

化・不安定さが人生上の出来事や出来事の認識によって強化される程度

(i) 自分にとって重要なことの喪失

ある患者は子供を亡くしたばかりの喪の状況において子供を妊娠し、さらにやっとなれた専門家の資格で仕事をしようとしていた矢先の妊娠のため妊娠悪阻が続く状態が続いていた。またある患者は父親の死、財産の喪失をきっかけに不安症状、不安定な行動が続き、病棟ナースを攻撃していたが、これらの状態は父親の死のあと、激しくなっていた。

(ii) 強い感情抑圧

強い感情抑圧は、A. これまでの感情抑圧では乗り越えられないストレスにさらされている、B. わかってほしい人にきちんとわかってもらえないためにおこっている感情の抑圧とに分けられた。そしてこれらの感情抑圧が、吐き気、悪阻、不安、落ち込みをさらに強めていた。ある患者は家族の病気が自分の育て方や対応の仕方によるものであると考えながらもそれを誰にも表現できず、またこれまでも表現したことがないと生活を送ってきたが、今までの抑圧ではストレスを乗り越えなくなり、抑うつがいつまでも改善しないと考えられた。さらにある患者は抑うつ、不安が強く悪性

腫瘍のメタと化学療法がきかないことも知っていたが、一番わかってほしい夫にこのことを話せず不安と悲しみを自分ひとりで抱えていた。また感情抑圧が強すぎる場合には体をリラックスさせる方法が必要と判断していた。

(iii) 認知のゆがみ

これは、A. 患者のナース・家族との関係への否定的な認知、B. 自分の問題と家族の問題を区別できない、に分けられた。A. では、患者が自分への自身のなさや家族への罪悪感から症状が続きまったく軽減しない状況が見受けられた。そして患者の否定的な認知が患者の抑うつや不安の継続をより促し、またB. の自分の問題と家族の問題を区別できない、では患者が家族のことを思うあまり自分の気持ちを振り返ることができにくくなっていた。

ある患者は行動化を頻繁におこし、この行動化は家族が自分のことを嫌っている、見放しているという認知と関連しておこっていた。また別の患者は、死にたい、落ち込むと訴え続けていたがこれは娘の発病が自分の育て方の悪さからおこっていると考え、娘の病状が悪化すると自分のせいと考え、さらに落ち込みが強くなっていた。

(iv) 治療環境

これはさらにA. ステロイド剤、化

学療法の量、B. 病気の進行を家族が認められない、に分けられた。ある患者は倦怠感、はきけが化学療法が進むにつれ強くなり、夫や姑が患者の気持ちや置かれている状況を理解してくれない無念さを抱えていることがCNSのアセスメントから明らかになった。またある患者はメタが進む自分の病気の進行を知っていたが家族が認知する患者の病状とは異なっており、患者は自分の状況を共有できない辛さや孤独感を抱えており混乱や不安、倦怠感、吐き気がより強く出現していた。

ii) 働きかけの方向性に関するアセスメント

CNSは、患者の現状に関するアセスメントを行いながら同時に働きかけの方向性に関するアセスメントをも行っていた。働きかけの方向性に関するアセスメントは、(i) カウンセリングの必要性、(ii) 緊張緩和の必要性、(iii) 向精神薬の必要性、(iv) 家族と患者をつなぐ必要性、(v) ナースとつなぐ必要性、を認識していた。

(i) カウンセリングの必要性では、患者の重要なものが喪失されたために身体状態・精神状態が悪化・継続している時に用いることが必要と判断されていた。そしてカウンセリングを行いながら患者の悲しみの言語化を促し、患者が自分の感情をみつめ、自分らしさを取り戻す過程につきあう

ことが必要と考えていた。

(ii) 緊張緩和の必要性では、患者の緊張が強く、自分の体験を話すことが困難な場合に、CNSは指圧やマッサージなど体にふれたり体を楽にすることを薦めながら緊張の度合いをゆるめ、語れるための準備を行っていた。

(iii) 向精神薬の必要性

向精神薬の必要性では、患者の悲しみや落ち込みの日内変動、不眠が強く患者自身に眠りたいという要求が強い場合に精神科医へのリファーが必要と判断し、向精神薬の処方依頼を行っていた。

(iv) 家族と患者をつなぐ必要性、

CNSは患者の病状が一番理解してほしい人と共有されず孤独感や悲しみが強くなっている場合、家族に患者の思いを代弁して伝え、患者自身も伝えることができるよう促す必要性があることをアセスメントしていた。

(v) ナースとつなぐ必要性

またCNSは患者の身体状態・精神状態が強く、それを患者自身がナースに表現できずにつらさを一人で抱えている場合、ナースに患者の状態を伝え患者の意思を代弁することが必要かもしれないと判断していた。

②家族の状況

家族の状況に関するアセスメント

は、i. 患者とともに歩めない

家族、ii

家族の治療者への不信感が生じている、iii. 働きかけの方向性、に分類できた。

i. 患者とともに歩めない家族

患者とともに歩めない家族では、
i) 家族が患者の病気を認められない、
ii) 家族自身の予期悲嘆、iii) 患者の病気を巡って家族の力が低下している、に分類できた。

