

第36回高知女子大学看護学会 記念講演 高知女子大学看護学部同窓会発足記念共催事業

なぜいま、看護職の役割拡大か

近大姫路大学 学長

南 裕 子



第36回高知女子大学看護学会および同窓会にお呼びいただいたことを大変光栄に思います。メインテーマの看護の社会的責任、看護職の役割拡大を考える、私がお話するのは、なぜいま、看護職の役割拡大かということです。

看護職と社会との関係、社会に対する看護職の責任というのは、多様な責任の取りよう、また関係があるというふうに思います。個人として、団体として、仕事として、またボランティアとしてということでございます。

私は高知女子大学第11期生でございまして、その当時、和井先生が学科長で、リーダーシップをお取りくださり、そして看護の未来像、また社会の在り方についてのビジョンの持ち方を教えていただきました。それ以来多くの先生方にももちろん教えていただいたのですが、その当時の学生の定員は20人、先生方も6人くらいしかいらっしやらないので、今の学生さんからみたら隔世の感があるかと思います。本当に小さな大学の中で、しかし、目はしっかりとグローバルだったと思います。その後、私は早い時期から海外へ行くことが多くなって、海外の人との仕事も、また国の中のリーダーとの仕事も一緒にさせていただくのですが、女子大の卒業生で良かったなというも思っていました。その誇りは今も変わっていません。日本で一番初めにできた看護の大学というだけでなく、そこで培われたビジョン、個人の責任の取り方、または職業人としての思いの貫き方の基本は、実はここでの4年間であったように思います。

私たちは、個人であり、家族メンバーであり、そして仕事を通して、看護職として仕事をしているのですが、個人としての果たす役割と団体として果たす役割があるように思います。個人は団体の会員になりますから、自分が一人で発信していくだけではなく、同時に組織を使って発信していくということを私はずっと今までやり続けていますし、今もやっております。このことを少しお伝えしながら、お話させていただいたらと思います。

私は自称・仕掛け人と思っていまして、自分が置かれた場所で使える組織は全て使いますし、また、使えない組織になってしまうと、別の組織を作ります。組織は人の力を強めるし、その組織を通して社会を変えていくことが可能だと思っています。自分が組織の中に埋没しない、組織を活かす自分がいきるという道を模索してきたように思います。私は若い時から日本看護協会の会員でしたし、高知女子大学看護学会の会員でした。同窓会はしらさぎ会の会員でしたのでつながりをいつも持たしていただきました。私は高知女子大学の同窓の皆様方、特に先輩の皆様方、後輩の皆様方、同窓生にずいぶん支えられてここまで来たという風に思います。一緒にお仕事もさせていただいた山崎智子先生、山崎美恵子先生、そしてこの学会の現学会長でいらっしゃる松本女里先生、そしてその他多くのリーダーの先輩の方々に支えられました。そして、学生のときにずいぶん大きな示唆をいただいたのは実は梶原先輩でした。梶原先輩が作っ

てくださった同好会のような勉強会のようなところで見たことのない世界を見せていただきましたし、生き方で方向を見せていただいた。梶原先輩の他にも先輩の方々に道を見せていただいて、その後に自分なりの発展をしてきたように思います。

同窓生のみんなはいつも温かく、いつも味方でした。私たち学生の時に実はストライキをしたんですね、授業をボイコットしたことがあるんです。それは学生の思いでしたけれど、一糸乱れず学校へ行かないというのを、見事に守り抜いたというクラスですが、花の11期生と呼ばれていまして、美しい同級生がいっぱいたんです。私はその陰でパーティーやいろんな行事をやる時の下足番の役割でレコードを探しに行く役割だったのですが、私は仲間、11期生を誇りに思います。また後輩の皆様と、看護学部長をされている野嶋先生はじめ、現在、日本看護協会会長は久常先生ですし、それからこの近くでいえば、先ほどごあいさついただいた高知医療センターの看護局長久保田さんもいらっしゃるし、日本看護協会会長を私が勤めました時に専務理事として、しっかり組織を守っていただいた岡谷先生もここにいらっしゃいます。その他大勢、お一人お一人が個人としてそして組織を使っているいろいろなことを社会に貢献できてきているのではないかという風に思います。

私は自分が「いごっそう」だと思っています。頑固に、絶対だめと思うときは、てこでも動かない、それで同時に「はちきん」でもあります。この二つを両立させるというのはなかなか難しいですよ。「はちきん」というのは飛んでいきますから、飛んでる時に「いごっそう」になるっていうのは、頑固に留まるっていうのは、なかなか難しい両立なんです、好き勝手に「はちきん」であり、「いごっそう」である土佐人の特徴を使って仕事をしていると思います。

私がサラリーをもらっている仕事は、今は近大姫路大学です。サラリーをいただく職場ではないところの活動のほとんどはボランティアで、

国際看護師協会の時もボランティアです。日本看護協会もそうだし、学会の理事長もそうだし、実費の交通費はいただきますが、持ち出しが大変多くて、こういうボランティア活動をしていると、絶対、財産は貯まりません。定年を迎えたときにいよいよ財産ないなあと思って、それで宣言したのは「生涯現役」を貫く、給料をもらい続ける、そうじゃないと生き続けられない、それでいながら、給料だけの仕事はしたくない、ボランティアをするという形で、様々な形で私たちは社会につながり、社会の一員としての役割を果たし、それを通して社会に貢献もできていくのかなというふうに思います。

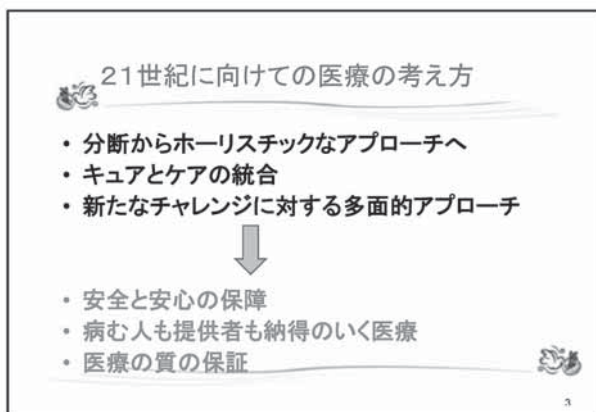
先程、野嶋先生にご紹介いただいた時、初めてこういう紹介をいただいたと思うのですが、臨床を大事にするっていう、本当に私はそこだけは譲らないっていうのがありまして、それを言っていた方って本当に少ないです。私の臨床経験は、臨床経験の豊かな皆様から比べると本当に短いですが、しかし、看護は臨床がなかったら、現場がなかったら看護なんてないですね。看護教育を何十年もやりましたけれども、看護教育ができるのは臨床があるからなんですね。臨床を通して看護が社会に貢献している、そこで働く方々の後輩たちを教育するのが教育現場であります。また、職能団体等はその方々が働きやすい環境を作り、また社会に対しては、現場にいるからこそ、患者さんや住民、人々の苦しみや喜びがわかる、だからこそ社会に向かって発言ができるんだという風に思います。そういう意味でさっきのご紹介は大変嬉しかったですね。



