

特別講演

第4回看護実践学会学術集会

卒後臨床研修と基礎教育を結ぶ

菱沼 典子

聖路加看護大学教授

日時 2010年9月5日（日） 場所 金沢医科大学講堂

はじめに

今日いただいたテーマは、「卒後臨床研修と基礎教育を結ぶ」ということです。私はずっと基礎教育の方に身を置いておまして、臨床研修というものに直接は関与していないので、それは会場の皆さまやこの後のシンポジウムで発言される皆さまの方がお詳しいと思います。そこで、基礎教育に身を置いている立場から、卒後臨床研修をどう考えるのかという視点でお話しさせていただければと思いますが、私にとってこういうテーマでの話は初めてで、非常にチャレンジングな今日でございます。

既にご承知のように、2009年7月に、「保健師助産師看護師法」及び「看護師等の人材確保の促進に関する法律」という法律の一部改正がありました。最初の方は「保助看法」と略し、人材確保の促進に関する法律は「人確法」と略されているものです。私ははじめ「じんかくほう」と聞いたのですが、そうではなくて看護師の人材確保の法律でした。この人確法ができましたことが、公立の看護系の大学ができるきっかけになったと聞いております。

その保助看法と人確法が改正になりまして、新人看護職員の臨床研修が努力義務化されたことは、皆さま既にご承知のとおりです。2010年度から施行ということで、「新人看護職員研修ガイドライン」が昨年12月に策定され、これも皆さま既にご承知のとおりかと思えます。本日のテーマは、この新たに法制化された新人研修と基礎教育をいか

に結んでいくかを考えるということですが、私の基本的な考え方として、基礎教育は看護職として働く基盤づくりであると思っています。基礎教育が終わった段階で看護職として育ったかというのと、そうではなく、看護の現場での研鑽が加わって看護職として育つのだと思っています。基礎教育と新人研修は看護職を育成する一つのプロセスとしてつながっていなければいけないものだろうというのが、現在の私の基本的な考え方です。

基礎教育と現場の隔たり

では、なぜ新人研修と基礎教育がつながっていないかならぬのでしょうか。基礎教育と現場がそれぞれ勝手にしていると、学生や新人は戸惑います。例えば、皆さまは臨床で脈拍を測るときにどれぐらいで測られますか。60秒測っていらっしゃる方？ ゼロ。では、20秒×3の方？ 1人。30秒×2？ では、15秒×4？ ありがとうございます。15秒×4が、最も多くの手が挙がりました。では、学生時代に15秒×4でいいとお聞きになったのでしょうか。多分、学生時代には「60秒数えるのですよ」と聞かれているはずですよ。

臨床に出て、先輩はなぜあんなに早くラウンドしてくるのか、私はなぜこんなに時間がかかるのか。実は20秒×3だったり15秒×4だったりしているのだということ、現場で学び取るのです。学び取るのはいいのですが、学生あるいは新人は、60秒測れと教わってきているのを覚えるのは非常に気が重いのです。「こんなのでいいのだろうか」という気になってしまいます。なぜ基礎教育の間

に「60秒は基本です」と教えないのでしょうか。「60秒が基本だから、最初に出会った患者さんは60秒ちゃんと見たらいい。しかし、その方をかなり分かってきたら、必ずしも60秒でなくても判断していいのですよ」と一言言っていれば、みんなそんなに戸惑わないで済むのではないかと思うのです。

これは脈拍の話ですが、いろいろなことでそういうことがあるのではないかと思います。基礎教育では基本を教えるというのはそうなのですが、臨床でその基本をどう応用していくのかの道筋が見えないような教育をしているというのは、非常に問題ではないかと思っています。

