

批評空間：日本の臨床看護の明日に向けて

Free Dialogue : toward Future Clinical Nursing in Japan

司 会	濱田 悦子	Etsuko Hamada	(日本赤十字看護大学)
対談者	南 裕子	Hiroko Minami	(高知県立大学)
	村松 静子	Shizuko Muramatsu	(日本在宅看護システム)

キーワード：臨床看護、看護の力、看護の未来

key words : clinical nursing, power of nurses, future

濱田：これから、「批評空間 日本の臨床看護の明日に向けて」というテーマで、対談をしていただきます。その前に、この批評空間って一体何だろうか、耳慣れない言葉でしたので、少しいろんな角度で使われている専門領域のことを調べてみましたら、やはり物事を感じ、そして、そのことについて、どんな印象を持って、意味付けをしているか。今日は、私ども看護という世界で、どのようにそれを考えてゆくとよいのかを、集まりの空間というこの中で、看護が、どのように生き、活動できるか。明日の臨床看護を考えるための刺激や、示唆を、お二人のナイチンゲールメダリストからお伺いしようと思えます。

それに先立ち、恒例の講師のご紹介をさせていただきます。村松先生は、1968年に日本赤十字中央女子短期大学看護学部看護学科をご卒業しております。卒業と同時に、日本赤十字社の中央病院に入職し、臨床をずっと続け、1986年、短期大学が大学に昇格した年に、本来だったら大学においていただく予定でしたが、在宅看護研究センター、(現在のLLPの代表)に赴任されました。その後、1992年、仕事をしながら、筑波大学大学院教育学研究科に進学し、臨床心理、カウンセリング課程を修了されております。そして、同じ年に、日本在宅看護システム有限会社の取締役にもなっております。1995年に、看護コンサルタント株式会社を設立し代表取締役を現在もしております。

村松先生は、ご存じの通り、在宅看護の基礎作りをなさった方です。1986年に、在宅看護を専門とする看護師集団の民間組織として、在宅看護研究センターを

設立しております。在宅看護の草分け的存在です。もう一方、在宅看護事業における功績には、在宅看護の必要性を訴え、国が在宅看護支援組織を次々と編成するきっかけを作り、非常に大きなパイオニア的働きをし、現在のセンターがモデルとして、老人訪問看護制度が創設され、訪問看護ステーションが6,000を超えるまでに設置され、我が国の在宅看護の推進に、大きく貢献してきました。その間、介護ヘルパーの育成や在宅看護に関する研究、看護師の研修教育にも尽力し、1997年に、看護大学のカリキュラムに、在宅看護論を誕生させ、学問的な位置付けの向上にも、多大な貢献をしております。

現在、在宅看護分野の第一人者として、多くの看護大学、大学院において講師を担当しておられます。また、先生は、エイボンの女性賞を2009年に、ナイチンゲール賞を2011年に受賞し、同年、筑波大学心理学で有名な田中敏隆賞を受賞されております。著書、論文はたくさんありますので、どうぞ皆さん、各自でお調べください。

次に、南先生をご紹介いたします。先生は、高知女子大学家政学部衛生看護学科を卒業され、そのあと、イスラエルのヘブライ大学医学部社会医療学科で修士課程を修了され、1982年に、アメリカカリフォルニア大学サンフランシスコ校の看護学部博士課程を修了しております。修了後、聖路加看護大学に赴任され、その後、兵庫県立看護大学学長、近大姫路大学学長、そして、現在、高知県立大学の学長としてご活躍中です。先生は、大きな組織の下で行動され、特に、

社会活動においても、1999年から2005年までは日本看護協会の会長をされております。その間、専門看護師、認定看護師制度の確立などの看護制度改革に取り組んできました。また、日本に初めて精神看護の専門看護師を導入され、更に、精神看護学博士課程を日本で初めて開設するというように、看護職の専門性の確立に努めてこられました。

1995年に発生しました阪神淡路大震災においては、自ら被災したにもかかわらず、日本看護協会が構築する災害支援体制整備の基礎となりました看護ボランティアの派遣体制を整備されました。また災害看護の活動方法を体系化し、共有できる知識体系を確立する必要性を強く訴え、1998年、日本災害看護学会を立ち上げております。2008年には、世界災害看護学会も発足させるという活躍ぶりです。2005年に、国際看護師協会（ICN）の第25代会長に、日本人として初めて就任されました。就任して先生は、看護は本質的に人々の安全と平和に貢献する専門職であると言い切れ、本当にそのことについてのご尽力は、素晴らしいものでした。同じ年に日本学術会議会員として、看護学分野の分化会の委員長をお勤めされております。2011年に、ナイチンゲール賞を受賞されております。

それでは、これから3時25分まで、ご自由に忌憚のないご意見をいただきましたらと思います。お若い先生のほうからお願いします。

村松：少しだけ若いので、私からと思います。今朝、阿保会長が幾つかのこの時代の流れがあるというお話をされていたんですが、私は、実は理想の時代に生まれ育って、夢の時代に実践に取り組んで、虚構時代に大学作りとか、ICU作りだとか、あるいは在宅看護作りをしてきました。そして今、不可能性という時代に入ったとおっしゃってございましたけれども、全く本当に自由奔放にやっけてまいりました。ただ、1点、自慢できるのは、私は看護師になって今年で44年目になります。その間、母親もやったり、学生もやったり、いろいろしましたけれども、実践だけは、ずっと続けてきたということです。今日は43年間の看護の実践の場で、自分で感じ取ってきたことを話させていただこうと、今朝の阿保会長のお話がとても私にとって刺激的で良かったものですから、それに加えて、自分の考えがどうなんだと自問自答しておりましたので、そこをちょっと話させていただこうと思っています。南先生、いかがでしょう、全く違う分野ですので。

南：私、会長の講演を聴いてないものですから、ぜひ先生、聞かせていただけたらと思います。

村松：阿保先生は臨床看護、看護そのものを、1つの視点から看護技術の思想ということをおっしゃっていました。シーツ交換を1つの例に取ると、まず声を掛けて、そして顔を見せて、で、枕元へ行って目を合わせてうんぬんという、行動の意味についておっしゃ

