

—特別寄稿—

大学病院における慢性疾患看護専門看護師の活動

—組織における計画的変化（変革）の促進—

伊波早苗

滋賀医科大学医学部附属病院

要旨：専門看護師には、組織の変革を計画的変化としておこなっていき、看護の質を向上させる働きがある。慢性疾患看護専門看護師である筆者が実践した変革の中から、主要な3つの変革を報告する。フットケア外来の設立と集学的医療の促進、退院支援システムの構築、病みの軌跡モデルを活用した看護師教育、以上3つについて述べ、活動を紹介したい。

キーワード：専門看護師、変革、フットケア、退院支援、病みの軌跡

はじめに

専門看護師は「複雑で解決困難な看護問題を持つ個人・家族や集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供すること」「保健医療福祉の発展に貢献すること」「看護学の向上を図ること」を目的に制度化され、1996年日本初の専門看護師が誕生した。佐藤¹⁾は、高度実践看護師に必要な8つの能力を、1)患者・家族に対する臨床実践の能力、2)教育・指導の能力、3)コンサルテーションの能力、4)研究の能力、5)リーダーシップの能力、6)コラボレーションの能力、7)計画的変化の促進の能力、8)倫理的ジレンマへの対応とその解決の能力、とし、その内容を紹介している。実際に筆者の活動では、これら8つを役割機能として実践で活用し、組織の看護の質の向上に取り組んでいる。その中でも、特に組織の看護を変革していく取り組みを「計画的変化を促進する」こととして実践してきたので、主要な3つの変革について報告したい。

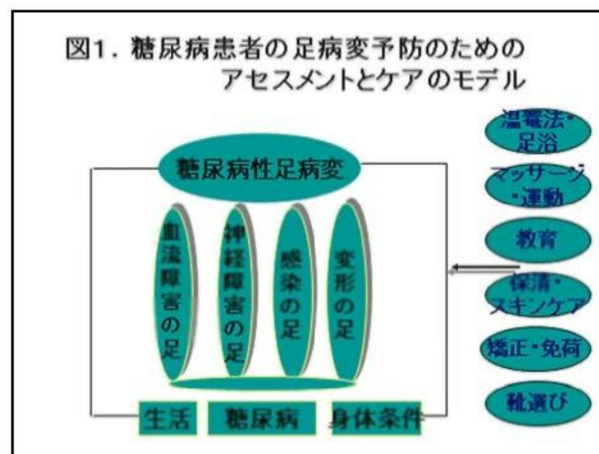
I. フットケア外来の開設と集学的医療への展開

1. フットケアへの取り組みの開始

糖尿病の管理において、足壊疽による下肢切断は大変重要な課題である。足壊疽による入院は長期化し、下肢切断によりQOLは大きく低下する。こうしたことを早期から防いでいくために、足病変の予防

としてのフットケアがあり、ここには看護が主要な役割を果たしている。

1997年当時、糖尿病看護においてフットケアの指導が開始されていた。しかし、一律に足観察とやけどの予防などが指導されているだけで、フットケアの実行の有無ばかり言っており、実際に看護師が足のケアを実践することはされていなかった。患者ごとに足壊疽などの糖尿病性足病変になるリスクは異なるはずであり、個々の状態へのアセスメントをおこなった上で、必要なケアを実施する必要があると考え、図1のようなフットケアのアセスメントとケアのモデルを開発した。以降、モデルの考えに基づきケアを実施している。



2. フットケア外来の立ち上げ

看護におけるフットケアの重要性が診療報酬上も認められ、2009年度の診療報酬改定より、「糖尿病合併症管理料」があった。これをきっかけに、実践していたフットケアを正式に看護外来として「フットケア外来」をオープンさせた。外来の立ち上げにあたっては、事前にワーキンググループを設置し、内分泌内科・皮膚科・整形外科医師および医療情報や医事課の職員らとともに、検討をしながら、立ち上げた。

外来を実施するスタッフは当初は筆者と病棟看護師1名であったが、毎年学会主催の講習会を受けて、届け出ができる看護師を増やし、現在は筆者と病棟看護師3名で実施している。現時点でフットケア外来に通う患者に治癒困難な足病変の発症はみられず、予防的効果を果たしているとともに、合併症が出てきている糖尿病の療養全体を立て直すケアを提供する役割も果たしている。

