

## 日本赤十字広島看護大学特別講演会

### 看護の動向と看護者のキャリアディベロプメント

日 時：平成16年10月23日 10：30～12：00

場 所：日本赤十字広島看護大学 講堂（ソフィアホール）

講演者：社団法人日本看護協会 会長 南 裕子

#### はじめに

本日、日本赤十字広島看護大学にご招待いただきまして、お話をさせていただくことは、私にとりましては大変光栄で、嬉しいことです。

その理由の1つが、ここの大学の学長の稲岡文昭先生とは、私が20代の時から、一緒にアメリカへ交換看護師として出かけましたし、日本に帰ってきてからは、日本における看護の力を高めていくために、一時期いろいろなところで力を合わせてお仕事をさせていただき、私がお指導いただくことの方が多かったのですが、そういう意味では長いお付き合いで、稲岡先生から頼まれましたらノーとは言えないということでございます。

また、先ほどご紹介いただきました谷井先生始め、ここに在職していらっしゃる先生方の中に、私の過去の歩んで来た道の中で、お出合いをさせていただいた方々もいらっしゃいます。素敵なこの講堂でお話をさせていただきますのは、私の喜びでございます。

今日は、日本看護協会会長として、お話をさせていただきますが、中には私見も混じります。お許し

いただけたらと思います。

このスライドは、皆様方のご寄付をいただきまして、また先輩たちが営々として築いてきた財産の下に立てた黒川紀章の設計によるものです（写真1）。東京に行かれました折には、是非、原宿の表参道の中でも一際目立つ建物ですので是非ご覧いただけたらと思います。

#### 看護を取り巻く社会の変革

ご存知のように社会はめまぐるしく変化しております。私は、兵庫県立大学の副学長をしておりまして、基本的に週の前半は神戸か明石で仕事をしています。水曜日の夜に東京へ向かいまして、そして木曜日から土曜日までは、東京の看護協会です仕事をしております。私はふたご座ですので、2つこういうふうに職があるというのは、ちょうどバランスがよくて、「よくまあやるわ」って皆さんからは言われるのですけども。それでも、毎週東京へ行きます度に胃が痛くなります。

胃が痛くなるのは、本当に刻々と社会情勢や保健医療福祉制度が変化しております、ニュースを見るだけでもすごい動きがあるのですが、まだそこまで行かない段階の動きというのは、さらに凄まじいものがあります。表面化しないものの中には、看護協会が頑張って反対したりとか、逆に看護協会が頑張ったにも関わらず表に出なかったりということもあります。前は1年単位で動いていた動きが、今は1か月単位で動いていっているぐらい凄まじく動いています。

その1つは、社会保障の変革の問題です。国民の1番の期待は、社会保障制度の確立の問題です。日本は終戦後50年間、世界に誇る社会保障制度を持っていました。それが、ある時期から、50年間営々と

日本看護協会ビル(原宿新会館)

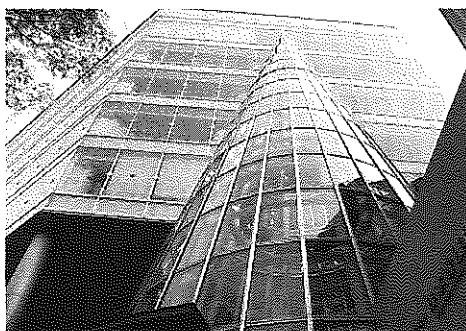


写真1

して築いてきたものが崩壊している事に気付かされたわけですね。国民が気付くのには随分と時間がかかりました。

その理由の1つには、社会が変化し、少子高齢化になったことで、社会のニーズが変化してきたということもありますけれど、社会の動きが各世界のリーダーたちに見えていなかったということがあげれます。例えば国会や政府、または専門団体、そういうところが事前に手を打てなかったということがたくさんあったと、改めて反省します。今日、私は看護界の反省を込めたこの看護の動向について、お話をしたいというふうに思います。

社会保障制度の改革が必要な第2の理由は、保健医療福祉の理念が変わってきたからです。昔は、保健医療福祉と言いながらほとんどは医療でした。厚生労働省の予算も大半は医療です。医療はいわゆる健康保険の社会保険制度で、保健（ヘルス）は、保健所や市町村保健センターといった行政なので税金です。そして福祉は措置制度で、困った人は国からお金がもらえる、そういう制度だったのが、2000年の介護保険制度が生まれて、福祉は、税金で賄うところから国民にとってサービスが見える、選択できる社会保険制度の導入によって大きく様変わりしました。

ヘルスについても、今までは本当に世界で長寿を誇る国ですから、日本人の健康に対する関心も高いし、また今までの施策は成功してきたと思います。しかし、煙草の喫煙率の問題など、日本ではまだまだ改善しないといけないヘルスの問題がたくさんあります。メンタルヘルスや生活習慣病の問題もそうです。しかし、これは今までのように行政指導型でやっていっては限界があるということで、健康福祉、21世紀における健康増進の国民運動として展開するようになってきました。後でお話します看護界の努力というのもその波の中にあります。

従って、保健医療福祉の理念は大きく変化してきました。今までは、医療保険でもお金さえ払っていれば、病気になったらいつでもどこでも診てもらえる。そして、健康診断も職場にいれば、職場の健康診断を受けていればいいし、それから福祉も、誰かが何とかしてくれるだろうというような、行政依存型の日本文化があったと思います。それが、それでは生きていけない時代になってきていると思います。

### 国際協力の世界的動向

国際交流と国際協力についてどちらが上位概念かというのは立場によって違います。JICAや政府は

国際協力の下に国際交流があると言っているのですが、また別の視点からは、国際交流の中に国際協力があるとも言え、考え方も随分変化してきました。

戦後復興の時代の国際協力というのは、どちらかという私達が戦争で被害をもたらしたアジアの国々に対して、弁償していくことが非常に大きかったと思います。経済成長に伴い、私達は富める国で、貧しい国の成長を助けていくという思考になりました。この時、その国から提案してきた経済復興に日本がODAで支援をしていけば、その国全体の底上げになって、人々の生活が基本的に守られていくだろうと考えていましたが、実はそうではなかったということがわかってきたのです。

先ほどのような考え方というのは、タックル・ダウン・セオリーと呼ぶのだそうですが、どこかをきちんと押さえたら全部掌握できるというような発想です。しかし国際協力というのは実はそうではないんだということがわかってきました。BHN, Basic Human Needsという人間が生活していくために必要最低限のものに対しての支援にODAがシフトしていて、JICAの中でも保健医療福祉領域のものが非常に強調されるようになり、看護界への期待も高まっています。

しかし今までは、貧困の問題とか、例えば感染症、HIV/AIDSの問題に対応するのを支援していけば、BHNの問題には対応できると考えられていましたが、それだけでは駄目なんだということが2000年の国連で議論されました。人間開発、人間の安全保障、つまり人が自由であること、人が自分らしく自分の責任において、生きていくことができるという根本的なものがないと、問題解決的な世界の支援、国際協力というのでは不十分だということがわかってきました。

#### 1. ミレニアム開発目標 (MDGs, Millennium Development Goals)

2000年、当時の森首相の提案で、国連のミレニアム・サミットで、ここに書いてあるような事柄が重要なことだと宣言されました(図1)。下線の引いてある3点が主に看護に関わりのある部分です。

この段階ではまだBHNの考え方が非常に色濃く残っています。このミレニアム宣言の時に、人間開発、特に人間安全保障(国家安全保障ではなくて)1人1人の人間安全保障という考え方に基づく思考が必要であることを提案したのは日本の首相だったのです。国連で、人間安全保障委員会を設けましょうというのを提案して、委員会ができて、そこから人間安全保障に関する報告書が生まれました。その

### ミレニアム開発目標 (MDGs, Millennium Development Goals)

- ・ 極度の貧困と飢餓の撲滅
- ・ 普遍的初等教育の達成
- ・ ジェンダーの不平等の推進と女性の地位向上
- ・ 乳幼児死亡率の削減
- ・ 妊産婦の健康改善
- ・ HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止
- ・ 環境の持続可能性の確保
- ・ 開発のためのグローバル・パートナーシップの推進

(United Nations web site : [www.un.org/millennium](http://www.un.org/millennium))

