

## 石川県立看護大学開学 10 周年記念講演

# 「これからの看護の課題 一次世代看護職に期待するー」

近大姫路大学 学長 南 裕子

このたびは石川県立看護大学開学 10 周年おめでとうございます。心からお祝い申し上げます。

今日は、これからの看護と看護学の課題について、大きくは5点でお話させていただきます。

### グローバル・ヘルスに強いナースになろう

石川県立看護大学は国際交流にたいへん力を入れておられ、ワシントン大学をはじめ様々な国との交流を活発にされていると伺っております。この「国際交流」と「グローバル・ヘルス」とは、どこがどう違うのでしょうか。

「グローバル・ヘルス」という考え方は、10 年ほど前にアメリカの医学部から発祥しました。それまで「国際交流」や「国際医療」と呼ばれていたものが、「グローバル・ヘルス」という考え方になり、アメリカの看護系大学の約3分の1が「グローバル・ヘルス」に関する科目、またはそれに類したものを設けているそうです。

この「グローバル・ヘルス」という考え方は、アメリカのみならず世界的な規模で重要になってくると思います。そうすると、グローバルに考えながらローカルに仕事することができる看護職、つまり、地球規模でものを考えながら目の前の仕事に取り組むことができる看護職、その一方で、ローカルに仕事をしながらグローバルに発信することができる看護職の存在も、ますます重要になってきます。

日本は素晴らしいことをたくさんしており、世界にとって大きな財産となる知恵も知識も技術も持っているのですが、言葉のバリアもあり、それらをなかなか発信できていないのが現状です。こういったことを踏まえながら、世界を地球規模で見ていきましょう。

まず、世界の人口から。インターネットに入ると、「世界の人口」と検索しますと、国連等のデータから推計された世界の人口の統計が出てきます。目の前で数字が変化し、どんどん人口が増えていくのがわかります。1秒に何人も増えていくのですが、一方では生まれる人がいて、一方では亡くなる人がいて、その差で1人ずつ増えていくのです。この感覚を味わってみてください。

このように、人が増えるということは、豊かな地球を作っていく可能性も増えるということです。このことがどういう意味を持つのか、これを機会に考えてみてください。

ヘルスの問題はグローバル化が進み、国境のない課題がたくさん出てきている今、グローバル・ヘルスは何故必要なのでしょう。

私たちは絶えず変化する国際社会で生活しており、国内外の影響を常に受けています。今、宮崎で動物たちの大きな悲劇が起こっていますが、こういう問題というのはすぐに国境を越えていきます。私たちも身の回りに国境を越えたものをたくさん持っているのですが、自分が国境を越えたものを持っているということは、ほとんど認識していないと思います。ヘルスの問題も同じです。

健康及びヘルスケアは、国際社会、政治、経済、環境、文化問題の影響を受けているという認識が非常に強くなってきています。だからこそ、お互いから学びあうことができ、健康を改善できるようになるのです。グローバル・ヘルスの問題には、グローバル・ヘルスにかかわる人々の協力によってのみ解決されるものがあるので、医療職の人たちはみな、グローバル・ヘルスに強い人になって欲しいと思います。

私たちは想像力をたくましくし、世界の人々がどんな生活をしているのか、ときどき立ち止まって考える必要があるかと思っています。日本のように80歳を越える長寿を楽しんでいる国々もあれば、同時に40代の寿命で亡くなっていくという国々もこの世界のなかには存在しています。私たちは、彼らから学ぶことがたくさんありますし、私たちが彼らに対してできることもたくさんあると思います。

例えば、ウガンダの子どもたち。彼らは食べるものも、安全な水もなかなか手に入れることができないのですが、こういう子どもたちのことを絶えず頭に入れておく。例えば、紛争、戦争はどんな問題を起こすだろうか。2007年には少なくとも52カ国で2,600万人の国内避難民が、1億1,400万人に達する亡命者がいたとされています。災害についても、自然災害を避けることはできま

