

講 演

テーマ「ケアの質を高めるための方略」

講 師

兵庫県立看護大学

南 裕 子 5

日本看護協会看護研修学校

岡 谷 恵 子 27

南 裕子先生 略歴

- 1965年 高知女子大学家政学部衛生看護学科卒業
- 1965年 横浜市民病院勤務
- 1967年 アメリカ合衆国での看護実践の研修
- 1970年 高知女子大学助手
- 1972年 ヘブライ大学ハダサ医学部社会医療学科修士課程修了
- 1973年 高知女子大学講師、助教授
- 1982年 カリフォルニア大学サンフランシスコ校看護学部博士課程修了
- 1982年 聖路加看護大学教授
- 1992年 兵庫県保健環境部参事（県立看護大学開設準備担当）
- 1993年 兵庫県立看護大学学長

テーマに関連した主要論文

- 1) 看護QA研究会；看護ケアの質の測定用具の開発 (1), 看護管理, 3 (3), 188-192, 1993
- 2) 看護QA研究会；看護ケアの質の測定用具の開発 (2), 看護管理, 3 (4) 274-280, 1993
- 3) 看護QA研究会；看護ケアの質の測定用具の開発 (3), 看護管理, 3 (5) 340-348, 1993
- 4) 看護QA研究会；看護ケアの質の測定用具の開発 (4), 看護管理, 3 (7) 494-500, 1993
- 5) 南裕子；専門看護婦（士）制度について, ナーシング・トゥデイ, 9 (6), 26-29, 1994
- 6) 南裕子；看護実践とエキスパートネス 日本の臨床看護において経験を積むということは？, 看護管理, 4 (5), 297-303, 1994
- 7) 南裕子；看護スペシャリストの道をどう開くか 国際看護婦協会（ICN）の立場から, 看護管理, 2 (6), 331-335, 1992
- 8) 南裕子 太田喜久子；インフォームド・コンセント(IC)における看護の役割, メディカルヒューマニティー, 5 (2), 16-20, 1990
- 9) 南裕子；21世紀をめざした看護への挑戦 医療法改正をめぐって ナースステーション, 20 (1), 76-77, 1990

看護の質の保証とは？

- 1) 人材確保の課題から看護の質への転換の背景にあるもの
- 2) ケアの質とは？－パラドックスの中で
- 3) ケアの質の指標
- 4) 看護婦からみたケアの質の要素
- 5) ケアの質とその効果

講演

御丁寧な御紹介を頂きまして有難うございます。御紹介頂きました南ですが、11回生でございます。久しぶりに高知へ伺って先輩の皆様方、また同級生、そして後輩の皆様方、また看護の仲間の皆様の前でこのような機会が与えられましたことを光栄に思いますと共に非常に緊張しております。特に新進気鋭の看護学者である岡谷さんの前座を務めるといことになりまして、本当にこういう時というのは緊張して、夕べもなかなか眠れなかったのですけれど、意が尽くせないことが多いかと思いますが、御容赦お願いしたいと思います。

講演に先立ちまして、誠に高い所からで恐縮でございますが、この1月17日に兵庫県南部を襲いました大地震の後、高知女子大学看護学科の同窓生の皆様方には色々な形で私ども被災地にいる看護職に対して励ましの言葉を頂きました。私自身に対しても色々な形のご支援を頂きましたし、私の大学が被災地にあったということもありまして、大学に対してもご支援を頂きました。また、私どもの大学の学生に対しても、被災者でありますので支援を頂いたり、また、私どもの大学が、全国の看護婦さんたちがボランティアで現地に入るという仲介の労をとったということがありまして、看護ボランティア調整本部に対しましても色々な形でご支援を賜りました。本当に心からお礼申し上げたいと思います。有難うございました。だんだんと神戸も潰れたところが復旧されるような土台ならしの段階に入って参りましたが、まだまだ避難所には避難している人たちがいますし、仮設住宅は2年という計画が3年から5年かかるだろうということが、もう既に予測されております。これから看護職の方々の様々なご支援が大きな役割を果たすだろうというふうに思いますし、きっとこの会場にいらっしゃる方々も、今なお色々な形でご支援を賜っているかと思えます。そのことに関しましても感謝申し上げたいように思います。

本日頂きました課題は「看護の質の保証とは」ということで、この課題を頂きました折りに私は、「QA」いわゆる「Quality Assurance」という意味の「質の保証」という言葉をそのまま使って、講演の題目とするということに同意を致しました。ところがその後色々勉強しておりますと、これも段々古くなってきたなという気が致します。21世紀を前にして様々な悲劇も起こりますが、良い意味で私たちは、量から質の転換をはかりつつある、それは決して保健・医療・福祉の側面だけではなくて、人間の生活全般にわたって、または社会の様々な事柄・機関に関してもそうだな、というように思います。私は看護職なんですが、同時に教育にも携わっております。そうしますと教育の質ということが、各大学に対してはその評価をどのようにするのか、ということが迫られて参ります。それは自分自身、一人一人の教員が心して自分の教育に対して評価するというだけでなく、大学全体が自己点検、自己評価をはかるということが求められていますし、大学全体だけで自己点検、自己評価をすると自分勝手な自己主張になると、だから第3者機関を入れた、例えば大学基準協会のような第3者機関を入れた、他者評価ということも考えないといけないのではないかとということで、教育に関しましてもその質の評価が大きく問われています。

例えば専門職の質の評価の走りみたいなものは、アメリカで1910年頃に、医師の評価をしたことが歴史に残っておりまして、その自己点検・自己評価によって、医学校をかなりの数統廃合させた、という歴史がございます。つまり自己点検・自己評価とは自己満足の為だけではなくて、我々がさらに前進する為に、さらに改善していく為に、質を良くしていく為に行われることであって、それは必ずしも保健・医療・福祉の分野だけではない、

様々な分野において、今どのように質を問うのかを社会が求めているのだ、というように理解しています。ただ今日はどうしても看護の質ということで時間も限定されておりますので、その方面で考えさせて頂きたいというように思います。

OHPの原稿を準備しましたので、それで説明させて頂きたいと思います。最近厚生省が、平成7年度版『厚生白書』というのを出しました。これは今迄の厚生白書と随分趣を異にしまして、非常に内容が読みやすいということがまずあるのですが、多岐にわたってなかなか面白いものでして、是非これはこの道の専門家の皆様には御読み頂けたらと思います。これをお作りになった厚生省の担当官は、「僕たちは非常に厳しい状況の中で、医師に対してはニュートラルに、看護職に対しては非常にサポータティブに書いたと評価されております。」というように御自分でおっしゃっていましたが、私も拝見してそう思いました。特に看護ケアの質の評価は色々ところで雑誌、本等が出ておりますが、最近では、後の岡谷さんも書かれていますが、『International Nursing Review』で「看護のケアの質の評価」という特集が出ておりますので、18巻3号でございますが、もし関心のある方は御読み頂けたらと思います。今厚生省はこの厚生白書の中でも医療の、今日は保健・医療・福祉の全般に対してお話をすべきところですが、色々な限定がありますから、基本的に医療のことについてお話しさせて頂きます。

(OHP1) 厚生白書の今年の中で、「医療 これからのキーワード」という言葉を打ち出しまして、6点出ていますが、質・選択・納得・情報・連帯・発展、という言葉が使われております。これは、今迄も1990年代になって突然厚生省は、医療はサービスであるということを言い始めて、随分の方向転換を図った時期があるんですが、それがさらに進みまして、はっきりと「質」を全面に出したということ、これは後でどういうことをするのかということをお話したいと思います。それから今までは、医療というのは専門家がいる、あなたはこれがいいですよと言えば、ほとんど選択の余地がなくそれを受けるといふ、まあ日本は他の国と違って医師を選択することは可能なんです、一旦選択した医師からは、医療方針というのは、たいていは選択の幅があまりないというようなことがあったんですが、その選択を広げていく、つまり本人が、インフォームドコンセント等の問題はありますが、「選択」できる幅を広げる、従って、「納得」して医療が受けられるようにしましょうと、その為には非常に多様な「情報」がその人に関する必要があります。そしてこれからの医療というのは、専門家とか、または厚生省、自治体、政府なんかがやることではなくて、国民と共に「連帯」して発展させていくんだという考え方でして、これは今までの厚生省の姿勢とは大幅に変わってきています。ここでもキーワードの筆頭に質が上げられているわけでございます。

OHP1
医 療
これからのキーワード
(厚生白書、1995)
質
選 択
納 得
情 報
連 帯
発 展

(OHP2) ところで、質を評価するとは一体誰がするのか、例えば医療に限定して考えていきますと、医療の質の評価は誰が行うのか、ということですが、教育の場でもそうだと先程申し上げたんですが、例えば病院の中で見てみましても、一番医療の質をはっきりと理解し、問おうとしているのは患者さんであり、家族であると思います。患者さんは毎日医療のサービスを受けていて、そのことについての評価を絶えずしているわけです。私たちの耳に届いているか届いていないかは別にして、評価をしているのは患者さんであり、そしてその家族である、同時に一人一人のスタッフも、これは医師・看護婦・看護補助者・スペシャリスト、ありとあらゆるスタッフも、

自分の行っていることが、どういう効果を及ぼすのかという評価をしていく、医療の質を評価していくということが大事になってきます。医師は自分が診断し治療を致しますと、その効果が目の前に出て参りますので、自分のやったことが成功したのか成功しないのか、比較的分かりやすい立場にいらっしゃいます。ところが看護職はどうしてもチームナースという事で取り組んで参ります為に、自分で自分のやったことの評価というのがなかなかしづらい、またはしてこなかった、チームでの評価はある程度はしているかもしれないんですが、自分のやったことがどうだったのかということが、非常に今までは明らかにしがたいようになっていた、まあ事故を起こしたりしますと始末書を書くという事はありますが、そんな極端ではなくて、昨日私がやった看護ケアが患者さんにどういう意味をもたらすのか、という評価をどのようにしているのか…。だけど一人一人のスタッフはそれぞれに評価があるわけで、日本のエキスパートナースの方に出会いますと、私は心が痛むんですが、失敗例がたくさん蓄積されていて、自分のケアに対して自信があると同時に、非常な後ろめたさに悩んでいらっしゃる、ということがございます。これなども看護婦が自分のことを相対的に評価しているということの一つの証なんですが、それがはっきりした形になって出てきているわけではありません。また病棟全体という単位でも、婦長さんをはじめとして、また主任さんをはじめとして、自分の病棟がこの一年どのようなことをしようとしているのか、そしてその中で自分たちはどれだけの成果が成し遂げられたのかを目標を持って、また、基準を持って実践に取り組んでいらっしゃる病棟もありますし、実際、そういう実践をしていらっしゃるところもあります。そういう数字になっていなくても、ある程度全体的に自分のところは停滞しているとか、何か問題があるとか、というふうに感じていらっしゃる、当然病棟全体の病棟単位の評価をしていらっしゃいます。また、部門毎の評価も当然されています。例えば看護部門ですと、看護部門全体が、看護部長をはじめとしたリーダーたちを中心として、うちの看護部門は今どのような状態なのかを積極的に評価している部長もいらっしゃいます。高橋さんをはじめとした方々の調査によりますと、非常に多くの病院に調査用紙を配って看護部長に聞いているのですが、どういうふうに評価をするのか、何を大事にしているのかを見ますと、看護部門ではまず看護の人材確保が出来るかどうか、つまりマンパワーが足りるかどうかにかに第1段階は動いているらしい、そして第2段階として、それがほぼ足りているところは、自分たちの看護部門がどういう内容のことが出来ているかを、何とか自分の病院内で評価しようと努力をする。自己点検・自己評価みたいなものですが、そしてそれがあ程度、自分たちなりの方向が見いだせているところは、改めて第3者評価を望んでいる、つまり病院外の方から、自分の看護部門はどういうふうな状況なんだろうか、ということの評価してもらいたいと思っているという、看護部門にも段階があるんだということを発表されていますが、そういうふうによっていらっしゃいます。医師部門も、

OHP2

医療の質の評価 ～誰が行うのか～

病院内

- 患者／家族
- Staff
- 病棟単位
- 部門毎
- 病院責任部門

地 域

- 住民
- （マスコミ）e.g. 名医のリスト

専門職団体／学会／研究会

- 日医
- JNA
- 質研、／QA研究会
- 日本医療機能評価機構

政府／自治体／保険組織

- 医療法25条「病院監視の検査基準」
- 社会保険「基準看護の承認基準」
- 日医／厚生省「病院機能評価」

色々な数量的なデータが出てきますから、やってらっしゃるところが多いかと思います。それから、さらに病院の責任部門は、病院全体としてどういう医療を行っているのか、どういう目標でどういう基準で行っているのか、という評価を致します。でも、医療の質の評価というのは、病院の内部だけでやるわけではありません。地域の中で、それを実際に受けている住民たち、直接的に受けている患者さんだけでなく、住民だとかマスコミだとかがどういうふうにその評価をしているか、ということが大事になって参ります。マスコミは最近「名医のリスト」というようなのをサンデー毎日などでよくあげます。心筋梗塞では10大医師だとか、100人の名医だとか、色々な本が出たり雑誌が出たりして参ります。どこの部門がどの部分でよろしいかというようなことが、名医のリストにあがって参ります。住民は住民でどんどん変化をしていきます。私は今度の厚生白書を見て、本当に驚くことが非常に多かったです。例えば、今日本の国民は健康をどのように捉えているのか、ちょっと紹介させて下さい。

(OHP3) 質問は、「健康とはどのような状態を指すと考えるか」ということで、国がやった国民意識調査で今年1月にやっていますが、1,412人が回答しているんですね。その人たちが、健康とはどのような状態を指すのかといえますと、全く病気のないこと、今病気をしていないこと、ということを経験と考えている人は、3分の1にすぎませんでした。但しこれは若い人の層、20代の人に聞きますとこれは6割ぐらい迄上がって参りますが、高齢化が進んでいる国民全体の中では、全く病気のないことを健康と考える人は3分の1で、後は、医療機関にかかるほどの病気がない、何らかの調子の悪さはあるんだけど医療機関にかかってなければ、健康と言えるというのが45.3%、さらに慢性疾患があっても、実際に医療を受けているんだけど、仕事とか日常生活に支障がないようであれば別に医療を受けていても健康だと言えるのではないかと、一病息災の考え方ですね、それが21.0%もいらっしゃいました。わからないというのが0.4%ですから、結構意識がはっきりしている方たちなんです。65%の方が、一病息災的な発想を健康に対してするようになった、つまりWHOなんかがいっている、「健康というのはただ病気がないということではない」という

「Well Being」の考え方がかなり国民の中に浸透してきたな、こういう

OHP3 「健康とはどのような状態を指すと考えるか」		(国民意識調査、'95) n=1,412
全く病気のないこと	33.3%	
医療機関に関わるほどの病気がない	45.3%	
慢性疾患があり医療を受けていても仕事や日常生活に支障がない	21.0%	
わからない	0.4%	

ことが浸透している国民とそうでない国民とでは、医療に対する質の考え方が随分変わって参ります。

(OHP4) そしてこれも私は感動致したんですが、国民に「健康のために大事なことは何か」ということを聞いています。そうしますと、これは回答を2つしてもよろしいという質問なんです。自分で節制、摂生に努めるというのが67.6%、自分で健康に良いと思われることを積極的に行う、は50.1%の人ですね。つまりセルフケア、それも健康増進に向かって頑張っていくことが、健康の為に大事なんだと考えている、先程のような健康観の人たちがそう考えているということなんです。そして行政機関による健康診断など、保健・医療サービスを充実することとか、病院などの医師などによる健康指導・相談をして欲しい、つまり他力本願型ですね、他者に対して期待するというのは、両方合わせたとしても43%ぐらいなんです。そして病院・診療所の医療水準のアップをして

欲しい、と非常に積極的にものを言ったり、行政機関などによる生活環境の整備をする、または医療情報の収集と活用、というようなことを言ってもらっしやる、これらは当然なんですけど、私はこの最初の2つが、如何に国民が健康のことを自分のこととして取り上げているか、ということに非常に感動を覚えました。こういう住民の中で仕事をしているということは、医療の質を考えていく時にも重要な要素になって参ります。

医療に対する総合的な満足、今ある医療をどのように国民が見ているかという調査もありまして、それによりますと、非常に満足している・まあまあ満足している人が50%で、非常に不満・やや不満の人は22%、後の人はわからないという、どっちでもないという、まあ経験がないからということだと思んですが、結構医療に対して総合的には日本のあり方に対して満足している人が50%ある、これは50%もあると思うのか、50%しかないと思うのか、というのが今後のとりようかと思います。

今後求められる医療、というのをいくつかあげてもらっている中で、一番大事に考えているのは、老人などの長期療養者の為の入院医療について考えて欲しい、それが45%いらっしやいます。救急救命医療が42%、高血圧・心臓病などの慢性疾患医療が25%、そして心の健康を保つ医療が24.2%、ここまで上昇して参りました。また、末期癌患者の苦痛を緩和する終末期医療も23%いらっしやいますし、医師や看護婦などによる在宅医療も20%の人が期待しています。その他、今話題になっております遺伝子医療の問題とか、難病医療だとか、リハビリだとか、というのがあがってきているんですが、やはり高齢社会を迎えた長期療養型の問題だとか、または慢性疾患への対応だとかが大きな課題になってきます。これは一体誰が支えるのか、今迄述べてきたような事柄を今までは、医療というのは医師が中心に支えるというふうに考えてきたのかもしれないけれども、既に国民はそうではないモデルを考え始めている、それが恐らく、今日の主な話題ではないんですが、介護保険等の新しい福祉のあり方について、大きな施策上の影響を及ぼしていきます。従って、こういう今の国民ですね、それぞれの地域には地域差がございますから、地域ではどういうふうに考えているかというのは、それぞれの地域の人たちの考えることが、自分たちの質を、自分の病院の中の質を考える時にも、大きい影響を及ぼしていくわけです。

OHP4

健康のために大事なこと

自分で節制・摂生に努める	67.6%
自分で健康に良いと思われることを積極的に行う	50.1%
行政機関による健康診断など保健・医療サービスの充実	27.5%
病院などの医師などによる健康指導／相談	16.1%
病院、診療所の医療水準のアップ	8.1%
行政機関などによる生活環境の整備	7.5%
医療情報の収集と活用	3.3%

(OHP5) また、医療の質は、最近これ

が話題になっていますが、病院内だけで行うのではなくて、専門職団体とか学会とか研究が行うのだと、これは後でまた述べますが、日本医師会だとか日本看護協会とか、質研という医療の質を研究する会があるのですが、質研とか、またQA研究会というのは、私が聖路加にいます当時、看護の質のことが今後必ず問題になる、ということ有志の人と一緒に、50人ぐらいのメンバーが今いるかと思うんですが、看護のQA研究会というのを創りました。そこで看護婦サイドから、看護の質をどう考えていったら良いのか、ということについて研究して参っていますが、それは詳しく岡谷先生が説明されます。また、最近は日本医療機能評価機構という、今年からまもなく始まる機構がございます。これは第3者機構でして、日本医師会だとか、日本看護協会だとか、または病院協会だとか色々な組織がお金を出し合って作って、そこに、審査をして欲しいということをお願いしたところが審査を

