

特別講演

変貌する医療の中で看護研究に期待するもの

川 島 みどり

(健和会臨床看護学研究所所長)

さわやかな気分で壇上にあがりましたものの、今日の大きなテーマ「変貌する医療の中で看護研究に期待するもの」を戴きまして、金川先生が、簡単に電話でおっしゃったので、私も簡単に引き受けてしまいました。お引き受けした後からもうとても悔やみ悔やみながらここに上がってきたわけです。

看護研究に期待すると言った時に、いったい誰が誰に期待するのでしょうか。ここでは、研究をこれからしようとする看護婦の方達に一般的に期待されているようなことを、お話してみようと思います。

さて、科学の進歩は人々の価値観を大きくかえようとしています。本当に十年前までは想像もつかなかったようなコンピューター・システムが、我々の日常生活の中に取り入れられてきました。当然病院の中にもそうした風潮がおきているわけで、そうした医療技術の飛躍的な発展に伴い、いろいろなことが大きく様変わりをしようとしています。

患者対医師という古くからあった一対一の関係の医療から、患者を取り巻くチーム医療にかわり、そして、そのチーム医療の一つの輪を私達看護チームが受け持つということになってきました。

また患者個々の訴えよりも、患者の検査データを重視する傾向から、治療よりも診断偏重の医療になっているのではないかと。医学史

的にみえますと、治療技術というのは、抗生物質の発見、普及それから輸血や輸液の技術以来、患者の病気を根本的に癒す本質的技術というものはしばらく低迷を続けております。確かにCCUとか、あるいは人工透析のようなMEをフルに活用したいろいろな技術が開拓され、試みられてきてはおりますが、透析の場合でも、根本的に腎不全を治すのではなく、あくまでも対症療法領域にあるということですね。医療経済的にみても、あるデータによれば脳卒中とか脳腫瘍のような病気に対する費用というものは20年前にくらべて数十倍にふえた中身は、ほとんどが検査の中身なんですね。CTスキャナーで診断がつくようになり、あるいはアンギオが出来るようになり、費用の伸びに影響しているのは診断の費用であって、治療の費用というのは昔とそんなに変わらない、といった実態があるわけです。

それから救命や延命の技術のかけで、植物状態を始め、改めて造られた状態のそれから先の生が問われる時代になっていると思います。命は助けた、しかしこの人は、どの様な生活を、生き方をするのだろうか。

かつては、妊娠中にその生命がたたれていたような、あるいは虚弱であるが故に、生まれてまもなく死んだような赤ちゃんが、最近では生命を維持することが可能になった。し

かし、重い障害を持って生まれてきたその子が、これから先、どの様に健康レベルを維持しつつ、人間らしく生きていくのか、といったような意味が問われるような時代になっています。

また、乳児死亡率の著明な減少と平均余命の延長による老人問題の出現は、老人学とか、あるいは老人医療、老人福祉といった領域での問題を問うています。

また成人病の新しい課題として、正常・異常の認識ということがあります。昔のように、これは正常である、これは異常である、健康である、不健康である、といったような考えは、修正されなければならないようになってきている。医学の始まりは、この正常と異常の診断、健康と不健康の診断にあった、という風に私達は理解しているんですけども。最近のように、かなり治療しながら生活が出来る、あるいは、表面的には健康である様な人でも色々な不健康な因子を背負って生きてきている、といったようなことから考えて、どこに正常、異常の境界をひくのかといったことが、非常に不鮮明になってきています。

それから、予防医学の解明ならびにリハビリテーション医学に関連するセルフケアの動機づけの問題がございます。これは看護のこれからのあり方に非常に大きな影響をもたらすものではなからうか。看護研究にしてもこの点については、これから追求していかなければならない課題ではないかと思っています。

それから、臓器移植や人工臓器あるいは遺伝子工学の人間生活や人間の精神面への影響そしてそれに伴う新しい倫理の問題が出てきます。

たとえば、脳死を承認するかどうかということについては、色々な学会で保留や反対の意見が表明されてもきましたが、日本の長く続いてきた文化的背景のもとで、一体この脳死の問題をどう考えるか人工臓器や移植の問