せん。災害に強い土地を、建物を、そして人々の健康、生活を作っていくしかないのです。

もちろん良いこともあります。例えば医療、遺伝子科学、宇宙科学というのは日々進歩しているので、ここにいらっしゃる学生さんの中から、宇宙に行かれる方が出てくるかもしれません。そのうち、助産師が宇宙で子どもを取り上げるようになり、看護師が宇宙で生活する人々のケアに当たる時代が来ると思いますが、それに対して私たちは準備ができていますでしょうか。看護学の発展は、他の科学の発展に比べて発展しているのでしょうか。そういったことにも考えを巡らせていただきたいと思います。

国連はミレニアム開発目標として、八つの目標を掲げていますが、なかなか到達できない状況にあります。どうしてかという、私たち日本人も含め、発達した環境にいるアメリカ人やヨーロッパ人は、このことを我がこととして日常的に捉える能力がないからだと思います。これからの看護教育において、グローバル・ヘルスをカリキュラムへ統合していく際には、国際交流、国際看護とは違った視点、ビジョンが必要とされているのだと感じます。

### 看護の課題をグローバルに考えよう

ヘルスの問題だけではなく、看護の課題もグローバルに考える時代になってきています。

看護師不足の問題は日本でも多くの人が実感されていると思いますが、世界的に見ますと、大変な非常事態となっています。例えば、アメリカでは、2020年には40万人の看護師が不足するといわれています。政府のテコ入れで看護大学にお金を注いでいるのですが、とても間に合わないと思います。カナダでも、2016年には11万人余りの看護師が不足するといわれています。このような大きな国がこれだけの数を必要とするということは、今後、世界中の看護師が吸引される可能性が多にあるということです。語学に強い看護職が増えていくにつれ、どんどん移住していくと思います。私も若いときにアメリカで交換看護師として2年間生活したことがあります。この経験は今日の私にとって非常に大きな基盤となりました。

現在、すでに看護師不足が深刻な問題になっている国々もあり、ガーナでは1万人の看護師が必要とされているにもかかわらず、4千人しかいません。マラウイでは、戦傷病床に30人の看護

師しかいません。私が国際看護師協会、ICN (International Council of Nurses) の会長として訪問したウガンダでは、一番大きな病院の内科病棟、重傷者だけを集めたところに、日勤の正看護師が1人でした。そこで一体どうやって看護するのか。皆さんには想像がつかないことだと思います。そういった少ない国から大きい国がどんどん吸引していくということは、国際社会にとっては大きな課題です。

日本は今、インドネシアとフィリピンから看護師を受け入れるようになりました。これはEPA, Economic Partnership Agreement (経済連携協定) と呼ばれているものです。日本でも3名の方が国家試験に合格されました。この制度は、私が日本看護協会会長をしていたときに基盤を作ったのですが、日本の国家試験を日本語で合格しなければならないというのは大変なことです。

フィリピン・ナースや、インドネシア・ナースに対する偏見が看護界にあることを、私はよく耳にします。文化が違うから患者さんが戸惑うのではないかと、本当に十分な質があるのだろうかという疑問です。私は交換看護師としてアメリカに行っていたとき、フィリピン・ナースやインドネシア・ナースに出会いました。素晴らしい人たちです。彼女たちの文化は家族を大事にする、人を大事にするという文化で、しっかりとした宗教に支えられています。彼女たちがやって来ることで、日本の看護界は喝を入れられるのではないかと私は思います。

ところが、日本の門はたいへんハードルが高く、質を担保するためという理由で国家試験を課しています。私がアメリカで経験した交換看護師というのは、身分は看護師助手ですが、非常にクリティカルな、その人の能力に応じたケアができました。今、フィリピン・ナースやインドネシア・ナースは、屈辱的な経験をしています。それぞれの国では看護師として認められているのに、日本に来たら看護師として認められない。こういうことを察する力も持って欲しいなと思います。

このEPAは、一方で、国際的なモラルの問題を抱えています。各国の看護師と医師の対人口数を見てみますと、日本は人口1万人に対して看護師が95人います。しかし、フィリピンでは61人、インドネシアでは8人、ほかの近隣諸国でも日本ほど多くはありません。もともと少ない国から引き抜くことについての倫理的な問題はありますが、向こうの看護師が選択していく限り、私たち

日本人にはそれを受け止めていく仕組みが必要だと思えます。

ところで、世界の看護教育はどうでしょうか。看護の基礎教育は、職業（オキュペーションナル）教育から、専門職（プロフェッショナル）教育にシフトしています。それに加え、卒後研修・卒後教育におけるスペシャリスト教育が急速に進んでいます。