あるCNSは患者の行動化が家族との緊張感からくすることを患者、家族それぞれの話しから推察しながら家族が患者から攻められることでこれまでやれていたことが患者に対して言えたりサポートしたりできなくなり、そのことで患者と家族の距離が開き、さらに夫婦Kの間を患者を巡って距離あ遠ざかり、お互いが責めあい、サポートできなくなっていた。さらにある家族は患者の腫瘍のメタを知り、患者の病状が進行していることを認められず、お互いが伝えたいこと、将来においてお互いを失うかもしれない悲しみを共有できないでいた。

ii. 家族の治療者への不信感が生じている

家族の治療者への不信感が生じている、ではi)治療チーム間の引きこもりと意思疎通のなさ、ii)治療者・ナースのやれていないという不全感

と無力感に分類できた。家族の治療者への不信感では、家族が患者の病状を認めることが困難であることとナースが患者の病状の悪化に伴うやりきれなさからお互いが引きこもり、話せなくなることが生じていた。また同時に患者の病状のために治療者やナースが自分たちのやっていることに自信がもてなくなりあいまいさに翻弄されケアの達成感をなくし無力感が生じていた。

iii. 働きかけの方向性

ここでは、治療チーム間の引きこもりと意思疎通のなさならびにチームのやれていないという無力感が生じているときに時間を意図的に作り、それぞれの考え、思いを共有し、無力感を乗り越える手助けをする必要があることをアセスメントしていた。

あるCNSは、患者の行動と気分の波の強さにチームがバラバラになり、そのことでチームが無力感を抱いていると考えチーム間でのチームカンファレンスを定期的に行うことで患者へのケア意欲を高めることができるのではないか、と考え、定期的なチームカンファレンスの時間を設定する必要があることをアセスメントしていた。

(3)ナースの状況

ナースの状況についてのアセスメントは、i. 受け持ちナースの辛さ、無力感の強さとケアしたいという気持ちの強さ、ii. 受け持ちナースの臨床能力、iii. 受け持ちナースの力とチームのサポートとの相互作用の強さ、iv. 働きかけの方向性に分類できた。

i. 受け持ちナースの辛さ、無力感の強さとケアしたいという気持ちの強さ

ここではi)ケア意欲の強さ、ii)患者の病状・思いの投影としての無力感に分けられた。ある受け持ちナースは患者のメタ、化学療法がきかず副作用が強いことによる患者の辛さ、若いのに死を目前としている状況に圧倒され、患者の悲しむ気持ちに感情移入を行いそのことでケアの方向性を見失い受け持ちナースとしてもっといいケアをしたいのにどうケアしているのかわからなくなったという状況がおきていた。

ii. の受け持ちナースの臨床能力では、i)一人の人間を包括してみることのできる力、ii)共感能力、iii)チームメンバーと対話する力についてCNSはアセスメントを行っていた。i)一人の人間を包括してみることのできる力は、受け持ちナースが患者の身体状態・精神状態のみではなく、それらがどんな出来事と関連しているのかを関係づけて考えられるかどうか、

そしてそのような出来事のもとにおかれた一人の人間の反応としてとらえることができるかによってあとのケアが継続して行われるのかが異なっていた。またii)の共感能力は、患者のおかれている状況に対し、どれだけナースが一人の人間として受け止められるのか、そして受け止め方によって患CNSは考えていた。さらに患者の思いや身体状態・精神状態を軽減するために医師との話しあいまたほかのナースとのケアの一貫性や継続性に関する話しあいが必要だったが、このためにはチーム全体がみえるようになる一人前以上の臨床能力が必要とされていた。そしてCNSはこの受け持ちナースの臨床能力と患者の身体状態、精神状態の強さによって直接ケアだけにした方がいいのか、コンサルテーションでやった方がいいのか、を判断していた。

iii)受け持ちナースの力とチームのサポートとの相互作用の強さ

ここでは(i)受け持ちナースの患者との信頼関係を展開する力、(ii)患者と信頼関係を構築しながらチームメンバーも受け持ちナースのケアを統一して展開できる力があるか、に分けられた。ここでのチームは医師、臨床心理士、他のナース、婦長、主任をさしていた。あるCNSは行動化が頻

繁におこる患者に対して、受け持ちナースがチームを動かしたいと思っているか、またそういう経験があるのか、婦長は受け持ちナースに権限委譲をしているのかを確認しながら、受け持ちナースとCNSとの間で役割分担をしながらケアを展開していた。

iv. 働きかけの方向性

さらに働きかけの方向性では、i)受け持ちナースとの情報交換の必要性、ii)

患者の現状に気づけるような意図的なナースとの会話の必要性、に分けられた

i)受けもちナースとの情報交換の必要性では、CNSは、患者の身体状態・精神状態の程度を伝え、さらにどのような出来事が状態を強化しているのか、についての情報を提供していく必要があることを認識していた。またii)患者の現状に気づけるような意図的なナースとの会話の必要性では、受け持ちナースの経験年数と患者を一人の人間として包括して捕らえることができるのか、高い共感能力をもっているのだろうか、またほかのチームメンバーとの間で相互作用ができるのか、と臨床能力を確認し、臨床能力をさらに高めることができるよう