り、最終的には看護教育として、大学をつくらなければいけなかったということもあって、科学的裏付けというところに、ものすごくこだわってきた。しかし、それが本当に正しいかどうか、これはまた別として、もう1度、いわゆる実践というところへ戻ってみてもいいのではないかと。戻る必要があるんじゃないかということをおっしゃいました。先生は、国際看護学会で、安全と平和ということをおっしゃっていますけれども、先生はどのように今を見て、今後につけようとなさっているのか、また今、何が足りないのかという辺りを、ぜひ教えていただきたいと思うのですが。

南：今日は批評空間なんで、何を言ってもいいと言われております。私は長い間、看護界に籍を置いていて（今年で70歳の誕生日を迎えたばかりなんです）、何十年もこの仕事をしていて、いつも忘れない1つの自戒というんですかね、自分を戒める言葉があります。それは佐野洋子さんという作家が著された『ほんの豚ですが』（白泉社、1983）という本があるんです。その本の中に「亀」という章があります。全文をご紹介します。

インカ帝国について講義を受けたのち、ありたちは修学旅行に行った。

「この大きな亀裂は、水道であった」

教授は言った。ありたちは並んで水道をぞろぞろ歩き、「たいしたもんだなあ」と言った。

「これは、円形劇場であった」

教授は説明した。ありたちは円形劇場をひとまわりしたのち、真ん中で合唱した。

それから廃墟のへりに並んで夕日をながめた。

ありたちは、歴史の重みに厳しゆく気分になったのである。

ありたちが帰ると、インカ帝国はゆっくり動き出した。

インカ帝国をしょったまま、亀は水をのみに行った。（p.21）

自分たちもこのような思い込みによる間違いをしないだろうかというのが私の教員としての日頃からの自戒です。先輩たちが営々として築かれてきたもの、また自分が信じてきたものを学生に教えているわけですが、それはもしかしたら蟻さんにとってのインカ帝国を教えているのではないかという、恐怖に近い自戒です。「これが正しいのか」とたえず見直さなくてはと思うのです。

私は今年、96歳の母が大きな手術を受けて、入院から退院、在宅に移るという過程を、1人の家族として経験しました。現行の医療システム、リハビリのシステム、介護・福祉システムに家族として直面いたしました。かかわってくださった方々はとても暖かく、全

力でケアをしてくださいました。しかし、医療保険、介護保険の制度のブラックホールはいかんともしがたいことが多々ありますし、人手不足など看護師個人では乗り越えられないものがあります。しかし、急性期、慢性期の病院での看護ケア、そして在宅ケアにおける看護ケアのみに焦点を当てても、亀をインカ帝国のように見立てている錯覚がやはりありますし、そのように思い込むと改善しようとする余地はなくなります。それが教育からきている問題もあります。何とかしなくてはならない時期がきているのではないかと思います。

ではどうしたらよいのか。先ほどご紹介があったように、阿保会長がおっしゃったように、やっぱり現場だと思います。で、現場も、看護師から見えた現場じゃなくて、そこに人がいて、病む人がいて、年がいった人がいて、生活している人がいる。もう一度そこに帰る、そこから見えるものを、もう1回探してみるときが来てるんじゃないか。そういう意味では、先生と同じかなってスタートラインは思います。

村松：勝手な質問をさせていただいても、自分が今考えているのがどうなのかなって思いながら、今、お話を伺っていました。先生はもう1回、現場で見えるものをということをおっしゃってくださいました。私は確かに現場人間で、現場を43年間歩き、大学でクラスをするというのは、ほんのわずかで、大学作りをするところもほんのわずか、すべてほんのわずかだったのですが、1つ自分の中で非常にこだわっていたことは、単に今ここで起こっている、また手習ったとか、慣れで行う看護ということだけではいけないんだということでした。医師からも、周囲からも、多くの皆さんに「あなた看護師だったのね」って認めていた

だけのような看護を提供するためには、やはりきちんとした裏付けが必要だと。それは一体何なのかということで、ずっと追求してきたことは確かなんです。

そして行き着いたことがあります。自分自身がもと好きだったことでもあるのですが、私が卒業して1年もたたないうちに行った秋田の脳血管研究センターで、意識障害の患者さんのケアをしているときに、一番に意識が回復するのを見つけたのです。その見つけるというのは、やっぱり声を掛けたり、見たり、そういうことですね。そして、ドクターに「先生、意識があります」と言ったら、「いや、脳波上では、絶対あるはずがない」と言われました。これは、もっと脳生理学と関連させて、私たちのいわゆる看護と言っているものが、どこでどう変化を起こすんだということを追究しなければいけないし、したいと思ったのです。加えて、NHKテレビで放映されたのが、イラクの洞窟で、アメリカの人類学者が人骨を見つけて、その人骨が真ん中に1体、周囲に何対もの人の1人ひとりの人骨があったと。そして、その周辺に花の種がたくさん散っていて、中から外を見たら花が咲いていた。それがものすごくきれいだった。それを両方持ち帰って調べたら、その種と花が一致した。その人類学者は、人間の慈しみの心はここで生まれたんだ。洞窟の中ですし、家族とは限らない。複数の人間。そこで花を手向けたんだらうという放送がされていて、私はそれを観て思ったのです。看護とか介護とかいう言葉のない4万年も前の人間が、私は看護の原点は在宅にあると言っているわけですがけれども、まさにそういうところにあったんじゃないかと。

だから、看護と介護は一直線上にあって、常に連動・連鎖するものである。そして、それぞれがいいところ



を出し合いながら、それを別けて職業になったのです。絡み合っていかなければいけないんだと。これはドクターも同じ、薬剤師もみんなそうなんだと。そんな中でナースとはどうあるべきかを、ずっと追究してきたのです。それで、1つ今日は、阿保さんの、阿保さんと言ってしまうましたが、彼女は私の後輩で、バレエ部の後輩でもあるということで、そしたら、南先生もバレエをやっていたなんていうことを知って、1つチームが作れそうな感じで(笑)。そういう阿保さんのお話を伺っていて、看護の基礎教育に非常に重要な点があるということに加えて、現場のリーダーの意識改革も必要じゃないかということ、ちょっと感じました。

南：教育と管理は、ぜひあとでやりましょう。私は、さっき現場に帰るといって、現場とは必ずしも看護の現場ということではなく、人間の現象に帰るといってなんだっていうことを申し上げました。今、いろんなところでぶつかって思っているんですが、それを説明するのに、最近読んだ本で有名なベストセラーになっている『天地明察』という本に頼りたいと思います。この本をお読みになった方、ちょっと手を挙げていただけませんか。その方々には共感していただけるかと思うんですが、渋川春海(はるみ)、または渋川春海(しゅんかい)という暦を作り替えた人のお話なんです。