ヨーロッパでは長いあいだ、看護教育は専門学校で担われていました。例えばデンマークでは、看護師の教育は大人にする教育だということで、高校卒業後少なくとも1年間の社会人経験がないと、看護学校に入れなかったのです。社会人としてしっかり経験を積んだ人を看護教育する。これはフローレンス・ナイチンゲールの精神です。とはいえ、頭でっかちのナースを一番嫌がったのもデンマークです。ところが15年程前、突然方向転換し、看護教育を全て大学で担うようになりました。このあまりの変わりように驚いた私は、デンマークに行き、一緒にICNの理事をしていた当時の看護協会会長に「何なのこれは。このあいだまで大学化にすごく抵抗していたじゃない。」と詰め寄ったところ、EUの動きが高まってきているためだと言われました。看護の質を均等化する、つまり看護免許を相互に認め合い、均質化を求めるためには、大学における看護教育が欠かせないという発想です。この発想が世界的に広がってきているのです。

一方、教育と実践のギャップの広がりというのは、昔からあります。教育はあるべき姿論をやるし、実践は現代の問題に取り組んでいくので、基本的には違うのです。ですが、このギャップがだんだんと広がってきているというのが世界的な傾向です。

私は2005年から2009年までICNの会長を務めたのですが、皆さん、この組織がどのような活動をしているのかご存じでしょうか。皆さんの多くが、これから日本看護協会の会員になられると思いますが、日本看護協会の会員であることは、同時に国際看護師協会の会員でもあるので、一度は「ICN」のホームページに入ってみてください。

ICNの活動には、「制度管理」、「専門的実践」、「社会経済福祉」の3本柱があります。免許問題や資格問題の原案作成、基礎教育にはどのような能力が必要かということが示されたコンピテンシーの作成、そして倫理綱領の作成などが制度管理。看護実践の国際分類や高度実践看護の基準の作成、

看護の起業化といった専門的実践。そして、看護者不足等の問題に取り組んでいる社会経済福祉。

もちろん、このほかにもたくさんの活動を行っているのですが、その一つが女の子たちへの支援です。アフリカの国々では、教育のチャンスや生活、食べるものも、女の子が最後にされるという大きな問題があります。そういった問題を改善するために、フローレンス・ナイチンゲール国際基金、FNIF（Florence Nightingale International Foundation）を設立しました。

例えば、看護師の父親、あるいは母親をAIDSで亡くしたウガンダの孤児たち。この子たちが小学校から中等教育を卒業するまでの間に必要な教育費というのは、7万円ぐらいたそうです。お一人が7万円出す必要はないので、財布に余裕があるときに、1,000円でも2,000円でも、FNIFに寄付をしていただくと有り難いと思います。この子たちが学校教育を受けられるよう、ICNはウガンダ看護協会や現地の看護協会の看護師、小学校の先生と協力しています。

その他にも、非常に悪い水のために下痢で死んでいく子どもたちを救うため、安全の水のプロジェクトをP & G社と各国看護協会の協力のもとで進めています。湖から汲んできた澱んだ水に薬剤を入れてかき混ぜると、不純物が沈み、澄んだ水になります。私たちがこの水を飲むと間違いなく下痢を起こしますが、たったこれだけのことで、下痢を起こす子どもたちや、下痢によって命を落とす子どもたちの数は激減しました。このように、世界中の命や暮らしに恵まれていない人々に対して、ICNは日々、ささやかな試みを続けているのです。

ICNは貧しい組織です。日本看護協会は会員から年間5千円の会費を徴収しているのですが、そのうちの250円くらいをICNに回しています。しかし、世界には年間100円の会費すら払えない国々がたくさんあります。会費だけではとても成り立たないので、こういった財政状況を支えていく基金を集める必要があります。また、私たちはフローレンス・ナイチンゲール・ローズというバラを作りました。日本では、両陛下が植栽をしてくださいましたが、こういう世界のつながりに、日本の皇室の方々の協力も得ているのです。

また、災害看護にも積極的に取り組んでいます。世界における災害は、人的災害が一番多いのですが、自然災害も多く、特にアジア地域で発生率が高いのです。日本は自然災害の非常に多い国です