21世紀の医療の変革

では、少し本題に入っていきます。大変大きな動きが今ありまして、私は夜も眠れないことが最近あります。今まで経験したことのないような、質的な大きな変革が起ころうとしています。それは、看護界の土壌の中だけでは考えられない、看護界を飛び出して考えていかないといけない時代が来ているという風に思います。そういう意味でずっと若い人たちが中堅になっていくときの看護界、医療界、社会は、かなり今とは様変わりしていると思います。今までも随分大きな変革、それはそれなりの色々な社会の進歩があり、看護学の発展、看護の発展はあったのですが、こういう発展とは違う仕組みのチャレンジがされていて、ここで踏み間違えると私たちはとんでもないことになります。だから社会に向かって勇氣ある発言をしていく時期に来ていると思います。私はそれを上手に今日お伝えできるのか、私自身が良く分かっていないこともありまして、一緒になって考えさせていただけたらと思います。

分断型からホリスティックなアプローチへ



今日は、基本的には、21世紀に向けての特に医療に焦点を当ててお話させていただきます。1つは分断型からホリスティックなアプローチへということです。前は医療の中でも医師と看護師しかほとんど居なかったんですね。その2つのチームが役割を違えて、分断して仕事をしていました。それが今、本当の意味の医療のホ

リスティック化が求められるようになってきたなと思います。例えば、日本の病院というのは西洋医学でずっと経営されてきたし、これからもその影響は大きいと思います。中国医学、またはアジアから発展してきた医療の考え方、また養生についての考え方というのは、病院の現場の中でも取り組まれるようになってきています。私はサプリメントも飲むし、鍼灸、千年灸の愛好家でもありますし、いろんなことをやっているのですが、その社会の人びとにとってそれは健康を保つ方法なんです、それが主流に打って出てくる気配がありますね。そうなったときにどうなっていくだろうか、遺伝子医療が出てきたときに、それが本当にものすごい勢いで定着していったときは今のような病院の在り方はあるだろうかということを考えると、かなり、今までと違った分断からホリスティックな色々な物の見方、色々なアプローチが同時に起こってきて、それをどう統合させていくかが問われている時代が来ていると思います。

安心と安全の保障・医療看護の質の保障

それから今まで経験したことのないような医療問題、健康問題を次々経験していきます。私は高知に居るとき、台風を嫌というほど経験しましたし、東石立町の官舎の3階に居たときは、2階まで水が来るという経験をしました。でも、災害看護という概念は私の中にはありませんでした。先輩から、台風はどう備えるか、台風直後に周辺の人はどう動くかという知恵をいただいたから動けていました。私は、神戸には地震がありませんと言われて、兵庫県立看護大学の学長になりました。その神戸で阪神大震災に遭遇したとき、この健康問題というのを自分が何も分かってなかったんだなあとという思いをいたしました。新たなチャレンジや、チャレンジに対する多面的なアプローチが求められてきていると思います。色々なチャレンジはあるけれど、今、個々の医療を受ける方たちから見れば、安全と安心

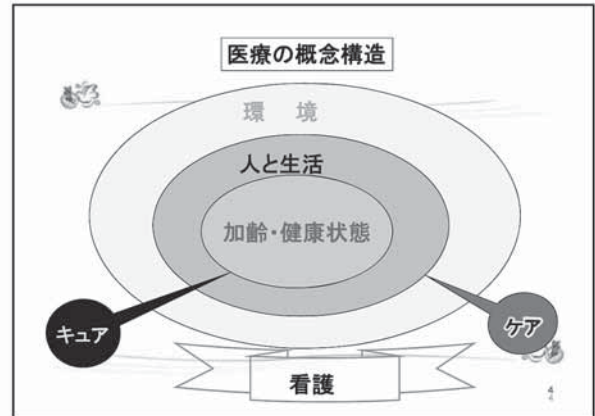
の保障が第一義的です。そして、ただ私たちが安心と安全を提供するというのじゃなくて、受け取る側も、そしてそれを提供する側も納得しているということが非常に重要だと思います。私たちはいい事と思ってやっていることも、相手は納得していないことが山ほどあります。また、患者さんが望むからこうするんだけど、私は納得していないという医療者側の思いもあって、両方ともが納得いく仕組みづくりをどうできるのかっていうのも大きな課題だと思います。

それから、日本の医療界は、どこで受けても医療や看護の質がいいという保障を失いつつあります。看護職の方が頑張ってください、私はいい医療を受けられて幸せですという患者さんの声も聞きますが、散々な目にあったという声も同じくらい聞きます。自分の身内が病気になったときに、安心して任せられる医療機関があるだろうか、ひとつの医療機関が良くて、次の医療機関が納得いくものであろうかということから言えば、日本はまだまだ医療の質の保障ができていないとは思えません。できているところもあるけれども、できていないところも多いと私は思っています。これらの課題を日本中の方が、または世界中の人が力を合わせて解決していかないといけないけれども、看護職はその中核にあるという自覚を私たちが持つ必要があるのではないのでしょうか。

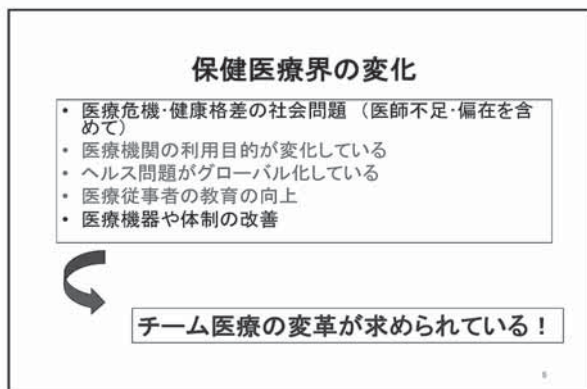
保健医療界の変化

今までは医師がキュア、看護職はキュアの補助者、そして、ケアは看護の分野と私たちは思っていました。実際は必ずしもそうではありませんでした。キュアとケアを分断するのではなく、統合した形が今問われていると思います。

これは人が環境の中で生活しているときに加齢の問題や健康問題を持っているという図です。人と生活、加齢や健康状態の接点に働きかけていくのをキュアとすれば、ケアは人と生活、環境との接点に働きかけていく機能であって、看護はこの両方を持ちます。



医療はこの両方から成り立っていて、昔の概念であればキュアは医師が、ケアは看護というように考えられていました。今はこういう二分化の考え方はなく、医療を担う人ならば両面絶えず持っています。日常生活において、例えば、全粥だった方が普通食に戻っていくプロセスを看護職が判断してやっていたのか、また、ベッドレストの方が歩けるようになっていくときの判断を看護職がやっていたのかということ、全て医師の指示のもとにやっている病院が非常に多かったです。一昨年の12月28日、厚生労働省がケアの部分に関しては看護職が独自で判断できるという通知を出されました。もちろん黒白ははっきりしていないグレーの部分もあるけれど、この部分は私たちが責任を問われ、責任を担わされる部分です。キュアは診療の補助行為と呼ばれ、実際は責任を取らなくてもいいかのように思われていたけれども、今は医療事故を起こすと責任はまさに看護職が担っていきます。それだけではなく、看護職が医療の質を高めていくことに貢献しています。このことは何十年前からの調査でもわかっています。病院の中の患者さんの死亡率を大々的に調査すると、死亡率や合併症に、統計的に有意な影響力を持つ要因のトップが看護職の数と質だというのはアメリカで証明され、各国でも証明されています。キュアにおける看護職というのは元々大きい力を持っていたんだけど、そのキュアを決めていくときの責任が持たせられなかった。ここが変わってきて、今の問題だと思います。



