

ジェネラリスト・スペシャリストをいかに紡ぐか？

～総括～

京都大学大学院医学研究科 宮島 朝子
滋賀県立大学人間看護学部 平河 勝美

1. 企画意図

このたびのトークンセッションは、次のような課題意識のもとに企画しました。

- ①看護界に限らず、さまざまな職種でスペシャリストの必要性が叫ばれている。看護界も例外ではなく、さまざまなスペシャリストが活躍している。しかし、スペシャリストが次々と誕生していけばそれでよいのだろうか。
- ②ジェネラリストとして活躍している多くの看護者は、実際の臨床現場でスペシャリストとどのように関わっているのだろうか。単に“連携”という線でつなぐイメージではなく、縦糸と横糸で“紡ぐ”ように、ジェネラリストとスペシャリストが協同して看護を創生していけないだろうか。

そのためには、さまざまな立場で独自の役割を担っている方々の、実践例を報告してもらうのがよいと考えました。そこで、次のような方々に登場していただきました。

- ・田村恵子さん（淀川キリスト教病院ホスピス病棟主任看護課長，がん看護専門看護師）
スペシャリストと病棟管理者という2つの役割を担う立場から
- ・米田昭子さん（平塚共済病院療養指導室長，慢性疾患看護専門看護師）
専門領域内および専門外領域間の広い範囲をカバーする立場から
- ・西真由美さん（公立学校共済組合近畿中央病院，感染管理認定看護師）
明確な専門性を発揮しながら他職種との調整や協同をより一層求められる立場から
- ・箕浦洋子さん（兵庫県立柏原病院看護部長）
看護部門のトップマネジャーとしてスペシャリストとジェネラリスト双方の育成や人材活用をしている立場から

これらの方々に加えて、日本ではまだ制度化されていないナースプラクティショナーとして、病院内外の他職種と関わりをもちながら活躍しているスティーブン橋本次郎さん（バンクーバー・コースタル保健局，ファミリーナース

プラクティショナー）に参加をお願いしました。

今回は“トークンセッション”というこれまでにないスタイルを提案し、メンバーのおひとりでもある田村恵子さんにファシリテーターもお願いしました。これは、視聴者や専門家が車座になって意見交換をしているテレビ番組からヒントを得て、メンバーとフロアが一体となって討論を進めていけたら、と考えたからでした。

2. 総括

各メンバーの発言内容の詳細は個別におまとめいただいておりますので、ここではフロアから投げかけられた発言や、それらを踏まえたトークンセッションの内容を中心にまとめたいと思います。

最初に、用語の定義に関する発言がありました。ジェネラリスト、スペシャリストという用語、あるいはエキスパート、アーティストという異なる表現があるが、これらはどう整理できるのかという、今回の議論の根底を確認するような意見が出されました。これについて各メンバーから、患者へのケアテイカーであり続けるためにスペシャリストになるという選択をした、スペシャリストやエキスパートでもある部分はジェネラリストでもある、スペシャリストになっても自分の専門外へのバランス感覚を失わないようにしている、ジェネラリストもスペシャリティを発揮しているなど、各メンバーの背景や経験に基づく意見が述べられました。

次に、専門看護師と認定看護師の関係が話題になりました。これに関しては、両者の教育や活動の違いを踏まえて現場がどちらを求めるかが問われている、経費がどのくらい違うかが明確ではない、両者は必ずしも活動内容で棲み分けているわけではない、互いに牽制し合うこともあるようだが認定看護師しかいない現場では専門看護師を求めている、ひとりの専門看護師が複数の病院をカバーするなど工夫が必要、などの意見が出されました。

さらに、管理者とスペシャリストの関係が取り上げられ、両者に決定的な違いがあるわけではないので役割葛藤が起きるとは限らないという意見もあれば、両者の役割が違うのだから互いに自分の役割を明確にすべきだという意

見もありました。また、ナースプラクティショナーの制度化が検討され始めている今、専門看護師とナースプラクティショナーの役割の違いなど、看護界にとってタイムリーな議論もありました。

これらのトーキングを振り返ってみると、ジェネラリスト、スペシャリスト、管理者はそれぞれどのような存在であるのか、活動や役割の間にどのような違いや分担が想定できるのかといった事柄に、多くの関心が寄せられていたように思います。そして議論から見えてきたのは、スペシャリストの活動内容や活動成果を知ってもらう必要がある一方で、スペシャリストはジェネラリストの力を引き出す関わり方をしているだけに、何がスペシャリストの成果

なのかを可視化させるのは容易ではないということでした。

今回の企画は、ジェネラリストとスペシャリストが縦糸と横糸になって看護実践をどのように紡いでいくかという課題を提言したわけですが、相手はどのような特徴をもっている糸なのか、翻って自分はどのような糸であるのかを問い直したと言えそうです。これからの看護界において、ジェネラリストとスペシャリストがどのように役割を紡いでいくかという課題は、それぞれがどのような存在で何を実践しているかを認識し合うことを原点に取り組むことになるのではないかと思います。

ジェネラリストとがん看護専門看護師が紡ぐケア

ファシリテーター 淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長 がん看護専門看護師 田村 恵子

私は、1996年に聖路加看護大学大学院看護研究科修士課程を修了し、その後1年間の臨床で活動を経て、1997年にがん看護専門看護師（以下、がん看護CNS）の認定を受けました。1998年より、ホスピス病棟師長とがん看護CNSの二足のわらじを履いて活動を行っています。マネージャーとスペシャリストの役割は異なっており、両者を同時に担うことは困難であるとされています。実際、私のがん看護CNSとしてようやく歩き始めたところに新たにマネージャーの役割が加わり、「やっていけるのだろうか」と強い不安を抱きながらのスタートでした。10年余りが経過して言えることは、私の主な活動の場が、ホスピスというケアを主体とした場であり、チームメンバーと共により良いケアについて考えて実践することが役割として強く求められているため、2つの役割の間で悩みつつも、その時々折り合いをつけてジェネラリストと共に歩んでくることができたとのことです。

本セッションで私に与えられたテーマは、「ジェネラリストとがん看護CNSがどのようにケアを紡いでいくのか」ですが、その前提として、マネージャーとスペシャリストの2つの役割の間で私自身がどう折り合いをつけているかが、がん看護CNSとして活動する上では非常に重要なポイントですのでこの点も含めて発表したいと思います。そこで、まず初めに、ジェネラリストとスペシャリストという用語の定義をしたいと思います。次に、私の専門領域であるがん医療の状況について概要を説明します。最後に、ジェネラリストとがん看護CNSが紡ぐケアについて、ホスピスでの実践を踏まえて紹介します。以上の3点を踏まえて、ジェネラリストと紡ぐケアについてがん看護CNSとしての今後の目標を述べたいと思います。

1. ジェネラリストとスペシャリスト

まず初めに、ジェネラリストとスペシャリストと用語の定義です。日本看護協会は、「ジェネラリストは、特定領域のスペシャリストを目指すのではなく、従事した領域で直接クライアントに対して質の高いサービスを提供することを志向する看護職者である。」（日本看護協会 継続教育の基準 2000）と定義しています。一方、スペシャリストである専門看護師を日本看護協会は「複雑で解決困難な看護問題をもつ個人・家族や集団に対して、水準の高い看護

