



Title	看護婦の社会的責任
Author(s)	松村, 悠子
Citation	北海道大学医療技術短期大学部紀要, 1, 123-131
Issue Date	1988-10
Doc URL	http://hdl.handle.net/2115/37494
Type	bulletin (article)
File Information	1_123-132.pdf



[Instructions for use](#)

看護婦の社会的責任

松村 悠子

The Social Responsibility of Nurse

Yuko Matsumura

Abstract

It is very difficult to define what the social responsibility of nurse is. There are two important roles of nurse. The first is to care the patients independently and the second is to help the medical treatment of physicians.

The concepts of medical welfare and medical care in the No.5 of the Japanese law of nurse, and midwife are widely interpreted, and many nurses can perform their own judgements.

But still now, the independence of nurses not always exists, and they are prone to be taught how to treat their patients by physician. Therefore, in the field of medical treatment they are not relied on fully by medical doctors, and their social responsibility is attributed to medical doctors. These historical facts seemed to play negative role to nursing team.

In Japan in 1972, the lawful responsibility of nurse was admitted by the theory "Reliability between Doctor and Nurse". And so, nurses had their own responsibility. They are pararell cooperators with doctors, and no more their servants. In 1985, the responsibility of nurse was evaluated as the guilty of decubitus.

I had the experience to evaluate in this case as the referee, and I would like to analyse this case, to consider about treatment and to discuss about nursing problems in near future from these points of views.

はじめに

看護婦の社会的責任とは具体的にはどのようなことを指すのであろうか。看護婦の業務には看護婦が主体的に行わなければならない療養上の世話と医師の医療行為を補助する診療の補助があり、これは保健婦助産婦看護婦法第5条に規定されている。しかし看護業務が医療における専門的業務

として独自性を主張しつつも医師との関係において業務の優先性は決定し責任のあり方が複雑な様相を示している。これは又、時代の変遷とも大きな関わりをもち、徐々に看護婦の責任は独自の型で問われはじめている。特に基準看護体制が導入されて以後看護の質的な問題に社会の目が向けられるようになってきたことは、看護婦にとって看護本来の「療養上の世話」を第1義的な社会的役

北海道大学医療技術短期大学部看護学科

Department of Nursing, College of Medical Technology, Hokkaido University

割として認識を強めなければならない時にきていることを新らためて考えさせられるのである。この「療養上の世話」こそが看護婦としての社会的責任を負うところの最も具体的行為と解していかなければならない。又ここに看護の独自性が表現され、主体的であるからこそ責任がはっきりと自覚されるものと考え。更には看護が専門職であるための条件の1つとして患者から訴えられた時、それを受けて立つ姿勢こそが職業としての権威を作りあげることになるとはいえないだろうか。患者（社会）が看護婦に期待するからこそ、裏切られたと感じた時訴えをおこすのであり、期待のない者に訴えはおこさないものではなからうか。

1. 「療養上の世話」について

看護ケアの概念の基礎は「健康状態の変化ともなつて変動する患者の身心の平衡を維持あるいは再編成すること」と考える。すなわち対象の心身の平衡状態が何らかのストレスによって阻害されているとき安定するよう手助けしていくことである。そのために療養を必要としている対象の身体内部状態を正確に知り、心理的变化をおさえ、療養の生活上に及ぼす障害因子、あるいは家族等に与える問題を考え、更にこれらと深く関わる個のもつ特徴（年齢、性格、職業、能力…等）について理解を深めなければならない。こうしてはじめて対象のストレスの原因と固体の防衛・適応との関係が理解され、何をどのように手助けしなければならないかがみえてくるのである。療養上の世話の具体的内容は諸々の説があるが、F. G. アブデラの「患者のはっきりした、またかくされたニードを分析」した結果、21の看護問題に分類したものは代表的なものとしてよく利用されているので、ここに紹介する。1. 個人の衛生と身体的安楽の保持。2. 適切な運動、休息、睡眠の調整。3. 事故、障害を防止し、病気の感染予防を通して行う安全策の促進。4. 良好な身体機能の保持と、機能障害の防止およびその矯正。5. 身体各細胞への酸素供給の保持と促進。6. 身体各細胞