図 1

報告書を作ったのがアマルティア・セン氏と緒方貞子氏でした。緒方貞子さんは日本が誇る世界のリーダーで、今JICAの理事長です<sup>1)</sup>。

#### 2. 日本のODAの現状

これは日本のODAの現状です (図2)。日本の海外拠出金はトップだった時期がかなり長く、ずっとリーダーシップを発揮してきましたが、今は、アメリカの方が高額になっています。日本の国内経済の状況が非常に悪くなったので、ODAはかなり批判を受けて予算がカットされる一方です。アメリカは今少し経済が持ち直したため、アメリカがトップになりました。日本はアメリカという大きな国と競争していたわけですから、日本はすごく頑張ってきたことがよくわかると思います。

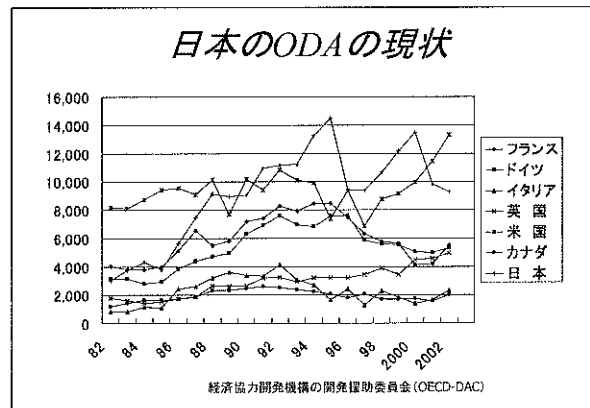


図 2

#### 21世紀型社会保障における基本認識

国内外にはさまざまな課題がありまして、まず国内の課題のうち社会保障問題について、社会保障審議会が昨年出した答申の基本認識をどのように考えていくかということがあります。社会保障制度というのは、年金と医療と福祉、次世代育成というようなものが全部含まれる、つまり看護界にとっては大きな部分です。自分個人にとっても年金の問題は大

きいですし、医療の問題や福祉の問題というのは全部私たちが関わりを持っているし、次世代の育成の問題も私達の世界の問題です。

そういう今まで50年間うまくいっていたことが、21世紀の前半には上手くいかなくなるということがわかって、社会保障の大きな改革をしないといけないということになりました。向う25年、また50年先の予測を立てましようというのは、実は非常に難しいらしいのです。この審議会の中核になった人に、何故いつもこれが失敗するのかと訊くと、人口動態が予測以上に進行しているからだとおっしゃる。つまり、少子化が進行し、高齢者の人口が増えているのですが、予測値を超えているのです。支える側と、支えられる側とのバランスが社会保障ですから、人口動態が把握できないとそのバランスが取れない。だから、25年の予測値というのも、なかなか難しいのです。

でも、今までの社会保障の考え方と少し違うのは、次世代育成支援を前面に出してきたことと、多様な生き方を支援することが入ったことです。個人の生き方が、それぞれの社会の枠にはめられるのではなくて、自分で人生の生き方を選択することが社会保障制度の中でも認められたということです。つまり高齢者はこうやって生きないといけないとか、障害者はこうでないといけないとかではなく、どんなに病気が重くても、自分の生きたい場所で生きたいように生きられるように、そのための支援システムを社会としてどうやって作っていくかということです。そういうことを視野に入れたセーフティーネットを考えないといけない。だけど、皆さんが税金を払ったり、社会保険で払ったりする負担分と給付、給付というのはサービスを受けるものですが、このバランスが崩れると経済的破綻をきたすので、この考え方をバランスよくするためには、自助、共助、公助の適切な組み合わせを図って、国民経済だとか政策とのバランスをよくしましょうということになりました。これによると社会保障財源の対国民所得比が変化していきます。

2002年には対国民所得比、つまり収入の22.5%が社会保障財源になっていたのが、2025年には32.5%が社会保障に当てられないと基本的な社会保障は確立できないということで、この財源はどこから持ってくるか議論されています。消費税か、または社会保険料を高くしていくのか、方法論は別として、どっちにしても、これぐらい10%は増えるということです。これを国民が負担するという自覚が重要なんですが、必ずしも日本ではそうではないよう

です。

世界の社会保障財源の対国民所得比を見ると、1番低いのがアメリカです。自由経済で、もう何事も自分で自分の面倒をみなさいというものです。一方、ドイツだとかスウェーデンというのはかなり高いです。日本は、ドイツやスウェーデンに比べかなり低い。アメリカに近いのです。これは負担額の問題です。給付じゃなくて、サービスの量じゃなくて負担額の問題です。

これで50年間、21世紀後半にはこれでやってきたのですが、これができてきた理由は、右肩上がりの経済で、企業からの税金等、たくさんお金が入ってきたので国税で国の中がリッチだった。だから社会保障にまわせた。ところが、今日本の経済全体が悪くなってきているので、このままいくとこれに応じた給付、つまりサービス、社会保険の年金だとか、医療だとか保健だとか福祉のサービスがどんどん低下していく。このことが大きな課題です。

これは、千葉大学の助教授の広井先生が、朝日新聞で社会に訴えていたものです（図3）。

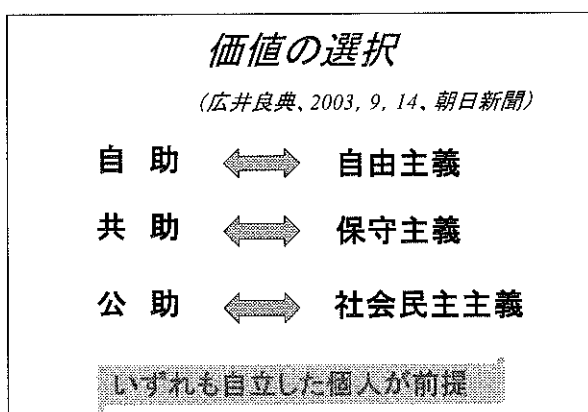


図3

日本人は、自分たちがどちらへ行きたいかを国民的な議論をして、自分たちで決めないといけな。それは何かというと、公助というのはスウェーデン型です。自助というのがアメリカ型です。どちらへ行きたいのか。共助というのは、どちらかということドイツ型です。公助にしても、スウェーデンでもデンマークでも税金はかなり高い、つまりあそこは負担額は高いが、今は、「全て国にお任せします」というのではなくて、年金の中から自分がサービスを買うという制度に変わりつつあるので、完全公助、全部公助というわけにはいかないのです。

今の日本の場合、負担は本当に少ないわけですから自由主義なのです。しかし、今提供している給付は、公助の社会民主主義ぐらいやっています。だけど、経済的に上手くいかなくなる。だから、私達は

どれを選択するのか。どれをとるにしても、どういう組み合わせをするにしても、それぞれが自立して、自分のことは自分で守っていかないとはいけません。今までは給料を頂いて、もらえるものはもらって、引かれるものは引かれて、それで病気になったら何とかなるだろうと思っている。だけど、そうではなくて、民間保険や公的保険のバランスを自ら考えることが重要です。

例えば今、小泉首相は、今回の組閣の時に混合診療の解禁の考えを打ち出しました。先日、30団体が入った国民医療推進会議という総会をもちまして、医師会の会長が会長に、歯科医師会、薬剤師会および看護協会の会長たちが副会長になったのですが、公的な保険、社会保険、国民健康保険を守りましょうという運動をしました。

その理由は、例えば看護に直接的に影響することでは、看護人材の基準があります。現在、看護職員の配置については、医療法で患者さん対看護職員は3対1に定められ、診療報酬で2対1とか、2.5対1というように決まっていますが、この今の基準よりももっとサービスを提供したい病院は上乗せをできるように、患者さんがお金を払えばもっと看護師のサービスが受けられるように、つまりプラスアルファの看護師を雇用できるマイナース制度です。混合診療賛成派は、その制度をやったらよろしいじゃないかと言っています。

看護協会としては、今の段階ではイエスとは言えない。というのは、今の基準があまりにも低すぎるからです。看護現場で働いてらっしゃる方はもう身に沁みてわかってらっしゃると思うのですが、今は例え基準どおりの、または診療報酬上のマキシマムで看護師を入れている病院で働いていらっしゃる方でも、身を削るほどの忙しさだというように思えます。もう廊下は歩いてはいられない。走っていないといけな。同時に3つも4つものことが頭の中を進行していく。そういう生活をしてらっしゃると思います。

