

③医師とナースの協働が促進する
ナースがチームでの協働の重要性に気づくと、協働をすすめていくためには自分たちもナースの立場からの発言をアサーティブにおこなう必要性があることを認識するようになった。そして、ただ医師の意見を伺うのではなく、ナースも発言できるようになった。ナースの変化は医師の変化を生み、医師—ナース間でプランが話し合えるようになった。

また、投薬方法の変更で患者にいい影響がもたらされると、医師はナースへの信頼を深め、ナースと協働するようになったケースもあった。

④医師が元気になりチームが活性化 する

例えば、縫合不全をおこし手術を繰り返し行うものの、術後の回復が思わしくなく、抑うつ的になっていた患者の主治医は不全感を抱いていた。精神科にリファーするさいに、CNSは主治医の不全感を刺激することがないように精神科医とコンタクトをとって、精神科の入り方について調整するよう配慮し、主治医のチーム内での存在位置を保っている。

自殺企図を繰り返す患者が合併症病棟に入院していたが、主治医は

一般科医に遠慮がちで、ナースには負担をかけていると消極的になっていた。CNSがかかわるようになってからカンファレンスが定期的にもたれるようになり、ナースの陰性感情が緩和された。ケアにも積極的に関わるようになりナースチームに変化がみられた。それと平行してCNSは医師に対しても積極的にやろうと後押しをしていった。医師自身が積極的になっていなかった自分を振り返り、治療方針をいれるようになった。患者が外泊できるなどいい変化がみられるようになり、だんだん医師に元気がでてきた。医師が元気になると、チーム全体が活性化していった。

(6)他職種にみられた成果

①各種専門家の連携や活用ができるようになった

職種を超えて、患者・家族にかかわる各種専門家の連携や活用ができるようになっている。例えば、在宅で過ごすことを希望した終末期にある患者の希望をかなえるために、CNSの呼びかけをきっかけに緩和ケア医や在宅ケアナース、ケースワーカーなどが準備状況を整えるために精力的に関わった。主治医の抵抗や、患者の病状の急激な悪化などで結果的にうまくいかなかったが、組織にどう働きかけ

ていくか、全体状況が見えるようになり、その後は連携がとりやすくなったという副産物がえられた。

連携をとった職種は院内のナースの他に、主治医、精神科医、緩和ケア医、臨床心理士、音楽療法士、在宅の訪問看護ナース、ケースワーカー、などである。

②治療体制が整った

医療者間の話し合いの場をつくることによって、患者への治療や看護の方針などをチームメンバー間で共有できるようになった。そして、共有された目標や方針にそって役割分担をし、各々の専門性を生かしながら医療チーム全体で関わる体制がつけられた。

③今後取り組むべき課題が明らかになった

連携が促進し活用がすすむことによって、例えば境界例患者のトレーニンググループをつくろうなど、患者へのケア・サービス提供向上のために今後取り組むべき課題が明らかになっている。

先述した、在宅で過ごすことを希望した終末期の患者の希望をかなえるために、CNSの呼びかけをきっかけに緩和ケア医や在宅ケアナース、ケースワーカーなどが準備状況を整えるために精力的に関わったケースでは、準備をすすめるプロセスを通して、シス

テムの不都合を関わった者同士が感じ、システムの改善の必要性などの課題が明確になった。

6) 直接ケアへの影響因子

(1) 直接ケアを促進させた因子

直接ケアを促進させた因子としては、①依頼者の動機付けが明確、②受け持ちナースが開放的、③婦長のニーズが明確、④CNS活用の時期が適切、⑤CNSとチームの関係が良好、⑥チームの柔軟性と凝集性、が抽出された。

①依頼者の動機付けが明確

依頼者であった受け持ちナースはケアの動機付けが明確にあった。そうすると、CNSは介入の組み立てが容易にできた。また、ケアのプロセスの中でチームが揺らぐことがあっても、依頼者の動機付けが明確にあると、ケアの継続を維持しやすかった。

②婦長のニーズが明確

例えば、人格障害患者へのケアにおいては、婦長が人格障害患者のケアをなんとかしたいと考えており、CNSを活用して病棟のケア力を高めたいと思っていた。そうすると、病棟全体の意識が人格障害患者ケアに向くので、CNSはチームを動かしていきやすくなった。

③受け持ちナースが開放的

境界例患者のケアにあたっていたとき、主治医が患者に巻き込まれ一貫性を保つことが困難になったことがあった。しかし、受け持ちナースは防衛的ではなくオープンに話し合っていたので、チームの一貫性や主治医の問題を乗り越えていくことができた。

