

＜精神看護専門看護師に必要とされる役割・機能・臨床能力④＞ 最終回

うつ状態を有する医療職の精神的支援のための グループ・ケア・プロトコール

Kaneko Ayako 金子 亜矢子
東京共済病院

Fukuda Noriko 福田 紀子
慶応義塾大学看護医療学部

Usami Shiori 宇佐美 しおり
熊本大学大学院生命科学研究部

Nozue Kiyoka 野末 聖香
慶応義塾大学看護医療学部

Fukushima Yoshie 福嶋 好重
横浜市立市民病院

Yagi Kozue 八木 こずえ
横五稜会病院

Shinogi Yumi 篠木 由美
東京武蔵野病院

Hirai Motoko 平井 元子
慶応義塾大学看護医療学部

はじめに

精神看護専門看護師によって提供されるケアとして、医療職者を対象としたメンタルヘルス支援がある。本シリーズの最終回では、うつ状態を有する医療職の精神的支援のためのグループ・ケア・プロトコールをその試案として提示し、実践内容の明確化および実践する上での臨床能力について検討する。

看護職のメンタルヘルスを取り巻く背景

近年、医療の質や安全保証が求められる一方で、現場では慢性的な人員不足に直面し、看護師一人ひとりの身体的・心理的負担が増加している。また、暴力や医療事故など、看護師が職場で心的外傷を被る機会も少なくないうちで、部署をまとめる要の管理者には高い指導力が求められる。しかし、業務の責任範囲や負担は大きくなるばかりで、支援力は低下してしまうという現状もある。

さらに、高度化・複雑化する医療現場が求める実践能

力と、看護基礎教育を修了した新卒看護師の臨床実践能力には乖離があるため、中堅看護師や管理者には新人たちが職場で即戦力となるための教育的な時間やエネルギーが必要になっている。

このような状況を改善して行くためには、医療チームの連携・協働が必須であるにも関わらず、実際にはチーム医療が浸透しにくい環境の中で、個人の努力だけでは解決困難な倫理的ジレンマが蓄積し、疲弊していく場合もある。

うつ状態を有する看護師支援のための グループ・ケア・プロトコール試案

対象は、精神看護専門看護師が関わる機会が多い看護職で、厳しい条件下で働く中でストレスが高まったり、職場にうまく適応できずにうつ状態になった者である。日本の看護師でバーンアウト状態を示した人は55.8%に達しており¹⁾、また、うつ状態の看護師の比率などに関する数少ない調査では、病院で330名の看護職を対象

●シリーズの内容(全4回)

第1回(143号): 再燃・再発を頻回に繰り返す気分障害・統合失調症患者に対するグループ・ケア・プロトコール

第2回(144号): 復職支援のためのケア/急性期病棟から自宅へ退院する患者へのケアと専門看護師の行うケア

第3回(145号): 身体疾患を有し精神症状(不安・抑うつ)を呈している患者へのグループ・ケア・プロトコールの試案

第4回(147号): うつ状態を有する医療職の精神的支援のためのグループ・ケア・プロトコール

(※146号は臨時増刊号のため休載です)