な会話を心がけようとしていた。

④看護チームの状況

看護チーム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関するアセスメントにわけられた。i.の現状についてのアセスメントは、i)看護チームの感情反応とケアへの影響、ii)看護チームの臨床能力、iii)グループとしてのまとまりや雰囲気、iv)看護チームと医師、CNSとの関係、にわけられた。またii.の働きかけの方向性としては(i)看護チームへのケアの必要性、(ii)直接ケアかコンサルテーションかを選択するに分けられた。

i. 現状についてのアセスメント

i)看護チームの感情反応とケアへの影響

CNSは、看護チーム全体が、患者や医師、医療チームに対して抱いている感情反応をアセスメントし、ケアへの影響をアセスメントしていた。例えばあるCNSは看護者と医師のケースへの方針が一貫しないことで看護者の無力感が強まるのではないかとアセスメントしていた。

ii)看護チームの臨床能力

これは看護者の患者との信頼関係を作る力、患者の一人の人間としての反応を受け止める包容力、医

師、看護スタッフと連携してケアを展開していく能力に示されていた。あるCNSは受け持ち看護師が患者の精神状態の不安定さを心配しながらもケアを展開していきたいと考えて折り、また医師、他のスタッフと連携できることをアセスメントし、受け持ち看護師と役割分担を行いながら直接ケアを行っていた。

iii) グループとしてのまとまりや雰囲気

さらに看護チームとして受け持ち看護師を中心にまとまりながら一貫した看護ケアが展開できるのが患者の変化を促していた。

iv) 看護チームと医師、CNSとの関係

さらにCNSは患者への直接ケアを行う際、医師、看護チームとの関係性、安心して方針、今おこっていることを話し合えるかをアセスメントしていた。

ii. 働きかけの方向性

ここでは i) 看護チームへのケアの必要性、ii) 直接ケアかコンサルテーションかを選択するにわけられた。

i) 看護チームへのケアの必要性

看護チームへのケアの必要性で

は、看護チームの強い感情反応を何がおこっているのかを話しあう中で和らげる、自分たちの感情をみつめる機会を提供するにわけられた。あるCNSは行動化を頻繁におこす患者に対するスタッフの感情が怒りや無力感でおおわれていると感じ、話しあう機会を設定することで、感情の表現や自分たちのケアの意思確認を助けることができるのではないか、と考え、定期的なケースカンファレンスを行っていた。

ii) 直接ケアかコンサルテーションかを選択する

そして上記のアセスメントをもとに、感情反応が強すぎる場合、また患者の精神状態が不安定でスタッフにとって了解困難な場合には、直接ケアをひきうけ、同時にスタッフへのケアをも計画していた。

⑤医師の状況

医師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分類できた。i. 現状についてのアセスメントは i) 医師の抵抗感、ii) 医師の患者への逆転移とまきこまれに分類できた。また ii. の働きかけの方向性では、i) 医師をチームにまきこむことの必要性、ii) 医師の意思確認、に分類できた。

i. 現状についてのアセスメント

i) 医師の抵抗感

医師の抵抗感では医師が看護師の言葉に耳をかさない、CNSの話をきかない、に代表されていた。CNSは医師の抵抗感の強さをアセスメントしながらどのような働きかけを行う必要があるのかをアセスメントしていた。あるCNSは治療の方向性が一環しない患者のケアに対し、看護師の医師と話しができない、という訴えをもとに、主治医と会い、医師が今の現状をどのように考えているのか、どうしていききたいのかの意思確認を行いながら、医師の抵抗感を和らげ、現実的な接触を探す中で、考え方は異なりながらもお互いの意見について歩み寄りを行っていた。

ii) 医師の患者への逆転移とまきこまれ

ここでは看護師が患者から批判、攻撃されケアしづらくなっていることに対し、医師は共感できないナースをせめる行動にみられていた。医師は自分の患者へのまきこまれや逆転移感情に気づけなかったが、CNSによる定期的なカンファレンスをもとに少しずつ自分のまきこまれに気づいていった。

ある医師はチームの前で話すこ

とと患者の前で話すことが異なり、このことについて患者に混乱をもたらしていると判断したCNSは直接この医師と何度か会い、患者におこっていること、患者の孤独さが医師との関係に投影されていること、医師の存在が患者にとって重要であることを伝え、次第に患者への医師としての負担感を話すようになり、チームの前でもかたくなにならず自分の意見を表現し、患者の前で話すこととチームの前で話すことの一貫性がでてくるようになった。

ii. 働きかけの方向性

i) 医師をチームにまきこむことの必要性

ここでは医師の患者への巻き込まれや逆転移感情に対し、CNSは看護チームの中に医師をまきこむことによって逆転移感情やまきこまれを軽減できると考え、定期的なケースカンファレンスを設定しながら一方では、直接話して現在の患者のおかれている状況についてCNSの考えを伝えながら、今の患者にとって医師が重要であることを伝え医師を積極的にチームにまきこもうとしていた。

ii) 医師の意思確認

そしてCNSは医師がどうしていきたいのかを話しあいながら、看護の立場としてどのように患者の状況をとらえているのかを提示しながら、共通のゴールを模索する過程を経ている。

⑥他職種の様況

ここでは i. 患者の状況に応じた医師（他科医）、臨床心理士、ソーシャルワーカーの活用、 ii. 患者・家族・チームをまじえたアプローチの必要性に関するアセスメントにわけられた。

CNSは患者への直接ケアを行いながら他科医を活用することの必要性をアセスメントし、また他科医を含めたあるいは他科医の情報を活用したチーム間での情報の共有を大切に、今後の方向性を患者、家族、主治医、受け持ち看護師とともに模索するため、定期的なカンファレンスを開催していた。