から、災害に強い看護職を育てる必要がありますし、災害時には、国境を越えた支援がお互いに必要となってきます。看護師が看護者を支えながら、それがモデルになって世界を動かしていく。そのような運動を、ICNが中心となって行っているのです。

### チーム医療時代の看護の課題とは

今、日本の医療界で最も話題になっているのが、チーム医療です。世界では、「医療者」というより「ヘルス専門家」という呼び方をします。「医師」と「コ・メディカル」という表現はもうありません。厚生労働省も、もう「コ・メディカル」という言葉は使いませんが、先日、文科省に行ったとき、「コ・メディカル」という言葉を相変わらず使っていました。厚生労働省は使わないのに文科省はどうして使うのかと聞くと、「調べた結果、『医療従事者』や『医療職者』という言葉は使うけれども、『コ・メディカル』という言葉は厚生労働省では使わないので、文科省も使わないようにしましょう」と、医学教育課に言われました。ですから皆さん、「看護師を含むコ・メディカル」という表現はしないで下さい。こういった表現一つをとっても、本当に一チームとしてそれぞれの役割を担う時代が来たのだということを実感します。

なぜ今、チーム医療がこれ程までに注目されているのかというと、日本においては医師不足が発端になっているのですが、実は世界のニーズが変わってきているからなのです。1900年代、医療機関が扱うのは患者さんだけでした。つまり病気の人だけです。それが1970年代になると、医療機関を利用する患者さんは、半健常者が50パーセントになりました。いわゆる未病と呼ばれる人たちです。そういう人たちは前からいたのですが、医療機関はほとんど注目しませんでした。今ようやく、その未病と呼ばれる人たちが注目されるようになったのです。

近い将来、医療機関は健常者をも扱うだろうといわれています。大平健さんという精神科医が書かれた『豊かさの精神病理』という本の中に、このようなエピソードがあります。銀座裏にある聖路加国際病院の精神科にある患者さんが来られて、「私は幸せなんです、これで良いのでしょうか。」と受診されたそうです。はじめ、大平先生は自分をばかにしにきたのかと思ったそうです。その患者さんは、経済的にも豊かで、結婚も控えており、いわゆる絵に描いたような幸せな状

態。まさに健常者そのものです。しかし、不安になってきたのです。誰でも結婚前というのは不安になるらしいのですが、そんなことは当たり前のノーマルな反応です。それが、わざわざ精神科医のところへ受診に来るのです。

本当に狭義の患者さんだけを扱うのならば、医師中心の医療で良いと思います。看護師も診療の補助者としての看護師で良いと思います。しかし、先にあげたような事例を扱うようになってくると、医師だけでは対応できません。多くのプロフェッショナルが必要になってきます。だからこそ今、チーム医療が注目されるようになってきたのだと思います。

2010年3月19日に、厚生労働省が『チーム医療の推進に関する検討会報告書』が発表されました。チーム医療を推進するため、厚生労働大臣直轄で有識者による検討会が開催され、日本の実情に即した医師と看護師等の共同連携のあり方、役割分担や、看護師の専門性の向上といったことが検討されました。

この検討会の中では、看護の先駆的事例というものが取り上げられました。現在、一般に行われている看護以上に踏み込んだ看護、看護の先駆的な事例は一体どれだけだろうかと調査した結果、53例出てきました。それを見ると、医事法違反でも医師法違反でもなく、看護師が踏み込んで、かなり大きな役割を果たしているということが明らかになりました。なかには、麻酔を担当している看護師もいました。麻酔の導入はしていないけれども、麻酔の維持管理を行っている看護師もいましたし、慢性疾患の患者さんに対して、医師の指示があった薬の塩梅、増量や減量を担当している看護師もいました。造影剤の注入を行っている看護師もいましたが、その結果、患者さんの結果待ち待ち時間が2週間だったその病院では、その日のうちに検査結果が見られるようになったというような、素晴らしい事例があることまで分かりました。

こういった事例を基に、医師が看護師の行為をどう思うかという全国調査を実施したところ、医師からは、看護師なら誰でもいいというわけではない、ちゃんと準備ができている看護師ならばそういう行為を行っても良いのではないかという意見が上がり、そこから更に、チーム医療に対する様々なことが発展していきました。NP (Nurse Practitioner: ナースプラクティショナー) や、さまざまなPA (Physician Assistant: 医療助手)

