

◆パネルディスカッションI◆

ナーシング・プラクティス・交流広場

～座長総括～

北里大学大学院クリティカルケア看護学 黒田裕子

第35回集会の招聘講師であられるエヴァンツ博士のご講演のテーマとシンポジウムIのテーマである“アカデミック・ナーシング・プラクティス”を受けて本パネルディスカッションを企画運営した。本パネルは、卓越した技能を日々の看護現場でそれぞれに発揮しておられるパネリスト4名に各専門性を駆使した看護実践をお話しいただいた。

まず、がんの専門病院のがん専門看護師のお立場から渡邊眞理氏に、医療相談支援室の立ち上げとその業務内容、患者さんやご家族へのがん看護専門看護師としての看護実践について、事例を提示していただきながら紹介していただいた。さらにがん看護専門看護師の調整、倫理調整、相談、教育、研究の活動の実際と今後の課題をお話しいただいた。

次に、全国的にも数少ない小児看護専門看護師のお立場から長田暁子氏に、その役割と働く場所の特徴との兼ね合いから小児看護の課題をご紹介いただいた。そのうえで、小児看護専門看護師の活動の実際を、①複数の診療科や機関が関わる疾患をもつ子どもと家族に対するケアニーズ、②若年の妊産婦に対するケアニーズの2つのテーマからお話ししていただいた。

3番目に、急性・重症患者看護専門看護師のお立場から大江理英氏に、実践、調整、相談、倫理調整、教育、研究の活動に関する概略をご紹介いただいた。そして、1つの事例を提示していただき、時期に応じた看護介入の実際をお話しいただいた。そのうえで、クリティカルケア看護におけるアカデミック・ナーシング・プラクティスというテーマで大江氏がお考えになっている実践と課題をお話しいただいた。

最後に、なごみ助産院を出張専門で独立開業されている山田美也子氏は、仕事道具のリュックサックを背負ってご登場いただいた。山田氏の「五感を生かしたケア」のお話しは、吸い込まれるような説得力があった。医療機器ではなく、ご自身の見て、聞いて、触って、嗅いで感じたことをエビデンスとして多様な妊婦に最高の分娩を経験してもらっているという卓越した実践のお話しであった。

以上、4名のパネリストからきわめて自信に満ちあふれた看護実践をお伺いすることができ、参加者の興味関心を大いに盛り立てたことと思う。数多くの質問に対して4名のパネリスト全員から適切な応答を明確にさせていただくことができ、有意義なパネルディスカッションであった。

◆パネルディスカッション I◆

がん看護専門看護師の立場から

神奈川県立がんセンター 医療相談支援室長 副看護局長

がん看護専門看護師 渡邊 真理

私は、病床数415床（緩和ケア病棟17床、ICU 6床、無菌病棟20床含む）の都道府県がん診療連携拠点病院に指定されているがん専門病院に勤務している。当院の平均在院日数（2009年11月末日現在）は、15日台と月毎に短縮している。

私は現在、がん診療連携拠点病院の指定要件のひとつである相談支援センターにあたる部署で、がん患者・家族の相談業務と医療連携業務を行っている。がんと告知され、あるいはがんの治療法が無くなり苦悩を抱えている患者・家族の支援と、がん医療が複雑化し多忙を極める中で、がん看護に取り組んでいる看護師や看護管理者の支援を行っている。ここではがん分野での専門看護師の活動を通してのナーシング・プラクティスについて述べる。

1. がん医療政策の動向

わが国の死因の第1位はがんであり、日本の医療政策の課題である。がんの罹患率と死亡率の割合は（人口10万人対）図1¹⁾に示すようにがんと共に生活しているがん患者が増加している。わが国のがん医療政策（表1参照²⁾は、2007年のがん対策基本法の成立とそれに基づくがん対策推進基本計画により大きく変化した。

各都道府県の医療圏に整備されたがん診療連携拠点病院には「相談支援センター」の設置が要件とされている。この相談支援センターは、「がんのことやがんの治療について知りたい、今後の療養や生活のことが心配」などがん医療に関する相談支援・情報提供を行う部署である。私が担

