

参考資料

看護婦によるプライマリー・ケア： 責任と責務の範囲

アメリカ看護学会編

日本看護協会国際部*訳

〈内 容〉

序／95

プライマリー・ヘルスケアにおける看護婦についての声明／96

プライマリー・ヘルスケアのニードについて／98

看護の権限の及ぶ領域：プライマリー・ヘルスケア・サービスの
提供における管理と責任の領域／107

一般看護業務および専門分化看護業務のための学問的教育基盤／115

プライマリー・ヘルスケアについてのアメリカ看護学会（ANA）の
会議についての評釈／127

プライマリー・ヘルスケアのニードにこたえる看護業務の性質と範囲／132

ここに掲載した講演集録は

American Academy of Nursing, Primary Care by Nurses :
Sphere of Responsibility and Accountability, Papers pre-
sented at the Annual Meeting, September 26—28, 1976

の中から「批評」を除く「講演」を訳出したものである。

* 小玉香津子, 尾田葉子

参考資料 収録によせて

わが国の保健医療サービスのあり方に関して、プライマリー・ヘルスケアの考え方が保健医療関係者をはじめ、一般社会の人々の間にも関心が高まってきている。特に、看護職の我々は、先年行なわれた国際看護婦協会（ICN）東京大会を機会に、このことを課題とした社会の人々への健康サービスの提供について、諸外国の看護婦の活動状況を知り、大いに刺激を受けた。この大会では、各国でその国がもつ社会経済文化的な諸事情をふまえたプライマリー・ヘルスケアが、健康の維持と福祉の増大を目的とした社会政策の一貫として位置されており、それに関連し、看護ケア提供の仕組みとそれを担う看護職の教育、看護婦の役割と責任が変化しつつあることを具体的に知ることができた。また同時に、ICNはWHOのプライマリー・ヘルスケアの政策において、看護の貢献の意義を会員間で同意する決議を行なった。

WHO関係で、プライマリー・ヘルスケア政策が議論された意義は、経済的に開発途上にある国と先進国の保健水準の格差を縮小させることにあった。しかし、先進国においてもその国内で同様な格差が問題となることから、プライマリー・ヘルスケアが全世界的な課題となっている。

アメリカにおいて、1960年代に保健医療サービスの提供に関して起こった危機的状況は、従来のヘルスケアからプライマリー・ヘルスケアに焦点をあてる契機となった。それより以前に看護界では、1923年のゴールドマーク報告にはじまって、看護サービスの社会的評価を行ない、進展の方向を自ら確認し、その方向に教育、制度の変革に主体的にとりこんでいる。プライマリー・ヘルスケアに関連しても政府と保健医療職者の広範な共同研究により看護がこの時代に果たす役割に関して新しい看護ケアの提供がいろいろ実践されるようになった。ここに収録した「アメリカ看護学会第3回講演集—看護婦によるプライマリー・ケア：責任と責務の範囲」は、これらの変革に対応する看護婦の役割、プライマリー・ヘルスケアにおける看護業務のための教育など、総括的なプライマリー・ヘルスケアの考え方、具体的な内容を含めて今後の方向を追究している点で、わが国の場合のプライマリー・ヘルスケアの研究をすすめていく上にも意義があり、参考としていただきたい。

(小林富美栄)

看護婦によるプライマリー・ケア： 責任と責務の範囲

序

アメリカ看護学会は1973年に設立され、以下のことを目的としている。

- 看護およびヘルスケアに新しい概念を発展させる。
- 看護婦と看護に影響を及ぼし及ぼされる健康上、職業上および社会的な問題を明らかにし探究する。
- 看護のなかにおける力関係、看護のなかの分野の間の相互関係および看護婦の間の相互作用を検討する。これらはすべて看護職の発展に影響するものだからである。
- 看護および保健が当面している諸問題について、その解決策や実施の具体策を明らかにして提案する。

アメリカ看護婦協会の会員は、看護へのすぐれた貢献に対して、学会の会員の選挙によって学会への入会を認められる。

毎年開催される学術的な会議は、“看護および保健が当面している諸問題を明らかにして、その解決策を提案する”という学会の1つの目的を遂行するために、学会が用いている1つのアプローチである。

これらの会議の第1回においては、将来のヘル

スケアに焦点があてられた。そのときの講演および討議の概要は、「ヘルスケア提供の方法：現在および将来」という標題で1975年に刊行されている。第2回会議の講演および論評は、長期ケアについての声明とともに、「長期ケアの展望：看護のための過去・現在・将来の方向」として1976年に刊行された。第3回会議の講演は、プライマリー・ヘルスケアにおける看護婦についての討議に向けられ、その内容はこの集録に収められている。

プライマリー・ヘルスケアと看護婦の役割は、アメリカのヘルスケア制度のなかでますます重要なものとなってきている。しかしながら、国として伝統的なヘルスケアからの変革を行なえるようになるまえに、解決しておかなければならない数多くの疑問がある。サービスを受けるのは誰か、サービスをするのは誰か、サービスはどんなものであるべきか、そして、それはどのようにして支払われるのか、といったことである。これらの問題点の多くは、この集録のなかの講演論文でとりあげられている。これらの講演とそのあとの討論から、学会は次のような見解に到達した。

プライマリー・ヘルスケアにおける看護婦についての声明

人々は、費用があまりかからず、24時間中利用できて、受けやすいヘルスケアのサービスを求めている。人々がとくに必要としているのは、プライマリー・ヘルスケア・サービスである。しかしながら、これらのサービスを提供する制度は、アメリカでもまだすべての人々が利用できるまでにはなっていない。このための知識と能力をすでに備えている多くの看護婦およびそれらを現在習得中の多くの看護婦を私たちが十分に活用するようになるまでは、すべての人々がこのサービスを利用できるようにならないであろう。あまりにも長い期間にわたって、アメリカの国民は自分たちのヘルスケアのニーズのすべてを医師に依存しすぎてきた。

プライマリー・ヘルスケアの役割を果せるように養成されている看護婦は、人のライフサイクルの間に起こる諸問題を処理することができる。これらの看護婦は、人の健康状態、病気と身体障害に対処していくための患者の能力の助成、そしてクライアント自身の力と利点を援助し強化していくことに重点をおいている。彼らは、プライマリー・ヘルスケアの責任を引き受け、自分たちの業務に対して責任を負う用意ができていて、そうすることができる者である。

プライマリー・ヘルスケアの定義

プライマリー・ヘルスケアには2つの次元がある。1つは、“人が病気になったときに、その問題の解決を援助するためにはどんなことがなされな

くてはならないか、という決定をくだすヘルスケア・システムとの最初の接触”，そしてもう1つは，“ケアの継続性のための責任，すなわち，健康評価と症状の管理の維持，そして患者を適切なところへ紹介すること”である*。この定義に含まれているものは、病気を認識し、何がなされるべきかを決定し、クライアントが病気を予防し、健康を維持するための援助をする責任を負うことのできる専門職者によるサービスである。看護婦はこのような専門職者である。

看護婦の役割

プライマリー・ヘルスケアが行なえるように教育された看護婦は、産前産後および健康児のケア、栄養と予防接種についての指導、病気への対処と身体障害と老齢に対する適応への援助、処置の監督、誕生から死までの身体的精神的安楽、クライアントへのヘルスケア・サービスの連絡調整を行なうことができる。

さらに、これらの看護婦は、問題を認識して、クライアントがそれ以上のケアを受ける必要がある場合を見きわめて、そのような場合に彼をどこに回したらよいかを知ることのできる者である。彼らは、クライアントが自分たちのヘルスケアの目標を定めるのをどう援助したらよいかを知っているし、ケアに継続性を与え、さらにセルフケア

* 米国保健教育福祉省，看護婦の拡大された役割を検討する長官委員会，“看護業務の範囲の拡大”，ワシントンD.C. 米国政府刊行物，1971，p. 8.

を指導することができる。そのうえ、彼らは、多くの専門分野の専門職者および多くの種類の機関と協力して、クライアントの利益のために活動することができる。

これらの看護婦は、彼らのクライアントについての基線となるデータを得、また変化を発見するために利用可能な情報と技術を利用する。彼らは、自分たちの実務を向上させ、看護理論を展開し、不可解な問題について探究し、そして知識を増すために、研究によって得られた結果を活用する。

プライマリー・ヘルスケアを行なう看護婦は、ニードをもつ個人および集団を見つけ出し、不健康な状態を明らかにするため他の人たちとともに活動し、社会が必要としている変革をもたらすために地域社会に働きかける。彼らは自分たちの業務を決定し、それについての責任を引き受け、自分たちの行為について、彼らのクライアントおよび社会に対して責務を負う。

このようなケアを行なう看護婦は、人文科学についての基礎をもち、人が現在置かれている立場について理解を得るために必要な過去についての知識を人文科学から得ている。彼らは、人間について、そして人間がストレスに対してどう反応するかを理解するために活用する生物学、物理学、社会学および行動科学についての実用的な知識をもっている。彼らが受ける教育は、生涯にわたる探究、研究におよび、分析の基礎となすものである。

プライマリー・ヘルスケアにおける 看護業務のための教育

アメリカ看護学会は、プライマリー・ヘルスケアの業務を始めようとする看護婦の教育は、看護の学士課程において習得されなければならないと

考えている。現在の短期課程は、十分な養成を受けた看護婦の数が足りない間の一時的な手段である。このような課程を継続する期限は、見かけ上同じ機能を果たすいろいろな教育を受けた看護婦をこれ以上ふやさないようにするために、1980年までとすべきである。

すべての者が同じ免許を取得し、同じ職名で雇用されることが可能となるように、看護が、期間も内容も異なるさまざまな教育課程を1つにすることに取り組むことができてこそはじめて、看護婦自身もまた一般公衆も、専門職看護婦とはどういう者か、彼らは何ができるか、そして、プライマリー・ヘルスケアも含めてどのように広範囲なサービスを彼らが行なうことができるかを理解することができるのである。

看護婦がプライマリー・ヘルスケアを行なえるように責任ある養成をすることは、アメリカの公衆のためによりよいヘルスケアを行なうための必然的な動きであるというのがアメリカ看護学会の見解である。学会はまた、このような養成を支援することは看護職にとっての1つの優先事項であると考えている。

しかしながら、養成だけで十分なのではない。公衆にとって重要で必要なサービスを行なえるように養成された看護婦が、その活動を妨げられないよう、また、そのサービスに対して妥当に報いられるように、ヘルスケアの制度のなかの改革もまた必要となる。どこにあっても、看護婦の任務は、ヘルスケアの消費者に密接に働きかけることにより、そして彼らが適切な時に、人道的で専門的なサービスを行なうことを実際に示すことによって、公衆の福利のためにこれらの目標を達成することである。

プライマリー・ヘルスケアのニードについて

エレヌ・エディス・マッカーティ*

プライマリー・ヘルスケアのニードについてのこの記述は個人的で感情的な経験である。フリーマンという疲れ果てたような老人がいたが、彼は病院は死ぬ場所だといって、私が彼の自宅で行なう援助以上のことは受けつけようとしなかった。ある10代の母親は、どうしても食べてくれない自分の赤ちゃんのことを午前2時に狂気のようになって電話してきた。また、避妊のピルを欲しいといってきた14歳の少女のことも思い起される。私の看護の同輩の1人は末期の症状にあって、家に帰って死にたいといっていた。みんなの声と顔が私の心にまざまざと浮かんでくる。

十分なヘルスサービスを受けていない地域社会のなかで、ヘルスケアが受けられるようにするための入口を拡大することに私が燃やした情熱を私はまだ忘れてはいないし、その情熱を今ももち続けている。しかし私は、すべての人々にすべてのことをしようとする努力に疲れ切ってしまう、他人に対しても自分自身に対しても私の同情が薄らいでいくにつれて感じた自分の怒りも忘れることができない。

プライマリー・ヘルスケアについて考えるとき、いろいろな考えが私を圧倒する。世界全体を考えれば、私は第3世界の見捨てられた人々と疲れ果てた肉体を思う。自分の国を考えれば、都市の奥のほうで街路をうろつく子供たち、貧困地帯の共同住宅の人目につかないところの忘れ去られた人

々を思い浮かべる。荒れた農園でかろうじて生活している農村の人々の心配そうな目つきを思う。学校の子供たち、刑務所にいる人たち、浮浪者である移民労働者も見える。そして最後に浮かんでくるのは、購買力をもち、知識があり、ヘルシステムのなかで継続的ケアを受けるだけの文化的素養がある人たちである。そこには、人間としての生活を維持するために必要な基本的なものにさえ不足している人たちから、自分たちの望むサービスのほとんどすべてを得ることのできる人たちまで、広い範囲のニードがある。

私はここでは、アメリカのなかで、経済、孤立および文化のためにプライマリー・ケアを受けられない人たちに焦点をあてたい。この場では、人の権利の剝奪のすべての面について非難することも、あるいは限りない購買力をもつ人たちのためのサービスの質を検討することも不可能だと考えるからである。

健康の定義とプライマリー・ヘルスケア

健康とは病気がないことであると以前から定義されている。しかしこの定義も、あるいは“よく機能している統一のとれた人間”というような遠回しな言い方も、その全体の姿を伝えていない。健康を定義することは人生とともに旅することである。デュボス (Dubos, R.) は、“健康の幻想 (Mirage of Health)” のなかでこう述べている。

人生とは、あらゆるものが静止していない世界への冒険である。その世界では、彼自

* Elaine Edith McCarty, M. S., R. N., F. A. A. N.

身が魔法使いの弟子のように、潜在的破壊力
をもち、いつかは彼がコントロールできなく
なる力を始動させるのである¹⁾。

健康について理解することは、各人をその環境
のなかで診断することである。まず、肉体的感覚
がある。身体が、走り出してもいいほど元気が、
疲れているか、睡眠を必要としているか。また、
各人が人との相互作用の結果として社会の中にお
ける自分の立場についても持っている心理的な意識
があり、人がどのように適応するかにそれが影響
を及ぼす。ある者は引き下がり、ある者は内気にな
り、ある者は攻撃的になって怒る。変化は毎日
起こる。

文化的な要因が健康についての考えを形成する。
禁欲的に痛みを感覚を無視する集団もあれば、身
体的機能のいかなる変化に対しても驚きをもって
注目する集団もある²⁾。ある価値観は生涯変ること
なく続き、またあるものは人の生活様式に新しい
情報が組み入れられていくにつれて変化してい
く。人の価値観はその人がいっていることよりも
行動していることにはっきりと現われる。

健康とは何かをきめるためには、文化的および
主観的な要因に加えて、客観的な基準もある。身長
と年齢に応じた理想的な体重、聴力視力の検査、
それに心理総合テストがある。これらすべての情
報は、あらかじめ設定された標準値に関連して機
能を測定するために使うことができる。であるか
ら、健康には、通常の機能を測定するデータに加
えて、満足な状態が主観的に存在していることが
含まれる。

プライマリー・ケアは、人々が自分の主観的感
覚をもち、それに対して客観的なデータを加えて
全体を評価することのできる専門職者のところへ
赴いたときに始まるものである。

プライマリー・ヘルスケアの歴史

アメリカがまだ誕生したばかりの頃、この国は
土地を耕し、探検するのに非常な努力をした。人
々は散在して住み、コミュニケーションには時間
がかかった。女たちは家庭でお産をし、薬草によ
る治療や健康と病気についての民間伝承が各世代
に伝えられた。家族は予防と治療の資源であった。
他方、重い病気は環境との不調和あるいは罪の結果
だと考えられた。しかしながら、病気にまつわる
迷信にもかかわらず、病気はケアの焦点となっ
ていった。そして、ヘルスケアのようなものでは
なく、“病気の治療”のシステムが出現した。

パスツールとコッホが多くの病気の原因を発見
したころまでには、アメリカの社会には産業化が
進んでいた。押し寄せてくる移民に加えて、荒野
を離れて都会に未来を求めて集ってくる人たちが
いた。たやすく富が得られるという夢ははかなく
消えて、あとには貧困と過密と不衛生状態があっ
た。病気の治療と医師によるケアは、支払うこと
のできる人たちの特権であった。病院は貧窮者の
ためのもので、病人の約90%は、時としては悪
臭のたちこめるような状態で家庭でわずらってい
た³⁾。不幸な人たちがケアを受けられるようにす
るために、ケアへの入口を拡大しようとする努力
の1つが、1893年にリリアン・ウォード (Lillian
Wald) によってニューヨークに開設されたヘン
リー・ストリートのセツルメントハウスであっ
た。

健康とは病気の治療以上のものであるという認
識を看護は以前からもっており、そのことはボス
トン地区指導看護協会というような名称にも立証
されているが⁴⁾、1915年に医師の教育を標準化す
るためのフレクスナー (Flexner) 調査が公にさ

れて、そこでは依然として病気の治療が重要視されている。

看護は、病気指向の社会のなかで、都会の住人のためのホームナーシングの機関によってそのギャップを埋めていた。1923年のゴールドマーク (Goldmark) 調査報告は、公衆衛生の改善のために、公衆衛生に雇用される者のための教育での授業と現場実習をふやすように勧告した⁹⁾。教会組織などが始めたネイバーフッド・センター (Neighborhood health centers) は地域社会の福祉の推進に貢献した。移民地区の近くにつくられたこれらのセンターは、主として伝染病の管理と健康児のケアをある程度行なっていた。

1940年代

不況期が終る頃から、地域看護サービス機関は成長したが、その一方でネイバーフッド・センターはほとんど消滅した。予防的手段が開業医の仕事に組みこまれるようになったからである。1935年の社会保障法は、看護教育と業務に広範囲な影響を及ぼした。この法律制定の結果、病気の予防に対して連邦政府の援助が行なわれるようになり、地域保健に働らく看護婦のための教育の機会が増加し、老人および失業者に対する収入の保護が行なわれるようになった⁹⁾。

人々は経済状態がよくなるにつれてよく動きまわるようになり、また大家族制は縮少していった。第2次世界大戦が近づくころ、家族はもはや予防とケアの主な資源ではなくなった。同時に、病院は研究と医学教育および急性疾患の治療のためのセンターとして発達した。外来サービスはごく少なく、医師の独占的領域と考えられた⁷⁾。

戦争が始まるとともに、看護婦人口を増やすために、実習看護婦部隊の法律が制定された。その

間、国内の第一線では看護婦も医師も不足していた。当時整骨医は医師の徴兵にひっかからなかったため、彼らはプライマリー・サービスおよび外来診療に大いに活躍した。

1940年代には、疾病に焦点をおいた医療の専門化が一段と進み、身体の各部分は専門家の精密な検査を受けるようになった。抗生物質が広範囲に使用されるようになって、疾病治療への取り組み方はかつてなかったほど高度なものとなった。それに加えて、入院保険への加入の増加、長くなった平均余命、そして、戦後の人口増加により、入院は急激に増加した。年間の入院患者数は、1935年から1950年の間に2倍以上になった。“看護婦の不足”が繰り返し起こり、それが看護教育と看護業務に変化をもたらした⁹⁾。看護婦は技術的に洗練されて、直接的患者ケアと健康への管理からどんどん離れていった。病院看護学校の学生は、訪問看護機関あるいは外来部門において短かい期間しか見学できなくなった⁹⁾。

