

(第 1 回日本 CNS 看護学会)

● 大会長講演

## CNS (専門看護師) の誕生から現在、今後 —CNS としての活動評価、新たなシステムの構築—

宇佐美しおり

中山洋子先生、ご紹介ありがとうございました。中山洋子先生には博士前期・後期とお世話になりまして、さらに南先生にも博士前期でご指導いただき、その後も今ご紹介にありましたように、長谷川病院、そして兵庫県立大学のほうでスーパービジョンを受けたり、いろいろなことに、教員としてのご指導もいただき、また困ったときにはいろいろ相談に乗っていただきながら今この歳を迎えているという状況です。

サバイバルしていくために先生方、中山洋子先生、南裕子先生のご指導を受けながらなんとかやってきたという状況で、そういう先生方に今日来ていただきましたことを非常に有り難く思っておりますし、大変恐縮しているのと同時に光栄に思っております。どうか今日はよろしく願いいたします。

では、短い時間なんですけど、CNS 協議会のこと、学会のこと、そして CNS の今後のこと、現在の課題等について少し述べさせていただきますと思います。

まず、1994 年に CNS 制度が看護界の総意で発足しまして、この時に南先生の日本看護協会での演説が非常に人の心を打ったということは歴史として語られるようなことです。日本看護協会が認定が開始され始めまして、教育課程の認定については、日本看護系大学協議会で認定されるようになりました。2014 年 5 月現在 11 の分野で 1,266 名、約 18 年で 1,266 名ですから、そういう意味では感慨深いところもありますが、もう少しクールに見ますと、看護職 153 万人からいけば 0.08%、また、病院で勤務する看護職員の中でいけば 0.1%と、非常に寂しい限りの数値です。質を高め、数を増やすために私たちは今後も努力していく必要があります。また、平成 20 年度に日本専門看護師協議会、野末先生にきょうもシンポジストとしてお越しいただいておりますが、野末先生が CNS 協議会を発足され、協議会では専門看護師の看護実践能力の向上を目指し、CNS 活動の政策への提言、成果に関するデータを作り、成果、課題を明確にして、CNS の活用、促進を促し、看護管理者への働きかけを行うことを目的としました。

現在、専門看護師協議会の会員は約千名となっていて、認定されている CNS の約 78.9% が加入する状況となりました。特にこの学会を立ち上げ、かつ日本看護協会の最初に認定されたときの案内と同時に、この協議会のご案内をさせていただくようになりましてから、さらに加入率が高まりました。この場を借りて日本看護協会の皆様にもお礼を申し上げたいと思います。

諸外国における APN の定義としましては、高度実践看護といたしましたら、より広い看護分野の専門的臨床領域において、患者が経験する健康現象に対して、範囲を拡張した実践的、理論的、また研究に基づくコンピテンシーを適用すると定義をされています。米国看護師協会は、APN といったら、次のようなことができなければいけないと。

まず重要な役割が、自律して実行されるということ。言われてやるということではなく、自分たちで予測しながら手を打っていくというのが私たちの役割ですし、また、患者の健康問題を判断して、健康の増進と管理の責務をもって薬剤の処方薬や、薬剤以外の医療処置を行える。そして、組織及び置かれている環境で、より複雑な臨床上的の問題に関して意思決定をすることや、クリニカル・リーダーシップと呼んでいます、クリニカル・リーダーシップを発揮することを APN というふうに米国看護師協会は定義をしています。

APN といいましたら、CNS、ナース・プラクティショナー、日本では今プライマリー・ケアの NP が検討されているところですが、あと麻酔看護師、助産師を示すというふうにいわれています。これは非常に有名な APN のコンセンサスマデルといわれるもので、まず大学院教育を終えて、そして 3P と呼ばれる科目を終えていて、そしてポピュレーション・フォーカス、ある対象者に焦点を当てて、そしてさらにその対象者に対するスペシャリティをもったケアが提供できるというのを APRN というふうに呼んでいます。

では、日本の専門看護師はどういうふうに定義されているかということ、皆さんよくご存じの、複雑でケア困難な看護問題をもつ人たちに対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供し、特定の専門看護分野の知識及び技術