④CNSの活用時期が適切

あるCNSは移植を受けた患者へのケアの難しさにナースが無力感を抱くことが多かったため、精神的問題が生じてくることがあらかじめ予測されるならば、問題が起こってからの対応ではなく、早くからCNSと病棟とが連携をとって患者に関わる体制を作っていこうと働きかけていた。こういった日常の体制作りが功を奏し、手術前から早期に関わることが可能になり、患者の状況に応じた感情表出の場を早期につくることができ、患者の精神状態の安定を早めている。また、あるCNSは、「こういうことは精神科にリファーしていい、CNSにリファーしていい」という教育的かかわりをしていった。このことは、ナースの状況を見極める能力を高め、CNSの活用時期を適切にさせている。

⑤CNSとチームの関係が良好

それまでのチームの連携のよしあ

し、CNSとチームの関係性などにより、患者へのかかわりが影響する。例えば、CNSは主治医に患者の精神状態を説明し、口頭だけではなく絵を用いて説明するとか、1回だけではなく繰り返し説明の機会をつくるなどの具体的な患者への病状説明の方法を提案している。それまでの実績がありCNSを信頼している主治医は、「そういうものですか」といって、きちんと提案のうって実践している。

ナースチームの力をCNSが信頼しており、ナースチームもCNSを信頼していると、信頼関係を基盤にコミットメントしやすく、ケアの推進力が高まる。

チームとの関係性がよくさらに、下記のチームの凝集性があるとケアはうまく機能する。

⑥チームの柔軟性と凝集性

術後縫合不全を起こし、手術を繰り返すものの回復がおもわしくなく、抑うつ的で不安、怒り、などを身体症状に置き換えている患者がいた。声を失った患者とは会話が続き関わるナースもその重苦しい雰囲気には圧倒されそうになっていた。しかし、もともと患者さんにコミットメントし続ける、あきらめずにケアをし続けるというような熱意のある病棟であった。CNSから患者とのかかわりの糸口を提示された

ことで、そのことに一丸となつてとりくんだ。例えば、眠剤を使用するときにあわせて足浴を行うというケアプランが立案されたら、どんなに病棟が忙しくてもそのケアには意味があると思えばコミットメントし、時間を調整しなんとかやり続けようとした。このようにチームに柔軟性と凝集性があるとうまく機能する。

2) 直接ケアを阻害した因子

直接ケアを阻害した因子としては、①医師の状況への巻き込まれ、②精神科と他科、他領域の医師間の抵抗、③婦長のCNS活用に対する葛藤、④他職種へのCNS活用に対する葛藤、が抽出された。

①医師の状況への巻き込まれ

ある境界例の患者へのケアを行う場合、医師が患者に巻き込まれて患者の言いなりになってしまっていた。医師が患者に受容的になりすぎると逆にスタッフが厳しくなりすぎ、公平性や一貫性が保ちにくくなるということがあった。そういった場合には、CNSは上記の促進因子を活用し、受け持ちナースや婦長など主軸となるメンバーに働きかけ、医療チーム全体を巻き込んでいくアプローチをしていた。そのことにより、治療体制が整い、一貫したケアの実践につながっていた。

②精神科と他科、他領域の医師間の抵抗

ある不安症状が強くなっている患者ケアについて、抗不安薬の投与が必要とCNSが判断し、一般科の主治医に精神科医へ薬を出してもらうようお願いしたところ、精神科の病気ではないからと主治医は自分自身で処方した。主治医の上司とも直接会い、家族調整の必要性も含め患者の方向性について意見交換したところ、自分もどうかしようとおもっているが精神科にかけることはしたくないと、精神科への抵抗がみられた。幸い、CNSのそれまでの介入により患者自身からはCNSと会うようになって楽になったと聞かされていた医師は、精神科はいやだがCNSは関わってもいいと受け入れている。

治療体制を整えようとどんなに根回ししても、医師の抵抗にあい結果的にあまりうまくいかないことがあった。ある終末期にある患者は、可能ならば家で過ごしたいという希望をもっていた。その希望をかなえるために、CNSが緩和ケア医や在宅ケアのナースに根回しして準備を整えようとした。主治医に対して、CNSからも緩和ケア医からも働きかけたが、まだその時期ではないからと抵抗があった。患者の病状の急激な悪化もあり希望はかな

えられなかった。積極的に治療をすすめる段階から、緩和ケアへのギアチェンジが難しかった例である。

③ 婦長のCNS活用に対する葛藤

あるCNSは、自殺企図をおこす患者への対応を考えていくうえでカンファレンスの開催の必要性を呼びかけたものの、チームでやれているからとCNSの参入を婦長が拒否したため開催できなかった。再度自殺企図が起こったときに、他のスタッフからのCNSに入ってほしいという後押しもあり、なかば強引にはいっていくこととなった。CNSの介入により、現場に力がついて対応できるようになったことを、もともと自分たちにはこういう力があつたんだと、CNS介入による効果を認めようとしなかった。CNSは婦長のこういった特徴を理解し対応しているものの、婦長の葛藤が強いことにより介入の時期が遅れたり、適正に評価されないというこが起る。

