

シンポジウム

「看護概念を考える」

司 会

松 本 女 里（ 8 回 生 ）
高知女子大学

シンポジスト

臨床の立場から

松 田 道 子（ 4 回 生 ）
高知県立中央病院

学校保健の立場から

西 岡 美 智 子（ 4 回 生 ）
室戸市立吉良川中学校

小児看護の実践から看護概念を考える
－看護教育の立場から－

山 崎 美 恵 子（ 5 回 生 ）
高知女子大学

在宅ケア活動と研究から看護概念を考える

島 内 節（ 9 回 生 ）
国立公衆衛生院衛生看護学部

行政の立場から

佐々木 正 子（ 5 回 生 ）
厚生省保険局医療課

シンポジウム「看護概念を考える」

司会 高知女子大学

松本 女 里（8回生）

本学会も12回を迎え、看護学科の卒業生のなかにも定着してまいりました。

ここ数年、看護の学会活動や研究会、勉強会が盛んになり、看護理論についても取りあげられ議論されるようになりました。

また、看護関係の出版物等も多くなったことなど、われわれ世代の学生時代にくらべると驚くばかりで、勉強する機会もふえ、全体に勉強してゆこうとする機運も高くなってきております。

このような中で、本学会も一貫したテーマを取りあげ、卒業生各々が、それぞれの職場で、立場で、「看護」について考え、整理し、仕事の中へ生かしてゆこうと学会を進めてまいりました。

「看護概念を考える」をテーマに第7回から今回まで、特別講演では、看護界で活躍されておられる諸先生方の考え方を聞き、シンポジウムでは卒業生の方々の実践を通しての考え方を発表していただくことにより示唆され、問題提起され、各人各様この課題について考え取り組んでこられたことと存じます。

今回は、このテーマでのシンポジウムの最後として、また、まとめの意味を含めまして、管理的、指導的な役割をになっておられる方々をシンポジストに迎えました。

まず最初に「臨床の立場から」婦長経験を通して高知県立中央病院の松田道子さんに話していただき、続いて「学校保健の立場から」長年生徒を相手に保健問題に取り組んでおられる吉良川中学校の西岡美智子さんに。次いで「看護教育の立場から」学生指導を通して考えておられることを高知女子大学看護学科の山崎美恵子さん。「研究所の立場から」在宅ケア活動を通して研究をすすめておられる国立公衆衛生院の島内節さん。最後に「行政の立場から」厚生省看護課におられ、看護行政にかかわってこれこの4月から医療課にかわられた厚生省保険局医療課の佐々木正子さんに、それぞれの立場から日頃仕事を通して感じ考えておられることを約20分お話しいただき、ひき続きディスカッションに移りまして、あと追加発言があればしていただく形ですすめたいと思います。

臨床の立場から

高知県立中央病院

松田道子(4回生)

私は33年に大学を卒業して以来中央病院の臨床で働いているものです。

今年は、「看護概念を考える」最終の年である会に私ごときものが出させてもらうことには、私自身の不強勉のせいもあって、随分迷いましたが、やっぱりお引受けすることにしました。

それは、私の病院が女子大はじめ、他の、看護学校の実習病院であり、年中どこかの学生さんと、臨床でかゝわりを持っているという事は、現場で働いている婦長や、スタッフ達の看護を考えていく上の大きい力となっているのを評価しているからです。

次に私自身の臨床での歩みをふり返える事により、これからの看護を考える上に、良い気づきになる機会としたいと思うからです。

まずは、私の臨床での28年を3つに区切ってみました。第I期は、卒業してから、ずっと三交替勤務をしていた期間です。当時、看護科の方針としては、女子大卒業者は、経験がないので勤務交代は、一年毎にするという事をして、目標はどこかの勤務場所に行っても、すぐ役に立つ看護婦であるという事であったと聞かされています。この事は、後になって、いろいろの面で役に立っていて、そのときの総婦長に感謝したものです。

この時期病院は、総合病院として、又移転を契機として、近代医療へと内容を充実して行った時期でもありました。

一方看護も基準看護体制を取り、女子大の実習病院であり、院内では准看護養成コースも併設していました。そして、看護方式としては、機能別と受特別であり、1人夜勤でしたが、早出、遅出の勤務があり、患者の身の廻りの世話とか、処置にあたっていました。さて私ですが、技術的なこと、処置などの手順などは、全く不手際で、特に注射は、苦手中の苦手で、一緒に働くスタッフの皆に、どれ程助けてもらったかわかりません。その様にして、だんだん看護について、少しずつ理解していきました。それとこの期間にたくさんの婦長さん方とも出会い各婦長さん方の看護に対する、姿勢みたいなものも具体的に学んだ大切な時であったと云うことです。

又、三交替という勤務の中で、特に夜間に、患者さんと接するという生活の中で、昼間とは又ちがう患者という人間を見ることに依り家庭とか、社会とかを見る、見方を少しずつ持つ様になった期間でもあったと思います。

しかし、それは、独身であった時は、ほんとに、やり甲斐のある職場であっても、家庭をもって、育児をするということになりますと、その当時は、子供が手がかからなくなる迄は、夜勤のない職

場に変わりたいと幾度も思ったものでした。そんな気持ちで、ふらふらしていた時、その時の総婦長であった山崎婦長さんが、良く見抜かれていたのか、或る日、そっとお部屋に呼んで下さり、「少し落ち着いたでしょう。これからは、やめるじゃ云わないで頑張るね。期待しているからね」とさりげなく云われ、指切りして下さった時の、暖かさが身にしみて、それからの私を支えてくれたことでした。

第Ⅱ期 総合看護概念と臨床の動向 丁度42年外科病棟に婦長で配置換えになりました。私が三交替していた時、経験した外科とは、様が変わりしていて、疾患などもすっかり変わっていて、どこから手を出したらいいのかとまどったものです。そのうち脳外科が外科から独立し、その後つづいて開心術をはじめだんだん専門分化していきました。それにともなって、それらの医学についていける様に詰所での勉強会が皆の中からやる気が出てスタートさせていきました。

そしてこの時期、看護学校のカリキュラムは、新カリで実施される様になりました。総合看護については、婦長会、自治会などでも勉強が持たれその考え方を理解すると共に、実習生とかかわり、その中から、患者のとらえ方、家族へのかかわり方などから、具体的に手さぐっていたものです。

しかし、当時の外科病棟の勤務条件は、全くでたらめでして、朝日勤で出勤しますと、帰るのは、深夜という日がつづいたものです。郡部から通勤していたのでは、2人の子供をつれての勤務は出来ませんので、病院から10分ぐらいの所に家を借りまして引越して来ました。上の男の子は、年長組みで、保育園もすぐ入れてもらいましたが、下の女の子は、赤ちゃん組ですので、なかなか入れなくて、保育園に昼休みとか、土曜日など足しげく頼みに行ったことでした。あの当時、ひどい勤務でしたので、主人の不在の夜など、夜がふけるにしたがって、上の子供が下の妹がねてしまうと、淋しくなるものですから、松田を呼んでと、10分おきぐらいに掛けて来る電話は、先生間でも有名になっていました。今では、笑えますが、深夜になって帰りますと、まだあると思っていた炊飯器の御飯は、からっぽになり、妹に、おにぎりをして食べさせてくれていたのを知り、淋しい思いをさしたことを2人の子供の寝顔にわびた事でした。此の頃は、公私共に、全く余裕がなく、家に帰るとつい弱音を吐いたりすると、主人が、「今やめると、一生後悔するぞ、今は頑張れ」と、いつも励ましてもらえたことは、ありがたく思いました。

それに、私はほんとに有難くいつも思ったのは、現院長の近藤先生はじめ、他の先生方の、暖かい支えがあって、どんなに忙がしくても仕事はやり甲斐があると皆生々と働いていたという事です。余り時間が不規則になり忙がしさがつづくと、近藤先生のもとに駆け込んで行って、医師とスタッフとの話し合いを持ってもらって、業務の検討、O P時間の調整等についてされた事は、意志の疎通をはかる上にも、大切でなかったかと思えます。問題の大方は、看護婦不足によるものが多かったので、看護婦増員のことは、私達と一緒に総婦長室へ申し入れて下さり、医師と看護婦のチームワークは、その他の面でも良く取れていて、働き易かったと思えます。

そうするうちに、人事院からも、月8日2人夜勤が打ち出され、病院関係者の御じん力でだんだん改善されて行きました。

次に私はスタッフから教えてもらったことが多かった点を感謝しています。4A病棟に行って、技術的なもの、ケアが外科看護の中心であるということを知りました。元来ぼんやり者の私に取って、すぐ手と、体が動かないという弱点を徹底的に若いスタッフに教えてもらい、ベテラン看護婦とは、どういう看護をしていくことかというのを見せてもらい、ケアを通して患者さん、家族の人々へのかかわりを持ってだし、少しずつ自信をつけていた私に取っては、ほんとに充実した時代だったと思います。どんなに忙がしい時でも、それぞれスタッフが、きびきびして患者ケアをして、すぐ落ち込んでしまう私を良く支えてもり立てて行ってくれたという点もありがたく思っています。はじめ一年ぐらいは、外科病棟になれるのが精一杯で、婦長不在の様な頼りない私は、ほんとに皆に支えてもらって、少しずつ婦長とは、とか、看護とはとかを考えはじめて来だしました。ずっと前から詰所は、皆が物が云えて働き甲斐のある公平な雰囲気を持ちたいと思っていましたので、この点は努力したつもりです。そして家庭をもっても働ける様な職場でありたいと考えつつけていました。この考えは、今も持ちつつけています。そういう中で脳外科の開頭術、意識のない患者の管理の勉強の必要性、つづいてはじまった開心術の術前術後の管理の勉強会をしなければ、患者さんに安心してもらえる患護が出来ない状態の中からスタッフの中から勉強会をしようという気持が生まれ詰所での週1回の勉強会が定着していきました。その前後に指導に重点をおいた手術をうけられる方へだとか、乳房切断術後の患肢の運動とかのパンフレットを作成し、それを受持のナーズがかかわりつつ指導の方に目を向けられていたし、その様な時期胃后食教室も開かれたものです。月8日2人夜勤の体制が取られました。看護方式として、機能別からチームナーシングに切りかえられました。これは当時各詰所から選出されていた臨床指導者会のメンバー、内科系を中心とした婦長会で勉強会や、実施している病院の見学などをして、患者中心の看護を志向して取り入れたものです。これは中央病院の看護を考える上では、大きいと思います。

次に患者さんから教えてもらう面も多いということです。良い外科医は、いかに早く、患者の心に入るかがポイントであると云われる様に、手術という事が、どれほど身心共に、又家庭的にも、社会的にも影響を支えるかを受けとめることを痛感しています。どんな手術を受けるにしても、患者さんに取っては、一世一代の大仕事という心構えで望み、その成果についての不安ははかり知れないものがあるので、看護するものの、姿勢が問われるということを痛感しています。

手術をしなければならぬと診断されて、入院し、手術をうける直前までの各人各様の不安とか悩みを、又社会的なベールなどかなぐり棄てて1個人の手術をして良くなるぞという自発性を引き出す、手助けのほんの一部ですが、かかわりを持つとき、看護婦であって良かったと思うものです。そこには、人間対人間の裸の姿でぶつかり合いが出来てゆけるからです。そういう中から私自

身は、患者さんから、自分がどういう面で欠けているかを教えられたものです。

次に下腿切断した患者から、手術のあとで親にもらっていた満足な体のどこを除けても元より、具合が良いと云うことはないと言ってくれた言葉がら、受容することの大変さを教えられました。それに、人工肛門をつけた患者さんの、術前術後を通しての受容することのむづかしさをいつも知り、その中で看護はどうかかわれば良いかを考えました。共にやるためには、リハビリに向けて具体的にかかわる方法を持つということですが、人工肛門につきましては、女子大の学生さんが卒論で取り扱った、浣腸療法を病棟として取り上げて実施した時、病棟の中が活気に満ちていた様です。そういう面からも、常に新しい方法、考え方を看護に取り入れることの出来る様な感受性を持つことの大切を思います。高橋令子先生が、看護概念の中で、いい看護婦とは、かゆい所に手のとどく様な人、そして、専門職としててきかくであるためにはどうする必要があるかについて、書かれていたのを頭に浮べて見ました。そして、患者に対しては、母親的な役割も言われていた様ですが、いろいろの看護場面で一番大切なことであると思います。

私自身外科病棟に行ってもまず思ったのは、結婚しても働ける職場でありたいと思いつけて来ましたが、看護場面で、又スタッフの間でそれがうまく生かされることの必要さを思うこともあったからです。

次に他の部門などに対しては、主婦的な役割が大切だと言うことです。この点私自身、年と共に配慮のなさが目について赤面の思いで一杯です。しかしこれからの生活には、活かしていきたいと考えます。

