

の指示簿に該当するトリアージガイドラインが存在し、このガイドラインに従って、看護師はトリアージを行い、初期対応として酸素投与や迅速血糖測定、採尿などを実践している。トリアージカンファレンスの開催やトリアージナース教育・訓練も実施され、各トリアージレベルの入院率・応答時間・充足率からトリアージの均質性と妥当性を評価し、看護師の能力の保障に努めている。また、看護師は、トリアージを行いながら、家族の不安を軽減し、育児能力の向上に向けての教育的かかわりも実施するため、その効果は高い。

今回の調査では、形式上、看護師の役割拡大はみられないが、実質的に担っている役割は増加しており、対象者のケアの質向上や満足、医師の時間節約や満足につながっている。ただ、慢性疾患をもつ子どもの長期的フォローアップを行う外来運営に関しても、事前指示による薬剤投与に関しても、看護師の特定領域の能力の確保は必要であり、適切な看護師教育プログラムにてトレーニングする必要がある。また小児救急におけるトリアージのように、トリアージナース教育プログラムが実施されており、教育体制が確立しつつある。トリアージガイドラインについても、カナダの小児病院をモデルとして独自作成し、検討を重ね洗練してきている。医師は看護師が主体的に積極的に実践することをすすめているが、責任は医師が負うことを前提としている。

以上のように現行医療システム上、責任や権限の所在が医師にあり、実質的な実施者である看護師に形式的には委譲されていないことになっており、従来のリスク管理方法の踏襲で問題も起こっていない。対象者が小児であるための躊躇かどうかは分からないが、看護師は積極的に自分たちで責任を負っていこうとする行動は少なく、医師も看護師の能力や勤務体制などを理由に積極的に役割委譲することが少ない。しかし、医師は条件が整えば委譲は可能であると考えている。役割委譲された部分に関する責任を、看護師が負う能力と覚悟が必要になる。

1-2. 課題

小児看護領域における役割分担に関しては、以下の課題が挙げられる。

a. 看護師の役割分担を支援・保障するシステム整備の必要性

①現行医療システムが抱える問題

- ・ 看護師が役割分担することに対し、診療報酬に結びつくシステムがない（病院・施設経営上、直接利益に繋がる評価が明確ではない）。
- ・ 実質的な判断・指導者と形式上の指示権限者が一致していないため、諸手続き（外来予約、紹介状や指示書の取扱い、カルテ記載、使用する部屋など）に制約がある。

②看護師の人員配置や勤務体制の問題

- ・ 人員確保と継続保証ができない（看護部や経営者の考え方で変動する）。

③看護師への教育的支援システムの未確立

- ・ 看護師に対する教育体制や教育プログラムがない
- ・ アセスメントや判断基準などのマニュアルやガイドラインの未整備
- ・ 医療ケアシステムなどによる能力支援体制の未整備
- ・ 大学教員や共同研究による支援

b. 看護師が役割分担できる根拠の提示の必要性

- ① 特定領域のケアが確実に実施できる看護師の要件が明らかではないこと
- ② ケア効果や看護師の能力を明示していないこと
- ③ 役割委譲や役割分担（責任や権限）に対する医師の躊躇
- ④ 医師－看護師間の認識の相違

* 医師が看護師に要求する能力レベルが高く、一方で看護師が医師に対して自己主張しない傾向があるためか、医師に認識されていない部分が多い。実質的には看護師が多く役割を担っている。また看護師が実質上多くの役割を担っていると医師が意識していたとしても、その役割は、「看護ができること」ととらえるのではなく「○○さんだからできること」と看護師人の能力と認識していることも大きい。