④ 他職種のCNS活用に対する葛藤

あるCNSは、入退院を繰り返していたうつ病患者さんの退院後の生活設計まで手が届かないことがあった。それは、ケースワーカーともう少し頻繁に情報の交換や方向性の検討をしたと考えていたが、ケースワーカーがCNSに葛藤を感じていてあまり積極的に活用されなかったのも、協議する機

会が少なかつたという背景がある。通常1つでも協働がうまくいくと、その後うまくいきやすいとこのCNSは感じていたが、なかなか関係を作るのが難しい人もいる。CNSはかかわりずらさを抱きながら介入を続けなければならぬ状況であった。このとき、管理者はいい影響も悪い影響も与えておらず、CNSは独自に取り組み続けることとなった。

II. 質問紙調査の結果：精神CNSの直接ケアによる患者の変化

精神専門看護師の直接ケアによる患者の変化は受け持ち看護師ならびに精神看護専門看護師によってGAF、BPRS、メニングァー患者分類表を用い、介入前後の患者の状態を思い起こし、記載を行った。メニングァー患者分類表は精神病院に勤務する受け持ち看護師、精神看護専門看護師のみが答えた。

対象となった患者13名に対し、病状評価を行った受け持ちナースによる回答はのべ19件、記載した精神看護専門看護師の回答はのべ10件だった。

まずBPRSについてみると（表7）、受け持ちナース、精神看護専門看護師による全体の病状評価は、精神看護専門看護師の介入前が1523点、介入後が

1013点と介入前後で有意に点数がへっており ($T=8.73, P<0.001$)、症状がへっていることを示していた。また受け持ちナースによる評価は精神看護専門看護師の介入前が1034点、介入後が681点で介入前後で有意な病状軽減がみられていた ($T=7.79, P<0.001$)。また精神看護専門看護師によって評価された病状は介入前が489点、介入後が332点と介入前後で有意な病状軽減がみられていた ($T=4.14, P<0.05$)。

さらに、GAFについてみると(表8)、全体では、精神看護専門看護師の介入前が55.59点、介入後が71.0点で介入前後で有意な差がみられており、患者たちの機能の変化がみられていた ($T=5.32, P<0.01$)。また受け持ちナースの評価は、介入前が56.05、介入後が73.37と介入前後で有意な差がみられていた ($T=4.49, P<0.01$)。また精神看護専門看護師による介入前後の評価は介入前が54.7、介入後が66.5で介入前後で有意な差がみられていた ($T=2.85, P<0.05$)。

またメニンガー患者分類を全体で見ると(表9)、精神看護専門看護師の介入前は一般ケアで155点、介入後で2277点と患者のセルフケアが改善していた。また受け持ちナースの評価でも、介入前が85点、介入後が127点と介入後の評価が高く、また精神看護専門看護師による介入前の評価は

17.5点、介入後が25.0点で、介入後にセルフケアの改善がみられていた。また暴力行為、破壊行為の頻度が、介入前に比べ介入後に軽減していた。

今回のこれらの結果から、精神看護専門看護師の直接ケアは、患者の症状、患者の社会的機能の改善に影響を及ぼすのではないかと考えられた。すなわち精神看護専門看護師の直接ケアは患者の不安、思考過程、怒りなどを軽減する一方で、患者の日常生活の機能をも改善し、さらには対人関係やこれまでやれていた機能の回復を促していると考えられた。

しかし今回は、対象者数が少なく、評価者の評価に関する訓練ならびに評価に関する一致度の検定などを行っておらず、今回評価者の訓練、精神看護専門看護師の直接ケアを反映する症状評価尺度の開発、などを検討していく必要があるといえるだろう。

F. 考察

本研究は、精神看護専門看護師が行う直接ケアの技術を明らかにし、直接ケアがもたらす効果を分析することを目的として実施した。

研究の結果から、精神看護専門看護師の直接ケアの特性及び成果として、以下のようなことが挙げられよう。

1. 直接ケアを依頼されるときの 問題の特徴とケア対象の広がり

精神看護専門看護師に直接ケアを依頼される問題は、臨床現場で起こっている問題のなかでも次の2つの特徴を持っていた。

- ① 患者の精神的・身体的問題が複雑化、長期化しており、改善の見通しが立ちづらい。
- ② その問題の改善に対して、ナースをはじめとする医療スタッフが、やる気をなくしていたり、ケアの方向性が見出せない状況にいる。

