

第17回日本助産学会学術集会教育講演

Profession and Nursing Leadership

Andrea Schreiner, RN, MHA, PhD

Professor Japanese Red Cross Kyushu International University

Thank you very much for the honor of being invited to speak before you today at the 17th Japan Academy of Midwifery. It is a special honor for me because I am not a midwife or maternal-child nurse. My specialty is Gerontological nursing. However, despite our differences, we have much more in common than not. We are all nurses and this unites us.

History of Midwives

As you well know, midwives are the really the world's original or first nurses. Midwives have been respected, and feared I should add, throughout history for their knowledge over the great mystery and miracle of birth, a woman with knowledge and skills is something very frightening to men.

Sometime in the 18th century, the medical profession began to try to take over the work of midwives. Doctors believed that child-birth should supervised by the medical profession. Unfortunately, the documented result of this change was that the maternal-child mortality rate increased at that time.

The point is that historically, midwives lost a lot of power to the medical profession. The point is that in the past century and a half, midwives lost control over the reproductive health of women. Today, you are still in the process of recovering or regaining that power. Today, in many countries with advanced medical care, people are choosing to have midwives rather than doctors, take care of them during their pregnancy and delivery. That has been a growing trend in the US for several decades.

I am not saying that doctors are not necessary. I am thankful for medical care. Doctors have a very important role to play in maternal care and of course their skills have saved many lives. However, in healthy uncomplicated pregnancies and deliveries, the research shows that not only is midwifery care better in terms of several quality outcome measures, but patients are more satisfied with midwifery care, and it is also less expensive and that is a very important consideration.

So, I think the history of midwifery exemplifies many of the struggles nursing has had in the 20th century in terms of how to define the role of nurses in different settings, and how to define the "scope of nursing practice." That is the American phrase and it carries a legal meaning. The "nurse practice acts" define what kinds of care we can legally provide to patients. CNM were the first nurses to have an expanded scope of practice. We must define the role of nurses and the unique domain of nursing care. We must define this in such a way that consumers and physicians know what we do, know what services we provide and know that our care and our goals are distinct from medical care. Yes, we must work

together with the medical profession, but we must define our territories more clearly.

Nursing Leadership

We as nurses have been talking about leadership for a long time. As I stated above, I see midwives as natural leaders in the profession of nursing because you were the first nurses and because the history of midwifery is a perfect example of the conflicts and challenges facing nursing today. In the U.S midwives were leaders in graduate nursing education, in expanding nurse practice acts and in fighting for the right of nurses to receive direct insurance payment for the services they provide.

So, what are the ultimate goals of all nursing care? Our goal is to care for people who are sick, or who have health problems, as well as to educate and protect people who are at risk for having health problems. In order to improve the care of individuals we must act as their advocates. The modern medical world is very complex and patients are faced with difficult choices. We must work to protect patients' rights, and the rights of their families. We can improve patient care by actively helping them to understand their treatment choices so that they can make INFORMED decisions about the kind of treatment they want and DO NOT want. We all know that the while the doctor takes care of the disease, we take care of the person who is experiencing that disease. The focus of nursing is on the care of the person, and their family.

How can we reach this goal of providing the best possible patient care? Today I want to focus not on individual leadership, but instead I want to focus on organizational or professional leadership. That is, I want to talk about how nursing as a profession can work to improve the quality of care delivered to patients.

Professional Characteristics

There is a clear sociological definition of a profession. Let's look at the degree to which nursing achieves each of these professional characteristics.

1. A profession must possess a unique specialized body of knowledge and skills that require a specialized education to obtain.

