

会長講演

生活の再構築を目指したリハビリテーション看護と多職種連携

酒井 郁子 (千葉大学大学院看護学研究科看護システム管理学
地域高齢者看護システム管理学)

Rehabilitation nursing and interprofessional work for rebuilding individual life

Ikuko Sakai

Geriatric Community Care and Nursing Systems Management
Chiba University Graduate Programs in Nursing

本日はお忙しい中、第9回学術集会にお集まり頂きましてありがとうございます。企画委員、実行委員を代表致しましてお礼申し上げます。本学術集会はこれまで看護学の基盤を豊かにし、深めること、そして看護実践に根ざした研究を推進することを目指して活動してきました。これまでの学術集会での諸先輩がたの輝かしい足跡から見れば、私のように未熟なものが会長を務めますことは内心忸怩たるものがございます。しかし成長途上にあるものの模索や迷いを見つめ直し、「看護学の拡がりーヘルスケアチームに浸透する思想」というテーマで活動を振り返る機会を与えて頂きましたことを深く感謝するとともに、参加して下さった皆様が有意義な時間を過ごせますことを願っております。

●リハビリテーションチームの一員として

私はリハビリテーション専門病院の成人病棟で4年間を看護師として過ごしました。脳血管障害、脊髄損傷など人生半ばにして重い障害を背負った方々への援助の毎日でした。1980年代、政策的な方向性は在宅療養支援に傾いていました。その影響を受けてリハビリテーションの目標は在宅復帰に向けて日常生活が自立出来る、あるいは在宅で過ごせるように介護指導を行う、というものが大半を占めていました。

その当時、受け持ち看護師として関わった事例への援助を行う中で深く考えさせられることがありました。ご本人はほとんど意思疎通が困難な状態でありました。家で見たいという妻の思いが強かったため、地域担当保健師と連携をとりながら、チームをあげて介護指導をしたのですが、退院後1ヶ月で発熱と妻の介護疲労により再入院してきました。ヘルパーの導入も拒み、すでに働いている息子と娘の助けを借りながら介護していた妻は疲労の限度を超えていました。ご本人の状態はそれほどひどく悪化していたわけではなく、そのことに妻の努力の

跡を見る思いがしました。

再入院時の1時間以上にわたって、今後のリハビリテーションの目標が話し合われました。チームメンバーみんなが困っていました。議論が出尽くした後、担当の理学療法士が「どういう状態になるのがこの人たちにとって幸せなんですかね」とぼつんといひ、受け持ち看護師の私を含め、出席者全員が沈黙してしまったことをよく覚えています。

その当時の私は、チームで動くということは理解出来るのですが、そのチームの中の看護職者の役割がよくわからない状態でした。訓練室から電話がきて、「だれだれさん、トイレって言っていますので迎えに来てください」、「病棟でも歩行訓練や着替えの練習を患者さんにやらせてください」といわれるたびにこれがチームから求められている看護だろうか?と思いました。なにか違うと思いつつ私自身も「看護職者としてどうありたいか」「どのような看護を目指すのか」ということがあやふやなのでチームの中で発言出来ません。自己の実践能力も伴わないためいつも受け持ち患者さんの看護では限界を感じていました。

しかし様々な気づきもありました。先ほどの事例で紹介したように、リハビリテーションチームというのは、患者中心に治療や援助を行おうとする集団であり、看護職だけが患者中心の理念をもっているのではないと気づいたこと、看護職も他職種も万能ではなく、それぞれが限界をもっていると思えました。一方、患者の生活全体を見ているのは看護職であるということに気づきつつありました。

●千葉県のおさまさまフィールドで

臨床を離れ、教員になり隣地実習指導を行うため、県内の保健所、老人ホーム、さまざまな医療機関に出向きました。すると看護師だったときにお世話した脳血管障

害の患者さんたちに再会するのです。あるひとは、家族に迷惑をかけたくないからと、自分で特別養護老人ホームに入所することを決意してきたといました。ある人は再発作を起こして、実習先の病院に入院してきました。ある人は骨折後に歩けなくなったからと老人保健施設に入所し、他の入所者のみなさんに訓練を指導していました。

