

シンポジウム

「看護概念を考える」

司 会

島 内 節（9回生）
国立公衆衛生院看護学部

シンポジスト

学校保健と看護概念

伊 藤 光 代（9回生）
東京都武蔵村山市立第十小学校

看護実践の場から看護概念を考える

津 野 福 江（8回生）
高知県立子鹿園

教育の現場から看護概念を考える

川 出 富貴子（2回生）
三重県立看護短期大学

公衆衛生の立場から看護概念を考える

中 島 紀恵子（4回生）
千葉大学看護学部

シンポジウム「看護概念を考える」

司会 国立公衆衛生院看護学部

島内 節（9回生）

皆さん方どうもお暑いところを、今日は、今回の学会の最後のセッションに移らせていただきます。

今回の学会は、第10回ということで衛生看護学科卒業生の歩んだ過程を問い、この学会の定着・発展のあり方が見えてくる時期としても一つの節目という意味があります。また、このたびのシンポジウムは、「看護概念を考える」のテーマで4回目に当たり、ある程度のまとめをするという位置づけになっています。この企画された意図が、生かされるものとなりますように、経験と皆様方とともに活発な討論が交わされますことを願っております。

「看護概念」は、看護職として働くそれぞれの場において、私達のかかわり方を支え、一方で、その体験を通して再構成されていくという、循環・発展の過程は、個々の看護者のレベルだけでなく、看護職集団としての活動の質や幅にも深くかかわっていきます。

このたびのシンポジストは、2回生から9回生の卒業生で、卒後20年余りにわたり看護職として歩んでこられました。この間の大きな社会変動・保健医療や看護界の変動の中で、看護職としての役割を問われる多様な場面に出合い、「看護とは」をつきつけられ、各人各様なあり方で、その意味を問う作業を重ねていらっしまったと思います。

そこで、シンポジストの方々が、それぞれに歩んでこられた経験に基づいて「看護概念」について述べ、問題提起としていただきます。まず1番目に、「学校保健と看護概念」ということで、東京都の武蔵村山市立第十小学校の伊藤光代さん、9回生です。

それから次に、「看護実践の場から看護概念を考える」という題で、高知県立子鹿園の津野福江さん、8回生にお願いします。それからその次3番目ですが、「教育の現場から看護概念を考える」ということで、三重県立看護短期大学の川出富貴子さん、2回生でございます。それから最後に、「公衆衛生の立場から看護概念を考える」ということで、千葉大学看護学部の中島紀恵子さん、4回生でございますが、それぞれの立場からのお話を約15分から20分それぞれにお話をいただき、それからすぐディスカッションに移りまして、あと追加発言という形でやってまいりたいと思います。

学校保健と看護概念

東京都武蔵村山市立第十小学校

伊 藤 光 代（9回生）

座ったままで失礼いたします。はじめに自己紹介させていただきます。私は昭和38年に大学を卒業しまして、8年間臨床と看護教育に携わり、12年ほど前から小学校の養護教諭として学校保健を担当しております。高知女子大での看護概念と私の実践している学校保健がどう関わっているかということについて、私なりの考えを述べたいと思います。私は教育現場の実践者ですので、理論とか研究とかそういうものが私の実践と結びつかないかもしれないけれども、私の目の前にいる児童生徒が私の学校保健によってよりよき方向に変わっていったということがあれば、やっぱりそれは科学的確かさがあると信じて努力しております。

はじめに。

学校保健活動のねらいは、学校教育の現場で児童、生徒の心と体の健康を維持し、さらに増進させるところにあると思います。言い換えれば、子供達が心や体の健康づくりに自ら意欲的に取り組み、健康な生活が自らの手で行われるように援助することではないかと思います。この活動は、臨床の場で行う看護でも、学校教育の場での指導でも、健康という観点から個人をよりよい方向に導くということ、しかもその働きが専門的で、主体的で、実践的であるということ共通していると考えています。

それでは、養護教諭が行う主体的な学校保健活動とはどういうことであろうかということをお話いたします。

私の尊敬しております森昭三先生（筑波大学助教授）という方は、「養護というものを、創造的な仕事として取り組んでいる養護教諭の実践の特徴というのは、あくまでも子供の健康の実態、健康の現実を見すえて、その背後に存在している生活や社会のゆがみというものを吟味しながら対象、いわゆる子供や父母や教師や地域に働きかけているのが特徴である。もう1つの特徴は、教育全体の中でその仕事が位置づけられていて、広く地域社会をも動かしていくような方向性を持っているという、この2つの面がなければ、養護の活動は主体的ではない」というふうに考えていらっしゃるようですが、私もその通りだと思います。

ですから、教育の現場で働いている養護教諭というのは、健康診断だとか、保健行事だとか、そういったものの遂行とか事務処理、そういうことに追われているだけではなくて、学級担任や教科担任が目の前にいる児童を自分の指導によって、よりよい方向に変容させている機能を私たち養護教諭自身も持っていなければいけないと考えています。それは「心身の健康」という最も大切な部分に視点をあてて、児童が「自ら自分を高める意欲とか力」そういったものを育ててい

く仕事を学校保健担当者は担っているのではないかと思います。人間を育てるのですから、当然社会の問題とか、環境の問題とか、人間関係の問題とか、個人の健康の問題とか、そういったものすべてを含めての心身の健康づくりというものが目標として前面に出てきていると考えています。

それでは、私が実際に、具体的にどのような実践をしているかということをお述べます。

私は児童を変容させる機能というものをとても大事にしていますので、まず1番目に年間の指導計画に基づく健康教育というものを重視するように努めています。これは私の学校で独自に作っている指導計画ですけれども、全学級が系統的にしかも継続的に健康教育を行うためには、やはり年間の指導計画が存在していなければいけないというふうに考えました。健康教育の内容としては、本校の児童の健康の実態に照らしあわせて生活のリズムを立て直し、よりよい生活習慣の確立、そういったものを目指しています。つまり、睡眠であるとか、食事であるとか、排泄であるという基本的な欲求の部分と、遊び、テレビ、仕事、学習、そういった子供達の生活の柱を6つあるいは7つえらびそれを基本に指導内容を組み立てていきます。これらの指導は、年間の時間数配当によって、ロングの時間3時間、ショート的时间15分を月1回というぐらいの割合で指導するようになっています。

それからもう1つは、保健室に持ち込まれてくる個別で傾向別の指導をどのように展開するかという部分にあります。肥満児に対する食事指導だとか生活指導、視力の異常者に対する目による生活の点検指導だとか、あるいは不良姿勢児に対する姿勢体操の指導とか、あるいは情緒不安定児に対する教育相談活動だとか、ケガをしやすい傾向の子供の指導とかです。これらはですね、全児童の中から傾向別にピックアップされた子供達に対して、問題解決のための指導を行うのです。

3番目は、環境衛生上の指導。これは手洗い場の清潔とか、トイレの指導、使い方の指導ですね。

4番目は安全の指導。安全の指導につきましても年間の安全指導計画がありますので、それに基づく教育がなされるわけです。遊具の正しい使い方の指導等があります。

5番目が初潮指導。6番目は家庭への啓蒙活動。以上の6つの機能は、計画的に学校の教育計画にのせて行うことによって、児童の変容が十分に期待されると思っています。

以上の実践を、確かなものにしていくために、どのような条件があるかということを考えてみました。それが次にのべる学校保健推進のための配慮事項です。

1つは、教職員がそのことに対して十分に意識の統一ができていないということです。そのことをやろうじゃないか、子供の健康を守ろうじゃないか、健康のひずみに対してメスを入れようじゃないかという意識の昂揚が十分にあるということです。

2番目は、学校は組織になっていますので、組織活動が円滑に行われていることです。保健委員会の構成であるとか、あるいは担任への連携、そういったものがスムーズに組み立てられていることが条件になります。

3番目は、私が1番これに力を入れている部分ですけれども、やはり1日の生活時間の中に、いわゆる子供が学校に来ている、私達関わっている時間の中に健康づくりの具体的な実践の時間がなければいけないと思っています。国語や算数のように、1日の生活の中で子供達が必ずそのことを具体的に行う時間です。私達の学校では、朝目覚めていない体を起こすために、学習の前、始業時間5分間全校で体操をしています。これは大変いい効果をあげておまして、まず血液の循環がよくなって、朝からあくびをする子が減ってくるし、それから、貧血で倒れるような子供もいません。それから、不定愁訴、その中でも1番多い気持ちが悪いと言って訴えてくる子供達がぐんぐん減ってきて、保健室のベッドがいつも空というふうに、毎日の中に必ず健康づくりをする時間が位置づけられていることが大切だと思います。

それから、4番目は子供の健康上の問題が解決されることによって、教科指導において好結果を生むことができるということの実証があるということ。そのことをよく私はフリッカーを使って先生方に説明するのですが、次のようなことなのです。フリッカー測定値という言葉があります。20年前に松山の小学校の6年生を用いてそのフリッカーの値を調べたデータが出ているわけですが、そのデータによると、フリッカーの値が4.2という平均値が出ていました。しかし最近、東京の渋谷区の教育委員会が小学校の生徒を集めて測ったところによると、だいたい3.2から3.0という1.0ぐらいの差をもって、フリッカーの値が下がっていることがわかりました。フリッカーの値というのは脳の疲労の状況を表す値なんですけれども、値は高いほど脳がいきいき働いているのです。どういう時にフリッカー値が下がるかと言うと、テレビの見過ぎなどによって頭が疲れていたり、あるいは、子供の睡眠の状態が悪くて十分に睡眠中に脳の疲労が回復していなかったり、もうひとつは遊びの不足によって、循環系統の、いわゆる血液循環の不足があるために脳に十分な栄養とか酸素がいかないために脳が動かなくなってフリッカーの値はさがります。脳の活動水準が低下するのです。こういうふうな疲れた状態の脳では学習に集中しないのは全く当たり前で、だから子供達をどうしなければいけないかというふうに、教職員に働きかけ、協力を得て改善のための方針が出てくるわけです。

次に5番目は、養護教諭の指導力が十分であるということですね。これは、私のように4.0～5.0才になってくれば相当図々しく自分の考えや計画を学校教育計画にのせてもらうよう働きかけますが、図々しさだけではだめだと思います。やはり指導していくためには、それだけのものをいっしょうけんめい勉強して、納得するような資料を出さなければいけないと、そういうふうに考えています。

それでは、もう少し具体的に、どういうふうな健康破壊に対してどんな手立てをしたらどのように子供が変わったか、そのことについて説明したいと思います。私の学校では、健康で明るい子供の育成ということを教育目標の第一にあげておりますので、そのためにどういうことを取り組もうかと考えたわけです。

まず児童の実態を見てみます。そのためにまず教師に向かって、あなたのクラスの子供たちにどういふふうな健康上の問題があると思いますか、あるいは気になる状態がありますか、というふうな調査をしてみますと、朝から疲れた顔をしてあくびをしていて授業に集中してこない。姿勢が悪い。外遊びをしなくて困る。不定愁訴、つまり、頭が痛い、腹が痛い、気持ちが悪いというふうにいつも言うてくる子供達が多い。そういうふうなことを数えると、1日のうちで74もおかしい症状が見つけれられました。病院へいくほどでないが、半分病人という子どもの様子がでてきたのです。そこで、この実態をもとにして、今度は児童に、生活の実態調査をしてみました。それは半紙4枚にわたる調査用紙でしたけれども、朝起きた時から夜寝るまでのことについて、びっしり質問事項が書かれてあります。そういう調査の結果を、グラフに表してみると子供達の中のひずみがあきらかになってきました。テレビの見過ぎ、つまり、1日の視聴時間が6時間から7時間ということでした。それから外遊びの足りなさ、睡眠の問題、睡眠の時間は長いけれども内容を見てみると、床に就いてもいつまでも寝られない、いつまでも頭の中にテレビの残像が残っていて、熟睡していないのです。そういうふうなことが一つ一つわかってきました。

これら2つの実態調査を科学的に分析してみると健康破壊の第一の原因は生活リズムの乱れということにつきるとわかりました。そこで、それでは、何を改善すれば、実態はこれまでよりよくなるか、このことについて考えました。最初の年はですね、テレビの問題と遊びの不足の問題をどう改善するかということにとりくみました。具体的な行動目標はわかりやすいものがよい。小学校ですから、まず、テレビの問題で具体的な行動を示した方がいいだろうということで、朝学校に来る前にはテレビを見てこないようにしましょう。それから、コミュニケーションを家族とともに作るために、食事中はテレビのチャンネルを消そうではないか。3番目は、夜遅くまでは見ないようにしよう。という3つの規則を決めまして、全校でこの規則に向かって努力をしていく。さらに、規則だけではいけませんので、意識化と内面化を図るために、児童生徒に向かってテレビと健康という問題で授業を行いました。なぜテレビが健康に悪いのか、健康を維持するためにはどういうことが生活にのぞましいのか、紙しばいや、模型を使って研究授業をしました。テレビばかりみている脳はどんな反応をおこすかの話には子どもたちの目はかがやき、翌日からテレビコントロールがはじまりました。

