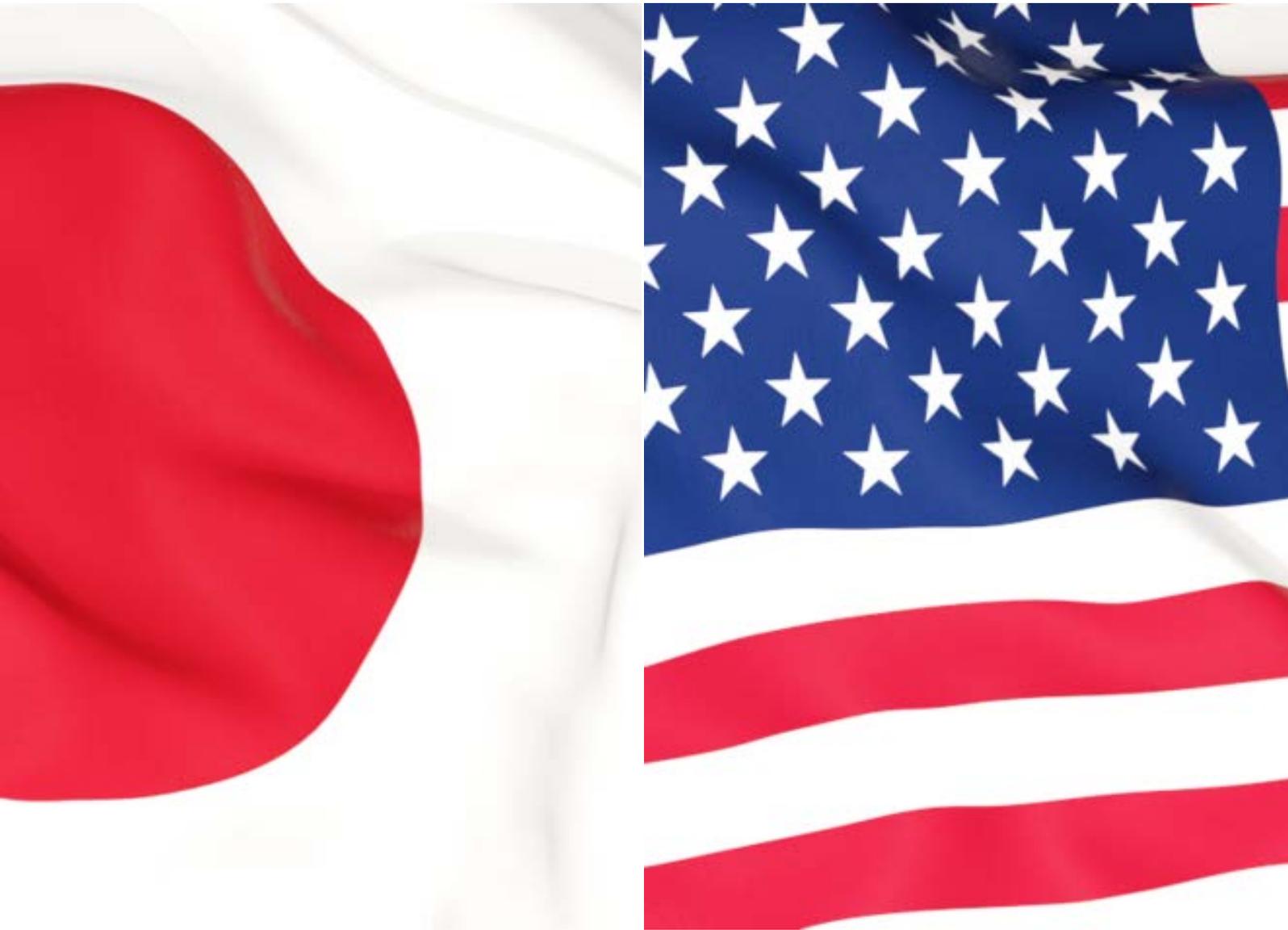


第4回医学・看護学国際講演会
「看護力」を育てる
報告書



日時 2016年6月18日(土)10:00~16:00
場所 富山大学杉谷キャンパス 臨床講義室1

目次

ポスター	・・・・・・・・・・・・・・・・	p.1
写真集	・・・・・・・・・・・・・・・・	pp.2-3
参加者数	・・・・・・・・・・・・・・・・	p.4
講演資料		
質的研究デザインとそのアプローチ Nursing Research		
	竹熊カツマタ 麻子	・ pp.5-10
体外設置型補助人工心臓を装着した、 心臓移植経験者における待機期間の病いの体験		
	漆原万里子	・ pp.11-20
PHYSICAL ASSESSMENT & NURSING HAND-OFFS		
	Colleen Klein, 竹熊カツマタ 麻子, 角田みなみ, 漆原万里子	・ pp.21-23
Improve an Exclusive Breastfeeding rate on a Post partum Unit (産後ケアユニットにおける完全母乳率の改善)		
	角田みなみ	・ pp.24-30
The Magnet® Recognition Program The Journey of Excellence		
	Colleen Klein	・ pp.31-36
Bedside Shift Report Checklist		・ pp.37-40
クリニカルナースリーダー(『看護管理』2015年12月号から引用)		・ pp.41-58

国際講演会

「看護力」

を育てる

通訳
付き

参加費
無料

2016. **6.18** (土)

10:00~16:00

富山大学附属病院
臨床講義室I

対象: 医師・看護師・その他興味のある方

主催/問合せ: とやま総合診療イノベーションセンター
(TEL 076-415-8867/内線8867)

共催: 富山大学附属病院総合診療部/富山大学大学院老年看護学講座

Program

第一部 10:00-12:00

講演1 「質的研究の特徴と方法論を具体例から学ぶ」

◆講師: 竹熊(カツマタ) 麻子 (Asako Takekuma Katsumata) 看護学博士

(OSF聖アンソニーメディカルセンター看護部ディレクター, クリニカルナースリーダー)

◆事例紹介: 漆原万里子 看護学修士 (京都大学人間健康科学博士課程)

休憩 12:00-13:00

第二部 13:00-16:00

講演2 「クリニカル・ナース・スペシャリスト, フィジカルアセスメントの指導方」

◆講師: コリーン・J・クライン (Colleen J. Klein) 博士

(OSFヘルスケア・高度看護実践教育・研究者,

クリニカルナーススペシャリスト・ファミリーナースプラクティショナー)

◆講師: 竹熊(カツマタ) 麻子 (Asako Takekuma Katsumata) 看護学博士

講演3 「看護力の高い組織を創る: クリニカルナースリーダーの臨床での活用を

通じて看護の質と患者のアウトカム向上を図る」

◆講師: 角田みなみ 看護学修士 (聖アンソニー看護大学講師, クリニカルナースリーダー)

講演4 「看護師が集まる魅力ある病院を目指して: マグネット病院の例から」

◆講師: コリーン・J・クライン (Colleen J. Klein) 博士

(OSFヘルスケア・高度看護実践教育・研究者,

クリニカルナーススペシャリスト・ファミリーナースプラクティショナー)

◆講師: 竹熊(カツマタ) 麻子 (Asako Takekuma Katsumata) 看護学博士

写真集



<山城先生ご挨拶>



<竹内先生から講師ご紹介>



<竹熊先生ご講演>

Qualitative Research Traditions
質的研究の伝統

- Ethnography (人類学)
- Ethnography emerged from anthropology, which concerns human cultures – behavior and cognitive world of a culture. (文化人類学から派生したもので、人類の文化、行動、認識または文化の世界を探索する。)
- Nursing research example (看護研究の例):
Characteristics of mothering (parenting) of Cambodian women who have experienced massacre / "killing field" during the civil war. (キリングフィールドを内戦で体験したカンボジア人の女性たちの母親・親としての行動 (ベアレンティン) の特徴)



<Q&A>



<漆原さんご講演>

「体外設置型補助人工心臓を装着した、心臓移植経験者における待機期間の病いの体験」

京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系専攻 臨床看護学講座
生活習慣病看護学分野 博士後期課程1年

漆原万里子

2016年6月18日 富山大学
「看護力」セミナー

看護への示唆

心臓移植を目指して

臨床で目の当たり

体外式VADが突き付ける「身体的苦痛・精神的苦痛」「死と隣り合わせ」「耐え忍ぶ日々」という苦しみと生き延びるために、

看護師の存在

体外式VADを装着した自分が自分になっていく

①体外式VADを装着した自分が自分になっていく、という変化の過程にある可能性を捉える

②患者と真正面から向き合い、看護者自身も自らを受容し、患者が現実的に身を投じて生き続けるようにケアし続ける姿勢



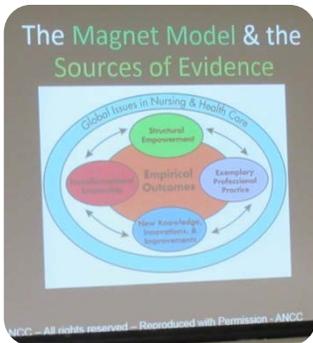
<Q&A>



<クライン先生ご講演、竹熊先生通訳>



<アメリカの診療を実演、(左から)通訳の竹熊先生、指導ナース役のクライン先生、患者役の漆原さん、新人ナース役の角田先生>



<角田先生ご講演>



<最後に皆さんで記念撮影、(後列左6番目から) 竹内先生、漆原さん、角田先生、クライン先生、竹熊先生、山城先生>

第4回医学・看護学国際講演会「看護力」を育てる参加者数

日時 平成28年6月18日(土) 10:00～16:00

講師 竹熊カツマタ 麻子、コリーン・J・クライン、角田みなみ、漆原万里子

場所 臨床講義室1

参加者 100人(学内 52人、学外 48人)

【学内】 52人 (人)

医学科教員	5
看護学科教員	18
看護部	11
看護学科学生	17
事務	1

【学外】 48人 (人)

あさひ総合病院	2
富山労災病院	5
厚生連滑川病院	5
かみいち総合病院	3
富山県立中央病院	3
富山市民病院	1
射水市民病院	1
高岡市民病院	2
市立砺波総合病院	2
南砺市民病院	1
北陸中央病院	2
国立病院機構 北陸病院	2
小規模多機能型居宅介護 ピカソ	1

山形大学	1
順天堂大学医療看護学部	2
信州大学医学部保健学科	1
金沢大学看護学専攻	1
石川県立看護大学	3
金沢医科大学医学部	1
金沢医科大学看護学部	1
金城大学	1
富山福祉短期大学	1
北陸ビジネス福祉専門学校	1
富山いずみ高校	3
富山市役所長寿福祉課	1
富山市役所介護保険課	1

質的研究デザインとその アプローチ Nursing Research

竹熊 カツマタ 麻子 (看護学博士)
OSF聖アンソニーメディカルセンター看護部ディレクター
クリニカルナースリーダー

学習目標

- 質的研究の発達背景と研究におけるアプリケーションの方法を知る。
- 質的研究の持つ哲学的な背景を知る。
- サイエンスリサーチ (自然科学) の求める研究技法と社会科学の求める研究技法の違いを理解する。
- 質的研究により得られる知識とその看護への貢献を理解する。

So, what is Research ?



研究と何か?

- A process of systematic inquiry to answer research questions
- 系統だてて研究の問いについて探求をしその答えを得るためのプロセス

Research is..

- Systematic inquiry that uses disciplined methods to answer questions and solve problems.
- The Ultimate goal of research is to develop, refine, and expand a body of knowledge.

Nursing Research: Past, Present, and Future

What did Flo do?



Florence Nightingale publishes *Notes on Nursing* in 1859.

Florence Nightingale was a nurse epidemiologist. Investigated Impact of environment toward soldiers mortality and morbidity during the Crimean War.

What about Nursing Research ?

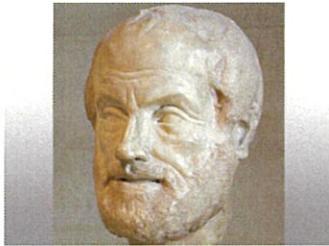
- Nursing research is systemic inquiry designed to develop **trustworthy** evidence about issues of importance to nursing profession, including nursing practice, education, administration, and informatics.

(Polit and Beck, 2010)

Philosophy and Research



Is there anything to do with Philosophy?



Philosophy of Science - Aristotle



Science Research: empirical Verification

Science relies on evidence to **validate** its theories and models. The predictions implied by those theories and models should be in agreement with **observation**. Ultimately, observations reduce to those made by the unaided human senses: sight, hearing, etc. To be accepted by most scientists, several impartial, competent observers should agree on what is observed. Observations should be repeatable, e.g., experiments that generate relevant observations can be (and, if important, usually will be) done again. Furthermore, predictions should be specific; one should be able to describe a possible observation that would **falsify** the theory or a model that implies the prediction.

Positivist Paradigm

- Aiming to understand the underlying causes of phenomena
- Reality exists there is a real world driven by real natural causes : more focus on causality
- Objectivity is sought, values and biases are eliminated as much as possible

Naturalistic Paradigm: Constructivist Paradigm



Jean Piaget: founder of Constructivism
[Theory of cognitive development](#)

Constructivism

- **Constructivism** is a theory of knowledge (epistemology) that argues that humans generate knowledge and meaning from an interaction between their experiences and their ideas.

Influential Constructivists

- [John Dewey](#) (1859–1952)
- [Maria Montessori](#) (1870–1952)
- [Władysław Strzemiński](#) (1893–1952)
- [Jean Piaget](#) (1896–1980)
- [Lev Vygotsky](#) (1896–1934)
- [Heinz von Foerster](#) (1911–2002)
- Today, constructivist theories are influential throughout much of the non-formal learning sector.

Naturalistic (Constructivist) paradigm's view of reality

- Reality is multiple and subjective, mentally constructed by individuals
- Researcher interacts with those being researched; findings are the creation of the interactive process
- Subjectivity and values are inevitable and desirable

Alternative Knowledge Claim Positions

Post positivism Determination Reductionism Empirical Observation and Measurement Theory verification	Constructivism Understanding Multiple Participant meanings Social and historical construction Theory generation
Advocacy / Participatory Political Empowerment issues-oriented Collaborative Change Oriented	Pragmatism Consequences of actions Problem-centered Pluralistic Real-world practice oriented

質的研究とは？

- Originally developed and widely utilized in the fields in social science, anthropology, psychology, history, and Philosophy.
- 社会科学、文化人類学、心理学、または哲学などの分野において開発され、広く用いられてきた研究方法である。
- Application of qualitative research is now widely accepted in health science.
- 質的研究は健康科学の分野の研究にも広く用いられるようになってきた。

Yin and Yang of Research methods

研究メソッドの陰と陽



What is qualitative research?

質的研究とはなにか？

- Qualitative research is used to understand or gain insight about a phenomenon.
- 質的研究はある現象についての深い理解または深い見解を得るために用いられる。

* A phenomenon is something observable in science. In other fields, it is understood as an occurrence, or an experience. (現象とは科学においては観察されるもの、ほかの領域では体験または実際に起きているもの・ことを言う。)

Such as.. (たとえば、)

- People's attitudes (人々の態度)
- Lived experience (経験 –より深いレベルでの経験)
- Perceptions (考えや思っていること)
- Meanings (意味)
- Motivations (動機)
- Culture/cultural values (文化的な価値や評価)
- Religions/belief systems (信仰や信条)
- Life styles (生活様式・ライフスタイルへの好み)
- Past, present, and future (過去・現在・未来)
- "Why" (理由・なぜか?)
- To describe.. (現象を記述すること) and more...

Characteristics of Qualitative Research

質的研究の特徴

- Flexible and capable for adjustment (フレキシブルで調整可能)
- Allows more interpretation (解釈に幅がある)
- Various data collection strategies (interviews, observation, field work, review of documents) データ収集の方法にバリエーションがある。
- More holistic, striving for understanding of the whole (ホリスティックに現象をみて全体像を理解しようとする)
- Often, researchers involve in the field work for a long period of time. (時間がかかる)
- Require ongoing analysis of the data to determine when data collection could be completed (saturation of data).
- 継続した分析により、データの飽和が起きているかどうかを確認する必要がある。

Characteristics of Qualitative Research

質的研究の特徴

- Inductive reasoning
- Non experimental design – no hypothesis testing (deductive reasoning) 実験研究をしない、仮説の証明をしない。
- Broad theoretical framework or traditions to guide study (such a phenomenology, ethnography, grounded theory ..) さまざまな理論的な枠組みまたは哲学的な伝統が研究方法を導く (現象学、人類学、グラウンディットセオリー)
- Research settings are in real world, naturalistic settings (not in controlled environment). 研究の環境は実際の社会環境であること、コントロールされた実験環境ではない。
- Time frame of research are more flexible than quantitative designs (研究のタイムフレームは数的研究よりもフレキシブルである。)

Causality in Qualitative Research

質的研究における因果関係

- Qualitative research in general does not seek causality, therefore, it does not make a claim to generalize its results (質的研究は一般化を求めないため因果関係を追及しない)
- Qualitative might help understand reasons of causal relationship (質的研究は因果関係における理解を助けるものとなるかもしれない。)
- Various forms of data are utilized. (さまざまなものがデータとして使用される。)
- Qualitative research often involves with small number of participants - statistically speaking, it is less powered, but it really does not matter from the research design perspective.
- 質的研究の多くは少ない対象者で研究を行う場合が多い。統計学的にはパワーがないが、研究デザインから視点から見れば、対象者の数はあまり問題にならない。

Qualitative Research Traditions

質的研究の伝統

- **Ethnography (人類学)**
- Ethnography emerged from anthropology, which concerns human cultures – behavior and cognitive world of a culture. (文化人類学から派生したもので、人類の文化、行動、認識または文化の世界を探求する。)
- **Nursing research example (看護研究の例) :**
Characteristics of mothering (parenting) of Cambodian women who have experienced massacre / "killing field" during the civil war. (キリングフィールドを内戦で体験したカンボジア人の女性たちの母親・親としての行動 (ペアレンティングの特徴))

Qualitative Research Traditions

質的研究の伝統

- **Phenomenology / Hermeneutics (現象学)**
- Emerged from philosophy, phenomenology focuses on the meaning of **lived experiences** of humans. It focuses how individuals interpret their world within their given context. (哲学から派生したもので人間の生きた経験の意味に焦点を当て、彼らの生きている環境の背景の中において個人がその世界をいかに理解しているかということを探求する。)
- **Nursing research example (看護研究の例)**
- Being With Dying: Tacit Wisdom Embedded in the Experiences of Nurses who Attend to Dying (死にゆくものとともに在ること：死に行くものを看護する看護師たちの知恵)

Qualitative Research Traditions

質的研究の伝統

- **Historical Research (歴史的研究)**
- Historical research – the systematic collection and critical evaluation of data relating to past occurrences. Historical inquiry often relies on qualitative data such as oral history interviews. (系統立てた過去からのデータを慎重に分析し、現象を記述してゆく。歴史研究はオーラルヒストリーなどの質的な探求方法によりデータを与えることがおおい。)
- **Nursing Research Example:**
- 第二次世界大戦に従軍した日系従軍看護師の経験
- **Case studies (ケーススタディ)**
- **Narrative analyses** (Walsh and Hegarty (2010): Prostate Cancer Experience) ナレティブアナリシス
- **Descriptive qualitative studies** 記述的質的研究

Research with Ideological Perspectives

イデオロギー的な思想と研究

- **Critical Theory** emerged from the "Frankfurt School", influenced by Marxism in 1920s. Essentially, a critical researcher is concerned with a critique of society and envision new possibilities. (クリティカルセオリー：マルクスにより影響を受けたフランクフルト学派より派生。社会批判にきき評価し、あらたな可能性を見出す。)
- (Pollit and Beck: P. 274: table 10.2)
- **Critical Ethnography** (Emancipatory aspect in the scholarship) (クリティカルセオリー：解放のもたらす学究)
- **Feminist Research** (gender equality, power relationship, social norms, aging) (フェミニストセオリー：性差別、社会的ノーム、力関係などもテーマになっている。)
- **Community Based Participatory Action Research (CBPAR)** (A method to initiate a change in the community). (地域参加型アクションリサーチ)

Grounded Theory

グラウンディットセオリー

- **Grounded Theory:** Grounded Theory was initially developed by **Glaser and Strauss (1967)** in the field of symbolic Interaction (e.g. language) Through the research on Their collaboration in research on dying hospital patients.
- グレイサーとストラウス(1967)により開発され発展したものである。病院終末期の患者の研究における言語を通じた象徴的なインターアクションがきっかけになって発展した。

Grounded Theory

グラウンディットセオリー

- The questions the researcher repeatedly asks in grounded theory are "**What's going on?**" and "**What is the main problem of the participants and how are they trying to solve it?**" Researchers collect data, categorize them, and describe the emerging central phenomenon – then repeat this process.
- 研究者は「何が起きているのか？対象者が直面している最もクリティカルな問題はなにか？それをどのように解決しようとしているのか」という問いを探求する。データコレクション、データのカテゴリー化、そのなかから出てくるもっとも象徴的な現象を表現記述する。このプロセスを繰り返す。

Grounded Theory

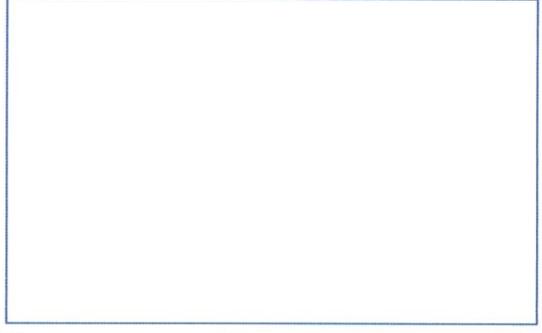
グラウンディットセオリー

- **Grounded Theory** has become an important **research method** for nurse researchers and has contributed to the development of many middle range theories of phenomena relevant to nurses.
- グラウンディットセオリーは看護研究のメソッドとして重要な役割を果たすようになり、看護に関係する現象についての多くのミドルレンジセオリーの開発発展に寄与している。

Question ??