題をどう考えるか、ということは、これも私達看護婦が避けては通れない課題であると思っています。

また、癌を始め、予後不良患者さんへの告知の問題、そしてそれと同時にターミナルケアの終わりまでその人らしく生きていくということに、ケアをする我々は、どのような援助をなすべきかといった様な重い問いかけがされています。

そうした医療の進歩にまつわる色々な変化が、この情報化社会の中で、今までの医療、医学の閉鎖性の扉を大きく開いた。私達専門職がまごまごしていると、私達以上に深い知識を持つ一般の人達が増えてきつつあります。医療現場の様相が、手術室の中の手術のプロセスが、テレビを通してお茶の間で見れる様な時代になってまいりました。そうした様なことから、一般市民の健康問題に対する関心や人権意識はかつてなく高まっていますし、医療や看護に対する要求のレベルというものが、非常に高まっています。それに対して、我々専門家が提供する医療のレベルが、むしろ遅れていっている状況があると言ってもいい。

“変貌する医療”というテーマをいただいたんですがそうした変化が、看護のあり様というものに、大きく影響しているわけで、とりわけ、高齢化社会の到来といった状況のなかで、看護の真価が問われる時代となったと思います。

延命救命の医療や看護の結果、クオリティオブライフという、午後のシンポジウムの中の大きなキーワードにもなっているようですけれども、そうしたことを目指す看護ケア、そういったものの時代に突入したという風に、言っているんじゃないでしょうか。

ですから、そうした医療の変化の中で、看護は何を研究すべきであろうか。看護研究はどのようなことを目指すべきであろうかということ、私は臨床看護、看護実践の立場から、看護研究に望むことを話してみたいと思

います。

そして、看護研究は特定の研究者が行うのではなくて、全ての看護婦、看護職が研究をすべきであるという立場から、私は展開してみたいというふうに思います。

ドナー・ディア教授は、看護研究の目的の一つを臨床判断の質を高める事、二つ目に患者ケアを進歩させる事という二つの大きなテーマをあげて述べています。これは研究というもの何か特別の実験をしなければならない、何か特別の条件を設定しなければならないと肩をはるまえに、全ての看護職が看護研究者であるべきだということと理解しても良いと思います。

従来、看護実践は行動することであり、研究は考えることであるというふうに考えられていまして、我々看護婦は毎日毎日がむしゃらに働いているんだから、研究なんかする必要がない。研究は机の上で仕事をしている人がやれば良いことだ。といったような、非常に二分化した考え方がなかったわけではありません。しかし、考える看護と実践する看護の統一を根底に看護研究というものを、考えていかなければならないんじゃないかと思えます。

現場の中には、研究の材料が豊富にある。しかもそれが多様で奥深く追求しても追求してもわかりきれものではないくらいたくさんあるということを、まず最初に気付くべきでしょう。

また、臨床看護研究を特別なものとして考えなくていいんじゃないかといった理由の一つに看護過程の展開のプロセスと、研究のプロセスというものが、かなり重なりあっていて、共通面が多いということです。

看護のプロセスというのは、情報を収集し、アセスメントし、そして看護診断をし、プランニングを実際に行ってみて、又、観察し修正を図るというわけですけれども、研究の場合も同じようにプロセス分析の中から問題を

予測し、個々にはどのような変数があるかを見出します。つまり実践法が本当に正確か、あるいは妥当性があるかといったようなことについて、考える為のツールを捜し、そしてその妥当性を確かめながら研究実践を行っているわけで、そういった意味からみた時に、看護実践の過程が、ジグザグの歩みを繰り返しながらいくのと同じように、研究も又、例外の積み重ねとか、思いがけない色々な事態に直面して、方向変更したり、後もどりをしたり、前に進んだり、将来を予測したりといったようなことを繰り返しながら、しかし、実務上はきちんと妥当性を確かめつつ歩いていかなければならないわけです。考える看護と実践する看護というものを、分離することなく、統一して行わなければならないのと同様に、看護研究の場合にも、常にそうした試行錯誤と、看護過程が展開される道すじと同様の動きをしながら進んでいくということに、思い至るわけです。