当している神奈川県立がんセンター医療相談支援室では、相談業務と医療連携を実施している。

表1. わが国のがん政策の動き

2004.	4	第3次対がん10か年総合戦略事業の開始
2004.	9	がん医療水準均てん化（医療の質と量の地域格差の是正）の推進に関する検討会開始
2005.	8	がん対策推進アクションプラン2005の開始
2006.	2	都道府県ならびに地域がん診療連携拠点病院の指定開始
2006.	4	厚生労働省にがん対策推進室設置
2006.	6	医療制度改革法成立
2006.	6	がん対策基本法が議員立法で成立
2006.	10	国立がんセンターがん対策情報センター開設
2007.	4	がん対策基本法の施行 1. がんの実態把握のシステムの構築（がん登録） 2. がん専門医の養成 3. がん相談支援センターの設置 4. 緩和ケアの充実
2007.	6	がん対策推進基本計画策定

2. 神奈川県立がんセンター医療相談支援室の立ち上げと業務

私は以前、外来看護師長（2000年4月～2002年3月）を担当したことがある。その当時は、がん患者や家族が相談できる窓口が、①外来相談室（外来看護師1名が担当、相談と訪問看護の窓口担当）②医療相談室（医療ソーシャルワーカー1名）、③総合受付相談（外来看護師長が2時間に分かれていた。外来相談室が十分に機能できれば患者・家族の不安の軽減や在宅療養支援に向けての情報提供などができる重要な相談部門であったが、その日の人員によって看護師を配置できないこともあり、十分に機能できずにいた。また患者・家族の情報共有など十分に連携できない現状があった。病病連携や病診連携などの地域医療連携に関しては、各診療科で各担当医が対応しており、その実態を把握している部署もなかった。外来初診患者の中には、がんの積極的治療法がない状態で受診する患者もあり、当院や他院の緩和ケア病棟の待機期間を考えると、間に合わないと思われる患者も少なくなかった。私はこのよ

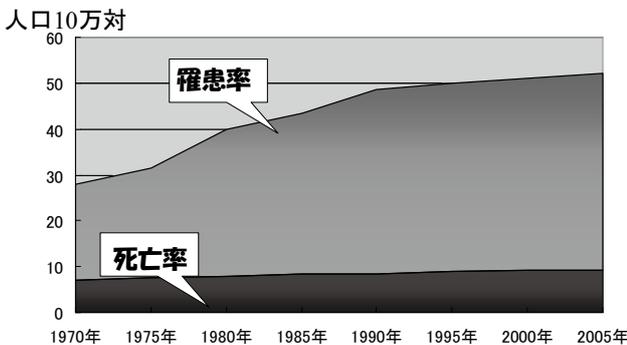


図1 がんの罹患率と生存率の比較

うなケースがととても気になっていた。

この体験から、がん患者・家族がいつでも相談できる部署と、がんの地域医療連携を推進する部署の一元化の必要性を考えるようになった。その数年後に「がん難民」という言葉が使われるようになった。

このことをどうにか実現したいと願いつつ続いていた私は、病院管理者に「地域医療連携室」の必要性について根拠となるデータを用いて、都道府県のがんの専門病院として、どの程度の割合でがん医療を担っていくのかの検討の必要性と、がんの地域医療連携が不可欠であることを示した。そして組織的な理解を得て、地域医療連携室設立の取り組みを実践していった。2005年4月に地域医療連携準備室を副看護部長と兼務で担当を開始し、同年8月に神奈川県下の病院・診療所・訪問看護ステーション6,031施設を対象に（回収1,765）がんの医療連携に関するアンケート調査を実施した。その結果³⁾をもとにがんの地域医療連携検索システムを作成した。2006年4月に地域医療連携室の専従となった。がん患者・家族の相談支援や医療連携業務を通じて、がん看護専門看護師として【実践】【相談】【調整】【倫理調整】【教育】【研究】を実施し、組織横断的、および組織を越えた地域の医療・看護の質の向上に向けた活動を開始した。

3. がん患者・家族の特徴とがん看護専門看護師の活動【実践】

がん医療がめざましく進歩している一方で、がん＝死というイメージはいまだに多くの人が持っている。がんと診断された時点で、多くの患者は、衝撃を受け、一時的に悲嘆、否認、絶望、不安、孤立感、疎外感、怒りなどの感情をいただき、徐々に現実的な対応ができるようになっていっている。しかし実際には、治療が終了してもいつも再発・転移の不安を抱えながらの生活となり、不確かさの中で生活を送ることになる。本年7月に開催された第8回かながわ乳がん市民フォーラムで乳がんの体験をされた女性とその体験について次のように語っていた。

- ・ がんと伝えられるとどうしても死を意識する
- ・ 死を意識して、初めて生き方を考えた
- ・ がんというのは命の長さを突きつけられる病気
- ・ 言葉に対する感度がとても高くなっている
- ・ 命と希望の飢餓状態
- ・ 治療の選択は生き方の選択