最近の課題として皆さんご存知のように医療危機、健康格差の社会問題が浮上してきました。発端になったのは医師不足、医師の偏在、また、医師の労働過重、労働環境の劣悪さです。この医師不足の問題も、特に病院の医師の過重労働の問題も、私が日本看護協会長を辞めた後で社会問題になってきましたので、ある種の驚きをもって聞きました。看護職は労働環境が悪いというのはずっと主張してきて、先輩たちは2・8闘争から頑張ってきた。今もって労働環境は完全にいいとは言えないけれども、絶えず社会に訴え続けてきました。高給取りで社会的に認められ、頑張っている医師の方々が身近にいましたので労働過重をわかっていただけていまして、医師の労働過重はほとんど言われていませんでした。ここまでの問題になってきたのはごく最近でした。ここが発端になって分かってきたことが様々あります。

またご存知のように医療機器がどんどん発達していきまると、医師だけしか使えなかった医療機器に安定感が出てくるので、看護職も使えるようになり、私はおもちゃが移動すると言っていたんですが、それが一般の人にも使えるようになりました。例えば、典型的なのが血圧計です。血圧測定は、昔、医師しかできませんでしたが、看護職が測定するのが当然になり、今は一般の人が自宅で血圧を測ることがむしろ望ましいということになってきました。また、非常に難しい気管切開している人の喀痰吸引も今は看護職ができるのですが、ヘルパーさんや他の職種もできるのかということが話題になってい

ます。私たちはかなり抵抗してきたけれども、機械が安定してくれば、一般の人たちもかなりできるようになっていきます。大きな改善がされてきているので、私たちは医療についての考え方がかなり変わってきていると思います。また、医療現場にいらっしゃる方はご存知のように、昔は手術じゃないと治療ができなかったことが、今は外から照射するだけで治療ができていることが山ほどあります。シェイクスピアのベニスの商人ではないけれども、肉を切らないでも、悪いところを取れるという、昔から言えば夢のようなことが、今現実的に起こってきているわけですね。だからこれは加速度的に増えていくと思います。そして、遺伝子の医療等が発展していきまると、細胞、臓器の移植も人工臓器が出て、もっともっと発達してくるようになると変わってくると思います。これらのことが求められているというのは、チーム医療の変革が求められているということです。

医療提供体制と入院期間の短縮

	急性期 治療に おける 平均在 院日数	人口千 対病床 数	百床あ たり医 師数	人口千 対医師 数	百床当 たり看 護師数	人口千 対看護 師数
日本	19.8	14.0	15.0	2.1	66.4	9.3
ドイツ	8.7	8.3	42.2	3.5	118.1	9.8
フランス	5.4	7.2	47.2	3.4	105.6	7.6
イギリス	7.8	3.6	69.4	2.5	330.6	11.9
アメリカ	5.6	3.2	75.0	2.4	328.1	10.5

この表は、OECD（Organisation for Economic Co-operation and Development：経済協力開発機構）が出していて、永井良三さんという先生が作られた医療提供体制の国際比較のテーブルです。日本の医療提供体制の根幹にある問題は人手不足なんです。医師も不足、看護師も不足ですが、この中で人口千対医師数、人口千対看護師数というところをご覧ください。他の先進国に比べて、日本はそれほど少なくはありません。つまり私たちは人手不足と言いながら人口的に見れば、医師も看護職もOECDの主要な国と

比べて似たようなものです。むしろ他の国よりも高いときもあるくらいです。問題は何か、これは急性期治療における平均在院日数を左の端に書いています。日本は、この2008年、2006年の段階では19.8日だったのですが、当時ドイツ、フランス、イギリスは在院日数が短いんですね。一方、人口千対病床数も見ていただきたいのですが、日本が人口千対比に対してベッド数14、いかに多いかが分かります。つまり、日本は病気になると、病院へ長く入院しているので、それだけベッド数も必要な状況にあります。先進国は入院期間をぐっと縮めてそれだけ病床数が少なくてよいという、その中で100床あたりの医師の数をみると、日本の15人に比べ、他の国々は2倍3倍の人数です。同じように看護職で見ると100床66人に対して、他の国々が2倍3倍4倍の数です。つまりどういうことかということ、病床数を少なくして、入院期間を短くして、ベッドを回転させていくためには、人手がたくさん必要だということです。良質のケアをして、そして患者さんが帰りたい自宅に早く帰れる体制を整えるということなのです。だから私たちは人手不足の裏にあるものというのは、単に制度上のこういう問題によって起こってきている問題なんです。何をこれから期待されていくかということ入院期間を短縮していくことだと思います。日本もどんどん短縮していく、そうすると濃厚な治療、看護が必要になってきます。つまり19日も入院してくれている患者さんがいるから、今の病棟管理ができています。それがぐっと短くなって、例えば5日とか、1週間とか、入院しなくなったら、今の看護体制ではやれなくなるということです。こういうことが、かなりのインパクトになって、医療が大きく様変わりしないといけな時期にきています。

医療機関を利用する人の構図の変化

もう1つは、健康ニーズに対する医療機関を利用する人の構図が変わってきているということです。1900年代は病人じゃないと医療機関を

使いませんでした。早期発見、早期治療という考え方が生まれ、初期患者さんが病院を使うようになりました。1935年代、1970年代になると、初期患者さんも、病気の患者さんもうらっしゃるのですが、医療機関を半健常者の人たちが使うようになってきました。私たちが病院へ行くときは、自分がまだ完全に病気になっていない段階や、未病の段階でも医療機関を使うようになりました。例えば、消化器系の外来の多くの患者さんたちは、胃の調子が悪いと胃薬をもらうんですが、器質的に変化が起こって病人になっている人の割合よりは、そうではない人のほうが非常に多いと言われています。将来的には、健常者も医療機関を使うようになるだろう。私は高齢化が着実に自分の身体に起こってきた時、順調に高齢化しているか、老人になってきているかを検査してもらいたいとずっと言い続けてきました。成人病健診は初期患者を見つけるためにあるものです。例えば、私は老眼が問題なのに、視力検査は近視の検査をして、老眼の検査をやってくれないんですね。また、実は私の体重が重いので、骨の負担が非常にあり、骨粗鬆症があるかどうかという病気の診断はしても身体が順調に年老いているかということは誰もみてくれないんですね。

聖路加国際病院におられる大平健さんという精神科医のことを思い出しました。その方が「豊かさの精神病理」という本を書いているので、ぜひお読みいただきたいです。その大平健さんの病院に、患者さんがいらっしゃって、私は幸せですけど、これでいいでしょうかって聞きに來られた。ドクターである彼は、今まで精神科を訪問してくる患者さんは病気になっているに問わず、苦しいから来ている、今苦しい状況にあって、眠れなかったり、食べられなかったり、仕事に行けなくなったり、そういう色々なことで来ている。ところが、私は幸せだけど、これでいいでしょうかって來られたら、医師である自分は馬鹿にされているのか、この人は病院をからかいに來たのだろうかとか呆然とした。様子を見ると、非常に素敵な身なり