すなわち、患者の心身の問題と、ケアに当たっている医療者の悩みや葛藤の両方が、如何ともしがたい複雑な状況に陥っているときである。このような状況においては、高い専門性をもって問題の分析や、患者のケアにあたる必要があると同時に、医療スタッフの陥っている葛藤状況の改善を図る必要がある。特に、患者の心理的な問題が複雑な場合には、その問題が医療スタッフに投影されている場合が多いので、その力動を見抜き、かつ効果的に介入する必要がある。

本研究の結果から、精神看護専門看護師は、このような状況において、患者ケアの側面と、医療スタッフ支援の側面から同時に介入を行っていた。すなわち、精神看護専門看護師は、依頼

された患者の直接ケアに当たるときには、いつでも同時に、患者のケアに当たっている医療スタッフに対しても何らかの介介入行っている、ということがわかった。したがって、直接ケアの対象者は、患者・家族であり、同時に医療スタッフでもあった。また、個別の医療スタッフを対象にするというこのみならず、医療スタッフの全体のダイナミクスを変化させるように、集団に働きかけるということをしてきた。このような介入は、精神看護のエキスパートナーの機能を越えた、精神看護専門看護師特有の介入であると考えられる。このような機能が果たせるためには、精神の専門性が高いだけでなく、起こっている問題全体を、システム論的に分析し、働きかける力が必要である。さらに、システム全体に対して有効に働きかけるためには、専門看護師のような、第三者的な立場で問題を分析したり、介入したりしやすいポジションにすることが極めて重要なのである。

2. アセスメントと介入の組み立ての特性

精神専門看護師のアセスメントと介入の組み立ての特性として、以下のことが明らかになった。

1) 統合的アセスメント

精神看護専門看護師のアセスメントの特性を見てみると、その視点が多岐にわたっていた。すなわち、患者の精神状態のみならず、身体状態、社会的背景、また患者を取り巻く人々のダイナミクス、当該セクションや病院組織の状況、といったことまで含めてアセスメントしていた。すなわち、精神・心理領域の理論を用いながら、同時に生物学的視点、社会学的視点からアセスメントする、という特性を持っているといえる。この点が、精神科エキスパートナースとの違いといえる。精神科エキスパートナースのケアについての野嶋らの研究^{1,3)}では、エキスパートナースが行うアセスメントのほとんどは、患者の心身の状態に関するものであった。これに比し、精神看護専門看護師は、より広い、総合的な視点からのアセスメントを行い、それに基づいて、統合的に介入を行っていた。このことは、専門看護師が患者の問題状況の改善に当たるときに、当該患者のみならず、その患者の問題に影響を与えている、家族、医療スタッフ、病院組織などの潜在的な問題をも視野に入れた介入を行うことができる、という特性を持っていると言える。

2) 起こりうる問題の予測

専門看護師は、現在起こっている問題についてのアセスメントに加え、将

来起こる可能性の高い問題状況を予測していた。そのため、そのような問題が起こらないように予防的に介入していた。専門看護師の予防的働きかけについては先行研究でも指摘されているが、本研究の結果もそれを裏付けるものとなった。予防的働きかけは、結果として問題が生じないため、予防できたといえるかどうかの評価が難しいが、最も効率的で、費用効果も高く、なにより患者にとって最高のケアといえる。専門看護師は、患者の状態が悪化しないように、あるいは、可能性のある合併症が発生しないように予防管理をする。実践現場では、予防的働きかけがによって問題が予防できた、という体験をすることは多いが、これを研究的に証明することは難しい。今後、予防的働きかけの効果に関する研究方法を検討することが必要であろう。

3) アセスメントからケアまでの早さ

今回の研究では、介入の開始から終結までの期間のデータは取らなかったが、インタビュー結果から以下のようなことが認められた。専門看護師は、直接ケアを依頼されてから、患者に会い、アセスメントし、その後ナースや他の医療スタッフにケアのアドバイスを言ったりしているのであるが、その展開が非常に速い。アセスメントは

関わりながら修正し、螺旋的に行っているが、短期間である程度核心を突いたアセスメントに至り、その上での具体的なケアプランを提案していた。

Benner^{1,4)}は、エキスパートの特性として、不経済な検討をせずに、状況を直観的に把握し、問題領域に正確にねらいを定めることができる、としている。今回の調査の結果は、専門看護師のエキスパート性の高さを示すものであるといえる。

3. 直接ケアとコンサルテーション

前述したように、精神専門看護師の直接ケアの対象は、狭義には患者であるが、広義にはナース、その他の医療スタッフであった。そして、直接ケアはそれのみ独立して行なわれるのではなく、コンサルテーションや、教育、連携・調整といった機能と組み合わせで行われるということが明らかになった。

