

精神看護専門看護師の活動報告 ～役割開発の過程と現在の活動について～

横井 志保

静岡赤十字病院 看護部

要旨:私は、当院で初めての精神看護専門看護師として2018年に入職した。専門看護師(Certified Nurse Specialist:CNS)は、「実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究」の6つの機能を用いて、様々な方法で現場の看護の質向上に努める日本看護協会の認定資格である。当院では、看護部所属のスタッフ機能として、看護師からの患者ケアに関する相談や、多職種チームによるカンファレンス・回診、職員こころの相談室などを中心に、さまざまな活動を行っている。新しい立場・組織横断的な活動のため、直接関わりのある患者・スタッフ以外には、役割等がわかり難く活用し難い面もあるのではないかと考える。

本報告では、3年間の役割開発の過程と4年目時点の活動を整理し、自分自身のふりかえりと併せて、精神看護CNSの活動についての周知を図り、さらなる現場との連携促進を考えたい。

Key words: 専門看護師, リエゾン精神看護, 精神科無床総合病院

I. はじめに

専門看護師(Certified Nurse Specialist:CNS)は、日本看護協会の認定資格であり、日本全体で2,901名、うち精神看護分野は383名、静岡県には6名の精神看護CNSが存在する(2022年2月現在)¹⁾。CNSの働き方に特別な決まりはなく、所属施設の状況に応じて「実践・相談(コンサルテーション)・調整・倫理調整・教育・研究」の6つの機能を用いて、様々な方法で現場の看護の質向上に努めている。

私は、当院で初めての精神看護CNSとして2018年に就職した。それまでの狭義精神(精神科専門)とは異なるリエゾン(一般病院における精神科)領域への転向であり、自分自身としても新しい職場・役割への挑戦であったが、看護部職員を始めたとして、さまざまな方々の協力により、現在まで勤務を続けることができた。少しずつ活動の範囲を広げてはいるものの、看護部所属のスタッフ機能(指示命令系統にない専門家として、現場を支える立場)のため、直接関わりのある患者・スタッフ以外には、わかり難く、活用し難い面もあるの

ではないかと考える。

本報告では、精神看護CNSの役割開発の過程と、特に現場との関わりのある活動を紹介し、自分自身のふりかえりと併せて、現場との連携促進を考えたい。

II. 目的

精神看護CNSの役割開発の経過と現在の活動について、特に現場と関わりのある精神科リエゾンチーム、精神看護相談、職員のメンタルサポート等の概要を報告し、今後の自身の実践の維持・向上と、現場との連携促進に努める。

III. 方法

2018年4月～2021年12月までの診療録や実践記録から、役割開発の過程と、精神科リエゾンチーム・看護相談・職員のメンタルサポートで関わった事例について情報収集を行い、精神看護CNSとしての実践、介入の意図・成果に関する内容について考察・記述した。

倫理的配慮として、当院看護部倫理委員会の研

究倫理審査を得た上で、介入対象となった患者、職員については、年齢、性別、介入時期等の個人の特定につながる情報の記述を避けて、プライバシーの保護に努めた。

IV. 活動の経過 (表1)

1. 2018年度

精神科外来の診療補助業務に従事し、認知症ケアチームのメンバーとしてカンファレンス・回診・定例委員会に参加した。それらと並行して、精神科コンサルやチーム介入者、その他の患者に対する看護相談に個別に対応した。

職員のメンタルサポートについて、看護管理

者から依頼された職員の面接を行ない、産業カウンセラー・臨床心理士による「こころの健康相談室」の相談員となった。

2. 2019年度

既存の活動に加えて、新たに精神科リエゾンチーム加算の算定開始に向けて、必要書類の作成・チームメンバーの精神科医師・作業療法士との調整や、看護部・リハビリテーション科・医事課・システム課との準備・調整を行い、チーム活動を開始した。認知症看護認定看護師（認定看護師Certified Nurse: CN）の休職後は、精神科リエゾンに加え、認知症ケアも兼ねて2つのチーム活動を継続し、認知症ケア委員会の

