

◆シンポジウム◆

看護の役割拡大への模索

臨床看護活動の立場から

医療法人・札幌麻生脳神経外科病院

紙屋 克子

I. はじめに

高度経済成長を契機とする若年労働者の都市集中がもたらした核家族化、高度先進医療が牽引となって加速度的に進行する高齢化社会、疾病構造の変化に伴って医療および看護に対する社会のニーズも多様な側面をみせております。とりわけ、現代社会の価値観が“量から質”へと転換を遂げた影響は、QOL思想の発展と共にケアに対する関心の高まりとなって表われ「21世紀はケアの時代」と多くの人々が認識するようになりました。

こうした中で、危機的状況とさえいわれる圧倒的なマンパワー不足を抱えながら、看護職は、高度先進医療を支える立場と療養生活の質を求める国民的ニーズの二つの要請に応え、専門的かつ良質の看護ケアを提供しなければなりません。

意識障害患者の看護活動を通して、社会の変化や国民の権利・福祉意識の高揚に対応する看護の役割拡大について私見を述べさせていただきます。

II. 臨床看護実践からみた役割拡大

看護や医療をとりまく社会、医療情勢に焦点をしばってみると、エイズ問題や脳死と臓器移植、尊厳死や安楽死など、複雑で解決の急がれる問題が山積しています。こうした時代が要請する課題に、看護が積極的に対応してゆく過程において看護の役割拡大が進む可能性は否定できないでしょう。

現代医学のめざましい発展が、国民にもたらした恩恵には計り知れないものがあります。しかしその反面、救命や延命と引きかえにあるいは治療という名のもとに、しばしば本意な生きざまや理不尽な死に方を人びとに強いることがあります。未だ治療法の確立していない遷延性の意識障害患者たちも、そうした意味では本意な「生」を生かされている人たちかもしれません。

意識障害患者の看護は長い間、特殊で限定された領域のものと考えられがちでした。彼らは自ら訴えることはなく、自己の生命、生活、時にはその人生さえも他者（多くの場合は看護職）に委ねています。こうした状況にある患者を生命ある存在、生活を営む者、人生を歩みゆく人として認識し、身体状況や生活環境を整え、治療のより一層の効果と社会復帰に向けて生命を支援する看護の役割の視点からみるならば、意識障害患者の看護はある意味で看護の基本的な課題を網羅する領域といえるでしょう。

医療の高度化が進めば進む程、看護の最も基本的な役割である「生活援助者」としての独自性、専門職性、方法論（実現手段）についての論議は避けられないものとなり、その過程において役割拡大の可能性もでてくるのではないのでしょうか。特に臨床活動においては新職種の登場や情報の多量化を考える時、専門職種間の機能を有効に結びつけてゆくコーディネーターとしての役割などが予測されそうです。

III. 具体的な活動を通しての検討

（スライドによる説明）

Case 1 交通外傷の女兒 4歳

心肺停止状態で救命救急センターに収容される。脳幹挫傷、両肺血胸、肝と腎の一部損傷（多臓器不全）で生命も危ぶまれたが、危機状況を脱出する。その1ヶ月半後、「将来も植物人間です。諦めて下さい。」と医師に説明され、当院に転院となる。強制肢位をとっており、経管栄養と気管切開が施行されている。このケースは小児の成長発達段階を丁寧に再現する看護プログラムを実施（頸部固定、寝返り、経口摂取トレーニング）。次に認知学習、発声トレーニングを行ない訪問看護でフォローアップした結果、小学校に入学できるまでに回復しました。

Case 2 クモ膜下出血の男性 57歳

脳動脈瘤のクリッピング術後、血管攣縮と痙攣の重症発作が起り、人工呼吸器による呼吸管理を行う。重度の意識障害のため「意識の回復は望めない」と家族に説明が行なわれた。このケースは、これ迄の主流であった末梢神経系の刺激を提供するプログラムから、中枢神経系の刺激を選択的に早期から提供する看護プログラムを作成し実施した。

また、温浴の効果を刺激として取り入れる新しいプログラムを加えて実践した結果、除脳硬直などの改善に著しい効果が認められたものの、意識回復の兆しは確認されなかった。発症から9ヶ月を経た頃、起立訓練時に周囲に興味深そうに見廻す動作が見られ、患者が状況認知のレベルにあることを確認した。それに続いて、手指の巧緻訓練中に看護者の手許に置いてあったプリンに自ら手を伸ばして取り、支障なく食べることができた。

運動・知覚系の刺激の投射領域の大きいものを選択的にプログラムして実施し、ワーカーと看護者が付添って職場復帰のトレーニングを行ない、1年9ヶ月後に障害を克服して社会復帰した。

