

全体会

質 疑 応 答

岸田（25回生）：それぞれのコメントーターの方にお聞きしたいのですが、6つの領域でそれぞれ出ていたと思いますが、看護者の価値観というのは、いつも生命とか健康とかということが中心になってくると思います。どの領域でも患者そのものの症状というより看護者が健康のためにはこうあらねばならない、命のためには患者さんがこうした方が良いという看護者の価値観を優先しながらいつもアプローチをしていくと思います。看護者自身の価値観と患者さんの立場に立った、患者さんの価値観とのかね合い、患者さんの生き方というか折り合いというものの中で、患者さんの生き方を大事にしながら、どのような形で健康という事を考えていけばいいかというと思いますので、その点を少しお聞きしたいと思います。

司会：コメントータの先生方よろしくお願ひします。

池川：そのあたりが多くのグループの中から出てきたように思います。私たちのグループでもそのあたりの非常に突っ込んだ意見がメンバーの方たちから出されてきたように思いました。

どこかのグループが発表されましたけれども、要するに私たちの今までの看護学の立場というか、そういうものは、健康の保持増進第一主義とか言っていましたね。そういう価値観で来ました。しかし、現実には現在の社会状況を見てみると、もう本当に健康と不健康という区別がつかないですね。私自身もう五十肩ですし、五十腰ですし、果たして健康と言えるのかということ言えないですね。自分でセルフケアを一生懸命しながらここへ来ているというような状況もあるわけです。ですからそういった時に、果たしてその健康維持、保持増進だけでは、いけないのではないかとどこかのグループの発表は、私も大変参考になりました。だからまず、その価値観をこれでいくのではなくて、その価値観の変更を迫られているのが、この症状マネジメントとこのことの問題提起ではないかと捉えているわけですね。

価値観は誰でも持っているもので、価値観を持たない人間なんていないと思いますから、それを持ったらいけないというわけではありません。患者さんとの関わりの中で、関係性ができないうちにそれを優先させてしまうと、患者さんは引っ込んでいきます。ですから、私のグループでもありましたけれども、まず関係性ができて、信頼性が生まれるまでは、相手の状況に本当に添っていくという精神科看護からの発言がありましたね。見事にそれをやっているんですね。そのあたりを精神科に限らず、あらゆる臨床場面、保健指導の面で、相手の状況に添っていくことによって、保健婦が気にかかっていることではなく、そういう保健婦を患者さんがどう見ているかという視点も考えていくことによって、それが突破できる。だから、一回は自分の価値観をポケッ

トにしまって、それこそ「空の手」でいくということだと思います。私たちのグループでは、ずっとその話が出て参りました。そんなことでよろしいでしょうか。

岡部：成人の私たちのグループでもやはり同じようなことが出てきました。看護者側が身体的な症状や健康ということに非常にウエイトをおいているがために、患者のQOLとか生き方というものを非常に無視している。価値観を無視している。これで本当にいいのかというあたりでは、いろいろな失敗例が出てきました。患者の立場に立って考えなければならないというのが一つと、その後でどうするのかというあたりのことが出てきました。患者さんにはまだ見えてない部分があるのかもしれない、それが果たしていいのかどうなのかという面では分かりませんが、私たち専門職としての、「先が心配だ」「こういう心配がある」というような患者への情報の提起というのも一つ必要ではないだろうかということ、そして提起した中で、患者さんが自分で自己判断をして、選択している人も結構いるわけです。ですから、マネージメントできるための情報というのも必要ではないかという話し合いがされました。

大名門：老人のグループでは、先ほどのリーダーの発表の中では十分に事例の説明をされませんでした。メンバーの中に総合病院ですが、はきだめ病棟的な位置づけにある病棟の婦長さんが参加しておられました。他の病棟では身体症状symptomを第一義的に取り上げ、その症状に対する治療、それに伴う看護をやって、そこでもう一応治療が終わったけれども、いくところがないというような、ちょっと手こずるからという患者さんが全部回されてくる病棟だという事でした。そこでは他の病棟でやっているようなやり方では、全然いかないということから始まり、関わっておられて、こちら側の枠を押しつけるのではなくて、一生懸命どうしたらいいのかなどのを実際にやっておられる中から話が出てきました。その時に厳しいご指摘がありましたが、介護福祉士さんの方がずっといい、対象をよく理解して全体を理解してやっている、という話が出てきた時に、自分が行ってもそう思うということでした。それで、看護婦は医者付属物で、何かその場で自分が判断をすればいいというような状況の時も、「先生にききます」というような、そんな動き方があり、結局自分の見方も看護婦の見方もないのではないかという場面がたくさん出てくる、という付随的なことも同時にできました。その中でその方が言っているのは、身体の容態、不定愁訴と言われる容態はたくさんあるが、病院という所にいなくてもいいような患者さんが帰りがたらない。家族にひきとりに来てくれと言っても来ない。その時にただ身体の症状だけではなくて、社会的な症状だとか、そういうことまで踏まえて考えていかないとけない。そうやって、見ていった時に見えてきたものがあるということでした。