また、基礎教育と現場が互いを尊重していなければ、間に入る学生や新人は戸惑います。例えば、新人のナースや実習の学生に、「こんなことも教わらなかったの？」とおっしゃったりしませんか。それは、「こんなことも教えていないのか」という教育に対する批判です。そういう言葉を受けると、学生は、自分が受けた教育を否定された、自分が受けてきたことに×を付けられたと思うわけです。ですから、そういう表現はやめた方がいいのではないかと、「どんなふうに教わったの？」「これは初めてなの？」というような形で対応していただけたらいいのではないかと思いますし、臨床現場のナースも、基礎教育にいるナースも、新人あるいは学生を育てていくことに対してお互いが協力こそすれ、お互いを脅かすようなことはしてはいけないと思います。新人研修と基礎教育がうまくつながらないと、せっかく新人研修の制度ができて、そこでまたぎくしゃくが起ってしまう、意味がありません。そこはお互いに、一緒に育てていくのだと考えたらよいと思っています。

新人看護職員研修の努力義務化の意義

新人看護職員研修の努力義務化ということで、卒後教育に関して法に規定したのは、初めてだと思います。今回の改正を待つまでもなく、既に多くの施設では新人研修を実施していらしたのではないかと思います。新人研修に関しては、それぞれの病院が努力しているという形で、特別な支援などはありませんでした。一方、基礎教育の方は、長い間、常に見直されてきました。基礎教育がうまくいかないから新人が育たない、あるいは新人がすぐ辞めるというようなことで、基礎教育をどう直したらいいかということばかりをずっと論議していたのが、初めて基礎教育を終わった新

人をどう育てるかというところに行ったという意味では、非常に大きな意味があると思っております。

看護の社会では、長く即戦力でなければならないということが求められてきました。しかし、そうではなく現場に出てから働けるようになるまで現場で教育しようというのが、今回の改正の大きな趣旨だと思います。即戦力というのは本当におかしいと思っているのですが、基礎教育修了時点で即戦力を求める職種がどこにあるのでしょうか。例えば、医師には2年間の研修が義務付けられています。賛否両論は別として、結局、医師は6年の基礎教育プラス2年で8年の教育期間になっているわけです。そうでなくても、すべてのいろいろな職業で、入職した時点から一人前の働きを期待されるというのは無理な話で、現場での研修は当然だと思います。いわゆる営業の方にしても、あるいはデパートの方にしても、必ず研修してからでなければ現場に出ていきません。それを、看護に関してはこれだけ複雑で大変なものであるにもかかわらず、即戦力というのは無理な話だと思っております。

即戦力が求められてきた背景には、看護職の育成が、いわゆる企業内教育というか、その病院で使えるナースを育てたいというような形です。なされてきた、あるいは職業訓練としてやってきたということがあると思います。しかしながら、看護職が専門職ならば、企業内での訓練から脱却し、学問背景を持って、現場での経験を積みながら成長していくものと考えていきたいのです。日本の看護教育というのは、明治からずっと企業内教育、職業訓練として始まっております。私が今勤めている聖路加看護大学は、その中で初めて企業内教育から脱却したところですが、それは、大学の基礎になる学校をつくったトイスターという方が、企業内教育をやめた、つまり聖路加国際病院に勤めることを義務化しなかったからなのです。そういう形で企業内教育から脱却できたわけですが、多くのところが企業内教育を行ってきたという事実があると思います。

もう一つ、こう言っては怒られてしまうかもしれませんが、看護職というのは、看護師、保健師、助産師、准看護師を含めまして、130万人もいるのです。130万人もいる職業が専門職なのかということに私は疑問を持っています。医師が27~28万人です。130万人というのはとてつもなく大きい数です。私としては、それが本当に専門職なのだ

ろうかという疑問がありまして、専門職として育てていこうと思うのであれば、その専門性を裏付ける学問背景がなければいけないのではないかと考えています。それから、専門職であればあるほど、現場の経験が必要になる。例えば専門職という一番に出てくる弁護士や医師は、研修制度があって、さらに現場での鍛錬があってから一人前になるというのが当然なのですが、看護はまだそこになかなか到達し難い状況にいてのではないかと考えています。

