慮について文書を用いて説明し、さらに研究メンバーが直接説明し、協力を依頼した。また、必要に応じて病院の倫理委員会の承認を得ながら調査協力への同意を得た。その上で、今回の調査対象者である精神CNS及び病棟看護師に対しても文書で説明し、同意を得てから調査を実施した。なお、今回の調査における面接内容が症例のプライバシーに深く触れる内容であるために、あらかじめ患者に対しても文書を用いて口頭で説明し、協力依頼を行なった。その際、調査協力の有無が患者の不利益にならないようにすることを約束し、不利益が生じないように精神CNSのかかわりがすでに終了している患者を対象とした。なお、調査協力への同意を得る事で精神的に不安定になることが予測される患者や、すでに患者が亡くなっており、その家族に同意を得るのは喪の作業の途上にいる家族の心理的負担となることが予測される場合には、調査協力への説明と承諾の手続きを行わなかった。しかし、すべての事例において、データの分析及び行な

うこと、また研究結果の公表に際しても、調査対象者及び調査の中で知りえた患者の情報について匿名性に配慮して行なうことで、倫理的な問題が生じないように配慮した。研究協力に対する対象者の意志は、承諾書及び同意書により最終的な確認を行なった。

E. 結果

I. 対象者

インタビューの対象となったのは、8名の精神CNSであった。また、質問紙調査に対する回答は、精神CNSがのべ10名、ナースが19名の計29名であった。

II. 面接調査の結果

以下、精神専門看護師の直接ケア技術に関する分析結果を、直接ケア技術と成果、精神専門看護師の直接ケアによる患者の変化、にわけて記述していく。

1. 精神看護専門看護師の直接ケア技術と成果

精神看護専門看護師の直接ケア技術は、1)もちこまれる問題及び背景、2)アセスメント、3)介入の組み立

て、4) 介入の実際、5) 成果、6) 直接ケアへの影響因子に分類できた。これらの結果を表1から表6に示す。

1) 持ち込まれる問題および背景

CNSに持ち込まれる問題および背景として、(1) 患者の状況、(2) 家族の状況、(3) ナースの状況、(4) 看護チームの状況、(5) 医師の状況、(6) 他職種の状況、(7) ナースの依頼意図のカテゴリーが抽出された。

(1) 患者の状況

CNSに依頼される患者の状況は、①身体的な状況、②精神的な状況、③問題を複雑にしている背景、の3側面から語られていた。

①身体的な状況

問題となる患者の特徴としては、i. 生命の危険を伴う疾患を持っている、ii. 身体侵襲の大きい治療を行っている、iii. 治療の効果が出ず身体状態が悪化、複雑化している、が挙げられた。

ある患者は40歳代の女性でガンと病名告知を受けて治療に臨んでいた。1クール目の化学療法後に下痢、嘔吐、倦怠感が出現し、不安も強くなっていた。さらに2クール目の化学療法中の患者が、親しい友人の死をきっかけに

不眠、興奮、突然泣き出すなどの精神的動揺が強くなっていた。このように、ガンという生命の危険を伴う疾患を持っていたり、治療のために数回に渡って行われる化学療法という身体侵襲の大きい治療を行っていたりしていた。また、臓器移植を受けた患者や妊娠悪阻が長引き点滴・絶食という状況にある患者、治療法が十分に確立されていない腫瘍を有するターミナルステージの患者など、経過が長引き、痛みが持続するなど治療の効果が思うように出ず、身体状態が悪化、複雑化している患者についてCNSに直接ケアが依頼されていた。

②精神的な状況

患者の精神的な状態として、i. 回復・治癒が困難な疾患を持っている、ii. 拘禁的状況にいる、iii. 心的外傷体験をしているなどが抽出された。

精神分裂病や鬱病などといった、病識をもちにくく、回復・治癒が困難な患者についてケアが依頼されていた。また、精神科においては、危険防止のために閉鎖病棟や行動制限など、治療環境自体が拘禁的な状況下にいたり、入院前後に患者の周囲で起きた出来事により、患者が悩み、そして苦しんでいるという心的外傷体験がある状況のまま入院が続いている患者の問題が、CNSに持ち込まれていた。