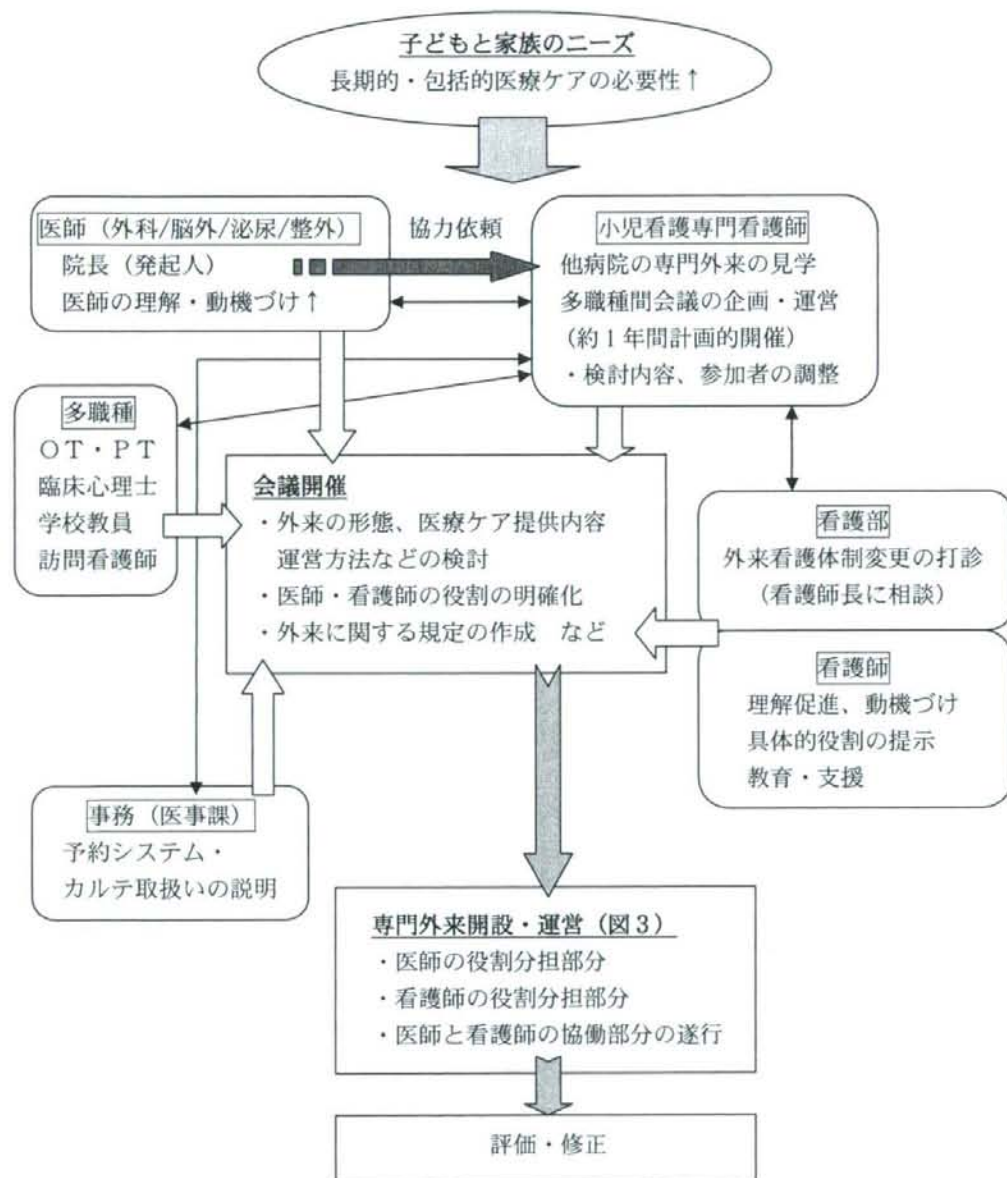
c. 看護師の役割分担のきっかけづくりの困難性

- 医師の動機づけや理解の不足、看護師への信頼の不足
- 大学による実質的な協力（研究、教育、人材投入など）

図表 4-10

○実施フロー図（関連図）

【事例 No. 4】 専門外来（二分脊椎）の開設・運営における協働



2. 役割分担・連携による医療サービス提供体制への効果

図表 4-11. 医師の本来業務の時間等への影響

プラスの影響	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が治療や診察にあてられる時間が増えた。 ・ 小児看護専門看護師の支援により往診医が決定したことで、医師が診療の合間をぬって往診していた労力が不要になった。 ・ 役割分担により、子どもや家族に十分にかかわれないという医師のフラストレーションが軽減し、医療提供への満足度が高くなった。 ・ 待機患者も看護師のトリアージによって状態が把握されている。重症者が待合室で長く待って状態が悪化することがないため、診察している医師にとって安心感は大きい。 ・ 看護師のトリアージの評価を実施したことによって、準夜帯の救急外来専従担当者を増員するという体制やルールを変更することにつながった。
マイナスの影響	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門外来の開設によって診療時間が増加するため、医師に負担ではないかと院長は捉えていたが、医師たちは診療内容に満足している。 ・ 医師と看護師が行う専門外来の前後カンファレンスは、時間外の開催になる。

図表 4-12. 患者・利用者への医療サービスの質への影響

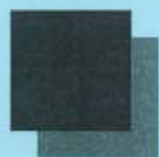
プラスの影響	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門外来を利用する子どもや家族は、疾患の理解が高まり、日常生活における困りごとや人間関係などの悩みを始め、生活を含めてトータルな医療を受けられ、高い満足を得ている。また、子どもは、学校の選択での不安が軽減したり、ピアサポートが構築できるようになった。 ・ 看護外来でのかかわりによって、悩みや苦しみの表出、病状コントロールの安定・改善、不登校であった子どもの登校、親子関係の改善などがみられた。 ・ 往診医、訪問看護ステーションとの連携ができると、子どもの在宅ケアがスムーズに行われるようになった。 ・ 子どもと家族は、時間に余裕を持って話を聞いてもらえ、指導を受けられる。従来外来ではできなかった生活上の問題、医師とは違う視点での助言が受けられると、好意的反応がある。 ・ 薬剤師などの多職種介入があり、医療の質が向上した。 ・ 急ぐ状態の際に、順番を早くしてもらえたという患者（家族）の評価の声がある。 ・ トリアージを行なうことで、早い物勝ちではなく、重症な人が優先して医療を受けられるという、公平で適切なサービスを提供することになる。
マイナスの影響	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門外来に関し、看護師のケースファインディングがうまくできない場合、外来自体がうまく機能しない。 ・ 薬剤使用に関して、看護師の経験や能力によってアセスメントや判断力に差があるため、的確なケアができない可能性があるが、教育プログラムもない。