メモ



「体外設置型補助人工心臓を装着した、 心臓移植経験者における待機期間の病いの体験」

京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系専攻 臨床看護学講座
生活習慣病看護学分野 博士後期課程1年

漆原万里子

2016年6月18日 富山大学
「看護力」セミナー

1

研究動機

2

CQ

体外式補助人工心臓(=ventricular assist devices,
以下、体外式VAD)を装着し、心臓移植を待機
していた50代女性の受け持ち看護師になる

「朝目覚めたら、目覚めてしまったんだって思う」
「私がいる意味ってあるのかな？」

「VADを取って1日でもいいから家に帰りたい、あとはどうなってもいい」
⇒体外式VAD装着365日目に脳出血で死亡

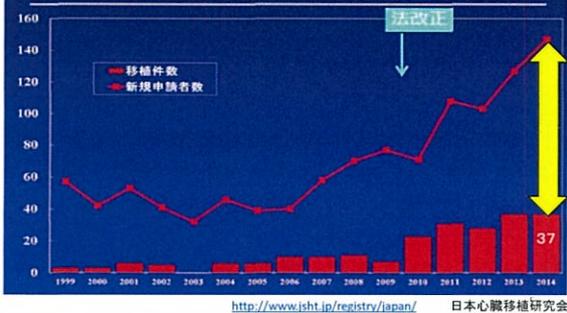
「自分たちが出来るケアは何であったのか？」
「患者はどのような思いでVADと共に
過ごしていたのか？」

4

研究背景

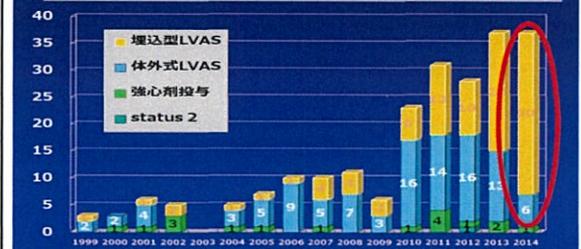
問題①慢性的なドナー不足

日循心適応評価新規申請者数
vs 移植件数の推移 (2014.12.31)



移植直前の状態

心臓移植件数の推移：移植直前の状態別 (2014.12.31)

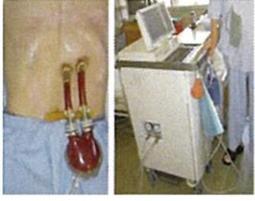


国内で心臓移植を受けた患者の9割にVADが装着

(日本心臓移植研究会, 2014年12月31日現在)

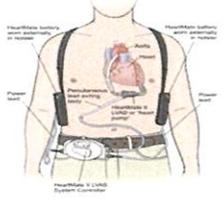
VADの種類と特徴

体外式VAD



- ・院内待機
- ・移動制限あり
- ・合併症のリスクが高い

植込み型VAD



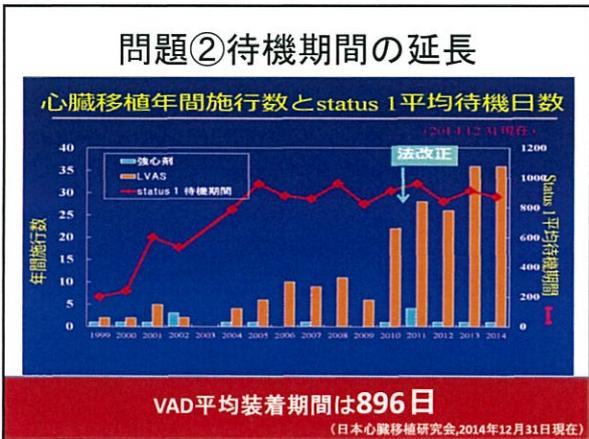
- ・自宅待機
- ・移動は自由
- ・合併症のリスクは体外式と比べて低い

体外式VADと植込み型VADの適応基準(重症度)

INTERMACS Profile (J-MACSレベル)

Profile	INTERMACS	J-MACS	INTERMACSのコールネーム	VAD適応基準と重症度	
1	Critical cardiogenic shock	重度の心原性ショック	Crash and burn	hours (時間単位)	体外式 植込み型
2	Progressive decline	進行性の衰弱	Sliding fast	days (日単位)	
3	Stable but inotrope dependent	安定した強心薬依存	Dependent stability	few weeks (週単位)	
4	Resting symptoms	安静時症状	Frequent flyer	months (月単位)	
5	Exertion intolerant	運動不耐容	House bound		
6	Exertion limited	軽労作可能状態	Walking wounded		
7	Advanced NYHA III	安定状態			

体外式VADを装着する患者がゼロになることはない(布田ら, 2012)



背景まとめ

- ・国内ではドナー不足、待機期間の延長が課題
- ・移植を施行したレシピエントのVAD装着期間(平均)は、896日で、今後5~6年に延長するかも
- ・VADには体外式と植込み型があるが、その機器の特性や適応基準から、体外式VAD装着患者は減少傾向であるが、最も過酷な状況にいるのだろう

移植待機患者は、VADと共に長い時間生活することになる

→看護ケア構築の必要性

先行研究

11

分かっていることと、分かっていないこと

- ・ VAD装着患者は不確かな未来に思い巡らし、生きる意味を問い続けている (山中・井上, 2014)
- ・ VAD装着患者は自己概念の修正を余儀なくされる (Marcucci, Casida, & Peters, 2013)
- ・ 体外式VADと植込み型VAD装着患者では異なる経験をしている (山中・井上, 2014)
- ・ 体外式VAD装着患者の約8割が何らかの精神的問題を抱える (黒塚ら, 2007)
- ・ 体外式VAD装着患者のみが病気によるアイデンティティーの構築が必要 (Hallas, Banner, & Wray, 2009)

体外式VAD装着患者が
病いをどのように体験していたのか
については明らかにされていない

患者が病いを どのように体験していたのか



アーサー・クラインマン

- ・医療人類学的に、病いとは症状や患うことの、生まれながらにして持つ人間的体験であり、それは、人びとがどのように症状や障害を受け止め、ともに生き、反応しているのかということ (菅藤,2015)
- ・病いの経験を知るには、病いの語りを通じて、病いの経験にかかわることである (Kleinman,1941 / 1996)

体外式VAD装着が患者にどのような影響を与え、どのように症状や障害を受け止め、ともに生き、反応しているのかという病いの体験を、患者自身の語りから理解する必要性

研究目的・意義

14

1. 目的

体外式VAD装着から移植に至る病いの体験を (life-line interview method(LIM)を用い) 明らかにすることである。 

ここでいう「病いの体験」とは、疾患そのものだけではなく、体外式VAD装着が患者にどのような影響を与え、どのように症状や障害に反応しているのか、という感情の過程と定義する。

2. 意義

体外式VADと共に心臓移植を待機する患者の体験の理解、そしてそこから、看護援助の方向性を示唆すると考える。

15

研究方法

16

対象者とデータ収集方法



現在、体外式VAD装着中の患者さんへのアクセスは難しい

↓

過去に体外式VADを装着したことのある患者さんだと可能か？

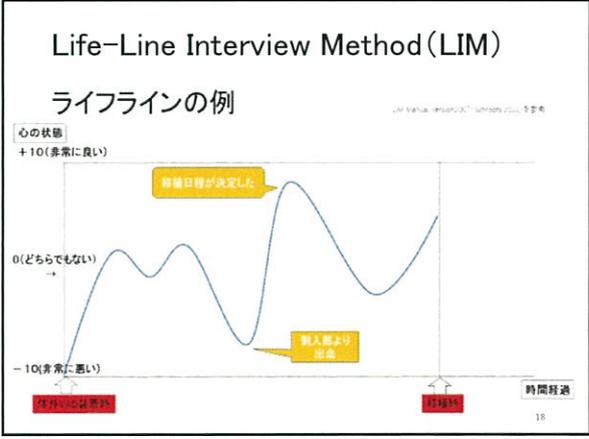
↓

10年以上前の体験ではあるが、出来るだけ低侵襲で、且つ詳細に語っていただきたい

↓

Life-Line Interview Method (LIM)を用いた半構造化面接調査はどうか？

17

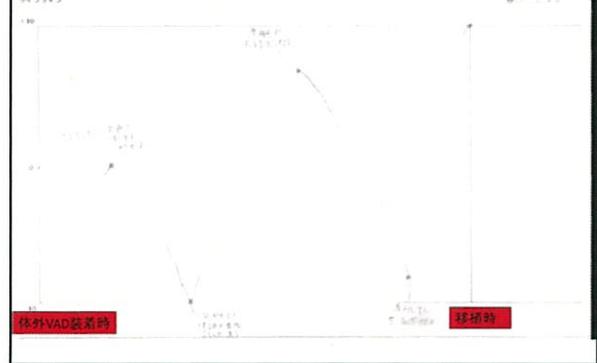


Life-Line Interview Method (LIM) の特徴

対象者が自己の感情を容易に表現でき、内面を含む人生行程のダイナミクスをとらえるための理論的、方法的、分析的な視点を同時に取り入れることができる。(Schrooß J.J.F., Ten Kate C. A. (1989), Martin, E. (1997))

⇒対象者に過度な強制をせず、辛い体験が予想される対象者への心理を配慮しながらインタビューを行い、研究者の分析を効果的に行える有効なツールであると考えた。

B氏 ライフライン(実物)



主観的視点へのアプローチにおける分析方法

分析方法	特徴(一部)
グラウンデッド・セオリー	調査対象者数の確保(理論的飽和)
内容分析	カテゴリは既存の理論的なモデルに由来
ナラティブ分析	文脈中心、ライフストーリーやその他のバイオグラフィックデータを分析する
解釈学的(現象学)方法	文脈中心、授業・難しい…。哲学的知識が足りない。個人個人の事例中心、非構造化インタビュー。方法論…。

(Flick, 1995/2014) (授業・講義での知識)

分析方法

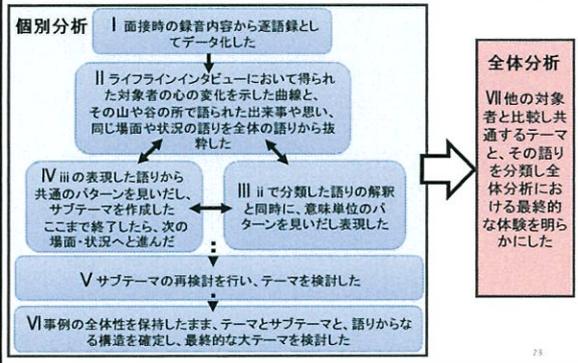
テーマ的ナラティブ分析

語りの内容にもつばら着目する。研究者の主要な関心は、複数の人々に共通するテーマ的カテゴリを生成することにあるが、その個々のストーリーが保持され、グループ化される。つまり複数事例を混合してデータ化せず、個々の事例の全体性を保持したままテーマを発見するため、一つの語りの全体性を保ちながら分析を行うことができる。(Riessman, 2008 / 2014)

個人の主観的経験の全体性(ストーリー)を保持したまま、共通するテーマを明らかにすることを目指す

分析手順

(Riessman (2014), Braunら, (2006) の方法を参考に)



確証性の確保

- (1) 信頼性
データ収集から分析にいたる基礎的な過程をあきらかにした。
- (2) 妥当性
インタビューで語られた事実と研究者の理解内容、または分析内容に飛躍がないか対象者にインタビュー、または電話、メールで確認し、適宜修正すると同時に、「内の一貫性」を確認した。
- (3) 客観性
分析の全過程において定期的に、質的研究を実施または指導したことがある教員、また質的研究者のスーパーヴィジョンを受けた。

(板井・小林, 2009) (Flick, 1995/2014)

倫理的配慮

・本研究は、看護研究における倫理指針に基づき、京都大学医の倫理委員会の承認(承認番号1181)を得て実施した。

・研究説明書により研究の趣旨、プライバシー保護、データ処理方法、研究参加と途中辞退の自由について口頭説明し、研究の主旨に納得いただいた後、同意書により同意を得た。

・インタビューに伴い、心理的負担が加わる可能性があるため、対象者のつらい思いを傾聴し、その影響要因(治療、診断など)について把握した上で、思いに共感する姿勢を持ち、常にリスクを最小限にする努力を行った。なお、**必要があれば相談窓口を紹介できる体制を整えた上でインタビューを実施した。**

25

研究デザイン

質的記述的研究

データ収集方法

Life-Line Interview Method (LIM)を用いた半構造化面接調査
(他、メール、映像資料、闘病記)

対象者

心臓移植後であり、移植待機期間に体外式VAD装着の経験がある20歳以上の3名

分析方法

テーマ的ナラティブ分析

分析手順

Riessman (2014), Braunら, (2006)の方法を参考に、個別分析、全体分析を行い、個人の語りの全体性(ストーリー)を保持したまま、最終的な体験を導きだすよう注意した

26

結果

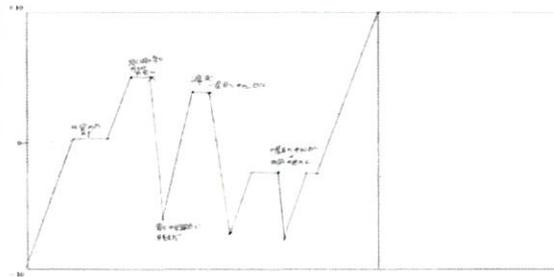
27

属性

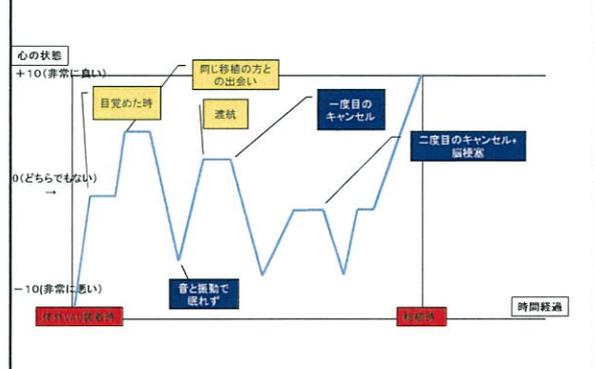
	A氏	B氏	C氏
性別	男性	男性	女性
体外式VAD装着時の年齢	18歳	12歳	36歳
移植後年数	23年	11年	11年
原疾患	拡張型心筋症	拡張型心筋症	薬剤性心筋炎
体外式VAD装着期間	118日間	82日間	398日間
初回インタビュー時間	105分	52分	130分
追加インタビュー合計時間/回数/方法	76分/1回/面接・メール	67分/2回/電話・メール	45分/2回/電話
インタビュー以外の分析資料	メール・提供映像・文書類	メール	闘病記

28

A氏ライフライン(実物)



A氏ライフライン



トライアングレーションの力 ①解釈・分析にあたって



- ・方向性の確認
- ・本質を見失わないこと
- ・その人の心の核心に触れること
- ・事実と体験→ライフラインと語りを混合しない
- ・テーマが重ならなくてOK、それが目的ではない
- ・誰が私の文献に興味がある？(当たり前を恐れない)

～まるごと抱える勇気～

37

紆余曲折からの結果



38

個別分析 A氏 男性 (当時18歳 拡張型心筋症 VAD装着期間118日) 『生きて生き抜くしかない ～生きるか、死ぬかの二者択一～』

“(マラソンを)習慣にして、ちょっとこれは何かしんどいなと。しんどいとは思ってたけど、心臓が悪いとは思ってない。ただの運動不足か”

“VAD付けて意識を取り戻し、自分だけが泣いていて看護師さんを困らせていました。時は止まっていました。(中略)”

“自分だけじゃないと、それが一番ですね。前向きになれて、時が動き出した。手紙に(書いてあった)「生きて生き抜くしかない」その言葉も大きかった”

39

個別分析 A氏 男性 (当時18歳 拡張型心筋症 VAD装着期間118日)

“移植受けてうまくいかなければ死ぬし、このまま補助心臓付けてでも死ぬし、補助心臓付けてでも死ぬのを待たせと当初(補助心臓が付けて意識戻ってから)ありました。(中略)どれだけ元気になれるか分からず移植受けました”(メール)

“前が、看護師さんの薬剤の棚があって、横にはつい立あるし、ベッド起上してて後ろも見えない。右側も壁やったかな。自分でビデオ撮ってたでしょ、ああいう感じが単調な生活だと思います”

40

個別分析 A氏 男性 (当時18歳 拡張型心筋症 VAD装着期間118日)

体外式VADによる音や振動、
血圧の不安で眠れない日々

このまま体外式VADを装着
していても死ぬのを待たせ

時は
止まっていた

“この時が止まっていたのは、病状も含めて動きようがなく、移植まで考えるゆとりはない。何も考えられない”

時が
動き出す

“自分だけじゃないと、それが一番ですね。前向きになれて、時が動き出した。「生きて生き抜くしかない」その言葉も大きかった”

『生きて生き抜くしかない』

個別分析 B氏 男性

(当時12歳 拡張型心筋症 VAD装着期間82日)

『苦しみから解放されたい ～身体的苦痛と精神的苦悩～』

“一気に、補助人工心臓つけずに、最初からいくつもりだったんですけど、」病院ていうんですけど、その入院中に風邪ひいちゃってより悪くなっちゃって、で移植、渡航決まってたんですけど、これじゃあもう明日死ぬからっていつてなって、それで急遽つけた。で、救急車で運ばれたところまでは覚えてるんですけど、それ以降記憶がなくて、でいつの間にか起きたら着けられて”

“これ俺の物じゃない、違うぞ、なんでこんなもの入ってた”

42

個別分析 B氏 男性
(当時12歳 拡張型心筋症 VAD装着期間82日)

“だから、時間が流れるのがゆっくりっていうか、よくわかんないし一体何日経ったのかとか、時間の把握…経過とか、なんていうんだ、どれだけ経過してるのかっていうのが体で分かりにくくて、すごく長く感じて、苦痛だったんですよ、で、もう早くここから出たい、**陽射しあたる場所にいきたい**って結構言ってる(後略)”

“補助人工心臓付ける前は体調悪くても、何かテレビとか見たり、好きなゲームとかして苦痛紛らわすことが出来たんですけど、これ(VAD)付けたあとは、何か**何事にも集中できなくて**、テレビつけてても何か全然頭に入らないし、**ゲームするのもただただ腕動かすのも苦痛**だし、(ゲーム)しても、何か気が入らないっていうか…”

43

個別分析 B氏 男性
(当時12歳 拡張型心筋症 VAD装着期間82日)

“(体外式VADは)すごく邪魔なものだなあとは思ってたんですけど、じゃあ自分の体のものではないかって言われたら、そんな風には思ってなかったけど、**じゃあ自分の体のものかかって言われたら…いや違うなって**”

“普通に看護師さんが提示通り来て、色々見たり、でトイレがしたくなったらするし、**最低限の生活**ですね”

“何か、補助人工心臓つけてから、ずっと天井見てたんですよ、ずっと天井ばっか見て、天井のシミばっか見てました。またこの光景かあみたいなの”

44

個別分析 B氏 男性
(当時12歳 拡張型心筋症 VAD装着期間82日)

内側から出てくる苦しみ
陽射しにあたりたい、などの身体的苦痛、精神的苦悩
↳ 単調

俺の物じゃない

“これ俺の物じゃない、違うぞ、なんでこんな物入ってた”

自分の物でも、違う物でもない

“(体外式VADは)自分の体の物ではないかって言われたら、そんな風には思ってなかったけど、**じゃあ自分の体の物かかって言われたら…いや違うなって**”

『苦しみから解放されたい』

45

個別分析 C氏 女性
(当時36歳 薬剤性心筋炎 VAD装着期間398日)

『**生きたい、生きなければならぬ、けど死ぬかもしれない**
～生存への希望、生きる使命、死の恐怖感～』

“まず目に飛び込んできたのがVADで、**初めて対面した生き物が飛び跳ねている、がまがえるみたい、何これって、エイリアンが踊ってるみたいなの**”

“ぎよつとしましてね。ここ、チューブが2つ、ここにねえ～。ここから、**ぐっさつと入ったんですよ**。ほいで、ほつとか思っで…**自分の体じゃないじゃないですか～**”

46

個別分析 C氏 女性
(当時36歳 薬剤性心筋炎 VAD装着期間398日)

“秋があつて、10月から、11月頃にやつと外にリハビリでましようかっという頃を迎えるんですけどね、リハビリには行けるんですけど、お外行っても玄關の外から、外出れないんですよ。うん、で、必ず、ナースと先生付きで、私、**異様な風？感覚？**ここ、あの～いつも～、ほらっ、外来で人がこう出入りしているところで、タクシー乗ったら帰れるじゃんってな感じ？私、なんかここんとこいっばいいついてるし(タクシーに乗れない)、**自由がないんですよ～全～**”

47

個別分析 C氏 女性
(当時36歳 薬剤性心筋炎 VAD装着期間398日)

“**二つに一つじゃないですか。生きるか、死ぬか、死んだら楽になるかもしれへんなあ**”

“だけど、もうほんとここで、辛いよ、辛い。もう、自分がもう痛いし、その時に、そつとでも横に、寄り添ってくれて「辛いね～」って言って、けど「**絶対に大丈夫**」「あなたは、**絶対大丈夫**」「私はここで皆待ってる人を、**誰(強く)一人、死なせはしない**」って言って、**彼女は、啖呵をきったんですよ、絶対、誰一人として死なせることはない！**って”

48

個別分析 C氏 女性
(当時36歳 薬剤性心筋炎 VAD装着期間398日)

“私のちょっと変わったところは、こういうことにしてもどう
いうことにしても、無駄にしくなかつたんですよね。
自分のあるがままの姿ちゆ一のを。意味づけが。別
に、せんでもええんやけど、こうなったからには、こう
なった理由なんか、あってもなくても、なんかこうあ
る自分が…なんか、意味がないだろうか？このま
まやったら、なんか可哀想じゃないですか。つけて、
痛いまま。だったら、で、こういう私やからこそ、何か
できへんの？”

49

個別分析 C氏 女性
(当時36歳 薬剤性心筋炎 VAD装着期間398日)

繰り返す合併症 ある看護師のぶれない本気の
いつも死が隣り合わせ の態度にすがる思い

ぎよつとし
ショック

自由がない

こういう私だか
らこそ、何か
できることは？

“ぎよつとしましてね。ここ、チューブが2つ、ここにねえ。ここから、ぐっさつと入ったんですよ。自分の体じゃないじゃないですか”

“リハビリには行けるんですけど、お外行っても玄関の外から、外出れないんですよ。うん、で、必ず、ナースと先生付きで、私、異様な風？私、なんかここにこいつばいついてるし、自由がないんですよ、全く”

『生きたい、生きなければならない、けど死ぬかもしれない』

全体分析プロセス
(一部抜粋)

日常の生活後一移機まで

出来事の日付	A男性10歳(当時1991)	B男性12歳(当時1993)	C女性36歳(当時1998)	介護体験
出来事の内容	予定外であった	予定外であった	予定外であった	
出来事の詳細	...	...	...	...
介護者の役割	...	...	...	...
介護者の役割	...	...	...	...