さらに、セルフコントロールつまり子供自身が、自分の生活を自分で立て直す力をつけるため

に、生活表の取り組みを始めました。朝は何時に起きよう、夜は何時に寝よう、学習はどういうふうにしよう、遊びはどういうふうにしようという目標を自分で立てさせて、それを守る努力をさせました。

つぎに、子供達に体を動かすことの楽しさというものを教えるために、本校独自の体操を作成して、朝会や集会の前には、リズムカルな音楽とともに体操を始めたんです。そういうふうな改善をしていくうちに、目の前の子供が少しずつ改善されている様子がわかりました。

2年目になると、先生方の中から、テレビと遊びだけじゃなくて、本当の自律を助けるためには生活全ての面から改善していかなければいけないのではないかという意見が出まして、生活全体に関わる健康教育が始まったわけです。これはその時の資料ですけども、先生方が考えた健康に関する内容を発達段階に応じて、低中高に分けた指導内容になっています。それから、先ほどお見せいたしましたけれども、やっぱり学級指導を中心にいかなければいけないということで学級指導計画も作成されました。さらに研究ですから、研究授業もしながら、たしかめていくということで月1回ぐらいずつ公開授業をして子供達の意欲を深め、果して子供達に授業が役に立っているかどうか、そういうことを検討し合いました。それから、私達の目の前の子供達の生活というのは、家庭生活と非常に深い関わりを持っているために、学校だけでは取り組めない部分があるということで、父母との密接な関係を取り上げながら社会の関わりの問題、家庭に関わる問題を含めて父母との連携を図っていきました。

そうしますと、2年目に児童がどのように変わったかで評価をしたんです。こういうふうな健康教育や健康の指導の結果を評価する場合、算数がわかるようになった、国語がわかるようになるといった点数結果は表れてこないわけです。けれども、やはり地道に児童を見てみると、うちの子供は朝礼で倒れないな、インフルエンザの流行期に学級閉鎖がぐーっと減って、ほとんど閉鎖しなくてもやっていけるな、風邪は1日2日で治るなというのがわかりました。1,200名の学校ですから、年間、健康会に報告するだけでも50~60件あったんですけども、それが30件、半数に減りました。それから睡眠や食生活、排便、仕事、遊び、そういうふうなものに対する指導がなされていますので、父母も子供もすぐに、「あ、今日使ってこなかった」「ごはん食べなかった」という言葉がポンポン出るようになりました。からだや生活に対する知識や関心が深くなったのです。それから父母と私たちがこの実践をとおして密接に関わってきました。そういうふうな評価が数的ではなかったけれどもできたのです。

こういうふうな実践を通して、最後になりますが、私の考えている学校保健と看護概念の関わりは、こういうふうなものではないかと考えていますのでのべたいと思います。

臨床での看護技術、つまり私が8年間やってきた注射とか、包帯交換とか、酸素吸入とか、血圧測定とか、そういったものを、私が今いる学校現場での児童生徒との関わり方を比べて

みると、一見、かけ離れているようにも見えますけれども、看護というものが人間を対象にして、自律とか基本的ニードの充足とかそういった観点で考えられているとすれば、まさしく学校保健も、個人を総合的に見て、心身の健康な成長ということを社会的にも環境的にも人間関係においても、全てから追求していく営みであるので、それは看護の概念を十分に生かしたものであると考えます。学校保健を推進する養護教諭は、生きている人間をどうとらえて、どう働きかけて、その発育発達を保証するため、正しく発育、正しく発達しているかということを見極めながら援助し、正しく育てていくというところに明確な道筋を見つけなければならないのですから、そのところがはっきりしていることこそ、私達の保健活動が主体的で専門的だと、考えています。

私は子供の健康を見る場合に、大学で学んだ解剖学、生理学、それをひとときも忘れないようにしています。それから看護学、こういったものをフルに活用しながら、起こっている事象を科学的になるべく分析して、実践の方針を立てるようにしています。そうすることが私以外の教師、いわゆる医学や看護学にあまり関心のなかった先生方の理解と納得を得られやすいし、具体的でわかりやすい方針が立つというふうに、何年かやっているうちにだんだんわかってきました。子供の現実、子供の立場、それから子供の発達、そういうことをいつも念頭において実践していると、子供達の発達を促進した実践が必ずあるわけです。「あ、これはうまくいった」、「あ、これはまずかった」そういうふうなうまくいった実践をもとにして、養護の活動を科学的なものにしていけば、必ず私達の固有の課題とか固有の領域、いわゆる専門的なものがはっきりと見定めて、法則化されていくような気がします。私は、そこから養護とは何ぞやという何か具体的にわからなかった職務がみえはじめ、少しずつ道が開けてくるように考えています。

最後に、私見ですけれども、私は、学校現場で養護教諭が他の教職員と違った専門性というのは何かというふうに考えたときに、健康と、それと反対にゆがみ、異常、疾病などの見極めが正しくできて、いち早く解決の道筋がわかる力、こういったものが専門性ではないかと思えます。つまり、女子大学での学習、いわゆる看護学を中心とした学習と臨床での経験が基本になっているというふうに考えながら、まだ、いろいろ問題はたくさんあるけれども、少しずつ少しずつ努力している現状です。

看護実践の場から看護概念を考える

高知県立子鹿園

津野 福江（8回生）

私は卒業以来、障害児の看護に興味を持ちまして、20年間肢体不自由児の施設である子鹿園で看護婦として勤務しております。今、病棟婦長をしております。他の一般病院の経験がありませんので、「井の中の蛙大海を知らず」で、しかも、マンネリ化した施設の中で、「井の中」さえもわからなくなっております。今日は、高知県で長く勤務してきたということだけでここに座っています。どうかよろしく願いいたします。

看護は人間に対するケアです。看護の対象をどうとらえ、看護される者と看護する者との関係について考えると、看護は患者と看護婦の人間対人間の関係における相互作用のプロセスであり、看護教育で学んできた高度な知識や技術は、人間の関わりの中で発揮されるものだと思います。個々の看護者のレベルだけでなく、看護職集団としての問題点についてふれ、全国看護業務調査と、患者の満足度調査にメンバーとして参加することができましたので、この結果より看護を考えてみたいと思います。

私達は実務一般では、入院した人、保健医療機関のクリニックのサービスを受けている人たちを患者と呼んでいます。この看護の対象を患者という用語でレッテルをはり、カテゴリーにまとめていいのでしょうか。個人を患者として知覚するか、独自の人間として知覚するかということは、非常に重大なことだと思います。病気を持った人間としてとらえることだと思います。ではこの病気を持った人間を看護する場合の看護婦については、看護婦もまた人間です。患者という用語がそうであると同様に、看護婦という用語は肩書きであり、看護婦は1人の全く独自の人間として知覚されずに、援助の奉仕者とか、手段、疲れを知らない手足として知覚されると、感謝されるかもしれないが、それは看護婦の独自性のためではなく、利用価値のためです。看護婦が1人の人間として知覚されずに、カテゴリーや肩書きで知覚されると、人間対人間の関係は展開できません。患者と看護婦の関係が、患者と看護婦というレッテル、カテゴリー、肩書きなどでなく、独自の人間として知覚されることです。

そして人間対人間の関係は、看護婦と看護を受ける人とは、先行する4つの相互関連的な位相を通り過ぎてから確立されるものだといえます。それらの位相は、最初の出合いの位相では第一印象とか感じと呼ばれており、独自性の認識はほとんど全くありません。次いで同一性の出現の位相では、他人とのつながりを確立する能力のほか、他人の独自性を認める能力が顕著です。共感の位相では、共感の対象から離れていながら、共にあるという感覚であり、共感することとは他人とのつながりを作ることであって、関与によって溺れることなしに、親密さを体験す

ることです。同感の位相では共感を越えた段階であり、同感とは、苦悩を和らげたいという基礎的な運動や願望があります。これらの位相を最高度に発展させて、ラポートと人間対人間の関係の確立を図るのです。このことは、患者と看護婦の関係だけでなく、患者の家族、看護者同士、他の職種間にも発展させることだと思います。

看護は、看護される者、する者の個別な人格及び人間対人間の関係としての相互作用のプロセスです。時間的な流れの中でナースと患者の間に介在する看護の経験は、多様であり、無限とも言えます。この1つ1つの出会いにナース自らの決断と主体性があり、高度な知識と技術によるケアが患者に安らぎと安定を与え、信頼した治療関係が作り出されるのです。高度な知識や技術が、臨床の場で患者に十分届いているだろうか考えると疑問に思えます。個々の看護者のレベルのみでなく看護婦集団という側面から、それを阻む因子として次のことを考えてみます。個々の人間性、他人の人間性を受容することは、まず自分の人間性を受容することです。いくら高い知識や技術をもっていても、人間対人間のレベルでの関係が成立しない限り、患者には受け入れられません。自らの人間性が大事です。人間である以上100%の人間はあり得ません。足りない部分をいかに他の部分でカバーするかを努力することも、また必要です。

組織人として、看護婦は専門的な医療の知識、技術を学び、他の職種にはない人間の命の極限に関わる経験を繰り返し行う特殊な職業です。この専門的業務を遂行するベースである組織が重要になってきます。組織の中での自分の役割、組織人としての基本的な考え方、組織で働くための基本的なルールがあることを承知していること。ともすれば、専門的業務、特殊な業務の名のもとにルールを外して独り走りすることがあります。

次にチームワークについて、患者との人間関係はどうあるべきかを学んだ者が同僚との人間関係、他の職種との人間関係に苦慮しています。いくら最良のものを持っていても、チームワークが悪ければ患者にベストなものが、届くはずがありません。うまくチームワークをとるために個々の人間性はもちろん、職場環境の改善も必要となってきます。例えば、同僚間に気の合わない者がいる時、同僚間に不和がある時、職場にボスがいて他の者を暗黙支配している時、チームの中に低能率者がいる者、皆が疲労した時、リーダーの指導が適切でない時、職場に不平、不満がある時、上司に対する反感がある場合、職場に規律が乱れている時、設備や用具に不備・不足がある時などが考えられます。多くの医療チームの中で、24時間患者サイドにいるという看護婦の優位性から、看護婦がうまくチームワークをとり、コーディネーターの役割を果たせるような人間関係を確立することだと思います。

次に集団、特に女性集団について、男性と異なり女性特有の性格があります。例えば、女性のボスの存在には配慮がいらいます。男性の場合にはボスをやっつける者ができてきますが、女性の場合は異なり、表面に出ずに陰で糸を操る場合があります。情報収集能力にすぐれている。相手

が一番こたえることを小出しにいびる。すぐれた者を表でほめると、その人の足を引っ張る。すぐれた者は裏でほめて、劣れる者は表でほめること。不公平と思われることは絶対に避けなければならない。いたわりとおせじが適宜に必要。競争心を有効に活用することも必要。小さな対立には関与しない。等、女性特有のものがあり、女性特有の扱い方があります。こうした女性自体の集団の難しさがあり、組織の中で他の男性職種とともに活動していくことはさらに困難です。

1人1人はきちんとした看護観をもっていますが、大きな集団の流れの中で自分の信念を貫き通す力のもろさがあり、また、チームで働くため、お互いの遠慮から何となくぼやかして、鶺鴒の集団に流れやすい。私は、腰痛の職業病闘争の体験から、個人的にはきちんとした考えを持ちながら集団の中で全く変化してしまう集団の力の怖さを知りました。全人的看護、患者中心の看護と学んできた看護観も看護倫理も、そして、10数年来共に歩んできた人間関係も、1つの大きな組合運動の流れの中で一変して吹き飛んでしまいます。ナースの労働条件を改善することはひいては患者により看護を提供することになり、組合運動を否定するものではありませんが、患者を忘れた行き過ぎた運動は組織の命令系統をくずし、業務への組合介入を許し、施設としての機能が果たせなくなります。そして、元の組織のルールにもどすことが非常に困難となります。しかも女性集団の場合、ごく少数の者の声の大きい方に容易に流れやすく、鶺鴒の集団に化しやすい性格を持っています。こうなると、患者中心の看護はどこへやら、時間が終わればよしとする一介の看護労働者と化してしまいます。このように、看護職集団及び各職種間の人間関係に関わる問題が多すぎて、質の高い看護サービスを阻む要因となっています。私はこの闘争の中で、看護集団のエネルギーを自分がだめになるほどの大きな手ごたえとして受け止めました。このエネルギーをこれからは生かす方向に考えなければと思っています。時期を逸したかもしれませんが、時間がかかるとは思いますが、人間関係の回復を図り、これからは患者に向けて考えていかねばと思っています。

1つの手がかりとして、POS方式を取り入れてみよう、思っております。この方法は自分自身が患者の問題点を明確にし、アセスメントし、計画を立て、実行し、評価するものですから、個々の能力、そしてチームの能力がはっきりと出てきますし、チームワークを必要とします。今の私の職場にとって、各自が患者について、自分の行う看護についてしっかりと考えることが必要だと思いますので、この方法がいいのではと思っております。

