

## ◆ シンポジウム ◆

21世紀の看護を担うための責任ある実践「拡大する看護の役割と責任」

# これからの看護職のあり方と看護研究の課題

千葉大学法経学部 広井良典

ここでは、特に現在先進諸国において議論や改革が進んでいる「医療・福祉職種の役割分担の再編」についてまとめてみたい。

## 1. 医療・福祉職種の役割分担の再編

### (1) 基本的視点

高齢化の進展やプライマリ・ケア分野等における医療技術の成熟化、そして医療・福祉サービスに対する利用者ないし消費者の意識の高まり、ひいては経済成長の鈍化の中での医療・福祉における費用対効果の要請等々のなかで、欧米諸国を中心に、医療・福祉分野における職種の役割分担のあり方の見直しをめぐる議論が活発になっている。こうした議論の中心となっているのは、第一に、特に医師の独占業務を看護職や薬剤師等との関係でどう位置づけていくかという点、第二に、医療職種と福祉職種との役割分担のあり方をどう整理していくか、という点—この中には、当然のことながら、そもそも「医療行為 (medical practice)」とは何かという、根本的な論点が含まれることになる—であり、各国においても、確立した結論に到達しているというよりは、なお様々な模索が続いている状況にある。

そして、こうした課題は日本においても共通のものであり、また、これらの職種間の役割分担をどう考えていくかは、実はそのまま各職種の「必要養成数」や「需給」の問題とも直結する課題である。したがって、医療・福祉分野における職種

の役割分担のあり方という課題は、サービスの質の確保、効率性、医療・福祉マンパワーの需給等々、様々な広がりをもつ課題であると言え、今後日本においても正面からの検討が求められている。

### (2) 欧米諸国における動向

先進諸国における医療・福祉職種の役割分担の見直しをめぐる近年の動向を概観すると、大きく次のような点が指摘できると思われる。

まず、医師の独占業務の見直しという点を中心に、医療・福祉職種の役割分担の見直しという方向が、国レベルでもっともまとまった形で進められているのはイギリスである。

すなわち、NHS改革の流れの中で、プライマリ・ケア分野を中心に、看護婦や薬剤師の業務範囲ないし自立性の拡大が図られており、この点は97年における政権交代以降も同様で、特に最近における“プライマリ・ケアの中心に看護婦を置く”試みが注目に値する。今後どのような成果が展開していくか、引き続き注視していく必要がある。

イギリスと同様の方向を追求しているのがスウェーデンであり、高齢者医療・福祉に関するいわゆるエーデル改革の中で、看護婦の自律性の拡大や、福祉職種の業務拡大が積極的に進められている。

一方、医師以外の職種の業務の拡大という点ではこれらの国と共通の方向性をもちつつも、若干異なるユニークな展開を示しているのがアメリカである。アメリカの場合、先に述べたように、一

部の州において高等業務登録看護婦（APRNS）に薬の処方権が認められたり、また薬剤師に一部の薬剤の処方権が認められるなど、相当大胆な見直しが進められている反面、改革が州によってまちまちであり、また、伝統的には医師の権限や医師会の力が強い国であることもあって（拙著『アメリカの医療政策と日本』参照）、こうした動きに対する医師会サイドからの反対も相当強いものがあり、なお模索の状態にあると言える。

そもそもアメリカの場合、基本的な医療システムや法制自体が日本やヨーロッパのものとは比べてきわめて独特のものであり、したがってアメリカの動向については、一方で様々な参考とする反面、少し距離を置いた上で評価していく必要があると思われる。なお、看護婦については、先にも指摘したように、高等業務登録看護婦など「教育年限や専門性の差別化」の中で業務の拡大を図っていくという方向が顕著であり、これも（専門職志向をそして資格（degree）志向の強い）アメリカ的な面がよく表れている点と考えられる。

