

<各論> 第2部 挑戦し続ける専門看護師・認定看護師・認定看護管理者たち

① 院内外に活躍の場を広げる！—社会に開かれた実践例

IV 「教育分野」での活動

教育と実践現場でのフィールドワークの両立 ——精神看護専門看護師の立場から

宇佐美しおり

1. はじめに

人々の健康問題はますます複雑化し、ヘルスケアに関する国民のニーズは多様化している。そして厳しい医療経済を背景に国民の保健医療に関する不安は高まっている。そのような中、2008（平成20）年6月厚生労働省から「安心と希望の医療確保ビジョン」が出され、在宅や医療機関におけるチーム医療の中で自ら適切に判断することのできる看護師の養成が必要であること、専門看護師、認定看護師の普及・拡大に努めること等が提示された。

一方、精神医療・保健・福祉においては、精神障がい者の長期入院、気分障害患者数および自殺率の増加が社会的問題となっている。これに対し、厚生労働省は精神障がい者の長期入院を減少させ、彼らの地域での生活を促進するため診療報酬の改定を行い、長期入院患者や急性期病棟から地域へ帰る患者の地域生活移行を目的とした支援を促進している。

地域生活移行支援としては、退院を調整する看護師の配置や退院後の訪問看護回数の増加や多職種による訪問を認め、退院後の日数に応じた診療報酬の配分を行っている。一方、一般病院において身体疾患を有しながら精神的に不安定になる患者が増え始め、身体疾患を有することが気分障害の契機になることから、リエゾン・コンサルテーションや一般科と精神科の診療科の連携ならびに総合病院と地域精神科クリニックとの連携が強化されるようになってきている。また入院している身体疾患患者（悪性腫瘍や血液疾患、腎・肝疾患など）の6割が中程度のうつ状態や不安をもっていることも報告されている¹⁾。

ケース・マネジメントを、またアクトほど重症ではないが、退院後すぐに入退院を繰り返す患者には集中包括型ケースマネジメント（従来は Intensive Case Management と呼ばれていたが、現在は Community Based Case Management ; CBCM と呼ばれている）を提供できるよう現在の日本の精神医療で活用できる最大限の資源を用い、日本型の治療チームを国際的水準に照らし合わせながら、組織風土や日本文化の特徴も入れたケース・マネジメントシステムを検討していった。

これらの取り組みを厚生労働省の障害者自立支援プロジェクトの研究・事業助成金を得て実施し、介入プロトコールを作成しながら介入を行い、評価を行っていった。その結果、これらのケース・マネジメントによる介入は、患者の病状だけではなく、患者の日常生活機能・社会的機能を高め、患者の再入院までの日数を減らし、地域での生活期間を延長させることが明らかとなった。またこの研究では、精神看護専門看護師の機能や看護管理者、治療チームとの連携の重要性が示唆された。しかし、研究結果の一般化と内的妥当性に問題が残っており、今後対象者数を増やしながらかも介入内容の見直し、評価におけるバイアスの軽減（介入している者と評価者が同一の場合もあったため）などを検討し、改定をしながら続けている^{2),3)}。

3) 大学病院での活動

一方、熊本大学医学部附属病院では、本大学の教員という立場の看護師は附属病院の非常勤看護師として勤務ができない、つまり大学教員で医師の場合は附属病院でも非常勤医師として勤務することが認められているのに、「看護師」である教員の場合には「講演や講義」以外は認めない、すなわち臨床活動は認めない、という位置づけであった。したがって臨床活動については、大学病院看護部との密接な連携のもとで、専門看護師の活動を行っているという位置づけである。現在これらの位置づけを変えるために医学部附属病院院長に対し、右田看護部長とともに働きかけを行っている状況である。

熊本大学医学部附属病院では神経精神科病棟での病棟看護師たちに対する1週間に2回の定期的なケース・コンサルテーション、入院時の精神状態ならびにセルフケアに関する情報収集と初期看護計画の立案、初発患者への危機介入を行いながら、医師主導で動きやすい大学病院の中で、看護師としての看護目標（患者のセルフケア上の目標）を明確にし、医師の指示のもとだけでなく自律した実践ができるためのケアの組み立てを看護師たちとともに行っている。さらに患者および家族への心理教育や外科、内科病棟でうつ状態や不安状態を有する患者やせん妄の患者に対し、病棟看護師もしくは医師から依頼があった際に精神療法やカウンセリング、また生活の再構築を行うための支援と症状管理の方法の検討を行っている。

さらに任意ではあるが、希望者を対象とした精神看護セミナー、病棟看護師長・副師長を対象とした看護倫理事例検討会を定期的に行い、身体疾患をもって精神的に不安定な患者への支援方法の検討や現場における倫理的課題の解決をともに行っている。また看護師のメンタルヘルスを維持するため、患者や家族から攻撃されたり、ニアミスや医療事故後の看護師のPTSRへの対応、不適応に陥りやすい新卒看護師や2年目の看護師への精神的支援、また病棟スタッフのマネジメントが困難と感じている病棟師長に対

する支援を行い、精神科薬物治療が必要な場合には精神科医に処方してもらいながら、一方で対象となる看護師の精神の健康度の回復を支援するとともに看護師としてのキャリア構築や職業的同一性の再獲得への支援を行っている。