表1 2018～2021年度の活動について

年度	主な活動
2018	・精神科外来：月・水・木
	・認知症ケアチーム（認知症ケア加算1）：火・金ほか適宜CF・ラウンド
	・がん支持療法緩和ケアチーム：火 CF・回診（不定期参加）
	・6月～ 1-6病棟 産後うつプロジェクト定例会議
	・11月～ 精神看護相談 システム運用開始
	・1月～ 職員のこころの相談室 相談員・倫理コンサルテーションチームメンバー
2019	・2月 看護部研修 看護倫理III 講師
	・4月～ 院外 静岡県看護協会 研究推進委員会
	・6月～ 精神科リエゾンチーム開始：火・木ほか適宜CF・回診
	・10月末～ 認知症看護CN休職 認知症ケア+精神科リエゾンチーム継続
	・11月～ 精神科外来 診療補助業務を終了
2020	・2月 看護部研修 看護倫理III 講師
	・4月 看護部新採用者研修 認知症看護 講師
	・5月～ 認知症ケア加算1→3に変更 (認知症ケアチーム→リエゾンチームに一本化)
	・8月～ せん妄ハイリスク患者ケア加算の算定開始
	・11月末～ 認知症看護CNの復帰
	・11月末～2021年2月 私用のため自身が休職
2021	・12月～ 認知症ケア加算3→2に変更
	・4月 看護部新採用者研修 メンタルヘルスについて 講師
	・精神科リエゾンチーム：火PMほか適宜CF・回診
	・がん支持療法緩和ケアチーム：火AM CF・回診
	・精神看護相談（適宜）
	・1-6 マミールーム定例会議（第3水PM）
	・倫理コンサルテーションチーム ファシリテーター（カンファレンス召集時）
	・職員こころの相談室（適宜）
	・ハラスメント相談窓口（必要時）
	・専門・認定看護師会 世話係
	・院外 静岡県看護協会 研究推進委員会（会議1回/月・ほか研修補助や査読）

定例会議や全体研修の運営等を行った。既存の活動増加に加えて、静岡県看護協会 学術研究推進委員会メンバーとしての研修協力・査読等の新たな院外活動が加わり、全体の業務調整が困難となった。そのため、精神科外来の診療補助業務は、看護部・外来管理者の協力を得て終了した。

3. 2020年度

2つのチーム継続とその他の活動が増加する中、診療報酬改定を受けて、新たにせん妄ハイリスク患者ケア加算の取得に向けた準備・調整を行った。2つの加算について、師長会議や看護部ミーティング、認知症ケア委員会を介して

現場への周知を図り、様々な混乱はありながらも、認知症ケア加算の変更とせん妄ハイリスク患者ケア加算の開始により、全体として3倍以上の診療報酬の増収につなげることができた(表2・図1)。

4. 2021年度

精神科リエゾン・がん支持療法緩和ケアの2つのチーム、精神看護相談、職員こころの相談室、1-6病棟マミールーム定例会議、倫理コンサルテーションチーム・ファシリテーター、ハラスメント相談窓口などの院内活動と、静岡県看護協会・学術研究推進委員としての院外活動を継続した。

表2 精神看護CNSの関与した年度毎の診療報酬の推移 (金額は円/月平均)

年度	認知症ケア	精神科	せん妄	合計
		リエゾン	ハイリスク	
2018	加算1 : 587,075			587,075
2019	加算1 : 650,904	123,000		773,904
2020	加算1→3 : 433,694	198,000		631,694
	加算3→2 : 1,255,400	195,000	520,125	1,970,525