ディア教授は「経験的な一回性の出来事を抽象の立場、概念の立場から述べるという知的作業が、看護研究である」とおっしゃっているわけです。申すまでもなく、看護実践は、より優れて具体的である、これ以上具体的なものはないと思われるくらい具体的です。抽象的なレベルで看護は出来ません。ベッドサイドに立ってその患者さんのケアをする、その患者さんの苦痛を軽減する、その患者さんの生命の延長を図る、その患者さんの気持ちを理解してその患者さんの不安とか、悩みとか精神的な問題を解決するといった行為は、きわめて具体的であります。そうした具体的なものを抽象の立場、概念の立場から述べるという知的作業が研究であるというふうにいわれてると、いくら研究と実践のプロセスが共通だといわれてみても、そこで戸惑うことが多いわけです。

皆さんの中には、臨床看護あるいはフィールドに出て、地域の看護実践をしていらっしゃる

る方がたくさんいらっしゃると思いますけれども、私自身もどちらかといえば、看護学研究所なんていうものをつくりましたけれども、自分のやはりアプローチの方向としては、どうしても実践が先にたっちゃん。考えるよりも、まず身体が動いてしまう古いタイプの看護婦であります。

ですから、こうした抽象とか概念とかいうことについていえば、どちらかといえば不得手な方です。ですからなんとか得手としてというか、上手になっていきたいな、ということを常に思うわけなんですけれども、どうしてもそれが難しい。

なぜなら、患者の看護は、患者の個別ケアをするということです。個別ケアに親しんでいますので、一人の患者さんに起きた出来事を、出来事の集合の単なる一例として、概念化するなんてのが難しいんですね。

別の言い方をすると、一回の看護場面あるいは一つの看護事例といったようなものが、その場かぎりの、あるいはその人だけの、その人と私の関係だけの問題として考えるんじゃなくて、その一事例はいったいどの様な母集団を反映しているのだろうか、なんて考えながらは、なかなか仕事がしにくいですね。

〇〇さんの看護のプロセスで出会った困難はこうであった。脳卒中の〇〇さんは、この様なハンディをもっていたけれども、みごとに克服することが出来た。心筋梗塞の〇〇さんのリハビリは、この様な段階で進めることが出来た。というように、非常に個別的な患者さんの状態をイメージして看護しています。それを〇〇さんというところから、〇〇の患者の看護は、といった様なものに変えていくこと、これは研究する場合にいつもよくいうんですけれども、全ての条件をかねそなえていなくても、どこにその普遍的な要素があるのかを、見ていく力というのは、かなり研究の途上で大切なことである感じがします。

出来事や場面から出発するんですけれども、

その出来事や場面に命名するというか、ラベル化をする。これは看護診断のいきつくところでもあります。さまざまな動きをしている患者さん、さまざまな背景を持っている患者さんの中から、表面に現れた事象はまったく異なるんだけれども、共通のソースをみつけていくということは、非常に難しい。しかし、それを命名することによって類似の出来事をあてはめていく、あるいは推論する、解釈する、つまり具体的なデータ、具体的な経験、具体的な実践と、抽象との間の関係を探るということが、研究の本質であるとするならば、やはり一定のトレーニングをする必要がある、というふうに思うわけです。

そのトレーニングも組織的に、受ける機会を持っていらっしゃる方はいいんですけれども、もう昔、勉強してしまって、今更そういったことをするには、年をとりすぎてしまっているとか、あるいは、私達の学生時代にはそういったことがなかったから、しかたがないとあきらめがちなんです。しかし、やはり毎日の看護実践過程の展開をしっかりやることによって、かなりそうした能力というものは、高まっていくんじゃないかなと思うんです。

その理由として、私はかねてから臨床看護の研究は、よりよい看護実践追求のプロセスと軌道が一つであると主張し続けてまいりました。それは先程の、看護研究が看護過程のプロセスと類似であるということ、違った言い方でしている訳なんです。看護実践というのは、看護婦自身の身体的諸器官、時にはその延長としての道具や器械を用いて、対象の人々の身体面、生活面のよりよい変化を目指して働きかける過程です。

例えば、疾病の状態から健康な状態に、苦痛の状態から安楽の状態に、無気力の状態から前向きな闘病姿勢に動機づけることなど、対象の問題によって多様な変化を目指す働きかけの過程であるということです。

変化の諸相は、実践者である看護婦の生命観によって規定され、当然対象を取り巻く人々、地域、社会、そういったところの価値観によっても、影響を受けるという特徴があります。これは人間ですから当然ですね。