最後に、職種の役割分担の見直しについての目立った動きがあまり見られず、その意味ではもっとも“保守的”な傾向を示しているのがドイツである。ある意味では日本もこれに似た状況（特に医師の独占業務の範囲に関して）と言える。

### (3) 日本における課題

冒頭にも述べたように、この職種の役割分担に期するテーマは今後日本においてもきわめて大きな課題となっていくはずのものでありながら、なおきちんとした比較研究が行われていない分野であり、こうした「政策研究（policy studies）」としての調査研究を深めていくこと自体がこれからまず第一の課題である。

この場合、上記の概観からも示唆されているように、アメリカは看護や医療、福祉におけるひとつのモデルを示しているものにすぎず、むしろ様々

な固有の問題点を抱えるものであり、したがって、これからの看護研究においては、いわばアメリカの状況あるいは「アメリカ・モデル」を“相対化”し、ヨーロッパを含めたより広い視点で日本にとっての望ましいケアの姿を検討していくべきである。

なお、こうした（国際比較研究を含む）調査研究自体の必要性ということを押さえた上で、また、冒頭にもふれたようにこのテーマが最終的にはそもそも「医療行為」とは何か、という、きわめて大きな論点に関わるものであり、簡単に答えが出せる性格のものではないということを確認した上で、現時点での筆者の基本的な考えについて簡潔にふれておきたい。

冒頭にもふれたように、この問題には大きく二つの位相がある。第一は医師と他職種との関係であり、第二は医療職（特に看護職）と福祉（介護）職との関係である。日本ではどちらかというと言った後者の問題が論じられることが多いが——いわゆる「看護と介護」問題——、特に日本の場合、実は前者の問題、つまり医師と他職種の役割分担がきちんと整理されていないことが問題の根にあると筆者は考えている。

そして、筆者自身は、対応の方向としては、次のようなステップで進めていくのが妥当ではないかと考えている。それは、まずは医師に対する看護職の独立性を高め、したがって「医療行為」の世界の内部で看護職が（医師の指示なしに）行える裁量の幅を広げ、それに続くかたちで、いわば第二ステップとして、医療行為の範囲そのものを緩和し、したがって福祉・介護職が行える行為の幅を拡大していく、という手順で改革を進めていくという方向である。このように考える趣旨は、いきなり医療行為の範囲そのものを大きく緩和することは、（じょくそう手当ての一部や吸引など簡単なものを除き）安全性などの面でやはり慎重であるべきであり、まずは医療行為の世界の内部で、医師から独立した看護職の独立性あるいは自

由度を高め、その状況を踏まえながら医療行為そのものの範囲を緩和していくことが、サービスの質や安全性の確保、また医師—看護職—福祉職の役割分担の姿として妥当と考えられるのではないかと、ということである。

いずれにしても、医療・福祉職種の役割分担をめぐる見直しは各国共通の課題であり、各々の国において様々な改革が進められつつある。同時にまた、冒頭にも指摘したように、こうした職種の業務分担をめぐる課題は、各職種の養成や需給（必要養成数）の問題とも直接に関わってくる問題である。たとえば、高齢者ケアにおいてどこまでの業務を「医師」が行うか、によって、今後の「必要医師数」は大きく異なってくる。こうしたテーマにおいては、各職種の主張は当然のことながらその職種の既得権や利害を反映したものとならざるをえない。どのような方向をとるにしても確実に言えることは、サービスの受け手あるいは消費者の視点ということを基本に据えた、きちんとした「政策研究」が求められていることである。

## 2. その他の論点

その他発表においては、(1)わが国における病院の位置づけの見直し、(2)「越境する看護」（「医療モデル」からの越境、「病院中心モデル」からの越境）、(3)「個人のライフサイクル」という視点とこれからの社会保障、という諸点について述べた。

最後に、看護やケアに関する諸課題は、大きく

- ①臨床的・現場的レベル
- ②制度的・政策的レベル
- ③哲学的・理念的レベル

の3つの次元がある。これまでの看護研究は主に①が中心であったと考えられるが、今後は②（先ほど指摘した「政策研究」。経済面を含む）や③に広く視野を広げた研究や政策提言が求められていると思われる。