3) 介入の組み立て

介入の組み立てとは、CNSがアセスメントに基づいて患者の問題とその背景を明らかにした上で、効果的に問題解決を図るための手法を計画することである。介入の組み立てとして、(1)直接ケアにつなげるまでの組み立て、(2)直接ケアにおける具体的なケアの内容や方法の組み立て、(3)患者

の問題に対して看護チームが効果的に関われるような働きかけの組み立て、(4)医療チームの協働を促進するための組み立ての4つのカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーを説明する。

(1)直接ケアにつなげるまでの組み立て

CNSは対応困難な患者の看護方法に関する相談（コンサルテーションの依頼）を受ける過程において、また病棟ラウンドなどの機会に患者ケアに関する問題状況をキャッチした場合、患者や家族を取り巻く状況について情報収集とアセスメントを行い、問題の性質や背景を明らかにする働きかけを行っていた。その結果、問題解決のためにはCNSが直接ケアを行うことが効果的であると判断した場合、直接ケアにつなげてゆくための介入を組み立てている。これには以下の2つのカテゴリーが抽出された。

①患者、家族や看護チームの状況をより深くアセスメントするために、直接患者に会う

CNSは相談が依頼されると、まず看護チームにアセスメントのための働きかけと介入を行っている。しかし患者の症状の背景にある問題を見極

め、必要な介入を検討するにあたり、
i. コンサルテーションだけでは患者の状況がみえない、ii. CNSへの依頼意図が不明確ではあるが、まずは患者に会ってみてから問題を整理し介入方法を考える、と判断した場合には、直接患者に会い、情報収集とアセスメントのための介入を行っている。

<事例1>

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、突然泣き出すなど精神的動揺が強くなっていることから、病棟ナースがCNSの存在を紹介したところ患者が面接を希望し、相談に至ったケース。CNSは患者が希望していることもあるが、不眠などの症状のアセスメント、および患者の精神的動揺の背景をアセスメントするためには、ナースからの情報収集だけでなく患者に直接会って話をすることが必要だと判断し、直接ケアを引き受けている。このケースの場合、CNSが患者からの情報収集と同時にカウンセリングを行うことにより、長年抱えてきた葛藤をCNSに吐露し、気持ちのカタルシスができたこと、また適切な薬物療法を主治医と検討して睡眠障害が改善できたことで精神的な安定を取り戻すことができた。

<事例2>

抑鬱状態がなかなか改善しない患

者の外出に同伴することを主治医から依頼されたケース。当初の依頼内容からはCNSが介入しなければならない意図が不明確ではあったが、関わりをもつうちに問題が見えるようになってくるだろうと、とりあえず直接ケアを引き受けることを判断している。その後、外出や散歩の機会でのやりとりを通して患者との関係が深まる中で、患者の認知の歪みが症状へ影響を及ぼしていることがわかり、CNSによる認知療法的関わりの中で患者の症状が改善していった。

②介入する時期やタイミングを見極めて看護チームに積極的に働きかける

患者の問題解決にあたり、CNSが直接ケアを行うことが効果的であると判断した場合、直接ケアを導入する時期やタイミングを見極め、直接ケアにつなげるために看護チームへの働きかけを組み立てている。これは、CNSの活用に対する看護チームの反応によって2つのカテゴリーに分けられた。

i. 看護チームがCNSの活用には消極的な場合の組み立て

看護チームのCNSへの抵抗や防衛的な態度、患者に関わることへの無力感が強くCNSの積極的な活用につながらない場合、以下のよう

な介入を組み立てていた。

- i) 「消極的にしている理由が何かありそう」と看護チームの雰囲気を読みとり、まずコンサルテーションの場をつくってから直接ケアへとつなげてゆく
- ii) 患者の自殺などの問題が繰り返された時点で、時を逃さずに半ば強引に介入することを意思表示する
- iii) ナースが対応に困難を感じていなくとも、看護の独自性の発揮やより良いケアという点から婦長やスタッフナースに問題提起を行い、CNSが直接ケアをしながら一緒にケアをしてゆくことを提案する。
- iv) CNSが行う看護スタッフへの院内教育などの場を活用し、どのような患者の症状や状況でCNSにつなぐかを教育しておく

<事例3>

抑鬱状態で自殺未遂を繰り返しているケース。病棟をラウンドして状況把握のために看護チームにアプローチしたところ介入を断られる。チグハグで何かを隠しているような雰囲気があったり、受け持ちナースがナーバスになっている感じがあり、再度介

入を試みるも「自分たちでやるからいい」とCNSが関わることへの抵抗が感じられた。しかし何からの形で関わってゆかなければと考えていた矢先に自殺企図が起こり、この時点で半ば強引な形でCNSが介入することの意思表示を行っていた。

ii. 看護チームがすでにCNSを活用している場合の組み立て

i) 予測される患者の危機状況に対しては、問題が生じる前にCNSとナースが連携できる体制をつくり、早期からCNSが直接ケアを導入し患者の精神的問題に関わっていく

ii) コンサルテーションのプロセスにおいて、ナースの患者に対する陰性感情の強さ、患者への感情移入による巻き込まれの対応困難な状況を見極めながら、看護

チームが主体的に問題解決にあたれないと判断した場合、CNSは直接ケアを行うことを看護チームに提案している。

<事例4>

CNSは日頃の相談活動を通して、臓器移植を受けた患者の精神的ケアに困難を感じ、不全感が強い看護チームの状況をキャッチしていた。治療や

回復の過程における患者の精神的な問題はある程度予測されるものであり、患者の精神的ケアと、患者に関わる看護チームを支援する目的で、患者への直接ケアと看護チームへのコンサルテーションを行い、予測される危機状況への早期からの介入を組み立てている。