Case 3 交通外傷による脳幹挫傷 女性 27歳

心肺停止状態で収容され、医師からは「意識の回復は極めて困難である」と家族に説明が行なわれた。(Case 2と同様の看護プログラムを実施。5ヶ月後の温浴中、右手と左手で胸と局所を覆う仕草をみせたことを意識回復の兆しと捉え、坐位・立位の訓練さらに経口摂取訓練と続け11ヶ月後に職場復帰のトレーニングに入った。'90年の事例であるが、'92年に結婚し、'93年に一児の母となった。

Case 4 小脳動静脈奇型 女児 11歳

呼吸停止と意識障害で入院となり、緊急手術を実施する。術後は「意識の回復は難しいでしょう」と家族への説明が行なわれた。Case 1および Case 2と同様のプログラムを早期から実施した結果、5ヶ月目に温浴時に支持する立位がとれるようになり、経口摂取訓練も開始された。認知学習のトレーニングと発声訓練を行ないながら、学校教師の協力を得て、級友に病室を訪問してもらい学校復帰の準備を進めた。級友たちの援助で153日目に小さいが最初の言葉が聞かれ、更に数ヶ月の療養生活を経て復学が可能となった。

Case 5 クモ膜下出血 男性 47歳

2年前の発症で、全身に著大な拘縮を認める。CT上もクモ膜下出血の重い障害像と脳萎縮、脳室拡大などが認められた。妻は「惨めすぎます。可愛そうですから早く楽にしてやってほしい」と言い、父の発症時には幼稚園児であった小学3年生の男児は、看護者が父親の枕許に立つように勧めても困惑の表情を見せて後ずさりするばかりであった。

このケースは幸運にも温浴プログラムによって、約5ヶ月で拘縮状態から徐々に解放され坐位が可能となった。起立挙筋とくに背部筋群を緊張させることによって、表情に著大な変化が表われ、簡単な意志疎通が可能になりコップを持って水を飲むなどの生活行動も一部獲得することができた。

IV. 時代の要請に応える看護の役割

人びとの日常生活の営みは、その国の文化を端的に表わしていると言えるでしょう。もし、人が何らかの理由によって自らの意志で生命と生活をコントロールできなくなったとき、社会がその人の人間としての尊厳を損うことなく、生命と生活の在り様を支援してゆく手段とシステムをどのように準備しているか、ということはまさに、その国の文化が到達したレベルを表わしているといつてよいでしょう。具体的には、社会的弱者である子供や老人、病者や障害者の基本的人権と生活がどのように護られているかが問われます。

これまで地域社会の中であって、人の誕生と死は、最も感動的で厳粛なものでした。しかし、今こうした文化は地域から切り離されて病院や施設に移行しつつあります。人びとは誕生から死までの一生をとうして、健康を護り向上させるために、また、その人にふさわしい死を迎えるために医療従事者、とりわけ看護者の援助を必要とするようになりました。こうして、尊厳ある生と死を支える看護職の役割とそれへの期待は大きいにもかかわらず、わが国では看護への理解は十分なものとはいえず、抽象的で漠然としたものにとどまっています。このことは、これ迄の看護が、専門職としての活動を国民にわかり易く見せてこれなかったという、反省にもつながります。

21世紀・ケアの時代に向けて、専門職として日本の看護職が、どのような役割を担ってゆくかは重要な検討課題でありましょう。臨床実践の立場から、国民の

臨床看護活動の立場から

健康に関わる看護の役割を「生活支援」と確認するならば、現状で求められていることのいくつかのことは、役割の拡大というよりは方法論（手段）の進歩、発展とみることでもできると私は考えています。先に紹介した4 Caseの実践も「対象がどのような状態にあれ、人間としての尊厳を損うことなく生活を確保する」という看護の視点で、実践活動の方法が拡大されていったものという把握をしています。

ともあれ、他者であり、職業人である看護者は、時代と文化の大きな変換期・そして新しい文化の創設の場に立っております。大きな役割と責任を自覚しないわけにはいかないでしょう。国民の信頼と期待に応える看護の役割について、実質的な論議と実践の成果が問われる時代の到来を予感致します。活発なご論議を期待して報告を終らせていただきます。

◆シンポジウム◆

看護の役割拡大への模索

外来看護の視点から

北里大学東病院

竹内 美恵子

はじめに

外来の立場から現状を振り返りながら私見を述べさせていただきます。

社会的環境（表1）

社会的環境として、人口の高齢化や医療行政の変化などがあり人々の医療への関心が高まっていますが、外来でも患者の抱える問題としてこれらがいろいろな面に現れています。

表1

1. 人口の高齢化
2. 医療行政の変化
3. 人々の医療への関心のたかまり

医療的環境（表2）

病院では、在宅ケアの推進や入院日数の短縮等がさげばれ当病院でも実施されていますが、その影響が外来にしわ寄せした感があります。例えば、なんらかの機能不全を持った患者に対し適切な介護などによってより延命がはかれるようになってはいますが、それには、外来看護婦や訪問看護婦等による援助が大きいと思われれます。このようなケースの関わりによって看護婦の役割も重視されるようになりましたが、外来の要員数は、昭和23年以来変化のない状況にあり看護料などの経済的な裏付けも現状ではありません。このような状況のなかで、当院では、キュアやケア度の高くなった患者の医療に他職種とチームを組み対応していますが、看護婦には豊かな専門的知識や優れた看護技術などが求められています。領域にすぐれた知識・技術を持つ専門看護婦の導入に関しては、現実的には困難で現場の看護婦一人ひとりがより質の高い看護を提供しようと努力しているのが現状です。

