

日本における高度看護実践家としての専門看護師の活動の実態と成果・課題に関する研究

Kitamura Aiko 北村 愛子*
りんくう総合医療センター市立泉佐野病院

Ito Satoko 伊藤 聡子*
神戸市立医療センター中央市民病院

Fukushima Yoshie 福島 好重*
横浜市立市民病院

Takanashi Sanae 高梨 早苗*
西神戸医療センター

Masui Taeko 増井 耐子*
国立循環器病センター

Takayama Ryoko 高山 良子*
国立病院機構九州がんセンター

Usami Shiori 宇佐美 しおり*
熊本大学大学院生命科学研究部

Kataoka Yumi 片岡 優実*
兵庫医科大学病院

Matsuoka Mari 松岡 真理*
名古屋大学大学院医学系研究科博士後期課程

Miyata Noa 宮田 乃有*
府中医王訪問看護ステーション

Nakanishi Mari 中西 真理*
在宅看護研究センター

Ichihara Maho 市原 真穂*
千葉県千葉リハビリテーションセンター

Tokui Minorori 得居 みのり*
姫路聖マリア病院

Asano Hiroko 浅野 浩子*
大阪府立母子保健総合医療センター

Miwa Kyoko 三輪 恭子*
淀川キリスト教病院

Tanaka Yumi 田中 結美*
京都第一赤十字病院

*日本専門看護師協議会成果研究委員会

はじめに

医療の地域格差の拡大や医師不足、平均在院日数の短縮に加えて、地域で病気を持ちながら生活する人々の数の増加、慢性疾患の増加による疾病の複雑化など、国民に必要とされる医療やケアは多様化・複雑化し、国民の安全・安心な医療へのニーズは高まっている。

厚生労働省は2007年12月に医政局長通知として医師と看護師の役割分担の必要性について述べ、国民に必要とされる医療を医師のみならず看護職を含む医療職が担うことを推進している¹⁾。このような中、本研究は高度看護実践家としての専門看護師(Certified Nurse Specialist: 以下、CNS)の活動の実態・成果・課題について明らかにし、専門看護師が担える役割を明確にすることを目的とした。本研究により、医療ニーズの高い患者や家族に対し、必要とされる高度看護実践家の役割が明確になると考えられた。

研究方法

2009年4月1日から5月15日までの間、日本専門看

連絡先：〒862-0976 熊本県熊本市九品寺4-24-1 熊本大学大学院生命科学研究部教授
宇佐美しおり；Tel: 096-373-5470; E-mail: susami@kumamoto-u.ac.jp

護師協議会に所属し、研究に同意の得られたCNS238名にCNSの活動実態・成果と課題に関する質問紙を郵送し、無記名にて返送を依頼した。1カ月の間に直接ケアしたケースの状況・アセスメント・介入・評価(症状・日常生活機能・社会的機能・ケア満足度)を記載してもらった。回収率は26.8%だった。

分析方法

統計学パッケージSPSS VER.16.0を用い、活動の実態および成果を量的・質的に分析した。

研究の倫理的配慮

各研究者の所属する各施設倫理委員会で承認を得た後、対象者には文書で研究の目的と方法を説明し、個人や施設が特定されない形で分析して結果をまとめることを伝え、同意を得た。

結果

対象者の平均年齢は40.1歳(SD±4.9)、看護師の平均経験年数は15.3年(SD±5.4)、CNSの平均経験年数は5.4年(SD±1.9)、CNSが回答していた患者の平均年齢は48.5歳(SD±25.90)、男性27名、女性33名、不明

4名だった。依頼先は病棟看護師が最も多く、主治医、病棟看護師長の順で少なくなっていた。依頼の理由は、「患者とのコミュニケーションがとれなくなっている」「医療チームのまとまりの悪さ」「精神状態の悪化」などが最も多かったが、分野ごとの差は見られなかった。