それに、全体として看護の質をあげていくことが大切です。S47年頃、臨床指導会に代わって、看護研究会が出来ましたが、この人達により、看護手順、看護基準が作成され、外来、病棟に配布されましたが、この変化の激しい現場で、経験だけでない一つ水準を保つ上に大切なものであると思いました。

第Ⅲ期 総合保健医療→看護の継続性 56年10月内科病棟に勤務交代しました。私の思っていた内科とは全くちがって、入退院も外科におとらないくらい激しく、少しよくなると家庭に帰して、社会生活をさすという医療の方向で流れていました。患者の持つ疾患も単一のものでなく、複数の疾患を持っていて、どの疾患からかわりを持って入っていかうかと、迷ったものです。そして一方社会状態をそのまま反映して増加している成人病で、入退院をくり返し、入院して来る度に合併症がふえ、増悪して来る患者さんに対して、何も出来ていない看護のかかわりに対して、いつも頭を痛めていました。

それと老人病院でないのに病院の老人の占める数がだんだん多くなり、65才以上25%～30%の傾向になり、大きい社会問題にもなりました。こんな時、看護協会主催の「高令化社会における臨床の役割」というシンポジウムに出席させてもらい、私自身の看護に対する狭さを自覚して、

ほんとに勉強になったと思います。一方病院では、その前後に、看護科としての看護目標が出され、病院全体が少しやる気を出していたようでした。目標は、継続看護を推進しようが主眼であり、そのためにどうするべきかを具体的に掲げていました。それに沿って、看護研究会を中心に勉強会、検討会が持たれ、転移時サマリー、退院時サマリーが書かれる様になりました。だから今迄、こま切れになり勝ちであった看護を病棟から病棟へ、病棟から外来へ、外来から地域へともり上がりを見せはじめています。医療概念の拡大に伴って、看護の役割りは、多様化して行っているのを各人それぞれ受けとめていて、中核病院としての看護の役割りと共に、地域住民へのニーズに応える様な看護をもという気運が生まれつつあります。そのためにも、看護科としましては、まず、看護研究会のメンバーを、卒後教育を考えていくグループと、継続看護を具体的に検討するグループと、看護手順、基準を作成しなおすグループの3つに分かれてもらい、婦長会と連携を持ちつつ各々のメンバーが今年は、具体的に実施にうつしている段階です。そうしてこれからは、いろいろの角度から、各々の看護婦の意欲の出る様な、そして各々が参加出来る様なプロジェクトチームの様なものがたくさん生まれる様にしたいなあということです。看護概念だなんて、そんなものと私自身も思いましたが、何か問題が起きたりした時など、各々個人の、又組織の基本となり、きらりと光るものでないかと、此の頃思っています。そのためにも、まず看護婦として、自分自身に問わなければならない事の1つに、仕事をする場合いつもさせられるという受身の姿勢のみでなく、もっと自主的にするべきであるという様にしたらどうかと思います。こうすればもっといろいろと看護の独自性を見て来て育つのでないかということです。

2つめは、患者さんに対する姿勢ですが、「してあげる」のでなく共にしようと同じ位置に立つと、随分かわり方がちがうのでないかと思います。その中でお互いの自主性を認めて意見をぶつけ合う様にしていける様に、その過程を双方で作っていく様にしたら、しんどくてもやり甲斐のある気持ちになると思います。

皆様に助けてもらって、私も長い間臨床で働いてまいりましたが、これから先、微力ですが、今芽生えている看護への熱気を皆様と共に大事に育てていきたいと思います。そして皆が参加していけ、やり甲斐のある職場に行きたいし、実習病院としても実習しやすい臨床にしていきたいと思っています。

学校保健の立場から

室戸市立吉良川中学校

西岡 美智子（4回生）

1. はじめに

養護教諭となって29年目になる。その中の27年間は小学校に勤務し、中学校は今年で2年目である。また、研究団体である高知県養護教員協会の会長となって10年になる。

今回は、学校保健の立場から「看護概念を考える」ということであるが、経験を通して得た「学校における養護教諭の職務」についての私の考えを述べて、それに代えたい。

2. 学校保健について

(1) 教育の目的及び目標

学校は、発育・発達の上にある児童・生徒を意図的・計画的に教育する場であるから、その目的や目標は明確に示されている。

即ち、教育の目的は教育基本法第1条に、「人格の完成をめざし、平和的な国家及び社会の形成者として、真理と正義を愛し、個人の価値をたっとび、勤労と責任を重んじ、自主的精神に充ちた心身ともに健康な国民の育成を期して行われなければならない。」とある。この目的から学校保健の直接的目的をとり出すとすれば、「心身ともに健康な国民の育成」ということになる。

また、目標は、学校教育法第18条に、「健康・安全で幸福な生活のために必要な習慣を養い、心身の調和的発達を図ること。」とある。

(2) 学校保健法の目的

一方、学校保健に関しては、「学校における保健管理及び安全管理に関し必要な事項を定め、児童・生徒・学生及び幼児並びに職員の健康の保持増進を図り、もって学校教育の円滑な実施とその成果の確保に資することを目的とする。（第1条）」学校保健法がある。

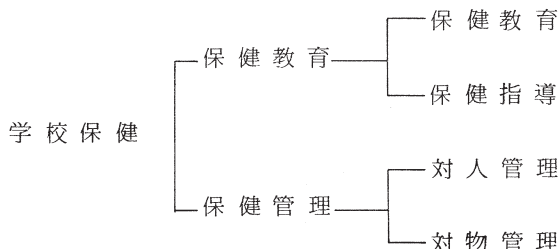
(3) 学校保健の構成と推進

学校保健の構成を説明する場合によく使われるのが、図1である。

学校保健は、2の(1)で挙げた教育の目的や目標を直接的に達成するための保健教育と、それを助け、円滑に実施させることによってその成果を期そうとする学校保健法による保健管理とがある。保健教育は、学習指導要領によって定められた目標や内容にそい、発達段階に応じて意図的・系統的・科学的に教育していく「保健科」の授業と、内容は定められていないが、児

童・生徒の実態に即して指導する保健指導とがある。保健管理は、児童・生徒自身の健康・安全を管理する対人管理と校舎・教室備品等の環境を管理する対物管理とがある。学校保健は、この教育と管理の2つの分野をすすめることによって成立している。

図1. 学校保健の構成



3. 養護教諭について

学校保健を専門的立場から推進しているのは、養護教諭である。

養護教諭は、明治37年福岡女子師範学校附属小学校に学校看護婦としておかれたのが始まりであるといわれる。昭和22年学校教育法の制定により養護訓導から養護教諭となって、その職務は「児童の養護をつかさどる。（学校教育法第28条-7）」とされた。

しかし、この「養護をつかさどる」という職務の内容についての規定や通達はなく、学校保健法の解説（昭和33年）に示された16項目と、日本学校保健会養護教諭部会でまとめられた11項目（昭和39年）があるだけである。この2つは、執務を項目として列挙することによって養護教諭の職務内容としている。

養護教諭の職務（執務）についての意見は多くあるが、次の3氏の意見をみたい。

(1) 小倉学氏の養護教諭機能論¹⁾

小倉氏が、養護教諭の機能としてあげているのは、次の3つである。

① 学校救急看護機能

養護教諭の前身が看護婦であるという歴史的視点からみると、第1にあげる機能は、学校救急看護である。また、これは、校長、養護教諭に対して行ったアンケート調査（表1）によるものでもあるとしている。

表1 小倉学氏のアンケート調査（昭和41年1月）

看護婦免許はぜひ必要だと思うか。

	校 長	養 護 教 諭
ぜひ必要と思う	70%	50%
免許はいらないが看護の専門能力はある	30%	50%
看護婦免許、看護能力ともに不要	0	0

※ （小倉学「養護教諭その専門性と機能」P126より）

② 集団の健康管理機能

学校は健康または半健康な子どもの集まりであるから、その中から健康問題を早期に発見し、教職員に提示して、解決のための計画や実践を促す機能である。

③ 教育保健における独自の専門的機能

健康診断によって発見された疾病・異常を早期に治療させること、それが「心身ともに健康な国民を育成する」ことである。また、視力異常などを早期に発見し、治療を促したり座席の変更をさせることによって、教育を受ける権利を保障することにもなる。このような措置を講ずることによって、教育全体の効果を高めていくことに寄与していくことができる。

(2) 杉浦守邦氏の「特別養護」機能論²⁾

杉浦氏は、「養護をつかさどる」職員として、「養護とは、児童・生徒がもつ健康問題を解決に導くため、学校教育の場で行う支援活動である。」とする。その内容は、①健康問題を的確に把握するための支援。②健康問題を解決していくための支援。③現在または将来におこる健康問題を適切に解決できるように、その能力を開発するための支援活動である。

(3) 藤田和也氏の養護教諭実践論³⁾

藤田氏は、現場の養護教諭の実践例をもとにして、「養護教諭の機能は、養護教諭が行う仕事だけではなく、学校全体が担わねばならない学校保健固有の機能に対して、専門的知識や技術を発揮して、それを中心的に担う存在」であるという。そして、仕事は、①子どもへの働きかけ。②保健活動の基盤・条件づくり(体制づくり)であるとしている。

4. 学校保健の中の看護

学校保健の中での看護的活動をみるのは、養護教諭の執務を通じてである。先に述べた3氏のうち、養護教諭の職務内容として「看護」を前面に出しているのは、小倉氏と杉浦氏である。特に、杉浦氏は「特別養護」を提唱し、(救急)看護と支援活動によって、教育の効果を期そうとしている。また、小倉氏も保健管理を中心に機能することによって、「健康な国民の育成」を図るとしている。藤田氏は、保健室を教育実践の場として、校内の組織づくりをすることが、養護教諭の職務内容であるという。現場の実態はどうであろうか。

(1) 高知県内養護教諭の実態

① 校種別学校規模別勤務状況

県内の養護教諭は、449名であり、これを校種別・規模別にみると表2のとおりである。児童・生徒数が49名以下の学校は、小学校で23.9%、中学校9.3%である。また、200名未満の学校は、小学校64.2%、中学校54.6%であり、平均すると61.4%となる。

このことから、県内の小中学校では、大規模校より小規模校が多いといえる。(高等学校の

99以下は、分校である。)

表2 校種別学校規模別勤務状況(盲・ろう・養・国・私立学校を除く)

校種	児生 数 総 数	49	50	100	200	300	400	500	600	700	800	900	1000
		まで	～ 99	～ 199	～ 299	～ 399	～ 499	～ 599	～ 699	～ 799	～ 899	～ 999	以上
小学校	268	64	47	61	22	20	8	6	7	10	10	5	8
中学校	108	10	22	27	13	2	7	7	4	4	4	3	5
高等学校	44	1	2	8	7	3	5	1	4	2	1	2	8
合計	420	75	71	96	42	25	20	14	15	16	15	10	21

(昭和61年度高知県養護教員協会名簿より)

② 養護教諭以外の免許状所有状況

先の2氏によって、養護教諭の職務内容の第1にあげられた看護について、看護婦免許の有無を調べたのが表3である。これは、出身学校から推測して所有しているのではないかとと思われるものを出したのであるが、看護婦免許を持っているであろうと思われる者は、全体の23.6%である。

一方、養護教諭以外の一般教諭の免許状の所有状況を調べたのが、表4である。これは、協会名簿に記載されているものを調べたのであるが、全体の71.5%の者が何らかの免許を持っている。特に、中学校の場合は、教科の免許を所有している者が最も多く、81.5%となっている。これは、高知市内等の大規模校を除く学校の養護教諭が、「保健科」を担当し授業を行っているからである。(教科担当67.6%、生徒数400名未満の学校68.5%)。

これらのことから、養護教諭の職務内容に「看護」を第1にあげることはできない。また

表3 看護婦免許を所有していると思われる者(出身学校より推測した数)

小学校	46名	17.2%
中学校	23	21.3
高等学校	20	45.5
盲・ろう・養	6	53.8
国・私	10	55.6
合計	106	23.6

(昭和61年度高知県
養護教員協会名簿より)

表4 養護教諭以外の免許を所有している者

小 学 校	199名	74.3%
中 学 校	88	81.5
高 等 学 校	16	36.4
盲・ろう・養	6	46.2
国 ・ 私	12	66.7
合 計	321	71.5

(昭和61年度高知県
養護教員協会名簿より)