1948年に、エスター・ルシル・ブラウン (Esther Lucile Brown) は看護について掘り下げた報告書を発表した。彼女の見解のなかに次のようなところがある。

振り子は健康の方向に大きく振りはじめてきた。その焦点を“正常”な人のうえに置き、病気は正常からの逸脱という方向に、そして保健専門職者の責任は、個人あるいは集団が絶対的な健康を維持するように人々を援助することにあるという方向にである¹⁰⁾。

ブラウン報告はまた、看護婦の時間の使い方を評価することも重要視している。さらにこの報告は、看護教育を教育施設に移すことを勧告している。1964年に看護婦訓練法が議会を通過し、1965年に看護教育についてのアメリカ看護婦協会の声

明が出されて以降、短大および大学の看護課程の漸進的発展が加速された。

1960年代

ケネディーからジョンソンへの時代は、不利な条件のもとにある人たちの権利が公衆の注目をあびるようになり、認識と苦悩をもたらした。保健産業はアッティカの騒動、あるいはデトロイトの暴動を蒙ることはなかったが、にもかかわらず、60年代の半ばには、権利としてのヘルスケアの概念が約束されるきざしが現われてきた。ヘルスケアに対する明確な権利は憲法にも独立宣言にも述べられてはいないが、生命も自由も幸福の追求も、妥当なヘルスケアなくしては達成し得ないものであると考えられるようになってきた¹¹⁾。

一般的、科学的、政治的な著述は、費用、人間化の不在、近づきやすいところにケアの資源を配置することができないことに障害があると主張した^{12,13,14)}。支払い能力がないことが障害となっている場合に対しては、メディケアとメディケイドの医療保険が法制化されて、ヘルスケアを近づきやすいものにする助けとなった。ヘルスケア供給体制への入口として、病院の救急室しか持たない地域社会が多かった。救急室に来院した人は、1954年の6,500万人から1974年には2億人以上へと増加した。もっとも、そのうち本当の救急のケースはたぶん20%ぐらいであったろう¹⁵⁾。病院の救急室は、ケアと治療の提供源として家庭医や開業医に取って代ってきていたのである。

入院費用の高騰とプライマリ・ケアを行なう開業医の不足(1965年において、実際に活動している全医師のうち一般開業医はわずか20%であった)から、新しい保健職者として医師助手を実験しようという風潮が生まれた。と同時に、ヘル

スケアにおける看護婦の役割と、その役割が社会のニーズに応えるべく急速に拡大してきているかどうかについて見なおしが行なわれた。

コロラド大学におけるはじめての小児科プラクティショナーのプログラムが成功して以来、プライマリ・ケアの要求を満たすための新しいさまざまな方法が開発されてきた。革新的な教師と、この意欲をかきたてるような仕事に取り組んで思い切って実践した看護婦たちのおかげで、ナース・プラクティショナーの活動は一般公衆に認められ受け入れられるものとなってきている。

プライマリ・ヘルスケアのニーズ

人々のヘルスニーズを表現する方法はたぶんいくらかでもあるだろう。病気は依存を意味する。しかし、もしニーズをかかえた人々が焦点であれば、患者はクライアントとなる。クライアントとは、自分に与えられるサービスに参加する者である。もしそういうアプローチをとるならば、クライアントとは、与えられるケアを理解する必要のある人である。小児科、精神衛生および内科の医院に関する調査の結果、不服従と予約を守らないという例が多く、全体の93%にまでのぼっていた¹⁷⁾。その理由を究明したところ、人々は自分が理解できない、また経済的にもまかなうことのできない食事療法とか、不適切であったり、あまりにも早く中止されてしまう与薬を受けていた。20年前、人々は診断はもちろんのこと、体温さえ知らされていなかったのである。“あなたの医師にたずねてごらんさい”と、看護婦にいわれたことのある人はどのくらいいるだろうか。それよりも、もっと悲しむべきことは、医師がそれを看護婦にも教えなかったということである。

現在のヘルスシステムが発達するにつれ、個人

にあったケアをすることへの障害も大きくなっていった。都会の医療センターは人々であふれ、電話は鳴りっぱなし、人々はX線や検査のために長い廊下を何マイルも歩く。クリニックによっては、患者は訴えによってそれぞれ別のクリニックに割り当てられるところもある。自分の訴えをはっきり表現できないクライアントは、援助が受けられるまでにスタッフの間をたらい廻しにされる。そして、病棟医の受持ち部門のローテーションのために、ケアは分断されたものになることが多い。また、外来に来た患者は何時間も待たされる。私立の病院でも同じようなものである。ルーティンの約束をとりつけるまでに、あるいは病気をでっちあげて多忙な医師の時間を2, 3分さいてもらうまでに何カ月も待つことがある。人々はもっと人間味あるサービスを求めている。彼らは、個人として自分を知り家族を知っている誰かを必要としている。彼らは、自分たちの身体的な訴えについてだけでなく、耳を傾けて話を聞いてくれる誰かを必要とし、いつでも頼っていける誰かを求めている。人々は自分に対する人間的なケアを必要としているのである。

私がプライマリー・ケアを始めて間もない頃、人がドアのところ用心深くやってきて、“1分だけ話していいでしょうか?”と声をかけてくるのに驚かされた。私が話を聞いてから何か言おうとするより前に、相手は立ち上がって、“ありがとうございました。これで大分気分がよくなりました”と行って去って行くのであった。

いくつかの施設の外来部門では、人々がいつも同じケアの提供者に電話をかけたり会ったりできるようなプライマリー・ケア部門を実験している。軍隊はナースクリニシャンを使って、家族と勤務についている本人のためのフォローアップケアと

継続ケアを、とくに慢性疾患に関して行っている。健康維持のための組織のヴァリエーション、例えばハーバード・コミュニティ・ヘルス・プランのようなものもまた開発されている。これらの努力は、個人にあったケアのニーズを満たし、焦点を疾病から健康へと変えていくために、ナース・プラクティショナーと医師のチームを組むという概念を打ち出している。

ヘルスケアサービスを提供してくれるケアする人に対する必要性のほかに、人々はケアを受けるための場所もまた必要としている。かわりとなるものがないままに医師の専門化と人数の削減が進んだために、利用可能なプライマリー・ケア・サービスが相当に減少した。農村の住民にとってこれはとくに著しかった。いくつかの農村の集団は力をあわせて、地域が管理するヘルスセンターを設立した。彼らはクリニックを手直ししたり建設したり、医師を募集するために資金を調達した。ナース・プラクティショナーや医師の助手を採用したところもある。地域社会がサービスを開始するばかりでなく、提供されるケアに対して責任をとるときに、ヘルスサービスへの入口がはっきりした形をとることになる。

ヘルスサービスへの入口を増やそうとする努力には、このほかに移民労働者のためのクリニックがあり、そこでは労働者の参加が求められている。人口過密のスラム街では、地域社会が支持しているサービス、例えばナンシー・ミリオ (Nancy Milio) が“ママとこどものセンター”といっているものなどは、たとえ市の大部分が破壊されても焼けることはないくらいよく防護されている¹⁰⁾。人が自分のケアと自分の地域社会に参加することができるようになったとき、そこに成功の希望がある。

人々はまた、自分たちがまかなえる金額でのケアを求めているが、ヘルスケアの財政の複雑さに驚かされる。保健産業のなかで最大の費用が使われているのは病院のケアで、私的および政府の保健を通してである。しかし、人口の23%はこのような保険に入っていない。保険に入っていないのは比較的若くて収入が少なく、教育程度も低く、都市に住んでいる者である¹⁹⁾。この集団はあまり健康でない人が多く、ヘルスケアを受けるためには自費で高い費用を払い、入院も多い²⁰⁾。そこに悪循環が起こる。

現在提案されている国民健康保険は、それがもし実施されたとしても、不健康と貧困の循環の緩和には役立ちそうにない。これらの計画は十分な保険金控除保険を必要とするので、それがルーティンのケアおよび予防ケアを受けようという動機を減少させる。だから、メディケイドのほかには、プライマリーケアに対する支払いの規定のある州はごく少ない。事実、たぶんHMOを除いては、ほとんどの健康保険は疾病保健であると知るべきである。

コスト管理のためのそのほかの解決法は、不必要な検査とサービスの重複を排除することにある。技術に魅惑されている現状では、サービスを減らすことは言うは易しく行なうは難しである。しかし、保健教育とホームケアのコスト効率を明らかにするための研究の必要性はある。南カリフォルニア医療センターにおける糖尿病ケアと患者教育のシステムについての研究は、糖尿病性昏睡の発生の減少を実証した。タフツニューイングランド医療センターにおける別の研究は、血友病患者に対するホームケア指導により入院日数を432日から42日に減少させることができ、患者1人当りのコストを45%引き下げることができた²¹⁾。し

かし、ほかの状況については、入院をしないで済んだということの証明は容易に実証されない。

人々はヘルスケアにどのくらい出費するのだろうか。いつか飽和点に達する日がくるのだろうか、この額がどのくらいであるかについては、これが国営化されている国からの証言があっても、今のところはっきりした合意はない。しかしながら、私たちはクライアントが健康と病気のケアを買うときに、彼らの払うお金に相当する価値のあるものを手に入れるよう配慮することがぜひ必要である。

看護業務の性質と範囲

コインを消費者の側から提供者の側にひっくり返してみると、ニードはどう見えるのだろうか。私たちがプライマリー・ヘルスケアのニードに応えようとするとき、看護業務の性格と範囲はどうなるのだろうか。

1974年において、人口の89%は自分たちがよい、あるいは非常によい健康状態にあると考えていた²²⁾。看護は彼らをその状態に保つ機会をもっている。しかしながら、この責任は地域社会のニードをより重視することを意味している。学生は今まで以上に広く多様な経験と実習の場を必要とするだろう。

プライマリー・ケアのニードを満たすということは、私たち自身の偏見を内省することを意味している。14歳の者に避妊ピルを与えるべきか、12歳はどうか、男性同性愛についてどう思うか。処置を拒否する老人、肺気腫があるのにタバコをやめない人、家族を苦しめているアルコール中毒者についてはどうか。効果的であるためには、看護婦は、自分自身の価値観が自分が行なうケアにどう影響するかを理解しておく必要がある。

価値観が重要であると同様に、人々に対する全体的アプローチもまた重要である。身体的な訴えと同じように精神社会的要因がプライマリー・ケアの提供に影響を及ぼす。例えば、細くなった自分を容認することのできない肥満の人に体重管理を計画することは、解決する以上に多くの問題を生み出すことがある。

看護業務は、異常についての研究に抱いているのと同じような情熱を正常についての研究に対しても育てていくべきである。正常なところに固有に存在する問題とは、健康の維持と予防的ケアである。私たちの社会は、健康を増進するためのいくつかの実践を重視しているが、私たちが実際に推進していることが確かに健康を向上させているということを正当化する十分な証拠はないのである。誰もが年に一度健康診断を必要とするのだろうか²³⁾？ この健康診断を、不摂生な生活を続けていくために受けるという人もいるだろうか？ マンモグラフィーについての最近の論争は、この予防的手段は、それが予防する以上の害をもたらすのではないかということを示唆している²⁴⁾。

にもかかわらず、保健教育における新しい方法についての研究ばかりでなく、実際に対しての必要性は大きい。私たちは、本当は阻止することのできるはずの問題に悩まされているからといって、そこで諦めてしまうのではなく、それを火花として創造的に伸びていかなければならない。看護婦はお互いに補い合い、新しい考えを支持し、認め、奨励していく必要がある。

看護だけでプライマリー・ケアのすべてをいつも満たしていくことはできない。プライマリー・ケアは協力的な努力である。それは、クライアントに対してよいケアを提供しケアの障害となるものを阻止するために人と力を合わせることを意味

する。それは、便利で矛盾のない時間に活動していることを意味する。それは、適切な交通手段、子守りのサービス、ルーティン・ケアおよび予防的ケアを受けるために職場から時間をもらうこと、そして、このシステムを利用していない人、あるいは疎遠になったために所在不明になった人の居場所をつきとめることを意味する。人々のプライマリー・ヘルスケアのニーズを満たすことは、おどしではなくて援助であると考えられるべきである。

知識の基盤

看護婦はプライマリー・ケアの役割を果せるように養成されているのであるから、私たちは、このケア、とくに身体診断が公衆および他の専門職者に対してどのように示されているかを調べる必要がある。最近、看護婦による論文や報告には、プライマリー・ケアを身体診断の技術を行なうことと同等視する傾向がみられる。

私は、看護婦は自分が責任を負っている人に対して、できる限り最善の診断を行なうことを学ぶべきだと考える。しかしながら、身体診断には専門家による監督のもとで、繰り返し実習されなければならない技術が含まれている。私たちは、プライマリー・ケアの責任を引き受けながらも、しなければならない仕事に必要な技術を熟練して使うことができないとなると、公衆に対して自分たちを誤って伝えることになる。そのうえ、技術を上手に使えないということは、それを行なう本人に不安を起こさせ、そのために人の話に耳を傾けてケアする能力がそこなわれることになる。ケアし、話を聞き、計画を立てるということは看護機能のバックボーンである。であるから、身体診断は妨げとなるように働いてはならず、よりよい

観察とより理性的な判断をして、クライアントのケアの計画がよりよく立てられるようにするために補助的な働きをするものでなければならない。

権限の及ぶ領域

最後に、看護の権限と管理と責任の領域の問題がある。権限と管理について語ることは、教育、基準設定およびケアの質の測定に看護の意見を発言することである。看護がすぐれたものになっていけばいくほど、看護のなかにより大きな権限と管理力が生まれてくる。

一方、私は看護はクライアントに対して常に責任があると考えます。看護が存在するのは、人々が援助を、ケアしてくれる誰かを、そして、彼らの状態を診断してくれる誰かを必要としているからである。看護婦とクライアントだけで問題の解決に到達することも時としてはあるが、ほとんどの決定には他の専門職も関係してくる。それでも看護婦はクライアントに対して責任があることには変わりはない。場合によっては、クライアントが決定権をもつことがある。看護婦は選択する材料を提供するが、最終的には、クライアントがケアの行なわれる方法を選定する。

結 論

将来に向かっての旅は、誰もまだ想像もしたことのないような妨害や障害物でいっぱいである。回り道が私たちをいろいろな方向に、時としては、ふくろ小路にさえ連れていくだらう。しかしそれらは、私たちが本道をもう一度見つけ出すことを助けるための意欲をかきたててくれる。コストというような障害物は、昔の微生物以上に捕えにくいものであるが、権利と要求と欲求が私たちを前進させてくれる。複雑な問題には容易な解決はな

い。

私は予言者でもなければ神秘論者でもないが、思いやりがあれば必ず道が開けるという信念をもっている。健康について指導する新しい方法を私たちが探し求めるのは、人々に対する思いやりからであり、看護職にある私たちがお互いのもつ力をあてにして期待するのは、お互いへの思いやりである。

引用文献

- 1) Dubos, R. : *Mirage of Health*, New York, Harper, 1959, p. 1.
- 2) Mushkin, S. J. : *Consumer Incentives for Health Care*, New York, Prodist, 1974, p. 255.
- 3) Wald, L. : *House on Henry Street*, New York, Henry Holt, 1915, p. 28.
- 4) Dolan, J. A. : *Nursing in Society*, Phila., Saunders, 1973, p. 219.
- 5) *ibid.*, pp. 269-270.
- 6) Roberts, M. N. : *American Nursing History and Interpretation*, New York, Macmillan, 1959, pp. 270-280.
- 7) Brown, E. L. : *Nursing Reconsidered : A Study of Change*, Phila., Lippincott, 1971, p. 221.
- 8) Roberts. : *op. cit.*, pp. 465-483.
- 9) Brown. : *op. cit.*
- 10) Brown, E. L. : *Nursing for the Future*, New York, Russell Sage Foundation, 1948, p. 33.
- 11) Annas, G. J. : *The Rights of Hospital Patients*, New York, Avon, 1975, p. 6.
- 12) Mushkin : *op. cit.*, pp. 309-310.
- 13) Somers, A. R. : *Health Care in Transition : Directions for the Future*, Chicago, Hospital Research and Educational Trust, 1971, p. 13.
- 14) Clark, M. Doctors and patients. : *New Republic*, Aug. 3, 1968, pp. 21-24.
- 15) Annas. : *op. cit.*, p. 37.
- 16) Somers : *op. cit.*, pp. 87-97.
- 17) Clark, V. V. (ed.) : *Outpatient Services Journal Articles*, Flushing, N. Y., Medical Examination Pub. Co., 1973, p. 39.
- 18) Milio, N. : *9226 Kercheval : The Storefront*

- that Did Not Burn*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 1970.
- 19) U. S. Dept. of Health, Education, and Welfare. *Education and Welfare*, Washington, D. C., U. S. Dept. HEW, Public Health Service. (HRA) 76-1232, 1975, p. 54.
- 20) *op. cit.*, p. 47.
- 21) Nordberg, B. and King, I : Third-party payment for patient education. *American Journal of Nursing*, 76 : 8 : 1271, Aug., 1971.
- 22) U. S. Dept. HEW : *op. cit.*, p. 243.
- 23) Spitzer, W. O. and Brown, B. : Unanswered questions about periodic health examination. *Annals of Internal Medicine*, 83 : 257-263, Aug., 1975.
- 24) Bailar, J. C. Mammography : a contrary view. *Annals of Internal Medicine*, 84 : 77-84, Jan., 1976.