CNSが関わった患者の病名は悪性腫瘍が最も多く(27.4%)、次いで心疾患(24.2%)、脳梗塞および脳性麻痺(15.6%)、気分障害、適応障害など、CNSが依頼された時の状況は合併症や身体・精神状態が悪化していた。CNSの年齢と看護師の経験年数との間には有意な相関が見られたが($\gamma = 0.89, P < 0.01$)、看護師の経験年数とCNSの経験年数ほとんど相関が見られなかった。

CNSはケースを依頼された後、患者の身体・精神・社会的状態を包括的に査定し、さらに患者を取り巻く家族と医療チームの状態を把握し、どのような経過の中で、より患者の状態が悪化しているのかを査定し、ケアの組み立てを行い、焦点を定めて今後の生活を視野に入れ、ケアを展開していた。

またCNSは直接ケアの提供と同時に医療チームに対しコンサルテーションを提供し、ケアの成果としては、患者の精神状態の変化、患者のケア満足度の変化、患者の行動の変化・身体状態の変化が見られていた。

看護師の経験年数は身体状態の変化、ケア満足度との間に有意な中等度の相関が見られていた($\gamma = 0.38-0.42, P < 0.05$)。さらにCNSのケア満足度は患者の身体状態、日常生活機能の変化と有意な中等度の相関が見られていた($\gamma = 0.58-0.70, P < 0.01$)。

精神看護においては、専門看護師が〈関わっている状況の特徴〉として、「水中毒や精神症状の悪化による日常生活機能(食事や活動など)の低下」「慢性疾患で身体的な機能の低下に伴う不安症状や抑うつ症状の悪化」が挙げられ、〈関わりの特徴〉は、患者への直接ケアのみならず、看護師を始めとする医療チームに対し、「患者の病状や状況の複雑さの理解と支援方法への助言」「受け持ち看護師や医療チームの陰性感情の軽減と意欲回復への支援」「医療チーム間での治療目標の再設定」に分類できた。また、〈成果〉としては、「患者の日常生活機能の回復」「精神症状の軽減」「スタッフのケア意欲の回復」に分類された。

小児看護では、〈関わっている状況の特徴〉として、疾患や障害のある子どもの在宅生活移行の困難さを反映

し、在宅生活へ向けた意思決定や、在宅へのプロセスそのものを支援する状況が特徴だった。すなわち、「予後不良の難病」などの身体状況の不安定さ」「両親の就労により家庭でのケアが困難」「家族の疲労感の強さなどの家族状況の複雑さ」「気管切開のある児を受け入れる保育園がない」「家族機能の低下」など、社会資源の少なさなどの状況が複数絡み合っており、また家族と医療者との関係性の悪化や、連携がうまくいかない状況にあった。

〈関わりの特徴〉として、「家族と医療者との関係性を改善し子どものケアを改善」「子どもの症状コントロールや身体状況へのケア」「家族とともにケアを実践する」「家族のコミュニケーションを促す」など、その子どもと家族の生活に焦点を当てて関わり、家族およびスタッフ、関係者とパートナーシップを築き、根気よく支援し続けていることが特徴であった。

〈成果〉として、「在宅生活への移行」「医療チーム間のコミュニケーションの改善」「家族の主体性やセルフケアの向上」「希望する教育機関への通学」「家族間のコミュニケーションの改善」が挙げられた。その他、思春期患者の意思決定支援や夜間救急における家族への支援などが挙げられていた。

老人看護分野においては〈関わっている状況の特徴〉として、「急性期病院に入院している独居で医療依存度が高い」「誤嚥性肺炎のリスクは生じるが、高齢者も家族も経口摂取を強く望んでいる」「医療依存度が高く、自宅退院への不安が生じている」「認知症のBPSDが見られ、入院・治療継続が困難とされている」が抽出された。

〈関わりの特徴〉としては、「高齢者特有の不安定な病状や認知機能障害の正確なアセスメント」「家族や医療従事者などが“(高齢者には)無理である”と評価していることに対する前向きな調整」「高齢者に合った生活・医療面のバランスを考慮して行う病院内外のスタッフとの連携・調整」などが見られた。

