

大分看護科学研究

Journal of Oita Nursing and Health Sciences

Vol. 1 No. 1

December 1999

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

「大分看護科学研究」編集委員会

編集顧問:	小泉明（日本医師会） 近藤潤子（天使女子短期大学） 樋口康子（日赤看護大学） 見藤隆子（長野県看護大学）
編集委員:	江崎一子（別府大学） 柏崎 浩（産業医科大学）
委員長	草間朋子（大分県立看護科学大学） 栗栖瑛子（大分県立看護科学大学） 佐藤和子（大分県立看護科学大学） 萩沢さつえ（大分医科大学）
幹事	山内豊明（大分県立看護科学大学）
事務局	山口真由美（大分県立看護科学大学）

編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文:	2名
	総説:	1名
	資料・報告:	2名
	短報:	1名
	トピックス:	1名

大分看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を発表し、交流を図ることを目的とする。

2. 投稿資格

特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。他の雑誌等に投稿していないことを確認するために、所定の用紙に署名する。

5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

6. 投稿原稿の査読

原則として、短報・トピックスは1ヶ月、その他の投稿原稿は2ヶ月以内に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものととして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。また著作権は、大分看護科学研究編集委員会に所属する。

7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求められることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに再投稿すること。返送の日より6ヶ月以上経

過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。なお、返送から6ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

8. 論文の発表

論文の発表は、インターネットジャーナルのWWWページに公表する。

WWWページのURLは、

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

である。

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物におけるbiomedical研究(実験的治療を含む)は、ヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に従い、関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文中に記載すること。
- 2) 調査研究などについては、調査・研究上の倫理的原則に則った発表であることを明示すること。
- 3) 資料の目的外使用については、調査などの責任者の許可を得たことを記載すること。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要領

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 原稿送付先

〒870-1201 大分郡野津原町廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学内

大分看護科学研究編集事務局

TEL 097-586-4472 (ダイヤルイン)

FAX 097-586-4393

E-mail journal@oita-nhs.ac.jp

大分看護科学研究

Journal of Oita Nursing and Health Sciences

Vol. 1, No. 1 (1999年12月)

目次

巻頭言

創刊にあたって.....	1
草間 朋子	

開学記念講演

21世紀の看護をめざして.....	2
樋口 康子	
医の倫理と看護の倫理.....	4
小出 五郎	

総説

看護情報学における看護ミニマムデータセットについて.....	6
太田 勝正	
クリティカルパス：なぜ生まれ、何をもたらすか、そして課題は何か.....	11
山内 豊明	

報告

看護教育における初期体験実習の経験と意義.....	20
桜井 礼子、山口 真由美	

トピックス

精神障害者の社会復帰・生活支援の新しい試み - カリフォルニア州における「ヴィレッジISAプログラム」研修に参加して.....	27
栗栖 瑛子	

創刊にあたって

編集委員長 草間 朋子

大分県立看護科学大学学長

この度、インターネットジャーナル「大分看護科学研究」を刊行することにいたしました。

看護界とくに看護系大学においては若手、中堅研究者の育成が急務となっております。

若手の研究者が、自分の研究業績や、自分の考え方などを気軽に主張し投稿でき、さらに多くの読者が気軽にアクセスできるジャーナルにしていきたいと考えています。

このために、現在の情報化時代を反映し、全国どこからでも好きなときにいつでもアクセスできるようという事でインターネットを活用したジャーナルといたしました。海外からも、もちろんアクセスできるのですが、創刊当初は日本語で書かれた論文等が大部分だと思われるので、外国の方々には当初は理解していただけないのが残念です。

本ジャーナルを看護研究の標準化、普遍化を図るための一助となる質の高いジャーナルにしていきたいと考え、編集委員にはさまざまな分野の先生方にご参加いただき、査読等も厳しくお願いしているところです。

看護領域においても、入手可能で最良の科学的根拠を把握した上で、個々の患者や対象者に特有な状況と価値観に配慮したケアを実施していくための Evidence-Based Nursing の重要性が強調されております。このためにも、多くの研究成果などをご投稿いただき、実践の学問としての看護学の体系化が図れればと念じております。

日本の西の果て、九州大分の地から発信されます本インターネットジャーナルがみなさまのご協力により暖かく育まれるようよろしくお願いたします。

開学記念講演

大分県立看護科学大学は平成10年4月に開学した。平成10年6月19日に開学記念行事の一環として記念講演会が開催され、日赤看護大学の樋口康子学長、NHK解説委員の小出五郎先生をお招きし、それぞれ「21世紀の看護をめざして」「医の倫理と看護と倫理」のご講演をいただいた。本稿は、その講演の概要をまとめたものである。

21世紀の看護をめざして

樋口 康子

日本赤十字看護大学学長

1. 日本における看護教育の現状

日本では、昭和27年(1952年)に高知女子大学において最初の看護系の大学教育が開始され、さらに、翌年には東京大学に衛生看護学科が新設されたが、それ以降は、10年以上看護系の大学・学部・学科の新設、増設は行われないまま推移した。平成に入り、看護職に対する大学レベルでの教育の必要性が認識されるようになり、逆L字型の勢いで看護系の大学、学部、学科が新設、増設され、現在64校で看護の教育が行われている(平成11年にはさらに増加し、現在76校の看護系の大学、学部、学科がある)。大学院教育は、修士課程、博士課程の教育が昭和40年に東京大学に始まり、最近になりようやく修士課程が増加しつつあるが、博士課程も含めた大学院教育はまだまだ遅れている。

本来ならば徐々に増加していくべき大学が急激に増設されたために、学問の府としての大学が何をなすべきか、大学人として何をなすべきかなどの基本的なことが大学のすべての教員に十分浸透していないところが大きな問題である。教員の質と数、大学としての教育方法・教育内容、学術的研究の推進など解決すべき数多くの問題が残されていることを大学に席を置く者は認識しなくてはならない。これらのさまざまな問題は、大学院レベルの教育を受けた人々の活躍によって変えられていくものと思われるので、わが国の看護の現状が大きく変わり、看護学としてのレベルが国際的な水準に達するのは数十年先のことであろう。

2. 看護教育の日米比較

看護教育のシステムが最も進んでいるのはアメリカであり、現在、全州に488の看護系の大学があり、専門的な教育・研究が実施されている。表1に示すよ

うにアメリカでは、看護職の養成は、大学が33%、短大が56%、専門学校が11%で行われている。これに対して、日本では、短大、専門学校での教育が83%を占めている。大学院の教育も含め、日本の看護教育はアメリカに比べて50年近くの遅れをとっているものと思われる。

3. 看護学の体系化に向けて

(1) 学問としての看護学

学としての看護学はまだ未発展であり、高齢化社会、医療の高度化・専門化などの社会の変化に対応した看護学の体系化を図るために大学ができてきたと認識しているので、大学の教員の責任は大きい(ただし、看護学が体系化された結果として大学が急増したと受け止めている人々もいる)。

看護学は、物理、数学などの普遍的な科学とは異なり、人間を対象として看護という現象を見ていく人間学であり、環境との相互作用により常に全体として丸ごと変化し続けている。

現在の看護学は、患者の現象を追求するために、さまざまな学問領域の知識、たとえば、医学の領域からは疾患や機能に関する知識や心理学の領域からは苦痛や、苦悩をもっている患者の心理状態を把握するための知識を、人間の成長や発達に関する知識を、社会学からは家族理論を借りたパッチワークのような学問である。このようなつぎはぎだらけの学問は、着心地が悪く、外から見ても見苦しい着物のようなものである。独自の体系化を図ることが不可欠である。看護学を成立するためには、全ての学問領域の助けが必要であり、科学論、カオス理論、複雑性の科学などの「知」も取り入れて看護学としての学を構築していく必要がある。看護の専門性に目覚めた人々が、実践の中から、看護の現象を科学的に見つめるという作業を開始し、看護学としての専門性を確立する作業をしつつある。日本でも博士課程の大学院生が、新しい手法を取り入れた素晴らしい仕事を積み重ねている。

表1 看護基礎教育機関の日米比較 1997.5

課程	国名 対比年度 (人口:千単位) 対比視点	アメリカ		日本	
		1989年 (247,235人推)	1995年 (260,651人推)	1989年 (123,255人調)	1997年 (125,569人調)
学士課程	大学数	488 (全州+DC)	521 (全州+DC)	11	53
	入学許可数(米)	29,858名	43,451名		
	入学定員数(日)			525名	3,408名
	全RN校中(%)	33%	34.4%	1.2%	6.7%
準学士課程	短期大学数	812	876	70	84
	入学許可数(米)	63,973名	76,016名		
	入学定員数(日)			4,660名 (含2年制)	5,910名 (含2年制)
	全RN校中(%)	56%	57.8%	10.6%	11.5%
ディプロマコース	専修学校 専門学校 病院付属学校	157	119	869	918
	入学許可数(米)	10,010名	7,717名		
	入学定員数(日)			38,754名	42,662名
	全RN校中(%)	11%	7.8%	88.2%	83.0%

(2) 看護学と医学との関係

医学と看護学は上下関係にあるものではなく、両者がそれぞれの特徴を生かして患者の自己実現のための支援をしていくべきである。

医学は、18世紀以降、近代科学のポリシーを受け継いで、基本的には部分集成的、分析的な研究手法のもとに発展してきた学問である。一方、看護学は、医学の客観的、還元論的な人間に対する取り組み方に対して疑問を投げかけている。人間は、部分の集合体ではなく独自の個性を有する存在であり、感情や価値観を持ち、健康上の問題を抱えている一人ひとりの人間を対象として組み立てていく学問である。看護学は、還元論的な思考に陥らないように注意しつつ、人間の自己創出、自立性を尊重した学問の体系化をめざす必要がある。このために、患者の価値観、習慣、生き甲斐、人生観、社会的な活動の状態、環境の諸要因、病気についての患者の受け止め方、医療従事者に対する信頼感などを総合的に判断していけるような学際的で、看護の哲学にそった解釈を取り入れた学問をめざさなければならない。

看護学のような学際的な学問分野が独自性をもって発展していくためには、それぞれの分野の支援は不可欠であるが、他の分野の人々、とくに医学分野の人々が主役になるよう状況をつくってはならないと思

う。このためにも、看護系大学の人々には大きな期待がかかっていることを認識して欲しい。

(大分県立看護科学大学 草間 朋子 記)

医の倫理と看護の倫理

小出 五郎

NHK 解説委員

1. 医療環境の変化と看護職

1976年の父、そして今年1998年の義母と、2人の身内の入院経験を通じて、この20年間で患者をめぐる医療環境が大きく変わってきたように感じる。

まず「痛み」が恐れの対象でなくなった。がん患者にとって、20年前は、「痛み」が何よりも怖かったのだが、今や患者が「痛み」で苦しむ時代ではなくなってきた。

第二に、治療法のメニュー - が豊富になった。さらに今回は、甦生限界をすぎた場合に生命維持装置をつけるかどうかを選ばなくてはならない事態に至ったのだが、患者や家族がそのような選択もしなくてはならなくなった。

第三には、医師、看護婦、患者の関係に変化が生じた。20年前、医師は聞かないと十分な説明をしてくれず、つっこんだ質問をすると不愉快な顔をされたが、今の医師は聞けばいくらでも答えてくれる。また、医師と看護婦等のスタッフ、スタッフと患者・家族の関係も変わりつつある。20年前、看護婦は完全に医師の助手で、さらに患者は看護婦から指示を受ける存在だった。それが今回、少し変わってきたかなと感じた。一つの現れは患者の呼び名で、20年前、父は「おじいちゃん」という呼び方に怒っていたが、そこには親しみというより、対等でない関係というニュアンスがあるからで、それは医師と看護婦の人間関係が対等でないことの反映のようにも思われた。今は、ちゃんと名前と呼ぶようになってきたようだ。ベテランと若手の対応の違いなどもあるが、スタッフとして看護に当たっているという状況が芽生えつつあるように思うし、それが人間としての対等な関係を基本においたものであるならば、患者・家族にとっても望ましいことだろう。

完全とはいえないが、看護職が医師の助手というのではなく、もうひとつの違った職業、独立した職業へと、徐々に変わりつつあるのだろう。そうになると、別の難しさというか、責任と義務も大きくなる。一つのprofessionalism というか、職業の確立された領域として「自律」することが重要になり、そのためには高い倫理観や見識が必要になる。

2. 学ぶとはどういうことだろうか

看護学は、樋口先生も言われたように「総合的な人間学」だと思うが、人間を相手にするがゆえにすごくむずかしい。知識をもっていることはもちろんだが、知識があるだけではダメなのだ。常識人であること、人間としてどこでも通用することが大切である。豊かな人、人間として魅力のある人でないと、自律的プロフェッショナルとしてやっていくのはむずかしいだろう。ではどうすればよいのか？

結論を言えば勉強するしかない、ということになるのだが…。何のために勉強するのかといえば、「応用問題」を解くために必要だからである。学校では、how to を学ぶことが多い。基本的なことは、how to がわからないとどうにもならないが、how to で終わってはだめなのである。how to で学んだことを基本にして、応用問題を解くことが勉強なのだが、これが実は難しい。応用問題に直面するということがあまりないからである。そこで、様々な社会現象の中から、自分で応用問題を「発見」し、考えることが大切になってくる。そして、そのような応用問題には正解が無いことが多い。色々な選択があるのが当たり前なのである。そのような勉強をしていくことが、専門バカを脱して、人間を理解するカギになるだろう。