を深めた看護師を専門看護師といっています。ケア困難な患者さんへの直接ケア、コンサルテーション、調整、倫理調整、教育、研究という三つの役割と果たすというふうに定義されています。

海外では APN の二つのモデルとして、コラボレーティブ・モデルとインディペンデント・プラクティス・モデルと呼ばれるものがありまして、コラボレーティブ・モデルというのは、ある集団に対して治療チームを作って、看看連携もそうですし、多職種とチームを作って、例えば、例としてはケースマネージャーとして多職種チームを動かして、そして治療やケアを展開し成果を上げていく。

例えば、精神の領域ですと、コミュニティ・ベースト・ケースマネジメントと呼ばれる集中包括型ケースマネジメントや、アサーティブ・コミュニティ・トリートメントと呼ばれる、ACT と呼ばれる重症な精神障害者へのケースマネジメントなどのモデルがあります。

最近では、この間、UCSF のシャフェッツ先生にもいろいろお話を聞きましたら、非常に高齢者で、生活習慣病をもった患者さんたちが非常に多いということから、ケースマネジメントと、あとプライマリ・ケアの NP たちの役割を統合して、NP たちが精神の場でもケースマネージャーとして活躍しているというようなことを話されていました。ですから、コラボレーティブ・モデルが、どんどんインディペンデント・プラクティス・モデルと融合して動いているということを確認いたしました。

また、インディペンデント・プラクティス・モデルでは、ある患者さんの集団に対してクリニック、例えば、アメリカに行く空港のクリニックに APN たちが立っていますよね。そういうクリニックを開いたり、ナーシングホームだとかグループホームを運用して、あるいは精神保健センターで APN たちがオフィスをもってケアを展開しているというインディペンデント・プラクティス・モデルと呼ばれるものがありますが、こういう役割を果たしている。

また、日本における専門家看護師たちは、先ほどから言っていますように、このような役割を果たしておりますが、その成果として、症状の改善だとか、状態悪化の予防、QOL の改善、日常生活や社会的機能の改善、QOL の改善、あと、再入院の減少、地域での生活期間が長くなるということがわかってきています。

患者さんの地域での生活期間が長くなったり、治療チームのグループパフォーマンス、例えば、看護師のケアが変わったりとか、治療チームの患者さんへのケアが変わるといってグループパフォーマンスが変わったり、そしてスタッフのケア意欲が改善したり、離職予防だとか離職防止ができるという成果が出てきています。

次に、CNS 協議会でやっていました成果研究委員会

の研究から、今までの成果をご紹介したいと思います。これは 23 年度、24 年度でやったものですが、対象となった CNS は 40 歳、平均経験年数が 14 年で、CNS としては約 4 年。CNS が語ったことですので限界はありますが、CNS へのニーズとしては、身体・精神治療状況が複雑になっている患者さんへのかかわりだとか、治療チームの限界だとか、ケアの方向性を明示してほしいとか、医療チームがばらばらになっているので再構築してほしいというようなニーズがありました。

CNS のアセスメントとしては、包括的身体状況、精神心理、社会的側面から包括的にアセスメントし、そしてハイリスクの状況などもアセスメントし、そしてセルフケアや現在の QOL、今後の予測などをやり、そして治療チームが、今何がやれているのか、何が足りないのかということのアセスメントしていました。

介入としては、効果的な支援方法を提示したり、そして自分で実践したり、そして治療チームの能力をアセスメントして、治療チームにコンサルテーションをしたり、介入をしたり、そして効果的医療チームを構築していました。

成果としては先ほどのようなことが出てきました。特に、この成果研究をしていくときに課題として感じているのは、身体状況や精神状態の改善だとか、日常生活や社会的機能の改善というのは、アウトカムとしては非常に見やすいところではあるんですが、CNS がそのプロセスでかかわっている、そのプロセスのアウトカムをどう計れるかということは今課題として考えております。