つまり、私達がいくらこうしよう、このように働きかけようとしても、その人の持っている人生観、価値観によって、それはしばしば軌道修正せざるをえない状況があります。

そして、対象の変化というものが、働きかけによる即時的変化つまり、今、働きかけてすぐ変化する場合もあるでしょうし、時間的な歴史性を持った変化、今日働きかけたことが、数日後にあらわれるとか、あるいは、徐々にその変化があらわれてくるといったような場合もあります。それから変化に向かう対象との相互作用によって、実践者自身も変化する。つまり看護をすることによって、患者の闘病姿勢や、その患者をとりまく家族の介護姿勢から看護婦自身が学ぶことによって、看護婦の看護観が変わったり患者の問題解決のプロセスで、看護婦自身の知識がなお広がり、高まるということもあると思います。相互作用による、実践者自身の能力や資質も変化、向上するという特徴です。

看護ケアを実施することにより、目指していた変化を対象の上に獲得できた時の喜びというのは、やった人しかわからないとよくいいますが、看護婦ならばだれでも一度や二度、もっと沢山の喜びを体験するわけです。

また、その期待する結果が得られない時は、何故そうなのかを検討し、新しい方法を駆使して、再度挑戦してみる、といったようなことを繰り返すと思います。

そのような場合にどのような条件のもとで、何がどう変わったのか、といったようなことを観察し、記述し、変化の原因をあきらかにすることぬきには、看護のレベル向上などはありえないと思います。こうしたことは特に

研究でなくとも、通常の日常の看護実践の場でも、それはしょっちゅうやっていることです。

何故この患者さんがこんな変わったんだろうか、こんなによくなったんだろうか、あるいは悪化したんだろうか、といったようなことをある一定の条件のもとで、何がどの様にどうなったんだろうか、ということ、正しく記述するのが、看護記録にかかっている内容のはずですけれども、そうしたことを考え、あるいは実際にカンファレンスの中で集団討議し、問題を浮き彫りにしていくというのは、日常的に我々が行っていることです。臨床看護研究の場合には、個別の患者の問題を個別にとどめることなく、その実践を反映する母集団を意識して、経験的な一過性の出来事をディア教授の言う“抽象の立場、概念の立場、から考えるという知的作業である”のです。つまりこの患者にとっての問題は、他に同じような看護構造、疾病構造、背景を持つ患者にも、当然共通かもしれない。その共通性をどこで共通性とみるか、どこで普遍化出来るか、ということ、他の多くの事象を集めて、検証していく過程が、研究であると思います。

ここで注目すべきことは、個別の患者のケアの場合に、看護の目標として設定されることが、研究の場合には、仮説として記述されるということになります。従って、研究における検証は、一定の条件のもとである手続きを踏みながら行い、データとして集積されなければならない訳ですけれども、そのプロセスは患者の問題解決に向かう看護実践のプロセスと、軌を一にするものであるということであるわけですね。

看護実践の場合には看護目標を立て、その目標の実現のために、どの様な解決方法でやっていくかということ、具体的に設定してケアのプランを実際に行っていくわけですが、研究の場合には仮説の検証のプロセス

の条件を一定にするというようなことで、多少の看護実践とは違いますけれども、そのプロセスというものは、やはり看護実践のプロセスと、同じ軌道にあります。倫理上もケアのレベルを下げて研究することは出来ないことは、皆さんよく承知だと思いますが、臨床研究の場合には、その患者さんにとって現在行っているケアよりも多少高いレベルのケアをして検証していくわけですね。

この意味で私は、臨床の看護研究は、まさにより良い看護の実践追求のプロセスであると考えられるわけです。言い換えますと、個別の患者のケアの途上で起きた疑問や問題が、自分やチームメンバーの知識の範囲外にある。そして文献の探索などによっても、解決出来ないような場合に、研究のテーマとしての可能性が生まれてくる、といってもいいのではないだろうかと思えます。

ところがそうは言っても、看護婦は全て研究者であらねばならないとか、研究者であると言ってもいいんだ、といっても誰でも彼でも、何時でも、何処でも、研究が出来るとはかぎりません。