3. 4つの応用問題

人間の健康に関する分野で、応用問題になるような分野が4つ(実はおそらく無数に)ある。それは人間が生まれてくることに関わる分野、人間が死ぬときに関わる分野、臓器移植などの先端医療の分野、そして遺伝子にかかわる分野である。様々な疑問を投げかけてくれるこれらの分野について考えていくことで、「総合的人間学」に近づいていくことができるのではないかと。

(1) 人間の誕生に関わる問題

先日、長野の医師が、夫婦間以外の卵子を使った体外受精を行い、子供が産まれたことを公表した。学会では、夫婦間以外の体外受精を認めていないのだが、許すとか許されないとか言うこと以前に、事態は水面下で進んでいる。いいとか悪いとかいったところでどうにもならない事態になってきている。

1995年に、アメリカで5人の「親」がいる子供が産まれた。夫婦ともに医学的な問題があったために他人の精子と卵子を使い、代理母と委託契約して子供をもうけたためである。ところが出産前になって、依頼

者夫婦が離婚してしまったため、「産みの母」が親権を申し立てた。一時、この子に親はいないという奇妙な事態も生じたのだが、最終的には、最初に依頼した夫婦がこの子の親であり、元妻が養育するという結論に落ち着いた。

日本では、まだこのような事件は起きていない(と思う)が、アメリカで起きたことはいずれ日本でも起きる。医療職者は、色々な事態に巻き込まれるだけでなく、患者・家族に相談される。支援を求められることも多い。どのようにかかわっていけばよいのか、いまから考えておく必要がある。

(2) 人間が死ぬときに関わる問題

安楽死の問題を考えてみたい。オランダでは、年間3千件ほどの安楽死が実施されている。合法化されているのではなく、一定の条件が満たされた場合には、医師が故意に患者を死に至らしめても起訴されないというルールである。あるとき50歳の女性が、健康であるのに安楽死して事件となった。この女性がかつて長男に自殺され、今また次男が末期がんとなり、生命維持装置をはずす決断をするという不幸にみまわれた結果、睡眠薬を飲んで自殺を図ったが失敗した。その後相談した医師にはみな断られ、安楽死協会に所属する医師にたどり着き、相談したところ、この医師は、絶望的な状況から彼女を救うには死しかないと判断し、自殺は彼女自身にも周囲の人間にも苦痛を与えるということから、彼女を安楽死させた。検察はうつ状態で自己決定能力がない患者を殺した、と起訴し、1994年6月に有罪判決が出た。理由は、複数の医師で判断すべきところを単独で判断したから、というもので、有罪とはいえ執行猶予付きであり、事実上刑は免除された。日本でも将来このようなことが起こらないとはいえない。その時どうするか、を考えるのが「応用問題」なのである。

(3) 先端医療に関わる問題

臓器移植を積極的に実施している国々では、ドナの不足が問題となっている。臓器の売買は、日本でも禁止されているが、禁止されていない国もある。インドは1994年まで無制限であり、かつては「腎臓の倉庫」と呼ばれていた。フィリピンも取締法が無く、斡旋を受けた日本人も現地で手術を受け、帰国しているが、術後の管理などの問題が生じ始めている。

(4) 遺伝子に関わる問題

1998年の1月に合衆国大統領は、遺伝子差別を禁止する法の制定を議会に指示した。遺伝子診断は「未来

のカルテ」を作る。保険会社にしてみれば、損失を防ぎ加盟者の利益を守るということで、遺伝子差別には合理的理由があるということになる。

1991年ニュージャージー州に住む家族6人が、子供の一人に遺伝性疾患による知的障害があることを理由として、医療保険の打ち切り通告を受けた。この子の疾患は治療できないが、社会生活上何ら問題がないにもかかわらずである。両親が提訴し、処分は撤回されたが、さらに1995年、遺伝を理由にした差別を禁止する州法が成立している。

ハンチントン舞蹈病により父親が死亡した30代の女性は、父親の疾病を理由に保険加入を拒否された。ただし、遺伝子診断を受け、キャリアでないことが証明されれば加入を認めるという。しかし、ハンチントン舞蹈病に治療法はなく、彼女にとってこの診断を受ける利益はない。私には「知らない権利」があるはずだというのが彼女の訴えである。

遺伝子診断のような技術が、ルールに先行している。遺伝子差別はよくないと思うのだが、世の中にはそうでない立場の人もいて、たしかに色々な論理が成り立ちうる。しかし、現実には社会では就職、入学、結婚などの差別が始まっているため、差別禁止法の制定が必要と判断されたのである。

4. 看護大学への期待

様々な応用問題が、直接に現れるのが医療の現場である。学校では、基礎を学ぶだけでなく、応用問題にぜひ気を配って欲しい。もしかしたら、応用問題に出会うことは一生ないかもしれないが、TV・新聞等の情報メディアから様々な情報を得ることはできる。応用問題の課題を自ら「発見」という行動を起こすこと、様々な課題を応用問題として「考え」ていくことが、人間を理解するために、非常に重要なのである。

近年、多くの看護大学ができていますが、大学で教育するということは「考える」ことを主にするという意味なのだろう。明日、あさってのことを考えるのは政治家にでも任せておけばよい。10年、20年というスパンでものを考えること、そこに人間学としての、そして科学としての看護学の大きな役割があるだろうと思う。

(大分県立看護科学大学 平野 互 記)

看護情報学における看護ミニマムデータセットについて

Nursing Minimum Data Set in Nursing Informatics

太田 勝正 Katsumasa Ota, Ph.D., RN

長野県看護大学 基礎看護学教室 Nagano College of Nursing

1999年7月1日投稿, 1999年9月1日受理

要旨

ナイチンゲールの時代から、患者に関するデータの収集は、専門職としての看護を評価し、進歩させるために不可欠なものとなされてきた。しかし、看護は全体として、十分に体系化されたデータを収集する手段をいまだに完成させていない。これは、情報科学、コンピュータ科学に対する基本的な知識と理解が不足していることがその一因と考えられる。本稿は、米国で1990年代初頭に生まれた看護情報学の概要について紹介し、さらに、個々の看護実践の改善や保健医療における看護の発展のために有用な情報を提供する看護ミニマムデータセットの概念、内容および発展の経緯について紹介する。

Abstract

From the age of Nightingale, the gathering of patient-related data has been recognized as critical to evaluate and advance the nursing profession. However, nursing has failed to consistently and comprehensively identify the core data needed, to systematically collect the information, and to utilize it. This situation may be the cause of lack of general knowledge of informatics and computer science by nurses. In the beginning of 1980's Nursing Informatics had been developed in the USA. This article provides the basic definition of nursing informatics, describes specific abilities that clinical nurses require to deal with nursing information, and then, explains how the idea of Nursing Minimum Data Set (NMDS) was conceptualized in nursing, and points out the essential element of the NMDS. The major category of NMDS consists of nursing care elements, patient or client demographic elements and service elements. NMDS makes it possible for the nurses to collect, storage and retrieve the essential, comparable and core nursing data to improve the quality and efficiency of nursing care.

キーワード

看護情報学, NMDS, 看護ミニマムデータセット, 情報リテラシー, 看護情報ナース

Keywords

Nursing informatics, NMDS, Nursing Minimum Data Set, Information Literacy, Informatics Nurse

1. はじめに

1985年に、看護のデータを対象者、施設や設備、地域、時間を超えて比較できるようにすることを目的として看護ミニマムデータセット(NMDS: Nursing Minimum Data Set)の概念が公式に認められた(Werley & Ryan, 1995)。これにより看護は、看護実践の発展のために、さらには、保健医療の改革の中でその真価を発揮するための客観的データを提示できる手段を得た。しかし、看護の情報を活かすシステム作りを担える看護専門職は少なく、また、法的および経済的な基盤がないため、現実には、この看護ミニマムデータセットの構築はなかなか進展していない。

看護における情報をナースにとって本当に価値あ

るものとし、日常の看護実践の発展、保健医療システムにおける看護の位置づけの向上のために役立てるためには、ナース自身が情報科学およびコンピュータ科学についてのある程度の知識、技術を持ち、そして、工学系エンジニアらの専門家と協力して看護情報システムを構築していかなければならない。そのような背景の中、1990年代初頭に米国において看護情報学が誕生した。そして、この看護情報学を身につけたナースは、1995年に全米看護資格認定センター(ANCC)によって、看護における専門職種の一つである「看護情報専門ナース」として認定されるようになった(太田, 1998a)。1997年現在、看護全体で上記の専門ナース

スも含め27領域の看護専門領域があり、35000人以上がそれぞれの領域の専門ナースとして認定を受けている。しかし、看護情報専門ナースは、その内の227人(1998年12月現在)とまだわずかである(ANCC, 1999)。

今日、医療の高度化、経営の効率化などのために医療機関、保健医療施設におけるコンピュータの利用は不可欠なものとなってきている。このような現状の中で、看護として本当に価値のある情報システムの構築と看護のための必要最小限のデータを蓄積することに向けてさらなる前進をするためには、ナース自身も、看護情報学についての最小限の知識を身につけておく必要がある。本稿は、そのための基礎知識として、看護情報学に関するANA(米国看護婦協会)の2つの資料をもとに1)看護情報学の定義や実践のために必要な要件について説明し、2)看護ミニマムデータセットの意義を理解し、看護情報システムにおけるその活用について解説する。

2. 看護情報学とは

ANAは看護情報学を看護における専門領域の一つとして位置づけている。この看護情報学についての定義、目標および看護職として求められる要件等について、ANAの特別委員会によってまとめられた資料「The Scope of Practice for Nursing Informatics」(ANA,1994)をもとに解説する。

(1) 看護情報学の定義

看護情報学とは、看護学とコンピュータ科学および情報科学を統合する専門分野であり、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究等の発展に資するためのデータおよび情報の特定、収集、処理、管理を行う専門領域と定義されている。

なお、看護情報学の実践においては、コンピュータを使いこなす能力が必要であることは当然のことだが、コンピュータが使えればそれでよいというのではない。看護情報学に携わるナースを「看護情報ナース(Informatics Nurses)」と呼ぶが、看護だけでなく、また情報科学やコンピュータ科学だけでなくそれら両方の知識と実践能力を兼ね備える必要がある。すなわち、看護情報専門ナースは、看護という専門についての十分な知識・技術を身につけた上で、看護情報学の理論を組み立て、デザイン・開発を実施し、マーケティングを進め、必要なシステムあるいはデータの選択、検証、導入を図り、ナースらに必要な教育訓練を

行い、システムの活用とメンテナンスを行い、さらに、システムの評価・改善を行うという情報科学における広範囲な活動を担う役割を負う。

(2) 看護情報学の目的

ANAは、看護情報学が一つの領域として確立した経緯は、看護研究・教育や看護管理が確立されたそれと同じだとしている。すなわち、看護研究などが看護の中核である患者のケアを直接担うのではなく、患者ケアのための基礎知識や新しい技術を提供する、あるいは患者ケアをよりよくするための環境の整備等という形で寄与しているのと同様に、看護情報学は、すべてのナースがより効率よく、より効果的に看護を実践できるように患者ケアを行うナースを直接的に支援したり、看護教育、看護研究、看護管理を通じて間接的に支援するものである。

前述のように、看護にはさまざまな専門領域があり、その中には、看護管理および上級看護管理などの看護情報学と密接にかかわる領域がある。また、他の看護専門領域でも、看護上必要な情報を収集したり、記録したりするために情報科学の手法やコンピュータの利用は当然のこととなっている。それらの専門領域と看護情報学との違いは、看護情報学が、情報の中味ではなく、看護における情報の取り扱い方法および技術そのものに特に着目している点だとしている。さらに、情報の取り扱い方法や技術だけなら、一般の情報科学、コンピュータ科学の専門家たちの方が優れているのに、何故、看護の専門職の一つとして看護情報学が必要なのかについては、ユーザーとしてのナースの要求に一致した情報の取り扱いをするためには、看護としての専門知識が必要であり、看護の専門性を活かし、看護としてのものの見方ができるからこそ、もっとも的確にナースの要求を明らかとし、それに答えることができるからだとしている。

(3) 看護情報学を実践するナースの要件

看護情報学の実践を担う看護情報専門ナースは、看護と情報科学の両方の知識・技術を兼ね備え、病院等における情報システムに深く関わる役割を担う。ANAの定義では、看護情報専門ナースには、看護の学士号と情報科学の分野でのある程度の知識と経験が必要となる。看護情報専門ナースとしての実践のための要件として以下のものが示されている。