その話の中で学ばされたというか勉強になった部分で、そのように捉えていくことでこちら側の枠を取り払っていくというか、一つの方法になるのかなという形です。これがお答になるかどうか分かりませんが。

渡辺：学校保健の分野ですので非常に狭い範囲でのお答になろうかと思えます。言い換えれば、生徒の生き方を大事にしながらどのようにやっているのかということでもよろしいですか。

小児の看護分科会では「発展途上の子どもたち、生徒たちには伸びる芽や、たくましく生きていく力がある」ということを前提において話し合いをしました。私も本当にそうだと思います。いろいろの症状を訴えてくる生徒、非行、喫煙がどうしてもやめられない生徒たちの中にも「やっぱりこれはやめなければいけない」「授業にも参加をしたい」「もう少し健康で生きたい」という気持ちが絶対に根底にあると信じてその子たちを見ています。そのために保健室がどのようにならなければならないのかということでその生徒たちの心が本当に自由に出せる雰囲気・場を作って、子どもを受け入れるような体制を作らなければならないと自分で心がけています。そのために、子どもを理解するという事の中に三つくらい気をつけるという点があると思えます。一つ目はその子どもを見る目を作っていく。それには、相手の子供の心の動きを捉える目を養うということがすごく大事だと思います。相手がどんなことを思っているのかどういう風に感じているのかということを見る目が非常に大事だと思います。二つ目は、心が聴こえる耳を持つということです。聴き上手というか、聴いているけど心は全然ほかではなく、「ああそう」と本当に共感をしてうなずけるラポールというか、生徒たちが悔しい思いとか悲しい思い、つらい思いをしてきた時に自分がそれを心から受けとめる耳を持つと言うことがすごく大事ではないかと思えます。教師はすぐに質問したり、忠告をしたり、批判をしたりしなくなりますが、そうではなくて心が聴こえる耳を持つのが二つ目に大事だと思います。三つ目には少し前にも言いましたが、親和感というカラポールづくりです。「先生、私のことを分かってくれている」「先生は私のことを分かろうとしてくれている」という親和感というカラポールづくりというものが土台になって、私は心を開いてくると思えます。それでそういうものを土台にしながら、生徒が生き方を、自分の気持ちを出せるような雰囲気作りをするなかで子どもが心を開いてくる。そのために一つやっているのが、保健室に『つぶやきノート』というものを置いています。それは、来たときに自由に書かせているのですが、最初は落書きをしたり、へんな絵を描いたりとかそんなことでしたけれども、自分の生き方について書いてある箇所もいくつか出てきました。一つだけ紹介していいですか。「先生最悪や」というようなおかしいのから、「死ぬってどんなこと？ この世からいなくなること？ だったらどこいくの？ 天国地獄ってある？ もしあったら私は地獄へ行くんだ。本当に生まれ変わりってあるの？ 私生まれ変わったらまたみんなと会いたい。」とか、「早くも卒業。3年間たくさん悪いこともした。たくさん笑った。それはみんながおってくれたき。」この子は、授業をサボタージュして、ピアスをつけたり、喫煙をしたり、口紅をつけてきたりしてきたような子で、将来を見据えた話もしてきましたが、なかなか授業に参加できなかった生徒でした。最後の最後まで保健室に居座ったんですけども、この子が最後に卒業する時

に書いていきました。「何にも解決しなかったと思う。私を助けてくれた人がいた。優しい先生がいた。初めのうち、教師なんてみんな同じだと思いよった。けどほんの少しだけ分かった。もう一週間位したら、いなくなってしまうけど忘れないで欲しい。先生たくさん迷惑かけてごめんね。私は汚い大人にはなりません。先生いろんな事を教えてくれてありがとう。」そして、友達の名前を何人か書いていますが、「みんなありがとう。それぞれ道は違うけれど、頑張ろう、みんなもお元気で。みんなも幸せ掴んでね。大好きな人たちへSee you again。」というメッセージを最後に書いています。生徒の生き方をこちらがどれだけ感性を持って受けとめられるかということにもつながるのではないかと思います。ちょっとお答えにならないかもしれませんが。