③持ち込まれた問題を複雑にしている背景

持ち込まれた問題をより複雑にしている背景がそこに存在することで、解決困難な状況が作り出されると考えられる。ここでは問題を複雑にしている背景として、i. 自己表現できない、ii. 状況に応じた対処行動がとれない、iii. 家族関係が悪化している、が抽出された。

i. 自己表現できない

自己表現できない患者の多くは、周囲に迷惑をかけたくないという思いから、訴えを自分自身の中に押し込めてしまう傾向を持っていた。ある女性患者は20数年来、自分の気持ちをわかってくれない夫への不満や、舅、姑などに対する怒りなどもあったが、自分の子供や身内の者達に心配をかけたくないという思いから、自分の悩みは一切口外しないうえできたという。このような抑圧傾向が続くことで、患者は自閉的となり、周囲との関係が保てなくなっていた。

ii. 状況に応じた対処行動がとれない

適応能力や対処能力の未熟・不足から、どうしていいのかわからないというパニックが生じてしまう患者もいた。ある患者は痛みが続いて入退院を繰り返していたという状況で、看護学

生が受け持ちについた。痛みが自分ではどうにもならないという思いと、看護学生のケアに時間がかかるという苛立ちが重なり、看護学生に八つ当たりのような攻撃をしていた。これは痛みという因子に苛立ちという因子も重なり、うまく対処できなくなってしまったケースである。

iii. 家族関係が悪化している

さらに家族との関係のありようが患者の問題を複雑にしていた。ある女性患者は、夫側の家族に対する怒りはあったものの、自分の身内には迷惑はかけられないという思いから、次第に自閉的になっていった。そして煩っていたがんに関しても、自分の行いが悪かったからという罪悪感を抱くようになってしまった。

(2) 家族の状況

持ち込まれた問題における家族の特性として、①患者の病気が受け止められない、②患者の気持ちが受け止められない、③家族自身へのサポートがない、の3つが抽出された。

① 患者の病気を受け止められない

ある患者の家族は、再入院を繰り返す患者に対して再入院が多いことを良いこととは思っていないと言っていた。患者との関係性が弱くなってしまった家族は、患者および病気に対し

て積極的に受け入れることが出来なくなっていた。

② 患者の気持ちを受け止められない

ある患者の父親は単身赴任のために、これまでもあまり患者に関わっていなかった。父親は患者のために部屋を作ってあげたが、患者はそこにほとんど入れない状況であった。それをみて父親は、患者に対して情けないと怒る、ということがあった。このように、家族が患者の気持ちを受け入れられない状況が起こっていた。

③ 家族自身へのサポートがない

ある患者の母親は患者の行動化に辟易していると言っていた。この母親は自分自身をサポートしてくれる資源を持っていなかった。

(3) ナースの状況

問題が持ち込まれたとき、ナースは次のような状況にいた。それらは、①適切なケアを計画し提供しようとしている、②精神的なケアに困難を感じている、③ケアに対する意欲が低下している、④効果的なケアを模索している、であった。

① 適切なケアを計画し提供しようとしている

あるナースは患者が不安になった

とき傾聴して対応したり、家族へのケアも必要と考えて行動するなど、積極的に関わっていた。

② 精神的なケアに困難を感じている

あるナースは生体腎移植を受ける患者を受け持つに当たり、精神的問題が起こることへの不安を感じていた。その病棟では看護チームも移植患者の精神的問題に関わっていないという思いが強く、そのなかにいるナースは、自分自身の経験が浅いということで患者とうまく関わっていないという気持ちを抱いていた。

③ ケアに対する意欲が低下している

ケアが結果として現れてこないことへの苛立ちがある、患者に対する陰性感情が高まっている、があった。

i. ケアが結果として現れてこないことへの苛立ちがある

ある40歳代のベテランナースは、人格障害をもつ患者のケアに困難を感じていた。患者には行動化(自傷行為、リストカットなど)が多くみられ、思うような行動面の変化が現れないことに不満と苛立ちを持っていた。

ii. 患者に対する陰性感情が高まっている

あるナースはいつまでたっても患者とうまく関われなかったり、患者からの攻撃や行動化があるために、患者

と関わることへの不安や恐怖という陰性感情が高まっていた。

④効果的なケアを模索している

あるナースはターミナルステージの時期にある患者に対して、なんとかしてあげたいという思いを抱いていた。ナースはその患者に人間的な魅力を感じていたが、治療法が十分に確立されていない状況で、なんとか「生きたい」という患者の思いを実現させてあげたいと心から共感していたが、思い入れが強すぎて感情的になり、どうケアしていったらいいのか迷っていた。

(4) 看護チームの状況

看護チームの状況については、①精神的な問題を話し合う場が設定されていない、②精神的なケアに対する一貫性がもてない、③チームのメンバーが患者の問題にコミットしていない、④CNSに対して閉鎖的である、が抽出された。