51

全体分析
体外式VAD装着から移植に至る病いの体験とは、

心臓移植を目指して

体外式VADが突き付ける
「身体的苦痛・精神的苦悩」
「死と隣り合わせ」「耐え忍ぶ日々」
という苦しみと生き延びるために、

体外式VADを装着した自分が
自分になっていく

52

考察・示唆

53

「身体的苦痛・精神的苦悩」
「死と隣り合わせ」「耐え忍ぶ日々」
という苦しみについて

身体的苦痛・精神的苦悩

VADの音や振動、合併症、倦怠感、ボディイメージの変化

死と隣り合わせ

長期生存できない、不確かな未来、臨死体験、繰り返す合併症

耐え忍ぶ日々

自由が無い、毎日同じケア、同じ景色、セクシュアリティの問題

体の変化にとどまらず、そこから患者は自律性、社会性、プライバシー、アイデンティティを失う
 ⇒主観的な喪失体験

「体外式VADを装着した自分が自分になっていく」変化について

それぞれの变化		
A氏	時は止まっていた	時が動き出す
B氏	俺の物じゃない	自分の物でも、違う物でもない
C氏	ぎょっとし ショック	こういう私だからこそ、何かできることはないか

障害受容
自己受容
未来の
受入れ

「きわめて泥臭い現実の中に身を投じているという自覚の中で、多面的な価値観の併用と自己選択の感覚を少しでも持ち、ささやかながら生きながらえる受容」(高橋, 2013)

「今の現実」に身を投じながら、徐々にVADをつけた自分が自分になっていく」変化の過程を体験

看護への示唆

心臓移植を目指して

臨床で目の当たり

体外式VADが突き付ける「身体的苦痛・精神的苦悩」「死と隣り合わせ」「耐え忍ぶ日々」という苦しみと生き延びるために、

看護師の存在

体外式VADを装着した自分が自分になっていく

①体外式VADを装着した自分が自分になっていく、という変化の過程にある可能性を捉える

②患者と真正面から向き合い、看護者自身も自らを受容し、患者が現実に身を投じて生き続けるようにケアし続ける姿勢

本研究の限界

移植経験者で振り返りという限界の中であつたこと、また我が国の移植医療を取り巻く環境が当時とは変化していることから、現在の状況において、体外式VADを装着し移植待機する患者の体験そのものとして考えることには限界がある。

3名という少数であることから一般化には――

57

トライアンギュレーションの力 

②論文執筆を終えて

- ・客観性の確保のみではなく、説明し、語り合うことで理解が深まる
- ・知りたいという気持ちは参加者に伝わる (相互作用 therapy relationship)
- ・初めての研究、病いの人々の体験に深く向き合うということが出来て良かった (これからの基本姿勢)

58

今後

- ・まず、現場で起きている現状を肌で知る (国立循環器病研究センターCRC)
- ・DT治験の開始に伴う新しい視点の必要性
- ・体外式だけではなく、植込み型(在宅)を含めた、待機患者さん全般のQOL

59

ご清聴
ありがとうございました

60

PHYSICAL ASSESSMENT & NURSING HAND-OFFS

COLLEEN KLEIN, PHD, APN, FNP-BC
 ASAKO KATSUMATA, PHD, RN, CNL
 MINAMI, KAKUTA, MS, CNL
 MARIKO URUSHIHARA, MSN, RN – KYOTO UNIVERSITY



Bedside Physical Assessment of Patients

Nurses Are Responsible and Accountable for Assessments

- ▶ A Powerful tool to detect subtle and obvious changes in a patient's condition
 - ▶ Objective information used to inform clinical judgments
 - ▶ Baseline data – serves an important purpose – and helps to determine the urgency of a situation
 - ▶ Independent and interdependent judgments about clinical care*
 - ▶ Able to recognize normal findings to help restore client health*
- * Source: Yamauchi, (2001)

Setting Priorities

- ▶ Head-to-Toe Assessment – Ideal – but need to use critical thinking
- ▶ Bedside Report should help to inform physical assessment and its organization
- ▶ Consider Patient Diagnoses and Progress on Illness to Wellness Continuum
- ▶ Components of Head to Toe Assessments
 - ▶ Priority of Systems Assessments –
 - ▶ Organized Format that coincides with subjective assessment of patient with input from patient, or family

Obstacles to Implementing Physical Assessment

Findings reported in research:

- ▶ Lack of role models
- ▶ Lack of support from nursing and/or hospital administration
- ▶ Absence of peers in the environment to corroborate findings
- ▶ Lack of resources and time
- ▶ Role ambiguity

Yamauchi, T. (2001) –
 Research of Physical Assessment in Japan

*Over Half of respondents (n=349) cited
 9 Assessment Skills
 as needed for nursing practice*

- | | |
|------------------------|------------------|
| 1. Vital Signs | 8. Breath Sounds |
| 2. Consciousness Level | 9. Skin Lesions |
| 3. Skin Turgor | |
| 4. Pitting Edema | |
| 5. Bowel Sounds | |
| 6. Pupil Response | |
| 7. Pulse Deficit | |

Head to Toe – Physical Assessment

- ▶ General Survey
 - ▶ Characteristics of illness, Hygiene, body image & posture, emotional & developmental state, age
- ▶ Eyes/Ears/Nose/Throat
 - ▶ Sight/Hearing/Mouth/ Nose
- ▶ Neurological Assessment –
 - ▶ Orientation/Conscious Level/Glasgow Coma Scale/CAM
- ▶ Cardiac Assessment
 - ▶ Heart Rate/Rhythm/Murmurs
 - ▶ Edema (central and peripheral), daily weight – actual vs. estimate

Physical Assessment Continued

- ▶ Respiratory Assessment –
 - ▶ Breathing Effort and Lung Sounds
- ▶ Gastrointestinal
 - ▶ Abdomen
 - ▶ Bowel sounds and bowel patterns
- ▶ Genitourinary- Sexuality
 - ▶ Intake and Output
 - ▶ Risk for Infection with Indwelling Catheters
- ▶ Musculoskeletal
 - ▶ Strength and mobility
 - ▶ Risk for Fall

Physical Assessment Continued

- ▶ Skin
 - ▶ Condition and Risk Assessments/Skin Turgor/Braden Scale
 - ▶ Wounds
- ▶ Nutritional Status
 - ▶ Intake
 - ▶ Acute vs. Chronic Concerns
- ▶ Self-Care
 - ▶ Medication Management
 - ▶ Discharge Disposition
- ▶ Mental Health
 - ▶ Depression/Suicide

Simulation – Work Experience

- ▶ Role of Patient:
 - ▶ Mariko
- ▶ Preceptor:
 - ▶ Colleen Klein
- ▶ Novice Nurse:
 - ▶ Minami



Case Study - Example

- ▶ 43 year/old female with a history of abdominal bloating, constipation, and irregular menses, frequent need to urinate, palpable mass on physical exam
- ▶ Physician Appointment for Diagnosis and Treatment
 - ▶ Abnormal Abdominal Assessment
 - ▶ CT Scan positive for pelvic mass
 - ▶ Slightly elevated CA 125
- ▶ Management
 - ▶ Laparotomy/Laparoscopic Abdominal Surgery
 - ▶ Hysterectomy and Bilateral Oophorectomy –
 - ▶ Removal of large ovarian cyst (20 cm) and fallopian tubes

Post-Op Management – Day One Nursing Assessment of Patient

- ▶ Abdominal dressing
- ▶ IV – Lactated Ringers infusing at 100 ml/hr – discontinue if tolerating fluids
- ▶ Clear liquids advancing to General Diet as tolerated
- ▶ PCA Management of post-operative
- ▶ Sequential Compression Device in use
- ▶ Incentive Spirometer q 2 hours while awake
- ▶ Ambulate with assistance tid and more frequently
- ▶ Foley Catheter removal – check voiding status

Nurse to Nurse Hand-offs

PART 2 – ENSURING CONTINUITY OF CARE

The Context

► Location: At the Patient's Bedside Why?

- Allows for visualization of the patient.
- Active engagement of the patient & family***
- Allows for questions to be answered in a timely fashion.
- Increased accountability
- Improves time management and avoids miscommunication



Maxson et al. (2012), Halm, 2013

Essential Elements

- Structured Communication
 1. Face-to-Face –
 - Two and Three-way communication
 2. Standardized Protocols
 - SBAR
 - I PASS THE BATON
 3. Content that captures intention
 - Foresight and Planning (patient's problems & hypotheses)



Collaborative Assessment – nurses and patient involvement

- Creates Shared Understanding between staff
- Opportunities for Questions
- Introduction of the oncoming nurse
 - Instills trust in the next caregiver
- Vital Quality checks on equipment (done together)
 - IV Lines and Infusion Rates, Ventilators, Alarms & settings, etc.
 - Validate assessment findings, reassessment
- Goals for the shift/day – with patient/family input

Methods – Research Supported

- Electronic Templates
- Standardized processes
- Unit-specific Differences
- Positive Role of Handoff as Rituals
- Where More Research is needed:
 - Context
 - Existing care models
 - Patient Conditions
 - Nursing Expertise
 - Hand Off Method - SBAR

References

- Fennessey, A., Willmann-Price, R. (2011). Physical assessment: A continuing need for clarification. *Nursing Forum*, 46(1), 45-50.
- Giddens, J. (2007). A survey of physical assessment techniques performed by RNs: Lessons for nursing education. *Journal of Nursing Education*, 46(2), 83-87.
- Halm, M. (2013). Nursing handoffs: Ensuring safe passage for patients. *American Journal of Critical Care*, 22(2), 158-162.
- Lesa, R. & Dixon, A. (2007). Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. *International Nursing Review*, 54(2), 166-172.
- Harris, R., Wilson-Burnett, J., Griffiths, P. & Evans, A. (1998). Patient assessment: Validation of a nursing instrument. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 303-313.

References continued

- Maxson, P., Derby, K., Wroblewski, D., Foss, D. (2012). Bedside nurse to nurse handoff promotes patient safety. *MedSURG Nursing*, 21(3), 140-147.
- Popovich, D. (2011). 30-second head-to-toe tool in pediatric nursing, cultivating safety in hand-off communication. *Pediatric Nursing*, 37(2), 55-60.
- Reeves, K. (2008). Health literacy: the Newest Vital Sign. *MedSURG Nursing*, 17(5), 295-96.
- Staggers, N., Blaz, J. (2013). Research on nursing hand-off for medical & surgical setting: An integrated review. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 247-262.
- Welsh, C., Flanagan, M., Ebright, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook*, 58(3), 148-154.
- Yamauchi, T. (2001). Correlation between work experiences and physical assessment in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 3, 213-224.



Improve an Exclusive Breastfeeding rate on a Postpartum Unit (産後ケアユニットにおける完全母乳率の改善)

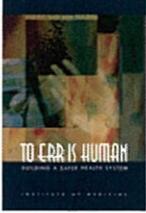
Minami Kakuta, MSN, RN, CNL



History & Development

The Institute of Medicine landmark report: **To Err is Human: Building a Safer Health System** (1999) - (人は誰でも間違える)

- アメリカで毎年、98,000人が医療事故で亡くなっている



変化

Pay for service

- ケアの量によって診療報酬が変わる



Pay for Performance

- 病院の医療の質により診療報酬が変わってくる



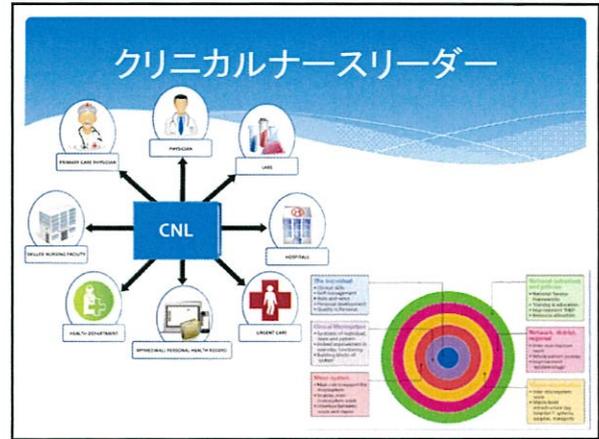



クリニカルナースリーダー



クリニカルナースリーダー

ER CNL ICU



質の管理

How likely are you to recommend us to a friend or colleague?

are ...

Excellent

Very Good

Good

Fair

Poor



実習の最初

＊ 大学

「xxx病院に行って、看護部長さんと予約を取って実習を始めてください」

実習先の部長さん達のCNLへの反応

役に立つとは思えない

完全母乳率が問題だから、やりたかったらやって

師長さんのCNLへの反応

It's impossible (無理だろ) まあ好きな事勝手にやって




ユニットのナースの反応

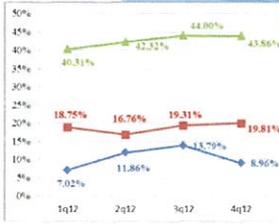
学部生？看護管理の学生？ラ
クテーションコンサルタント？ 無視(どうでもいい...)




Oh My God.....



問題を見てみる



Quarter	Green Line (%)	Red Line (%)	Blue Line (%)
1q12	40.31%	18.75%	7.02%
2q12	42.32%	16.76%	11.86%
3q12	44.00%	19.31%	13.79%
4q12	43.56%	19.81%	8.96%

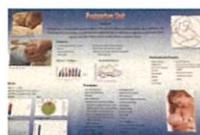
**Average rate: 10.41%
in 2012**

Microsystem Analysisの始まり

- * 経験がない事を逆手に取り、学部生のように一から教えてほしいと行ってシャドーイングを始める
- * シフトの流れを最初から最後まで見る(授乳関わらず)
- * 看護師、助手、事務、ラクテーションコンサルタントなどユニットに関わる全ての職種の人とシャドーイング
- * Quality Departmentにコンタクトを取りDATAへのアクセスをもらう

5P Analysisをする

- * **Purpose:** ユニットの存在意義
 - 師長さん、看護師、事務、いろんな立場の人に聞く
- * **Patterns:** そのユニットの特徴
 - ロックされたユニット、母子同室、電カルの種類
- * **Patient**
 - 平均滞在日数(2.3日)、年齢(12-40代)、ヒスパニック82%、主なDiagnosisなど
- * **Professional:** だれが関わってるか
 - 正看護師48名(1-35年)
 - ラクテーションコンサルタント1-2人
 - 9時から17時まで
- * **Process**
 - ユニットで行われるプロセス



Assessment, Assessment, Assessment



患者さんや家族の話を聞く

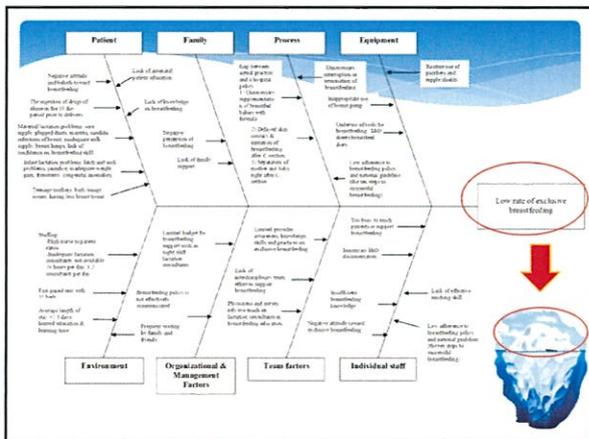
- * ポリシーを見直す
 - * 最新のエビデンスに基づいているか
- * 患者さんの指導に使ってる資料の見直し
- * 産科に行っで見学
 - * 帝王切開、自然分娩など
- * 地域の両親クラスへ参加
- * ユニットのスタッフとランチしながら話を聞く
- * スタッフが話してるのを聞く

アセスメントしながら・・・



関係作りに励む

- * 空いてる時間は出来る事をなんでもやる。患者さんに氷を持っていったり
- * 日本のお菓子を配ったり
- * 授乳についての知識をつける
- * 文献研究
- * 州のBreastfeeding Educatorの資格を取る
 - * 4日間のセミナー
- * CNLの役割について教える
- * スタッフにメール
- * スタッフルームにはる

私が最初に取り組んだ障害

- * **Staff's lack of breastfeeding knowledge (スタッフの授乳の知識の欠如)**
- * **Staff's negative attitude towards breastfeeding (授乳に対するネガティブな見方)**
- * **Low adherence to the hospital Breastfeeding policy (授乳のポリシーへの一貫性の低さ)**



Implementation using PDSA

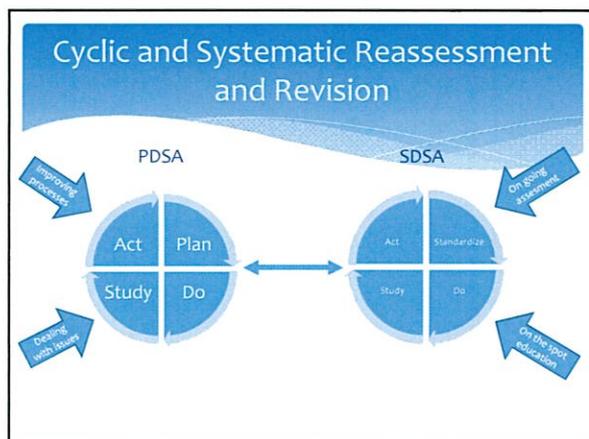
Plan-do-study-act (PDSA) method

- * 30分 (15分x2)のクラスを個人個人に行う
 - * 時間がある時に個人または数人で来て受けてもらう
- * 私が求める変化

スタッフの授乳に関する知識とスキルの向上、授乳に対する見方の改善

より多くのスタッフがエビデンスに基づいたケアをもっと積極的に授乳している患者さんに行う

完全の母乳率の上昇



Implementation using PDSA (P)

* Plan

Month	Jan. '13				Feb. '13				March '13				April '13				
	Week	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Action Item																	
Obtained TX DSHS Trained Breastfeeding Educator Certificate	X				X												
Follow lactation consultants					X												
Make rounds					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Distribute pre-assessment form							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prepare educational materials for staff education					X	X	X										

PDSA (Plan)

* Assessment:何を教える必要があるか?

- * shadowing lactation consultants
 - * ラクテーションコンサルタントが病院や看護師に求める事など
- * making rounds
 - * 患者さんがどんな風にスタッフから教育を受けてるか
 - * 十分な資料やサポートを受けてるか
 - * 患者さんが何を知りたがっているか?
 - * 完全母乳の障害は何か?
 - * なぜフォーミュラに変えたのか

看護部長に報告



- * Microsystem Analysisの報告
- * Fishboneを使って原因を報告
 - * スタッフがどう思っているか
- * なぜ、今すぐに完全母乳率を上げる必要があるのか
- * これからのプランを報告

Implementation using PDSA (Do)

* Routine activities 午後2時から午前2時まで(日一金曜日まで)

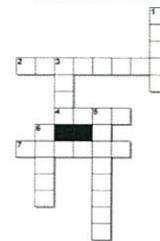
Staff education	Patient education
Distribute a pre-test	Get reports from nurses about breastfeeding mothers
Ask staff members to come and get my presentation whenever they have time	Making rounds
Distribute a post-test & crossword puzzle after presentation	Provide breastfeeding support (answering questions, giving info, teaching how to make good latch)

Implementation using PDSA (Do)

Month	Jan. '13				Feb. '13				March '13				April '13				
	Week	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Provide individual staff education					X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Distribute post-assessment form							X	X	X	X	X	X					

- * The contents covering in this staff education
 - * benefits of BF,
 - * professional organizations' recommendations for BF
 - * healthy 2020 objectives,
 - * statistics (CDC report),
 - * the Joint Commission's exclusive breast milk rate,
 - * Ten Steps to Successful Breastfeeding
 - * hospital breastfeeding policy
 - * resource websites

Crossword Puzzle



Across

1. ___ is best avoided during the ___ of breastfeeding and until the ___ when breastfeeding is well established.
2. Exclusive breastfeeding is defined as providing breast milk as the ___ source of ___.
3. Time ___ for breastfeeding on each side will be advised.

Down

1. All breastfeeding mothers will be given copies of the breastfeeding ___.
2. Infant feeding ___ will be used as indicators of the baby's readiness for feeding.
3. Mothers with sore nipples will be instructed or coached ___ techniques and will be referred as necessary.
4. Staff in non-sterile isolated breastfeeding mothers will be informed of the ___ of breastfeeding.

Implementing using PDSA (Study)

* At the studying phase

- * data was analyzed and compared with the baseline to evaluate effectiveness of staff education

RN&LVN

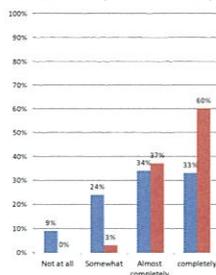
- * Pre-assessment
* 33/38= 87%
- * Post-assessment
* 30/38= 79%

PCA

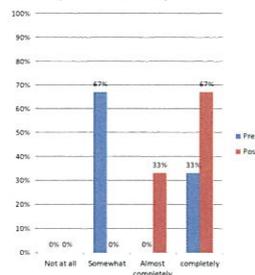
- * Pre-assessment
* 3/9=67%
- * Post-assessment
* 3/9=67%

Q1 Are you familiar with hospital breastfeeding policy?

RN& LVN (33%→60%)

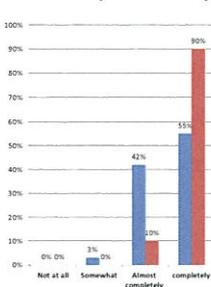


PCA (33%→67%)

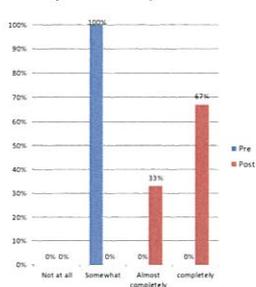


Q 4 Do you know newborn's hunger cues and fullness cues?

RN&LVN (55%→90%)

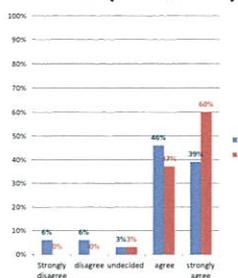


PCA (0%→67%)

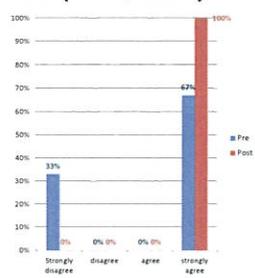


Q8 Do you value breastfeeding as an important health promotion and disease prevention strategy?

RN&LVN (39%→60%)



PCA (67%→100%)



Implementing PDSA (study)

- * プロジェクトを通して生まれた変化
 - * スタッフが積極的に取り組むようになった
 - * スタッフから私に患者さんの報告をしてくるようになった
 - * 信頼関係の向上
 - * 来てくれてよかった
 - * ユニットの携帯電話を私分用意してくれた

Implementing PDSA (study)

- * Goal: 15%
- * 1q13:11.63%
- 最終的な結果 23%



Implementing using PDSA (Act)

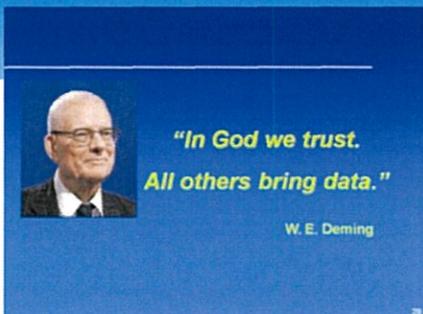


- ＊ 看護部長、副部長、産科と産後ケアの師長さん達、ラクテーション部門の部長さんに報告
- ＊ スタッフ教育に伝ったパワーポイントを提供



プロジェクト後の成果

- ＊ ユニットのスタッフの一人が私が教えた事をもとにプロジェクトを立ち上げた
 - ＊ Gold Spoon Project
- ＊ そのプロジェクトが他の病院でもするようになる
- ＊ 産科で産まれてすぐに授乳のポリシーにそってケアを行うようになる
- ＊ 病院がCNLの学生を進んで受け入れてくれるようになる
- ＊ 夜間のラクテーションコンサルタント採用に向けて資金調整を病院側が考え始める



Thank you very much



The Magnet® Recognition Program The Journey of Excellence



Colleen Klein, PhD, RN, FNP-BC
Education & Research Scientist
OSF Health
Asako Katsumata, PhD, ME, BA, RN, CNL
Director, Professional Practice & Research
Magnet Program Director

Points to Consider

- Destination – What is Magnet?
- Landmarks – Who are Magnet Hospitals?
- Journey – Why take it?
- Roadmap – How to proceed....

What is the Magnet Recognition Program?

Chronology of Magnet Program



Margaret McClure One of Lead Authors

1983

American Academy of Nursing, Task Force on Nursing Practice in Hospitals

- 163 hospitals studied
- Included 41 hospitals which, by reputation, were considered “magnets” in **recruiting and retaining** nurses.

Purpose of Magnet Program is to:

- Promote quality in a milieu that supports professional practice
- Identify excellence in the delivery of nursing services to patients/residents
- Provide a mechanism for the dissemination of “best practices” in nursing services.

Who Are Magnet Hospitals?

Approximately 6.9% of all registered hospitals in the United States have achieved ANCC Magnet Recognition® status.

Chronology Continued

- 1994 - First Magnet Hospital designated – Seattle, Washington, USA
- 1997 - Criteria based on *The Scope and Standards for Nurse Administrators – 1996*
- 2000 - The program expanded internationally with Rochdale Trust, UK

OSF Saint Anthony's Journey....