このような体験をされているがん患者・家族に関わるがん看護専門看護師として私は、がん患者・家族が苦悩の中にある時、パートナーとして寄り添い、どのような時でも患者・家族のひとり一人が納得のいく意思決定ができるよう、また耐えがたい現実立ち向かえるよう共に歩んでい

くことを大切に関わっている。このような関わりの中、がん患者・家族と看護師の相互作用を通して、相互に成長できることを実感している。

ここで事例を紹介する。

A氏、30歳代後半、胃がんⅣ期。

ご両親からの相談で「息子が胃がんのⅣ期と診断され、手術後に再発・転移の確率が高いと言われた。再発・転移予防のために医師より抗がん剤を勧められているが、本人がどうしても受けないと言っている。治療を受けるように説得して欲しい」という内容だった。

私は、ご両親の気持ちを傾聴し、受け止めながら、治療を受けるかどうかは息子さんご自身が決めることなので、私が説得するわけにはいかないが、息子さんのお話を直接伺うことはできることを伝えた。

数日後、A氏は相談に来室した。沈黙の時間が長い中、A氏の思いに寄り添って傾聴した。別れ際に私は、“A氏はもう相談には来ないかもしれない”と思ったが、A氏は「また来ても良いですか」とたずねてくれた。私は「もちろん。いつでもどうぞ」と答えた。A氏とご両親はいつも別々に相談に来室しており、私は、A氏とご両親との率直な会話がほとんどないように思えた。

A氏はその後、抗がん剤の治療をしないことを決め、緩和ケア病棟の申し込み、在宅緩和ケアの方法についての情報を知りたいと数回相談に来室した。私は母親を気遣うA氏の思いなど、家族の気持ちをつなぐ調整を実施した。

A氏は数ヶ月後にイレウスになり、緊急入院となるが、A氏は自分らしくいられる家で過ごしたいと希望し、訪問診療、訪問看護などの調整をした。A氏は在宅緩和ケアとご家族のA氏の希望を支えたいという思いにより、最後まで自宅で過ごした。

A氏が亡くなった約1ヶ月後、ご両親が相談室に来室した。お父様から「最後まで自分の意思を貫き通した息子を誇りに思う。」という言葉も聞いた。最愛の息子を亡くした直後にもかかわらず、“息子の希望をかなえた”という表情のご両親に会うことができ、私は感動した。また生前A氏から「いつも絶望のときばかりお会いしているけれど、話を聞いてくれるだけで本当に救われます。ありがとうございます。」とお手紙をいただいた。私はA氏とご両親から、がん看護専門看護師として成長する機会をいただいた思いがした。

4. がん看護専門看護師の活動【調整】【倫理調整】【相談】【教育】【研究】

がん患者・家族の相談内容にはA氏のように家族間の調整、院内の医療関係者の調整、院外の医療関係者（他病

院、緩和ケア病棟・ホスピス病棟を有する病院、訪問診療所、訪問看護ステーション、居宅支援センター、院外調剤薬局、老人福祉施設等）と調整をしている。医療連携調整に関して、患者の病状や予後、必要な医療処置等に関して詳しい看護師が調整することのメリットを感じる。しかし地域によっては終末期患者を受け入れる医療機関に限界があり、調整が困難である場合がある。患者・家族が希望する医療機関と現実に利用する医療機関に差が生じることが多いのも現実である。

国が目指しているどの医療機関や在宅療養でも「がん患者・家族が安心して暮らせる」ようながん医療を提供する受け皿が絶対的に不足している。今後がん医療機関等の整備と質の向上、診療報酬改定が課題である。

相談内容には、インフォームド・コンセントに関連した【倫理調整】が必要な場合がある。必要な説明が十分にされていない場合もあれば、患者・家族の心理的状态や理解度などを考慮しなければならない場合もある。常に患者・家族の擁護者として、必要により診察に同席し、理解を助けたり、質問を促したり、時には組織的な問題解決を促進している。

私のがん看護専門看護師として大切にしているもう1つのことからは、がん患者・家族に関わる看護師が日々の貴重ながん看護実践を意味づける体験ができるような支援を【相談】【教育】【研究】を通して行うことである。文頭に述べたように、平均在院日数は短縮化する一方で、病棟や外来は多忙を極めていく。日々仕事に追われ看護師が疲弊していることもしばしば見かける。