医療事故が起こらないのが不思議で、例えば人間が必死になって頑張っても、人間の集中力には限界があります。医療事故は集中力が落ちたり、またはちょっとしたことでミスが起こってきますから、起こって当然という現場で危険を感じていらっしゃる看護師は多いのです。

本当に今、医療現場は厳しいという実感があり、私達は看護師の配置基準をもっと上げた段階でない、my nurse制度というのは危険だと考えています。混合診療というのは、自由主義を限りなくアメ

リカ型に近づけていくということです。だから、個人負担は保険料も少ないかもしれないけど、サービスも少ないということになります。それでいいのかということが、そんなに抜本的にすぐに変えられるというものでもないにしても、私たちは1人1人が考えないといけないと思います。

### 看護の領域

看護は、疾病予防から医療の現場の中、そして在宅医療および福祉分野までありとあらゆる領域にかかわりを持っています。看護師の大半は、今は医療の世界にいますが、これからは、福祉の世界でも働く看護者（保健師、助産師、看護師、准看護師を今看護協会では看護者と呼んでいるのですが）そういう看護者の働く場のシフトがこれから起こってこないといけません。

今までは、大半は看護学校を卒業したら病院へ行くものだと思われてきました。保健師になりたい人は保健師学校へ行って、助産師になりたい人は助産師学校に行き、そのようにして、自分の道を選択していく。だけど、そういう人の数は極めて少ないのです。大半の方は病院で仕事するというのは、当たり前だと思っていました。この看護界がシフトしないといけない時代に来ています。

#### 1. 看護：ケアとキュアの統合

そういう変わり目の時だからこそ、私達は看護が何なのかをもう一度考える必要があると思って、この図を書きました（図4）。

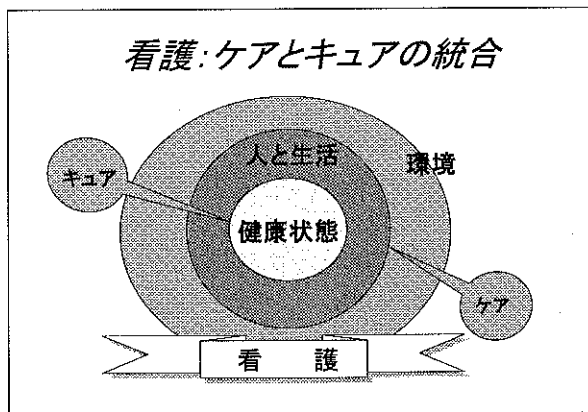


図4

これは中央の「人と生活」というところを中心に考えて下さい。人が自分の健康課題を持ちながら生活する時、今健康な人でもいつかは加齢に伴って健康障害になります。私も生活習慣病を抱えています。そういう通常機能は果たしていたとしても健康問題を持った人は沢山いるし、リスクを抱えているという人もいます。これから遺伝子学がもっともっ

と一般化していきますと、今自分は健康だと思っている人が、実は遺伝子診断で見ると、10年後には糖尿病になるということがわかるという時代が目の前に来ています。だから、健康課題というのは、もう誰の問題でもあるわけで、その人が、健康課題を持ちながら環境の中に生きているというのが三重の意味です。そこにキュアとケアという働きかけがあります。この図では、「人と生活」と「健康状態」の接点にかかわりを持つのがキュアです。そして、「人と生活」と「環境」との接点のところに関わっていくのをケアと呼びます。

保助看法の看護師の定義では、診療の補助行為はキュア、療養上の世話はケアです。だから看護職である私達は長い間キュアは補助業務、ケアは私たち独自の世界と言ってきました。ところが、介護保険制度ができる前後から、これが大きく様変わりしていきます。ケアの専門家の国家資格を持つ人たちが生まれたからです。今まで保助看法の業務独占の一部解除で、出てきた新しい職種は全部キュア領域です。看護師じゃないとしてはいけないという業務を、例えば臨床検査技師だとか、PT、OTも診療の補助業務から生まれてきました。ところが、介護福祉士の場合は保助看法の療養上の世話の業務独占を外したわけではありません。福祉分野の、全く違う領域の似たような職種として生まれてきました。

この時、私は厚生労働省の検討会で介護福祉士の検討会とは別の委員会に出ていました。そこでは、医療界の中で新しい職種を考える検討会で、その委員会ではSpeech Therapist, Medical Engineering等について検討会していました。しかし、裏から得た情報によると、介護福祉士の仕事とは、食べたり飲んだり排泄したりという人間の生活行為に対して、それを援助することや指導するという職種として生まれるということです。国家資格というのは、同じ職種で2つは置かないことになっているのです。看護職という国家資格がありながら、同じような仕事をする国家資格を置くのはいかがかという疑問を私は出して、説明を求めました。そして「どこが看護と違いますか？」って言ったら、「対象が違います」と言われました。対象とは、介護福祉士は高齢者または障害者、看護師は褥瘡、または傷病者です。看護者から見たら、「どこが違うのですか？」。私は「障害者と傷病者ってどこが違うのですか？」って質問したら、「障害者は必ずしも主治医が必要でない」。つまり、私達は急性期の医療の人間だと見られているわけです。同時に、「そんなこと言ったって、障害者も傷病者もそんな境目があるわけじゃないし、

高齢者の場合は多くの方が傷病者です。それなのに新しい職種を作るのはおかしいじゃないですか？」って言ったら、「とんでもありません。看護職は介護福祉士にはできない仕事があります。」と言われたのです。「それは何ですか？」って訊いたら、「診療の補助という行為があるじゃないですか」。私はそれを聞いた時、頭を殴られた思いがしました。馬鹿にされたと思ったのです。診療の補助行為とは、主体は医師であって看護者は補助行為です。そう理解していましたから、看護教育でもケアの専門家として看護師を育てていました。診療の補助行為のところは、いろいろな処置のことはもちろん勉強したけれども、病気のことも勉強するけれども、本当の診療のことについてきちんと勉強したかという点、そうではなかった。よく考えてみるとこの2つをドッキングしている職種は他にないのです。診療の補助行為というのが何なのかともう1度見直してみますと、診療の補助とは言ってはしくなくらいに、私達は大きな役割を果たしています。

## 2. キュアとケア

健康問題と人の生活との接点にかかわるのがケアの仕事ですが、それは診断と治療に関する役割です。看護ではモニタリングの役割です。例えば、病院の中で24時間体制で働く職種は看護職だけです。私達は、薬剤師さんも24時間体制をとって欲しいというように言っています。医師は当直制度ですから、病棟の中にはいないことがあるわけです。病棟の中に看護師がいない時などありません。患者さんの傍に常にいる職種です。

その患者さんに夜中に異変があった時、誰が気付くかといえば、本人が気付く言ってくることもあります。大抵は看護師が気付きます。看護師が気付いて、気付くだけではなくその重症度もわかります。今すぐ当直医を起こすべきか、あるいは当直医を飛び越して、自宅で眠っている主治医を起こすべきか。その判断は、病棟の看護職がやっていますよね。この判断を間違えると、患者さんの生命が危なくなることもあるわけです。

この判断があまりにも早く、例えば主治医を夜中に起こし、主治医が来てみたら患者さんが元気だったりすると、医師が「何で夜中に呼んだのだ？」って怒るわけです。看護師は、患者さんのためと医師に怒られないためとの狭間で、どのタイミングで医師を、例えば当直医を起こすか、主治医を起こすか、絶えず判断しています。こうして、患者さんの生命を救っているのです。

アメリカの大規模な研究でも、病院における患者

の死亡率は看護者の数と質が唯一統計的に有意な関係にあるということがわかったという報告があります。これは、アメリカだけではなくヨーロッパでも今研究していますし、日本でも似たようなデータがあります。それぐらい重要な役割なのです。だから、私は診療の補助なんて言ってもらいたくない、患者の生命を守っているのは看護師だと言いたいのです。このことが一般の人にはなかなか見えないのです。