ストラウスとコービンの理論¹⁾を用いて考えれば脳血管障害患者の病みの軌跡は以下ようになります。突然の発作で健康のレベルが急激に低下し、そのあと、めきめきと回復し、ある一定の状態になって安定する。しかしそのあと、老化とともにまた低下していくのです。臨床で看護師をしていたときには、右上がりに回復していくその途上しか見ていませんでした。

医療的なリハが終了しても脳血管障害患者の病みの軌跡は終了せず、脳血管障害患者の多くはその後も何らかの支援を必要とする状態でした。援助がとぎれないようにするには、家族や本人の努力だけでは困難です。看護や医療がシステムとして機能してこそ患者の人生に添い続けられるということ、一つの組織の看護だけをよくしても長期的に考えると効果は薄く、地域全体の看護の質を向上させないと個別援助の質の向上が活かせないことを実感しました。

●自分自身が持ち続けているテーマ

以上のような体験から、私が自分自身のテーマとして持ち続けているものは、二つあります。第一に、自分が迷わないように、看護職者が連帯出来るように、チームに伝わるように、看護の専門性を実践現場で援助としてどう表現したらいいのか。言葉ではいえることですが行動で示すと言うことは難しいことです。第二に、患者の病みの軌跡に添い続けるためにはどうしたらいいかということです。私一人の援助ではもちろん不可能であり、看護職者だけの援助でも難しいでしょう。しかし、患者個人への看護が機能していなければ、病みの軌跡に沿って続けることは全くできないのです。

●リハビリテーション意欲と看護師の判断

教員を5年間務めた後大学院に進学したときに、研究会メンバーで助成金を獲得し共同研究を行いました。その当時私はリハビリテーション意欲のない高齢患者にどう援助をしたらいいか困っていました。そして「意欲が低下している」状態の患者さんに関して、他職種から、病棟ではなんとか励ましてくれと相談を受けることも多々ありました。患者の「意欲」をなんとかするというのはチームメンバーから期待されている看護といってもいいのではないかとかんがえました。そして他の看護師

は困っていないのか?という素朴な疑問から、看護師が高齢者のリハ意欲をどのように判断しているのかを面接調査しました。

すると、一口に意欲低下といっても、その原因は様々であり、その原因の一つとして「効果的でない援助」をあげている看護師が思いの外たくさんいることがわかりました。またリハビリテーション意欲の低下に関する看護師の解釈は、患者は「依存的な状態にある」と「患者は抑うつ状態にある」という二つに分かれました²⁾。

「抑うつ状態」であると看護師が解釈できれば、看護師の対応や態度を修正し、それまでの励ます対応からつきそい、見守る対応に切り替えていました。また安全と休息を確保し、活動を強制するのではなくきっかけを提供し続け、動くのをまつというような身体的・心理的なニーズを充足することをしていました。また静かで安心出来るような環境を整え、家庭的な環境を作るなど、高齢者の適応を促進するような環境の提供を行っていました。

看護師が「抑うつ状態」だと解釈出来る知識を持っていることが重要なことだと思いました。

●脳血管障害患者の抑うつ状態を看護職者が把握すること

脳血管障害後に抑うつ状態になりやすいと言われていています。抑うつ状態になると生活への影響が大きいこと、一方脳血管障害特有の症状により抑うつ症状の判別が困難であることも少なくありません。またその当時は医療者の知識不足も指摘されていました。10年ほど前の状況では脳血管障害後に抑うつ状態に陥りやすいことが看護師を含めたりハ関連職種にそれほど周知されていなかったのです。そのため抑うつ状態になった人に必要な治療や看護を提供できていないかもしれないと考えました。

大学院で学位論文に取り組むとき、脳血管障害患者の抑うつ状態を看護師はどのように把握したらいいのかということを考えました。研究動機として、2点あげられました。第一に文献的に指摘されている知識が実践の現場で活用されていないこと、第二に現場で時間的に最も多く接する看護師が患者の抑うつ状態に気づかない事による患者への影響が大きいことです。

●個別援助と標準化

その当時、このような事例に出会いました³⁾。70歳代女性の方で、入院後1ヶ月が経過していました。それまでできていた排泄を失敗するようになり、着替えの時の混乱や焦燥感が目立つようになりました。朝3時頃から「早くやらないと迷惑をかけるから」と着替えをし出すのです。しかし途中でわからなくなり、焦った調子