2007（平成19）年度には厚生労働省の障害者自立支援プロジェクトにおいて、大病院内で精神看護専門看護師を中心としたリエゾン・チームをつくり、同意の得られた患者および家族に対し、チームによる支援を行った。その結果、身体疾患を有しているうつ状態や不安症状の強い患者へのリエゾン・チームによる支援は患者の精神科薬物量を減らし、患者のケア満足度を高め、うつ状態や不安状態の回復を促進していることが明らかとなった⁴⁾。しかしながら介入プロトコルを作成したといえども患者の状態や個性により介入内容が若干異なること、介入する者と評価者が同一というバイアスも存在し、今後これらの改善を図りながら成果を示していくことが必要となっている。

3. 両立のメリット

以上のように、精神看護専門看護師活動と大学・大学院教育とを現在両立させているが、そのメリットは、学部学生ならびに大学院生の臨床能力を高めやすい環境をつくっている点である。学部学生ならびに大学院生ともども菊陽病院と熊本大学医学部附属病院神経精神科病棟で実習を行っているが、筆者自身も日頃からそこで専門看護師の実践をしているため、学生たちの学習の度合いや病棟での動き、看護師たちの学生への反応を容易に把握し、実習の展開、実習目標の達成度の確認、学生がつまづいている箇所への支援が行いやすくなっている。さらに生活体験が少なく、心理的成長発達課題が逡巡化している学生たちは、言動が伴わないことも増えており、このような特徴をもつ学部学生の実習には、彼らの実習目標の達成を目の当たりにしながら支援することが可能となってきている。しかし一方では専門看護師として病院に慣れてしまっているため、病棟看護師や教育師長、病棟師長に依存している部分も多くなっている。

一方、専門看護師を目指す大学院生にとっても、実習は非常に重要な位置づけにあり、大学院生の臨床能力を育成する際に、教員が専門看護師としてその場にいることで、専門看護師としての実践を見せることができる。すなわち、精神科診断や精神科薬物療法の見方・精神状態・精神の健康度・セルフケアの把握と査定・セルフケアへの介入方法や患者の治療方法（集団精神療法や患者への精神療法など）・チームへのコンサルテーションをその場で見せることができるため、理論と技法の統合が促進されやすくなる。

4. 今後の課題

しかし「実習中への助言が容易である」、「その場で理論と技法の統合を図りやすい」といっても、実際に臨床能力を高めていくのは大学院生自身であるため、彼らの体験と訓練の場を現場の中でどのようにつくり、ケースを通して査定や診断、適切な治療やケアについて、その場に合った適切なスーパービジョンをしていけるのかは今後の課題として残っている。専門看護師の動きをモデリングとして大学院生に見せることと大学院

生が実際に自分で実施できるようになることは別のことであるため、そのことを大学院生たちが自覚し、自分の臨床能力の現実を認めながら自分の能力を磨く意欲と学習姿勢が必要である。

また、教育の場に身を置くことで専門看護師の活動が限られるため、専門看護師の6つの機能をすべて活用しながら役割を果たすことができない。そのため、病棟や病院のグループ・パフォーマンスを高めることが困難な側面も課題として残っているが、教育の場に身を置くことで競争的資金が獲得しやすい状況にもあり、研究助成金を得ながら専門看護師として介入し、その成果や課題を示したり、病院と連携しながらある介入を評価していくことが容易になりやすい。しかし先ほども述べたように、この方法では、実施者と評価者が同じである場合も多く、研究結果に対しバイアスがかかり、結果の信頼性や妥当性に影響を与えることは否定できない。

今後、研究の精度を上げていくために、介入のプロトコルの充実、介入の一貫性の維持、研究におけるバイアスの軽減、対照群の設定などを行う必要がある。しかしさらに、準実験、実験研究のデザインだけでなく、専門看護師として働きながら、介入を実施・評価をし、場を変えていけるようなアクションリサーチなどの研究手法を取り入れた研究が今後必要となってくるだろう。

5. 今後の展望

教育の場において精神看護専門看護師活動を行うことの長所、短所は上記に示したとおりであるが、ケア困難と考えられている患者や家族の回復を支援していくためには、自分の精神看護専門看護師としての臨床能力を維持し、磨き、高めていく必要があり臨床現場での活動と活動内容に対する先輩や指導者からのスーパービジョンはいくつになっても必須である。今後、医療の地域格差、医師不足、慢性疾患の増加と地域ケアが促進されている現状において、治療チームや地域との連携を強化していけるようなケース・マネジメントの機能、さらに他職種や看護職間の連携だけでなく、外来や訪問看護、在宅ケアにおいて独立した判断、ケアを行える自律的機能を有し、国民の健康や疾病の状態によっては、専門看護師が中心となって治療やケアが展開できるようになることが必要だろう。

引用文献

- 1) 野末聖香, 佐藤寧子, 宇佐美しおり, 田中美恵子, 安藤幸子, 小山達也, 他 (2008): 平成 17 - 19 年度科学研究費補助金基盤研究 (B), 精神看護の看護技術評価報告書, p.132 - 136.
- 2) 宇佐美しおり, 樺島啓吉, 矢野千里, 他 (2008): 精神障害者へのアサーティブ・コミュニティ・トリートメントの評価に関する研究, 平成 18 - 19 年度文部科学省研究費基盤研究◎報告書, p.4 - 14.
- 3) 宇佐美しおり, 中山洋子, 野末聖香, 他 (2009): 病状が不安定な精神障害者の自立支援における退院支援ケア・パッケージを含む集中型包括型ケア・マネジメントモデルの開発, インターナショナル ナーシングレビュー, Vol.32, No.1, p.88 - 95.
- 4) 宇佐美しおり, 福嶋好重, 野末聖香, 岡谷恵子, 樋山光教, 右田香魚子, 平田真一, 北里真弓 (2009): 慢性疾患で精礼症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価, 熊本大学医学部保健学科紀要, 5, p.9 - 18.