- 2002 – Work initiated to begin the Journey towards Magnet Designation
- *CNO's Vision as a Nurse & Leader* – She knew the culture of nursing was right to begin the pursuit towards Magnet Designation
- Attained in 2005 - Initial Designation -



OSF Saint Anthony Medical Center

Third Magnet Designation Achieved in 2014

- 1 of 6 hospitals in Illinois in 2005
- Now, 36 hospitals in Illinois are Magnet
- Rockford's only Magnet Hospital until 2015
- 1 of 413 hospitals recognized nationally & internationally



Magnet Hospitals - Year-to-Date: 437

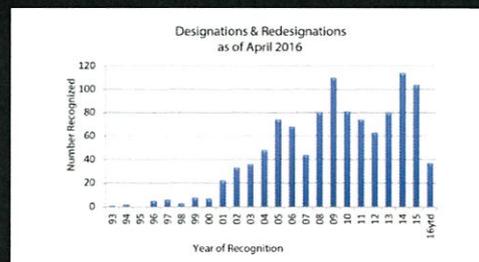


Chart copied from ANCC website:
<http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/History>

Insights on Magnet Designation

"It is an enormous responsibility to mount an effort that is specifically designed to recognize excellence. Providing the appropriate criteria that are objective and measurable represent a difficult challenge."

Margaret McClure, (2005)

Nursing Administration Quarterly



2007 – Designated as a *Living Legend* - American Academy of Nursing –

Why Take the Journey to become a Magnet Hospital?

Magnet Insights Continued

"so that **EXCELLENCE** becomes a characteristic of the organization, and everyone connected reaps the benefits."

"To produce environments that cultivate new knowledge and produce better patient outcomes."

(McClure, 2005)

How Does a Hospital Become Magnet?



Nursing Leadership's Role

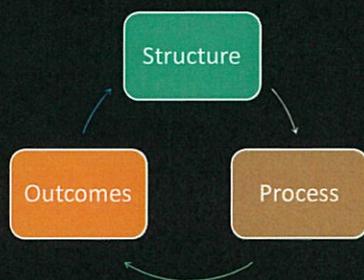
- Support nurses' involvement in leading through shared governance
 - Councils designed to improve quality/collaboration/practice
- Encourage an ethical and evidence-based foundation for decision making
- Model desired behaviors of nurses
- Promote interprofessional Collaboration

The Magnet Model & the Sources of Evidence



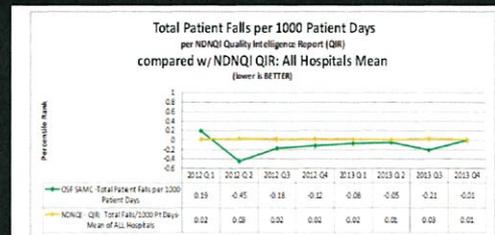
©ANCC – All rights reserved – Reproduced with Permission - ANCC

Theoretical View of the Model



Empirical Data

- Outcomes for Patients and Consumers



The Magnet Champions



- 20-30 nurses from all units/areas
- Champion Magnet journey in the hospital
- Educate nurses/staff re: the Magnet Model
- Meet monthly with Magnet Program Director -
 - report at unit meetings
- Create learning displays using Magnet Themes
- Read articles and share information about Magnet journey and monthly themes

MagnetVille 2009 Learning Display by Magnet Rays



Nurses' Week 2012



Popcorn & Candy Treats from the Magnet Mimes



Model Components...

Transformational Leadership

- Fosters a Magnet Culture.....
- Strategic Planning – at all levels
- Not about the Status Quo –
“Embracing Change – Building Relationships”

Outcomes of Transformational Leadership...

- Nursing contributions to improving efficiency
- Access to Nursing Leadership
- Input into budgetary planning/spending
 - Nurses at All Levels
- Alignment of Strategic Goals at 3 levels:
 - Organizational
 - Nursing
 - Unit and Departments

Model Component # 2

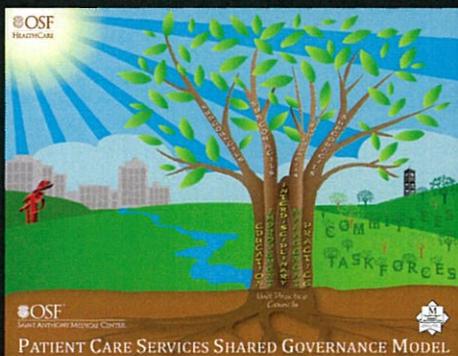
Having the Structure and Processes in place for nurse engagement and ownership of practice

Structural Empowerment

Structural Empowerment

- Input into Decision Making
 - Shared Governance
 - Nursing has a voice for clinical practice
- Formal Education –
 - 80% of workforce BSN by 2020
- Certification – Specialty Certification
 - Medical-Surgical Nursing is a Specialty
 - Critical Care, Emergency Nursing, Operating Room

Shared Governance Model at OSF Saint Anthony



Structural Empowerment Empirical Outcomes

- Nurse Satisfaction –
 - measured by national standards - NDNQI
- Participation in Professional Organizations –
 - Using the knowledge gained to improve care
- Professional Engagement
 - Community Involvement
 - Orientation – Recruitment & Retention
 - Succession Planning

Exemplary Professional Practice

- Professional Practice Model
- Nursing Care Delivery
- Quality Improvement
- Quality of Care

Empirical Outcomes Quality Care

- Must Outperform the mean majority of the time (5 out of 8 quarters)
- Nurse Sensitive Indicators
 - Falls,
 - Restraint Usage
 - Catheter Associated Urinary Tract Infections
 - Pressure Ulcers
 - Ventilator Associated Pneumonia
 - Central Line Associated Blood Stream Infections

Empirical Outcomes Examples of Quality Care

- Careful Listening by Nurses

Measured by:

- Patient satisfaction survey results comparison at national level

Resultant Action Planning

- Hourly Rounding
- Bedside Reporting
- Managing UP
- Sit & Talk – Caring Moments/Caritas Processes

Developing the Profession of Nursing



Searching for Best Practices

- Research generates New Knowledge
- EBP – determines that evidence supports a change in clinical practice
- Quality Improvement – done to improve care processes and foster recovery of patients

The Roadmap to Success

Third Designation – Admin. Support



Bedside Shift Report Checklist

- Introduce the nursing staff to the patient and family. Invite the patient and family to take part in the bedside shift report.
- Open the medical record or access the electronic work station in the patient's room.
- Conduct a verbal SBAR report with the patient and family. Use words that the patient and family can understand.
 - S** = Situation. What is going on with the patient? What are the current vital signs?
 - B** = Background. What is the pertinent patient history?
 - A** = Assessment. What is the patient's problem now?
 - R** = Recommendation. What does the patient need?
- Conduct a focused assessment of the patient and a safety assessment of the room.
 - Visually inspect all wounds, incisions, drains, IV sites, IV tubings, catheters, etc.
 - Visually sweep the room for any physical safety concerns.
- Review tasks that need to be done, such as:
 - Labs or tests needed
 - Medications administered
 - Forms that need to be completed (e.g., admission, patient intake, vaccination, allergy review, etc.)
 - Other tasks: _____
- Identify the patient's and family's needs or concerns.
 - Ask the patient and family:
 - "What could have gone better during the last 12 hours?"
 - "Tell us how your pain is."
 - "Tell us how much you walked today."
 - "Do you have any concerns about safety?"
 - "Do you have any worries you would like to share?"
 - Ask the patient and family what the goal is for the next shift. This is the patient's goal — not the nursing staff's goal for the patient.
 - "What do you want to happen during the next 12 hours?"
 - Follow up to see if the goal was met during the verbal SBAR at the next bedside shift report.

Adapted from the Emory University Bedside Shift Report Bundle.



Agency for Healthcare Research and Quality
Advancing Excellence in Health Care • www.ahrq.gov

SBAR REPOF

A PHYSICIAN

BEFORE CALLING THE PHYSICIAN

1. Assess the patient
2. Review the chart for the appropriate physician to call
3. Know the admitting diagnosis
4. Read the most recent Progress Notes and the assessment from the RN of the prior shift.
5. Keep your information concise
6. Have available when speaking with the physician:



Chart, Allergies, Meds, IV fluids, Labs / Results

S

SITUATION

- State your name and unit *& hospital*
- I am calling about: (Patient Name, Room Number & Attending MD/Team)
- The problem I am calling about is:

B

BACKGROUND – include only if talking to cross-cover MD

- State the admission diagnosis and date of admission
- State the pertinent medical history
- A Brief Synopsis of the pertinent treatment to date

A

ASSESSMENT

Most recent vital signs:

BP _____ Pulse _____ Respirations _____ Sat _____ Temperature _____

The patient is or is not on oxygen

Any changes from prior assessments, such as:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mental Status | <input type="checkbox"/> Respiratory rate/quality | <input type="checkbox"/> I/O Status |
| <input type="checkbox"/> Skin Color | <input type="checkbox"/> Pulse /BP rate/quality | <input type="checkbox"/> Rhythm changes <input type="checkbox"/> Critical Lab Values |
| <input type="checkbox"/> Neuro changes | <input type="checkbox"/> Pain | <input type="checkbox"/> Wound drainage |
| <input type="checkbox"/> Musculoskeletal (joint deformity, weakness) | <input type="checkbox"/> GI/GU (Nausea / Vomiting / Diarrhea / Output) | |

R

RECOMMENDATION

I recommend you: (State what you would like to see done)

- Come to the bedside to see the patient... (now, soon, within the next _____ minutes).
- Come to the bedside to see the patient and consider transfer to... (CCU/IMC/Tele).
- Talk to the patient and/or family about the code status.
- Ask for a consultant to see the patient now.
- Other suggestion ?

Are any tests needed? **Verbal Order must be repeated back to MD as written by RN - see Standard work for Verbal/Telephone orders

- Do you need any tests like CXR ABG EKG CBC BMR
- Others? _____

If a change in treatment is ordered, then ask:

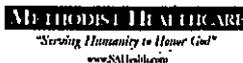
- How often do you want vital signs? _____
- If the patient does not improve, when would you want us to call again? _____



DOCUMENT THE CHANGE IN CONDITION AND THE PHYSICIAN NOTIFICATION

DATE/TIME

PATIENT LABEL



CLR-746 (Rev. 9-2011)

Printed by the Methodist Healthcare Print Center

BASIC ASSESSMENT

Neuro

Orientation questions: person, place time A&O X 3 (4=reason)

Level of consciousness: *alert* (follow commands, responds appropriately to stimuli), *lethargic* (drowsy, delayed responses to verbal stimuli), *stuporous* (requires vigorous stimulation for a response), *Comatose* (doesn't respond appropriately to verbal or painful stimuli)

Speech: any difficulty forming words? Fluent or fragmented?

Corneal light reflex: size, shape, and symmetry of pupils and pupillary reactions to light

Upper extremities:

Radial pulses: 4+=bounding, 3+=increased, 2+=normal, 1+=weak, 0= absent

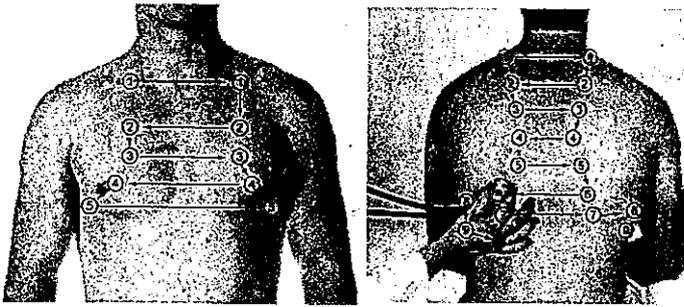
Capillary refill (return less than 3 second?)

Strength (hand grip bilaterally) 5/5 is strongest

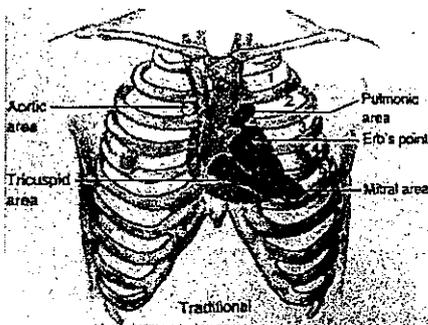
5/5 (Normal, full ROM and against gravity with full resistance). 4/5 (good, ROM against gravity with moderate resistance), 3/5 (fair, against gravity only), 2/5 (poor, complete full ROM with gravity eliminated, passive motion), 1/5 (trace, muscle contraction without joint movement), 0/5 (no evidence of muscle contraction)

Sensation ("do you have any numbness/tingling") & **Movement** (wiggle fingers)

Lungs : Anterior and Posterior



Cardiovascular: S1S2, regular, or irregular, murmurs or extra heart sounds, any edema?



S1: As pressure in the ventricles increases, the mitral and tricuspid valves snap closed. This closure produces the first heart sound, S1

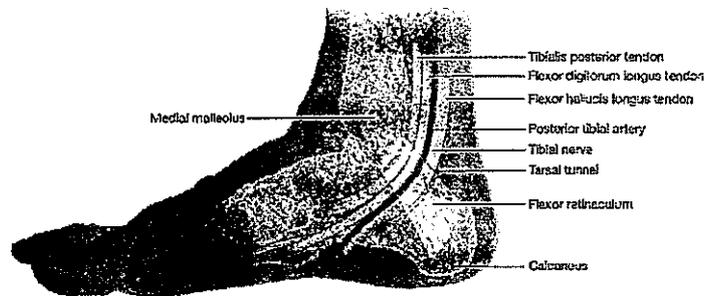
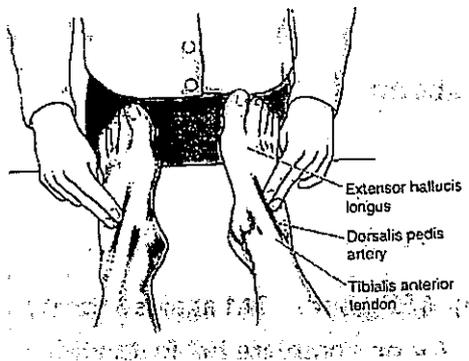
S2: at the end of ventricular contraction, the aortic and pulmonic valves snap shut. This produces the second heart sound, S2

Abdomen

Bowel sounds in 4 quads

Lower extremities

Dorsalis pedis pulses & Posterior tibial pulses



Capillary refill

Strength (Foot pushes bilaterally)

Sensation ("do you have any numbness or tingling")

Movement (wiggle toes)

Dressings and/or tubes: Appearance & Dressing (clean, dry, intact?)

Skin

Color: look for localized areas of bruising, cyanosis, pallor, and erythema.

Moisture & temperature

Any pressure ulcer?

Sensory

Pain: location, frequency (constant or intermittent), characteristics of pain, & pain level (0-10)

Any numbness or tingling

Musculoskeletal : ROM and muscle strength

特集

クリニカル ナースリーダー

ケアプロセスの質を保証する
新たな役割



CNL

quality

patient

outcome

micro system

米国の臨床看護の現場と研究・教育の現場の差を十分に取り入れながら、その強
勢によって2007年に創られた新しい高度医療看護の役割「クリニカルナースリーダー
(CNL[®])」。エビデンスと臨床看護実践をつなぎ、ケアプロセスの質を保証する役割を担う。
また、ジェネラリストの立場で診療に入り、看護師長や専門看護師、病棟看護師と協働し
ながら、個々の現場特有の問題を解決するためにリーダーシップを発揮する。
本特集では、高度急性期化が進む日本の臨床看護の現場に、今後、必須の役割と言え
るCNLについて紹介するとともに、日本での導入可能性を考察する。

医療提供体制が 変化する時代に、 責任を持って患者に継続した 看護を行うためのヒント

米国におけるクリニカルナースリーダーの役割と機能から学ぶ

平均在院日数のさらなる短縮など医療環境が急速に変化する中で、看護には患者のケアプロセスの質を保証し、提供される全ての医療サービスを統合する役割が求められている。米国では、クリニカルナースリーダー（CNL[®]）がこの役割を担っている。本稿では、臨床と大学が連携した新たな認証制度である CNL の役割と機能が、日本の看護臨床に与えるヒントについて、臨床と大学教育の双方を知る立場から提示する。

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 教授
任 和子

CNL という新たな役割との出会い

米国の高度医療現場の新たな役割であるクリニカルナースリーダー（Clinical Nurse Leader：以下、CNL）の存在を初めて知ったのは、4 年ほど前である。当時、私は、臨床と大学が連携した看護の質向上を図る仕組みづくりを課題として、京都大学医学部附属病院看護部長・病院長補佐から、京都大学人間健康科学系専攻の教員へとポジションを変えたところであった。

旧知の友人である有馬カツムタマ子さん（現・聖アンソニー・メディカルセンター）から、米国では臨床と大学が連携して CNL という新しい資格認証制度をつくり、この資格を持つ看護師が医療サービスの質の維持・向上に多大な貢献をしていることを聞いた。

そこで、2013 年にイリノイ州ロックフォード

市にある聖アンソニー・メディカルセンターを、

2015 年にはミシガン州グランドラピッドズ市にある聖マリアーズ病院を、本学の教員や院生、臨床の看護管理者と一緒に訪問した。両施設において CNL の話を聞き、シャド・インディングをし、資格認定のための講演内容の一部を受講した。また、京都にも聖アンソニー大学の教員や聖アンソニー・メディカルセンターの CNL を招き、教員や学生、臨床の看護管理者やスタッフナースを対象に、看護紹介をはじめとする講演をしていただいた。

このような機会を通じて、日本の看護管理者や専門看護師（Certified Nurse Specialist：CNS）、認定看護師（Certified Nurse：CN）、退院調整看護師、リスクマネジャー、リーダーナースなどが、変革者としての役割を担いながら実施している業務や質改善活動は、米国で生まれた CNL という新たな役割が備える機能に類似していることが分かった。

そこで、本特集で取り上げる CNL の役割と機

能を知ること、いま、私たちが直面する課題を解決するためのヒントが得られるのではないかと考える。

CNL の役割と機能を知る

CNL とは何か
——プロセスとシステムを改善するスペシャリスト

「クリニカルナースリーダー（Clinical Nurse Leader）」という文字から、何を連想するだろうか。現在、多くの病院で、業務に必要な看護師の役割に、「アプリセプター」「クリニカルコーチ」「サポートナース」「エルダーナース」「チームリーダー」などさまざまな名称をつけて運用している。これらに類似した看護チームの中の新しい役割と想うかもしれない。このほか、日本看護協会の規定する CNS や CN などのスペシャリストをイメージする場合もあるだろう。

CNL とは、2007 年から新しく始まった米国看護大学協議会（American Association of Colleges of Nursing：AACN）が認証し、尚登録している Clinical Nurse Leader[®] のことである。大学院修士課程で教育を受け、米国の専門看護師（Clinical Nurse Specialist：CNS）やナースプラクティショナー（Nurse Practitioner：NP）と同様に、3 P と呼ばれる高度な病態生理学、薬理学、フィジカルアセスメントなどを基盤として風移する。しかし、CNS や NP とは異なり、がんや糖尿病など特定の患者集団に特化した学習はせず、診断し治療する役割は持たないことが特徴である。特定の患者集団に特化しないという意味では、ジェネラリストであり、その中でも能力の高い熟練者（エキスパート）というイメージである。

では、CNS や NP が大学院で特定の患者集団に特化した内容を学習する時間、CNL は何を学習するのと言え、変革理論（例えば、コッターやレンジンの理論）や、問題解決法（例えば、トヨタの「KAIZEN」、それを基に発展したリーン生産方式）を学ぶ。

学習している内容から見ると、「看護単位のプロセスとシステムを改善する」のスペシャリストと

言った方が、その役割を適切に言い表していると思う。ジェネラリストと言ってしまうと得意分野が見えにくい。

変革理論や問題解決法は、日本看護協会の認定看護管理者の教育課程でも学習する。特に、セカンドレベルで課されている看護管理実践計画の作成過程でトレーニングされる内容と重なる。

しかし、CNL の活動の基盤は、患者に提供される医療や看護のプロセスとシステムの改善が中心であり、看護管理者ではなく、あくまでも看護実践者なのである。従って、扱う課題の中心は、人材育成や教育プログラムのような看護師を対象としたものではなく、患者に実施されるケアやそのアウトカムとなる。

患者やその家族に質の高い医療サービスが確実に届けられるようにするために、病棟での看護提供体制が重要であり、業務改善を推進するためには、知識と技術とやり遂げるための熱意を持った人材の育成と活用が求められる。

大学院レベルでプロセスとシステムの改善を学習し、CNL としての認証を受けた後に病院で活動することで実績を上げ、看護実践者として自信を持って活動できている点が、CNL の仕組みの利点である。

CNL が生まれた背景と日本の現状

米国において医療費が膨騰し保険財源の確保が非常に難しくなる中で、政府は病院に対して、医療サービスの質を向上させながらコストを削減するという厳しい政策を実施している。厳しい政策とは、「質に忠じた医療費支払い制度」（Pay for Performance：以下、P4P）¹⁾ のことで、質の高い医療を提供しなければ保険償還がなされないシステムを指す。質の高い医療とは指標を決めて測定することで評価されるものであり、P4P においては、臨床指標や患者満足度がその指標となる。

CNL は、この政策に対応するために、米国の看護界がきっかけり出した役割である。

P4P のもとでは、例えば、退院後 30 日以内に再入院したり、院内感染に罹患すると入院費が保険償還されない、入院中に起こった転倒や褥瘡が

特集
クリニカル
ナースリーダー

ケアプロセスの質を
保証する新たな役割

新規に発生した場合に治療費が保険償還されないなどのペナルティがあり、病院にとって経営上きわめて大きな影響がある。

従って、心不全後の再入院を防ぐための患者教育や地域連携、尿路感染や中心静脈カテーテル関連血流感染の防止、褥瘡対策などが、臨床現場の最前線に毎日確実に実施されていることをモニタリングして問題を早期発見し、必要手段は早急に行うことが必須である。CNLは、この役割を担った部分もあるが、CNLの活動は患者に提供される医療の質保証につながるものであり、患者が望んでいることである。

日本においても、医療の高度化と国民の高齢化に伴い、医療費はますます高騰していくと予測され、財政上の課題解決のために医療制度改訂が急遽に進んでいる。2005年の医療制度改革関連法²⁾では医療費適正化計画のもと、入院期間短縮が推進された。さらに、2013年からの社会保障・第一歩改革³⁾では、病棟の機能分化と連携が明確に打ち出され、今後より一層、入院期間短縮が進むものと予測される。

このように、変化する医療提供体制に応じて、医療サービスの質を向上させ、患者アウトカムを達成することが、より一層、看護に求められる時代となっている。一方、病棟においては、看護師が継続して責任を持って患者の状態と患者に提供される医療・看護を把握することが、きわめて困難になってきている。病棟看護の質に責任を持つ看護部長にも、安全管理、情報管理、他部門との連携管理、病棟管理、情報管理、他部門との連携など、さまざまな業務が集中しており、病棟ラウンドさえできにくい状況であるという声も聞かれる。

変化する医療環境に対応するため、日本ではこれまでにも、固定チームナーシング⁴⁾やパートナーシップ・ナーシング・システム⁵⁾などが開発され、活用されてきたが、CNLの活動に学ぶことと、さらに工夫できるところがあるのではないかと考える。