への栄養補給の保持と促進。7. 排泄の円滑を計る。8. 体液および電解質のバランスの保持と促進。9. 身体の病気に対する生理的反応の理解。10. 身体の円滑な機構組織と機能の保持と促進。11. 身体の感覚的機能の保持と促進。12. 有形、無形の意志の表現、感情、反応の認識と理解。13. 臓器疾患と情緒の相互関連性の確認と理解。14. 有効的な、有言、無言の意志疎通の理解と努力。15. 建設的人間関係の発展と努力。16. 個人の精神的目標達成を促す努力。17. よき医療環境の創造と維持。18. 肉体的、情緒的、発展的ニードの多様性をもった個人としての自己を認めさせる。19. 肉体的、情緒的の制約内での最大可能な目標を理解させる。20. 疾病からくる諸問題解決の助けとして、社会資源の活用を行う。21. 病気の原因を起こす要素としての、社会問題を理解する。

「療養上の世話」という概念は、はっきりと規定されたものはないが、少なくとも対象である病む人が誰の手もかりずに自分でしっかりと健康を管理してゆけるよう、又不幸にして死をむかえるとしても、その直前まで責任をもって上記の様なお世話をしていかななくてはならないことはいうまでもないことである。

こうした看護の考えは昭和40年代から全国的に看護教育に導入され、どこの学校でも基礎として学生は考え方を身につけて卒業しているはずである。20年をこえる現在の臨床場面では殆どの看護婦達がこうした考えを中心に仕事をしているはずである。しかし現実の看護の場の姿はどのような状態にあるであろうか。看護婦の姿は社会的にどうとらえられてきたか簡単に紹介してみる。

2. 看護の法的責任の変遷

医療は医師と看護婦がベツトサイドにおいては中心となつて協同してすすめられてきたが、その協同のあり方は時代によって変化してきた。この両者の相互関係は縦関係から横の関係へと多様であるが代表例をもってふりかえてみたい。

昭和13年ころの医師と看護婦の関係は医師は看

看護婦に対し「自己ガ当然ニ為スベキ職務行為ノ一部ヲ自ラノ手足ニ於ケルト同一ノ関係ニ於テ責任セシムルモノ」とされている。これは看護婦は医師の手足のようなものであるから、医師は看護婦にどのようなことでも命令してやらせうる。しかし結果についてはすべて医師が責任を負わなくてはならないということであった。

こうした歴史を経て昭和33年、はじめて看護婦の療養上の世話の領域で責任が問われた。これは術後患者の湯タンポ火傷事件で看護婦の過失が問われ、その使用者である病院に損害賠償請求の訴訟を提起したものであった。しかしこれは看護婦の過失を否認し棄却された。理由としては「本件の病院では完全看護の制度を採用せず、患者の身の周りの世話一切は患者自身または付添婦に一任され、患者も入院当初からこのことは十分に承知していたと考えられるため、看護婦の責任は医師の指示にもとづく医療行為に限られるという判断であった。

昭和43年、予防接種傷害事件において注射液の確認をしなかった事件においては、医師は看護婦による準備行為が的確になされているものと信じているのは当然であり、医師が注射液の確認をしなかったことに対して過失とはいえないという主張がおこったのに対し、判決は「医師が医療行為を行うにあたって、補助者たる看護婦をある程度信頼して行動しなければならないが、あくまで看護婦は医師の補助者であるに止まり、医療行為につき主導的優位的立場に立つ者は医師であるとし信頼の原則の適用を否定した。

昭和51年の北大電気メス器誤接続事件判例においてははじめて「診療科の医師は手術部を信頼し、補助者が補助的・準備作業につき注意を払うであろうと期待してもよく、信頼の原則適用の要件をみたとし看護婦と医師間を信頼に基づいた協力関係とみなし、看護婦が有責となったのである。ここではじめて医師と看護婦の関係は従属した縦関係から協力者としての横関係に評価されたのである。