そして、全国看護業務調査の結果より考えますと、この調査は、看護職能委員会において、看護体制、夜勤体制、基準看護の検討資料として、看護業務内容がどのように変化してきたか、日勤と夜勤の業務内容の違いにどのような変化を生じたかを立証するためにワークサンプリング法を用い、15分間の瞬間測定による25時間の業務内容を自己記録したもので、35項目による看護行為分類による行為を、個票に記録したものです。一部を紹介しますと、間接業務が50～

60%を示しており、間接業務の中で最も高率を示しているのが申し継ぎ、次いで記録となっています。今後、これに対する時間の内容、技術の研究をする必要があります。看護婦以外の者ができる業務の検討、各職種間あるいは部門間の業務調整への検討、夜間および早朝の検査の増加、昼夜共に実施している薬剤業務、伝票処理などの事務作業、諸連絡を含めたメッセージ業務の著しい増加があげられます。この調査より、直接看護と間接看護の示す割合は、間接看護、報告、連絡、事務業務、記録、その他が50～60%を示しており、直接看護は、診療、治療の介助を含めて40～50%で、日常生活の援助は20%前後となっています。また、実態調査より算出しますと、看護婦1人が患者に接する時間は5～6分という数字が出ました。

こういう状況の中で、人間としての関わりを求めることは無理です。しかしながら、こういう状況の中で、もう少し時間があればと悩みつつ、全ての有効な時間を十分に活用しようと踏みとどまっている看護婦、また、こういう状況の中に耐えきれずに転職とか退職していく看護婦、そして、個人としての病人を知る努力や悩みも時がたつにつれて消え失せ、職務を遂行するための単なる手段として患者を扱い、便宜主義でよしとする看護婦もいます。この調査からは、もう少し患者との関わりの時間を増やすように業務の見直しをして、直接看護業務の拡大をすること、また、看護体制や看護倫理の見直しも必要と思います。

次に満足度調査の結果より、このような状況の中で患者はどう思っているのか、満足度調査より考えてみますと、先に発表しました通り、患者にとって直接困ること、緊急度の高い事柄については比較的満足度を与えているが、直接には困らない事柄にはまだ満足度を与えていない。この調査からは、40歳以上の年齢層で、この年代は本音と建前を使い分ける人達であり、また、病院という施設内での患者の立場として、自分の受けている看護あるいは医療に対して不満を訴えられない人達かもしれません。が、こういう人達が、コミュニケーション、環境、調整の部分で不満を示していることは注目されます。

看護が医療中心に知識、技術に走り、医療サイドのスケジュールにあてはめて、その行為をただ機械的に済ますという傾向があります。個々の患者はそれぞれ生活のリズムを持っており、病気の部分は病院に預けているが、人間の基本的な生活の全てを預けているではありません。病気に対しては高い知識と技術によって身体的苦痛が緩和されますが、もう一方の苦難や不安を持って生きている患者の心の側面は、看護婦の笑顔や話しかけ、行動により、病気と共に生きていく人達の、また、病気を克服して自立していこうとする人達の、そして死に直面する人達の心の治療として、もう1つの看護の技能であると思います。本音を言えない、命を預けた弱い立場の患者が出した不満度は、看護婦の知識、技能、態度に対しての示唆を与えてくれたものだと思います。この態度は看護婦の表情、言葉使い、行動に、知性と感性が両立して集約されるものだと思います。こうした患者と看護婦の人間関係に身体的、精神的、社会的、経済的問題や社

会体系とか家族背景、あるいはその価値意識といったあらゆる次元での問題が、人間関係という場面、しかも、主体性を持った相互作用の中に集約的にかつダイナミックに、しかも情緒的特質を持ってたみ込まれてくるのだと思います。

看護が人間に対するケアである以上、人間の理解なしに援助的關係を確立することはできません。そして、人間対人間の關係は看護目的を実現するための手段です。高度な知識や技術は確かに決定的要因ですが、危機にある病人をいかに支援するかというもう一方の要因も、よりいっそうの看護の技能を必要とし、上位のものだと思います。

看護は、看護する側の人間性も様々であり、それぞれの個性があります。また、受ける側の患者も2人として同じではありません。1人の患者も、病状の変化により今日と明日では異なります。このことを考えますと、個々の看護婦がそれぞれの看護の概念で、医療診断に基づいて、看護の目的を患者に届けばよいと思います。個々の看護婦が看護の目的に向かって、自分の発想を生かし、いろいろな画用紙に、それぞれの個性で描いていくものだと思います。創造の科学だと思います。この際、大事なものは最初の出会いの人間関係だと思います。人間関係がうまくできれば、少々画用紙からはみ出しても許されます。私は人との出会いを大事にし、共感や同感の関わりをもって、患者とその家族を、同僚を、他の職種の人を、気遣い配慮していくことだと思います。最近の無関係性、疎外、関わり喪失に対し、今、忘れかけているこの気持ちを皆が分かち持つことだと思います。「井の中」での私の実感です。

教育の現場から看護概念を考える

三重県立看護短期大学

川出 富貴子(2回生)

三重県立看護短期大学に勤めております川出でございます。よろしくお願ひ致します。
看護概念につきまして教育の立場からお話するわけでございますが、私自身の経歴を申し上げますと、どちらかといいますと臨床畑が非常に長くて、その間もちろん非常勤講師として講義はしておりましたけれど、実際に教育専任になりましたのはまだ10年足らずといったような経歴ですので、そういった状況なのにお引き受け致しましたのは何か罪ほろぼしのような感じがございまして、この学会も10回目を迎えておりますけれど私は実は初めてここに顔を出させて頂いてちょっと小さくなっております。その間研究の中に名前を連ねたことは1度ございましたが。

看護概念とか理論につきましては、何のために、何を、どこで、どのようにといった目的・目標論とか対象論、人間論、方法論など各理論のもつ人間観とか哲学によりまして様々に論じられております。私の学生時代、又卒業当時にしましてもそれらしき系統だったものはほとんど何もない状態でした。そして、勤め始めました頃、私は東京の大きな病院に勤めたわけですが、その頃も大学出というだけで非常に変わっている、奇異な目で見られていました。そういうような非常に前時代的な中で私の看護生活はスタートしております。

看護学を一言で言いますと、人間学と言えるものでありますけれども、看護概念には健康とか社会とか環境、文化、活動、ストレスまた怒りとか悲しみとか不安とかいろんな情緒を含めた人間のもつ問題、価値観、信念すべてを含めたもの、その持つ意味とかそういったもの、人間に関するすべてのものが含まれていると思っています。また視点を変えますと、その概念が対象に関するものなのか、人間関係について述べたものなのか、援助者自身について述べたものなのかといったような、さらに焦点をどこに当てているのかなどによりまして、論点やその次元とかニュアンスがそれぞれに異なっています。現時点におきまして、その場面とか状況に適用できるような、この概念を使えばすべてが解決するといったような概念というのは私は、今育っていないという風に理解しております。そういっただいたいの概要につきましては、この学会で既に諸先生方によって紹介されておりますので省略させていただきます。

ヘンダーソンが看護論の中で自分のつまり、ヘンダーソン自身のニード論の上に、オーランドの人間関係論とか、ウィーデンバックの援助技術論といったものを積み上げていく必要性を、述べておりますが、いずれさまざまな概念の深まりと同時に何らかの形で今ある概念は暫定概念として融合・統合される時期が来るものと思われまふ。ここで暫定概念と言いましたのは、私達が

これまで絶対と置いていたニュートンの理論体系とか、アインシュタインの相対性理論でさえ絶対的なものではないというふうに、これらの理論に反する現象が発見される前の暫定的な真理というふうに言われています。といいますのは、現在既にその兆しが、可能性があるということを示唆しているものと思われます。例外的な真理として、エネルギーの有限性を明確に示しておりまして21世紀の文明観の基礎になるといわれておりますのが、エントロピーの法則であるわけですけれども、そのエントロピーの法則でさえも、次々と新しい価値を生み出す第五世代の考えるコンピューター時代の到来を迎えて、絶対といえるかどうか、といったことも危ぶまれている状況があります。それから数学のメガトレンドですけれども、どういう動向にあるかといいますと、かつては月のことばかりやっていた。1たす1は2という割り切れることばかりやっていた。それではだめだ。月から雲への……雲というのは今月今夜の月ならまた出ますけれども、雲は一回出たら次は出ません。そういった、それもまさしく看護の状況ですけれども、……。そういったことを数学はやっていかななくてはいけないのではないかというふうな今、状況であります。「絶対値なんていうものはないんだ。すべて近似値である。」ということを経典教授が言っておられます。

そういったことをうかがいますと、現在純粋科学でさえそういう状況にありますから、私達がやろうとしております現在考えられている概念とか理論というものは、現時点のものでありまして、いずれはまた何か取ってかわられる、その過程であることも含んでいるのではないかと思います。私達は現在、かつて人類が経験したことの無いような激動の時代に生きています。価値観は百人百様というほど多様で、情報量も個人の能力では処理できなくなるほど多くなっています。

こういった状況の中で即看護的対応を迫られているものに、異常なスピードで進み、高齢化率も非常に高い、高齢化社会への対応というのが目の前にぶら下がっています。もう一つの大きな柱としまして、高度な医療技術への人間的対応があります。その他高度な情報化社会におきまして、破綻が予想される精神へのアプローチも今後益々必要となってくると思います。けれどもどのような事態が来ようとも看護が人間に対する人間の配慮であることには変わりありません。

したがいまして看護概念を考えると、これらの状況をふまえて、生命とは何なのか、家族とは、家族の絆とは、老人の孤独感とか不安とかいうものは何だろう。病気は不幸、不幸とは、いわゆる不幸という風にステレオタイプで考えていいのかどうか。安らぎとは、くつろぎとは、生き甲斐とは何か、やる気、意欲とは、性の問題、老いとは一体病気なのか生理なのか、死とは人間に対してどういう意味があるのか。そういう個々の概念、その意味、価値を含めて、十分に深めてそれらの概念を、看護実践によりよく生かすためにはどのように私自身をかかわらせ、役立たせることができるのかなどについて、明らかにしてゆかなければならないのではないかと思います。私はここで看護概念にはどういう要因が影響するのかに焦点を置いて話をしたいと思いま

す。

看護概念は人間に関わるあらゆる概念を含んでおりまして、私自身が人間に対してどう思うのか、その思いが私自身の存在としてここに在るのですから、私自身の存在の仕方によって概念も規定されるという風に考えています。自分自身の見方、見え方、関わり、人間的成長、成熟が進むにつれまして、人間の理解が深まっていく、それに伴って自分の持つ看護概念も育ち、変化、発展してゆくものだというふうに思っております。私自身の見方が変わるということにより、態度も自然に変容します。それと連動して相手も変化していく。そのために、今まで見えなかったものが見えてくる。そしてより実体、全体像に近づく。従って看護概念も深められ、広がっていく。自分自身が変化、成長する存在であるように、概念も私と共に生きて成長していく。人との関係が相互作用の中で生成、発展していくように、私と概念の関係も相互作用しあいながら生成、発展していく関係といえるのではないのでしょうか。自分の視野が拡がり、概念枠が拡がるということは、クライアントの全体像やもとめている必要とするニーズにアプローチすることから、最終的にはクライアントと援助者間のずれを縮小することでもあります。クライアントのその人らしさを保証することともつながると思います。

藤原新也、これは写真家ですけれども、写真を撮る場合でも、バインダーをのぞいているただそれだけなのですが、誰でも同じように撮れるはずなのに、写真でさえも撮る人の人格や個性、精神状態を同時に写し込んでしまう。黙ってさえいてさえもそうなのだから、ましてその時こちらから言葉をかければ、その言葉の内容に応じて当然相手がそれ以上のアクションで返ってくるという風に言ってます。そしてまた、ユングも「私は自分で口にするあらゆる言葉が私自身の何かを一緒に伝達するということを知っている。私自身の何かというのは、独特な領域と独特な世界を持つ、特殊的独自の自己である。」というふうにも言っています。当然その場合、その人のもつ人間へのまなざし、人間観が大きく影響するものと思われまます。ましてや看護実践は援助者自身の能力や知力、身体、感情、声、個性、記憶、経験、人間観など自分の人格のすべて、存在のすべてをかかわらせ、道具として用いるものでありますから、その存在の仕方によって、クライアントとの相互作用で援助者の与える影響は大きく、援助内容は左右されるのは当然のことといえます。これは学生と教師の関係も全く同じであります。従って看護概念も個々が知覚するイメージと強く結びついているものですから、時代背景とか先達の理論化及び看護集団のレベルなどの影響を大きく受けながら、クライアントや自分を含めて人間をどう見るのか、自分自身がどのように存在するのか、自分自身の器によって規定される自分自身の人間的な成長に伴って、看護概念も変化、発展してゆく流動的なものであると考えます。

教師である私は、どこに何に重点を置いて教育に関わるのかということになります。クライアントやクライアントに関わる現象は可能な限り真実に近い、ありのままの姿で見られるようにサ