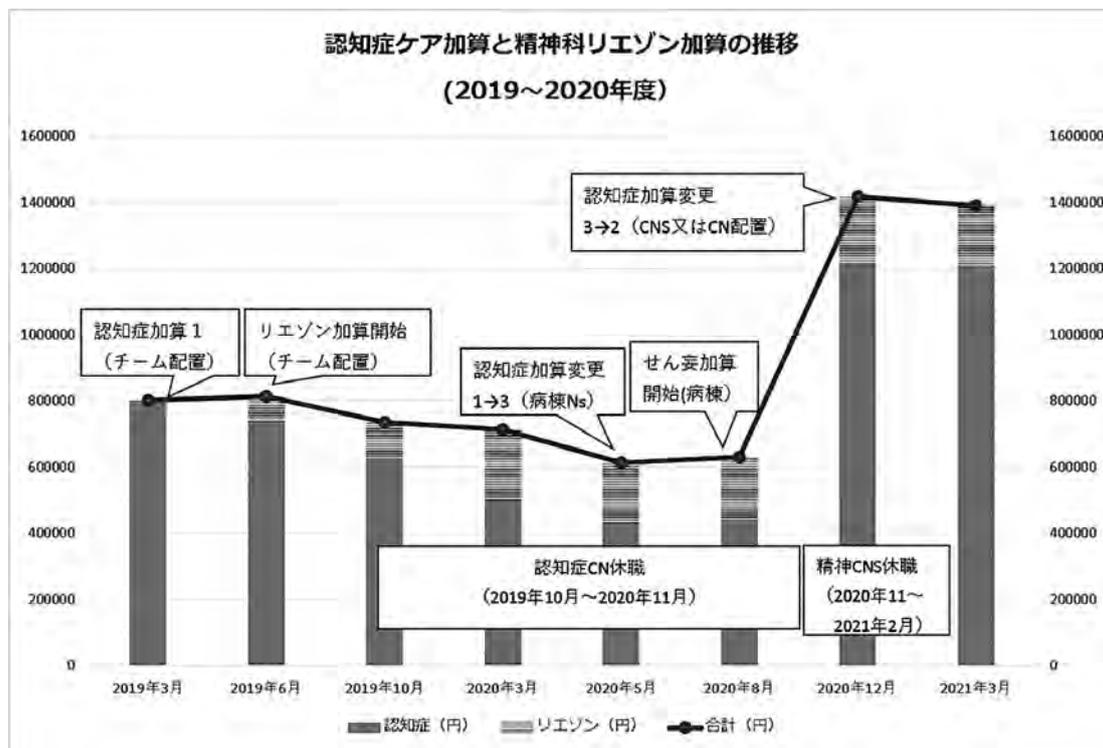


図1 認知症ケア加算と精神科リエゾン加算の推移 (金額は円/月)

V. 活動の概要

現在までの活動のうち、特に現場との関わりのある「精神科リエゾンチーム」「精神看護相談」「こころの相談室」の3つについて、概要の一部を紹介する。

1. 精神科リエゾンチーム

せん妄・抑うつ・精神疾患（認知症含む）・自殺企図等の患者に対して、精神科医を中心とした多職種チームによる週1回のカンファレンス・回診・ほか適宜介入を行った。約20名/週の新規依頼を受けて、常時30~40名/日程度の対象患者について、カルテや病棟ラウンドによる情報収集を行い、特に、認知症・せん妄以外の精神疾患・精神症状のある患者を中心に、直接ケア・症状観察・アセスメント、心理的支援、精神科医への報告・提案を行い、必要に応じて、医師、看護師、社会福祉士、薬剤師等の現場担当者との情報共有により、薬剤調整や処遇検討、対応方法の助言・提案等に努めた。

1) 介入例（入院日数の概算・直接ケアの回数）

①多発肋骨骨折 急性ストレス反応の可能性（20日間・4回）

精神疾患のある家族の暴力により受傷し、自分が家族を十分ケアできなかったことに対する自責の念が強く、不眠も持続していた。週2回・30~40分/回程度の面接を継続し、家族に対する思いの傾聴、過去の出来事としての体験の整理と現実感覚の回復、精神疾患に対する理解の促進等により、自責感や緊張の緩和に努めた。

鎮痛剤や睡眠薬等の服薬に対する抵抗も強く、主治医からも繰り返し本人に説明しているが受け入れ不良のため働きかけてほしいとの要請があり、自責の念の緩和と併せて、不眠の自覚と休息・服薬の必要性を繰り返し伝えていった。

