

医学教育への看護学の導入

—人間性，専門性を基にした医療の実践のために—

ミヤムラ トシヒロ イイジマ スミオ
宮村 季浩* 飯島 純夫^{2*}

近年の疾病構造の変化や在宅医療への誘導は、医療における看護の重要性を増している。さらに、医療への市場原理の導入や医療事故の問題に備えるためにも医師-看護師関係をより強固なものにしていく必要がある。しかし現状では、十分な相互理解が得られているとは考えにくい状況にある。特に、日本の医学教育において学ぶべき看護についてあまり検討されていないことが原因の一つと考える。医療従事者、特に看護師の人間性や専門性を生かした医療を実践するためには、医師が医学以外の看護学およびそれに関連した学問領域を体系的に学ぶことが重要となる。本稿では、そのために必要な基本的な考え方と、さらにそれに対する公衆衛生学の役割を示す。

Key words : 医学教育, 看護学, 公衆衛生学

I はじめに

近年の医療をめぐる環境の大きな変化は、現状の医療システムそのもののあり方について再検討を迫っている。病気を診断し治療するといった医療に対しては、医師が全てを取り仕切りその診療の補助者として看護がある、という従来の医療システムが機能していた。しかし、長期療養が必要な患者の増加やターミナルケアの必要性、さらには在宅医療への誘導といった現代の医療の抱える問題に対しては、看護学的なアプローチが非常に重要で不可欠である。

医師の多くは、医学は看護関連の学問を全て包括した学問体系であり、それを修めた医師の仕事は看護師の仕事を含み、影響力を及ぼしうるものと考えている傾向がある。従って、看護師（看護学）が扱う対象は医師（医学）が扱う対象よりもはるかに広い守備範囲をもっており、近年の医学の進歩が看護師により広い領域での活躍を求めている、という現状を理解している医師は少ない。実際に多くの看護師たちが、看護の専門家として

主体的に新しい領域での活躍を始めている。一方で、医師たちは日々進歩する医学の勉強で忙しく、看護の仕事の変化を理解するのを妨げられている。半数以上の大学では、医学教育で看護に関する授業や実習が行われているが¹⁾、医学教育において学ぶべき看護学およびそれに関連した学問の中身についてはほとんど検討されていないことがこれらの問題の根底にあると考える。

現在少しずつ進行しつつある医療への市場原理の導入は、今日まで制度上、経済上医療を支配してきた医師の立場を確実に変化させる。これからの医療の束ね役に求められるものは、人間性と専門性、そして他の医療従事者をそれぞれの専門家として理解し支援できる能力である。医師には、まず看護を理解し支援するための学問体系を医学教育の中に取り入れていくことが必要と考える。

医師が看護を理解することを目標として行なわれる医学教育において、学ぶべき学問体系について検討する上で重要と考えられる方向性として「医師と看護師の情報の共有化」と「医師による看護環境の整備」の2つを提唱し、以下にその概略を示す。

II 看護診断の誤解

最近、医師は看護師の仕事を理解していない、

* 山梨大学保健管理センター

^{2*} 山梨大学医学部看護学科地域・老人看護学講座
連絡先：〒400-8510 山梨県甲府市武田 4-4-37
山梨大学保健管理センター 宮村季浩

という意見を耳にする機会が多くなってきている。特に、医師が看護（看護過程）について理解していないことによっておこる弊害が指摘されている²⁾。そこで昨年、看護診断について医師がどの程度理解しているのか予備調査を行った。調査対象は、山梨県内の一般病院に勤務する34歳から58歳の医師32人（男性28人、女性4人）で、対象の選定に偏りのある調査であるが、その結果、質問紙では32人中26人（81.3%）の医師が看護診断について知っていると回答した。そのため、実際に看護診断の内容について聞き取り調査をしたところ、医学診断と混同している場合が大多数で、正しく理解しているのは32人中9人（28.1%）であった。「診断は医師がするもので看護師のすることではない」「治療もできないのに診断することに意味があるのか」といった誤解を通り越した意見も多く聞かれ、臨床の場における悪影響が懸念された。