〈成果〉としては、「独居や医療依存度の高い困難ケースの自宅退院」「本人・家族のQOLと望ましい最期の保障」「認知症患者の入院・治療の継続」「スタッフ間のコミュニケーションの活発化」「スタッフの技術の向上」などが挙げられた。

母性看護分野における〈関わっている状況の特徴〉としては、「正常な妊娠・分娩・産褥経過からの逸脱」を基

本として、「必要な健康行動や親役割がとれない」「子どもが受容できない」「妊孕性の喪失」などの問題が生じており、またそうした身体的・精神的問題に加えて、「経済的に不安定」「社会的サポートが不十分」といった社会的問題を含むなど、複数の問題が混在していることが挙げられた。

〈関わりの特徴〉としては、「分娩の振り返りなどを通じた体験の統合による自己概念の保持・増進」「妊娠継続、セルフケア能力向上への情報提供および院内外の医療チームとの連携」「対象の希望を尊重した意思決定のサポート」「親役割や育児技術取得促進に向けた関わり」「対象の置かれている危機的状況の理解とケア内容への助言」などがあつた。

〈成果〉としては、「妊娠の継続、セルフケア能力の向上」「子どもの受容、親役割や育児技術取得の促進」「統一したケアの提供」「スタッフ間の円滑なコミュニケーション」などが見られた。

がん看護分野における〈関わっている状況の特徴〉としては「患者が抱えている病状進行や生命予後を考慮し、予測対処が必要な状況や症状マネジメントが困難」「経済面や仕事に関する社会的問題に対するサポートの不足、介護力の不足や家族の病状認識が不十分な場面」「医療不信や攻撃的態度が強くケアが困難」に分類された。そしてCNSは、患者の生命予後や急変の可能性、今後の病状の見通しなど多側面からアセスメントすると同時に、ケアに関わるスタッフのアセスメント力や対応能力などを考慮し、介入レベルを判断していた。

〈関わりの特徴〉としては、「苦痛を伴う身体症状のマネジメント」「病状や死への不安に対する精神的支援を行いながら家族への支援にも重点を置き、治療の意思決定を支える」「スタッフのストレス緩和や支援を行いながら医療間における対象理解を促し、チーム医療の推進や連携・調整を行う」が抽出された。

〈成果〉としては、「苦痛症状の緩和」「QOLの維持」「患者・家族の精神状態の安定」「セルフケア能力の向上」「援助を受ける大切さの認識が出てくる」「治療方法の自己決定」「療養場所の移行」「患者が自分の気持ちを出せるようになる」「患者・家族と医療者で話し合いが促進され援助関係が構築される」「信頼関係の回復」「患者・家族の満足度の向上」、医療者の変化として「悲嘆のプロセスに沿った事例の理解促進や患者への偏見がなくなる

などの患者理解の促進」「看護の方向性に対する迷いが軽減されたり、ケアに対する自信の獲得といったケア方法の改善」「医療チーム間のコミュニケーションが促進される」「患者・家族への苦手意識が軽減」などが抽出された。

慢性疾患看護分野では、専門看護師の〈関わっている状況の特徴〉として、「慢性疾患の病状の増悪により治療方法を変更しなければならない(例:インスリン注射の開始、投与方法の変更、透析導入の必要など)が、患者の理解が得られない」「経済的問題により症状管理が実施できない状況にあり、医師やスタッフ看護師が苦慮している」「身体状態の悪化により、NPPVなどの医療機器・インスリン自己注射などの医療処置の調整が必要な場合、適切なフィジカルアセスメントを行い変化した身体状況に合わせた適切な調整が必要な状況」などが挙げられた。

〈関わりの特徴〉として、「医師やスタッフ看護師が捉えている患者像(例:コンプライアンス不良など)を修正し、関係を修復」「必要な医療処置(自己注射・呼吸器調整)、新しい治療方法、自己管理の実施を支援」「地域連携(介護保険による在宅ケア支援・訪問看護など)による支援の調整・導入」などが挙げられた。