(2) 直接ケアにおける具体的なケアの目的、内容、方法を組み立てる

アセスメントに基づいて、CNSは患者、家族への直接ケアの具体的な内容や方法についての組み立てを行っている。これは以下のカテゴリーに分類された。

① 患者の問題解決にあたってカウンセリングが効果的であると判断し、カウンセリングの目的、内容、方法を組み立てる。

CNSは、アセスメントから患者の問題の性質や背景を明らかにし、問題解決のための手法としてカウンセリングを行うことを判断し、そのための組み立てを行っていた。

i. カウンセリングの構造を組み立てる

CNSは、患者の精神状態や互いの関係性の発展に応じて、面接の構造を計画、修正していた。これには以下のカテゴリーが抽出された。

i) はじめに患者とカウンセリン

グの目的を共有する

ii) 患者の精神状態、緊急性を判断して面接の頻度や回数を計画する

iii) 適切な面接場所を設定する

iv) 目的と患者の精神状態からカウンセリングの継続および終結の時期を決める

ii. カウンセリングの方向性や手法を組み立てる

患者との面接を効果的にすすめるために、CNSは以下を考慮しながら患者への関わり方を組み立てていた。

i) カウンセリングでは患者の無意識の葛藤や不安をとりあげるために、そのようなCNSの介入が患者を脅かす可能性がある。その可能性を考慮しながら、患者の防衛を強化しない方法、患者の防衛をゆるめるための手法を用いて面接をすすめる

ii) 初回面接で患者の問題の核心にせまり、問題を焦点化する

iii) 患者の精神症状が患者自身の認知の仕方やストレスへの非効果的な対処によるものと判断し、ストレスへの新たな対処方法を獲得できるように話し合う

iv) 対人関係の緊張が高い患者に対して、まずはリラックスできるような関係づくりからはじめ

る

v) 聴くスキルを用いて、患者のカタルシスや気持ちの整理を助ける

iii. 葛藤を言語化できない、不安や緊張が高い、身体症状が強い患者に対しては、言語的な介入ではなくリラクゼーション法や身体的な安楽や快体験をもたらすような身体を通したケアを取り入れる。

CNSは、患者の状態を見極めながら筋弛緩法、イメージ法、呼吸法などのリラクゼーションの導入やマッサージなどの身体を通したケアを導入し、患者の不安や緊張の緩和を図ることで精神的な安定をもたらすためのケアを導入している。

(3) 患者の問題に対して看護チームが効果的に関わられるような働きかけを組み立てる

CNSは直接、患者や家族にケアを提供するのと平行して、受け持ちナースや看護チームメンバーが、患者の問題解決にむけて効果的な関わりを提供できるような支援方を組み立てている。これは以下のカテゴリーに分類される。

① 直接ケアからみえてきた患者の問題を看護スタッフと共有し、目標をたてて受け持ちナースとの役

割分担を明確にする。

看護チームとCNSの協働のために、まず看護ケアの目標を共有しあい、それぞれの役割分担を明確にしている。

② 看護チームの無力感や対応困難感への支援方法を組み立てる。

くり返される患者の行動化や問題行動、精神症状の改善の見通しがたかない患者への対応に困難を感じている状況において、CNSは看護チームのストレス状況を支援するための介入を組み立てている。これは以下のカテゴリーに分類された。

i. ナースに安心感と保証を与え、ケアの意欲をとり戻せるように働きかけ

る。ナースが患者への対応に困難を感じ、ケアを続けることの意欲や自信をなくしている状況において、CNSはナースに安心感を与えることでケアの意欲をより戻せるような介入を組み立てている。これは以下のカテゴリーに分類される。

i) 看護の可能性を提案し、保証を与えることで看護チームの無力感をケアする

ii) ナースが「自分でもやれる」と思えるよう直接ケアを通し

てロールモデルを示してゆく

- iii) ナースのつらさをCNSも一緒に分け持つ
- iv) 肯定的なフィードバックを意図的に行う

ii. 看護チームがもっている力を引き出すための組み立て

CNSがすべてのケアを引き受けるのではなく、看護チームがもとももっている力を引き出し、主体的に問題解決に取り組めるような支援方法を組み立てている。これは以下のカテゴリーに分類される。

- i) ナースが自分たちの関わりを振りかえり、患者への関わり方を検討できるように、カンファレンスでCNSに回答を求めるようなナースの発言に対しては意見を控え、まず看護チームメンバー間の意見を引き出すようにする
- ii) ナースが個々にもっている情報を共有できる場をつくり、その中から解決策を見いだせるように働きかける

iii. ナースの患者への効果的な関わりを促進するための方法を用いる

ナースの患者への関わりを強化することで、効果的なケアを提供でき

るような支援方法を組みたてている。これは次の2つに分類された。

- i) 直接ケアから示唆された具体的な対応をナースに提案する
- ii) 継続して一貫したケアが提供できるような看護チームの体制をつくる

<事例5>

境界型人格障害の診断で入院中の患者。自傷行為などの行動化が繰り返され、病棟全体が患者に振り回されて対応に困難を感じている。相談を依頼されたCNSは、受け持ちナースとともに患者との面接で行動化の対処方法について話し合いをもっている。それと同時に、看護チーム全体が患者の行動化に対して一貫して対処できるように、受け持ちナースを中心にしてカンファレンスで患者への対応について確認するような体制をつくっている。