看護診断（nursing diagnosis）は、看護上の問題解決にむけた一連の流れである看護過程（nursing process）の第一段階のアセスメントに含まれる問題の明確化のことである³⁾が、診断という言葉が医師の誤解を招き、その誤解が修正される機会が少ないことに大きな問題があると感じた。医学教育で看護過程について情報を提供すれば解決できる問題である。

III 看護を理解し支援するために必要な知識

医師が看護について理解するために必要な知識は、看護学はもちろん、本来、医師として学ぶべき公衆衛生学、医療関連法規、医療経済学、病院管理学、社会学、心理学と広範囲にわたる。特に、公衆衛生学は保健の現場において、保健師、看護師に限らずさまざまな職種の人たちと共同で活動してきた実績があり、さらに医師が看護について理解するために必要な知識に関連した各専門分野と密接な関係があることから、看護について理解するための医学教育上、中心的役割を担うことが可能であると考ええる。さらにこれらの各専門分野は社会医学的な要素が強く、そういった意味からも公衆衛生学が中心となって検討・実施していく必要があると考ええる。

IV 医師と看護師の情報の共有化

医師と看護師の情報の共有化は、医師が看護について理解するために重要な考え方の一つである。ここで問題となってくるのは、コミュニケーションと記録の問題である。

1. コミュニケーション

現状では、医療現場における医師-看護師間のコミュニケーションの成否は、当事者個々のパーソナリティが負っている。システムもマニュアルもない。自分の能力を過信し、看護師を見下したような医師がもしいたとしたら、良好な医師-看護師間のコミュニケーションを維持することは困難である。これは、医師や看護師の多くの目で行っている医療を監視する働きが機能不全を起こすことを意味しており、医療事故の潜在的な危険性を高める結果となる。医療事故調査会のホームページによると、2002年に報告された「発足7年間の依頼件数、鑑定分析」において、医療事故の直接原因として「チーム医療の未熟さ」は全体の7.8%としている。しかし、間接的な原因を含めると医師-看護師間のコミュニケーションの問題は多くの医療事故に関係しているものと考えられる。

対策として、一般的なコミュニケーション技術を教育したり、マニュアルを作るよりも、医学教育の場で医師が看護について理解するための教育を行い、看護について理解することによってより大きな効果を生むものと考ええる。

2. 診療録と看護記録

医師と看護師間で情報を共有化するためには、医師の作成する診療録と看護記録の情報を互いに共有化すればよい。実際には、看護師は看護上の問題解決に必要なため医師の作成する診療録を確認し看護過程に生かしている場合が多い。それに比べて、看護記録に目を通しその情報を治療計画に生かしている医師は少数である。急性期の疾患の場合は大きな問題とならないが、慢性期の疾患やターミナルケア、在宅医療などでは看護師からの情報が非常に重要で、それを得ることができない医師は結局「疾患をみて患者をみない」こととなる。

慢性期の疾患やターミナルケアにおいては、患者のケアを行っていく上で、ADLの評価やQOL

に関する情報が重要となるが、この点で看護のアセスメントによる情報の方が医師の収集する情報より有用である場合が多い。さらに、医師と看護職との接点の多い在宅医療、在宅ケアにおいては、介護保険によって保健・医療・福祉職による包括的アセスメントに基づくケアプランが重視されており、専門職間の連絡の徹底と情報の共有が求められている。POS⁴⁾など、患者の問題点を医師と看護師で共有するための手法が提唱されているが、導入に積極的な医師は少ないようである。

看護記録の作成には、医師の作成する診療録(医師法24条1項「医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない」)、助産師の作成する助産録(保健師助産師看護師法42条「助産師が分べんの介助をしたときは、助産に関する事項を遅滞なく助産録に記載しなければならない」)のような法律上の根拠はない⁵⁾。しかしながら、医療事故等の裁判では有力な証拠として用いられる場合が多く、訴訟に備える意味でも、患者に関する重要な情報については医師-看護師間で共有し、診療録と看護記録の記載内容について、それぞれの情報収集の違いを理解し互いに補完しあったものとするのが非常に重要である。