をした方で、結婚も決まっています、仕事もちゃんと持っていて、将来の見通しもいい、経済の安定した社会の中で、将来が約束されている、そういう人だった。見るからに何の問題もない方です。その人を見て大平さんは経済的には恵まれていて、見たこともないようなブランド物に身を包んで、豊かだけれど、心は不安、社会的な状況も豊かだけれども、心が不安、だからこれからの医療はここにメスを入れていくんだということが分かったとおっしゃったのです。そういう意味では、私たちはこれから健常者を迎えることになってきます。特に個人主義が発達してくると、相対的に物が見えなくなってくるので、専門家にあなたの生き方は大丈夫ですよと言っただけ、あなたの今の暮らしはそれでよろしいですよと言ったださる、そういう人が欲しくなる、そういう時代が来ます。これは割合なので、患者さんの数が減るとかいうことではありません。本当の病人の割合から言えば、初期患者、半健常者、健常者の割合が高くなっていく。じゃあ誰が面倒みていくのか、誰が専門家として対応していくのかと言うと、今までのように看護師だけでいいのだろうか、また医師も看護師も今までのような考え方でいいのだろうか、保健医療福祉の場もこれでいいのだろうか、ということを考えさせられる状況だと思います。病院の医療提供の場の変化が様々な変化を起こしてきていますので、このクライアントのニーズ、医療者と利用者の変化の中で私たちは何をしていかなければいけないのだろうかということです。

ヘルス問題のグローバル化

次にヘルス問題がグローバル化しているという話をさせていただきたいと思います。

日本は島国ですから、鎖国の時間も長かったということもあって、グローバリゼーションが大変進んでいます。進んでいるにも関わらず、私たちはそれに長い間置き去りにされてきました。

グローバルヘルス- 何故今なのか?

(J. Oulton, 2010, 3 in Kobe)

- ・私たちは、絶えず変化する国際社会で生活し、国内外の影響を常に受けている。
- ・世界の健康及びヘルスケアは、国際社会、政治、経済、環境、文化問題の影響を受けているとの認識が高まっている。
- ・お互いから学び合い、より健康に過ごすことができる。
- ・自らと同じ文化に属する人々とのよりよいコミュニケーションを学べる。
- ・グローバルヘルス問題には、グローバルヘルスに関わる人々の協力によってのみ解決されるものがある (G8 重要課題、日本主導)。
- ・国家の統率、研究、教育、実践を進めるには、国際的視野を持って世界を捉える必要がある。

私たちは医療的には先進国なので、WHOの動きにお金は拠出するけれども、WHOから恩恵を被ることは非常に少ないと思っている医療関係者が多かったと思います。発展途上国の問題であって、私たちには問題がない。だけど、今は発展途上国や経済的に豊かな日本のような国でも変わりなく問題は起こっています。伝染病の蔓延で、私たちは鳥インフルエンザがいつ人から人へとうつっていくだろうかという恐怖の中に生きています。それが現実になれば、30万人、60万人の日本人が死ぬかもしれないと予測されています。災害紛争は申し上げた通り、私の身近にも起こるし、高知は台風銀座だし、地震も起こる可能性が高い。また、国境を越えて治療を受けることが多くなっています。臓器移植は有名ですが、その他の治療を受けに国外へ行っている人もいますし、日本へも来ています。ヘルス従事者が国境を超えているというのはよく言われることですが、これも後でお話します。このあいだ、私は世界看護科学学会の理事長としてジュネーブで開催された会議に参加してきました。保健医療福祉の知識技術が普遍的になってきて、例えば、東洋医学だとか中国の知識は、アジア圏の人は多少触れていたんですが、西洋の人たちはほとんどやられてなかった。しかし、今は当然のように中国の力が強くなっていていますし、保健医療福祉の知識技術だから、それだけこの国でもどこにいても同じような普遍性が問われるようになってきました。電子化の推進は病院の中の電子

カルテの問題だけではなくて、患者さんのカルテが電子カルテ化するということは、データは全部USBに保存して患者さんに渡せるということなんです。これは世界的に移動する患者さんが増えた、例えば、病人じゃなくても健康者でも増えていきますので、検診データも含めてUSBに保存しておけば、世界中のどこに行っても治療を継続して受けることができるようになってくる。診療の記録は患者さんに所属するという考え方が世界的には浸透してきています。今までは病院に所属していましたが、これからは患者さんに所属する。スイスでは患者さんが入院してくると退院する時にカルテやレントゲンなどデータ全体をいただいでいくそうです。病院にはそのコピーが残っていますが、それぐらい電子化の動きが進んでいます。患者さんが自分の健康情報を自分で持つというのは当たり前のことです。が、看護記録もその中に当然含まれています。

また、今までは、国連が医療関係だったからWHOが主導型だったのですが、WHOもお金がありません。例えばWHOは笹川財団の支援をかなり長い間受けてきています。お金がなくてもNPO、NGOの活躍は社会的に目覚ましいので、財源が豊かな団体、例えば世界銀行とかにかなりの影響を受けます。今はこの有機的なつながりがなくては、国連の会議ができなくなっている程です。職種間の垣根を越えていくということ、これは今日のテーマです。

私も皆さまのご支援を得て国際看護師協会、International Council of Nurses (ICN) の会長を無事に終えることができました。ICNは世界中の人々に対するケアの質を向上するために作られたものです。ICNのホームページは最も世界の保健情報が豊かにあるホームページとご理解いただいて訪問していただけたらと思うのですが、私が会長の時、色々な人たちと共に仕事をいたしました。結構男性と女性の割合が均等になっており、男女共同参画はICNの中にもかなり進んでいます。高知女子大学は高知県立大学になり男女共学になられる

とお聞きしていますが、看護界は女性が担うという時代はもう終わりつつある、みんな同じように担っていかないといけない時代です。今ICNは新しい体制の中で動いていますが、ICN南アフリカ大会で、会長の交代をいたしました。ICNの中ではたくさんの国際的な問題を扱っていますが、日本にそれをお伝えするのが私の役割だと思います。

グローバリゼーションのもう1つ、大きな課題がEPAですね。これは、エコノミック・パートナーシップ・アグリーメントと呼ばれるもので最近EPAと呼ばれますが、これは国と国との間で貿易をするときに同意をするものです。貿易は今まで、物を交換するという物流だったのが、サービスを貿易の対象とする。貿易の不均衡が起こってきて、日本のようにどんどん外国から物を買って、そして日本からのものも同じように送ってというように、バランスが取れているときはいいのですが、日本が発展途上国から買うものが少なくなっていくと、発展途上国からいえば、送り出すものは人的なリソースということで、物だけではなくサービスが動くようになりました。この流れの中で看護職のEPAが起こってきて、今フィリピンとインドネシアのナースたちが日本に来て、あの難しい日本語の国家試験を通った人がフィリピン人1人、インドネシア人2人の計3人おられます。この制度を日本に導入するときに、実は看護界の中核になって意見を述べたのは、看護協会の岡谷先生ですが、この大学の卒業生でいらっしゃる。今もそうですが、その当時は外国人のナースにケアされるという経験がなかった。もっとも中国人で、日本で勉強をして免許を取った人は当然いらっしゃいましたが、入ってくることは少なかったのも、まず、国民の安全性とか、質がよく分からないからという理由もありおそらく今の日本でEPAの看護師さんを受け入れるのは、世界で一番難しい体制だと思います。この間、朝の番組を見てたら、それが不公平だ、失礼だと非難されてました。フィリピンやインドネシアのナースから見たら屈辱的制度です。