実は江戸時代には、中国に由来する暦を使っていたんだそうです。そのころ800年間使われていた宣明暦という暦があった。それを800年間使っているうちに、どうも不具合が生じているということは、みんな気が付いていたんです。例えば、どういうことが気が付くかということ、月食の日が合わないんです。旧来の暦を使って月食を予測してもその日に月食が起こらなくなっていたんですね。それでも、暦は天の知と言われていて、天を司っている行為なので、人間の知とな異なると考えていた歳月が長かったので、予測日がずれても見逃されていたのです。それを渋川春海はいろんな観測に基づいて、それでもやっぱりおかしい、2日間もずれてくるというのは暦が正しくないって思って、彼は彼流の研究をして、いわゆる大和暦と呼ぶんですが、その暦を23年間かけて作り上げたのですね。そして幕府や朝廷の政治家等権力者たちを説得して暦を書き換えるんです。自分が観察・観測したことを信じて、それに基づいて間違いを正す行動に出るのは並大抵のことではないので、23年間もかかってしまったわけです。しかし、きっかけは、それまでの暦は現実に合わないという気付きですね。これは看護界の今に通じるものがあると思います。

例えば、歴史に戻るんですが、老年看護が日本の中で柱が立つ前に、成人看護学の中で高齢者看護は教えられていた時期がありました。しかし、成人看護の実習行くと、聖路加看護大学で経験したんですが、実習から帰ってきた先生が、「うち、成人看護の実習なん

だけど、学生が受け持っている患者さんの平均年齢は70歳越えちゃったのよね。成人看護でやっているのかな」と話されたことがありました。まだ老年看護を柱に立てないといけないという気付きがないときです。機運は少しありましたけれど、まだカリキュラムが立ってないときです。成人とは異なるニーズがあるし、働きかけの方法もあるということで老年看護学の柱が立つまでずいぶん時間がかかったように思います。同じようなことが精神看護学でもいわれますし、最近は災害看護学もそうだと思います。

では誰が、既存の知識では対応できないと気がつくのでしょうか。それは、現場にいる看護者であると思います。現場に身を置いて研究している人も含めます。

ところが看護者の教育は、特に基礎教育では、学生に看護計画を立てさせるとき、知識と現場の乖離を探るといって、知識をいかに使って、自分一人でケアできるかということに焦点を当てます。そのような教育を受けた看護師は、自分で全部分からないといけない、分からないのは不勉強な自分のせいだと思うようになります。その癖が付いちゃってるから、分からないと思いたくない傾向が看護者にはあるんです。また、患者が看護者に問い掛けた場合には、看護者が分からないときはよく、「ドクターに聞いてください」、または「ドクターから聞いてきます」といいますね。医師は患者に分からないときは分からないと言われる方がありますが、看護者で「私にはわかりません。明日までに調べてきます」ぐらい言える方は少ないのではないのでしょうか。また、「この段階ではわかっていないのか」とか。

新しい発見は、分からないという自覚、「何とかしなくては」という自覚からすべてがスタートすると思います。また、患者さんの側からみても、看護者には今のところわからないとわかることで、患者さんはスタートできる。看護者は、良いケアをするためにも分かりたいと思うようになり、研究のための研究ではなく、目の前の患者さんのこのことを解決したい、または分かりたい、そこから研究がスタートする。

この『天地明察』の渋川春海も、それから始まっているんです。23年間も地道な研究をしていたのですね。それと彼は将棋の駒の名人だったんですが、個人的に培ったネットワークがあって、それを活用した行動を取るのです。実は自分で発見した大和暦を世間に認めてもらうためには政治力が必要ということがわかっていて行動するのです。

看護界でも、制度のゆがみに気が付いて、それを変えるべきだと考えている人は多いと思います。患者さんのためには変えた方が良く思うことが少なからず現場にはあると思います。しかし、それを政治的に解決しなければ、単なる個人の発想であり、「政治家は、行政は、看護協会は、何をしているの」という

愚痴になってしまいます。暦を作った渋川は、実は朝廷が別の暦を、もう既に天皇がアナウンスした3日後でも大逆転してるんです。大逆転をさせたのは、民間の人々を使っているんです。政治家と民間の人と学者を使って、すべてのネットワークを使っているんです。

例えば、今話題になっている特定看護師（仮称）の課題ひとつにしても、これなんだなあって思います。私たち、現場視点での声を上げましょう。正直に言い合う。看護はこうあるべきだとか、看護がやるべきだとか、そうでないとか、介護だとか、看護だとか、または医師だとかって、そういうことじゃなくて、何か本当に困っていることを、はっきり言うところから始まるかなというふうに思います。

村松：正直に言い合う、私もとても大事だと思いますし、政治力、これはもう私には全くありませんので、先生にお任せしたいと思うのですが、自分たちで変えていかなければいけない。私は一体看護って何なんだ、皆さんにどうやって示したらいいんだと思いつつ、43年の月日が経ってしまいました。看護とか薬剤、あるいは介護、ほかの職種と違う点というのを、どんなふうに身に付け、どこが違うんだということが、何となく自分の中で分かっているの、ここで話しさせていざこうと思います。看護師であれば、学生時代に少なくとも、例えば、病院に、今、病院も、在宅も、施設も、もう本当にすべてつながって動けるようにならなきゃいけないという時代になっているわけですが、でも、病院の中でも急性期であったり、あるいはICUであったり、内科であったり、外科であったりするんですが、そこへふっと行ったときに、何を見て、そこでどう手を出し、何ができるのかということ、何を学生のと時からいつもいつも考えながら動く。それは何をするんだということ、自分の持っている知識を積み重ねる統合分野があるわけですから、そうできるようにする。そして卒業したら、被災地に行っても、あるいは救急の場に行っても、内科の場に行っても、まずファーストエイド的なことはできる。そして、そこから振り分けていけるマネジメント力が重要だと思う。在宅、病院、施設と場所が変わってもできるよう、ナースが身に付けてほしいと思うから。

今、看護師はものすごく注目され、必要性をうたわれているようですが、介護もどんどん変わっています。そう考えたときに、「ナースがいて、やっぱり良かったわ」、「ナースが必要よ」ということを、外から認めてもらえる。「これどうしようか」とドクターから相談を受けたら意見も言える。そのようにだんだん成長していく。