表2

1. 入院日数の短縮
2. 在宅ケアの推進
3. 看護要員数の変化（入院患者）
4. 他職種の導入

病院の概要（表3）

当院は、昭和61年に開院した507床の病院で主な診療科は、消化器、精神神経科、神経内科、整形外科となっています。病棟は8病棟で病床利用率は約98%、外来では1日約1100名の外来診療を行なっています。また、病院情報トータルシステムが開院時より稼動しており、初診患者以外は原則的に予約制となっています。

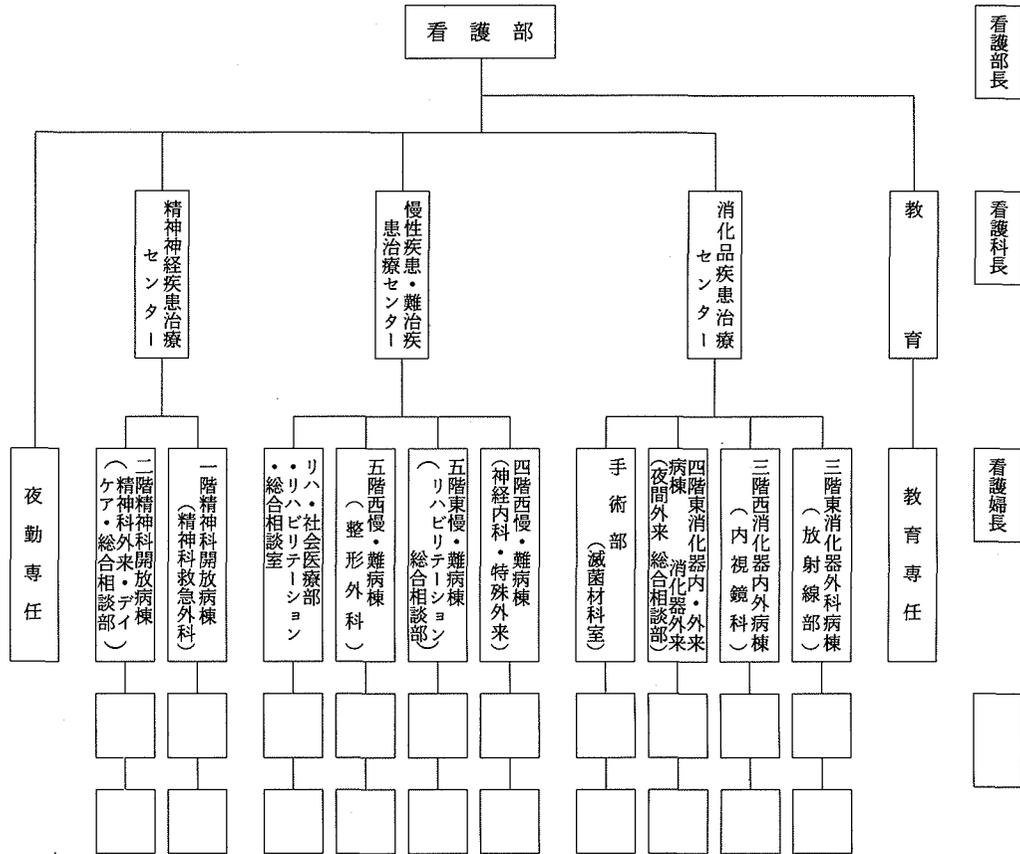
表3

1. 開院 S61. 4
2. 病床数 507床（8病棟）
3. 診療科 消化器内科、外科 精神神経科 整形外科 神経内科 特殊診療科
4. 病床利用率 98%
5. 外来患者数 1100名一日 再診…予約制
6. 看護基準 特Ⅲ類 特Ⅱ類 特殊疾患収容施設

看護部の組織（図4）

看護部の組織は、方針である「質の高い継続した看護の提供」を実施するために、外来の看護部は関連の深い病棟に所属しています。例えば、精神科外来は精神科病棟に、整形外科は整形病棟に所属し、病棟・外来という枠に捕らわれず、病棟と外来を往來し継続的な看護の実践と情報収集や情報交換が密になり人的交流も円滑に行われています。

図4 看護部組織図



外来患者の変化 (表5)

当院の外来患者の傾向として、気管カニューレ、経腸栄養カテーテル、ストマ造設患者などの装具やカテーテル留置中の患者、また、歩行障害、言語障害、食事摂取困難など機能障害を持った患者、精神障害のある患者、さらには、種々の問題を抱えた終末期の患者が通院しています。