このような中、看護師はがん患者・家族に「何をすることが看護なのか」を見失いそうになる。看護師や看護師長からの相談を通じて、貴重ながん患者・家族への意味ある看護実践や、検討すべき看護実践をフィードバックし、看護師や看護師長がその体験を意味づけられるように関わっている。そしてその実践をできるだけ、看護研究として言語化するように勧め、研究のプロセスを支援している。このことは本学会の趣旨に通じるものである。

臨床の現場は、日々業務に追われる感覚を持つ、そして大切だと思ってもなかなかそこに止まることができない。しかしそこには貴重な意味のある看護実践が存在するのである。

現象を意味づける＝抽象化できる力、をできるだけ多くの看護師にがん看護の誇りを実感して欲しいと願っている。そのためには実践の場に私自身が足を運ぶことが重要なキーとなると感じている。患者・家族から、看護師から、看護師長から、看護管理者から、その他の医療チームから直接的に見聞きし、気になったことを看護の質や施設全体の医療の質の向上にフィードバックすること、看護研究や院内外の教育活動、社会的活動を通じてがん医療全体に貢献できることを目指したい。

文 献

- 1) 国立がんセンターがん対策情報センター：がん情報サービス「統計」, <http://ganjoho.jp/public/index.html>
- 2) 岡本直幸：地域がん診療連携拠点病院構想について、第76回QOL研究会資料, 2009.
- 3) 神奈川県立がんセンター地域医療連携室：がん患者支援ネットワークのあり方のための基礎調査, 2005.

◆パネルディスカッションI◆

クリティカルケア看護におけるアカデミック・ナーシング・プラクティスとその課題

大阪警察病院 看護管理室 急性・重症患者看護専門看護師 大江 理 英

はじめに

在院日数短縮化や効率化が重視される急性期医療の中で、急性・重症患者看護専門看護師（以下急性CNS）の活動概略とコンサルテーション事例から、クリティカルケア看護におけるアカデミック・ナーシング・プラクティスとその課題を考察する。

1. 急性CNSの活動概略

演者は急性期病院に勤務し、看護部長直轄の部下として、診療科や病棟を越えて組織横断的に自律的活動をしている。活動目的はクリティカルケア看護の質と看護師のモチベーションの向上で、以下のような活動を行っている。

実践：解決困難な看護問題をもつクリティカルな患者を対象に、生命維持、セカンドアタック予防へのケアとともに、残存能力を活用する事で治療回復過程を促進させつつ、全人的苦痛を緩和することで患者のアウトカムを向上させる。

調整：患者を中心にした質の高いケアの実現を目的に医療者の専門性を発揮させるための調整。各事例への介入とともに人工呼吸器装着患者への多職種協働体制構築への調整とその運営などを行っている。

相談：医師や看護師などの多職種から、過大侵襲下にある患者とその家族へのケアに関するコンサルテーションを受諾している。

教育：院内外への教育やプログラムの運営などを行っている。

倫理調整：高度医療における倫理ジレンマに対する患者家族の尊厳や擁護を目的とする調整。医療者の倫理的感受性の育成から倫理的推論や実行への支援などを行うことで、アドボケートを育成し、全人的看護実践の実現を目指す。

研究：院外への研究発表への支援や経年別看護研究の企画・指導などを行っている。

2. 事例

1) 事例概要

40歳代女性。溶連菌感染による重症敗血症のため、集中治療室に入室した。心停止するなど、循環動態は不安定で生命危機状態であった。感染巣である下肢は壊死し、その

範囲は経過とともに拡大した。救命目的で鎮静中に股関節離断術を受けた。呼吸循環動態は、次第に安定し、抜管や鎮静を終了した頃より、下肢喪失を認識し、不眠等の症状が出現し、反応性のうつと診断された。その後リハビリ目的で転院した。

2) 相談の契機：コンサルティは看護師で、全身ケア方法に関するコンサルテーションであった。

3) 主な介入の視点

① 集中治療期

セカンドアタック防止を主眼に口腔ケアなどの上気道の管理方法と敗血症管理のガイドラインやエビデンスを用いた看護師への教育やダイレクトケアを行った。また各科医師を巻き込んだ主治医や臨床看護師との調整と協働で、栄養投与方法の変更と厳格な血糖管理を安全に実施した。家族へは看護師とともに、危機介入を行った。

② 集中治療後

臨床看護師へ危機的状況下にある患者の心理について教育を行った。臨床看護師や精神科医師と協働し精神的介入や手浴を活用したリラクゼーションなどを行った。また家族に対しては鎮静中に下肢切断に至った代理意思決定に関する精神的苦痛の軽減に努めた。