看護の権限の及ぶ領域：
プライマリー・ヘルスケア・サービスの提供に
おける管理と責任の領域

ナンシー A. ライトル*

アメリカのヘルスケア提供の制度はむしろ生まれつつある。消費者も看護婦も政治家もが、この制度に平等と予防的ヘルスケアをあまりに熱心に持ちこもうとしたために、伝統的な力の構造とケアの提供の方法を緩慢ではあるが確実に、打ちこわしている。しかしながら、正直で公平な目でみれば、現在の制度のなかで、これらの目的を達成するために働いている医師もまたいることを認めなければならない。残念なことに、医療の経済学、医療の権限の基盤、それに医師の不足という要因が、たとえそれらが本当のことにしろ、また単にそういわれているにすぎないことにしろ、干渉的に作用して、これらの医師がヘルスケア提供の制度に変化をもたらす活動に従事しているのはなぜだろうと疑わせるのである。

次第に多くのアメリカ人が、健康なときも病気なときも受診を求めようになってきた。明らかに、人一倍熱心に健康を望む人たちがいるし、健康にめぐまれている人もいる。しかし、医師、看護婦および専門職補助者により行なわれるヘルスケアを受ける権利を行使すること、あるいは自分自身でケアするということは、アメリカの現象である。

この10年ばかりの間に、ヘルスケアを拒否されていた人たち、あるいはそれを受ける機会を制限されていた人たちが、次第に声を大にして反論

を表明しはじめた。彼らが求めているのは、十分な量のヘルスケア・サービスを受けることである。しかし、すべての人のためによいケアを実現させるためには、保健専門職者と消費者が力を合わせて、効果的で能率的なヘルスサービス提供の制度、専門職者と公衆の間で権限の分担を可能にするような制度を発展させなければならない。

公立の診療所でなされるケアの質と、開業医から得られるケアの質との間には相違がある。これは、外来診療あるいは家族のヘルスケアと普通にいわれているプライマリー・ケアに関してとくにそうである。開業医のサービスを求める人たちにとっては、ヘルスケアは容易に受けられるという事実が広く是認されており、それが、ケアの提供に新しい方法を求めることを阻止してきた第三者支払制度というメカニズムによって、患者ケアの平等に達成されるのではないかということが想定されたが、これはまだ実現にいたっていない。

健康に関連した知識と技術の驚くべき拡大、専門業務の発達、わが国における健康の概念の変化、そしてヘルスサービスとして一括総称される活動がこれらの変化に伴って増大していることが、すべての消費者は一様な水準でケアを提供するという問題を複雑で困難なものにしている。

ヘルスケア・サービスへの要求が拡大し増大してきているが、医師、看護婦その他のヘルスケアの専門職者の供給は、変化していく需要に追いついてはいない。そのうえ、さまざまな業務の境界

* Nancy A. Lytle, Ed.D., R.N., F.A.A.N

の再配列によって、必要となった専門職者の配置に関しての革新的な探究が行なわれたという証拠はほとんどみられない。

変革を妨げる要因

新しい役割の明確な表現、今までと違った役割への期待の形成、保健専門職者の中で互いに業務を補い合うことが容易にできるようなメカニズムの開発は、停滞して立ち消えになってしまった。専門的養成を受けた看護婦で、医師やその他の保健専門職者ととも今日この専門職者の役割を探究するための専門的知識と動機づけをもった人たちは、いくつかの面で目的の達成を妨害されていると報告している。

第1に、アメリカの医療における“チームのキャプテン”という概念が、専門職業務における相互依存を阻んでいる^{1,2)}。第2に、患者サービスの特定の分野において、自主的に行動できる専門職看護婦は、力をもつ他人が管理を掌握していることから無力感をもっている、と報告している。オットー (Otto, L. B.) とフェザーマン (Featherman, D. L.) により定義された無力感とは、“作用や影響に身をさらし傷つけられやすいという感情で、支配と自主の反対である³⁾”である。この無力感は、専門職看護婦に自分を無能と感じさせ、彼らが本当はその能力をもっているはずの自主的判断と看護介入を行なうことができないように感じさせるものである。

第3に、看護婦を医師の助手として養成しようというアメリカ医師会の1970年の決議は、看護業務の範囲と性格に外部からの支配を及ぼした。身体診断を行ない、患者データを集め、医学ケアの慣習に従って処置を勧めるための責任を医師助手に委任したことが、専門職看護婦の力を縮少し

てきた。医師助手として訓練され雇用されている者は、看護を行なうのではなくて医療業務を援助するよう期待されていた^{4,5,6)}。

第4に、専門職看護婦は、彼らが提供する独自のサービスについて、そして彼らが責任をもつよう養成されている事柄について文書による記述を今つくりはじめたばかりであるから、今日では独立開業している看護婦がいくらか見られるようになっているにもかかわらず、公衆がもつ看護婦のイメージは医師の指示を遂行する者ということに変わりはない。

第5に、看護における研究、すなわち、看護婦がぶつかる患者の現象、それらに対して看護婦が適切な介入を行なうことが期待されている現象についての研究が不足している。体系化された知識がなければ、プライマリー・ケアの実践における専門的知識と技術の発達には困難となる。例えば、健康をもとめることへの動機づけを扱う理論と概念が展開され、病気を予防する保健業務に関する知識が実証されなければ、プライマリー・ケアにおける看護婦の独自の役割のための基盤はほとんどない。確かに、看護婦が自分たちの業務の基盤と性質を明らかにし、看護業務管理を自分たちで行なうようになるまでプライマリー・ケア提供について同僚と公衆に対する全面的責任は生まれてはこないのである。

異なる看護業務の境界

すべての看護婦が、伝統的なヘルスケア提供の制度のなかで挫折感と無力感を味わっているわけではない。二通りの水準のケアを提供し続けている制度のなかにおけるケア提供者として役立っていると感じて満足している人も多い。機会があれば、これらの看護婦はりっぱに観察と指導と与薬

を行ない、医師の治療プランを援助するためのケアプランを作成して調整する。

その一方では、新しい診断技術の学習に伴う興奮と成就感と、これらの技術を実際に使うことのできる役割を引き受けることを喜ぶ看護婦たちもいる。看護婦を指導し、彼らの研究結果を確認し、彼らの業務の範囲を限定することに医師を活用したことは、これらの看護婦が自分たちの行なう機能を拡大することを可能にした。健康診断を行なうときの技術の開発、正常とそれを逸脱した状態の確認、それに医師が示す具体的な行動指示によって、看護婦は疑念と取り組んだり患者ケアについて模索せねばならないことからのがれている。彼らの権限の範囲は明らかにされ、医療ケアの水準の実施に関して医師に対して責任を負う。例えば、デイビスのカリフォルニア大学のファミリー・ナース・プラクティショナーの課程を卒業した者は、“病歴と健康歴をとり、健康診断を行ない、さまざまな身体組織が一般的な健康上の問題と処置にどう関連しているかを診断する能力がある”⁷⁾。これらの看護婦はファミリー・ナース・プラクティショナーとして認定されており、居住している農村社会で医師と協力して働いている。この役割を果たすにあたっての責任と権限の配分に関して医師に依存することが、この役割のために不可欠である。これらの看護婦は、彼らがいなければ医療職者に接近することができなかつたであろう患者たちに真のサービスを提供するものである。看護婦たちは彼らに割り当てられた責任の大きさを心よく思い満足しているようである。

一方、業務の範囲を拡大しようとするときに矛盾を感じる看護婦もいる、とベイツ (Bates) は報告している。医師の助手として機能するように養成されたこれらの看護婦は、本来他人に依存せ

ず、1人立ちできるケア提供者である、とベイツは説明している。矛盾を感じるのは、“自分が状態を診断しデータを収集する者であり、また、人を励まし支援し援助する者である、ということに由来していると思われる⁸⁾”。ベイツの経験では、これらの看護婦はプラクティショナーになることを学んでいくのではあるが、その後一時期、彼らは“医療職の紋切り型になるが、そのうちに、ナース・プラクティショナーとして成功する人は、自分の従来の看護の役割に新しい医療上の役割を結びつけて、新しく均衡のとれた専門職上のアプローチを完成させていくようである⁹⁾”。これらの看護婦と医師の業務上の管理と責任の領域は、医師の場合は診断と処置であり、看護婦の場合はデータ収集と励ましとカウンセリングである。そうすると、この体制のもとで働く看護婦は、医師が彼らの業務の規模を維持し、あるいはたぶん大きくすることさえも可能にしているように考えられる。これらの看護婦たちは、医師が病気の診断と治療に有能であろうとすれば、必要とするデータベースを提供することになる。ベイツがいうような看護婦は、励ましやカウンセリングを求める患者の情緒的要求も満たしている。ケアのこれらの構成分子は、看護婦が個人に合わせたケアをしようと思っていたときに、ある程度の行動上の自由を看護婦が行使できるようにするようである。

カナダのマクマスター大学のプラクティショナーの課程に入ってくる登録看護婦は、データ収集と問題解決に熟練し、家族員について正常と異常を見分けることを教えられる。ここではナース・プラクティショナーは“患者の状態について、正確な診断を導くようなやりかたで評価する。行動決定には大きくわけて3つの種類があり、それらは、(a)具体的な処置を勧めること、(b)元気づける

だけで何らの介入をしないこと、(c)提携している医師に廻すこと、である¹⁰⁾”。この学習課程を修了すると、卒業生は、家庭を対象に開業している医師提携者として働らき、“そこで医師と看護婦は患者に個別に発生するケアについてケアするのが普通である¹¹⁾”。しかし、この課程の卒業生の大半は、カナダの中でも十分なサービスがゆき届いていない地域で、プライマリー・ケアサービスの提供者となる。この課程についての報告は、カナダの看護婦たちは、患者サービスのいくつかの領域について、例えば医療上の習慣からは処置が示されない場合に具体的な処置をすすめるというように、自主的に行動する機会を与えられるだろうことを示唆している。一方、この報告の若者たちは、看護婦が意志決定の権力をもつ領域の性格と範囲についての記述を含めていない。これらの看護婦たちは、看護業務と医療業務の一定の設定された境界内で機能するのか、それとも、彼らは責任と方針決定をともに行なう領域に関与する権利を享受するのであろうか。

看護婦が医師の監督と、ひいては責務に接近すればするほど、この課程で養成された看護婦が行使する支配力の大きさ、あるいは、彼らが自主的な意志決定を行なうために彼らが受ける承認は、増加するようである。あるいは、カナダもまた、都会に住んでいるか、あるいは農村に住んでいるかによって異なる医療の水準の二重性に悩んでいるのだろうか。

最後に、業務を行なう場に働く権力によって失望させられている4番目の看護婦のグループがある。彼らの中には、診療所などで自主的な意志決定と介入のできる機会がもっと得られることを期待して病院を辞めていった人たちもいる。特定の分野において専門的な知識と技術をもっているこ

と、あるいはそれを発展させる可能性のあることが彼らの強みである。この人たちは、専門職上の地位を目指して努力している看護婦である。彼らはナースプラクティショナーの課程を修了しているかもしれないし、いないかもしれないが、彼らは患者の感情的社会的状況についてのデータも含めた患者歴をとる能力をもち、また、看護プロセスを実施する技能ももっている。そのうえ、彼らは患者の言葉による、あるいは言葉によらない行動について知識があり、鋭い観察力と洞察力をもち、敏感である。彼らは治療的コミュニケーションにも熟練している。彼らのほとんどは、不確かさやあいまいさを許容できる。事実、彼らは常に患者とのコミュニケーションに新しい意味を求め、患者が示す徴候や症状の発見に非常に有能になる。私の個人的経験では、この説明にあてはまる看護婦は、看護の学士課程の卒業生で、看護婦の専門職性について理解し信念をもっている人である場合が多い。このグループの看護婦は、有益で容認された権力獲得の形式である“対抗”によって権力を得ている¹²⁾。

幸いにして私は、看護活動における専門的知識、および技能が看護婦によって推進され医師によって奨励されることの多い場面にいるのであるが、多くの場合医師たちは、自主的な判断を行なう有能な看護婦がケアをしたときに患者へのサービスがいかに改善されるかということに気づくまでは単に大目に見ているというだけなのである。看護婦が専門的技術を示すことによって、医師と協調し、平行した活動が生まれ、そうなると、看護婦が医師の指示に依存することも少なくなる。

看護婦は患者にプライマリー・ケアを行なうときに責任ある行動をとることによって、ある役割を獲得し、それを実行することができる、という

私の主張を裏づけるものとして、ここにいくつかの例を示す。

看護婦Aは、思春期にある身体的に健康な妊婦のための産前のクリニックを管理している。彼女の仕事は次のことがらである。(1)身体評価、(2)精神社会的な状態について継続評価、(3)看護婦—患者の関係の確立、(4)保健指導、(5)情緒面の発達の促進、(6)母親としての行動の手ほどき、(7)本人および家族がもつ資源を活用するよう患者を援助すること。医師たちは、思春期の患者全般および妊娠している思春期の妊婦へのケアサービスについて、この看護婦Aに相談する。彼女はまた、若い母親たちに身体的な問題が起きた場合には医師に相談する。その症状が続くようであれば、看護婦と医師はいっしょにケアプランをたてる。私たちのところでは、思春期の母親の分娩は医師が介助するが、妊娠の全期間を通じて看護婦が行なうケアは、看護婦Aあるいは彼女の同僚の1人によって計画される。各専門職者が思春期の少女と彼女の家族に特有な問題について何かを提供することによって、協調が生まれる。この看護婦、あるいは思春期の患者のケアを管理するために彼女が用意した人によって提供された患者サービスに対しては料金が徴収される。先日看護婦Aは、開業医からケアを受けていた思春期の患者のためのケアを計画するように頼まれた。彼女は、看護婦のケアの供給を病院の医師の患者ばかりでなく、開業医の患者にまで拡大することを計画している。彼女はまた、患者に現われた結果と患者が幼児の世話をするという役割とが、どのように関連するかを確めるパイロット調査を行なった。

看護婦Bは、産科学的に危険の大きい患者と彼らの夫に対して、分娩中と分娩後の母親と赤ちゃんについての予測できない事態への心の準備を頼

まれている。子どもがもし死産であったり奇型をもっていたり、あるいは子宮外生活への適応が危険な状態にある場合、看護婦は、家庭が母親と子どものこの危機状態に対処していこうと努力しているときも家族とつながりを持ち続ける。同時に、この看護婦は、出産後の女性の自我の再統合を援助する専門的技術をもっていることを認められている。母親の反応について予想し、患者への介入を分析することによって、彼女は他の看護婦が産婦あるいはその家族の人たちにプライマリー・ケアを行なえるように彼らを養成することができた。この看護婦は、医師あるいは看護婦の要請により、あるいは自分自身の関心から、新しい患者の現象について自由に探究することができる。そこには、患者と彼らのケアの提供者についての体系的な研究がある。

看護婦Cは、がんで死を迎える患者とその家族を援助する専門的技術を身につけている。過去6カ月間の彼女の介入の結果が目に見えてはっきりしてきたので、医師や看護職員は患者を彼女に廻すようになった。医師たちは、自分が非常に心を痛めている患者の死、例えば思春期の若者とか幼い子のいる母親の死といったことについての自分自身の感情の処理について彼女に相談を求めようになってきた。この看護婦は、患者に対しての働きかけだけでなく、家族への療法にもよく経験を積んでいた。彼女の最近のもっともむずかしい仕事は、妊娠を満期まで持ちこたえることに困難のある夫婦についてである。この夫婦を扱うには身体的な要因も精神的な要因も処理しなければならず、医師との協調が不可欠となる。

これらの看護婦はプライマリー・ケアを行なっているのか、とあなたは質問されるかもしれない。彼らは彼らの業務の管理と責任の領域に対して権

限を示してきたか。彼らは誰に対して責任があるとされるのか、第一の質問への答えとして、私の見解では、プライマリー・ケアとは患者が次のことがらについて援助されるときになされるものである。(a)身体的、情緒的な病気を予防する、(b)幸福で生産的な親となるための行動を獲得する、(c)病気と障害に対して、成長を促すような方法で対処する、(d)問題を解決する、(e)健康に関連した活動にどんなほかの方法があるかを明らかにして考える、(f)自身と他人と調和して生き、調和して死ぬために、彼らの資源をできるだけすべて活用する。

これらの看護婦は権限の基盤をもっており、この権限は次の資源から生まれてきている。

法律上の権限は、必ずしも制度によって与えられるものではなく、患者および家族が看護婦に与えた支持に基づくもので、専門職看護を実践するために登録された人に与えられる。

他の専門職者に紹介するという権限は、看護婦が目標と支配をとともにわかち合う他人とのかかわり合いから生まれてくるものである。これらの専門職者は、看護婦および医師として患者サービスに本来備わっている張り合いのあるむずかしさを共有するときに一種の一体感を体験する。それぞれの専門職者は、限定できる業務範囲をもっており、それらの領域は、患者の年齢、教育、社会的地位、財政的状況、そして彼らが選択している医療制度の違いに関係なく処置が行なわれるために時として重複することがある。

これらの看護婦はまた、独自の患者ケアサービスを行なっていくうちに彼らが得ていく**専門家の権限**を獲得していく過程にいる。この場で働いている人で、これらの看護婦ほどの高度の能力を示す人はほかにいない。

それぞれの看護婦によって行なわれる患者サービスについて概説した。そのサービスの中での看護婦の役割は、第1に患者に対し、第2に彼女自身と同僚である医師と看護婦に対し、そして最後に施設に対して責任を負っている。権限は、他の医師の同僚および他の保健専門職者と共有される。この過程のなかで、効果のないヘルスケア制度は徐々に破壊されてきて、機敏な消費者と、良心的で有能な同僚と、すぐ反応して行動する行政の協力と支援の結果として変化が起こりつつある。

これからのプライマリー・ケアへの 看護婦の参加

看護婦は、変化の過程の諸々の様相をひき起こすのに重要な働きをしてきた。しかし、権限の基盤を獲得して、それに基づいて医師やその他の保健専門職者と協調して努力することに成功している専門職看護婦は、質の高いプライマリー・ケアを受けることを今まで拒否されてきた消費者へのケアに関与している場合が多い。その人たちには、特に診療所や外来に来る老人たちや都会に住む妊娠している思春期の少女が多い。

専門職看護婦によるこの行動は、よく考慮されたうえでのものだったか。看護婦たちは、患者ケアサービスのギャップを認識して、そのギャップを埋めるためにケアを組織するように動き始めたのか、それとも、彼らは日和見主義で、他人があまり関心を示さない患者ニードに目をつけたのか。理由はどうあれ、看護婦は価値あるサービスを行なっており、これらの患者たちのケアの要求に対して、以前よりもはるかに大きな注意が向けられるようになった。

今後、私の願いが1つかなえてもらえるとしたら、それは看護婦がここで女性全体のためのプラ

イマリー・ケアサービスを組織することに関心を向けてほしいということであろう。私たちの社会には、女性ほどプライマリー・ケアを必要としている集団はほかにないし、このようなケアの結果は、私たちの社会のすべての者に向けられるどんな1つのプログラムよりも大きな成果をもたらすであろう。

女性たちは、他人の健康の増進に今でも重要な役割を果たしているのに、彼らはこの役割を果たすための自分たちの態勢づくりがよくできていない。驚くべきことは、女性たちがたぶん妊娠中を除いては、自分たちの健康の増進にほとんど援助を受けていないという事実である¹³⁾。