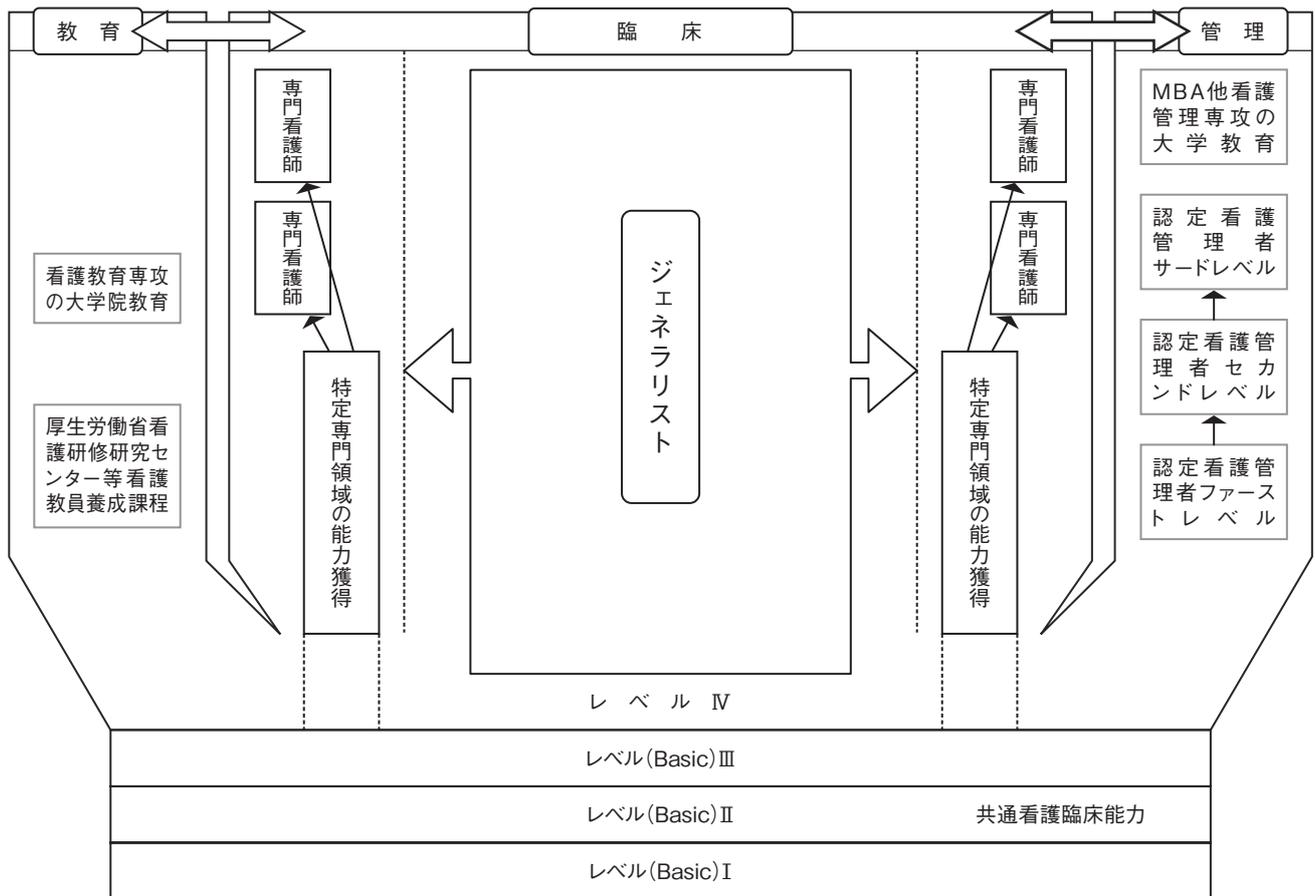
ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた」看護師と規定しています。いわばその分野のスペシャリストという位置づけです。専門看護師の役割は「実践」「相談」「調整」「倫理調整」「教育」「研究」の6つであり、これらの役割を遂行することを通して「保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかる」ことが目的とされています。2008年2月現在、10分野、238名の専門看護師がそれぞれの看護専門分野で活動しています。両者の関係は、看護師のキャリアパスの視点から図1のように示されています。

以上のことから、ジェネラリストとスペシャリストは専門分化に関連した役割の違いによる定義であり、いずれも看護専門職として、お互いに協働して看護実践を行うことが求められています。臨床においては、ジェネラリストは看護の中核的な機能を果たしており、大部分の看護師はジェネラリストとして活動しています。

ところで、病棟管理を担うマネージャーとスペシャリストのような関係にあるのでしょうか。病棟師長とがん看護CNSは両立できるのでしょうか。一般に看護チームがより良い方向へ向かうためにはリーダーシップが必要であると言われていています。リーダーシップの考え方はさまざまですが、私はリーダーシップを発揮するには、「論理力」「構想力」「人間力」「行動力」の4つの要素を備えていることが必要であると考えています。さらに、現場でのリーダーシップには、コーチングという「相手の自発的な行動を促すコミュニケーション技術」が必要であると言えるでしょう。このようにリーダーシップについての考察することを通して、私のがん看護CNSとして学んだ知識とその役割を通して「マネジメント」ということもできるのではないだろうかと考えました。そこで、マネージャーとスペシャリストの二足のわらじを履くことを決心しました。

2. がんを取り巻く医療の現状

私の専門であるがん看護領域においては、2007年4月よりがん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする「がん対策基本法」が施行されました。基本理念としては、1. がん研究の推進、2. がん医療の均てん化の促進、3. がん患者の意向を尊重したがん医療の提供の整備、の3つが規定されています。基本法に基づき策定された「が



引用：H14年度 日本看護協会 基盤整備事業 ジェネラリストのための臨床的・ラダーの開発

図1 概念枠組 看護師のキャリアパスの全体構造

ん対策推進基本計画」では、がん患者を含めた国民の視点に立ってがん対策を進めることを大前提としつつ、1. 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成、2. 治療の初期段階からの緩和ケアの実施、3. がん登録の推進、の3つが重点的課題としてあげられ、昨年より取り組みが始まりました。

さらに、私のサブスペシャリティであるホスピス・緩和ケアにおいては、上記の「2. 治療の初期段階からの緩和ケアの実施」に加えて、・がん患者の意向を踏まえた住み慣れた家庭や地域での在宅医療の充実、・身体的苦痛のみならず精神心理的苦痛等を含めた全人的な苦痛に対する緩和ケア、・がん患者に加え、その家族への緩和ケア、の3点が目標として掲げられており、「様々な場面において切れ目のない適切な緩和ケア」の提供が目標とされています。このため、がん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得するための研修や、がん診療連携拠点病院に設置されている緩和ケアチームが緩和ケアに関する専門的な知識や技能を習得するためのワークショップなどが全国各地で行われています。

がん対策基本法の制定により、がん医療は大きな変革の

ときを迎えて、これまでにないスピードで変化しています。

3. ジェネラリストとがん看護CNSが紡ぐケア

先にも少し述べたように、私は、1987年に淀川キリスト教病院に就職し、1998年よりホスピスで師長として勤務しています。当ホスピスは、1984年に4月に開設し今年で25年目を迎えています。病床数は21床であり、2006年度の入院総数は377名、死亡退院数272名、在宅死亡数12名、平均在院日数18.5日とインテンシブなケアを、多職種から構成されるチームにより実践しています。看護チームはがん性疼痛看護認定看護師と緩和ケア認定看護師の2名を含む21名です。当ホスピスのシステムは、図2に示したとおりであり、電話相談、外来受診、在宅療養もしくは入院、そして入院後も症状緩和が図られ状態が安定すれば在宅療養への移行に積極的に取り組んでいます。このため、外来機能が非常に重要となります。そこで、患者と家族を継続的に支援するために、私を含めて3名のホスピス病棟の看護師がホスピス外来を担当しています。ホスピス外来での私の働きは、私自身の中でがん看護CNSと看護師長の役割を