こうして過去をふり返ってみると、表面化された看護業務の問題は殆どが「診療の補助」に関することに限定されてきた。医療の対象者である患者及び家族にとっても看護婦の成すべき役割について関心が低いといわざるを得ない。特に基準看護の体制下においては看護婦が療養上の世話の責任を果たさなくてはならないとはっきり表現されているにもかかわらず、看護婦はその独自性を発揮せず、家族、付き添いに看護をゆだねている実状が殆どといわれている。最近基準看護が不許可となった病院が表面化しているが、それは看護婦の人数的な側面のみとりあげられたものであり、質的な面が問題にされたわけではなかった。このような状況の中で徐々に医療社会に対する一般の人々の批判は強くなり、更に権利意識が向上し、疾病構造の変化に伴い健康に対する関心の高まり等も合わせて医療過誤裁判例が急増している。そんな中で当然看護婦に対する看護の独自の責任も問われるようになったのである。次に看護婦の療養上の世話に対する責任を問われた事例（褥瘡裁判といわれている）について紹介し考察したい。

3. 褥瘡裁判

事例紹介

生年月日・大正2年9月24日生、61才 女性、
診断名・高血圧性脳出血。（死亡時診断、肺炎、
尿路感染症、腎盂炎、膀胱炎、気管支
炎が追加）

入・退院日・昭和49年12月7日～昭和54年11
月1日（死亡）

入院までの経過及び入院直後の状態

49年12月7日、18時ころ夕食を採ろうとして立ち上がると同時に意識消失する。直ちに救急車で担送。

来院時バイタルサイン 血圧182/100、意識なし。対光反射、(+) 右片麻痺あり、バルンカテーテル挿入。点滴開始、O₂ 2l 開始、その後の経過については表 I II III IV を参照されたい。

看護婦の社会的責任

(看護記録より抜粋)

表 I

月・日	観 察 事 項	看 護 ・ 処 置	夫の証言
昭和49年12・7 12・16	入院 6:00 KT37.4 P96 Bp140/90 名前よぶと眼をあける。言語 (-) 8:20 フェデングチューブぬいてしま う 10:00 KT36.4 P80 Bp170/110 よべば目を開き、多少理解で きるよう 10:20 14:00 KT36.2 P92 Bp146/90 便(+) 20:00 KT37.3 P90	Dr. チューブ挿入 MA-5注入 MA-5注入	看護婦にいわれて身体をふ いていた 発赤3か所みられる。点滴 中は身体を動かさない。夜 だけ体交する。朝・夕清拭 していた

以後の記録はKT, P, Bp, 瞳孔, 意識, 鼻カテーテル抜・挿入等の記入のみ
昭和50年1月12日, 鼻カテーテル抜け, 経口摂取となる(いきなり常食がでてきたという)

表 II

月・日	観 察 事 項	看 護 ・ 処 置	夫の証言
昭和50年1・21 1・22 15:00 1・23 15:00 20:00 1・24 6:00 10:00 20:00 2・12	17:30 バルンカテーテル抜いてしま ったしばらく様子を見る。出 血(+)持続はないと思う 6:00 KT37.0 P84 夕より粥とな り1/3摂取, 他特変なし 15:00 KT37.2 P84 9hと13h自尿(+)状態変り なし 15:00 KT37.5 P102 尿失禁2回あり 頭痛(-) 変りなし 20:00 夕食は8分目 6:00 KT37.0 P78 変りなし 10:00 KT37.7 P78 変りなし 20:00 夕食1/2摂取 変りなし 仙骨 褥瘡10cm×3cm/中心部え 死左大腿内部水泡形成 ハイ, イラン等と話す 不機 嫌な顔	氷枕使用 氷枕使用。褥瘡処置す る Dr. 褥瘡処置する 処置す	*バルンカテをよねさんが抜 いたことで怒鳴られたとの こと パンフランを渡される 再三, 痂皮をとってほしい とたのむ 排泄はすべて夫が施行 個室から2人部屋へ移動し た 当直医がきて, 痂皮をとっ てくれた 膿がたくさんでた