の話も話題になっていました。

このなかの、看護師の役割拡大の論点としては、誰が行うのかという問題があります。看護師全員なのか、それとも特定の看護師か、または何をすることができるようになるのか。それを行うということは、患者の安全を守らなければならないし、同時に、それを行う看護師の安全も守らなければならないということが議論になり、結果として、医療に従事する多種多様な医療スタッフが、おのおのの高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも、互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供していくということになりました。

今までの医療のもの見方とはかなり変わってきています。これは医師の指示のもとだけで仕事をしていくという発想から、もう少し踏み出した考え方が入ってきたからです。そのなかで、特に看護師の場合は、チーム医療のキーパーソンとなるため、専門的な能力のある看護師が自立的に判断できる機会を拡大し、看護師が行う行為の範囲を拡大しましょうということが話し合われたのです。

こういった状況の中で、「包括的指示」という言葉が出てきました。今までの「指示」というのは、一人の患者さんに対して、その患者さんにちょっとした変化がある度に変わっていました。症状が変わるたびに指示が変わっていたのです。そういうことから、もう少し丸めた形の指示の仕方になってくるのです。ということは、看護職の判断に、かなり高いものが求められるようになってくるということです。

特に、診療補助に関して、どう考えていくかが問題となってきます。今の法律下では、医師からの指示があったとしても、看護師には行えない行為というものがあるのですが、制度をきちんと整え、看護教育を高め、また、機械器具が安定化するようになってくると、看護師の役割拡大は大きくなっていくと思います。

2007年12月には役割分担の拡大に関わる通知があり、医師が薬剤を処方したあと、その量の調節は看護師でもできるようになっています。ということは、薬理学の知識がなければ、看護師はこの行為を行えないということです。救急医療におけるトリアージ、これは教育を受けた人だけですが、一般ナースでもできるようになっています。また、入院中の療養生活に関する指導なども、いちいち医師の指示を仰ぐ必要なくなってきました

し、患者・家族への説明も、看護師ができるようになりました。実際に行われているかどうかは別ですが、このような行為を行っても良いという通知が厚生労働省から来ているのです。

それよりも更に踏み込もうというのが、「特定看護師（仮称）」です。これは、ある一定の医学的知識や実務経験を前提に、包括的な医師の指示を受け、医行為を行うことができるスペシャリストを免許化しようとするものです。今、看護師は、「看護師」「保健師」「助産師」しかないのですが、更に、「特定看護師（仮称）」という名称が使われるようになってくるということなのです。

この「特定看護師（仮称）」というのは、大学院相当の教育が必要といわれています。「専門看護師」もかなり踏み込んだ医行為を行っているのですが、それ以上の特別な医行為を行えるとなると、当然のことながら、教育も変わる必要があるのではないかと指摘されているからです。

「特定看護師（仮称）」の条件は、①看護師として一定の実務経験を有し、②特定看護師の養成を目的とするものとして第三者機関認定の大学院修士課程を修了し、③第三者機関による認定を受けること、と報告書の中に出てきます。中身は決まっていますが、これは世界的にも、非常に画期的な制度です。日本の専門看護師の教育にしても、個人認定にしても、レベルの高さは世界のどこにも負けない制度ですが、これは患者さんの安全、ケアの質を担保するという意味において、大学院を出たからといって誰にでもできるわけではないという制度をあえて作ったからなのです。

このような制度があったからこそ、日本の「がんプロフェッショナル」という制度において、初めて「専門看護師」という言葉が入ることになったのです。日本看護系大学協議会が認定する専門看護師教育課程を持っているということが重要だと。がんプロフェッショナルという医学部のモデルのなかに、この「専門看護師」が導入されたということは、非常に画期的なことです。

日本看護系大学協議会では、専門看護師が看護専門職としてさらなる役割を担ってゆくために、高度実践看護師制度の検討に踏み出しています。世界的には、APNの基本的な能力についてはICNが作成しています。

現在、専門看護師の教育課程における履修単位は26単位ですが、それを38単位にまで上げていかないと、現在の社会のニーズに対応できないといわれるようになってきました。その矢先、特