DO we have a distinct body of knowledge and skills? We currently have about 210 excellent nursing journals in the English language and many in Japanese. These journals cover all the nursing specialities from midwifery to emergency care to hospice care. The articles in these journals contribute to improving the quality of care. Some articles focus on research comparing different interventions and identifying which treatments work best. Other articles focus on psychological aspects of caring related to patients and families. Nurses also publish articles in many non nursing journals, such as medical journals or psychological journals. I think we should definitely publish outside of nursing journals. If we want our work to have an impact we must seek a larger audience. An important American study done by nurses compared the quality and cost of midwifery care with typical obstetrical medical care. This study was published in a well-know medical journal in the U.S where it was read by doctors and people involved in making government decisions about health care. We need to do much more of this.

2. A profession must be in charge of its own education.

I think it would be hard to say that nursing has completely achieved that goal here in Japan right now. But that it is a normal and expected part of the transition process. Cur-

rently you are in the process of moving from hospital or college based education to a real 4 year university education in nursing. This takes a long time to achieve but it is absolutely essential that you form an organization to help you in this process. In the U.S nursing programs must be accredited by the National League of Nursing (NLN). Their home page is www.nln.org. If you go to this homepage you will find TONS of information on what university nursing programs MUST have in order to be accredited and be considered a "GOOD" school of nursing. The NLN defines the standards for faculty, students, and curriculum. I think that many new universities feel very confused as to how to set up their curriculum because there are not enough clear standards. So I would urge you to form an organizational which is strictly responsible for setting up national standards for nursing education. And of course I mean that this organization should be run by nurses. It is absolutely essential to do this because Japan is also in the process of developing graduate programs in nursing. You have some, but I know that many new universities would also like to start graduate programs in nursing. I think you first must clearly define standards for graduate education in terms of faculty and students. Then you must be very specific about the kind of graduate education you will provide. In general in the US, graduate education focuses on 1 of 3 areas---advanced practice or skill development. This would be nurse practitioners. The second area is nursing management and the 3rd area is nursing education. These are the three main categories of graduate education. Before developing a program you must be exactly sure what it is you are going to offer and you must have clear standards. Again, I would like to emphasize the midwives were leaders in developing the graduate nursing programs.

3. A profession must constantly add new knowledge to the existing body of knowledge.

I would say, "yes" we are doing that but not enough. That is the main responsibility of graduate education. In order to add to a body of knowledge we must have a strong system of graduate level education. Graduate level education particularly on the doctoral level is involved in the Production of NEW KNOWLEDGE. That is the DUTY of persons who have received their doctorate.

There is much nursing research but truly, we have only just started. Less than 25% of what we do in hospitals to patients (and I am talking mainly about the medical care) has been rigorously tested with research. We just don't know much yet about most things. I'll give you an example from my own field. Recently we went to a hospital to look at the orthopedic ward to get an idea of how they treated hip fractures so we could help prepare our students for clinical on this unit. We found that they used a certain kind of traction that was different from what was described in my text and what I had seen before. So I wrote to a nursing listgroup on the internet. This is a discussion group where we share ideas about nursing education, clinicals, evaluation and treatments (a listgroup or discussion group is essential so please start one if you don't have one now). I asked the listgroup members who worked on orthopedic units to write to the list and tell me what kind of traction they used. We shared responses and realized that there were several different approaches, skeletal traction, skin traction, even no traction...depending the type of fracture and patient. However, we also found out that there was very little research on this topic. So we really don't clearly know which is best for whom, and when. This is an area for nursing research. We need to do this research to improve care. Think of all that still needs to be researched in the area of labor and delivery and in terms of breastfeeding and infant care. There is a great need for studies on how fathers bond, do fathers who participate in birthing feel a stronger bond, does it last over time, what kind of prenatal education is best and so on.

4. A profession must be self-governing and determine its own standards for membership.

We have touched on that a bit in terms of educational standards. However, we as nurses

often tend to rely on doctors to tell us what to do and to give us “permission” for various things. Why? Part of the reason for this is that again, we do not have enough graduate level education; we do not have enough research of our own to support our care standards and our goals. I know some nurses who really think that they are not allowed to talk to patients. For me, coming from the US that idea is truly difficult to understand. I was taught that I should always clarify what the patient understands about their illness and the extent to which they understand their treatments. We were taught that an important part of the nursing role is to be the patient advocate and in order to do that you have to find out what the patient understands and then what they want. I was taught that the nurse should act as the liaison between the patient and the doctor, (in addition to our other roles and responsibilities).