① 精神的問題を話し合う場が設定されていない

ある看護チームは自殺企図を繰り返す患者の問題に対して、CNSがカンファレンスを開いてはどうかと働きかけたところ「カンファレンスは頻回にやっている」という答えを

婦長からもらった。しかしスタッフからの情報ではカンファレンスは全然開かれていなかった。

② 精神的ケアに対する一貫性がもてない、

ある看護チームはCNSに対して、人格障害のある患者のケアの充実を図るために、グループとしてケアしていきたいと要求を述べていた。しかしながらチームは葛藤に巻き込まれている状況にあって、受け持ちナースが問題を抱え込む、主治医の方針が明確でない、話し合いを持っても具体策が出てこないなど、精神的ケアに一貫性がもてないでいた。

③ チームのメンバーが患者の問題にコミットしていない

ある看護チームは自殺企図を繰り返す患者に対して、関わりを持つことで自分にまで何らかの影響が起きてしまうという思いがあって、患者に対して消極的な関わりを持っていた。

④ CNSに対して閉鎖的である

ある看護チームはCNSがコンタクトを図ろうとしたときに病棟で起きている事態を隠そうとする、ということが起こっていた。

(5) 医師の状況

医師の状況としては、①他領域の医師を活用することに対する抵抗がある、②医師の消極性、③医師とナースの協働関係が確立されていない、が抽出された。

① 他領域の医師を活用することに対する抵抗がある

ある外科医師はスキントラブルで悩み抑鬱状態になっている患者に対して、皮膚科の医師には併診の依頼を出したが、精神的な問題に関しては取り上げようとせず、精神科の医師への依頼も出さないままであった。

② 医師の消極性

ある医師は患者に対して、一般的な薬物療法の導入のみで特に見直しをしなかったり、関わりをナースに任せていたりして、適切な治療・介入をしていない、といったことが起こっていた。

③ 医師とナースの協働関係が確立していない

あるナースは医師に対して「だらしない」「何の方針もない」などと不満を述べていた。チーム内での意見交換が不十分で、医師とナースとの関係は主従的であったり、非効果的であったりしていた。

(6) 他職種の状況

他職種の状況としては①医師間の連携が不足している、②医療チームとして動いていない、が抽出された。

① 医師間の連携が不足している

ある大学病院では、主治医が上司である医師に対して治療方針を話せないというケースがあった。

② 医療チームとして動いていない

医療チームとして動いていないは、①個々のメンバーは動いているが、チームとしての協力体制が弱い、②問題解決に対するチームの意識が不十分である、が挙げられた。

ある臨床心理士は患者との面接を通して患者の心理的な側面を分析していたが、それをチーム内で情報提供し、意見交換しあうことはしていなかった。ある作業療法士は患者の行動化のためにプログラムを中止したが、再開に関しての働きかけを自ら求めてはいなかった。

(7) CNSへの依頼意図

CNSへの依頼は、患者が引き起こす問題状況そのものや、解決困難な問題、複雑に絡み合った状況などに関わるナースの葛藤など、様々な状況が生じることで実現するものである。その依頼意図は、①危機的な状況への介入、②患者へのストレスマネジメント、③

健全なコーピング行動の獲得、④効果的な精神的ケアの方法を知る、⑤ナースの心的負担の軽減、⑥精神的問題の発生を予防する体制づくり、に分けられた。

①危機的な状況への介入

ナースは、患者の自殺企図や自傷行為、また異食などといった状況に危機介入してほしいという希望を持っていた。

②患者へのストレスマネジメント

ある患者は人工肛門を造設した後に、術後の痛みとストマが陥没するという状況に悩み、次第に抑鬱状態に陥っていた。ナースはその問題に対して、患者には気分転換が必要と考え、CNSにリラクゼーションを取り入れたケアがしたい、それ以外にも何かいい方法を教えて欲しい、という依頼を出した。

③健全なコーピング行動の獲得

ある患者は妊娠に前向きに取り組めないと述べていた。またある患者はナースに援助を求めることが出来ないうでいた。このようにCNSに持ち込まれる患者の多くは健全なコーピング行動が取れていなかった。このような患者がコーピング行動が取れるようになるようケアしてほしい、という

ニーズがあった。

④効果的な精神的ケアの方法を知る

精神的動揺が増している患者に関わったケースでは、患者の気分転換を図る目的でリラクゼーションなどの方法を教えて欲しいとCNSに依頼があった。また、ある病棟では人格障害のある患者の行動化に悩んでいた。そこで人格障害のある患者のケアの充実を図るために、グループでケアできないかとCNSに依頼があった。このように、具体的ケア方法を知りたい、また、それを患者に教えてほしい、という依頼があった。

⑤ナースの心的負担の軽減

ある病棟ではターミナルの時期にある患者に関わった。ここでは生きてほしいという患者の想いにナースが共感して、過度の思い入れが生じて感情的になる雰囲気が病棟全体に広がっていったという状況があった。そこでCNSに対してナースの負担を少しでも軽くするような支援がほしい、と期待していた。