直接ケアの技術としては、精神療法、認知行動療法といった精神科医や心理療法家の行う治療に近い働きかけを行っていた。しかし、単に治療者として患者のカウンセリングを行う、というのではなく、それと並行して、ナースを対象としたコンサルテーションを行っていた。コンサルテーション

によって、ナースは患者理解を深め、ケア方法を見出すことができていた。そして、ナースもまた、治療的に患者に関わるができるように変化していた。ナースが患者に対して治療的にかかわりができるようになったのは、単に患者ケアの方法が明らかになったからではなかった。患者の問題で困難を感じ、無力感や士気低下を体験しているナースは、専門看護師からケアについての具体的なアドバイスを得るとともに、心理的にも支援されることで、改めてケアに取り組む意欲を取り戻すことができていた。したがって、精神看護専門看護師の行うコンサルテーションは、ナースに対するケアの意味合いも大きい、と考えられる。

4. 直接ケアと教育

専門看護師が直接ケアを実践することは、ナースのロールモデルとしての教育的役割を果たしていることにもつながっていた。この点も、精神専門看護師と精神科エキスパートナースとの違いであると考えられる。もちろん、エキスパートナースの中には、仲間のナースに対して教育的に関わることができるナースもいる。しかし、精神看護専門看護師はナースに教育的にかかわることでナースの力を高めることを意図的に行っている。精神

看護専門看護師の実践する直接ケアは、精神科エキスパートナースのそれと内容そのものはかなり共通している。専門看護師もエキスパートナースなのであるから、それは当然といえる。しかし、それに加えて専門看護師は、直接ケアを行うときはほとんどいつでもナースに対してコンサルテーションを行ったり、教育的に関わったりするのである。そのような活動を通して、他のナースにエキスパートの視点や具体的なケアの方法を丁寧に伝えるのである。専門看護師は、エキスパートナースであり、加えてスタッフへの教育的支援を行うのである。

また、心身相関の視点からリラクゼーションといった技術を提供していたが、このようなスキルは、これまで看護ケアのスキルとして一般的に実施されているわけではない。したがって、ナースにとってはこれまで用いたことのない看護ケア技術を習得する機会にもなるのである。専門看護師は、最新の知見を臨床現場に応用する機能を持っているのである。Sparacino¹⁵⁾が指摘しているように、専門看護師が可視的に実践することは、専門看護師への信頼感を高め、専門看護師の活用を促進することにつながる。と同時に、ナースの全体の実践力を高めることにつながる、と考えられる。

このように見てくると、専門看護師

の機能は、実践、コンサルテーション、教育、研究、調整といった側面で述べられるが、実際には、これらの諸機能を組み合わせて提供するのが専門看護師ならではの働きかけであるといえよう。そのような働きかけ方が、患者への介入をより効果的に、効率的にすることにつながり、介入の効果も高まるということが示唆された。また、専門看護師が直接ケアに入ることで、看護スタッフ全体の看護力を高めることができる、ということが示唆された。

5. 介入の成果

研究の結果、専門看護師の介入の成果として、多側面からの成果が認められた。まず、患者の変化として、精神的、身体的状況の改善をはじめ、悪化や合併症の予防が図られていた。また、患者のセルフケアの拡大や対処能力の向上などが認められた。これら患者の変化は、専門看護師を対象としたインタビューで語られたものであったが、別に行なった質問紙調査の結果は、それを裏付けるものであった。質問紙調査では、専門看護師の介入の前後で、患者の精神状態、精神機能の全体的評価、セルフケア機能の変化を見たわけだが、その結果、いずれの項目も改善が認められた。特に前者2つの質問紙

は、ナース、専門看護師とも、そのスコアが有意に改善を示していた。評定は、レトロスpekティブに行なったものであり、またナースの評定技術の課題も残されてはいる。しかし、いずれの質問紙においても患者の問題状況が改善されていることがわかる。この結果は、専門看護師の直接ケアや、コンサルテーション、教育といった機能が複合されて得られた結果であると考えられる。精神専門看護師に持ち込まれた問題は、精神科薬が効かない、あるいは精神科薬の使用が制限されるような身体症状である場合がほとんどである。したがって、このような事例に関して専門看護師が介入することで、効果を出すことができるというのは、非常に大きな意味を持つ。

Urden¹⁶⁾は、CNSの介入の成果を、身体的、心理社会的、機能的、経済的、満足度、といった観点から分析することができるとしている。今回の研究では、このうち経済的観点からの評価はしていないが、アセスメントやケアの適切性、ケアまでの早さ、他のスタッフを巻き込む力、予防管理的機能、さらにケアなどを見ると、経済効率も自ずと高いものであると評価できる。