そのためには、学生時代の4年間にやはり少なくとも、それこそ観察力なんです、看護の勘をどう磨いていくか、どこまで行って卒業するか。それは私、教

育の場の先生たちの責任であろうと思うんです。内科だ、小児科だなんて言わないで、どこでもです。最低のことを行うわけですから。それがうまい下手ではなくです。そういう気持ちです。意識です。私は病院とかあるいは在宅にいるナースたちも、トップは少なくとも常にそういう意識を持っていたら、若い人たちへの教育だって変わってくるはずだと思いますし、提案もするでしょう。交渉もするでしょう。看護とは何ぞやというのは、見ていただければ変化が起きるわけですから、そんなふうになってくると、私は思っているんです。そこが明日の看護を変えてくるのではないかと。それは国が悪いとか何が悪いではなく、やっぱりもう1度、自分たちのところに戻して、看護の役割を持って行動する。周りから、「看護婦さんはこういう人よね」ということを言っていたら、努力するということは、私は先輩から教わってきたような気がするのですが、改めて自分の中で整理をしたときに、結局は、ここにたどりついたように思いました。

看護教育も変わっていただきたいし、病院の現場も変わってほしいし、それから、在宅も変えなければいけないし、それはもうみんなが一体化して、どこへ行っても「看護の役割というのは、やっぱり必要なよね」と思っていたら、そうやっていくんじゃないかなということ、なってほしいなということが、今の私が思っていることです。ですから、阿保会長がおっしゃった看護技術の思想の中で、例えば、シーツをまず変えるときに、声を掛けて顔を見て、これはテレビでもやりましたけれども、旅館の女将の訓練というところで同じなんです、結局は。どのサービスもそうなんです、看護職はサービス精神がなくてよく言われます。それはプロの職業人なら最小限持っていなければいけないこと。そこに、そのとき何を考えているのか、何をしようとしているのかというのが、看護師として問われることであり、介護として、あるいは薬剤師として、医師としてというところが変わってくるのかなということを今、この年齢になって思っています。

南：教育に入ってきてるんですが、私、教育の仕方が、これは看護だけでなく、ほかの教育もそうですが、今すごくパラダイムシフトって言うか、かなり教育の仕方が変わろうとしています。教員も自分自身が変わることが求められていると思います。臨床での教育もしかりです。例えば看護教育の考え方は、まず知識や技術のある一定のレベルまで学校の中で学んで、それをもって実習へ出ていくという前提で行っています。だから知識、技術のない人は、臨床現場に出られては困るという考え方ですね。「さあ、今日何するの?」って学生に聞いてくださるのですが、「あなたの患者さんの問題は何か?」って聞いて、例えば、看護師からみて問題が5つあるとしたら、学生は頭が真っ白

になったんで、2つぐらいしか言えなかったら、勉強不足だから、また帰って勉強してきなさいと言って戻される。

一方、まずは知識ありっていう考え方から、今度は、今は逆で、何もなくて臨床現場に出て行くことがあります。枠組みをもたずに臨床現場を見る目を育てる実習です。例えば、私たちが何回か経験してるんですが、1年生のときに病院へ行って、患者さんの置かれた状況を見て、涙を流してるんです。外来で、何であんなに苦しい患者さんが、あんなに待たされるんだって、帰ってきて言う。普通の人の感覚ですよ。

看護師のサイドから、すなわち外来という枠組みから入ったら分からないんです。学生の観察の対象は、それは本当にいろんなものを、看護師のやってることも含めてです。実は、現場の看護師の実際に行っていることは、あんまり学ばないんですよ、教育の中では。看護は何をすべきかということ学んでくることが期待されてるから、看護師が今何をしているのかということを見てくるっていうことが少なかった。まずは、見ないといけないところから始まっていかない。だから、例えば、私の母が入院していて、やっと車椅子から自分のベッドに移るのを、自分で行うその訓練をしているさなか、看護師さんが薬ですって言って入って来るんです。で、ドア開けるなり、「薬です」っておっしゃられて、それで私たちが、「ありがとうございました」って、薬をもらいに行くことを優先行為にしてもらいたいと思わんばかりの言い方をするわけです。母にとっては一番危ないことをやっているんだから、家族はまず目を離せないときなのです。それは、看護師の仕事ありきではなく、まず状況を見てほしいのです。まず患者さんがどうなっているかをみるところから始めてほしい。そこから患者さんの強みも、弱さも、望みも、悲しみも、苦しみも、喜びも人間として観察し感じると、そこから看護師は何ができるんだろう、ドクターは何してるんだろう。ほかの人は何ができるんだろうという学び方の転換。

だから、まず、看護概論があって、看護技術があって、精神看護学も概論があって、何とかがあって、じゃ、実習に行きましょうみたいな感じで実習にいったら、頭こんなになって、あんまり分かってないんだけど、こんなになって、それで患者さんの目の前の複雑な問題をこなさないといけない。こういう教育の仕方を根本に変えないと、私たちは患者さんにとって、患者さん側から見て役に立つ人、村松先生のおっしゃっている、覚えてもらえる人になれないのではないのでしょうか。うちの母は4カ月入院して、看護師の顔1人も覚えてないです。それと主治医も覚えていない。一番大事な執刀医さえも覚えていない。私は母に覚えてもらいたくて、今度先生が来たとき、ここが痛いと言うときに、「Y先生、ここが痛いです」って言ったらい

いよって言うておいたのです。そしたら、回診のとき母が「この中でY先生という方、いらっしゃいますか」って。主治医ですよ。で、そこにいたみんな苦笑しているなか、「はい、僕ですが」って主治医が名乗られたそうです。「あ、いつも来てくれてる先生ね」って母がいうので、皆大笑いしたそうです。「看護師は何してくれる人？」って私が聞いたら、「薬をくれたり、くれなかつたりする人」(笑)。これ、安定剤もらいに行ったり、睡眠剤もらいに行ったときに、看護師さんが専門的に判断するんですよ。でも、本人は判断してもらいたくないの。今、もらいたいんですよ。入浴介助などしてくださった看護師の仕事は母は覚えてないのです。どうしてかという、機械的にお風呂に入れられて、まだ濡れたままでベッドに返されて、不快だったのです。一番名前を覚えたのは、PTとOTです。96歳で術後のせん妄を経験した母にとってリハは自分を取戻すことでもあつようです。PTとOTの名前はメモに書いてもらって、覚えようと努めていましたね。職業として尊敬もした。