表5

1. 装具やカテーテル類を装着した患者
2. 機能障害を持った患者
3. 終末期の患者ケア

外来患者と処置状況

当院の外来の一つである消化器外来の平成5年度の

患者数は、一日に、内科・外科を合わせ約400人の患者が通院し、看護婦11名、看護補佐2名で看護を行っています。処置行為として点滴注射(月・314件、一日にしますと約13件)で、これは食事の取れない患者が多いため、外来のベッドで5~6時間過ごすこととなります。また、化学療法や輸血を受ける患者も同じように、数時間を外来で過ごすこととなります。このような治療を受けている患者は悪性疾患で終末期の患者が多く、人の手助けの必要な患者がほとんどです。これらの患者が外来ベッドで過ごす時間は、排泄介助など身の廻りの世話である直接看護が必要となります。さらに、外来では療養指導が重要な役割となっています。ストマケアの20件の内容は、例えば、機能障害があり、手当がうまくいかないケースなど1時間位掛けて療養指導したものがあげられています。このように

現在は療養指導や身の廻り世話に外来の看護業務は変化していますが、以前の外来患者は自己管理できる患者が多く、看護婦は診療介助に重点をおき一日の業務が円滑に行くよう配慮するような業務が多かったと思います。つまり以前の外来と現在の外来では、患者状況の変化により看護も変化しているといえます。

このような外来看護の変化の中で、当院では、まだ、看護婦でなく誰が行ってもよい業務に時間を取られ看護婦としてしなければならない業務に手が回らない。「いわゆる雑用に使われ看護ができない」現状があり、看護婦は不全感や不満に思っています。まだまだ看護業務の不明確さと今までの習慣もあり看護婦の業務範囲を決めることは難しく、今回のテーマである「看護の役割拡大」について私なりに、“看護の対象者である患者の変化に対し、看護の役割を明確にし根拠をもった看護を展開する”とし、現状を振り返りながら考えてみたいと思います。

患者のフォロー区分(表6)

外来の現状では、患者個々の全員にかかわることは無理がありますので、療養上問題のある患者にはできるだけ看護援助しようとしています。日常業務でどのようにしているかを述べたいと思います。

患者フォローの仕方は、大きくわけて看護記録をして経過を追う患者と、リスト用紙によるフォロー患者の2つがあります。

1. 看護記録

退院後初めての外来受診時に、病棟の受持ち看護婦の書いた退院時サマリーを参考に、外来看護婦は必ず患者・家族に面談をし記録します。そして患者のフォローをどうするか判断し翌日ミーティングで報告します。継続した関わりを持ったほうがよいと判断した患者は、

表6

- | |
|---|
| <p>1. 看護記録によるフォロー患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後、初外来で患者、家族との面談 ・フォロー患者の受持制 ・患者訪問 <p>2. リスト用紙によるフォロー患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・継続フォロー患者 ・器具装着の患者 |
|---|

受け持ち制を取り、患者の再診時は必ず受持ち看護婦がかかり、看護計画をたて観察記録等を残しています。このような関わりを持つようになりましたのは、患者が高いリスクを持ちながら在宅療養に移行している現状では、患者・家族による管理によって良くも悪くもしています。外来看護婦として責任ある展開をするために、看護婦自身が判断し受け持ち看護婦を決め積極的な看護を行っています。例えば、退院後も十分な関わりを持つ必要があると判断された在宅高カロリー輸液療法を行う患者に対し、病棟から情報をうけた段階で、外来の受持ち看護婦を決め入院中に病室に出向き病棟看護婦と情報交換し、共にケアしながら退院後スムーズに継続看護ができるよう関わっています。これは、看護部の組織がおおいに生かされた動きであるといえます。また、保健婦、薬剤師、臨床工学技師などそれぞれの専門性を生かし患者に関わっていますが、看護婦は患者の生活上全般的な援助役割という面から患者をとりまく医療者の調整役的な役割も担っています。

2. リスト用紙によるフォロー患者の基準としては

現在は問題はないと判断したが、患者の管理如何によっては問題が発生しやすいだろうと推測される患者を看護婦として絶えず気をつけて観察する必要のある患者、例えば、カテーテル挿入中、インターフェロンの治療中、自己挿入による経腸栄養中、高カロリーのため輸液ポンプなど器具を装着している患者など、リスト用紙に明記し備考に簡単な情報をかいてフォローしています。フォローされている患者への援助としては、外来ベットでは注射による化学療法や処置等のため半日から1日を過ごす患者の身のまわりの世話や、時には自宅での入浴は不安が強いため患者・家族に対して受診中に入浴介助行ないながら、家族指導を行なうケースもあります。外来看護婦の役割として、時間的に多くを占めつつあるのが、患者・家族が安全で安心して療養できるような援助、つまり、療養指導が重要になってきています。患者個人の社会や家庭生活を想定予測した療養指導は限られた時間で実施することが要求されます。外来の動きの激しいなかで、短時間に指導内容を有効に効果的にするため、病棟・外来、外来・総合相談部との情報交換や連携を密に行っています。外来では患者の状況を毎日朝のミーティングや週1～2回のカンファレンスで情報交換し誰もが対応できるようにしています。