保健師助産師看護師法の今回の改正は、保健師、助産師、看護師、および准看護師の130万人のグループは、免許を受けた後も臨床研修その他の研修を受け、その資質の向上を図るように努めなければならない。これは保助看法で、看護師、助産師、保健師、准看護師の努力義務を書いたものです。これに対して人確法は、国、病院等の施設、看護師等の三つに義務を付けたということが大きく異なっています。保助看法だけなら看護師たちの努力義務で終わってしまったのですが、人確法の中で、国が研修等による資質向上への財政的な措置に努力するということをうたい、病院等の開設者は新たに職に就く看護師等が研修を受けられるよう配慮に努めることをうたいました。ですから、国と病院等の開設者の努力義務がここに入ったわけです。もう一つ、看護師等は研修を受けるように努めるというところは、保助看法と変わりません。

新人看護職員研修が法制化された背景

この法改正の背景には、既に皆さまご承知のことと思うのですが、「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」という、卒業教育ではなく基礎教育の方の厚生労働省の検討会が2002年（平成14年）に作られました。その報告書の中で、医療の高度化、患者の高齢化・重症化、平均在院日数の短縮等により、看護業務が多様化・複雑化し、密度が高くなっている。それから、患者の人権への配慮や医療安全確保のための取り組みが強化されてきている。そして、学生が行う看護技術実習の範囲や機会が限定されてきている。そして、臨床現場が期待している能力との乖離が起こっている。それはそうですね。範囲や機会が限定されているのに、臨床現場の期待に応えられないわけがないと思います。こういう報告書が、2003年3月、基礎教育に関して抱える課題という形で出たわけです。

同じく2003年9月に、「新人看護職員の臨床看護実践能力の向上に関する検討会」という新人看護職員に関する検討会が初めてでき、2004年に、卒後1年間で達成すべき目標と指導の指針を出すべきであるとする報告書が出ました。その後、新人助産師・新人看護師の研修と指導者研修のモデル事業を厚生労働省の方でだいたいぶなされたようで、それを受けて「看護の質の向上と確保に関する検討会」が2008年11月～2009年3月に行われまして、新人看護職員研修の具体化が明確に打ち出されました。そして、その4月から「新人看護職員研修に関する検討会」ができ、12月に「新人看護職員研修ガイドライン」、つまり新卒後1年間でどういことができるようになればいいかというガイドラインができました。

そして、2009年7月に法改正が行われています。新人研修の努力義務化のほかに、「大学」を看護師の教育課程の1項に置くことを明示したということと、保健師と助産師の教育を1年以上にしたというのが、今回の法改正の内容です。ご承知かと思いますが、この法改正は議員立法で、いわゆる厚生労働省主導の立法ではありません。議員立法で先に改正が決まって、後から付随する内容を検討する形になりました。保健師・助産師の教育を1年以上にするというのも、では1年以上だとその教育内容はどうするのかという検討が、現在行われているところです。

新人看護職員研修ガイドラインが示していること

「新人看護職員研修ガイドライン」には、臨床実践の能力はいかなるものかということと、研修体制はどうあったらいいかという二つのことが主に書いてあります。臨床実践の能力の方は、基本的姿勢と態度、管理的側面、技術的側面、それから研修体制の方は、組織の研修体制として研修責任者、教育担当者、実地指導者を置きなさい、研修担当者はプログラム企画・運営組織の委員会的なものを組織して、その組織としてこれをやりなさいというようなガイドラインが示されたわけです。

看護職員として必要な基本的姿勢と態度は、「看護職員としての自覚と責任ある行動」「患者の理解と患者・家族との良好な人間関係の確立」「組織における役割・心構えの理解と適切な行動」「生涯にわたる主体的な自己学習の継続」の4項目なのですが、これをご覧いただきますと、いわゆる看護の基礎教育の中でやっていることとほと

んど変わりありません。3番目の「組織における役割・心構えの理解と適切な行動」のところがやや弱いかもしれないと思いますが、1～4とも、基礎教育の中で学生に伝えていることと全く同じことだと思います。