更年期に入っている女性のために、プライマリー・ケアを行なうことに誰が関心をもっているだろうか¹⁴⁾。女性たちは往々にして、自分が多忙な婦人科医や一般開業医にとってやっかい者、あるいは迷惑になると考えている。しかし、出生率の低下が続く一方で、産婦人科で開業するよう養成される人の数がふえ続けていけば、この状況は今後変わっていくと思われる¹⁵⁾。すでに、産科医、婦人科医の間では女性のためのプライマリー・ケアの開業医になるという話がもちあがっている。

専門職看護婦の集団は、女性への保健指導を行ない、女性のための健康クリニックから育ったセルフヘルスの習慣を助成して、サービスのギャップを埋める者として働くことをどうしていくのだろうか。私たちは、女性のためのプライマリー・ケアの提供について、私たちが責任をもつのを医師たちが許してくれるのを待たねばならないのか。看護婦がイニシアティブをとって、すべての女性のためのプライマリー・ケアサービスを向上させる時がきているのではないだろうか。

私は、看護婦に対する奮起のよびかけで、これ

を締めくくりたい。ほとんどが女性で構成されている専門職の一員として、人間としてのニードと女であることと、そのよろこび、かつとう、および問題についてのあなたの知識を使い、あらゆる年齢に健康な女性という目標のために働きなさい。女性を通して、そして女性とともに、権限をもつ集団、他の保健専門職者と自主的で相互依存的な関係を確立する能力をもち、質の高い業務を管理することのできる集団として活動しなさい。

引用文献

- 1) Fuchs, V. R. *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice*. New York, Basic Books, 1974.
- 2) Shively, J. P. The role of the nurse practitioner. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 122 : 4 : 502-507, June, 1975.
- 3) Otto, L. B. and Featherman, D. L. Social, structural and psychological antecedents of self-estrangement and powerlessness. *American Sociological Review*. 40 : 701-719, Dec., 1975.
- 4) Andrus, L. H. and Fenley, M. D. Evolution of a family nurse practitioner program to improve primary care distribution. *Journal of Medical Education*. 51 : 4 : 317-324, April, 1976.
- 5) Runyan, J. W., Jr. *Primary Care Guide*. Hagerstown, Md., Harper & Row, 1975.
- 6) Shively, J. P. *op. cit.*
- 7) Andrus and Fenley. *op. cit.*, p. 322.
- 8) Bates, B. Physician and nurse practitioner : conflict and reward. *Annals of Internal Medicine*. 82 : 5 : 702-706, May, 1975.
- 9) *ibid.*
- 10) Spitzer, W. O. and Kergen, D. J. Nurse practitioners in primary care. the McMaster University educational program. In M. Leininger, ed. *Barriers and Facilitators to Quality Health Care*. Phila., F. A. Davis, 1975, p. 97.
- 11) *ibid.*
- 12) Hickson, D. J. and others. A strategic contingencies' theory of interorganization power. *Ad-*

- ministrative Science Quarterly*. 16 : 216-229, 1971.
- 13) Lytle, N. A. Contemporary American Women. Sect. I. in N. A. Lytle, ed. *Nursing of Women in the Age of Liberation*. Dubuque, Iowa, Wm. C. Brown (in press).
- 14) Boston Women's Health Book Collective. *Our Bodies, Ourselves*, 2nd ed. New York, Simon & Schuster, 1976.
- 15) Pearse, W. H. Doctors and patients in obstetrics and gynecology : the next 15 years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 125 : 3 : 361-367, June, 1976.
- model of man's health, disease, aging, and death. *Journal of School Health* 45 : 509-518, Nov., 1975.
- Koehne-Kaplan, N. S. and Tilden, V. P. The process of clinical judgment in nursing practice : the component of personality. *Nursing Research* 25 : 4 : 268-272, July-Aug., 1976.
- Nagi, S. Z. Teamwork in health care in the U. S. : a sociological perspective. *Health and Society*, Winter, 1975, pp. 75-89.
- Nuckolls, K. B. Who decides what a nurse can do ? *Nursing Outlook* 22 : 10 : 626-631, Oct., 1974.
- Pender, N. J. A conceptual model for preventive health behavior. *Nursing Outlook* 23 : 6 : 385-390, June, 1975.
- Schlotfeldt, R. M. Accountability : a critical dimension in health care. in M. Leininger, ed. *Health Care Dimensions : Transcultural Health Care Issues and Conditions*. Phila., F. A. Davis, 1976.
- Wright, E. Registered nurses' opinions on an extended role concept. *Nursing Research* 25 : 2 : 112-114, March-April, 1976.

参考文献

Etzioni, A. Alternative conceptions of accountability ; consequences for the education of health administrators. *Hospital Progress*, 55 : 34, June, 1974 ; 56-9, July, 1974.

French, J. R. P. and Raven, B. The bases of social power. In D. Cartwright and A. Zander, eds. *Group Dynamics : Research and Theory*. Evanston, Ill. Row, Peterson, 1962.

Hoyman, H. S. Rethinking an ecological system

一般看護業務および専門分化看護業務のための 学問的教育基盤

マイラ E. レヴィン*

信心の次は清潔である、という 19 世紀の信仰は、ヘルスケアの基本原則をつくりあげた。加えて産業の台頭は都市化を促し、社会の健康が守られないかぎり個人の健康は守りきれないということの人々に認識させた。従って、19 世紀の人道主義者たちが同時代の衛生改善家たちと一緒に仕事をしたのは偶然のことではない。なかでも最も発言力があり、辛抱強く、献身的であった衛生改善家は、看護婦のフローレンス・ナイチンゲールであった。

このようにして疾病に対する予防対策は社会的、政治的な問題となり、各種の任意団体が人道主義の改革を危くする無規制の産業化と戦った。ヘルスケアのための任意団体の最初のもは英国の“町の健康協会”であった。デュボス (Dubos, Rene) が、その種の団体の信条を引用している。

……病気の代りに健康を、不潔の代りに清潔を、姑息な治療の代りに予防を、無知な自己本位の代りに啓発された自己利益を……そして、もっとも貧しい人々に、無知と怠慢が重なって長い間制限され台なしにされていた純粋で豊かな天の恵みの存在を目覚めさせたい～それは空気と水と陽光である²⁾!

この種の任意団体は、突然出現したわけではなくそこには病気からの解放を求める熱望がくり返しくり返し人間の主題であったという哲学の長い

伝統があるのである。ヒポクラテスは節制を勧め、プラトンが彼にたずねている～“怠惰と不節制な食事のゆえに医師が必要なばあいにいたる……これは言語道断であると思わないか?”³⁾。バトラー (Butler) の Erewhon からハックスレイ (Huxley) の Brave New World まで、およそユートピア文学とよばれるものすべてに通じる特徴は、あらゆる種類の疾病が制御され、排除され、望むらくは存在しなくなるような社会を描いていることである。ユートピアは想像の産物であるとはいえ、あらゆる世代は、疾病が征服され、健康が保持でき、各人が自分を尊重してくれる社会の中で長命を約束されることをくり返し願っているのは事実である。それにもかかわらず、“健康”という概念以上に定義のしにくい概念は他にほとんどあるまいといわれている。ディングル (Dingle, J. H) は WHO の憲章を引用した中で、その健康の定義を“高雅な声明”とよんでいるが、そこに使われている表現は莫然としていて量的に測定できない⁴⁾。ここに 1 つ、健康を定義する民間の名言を言葉の意味の変遷の中に見出せる。ヘルスという言葉はアングロサクソン語の“hal”からきており、これは現在の英語の“whole”と同じ語源であるというのがそれである。完全であること——おそらくこれが最も簡潔な健康の定義ではないだろうか。

* Myra E. Levine, MSN., R.N., F.A.A.N.

社会的に定義した健康とは

幸福の“標準”を決める身体的、ならびに精神的基準はあるにはあるが、最終的にそれを決めるのは個人であり、各人が個人的に解釈するもので、その人の文化的、社会的背景に大いに左右される。どの社会もそれぞれの内的ならびに歴史的生命観の操るところにより、“理にかなった”病気は何と何であるか、病気を把握し、それに立ち向かう方法、を決めている。どの社会も社会が価値ありとみなす人々へのサービス投資を優先し、どのように遠回しにしてみたところで、その社会機構の中でほとんど価値のない個人へのケアを拒んでいる。生活活動を妨げるような無能状態の場合は別として、各人は自分の身体の内なるメッセージを感じとった時の反応のしかたを体得し、社会一般の標準と比べて自分の知覚力を評価することを学ぶ。この意味で健康とは社会的に承認された行動の一種であり、それ以外にはほとんど考えられない⁵⁾。

ビクトリア時代の英国の町は、社会的にまた環境的に汚染された今日の技術と産業の時代に比べれば、まさにアルカディア*のごとき牧歌的な隠れ所であった。清潔にすることが消毒へと進歩し、接触感染の作因の伝達が疾病予防の手段に結びつけられてからまだほんの100年にすぎない。プラトンの国家論に出てくる市民は節制によって病気を“予防”したが、われわれは、われわれを脅かすかもしれない病気を予防するためにインフルエンザ・ワクチンを製造するだけの技術的、科学的能力を備えている。

接触感染に対する疾病予防はめざましい成功を

おさめてきた。残念ながら節制をすみやかに習慣づけるような科学的方法はまだ発明されていない。しかしサイエンス誌が予防的ヘルスケアの“福音伝道者”と名づけた人々がプライマリー・ヘルスケアをめざしての多大の前進を起している⁶⁾。

予防的ケアの教義の1つは年1回の検診である。ところが現在、地理的偏在、インフレーション、いっそうの経費上昇、プラクティショナーたちの専門分化増進などの厳しい状況下に置かれたケアシステムの中の専門職者の一部に、健康なユーザーは来ないでほしいという声上がり始めている。ニューヨーク・タイムス・マガジンの最近のある論文は、定期的な検診は費用がかなりすぎ、かつほとんど得るところがないと指摘しているばかりでなく、健康人を対象とする集団スクリーニングも同様の成果であるといっている⁷⁾。

健康保持が基本的な疾病予防であるという考え方はアイリッチ (Illich, Ivan) が“生活の医療化”とよんでいるものの目ざすものである。この発想全体は最近の書物によって理不尽なものであるとみなされるようになってきた。というのは、かつて「医者が来るまでどうするか」という本を購入できた一般の人々は、現在では6ドルも払わずに「自分で手当する」ことを説き勧める書物を買えるのであり、その最初の一行には“あなたにはあなたの医者よりも自分の健康のためにできることがたくさんあります”と書いてある⁸⁾。次に出てくるのはヘルスケアの消費者各人が、自分の診断を下せるようにつくってある一連の診断作業過程経路図である。

伝染病の減少は生命延長をもたらした。しかしながら、このことは他の病気、すなわち冠動脈疾患、高血圧と脳卒中、癌、糖尿病、避けることのできない老化症などの増加を意味している。予防

* 古代ギリシャにあったと伝えられる理想郷

の成果は満足からほど遠いものである。長期の健康問題は“管理”されているかもしれないが、そこには言葉の間違いがあり、そうした管理を予防とみなそうとする意図がある。アメリカ保健財団の最近の会議で、“不死の幻影”ということが探究された¹⁰⁾。不死の約束は長期疾患が予防できるというきざしがあってこそ可能であり、とうてい実現不可能な約束であると主張されて当然である。さらにいうならば、“治癒”を約束する資金調達は詐欺への加担である。

長期疾患をもった人は自分の生活を管理することを学ばねばならない。このような人々に対する教育指導が十分に行われていないことが多いが、これは主として、文化上の好みやクライアントの理解力に由来する以上に、専門職プラクティショナーの抱く偏見の反映である場合が多い。“‘予防的な’健康生活を誘導することのむずかしさは……‘器官機能上の’疾病が存在しない場合に人々が医学的に適切な行動をとるようにしむけなければならないことから生じてくる”とファブレガ (Fabrega, Horacio) はいっている¹¹⁾。

人々は確実に健康を保持する諸行動——清潔、適切な栄養、情動の安定、乱用されている物質の使用の節制など——を生活に取り入れたがらない。この種の予防活動には興味をそそるようなところがないし、それを理解するにあたっては、かなりの文化的偏見が介在する。さらにいうならば、聴診器、血圧計、体温計のはいった健康バッグなるものを修了者に与える自助健康教室の類が、健康保持というかたちでの疾病予防を陰に追いやっている——つまり機械類による医療化である。

ヘルスケア・システムが備えるべき 共通の特性

ヘルスケア・システムは、それが機能する社会環境の中から生まれるべくして生まれたものでないかぎり、不調和と不満だけをもたらす。従って、ある1つのヘルスケア・システムが合衆国中どこにでもあてはまるということはない。各地域社会ごとに、それにふさわしい特別注文のシステムが存在すべきである。ヘルスケアのニードがヘルスケア・システムを創り出すべきである。

すべてのヘルスケア・システムは次のような共通の特性を備えていなければならない。

(1) 恩恵としてではなく権利としてのヘルスケアを基盤にしたシステムには入口を番することがあってはならない。“見捨てられた人”であっても、いつでも入って行けるということがいかに大切かをミリオ (Milio, Nancy) が強調している¹²⁾。ヘルスケア・システムにいつでも入って行けるといことは、長期疾患患者は必要があればいつでも登録ないし再登録できる道が開けていることを意味する。圧倒的多数の疾病は自分で制御できる、短期間のものであって、何ら永久的な後遺症を残さないから、必要とされるケアならびに相談を提供する歩行患者用ケアシステムが優先されてしかるべきである¹³⁾。

(2) 必要なケアをいつでも求められるようにするための賃金調達には、高価でしばしば過剰の技術を求めての高額を競うやり方ではなく、人間らしい条件での費用効果を評価するようなシステムが必要である。さらにいうならば、ほどよく分布された歩行患者ケア・センターのあるシステムは、外来クリニックとしての病院救急室の高くつく使用頻度を減少させるであろう。

(3) ケア・システムをいつでも利用できることは、会計上の負担免除を意味するものではない。しかし、国民健康保険があっても、すべての市民が利用できる、ケアを受ける資格を審査する家計調査という負担や侮辱なしの資金負担システムが必要である。

(4) 地域社会の人々のニーズに応えるヘルスケア・システムは、現行システムの一部をいよいよ特徴づける傾向のある“商業主義”にはがまんできない。われわれはヘルスケア・システムから市場という言葉締め出す方法を見つけねばならない。人々はヘルスケア・ニーズを持っているが、われわれは消費者というものを論じている。われわれがケアを得る権利を与えようと努めてきた対象である見捨てられた人々、貧しいがゆえに医療援助を受ける資格のある者や、高齢のゆえに国民健康保険を適用される者でさえが、彼等のニーズや苦しみが取引きされる生産物である市場において、法外な利潤を生み出してきている。いかなる局面のヘルスケアも、個人の利潤取得が不問に付されるような“産業の場”として名乗り出るのを許されるべきではない。

(5) ヘルスケア・システムは予防作戦を提供するものでなければならないが、その作戦は自由社会で実施可能なものにかぎられる。非全体主義の国で個人の健康問題の予防を法制化するのはむずかしいが、民主主義においては、社会福祉は可能であり、かつ行われねばならない。民主政治の社会には環境を規制し、調整する能力がある。ここ10年間の癌のおよそ80%の原因とみなされる、空中、水中、食物中の発癌物質の制御を、十分取り締っていない現状では、あらゆる習慣が影響を受ける。適切な栄養は個人の選択に依存すると考えられるが、同時にそれはその家庭の購買力にも

左右される。われわれが今癌を予防できると信じるのは愚直であるが、われわれは飢えや非健康的な住居、また人が尊厳を保って生きていくことができるようにする教育や仕事を手に入れる能力の無さに結びつく自暴自棄、などを予防することはできる。

(6) その地域社会の公共の目的の一表現であるヘルスケア・システムは信頼関係のある状況においてのみ成功する。マスコミなどの媒体を通して教育された市民は一段と事情通であり、従って、一段と要求が強いということは広く信じられている。しかし、一体彼等は何を教えられているのだろうか？ 技術中心医学の小道具類と仕掛けとに魅惑されて、魔法のような治療を期待させられているにすぎない。“希望”の名のもとに、われわれは錯覚と伝説が正直にとって代るのを見すごしにしてきた。多くの人々はシステム——どんなシステムでも——が提供可能なもの以上を期待する。そして、そうした高められた期待の少なくとも一部を、一部の保健医療専門職者がいぜんとして救世主であるかのごとくふるまっている事実が助成している。患者の“権利章典”^{*}を求める声は非個人的な、人間性を失ったケアに多くの人々が惑わされていなくなった証拠である。細心の注意をもって計画されたヘルスケア供給も、ケア提供者とサービス受給者とが誠実さと単純な礼儀とを共有していないならば、失敗に終るであろう。

拡大した看護

アメリカの看護の出発した時点ですでに、ヘルスケアは個人に対してと同時に地域社会に対しても貢献すべきであると考えていた看護婦がいた。ハウ (Howe, Irving) はリリアン・ウォード (Li-

* 米国憲法第1～第10条

llian Wald) について次のように書いている。

彼女は市当局を説きふせて公衆看護——これは彼女の造語であった——のプログラムを発足させた。彼女はまた教育委員会を納得させて学校に看護婦を配置させた。彼女は児童の就労に反対する委員会に加わって熱心に働いた。子供の遊び場増設運動に加わり、強力者を悩ませ、金持ちに資金を出させた……闘士というわけではなかったが、婦人参政権運動に参加した。第1次世界大戦に際しては反戦論者として活動した……。1910年の外套製造業者のストライキに際しては、彼女はストライキ参加者とかたく提携した——ほかのどこに彼女が居られたのであろうか？ 彼等は彼女の隣人であった。

セツルメント運動の結果、ヘルスセンターが設立された。公共の、ならびに私的な機関は予防サービスも付随的サービスもともに統合されたが、医療サービスは別であった¹⁶⁾。救貧農場に生まれた病院のように、初期のクリニックは貧しい人々にプライマリー・ケアを提供することを目的としていた。しかし、医療を施設の外へとりのけた新機軸は必ずや組織化された医療のはたらきかける激しい戦闘を伴った¹⁷⁾。ローエマー (Roemer, Milton) は総合的ヘルスセンターの概念は1960年代に入ってはじめて再生したと述べている¹⁸⁾。そしておそらく、ヘルスサービス供給システムへの最も発展性のある貢献はホールドマン (Holdman, J. C.) とアブデラ (Abdellah, F. G.) の Progressive Patient Care (PPC) であった¹⁹⁾。

看護業務の変化は、めったに予想もされなければ計画されてもいない。メアリー・ケリー・マレイン (Mary Kelly Mullane) は昔は医師が胸ポケットから体温計を取り出して看護婦に手渡し、「検温しなさい」と言っていた様子をたびたび記