受けるという、第3者機構としての、日本医療機能評価機構というのが、今年発足致します。他にこれは従来から行われていたものですが、日本は特にこれに頼っていたんですが、政府や自治体や保険組織、これは例えば、医療法25条では「病院監視の検査基準」というのがありまして、これに基づいて病院は監視される立場にありますし、社会保険では、基準看護を採っているところでは、「基準看護の承認基準」というのがありまして、ちゃんとそれをやっているかどうかということの監視もありますし、それからこれは政府と日本医師会が合同で「病院機能評価」というのを作りました。これは100項目あるんですが、ただこの中には看護が2項目しかないという問題があるんですけれども、こういうようなことをもとにしてやってきております。日本看護協会は、後でもいいですが独自の基準を発表しています。

(OHP6) 実際にどんな医療の質の点検がされるよう

になってきているのか、外国に比べて日本はかなり遅れている、と言われてはいますが、まず外国を見てみますと、これは嬉しいことに、医療の質について一番初めに言ったのは、実はフローレンスナイチンゲールだったんです。フローレンスナイチンゲールという方は、環境の整備が整っていけば、人間というのは自然治癒力というのがあって必ず自分の力を使って良くなっていくことが出来る、というふうに考えた人ですから、当然病院環境や、または病院の外でもそうですが、在宅医療においてもそうですが、そこで医療が行われたり、ケアが行われる時の環境そのものが、大きな役割を果たすんだということを非常に早くから言われている人です。具体的に例えば、騒音の問題だとか、空気の問題だとか、照明の問題だとかを具体的にあげて、それらのことが整っていることが、医療を良くしていく為に必要なことで、点検しないとイケないということを言っていたらっしゃいます。だけど、彼女が言ってから100年後に、アメリカで具体的な制度として起こるようになってきて、JCAHの創設、JCAHというのは、Joint Commission on accreditation of Hospitalという名前です。これはホスピタルの認定に関する、共同でやる委員会というか、組織というふうなものでして、実際のJCAHの審査を受けて、病院の中でこの病院はよろしいというようなことを言われますと、その病院は、保険、メディケアだとかメディケイドという、医療費の処置の仕方なんですが、それが受け入れ易くなったり、受けられたりといことで、多くの病院がこれに参加致しました。けどこれは、質の保証のQuality Assuranceの考え方だったんですが、これはホスピタルを中心に行われていたんですね。看護はこの流れを受けまして、1960年代後半、詳しく言いますといろんなことがあるんですが、アメリカ看護協会が看護業務基準というのを作って、マニュアル迄作って、そういうようなところでマニュアルを作っているんですが、看護基準をどういうふうに設けて、どういうふうに評価していくかということ提言していています。このJCAHが1987年にJCAHO、これはJoint Commission on accreditation of HealthCare Organizationという、名称的にはこの“H”がホスピタルだけだったのが、“HO”となったのは、HealthCare Organizationつまり病院だけではなくて、保健施

OHP5

第3者機関評価

- 1 看護評価規準および看護評価項目の提示
- 2 事前審査（書面審査）
- 3 実地審査
- 4 評価
- 5 結果のフィードバック（リコメンデーション）
- 6 評価結果に基づく改善への助言、支援

3 実地審査の対象

- ・看護記録などの記録物
- ・患者の身体的状況
- ・患者の心理社会的状況
- ・看護管理者／スタッフ／補助者
- ・薬剤師、PT、OT、栄養士、MSW

設、保健のケアの組織に関する全てを扱いますということで、JCAHOという名称に変わりました、これは病院の評価をしていく時に、この人たちが言っているテーマが、改善という名称なんです。英語で改善とかいてあるんですね。それはどうしてかという、日本の企業が自分たちの企業評価をしていく時の基準を取り組んでやっていく、ということで、日本語をそのまま使って改善というキャッチフレーズを使っていらっしゃるんですね。この段階で既に、質の保証というよりはむしろ、継続的に質を改善していく、質の保証というのは、一回きり「この病院は質を保証できる病院です」と言ったら終わりというのではなくて、それが定着するものではなくてどんどん変わっていくものだから、その変わっていくところに視点を置いてやっていきましょう、というふうに言われているところです。

ところで日本は一体どうなのかということですが、ちょっと年代がわからないですけど、1987年に実はどこよりも早く、看護はやはり、ケアの質のことを非常に重視して考えていましたので、日本看護協会は、病院看護機能評価というのを64項目作っています。ご存じだった方、いらっしゃいますか。実は私も役員していて全然知らなかったのですが、作って活用しているところが少なかったのだというように思うんですね。1987年のそのJCAHOが出来た翌年に、日医と厚生省が病院評価マニュアルというのを作りました。これは開業医の先生たちが、自分の病院を評価する時に何を視点にしてやったら良いか、という自己点検のマニュアルでして、これは100項目の内、看護は2項目しかなかったというものです。1988年同じ年に、東京都の私立病院の婦長会が、民間病院看護機能チェックマニュアルというのを作って、民間病院があまりにも看護が弱かった為に、看護の部門の人たちが看護の評価は自分たちの手で、というマニュアルを作られています。1991年になりますとこのJCAHOをモデル化した質研という研究会が出来まして、病院評価マニュアルというもののバージョン1を出しています。それ以降バージョン2というようにして回を重ねて、マニュアルを改善していつているのですが、これが今、最後に第3者機構として独立する時の研究会の一部になっています。この質研には看護の部門にも、私たちのQA研究会から一緒に仲間だった人たちが入っていますし、看護の部門でかなり強い人たちが、ここで実際に評価マニュアルを作って、自分で希望した病院に対しては実際に行って現地評価をするということも実験的にやってらっしゃいます。1993年に日本看護協会は、病院看護機能評価を改善しまして147項目という項目を作り、この項目で病院の看護を評価することが出来るようになってきます。1995年、今年になって、これらの流れを受けて、日本医療機能評価機構が設立されまして、日本医師会は一億円を出し、それぞれの組織は応分のお金を出して、組織を作りました。

本当は私たちの日本看護協会も一億円を出したかったんですが、会費が年間5千円では如何ともしがたく、1千万円出すことになりました。何等かの形でこういうことに絡むということにも、組織としてのお金があるということなんです、こういう形で専門職団体が自分たちの利益だけではない第3者機構を作って、きち

OHP6	外国	日本
1951	JCAHの創設	
1960後半	ANA看護業務基準	
1987	JCAH→JCAHO	JHA病院看護機能評価64項目
1988		日医／厚生省 病院評価マニュアル 都私立病院婦長会 民間病院看護機能チェックマニュアル
1991		質研 病院評価マニュアル
1993		JHA 病院看護機能評価147項目
1995		日本医療機能評価機構設立

っとした評価をしていきましょう、それが国民に対する責任でしょう、というふうにして今それが動いています。

(OHP7) それでは病院機能評価というのは一体何をするのか、というのを見るんですが、それは病院機能評価の基本的視点というもので、一番目として、病院が地域において期待される役割に答えているかどうか、それぞれの病院はそれぞれその地域によって期待されている役割があるわけですね。その役割に全く答えていられるのかどうか、例えば、よくこれはアメリカに私が留学している時に同級生たちと話し合っていたんですが、同級生たちの国がまだまだ乳児死亡率が高く感染症で亡くなる方が非常に多い中で、彼女が研究しようとしていることは、非常に人口的にはマイナーな問題を取り扱ってやってらっしゃったんですね。それで、「何であなたは、あなたの地域が、あなたの国が看護に期待している問題を取り上げないのか」ということを私が疑問に思ってよくぶつけていたんですね。「じゃあ、あなたたちはどうなのか」と私も言われまして、私たちはいつも自分が所属している場所が、地域でどんなことを期待されて、どういう役割を果たしているか、という視点で自分を見ていたんだろうか、ということには大きな反省にはなるんですが、そういう視点が一つあります。もう一つは患者中心の医療が提供されているのだろうか、これはサービスが本当にサービスとして成り立っているのだろうか、ということですね。それから、病院が将来に向かって発展する条件が備わっているかどうか、さらに向上しようと努力しているだろうかという視点ですね。この3つの視点で病院評価をしようとしています。実際は、強制的に今までのように政府がやっていたり、保健機構がやっていたり、Insuranceがやっていたりするのではなくて、実際に評価を受けたいと思う病院が自発的に申し出て、お金も払って、お金のウェイトは、恐らくその機構を運営していくところの60%ぐらいを、実際に申し出た病院が支払うお金によって成り立っていくと言われているのですが、そのお金をつけて申し出て、評価を受けてその結果を基に改善に取り組むということが、この考え方の基本になっているところですね。ですから自発的な考え方というのが重要になってきます。では一体何をするのかと言うことですが、具体的には何をするのか、どういう手順で、第三者機関評価というのはやるのかということですが、まず、看護評価基準及び評価項目を提供致します。これは、第三者機関、この機構の方から私たちはこういう基準でもって、こういう評価項目に基づいてあなたの病院を評価致します、希望した病院にですけれど、評価致しますという評価基準を設けて出します。そうしますと、それに対応して、事前審査といって病院の側から、その評価に対して私たちはこのような努力をしていて、今はこのような水準にいます。という書面審査の為の資料を作って提示します。それは膨大な資料です。全病院の全部門の参加型ですから、これは誰か一部の人がやるというのではなくて、全部門が関係しますから、膨大な書面審査があるのですが、それを実施します。そして実地審査に入ります。その現場に評価をする人、訓練を受けた評価をする人が出かけて行きます。実際誰を対象にして評価をするのかというと、実地審査の対象ですが、これは看護記録などの記録物、どういうことがかかっているか、という記録物ですね。これはアメリカの例では非常に重視して、看護記録だけでなく、全部の記録を重視した為に、アメリカでは記録の為の時間をものすごくかけるようになった、つまり看護職員が記録ばかりしているというようなことになったとあって、反省されている材料の一つですが、それでも、看護記録に専門的な活動がきちっとされているかどうか、また観察されたものが記録物に残っているかどうか、というのが審査対象です。それから患者さんの身体的な状況、つまりもう入院しなくても良いのに入院している場合というのがあります。この間、厚生省のある委員会に行っていましたら、骨折という、比較的限定した骨折でもそうなんですが、同じような治

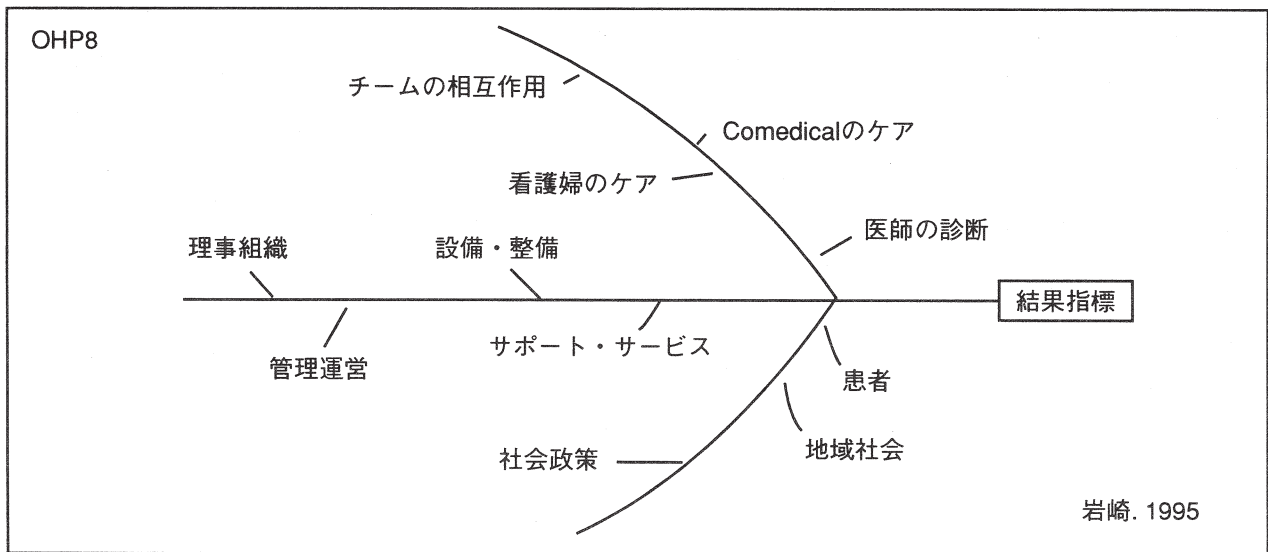
療を受けて退院することが出来る、つまり予後の不良だとかそういうことではない通常の骨折の治療を受けているのにも、すごい地域差があります、入院期間に関して、ものすごく長期に入院するところと、非常に早く入院するところがある、つまり患者さんがそのように身体的に入院しないといけない状況なのか、または治療をきちんと受けているだろうか、ということと、それだけではなくて、患者さんの心理・社会的状況ですね、患者さんが満足しているのだろうか、心安らかな治療に、まあ例えば心安らかということは有り得ないかもしれないけれど、自分の闘病生活に納得して、そこにいらっしゃるのかどうか、実際に患者さんに質問を致します。それから、看護管理者とかスタッフとか補助者とかスペシャリストだとか、そういう人たちに実際どうなのかという質問を致します。若いスタッフに対して、「あなたが今この患者さんのケアで一番重要に思っていること、今日特に重点的にやろうとしていることは何ですか」というようなことを具体的に聞きます。そしてその反応を見て、その人は看護過程を展開しているのかとか、または問題意識を持って取り組んでいるのかとか、いうようなことを聞き取るわけですね。その他に、看護に関して薬剤師とかPT・OT・栄養士・NSWから、他の職種から、この病院の看護婦さんたちの機能を、例えば栄養指導のことに限っては、栄養士さんと連携を取っているのかどうか、というようなことについての評価をします。実際にそこへたくさん色々なチームが行くんですが、看護チームは看護に関した実地審査をして、その結果を評価して、その結果をフィードバックして、「あなたのところは、こういうところが問題でした」というようなことを言うわけですね。それに基づいて改善への助言とか支援をしていきます。ただ言いつばなし、批判のしつばなしではなくて、「お宅のような場合はこういうことを改善していくと良いでしょう」というような助言迄をする、ということが第3機関のやり方です。

OHP7 病院機能評価の基本的視点

- 1 病院が地域において期待される役割に依えているか？
- 2 患者中心の医療が提供されているか？
- 3 病院が将来に向かって発展する条件が備わっているか？

評価を受けたい病院が申し出て評価を受け、その結果をもとに改善に取り組む

(OHP8) こういうやり方でやっていくわけですが、問題は、ここから先が本当に本題になってくるわけですが、看護の質というのは何を見たら分かるのだろうか、例えば、よく言われているのが、これは看護の質ではなくて病院全体の絡みでみると、これは岩崎先生が高橋先生のモデルで見ているんですが、結果指標というのがあるんですね。看護の質をみていく時に、元々病院に備わっている構造的なもの、それからプロセスの問題と、結果というものですが、その結果指標というのが一番大事なわけですけど、この結果指標に影響していくものとしては、構造的なもので理事会組織がどうなっているのかとか、管理運営がどうなっているのかとか、設備がどうなっているのか、サポートサービスにどんなものがあるか、というように構造的なもの、それから実際のプロセスのものとして、医師自体の診療の問題、看護婦のケアの問題、コメディカルのケアの問題、またこれらがうまくチーム作用をしているのかどうか、というようにこれがこれに影響していきますし、またそれだけではなくて、受ける側の患者さん自身、また地域社会がどう思っているのか、例えば、癌の患者さんのケアにしても、告知という私はあまり好きじゃない言葉ですけども、あなたは癌があるとか、どのような状況だとか、どういう治療を受けていくのか、ということをきっちり説明して、色々な選択の幅をみせることで患者さんが選択をしていく、それが当然になっている地域、またそれがよろしいと思っている地域と地域住民自身が、いやそれ



はあまりにも患者さんにかわいそうだ、言わない方がいいと思ってる地域とでは、ここの結果指標が違ってくるわけですね。社会生活も勿論、それぞれの国や地域によって違ってくるわけです。これらのことが全部絡まって、結果指標に絡んでいくわけで、看護婦のケアだけが、結果指標を動かすわけではないんです。

(OHP9) ところでこの結果指標、Clinical Indicatorsというのは、アメリカで今研究されていて、どういうことが大事と思われているかということですが、これは研究対象として決定的な要因ではありません。ただこういうことが大事になってくる、特に結果指標に関しては、今まではどちらかというと医療者サイドの結果指標だったんですが、これからは、今非常に強調されているのは、患者さんサイドから見た時の結果指標を表わすことが、大事なんだと言われています。そこで出てくるのが、病院全体としては、院内感染率とか、計画外の再入院の発生率とか、計画外の再opの発生率とか、在院期間とか、入院中の死亡率とか占床率ですね、ベッドが何%の回転でいくのかとか、剖検率だとか合併症の率だとか、そういうようなものが上げられます。これらは患者さんの「Wellness」にとって非常に重要ですし、患者さんが出来るだけ早く、先程のような日本の国民がだんだんそうになっているように、一病息災で元気になっていることに重きを置く、そういうような国民のニーズに合わせていく為には、これらの指標というのは非常に大きな、日本でも重要な課題になってきますが、これに対して影響しているのは、先程も言ったような様々な要因なわけです。その中の一つが看護ファクターなんです。ところが看護のファクターというのはばかにならなくて、病院の中のマンパワーの中で、一番大きい要素を占めているのが看護職です。この一番大きいマンパワーを占める看護職と、それから看護の大きな機能の一つに環境の整備というのがあります。医師は一人一人の患者さんに対して面倒みていくんですが、看護婦は病棟管理という、また病院管理全体という役割を持っています。このことが非常に大きな影響を及ぼしています。アメリカの今までの調査を見ますと、例えば病院の中の正看護婦の割合、つまり看護補助者だとか準看護婦とか色々いるんですが、正看護婦の割合が高いところは、そうでないところに比べて、病院内の死亡率が低い、医師の医療方針だとかそういうものではなくて、いろんなものをコントロールして、非常に大きな調査で唯一残ったものが、看護職員の質だったという結果が出ています。病院の中の死亡率というのは同じような病気の人たちの中で亡くなっていく方と亡くならない方とあるわけですが、そういう死亡率に大きく影響していくし、合併症に影響しているし、在院期間