自責的な言動は続いていたが、入院前の出来事を過去のものとして話せる時もあり、転院直前には睡眠薬の頓用使用が可能となった。

②下肢壊疽 認知症（30日間・8回）

認知症の周辺症状+薬剤性せん妄による不穏・興奮が持続し、入院時より対応困難のためチーム依頼があり、フラストレーションの緩和と現実感の維持、帰宅要求時の対応等、継続的に介入した。一旦は安定傾向だったが、手術のため転床2週目頃より不眠・気分高揚の増強があり、離棟により病棟Nsの要請があり、共に患者対応を行なった。外来で不穏・興奮状態が続き、主治医・精神科医に連絡するがいずれも対応不可のため、警備員・総務課長の協力を得て、警察介入後に帰棟した。警察官の説得後に抗精神病薬を点滴投与し興奮は収まり、福祉職員の同伴による精神病院への転院が可能となった。

それらの患者対応と並行して、精神科医との連絡調整、看護師長や社会福祉士との相談により転院調整を支援した。

2. 精神看護相談

精神疾患の有無に関わらず、看護師、助産師、医師からの相談に応じて、患者への直接ケアやスタッフへの助言・教育・調整等の対応を行った。

2021年度は50件（4~12月の9ヶ月間）、うち8件はリエゾンまたは緩和ケアチームの介入を調整した。4年間で、ほぼ全ての入院病棟から依頼があり、産前産後や他のCN介入中の通院患者の相談にも対応した。

1) 介入例（入院日数の概算・直接ケアの回数）

①二次性白血病 精神不安定（100日間・42回）

若年・予後不良ながら、他院を含めて入院治療が長期化しており、混乱・不眠のため、主治医・看護師より依頼があった。当院初回入院時に精神科コンサルがあったが、精神科医の処方抵抗があったことや直後に退院となったこと等から1度の介入で終了していた。週2回・30~60分程度の定期面接を継続し、孤独感やフラストレーションの緩和に努めるとともに、ベンゾジ

アゼピン系睡眠薬・抗不安薬の離脱による薬剤性の混乱・不眠を考慮し、精神科医に情報提供し処方調整の提案内容を確認した上で、主治医への情報提供を行い、抗精神病薬への変更による改善もみられた。

混乱・不眠の改善後にも、生命予後や治療に伴う苦痛・不安、気分変動は続いていたため、病気や治療の辛さ、家族への思い等を傾聴しながら、楽しみや気分転換となる対話の機会、本人や家族、関わるスタッフを気遣う存在となれるように、死亡退院の直前まで定期面接を継続した。

②高エネルギー外傷 急性ストレス反応の可能性（26日間・介入6回）

交通事故後に入院し、身体的には軽症だったが外傷の程度と本人の症状訴えの分離があり、リハビリテーションも進まず、気分変動や希死念慮があった。精神科医の介入には本人の抵抗があり、入院10日目頃に主治医・看護師より依頼があった。

初回面接時は、情緒不安定で過敏な状態で、現実感覚の減弱、不眠・疼痛等の身体症状の増強やフラッシュバックもあり、交通事故後の急性ストレス反応として、1ヶ月以上持続すると心的外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder：PTSD）に移行の可能性があると考えた。以後も2～3回/週・30～40分程度の面接を継続し、本人なりの苦痛・頑張りを認め、現在は、トラウマ体験により心身共にバランスを崩している状態であり、時間経過と共に改善していく可能性があり異常な反応ではないこと、過去の経験の整理と現在の改善点を認めること、希望に応じて精神科受診も可能のことを繰り返し伝えていった。

3回目の介入後に、本人希望による精神科コンサルテーションの依頼があり、以後は精神科リエゾンチームとして対応した。日中も抗不安作用の持続する睡眠薬への変更や抗不安薬の頓用使用もあり、睡眠・

気分ともに安定傾向となり、リハビリテーションも進み予定通りに転院した。

③産前産後 過去の精神科通院・自傷行為歴（5日間・入院前2回：入院中1回）

過去の精神科通院歴・自傷行為歴のため、外来時に助産師より介入依頼があり、担当助産師の初回面接への同席と、担当不在時の外来面接、産後入院中の訪室を行った。

初回面接時には、一時的に感情失禁もあり、家族からの被虐待歴もあり、自身の気持ちを大切にすることや、他者に助けを求めることが苦手な傾向から、ストレス増強時の対処として自傷行為につながる可能性が考えられた。本人にはこれまでの苦勞の労いと、現在の自己対処能力の維持に努めることと併せて、自分の気持ちを大事にして他者に伝えること、対処行動のバリエーションとして他者にも相談することを繰り返し伝えていった。本人の精神状態のアセスメントと対応の方向性について、担当助産師と継続的に共有した。