プロセスはプロセスなんだけど、プロセスをアウトカムとして何とかして計れないかと。これはもしかしたら CNS というよりは、もう少しアカデミックな作業かもしれないなくて、大学の先生たちにどんどんそういう理論化を促進していただければというふうに考えたりしています。あと、考察としては、専門看護師たちは医療ニーズを複雑な側面において包括的にアセスメントをして、そして、治療チームを組み立てて成果を出すということをやっていました。

次に各分野から出してもらった CNS たちのかかわりですけど、精神看護の領域では病状管理が不安定な患者さんだとか、長期入院の患者さんたち、がん看護のところでも、症状マネジメントがうまくいかない、あるいは、患者さん・家族の希望がうまくかなえられない、意思決定ができないというような患者さんたちです。

また、地域看護の領域でも、在宅療養がなかなか進まない、また、複雑な背景をもって、なかなか地域への移行が進まない患者さん、あとクリティカルケアのところでは、意識障害の患者さんや家族、特に家族、そして、生命維持管理装置で治療を受ける患者さんへの介入、そして患者さんの代弁者、生命の危機を脱した患者さんへ

の QOL の改善のための介入というようなことがなされている。

また、慢性疾患の患者さんの領域では、合併症をもつ患者さんのセルフケアの促進だとか症状管理の促進、あと、治療方針が対立している患者さんへの介入。あと、母性の領域では、母子分離がうまくいかない患者さんだとか、胎児異常があって妊娠継続が難しい患者さん、あと精神疾患を合併している妊婦さん、知的障害をもたれる褥婦などへの介入を実施しているということです。

小児の領域でも、医療ニーズが高いお子さん、また老人の医療領域でも、認知症の患者さんや譫妄の患者さんたちのケアと終末期ケアなどが実施されていました。こういう患者さん・ご家族のニーズがあって、そして医療者のニーズもあって、それを基に CNS の存在が意味があるものとなり、そして必要とされる独立した実践がなされていました。そして成果を上げるというようなことが起こっていました。

次に、これは現在の峰委員長を中心として行っているトランジショナル・ケア・モデル (Transitional Care Model) の開発に関する研究ですが、今どんどん患者さんたちが入院治療から地域へという流れにきていますが、CNS の行っているトランジショナル・ケアというのはどういうものがあるかということ平成 25 年度に調査させていただきました。詳しくは峰委員長をもとにしていろんな学会で発表させていただきますので、どうぞそちらの学会での発表を聞いていただければと思います。

CNS たちがやっている在宅移行だとか地域移行への推進の状況としては、やっぱり在宅療養が難しいだとか、地域移行に移るのが難しい患者さんたち、そして病態も非常に複雑、そしてそれに対するアセスメントをして介入をやっていましたが、患者さん・家族への直接的介入以外にも、病院内の治療チームと、病院外のいろんな社会資源を使って、そういうチームをまとめて成果を上げるということが起こっていました。

それを量的にも示してみました。これは、CNS の介入のどの成果にどんな介入やアセスメントが関連していたのかということを示すものですが、入院日数や地域生活期間の延長には、医療チームの査定、患者・家族のニーズの査定、社会資源の導入の査定、必要な支援の再構築の査定などをやっていました。また介入と患者さん・家族への対応、人的資源、制度を早期に導入して、医療者へのコンサルテーションなどをやったりしていました。また、ほかにも成果の日常生活機能改善や痛みの軽減、症状管理能力の改善に何が関連していたのかということも量的にも出してみました。

総括をしますと、これらの CNS たちの成果には、やはり医療チームへの介入、患者さん家族のアセスメント

とその直接的な支援、というのが、実はシンプルに病状の改善や日常生活、社会的機能の改善、そして地域生活期間の延長や再入院の減少に役立っているというようなことが出ました。しかし、まだまだシンプルなデータです。もっと膨大なデータにしていきたいと考えています。

少し精神の領域の話、個人の活動の話をもっと聞きたいと思っています。現在の入院の患者さん 38 万人、外来の精神の患者さん 232 万人、そして非常に精神の患者さんたちは、やっぱりほかの疾患と比べても多い状況です。そして気分障害、脳血管性障害、アルツハイマー型の認知症が増えてきて、そして気分障害が自殺と関連して大きな問題になってきていますが、健康問題を有する患者さんがうつ病に移行している。つまり、精神看護専門看護師が活躍してくれれば、ここを食い止めることができると考えられます。また、うつ病で自殺する人たちの数を減らすことができるということを考えていますが、こういう自殺の原因といたら、健康問題でうつ病になって自殺をされるということが第 1 位の理由として挙がっています。