③ リハビリ期

精神的には安定し、ソーシャル・ワーカーなどと連携し、今後の社会資源活用とよりよき病期移行への支援を行った。

これらの結果、患者は、生命危機状態から身体的・精神的に安寧を取り戻し、家族との円滑な関係も維持しながら、松葉づえで歩行するなどADLも向上し、リハビリ目的の転院に至った。

4) 介入後の影響

① 事例から事例の影響

類似事例の蓄積により、臨床の場全体が変化を遂げ、集中治療をうける患者へのセカンドアタック予防に向けたケアが、看護師により能動的に行われるようになった。また医師からも「肺炎は怖くない」と発言を得るなど、大きな葛藤はなくこれらの変化がもたら

された。

② 事例から協働体制構築へ

事例での協働体制構築としては、従来の主治医－看護師の形式から、歯科衛生士・理学療法士など多職種によるチーム医療へ変化を遂げている。また集中治療における血糖管理・鎮静など過大侵襲をうける患者ケアの均質化に向けた専門チームの設置に結びついた。よりよき病期移行を目指すソーシャル・ワーカー、退院調整看護師、急性CNSと病棟の退院調整看護師が連携して行っている退院調整ラウンドも、平均在院日数の減少などに貢献している。

3. クリティカルケア看護におけるアカデミック・ナーシング・プラクティスとは

クリティカルケア看護領域で、急性CNSは自己とその機能を臨床に投じ、患者の全人的ニーズの充足と適応の促進に必要とされるエビデンスに基づくスキルと理論を活用する。そのプロセスは実践や教育、研究を自在に行き来きしながら、協働と根拠に基づくケアを意図的に統合させ、患者アウトカムの向上に貢献する。

さらに患者のアウトカム向上のみが目的ではない。臨床から文化の本質と課題を把握し、様々に関係する人々への教育の場、変革の場として、変革理論を基盤に臨床看護師とエビデンスの橋渡しやケアへの姿勢の変化や協働体制構築への支援を行う。このような患者のアウトカム改善やエビデンスとの出会いによる慣習的なケアからの脱却は、看護師が専門職として、知識や技能を活用していくことがクリティカルケア看護におけるケアリングの体現を実感させる機会となる。また組織変革のプロセスに生じる様々な問題を緩衝させ、これから出会う患者のアウトカムの向上のみならず、全体の質の向上に貢献できる。

これらのことからクリティカルケア看護のアカデミック・ナーシング・プラクティスは、エビデンスを活用したケースマネジメントを範例に、全体の質の向上と密接なか

わりを持つ。アカデミック・ナーシング・プラクティスは臨床と研究を自在に使いこなし、吸収し、適用するとともにそれらをさらに研究に還元させていく。これらの流れは、とどまることなく、循環し、その輪を広げ質の高いエビデンスと実践につながる。特にクリティカルケア看護師は、クリティカルな患者の適応への伴走者としての役割を持つ。生命維持のみならず、死にゆく患者の全人的苦痛の緩和やその人らしさの維持に向けてケアしていくには、これらのプロセスを活用する必要性が高い。そのようなケア実現のためには、過大侵襲下にある生体反応と心理社会的な影響に関する研究の臨床活用とともに臨床と研究を循環しつつ、個々の患者・家族に向き合い対話を重ね続けることが重要である。コンサルテーション事例の患者は、その後当院を訪れたとき、おもむろに急性CNSへ手を差し出し、「あの時の手の温かさは忘れません。これからも頑張ります。」と述べていた。

そのプロセスは、そこに在る全ての人々にとって意味を見出すものであると考える。

4. クリティカルケア看護におけるアカデミック・ナーシング・プラクティスの課題

- 1) クリティカルケア看護実践の研究による明瞭化
- 2) クリティカルケア看護での心身均衡に向けたケアの開発などのケアリングの体現となるケアの確立
- 3) 急性CNSの活動とその効果の明瞭化

5. おわりに

クリティカルケア看護におけるアカデミック・ナーシング・プラクティスを考察した。アカデミック・ナーシング・プラクティスとは、臨床と研究を循環しながら、そこに在る全ての人々にとって意味を見出すものである。それらのすべてのプロセスを支援するのが、今、臨床に立つ急性CNSの役割だと考えている。

◆パネルディスカッション I◆

小児看護専門看護師の役割と活動の実際

公立大学法人 横浜市立大学附属市民総合医療センター

看護師長・小児看護専門看護師 長 田 暁 子

現在、小児看護専門看護師は全国に27名と少数であり、多くの看護職にとってはまだ馴染みがないと思われる。本日は、その小児看護専門看護師が臨床現場でどのような看護実践を行っているのかをご紹介します。