図表 4-13. 看護師のサービス提供等への影響

<p>プラスの影響</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療科を超えて受診する子どもや家族に対して、看護師間の連携が増えた。 ・ 専門外来にかかわることで、看護師は先の見通しを持ってケアできるようになり、就学等のライフイベントの前からの介入を行う機会も増えた。 ・ 看護師にとって専門性をもつことはモチベーションを高められる。 ・ 公式的な外来になったため、時間外業務が減少した。 ・ 事前指示のもとに看護師が薬剤投与することで、子どもの痛みが緩和できる。 ・ 痛みのアセスメントシートを活用することで、薬剤投与に関する看護師の判断を明確に報告できるようになり、医師も記録を見て判断でき、看護師に対するクレームが減少した。 ・ 看護職のフィジカルアセスメント能力の向上がみられた。 ・ 看護師のプロ意識が高くなった。患者を自分の責任でどう守っていくかを意識している。
<p>マイナスの影響</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来担当看護師は、他病棟所属であるため、時間・マンパワー不足がある。 ・ 救急専任の看護師はいないため、マンパワー不足の問題がある。

図表 4-14. 医療機関の経営への影響

<p>プラスの影響</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域と連携がとれ、子どもが退院することで、入院期間を短縮できるため、コスト削減につながる。 ・ 看護外来によるフォローにより、症状コントロールが安定し、二次的な障がいや病状の進行を抑えるかわりができるため、再入院率が減少する。 ・ 看護師の指導によって在宅療養指導管理料がとれ、増収につながった。 ・ 救急対応場面で事故があるとそこにかかる費用は莫大になる。起こらないようにしているトリアージの貢献は大きい。
<p>マイナスの影響</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門・看護外来の運営に対する診療報酬がないため、経営的メリットはない。



5) 精神看護領域の
役割分担・連携

5) 精神看護領域の役割分担・連携

(1) 個別事例の各概要

精神看護領域では3事例について調査した(図表5-1)。対象施設は、A病院、B病院、C病院であった。

調査対象者は各々医師、看護師双方であり、その内訳については、A病院は医師(院長)1名、看護師(専門看護師/看護教員・博士後期課程修了)1名、B病院は医師(医局部長)1名、看護師(看護教員・博士後期課程修了)1名、C病院は医師(院長)1名、看護師(CNS・博士前期課程修了)1名であった。

事例概要に関しては、A病院は「専門看護師を中心とした退院・地域生活移行支援」、B病院は「看護師によるうつの女性のための外来集団認知行動療法」、C病院は「精神科における看護カウンセリング外来」であった。

以下、個別事例の概要について述べる。

図表5-1 精神看護領域調査事例概要

	対象施設	対象者	対象職位	看護師の免許・学位	事例概要
A	A病院 (九州)	看護師1名 医師1名	教授/CNS 院長	看護師・保健師 博士後期課程修了	専門看護師を中心とした退院・地域生活移行支援
B	B病院 (関東圏)	看護師1名 医師1名	准教授 医局部長	看護師・保健師 博士後期課程修了	看護師によるうつの女性のための外来集団認知行動療法
C	C病院 (北海道)	看護師1名 医師1名	CNS 院長	看護師・保健師 博士前期課程修了	精神科における看護カウンセリング外来

精神看護領域事例A：専門看護師を中心とした退院・地域生活移行支援

A-1. 役割分担・連携の概要（図表5-2）

A-1-1. 事例の医療機関の概要

a. 設置主体：特定医療法人

b. 病床数：約300床

c. 職員数：280名

・常勤人数：医師10名、看護師104名、准看護師17名、看護助手4名、薬剤師3名、OT11名、介護福祉士7名、心理士4名、精神保健福祉士7名、管理栄養士3名、放射線技師1名、臨床検査技師2名、事務13名、その他非常勤

・看護師職員配置：精神病棟入院基本科（15：1看護、10：1補助）

d. 医療機関の地域特性：中規模単科精神科病院

A-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

a. 役割分担・連携の活動内容

専門看護師を中心とした退院・地域生活移行支援として、Assertive Community Treatment（ACT：重症な精神障害者を対象とした包括型地域生活支援プログラム）、Community Based Case Management（CBCM：再入院を繰り返す精神障害者への支援プログラム）を実施。専門看護師を中心にチーム（受け持ち看護師・ソーシャルワーカー・主治医等）を組織し、両プログラムとも週に1回カンファレンスを実施。

専門看護師は、患者や家族と直接会って、精神症状、セルフケアについてのアセスメントを定期的に行っている。さらに直接ケアを担いつつ、チームの進行がうまくいっているかどうかを確認している。患者同士のグループサポートを大切にして、グループ力動に働きかけつつ、グループが治療的に作用するよう図っている（特にCBCM）。またチームによるケースカンファレンスを定期的に行っている。

看護師が、再入院の決定や薬剤量の調整等について医師に意見を伝え、医師が指示を出している。

b. 適応範囲

i 患者の条件

ACTは、Global Assessment of Functioning（GAF）が40以下の患者を対象とし、CBCMは、再入院を繰り返す患者、病棟でケア困難な患者、同じ問題で入院を繰り返す患者を対象にしている。カンファレンスで、プログラムの対象となる患者について話し合わせ、決定される。

ii 看護師の条件

看護師の条件は、専門看護師がリーダーシップをとっているが、非常勤であるため、不在の時には、看護部と師長を中心に活動している。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

ACTは、アクトプロトコール、CBCMは、入院中の退院支援ケア・パッケージと退院後の集中型包括型インテンスイブ・ケア・マネジメントプロトコールに準じて実施している。

(医師の意見)