述している。看護婦はどういうものかつねに、血圧を測定することから検査のため心電図の解読まで、医師が時間がなくてできないことをする機会を見つけ出してきた。そして、看護婦はつねに、看護婦が現場で現実に行っていること、すなわち、教課育程で学習する必要のあることから一步遅れてついでに²⁰⁾。

非看護婦の医師助手養成は、**医師の完全な支配下**にあって、医師がもはや委託する時間や選択の余裕を持っていない仕事を行なう補助者を供給するための作戦であった。ベイツ (Bates) やライナフ (Lynaugh, J. E.) が指摘したように、忙しい医師だけが自分の仕事の一部を委託する覚悟ができていた²⁰⁾。しかし、大事にしていた医業の委託は医学領域の境界線にある間隙を生み出した。医師ではない者が病歴をとったり、身体検査をしたり、患者のケアを管理したりしてよいのなら、看護婦も当然 (彼女たちは長い間その類のわざのあるものを所有してきた)、それをしてよいはずである。また、そうした医療職者が忙しい医療業務の中で受容され得るのであれば、彼等が地理的あるいは資金的にヘルスケア・システムから疎外されている人々へのヘルスケアをなぜ行えないのか、その理由はなかった。

そこには、上述のような社会のニードを満たす看護の役割の発展を正当化する事実以上のものがあつたのである。小児科看護婦プラクティショナーは、健康児クリニックにおける看護婦の責任という長い、試験期間を経た伝統につながって必然的に生まれ出た²¹⁾。小児科看護婦プラクティショナー養成課程がそうであったが、家庭看護婦や産科看護婦、老人看護婦などのプラクティショナーの養成が開始されてみると、それらは忠実に医学のやり方を手本にしていた。

医学における専門分化の強調は、ヘルスケア・システムにおける不公平な基本的原因の1つに込めたものではなかった。しかし、プライマリー・ケアの強調とともに、医師の中に専門分化に向けての動向の中で見失なわれていた総合プラクティショナーという伝統的な役割が、家庭ヘルスケアの幅広い内容の中でふたたび肯定される必要のあることに気づき始めた者が出てきた。そして、ゼネラリストであるスペシャリストを創り出そうとするこの医学の動きは、家庭看護プラクティショナーの出現をも正当化するものであった。

看護婦たちがプライマリー・ケア看護に打ちこんだ熱意は、合衆国のヘルスケア・システムに東ヨーロッパの *feldsher** を想起させる雑種の職種——看護婦でもなければ医者でもない——が入ってくるのを防いだといえるかもしれない。しかし、プライマリー・ヘルスケア・システムへの看護婦の参加実現の点での成功度は、ヘルスケア供給におけるこうした基本的変化がもたらした社会的、専門的諸問題に直面した時の彼女たちの活力と勇氣とに左右される。最も重視すべき問題は、実戦力となる看護婦を養成する教育課程を安定させることである。

プラクティショナーを訓練する最初のプログラムは今から10年も前のものであるとはいえ、依然としてプライマリー・ケア看護婦の役割をめぐる問題には、パレードの先頭を行く楽隊車の目新しさがある^{22,23)}。“プライマリー・ヘルスケア”および“看護婦プラクティショナー”という言葉は1974年まで *Index Medicus* の項目に入らな

った。また看護にはよくあることであるが、その言葉の意義をめぐる混乱が、ある種の人々がその役割について今なお抱いている不確実性のしるしとなっている。“プラクティショナー”という肩書の使用は慣例から正当とされてきたが、それでもオジメック (Ozimek, Dorothy) とユーラ (Yura Helen) とが指摘しているように、“‘看護婦プラクティショナー’ という称号は看護婦は看護の実^{プラクティショナー} 実践家であるからして重複している”²⁴⁾。“プライマリー・ケア看護婦”の肩書もいまひとつの意義をめぐる混乱をもたらしている。この称号は救急ケアの場面での個別的、責任のある、結局のところ、おそらくは自立した業務を旨とする行動を指すものとしてすでに使われているからである²⁵⁾。もしもこの両方の動向が、看護婦がヘルスケア・システムの中で生かし得る最大限の可能性に結果として到達するような看護業務を際立たせるのであれば、これらの称号は対立するものではなくなるであろう。

しかしながら、ぜひとも強調しておきたいこと、それは、いずれにせよ行なわれているのは看護であるということである。ウェストン (Weston, J. L.) は、看護の役割の効果的な機能は“既成事実として受身で受け入れ”られることはないと警戒して“‘看護婦’プラクティショナーはどこへ行く?”と疑問を発している²⁶⁾。

新しい役割のための教育

新しい役割のためのいくつかの教育プログラムは、少なくとも最初のうちは大学課程を終えた看護婦のためのものにかぎられていたが、その他の登録看護婦を入学させるプログラムもあった^{27,28)}。ある学士課程ではプライマリー・ケア看護がカリキュラムに組み込まれているが、別の課程では家庭看

* ロシアにはじまる半医師・半看護婦の存在、ソビエト連邦になっても存続している。“フェルトシェール”とよぶ。他にバルト海岸諸国、ポーランド、ユーゴスラビア、ブルガリアに存在。

看護プラクティショナーは修士課程で教育されている^{29,30,31,32)}。

ここでもまた、看護の仕事にいろいろな教育を受けた多様な個人が挑戦しているが、戦力の点では彼女たちに甲乙はない。われわれはディプロマ、准学士（短大卒）、学士それぞれの課程で教育を受けた看護婦の機能の上での相違を識別したことがない。そして今、われわれは、非看護職の医師助手との競合のためにいっそう複雑化した、プラクティショナー養成の多様な訓練プログラムに直面している。

HEW 長官招集の看護婦のための拡大役割研究委員会の報告書は、医師と看護婦の“共生役割”について発言している³³⁾。そこでは、その共生がいかにか不完全なものであるかが認められており、と同時にそうした状態を変えて行くための“最も重要な機会”を提供するのがプライマリー・ケアであると強調されている³⁴⁾。その機会を逃してはならないのはもちろん、未統制で期間も短い、徒弟制度的で非学問的なプログラムでプライマリー・ケア看護婦を養成するような“プラクティショナー”計画の洪水の中でそれを見失なうことのないよう心せねばならない。

アメリカ看護婦協会（ANA）の看護業務会議の定義によれば、看護婦プラクティショナー／臨床家とは次のような看護婦である。

……面接、健康歴、身体検査、診断検査などの方法を用いてクライアントの身体的、ならびに心理社会的状態を査定し……そのデータを解釈し、治療計画を立てて実施し、クライアントのケアを継続的に最後までやり通し……そうした計画を独立した行為をもって、あるいはしかるべき紹介をしたり、カウンセリングをしたり、他のヘルスケア・ワーカーと協力したりして実施して行く³⁵⁾。

上記は知的に洗練された聡明な看護婦像である。しっかりと基礎教育を受けた看護婦だけが、このような役割を果たすことができるといえよう。しかしANAの“歩行患者の看護ケアにおける成人および家庭プラクティショナーの資格申請要件”としては“成人および家庭の看護婦プラクティショナー養成短期継続教育プログラムのための基準ないしそれと同等の基準に合致した組織的学習課程の修了……³⁶⁾”を特に要求している。

数年前、私はさる有名な心臓病学者と心臓臨床看護婦スペシャリストを養成するプログラムと一緒に仕事をした。彼は“私が彼女たちを訓練したのです”とあって、“彼の”看護婦たちと彼との協力関係を自慢した。私はこう答えた“そうでしょうとも。あなたは私が教育した看護婦たちを訓練したのです。”ここでもまた、認定看護基礎教育課程で教育された看護婦たちは、新しい、拡大された役割を果たすにあたり、もう一度“訓練”されている。プライマリー・ヘルスケア・プラクティショナーは今後あらゆる看護婦の中でも最も目につく存在になるであろう。

彼女はかなりの能力、知識、最高の洞察力を必要とする役割を果たすことになるはずである。彼女は最良の教育を受け、最大の経験を積み、自分の言葉で話すことができるように訓練された看護婦でなければならないだろう。このような訓練教育は短期の継続教育などでは行なえない。学問的看護教育の主流にこそ属すべきものである。

あまりにもしばしば、看護婦教師たちは新しい業務方法に直面しては急いでカリキュラムを組み直し、カリキュラムを一足先に確立されている業務の型に応えるようなものに変えようとする。それがまたくりかえされて、この度はこれからやってくる高波が“身体面の査定”であるといわれて

いる。身体査定をコースに含めるための混線の結果、奇妙な教育活動が出現した。“準備ができていようといまいと”とって学生と一緒に始めて学習する教職員がいた³⁷⁾。自分で技術を探したが、自分自身それを生かすまでにはいたらないうちにカリキュラムにそのコースを導入した教職員もいた³⁸⁾。身体査定技術は1つの科学技術であり、その種の情報技術のすべてがそうであるように、看護介入のための看護判断を促進する必要から生まれ出るべきである。大学院で行なわれていたこの種のプログラムは、この重要な要因をいく分よく認識していたようである³⁹⁾。

身体査定には今なお不可侵領域の雰囲気がつわりついているが、患者の気道が呼吸に十分なほどきれいであるかどうかを確かめたり、血圧を測定したりに看護婦が聴診器を使うのはまったく当然のことではなければならない。看護の仕事を示れたものとするのは身体査定技術ではない。よりよい仕事をするために、あらゆる技術を活用する秀れた看護婦が看護の仕事を示れたものとするのである。

専門業務に就くための学位として今さら学士号を期待している職業は看護以外にはない。学位なしに上級の業務に就くことを許す専門職業も他にはない。専門職業看護婦はすべて学士レベルの教育を受けるべきであり、また学士課程看護学校の卒業生はすべてゼネラリストとして教育されるべきである。スペシャリストは臨床スペシャリストにせよプライマリー・ケア・スペシャリストにせよ、まず最初に、教養を積み、自分の言葉で話せるようになり、自己管理ができ、聡明で、社会の変化に応じられるように自らを育てるゼネラリス

ト教育を受けるべきであろう。同僚関係を保つためには、看護婦は他のヘルスケア専門職者、特に医師と、知的ならびに専門的に等しい水準で接することができるべきではない。ヘラクレスが川を手に入れた時*にわれわれに教えてくれたように、ヘルスケア供給システムが変わった働き手を必要とするほどに看護は変わった働き手を必要としない。

一般教養科目をコースの中で特に強調する必要はもはやないが、真に教育のある人間をつくるために、それらがカリキュラムに組み込まれるべきである。自然科学、物理科学、社会科学（人類学を含む）のコースが重要であり続けるかぎり、目下軽視されているものについての再考を求められる。例えば、数学は生理学の理解や統計処理能力の基礎であるばかりでなく、教育のある人間に多くを与える抽象的思考方法をもたらすものでもある。

教養は人間的学習——人生を豊かにし生きていくことに有意義で価値ある洞察をさせる、文学、美術、音楽、思想や美の世界での先人の遺産などの学習——を通して培われるものであり（ある種の医学校が現在実行しているように）、社会科学を通して身につけられるものではない。語学の学習を切り捨てていることは一般教養課程のいま1つの問題である。2言語併用できるようになるという実用的な意味以上に、言葉の精密さと構造を学習し、その言語で書かれたものに近づく1学門分野が語学学習の前に開けている。看護婦に言語の正確な使用を探究する学門分野を教えるコースはぜひとも必要である。

学士課程看護教育は、ゼネラリストを目標とし、強力な臨床内容を組み込んだものでなければならない。それには、教職員同士の間にも相当の折衝が必要となるであろう。というのは、教職員各員は

* 12の冒険のうちの「アラゲラス王の牛舎の大そうじ」の話のことか？

気が進まないながら断念することになるであろう愛着のある学習領域を持っているからである。しかし教育内容を本当の意味で一般化するには、すべての人々にとって適切な、どのスペシャリスト領域においても教えられ、またヘルスケア供給システムのどの機関においても活用されるような、幅の広い概念を確認しておく必要がある。ゼネラリスト教育のあり方として、生物としての人間は同定可能な型に順応するものであること、人間行動はすべての人間について識別可能であること、また人間集団の社会システムの中への組織のされ方には順序だった様式があるようであるということ、を認めるいき方がある。と同時に、人間経験の多様性、および人間1人1人の単一性と完全性を理解したところで、各人はいかに特異の統一体であり、時には唯一の存在としての個人を見つめる必要があると知らせてくれる基本的真実、を認めるゼネラリスト教育もある。

ゼネラリストは、対象となる個人と自分以外の重要なワーカーとの相互影響ばかりでなく、活用可能な作戦の一覧をも認めた上で、生活環境の中で個人を把握できるようにしてくれる学問分野を身につけねばならない。なかでも、個人が何か苦境にある時、自分はその問題にだけ対応するのではなく、彼のそれに対処する強さを感知できるのであるということ認識する能力を持っていなければならない。

プライマリー・ヘルスケア看護婦としてのスペシャリストを養成するのは大学院教育、目下のところは修士課程、近い将来は博士課程の役割であるべきである。看護婦が看護の臨床博士号のための研究をする機会を持つようになるにはまだ時間がかかるであろう。

プライマリー・ヘルスケア看護婦を育てる大学

院教育は、いろいろな領域のプライマリー・ヘルスケア業務についてと同様に臨床専門についても選択できるようになっているべきである。看護理論の開発、研究成果の解釈と批評を伴う研究作戦、ヘルスケア・システムにおけるスペシャリストの役割の社会的意味の検討、などがこの専門化領域の内容を教授上強調していくのを支えねばならない。当然それは他の学問分野とのコースの共有も含めての、学際的なものとなるはずである。臨床の内容は院内居住研修経験、それもできれば看護婦教師の指導の下の研修経験を含めた幅の広いものであるべきである。

業務領域での同僚関係は各看護婦が業務で生かす知識と専門技術次第で決まってくる。同僚関係は命令によって確立され得るものではなく、共通の目的を達成するために寄せられる相互の尊敬と信頼から生まれ出るものである。看護の役割が医師の仕事の延長線上の存在として身を隠してはならないのであって、看護婦は患者ケアに実質的な貢献をしているのであるから、それ自体の役割を明らかにすべきである。看護婦のケア責任がどういうものであるかの識別は看護婦の専門技術によってなされるべきである。すなわち、医師の役割との競争を通してそれが明らかになるのではなく、同等の教育を受けた同僚間の交渉と協力の結果確立されるようであればならない。

体系的な身体査定を行なったり健康歴をとったりする能力は、看護婦が患者ケアの知的管理を計画するのに必要な情報を集める上で、不可欠の技術として位置づけられるべきである。それらは各種の看護ケアのために当然もっと早くから技術となっていてしかるべきものである。ちょうどわれわれが一足とびに心臓モニターをとったり、それを患者のために賢く使うよう看護婦を教育したり

するようになったのと同様に、近い将来、身体査定技術を有用な一看護活動として用いることに自信を持つ日がくるであろうと期待しても決しておかしくはないと思う。

プライマリー・ケアにおいては、看護の知識と技術とを適切に用いているその他の看護の場面においてもそうであるように、看護婦は自分たちは何を適切に行なうかをはっきりさせねばならない。HEW 長官報告書によれば、看護婦業務法には“看護の役割拡大を妨げるものは何ら認められない”⁴⁰⁾。看護婦業務法の矛盾の生じそうな箇所を変えようとする動きがあるが、この報告書は全国的に通用するような看護業務法のモデルを要求している。専門業務のために教育された看護婦の社会的役割を明確に特徴づける免許更新だけは、現に免許を得る資格を持つ看護婦を養成している各種の看護学校に衝撃を与えるであろう。同じような各種の役割のための教育の混乱の中に秩序が生まれるまでには、看護婦たちの現実をふまえた行動が必要であろう。

免許の過程が意味をもつようにするためには、免許の意図するところを明確にすることもまた必要である。新しい基準が開発される時にはいつも尊重すべき人々として“別格に扱われる”べき人々が存在し、そのことが基準ができるだけ早期に決定されるように特にせきたてる。質の保証、ケアの結果、看護の責務に関するわれわれの懸念のすべては、教育と業務の基準についての協定がないと効力が弱い。プライマリー・ヘルスケアにおいて一同僚としてあるいは独立した立場をもって機能する可能性をもつ看護婦は、われわれの知るかぎり、最良の教育を受けた看護婦でなければならず、また看護は保健医療専門職者ばかりでなくケアの対象である一般の人々をもただただ当惑

させるだけの、短期の即席教育をだまされて受け入れていてはならないのである。公共に対する責任は特定の業務役割を果たすその看護婦独りにだけかかっているのではない。責任は看護職全体にかかっており、かつ看護職が自らを審査する時の公正さと正直さに依存するものである。

しかし、プライマリー・ヘルスケア看護婦がこの国でケア供給に役立つような方法について同意を得るためにも同じ公正さが必要である。ヘルスマンパワー界は免許取得者、および非取得者、その多くは看護の役割を行なう者、が入り乱れて混乱している。たとえ供給されるそのケアがわれわれの社会の裕福な人々が利用できるケアほど質のよいものではなくとも、何らかのケアがあるのはまったくないよりはましであるという考え方がもたらす道徳上の問題を論じなければならない。よるべのない者、地理的に隔離されている者、社会的にまた経済的にコミュニティを失くした者などが、熟練した専門職者の参加を制限するケア・システムの中へ運びこまれ得ることを知りながら、われわれが安のんとしていられるものかどうか自問しなければならない。プライマリー・ケア看護婦は、この国がすべての国民に対して提供しようとしているヘルスケア供給システムに備えて養成されるべきである。看護が当然の貢献として行なっている活動領域は、われわれが提供のすべを最もよく知っている看護であると約束できなければならない。

小説 Humboldt's Gift の中で、ペロウ (Bellow, Saul) は偉大な哲学者モーリス・コーエン (Morris Cohen) 教授についての逸話を語っている。一学生が純粹哲学のクラスで“コーエン教授、私は私が存在することをどうしたら知ることができるのでしょうか?”と質ねた。偉大な教授はこう答え