一方、介入が効果的になされるかどうかにおいては、管理者の専門看護師を活用することの意識付けや、他の医

療スタッフの士気などが影響しているということが見えてきた。したがって、専門看護師の活動に当たっては、それらの人たちとどのようにつながれるか、が非常に重要であり、さらには、看護において管理的ポジションにいる人たちの意識変革が大変に重要であるということが明らかになった、といえよう。

6. 研究の限界と今後の課題

本研究は、研究対象者である精神看護専門看護師が研究者である、ということで、データ収集や分析にバイアスがかかるという危険性が大きかった。したがって、データ収集は精神看護および質的研究に精通した研究メンバー外の第三者により行った。また分析においても、その信頼性、妥当性を高めるために、助言者2名を含めて行った。しかし、事例数が少ないため、今後さらに事例を積んで、分析を深める必要がある。

とはいえ、これまで本研究のような精神看護専門看護師の直接ケアの事例を、質的に丁寧に分析する研究はなされていないため、第1段階の研究として意義があったと考える。結果として、上述してきたような精神看護専門看護師の独自の対象特性、アセスメントや介入技術の特性、を抽出すること

ができた。また、専門看護師の介入による具体的な患者の変化、ナースや他の医療職者の変化など、介入の成果が明らかになったことは意義深い。

今後は、さらに事例分析を重ね、介入評価の指標を明らかにしていくことが必要であろう。また、専門看護師にも初心者、熟練者がいる。その相違や、専門看護師の力量の変化の研究も必要になるだろう。さらに、費用効果の研究方法の開発も行っていきたい。

G. 結論

本研究は、精神CNS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CNSに対する面接調査の結果、以下のことが明らかになった。

精神CNS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、その問題の改善に対して、ナースや他の医療スタッフがやる気を無くしていたり、ケアの方向性が見出せない状況に陥っているときである、ということがわかった。直接ケアを依頼された精神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、分析していた。このようにして行なったアセスメントに基づいて、介入を組み立てていた。

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なっていた。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。

また、精神CNSの介入前後の患者の精神状態およびセルフケア行動の変化について、精神CNSとナースを対象に質問紙調査を実施した結果、精神CNSの介入の前後で有意に患者の精神状態とセルフケア行動が改善した、ということが明らかになった。

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。当研究者らが昨年度行なった研究でも、CNSの介入が医療チームの連携を促進す

るという結果が出ており¹⁷⁾、CNSがチーム医療の推進によって医療の質と効率性を高める機能を果たし得る、ということが示唆された。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。

謝辞

最後に、本調査にご協力いただきました各施設の院長、看護部長、ナースの皆様、専門看護師の皆様、調査をご承諾いただきました患者の皆様、データ収集や分析にご協力、ご指導いただきました皆様に、心より感謝申し上げます。

<引用文献>

1. Spracino, P.A. (1998): The Clinical Nurse Specialist, 381-385, Hamric, B. A. Spross, A. J., et al, Advanced Nursing Practice, Second Edition, Saunders
2. Spracino, P.A. (1998): The Clinical Nurse Specialist, 386-390, Hamric, B.A., Spross, A. et al, Advanced Nursing Practice, Second Edition, Saunders
3. Dorman, K.M. (1997): Measuring the Effectiveness of Nursing Care, Outcome Measurement for Nursing Practice, 1(1), 8-13
4. Urden, D.L. (1997): Outcome Evaluation: An Essential Component for CNS Practice, Clinical Nurse Specialist, 15(6), 260-268
5. Ingersoll, L.G. (2000): Nurse-sensitive outcomes of advanced practice, Journal of Advanced Nursing, 32(5), 1272-1281
6. Hamric, B. A. Lindebak, S. (1998): Outcomes Associated With Advanced Nursing Practice, Journal of The American Academy of Nurse Practitioners, 10(3), 113-118
7. 岡谷恵子・富律子ほか(1999): 専門看護師の機能と待遇の現状, Quality nursing, 5(4), 38-43
8. Grover, S.M. (1999): Psychiatric nurse practitioner versus clinical nurse specialist: moving from debate to action on the future of advanced psychiatric nursing, Archives of Psychiatric Nursing, 13(1), 111-116
9. Karshermer, Hales, A. (1997): Role of the psychiatric clinical nurse specialist in the emergency department, Clinical Nurse Specialist, 11(6), 264-266
10. Tucker, S., Sandvik, G, et al (1999): Enhancing Psychiatric nursing Practice: Role of an Advanced Practice Nurse, Clinical Nurse Specialist, 13(3), 133-139
11. Nuccio, A.S., Kathleen, M., et al (1993): A Survey of 636 Staff Nurses: Perceptions and Factors Influencing the CNS Role, Clinical Nurse Specialist, 7(3), 122-128
12. 宇佐美しおり・片平好重・釜英介ほか(2001): 精神専門看護師の