で「看護婦さん！」と叫びだします。表情も硬く、いらした言動が多くなりました。現場の看護師も対応に苦慮していました。脳血管障害の症状なのか、痴呆が進行しているのか、アセスメントが困難でした。抑うつ状態かもしれないと考え、事例の状況を整理してみることにしました。すると、脳血管障害による短期記憶の障害が強いことで着替えの方法を学習することがうまくいかず、自己評価が低下し、抑うつ状態を強めている可能性が高いことがわかりました。

抑うつ状態かもしれないとアセスメントできたことで、環境からの脅威を最小限にするような援助を行っていくことがいいのではないかと看護の方向性が定まりました。すなわち日常生活の中で行っていた看護師による動作指導を中止し負担をなくす、プレッシャーを軽減するため退院を延期するように調整する、家族に接し方を伝え、他の患者との比較をやめてもらうなどしなければならぬ援助がたくさん見えてきました。実際にこれらの援助は効果がありましたし、抗うつ剤も処方されたおかげでかなり改善しました。

一方同じ頃、大学院でのゼミをとおして、標準化ということを考え直しました。私が進学した東京大学の基礎看護学教室には看護管理を専門に研究している先生がいらしたため、学生も看護管理を研究したいひとたちが集まっていました。必然的にゼミの時間は看護管理に関する文献や研究に接する機会が多かったのです。それまで、看護の標準化ということにいい感情を持っていなかった自分に気づきました。なにか、個別援助をないがしろにしているような印象を持っていたのです。看護管理について学習していくうちに、よりよく標準化していくことは個別援助の質をあげるために重要なことだと考えるようになりました。

標準化されたツール、たとえばデータベースやアセスメントツール、標準看護計画などをそのまま導入すると業務量的には変わらないか、増加することが多いのです。仕事としては増加するわけです。全体をみて、無駄な仕事を切っていく作業とともに新しい標準化ツールを導入しなければなりません。標準化の目的は業務の省力化ではなく、看護の質の向上にあるのですから当然です。

標準化に対する考えが変わったことで迷いなく、学位論文の研究目的を「脳血管障害患者の抑うつ状態を把握するためにアセスメントツールの開発」と決めました。理由として、既存のものがなく、抑うつ状態を把握出来ない看護援助の方向性を間違え、それによって患者さんがより悪い状態になることが予測されるため、患

者の潜在的ニーズは高いと判断したからです。

● Check List for Post Stroke Depression(CPSD)の開発過程⁴⁾

CPSDを開発するに当たって必要な条件を4つ考えました。第1に言語障害があっても評価が可能で、第2に脳血管障害特有の症状と抑うつ状態を区別出来ること、第3に臨床で看護職者が簡便に使用出来、第4としてその結果によって援助の方向性を変更したり専門家へのコンサルテーションを促進したりできる程度に妥当性が確保されていることです。

CPSDのアイテムプールはリハビリテーション専門施設での参加観察と看護師への面接によって収集しました。当初抑うつ状態を示していると思われるアイテムは300近くに上りましたがそれを理論的に整理していくと半分程度に減りました。それから失語症などでコミュニケーション障害のある人も評価の対象にできるように、看護師によって観察可能な患者の行動をあらゆる項目のみに絞りました。最終的に47項目8構成概念から成り立つチェックリストになりました。

このチェックリストの活用の目的は4つです。第1に抑うつ状態を見逃さないためにということがまずあげられます。第2に看護師がより注意深い観察とケアを引き出すという援助の方向性を定めるために使うことができます。とくに抑うつ状態にある人は自記式のスケールや面接で、自分の状態を問われることそのものが負担や苦痛の原因になったりします。脳血管障害患者に負担をかけずに状態を察することはケアの第1歩として重要だと考えました。第3に援助効果の評価ツールとしても使用可能です。第4に看護師の教育ツールとして使用することができます。とくに初心者にとってはガイドになるでしょう。

CPSDの限界は患者の体験している個別的で内面的な苦悩を理解することが難しいということです。また課題としては急性期における信頼性と妥当性の検証を行っていないこと、テストリテストでみてみると安定性が悪い項目があるということです。

● 脳血管障害患者の体験と回復の過程

次に脳血管障害患者の体験を探る研究に取りかかることにしました。患者の病みの軌跡に添いつづけるために基礎的な理解をしたくて取り組みましたが、現在も継続的に川崎市の研究補助金をいただきながら、共同研究者として関わっているものです。