外来看護の充実（表7）

現状での外来看護の展開を述べてきましたが、私達は現状で患者と関わる時間を得るには、どのようにしたらよいか、表に示したような事を繰り返しています。限られた人員のなかで“何をしなくてはならないか”そして“何ができるのか”これが課題でありいつも話題にきています。対象患者の多い外来では、多くの患者に影響のあるような看護、例えば、インターフェロン療法が保険で認められ当院で積極的に治療を進めようとしたとき、療養に関するパンフレットの作成、病棟・外来連絡用の作成、院内での事務、医師、病歴関係者などに働きかけ業務調整を行ないました。また、患者に十分に治療や療養について理解されているか注目し患者・家族を対象とした講演会を2回開催しました。日頃、看護の振り返りを行いながらより深める手段としての終末期の受け持ち患者をターミナル研究会で検討し、受け持ち看護婦としてケアがどうだったのかを評価したりしながらどんな看護が提供できるのか模索を繰り返しています。

業務の優先順位についてですが、毎日行なっている業務は当然としてもあまり疑問を持たずに過ごすことがおおく、消化器外来では、数年来、午後2人の看護婦で2時間ぐらいかけて翌日の診察カルテを点検していましたが、点検による問題解決がどのくらいできているかを調査し、時間をかける割に効果がないと判断、看護記録やカンファレンスの時間に当てるようになりました。また、当院では無資格者である看護補佐が導入されていますので、診療介助や物品点検・準備を担当し業務分担の工夫をしています。

業務の改善としては、導入されているコンピュータを利用して面があります。例えば、外来患者はその場で診療し指示がでますので、注射に関して、指示した情報から請求までの業務が処理され請求業務がなくなりました。日々の看護処置など入力するシステムをより簡便なものにと検討を重ね、できるだけ画面展開をすくなくしたり、スムーズに入力できるよう1分でも短縮できることは多くの時間を生み出すことでありと考え積極的に改善に取り組んでいます。

つぎに、人的な活用についてのべてみたいとおもいます。

表7

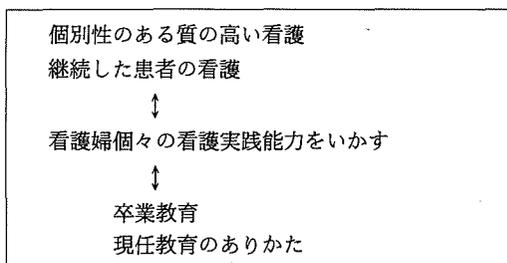
- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 外来看護とはなにか <ul style="list-style-type: none"> ・どんな看護をしたいのか ・どんな看護が提供できるのか 2. 看護業務の優先順位の検討 3. 業務改善 <ul style="list-style-type: none"> ・業務分担……他職種との連携 ・コンピュータの活用 4. 人的な有効活用 |
|--|

今後の外来看護の展望（図8）

看護業務改善も大切ですが、私達の目標として「個性のある質の高い看護」「継続した患者の看護」を展開するには、看護婦自身が看護の優先度を考え、外来看護とは何か、看護婦の役割は何かを看護婦自身が考え行動する必要があります。限られた人的資源である個々の看護婦の看護実践能力を育成することは日々変化する臨床では不可欠となります。当院では、卒業教育として、大学院への進学などをバックアップしています。また、現任教育として看護婦個々の実践能力をどのように評価し育成するか、看護学部教員・北里大学病院・東病院の3者で検討会を行ない、育成のシステム化にむけて検討を重ね学習会などを実施しています。自己啓発や教育の場を与えることが、臨床の場で看護婦個々の看護判断能力の向上につながり、適切な判断をすることがよりよい責任ある看護につながるのだと思います。

外来看護の役割拡大ということは、今、置かれている状況のなかで確かな責任ある看護を実践することでありと考えています。そして外来看護をもっとアピールできるよう客観的な基準で表現できるようになりたいと考えています。

図8



◆シンポジウム◆

看護の役割拡大への模索

急性期患者の看護を通して

杏林大学医学部附属病院

中村 恵子

医療のあり方は、社会構造の変化や人々の健康に対する考え方に伴った医学・看護学の進歩発展に裏付けされ変化・拡大している。社会の変化に於いては、高齢化、科学の進歩、情報化社会、経済的变化等挙げると沢山あると思う。これらは、例えば科学の進歩では人工授精や脳死の問題等が目前に現われ、生命倫理について考えない訳にはまいりません。情報化の波は、数多い情報をいかに活用できるか、処理をするかばかりでなく、コンピュータ社会は我々の姿勢に変化をもたらし、脊髄や内臓の異常を来したり、眼（視力障害）にも影響を与えています。経済成長は一方では心理的な疾病を招いたり自殺の要因をつくる因子になる等、疾病構造の変化をもたらした。また感染症も時代と共に変化した病態を示してきたひとつである。さらに一人一人の要望が明確になり、自分自身に対してでもどこでも最高の医療を求め、はっきり言動でそれらは示されるようになった。当然のことだが十分なインフォームド・コンセントが重要で、それには医師にも看護婦にも時間がより多く必要になる。