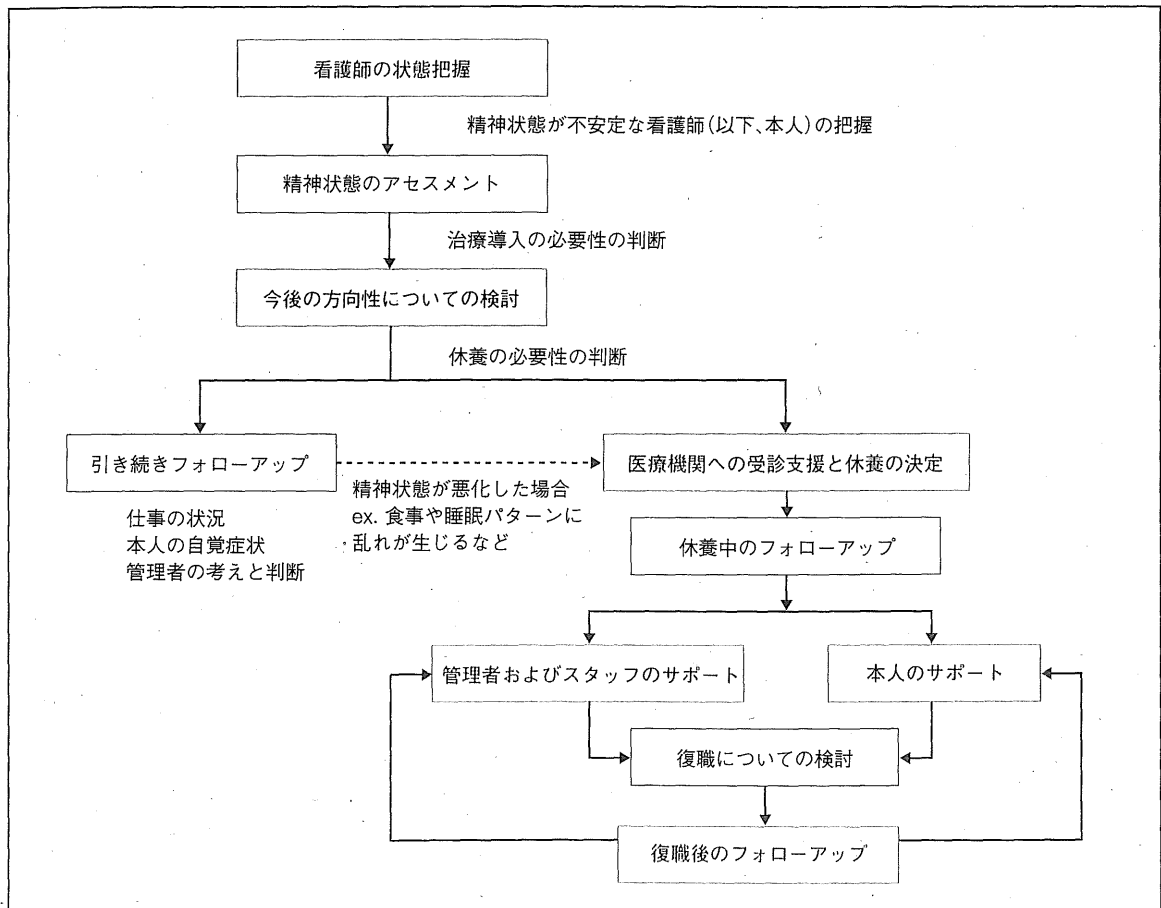


図1 うつ状態を有する医療職の精神的支援のためのグループ・ケア・プロトコール(試案)

にしたケースにおいて、24%に中等度以上のうつ状態が認められたという²⁾。

このような状況を鑑み、「うつ状態を有する医療職の精神的支援のためのグループ・ケア・プロトコール」(図1)の試案を示し、その内容を以下に述べたい。

うつ状態を有する看護師の把握

精神看護専門看護師による、うつ状態を有する看護師の把握は、本人からの相談、上司や同僚からの相談、およびラウンド時に自ら発見するといった方法で行われる。本人や上司・同僚からの相談をタイムリーに受けるためには、相談できる仕組みづくりをしておく必要がある。すなわち、リエゾンナースの役割や、看護師からの相談を受ける体制があることを師長会などで説明しておき、ラウンド時に相談できたり、PHSでの会話や直接部屋に訪ねるといった連絡手段があることや、プライバシー保護などについて記載した文書を各部署に配布する

ことなどである。

また、精神的にバランスを崩した看護師をラウンド時に把握するためには、普段のその人の様子と比べて何かが違う、と感じることが一つのきっかけとなる。例えば、新たな役割や責任が課された人や、アクシデントやインシデントなど何らかのミスがあったり、その状態が続いている人、部署での人間関係について悩みを抱えている人、自分の働きが認めてもらえないと感じている人、プライベートで大切な人の死や夫婦の不和があった人などには注意が必要である。

そういった事象についての情報を得ておくには、師長たちが行う毎朝の病床会議に出席したり、ラウンド時に各部署の師長や主任、看護師たちに声をかけて話をするようにし、関係性を築いておくことが重要である。