また〈成果〉としては、「患者が新しい適切な治療を受け入れ、医療処置の自己管理ができるようになった」「病状が改善し、社会復帰したり、訪問看護・デイサービスの利用により安定した状態で過ごせるようになった」ことが挙げられ、さらに「医師や医療スタッフ間のコミュニケーションが改善し、患者の治療や病状に関する自己管理が促進・継続される」が抽出された。

急性重症患者看護分野では、〈関わっている状況の特徴〉として、「ケアがマニュアル通り行えていない、患者に苦痛がある、不慣れた治療や呼吸アセスメントが不適切、看護師の不安によりケアが不十分」「医師との協働が不十分であることに加え、家族が危機状態で関係性の構築が不十分」「呼吸の悪化、循環動態の不安定さ、栄養状態の悪化による患者の身体状況の悪化」「患者が家族の心配で落ち着かない」「せん妄や意識もうろう状態により患者の精神状態が悪い」「患者や医療者間での情報共有不足や知識不足、治療介入方法が不十分で今後の見通しが持たず、医療チームが十分に機能していない」に分類された。

〈関わりの特徴〉は、「呼吸や循環などの生理学的アセスメント、看護診断を行い、人工呼吸器や気道管理などの呼吸管理、ショックなどの循環管理、鎮静管理を行い、生理的ニーズを充足する」「患者が現状を理解できるよう情報を提供し、現実を受け止められるように、患者の対処行動を強化」「患者の意思決定や自己表現を支援」「患者・家族の危機的状況に対する介入」「医療チームとともに、チームの情報を共有し、患者の目標設定や急変の準備、合併症予防の計画管理を行う」に分類された。

〈成果〉としては、「呼吸状態悪化が最小限になる」「ウイニングが成功し循環動態の回復や意識レベルが改善する」「せん妄の改善や患者とのコミュニケーションが図れ、患者が意欲的に治療に取り組める」「活動レベルの変化」「家族が意思決定でき、感情やニーズが表出できる」が抽出された。

地域看護分野では、専門看護師が関わる〈状況の特徴〉として、急性期病院からの退院支援において「病状が不安定で医療ニーズが高い」「独居で身寄りがない」といった複合する問題を抱えている状況、在宅での看取りにおいて「家族間の意向が一致していない」「看取りに向けた支援体制の構築が必要」といった複雑で早急な対応が必要という状況の特徴が見られていた。また、〈関わりの特徴〉としては、「療養生活方法の選択における患者・家族の意思決定への支援」「家族が納得できる在宅での看取りに向けた調整」「支援体制構築に向けた関係職種間の連携促進」が見られた。〈成果〉としては、「在宅療養にお

ける支援体制の構築」「在宅での看取り方法における関係者間の合意形成」が挙げられていた。

考察

これらの結果から、CNSは分野を超えて、①患者の複雑な身体・精神状態、複雑化している治療状況や病状管理において、身体・精神・社会的な総合的かつ包括的アセスメントを行い、治療構造全体を組み立て直して適切な看護ケアを提供し、②医療チーム間の葛藤や治療の硬直を改善し、③治療方法やケア方法を検討し直して実践し、④結果として、患者の身体・精神状態を改善し、長期入院や急性状態の遷延化を防止し、患者の地域で病気とともに生活することを可能にしていた。

今後、CNSの活動成果を客観的に捉える研究手法を検討し、対象者数を増やし研究の内的・外的妥当性の検討を行う必要があるが、同時にこのようなCNSの機能や役割を強化して、医療ニーズの高い患者に対応できる高度看護実践家の育成が必要であると考えられた。

●引用・参考文献

- 1) 厚生労働省：厚生労働省医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」, 2007.12.28.
- 2) 太田喜久子：医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究, 平成20年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業総括報告書, 2009.
- 3) 中山洋子・野嶋佐由美：日本看護系大学協議会が果たす役割, インターナショナルナーシングレビュー, 33(1), p.19-23, 2010.