看護婦の社会的責任

表 III

月・日	観 察 事 項	看護・処置	夫の証言
昭和50年4・26	夫、体交していたら、けいれん発作（全身）顔色不良、口唇チアノーゼあり 喀痰停滞あり、ゴロゴロいう		同室者がリハビリを受けているのを見て、不公平な扱いを受けていると感じていた
	15:40 吸引時口をつぐみ、吸引できず Bp200/102	吸引 ラボナール250mg	
	15:50 顔色、口唇、元にもどる P88 吸引時、出血あり	吸引	
9・26	(以後毎月1～2回けいれんみられる) 食事摂取少なくなってきたとのこと KT39.7 P90 (発熱続く)	氷枕使用 25%メチロン ケフロジン (M)	
11・28	12:40 家人より、昨夜0:00より自尿(ー)という訴えがあり Dr. 報告 発熱、食欲減退、尿量減少が続く	導尿180cc	
12・8	排便なき為施行 硬便2ヶあり KT38.4	GE×2	
昭和51, 52年	(上記症状、くりかえしみられている)		
昭和52年11・7	咳嗽時々みられる 1日水分400ccとのこと、食事パン1枚		医師が鼻からチューブを入れて栄養をとるということに関して拒否することは、もうダメになってしまうと思った
11・22	咳嗽、喀痰 KT39.3 荒い呼吸		
11・27	KT40.0 注射にて様子みる	O ₂ 21 25%メチロン	
昭和53年12・25	14:00 KT37.5 車椅子で行く 抜歯、下口唇部にただれがある パン1枚、牛乳100cc	歯科受診 (ディスパコーワ)	
昭和54年6・27	KT37.9 P90 喘鳴(+) 右耳排膿あり多量、左は少いとのこと (以後食欲なし、パン1枚、牛乳100cc、喘鳴持続、発熱が続く)		

表 IV 最後の日

月・日	観 察 事 項	看護・処置	夫の証言
昭和54年11・1 0:00	喘鳴(+) 血性分泌物吸引す 尿量500cc↓のため付添いの 希望あり	点滴 カルニゲン1A ルネトロン1A	
6:00	KT37.3 P106 R36 Bp58/38 体動時R荒く喘鳴(+)とな る 全身浮腫著明 口唇出血 (+)		
10:00	下顛呼吸 褥創交換時右大転子より出血	寝衣汚染	夫, パン1枚,牛乳130cc与 える
10:40	右腸骨部より出血, 寝衣汚染	寝衣交換 スポンゼル 使用 O ₂ 4lとする 人口呼吸	寝衣の洗たくに行く 帰ってきたら息がなかった
11:07	呼吸停止		
11:10	効なく昇天する		

入院から5年後の54年11月1日までの5年間つきそい続けた患者の夫(K氏)には限り無い無念さが残った。リハビリもなされず、差別待遇を受け、褥瘡の十分な処置をしてもらえず、死の直前の褥瘡部からの多量出血が死につながったのではないかという疑惑でK氏は訴訟にふみ切ることとなる。訴状提出の昭和55年8月21日から延べ5年間を要した裁判となったのである。第一審の判決がでるまでに2年9ヶ月の歳月を要した。医師、婦長、看護婦等が次々と証言台に立ち、最後に証人尋問に立ったのは大阪大学医療技術短期大学助教授・氏家幸子氏であった。看護学の専門家として氏家氏は、「十分な看護、手当てがされておれば、患者の褥瘡は発生を防げた」旨の証言を科学的に行っていった。

一審における判決理由。

(前文省略)昭和49年,50年当時特別の予防を目的とした態勢を整え実行しようと積極的姿勢が十分であったとはいえない。また証人,医師2名の証言によっても,褥瘡発生を予防することは不可能ではなく適切な看護により防止が可能であったことは十分推察できる。(中略)どの程度の看護