梶本:精神の方ではリーダーからの発表がありましたように、どうしても看護者の価値観で生活をさせたいというのがあります。一カ月もお風呂に入っていないのを見ると、どうしてもお風呂に入りたいと一生懸命働きかける。やっと患者さんが入る気になると、今度は一転して頭の前から足の先まで磨いてしまいたくなる。そういう患者さんに対して押しつけた形、患者が望まない形でのケアを押しつけた時には、患者さんは非常に大きな声で怒鳴ったりする。そのようなことが先ほどの発表でありました。今度は看護者がかわって訪問をして、じっと待つというこゝとで対応すると同じ入浴の場面でも積極的に更衣までしてくれるということがある。そういったことから、どうしても看護者のなかに「清潔とは」「健康とは」「社会的な行動とは」というような枠組みがあり、少しでも可能性がみえると押しつけてしまいたくなるということが話の中に出てきました。しかし、まずは患者さんの生き方を確認するということが大事ではないかということと、その確認をするときにどのように確認したら良いのかというのが随分話題になりました。ケースによっては、単刀直入に聞いてみたらいい、何をしたいのかということ聞いてみたらいいというものもあるし、それからじっと待ちながら経過を確認するというケースもあるだろうということがあったと思います。その中でこれは非常にいい言葉、「そこそこの生活」という言葉がキーワードとして出てきました。その「そこそこの生活」ができるというのは、非常に言い当てていいのではないかということになり、そうすると患者さんの生活が見えてくるし、看護者側が押しつけようとしている姿との違いというのがそこで見えてくるし、そこそこの生活ができるということをゴールにすればあるいは押しつけにならないのではないかという事も出てきました。それから先ほどの80歳の自閉的なおばあちゃんの話でもありましたように、看護者によって患者さんの態度が違うという所から患者さんも看護者を見ている。患者さんと看護者の関係の中でその患者さんが反応していくわけですから、患者さんの反応で自分を振り返りながら、その価値観に気がついていく。自分がどういう枠組みをはめようとしていたのかということに気がつく。だから患者さんの反応で自分を振り返りながら、しかも患者さんの反応で患者さんがその本当に求めているものを見つめていくというように両方があると思います。

久常：非常に素晴らしいご質問だと思います。患者の生き方を大事にしながら、看護婦の価値観とどのように合わせていくかということですが、患者の生き方を大事にしなからというのは素晴らしい言い方ですけども、例えば成人病のことを考えた場合、患者の生き方を大事にしたなら成人病になっていくわけです。だからその時に看護婦がどういう価値観をもって関わるかということですけども、看護婦の価値観、関わり方、私は自分が看護婦としてはどう関わるかといった時、患者さんは、自分の見え方が深まれば深まるほど、その人の行動が正しくできていくのではないかと考えます。だから、そういう状況を作っていくことが看護婦として大事ではないかと自分で価値観を持っています。そういうことで、今日出てきた症状ということとマネジメントということとを絡めながら少し具体的な事例で看護婦の価値観ということと、先ほど池川先生も言われましたが、患者さん自身の生活や価値観を変更していただかなければならない。けれども「あなたの生き方は間違っているから変えて下さい」と言っても、大人だから「いい加減にしてくれ」「余計なおせっかいだ」と言われる。その辺をどのようにしていくのかということと、一つの事例を出してみたいと思います。私とその事例を説明し、症状とマネジメントということとで話しますが、そこの所の理論、理屈づけみたいなのは野嶋さんにしてもらいたいと思います。私が今から事例をしゃべりますので、それはどういう理論に基づいているのかということをおあなたがきちんと解説して下さいますか。役割分担。ちょっといいかしら？ いい？

私は保健婦の現任教育をしてきました。それで、保健婦にとって一番難しいことは、成人病を支援して行って、患者さんたちが解決していくことが一番難しいですね。例えば、糖尿病を例にとりましても非常に難しい。だいたい成功しませんね。成功したのは保健婦の関わり方より、本人が自覚があったから解決したことが多くて、保健婦の関わりによることで成功するというのは少ない。そこで私はやり方を変えました。先ほど、当事者が問題が深く見えれば解決する力が出てくるのではないかと、そのように具体化していけばいいという考え方でやっているわけです。それで、患者さんを10人なら10人集めました。患者さんというより血糖値が高いと忠告を受けた人10人を集めました。10人ひとりひとりに「あなたは血糖値が高いと言われた時、どういう気持ちでしたのか」という事をしゃべってもらいました。この事例は、あちこちで話していますから知っている人もいるかもしれませんが、4、5人紹介します。1人目の方は、検診を受けた後で結果を返しますね。高い人だけは来てもらって返すわけですが「先生から高いと言われた時に、自分は死のうと思いました。自殺を考えました。」と1人の人は言いました。私から見ればその人は血糖値は高いけれども、死ぬほど高いことはないわけで「どうして死のうと思ったの？」と聞きました。すると「ずっと、自分の母親も糖尿病だった」そして、糖尿病でどういうプロセスを経ていったのかずっと話し、最後は膵臓癌になってどんな苦しい思いをして死んだのかということとを話しました。そういう苦しい思いをするくらいなら、