村松：私は今先生のお話を伺って、PTさん、OTさんを覚えられた。それは若いからではなくて、お母様はやっぱり立ちたいんですよ。そうですね。私、思うんですね。看護って、立ちたいと思ってるときに、ほかのことをする。本当はそこで対峙して、立ちたいと思うのを、いかに吸い上げるかということが大事で。先生は現象ありきなんだとおっしゃってましたね。私、何か南先生をまた見直しちゃったというか、そうなんですね。私、そう思います。そして、やっぱりその都度、相手と対峙しなければいけない。

ついこの間、大学3年生のクラスのときに、死と向き合ったことある人っていうことで話したとき、もう手を挙げてたら、わんわん自分のおじいさまのことに對する悔いも含めて話し出して、もういいと言うぐらい話して、あとでまた来てましたけれども、私、ああいうのってすごく大事で、心のどこかに残していかなければいけないって思ったりするんです。学生さんって、結構、先生おっしゃるように、何もなくてから見ていらっしゃいよって言うて見た、そこをどう、その先、引き出していくかということが、私、とても大事なことなんじゃないかなと。でも、教師としては、恐らく、これは私の思うことなんです、決められたことを教えたほうが楽なんです。そうですね。看護師もそうだと思うんです。教えたことをやってもらったほうが楽。でも、それじゃ、本当の看護は学べないということ、すごく私は思います。

南：本当は反論したらいいんですけど、本当、同意することが多くて(笑)。その通りだと思います。私たち、患者中心の看護とか、セルフケアだとか、患者さん中心にして物事を考えないといけないって言うて、ずっと言い続けて、私もセルフケア看護論を精神科領

域に取り込んだりするのをお手伝いしたり、そういうことをやってたんですけれども、ちっとも分かってなかったなと思います。自分のいわゆる経験年数を重ねていく、人間としての経験年数を重ねることで分かっていくことがあるんですが、残念ながら、看護の仕事に定年があるのは残念なことだと思います。70になって、初めて分かることはいっぱいありますから（笑）、その知恵が生かされないというのは、本当に残念だなと思うんですけれども、後輩に道は譲らないといけなし、ジレンマですが。

でも、セルフケアって、例えば、事例で言うと、うちの母が、いつも母の例で申し訳ないんですが、薬ですが、薬を、在宅の前は内科でかかっていると、この薬で1袋、この薬で1袋で、母は袋から出して、自分で朝のを数えて飲んでたわけですね。それが自分がする大きな仕事。それを口に入れた途端、ポロポロこぼして、こぼしたのも気が付かない。で、計算間違いもするということになったのが95歳ぐらいになってからです。今は非常に良くできていて、1回ごとに薬包に全部の薬が入ってるので、考えなくていいんですね。で、数だけ数えているんです。7つあるって確かに数えている。でも、それはセルフコントロールにならないんですね。あるとき、母は新聞見えて、足がスムーズに動くためにはコンドロイチンが必要だと分かったわけです。だから、コンドロイチンが欲しいと言うわけです。それは doktor がくれないので、私がサプリメントを渡して「試しにやってみる？」って言ったら「やる」って言うんです。サプリの袋ごと渡したら、自分で大事に持っているから、助けてくれる人が「じゃあ、いつもの薬の箱の中に入れておきましょうね」って言うんです。「駄目よ。これは私が管理するの」って言うんです。こういう「私が管理するもの」が欲しいんですよ。で、それは私になるためなんです。私であり続けるためなんですよね。誰かに助けてもらって、自分が生きていくというだけではない。自分でやりたいんですよ。

この間、母に発破を掛ける役割の家族がいるのですが、その人に自分でもできることがあると認めてもらいたくって、無理して杖も使っていないのに立って歩き始めて、ひっくり返りそうになって、みんな冷や汗かいたんですけど、それも自分が証明したいんです。やりたいことがあるんですよ。PTさんは何で気に入られたかという、「どうしたいの？」と聞かれてるんです。で、自分の家のなかに自分で歩いて、自分の足で入りたい。そういわれたPTさんは玄関の高さを測って、これをまたげる筋力を付けるリハをしてくれたんです。

で、看護では看護過程、看護目標も立ててるけど、秘かに立ててる看護目標だから（笑）、相手には全然分かってないですよ。で、そこを、実際は、でも、

少しずつやってくれて、相談して目標も立てているところも出てきてるので、変わってきてるとは思いますけど、でも、人に添うとか、セルフケアとか、患者中心の看護とは、相手ですよ。それに対して、私たちがメニューを持っている必要があります。私たち、看護過程を教えるとき、正解は1つみたいな教え方をしてきた弊害があるんだと、そういうふうに実習でさえも、正解が1つなんてあり得ないじゃないですか。それも、学生でやれることと、ベテランのナースがやるのが違うという、そういう学習はしてない。あなたの患者さんだから、あなたがケアできないといけないという、できるはずないことを言うわけです。

看護教育者が変わらないといけないのはなぜか。私、教育者が臨床に出てないからだと思います。今の現場に出ていない。今の患者さんを持っていない。村松先生は、現場やりながら教育されている。教育関係の人は忙しいから現場に行っていない。

村松：私は、それはすごく大事なことで、たとえばドクターの場合には、たとえ院長であっても外来を持つとか、必ず現場を持っているわけです。ところがナースは、看護部長、副院長になったら、奥のほうに行ってしまう。そうではなくて、今できるわけですから、例えば、1つ訪問看護ステーション持っても、小規模多機能を持ってもいいわけですよ。やっぱり現場を身近に置いてほしいと思う。特に教師の先生たちにはやってほしいし、知ってほしいなど。決してその患者さん家族にやってやる、見てやろう、教えようではなく、ご本人は亡くなる寸前までみんなの役に立ちたいんです。そうなんです。亡くなる寸前まで俺がどう逝くかを見てるよっておっしゃいますよ。そうおっしゃっていただけるというのは、ものすごく私はありがたいと思います。そこをナースが見れるか見れないか、ということですよ。見れないナースが多いかなと思ったり。