何か問題があれば、医師が責任を持ち、大きな事故があれば、病院として責任をもつことを考えている。

A-2. 役割分担・連携を行った背景

A-2-1. 背景

同じ患者が入退院を繰り返す状況があり、そのことに病院も何かしらの対応をしていたと考えていたため専門看護師を中心として取り組みを始めた。入院した患者が、早く地域で生活できるようにするためには、どのような支援ができるのか、これ以前にも取り組みがなかったわけではないが、さらにシステムティックに行う必要性を感じ、取り組みが始まった。

A-2-2. 準備状況

それぞれ3ヶ月ぐらいの準備で、勉強会や事例検討会を実施した。国内の慢性疾患のセルフマネジメントの専門家による講義、また海外の取り組みを紹介するなどを行った。講義だけでなく交流を図れるように準備を行った。事例検討会や勉強会を看護師だけでなく、他の職種(医師・PSW)にもオープンにした。

A-3. 役割分担・連携の実践プロセス

A-3-1. 役割分担・連携のプロセス

①決定プロセス、合意を得るための関係者との調整

情報提供が重要であった。専門看護師として、他職種にどれだけ情報提供できるかが、連携の前に大切で、専門看護師が持っている知識や情報が豊かでなければならない。他職種も提供できるものが豊かでない人とは一緒に仕事をしたくないと思われる。

専門看護師として直接ケアを行いつつ、患者・家族との関わりの中で、何が起きているかを医師へ情報提供することを大切にしてきた。地域生活支援では、さまざまなことが起こるので、細かな報告は特に重要である。

(事例)

父が家を出て行き、母親へ暴力をふるう患者。再入院を繰り返しており、退院しても長く地域で生活することができず、ACTを実施。なぜ患者の暴力は起こるのか?と疑問に思い、妄想によるものかをアセスメントしたところ、母が父親の悪口を言った後に暴力が起こっていることがわかった。家族力動のアセスメントが大切である。そうでなければ、「薬を飲まないから悪くなる」というようにしか考えられない。地域で長くいてもらう場合、何が起きているのか把握する必要がある。患者は近隣に父親を探しに行き、他の家のチャイムを鳴らし、「あなたが隠しているのでしょうか?」とお札を入れて、「お父さん返してくれ」という行動をとっていた。

このことを近隣への問題行動と取りがちであるが、力動的な視点でどんなことが起こっ

ているのかわかれば、対応の仕方が変わってくる。母・患者それぞれが喪失のプロセスを辿り、父親のことを整理するようにし、2人でやっていくしかないということを受け止められるように働きかけた。地域生活が困難な人たちには、こういうことが起こっているということを理解しないといけない。医師は力動的な視点は持ち合わせていないので、丁寧に説明しないとただ薬を増やしましょうということになってしまう。

②役割分担・連携までの準備スケジュール

2. 役割分担・連携を行った背景 2) 準備状況 に同じ

③役割分担・連携統合に必要な事務手続き

ケース会議をしたものは記録に残すようにし、皆が見ることができるようにパソコンでの共有ができるようにした。診療報酬については、ACT 活動は、訪問看護として外来訪問看護で算定、CBCM は、グループをやった場合、集団精神療法として算定している。

④役割分担・連携統合に伴う組織・職員体制の変更

ACT、CBCM のチームの担当者を決めた(兼任)。プログラム実施の責任者を明確にした。

⑤役割分担・連携統合をおこなうための準備、教育・訓練

2. 役割分担・連携を行った背景 2) 準備状況 に同じ

⑥患者・利用者への説明

専門看護師より、患者に退院支援のチームについて説明し、参加するかしないかを決定してもらっている。

(医師の意見)

看護師から説明を行うが、たまに患者が納得しない場合があり、そのような場合、医師からも説明を行っている。

A-3-2. 役割分担・連携を実践段階で生じた課題とそれへの対応(解決策)

カンファレンスと報告を重要視している。看護部や医局ではどうにもならないことがある場合、理事長に伝えている。例えば、デボ剤にどうしても切り替える必要のある患者がおり、看護師が説明し、しぶしぶ了解したが、担当医師が嫌がる場合があった。止むを得ずしばらく様子を見ることになったが、もう一度医師へどのように対応するのか確認して、切り替えることがあった。

(医師の意見)

問題があれば、基本的に看護部および総師長に情報が集まる。さらに必要であれば、医局に問題提起をしたり、病院の管理部(医師、看護師、その他職種の部長クラス)で対応するようなことになる。

医師が指示を出さないと報酬にならない現状があり、看護師による判断(薬剤量の調整・再入院の決定など)ができ、診療報酬に反映できるようになる必要があると考えている。

A-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

a. 役割分担・連携の拡大

プログラムに参加して、地域に目を向けられることができるようになるのではなく、地域に目を向けることができる病棟の看護師を育成して、優秀な人材がプログラムに関わるようになって欲しいと感じている。現在プログラムのスタッフは、兼任であるので、専従のスタッフにしていけないかとは考えている。

b. 役割分担・連携を担う人材の育成等

(医師の意見)

現在は、専門看護師は非常勤であるので、職員の中からそのような人材が育成されることを期待している。しかし一方で元々の職員が専門看護師になるということではなく、外部から人材が入ることが、客観的に状況を捉えることができるという意味で良いのではないかという思いもある。