に影響している。そりゃそうですよ、在院期間というのは病気がある程度良くなってきた時、後は生活へどう切り替えていくかということですが、そのことのケアの責任は日本では医師が退院日を決めるにしても、そこへ持ち込むときの患者さんの力のつけ方をするのは、看護職なわけですから、こういうことに直接的に影響してくるわけですね。これらは今まではどちらかというと、医師だとか病院の構造的な問題が、大きい影響を及ぼしていると思われていたのに、実は看護職が大きい影響をどうも及ぼしているらしい、ということが分かってきた。アメリカのマグネットホスピタルという魅力ある病院といわれる病院ですが、その病院の理事長さんだとか、いわゆる理事の方、経営上非常に大きいパワーを持った方たちに、「お宅の病院の経営上で何が一番大事ですか」と聞いたら、一位に上げてきたのが看護の質だったそうです。看護の質が上がるのがマグネット病院を支えていく、これらのことの指標も変えていくことが出来る。また、あるアメリカの調査では、スペシャリストがいるところといないところでは、こういうものが違ってくる。だから今日本看護協会は、認定看護婦だとか専門看護師制度の実現に向けて全力を上げている、岡谷先生もそれに関係しているし、私もその委員長をやっているんですが、このことを何故やるかということ、私たちはこういう「Outcome」に影響を及ぼしていくのは看護だということ、信じるようになってきたからです。(OHP10) 看護の質の基準というのはいっぱいありまして、本当に何から挙げて良いか分からないぐらいですが、ちょっと日本ではあまり言われていないので、ここら辺を強調しておこうかなと思ったのが、1988年に、Kooutg & Wehrichが挙げている8つの基準というのがあります。一つは物理的基準で、これは患者さんの急性度などによって看護時間を決定するものです。コスト基準というのは患者一人当りの必要経費。資本的基準というのは、今後の病院の拡大・プログラムの拡大。それから収入基準というのは看護ケアに対しての収入、これは診療報酬等の看護ケアに対する収入。それからプログラム基準というのは、患者のニーズに合ったプログラムがあるかどうか、ここら辺は良く言われることですね。6番目としては間接的基準、スタッフ教育やオリエンテーションなどですね。それから目標基準というのは、長期とか短期計画とかということですが、ここら辺は日本でも良く論じられるんですが、コスト基準とか資本的基準とか収入基準ですね、看護職が自分の看護のケアの質を考えていく時に、経済性の側面から考えていく

結果指標

Clinical Indicators

病院全体の例

- 院内感染率
- 計画外の再入院の発生率
- 計画外の再openの発生率
- 在院期間
- 死亡率
- 占床率
- 剖検率

看護の質の基準

(Kooutg & Wehrich,1988)

1. 物理的基準
2. コスト基準
3. 資本的基準
4. 収入基準
5. プログラム基準
6. 間接的基準
7. 目標基準
8. 組織の計画上の基準

という訓練は我々の教育にはないし、実際私たちはそういうことの方が身についていない、だけど看護の質を考えていく時、ここ迄含めて考えていくことが必要なんだという風に言われるようになっていきます。

(OHP11) ところでこれをさらに、例えば今日本で、第三者機構でやられている日本看護協会からは、高橋理事が出ていますが、その人たちの考え方として、どういうものが内容に含まれるのか、ということなんです。このケア評価の基準というものを3つの大きな側面から挙げていることが多いですね。ケアの構造・ケアの過程・ケアの結果、という3つの側面から見ていっているのですが、一つ一つ見て見ますと、ケアの構造からは、その病院が、またその看護婦がどういう理念と目標を持っているのか、また、実践するのに倫理的な側面というのは非

常に重要なんだけど、患者さんのバイオエシックスだとかナーシングエシックスをどのように守ろうとしているのか、インフォームドコンセントも含めてそうです。そして看護者はどのように関わろうとしているのか、それから組織と運営に対して看護職は、例えば看護の独自の部門があるのか、看護職が最近副院長になることが最近非常に多く、看護部長が副院長になることが段々当り前になりつつある考え方の中で、多くの国公立・私立の院長とお会いする度に、「副院長を何故看護婦さんにされませんか」と言ったら、「いや、考え方としては良くわかります」とおっしゃるんです。「人がいたらな」とおっしゃるんですが、「今の看護婦長さんが、医師よりも経営感覚が無いと私には思えませんが」とよく言うんです。そうすると、「いやあ」とか言って笑ってらっしゃるんですが、今度の大震災の後に、直後の病院組織の動き方を見ていて、看護部長が一番病院全体を見て動くんですね。そういう意味で看護部長の位置づけがどうなっているのか、管理組織や運営組織にどう絡んでいるのか、ということは非常に看護のケアの構造を決めていく時に重要な基準になります。それから看護職員の能力開発に対してどのようにしているのか、入職したばかりの看護婦さんたちに対してどんな院内教育をしているのか、3年目・5年目・8年目という節目節目の看護婦に対してどういう能力開発をしているのか、または既に専門看護師だとか認定看護婦のような役割を持った人たちを、病院の中で採用してやってらっしゃるところもありますが、そういう能力開発に対してどのようにやっているのか、例えばプライマリナーシングを導入しているところがあるのかどうか、また、色々なそういう看護職の教育に関する能力開発に対して、どういうことを実際にその病院はやっているのか、また、看護実践の環境で、人間的なものと物的なものがどうなっているのか、これはマンパワーの問題でもあるし、またサポートシステムの問題でもあります。ハウスキーピングのセクションとの関係はどうなっているのか、薬剤師さんや栄養士さんたちとどういう関係になっているのか、看護婦がメッセンジャーの役割をいつもしているのか、セクレタリーな仕事は他の人に渡せるのか、そういうようなことです。物的な問題というのは生活環境上の問題です。今はアメニティの時代だと言われているんですが、病院環境は極めてアメニティの悪いところが多い。病院というのはそんなに建て替えがすぐ出来るところではないので、何十年か前に建てたところというのは、決して我々が今生活しているような生活水準に比べて良いところではありません。従って新しい病院になればなる程、この物的環境が今重要視されている。特に、病院から福祉にいけばいく程、老健施設や福祉施設にいけばいく程、アメニティということが大きく問われるようになってきていますが、それがどうなっているのか、例えばこの間、聖路加の井出副院長さんというか、看護部長さんが面白いことを言ってらっしゃたんですが、聖路加は新しい病院になってほとんど個室化していますが、個室化しますと、患者さんたちがサービスをホテル並に要求し始めたというんですね。それは一体どういうことと言ったら、患者さんたちが、看護婦詰所に電話をかけてきて、「私の今日の食事なんだけども、いつも病院は12時にお食事を運んでくるんだけど、ちょっと今日は検査や何やで朝ご飯が遅くなったから、今日はお昼は1時にしてちょうだい」、という電話がかかってくる。または「今からちょっと休みたいので」とか、「訪問者があるので2時間ぐらいどなたもお部屋に入らないようにして下さい」とか。「Don't Disturb」の紙をかけようか、なんておっしゃっていたんですが、そういうことは我々看護婦が聞くと、すごいショックを受けるんです。私たち看護婦は患者さんに対して一番患者中心のケアをしているのは看護婦だ、と思っているんですが、でも実はそうじゃなくて、病室はいつでも入っていると知っている。私はある方が、本当の患者さん中心のケアが出来るようになってきた病院は、鍵は中から掛け

られるようになるはずだ、患者さんが鍵を中から押したら、看護婦は誰も入ってこれない。看護婦さんてノックするのは形式だけで、ノックもしないで、挨拶もしないで、ぱっと入って来るのが当たり前だと思っている患者さんというのは、まだまだ多いわけですが、そういうことに影響していくようになるんですね、この物的条件に。アメニティを良くしていくということは、ある意味でそういうサービス転換が計られるようになってくるわけですが、そういうことが実際どのようにされるのか、仕組みがどうなっているのか、というのがケアの構造です。ケアの過程というのは看護実践で、実際に看護過程で計画を立ててケアがされているのか、また、看護基準・看護手順というのはどのようにして実際使われているのか、実際作っているのか、基準・手順がその病院にあるのか、そしてそれをおいてあるだけでなく活用しているのか、さらにはそれを修正しようとしているのかということになります。それからその病院の中にケアの質を改善していく組織というのが、これは Quality Assuranceの取り組みですが、その看護部の中に、自分の病院のことを自己点検・自己評価する組織を持っているか、または持とうと努力をされているのかどうか、というようなことが問われます。ここに彼女たちには書いてないんですが、看護のケアの技術の高さですね、看護のケアの技術の高さをどのように測るか、ということとは非常に難しいことなんです、どの患者さんもどのような困難な場合でも、例えば口腔内、口が臭くないような状態でいられることが出来るかどうか、どのような病気の重さを持っている方でも、患者さんはいつでもさっぱりした感覚の身体でいられるのかどうか、そういうような技術をどのように提供していくのか、薬や何かの副作用で絶えず便秘がちな患者さんたちが、便秘に苦しまないで排便までいかないで、便をどのように排泄しているのか、または、睡眠を睡眠薬に頼らないで、睡眠薬を使ったとしても、それだけではない方法でもって、患者さんが夜を過ごすことが出来るのかどうか、こういう看護の技術の評価というもの、看護実践の評価に入ります。それからさらに、その病院では自分のケアを良くしていく為に、研究を実施しているのかどうか、ただ研究の為の研究ではなくて、自分たちの患者さんたちに対するケアが良くなるように研究を実際されているかどうか、また、その研究をただ発表したら終わりというのではなくて、実際に取り組んでケアに生かされているのかどうか、最近アカデミックな学会よりも、むしろ日本看護協会の学会などに行きますと、実践から出来てきた新しい技術の開発がたくさんあって、実際そのことで患者さんが良くなっている事例を、思いがけない事例をたくさん聴くことが出来ます。この間週刊誌を読んでいましたら、福井県のある病院の婦長さんたちが工夫されて、化学療法を受けている人は脱毛がありますよね、その脱毛を予防する為に、頭をものすごい低温度で冷やすんだそうです。これには痛みを伴いますから、本人が希望しないとしないといわれているんですが、でも実際に希望した人にやりますと、非常に高い率で脱毛を防ぐことが出来る、というのを看護婦が発見して実際にやっぴゃる、それが週刊誌に取り上げられているというようなことがあります。紙屋さんたちがなされた札幌の麻布神経内科の、いわゆる植物人間で、恐らく自分でも立ち上がれないだろうと思っていた人たちを奇跡的に立ち上がらせていく、その頃の医療の考え方だと、奇跡だと思われた医療に取り組んで改善していった。そういうことというのは、研究的態度を持ってそれを実践に生かしながら積み上げていく、ということが大事になってくる、そういうことを実際にやっぴゃるのかどうか、そしてそれが患者さんの満足度、これは精神的な満足だけでなく、身体的な安全性を含めたものです。ただ、満足度調査をやりますと、非常に大きなものが落ちていきます。後で説明しますが、患者さんにとって大事なことは、自分のことを気遣ってくれている、ということが

非常に前に出て参りますので、具体的なことがなかなか出てこないもので、満足度調査だけでは不十分です。が、

ケアの結果の一つは満足度でみます。またはその患者さんの療養目標が達成されたかどうか、セルフケアが上がっていくこと、それも期日がほしい入院して一

OHP11 看護評価基準案 (高橋/島田)		
Careの構造	Careの過程	Careの結果
1. 理念と目標	6. 看護実践	8. 患者の満足度
2. 倫理	・看護過程	・精神的満足
3. 組織と運営	・看護基準, 手順	・身体的安全性
4. 看護職員の能力開発	・QAの取り組み	9. 療養目標の達成度
5. 看護実践環境	7. 研究	
・人的	・研究の実施	
・物的	・研究成果の活用	

週間ぐらいでこのレベルになるだろう、というような目標が本当に、まあ看護過程との関係もあるんですが、出来ているんだろうかというようなこと、これらの事柄を評価するということが大事になってきて、これらのことをもし看護婦がやらなければ、自らの努力においてやらなければ、または第三者機構を用いながらやらなければ、看護というのは専門職として成り立っていかないのだろう、というふうに思います。

(OHP12) ところで、こういうものもまだまだ枠組みでして、看護のこの内容的なものを指しているわけではありません。最近こういうデータがすごく多くて、これをどう扱ったら良いかと悩んでいるんですが、これは私共の大学で、片田先生を中心としたグループがやっている研究で、昨年出てきて看護研究で発表されているんですが、日本のエキスパートナーズ、かなりの経験年数を持っていて、周囲の人たちから、あの人はエキスパートナーズだと言われている、非常に熟練した看護婦さんたちが、ケアの質、良いケアとはどういうことを指すのかということをデルファイスタディで何回も何回も結果を見せて、問い返しを何回もしていくという研究方法を用いて、やったものです。その中で出てきた要素の中でよく、人を人として尊重する、個人として尊重するとか、人の尊厳が守られているとか、また、看護婦-患者関係の信頼関係があるとか、自分は頼られていると思える関係がある、というのが出てくるんですね。それから苦痛の緩和、家族のケア、また、看護婦は、先程合併症だとか死亡率に関係すると言ったんですが、看護機能のこのモニタリングという機能は、非常に大きな機能ですね。これはあちこちで色々言われ始めているので新しくはないんですが、看護婦の機能の中で、法律的に診療の補助といわれているところがあります。それは従来は、私たちが従属的役割と思っていた部分なんですが、実はこのモニタリングでして、患者さんのバイタルサインだとか症状だとか徴候だとかが変化した時に、専門職の中で誰が一番初めに気づくかということ看護婦で、その看護婦が如何に速くそのことに気が付くかどうか、そして気が付いた看護婦は、そのことを適切なリソースを使って、例えばこれは主治医を呼ぶべきだ、または当直医を呼ぶべきだ、または私たちだけで今持っているスタンダードのオーダーでやっていける、またはもう少し様子をみた方がいいという判断をする。それら含めてモニタリングというのですが、これが看護婦の能力で非常に高いが故に、良い病院では、ここが高いと患者さんの死亡率は非常に下がるわけです。合併症も下がってくる、感染率も低くなってきます。こういう役割を持っているということは、私はもう診療の補助なんていう補助的業務ではない、独立した業務だというふうに思うんですが、看護婦自身もこのことを非常に重視しています。また、看護の場の調整、これは看護婦というのはコーディネーションをすごくする職業ですから、この看護婦はコーディネーションを医

師だとか他の部門、または自分たち内部をそのように調整しているのかということ、上手く調整しているところでは、すごく良いケアが出来るけれども、そうでないところは無理だということです。

意外にエキスパートナースから出てこなくて、私たちが大事に思っていることは日常生活への援助のところでは、これはエキスパートナースに聞いた時にあまり出てこない、ほとんど出てこない。これはどうしてかということ、2つ考えられます。良いように考えたら、これは当たり前なことだからです。看護婦は日常生活の療養上の世話をするということが当たり前なことだから、みんなにしないといけないことだから、特別に挙げられなかったのか、それともこれが出来ていないからか、忙しすぎて出来ていないから、という問題があります。ところで私が問題にしたいのは、この3つのところですね。繰り返しどの調査でも、看護婦がみても患者さんから聴いても両者から出てくる、人を尊重する、または人の尊厳が守られる、という事柄についてです。それを最後のところで説明したいと思います。

これは、看護婦が何を実際に患者さんに対してやっているのか、という研究が、質的な研究で、修士論文や学位論文でされるようになってきました。その中で繰り返し分かってきたことは、看護婦というのは患者さんの、いわゆる私の専門用語でいうと補助自我の役割、つまり患者さんが自分で自分を守れない部分を、看護婦がつかえ棒のような役割を果たしている。つまり例えば、患者さんの側にじーっといることが出来る、良い看護婦の条件は、患者さんが側にいられても、看護婦さんが側にいてくれると心が休まったり、また安心できたりすることが出来る、負担に思わなくていいという考え、つまり「今痛いの、どうしてるの」と絶えず質問するわけでもない、さりげなく側にいる、側にいることが出来る。看護婦が、経験を積みば積んでいくほど、良い看護婦さんは、どのような患者さんの側でも自然体でいることが出来る。このことのもつ意味、つまり人間にとってすごく大事な、空気のような存在として存在する、このことが繰り返し繰り返し行われているんです。そのことをすごく挙げてくる人が多いですね。看護婦さんも挙げてくるし、患者さんも挙げてくる。

そしてもう一つは、すごく面白いと思ったんですが、萱間さんという人が、精神病院の急性期の患者さんの観察をしていて、看護婦さんが患者さんにどんなケアをしているか、という観察をしている、一方で、CCUで麻酔の影響を受けた人だとか、また、患者さんの意識が非常に朦朧としている人だとか、そういう人たちのケアをしている看護婦さんの研究を上泉さんという人がされています。その2つの研究を片や精神病院、片やCCUという非常に身体全体の命を守るところ、片や心のところ、を並べてみますと極めて似ているところがたくさんあります。それは何か。やはり補助自我みたいなものでしてね。例えばCCUの看護婦さんというのはコンスタントに患者さんに対して、CCUというのは一つの大部屋ですから、患者さんから見たら看護婦さんが何をしているか、見えるようになっているし、看護婦さんにも患者さんがどういう状態かが、一目瞭然に見えるようになっている、このシステムを使って死亡率をすごく下げたわけですが、その中で、看護婦さんが、真ん中にある自分のステーションから、ある患者さんのところに行く時に、よく大声で「誰々さんこれから何々しに行くからね」とか、「何とかよ」とか言いながら、近づいて行くんですね看護婦さんが。そしてコンスタントに、「今ね、腕を上げるからね」とか、または「血圧やモニターを測るからね」とか、「サクションするからね」とか、患者さんから見えている、目を開けている患者さんで、見えているはずのことでも全て口に出して言うんです。そして例えばモニターを見ている時、若い看護婦さんはそんなことはしないんですが、ベテランになればなる程、観察によりますと、その

モニターをその患者さんの体験として、「今心臓どきどきしているでしょう」というような言い方で説明をする、そういう形でコンスタントに、患者さんが今体験している事柄を言語化して、患者さんに伝えている看護婦さんがいるんですね。そして、患者さんに何かやる度に、CCUの看護婦さんて面白いなと思ったんですが、「ごめんなさい」「ちょっとごめんなさい」「ごめんね」「ちょっとごめんね」というような言葉を、すごく頻回に言うんです。同じベッドレストで対比群として、整形外科でギブスをはめて動けない患者さんに、同じように血圧を測っている場面の看護婦さんを観察しているんですが、看護婦さんは全然そんな説明はしないで、全然違うことを話している。「今日は暑いわね」とか「寒いわね」とか言って、「血圧測るわね」というぐらいは言うけれど、「これから腕まくるね」とか「マンシエットまくからね」とはいちいち言わないですよ。それはどうしてかということ、意識が非常にはっきりしているから、自我がはっきりしているから、そのことを看護婦さんはいちいち言う必要がない。血圧を測る時も、そんなに「ごめんね、ごめんね」と言っているわけではない、これは何をCCUの人はしているかということ、CCUの看護婦さんたちは、自分が患者さんの中に入っていき、患者さんは「Boundary」、「境界」というのがあって、普通は入っていけないところに、自分で出来ないが故に、また、病気の重さ故に、看護婦が、意識が朦朧としている患者さんの為に説明をしないといけない、説明をしていくことで、患者さんに状況を分かってもらうようにしている、そして侵入していくことに対して許しを請うていく、というケアをされています。同時に片方の精神病院の看護婦さんは、例えば認知障害のある急性期の患者さんというのは、私たちの耳というのは認知を識別できるわけですね。自分が例えば看護婦さんと話しをしていて、私が患者だったら今聞こえていることは、余程大きな音が周辺にしない限り、私は看護婦さんと自分の声しか聞こえない、またはそこで見える範囲の音しか聞こえない。ところがテープレコーダーでとってみますと、テープレコーダーというのは識別しませんから、ザーザーという音や、後ろで患者さんが笑っている声とかが聞こえますよね。つまり私たちの耳はそういう雑音に対してシャットアウトして、集中することが出来るわけです。これは自我の強さです。ところが自我が弱まってくると、テープレコーダーに認知と似たような認知が起こってきますから、後ろで例えば患者さんが笑っていたりする、それ程大声で笑っているわけではないのに声が聞こえてきたら、とたんに看護婦さんと話していた患者さんが、目がキョロキョロしたりするという現象が起こったりする。これは例えばの例です。そして落ち着かなくなる、アジテートするとか落ち着かなくなる、そうすると、そのことに気が付いたベテランの看護婦は、「今後ろでね、病棟の中に実は猫が入ってきちゃったのよ。それで他の患者さんが追いかけてやって、それで騒がしいんだけどね。」と一言言って、また次の話に移っていく。でそこに実習生がいたんです。実習生はずっと聞いていて、一生懸命患者さんと看護婦さんの話に入っていますから、同じように患者さんと並んでいて、後ろの状況が見えなかった。猫を笑っている声さえも聞こえていないんです。気にしていないわけです。つまり学生は、自我がしっかりしている時というのは、音をそのように識別できるわけです。患者さんは後ろで言っていることを、自分のことを笑われているような気がしたりとか、そういう被害妄想になったり、そういう混乱が起こってくる。それに対して看護婦さんがさりげなく介入している、聞いていた学生は「何をちんぷんかんぷんなことを言っているのかとびっくりした」と言っていたと言うんですが、例えばそういうことです。つまり精神疾患の急性期で自我が朦朧としている時、CCUの時も自我が朦朧としている時に、それを支えていくことが、看護婦さんがやっていることです。ところがこれをどうやって測ります？観察してきたら、例えばの話