その国の国家試験を通った立派なナースなのに日本へ来て3年の間、言葉も全く分からなかったところから日常会話ができるだけではなく、専門用語を覚えて、そして国家試験を受けないといけない、それは如何かということが、テレビで語られるようになった。社会は変わったなと思います。私は交換看護師をアメリカでやっていましたので、そのときは日本の免許を持って2年間の経験しかなくて、アメリカで看護をやりました。CCUでもICUでも重症な患者さんを受け持ちましたし、精神科病棟では重症の患者さんに好かれて、患者さんのケアをしました。私の英語が流暢だったかと言うと決してそうではありません。よく例に出すのですが、患者さんにベッドパンをくださいと言われて、それが何か分からなかった。皆さん、わかりますか？ベッドはわかりますね、パンはフライパンのパンです。便器のことなんです。それが分からなくて、患者さんの顔が真っ赤になるまで待たせました。そんな未熟な看護師でしたが、決してそれがいいとは思わないですが、看護ができないかということそうではなかった。だから、どこをラインにするかというのは今後の課題になっていくだろうなと思います。インドネシアやフィリピンのナースと一緒に仕事をされたら分かると思います。日本の看護職は頭をガーンと殴られるような思いをされると思います。彼女たちができることで、私たちが忘れていたものがあるからです。そういう意味でEPAのポジティブな面があると思うのです。看護師の人口比ですが、日本人10,000人に対して医師は21人、看護師が95人と2009年のデータでは言われていますが、近隣の諸国の数はいかに少ないか。フィリピンは多いように見えて、実際とどまる人数を考えるとすごく少なくなってきました。こういう少ないところから吸引していくことのモラル、道德の問題もグローバルに考えていく必要があるだろうと思います。

世界の看護教育の動向

- ・ 看護基礎教育は、職業教育から専門職教育へ次第にシフトしている
- ・ 卒後研修・卒後教育におけるスペシャリスト教育が急速に進んでいる。
- ・ 高等教育への指向性の高さ
- ・ 教育と実践のギャップの広がり
- ・ 臨床側から基礎教育において実技訓練をするようにという要求が高まっている。
- ・ 補助者または類似職種が盛んになっている
- ・ IT技術やコミュニケーション技術を用いた教育のグローバル化

私たちは物をグローバルに考えていかないといけない時代にあります。どうしてかといいますと、日本は特別ではないからです。日本も世界の1カ国であり、私たちが世界から受け取ること、発信することは同じように他の国でも起こっている。それをもっときちんと位置づけていかないといけない。アメリカでもグローバルヘルスを医学部の教育に取り入れているのは10%だそうです。高知女子大学看護学科は始めから国際化に関しては関心を持っているので、卒業生はオリエンテーションを受けて出て行きます。そのおかげで、私も早々と交換看護師になったり、国際看護師協会の会長ができたりしたのですが、どんなグローバルなヘルス問題が起こっていて、日本の看護界が何をしなければならないのかということを教育している学校はまだまだ少ないです。日本の看護界は医学部等と比べると早く取り組んでいるとは言えると思います。教育も変化してきています。看護基礎教育は職業教育から確実に専門職教育に移っていきました。ヨーロッパではナイチンゲールの精神があって、フローレンス・ナイチンゲールは看護教育というのは大人にすべきだ、だから高校卒業直後の人に看護教育をすべきではないという考え方がありました。大人でないといけない職業だから、自分で自分の面倒も見られないような人に看護の教育はできないという発想です。だからこれを後生大事に守ったのがデンマークで、デンマークは長年看護教育は高校卒業から直接受けられなかった、少なくとも1

年間の社会人経験があるということが条件でした。大学を嫌って、職業教育に徹したデンマークが、あるとき突然、基礎教育は大学にと全部が大学になりました。私はデンマークの看護協会会長を25年間された方とICNの理事を一緒にやっておりましたので、デンマークへ行って何が起こったのか聞いてみました。基本的にはヨーロッパの統合、経済統合の背景が裏にあります。でもそれから、おそらく15年ぐらひはヨーロッパでは職業教育をずっとして、専門職教育に移行するのは非常にスローでした。ところがここに来て、ボローニャ・プロセスという、ヨーロッパの高等教育の在り方を同意するものがEU圏の中で、またEUに所属していなくてもヨーロッパ49カ国と聞いていますが、そこが参加して大学の在り方が検討されました。ヨーロッパでも高等教育化が進んでいく流れができたので、看護も遅れじとして、急速に徹底した職業教育から専門職教育に移行したと言えます。1952年にこの高知女子大学が看護学部を高等教育の位置づけで創ったというのは、実は画期的なことです。そういう意味では私は先見の明のある大学で教育を受け、皆さんも教育を受けたという風に思いますが、ここに来て世界では確実に、看護教育は大学での動きが進んできています。それ以上に加速的に進んできているのがスペシャリストの育成です。これは社会的ニーズが非常に高くなってきているからということだと思います。医療がどんどん進んできていることもあり、教育と実践のギャップの広がりも拡大しています。教育と実践のギャップは昔からありましたが、例え専門学校でも、卒業したら一人前の看護師としてすぐ働けるかということではなかった。ヨーロッパは今でも大半の国は4,600時間の教育をしています、そのうちの半分は実習です。ということは、病院に長くて実習をしています。それでも、実践と教育のギャップはヨーロッパでも広がっているといわれているくらい、教育の在り方と実践にギャップがあるのが当然なんですね。だけどそのギャップをどう埋めていくかということで、臨床側か

らは実技訓練を期待されるようになり、日本の看護界も実技教育をもっと徹底するためには、看護師教育を4年にしないといけないという動きまで出てきたり、実習時間や実技時間を長くすべきではないかという意見が出てきています。時間数を増やしたからといって、実技訓練ができるとは限らないし、質を担保していくために各大学が今大きな試練で、いろんなことをされています。

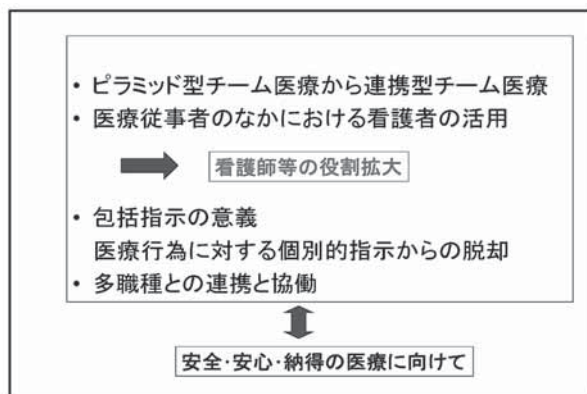
また、看護補助者または類似職種の教育が盛んになってきました。看護職も看護師と准看護師がいますが、看護補助者の数は昔と比べると格段に増えてきていて、やがてこの集団にどういう看護業務を委譲していくか、介護福祉士さんも当然ですが、ヘルパーさんたちに対し、かなり言われるようになってきています。IT技術とか、コミュニケーション技術を用いた教育のグローバル化、つまり遠隔教育、例えば高知女子大学は高知の真ん中にありますけど、中村や室戸だと、なかなか通学できない学生たちを遠隔教育で教育できることはないだろうか。日本では看護教育は遠隔教育に馴染まないということが、いわれていますが、世界は確実に遠隔教育が進んでいます。今後の大きな課題になるだろうと思います。