③患者とナースとの関係をつなぐための組み立て

CNSは患者—看護者関係にも気を配り、看護チームが患者の問題に主体的に関わってゆけるような組み立てを行っている。これは以下のカテゴリーに分類される。

- i. 継続的で効果的なケアが提供できるように、CNSによる患者への

ケアの比重をナースにシフトさせてゆく。

ii. 直接ケアを通して見てきた問題についてナースと患者が話し合えるように、患者から了承を得た上で、ナースと情報を共有する

④看護チームの支援や育成にあたり、婦長との関係づくりや連携を図る

CNSは、受け持ちナースをはじめスタッフナースとの関係をつくるだけでなく、看護チームのリーダーである婦長との関係づくりや連携を大切に、相談のプロセスの要所要所で婦長との情報共有や、より良い看護ケアを検討するにあたってCNSをどのように活用してゆくかといった点について話し合いをもっている。

<事例6>

病棟婦長から人格障害の患者についての相談が依頼される。依頼された時点でCNSは、一ケースへの関わりだけでなく、病棟における人格障害患者へのケアを充実させたいという婦長の意図を確認していた。直接ケアとコンサルテーションによる関わりの結果、看護チームは、他の患者へもケアを応用することができるようになり、今後は人格障害の患者を対象としたトレーニンググループをつくる

ことなどがCNSと婦長との間で話し合われている。

(4)患者と家族をつなぎ、患者の問題に家族が効果的に関われるような働きかけを組み立てる

CNSは、患者一家族関係を把握しながら、患者の問題解決にあたって家族が効果的に関われるような働きかけを行っている。これは以下のカテゴリーに分類される。

①患者一家族をつなぐための組み立て

i. 患者の思いや意向を家族に伝える

ii. 患者の問題や今後の目標を患者、家族が共有できる場をつくる

②家族の対処能力を高め、患者の問題に主体的に関われるような組み立て

i. 家族の思い、考えを聴き、受け止める

ii. 患者への具体的な対応方法について提案をする

<事例7>

ターミナル期にあるがん患者とのカウンセリングの中で、自分には残された時間がないことを感じている患者が、これからのことを家族と話した

いと思っているが、その気持ちに家族がついてゆけていないことをキャッチする。CNSは患者と家族が互いに向かい合うことができるよう、患者の意向を確認し、夫婦が話し合える場を調整している。

(4) 患者の効果的な問題解決のために医療チームの協働を促進するための組み立て

- ① 問題解決にあたり、看護チーム以外の活用できるリソースを見極め、患者・家族につないでゆく
- ② ②医療チーム間で患者の問題や介入の方向性が共有できないことが効果的なケアを妨げていることを判断し、患者に関わる医療チームメンバーが話し合いの場がもてるような調整を組み立てる。
- ③ i. カンファレンスの前に治療方針の鍵となる医師とあらかじめ意見交換をし、カンファレンスの基盤をつくっておく
- ④ ii. 協働を困難にさせている医師と看護チームの関係性を改善するために、CNSが医師をサポートし、看護チーム、医師間関係を

つないでゆく

- ③患者の精神症状の改善を図るために薬物療法の効果を検討し、医師に相談する

4) 介入の実際

CNSはさまざまな精神看護や精神医学の知識を用いて実際の介入を行っていた。介入は、(1)患者へのアプローチ、(2)家族へのアプローチ、(3)ナースへのアプローチ、(4)看護チームへのアプローチ、(5)医師へのアプローチ、(6)他職種へのアプローチに分類できた。

(1) 患者へのアプローチ

患者へのアプローチは、①精神療法的アプローチ、②認知・行動療法的アプローチ、③リラクゼーション、④教育的アプローチ、⑤カウンセリングに分類できた。

①精神療法的アプローチ

精神療法的アプローチは、i. 積極的傾聴、ii. 受容、iii. 防衛の保護、iv. ポジティブ・フィードバック、v. 混乱状況を整理する、vi. 感情表現を助けるに分類できた。

i. 積極的傾聴

CNSは患者に対し、「自分のなかにはストレスをためやすかったり、気持ちを出せずにずっときたんだな」と患者

の思いを深く察しながら話を聴いたり、気持ちの浄化すなわちカタルシスができるようにじっくりと聴いたり、患者の気持ちにそう言葉がけをする技術を用いながら積極的な傾聴を行っていた。また、ベットサイドにしっかり座るといった技術を用いて患者にその姿勢を伝えていた。

例えば、あるCNSが直接ケアしたケースは、がん告知をうけ2回目の化学療法後を施行されていた患者が、副作用の症状は終息したところに近隣者の死という出来事を契機に興奮して話したり泣き出したりといった精神的に不安定な反応を呈していた。CNSは落ち着ける環境を調整し、病気や病名の告知にまつわる辛さ、家族が自分の辛い状況を理解してくれない苦しみや怒り、さらにそれまでの家族関係のなかでの苦悩や傷つきなどの話を一気に話す患者を、ストレス対処やパーソナリティーの傾向を推測しながら、“感情を浄化”できるようにと患者の話をじっくりと聴いている。この関わり方についてCNSは、患者の背景を推測しながら、喪失体験を契機に過去の葛藤が再燃してきたのだとアセスメントし「とにかく患者が抱えていたものを浄化できるように聴くことが大事かと思い、共感しながらじっくり聴くことに努めた」と語っている。

ii. 受容

CNSは患者の話しを受け止めようとしていた。それは、患者の“甘え”を受容したり、共感的に言語化して患者に反応する技術を用いて、患者の話すことだけでなく、患者のあり方そのものを受け止める介入につながっていた。