により褥瘡を予防しえたかについては断定し難いが,前記にみられるように,病状,栄養状態及び同人の年齢を勘案すると同人の褥瘡発生要因はかなり多く,悪条件を備えていたことがうかがわれ,しかもK氏の看病にもかかわらずその発生をみたことも併せ判断すると,褥瘡予防のために必要な看護レベルは相当高度なものであると推測できるものであり,本件医療担当者らに対し努力目標としては格別そこまでの法的義務を課すことは妥当でないと思料する。というものであった。

上記判決に対して原告K氏は以下のように申し立てた。

1. 貧乏しているが金銭の問題でない。
 - ① 患者に対し不公平なあつかいをされたこと。病院側にミスがあったことに対し心からいきどおりをもっておこした裁判である。
 - ② 公平で正しい医療のあり方をもとめたい。
 - ③ 一審の判決文より,よりよい内容の判決がほしい。
2. 医療をよりよくしてゆくためにがんばっておりますのでよろしくお願いします。こうした状況から第二審,高等裁判が開かれる

ことになった。論点は、①基準看護について。②褥瘡予防、③看護レベル内容の追求であった。そこで昭和60年4月23日、私（松村）は証人台に立つこととなった。そして結果として「被控訴人は控訴人に対し、浦郡市民病院における患者の治療にあたり、褥瘡の防止等について医療上の落度があったことを認め、損害賠償金として金100万円を支払う旨の記載をすることで本件につき和解をして一切終了とする」というものであった。

4. 褥瘡裁判に対する証言者としての考察

現在看護界では「療養上の世話」を中心とした研究報告がかなり深く分析的な視点にもとずいたものとなって、その数も多数にのぼってきている。それは看護婦の最も主体的な独自性を発揮する領域であり、これからの高齢化社会にむけて対応していかななくてはならない援助技術の中心をなすものであるからである。中でも現在日本の死亡率3位である脳卒中は比較的高齢者に多く発病を見、意識障害や運動障害を伴うため長期に生活援助を要する患者が圧倒的である。そのため急性期を除いては患者や家族にとっては看護への関心を中心となって療養生活が進んでゆく傾向にある。通常看護婦には患者が入院した時から「可能な限りの生活レベルの向上をはかり、家庭へ戻って生活ができる」という結果を得るための援助の義務が生じ、患者はそれを受ける権利を有するという関係を全うするためには生活援助技術は非常に特有な専門的知識をもたなければならないといえる。

しかし現在この「積極的に生活レベルの向上をはかる」ことについてはさておき、必ずしも看護婦としての責任を果たしたとはいえないものではあるが、合併症の予防につとめる等患者の現状の維持をするというレベルに終始する看護に対して「普通レベルの看護」と考えることは社会通念からすると可能といえる。

さてB病院における患者に対する看護を看護記録と医師のカルテ等から推察すると、死亡時までの間に、左右の耳漏、口内炎、むし歯、肺炎、気

管支炎、尿路感染症、腎盂炎、膀胱炎、そして腸骨及び仙骨部の褥瘡と常識では考えられない程の合併症にむしばまれ、いかに生命力が消耗していったかという過程が淡々と何事でもないかのように記録されている。これら合併症はすべて看護の結果と考えることのできるものばかりであり、いかに低いレベルの看護(?)であったかについて今さらいうまでもないことである。しかも基準看護体制をとりながら、何の知識も技術ももたない夫である原告に看護をゆだねていたことに疑問ももてなかった看護婦達の意識構造は一体どのようなものであったのか、私には怒りさえ覚える。しかもこれらの実状分析の結果に対し「相当高度な看護と推測できる」という裁判官の考えに私は自尊心を激しく傷つけられたものである。

1. 褥瘡裁判のその後の反応

この裁判の証言をひきうけた動機の第1ははじめに述べたように看護婦等に対する怒りと恥を感じたことで、次いで患者Aと原告である夫に看護婦として詫言なければいけない。更にあきらめず第二審へと進めてくれた加藤弁護士の医療をよくしたいという気持ちに深く感謝し、依頼をうけた以上は看護婦として参加しなくてはならないと考えたからだった。又私は以前から、看護職が自立した職業として認められていくには法的責任を回避してはならないと感じていた。特に質的内容が問われ評価をうけることは、看護婦の看護行為に対する緊張感をもたらし、責任感を育てていくことにもなる。