活動の効果に関する研究プロジェクト，平成12年度社団法人日本看護協会

- 1 3. 野嶋佐由美ほか(1995)：心のケア技術に関する研究，平成7年度厚生省厚生科学研究費助成 研究成果報告書
- 1 4. Benner, P, 井部俊子他訳(1992)：ベナー看護論－達人ナースの卓越性とパワー, 医学書院
- 1 5. 前掲1
- 1 6. 前掲4
- 1 7. 宇佐美しおり他(2001)：精神看護専門看護師の活動の効果に関する研究、社団法人日本看護協会研究報告書

<参考文献>

- (1)Nugent, E. K. Lambert, A. V. (1997)：Evaluating the performance of the APN , Nursing management , 28:2 , 29-33
- (2)Paul ,S. (1999)：Developing Practice Protocols for Advanced Practice Nursing , AACN Clinical Issues , 10:3 , 343-355
- (3)日本精神科看護技術協会(2001)：精神科看護の臨床能力の明確化に関する研究－参加観察法を用いた全国調査による評価項目の精選
- (4)永井優子ほか(2000)：精神科看護の臨床能力の明確化に関する研究(第一報)、精神科看護, 27(7), 45-52

表1 患者の問題および背景

I. 患者の状況
持ち込まれる問題1 身体的な状況
1) 生命の危険を伴う疾患を持っている (肺ガン、多発性硬化症、生体腎移植、非ホジキン悪性リンパ腫など)
2) 身体侵襲の大きい治療を行っている (化学療法、大量のステロイド療法、塩酸モルヒネの持続点滴など)
3) 治療の効果がでず身体状態が悪化、複雑化している (長引く妊娠悪阻、術後縫合不全、術後の痛み、ヘルペスの痛みなど)
2 精神的な状況
1) 回復・治癒が困難な疾患をもっている (精神分裂病、境界型人格障害、老年性精神病、鬱病など)
2) 拘禁的状況にいる (入院している、抑制されている、外出が禁止されているなど)
3) 心的外傷体験をしている (知人の事故死を知り動揺している、出産後、早期に子供を亡くしたなど)
3 持ち込まれた問題を複雑にしている背景
1) 自己表現が出来ない (絶対に泣き言は言わない、焦りや罪悪感を生じているなど)
2) 状況に応じた対処行動がとれない (喪の作業の途中にある、本人もどうして良いかわからないなど)
3) 家族関係が悪化している (母親への攻撃、家族との話し合いはうまくいかないなど)
II. 家族の状況
1) 患者の病気が受け止められない
2) 患者の気持ちがうけとめられない
3) 家族自身へのサポートがない
III. ナースの状況
1) 適切なケアを計画し提供しようとしている (自殺企図、異食、ナースへの攻撃、自傷行為、行動化など)
2) 精神的なケアに困難を感じている (不眠、興奮、感情失禁、妊娠したことの葛藤、学生に対する八つ当たりなど)
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 (妊娠に前向きに取り組めない、ナースの援助を求めることが出来ないなど)
IV. 看護チームの状況
1) 精神的問題を話しあう場が設定されていない
2) 精神的ケアに対する一貫性が保てない
4) チームのメンバーが患者の問題にコミットメントしていない
5) CNS に対して閉鎖的である
V. 医師の状況
1) 他領域の医師を勝つようすることに抵抗がある
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
VI. 他職種の状況
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
VII. CNS への依頼意図
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

表2 CNSのアセスメント

I. アセスメントするための働きかけ

- 1) 情報収集のための活動
- 2) 患者と話せる場づくり
- 3) CNS へのニーズの把握
- 4) 患者との意図的な面接

II. アセスメント

1. 患者の状況

(1) 患者の身体状態・精神状態の悪化、不安定さの程度

- ① 吐き気の頻度と強さ
- ② 悪阻の回数の増加
- ③ 不安の強さ
- ④ 抑うつ強さ
- ⑤ 気分・行動の日内変動の強さ
- ⑥ 幻聴などの思考過程の障害の強さ
- ⑦ 行動化の頻度の多さ
- ⑧ これらの持続期間