3. 足病変の集学的治療にむけて

外来開設と同時に検討したのが、ケアの質の保証についての対策であった。その中の要となるのが、フットケア外来症例検討会である。看護師が単独で診療活動を実施するので、実施したケアが妥当であったか1例ずつ検討をおこなう。この会には、ワーキンググループに参加された医師の参加を求め、新たに徐々に参加する診療科を増やしていった。現在、糖尿病内科・神経内科・循環器内科・皮膚科・整形外科の医師をメンバーとし、症例を検討している。この会の開始にはもうひとつ目的が存在する。足病変は、医学的にも集学的な診療が必要であるが、大学病院で医師のチーム形成は容易いことではない。そこで、この会を通して、ひとりの患者さんの足について、関係診療科で診療にあたることを目指した。開始後2年経た2011年7月末に入院された足壊疽患者の診療で初めて連携をとった集学的医療が実践できた。(図2)



図2. 集学的医療の実施

II. 慢性疾患看護の視点を活かした退院支援のシステム構築

1. 退院支援システム構築前

近年、医療技術の高度化・超急性期化がすすみ、医療を取り巻く環境は変化し、入院中に求められる看護もそれらに即したものと変化している。入院中の安全が重視されることで退院後の療養をじっくりと検討することが減ることもある。しかし、高度な医療が施され、短期間に治療が行われるからこそ、今後の療養のことを早期に十分に検討しておくことが重要となる。対象者の退院後の療養において、病状を維持・安定することができ、さらには健康レベルの向上を目指すためには、対象におこっている健康上の問題と生活を関連付けて考えていかなければならない。その検討がされることで、在宅療養の方針や計画を立てることができ、連携に結びつけることができる。システム構築前はこれらが全くできていない状態であった。

2. 退院支援システムの構築

担当看護師が中心となって退院支援が展開できるように、まず、「退院計画」と「退院調整」を分けて定義し(表1)、退院計画を担当看護師の役割として明確に位置づけた。また、退院支援のメインは調整でなく、退院計画であると位置づけた。退院計画がしっかり実施できていないと、せっかく入院中に病状を安定させることができて退院後にすぐに悪化してしまうことも十分にあり得る。たとえば心不

全のある患者で、朝食前後に重要な薬が処方されている場合、入院中の生活リズムでは正確に内服して安定していても、退院後の生活が昼前に起きて朝食抜きという生活だったら、服薬が抜けてしまうこともあり得る。これでは、服薬確認を目的として訪問看護を導入しても無駄になってしまう。そうしたことがないように、入院初期から退院後の生活状況を把握し、それに合わせた治療やケアの計画が立案されることが重要である。

表1. 入院中の治療や看護・指導に重点をおいた場合の退院計画と退院調整の定義
【退院計画】退院後の在宅生活を考えた上で、入院中に行われる看護や医療の計画
【退院調整】退院後の在宅生活に必要な物的・人的サービスの手配

山田²⁾は退院支援のポイントとして、1. 患者やその家族が、場をかえて療養するという選択肢があることを理解し、どこでどのように療養生活を送ればよいのかを自分で選ぶことができるようにかかわること、2. 退院後もできるだけ入院前の生活を継続していくことができるよう、医療の提供方法を検討し、タイムリーにかかわること、としている。元々の生活や送りたい生活というものを理解し、それを可能にするためには、身体の状態をどのような方向に向けていくのがいいのかを早期から検討する必要がある。今の状態だけを考えるのではなく、また、地域の支援を入れることばかりに依存せず、しっかりと入院中の支援内容を早期に検討していきたいものである。

また、退院支援は局面移行にむけての支援とも捉えられる。局面の捉え方としては、表2のような捉え方がある。これらの局面移行は患者・家族にとって重要な意味合いを持つ。局面を移行することに意思が必ずしも伴っているとは限らず、受け入れられずにいる場合や納得していない場合もある。患者・家族の心理状態にも配慮しながら、局面移行ができるよう、支援していくことが求められる。

支援の内容はその病いの経過によって特徴がある。退院支援のタイミングも経過によって異なっている。

病みの軌跡は疾患の種類によっても特徴づけられ

る。腎不全など増悪の時期を数回経て進行していくものは、そのタイミングごとに進展予防の指導、そして、軌道修正をするチャンスとなる。対象の増悪要因、身体の状態、生活の仕方などをよく理解し、疾患管理の相談や指導をすすめていくことが重要となる。

ALS（筋萎縮性側索硬化症）を代表とする神経難病など下降していく軌跡を描くものは、下降の局面ごとの適切な支援が必要となる。下降していくことへの受け止めなどの精神的な支援、身体の可動性に合わせた動かし方や生活の仕方の新たな習得の支援、それに合わせた福祉用具や介護の支援など、多くの支援が必要となる。

糖尿病など経過が緩慢なものは、自己管理をしていく上で必要な疾患や身体への理解、自己管理をしていくための知識や方法の習得、管理の困難性に合わせた調整、家族を含めた支援体制の整備などが必要となってくる。病気の発症初期やコントロール悪化時などにそれらが適切に実施されることが必要となる。