以下、私が実際に訪問した米国の2病院におけるCNLの活動モデルから考える。

CNLの活動の実態

聖アンソニー・メディカルセンター

●プロジェクトリーダーとしてのCNL

イリノイ州ロックフォード市にある聖アンソニー・メディカルセンター⁶⁾では、CNLは病棟全体で1人しかおらず、部署には属さず看護部に配置されていた。業務改善が必要なときに、一定期間、各病棟に入ってプロジェクトを実施する「プロジェクトリーダー」としての役割を担っていた。いつ、どの部署で、どのようなプロジェクトを行うのかは、看護部長や看護部長からの依頼のほか、看護の質評価指標でモニタリングしたデータを通じてCNL自らが各病棟の課題を見出すこともある。

●根本原因として「早期離床」実施率の低さを同定

同センターでのCNLの活動の一例を挙げる。平均年齢85歳の肺炎中病棟では、尿路感染や褥瘡の発生率が問題となっていた。同病棟でCNLが早期離床を推進するプロジェクトを実施したところ、病棟看護師が早期離床に関わる割合が8%から62%に上昇し、入院期間が短くなり、患者満足度も向上したという。自分たちの早期離床に対する取り組みが入院期間短縮と患者満足度向上をもたらしたことで、病棟看護師は自信を深め、業務に対する主体性も向上したそうである。

このプロジェクトでCNLが実施したことは、PDSA (Plan-Do-Study-Act) モデル⁷⁾に沿って計画を立て実施し、その結果を分析して、さらなる改善の検討を行ったことである。現状とあるべき姿のギャップを明確にする過程では、綿密な情報収集によって現状が把握され、研究成果やガイドラインを活用して、現状とあるべき姿のギャップが明確に描き出されていた。また、病棟

注1) 聖アンソニー・メディカルセンターの環境については、本誌第1084ページからの竹田かみゆみ子氏の報告をご参照ください。
注2) 日本では子どもの「POCAサイクル」として知られるが、PDSAは入念な計画を行う段階からCheckをStudyと置き換え、PDSAサイクルとした。米国のCNL教育では「PDSAサイクル」して実践され、実践を用いて実践に詳細に研究をするので、Studyの方がより重視されている。

看護師とブレインストーミングをしなから、よく話し合っって共に改善に取り組んでいた。実施したことについては評価指標を定めてモニタリングし、さらなる改善を繰り返していた。

この事例から学べる点として、まず、尿路感染や褥瘡が発生し、入院期間が延長している現状から、早期離床が行われていないことにCNLが問題を同定したことを挙げたい。

日本においても尿路感染や褥瘡の予防は重要であり、病棟看護チームに感染管理や褥瘡対策のリンクナースを置き、感染管理や政府・非政府の認定看護師と連携して、問題を把握し解決に入ることが日常行っている。

しかし、この例にあるように、尿路感染や褥瘡発生の背景に褥瘡の遅れという問題がある場合、その根本原因を特定せずに、感染対策と褥瘡対策を個別で実施しても根本解決に至らず、同じことを繰り返す可能性がある。成果の出ない業務改善を繰り返すことは現場の疲弊を生む。

●プロジェクト専従の立場で質改善を牽引

もう1点学べる点は、このプロジェクトに専従でいたCNLは、本プロジェクトだけに専従でいることである。日本では、病棟の年度目標として早期離床を掲げて委員会活動を行ったり、固定チームナーシングの小規模活動としてプロジェクトを行ったり、看護師の取り組みなどを通じて、このように少し複雑な問題の根本解決に取り組むことが多いと思う。

しかし、日々の業務や患者ケアの責任を持ちながら兼務して行うことになるため、集中して課題に取り組むことができず、現状分析も解決策も表面的になってしまうことがある。また、担当者の負担が大きくなり、看護部長や副看護部長、中堅看護師の疲弊を生む一因となっている。

業務改善は簡単なことではない。現場の疲弊感を最大限に留めて最大の成果を得るためには、専従で問題解決する役割をつくり、その人に業務改善に必要な知識と技術の教育を実施することは有用であろう。

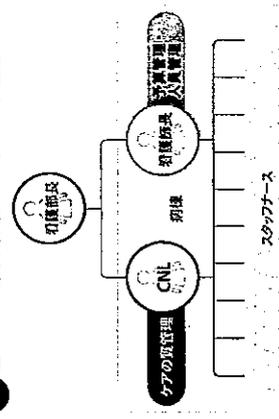
聖マリーズ病院

●病棟看護部長と並列の立場で活動するCNL
ミシガン州の聖マリーズ病院では、各病棟に1人のCNLを配置し、しかもそのポジションは、病棟看護部長と並列であることが特徴であった(図1)。CNLの直属の上司は看護部長であり、業務報告も看護部長に行う。これは聖アンソニー・メディカルセンターでも同様であるが、聖マリーズ病院では部署に配置されているため、病棟のスタッフナースからすると直属の上司が2人いることになる。

看護部長の役割が日本とは異なるので理解しにくいかもしれないが、聖マリーズ病院では、部署の予算管理と人員管理は看護部長が責任を持ち、ケアの質管理についてはCNLが責任を持っている。また、原則的にCNLが直接患者のケアを実施することはしない。このように見ると、CNLは看護管理者のように見えるが、役名に「クリニカル(臨床の)」とついているように、あくまでも管理職ではなく患者ケアの質管理に関する実践者の位置づけである。

看護部長がケアの質管理に責任を持たないことは、日本の看護師の視点からは理解しがらしいが、CNLが役割を遂行し機能する上ではこのような配置が推奨される活動モデルであると説明があった。

図1 聖マリーズ病院の病棟におけるCNLの配置イメージ



特撰
クリニカル
ナースリーダ
ー
が
ア
プ
ロ
ウ
ス
の
質
を
提
高
す
る
新
た
な
役
割

専門職は、患者ごとに入れ替わり、各患者の医療に関わる専門職で話し合い、必要事項をその場で決定していた。

午後にはCNLは病棟ラウンドを行い、患者・家族と退院に向けた相談などにも応じていた。患者を受け持つことはないが、ラウンドしていきながらなる点があれば患者や家族とも対話し、当日の受け持ち看護師や他の専門職につなぐ。

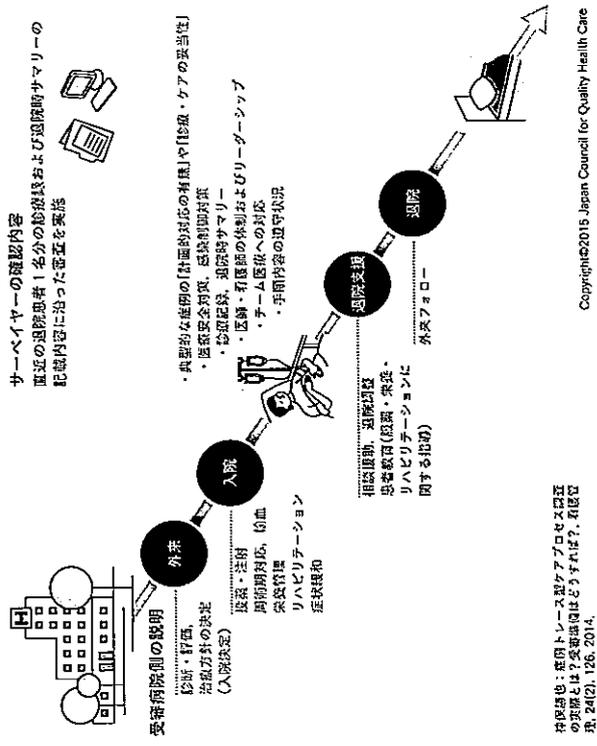
このように、聖マリアーズ病棟のCNLは、当病棟に常駐し、1人ひとりの患者の診療と看護のプロセスをモニタリングしていることが特徴であった。この業務内容は、日本医療機能評価機構の病院機能評価において、サーベイヤーがケアプロセスを確認するときのプロロー（図2）を思い起こさせるものであった。病院機能評価は2013年から第3世代となり、患者の米路から外来診療、入院を経て退院までに展開されたチーム医療の実践状況について時系列に追跡していく症例トレース型のケアプロセス調査となっている⁸⁾。CNLの日々の活動は、まさにこのケアプロセス調査を、入

●全ての入院患者のケアプロセスに関わる 私がシャドインディングをしたCNLは、36床の臨床中患者を中心とした病棟を担当していた。平均在院日数は4~5日程度であるが、30日ほど入院している患者もいる病棟であった。

CNLはまず始業から90分かけて、入院患者36人全ての診療録をチェックし、抗悪露の投与や法令で定められている予防接種、リハビリテーションの実施状況、痛みのアセスメントと対処など、前日に実施すべきことが実施されたかを確認していた。ここでは、看護業務に関わる事項だけではなく、患者に実施される全ての医療を対照に確認していた。もしも患者状態で気になる点や未実施のものがあったら、すぐに医師やNPや当日の受け持ち看護師、あるいは栄養士やケースワーカー、緩和ケアチームに連絡し、対応を促していた。

その後、約2時間かけて患者カンファレンスが行われた。CNLは必ずしも参加しているが、受け持ち看護師、ホスピタリスト（病棟医師）、ケースマネジャー、ソーシャルワーカー、栄養士といった

図2 病院機能評価における症例トレース型ケアプロセス調査のイメージ



院中の全患者に現在進行形で継続的にを行っているものであった。

●患者に提供される全ての医療サービスを提供する役割

症例トレース型のケアプロセス調査は完全に質の高い医療が提供されているかを患者の立場で確認するものである。チーム医療の時代において、専門性を持った多職種が、患者や家族に直接的な医療サービスを提供するだけでは、患者にとってよい医療であると確実に保証することはできない。患者の立場に立ち、統合する役割が必要である。

日本では、プライマリナースのように継続して患者を受け持つ役割やリダーナースを配属して、継続して個々の患者の看護に責任を持っていく中で、それすら機能しなくなってきた。チーム医療の時代においては、患者に提供される全ての医療サービスが統合する役割が看護師に求められている。病態生理や治療に詳しい看護士が支障の専門家として、看護がその機能を発揮するためのヒントが、CNLの活動にあると思う。

おわりに

医療提供体制が大きく変化する時代に、看護の質向上にとどまらず、医療の質向上のための人材育成と活用が、今後はますます重要になってくる。今後も、日本においてはCNSなどのスベシヤリストは、より一層その活動を充実させていくであろう。また、日本看護協会は、標準化されたクリニカルラダーの構築とラダーに基づく評価制度を推進しており、ジェネラリストの育成・活用も大きく進化しそである。

私は当初、CNLはジェネラリストだと考えていたが、その大学院での教育内容と資格認定制度および具体的な活動の実態を知ることを通して、CNLはスベシヤリストだと思ふに至った。偉大な芸術家や科学者は、自らの潜在能力を無限に学ぶことから1つの狭い領域について徹底的に学ぶ

ことによって、高い成果を遂げる⁹⁾。「1つの狭い領域」として、プロセスとシステムの改善を専門とするCNLという役割を位置づけたことで、CNLの機能が飛躍され成果を挙げているのだと思う。

ジェネラリストとしての能力を持ちながら、得意分野も持つスベシヤリストの存在が今後ますます求められる。聖マリアーズ病棟のCNLの中には、CNSやNPの資格を有している人がおり、「NPも持っているの」と話した。状況に合わせて、自分の実践したい仕事をするために、学習をし続けているのである。ジェネラリストとしての能力を持つからこそ、このように変化に適応して新しい専門分野を切り拓いていけるのである。

変革や問題解決、プロセスやシステムの改善は、高度な能力を要する業務である。教育体制を整えて、教育に十分な時間と資源を投入することが大きな課題である。

引用・参考文献

- 1) 医療の質に基づき支払いは研究会議：PAPのすべて—医療の質に基づく支払形式は、医療タイムズ社、2007。
- 2) 厚生労働省：平成18年度医療制度改革動向資料 <http://www.mhlw.go.jp/fujin/yakuhou/shohakusho/fujourei001/lastaccessed%2015/11/12/>
- 3) 厚生労働省：社会保険制度改革の全体像 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunyo/hokubun/yakuhoshou/200328_01.pdf (last accessed 2015/11/12)
- 4) 西元勝子ほか：固定チームナーシング—責任と責任感のある看護のために第3版、医学中央社、2012。
- 5) 梅井大学医学部附属西原病棟看護部：看護方式PNS導入・運営キースト—導入から運営、監修・野藤、フィードバックまで、日経出版、2014。
- 6) 神保勝也：症例トレース型ケアプロセス調査の背景には監督者はどうすれば？看護管理、24(2)、125-131、2014。
- 7) 公益社団法人日本看護協会：少子高齢化社会に対応する人材育成—看護のクリニカルラダーの構築 <http://www.nurse.or.jp/nursing/jlisten/> (last accessed 2015/11/12)
- 8) ジョン・W・ガードナー 著、年野第一朗 訳：自己革新（新訳）—成長しつづけるための考え方、実業出版、72、2012。



にんかすこ
 京都大学大学院医学研究科
 人間健康学系専攻
 〒606-8507
 京都府京都市中京区東御所川原町 63

特集
 クリニカル
 ナースリーダー
 ケアプロセスの質を
 高める新たな役割

臨床看護実践の質を高め、 ケアのアウトカム改善をリードする クリニカルナースリーダー(CNL[®])の役割

臨床実践の現場および研究・教育の現場の声を十分に取り入れながら、その協働によって2007年に創られた米国の新しい高度実践看護の役割である「クリニカルナースリーダー」(Clinical Nurse Leader: CNL[®])。本稿では、米国におけるCNL開発の背景、期待される役割、必要となる教育プログラム、臨床での実践内容、そして日本へのCNL導入の可能性について、CNLの認証を持ち米国の看護臨床と教育の現場で活躍するとともに、本特集で執筆を担う日本の看護師と共同学習を続けている竹熊カツムタ麻子氏に、総論として解説していただく。

竹熊カツムタ麻子
Director of Professional Practices Research, Palliative Care, and Magnet Program
看護専門士、経営学博士、看護職、クリニカルナースリーダー

竹熊カツムタ麻子

ワシントン州立大学看護学部 Clinical Assistant Professor
看護学修士、看護職、クリニカルナースリーダー

ゴードナイナ・ダーモディー

はじめに 特長化の背景

近年、日本において、ベッドサイドで看護実践をしながら、受け持ちグループの患者の状態の把握をし、ケアの管理を専門に行う役割の必要性やその役割の認証制度の必要性について提案がなされていきます¹⁾。

いま日本では、医療の複雑化、医療費の高騰を背景に、医療や看護サービスが無駄なく調整、管理することによりコストを抑えながらも、患者の意思が十分に尊重され、尊厳が守られる質の高いサービスを提供することが求められています。

また、少子化と高齢者人口の急速な増加という社会現象に対応するため、看護の職能において、役割の多様化と発展を図ることで看護職が幅広い層の人たちから支持され、選ばれる専門職能として成長し続けてゆくことも、職能上、とても重要な課題です。

その観点から、ベッドサイドにおいて質の高い

ケアを提供できる看護師の養成と臨床現場での看護実践と役割の拡大、またそれをサポートする認証制度の可能性を検討することはとても意義のあることだと考えるでしょう。

今回の特集は、米国において、臨床実践の現場および研究・教育の現場の声を十分に取り入れながら、その価値によって創られた、比較的新しい高度実践看護の役割である「クリニカルナースリーダー」(Clinical Nurse Leader: CNL)について紹介をするものです。この特集を通して、①

米国におけるCNL開発の背景、②CNLに期待される役割、③CNL認定に必要な教育のプログラムとその内容、④CNLの臨床での実践、⑤将来的に日本にCNLを導入してゆくにあたり、どのような準備、配慮が必要か、について考えてゆきます。

CNL 開発の背景

●約35年ぶりに開発された高度実践看護の役割
米国のCNLという役割は、大学院修士課程に

における専門プログラムを修了し認定を受ける高度実践看護の役割として、約35年ぶりに新たに開発され加えられた新たな役割です。現在、全米に約5000人近くの認定を受けたCNLが活躍しています。

大学院修士課程における専門プログラムで育成される高度実践看護の役割としてはCNLの他に、クリニカルナーススペシャリスト (Clinical Nurse Specialist: CNS)、ナースプラクティショナー (Nurse Practitioner: NP)、助産師 (Certified Registered Nurse Midwife: CRNA) などがあります。

2003年に米国看護大学協議会 (American Association of Colleges of Nursing: AACN) によりタスクフォースが組織され、米国の看護協会 (American Hospital Association: AHA) の関連組織であるアメリカ看護管理学会 (American Organization of Nurse Executives: AONE) の看護リーダーと在野軍人省 (Department of Veterans Affairs: DVA) の臨床におけるリーダーの参加協力のもと研究と開発がなされ、2007年に正式に導入されました²⁾。このように、学術、臨床看護、医療者のリーダーたちが話し合い、現代の医療環境に必要とされる役割として提案されたことには深い意義があります。

●IOMレポートが臨床にもたらした変化

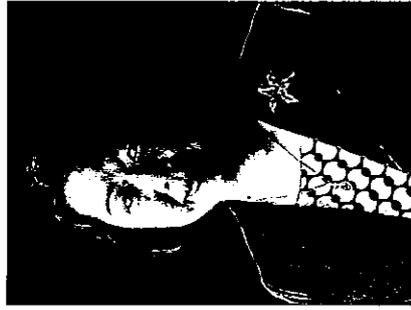
また、CNLという役割が、修士レベルの教育に基づき高度実践看護の認定制度の枠組みの中で、21世紀に入って新たに開発されたことを理解するためには、米国における医療をめぐる社会的な背景を理解することがとても大切です。

2000年に米科学アカデミー医学研究所 (以下、IOM) の米国医療の質委員会がまとめた1つ「IOMレポート」が出版されました。“To Err is Human”³⁾ (「人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して」) では病院に入院している患者たちが質の高い医療を受けられず、病院の中でさまざまな人的エラーにより、命を落としているケースが増加していることと警鐘を鳴らすとともに、医療システムが複雑化し、サービスの連携や調整などが十分にとられておらず、不必要な医療やサービスの提供が膨大な費用を膨大化しているとい

うことも指摘しました。この報告書は米国の府や医療機関の医療の質と安全に関する意識を大きく変えたものだとも言えるでしょう

以降、IOMからは複数のレポートが報告されています。2001年には、“Crossing The Quality Chasm”⁴⁾ (邦訳「医療の質—谷間を越えて21世紀シテムへ」) というレポートが出版され、医療の質と安全性を向上させるための具体的な提言と方法論を示しました。

2003年には医療専門職者の教育についての報告書 “Health professions education: A bridge to quality” (医療専門職者教育: 質の向上への架け橋)⁵⁾ が



竹熊
カツムタ
麻子氏

たけくま・かつまた、あまこ◎同社女子大学看護学部英文学専攻、米国メアリール・ポークがワシントン州立大学看護学部を修了。佐賀医科大学 (現・佐賀大学医学部) 看護学科に助手として勤務。同大大学院看護学研究所看護学課程企業経営専攻修了。

2000年に発表。米国のノースカロライナ州にあり、学部にアカデミックスタッフとして勤務。その間、臨床看護師として老年病リハビリテーションに従事。同大大学院で臨床看護 (CNSプログラム)、グローバルヘルスリーダーシップ・ブライアント・ハルステッド (博士課程) を専攻。2011年、米国のワシントン州立大学に教員として勤務し、大学院教育に携わる。専門は看護研究、リーダーシップ、看護管理、質の管理に改善、老年看護、地域看護など。

3章 OSF 聖アンソニー・メディカルセンターおよび 聖アンソニー看護大学の概要

＊両施設ともに米国イリノイ州北部ロックフォード市にある。

【病院概要】OSF 聖アンソニー・メディカルセンターは、聖フランシス第三修道女会が運営するカトリックの医療法人 OSF ヘルスケアに属する 100 年以上の歴史を持つ病院。2005 年に看護の質に対する認証であるマクネットホスピタルの認証を受け、2014 年に 3 度目の更新をした。

許可病床数 254 床、平均在院日数 4.3 日、看護師数 535 名、認定看護師数 220 名（看護師、助手とも）に病棟、外来、正規職員（パートを含む）第 3 次救急（レベル 1）トラウマセンター）、がんセンター、術後ケアセンター、リハビリテーション科、第 2 次クリニック、ホームケア、ホスピスをはじめほぼ全ての診療科にわたるサービスを、病院と近郊の専門クリニックを通じて提供する。

【大学概要】聖アンソニー看護大学は 100 年の歴史を持つ看護専門学校、聖フランシス第三修道女会が運営。現在、看護士（BSN）、看護士号修了プログラム（RN-BSN）、看護士（MSN）、看護師（NP）、クリニカルナーススペシャリスト（CNS）、クリニカルナースリーダー（CNL）、看護教育の専門プログラム（CNE）、リーダーシップ・管理プログラムを提供する。

イドの看護師たちが複数の患者を受け持ちながら、ケアの計画、他の専門職との調整、家族とのコミュニケーション、退院に向けたコーディネーションの一切を行うことがますます難しくなり、それによりケアの質の保持や改善が容易に達成できない状況が生まれていると否えるでしょう。

CNL という新たな役割が開発された背景には、このように変化し続ける複雑化した医療システムを大きな視点（マクロ）と小さな視点（マイクロ）から理解し、患者のケアが提供されるベッドサイド（例：病室）において、ケア提供のプロセスを調整または改善し、ケアの質の改善、入院日数の短縮、感染率、転倒、褥瘡などの予防、また、患者満足度の向上などを含めたケアのアウトカムを向上させる役割が求められていたことがあります。

出版されました。ここでは医療の質と安全性を高めるための医療の現場で働く専門職者の準備教育のあり方が問われ、改善に向けた検討がなされるようになり。また、多職種のスタッフが協力して患者中心の医療を提供するために、学生時代から学部、学科、専門領域の枠を超えて学ぶ機会が大切であり、それがチーム医療の土壌となることも述べられました。これに伴い、医療専門職の教育におけるカリキュラムの改善、エビデンスに基づいた実践、テクノロジーの使用が奨励され、実際に学生や医療スタッフたちがチームアプローチを経験できるよう、シミュレーションを取り入れたトレーニングも盛んに行われるようになってきました。

◎看護を取り巻く環境変化と CNL が担う役割

“Health professions education: A bridge to quality” では、臨床で働く看護師の教育レベルについて、看護士（BSN）を持つ看護師が一般的に期待されているにもかかわらず、質の高い看護や医療サービスが提供されていないという問題が指摘されました。教育レベルの高い看護師が増えているにもかかわらず結果が伴わないという問題は、むしろ病院や組織の中で患者に提供するケアプロセスの複雑化にも原因があることが新たに注目されるようになりました。

1 人の患者が医療サービスを受けるとき、以前のように医師と看護師が中心となり医療と看護サービスが提供されていた環境から、医師、看護師、理学・作業療法士、言語聴覚士、呼吸療法士、栄養士、ケースマネージャー、ソーシャルワーカーなど、多くの専門職者が 1 人の患者のケアに関わる環境に変わってきました。また、米国では医療保険制度が日本と異なり、私的医療保険、私費での支払いに加え、老人や障害者、低所得者層の医療を公的に補助するメディケア、メディケイドという制度も存在するなど、多様な制度により医療費が支払われています。そのため受けられる医療サービスの種類や程度も個人差があり、全ての患者が同じようなサービスを受けられるわけではありません。