For a contrast, let's take a minute to think about how medicine operates as a profession. When doctors want to try a new kind of surgical technique who do they go to for permission? Other doctors of course. That is because they assume that only other doctors have the knowledge to evaluate the new treatment. But when nurses want to do something they tend to ask doctors if that is okay, when the fact is that doctors still understand very little (if anything) about nursing goals. So the question is “what do we think we are doing?” Maybe we are asking the wrong people?

Relationship between gender and nursing

I am very fascinated with the relationship between gender and nursing. Clearly, many of the problems nursing has in defining itself as a profession are related to our ideas of ourselves as women and the kinds of limitations we may put on ourselves because of this. We need to give those false ideas up. We need to start working a lot harder on improving nursing education. We need to develop our graduate programs. We need to work hard on creating new nursing knowledge and at the same time we must keep up with new medical knowledge so we can help our patients make treatment decisions. We need to study more, know more and speak up more.

Patients NEED midwives. They need midwives who will help explain their choices to them, midwives who will stand up for their rights as a patient, midwives who will protect them and fight for them. I felt this from the women who taught me nursing. They were dedicated to improving patient care and they fought for this. I saw them as very brave and as working to move the role of nurses forward so that better patient care could be provided and become the norm. I have said before that the very best nurses throughout history have made their greatest contributions to nursing and to human welfare by refusing to accept the prevailing beliefs that there was “nothing to be done”, “we can't change that” and so on. Today, the reproductive rights of women in most countries around the world are not protected. In some countries women are not allowed to have more than one child, while in other countries women are not allowed to plan their families and have one pregnancy after another even though they may not be able to feed the children they have now.

What can we as women and as nurses do about this. I strongly believe that nurses must play a major role in improving health standards. Most major changes in maternal and child health nursing have been brought about by women, most of them were midwives just like you. So, it is up to you as individuals and as a group to continue this brave tradition of caring.

第17回日本助産学会学術集会教育講演〈和訳〉

専門職と看護のリーダーシップ

アンドレア・シュライナー

日本赤十字九州国際看護大学教授

今回、第17回日本助産学会学術集会で講演させていただくことをとても光栄に思います。私の専門は老年看護ですので、助産や母性看護の専門でない私にとって、今日のこの日は特別の名誉であります。専門領域の違いはありますが、共通するものはたくさんあります。私たちはみな看護職者であり、同じ性質をもっているのです。

助産師の歴史

皆様がよくご存知のように、助産師は世界で最初の看護職者です。誕生という大きな神秘および奇跡の知識をもっているがゆえに、助産師は歴史を通じて尊敬されてきたと同時におそれられていました。知識と技術を備えた女性は、男性にとって非常におそれられるものです。

18世紀ごろ、医師は、助産師の仕事を奪い始めました。医師は、分娩は医師によって管理されるべきだと信じていました。この助産師から医師への転換は、当時の母体死亡率の上昇という残念な結果になりました。

ポイントは、助産師が医師に多くの力を奪われたという歴史的背景であり、過去1世紀半に、助産師が女性のリプロダクティブヘルスの指揮権を失ったということです。今日、皆様方はその力を取り戻す過程にあります。現在、高度医療技術を備えた多くの国では、人びとは、妊娠中から分娩に至るまで医師よりも助産師を選んでいます。これは、米国でみると、数十年間増加傾向にあります。

医師が必要でないと言っているのではありませ

ん。医師のケアをありがたく思います。医師は、母子ケアにおいて非常に重要な役割を果たしていますし、彼らの医療技術が多くの生命を救ってきました。しかしながら、健康な妊娠および分娩においては、医師より助産師によるケアがいくつかの質的評価測定が高だけでなく、母親の満足度も高いことが研究報告されています。また、助産師ケアにかかる医療費のほうがそれほど高くないというのも、とても重要なことです。