- a. システムを解析する能力
- b. システムをデザインする能力

- c. データおよびデータベースを体系化するための枠組みを開発する能力
- d. 看護用のソフトを試験し、評価する能力
- e. ナースのニーズを満たすためのハードウェアとソフトウェアの構成に関する相談に応える能力
- f. 看護実践を支援するためにコンピュータについての情報資源をどのように活用すべきかとコンピュータの仕組みについての知識を身につけていること
- g. 看護実践を支援する情報技術とナースとのインターフェイスに関する技術、方法論および手順を身につけていること
- h. 看護実践を支援するための情報システムを開発し、取り入れるエンジニア、システム解析者、システム設計者とナースの間にある文化や言語の違いを理解し、両者の仲介者として適切に活躍できる能力
- i. ソフトウェアを使用する能力
- j. ネットワークおよび分散情報資源についての知識を身につけていること
- k. コンピュータのプログラム開発ツールやユーティリティプログラムを看護情報学の実務において用いる能力
- l. 必要となる他領域の原則を用いる能力
- m. その他

米国の看護情報ナースの多くは独学で情報科学、コンピュータ科学を学んだ。わが国にも独学で上記の要件を満たし、実際に看護情報システムなどの開発や導入、実際の運用に携わっているナースがいるが、まだ体系化された看護情報学教育プログラムがないために、米国と比べてその数ははるかに少ないのが現状である。

なお、ANA は、看護情報専門ナースの他に、看護学の修士号をもち、情報科学に関する大学院教育の単位を取得したナースで、看護および看護情報学についてのより高度な知識を身につけた看護情報スペシャリスト(Informatics Nurse Specialist)としての要件、および、一般スタッフナースとして身につけるべき基礎的な要件についても示しているが、それらについては太田(1999b)の小論を参照していただきたい。

3. 看護ミニマムデータセット(NMDS)

看護のためにどのような情報が必要かについて、「Nursing Data Systems: An Emerging Framework」というタイトルで1995年にANAから出版された資料に収

められたWerleyらの論文(Werley & Ryan,1995)に示された看護ミニマムデータセット(NMDS)をもとに解説する。

(1) NMDSの経緯

NMDSは、定型保健医療ミニマムデータセット(UMHDS: Uniform Minimum Health Data Sets)という概念のもとに構築されたものであり、UMHDSは、合衆国保険医療情報政策審議会(1983年)によって「保健医療システムに関する様々な情報利用者の基本的なニーズに即したある側面について、同一の定義と分類を用いた情報の必要最小限の項目である」と定義されている。

1977年にイリノイ大学看護学部で開催された看護情報システム会議で、基本的な看護データセットの概念が初めて報告され、その後の1985年には、Harriet Werleyらの指導により、看護ミニマムデータセット(NMDS)は正式なものとなった。このときのNMDS開発プロセスは、先行して開発が進められていたUMHDSの開発プロセスと同じであるとされ、合計64人の臨床看護、看護管理、看護教育、看護研究、保健政策の代表者、情報システムの専門家、政府等職員、およびUMHDSの開発に携わった有識者からなる委員会によってまとめられている。

そもそも国レベルの保健医療データの標準および指針作りのためにミニマムデータセットという概念が取り入れられたのは1969年のことで、保健医療のためのミニマムデータセット開発のために以下の基準が示された。

- a. 保健医療従事者および管理者、地域や国レベルの行政・立法組織、保険機関、研究組織等、できるだけ多くの人に役立つ項目が含まれること
- b. 選ばれた項目は、ある程度正確にかつ容易に収集できるものであること
- c. 他の情報源から入手可能な項目について重複が無いこと
- d. 保健医療情報としての秘密が守られること

その後、UMHDSに関するいくつかの開発が進められ、その中で、定型退院データセット(UHDDS: Uniform Hospital Discharge Data Set)が1972年に採用され、さらに、総てのメディケア入院患者についてのデータを収集することが義務付けられたために、全米でもっとも広く使用されるデータセットとなった。1987年には全国的な長期ケアに関するデータの収集が法制化され、その中にミニマムデータセットが含ま

れたため、ナースিংホーム入所者の総合的な評価のために活用されている。また、外来診療データセットが、まだ、法制化には至っていないが検討が進められているとのことである。上述の保健医療についてのデータの標準化、データセットの構築の経緯から、看護としてその核となるデータを含んだデータセットを構築することは、看護にとって大きな利益をもたらすことは明白である。しかし前述の保健医療に関わる様々なデータセットの構築、データの標準化の中で、看護についての基本的なデータが全く含まれていなかったことには注意が必要である。

(2) NMDS の目的および要素

NMDSの目的は、a.看護のデータを対象者、施設や設備、地域、時間を超えて比較できるようにすること、b.施設および施設外で提供されるクライアントおよびその家族に対する看護ケアを記述すること、c.提供されたケア、および健康上の問題や看護診断に応じて配分された看護資源について明らかにする、あるいはその傾向を示すこと、d.看護およびその他の保健医療情報システムに含まれる具体的なデータへアクセスすることにより看護研究の促進を図ること、e.臨床上の判断、管理あるいは保健政策上の意志決定に役立つように看護ケア情報を提供するとされている。

NMDSに含まれる要素は、a.看護ケアについてのデータ、b.患者/クライアントに関する人口統計学的データ、c.サービスに関するデータの大きく3つに分けられ、それに含まれる16の具体的な項目およびWerleyら(1988)の論文をもとにしたそれぞれの項目の定義を表1に示す。なお、表中の*印は、UHDDSの項目と重複しており、それらを利用できる場合(リレーショナルデータベースなどで関連項目が参照可能な場合)にはこのNMDSからは除外することとされている。

このうちの看護診断、看護介入および看護アウトカムについては、現在、まだ共通言語として完成されてはいるが、Werleyら(1995)は、NANDA(北米看護診断学会)の分類法およびOmaha Systemを中心として、やがて整備されるHome Health Care ClassificationやNIC(看護介入分類)を用いた共通言語によるNMDS構築の必要性を協調している。

(3) NMDS の今後の動向

NMDSに含まれる項目は、日頃詳細な看護記録を書いている臨床看護婦にとっては、随分大まかなものに見えるかも知れないが、看護がどのように行われているのか、その質的向上および効率化を求めるときに有用であり、看護職以外にも活用できる核心的なデー

表1 看護ミニマムデータセット(NMDS)の要素と項目

NMDSの要素と項目	各項目の定義
看護ケアの要素	
1.看護診断	現存するあるいは潜在する健康問題に対する人間の反応についてのナースによる臨床的な判断であり、ナースは説明責任を負う
2.看護介入	患者/クライアントの利益のために行われる行為で、ナースが責任を負う
3.看護アウトカム	看護介入によって影響を受ける患者/クライアントの健康状態についての解釈であり、あるケアについてある特定の時期に記録する
4.看護ケア度	入院や訪問等の単位期間に個々の患者/クライアントに費やされた合計時間と関係看護職種の割合
患者/クライアントの人口統計学的データ	
5.ID*	それぞれの患者/クライアントに対してその施設から与えられた固有の番号で、患者/クライアント記録が識別される(UHDDSに基づく)
6.生年月日*	MM月DD日YYYY年のスタイルで表された生年月日
7.性別*	男性、女性、不明の別
8.人種および民族*	人種:白人、黒人、アジア太平洋諸国、アメリカンインディアン/エスキモー/アレウト族、など。民族:スペイン生まれのヒスパニック、スペイン生まれでないヒスパニックあるいは非ヒスパニック、など。
9.住所*	患者/クライアントがいつも住んでいる場所
サービスの要素	
10.施設あるいはサービス機関の番号*	政府機関から付与された番号で、患者/クライアント記録を識別する。
11.患者/クライアントの保健医療記録番号	政府機関から付与された番号で、患者/クライアント記録を識別する。
12.主たる担当ナースの登録番号	患者/クライアントへのケアに主たる責任を持つ臨床ナースを識別する番号
13.入院あるいは面接の開始日*	ケアを開始した日
14.退院あるいはケアの終了日*	ケアが終わった日
15.患者/クライアントの転帰*	退院あるいは死亡に対して行われる手続き
16.医療費の支払い予定者(サービスに対する財源)*	患者/クライアントへの請求の支払いが見込まれる主たる財源

注) *印は、UHDDSの項目と重複していることを示す

タを構成しているとされている。しかし、NMDSが開発された米国においてすら、いまだにNMDSの構築は進んでいない。これは、法的小および財政的基盤がないこととあわせて、今までNMDSの核となる項目である看護診断、看護介入および看護アウトカムが共通言語として確立していなかったことが一因だとされている。今日、看護診断、看護介入および看護アウトカムの共通用語としての体系化は急ピッチで進んでおり、また、看護を含む情報システムの導入が進む中で、今後、医療施設等におけるNMDSの構築、普及の可能性は増していると考えられる。

一方、近年の保健医療の改革によって、複数のサービス拠点の連携と統合、健康の維持増進に着目した総合的、経済的かつ患者中心のシステムの実現が求められる中で、看護が患者アウトカムにどのように貢献しているかを明らかにすることが求められている。これに答えるために、アイオワ大学の研究チームによって看護管理ミニマムデータセット(NMDS)が、患者ケアのコスト、患者満足度、ケアの質と結びついた患者アウトカムを提示するものとして開発された(Anderson, 1996)。これによって看護管理者は、患者アウトカム、スタッフ配置の状態、生産性、労働負荷、看護単位ごとの入院期間、患者の特徴などについて評価が可能となる。従来バラバラだったこれらのデータの一つにすることによって、看護実践や看護管理の状況や種類を超えて使える手段を提供するものであり、保健医療における費用効果の高い患者ケアを実現するように看護管理を導くと考えられている。

4. まとめ

一般的に看護職の情報科学の知識・技術はまだ不足していると思われる。このために、看護情報専門ナース養成のための体系的な卒後教育や看護情報学を盛り込んだ看護教育体制の見直しが必要であるが、まず、ナース一人ひとりができる範囲の努力を重ねて、やるべきことができるようにする必要がある。そのためには、看護における情報の価値を理解でき、それを入手するための手立てを講じる能力、すなわち情報リテラシーを身につける必要がある。これは、一人でコンピュータの操作ができるというコンピュータリテラシーとは異なる。コンピュータに触れるのが怖い、あるいはできそうにないと思うナースもいると思われるが、看護職としてどのような情報が必要か、それをどのように入手できるかが分かれば、そのために必要な操作技術は後からついてくる。それよりも、看

護を支える手段としての看護情報学の有用性および自分たちの看護にどのような情報が必要かを明らかにすることが重要であり、看護職は改めて看護における情報の大切さを見直す必要があると思う。

参考文献

- ANA (American Nurses Association) (1994). The Scope of Practice for Nursing Informatics. Washington DC: American Nurses Publishing
- ANCC (American Nurses Credentialing Center). "American Nurses Credentialing Center". <http://www.nursingworld.org/ancc/index.htm> (12 July 1999).
- Anderson, R. (1996). One Nursing Minimum Data Set: Key to Nursing's Future. in Marry Etta C. Mills, Carol A. Rommano and Barbara R. Heller. Information management in nursing and health care, p28-31, Pennsylvania: Springhouse Co.
- Werley, H. H. and Lang, N. M. (Eds.) (1988). Identification of the Nursing Minimum Data Set. New York: Springer.
- Werley, H. H. and Ryan, P. (1995). The Nursing Minimum Data Set (NMDS): A Framework for the Organization of Nursing Language, in ANA. Nursing Data Systems: An Emerging Framework, p19-30, Washington DC: American Nurses Publishing.
- 太田勝正 (1998a). 看護情報科学の現状. Quality Nursing 4(1), 70-75.
- 太田勝正 (1998b). 看護情報学とは. Quality Nursing 4(2), 75-81

著者連絡先

〒 399-4117
長野県駒ヶ根市赤穂 1694
長野県看護大学 基礎看護学教室
太田 勝正
ota@nagano-nurs.ac.jp

クリティカルパス：なぜ生まれ、何をもたらすか、そして課題は何か

Critical paths: What can be learned about them, what they promise to our health care, and how they must be implemented

山内 豊明 Toyoaki Yamauchi, MD, ND, PhD

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護アセスメント学 Oita University of Nursing and Health Sciences

1999年10月28日投稿, 1999年11月24日受理

要旨

我々を取り巻く種々の環境の変化は、ケア提供体制の変革や改善を余儀なくさせている。クリティカルパスは現代の医療資源の有効利用の立場から生まれるべくして生まれてきた最新の方法論である。このクリティカルパスはマネージドケアの台頭が著しい米国で誕生し、我が国でも昨今急速な勢いで拡がりをみせつつある。本論考では、まずその誕生の母体ともいえる米国の医療文化や保険制度について考察し、米国での誕生の必然と発展の経緯について言及する。それに続いて、クリティカルパスの理論背景を紹介し、クリティカルパスの概要、開発過程について述べ、導入に際しての要点を整理する。そして我が国の医療現状に照らして、このクリティカルパスが我々に与えてくれる可能性についてを考察し、クリティカルパスがわが国の医療の中に根付く条件などの、これからの課題についても考証する。

Abstract

The critical path method is a "must-to-be born" and cost-effective tool for surviving today's managed care. This paper starts with reviews of the historical background of systems and cultures in health care in the United States, followed by reviews of the theoretical background and origins of critical paths. Various definitions and a lot of synonyms are available for critical paths, including clinical paths, clinical pathways, clinical care track, coordinated care plans, and so on. Components and presentations of critical paths are summarized with actual samples. The development of critical paths must be conducted by multidisciplinary collaborative teams. Modern critical paths widen their target diagnoses and treatments, expanding from typical relatively acute diseases and routine simple cares to chronic illnesses, such as Parkinson's disease, and more complicated skilled procedures. Critical paths direct the health care team in achieving daily patient care goals for specific health care problems. These paths are multidisciplinary plans of care designed to reduce patient discharge delays and use resources efficiently, while providing optimal quality patient care. Finally, obstacles to implementing critical paths in the Japanese health care field are discussed.