## 参考文献

広井良典『ケア学』、医学書院、2000年

## 病院看護の立場から

済生会中央病院 山崎 絆

### はじめに

私が看護職として今日までの30余年間就いてきた仕事は、主に心疾患の急性期医療を行う病院であった。20世紀後半のこの時代は医学と医療が驚異的に発達し、わが国の多くの病院において急速に高度な専門医療が行われるようになった時期でもある。高度医療の専門性が追求される中で臓器別に診断治療が細分化され、必然的に新たなコ・メディカルスタッフが次々誕生したことは周知の事実である。しかし、このように専門機能が分かれ、多くの新職種が医療現場に登場したにもかかわらず、職種間の業務の分担と責任の範囲が整理されることなく現在に至っている。さらに、業務の水準についても同様で、それぞれの部門に任されたために専門ごとに分断された医療につながってきたといえる。

このような医療の流れに対する反省から、患者中心のチーム医療、すなわち医療の統合の必要性が叫ばれ、わが国でも数年前からクリティカルパスに取り組む病院が増え始めた。

### チーム医療とクリティカルパス

クリティカルパスは、「専門別に分断された医療」と「専門ごと、あるいは個人ごとにレベル差のある医療技術」から、「患者中心のチーム医療への統合」と「高質で標準的な医療への変化」を実現するツールとして今、その有用性をもっとも注目されているもののひとつである。クリティカ

ルパスは、患者アウトカムの実現に向けて、それぞれの専門職種がアイデンティティをもってアプローチする際の共通言語となるシステムである。

チーム医療は、だれが、いつ、どこで、何を、どれだけの時間をかけて、どのように行うのか、を明確な数量的根拠に基づいて示し、チーム内のコンセンサスを得ることが重要であり、それがクリティカルパスに反映され、正確に実践されてはじめて高質で標準的な医療の実現につながる。

数量的根拠に基づく医療の実践、すなわちEBMは、これまでの勘や経験に頼ってきた曖昧な医療から脱皮するのに格好の考え方として急浮上してきたものである。

### 看護のアイデンティティと看護判断

看護婦が医療チームの他の職種と協働し、パートナーシップを発揮していくためには、看護アイデンティティの確立が必要となる。看護のアイデンティティは、正確な判断に基づく技術の正確な実践であり、これをもってチームの構成員と認知される。

看護婦の一人ひとりが正確な判断を行うためには、患者を観察する着眼点として「病態関連図」を活用したり、観察したことをアセスメントして次の看護に結びつける「意思決定経路図」などを活用する必要がある。これによって看護が根拠に基づいた行為となり、どの看護婦が行っても高質で均質な看護となる。

## 看護技術

看護技術は、看護基準や手順に沿ってなされることにより、正確に実施される。看護基準や手順書は、①患者にとって安全で安楽であり、自立へ導く内容であること、②効率やコストに照らして適正であること、そして、③単に看護婦個人の経験や直感に頼る看護ではなく、文献や研究結果など数量的根拠に基づき経済性をも考慮した看護技術の集大成でなければならない。

それらの看護技術の確立と実践を可能にする看護業務の改善により、患者のQOLの向上が進み、さらなる看護のアイデンティティの確立につながっていく。

## まとめ

21世紀の幕開けを数カ月後に控えている現在、

私たちは、社会の求めに応じた看護の役割の拡大は必須であるとの共通認識を持つ必要がある。例えば、新たな役割として、患者管理を担うケースマネージャー、リスクマネージャー、治験コーディネーターなどの誕生が考えられ、また、すでに教育が開始されている各専門看護師や認定看護師の存在がある。

このように拡大する役割を看護職が担っていくためには、現在の臨床看護実践における看護のアイデンティティの確立が急務であり、それが経済効率に配慮した内容であることが求められる。21世紀の看護は、そうした役割拡大をも受けとめて責任を果たしていくことで、時代が要請する次なる役割が創造されていくものとする。