もう1つの背景が、医療の中で看護職の裁量権が拡大していることです。看護系の教育の在り方が変わってきている現在、経済は右肩上がりではないですが、看護大学は確実に右肩上がりに増えていきますし、看護系の大学院生の数も増えてきています。このように看護教育は確実に大学と大学院によって支えられる時代が目前まで来ています。

新たなチーム医療のめざす方向

そういう中でチーム医療というのが今言われます。今更言われることではないのに、なぜ今チーム医療なのか。これまでのチーム医療というのはパートナーシップというチーム医療ではなくて、医師を頂点としたピラミッド型のチー

ム医療でした。医師の指示の下にある医療チームという構図ですね。特にキュアの側面がそのことの特徴が強かったと思います。それがパートナーシップの連携型チーム医療という発想が生まれてきた。医療従事者の中における看護師の活用、これは看護教育が変わってきたということもあり、いろんな背景もあって、医療界における最も大きなマンパワーを持つ看護職の役割が拡大することで、医療が効率的に、適正に行われていく可能性が高いということが実証され始めています。一方、それをするためには今までは一人の患者さんの症状や、病気に対しての治療の指示が医師から個別に出ていたのが、包括式に移ろうとしています。同時に色々な職種が生まれてきていますから、多くの職種が連携して、チームを組んでいく必要があります。



基本的には、安心・安全・納得の医療に向けたチーム医療が厚生労働大臣直轄の中で進められるようになってきて、今年の3月19日に報告書が出ました。その前提になっているのが、今までの医師とコメディカルという発想が変わってきたことです。今までは医師、看護師を含むコメディカルという表現をしてきましたが、もう世界ではコメディカルという言葉は消えています。ヘルスケアワーカー、または医療従事者、メディカルズと呼ばれています。日本でも厚労省のチーム医療検討会の報告書が出て、それが出る過程の中で、コメディカルという言葉が厚生省用語から消えました。文科省の中でもコメディカルは使いません。医療従事者また医療に従事するもの、医療従事者の中には医師も含ま

れていきます。こういう言葉になり、変わってきているのは、チーム医療推進会議における検討会の大きな成果の一つだと思いますが、医師とコメディカルというような見方ではなく、パートナーシップをどう組んでいくのか、それぞれが特徴ある役割がある、同時にそれぞれはオーバーラップして仕事をしている、このバランスがこれからの協働と連携なんだという風に思います。チーム医療を組んでいくもの、二者間でチーム医療を組むものもあれば、3職種、4職種がチーム医療を組むものもある、その様々な職種がそれぞれの力量を活かしながら同じ仕事は同じようにできるようになっていくという考え方ですね。これからお話しするのは、厚労省が完全に看護の独自の領域、専門的領域とはっきり通知を出しているの、指示が不要な領域です。問題はここに関して、今まで言われてたコメディカルと医師との関係が分かっていなかったのを、今ここをどういう風に考えてチーム医療を改善していくかという考え方が、厚労省で検討されているところです。そこが曲者なんです、後でまた申し上げますが、焦点はそこにあると考えてください。

ケアとキュアの統合と看護の役割拡大

ナイチンゲールは色々なことで有名な方ですが、世界中で有名になってきたのが、スクタリの陸軍病院の38人の看護師が傷病兵の死亡率を42%から2%へと激減させた。この当時こういう数字を持っていたということだけでもすごいのです。ナイチンゲールははっきり言うと、キュアは医師の指示の下にやると書いてありますから、医師の言ったとおりに指示を守ったんですね。ナイチンゲールがなぜこれに成功したかというと、医者の数が増えたわけではないですね。医療環境、ケアの部分が良くなったから、ケアの能力だけで死亡者をこれだけ減らすことができる、だから私がさっき曲者だと申し上げたのは、裁量権の拡大を考えていくときはキュアの側面の拡大だけではなく、ケアの裁量権はもう

与えられているので、実質的に私たちが拡大していくべきですが、そこを強化するだけで患者さんの死亡率が減るということです。これはアメリカでも証明されてきていて、ケア能力を高めること、看護職が権限を持つことがどれだけ患者さんにメリットがあるかということはフローレンス・ナイチンゲールがすでに証明済みなことです。ただ今問題になっているのは、看護界としてぶれないためには、このバランスをどう見ていくかが問題になってきています。だからこそキュアとケアの融合した機能を持つ看護師に今これから何ができるかということ、さっき申し上げてきた社会のいろんな問題に関してどうしていけるのかということだと思います。

看護師の役割見直し

理念: 国民の安全と安心の保障と向上のために
キュアとケアの融合した機能をもつ看護師に
いま、そしてこれから何ができるか?

看護師の役割に関する認識の再考

- ・ キュアの分野における現実の認識
- ・ キュアとケアを統合・融合する機能の開発

看護師が、自らも考えないといけないのは、キュアにおける現実の認識です。看護師に調査をすると大半の仕事は診療の補助行為をやっています。ところが診療の補助行為は医師の指示の下にやっているの、自分たちがどういうインパクトを持っているかという調査はあまりされていないです。統合としての調査はされていますが、キュアの部分は何で役に立っているのか、具体的にどういうことが役に立っているのか、だからといってケアのところもあまり証明されていない、研究が進んでないのです。3交替をやり、そして看護師同士の申し送りがあり、患者さんを24時間体制で見守っていく、そういう看護体制の中で私たちが患者さんに変化が起こったとき、誰よりも早く気づく、アセスメントができ、対応ができていく、その看護師がいるから、実は患者さんの命が助かっているということから始め、様々な行為でキュアの分野で

どんな役割が、どういう効能を果たしているかということが実は見えないんですよ。また統合して融合した機能とはどんなものなのか。診療の補助、療養上の世話と法律的には呼ばれる法律用語が統合したときに、どんな機能を果たす役割になるのかということも今後の課題で、これが明確になってくることで、今までの看護師像はずいぶん変わってくると思います。

チーム医療推進に関する最近の動き

チーム医療の推進に関する最近の動きは政府の中でも様々あって、ナースプラクティショナーに対する位置づけをしてはどうかという、政府またはマスコミ等の運動というのはたくさんあります。

チーム医療の推進に関する閣議決定等

○規制改革推進のためのS中長期計画(再改定)(平成21年3月31日閣議決定)

○内閣総理大臣指示(平成21年5月19日経済財政諮問会議)

○経済財政改革の基本方針2009(平成21年6月23日閣議決定)