精神障害者は非常に高齢になっていて、平均在院日数を見ても、在宅ケアが進んでいるとはいえない。1 年未満の入院が 19%、1 年から 5 年が 37%、5 年から 10 年が 14%、10 年以上 20 年未満が 14.2% と、まだまだ 1 年以上 5 年未満の入院が非常に多いという状況で、地域医療が推進されているといえども、精神の領域ではまだまだという状況です。そして、統合失調症の患者さんたちの平均在院日数が長いという状況がありまして、平均在院日数は 296.1 日と世界の中でも一番多いという状況です。また、精神科病床数も他の諸外国と比べると非常に多い。

要約をしますと、日本の精神医療は非常に在院日数が長くて、そして退院促進ということがいわれてきているんですけども、そして在宅への移行が進んでいる状況ではなく、そしてまた気分障害の患者さんたちが増えていて、自殺者の数が世界の先進諸国では一番多いといわれています。精神看護専門看護師として南先生、そしてアンダーウッド先生、中山洋子先生に育成していただきましたが、まだ十分な育成の状況ではないんですが、育成していただき、それで今の活動をしています。

最初非常に苦勞しまして、苦勞したといってもスーパービジョンの下ですから、皆さんの苦勞に比べれば非常に少ない苦勞かと思いますが、長谷川病院の元粕田看護部長の下で先生方のスーパービジョンを受けながら、まずはケア困難な患者さんへの直接ケアを実施し、病棟スタッフへのコンサルテーション、オレム・アンダーウッド・モデルの導入、そして対応方法を模索するための研究などをやってきました。

そして、次に少し自分の役割が分かってきたところで、治療チームにおける CNS の意義・役割の強化ということを考えていきました。これは海外では ICM と呼ばれる集中包括型ケースマネジメントですが、それをモディファイしまして、どんなふうに精神科専門看護師が中心となって、ケースマネジメントチームを作ってその成果を上げることができるのかということ、再入院、退院、退院 3 カ月後と質問紙を使って比較をしました。

そうしましたら、うまくいった群と、いかなかった群では、うまくいった群は非常に病状、日常生活機能、QOL が改善しているというような成果が出ました。うまくいった群は、患者さんの退院後の生活に必要なセルフケア、症状管理ということが促進されていましたが、うまくいかなかった群のケアの特徴としては、ケアチームのまとまりがない、あるいは、治療チームが目標を見失っているというようなことが特徴として出てきました。こういうことが非常に患者さんの地域生活移行を助けたり阻害するということが分かりました。

次に治療チームのこととしては、リエゾンチーム、これは精神科リエゾンチーム加算のベースになったデータで、厚労省のお金を頂き、野末先生、岡谷先生、福嶋さん等々と一緒にやらせていただいたものです。このリエゾンチームは、実際にやはり、ここでも総合病院の中で精神看護専門看護師が中心となってリエゾンチームを作りまして、精神科の医師だけの比較群と、精神科リエゾンチームの比較をして、何がどんなふうに変ったのかということの研究しました。

介入前後では、精神科の診断名がちゃんとついた人というのが、気分障害としてついた人が多く、介入後の CES-D という、うつのスクリーニングですが、CES-D の点数が非常に減っていたという特徴がありました。さらに ACT と呼ばれる重度の精神障害者の患者さんへの治療チームを作って、世界的なチームの基準がありますので、それを導入して、ACT チームを作って介入群と対照群の比較をして、介入群のほうの日常生活だとか GAF だとか、有意差は見られなかったのですが、少しずつ改善しているという結果が出てきていました。

これらの治療チームのことからは、チームを作っていくことで患者さんの再入院の防止、日常生活の機能、社会的機能が改善するというようなことが分かってきました。さらにチームで動くことのメリットも非常に大きいと思いましたが、チームで動くということは、それはそれで成果は上がるのですが、CNS の成果としてちょっと見えがたいということもありまして、もう少し高度実践や患者さんに直接的なケアの成果がもたらせないだろうかという模索をしました。