21世紀の看護を担うための責任ある実践「拡大する看護職の役割と責任」

看護職の責任と役割の拡大：地域看護／大学教員の立場から

東大・大学院医学系研究科・地域看護学分野 村 嶋 幸 代

1. 地域ケアにおける状況の変化

今までのお二人の先生は、ケア全般の広いお話と、病院という場での実践的な先駆的なお話であった。私は、「地域看護学教室」に所属しているので、「地域看護学および大学教員の立場から」と言うテーマで話をさせて頂きたい。

(1) 地域ケアの状況

最初に、地域ケアを中心として、医療や看護を取り巻く状況の変化について、今までに色々語られてきたことであるが、整理したい。

高齢者の増加・医療の高度化・医療費の高騰・国民の権利意識の向上等の社会的条件の変化があり、医療・看護の重点が在宅ケアへ置かれるようになった。これは、地域ケアに働く人々の職種を増加させ、また、量的にも増加させた。20年前までは、地域に働く医療職は行政保健婦が主であり、医師も「往診」しかしていなかったのであるが、現在は、訪問看護ステーションも制度化され、訪問看護婦を始め、看護職、OT/PTなど、地域に働き、ケアを提供する職種が増えてきた。医師も、健康管理を主として定期的に「訪問診療」するようになり、在宅ケアを提供することによって、保険点数上もカウントされるようになった。

介護保険法は、その決定打で、今まで、老人保健法や診療報酬の改定で、少しずつ在宅ケアの方向にシフトしてきていたが、これで一挙に、在宅ケアの基盤整備が図られたと言う印象がある。

介護保険は、同時に、民間活力の導入と必然的に競争原理を導入するものであった。「採算」が求められるので、経営の効率化が図られていく。某企業のように、事業として成立しなければ、即、撤退することもあることになる。民間まかせにすると、人口密度が高く、事業が成立する地域は良いが、事業が成立しない地域では、必要なサービスが充足しない事態も出てくる。改めて、行政の役割が問われる所であろう。

(2) 看護に課せられる役割の変化

以上のような社会状況の変化を受けて、看護の役割も変化してきている。

まず、看護の役割の拡大である。地域に必要な資源が不足している場合、地域そのものをアセスメントして、必要な資源を地域で作っていく役割が課せられる。そのためには、個別のケアマネジメントだけでなく、地域全体のケアマネジメントをする能力、即ち、地域診断やマーケティングの能力を用いて、地域のケアシステムを見る力を養うことが必要だと言えるであろう。

これと関連し、一つの事業体の責任者として、経営に参画し、事業展開をしていく事も求められる。既に、訪問看護ステーションに関しては、その管理者は看護職であるべき事が明記されている。実際に、多くの看護職が、訪問看護ステーションの長として、経営を含めて責任を持って働いている。公的介護保険の開始時には、実際に非常に

多くの看護職が、不眠不休で体制の切り替えとソフトラッキングに貢献してきた。

更に、病院で副院長の役割を担う看護職も増えてきた。看護職が、病院最大の職種であることを考えれば当然だが、医療の質について分かる人が、経理も分かり、その意見を、病院の経営に自分の意志決定として、反映させていくことの重要性は、とても大きい。

これと関連して、企業内で重要な地位を占めるような看護職が、徐々に増えている。看護の経験のある人が、在宅ケア部の部長として活躍しているケースがある。この方達が、「質を維持するためには、少々高くても、質の良い看護職が必要だ」と、企業内で、根拠を持って周囲を説得できるようなデータを、看護学に携わる人間は出すべきであろう。

企業に関しては、もう一方で、昨日話題提供されたように、製品開発に関わる看護職も徐々に増えているようである。看護職として、直接的に顧客に接して得た意見や反省点を製品に反映させることで、製品の使いやすさが格段に上がってくるのではないだろうか？この点で、看護学はもっと、産学協同して良いであろう。