定看護師（仮称）制度が突然厚生労働省から発表されたのです。

2010年5月22日に日本看護系大学協議会の総会があり、「特定看護師（仮称）」と呼ばずに「特定専門看護師」という名称を使い、43単位の教育課程を作っていく検討をしましょうということが認められました。特に、診療補助行為の役割が拡大していくと思います。

この「特定専門看護師」の定義については、次のように提案されました。「看護系大学院の教育を受け、個人、家族および集団に対してケアとケアの融合による高度な知識・技術を駆使して、対象の治療、療養過程の全般を管理・実践し、かつ、特定の医行為を実施することができる専門看護師」。特に「特定の医行為を実施することができる専門看護師」という一文が入りました。

では、「特定の医行為」とは一体どんなものか。誰がこの「特定の医行為」を検討するのか。

療養上の世話というのは看護師の業務独占なのですが、療養上の世話のアドバンス型、つまり専門看護師が非常に高いレベルで行っている療養上の世話と、一般のベテランナースが行っているそれとを比較したときに、どのような有意的な差があるのかという検証がなされていないのです。そのため、療養上の世話のアドバンス型に対して、業務独占をかけることができません。しかし、この「特定の医行為」を行うためには、療養上の世話のアドバンス型が不可欠ですので、そこを新たなチャレンジとして取り組まねばならないという問題が、今、看護界に起きています。

### 迷走するときは看護の原点へ帰ろう

迷ったとき、私は必ず原点に立ち返ります。私が聖路加看護大学に勤務していたとき、看護学の博士後期課程、いわゆる博士課程の原案を作る作業をいたしました。当時、看護学の博士課程を設置している大学はありませんでしたから、何もかもが初めての経験で、当時は、「医学とどこが違うんだい。」「普通の看護師とどこが違うの。」「看護学の研究なんてあるの。」とよく言われたものです。そのことを証明するために、当時はまだパソコンが今のように発達していなかったのですが、大変苦労しながら、段ボール箱何箱もの資料を作りました。

看護学の博士後期課程なんて時期尚早だと、学内でも散々言われました。今でこそ、看護学の博士課程を作るのは当たり前のことですが、当時は

それくらい批判されたのです。批判されると、批判された側は非常に迷います。本当にこれで良いのだろうか。私も、批判される度に迷わされてきました。

しかしながら、迷うというのは良いことです。自分の信じていたものを批判されるということは、防衛的に出るのではなく、本当にそうだろうか、自分が考えていたことは正しいことだろうか、自問自答する良い機会となるからです。

看護学の博士課程というのは、アメリカにも世界にもたくさんあります。私もアメリカで看護学の博士課程を修了してきましたので、あるのは当然というところからスタートしています。ところが、博士課程のない日本で、医学とどこが違うのか、看護学の研究なんてあるのかと問われると、やはり迷ってしまうわけです。

日本看護協会の会長をしているときも、なぜヘルパーさんに吸引をさせてはいけないのかというチャレンジを受けました。そして、迷いました。私たちは、それを生業とする職種、それを繰り返して、それで収入を得る職種としては、看護職しか安全性を保てないというスタンスで運動していましたが、本当にそうだろうか。国民のニーズはどのようなだろうか、社会はどう変化しているのだろうか。

そういうとき、私はフローレンス・ナイチンゲールに立ち返ります。彼女が、ケアの力で傷病兵の死亡率を42パーセントから2パーセントへと激減させたという事実が、どういう意味を持つのか。診療の補助と療養上の世話、つまりケアとケアをドッキングして、さらに高めていくことが、結果的に死亡率の激減といったことに繋がっていく。現代では、ナイチンゲールの時代よりもっと複雑で、もっと高度な知識と技術が必要ですが、ケアとケアをドッキングさせていくのが看護なのだということに、いつも立ち返っています。

「人と生活」というものを中心にして考えると、「加齢と健康状態」という問題を持ちながら、人は「環境」の中で生活をしています。その「加齢と健康状態」と「人と生活」の接点にかかわっていくのがケアで、「人と生活」と「環境」との接点にかかわっていくのがケアとします。私たちは「ケア」が専門だと、ずっと言い続けてきました。でも、現場では「ケア」の仕事のほうが多いのです。「診療の補助」と呼ばれるところです。ですが、だけど、「診療の補助」とは呼ばれたいくらい、看護師は重要な判断をしているので