ポートする。というのは、個体が違うわけですから完全理解できるというふうに思うことが思い上がりではないかと思います。近づくことはできると思いますが、了解、共感することはできますがクライアントのすべてわかるというふうに思う方が非常に不遜なように思います。そのように看護のなかでは教えられてきましたし、現在もそういうふうな状況の中で動いていますけれど、非常にそこは今後考えてゆかねばいけないというふうに思っております。

自分の見方を広げ、洞察力、判断力を上げ、看護実践につなげる。また、言葉をかえますと概念や理論、および知識、技術をよりよく用いることができるためにはその前提として、援助者自身の在り方、存在の仕方が問われると思います。それをおさえることにより、学生自身が概念化してゆける能力を養っていく。教育の形はすぐには見えませんが、教師はずっと先、将来を見通して学生が教師を乗り越えて、今後学生がどうのびてゆけるのか、というあたりに関心を払うべきだというふうに思っています。

私自身の見方の変った体験があるのですが、自分自身の見方が変わりますと、自分の態度に直接出てきます。「いろに出にけり」という形になると思うのです。そうするとやはり対応が変わってきまして、相手の状況も変わってきますので、どんどん変わっていきまして、人生の景色は変わるんだなあという、旅行した時に風景が変わると同じことなんだなあ人生というのは……そして何か奇蹟の連続というのか、実際奇蹟を感じなくなっている感覚があるのだけれど、いや私がそこに存在する事だけでも奇蹟なんだなあという、そういう思いがずっとあるようになりました。それで本との出会いとか、人との出会いとかいろんなこととの出会いがどんどん変わっていくように思います。そんな事で現在があります。

このように何かを見るという場合には、個性的な自分なりのイメージを持った私というフィルターを通して、無意識のうちに選択的に見えています。自分が関心のある物を見落とすことは少ないですけれども、自分があまり関心のないものについては、意識化していないために、見れども見えず、聞けども聞けず、まあ、あんなこと言ってるわ、聞いているわと…全然通り過ぎていく、そういう事がどんどん起こってると思います。同じ事を聞いて、同じ空気を吸っているのに全然違った事を考えて、全然違った様に動いているというあたりのところが本当におもしろいなと思うのです。

私自身はそういうことで、不十分ながらも学生に関わる自分自身の在り方を問い続けながら、できる限り学生の個性に目を向け、学生がどのように自分自身に関わらせれば、家族やクライアントの状況、家族が体験している援助を要する、又は求めているニード、……これはウィーデンバックが need - for - help という風に言っていますが、この場合、単なるニードというのではなくて、その体験があってこの言葉がピンとくるというふうに思うのですけれども、正しく理解し、近づいていって適切な看護援助ができるように、学生自身が存在の仕方に焦点を当てて臨床

実習が展開できるように考えています。

ここでクライアントが援助を求めている風に表現し、このことにこだわっていますのは、現実的にあまりに医療サイドから導かれた患者の基本的ニーズに沿って、私達は動いているのではないのでしょうか。医療サイドの視点ではなくて、患者自身の情緒の視点、それから自分の患者の体験しているニーズと医療者が患者がこうであろうと思っているニーズとはずれている。ずれているのは私は当然だと思います。ずれているのがいけないのではなく当然なのです。私達は専門家として見ている目がある。患者は生活者として体験している。普通の人間として体験している。だからそれは当然なのです。だけれども、ずれがあっては看護は進んでゆかない。だからそのずれをいかに縮小していくのかというあたり、完全にずれをなくすということはむずかしい。ずれがあるからこそ、次へのそれをバネにして、糧にして踏みこえてゆける。ずれがあるからこそ非常に有効だ、またそれをプラスの意味に位置づけられると思うのです。それは当然だと思うのです。

医療サイドから推測されたニーズをクライアントのニーズはこうだというふうに混同しまして、意外と押しつけになることがあると思うのです。そして、クライアント — 援助者間のずれがあるし、あまり言うことをきかないし、いろいろこちらの思い通りにゆかない、あの家族はおかしいとか問題だとか、あの患者はおかしいというふうな形でどうも見がちな部分が、臨床場合には多いのではないだろうかというふうに感じます。

クライアントと援助者間のずれの起こる原因には、知識がないということが一つ大きな理由としてあります。不十分なデータ、見落とし、思い込み、失念、説明不足、価値観の違い。学生なんかみえますと、価値観の違いとかゆとりのなさとかいったことが多いようです。もともとクライアントと援助者の年齢とか生育歴、環境などによって立つ背景が異なっているのですから、ずれがあるのは当然のことです。避けて通ることはできないものだと思います。

そういったことで、概念として使えるとすればずれを肯定的に受けとめていく必要があると思います。そして縮小する努力を積み重ねてゆく。学生が看護実践の際にゆき詰まるのは、知識のレベルにおいてではありません。クライアントとの関係においてゆき詰まっていることを見る人が多いようです。クライアントの気持ちがあかぬで逡巡することが多いようです。「あなたには来てもらわなくてもいい。」とかいうことも劇的に起こってくるわけですが、そこが乗り越えられないと次への看護展開が望めませんし、援助効果も期待できません。クライアント — 援助者間にずれの大きい場合には、一般的に問題の所在をクライアント側に求め、問題の患者が問題かというふうに見がちですが、そういうふうに見る限りにおいては看護は進んでいかないとはいえ言えると思います。

クライアント — 学生間のずれをできるだけ縮小するためには、学生自身がどのようにクライ

エントの前に存在しているのかをできるだけ客観的に明確にすることが必要であるというふうに思います。それで学生がクライアントに対してどのように存在しているかを知る手がかりとして、私はウィーデンバックの提唱しています再構成 — 皆様御存知だと思いますけれども — それを用いております。看護場面を再現してそれを検討しておりますけれども、自分自身とかクライアントの全体像、問題点がよく見えるようになり、かなり有効というように思います。私自身は臨床実習にも関わっておりまして、小児看護ですから3週間しかありませんけれども、最初よりはかなり見方が変わりますし、かなり動きが違ってきまして、関係がうまくいき、ドラマチックに非常にいい解決というのか、いい援助につながるが見られます。

再構成によりクライアントに向いている学生自身の在り方がはっきりしまして、はっきり見れども見えず、聞けども聞けずという場面が本当に驚くほどはっきり出てきます。学生は自分の陥り易い傾向に気づきますと、クライアントに対する見方だとか自分の態度が変容していきます。その過程で同時的にクライアントと学生間の良好な関係が整えられまして、クライアントの置かれている情緒体験が理解でき、クライアントの全体像とか問題が見えてきて、何をしなければならぬのかというその場に応じた看護概念を活用しながら、学生自身が考えられる、教師がこうしろというのではなくて、私達がちょっと思いつかないようなことまで見えてくるという部分がありまして、「あゝなるほどな」というふうに一緒に成長させて頂いているわけですけれども、そういうことがわかってくるような状況があります。それが看護援助の方向づけとなりまして、看護効果につながっています。

全体像を把握する場合には、ニード論とか、ストレス理論、発達理論、家族理論、相互関係理論、適応理論、システム理論とかいろいろあるわけですが、特に小児の場合には発達理論とか母子関係理論などを使いますが、使うものはその場面によって全然違うわけですから、そこでうまく使うためには、自分自身の存在がよくととのえられてないとなかなか使えないと思います。

現在はハイテック、ハイタッチの時代を迎えまして、高度な技術、高度なタッチ — 人間的な配慮 — になるわけでありまして、臨床場面においては、技術万能のような状況を呈していますけれども、今は認知レベル、学識者というのが非常に重要視されており、技能者、技術者が珍重されている時代ですけれども、阪大の中川米造先生は、数年後には一番大事なものは態度が変わるだろうというふうに、今津野さんも言っておられましたけれど、そういうふうにはっきり明言しているわけです。このことは疾病構造の変化とか、高齢化社会の到来からも推測され、疾病を持った老人とか慢性疾患の患者がハイテックによって劇的に、ドラマチックに治っていくということは難しく、あちこちに障害を持ちながら老いを養いながら地域と家庭で自主的に自立的に生活していく人がどんどん多くなっていく。その時に安らぎとかくつろぎを与えるの

は看護ケアだと思います。

人間は如何に生きべきなのかといった哲学的なそういった問題までもナースが答えていかなければならないという状況に置かれると思います。

純粋科学でさえ絶対的真理が危うくなっている時代に、今までこうであったからこれからもこうであろうということが通用しなくなっている時代を迎えていると思います。いろいろな知識、情報を得ることは益々必要となってきますが、それだけに頼ることのできない、そこからはみ出るものも予測されます。だからこそ学生自身が自分で見られる確かな目、見方、判断力を大事に育てたいと思っています。看護概念が観念でなく、頭でなく、身体でわかり、生きた自分の言葉で表現できるように実習上で出会う一つ一つの場面に、誠心誠意、誠実に関わって学んでいくその積み重ねが最も大切な事だと思っています。

私自身の現時点における看護概念というのは、いかなる場面におきましてもクライアントが可能な限り自分自身で自己の健康のレベルアップを計ることによりまして、人間的な可能性を増大し、よりよく豊かに生きるために、援助者自身の全存在を道具として用い手助けしてゆくものであると思っています。そしてその人がその人らしく、よりよく豊かに生きるそのための健康保持・増進・回復に置かれる……健康そのものが目的でなくて、よりよく生きるということに置きたいと思っています。そしてこのことは障害のある場合におきましても、また老人におきましても、死に臨んで将来回復の可能性が残されていない場合におきましても、豊かで人間らしくあることを含んでいると思います。

現在のようなハイテックで混沌とした時代には、看護に対する社会の期待は非常に大きくて、今後ますます人間性への配慮が求められると思います。教師も学生も人間的に豊かで、よく生きるということはどういうことなのか、自分自身の存在を問い続けながら、看護概念枠を深めて広げていくことが大事ではないかと思っています。

公衆衛生の立場から看護概念を考える

千葉大学看護学部

中 島 紀恵子(4回生)

私が公衆衛生の立場からという場で、ここで話すことを求められたのは多分、私が看護大学の基礎保健学講座に所属しているからでしょうか。立場からみれば、卒業生として確かにこのテーマに答えていかなければならない義務があると考えてお引き受けもしたのですが、今日のテーマ「看護概念を考える」というところで、日々教育にいそしむという立場から遠のいていることもありまして、大へん緊張しております。自分自身無理をした発言をしても、しょうがないので、今ひたすらに関わりを持っているほけ老人に対して、私が何をしてきたのかということを通して看護概念を整理してみようと考えているわけです。

話の順序は、表1に示した方法で進めていくつもりです。これを、ほけという問題に取り組んできた私の看護過程というふうに見て下さって結構です。

1 (かかわりの動機) 2 (疑問と対象の説明) 3 (活動方法の選択) 4 (援助に必要なシステム)

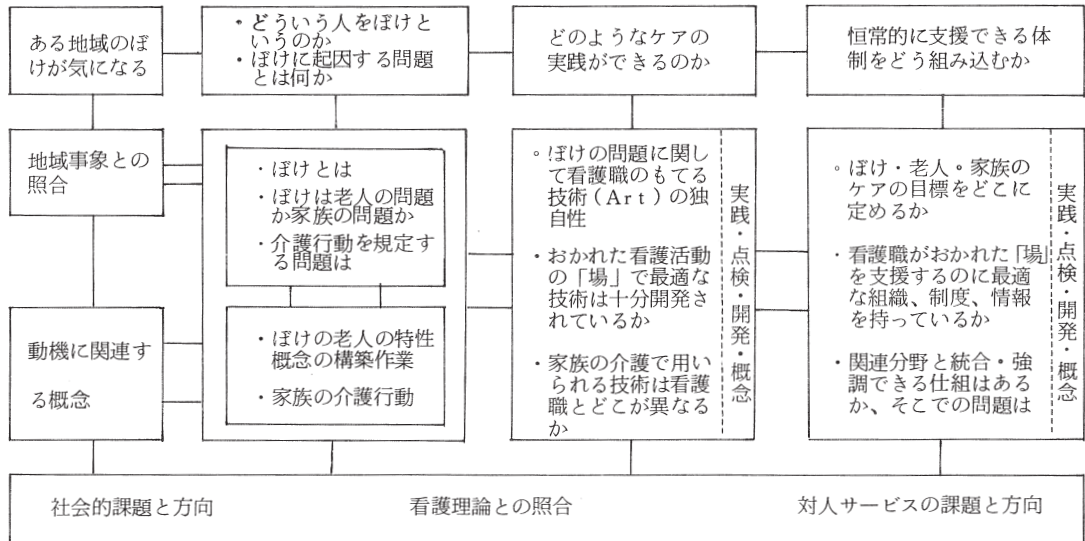


表1. ほけの老人への実践と研究のノートから (K. Nakajima, 840609)

1. かかわりの動機

私にとってぼけ老人との出会いは、偶然ではありません。なお、抄録の他に資料をお配りしてありますが、今日はこのひとつひとつについて、ここで説明している時間はとてもとれそうにありません。説明しなくても流れがわかるように話そうと思いますので、後で、御ゆっくりと御覧頂きたいと思います。