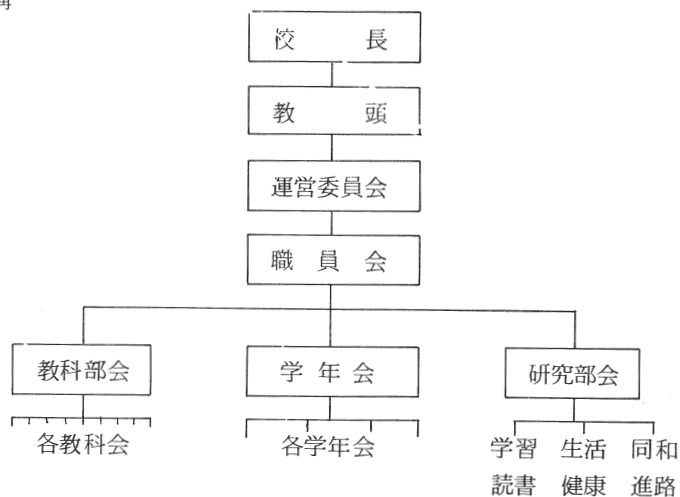
保健室において保健室を訪れる子どものみを対象とする勤務もなりたないといえる。

(2) 本校の事例

① 本校の実態

本校は、室戸市の西方に位置し、海岸沿いの町にある生徒数152名、教職員数19名という郡部では一般的な学校である。学校の運営機構は、図2のとおりである。私の担当する教科は、1・2年生の保健科で教科部会保健である。学年会では3年団に属し、3年生の副主任をしている。研究部会は、生活・健康部会に属し、部長をしている。また、運営委員会の一員でもある。この他に、生徒会専門部では、保健部を担当しており、クラブ活動では卓球部の顧問である。

図2 学校運営機構



② 生活・健康部会の活動

本校には3つの研究部会があり、それぞれの立場から計画をたてて教育活動をすすめている。生活・健康部会は、学校生活や生徒会活動、生徒指導、健康・安全に関する事項等を計画し、推進していく役割をもっている。今年度は、学校目標及び生徒の実態から、重点指導課題を ①いじめ問題 ②たばこ問題 ③生徒会活動と中学生としてのきまり ④掃除指導とした。

(ア) いじめ問題への取り組み

1年生の最初の保健の授業時間に悩み等についての記入をさせた。その中に、「みんなに無視されて悩んでいる。」というのがあった。また、4月の家庭訪問でも、1年生の父兄の多くから「いじめ問題」が話された。放っておけないということから課題として、実態調査を行うこととした。その結果をみると、いじめは各学年ともにあった。特に、1年生女子のいじめは複雑で、昨日までいじめる側にいた者が、突然いじめられる側になっていたりするのである。悩みを訴えてきたA子は、小学校時代にはいじめる側のリーダーであった。それが、中学校への半日入学日を境にいじめられる立場となって、皆んなから無視され続けられてきたのである。この調査結果は、全校集会の校長訓話となり、そのあと実態に応じての学級指導・学級協議とした。特に1年生は、2学級の女子を集めて話し合いをさせた。これらの取り組みにより、いじめ問題は少なくなりつつあるが、続いて取り組む計画である。

(イ) たばこ問題への取り組み

昨年度は、3年生の女子を中心に喫煙があり、便所・ベランダ・校舎の裏・階段・教室屋内体育館等々に、たばこの吸いがらが散乱していた。

本年度になってもこの現象は消えず、非行とからんで生徒指導上の問題の1つであった。そこで、実態調査をして指導に取り組むことにした。①アンケートにより実態調査をする。② 調査結果を全校集会で公表する。家庭通信に載せて、父兄への呼びかけをする。③生徒保健委員会が中心となって、学年毎にスライド学習会をもつ。④学級担任等による個別指導をする。⑤校内巡視を行い指導に当たるとともに、吸いがら等については知らせていく。これらの取り組みの結果、校内の吸いがらは少なくなり、7月の実態調査結果でもその成果は現れている。が、これも続ける予定である。

以上2つの取り組みは事例として出したのであるが、養護教諭の職務は保健管理に伴う指導ではないし、教育効果を高めるための支援活動でもない。また、保健室に限定した「看護」の活動でもなく、学校教育そのものへの取り組みである。特に、高知県のように小規模校の

多い地方の学校では、養護教諭の執務を保健室と限定することはできない。学校教育そのものへの取り組みでなければならないし、現場の要請もそうである。(しかし、保健室を訪れる子どもの訴えは、正面から受けとめて、的確に分析・判断し、指導の対象としなければならないのは当然のことである。)

5. おわりに

看護が、人間を人間として丸ごととらえて「健康状態の変化に伴って変動する患者の心身の平衡を再編成すること」であるならば、「いじめ」や「喫煙」の取り組みも、学校教育における「看護」ととらえることもできる。いじめや喫煙は、子どもの心が満たされていない現れであるし、心身の正常な発達に阻害されているからである。諸々の条件によって阻害されている心の不健康を、正常な発達となるように導くのが教育である。そして、その働きかけには、働きかける者のパーソナリティが問われるものである。

養護教諭と看護婦を対比してみると、いくつかの共通点がみられる。①対象とするのは人間そのものである。②身分上尊重されていない面がある。③職務概念が多様である。④養成コースが様々である。

これらのことから、私たち養護教諭が確立していかなければならないのは、次のようなことではないかと考えている。

- (1) 発育・発達途上の児童・生徒を対象としているのであるから、教育の目的や目標を把握したうえで、教育についての自己の考えを確立していくこと。
- (2) 尊重されていない現状の身分を確立させるために、自己教育に励むとともに、仲間と一緒になってそのことを考えていくこと。
- (3) 学校全体に目を向けて、その中での養護教諭の役割をみつけ、実践によって自らの手で「職務概念」を確立していくことである。

参 考 文 献

- 1) 小倉学：養護教諭その専門性と機能 東山書房 5 1.4.2 0
- 2) 杉浦守邦：養護教諭の職務 東山書房 5 7.6.1
- 3) 藤田和也：養護教諭実践論 青木書房 1 9 8 5.6.1

小児看護の実践から看護概念を考える

－看護教育の立場から－

高知女子大学

山崎 美恵子（5回生）

第7回学会より「看護概念を考える」をメインテーマとして、現代の看護理論家の理論の解説や10名の卒業生の方達から看護の概念枠組みをどのように考えているのかについてご意見を聞かせていただいた。

そして、このテーマの最終会が今回であるが、最終会のシンポジストとしてはふさわしくないことを承知のうえで、この役割をおひきうけした。私は教育の立場からということであり看護教育実践、中でも特に小児を対象とする看護をとうして考えていきたいと思う。

私は卒業後、保健婦、看護婦を経て看護教育の場で小児看護学を担当して20年になる。初期の頃は小児看護学を教えるとき、あれもこれも全部教えておかないと自分がとても不安であった。ちょうど大海の中を泳いでいた感じであった。最近の子供の成長発達の過程を理解させ、学生が「子供を知る」ということに多くの時間をつかい、そして小児の病気や看護ケアが成人とどこが違っているかに焦点をあてた授業を展開している。

そのような授業展開によって、成長発達途上にあって成熟度の違う個々の子供の健康増進のためのケアや疾病をもつ患児のケアに学生が対処していけるのではないかと考えられるようになってきた。

小児看護学の焦点がなんとなく定まってきたということだろうかと考えている。

私にとって20年の歩はこの程度のものであり、このような背景をもって看護の概念について2つのことについて意見を述べたいと思う。1.教員の看護観と学生との関係 2.Roy理論を小児看護に活用する試みについて

1 教員の看護観と学生との関係

「新しい看護論が発表されると、教員はそれをそのまま受け入れて学生に紹介するので、看護ケアの計画で学生は混乱をおこしている」と第8回のシンポジウムで古崎さんから問題提起されたが、私も同感で教員は自分が看護理論家のだれの理論に賛同しているかを学生に提示せずしてケアの計画をもとめている。

このために実習場面で、どのようなことがおこっているか、例をあげてみると各領域別実習で

教員は自分なりの、やりかたで、看護計画をたてている。

この方法はある理論にもとづいていて教員が信念をもって活用している場合と、査定、実施、計画、評価の段階をふんでいるだけで、漠然としたものしかもっていない場合とがあり、後者の場合は教員自身も自信がないから「患者の問題点はこれでよいだろうか」「問題点の根拠はこれでよいだろうか」などと揺れ動いている。だから、ある観察項目があると、それが問題点になったり、ある場合は問題点の根拠になってみたり、また予測判断される項目の中に入られることになったりしてしまう。

学生は「外科実習ではこれが問題点でしたが小児の実習ではこれが問題点の根拠ですか」などと質問する。そうすると教員は、ほんとにこれでよいのかしらと、また不安になってくる。ベテランの看護師であれば、このことは、さほど問題にはならないと思う。なぜならば、患者にたいして適切な看護アプローチができ、そのケアが結果的に有効であればよいからである。

さきほど、臨床の立場から発表された松田さんの意見で「かゆいところに手のとどく看護婦」「させられるのはやめたい。やってあげる、つまり主体的に行動する看護婦」になってほしいといわれたが、そういう看護師に育ってもらうためにも、学生の学習過程として問題点の見つけかたや問題点の根拠、予測判断されることについて、学生がどれだけ観察できたか、又、アセスメントできたかに焦点をあて学生を評価し学習効果をあげなければならない。そのために学生の記録物の語句の表現にいたるまで指導しなければならないのも事実である。

それゆえに、実習指導している教員が考えている通りの看護計画にそったものでなければ教員は学生に訂正や修正をさせている。

このように一つの例をあげてみたが、この背景には何があるか考えてみたい。

看護論は今、世界的に試行錯誤している段階である。Dr・Underwoodは「看護婦の価値観や偏見はその理論が有用であるかどうかという答えに大きく影響するという事に留意する必要がある」と述べ、また「看護科学を発見しつつある途上にいるから全員一致で妥当性に合意できるということはそれほど重要でない」ともいっている。Dr・Royは「看護における実践的知識は科学的公式から離れるかもしれない。しかし実践的知識で現在ある理論にチャレンジしていくべきである」と述べているが、教育する立場にある人達は潜在的にこれらの気持ちをもっていて気負いこんでいることの現れが新しい看護理論が発表されるとすぐ、そのまま受け入れて、学生に紹介してしまうのではないだろうかと考える。もう一度、繰り返すけれども看護理論は今、世界的に試行錯誤している段階にあるから、成人、精神、母性、小児、公衆衛生、学校保健など、それぞれの領域の特殊性によって看護観は異なるかもしれない。

また個人的レベルの教員の看護観もちがうであろう。そして自分の看護観にフィットする看護理論にそれぞれの教員が個々に賛同しているのが現状だと思う。

したがって、このような背景のもとに学生は領域別の実習場所で、教員や場合によっては婦長や臨床指導者が、変わるたびにそれらの人々の意図にあわすために、ケアの計画について余分のエネルギーをつかいストレスと混乱をおこしてしまうのである。

それでは、どうすればよいかという私の意見であるが、学生にたいしては教員自身が誰の理論を操作化し活用して看護目標をたてようとしているのかを明確にし提示したうえで、学生の受け持ち患者のケアの計画をたてさせることが大切だと考える。そうすることによって、学生はこの先生はオレム理論をつかって「患者が自立できるようにする」を看護目標にしている、この先生はロイ理論をつかって「患者が環境に適応できるようにする」を看護目標にしているということを知ることによって、その方向にそって情報を整理していけると思うし、教員も、また、自信をもって助言していけると思う。

個々の教員が教育実践をとうして独自の看護の概念枠組みをうちたてることは一番望ましいことだし、私達に架せられた責務だとは思うが、まだまだの感がある。まずは現在ある理論を自分の看護観にあわせて操作化し活用してみることから初めてみてはどうであろうか。個々の教員がその段階をきちっとおさえて授業展開したならば、学生自身は多くの看護理論を用いることを体験して学生自らの看護観や看護概念を構築する動機づけになると考える。

2 Roy 理論を小児看護に活用する試み

(A) コミュニケーション

小児との対応の中で、そこに存在する自己のあり様をまず知ることが大切であると思う。小児に支援や援助をしていく前に看護者には次の能力が必要である。

- ① 小児と自分との間において違和感や不一致を感じる能力
- ② 小児の非言語的手段から多くの表現を有りのままに知覚できる能力
- ③ 有りのままに知覚したことを土台にして、そこから小児の立場にたって感じたり考えたりする能力
- ④ 感じたことを確認する能力

母親ならば、母と子の関係において「おや、いつもとちがうな」という気付きがあり、気付くのも早い。健康児、不健康児をとわず子供を見て「おや？」と思う現象、これはなにかに適応できなくなったサインかもしれないからである。私は小児のケアを計画する場合、この段階を特に重視している。看護者が前述の能力を獲得するためには人間の成長発達についての知識に熟達していなければならない。