技術的側面は、13項目挙げられています。「環境調整技術」「食事援助技術」「排泄援助技術」「活動・休息援助技術」「清潔・衣生活援助技術」「呼吸・循環を整える技術」「創傷管理技術」「与薬の技術」。それから、「救命救急処置技術」「症状・生体機能管理技術」「苦痛の緩和・安楽確保の技術」「感染防止技術」「安全確保の技術」ということになっておりまして、これが、1人でできるとか、指導者がいたらできるとかということと対になっている。基礎教育での看護技術の実施項目とつながった形で考えていこうということになってきているわけです。基礎教育の中でどれだけこうした項目ができていて、それが現場では1年間でどれだけできていくのかということだと思います。看護技術を支える要素は、「医療安全の確保」「患者および家族への説明と助言」「的確な看護判断と適切な看護技術の提供」ということで、これらも当然基礎教育とのつながりだと思っております。

管理的な側面は七つありますが、多分、基礎教育の中で管理的側面というのは、話は聞いても実習の中で手を出すところではないと思います。技術のところは実習の中でやれることだと思うのですが、例えば麻薬を含む薬剤等の管理や業務管理などは学生はやりませんので、管理的な側面というのは、話だけを聞いていて現実的にはあまりまだ経験していないところかと思えます。

新人研修実施上の課題

この新人研修について調査を行ったところ、400床以上の病院では看護の責任者も組織の責任者もそれをやると言っているし、負担感はあまり感じていないというところが多いのですが、小規模の病院はなかなかできにくいという結果が出ております。また、訪問看護ステーションや診療所など、もともと看護職員の数が非常に限られているところでは、研修のプログラムを組むこと自体も難しいし、その時間を取ることも難しいと。それで、厚生労働省では、複数の施設でグループを作って研修をやったらどうかとも提案しています。それぞれの病院でやっていらっしゃる方たちは、厚生労働省の補助金を活用されておいででしょうか。人確法に「国が予算的な措置を取る」と記載

したことで、厚生労働省がこの研修のための予算を付けました。この予算をお取りのところもあろうかと思えます。

しかしながら、新人を看護職員の頭数にして新人研修をしると言われても困るのです。新人研修の期間は、新人は頭数にならないような人材確保が本当は必要なのではないでしょうか。そこを、例えば定年で辞める方に少し給料は下げて半年延ばしてもらうとか、何か工夫をしないと、常に新人が頭数になっている中で研修というのは、非常に難しいと思っています。

一方学生の方は、就職するに当たって、研修の充実しているところを探します。ですから、研修のプログラムを見て就職を決めていくというようなことがありますので、訪問看護ステーションはますます人が来なくなると、訪問看護ステーションの人たちは嘆いています。訪問看護ステーションは、新人のナースが来てくれて構わないのだけれど、研修システムがうまく作れないと新人が来られない、来にくくなるというようなことを危惧していると聞いています。

現場で教育をしていくためには、基礎教育の中で、自分たちは後輩を育てるのだという視点をはぐくんでおく必要があるのではないかと考えています。私が非常に不思議に思うのは、勤めている大学の隣に聖路加国際病院という病院がありまして、そこに学生がかなり就職するのですが、必ずしも後輩に優しくないのです。優しい人もいますが、みんながみんな優しいわけではなく、怖い人がいるのです。それぞれが自分が新人だったときのことを思い返せば、何もできなかったでしょうと思うのですが、1年～2年たってできるようになってしまうと、1年前にできなかったことを忘れてしまうのです。そうすると、「こんなこともできないの」式になって、怖い先輩になってしまう。しかし、専門職として伸びていくためには次々と人を育てていかなければいけない。すべての看護職が後輩の教育に当たるのだという心構えが必要なのではないか。それは基礎教育の中で言っておいていいのではないかと考えております。