入院中の訪室時は安定しており、以後も、担当助産師を中心に継続的にフォローされた。その後不安定となった際には、助産師・主治医の対応により、早期に他院精神科の受診につなげることができた。

3. こころの相談室

管理者から依頼のあった職員を中心に、不定期・個別の相談に対応した（表3）。相談内容は、職場ストレスに伴う不安・抑うつが最も多く、

表3 職員のメンタルサポートに関する相談件数
（新規依頼のみ）

年度	件数
2018	3
2019	5
2020	14
2021（12月まで）	10

パワハラ後のサポート、仕事外ストレス、患者による被暴力後のサポート、自身の精神科受診について等、様々であった。

相談者は、看護職が中心であったが、少数ながら医師の相談にも対応した。本人や管理者の希望に応じて、面接の回数・場所の調整を図り、1号館1階の相談室または会議室等を使用し、1回の面接で終了することもあれば、複数回の面接を継続することもあった。特に、休職～復職の者については、休職や復職に関する判断や、復職後の就労支援について、管理者や産業医・人事課との協力・連携によるサポートを行った。

診断や治療・カウンセリングを行う医師やカウンセラーとは異なる看護師として、また上司や先輩、同僚等とも異なる中立的な立場として、相談者の思いを傾聴し、不安や気分の落ち込み等があっても否定せず、本人自身の大切な気持ちとして受け入れながら、その人らしいペースで自身の思いを整理し、必要なサポートを得ることを含めて自ら対処できるように支援することを心がけた。

VI. 考 察

1. 現在の活動について

当院には精神科病床がないため、スタッフの多くは精神科の臨床経験が少なく、精神的に不安定となった患者の治療・ケアについての疑問や不安を感じることもある。患者の病態・症状は様々で、身体的要因により精神症状が生じることや、病的な状態であっても担当医により精神科診断・治療は全く異なることもあるため、精神科経験があっても、身体疾患のある患者の精神状態のアセスメント・ケアは難しいものである。精神疾患の多くは原因不明の慢性疾患であり、根治治療はなく対処療法が中心となり、回復には時間がかかり著明な改善は見込めないことも多い。急性期病院で働くスタッフにとって、「よくわからない・よくならない」状態につきあい、時間と労力を費やすことは、かなりストレスフルなことではないかと思われる。精

神看護CNSは、精神科の知識や経験のある看護師として、アセスメント・ケアの過程に関わり、患者・スタッフが治療・看護を継続できるように、両者のサポートに努めている。

精神看護における看護師の専門性は、診断や治療・カウンセリングを行う医師や心理職とは異なり、診療の補助と療養上の世話により患者の生活を支えることにある²⁾。精神看護CNSも同様に、診断や処方調整、治療的面接を行うのではなく、精神状態の観察・アセスメントによる医師の診断・治療のサポートと、患者の食事・睡眠・服薬等に必要なセルフケアの回復・維持に向けた支援を行なう役割である。

精神的に不安定な人は、「自分がおかしくなったのではないか」という不安や「早くよくなるといけない」という焦り、「他人に迷惑をかけたくない・知られたくない・わかってもらえない」等の思いから、孤独感の中で自身の状態をコントロールできず自信を無くしてしまっていることも多い。精神看護CNSは、その人の思考や感情を変化させようとするのではなく、どのような思いがあっても、その人自身の大切な思いであり、現在の不調は、辛い状況に対する正常なこころの反応でもあること、辛い中でも精一杯対処されてきたこと等、本人の思いや感情を否定せずにそのまま受け入れ、その人なりの頑張りや強みを認めることを最優先として関わっている。その上で、睡眠・食事・休養等の生活行動の大切さや、そのための支援の必要性の認識に向けた働きかけを行い、苦しい時期を共に耐えながら、その人自身のセルフケアを維持・向上できるように努めている。