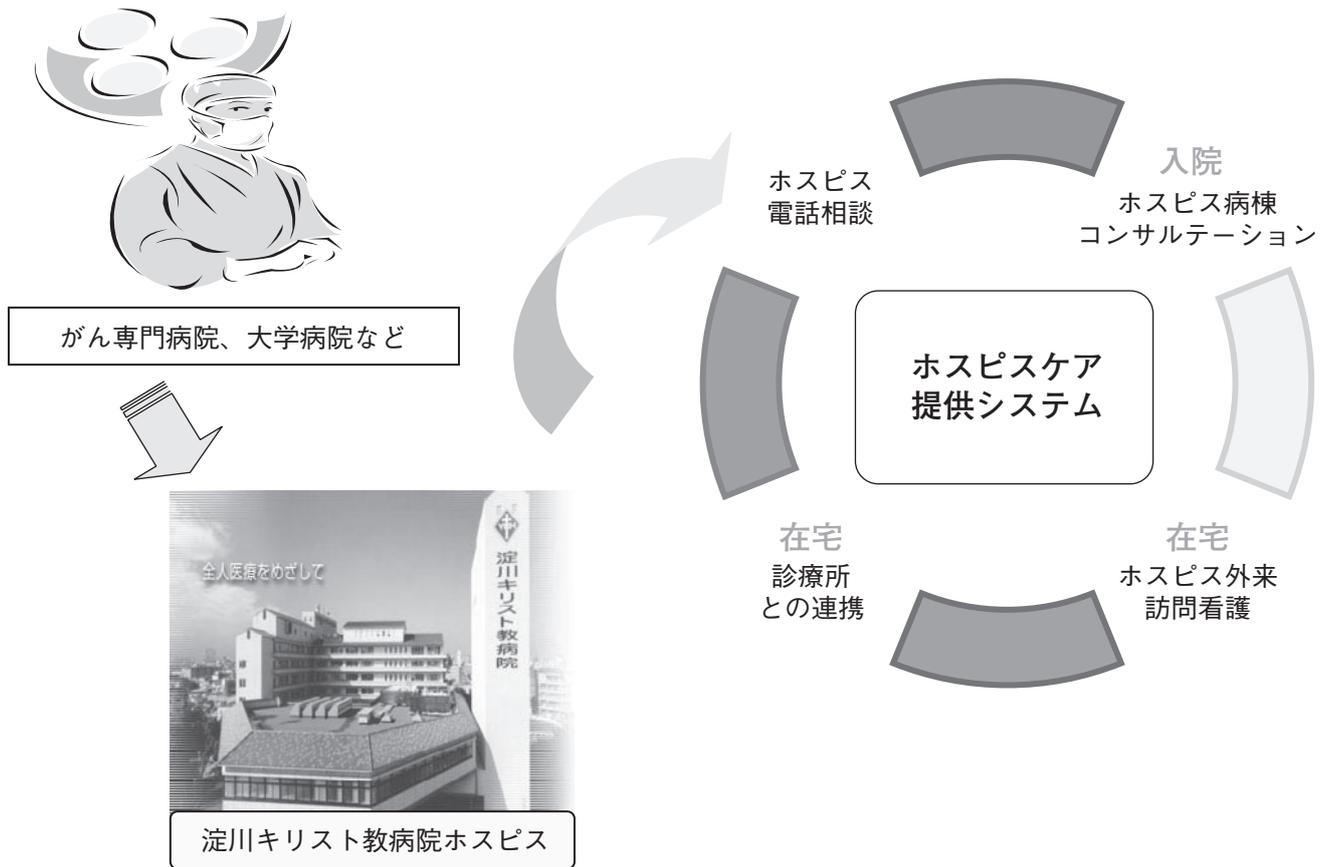


図2 淀川キリスト教病院ホスピスのシステム

紡いでいるといえます。具体的には、患者の病状経過と家族の状況に応じた看護の実践を目指して、・患者と家族の全体像を短時間で把握する、・前回の状態との比較を行った上で、現在の患者と家族の問題点を明らかにする、・患者と家族が在宅療養を続けるために必要な看護を行い、同時に必要な情報をアセスメントして提供する、などを短時間に行なっています。さらに、患者にとって適切な時期に入院できることを常に意識してベットコントロールを考えています。

次に、ホスピス病棟においては、まず看護師長として、以下の3点に力を注いでいます。①ホスピスで勤務するジェネラリストの力を最大限に引出し、患者と家族により質の高い看護が継続的に提供されるように、それぞれの看護師の能力に応じた役割を与える。②実施された看護が、その患者や家族の抱える看護上の問題点を効果的に解決できたか、セルフケア能力を引出すことができているか、などの視点から評価してフィードバックする。③ホスピスにおけるジェネラリストとしての能力を見極めながら、徐々に看護師としての能力が習得できるように継続的に教育的に関わる。

がん看護CNSとしては、ホスピスや緩和ケアに関する専門的な知識や技術に基づいて、患者や家族の抱える問題

を明らかにし、ジェネラリストだけでは解決が困難であると予測される問題の解決を、優先順位（難易度、時間など）を考慮した上で、直接的に看護を実践もしくは解決できるように支援しています。ホスピスでは外来・病棟を問わず患者と家族のQOLの向上を目指して多職種の専門家によるチームアプローチを行っています。各専門職の専門性を十分に生かしたチームでのアプローチが行えるように、チームをコーディネートするのがん看護CNSとしての役割です（表1）。

表1 チーム医療の実践 - 多職種のコーディネーション -

<ul style="list-style-type: none"> • 医師 • チャプレン • 医療ソーシャルワーカー • 理学療法士 • 作業療法士 • 言語療法士 • 栄養士 • 薬剤師 • ボランティア 	<ul style="list-style-type: none"> • 看護師（ジェネラリスト） • がん性疼痛看護認定看護師 • 緩和ケア認定看護師 • 電話相談員（看護師） • 皮膚・排泄ケア認定看護師 • 退院調整看護師（地域看護専門看護師） • 訪問看護師 *アンダーラインはホスピス専任スタッフ
---	---

ホスピスにおける退院調整や在宅療養に関する調整は、主にジェネラリストである担当看護師が行っています。しかし、院内の退院調整看護師や医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）との連携、当院訪問ステーションとの連

携、在宅支援診療所や他の訪問看護ステーションとの連携など他部門や地域における連携が必要となる場合が多く、これらのコーディネーションは私の役割であり、がん看護CNSとして患者と家族が安心して過ごせるようにシームレスなホスピスケアの提供を目指しています。

さらに、一般病棟においても適切な緩和ケアが実践されることを目標に、ホスピス医師、薬剤師、MSWとがん看護専門看護師から成る緩和ケアチームを設置しています。従来の看護コンサルテーションに加えて、毎週木曜日の午後には、成人系10病棟及び外来化学療法センターをチームでラウンドし、がん患者と家族の全人的苦痛の緩和に関するコンサルテーションを行っています。時に、がん以外の疾患の症状緩和に関するコンサルテーションもあり、院内での緩和ケアの広がりを実感しています。

上に述べたように、2つの役割に折り合いをつけながら、私は日々、看護スタッフ、すなわちジェネラリストと協働してケアを実践しています。ジェネラリストと非常に近い距離に存在しますので、彼らが何に悩み、どのようなことに躓いているのかが、当事者以上によく見えています。そこで、適切な距離を保ちつつ、ジェネラリストが悩んでいる現象を分析し、状況を変化させるのに必要なことは何か―不足を補うことか、良いところをさらに伸ばしていくことか―など、個々のジェネラリストのもつ力と患者・家族の状況を見極めながら、さまざまな仮説を立ててアドバイスすることを心がけています。また、状況が複雑でありなかなかその糸を解くことが困難であるときには、がん看護CNSとして直接的なケアを実践しています。患

者・家族によりよいケアを提供するには両者が共にケアの方向性を共有しつつ、それぞれの役割をバランスよくしかも十分に発揮することが大切であると考えています。

今後、ジェネラリストとどのようにケアを紡いでいくのか。がん看護CNSとしての目標は、「ジェネラリストだけでの実践より、質の高い適切なケアが継続して提供されること」であり、スペシャリストとの協働を通して、ジェネラリストが以下のような状態になることを願い、支援したいと思っています。

- 患者や家族のケアに関する満足度が高く、ジェネラリストの満足度も高いこと
- ジェネラリストの看護実践能力が高まること
- ジェネラリストがエンパワーされ、がん看護への関心が高まること

一方、マネージャーとスペシャリストの二足のわらじを履いて10年が過ぎました。マネージャーの役割を担うがん看護CNSとして、ジェネラリストと同じ現場で看護を実践しているからこそ、発揮できるリーダーシップがあると強く感じています。しかし、ジェネラリストに具体的なアドバイスするには、自らが科学的根拠に基づく新しい知識や技術を常に学んでおくことが必要であり、がん看護CNSとして信頼を得るには、スペシャリストとして絶え間ない努力が求められていることも痛感しています。二足のわらじを履くことは、「現役でありながらチームを率いる」ということであり、純粋なマネージャーとは異なる味わい深いポジションにいると思っています。