また、対応が困難と感じるケースのコンサルテーション時にも、患者への看護と同時に、ケースに対応している看護師たちの精神状態もモニタリングしておく。さら

に、ミスが多く仕事の効率が悪くなっていたり、突然休暇を取る“ポカ休”が増えて休みがちになったり、遅刻が重なったり、気分に変動があり意思の疎通が図りにくくなったり、不可解と思える言動が見られたり、原因不明のさまざまな身体症状が出現する、といった様子の変化を見逃さないことも大切である。

精神状態のアセスメントと本人・管理者との情報共有

精神状態の不安定な看護師を把握した場合、面接した上で、うつ症状や重症度、生活状況、うつ状態に至った要因、疾病否認の心理機軸の有無などを含めて精神状態の査定を行う。その結果、治療が必要と判断された場合には、面接を勧めた管理者と休職の手続きなどの調整が必要であることを本人に説明し、同意を得た上で、管理者に必要な情報を提供する。

伝える情報は、現在の精神状態や仕事への影響についての他、それらを踏まえどのような対応が必要かといった内容が主である。この際、管理者(上司)による対象者の精神状態への理解度も同時に把握する。その上で、今後の方向性についての話し合いの組み立てを検討し、実施に臨む。また必要時に、部署の管理者と人事に関わる管理者とディスカッションを通して、組織としての考えを把握しつつ、CNSとしての考えや意見を述べ、調整する。

今後の方向性についての話し合いと決定

1) 治療導入の支援

本人・管理者・CNSの3者で、今後についての話し合いを持ち、まずは治療の導入の支援を行う。自分の働いている病院で治療を受けるのか、それとも外のクリニックにかかるのかという選択も重要になる。前者では主治医・管理者・本人を交えて、よりよい復帰環境をつくるための話し合いの機会が得られやすいが、周囲の関係者からの情報が多くなって治療に支障を来したり、プライバシー保護上の問題が生じたりすることがある。一方、後者の場合はその点で安心だが、逆に職場と医療機関との連携が難しくなる場合もあり、主治医と管理者との間で情報交換や状況理解がうまくいかず、適切な受け入れ態勢を整えることができなくなるという懸念がある。

したがって、これらのメリット・デメリットを考えた上で、本人の希望があれば、できるだけその希望に添えるように情報を提供し、早々に受診をしてもらえるよう

にする。

その場合、面接の中で確認できた症状などを基にして、受診時にどういふことを伝えればよいかについて、アドバイスをすることもある。

2) 休養の必要性の判断と共通理解

精神科の受診につながった場合、休養の必要性や期間は主治医が最終的に判断する。受診後に自身の状況を十分に理解していなかったり、受け入れられない様子が認められた場合や、管理者が現状を理解しにくいような場合には、重症度を加味した今後の治療過程の予測を説明することもある。

例えば、うつ状態とその経過についての知識を提供した上で、治療の必要性とその継続、抗うつ薬の効き方や副作用などについて説明する。これに加えて、特に管理者に対しては、休養の必要性や想定される大まかな期間を伝え、休み方や休みの過ごし方、報告の頻度や方法を含めたフォローアップ体制などについて、専門的な視点からの意見や情報を提供するようにする。

本人や管理者の理解度に応じて休養の枠組みを具体的にし、共有する必要がある。本人は仕事を休むことに罪悪感を覚える場合が多く、管理者としてはスタッフが一人休養に入ることによる部署管理のリスクを考慮するため、休むのは1週間程度、長くても1カ月程度でよいと考えている場合もある。しかし基本的には、うつ状態という診断がついた場合の休養期間は3カ月が一応の目安であることを伝え、受診の結果を見て、必要に応じて看護部長と部署の師長との話し合いに同席し、休暇の取り方やその後のフォローアップについて検討する。

3) 休養前の本人のフォローアップ

一方、本人は休養に入ってもなかなか気持ちが切りかわらず、抵抗感を覚える場合がある。自分が怠けているのではないかと考えたり、休養を取らなくてもやっぱり働けたのではないかと後悔したり、休むということがうまく理解できず焦燥感ばかり高まるなど、休む前よりも落ち着かない状態になるのである。