このような時期に、今シンポジウムのテーマ、「看護の役割拡大」についてさらに考え、看護が担うべき方向性を見出すことは必須であろう。私は心臓外科系の病棟や集中治療室、救命救急センターに於ける勤務経験から急性期患者の看護を通して看護の役割について述べる。

急性期とは、疾病であれ外傷であれ、その人の病状変化（回復過程と悪化の過程双方共）が著しい時期を示す。この急性期には、いわゆる Cure が積極的に行われ、同時に Care も積極的に緻密に行われなければならない。（ここではターミナルステージの悪化は含みません）

Cure の度合いが高い時期は Care が少ないと言われる方々が多いが、そのような時期こそ正しい情報をアセ

メントしたきめ細かな Care 計画を立て実践することが重要である。看護婦は、時々刻々と進行する医療を把握すると共に、変化する病状や心理をアセスメントするのはとても熟練を要することである。患者の緊急度が高い時期は、看護婦も緊張状態になり、常日頃ゆっくり考え実践できている看護婦であっても、急を要する時には思考が膠着し、手足は動かなくなってしまう場合が多い。

急性期の患者からは多くの情報を連続的に欲しいので、私達はモニターという監視装置を沢山用いる。一方では生命を補助する機器類を用いる等、ベットサイドにはおびただしいME機器が並べられる。我々はそれらを適切に活用すると共に、使用する必要があるか否かをチェックしながら看護を実践し、決して機器に振り廻され、使われてはならない。

また、複雑で雑多な日常看護業務を行っている看護婦は、よく「業務に追われ本来の看護ができない」と言う。おそらくこのことばは、急性期の場合だけでなく過去に頻用されたことであろう。看護婦が看護業務を行っているのに、本来の看護ができないと考えたり雑務に追われていると言っていたのはなぜだろう。看護婦自身が看護を実践しているという実感をもっていないのは自己決定がなされていないことも一因であろう。息をつく間もないほど業務に追われていたとして、それも看護であり、健康に対し、一人の生活者に対する看護の視点で考え看護活動しているなら、それは看護なのだということを先輩から後輩に伝えていないからではなからうか。看護婦達に「本来の看護とは何、あなたは何かしたいの」ときくと患者の話をゆっくりとききたいとか、ベットサイドに居たいと言います。患者が何か話しをしたい時に聞く時間がないのか、ベットサイドに居てほしい、もしくは居る必要があると思われるのにその時間がないのだろうか、もしそうな

ら他の人に協力してもらわないといけない。尋ねると、そうではないらしい。看護婦が満足感を持っていない気持ちを表している話のようである。看護は看護を受ける人々の満足度を高めるよう推進することが望まれるであろうから、適切な看護過程が実践できることと共に、看護婦自身も満足感を抱くことが重要であり、この両者の満足感は並行する。

ここ数年、国は看護婦数の増加と共にいくつかの職種を誕生させた。集中治療室や救命救急センターではいち早く臨床工学技士を導入し、ME機器部門を担当している。ME機器の保守管理は彼らが担うので、それらに使用していた時間は確実に他へ転用することができる。他職種者が担える業務は看護婦が行う必要性がない今、特に診療の補助における看護婦の役割についてみると、診療の補助は医師への補助業務と考えている人々が多いように思われるが、私は診療を受ける患者に対し何が必要かをアセスメントし、援助することであると考えている。診療の補助は看護ではないとか、看護婦の役割ではないと考えるのは間違いである。急性期の看護を行う時、患者に適した診療への援助は、その人が生きる為の援助であり、生活そのものへの援助であり、看護活動の一翼なのである。患者をとりまく職種はいくつもあるが、その中で特に薬剤師、臨床検査技師、栄養士などはベットサイドへ出て薬のこと、検査のこと、食事や栄養のこと等きめ細かに説明・指導をし、それらに対しては診療報酬の点数化がなされている。

また、最近ある人の話で診療の補助が看護婦の仕事ではないと看護婦が言い続けるなら、診療の補助だけを行う職種をつくらうかとの話がない訳ではない、との事である。何ということであろう。例えば、呼吸音を聴取する行為に関し、医師のみの行為であると考え人は、今はないだろう。呼吸音を聴取しながら体位変換の方法や時期を考えたり、呼吸訓練の方法、吸引の時期や回数を決定する等々、さまざまな Care を

実践するための一つの情報手段として用いている。20～30年前、聴取器を用いて呼吸を聴く行為そのものは医師が行うことで看護婦にすべきではないと云われたものである。しかし、私達急性期患者の Care で必須だったので、他部署で勤務する友人と議論を闘わせながらも行っていたのである。