このような複雑な医療環境において、ベッドサ

◎医療サービスのパフォーマンスレベリング、病院経営に直結する

医療サービス提供によるアウトカムと診療報酬の支払いが直結した Pay for Performance（通称 P4P；質に応じた医療費支払い）制度も、CNL 開発の 1 つの背景です。

医療経済、病院経営という視点から医療サービスの見た場合、米国の多くの病院がメディケアと政府管理の老人保健により支払いを受けています。高齢者人口が増加し入院患者の半数以上が 65 歳以上、それに伴って入院患者の半数以上が老人保健からの収入に依存しているという状況があります。

多くの病院はメディケアにより定められた医療費支払いのルールにより報酬を得ています。現在メディケアは、患者が病室に入院した後に発生した留置カテーテルや心臓カテーテル、尿管カテーテル関連血流感染症、転倒による損傷、褥瘡などで発生した医療費、それに伴う入院費などに関しては支払いをしません。また看護や医療の質を患者のアウトカムの指標によって測ることから、高い質を保てない医療機関には経済的なペナルティ（罰金）がかかります。

それだけではなく、急性期の病室から患者が退院した際、その患者が病状の悪化により 30 日以内に再入院を余儀なくされた場合、メディケアは再入院にかかる医療費を支払いません。最初の入院時における診療やケアの管理が十分なまされなかったと評価するからです。また、医療保険は患者の診断名に対し一定額の支払いがされるといふ方法（DRG/PPS）で病院に医療費を支払うため、質の高い医療サービスを提供することにより入院期間を短縮し、患者のアウトカムを向上させ、患者の再入院をなるべく防ぐことで病院が利益を得て経営が維持できるといふ環境になっていきます。

こうしたことから、医療機関は医療の質、看護の質をさまざまなデータ収集と分析を通じて、全国の病院のパフォーマンスと照らし合わせ、自分たちの病院がどのくらいのレベルのパフォーマンスを達成しているかということを知ることになり、マーケティングを常に行っています。それだけ、病院

の医療と看護サービスの質、患者のアウトカム、患者の満足度、病院評価などが病院経営に密接につながっているという状況があるわけです。

小括：CNL 開発の背景

CNL が開発された背景には、前述したように急速に変化した医療環境に対応できるような、①質の改善、②多職種のコミュニケーションと調整、③エビデンスに基づく臨床実践の促進、そして④医療サービスとケアの調整ができる、高いレベルの教育を受けた看護師がベテランで実践に能幹する必要性が高まってきていること（図 1）が背景として紹介されています。

ここまで米国の医療環境の変化から CNL 開発の背景について考察しました。次項では CNL の役割について紹介します。



Gordana Dermody, RN

コーディネーター・モーター・米国、聖アンソニー看護大学、OSF 聖アンソニー・メディカルセンターにて CNL として勤務した後、聖アンソニー看護大学で講師として CNL の教育と普及に努める。2015 年 8 月からケンタッキー州立大学看護学部にて CNL 育成に携わりますが、ワイスコンシン大学メルクウォーキー校看護学部にて在学。現在の研究テーマは高齢者の入院による機能低下の予防。グローバルヘルスにおける介護の役割を研究。リガンダは日本において看護教育と臨床指導に携わる。日本における CNL の役割の普及については、2014 年の来日以来、日本同様にいる CNL 開発者との交流、セミナーや CNL セミナーに、講師として参加している。

表1 CNLに期待される実践の10の規範⁸⁾

- ① マイクロシステム（患者にケアが提供される現場：例 病棟）における実践
- ② クライアント（患者とその家族などのケアを受けられる対象）のアウトカムは、実践の質を測るものである。アウトカムについてデータを集め分析する
- ③ 臨床実践のガイドラインとするものは、エビデンスに基づいたものでなければならぬ
- ④ クライアント中心のケアは、ケアに関わる全ての専門職やスタッフが協力して提供する
- ⑤ クライアントへの情報の提供は、セルフケアを促進し、ケアに関する意思決定において助けるようになるものである
- ⑥ 病歴のアセスメントは、理論、知識の開発と発展において基礎となるものである
- ⑦ 無駄を省くとともに資源を無駄にしない
- ⑧ 社会正義は、迅速に不可欠な価値観である
- ⑨ テクノロジーを用いたコミュニケーションは、総合的なケアとその提供性を助けるものである
- ⑩ CNLは看護職の役割を他の役割を担っていると自覚しなければならぬ

American Association of Colleges of Nursing. White paper on the education and role of the Clinical Nurse Leader, 2007
を筆者が日本語訳

CNLの役割

●AACNによる「CNL実践の10の規範」
CNLに期待される役割は、2007年にAACNが出版したCNLの役割に関する白書に提示されています（表1）。

●チームメンバーの協働を促進しながら、豪華をもたらすリーダーシップ

CNLは、医療サービスを提供するシステムにおいて、特にケアが行われるフロントライン（例：病棟）においてリーダーシップを発揮し、患者のケアに関わる全てのスタッフとコミュニケーションを十分にとりながら、患者中心で、質性のある質の高いサービスが提供されるようにチームの一員として支援します。CNLのリーダーシップの特徴は、ホリゾンタルリーダーシップ（Horizontal Leadership：水平的なリーダーシップ）と、トランスフォーメーションナリ

ダーシップ（Transformational Leadership：変革をもたらすリーダーシップ）という2つのスタイルを駆使することにあるでしょう。

ホリゾンタルリーダーシップとは、トップダウンの権威的なリーダーシップではなく、組織のゴールを達成するためにチームメンバーの関わりを積極的に促進し、チーム全体をリードするものです。また、トランスフォーメーションナリダーシップは、グループのビジョンをはっきりと示し、情熱を持って仕事をし、周りにいるチームメンバーを動かしながらチームの1人ひとりがメンバーシップをもって目標に向かってゆけるよう導くリーダーシップのスタイルです。

このようなリーダーシップを能率するために、さまざまな人々と協調しながら、または働きかけを行いながら理解を得たり、複雑な人間関係の中でチームメンバーの感情なども理解し、調整ができるように、心の知能指数（EQ：Emotional Intelligence Quotient）を養うことが求められます。

CNLは大学院での修士課程において変革理論やリーダーシップ論などを学び、複雑な人間関係や組織の関係を存在する環境の中で、変革（Change）をもたらせるようにその方法論を理論的に学び実践ができるように訓練された看護師なのです。

●ケアの提供が行われる全ての場で実践を行う

CNLの実践の場は、急性期の病棟だけではなく、救急外来や保健所、特別養護老人施設のような長期療養施設など、ケアの提供が行われる全ての場において、ケアの質やケアプロセスを改善する役割を担うことができます。

米国では急性期病棟の病棟を「マイクロシステム（Micro System：例えば病棟など、ケアが提供される最小ユニットのこと）として捉え、臨床実践を行っているCNLが多いのですが、他にも救急外来を頻りに受診する患者層に関わり、患者に必要なケアを地域の中でコーディネートすることによって、救急外来の使用頻度を抑え、無駄な医療費を抑えることで、地域において患者にとって質の高い医療サービスを提供するシステムを

構築するなど、病棟と地域の医療サービスの架け橋となり活躍しているCNLもいます。

また、前述のように、米国では医療保険を持たない人や医療保険の種類により十分なケアを受けられない人たちが、かかりつけ医などのプライマリケアにアクセスすることができないために、修練拒否のできない救急外来を頻りに受診するケースが多いのです。多くの病棟では、提供した医療にかかったコストが回収できない状況が起り、病院の経済負担が増している現状があります。そうしたことから、さまざまな場でのコーディネーションやケアの質の管理、ケアを行うプロセスの改善、ケアのアウトカムのモニターなどをCNLが的確に行うことによって、質の高いケアを効率よく、安全に提供するとともに、ケアにかかるコストを抑えることも可能になります。

●CNLとCNS, NPとの役割の違い

CNLは看護部長のような病棟や人事の管理を行う役割ではありません。特定の病棟や対象を選ばないジェネラリストの臨床家と考えられています。しかしながら、CNSやNPと同様に、大学院でしっかりと「BSP」といわれる精神生理学（Pathophysiology）、薬理学（Pharmacology）、フィジカルアセスメント（Physical Assessment）を履修し、師範家としての基礎を必須で学んでおり、患者や対象の健康問題理解と病歴のアセスメント、治療などに関する的確な理解ができる能力を備えています。

例えば、米国イリノイ州におけるCNLと、CNSやNPとの違いは、「医療サービスを提供するプロバイダーとして診断と処方可能とする」と州法に定められたアドバンスプラクティスナース（Advanced Practice Nurse：以下、APN）のライセンスをCNLは持っていないことです。一方、CNSとNPは専門の領域で看護実践を行うように定められているため、APNのライセンスを持ち特定のクリニカルや専門領域の診療料が主な活動の場になります。

したがってCNLは、病院内で専門領域の臨床実践、スタッフの教育指導、臨床のガイドラインの作成・導入、研究、病歴全体を取り組み臨床表

現に関わるプロジェクトなどをリードします。それに対してCNLは、「ベッドサイドにいるジェネラリスト」と呼ばれています。それは、CNLは領域を越えずにどのマイクロシステムにおいてもケアの質の向上や患者アウトカムの改善、患者のケアのコーディネーションを行うからです。また、APNであるCNSやNPは対象（成人、老年、女性、小児など）の特徴と相違というアングルから看護を実践しますが、CNLはケアの行われている環境や、そこで働く人、業務、ケアの質、安全、リスクの査定と予測によるエラーの防止、医療サービスやケアのコーディネーションといったシステムとプロセスというアングルから看護を実践すると言ってもよいでしょう。

●「マイクロシステム分析」とエビデンスに基づき課題を解決する

CNLは担当するマイクロシステムにおいて入院患者のケアの傾向とアウトカムに対する責任を持ち、よいアウトカムが維持できるように病歴スタップをリードします。

例えば、ある病棟で転倒が頻発に発生しているとしましょ。CNLはその状況を「マイクロシステム分析」（Micro System Analysis）という方法を用いて分析します。病棟の目的と特徴、その病棟に入院している患者層の特徴、病棟で働いている全てのスタッフに関する背景（総年数、公正さ、グループダイナミクス）などから、病棟の日常にどのような特徴やバリエーションがあるかを分析します。

そして、その環境の中で、どのように転倒防止のプロセスが実践されていたか、また転倒という現象に一定のパターンが見られるかなどを詳細に調べてゆくことで、転倒の根本的な原因をデータ収集して分析します。

CNLが「マイクロシステム分析」を用いる理由は、「転倒」という1つの現象でも全ての病棟で同じような原因によって起きているのではなく、病歴や病歴特有の問題や患者の性別、年齢層によるリスク、薬による副作用、病歴スタップのナースコールへの対応の方法、転倒予防のためのポリシーと実践のスタッフの実践に差があるな

特集
クリニカル
ナースリーダー
ケアプロセスの質を
向上させる役割

入院患者の背景、状況、問題を理解し、シフト勤務に入ってくるスタッフに必要な患者のストーリーを提供するのです。

こうした「マイログシステム分析」によって得た結果と、転倒予防に示されているエビデンスに基づいて、解決策を提案し、ユニットに傾いているスタッフの支持と協力を得ながら問題解決を図ってゆきます。

転倒は防止できるもので、看護の質を示す指標の1つです。転倒の発生を病棟レベル(マイクロスシステムレベル)で防ぐことができれば、その成果は病院全体の看護の質の向上に貢献します。マイクロスシステムレベルでのインパクトを生み出すということになるわけです。CNLは病棟(マイクロスシステム)と病棟(マクロシステム)の関係をよく理解しており、病院というマクロシステムのケアの質を向上させるために、病棟というマイクロスシステムのレベルでためまぬケアの質の向上への取り組みをリードするのです。CNLが質の向上に向けての取り組みをする場合、IOMが提案した質の向上に関する6つの指針(Six Aims)を考慮します。それらは、医療は安全で、効果的で、効率がよく無駄がなく、迅速であり、患者中心で、公平であるということです⁴⁾。

●CNLは「入院患者のストーリーキーパー」
現在、臨床で働く看護師たちは、12時間シフト勤務や、病棟を特定せずに必要に応じて配置されるフロートスタッフ、パートタイムスタッフなど多様な勤務形態で勤務しており、1人のスタッフが平日に連続して勤務することが少なくなくなっています。したがって、看護師やスタッフたちは、病棟の入院患者の状況を深く理解することが難しくなっています。また、急性期の病院では患者の平均在院日数が減少し続ける中で、連日まぐるしく患者の入院院があることで、スタッフと患者とのラポートが形成しづらい環境も生まれてきています。

そのような環境の中で、CNLを病棟の中に導入している病院では、CNLの役割を「入院患者のストーリーキーパー」だと表現しています。つまり、平日に連続して病棟に勤務するCNLは、

●米国の認定機関との連携
CNLはAACNにより登録された名称であり、規定の教育を受け、認定試験に合格した者だけに名称の活用が許されるものです。役割開発の背景には多くの看護研究者、看護教育者、看護管理者、また臨床家との協働と、長年にわたる継続的な努

表2 CNLの実践の基礎となる要素⁹⁾

- 患者中心(個人、家族、または特定の対象グループなど)のケアとその提供を行うために、ケアのデザイン、調整、評価を行い、それを達成するためにクリニカルリソースを総動員する
- ケアのアウトカムを明らかにするための情報を集めたり、調整する活動に携わる
- ケアの行われている場所において最も望ましいアウトカムを達成できるように、データとエビデンスを統合し評価することにより、臨床実践の改善に努め、その責任を負う
- 個人または対象となる患者グループに関するリスクを予測する
- ケアチームが質の高いケアを一貫したアプローチで提供できるように働きかけ実施する
- エビデンスに基づく臨床実践を奨励し、その導入方法を計画し、実施する
- 多職種医療従事者のチームと協働しながらチームを導くリーダーシップを発揮するとともに、チームのマネジメントを行う
- 医療サービスとケアのアウトカムを改善できるように、テクノロジーと情報システムを用いて情報マネジメントを行う
- 人財、環境、物質資源を有効に使用し、無駄を省く
- 患者、地域、そして医療専門職者のチームの代弁者としての役割を果たす

American Association of Colleges of Nursing: Competencies and curricular expectations for Clinical Nurse Leader education and practice. 2013の内容を基盤が日本臨床

力があつたことを忘れてはなりません。高度看護実践のレベルとCNLに期待される役割の理解、実践に必要な技術と能力は、修士課程以上の大学の課程において学ぶことにより習得が可能なることです。類似する役割や名称を安易に導入することとはCNLの役割や能力に関する誤解を生む危険性があり、懸念するものです。

新しい看護の役割を導入するに当たっては、さまざまな努力がなされなければなりません。最も大切なことは役割に期待される技術、知識、能力を担保するために時間をかけてでも基礎となる大学院での教育システムを構築する必要があります。そのためにも認定を受けた教員の養成と、大学と臨床の協力によるプログラム開発、またCNLという役割の開発を行ったAACNと、認定

表3 大学院修士課程におけるCNL教育プログラムの構成(一例)

- リーダーシップ理論
- 組織論
- 変革のための理論
- 財政経済学
- 疫学
- 統計学
- 情報学
- 看護理論
- 倫理
- 研究・エビデンスに基づく看護実践(EBP)
- 3P(探問生理学、薬理学、アドバンスレベルフィジカルアセスメント)
- クリニカルナースリソースリナーダー特化コース(I, II, III)
- 臨床実習400時間以上(そのうちCNLに関する実習は300~400時間以上)

組織であるCommission on Nurse Certification(CNC)との連携とコミュニケーションを確保しながら、準備を進めていくことが必要です。

●臨床と教育機関の協力が急務

CNLのような高度実践看護の役割を日本においてさらに発展させるためには、臨床と大学の協力が求められています。また臨床看護師の高等教育へのアクセスをさらに充実させなければならぬでしょう。多くの臨床看護師が、進学のための勤務調整が難しい環境で働いています。夜勤専門や週末勤務、日勤のみの勤務形態など、個人のライフスタイルや進学などのキャリアアップの準備のためにフレキシブル勤務が可能になるような方策をとることも大切です。

また、大学や大学院に戻って学ぶことを職場で奨励されなかったり、進学に伴い退職をせらるるケースもまだまだ珍しくありません。せっかく退職して大学や大学院に進学しても、臨床側が中途採用や大学院卒の看護師の採用を躊躇するたために、再就職の道が開きにくくなり、意欲や能力、リーダーシップを持つ看護師たちのキャリア開発への道が十分にひらかれていないという実情も否定できません。大学院で学ぶ看護師たちは「臨床に足りなくともポジティブな努力をして学ん

京都大学医学部附属病棟看護部
看護部長
和田山智子

【コラム】米国のCNL 活動指針記・1】 CNL 研修から考察する 日本の中間管理者の役割

2014年3月、2週間にわたってアメリカ・イリノイ州にある聖アンソニー・メディカルセンターで研修を受けた。研修では、多くの看護部長、クリニカル Nurse スペシャリスト (以下、CNS)、ナーシング プラクティショナー (以下、NP) たちのシャドウイングや彼らとのディスカッションを通して、それぞれの役割の専門性の強みを持ちながら互いにコラボレーションし、看護・医療の安全と質の向上に貢献する姿勢を学ぶことができた。

●聖ジョセフ病棟における CNL 研修

研修中、2泊3日でミネソタ州のトリニティヘルスシステム (聖アンソニーとは別の医療法人) の聖ジョセフ病棟で、クリニカル ナースリーダー (以下、CNL) の業務に関する研修を受けた。研修初日は、同行してくださった聖アンソニー・メディカルセンターの副看護部長、看護部長、CNL や、竹原カマツマサ先生と共に、聖ジョセフ病棟の副看護部長から CNL の導入に至るまでの経過やその取組方法の説明、また現在の CNL の活躍などの紹介を受けた。その後、各部署の CNL のシャドウイングを行ったり、彼らとのディスカッションを通して、その病棟での役割や業務に期待を受けた。

CNL は、CNS とは異なり特定の分野の質向上にだけ関与している。CNL たちは、患者ケアが常にベストな状態で提供されているかを観察しながら、臨床現場に取り巻く問題点を解決するために、さまざまな戦略をつなぐコーディネーターとして動き、患者ケアへのサポートを受けられるよう調整していた。

●リーダーの役割と知識を統合させた後継モデル

「私たちは、スバイダー」」。研修中に聞いたある CNL の言葉が大変印象に残っている。この言葉を聞いて、CNL はさまざまな問題にアンテナを張り巡らせて、それぞれを独立した解決するのではなく、蜘蛛の巣を張り、全体として取り組んでいるのだと察えていた。

臨床で問題を、1 つの看護ケアに留まらずに、感染管理、リスクマネジメントなど関連するユニット (複数) 単位での問題を合わせて明確化し、エビデンスを用いながら解決プランを立案していく。それらを常にモニタリングし、評価し、再改善するなど PDCA サイクルをしっかりと回し、患者・家族だけでなくスタッフケアへも還元していた。彼らは、臨床家としても大変優れたアセスメント能力を持ち、スタッフナーズのモデルとなっていた。

CNL たちは、大学院修士課程において、「臨床単位のリリーダーシップ」[ケアによる患者の状態をシス

して職能の発展への阻害要因を取り除き、看護師を取り巻く労働と教育環境を改善してゆく必要がある。看護師 1 人ひとりの創造性を活かして看護の新たな役割の開発・導入、そして支援を継続して行う組織は、看護師たちの成長を促し、かつ患者のアウトカムも向上させることから、まさに看護師と患者に選ばれ続ける病院・組織となっている。名実ともにそれを実現させるためには、まさに CNL のように変革をもたらすリーダーシップと変革の理論を駆使して、問題の解決にチャレンジすることが、看護のリーダーである看護管理者に求められています。

引用・参考文献

- 1) Sakamoto, S.: Reconsidering the Identity of nurses, predicting the future. The Journal of the Japan Academy of Nursing Administration and Policies. 16(2), 98-100/4, 2012.
- 2) Harris, J.L., Roussel, L., and Thomas, P.L.: Initiating and Sustaining the Clinical Nurse Leader role in a practical guide, 2nd Ed. Jones & Bartlett Learning, Burlington, MA, 2014.
- 3) Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC, National Academy Press, 2000.
- 4) 米岡医師の乳癌日本医学会研究部/医学ジャーナリスト協会 訳: 人は誰でも間違える—がん安全医療システムを構築して、日本を強く。2000.
- 5) Institute of Medicine: Crossing The Quality Chasm. Washington, DC, National Academy Press, 2001.
- 6) 米国医師の乳癌日本医学会研究部/医学ジャーナリスト協会 訳: 医療の質—各論を越えて 21 世紀システムへ。日本評論社, 2002.
- 7) Institute of Medicine: Health professions education: A bridge to quality. Washington, DC, The National Academies Press, 2003.
- 8) American Association of Colleges of Nursing: White paper on the education and role of the Clinical Nurse Leader, 2007. <http://www.aacn.nche.edu/publications/white-papers/cnl> (last accessed 2015/10/26)
- 9) American Association of Colleges of Nursing: Competencies and curricular expectations for Clinical Nurse Leader education and practice, 2013. <http://www.aacn.nche.edu/cnl/CNL-Competencies-October-2013.pdf> (last accessed 2015/10/26)
- 10) American Association of Colleges of Nursing: The Essentials of Master's Education in Nursing, 2011. <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/MasterEssentials11.pdf> (last accessed 2015/10/26)

Asako Takakuma Katsumata
OSF Saint Anthony Medical Center
5666 E. State Street, Rockford, Illinois, USA 61108
Gordana Dermody
Washington State University, College of Nursing
100 E Spokane Falls Blvd, Spokane, Washington, USA 99202

だのにそれを十分に生かせる環境がない」と悩む。臨床の看護管理者からは「大学院出身の看護師をどのように臨床で活かしたらよいか分からないうい」「他のスタッフとどどのように調整したらよいか分からないうい」の採用を躊躇する」という声を聞きます。

こうした状況の背景には、臨床と教育に携わるリーダーたちの十分な対話がなく、問題の解決を図ろうとする活発な臨床と教育・学術のパートナーシップやコラボレーションが行われていない現状があるのではないだろうか。専門の知識や技術、また教育を修得した看護師たちがその知識、技術、能力、教育レベルに応じて有効に活用してゆくことが、医療組織における「看護力」を高める鍵となるであろう。その実現のためには組織のビジョン、看護管理者のビジョンとリーダーシップがとて重要である。

●柔軟性のある教育プログラムの構築

教育研究機関においては臨床で働く看護師たちのニーズに合った柔軟性のあるプログラムを開発する必要がある。臨床で働く看護師たちが継続して教育を受けることで、知識と技術に裏打ちされた自信と専門性を高めることが可能になり得る。それを基にしてキャリア開発を進めてゆくことができるように、臨床の現場をサポートしなげればなりません。テクノロジーを取り入れた教育方法によって、専門学校や短期大学で看護を学んだ看護師たちが働きながらでも大学で学士号を修得したり、さらに大学院での教育を受けることができる選択肢を身えることが、結果的には職能の将来的な発展に寄与することになるであろう。

●1人ひとりのキャリアを支える組織が、患者ケアの向上を促す

洋の東西を問わず、看護師たちは自ららが望むキャリア開発が可能な環境を求めています。看護師の成長を促すような環境を提供しなければ、看護師の自信や専門性としての確かな知識と技術の修得を実現することは難しいのです。看護師が自信を持って臨床の現場で職務遂行に生き生きと働くためには、臨床、教育、そして研究の場が連携