24時間365日チームで患者と関わるスタッフとは異なり、CNSが患者・スタッフと関わる機会は、ごくわずかな限られた時間にすぎない。そのため、直接ケアやスタッフからの情報収集だけでなく、入院前の病歴や紹介状の内容等のカルテ情報も併せて、過去の経過・現在の状態・今後の予測を含めて、その時々精神状態をアセスメントする必要がある。また、アセスメン

ト・ケアの方法や、必要な知識に関する情報提供、ケアの努力や困難さに対するねぎらい、多職種間の連絡調整等により、現場スタッフをサポートすることで間接的に患者を支える介入が、直接ケア以上に大切である。こころの相談室における職員のメンタルサポートも同様に、職員1人1人が健康で働き続けられるための支援として、現場のケアを支えることにつながるものとする。

2. 役割開発の過程について

4年間の過程をふりかえり、入職1年目は与えられた役割をこなす中で、人・場に慣れて新しい職場・仕事を知り、2年目の継続・発展の年を経て、3年目には診療報酬改定のタイミングと併せた変革に取り組み、現在の活動につながる事ができたのではないかと考える。

診療報酬は、単に収益面のプラスだけではなく、ケアの質向上のための人員配置や現場の取り組みを評価するものであり、質の良いケアを効率的に提供するために、管理者と協働しながら、現場の頑張りを診療報酬と結びつける仕組み作りを行うこともCNSの役割の一つである。認知症ケア加算・せん妄ハイリスクケア加算は、認知症やせん妄など対応の難しい患者に関わる現場スタッフのアセスメントやケアと、それに対するサポート体制を評価するものであり、いずれもCNSやCNの直接ケアそのものに対する評価ではない。チームメンバーによる診療の評価である精神科リエゾンチーム加算とも併せて、スタッフのケアの質の維持・向上のための頑張りの積み重ねや大変さ、サポートの充実に向けた多職種チームの連携推進を、増収効果につなげられたことは、有意義な成果の一つであったと考える。

3. 今後の課題

現場はいつも多忙であり、スタッフとのコミュニケーションの機会も限られているため、患者のアセスメントやケアについての情報共有が不十分な面や、現場の期待を把握しきれず応えられていないことも多いと思われる。引き続

き、特にスタッフから連絡・相談があったとき等の直接対話できるタイミングを大切にしながら、カルテ記録や配布資料、会議やカンファレンス等の機会も活用しつつ、現場との情報共有・相互理解に努めていきたい。

また、患者のこころのケアは、他のCNS・CNの専門領域とも重なり合うものである。こころからだという単純な二分化により、あらゆる患者のこころの側面に精神看護CNSが関わることは、専門性の不足による患者にとっての不利益だけでなく、他のCNS・CNの役割発揮の妨げとなる可能性もある。今後も、それぞれの分野の専門家であるCNS・CNとの連絡調整を図りながら、CNS・CN全体としての役割開発を勧めていく必要があると考える。

VII. おわりに

当院に係る患者は、身体疾患の治療や妊娠・出産のために入院・通院しているものであり、現場スタッフによる温かみのある丁寧な身体的ケアこそが、最も大切な精神的ケアであると考えている。今後も、24時間365日患者を支えるスタッフをサポートする裏方的役割として、精神看護の立場で、自分にできることを続けていきたい。

最後に、患者やスタッフ、組織の多様なニーズに応じて、自律性と柔軟性を持って活動できるように、さまざまな調整・配慮をいただいた看護部管理者の皆様、それに応じて、受け入れて下さった各部署の管理者・職員の皆様に、深く感謝いたします。

COI：開示すべき利益相反関係はありません。

文 献

- 1) 日本看護協会. データで見る専門看護師 分野別都道府県別登録者一覧 [internet]. <https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns> [accessed 2022-2-10]
- 2) Patricia RU. パトリシア・R・アンダーウッド論文集：看護理論の臨床活用 (野嶋佐由美,

勝原裕美子編集，南裕子監修). 東京：日本看護協会出版会；2003. P.99-102.

連絡先：横井志保；静岡赤十字病院 看護部

〒420-0853 静岡市葵区追手町8-2 TEL(054)254-4311

E-mail：kango@shizuoka-med.jrc.or.jp