(B) 成長発達とRoy 理論との関係

Roy 理論は「人間は変化する環境と絶えず影響しあっている生物心理社会的存在であり、

生理的ニード、自己概念、役割機能、相互依存の4つの適応様式で適応を促進させている」と説明していて、この4つの適応様式で環境に適応させていくことが看護の目的であるとしている。しかし、この自己概念や役割機能は自立行動のとれる成熟した成人の適応様式であって、小児はそれら自体が発達途上であって未成熟である。未成熟ゆえに適応が困難であるということが小児を対象とした看護をする場合、むずかしくもあり、成人と違った概念枠組みができてくるのだと思う。小児が健康障害をおこし入院生活を送らなければならなくなった場合、入院生活という環境は小児の成長発達になんらかの影響を与える。

Royはこの影響因子を「刺激」とよび、この刺激を3種類にわけていて ①直接患児に直面している影響因子 ②①以外の総ての影響因子 ③現状では測りがたい影響因子としている。小児が入院生活という環境に適応できなくなる刺激として①家族からの分離 ②年令 ③疾病によるストレス ④権威像（医療従事者）にたいして患児の統合性を維持する行動 ⑤活動制限をあげることができる。

これらの刺激は発達課題の危機であり、自己概念、役割機能の発達に影響する。

またこれらの刺激が小児に加わると小児は成人に比べて適応が困難であるから不適応状態として、たとえば退行現象やホスピタリズム現象が出現してくる。このようにして、小児看護にたいする私の看護観がRoyの適応モデルによって整理されたように思う。今、私は小児看護とは小児の病気にともなう苦痛の緩和と共に未成熟な小児の環境を調整し年令発達に見合った適応行動を促進させ成熟への学習支援をしてやることだと考えている。

◎ 看護活動過程

看護活動過程のステップはほとんどの看護者がやっているように査定、計画、実施、評価に段階分けしたほうがいと思う。

○ アセスメント

Roy理論ではアセスメントの段階では4つの適応様式をあげている。小児を対象とするときは対象とする患児の成熟度を観察する。成熟の程度と環境刺激との関係は必ず観察していかなければならない事項である。

第一段階のアセスメントは基本的生理的ニードにたいする適応であり、患児の疾病の程度がどうい状態にあるかを明確にすることがアセスメントするベースラインになる。

第二、第三、第四段階のアセスメントは自己概念の発達と適応。役割機能の発達と適応。相互依存に関する発達と適応である。

以上の四つのアセスメント段階をとうして患児が適応できなくなっている影響因子（刺激）を観察しアセスメントしていく。この4つのアセスメント段階には具体的な観察項目が必要になってくる。

○実 施

実施レベルでは成人と特に違う点について述べる。付き添いを認めている病院であろうと認めない病院であろうと、患児のベットサイドに母親が直接いるかいないかの違いであって、小児看護を展開する場には必ず母親がいる。なぜならば患児にとって親和的態度で依存できる重要な人が母親だからである。この母親は子供が病気になるといろいろの不安を持つようになる。たとえば

1. 子供の病気による身体的苦痛、治療、処置、病気の予後が気になる。
2. 子供が入院のため環境が変わり順応出来るだろうか。
3. 付き添いが必要であれば残してくる家族の世話はだれがするであろうか。
4. 子供が友達や先生たちと離れて寂しいだろうと思うこと。
5. 勉強が遅れるのではないだろうか。
6. 卒業、進学、就職、結婚など将来の事。
7. 疾病に伴う経済的負担のこと。

などの不安を持っている。

一方患児のほうも、また不安をもっている。たとえば

1. 入院生活への適応のこと
2. 家族、友達、先生が自分を忘れてしまうのではないか。
3. 勉強が遅れるのではないか。
4. 保育園、学校のこと。
5. 高学年になると将来のこと。
6. 病気の苦痛や治療、処置、予後に関する。不安がある。

このように患児の病気に起因する母親の不安と患児の不安とはお互いに相互作用して成長発達になんらかの悪い影響を与える。また、患児の病気自体は母親からすれば外部的原因かもしれないが母と子の関係において母親は母親の本能として、わが子の病気という危機を個人的にとらえ、自分一人で対処しなければならぬと認知し母子一体としてとらえやすい。

そのうえ母親はわが子の病気に起因する脅かしにたいして未分化な情動不安反応が出現してくる。

患児の基本的生理的ニードが適応されはじめると今度は母親のほうが基本的生理的ニードが不適応状態になってくることしばしばある。患児の母親について、いくつかの問題をあげたが、このようなことから看護の対象として母親が関与してくることを知っていなければならないのが小児看護の特徴である。

母親の存在を強調したけれども、小児は家族の一員として親や兄弟達との中において相互に

影響しあいながら自己概念や役割機能が、成熟していくという視点にたって、父親や同胞の存在も、小児をとりまく環境因子として考えることが大切である。つまり、システム理論を活用していかなければならない。

○評 価

看護目標を達成したか否かは患児や母親の行動を再査定して、看護アプローチの有効性を評価し、計画を修正したり看護の優先順位をきめていく。

おわりに

小児を対象とする看護について私の看護観とフィットする理論としてR o y理論を用い、小児看護の概念枠組みについて総論的に述べた。

これからはこの理論をもっと具体的に操作化していく努力をしていかなければと思っているが、私の今までの卒業後20年の教育実践の知識で、それがどこまでやれるかは未知数であるが、とにかくやってみようと思っている。

在宅ケア活動と研究から看護概念を考える

国立公衆衛生院衛生看護学部

島 内 節（9回生）

はじめに

私は在宅ケアの実践と研究、それに関連する卒後教育をしています。私の仕事内容の時間的割合は教育50%、実践25%、研究25%ですが、実際には教育や実践は研究とオーバーラップしている部分があります。

在宅ケア過程では保健医療福祉のさまざまな専門職、ボランティア、患者グループとかかわりながら各患者や家族のケアをより良いものにしようと努力しています。多くの人々との共同実践のなかで看護職として働く時、看護は何を基盤としてどのような活動をするのか、どのような視野が必要かが常につきつけられてきます。これは研究においても同様です。

在宅ケア活動を素材として看護概念について述べてみたいと思います。

1 在宅ケアの課題と看護のかかわり

在宅ケアの課題は、個人や家族に対して人々の住む場を拠点として次のような対象にケアをすることです。

(1) 病的状態やその因子が予測される対象への予防的ケア

従来の公衆衛生看護活動として未熟児訪問、結核患者の家族の健康管理、健診異常者への訪問指導などは、この予防的ケアの範囲に入りますが、さらに拡大される必要があります。

(2) 疾病をもつ対象への疾病の後遺症、合併症、障害を予防し、健康回復をめざすケア

主に慢性疾患患者で特に問題のある患者について病院等からの依頼を受けて保健所が訪問していましたが、最近では病院で在宅ケアをしている場合には退院患者の継続ケアとしてされることもあります。しかしこれは、必要な患者のごく一部に限られている実態です。

(3) すでに心身の障害をもっている対象にリハビリテーションや生活維持を主体としたケア

わが国では、老人保健法との関係もあって在宅ケアの対象の多くはこの人々に焦点が当てられています。現状では他の対象にまで拡大する余裕がなく、実践者はここでの対象が在宅ケアのすべての対象であるかのごとき錯覚さえもちやすい実態です。ここでの対象者にさえも十分なケアがなされているとは言えません。現状では、まずこの対象者から手がけて他の対象者に拡大していくことが必要といえましょう。

(4) 安らかな死へ向けてのターミナルケア、ホスピスケア

在宅でのターミナルケアやホスピスケアは、わが国では都立神経病院と京都の堀川病院などでこのような対象を含めた在宅ケアがなされているにすぎません。英米ではまだ少ないとはいえ可能な事例に対しては実践しています。その実践はどこかの在宅ケア機関でも実施している訳ではなく、ケアの条件をもつ機関が行なっています。患者はターミナルケアプログラムやホスピスケアプログラムに入り、必要に応じて入院ケアや在宅ケアを受けるしくみになっています。この基本的な考え方は、人生の最後をできる限り家族や地域の人々との触れ合いのなかで家族や社会の一員として、人間らしく生きられるようにというものです。わが国では患者に死の宣告をあえて避ける社会風潮があることや在宅ケアが途についたばかりなので今後の課題といえましょう。

在宅ケアは以上のような対象に対して、家庭という場を中心として各人の生活条件とその地域特性（一定の生活圏で、生活に必要な社会関係、生活習慣、生活価値観、地域のさまざまな資源、制度や組織面から行政の単位も加わる）を生かして、保健医療福祉的ケアを組織化し統合するケアです。

看護は上記の過程で患者や家族への直接的ケア提供、教育・支持および各種ケアの調整的機能を果たします。

2 在宅ケア課題を具体化する方法と看護の機能

(1) 患者への生活の整え、医療看護の観察やケアおよび家族の健康管理

患者、家族の生活習慣や条件に基づいて、食事、清潔、排泄などの基本的な生活維持、住居の安全性、ADLや社会性の保持・拡大、病状に合わせた対応（病状の判断・予測、予防的対応、各種処置など）、および家族の健康管理（特に介護をする家族員は心身の過労に陥りやすい）は看護の主要な機能です。

(2) リハビリテーションとQuality of Life（生命、生活、人生の質）を確保するケア

在宅ケア対象者は、何らかの生活障害をもつことが多い。それは①身体機能障害 ②日常生活（＝ADL）障害 ③社会的な生活障害 ④心理的障害などです。身体機能障害は、出生時、脳卒中、難病、事故などのようにある時期を契機として明らかな障害者となる場合、老人にみられるように病弱となり神経筋力、骨関節運動機能の低下に伴って生じるものなどが含まれます。これらの身体機能障害をもつ人々は、日常生活能力障害、社会的な生活障害、心理的障害をほとんど例外なく持ちやすいといえます。社会的な生活障害は、障害をもつ人々を社会が受け入れられないとか、患者自身も社会の人々と触れ合う機会が少なく、社会性が保持されにくくなっていわゆるHandicapをもつことになります。これらの障害に出合う人々は必ず必理的体验と

しての心理的障害に陥りやすい。これは自分の可能性への諦めや絶望感、自己の存在意義や役割の喪失感などです。これは家族や周囲の人々のかかわり方で影響を受けやすく、家族を含めたケアの必要性が高いといえます。精神障害者とその家族についても同様なことがいえます。

看護はこのような人々の生活に基盤を置き、生活になじむ方法でこれらの障害克服、緩和、進行予防のためのケアをします。同時にこれらの人々や家族が新しい生活を状況に合わせて、主体的につくり変えていくことを支え、家族を含めたQuality of Life を考慮した進め方が重要と考えます。

(3) 在宅ケアの社会化と住民参加を促すような進め方

在宅ケアはケア提供者が単に家庭にケアを持ち込むアプローチでは十分ではありません。近隣者など周囲や地域住民が日常生活で手伝える部分を担い(ボランティアなどして)、患者・家族を地域生活者として受入れ、相互連帯していくかかわりが必要です。患者や家族は地域の人々に受入れられている時に安心して生活できます。そのためには地域の人々との触れ合いの場(最近なされている老人いこいの家や保健所等でのデイケア、リハビリテーション活動)をもつことによって、地域の人々がこのような患者や家族の実態を理解し、また患者や家族の気持が開放され、気持よく援助を受け入れていける関係をつくり出すような働きかけも大切です。地域の人々はこのような触れ合いを通して自分ができる役割を発見したり自信をもてるようになってきます。またこのような援助を受けた患者や、ケアの経験のある家族は、地域の人々のために経験があるからこそよいケアができることがしばしばあります。これは与えられるケアから相互に支え合うことを地域の中に広げていくような在宅ケアの進め方といえます。この際地域住民が支え合うことは、専門家の人手不足を補う意味ではないことを明確にしておかねばなりません。在宅ケアに住民が参加することは相互援助や連携の輪が広がり、患者や家族が地域の人々に受け入れられ、地域生活者として生きられる関係を生み出すために必要な条件だからです。これは専門家によって代行しうるものではありませんが、このつながりを生み出すべく働きかける機会や場を提供したり、それを支えたりすることは専門職にできる大切な機能といえます。

その他の方法として、在宅ケアというと、とかく個別ケアとして閉じこもりがちとなります。そこで家族外の集団で集まる場や集団ケアの場に参加することによって、患者や家族は他のメンバーから刺激を受けて自分達のやり方を確認したり、方向性を見出し、共に学習したりつくり上げる喜びを加えることにもなります。このような集団の場への参加によって個別ケアでは果せない効果を、集団ケアによって補完するアプローチも重要です。