今のうちに死んだ方がましだと思ったと言います。「次の人どうですか」と言うと、「私は、自分が血糖が高いわけじゃない。亭主が高いから今日来た」と言うわけです。「その亭主はどうですか」と言ったら「全然気にしてない」それで「私も気にしたりしなかったりするけれども、でも、気になるからね。死なれたら困るから」と言うと、お酒を飲んだりいろいろするので「そしたらうるさい」といって喧嘩になる。「夫婦関係がやっぱり大事だから私も気にしないようにしています」と。次は、「私は全然気にしていません」と言う人がいました。その人は、その中で一番高かった。それで「どうして気にならないの」と聞くと、「だって先生、200や300、2,000や3,000ならびっくりするけど、200や300の血糖値というのは私にとってびっくりすることではない」と言います。だから数値を聞いて、例えばWHOとか糖尿病学会の数値と比べて高いか低いかと見ますね。彼女にとっては200や300、何千ならという発想ですね。なるほど私は非常に感心しましたが、これみんなの前で聞いていったんです。それから次の人、「あなたは どうですか」と言うと、「先生から血糖値が高いと言われたとき、パッと母のことを考えました。私の母親も糖尿病でした。だから、このままいってはいけないと思って先生にお願いして、食事のことをきちんと教えて下さるところはないですかと言うと、奥さんが栄養士ということで私は一週間通いました」と、それで、「奥さんにきちんと食事のことを教えてもらい、それで今コントロールすることができるようになりました。それで見ていただきたいと思いますけれども、初めの時の血糖値と今、食事療法をやったときの血糖値がこれだけ違う」ということを見せました。「初めは確かに高かったけれども、今は正常に戻っています」みんな「ふーん」と聞いていました。次の方「皆さん見て下さい」と立っていましたが、ものすごくやせている方、もう針のようにやせておりましたが、「私は今見たら非常にやせているけれども、昔はものすごく太っていた。私が一番初め血糖値が高いと言われたのは検診でした。検診で高いと言われたが、痛くもかゆくもなかったから放っておきました」そのうちに症状が出てきて、入院されたようです。入院して、その時には血糖がおさまりますね。それで安心して帰ります。そして、また症状が出てきてまた入院する。それを繰り返して、そして最初すごく太っていたのが、途中からどんどんやせてきた。「良かったなあ、やせないといけないと言われていたが、やっとやせだした」と、「良かった良かった」と思ったらもうきりがなく、どんどんやせていって倒れ、また入院した。それで、「私はそうやってきたおかげで今、きちっと食事のコントロールができます」だから、自分が今どのくらい食べればいいのかとか全部もうパッと出てくるそうです。それで食べ方も間違いなくできると「でも今日ここへ出てきたのは皆さんのお話を聞きながら自分をそうやって刺激していかないと続けていけない」と、だから「できるけれども出てきた」というお話をされました。その中で、私は一人一人に丁寧に聞いていきました。具体的にどういう症状が起り、どういう気持ちになり、そしてどうなっていたのか。皆さんその話をずっと聞きながら、最後

に「じゃあ次、どうしましょうか」と言いましたら、皆さんが「今日は非常に良かった」と、次はその成功した人がいますね、すぐお医者さんの所に行き、食事のことを教えてもらった人と、最後の方もコントロールできています。その人から「もう少し食事のことについて教えてもらいたい」「食事をどうやっていけば良いかということを知ってほしい」その時には、具体的に話の中で、一人ひとりの体験から病気がどういうプロセスを経るかということが分かってきたわけですね。私もそれを解説していきましたので。その時に、病気が少々、相当重くならない限り、みんな大丈夫と思って平気で過ごすということもお互い分かってきました。そういうことを、ずっとプロセスをやっていくなかで「是非、自分たちは、次は食事をコントロールする方法を知りたい」どうやったら糖尿病の食事を継続することができるかとか、どうやったら計算できるかといったことではなくて、その血糖値が高いと言われたその事実をどう捉えたか、そしてそのプロセスがどうだったか、そしてその思ったことはどういうところからそう考え出したのか、それを聞いたわけです。今日の話の中でも症状、客観的な症状ということとそのことをその人がどう捉えているかということが非常に大事だということができてきました。客観的な症状はみんな同じように血糖値が高いわけです。それをどう捉えているかということは先ほどご紹介したように5人なら5人が非常に違うわけですね。その根拠となることもみんな自分の体験から違う。同じように母親が糖尿病でも1人は死にたいと思うし、自殺したいと思うし、もう1人はこれはダメだと思い、そういうことにすぐ対応していける。みんなと比較しながら聞くことによって、自分の気持ちがどこにあるのかということも分かり、またどのようにしていかなければならないのかということも見えてくる。そういうことで、私は、つまり問題というときに、血糖値そのものの問題、糖尿病そのものの問題もあるし、それをどう意識するかという問題もあるし、それがみんなに見えるようにしていくことが、自分が次どうしていけばよいのかということが見えてくることであると考えます。そういう意味でマネージメントする力をつけるということは、その当事者が自分自身に、自分の問題、自分がどういう状況にいるのかということを見えるようにしていくというプロセスを踏まない限り、そのコントロールする力をつけていくということになっていかないのではないかと考えます。そういう気持ちになったときに初めて糖尿食をどうやっていけばその食事がきちんと取れるようになっていくのか、その必要性が見えてくるのではないかと思います。そういう意味でその人の生き方を大切にするというのは、非常に大事なこともかもしれないけれども、そのままを大事にするということではなくて、その人がその人の生き方を選択できる状況をまず作るということ、そういうことがどういうプロセスによるのかということを見守る自身が認識していないと、「それはその人の生き方だから仕方ない」と思うってしまうのではないかと思います。すみません、理論的に説明して下さい。