私の最初の出発は、襟裳岬のある襟裳町の駐在保健婦でした。昭和33年のことです。33年と言いますと、急激な高度経済成長期でして、田舎の若者達が都会へ都会へと、激しく移動していった時期です。襟裳町もまさにそういう現象がございましたが、その最中に私は駐在したのです。この町は、人口1万2千人足らずで、湾岸に人口の7割が昆布採りと小さな漁業を営んでおり、あと3割位が、その後背地区の開拓部落の住民でした。私は、ここに約3年勤めたのですが、これが原体験です。これがずっと尾を引いて、今、ぼけの問題に頭を突っ込んでいるわけです。当時この部落は、無医部落をいっぱい抱えておりました。けれども、また若者達も結構いたし、いろいろな組織活動もありました。私などもこの町に行って、文芸クラブや歌うサークルを作ったものでした。ところが、勤務して3年位の間に本当に若い人がいなくなりました。そして見事なほど老人と女と子供の町に変わってしまいました。

それから約10年後、私は千葉の団地の中に、あの時、町を出た若者たちの幾人かが様々な人生の競争に打ち勝って住んでいるのであろう姿に出会ったのです。

それより少し前から、公衆衛生領域では、地域に対する診断と治療に関して熱い論議をしていました。

公衆衛生とは、〔資料2〕にあるように1952年にウインスローが示した概念に尽きると私は考えていますが、それへの方法論を巡っての論議です。当然、地域の測定と基準、活動計画技術といったことを巡って、地域とは、といったことが論議の中心ですが、このような論議は先に述べましたような、私の体験からも大変面白いものでした。それで団地という地域〔資料1〕で活動する保健婦と一緒に、地域の健康レベルを〔資料4〕のような考え方に基づいて測定をし、保健婦活動の基準となるものを探ぐろうということになり、これまでの保健婦の活動や実践の見直しをしたり、調査をしたりして来ました。ここからは、新たな発見をいろいろしましたが、これを話していると余りに話が逸れてしまいますので省略します。

私が、この団地地区（人口約5万5千）に入ってから気になって仕方が無かったことは、この団地人口の0.5%にしか満たない老人たちのことです。老人が異常に少ないという地域の異常さが、また少数の老人たちの生活が気になったのです。住んでいる大部分の老人たちは3Kあるいは3DKの親子3～4人の家族に郷里から引き取られて同居した70才以上の無配偶女子老人がほとんどです。大部分の老人が、専用の部屋を持っていましたが、専用室があるからと

って自由なのではありません。むしろもともと狭い住居の一室を独占したのですし、それしか平安に暮らせる手を見い出せないという前提の上での専用室ですから、それ自体が老人や家族葛藤の芽をはらんでいるわけです。こうしたことの回避なのでしょう。この老人クラブの加入率は、非常に高く、週4回1日中開いています。ここでは、これといったプログラムはありません。足を延したり、真に1人になったり、いわゆる近所づきあいの出来る場として、老人たちが知恵をしばって立てたプログラムが、プログラムを作らないというプログラムだったわけです。これには大いにお教えられました。この老人クラブに、私は1年半以上断続的にではありますが、かなり濃厚に関わっていたのですが、始めのうちは何もしない老人にいらいらしまして、この老人クラブを目的プログラムをもって活発にさせる手はないものかといまから考えると実に独善的なことを考え、何かと提案し、試みていました。老人たちは、そうまで一生懸命な人に何か手伝ってやらねば悪いとも思ったか、気の毒に思ってくれたのでしょう、一時協力はしてくれましたが続きませんでした。この恥かしい体験は、後にぼけ、ねたきりの老人と深い関わりをもった上で、大変貴重な体験でした。

団地ではねたきり・ぼけは、本来暮らせないということでしょうか、その数は2つの疾患合わせても10ケース足らずというものでした。当時、この地域の保健婦さん達は6万の人口を3人で担当していましたが、問題の焦点はこどもと、主婦(若い主婦に不定愁訴が非常に多かった)でした。この関わり背景には団地という画一的な地域環境が大いに関係していたことでした。ともかく少数派の老人には手がまわりませんでした。これも集団の公衆衛生的なアプローチであれば大きな問題を解決していくことを大事にしなければならないのが致し方ないことでした。それで老人の方は、私が主に担当する役目にしてもらったのです。実は私は臨床看護の経験がございません。褥創のケアも学生時代にやったかなあという程度のことでした。多くのことが、初めての臨床体験でしたから、一つ一つの学習から手さぐりのケアを始めなければならなかった。それを通して、私は看護をする実感と経験を改めて持てたということでした。「あゝ私のこの実感は看護概念に照すと何だろうか、人は何とっているのか」というようなことに、耳を澄ますことになったのです。いろいろな看護理論が私の体験を通して追試されるようになりました。中でもオレムの看護論には共感を多く覚えました。「看護の仕事に関する次元は、セルフケアの焦点から得られる。セルフケアが、もしそれが治療的なものとみなされるなら、生命過程を維持するのに役立つ総合的な機能を保持し、正常な発達を促進し、また疾病と障害及びそれらへの影響を予防又はコントロールする。」オレムがいつているように老人といえども治療的セルフケアが適確になされれば、セルフケアの力を再び回復することを確実に知りました。しかし、如何せんぼけだとかねたきり高令老人ですから、1つが改善されるともう一つが悪くなるわけですし、少しずつ終末に向います。家族のモチベーションもその

たびに揺らぎます。私も動揺するし、しんどい。入院させるべきではないのか、入院したとして何が期待出来るか、こんな時ヘンダーソンの「個々の人々が健康や疾病より回復するために、また死に直前したときには、平和な臨終に役立つよう行動すること」の言葉が何度も頭をよぎります。

ぼけの場合は、ねたきりよりもっと苦しい選択を迫られました。どうしていいのか、本をみても、Drに聞いても、ほとんど分かりませんでした。また、改善が必要なのは、医・福だけではありません。環境そのものでもありました。ぼけはまさに難病〔資料5〕中の難病だという思いを強くしました。そんなわけでぼけの老人との関わりでは、私も迷い、不安になり、そして家族の悩みを聞き、家族が成長していく過程あるいは家族がやっぱり落ちこぼれていく過程というものにいっぱい出会いました。

こんな苦しいケアをしている人が全国にどの位いるのだろうか。本当は、どんな病気なんだろう、またぼけのケアにおける理論あるいはシステムの構築は、ひょっとして近い将来の公衆衛生、あるいは公衆衛生看護に、何らかの足跡を残すのではないか、そんなことを考えながら少しずつ深みにはまっていったわけです。といいますのも、公衆衛生は、循環器管理の滲透によって、脳卒中発作の防止、中でも中年期の脳卒中者の減少に大変な貢献をして来たのですが、この活動が、そのまま高令者の脳卒中に適用するとはいえない兆がみえており、高令社会に向けては疾病管理ではなく、文字通り Health Care を志向しなければならない時代にきているからです。ですから公衆衛生の戦略的目標を“早死に防止”から“すこやかに老いる”に変えつつあるからです。

公衆衛生看護は〔資料3〕の6行目以降に書いたように、アメリカも日本も、公衆衛生と看護理論を総合させたところで、その実践を計画的に推し進める活動ですが、これも、公衆衛生の迷いが大きければ、公衆衛生看護はもっと迷うという状態でしたし、特に〔資料6〕に示すような、地域看護概念の登場役は、益々この迷いを大きくしているように私には見えていたからです。

こうした、大きな波のうねりは、高令化社会におけるこれからの要援護、あるいは要養護老人の増大に密接に関係することで、これに鋭敏に反応する学問基盤——疫学、人口学、政策科学——を公衆衛生学は、そもそも持っているからです。

2. 疑問と説明

さて、“ぼけ”に出合ったころの私は、ただやみくもに、人の意見や本を読みました。そして、まず困ったのが、“ぼけ”の概念の違いでした。読んでいるうちに訳が分からなくなるといったことが起きたのです。たとえば、ある人は、ぼけと痴呆を同義語として扱い、ある人は、

ぼけを痴呆の前準備段階としてとらえて、ぼけは老化で疾患ではないといい、又ある人は、ぼけを痴呆状態の総合概念としてとらえる。さらに、ある人は、老年期の精神衛生を強調し、又ある人は老化それ自体に意味を見い出すといったふうです。

こうした、私の混乱が、医学者にとっても大問題だったのだ、ということが分かったのは、1981年柄沢昭秀氏が書いた「老人のぼけの臨床」を読んでからです。この本は、“ぼけ”ということばが、大衆語としてではなく、医学用語として示されたという意味でも秀れた著書だと思います。この中で、ぼけを“正常化”の範囲を超えて日常生活に支障をきたすほどの知的衰退がみられる状態だといい、その状態においての原因の明・不明を問わずにだといっています。

氏のこの概念ですと、医学的な病因論的診断アプローチに余りとらわれずに、「ぼけの状態」を、看護学的にも云えるわけです。すなわち「ぼけ状態の中核をなす精神・身体的不全状況には「知能低下」「精神症状」「身体活動の低下」の3つが相互に関与しあって、セルフケア能力の障害を派生している状態」というように。そうした状態に有りながら日常を暮している老人をどう評価し、ケアをすれば、老人の不如意な生活を援助出来るかといった課題を生み出しやすいはずです。これは、オレムのいう治癒的セルフケアの実践に重なるのですが、私の場合はそれを地域で確立するという方向になるわけです。

しかし、その方向をさし示してくれる看護の先行研究は、精神症状別看護に関するものが、ほんの少しあったに過ぎませんでした。そこで、全国のぼけ老人をかかえる家族を対象に1981年と1982年の2回にわたる調査を行なって、どんな老人を、どの位の期間、誰が、どんな家族構成の中で、介護してきているのかといったことを調べました。この調査とその少し前に行なわれた東京都の疫学調査を合わせると、地域にいるぼけ老人とその家族の実態がある程度浮き彫りにされてきたわけです。この調査からは、もう1つの新しい発見をしました。それは、ぼけの主要症状——ぼけを構成する要素となる記憶、失見当識にかかわる症状は別として、その他の副次症状は、ぼけの中心像ではないのではないかということです。このことは、ぼけの状態を修飾する環境の大きな介入を示唆するものです。これは、経験的に知られていたことが、ある程度、客観的にとらえられたということなのですが、環境の介入の中心はやはり人間関係であろうとの予測もっています。それも、5年前から私が、私の研究室に設けた電話相談のケース分析によって、介護家族が介護行動決定に関する力動が少しずつ明らかになってきたことと平行して、確かな予感があるという程度ではあります。このように今、私は老人へのアプローチと老人を取り囲んだ家族一対の力動というこの2つの課題に大変関心もっています。このように、動機づけられてきたプロセスにおいて、振り返ってみますときそれはまさに“ケースから学ぶ”に尽きるのですが、しかし一貫した知識体系の中で考えるよう

私を導いてくれたのは、アッカーマンの家族恒常性、維持機能論です。アッカーマンの、この考えもキャノンの恒常性理論から生み出されたものには違いありません。キャノンが症論や行動科学分野に大きな影響を与えていることはご承知の通りです。

3. 活動方法の撰択

診断とケアが、結びつかないということは、医学的アプローチでは、まあ普通のことと考えても、医学者から怒られることは無いと思いますが、看護が、その末端にいて、医学的診断が無いから、ケアが出来ないというのでは困ったこととなります。看護は、基本像（オレムに云わせれば成人になれば、統合された人格のもと、セルフケアは確立している。）から現在像を、生物的・心理的・社会的に評価し、欠落しているもの、欠落しているけれども補完できているものを洗い出し、修復像にむけて看護技術を適用する過程行動ということになると思います。現在像の何をどう評価すればいいのかがつかめなければ簡便、最適な技術は出しようがなく、それがなければ、活動はしていても実践活動（主体の定められた過程や照準となるものに従って活動を遂行する）にはならず、その限りにおいて当事者を含めてかかわりをもつ人々がでんでんバラバラな活動になってしまいます。それだけでは、少なくともチームでケアの実践の計画をたてて活動するには不十分で今、私もぼけの能力の評価にふさわしい評価項目を精選していく作業を始めている段階ですが、色々な人がこの課題に研究的にかかわってくれるといいと切望しているところです。

4. 援助に必要なシステム

これら技術の開発、改善は、看護実践の中心ではありますが、公衆衛生、あるいは公衆衛生看護活動の場は、地域であり、地域のぼけを防ぐ、あるいはぼけを支えることにもう一つの目標をおこななければなりません。ぼけの保健活動は、ぼけのために以下4原則がまとまりをもって恒常的、統合的に進められるということです。そのためには、ぼけの老人と家族と関わりをもつ人々が、「問題を共有する場」を少なくとも4つは作る必要が出てきます。1つは地域の人々が、自発的、自主的な援助組織を作って活動できる場（家族の会など）、2つは、サービスを直接的に提供する人々がサービスの受け手と出会い問題を共有しながら活動を繰り広げられていく場（相談、面接、デイケア、訪問看護、その他の恒常的な支援体制をもってサービスを提供できる場）、3つは、このサービス提供する側の人々が各々の現在の状態をめぐって討論し、次の活動計画を組み立てる場、4つは、それをコントロールし、一方で政策に反映させる場です。現在、その1つ1つについて実践を通して見直し、全体としてのシステムのあるべき方向を行政レベルから探る作業にも関わっているところです。