自主的に研究の出来る力量を持った看護婦が看護の現場に育ちにくいということを、私は自分の病院で長いこと現任教育を続けながら見てきました。実践的には優秀な力量を持ったナースが、いざ研究となると峻巡してしまう。それから、研究したといって持ってくる内容がおそまつである、といったようなことをみるにつけても、いったいどこに、彼女達が育ちにくい理由があるのか、看護婦個人の問題と、看護体制を含む周辺の問題があるということとははっきりしていると思うんです。

私の病院は、首都圏でもたいへん田舎にございまして、ネオンサインが見えないで、川があって、一年に一回の花火大会がなによりの楽しみ、といったような地域にある病院なんです。ですから、人が集まりにくい中ですがそれでも、いろいろなキャラクターが集まっ

て来ます。しかしそういった一人一人がどんなに一生懸命いい人であっても、力量とか、哲学とか、能力とかいったものが、個々バラバラである為に、チームとしてまとまった力量になり得ない。

身体は熟練によって動いても、その底にある原理について、確固たる知識に欠けている。これはもう、経験というものが優先されていて、身体は動くけれども、なかなか頭の中で考えられない。そのことが、実は、不安なんですなあ。やっている人にとってみれば、これでいいのかしら、私は昔からこういう風にやっているけど、本当にこれでいいのかしら、という不安につながっていくので、自信がもてなくなります。毎日の自信につながっていない。

また、看護婦は、女性が大部分の集団であるということも影響しているのか、それとも看護婦そのものがそうなのかわかりませんが、論理的思考方法のトレーニング不足というのがあります。物事を論理的に考えられない、すぐ感情的に考えちゃう、ということですね。だからカーとなるんだけどもなかなか論理的に理路整然と分析することが、非常に弱いということがあります。

それから四番目に、観察したことや考えたことを文章化する能力の未熟というのがあります。

私の研究所に研修生が毎年入ってきて、今年3回生が今、13名で、勉強している最中ですが、彼女達の入所の動機というのは、とにかく勉強したいということなんです。今年も5.5倍という倍率で、とるほうはとっても優秀な人を選んだつもりでした。でもやっぱり書けないんですね。相当いろんな問題意識については、しゃべれるんですが。

それから職場に、役割としてのリーダーはいるけれども、本当にリーダーシップを発揮出来る人が少ないなと思います。これは、研究の面でも同じ事がいえると思います。

また、看護業務の繁雑化と多忙化による余裕のなさ、目の前に間断なく起きてくるさまざまな問題の解決に追われて、継続した課題の進行がおろそかになるということは、研究をさまたげる非常に大きな要因ですね。

看護実践の過程と、研究の過程が一緒だとすれば目標と書くかわりに、きちんとした仮説を立てて、その実証のプロセスが看護実践のプロセスになるのです。ところが、実際には最初は皆その気になるんですけども、途中で点検するとやられていない事が、圧倒的に多いんですね。ですから、もう実証のプロセスがぬきになっちゃうから、研究そのものが成り立ちにくい。つまり、一見研究とは関係ないような職場の状況が、研究を成立しにくい土壌となっているということです。

それからチームメンバーが固定しない。一つの研究をする場合に、研究のチームが途中にしょっちゅう変わるということは、ありえないわけです。共同で研究する場合には、同じ問題意識から出発して、ディスカッションして文献を検索して又、ディスカッション。試行錯誤はするんですが、常に研究の原点に立ちもどって、そして皆でもう一回考え直す。その過程で問題意識のズレを修正しながら前に進んでいく。メンバーは固定してやるのが普通とされていますね。

ところが病棟やなんかの共同研究とか臨床研究にかかわってみると、半年とか一年の間に相当メンバーの顔ぶれが変わっちゃう。産休をとったり、やめたり。また、検証のプロセスの条件が変わってきちゃう。ものすごく忙しい日があると思うと楽な日がある。あるいは、三人欠員ですという日があるかと思うと、今ちょっと満ち足りていますという状況が、一つの研究の間に何回もくるもんですから、ベースになる条件そのものが変わってしまふ。といったようなことで、安定した条件を設定するということが大変困難である。勿論その不安定な条件が条件であるという研

究も、勿論、成り立つわけなんですけれども、非常にやりにくい。

でもそういった困難はあるものの、困難があるから出来ないではなく、やっぱり進んでいかなければいけない。その困難をきちんと分析をすることから、始めたい。研究というのは、なんかデッカイことをやるのではなく、まず現実をどのように分析していくか、というところからスタートしなければいけないと思うんです。