慢性看護連携システム構築の実践とその課題

～慢性疾患看護師としての取り組み～

メンバー 平塚共済病院療養指導室長, 慢性疾患看護専門看護師 米田 昭子

1. 慢性疾患患者の理解のために

筆者の施設は、地域に根ざした急性期医療をめざす総合病院である。その中で、慢性疾患看護CNSとして、慢性看護を広めたり、深めたりすることを意図的に実践してきた。それは、慢性看護を専門にしているというプライドと、慢性疾患患者が安定した状態を維持して外来通院することで急性期病院としての機能が維持できると考えられるからである。

慢性疾患患者を理解するための働きかけとしては、“病棟カンファレンスの場でスタッフナースに伝える”“コンサルテーションの中でコンサルティに伝える”“スタッフナースに自己の実践を示す”“院内看護研修の場で伝える”などがある。

病棟カンファレンスの場で伝えるというのには、状態が悪化して入院した患者の外来通院中の状況や、日々、努力して療養してきたありようや、退院が近い患者について外来におけるフォローの必要性について伝えたりというものがある。

例えば、腎機能が悪化して入院した腎不全保存期の患者のカンファレンスでは、「透析導入にならないように、食事をがんばっていたけれど、ここのところ仕事が忙しく、体調を整えられなくなって本人も、両立に葛藤していた」などを伝える。すると、病棟スタッフは、コンプライアンスが悪く、自己管理が困難だった患者という捉え方ではなく、この患者の療養生活がどのような体験であったのかを理解していかうとする。また、肺炎で入院した一人暮らしであった糖尿病もある高齢者に対して、家族やケアマネとだけ相談して、施設入所を検討しようとするカンファレンスでは、「60歳から糖尿病で、90歳になっても、インスリン自己注射と血糖自己測定をした人。高齢で一人暮らしの中で、これだけやっていた。えらいですよー。自律してますよね。自分はこれだけやってきたというプライドがあるのでは？。退院後はどうしたいのか、まず、本人に確認してから、退院調整してはどうでしょうか？」と投げかけることで、その人の長い病気とのつきあい方を理解しようと思われ、その患者の意思を尊重することの意義を見出して、関わりを再スタートさせる。

あるいは、「不死身のからだなんだと捉えてきた人が、

生活の中で息苦しさを感ずることで、だんだん弱ってきているのかもしれないと捉え、在宅酸素療法を始めることを受け入れた。今は、自分への信頼感を失っている時期かもしれない」と、その患者が、外来で、どのように新しい治療を導入することを意思決定したのか、今、どのような局面にあるのかを伝えることにより、スタッフは、在宅酸素療法導入入院が4,5日間という短期間で、より深く患者の状況を理解して、支援を行い、再び、外来でのサポートにつなげていこうとする。

コンサルテーションの中でコンサルティに伝えるということも、同様である。その患者が、病気とどのようにつきあってきたのかという体験を理解することの重要性を伝え、コンサルティが患者の、『まず、聴いてみる』という行為を促す。それにより、その人なりのセルフケアを理解し、病気とうまくつきあっていく手立てを、患者と看護師が一緒に考えていくことができるようになっていくのである。

そして、とても重要なのが、実践である。実践を通して、自分自身が慢性疾患と付き合っていくことがどういうことなのかという理解を深めていくことができる。そうして、自己の実践は、他の医療者に示されることで、患者を信頼して、逃げずに、ケアを提供するとはどういうことなのか、じわじわと伝わっていくものと考えている。それは、数年という長いスパンのものもある。ケトシスと低血糖を頻繁に繰り返す患者へ4年間、関わって、緊急搬送されることがなくなっていったり、医療者と良い関係がきずけず病院を転々としてきた1型糖尿病の人が、電話相談を続け、とぎれずに治療を継続していったり・・・などである。

2. 院内の連携 ー病棟と外来のケアをつなげるー

2年前から、院内の継続看護委員会の委員長をしている。そこでは、各部署から1名の委員が選出され、毎月1回の委員会会議に参加し、活動の報告、委員同士のディスカッションを行っている。委員会の目標は、継続看護委員をリソースとして、システムを構築することにある。例えば、透析センターと腎臓内科病棟の委員が協同して、透析導入となった患者への関わりにおいて、これまで、病棟、

外来, HDセンターが独自に, 透析導入に関わってきたが, そこをつないで, 外来は, 保存期の患者の療養の状況を伝え, 入院病棟やHDセンターでは, それをもとに外来での保存期の様子を理解して関わるように, そして, 導入指導は, 共通のマニュアルで関わり, どこまでどのように指導し, どのような反応が得られているのかを双方が, 連絡用紙を用いて理解しあって, 一緒に指導をしていく, というシステムを構築中である。

3. 慢性疾患患者の慢性期をサポートする 看護ケアの場としての療養指導室

2000年に, 外来通院する糖尿病患者への支援の場として開設した療養指導室であるが, いまや, 継続看護委員会の充実や, 内科医師からの慢性疾患看護師への患者フォローの依頼の増加により, 外来通院する慢性疾患患者のサポートの場として, 確立してきた感がある。2007年のデータを示すと, 糖尿病以外の延べ利用患者は, 腎不全保存期が39名, 神経難病の患者22名, ASOの患者3名, COPDや喘息などの慢性の呼吸器疾患患者は15名であった。まだ, システムティックに活動しているわけではないが, 今後, システムを整え, 看護外来として開設し, 診療報酬につなげていくことができるようなことを目指している。

感染管理が紡ぐもの

メンバー 公立学校共済組合近畿中央病院医療安全推進室 感染管理認定看護師 西 真由美

はじめに

医療現場における感染管理は、患者、医療従事者、訪問者などを守ることが目標である。医療の高度化、多様化にともない、感染防止対策は組織横断的にチームで取り組むことが必要不可欠である。

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) 隔離予防策のガイドライン 2007年でも「院内感染」ではなく、医療関連感染(HAI: healthcare associated infection)という用語を提唱している。これは急性期医療施設だけでなく、在宅ケアや長期療養施設、介護施設などに医療現場は範囲拡大しているからである。

医療法においても2007年改正では、大規模病院から診療所まですべての医療機関において感染防止対策が必須となっている。

そして今、医療の質が問われる時代である。質が高く安全な医療を提供するために、感染を防止する、発生すれば速やかに低減させなければならない。

私は現在感染管理認定看護師として自施設で組織横断的な活動を行っている。その中でジェネラリスト、他分野のスペシャリスト、他職種の職員との協働、看護管理者とのコミュニケーションについて自身の活動を通しての考えを述べたい。

日本看護協会認定看護師制度とは

高度化・専門分化が進む医療現場における看護ケアの広がり看護の質向上を目的に、看護界の総意で1997年に資格認定制度が発足。

ある特定の認定看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することが認められた者をいい、次の役割を果たす。

- (1) 特定の看護分野において、個人、家族及び集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する。(実践)
- (2) 特定の看護分野において、看護実践を通して看護者に対し指導を行う。(指導)
- (3) 特定の看護分野において、看護者に対しコンサルテーションを行う。(相談)

認定審査までの道のりは、

- ①保健師、助産師、看護師としての実務経験が、通算5年

以上そのうち通算3年以上は特定の看護分野の経験を有すること

- ②認定看護師教育課程修了すること(6ヶ月・600時間以上)
- ③認定審査に合格すること(筆記試験)

2008年5月現在認定されている認定看護師教育機関31・教育課程58・認定看護師登録者数 合計4,458名

認定看護分野とは、高度化及び専門分化する保健、医療及び福祉の現場において、熟練した看護技術及び知識を必要とする看護分野として制度委員会が認めたものをいい以下の19分野が現在開講、または準備中である。(番号は特定順)

- ①救急看護 ②皮膚・排泄ケア ③集中ケア ④緩和ケア ⑤がん化学療法看護 ⑥がん性疼痛看護 ⑦訪問看護 ⑧感染管理 ⑨糖尿病看護 ⑩不妊症看護 ⑪新生児集中ケア ⑫透析看護 ⑬手術看護 ⑭乳がん看護 ⑮摂食・嚥下障害看護 ⑯小児救急看護 ⑰認知症看護 ⑱脳卒中リハビリテーション看護 ⑲がん放射線療法看護