助産の歴史というのは、異なる状況における看護役割の定義、“看護実践範囲”の定義に関する20世紀の看護が抱えているさまざまな苦闘を例証するものだと言えます。“看護実践範囲”は、米国の成句で法的な意味をもち、“看護実践行為”は、看護師が法律上どのようなケアを患者へ提供することができるかを定義するものです。米国において助産師は、拡大された看護実践範囲をもつ最初の看護職者でした。助産師は、助産師の役割とユニークな助産ケア領域を定義しなければなりません。つまり助産師が行うことや、どのようなサービスを提供するか、助産師のケアと目標は医師のそれと違うということを、患者と医師が理解できるような方法で定義するべきであり、もちろん、助産師は、医師と連携して働きますが、助産師の領域をより明確に定義するべきなのです。

看護のリーダーシップ

私たち看護職者は、リーダーシップについて長い間話し合ってきました。私は、助産師を専門看護職者としてふさわしいリーダーであると考えてい

ます。なぜなら、前のほうでお話ししましたが、助産師が人類における最初の看護職者であり、助産の歴史が今日の看護が直面している対立や挑戦のよい手本となるからです。米国では、助産師は大学院教育のリーダーであり、看護実践行為拡大のためのリーダーであり、また看護サービスに対する保険報酬を直接受け取る権利のために闘うリーダーでした。

ところで、すべての看護ケアの到達目標はなんでしょう。私たちの看護目標は、病気の人、健康問題を抱える人をケアするとともに、教育・指導し、病気のリスクから人を守ることです。個々のケアを改善するために、看護職者は患者の代弁者として行動しなければなりません。現代の医学界は、非常に複雑で患者は困難な選択に直面します。私たちは、患者の権利および患者の家族の権利を保護するために働かなければなりません。治療の選択肢を患者が理解するのを積極的に援助することにより、どの治療を望むのかあるいは治療を望まないのか、患者が情報を与えられた上で意志決定でき、それが患者ケアの向上につながるのです。医師が病気を診るのに対し、看護職者は病気の人を看るものだと、だれもが知っています。看護の焦点は、人のケアであり、その家族のケアにあるのです。

それでは、最良のケアを患者へ提供するという目標にどうしたら到達することができるのでしょうか。ここでは、個人のリーダーシップではなく、組織的あるいは専門的リーダーシップに注目したいと思います。つまり、専門職としての看護が、患者へ提供するケアの質の向上にどのように生かせるかについて話したいと思います。

専門職の特性

専門職の明瞭な社会倫理的定義が4つあります。それぞれの専門特性を看護がどの程度達成しているかをみてみましょう。

1. 専門職とは、系統立てられた専門知識、学問体系をもたなければならない

看護職者は、明瞭な知識と技術体系をもっているのでしょうか。現在、看護に関する210冊の優

れた洋雑誌と多くの和雑誌があります。これらの看護雑誌は、助産学から救急看護学、ホスピスケアに至るまですべての看護専門領域を取り扱っています。これらの雑誌に掲載されている論文は、ケアの質を改善することに貢献しています。異なる看護介入法を比較し、どの治療法がベストなのか識別する研究に焦点を当てている論文もあれば、患者・家族に関するケアの心理的側面に焦点を当てている論文もあります。看護職者は、医学雑誌や心理学雑誌など看護以外の雑誌にも論文を載せています。看護雑誌以外の雑誌に論文を投稿すべきだと確実に言えます。もし私たちの論文に影響力をもちたいのなら、より大きな聴衆を求めなければなりません。米国の看護職者が行ったある重要な研究では、質とコストの面で助産のケアと医師が行う典型的産科医療とを比較しています。この研究は、医師および医療行政にかかわる政府関係者に読まれている有名な医学雑誌に掲載されました。このようなことをもっとたくさん行う必要があります。