キーワード

クリティカルパス, ヘルスケアシステム, ケア管理, ケースマネージメント, 多職種間連携ケア管理

Keywords

critical paths, health care system, managed care, case management, multidisciplinary care management

1. 米国における医療背景とケースマネージメント

の台頭

クリティカルパスがヘルスケア界に導入されたのは米国が初めてであった。ここでクリティカルパスの導入を論じるにあたって、なぜ米国で導入が行われ受け入れられて来たのかを知るためにも、まずは米国の医療制度の基本について述べる必要がある。

米国の医療における病院と医師との関係は日本と根本的に異なる。病院と医師とは原則的には独立している。病院は医療が提供される場を提供することが第

一義であり、医師はその場を使って医師としての医療行為を展開する。例えていえば病院はデパートのようなところであり、医師はデパートに出店している専門店のような関係ともいえよう。一例として米国における医療扶助であるメディケア (Medicare) ではパートAで入院関係の費用をカバーし、パートBで医師の診療報酬をカバーするのである。このように医師に対する報酬と入院に伴う費用は別個のものと認識されてい

る。

これに比べると我が国では医師の行為なしに入院費などが発生することは想定されておらず、収入は医師の行為に依存していることが大原則となっているといえよう。つまり医師の存在抜きには医療経済活動の話は成り立たないのである。

さらに日本のほぼ100%の医療経済活動の基盤となっている保険医療制度では、その費用は診療報酬点数という全国統一の価格設定であり、その支払い方法は現時点においては標準化された出来高払い制なのである。

これに比べると米国においては、医療に関わる費用については基本的には他のサービス業の場合と同じで、サービスの供給者と受給者との間で決められるものとされているのが常識である。米国には我が国のような国民皆保険制度に相当する制度はない。唯一公的保険として用意されているのは65歳以上の高齢者あるいは身体障害者を対象とするメディケア(Medicare)と低所得者対象のメディケイド(Medicaid)の二つがあるだけである。ただし、壮年層やある程度の収入がある者はこのような公的保険の恩恵を受けることはできず、4分の3を超える国民は自ら民間の医療保険に加入する(英語では保険を「買う」と表現する)ことで、万が一の場合の法外な出費に備えなければならないのである。

一般に米国の医療費は我が国のそれとは比較にならないほど高く、平均的な外来での医師の診察料は約1万円である。これには検査や薬代は含まれていない。さらに入院費はべらぼうに高く、安いところでも1日10万円程度はし、平均的な入院費は1日30万円位はかかる。これには看護料、ベッド使用料、食事が含まれるが、前述の通り、医師の診察料や手術代などは別途支払わなければならないのである。

であるから公的保険制度の受給資格に該当しない場合は各自で医療保険を買うことで自己防衛しなければならない。しかしながらこの医療保険もその種類によって、あるいは加入希望者の種々の条件によっては、決して安いものではなく保険を持っていないあるいは持てない国民が全米の15%ほどを占めているという事実も見逃せない。なまじわずかな収入があるゆえに公的扶助を受けられず、かといって自分で保険を買うだけの余裕がない層が全米の約7分の1存在するのである。

この医療保険の選択と購入は各個人の責任によるものであり、日本の皆保険制度のような統一化・標準

化された保険制度はないものはない。どのような場合に医療費が保険からいくら支払われるのかなど、その条件や内容についてはまちまちである。支払い額については、その決定権は支払いを受ける側ではなく、むしろ支払いをする側にある場合が多く、両者の間での見解の相違についてはしばしば裁判を通して争われることもある。

このような民間医療保険の分野では1970年代から80年代にかけてHMO(Health Maintenance Organization)と呼ばれる保険制度が現われ急成長を遂げてきた。それまでの医療保険が第三者としての実際に支払われた額に対する一定割合の償還であったのに比べ、このHMOは医師、病院、薬局などの医療供給者と一体になることによって、医療そのものの現物給付を行う全く新種の保険システムである。

1965年のメディケア、メディケイドの施行以来、急激な医療費の高騰に頭を悩ませていた米国議会が、1973年に連邦HMO法案を可決し、税制面で優遇してまでもHMOの普及を誘導した背景には、このHMO自体が医療費抑制のメカニズムを持っていることに政府が着目したためである。そのことやHMOでは被保険者の保険料の安さと医療機関受診時の自己負担の少なさから急速にその組織数を増し、1991年には全米で556のHMOが組織され3860万人が加入するに至ったのである。

HMOと医療提供者とは総額請負制というべき包括的な契約がなされる。HMOは契約内容に応じて報酬総額を一括して医療提供者に支払い、医療提供者はそのHMOの被保険者に必要な医療サービスの全てを提供する、という仕組みである。すなわち医療提供者側にとってはサービス提供の機会が少なければ少ないほど、また同じサービスを提供するにしてもそのコストが低ければ低いほど運営上有利になるのである。つまりより経済効率の高い医療を提供するように向かうのである。

従来の医療保険制度は現在の我が国の制度と同様の出来高払い制に基づき、サービス提供の機会が多ければ多いほど、また患者が重篤なほど収入が増えるという仕組みである。このような状況では素早い対応、的確な判断、効果的な治療選択による患者の早期回復は、医療提供者側にとっての減収になりかねない。出来高払い制度にはこのような構造的矛盾を内包しているのである。

メディケア、メディケイドはこの出来高払い制度で創設された。加速度的な医療費の高騰は米国の医療

経済を危機に陥れることになった。1965年には460億ドルとGNPの5.9%を占めていた医療費総額は年々膨張し、1991年には7560億ドルとなり当時のGNPの14.0%を占めるに至った。さらにその翌年の1992年には8170億ドルとなったが、その内の2000億ドル(25%弱)は無駄な出費であったとの報告もある(Consumer Reports, August 1992)。そして1995年にはついに医療費総額は1兆ドルの大台にのったのである。

この米国の医療費の占める大きさを我が国と比較してみよう。1993年の国民総生産に占める医療費の割合は我が国においては6.8%であったのに比べ、米国ではその約倍の13.2%を占めているのである。我が国では昨今医療費の増大が声高に叫ばれているが、米国のそれはこの比ではないのである。

米国の医療費の中でもメディケア関連の医療費の突出は目立ち、医療費抑制のために様々な立法処置が取られたが、どれも十分ではなく、ついに1983年に医療費抑制の切り札としてヘルスケア財務局がDRGs/PPS支払い方式を導入するに至ったのである(O'Conner, 1993)。

このDRGsとはDiagnosis-Related Groupsのことであり、邦訳すると診断関連分類となる。これはYale大学の研究者たちによってなされた476の医学診断名あるいは医療処置名の分類である。この分類を元に332の全米各地の医療施設における140万人分のデータから、主要診断、二次的診断、手術の有無、年齢、性別、退院時の状態の6項目に着目して分析することで、DRGsのそれぞれに対して、標準となる在院日数と医療コストを定めたのである。そしてそのデータに基づいて、医療機関には治療内容や入院期間に関係なくあらかじめ決められた医療費しか支払わないというものが、見込み額支払い制度(Prospective Payment System: PPS)という、いわゆる定額支払い制度である。

とにかかにもこれまでの出来高払いによるメディケアの支払い制度は180度その方向を変え定額支払い方式となったのである。ここに医療コスト削減の嵐が吹き荒れ、古い体質から脱却できなかった医療機関は消滅あるいは吸収といった運命を迎えることとなった。またたとえ生き残ったとしてもこれまで以上の経営努力が絶え間なく求められた。そうしたなかで徐々に発展していった経営手法がケースマネージメント(Case Management)であった。

ケースマネージメントとは症例(ケース)毎にアウトカム(ゴール)を定め、そのアウトカムに至るための、必要十分なケアを最少限の人的・物的資源で、効

率的に提供するための管理手法である。ケースマネージメントはケア管理(Managed care)の中核をなす一方法であり、これからの病院運営に欠かすことのできない手法である。ケースマネージメントは症例にかかわる全てのヘルスケアチームのメンバー間の連携を確実かつ強力にすることに重点を置いた組織化されたケア(この場合のケアとは患者に関わるあらゆる介入を含み、医師による投薬や処置、看護職による看護介入、リハビリチームによる訓練の提供、その他栄養指導、生活指導、社会復帰のための各種の手続きや手配、家庭環境の整備など全てを包含する広義の概念である)を提供する方法であり、そのポイントは各職域にまたがる連続性のあるケアの編成することにある。個々の症例に設定されたゴールを、無理なくかつ無駄のない時間枠の中で、必要十分かつ最小限の人的、金銭的資源で達成するためにケースマネージメントは有効な手法なのである。

ケースマネージャーはこのケースマネージメントにおいて、各種ケアをコーディネートして中心的な役割を担い、その職務に最もふさわしいのは看護職であるとされている。このケースマネージメントにおいて最少の資源で最大の効果をあげるために生まれてきたツールの一つがクリティカルパスなのである。

クリティカルパスに基づくケースマネージメントは臨牀的な結果を改善し、患者の満足度を高め、総合的なケアの質の向上をもたらす。クリティカルパスが採用される他の理由としては、患者へのケアの充実度のアセスメントが継続して行われること、ケア目標設定に関わってくる変動要素の同定が容易になること、そして介入の早期開始を可能にすること、などもあげられる(Shortel & Kaluzny, 1994)。さらにクリティカルパスを用いることにより、ケア過程における改善点を発見しやすくなり、入院日数を減らし、入院にかかる費用を減じ、不必要なあるいは重複するような医療行為を防ぐことも容易になってくるとも指摘されている(Mahn, 1993)。

2. クリティカルパスの理論

クリティカルパスはそもそもヘルスケアのために生み出されたものではなく1950年代に米国の産業界で発展したオペレーション・リサーチ(OR)の中の工程管理技法から派生・発展した概念である。多数の工程に分割された作業を管理しコーディネートするための手法として考案されたパス法(Critical Path Method: CPM)がその原型である。医療技術の進歩と

医療経済構造の急速な複雑化はもはや一人のケアプロバイダーが全てのケアを漏れなく無駄なく見渡し調整すること不可能にした。ケアが提供されるクライアントを中心にそのクライアントに関わるイベントを一覧できる状況が必須となった。そこに登場したのがこのクリティカルパスであった。

3. クリティカルパスの名称

実際にはこの「クリティカルパス：Critical paths」は、他にも「クリニカルパス：Clinical paths」、「クリニカルパスウェイ：Clinical pathways」、「クリニカルケアトラック：Clinical care track」、「ケアマップ：Care Maps」、「コーディネイテッドケアプラン：Coordinated care plans」などと、様々な呼び名で言い表されており、統一されておらず、それぞれの施設で独自の呼称を用いているのが現状である。この中で、「ケアマップ」とはその名称の提唱者によってその呼称自体を商標登録されているため許可なく使用することはできない。

4. クリティカルパスの定義

前述の通り、クリティカルパスの名称にも様々なものがつかわれているが、ましてやその定義となると、これまたいくつものものがある。Metcalf (1991) は『治療過程における重要事項の連鎖の同定のための体系的なプロセス』と定義し、Goodwin (1992) によれば『特定の診断名を有する患者が達成すべき成果のための医療チームの資源投入の集積であり、事前に定められた時間枠を持つ』となる。他にも『ケース・マネージメント・プラン・プロセスの簡略化したものであり、最重要項目が適切な介入と共に明確にされている。そしてDRGで要求されている入院期間に所定の成果が達成されるために、各々の介入についてはいつなされるかがあらかじめ決められている』(Giuliano & Poirier, 1991) や『診断名分類に対応するケア管理を的確に運用するための方法や形式であり、入院期間や介入結果を明確に把握することを可能にする一連の治療看護体系のことである』(Graybeal, Gheen & McKenna, 1993) という定義も提唱されている。

5. クリティカルパスの仕様

様々な定義はあるものの、クリティカルパスそのもののフォーマットについては次にあげるエッセンスは共通である。まずはクリティカルパスは疾患別あるいは処置別に用意されており、そのクリティカルパス

の成果やゴールが明示されている。そのパス全体の時間枠の明示されているのが大前提であるが、パスの様式は、時系列上に各タスクが明示されている、いわゆる時間軸とタスク軸の2次元図表であり、各タスク項目はチェックリスト形式となるものである。

6. クリティカルパスの具体例

クリティカルパスの具体例を紹介する。一つ目(図1)は入院期間中のものとしてオハイオ州クリーブランド市のケースウエスタンリザーブ大学病院における冠動脈バイパス術のクリティカルパスである。もう一例(図2)はカリフォルニア州サンディエゴ市にあるシャープグループ病院における股関節置換術のパスであり、入院前、入院中、退院後を包括したものの流れを示してある(山内, 1996)。

一方でここ数年米国においては垂直統合(vERTICAL integration)という方略が注目され、「退院後も継続して関わっていく」という理念から退院後の施設も当該医療機関の系列として継続的なケアの提供を目指すものである。これによって医療機関は患者を自らのグループ内に囲い込んでおけるという経営上のうまみもある。

7. クリティカルパスの開発

実際にはこのクリティカルパスを誰が開発するのかということ考えてみよう。結論から言えばいたって明瞭であるが、ケアに関わる全ての部門が関わるのである。全ての部門とは医師、看護部、薬剤部、栄養部、検査部、ソーシャルワーカー、事務部(財務、運営、情報システム)を含み、そして何にもまして重要なのは経営陣に正しい理解と協力が得られることである。クリティカルパスは皆のものであり、病院内の一部門だけの独走的な活動では目指すものは得られない。多くの施設での失敗例はこの多部門による共同作業体制の確立をうまく行えなかったことによるものである。

そして実際のクリティカルパスの開発にあたっては、ケースマネージャーが中心となって表1にあげるような順序を追って進められることが理想的であるとされている(Meisler, 1994; Sullivan & Decker, 1992)。

8. ターゲットとなる疾患・処置

従来よりクリティカルパスのターゲットとなる疾患や処置には次のような原則があるといわれている。まずはケアプロセスが比較的定例的なものであり、例としては正常分娩、大腿骨頭置換術などがあげられ

University Hospitals of Cleveland

Collaborative Problem List

Care Path Name: CABG/Valve

DRG: ELOS:
Expected Disposition:
SICU

- 1.
- 2.