1. 小児看護専門看護師の役割

小児看護専門看護師の役割は、「子どもとその家族が、健やかに成長・発達できるように、療養生活を支援すること」である。そして、この役割を果たすために、専門看護師が持つ6つの機能（実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究）を織り交ぜて、日々活動をしている。具体的には、①子どもにとって最善のケアを小児看護専門看護師自らが提供すること、②ケアの質向上をめざして、子どもと家族に関わる医療者の教育をしたり相談を受けたりすること、③より良い医療サービスを提供するシステムづくりや関連する職種間の調整をすること、④小児看護の発展につながる研究や社会活動をすることが、臨床現場における小児看護専門看護師の業務の内容となる。

2. 働く場の特徴と小児看護に関する課題

小児看護専門看護師が働いている場は、小児専門病院、大学病院、地域中核病院、がんやリハビリテーションの専門医療機関など様々であり、それぞれの組織のニーズにより職位や仕事の仕方は異なる。そこで、私が働く場について少し説明をしたい。当院は、病床数720床の大学附属病院であり、高度専門医療、三次救急医療、医学教育、地域医療支援を担っている。この中で、子どもの治療やケアに専門的に関わる部門は、小児総合医療センター（PHCU・8床、一般病床・22床）、総合周産期母子医療センター（NICU・9床、NHCU・12床）である。そして、高度救命救急センター47床（ICU・熱傷センター含む）、集中治療部（ICU・8床、HCU・10床）、手術部、児童精神科・炎症性腸疾患センター・形成外科・歯科口腔外科・耳鼻科・腎移植科などの疾患別センターおよび診療科では、成人患者さんと子どもの治療・ケアを併行して行っている。病床数から見ると、小児看護専門看護師がフォローする範囲は、病院全体の1割弱の患者さんということになる。

このような特徴を持つ当院においては、子どもと家族の

ケアに関して、次のような課題がある。

- ・小児救急医療の充実
- ・集中治療を受ける子どもと家族のケアの充実
- ・慢性疾患をもつ子どもと家族の長期的ケアの充実
- ・重症新生児の治療とケアおよび家族ケアの充実
- ・周産期における育児支援の充実
- ・医療依存度の高い子どもの退院調整の充実
- ・子どもの虐待予防

これらの課題に対し、看護部に所属する専任の小児看護専門看護師として、各部署の看護師や医師、そして院内の様々な職種と共に、問題解決をはかっていくのが私の仕事となる。

3. 小児看護専門看護師の活動の実際

1) 「複数の診療科や機関に関わる疾患をもつ子どもと家族に対するケアニーズ」について

複数の診療科に関わる疾患はいくつもあるが、口唇口蓋裂もそのひとつである。当院で口唇口蓋裂をもった子どもが出生した場合には、少なくとも以下の部門の人々が子どもと家族に関わることとなる。

- ①産科病棟：子どもの疾患に戸惑う両親のケアと育児支援
- ②新生児科：出生した子どもに疾患がないかどうかの診察
- ③形成外科：口唇口蓋裂の診断と治療（生後6ヶ月以降に手術）
- ④口腔外科：手術前6～12ヶ月間にわたる口蓋裂の矯正治療（口腔内にプレートを装着することにより口蓋裂の幅を狭める）と授乳支援、成長に応じた歯の矯正治療
- ⑤耳鼻科：合併しやすい浸出性中耳炎や難聴の診察と治療
- ⑥小児科：手術で入院する際の全身状態の診察
- ⑦小児病棟：手術で入院する際のケア、手術後の授乳支援
- ⑧医療相談部：経済的問題や諸制度の相談

このように多数の部門が関与する医療体制の中で、子ども

もと家族のニーズに応じた治療・ケアを適切に行っていくためには、各部門の役割や連携方法を明確にする必要が生じた。そこで、各部門の責任者（診療科部長や師長）が集まって、現状の診療体制における問題点を出し合い、各科が提供できる医療サービスの内容や連絡を取り合う方法を検討する場を設けた。そして、何度も行われた話し合いをもとに、各部門が関わる時期や内容が一覧できるマップを作成して家族への説明に用いるようになり、看護部門では、外来と病棟が情報共有できる記録用紙が導入された。このような連携システムをつくる際に、私は検討会議の連絡調整、問題点の整理や話し合いの促進、マップ作成の実務などを担っており、これが小児看護専門看護師としての【調整】の役割であった。