た。“それで、今その質問をしているのは誰ですか？”⁴¹⁾。ところでわれわれは誰が質ねているのか知っているだろうか？

引用文献

- 1) Levine, M. E. Florence Nightingale : The legend that lives. *Nursing Forum*, 11 : 22-35, 1963.
- 2) Dubos, Rene. *Mirage of Health*. Garden City, N. Y., Doubleday, 1961, pp.127-128.
- 3) *ibid.*, p.124.
- 4) Dingle, J. H. The ills of man. *Scientific American*, 229 : 3 : 77, Sept. 1973.
- 5) Fabrega, Horacio. The need for ethnomedical science. *Science*, 192 : 972, Sept., 19, 1975.
- 6) Culliton, B. J. Preventive medicine, legislation calls for health education. *Science*, 189 : 1071, Sept., 26, 1975.
- 7) Spark, Richard. The case against regular physicals. *New York Times Magazine*, July, 25, 1976, pp.10 ff.
- 8) Illich, Ivan. *Medical Nemesis : The Expropriation of Health*. New York, Pantheon, 1976, pp. 39-124.
- 9) Vickery, D. M. and Fries, J. F. *Take Care of Yourself : A Consumer's Guide to Medical Care*. Reading, Mass., Addison-Wesley Pub. Co. 1976, p. vi.
- 10) *New York Times*. Mere mortals concern with immortality. Oct., 12, 1975, Sec., r., p. 7.
- 11) Fabrega. *op. cit.*, p. 973.
- 12) Photograph captioned : "Octogenarian Graduates in Self-Help." *American Journal of Nursing*, 76 : 8 : 1222, Aug., 1976.
- 13) Milio, Nancy. *The Care of Health in Communities : Access for Outcasts*. New York, Macmillan, 1975.
- 14) White, K. L. Life and death and medicine. *Scientific American*. 229 : 3 : 27, Sept., 1973.
- 15) Howe, Irving. *The World of Our Fathers*. New York, Harcourt, Brace, Jovanovich, 1976, p. 93.
- 16) Roemer, Milton. From poor beginnings, the growth of primary care. *Hospitals* 49 : 39, Mar., 1, 1975.
- 17) *ibid.*
- 18) *ibid.*
- 19) Haldeman, J. C. and Abdellah, F. G. Concepts of progressive patient care. *Hospitals* 33 : 38 ff, May, 16, 1959, and 33 : 41-46, June, 1, 1959.
- 20) Bates, Barbara and Lynaugh, J. E. Laying the foundations for medical nursing practice. *American Journal of Nursing* 73 : 8 : 1378, Aug., 1973.
- 21) Roemer. *op. cit.*
- 22) Ford, L. C. and Silver, H. K. The expanded role of the nurse in child care. *Nursing Outlook*, 15 : 9 : 43-45, Sept., 1967.
- 23) Lewis, C. E. and others. Activities, events, and outcomes in ambulatory care. *New England Journal of Medicine* 280 : 645-649, Mar., 20, 1969.
- 24) Ozimek, Dorothy and Yura, Helen. *Who Is the Nurse Practitioner ?* New York, National League for Nursing, 1975. Pub., # 15-1555.
- 25) Christman, Luther. The autonomous nursing staff in the hospital. Paper presented under the auspices of the National Joint Practice Commission, American Nurses' Association Convention, June, 8, 1976, Atlantic City, N. J. (unpub.)
- 26) Weston, J. L. Whither the "nurse" in nurse practitioner ? *Nursing Outlook*, 23 : 3 : 148-152. Mar., 1975.
- 27) Brunetto, Eleanor and Birk, Peter. The primary care nurse-the generalist in a structured health care team. *American Journal of Public Health*, 62 : 6 : 785-793, June, 1972.
- 28) Lockerby, F. K. Nurses role expanded. *Hospitals*, 45 : 92 ff, Dec., 16, 1971.
- 29) Fagin, C. M. and Goodwin, Beatrice. Baccalaureate preparation for primary care. *Nursing Outlook*, 20 : 4 : 240-244, Apr., 1972.
- 30) McGivern, Diane. Baccalaureate preparation of the nurse practitioner. *Nursing Outlook*, 22 : 2 : 94-98, Feb., 1974.
- 31) Januska, Charlotte and others. Development of a family nurse practitioner curriculum. *Nursing Outlook*, 22 : 2 : 103-108, Feb., 1974.

- 32) Awrey, J.S. Teaching the expanded role. *Nursing Outlook*, 22 : 2 : 98-101, Feb., 1974.
- 33) Extending the scope of nursing practice : a report of the Secretary's Committee to Study Extended Roles for Nurses. *Journal of the American Medical Association*, 220 : 9 : 1231, May, 29, 1972.
- 34) *ibid.*, p.1233.
- 35) American Nurses, Association Congress for Nursing Practice. *The Scope of Nursing Practice : Description of Practice, Nurse Practitioner, Clinician, Clinical Nurse Specialist*. Kansas City, Mo., American Nurses' Association, May, 1976.
- 36) American Nurses' Association. *Application Form, Community Health Nursing Practice : Adult and Family Nurse Practitioner in Ambulatory Nursing Care, Admission to Candidacy for ANA Certification*, Kansas City, Mo., American Nurses' Association, 1976, p.2.
- 37) Awrey. *op. cit.*
- 38) McGivern. *op. cit.*
- 39) Awrey. *op. cit.*
- 40) Secretary's Report. *op. cit.*, p.1232.
- 41) Bellow, Saul. *Humboldt's Gift*. New York, Viking, 1975, p.163.

プライマリー・ヘルスケアについてのアメリカ看護婦協会 (ANA) の会議をめぐる評釈

ヘレンK. グレース*

発表論文と討議の内容を要約するにあたり、私は主なテーマをとり出して、それらをこの会議の焦点である“プライマリー・ケアにおける看護の責任と責務の領域”に関連する論点として提示したいと思う。これを行なうにあたり、私は学会議会員憲章(Charter Fellows of the Academy)が1973年に定めた論点の定義，“論争点，議論点，何か未解決の問題がその点において決定の可能性が用意されていると思われる点”に賛同している。

私はできるだけ多くの論点を提示しようと努め、かつ討議されなかったいくつかの問題についても読者の注意をひこうと試みたつもりである。何か重要な論点を見逃がしている可能性は十分あると思う。というわけで、以下は主なものの列記である。

われわれはプライマリー・ケアを どのように定義するか？

マッカーティは、プライマリー・ケアは人々が自分の主観を客観的データによって評価してもらおうとやってくる入口であると定義した。クレアー・フェイギン(Claire Fagin)は2つの定義を提示した。すなわち、(1)プライマリー・ケアとは“24時間を通じて入手可能な、電話なり交通機関なりを使って容易に到達できる場所で利用可能な、かつ経済的にも十分利用可能なヘルスサービス”

と定義する消費者側の定義、(2)プライマリー・ケアとは“健康増進、疾病予防、健康保持、健康回復のために必要な、人々の労働ないし生活の場に密着して提供される、すべてのサービス”を含むものであるとする保健医療専門職者側の定義。レヴィンは定義を提示せずにこの問題を避けたが、タイトルはプライマリー・ケアとは……患者が次のような援助を受ける時になされるケア”と主張した。すなわち“(a)身体上および精神上の疾病の予防、(b)幸福で実りのある出産につながるような習慣行動の獲得、(c)成長を促すやり方での疾病や身体障害者と取り組むこと、(d)問題解決、(e)代りのやり方はないかどうかの思案、(f)自己および他者との調和のうちに生きかつ死ぬためにもてる資源を動員すること”である。

続いて行なわれた討議では以下の問題が出てきた。

- 1) プライマリー・ケアとはヘルスケア供給システムへの入口を用意するだけのものか？
- 2) プライマリー・ケアは地域社会という場の中でのみ存在するのか、それともわれわれはこの方式を緊急の場におけるケア供給の一部に包含して考えるべきか？
- 3) プライマリー・ケアは健康疾病連続線上のすべての段階に及ぶのか？
- 4) プライマリー・ケア看護とは独立業務と同意語か？

要約すると、プライマリー・ケアの定義をめぐ

* Helen K. Grace, Ph. D., R. N., F. A. A. N.

る主要な問題点は次のようである。(a)ケア供給のための組織化の方法、(b)取扱い様式、(c)独立看護についての声明、あるいは(d)われわれの“看護”の定義との同義性。ここで私は長期ケアもまたわれわれの看護の定義と同義であるとされた先年の討議を思い出した。プライマリー・ケアの定義をはっきりさせることは果たして重要であろうか？確かにこの役割がどういう性質のものであるかを看護職以外の者に伝えたいのであれば、この言葉をわれわれはどう考えているか、その意味をもっとはっきりさせねばなるまい。特に他の保健医療従事者が別の意味でこの言葉を使っている場合にそれが必要である。また、われわれうちうちの討議においては、われわれがプライマリー・ケア看護をどう考えているかが、例えばプライマリー看護ケア提供者養成の教育システムなどについての考え方などに重大な影響を及ぼす。狭義であれ広義であれ、われわれが共通の定義を持つことは討議をする上で役立つであろう。

プライマリー看護によって正すことのできる現行ヘルスケア供給システムの弊害は何か？

マッカーティは不十分なサービス下におかれている人々のヘルスニードを鋭く指摘し、彼等は(1)自分たちの受けるケアを理解すること、(2)個人として彼等を知り家族として彼等を知る人(個人ケア)、(3)サービスを提供する人およびケアを受ける場所、(4)彼等の支払える値段でそうしたサービスを手に入れる方法、を必要としていると主張している。

フェイギンは“地域社会および国全体のヘルス・システムに統合された効果的な、手に入れやすい、支払い可能の、家族指向ケア”のシステム

が必要であると述べ、現行システムの問題は“ヘルスケアと治療に関しての継続性、接近可能性、総合性、敏感性、調整、協力をめぐるもの”であると指摘した。

レヴィンはヘルスケアの特性を述べる中で、間接的に現行システムの欠陥をあげ、ヘルスケア・システムは地域社会のニードから自然に生まれるべきもので、従ってアメリカにたった1つのヘルスケア・システムしかないということはない、と指摘した。しかし、一権利としてのヘルスケアという考え方のもとに築かれるシステムはすべて、誰もが(“群れからはずれた者”も含めて)手に入れられるもの、システムにとってもその利用者にとっても経済的に負担の容易なもの、商業主義を越えた人間の必要に焦点を当てるもの、自由世界で活用可能な予防対策、でなければならない。このようにヘルスケア供給システムの問題点を確認すると、プライマリー看護婦はこれらの欠陥を正す、という仮説が出てくる。しかしレヴィンは矯正の結果生じる変化がサービス機構の中でのプライマリー看護供給にどのように効果をあげうるかについてはふれていない。マートル・アイデロット(Myrtle Aydelotte)は討議に際してこう指摘した。“この討議では現行システムからとび出るような十分な教育を受けた看護婦を求めるニードの確認がなされていない”。

プライマリー看護ケアは看護婦プラクティショナーとして教育された看護婦が個人ベースでフィールドに入る時に偶然躍進をとげるのであろうか、それとも、われわれは現行のヘルスケア供給システムの持つ問題に抗議するようなサービス供給組織機構の企画に備えているのであろうか？これとは逆にロスバーグ(Rothberg)はヘルスケア・システムの変化は健康増進の最良の策とは思われ

ない”と指摘した。質のよいサービスを提供できるように教育された人間がいなければ、最高に洗練されたシステムがあっても何ら改善はなされないであろう。

提供されるべきサービスはどのような特性をそなえているか？

プライマリー・ケア看護婦の機能の1つは十分なサービスを受けていない人々へのサービス提供であると主張してきた。しかし看護婦はいったい何を提供するのか？ ある人は看護婦は“疾病治療”と対照的に健康増進にはたらくという。アメリカ社会の医療化についてのアイリッチ (Illich) の意見をめぐっていくつかの論点が討議され、ヘルスケア供給システムをさらに総合的なものになければという警告が出された。一方でこの議論は疾病予防における看護婦の役割に焦点を当てていた。人々がヘルスケア・システムに入ってくる前に彼等をとらえなければどうして疾病の予防あるいは健康の増進ができようか。

この論議には健康保持の本質を定義するにあたってのわれわれのジレンマがつきものである。マッカーティは業務のための基本となるものとしての“正常”の研究の必要性を語った中で次のように主張した。“健康保持と予防ケアは正常に固有の特性である。われわれの社会は、われわれが促進していることが実際に健康を改善しているという十分な証拠なしに、健康増進のためのある種の活動を強調する”。

レヴィンは次のように警告した。“ヘルスケア・システムは予防作戦を提供すべきである。しかし、それらの作戦は自由社会で使えるものでなければならない。個人の健康問題の予防を非全体主義の国で法律化することは困難であるが、社会

的な改善は民主主義の中で行なわれ得るし、また行なわれねばならない”。プライマリー看護ケアは制度化が過度に進んだ社会におけるいま1つの強制力にならないようにしつつ、予防目的助成を目ざして細い道を歩んでいる。タイトルはより多数のアメリカ人が健康の楽しさおよび治療との出会いを積極的に求めることがいかに価値あることか語っている。もしそうなったら、彼等の要求に応え、幅の広い選択のできる体制を提供するのはヘルスケア提供者側の責任である。

上記論点に関連するもう1つの討議主題は、サービスの質と量のことである。貧しい者、老人、農村居住者、少数人種が不十分なサービス下に置かれているとこれまでいわれてきた。それを認めればプライマリー・ケア看護婦にとっての1つの答は、そのギャップを満たすことである。一連の協議の中で再々、われわれはヘルス・サービスに2つの階級——看護婦は十分なサービスに恵まれない人々のために働き医師は中流および上流の人々に目を向ける——が生じるような行動をとるまいと自警がなされた。それを許すことは恵まれない人々のためにも看護職のためにも好ましくない。

プライマリー看護ケアがその上に築き上げられるべき学問的基礎はどのようなものか？

提供されるべきサービスの特性についての討議に欠くことのできない論点は、プライマリー看護ケアがその上に築き上げられるべき学問的基礎をめぐりものである。すでに述べたように、マッカーティは“看護業務は異常に対してしているのと同様に、正常についての研究にもっと熱を入れる必要がある”と主張した。もしもわれわれが予防サービス提供に従事するつもりであれば、その

努力を導く学問的基礎を持つことはきわめて重要である。タイトルの指摘によれば……

体系化された知識がなければ、プライマリー・ケアの実践における専門的知識と技術の発達は困難となる。例えば、健康をもとめることの動機づけを扱う理論と概念が展開され、病気を予防する保健指導に関する知識が実証されなければ、プライマリー・ケアにおける看護婦の独自の役割のための基盤はほとんどない。

看護はプライマリー看護ケアの“長所”を抽象的に語ってはいならず、プライマリー・ケア看護が何か違った世界を開くということ、価値判断の面からよりも権威をもって実証するデータ・ベースで語らねばならない。

討議中、いくつかの点において意見が異なった。レヴィンは“ヘルスケア・システムはそれが機能する環境から自然に生まれ出たものでない場合、不調和と不満をもたらしただけである”といった。バージニア・オルソン (Virginia Ohlson) は討議の中で、プライマリー・ケア供給システム確立のための必要条件として、地域社会のニーズと価値感の査定が必要であると発言した。いざ出陣して“われわれの仕事をしよう”とあわてている時、往々にしてわれわれは、健康観や疾病観に影響する価値体系や地域社会ニーズをまず組織的に調査する必要を忘れがちである。いつか後になって自分たちのしたことは実際にある変化をもたらしていると実証できるような基礎データをわれわれは手に入れていないのである。

プライマリー・ケア看護婦を養成 するのに適した教育体系はどのよ うなものであるか？

プライマリー看護婦プラクティショナーを養成

するためのしかるべき教育体系の問題は、そっくりそのまま学問的基礎の問題と密接に関連している。マッカーティはプライマリー・ケアを身体査定技術行為、およびそれに基づく警告行為とみなす傾向の看護文献のあることに言及した。

私たちは、プライマリー・ケアの責任を引き受けながらも、しなければならぬ仕事に必要な技術を熟練して使うことができないとなると、公衆に対して自分たちを誤って伝えることになろう。(中略) ケアし、話を聞き、計画を立てるということは看護機能のバックボーンである。であるから、身体査定は妨げとなるように働いてはならず、よりよい観察とより理性的な判断をして、クライアントのケアの計画がよりよく立てられるようにするために補助的な働きをするものでなければならない。

フェイギンはプライマリー看護業務のための教育は、理論的にいって大学課程に属すると述べた中で、看護婦は次のような分野について教育訓練されるべきであると主張した。すなわち、(1)完全な健康査定、(2)予防および健康保持サービスの直接行為、(3)疾病急性期にする人々へのサービス行為、(4)ヘルスサービスの調整、(5)慢性病の人々に対する保存療法、対症療法、リハビリテーション・サービスの提供、(6)プログラム企画を導くような健康および健康に関連した地域社会資源の識別。

フェイギンの考え方によれば、修士課程教育は“一段と知的洗練されたケア管理と他のワーカーへのリーダーシップを伴う専門分化業務を内容とする”。同じく彼女によれば、博士課程教育は“個人的ならびに集団的な人間の健康探究行動およびそれに対する看護の反応を深く研究する”ためのものである。この考え方の中ではプライマリー・

ケアの概念はあらゆるレベルの教育におけるカリキュラム編成に役立っている。

レヴィンはプライマリー看護婦プラクティショナー養成を旨とする各種の教育方式を分析して次のように警告した。“ここでもまた看護はいろいろな教育を受けた、そして戦力体制の中で同じ役割を取り合って争う何種類もの人間によって挑戦されている”。彼女はさらに続けて、“短期の、徒弟教育的で、非学問的な、各種の無規制、無統制の学校でプライマリー・ケア看護婦を養成するような‘プラクティショナー’課程の増加”に警告を発している。

この問題の討議でインゲボルグ・モウクシュ(Ingeborg Mauksch)はこれが意見不一致論点となることについて抗議した。彼女はわれわれはプライマリー看護技術が学問的看護の主要領域であるかどうかを慎重に考えるべきであるといい、看護ケアの70%は学問的教育を受けない看護婦によって提供されていると指摘した。ここでふたたび、プライマリー看護は学問的看護の独立領域であるのか、それともより幅の広い活動が可能なものであるのか、という論点はこの役割の定義がどうであるかにかかってくる。

もしも、プライマリー看護があるかぎられた役割であるならば、それに必要な技術を教えるためには限定された訓練プログラムが開発されて当然である。しかしながら、もし、もっと幅の広い定義をとり入れるのであれば、幅の広い学問知識の基礎を与えるために学問的プログラムが必要である。レヴィンはこういった。プライマリー・ケア看護婦は“最も秀れた有能さ、知識、洞察力を必要とする役割を果たすようになるであろう。彼女はできるかぎり最良の教育を受け、最も豊かに経験を積み、最もはっきりと自分の言葉で語る看護婦でなければならないはずである”。

彼女はさらに続けて“看護理論の発展、研究成果の解釈と批評を伴う研究作戦がこの専門化領域の内容を教授上強調していくのを支えねばならない”といっている。

プライマリー看護ケアを必要とする人々にとって文化的に適切なサービスを企画できる基礎能力を培う大学課程教育の一部として、科学、数学、語学、人間学の幅広い基盤の必要が提唱された。プライマリー看護婦プラクティショナーを養成する教育プログラムをめぐる討議の多くは、それが特別に分離された役割なのか、それともわれわれは看護全体を論じているのか、によって討論が決まるものであった。