○「ナースプラクティショナー(専門性の高い職務が可能な看護師)の必要性」に関する調査審議の今後の進め方について(平成21年8月7日構造改革特別区域推進本部評価・調査委員会取りまとめ)

○厚労省「チーム医療検討会」2009年3月から

しかし今の現行法の中で、今のような課題に取り組めるものは何なのかというのを厚労省は考えたわけです。例えば、療養上の世話は看護だけがやる、類似、他の職種もうまれてきてはいますけれども看護が主にやっている部分ですね。診療の補助行為のところはオーバーラップするところで、ここは主治医の指示を必要とする行為です。してはいけない行為、禁止事項も定められていた。だけどこれって時代と共にどんどん変化してきて、例えば静脈注射はこの間までは違法だった。平成14年9月に、静脈注射を看護職ができるようになりました。この間に看護職がやってなかったかということと実際はやっていた。非常に大きな病院で法律を守っている病院長が、多くのところはこの間までやってな

かったとおっしゃっていたのですが、現実には調査したら約8割の病院が実はこの前にとっくにやっていた。それは機械器具も改善したり、看護職の知識も増えたり、技術も高くなってきたという理由もあるのですが、このように看護職に委譲するものは多いわけです。例えば平成19年12月には、薬剤の投与量の調整、薬の処方医師がするけれど、薬の量の按配は看護職が患者さんの状態に合わせてできるようになりましたとか、救急医療の救命救急センターに入ってくると、患者さんのトリアージをするときは医師が判断していたことを、訓練を受けた看護師ならばいいですよとか、医行為の中の指示の範疇として、こういうことがでてくるようになった。昔はできなかったことができるようになってきた。それでも今は一人の患者さんに対する1つの病気に対して、また病状に対して指示が必要になっているという現状、これが現行法です。これをどういう風にしていくのかというのがチーム医療の考え方で、発端は医師不足から来ていますから、キュアの部分の役割を看護職がどれだけ取っていけるかということが起点になっていたと思います。だから看護界の抵抗は、私たち独自の領域であるケアの部分を見落としながらキュアばかり言っているというところですが、私たちの今のフラストレーションです。チーム医療検討会構成委員は19人いて、その中に看護職もしっかりとそれぞれの専門家が入っています。チーム医療の推進に関して3月19日にでてきた結論としては、医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し業務を分担しつつも互いに連携補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること、チーム医療の基礎は各医療スタッフの知識技術の高度化への取り組みや、ガイドライン等を活用した治療の水準化の浸透を図ること、これが結論でだされてきました。このことはコメディカルの時代から先へ進んだということが言えます。

看護職の役割拡大が起点でしたから、チーム医療のキーパーソンとして看護職が位置づけら

れて、看護教育の水準が高まったこと、看護系大学院の整備が拡大したこと、一定の分野における専門的な能力を備えた看護師が急速に育成されつつある、専門看護師制度を作って頑張ってきたことが評価されているということです。

専門能力を備えた看護師の育成

患者の安全性等に十分留意しながら、看護師が自立的に判断できる機会を拡大し、実施し得る行為の範囲を拡大しましょう。判断と行為を拡大していくということが基本方針で言われ、そのためにはひとつひとつに指示を出す今のようなものではなく、包括的に指示ができる条件を整えていきましょう。こういうことが言われていて、これから具体的な事柄が定まっていきます。

行為拡大のための新たな枠組みの構築

特定看護師(仮称)

- ・まずは看護師により実施可能な行為の範囲を拡大・明確化する方向で取り組む。さらに、専門的な臨床実践能力を有する看護師の能力を現場で最大限に発揮させる
- ・一定の医学的教育・実務経験を前提に、専門的な臨床実践能力を有する「特定看護師(仮称)」が、一定の医行為を、医師の指示を受けて実施できる新たな枠組みを構築する

看護師は実施可能な行為の拡大、明確化で、医行為について診療の補助の範囲を超えているために医師からの指示があったとしても、看護師に行い得ないものがある。だけど、それを教育や機械器具の開発で勘案して変えていきましょうという、そのために一般ナースの役割拡大と同時に、スペシャリストとしての特定看護師(仮称)が考えられています。仮称ですが、私たちは専門看護師と呼んでもらいたかったし、高度専門看護師、高度実践家でもよいのですが、厚労省の好きな「特定」という言葉です。特定保健製品みたいなものがありますよね、特定、特定という言葉がすごく好きで、急に生まれてきた言葉なんです。まだ案の段階です。これに

勝る言葉を皆さん考え、提案して欲しいです。厚労省は専門看護師という言葉は避けたいと思っています。それはなぜかという、既存のものと誤解されるからです。そこから特定看護師という言葉がでてくるのですが、何を言っているのかと私は思います。報告書の中で言われているのは、専門看護師は今すでに行われているけれども新しい枠組みの構築を踏まえて、専門看護師の業務や養成の在り方について必要に応じて関係者による見直しが行われてきたら、それはそれで望ましいという見方です。これは私たちが待っていたものです。専門看護師制度を作ったとき、私は裁量権の拡大が起こったときには確実にキュアの部分に役割は拡大する。キュアとケアを統合した役割が拡大するので、今までの専門看護師とは違う新たなカリキュラムが必要になってくるというのを想定していました。だから、とうとうその時が来たと受け止めたものです。

医師の指示が必要ない職種として今すごく騒がれているNP（Nurse Practitioner）は、アメリカでも必ずしもそうではなく、包括指示を受けているNPが多いんです。でも医師が少ないので、完全に医師の指示なくやれる存在としてNPがいるわけですね。でも日本の中ではこれは法律的になかなか実現するのが難しいそうです。それはなぜかという医師法を解除しないといけないからです。だからやりたくないというのが本音だと思います。だからNPとは距離を置きましょうというのが出てきました。特定看護師の要件としては、実務経験があること、第三者機関認定の大学院修士課程を修了していること、第三者機関による個人認定していること。これは、私たちはすでに5年以上の経験があり、かつ日本看護系大学協議会で教育課程を認定し、日本看護協会の中に個人認定の機関があり、看護協会会員じゃなくても誰でも受けれる制度になったので、このモデルを踏襲しています。だからいかに基盤として専門看護師の制度があるのかということがわかると思います。専門看護師を生みだすにあたっては、ここにいらっしや

る皆様方のパイオニアとして、特に高知女子大学は多くの分野でパイオニアになってくださったので、実際こういう役割を果たす人が生まれています。500人あまりですかね。全国に今こういう体制で、看護系大学協議会と日本看護協会の連携で教育課程の認定、個人認定が行われてきて、CNSが誕生しています。私は裁量権拡大、NPも視野に入れた高度実践看護師を考えて、それをAPNと呼んでいました。この発展させた高度実践看護師制度を日本看護系大学協議会の検討会の中で言いました。38単位が生まれたのは去年の5月ですが、一挙に今年の4月に43単位まで上がってきています。これはJANPU（The Japanese Association of Nursing Programs in University）の案で、今まで26単位でよかったのが、43単位になったのは主にフィジカルアセスメントが0だったのが6単位、専門分野12単位から19単位に、実習が4単位という案です。今CNSをやっている方への移行措置というのは考えていらっしやるのでご心配ないです。これができるようになってきたのは現存するCNSとCNSを育てた先生方のお力、また、CNSをCNSとして活用してくださった現場の方々のおかげだと思っています。私は特定看護師という言葉があんまり好きじゃないです。APNというのは世界共通用語で、Advanced Practice NurseでAPN、アメリカではこれをAdvanced Practice Registered Nurse APRNと呼び、registered nurseの次のステップになります。アメリカの特殊性ですが、NPもCNSも麻酔看護師も、それからナースの資格を持っている助産師もこのAPN、APRNに含まれてきます。アメリカはdoctor of nursing practice、DNPという学位が今検討されていて、その会長さんとお話してきました。私や野嶋先生が母校とするカルフォルニア大学は最後まで抵抗している大学ですけど、ワシントン大学の前学部長に会うと、もうカルフォルニアも時間の問題よとおっしゃって、もう一方の反対しているのがペンシルバニア大学で、UCSFもdoctor of nursing practiceというのは中途半端だからといって抵抗されています。おそらくAPNがアメリカはAPRN