(2) 患者の身体状態・精神状態の悪化、不安定さの程度

- ① 自分にとっての重要なことの喪失
- ② 強い感情抑圧
- ③ 認知のゆがみ
- ④ 治療環境

(3) 働きかけの方向性に関するアセスメント

- (4) ① カウンセリングの必要性
- (5) ② 緊張緩和の必要性
- (6) ③ 向精神薬の必要性
- (7) ④ 家族と患者をつなぐ必要性
- (8) ⑤ ナースとつなぐ必要性

2. 家族の状況

1) 患者とともに歩めない家族

- (1) 家族が患者の病気を認められない
- (2) 家族自身の予期悲嘆
- (3) 患者の病気を巡って家族の力が低下している

2) 家族の治療者への不信感

- (1) 治療チーム間の引きこもりと意思疎通のなさ
- (2) 治療者・ナースのやれていないという不全感と無力感

3) 家族への働きかけの方向性

3. ナースの状況

1) うけもちナースの辛さ、無力感の強さとケアしたいという気持ちの強さ

- (1) ケア意欲の強さ
- (2) 患者の病状・思いの投影としての無力感

2) 受け持ちナースの臨床能力

- (1) 一人の人間を包括できる力
- (2) 共感能力
- (3) チームメンバーとの対話の力

3) 受け持ちナースの力とチームのサポートの相互作用の強さ

- (1) 患者との信頼関係を展開する力
- (2) チームメンバーがケアを統一して遂行できる力

4) 受け持ちナースの臨床能力

- 5) 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
- 6) 働きかけの方向性

4. 看護チームの状況

- 1) 看護チームの感情反応とケアへの影響
- 2) 看護チームの臨床能力
- 3) グループとしてのまとまりや雰囲気

- 4) 看護チームと医師、CNS との関係
 - 5) 働きかけの方向性：看護チームへのケアの必要性、直接ケアかコンサルテーションかの見極め
5. 医師の状況
- 1) 医師の抵抗感
 - 2) 医師の患者への逆転移とまきこまれ
 - 3) 働きかけの方向性：医師をチームにまきこむ
医師の意思確認
6. 他職種の場合
- 1) 医師、臨床心理士、ソーシャルワーカーの活用
 - 2) 患者・家族・チームをまじえたアプローチの必要性
-

表3 介入の組み立て

<p>1. 直接ケアにつなげるまでの組み立て</p> <p>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、直接患者に会ってみる。</p> <p>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</p> <p>(1) 看護チームがCNSの活用に消極的な場合の組み立て</p> <p>①「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</p> <p>②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</p> <p>③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してゆくことを提案する</p> <p>④CNS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</p> <p>(2) 看護チームがすでにCNSを活用している場合の組み立て</p> <p>①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とナースが連携する体制をつくり、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ゆく</p> <p>②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など対応困難な状況を見極めながら、看護チームが主体的に患者の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</p>
<p>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</p> <p>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</p> <p>(1) カウンセリングの構造を組み立てる</p> <p>①はじめに患者と面接目的を共有する</p> <p>②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</p> <p>③適切な面接場所を設定する</p> <p>④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集結の時期を決める</p> <p>(2) カウンセリングの方向性や手法を組み立てる</p> <p>①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</p> <p>②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</p> <p>③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話し合う</p> <p>④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</p> <p>⑤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</p> <p>2) 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じたケアをとり入れる</p>
<p>3. 患者の問題に対して看護チームが効果的にかかわれるような働きかけを組み立てる</p> <p>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、受け持ちナースとの役割分担を明確にする</p> <p>2) 看護チームの無力感や対応困難感への支援方法の組み立て</p> <p>(1) ナースに安心感と保証を与えることでケアの意欲をとり戻せるように働きかける</p> <p>①看護の可能性を提案し、保証を当てることで看護チームの無力感をケアする</p> <p>②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いく</p> <p>③ナースのつらさをCNSも一緒に分け持つ</p> <p>④肯定的なフィードバックを意図的に行う</p> <p>(2) 看護チームがもっている力を引き出すための組み立て</p> <p>①ナースが自分たちの関わりをふり返り、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自分の意見を控え、まずは看護チームメンバー間の意見を引き出すようにする</p> <p>②ナースが個々に持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</p>

- (3) ナースの患者への効果的な関わりを促進するための組み立て
 - ①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
 - ②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

3) 患者とナースとの関係をつなぐための組み立て

- (1) 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
- (2) 直接ケアを通して見え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

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

1) 患者一家族をつなぐための組み立て

- (1) 患者の思いや意向を家族に伝える
- (2) 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
 - (1) 家族の思い、考えを聴き、受け止める
 - (2) 患者への具体的な対応方法について提案する

5. 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) 医療チーム間で患者の問題や介入の方向性が共有できてい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をもてるような調整を組み立てる
 - (1) 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
 - (2) 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-医師関係をつないでゆく
 - 3) 患者の精神状態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
-