野嶋：理論的にというわけでもありませんが、先生のお話を窺って感じたことを述べさせていた
だきたいと思います。症状と言ったとき、どうしても客観的なデータ、客観的な症状が気になり
ますが、その客観的な症状はいつまでたっても医療者側の言葉です。すると、いくら私たちがそ
の患者さんの立場に主観的な症状を大事にしようとしたとしても、症状と言われた時の一般的な
イメージとして、どうしてもその客観的な医学的ターミノロジーから抜けることができないと感
じました。だからこそ看護者として主観的世界で意味付けをする。解釈をし直す。そしてそれは
私たちがするわけではなくて、患者さん自体が自分の生活歴とかを通して、既に解釈をしてい
ると感じました。その解釈をしている事をもう少し患者さんの世界の主観的な症状、そして患者さん
の立場に立って、できるだけ客観的な症状、あるいは客観的な解釈に結びつけていくことが必要
ではないのかということを感じました。症状マネジメント、症状という言葉のもつ限界、いく
らそのマネジメントで患者さんを大事にして、立場に立ってマネジメントという言葉を使っ
たとしても、どうしてもそこに限界があるということを感じたということと、コントロールとマ
ネジメントの違いということを感じました。私たちはその患者さんの立場に立つということと
そして患者さんの行動の変容をさせると、して頂く方向で、患者さんの行動が変容することに価
値を置いて関わっていくという2つのその立場で非常に難しい立場に置かれているということ
を感じました。以上です。

司会：どうもありがとうございました。池川先生何かないでしょうか。

池川：事例で非常に的確にその状況が分かり、自助グループというような、今しきりにアル中の
方とかの自立を助けていくことは、そういうことなんでしょうと感じました。その時に、やはり三
人三様のそのひとつの事柄に対する受け取り方の違いがあるということがまず前提で、それが何
だろうかと今考えてみました。今起っている事柄を、その人が本当に現実感覚で受けとめてい
るかどうかというのはキーポイントではないかと思いました。あの3人目の人がこれはいけない
と思ったということは、血糖値の状況を非常に現実的に捉えている。しかし一番最初の自殺を考
えたという方は、ずっと現実的ではなくて過去の母親の体験に、過去の状況に自分が縛られてい
る。2番目の気にしないという方は、何て言うのでしょうか、これは気にしないではないのだろ
うと思いますが、それから逃げているのでしょうか。だから、どちらも現実的な感覚がやはり…。
ペプローが言っているナースングプロセスを見ますと、この現実感という視点で患者さんが今置
かれている状況を見るということも非常に重要であると感じました。こんなところでよろしいで
しょうか。

司会：どうもありがとうございました。

私も現場におりましたときに看護側の押しつけというのは、得てして特に保健婦の場合、感染症
の場合でしたら、もうそれこそ目の前に感染させてはいけないということがあるものですから、

相手の生活とか何かよりも、とにかくこちら側の見方で押しつけるということをよくやっていますね。相手を大事にしなればいけない。それをどれだけ大事にしていくのか、そしたら私たち専門家の目はどこにどこまで発揮できるのか。私たちは専門家としての目は失ってはいけないし我々の持っているものは提供していかなければいけないと思います。それには、やはりあの成人のグループで出たように、情報をたくさん集めてきて的確に使うことも大事ではないかと思いませんね。

フロアーのみなさんからもっとご意見を頂きたいと思います。

菊井(3回生)：昨日も少し申しましたが、しばらく看護の方を離れていた時期がありまして帰ってきますと非常に新しい言葉が氾濫してしまっていて、よく分からなくてとんちんかんなことを言ったりしますが、症状マネジメントという言葉というのは、言葉だけから聞きますと、例えば先ほど野嶋先生が言われたようにターミノロジーの上から言いますと、むしろ久常先生が言われたように、問題が深く見えるように関わりを持つというよりもむしろ表面的な症状というのはシンボトン、マネジメントは管理というような言葉に聞こえるのですが、こういうような言葉が看護に出てきた経緯とその理念みたいなものをどなたか先生に教えていただきたいと思います。よろしくをお願いします。

司会：どうぞコメンテーターの方。

池川：去年の責任の一端からどうもお鉢がまわってきたのですが、私自身も去年こちらに来るまで知らなかった言葉で、何か変だな、そういう風に思っていました。

それでいろいろと考えているうちに、アメリカなどで他者による管理から自分自身による管理へと移ってきている。日本でもそうですね。自助グループなどが非常に盛んに言われていることなどがそういうことだろうと思います。その時に症状をマネジメントしていくことを、患者の治療への参加なくしてはないという考え方ではないかと思えます。ですから、日本人の私たちの固定観念があって、症状も医学的な症状と思ひ、管理というところ側が一方的に管理すると思えますが、よく思い出してみると、マネジメントという言葉は日常的に使います。お箸を使うのもマネージなんですね。だから、そういう意味で言えば、自分自身がマネージするというのはアメリカ人だったら全然おかしくないのではないかと。ただ、私たちの感覚が非常に強いものですから、私たちはずっとそういうパラダイムで教え込まれてきましたからそういうことが抜けきれないけれども、どうもそのようではないかと思えます。