また、子どもと家族のケアに不慣れなスタッフから相談を受け、障害をもって生まれた子どもの養育に不安をもつ親への対応や効果的な授乳の仕方などを提案して問題や悩みの整理を支援する【相談】の役割や、関わりが難しい家族のケアを依頼された場合に直接ケアを行う【実践】の役割をとることもあり、その結果を医療チームにフィードバックしながら、医療チームとして良いケアができるように活動している。

2) 「若年の妊産婦に対するケアニーズ」について

近年、若年の妊娠・出産が増えており、その方々の社会背景は複雑なことが多い。未成年者が妊娠し当院を受診された場合には、産科外来の助産師や医師は、出産・育児に関する本人・パートナー・家族の認識を確認し、妊娠継続や育児が可能であるかをアセスメントする。そして、親族や知人などの育児支援者がいない場合や、経済的な余裕がない場合、妊婦自身の健康問題がある場合など、身体・心理・社会的にハイリスクな妊娠であると思われる時には、医療ソーシャルワーカーや小児看護専門看護師に関与の依頼が来る。

そのような依頼があると、まず、出産と育児の支援をす

る専門スタッフという立場で妊婦さんとその家族に会い、今抱えている悩みや問題について整理することを支援する【実践】。そして、医療ソーシャルワーカーと、このケースの抱える課題の共有、関与してもらう必要のある地域機関（区役所・保健センター、児童相談所、学校など）の検討、院内関係者と地域機関との合同会議の設定を行う【調整】。合同会議では、妊婦や親族は出産の意思があるが養育は難しいのではないかと、出産するとなればどの機関がどんな支援をするべきかといった議論がなされるため、常に‘未成年である妊婦自身や生まれてくる子どもにとって最善の策は何か’という視点で話し合いが進むように意見を述べるようにしている【倫理調整】。また、妊娠・出産という経過の中で、外来や病棟のスタッフが妊婦本人への関わり方に迷った際には、思春期の心理特性や虐待予防上の配慮に関する知識・情報を提供しながら、問題解決の支援を行うこともある【教育・相談】。さらに、出産後の育児場面を見たり産婦本人と話をする中から、親の育児力や支援環境、子どもの発達状態をアセスメントして助言をしたり、退院後に産婦から電話で相談を求められる場合に、悩みの整理や適切な相談窓口への仲介を行ったりしている【実践】【調整】。

以上、二つのテーマに関する活動をご紹介したが、このように、子どもと家族に関するケアニーズに応じて6つの機能を織り交ぜ、子どもと家族の問題や支援する人々の問題の解決を支援していくのが小児看護専門看護師の働き方の特徴と言える。

専門看護師が一人で問題を解決することはできないため、医療チームの中でどの部分を小児看護専門看護師が担えば、より質の高いケアが効率よく提供できるのかを、常に関係者と話し合いながら協働してゆくことが大事であると考えている。小児看護専門看護師の働き方に決まった形はない中で、今後もチーム医療に貢献できる働き方を模索し、より良いケアを提供できるようにしてゆきたい。

◆パネルディスカッションI◆

助産領域から

なごみ助産院 山田 美也子

産科領域を取り巻く状況は、ここ5年で大きく変化した。勤務体制の過酷さや訴訟リスクの高さなどから、産科希望の医学生が減少傾向にあったのだが、2006年2月におきた福島県立大野病院の産科医師の逮捕、同年8月奈良県大淀町立大淀病院でおきた妊婦搬送受け入れ拒否事件、同年8月横浜でおきた堀病院看護師内診問題などが拍車をかけ、その結果分娩を取り扱う産科医師が激減し、産科病棟・産科クリニックの閉鎖が相次いで起こった。かろうじて分娩を取り扱う施設に妊婦は殺到し、分娩数制限をせざる得なくなってきた。かなりの地域では、妊娠6週ほどで分娩予約しないと出産できる施設の確保は難しい。いわゆる「お産難民」と呼ばれる妊婦が急増している。搬送受け入れ拒否は第3次救急病院が整備されていない地方に多いとされていたが、2008年10月東京都23区下でも現実となった（墨東病院事件）。受け入れを拒否されては妊婦の安全が確保されないため、ますます小規模の病院やクリニックは分娩を取り扱わなくなり、妊婦の大病院志向は強まった。

このような状況下で助産の現場で働く助産師たちはどうしているのだろうか。大病院の産科に勤務する助産師たちは、日々押し寄せる妊婦たちの対応に追われ、効率よくベットの稼動することに奔走し、安全に産ませることだけに注意を払い、妊産婦にじっくりかかわることも、継続的にかかわることも許されなくなってきた。看護したくてもできない環境、キャパシティーを越えた仕事量、やりがいのない仕事は疲れだけを残し、バーンアウト寸前で余裕も笑顔も消えていく。その結果、助産師なのに「お産（助産）が楽しくない」のだ。