それから、組織内での合意がないと、この研修はなかなかうまくできません。看護部だけが頑張ろうとしても無理で、病院のシステムの中で看護職の研修をどうするかということの合意が得られないといけないのではないかと思えます。しかし、これに関して日本医師会は、この保助看法の改正で何ら変化はないというコメントを出しています。

つまり、努力義務であって、義務と言っているわけではないので、自分たちがやらなければならないというものではないと言い切っています。そういう考え方だと、組織内での合意は非常に得られにくいだろうと思います。

さらに、看護職の教育担当になる人たちの企画力が必要になってまいります。教育プログラムの企画というのは通常の看護教育の中ではやっていないので、そういうことをするときには、企画力を育てるために、研修を担当する人たちの研修がまた必要になってくると思います。どういうプログラムを立てれば、新人のナースに本当に有効なプログラムになるか、そのためにはどういう人材を集めて来るかという意味での企画力が必要になると思います。それは基礎教育の中ではやっていませんので、プラスアルファでやらなければならないのです。

また、企画に伴う資金の調達も必要です。お金がなければ、企画しただけではできません。看護職の良い点か悪い点か分かりませんが、つつい身銭を切ってというか、自分の時間を切ってやるのですが、そういうことではなく、きちんと仕事としてやるという意味では、資金をきちんと調達すべきだと思います。そうしたことをする実行力も必要です。

基礎教育が抱える課題

一方、基礎教育の課題としては、「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」で、学生が行う看護技術実習の範囲や機会が限定されてきていて、臨床現場が期待している能力との乖離が起こっていると指摘されたのが2003年です。そして、2006年3月～2007年4月に「看護基礎教育の充実に関する検討会」がありまして、その報告書で、リアリティショックや早期離職の予防をしなければいけないということと、卒後研修との連携が必要だと。ここで、基礎教育の側から、基礎教育と卒後研修の連携という言葉が出てきます。それから、養成所指定規則の改正、技術項目と卒業時到達度ということが、このときに出されているわけです。

さまざまな会議で問題になっているところは、実習の空洞化というか、実習が本当に実習になっているのか、見学になっているのかというあたりなのですが、皆さま方のところはいかがでしょうか。例えば、身体侵襲のある技術は見学ですか、やりますか。注射はやりますか。薬は渡しますか。

電子カルテの場合は、電子カルテに学生がアクセスできますか。できるところと、できないところがありますね。一昔前ですと、カルテというのはそこに置いてあるので、自分の受け持ちの患者さんでなくても、どういう病気の方かカルテを見ることができたのですが、今は自分の患者さんのカルテにしかアクセスできません。そうしますと、周りのことが全く分からないのです。もちろん、情報の管理という意味では、カルテにアクセスして何でも見てしまう方がいいかどうかは別問題なのですが、何かおかしいような気もするのです。その病棟の中に学生がいて、隣の病室の人のことは全く知らない、隣のベッドの人のことは全く知らないというのはおかしくないかという思いが私としてはあります。

それから、基礎教育の中では看護過程という問題解決技法を非常に大事にしている、アセスメントをして、問題がはっきりしたらそれに対するプランニングをして、実施して、それでどうだったかという評価まで回さなければ看護過程（プロセス）ではないのですが、学生の話の聞いていると、プランニングで終わる。つまり、実施しようと思ったら退院してしまった。日数が短いので、考えている間に患者さんの方がどんどん回復してしまって、退院指導をしようと思っていただけれども、それよりも先に退院が決まってしまったというようなことで、看護過程を実際に回すというところまでが必ずしもできていないのではないのでしょうか。