まず既存文献を収集し、脳血管障害患者の障害受容に関わる知識を整理しました⁵⁾。結果として、障害受容を取り扱っている論文のほとんどが障害受容の段階理論に

基づいて分析をしていることがわかりました。また障害受容を促進できるように行っている援助として、日常生活動作すなわちADLの拡大をあげているものがほとんどでした。ADLを自立させ、障害受容の段階を進める、そのために意欲を出すように支援する、という文脈です。これは矛盾した論理であると思いましたが、個別性そのものといってもいいほど一人一人違う脳血管障害患者には適用しきれないと考えました。

「平均的な脳損傷などというものは決してない」というFingerの言葉⁶⁾にあるように、脳というものはひとりひとり個性差があるうえに、損傷部位は厳密な意味からいって同じ損傷ということはなく、その脳損傷によって体験する事柄も一人一人違います。脳の機能と個人の体験は相互作用が働いています。既存の理論枠でこちらが説明仕切れない体験を患者はしていることが予想されました。

そして小規模調査で詳細な面接を行うように研究計画を立てました。対象は14人の発症後5年を経過し、日常生活が自立している男性脳血管障害患者でした。

その結果、脳血管障害患者は医療的リハが終了し、身体運動機能の向上が目に見えなくなった後に、その人なりの回復を体験していることがわかりました。その回復とは、自己の可能性や人間関係、仕事や生活等、自分にとって大切なものを、「取り戻すことができたという体験」と、発症前からやってきたことの延長線上にいる自分を感じたというような、過去や周囲との「つながりを感じる事ができたという体験」でした⁷⁾。

脳血管障害患者が「回復」を、自分の置かれた状況の中で実感として感じ取り、理解出来れば、今後の回復についても現実的な目標をもつことが可能であると思われました。

またこれらの14事例のうち8名に関しては、機能訓練が、在宅生活を送る上での運動習慣として組み込まれ、かつ患者にとっての運動習慣の意味が豊かに変化していました。

発症後すぐは、身体運動機能の向上のため訓練として行っている運動が、身体運動機能の維持という意味へ変化し、そのほかに体調の悪化予防、生活の一部、楽しみ、楽に過ごすなどの他の意味が付与されていました。そして身体運動機能の回復の限界を自覚し「やるだけやった」が「もう動きはよくなる」と自覚することで「運動すること」にあらたな意味がもたらされていました⁸⁾。

研究対象者の方々は、地域でさまざまな活動に参加するようになっていました。そのきっかけとして、保

健師などの専門職からの働きかけと、患者会などのネットワークからの誘い、自分なりの希望や、発症前に行っていた活動などがあげられていました。またこれらの参加を支えている要因として、活動の場が安心して便利なこと、自分なりの明確な目的があること、楽しみや充実感、仲間が存在があることがあげられました。これらの人が自覚している地域参加の効果として人間関係が広くなった、などのことをあげていました⁹⁾。

脳血管障害患者は障害とともに生活するための様々な取り組みを地域で継続していると思われました。

つぎに老化の知覚とリハビリテーションの取り組みについて関連を見てみました。長期に在宅で維持期リハに取り組んでいる事例は緩やかな身体機能低下という老化のプロセスを生きている人でもあります。回復期リハのような機能や能力の向上を目的にしたリハでは効果を自覚出来なくなるときがきます。維持期リハでは機能や能力向上以外にその人なりの目的や効果を感じられるように援助していかなければ先の見えないリハとなり患者が主体的に取り組むことは難しいと考えました。

するとなんらかの老化の知覚を感じていた8名はリハ活動を行っていない1名をのぞいて自分なりのリハの目的をもち、その目的に即した効果を感じることができていました。その自分なりのリハの目的とは健康のため、体を楽にするため、脳の働きを回復させるため、生活の目標を達成するため、今の状態を維持するため、と多様なものでした。

老化を知覚することで、リハの目的を運動機能の改善から自分なりのものに変更することができ、それが維持期リハの取り組みを主体的に行うことに影響していると考えられました¹⁰⁾。

●脳血管障害患者への患者教育

以上のように脳血管障害患者の体験を様々な角度から分析したことから、リハビリテーション病院を退院した患者が脳血管障害と折り合いをつけ生活に適応し、主体的に工夫を凝らしながら維持的リハに取り組んでいくためにできる看護援助があるのではないかと考えました。