ですが、患者さんがそんなに意識障害があったりとかでなくも、普通の状態でも看護婦は患者さんの自我を支える、という大きな役割を果たしています。これが看護のエッセンスで、これが無かったら、どんな技術が高くても、患者さんに対する満足度は決して上がりません。例えば今、片田さんたちのグループは、苦痛の緩和という痛み

の緩和の技術について、看護婦が痛いという患者さんに対して、注射をしたりとかマッサージしたりとか色々するんですが、その技術をする時に何をしているか、を観察しているんですが、やっているのは心を支えるというか、バックアップするというか、患者さんのその人なりを支えていく役割なんですね。それをどうやって質的に測るのか、それをどうやって証明するのか。

もう時間がきましたので、お話を続けられないのですが、こういう看護ケアの質というのは始まったばかりです。ケアの質の保証、さらに保証だけでなく、改善していく為に継続的に自己点検・自己評価していくこと、また、他者評価を受けること、これらは始まったばかりです。特に、大事な看護をどういう視点で評価していくか、この病院は良い看護をしているといわれた時に、今分かっている、先程言ったような指標以外の、本当のエッセンスをどう評価していくか、これは看護研究者たちの研究に待つところが非常に多い、これは現場に近い所で研究することが出来る、現場の人と力を合わせてやる研究だという風に思います。それが出来ない限り、恐らく私たちは社会に対して、看護はこういう役割を果たしているとはっきりと言えなくなる。従って今厚生省はm初めて2年前から、厚生科学研究費5千万円という予算をとることが出来ました。これは厚生省の中でも、看護がどんなに大きい役割を果たしているか、を認めてもらうことが出来たと同時に、高知女子大学の卒業生である久常看護課長の努力によることも、非常に多いと思います。そういうことで5千万円の予算がとられて、今非常に実践に根ざした研究の、今迄と違うアカデミックな研究機構を使いながら、実践に根ざした研究が全国的に開始されています。本大学の野嶋佐由美先生は、「看護婦がやる心のケアとは何か」ということの研究をされていて、第1回目の発表があつて非常にみんな感動致しました。でもそれはまだまだ走りです。その為にこれからも、もっともっと研究と実践をつないで、自分たちの看護の質に対して責任をとって、社会に言っていく、出来ることと出来ないことをはっきりさせていく。それも未来志向、または住民志向、患者志向の発展、看護の質の保障が出来るようにしていく、それがまさに我々の責任だという風に思います。以上で私の講演は終わりにさせていただきます。

OHP12

日本のExpert Nurseがみたケアの質の要素

人を尊重する
人の尊厳が守られている
信頼関係がある
苦痛の緩和
家族のケア
モニタリング
看護の場の調整

日常生活への援助

質疑応答

司会：南先生どうも有難うございました。ここで10分程、皆様からの質問をお受けする時間をとってございますので、どなたかおありの方がございましたら、会場の中央に設けておりますマイクの所にお出まし頂ければと思います。いかがでしょうか。随分、そうだそうだとうなづいておられる方もいらっしゃる、あなる程、と思われた方もいらっしゃるように会場でお見受けさせていただきましたが、せっかくの機会ですので、どなたか御発言ありましたらお願いしたいと思います。

野島：第1回生が代表して質問をさせていただきます。私は全く臨床の経験ありませんけれども、だから今日のお話しにしましても、ケアをする側の立場でなくて、ただ今は、受ける側の立場になることが多くなっておりませんが、ほんの最近も入院して退院したばかりで、特に切実にこの問題を感じております。なまじっか、医療とか看護というものをかじっておりますので、特に病院では神経質に看護婦の態度、一挙一同、言葉の端々まで非常に気になります。そういう中で、受ける側からの注文もたくさんありますが、それをいちいちここで私が上げるよりも、現在南先生が看護の、特に質において何が問題であるか、最も大事な問題点として、今この問題が取り上げられ始めたところである、という風に言われましたけれども、現在その問題点というものをあまり提示がありませんでしたけれど、特に問題点として捉えておられることにつきまして、お話しを聞かせて頂けたらと思います。

南：むしろ野島先生の方から、御体験されている側での問題を指摘して頂いた方が本当は有難いと思いますが、後輩に対するある意味でお叱りも含めてのことと理解しまして……。

私自身が今思っておりますのは、これは私が今臨床にいないからということもあると思いますし、それから私の役割が教育だけではなくて、こういう非常にポリティカルな動きをしているということで、看護の責任の立場から発言することが多い中で気になっていること、というように思っただけだと思いますが、私は1つは、看護婦が本当にサービス業としての基本を身につけているのだろうか、ということと、専門職として鼻つまみと思われるくらい、例えばある医師たちには、非常に能力は高いけれども、人間的にはしんどいと思われる人もいますが、そういうレベルの専門性を身につけているのかどうか、その2つの間の、つまり人が人にサービスする、私たちは相手サイドの必要に応じて、自分たちはあるのだということを基本に、教育では言っているんだけど、ただでそう言いながら私たちが習ったのは、私たちが指導しているのは、専門職として問題を見つけて、計画をたててやっていく、というような思考を習っていますから、こちら側で動いていって、相手側が本当に何を望んでいるのか、というのを絶えず聞いているのだろうか、よく病院に入院した人たちから言われるのはそのことが1つ、すごく気になることです。ということはもう1つは、サービスの均質化がないということがあります。看護婦は命を救うということがすごく大事なことですし、目の前にしないといけない業務というのがありますから、その業務をこなすということに、すごく大きい使命感を感じていらっしゃる方が多いんですが、では、この患者さんに昨日やったケアを今日も、必要なだけでもやっているのか、というと必ずしもそうではない、例えばこの患者さんにやるべきことだと自分が思っていることを、毎日やれているのか、特に療養上の世話の専門家として、患者さんの必要なことにつきあわせて頂く職業として、本当にそのことをやれているのかというと、実は出来ていないということがあります。これは1つは、私のような立場の人間の責任では、マンパワーのカウ

ントの仕方が余りにも少なすぎる、人手不足が余りにも厳しい、ということが確かにあります。だけど量の問題は、今の施策上の問題からいくと、看護の量の問題はほぼ終わりに近づいてきています。むしろこの中から質に転換していくわけですが、この質の問題の、サービスとは何なのか、それから、看護婦でないと出来ないことを本当に看護婦はやっているのだろうか、そういうものを持っているのだろうか、というこの2つのことの相克の中で、私たちは今あるんだという風に思います。それは私たちが仕事を、タスク志向のある仕事をする人が非常に現場の中には大事なことです、本当にサービスはタスク志向だけでは出来ないんだと、タスクというのは仕事中心ということですが、仕事志向だけでは出来ないんだ、ということをごとまで私たちは分かっているのだろうか、これは教育をしている人間として、目の前にいる18才の学生たちに、私はどういう風に分かってもらえるのだろうか、ということをごと四苦八苦しています。自分でも良くできているとは思わないんですが、私はその2つを挙げさせて頂きたいと思います。均質性の問題と、それからサービスというものが、本当に相手の立場にたったサービスが、理念先行型で具体的に出来ているのだろうか、ということが気になることです。これが出来なかったが故に、実は介護福祉士という職業を作りましたし、これからは介護福祉士が医療にどう入り込んでくるか、介護と看護の接点との話し合いが、今後されざるを得なくなってきたことだという風に思います。きっと医療を受けていらっしゃる方の立場としては、もっと大事なことがおありかと思いますが、後でまた教えて頂きたいという風に思います。

司会：どうも有難うございました。もしご質問がございましたら、もう1つぐらいはお受けできるかと思いますが、いかがでしょうか。

川上：ケアの質のことについて色々お話しを伺って、とても勉強になったんですけども、心についての看護ということは、学生時代からも色々教育はされていると思うんですけども、組織と運営とか、管理という面に関しては、看護婦はかなり足りないという風に先生もおっしゃったんですけども、それは学生時代の、今これから看護の質を保証していく為には、学生時代からの教育として必要なのでしょうか、それとも現場に入ってから教育というか、自分の力で獲得していくものなのでしょうか。組織とか運営に関してと、教育との関連のことについて教えて頂きたいと思います。

南：組織運営に対して、私たちは今まで、看護教育は良い看護者になる為の基本的なことを教えていて、それは看護理論が全部そうだったからということもあるんですが、大事なことは、目の前にいる患者さんたちをよくしていくというそのことには変わりがないんですが、私という個人の資質を良くしていくだけで看護が良くなっていくわけではなくて、看護全体の組織上の問題があるんだということは、組織をやってらっしゃった方はどなたもご存じだったんですね。現場にいらっしゃる方はどなたもご存じだったんですが、それが理論化されていなかったんです。その為、基礎教育の中にほとんど取り込まれていませんでした。私は今度の私どもの大学のカリキュラムの中では、病院だけではなくて、保健・医療・福祉に関するリーダーシップの問題と、組織運営の問題、他職種と働くことの問題、というのは大きいカリキュラム上のウェートを占めるとしています。従って学部教育に於いても、その発端をそこに置かないといけないというふうに思います。それから、当然、卒後教育の中で段階的に、この組織運営上の問題は教育されるべきだというふうに思います。たとえ主任・婦長さんにならないで、ケア一本に現場でやっていかれる方も、このことごと理解というのは大事になってきます。そうでないと、現

場では婦長さんへの不満とか、院長先生への不満だけで、実際私がどうしたら組織が変わっていくかという、組織というのは個々の人が参画して初めて変わっていくわけですから、そのことが分からないのではないかという風に思います。そういう意味で日本看護協会としては、ファーストレベル、セカンドレベル、サードレベルの管理者育成を組織的にやるようになりました。始まったばかりですがファーストレベルは非常に活発に全国的に行われるようになりまして、セカンドレベルを中央の岡谷さんがいらっしゃる研修学校の卒後教育としてやるようになりまして、サードレベルの教育にかかっていくところです。セカンドレベルを何とかブロック単位でやってももらえないか、少なくとも各県で出来なかったとしたら、関西地区とか四国とか、そういう大きいところのブロックでやってはどうか、ということの話はされていますので、この管理者教育は組織的に、かなり今後はされていくようになるだろうというふうに思います。特に、ものすごく法律が変わっていますから、経済の動きも今まで医療保険だけだったんですが、社会保険のあり方がすごく変わりますので、このことの知識がなかったら、恐らく現場のケアも難しくなるというふうに思います。教育は学部でも卒後でも、大事なことだというふうに思いますし、是非管理の専門家、マネジメントの専門家が出て欲しいというふうに思います。

司会：どうも有難うございました。質問者の方々、貴重な御意見をどうも有難うございました。それではこれで午前中の御講演を終わらせて頂きたいと思います。南先生どうもありがとうございました。

岡谷 恵子 先生 略 歴

- 1973年 高知女子大学家政学部衛生看護学科卒業
虎ノ門病院勤務
- 1975年 埼玉県立衛生短期大学助手
- 1986年 聖路加看護大学大学院修士課程修了
長谷川病院病棟婦長として勤務
- 1995年 聖路加看護大学大学院博士課程修了
日本看護協会看護研修学校長

テーマに関連した主要著書・論文

- 1) 看護QA研究会；看護ケアの質の測定用具の開発 (1)，看護管理，3 (3) 188-192，1993
- 2) 看護QA研究会；看護ケアの質の測定用具の開発 (2)，看護管理，3 (4) 274-280，1993
- 3) 看護QA研究会；看護ケアの質の測定用具の開発 (3)，看護管理，3 (5) 340-348，1993
- 4) 看護QA研究会；看護ケアの質の測定用具の開発 (4)，看護管理，3 (7) 494-500，1993
- 5) 岡谷恵子他，看護QA研究会：看護ケアの質の測定用具（看護婦用）の開発 (1) —信頼性および構成概念妥当性の検討日本看護科学学会誌，12 (3) 38-39，1992
- 6) 岡谷恵子；看護ケアの質評価の日本的展開，インターナショナルナーシングレビュー，18 (3)，6-14，1995
- 7) 堀内成子他，看護QA研究会；看護ケアの測定用具の開発過程，看護研究，28 (4) 11-20，1995
- 8) 堀内成子他，看護QA研究会；看護ケアの測定用具の開発と洗練，看護研究，28 (4) 11-28，1995
- 9) 岡谷恵子；看護婦—患者関係における信頼と測定する質問紙の開発，1994年度聖路加看護大学大学院博士論文

看護ケアの質を評価するための質問紙の開発

はじめに

人口の高齢化に伴って国民のヘルスケア・ニーズはますます多様化してきており、増大する医療費の抑制政策とあいまって、医療の質の評価への関心が急速に高まってきています。このような事情の中で、看護の質が医療全体の質にどのような影響をもたらすかということをはっきりさせる必要性が増してきたと言えます。そのためには、看護ケアの質を評価する手だてを持たなくてはなりません。

しかし、日本においては、看護ケアの質を評価する取り組みはまだ始まったばかりであり、研究の蓄積がほとんどないのが現状です。何が質の高いケアなのかを決める基準は何か、それは普遍的なものか特別なものか、誰が評価するのが適切か、どのような評価の方法があるのか、有効な評価尺度は何かといったことについてまだまだ明らかになっていません。そこで1989年に南裕子先生を代表に、看護ケアの質の評価について研究する会（看護QA研究会）が発足しました。看護QA研究会では、患者と看護婦の双方の視点から、看護ケアの質を評価するための質問紙の開発に取り組み、研究を積み重ねてきました。本日はその研究活動のプロセスと成果、および今後の課題について述べます。

I 研究の段階

第一段階：看護ケアの質を構成する因子を明らかにするための帰納的研究

第二段階：質問紙（初版）の作成

第三段階：質問紙（初版）の信頼性・妥当性を検定し、質問紙を精練する

第四段階：質問紙の回答の選択肢の吟味と修正と、質問項目の精選

第五段階：質問紙（第二版）の作成と信頼性・妥当性の検討

II 看護ケアの質の評価に関する問題点

看護ケアに対する看護婦と患者の認識のずれ

対象者の個別性

評価者

III 今後の課題

講 演

ただ今御紹介頂きました岡谷と申します。偉大な前座の後に、こういうお話をしなければいけないので、ちょっと緊張しておりますが、今日は午前中に南先生が、ケアの質の保証ということで、全体的なお話をして下さいましたので、私は研究的な視点から、ケアの質ということはどういうふうに測定できるか、という点につきまして、具体的に私たちが看護QA研究会で5年間かけて開発して参りました、ケアの質の評価の質問紙のことについてお話ししたいと思います。この研究は1990年に着手しまして、今年で5年目に入りますが、その間、様々なプロセスを経て、今やっと臨床で使える質問紙ができあがってきました。この5年間の研究のプロセスの中では、色々なことが分かってきましたし、また、ケアの質を測定するということがどんなに大変かということも、研究の中で身を持って体験して参りました。その辺りのことを、今日皆さんと共有できたらいいと思います。

私もOHPを使いながら説明したいと思いますので…。

この研究を始めました時は、ケアの質を、どういう視点から、どのように測定していったら良いだろうかということが、一番問題になりました。まず、ケアの質を評価する時には誰が評価するのか、ということが問題です。今までは看護婦が、自分たちのやっていることをどのように評価するか、ということも、あまりきちんと考えられていませんでしたし、看護婦から受けるケアを患者さん自身がどのように受け取っているのかという、患者の視点も、文献的に搜してみてもあまりはっきりしていないということがありました。そこでまず、患者と看護婦の双方に、看護婦には自分たちがやっているケアについてどう思っているか、患者には看護婦から提供されるケアをどう感じているか聞いてみようということで、インタビューを行いました。

私たちは出来るだけ色々な看護の領域で、ケアの質を測定できる用具を作りたいと最初に考えたものですから、8つの臨床領域の患者65名とその患者のケアを行った看護婦・助産婦・保健婦67名に半構成的なインタビューをしました。8つの領域というのは、老人看護、癌看護、CCU入室患者の看護、末期患者の看護、呼吸不全患者の看護、ストーマ造設患者の看護、母性看護、精神分裂病患者の看護です。インタビューでは、患者には、患者は今入院していてどんな問題で困っているのか、自分が困っている問題に対して、看護婦はどんなことをしてくれているのか、看護婦にやってもらったことが自分にとってどうだったのか、という3つの視点から聞きました。看護婦には、患者が今どんな問題を持っていると思うか、その問題に対して自分たちは何をしているか、その結果どういことが起こったか、ということ聞いたわけです。その結果を別々に分析しました。分析は、ケアの構造と、ケア過程、ケア結果ということの、3つの視点から行いました。その結果がこれです。

(OHP1) 分析の結果、患者が困っている問題の領域と、看護婦がケアをしている領域が、この11のカテゴリーに分類できました。「D」というのは、「Daily Activity」のDで、日常生活行動を表わしています。私たちが日頃大事にしている療養生活上の世話という部分を表わしています。食事・排泄・清潔・活動・環境・休息という領域が抽出されました。その他には、観察・診断・検査というカテゴリー、特に観察は、看護婦のデータに随分出てきていました。それから、症状・治療・処置、対人関係というカテゴリーが抽出されました。この10個のカテゴリーには入らないけれども、重要だと思われるものを、その他のカテゴリーとして分類し、11のカテゴリー、つまりこれらがケアの質の構成要素として抽出されました。それぞれの数字が何を意味するのかということですが、例えばの食事に関して、食欲が無いことが今の自分の問題だと述べた患者がいたとすると、この食欲が無いとい

