

2. 論文を読み解き、臨床看護に活かすために

熊本大学大学院保健学教育部精神看護学教授／精神看護専門看護師
宇佐美 しおり ● Usami Shiori

はじめに

1993年以降、認定看護師・専門看護師などの認定制度が始まり、高度専門職業人の育成が看護においても急がれるようになった。さらに看護系大学・看護系大学院の急激な増加により、大学院を修了した看護師が、さまざまな現場で活躍するようになった。

認定看護師や専門看護師は、複雑なケア状況に関わることで多く、特に専門看護師は病棟や病院でケア困難な患者への直接ケア、スタッフへのコンサルテーション、チーム間や患者・家族間の調整、倫理的課題に関する調整、病院や病棟の質を向上させるための教育・研究という機能を有している。筆者は精神看護専門看護師として1998年に認定を受け、更新を重ねてきているが、認定を受け始めた当初から現在まで、精神看護領域に必要な知識や技術は変化し続けている。また、一つの理論だけで整理・解決できる問題も少ない。したがって専門看護師は、何かを理解しているだけでは役割遂行ができず、複数の理論や知識を統合し、それを現場で実施して、成果を上げる臨床能力を培う必要があるのである。

ここでは、筆者が精神看護専門看護師として、どのように理論や論文を用いているのか、を紹介する。

常に治療ガイドラインやアルゴリズム、 専門領域の看護の動向の把握を行う

専門家は、自身の専門領域について1カ月に5冊は専門雑誌を読み続けることが重要だと考えられているが、病棟や病院のプログラムの見直しなどを行う場合には、さらに系統的に文献や理論の検索を行うことが必要である。

MedlineやCHINAHL、医学中央雑誌(看護学)などを用いれば、キーワード検索で過去5年間の治療や支援方法についての動向を把握することができる。また、インターネットなどから、諸外国の治療ガイドラインや治療アルゴリズムを把握しておくことも重要である。例えば、精神科領域の治療ガイドラインには、APA Practice Guideline、Health Care Guideline、National Health Committeeがあり、抑うつや不安障害、適応障害の診断や治療に関するアップデートな情報を掲載しているだけでなく、プロトコルの開発を目的とし

た調査の結果、エビデンスを掲載しており、日本語訳も出版されている。

一方、看護のスタンダードやケアプロトコルは、オンラインでの入手が困難な面も多いが、精神科で仕事をする看護師や精神看護専門看護師に必要とされる臨床能力、臨床能力を構成する要素、大学院における教育と教育の中での達成目標などが出版され、明確にされてきている。

理論や文献の系統的な検索、治療や支援方法の ガイドラインを基に、該当施設をアセスメントする

新しい知識や理論に関する著書は多く存在するが、これらが実際、どのように用いられるのかが最も重要である。そのためには、それを適用しようとしている施設や病棟、スタッフ・患者の特徴、在院日数、ケアの特徴、医療状況をアセスメントし、どのような応用の仕方が可能なのかを検討する必要がある。この検討の中には、海外に直接出向き、自分の目で内容を確認し、日本とどう違うのか、どこが同じで応用できそうなのかを把握し、さらに医局・看護部・他の職種たちと話し合うことが必要である。そして管理者が納得して導入・応用しないと、すぐに実施困難という結果に陥ることになる。

実践中や、実施後に必ずフォローアップして 修正を行い、プロトコルを作成

応用して実践する際には、レビンの変革のプロセスを理解しながら、抵抗があることも意識し、どれくらいの時間をかけて変化を促進していくのかを、自分なりにアセスメントしておく必要がある。さらに、オリジナルな理論やモデルからの部分が修正になったのかを、プロトコルやスタンダードという形で具体的に残しておくこと、実践の一貫性が保てる。

文献の成果を現場に適用するプロセスの一例

では次に、どのように理論や論文を探し、現場に適用していくのかについて、具体的な例をここに挙げてみたい。

筆者は精神看護専門看護師として、九州管内の菊陽病院という精神病院で非常勤の専門看護師として仕事をしながら、

同時に熊本大学医学部附属病院では学生の実習で長期にお世話になっていることもあり、リエゾ的な活動を行っている(リエゾナーズではないので“リエゾン”と表現する)。

前者においては、処遇困難例として人格障害患者へのケアや長期入院もしくは再入院を短期に繰り返す患者への直接ケアや、スタッフへのコンサルテーションを主に行っている。一方、大学病院では気分障害や不安障害と、診断の付きにくい身体疾患を有する患者への精神療法、カウンセリングなどを実施するとともに、看護者へのコンサルテーションを行っている。

これらの実践の中で、在院日数が減ってきたことや、患者・家族が思ったほど社会資源を活用されないこと、を感じることが多々あり、またこれまで筆者自身がオレム-アンダーウッドのセルフケアモデルを活用してきたこともあり、患者・家族のセルフケアや自己管理能力をどう高め、支え続けることができるのかについて関心を強くしていた。また、パトリア・アンダーウッド先生(元兵庫県立看護大学教授)や南裕子先生(現国際看護師協会会長)、中山洋子先生(福島医科大学看護学部長)を大学院の恩師としていたので、セルフケアや地域生活という視点において、さまざまな理論の教授、理論の実践への使い方、地域生活支援の方法などを学び、訓練を受けた。