A-4. 役割分担・連携の成果

A-4-1. 役割分担・連携による変化

a. 医療サービスの質への影響

プログラムの実施により、看護スタッフは、訪問の必要性を理解できるようになってきている。家での生活のありようがみえるので、疾病的な側面だけでなく、健康的な面を捉えられ看護を実践できるようになってきている。できないけど、できた部分もあったというように考えられるようになっている。

b. 看護職への影響（勤務形態・時間、その他）

病棟で、休みの看護師が訪問に行くことがあるが、その訪問に対して手当てをつけるなどの対応をしている。

c. 医療機関経営への影響

患者の満足度は高いと思うので、「よかった」という患者の評判が宣伝効果になっている部分もあると考えている。休日の看護師の出勤に手当てをつけているが、それが経営を圧迫していることはない。

A-4-2. 医師の勤務への影響

a. 医師が本来業務に従事する時間の増加

(医師の意見)

医師は様々な仕事や外部の仕事もあり常に病棟にいるという状況ではなく、ほとんど看護師を中心に取り組みが行われているので、そういった意味では本来業務に専念できていると考えられる。

b. 医師の労働負担の軽減

(医師の意見)

看護師を中心に取り組みを行っており、看護師の判断が正しければ、医師は任せておけ

るので、労働負担は軽減していると考えられる。

c. 医師、他の医療専門職からの評価等

医師からは専門看護師が入ったことにより、患者や家族のことがわかりやすくなったと評価された。ACTやCBCMのチームの人は、家族への関わりがうまいので、任せておいて大丈夫だという評価がある。

PSWからの理解が進み、「ここは看護の人がやったほうがいいのでは」という意見が出るようになった。PSWは、プログラムの実施までは、患者の生活が見えないと言っていたが、大分見えるようになってきたと評価していた。

A-4-3. 役割分担・連携による患者・家族・地域のメリット/デメリット

患者は、地域生活の持続期間が長くなり、喜んでいる。地域生活をする場合、家族の問題が大きい。地域生活を実際にみることで患者への対応ができるようになる。介入前後の比較により、ACTについては心理社会的機能、日常生活機能、精神症状、CBCMについては心理社会的機能、日常生活機能、精神症状、ケア満足度が有意に改善したことを報告している。

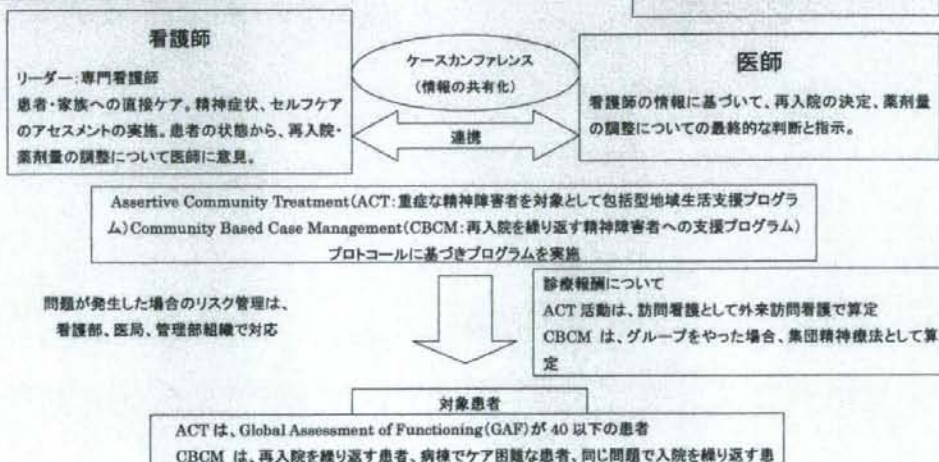
精神看護学領域

図表5-2 <事例 No. 1: A病院>

専門看護師を中心とした退院・地域生活移行支援(A病院)

九州:民間精神科病院(約315床)

背景
・ 患者が早く地域で暮らせるように模索
・ 入退院を繰り返す現状
→取り組みをシステマティックに実施したい



精神看護領域事例B：看護師によるうつ女性のための外来集団認知行動療法

B-1. 役割分担・連携の概要（図表5-3）

B-1-1. 事例の医療機関の概要（カッコ内は非常勤）

a. 設置主体：企業法人

b. 病床数：約600床

c. 職員数：

医師：常勤189名（97名）、薬剤師：常勤28名（1名）、技師：常勤157名（1名）、看護師：常勤635名（3名）、うち専門看護師2名、認定看護師9名、作業療法士：6名、理学療法士：14名、言語療法士：4名

・看護職員配置：精神科15：1、一般科7：1

d. 医療機関の地域特性：総合病院

B-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

a. 活動内容

- ・女性のうつ病患者を対象とする外来集団認知行動療法（集団認知行動療法を以下CBGTとする）。以前は2人で行っていた時期もあるが（外来リエゾン精神看護師、1年前に退職）現在は1人で行っている。
- ・参加者の募集：医師からの依頼、案内をみて患者自身が希望してくる場合：主治医の紹介状必要。
- ・参加希望者に対する事前面接：カルテ情報、電話連絡してプログラムの説明。
- ・プログラムの運営8回：資料準備、会場設営、セッションの実施、セッションのカルテ記載

b. 看護師・医師間の役割分担・連携

- ・医師も担当者になっているが、実質的には看護師がほとんどすべて一人で行っている。医師と一緒にすることは、プログラムの実施に関してはなし。主治医と一緒にすることは、患者選定。情報共有は、カルテ記載、必要時に口頭で報告している。
- ・（医師の意見）CBGTの実践はすべてA看護師に任せている。主治医はカルテからその反応などの情報を把握する。カンファレンス等は行っていないが、必要性に応じてA看護師から報告があり、それで問題はない。