橋田寿賀子さんが大河ドラマで女医さんのドラマを書いた時、あのドラマに殆ど看護師は現れませんでした。その後、彼女はご主人を癌で亡くしましたが、その後、看護の日の制定の発案者の1人になって下さいました。彼女はご自分の体験から「診療は看護師がしている」と言われています。つまり、癌の末期になると、医師は呼ばないと来ない人、看護師は傍にいてくれて医師を呼ぶ人。必要な時に呼べる人。その判断ができるというのは、非常に素晴らしいですね。

## 3. キュアとケアの統合した看護

ケアに関して、私たちはこれから介護福祉士と能力の競い合いをすることになります。介護保険制度ではもう既に訪問看護ステーションの看護師を呼ぶか、ヘルパーを呼ぶかという段階になっています。身体介助のことはかなり療養上の世話とオーバーラップをします。在宅の場合は、もう療養上の世話の業務独占はないのではないかなと思うぐらいになってきています。通常の、今までのような看護ケアができてきたから、医療機関の中で療養上の世話ができてきたからといって満足してはいけません。多くのチューブに繋がれ病院の中にいる患者さんがシャワーを浴びた、または、お風呂に入ったような感覚の清拭ができるのか、人間らしく起き上がることができるのかを改めて考えなくてはならないと思います。私はアメリカに30年前にいた時に、意識のない患者さんを毎朝看護師が起こして、座らせるのを見ました。何故、意識のない人を起こさないといけないのかを尋ねたところ「人間というのは、朝が来たら起きるものだ」と看護師が言うのです。「寝てるじゃないですか、人、意識ないのに」って言ったら、「意識なくても脳の作用はありますから、朝は起きないといけない」という返答でした。どれだけ患者さんをその人らしく、人間らしく、自立できるようにケアできるか、私達はどれだけ療養上の世話に時間を費やしているか考えなければなりません。

もうかなり昔になりますが、自治体立の病院で労働組合が、療養上の世話の直接ケアに、日勤の8時

間でどれぐらい関わっているかっていう調査したことがあります。どれぐらいだったと思いますか？8時間労働の中で、看護師が診療の補助ではなく、直接ケア、療養上の世話をどれぐらいやっていたか？自治体立でも大きい、小さい、いろいろありましたが、平均17分という結果でした。これでは全然介護福祉士やヘルパーと勝負できません。病院の中に介護福祉士がいつ現れるか、本当にどきどきするような状況です。私達がケアに対する専門家でありまうと言うだけの技量を私達が持っているのかを問われます。

だから看護師は「キューアは診療の補助行為」などと言うのではなく、責任ある仕事をしていますからもっと正々堂々と看護師の裁量権を拡大する主張をすることができるわけです。つまり、他国のように看護師が自分の判断で特定の薬を処方したりすることができるようになると考えています。ケアの領域である療養上の世話については、もう随分前に、日本看護協会の顧問弁護士が、療養上の世話は医師の指示は必要ないという見解を出しました。しかし、例えば安静度の変化などを今でも全部医師に指示をもらっていませんか。去年の厚生労働省の看護課の検討会で、はっきりと療養上の世話の部分は、看護の裁量権の範囲であるという報告が出ています。

もちろん安静度と疾患が密接に影響しあっているような場合は別の問題です。しかし、この人はベッドレストなのかなあ、歩けるのかなあ、シャワーなのかなあ、それともまだ清拭なのかなあという判断っているのは、看護師がやらないといけない。

それは、キューアの分野の専門家でもあるからです。判断できるのです。実際に、看護師が判断して医師に指示を要求しているのではないですか。初めから医師が「そろそろシャワーにしたらいい」となどということは滅多になくて、「もうそろそろシャワーいかがでしょうか？」と言うから、指示が変わるのです。変えているのは看護師なのに、何故指示をもらうのでしょうか？ここの部分は、看護師の裁量権として行って良いということになっているのに、なかなか変わろうとしない。何故なのでしょう？

#### 4. 看護界の課題

##### 1) 選択されるメニューを提示できるか？

看護界の課題にはいろいろなものがありますが、その1つに、選択されるメニューを提示できるかということがあります。例えば、看護師さんは、朝、看護計画を立てていますが、その時に必ず選択の余地を患者さんに残していますか？例えば「私達はあなたにはこういうサービスが提供できるのです

が、どれがよろしいですか？」というように言っていますか？私はこのことに関しては看護教育が悪いと思っているのですが、患者さんに選択の余地を残すような教育をしてないのです。どれがベストかは看護者が判断している。この人にとって1番いい看護ケアはこれだというものを看護者が判断しています。

医者には、インフォームド・コンセントということを言っています。看護ケアにもインフォームド・コンセントが必要です。今は、受け持ちになってもらうのにインフォームド・コンセントをとらないといけません。「患者さん、受け持ててよろしいですか？」と患者さんの了解を取らないといけません。それだけじゃなくて、学生が提示するメニューを患者さんに提示して、「こんなことを私達は提供できる。やってもよろしいですか？」って言わないといけない。その準備ができていますか？こういうのが看護のメニューです。受け持ち制をとってらっしゃるところが多いと思うのですが、朝、患者さんのところに行った時、必ず挨拶をして、「本日はこんなプロセスで、今日1日療養なさるわけですけど、私が清拭に来るのには何時に来たらよろしいでしょうね？」って相談して決めているのでしょうか。「点滴があるのですが、何時に来ましようかね？」って患者さんに権限を委ねているのでしょうか。

今はとても忙しくてできないというのが実情だと思います。しかし、患者さんは点滴が来る直前にトイレを済ませておきたい。だけど、看護師さんがいつ来るかわからないので、いつも廊下を見えています。患者さんもベテランになるとだんだんわかってくるのですけど、新米の患者さんは、いつ売店に行ったらいいかわからない。このようでは、私たちは専門職として患者さんに選択権を与えているとはいえない。

##### 2) 免許や業務独占は維持できるか？

免許や業務独占は維持できるか。先ほどもお話しましたが診療の補助業務の業務独占であっても非常に危ないです。ヘルパーさんにとってかわられるという危機感があります。他の専門職として、同等の教育を受けたスペシャリストを育てるというのが今までの業務独占の解除だったのです。つまりPT, OTのように3年間、場合によっては4年制大学で教育し、そしてある分野に対して抜き出で行くことでその業務独占を解除してやるわけです。

ところが、看護師よりもずっと教育の少ないヘルパーさん達に、看護行為を移譲しようという動きがあるのです。これで本当にケアの質は維持できるのかという疑問があります。

### 3) ケアの質の保証は？

私達はケアの質を保証できていますか？「忙しくなかったら、患者さんの頭を洗おうかな」、「今日は忙しくないから、患者さんの頭を洗おうかな」などと言っていないですか？ 私たちは髪を毎日か2日に1回は洗っていると思います。それぐらいの頻度で洗えていますか？ お風呂は毎日入れるようにしていますか？好きな時に入れるようにしていますか？ こういう環境作りは看護者の役割です。事務局と戦わないといけないと思います。経営者と戦わないといけないと思うけども、そういうことが必要です。看護を实践する環境だけじゃなくて、看護師の技術もそうです。

ある大学病院の耳鼻科の病棟でのことですが、上顎洞あたりのがんの術後は、すごく口腔ケアが難しい。だから、その病棟へ入ったら、口腔ケアがちゃんとできてない時の独特の臭いをするような病棟でした。そこで看護師さんが頑張って、吸引機を片手に口腔内ケアをきちんと歯ブラシでできる時は歯ブラシし、水もきれいにし、誤飲しないような高等技術を開発して皆にやるようにしました。すると臭いは消えました。しかし、その病棟に6か月後に行ってみると、その時中核だった人たちが3、4人同じ年に結婚だ、進学だ、転職だって辞めていきました。20人の中の3、4人です。すると病棟に臭いが戻ってきたのです。

つまり、ある人がいると技術は提供できるけども、いなくなったらその人の技術をメンテナンスできないというのは、これはケアの質の保証ではありません。ある人がやるとこのケアができるけど、この人だったらできないというのは、ケアの質の保証じゃない。