例えば、最近、ファーストのクラスで、私はちょっと質問したんです。もし、医師から「この人は禁食にしろ」って言われたときに、皆さん、主任係長さんはどうしますかと。ドクターが禁食って言ったら、私はほとんどのナースがそれを守っているだろうと。ですけど、食べたいんです、その人は。吐くけれども、食べたいんです。先がないというその判断を、どうやってナースはしてるか。少なくとも在宅は禁食はありません。個人で判断しなければいけないということになるわけですよ。そういうことも含めて、何か少しずつ整理していく必要があるのではないかと、ナースがもうちょっと本来の看護をするために、そんなことを考えています。

南：私もその通りだと思います。1つは、私はずっとケアとキューアを統合したところに看護のユニークな

ところがあると、ずっと皆さんと一緒に言い続けているんだけど、その統合したところが、皆さんに見えないので、診療補助行為と療養上の世話の両方があって看護ということが示されていない。だから、医行為の教育のみを看護師に教育をしたらいいじゃないと付加すること。で、そんなもんじゃないっていうことを、いくら言っても分かってもらえない集団に対して、どうやって説得するか。で、それは、私は時々立ち止まって、私が言ってることは本当に正しいのか。本当に現実にやって、これから将来を見通したときに、それが本当にいい姿なのか。向こうが言ってる、私から見たらPAもどきの特定看護師（仮称）でも、それが将来の歴史を作っていくときにいいことなのか。それは向こうには賛成には賛成の論理があり、反対には反対の論理がある。これを例えば、私たち看護職も、現場の人たちも、患者さんのケアについては、1人ひとり思いがある。ところが、思いが、例えば周辺の人たちと重ならないときがありますよね。そのときに、どうやってそれをアピールするかと。私、看護師さんが頑張ってる患者さんのサイドに立ってくださっていることたくさんあるんです。秘かにやってくださっていること、確かにあるんですが、それが表だって出てきてないことが、いっぱいあるんです。

例えば、整形外科病棟の急性期といたら、もう若い人がほとんどいなくて高齢者ばかりですよ。高齢者が大きな手術をするとせん妄や混乱が起ってくる。私の母もそうだったんですが、それを看護師さんはどうしてるかという、昔からよく詰所に車椅子に乗った患者さんを集めて、自分は記録したりしてるのありますよね。それが、最近はストレッチャーに乗せて詰所にいるんです。それは必要性があるからなんです。または、大部屋へ机を持って行って、看護師さんが記録をそこでやっているんです。何でかと言うと、患者さんを1人にしておけない。大部屋でさえも、患者さんは頼れる人がそばにいることの、自分を見つめてくれている人がいることが大事なんです。その時期があって、それがちゃんときめ細やかにやると、自分を取り戻せる。ところが、きめ細やかにしないと、患者さんは能面になっていくんです。もう本当に能面になっていく患者さんがいっぱいいます。そこを、でも、看護師は工夫して、工夫してやってるんだけど。昔は詰所に患者さんを入れない。記録が見られるかもしれないし、入れないと言ってたのが、今は当たり前に入ってきてる。こういうことを正当に評価してもらえない仕組み作りが必要ですね。私はあんなストレッチャーまで入ってきて、詰所は患者さんだらけで看護師さんは仕事してるんですけど。赤十字の体制では、それはしてないかもしれないけど、結構、中核の病院でやっているんです。それが高齢者の多い急性期病棟で必要なことなのに、何で診療報酬上到手当されてないの

でしょう。私、看護協会長時代、そんなことが現場で起こってるって、誰も教えてくれなかった。

気管切開を余儀なくされた難病の患者さんの吸引のことも、退院のとき、家族指導してるのも看護師なんだけど、30分に1回の吸引を家族に頼まないといけないうことの大変さを一番分かっているはずの看護師、このまま返したら大変なことになる。家族は大変になる。分かっているはずの看護師が、声を上げてない。つまり、専門職である看護師が声を上げない。特定看護師（仮称）のことも、新聞に投稿があったのは、川嶋みどり先生だけです。一般人に向かって、賛成でも反対でもいいんです。看護師、保健師、助産師の名称改正のときは、助産師さんはすごく活動しました。看護師さんは全然活動してくれなくて、協会長としては、非常に苦労したんです（笑）。個人として、看護の経験に基づいて、現場はこんなになってますという表明ですね。通常の声欄、新聞の。あそこでいいんです。今のままなら患者さんが本当に1人の人として見守られているという体制が、今の状態だったら取れなくなりますよということです。1人ひとりの専門職が声を上げていく。自分が上げられるところに声を上げていくという時代に来てるんじゃないかと。

村松：声を上げるというのは、私も20年、30年近くしてきましたけど、小さい組織、低い立場というのは苦しいですね、正直言って。なかなか吸い上げられません。あっちへ頭を下げ、こっちに頭を下げで、こんな状態で退院させられたら、家族はつぶれちゃうよとか、ご本人はとでも1人では生活できないよという場面は、いっぱいありますね。そのときに、ナースとして何ができるかというのを今、更に私は想像したり検討したりしているところです。そして、できたら私はもう本当に先生は70っておっしゃってますけれど、そこに近くなっていきますので、提案をして、少なくとも看護師として、これからの若い世代の方たちがもう少し、そういう意味では誇りを持って看護師として本当の仕事ができるようにしていただければいい、何かちょっとしたものを残せたらなというふうには考えてますけど、1人で声を上げていくというのは、限界があります。

南：先生が看護協会に来てくださって、ちっとも分かってこないって、ずっと言われてたじゃないですか。分からないんです、聞くほうは。言うほうには分かっている、聞くほうは分からないんです。だから、本当にこの洪川春海も23年かかっているんです。村松先生も何十年もかかられました。時間かかるんです。かかっても、必ず聞く耳も持つか、聞こえるようになると思いたい。それは、生活習慣病を提唱した日野原先生が生活習慣病という言葉も提唱してから、20年以上もかかっているんです。日野原先生は、夢を持って信じたら、ずっと言い続けろとおっしゃってます。私も

そうだと思います。私も自分の信じることを言い続けてきたし、先生も言い続けてきたし、これから多くの方がきつと言ってるんだと思うんですね。で、看護師さんが「声」欄で看護師と書いて投稿すると、すごくみんな注目するんです。本当に注目しますよ。看護師というの、それだけ信頼されています。で、看護師で看護以外のことも言ってる方、いっぱいいて、耳傾けられている。だから、ただ、書き方があるので、何かこれも1回出したら、投稿したら採用されるというのではなくて、何回も何回もやっているうちにできるようになるので、私は1年に1回は採用される投稿をし続けるという目標を、少なくとも若い人はやってもらいたいと言って、発破を掛けているところです。自分がやれてないので、申し訳ないと思いながら。