地域ケアに、色々な職種が参入している現状を考えると、その中での看護職の立場や地位を、今後、議論して明確にしていく必要がある。看護職は、いったい、どの部分を担うのか、給与はどの位欲しいのか、それに見合った仕事とは、いったい何なのか、を明確に打ち出していくことが必要である。

特に、日本では、介護福祉士も国家資格の専門職である。具体的にどのように仕事を分担し合うのかが問われるようになってきている。公的介護保険で、看護職の訪問単価は介護職の2～3倍である。この給与に見合う為には、どのような仕事をすれば良いのか、必要な技術は何かを明示していく必要がある。自己規制として、看護職側が規

準を作っていく必要があると思われる。

また、これから、看護職も、過剰時代に入ってくる。実は、地域では、現実にヘルパーとして働く看護職も出てきている。その仕事範囲は何なのか、給与や医行為の実施可能性はどのような位置づけになるのかを、明確にしていかなければならない。

### (3) 看護界が蓄積してきたこと

このような社会状況に対し、看護界側も大きく変わってきた。

特筆すべきは、看護大学の増加であろう。平成4年にわずか11校だった看護学の4年制大学が、平成12年度には、86校である。修士課程も、36校になる。これは、看護界に何をもちたさだろうか？

私は、4年制大学の卒業生は、誤解を恐れずに言えば、「物怖じしない」という印象をもっている。人前でしゃべったりする時に、過度にへりくだりすぎることなく、自分の意見や質問をドンドン出すという印象である。表現力も備えている。このように自己主張の強いナース達が育ってきて、その人々が、「人間が、一番弱っている時にケアをする。」……そこからナース達が何を考え、世の中にどのように発信していくか。そのあり方によってかなり大きな影響があると思う。

修士課程では、専門看護師制度の導入が図られようとしている。看護協会の方も、認定看護師制度を推進しようとしている。これによって、看護の専門分化が進むであろう。その時に、個人の生活を援助するという、看護学の総合性を失わないようにしなければいけないと思う。

大学は沢山出来たが、「看護技術」を科学的に解明し、良いケアについて蓄積を図っていくことは、未だ不十分である。そうは言っても、生理学的な方法を用いた研究は徐々に蓄積されている。それから、精神看護領域や訪問の意味と意義、システム構築等の技術に関して、「熟練看護婦に聞

く」という形の「技術」は、徐々に蓄積されてきている。今後必要なのは、ある程度条件を設定しての「介入研究」による Evidence の蓄積であろう。

#### (4) 看護職一人一人の課題

では、一人一人の看護職が何をなすべきであろうか。

まずは、ケアを必要としている人の傍らにいてケアをすることであろう。一見奇異に聞こえるかもしれないが、「療養上の世話」行為を介護職にゆだねた時、また、介護報酬で上限を縛られた時、難しいというのが実状である。

そして、自分のケアの効果を「見届ける」ことの大事さが挙げられる。謙虚に反省し、振り返って効果的なケア方法を開発していく必要がある。

さらに、患者の「代弁者」であることを自覚する必要がある。患者の傍らに一番身近にいるものとして、不足している資源の開発も含めたケアマネジメントを行うことである。現在のような高齢者の増加は、障害者の増加をも招くことになる。障害者と共生できる社会作りを行っていく必要がある。

看護学が学問分野の中で確実に根をはっていくためには、看護学なりの方法論や独自に開拓できる研究分野が必要になる。それは、人が病を受け入れ、共存し、回復していくプロセスを解明し、回復を促進していくことであろう。この分野の開拓に、力が注がれていく必要がある。