うことが、1つの件数として数えられたわけです。「INPUT」というのは、患者が感じている自分の問題のことです。患者は48件の問題をあげたということを意味しています。「PROCESS」というのは、患者の立場から言えば、看護婦が自分の問題に対してどういうことをしてくれたかということです。「OUTCOME」は、ケアの結果、ということです。しかしこの3つは必ずしも、関連づけて話されたわけではありません。例えば、食欲がない時に看護婦が何かケアをしてきて、その結果として食べられるようになったとか、そういう風に全ての患者がインプット、プロセス、アウトカムにつながりを持って話したわけではないので、インタビューの記述の中から、それぞれに3つに該当するところのものを分類していった結果が、ここに示されている件数としてのデータです。そして看護婦のデータも、同じようにして分類しました。患者と看護婦の双方からのべできあがってきた件数というのが、4,131件ありました。これをみて頂くと、患者が自分の問題としてあげている総数というのは628件、看護婦が患者の問題として感じているものも625件で、ほとんど変わりがありません。ケアとして提供していることとして看護婦があげたのは、これは自分たちがやっていることなので、1,017件出てきています。しかし、患者からは688件で、ここに件数の差が出てきているんですね。これは中身を色々見ていきますと、やはり看護婦は、自分たちが専門家として、患者にとって必要だと思うことをやっているわけですが、看護婦が必要だと思ってやっていることが、必ずしも患者に、看護婦がそういうことをやってくれている、と感じられないで終わっているものもあるということです。また逆に、INPUTでも、患者が自分たちの問題として感じていることを、看護婦はそう感じていなくて、他の問題をあげているというようなことも出てきました。この患者と看護婦のインタビューのデータを分析した結果からは、看護婦と患者との間で、ケアの質というかケアについて、かなり認知のずれがあるということが、はっきりして参りました。

OHP1 主要カテゴリー別該当件数

主要カテゴリー	患者・該当件数			看護婦・該当件数			総計
	INPUT	PROCESS	OUTCOME	INPUT	PROCESS	OUTCOME	
D-1 (食事)	48	33	24	20	56	12	193
D-2 (排せつ)	31	54	18	42	96	44	285
D-3 (清潔)	17	43	20	32	125	60	297
D-4 (活動)	57	54	26	60	64	51	312
D-5 (環境)	46	16	66	26	49	29	232
D-6 (休息)	36	23	24	16	37	30	166
E 観察・診断・検査	24	48	33	25	58	14	202
Sy 症状	176	65	69	208	112	64	694
T 治療・処置	91	148	95	52	175	109	670
I 対人関係	75	175	191	78	229	129	877
O その他	27	29	20	66	16	45	203
総計	628	688	586	625	1017	587	4131

(OHP2) それを少し具体的にみて頂くと、これは、患者が排泄に関して困っていること、問題だと思うこと、としてあがってきたものです。患者は、排泄に伴って起こってくる心理的な抵抗、つまり介助されることの羞恥心とか、排泄様式が不適切であること、例えば、「和式トイレは非常に排泄しにくい」とか「苦しい」といったこと、あるいは「部屋で排泄しないといけない」、「人に見られる」といったような、プライバシーの確保に関することなどが

患者にとっては問題としてあがっています。(OHP3) 次に看護婦のデータを見て頂くと、看護婦の方は患者が介助をされることに対して、心理的な抵抗を持っている、というふうにはあまり捉えていなくて、例えば「ベッドの上で排泄することを嫌っている」とか、「患者がそのことを守らない」とか、「適切に患者が排泄の為の助けを求めてこない」とか、そういったことがあってきています。ここでは患者の心理的な抵抗や、羞恥心といったことに、対する看護婦と患者の問題認知のずれがあると言えます。

OHP2 排泄 (患者)

INPUT	数	PROCESS	数	OUTCOME	数
尿					
排尿コントロールの困難	3	カテーテル・パウチなどを使うので何らかの手助けがいる	20	満足・感謝・すまない	7
尿回数異常 (尿閉～頻尿)	1	薬物による排便コントロール	12	気がね (恥ずかしい・遠慮・すまない)	4
便					
便の性状異常 (下痢～硬便)	13	手助けがいらない	7	排泄様式の不快	3
排尿コントロールの困難	3	尿器、便器を使うので、何らかの (支えたり、拭いたり) 手助けがいる	7	排泄場所の不快 (ゆっくりできない・落ち着かない)	2
排泄					
排泄に伴う心理的抵抗 (介助されることへの羞恥心など)	6	手助けは家族がやっている	3	期待通りにならなかった・してくれない	1
排泄様式の不適切性 (和式トイレは苦しいなど)	2	排泄を気にかけてもらったり、声を掛けてもらう	2	その他	1
プライバシー確保の問題 (部屋でするのはいや、臭い、人に見られる)	1	トイレを使うのに何らかの (拭いたり、支えたり、ドレーンを持っていく時の支えなど) 手助けがいる	1		
人工用具の使用による苦痛	1	その他	2		
その他	1				
総数	31		54		18

OHP3 排泄 (看護婦)

INPUT	数	PROCESS	数	OUTCOME	数
排尿					
尿失禁のため紙おむつをしている・失禁がときどきある	6	観察	26	心理的	
漏尿	1	排泄状態やコントロールの観察		安心・満足している	10
排便				看護婦の行為に対する気兼ね、羞恥心、すまない	8
便秘はある (ストーマ・薬の副作用を含む)	21	代理行為	25	自分の状態への不満・自信喪失	7
下痢がある (ストーマ・薬の副作用を含む)	4	床上排泄のケア	9	看護婦への不満・怒り・うるさがり	4
排泄					
床上排泄を嫌う・守れない	4	失禁時のケア、紙おむつに伴うケア	9	変化	
床上排泄の介助が必要 (便器・尿器・点滴時)	3	投薬・メンタ湿布などの処置	9	薬物で調整できるようになった	8
人工用具の装着とその問題	1	自己管理の程度の観察	95	排泄の改善	6
排泄の問題のため生活が乱れる (生活リズム・食事)	1	ストーマ・カテーテルとそれに伴うケア	4	助けを求められるようになった	4
助けを適切に求められない (ごまかす・呼ばない)	1	指導・教育・支持	8	感染が生じていない	3
		トイレ使用時の何らかの支え的援助 (付き添ったり、支えたり)	5	効果を確認していない	3
		自分でケアしていて問題がない	2	変化がない	1
		人工用具のセルフケアへの援助	2		
		薬の説明・管理の指導	2		
		問題であっても家族でケアしている	1		
総数	42		96		44

(OHP4) それからこれも比較的面白かったのですが、活動に関するデータですが、これは患者のデータですけれども、患者の場合には、色々な「生理的理由で自由に動けない」、自分が自由に動けないことを苦痛に思っている患者が結構います。それから「したいことが出来ない」、「外的に制限が加えられている為に自由に動けない」ということが、かなり高い頻度であがってきています。(OHP5) しかし、看護婦の方は、患者が「活動不足である」という形であがってきています。制限があって動けないということもあがってはきてはいるんですが、「何もしないで立っている」とか、「楽だから看護婦に対して援助を期待している」というような、患者が自分であまり動こうとしないということを、問題としてあげているわけです。患者は自分が動けないことがつらい、ということをも

題としてあげているので、ここにも看護婦と患者の間に、動けないということの捉え方、認知の仕方にずれがあるということが分かってきました。

OHP4 活動（患者）

INPUT	数	PROCESS	数	OUTCOME	数
生理的理由で自由に動けない	16	自分で運動する	10	満足（健康になった思い）	7
したいことができない	12	移動の援助をしてくれる	6	活動への満たされない希望	4
外的に制限が加えられているため、自由に動けない	8	自分で調整しながら運動する	6	不満	3
病院のスケジュールに合わせられない	6	運動するように言う	5	感謝	2
手持ちぶたさである	5	体位交換の援助をしてくれる	5	計画されている活動量が不適切である	2
机・車椅子・つたい歩きなどの補助で動ける	2	援助していない	3	動かされかたの希望	1
リハビリの後退	2	散歩に同行する	3	適切	1
寝ている時間が多い	2	家事をしてくれる	3	めまいがなかった（起こらなかった）	1
仕事に戻れるかどうか不安	2	危険防止の確認をする	2	生活のペースが戻った	1
姿勢の保持がむずかしい	1	趣味の時間を過ごす	2		
体の向きをかえられない	1	運動をすすめる	2		
		朝起こしてくれる	2		
		リハビリを教える	1		
		一緒に遊んでくれる	1		
		外泊をする	1		
		起き上がりを妻が支える	1		
		自分で体交している	1		
総数	57		54		26

OHP5 活動（看護婦）

INPUT	数	PROCESS	数	OUTCOME	数
活動不足である （何もしないで立っている、楽だからと援助を期待している）	9	体位変換の施行と工夫 見守りと励まし（声掛け、一緒に歩く、患者の反応を見てやる、患者自身が見つける活動をみまもる）	20	ケアが良かったかどうか疑問	9
歩けない（痛みやその他生理的なことにより）	8	患者の状態と活動量の調整	8	活動・安静に対して不満だった	8
外的制限のために歩けない	8	活動休息についての説明	6	行動・活動の調整ができた	6
姿勢が保てず不自由である	5	誘導（レクへの声かけ、休み時間を作るよう声をかけ、自立を考えながらやるなど）	4	安静・活動に対してもっと援助する必要があった	5
自力で動けず不自由である	5	訓練（ROM訓練をする、家族に指導する）	3	1人で活動できる	4
動きに伴う苦痛がある	4	身の回りのことはできる限り行なっている	3	看護婦が行なったケアに対して満足だった	4
安静と活動についての理解不足	4	資源を利用しての活動への援助（訪問リハビリ、行政リハビリとデータサービスをいれたりなど）	2	説明しても苦しさが分からなかった	2
適度な休息が保てない	4	自分で行動範囲を拡大している	2	医師がきてくれてホッとした	2
動けないことに伴う苦痛、困難がある	3	体位変換を行なわなかった	2	介助によって行動範囲の拡大ができた	1
ベッド上安静のため、身の回りのことが自分でできない	3	自分で体位変換、マッサージをしている	1	ADLをあげる判断が難しかった	1
ベッド上安静である	2			ケアは良かった	1
元の生活に戻りたい	1			活動能力の改善を遅くしてしまった	1
入院前はバリバリ仕事をしていた	1				
酸素を勝手にとって動かそうとしている	1				
動けるがベッド上で動かそうという意識がない	1				
筋力低下による立位不能	1				
総数	60		64		51

（OHP6）もう1つは、清潔のカテゴリーであがってきているものですが、例えば清潔に関して患者が感じている問題は17件ありました。これは他のカテゴリーに比べると非常に少ない件数です。また清潔の援助として受けていることとしてあがっていたのは43件でした。（OHP7）次に看護婦のデータを見てみますと、患者の問題としては32件あり、患者自身が感じているよりも色々な問題が捉えられています。また、看護婦が患者の清潔に関してケアしていることとしては125件ありました。他のどのカテゴリーの件数よりも、看護婦と患者の件数の差が大きかった領域が、この清潔です。看護婦が、「今日は患者のケアが十分にできなかった」と言う時に色々聞いてみると、「時間が無くて清拭が出来なかった」とか、「今日も頭を洗ってあげられなかった」といった、清潔に関するケアが、できなかったこととして語られることが多いのです。清潔のケアがきちんと出来たか出来なかったかということが、看護婦にとっては、ケアが出来たか出来なかったかということの、1つの指標になっているのではないかと

と考えられます。

このように、いくつかの領域で、看護婦と患者との間で、見方・感じ方にずれがあるということが、この最初の調査で分かりました。11のカテゴリーの中のそれぞれの項目を吟味して、患者のデータからは、患者がケアの質を評価するために用いる測定用具の質問項目を作りました。看護婦のデータからは、看護婦用の質問項目を作りました。最初は、患者用の質問項目が94項目、看護婦用の質問項目が96項目の質問紙からスタートしまして、何回も調査をしてその項目が適切かどうか、その質問内容が妥当かどうか、ということを検討していきました。現在は第5段階に入っていて、一番最近出来ました質問紙の質問項目は、患者用が34項目、看護婦用が40項目と半分近くに減らしています。

OHP6 清潔（患者）

INPUT	数	PROCESS	数	OUTCOME	数
1人でできない (洗髪、入浴、洗濯、身支度、整頓ができない) (1人でできない) 頻度 (入浴、洗髪、清拭、洗面の数が少ない 洗面、歯磨きを充分やってもらっていない、自分でやりたい) 設備 (洗濯機が少ない) 発汗	10 5 1 1	全面的に看護婦に手助けしてもらう 家族が手助け (清拭、洗濯) 自分でやれる、頼んだことはない 一部看護婦に手助けしてもらう (準備してもらう、朝はタオルをくれる、髭剃り、着替えを手伝ってくれる、爪ぎりをしてくれる、パッドの整頓) 説明・指導 (入浴の仕方を教えてもらう、見通しを伝えてくれる、洗髪の指導)	13 12 8 8 2	感謝・満足 (毎日清拭してもらって気持ちいい) 入浴、更衣、洗髪などに不満足 状態に変化がみられない (皮膚、頭髮が汚れている) 設備、混雑に不満足 蒸したタオルでは不満足	15 2 1 1 1
総数	17		43		20

OHP7 清潔（看護婦）

INPUT	数	PROCESS	数	OUTCOME	数
身のまわりのことが自分でできない (入浴、マウスケア、清拭) 身のまわりのことはできる 服を着ない、すぐ脱ぐ 不潔 清拭で疲れる 口の中は荒れていない 部屋の片付けをしない 風呂に入りたいと思っている 1日中パジャマでいる	12 3 3 3 3 2 2 1	介助 (全身清拭、部分清拭、洗面介助) 更衣、入浴介助、洗髪、整髪 誘導 (清潔、洗濯、更衣) 清潔に関する指導 (患者、家族へのセルフケアの指導) 家族は患者の清拭、清潔の援助を行なう 清潔行為のチェック、清潔習慣の維持 患者の状態、反応を見ながら介助を行なう (9患者の希望を入れて行なう) 準備と後かたづけのみ看護婦にやってもらうが、あとは自分でやれる 調整 (治療時間の調整) 洗濯介助 挿管中の患者のマウスケア 足浴 リネン交換 感染予防のための制限 (マスク、うがい、面会制限)	44 15 11 10 9 9 9 5 3 2 2 1 1 1	満足・安心 (さっぱりした、気持ちいい、希望どおりにやもらった) セルフケアの行動の変化 (自分で洗濯、入浴するようになった) 着替えが習慣化した、入浴、更衣を自覚するようになった、自分から清潔更衣をやるとうい出した) 不満足 (気心のしれた人にやってもらいたかった、疲労しただろう) 改善なし (不潔が変わらない、効果無し、より不潔になった、清拭を拒否し続ける) 清潔が保たれた 障害の変化 (歯垢、出血がなくなった、湿疹が治った) 不明 不満足 満足	19 17 8 5 3 2 2 2 2 2
総数	32		125		60

(OHP8) 例えばどういう項目があるか、ということですが、これは看護婦用の質問項目の1つの例です。これは主に環境調整とか、休息に関する質問項目で、「同室者と共に快適であるように考慮する」とか、「患者が眠れるように環境を整える」、あるいは「温度などを患者に合わせて調整をする」、といった項目があります。それから先程言った、清潔や排泄に関する項目としては、「希望を入れながら清潔の援助をする」とか、「状態に合わせて清潔の援助をする」、「気兼ねなどを配慮して排泄の援助をする」という項目があります。(OHP9) 次に、同じような領域について患者用の質問項目には「身体の清潔の保ち方を教える」、「動けない時に必要な手助けをする」、「し

て欲しいやり方で身体を清潔にする」、「排泄に関する気兼ねを理解する」、というような項目があります。患者の質問項目と、看護婦の質問項目が出来るだけ一致するようなかたちで作っています。例えば、排泄に関する気兼ねということは、看護婦のデータにはなかった事項ですが、患者のデータとつき合わせていった時に、排泄に対して患者が気兼ねをしているということを考慮してケアをすることはケアの質として大事な要素ではないかと考え、看護婦用の質問紙の項目の中に加えたりしています。逆に看護婦の方で気がついて、あげていることで、患者が全然認知していないことでも、必要なことは患者の項目の中に加えていっています。そのような調整を加えながら、患者用・看護婦用の2つの質問用紙を作りました。

現在、最終的な質問紙の信頼性と妥当性とを検討している段階です。一番最初の質問紙の構成概念妥当性を因子分析によって検討した結果、第一因子の寄与率が非常に高く、色々な要素を含めて質問紙を作ったつもりでしたが、ほとんどが1因子にまとまって、あまり色々な因子が出てきませんでした。

OHP8 看護婦用質問紙の項目

第2因子 環境調整・休息 に関するケア	23) 同室者と共に快適であるよう考慮する。 19) 患者が眠れるよう環境を整える。 22) 快適であるようベッド周囲を整える。 21) 温度等を患者に合わせて調節する。 20) 治療後等休息をとれるよう配慮する。 18) 患者が眠れているか気にかけている。 26) 検査の苦痛が少なくなるように工夫する。 17) 移動、活動方法を具体的に説明する。
第4因子 清潔・排泄に 関するケア	12) 希望を入れながら清潔の援助をする。 11) 状態に合わせて清潔の援助をする。 8) 気兼ねなどを配慮して排泄の援助をする。 14) 清潔の援助に遠慮しないように心がける。 7) 自立度に応じて排泄の援助をする。 10) タイミングよく排泄の援助をする。 9) 生活に合わせて排泄の援助をする。

OHP9 患者用質問紙の項目

第2因子 環境調整・検査 に伴うケア	18) ベッドとそのまわりを整える。 19) 同室者に対して配慮する。 22) 検査の苦痛を少なくするように工夫する。 17) 部屋の温度、明るさを配慮する。 20) 不快な音がしないように配慮する。 21) 理解できるように検査の説明をする。
第4因子 清潔、活動、排 泄に関するケア	8) 身体の清潔の保ち方を教える。 11) 動けない時に必要な手助けをする。 10) してほしいやり方で体を清潔にする。 12) 体動時、危険回避の配慮をする。 7) 排泄に関する気兼ねを理解する。

(OHP10) しかし、質問項目の精練を繰り返して作った最終版の因子分析の結果では、例えば患者用で言いますと、6つの因子が抽出されました。第1因子は「看護婦への信頼」に関することで11項目、第2因子は「安楽をもたらす工夫と指導」に関することで7項目、第3因子は「環境調整と検査に伴うケア」に関することで6項目、第4因子は「清潔・活動・排泄のケア」に関することで5項目、第5因子は「食事のケア」に関することで4項目、そして第6因子が「気にかけてくれている」ということで2項目でした。

(OHP11) 次に看護婦用の質問紙の因子分析の結果ですが、看護婦用では5つの因子が抽出されました。第1因子は「治療・検査のケアと対人関係」に関することで15項目、第2因子は「環境調整と休息のケア」で8項目、第3因子が「不安を緩和するケア」に関することで5項目、第4因子が「清潔と排泄のケア」、第5因子が「活動と食事のケア」に関することでした。

この看護婦用の質問紙の5つの因子の累積寄与率は、47.2%でした。患者用の質問紙の累積寄与率は64.8%でした。この結果は患者用の質問紙の方が、私たちが考えるケアの質を測定しているという意味では、妥当性が高い、ということを示しています。何故、この看護婦用の質問紙の妥当性が患者用に比べて低いのかということについては、色々理由があると思われていますが、1つは評価の対象を特定する難しさが関係していると考えられます。つまり、患者に質問する時も看護婦に質問する時も、1対1でどの看護婦にやってもらったこととか、あるいはどの患者にしたこと、というように特定して評価をしていないということです。ですから看護婦は、色々な患者を