そのとき、ミネアポリス、ノースメモリアルヘルスケアのストロークウエルネス部門のディレクターであり、北海道医療大学大学院教授であった、ジュデイジョンソン博士と日本で出会い、彼女が中心となって開発した脳卒中患者への教育コース「ストロークワイズ」について話し合う機会を持つことができました。そして今年1月から2月にかけて、文部科学省から派遣され、海外研究開発動向調査の目的で1ヶ月間渡米し、脳血管障害患者のリハビリテーション支援、サポートグループ育成、

教育コース開発状況を調査しました。

実際に見てみると、看護職者がこのような教育コースの運営をまかされていますが、教育プログラムはすべて多職種で行っていました。他職種とチームを組んで知恵を出し合いやっていく必要があることも身にしみてわかりました。また多職種チームでうまくやっていくためのメンバーの研修やカウンセリングなどもありました。競争心をなくしてチームの目的共有出来るような、サポートシステムが機能していることが日本と大きな違いであると思いました。

ストロークワイズの効果は抑うつ状態、希望の有無、コーピング方法の3つの測定ツールで検討され、女性、左脳損傷、60歳以下の患者に効果があったことがわかっています¹¹⁾。

米国における脳卒中患者の平均年齢は70歳ですが日本の脳血管障害患者の平均年齢は60歳前半をいきましていますから、日本の文化、風土に合わせたものに改編しながら導入すればかなりの効果が見込めると思いました。以上のことから、日本における脳血管障害患者の学習ニーズを調査するのを感じました。脳血管障害によってリハビリテーション終了後に外来通院している82名(平均年齢64.2歳SD9.5)を対象に質問紙による聞き取り調査を行いました。対象者全体で、学習ニーズが高かった学習課題として、「回復のために患者自身ができること」、「症状への対処」、「生きていく知恵」がありました。発症後6ヶ月群で低く、2年以上経過群でたかかった項目は「脳卒中について」、「症状への対処」、「脳卒中を受け入れるための方法」でした。発症後から時間経過とともに学習ニーズは変化していました¹²⁾。

そして、看護師が考えている脳卒中患者の学習ニーズ、つまり「看護師は患者が何を学ぶことが必要だと考えているか」についても同時に調査したのですが、結果は患者のニーズと大きなずれがありました。「社会資源の活用」や「再発作の予防」について看護師は「患者がたくさん学習すべき」と考えているのに対して患者は学習ニーズが低く、患者が「回復のためにできること」について学習ニーズが高いのに対して、看護師はそうでもないと答える割合が高かったのです¹³⁾。リハ関連職種についても同様の調査を行いました、看護師とはほぼ同様の結果でした。

今後は、脳血管障害患者の退院時指導の実態について、さらに詳しく調査していく予定ですが、もっと現在の介護指導中心の内容から、患者本人のニーズにあわせた内容に修正していく必要性が示唆されたと考えています。

●リハビリテーションを受けている脳血管障害患者への看護の専門性

上記の調査と並行して、脳血管障害患者への援助事例報告や研究結果をレビューしました¹⁴⁾。すると、ADL拡大を成し遂げた援助事例の報告は、機能障害と能力障害を評価できない原因を探り、できる動作を増やしていくような動作指導のように記述されたものがほとんどですが、注意深く読むと、看護師はその人の持つ力を残存機能としてとらえるのではなく、障害も含めた全体の力としてとらえているのではないかと思います。また患者が発揮出来る力は環境によって左右されることにも看護師は気づいています。

そのために物理的にも人的にも環境を整えること、患者の意欲をよく見て、患者の理解に合わせた説明を行い、励ましたり、ほめたり、無理強いをしないで患者なりの動きが出るのをまったりしています。患者にとって環境の中での自分の状態がどうであるかを気遣ってもらい、障害のある知覚や認知を確かめてもらい、動こうとする意欲や努力を支えられるという体験につながっていました。そして実際にADL拡大したと評価される前に、患者の中で内面的な変化が生じているようです。

看護師は患者の行動をできたか、できないか、だけで見ているわけではありません。リハビリテーションを受けている脳血管障害患者への看護を考えると、看護独自の最も重要な役割は、患者の意欲を引き出し、自己肯定感を損なうことなく、日常生活の遂行をより安楽に介助し、やり方をアドバイスしながら、患者なりの方法を創り出していくという患者の主体性に関わるものです。そして患者が相互作用している環境としてリハチーム全体をとらえ、患者のために環境を整え続けるような調整を行うことであると考えました。