⑥精神的問題の発生を予防する体制づくり

CNSの活用を問題が起こってからではなく、あらかじめ精神的な問題が生じてくるだろうという予測がた

つ場合に、早くから連携をとって、スタッフが患者に関わる体制を作ろうとしていた。ある移植患者を受け入れる病棟では、移植患者の精神的問題に関わっていないという思いが強く、患者にどう関わっていったらいいのかという問題をずっと感じていた。そのため早くからCNSへ依頼を出して、チームとしての連携をとっておく、ということをしてきた。

2) アセスメント

CNSのアセスメントは、(1)アセスメントするための働きかけと、(2)アセスメントに分類できた。

(1) アセスメントするための働きかけ

CNSのアセスメントのための働きかけは、①情報収集のための活動、②患者と話せる場づくり、③CNSへのニーズの把握、④患者との意図的な面接や日常生活場面へのかかわり、に分類できた。

① 情報収集のための活動

ここでは i. 病棟ラウンドや状況把握のために現場に出向くこと、ii. 加行をみること、iii. 患者の観察と情報収集のために患者・家族から話をきくこと、iv. 看護師や医師から話を

きくこと、v. カンファレンスへの参加に分けられた。

② 患者と話せる場作り

患者と話せる場作りでは、i. 介入のための場作り（時間、場所の設定）、ii. 患者との信頼関係を作る、iii. 面接の目標を設定する、に分類できた。

i. 介入のための場作り

ここでは、患者に直接ケアをはじめるにあたり患者と初回にあう場面で、CNSは「受け持ちナースより紹介」されたり、「自己紹介」したり「医師の依頼で来た事を伝え」たりし、自らの役割と機能を明確にし患者に伝えていた。そして1対1で落ちついて関われる場所を探したり、関わる場と形態を自ら構成していた。また、介入のはじまりには、精神状態のアセスメントの結果に基づいて、時間や回数、期間や時間帯といった介入の頻度を決定していた。

ii. 患者との信頼関係を作る

CNSが直接にあるいは間接的にケアを提供する対象は、なんらかの複雑で解決困難な看護上の問題を持った個人や家族・集団である。ケアを提供する対象となる患者と、注意深く関係をつくるためにCNSは、関係の初期にみられる患者の抵抗に配慮していた。例えば、初回のかかわりで緊張が強く患

者のなかに構えがあるのを感じたCNSは「少しずつ慣れてもらいながら、顔なじみになれるようにとこまめに足を運んで関係をつくりながら」とこの関わりについて語っている。

また、カウンセリングの手法を用いて患者に関わりをもったCNSは、患者への介入のはじめに、面接の目標を患者と共有することを言語化したり、面接の目的を現在の困難について話し合うことだと明確にしたりする、といった技術を用いて、患者と治療的な関係を作っていた。

iii. 面接の目標を設定する

そして依頼されたCNSは患者から信頼される関係を構築しながら、依頼目的や依頼された状況を考え患者と話しをしながら目標を設定していた。

③CNSへのニーズを把握

ここではi. 患者・家族からニーズを確認、ii. 看護師や婦長からニーズを確認にわけられた。

④患者との意図的な面接や日常生活場面へのかかわり

ここではi. 話しをすること、ii. 日常生活場面に参与しながら判断していくことにわけられた。

(2)アセスメント

CNSのアセスメントとしては、①患者の状況、②家族の状況、③ナースの状況、④看護チームの状況、⑤医師の状況、⑥他職種の状況についてのアセスメントに分類できた。

①患者の状況

患者の状況についてのアセスメントは、i. 現状についてのアセスメント、ii. 働きかけの方向性についてのアセスメントに分類できた。i. 現状についてのアセスメントは、i)患者の身体状態・精神状態の悪化、不安定さの程度、ii)患者の身体状態、精神状態の悪化・不安定さが人生上の出来事や出来事への認識によって強化される程度、のアセスメントに分けられた。この人生上の出来事は(i)自分にとっての重要なことの喪失、(ii)強い感情抑圧、(iii)認知のゆがみ、(iv)治療環境、に分けられた。

i. 現状についてのアセスメント

i)患者の身体状態・精神状態の悪化・不安定さの程度

患者の身体状態・精神状態の悪化・不安定さでは、(i)吐き気の頻度と強さ、(ii)悪阻の回数の増加、(iii)不安の強さ、(iv)抑うつ強さ、(v)気分・行動の日内変動の強さ、(vi)幻聴などの思考過程の障害の強さ、(vii)行動化の頻度の強さ、(viii)これらの長い持続期間、に分類できた。

ii)患者の身体状態、精神状態の悪