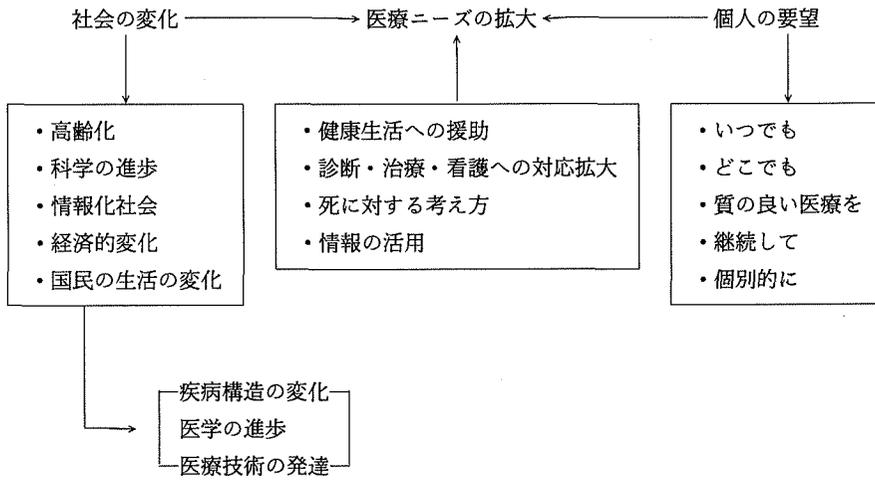
このように、急性期患者の Care では待ったなしに眼の前に現われる事柄に向い、実践しながら思考・検討してゆく場面が多い。また、数多くの職種の人々がひとりの患者に対応する時や患者を含めたチーム医療を推進してゆこうとする時、調整者が必要になり、その役割も看護婦に期待されている。

今回、急性期患者と家族・各々15名に対し面接調査を行った。調査は手術後4～5日目の患者もしくは内科系へ緊急入院後4～6日目の患者と家族に対してである。面接者は入院病棟に関与していない看護婦で、内容は日常生活上の問題や治療等に対する意見、我々に望むことがあるかなどである。その中の一項目に、「看護婦に望むことがあるか」の問いに、「こんなものでしょう」が、8名(15名中)だった。「ある」の答えでは、看護婦の人間性を求めるもの、専門家としての自立を望んでいるもの、さらには、自分達に甘えずプライドをもって胸を張って仕事をしてほしいと云われ、勇気づけられると共に、少々ショックを受けた。

患者や家族は常に自分に対し何をしてくれる人か、自分達を真正面から見ている人か、自分達のことを気にしてくれているのか等が看護婦への役割期待の一つの基準になっているようである。

以上、急性期患者の看護を通して述べたが私は近年、看護の役割が拡大してきたというより、むしろ役割は従来から現存しているにも拘らず看護活動としてその役割を全ては実行していなかったのではないか。現在に至って、実施すべく可能な条件が整ってきたのであろうと思う。質の高い看護が叫ばれて久しいが、質の高い看護とは、看護の役割が看護活動として常に実践できることにあると言える。

急性期患者の看護を通して



社会の変化と医療へのニーズ

◆シンポジウム◆

看護の役割拡大への模索

教育の立場から

聖路加看護大学

小島操子

近年の急速な人口の高齢化、マスメディアの発達などは、一般の人々の健康や医療に対する要求を高め、一方、医療の高度・複雑化、専門化の促進などは、現代の対応をむずかしくし、チームでのアプローチを促進している。また、看護の学問としての発展や看護婦の向上心の高まりなどは、看護の専門分化、役割の拡大を促進し、これらのことは看護スペシャリストの育成を促がしている。

看護スペシャリストとは、国際看護婦協会では、「ジェネラリストのレベルを越える準備がなされたものであり、看護領域の一分野の上級実践のスペシャリストとして実践することが公的に認められている者である」と定義され、日本看護協会では、「ある特定の看護領域において卓越した看護実践能力を有することが認定されている看護婦（士）を言う」と定義されている。

看護スペシャリストの教育を考える場合、スペシャリストの定義をかなり具体的に、明確に示すことが重要であり、そのようなスペシャリストに到達するのにふさわしい教育的背景、教育内容・期間などを検討しなければならないと考える。

日本の看護教育や医療の現状からさまざまな看護スペシャリストが考えられるが、看護スペシャリストに関して歴史をもつアメリカの歴史的変遷と、混乱が指摘される現状を理解して、日本における医療や看護教育の現状を考慮しつつ、しかも混乱をきたさないような将来展望をもった現実的な看護スペシャリストの育成を検討する事が大切であろう。

会長講演でもふれられたように、本年5月の日本看護協会の総会で専門看護（士）（名称は専門看護師と提言された）資格認定制度が承認され、平成7年度より開始されることになった。その際、（仮称）認定看護（士）の資格認定制度に関する検討についても提案