特定専門看護師 (APN) とは(案)

看護系大学院の教育を受け、個人、家族および
集団に対して、ケア(care)とキュア(cure)の融合に
よる高度な看護学の知識・技術を駆使して、対象の
治療・療養過程の全般(?)を管理・実践し、かつ特
定の医行為を実施することができる専門看護師

(JANPU 総会、2010、6)

ですが、その訓練は博士課程で行われるようになると思います。だから日本の場合は随分変わっていきますね。この間、日本看護系大学協議会の総会で議論したとき、ブルー（下線）のところは私の入れた挿入用語ですが、ここに書かれてあることを提言しています。基本的に特定看護師とは特定専門看護師のことを言って欲しいという見方です。その総会場で、ケアとキュアを融合して、高度な看護学という言葉を入れるべきではないかという提案があって、今審議されてると思います。治療過程の全般をというのも言葉として適切かどうかの議論があるかと思いますが、基本的には専門看護師を基盤にしながら対象の治療療養過程を管理実践し、かつ特定の医行為を実践することができる、この特定の医行為というところが今議論をされているところです。医行為っていうのは、医師しかできない医行為と、これはケアの部分も含んでいるものですが、看護師が踏み込んでいる医行為、ここは医行為の共有できる部分ですね、いわゆるグレーゾーンの医行為によるものがまだまだ沢山ありますが、特定看護師によってこれらがどこまでこれから向こうへ踏み込んでいくのかということが今は議論になっています。この過程のなかで問題になってきたのがPAで、フィジシャン・アシスタント、診療補助者によるものです。私が永井良三先生に伺った外科医の本音は、本当はPAを作ってもらいたい。ケアをしないこっちだけやる人、それはやっぱり今の看護界では受け入れられないし、医療界でも受け入れられないので、PAとは距離を置くとい

うことで今はなっている。これが現行法ですが、怖いのはここだけが発達することです。私たちは特定専門看護師というときはここも発達させないといけない、ここが発達することによって、特定専門看護師はここに意義が出てくるという考え方をしていますが、特定看護師を法制化することで、ここだけは業務独占もまた生まれてくるかもしれない領域として今あるものです。NP (Nurse Practitioner) の位置づけはここが医師法によって阻まれていまして、今のところは距離を置くという形ですね。例えば、がん看護では、どんなことをするのかというと、乳がん看護領域だと看護職は術前術後の化学療法が完遂とか、有害事象に対する安全安楽管理ができていくようになるだろう。そのためには実際に再発進行に対する緩和ケアや、症状マネジメント、トータルペインに対するケアなどをやるだろう。幹細胞移植看護の領域というものががん看護の領域ではかなり大きなものですが、ここにも踏み込んで看護が役割を果たすようになるだろうと言われています。つまり、症状兆候から反応を発見したときにスクリーニングして、有症事象の原因解明と評価をするわけです。そして、そのエビデンスに基づいて薬理的介入とか、非薬理的介入をしていく、治療計画の再評価をする、この一連の医療行為に特定看護師が加担していくということです。ここはかなり知識を持って専門看護師もやってきているのだけでも、看護師も含めて、この流れをかなりつかむ必要が出てきたということです。厚労省はチーム医療推進のために今、3月19日以降、ものすごい勢いで取り組んでいます。看護課は職員が2倍になり、委員会を設置して、この運営委員会の中にこの大学の卒業生の中山洋子先生が入っています。中山洋子先生は日本看護系大学協議会の会長としてお入りになっていらっしゃいますが、先程、紹介した小松先生、井上先生方は、専門看護師がどこまでやれるのかという実態調査をされます。教育モデル事業では専門看護師教育課程を高知女子大学からぜひ名乗りを挙げて欲しいと思います。このモデル事業は特定医

行為ができ、かつ高度な看護ができる人たちが生まれてくるということが推進されています。募集は6月から始まり、8月が締め切りだそうです。今ある専門看護師教育課程は今年または来年やるにしても計画だけでも出すことは可能だそうですので、全国的にレベルアップの段階に来ていると思います。

そういう形で看護界はかなりの革命を要求されています。医療の現場にいる人たちの一般のナースの役割拡大、またスペシャリストとして専門看護師が変化していくこと、本日は認定看護師には触れませんでした。認定看護師も必ず何かの形で加担されて行きます。そういう意味で新たな医療を、チーム医療の中で役割と責任を果たしていくということが求められています。つまり国民が納得するということ、関係者の意識改革が起こるということ、それから、例えば特定看護師の制度も日本だけしか通用しないようなグローバルな視点がない特定看護師を作ったら、あとの悲劇になります。作らない方がいい。そこまできちんと見据えて動いていく必要がある。それから必要な財源を確保する努力をしてもらいたいし、法的な整備を整える必要がある。CNSの一番苦しかったのはここですので、これが保障されるようになることが必要になると思います。

最 後 に

長々とお話させていただきました。高知女子大学看護学部の同窓会が誕生したことをお祝いしながら、私は卒業生として、これからも皆さんと一緒に頑張っていきたいし、ここの中に仲間がたくさんいらっしゃるの嬉しいです。ここに学んでいらっしゃる、今日来られている皆さん方は私が死んだ後ぐらいいはもう中堅になっていますから、次の時代の新たな挑戦、そのうち宇宙へ行って宇宙で重要な役割を果たしている看護職になっているでしょう。きっとこの大学だからこそできること、母校、高知女子大学は世界に誇りうる大学です。

私はその中でも、高知女子大学看護学会が果たされてきた使命は大きかった。卒業生同志をつなぎ、国内外の看護界に発信をし、または国内外から受信をし、それを同窓会の皆さん、またはこの近くの皆さんに広げていったという学会の役割は大きいし、これからもまた今までとは違う学術団体としての役割が期待されているのだと思います。

皆さんは学生時から準会員ですから情報は会員と同じように得られます。卒業後のことが見えていきながら、適正にお金が使われて行く組織だろうかという見方も準会員の方にさせていただきたいと思います。そういう意味で大先輩の野嶋先生、1期生の野島先生から60期生の準会員の皆さんまで、この人的財産は世界に誇りを持つもので、世界に誇りうる同窓会として発展できるのではないかと期待し、お話を終えさせていただきます。本当に御清聴ありがとうございました。