#### (5) 日本の未来の中で、看護が役割を全うするための条件整備……社会的課題

では、看護職全体は社会の中で、どのような役割をとっていけば良いのであろうか。またそのた

めに社会的に何が整備される必要があるのであろうか？ 看護界全体として、何をなすべきなのであろうか。

まず、今まで、看護職があまり行っていない分野に看護職が積極的に参入していくことであろう。例えば、企業、特別養護老人ホーム、等である。同時に「学んだ」ナースを受け入れる場を増やしていく必要がある。そのためには「質の良い看護職がケアをすることが、結局は安くつく」ことを証明していく必要があり、この面の研究が積み重ねられていくことが肝要である。

それは、evidence-based nursing にもつながっていく。どのような看護が効果があるのか、根拠を積み重ねていく必要がある。これには、実践研究を充実させていく必要がある。今までのような看護学の実践場を確保する必要がある。このためには、国立の看護学研究所が欲しいと思う。同時に、高齢者医療、精神科学等、様々な分野の研究所にケアを科学する部門がおかれ、そこに看護学研究者が配置されていくことを願っている

看護婦は医療の中では最大手職種である。その職種が効率的に動けるか否かで医療の質や効果は大きく異なってくる。目下、看護管理学は基礎教育の中で指定規則に記載された必須科目にはなっていないが、早急に必須科目にするべきだと思う。看護管理学の構築に長年携わってこられた草刈学会長はじめ看護系学会からの要請、もしくはリコメンデーションとして、看護管理学の必修化に精力的に取り組んでいくべきだと考える。

以上、21世紀にむかって課題は多いが、本来の使命であるケアの提供を通して、科学性、実証性を加えて飛躍することが望まれている。



## 拡大する看護職の役割と責任

千葉県医師会 近藤 宣雄

今度 WHO が医療サービスの水準や健康寿命等について、わが国の保健システムは1位であることが報告された。しかし病院の外来は相変わらず混雑して居り、入院も多くは6人部屋であるが、欧米では普通である個室や2人部屋であれば、プライバシーも保たれ、院内感染等の危険も減るであろう。外来も病診の機能分化が行われ、予約制、院外処方ということであれば混雑も少なく、診療にも時間的余裕が生まれる。看護職も入院患者1人に対して2人であり、多くの補助要員も居る。医療事故の記事は大きく報道されるが、このような違いに言及していることは稀であり、我が国の低医療費政策の歪みが昨今の状況ではないか。ある時の臨調以来絶えず医療費や社会保障費に対して削減圧力が加わって居るが、わが国の医療費は対GDP比先進国中19位であり多過ぎるとは言えないと指摘されて居る。在宅ケアについて述べる

イバシーと個人の尊厳について配慮されて居る。このために税金は高いが、わが国でも物価や税金は結構高く、とくに使途が不明瞭である。

このような状況下21世紀の医療、看護はどのような問題に直面するであろうか。ヒトゲノムの解析、情報化、グローバリゼーション等が今後看護学にも影響を与えるであろう。高齢化が更に進展し、看護の範囲も専門家を要すると共に、ケア、日常の世話に及び広範な領域に拡大されるのではないか。施設や在宅ケアの分野においても、弾力性のある配置基準が求められるものと思われるが、これらが利益追求型や、費用削減のみを目指したものでなく質の向上を重視する方向へと転換されるべきであろう。ターミナルケアや地域の保健医療福祉関連機関や職種との連携も推進されることになるが、これらの業種との関係も上下でなく、ネットワークを重んじた型となることが期待される。