脳梗塞や脳出血など急激に障害状態となるものは、発症が突然であり、障害の大きさから、その受け止めやリハビリへの意欲などが問題となる。価値の転換を含めた心理プロセスや周囲の受容などもあわせて支援することが必要である。早期からのリハビリにより生活への支障を最小限にする努力が大変重要で、その後の機能に大きく影響する。また、障害にあわせた新たな生活の構築に向けて支援が必要なリ、医療ニーズも含め、在宅療養の開始に向けた準備が支援される。

一方、どのような病気でも共通して存在するもっとも重要な支援は「意思決定の支援」と「教育指導の支援」である。どのような場合でも、治療をどのような方向に向け、また、療養の場をどう選択し、送りたい生活・人生をめざすか、患者と家族の意思が尊重される。その際、適切な情報がタイミングよく提供され、医療職としての専門性を活かした助言も提供され、ピアサポートなども導入したうえで、

適切に意思決定ができるよう支援されることが大事である。また、教育指導はすべての患者・家族に必要なものであり、看護の機能として提供される。

表2. 病気の経過別特徴から分類される退院支援のポイント

病みの軌跡（病気の経過別の特徴から分類）	入院（局面）	退院（局面）
増悪・緩解を繰り返しながら進行する、不安定である（腎不全など）	急性増悪	緩解
下降していく（神経難病など）	下降の局面ごと	下降の局面に対応する医療の実施
経過が緩慢である（糖尿病など）	初期教育 コントロール 悪化時	教育終了 コントロール
急激に障害状態となる（脳梗塞など）	発症	治療 在宅療養の開始

2. 病棟看護師の育成

病棟看護師がこれらを実践するためには、システムだけでなく、日々の指導が必要である。各病棟に担当退院調整看護師を配置し、専門看護師および認定看護師が各自の活動を兼ねて、ケアの方向性やアセスメントの視点を提示しながら指導を実施していった。6年が経過した今、病棟看護師が主体的に支援を展開できるまでとなった。

III. 病みの軌跡モデルを活用した看護師教育

ベナー³⁾は、「疾患が細胞、組織、器官レベルでの失調の現れであるのに対し、病気は能力の喪失や機能不全をめぐる人間独自の体験である。」と言っており、Lubkin⁴⁾は、病いは「症状や苦しみを伴う人間の体験であり、個人と家族が疾病をどのように感じているか、それとともにどのように生きているか、そしてどのように受けとめられているかなどと関わる。」と言っているように、慢性の病いととも生きる人々のケアをするうえで、患者の持つ体験と意味を重視し、そこに寄り添いながらケアをしていくことが必要である。しかし、そのように患者の体験と意味を理解し寄り添う看護を多くの看護師に伝え理解してもらうには困難がある。そこで、それを病みの軌跡を描くことで学んでもらうこととした。

看護師教育の中でも、滋賀県の事業である糖尿病看護専門分野看護師育成研修に参加した研修生に特に活用した。研修生は、療養指導の経験はあっても、

患者の体験を傾聴することは初めてであった。どのように療養してきたかを聴き、それを図に描きながら、なぜ療養がうまくいかなかったのかを患者の体験から理解していった。そして、その上で、これからどうしたらよいか、患者とともに歩むべき方向性を見だし、支援を展開することができるようになった。描いた病みの軌跡を患者自身に見せながら、今までの療養を共に振り返ることは研修生は皆、抵抗を示していたが、病みの軌跡は患者自身の体験であり、患者のものであるということを話し、実施してもらった。すると、病みの軌跡をもとに振り返りをした患者はいずれも、研修生に本心を語りだし、新たな目標に向かって行動を変化させるスタートに立ち、パートナーシップが形成できていた。こうした患者の変化を目の当たりにし、研修生は患者の体験を理解し寄り添うことの重要性を学んでいく。今後も、実践モデルを明示しながら、糖尿病看護の本質を伝えていきたい。

おわりに

専門看護師として、慢性疾患看護の考え方をういて実践した変革について述べた。変革をすすめていくためには、組織の望ましい姿を描きながら、リーダーシップと調整能力を十分に発揮していくことが必要と考える。今後の課題としては、組織の目標を他の専門看護師とも共有しながら計画的に変化をすすめていくことであると考えられる。

引用文献

- 1) 佐藤直子：専門看護制度。理論と実践，85-118，医学書院，東京，1999.
- 2) 山田雅子：第1章総論。宇都宮宏子（編）：病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例。5，日本看護協会出版会，東京，2009.
- 3) パトリシア・ベナー、ジュディス・ルーベル：現象学的人間論と看護。10，医学書院，東京，1999.
- 4) Ilene Morof Lubkin, Pamala D. Larsen, 黒江ゆり子監訳：クロニックイルネス—人と病いの新たななかかわり。3，医学書院，東京，2007.