イメージして答えるだろうし、また、非常に多彩に色々なケアをしているということもあって、回答がかなりばらついてきているということもあります。しかし、患者はどちらかという、自分に一番関わってケアをしてくれたという印象の深い看護婦のケアをイメージして、評価を行う傾向があって、それ程回答にばらつきがない、ということではなかったかと考えます。

今回9つの病院に対して質問紙を配布して、患者と看護婦に答えて頂きましたが、その病院別に比較をしてみると、病院間でかなり評価の結果に差が出てきているということが分かってきました。また、患者用の質問紙のデータの結果を病院間で比較してみますと、「看護婦への信頼」とか、「安楽をもたらす工夫と指導」ということに関しては、病院間で有意差がありませんでした。しかし、「環境調整」とか、「清潔、食事のケア」、「気にかけてくれること」、に関しては、病院間で有意な差がありました。このように、環境調整とか、食事・清潔・排泄といった日常生活の援助に関しては、病院間で、患者が評価するケアの質としては差がある、ということが結果として出てきました。

それから、病院ごとに看護婦と患者の得点を比較してみました。その結果、同じ病院で看護婦の評価と患者の評価に違いのあることがわかりました。看護婦の自己評価は高いが、患者の評価はそれ程高くない病院や、逆に患者の評価はすごく高いが、看護婦はあまり自分たちのやっているケアを高く評価していないという病院があり、ケアの質の評価に関して患者と看護婦の間で、差がみられました。ただこれはもう少し、データをきちんと分析して検討していかなければならないのですが、傾向としてこういうことも分かってきています。今ざっとデータをお見せしましたが、次にこの一連の研究のプロセスの中で、どのようなことが問題になってきているかということをお話したいと思います。

最初に申しましたように、そもそも、最初に私たちがケアの質を評価する測定用具を作ろうと考えた時には、一般的に、どういう病棟であっても、あるいはどういう対象の患者であっても、普遍的なケアの質として測定できるような測定用具を作ろうと思って質問項目を考えたわけです、しかし、実際に使って測定してみると、例えば、患者によっては、排泄などのケアが必要ない患者もいるし、また逆にそのことがケアとして非常に重要だ、というような病状の患者もいて、色々な状態にある患者を対象に1つの質問紙でケアの質を測定する、ということの難しさということが出てきました。特にこの質問紙は自己記入式ですので、自分で読んで理解して回答できる患者が対象になります。したがって、セルフケアは日常生活のことであればかなりの部分が出来るという患者が対象になってしまったので、ケアの必要度の高い患者は、この対象からは外れてしまっています。例えば意識障害のある患者ですとか、非常に看護婦にとってケアの量の多い患者群というのが、対象から外れてしまっています。そういう実際に自分でケアの質ということについて評価をしたり、不平・不満を言ったり出来ないような患者さんに対して、行われているケアの質を測定するということについては、この質問紙では限界があります。患者の病状に合わせ、あるいはその患者の病状によって、中心的にケアをしていかないといけないことが違った場合に、それらのケアをどのように測定するか、ということが新たな問題として生じてきました。いわゆる普遍的な、一般的なケアの質を測定するための測定用具と、ある特定の問題、特定の領域の患者に対して行う特別のケアの質を測定する用具の2つの測定用具を考える必要があるのではないかとということが1つの問題です。午前中にも南先生が触れていらっしゃいましたが、ケアの質の保証ということだけではなくて、ケアの質を改善していく

という視点で考えいくと、もっと特定の問題や領域の患者に行われる特定のケアに関してその質を測定できるものができないと、自分たちのやっているケアをより良くしていく為の1つの指標として、ケアの質を測定することは難しいのではないかと考えます。

もう1つは、誰がケアの質を測定するかという問題です。今私たちの研究では、患者と看護婦の双方が同じような質問紙を使って、それぞれがケアの質を評価するという方法をとっています。私たちは患者と看護婦の双方の評価ということが意味があると考えて、患者、看護婦用の2つの質問紙を平行して開発してきました。その結果、評価者によってケアに対する認知が違うということが見えてきました。例えば、看護婦は数多くの観察をしています。観察することによって看護婦は予測性を持ってケアの計画をたてたり、何か問題が起こらないように徴候を早くキャッチして適当なケアの手をうっていき、ということをやっています。しかし、患者から見ると、看護婦がそういう目で自分たちのことを色々見ていてくれているということはなかなか認知できない部分があります。それで観察といった項目については、患者のデータからは、なかなか評価されていないという結果がおこります。私たちは観察に関して、患者が分かるような言葉で、例えば「見ていてくれる」といった表現を使って項目を作りましたが、必ずしもそういう表現では看護婦が患者の症状や状態を細かく観察しているということを、患者が認知して、そのことを評価してくれるというようにはなりにくいのではないかと、ということがあります。このように誰が評価するということによってケアの質の評価の結果が変わるということがあると思われまます。しかし、看護婦と患者の双方から評価をいつも行うということの意味もあると考えます。患者の評価と看護婦の評価を比較することによって、その違いをどう扱うかということは重要です。例えばある病棟では、患者は清潔とか排泄のケアに関しては非常に評価が高いけれども、他のことに関しては低い、しかし、看護婦は逆に高く評価しているといったことがわかったとしたら、自分たちのどの部分のケアが不十分なのかという問題をはっきりさせてそこを改善していくことが可能だと思われまます。そういうことのために、双方からの評価をする私たちの質問紙が使えると思います。私たちの質問紙では双方の視点が違うもの、認知がずれている領域のことをそれぞれの見方でそう測定できるかという点については、これからもう少し検討する必要があると考えています。

現在、私たちの研究は最終的な段階に入って、質問紙を、患者と看護婦が実際に活用していけるような実用性の高いものにするために、努力をしているところです。その中で1つ出てきている問題として、患者の個別性の問題ということがあります。先程も少し言いましたが、私たちが開発したのは、日常生活の世話という部分につきましても、かなり一般的な質問をしています。しかし、患者の中には食事に関してはほとんど何の問題も無くて、ケアの必要がない患者もいるし、そういうケアを必要としている患者さんもいます。研究の初期には個別性があるので、質問項目の回答のところに「該当せず」という選択肢を設けて、その質問項目に自分が該当しない場合は、「該当せず」に印をつけてもらえる形で作っていました。すると、対象になった患者のほとんどが、「該当せず」に回答してしまって、データ分析ができなくなったわけです。552名の患者を対象に調査した時に、全部の項目にきちんと回答して下さった患者というのが、15名しかいないという結果でした。そうなってきますと、患者に評価をしてもらう意味がなくなってくるので、患者さんに、何故該当せずというところにつけたのか、ということインタビューで聞いてみました。その結果、「該当せず」と答えた理由として次の3つのことが明らかになりました。1つは自分の状態にはこの項目は該当しないので回答できないということ。2つ目は、看護婦がそれ

を行っているかどうかわからないので回答できないというものでした。そこで私たちは今回の調査では先程説明したように、患者用の質問紙も、看護婦用の質問紙も、それぞれ5つと6つの意味のある因子として、項目のまとまりが出てきたわけです。その時に患者は、自分に該当しないことでも、適当に答えるか、ブランクにしてしまうか、という問題が起こってきていると思われます。今回の調査でも患者が、回答していない質問項目というのはいくつかありましたが、だいたい8割以上ぐらいの患者が、全部の質問項目に答えていて、そういう意味では「該当せず」という選択肢を除いたことによって、有効回答の確率が高くなりました。しかし、事情が違ったり、状況が違ったり、問題が違ったりする患者を対象に全体で1つの共通する普遍的なケアの質の評価が可能な質問紙というのが本当に良いのかどうか、という点について検討が必要だと思われます。もちろん私たちは、オーバーオールな質問紙も必要だと思いますが、そのことと併せて、患者の個別性、個の問題をもう少し考慮した、問題状況の違いによってケアの質が測れるようなものも必要ではないかと考えます。例えば、化学療法を受けている患者に対するケアの質の評価をする測定用具を作るとか、あるいは非常に痛みの強い患者に対して、痛みのケアということでケアの質を測定するような用具など、問題状況、問題領域を特定して、そこでのケアを測定できるような質問紙を開発する、ということも必要だと思います。そのような研究が進むと、ケアの改善という活動につながっていくのではないのでしょうか。私たちが今開発している質問紙は、1つは患者と看護婦の双方から評価が出来るという点で特徴がありますし、幅広い看護状況に適応できるということも特徴です。ただ、そういう形でケアの質を測定するということが、本当にケアの質を測れるものになっているかどうか、という質問紙の妥当性の問題については今後の検討課題です。

もう1つ大きな問題は、先程の質問項目を見て頂くと分かると思いますが、ケアの質の評価の時に、ドナベディアン、ケア構造・ケア過程・ケア結果という、3つの構造でケアというものを見ていくという枠組みの立場にたつと、私たちの質問紙というのは、ほとんどケアのプロセスを、測定している質問紙ということになります。インタビューをした時にも、ケアの結果という部分については、看護婦の方からも患者の方からも、あまり有効なデータが出てきませんでした。私たちが質問項目を作っていく時に、ケアのプロセスとその結果を関連づけながら、質問項目を作ることが非常に難しく、十分に今回の質問紙の作成においては、出来ていないんですね。それで、私たちの研究会で作った質問紙は、ほとんどケアのプロセスに焦点をあてて、項目を作りました。ですから正確に言えば、ケアのプロセスの部分の質を測定している測定用具であると考えています。例えば、患者用の項目ですと、「患者が自由に動けない時に、看護婦は必要に応じて手助けをする」とか、あるいは「眠れたかどうか気に懸ける」とか、それから「不快な音がしないように配慮している」など、これらはケアの過程です。それから「頼んだことをすぐにしてくれる」、というようなことも看護婦のケアのプロセスを表す項目です。項目のほとんどがこのプロセスに関係しているものです。ケアのプロセスとケアの結果を関連させて評価をしていく質問紙というのが、これからは必要になってくると思いますが、その時に例えば、誰にでも適用できるような質問ですと、限界があるかもしれないと思います。というのは、例えば、ケアの内容、どういうケアをするかというのは、化学療法を受けている患者、あるいは非常に痛みの強い患者では違いますし、ケアの結果として患者に何かもたらされたかについてはもっと特定されると思います。

私たちの開発した質問紙は、統計的な分析の結果では信頼性の高い質問紙です。日常生活上の色々な世話につ

いて、あるいは患者と看護婦の関係という領域について、オーバーオールにケアの質を評価していくという点では、この質問紙自体は、非常に信頼性が高いと考えています。ですから、そういう意味では病院機能評価、病院のケアの質をオーバーオールに測定する、という点では使えるのではないかと考えています。しかし、先程言ったように、ケアのプロセスと結果ということに関連させて、ケアの結果を測定する質問紙にはなっていないということです。今日本では、ケアの結果を測定する用具はほとんどないのではないかと考えています。例えばアメリカでは、オーバーオールな結果指標としては、患者の満足度、というようなことを1つの指標として測定しようとしています。患者の満足度に関しても、日本では十分な測定用具は、開発されていません。

それからもう1つ、結果指標として、アメリカではよく在院期間、ということが取りあげられて、良いケアを提供すれば、患者が早く退院できる、ということが1つの大きな指標として取りあげられています。今回私たちが調査しようとした時に、私たちはプロセスを見ているわけですが、そのプロセスと結果に関連づけて見てみようということで、ケアの質が高いと在院日数が少なくなる、という仮説をたてて、在院期間ということも1つの結果指標として調査しようと考えました。その時に、日本の状況で問題になったのは入院期間が必ずしも患者の病状だけで決められるわけではないということです。例えば癌の治療を受けている患者ですと、化学療法をすると、1クール、2クールぐらい治療をして、それから退院ということになると、最低でも60日程度は入院しているという状況が起こってくる、ということが日本の場合にはかなりあるのではないかと、研究会のメンバーの臨床の方たちから指摘されました。治療上必要で入院を余儀なくされている場合と、患者としては帰りたい状況があっても、なかなか家族が引き取らなかつたり、家庭の状況でまだ帰るわけにいかないといった、いわゆる社会的入院の患者がいたり、ということがあって、在院日数の指標をどのように使うかということが、問題になりました。そこで私たちが考えたのは、これは研究のアドバイスを下さる方の意見でもあったんですが、患者の退院の準備性を聞いてはどうか、ということで、患者が自分はいつでも退院できる状態であると、どのくらい思っているかを聞いてみようということで、質問項目を作りました。その結果のデータ分析はまだ出来ていませんが、そういう形で少しプロセスと結果を関連させて質を測定していくというような方向で、努力をしているところです。その時に感じたのは、私たちが行っているケアの結果として、どういうことを指標に持ってくればよいかということのきめる難しさです。例えば指標として在院日数やあるいは合併症が少ないということもそうですし、色々あると思いますが、結果の指標を測定する用具が、まだまだ開発されていない為に、実際にはそのプロセスと結果というものを関連させて評価をしていく、ということが進みにくい状況にあると思われます。ですからこれは、ケアのプロセスとケアの結果の関連で測定できるような指標を明確にして、その指標の測定用具を開発していく必要があると思います。

それからもっと特定の領域のことでケアの質を測定できるようなもの、私たちが作った、普遍的にケアの質を測定するというのではなくて、もう少し特定の領域のケアの質をターゲットにして測定できるようなものが必要ではないかと考えます。

ケアの質を測定するというのは、目的があります。ただ測定する為に測定するわけではなくて、本当にケアの質を改善していくということを目指して、より質の高いケアを提供していく為に、今、どのようなケアが行われていて、そのことがどういう結果を生み出しているのか、ということのきちんと測定して評価していくことの

よってより質の高いケアの改善に向けて、努力をしていくことが、ケアの質の評価では、大きな課題になってきます。そういう意味で、臨床では本当にケアの改善につながるような研究をすることが大切だと思います。

私は最近非常に興味深く読んだ研究があります。これは未熟児を収容するNICUの看護婦の方の研究で、だいた

OHP10 患者用質問用紙のサブスケール

因子 (項目数)	サブスケール	α
第1因子 (11)	看護婦への信頼	0.94
第2因子 (7)	安楽をもたらす工夫と指導	0.93
第3因子 (6)	環境調整・検査に伴うケア	0.91
第4因子 (5)	清潔・活動・排泄のケア	0.88
第5因子 (4)	食事のケア	0.76
第6因子 (2)	気にかけてくれる	0.85

累積寄与率 64.8%

OHP11 看護婦用質問用紙のサブスケール

因子 (項目数)	サブスケール	α
第1因子 (15)	治療・検査のケアと対人関係	0.92
第2因子 (8)	環境調整・休息のケア	0.88
第3因子 (5)	不安を緩和するケア	0.81
第4因子 (7)	清潔・排泄のケア	0.85
第5因子 (5)	活動・食事のケア	0.76

累積寄与率 47.2%

い23週から24週の未熟児の皮膚のケアの工夫ということに関するものです。極小未熟児になりますと、皮膚の感染を受け易くなってきますので、皮膚のケアは、未熟児の感染予防のために、非常に重要だといえます。また、未熟児の皮膚は非常に傷つけられ易くなっていますので、皮膚のケアに関しては、技術が必要だということがあって、よりよい皮膚のケア方法を開発するために研究を行ったわけです。この研究者たちはもう3年ぐらい研究を続けていらっしゃるんですが、その3年のプロセスの中で、最初は今までの経験や文献からこういう方法が皮膚ケアの方法として良いのではないかとということを考えだして、それを実際に試行してその方法でケアをするとどんなことが起こってくるのか、あるいはどんなことが変化してくるのかということをケアの結果指標として観察しています。ある期間実施した後でデータを見て、そのデータによって、皮膚のケアの方法を改善し、またそれを実施して観察し、また方法を改善してということを繰り返しながら、だいたいこういう方法が、未熟児の皮膚のケアとしては有効な方法ではないかとということを、3年目にきちんとデータをまとめて発表しているわけです。この研究は、自分達の皮膚のケアの方法についての技術を工夫、改善している1つの例ですけれども、こういう臨床での研究が増えてくることによって、看護婦のケア技術が、患者に成果をもたらしていることを明らかにできるようになるのではないかと考えます。

今までケアの質の評価の質問紙の開発過程について簡単にお話ししましたが、私達が、この質問紙を作っていく時に、少しあいまいかなと思っている部分は、ケアの質を構成する要素に関してです。私たちの研究では日常生活の世話ということをケアの質の要素としてあげていますが、先程、南先生の御講演の中で指摘されていたように、別のグループの研究では、日常生活の援助という要素は抽出されないという結果が出ています。こ

のように何をもってケアの質を評価するかということを決めるのは大変なことだと思いますし、ケアの質を構成する要素の違いによって測定用具も変わってくると思います。

今、この質問紙は、「看護QA研究会」が開発している質問紙ということで、「International Nursing Review」と「看護研究」に一部を紹介しましたが、いろいろな病院から、質問紙を使わせて欲しいという問い合わせがあつて、反響の大きさに驚いています。私たちとしては、多くの方々にこの質問紙を使って頂いて、そのデータを共有することによって、さらに質の評価をどのように行っていけば良いか、という点で研究を深めていけたらいいと考えています。今後はさらに実用的な質問紙にしていくこととこの用紙を使って新たな研究をしていきたいと考えています。散漫な話になってしまいましたが、これで私の話を終わりたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

質疑応答

司会：それではここで10分程、岡谷先生のご講演に対してのご質問やご意見をお受けしたいと思います。おありの方はお出まし頂ければと思いますが、どなたかご質問がございませんでしょうか。

平田：看護ケアの質を評価する為の質問紙ということで、評価指標としての妥当性を踏まえて、今回質問紙開発の過程において、妥当性をどのようにご検討なさったかということ、是非教えて頂きたいんですけども。

岡谷：今回は、質問紙の信頼性、妥当性の検討結果について、ほとんどお話ししませんでした。妥当性につきましては、主として、構成概念の妥当性を因子分析法によって調べています。因子分析の他に今回の調査では、併存妥当性と予測妥当性を検討しました。予測妥当性については入院時と退院時の患者の状態の変化を測定し、その得点と私たちの質問紙の得点とその相関をみるという方法で検討しました。患者の状態の変化については、QA研究会のメンバーの一人であるホルツマー先生の開発した質問紙を用いました。この質問紙は急性期のエイズ患者用に作られたもので、セルフケアに関する項目と、情動的状態に関する項目、合わせて10項目の簡便な質問紙ですが高い信頼性と妥当性が確かめられているものです。退院する時点で調査をして、2時点の差を状態の変化として得点化しました。状態の変化の得点とケアの質評価の得点間に相関があれば妥当性が支持されたと考えられるわけですが、まだその分析結果は現段階では出ていません。

司会：質問者の方、よろしいでしょうか。他にご質問の方はいらっしゃいませんか。多分、質を考える時に、どう質を見ればよいのかというのが、一番大きな問題かと思いますが…。