FOCUS	DAY OF SURG: 1st 15 min.	DAY OF SURG: 15 min to 2 hrs.	DAY OF SURG: 2 hrs. to 7 am	Post-OP DAY 1: 7 AM to Time of Transfer
Laboratory/Tests/ Procedures	ABGs, CBC/diff, Chem 7, CA ⁺⁺ , MG ⁺⁺ , PT/PTT, surgical isoenzymes; dextrose stick, pulse oximetry	EKG, chest x-ray, ABGs pm Continuous pulse oximetry Dextrose stick Q ____ Hr	Labs q8H x 2: CBC (no diff), Chem 7, Surg, isoenzymes, Dextrose stick Q ____ Hr PRN: ABGs, PT/PTT, CA ⁺⁺ , MG ⁺⁺ , other	EKG & chest X-ray pm ABGs x 2 after extubation Dextrose stick Q ____ Hr
Consults	Respiratory Therapy	Notify surgical cardiologist on call		
Physical Assessment	Complete assessment on admission to SICU, continuous EKG & hemodynamics Q15 min. & pm I & O	Ongoing physical & hemodynamic assessment & Vital signs Q15 min. I & O Wean vent as tolerated	Ongoing physical assessment Q4H Evaluate for extubation, 8-10 Hrs post-op; extubate if ABGs adequate, weaning parameters WNL, and awake. OR Evaluate weaning parameters at 0500; plan extubation, if ready as above, between 0600-0700. VS/Hemodynamic eval Q 1-2 Hrs I & O Wt in AM Assess bowel sounds	Ongoing physical assessment Q4H 4 hrs post-extubation assess for transfer to HH2 in collaboration with ICU team and surgical attending, and cardiologist when necessary VS/Hemodynamic eval Q 2-4 H I & O
Activity	Bedrest	Bedrest: turn Q2H	Bedrest: turn Q2 Hrs	Chair in AM/OOB TID
Treatments	Connect to Vent/mode IMV Insert NG tube to ____ Chest tube: autotransfusion-30 cm suction or H ₂ O seal Document initial CT output Blood rept: autotransfuse Q4H or when 500cc, up to 1L Blood products as ordered IAPB/Pacer: stand by Foley: sp gr Q6H	Warming lights or Bair hugger for temp less than 36 degrees C NG tube to ____ Isolate epicardial wires (using 3cc syringe with syringe cannula) Chest tube: autotransfusion-30 cm suction or H ₂ O seal CT/MSCT output Q15 min. Blood rept: autotransfuse Q4H or when 500cc, up to 1L Blood products as ordered Foley: sp gr Q6H	NG tube to ____ D/C NG tube at time of extubation if bowel sounds present Chest tube: autotransfusion-30 cm suction or H ₂ O seal CT/MSCT output Q1H Blood rept: autotransfuse Q4H or when 500cc, up to 1L Blood products as ordered Foley: sp gr Q6H	Evaluate for NG tube removal D/C chest tube(s) per protocol: cannot be transferred if mediastinal CT remains in pt. Portable chest x-ray post CT removal Change epicardial wire dsg when MSCT D/C D/C Swan Ganz cath if hemodynamically stable D/C Foley if urine output adequate Evaluate to D/C A-line after post extubation ABGs done & patient to be transferred incentive spirometry Q1H WA Encourage C & DB O ₂ at ____ L/min, NC Blood products as ordered

図1 ケース・ウェスタン・リザーヴ大学病院における冠動脈バイパス術のクリティカルパス(1/2)

る。脳梗塞のような頻度の高い疾患や冠動脈バイパス術に代表されるようなコストのかかるものもターゲットとなる。それらをまとめた急性心筋梗塞のようなハイリスク・グループはその治療効率、経済効率ともにクリティカルパスの恩恵にあずかりやすい疾患である。

実際にクリティカルパスの対象疾患を絞るときに

は外科的疾患から取り組むと導入しやすいが、それだけではなく、糖尿病の初回教育入院のような内科的疾患、精神科疾患（例：アルコール依存症）も十分に対象となりえる。さらには時間軸を「hours」や「days」ではなく「stage」と置くことによって、パーキンソン病などの慢性進行性疾患も対象となり得るように、クリティカルパスが適応できる疾患は幅広いものであ

FOCUS	DAY OF SURG: 1st 15 min.	DAY OF SURG: 15 min to 2 hrs.	DAY OF SURG: 2 hrs. to 7 am	Post-OP DAY 1: 7 AM to Time of Transfer
Diet	NPO	NPO	NPO	Clear liquid post extubation; advanced as tolerated to low chol/low salt
Medications	IV: D5 1/4 NS (___ KCL/L) or Antibiotics Pain: MS 2-12 mg IV/IM Q1H pm Other: Meperidine Digoxin Nitroglycerin Nitroprusside Dopamine Epinephrine Norepinephrine Lidocaine Amrinone Insulin Coverage Dobutamine Esmolol Procainamide PRN: KCL bolus	IV: D5 1/4 NS (___ KCL/L) or Antibiotics Pain: MS 2-12 mg IV/IM Q1H pm Other: Meperidine Digoxin Nitroglycerin Nitroprusside Dopamine Epinephrine Norepinephrine Lidocaine Amrinone Insulin Coverage Dobutamine Esmolol Procainamide PRN: KCL bolus	IV: D5 1/4 NS (___ KCL/L) or Antibiotics Pain: MS 2-12 mg IV/IM Q1H pm Other: Meperidine Digoxin Nitroglycerin Nitroprusside Dopamine Epinephrine Norepinephrine Lidocaine Amrinone Insulin Coverage Dobutamine Esmolol Procainamide PRN: KCL bolus	Enteric ASA Dipyridamole Pain: MS 2-12 mg IV/IM Q1H pm Other: Digoxin Dopamine Lidocaine Insulin Coverage Procainamide PRN: KCL bolus
Discharge Planning				
Teaching/Learning				
Intermediate Outcomes		Adequate ABCs Hemodynamically stable	Extubate by 7 AM Hemodynamically stable without pharmacologic support Chest tube output ≤ 75 cc/H	Hemodynamically stable without pharmacologic support Neurologically intact Mediastinal chest tubes D/C Arterial line D/C
Date				
Intermediate Outcome Met/Not Met				
Reviewed by: RN Signature Days				
Reviewed by: RN Signature Evenings				
Reviewed by: RN Signature Nights				

Outcomes:	Met	Not Met	Comments	Date/Initials
Hemodynamically stable; respiratory parameters adequate for patient				

図1 ケース・ウェスタン・リザーヴ大学病院における冠動脈バイパス術のクリティカルパス(2/2)

る。

9. 我が国の医療現状に照らして

我が国の医療文化の特徴の一つは長い在院日数である。これは OECD（経済協力開発機構）27カ国中、突出している長さである。その理由としては、病床（病院）の機能別化が未発達であること、病院施設でのマンパワーの充足度が依然として低いこと、一定価

格の出来高払い制による報酬制度により入院期間短縮へのインセンティブが機能しないことなどが主要なものである。さらには、診療プロセスの体系化が十分でなく検査や処置の流れがスムーズでなく、例えばある処置を行う前に済ませておかなければならない検査が済んでいないがために全体として遅れ遅れになることはしばしば目にするものである。その上、各種疾病・障害保険制度からの入院保険金を受け取る

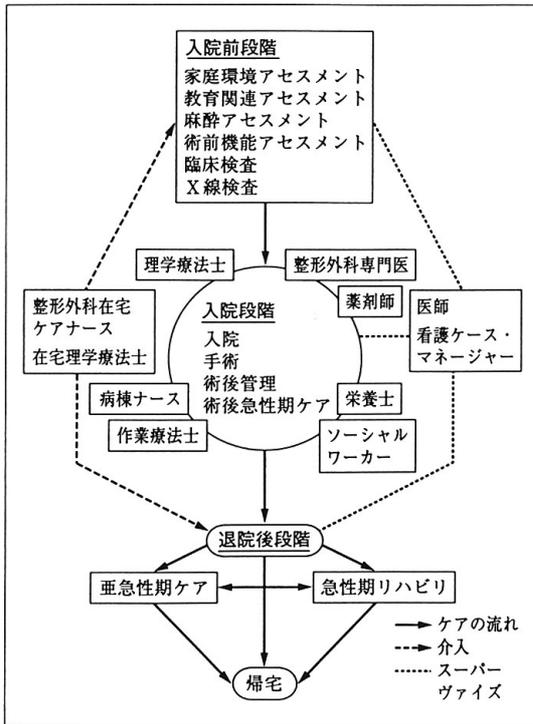


図2 シャープグループ病院の股関節置換術のクリティカルパスの流れ (山内, 1996)

表1 クリティカルパスの開発過程

1. ターゲットとなる疾患・治療の選定
2. 文献検索
3. 開発担当チームの結成
4. 自施設の基礎データの収集
5. 重要項目の洗い出し
6. ドラフトの作成
7. クリティカルパスの開発
8. 医療チーム全員の合意を得る
9. パイロットプログラムの試行
10. 予備調査結果を検討
11. プログラムの修正
12. 一斉実施
13. 定期的見直しと修正

ことができるようにと、医学的必要性を越えて入院を継続する場面にも遭遇することがある。伝統的な出来高払い制度の元ではどうしても経営感覚・コスト意識の不徹底になるのもいたしかたがない。

ここで我が国での看護を取り巻く環境全般についてを振り返ってみたい。まず最近の看護業務運営体制はプライマリナース制度を採用しながらも勤労者としての労働条件は3交替制から変わっていないという現実がある。多くの病院の看護体制ではプライマリ・ナースング制度を取り入れているにもかかわらず、実際の勤務形態は伝統的な3交替制を踏襲している。そのためプライマリナースが準夜、深夜と勤めると日勤としての連続不在は稀なことではない。米国でのシフトは日本ほど頻繁かつ複雑ではない。このプライマリ制と3交替制の併存は、看護職自体の「主体性の自覚とその維持の困難」という大きな問題の解決にとってはむしろ妨げとなる可能性も与えかねない。

看護職内での役割分担においては制度上、正看と准看の区別があるにもかかわらず、多くの場面ではっきりとした役割分担がなされていない。さらに無資格の看護助手の補助業務とのオーバーラップすら目につく場合もある。また同じ正看であってもその教育背景

は専修学校、短期大学、4年制大学と様々な場合がある。米国では教育背景に応じた業務分担も認められる場合があるが、日本では絶対的な数の割合のアンバランスからか、その役割分担は十分には認められてはいない。

看護活動の法的根拠には保助看法による根源的な縛りがある。つまり『保健婦助産婦看護婦法』の第5条に定義された業務『診療の補助』に看護業務についての権限と責任の所在が限定されている、という大前提がある。このことにより、決定権を見ずからの掌中に納めていないことに起因する主体性を欠く態度も見受けられることであろう。また判断を多くの場合、医師に委ねてきたという歴史的、制度的背景から、自らの判断力を養い、鍛えるといった雰囲気には乏しく、さらに厳しい見方によれば、看護活動の法的根拠の弱さ、判断力不足などにより自ら責任を取るといった場面や態度があまり多くはうかがえないとの指摘もある。

さらには看護業務に対する報酬は現時点では一日当りの定額払いであり、入院に対する報酬は入院期間が長くなればその単価は低くなるものの、総額による縛りはなく、一種の『出来高払い』的な要素もある。