看護職は以上の過程を方向づけ、サポートし、調整する必要があります。

(4) 在宅ケアの包括的発展のための地域資源の開発・整備と関係者との協調 ケアシステムづくり

在宅ケアは、在宅での生活の営みを支え、保健医療福祉的ケアが組織化されなければなりません。個別のケアシステムを他の事例で活用し、それらを修正し集積して地域ケアシステムとして拡充していく進め方が重要です。その進め方のポイントは、プライマリ・ヘルス・ケアの基本概念から拾いあげられると考え、これらを研究的に実践してみて検証した結果、以下のことがあげられると考えています。

- ① かかわりをもつ人々がケアを要する人々のニーズの顕在化と共有化を図る。
- ② 住民の主体的参加を促し、セルフケアや相互ケアを拡大する。
- ③ 地域資源の資源化、活性化を図りつつ資源を最大に活用する。
- ④ ケアの個別性を重視し、ケアの継続、協調、統合を図る。

看護職はケアニーズがとらえやすく、関係者に働きかけやすい立場にあります。そこで上記

①～④のパーキンソンの機能や支持的機能を果たすことが必要です。

3 在宅ケア活動と研究活動

在宅ケアにかかわる人々との共同実践によって共同学習・研究へと発展しやすい。一方、同一ケア例でも職種によって研究の焦点、結果の出し方、生かし方が異なります。そこで共同研究と看護独自の研究の両方が必要です。

研究に対する私の価値観は、研究によって現在の活動を整理し、次への活動の動きを生み出すことにあります。研究は実践がどこまで進んでいるかに規定されつつ相互関係的に進んできました。そこでまず在宅ケアの初期の段階では、ケアニーズの確認からスタートし、資源の開発・整備、ヘルスケアシステムへと進行してきました。

在宅ケアの実践と研究を通してわが国や米国等で開発された看護理論では、上記2の(1)～(4)を包括するようなものは開発されていません。しかし実践ではこれらを含め方向で活動が展開されています。従って従来の看護理論はいずれも部分的で、特に社会関係をつくり出していく理論は不足しているといえます。活用できる理論は部分的に活用してきましたが、従来の看護理論に依存しているだけでは、活動の実態がとらえられなくなることも体験しました。この意味で在宅ケアでは近接科学としての社会科学を導入したりしていますが、それでも不十分です。在宅ケアそのものの活動と研究の歴史が浅く、在宅ケアの専門誌といえば、米国で1980年から **Home Health Care Services Quarterly** として雑誌が出ているくらいです。ですから研究内容も研究方法論もいろいろな意味で世界的にも未熟な段階ですが、活動と研究を重ねながら少しずつ明らかにされ整理されてきている部分もあります。

このような過程を通して看護の概念が拡大しつつある事実を看護理論としてどのように扱っていくべきかは今後の課題と考えます。

看護概念を考える ― 行政の立場から ―

厚生省保険局医療課

佐々木 正 子(5回生)

1. はじめに

厚生省は社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上、増進を図ることを任務とする国の行政機関である。当該業務を行う職員は多数の事務官と保健医療福祉の各分野にわたる技官より構成され、各種の施策が講じられている。私は看護担当の技官の一人として勤務し約13年になる。

厚生省における看護担当の技官は、看護職員としての身分、資格、業務、卒前・卒後の教育、研究等保健婦助産婦看護婦法の施行に関する業務を所管している看護課を主管課とし、他に地域保健、保険医療、国立病院及び療養所の各領域に約20名が配置され、相互に連携を図りながら、業務をすすめている。現在、私は健康保険法等の施行に関する医療、社会保険診療報酬に関する事務、保険医療機関等の指導等多岐にわたる保険医療分野において、看護に係わる基準入院サービス、看護料等の業務を担当している。

本シンポジウムにおいては、保険医療における分野で入院医療及び在宅医療の一環として位置づけられている看護について、看護概念を考えてみようと思う。

2. 入院医療

1. 入院看護サービス―基準看護と療養費払いの付添看護

入院看護における看護サービスの形態を健康保険の給付方式から大別すると、療養の給付(現物給付)を原則とする看護と療養費(現金給付)の支払いによる補完的、特例的な看護の2つに分けられる。

我が国の長い慣習もあり、従前から家族や多くの付添婦等外部の者によって行われていた看護の実態を、当該保険医療機関に勤務する看護婦等により看護を行う体制(現物給付)へと転換させた完全看護(昭和25年制定)の基本的理念を引きつぎ、新たに昭和33年から基準看護制度が設けられた。

基準看護とは、入院医療の一環としての看護サービス特に療養上の世話を充実するために設けられたものである。入院サービスに一定の基準をもうけ、この基準に達した保険医療機関である病院について、都道府県知事の承認を受ければ、入院料(看護料、給食料、室料)に一定額の基準看護加算を認めるしくみであり、これにより、看護婦確保、充足の推進を図る措置を診療報酬上から講じてきた。即ち、看護の専門教育を受け、看護の免許を有する看護婦が一定必要数安定的、恒常的に保険医療機関に採用され、その者によって適切な看護が提供される体

制（これは患者負担による付添看護が行われることのない体制である）を維持、確立することである。その裏づけになるものとして、看護料や基準看護加算の看護に係わる料金が設定されていることは、重要な意味をもっている。

保険医療機関においては、基準看護の承認を受けることを先ず目標とし、適切な看護体制に向けて向上、改善を図ろうとしている。このことは我が国の入院医療の内容や水準を引きあげる役割に大きく貢献していると考えられる。

一方、看護婦等数や適切な看護体制等一定の基準に達しない場合の看護はどのような措置が講じられているのであろうか。

保険者が療養の給付（現物給付）を行うことが困難であると認めた場合、療養の給付に代えて療養費〔現金給付（これは患者が一時立て替え払いをしておき、後から保険から払い戻される）〕を支給することが認められている。このことは基準看護病院以外の医療機関（普通看護病院等）で、いわゆる重篤・術後・寝たきりの患者が療養のため特に必要があって、保険者の承認を得たうえで、特別に外部から看護者をつけた場合に、療養費払いの付添看護料が支給されるという取り扱いである。外部からの付添看護者をつけることが認められる看護の形態でも、外部からの付添看護者は原則として看護婦でなければならないとなっているが、実態は無資格の付添家政婦である。その上、当該医療機関の開設者や管理者が積極的に看護婦等を採用しない傾向を生じたり、付添看護者に看護をまかせてしまう状態となったり、看護婦等自身にも看護に対する姿勢や意識が低下するなどの可能性があるとするれば、患者はどうなるだろうか。更に、付添看護料の実態は、保険で支払われる支給額と実際に患者が支払う慣行料金との間に差があり、その差額は患者の負担となっている。このような状態を考えると、基準看護の体制を充実させる方向で努力しなければならないと考える。

2. 基準看護病院における付添看護問題

基準看護制度の趣旨から、本来基準看護病院は患者負担による付添看護が行われるものであってはならないが、患者の病状等によっては、医師の許可を得て家族が付添することはさしつかえないとしている。この場合家族であっても看護を代替し、看護力を補充するようなことがあってはならないものである。しかしながら、患者負担による付添看護問題が昨年全国各地で表面化した。その主な理由は、患者2.5人に1人の看護要員を配置する特2類の病院でさえも、現状の看護需要を満たすことはできないということであった。これに対しては、既に昭和56年に重症者看護特別加算として5%の承認枠（5%を超えない範囲は都道府県知事、超える場合は厚生大臣に内議）が設けられていたが、これを機に、昭和61年4月から重症者に対する看護が十分行われるように、また夜間看護体制の強化や看護要員の増員等に活用できるように、承認枠を7%（7%を超えない範囲は都道府県知事、超える場合は厚生大臣に内議）に拡大す

るという措置が講ぜられている。このことは、基準看護加算により配置された一定必要看護要員が全入院患者に対し、平均的に一定の看護を行うことをベースとして、特に重症者のように重点的に看護を行う必要がある場合には、さらに特別加算を設け、適切な看護が行える体制を強化したものである。

3. 看護料金と看護の評価

診療報酬の中で通常、主に看護に係わる料金として、入院料に含まれる看護料と基準看護加算、重症者看護特別加算を看護料金と呼んでいる。

診療報酬上の支払いを健康保険法における甲表の診療報酬点数表からみると、基本診療料と特掲診療料から構成されており、2つの支払い方法がある。

基本診療料には初診・再診・入院時診療の際に行われる診察行為または入院サービス料金の他、初診・再診・入院の際に行われる簡単な診療行為の料金も一括して基本診療料として支払うことが定められている。看護料金は入院サービス料金として基本診療料に含まれ、患者1人1日当りの一括した料金として算定される要員概算払いである。

一方特掲診療料は、特殊な診療行為による料金として個別的な技術評価をした出来高払いとなっている。これには検査、画像診断、投薬、注射、理学療法、処置、手術等がこれに該当する。

この診療報酬支払い方式をめぐって、看護料金を要員概算払いから個別的な技術評価をした出来高払い方式に変更できないか、また看護料金は入院サービスの質、量に比べて医業収入の中に占める割合が少く、看護の評価が低いのではないかと等意見や指摘がある。

先ず看護料金を要員概算払いから出来高払いに変更できないかとの意見についての主な理由は、個別の評価がなされていないという不満である。基準看護の要件である入院患者数に対する看護婦等数には、免許を有する者なら誰れでも必要数に算定されるというしくみが、各看護婦等の評価につながっていないという意見、また必要な看護の量と質に対して、たとえ手抜きをしても、一生懸命行わなくても、その量と質にかかわらず患者1人1日当りで支払われる料金には変りがなく、評価に応じたものではないということ等である。確かにそのような面も考えられなくもないが、看護を行う体制は看護要員個々の能力を結集して看護チームを構成し、看護チームで24時間継続して看護を行うことであり、その体制は看護要員の量、質両面の体制があってはじめて遂行されるものである。従って要員概算払いであっても、看護の質と責任を厳しく問われており、看護への評価が存在していると考えている。

次に医業収入の中に占める看護料金の割合が低く、適正な看護料金即ち看護の評価となっていないのではないかと指摘については、看護料金のみが全てではなく、診察・診察行為に伴う医療行為に看護に係る料金が包括されており、医業収入全体で考える必要がある。

なお、適正な診療報酬はどうあるべきかについては、厚生大臣の諮問機関として設置されて

いる中央社会保険医療協議会（中医協）で審議されている。

診療報酬の合理化と医業経営の安定に資する見地から、入院医療についてはその適正化を図る一方、在宅医療についてもその促進を図る等方向に沿って医療費の改正がなされてきている。

4. 国民医療費の現状と対応の方向

現在厚生省においては、最近の医療費の動向から医療費適正化の推進を最重点課題としてとり組んでおり、今後の人口の高齢化等に伴う対応策を早急に検討する必要に迫られている。

国民医療費は依然として増加しつづけており、昭和60年度は16兆円台に、さらに61年度は17兆円台に達する可能性があると報じられている。医療費増嵩の要因として考えられることは、人口の高齢化、医療技術の高度化、医療機関数・病床数・従事者数の増加等があり、国民医療費を分析すると、特に病院入院医療費、老人医療費の増大が顕著になっている。なかでも老人医療費は12～13%の伸びを示しており、国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内にとどめる目標に照らせば、10%以内におさえなければ、国家財政、保険財政、国民負担能力等支障をきたす。

我が国の平均寿命は国際的にみて冠たるものとなっており、当然のこととして高齢化社会にすむ。従って医療費の範囲内での解決は限界があり、保健・医療、福祉の多角的、総合的な対応策が求められている。そのため各種委員会、懇談会が設置され、専門家、有識者等により検討がなされている。例えば、「地域医療計画の策定」であるが、これは地域医療供給体制の効率的整備について、医療圏の設定、必要病床数、病院の整備、病院・診療所等の相互連携、医療関係従事者の確保等を検討するものである。「家庭医」「医師（歯科医含む）の需給」「医業経営の近代化と安定化」「老人保健施設いわゆる中間施設」さらに「看護制度検討会」等全省的規模ですすめられている。

3. 在宅ケア

昭和58年2月に制定された老人保健法に基づき、老人保健における診療報酬が設定された。その基本的考え方は不必要な長期入院を是正し、入院医療から地域・家庭における医療への転換を促進することである。かねてからの要望もあつた訪問看護、即ち退院患者継続看護・指導料や退院時指導料、老人デイ・ケア料等が新設された。

退院患者継続看護・指導料は家庭において寝たきりの状態にあるものまたはこれに準ずる状態にあるものに対して、当該保険医療機関の保健婦または看護婦が訪問し、看護または療養上必要な指導を行った場合には当該看護・指導料が算定されるものであり、61年4月から対策の拡大、点数の改善、算定期間の延長が行われた。特に看護職による看護・指導は、従来は医師が行なう往診に含められて評価されていたものであるが、これにより大きく前進することとなった。