認定資格取得後もレベル保持のため、認定を受けてから5年ごとにこれを更新しなければならない。

過去5年間に細則に定める看護実践や自己研鑽の実績があることが求められる。

- (1) 看護実践時間が2,000時間以上に達していること。
- (2) 制度委員会が認めた学会及び研究会等への参加や発表、または雑誌発表等自己研鑽の実績が規定の内容で50点以上に達していること。

感染管理認定看護師とは

感染管理認定看護師は、看護集団のみを対象とするのではなく、院内に出入りするすべての人が対象となる。

施設での感染管理は組織横断的に行なわなければならない。集団を、疫学的な視点でとらえることも必要である。

認定看護師教育課程において、自施設の組織分析を行い以下の項目のプログラムを立案、実践、評価するために必要な知識技術を習得する。

- ①病院感染サーベイランス：疫学的な知識に基づき、病院感染発生の状況に関するデータの収集、分析、評価を自らが実践し、その結果を感染防止に直接関わる医療従事者と共有することを通して感染率の減少、医療の質や経

済性向上を目指す。

- ②感染防止技術：疫学的に効果が認められた感染防止技術について情報収集を行い、各施設および部署の状況に適した感染防止対策を立案、導入、評価、改訂する。
- ③職業感染防止：病院で働く全ての人に対して、針刺しや空気感染を含む職業感染防止対策を立案、実践、評価、改訂する。
- ④感染管理教育：病院で働く全ての人々に対して、対象集団のニーズに対応し感染管理の意図に即した感染防止に関する継続的な教育、訓練を立案、実践、評価する
- ⑤コンサルテーション：病院で働く全ての人々に対して、感染防止に関連した問題についてコンサルテーションするための環境を整え、実践し、実践過程および結果を記録および評価する。対象者が自らの問題を認識するのを促し、有効なリソースを提供あるいは調整し問題解決を支援する
- ⑥ファシリティマネジメント：患者の安全な療養環境を確保する。リネン管理、水・空調管理、清掃、廃棄物など

感染管理認定看護師を目指したきっかけと 現在までの道のり

2002年ジェネラリストの看護師として手術室に所属していた。当時AIDS拠点病院であったため、HIV患者の帝王切開術が行われた。私はその手術の外回り看護師となった。

AIDS拠点病院ではあったが、多くの職員はHIV感染症の詳しい知識を持っていなかった。そこで担当スタッフでチームを作り基礎から勉強した。それでもHIV曝露に対して恐怖心を持ったし、患者と接する時、その背景の重たさにとまどいも感じてしまった。そこで感染防止対策を含めどのような体制で手術を行うか何度もチームで検討した。

今思えば少し過剰な対策をとったが、患者、病棟スタッフ、手術室スタッフ、執刀医、麻酔医、器械出し看護師と連携をはかり無事手術を終えた。

私はこの経験で、チーム医療の重要性と、感染管理の知識習得の必要性を感じた。それをきっかけに、その年設立したICT（Infection Control Team：院内の多職種による感染対策実践者チーム）に参加することになり、看護部内、自部署内だけでなく院内全体の感染管理活動を開始した。

そして2005年に日本看護協会感染管理認定看護師資格を取得した。

当院では、認定看護師資格取得研修期間は長期出張の扱いとなり、研修費用も一部施設負担される。そのため、安心して半年間学ぶ事が出来た。

その研修中には先述した自施設のプログラムを立案し看護部長に報告を行っていた。職場復帰時にはモチベーションもさらに上がり、最重要と習ったターゲットサーベイランスを行おうと張り切っていた。しかし資格取得後職場復帰すると、所属部署は以前と同じ病棟であった。

そして当時の看護部長からは、病棟でジェネラリストとしての業務を行い空いた時間に感染管理を行うよう指示された。

また感染管理を遂行する際の位置づけも、確立されてはいなかった。どこに相談、報告すればいいのかかわからず、課題は山積み、時間外勤務ばかりが増えていった。

その年、看護副部長の発案で「看護部資格認定特別委員会」が発足した。看護部内の資格取得者が集まりそれぞれの活動報告を行い、さらに看護部のキャリアアップを支援する事が目的である。発足時のメンバーは私と不妊症看護認定看護師、認定看護管理者であった。

この委員会で、自身の活動内容、活動時間が必要であることを報告した。また私も他分野の認定看護師達の活動について知り、その活動の特性を知ることが出来た。ここで私自身の状況について理解してもらい、他分野の認定看護師との連携もこの委員会で検討していった。（現在この委員会はうれしい広がりを見せ、看護管理認定者3名、不妊症看護認定看護師1名、感染管理認定看護師1名、緩和ケア認定看護師2名、皮膚排泄ケア認定看護師1名、呼吸療法士取得看護師1名の合計9名となった。これらの他部門の資格者をいかに活用してもらうか、日々の愚痴もちょっぴり言い合いながら重要なコミュニケーションの場となっている。）

委員会からの支援もあり、活動時間も徐々に増え、勤務部署も感染管理の時間を作りやすい部署へと2回も行ってもらった。そして資格所得から2年後の2007年4月、医療安全推進室所属の専任感染管理者となり現在に至る。

管理職とのコミュニケーション

研修を終えて職場に復帰当初は、報告していたはずなのに、どうして病棟配属になり活動時間を充分もらえないのだろうか悩んだ。そのため、まず取り組んだことは、看護部管理職の理解を得ることであった。そこで活動結果だけでなく、どれくらい活動時間が必要で、時間外でどのような業務を行っているかを、明確にして毎月看護部長に報告を続けた。また、ジェネラリストとしての役割も果たしていくよう努力した。やがて病院全体を脅かすようなアウトブレイク対策の経験も経て、看護部長も病院長に働きかけてくれ、感染管理の専任者となる事が出来た。

振り返って思うことは、看護部長は私をすぐ専任にしないことで私を守ってくれていたのかもしれないということ

である。

感染管理の役割が重要であればあるだけ、その責任は重大である。組織横断的に活動してゆくのであればまず基盤を作らなければならなかった。学んできたコミュニケーション技術を駆使して組織作り、仲間作りを行い、チャンスに備え、危機に耐えることが出来る実力をつけなさいと言うことだったのではないか。

2年間の努力は無駄ではなく、感染管理認定看護師の存在は、他職種にも周知され、専任者として歩み始めることが出来た。専任者になったからといって感染管理は一人では行えない事もよく理解出来た。そのため医療安全推進室所属で、ICTという仲間との協働作業で活動出来ることになったのは恵まれていると思っている。

しかし感染管理認定看護師の他の認定分野と違う点は
・「管理」という言葉が入っている
・認定看護師の役割は看護者に対しての「指導」「相談」と記されているが、事象によっては医師を含むメディカル対象となることも多い。

これらの点は管理職や、ジェネラリストに誤解される事もあるのではないかと感じる。他の認定分野においても「その分野の特殊性」があるだろう。イノベーターともなりうる認定看護師は、その特殊性も含めた活動内容の説明と、長期・中期・短期活動計画報告を行なう義務がある。そしてコミュニケーションスキルを高める必要がある。

専門分野の知識・技術提供だけでなく、施設内でのコミュニケーションスキルを発揮する事はジェネラリストのよき見本になりうる。さらに施設に他分野の専門看護師、認定看護師がいれば、相談し合いよい連鎖を作っているであろう。

そうすれば多くの認定看護師は、その施設のためにパワーを発揮し、よいリソースとなる。またジェネラリスト達の刺激剤となり、看護の質向上に役立つ、それは医療の質向上に直結していくと考える。

認定看護師を送り出し、研修後迎え入れる施設の管理者は認定分野の特殊性を十分理解して、必要な権限を与え、職場配属を考慮してもらえたらと思う。

感染管理専任者として

感染管理専任者として看護の力を組織横断的に活かす役割は、日々困難もあるが、やりがいある仕事である。

所属する医療安全推進室では「感染防止対策は患者および医療者の安全を守るための対策である」という方針のもと感染管理を行う事が出来る。さまざまな場面において医療安全管理者の協力も得る事が出来る。医療安全管理者に報告・相談することが出来るため、特に倫理的配慮が必要な場面で役立つ。