つまり看護は対象である人間を全体的であり、環境と関わり続ける存在として見えています。これは看護が専門的もっている人間の見方です。また援助の方法として、主体性に関わりながら、その人を取り巻く環境を整え続けるということを行っており、これは看護の専門的な援助方法だと思いました。

●目指すべきチームアプローチは共有できているか？

では、以上のような専門性を持つ看護師がチームの中でその専門性をチームに還元出来ているのでしょうか。私たちは、1年半前に以下のような調査を行いました。調査対象は急性期リハ医療を展開している医学部附属病院2箇所および救急専門の医療施設でした。対象者数は548人の看護師で調査内容は急性期リハ医療に関する認識と実施状況、連携、協働の認識と実態です。

リハチームの連携協働の実態について、リハチームの中で「一番連携がとれている」と認識している職種は理学療法士と答えた人が最も多く、次に、リハ専門医と答えた人が多い結果でした。また「一番葛藤が強い」と認識している職種も理学療法士と答えた人が最も多く、次に「その他の医師」と答えた人が多い結果でした。一番連携がとれていると答えた職種がとの葛藤が一番強いと回答していることは大変興味深い結果でした。

また一番葛藤の強い職種との葛藤の原因として看護師が認識していたのは、「コミュニケーションをとる時間の不足」が最も多い回答でした。チーム内のコミュニケーションは実際どのように行われていて、看護師はそれをどのように評価しているのかということを見ると、全体の3分の1近くが、「最も連携がとれている」職種とのコミュニケーションの頻度を月1回以下と答えています。またコミュニケーション状況の評価についても「あまりとれない」と答えている人が半数を占めています。

看護師はリハ医療の必要性を十分感じていますが、チーム形成に必要なコミュニケーションが絶対的に少ない。これでは、お互いになにを目指して患者に接しているのか、お互いの役割は何なのか、を知る機会がない状況にあるといえます。チーム間の信頼関係についても3分の2以上が「信頼関係は弱い」と答えています。コンタクトのチャンスがなく、リハチームとしての患者のゴールの共有はほとんどされていない状況にあると考えられます。チームアプローチの必要性は看護師も感じておりますし、実際にもっとチームとして関わりたい、という現場の声は聞きますが、チームというには、チームメンバーがお互いのことをよくわかっていない現状があるように思います。

●現在のリハビリテーションの問題点

生活の再構築とは、患者が主体的に生活を創り上げ運営し発展させる活動だと考えます。このことに即して現状を考えますと、急性期リハは、医療優先の環境の中で、その後の患者の生活を創り上げる準備活動としてとらえることができます。一方、主治医を中心とした急性期医療チームは必ずしもそのように見ていない可能性があります。いわゆるあなた任せのリハビリテーションとなっている現状は否めません。

専門病院などで行われる回復期のリハビリテーションは、訓練優先の環境となっています。大きな訓練室に患者を集め、訓練スケジュールに沿って行っていく従来のやり方についてはすでに批判が集まりつつありますが、業務の効率化という点からなかなか脱却出来ない現状も

あります。患者への説明責任についても不十分な側面があり、リハビリテーションにおけるインフォームドコンセントについては多くの課題があります。またチームのあり方も医師がゴール設定をし、訓練処方をする事で各職種がプログラムを展開するマルチディシプリナリーモデルとなっています。業務の重複が調整され他部門には口出しをしないというチーム内の葛藤を回避するようなりハになっていると言えます。

維持期のリハビリテーションにおいて、生活環境のなかで訓練効果をどのように評価するべきか不明確です。生活に即した目的と手段を選択することは複雑なアセスメントを要すると思いますし、それができないと、患者が自覚出来るような効果をフィードバックできないでしょう。身体運動機能の向上にのみ焦点を当てたりリハビリテーションは効果を感じられない、先の見えないものになりがちです。

このような問題点は、リハチームのありようとして患者の状態に合わせて多様になることが求められているのに対して、現場がそれに即した変化をしていないことに由来すると考えられます¹³⁾。