これは自らの活動や判断が直接的に収入に反映していないため、たとえ支出にも大きく影響しているにもかかわらず、コスト意識を著しく乏しいものにしてしまう恐れを生むものであろう。

10. クリティカルパスが与える可能性

クリティカルパスの導入効果としては次のようなものがあげられよう。まずはケアの共有化を通してケア場面での責任とイニシアチブが明瞭化され、チーム医療の強化を図ることが期待される。クリティカルパスを導入してケアをシステム化することにより、患者を中心に据えたケアを各専門職が責任と役割を明瞭にして提供できるようになる。同種の専門職内でも標準化されたケアを共有することにより、ケアの具体的な提供者が代わっても一定のケアを安心して提供することができるのである。

患者はより専門的なケアを計画的に受けることができると同時に、無駄な検査や介入に煩わされることがなくなり、心理的、経済的に安心できるようになる。またケアの効率化という名のもとに必要なケアが欠けていないかを事前に確認し保証することができる。さらに看護業務で永遠の課題である『記録』に関しては簡素化を図ることが期待できる。これはすなわち、ケアの効率化と質の保証であり、無駄と漏れない医療の提供を保証することにつながる。

クリティカルパスが現任教育のツールとしてその現場におけるスタンダードを明示していることになり、異動や新任にともなうスタッフ教育の場面において、十分検討されたスタンダードを教材として用いることができ、現場に普遍的なものを伝えることが正確かつ容易になるであろう。

患者へのオリエンテーションのツールとして、ケアの進捗を具体的に提示できるツールとして用いることができ、インフォームドコンセントを向上させることが期待できる。そのことにより患者は、自らに提供されるケア計画についての不安が軽減し、様々な個人の計画を立てることにより積極的になることが期待される。それは一方的にケアを提供される者としてではなく、自らのケアについてより多くの自己決定を行い、ケアにより積極的に参加することを促すことに役立つと考えられる。

11. これからの課題

クリティカルパスを導入することにより、医療場面での患者を含めた意思決定のプロセスを明確にする

ことになる。しかしこれは、決して看護の独善陥ってはならず、医師をはじめとする医療専門職、病院管理職、病院運営事務職、そして患者や家族、時によっては地域行政との緊密な連携プレーが必要である。その連携プレーの『地図』としてのクリティカルパスを正しく作成する必要がある、その調整役を誰が担うのかをはっきりさせて進めなければならない。これはすなわち医療の決定権の在り場とその共有をはっきりさせることを大切にするに他ならない。

コストに関しては支払い側に決定されるのではなく、自らの良識に基づいて行われるといったドライビングフォースが大切になる。これが日本の保険医療制度にDRGs/PPSが導入されるならば、その決定権は支払い者側に移ることにもなり兼ねない。

個を扱う医療というものが、ある程度一定のケアを供給するという一方で、高い次元での均質制が要求され、現実でのそれらの接点を探ること、そして日々変化する日常と臨床において、その接点を常にベストのものに維持する努力が必要となる。これは一度作成したクリティカルパスでも、作成したその時点から見直しをするシステムを直ちに連動させ改善していくといった、継続的な質改善：CQI (Continuous Quality Improvement) を行わなければならない。

クリティカルパスの有効利用のためには何よりも適切な判断力を養うことが必要になる。折角素晴らしいクリティカルパスが用意されても、パスの要所所で、右か左かといった判断が正しく行われなければパスを十分に生かせない。特に最近看護ではアセスメントについての必要性の認識が高まってきていると同時に、その能力の向上が叫ばれている。クリティカルパスを運用していくに十分なアセスメント能力の取得と維持向上が不可欠な要件であることには疑いはないであろう。

参考文献

- Giuliano, K.K. and Poirier, C.E. (1991). Nursing case management: Critical pathways to desirable outcomes. *Nursing Management* 23(3), 52-55.
- Goodwin, D. (1992). Critical pathways in home healthcare. *Journal of Nursing Administration* 22, 35-40
- Graybeal, K.B., Gheen, M. and McKenna, B. (1993). Clinical pathway development: Overlook model. *Nursing Management* 24(11), 42-45.

Health care in crisis: Are HMOs the answer? Consumer Reports, August 1992.

Mahn, V. A. (1993). Clinical nurse case management: A service line approach. *Nursing Management* 24(9), 48-50.

Meisler, N. (1994). CNS to case manager: Boadening the scope. *Nurse Management* 25(11), 44-46.

Metcalf, E.M. (1991). The orthopaedic critical path. *Orthopaedic Nursing* 10(6), 25-31.

O'Conner, S. (1993). Outcomes management in perioperative services. *Nursing Economics* 11(6), 364-369.

Sullivan, E. and Decker, P. (1992). *Effective Management In Nursing*. (3rd ed.), Redwood City, CA: Addison-Wesley.

Shortel, S. and Kaluzny, A. (1994). *Health care management organization design and behavior*. (3rd ed.). Albany, NY: Delmar Publishers, Inc.

山内豊明 (1996). クリティカル・パスの実際 . 股関節置換術を例として . *Quality Nursing* 2(11), 939-950.

著者連絡先

〒 870-1201

大分県野津原町廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座

看護アセスメント学

山内豊明

yamauchi@oita-nhs.ac.jp

看護教育における初期体験実習の経験と意義

Experience of the Early Exposure Practice in Oita University of Nursing and Health Sciences

桜井 礼子 Reiko Sakurai, RN

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 保健管理学 Oita University of Nursing and Health Sciences

山口 真由美 Mayumi Yamaguchi, RN

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 基礎看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

1999年7月20日投稿, 1999年11月24日受理

要旨

看護教育の大学化が進む中で、各大学がより効果的な教育手法等の取り組みを行っている。今回は、本学で行った初期体験実習（第一段階の実習）の概要と実習の成果を報告する。初期体験実習は、1年次の早い時期(9月)に学生が看護の様々な活動を見たり体験することを通して、看護の役割と看護職の多様性を知り、看護に魅力を感じることによって、学習に意欲的に取り組むことを目的に実施された。実習方法は、保健・医療・福祉の場から14施設を選び、全5日間で2～4日目の3日間を施設実習とした。その結果、学生は看護職の多様性、看護の基本となるもの、看護職の魅力などを学びとることができ、さらに学生自身がそれぞれ今後の学習課題を認識することができ、効果的な実習であった。今回の経験を通して、学生が早い時期に様々な領域で実習を行うことは効果的であり、良い実習環境をつくるには、実習施設の選定と、担当教員の役割や実習施設の指導者との連携が重要であることが再認識できた。

Abstract

As nursing education is advancing at the university level, many institutions are engaged in the development of more effective educational techniques. This paper presents an experience of the Early Exposure practice trial conducted by this university. Early Exposure practice was conducted in September at the end of first semester in the freshman year of study. It was hoped that through experiencing variety of facilities and nursing activities, such early exposure would serve to make students aware of the role of nursing and the diversity of the fields of nursing, to make them feel the appeal of nursing, and to motivate them to apply themselves very actively to their four years of study. Early Exposure practice was conducted over a period of five days. The facilities chosen included a general hospital, public health welfare, and industrial health facilities. Actual practice occurred at 14 facilities for a period of three days. Remaining two days were for orientation and final group presentation. Early Exposure practice was considered a success, as students were able to personally experience the basic of nursing and the various aspects of the profession of nursing, to feel the appeal of the profession of nursing, and also to come to an understanding of their future areas of study. This experience renewed our appreciation of the effectiveness of students practicing in a variety of places at an early stage, and of the importance of both the selection of the practice facility, and the genuine cooperative relations faculty and the practice facility staff in creating a good practice environment.

キーワード

看護教育, 看護実習, 初期体験実習

Keywords

Nursing education, Nursing practice, Early Exposure practice

1. はじめに

近年、少子・高齢化社会を迎え、家庭、職場、地域等の幅広い領域において、人々の多様な健康ニーズに貢献することができる看護者を養成することが求められ、大学での看護教育に対する期待が高まっており、平成元年には11校であった看護大学は、平成11年には、76校に急増している。

看護教育の大学化が進む中で、看護教育のカリキュラムは、各大学が指定規則を念頭におきながら、それぞれの経験をもとに、独自の教育プログラムを作成している。そして、実施した教育内容をフィードバックしながら、より効果的な教育を行おうと努力している。しかしながら、大学教育としての看護教育の

あり方については、今後さらに数多くの検討を重ねてシステムとして整えていく必要がある。このためには、お互いの経験等を情報交換しながら、大学における看護教育を体系化していく必要があると考える。

そこで、今回は、本学で行った初期体験実習(Early Exposure)の概要を紹介し、実習の成果、今後の課題などを報告する。

2. 初期体験実習の概要

(1) 基本的な考え方

本学での看護実習は、学習レベルに応じて表1に示すように5段階で行っていくこととし、初期体験実習(Early Exposure)はその第1段階に位置づけられている。この初期体験実習では、これを1年次前期という早い時期に行うことにより、看護の楽しさを実感し、学習することの意味づけを自ら認識し、理解することによって、意欲的に4年間を学習できることを目指している。

この実習の目的は、保健・医療・福祉の場における様々な看護の活動を見たり、体験することにより、看護に魅力を感じたり、興味を持ったりし、今後の学習の動機づけをすることである。さらに、実社会で生活している人々の健康状態、健康ニーズには、様々なレベルがあることを理解し、看護実践の場が社会に広く

存在することを知り、それぞれの領域における看護の役割を理解することも目的とした。そして、これらの目的を達成するために以下のような目標を設定した。

実習施設の設置目的はどのようなものかを知る。

実習施設で働く看護職の役割について知る。

看護職について仕事の実際を見たり体験する。

看護の対象にふれる。

各施設でそれぞれ実習し体験したことをグループ内またはクラス全体で共有する。

自己の今後の学習課題を知る。

(2) 実習の方法

i) 実習施設

第一段階の目標を達成するために、表2に示した幅広い領域の施設に実習をお願いした。

ii) 実習日程及び実習内容

実習時期は1年次9月とした。これは学生が大学生活に慣れ、入学時から始まっている看護学概論で看護の入口が見えてくる頃と考え、実習時期として選択した。実習期間はオリエンテーション及びカンファレンスを含めて5日間である。基本的な実習内容は表3に示す通りである。学生には、この実習の前(看護学概論の講義の終了直前)に動機付けとして、『看護とは』というテーマで簡単なレポートをまとめさせ、これを

表1 5段階実習の流れ

段階	領域	実習時期	実習目的
第1段階	初期体験実習 (Early Exposure)	1年次 前期後半(9月)	看護の場の広がりや看護者の役割、人々の多様な健康ニーズを把握し、看護の魅力を実感する
第2段階	基礎看護学実習	2年次 後期・後半 (1月)	入院患者に接しながら、看護の対象の生活環境や心身の状態を踏まえ、日常生活の援助の方法を学ぶ
第3段階	看護アセスメント学 実習	2年次 後期・後半 (2月)	患者の身体面、心理面、社会面を総合的にとらえ、健康問題を明らかにするプロセスを学ぶ
第4段階	専門看護学実習 成人看護・老人看護 小児看護・母性看護 精神看護・地域看護	3年次 後期・前半 (10~12月) 4年次 前期・前半 (5月~6月)	各領域別の看護の特性や看護過程を踏まえて個々の対象に応じた実践の方法を学ぶ
第5段階	総合実習	4年次 前期・後半 (6月)	第1段階~第4段階までの看護実習の体験から自らが希望する領域を選択し、その分野での看護実践を通して、専門職としての自覚を高める

表2 実習施設

	実習施設	従業員数または利用者数	看護職数	学生数	教員数
事業所	A	従業員 2,303 人	3	4	1
	B	従業員 1,199 人	5	4	1
	C	従業員 753 人	2	4	1
	D	従業員 2,300 人	9	4	1
	E	従業員 3,776 人	4	4	1
検診センター	F	利用者数 54,165 人/年	10	6	1
	G	利用者数 53,767 人/年	29	6	1
病院	H	ベッド数 630 床の総合病院	359	6	1
	I	ベッド数 97 床のリハビリテーションセンター	35	6	1
老人保健施設	J	入所定員 100 人 通所定員 50 人	12	6	1
	K	入所定員 90 人 通所定員 35 人	16	6	1
	L	入所定員 100 人 通所定員 40 人	13	8	1
	M	入所定員 100 人 通所定員 40 人	10	6	1
	N	入所定員 100 人	4	8	1

表3 実習の内容

	内容
1 日目	学内オリエンテーション ・全体のオリエンテーション；実習の目的・目標、スケジュール・記録・評価、注意事項など ・施設別オリエンテーション；実習施設の場所や職員の数等簡単な概要説明、具体的スケジュールなど
2 日目	施設実習 ・学生自身が行動目標を考え、可能な限り実際の現場を体験し、看護の対象と直接話す機会を持つ；施設の概要説明を受ける、看護職者から仕事内容や看護する喜び等について話を聞く、実際のケア(保健指導・健康診断・診療の介助・生活援助等)の見学、対象者と直接関わる(対象者と話をする・アンケートをとらせてもらう・衣服着脱や移動の介助・入浴介助・食事介助・おむつ交換など)
3 日目	
4 日目	
5 日目	学内カンファレンス ・グループワーク；実習で体験したことを各グループでグループ・レポートとしてまとめ、全体発表の準備をする ・全体発表；各グループごとに OHP を利用して発表を行い、施設ごとにディスカッションを行う