その前にまず、看護について一つの価値づけをきちんとする必要があると思います。つまり、看護は研究に値する価値あるものだという位置づけがないと、なかなか研究になっていかないと思うんですね。看護に対する自信がなかり、あるいは仕事への期待がなくなってきたら、もう研究の動機づけはなくなってくるわけです。

ですから、私達が直面している困難というのは、研究不足からきている困難、研究不足のためにわからないことだらけによる困難、常に、試行錯誤し暗中摸索しなければならぬような看護のやり方が、自分の身についているためにある困難などからきていることが多いことを自覚する。そしてそうしたことをなくしていくためには、誰にもわかる、誰にも理解出来る研究を行う必要が、あるのではないだろうかと思います。

その上で、日常出会う素朴な疑問、願望、困難などが全て研究につながるわけではありませんが、研究のテーマに発展していく可能性を持っている、その研究の成果は、必ず実践に役立つ、そして患者のケアのレベルの向上がはかれ、我々の自信の回復につながる、といった意味づけをきちんとしていれば、現在の困難を克服出来ると思います。

さて、今私は、現状の分析が大切だと申し上げましたけれども、今までの看護研究はどちらかというと、現状分析に終わってしまっていた。そこでもう少し足を前に進めて、こ

れからくるケアの時代にふさわしい仕事を、
していかなければいけないと思います。

そうはいってもやはり、日常の毎日の出来事を振り返ってみますと、はたしてケアの時代にふさわしい看護が実際になされているだろうか、という疑問にぶつからないわけにはいきません。先程も言いましたように、医療の変貌、諸変化に伴って、医療チームの中で分担する看護の領域がどんどん拡大しているわけですが、その方向が必ずしも看護の概念の拡大の方向というよりも、狭義の医療の境界領域の拡大の方向にいつているということです。これを進歩の方向とみるのか、退歩の方向とみるのかということが、一つあると思うんですね。

具体的に言いますと、現在の病院の入院患者さんの特徴というのは、施設の背景とか立地条件によって相当違ってます。そしてここ十年來共通のこととして、入院患者さんの高齢化と重症化が大変進んで来ています。そのため看護婦としての仕事の内容は、生命を維持し、よりよく生きていくための日常的かつ習慣的なケアと、より医学的な領域に近い医療技術を行使する仕事があるわけです。

問題は後者の方、つまりより医学的な領域に近い医療技術の実践をしていく比重が、年々高まっていて、そしてそのことが、現場の看護婦の関心を、大きく医学的な領域に近づけている。これは悪いとは言いません。私は事実を述べているだけです。私はそうした傾向を、非常に複雑な思いでながめることが多いわけです。

例えば、内科病棟に行きましても、看護婦らの動きをみてみますと、ICUの看護婦に期待されるような観察技術を、一般の患者さんにも適応していく傾向があります。これはとっても、おもしろいと思います。そしてそれが出来ることがその内科病棟において、一人前の看護婦であるという見方さえ、されるようになってきています。

例えば、心電図モニターの判読や、呼吸音の状況を聴取する。それからレスピレーター
のセッティングをする。輸液の管理をする。そういったようなことを看護婦が全て、できなきゃいけないことではない。そしてそれは、患者さんの重症化、高齢化をみていく時に、必要な条件かもしれませんが、そのこと故に患者のケアへの目の向け方が、変わってきているという事実をみると、研究をする事象が、いろいろと浮き彫りにされていきます。

例えば、分泌物の咯出困難な患者に対して、吸引の後、聴診器によって呼吸音を聴取することは、吸引の効果の確認の上で大切なことであるにちがいません。でもまず、分泌物を産生させないケアというものに、もっと私達の関心をむけるべきじゃないのだろうか。分泌物ができてから吸引し、吸引した後の呼吸音の聴取のことばかりに関心をかたむけるよりは、分泌物をつくらないケアが出来ないだろうか。しかしこれはあくまでも仮説的なはずであって、これを実証していく研究は、今後に余地を残しているわけです。