2. 専門職とは、専門分野の教育を担わなければならない

ここ日本において、看護が完全にその目標を達成していると言い切るのには難しいだろうと思います。しかし、それは普通のことであり、トランジションプロセスの途中であると考えられます。現在、病院あるいは短期大学を基礎とした教育から実際の4年制大学教育に移行する過程にあります。達成するまでに時間がかかりますが、この過程を援助するための組織を結成することは絶対に必要です。米国では、看護プログラムは、全米看護連盟(NLN)より認可されなければなりません。NLNのホームページはwww.nln.orgです。このホームページにアクセスすれば、大学の看護プログラムが認可を受け、「優秀」とみなされるためにどのようなことが必要かについて、多くの情報が得られます。

NLNは、教員、学生そしてカリキュラムの基準を定義しています。明確な基準がないために、多くの新しい大学がカリキュラムの構築に非常に戸惑いを感じていると思います。したがって、全国的な看護教育基準の設置に厳密に責任をもてる組

組織の結成を強く主張します。もちろん、この組織は看護職者によって運営されるべきものです。看護系大学院を開発する過程にある日本は、なおさらNLNのような組織を設ける必要があると思います。看護系大学院はすでに何校か日本にありますが、大学院をスタートさせたいと望んでいる新4年制大学がたくさんあります。最初に、教員と学生に関する大学院教育を明確に定義しなければならないと思います。それから、提供される大学院教育の種類について非常に明確にしなければなりません。

一般に米国では、大学院教育は、3つの領域に焦点を当てています。1つは、高度な看護実践と看護技術の開発で、いわゆるナースプラクティショナー養成です。2つ目は、看護管理、3つ目は看護教育です。これらは、大学院教育の3つの主要なカテゴリーです。プログラムを開発する前に、大学院教育のなかであなたが何を提供しようとしているのか確実にしなければならないし、明確な教育基準をもたなければならないのです。改めて、助産師は大学院教育発展のリーダー的存在であったことを強調します。

3. 専門職とは、絶えず既存の知識に新しい知識を加えなければならない

私たちは、新しい知識を加えています、十分とは言えません。そのことは、大学院教育の大きな責務となっています。知識体系を増すために、大学院レベルのしっかりした教育システムをもっていなければならない。特に、博士課程レベルの大学院教育は、新しい知識の創造にかかわっており、博士号をもつ人の義務でもあります。

看護研究はたくさんありますが、ほんとうの意味では始まったばかりです。病院で患者に行っている25%以下が（これはおもに、医療についてですが）、研究において厳格に調査されたもので、ほとんどのものに関してまだあまり知らないのです。

私の専門領域から例を挙げてお話しします。学生の臨地実習の準備に役立てようと、どのように大腿骨骨折の治療がされているか情報を得るため、整形外科病棟に足を運びました。その整形外科病棟では、私の教科書にあるものや以前に私が見たことのあるものと違う特定の牽引器具が使用さ

れていました。そこで、私は、インターネットのナーシングリストグループにメールを書きました。ナーシングリストグループとは、看護教育、看護実践、看護評価そして治療についての考えを共有するようなディスカッション・グループです（リストグループあるいはディスカッション・グループはきわめて重要なものです。もし、そのようなグループがまだないなら、ぜひ始めてみてください）。メールでは、整形外科病棟に勤務しているリストグループのメンバーに、病棟でどの種類の牽引器具を使用しているかリストに書いて教えてほしいと頼みました。その返事から、骨折や患者のタイプにより骨牽引、皮膚牽引、さらには牽引なしなど、そこにはいくつかの異なるアプローチがあることがわかりましたが、それと同時にこのトピックに関する研究がほとんどないこともわかりました。したがって、どれが、どの患者に、いつ必要なのかははっきりわかりません。これは、看護研究が必要な問題です。ケア改善のためにこの研究を行う必要があるのです。分娩や母乳育児、新生児ケアなど研究が必要とされるものすべてについて考えてみてください。そこには、研究を非常に必要としているものがあるのではないのでしょうか。例えば、父親の愛着形成に関する研究、分娩に立ち会った父親は強い愛着を感じるのかとか、その愛着はずっと続くのかとか、どのような周産期教育が効果的なのかなどです。