●他職種との連携・協働の課題

看護職者が他職種と連携・協働をしていくときになにが課題となるのでしょうか。ひとつは自分が所属しているチームにおいて、連携・共同の目的を明確にして、メンバーが合意出来るまで話し合い、修正し、評価する努力を惜しまないことだと思います。葛藤を回避するのではなく、解決する努力をする必要があります。

次に看護職者がもっている連携・協働に対する自らの固定観念を点検する必要があります。連携・協働をしていくチームのありようは1種類ではなく、対象のケアニーズによって柔軟に変更されるべきものですが、チームという看護職者はこれまでの医師—看護師関係を思い浮かべ、階層性が高く、役割重複が少なく、コミュニケーションの少ないマルチディシプリナリーモデルのチームを思い浮かべてしまう傾向にあるのではないのでしょうか。

しかし実際のところ看護職者は保健、医療、福祉の様々なチームに求められ存在しています。チームメンバーの基礎教育は看護と同様大きく変革しており、時代とともにチームのありようはますます多様になっていくと思います。ケアニーズに合わせてチームの有り様を変更していくためにもチームに対する固定観念を点検していく必要があります。

そのためにも、他職種・他組織との相互作用を促進する必要があるでしょう。情報は提供するもの、知識・技

術は教えてもらうもの、コンサルテーションはするもの、といった一方向で考えるのではなく、看護職者からの他職種・他組織への情報発信。知識。技術の委譲、コンサルテーションを受けるなどの動きはすでに始まっています。これらの変革の動きを後退させてはならないと思います。また相互作用を促進するためにも、人間的な交流がチーム内に存在していることが重要です。そのためにも、現在共通言語がない状態になっている、医療、福祉、保健の分野間のパイプ役としても看護職者同士の連帯をこれまで以上に強めていく必要があると考えます。

支配心や競争心をどれだけチーム内から払拭出来るか、そのことにチーム作りはかかっていると言っても過言ではありません。

●ヘルスケアチームと看護学

看護学の知識体系を駆使することで、ヘルスケアチームに貢献出来ないでしょうか？看護学は時間的・空間的な継続性、という視点から健康と生活を捉えます。人間が未来を向いて生活すること、過去から未来までを一貫して生きる存在であることをふまえて今を援助するという基本姿勢をもっているのが看護職であると考えます。患者の病みの軌跡に添い続けられるようなケアシステムの構築は看護学の知識を活用することで可能になるのではないかと考えます。

また看護学は人間を環境と相互作用をする全体的な存在としてとらえます。患者を取り巻く環境としてヘルスケアチームをとらえれば、そのチームメンバーを整えたり、不足要素を開発したり、調整したりすることも看護学の知識を活用することで可能となると考えます。ヘルスケアチームにとって看護学の知識は必要不可欠なものであるといえます。

このような考えを持つに至り、現在の私の主な仕事である、地域高齢者看護システム管理学の研究と教育が私のこれまで行ってきた活動と密接に関連していることを思わないわけにはいきません。高齢者にとって、先ほどから述べてきたとおり、一つの施設、一つの病院のケアだけをよくしても効果は薄いのです。健康レベルが低下すればするほど、やみの軌跡が終盤に近づけば近づくほど転居を繰り返します。生活環境が変化することは高齢者にとって健康レベルを大きく左右する、そのような意味で高齢者は発達課題の頂点に達しており、もっとも多様な、最も複雑な環境との相互作用のパターンを開示する存在だからです。高齢者が生活する地域全体をケアシステムとしてとらえ、その改善を目指す必要があります。

このような観点から地域高齢者の看護システム管理学に課せられている責務と期待は大きいものがあると自負しています。看護職者が構築するケアシステムとケアチームは患者にとって、そしてチームメンバーにとってよりハッピーな結果をもたらすものでありたいと思っています。

●看護学のひろがりとヘルスケアチームに浸透する思想

先週から夜空を見上げると月のすぐ下に大きく火星が輝いているのを見ることができます。21世紀の看護についてマーサロジャースは、1992年に発表した「看護科学と宇宙時代」という論文の中で、宇宙時代を迎えて、人間の意識がこれまでにない進化を遂げること、その人間の進化の過程に看護科学が知的に貢献するだろうことを述べています¹⁶⁾。実際人間が居住する空間が拡大するに従って、地球を一つのコミュニティととらえる見方が広まりつつあります。地球も、宇宙も人間と相互作用する環境つまり開放系のシステムであるのです。