閉鎖・閉院に追い込まれた助産師たちで、助産をやり続けたいものは転職するが、大半の助産師たちはそこに残り、他科に配属される。助産師としての専門性を発揮できず、病院内に潜む潜在助産師となっているのが現状である。また「正常産は助産師の手で！」と院内助産院を開設しようと努力する助産師たちもいるが、産科医師・小児科医師から同意が得られなかったり、人員不足、体制の不備等で開設できず、ジレンマの中次第に意気消沈してきている。やはり「仕事が楽しくない」環境である。

明るいい見通しが立たないまま、疲弊しきっている勤務助産師たちだが、私は実に幸せな仕事をさせていただい

る。それは私が独立開業しているからだ。助産師の業務形態は、病院・クリニックや保健所に勤務する勤務助産師と、自ら母乳育児支援や分娩取り扱いを行う開業助産師がいる。私は出張専門に開業している助産師なのだが、疲れが吹き飛んでしまうほどやりがいのある仕事である。

まずは自宅に入り妊婦健診と分娩を行なうので、生活環境も家族背景も育児環境もすべて見せていただける。これはかなりの情報量であり、妊婦を取り巻く環境すべてから妊婦を理解し支援することに役立つ。その妊婦の生活そのものを感じることができるので、対面だけでは聞き出せない背景が見えてくる。また、自宅でのケアは妊婦やその家族に合った個別な対応を可能にしている。分娩時、上のお子さんを含め沢山の家族の立会いも可能であるし、大きな声で叫びながら産むのも可能。どんな場所でもどんな体位でも産むことを可能にする。妊産婦がこうしたいということを実現可能にする工夫も助産師の腕のみせどころである。絶対だめとは言わない看護。この工夫をひねり出す作業が実に楽しい。出産時妊婦には、自分を大切にされた実感できることが、これから長く続く育児に大きく影響すると考えている。妊婦が笑顔で産めた喜びを噛み締めているとき、いい仕事ができたと思える。

私が実践しているのは「五感を生かしたケア」である。今の看護にはエビデンスが重要で、五感を生かしたケアとなると非常に表現は難しいが、自分が「見て、聞いて、触って、嗅いで、感じた」ことを裏づけする科学的根拠を探る作業をしているような気がする。今医療機関での妊婦健診では、超音波診断装置で胎児の胎位や推定体重などを診断していくが、私の健診は目で見て、腹部を触って、そして触らせてもらっている赤ちゃんとお話しながら診断している。その手の技術、感覚を日々磨いていると、目で見るだけでは見えなかったもの、機器を使用しても見えなかったものが見えるようになってくると自負している。そして心の部分。妊婦が「何かおかしい」と感じていたり、「大丈夫！」と信じていたり、根拠はないが気になる妊婦の言動を要素に入れておくと、それが的中し未然に事故を防げたりする。そしてケアは、じっくり、ゆっくり、のんびりと構える。時間に追われると見えるものも見えなくなる。じっくり関わったら、ポツリポツリと真実を小出しにしてくれたという経験はないだろうか。いつでもあなたの

ための時間をとってありますよという姿勢を見せることで、解（溶）けていく心があると感じる。それらのケア方法は皆、妊婦さんやその家族が教えてくれたものである。開業してから10年。1例1例がまた勉強になりました！と分娩が終わるたびに感謝している。

妊娠期間から終始妊婦にかかわり、妊婦とともに妊娠の喜びを感じ、妊婦とともに分娩の安全を祈り、産婦とともに無事出産できたことに感謝し、母とともに児の成長を願うことができる究極のプライマリーケアを実践している。時には夫婦関係のこと、実母の更年期のことなども相談され、ライフサイクル全般を通した継続看護となっているだ

ろう。いつしかその関係は妊婦さん：助産師ではなく、○
○さん：山田さんというような人間同士のつながりであると実感する。

母児の二つの命を私にゆだね、私も母児二つの命を預かるのだから責任は非常に重いし、その重圧に負けそうになることもある。しかし、いのちの誕生の場に立ち会える喜びとその輝きが疲れたからだを癒してくれる。そんな私の日常の妊産婦さんたちとのかかわりを発表し、疲弊しきっている勤務助産師たちにエネルギーを注入したい。「お産は楽しい！」。