CNSは血液性の悪性疾患の患者が骨髄移植という治療法を提示された際に、生きたいという自分の思いと骨髄提供者となる家族への不確かな思いとのなかで焦りと混乱状況をきたしていた。CNSは、患者の今の気持ちを傾聴するという関わりをしながら、混乱しているのでどうかしてくれ、というのではなく、家族に自分の気持ちを伝えたり、自分なりに考えを伝えられる状況を作り出したいという患者の意図がはっきりとみえたので、まず（CNSの）役割は患者の気持ちの受け皿となり話を整理できる材料を提供することだ」とこの関わり方について語っていた。

iii. 防衛の保護

患者の防衛を保護するようなCNSのケア技術には、（i）患者の防衛を保護・支持するように働きかける（ii）脅かさないように配慮する（iii）抵抗をさげるために安易に直面化はしないが、現実見当できるようになれば話題にするとといった技術が抽出され、特に介入の初期にはこの技術がよく用

いられていた。否認や取り消しといった防衛機制が容易に用いられているときには、不安が強度の状態であることをCNS査定し、無理に言語化をすすめず患者とともに時間をすごすことを行ったり、身体を楽にすることを促していた。

iv. ポジティブ・フィードバック

CNSは、患者の強さやこれまでやっていた所、すなわち患者の健康的な側面やそれまでの努力をみとめ、それをポジティブにフィードバックするといった技術を用いて患者に安心感を保証していた。例えば、前回の不幸な妊娠体験からの喪の作業の途上で再び妊娠し、強い不安のため精神状態の安定さをかいた患者に対し、語られたそれまでの経過や現在の順調な妊娠の経過の中での患者（母親）のもつ強さをポジティブにフィードバックしたり、実際に児心音を聞いてもらいながら胎児のもつ強さをポジティブにフィードバックする、といった介入を行っていた。

v. 混乱状況を整理する

CNSは患者の話す混乱している状況をひとつひとつ客観的に整理する技術をもちいることで、患者の現実見当を高めることに貢献していた。

vi. 感情表現を助ける

CNSは、言語化の困難な患者に対し i) 感じていることを認識し、言語化する

ように促す、ii) 身体言語をよんで、感情を言語化する、iii) 意識化されていない症状について問う、iv) 気持ちを代弁する、といった技術を用いて患者の感情表現を助けていた。

例えばCNSは、クローン病で自分の欲求や感情への気づきが乏しく、回避型のコーピングで長引く痛みという身体症状を抑圧し、実際に筋緊張のある患者に対し、アセスメントの結果から、まず言語的な介入ではなく、リラクゼーションの導入と介入で直接的な関わりをもっている。その後、身体症状が軽減してゆく過程のなかで、人との関わりを欲しているのだが、自分ではこうして欲しいということが“言えない”ことをCNSは面接の中でテーマとし、取り上げている。そして患者との面接をすすめていった結果、患者と母親との関係が表面化、患者は家族関係や背景と、自分のコーピングパターンを関連づけて考えるようになっていっている。患者は人との付き合いの中で自分の思いを伝えることが苦手で、抑制してしまうという問題を認識し、CNSとの関係をベースに自己表現ができるようになっていた。

② 認知・行動療法的アプローチ

i. 認知を修正するような関わり

CNSは精神状態のアセスメントの結果、患者の認知に歪みがあったり、思い込

みといったものがあり、このため患者の精神状態や身体状態に影響していると思われる患者には i) 別の視点を提示したり、ii) 症状を改善するために、認知を修正することが必要だと話すといったケア技術を用いて患者の認知を修正するような介入を行っていた。例えばCNSは、抑うつ症状が改善せずまた家族の支援が得られないために外出に同伴してほしいという主治医からの依頼のあった、“問題状況”があまりはつきりとしなかった患者との関わりの中で、患者の思考に認知のゆがみがあることを査定している。CNSは患者に対し、自分のライフサイクル上での移行期に、自分の子供の問題が起こった事と、それにまつわる感情反応がつながってしまっていたために自己評価の認知が低くなっていたと問題状況を整理して伝え、自分の問題と子供の問題がわけて考えられるように、また子供とも距離がとれるように、子供の問題も生育歴もふくめた患者一人の責任ではないことや、今それを堂々巡りに考えていることが患者自身の症状や家族の機能を低下させていること伝えるという認知修正的な関わりを、患者が受容できる時期にあわせて、一緒に外出し行動をとともにしながら関わりを行っていた。

ii. 行動化への認識とコントロールを

助ける

CNSは人格障害と診断された（あるいはされると予測される）患者に対し、i) 治療枠・行動枠について治療契約をむすぶii) 行動化がおこる状況、感情について話しあい、対処方法について話しあう、iii) 行動修正が抽出された。