現在、在宅ケアは老人、精神障害者に限られているが、他の対象例えば術後や終末期の患者等訪問看護を必要とする者への診療報酬について検討が残されている。

4. おわりに

医療費の増嵩は単に我が国だけの問題ではなく、アメリカを代表として世界的な傾向であり、種々の医療費抑制策が講じられている。

一方人生80年の長寿社会において、健康に対する国民の関心は一層高まり、誰れもが健やかな人生を送りたいと望んでいる。

そのためには中、長期展望のもとに、医療費を効率的に活用し、適正で安定した医療・看護を行うことが強く求められている。

若い世代からの日常生活管理や健康づくりが、やがて迎える老年期の健康の基礎となるため、従来の疾病に対する治療のみでなく、健康の保持増進、予防、リハビリテーション、終末期のケアまで一貫した包括的、継続的ケアを看護の機能、役割として果し、需要者のニーズを重視した総合的ケアを推進していく必要がある。

需要者並びに国民が負担しうる限られた原資の中で、需要者の要請に応えうる医療・看護がいかに適切になされるべきか、看護職としても自らの職業に誇りと生きがいを持ち、主体的な看護を実践し、それぞれの立場で英知を集めて解決の途をさぐっていかねばならないと考えている。

参 考 文 献

1. 佐々木正子：基準看護の経緯をめぐって 看護、36巻第6号 1961
2. 今田寛睦：在宅医療サービスの保険適用について 地域保健 5 1961
3. 厚生省健康政策局看護課監修：看護体制の変革をめざして—看護体制の改善に関する報告書—

質 疑 応 答

司会： どうもありがとうございました。1人1人の先生方から、それぞれやはり20年キャリアがございますので、それぞれに経験も、それから、やってらした仕事もちがうな一って感じが致しますが、ここでちょっと時間が1人1人の演者の先生が20分以上オーバーしてしますので、討議の時間が少なくなったんですけれども、各々の先生方に質問があるかと思われまして、手際良くまとめてお願い致します。

いろいろとお聞きになりたい事、あるんじゃないかと思えます。はいどうぞ

甲田（3回生）：保健婦です。今、県庁の医務課の中に務めております。それぞれの先生方のお話を聞かせていただきまして、たぶんシンポジストの皆様方よりもうちょっと看護の年数は上だろうと思えますけれども、非常に自分で整理できていない部分ですとか、そういったふうなものが整理をされまして、ありがたく思いました。それぞれの先生方のおっしゃる事1つ1つがなる程と思う事ばかりです。ですから、山崎先生も言われたように本当にピッとくるとか、キラッと光るとか、それぞれ自分にピタッとくるっていうふうなことが、それぞれにあるんだろうという事もまた、再確認できた訳ですけれども、で、その中で1つ島内先生に教えてもいただきたいと思えますし、私の考えも述べさせていただきたいと思えます。先生のお話の中で非常に今、保健婦の役割の中で、直接ケアとそれからコーディネーター的な役割が非常に大きく取りざたされております。これは、将来の発展っていいですか、将来保健婦の働き方にも非常にかかわってくると思っているんですけれども、そういった中で、看護職の持つ、リーダーシップっていいですか、そういったものも非常に大きく、特にコーディネーターとして働く場合、あるんじゃないかと思えます。そして、また、看護者としていろんな所で気づきがあって、そして自分自身をコントロールしなければいけない部分も非常に多かろうと、私は思っているわけです。で、特にまた、私が行政の中にいるものですから、保健婦の場合はほとんどが行政に所属しているわけです。そういたしますと、1つの組織の目的っていうものがありまして、自分自身をコントロールしなければいけない部分が、抑える部分というふうなものが非常に多い訳です。そういう意味で、リーダーシップも非常に必要と思う訳ですけれども、ここで何がひっかかったかといいますと、私は住民をまきこむという言葉が大好きなんです。いわゆるその住民参加を促すと…これを私は巻き込むという言葉で使っておりました。決して人をコントロールするとかいうことでなくて、自分自身もコントロールしなければ看護職というものは努まらない。コントロールというのは、人をコントロール、又組織の中で働く場合は、コントロールもされなければ組織の中ではもう働きません。ですから、コントロールという意味も非常に大事なんですけれども、この巻き込むという言葉では、その、人をコントロールではなくて、人の自発性を促すとか自発性を引き

出すとか、そうやって伴にやっていくということに私は思っておりましたので、先生の御意見とそこらあたりどう違うのかな…と、ちょっとそこを教えていただきたいわけです。

島内(9回生)：基本的には同じです。ただですね、まあ、協同でいろいろ実践してきました、話をしている時にふっとその言葉が出てくるんです。保健婦が医師会を巻き込んだ、住民を巻き込んだ、だからうまくいった。それが現実であっても、それをみんなの中で言った時に、おかしくなるんですね。それで、注意して使わなければたいへん危険な言葉であると感じています。と言いますのは、この間も公衆衛生の学生が在宅ケアの実践の場を見たいからと言いますので参加いたしまして、もう「巻き込む」「巻き込む」という言葉を何回も医師の前で言いまして…。「あなたは何を言いたいんですか？巻き込むって誰を巻き込むんですか？私達は自分が他の人達といっしょにやってきたと思っているから、私達、巻き込まれたなんて思ってませんよ。」って医師に言われました。ボランティアの人にも、それを言われました。ボランティアの人も、最初はそうだったかもしれない。でも、結局、巻き込むという言葉の中にいつもいつも誰かが同じ人が巻き込むというのではなくて巻き込んだり巻き込まれたりって言うんでしょうか、そういう関係がお互いに必要で、その人を求めてそしていっしょにやっていくということですので、かなり注意して使わないと、保健婦は官僚的だとか、そういうのがよく出てくるんですね。東京の日野市の例なんですけども、住民が起こした運動で、難病のグループ活動を起こしてきました。そしてぜひ医師会の先生に協力していただきたい」ともちかけてやり始めたら、やり始めてみると今度は医師会の方は、本気になってますから巻き込まれたなんていう人は全然いないんです。全くなくなっているんですね。その時によそからふっと来た人が、「巻き込むにはどうしたらいいでしょうか？」ですとかいう質問がどんどん出てくるんです。その姿勢が危ないんだと思うわけです。軌道に乗った時には、やはりもう誰も巻き込まれたとは思っていないんだ。初期の発端の時には、やはりあると思うんです。やはりどうしても、ぜひお願いしますとか入ってくださいとか、それは必要だから。基本的には同じなんですけれども、言葉にこだわる。かなり注意して使わないと非常に誤解を招く言葉でもあるというふうに思います。そういう意味で、私達も住民の方々にうまく活用していただいて、ある意味では、引き出していただくっていう事もいっぱいある訳ですね。ですから、常にある職種が誰かを一方的に、あるいは常に誰かが誰かを巻き込むという固定したものではなくて、それがいつも相互関係的に巻き込んだり巻き込まれたり、だからこういう言葉にならなくなってしまったのが日野の実態です。だから巻き込まれたなんて誰も思っていないんです。現実に形成していく過程にはあったんですけれども、軌道に乗ってしまえば自分が主体者だとみんな思っていますので、そんな風に思っていない訳です。1つの過程の中では確かに必要ですが、それを言葉に出す時には、かなり注意しないとまずいんじゃないかとそういう風に考えています。以上でございますが……。

甲田(3回生):わかりました。まあ、私達も、今はその我々のチームにもいろんな人達が入ってきますから、また、そうでないと仕事もできませんので、その場その場に合った言葉の使い方。純粋にその我々同志でありますと使ってよろしい言葉と、それからやはりみなさんと御一緒の時にはそういう風に誤解を招くような姿勢を問われるような言葉というふうなものは確かにあると思いますので、今後一緒に仕事をしていきます時には、やはりそれぞれに気をつけながらやりたいと思います。ありがとうございました。よくわかりました。

司会:他にどうぞございましょうか。はい、どうぞ。

中田(12回生):あの、佐々木先生に教えていただきたいんですが、私、厚生省がまさに断行しようとしております統廃合のやり玉にあがっております国立高知病院に務めておるんですが、診療報酬の角度から、基準看護制度が立てられて、まず看護サービスの確立という面で、そういう事ができたということは非常に喜ばしいことだと思うんですけども、先生方のお話を聞いたり私達が常々思っているのは、看護は、社会の動きと共に医療に対する人数が変わってくる、だから看護も当然、それに合わせて変わっていかねばならないと思っているんです。そういう角度で見ると、訪問の在宅ケアの看護料が認められたということは非常に喜ばしいんですけども、基準看護から見まして一類看護とか、特一とか特二とかいうのを、額で言うと非常に大きい額になるんです。しかし、私達、臨床におりまして、私、県におりまして今、国立の方へ帰っておりますけれども、看護体制が非常に貧しいんですね…。基準で一類は4人に1人ということで、それで特二も認められておりますし、重症加算のベットもいくつか認められたんですけども皮肉な事に看護の主体的業務業務が中心にできているのが一類で、むしろ他では診療の補助のほうが、中心になってきているんです。重症加算がされた所の病棟などでも、医療の内容そのものが基準看護が考えられた昭和33年とずい分違っているんで、まあ10年ひと昔と言いますけれど、まさに30年になろうとしているわけで、その所でやはり、看護っていうのはこれくらいの役割があるんだっていう事を討議をしたり、これくらいの大事な役割りを果たしている看護、看護の評価をそういう所で看護料に関してとか基準看護の4人に1人とか3人に1人とかいうことに関する検討は、どこで成されているかをちょっとお伺いしたいんですが。

佐々木(5回生):正直に申し上げまして今回、厚生科学研究スタッフを無理を言ってもうけました。その入院サービスの面の再構築をしようというふうに考えた訳です。さっきあの時間の関係で私が準備しておりました資料の中身を、取って話をさせていただかざるを得なくなった訳ですけども、大変、医料化、医料費の適正化策を厚生省全体が国全体が取り組んでおります。これはもう大変厳しい実状でございまして、もう、1人の力ではどうにもならないという感じでございます。皆様方も、私もやはり看護がどうあるか看護がどうあるべきかを、窓口にして仕事を進めるべきですけれども、どうしても医療費が根底にあって医療費の中で効率的に、そして限られた人員の中

でいかに、そこに関わらせながらしかも専門職が発輝できるようにをどうしても考えざるを得ないという事になります。まさに基準看護とは入院医療費でございまして、今の医療費が一応1兆1千億円を越えている訳ですが、当然、大半、巨額になる訳です、結論を申し上げまして、そうなりますと、これは看護の質も落とせない医料費も膨張する、じゃあ、あと何を切るかということになる訳ですね。で、そこまでの話しがいって、そこから、入院の方にもどろろという、まあこれは私個人の考え方ですが。まず在宅の面でもう少し対象者が在宅の方へあるいは中間施設等々でできないだろうかというところの話を整理し、どこかに医療費がもしあくとするれば料金としてあくとするればそこに、もう少し質の高い看護が再構築できると。これは皆様方にとりましては、今、そんな悠長な事とおっしゃるかもしれない。けれども、そういう1つの通り道、遠廻りをしながらも、やっていきたいと思っています。ただですね、1つ言わせていただきたいのは、今年4月1日に医療費が平均2.5上がりました。2.3でした医科が2.5、歯科が1.5でその変わり薬剤がだいぶ引き下げさせられました。トータルで2.3でございます。それに比べまして、その中身はいろいろありますけれども、看護は4.8上がっています。それは、病院が多いじゃあないか、基準看護の病院もあるじゃあないかとおっしゃられるかもしれないけれども、やはり、上がる率としては、かなりの高率で上がっております。で、それは皆様病院の1つ1つの所に潤わないということもあるかもしれないと思いますけれども、まあ、あのそういう状況で努力はさせていただいているという事をお伝えさせていただきたいと思っております。

司会：他には、いかがでございましょうか。はいどうぞ。

原(2回生)：中央病院の松田さんにお伺いしたいんですが、2点程ですけれども。まあ、その前に感想を述べさせていただきたいと思っておりますが、かつて、中央病院でナースとして働いた者として、今、松田さんの情熱のあるお話を伺いまして、中央病院の看護もずい分発展したんだなということ、また、松田さんの活躍に敬服いたしましたものでございます。今、私は、教育の場にいるものとしては、やっぱり学生が臨床の場で、ベッドサイドで学ぶことが一番大きな授業だというふうに思っております。その中で、今、松田さんが発表なされたように、病棟の婦長さんがどちらの方に向いているのか、看護をどのように考えているか、1人1人の患者の方に向いているのかどうかというふうな事はすごく学生に影響があるということで、松田さんの病棟での活躍が、学生への大変大きな影響を及ぼしているであろうと思っておりますし、また臨床でもこのまま発展していただければと思っておりますが、そういう中で、婦長さんとして学生とどの様に具体的にかかわっていらっしゃるのか、もうちょっとそこら辺りの具体的なお話しが伺えたらということと、それから継続看護ということで現在取り組んでいらっしゃる、最後の3期のことなんですけれども、これは皆さんから発表がありましたように慢性化してきている実情の中で看護に求められている大変重要な面かと思っておりますし、その点で、サマリーの検討をなされて病棟