発表論文の中でも討議の中でも、学際的教育の必要性が指摘されていた。力と統制の問題も同じく言及されていた。おそらく全体を通じての中心的論点の1つは、“われわれは誰と戦っているのか——自分たち自身かそれとも医学とか？”というものではなかろうか。サービスの費用のこともいま1つの論点であったが、そのデータはどこにあるだろうか？

要 約

この討議は、われわれがプライマリー看護ケアとはどのようなものであるかについて決定的な考えを表明する必要があるということを指摘した。一体われわれはどのようにしてこの業務の学問的基礎教育の場、プライマリー業務が伸びていくような組織構造を開発するのだろうか？ これは、われわれのなすべき仕事である。われわれはこれと決めた考えで進むのではあるが、感情や憶測ではなく、確固とした根拠をふまえた進路図を作成しなければならない。

プライマリ・ヘルスケアのニーズにこたえる看護業務の性質と範囲

クレール・M・フェイギン*

看護業務の性質と範囲について考えるにあたっては、それが進化していくものであることを最初に認識しておくことが重要である。看護業務の境界は、科学的、社会的、経済的、政治的な力によって形成されるものであり、それらの力はずねに変動している。看護婦を“プライマリ・ヘルスケアの実践者”として導入すること、あるいは再導入といたい人は、そういってもよいが、それはこれらの変化の反映である。プライマリ・ヘルスケアの実践者としての看護婦の役割は、その性格は看護の初期の説明と非常に似ており、その範囲は今ではもう消滅している家庭医とよく似ている。“これは医学だ”と声を大にしていうことのできる者が私たちのなかにいるとすれば、その人は、体温計や皮下注射、血圧計は、かつては医学の独占領域であると考えられていたことを思い起こすべきである。

プライマリ・ヘルスケアの看護の範囲と性質についての説明は、私たちの社会におけるあらゆるほかの変化の場合と同様に、論争的であることをまぬがれない。しかしながら、これは看護がそこから退いてはならない1つの論争である。それに決断を下すことによって、看護の将来とヘルスケアのめざましい向上が約束されるのである。

プライマリ・ヘルスケアのニーズ

プライマリ・ヘルスケアに対する人々のニ

ーズについて一般的に述べる時、それは地域社会と国のヘルスシステムのなかに組みこまれた、効果的で近づきやすく、まかなっていきことができ、家族指向のケアであることが強調されねばならない。

具体的なニーズについての説明は、その定義がどのような人によってなされるかにより異なる場合が多い。特定の集団の決議、保健専門職者の意見、そして研究者による客観的な調査結果というものすべてを、プライマリ・ヘルスケアのニーズの説明にあたっては考慮に入れて融合させていかなければならない。

プライマリ・ヘルスケアのニーズというものは、ケアの受け手が定義しているように、24時間を通して利用できて、電話あるいは交通手段によって容易に到達できる場所で得ることができ、受け手が経済的にまかなっていけるようなヘルスサービスを普通は含んでいる。彼らは、彼らが信頼していて自分たちをよく知っていてくれ、自分たちの病気にまつわる混乱と不安を軽減してくれ、彼ら自身と家族のケアに対して広範囲で総合的なアプローチをつねにとっていてくれるような保健専門職者のところに容易にいけるようになりたいと望んでいる。受け手はこの専門職者を、たぶん家庭医**と定義するだろう。

** 医師のマルカス・ウェルビーは、この願いが理想化された人物であるが、現実ではなく架空のヒーローである。他方では彼は私たちがプライマリ・ケアナースとよんでいるものの具体化されたものでもある。彼は人々の健康状態を診断評価す

* Claire M. Fagin, Ph. D., R. N., F. A. A. N.

保健専門職者は、プライマリー・ケアというものは、健康増進、疾病の予防、健康の維持、健康の回復に必要とされ、人々が生活しあるいは働いている場所に近いところで提供されるすべてのサービスを包含するというだろう。それは健康なとき、病気のときの人々に対する縦のケアにかかわるものであり、ケアの継続性に対する責任を含む。すなわちそれは、健康の維持であり、症状および疾病の評価と管理であり、適切なところへの紹介である。そこには、予防、治療およびリハビリテーションというあまりよく定義されていない用語のもとに一般にまとめられているケアの大部分が含まれる¹⁾。

最後に、研究者たちは、プライマリー・ヘルスケアのニーズを、保健サービス供給のいろいろな形式についての傾向の調査と評価研究から定義している。これらの調査は、プライマリー・ヘルスケアの予防的側面について深刻な疑問を投げかけており^{***}、汚染、住居および収入の維持といった環境的な健康の要因を向上させる必要性を強調している²⁾。

このようなはっきりした見解があるにもかかわらず、人々は彼らが望んでいる、あるいは当然受けるべき種類と質のヘルスケアを受けていないことは明らかである。

人々がプライマリー・ヘルスケアのニーズを満

る者であり、健康の推進者であり、教師、カウンセラーであり、適切なところへクライアントを廻してくれる人である。彼は人々の手のとどくところにいて近づきやすい人であり、治療でなくてケアを継続して提供する人である。

^{***} 最近行なわれた多くの評価では、多面的な身体検査、定期健康診断および広範囲に行なわれる健康教育を通して保健専門職者と接触があっても、病気になる機会がそれによって少なくなるということには必ずしもならないことが示されている。

たされていないという点には異論がないだろうが、ニーズがどの程度満たされていないかは集団によって異なることが調査によって示されている。

質の高いプライマリー・ヘルスケアを受けられる人は少ないが、貧しい人たちはプライマリー・ヘルスケアがまったく欠けているために早く死ぬということも私たちは知っている。貧しい人たちの間では、保健医療ケアを含めた基本的ニーズが十分に満たされない結果として、高い乳児死亡率、栄養不良、慢性疾患および不具、短い平均余命がみられることが多くの資料で証明されている。しかしながら、プライマリー・ヘルスケアのニーズは非常に貧しい人々から非常に豊かな人々にいたるまで、すべての人々にとって十分には満たされていないのである。ケアは往々にして利用しにくく、分断されていて、相互の連絡調整がなされておらず、組織されていなくて、個人的でもなく、継続性に欠け、個別的にも集団的にも非常に経費がかかるものである。

保健機関へ行く目的の大半は、健康相談、軽度の身体的問題、健康と病気についての心配ごとであることがわかっている。これらの問題は、個人や家族や地域社会にさし向けられたケアの提供者との継続した人間関係がなければ処理され得ないものである。そのうえ、必要とされるだろうところのサービスの配列が複雑であるから、総合的でよく調整されたケアが行なえるようにするためには、種々の専門職と一緒に活動する場で、そしてあるいは、それらの資源について、そしてまた、入院施設も含めた他の機構からの支援資源について、提供者—調整者の機能が必要とされる。

もっとも望ましいのは、ケアを行なう人は、人々が自分たちをもっと効果的にケアするよう援助し、彼らの成長発達を助け、危機にあるときは安

心感と支援と特別なケアを与え、もし可能で適切であれば不快感をもたせないようにし、障害を軽減させ、さらに望むらくはそれ以上のことをするものである。しかしながら、このケアする人は、ほとんどの急性、あるいは慢性の疾患については、ある程度までしかその予防に従事することはできないのである³⁾。さらに、プライマリー・ケアのニーズを満たすためのヘルスケアのシステムは、疾病を生み出す生態学的要因および社会経済的条件に対して環境面からのコントロールができる人たちと連繋をもっていなければならない。

プライマリー・ケアのニーズとして把握することのできる主要な問題は、ヘルスケアと治療に関する継続性があること、利用しやすいこと、総合的であること、要求をすぐ満たしてくれること、そして調整と協力である。

看護業務の性質と範囲

看護業務の性質

看護の本質（性質）を歴史的視点からみると、そこにはプライマリー・ケアのテーマと全面的に調和する役割と機能の自然な展開があることに気づく。

看護の本質とは、未成熟、知識の欠如、肉体的あるいは精神的ストレスによって自分自身をケアする能力がそこなわれている人々のケアであるとされている。健康という目標に向けて、操作可能な環境のなかでケアを行なうこと、そしてセルフケアと最善の健康を目ざして個人および家族を教え相談にのることは、看護業務の特有な基盤の一部であると考えられてきている。看護の歴史において、あるときには看護の本質のある一面が、そしてまたあるときには他の一面が強調されてきた。看護が最悪の状態で実践されているときでさえ、

私たちが看護がよいとか悪いとか、あるいはよくも悪くもないというときに私たちが測るのはこれらの側面である。

フローレンス・ナイチンゲールは、“自然が患者に対して作用するのにもっともよい状況に患者をおく”ことを学ぶ必要を認識して、看護ケアを構成する要素とそれらの要素が示唆する知識の必要性について理解するためのおぜん立てをしたのである。看護の本質についての彼女の見解には、健康の増進、疾病の予防、疾病の急性期にある人のケアおよびリハビリテーションが含まれていた。彼女は、看護の基本となる性質（本質）は人々とその環境のケアであると語っている。

プライマリー・ケアに対する明確な責任をもった看護専門職の形成に対するナイチンゲールの革命的な貢献は、その後の偉大な看護婦たちに引き継がれた。これに関しては2人のアメリカの看護婦についてふれておかなければならない。その1人はフロンティア・ナーシング・サービスの創立者であるメアリー・ブレッケンリッジで、彼女は総合的なヘルスケアのなかで看護婦を非常に効果的に活用してみせた。もう1人はリアン・ウォードで、彼女は地域看護の可能性を実証してみせるなかで、ヘルスケアに関連ある社会的問題との接点として看護を認識し、個人および家族の健康にとっての環境の重要性について人々の目を開かせたのである。

これら3人の女性たちが、今ここにいたとしたら、彼らは看護の本質にはプライマリー・ヘルスケアのニーズに対する関心が含まれていることをごくすんなりと定義したであろう。彼らは彼らの生きた時代においては、現在の私たちと同じように、支配と管理の問題に挫折感を抱いていた。1つの学問分野としての看護は、誕生から死までの

発達のサイクルを通しての健康上の問題を扱う。看護の独自性は、その総合性と折衷方式に存在するのであり、私たちは、それらに基づいて理論と実際を考えなければならない。それは、私たちの最大の強みであると同時に弱みでもある。なぜならば、私たちの仕事は他のすべての保健専門職の仕事と確かに重複しているからである。しかしながら、プライマリー・ケアにおいてもっとも必要とされているのは、まさにこの守備範囲の広さなのである。人々が必要としているのは、個人とその家族のニーズに合致し、ほかの保健サービス、社会サービスシステムと連絡調整が行なわれ、かつ継続的である総合的サービスなのである。

クライアントとのケアの関係は看護の中心となる核であり、それは継続性をぬきにしては実践することはできない。看護におけるケアの基本的パターンは、人がより完全な健康に近づいていき、またその他の面でも成長するのを援助するというものである。援助する人は各個人のニーズによって導かれ、そのニーズによって各人に適した対応の仕方が決められる。プライマリー・ケアにおける看護の本質に含まれるのは、直接的ケアと管理、そしてケアの連絡調整である。

数多くの複雑な因果関係をもつ健康上の問題をかかえる人々に対するケアの連絡調整という仕事を行なうプライマリー・ケアナースは、地域社会のなかの病院その他の保健資源と相互依存的に機能することを強く求められる*。

しかしながら、1人1人のプライマリー・ケアナースは、自分の決断と行為に対しては、たとえそれらが他の人との協力のもとになされたものであるときでも責任がある。ヘルスケアの必要性に関する決定、健康の維持、予防とケアのための方策、重大で複雑な健康上の問題をもつ人々に対す

る支援といったことはすべて、プライマリー・ケアナースのもつ責務にとって非常に重要なことである。

今後は、ケアの受け手が看護職者をもっと十分に利用できるような体制を整えていかななくてはならない。過去の経験から、看護婦は求められるときにそこにいて役に立つというだけでなく、援助を提供するために自分のほうから出向いていく必要のあることを思い起こすべきである。この種の前向きの姿勢が、看護の本質のすべての面に付加されていかなければならないのである。

看護業務の範囲

看護業務の範囲を考えるにあたって、私たちは

* プライマリー・ケアに関して、私たちはケアよりも連絡調整という機能を強調した時期もあった。1960年代の初期には、多くの病院がチーム・ナーシングの概念に従って看護婦を組織した。残念なことに、このアプローチは看護婦を患者のベッドサイドのプライマリー・ナーシングから引き離し、直接的ケアを他の人たちにまかせてしまったのである。

チーム・ナーシングは今でもアメリカ全国で広く採用されており、それが看護の本質を好例をもって示すというよりも停滞させていると私は思う。1960年代の終りごろになると、看護サービスの分断化と患者に関連した彼らの知識と能力が誤用されていることに対して不満をもつ看護婦が多くなった。そして、一般にプライマリー・ナーシングとよばれている、組織の異なった方法を開発して実施していく看護婦が出現してきたのである。プライマリー・ナーシングというのは24時間を通して責任をもつことに重点をおいた組織構想を定義するものとして普通は使われているので、プライマリー・ナーシングと看護におけるプライマリー・ケアとはまったく同じものではないが、これら2つの形態のなかにある看護の基本的本質は全く同じである。病院で行なわれているサービスはいっそう分断化され、非常に経費が高くなっている。私たちがどんなに有効な働きをしても、病院は地域社会のなかの必要な部分であるから、健康と病気に対して継続されるプロセスとその問題について発言していかなければならない。

看護が他の専門職とどう異なるかを明確にし、私たちがプライマリー・ヘルスケアのニーズをどこまで満たせるかを規定しようと思う。はじめに述べておきたいことは、プライマリー・ケアにおける看護の本質と範囲は、診断をつけることや医学的処置を処方することは含まないし、現在のところは、診断に基づいて薬物療法を処方したり複雑な医学的問題を解決することは含んでいない。しかし、正常な状態から逸脱していることの認識、逸脱を分類すること、臨床的な所見について直接看護介入を必要とするものと他への紹介を必要とするものを区別することはプライマリー・ケアの看護に含まれる。

看護の業務範囲は、流動的で進化するものと考えねばならない。その範囲を規定するものは、看護婦がもっている知識と技術であり、彼らが現在も将来もプライマリー・ケアのニーズに応えるためには喜んでそれらを行使するというものである。看護業務を行なうための養成は複雑な性格であるため、看護の範囲は看護職にとっての可能性として規定されねばならない。さらに、そのレベルはどのような教育を受けてきたかによって確定されねばならない。その可能性への到達を阻止する障害が何であるかもはっきりさせなければならない。

過去10年の間に、プライマリー・ヘルスケアに対する人々のニーズと、これらのニーズを満たすにあたっての看護の有効な働きについて証明するものが多く集められている。

医療施設の外来部門で求められるケアの大部分(80%)は、軽度の身体的訴え、健康な乳児のケアと指導、身体的その他の心配ごとに対する元気づけ、普通の風邪、軽い外傷、胃腸の異常、背痛、関節炎、精神神経症による孤独感その他の不安状態であることが、数多くの調査からわかっている。

不眠、疲労、食欲の問題その他が、この変動する私たちの社会のなかにあって多くの人々を悩ませている。そのほかにも数多くの調査が、これらの健康上の問題をもつ人々のニーズを満たすにあたって看護が有効な働きをしていることを実証している。看護婦は、すでに行なわれたヘルスケアの有効性と完全さについての有能な判断を下すことができ、現在の問題に必要とされるケアを提供し、健康と疾病の情緒的精神的意味あいを理解しそれに対する備えをすることができる⁴⁾。

また別の調査は、看護婦は慢性疾患のある成人に対するケアの最も重要な資源として有効な働きをするを示しており、看護婦は患者の生物学的社会的ニーズに合致したケアを提供し、個人と家族を中心として考えると結論づけている⁵⁾。

このような結果が調査によって示されているにもかかわらず、プライマリー・ケアにおける看護の領域を進展させ開拓することに対しては、はっきりした抵抗がある。だが、歴史的にみれば、看護業務の範囲に関してはいつもある程度の支援と補充があったことを考えれば、これは特に驚くほどのことではない。過去50年間にわたっていざこざを起こしてきた領域の1つは、診断に関して医学の領域への侵入であると考えられているところのことである。これらの騒ぎは、器具や技術の使用にいくらか関係している。問題とされている器具が興味深いのが、診断用の器具を使用するというのは、看護に最近になって加えられたことである。

私が看護学校に行っていた1940年代には、聴診器や血圧計の使い方は教えられなかったので、私は自分を骨とう品かなにかのように思っている。私たちは血圧を測ることは医者の仕事であると教えられたし、聴診器を使うのは医者だけであった。この問題について、ニューヨーク州看護婦協会の

1923年の出版物にアリス・ジルマンが書いた論文の復刻を読んだとき、私はひどくうれしく思ったものである。

……比較的最近まで、体温計は、大げさなヴェルヴェットの箱に入れられて主治医が病棟を持ちまわり、そのあとにインターンや補助者が全員ついてまわったものである。体温計には主治医以外の誰も触れることは許されなかった。ハイパーダーミック、血圧測定装置、検査用の食事、強制栄養、胃洗浄その他数え切れないほどの多くの処置がみんなそうであった……⁶⁾。

この点はさておき、診断用の器具の使用が看護と医学を分ける線ではないことは明らかである。器具とならぶものとして、視診、聴診、打診、触診という技術を使つての健康診断があるが、これらの技術はすべて、判断の基盤となる情報を提供してくれるうえで看護婦にとって有益なものである。看護婦の業務の範囲には、看護婦自身および患者の行動のため、あるいはもっとデータを得るためにも、またほかへ患者を廻すために、適切な判断を行なうことが含まれる。問題解決のプロセスは、データがより正確で完全であるほど機能的であることは明らかである。

業務範囲についての看護職内部での苦闘は、外部との苦闘と同じぐらい深刻である。例えば、看護婦の機能は依存的であると書いている看護婦が多数いる。自分の行為に対して責任をもち受け手に対して責務を感じていれば、プライマリー・ケアを行なう専門職者に関して依存的な機能という考えは生まれる余地がないはずである。それでもなお、看護の文献には依存性についての記述があふれている。私たちは、床や皿を洗う作業を排除することによって、私たちの業務の範囲をある程度まで狭めることに積極的に取り組んできた。し