一連の看護過程を学習するためには、かなり長い時間の実習でないと無理ではないかと思います。患者さんの退院も早いのですが、私どもの大学では2週間ずつ回っています。そうすると、2週間ごとに新しい領域に行って、慣れたら終わるような形になるので、いっそのこと最初は1週間、次は2週間、次は3週間、次は4週間ぐらいにして、全部の領域を回らなくてもいいではないかと私は考えています。ところが面白いもので、総論賛成・各論反対になってしまって、どこどこは全部回らなくては、というような話になってしまうのです。しかし、一つのところにある程度時間を費やさないと、学生が動けるようにならないのではないかと思います。そういうことをしていれば、かなり実習にも意味があるのではないかと思います。今のままの実習では、どんどん何もできなくなる。しない、しない、しないの方向です。免許がないからしないのだという説明なのですが、看

護教育は昔からすごくやっていたのに、何もそこだけ医学教育をまねてやらなくならなくてもいいのではないかと私は思っているのですが、いかがでしょうか。もし実際に何もできなくて見学だけになるのなら、ぐっと減らしたらいいのではないかと思います。やらないならば、現場にそんなに出ることはないと思います。

そういう現状での実習の工夫なのですが、学生は1人の患者さんを受け持って看護過程を学ぶことを領域を変えて繰り返しているのですが、新人になって一度に2人、3人、4人の患者さんを看るといときに、「現実はこんなだったの?」「そんなことできない」というリアリティショックを受けます。優先順位を決めて、4人の方のタイムマネジメントをして仕事をしていくということが、非常に難しい。4人の患者さんのケアをどういう順番でどういう時間帯でやっていくかというタイムマネジメントができない。1人だったらできたけれども4人や5人ではできない。私は駄目なのではないかとなっていってしまう。新人の離職率には、このリアリティショックが関係していると言われています。そうだとしたら、やはり実習のやり方を変えてなくてはいけないのではないのでしょうか。

その実習の一例として私どもの大学では、4年生のときに総合実習という実習をしております。そのときには、自分でやる領域あるいは場所を選んでいきます。総合実習の一つのやり方で、ある病棟の看護チームの一員として、夜勤や遅番を含めて実習し、徐々に受け持ち患者数を増やしていくという実習をしています。教員はもちろん、この学生が2人持てるか、3人持てるかというようなアセスメントはしているのですが、現場の看護師が、4年生の学生に対してプリセプターをやってきて、今、これを3週間でやっています。

そうやっていきますと、学生の能力によって、2人がせいぜいという学生もいれば、3人持てる学生もいればということにはなりますが、何人かの患者さんを持ってやるということができるようになるのです。学生はできると思います。私たちが、あれも危ない、これも危ない、それも駄目と言ってやらせていないところがあるのではないかと考えていて、学生はかなりできる。それから、もちろん現場の看護師のプリセプターが非常に頑張ってくれているわけですから、そういう現場の教育的な介入がないとできないことです。この学生たちが現場に就職した後どうかというと、リア

リティショックが少ないことは少ないようです。半年もすればみんな同じになりますが、少数でも入職時にリアリティショックを受けないで、多少リーダーっぽくやってくれる人がいると、その病棟が非常に落ち着くと聞いています。この実習は4～5年続いています。実習を引き受けている病棟は、積極的にやってくれています。そこで学生を見つけているのですね。就職してきたら「ここに採るわ」みたいなことをしています。ただ、今申し上げましたように、半年で皆が同じになるという点から見ると、それをしたかしないかが看護師の成長にどの程度影響するのかは、わかっておりません。

今後の課題

努力義務化後の課題ということなのですが、医師会が言っているように、努力義務と必修は違うのです。必修でなければやらなくてもいいという解釈になる。やらなくてもいいのだ、努力をしたと言えさえすればいいのだということになりますので、必修と努力義務の違いはとて大きなことだと思います。また、新人もベテランも頭数として同等に算定される看護職員数の決め方については、課題があると思います。