4. 専門職は、自律性を持ち、その専門分野の資格基準を定めなければならない

看護界は、教育基準に関しては、すでに着手しています。それにもかかわらず、看護師は、何をするか医師の指示に頼り、いろいろなことで医師の許可を得る傾向にあります。なぜでしょうか。その理由として、繰り返しますが、私たちが十分な大学院レベルの教育をもっていないこと、看護ケア基準や看護目標を支持するための十分な看護研究がないことにあります。患者と話すことも許されていないと実際に考える看護師を何人か知っています。米国から来た私にとっては、そのような考えはほんとうに理解し難いことです。私は、患者が自らの病気について理解しているか、また治療について理解している範囲を常に把握するよ

うに教わりました。看護役割の重要な部分は、患者の代弁者となることで、それを実践するためには患者が理解するものや望むものをわからなければならないし、他の看護役割や責任に加えて、看護師は、患者と医師の橋渡しとして行動しなければならないと教わりました。

対照的に、医学が専門職としてどのように行動しているかについて少し触れると、医師が新しい種類の外科技術を試みたい場合、その許可を得るためにだれに働きかけますか。もちろんほかの医師たちです。なぜなら、ほかの医師たちだけが新しい治療を評価する知識をもっていると思うからです。しかしながら、看護職者は自分が何かしたい場合、実際は医師が看護目標をあまり理解していなくても、それが大丈夫か医師へ確認する傾向があります。「私たちは、いったい何をしているんだらう」が質問であり、おそらく聞く相手を間違っているのでしょう。

ジェンダーと看護専門職との関係

私は、ジェンダーと看護の関係に非常に関心があります。看護を専門職として定義する際に看護が抱えている多くの問題は、女性としての考えや、女性であるということで私たち自身が作る限界に関連しています。私たちは、それらの誤った考えを捨てる必要があります。看護教育を向上させるために、もっと一生懸命に取り組み始める必要があります。大学院プログラムを開発していく必要があります。新しい看護知識を創造していくと同時に、新しい医療知識に遅れずについていくことに

よって、患者自身が治療を選択できるような援助ができるのです。もっと研究し、もっと理解を深め、もっと発言する必要があります。

患者は、優秀な助産師が必要です。患者に与えられた選択肢について説明できる助産師、患者の権利を擁護する助産師、患者を守り彼らのために闘える助産師を必要としています。私は、私に看護を教えてくださいました女性たちからこれを感じました。彼女たちは、看護ケアに精力をささげ、患者のために闘いました。果敢に、看護役割を前進させるために働き、そのおかげでよりよい看護ケアの提供ができ模範となったのです。歴史にみる卓越した看護職者は、‘なすべきことはない’とか‘変えられない’などという考えを受け入れてしまわず、福祉や看護に大きく貢献したものでした。今日、世界中のほとんどの国々で、女性のリプロダクティブライツは守られていません。いくつかの国では、女性が1人以上子どもをもつことが認められず、一方、ほかの国では、女性が家族計画を立てる、つまり避妊することが許されず、たとえ今いる子どもさえ養うのに精いっぱいでも、次の妊娠をするのです。

女性として、また看護専門職としてできることは何なのか。健康基準を改善する主な役割を看護職者が果たさなければならないと強く思います。母性保健看護における主な変化は、女性によってもたらされてきましたが、そのほとんどが皆様のような助産師だったのです。この勇敢で伝統あるケアリングを継続することは個人として、あるいはグループとしての皆様にかかっているのです。

(訳：沖縄県立看護大学 山城五月)