### 4) Risk-takingが一般化するか？

それから、看護者は、Risk-takingが訓練でされていません。医師は、手術するにしても何をするにしても、患者さんの命のリスクに向かい合っていて責任を取らされる。私たちも医療事故だとかいろいろなリスクには向かっている。ところが、その責任を取る職種としては位置づけられてこなかった。診療の補助行為もその補助者だったから、例えば医療事故があって、明らかに看護師がやった医療事故でも、院長を始め事務局長も並んで頭を下げているのに、看護部長はそこにいないということが最近まで多かった。今でこそ明らかに看護部長とわかる人が座って、頭を下げたり説明するようになりました。つまり、看護職はたくさんのリスクはあるが、最近まで責任を負わされる職種ではなかった。

だから、開業をするリスクも、寄らば大樹の陰が多いのです。優秀な卒業生には、優秀な病院に、大手の病院に行くように、先生方も就職を勧めたり、本人も選ぶのが実態です。兵庫県立大学で私は、「大卒のみんなはね、民間病院へ行って下さい」と勧めています。「大学病院だとか、大手の病院だとかいいうところへ行ったら、1つのコマにしか過ぎませんよ。中で改革するのに、10年20年かかりますよ」と言っています。それは優秀な人がいっぱいいて、先輩達がいるわけですから。民間病院だったら、医師を説得すれば変えられる可能性が高いのです。ただ、儲け主義の医師のところへは行くなと言っていきます。ロマンのある医師、大卒者が欲しいと思っている医師はたくさんいます。

今までは、そんな人に会ったことがないために、大卒者が欲しいと考えもしない医師もいましたが、阪神淡路大震災の時に全国から優秀な看護師が准看護師しか雇ってないような小さな民間病院ところに行ったのです。そのときに、看護師はこんな仕事ができるんだと、医師がびっくりしたのです。それがきっかけで、看護協会の会員数が増えたのです。今まで「看護協会なんか入らなくてよろしい」とか言っていた民間病院などの医師達が、ナースセンターに、「優秀な看護師を送ってください」と言い始めました。優秀な人たちはみんな大きな病院に行ってしまう、優秀な看護師になるんですが、訪問看護ステーションに行こうとか、福祉施設に行こうとか、全く新しいことを自分でやってみようとかっていう思考にはならない。

### 5) その他

適正で効率のよいケア、つまり経済の適性化問題の問題があります。また、病院から在宅、そして健康促進という課題があります。スペシャリストの活用幅は広がるのでしょうか。看護の情報化のシステムはどうか、その他、グローバリゼーションに対応するにはどのようにしたらよいのかなど、さまざまな問題があります。

### 新しい時代へ看護からの提案

私が日本看護協会会長になってからの6年間に、看護協会から社会に向かって提案していることがいくつもあります。

看護協会を中心に看護界が頑張ってきたものともいえますが、その1つは、看護職の相談能力の高さを活用できる仕組みとしてのまちの保健室運動です。もう1つは、在宅ケア、訪問看護を充実させること。看取りの看護、福祉施設での看護の充実です。



そして、3つ目は質の高い看護の提供です。

何故まちの保健室を看護師がするのがよいかという理由を聞かれた時にはいつもこのデータを出します。働いている看護師さん達も一市民ですが、「あの人、看護師さんだって」っていうことは、近隣にはよく知られています。アパートや特に地域に住んでいると、「隣りのお嫁さんって看護師さんだって」って、みんな知っています。このことは非常に大事なことで、地域住民は心強く思っているのです。そこで、近隣の人たちから相談を受けた看護師さん、保健師、助産師がどれぐらいいるかということ尋ねてみますと、89%の人がそういう経験がありました。相談を受けたということは、答えを返したということです。

例えば、いつも私が新幹線に乗ると、「いやだなあ、どうしようかなあ」と思うのは、「ここに乘っでらっしゃる方で医師、または看護師はいらっしゃいませんか？」ってアナウンスが入ることです。私、精神科で、それも長い間現場から離れている看護者なのです。「私だって行かなきゃ。地域に貢献しなきゃ」って思いまして、救急処置だとか、徐細動器のやり方だとか、いろいろ学習しているのです。大学の先生にお願いしてやっているのですが、こういうことを看護者は期待されているのです。

以前、交通事故に直面したことがありました。私と同僚の助産師の教員と車に乗っていて、見ると誰かが倒れていて、「おーい、おーい、助けてくれ」って、傍の若い人が呼んでいる。私たちは、片や助産師、片や精神科で、両方とも現場から離れていましたので、顔を見合わせて、やっぱり、誰も行っていなかったから、「行かなきゃね」と言って、車を止めて歩いていきました。その間のちょっとしたタイムラグに、いっぱい人が集まっていました。

今度は「来ないでくれ、来ないでくれ」って言っていて、そしたら、そこに若いカップルが来て、男の人が、ガールフレンドか奥さんを指して「この人は看護師です」って言ったら、その人が「ああ、どうぞ、お願いします」と言い出したのです。それで、私達も顔を見合わせて、「私達も看護者です」って言うのと「どうぞどうぞ」と言って、結局そのカップルと私達4人が残りました。もうどきどきして、どうしたらいいかわからない。若い看護師さんが手当てしてくださって、私達は扇いだりとか、そんなことしかできなかったのですが、でも、そういうことが社会から期待されているのです。平成17年の需要の見通しでは、看護者130万ですが、それだけいたら、十分、地域の財産なのです。週休2日制にな

ってきて、子育てが終わった人、定年退職した人、ちょっと余力のできた看護者が少しずつ増えてきています。そこで、まちの保健室構想ができたわけです。これは、行政職も、政治家も「学校に保健室があるように、まちに保健室があったらいいと思いませんか？」と言ったら、説明を加えなくても、みんなすぐ言葉を聞いただけでわかってくれました。それはいいアイデアだとある県知事さんは、「口出さないでお金出すよ。やってくれたまえ。」と言ってくれました。ヘルスアッププランのために、かなりのお金が市町村に流がれているのを聞いて国会議員は「あのお金、全部看護協会が使えるようにして下さいよ」って厚生労働省に向かっておっしゃっています。これは、交付税で一般財源化してしまっているのです。市町村が使ったか使わないかというのは自由なのです。

兵庫県の場合は、向う5年間で500箇所のまちの保健室を作る計画で、県看護協会は頑張っています。それができるのは、看護協会には支部があるからです。支部は、市町村につながっていきます。市町村選挙にも関係するし、市町村の首長さんとも付き合えるわけです。そういう貢献もあって、看護職は最も信頼できる職種の第2位が向う10年以上続いています。それぐらい信頼され、期待されている職種なのです。この余力があるボランティアの時代だからこそ、まちの保健室をやりましょうということになったのです。

#### 1. まちの保健室の「対象」と「機能」

実際にはじめてみたら、どんな機能があるかということがだんだんデータからわかってくるようになってきました(図5)。

国民のニーズが明らかになり、またそれによって政策転換する。まちの保健室が理解されたことで、ヘルスアッププランの中にお金を繋げていけるようなものが組み込まれるようになったのです。今度は

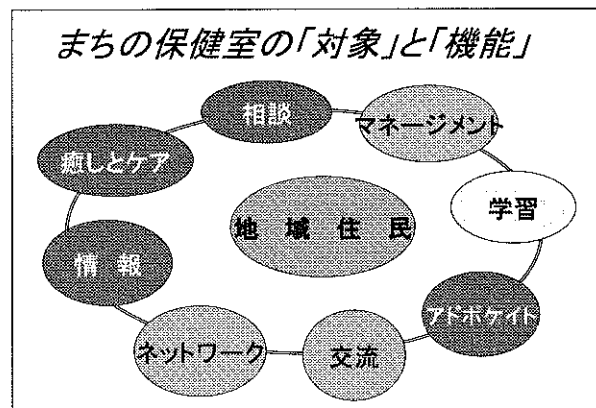


図5

そのお金をどう引き出すかが看護界の政治力です。そういうような時代になってきました。

まちの保健室はデパートでやったり、スーパーでやったり、また公民館でやったり、道の駅でやったりしています。千葉県では三越デパートで行われています。広島県看護協会もいろんな先進的なことに取組んでいらっしゃる場所ですから、いろいろなところでされていると思います。