(報告書をまとめるに当たり、当日発表した内容の是正と加筆を心よくお許し下さいました学会事務局に感謝いたします。)

——資料 1——

〔その1〕 全国の性質を異にする都市や市町村および企業の保健婦活動のレポートを点検し、地域を以下のように定義づけた。すなわち、その地域の生活手段や文化の同一性を前提とした地域空間において住民側と看護側が、ケアに対する共通の動機と利益を目的として機能する意志的結合の「場」。共通の動機、共通の利益とは、健康—不健康の連続的生活過程における生活利便性の追求である。

中島紀恵子，地域変貌と健康問題，宗像恒次，中島紀恵子編集，「地域と人間の科学」，講座 看護の人間科学，第2巻P39，垣内出版，1982

〔その2〕 地域 (community) : 「地域とは地理的な境界および共通の価値基準や利害関係によって決定される社会的な集団をいう。地域の構成員は互いに知り合っており、構成員の間には相互の交流がある。地域は、特定の社会構造の中で機能し、ある種の規範、価値観、社会的な慣習を示し、またそれらをつくり出す。個人はその家族や地域を通じてより大きな社会に所属する。

WHO 専門家委員会報告書，松野かほる訳，地域看護，日公協会，1976

——資料 2——

公衆衛生 (public health) : 「公衆衛生とは、次のような地域の組織的努力を通して、疾病の予防、寿命の延長、身体的および精神的な健康増進を図るための科学であり技術である。すなわち環境衛生向上、地域汚染制御、個人衛生の理念に関する教育、疾病の早期診断と早期治療のための医学・看護的なサービスの組織化、地域の住民一人一人に、健康を守るために必要な生活水準を保障するような社会機構の開発、などである。

Winslow, O.E.A.: Man and Epidemics. Princeton, N. J., Princeton University Press, 1952, P30

——資料 3——

公衆衛生看護 : 1980年、アメリカ公衆衛生協会公衆衛生看護部は公衆衛生看護の定義と役割に関する所信表明書を発表した。これによると、ヘルスケアのプログラムの全体的な変化によって地域全体の予防的サービスの困難やヘルスケア組織における意志決定にかかわる人材養成の急務、また、さまざまな専門看護の登場と競合によって、あらためて公衆衛生看護業務の本質と役割を明確にする必要があったためという。表明書は次のように定義している。

「公衆衛生看護は、地域全体の健康レベルを向上させるために、公衆衛生学と専門的な看護理

論の知識体系を総合した学問である。公衆衛生看護の中心的目標は一次的な疾病予防と健康増進であり、それは公衆衛生看護実践の基本である。この目標を達成するために公衆衛生看護婦は、多学問領域からなるチームやプログラムの中で働くばかりでなく、集団や家族、個人とともに働く。疾病や障害や未熟児死亡のハイリスク・グループの中の特定のグループ(集合)を明確にし、これらの人々に資源をふり向けることは、公衆衛生看護の目標達成のための最も効果的なアプローチである。」

また、「“公衆衛生看護”という呼び名は、この特別な実践領域を示す言葉として用いたい。なぜならば、その実践に必要な知識は、公衆衛生学と専門的な看護理論との総合体であるからである。」という。

次のような指摘も興味深い。

「しかしながら、しばしば見落されることであるが、もし公衆衛生看護事業を可能な限り最大限に実現しようとするならば、1つの重大な要因を考慮し、それに対処する必要がある。すなわち、歴史的にみて公衆衛生プログラムは数が少なく、また性質の点でみな類似していたということである。公衆衛生あるいは公衆衛生看護は、これまでのところ、管轄する地域全体の人々の身体的・環境的な健康を守るための法的権限を持つ公的保健機構においても、現在の社会に特徴的である私的あるいは奉仕団体の保健機関においても、ほとんど同義のものであると考えられてきた。しかし、今やそのような単純な考えは通用しない。現在では非常に幅の広い領域にわたる公的・私的、あるいは会社組織による保健サービスが存在し、ヘルスケア・システムの中でふえつつづけている。」

「この所信表明は、公衆衛生看護が行われている地域を基盤にしたヘルス・サービスが、どのようなものであるかによって、公衆衛生看護の範囲については現実的な幅のある対応がなされるべきであると勧告するものである。

The Definition and Role of Public Health Nursing in the Delivery of Health Care. 小玉香津子, 高崎絹子 訳, いま改めて看護とは, 日看協出版会, 1984

——資料 4 ——

地域の健康(レベル)(community health): 「健康とは、人間と環境との間における相互的な関係の結果である。地域の健康レベルは、人間とその環境との相互作用およびそれらのヘルス・サービスの効果によって決定される。したがって地域の健康レベルは、その地域を構成している個人の“健康状態”の単なる総和ではない。」

Pan American Health Organization: Teaching of community health nursing, Washington, 1976, Scientific Publication # 332, P.4 文献は資料3にもとづく。

—— 資料 5 ——

難病が総論として公的に取り上げられたのは、昭和47年4月、衆議員社会労働委員会においてである。この席上、白木博次氏は、難病を次のように証言した。「原因の明・不明を問わず、その状態の深刻さ、つまり社会復帰が極度に困難か、それが不可能であるという事態からみても、また日本という特殊な風土とのからみあいにおいても、医療・福祉、また社会のいずれからも疎外されつつけているという現実を加味した、医学的・福祉学的・社会学的総合概念にはかならない」

中島紀恵子・難病，看護ミニ辞典，看学誌41(6) 1977.より

—— 資料 6 ——

地域看護：この言葉は、R.フリーマンが1970年に出版したCommunity Health Nursing Practice によって知られるようになったようである。わが国では小林富美栄氏が独自の考えをもってその実践の具体案を提示してきた。

だが1970年後半はまだ

(イ) 地域の場に要求された技術を深化させて活動理論を打ち立て、そのことを通じて総合看護概念を確固たるものにする。(ロ) 地域住民ニーズに沿って看護サービスの形態を追求する。
(ハ) これらの必要性を、看護者全体が認識するようにする運動、こうした幾重もの意味内容と方向性をもって展開されている看護実践といったあるべき方向における模索の段階であった。(中島紀恵子，看護ミニ辞典，地域看護，看学誌，41(3) 1977.) その後、施設および地域に役立つ保健(Health)効果という前提から計画に参加した看護実践が、除々にその効果をみせはじめている。私は以下の概念を考えている。すなわち、サービスの担い手である看護職が受け手の利便性、包括性、適格性、敏速性の諸原則にかなって組織・資源(自己資源を含む)・情報を組立てサービスを提供する実践志向。

文献

- 1) 中島紀恵子；老人をめぐる家族の現状——団地住民を中心として、宗像恒次、久常節子編集「家族と看護の人間科学」P133-153、講座、看護の人間科学 巻1、恒内出版、1982.
- 2) 井上弘子、土屋尚義、金井和子、吉田伸子、中島紀恵子；呆け老人に関する文献的考察、日本看護研究学会6(3) 63-72、1983.
- 3) 中島紀恵子、斉藤久美子、月橋ユカリ；呆け老人とその家族の実態——呆け老人をかかえる家族の会の第2次全国調査；保健婦雑誌、38(12) 962-999、1982.
- 4) 中島紀恵子、斉藤久美子、ぼけ老人をかかえる家族を対象とした電話相談の分析、第25回

日本老年社会科学会、P54、1983.

- 5) 斉藤久美子、中島紀恵子、月橋ユカリ；老人の呆け状態と日常生活動作との関連について；公衆衛生学会総会、29(10) 695、1982.
- 6) 斉藤久美子、中島紀恵子、診断別にみたぼけの状態像の検討、第25回日本老年社会科学会、P62、1983.
- 7) 永田久美子、中島紀恵子；ぼけ老人のセルフケア能力の障害評価に関する一考察、公衆衛生学会、1984年発表予定。
- 8) 中島紀恵子；在宅ケア・施設ケアの接点としての「家族の力」、病院、41(11) 991-995、1982.
- 9) プライマリーヘルスケア(Primary Health Care)；1978年にWHOとUNICEFの共催によるアルマ・アタのPHC国際会議において、世界的コンセンサスを得て採択された概念で一言でいえば、essential health care(最も基本となる本質的な保健活動)のことで、地域の人々の最も重要な保健問題を最優先にとりあげ、その計画を地域発展計画に結びつけて総合的に立案し、その過程の中で地域に最も合うケアの方法を導く実践活動のシステムが指向されている。Caprioは以下の4つの原則、すなわち
 - (1) 提供されるヘルス・ケアは、住民のニーズに対応していること——ニード指向性のある保健活動
 - (2) 住民は個人的にも集団的にも、ヘルス・ケア活動に参加(community participation)すること——住民の保健活動への主体的参加
 - (3) 利用可能な「資源」は、有効かつ効率的に活用すること——有限の資源の最大限の活用
 - (4) 地域の包括的保健システムの基盤をなすPHCは、そのアプローチにかかわる資源の協調と統合をはかること——保健活動における協調と統合

丸地、中島らPHC研究会では「活動の場」と上述の4原則の構造を理論化し、いくつかの見直しを行った。

丸地信弘編集；保健活動〈見直し〉の理論と実際、医学書院、1981.

質 疑 応 答

司 会：それでは4人の方々それぞれが、立場は異なり、経験も異なりますけれども、そういう中での話に基づきまして、これから質疑に移りますけれども、どなたかということをご指定していただいでご質問あるいはご意見を出していただきたいと思っております。活発にお願いしたいと思います。

それでは如何でしょうか。もう2時間もまわりましたけれども、さらに予定時間をオーバーいたしまして申し訳ございませんけれども、後50分を是非有効な時間にしたいと思っておりますのでそれぞれのお立場で経験なさっていらして今までのこの発表の中で「あらっ」と思われることあるいは「もうちょっとつっこんで聞いてみたい」と思われること、いろいろおありだと思っておりますので…… 如何でしょうか。

岩 田(10回生)：高知市で南海中学校に勤めております10回生卒の岩田と申します。学校保健の立場から伊藤先生の方に将来の参考にさせていただきたいと思っておりますので2点ぐらい質問したいと思いますのでよろしくお願いいたします。

今日の伊藤さんの学校保健の立場で発表された看護概念ですけれども、前々回の第8回の学会の時に津島ひろ江さんという方が養護教諭の職務の中で看護を考えるという発表をなさったと思いますが、その中に養護教諭の独自の活動とか、そしてその活動領域、そういったことを述べられておりますが、その内容としましては今日伊藤さんが発表されたものと非常に重なって同じような面がありますが、津島さんは最後にこれからの養護教諭のあり方を考える中で仮称としまして「養護学」というようなことをおっしゃられて結びをされたわけです。そしてそれと関連して、今日の伊藤さんの発表を聞いている中で「養護学」を既にご自分の中で打ち立てられて、そしてそれを越えたなかで学校保健という大きい立場で活動されているように非常に見受けました。そしてその意味から言いますと、児童の変容の事例としまして、朝の体操を実践しているいろんな形で、嘔気を訴える生徒が減ったとか、ベットが空の状態が続くようになったとかというような変容の仕方を目の当たりにされていることとか、またフリッカーテストを利用して科学的な医療活動による教職員指導と申しますか、そういったことの実践例が先生の今までのまたこれからの大きな学校保健推進のエネルギーになっているように受けとめまして、私も非常に力づけられたような気がいたしております。

それで次に質問するわけですが、私自身も20年余りの学校保健の仕事の中でも健康診断をのばすとか、予防接種をうまくやっているとかそういったものは、自分の仕事という以前に事務的な処理だというように扱っているわけです。そういったことで、やはり伊藤さんの今日の発表と私の思いと非常に合致したところでして、そんななかで主体的な学校保健を計画されて

一冊の本にされておりますようですが、その中で保健室で行なう個別、傾向別指導の中で6つ位小さい丸で挙げてありますが、肥満児に対する食事指導や生活指導や視力異常者に対する目に良い生活の点検指導…… こういったことをどういう時間帯で、どういう方法で実践されているのかそういうようなことが質問の一点です。そして二点目は、私自身が今一番問題として抱えています最後に挙がっている情緒不安定児に対する教育相談活動…… 私は中学校ばかりの勤務経険でして現代ではまさに揺れて荒れる中学校のまっただなかにおりまして、毎日過しているわけですが、この情緒不安定児に対する教育相談活動の具体的な事例がもしございましたらお聞かせ願いたいと思います。