がなされた。

本シンポジウムでは、看護協会では提案されている専門看護師および日本看護系大学協議会で検討されているクリニカル・ナース・スペシャリスト（以後、CNSと略す）の教育に関してとりあげる。私は、両方の委員会に所属しているが、これらの名称は、内容において互換性があると考えてよいと思っている。

教育内容について考える前に、まず、どのような人が、どのような目的・役割をはたすかを明確にしなければならないだろう。

日本看護協会の専門看護師の定義の中にあつた“卓越した”とは、他に越えてすぐれているということであり、“看護実践能力”，つまり臨床能力とは、知的技能（知識・判断能力など）、技術的能力，人間関係的技能，患者ケアに対する態度，倫理的配慮で構成されているといわれる。したがって、専門看護師は、看護実践にかゝるこれらの能力が他に越えてすぐれており、しかも、特定の機関で認定されているということである。そして、役割としては、実践，教育，相談，調整，研究があげられており、これらの役割がはたせるような教育内容がもりこまなくてはならない。

具体的な教育内容については、日本看護系大学協議会で検討した“がん看護”CNSの専攻分野の例をあげて述べる。これは大学院における教育（2年）として考えたものである。

教育目標は、CNSの役割としての実践，教育，相談，調整，研究の5項目に“がん看護において、患者の人権を擁護するために必要な倫理的判断能力を持ち、判断に基づいた態度をとることができる”を加えた6項目である。

教育課程は、CNS全体として、CNS共通，専攻分野共通，専攻分野専門の3段階で構成されており、全体で32～34単位となっている。CNS共通科目は

教育の立場から

CNSとしての役割形成に重要な内容で、看護倫理、リーダーシップ、コンサルテーション、看護政策論、研究概説の計10単位である。がん看護専攻分野共通科目として、がん看護の広がりや深まりの追求ということで、がん看護病態生理学（2単位）、がん看護に関する理論（2単位）、がん看護援助論（4単位）、看護倫理（2単位）の計10単位があげられている。

専攻分野専門科目としては、がん看護専門領域看護として化学療法看護、放射線療法看護、リハビリテーション看護—ET/乳房手術/頭頸部手術など、疼痛看護、パリアティブケアその他をあげ、それらの中から1領域4単位を選択して深める。がん看護実習はIとII各4単位の計8単位で、Iは専攻分野専門に関する実習で、IIは専攻分野共通に関する実習である。そして、レポートまたは論文として2単位があり、総計34単位となっている。

以上は、日本看護系協議会のメンバーで、3～4年かけて検討したものである。

日本における看護スペシャリストの教育について、自分の経験を通して、いくつかの課題と展望について述べる。

(1)教育者、認定者について

日本においては、過去スペシャリストの制度がなく、教育もなかったため、教育者や認定者となる人材を得ることが困難と思われる。当分、日本看護協会が提案された（案）の教育要件および実務要件と同等あるいはそれ以上の要件を満たしていると認められる者となるだろうし、その上に教育経験のある者が望ましいが、このような人材は仲々得がたいであろう。過渡期は特に臨床側と教育側で密接な連携をとり綿密な計画のもとに、これらの役をとっていくことになるだろう。

(2)資格認定の実務要件について

実務経験は通算5年以上であること、そのうち特定

分野の経験が通算3年以上必要で、その経験の1年以上は教育を終了した後のものであること、というのは妥当と思われる。しかし、ローテーションのはげしい日本の現状では、この要件を満たすことも困難であろう。今後は各自が計画的に臨床経験を積むであろうが、過去の臨床経験のとらえ方、ベテラン看護教師の臨床経験のみかたについては今後の課題にしたい。

(3)教育機関について

日本看護協会では、協会で教育を実施するが、将来、教育は大学院修士課程に位置づけるのが望ましいと提案している。日本看護系大学協議会では、カリキュラムの検討がすゝみ実施にむけて検討が重ねられている。教育機関として、大学院修士課程が専門病院と密接な連携をとりながら整備されることが望まれる。しかし、一方、大学院修士課程は全国に現在7校しかなく、わが国における大学院教育への期待は広く大きいので、看護スペシャリストの需要と供給のバランスを考えると問題があるだろう。

(4)専門分化の方向について

アメリカ看護協会では、看護分野全体の一部に狭い焦点を絞ることとある。日本看護協会では11分野が考えられており、日本看護系大学協議会では10分野が検討されている。今後、さらなる検討が必要だろう。

(5)受け入れについて

看護スペシャリストの地位（位置づけ）、役割遂行の仕方、報酬、キャリアの移動など制度問題、受け入れ条件などのかかりつめた検討が必要だろう。

(6)（仮称）認定看護婦（士）について

日本の看護教育や医療の現状および要求などをふまえ、また多くの看護婦の充実感、満足感を高め、誇りと自覚をもって役割をはたせるようにするために、自己研鑽のための制度の確立が必要と考えられる。そのため本件の検討は意義があるであろう。