す。

私たちは、患者さんの命を救っている職種です。ケアを通して命を救うこともあり、また、ケアを通して生活の質の改善をし、向上させているのです。ここに立ち返り、私たち看護師は何ができるのだろう、どこがPAと違うのだろうと考えます。

私は将来、NPも欲しいと思っています。ですが、今の日本は、「特定看護師（仮称）」としての、私は「特定専門看護師」と呼びたいのですが、移行期がある。しかし、いま言われている特定医行為というのは、診療の補助行為の拡大だけです。療養上の世話の拡大とドッキングしない高度な看護実践というものはあり得ないのです。そこが医師と看護師の違いなのだ、というスタンスに立ち帰って、打って出ていくことが大事だと思います。

### 看護学の発展に支えられた未来の看護

最後になりますが、私たちが看護の役割拡大をするにしても、実践が質的に変わっていくにしても、また、社会に対する役割が変わっていくにしても、それを支えているのは知識と技術です。もちろんフィロソフィーがあり、理念があり、人間観があるという教養と、医療者である特別な倫理感覚、これらを同時にあわせ持っていないといけない。だからこそ、看護学は重要なのです。だからこそ、看護の大学は重要なのです。

大学の卒業生は、実践家として活動していくのですが、看護学のような実践科学の場合、実践家が現場のなかで検証していくのです。自分の実践を通して、世間で言われている看護の知識は正しいのかどうか、新たな知識があるのかどうか。

私は、日本看護協会の会長や国際看護師協会の会長など、職能団体のヘッドを務めていたとき、痛切に苦しかったのは、看護学の知識が、学問が、育ちきっていないということでした。社会に対してインパクトのある、ある一定のエビデンスに基づいたことをきちんとと言える、そういう根拠がなかったのです。

医学のように、学問として育てている分野を見ていると、うらやましいと思います。だからこそ、今の学部の学生さんにぜひお願いしたいのです。現場へ出ていかれた時に、自分が習った知識が役に立つかどうか、検証してください。役に立たない、使えない知識は、母校の先生に「あれはあまり意味がない。」と伝えてください。

臨床家が言わなかったために、大学における看

護教育では、いまだにベッドメイキングに大変時間をかけています。そんな使えない知識はいりません。現場に必要な理念や考え方、今のニーズに基づいたベッドの作り方、例えば、たくさん管を持った患者さんがベッドに横たわっているベッドメイキングを、実践家である看護師は、大学の卒業生として、母校の先生に堂々と行って下さい。

また、私たち教育している者は、自分の教えている知識は正しいだろうか、根本的に違うのではないかと、絶えず思い続けていくことが必要なのではないかと思っています。

日本は環境が整ってきました。大学、大学院も増加し、それに伴い研究者も増加して、研究能力の高い実践家がどんどんと育ってきています。実践のほう面白いからと、修士課程を修了しても大学の教員になりたがらない人も多いのですが、これは素晴らしいことだと思います。

こういった研究能力の高い実践家が育つとともに、学会も発達してきています。ただ単に研究発表をしたり、学会誌を発行するだけではなく、学会としての提言ができるようになってきたのです。学会の連合体としての日本看護系学会協議会も生まれました。

先ほど申し上げた「高度専門看護師」、「特定専門看護師」の教育課程は、今後、第三者機関によって教育機関として認められますが、そうすると、日本看護系学会協議会が大きい役割を果たしていくことになると思います。特定の医行為を特定していかなければならないからです。そして、一般ナースではできないと誰が判定するのか。それは、看護系学会が医系の学会と共同して、学問的に証明しないといけないのです。今後、学会の役割がすごく変わってくると思います。もちろん、学会だけでなく、日本看護協会やCNS協議会、NP協議会などの関係機関もここへきて変わってきているのですが、学問がこういった学会や機関を育てていくのです。その一翼を、石川県立看護大学は担い続けていかれるでしょう。

看護の目的と理念を基盤に、看護学の発展に支えられた看護職の育成と、制度の確立が求められていると私は考えます。

ご清聴、ありがとうございました。