V 医師による看護環境の整備

医師による看護環境の整備は、医師が看護について理解するために重要なもう一つの考え方である。

医師による看護環境の整備というと、看護師が医師の指示の下で行う診療の補助を事故なく円滑に行うための環境整備を思い浮かべる場合が多い。具体的には、そのための医療設備や医療器具の整備、実際の手技の指導、診療の補助に必要な医学情報の提供などである。看護介入分類⁶⁾でいうところの「医師が医学診断をつけるための情報を収集するアセスメント行動」と「医学診断に対する医師主導型治療行動」にあたるものである。

しかしこの看護介入分類は、これ以外にも看護師独自の介入として「看護診断をつけるためのアセスメント行動」「看護診断に対するナース主導型治療行動」「看護治療や医学治療の効果を評価するための行動」「介入を支援する管理行動や間接ケア行動」を示している。これらの看護介入

は、まさに看護の専門領域であり看護師が主体的に行う行動であるが、実際に行う上では、医学的、看護学的、公衆衛生的、法的、経済的等さまざまな潜在的な危険が存在している。これら看護師独自の介入に対しても、医師がこの潜在的危険を取り除くための看護環境の整備という支援をすることは可能である。

しかし、この場合の環境整備には、前述した診療の補助に対する環境整備の場合のように医学の知識だけでは対応できない。看護学をはじめ本来、医師として学ぶべき公衆衛生学、医療関連法規、医療経済学、病院管理学、社会学、心理学等、支援のために体系づけられた、医師が看護について理解するための知識が必要となる。逆に言えば、これだけの知識があれば医師以外でも環境整備は可能であり、看護部門だけでそういった環境整備が可能なシステムを作りあげることも可能であろう。事実、一部の訪問看護ステーションなどはそれに近い機能を持ちはじめしており、医学の知識のみの医師には医学上の指示だけ出してもらえばよい、ということにもなりかねない。

VI 患者関係にみる医師が看護について理解することの必要性

患者-看護師関係については、多くの看護理論家が相互関与関係であるとしている。患者と看護師が互いに知ろうとする過程で、お互いに対する関心と信頼が生じ、結果、看護師はよき支援者になり、患者のニーズが満たされるとされている^{7,8)}。

一方で、患者-医師関係は、急性期の疾患より慢性期の疾患やターミナルケア、在宅医療が注目されているなかで、受動関係から相互関与関係⁹⁾への移行が求められている。しかし、医療技術の進歩や機械化が医師の指示に従うだけの受動的な患者を新たに生み出している。こうした中で、相互関与関係の医療といわれても、確立した理論もなく方法も示されてない現状では、どうしたらよいか困惑している医師は多い。

実はここでも、医師が看護について理解するために必要な知識を学ぶことが解決の糸口になるのではないだろうか。元来、患者-看護師関係を相互関与関係として理論づけられ実践されてきた看護について医師の立場で学ぶことが、今後向かう

べき患者-医師関係のよいモデルとなるものと考ええる。

VII ジェンダーの問題

看護について理解する上で、医師、看護師の職種の成り立ちとジェンダーについて、現在までの経緯を含めて理解することが必要である。初期の医師と看護師の関係は、医師は男性で看護師は女性、医師が表に出て看護師は陰で支えるべきという、以前の夫婦関係のような形で成立している。医師が看護師を支配し、看護師の主体的な仕事を認めないといった考えの根底には、ジェンダーの問題が影響していることを認識しておく必要がある¹⁰⁾。

ジョン・マナーらは、生物学的な男女の違いは男性は妊娠させることができること、女性は月経があり、妊娠し授乳ができるという4つしかない¹¹⁾ことを示している。これ以外の性差は、文化的、社会的に後から作られたものであって、我々の多くが無意識のうちにこの呪縛にとらわれていることを医師は知っておく必要がある。