学生の情報として実習施設の指導者に事前に提示した。

実習の成果は、日々のカンファレンスと毎日提出させるデイリー・レポートの中で確認した。また実習最終日には、学内カンファレンスや全体発表を含めた実習全体に対する感想や学習課題についてまとめたも

のを、ファイナル・レポートとして提出させ、個々の学生の評価に用いた。

iii) 施設実習の指導体制

1 施設に対し学生4名～8名と担当教員1名を配置し実習を行った。

各施設での具体的な実習内容は、事前に担当教員

と施設の指導者が話し合いを持ち、実習の目的と学生の学習状況を指導者に理解してもらった上で、それぞれの施設に合わせ調整した。実習中の指導の主体は施設の指導者で、担当教員は、学生が体験し得た情報を整理し自分たちの学びにつなげていく過程や、グループワークによって学生が自分の考えを発言し学びを共有するという過程に関わっていった。その上で、教員と施設の指導者とで、学生の日々の学びについて情報交換し実習内容の調整も行っていった。

日々のカンファレンスにおいては、学生が主体的に自由にディスカッションできるよう心がけた。また、カンファレンスには、施設の指導者にも参加を求め、適宜指導・助言をいただいた。さらに担当教員は、学生が毎日提出するデイリー・レポートについては、その日のうちに目を通してコメントを返し、学生の実習での学びを確認していった。

3. 実習の成果

(1) 分析方法

実習の成果は、施設ごとにまとめたグループ・レポートと78名分のファイナル・レポートを対象に判断した。グループ・レポートは、施設ごとに、各施設の概要、施設の対象者の属性、特徴と健康ニーズ、看護職の役割、個々の感想・印象について共通点と相違点を要約したものである。また、ファイナル・レポートは、実習の最後に学生が個々の学びをまとめたものであり、施設実習で学んだこと、グループでのまとめや全体発表会での情報を得て実習全体で学んだことや、今後の学習課題がまとめられたものである。これらのレポートに記述された内容で、学生が学んだこと、体験して感じたことを、前述(2.1))した6つの目標にそって実習施設ごとにまとめた。さらに、実習施設を事業所、病院、健診センター、老健施設の4グループにまとめ、学生が目標にそってどのような学びができていくかについて分析を行った。

(2) 分析結果及び考察

実習施設の設置目的はどのようなものかを知る

この目標は、その施設がどのような人を対象としているか、その対象となる人々の健康ニーズを知り、その施設の設備、環境がどのようなになっているかを知ることである。学生はどの施設でも、施設の看護職や職員から施設の説明を受け、また対象者と看護職が接する場面をみることから、施設がどのような人々を対象としているかを理解している。例えば、老人保健施設

では、老人保健施設と老人ホームの違いを知ったり、事業所や検診センターでは、対象者は健康な人であり、病院とは対象が違うことを学んだりしている。また、対象者にあわせて例えば老人保健施設では、安全を配慮した手すりを付けたり段差をなくす等のような設備の工夫をしていたり、事業所では、分煙や作業環境に合わせた照度の調節等といった環境への配慮がされていることを実際に見て学んでいる。

実習施設で働く看護職の役割を知る

この目標は、実習施設の組織を知り、看護職の位置づけやどのような看護が対象者に提供されているか、またどのような専門職が働いていて、看護職とどのような連携をとっているかについて知ることである。学生は、看護職の役割について、看護職から直接説明を聞いたり、実際の活動を見ることで、その特徴を理解している。たとえば、事業所では、対象が健康な人が中心であり健康の維持や予防といった活動を行っていること、老人保健施設では、対象者が高齢であり日常生活のケアと生活の自立にむけた援助が行われていることを学んでいる。また、事業所や健診センターでは、同じ施設で働く保健婦と看護婦という異なる看護職を比較してその役割の違いを知り、病院では看護婦でも所属する部署により役割が違うことを学んでいる。また、それぞれの専門職から直接話を聞いたり実際の活動を見ることで、その役割を理解し、さらに看護職と専門職がチームとして連携をとって仕事をしていることを学んでいる。

看護職について実際に仕事を見たり体験する

看護の対象に触れる

この2つの目標は、学生が看護職および看護の対象に触れるという体験を通し、学生自身の看護に対する気づきや主体的に学んでいく過程を大切にしたいと考え設定したものである。

これらの目標の成果を判断するための評価項目を、ファイナル・レポートから文節で抽出して、キーワードにより分類した結果、表4に示すように実習施設全体に共通する内容としてまとめられた。

たとえば、対象者に対する姿勢や人間関係については、コミュニケーションの重要性と難しさ、信頼関係を築くことの大切さ、優しさを持つこと、対象を尊重すること等である。看護職に必要な知識や技術については、幅広い専門知識や熟練した技術の重要性と、何よりも実践が大事であることを感じ取っている。また、学生は看護職が働く場面から、忙しさやたいへん

表4 看護職について仕事を見たり体験して学んだこと

	学生が感じたこと、学んだこと
対象者に対する 姿勢・人間関係	<ul style="list-style-type: none"> ・日々のコミュニケーションが大切であること ・常にコミュニケーションをとり、笑顔を絶やさず、明るい雰囲気を作っていること ・対象者や家族と信頼関係を築くことが大切である。 ・コミュニケーションをとることで信頼関係を築くことができること ・非言語的コミュニケーションの大切であること ・対象者の個々の価値観を大切にし、対象者を尊重すること ・優しさと厳しさをうまく調和させていくことが大切であること ・対象者の身になって考えること ・対象一人一人への細やかな心遣いをしていること ・知識、技術だけでなく心が大切であること
看護職に必要な 知識・技術	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職として幅広い知識が必要であること ・知識と技術の両方を備えて、看護実践が可能となること ・身体的なケアばかりでなく、精神的ケアが重要であること ・看護実践の重要性がわかった ・実践することの難しさを感じた ・患者を不安にさせないケアが大切であること ・観察力と状況に応じた判断が必要であること ・対象者の安全、安寧が大切であること
仕事に対する 姿勢、やりがい	<ul style="list-style-type: none"> ・前向きで、向上心を持ち続けていること ・プロ意識をもち、自分の仕事に誇りを持っていること ・ハードな仕事で、看護職のたいへんさがわかった ・生き生きと働いていること ・体力が必要であり、健康維持の必要性を感じた ・看護職は勉強を続けなければならない ・大変な仕事だと思うが、そこに魅力を感じることができた ・対象者が満足している姿をみることがやりがいにつながる
対象者と接して 印象に残った こと	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者とコミュニケーションをとるのに苦勞し、とまどった ・「ありがとう」のことは、会話ができたときなど、人と触れ合う喜びや楽しさを実感した ・対象者の健康に対する関心の高さを知った ・対象者と少しだけコミュニケーションがとれ、看護の魅力を少し感じた ・何もできない時だからこそ、笑顔の大切さを感じた ・ケアに参加して、たいへんさ、もどかしさ、難しさを感じた ・何もわかっていないことを実感させられ、少しショックをうけた

さを感じる一方、どの施設でも看護職がプロ意識や向上心を持ち、生き生きと働いていることを感じ取っている。

そして、看護職から、たいへんさの中にもやりがいや仕事への誇りをもって働いているとの言葉を聞き、学生自身が看護に魅力を感じるように変化している。特に、老人保健施設では、対象者に食事介助や車いすでの移動などの直接ケアを体験できる場が設けられており、実際にケアした結果、対象者の健康ニーズをとらえたり、対象者から笑顔や感謝の言葉をかけられたことで、学生自身が看護の喜びを実感している。

実習前までは「看護職になりたくない」と思っていた学生が、実習終了後には「看護婦になりたい」と気

持ちが変化し、「実習はたいへんだったが楽しかった」、「次の実習へも行ってみたい」など、前向きな反応も得られている。これは、実習施設の指導者が看護職としてのモデルとなったことや、看護職の一言が学生に多くの示唆を与えたことが学生の学びに繋がっており、この時期に看護職と直接接することの影響は大きいと考える。

各施設でそれぞれ実習し体験したことをグループ内またはクラス全体で共有する

ここでは、自分が体験し学んだことをカンファレンスの場で他者に伝えること、他者が経験したことを自分の体験として取り入れることができることを目標とした。

レポートの中で、「他者に自分たちの経験や学びを伝えることの難しさを感じた」「実習で体験したことをみんなに伝えたいと思った」という感想があげられていた。学生は発表会で他のグループの発表を聞くことで、自分の実習した施設と比較し看護職の役割や対象者の健康ニーズの違いに気づき、看護職の活動の場が広く、さまざまな看護が行われていることを学んでいる。また、例えばコミュニケーションの重要性や看護職への魅力など、どの施設の学生も同じような体験や学びをしてきたことに気づき、看護の基本となることは共通していることも学んでいる。

このように学内カンファレンスで学生が学びを共有できたことは、学生自身が自分たちの体験や学んだことを大切に思い、正確に他者に伝えたいと感じたこと、また、他のグループがどのような体験をしてきたのか知りたいという関心を持ち、積極的に聴く姿勢をもったことが要因になっているのではないかと考える。

自己の学習課題を知る

この目標は、専門職としてどのような知識、技術や態度が必要であるかを学ぶことである。学生自身が体験し、気づき、実感したことが学習の動機付けに結びついていることが、ファイナル・レポートに示されている。

すべての学生が共通してあげている学習課題は、専門的知識と実践できる技術を身につけることである。また、人間関係の重要性を実感し人間として成長すること、看護職としての資質を身につけるために、特に普段の生活の中からたくさんを経験し学んでいくことの必要性をあげた学生が多かった。レポートでは、実際に働く看護職の姿をみて看護に魅力を感じたことが学習の動機付けとなった要因として多くあげられている。また、学生自身が実習現場で看護職が話す言葉が理解できなかつたり、対象者とうまく話ができなかつたことから、今の自分が何も知らない、何もできないためであることを自覚したことも今後の学習の動機付けの一因となった。

そして、今学んでいる講義が、今後どのように結びついていくか、その必要性を認識できたことで、「自ら積極的に動いて経験し、いろいろなことを吸収したい」「学問上の看護だけでなく看護の実践もしっかり学びたい」「これまで受け身だったが、行動をおこせるように積極的にになりたい」等という記述が見られ、前向きに学習に取り組もうという姿勢が生まれてきていることがわかる。

4. 実習内容と指導体制の評価

(1) 実習内容

実習1日目に、実習に取り組む準備をするために学内でオリエンテーションを行った。特に目的・目標を理解することと、はじめて実習にでるため実習上の心得についても重点をおいた。しかし、オリエンテーションに遅刻してくる学生が数名いた。オリエンテーションが実習の一部であることを意識づけ、実習目的を理解させるとともに、初めての実習に出るときの学生の姿勢に関しての指導を十分にする必要があると感じた。

実習のグループ編成は、施設の受け入れ状況と施設数の関係から1グループ4名～8名とし人数の調整を行った。しかし、1グループ8名であった2施設を担当した教員から1年次の学生であり、施設実習で学生がどのようにしているかを把握するには多い人数である、との意見があった。今後、実習施設を増やすことと共に、グループの人数についても検討が必要である。

施設実習の3日間は、初めての臨地実習ということで、学生の緊張度やストレスを考慮し、初日を金曜日とし土・日曜日の休日を入れ、月・火曜日と続けた。この3日間で、学生は、施設の概要を理解し様々な場面で看護の実際を体験し学ぶことができた。実習施設についてほとんど知識がない状態から実習を始めること、体験実習であることを考えると、施設実習の期間は3日間で適当ではないかと考える。

学内カンファレンスは、グループワーク、全体発表を1日の予定で行った。半日のグループワークでは、3日間の実習で得たたくさんの情報を整理し意味づけをし学びとしてまとめることにより、多くの知識を得、共有することができていた。また、全体発表では、実習の成果を発表する場をもつことにより、お互いの学びを共有し、看護の多様性を理解することができていた。しかし、グループによっては「プレゼンテーションがうまくできず残念だった」「時間が短く、言いたいことを全て発表できなかった」等とグループワークの時間が不足、まとめや発表の準備が十分できなかったという感想があった。グループ・レポートの作成や、各グループの発表からお互いが経験を共有するという目標から見ると、もう少し時間をかけた方がいいと考える。

(2) 指導体制

施設の特徴を活かした個別の実習計画を立案し、

学生の学びを教員と施設の指導者がお互いに確認しながら実習を行えたことは、学生の大きな学びに繋がった。学生に良い実習環境を提供するためには、実習施設の選択、担当教員と実習施設の指導者の役割の明確化と連携が重要である。

また、実習施設の看護職やスタッフが学生に様々な事を学んで欲しいという熱意をもって接して下さったことを、学生はレポートの中で、実習施設に暖かく迎えられたと述べている。実習施設の指導者からは、『学生からさまざまなことを問いかけられたことで、自分たちの仕事をあらためて振り返るよい機会となった』とのコメントを多く寄せていただいた。このように、実習施設の指導者の実習に対する熱意や取り組み姿勢も、よい実習環境を作り出した要因と考える。