そこで本人には、最初は休むことの意味がわからなく思えたり、身体症状がより著明になる場合があること、休職中に仕事への意欲や興味が持てず不安になることもあるなど、事前に起こり得る状態についての情報は伝え

ておく。さらに、休みをどう過ごせばいいかわからない場合もあるため、体を休めることに休養の目的を限定せず「しなければならぬと思うことはせず、やりたいと思っただけのことや、休職中だから楽しいことをしてはならないと考えなくていい」「何かをやる気分にするのではなく、やってみようかという気分になることが大切」といったことを説明する。また、心身相関の観点から、ホッとできたり、リラックスしたと感ぜられるようなことは積極的にやってみてもよいと伝えておく。

休養中のフォローアップ：本人への対応と管理者間での情報共有

1) 本人

精神状態が全く改善しない場合や、本人の希望がある場合には面接を行い、日常生活の内容や、休養ができていのかどうかについて確認をする。また、症状と服薬状況、主治医とのやり取りで気になっていること、不安・不満の有無、困っていることがないかなどについて話を聞く。その上で、精神状態のアセスメントを行い、今の生活のよい点を保証しながら、本人の回復に必要なだと判断した内容や注意点などがあればフィードバックする。

もし、食事や睡眠といった生活上の基本的な部分が整わない場合には、一緒に振り返りながら具体的な方法を検討し、焦りが見られる場合には、このようにつらい休みを取らなくてはいけない状態に至った要因、本人の認知の特徴や偏りについて話し合ったりする。また同じことを繰り返さないために、早すぎる復職は避ける必要があることを伝える場合もある。

さらに、少しずつよくなってきていたのに、昨日からどうも調子が悪く、また悪化したらどうしよう、といった不安が出てくる場合がある。これに対しては、うつ状態の回復過程は、好不調の波を繰り返しながらゆるい右肩上がり示すため、調子のいい時と悪い時があることを説明し、「そういうものだ」と理解してもらえようサポートする。

2) 管理者

部署の状況や管理者として確認したいことがあるかどうか、現在の本人の状況をどう捉えているかなどについて話しながら認識を共有し、職場復帰の時期や方法などについて、少しずつ検討を進める。この時、本人の状態

にもよるが、復職が順調に進んだ場合でも、半年から1年かかると見込んでおくほうがよいことなども、改めて確認していく。

さらに、休養中の本人との連絡方法などについても管理者と話し合う。連絡が頻繁すぎると、休養本来の意味が失われる状況をつくり出す懸念があるため、診断書の内容を元にして、まずは1カ月休んでみたところで連絡を一度入れるようしたり、受診時に何か大きな変化があった場合に限るなど、ある程度の間隔を置いて連絡するように取り決める。

一方、本人から管理者と連絡をとりたい場合には、どのようにすればよいかについても伝えておくといい。また、周囲からの連絡も、頻回に入ることによって本人の休養が妨げられる可能性がある一方で、反対にそのことで支えになる場合もあるため、本人の精神づくり状態や職場の対人関係、休養場所（一人暮らしなのか、家族のところか）で過ごすのかなどを考慮して、連絡の仕方を判断する。

復帰時には、原則として元の職場に戻ってもらうことが多いが、職場そのものがうつ状態の原因になっている場合は、管理者と十分に話し合い、配属やその意味づけなどを検討し、共有する。

復職の判断と準備

1) 本人

うつ状態自体がよくなっている（精神症状が寛解している）ことが必須であり、治療や服薬に大きな抵抗感を抱かずにちゃんと継続していて、本人が十分満足できるほどよい状態ではないが、現状はそう悪くないと自覚できることがポイントになる。

次に、規則的な生活習慣が回復してきたかどうかを確認する。例えば、生活のリズムが大枠で整っていること、つまりきちんと食事をし、まとまった睡眠がとれて日中に強い睡魔に襲われることがなく、自分なりに工夫して日中に外で体を動かす時間がつくれていること、などである。