今お勉強に行っていらっしゃる先生方が帰ってきたらよく教えていただきたいのですが、アメリカでは症状マネジメント、英国のものを見ますとそれがセラピューティックナーシング、治療的な看護、看護の治療的側面を体系化していこうという動きが非常に強い。医師、医学による治療ではなくて看護にもその機能の中に治療的側面があるんだと。そのた

めに、患者さんに自分自身による管理をどうしてもして頂かなければいけないという状況になればどうしてもそういった考え方が必要になってくるのではないだろうか。ですから、今までのあまり対象化したり分析化したりしていくやり方よりも、全体を見ていくと、患者の全体を見ていくかという動きが徐々に世界的な流れとして起こっているのかなと思います。それくらいのことしか言えませんが。ごめんなさい。

司会：よろしいでしょうか。次の方をお願いします。

梶原（10回生）：別に新しいことを言うのではなくて、前の先生方のいろいろなご発言で、頭が非常にすっきり整理されたので、感想を述べさせていただきます。

久常先生の出された先ほどのケースは方法論として集団療法というかグループワークを利用して場面設定がされて、その中で患者さんが、ケースが何を言ってもいいんだよ、あなたの本音でそのことについて言ってもいいんだよという受け皿がきちんと掲示されて、カタルシスができたということ、そして最終的に、相互交流の中で他者から学ぶということで、自己決定、自分はどうか、次回どうしたらいいのかという決定がなされた。それで、それは今までの保健婦の保健指導という枠組みの中で限界だったことを取り払うというか新しい方法だと思います。

それと、これは池川先生がおっしゃったこととつながるのですけれども、医療の中で看護は非常に曲がり角に来ていて、看護に警鐘を鳴らしたいという気持ちで一杯なんですけれども、ものすごく今お金と私たちの提供しているものが、ギブアンドテイクというか商品化されているというか、そういう時代になったと思います。薬剤師が病棟に出てきて薬の説明をして、患者さんがどんな思いで今まで生活していて、何が好きでどんなに飲んでいてということの説明するのではなくて、患者さんの話を聞いて、そうかそうかと聞いて、そして薬の副作用も百も知っていても、患者さんから一言も出ないときは何も言わないで、そして出てきた疑問に対して実はこれは副作用でという説明をしながら一回6千円頂いている。家庭訪問で、栄養士が家庭に行った場合も今度5千円ですか、一回5千円のお金が頂けるようになりました。訪問看護の点数も非常に上がっています。一方、訪問看護婦は行く度にkmを計算して、そして諸々の計算をして、保険の何割かをキャッシュで頂いてくるわけですね。そしたら、患者さんにとって本当に自分にとって役立つケアをしてくれない人にはお金を払いたくないから、次回から結構です。という風にシャットアウトされますね。そうでなくて、関係性が続いていくということは、来てもらって自分にメリットがあるというそういう時代になっています。

本当に看護の中身、発想が変わって患者さんに買っていただく看護を提供しないと滅びていくと思います。ちょっとオーバーですけど。

司会：どうもありがとうございました。何か意見ございませんでしょうか。

大名門：私の意見というよりは、先ほどのグループワークの中で出てきたのですが、今のお話で

歳をとってきまして、老人の場合は経済的な問題で買ってもらおうお金がない、家族もその老人をみるために一生懸命にエネルギーをかけると自分が仕事を辞めなくてはいけなくなる、するとお金がなくなる、そうすると一番お金がいらぬ所に老人をおきたいという発想に向って、実際に来ていただくというよりも、置いてやっていただくみたいな感じで、その治療の対象にはならないけれども、いろいろな容態があるというような人が中間施設までも行かなくて一般の病院に一杯たまっていく傾向が出てきているというのが問題として出てきました。それをどうしたらいいのかということで、うちのグループでは随分政策的な問題を考えないといけなくなりましたが、それは一つの投げかけたい提案です。それからもう一つ、成人の二つの目のグループの所で出てきましたが、自分自身でマネジメントできない人たちそれは私たちが見た見方、一つの枠組みでそういう風に言える人たちかもしれませんが、そういう人たち特に老人の場合は痴呆とかそういう状態で自己判断できないように、私たちに見える人たちに対してもこの症状マネジメントという考え方を同じようにあてはめて考えていいのだろうかということは何かいアイデアがあれば教えていただきたいと思います。私たちのグループでは具体的な答えは出せませんでした。コメントーターが質問を投げかけてすみません。

司会：今コメントーターの方から政策的なこと、それから自身でマネジメントできない人たちは本当に症状マネジメントと考えていっても良いのかということが出てきました。これについて何かご意見をお持ちの方は述べていただきたいのですが。コメントーターの方ありませんでしょうか。