5. 初期体験実習の意義

初期実習をこの時期に行うことは、学生にとっては、看護の知識もほとんどなく、いったいどんなことを実習で学ばよいか戸惑いが大きく不安な状況におかれることになる。しかし、このような学生の状況を理解して、施設の指導者に指導していただいたことや、施設のスタッフや対象者の方々から実習中暖かく見守られたことは、学生には大きな支えとなった。学生は提示された目標を基に、自分たちの目の前で行われる看護場面に緊張しながらも、たくさんの新しい情報や現場での気づきを得ることで、自ら学ぼうという姿勢に変化していった。実習でなければ学べないことは何か、また、看護職や対象者に直接接触れることから、講義では得られない自分たちの体験や観察と感性を通して学ぶことの大切さを実感したと言える。

また、初期体験実習は、学生自身の看護職に対するイメージや認識にも変化をもたらした。これまで多くの学生は、看護職は病院で働く看護婦であるというイメージを持っていたが、看護職の活動領域には様々な領域があることを認識し、自己の進路について広がりを感じるようになった。また看護職に魅力を感じ、専門的知識・技術はもちろんのこと、多くの様々な経験から豊かな人間性を形成することの必要性を認識し、これらが学習意欲へと繋がっている。

今回の実習目的は、看護職の多様性を理解し、看護に魅力を感じ、自己の学習課題をもち積極的にその課題に取り組もうとする姿勢が生まれてきている、という点で達成されたと考える。このように、早い時期に様々な看護職と対象者がいる施設での看護実習方法

は、学生の学びを様々な角度から広げ深めることができる。また、今後の学習のレディネスをつくることにもなり、初期実習として意義があると考えられる。

6. おわりに

本学における初期体験実習の経験を振り返り、看護教育における初期実習のあり方について検討を行った。どのような施設を選択し、学生にどのような体験の場をつくるかは、初期実習では特に重要であることが再認識できた。今後、看護職の活躍の場が広がることを考えると、学校保健や精神保健及び在宅看護の場などを追加することで、さらに学生の学びに広がり期待できるのではないかと考える。この初期体験実習の成果をもとに、さらに次の段階の実習の検討を続けていきたい。

著者連絡先

〒 870-1201

大分県大分郡野津原町廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学 保健管理学研究室

桜井 礼子

sakurai@oita-nhs.ac.jp

精神障害者の社会復帰・生活支援の新しい試み

- カリフォルニア州における「ヴィレッジISAプログラム」研修に参加して

栗栖 瑛子

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 精神保健福祉学

1999年11月2日投稿, 1999年12月7日受理

キーワード

ヴィレッジISA, 資金頭割り制度, ヴィレッジISAモデル, パーソナル・サービス・コーディネーション, 心理社会的リハビリテーション, 精神障害者

Keywords

The Village Integrated Services Agency, Capitated System, Village ISA Model, Personal Service Coordination, Psychosocial Rehabilitation, Mentally disabled

1. はじめに

1999年3月22日から3月26日までの1週間、「やどかりの里」(埼玉県)主催、アメリカ・カリフォルニア州ロングビーチ市のロスアンゼルス郡精神保健協会(非営利団体、協会長R.Vanhorn、牧師)の社会復帰施設である「ヴィレッジISA(The Village Integrated Services Agency、以下、ヴィレッジISAと略)」の研修セミナー(第5回)に参加した。研修参加者は、日本各地から集まった、精神科医、病院理事長、看護婦、保健婦、PSW、大学教員、生活支援施設の利用者など総勢29名。

1960年代を境にしてアメリカの精神医療は、病院中心の医療から地域ケアへと急速に大きな変革を遂げた。この中で、地域で生活して行く精神障害者のために、多くの社会支援プログラムが考えられてきたが、従来良く知られているのが、ニューヨークの「ファウンテン・ハウス(泉の家)モデル」で、日本でもこれを知る人は多い。

筆者が研修したカリフォルニア州ロングビーチ市の「ヴィレッジISA」プログラムは、ファウンテン・ハウスのような従来型の社会支援モデルとは異なる新しい試みとして近年注目されている(表1参照)。充実した一週間を過ごすことが出来たが、印象に残った2,3のことをかいつまんで、ここでは紹介させていただきたい。

2. 医療と福祉を統合したプロジェクト「ヴィレッジISA」

第一の特徴は、「資金頭割り制度(Capitated System)」による運営であろう。これは、カリフォルニア州で1988年に制度化されたもので、医療のみならず福祉にかかる経費もすべて一括して、利用者一人当たりの年間費用をきめ、その額の範囲内ですべての活動をやり繰りする。予算よりも年間費用が安く済んだら、それは「ヴィレッジISA」のために余分に使えるが、入院したり、費用がかさんで予算を超過しても、どこからも補填はされない。当然、スタッフは、費用のかさむ入院などは極力避けて、いかにして地域で利用者

表1 2つのタイプの比較 (Comparisons of Two Models)

従来型	「ヴィレッジISA」型
プロフェッショナルによる決定 : 処方された治療法	利用者と職員によるゴールの確認 : 共同でプランを開発
依存型、管理的アプローチ	相互依存、自由型アプローチ
期待度: 低い	期待度: 大きい
エキスパートと患者の関係	大人と大人の関係
ストレスを最小限に	リスクを冒す
投薬により症状をコントロール	最小限の投薬、症状是認
障害が中心	能力が中心
病状、症状、疾患	健全性、体力、健康
精神の範囲内で機能が中心(話す)	機能的頻度に焦点(行動する)
保護された環境でのサービス	コミュニティでのサービス

をサポートし、利用者のQOLの向上をはかるかに知恵を絞る。この年間の費用は、利用者の年金からの利用料、国・州・郡の財源が大半を占め、残りは寄付金である。「ヴィレッジISA」の利用者は現在276名。年間予算は、障害者一人当たり16,000ドル(中等度の障害)～5,000ドル(軽度の障害)で、これで「ヴィレッジISA」のすべてがまかなわれている。

「ヴィレッジISA」は、研究プロジェクトとして始められた。というのは、1989年にロスアンゼルス郡は、「資金頭割り制度」を作った際、プロジェクトの有効性を評価するためにの3つの研究をスタートさせた。その中の一つが「ヴィレッジISA」である。詳細は、Chandler, D. et al : Client Outcomes in a Three-Year Controlled Study of an Integrated Service Agency Model. *Psychiatric Services* 47: 1337-1343, 1996 を参照されたい。このプロジェクトはさらに対象群を14に増やして、現在も継続中である。

3. 「ヴィレッジISA」における理念とサービスの特徴

第二の特徴は、「ヴィレッジISA」モデルの指導理念とそのサービスのあり方にある。指導理念は、(1)人は皆、社会に参加する責任をもっている。(2)精神疾患に罹患した人は、回復し、健康で生産的な人生を送ることが出来る。(3)サービス利用者とその家族は、システム のすべての領域において唯一かつ本質的なパートナーである。(4)様々な選択は、ごく自然に成長と学習の機会となる。(5)精神保健サービス利用者一般人との間では、相違点よりも共通点の方が多い。(6)サービス利用者は、システム の中で積極的な役割を担わなくてはならない。われわれのことはわれわれが係わる。(7)セルフヘルプ、相互支援と雇用は、自尊心を高める強力な方法である。(8)希望をもつこと、などである。

そしてこの理念を達成するために、(1)支払い能力に関係なく、あらゆるサービスを利用できること。(2)身体疾患と対等とすること。(3)母国語や文化に応じたサービス。(4)サービス利用者のニーズを最優先する。(5)すべてのサービスやアプローチは、その人のニーズやゴールに基づく個別化されたものであること。(6)居住、学習や就労などは、地域生活からの分離ではなく、地域生活への統合によって成し遂げられなければならない。(7)スタッフとサービス利用者の関係は、相互の尊敬と平等性の基礎の上に築かれなければならない、職業的態度を出来るだけ少なくする。(8)「困難」や「コンプライアンス不良」という理由で、

精神保健のプログラムからサービス利用者を除いてはならない、という姿勢で活動が進められる。究極的には、「ヴィレッジISA」がロングビーチの地域社会に協力関係を持つというサービス文化を培おうと言うねらいがある。ヴィレッジ(村)と呼ぶ所以もそこにある。

4. パーソナル・サービス・コーディネーション

(Personal Service Coordination, PSC) の活動

第三の特徴は、「ヴィレッジISA」活動の大半を占めるユニークなPSCの活動である。これは、いわばケースマネジメントなのであるが、“I am not a case managed” という考えから、ここでは「ケースマネジメント」とは言わず、「パーソナル・サービス・コーディネーション(PSC) この活動をする人をパーソナル・サービス・コーディネーター」と呼んでいる。この活動は、チーム担当制で、1チームは、看護婦2、PSW2、精神保健テクニシャン2、精神科医1などからなる(チームリーダーは必ずしも精神科医ではなく、最適の人が選ばれる)。PSCチームは、PSCと利用者とは相談しながら、利用者個人の就労・リクリエーション・精神障害の治療法・健康管理・住居や金銭の管理など(ライフ・コーチングと呼ばれる)をそれぞれの必要と選択に合わせて、利用者各個人の能力を最大限に引き出し、障害を軽減することに重きを置いたパーソナルサービスプランを立て、それに従って活動が行われる。この場合、利用者は多少のリスクを冒しても目的達成のための機会を広げることを奨励される。そのかわり、利用者が危機に陥ったときにはすぐにサポートが出来るよう、チームは24時間対応の体制をとり、チーム全員が利用者全員をサポートする(ハイリスク・ハイサポート)。個人担当制にしないのは、その際に生じやすいPSCの志気の低下やバーンアウトを避けるための配慮からである。パーソナル・サービス・コーディネーターは、それぞれの専門性を超越し、generalistとしての働きが求められる。例えば、精神科医は、チームの利用者全員の主治医であり、処方をし、必要な人には、服薬の指導もするが、PSCとして利用者と一緒にアパート探しもする。これは専門性の否定や軽視ではなく、互いの専門性を認めつつ、利用者にとってもっとも必要なことを考え、それを実践するために、専門性の枠を越えた協働を目指しているのである。利用者のライフ・コーチであるPSCは日中殆ど「ヴィレッジISA」にいることはなく、利用者の就労先や学校を尋ねたり、住居を探しに行ったり、

日用品のショッピングに付き合ったり、近所のレストランでコーヒーを飲みながらミーティングをするなど、利用者と行動を共にしていることが多く、活動的で、明るく、よく働く。忙しく、責任の重い仕事でありながら、就職希望者は多い。

利用者とスタッフの関係は、利用者と専門家というより大人と大人の関係であるが、全くの無原則というのではなく、精神保健協会員としての倫理基準：そのガイドライン、が設けられており、隅々まで、専門的知識と経験を生かした工夫と配慮がされている。

5. 豊富な地域の支援組織

第四の特徴は、ロスアンゼルス郡精神保健協会傘下の様々な地域の支援組織によって、「ヴィレッジISA」の活動が幅広くかつ質の高いものになっている。主なものは、「プロジェクト・リターン・ザ・ネクストステップ（友達を作ったり、ある人に興味を抱き、その人の周りに人々が集まり、お互いに支えあい、自尊心と自信を培い、地域社会で生活を適合させるために助け合って力を付け、独立した、希望と夢のある生活を送れることを目的にした活動）」、「ホームレス・アシスタンス」、「マイフロントドア」、「ヒューマンサービスアカデミー」などの他に、権利擁護、後見人制度、Mental Evaluation Team (MET) (犯罪パトロールと人命保護を目的とする警察官とソーシャルワーカーのチームによるの夜間巡回活動)などがある。しかも、スタッフは、専門的教育を受け、専門的知識を身につけている。

6. おわりに

「ヴィレッジISA」の活動は、精神障害者に対する新しい社会生活支援の試みとして、人々に注目され、わが国でもこの活動を知る人も増えつつある。実証的な研究成果を踏まえたこのプロジェクトのさらなる発展を期待したい。一週間の研修を振り返ってみると、「ヴィレッジISA」の理念に共鳴し、これを実践しようとするとき、ある意味で、ハード面を取り入れることはそれほど難しくはないのかもしれない（日本では、真新しい建物がまず作られ、それに多くの費用が費やされることだろう）。しかし、ソフト面を充実し、「ヴィレッジISA」の域に達するような実際的な活動をするには、一朝一夕には、為し難いとの印象を受けた。というのは、この「ヴィレッジISA」のようなシステムを作り、共有することは、社会の成熟度に大きく左右されると感じたからである。また、このよう

な領域に関する教育や研究は、多くの人手と時間を必要とする先行投資でもある。文化の成熟があって職業や教育の成熟が達成される。筆者が研修を終えてもっとも感じたのは、「ヴィレッジISA」のような精神障害者の生活支援プログラムを支え、多様性を受容している、彼我の文化とその成熟度の違いであった。

著者連絡先

〒 870-1201
大分県野津原町廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学
専門看護学講座 精神保健福祉学
栗栖 瑛子
kurisu@oita-nhs.ac.jp