かし私たちは、その範囲を拡大することに引っ込み思案であった。看護業務の範囲は、看護婦が自分のもつ知識や熟練技能や試験的成果に基づいて喜んで引き受けてきた事柄によって規定されているように私には思える。看護業務の範囲は、看護婦が責任（責務）を伴う権限を引き受けたがらないことが最大の要因となって制限されていると私は確信している。専門的学問としての看護の範囲は、プライマリー・ケアのニードとして把握されているもののほとんどを満たすことができるのは明らかであるから、私たちはまずこの問題に立ち向かっていかなければならない。

私はここで、プライマリー・ヘルスケアにおける看護職についての概観から、視点を看護婦の教育養成にそつた具体的でレベルの異なる看護業務に移していきたいと思う。そのために、私は、学士、修士、博士のそれぞれの課程で教育された看護婦の業務の範囲についての私見をまとめてみたい。

学士課程で養成された看護婦

レーマン大学学士課程の卒業生は、プライマリー・ケアに必要とされる役割を引き受けるために要求される知識、熟練技能および態度をもっているというのが私たちの信念である。私たちはこの看護婦を、どのような環境においてもプライマリー・ヘルスケアを行なうことのできるジェネラリストとして考えている。業務の範囲には以下のことが含まれる。

1 クライエントの完全な健康歴の収集を通して彼の健康状態の全面的査定を行なうこと；乳幼児、小児、成人の健康診断；質的で完全な問題指向型の記録の維持。

2 成人および小児のための予防的健康維持サービス。定期的産前・産後のケアおよび初期の精

神衛生ケアを含む。

3 疾病の急性期にある人へのサービス。それには、患者およびその家族に救急処置や情報を提供すること、選定された診断および治療的処置を行なうこと、そして基本的な身体的、精神社会的査定を行なってその結果について判断し、これらの結果に基づいて、医師との協力によって作成した協定の範囲内で行動を起こすことも含めて処置とケアを行なうことが含まれる。

4 質的で完全な問題指向型の記録の維持、他へ廻したケースのフォローアップ、ケアの継続性のために患者や家族との接触を維持するといった活動を通して、クライアントのヘルスサービスの連絡調整をはかること。

5 さまざまなヘルスケアの場にいるあらゆる年齢集団の慢性疾患患者に対して、支持、症状による処置およびリハビリテーションサービスを行なうこと。

6 健康と健康に関連ある地域の資源のすべてを把握し、活動および活動計画をこれらの人的資源と分担する*。

学士課程で養成されたプラクティショナーの業務の範囲には、十分定義されている慢性疾患（糖尿病、高血圧）にみられる一般的な健康上の問題の管理、クライアントのニーズに基づく健康指導およびカウンセリングを通しての健康増進、疾病の前兆あるいは症状とか処置の不適合、あるいは維持されていた慢性的条件が不安定になった場合の状態判断が含まれる。このプラクティショナー

とは、他の看護専門職者と同様に、自分自身の行為に対して責任をもち、自分の能力と知識の限界を理解し、状況に応じてヘルsteamの他のメンバーの援助を求めることのできる者である。

学士課程で養成されたプラクティショナーの業務の性格と範囲が入院患者の病棟においてどのようなものであるかの説明が最近読んだ論文にあったのでここに紹介したい。

3年の学生が、自分の受持っている術後患者の空腹時血糖が高いと報告されていることに気づいた。彼女は患者と話をしてみても、彼に糖尿病の家族歴があることを発見した。彼女は患者の尿の糖とアセトンの検査を始め、その結果が陽性と出たときに医師に注意を促した。そしてもっと検査するよう指示が出され、その結果からストレス性の糖尿病であることが示された。そこで学生は指導計画を作成し、そこには家族の他の者について糖尿病の検査をする必要のあること、その徴候を早期に知ること、予防手段としての体重管理の重要性、ストレスと病気の悪化との関係が含まれていた⁷⁾。

この例は、1つ以上の学問分野の人たちが関与したほうがよりよく機能を遂行できるような、重複した領域があることを実証している。この場合は看護と医学である。同時にこの例は、看護を他の学問から区別するところの、看護婦の独立した専門的判断と行為を明らかにしている。

修士課程で養成された看護婦

修士課程で養成されたプライマリー・ケアのためのプラクティショナーの業務の範囲は、学士レベルで養成された人たちの業務範囲とは発達上異なっている。修士レベルでの業務の範囲には、ケアのより洗練された管理と他の人に対するリーダーシップについての専門的実践が含まれる。これ

* “ナース・プラクティショナー”の機能についてのこのほかの多くの定義は、レーマンのリストにあるものと類似している。全米看護大学協会の1970年の報告を参照。

らのスペシャリストとしてのプラクティショナーは、看護介入について調査評価し、また何人かの選ばれたクライアントに対してはケアを行なうことができる。彼らは個人および集団に対するヘルスサービスを指示し実施することもできる。業務の範囲は、彼らがサービスを行なう対象である人々の発達上および状況的な危機によって異なってくる。これらの危機は、個人、家族およびハイリスク集団に起こり、糖尿病、高血圧、肥満症といったいくつかの慢性疾患をもった家族、あるいは個々のクライアントに対する健康維持を含む場合もある。また、身体上の疾患に精神的なものからんで複雑な状態にある個人のための治療的養生法を含むこともある。

さらに、健康維持の活動についての集団指導とクライアントへのカウンセリングも業務の範囲に含まれよう。

修士レベルで養成されたプラクティショナーは、プライマリー・ケアにおける役割モデルでもなければならぬ。彼は、知識と熟練技術を維持し洗練し、プライマリー・ケアのさまざまな要素を専門分野の実務に組み入れ、ヘルスケア提供の組織がよく作動するように操作する。この最後の機能には、ヘルスワーカーのチームを発達させ、その連絡調整をはかることが含まれる。

クリニカル・スペシャリストの役割は、プライマリー・ケアにおけるスペシャリストの役割と全く共存し得るものである。スペシャリストは、看護の知識とそこから生じる行動をより十分に全体的にまとめているので、その面でクリニカル・スペシャリストを高めていく。プライマリー・ケアのプラクティショナーは、リーダーシップ、指導および研究といった役割を引き受けていても、そのうえに実務も続けていかなければならぬ。

博士課程で養成される看護婦

博士課程でプライマリー・ケアのために養成される看護婦の業務の範囲には前述のことがすべて含まれるが、さらに個人として、集団としての人の健康希求行動および看護の反応についてのより深い研究調査も含まれる。保健指導に依って人々が学び行動を変えるのを援助するという看護プロセスのこれらの側面についての研究がなされて反復実行されねばならない。予防保健活動における看護研究が欠如していることは明らかである。健康にとって何が害となるかの知識があっても、地域社会からどうしても必要な反応を引き出すことができない場合が多い。博士課程で養成を受けた看護婦は、さまざまなヘルスケアの場においてプライマリー・ヘルスの実践の新しい方式を開発し試験していかなければならぬ。これらの看護婦のなかには、ヘルスケアの制度が、健康についての一般社会の価値観を反映するように、必要な改革をもたらすように責任を果していかなければならぬ。さらに、このような看護婦は、さまざまなレベルの学生にプライマリー・ケアを教えるための方式を検討していかなければならぬ。また、プライマリー・ケア業務の質と質の管理、および長期ケアのシステムのコストについての評価も、このレベルの責任あるプラクティショナーによって検討されねばならぬ。

業務の範囲への制約

もし看護婦がプライマリー・ケアのニーズを満たすことに効果的な働きをしようとするなら、業務の範囲の実現を制限するさまざまな要因に注意を向けなければならない。そのような要因として、以下の5つを指摘することができる。

1 責務への恐れ このことは、私たちが古く

さい考えにしがみついている様子によって証明される。特に、自立した意志決定者としての自分の見方にそれがよく現われている。

2 法的制限 これについては別の論文で十分検討することとして、この論文では最後のところで簡単にふれる。

3 教育的要因 その1つは、看護の基礎的養成の教育機構である。第2に、私たちの多くが、プライマリー・ケアに必要な業務の範囲を看護の一部として引き受けないことである。第3に、教師たちはこの考えを受け入れている場合もあるが、自分たちの教育課程を必要に応じて増大させたりあるいは変革することができないのである。

4 政治的要因 プライマリー・ケアの領域に入りこんでいく看護婦は、今までの看護の歴史になかったほど、医師その他の人たちを脅かすことになる。プライマリー・ケアにおける看護の役割を提示すると、それは必ず多くの医師たちをおこらせることになるのだが、彼らはプライマリー・ケアに関心もなければそれを行なうこともできないのに、依然としてこれに反対し腹を立て、医療とヘルスケアの制度を完全にコントロールしようとする彼らの競争は他の強力な人々から支援されているのである。

5 経済的制限 これらについて現在検討がなされており、たぶん近い将来に解決がみられるだろう。私は特に、看護サービスに対する第三者支払について言及している。

これらの制限にもかかわらず、ここに述べたような業務範囲の全体を実現するという目標に向けて役に立つと考えられる動向がある。すなわち、ヘルスサービスに対して受け手が不満をもっており、彼らは、近づきやすく入手しやすい経済的なヘルスサービスを望んでいるということ、看護に

影響を及ぼす法律の自由化、そして、人権という課題を常にかかえている女性運動である。これらは望ましい動向である。私たちは看護職がその可能性を発揮するよう援助するとき、これらの動向を利用すべきである。そこには危険もあれば前途に訴訟もあり得るだろうが、それによって私たちが得るものにはそれだけの価値がある。

一般のおよび専門的プライマリー・ケア ——業務に必要とされる知識の基盤

私が前節で明らかにしたプライマリー・ケアのニーズと業務の範囲の特質を、プラクティショナーが必要とする知識の基盤へとはっきり転換することが可能である。プライマリー・ケアのための看護婦の養成についての文献は非常に多い。レマン大学での経験から、私はプライマリー・ケアの看護婦の養成は看護教育の主流のなかにおかれるべきであるとの考えをいっそう強くしたのである。これから設けられる課程はすべて、看護の全般的業務につくための最低限の教育が看護の学士号であるように計画されるべきである。

私たちは、私たちがプライマリー・ヘルスケアのジェネラリストの養成を学士課程で行なってきたことが成功であったと確信している。私たちはこの課程の主要な構成要素を次のように説明している。(1)意思決定能力を高めるために健康と健康上の問題についての深くて広い理論。(2)適切な介入技術の行使にあたっての熟練。(3)家族と地域社会についての理論と実際のオリエンテーション。(4)数学、物理学、社会科学、文学の一般的教養の基盤。これは、その知識をもつことの必要性と、問題解決、重大な判断、同僚関係、職業上の責任といったことのための基盤として重要である。私はこれらのうちの2つの重要性を強調したい。

第1に、プライマリー・ケアは学際的な協調と協力および機能の再評価を必要とする。従って、ヘルスケアに関与する主な専門分野のメンバーが互いに対する感受性、協力して働く技能、互いの力と役割についての認識、そして、参加観察者として保健の場に学生としてともに参加する機会をもつことができるような教育経験が与えられるべきである。権力と権限の割当ての問題は看護にある私たちにとって特に関心あることであり、権力を手に入れてそれを行使する熟練技能に取り組まなければならない。

第2に、健康維持は国としての重大関心事であるという事実にもかかわらず、定期的な検診も広範囲な保健教育も病気を予防できてはいないことを示すデータが増えてきている。であるから、今後の傾向としては、年齢別集団別に選んで検診を実施する方向に向うべきである。従って、この新しい発展領域において必要とされる知識と技術がこれからは重要視されなくてはならない。

私たちはいま、ナース・プラクティショナーとしての役割をしばらくの間実習したのちにここに述べたようなプライマリー・ケアの機能を果たすことのできる者を養成するのに必要な知識を包含したカリキュラムを開発することが可能であることを知っている。

専門化された業務に必要とされる知識の基盤

専門化された業務に必要とされる知識の基盤には、理論的要素と経験的要素がある。看護婦は伝統的にいずれかの保健機関の被雇用者として働いてきた。被雇用者としての看護婦は、たとえ彼らがジェネラリストとしての養成を受けてきていても、その業務が専門化されるような形で雇用されることが多い。このような状況のもとにあっては、彼等の経験自体は特定の分野において一定のレベ

ルの技術的熟練を提供するものになることは必至である。このような看護婦のためには、仕事の場において適用できるように、彼らの業務の理論的基盤を拡大するための継続教育が行なわれるようにしなければならない。将来は、専門的な経験が理論的養成に先行するのではなくそのあとに来るように、もっと自主的に管理された業務の方式が可能となることが望まれる。

専門化されたプラクティショナーに必要とされる知識の基盤は、看護の修士および博士課程によって与えられる。このような課程に入学する学生は、上述したような知識の基盤を身につけてくるべきである。専門化された業務では、複雑な問題をもった個人あるいは患者集団についてのより高度なケアの管理のために必要な知識が重要視されるだろう。そのためには、上級の生理学、病態生理学、精神病理学といった生物学や行動科学、および自分の専攻領域における健康上の問題の臨床的管理についての高度の学習が必要とされる。社会制度理論、家族制度、地域社会制度および複雑な組織についての大学院レベルの内容も、この知識の基盤の一部として含まれる必要がある。保健教育の技術が成功しているか不成功であるかを予知するために、指導および学習についての理論と方法論も必要である。大学院における専門的教育は、直接的プライマリー・ケアおよびリーダーシップの能力をもつ高度の専門職実践者を養成するために必要な複雑な理論的基盤を提供しなければならない。

どのレベルで養成される看護婦に対しても、他の主要な保健専門職の人たちといっしょにプライマリー・ケアにおける統合された専門職教育が受けられるように今後は計画していくべきである。

プライマリー・ヘルスケア・サービスの供給における看護の支配権、管理および責務

看護婦が有効なプライマリー・ケアの提供者であることは多くの調査によって示されているが、ヘルスケア制度のなかで看護婦が自分自身の役割についてコントロールしていないということは深刻な問題である。ほとんどの場合、看護の実践者は、サービスの提供機関の被雇用者であり、サービスの受け手の被雇用者ではない。看護婦が努力してその成果があっても、その功績は医者との介入と監督によるものとされることが多い。人々が看護についてもっているイメージが貧弱なものであることは、マスメディアで証明されている。マスメディアを通して人々に接近しようとする看護の努力はほとんど不成功に終わっている。私たちが私たちのコントロールの問題を将来いくつかでも解決していこうとするならば、まずこの問題こそ緊急に解決を要するものである。受け手が医学に不満をもち、保健の分野を医学がコントロールすることをやめさせたいと努力しているが、そのことは看護の能力の活用には必ずしもつながらぬのである。人々は、看護の能力というものが利用可能であることさえほとんど知っていないからである。

各州および国の措置からも、プライマリー・ケアにおける看護の支配とコントロールについては問題があることが証明されている。実のところ、米国保健教育福祉省がナース・プラクティショナー養成課程を支持して出した指針は、この養成を看護教育の主流のそとで行なうことを推進している。このことは、プライマリー・ヘルスケアのニードにこたえることを目的とした医師助手課程に

対する彼らの奨励とあわせて私たちの憂慮するところである。

国レベルで考えると、ニューヨークでの私たちの最近の経験は有益であった。看護業務を支配する法令の法律上の解釈を根拠に、看護婦たちはプライマリー・ヘルスケアを実践することを制止されたのである。プライマリー・ヘルスケアの多くの側面はもう100年以上も前から看護の本質として説明されてきたものであるから、問題となった点は看護婦が診断用の器具や意思決定権を行使することであるのは明らかである。ニューヨーク州看護婦協会の顧問はこの点について論じ、ニューヨーク看護婦業務法は看護業務の範囲を制限するために不正確にそして狭義に解釈されていること、そして看護養生法をより高度なものにするための器具の使用は医学の実践にはならないことを主張した。

他方、国の共同診療委員会が得た法律上の見解によると、私たち看護婦が規定している看護の範囲は看護の伝統的な範囲の外にあり、医学の一部である、と主張している⁶⁾、私たちはコントロールの問題を検討するとき、法律の専門家の間での意見の不一致についてよく調べなければならない。

結 論

看護婦がその能力を最大限に活用すれば、非常に質の高いプライマリー・ヘルスケアを提供することが可能である、というのが事実である。ヘルスケアをもっと利用しやすいもの、効果的なもの、そして経済的にまかなえるものにするためには、クライアントがいろいろなルートを通じてヘルスサービスに直接到達できるような、そして各専門職者が自分の専門に従ってサービスを行なうよう

なシステムでなければならない。

適切なサービスをおこなう権限とクライアントに対する専門職の責務は相伴うものである。独立した判断を下す正当な権限もなければその責任を負うこともできないのに責任や任務を他に委譲することによって起こる不可避な問題を防ぐ方法があるとするれば、それは、責任ある専門職者が独立して行動すること以外にはないのである。私たちは、自分たちが責任を引き受けることを躊躇したために私たちの業務の範囲が制約されてしまったことに関して、他人を責めることはできない。能力の浪費があったとしても、そのことに関しては看護婦も共同謀議者であったのである。

プライマリー・ケアについてのアメリカ看護学会のこの会議によって、看護の責任領域について私たちが何らかの一致に到達できることを私は期待しているが、それだけで変化が起きるというものではない。それよりも、私たちは国中の人々に対して常に言葉と文献による証拠を連続的にあびせることができるようにお互いに支援しあっていく必要がある。さらに、私たちは私たちの専門的能力が人々の利益のために活用されるようにするために、消費者革命へのあらゆる手段をできるだけ活用すべきである。ナイチンゲール、ブレッケ

ンリッジおよびウォードが示した先例は、積極的な攻撃こそがこの際必要なことであると教えている。

引用文献

- 1) Lloyd, W. and others. *Primary Care, a Position Paper*. [Prepared for Herman Biggs Society, New York, 1976.
- 2) Cambridge Research Institute. *Trends Affecting the U. S. Health Care System*. Germantown, Md., Aspen System Corp., Oct., 8, 1975, p. 8. (DHEW, HRA 76-14503).
- 3) Milio, Nancy. *The Care of Health in Communities: Access for Outcasts*. New York, Macmillan, 1975, p. 160.
- 4) Silver, H. and others. The pediatric nurse practitioner program. *Journal of the American Medical Association* 204 : 4 : 298-303, Apr., 22, 1968.
- 5) Lewis, C. and Resnick, B. Nurse clinics and progressive ambulatory patient care. *New England Journal of Medicine* 277 : 23 : 1236-1241, Dec., 1963.
- 6) Gilman, Alice. Report in the *Journal of the New York State Nurses Association* 7 : 18-30, Mar., 1976.
- 7) McGivern, D. and others. Teaching primary care in a baccalaureate program. *Nursing Outlook* 22 : 2 : 443, July, 1976.
- 8) Hall, V. C. *Statutory Regulation of the Scope of Nursing Practicea Critical Survey*. Chicago, National Joint Practice Commission, 1975, p. 14.