こうした私の証言動機と行動は必ずしも看護婦仲間から受け入れられるものではないことは承知していた。裁判後の反応は私の事前の予測をはるかに越えるものとなった。その反応のいくつかを紹介させていただくと、

- ① 看護は医師の指示で行うべきもので、医師会からいづれ釈明を求められるでしょう。
- ② 褥瘡はおこり得る必須の合併症である。絶対作らなくてすむ等ありえない。

- ③ 理論と実際はちがう。実践を知らない人の言うことを信じられては困る。
- ④ 基準看護をとっていたら看護レベルが下るのは当然で褥瘡予防は無理なこと。
- ⑤ 看護婦が看護婦の敵になるなんて、裏ぎり者だ。

これらは電話、手紙等によって直接私に知らせてくれたものである。しかし看護協会としての見解は急拠全国会議を開き『基準看護病院での看護のあり方という根本に目をむけ、自らを問う機会にしたいと考えている』と前むきのものであり、現在諸々の研修会で看護婦の責任のあり方が講義され、褥瘡裁判が事例として用いられていると聞いている。

更に多くの病院の経営者たちの意識は褥瘡に目がむけられ、看護の質に無関心ではいられなくなったようである。

2. 看護婦集団の職業意識について

患者中心の看護とはすなわち看護の独自性の確立ということである。しかし我国において基準看護制度がとり入れられたのは昭和33年10月で看護婦とは何をしなければならぬものなのかが殆どみえていない時期であった。ようやく昭和40年から新カリキュラムとなり、患者の療養上の世話を第一義の役割とする看護内容に変革したのであるが、臨床の場では簡単にきりかえることはできない。すでに20年以上の歳月がすぎているにもかかわらず看護行為はすべて医師の指示のもとで行わなくてはいけないと公的発言をする看護婦がいるのである。多分数的に多くはないと思われるが旧カリキュラム（診療の介助を第一義とする）によって教育をうけた看護婦は年代的にみて45才以上であり、この世代は社会で大体が中堅、リーダー、最高責任者という役割をもち影響力の強い立場にあることが殆どである。それ故に看護婦の職業意識は複雑な構造を呈しているといえよう。反論①はまさしくその典型的な発言であり、現在の看護について行けない不適応症状の訴えとも受けとれ

る。しかし中堅層のこのような看護の考え方は病院全体に影響し、特に新人の看護婦に与える問題は深刻である。責任をすべて医師に委任するということは仕事に対する緊張感を失い、喜びがない。職場の中での責任は常に医師の指示どおりに行ったかどうかであり、医師の顔色をうかがいながらしかられないように努力すればいいのである。患者の言葉に耳を傾けなくても、強い立場の医師に従っていることで身の保障はされるのである。B病院の医師はこう述べている。「療養上の世話というのは医師にとって日陰の問題である」と。すなわち医師に従うということは患者の身のまわりの世話を重く考えなくていいということにつながっている。身のまわりのお世話は時間と労力をかなり要する。従って安易に楽な方へと看護行為は流されてしまいやすいのである。新人時代の初期体験がこうした環境に入りこむことで意志を失い、観察力、判断力が低下し行動がワンパターンとなり評価を必要としなくなる。基準看護体制のもとでは療養上の世話に対する責任が明らかであるにもかかわらず、主体性をもつことをさげ、忙しいのでお世話ができない。私が看護を充分してあげられないのは基準看護体制をとっている病院が悪いのだと責任の転嫁が平気でできてしまう不思議な現象が出現するのである。②、⑤の反応を分析すると看護婦の視界の狭さ、世界観の狭さをみせつけられる気がする。少し職場から目を外にむけてみることで自分達のレベルがどのようなものであるかがわかるはずである。患者に対して期待される結果を得られなかった時、あきらめてしまうのでなく積極的に文献を調べたり、研究してみる意志力が低いことをも如実に示す言葉となっている。更に自分達の体験だけで看護を決定づける傾向は1つのセクショナリズムを形成し、他をよせつけない、あるいは自分達チームの仲間意識の歪みは同じ行動をとらない者を裏切り者というレッテルをはることで阻害してしまうという幼稚な現象をひきおこしているようである。こうした看護婦の職業人としての姿勢は医師達から理解される