例えばCNSは、治療の構造がなく行動化が頻繁に起こっていた患者に対し、受け持ちナースと相談・協働しながら、治療の目標について明確にし、行動化と対処の方法、家での過ごし方と行動化の関係について考えて行く必要があること、CNSが1週間に2回患者の生活と行動化について話し、受け持ちナースが日々の振り返りをし、家族との調整をCNSと受け持ちナースが協働して行う、といった役割分担をしてケアにあたることを患者と契約し、ケアの構造を組み立てている。そして実際に患者の行動化と抑うつコントロールを生活のやり方で調整してゆく方法や、抑うつコントロールと行動化への対処方法としての置き換えについて具体的に提案し患者が出来る方法について話し合い、さらにこれらの対応が一貫されることの重要性について話し合っていた。

iii. コーピングへの介入

CNSは患者がおかれた状況やストレスに適応すべく患者の具体的な対処行

動に介入していた。これは i) コーピングの強化、ii) コーピングパターンを話題にし、新たなコーピングスタイルを提案する技術が抽出された。例えば、それまでの生育歴から人に甘えたり頼ったりすることなく我慢をしてきた、というコーピングスタイルをもち、強い葛藤と陰性感情を抑圧し嘔気という身体症状が遷延化していた患者に対し、患者の背景とそれまでのコーピングスタイルを査定し、それを保証しながらも、「人の力をかりた方がいいよ、甘えたほうがいいよ」と新たなコーピングに焦点をあて“頑張ったり我慢するだけでなく甘える”というコーピングスタイルを提案、結果、患者の身体症状軽減に効果をあらわしていた。

③リラクゼーション

i. 実際に患者とともに過ごす
CNSは実際に患者と散歩に行ったり、車椅子に乗った患者を屋外に連れ出したりし実際に患者と時間を共有することで、患者に快体験と現実との接点を提供するようなケア技術を用いていた。

例えば、外出するたびに異食する行動や暴力といった問題行動があり、ナースがそのような行動を心配し患者の日常生活行動範囲が縮小してしまっている患者に対し、CNSは期間を限

定して一緒に1対1で外出して過ごし、患者の好みや好きな食べ物といった“普通の”話をするような関わりを行っている。患者は異食することなく、ニコニコと笑ってCNSと話すといった結果が得られ、このCNSの関わりをチームで振り返ることが契機になり、患者は目的をもちレクリエーションへ参加することになり日常生活行動の範囲が拡大している。

ii. 身体的安楽の方法を探す
CNSは、実際に具体的な身体安楽の体位や方法を患者や受け持ちナースと一緒にさがす技術を用いることで、患者に快体験を提供していた。

iii. 拘禁された状況の緩和

拘禁された状況の緩和では、ナースが患者の気分変動の強さや症状のために慎重になっているため、抑制や閉鎖的な空間からでれない患者とともに外出を行い、患者の回復への希望を促したり不安の緩和を行っていた。ある抑うつ状態にある患者は、家族として外へでることができなかったが、家族が頻回に病院へくることができなかったため、CNSと外出したことをきっかけに自分のせいで家族が病気になってしまったことを話すようになっていた。

iv. リラクゼーションの提案と選択・実施

CNSが用いる直接ケア技術として、

確立されたリラクゼーションの提案と選択・実施カテゴリーが抽出された。これには、i) いくつかのリラクゼーション方法の提示、ii) 患者にあわせた方法を実際にやりながら選択、iii) リラクゼーション法としての腹式呼吸の指導といったサブカテゴリーが抽出された。

例えばCNSは、クローン病で自分の欲求や感情への気づきが乏しく、回避型のコーピングで長引く痛みという身体症状を抑圧し、実際に筋緊張のある患者に対し、アセスメントの結果から、まず言語的な介入ではなく、リラクゼーションの導入を患者に話している。そして、呼吸法、イメージ法、漸進的筋弛緩法という3種類のリラクゼーション方法を患者に提示している。CNSはいくつかの方法を実際に行い、その際の患者の反応をみながら、患者にとり一番よいリラクゼーションの方法をとともに探していた。

v. 強度な不安にある患者への非言語的なアプローチ

CNSは、確立されているリラクゼーション法の提案と選択・実施だけでなく、コミュニケーションが不安のために困難な患者に対してi) マッサージやii) 指圧といった手を介した非言語的なアプローチを用いて患者に直接ケアを行っていた。例えばCNSは器質的機能的に言語をもちいたコミュニケ

ーションが困難で、長引く経過や病状に対する強い不安を抑圧し情緒的にも他者との交流に関しても“ひきこもっている”ような行動を呈している患者に対し、感情や思いが表出できるような言葉をかけながら、平行して緊張している筋肉へのマッサージといった非言語的なアプローチをも行っていた。

④教育的アプローチ

CNSの患者への教育的な関わりとしては、i. 心身症や症状のメカニズムとそのコントロール方法について説明する、ii. 患者のあり方にあわせて説明する、iii. ストレス反応について説明する、iv. ストレス因子から、距離をおくことをすすめるというカテゴリーが抽出された。

あるCNSは神経性の難病に加えヘルペスによる疼痛があり、入退院を繰り返していた患者に対し、ストレスコーピングのパターンへの介入に加え、ストレスと痛みの増強や適応障害の概念とうつ状態といった症状について分かりやすく患者に説明し、カウンセリングなど心身医学的な治療を継続することの必要性について説明していた。

⑤カウンセリング

さらにCNSは患者の感情、自分の意思の確認を助け、患者に現在おこっ