## 一般市民の立場でこれからの看護職に期待すること

—患者体験から見えてきた看護の本質—

土橋律子（生命<いのち>を支える研究所 ～for cancer survivors～）

がん体験を持つ看護職だが一般市民の立場で発言したい。11年前、足掛け4年の闘病で医療や看護について多くの疑問や矛盾を感じた。耳が痛いかも知れないが聞いてほしい。がん患者は告知後一時的に落ち込むがすぐに「死んでたまるか」と新たな模索を始める。死ぬまでは生きるのだから「生きること」をサポートして欲しいのだ。生きにくい状況、心身の苦悩、理不尽な怒りの中で、再発や転移に直面しても、最後まで自分らしく生きたい、と願っている。だが看護職は忙しさの中で患者個々の人生まで考える余裕はないようだ。入退院を繰り返す毎に苦悩は深まるのに看護者の対応はマニュアル的だと感じた。看護職の提供する情報は人によって違う。曖昧で不十分、偏った思いこみが多く納得できるものは少ない。患者は確認のため人を変えて同じ質問をする。最初入院では感謝した療養上の世話も、2度目3度目では不信感に変わる。現場の人にとっては些細な事かもしれないが、あの時、あの状況で、あまりに無神経に対応されたという思いは強く心に残り深い傷となる。痛みも苦しみも死ぬことも誰も代わってはくれない。すべて自分一人の身体と心で受け止め納得していかなければならないのは辛い。病人は「弱者」のレッテルを貼られ「見てあげるからおとなしく言う事を聞きなさい」と強要され、重症になるほど自己主張を批判的な目で見られがちである。苦い感情を押さえて看護職の顔色を覗き、我慢と遠慮をしながら本物の救いを探している命がけの気持ちを察してほしい。看護者は癌＝死の思い込みが強く、患者を無理やりターミナルケアへ誘導しているような気がする。告知やインフォームド・コンセントの本質を再考してほしい。最後まで支えきる準備も気概もないまま安易に「余命告知」が行われている現状に腹が立つ。「本来の看護」最後までその人らしく生ききることを支援し続ける専門職ではないだろうか。

人は危機の時驚くようなエネルギーが本能的に沸くが、何の為に生きるのかという根幹が確かでないのがむしろなエネルギーは無駄な衝突を繰り返し分散してしまう。生きる意味は人様々だが、そこを理解して応援するとならないとは、ありがたみが全く違ふと多くの患者仲間が語る。癌は自分の細胞が変化して出来たものなので怒りや憎しみを込めて叩き潰そうとすると宿主の身体もバランスが崩れていく。逆に癌細胞と共存するつもりで向き合うと案外おとなしく付き合いやすいように感じた。要は自分の心の在り様が癌に対する不安や恐怖を増減するのだから、看護者は患者が自分を責め嫌いなにならないよう、ありのままのその人を無条件で受け入れていく事が大事だ。条件をつけると厄介な問題が次々に起き患者を苦しめる。家族への支援も重要。身内にガン患者を抱えた家族の不安は時に患者以上である。両者がすれ違ったままの闘病はとても孤独なものになる。入院当初から一貫した姿勢で関わる事がとても大切。人間全体のバランスを取る事に眼を向け、近視眼的な捉え方ではなく少し離れた所から患者が自分の足で立ち上がる事を支援してほしい。エビデンスにかなったインフォームド・コンセントで看護を展開してほしい。目の前で困っている患者や家族は同じ目線で「普通の大人」として対応してくれ、その上で確かな技術と知識も持ったプロとしての看護職を待望している。そういう「本来の看護」を実践し社会に伝えていくことは看護職の責任だ。でないと一般市民は医師の補助業務が看護職の専門性だと位置づけ、人間相手の部分は他職種に委ねてしまうだろう。医師と同じスタンスを取らないで時には医師に抵抗してでも患者の尊厳と権利を擁護することの専門職となってほしい。結果ではなくプロセスを大切に。目の前の患者から沢山の生き死にを覗かせてもらっているのだから、その「生老病死」が納得のいくものになるよう専門知識や技術を使ってほしい。患者の生の声を聞く機会を多く持つことが大事だと思う。問題解決に一步を踏み出してください。

---

1975千葉大学医学部附属看護学校卒業。千葉大学医学部附属病院に勤務、1994 患者会支えあう会「α」設立、1996退職。2000 「生命<いのち>をささえる研究所～for cancer survivors～」設立。今年2月日本評論社より「看護婦ががんになって」を出版（小笠原信之氏と共著）