それらを面接で確認しながら、復職した場合に可能と予測される業務内容を、少しずつ段階を踏んで実施できる体力や思考力・集中力が戻ってきているかどうか、本人が復職先の職場で適応できそうだという見通しが持てるかどうか判断する。

上記のような過程を経て、本人と話し合い、主治医の

意見を確認し(院内の医師であれば、同席を依頼することもある)、部署の管理者に同席してもらい、復帰やその後の勤務について話し合う。ここでは事前に、部署の現場の状況を最もよく知っているリーダーから、部署で考えている現実的な復帰直後の仕事の仕方について意見を得ておくと、復帰後のずれが小さくて済む。これらの意見を基に、本人の希望も確認して、復帰後の時間の使い方や仕事内容などを、できるだけ具体的に詰めておく。この時、本人の希望ばかりが優先されたり、職場の意見だけが強調されることがないように、丁寧にすり合わせを行うことが大切となる。

2) 部署のスタッフ：部署の状況把握と介入

本人の病気自体はよくなっても、職場に受け入れられる態勢ができていなければ、復職が困難な場合がある。そのため、休養に入った時点から部署の状況を把握しつつ、必要なサポートを適宜入れていく。

まずは、休むことになった理由を本人に確認した上で、説明内容をよく検討し、不要な憶測が飛び交うことで復帰の妨げにならないように工夫する。例えば、「今まで無理をしてがんばってきた結果、精神的なエネルギーが枯渇してしまい、疲労しきってしまった状態なので、体調が戻るまでしばらく休養を取ることになった。明確な休養期間はまだ伝えられないが、状態を見ながら対処していく予定である」「誰でも体調を崩すことはあり得る。そのような人を排除するようだと組織は成り立っていかないと、自分はここをそういう職場にしたいと思っている」「皆も、大変な中で仕事をしており、さらに負担がかかることは重々承知しているが、皆で何とか乗り越えて行きたいと思うので、協力してほしい」というような内容を伝えることが多い。その上で、スタッフの思いや意見、大変さや不安、つらさを表出してもらえよう話し合いを持つ。

休養中も、必要に応じ本人に確認した上で、本人のことが忘れられないように気を配り、休職者を抱えて大変な中でよく頑張っていることを労うため、核となるリーダーたちには、適宜情報を提供しておく。

復職に当たっては、本人の今の状態で、どのような勤務が望ましいかを判断し、部署としてどのような勤務に就いてもらうことが可能か、現状を踏まえてリーダー格のスタッフの意見をもらい、具体的な勤務を組み立てて

おくことも大切になる。

その上で、本人の了解の下で「体調を崩した後の軽減勤務として、〇〇のような形で部署に戻ることになる」ことを全体のスタッフに対して説明する。看護スタッフは、本人の状態を見て病名を察知していることが多いが、それに応じた具体的な対応を理解し、実施できるには限らない。どちらかと言えば、必要以上に配慮しようとして、受け入れるスタッフの負担が増加してしまうようなことが多く、そのような状況は結局長続きしない。受け入れるスタッフの不安を語ってもらい、本人への具体的な対応方法として注意してほしいこととその理由を、必要に応じて説明する。

復職時と復職後のフォローアップ体制

復職当初はブレーキの役目を果たし、後は調子を見ながら少しずつアクセルを踏むタイミングを見極めていくことが大きな役割である。具体的な方法について以下に述べる。

1) 本人

復職時には、皆に迷惑をかけた自分がどのように扱われるのか、以前のように仕事がきちんとできるのか、自分が戻る意味があるのかなど、体力や気力の低下による不安や後ろめたさ、焦りがあり、失敗はできないという気持ちから緊迫感に見舞われることが多い。そのため、業務量や内容を調子を見ながら調整をしていくこと、それでもつらいことや苦しいことがあれば、申し出るのも自身の責任であることを復職直前に伝える。

仕事は70%程度の量で行えるように調整し、そのことが重要である共通理解する。常に完璧を求めるのではなく、Not too bad(悪くはない)と考えることで、無理をせず、時間内に帰れるような仕事の量とやり方を工夫していこうと話し、まずは8時間の勤務ができることを目指す。定刻で終わらせて帰り、心配りを減らすといった“省エネ”指向について繰り返し一緒に考える機会を持つ。また、ストレスの気づきとその対処、病気になったことを今後に生かすという考え方も一緒に検討してみる。