感染管理は、院内の医療者を対象に臨床における感染防止につながるケアや治療の実施を効果的に行えるよう専門的知識・技術を提供する。感染防止対策において100引く1はゼロかも知れない。手洗いを例にとると100人の医療者の中の99人が手洗い遵守しても、1人が間違っただけで感染は起こりうる。

そうは言っても、正しい手洗いを全ての医療者に遵守してもらう事は大変な事である。

しかし感染管理者は、患者を取りまく全ての医療者にアプローチしていく。

そこにはコミュニケーション能力・対人関係調整能力・交渉能力などが必要となる。

また感染管理にはコストが発生する。

そこで現場の医療者だけでなく事務職、さらに病院管理者にも働きかける場合もある。

手洗いの必要性を説きトレーニングさせるだけでなく、なぜ遵守できないかを分析、手洗い環境の整備（水道の配置や手指消毒剤などの購入）などにも関わって行く必要がある。

どのようなポジションの相手であっても敬意を持って接する、根拠あるデータを示す、など配慮と工夫、あきらめない熱意が大切となる。

今回の学会で他分野の専門看護師の方、看護管理職の方、ナーシングプラクティショナーの方とセッションしていくなかで「バランス感覚の悪いスペシャリスト」について問題提議があった。

資格取得直後の焦っていた時期の自分がそうであったかもしれない。感染管理を行いたいと思うあまり、施設内の状況（経営、人員、外部圧力など）や、看護部の状況、また社会情勢などが見えなくなっていたかもしれない。

スペシャリストを目指すといってもジェネラリストの事を知らなくていいということではない。

これらのこともバランスよく理解してこそスペシャリストとして奥行きが出来る、管理者、ジェネラリストと看護を紡いでいけるのではないかと考える。

参考文献

- 1) 日本看護協会認定看護師規則 2008.
- 2) 洪 愛子編集 ベストプラクティスNEW感染管理ナーシング 2006. 学習研究社
- 3) 特集「ICT」力を最大限に引き出す職種別の連携ポイント INFECTION CONTROL.17.8 2008.22-50
- 4) ICPテキスト編集委員会監修・編集. ICPテキスト-感染管理実践者のために-大阪, メディカ出版. 2006.10-43

◆トーキングセッション◆

スペシャリストと管理者との協働

～未来づくりへの紡ぎ方～

メンバー 兵庫県立柏原病院看護部長 箕浦 洋子

1. 兵庫県におけるスペシャリストの現状と養成について

兵庫県立病院は、総合型病院6病院、専門病院6病院の12病院、4070床を保有している。自治体病院の中では、東京、岩手に次ぐ全国第3位の規模で、職員数は約4600名うち看護師は3000名である。病院事業は時代の変化に適応するために、平成14年地方公営企業全部適応となり、知事部局から企業体として独立した。新しい医療の波に対応できるように看護師教育は、兵庫県立病院クリニカルラダーを作成し、それに基づいた教育を実施している。その中で、スペシャリストは、ラダーⅢ・Ⅳの看護師が進めるコースとなっており、組織の課題と個人のキャリア開発のバランスを取りながら、養成をしているところである。

平成20年6月現在、スペシャリストは表1のとおりである。スペシャリストの活動は、院内・外で実践、教育活動を中心に活動しながら、平成18年より県立病院間でのネットワーク会議を行い、情報交換や自己のスキルアップを図るとともに、兵庫県におけるリソースとして何が提供できるかを検討している。

表1 兵庫県立病院におけるスペシャリストの分野と数
(平成20年6月現在)

専門看護師	がん看護	3名
認定看護師	皮膚・排泄ケア	2名
	緩和ケア	3名
	感染管理	3名
	集中ケア	1名
	小児救急	1名
	がん化学療法	1名
	救急看護	1名
	思春期青年期精神看護	1名

2. スペシャリストとジェネラリストとの紡ぎ

臨床における看護実践は、対象者を瞬時に把握し、看護のプロセスへと導くマジシャンのような判断と技がある。学習された経験知と理論知が融合されることにより、より洗練された質の高いケアへと繋がっていく。臨床での経験知の多くは、語られ、実践を模擬することで伝えられてきたが、行った看護過程や看護実践を、「普遍性」「論理性」「客観性」を持った科学の視点で可視化し、実践すること

が困難であった。その中で、専門分野で高い能力を持ったスペシャリストの出現で、臨床実践を可視化し、実践を科学することができるようになった。スペシャリストの存在意義は、看護サービスの提供場面で、看護判断におけるスーパーバイズ、根拠に基づく技や看護プロセスを教育する、実践モデルとなる、などジェネラリストをエンパワーできることである。(図1)このように、スペシャリストとジェネラリストの相互の紡ぎが深まることにより、科学した連続的な看護の実践を提供することができ、より質の高い新しい看護の波が生まれてくる。そして、それは、シームレスで、クライアントへの正のスパイラルを生み出すものとなる。

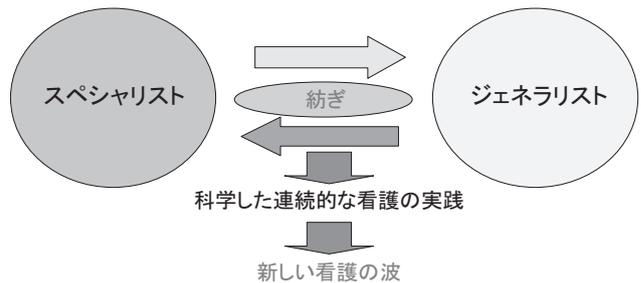


図1 スペシャリストとジェネラリストの紡ぎ

3. スペシャリストと管理者との協働

医療が変化する中で、効率的でより質の高い看護を提供するためには、スペシャリストと管理者はタッグを組むことは必須で、管理者とスペシャリストは協働(Task Together)の関係を維持しながら進めていくことである。(図2)臨床能力の高い現場の管理者は、ややもするとスペシャリストと競合し、スペシャリストの役割を奪ってしまうことがある。管理者は、マネジメントに徹し、スペシャリストの能力が最大限に発揮できるようにマネジメントを行うことが必要である。



図2 スペシャリストと管理者との協働

4. 管理者の課題

看護の専門性が改めて論じられている中、スペシャリストの活動はこれからますます期待されるであろう。スペシャリストの養成が今後どのように変わっていくかは、人口動態、社会の動きで変化していくであろう。いずれにせよ管理者の課題は、スペシャリストが行っている看護実践のアウトカム評価を行いながら、組織へ還元できるように戦略的に動くことである。看護職にも看護職以外の者にも、スペシャリストの存在意義を示していくこと、スペシャリ

ストの活動の保障と処遇対応について考えていくことが必要であり、それが社会に向かって看護の専門性を表すことになっていこう。看護師の業務拡大が積極的に論議されている中、自律した看護師の養成は必須である。切れ間なく看護サービスをいかに提供できるかは、スペシャリストとジェネラリストの紡ぎであり、それをマネジメントして管理者は、未来を見据え、人づくりを行っていくことが課題である。

◆トーキングセッション◆

カナダにおけるファミリー・ナース・プラクティショナーの役割と日本の看護界への提言

指定発言 バンクーバー・コースタル保健局

ファミリー・ナース・プラクティショナー (FNP) スティーブン 橋本 次郎

1. はじめに

私の暮らすカナダ、ブリティッシュ・コロンビア州でナース・プラクティショナーが制度化され、州内教育を修了した第1号がヘルスケアの場面に登場したのは2005年のことでした。看護師が薬を処方するということが一般市民の話題になっただけでなく、医療現場でもさまざまな混乱が生まれました。私も州内教育修了の第2期生として2006年に地区の保健局に就職し、ナーシングホームで高齢者のプライマリーケアを担当していますが、現在の仕事を始めてからさまざまな葛藤や困難を体験しました。

第34回日本看護研究学会学術集会のトーキングセッションでは、カナダの現状を踏まえて私の経験をお話しさせていただきました。本稿では、プレゼンテーションで発表した内容と当日の討論を振り返り、これからの日本の看護界に向けて提言したいと思います。