テムとして捉え、評価していく技能「専門家庭医のコーディネーター的役割」[監査できるスキル]などを体系的に知識を得ていた。リーダーの資質と知識を統合させることで、病棟での患者ケアの質向上の責任を担うことができるのを感じた。

また、彼らは、その役割が勤務時間内に遂行できるように人員配置されており、臨床をマネジメントする上で重要な視点だと感じた。

●CNLの実践から考える日本の副看護師長の役割と必要な学習機会

研修受講前に得た情報から、CNL の実践は日本の副看護師長の役割に似ているのではないかと考えていた。そして研修を終了して、病棟で副看護師長の役割として求められているのは、まさにこの CNL の役割と実践であるとあらためて感じた。

しかし、現状、日本ではそれらの役割を担うための明確な教育プログラムはない。当院の副看護師長たちはすでにそれらの役割を備えているが、個々の自主的な努力による研修参加などによって得られた知識にとどまっておき、体系的な学習には至っていない。そのため、十分な計画・評価に結びつけないとできない局面が見られる。

また、副看護師長が CNL の実践を全般的に遂行しようとしても、時間内に完結できる人員配置とは異なる現状がある。スタッフの教育計画や業務改善、リスクマネジメントなどの課題を見つけても、時間外の業務となり廃棄されている実情がある。若年層のスタッフが多い中で、最先端の医療提供の役割を担う大学院において、副看護師長の役割は重要であり、この CNL の教育課程が必要不可欠であると考えらる。

●各専門分野の看護職間の協働の大切さ

日本の臨床現場では、専門看護師、認定看護師や看護管理者など、多くの役割が混在している。アメリカでも同様で、それぞれの分野は分かれてはいる一方で、日本と似たような部分も多く、時にその役割の混乱が生じることもあるとのことだった。しかし 2 つの病棟での研修を通じて、それぞれの役割が、各病棟内での役割、病院内での役割を明確にした上で、よいコミュニケーションをもってコラボレートすれば、質の高い医療が提供できることを実感でき、大きな収穫となった。

研修においては、多くの方々の支援によって、多くの学びを得ることができた。特に、聖アンソニー・メディカルセンターでの研修アレンジなど、竹原先生には多大なご支援をいただいた。心より感謝を申し上げます。

特撰
クリニカル
ナーズリーダー
ケアプロセスの質を
保証する新たな役割

クリニカルナースリーダーとして病棟の完全母乳率を改善した経験から

角田氏は米国で看護師免許を取得した後、臨床経験を積んで、大学院修士プログラムを修了してクリニカルナースリーダー（CNL¹）の認証を取得した。現在は、大学でCNLの育成に携わっている。本稿では、角田氏がCNLを目指した理由と大学院での学びに加えて、最初は苦勞しながらもスタッフとの協働の中で成功させた産後病棟でのCNL実習の実際を紹介する。

聖アンソニー看護大学 講師/型アンソニー・メヂカルセンター
クリニカルナースリーダー
角田みなみ

米国における医療を取り巻く環境変化

私は米国・テキサス州でRegistered Nurse (RN: 正看護師) 免許を取得しました。そのとき、患者さんやご家族の身体的・精神的な要求を満たす質の高いケアを提供できるナースになりたいと強く思いました。しかしながら、実際に病棟でスタッフナースとして働き始めると、自分が理想とする看護実践を行うにあたってたくさん障壁があることに気づきました。

米国では、Pay for Service という医療サービスを提供した数によって医療費が定まる方法から、Pay for Performance (通称 P4P: 質に応じた医療費支払い) 制度¹⁾ に変更されたから、医療の質とそれに伴う成果 (アウトカム) が医療費を大きく左右するようになりました。こうした環境変化に伴い、各医療機関はエビデンスに基づいた実践を積極的に取り入れ、さらにさまざまな指標を使い、常にアウトカムを観察し、質の向上に努めています。そのため、医療現場

場は早いペースで常に変化しており、スタッフナースの必須業務も年々増えています。また医療の進歩とともに重症で複雑な入院患者さんが増えたため、医療を細分化して高度なケアを提供できるようにしています。それにより1人の患者さんに多くの医療者が関わるようになりました¹⁾。

看護現場も変化に直面する

このような背景の中でスタッフナースは、必須業務の遂行に時間を取られ、患者さんそれぞれニーズに合わせてケアを提供する時間が限られるようになり、また、医療が細分化され、たくさんの医療者が関わることで医療者間のコミュニケーションも複雑になり、ケアが細分化し、一貫性が失われて、医療ミスや患者さんの満足度の低下を引き起こす可能性が高まりました²⁾。

私が以前、勤務していた病棟では、Charge Nurse (主任ナース) が患者さんのケアを確認して記録し、スタッフナースのケアのコーディネーションを取っていたのですが、個人の能力に大き

注1) 米国出身の医療機関や医師に対する医療費の支払いに反映させるシステム。質の高い診療を行った場合には保険会社や医療会社が、医師や病院に対して高い診療報酬を支払うが、ナースを含まない。医療の質を高めようとする経済的動機に基づいた方法である。
注2) 参考文献: 角田 眞由美: 医療における「質」の評価: 実践。今日の臨床と明日の看護 (第17回)。メヂカル・48(9)。2011。https://www.igaku-shoin.co.jp/mise/medicina/shohou4809/

な差があり、主任ナース本来の役割であるベビーコントロール、スタッフの監督、アサインメント(どのナースがどの患者さんを担当するか)の割り当て)の管理などと並行して行うには限界がありました。

そうした現場でスタッフナースとして働く中で、安全面の危険を感じたり、患者さんやご家族の不満や失望を間近に見る機会がたくさんありました。また、残業が禁じられているため、シフト内で業務を終らせるには日々の必須業務を優先させなくてはならず、患者さんが別のケアを必要としていることが分かっていても、そこに時間をあまり割けないジレンマを感じていました。その一方で、このような問題を目の当たりにして自分

CNLを目指す

ちょうどその頃、クリニカルナースリーダー (Clinical Nurse Leader: 以下、CNL) を育成する修士プログラムの存在を知り、「私が求めていた役割はこれだ!」と強く感じて入学を決意しました。スタッフナースとしてずっと求め続けていたリーダー

に大きな理由となったのです。CNLのプログラムは修士課程で、入学には看護の学士号が必要で、基礎課程はNurse Practitioner (NP) などと同じで3Pと呼ばれるPharmacology (薬理学)、Pathophysiology (病態生理学)、Advanced Physical Assessment (症候診察も含む) フিজカルアセスメント) をはじめ、看護理論、研究、看護情報学、統計学、疫学、財政経済学、リーダーシップ論などについて、他の修士課程の学生とともに幅広く学びます。

大学院は80%以上の成績を取らないと単位が取れず、また2クラス分の単位を落とすと退学という厳しいシステムでした。そして、クラスごとに明確で厳しい学習目標と評価基準が設定されていました。その分、大変でしたが、単位を取得できたときの達成感もひとしおでした。骨力、プレゼンテーション能力、グループで働く力、応用力を磨かれました。

CNLのクラスではトランスファブローメーション

ルリーダーシップ (変革的をもたらすリーダーシップ)、変革理論、コミュニケーションスキル、多職種の連携、エビデンスに基づいた実践の導入スキル、システム論などを深く学びました。

さまざまな状況に対して、このよりの知識をどのように駆使して明確で測定可能な目標を達成すべきなのかを考える機会がたくさん与えられました。また、患者さんのニーズに応じた質の高いケアを提供できる環境を保持するための問題や状況のアセスメント方法、変革に必要なチームをつくる方法、積極的にコミュニケーションを取りながら成果の分析を行い改善を繰り返す方法、チームメンバーそれぞれ能力を高めていながらリードしていく方法を学びました。

産科病棟での病院実習の実際

510時間の総合実習時間のうち450時間がCNL専門の実習時間でした。大学のパートナーである326床の総合病院が実習先でした。実習を始めるにあたって、初めにChief Nursing Officer (CNO: 看護部長) と副看護部長とプロジェクト内容について協議しました。その際に看護部長と副看護部長から「CNLがうちの病棟で役に立つとは思えない」とはつきり言われてしまいました。そして、「病棟の一番の課題である完全母乳率を向上させて、臨床においてCNLがどう有効であるかを示してほしい」と言われました。

その後、産後病棟の看護部長とスタッフに会い、私のプロジェクトの話をしましたが、産科での勤務経験もなく、臨床での認知度が低いCNLを専攻する私の病棟実習に対して、反応は後向きでした。

このように、私のプロジェクトは病院側のサポートが全くない非常に厳しい状況でのスタートとなりました。専門知識もなく、病棟や病棟について何もそこで働く人たちについても全く知らない私は、当初顔を覚えたことを思い返していますが、今まで大学院で習ったことを思い返してみるとここにはたくさんさんの武器となる知識とスキルがあることに気づきました。

特集
クリニカル
ナースリーダー
ケアプロセスの質を
向上させる新たな役割

伴わなければ、どんなによいとされているケアを
提供しても意味がありません。CNLのように常
に実践現場でアウトカムをモニターし、その向上
に努め、そのアウトカムに対する責任を持つ人材
が必要になるでしょう。

このような役割をきちんと果たす人材を育てる
には、修士レベルの高い知識とスキルを教育する
カリキュラムの構築が、CNL導入の最初のス
テップとして必要になると考えます。また、新し
い役割を導入する際は必ずそれに対する抵抗が生
まれます。抵抗に打ち勝ち、CNLを日本の臨床で
有効に活用するには、臨床と大学が力を合わせて
きちんとした教育システムを構築し、導入する必
要があります。

医療の質が問われる中で、患者さんやご家族と
最も長い時間を共有する看護師は重要な役割を
担っています。患者さんやご家族の代弁者とし
て、患者さんのニーズに沿った、質の高い先を見
据えたケアを提供しコーディネートするCNLの
ような存在は、今後ますます重要になると思いま
す。米国でもまだ広く知れ渡っていないCNLの
役割を教員として広めることが私の今後の大きな
目標です。

特集
クリニカル
ナースリーダー
ケアプロフェッショナル
を導く新たな役割

法律、米国の政府職務、完全母乳率の全米データ、
授乳に関するエビデンスに基づいた実践 (EBP)、
病棟の戦略やポリシー、授乳に関するリソースな
どを教育の中に入れました。後は、患者さんの部
屋をラウンドして得た患者さんが知りたいと思っ
ていることやそれに対する答え、ラクテーション
コンサルタントが看護師に求めることなども入れ
ました。なぜ、完全母乳が大変なのか、それに対
して病院はどのようなアウトカムを出しているの
か、アウトカムを改善するには何をすべきか、理
解してもらうような内容を目標としていたのかを理
解してもらいました。

教育の前夜、完全母乳についての知識や理解
を測定する筆記形式によるテストを行いました。な
り、完全母乳への理解度もプラスになり、結果と
してスタッフが積極的に授乳のサポートをするよ
うになりました。それにより、一貫性のある質の
高い授乳指導とサポートにより多くの患者さんに
提供できるようになりました。プロジェクトの間
当初は、私から尋ねなければスタッフから情報
を得ることはできなかつたのですが、途中からは
スタッフが自発的に私のところに来て報告してく
れるようになりました。完全母乳の患者さんの数
をスタッフが収集するようになり、数が増加し
たことをよい成果として受け止め、喜ぶスタッ
プが増えました。

私とスタッフの信頼関係も向上し、私が病棟に
いることをプラスに受け止めてくれる人が徐々に
増えました。病棟で使用する携帯電話を私の分も
用意してくれた際には、スタッフの一人として認
めてくれた気がして大変嬉しかったです。

プロジェクトの結果として、完全母乳率が10%
程度上がりました。

アウトカムに対して責任が持てる 人材の育成を

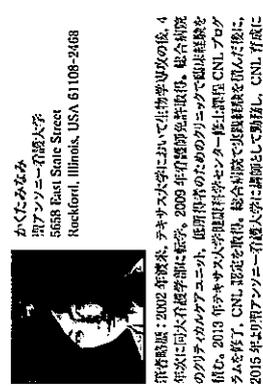
看護が直面する問題には米国と日本で大きくさ
の共通点があるように思います。今後は、どのよ
うなケアを提供しているかということより、提供
しているケアによってどのようなアウトカムが山
ているかが重要になってくると思います。結果が

Microsystem Analysis による病棟分析
最初の90分間は「Microsystem Analysis」(病
棟など最小単位の組織分析)の手法を用いて、病
棟を分解するように1つひとつ細かく観察し、
5PすなわちPurpose of unit(病棟の目的)、
Patients(患者)、Professionals(従事者)、Process
(病棟で行われる実践プロセス)、Pattern(アウト
カムを含む病棟の特色)と呼ばれる5つの要素か
ら明確に分けて、病棟を深く理解することに時
間を費やしました¹⁾。そのために、看護師のみな
らず、看護助手、事務、ラクテーションコンサル
タントなど、そこで働くさまざまな職種の人々の
ドメイン、患者さんの部屋をラウンドしてのヒ
アリング、病棟環境の観察、指標のデータ解析、授
乳指導者の資格取得、使っているポリシーやプロ
トコールの確認などを行いました。また分析をす
るにあたって、授乳に焦点を絞るのではなく全体
を理解するよう努めました。

産後病棟で働くスタッフとの信頼関係の構築
上述の病棟全体の理解と並行して、産後病棟で
働く人たちの信頼関係の構築に励みました。ス
タッフが必要とする人材を常に追求し、やれるこ
とは積極的に取り組みました。時間のかかる授乳
指導に加え、時間があれば自分のプロジェクトと
は特に関係がない電話受け、ナースコールの対応
なども進んで行いました。食事も常にスタッフと
一緒にとり会話をする機会をつくったり、日本の
お菓子を差し入れたり、簡易に歩み寄った
結果、少しずつ理解者が増え、当初は無関してい
たスタッフも興味を持ってもらえるようになりました。

Microsystem analysis の結果、 見えてきた改善のポイント

Microsystem Analysis をした結果、完全母乳率
の低下の原因となる要素がたくさんあることに気
づきました。私がその中で改善に取り組んだの
は、スタッフの母乳に対する知識不足とそれに伴
う母乳授乳(以下、授乳)に対する偏見や後ろ向
きな考えです。病院は最新のエビデンスに基づいた
授乳に対する確固とした戦略があったのですが、



かぐつなみ
田中 幸子
5658 East State Street
Rockford, Illinois, USA 61108-2468

所属科: 2002年産科、テキサス大学において生物医学の院、4
年次に同大看護学部に進学。2009年看護助産師取得、総合病院
のクリニカルケアユニット、産科病棟でのクリニカルケア
に従事。2013年テキサス大学健康科学センター修士課程CNLプロ
グラムを修了。CNL認定を取得。総合病院で実践経験を積み、
2015年4月田中幸子看護大学に講師として勤務し、CNL有償に
従事。

引用・参考文献
1) American Association of Colleges of Nursing: White Paper
on the Education and Role of the Clinical Nurse Leader, 2007.
http://www.aacn.nche.edu/publications/white-papers/
ClinicalNurseLeader.pdf (last accessed 2015/10/23)
2) Harris, J. L., Roussel, L., & Thomas, L. P.: Initiating and
sustaining the Clinical Nurse Leader role: A practical guide.
Sudbury, Jones and Barlett publishers, 2014.

1096 看護管理 Vol.25 No.12 2015 1097

大学と病院の パートナーシップによる 国際看護プロジェクト

わが国におけるCNLの育成と導入の実現に向けた取り組み

米国で2007年から正式に導入された新たな高度実践看護の役割であるクリニカルナースリーダー（CNL）を、わが国で導入するための具体的な活動が、日本赤十字九州国際看護大学および熊本赤十字病院で開始されている。本稿では数年におきたり米国との共同学習やCNL研修に取組んできた大学と病院の立場から、これまでの取り組みの振り返りや、具体的に動き出したCNL指導者育成研修の構想について述べる。

日本赤十字九州国際看護大学 学長

浦田喜久子

熊本赤十字病院看護部 看護部長

東 智子

2012年度から日本赤十字九州国際看護大学（以下、本学）と熊本赤十字病院（以下、当院）とはそれぞれ、「国際フォーラム」「特別講演」という形式で、聖アンソニー看護大学の教員らを自他者に招き、共同学習の場を持ってきた。その場において、本特集のテーマであるクリニカルナースリーダー（Clinical Nurse Leader；以下、CNL）という新たな高度実践看護の役割について知ることとなった。

その後、それぞれの施設の教員や看護管理者などが、米国で開催された研修に参加してCNLの活動を実際に観察した際には、臨床現場への導入の必要性を強く感じた。

そこで、本年から聖アンソニー看護大学と本学、当院が協働してCNL教育プログラム開発研究会を築き、CNLのわが国への導入を目指すプロジェクトをスタートした。本稿ではこれまでの活動の成果を振り返りながら、わが国におけるCNL

導入に向けた具体的な構想について述べる。

聖アンソニー看護大学との共同学習

看護大学の立場から（浦田）

◎国際フォーラムで紹介された新たな役割 CNL
本学は、国際看護大学として2012年から毎年国際フォーラムを開催している。

2014年および2015年の国際フォーラムにおいて講師として招待した、米国・イリノイ州にある聖アンソニー看護大学（当院）の竹熊カツマタ麻子氏から、CNLという米国における新たな高度実践看護の役割モデルについて紹介があった。

CNLは、米国看護大学協議会（American Association of Colleges of Nursing；以下、AACN）が2007年に導入した新しい高度実践看護の認定制度である¹⁾。CNLは、医療サービスや医療従事

表1 熊本赤十字病院の概要

病床数	490床
診療科	28科
看護職員数	653人
入職基準科	7科
平均在院日数	8.6日
看護研修率	99.3%
在宅復帰率	87.5%

（2015年8月現在）

者のコーディネートを行い、医療全体の質の向上を図ることを専門として臨床現場の問題解決とケアの質管理をリードする役割を果たす。

具体的には、看護師のリーダーシップを強化し、スタッフのモチベーションアップ、エビデンスに基づいた看護実践を行うことに加え、患者のアウトカムを評価し、臨床上の問題を早急に解決するための活動を行う。結果として、患者のアウトカムの向上および看護職員の職務満足度の向上や離職率の減少、医療事故の減少、医療コストの削減が図れるなどその効果が大いであることを、竹熊氏の講演から学んだ。

◎現場でCNLの活動を観察し、導入の必要性を大いに感じる

2014年7月、聖アンソニー看護大学で2週間のCNL研修が開催されることになった。本学は2014年から同大学と協定校となったこともあり、筆者（浦田）と本学教員1名が研修に参加した。また、同大学と交流を持ち、CNL育成に関心を持っていた熊本赤十字病院の看護管理者2名も参加した（詳しくは東氏の稿で後述）。

本研修は、講義と臨床実習で構成され、CNLの役割や成果が具体的に理解できるようにプログラムとされていた。実習では、複数のCNLが活動している病院でシャドウイングを行った。

筆者が関わった日本でのCNLについての講演を聞いた際には、看護単位における看護の質の管理は病棟管理者の役割として行っていることで、日本ではCNLの必要性はあまりないかと考えていた。しかし、実際にCNLの活動を観察し、CNLによって臨床の問題解決がスピーディーになされ、その効果の大きさがエビデンスで示されたことを通じ

て、CNL導入の必要性を大いに感じた。

病院の立場から（東）

当院では、2012年度から聖アンソニー看護大学の教員などによる特別講演を開催している。

2013年度は5月23、24日の2日間、看護管理、教養、リハビリテーション関連の看護を専門領域とする講師たちによる少人数対象のセミナーを実施し、そこで初めてCNLの役割について紹介された。

2014年度は5月21、22日の2日間、同大学からCNLを含む4名の講師を迎え、「看護管理」[CNLの活動の実際]「終末期のケア」をテーマにしたセミナーおよび講演会を開催した。

2015年度からは、日本側からも職員が米国を訪ねてさらに交流を深めていくこととなった。まず筆者（東）と看護師、医師2名の計4名が、同年7月28日～8月2日まで開催された同大学主催の研修「Global Nursing Initiative: Advancing Nursing Leadership through Global Collaboration」に参加した。

この研修では、マグネットホスピタルである聖アンソニー・メディカルセンターの看護のリーダーシップに関するプレゼンテーションや、CNLとして活動している看護師のプレゼンテーションがあったほか、病棟でのCNLの実際の活動についても説明を受けることができた。

2014年度も看護師長と看護部長の2名を同じ研修に派遣した。この年の研修期間は、7月21日～8月2日までと前年度より長く設定されていた。CNLに関連する研修内容が追加されていた。1週目に行われた研修「Clinical Nurse Leader Exam Review」は、日本の看護師が米国でCNLの資格を取得する布石となるものだったため、CNL取得の要件である看護系大学の修士号を持つ看護職員を派遣した。

このように2012年度から続いている同大学との交流は、米国での看護管理および実践の現状を知り、両国に共通する課題について意見交換する貴重な機会になるとともに、日本におけるCNL育成に向けての活動へと発展することとなった。

特集
クリニカル
ナースリーダー
ケアプロセスの質を
保証する新たな役割



写真1 24名の参加者は5日間にわたる intensive プログラムの研修に熱心に参加した

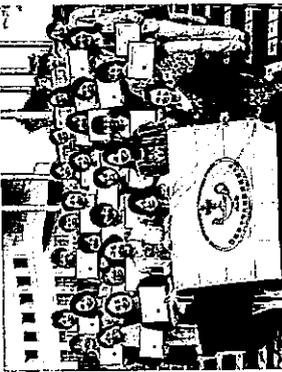


写真2 研修最終日に修了証授けられた研修参加者と講師陣

CNL 指導者育成研修会の開催

◎全国に参加を呼びかけ(浦田)

CNL は、臨床で医療チームをコーディネートし、現場の問題解決に向けて活動することから、臨床で働く人の中から CNL が誕生することが必要である。したがって、病院の看護管理者に理解を求め、病院で働く修士以上の資格を持つ看護師を対象に CNL 教育に携わる指導者を育成することとし、2015年6月16～20日に本学において「CNL 指導者育成研修会」を開催した。

全国に92の病院を有する日本赤十字社で開催している全国赤十字病院看護部看護部長会議の場を借りて、CNL の役割と CNL 育成の必要性を説明し、CNL 指導者育成研修会の開催を依頼し参加者を募った。

CNL は米国でも新しい認定制度であり、短期間の説明では十分な理解も難しく、また、受講資格は修士以上という制限もあったが、日本赤十字の病院から17名(うち熊本赤十字病院から8名)、本学の教員3名の参加があった。

また、CNL 導入に関心の高い筑波大学、京都大学医学部附属病院、九州大学へも参加を呼びかけたところ、4名の参加を得て、合計24名の参加になった(写真1,2)。

◎研修の実践(東)

CNL 指導者育成研修会の講師は、竹熊カツムタ麻子氏(現・聖アンソニー・メデカイカセン

ター)、ゴードイナ・ダーモディエー氏(ワシントン州立大学、前・聖アンソニー看護大学)、角田みなみ氏(聖アンソニー看護大学)、レベッカ・パセック氏(聖アンソニー看護大学臨床博士課程在学中)の4名で、竹熊氏、ダーモディエー氏、角田氏は CNL の資格を有している。