## 2. 在宅ケアの充実

次に、介護保険制度を活用した訪問看護や在宅ケアの充実を図る政策が必要です。

ここではどのようなことが起こっているかという点、1つは、地域の中では高度な医療処置が必要な人がいます。また、孤独な老人や老老介護の状況があります。でも、その人たちを地域に出そうと思うと、在宅を支えるケア資源が必要になります。しかし、それが不足しているために、一般の人たちは、「できたら病院にもう少しいさせて下さい」ということになるわけです。病院の方が安心だという選択になり、社会的入院の悪循環が今起こっています。

これによる医療費高騰もあって、何とか入院期間を短縮したいという状況が今起こってきて、入院期間がどんどん短くなっています。仕事をしていてこの5年間のうちに、入院期間がぐんぐん狭まってきているなど自覚している方は多いと思います。本当にもう見る見るうちに短縮化しているということですが、病院の中は重症化していくということですが、そのわりに看護者の数が増えない。ここが大きい問題になっていきます。

### 1) 訪問看護の充実

#### (1) 在宅医療普及の問題点

では在宅医療はできるのだろうかということについて見てみますと、真野さんという人が、「社会保険旬報」の中で、在宅医療を普及させることができない、なかなか進まないことの問題点として、診療所の積極性が引き出せないことにあるとしています。加えて、看護職の積極性が引き出せない。それから、患者、家族が在宅医療に積極的に取組めない。つまり、在宅で面倒がみられるということが当たり前だという文化がまだ育ってないので、なかなかそういうふうには引き出せないのです。そして、介護保険と医療保険のすみわけの問題があります。また、まだ家族の負担、自己負担がすごく大きいという問題があります。

しかし、医療依存度の高い患者さんの在宅傾向は、非常に進んでいます。それは、癌末期の患者さん、神経難病の患者さん、高齢者のターミナルケア、24

時間人工呼吸器装着、その他様々、現場の方はご存知ですが、もうちょっと、今、退院するのは気の毒だとか、心配だとか思う人がいっぱいいらっしゃると思います。その人たちが在宅に移行し始め、そのために患者や家族の負担が増えています。

一方、何故、在宅療養ができるようになったかという点、介護保険制度ができたからです。前は家族が全部面倒みないといけなかったために、家族はとてもできなかったけれど、65歳以上の人なら身体介護と家事援助をヘルパーさん達に頼めるようになった。介護保険制度で賄えます。1割負担というのはあるにしても、賄えるようになったので、家へ帰りたいと思う人は家族が連れて帰れる仕組みが整うようになってきたのです。

今、3種の障害者を介護保険にドッキングするか、そして、介護保険料を払う人を、今、40歳以上から20歳以上にするか、25歳以上にするかという議論も始まっています。障害者だけでなく、癌の患者さんでも、神経難病の患者さんでも、65歳以下の人でも在宅で、身体介護や、または家事援助が必要な人が大勢います。家族が悲鳴を上げている人が沢山いますので、「やるのだったら一緒にやって下さい。」と私たち日本看護協会は言っているのですが、財源がどこから見つかるかわからないので、まだまだ議論のさなかです。刻々と変化していています。

今は身体介護と家事援助は、ヘルパーさんをお願いできるようになった。だけど、看護師が家族に指導した医療処置に関しては、家族がやらないといけない。そのために、非常に家族が負担になってきて、悲鳴を上げ始めています。

今、34万人程度しか訪問看護ステーションではケアができないのですよ。病院からの訪問看護を含めても試算しただけでも現状の7倍は必要があります。介護保険制度で訪問看護のケアも受けられるのですが、訪問看護が手薄なので家族がやらざるを得ない。そうすると、家族としては、毎日来てくれるヘルパーさんに肩代わりしてもらいたいと思うわけです。そこで、ヘルパーさんに医療行為をやらしてはどうか、解禁にしてはどうかという話に今なっています。これを解禁にすると、看護師っていうのはもう独自の専門職とは言えなくなります。これが突破口になったのがALSの患者さんに対するケアの問題です。

#### (2) 訪問看護ステーション数の推移

訪問看護ステーションの数は、現在5,500箇所ぐらいはあるのですが、全然伸びないのです。数は、平成13年から先、14年に落ち込んで、15年度も落ち

込んで、16年度ちょっと上がりつつあるのですが、必要なのは9,900箇所といわれています。介護保険制度ができるまでは看護者は頑張って訪問看護ステーションを作りました。それは維持しているが、もう全然伸びてないのです。

この状況というのは看護界の責任なのだと私は思います。誰の責任でもない、看護界がこの問題に、どのように取り組むかなのです。在宅はこれだけニーズがあるのに、訪問看護ステーションは人手不足、訪問看護ステーションを開こうと思っても、訪問看護ステーションに来てくださる方がいない。働いている病院でばりばりの技術を持った現役の看護師さんを訪問看護ステーションにリクルートしたいけれど、来てくださる人がいない。何故かという、訪問看護ステーションは弱小企業で、Risk-takingが大きいからです。看護者は、寄らば大樹の陰の傾向があると、先ほど私は申し上げましたが、中にはRisk-takingしてくださって訪問看護がここまで来たのです。この人たちは偉いと思います。

しかし、赤字の訪問看護ステーションもあります。全国並べて見ると黒字なのです。前回見直しの時に黒字になり過ぎまして、訪問看護ステーションの収入を減らす仕組みを承認せざるを得ませんでした。なぜこのようなことになるのかというと、看護師の給料を抑えているからです。訪問看護ステーションの必要な経費とは看護師の給料で、看護師の給料を上げて経費を全部つかたらいいいわけです。訪問看護ステーションでは、そんなに儲けてロールスロイスを買うつもりはないと思います。ゴルフに行きたいとか思っている所長さんも少ないと思います。ゴルフは行くでしょうけど儲け主義の人は少ない。ただ、Risk-takingが心配なのです。赤字になったら困るというのがあって抑えていると、結果的に黒字なわけです。黒字になり過ぎている。今はすごく収入が減ってしまって、またもう1回見直しの、巻きなおし作戦に今、出ています。

訪問看護を推進しないといけないということで、平成16年度、厚生労働省は事業予算として7億5,000万円を訪問看護推進にとりました。ところがこれを使ってくれるところがない。広島県の看護協会会長さんはすごくそういうことに先見の明のある方ですから、また、訪問看護ステーションを増やすべく努力をしてくださっていますが、全国的にはまだまだです。もっともっと協会だけではなくて、皆さん方も自分たちで開業して欲しいのです。いろんな手段で作れます。有限会社を作ったっていいし、NPOを起こしてもいいのです。オーナーになれる

のです。オーナーになれるって今まで助産師しかなかったのですが、看護界に突破口ができたのです。けれど、意外に動かない。これには、本当に困っています。

介護保険制度や介護福祉士を作ったとき、行政の中にはもう看護師はいらないと思っていた部門がなきにしもあらずでした。だけど、そこでさえも今は、介護保険制度のリーダーは看護師にやってもらいたいと言いだめたのです。でも、看護界が受けて立てるのかどうかは問題です。私は、兵庫県立大学の学生に、「臨床経験を5年したら、早々とケアマネジャーの資格取って、全員100人、訪問看護ステーションへ動いて下さい」と言っているのですが、それぐらいニーズが高いのです。もちろん日本看護協会としても訪問看護の拡充に向けて、一生懸命にさまざまな取り組みをしています。

### (3) 日本看護協会における訪問看護の拡充に向けての取り組み

協会ニュースは、保健医療福祉業界の中では本当に情報豊かなところなんです。看護協会のホームページも定期的に覗いて、ご意見や不満を言って下さい。私達に直接メールくださってかまわないし、提言をくださっていいです。いっぱい世の中には、提言する場所ってあるじゃないですか。一般紙にもどんどん投稿してもらいたいと思っているのですが、声の欄でもいいです。こういうことが必要ではないか、ああいうことが必要ではないかと看護協会にも投稿して欲しいと思います。私達は待っています。