から外来、病院から地域へというふうに考えていらっしゃるようですが、その病院から地域への継続ということにつきましては、今、皆さんからお話ありました訪問看護というふうなことまで考えていらっしゃるのか、つまり病院にいる看護婦さんが訪問していくってことを考えていらっしゃるのか、お聞きしたいと、松田さんが最後に言われたように患者にしてあげるという姿勢がナースにもあるということをおっしゃったんですが、その点私、看護職はとてもそういう傾向になりやすいんじゃないか、それは病院の中にいる患者さんは、なんといっても受け身である訳で、それが生活の場にいる患者さんの所とかかわれたら、島内さんからお話があったような形で刺激を受けるんじゃないか特に病院の中の看護婦は、どうもしてあげるというか、恩着せがましい形になる…。それは、患者さんが弱い立場になっていると思うんですね。そんな辺りで、訪問看護活動の所まで発展できたら、県民、住民にとって、やってもいいんじゃないかっていうふうに思うものですから…。その2点程お願い致します。

松田(4回生)：それでは第1点から…。お答えになるかどうかわかりませんが、学生さんとどのようにかかわっているかっていう点であったと思うんですが…。特別に私が時間をとってっていうことではないんですけども、随分前から見てましたら、学生さんも看護のチームに入ってきてやっちはいるんですが、最初の頃は本当に学生さんは隅でチョボチョボと実習をしていかれたそんな態度が、うんと目に映ったものですから、そこからまず同じように、もし実習であったとしても、患者さんにとっては学生さんであっても、看護婦さんというふうに映るのですから、かまわない範囲でチームの看護婦さんといっしょにやっていくという中で巻き込んでやっていく方向というか態度を持ってやって来ました。特別に時間をとってということではないんです。それと、カンファレンスの時なんかはできるだけ出ささせていただいて私なりの助言をする、また教えてもらうというようなことでやってきました。それといろいろな研究なんかなきった時には見せていただいて、活用できる分は、どんどん入れていって、また、学生さんにこういう物をいただいたよという点で、お返しをして刺激をしていくというようなことでやっていく態度はとってきたと私は思っています。それから、第2点目ですが、先程言ったように、私が、してあげるだとかさせられるだとかいうことが非常に問題ではないのかという点を挙げましたが、私の病院は中央病院で機関病院ですので、病院の方針としては訪問看護を今はいけないということです。だけど私は内科病棟に行って本当に患者さんの姿を把握するためには、やはり採算がとれなくても1回か2回でもいいから、途中で事故があった時にも病棟の婦長が背負うということでもいから、患者さんの実態を知るためには、訪問にふみ切っていかななくては本当の看護はないんじゃないのかという気持ちが非常に強いわけです。ですから看護の継続へ熱を燃やしているわけです。だから、これから看護を考えていく上には狭い臨床の中で考えるというよりかは、地域の中の患者さんというかそういう部分に入っていかななくては、本当の臨床の役割がないということを私は

ものすごくわかっている訳です。ですから、私はいろいろ早とちりな面があっしておしかりを受ける面もありまして時々は落ち込みますが、やはりこの基本姿勢はあまり変えないで、みんなに出来るだけ協力してもらって是が非でも、患者さんが今、何を求めているのかなってという点でこれから努力していきたいなっていう気持ちです。そういう意味で訪問看護はちょっと今はできませんけれども足場の所で退院への指導をやっていくということで、地域がうんと見えてくるのではないかという気持ちでいっぱいです。

原(2回生)：どうもありがとうございました。学生とのかかわりのことについて、また付け加えさせていただけるなら、その松田さんの姿勢で、とってもいいんじゃないかと、で、日頃感じるのは、学生が患者さんを受け持って看護していく訳なんです。けれども、その時に現場の看護婦さんは、受け持った患者さんについては、学生が責任をもつという感じで、学生ができなかったら、床ずれができたのは学生のせい…まあオーバーですけれどもね、そういうふうに関か1つ1つ学生のせいにしてしまうのです。してしまう所もあるんですけども、そのケアについて学生も看護婦も同じチームの中の1人であってそのチームに学生が関わっているんだ、参加しているんだというふうな感じを私としては持っている訳で、今の松田さんのような形の看護のチームの中に、学生のレベルで入っていただければいいんじゃないかっていうふうに思っております。

すみませんがそれに関連して、在宅ケアの事について、島内さんにとお願いしたいんですけども、今、松田さんからお話がありましたように、大変臨床のほうとしてそういう方向で、考えておりながら、大変まだまだ体制的に無理なところがあるようですけれども、在宅ケアをやっていращる中で、この臨床ナースが関わった例とか役割というふうなものをまた島内さんなりに感じていращると思いますので、そこら辺りを、臨床ナースの関わりという所にポイントを置いてお話を伺いたいと思います。

島内(9回生)：今、保健所では、雇いあげ看護婦という形で、潜在ナースの掘り起こしをして、実際にケアをやっていただくとか、それからもう1つは看護協会の方でも、潜在のナースに入っていただき、あるいは、現職の臨床にいращる看護婦さんに出いただくなどの形をとっています。東京の中でも随分現職の臨床の方々が外に出ていくようになりました。病院を基盤にしてそこを足掛かりにして、退院した患者さんに対して。それから、その地域の資源については、どうしても保健婦でないとわからない面がありますので、保健婦の方々に連絡をとって、どういう資源が使えるのかをたずねたり、保健所に働きかけたりというふうなことをしています。それで、保健婦と臨床の看護婦とペアを組むといい点は、技術的な点ではどうしても臨床の、特に現役の看護婦さんは非常にすぐれていますね。それから病気の判断っていうことも、かなり鋭いと思うんです。そういう意味では、どういうふうな事がこれから予測されるかとかについてはペアになっでやることの意味があると思う。いつもペアにならなくてもやれる患者さんもあると思うんです。

全てペアにならなきゃいけないかっていうと、そうでもない、そんなに処置はないと、いわゆる健康管理的なところでやっていけばいい患者さん達なら保健婦でも充分そこはやれる。例えば排泄の問題などよく出会うんですけども、普断臨床でいろいろやっていらっしゃるので、うまく、どうやったら長い宿便が出るのかなど、すごく上手にやられて、保健婦もびっくりして、あーそうやるといいんですね。なんていう学習をしたりとか、それから実際に医療器具を持ち込むとかいう例えば吸引ですとかそれからカテーテルが膀胱カテーテルが入っている患者さんが結構多いんです。それから、経管栄養ですね、そういうのも必要で、それを付けたまま退院される患者さんが、結構多いんですね。そういう患者さんについては、かなり臨床の看護婦さんが関わる、しかもその病院から退院した方ですと、臨床の看護婦が主治医と直結して指示ももらえるというルートが、つきやすいという点もあります。いろいろの形でやっているということですね。主治医とつながって、主治医が必ずしも出ていなくてもオーダーを受けながらやるやり方とそれから、保健婦とうまくつながってやるやり方と保健所に臨時職員として採用されていわゆる潜在ナースが採用されて、それで保健婦と一緒にやるやり方などがあります。潜在のナースの場合ですと、ほとんどもう臨床から離れても長いし、どういうポイントを押さえたら今の実態に合うのかっていうのが分からなかったりしますので、保健婦といっしょになって訪問をしたり、あるいは交互に訪問したりまず最初には保健婦が訪問をしてみて、それから、どこの部分が臨床の方にやっていただくかっていうことを決めて、その方にやっていただくというような形をとりながら、そしてカンファレンスをして1つ1つ問題解決をしていくそういうやり方もあります。大阪市もやっていますし、山梨県もやっていますが、そういう所では看護協会がすべてその研修から何から全部、掘り起こしのナースに対して、研修を行う。誰がどうするかっていうチームを組んでそれでやるというやり方も、それは患者さんの人数にもよると思うんです。どういう組み方がいいか単独でできるか、保健婦でも充分できるのか、単独でもいいものと、そうじゃあないものと非常に患者さんによって違ってくると思います。そういう段階でやられていると思います。よろしいでしょうか。

司会：はいどうぞ

近沢（20回生）：まとまりのない事になるかもしれませんが…。松田婦長さんのお話を感慨深く懐しく聞かさせていただきました。私自身の体験をふり返ってみまして卒業すぐに中央病院に就職いたしまして4年間看護婦として働きました。2年半は松田婦長さんの先程お話にありました4A病棟の外科病棟でお世話になりました。そして、3つの病棟をその間経験いたしました。その4A病棟でのとても楽しかった生き生きと働いた、そこでの看護体験は、私の看護の原点のような気がしております。で看護は何よりもベッドサイドに一番重要なところがあるのであり、そこから発展していくのだというふうな考えもあの職場の中で学ばしていただいたと思います。

あと6年間は、女子大の看護実習助手といたしまして、また、実習生を引き連れて、婦長さんの病棟でお世話になりました。そして、婦長さんの話をうかがう度に、常に前進し続けていらっしゃるその姿にすぐ先輩と致しましても尊敬の思いを新たに致します。私自身、今までの歩みをふり返ってみて自分の中にやはり患者さんの自立というか、患者さんに主体があるんだ。いかに、生活の中でその人らしく健康を回復しながら、生活していくかっていう辺りを、重点においた看護のあり方が、私の中にだんだん強くなっていっているんですけれども、それがどういう所で育ってきたのかと振り返ると、学生時代に芝田先生がこれは印象深いんですけれども、看護あの当時もう10何年も昔になりますけれども、当時出た看護理論を自分なりに一生懸命読んで、そして看護とは何かということをいつも考え続けていたという気がします。それは実習を通してでもそうでしたし、卒論を通して、看護とはいったい何だろうかということをも自分なりに考えていく姿勢があつた頃身についた、芽生えたということをも1つ思います。

もう一つは、何か学生1人1人、私なら私という1人の学生が尊重されていたという体験をすぐ後になって思い返すことですけれども、いつも暖かく育てていくことを見守って下さったそういう教育風土の中に自分がいたことの有難さをずっと今もって思います。こういう学会も3年ぶりに参加させていただきまされたけれど、こういう先輩のお話を聞き、膝を交えながら身近にこう、触れられる、こういう何ていうかいっしょに育てていこうということも思ったださるようなものが、自分の看護観を育てていながら、仕事の中で活躍していける基礎作りみたいなものなのかなというふうに思います。私、この2年間は、10年間の仕事をいったん止めて聖路加看護大学の修士の方へ行きましたので、聖路加の学生が、どんな教育を受けているのかというカルチャーショックを受けたいという面もありますけれども、与える側の教育が、枠組みがしっかりと出来ていて、その中で学生が枠に当てはめられると言っておりました。それは、いい面悪い面両面があるというふうに思いましたけれども、私達が伸び伸びと育ていけるこの女子大を誇りに感じてもどってきたという感じです。そして、私はやっぱり臨床が好きだという自分の思いを再確認しまして、今年の春からまた臨床で、看護婦として精神科の領域でかけ出しに戻って始めたわけです。その臨床が好きだというその感覚は、やっぱり松田婦長さんのあの病棟で教えていただいたという感じがある訳です。長々となりましたが、1つ質問させていただきたいのは、教育の立場におられる美恵子先生に、小児看護の実践からということで、お話をして下さいましたけれども、ちょっと枠を広げて教育の立場からやっぱり個々の看護概念を育てる、芽生えていく基礎作りが教育の、女子大の看護学科の4年間の教育の中にあつたと思うんですけれども、そういう学生が看護観を育ててその芽生えにかかわるということで、教育の立場から先生の御考えを伺わせていただけたら有難いと思います。

山崎(5回生)：先ほどお話しした内容の中の、再度お話しすることになるんじゃないかと思えますけ

れども、あの、結局聖路加大学が、一つの枠組の中に学生を入れていくということをおっしゃられましたけれども、私もそうではなくて、たとえば、この先生は、こういう理論をもってこの理論のもとに、つまりその先生のもっている看護観をもとにしながら、その理論を活用しているんだというように例えば何人かいる先生それぞれが個々のものを持っていていいんじゃないかと思っているんです。だけど今の段階では、それが全然学生に伝わってなくて、ただ今言われてますような、看護活動過程、査定だとか、計画、実施、評価というレベルだけで、学生に指導をしているから、学生が非常に混乱をおこしているわけで、私は患者が自立する方向に援助することが看護だと思っていますよ、いや私は、患者が環境に適應できるようずるようにもっていくことが看護だと思っていますよという風にそれぞれの領域別にタッチしている先生方が、それぞれの看護観をもって、それを学生にきちっと自分の姿勢を示すことによって、学生が、ああこういう理論だったら、こういう風にやっていくんだ、こういう看護理論だったら、こういう風にやっていくんだという風に、いくつもいくつも看護理論を体験することによって、自分自身の看護理論、あの看護観というものが、培われていくんじゃないかな、という風に考えておりますけれども、こたえになりますかしら。