患者は多くの場合、看護師に女性を求める傾向があるようであるが¹²⁾、男性でもよいという人が少なからずいる以上、このことが看護師が女性でなければならない理由にはならない。

VIII おわりに

平成13年に改正された医療法では医療の定義を「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、および医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない」(第1条の2)としている。この改正で重要なことは、以前は医師だけを医療の担い手として明記していたものを「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手」としている点である。さらに、これら医療従事者と患者の信頼関係の重要性を示すと同時に、医療従事者間の信頼関係も当然の前提としていると考える。なぜなら実際の医療が、患者と医療従事者の1対1で行われることはないからである。医療における医師

の立場は明らかに変わってきているのである。経済上も、患者が看護の価値に気がついて、その対価を当然のように支払うようになれば、いつまでも医師が優位な立場でいられなくなる。

従来のも医学教育でこの変化に対応することにはさまざまな問題がある。医学教育のカリキュラムに医師が看護について理解するために必要な知識を加えることは、この変化に対応するための一つの方法として有効であると考えられる。これによって医師が積極的に看護を支援していくことが可能となり、人間性、専門性を基にした医療の展開が期待できるようになる。

もちろんここでいう支援は、医師による看護に対する一方的なものではなく、看護による医師の支援(診療の補助ではなく支援)と一体になって新しい医療システムを構築することに意味がある。これからの医療をめぐる環境の変化に対応するために、結果的に患者に幸福をもたらすためにも必要なものである。

何の対策も講じなければ、市場原理の導入によって医師を含めた医療従事者すべてが経営者の単なる使用人と化し、医療が単なる金儲けの道具になってしまうと危惧している。すべての付けは最終的にはすべて患者にまわってくる。

(受付 2003. 3. 5)
採用 2003. 8.21)

文 献

- 1) 日下隼人, 徳永力雄, 桜井 勇, 他. 医学教育における態度教育の実態について—調査報告—. 医学教育, 1997; 28: 213-220.
- 2) 箕輪良行, 佐藤純一. 医療現場のコミュニケーション. ナースとのコミュニケーション. 東京: 医学書院, 1999; 175-190.
- 3) 看護診断. 内園耕二, 小坂樹徳, 監修, 看護学大辞典. 東京: メヂカルフレンド社, 2002; 368.
- 4) 日野原重明, POS, 医療と医学教育の革新のための新しいシステム. 東京: 医学書院, 1973.
- 5) 高田利廣. 法的にみた看護記録. 看護婦と医療行為—その法的解釈—. 東京: 日本看護協会出版会, 1997; 143-144.
- 6) McCloskey JC, Bulechek GM, 看護介入分類の構築と利用. 中木高夫, 黒田裕子, 訳. 看護介入分類(NIC)—原著第3版—. 東京: 南江堂, 2002; 18-19.
- 7) 武内俊郎. アメリカ看護のリーダーたち・その3

- マーサ・E・ロジャース. 看護展望 1979; 4(12): 1126-1138.
- 8) Orem DE. 看護実践の社会的側面. 小野寺杜紀, 訳. オレム看護論—看護実践における基本概念—第3版—. 東京: 医学書院, 1995; 53-67.
- 9) Szasz TS, Hollender MH. The basic models of the doctor-patient relationship. Arch Int Med, 1956; 585-592.
- 10) 井上輝子. 専門職における性別分化の進行. 女性学への招待 (新版). 東京: 有斐閣, 1997; 114-116.
- 11) Money J, Tucker P. 序文. 朝山新一, 朝山春江, 朝山耿吉, 訳. 性の署名—問い直される男と女の意味—. 京都: 人文書院, 1979; 3-5.
- 12) 山田昌弘. 介護(ケア)とジェンダー. ジェンダーの社会学. 東京: 放送大学教育振興会, 1999; 126.
-