聖アンソニー看護大学は、日本の看護修士以上の看護師が、米国の CNL 認定試験を受験できる教育を行う許可を、Commission on Nurse Certification (CNC) から与えられている唯一の大学である^{1,2)}。今回の研修目的は、将来日本に CNL を導入するため、①CNL の役割と機能についての理解を深めると共に広く知ってもらうこと、②米国の CNL 資格を取得して日本国内で CNL を育成できる指導者を養成することであった。

◎熊本赤十字病院から8名が参加(東)

前述のように、本研修には全国から24名が参加し、うち赤十字施設関係者が20名、当院からは筆者も含めても名の看護師が参加した。

当院からの参加者は、全員が看護系大学の修士号を持ち、看護管理者、専門看護師、認定看護師、スタッフ看護師と職位はさまざまであった。8名もの参加が実現したのは、早くから看護師長会議で情報を提供していたこと、CNL 資格取得の要件を持っていない看護師個人へアプローチし動機づけを行ったこと、看護部長はもちろんのこと、それぞれが所属する看護師長に研修派遣への理解を求めて、快く承諾が得られたことによるもので

表2 2015年のCNL(クリニカル・ナース・リーダー)指導者育成研修会プログラム

日時	内容
14:00-15:00	アイスブレイキング 場入: 宿題を取りまく場下での要否の必要性 ・CNL 誕生の背景と必要性 講義: 変革理論 ・レダイン、カオス、複雑性理論など
15:10-16:30	グループ・ワーク ①ホリソン・ダグナル・リーダーシップとは ②CNL が活用する変革理論について ③コーチングとメンタリングの扱い
16:40-18:00	講義: CNL の役割 ①ジェネラリスト・教育者・変革者としての CNL ②マイクロスシステム、マクロシステムとは ③EBP の臨床実践への活用 事例紹介: レベッカ・パセック氏 「初めて日帰り手術を受けた患者の在宅看護支援への取り組み」 国際フォーラム「アメリカの看護に学ぶ」(日本赤十字九州国際看護大学主催)
9:00-12:00	グループ・ワーク ①私生活で直面している具体的な問題に対する即時点での対応 ②解決に必要な緊急なエビデンスの有無を文献検索 ③実践可能な解決策の有無、あれば計画立案
13:20-16:30	講義: マイクロシステム、アナリシス(分析ツール) ケース・スタディ ・転倒・転落予防への取り組み(ゴードイナ・ダーモディエー氏の取り組みを通して、CNL の役割・実践を理解する)
9:00-10:30	講義: 組織内での変革の実践 ケース・スタディ ・ホリソン・ダグナル・リーダーシップ、チームマネジメント、プロジェクトマネジメント ・エモーショナル・マネジメント CNL の実践事例紹介: 角田みなみ氏 「産後ケアユニットにおける完全母乳率向上への取り組み」
10:45-12:00	グループ・ワーク: マイクロシステム、アナリシス分析ツールを使用し、臨床問題に対する分析と計画立案
13:00-14:30	講義 ・組織内での CNL の役割とは(看護管理者、専門・認定看護師との協働) ・アウトカムの設定と測定 講義: 変革理論(ジョン・コッターの8ステップ)
14:45-18:00	グループ・ワーク: マイクロシステム分析ツールを使用して ・CNL を日本へ導入するには ・CNL 資格取得のための今後の活動(地域別グループの立ち上げと活動計画立案)
9:00-12:00	講義 ・組織内での CNL の役割とは(看護管理者、専門・認定看護師との協働) ・アウトカムの設定と測定 講義: 変革理論(ジョン・コッターの8ステップ)
13:00-18:00	グループ・ワーク: マイクロシステム分析ツールを使用して ・CNL 導入についての分析と計画立案
9:00-12:00	ディスカッション ・CNL を日本へ導入するには ・CNL 資格取得のための今後の活動(地域別グループの立ち上げと活動計画立案)

ある。

◎実際の研修内容(東)

研修期間は実践4日間と短期間であったが、講義、CNL 実践活動のプレゼンテーション、グルー

プワーク、グループワークの結果を踏まえたディスカッションと懇話会内容であった(表2)。

アイスブレイキングでは、参加者全員で本研修受給の動機や日頃抱えている問題意識を共有し、看護の質の向上のために改善や変革の必要性を感

特集
クリニカル
ナースリーダー

ケアプロセスの質を
担保する新たな役割

クリニカルナースリーダーの コンピテンシーを 日本の看護系大学院に おいて育成する取り組み

2013年度から筑波大学および附属病院総合臨床教育センターによる、「次世代の地域医療を担うリーダー」養成プログラムが文部科学省GPに採択されている。大学院看護科学専攻（博士課程）も参画し、地域医療においてリーダーシップを取れる「地域基盤型高度実践看護師」の育成を行っており、そのコンピテンシーとして領域・チーム横断的な役割をとる米国のクリニカルナースリーダー（CNL^{*)}に注目している。本稿では、「地域基盤型高度実践看護師」育成という観点からCNLの役割について考察するとともに、後半では同GPにおいて教員が参加した日本でのCNL研修について紹介する。

筑波大学医学部看護学 教授
人間総合科学研究所 看護科学専攻
水野道代
筑波大学看護学専攻 准教授
古谷佳由理

は、高度実践看護師が医療現場において活躍し、その成果を分かりやすく具体的な形で証明する必要がある。米国は、医師および看護の質をさまざまな側面からエビデンスの高い方法で評価することについて豊富な実績を持っている。中でも、コストパフォーマンスを明確にするための取り組みが日常的になされている。

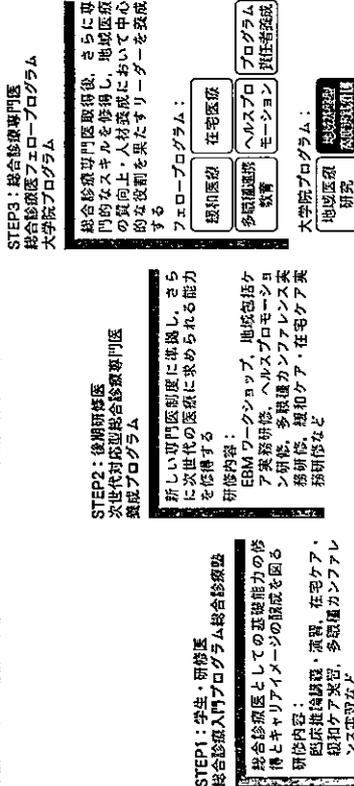
日本の高度実践看護と 大学院教育の現状

高度に医療が発達しグローバル化が進む現在、グローバルスタンダードに対応した看護実践教育の充実が求められている。世界的に高度実践看護師の教育は大学院において行われており、当大学院でも専門看護師（Certified Nurse Specialist: 以下、CNS）や助産師の教育課程を組み入れたカリキュラムを博士前期課程において提供している。日本の看護系大学院における高度実践看護師の養成は、看護職のキャリア・デベロップメントの道程として、重要な役割を担っている。看護実践がグローバル化を水準で発展するために

例えば、近年臨床での活躍が目覚ましいクリニカルナースリーダー（Clinical Nurse Leader: 以下、CNL）は、ケアが提供される過程とその形態について、エビデンスに基づいた情報を活かすことによって、ケアの成果に対して責任を持つことを使命としており、CNLの活動そのものが、看護実践の成果を具体的な形に提供することによって成り立っている。日本においても、CNLが持つようなコンピテンシーを育成するカリキュラムを高度実践看護師教育に取り入れることができれば、医療における看護の貢献を実質的な形で示すことがより現実的なものになると考えられる。

④ 次世代の地域医療を担うリーダーの養成プログラムの概要

本専攻では、最終的なゴールである「次世代の地域医療を担うリーダー」に到達するために、学習者のレベルに合わせて、下図のように3段階の研修プログラムとキャリア変遷を体系的に提供します。



なお、本稿で用いる「高度実践看護師」は、日本看護系大学協議会で認定する「高度実践看護師教育課程」(2015年2月16日より)において養成される「高度実践看護師」と必ずしも同義で用いていない。

文部科学省「未来医療研究人材 養成拠点形成事業」

④ 地域医療を担うリーダー養成プログラム
急速な高齢化により社会構造が変化し、人々が求める医療は、病院から地域へとその主体を移行させつつある。地域医療を充実させるためには、医療機関を持つ大学が、地域医療機関や自治体などと連携して、地域と一体となって人材養成システムを構築することが必要である。筑波大学（以下、本学）および附属病院は、2013年度に文部科学省「未来医療研究人材養成拠点形成事業（未来GP）」に採択され（取組名：次世代の地域医療を担うリーダーの養成、事業責任者：筑波大学教授・前野哲博）、次世代の地域医療を担うリーダーを養成する教育プログラム（以下、本GP）を展開している（図）。

④ 高度実践看護師教育コースがプログラムの1つに
本GPは、地域住民の抱えるさまざまな健康問題に幅広く対応できる総合診療医の育成を主軸に組み立てられており、最良の医療という観点から患者と家族の健康を支援する上で欠かせない高度実践看護師教育も博士後期課程に「地域基盤型高度実践看護師養成プログラム」(以下、本プログラム)として組み込まれており、最良の医療を届ける上でリーダーシップを発揮し、地域医療に有益な変化をもたらすケアプログラムを自らデザインし実践できる「地域基盤型高度実践看護師」を育成するコースを開講している（表）。

本GPの特徴は、専門性の高い臨床能力および研究能力に加え、地域医療のリーダーとして活躍するために次が大切です。地域医療のリーダーシップ、コミュニケーション力、そして人材育成力などの能力をバランスよく体系的に養成しようとしている点にある。

本GPを充実させるために、看護ではCNLの理念と実践手法に注目した。その理由は、CNLは今日の変化する医療環境に対応し、さまざまな医療の場において、医療の主導者として積極的にケアを提供できるように教育を受けているからである。米国では修士課程で教育を提供しているが、日本それぞれ別の医療・看護教育システムおよび風

特長
クリニカル
ナースリーダー
ケアプロセスの質を
向上させる新たな役割

◎ 地域基盤型高度実践看護師養成プログラムの概要

- コーディネーター：が選定
 - 開校期間：3年間
- 【コースの概要】
- 変化に富み、複雑化した現代社会において、よりよい医療を提供するには、臨床技能のみでなく、コーチングやマネジメント能力を履修し、地域医療の現場でリーダーシップを発揮する能力が求められることが必要である。特に看護においては、ケア（Care）とキュア（Cure）を融合させるが、医療機関、外来、クリニック、在宅をつなげる即応能力や、疾病の予防および治療、病状管理の全般を把握しながら医療を提供するための包括的実践力が求められる。
- 本コースは、専門看護師（Certified Nurse Specialist）の技能を身につけた高度な実践能力を持つ看護師に、地域基盤型の看護実践に焦点を当てた博士課程取得を提供するものである。高度な看護実践能力を強化するために、学習目標は、本学の学際的分野の教育思想と密接に連携した組み立てとなっている。これにより、多角的に物事を検証・研究・応用する能力と、高度な判断力をもってさまざまな事象を結び付けケアをデザインする能力を持つ高度実践看護師の養成を目指す。
- 本コースでは、サブスペシャリティとして以下の1つ：①高齢ケア、②パルパトリション、③地域精神医療（高齢者・認知症病など）、④家庭・在宅ケアにおける高い看護の専門性と実践能力とリーダーシップ能力を持つ高度実践看護師の養成を目指す。
- 【学習科目と時間数】
- 応用看護学論（45時間）
 - 看護科学（45時間）
 - 研究倫理（45時間）
 - チーム医療実践論（2日間）
 - 臨床教育実践指導法（2日間）
 - 高度実践看護学特修（2日間）
 - 高度実践看護学演習（2日間）
 - 看護科学研究（在籍全期間）

士を踏まえたと上で、わが国において育成するたの新たなカリキュラムの枠組みを検討することは可能だと考えた。

◎地域基盤型高度実践看護師としてのCNLの可能性

本GPで期待されている高度実践看護師教育では、総合診療医をはじめとする多職種と連携を取りながら医療の成果をあげるコンピテンシー「集団組織の中でリーダーシップをこられるコンピテンシー」「組織を踏まえて医療の質の改善と安全に取組むコンピテンシー」を育成できることが必要であった。しかし、このようなコンピテンシーを達成する

ための教育プログラムを構築する中で、既存のCNS教育におけるカリキュラムで充足させることは難しく感じられた。これまでの日本における高度実践看護教育は、がんや精神、慢性疾患といった専門領域に特化した役割・機能を強化してきたことで、看護実践を進展させることに注力してきた。一方CNLは、領域横断的にケアの主導的役割を担う。このようにCNLの役割・機能は、地域基盤型高度実践看護師に欠かせないものであると考えた。

大学院博士後期課程におけるCNL教育の機能

誤解のないように述べておくと、当大学院は、本プログラムにおいてCNL教育を提供し、CNLを養成しようとしているわけではない。本プログラムでは、既にCNSの資格を有する看護師のみでなく、認定資格はなくとも高い実践能力を持つ看護師が実践の場においてリーダーとして役割を果たすために必要な能力を養う。

加えて米国での研修を通じてCNLのコンピテンシーを身につけた教員の木コースへの配置を試みると共に、コースで学ぶ学生にインテンシブコースとして、2014年に本学研究所が学術協定を結んだ米国の聖アンソニー看護大学（Saint Anthony College of Nursing; SACN）が提供するCNL研修に参加する機会を提供している。

このコースで学ぶ学生の学位論文は、高度な実践モデルをエビデンスに基づいて検証できる、あるいは質の高い地域包括ケアを構築するために有益なエビデンスとなる研究成果を提供できる内容であることが重視される。CNLのコンピテンシーについて学習した学生には、ケアが提供される過程とその形態について、エビデンスに基づいた情報を活かすことにより、ケアの成果に對して責任を持つ方法について実例を交えて知り、理解し、考えることが期待される。このような学習は、彼女たちが質の高いケアの成果を達成する目的と方法を考えながら、学位論文に取り組み過程で、大いに役立つものと考えられる。

CNLに期待されるコンピテンシーには、看護

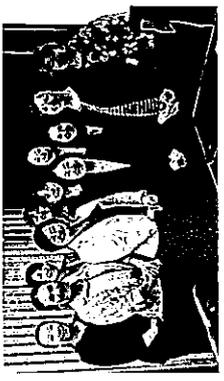


写真1 看護大学、熊本県立大学、日本赤十字大学、聖アンソニー看護大学から訪れた、第1回日本人CNL研修に参加した

の学識を、他との連携を取りながら臨床実践にエビデンスをもって適用できることも含まれる。医療政策の一環を担うに足るケアを、看護が提供できるようになるためには、質の高いケアの成果を科学的に実証し、それを臨床で使える形で提供できることが必要である。今後、高度実践看護師あるいは管理者としての活躍が期待される博士後期課程の学生が、CNLのコンピテンシーを学ぶことは、看護が科学的に医療に貢献する際の明確な道筋を知る機会になると考えている。

米国でのCNL研修に参加

日本ではまだなじみのないCNLだが、米国においてもその歴史は深い。しかしここ数年、その活動が注目されてきている。その背景となるのが、日本よりも格段にシビアである医療に対する評価である。米国も高齢化、看護師不足、将来的にヘルスケアサービスをよくするために患者・家族のニーズを明らかにする必要があるという多くのエビデンスが存在する。

しかし、たくさん職能がチームを組むため、各専門用語の通訳が必要となる。共通言語を話していないがためにコミュニケーションがうまく回れず、よいアウトカムにコミュニケーションがうまく回れず、よいアウトカムにたどり着かない。CNLは、ジェネラリストでありながらも多職種チームの中でリーダーシップを取り、ユニットで起きていることを把握し、グラウンドアップアプローチをし、ユニットレベルでの変革を起こすことを期待される新たな役割である。CNLコースでは、そのために

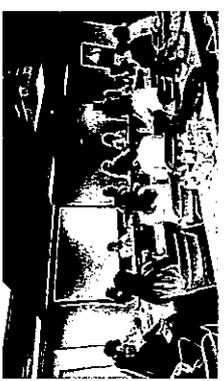


写真2 聖アンソニー看護師で語っているCNLとの違いについてプレゼンする学生が中心になっている。

必要ない論議や知識を学び、ユニットに入り込んで実習を展開しながら、臨床のニーズをくみ取りたいプロジェクトをつくり出し、高度看護実践を行いたいながら結果を出せる研究を行う。

前述した協定校の聖アンソニー看護大学が、米国看護大学協議会（American Association of Colleges of Nursing; AACN）の認定組織から2014年から2016年の3年間、CNLの認定試験に対応した教育プログラムを日本の看護リーダーに提供する高等教育機関としての正式な許可を取得したことを受けて、日本人を対象とした「第1回CNL夏期研修会」に、本GPにより参加する機会を得た。日本の看護と米国の看護の双方を知る聖アンソニー看護大学の竹熊カツマタ准子先生の解説つきで、CNLのコンピテンシーを学ぶことができるという非常に思われた環境下での研修であった。次項でこの研修について紹介したい。

CNL研修の実態

実際の研修内容は、「Nursing Leadership」「Clinical Outcomes Management」「Care Environment Management」「Ethic」「CNL Curriculum」の5つの大きな柱から構成されていた。1つひとつの講義はその専門家が教授し、理解を深めるためのディスカッションタイムを1分取ったスケジュールであった。1日の講義終了後、日本で取り入れ、活用するための方法などを考え、翌日その内容を確認しながら、新たな内容の講義を受けるという形で研修全体が進められていった。

●Nursing Leadership

“Nursing Leadership”では、トップダウンのリーダーシップではなく、上下関係のない関係を築くことを念頭に置いたリーダーシップのあり方や多職種とのコミュニケーションと協働の技術について、患者家族の代弁者となる立ち位置での役割、ケアサービスを提供する多職種間の統合とCNLの役割統合を理論と共に教授された。

中でも、CNLとしての役割として欠かさずことのできない姿勢としてintegrity（誠実さ、謙虚さ）が強調された。多職種と協働するためにはリーダーシップは不可欠ではある。そのリーダーシップの取り方として照アソソニー看護大学の先方や臨床現場で活躍しているCNL全てが強調していたのは、CNLはスペシャリストではなくジェネラリストであるということである。

それぞれの職種の人々は全てが各分野のスペシャリストであり、日々、情報共有するために1名の患者につき5分程度のハドルをチームで行っている。ハドル導入時は、メンバーに招集をかけたも医師はハドルに積極的に参加しなかつたが、CNLは参加を強要することなく、協力してくれるメンバー内でリーダーシップを取り、メンバーであるスペシャリストの方を最大限に活用し、「忙しのに来てくれてありがとう」というように相手を尊重する謙虚さを持ちながらもリーダーシップを取ることで、患者・家族にとってもっとも利のある関わりになげることが実践で表していた。

また、成果が出た際には「みんなのおかげ」「このチームはすばらしい」と感謝の気持ちを言葉で伝えていた。当初、ハドルに参加していなかった医師はハドルに参加しないと言葉が得られないことが分り、参加するメリットを痛感したよう、ある時期から積極的に参加するようになったとき、ジェネラリストとしてのCNLのあり方を確認できた。

●Clinical Outcomes Management

“Clinical Outcomes Management”では、病状や療育の管理や高度な臨床評価、健康と疾患予防管理について実例を交えて教授された。CNLは

ユニットで問題となっている事象に焦点を当て、現象を明らかにした後、問題点を洗い出し、エビデンスに基づいたケアを示しながらディスカッションを行い、実践可能なプランを立て、チームで実践し、評価を行うといった一連のプロセスとなる。これにより、アウトカムが目に見える形となる。目に見えるアウトカムは臨床現場には非常に有効な介入であることを示す。このように目に見える形でアウトカムを示すことにより、CNLの役割を多職種が認識することに直結させられることを実感できた。

●Care Environment Management

“Care Environment Management”では、ヘルスケア・システムやヘルスケア・ポリシー、質の改善、チーム調整、ヘルスケアに関わる財政と経済などについてアメリカの実情と共に教授された。我が国とのシステムの違いがあるものの、在院日数の短縮化やコスト削減につながる実践を知ることができた。

●Ethic/CNL Curriculum など

“Ethic”では、倫理原則を踏まえたCNLのあり方を、“CNL Curriculum”では、AACNのプログラムとCNLの資格取得のために必要な手続きの説明を受けた。

また、これらの講義の間にシシガン州の聖ジョセフ病院で活躍している十数名のCNLとのミーティングとマン・ツー・マンのシャドローイング実習も併修プログラムに盛り込まれていた。

●研修から考えるわが国でのCNLの活用可能性
このようにCNLの実践の活動を見ることにより、漠然としていた講義の内容をより深めることができた。CNLが存在しない日本では、長年、病棟看護師長やリーダー、CNSが自らの本務の傍らでこのCNLの役割の一部を担っているように感じられた。日本では、看護師が患者・家族に最も近い存在ではあるものの、近年の医療の高度化や複雑化に伴い、さまざまな職種が患者・家族に関わるようになってきており、その情報共有や

多職種間との調整に看護師の多くの時間が割かれている。

わが国でもCNLのような活動を行える看護師がいれば、看護師長やリーダー、CNSは自らの本務に専念でき、多職種間の協働がスムーズにいき、さらにユニットでの問題解決が図れるメリットがあると考えられる。

本学大学院教育における活用

わが国ではCNLの資格認定は行われておらず、前述したように、本学大学院ではCNLの資格を持つ看護師を養成することを第一目的として、中でのCNLの要素を盛り込んだ内容の講義、演習を行っている。また、この夏に照アソソニー看護大学が主催し、日本赤十字九州国際看護大学で行われたCNL研修（講義のみ）に博士後期課程の学生が2名参加した。さらに、来年3月に照アソソニー看護大学で計画されているCNL実習に臨むことも計画している。

今後は、CNLの要素を盛り込んだ教育をPost Master Programとして位置づけることを計画しており、博士後期課程修了後、臨床現場に戻ることを前提としてそのコンピテンシーを在学中に学ぶことができれば、EBNを活用した研究を実践することができる。

CNS教育は、スペシャリスト教育のため、大学院教育を行っている教員のみで教育を完結することは難しく、その専門家に教育を非常勤講師という形で依頼する必要がある。しかし、CNLはジェネラリストであるため、CNLの実践を学んだ教育がそのコンピテンシーを教育することが可能であることも魅力である。

本GPにおいて、照アソソニー看護大学主催のCNL研修に参加することができ、米国におけるCNLの役割や活動を知ることができた。研修に参加した私たちに期待されていることは、CNLに必要な理論や哲学、講義・実習を通して学んだコンピテンシーを随時ながら、日本の医療や文化に合ったモデルをつくり出していくこと、大学院教育においてCNLのコンピテンシーを高度実践看護師を目指す学生たちに伝えていくことであると考える。

みずのみちよ
筑波大学医学部
〒305-0806
茨城県つくば市玉台1-1-1



ふるやかゆり
筑波大学医学部



特撰
クリニカル
ナーズリーダー
ケアプロセスの質を
保証する新たな役割

NURSING BOOK INFORMATION 臨床検査データブック

監修 坂中 風川 羽、春日 雅人・北村 聖

●三五五型 414B 2015年
定価：本体1800円＋税
ISBN978-4-260-09484-2

医学書院 「コンパクト版」第8版

大好評の「臨床検査データブック」本体から「コンパクト版」が採り出した！いつでもどこでも必要になる検査を中心に、約200項目をセレクト掲載！ポケットに入る判型で、病棟、外来、実習など、常に携帯可能。本体とともに最新の臨床をレポートします。



スマレ(イリノイ州花)