復職後は、部署のラウンド時や必要に応じて定期的な面談を持ち、治療状況の確認や精神状態の査定を行い、認知療法的介入を含めたフォローアップを続ける。本人

が持つ「すべき思考」「完璧主義」「肯定面の否定」といった認知の特徴に対し、症状を見ながら介入する。

今回の出来事に伴い役割の変化があった場合には、その適応を促すことも大切になる。そのせいでやりたいことができなくなり、自分はダメだと認識するのではなく、別の側面から自分の役割を見直すチャンスとして捉えられるよう、一緒に役割から離れるメリットとデメリットを整理し、客観的な視点を見失わないように関わる。

治療に関しては、医師との連携をできるだけ取りながらサポートするが、回復してきても焦って服薬の中止を早まらないよう、なるべく繰り返し伝える。今の状態が悪くないのなら、薬や生活、働き方などは変えないように伝える。

また、復職のプログラムに関する検討も引き続き行う。例えば復職して3カ月間は、毎月2回程度、受診日に合わせて面接を実施し、その後は状態に応じて毎月1回は現状や目標の確認と今後の予定などについて話し合う。可能であれば、3～6カ月程度かけて、まずは日中の業務時間帯と業務量を調整できるようにし、1週間・1カ月の勤務の組み立てなどを検討する。

例えば、1週間の勤務をカレンダーに書き込み、働いているイメージを持ってもらい、何か心配なことがないか、この勤務ならやれそうかどうかなどを確認していく。この時、状況が許せば最初の1～2週間は半日勤務とし、徐々に1日の勤務時間を増やしたり、その場合も週半ばの水曜日に休みを入れて、エネルギーの配分を考え、1週間で組み立てるなどの工夫をする。また、仕事量は少なめに、時間的余裕を持てるよう配慮しながら、徐々に戻す。昼の勤務が時間内に十分にこなせるようにすることが先決で、夜間の勤務は行わない。昼の勤務も、最初は責任の軽い仕事から始めるようにし、リーダー業務や重症者、緊急入院など、重大な判断をしたり決断を急ぐような業務は避ける。

また、当初はプライマリーナースからも外しておくほうが無難である。入浴介助などの数も、体力的な回復状況を見ながら徐々に増やしていくほうがよいようである。

この復職プログラム（「リハビリ勤務」「ならし勤務」など、さまざまな名前前で呼ばれることがある）は、休職中の身分のまま行う場合と、正規の職場復帰後に行う場合

があり、職場によって規則や運用が異なる。給与や補償などにも関わることで、どのような条件で行われる復職プログラムなのか理解しておく必要があるとともに、これらの条件も加味した上で、期間や内容をどのくらいに設定するかを検討する。

2) 部署のスタッフ

復職直前には、受け入れ体制を整えてスタッフに過度な負担がかからないようにサポートを行う。CNSに困難感や不満を話してもいいと理解してもらえよう、復帰前後には病棟スタッフに説明をして意見を聞く機会を持つ。

復職後には、部署の管理者やスタッフに、本人の働きぶりがどうか、みんなに与えている負担や迷惑なことがあるか、関わりへの疲労感、不安や疑問などについての情報を得て、部署の状況についてアセスメントする。周囲への負担や迷惑を放置すると、本人と周囲の認識にギャップが広がり、摩擦が起きやすい状況につながる。その結果、精神症状の再燃が起きてしまうこともあるため、丁寧にサポートしていく。

必要があれば本人に了承を得た上で、本人の状況を説明したり、実際の思いを伝えたりし、対応する中で生じているスタッフたちの戸惑いや困っていること、疑問について話し合うためのカンファレンスを持つ。その際に、本人の思いを伝えることもあるが、注意が必要なのは、場合によっては「うつ状態に陥った本人の問題」としてではなく、「支援する周囲のスタッフが抱える苦悩や自分自身の課題」として話し合えるようにすることである。「あの人が問題」といった捉え方にならないよう、各々がどう主体的に関われるのか、この出来事をどう看護に生かして、自身の力量を伸ばすかといった考え方ができるように意識する。