そのようななか、どのようにして患者・家族が自分たち自身を支えるのかについての理論や方法論を、もう少し詳しく体系的に知りたくなったところで、スタンフォード大学患者教育開発センターの慢性疾患セルフマネジメントプログラム(Chronic Disease Self-Management Program : CDSMP)に出会うこととなったのである。

糖尿病や高血圧ならびに循環器疾患、血液疾患、悪性腫瘍といった慢性疾患をいくつかの方法で管理していくことで、健康状態や苦痛が改善したり、医療サービスの活用度が減り、医療費が軽減したり、自己効力感が高まることが、カイザー病院やスタンフォード大学の研究結果からわかってきた。このことがCDSMPの背景となっている。また、このプログラムは日本慢性疾患セルフマネジメント協会が2005年に設立(理事長:伊藤雅治氏)されたのを機に、我が国にも導入された。

筆者は、精神障害者、ならびに就労にはまだ早いので自分に自信をつけたいと考えているがデイケアや外来の作業療法などには行きたくない人たちに適用できるプログラムを探していたところ、岡谷恵子氏(近大姫路大学教授/慢性疾患セルフマネジメント協会理事)を通じて、このプログラムのことを知った。

自分自身も患者の立場でワークショップに参加したり、リーダー研修やマスタートレーナー研修にも加わり、ワークショップを開催できるよう準備を進めた。その理由は、このプログラムが慢性疾患患者に効果があることは明確だが、精神障害者に対する成果はまだ明らかになっていなかったためである。現在は、日本慢性疾患セルフマネジメント協会の了解を得て、東京大学大学院社会学教室の山崎喜比古教授らとCDSMPの成果について分析を行っている。

当初は、精神障害者や身体疾患を持ち精神的に不適応となった患者に対するCDSMPの成果に関する文献を検討したが皆無だった。そこで、精神障害者以外の慢性疾患患者への成果について述べた論文を系統的に探し、どのような方法で実施すれば成果が上がるのか、また、どのような評価が可能なのか、そのまま日本の精神科患者に適用することが可能なのか、について研究者間、もしくは実施施設の共同研究者たちと討議を行った。またCDSMPの開発者であるケイト・ローリック氏にも会って質問をしたが、精神障害者にこのプログラムをどのように活用すると効果が上がるかは不明だった。

そこで今回は、近藤房恵氏(サミュエル・メリット大学看護学部准教授)らによって日本文化に適用できるよう修正が加えられたCDSMPを実際に運用することで、精神障害者と慢性疾患患者との違いや共通点を明らかにし、精神障害者の自己管理を促進するためには、何か他の工夫が必要かどうかを検討することにした。

このプログラムは、自分が受け持っている患者がいる場合にはリーダーとしての運用ができないため、菊陽病院とくわみず病院(総合病院)、熊本大学医学部附属病院の外来に通う精神障害者、もしくは身体疾患を有していて精神的に不適応となる患者を対象に、外来医師がプログラムの案内とパンフレットの配布を行った。

1回6クール、1回につき4~6人の患者を対象として、慢性

疾患を持つリーダーと2人一組で6回実施し、現在その評価を行っている最中である。このプログラムはブレイン・ストーミングやアクション・プランといった自己管理に必要なプロセスが含まれており、精神障害者や精神的に不安定な人からはブレイン・ストーミングの成果が多くないことが少しずつわかってきているが、まだ分析の最中である。

このプログラムを導入する際、自身が専門看護師として仕事をしている病院の看護部・医局とともに、その成果やプログラムの特徴、工夫したい点、なぜ必要なかを数回にわたって討議を行った。医師たちには、当初「自分の患者には病気のことははっきり言っていないのに、自己管理などを促して大丈夫なのだろうか」との懸念もあったが、患者自身が自己管理をしたいというニーズが強いこと、病名は知らなくても病状を通して患者自身が自己学習し、自ら病状や病気を管理しようとしていることを説明した。また、今回このプログラムだけを運営するわけではなく、退院支援プログラムの中の一部として位置づけたいことを伝え、さらにこれまでの調査結果などを説明するうちに医師も納得するようになった。

また、CDSMPは専門看護師にしかできないプログラムではないため、患者の自己管理やセルフケアの促進に関心のある看護師たちにも声をかけ、リーダーとしての研修に参加できるよう看護管理者と話し合っていた。

おわりに

このように、論文や文献を通して知り得たプログラムを運用・定着させていくことには大変なエネルギーと時間、議論、そして合意点と目標の共有が必要不可欠である。論文や文献を現場に適用するためには、何よりも「なぜこれが必要なのか」が明確に示せること、そしてそれをやることでどのような成果が期待されるのかを説明していくこと、プログラムの実施や運用をモニタリングし、必要な際には修正を加えたり変更したりする柔軟性を持つことが重要である。

注) CDSMPのプログラムの活用に当たっては、必ず日本慢性疾患セルフマネジメント協会にご相談ください。

●参考文献

- 1) 近藤房恵：慢性疾患のセルフマネジメントのコンセプトと技術, *Clinic Magazine*, 10, p.8-12, 2004.
- 2) ケート・ローリング 他著, 近藤房恵 訳：慢性疾患自己管理ガイドランス, 患者のポジティブライフを援助する, 日本看護協会出版会, 2001.
- 3) National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Chronic Disease Prevention. (<http://www/cdc.gov/nccdphpoverview.htm>)
- 4) Dongbo, F., Hua, F., McGrowan, P., et al.: Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in shanghai, *Cjina*, 81 (3), p.174-182, 2003.