赤松：看護のケアを評価するという非常に難しい問題に、果敢に取り組まれているということに関して、非常に敬意を表すると同時に、関心を持って聞かせて頂きました。日頃の勉強不足で、おっしゃることの半分もくみとれていないかもしれませんが、現在、看護と介護というふうな立場で、よくその質を比較されるところですけれども、特に、日常生活の援助となりますと、介護的な要素が高いと思います。そこで、介護を踏まえた看護の質を評価したんだという、そういう為の視点ということを教えてくださいたいと思います。そして、そういう質を量的に評価するということは、非常に科学的に考える上で大切なことだと思いますけれども、看護の個性からいまして、かなり無理があるのではないかと、一面的な評価は出来ても、トータルな評価ということにおいては、かなり問題が残るような気が致しますけれども、そういった面でのお考え、トータル評価する場合に、私はいわゆる看護過程、看護目標をたてて、対策をたてて、そういう看護を実践して評価していく、そしてその評価に基づいてさらによりよい看護を目指す、いわゆる先生のおっしゃるような改善ということを踏まえて、日常的に一人一人の個性を踏まえた看護が行われているわけですが、そういった看護過程の集積の基に、個性の評価が出来るような気が致しますけれども、そういったことと対比させてのお考えも聞かせて頂けたらと思います。

岡谷：介護と看護の問題につきましては、私たちはこの質問紙を開発する時には、介護と看護を比較し区別していたわけではありません。つまり介護と看護はどう違うのか、介護ではない看護の質を測定するにはどうしたら良いか、というようなことは全く検討しておりません。看護の質というのは何をもって測定すればいいのかということ、実際に現在行われている看護ケアを基盤にして考えてみようと思いました。私たちは、患者と看護婦にイ

インタビューする時点で、その内容として、どういうことを聞くかということも挙げていった時に、漠然と患者に問題を聞くよりも、具体的に、例えば食事に関しては、どんなことに困っているのか、そのことに対して看護婦がどうしてくれたかというように、日常生活行動の領域について聞いていくことにしました。私たちは患者のセルフケアの能力が高まるようなケアを提供していくことが、看護ではないかと考えていたので、日常生活の領域について具体的に質問したこともあって、質問紙のサブカテゴリーとしてそのような領域のことが出てきたと思います。私たちの研究では特に介護と区別して看護を見ているということはありません。それからもう1つ、先程も言いましたように、看護の状況には個別性がありますので、量的にケアの質を評価するのは非常に難しい部分もあります。しかし、私はやはり量で測定していくことがある程度可能にならないと、例えばある看護ケアが本当に効果があるとかないとか、あるいはそのケアがどういう成果をもたらすか、ということをはっきりさせていくことは、研究上はなかなか出来ないのではないかと思います。例えば、看護ケアがこういうふうに行われて、結果として患者さんがこんなふうによくなった、というような事例を、何例でもまとめていくことは可能かもしれませんが、そのような事例研究も大事ですけれども、やはり量的に評価ができるということも、私は必要だと考えています。次に看護計画についての質問に関してですが、これは私は、ケアの過程の指標の1つになると思います。看護計画がきちんとたてられているかどうかということは、質の評価の視点としては、とても大事なことでと思います。というのはリエゾンのコンサルテーションの効果として、研究されたものの中に出てきているのですが、リエゾンナースが、ケアに困った看護婦にコンサルテーションをして、具体的にケアの方策を考えたり、こういう風にやってみたらどうか、というようなコンサルテーションをして、きちんとそのことをスタッフ全員が共有して、計画をたてて、そのケアを実際に行っていくということをやりますと、看護婦のケアをしたという満足度も上がりますし、患者も今まで抱えていた問題が解決されて安定してくる、というようなことが起こります。このような結果を考えると、やはり看護計画をきちんとたてていくということは、病棟のスタッフ全員がその患者についてのケアのコンセンサスを得て、情報を共有したり考え方を共有したりしてケアに当たっていくという点で、よりケアがスムーズにできるとか、一貫性が保たれているとか、そういう形で良い結果が出てくるのではないかと思います。ですから計画がきちんとたてられている病棟と、たてられていない病棟とでは、ケアの質に差があるかもしれません。

司会：それでは、他にご質問の方いらっしゃいますでしょうか。……どうぞ。

安岡：非常に興味深く聞かせて頂いて、こういう看護者がやっているケアというのが、自分が気づかずにやっているケアというのも、すごく多いのではないかな、というふうに考えながら聞いていました。こういう質問紙で質を評価していくことで、気づかずにやっているケアというのが意識化できて、それで改善につながっていく方向とか、後、患者さんの側から言うと、こんなことを看護婦さんに頼んでもいいのかな、というようなことが目に見えてくるというか、意識できていくんじゃないかな、それがまた改善の方向につながっていくのかな、というふうに聞いていました。それで、先生が質問紙の項目として、それぞれの患者さんと看護婦さんのインタビューの中から、出てこなかった項目というのを、それぞれに設けたというふうにおっしゃられていたんですけども、それぞれの項目で質問項目として作って、具体的に回答の方がどうだったのかということも、教えて頂きたいと思いました。

岡谷：回答の方といたしますと……。

安岡：看護者の側では、排泄の時の患者さんの側の気兼ねというような項目が、インタビューでは出てこなかったけれども、質問項目の中には入れられた、というふうにおっしゃられましたので、実際にインタビューの方ではあがってこなかったんだけど、質問項目として入れられた項目の回答が、どうであったのかなということが、分かりましたら教えて頂きたいと思うんですけども……。

岡谷：はい。これは例えば、患者のデータからは、患者は排泄のケアを受けることに対して、気兼ねをしたり遠慮があったり、そういう心理的な抵抗を、患者はかなり意識しているし、それが排泄のケアを受ける側にとっては、非常に大きな問題なわけですね。だから患者の気兼ねや心理的な抵抗を配慮して、ケアを提供できれば、患者は良いケアを受けた、という感じを持つのではないのでしょうか。看護婦の視点からいうと、看護婦の面接データの中では患者の心理的な抵抗といったことはほとんどあがってきていませんでした。ですから、看護婦用の質問紙に質問項目として付け加えれば、その質問項目を読んで、看護婦自身が患者の気兼ねを配慮しているなどと思えば、その程度を回答するだろうと考えました。一旦そうやって質問項目に載せてしまえば、そのことを測れるということになるので、ほとんどの看護婦は、きちんと回答してくれることになります。項目として載せるということは、患者の心理的な抵抗ということへの配慮も排泄のケアの質の評価の1つの要素として、取り上げたということの意味しています。要するに質が高い排泄のケアはどういうことかといった時に、心理的な抵抗などにも配慮するようなケアが含まれていれば、質が高いと判断をして、質問項目として加えたわけです。ですから、もう質問紙の中に含まれてしまった項目ですと、その時の状況で患者も看護婦も回答していく、ということになるので、そのことだけを取り上げて回答の傾向というのは分析しておりません。ただ、この質問紙の第1版で調査をした時には排泄に関する項目は全部で9項目ありましたが、この9項目に全部答えた患者は、552人中77人でした。しかし、今回の質問紙の調査では全部答えた人は、約600人中569人でした。かなりの人が答えているのですが、これはまあ、「該当せず」という選択肢がなくなった影響が大きいと思いますけれども……。

司会：ご質問の方、よろしいでしょうか。岡谷先生どうも有難うございました。

追加発言・質疑応答

司会：それでは両先生をお迎えして、質疑応答の時間に入らせて頂きたいと思います。それでは会場の方々から、ご意見・ご質問をお受けする前に、両先生方から、追加のご発言がございましたらお願いします。

南：今朝がた少し時間がなかったものですから、言い足りていないところがあって、少し追加させて頂くとありがたいと思います。

2つあるんですが、1つは、先程岡谷先生もおっしゃったんだけど、「本当にどうやって看護の質をはかるのか」という、例えば看護のプロセスにしても、看護の介入の仕方だとか、観察の仕方だとか、能力だとかを、どう測定するか、ということはきわめて難しいんですね。1つ1つの手技だとか技術を測定して、それが出来ているから結果にどう影響しているか、というつなげ方をするよりは、そういう能力を持った人の集団がどれだけあるか、という測定をした方がいいのかもしれない、とも考えられるんです。というのはどういうことかと言うと、例えば看護というのは、痛みのケアにしても呼吸困難のケアにしても、いろいろな手技、または能力や技術を、1つのパッケージにして使っているんですね。例えば、「この注射をしたらこうなる」という治療ではなくて、いくつかのものを組み合わせて痛みの緩和の技術というものがあるわけで、それを合わせてパッケージにした知識を持った、あるいは能力を持った人というのが病棟にどのくらいいるか、その結果としてその病棟のケアの質が、アウトカムが変わるのか、というようにしてみたらどうか、という考え方もあるんです。そのことの前提にたったのが認定看護婦の発想なんです。認定看護婦は今のところ、救急看護と、ケアマネジメントとを看護協会は考えているんですが、救急看護というのは、この手技というものはないんですね。蘇生術も含めて色々なものを含めた、機器管理も含めた知識と技術のパッケージなんですね。そのパッケージを、ある一定の期間の経験があって、かつ特別な教育を受けた人—その人たちは技術を持った人たちです、知識だけでなく技術を持った人たちで、そして誰もが認めるだけの能力を持った人であれば、つまりそれを認定するということですが、そういう人がいる場合とない場合とでは、その病院の機器管理だとか、救急看護のレベルだとかが変わるのか変わらないのか、そういうことをアメリカの例や何やで、スペシャリストたちがその状況を変える、という実証がある程度あるものですから、日本でもそれをやったらどうかという発想があるんです。

ケアマネジメントというのは、先程ご質問の中に介護の問題が出てきていたんですが、これから介護の時代を迎えた時に、「ある在宅にいらっしゃる人にどういう介護と介護のケアを提供するか」ということになると、誰がそれをアセスメントして、こういうケアが必要だということをコーディネートする人が必要になってきて、それをケアマネジメントというんですが、在宅看護の能力も含めて、今のような訪問看護ではない、さらに高度な、いわゆる病院で受けるような医療が在宅で受けられるようにする為には、かなり能力を持った訪問看護婦が必要になってくる、そういう人の為の認定をする、そういうことのパッケージが必要になってくるのではないのか、という発想が1つあります。これは診療報酬や何かを認定していく人とか、社会保険の関係の人たちに、「例えばそういうスペシャリストを作って、その能力が確かに様子を変えることが出来るという証明があれば、看護の量、お金ですね、収入に影響するようなことになるか？」と言ったら、「あるでしょうね。」とはっきりおっしゃるんですね。例えば栄養指導にしたって、薬物指導にしたって、薬剤師さんや栄養士さんが指導すると点数になる、

看護婦が指導しても点数にならない、そういう問題ってありますので、本当に看護がやっていることにどうやってお金をとるか、まあお金の問題だけではなくて、それをどう証明していくかということが、パッケージを持った“人”で証明していく、という形が必要になってくるのかな、という発想が1つあります。

それからもう1つは、今日は病院の、それも病棟を中心にしたケアの質のことだけをお話ししたんですが、これからの看護から考えるケアの質は、随分幅広い、外来・在宅を含めた、または保健・老健施設、または福祉の施設で行う看護のケアを含めて、非常に幅広いところでのケアが必要になってきます。またこれからは、何故これだけの看護系の大学が全国で出来るようになったのか、それを文部省が喜んで認めてくれるのかということ、21世紀はケアの時代で、ケアのリーダーを看護者にしたいという意図が国としてあるんですね。それなのに、看護者自身が非常に謙虚にあまり積極的に打ち出していない、その打ち出すことの出来る人の育成を求められているんだと思うんですが、それはどういうことかということ、21世紀には何が必要か、ということをきっちり見て、そのことに対して誰がどういうふうにするべきなのか、どういう制度を整えるべきか、ということを看護者側が提案し、それを評価していくという責任があると思います。例えば最近の傾向として、毎年死亡者数が増えているんですね。毎年2万人ずつ死亡者数が増えています。これは新しい傾向です。それは当然ですよ。高齢化していくと高齢者がだんだんと亡くなっていくというのは、ある一定の期間起こってくる訳ですが、その高齢者の死亡数が増えていくというのは、元気でいて高齢になって亡くなるということなんです。いわゆるターミナルケアというのは、今迄、癌看護、予後不良の患者さんの看護というように考えていたんですが、高齢者の死亡、「どこで死にたいか」、「どこでどのようにして死にたいか」という、それが一番の社会の関心事だとよくいわれます。私は高齢の御婦人たちの会でお話をしますと、80代以上の女性の方たちからよく、「私は私らしく死にたいんですけどもどうしたらいいか、専門家として知恵が欲しい」と迫られてくるんですね。ときどきするんですが、こういう方たちが、自分の家で亡くなる事が出来る終末期医療を、今迄のような発想と違うやり方でどうやって迎える事が出来るのか。その制度を整えるのを私たちがやらなかったら、福祉がやると思います。介護者がやると思います。介護の専門家がやると思います。そういう問題が1つ。

また、今年は8月から北京で、10年に1回の女性会議が2ヵ月近く開かれます。その女性の健康の問題というのは、ほとんど分かっていません。更年期障害が今少し脚光を浴びて、色々なところで出されているんですが、保健・医療・福祉の世界の中で、女性がどのように扱われているかというデータが、これ程データのある日本でさえもあまり無いんです。そういう目でデータを集めていないんです。そういう目で制度を整えていない、これもケアの質の責任のある我々から見れば、看護者が、一番女性集団を抱えている我々が、何故その目で見てこなかったのだろうか、ということがあるんですけれども、こういう問題が1つ。

また、外来の問題を見ますと、例えば、外来へ朝来て夕方帰る患者さんたちがいます。これを昼間ケアと呼んでいる人がいらっしゃるんですが、1日いて点滴受けて、処置を受けて外来の忙しい中のどこかの一部のベッドに横になって帰る方がいらっしゃる、これに対して何の制度もない、実際やってらっしゃるのに、デイケアみたいな形で整えていくシステムをまだ作ってない。また、それに対する医療費のバックアップがない。告知の問題は、インフォームドコンセントの問題は、社会化の問題ですから、医師たちはどんどん告知し始めた。告知したんだけど、その後のフォローをしているか、というとしていないことが多い。私は今、隣にあります成人病セン

ターの看護婦さんたちから要請を受けて、うちの大学と成人病センターが、一緒に研究をしようとしているんですが、外来で「あなたは乳癌です」とか、「子宮癌です」とか、「色々な癌があるから入院する必要があります」と言われた人たちが、今度入院してくるまでの間、エアポケットに入っている、本人たちは言われたまま、頭が真っ白になって、どこをどう帰ったか分からないまま、病院を出て、次に本当に入院してくる迄の間、ご家族がちゃんとケアして下さるならそれでよし、ただし、ケアされていない人も結構いらっしゃるということが分かってきた。だから何とか告知した人のフォローのシステムを、外来でやれないだろうか、または、在宅ケアにつなげてやっていけないだろうか、一見元気な人たち、歩いて病院から出て、歩いて病院にくることの出来る人たちですが、こういう問題があります。

私たちは、こういうことを数え上げていったら、たくさん問題がある。一般の住民のサイドから考えたら、ケアを受けていく、その人らしく生きていく、先程のような健康観を持った人たちがいる、そのことをどのように保証していくか、という制度の開発を、誰がやらなくてこれが出来るでしょう。私たち看護者がやることだと思います。そのことをやるのは、やはりすごく業績の積み上げというのが大事で、先程岡谷先生が1つの研究を紹介していたんですが、1つのことに取り組んで、そのことを積み上げて社会に訴えていくことが出来る。必ず今マスコミは取り上げてくれます。必ず取り上げて、必ず社会の1つのシステムに上げてくれる程、バックアップをしてくれます。そのことを私たちはもっと大事にしていかななくては行けない。看護婦は、研究は研究の為にしているみたいなどころがあって、研究成果を実践で使って証明していくことをあまりにもしてこなかった。このことを、ケアの質を改善していく為には欠かせないこととして、やらなければいけないことではないかと思っています。

司会：岡谷先生は……。

岡谷：私は特にございません。

司会：それでは、ただ今の南先生の追加のご発言も含めまして、ご意見とかご質問とかございましたら、お受けしたいと思います。いかがでしょうか。

中内：岡谷先生のご発表の中で、患者と看護婦の間ではケアの認知のずれがあるということ、始めからずっと通しておっしゃられていたように思うんですけども、この問題というのは、1つは私たちの行っている看護ケアというものが、一般の人々の間で考えられているものと違う、というか、色々他の場面でも私たちのやることをもっとアピールして、看護というのはどういうことか、ということを知ってもらわなければいけない、というように言われていると思いますし、また、初めの南先生のご発表の中で、看護者が看護をサービスとして捉えている部分が非常に少ない。その2点から、患者と看護婦の間に非常に看護ケアの認知についてのずれがあると思うんですが、その認知のずれということと、ケアの質を評価するという辺りの関連性について、それぞれの先生がどのようにお考えになっているかということ、お伺いしたいと思います。そのずれたままで評価していったいいものなのか、あるいはずれがあるのは仕方ないという形でずれをおいておくのか、もしくはずれがあるのを出来るだけずれないように狭めていくことが、今後私たちがやっていく中で必要になっていくのか、というようなことについてお伺いしたいと思います。

岡谷：私たちは認知のずれがあったということに対して、「こんなものだな」と思うのと、「やはり違うんだな」と

いう驚きと、両方あったんですけれども、私自身は、看護婦が看護ケアをしている時には、例えば、基本的に私たちは、患者さんに対して看護計画をたてる時でも何でも、「患者さんの問題がこうだ」ということを、看護婦の方の視点で考えていくんだと思うんですね。それは自分たちが勉強してきた病気の知識だとか、色々な知識に基づいて、「患者さんにはこういうことをしないといけない」とか、「こういう問題があるから、こういうケアをしていかないといけない」というふうに考えて、患者さん自身が自分の問題をどう考えているかを確かめながら計画をたてたり、その問題を共有しようとしたり、というプロセスはあまりなかったと思うんですね。私たちは「患者さんのニーズをくみ取りながらケアをしていく」というふうに教えられるし、そのニーズを把握することに対して非常にエネルギーを注ぐわけですが、もともとは患者さん自身の問題なわけですよ、にもかかわらず、「患者さんとそのことについてオープンに話し合う」とか、「患者さんに聞いてみる」とか、「患者さんがどう思っているかを明らかにしようとする」とか、「私たちはこんなふうに考えているんだけど患者さんはどうか、というところにつきあわせをしていく」とか、そういうことってあまりしていないのではないのでしょうか。看護計画をたてても、そのことは患者さんの為にやっているんだけど、その視点は看護婦の方であって、本当に患者さんのニーズということを見ていない、それはやはり、サービスという視点が無い、ということにも関係してくると思うんですね。その辺りの教育のされ方というか、看護過程の展開を習っていく時に、「問題を探る」とか、そういうような発想が強い、「こちら側が考えていく」という発想は非常に強いのではないかな、というのがあって、患者さん自身は、例えば同じような問題であっても、「今このことについて」という優先順位が、患者さんと看護婦と違うということもありますし。だからそういう意味で、もう少し患者さんの側にたって、患者さんの方から見て、何を望んでいるのか、何を必要としているのかを見ていく視点があればいいのかな、と思いますけれども。