伊 藤(9回生)：はいわかりました。あの養護学がまだ自分の中に確立しているとは言えないですけども、今岩田先生がそういうふうに見ていたたいまた力強く頑張りたいと思います。それでは質問の一点ですけども、時間帯、確かに学校という所は教科中心の学校保健をどれだけにして学校保健活動に乗せていくかというのは、どこでも非常に苦勞しているのだと思います。私の場合には学級指導という時間、つまり最近是指導要録に変わりましたから自由裁量の時間というのができたわけです。それで私の学校では年間12時間そういう時間を活用したり、それから特にそういう個別指導の場合にはただ月に一回とか、何カ月に一回というわけにいかないで、放課後の時間に集めてみたり、あるいは休み時間に集めてみたり、あるいは体操をさせる場合には何週目の何曜日…… 一週間のうちの水曜日のお掃除が終った15分間など。あるいは視力異常者に対する点検指導も点検カードを渡して家庭でやらせて持ってきて所見を書いて返す、そして視力を測る、そういうような細かな時間を小刻みですけども継続的に使えるようにしてやっています。ですからこれは学校の課題ですね。いろいろ実態において工夫すれば、絶対に不可能ではないと考えています。今年は健康相談の日をきちっと組みまして、朝から夕方までの間にこういう子供に資料を渡したり、指導したりという時間も学校の中に位置づけてあります。

次に情緒不安定に対する指導ですが、これは時に中学校における荒れる保健室ということで大分アピールされていると思います。カンファレンスということがものすごく興味の中心となっております。カンファレンス指導における養護教諭の業務が大変増えていますが、私の学校では生活指導部という所が学校の中でいわゆる問題になった子供達を全部ピックアップして、それを事例研究として学校の中で展開して皆さんの中で意見を出し合うのです。その中で、例えば登校拒否の子供がいたらそれはどうも保健室から入った方がよいから、養護の先生に第一の窓口をお願いしたい、そういうふうな関わりをもってきますから私の方も保健室で預かりながら、父母のコンタクトをつけて担任との橋渡しをしながらやっていく自由を持っています。

一番辛かったのは何年か前でしたけれども、1月から3月までかかって全然改善しない登校

拒否児が毎日泣きながら保健室で預った例がありますが、この子の場合には預っているうちに問題の原点が見つかってきて、担任との関わりが一番の理由だとわかって割と簡単に私の指導というより担任を替えるというような余りいい結果ではないけれどもそういうことで変わったという事例があります。以上です。

野 島（1回生）：1回生卒の野島です。養護教諭をしております。まず伊藤さん、次に中島さんに質問させていただきます。その前に、本日の4名の提言をうかがいまして、誠に本当にレベルの高い提言に圧倒されたというかびっくりしました。これはやはり本当に今までのキャリアであるというものをひしひしと感ぜられますし、洗練された非常に知識と感覚というか、単に専門分野の追求だけでなく本当にこの10年、20年、30年という長い間に積み重ねられた、自然科学から文学、さらに哲学というこれはやっぱりそういう長年の学習というものが、どんなに陰にそういう専門分野以外での学習を踏まえている、これは私の独断かもわかりませんが、そうでなかったら今日のような提言はできないのではないかという風なことを非常に感じたわけです。やはりこれは私達の看護科からの卒業生の誇りにできる方達であるという、こういう立派な先輩達、仲間達が多いということを楽しく思いましてそれをまず申し上げたいと思います。

それで伊藤さんお願いいたします。非常に大変ですけれども、提言の中で学校保健の進めていくためには組織活動が大事と言われましたけれども、具体的にあなたの学校では、健康教育を学校で継続的に取り組む場合にはどうしてもその学校の教育目標の一環として取り組むことが必要であると、そのためには組織的な活動でなければならないということですが、その組織のスタッフはどういう風に構成されているかということ、そしてどういう風に分担して進められているかということをお伺いしたいということです。

それから中島さんに、単純な質問ですけれども私どももやがて老境に入っていくのですけれども、ぼけてからの取り組み、理想的には、もちろんその以前の如何にぼけないかという取り組みもやられていると思いますけど、このあたりでちょっと一言お願いしたいと思います。

伊 藤（9回生）：養護教諭、すごく仕事のできる養護教諭がその学校からいなくなると、今までの学校保健がすべて消滅するというをよく聞かれるわけです。この第一の原因は組織を使って動いていなかったという欠点があります。非常に能力の高い養護教諭がいてもその人がいなくなると、すうっと消えていくというのがよくあります。今の御質問のように組織がどう機能するかということが、学校保健がうまく動く一番の重要ポイントだと思います。私の学校ではたまたま教育目標の第一が、健康で明るい子供というのを挙げていて、研究主題目標もやはり健康で明るい子供ということが議題になっているために、各学年から1名ずつの構成で、6

名、それに私の7名の研究組織になっていて、その組織が定例会を開き提案を全体会にかけて全体会で認められた場合には学年におろし学級におろしていくというような筋道を立てて、提案されて筋道をへておろしていくというように、すべて学級へ返していくという形で行なわれています。ですから私は、組織はできるだけ大きい方がいいというふうに考えておりますが、もし小さい学校ならば必ず筋道をきちっと明確にしておけば、ここで話し合われたことが職員会議で決定されれば必ず学級に戻るんだという約束ごとを通していけば、納得していけるような意見があれば必ず学級に返っていける、そういう風に考えています。

司 会：今のお話は、既にもうその組織があったのかどうか、それを機能させるというのにどう
いう働きかけをすすめていったのかどうかちょっと……。

伊 藤（9回生）：小学校には校務文書というのがありまして、メインの中に研究、よくいわれる研究
組織、それから生活指導組織、保健、給食そういった校務文書があります。保健というのは必ず組
織の中でどんなに小さくてもあるということで、それが機能するかしなないかは構成している人
員の意欲や筋道にもかかっていると思います。が、既成のものがどうなっているのかはわかり
ません。

司 会：それで御質問の方、よろしいでしょうか。それでは次に中島さんよろしくお願ひします。

中 島（4回生）：まずぼけというものを日頃精神的に活動しないとか、体操すると頭を働かすと
か、そろばんをたたくとかそういうたぐいでぼけが予防できるという間違った概念が滲透しすぎ
ています。これは大事件であります。ぼけというのは病気であります。結核だとか癌だとかが
どんなに努力したって防ぎようがないように、ぼけだって防ぎようがないという事実をどう伝
えるかという地域啓蒙教育というのが、非常に重要であります。それともう一つはですね、予
防活動に関しては先程、高齢者巡回サービスというのが非常にこれからも有効かどうか
わからないと言いましたけれど、実はその上で高齢者の循環器管理が中年期からずっと継続さ
れていた歴史というのは、私達人類は持っておりません。今の高齢者はある意味で特異的な
んです。ただ個々の問題というのは、まさに私達位の世代からなんです。このへんからずっと
継続した循環器管理を組み立てながら、脳血管性の痴呆の改善をどうやったらのぼしていける
かこれも脳血管性痴呆を全部防げるなんてことはありうるはずがありません。ですけれども、
80過ぎで発病したりできるだけ健やかに老いる時期を延ばしてあげることが、今後公
衆衛生活動のメインであろうと思います。研究のメインです。それともう一つ、個人的なこと
で先程ぼけはいつでもおきると云いましたけれども、それはまだどういうふうに学問的にどう
かっつけたらいいのかわからないのですが、ぼけ下手というのとぼけ上手というのがあるの
です。こういうのをよく話しますが、ぼけ下手というのは学校保健で今お話したように、
発達過程で何かあった人です。やはりきちんとしたセルフケア能力を知覚的に体験してこなか

った人、その人はちょっと機能が衰えますともう御飯を食べられなくなります。だからどんなにしても御飯を食べる、いろんな食べ方があるんだということが大変にきちんと訓練されている人、鉛筆削りでもリンゴむきでも。このまま今の子供達がぼけたら確実にぼけ下手になるだろうという意味で、私は学校保健との問題が非常にあると思います。それからもう一つは、幼児の時にちゃんとした快になる情緒教育 — 快適な、抱かれることが気持ちいいとか、背中をこすられることが気持ちいいとか、快いよなとか、とてもいいとか、いう体験を思いっきりしていないというのか、感覚的にないというのか、そういう人達はやっぱりぼけ下手です。これはインテリ度とは一切関係ありません。大学の先生なんていうのはどっちかというそういう訓練はちっともされていないので、むしろ学校の先生とか大学とか、学歴の高い人、先生、それも男の人、それは非常にぼけ下手になりそうに私は見えています。これをどうやって証明していったら、体験的に……。

野 島（1回生）：そうするとまだ現在、予防の面では体系づけられてないということですね。

中 島（4回生）：そうです。全然、これからです。これからようやく厚生省が今年からのり始めたところですよ。

司 会：よろしいですか、ご質問の方。それではその他、あるいは関連事項でご質問、御意見はいかがでしょう。

野 崎（2回生）：2回生卒の野崎です。

今日の4名のシンポジストの方々、お話を伺っております何か高知女子大学の歴史と申しますか、そういうものがくっきりと浮かんできたような気がいたします。私もこの会員の一人としてうれしく思いました。まず、川出先生の発言に対しましては同期の者と致しまして、やはりまだ情熱がこれからというような感じを受けまして、本当に私はもう個人的には病氣、病氣の連続で、一方ではこれからという、そして一方では何か衰退の一途を辿っているような哀れな感じも致しましたけれども、川出先生の看護教育の中での看護概念の捉えやすさ場合に大学の教官構成の中で方向性といったものを打ち出していくために、川出先生も管理的な立場にいらっしゃるのではなかろうかと思いますが、教官職の皆さん方とどのようにコンタクトをとりながら学問的にすすめていらっしゃるか、その辺をお尋ねしたいと思います。よろしく願いいたします。

川 出（2回生）：実はその辺になりますとむしろ、野崎さんの方からお伺いしたいような状況でして、うちの学校は非常に、開学して8年目位になります看護学校で新しい学校でして、それで比較的私が上の方にいるものですから、自由にと申しますか、最終的には学生が選んでいくというような感じで看護概念をどうするかというあたりにあまりつめて、統一してというのかそこら辺がちょっとできていないので、今後もう少しいろんな人の意見を調整しながらある程度の方

性を持っていかなくてはいけないのではないかと思っています。それぞれの研修熱心な戦士が揃ってまして、そして意外と全然対称的というのか、両極端といういい方もおかしいですけど、そんな形で思い思いに非常にユニークな教育をしておりますので、非常に統一という辺が難しいのです。だから学生自身にもやれることは任せるべきだ、学生は以外とわかっているというのか、感覚的に鋭いというのか、だから私自身は学生を信頼しているという状況でして非常に難しいというところで、むしろ先生の方から伺いたいと思っています。

司 会：ご質問の方、野崎さん今度はご質問がありましたけれど……。

野 崎（2回生）：同士打ちみたいになりましたけれど、私自身まだ神戸大学にまいりまして3年しかたっておりませんが、私の中では本当にそれぞれのカテゴリーにおいて今の看護概念の、その適用の場面というものはそれぞれ違ってくるのではなかろうかと思うのです。私は、外科系を持っておりまして関係上、私の場合は非常に疾患、疾病構造の変容に伴いまして医学的なサイドに偏らなければならない、例えば生体にストレスが加わりました場合の生体反応、そういったものをもろに学生に教えなければならない場合があります。しかも限られた時間内でそういうことを学習させていこうとします。精神科看護の方面でまた人間的なサイドを捉えさせていくというようなことで、そういうような全体的な中で一つの新しい方向性でということと話をすすめております。が、なかなか私自身がまだ理論的なものを十分捉えておりませんし、それから学生にわずか看護概論を30時間で講義しなければならないといったことがございます。それで学生の自己学習の重みを思いまして、本当に学生は神様ですといわなくてはならないような現状がありますが、今後学則の改正等も検討していかなければならないと思って、大きな課題をかかえておりますが、私自身看護者になるためには、おごるなということで、おごるなという言葉、それを大切にしていきたいと思いました。それはそれまで私も高知でいろいろ地域活動とかいうものをさせていただいたのですが、そこでいろんな講演をしてほしいというので行かまして、「更年期障害、私は自律神経失調ですけどもどうしたらいいんでしょうか。」と涙ながらに訴えられた方達が沢山ありました。その時に本に書いてある通り、もうそれは本当にトンネルを抜けるようなことでして精神的におおらかにとか、ご主人に理解を得るようになってか言ったのですけれども、実際自分が更年期障害になりまして、どんなにつらいか、毎日毎日、頭の中から血のわくようなそのうるさい、そして夜わずか2時間位しか睡眠がとれない、果てには失心して救急車で運ばれて40分間意識をなくすというような経験をしてみまして、本当に看護する場合おごってはならないし、やはり相手の立場に立つということ、これも人生経験といえますか、そういうものを迎ってきて初めてそういうことがわかりました。私も本当に皆さんにとっては恥ずかしい事柄ですけども、何と21回の入院経験をいたしました。それからこうして異物を入れた身体で、今学生の教育にあっております

けれども、やはり患者さんの側に立ちたい、そうしていようといっているのですが、果たしていつまで続きますことやらと思ってます。今日の先生方の本当に夢多き未来、こういうものに私も便乗させていただいて、もう一度若さ、力というものを持ちたいなと思いました。本当に今日は有難うございました。