近沢(2回生)：ありがとうございました。

司会：はい、どうぞ。

野島(1回生)：あの、私ねー今日はほんと、びっくりするようなことを各5人の方からききまして、あの、感動もしたり、びっくりしたり、心配もしたりと、あの整理をしかけていますけれども、あの、この看護概念を考えるとということで、今回が最終回になりますけれども、あの、共通してずっと話されてきましたことは、やはり、対象が人間であるということは、どの分野からも変わりはないかと思います。あの、そういう点では、各分野での概念も価値観も違いますが、各分野からの概念から、看護概念が生まれ、そして理論づけられていくんじゃないかと、結論的には思いました。

各諸師からききましたお話では、最初松田さんのその理念には感動しまして、30年を看護一筋にやってこられたということの本当の信念のようなものを感じさせられたわけでございますけれども、そのように、一生懸命、御自分の研修を深めながら、理念の確立を目指しているにもかかわらず、今度、佐々木さんの話をききますとですわー、現在の厚生行政のきびしさをたたきつけられたような感じで、まあ、びっくりして、一生懸命聞きましたけれど、なかなか私は、ふだん知らないことまで、その一部も知らされたような感じがしました。とにかく、もう福祉行政が切りすてられて、医療も後退する一方の中で、その訪問看護というようなことが、入院医療から在宅医療へ転換する時期にきているというようなことを聞きまして、私らが70くらいになった時は、どうなるろうと思って、そういう心配も入り混って、びっくりしたわけでございます。

やはり看護する者たちは、どうしてもこの行政のことをぬきにしては、理念も概念もあったものじゃないと、いう風なことを思い知らされたわけです。それで学校におきましてでもね、現在の臨教審の審議員の中からは養護教諭、不要論というようなものも、出ているような現状もあるわけです。それと同じように、医療とか看護の面でもやはり私は後退しているのではないかということ、今日あらためて感じたわけです。私どもが教育を受けました時には、本当にすばらしい看護をめざして、特に高知県の保健婦の駐在制度などは、すばらしい制度だという風なことで、あこがれたりもしましたけれど、今や保健所もいろいろな機能も縮小されてきているわけです。そんなことで、どんどん病人が増えてもいく高齢化社会になり、病人も増えていくのに、医療行政面は縮小もされたり、それから病院から家庭へ帰されるというようなことは決して喜ばしい現象ではない。これからは在宅ケアも必要だという風なことも、各いろいろ言われましたけれどもこれは、今後の対策としては、私は国はあてにならないと、各自治体が医療とか看護とかを確保していかなければいけない事態になってきやせんかと、いう風に、まあ自治体もそうなかなかいきませんけれどもねえ、本当にそういうきびしさを感じたわけです。それで、結論はよう出しませんけれど、学校の立場であったり、病院の立場、それから行政いろんな立場の人も、最初に言いましたように、人間が対象であるということにかわりはないわけですから、その人間を大事にしていく看護をめざして、各分野で奮闘していかなければならないのではないかという風に思うわけです。これは感想でしたけれども、佐々木さんに一番トップの行政のところにおられる佐々木さんにちょっと私の意見に対して御意見を聞かせていただけたら、大変幸せでございます。

佐々木（5回生）：（笑い）何か厚生大臣になりかかってという感じがします。とてもそんな任位はございませんからお答えをしづらい気持ちでいっぱいです。私が看護科から医療科に変わって、医療費問題を抜きにして、看護医療もこれからの社会への対応は考えられないんだということは、これはもう率直な意見であり、感想をもったところでございます。しかし、考えようによりましては、病院、診療所の機能の連系あるいは家庭医の問題、専門医の問題、そういったようなものも、これからはひとつのあるべき姿に整理をしていく中での医療を考えていくわけですから、全て今おっしゃるように、全部後退というわけではないと私は考えております。やはり患者さんによっては、診療所の方がよりよい内容をもつものもございませうし、病院に行く問題もあるでしょうし、医療費、医療価の設定とか、病床、病床数の問題とかも必要病床数の設定ということも。調査が示しておりますけれども、高知は病床数が、入院医療費が一番高いわけです。そういう風なことになりますと、必要病床数がどのくらいで、その中には、病院の中にかかっている患者さん、家庭の中にかかりたい、家庭の中でお世話できる、お世話してもらいたいという人もいますから、そういう形を少しふりわけていこうということですので、まあ全体として私も少しきびしいお話をさせていただいたと思うし、後退につながるようなお話になったのかもしれ

ませんけれども、まあ現実の問題を皆様に提議し、問題提起をさせていただいて、みんなでこの現状を考えていたらいいんじゃないかという主旨も含めまして、御提議をさせていただいたところでございます。答えにならず、感想になりましたが、すいません。むしろお聞きいただいた方々からご感想をいただきたいぐらいのものでございます。

司会：もう一人… はい、どうぞそちら。

甲田（3回生）：自分の所で世話をしたいと、これがもう非常に多い意見です。けれども現実の問題として、介護者そのものも高齢化してますので、そういう問題、健康上の問題、いろいろと出てきておるわけです。それから、また病院の方でききますと、本当は退院してもよろしいと、しかも介護者もいると、けれど病院は、うば捨て山的なことにもなっていると、こういう風な問題もあります。ですから私は在宅へうつると言いますか、先ほど、佐々木さんもふりわけていくという言葉をつかわれましたけれども、やはり適切な、その人に合った、そのあり様というのは、それはもう当然考えなければならぬと思います。21世紀に入りましたら、15.6年で入るわけなんですけれども、そうなりましたら、3人に1人が私を養ってくれることになるんだそうで、これはこれで医療費が本当に、そのもう15%にのびましたら、国民経済が波綻すると、この間、私も話を厚生省でおききました。それはもう国民経済が破綻したら、私を養ってくれる人がおらんくなりますので、私はせいっぱい元気で健やかな老後を迎えなければと、今はりきっておるのです。だから、さっきも言われましたように、本当にみんなでこのことは考えないと、国が悪い、どこが悪いと言いつつですねえ、結局は自分の問題だと思しますので、私はまあ、私も医療課における関係からかもわかりませんが、佐々木さんが非常に、まっ暗な立場で、おっしゃったことは、よくわかるような気もいたしております。みんなが考えなければならぬということが、本当にそうなんだと思しましたので、一言気持ちを言わせていただきました。

司会：どうもありがとうございました。あの、どうぞ手短かにお願い致します。要点をまとめて、あと時間がもうわずかになりましたので…。

山崎（10回生）：あの養護教諭の立場から看護概念を発表されました、西岡さんの方にお伺い致します。資料から、看護婦免許を所有しているのは、小学校からだんだん高等学校になるにつれて、免許を持っていらっしゃる方が多いということ、それと反対に小学校の方が養護教諭以外の免許もっているということは、たぶん教科の免許もっていらっしゃるから、こうなんだと思いますが、この辺をお伺いしたいのと、それからいじめの問題をおっしゃって、おられましたけれども、以前、登校拒否とか、校内暴力が盛んに言われましたが、今は、それがいじめにつながっている、そのいじめとの関連ですね。それと最近、あの自殺者の年少化が多いですね。私、高知大学の保健管理センターというところに務めておる者ですが、高知大学は自殺者がいないということで全国で有名な大学でございましたが、あのここ数年自殺者が出たんですね。最近、そういう精神的

な疾患が共通一次試験以後、多くなったかもしれませんが、志望校でない大学に入ったということでの不満とか、その中の枠内に自分を閉じ込めようとしているそういう不満的なことが、自殺とか精神疾患に連なっているのかもしれませんが、ここの辺のことをお伺いしたいと思います。

西岡(4回生)：お答えになるかどうか、ちょっと心配なんですけれども、一番に言われましたことから言いますが、看護婦免許をもっていると思われる者と、それから養護教諭以外の免許をもっている者との関連のことをおっしゃったと思いますが、養成課程が、小学校、中学校の場合、短大を出ている者がかなり多いのです。ちょっとパーセントをよう覚えていませんけれども、短大出がかなり多いということから、短大を出しても、保健の免許はもらっておりますので、それで、小中学校に所有者が、あの、3番の方の所有者が多くて、それで2番の方が少ないという風に考えられると思っております。そのことは、私の推測だけでございますが、看護婦免許をもっていると思われる者という風にしております。2番のところでは、やはり、盲、ろう養護学校だとか、国立、市立の方に多いのですが、それが当然のことではないかという風に思います。それから、いじめと登校拒否とのからみは、どういうことかということですが、あの、そういう風なことも、なきにしもあらずということでございます。全体的によく把握しておらないですけれども、うちの学校の場合を見ますと、お腹が痛いとか、頭が痛いとか、いう風なことで、保健室に参ります子どもにきいておりますと、根底にいじめがあった、対人関係ですね、そういう風なことがあったということは、ございますけれども、基本的に登校拒否と登校しない子どもですね、不登校とではとらえ方が違っておまして。登校拒否の場合は、いじめと直接かかわりがあるということではなくて、心の中に病気があるというんですか、学校に行きたくても、行けない状態があって出られないということを登校拒否と言っておりますので、いじめからの不登校ということは、少ないという風に思います。それから、自殺者とか精神的な障害というんですか、そういう風なことについてだったと思うんですけれども、全体的に、私、小学校に長くおりましたので、小学校の子どもを見ておまして、思いますことは、自分を制することができないと言うんですか、我慢できない子どもが多くなっているように思います。それは、大人の中にも我慢できない人が多くなっているんですけれども、子どもにはよけい、それが多くなっているように思います。だから、そのことは、何と言うんですか、家庭でのしつけというんですか、育て方と言うんでしょうか、そういったことに、ある程度、問題があるんじゃないかという風に私は思っています。だから、我慢をする、この時は我慢をしなければいけないということが、教えられていない子ども達が多いという風に思いますので、まわりが見えなくなっているんじゃないかなと思うんです。ちょっと、お答えにならないかもしれませんが、そういう風に、私が思っていることをお答え、お話しさせていただいて、よろしいでしょうか。

司会：はい、どうもありがとうございました。時間がもう5分超過しましたが、えっと智子先生

の方で何か…。あっはい、そうですか、それでは一言……。」

島内（9回生）：あの、先ほど行政の問題が…。行政がなければ何もできない、というお話が出たんですけども、私は、在宅ケアを実際にやってきまして、難病の活動なども医療費をどうやって獲得してきたかという、患者さんの声を、声にしていく、それから実際の実践をみていただくようにそのデータ化するという形で福祉を獲得していきたい。

それから、東京都なんかでは、難病相談事業というのを、保健所等でそれをきちっと、ふつうの活動としてとりいれる、そこまでいくには、もうそれぞれの努力があって、行政に吸いあげられていきましたので、行政からいつもきまってくるものではなくて、実践の中からどんどん行政を変えていけるものだということを、もういっぱい見てきました。できるんだという、又、しなければいけない。又、そこに携った人でなければ、どういう種類のものが、どのように整えられたらいいかというのが、できませんので、それをしかも、できるだけ、データ化する努力が必要だと思います。それで患者さんも、家族も住民の方々も一緒になって、それを声にしていって届けていく。そういう形を実際にかわっていった行政の姿をたくさん目にしております。だからそういう形も大変大事な看護職の機能ではないかという風に思っております。

司会：はい、どうもありがとうございます。大変長時間になり、また司会が少々不手際でございまして、皆様方まだまだお聞きしたいことか、述べたい御意見なんかもおありになるかもございませんけれど、今日のシンポジウムは、大変貴重な皆様方の経験を通してからの意見がでたと思うんですね。皆様方お伺いになりながら、それぞれが自分の中で考えられたことがたくさんあると思うんです。これを、今日は経験の浅い方も豊かな方も、いろいろな方がいらっしゃいますけれども、私たちそれぞれ自分の中で、熟成させていって、そして自分の概念、看護概念として、私はこう、という考えをそれぞれが築いていって、将来これが、一つの看護理論ということに構築されていくなれば、とても望ましいことだと思いますし、ぜひそういう風にしていきたいと思えます。看護学会の発展、それから女子大の看護の発展のためにも、それぞれがまた明日からの職場の中で、もう一度この学会をきっかけに考え直していくことが大事なんじゃないかと感じました。どうも、大変長い間ありがとうございました。先生方、ありがとうございました。皆さんありがとうございました。お疲れさまでした。