南：私も、似たようなところですが、ケアの認知は両者が、やっている方と受ける方が違うというのは、ある意味で当たり前だと思いますね。それをどう縮めないといけないのかどうかということなんですね。縮めないといけない部分もあるし、縮めなくていい部分も当然あると、当り前のことですけど思うんです。今、岡谷先生もおっしゃったんだけど、私、今一番看護者がやらないといけないことは、「看護婦は患者さんに対してどういうふうの問題を見ているか」「どういうふうにしてしているのか」を、必ず患者さんに伝えるということをしていかないと思いますね。ケアプランというのは、勿論意識のない患者さんだとか、判断が出来ない状況にある患者さんはともかくとして、基本的には看護職というのは、自分のケアプランを誰にも語らないで、自分のチームの中で秘かにやるという癖がついている、これはやめないといけないと思うんですよ。我々は非常にパーソナルな部分を扱う、例えばボディイメージだとか、自己評価だとかを見る為に、「私から見てあなたは自己評価が非常に低いと思うんですけど、あなたはどう思いますか」なんて、そういう杓子定規な持っていきかたは出来ないけど、秘かにこっちが思っている、意外に相手はそうじゃなかったりすることってあるわけです。1度何が問題なのか、そのことをどう変えていくことが出来るのか、例えば、「私たちはどういうことが出来る人間なのか」、「それを患者さんが望んでいるのか」を、はっきりと話し合うことを当り前のこととしてやらないといけない。それが出来ている病院も少しずつ増えてきていますが、大半がそうではない、だからそこにずれが出てくる。何の為にそれをやっているのか分からない、ということが出てきます。

もう1つは、一般へのアピールですが、「看護婦さんが何をする仕事の人か」ということを、本当に一般の人たちは知らないんですよ。患者さん自身も入院してきて学習することはあるんですけど、分かって下さるところはあるんですが、一般の人たちは分からないので、今日本看護協会は、私は副会長をやっているものですからすごくアピールするんですけど、一般へのアピール紙を作るんですね。看護婦や保健婦や助産婦はいろんな場で行っているのか、患者さんの問題に対してどういうふうアプローチするのか、というきれいなパンフを作るんです。ものすごく希望者が多いんですよ。看護婦が何をしているのか知りたがっている人が、看護婦からではなくて、一般の人から多いんです。私たちは大震災の時に『その時看護は』という本を書いたんですが、看護婦が何をしたら、ということを書いたんですが、看護婦以上に一般の人たちからの問い合わせが多かったんです。つまり、今一般の人たちが看護に注目して下さっていて、看護は何が出来て、何をする人なのかを知りたがっている、それに対して私たちは、もっと啓蒙活動をしなさいといけない、看護協会は今、各県協会を通して、看護婦は何をするというエピソードをどんどん出してくれと言っているんですけど、意外に反応が無いんですよ。だからこういうアピールはやらないといけない。先程おっしゃったように、サービスの問題も同じような教育が私たち自身の中に、やっているつもりがサービスになっていないというところがあって、そこら辺は修正可能だし、縮めないといけないことだと思いますが、最終的には全く一致しないといけない、ということでもないだろうと思います。

司会：有難うございました。では、他にご質問・ご意見などございませんでしょうか。

菊井：看護婦は何をする人かということで、福祉大学にいますと、他の科と競合することが多くて、自分自身の看護に対する理念というものを、もう1度問い直されるような気が致します。今年入学生が入ったばかりですけれども、他の科は既に発足してしまっていて、4年生がこの度卒業しました。卒論のテーマを見ていますと、本当に、看護の卒論のテーマとほとんど変わらないようなテーマを出しています。それで研究もどんどん進んでいます。ただ福祉の方の場合、実践の歴史がなくて、実践の場があまり得られていない状況で、それで福祉の卒業生が大勢、この度看護に再入学致しました。うちの大学に卒業生がまた入った人もいますし、授業料等の関係で看護学校に入った人もいます。そうでなくて福祉の研究生として残った人が、看護の講座を聴講させて欲しい、ということを書いてきます。彼らが言うのには、「自分たちはアセスメント出来ない」と、「患者さん、ケースがあって、その人を地域で発見した時に、その人の状況が、特にフィジカルアセスメントが出来ない」というようなことを言います。私は、看護をアピールする意味で、なるべく看護の勉強をなささいというふうに言っておりますが、そこら辺にも、1つ解答の鍵があるのではないかと感じたりしております。先程の南先生のお話で、ケアコーディネーターのお話がありましたが、これから地域で誰がコーディネーターになるか、ということで、本当に熾烈な争いが起こってくるのではないかと感じています。そこら辺について、現在の状況と今後の見通しのご意見をお聞かせ頂けたらと思います。

南：菊井先生にとってもいい情報を頂きまして、あななる程な、と思いました。卒論のテーマが非常に近似しているというのは、学問上のオーバーラップがすごくあるということだと思いますが、この間、うちが教育学の先生の募集を致しまして、応募して下さいました皆さん、博士課程で研究している人たちが多く応募して下さいましたが、その人たちの研究テーマの中に、例えば、「乳癌の患者さんのボディイメージについての研究」とか、「看護婦が

何かしているところの研究」とかが、すごく多かったんです。教育学でもこんなレベルですから、心理学とか社会福祉とかいうのは、確実にオーバーラップしていこうと、学問上オーバーラップをすればする程、コアが何なのかということを問われていくと思います。先程、先生はそれをフィジカルアセスメントではないかとおっしゃって、私もフィジカルアセスメントと言いきってしまうだけの勇気は今の所ないんですが、さっき申し上げましたモニタリングの機能というのが、今看護者だけが持っている機能なんですね。これは、医師も持っていないとはっきり私は言えます。医師は出来ると思っていられるんですが、看護婦がやるシフトマネジメントとか、つまり、症状緩和の技術の為に必要な、フィジカルアセスメントというのは、医師がやるフィジカルアセスメントとは違うんですね。どこが違うかという、生活をしている人の生活行動としてのフィジカルアセスメントを、看護婦はいつの間にかやっている。医師とは違うやり方でやっている。あるとしたら私は、そこが看護のコアの一部になるというのは、本当にそうだと思います。

ところでケアコーディネーターのことなんですが、今、ターミノロジーがすごく混乱してしまっていて、法律用語としても制度用語としても、3つは少なくとも混乱しています。1つは「ケアコーディネーション」。これは地域保健法の改正に伴って出てきた言葉です。それから「ケースマネジメント」。これは少子高齢社会看護問題検討会から出てきたターミノロジーとしてのケースマネジメント。これはアメリカでよく言われていることです。それから、老人保健の介護のコーディネーションをやる人として出てきた「ケアマネジメント」。この3つのターミノロジーは、オーバーラップしながら行われていきます。恐らく将来一番大きいターミノロジーで出てくるのが、「ケアマネジメント」だというふうに思います。「ケースマネジメント」は、事例をケースと言ってしまふことの意味のニュアンスに対する抵抗がありますので、「ケアマネジメント」が適切な言葉だろうと言われていきます。

ところで今、地域保健法で在宅介護支援センターだとか、いわゆる保健婦とソーシャルワーカーとが、競合してポジションを得ることが出来る、いずれでも出来るというポジションがあって、今迄の我々の先輩たちが、その分野での法律改正の度に、日本看護協会または関係団体は冷汗を流しながら、何とか保健婦をそこに入れ込んでいく、という努力をしてきました。保健婦も同等の資格を持っていて、保健婦の方がケアマネジメントとして、フィジカルアセスメントが出来る故に、または地域全体を掌握する能力を持っているが故に、出来るのではないかと行って、保健婦さんたちにそのポジションをとって欲しい、というふうに思っています。ところが、今度は医師たちがこのことにすごく競合して、それに厚生省がのって、この間ちょっとした事件が起こってきたんですが、市町村の保健センターの長は、医師でないといけないことはないんです。県の保健所の長は医師ですが、保健センターの長は、必ずしもそうではない。保健婦がなる可能性を残して、ところがそこに医療機関をおいたら、ヘッドは医師会の会長でもよろしい、というような通達が、厚生省からきて、そのことを読んで私たちはこれだと誤解されると、保健センターの長は医師の方がいいというふうに、厚生省は指導し始めたのか、と言って抗議を申し込んで、直ちに訂正の文書、または説明の文書が各都道府県、または市町村に降りていきました。そうではないんだと、ヘッドはその市町村で選べるんだと。そういう競合の中で、つまり医師さえも、ケアマネジメントは医師でないといえない、と思っていられるんです。だからすごく競合体制が出てきているんですが、看護職というのは謙虚なんですね。謙虚というか、ソーシャルワーカーの方が非常に理論的にお話しされると、

「いや、あ先生の方が力があるから」と言ったりとか、フィジオセラピストを看護婦さんが、先生、先生と呼んだりということがあって、道をすっと譲ってしまう、戦わないで譲ってしまう、ということが本当に事例としてたくさん出てきて、私はどきどきしています。そういう意味で、ケアマネジメントに対して、「私たちは絶対出来る」という自信を持ってもらいたい。看護職であれば、「出来る」という自信を持ってもらいたい、と思って、ケアマネジメントを認定看護婦の資格の中に入れたわけです。そういう意味で、おっしゃる通り非常に競合が起ってしまっていて、その中で、根幹にあるのは何なのかと、フィジカルアセスメントを生活の場面から見ていくというのも1つだと思います。私は、もう1つ別の側面もあると思いますが、それ等を含めてこれから本当に、それも長くではなく今年中に、介護と看護の接点、オーバーラップ、コア部分ということの解答を出さないといけないというふうにいわれていますので、目の前のこととしてあると思います。

司会：それでは、後1つか2つ、ご質問をお受けする時間があると思いますが、いかがでしょうか。

根岸：私は実践が短くて専業主婦をしております。それで受ける立場としてどうしても退いてしまったんですけど、自分が今、一生懸命育児をしたり、再就職したいなと思ってはいるんですけども、自分は何が出来るだろうかと考えた時に、自分の短い実践の中で、患者さんの精神的なケアが実際は出来ていなかったのではないかと、とすごく思っていたんですね。何故出来ないかという、つつい手を出してしまうとか、「こうじゃないですか」という感じで、自分の意見を先に述べてしまう、「こういう風にした方がいいですよ」と、患者さんの気持ちというものもあるんですが、自分の看護として目指す方向についついもっていきがちであるということから、もう少し違う勉強をしたいなということで、自分なりにカウンセリングの勉強をしています。カウンセリングと競合するところというのが、看護をしている中で患者さんと話す時に、共通するというか、もっと患者さんを理解できる立場で、カウンセリングを勉強した方がいいんじゃないかと思い始めているんですが、そのカウンセリングの考え方と、看護として患者さんを理解する立場ということの違いを、教えて頂きたいと思ったんですが。

南：岡谷先生がこの分野の専門家ですから、宜しくお願いします。リエゾン看護婦をやっておられる……。

岡谷：ちゃんとしたお答えになるかどうか分からないんですが、私がそういうことに関して、日頃考えていることをお伝えしようかなと思います。

私は、看護婦が行う心のケアというのは、心のケアをすることによって、やはり最終的な目標として、患者さんが自律をしていくというか、患者さんが自分で自分の生活を立て直すとか、あるいは病気とか障害というストレスの状況の中で、患者さん自身が自分を立て直して自己実現したりとか、そういうような自律に向かって患者さんが成長していくというような目標があって、そういうことを患者さん自身が出来るようになる為に、患者さんにとって必要な、精神的な心のエネルギーをつけていくというか、看護婦と関わることでそれをつけていくという部分があると思うんですね。それは決して、カウンセリングのように1対1のある状況の中で行われるというのではなくて、日頃のいわゆる身体のケアだとか、生活を整えていく為のケアだとか、そういうことの中で、一緒になって行われるような気がするんです。先程南先生もおっしゃっていたんですが、例えば、痛みを緩和するというだけでも、ただ鎮痛剤を投与するとか、そういうことだけではなくて、やはりそこには、患者さんに触れるとか、患者さんを励ますとか、その患者さんが痛いとか苦しんでいることを、私は分かっているんだというメッセージを伝えることとか、そういうことを同時にしながら、患者さんの痛みを軽減していくのではないかと、思

うんですね。心のケアだけが取り出されて行われるような状況ではなくて、本当に統合して行われるところに、特徴があるのかなと思っています。でもそういう心のケアをしていく時に、例えばカウンセリングの1つの技法で言えば「傾聴」とか、「話をよく聞く」とか、「問題を明確に述べる」とか、カウンセリングの中にある「共感」ですとか、そういう1つ1つの技法を使うことは使うと思うんですね。ただ、1対1でその状況を設定して、患者さんが納得したところでカウンセリングをやるというか、心理療法を受けるということではなくて、患者さんは、自分が心が弱っているとかそんなことを意識しない場合もたくさんあるわけで、そういう時に看護婦がそれをサポートしていくようなことというのは、臨床状況の中ではたくさんあるのではないかと、そこが看護婦が行う心のケアの特徴というように考えます。

南：きっと会場にいらっしゃる方の中で、そういう領域ではすごい方がいらっしゃるのでは、お聞きしたらなと思うんですけど。

司会：いくつかのご質問を出して頂いたんですが、ご質問の方に対する反応も出して頂ければということ講師の先生からも言って下さったんですが、ご意見とかありましたらそれも出して頂けたら有難いと思うんですが。いかがでしょうか。今のご質問に関係しない別のご質問でも結構ですし。

野島：ご質問でカウンセリングと看護婦がやる心のケアということで、最近少し研究させてもらったもので、私の考え等述べさせて頂きたいと思います。

私自身、今回研究をしてよく分かったことは、看護婦が行うケアというのは岡谷先生もおっしゃっている通り、私たちは「織りなす心のケア」と言っていて、心だけをするのではなくて、身体ケアをしながら心のケアをすること、そして、生活を整えながら心のケアをすること、ということで。多分私たちの中で心のケアという考え方、あるいはそのイメージというのが、どうもカウンセリング的な方向性に寄りすぎているのではないかなと思いました。いくつかの特徴があって、織りなすいろいろなことをしながらする、24時間側にいる看護婦だから出来ること、チャンスをみながら、機会をみながら、状況を作りながらという、非常に臨機応変に出来るという意味で、心理の方とは違うユニークな利点がたくさんあるのではないかな、と思っていますし、看護婦さんにお尋ねしますと、心のケアは私たちにとっても大事なコンポーネントで、心のケアは大事だとおっしゃりながら、でも私たちは出来てないとおっしゃるんですね。その時に、「どうして出来ていないと思いますか」という質問に対して、「私たちはカウンセリングの技術がないから」、とおっしゃる方が多いんですけども、むしろ今回の研究から言えば、カウンセリングの技術というよりは、私たちが基礎教育でやっている援助関係の形式だとか、あるいはクリニカルジャッジメントだとか、そういうものを大事にしながらやっていくことで、充分心のケアが出来るのではないかと最近思い始めました。看護婦による心のケアとカウンセリングとの違い、あるいは看護婦による心のケアの特性ということ、もう少し明確にしていくことが必要ではないかなと思っています。

司会：どうも有難うございました。

南：そういう意味では、私は自分が精神看護学を教えていた時代があって長かったんですが、看護がやる心のケアと、他の方がやる技術との違いだとかオーバーラップというのを、きちんと自分が理解していたわけではなくて、カウンセリングの技術を使って看護の場面に持ち込んできて、患者さんのベッドサイドに行って、じっくり座ってお話を聞くという、そのことが心のケアで、身体を拭きながら心のケアをしていく、今、野嶋先生たちが見つ

けつつある「織りなす心のケア」、そういうことをきっちりとやっていなかったな、というのが私は反省なんです。だから先程の方は、もしかしたら私から精神看護を習ったのではないかと後ろめたく思っているんですけど…。そういうことが1つと、もう1つは、看護婦は忙しくて、患者さんのベッドサイドにいて、ターミナルの患者さんだとか、また癌の患者さんの話を聞く時間がないと、そのことを問題にした患者さんたちが、逆に癌の患者さんたちの為のカウンセラーを病棟におくべきではないかと、言われている先生もいらっしゃいます。臨床心理士を資格化して、癌の患者さんの多い各病棟に一人ずつおいて、その方たちに心のケアをして頂いて、看護婦さんは忙しいから、その人にやってもらったらどうか、と聞いた時、私は冷や水浴びせられたような感じがしたんですね。そのことに対してどう対応していいかわからない。野嶋先生どう対応しますか。

野嶋：今回の研究で言えることは、決して患者さんはカウンセラーを望んでいるわけではない、という感じはします。患者さんは確かに、心のケアも求めているんだけど、でもやはりその日その日フィジカルなケアだとか、生活を整えていって下さることだとか、ということの方をもっと現実的に望んでいるのではないかなという気がしました。臨床の中で時間的なことだとか、環境の問題は非常に難しいんですけども、私たち看護者は、私の研究の中からも、看護婦は充分やっていると、私は思うんですね。だからもう少し自分たち、今日の岡谷先生のお話しでもありましたけれども、自分たちがやっていることを充分意識化出来ていないことが残念だと思います。そういう意味では心のケアの考え方、コンセプトを変えること、私たちの中で変えていくことと、自分たちの持っているものをもう1度見直して、意識化することかなと思います。

南：有難うございました。梶原先生とかにも……。

梶原：今話題になっていることについて、ちょっと私の意見を述べさせていただきます。野嶋先生の呼掛けで、私も同じケアの研究に加わらせて頂いたんですけども、そしてその結果が、看護者は織りなす心のケアを行っているということで、本当に現場の看護婦たちが看護を織りなしながらそこに心のケアをしているということで、ああ現場の看護婦たちはやっているんだ、という非常に自信というかそのことを思ったのが1つと、もう1つは、でも本当に看護の深さとか、人間の深さ、そういう深いレベルのことというのは心理士に任せて、看護者は表面的なことと終わっているのかということを考えて時に、精神科では大部屋が多いんですが、ちょっと話を聞いて欲しいという時には、プライベートな空間を作る為に面接室がなければ屋上のコーナに行くし、あるいは面接室が空いていれば面接をするし、その人が継続して私と話をしたいと言え、時間を設定して話をするということをしますね。それからサイコドラマ、心理劇で看護者が補助自我の役割をとったりとか、箱庭療法をしたりとか、他職種の方たちが看護とオーバーラップするように看護も他職種の人たちとオーバーラップしながら仕事をしているのが現状だと思います。特に訪問看護婦というのは、その人の生活の場という点で、社会的な側面をワーカーと同じような視点で解決していることも多いと思います。だから誰が本当にケアのマネジメントをしていくかという点で、私は看護こそ、例えばターミナルの患者さんが心理の面接室に行くというのは難しいですよ。心理の人が個室においでたとしても、呼吸困難になってすぐ吸引しないといけないという時に、手がでないままで面接するということは出来ないし、ナースは本当に適宜にその人に必要な心のケアも、フィジカルなケアも両方出来ていくし、やはり看護の質を高めていくことが、統合性ではないかと思っているんですけども。

司会：貴重なご意見を有難うございました。いろんな意見を頂いている最中ですが、時間が少し超過しております

ので、これで締めさせていただきます。今日の先生方のお話と、それから会場の今の心のケアのことを伺っておりますと、看護婦が目と腕と心と頭と4つを持っているからこそ看護だし、4つを発揮できるからこそ質の高いケアが提供できるんだろうな、ということを考えながら伺っておりました。

司会が不慣れなもので申し訳ございませんでしたけれども、先生方有難うございました。皆様ご協力感謝致します。有難うございました。