そして、看護技術そのものの課題もあると思います。例えば車いすへの移乗はみんなができればいけない技術になっているのですが、本当に適切な車いす移乗の方法は何かということになると、実はあまり分かっていないのです。ナースが車いす移乗をしているところを観察したら、一生懸命にやって患者をバーンと振り回しているの、患者の足がフットレストに当たっているという現実がある、そこはどうしたらいいのかという話もあります。急性期病棟からリハビリテーション病棟に移ったナースが、やり方が違うと言っています。急性期病棟では、全部自分がやらなければいけないという感じで、振り回して力任せにやっていた感じがするけれど、リハビリテーション病棟ではその方のできることをよくよく考えてするようになって、少しやり方が変わってきたのではないかと書いていました。車いす移乗一つ取り上げても、何が本当にいい方法なのか、新人に教える、新人がこれだけできるようになると言ったところで、どういう方法ができれば良しとするのかというあたりが、非常に難しいと思っています。

安楽という言葉もありますが、安楽を確保するのは具体的にどうすることを言うのかということ

も、考えてみると不明ですし、私たちみんながマスターしなければいけないと思っている看護技術そのものの課題は、非常に大きいと思っています。バイタルサインの測り方もそうなのですが、どう基礎教育と臨床をつなげていくのか、あるいは技術に関してどういう方法がいいのかの研究を積み上げていくのが、看護界の課題だと思っています。

今日の学生の特徴

もう一つが学生の変化です。学生がすごく変わってきていると思っています。これは看護学生に限らず、今日の若者は、ということなのだと思うのですが、昭和30年代からずっと学生たちの生活体験が少ないと言われてきています。そこで、私たちは本当にそうなのかと思って調査をしました。皆さまの中にも調査にご協力いただいたところがあるかと思いますが、その結果、学生のほとんどに兄弟姉妹がいる。ですから、今日の少子高齢社会の少子というのは、子どもがゼロ、いないという家庭がかなりあって、子どもがいる家庭には2～3人いるということなのです。全国の看護学生約4,500人を調査して、90%以上は兄弟姉妹がいるという結果でした。ですから、日本全体を見たら少子なのですが、彼女ら、彼らが育っている環境が少子というわけではないし、生活体験が少ないわけでもなかったのです。

そして、ITの活用が非常に得意です。教員たちに聞きますと、コミュニケーションが希薄だ、考えるプロセスよりも正解と求める、他者からの評価に敏感である、手先が不器用であるというのが、意見が返ってきます。携帯電話でのコミュニケーションが非常にうまい。皆さんは既に携帯電話世代でしょうか。私の子どもなどは「ご飯のときぐらい携帯電話を手放せよ」と言いたいぐらいなのですが、携帯電話を持って歩いていますよね。ですから、携帯でのコミュニケーションは非常によくやっているのだけれども、顔を合わせたコミュニケーションが下手だといわれている。

クラスの中で一部に伝えたら全員に伝わるのではないかと思うと、伝わらない。皆さんうなずいていらっしゃると思いますが、個別にいちいち知らせないと伝わらない。それは何なのだろうかと思いますが、そういうようなことがあります。

あるいは考えるプロセスよりは、正解は何ですかと聞いてくる。試験の前に、どこから試験が出来ますか、正解は何ですかと聞くのです。「そこま

で教えないわよ」みたいな。そういうような学生が結構います。考えていくプロセスは飛び越えて、ゴールにさえ着けばいいという形になっている。そして他者からの評価に非常に敏感です。

手先が不器用というのは、最近アンプルも減ってはきていますが、アンプルを握り締めて割ってしまう。だから、アンプルで手を傷つけるような学生たちがいる。教育の側にいる人間は、臨床の方たちに「そういう学生がここまで成長して、臨床に出ているのです。」と言いたいぐらいになってしまうのです。また、よくいわれるのは、タオルを絞れない。絞らないで、押し付ける。押し付けて、絞ったと言う。私たちは調査をしたときに失敗したと思ったのですが、「雑巾がけをしたことがありますか」「雑巾を絞ったことがありますか」と聞いてしまったのです。そうするとみんな「した」「した」と丸をしてあったのですが、「ねじって絞りますか」ということまで聞かないと、ちゃんとした答えは出なかったのだと反省しています。