そして、CNS のケアプログラムということを探索しましたら、サンフランシスコ大学のブッカー先生やトリ

グスタッド先生という方、この時は中山洋子先生にも来ていただいて、日本精神保健看護学会で基調講演でもいろいろご紹介をさせていただきましたが、これらの先生ががんの症状マネジメントプログラムを精神の患者さんに導入して修正し、精神科の患者さんに適用されていました。

これを CNS たちが、集団精神療法のスキルを使って介入をして、それで比較をするという行動マネジメントプログラムを日本版で無作為比較試験で実施して評価をいたしました。介入群、対照群で比較をしまして、これらがその内容です。

その結果、介入群の幻聴の特性だとか不快度が非常に改善をしていて、退院後の 3 カ月後、6 カ月後の症状管理能力が上がっていたということ、そして、海外のデータと比較をすると、患者さんの満足度が非常に高かったということなどが分かりました。やっぱりスキルが、集団精神療法ですから、そのスキルを使えるのは CNS しかいませんので、その存在意義ということが非常に明確になったということがありました。しかし、十分な対象指数が得られないことなどから一般化の限界がありました。

さらに、今度はもっと今後の地域だとか、外来に向けての動きができないかということを探索しまして、入院、外来、在宅を結ぶ CNS の役割ということを探索しました。そして、これは看保連（看護系学会等社会保険連合）の看護研究助成金をもらいまして、再入院、長期入院予防に有効とされる看護介入ということを長期入院予備軍、つまり長期入院になりやすい患者さんたちを対象として、CNS を中心とした外来を実施して、療養マネジメントをやってみるということをやりました。これは非無作為比較試験で実施をして介入群、対照群で実施をし、介入群は CNS が中心となってケアを組み立てて、対照群は病棟の受け持ちナースが介入を組み立ててやるということで、プロトコルを作って実施をしました。

HAM-D だとかいろんな尺度を使って評価をしましたところ、これは随分改善も見られまして、まず患者さんの日常生活、社会的機能が改善したということと、あとやはり介入群のほうの再入院率を抑えることができたということ。しかし、それでも、介入群の再入院率は 14% ありました。先行文献から比較すると、比較的lowはあったんですが、実はケースマネジメント、先ほどご紹介しました、チームを作ってやるというケースマネジメントと比較をすると、実は CNS が外来で療養マネジメントをやることでの効果ということのほうが高かったということが分かりました。

そうすると、非常に苦勞してチームを作るということよりは、きちっとした CNS の外来での療養マネジメントのほう、患者さんの外来での生活を助けることがで

きるんじゃないかと考えました。これは少し飛躍しているかもしれないので、もう少し考察のところで検討したいと考えているところです。

結論ですが、今後の CNS の位置づけ、新しいケアシステムを構築するということをタイトルに出しましたが、新しいケアシステムとまではいかないですが、私たちがどういう方向でもっと自分たちの能力を上げていかないといけないのかということを経験していきまると、まず病院の中の問題ということもまだまだたくさんありますので、患者・家族のニーズを満たし、対象集団を明確にして、社会の中で問題となっている、あるいは患者さん・家族が困っていらっしゃる現象に焦点を当てて、包括的な治療やケアを治療チームの中で CNS がリーダーシップをとって組み立てて、そしてケアを展開していく

という施設の中での動き。

そして、今度は外来そして在宅でのトランジショナル・ケア (Transitional Care) ということをやちゃんと自分たちで打ち出して、「私がやるトランジショナル・ケアは非常に成果が上がります」ということを打ち出して、患者さんたちの在宅療養を支えていくということが、今後大きな私たちの課題と思っています。これらを私たちが実践していくためには、やはり高度実践看護師としての臨床能力を改善し、そして研究を実施して、そして成果を示し、理論化を行っていくということが重要であり今後の課題であると考えています。

最後になりましたが、第 1 回日本 CNS 看護学会への参加をありがとうございました。