司 会：スタッフの間でどのようにその看護概念を共有していくかという、とても大事なことだと思うのですが、そのことに関して最後に川出さんの方からおっしゃられました、よりよく豊かに生きることへの健康問題を通しての関わりだということが最後にくくられていましたと思いますが、そこを思い出して頂きますと、たぶんその辺を軸にしながら健康の問題への関わりをどうもっていくのかとか、どのように一緒に問題を考えていくかという辺ではきっとその辺を共有し合いながらやっていらっしゃるのではないかと推察いたしましたけれども。それでは何か他にございませんか。

野 島（1回生）：ちょっといいにくいんですけど、その前に、この「概念を考える」のテーマは今回が終わりになるわけですか。

司 会：いえ違います。ただ今回で終わりと言いますか、一応これは4回目の「看護概念を考える」というテーマで、まとめの段階をしようということでしたけれども、とっていろんな変動の中で話し合いで簡単にしてしまうことへの心配といますか、そういったものときちんとしたいようなこともございまして、昨日総会にあと2回、もっとのぼしていこうということでもみなさんの御意見で決まったというふう聞いております。ですから、今回でこれをまとめるのか、そういうことではなくて一つの過程、4回目の過程として捉えていただければと思います。それと何か関連づけて何か……。

野 島（1回生）：関連づけるというよりも、やはりこれは川出さんが言われたように永遠に続くといえますか、暫定的なものということが基本になると思うのですけれども、私今までの提言をずっと今日だけでなくて前回、そのまた前回からのものを聞く中で、各分野からの報告だと頭にかすかに残っておりまして、さらに今日の提言は聞きながら特に思いましたのは、意見です。質問でなくて、川出さんと中島さんの理論の中で共通している問題として、この看護概念は理論でなくて体験で会得するものであるというふうな事があるように私は思うのです。中島さんの場合には実感から概念を追究するというふうな体験からいわれたし、川出さんは最後に理論でなく体験で獲得するものであるというふうに結ばれたように思ったのですけれども、やはりどの分野でも、公衆衛生であろうと、臨床看護であろうと、学校保健であろうと、そういう立場でも既成の理論というのは沢山あるのですけれどもやっぱり実学というか、体験による理論というのが一番大切である、尊いものであると、そこから私達は概念を考えていくことが必要ではないかということをしみじみ本日の提言を聞きながら、さらにそういう考えを私個人は非常に強くした

わけです。こういうことでもっと概念を深めていくという、看護分野からの概念を深める討論をしながら、提言だけではなくてもっと討論をしながら考えていくということも必要ではないかというふうに思います。

司 会：今の御意見は討論しながらといいますのは、この中で、シンポジストの中で、両方でしょうか。次の段階でということですか、今、理論と概念ということが出ましたが、私は整理が難しいのですが、理論というのはもう少し概念が凝集したといいますか、はっきりこれはこうであるというふうに言えるものになった時に理論になってくるのだと思うのですが、概念というのはかなりフィロソフィーを含みながらどういうふうに、看護というものを考えていったらいいのかということで、ちょっとその辺はニュアンスが違うと思いますので、区別しておいた方がよろしいのではないかというふうに、区別しながらこれから考えていくことが必要だと思います。理論づけをすればいいのではなくて、いろんな理論ができてきている中から、その概念の問題を当然考えていくことだと思うのですけれども、お互いにその辺を今の……。

野 島（1回生）：理論から概念を考えていくのではなくて、体験から重視する方が大事じゃないかということです。

中 島（4回生）：私野島さんの意見にまるで反対ではないのですけれども、自分のことが野島さんの話ではあまり簡単になるので、ちょっとつけ加えさせて頂きたいと思います。体験というのは本当に重要です。体験、そこで得た、感得したという感性、センスというのでしょうかそういうものがないと、ものなんてみえるという動機づけがないとできませんから、もちろんすごく重要なことですが、それが動機づけられるというのもやはり知識とのかねあいです。私の場合はその知識云々というよりはともかく事実です。この事実が私の体験したと一致してるかどうかということが、私にとっては重要なことです。その事実が他の人の概念を組み立てる時に、この人がどんな事実を持っていたのかということとの照合によって、「ああこの人もそう思っていた」。そして、そういう過程を私も通った、「あ、これは私が言いたいことを代表してくれる」という時には、その人の概念に自分を乗せますし、足りなければ自分の概念で補おうとしますが、その時にはもう経験だとか感性だとかではなくて事実です。事実のなかでしか概念は組み立てていけないと思いますし、それを捨てたらもう科学ではない、なくなってしまう。科学だ科学だとも言いたくはないけれどもそれを捨てたら、やはり人には伝わらないという問題があります。たぶん野島さんが言っていることに反対したり、否定ではなくて私が今こういう話をしたことで、野島さんも補ってくれていると思って下さいました。どうもありがとうございます。

司 会：それでは他にございませんでしょうか。まだ御質問されていない方……。臨床の方沢山お見えですけれども如何ですか。 はい、どうぞ。

多 田（19回生）：19回生の徳島大学教育学部におります。中島先生にお聞きしたいといひますか、中島先生の御意見を伺って私は「あっ、看護なんだな。」という気持ちになってとてもよかったのですけれども、教育学部ではいろんな科目があるのですけれども、老人問題ということを見ると家政学部の分野でも、健康な家庭生活を営むということを目的にして老人問題についても地域でやっているわけです。家族管理については家政学部が家族管理学部というそういう立場からやっております。老人のいろんな衣服とかそういうことに関しては被服学がやります。食品については栄養学がやります、というふうにいろいろでくるわけです。機能訓練とかに関しても理学療法士といった、そういった専門分野が確立して、自分達の専門分野といわれるわけですけれども、そうすると看護として何をやっていったらいいのかということがまだわからなくて、本当に悩んでいる段階なんですけれども、中島先生がセルフケアを、こういうふうに看護の専門性というか、それを看護の基本としてやっていくというか、そういうふうに理解してよろしいでしょうか。

中 島（4回生）：はい、私はそう思っています。たぶんここを看護総論ですか、人によっては看護概念、看護原論、いろんな言葉があると思いますけれど、ここをきちんと教えること、その概念がまず先だと思ひます。その上での病気だと思ひます。今はそうなってませんでしょ。それはもう非常に大きな問題だと思ひますし、それから縦わりに切って要素で教えていくこの教え方が看護のセルフ、看護の人が自分で看護学を獲得していくというような一つの学習過程において大変ロスがあるように思ひます。やはり私は、この時代に老人看護学というのを確立すべきだというふうに思ひて、やはり成人看護では老人看護は捉えられなくてもっとプライマリーヘルスケアみたいなレベルを補ってくれまして老人と小児がうまくドッキングされるプログラムが必要だと思ひます。そうでないと家族も入っていかないというふうに思ひますので、あちらこちらに要素で講座を開かない、いっぺんには無理ですけれどそうしますと自分達がどういう目的を持ってやるのかということ。卒業しますとそれをずっと担っているから学校で習った実践の実践というふうに解離する。そして大きな障害になっているのではないでしょ。経験的にはそう思ひています。

司 会：どうも。今セルフケアの問題が出ましたけれど、各シンポジストの方々はちょっと立場は違っていましたと思ひますけれども、そこに関連させてというようなお話がそれぞれのところを出ていたと思ひます。特に貴重な御意見有難うございました。あのプライマリーヘルスケアでも本当に大事な視点は何かということのなかで、セルフケア、いわゆる住民の主体性、生活をする人々の主体性、こちらの主体性も大事ですけれども、保健婦側の主体性も大事にしなくてはいけないけれども、それを伸ばす関わりをどうするかということは主題になっておりますか

ら、その辺からの今日のお話はとって、ヘルスケアのなかで私達が看護という観点からどういふふうにしていかなければいけないかということが浮き浮りにされたと思います。もうあと残り時間も少なくなってきましたけれども如何でしょうか。

芝 田：とてもいい発表で感銘を受けました。川出さんの御意見聞こうかと思っていましたが、聞きませんでした。私の思いつきをちょっと皆さんに申し上げさせていただきます。今、学校の理科教育で物の性質を規定したりします時に、こういうものはどうこう、こういう性質を持っているという時に、我々が習った時代はそんな習い方をしたわけです。最近では教科書に、必ず実験を入れまして操作的定義というやり方で、こうこうこういう操作を加えたらこうこうこういう性質が現われたという形で説明をしたり、捉えさせたりしているわけです。それには十分それなりの理由があるわけです。それで、自然科学的な状況と社会科学的な状況をともに含む看護の場合とは必ずしも同じとは言えませんので、益々そうした配慮というものが必要になってくると思います。看護とはこうだというふうに看護の特性を並べて看護の定義をしてそれで終わるというわけには、おそらくいかないだろうと思います。そういうものはあんまり役にも立たないというふうに思います。その辺を御参考までにお考えになって、もう少しお互にこれから考えていったらというふうに考えましたので、感想とちょっとした思いつきを申し上げた次第です。

司 会：先生のお話は定義をしてもなかなか役に立つものにはならないだろうということでしたけれども、それでは具体的に私達がこれから「看護概念を考える」ということで発展させていくために、どうしていったらいいのかということに関して、ちょっと具体的にお話をいただければと思います。

芝 田：私には具体的な体験というのはありませんで、入院したことはありますけど。それであるような本を書いたわけです。ずい分知ったかぶりで誠に恐縮なのですが、私の角度から言うと、あのような書き方しかできなかったから、あのように書いたのですけれども、体験を持った方々は、もっともっと違ったアプローチの仕方がいろいろとあると思うのです。そういうのをある意味では大胆にやっていただく必要が今後あるだろうという気がいたしますし、そうかといってこれらの理論とかオレムの理論とかというふうにして、それなりに十分な理由根拠があつてかなり法則性を持った、一般性を持った説でもありますので、これを無視するという手はありませんし、それはやっぱりそれなりに十分我々は勉強し、検討していく中で、先に体験とか経験という言葉がありましたが、そういうものをつなぎながら、やはり先にちょっと申し上げた操作的定義みたいな趣も加えて、まだ暫くはこれは、もみにもんでいかないといけないんじゃないかというようには考えています。

司 会：和井先生、如何でしょうか。

和 井：前回のシンポジウムと今回とを比べますと、やはり長年のキャリアを持っていらっしゃる方で、そしていろんな苦労をしていらっしゃる、また勉強もしていらっしゃるということで非常に比較して、これから発展させていくということが大事なことではないかというふうに考えたわけです。最初にふれようと思ったのですけれども、昨日申しあげなかったのですが、今回は十分なシンポジストの方と看護学科の先生方をまじえて、もっともっと討議をしていって、ある程度の方向が見つかったらということですが、方向は今芝田先生がおっしゃったようにいくら討議してましても、これというはっきりした1つにはままとまってこないと思います。方向がだいたいできてきているのではないだろうか、そこで来年あるいは次の年にわたってさらに討議していくことが必要ではないかとを痛切に感じたわけでございますので、みなさんここに若い方達も沢山いらっしゃるわけでございますし、社会をふまえて30年のキャリアをもった方達、そういうふうな人達ともしっかりと活発に討議を続けていくべきではないかということをしみじみ感じたわけです。今回、本当に皆さんよく、いい発言をしていただきまして感謝いたしております。

司 会：学長先生、きのうから参加していらして、もうこれで終わりにになりますので、一言お願いいたします。

木 原（学長）：私は社会科学を専攻していますので、自然科学、特に医学だとか看護というのは全くの素人でございます。しかし、科学としては共通するところがあります。というのは私なりに、非常に有益でありました。それと概念の問題ができましたけれども、社会科学での概念だとか定義だとか、やかましくいうのだけれども、やはり共通の基盤に立って理論的に問題を深めていく場合には、やはり概念規定というのは非常に大切なものではないかと思えます。ただし、定義というものは私はすべてを包括したものはありえないと思えます。定義自体、非常に不十分なものであります。しかし不十分であっても、やはり基本的に深めていったものを統一の場として一つの枠として、やはり1つ1つ概念をはっきりさせたいと考えるということが必要ではないかと思えます。そうでないと非常に経験主義に陥ることになりましょし、それとやはり進歩はない。概念はやはり私は一定的なものではございませんし、今後科学技術の発展によって変わっていくことは当然だと思いますけれども、進歩のためにはやはり現段階における概念というのは必要だと思います。そして聴衆の場で論議するということが今後の発展のために必要だというふうに思っております。

非常に素人が、とりとめもなく言いましたけれども、今日は非常に私初めてですが、こういうシンポジウムは初めてでございましたが、有益でございました。有難うございました。

司 会：それでは時間になりました。私達は卒業生として古い部方で、古漬けといいますが長い歴史の中で、それからワインも古ければ古いほど味がよいとか言いますが、その味を十分味わ

っていただけかどうか、司会の不手際もありまして十分論議が尽くせませんでしたけれども、またこのシンポジウムを通して次の発展の芽が出てくればと願って締めさせて頂きたいと思えます。どうもフロアーの皆様方、シンポジストの皆様方有難うございました。