この調査をする前に、机の上にコップなどがいろいろ出ている状態を、「これを片付けてください」と依頼するとどうするかの調査をしました。そうしたら、机の上のものは大体みんなきれいにするのですが、いすが横を向いていたり外れていたりするのは、大方がそのままでした。考えてみたら、研究室に来た学生が帰った後のいすが出ている。そういうものなのかもしれないと思いますが、そういう学生たちが4年たって現場に出ていくのだということを、新人として受け取る臨床の方々にも考えていただけるといいかなと思います。

日本の生活の便利さというのは、ちょっと異常ではないでしょうか。私たちは、少子高齢社会で生活体験がなくて、学生たちがいろいろなことができないという結果を予想していたのですが、どうも兄弟姉妹がいるいないとか、家の中で手伝いをするしないとか、そういう話ではないようです。では、一体片づけられない、手が動かない等の原因はどこにあるのでしょうか。一つの仮説は、生活の便利さではないかと考えています。自動ドアの前に立てばドアは開く。手を出せば蛇口から水が出る。病院ではいいかもしれませんが、公共のトイレなどでもみんなそうですよね。動く歩道や、トイレに入ると電気がつく。ご存じですか。今、最新のマンションはこうなのだそうです。トイレに入ると電気がついて、トイレを済ますと勝手に

水が流れて、出ていくと勝手に電気が消える。そういう中で育ってしまったら、トイレの電気をつける、消す、蛇口を締める、トイレの水を流す、これはできないわけです。トイレが流されていないというようなことが、大学でありますか。私どもの大学では、そういうことが時々あります。

少子高齢社会というよりは、私はこういった生活の便利さ、生活の背景が少し違ってきてしまっていて、このことがむしろ問題なのではないかという気がしています。これは証明されていないのですが、あまりにも便利すぎるのではないのでしょうか。最近、私は思うのですが、人間はやはり体を使わないと駄目です。ハートビル法で体の不自由な方や体に負担がかかる方のためのいろいろな設備ができています。そのこと自体は賛成ですが、例えば駅のエスカレーターも、体が不自由でない人も乗りますよね。地下鉄などでえらく深いものですと、私も乗ってしましますが、自分の体を使って動かないと人間は衰えます。エネルギーを電気にすべて頼ってはいけないという気がしています。

おわりに

看護の実践というのは自分自身が道具になるということではないかと思えます。実践能力をつけるには体が覚えるまで繰り返しやる必要があります。ベッドメイキングも、最近は敷布がみんなかぶるものになりましたよね。そうすると、ベッドメイキングを教える意味がどれだけあるかという

課題はありますが、ベッドメイキングを体が覚えるまで繰り返し練習するという経験が学生にはないのです。あるいはベッドバスを繰り返し練習するという経験が学生にはない。ですから、一つの案としては、学生時代に何か一つ「これはできる」というものを身に付けておく方がいいのではないかと思うのです。すべてではなく、「これはできる」というものを身に付けると、自信になりますし、どれくらいやればできるようになるかの経験もできます。繰り返しの実践で、体が覚えるということがどうしても必要です。それは今の段階では、実践に出てからになっていると思います。

ある看護部長のお話では、半年すれば大体誰もができるようになる。1年たってできないという人が何人かいるという形で、逆に言えば、技術は実践の場でやればできるようになる。実践の場で身に付けるのが難しいのは、むしろ態度と姿勢だということです。患者さんに対する姿勢・態度、看護に対する姿勢、こういったものは基礎教育によって非常に差があり、それを臨床で修正するのは難しいと言っておられました。そうなりますと、基礎教育で一番大事なものは態度や姿勢を身に付けることになります。看護は自分自身が道具になるのだということを考えて、この態度・姿勢を身に付け、そして臨床現場は、体が覚えるまでの繰り返しができる場として機能すると考えることもできます。

本日用意いたしましたものは以上でございます。ご清聴ありがとうございました。