ことはないであろう。そして医師達が看護婦のおこなう看護行為に理解を示したり信用したりはしないであろう。結局は医師達は看護婦に対して、「指示どおりに働く者」という見方につけてしまうのである。こうした職場の中での悪循環は1度おこると元へ戻すことは困難なことである。病院の中で最も人数の多い集団であるのに、最も弱い立場に甘んじ、患者を守る立場から自分を守ることで精一杯の立場になってしまっている看護婦の意識構造は基準看護体制に対しても、又これからの社会的ニーズに対しても対応しきれなくなるであろう。しかしそれでは患者が困るのではないだろうか。

3. 本来の看護婦の役割をとり戻すための今後の必要条件

前述のような悪循環をつみ重ねている病院の看護婦の状況は1/2を下らないのではないかと感じる。しかし悪化の極地に至らないまでも患者が耐えしのおぶ状況があることはよく聞かされる。明らかな事故事実の発生をみた時、例えば注射薬を誤った場合等の時にはその殆どは施行者である看護婦及び責任者が謝罪することで問題解決をみることが多い。しかし褥瘡裁判にみるような事例の場合は、看護婦にとって本質の問題を投げかけ、深刻な見ずぐすことのできない悩みをひきおこしたのである。今後このような問題をひきおこさないために必要とされる臨床看護婦への条件を今一度しっかりと自覚し研鑽を深めなおさなくてはならないことと考える。そのためのポイントを4点挙げる事ができる。第1には医師への依存をさけ、看護婦の独自性を今1度自覚すること。第2には患者、家族の主張に耳をかたむけ、看護婦への真のニーズをうけとめる能力をもつための教育及び研究がいそがれる。第3には看護内容の充実をはかり、責任の自覚できる体制を早急に考えていかななくてはならないこと。決して他国のものまねでなく日本の状況にあったものを考えていかななくてはならない。第4には基準看護の本質に目をむけ、社会

の状況に見合わせた適切なサービス機関としての医療について検討をしていかななくてはならない。

これら4点について過去にも数多くの論文はある。しかし遅々として変化をみせない仲間達のために更なる研鑽は必要であろう。そしてもう1つ大きな問題をつけ加えたい。それは今回の褥瘡裁判が与えてくれた大きな利益として、B病院が見事に良くなってきたという事実と他の多くの病院でおきた看護への不安は今後に投げかけた波紋の大きさを感じる。たった一事例の結果を大切な前例としながら今後このような質の事例を表面化していくことは看護にとって自立を進める最も効果的な方法であり、かつ患者にとって権利を認められていく最大の利点になるのではないかと考えている。

おわりに

かって医療事故の判例での看護婦の立場は常に医師の陰にかくれていた。しかしこの事例ではじめて「療養上の生活」に対する看護の質的側面にメスが入られ、看護婦の社会的責任が問われることとなり社会への強い関心をなげかけた。これを契機に看護の専門職としての権利を主張し社会に看護の役割を理解してもらいたいと願っている。そしてそのことは責任を引きうけるだけの内容をもつ看護職として大きく発展しなければならないことにもつながることを自覚せねばならない。

参考文献

1. 菅野耕毅：看護婦の役割と法的責任，看護学雑誌，7，1988.
2. 石井トク：看護婦と医療事故，看護学雑誌，8，1986.
3. エキスパートナース特集…編集者，4，1986.
4. 松村悠子：褥瘡に対する看護の責任を考える，看護実践の科学，2，1986.