ALSの患者さんのケアの問題がありまして、3年計画をやっているのですが、今ひとつ看護界が盛り上がりません。ALSの患者さんの問題は、3年間の猶予をいただいて、ヘルパーさんも看護師と連携をしたら、吸引ができるようになりました。私は何でこんなことになるのかが、本当にわからなかったのです。ALSの患者さんの家族の方たちが18万人の署名を持って、坂口力大臣のところまで来て、「ヘルパーさんたちに吸引ができるようにして下さい」と言われました。業務独占が看護職にありますから、それをやるのには厚生労働省が法律改正をしないといけない。または、何かの手立てを作らないといけない。当時の坂口厚生労働大臣は、医者でしたし、状況がよくわかる人ですので、彼は、「桜の花の咲く頃には何とか解決します」と言われたのです。が、看護協会が悪役になりまして、「看護者がそれはやるべきです。訪問看護ステーションに任してください」といいました。呼吸器装着していて吸引するのですよ、そんな患者さんの安全が守れないよう

な、そんなことを医療の教育なんか殆ど受けてないヘルパーさんに、例えば1週間の教育をしたからといってできるものじゃない。ですので、看護協会は、ALS患者さんで頻回な痰の吸引のニーズのある患者さんは全国に何人いるのか、どこにいるのか、ヘルパーさんが必要な人は何人いるのかということまで、調査をしわかってきています。そこには、訪問看護ステーションだけで足りるのか、いわゆるボランティアナースでも、対応していけるのかということまで含まれています。

素人がやりますと、吸引は怖いですから深くできないので浅くやるわけです。そうすると、患者さんの吸引は1時間ごとにやらないといけなくなるわけです。誰かが1時間ごとに吸引するということは、大変なことです。ところが、スクイージングを始めとした呼吸管理の方法でやると、例えば夕方徹底的に呼吸管理をやった上で吸引をしておくと、朝まで吸引しなくていいのです。翌朝もう1回訪問看護ステーションが行くだけです。それで、患者さんも眠れるし、家族も眠れる。それだけでなく、浅い吸引は血液の中の酸素飽和濃度が低くなりますから、患者さんにとっては息苦しさはずっと慢性的状態なのです。それが、徹底的に吸引することで、患者さんの息苦しさが消失するのです。それは、青森県立保健科学大学の新道先生のところで、訪問看護ステーションと青森県看護協会がタイアップしてやってくれました。その技術を持った看護師にケアされた患者さんは、こう言いました。「こういうサービスをしてもらえるとわかっていたら、初めからやってもらっていた。私はこのサービスを受けて初めて生きていけるということが感じられた。」と患者さんに生きていていいのだという実感を味わってもらうことができるのが看護なのですね。在宅医療とはそういうことです。あなたが患者の家で、患者さんの命のサポートをするのです。

## 2) 看取りの看護

看取りの看護は、重要なことです。訪問看護の一部でもあるのですが、それだけではありません。「21世紀は多死時代」と旧厚生省が言いました。2030年には死亡者が増える。もっとこの時代がずれるかもしれないけど、元気に年いった人に寿命が来て亡くなるわけです。高齢者の健康状態が、良くなってきて、みんな元気に年がとれるようになってきました。でも、人は最大生きて120年といわれています。ところで、どこで死にたいかは調査によると、90%の人は自宅で死にたいと答えました。現状は、3分の1しか自宅で死ねていません。こういう

社会ニーズを誰が解決できるかということです。

1955年頃は、自宅で死んでいたのに今は殆どが病院で亡くなっています。死の直前の蘇生術に一番お金かけているわけです。

死亡場所の国際比較をしてみると、医療機関で亡くなるのは、日本が圧倒的に多くて81%、アメリカは52%、イギリスは54%です。自宅で亡くなっている人は、日本は14%、アメリカ、イギリスは2割です。老人ホームやナースィングホームで亡くなる人は、日本は2.4%、アメリカは2割、イギリスが1割強。外国との比較で、つまり亡くなる場所が多様化していくことが必要だということがわかります。日本では今は病院でしか死ねないですが、人は死にたい場所を選んで死ぬ、自分の人生を完結できるという仕組みが必要で、それを誰かが作らなければならない。これは看護者がやらないといけないというのが私達の見方です。

末期患者さんの受け入れについて、診療所はどれだけ乗り気かということを医師に問うた兵庫県の調査では、受け入れているところは殆どないのです。モルヒネの使用経験がない医師が55%というのはびっくりするかと思いますが、診療所だからです。でも、癌の末期というのは、どうしても麻薬を使わざるを得ない。将来も終末期の受け入れに否定的なところが3分の2、積極的に受け入れているところは9%です。つまり診療所は、オーダーは出すけど、本格的に自分が看取りをやろうという医師は少ない。これは2001年の兵庫県の調査です。もちろん、医師によって素晴らしい医師はいっぱいいます。だけど、多くのドクターたちはそうではない。そういうふう訓練されてないのです。

村松静子さんという開業ナースがいます。永六輔さんの奥さんが亡くなった時、「幸せな」といえるような看取りを彼女のところのナースがしてくださって、もう見事だったと永六輔さんをうならせたというエピソードがあります。村松氏が、看護師には沢山の問題があると言っています。まだまだ看護師に在宅で看取らせるだけの準備はできてない部分があるといえます。病院では看取りをいっぱいやっていて、看取りをやったことのない看護師の方が少ないのに、在宅で看取りができない。福祉施設で看取りができないというのです。

## 3) 福祉施設における看護の充実

福祉施設も看取りは重要です。介護保険制度で福祉施設が増えてきました。施設で終末期を迎えることに関する希望の有無を訊いてみると、施設で終末期を迎えたいという人が多いことがわかりました。

しかし、受け入れる側はどうかというと、施設で終末期を迎えられるとされているところと、そうでないところの格差が、施設毎にあることがわかりました。これは、介護保険の福祉施設に看護者の数が少ないからです。

看護者がいる福祉施設では看取りが見事にできています。長年住み慣れたところで生きて、自分の死を全うすることができる。仲間に見守られるという経験ができます。

福祉施設でのターミナルケアとか、痴呆の患者さん達を、痴呆という言葉も近々変わりますが、そういうのを看護者が受け入れることで、人としての尊厳が重視されて、その人らしい死に方、生き方ができるのです。

### 3. 日本看護協会 (JNA) の国際協力と国際貢献

世界に目を転じますと、WHOの総会で新しい事務局長である韓国出身のドクター・リーがこういうことを言っています。①28億の人々が1日2ドル以下で生活している。1日2ドル、250円ぐらいですか。②4億8,000万の人が紛争地域で生活している。③12億の人が清潔な水が得られない。④4,000万の人々がHIV/AIDSを持っています。⑤50万人以上の女性が毎年妊娠出産によって死亡している。⑥13億人が喫煙者で健康リスクが高い。健康リスクの最も高い要因は喫煙ですから、WHOが喫煙者ゼロを目指していますよね。⑦120万人が毎年交通事故で死亡している。これらは、WHOが取り組むべき事項だと提言されていますが、この大半は看護界の課題です。

HIV/AIDSに関しWHOでは、“3 BY 5”という運動をしています。これは、2005年までに300万人の人に薬を届けましょうという運動です。日本では、患者さんとわかったら薬が得られます。HIV/AIDS感染者が増えるといっても、情報の浸透もあってやっぱり日本は数が少ないです。また、診断がついたら治療ができるので、もう今やHIV/AIDSの専門家は、慢性疾患の専門家と言われるようになってきました。しかし世界では、まだまだ感染症で亡くなっている方が多いわけです。

南アフリカとかボツアナなどは、1995年代は平均寿命が60代まであがりました。それが今では40歳まで下がっています。これは、若年層が死亡していくからです。ボツアナのある看護師さんが話していたことですが、HIV/AIDSの感染というのは本当にすごくて、何か他の病気で病院へ来ても、HIV/AIDSに感染しているとわかった途端に治療にお金かけられないから退院させられるのだそうです。それで、お父さんが退院してきたら、誰が面倒を見るかとい

ったら、最初はお母さんですが、父さんが感染しているということは、お母さんも感染している。お父さんが亡くなり、お母さんが亡くなる。その面倒は、全部子供達がやってので、孤児が多く残るのです。

またある国は、「自分の国がなくなるような危機です」と言います。生き延びた高齢者は生き残っている。だけど、子どもや青年層から中年層がHIV/AIDSに感染しているわけです。