濱田：15分ぐらいございますので。先程来話題になっている特定看護師（仮称）についてはいかがですか。

村松：私は反対も賛成もしません。なぜかと言いますと、特定看護師が行えることというのは、私、在宅看護の道に入って、すべて行ってたことだったんです。もう1つは、人工呼吸器の離脱をしていく。あれもICUにいるときに、やっぱりさせてほしい、自分たちで。在宅は必要なんです。知らない先生が多いんですから、医師が。そういう意味で言うと、必要なんですけれども、少なくとも私の願いとしては、一番最初に申し上げた看護師として、本来何をやる人なのかというところをきちっと見据え、知っている方にプラスしてしていただきたい。ただ、病院の中である意味って何だろうって、正直思っていますね。むしろ在宅なんかのほうが欲しいですよ、ああいう内容は。

南：病院のほうも、日本の外科医、優秀な外科医たちは、患者さんたちがウェーティングリストで手術を受けられない。何でかと、雑用が医師に多くて、手術件数をこなせない。で、海外では優秀な医師は、開頭のところとか、開腹のところは誰かほかの人がやっていて、いざというときに臓器を、悪い臓器を取るところだけ専門医がやるんです。アメリカなんてそう、縫うところはPAがやるんです。そういうかたちでやっていくと、件数がこなしていける。本当に患者さんを救える。それをやりたいというドクターが真摯にいて、それができる技術者が欲しいんです。本当はPAが欲しい、外科医たちは。

村松：それは医師がするといいいんです。医師の中から准医師とか、そんなことを言ったらいけないかな（笑）。看護師は、このする意味というのは、私は違うんだと思うんですね。

南：おっしゃる通りだと思います。そこは同じ意見なんです。一方、病院でマンパワーが足りない、医師が過重労働をしている。診療の必要な患者について誰かが何かをしなければいけないということも課題です。私、看護師が医療行為ができるようになる。いいこと

だと思っています。拡大していったらいい。拡大していったらいいんだけど、ケアとドッキングしないケアだけの拡大はあり得ない。で、ただ単に、医師ができる行為のみ、看護師が取込むと、ケアのところが落ちてくる危険があります。いわゆるミニドクターで、本当に安全なプラクティスができるだろうか。そこが問題になる。で、在宅でも、看護師ができる役割の拡大は、私はすごく必要だと思っています。そこは同じなんです。だから、基本的にはケアが先生大事だとおっしゃられるのは、その通りです。しかしケアの重要性そのことを、証明するのがすごく難しいんですよ。

村松：やはり特定看護師を作ろうと言っている医師たち、私も何人か知っております。最初に手を挙げた先生たちなんです、そこが狙いなんです、手が足りないから。そうではなくて、やはり病棟、病院内の看護をもっと充実させるためについて考えたら、本来は病院の中と言うより、在宅であったり、それから病院の中も、今、手が足りないんですよ。もう病院の中のナースたちは、もっとケアをしたいという人はいっぱいいるんです。ですけど、できない。できないところをどうするかという考えを、やっぱり私たちはしていかないといけないし、必要なんだということをもっと訴えていかなきゃいけない。そのためには、上に立っている人が何を言うのか、何を目的としているのかということが、私は重要なんじゃないかなと思います。

南：おっしゃる通りですね。看護師は、急性期の病棟の看護師さんたちは、今、疲弊してますよね。私、燃え尽き現象を研究してた時期があるんですけど、今は怖くて調査できないですよ。本当に危ない。それは看護師の数が足りないからです。また、看護師の仕事の整理ができてないからです。人口に対する看護師の比率から言えば、看護師の数は日本は少ないとは言えないんです。しかし、病床数に対しては少ないんですね。入院患者に対する看護師の数があまりにも少ないが故に、患者さんたちも困ってるし、看護師も困ってる。だから、私、マンパワーの問題を切り離して、特定看護師（仮称）のような役割拡大はないと思ってるんです。

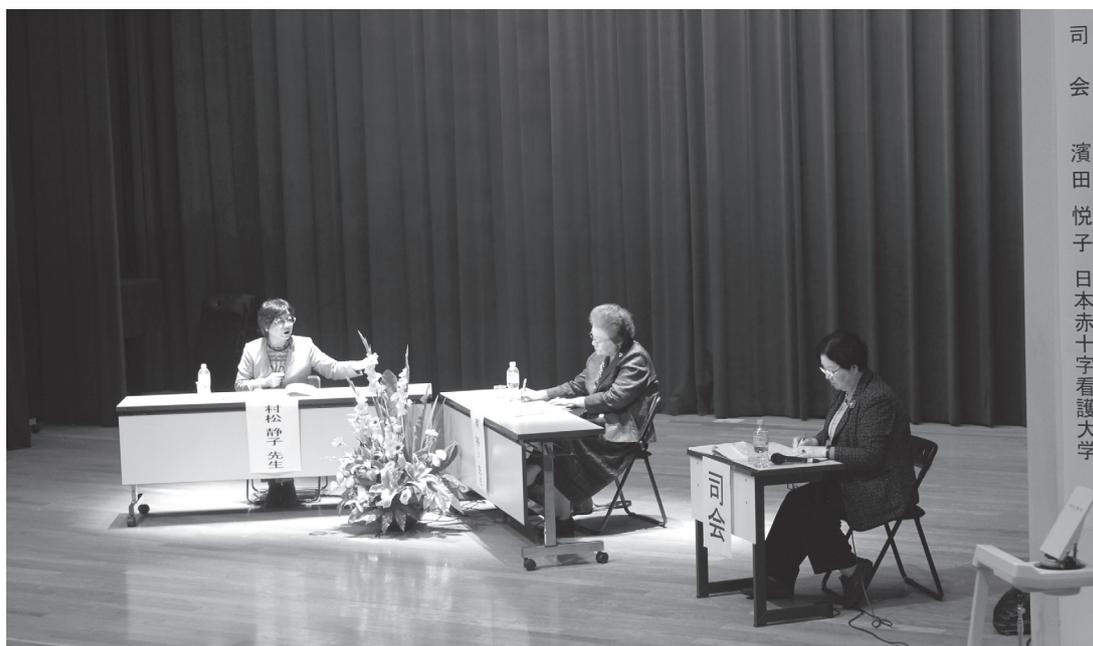
また、役割の拡大を、政府がコントロールしないとイケないのか。私たち臨床で、安全性は現場でみんなが頑張ってるじゃないですか。あれをいちいちこの行為ができる、この行為ができるためのチェックを、何で政府がやらないとイケないのか。赤十字というのは大きい組織なので、全域組織的にも言い続けていただきたいし、学会としても行動すべきだと思うんです。で、もちろん、私は看護協会がやってくれたら一番いいと思ってるんですけど、やってくれないので、あえて言ってるんですけど、今までは看護協会が全部やってくれたから安心してやってきた。だけど、今は私たち1人ひとりが言わなきゃいけないし、立ち上がらないとイケないし、グループを作ってやらないとい