c. 適応範囲

i 患者の条件

気分障害でうつ症状がある女性でCBGTを希望した者で主治医の同意が得られている者、外来患者が主であるが主治医からの紹介があれば入院中の患者も対象にしている（操作性のある患者、集団が苦手な患者、知的レベルが低い患者は除外している）。

ii 看護師の条件

- 臨床経験が2-3年あること、CBGTのトレーニングを受けていること（CBGTは副作用は少ないが、積極的介入であり指示的になってしまうのはよくない。またワークシートなどの記入を通じて患者が自分自身の問題に直面化するため、揺れた際には適切な対処ができることが必要）
- （医師の意見）看護師には、CBGTによる利益を与えられる力（患者の弱さと力（リソース）を見極め働きかける能力）と副作用（ほとんどないが）が生じたときに発見して対応できる（医師に報告する）力が求められる。その能力がある者が条件。CBGT そのものはしっかりとした枠組みがあるので、行う者による差はほとんどないが、特にA看護師の場合は、患者との相性にあまり影響されず均一に対応できる能力をもっており、適任である。これには教育背景と経験的な実践技能の両方を持ち合わせていることが必要であり、A看護師がモデルとなっている。

d. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

i 実施ガイドラインの取り扱い

- プログラムのプロトコールと事務手続きの取り決めを文書にしたものがある。
- プログラムテキストを医局の医師に配布し、主治医への案内（適応となる患者の紹介依頼）を行っている。
- A看護師による初診面接での参加患者決定後、A看護師が医局部長に文書で集団認知療法の参加指示のカルテ入力を依頼、指示後A看護師がプレセッションを予約。
- プログラム参加に関する同意書などはなし。ただし調査を行っているので、調査に関する説明を行い同意書へのサインをもらっている（プログラム前後の質問紙調査、フォローアップ面接）。
- 実施報告については、個人のカルテ記載のみ。プログラム全体に関する報告は、すべての職種が参加する精神科の運営会議で行っている。そのほかは研究報告としてまとめている。

ii 責任体制

- 診療報酬上、CBGTを行った場合、通院集団精神療法（1日につき270点）として算定。
- （医師の意見）責任はA看護師が行ったことを医師が把握するというで医師がとっている。

iii リスク管理

- 参加前に適応があるかどうかの判定を丁寧に行う（リタイアせずに最後まで参加できるか）ことで不成功体験を作らないように配慮している。

- 患者の状態が不安定になった時や普段と違う様子があるとき（グループ内で何かトラブルがある、自殺に関する発言があるなど）には、カルテに結果を記載するだけでなく、その場で口頭で伝えるようにしている。

B-2. 役割分担・連携を行った背景

B-2-1. 背景

- 博士論文のための研究として取り組んでいた。もともと当該病院で行われていた職場復帰のための CBGT に参加していたが、ほとんど参加者が男性であった。うつwoの患者の生活上の困難について質的に研究していたところ、男性、女性の認知に関する違いがあることがわかり、女性に特化したプログラムを作成することとした。
- （医師の意見）必要性が生じて行ったのではなく、導入はA看護師が博士論文の研究依頼があり協力したという形で始まった。その前から職場復帰のための CBGT が心理士により行われていたため、最初はA看護師もそこに参加しながら、やがて2つのグループを各々が担う形で協力しながら活動してきた。

B-2-2. 準備状況

- A看護師は12年間個人の認知行動療法に関して勉強してきた。
- 2005年～元々当該病院で行われていた職場復帰のための CBGT（2002年開始）に参加し、女性のための外来 CBGT プログラムを準備した。博士論文としての研究として取り組んでいたため、プログラムの作成、テキストの作成、運用上の資料（患者案内、医師への案内等）の作成などを行った。当初は対象患者を集めることが大変であった。カルテで情報を集めて主治医に尋ねたり、カンファレンスの場で資料配布したりし、2006年4月から当該プログラムを実施した。
- （医師の意見）A看護師が作ったプログラムについて医局で医局部長よりアナウンスし、医師らの同意を得た。プログラムの内容に関しては、医師ではなく、A看護師が研究結果より作成したものを使用している。

B-3. 役割分担・連携の実践プロセス

B-3-1. 役割分担・連携のプロセス

- 精神科診療部長に博士論文のための研究のために CBGT に参加することを依頼し、当該病院の CBGT に参加することとなった。病院との契約は、代務という位置づけで、外来 CBGT だけを行う看護師として、週1回1日ずつでの雇用契約をしている。当初は心理の立場で入ったが、診療部長からのアドバイスで、1年前より看護師の立場で活動している。
- プログラムの作成をすべて行い、カンファレンスの場等で医師に配布した。以前一緒にプログラムを実施していたリエゾン精神看護師や病棟看護師に対して、勉強会を主催したりした。

- 参加者募集は、①主治医を通して、②案内を見て患者さんが直接希望する、の2通りがある。プログラムに関する患者さんからの連絡は、外来精神科宛てとしており、問い合わせについては精神科外来クラークか看護師、あるいは心理の担当者が行っており、連絡がくる。またHP上からも問い合わせをすることができ、心理のすべてのメールに転送される。連絡があると、こちらから電話連絡をし、患者にA看護師から直接プログラムの内容を説明、参加の意思について確認する。
- (医師の意見) 医局部長がA看護師の技量を理解していたので、医師全体でそのことを話し合うという形ではなく、やることが決定されたところでアナウンスをかけた。医師の合意はスムーズであった。元々、この組織に各々の職種を尊重する体制が基盤としてできていることがある。職種によらず、その人が言った意見が妥当であればそれを表に出し、それを活かし治療している。そうするとチーム活動はスムーズであり、医師も楽である。