久常：例えば痴呆老人だったら、痴呆老人の問題でいいですか？大名門先生の質問に答えられるかどうか分かりませんが、私たちはあまり対象のことをよく分からないですね。それで、私たちが分からないということを前提にして痴呆老人とその家族というのは非常に混乱していきます。その時に全部痴呆老人を抱えた家族を例えば20軒なら20軒洗い出しましてね。そこへ今までだったらどう援助するかという視点でずっと訪問していました。それをやめて、まず一人ずつ訪問して家族に聞きます。おじいちゃんおばあちゃんがおかしいと思いだしたのはどういうプロセスを通しておかしいと思いだしたのか、そのプロセスをずっとしゃべってもらいます。その時に、どういう事実を見ておかしいと思ったのか、そして自分はどういう気持ちがあったのかというように、その症状に対して家族はどういう気持ちがあったのか。次に、その時に何の社会資源を使ったのか、使わなかったのか。もしその時使わなかったならなぜ使わなかったのか。そして親戚に対してはどういう関係を持ってきたのか。そういうことをずっと事実だけを聞いていきます。そしたらまず、おじいちゃんがおかしいと思いだしたのはこういうことだったとか事実を言いますね。その時、どういう気持ちがあったのかというと、お嫁さんは案外事実をきちんと見ていっていますね。娘の場合は否定しますね。初めはそれを信じたくなかったとか、ものすごくおばあち

ちゃんに対して腹が立ったとか、おじいちゃんに対して腹が立ったとかね、実の娘ですから。そういうのをずっと聞いていく。聞いていって整理すると、娘があるいは実の子どもが親に対する気持ちはどう出てくるのか、事実を通して見えてくる。それから私たちが呆けているから、最初から呆けていると思っているのですが、呆けている人間も非常に自分が呆けている過程を不安がっている事実も見えて来るわけですね。だから初めからポンと呆けるわけではなくて、あれもきつと順番があるんです。ずっと、そうやって事実を出して、積み重ねてみると、初めのこんな患者さんが不安な気持ちの時に誰も援助しなかったんだということも見えてきますし、それから家族がそれに対してどう反応していくのか、そしてそれに対してなぜ社会資源を使おうと思わないのか、近隣に対してどういう思いを抱いてくるのか、そういうことがずっと見えてきます。私はそういうプロセスを経ることによって家族が、自分たちがそのどういうプロセスを経てきて、そして今自分たちがどこにいるのかというのが見えてくる。それがとても大事だという気がします。だから、そういうことを通さない限りは、呆けといたら突然呆けたりして、きつと頭が分からないから分からないだろうと思う。けれどもそのプロセスを経て、私たちは呆けになっていく人たちのその最初の不安というか恐怖みたいなものがよく見えてきました。そういう意味では家族だけを援助するのではなくて、呆けていく過程の人たちをどう支えるかということもそこから必要性が見えてきたなという気がします。言っていること分かるかなあ。つまり、私たちはどうやっても、どう援助するかということが先に立つけれども、そうではなくてその過程を、きちんと話を聴いていくことがすごく大きな援助になるのではないかということと、いろんなことが見えてくるのではないかということです。よろしいかしら。

野嶋：症状マネジメントする能力がない人、できない人ということ、つまり私の考えている症状マネジメントの理念から考えると、症状マネジメントができない人はいないという考え方はないかなと思います。

私は精神科の領域ですが、もともと病識というのは、病識がないのは精神分裂病の一つの診断基準と昔はなっていたわけです。精神分裂病の患者さんは病識がなくて症状マネジメントなんかできないと、一般的には言われがちですが、精神分裂病の患者さんには患者さんなりの前駆症状、そのプロセスというのは分かっている、よくよく話を聞けば分かっている。ただそれは、医療従事者からして聞くと、それはそれは何か合理性がなくて、例えば味がおかしいとか家族の顔つきが変わったとか変な音がするとか、いろいろな言い方で本人なりの、彼らは症状と思っているわけではなくて、生活上の不都合だとか困難だとか困ったことだとかという風に言っているわけですが、精神分裂病の患者さんでもそういう形での症状マネジメントはあるんじゃないか、気がついてそれなりのマネジメントはしているような気がします。だから、菊井先生の症状マネジメントという言葉の出た由来とかいう質問もあったわけですが、症状マネー