その一方でロケットをとばすのにも数百の学問の学際的な活動の集結です。今後、看護学は様々な職種や学問領域の人たちとチームを組んで看護学そのものを広げていくでしょう。広げていくことによって、ますますその深みを探求出来ると思います。海は広いからこそ深くあるのです。

このような看護学の無限の可能性を考えますと、自分自身の立ち位置を確かめずにはいられません。私の立ち位置はいつも、現実の看護実践にあります。具体的で、いいこともわるいことも両方があり、限界と向き合う環境の中で、よりよい看護を少しずつ実現することが、私がこれからも大切にしている基本姿勢です。

私の看護実践と、教育、研究活動はチームの中で、あるいはチームとともに培ってきたものです。ヘルスケアチームがすでに持っているはずの患者中心という価値を実現するためにも、その人の健康と幸福のためにケアサービスの質を改善し続けるという意志と行動、ケアの質の保証のためのメンバー間の相互尊重の思想がヘルスケアチームに浸透していくことを願っています。

脳卒中の患者さんが作り続けていたジグソーパズルを結びの言葉に代えたいと思います。

全体があるからピースが位置付きます。どのピースを欠いても完成しません。すべてのピースが収まるべきところに収まり、調和したときに一枚の絵が見えてきます。これが生活の再構築を目指したりハビリテーション看護と他職種連携の性質を表しているように思えます。ご静聴ありがとうございました。

引用文献

- 1) ピエール・ウグ編：慢性疾患の病みの軌跡－コービンとストラウスによる看護モデル，医学書院：p3-4, 1995.
- 2) 酒井郁子：老人のリハビリテーション意欲と看護婦の判断，Quality Nursing, 3(10), 22-29, 1998.
- 3) 酒井郁子，本谷達也：脳血管障害患者の鬱状態の把握と援助方法－実践事例に基づく分析，臨床看護研究の進歩, 8, 45-55, 1997.
- 4) 酒井郁子：脳血管障害患者のうつ状態把握のためのチェックリストの開発，Quality Nursing, 7(5), 55-67, 2001.
- 5) 酒井郁子，佐藤弘美，遠藤淑美他：脳血管障害を持つ患者の障害受容およびその周辺概念，臨床看護研究の進歩, 10, 10～21, 1998.
- 6) Finger, S.& Stein, D.C.: Brain Damage and Recovery; Research and Clinical Perspective. Academic Press, p332, 1982.
- 7) 末永由理，島田広美，酒井郁子他：長期在宅脳血管障害患者の回復過程，川崎市立看護短期大学紀要, Vol6, No1, 37-49, 2001.
- 8) 末永由理，遠藤淑美，酒井郁子他：機能訓練を受けた脳血管障害者が行っている運動習慣とその意味，日本看護学会論文集31回成人看護II, 209-211, 2000.
- 9) 島田広美，井上聡子，酒井郁子他：在宅脳血管障害者の地域参加のきっかけと参加を支えている要因と援助の検討，川崎市立看護短期大学紀要, 7(1), 55-59, 2002.
- 10) 酒井郁子，佐藤弘美，島田広美：在宅脳血管障害患者における老化の知覚と維持期リハビリテーションの取り組み，日本老年看護学会学会誌, 7(1), 26-34, 2002.
- 11) Johnson, J., Pearson, V., 酒井郁子：脳卒中患者のための教育コース－傷害と共に生きることを支援する，Quality Nursing, 8(3), 199-207, 2002.
- 12) 島田広美，末永由理，酒井郁子：脳血管障害患者の学習ニーズ，第22回日看科会講演集, 151, 2003.
- 13) 藤田緑，松崎美智子，酒井郁子他：在宅脳血管障害患者の学習ニーズと看護師がとらえている学習ニーズの比較，日本看護学会論文集33回地域看護, 40, 2002.
- 14) 酒井郁子：脳血管障害患者の生活の再構築を支える看護の専門性を考える－文献検討から－，Quality Nursing, 8(3), 4-10, 2002.
- 15) 酒井郁子：リハビリテーション医療におけるインターネットプロフェッショナルワーク 利用者中心のケア コーディネイトシステム構築に向けた課題と展望，Quality Nursing, 7(9), 754-762, 2001.
- 16) Rogers, M. E.: Nursing science and the space age, Nursing Science Quarterly, 5, 27-34, 1992.