B-3-2. 役割分担・連携を実践段階で生じた課題とそれへの対応(解決策)

a. 他の病院に外来通院している人の参加について

他の病院で精神科受診している場合には、プログラム参加の際に医師の初診を受けなければならないが、現在外来初診が込みあっているため(早くても半年後)、プログラムを行っている看護師が、プログラム参加のための初診をできるようになるとよい。

b. A看護師以外にプログラムを実施できる看護師がいない

現在精神科外来看護師が1人しかおらず、リエゾン精神看護師もいないので、外来看護師はプログラムを担当できない。病棟看護師で関心を持っている人がいるが、勉強会やプログラムの見学についても、業務内で参加することは難しく、休日を使用している状況である。病棟管理者の理解が乏しく感じている。

B-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

- CBGTを実践できる看護師の育成を今後外部で教育を行っていく予定がある。トレーニングプログラムとしては、何日かの研修プログラムで講義(DVDも使用)+実践(見学)をイメージしている。日本行動認知療法学会でも看護師がCBGTをできるようにしようという動きがある。
- (医師の意見) 医学教育を積んだからからCBGTの技量があるというものではなく、医師でなくてはできないというものではない。看護師も行う力があれば可能、そうしてほしい。日常の患者を取り巻く環境、支援は複雑であることを考えると、患者への関わりが複線になるということが重要である。薬剤のことは薬剤師、生活や対人関係などは看護師というように各々の専門性を活かしてその専門職がCBGTを行えばよい。
- (医師の意見) 今後は、ストレス病棟で病棟看護師にもCBGTを活用してもらいたいが、現在はスキルがなくやる気ばかりが先行しており、研修などが必要である。
- (医師の意見) 自殺予防のために早期に精神科受診をするように言われるが、医師は

少ないため見切れない。また精神科を受診する人は一握りでしかない。そうしたとき、いじめや子育てなどで悩む地域の人々を身近で助けられる人が必要になる。病院ではなく、その前段階の地域主体で保健師がCBGTを行うことで自殺も減らせるのではないかと考える。

B-4. 役割分担・連携の成果

B-4-1. 役割分担・連携による変化

- 参加してよかったという意見が大半であり、患者の満足度はあがった。2006年4月にCBGTを開始したときから、2008年3月までにプログラム参加者42名に対して、終了後3ヶ月までの効果の継続について量的データから分析を行った。結果、その前後では抑うつ、自動思考、非機能的態度のすべてにおいて有意差が認められ、昨年の認知療法学会で発表した。
- 看護師からは、うつの人が生活の中でどのようなことに困っているかの理解が深まったという意見が聞かれた。
- 医療機関経営への影響について、データとしてはわからないが、外来でCBGTを行っていることが知られるようになり、他で精神科受診している人からも参加の問い合わせがきており、宣伝効果はあると思われる。
- （医師の意見）患者は満足している。看護師に対してもA看護師がモデルとなっている。
- （医師の意見）医師の負担は当然減る。医師でなければできない業務ができる。
- （医師の意見）コストを今以上に上げず、内容を充実させることが大切であり、それには看護師を含むメディカルの力を最大限にいかすことが重要である。

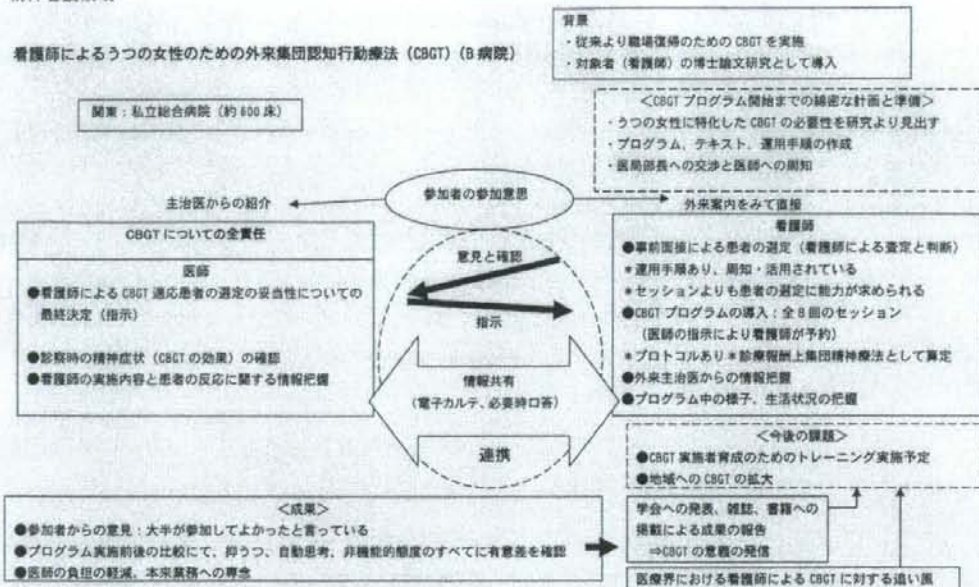
B-4-2. 医師の勤務への影響

- （医師の意見）勤務時間、労働負担は、看護師の能力をもっと活用することで患者の問題解決に対してプラスになることを考えると減少するだろう。

B-4-3. 役割分担・連携による患者・家族・地域のメリット/デメリット

- メリットは上記のとおり。
- デメリットとしては、看護師がプログラムへの時間をとられるということが一時的にはあるかもしれないが、患者の満足に貢献できる、再発を抑えることができることを考えると長期的にはメリットになるのではないと思う。
- （医師の意見）デメリットはない。