けないし、何が大事かということを守らないと、私は、本当にこれからは、混沌の時代に入る危険性をはらんでいと思います。

村松：病院なんかでは、これは私の勤なんですけれども、やはり介護の人たちが必ず入ってくるだろうと。それは悪いことではないんです。だから、整理しておこなきゃいけないと思うんですけれども、日本の悪いところというのは、例えば、オランダなんかはお金は出すけど口は出さない。だけど、日本は、もうお金は出さない、口は出すという感じですから、そこがやっぱり一番いけないだろうと思うんですけど、そこに対しては言えないですもんね。言う機会があれば言うんですけど、聞く人なんか1人もいないわけですよ、上の人たちは。でも、実際には、本当に私たち自身も看護師としても、整理していかなくちゃいけないわけなんですけれども、排他的であっていいけないと私は思うんです。いろんな職種がいていいんですが、途切れてしまわないためにどうするのか。本来何のためにやっているかという、患者さんという方がいらしたら、その方が治るため、あるいは急変してるところを救うためだったり、あるいは、看取りをするためだったり、いろいろあるわけです。それと加えて、そこで一緒に苦しむ家族、ここにどう手を差し伸べるかということだと思うんですが、やはり今先生おっしゃったその整理が必要なのかなと。それにそれぞれがバラバラに行うのですが、それを統括するところが必要なのかなと。そして、提案していくところが必要なだろうと。そういう意味で言うと、提案は先生が一番得意とするところですから、先生にぜひお願いしたいと思っています。

南：いや、私はもう煙たがられてるので。ちょっとだけ時間があると、未来志向で行きたいと思うんです

が、私、これから若い人たちは、特に若い人たちは、こんなことが起こるんじゃないかという夢を、こんなふうにしてみたいと思う夢を、声にして聞きたいなと、聞かせてもらいたいなというふうに思います。私が見るくらいは、宇宙看護ぐらいのところですから。南野知恵子先生が宇宙で赤ちゃんを取り上げてみたいと詩われましたけど、まさに宇宙で看護するときに、私たちどうなるんだろうというところもありますし、遺伝子看護も全然発達していない。遺伝子医療が発達してるのに、遺伝子看護はほとんど発達してませんから、今で言えることはそんなものですが、若い人はもっともっとそういうものがあるんじゃないか。夢を描く、夢を見る。20代で感じたことは40代、50代になってきたら、1つのかたちになってくる。で、「ああ、私たちも、そういえばそういうことを言ってたわね」みたいなことが出てくる。そういう夢というのが、マンガなんかのことで表されているのが現実化しているように、言葉で夢を語る。これは非常に大事なことで、ぜひやっていてもらいたいなというのと、学会だから申し上げるんですが、今までの学会は、自分の研究してきたのを発表し、意見交換をし、知識を増やし、で、先輩たちの話を聞いて「なるほど」と思い、それにチャレンジするという、そういうのが学会のイメージですが、これからの学会は、学術団体としての見解を出していくというのが大事だと思うんです。災害に対しては学術会議のほうでも、何回も東北の地域の復興、復旧に対して提言し、看護も提言してるんです。そういうことを学会としてどんどん発言していくことが、学会の1つの役割になる。それと同時に、研究者、専門家もさっきから言っているように発言していく。外に向けての発言をする訓練をしていくというのが、これからかなと思います。



濱田：村松先生、よろしいですか、ひと言。

村松：ひと言というか、私は今取り組んでいること、これ、3年か4年をめぐりということを考えているのですが、ナースが定年になって、初めて医師の指示がなくなり、これまで勝ち得た知識、技術、そして提案力もそうですけれども、そういうものが発揮できるなという思いから、患者さん個人の意志を尊重するメッセージジャーナースの社会システムというのを構築しようということで、今、動き始めています。いずれ何らかのかたちで、また提案させていただきますし、そのときは、また後押しをよろしく願います。

南：私、日赤看護学会だから、特にそこに、私、多くの日赤の出身の方たちと一緒に仕事させていただきました。赤十字出身だっただけで知らないでお付き合いし始めたことが非常に多い。例えば、今日も会長の阿保先生とは、精神看護の領域では昔からの付き合いですが、阿保先生が赤十字出身だとも知らなかったし、村松先生が赤十字出身とも知らなかったんです。そういう本当に赤十字の人が、赤十字の中から育てていっていらっしゃる方と、赤十字の外で育てていっていらっしゃる方があって、それは財産だと思うんです。その

ネットワークの深さに、改めて敬意を表したいと思います。

濱田：どうもありがとうございました。ちょうど予定の時間となりました。私のほうから、お話しの内容をまとめるものではございません。皆さんが、先生方の率直なご意見、それから現在の看護の状況がどうであるのか、このままでよいのだろうか、それぞれの立場から、いろんな角度でたくさんのお話を伺いました。皆さんがそれを伺い、多くの刺激、示唆をいただけたのではないかと思います。明日からのご自分の看護の方向性を、今日の対談からぜひ各人が考え、行動に移されることを期待いたします。

それから最後に、南先生が赤十字はたくさんの財産を持っていますよとおっしゃってくださった温かいお言葉を、もっともっと私たち赤十字人が十分に考え、お互いの人材・資源を活用しながら、切磋琢磨し合い、今後の赤十字看護の質の向上をめざし、発展させていくことも私たちの責務であろうかと考えます。みなさまと共に励まし、努力してまいりましょう。南先生、村松先生、ありがとうございました。(拍手)