ントの考え方からすれば、症状をコントロールすることができない人がいたとしても、症状マネジメントをしていない人はいないという考え方じゃないかなと思います。

司会：どうもありがとうございました。

久常：梶原先輩が、例えば、薬剤師さんは6千円っていったかしら、栄養士さんは5千円、訪問看護婦は訪問看護婦でお金をもらう。つまり、患者さんから選択されなかったらというお話がありました。私はこの症状マネジメントというのは、これができるようにすれば、本来なら患者さんがおもしろがる領域だと思っているんです。例えば、私は男性を対象にしたことがありますが、いつも保健婦が対象にするのは、中年のおばさんばかり、あるいは老人の女性ばかりで、それではちっともつまらないと、たまに男を相手にしてみたいということですね。それもあまり歳がいつている男は嫌だと、非常にこう我儘ですけれども30歳、40歳代の男性で血液検査がおかしい人、コレステロールが高いとか、中性脂肪が高いとか、血糖値が高いとかそういう人を集めて、全部の検査値、血糖値がいくらでコレステロールがいくらで、ひとりずつずっとそれぞれの値を並べるんです。それで、表を作ってみました。それで、来てくれた人にここに皆さんの検査値があると、けれどもここで見せたくない人は結構ですからと言ったら、一人だけ自分は見せたくないと言う女性がいました。一人、女性が入りましたので、その人のだけ全部黒で塗りました。男性はみんなオープンにしてもいいと言いました。そしてその表をみんなに渡して、自分の生活を語ってもらいました。自分はどういう生活をしているか。朝何時に起きてどんなものを食べて、どんな仕事をしていて、例えば、コンピューターの会社に勤めていて、ソフトを作っている人は朝からずっと夜中何時までもやって、その間お腹が空いたらこういうものを食べてとか、どういう食生活をするかどういふストレスがあるかということをやっとしゃべります。みんなそれを聞きながらその人の検査値をずっと見ています。酒を飲むとか。次の人は、自分は酒は一滴も飲まないけど、和菓子屋さんと、7個なら7個味見をすると、そしたらみんなが検査値を見ているわけ、みんなそれを見ながらね、「酒をよく飲む人はこの値がぐっと高いなあ」と、「酒を飲まないけれど甘いものをよく食べる人は中性脂肪がぐっと上がっているなあ」とかね、特徴が見えてきはじめるの。それで、「あなたやっぱりここが高いですね」とか、「あなたとこの人の共通する事はここですよね」、「全然仕事とか違うけどこういうことが共通しているからやっぱりこの値とこの値がお互いに高くなってるとね」と、すごくおもしろくなってくるの。男性というのは数字と理屈があれば楽しめるという非常に単純な動物ですから、検査値とその人の生活、その代わりどういう食生活をして、そういう仕事をしているかということをお話するのはなりませんでしたが、その中でずっとおもしろくなっているんです。次は、酒を飲みながらやろうということで、お互いその普段飲む量のお酒を持って来ると、ビールならビール、その代わりその時はビールの量によってご飯を減らすということをやりましたが、それでお互い食べながらや

りました。 そうやっていきながら、じゃあこれを繰り返していくということによって、どういう食生活をしないといけないということが分かってきますね。食事をどう食べる。あなたの体重ならカロリーはどれだけというのが分かりますでしょう。そしたら、ご飯を普通ならこれだけだけビールを飲むならご飯を減らします。すると段々自分の食べる量が分かってくるわけです。それで分かってきたらこれを本当に継続していけば、保健婦の言うように自分の検査値がまともになってくるのかどうかということが彼らの関心になってきます。それを2カ月間繰り返してやってみて、それでどうなるかということ、検査値を調べましょう。必ずその時に血液を採って調べてもらいたいと言うんですね。血液検査のお金をどうしようとかということになると、自分たちが市町村に、市長に掛け合って無料にしてもらうと言います。というのは自分たちは実験材料になるんだと、本当に保健所が言うように市役所が言うように食生活をきちんとしていけば血糖値やコレステロールやいろいろなものが下がるのかどうかということ、自分たちの身体を通して実験してやるんだから、それぐらいはいいじゃないかということでやりました。やっていく。そして、確認していく。また下がってないとしたら何がうまくいっていないかということ、またみんなで話し合っていく。そして生活を変えていく。そういうことは私たちから見れば、そんなにおもしろいことでもないし、そんな血液をとって痛いだらうと思いますが、彼らにとっては非常におもしろいんですね。自分たちがそれをコンピューターで管理するというので、みんなの許可を得て、ある人が全部それをコンピューターに入れて、変化がどうなっていくかというのをやっています。そういう風に私は若い人たちが集まって、麻雀したりあるいはゴルフをしたりみんなグループがありますね。それと同じように、この自分たちの症状というか身体をね、自分たちでマネジメントしていくというのは次の趣味になるんじゃないかと思います。それは進め方自体の問題によって、ただ真面目にきちんとしたというのではなくて、自分たちが日常お酒を飲んでいるとしたら、お酒を飲んでいる事実を持ってきて、どういう食生活がどうなっているのか明らかにしたらいいわけですから、そういう意味では若い人たちがそれを楽めるような運営というかしら、それがどのようにできるかということで、いわゆる公務員できちんと指導するというやり方からどうやって脱皮するかということが次の若者を引き付けるバイブルかなという気がします。

司会 : どうもありがとうございました。

いろいろ皆さんから貴重なご意見を頂きましたし、コメンテーターの方々からお話を頂きました。これはまとめるというよりも皆さんそれぞれの中で、今日聞かれた話、特に久常さんの話は皆さんがこれから仕事をしていらっしゃる中でいいヒントになったのではないかと、大きな資産になったのではないかと思いますね。

これから新しい活動をしていくのに、一つのヒントだと思います。だからそれを活かしてこれから先の私たちの看護のいろいろな仕事の面に、それからまた私たちの質を上げるために、ど

のグループからも出ましたが、相手を知るとはやはり自分を知ることであるということ、これは言葉としては出ていませんでしたが、底に流れていると思います。私たちは自分自身を知る。そして自分の資質を上げることによって、またいいものが相手に返っていくと思います。そういう気持ちでこれからも仕事をしていかなければいけないと思います。

まとめにも何にもなりませんでしたが、今日のこの分科会の全体会で皆さんがそれぞれお聞きになったことを心に留めて活かしていただけたらと思います。