看護師によるうつ女性のための外来集団認知行動療法 (CBGT) (B 病院)



精神看護領域事例C：精神科における看護カウンセリング外来

C-1. 役割分担・連携の概要（図表5-4）

C-1-1. 事例の医療機関の概要

a. 設置主体：医療法人

b. 病床数：約200床

c. 職員数：

・医療関係職員数：医師12(4)名（精神保健指定医7名）、看護師54.3名（専門看護師1名、認定看護師0名）、薬剤師2名、OT5名、事務職員数7名）

・看護職員配置6:1，2.5:1，3:1

d. 医療機関の地域特性：中規模単科精神科病院

C-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

a. 役割分担・連携の活動内容

2003年より専門看護師による外来看護面接を開始。当初は、研究的な取り組みとして始まり、統合失調症の患者3名を対象として、約2年半にわたり個別面接を実施（研究結果は誌上発表済み）。

その後、2008年に病院内で「カウンセリングナース制度」を発足することが提案され、専門看護師がプロジェクトリーダーとなり、養成方法や活用方法が検討され、理事会の承認を得た。名称として「看護カウンセリング外来」となることが決定。具体的には、中堅の対応力のある看護師をカウンセリングナース候補者として選出。CNSが一定の教育を行ったのち、病棟から交代で外来に出張する方式をとる。今後本格的に始動予定。週に2回、1回半日程度からスタートし、医師の指示と許可のもと、外来患者への1対1の面接を行う。カウンセリングの焦点としては、退院後の生活療養指導、入院前調整、家族相談・指導、思春期相談、心理教育などを想定。

専門看護師は、カウンセリングナースの実践をサポート。またPSWやCP、処置Nsとの役割分担や連携の方法についても明確にして、役割発達を促すためのコーディネートを行う。

b. 適応範囲

i 対象となる患者等の範囲・条件

当初は統合失調症患者から開始。今後はすべての患者に実施予定。ただし病院としては若年層の患者が多く、初発の統合失調症、人格障害圏の患者、最近増加している発達障害圏の患者が想定される。その他、ストレスケア病棟からのうつ病圏の患者も見込まれるが、ストレスケア病棟の看護師が外来面接を行うことで、地域生活を視野に入れた病棟ケアの充実化も見込まれ、さらに外来移行後も継続性のあるケアを提供する上で役立つ。また、近年精神疾患の複雑化という背景があり、抑うつ症状を主体とする患者の中に、躁鬱病圏の患者や人格障害、発達障害の患者が混在していることが多々あり、これらを査定することも重要な役割がある。同様に、家族への説明が期待される。

ii 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）

カウンセリングナース制度において現在条件を検討中であるが、基本的に中堅の実力のある看護師を想定。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

i 実施ガイドライン、プロトコル

研究的に実施していたときには、研究としてのプロトコルを有していた。現在、看護カウンセリング外来立ち上げにあたり、ガイドライン案を作成・検討中。

ii 実施ガイドラインは、組織でどのような取扱いになっているのか（看護部門のみのものなのか、組織として決定したものなのか）

ガイドライン等を作成した際に、院内で閲覧して普及できるシステムがあり、定期的に見直しによる更新がなされる。看護カウンセリング外来のガイドラインもその中に含まれることになる。

iii 責任体制（誰がどこまで責任をもつのか）

医師の指示のもと、許可を得て行われる。診療報酬上は、「精神科継続外来支援・指導料」として算定。外来患者とその家族に医師の指示のもとでコメディカルが療養生活環境の支援を行った場合、医師（55点）とコ・メディカル（40点）がつく。但し、この指導料は医師の外来診察料とは併用できないので、週1回外来に来る人には、週1回と限定されている医師の診察料を適用し、週に2回以上来る人に実施し、「精神科継続外来支援・指導料」として算定する。

（医師の意見）これまで特に問題はなかったが、記録はみているので、なにかあれば医師が手助けする準備が整っている。

iv リスク管理等

（医師の意見）医療安全委員会、倫理検討委員会、リスクマネジメント委員会など、医師・看護師・多職種から構成されている委員会により、リスクに対応している。

C-2. 役割分担・連携を行った背景

C-2-1. 背景

a. 医療機関・地域が抱えていた課題・問題等（背景）

i 外来患者の増加と医師の多忙、および看護師のもともとの裁量の広さ

外来患者の増加により、医師の外来業務の多忙さがあり、医師をサポートする体制が必要であった。また患者の多様なニーズに対応し患者満足度を上げる必要もあった。さらに、医師の外来業務の多忙さから、もともと病棟のケアについても看護師に任されることが多く、看護師の自由裁量の広さにつながっている。

外来患者の増加という背景と、退院促進を進めるといふ病院の方針の中で、看護カウンセリング外来のメリット・ねらいとして、以下が考えられた。

- 生活療養指導や単発のカウンセリングを行うことによる心理教育の充実化、入院治