それから吸引チューブの清潔な操作や、その薬液の問題ですね。これも看護研究の非常にすぐれたテーマだと思うんですけども。きちんとした誰にも納得出来る吸引の手技とか、消毒の方法とか、ボトルの交換の頻度とかいったような研究は、まだあまりされていないような気がします。

しかし、そうしたことへの関心というのは、さっき言った肺の音を聴取する、聴診器をもって聞くことに集中しては、なかなかわいてこない。

そしてまた、最近、生と死の問題、ターミナルケアの問題が、ぐっと浮上してきておりますけれども、私は従来の医学や看護が、特に看護が、患者さんの苦痛の軽減をはかる研究を、あまりにもしてこなさすぎたんじゃないだろうかと思います。ターミナルケアを考

えていくときでも、末期の患者さんの苦痛、あるいは、癌の疼痛の緩和、そういったことの研究を、もっともつつみ重ねていく必要があると思います。ですから、もし苦痛の緩和が本当にケアによって実現出来たら、多くの人の生死観は、相当変わっていくと思います。何故今、死が恐れられるか、死の不安があるかということは、死ぬまぎわの苦痛、これは未知の苦痛ですが、そういった苦痛に対する耐えられない不安、恐怖があるからこそ、死の不安がとりざたされてくるんであって、そこに私達看護婦が、取り組まなければならない課題がひそんでいる気がします。

川喜多先生が、あの「近代医学の史的基盤」の中で、「忘れてはならないことは、医療がその理由である病気の根治をなしえない場合にも、その身体的な悩みの軽減をはかるといことが大切で、そのあたりに、看護の大層、重い面がある」と書いていらっしゃる。つまり川喜多先生がヒポクラテスの時代からの医学の歩みをふまえ、きたるべき時代を俯瞰したうえで、その医学史の立場から看護への期待を述べていらっしゃるところで、私は非常に貴重な言葉として受け止めたわけです。忘れてはならないことは、医療がその理想である病気の根治をなしえない場合にも、その身体的にも、その身体的な悩みの軽減をはかるところに、看護の重責があること。

ですから、「患者の心身の苦痛の緩和をはかる研究」というものは、これから私達が積極的にやっていかなければいけないんじゃないかならうかと思います。

それで次に、「患者の生活行動とその援助の研究」これは私は先程来言っております医学の専門分化に向かって、看護というものがどんどん細分化されていっている。専門性が追求されればされる程、仕事の範囲は狭く深くなってどちらかといえば、医療、医学に傾いている。もう少し看護のほうに引き戻して、ナイチンゲールやヘンダーソンのおっしゃっ

ている方向に、看護婦の強い関心、強いありようといったものを、もっと軌道修正していく必要があるんじゃないかと感じています。看護の側に、生活行動の援助に対する、理論に裏付けられた確信がないから、揺らいじゃうんと思うんです。我々の仕事の専門性は、ここにあるということを、はっきりと打出すためにも、この生活行動への援助とその研究を、きちんとしていく必要があると思います。

生活行動を考えていきますと、その人なりそのそのやり方が、その人の所属する家族、あるいは、社会集団の影響を受けながら、しかし一方では、共通のやり方というものも存在していると思われま。そういった意味での生活行動の援助への面を、もっと研究していく必要があると思うんです。

これからの看護の研究は、生きているという生命現象を基盤にしながら人間らしく生きていくということが一体どういうことなのか。それも病気であっても、末期であっても、重い障害を持っていても、どんなに年老いていても、赤ちゃんであっても、その人が人間らしく生きていくということは、どういうことなのかを明らかにすることが、大きな課題ではないでしょうか。ケアの時代がもし将来くるとしたら、その「ケアの本質に近づく研究」をしなければならぬ。看護研究は私達がしなければ誰もしてくれないんですね。看護研究のテーマが、その辺にあるような気がしてならないんです。こういったことを何故気付いてきたかということをおし上げますと、個々の事象、個々の事例は、個別的であり一回限りのものかもしれないけれども、その中にひそんでいる普遍的な要素、これを仮に法則性と名づけてもいいと思うんですが、そういったものを引出すことによって、その法則性が他の事例、他の場面にも共通であることを、見抜くことができます。

たとえば、手術によってボケの症状が、歩行とか、起立起座によって回復する例ですと

か、脳出血後、呼名反応がなく、意識混濁、意識混迷状態の患者が、意識回復の過程で、失語状態を呈していたんですけども、彼が好きだった童謡を歌うと、次にくる歌詞とメロディーをはっきりと歌うことが出来た例ですとか。