看護者も例外ではありません。ケアする看護者が死んでいっています。先日私はHIV/AIDSに感染した看護者が優先的に治療を受けられるようにして欲しいという提言をWHO西太平洋地域の総会でICN代表としていたしました。それというのは、看護者の数が少なくなったら、ケアができる人が少なくなるからです。それで看護者に薬を優先的に届けてほしいと言いました。

日本看護協会でも、国際的な仕事が非常に増えております (図6)。

#### 日本看護協会 (JNA) の 国際協力と国際貢献

- ・ 国際看護師協会 (ICN)、国際助産師連盟 (ICM) との連携・協働
- ・ WHO、日本政府、JICA 等との連携
- ・ 中華護理学会等との交流事業
- ・ 他国看護師協会の事業への協力
- ・ モンゴル看護師協会への支援事業
- ・ 国際協力団体等からの要請への対応
- ・ 災害看護支援

図6

先日、ICNの会長さんがいらした時に災害時のサポートの話をしました。この間の台風で広島県も被害を受けられたし、宮島も被害受けられました。兵庫県も今調査中ですが、ものすごく被害を受けました。このようなこともあるし、世界的に目を転じると、日本の場合は台風23号で89人ですが、4万3,000人が死ぬなんていう地震があるわけです。今、ハリケーンの被害はすごい数です。私達は1,000人以上の死亡者が出た場合は、その国にICNに加盟している看護協会があると、看護者が看護者をサポートする運動をしまして、皆様方に募金を募っています。これは日本の看護者の素晴らしいことですが、募金を募りますと、2,000万円ぐらいが集まるのです。会費を1,000円値上げしようとしたら絶対反対の会員ですが、こういうことに対してはお金使ってもいいよというメッセージを送ってくださる。すごいって私は思います。いつも感動します。募金は被災された

## キャリアディベロプメント

看護者個人が、社会のニーズや自己の能力、ライフサイクルに応じてキャリアをデザインし、目標達成に必要な能力の向上にむけて、自己責任のもとで取りくむこと

出典：日本看護協会 継続教育の基準

図 7

看護者や被災者を支援している看護者の研修に使われます。

### 看護者のキャリアディベロプメント

看護協会には、様々な課題があります。その中のキャリアディベロプメントについてお話をします。

看護者というのは、言うまでもなく免許に伴う義務と倫理的な問題と、それから技術専門家としての責務があります。

キャリアディベロプメントの定義は資料をご覧くださいただけたらというふうに思います（図7）。つまり、自分のキャリアは、自分の責任において磨いていくということです。病院の管理の人に、研修に行かせてもらえるのをあてにするということではないのです。自分の能力開発は自分でしないといけません。その能力開発も、社会のニーズの中で、自分が次にどんなキャリアを磨いていくかということ自分で考えていく時代なのだと思います。

看護師のキャリアは、限りなく面白いと思います（図8）。右側に政治家というのがありますが、今、看護者で国会議員は両院で4人います。3人が組織代表です。1人は法務大臣で、南野知恵子先生です。行政機関にも看護者が非常に多くなってきていま

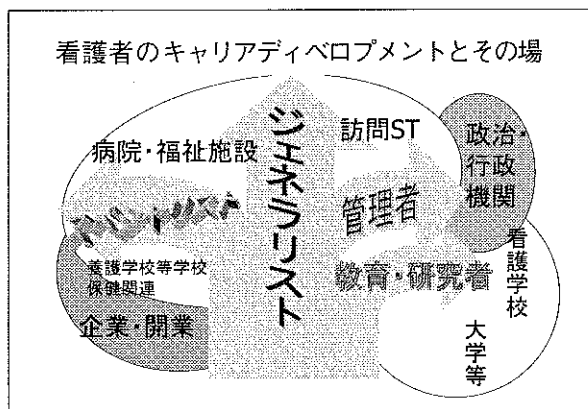


図 8

す。厚生労働省で働きたい、県庁で働きたいという人には、そういう道もあります。でも、大半の人が臨床で頑張るジェネラリストだと思います。それが病院であれ、福祉施設であれ、訪問看護ステーションであれ、保健所であれ、保健センターであれ、または助産所であれ、または、企業であってもです。そして一部の人が管理者になり、教育研究者になり、スペシャリストになっていきます。看護界は今までスペシャリストと管理者、教育研究者へ力を注いできました。特に、看護協会は、スペシャリストと看護管理者の育成に力を注いできたと思います。

看護者の2002年の就業場所別の看護職員配置を見ると、今まで働いてなかったところで働くようになったりしていますが、大半は病院にいたということがわかります。

スペシャリストの中でも、専門看護師は大学院で教育することになりまして、現在、16大学院で教育がされています。この大学では専門看護師を育成されてないということですが、将来はきっとしていただけないかだと思います。教育している大学院の数もまだまだ数は少ないのですが、これから急速に増えているのは確かです。2004年7月現在、専門看護師の認定を受けている人は74人ですが、今年度末には100人超えるのではないかと思います。

認定看護師分野は13分野がありますが、教育が始まっている分野と始まっていない分野があります。現在、診療報酬上の算定で認められるようになってきたこともあり、認定看護師の人气がすごくできて、倍率6倍、7倍のコースがあります。日本看護協会は、都道府県看護協会にも認定看護師の教育をお願いしていて、広島県でも始まります。そういうふうに県単位でやれるようになってきたり、大学が乗り出して下さるところもできてきて、この認定看護師は増えてきて、現在1,256人いらっしゃいます。また、専門看護師や認定看護師は、専門職として認められ、診療報酬上の手当で病院の中に少しずつ出てきています。

管理者に対しても、ファースト・レベル、セカンド・レベル、サード・レベルの研修をしていまして、67名が認定看護管理者の認定を受けています。将来は看護部長、看護師長は皆こういう認定を受けるような時代が来るのではないかと思います。この他に、大学院の看護管理専攻した人達は、この認定看護管理者の資格も受験でき、別の道もあると思います。

しかし、看護界の大きな課題はジェネラリストの問題です。今、ジェネラリスト達のキャリアディベロプメントを検討しています。5年目でも10年目で

も1人1人の技量は違います。5年目の看護師と10年目の看護師は違うことが見えても、日勤していると同じような役割をしています。これでは給料は上がりません。ジェネラリストの能力をどういうふうに識別をしていくかっていうことが給料を上げるのに反映します。何故かという、みんな同じことをやっていたら、給料は年数でしか上げようがないのです。役割が違うことで、給料の俸給が変わっていくわけですね。その仕組みがないものだから、ものすごく大勢の看護師さんを抱えている病院の看護部長の給料が低いのです。というのは、階級が看護管理者になるしかないからです。看護管理者だけだったら、数は少ない。私はジェネラリストの能力の識別というのが重要だと思っています。実際5年目と10年目の看護者の能力は違うと言われているのですから。

### 日本の看護国際協力の現状

看護協会は日本の国際看護協力も進めないといけません。これまでNGOとしての国際協力が今ひとつ消極的で、ICNとかICMばかりと付き合っていました、そういう時代ではなくなってきました。

皆さんの行く道は多様で、そして非常に面白い道が広がっています。私達は自分のキャリアをどう磨

いていくか、学生さんは母校の先生方に相談して、キャリアディベロプメントを図って欲しい。現場にいらっしゃる方々も、ずっとこのまま定年退職を迎えるというプランももちろんいいと思いますが、そうではなくて、面白そうだな、面白くしてやろうじゃないのという、人達が出てきて欲しい。本当にそういう人達がなかったら、看護界の今の仕事、今までお話してきたようなものは、他の職種にとってかわられます。そういう意味で、これは看護界が打って出ない限りは、誰もやらない課題がたくさんあるし、看護界がやらなかったら、他の職種がやります。そのうち、安泰だと思っていた病院に、患者さんの体を拭くのは介護福祉士さんまたはヘルパーさん、看護者は診療の補助業務の一部分だけやっていると職種になりかねません。フランスモデルがそうです。私は危ないと思っています。大変な危機感を持っています。だからこそ、皆さんは、自分のキャリアに夢を描いて、冒険してみたい欲しいというふうに強くお願いをして、講演を終わりたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

### 文 献

人間の安全保障委員会報告書(2003). 安全保障の今日的課題. 東京, 朝日新聞社.