なお、文中のジェネラリストは一般看護師 (General Duty Nurse) を、スペシャリストは認定看護師 (以下、CN)、専門看護師 (以下、CNS)、ナースプラクティショナー (以下、NP) を含めた高等看護を行う看護師 (Advanced Practice Nurse=APNやExpert Nurse) を指しています。

2. 背景

医療が進展する中、カナダにおいても看護に対する期待はますます高まっています。また、ライフスタイルや社会思想の多様化に伴って患者が意思決定に参画するなど、看護業務はより複雑なものになっています。さらに、従来の医師と看護師だけの体制では医療的なギャップが生じており、その狭間に陥る患者が存在することも明らかになりました。例えば、便秘は看護と医学の両方が取り組む問題なのですが、下剤の処方のところ看護と医学の間に明確な線が引かれます。看護的介入の末、便秘が改善されないために処方薬が必要になる場合、医師へのバトンタッチがうまくいかないと、患者は改善されない便秘に悩まされることとなります。そこで、看護と医学が連続的に連携するために、NPが大きな役割を果たすのです。

僻地の多いカナダでNPが登場したのは40年ほど前にさ

かのほります。やがて医師が過剰供給され、NPは忘れられた存在となりました。しかし、10年ほど前から医師が不足し始めたことや、都市部における医療の質のさらなる向上が謳われNPに注目が集まったことから、カナダ各州でNPの養成が始まり、順次導入されていきました。

3. NPとは？なぜナーシングホームにNPが必要か？

ブリティッシュ・コロンビア州では、「NPは大学院修士課程において、高度な臨床能力を習得した正看護師であり、急性期や慢性期の疾患の診断と治療に重点を置く。NPは高度な看護能力を持ち、全人的、包括的な医療サービスを提供する。」と定義されています。現在のところ、州内の養成はすべてファミリー (家庭)・ナース・プラクティショナー (FNP) で、基本的に小児から通常の妊婦、成人、高齢者まで、幅広くプライマリーケアを提供しています。NPが独自に診断でき治療できる疾患は100を超えています。例として中耳炎、肺炎、喘息、慢性心不全、骨粗しょう症、带状疱疹、皮膚炎、うつ病などがあり、これらにかかわる検査や薬の処方も可能です。さらに、パップスメアテスト、単純切開と縫合なども可能です。限界としては、死亡診断書が書けないこと、麻薬系鎮痛剤やベンゾジアゼピンが処方できないことなどがあります。しかし、現在法律が変わりつつあり、早ければ来年にも、コデインやモルヒネ、ロラゼパムなど、一般に使われる麻薬系鎮痛剤とベンゾジアゼピンの処方が可能になる予定です。カナダのほとんどのナーシングホームには医師は常駐しておらず、看護師が日常業務を行っています。ナーシングホーム長も看護師が勤めるのが一般的です。患者の状態が悪くなると担当の看護師が主治医に電話をして往診を依頼するか、電話で指示をしてもらいます。しかし、速やかに連絡が取れなかったり医師が往診できなかつたりすると、患者の状態が悪化し、救急病院への搬送となります。アメリカを含め北米ではNPとナーシングホームの関係について多くの研究がされており、その有用性が強調されています。例えば、医師とNPのチームで治療に当たると、ナーシングホームの患者に効率のよい医療を提供できる (Fama & Fox, 1997, Bouchard, Holdway et al., 2004), NPは

ナーシングホームから急性期病院への入院患者数を減らす (Intrator, Zinn et al., 2004), NPの採用はナーシングホームの患者一人当たり毎月72ドルの医療費の削減になる (Burl, Bonner et al., 1998), などです。ブリティッシュ・コロンビア州でもこのような多くの研究結果に基づき, ナーシングホームにNPを配置しつつあります。近い将来, 日本でもNPの制度が導入されれば採用できるモデルかもしれません。

4. スペシャリストとしてのNPの役割

私の現在の職場は, バンクーバー市の郊外に位置した133床のナーシングホームです。私をはじめ看護師, 准看護師, 看護助手, 老人精神科の専門看護師が, 日常のケアと医療に携わっています。基本的には「依頼モデル (Referral Model)」を採用し, それがジェネラリストとスペシャリストを結んでいます。日常の一般的な看護業務はジェネラリストの看護チームが行っていますが, 高度なアセスメントが必要になった場合, 私のところに依頼が来ます。私は患者に会って問診, フィジカル・イグザミネーション (診察), 医学診断を行い, 看護チームに看護や医療方針について指示・助言をします。医師とは違い, ひとりの患者に対して30分以上の時間をかけることもあります。また, 患者や家族に対してカウンセリングを行います。これもFNPの重要な役割です。さらに, 入所されている患者さん一人一人に対し, 年に1回ケアカンファレンスを行います。ケアカンファレンスの前には患者さんの全身のフィジカル・イグザミネーション, 検査結果や薬のレビューを行い, 医学, 看護学両方の見地から, 治療プランとケアプランの修正もしています。

5. NP導入の問題点

ジェネラリストとスペシャリストとのコラボレーションは重要であり, 複雑な医療現場をよりよくするのに貢献しています。しかしながら, 問題も残されています。例えば, 新しいスペシャリストを導入する際に, 従来の医療従事者との間で役割混乱 (Role confusion) や摩擦が起こり, スペシャリストが十分に役割を発揮できないことがあります。NPは現場においては全く新しい職種ですから, CNSとはどのように役割が違うのか, 医師とはどのように住み分けをするのが課題となります。例えば, CNSはその分野の専門看護師であり, 高齢者看護のCNSであれば高齢者特有の転倒や失禁など, 看護面において高度な知識と介入を行います。これに対してNPは高齢者の身体的・精神的特徴を踏まえ, 急性期・慢性期疾患の治療やその予防に努める必要があります。NPと看護管理者との役割混乱もあります。NPは純粋に臨床行為に専念するため,

物品管理やスタッフの監督業務をしません, このことをスタッフに理解してもらう努力が必要です。

それではNPと医師はどう違うのでしょうか? NPは常に看護の視点をもって患者の治療にあたります。治療は投薬だけではなく, 薬なしでできる看護的な方法や生活習慣の改善を指導しますし, 患者教育にも時間を割きます。健康問題に関するカウンセリングも大きな役割ですから, 一人の患者にかかる時間は通常の医師の2倍から3倍になります。表には看護の各職種とNP, 医師の違いを示しました。ご覧になるとわかると思いますが, NPを導入することによって, 看護から医学への連続的でスムーズな連携が可能になっていきます。

新しいものに対する不安と拒絶も, ごくふつうに見られる現象ですが, NP導入の際にもさまざまな問題があります。カナダ, オンタリオ州にあるナーシングホームでは, NPを導入する際, スタッフからの拒絶がありました (Stolee, P., Hillier, L. et al., 2006)。また, 私の現在の職場では, 数年前に大きなリストラがあり, 大半の正看護師が准看護師に取って代わりました。正看護師はNPの存在により自分の職位が継続できるか不安に感じているようでした。しかし, NPと正看護師は業務内容がかなり異なりますので, 一緒に仕事をするにつれて, 正看護師のスタッフからもNPの存在を理解してもらえようになりました。一方, 医師からの拒絶反応には根強いのがあります。カナダの多くの医師は診療報酬制で, 患者を何人診たかにより収入が決まります。NPが医療行為をすることにより, 医師は患者を奪われてしまうのではないかと不安を感じています。しかし, 医師の数はカナダ全土では不足しています。NPは医師の仕事を奪うのではなく, 現在の医療システムによって生じた穴を埋め, 全体的な医療の質の向上を目指すものです。実際, 私の職場にいる133人の患者は, それぞれが自分の家庭医をもっています。家庭医の数を合わせると50人を超えますが, NPと共同で患者を管理していくことで合意の取れている医師は, 現時点でたった5人しかいません。医師からの反対がいかに強いかということ, 私の体験からも伺えるでしょう。北米では今でもNP導入に当たり, 医師の反対は普通のこととして見られます。近い将来, 日本でNPを導入する際には, おそらく同じような問題が起こるであろうと予測されます。