精神的問題を抱えた医療者支援に必要な精神看護専門看護師の実践能力

以上の内容から、精神的問題を抱えた医療者の支援に必要な精神看護専門看護師の実践能力は、以下の5点に整理できる。

- 1) 医療者の精神的問題を早期に発見し、早期に介入できるような組織内の体制をつくる

医療職の中でも、看護師はチームで働く特色を持っていることや、自己犠牲の精神があるためか、調子を崩しても自ら気づき、助けを求められる人ばかりとは限らない。そのため、複数の目でスタッフの状況を把握することで、気になる変化に気づき、それらの情報をタイムリーに入手できるようにしておく。そのために精神看護専門看護師の活用の仕方やその役割が理解できるよう、明示したり広報したりする。また、精神看護専門看護師を活用しようと思ってもらえるような人間関係を形成したり、実践能力を示すことも日々の活動の中で行う。

これらの早期発見体制を築き上げるプロセスでは、一つひとつのケースで関わった人たちへの働きかけによって、何らかの手応えが得られ、精神看護専門看護師の役割や活動内容について、より深く理解してもらえることがポイントになる。また、精神看護に関する学習会を開き、うつ病をテーマに取り上げたり、看護師のためのストレスマネジメントや、リラクゼーションに関する教育を行うことで、スタッフ自身が知識を得て、自分の精神的不調の早期発見や対処・予防につなげられるようにしていく。

2) 精神状態のアセスメントから治療の必要性を判断し、治療への橋渡しをする

今、どのような症状が問題になっているのか、それはどのような状態だと考えられるのか、精神科への受診が必要な状態か、急ぎ休養の調整が必要な病態か、といったことを判断する能力は、精神看護の専門家として欠かせない。これらのアセスメントや判断が部署全体に影響を及ぼすこともあるため、精神機能の査定は特に重要である。

3) 個人や個人を取り巻く周囲の状況をアセスメントし、介入計画を組み立てる。

個人の状態だけではなく、組織の状況(例えば看護部全体の人員の配置状況、看護管理者の基本的な考え方、個人が所属していた部署の管理者の考え方や管理スタイ

ル、個人が担っていた役割や仕事の状況とスタッフとの関係、個人への周囲の理解度や抱えられる範囲、予備能力など)もアセスメントして、介入の内容や期間などを検討していく。ここでは正確なアセスメントが大切である一方、その部署が抱える繊細な問題などにも触れる可能性があるため、組織の脅威とならないよう配慮し、介入する領域をわきまえておく。

4) 個人の問題に応じた直接ケア・介入技法を展開する

これは、患者へのアプローチと同様、個々の精神状態に応じた治療的な介入を実施するということである。したがって、精神状態の査定ができることや介入技法を複数身に着けており、必要に応じた介入ができること、必要な人たちを巻き込みながら看護を展開していくことなどが含まれる。

5) 個人のプライバシーに配慮し、看護管理者と連携・協働し、精神的問題からの回復を支える環境調整を行う。その際、個人を支える周囲のスタッフのサポートも行う

精神的な問題を抱えた個人をサポートする体制を整えるためのアプローチを行う。核となるのは、管理者と病態や現状の理解を共有し、役割分担を行って、今後のプロセスを想定したサポートについて具体的に検討することであり、その中で必要に応じて交渉・説明・傾聴ができるコミュニケーション能力である。また、個人とグループの特性などについてアセスメントをした上で全体の調整を図り、グループがどこまでサポートできるのか、共倒れにならないように支援できる量や内容、期間などを見極める。

●引用・参考文献

- 1) 伊豆上智子：病院ケアに関する看護師レポートの6か国比較、看護研究, 40(7), p.575-586, 2007.
- 2) 佐藤美重・藁谷由美・渡辺美保子：看護師のうつ状況と期待する情緒的サポートの実態, 第38回看護管理: p.380-382, 2007.