それから、長期間臥床したまま砂嚢で尿器を固定していた男性患者が、臥床時は、尿意をおぼえないのは当然であり、70年間立位排尿していたのと思ひ、立位でおしっこさせたところ、尿意をはっきりと訴えるようになった例ですとか。

それから在宅で長期にわたって寝たきりで、看護婦には勿論、家族に対してもまったく反応のなかった老人が、ある春の一日、集団でお花見に荒川の土手に連れ出しまして、大勢でお花見をした時に、マイクを持たせたところ、とたんに自己紹介をはっきりと述べた例とか。

そうした事例に共通する法則性は何かというと、過去のその人の生活習慣、これは条件反応が介在し、あるいは条件反射が媒介となつてつくられますが、その人の学習の成果として身につけて、その人の行動の中にしっかりと根強くあったものが、なんらかのきっかけで忘れていた、しかし、ある一定の刺激を投入したことによって、過去の記憶が再生され、生活習慣を取り戻す結果となっている。これは心理学的にもちゃんと言われていることでありまして、私が勝手に言っていることじゃないんですけども、そういったことのあらわれだと思ふんです。そうしたものの集合を考えてみると、生活習慣とか生活行動というもの、過去の学習によって形成されて来たとかいうことを前提にして、一つの研究ができるんじゃないだろうか、と思ふんです。

そろそろ終わりに近づいてまいりましたが、もう一つケアの質とか評価に関連して関心をもってたのが、「看護経済的な面の研究」です。つまり私達のケアは、どのような費用を産み

出しているかということ、一つは、今の高騰する医療費、医療経済の中で、看護が稼いでいる費用はどの位なのか。これは基準看護の費用、入院費+基準看護の加算の費用の妥当性の研究があります。また医療行為の中で、どれだけ稼いでいるかという計算があると思ふんです。たとえば、採血が多くて忙しいというけど、採血の点数の中の何%我々のところにくるんだろうか。ネブライザーだったら何%我々がもらっているんだろうか、というようなことがあります。そういったことについて厚生省は、医療費の中に看護婦の仕事を認めて含めてるって言うんですが、ちゃんとした指標は出してないです。我々の側から、それを算定していく必要があると思ひます。で、それによって看護婦は不採算部門だなんていってるが、絶対そんなことはない。レセプトの中ですごい、看護婦が労働によって稼いでいる、経済的な効果ってあるわけです。そういった意味の経済と、もう一つはコストベネフィットの考えから、看護指導によって病気にならなかった、あるいは、褥創ができるべきところ、作らなかったことによって、個人が受けた恩恵を費用に計算したらどれ位になるのか。それから在宅のケアの費用の問題。老人福祉施設に入院した場合との費用の差とか。そういったような研究もこれからはしていかなければならない。

私達は、雲や霞を食べて生きているわけじゃないし、社会の動きや経済の動きに非常に敏感に反応していくわけですから。看護だけが正義のような顔をしてしょうがないですね。やはり看護が、費用をどのように見ていって、経済の流れを医療産業とか、製薬会社とか、あたらしい福祉産業に流れていくお金の流れを、やはり看護のほうに流してくるような、ことをしない限り、看護の質の向上とか、看護婦の定員の増員とかいうことは、ありえないですね。そういった意味でも、そういった研究を将来していかなければならないんじゃない

ないかと思えます。

アルマ・アタの宣言，“21世紀までに全ての
人々に健康を”というスローガンがあるんで
すが、それを目指して私達は、糖尿病や心臓
病や肝臓病や、そのほかもろもろの成人病を
持った患者さんが、自分で健康を、生活に向
けて療養していく、セルフケアの動機づけを
はかるために、どうしたらいいかという研究、
これは一番難しい研究だと思いますけども、
それをきちんとしていかなければならないと
思います。

まあ、いろいろ、あっちに話がとんだり、
こっちに話がとんだりいたしまして、私の関
心を中心にお話ししましたけれども、私達は
きたるべき時代にむかって、看護がしなけれ
ばならない研究は、かようなものではないだ
ろうかということを考えております。

どうも御清聴ありがとうございました。