6. 今後の課題と日本の看護界への提言

今回のテーマである「ジェネラリスト・スペシャリストをいかに紡ぐか?」について, 前述の内容を踏まえ, 今後の課題と日本の看護界に対する提言まとめたいと思います。

a) プランニング, サポート, 持続可能性

スペシャリストを導入する際、まず入念なプランニングが必要で、組織のニーズにあったものでなければなりません。例えば、CNSを導入するのかCNを導入するのかは、両者の違いを踏まえて組織に必要な職種を採用する必要があります。CNSの数は比較的少なく、採用はそうたやすくもないかもしれません。また、予算的にも各病棟にCNSを配置するのは困難かもしれません。そこで、一つのアイデアとして、同系列の病院で一人のCNSを採用し、その一人が複数の施設を掛けもちするというのが考えられます。その方がCNS本来の仕事に専念することができますし、カナダではよくあるケースです。

スペシャリストを導入する前に、スペシャリストとジェネラリストの職務や責任を明確にさせることはとても重要です。このことはお互いの職務内容をはっきりさせるだけでなく、スペシャリストとジェネラリストがどのように区別され、また協調していくのかを示すことにもなります。また、職務や責任を明らかにしておくことは、それにより生じるかもしれない、医療事故を防ぐことにもなるでしょう。

スペシャリストを導入すると、看護職、医師を含めた他の医療職とのさまざまな衝突や困難が待ち受けているでしょう。その際、それらの諸問題を解決するのに大きな役割を果たすのが看護管理者です。カナダではいろいろなプロジェクトのリーダーをとる人を”Champion”といいます。この場合、看護管理者がChampionになります。Championはスペシャリスト導入からそのポジションが定着するまで、看護部内外のあらゆる困難を克服しつつ、継続的にスペシャリストをサポートすることが期待されます。スペシャリストは看護管理者と継続的な会合の機会をもち、何が問題かを話し合い、ともに解決策を探求していく必要があります。

スペシャリスト導入は持続可能なものでなくてはなりません。予算の確保は、そのためにまず必要なことでしょう。スペシャリストを採用した後も、その成果を質的および量的なデータとして蓄積し、なぜスペシャリストが必要かを予算の際に示していくことも必要です。ここでも看護管理者は大きな役割を果たすこととなります。私の経験では、NP採用後しばらくは新しい職種を迎えたことにより職場環境が混沌としており、なかなか数値で示せるもの（例えば特定の病気の悪化の減少など）を残せませんでした。しかし、患者や家族にアンケートをとってみると大きく支持されていたことがわかり、ポジションを維持していく上で役に立ったと言うことがありました。

b) 教育・啓発活動

日本では看護職のスペシャリストの歴史は浅く、医療従

事者にも一般の消費者にも理解されていないことが多いと思います。従って、導入に当たり、看護スタッフや医師を含めたすべての職種に、スペシャリストについて教育し啓発していく必要があります。これは、導入の少なくとも1年前前から始めなければいけません。まず、看護スタッフの間で意識改革が必要です。いろいろな研究成果を参考にしたり、スタッフの不安に耳を傾けたりすることも重要です。スペシャリスト導入に当たり、起こり得る問題点と対策をスタッフ全員でブレイン・ストーミングすることで、連帯感が芽生え、スペシャリストを迎えるよりよい環境が整えられていくこともあるでしょう。

大きな組織であれば、新聞などのマスメディアを通じて、スペシャリスト、例えばCNSとはどういうことをする職種なのかを広告に出すのもひとつのアイデアです。それにより、医療サービスを受ける一般の消費者にも、看護サービスとはどういうものか、CNSやCNはどのような人たちのかが理解されやすくなると思います。

c) チームワーク、尊重、セレブレーション

チーム医療の重要性が叫ばれていますが、スペシャリストにも、チームの一員という自覚が必要です。ヒエラルキーの上に立つのではなく、役割の違う職種として、ジェネラリストの看護師たちと並列的な関係にいた方がよいと思います。スペシャリストは専門的な知識・技術、そして経験をもっています。ジェネラリストは、スペシャリストのそうした専門性（expertise）を引き出すように勤める必要があるでしょう。また、スペシャリストはフロントラインで活躍されているジェネラリストを信頼し、彼女たちにできることは任せ、スペシャリスト本来の高度なアセスメントと介入に専念できるようにする必要があります。患者のアウトカムはチームで成し遂げたという意識をもつこともとても大切です。チーム内で常にポジティブな態度を維持し、ジェネラリストもスペシャリストも含めて、特に秀でて頑張った看護師をチームでほめる、という環境も必要です。

チームワークを達成する上で欠かせないのがお互いを尊重することです。常にオープン・マインドで、建設的な構えを見せることが重要です。意見の違いがあればクリティカル・シンキングをしてみましょう。相手の意見を先入観抜きに聞いてみましょう。そうすることにより、新たな解決策を見出すだけでなく、お互いの信頼関係も深まり、さらにはお互いが尊重されているのだと自覚しあえます。私たちはプロの看護師ですし、職場が大きな成長の場となります。ジェネラリストとスペシャリストは、共に育み合う関係だと自覚することが大切です。

看護の歴史は長く、そして今やジェネラリストとスペ

シャリストを有する職種となりました。これはとても素晴らしいことであり、われわれ看護職者は誇りに思っています。時には看護職の多様性をセレクトする（ほめたたえ、そして祝う）ことが、看護職者の意識の向上と外部者へのよい広報活動にもなります。たとえば、院内で看護週間などを設け、ジェネラリスト、スペシャリストを含めた看護師の活躍を展示したり、プレゼンテーションをしたりするとよいでしょう。私の保健局では毎年ナイチンゲールの誕生日である5月12日前後の1週間を看護週間とし、いろいろな催しが行われます。実際、この1週間は他の職種や患者さんを含めて看護職に理解が深まる貴重な期間となっています。そして、看護職にとっても、誰がどのような仕事をしているのかを改めて学ぶ機会にもなっています。

おわりに

カナダ、プリティッシュ・コロンビア州でNPが導入されてから3年が経ちました。新たな看護職種を導入するに際し、さまざまな問題に対処していかなければなりません。NP導入に際し、私も看護スタッフとの役割困難や医師からの反発に遭遇しました。しかし、現在ではジェネラリストの看護スタッフの受け入れもよく、とてもよい関係で仕事ができています。また、幸いにも良い看護管理者達に恵まれ、多くの知恵とサポートをいただきました。その結果、ジェネラリストとスペシャリストのコラボレーションを実現することができています。

看護は大きく発展を遂げていますし、この発展はこれからも続いていくでしょう。私自身、スペシャリストの一人として、これからもよりよい看護を提供するために歩んでいきたいと思っています。

最後になりましたが、今回トークセッションを企画され、私を招いていただいた、京都大学大学院医学研究科

の宮島朝子先生、滋賀県立大学看護学部の平河勝美先生に、お礼を申し上げます。

表 各看護職とNP、医師の役割比較

活動内容	RN	CNS	NP	医師
医学診断	症状のみ	症状のみ	一般的な病名について	複雑な診断も可能
医療介入	看護介入	(高度な)看護介入	看護介入と医学介入	医学介入
検査	指示受け	指示受け	指示可能	指示可能
処方	No	No	Yes	Yes
専門医への紹介	No	No	Yes	Yes
記録	看護記録	看護記録	診療記録	診療記録

引用文献

- Bouchard, M., Holdway, K., Corbell, S., Tasse, H., & Joannis J. (2004). Evaluating the nurse practitioner role in LTC. *Canadian Nursing Home, 15*, 7-12.
- Burl, J., Bonner, A., Rao, M., & Khan, A. (1998). Geriatric nurse practitioner in long-term care: demonstration of effectiveness in managed care. *Journal of the American Geriatrics Society, 46*, 506-510.
- Fama, T., & Fox, P. (1997). Efforts to improve primary care delivery to nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society, 45*, 627-632.
- Intrator, O., Zinn, J., & Mor, V. (2004). Nursing home characteristics and potentially preventable hospitalization of long-stay residents. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*, 1730-1736.
- Stolee, P., Hiller, L., Esbaugh, J., Griffiths, N., & Borrie, M. (2006). Examining the nurse practitioner role in long-term care: evaluation of a pilot project in Canada. *Journal of Gerontological Nursing, 32*, 28-36.