

## 看護教育私論他専門領域との比較において

前熊本大学教育学部

木場 富喜

只今、大変丁寧なご紹介をいただきありがとうございます。私は、看護教育私論というテーマに致しましたが、先程早川先生も言われましたように、本年の教育講演は一回りずつ年齢が違っているとのことで、その二回り、三回り大きいというよりも、最も年寄りであるのが私であるということになります。先程の早川先生の講演と、また、明日ございます教育講演が将来に向かって、ロマンと希望に満ちているということに比べ、私はただただひたすらに繰り返すと言ひ出しと反省を申し上げたいと思います。

そして、学会でございますので、不真面目なテーマをつけるわけにはいきませんが、もし、この私が教育講演をするとするならば、その内容としてではなく、先程松岡先生から紹介して頂きましたように私は3月に定年になりましたので、気楽な気持ちでお話させて頂きたいと思います。

ご存じのように、平成2年から看護教育のカリキュラムが変わりまして、その中に老人看護という学科目が独立をいたしました。したがって、私の話の内容に教育的な意味があるのではなく、むしろ皆様のほうから見ると老人看護の対象である対象論としての私の考え方と行動を見るところにおいて、これは教育的ではないか思っています。

そしてまた、座長の任をとっていただきます松岡先生も先程身に余る紹介をいただき大変恐縮をいたしました。先生は私のお兄様、ボーイフレンドでございます。やはり私と同じように一度定年を迎えて、また新しい仕事に挑戦しておられるということで、私も、松岡先生も、新しい老人看護学の枠組みの対象論として見ていただくということが必要ではないかと思われまます。

私は、これまで昭和27年日本では最初の看護の4年生大学として出発した高知女子大学の初期に赴任して丸13年、そして看護教員養成課程として最初の出発を

した熊本大学教育学部で丸24年勤務させていただきました。この講演をするにあたりまして、なにしろ24年間の研究室の荷物を40個ぐらいの段ボールに入れたままで、どこを探しても資料が出てまいりませんで、そういう意味でも本当に講演というよりも繰り返す言ひになるかと思ひます。

先程、私は将来に向けてのロマンをお話下さいました早川先生のご講演の中に、いくつか私がお話したいと思ひおりましたことが表現を変え、入っておりますことに深い感銘を覚えました。皆様もご存じのように、社会は動き、ものすごく早い速度で変化をしております。

日本の社会は大変ブームに弱いと言われておりますが、私は、その中でも看護もまたブームに弱い集団であるとともに、大変流行現象の激しい集団ではないかということに非常に反省を覚えています。

しかし、私は専門分野とか、学問あるいは研究等に関しましては、その変化、あるいは新しいものを導入することにやぶさかであるとはいへないと思ひますが、確かな蓄積が必要であることを忘れてはならないと思ひているものでございます。

私は、先程ご紹介いただきましたように、高知女子大学の場合は家政学部でございました。また、熊本大学は教育学部でございまして、看護界からはなぜ家政学部にあるのか、なぜ教育学部にあるのかということに対し、疑問をお聞きした経験が澤山でございます。しかし、先程のお話の中でもありましたように、家政学の中には古くから家庭看護という分野をずっと持ち続けております。また、教員養成と看護婦養成はその歴史の中で多くの共通性をもっており、極めて実践的であるということにおいても、大変近い領域にあると考えております。スライド、お願いいたします。

ここに、教員と看護婦の共通する基盤についていくつか上げました。専門職を志向しているということに

において、これは看護婦養成も教員養成も非常に近い共通の問題を持っていると思います。

まず、専門職としての位置ですが、ご承知のとおり、医学、法学、神学が伝統的な専門職と言われております。教育学部のある教授は、専門的職業に関する論文の中で看護婦集団も、初等中等教育の教師集団も、真の意味での専門職を志向する準専門職に位置づけております。これは、両方とも共通の問題をもっているからでございます。

もう一つは、養成教育の歴史であります。昔、教員養成は師範学校でございました。同じように、看護婦養成も病院附属看護学校で、自分で授業料を出し、自主的に学ぶというよりも、授業料は官費あるいは病院の費用で、自費ではないという養成制度をもっておりました。

しかし、教員養成のほうは、第2次世界大戦の後、日本が戦争に負けたという深い反省の中から、次の世代を育てる教員が狭い視野であってはいけないということからすべて教員養成は大学の制度に変わりました。

日本のすべての分野は特にアメリカの指導をうけてきたわけですが、当時、看護婦養成とか、養護教諭の養成には大変力を入れておまして、看護婦の資格を持たない養護教諭はありえないということを強調されましたために、奇しくもと言うべきか、宿命と言うべきか、養護教諭養成だけが教員養成としての大学制度に乗り遅れたといういきさつもございます。

もし、養護教諭が大学教育のルートに乗っていたらどうなったかと言うことを考えると、日本の看護婦と養護教諭の歴史的経過からも、複雑な思いを禁じ得ません。

しかし、私は養護教諭も看護の一つの分野として考えてきましたが、最近では看護婦の免許を持たない養護教諭も増加してきたことも含め、看護にかかわる複雑ないきさつがこの教員養成の歴史の中には隠されております。

それから、基本的理念に関して考えますと、やはり、教育も看護も共に人間を対象とする、そして、その中には一寸古いかもしれませんが、奉仕的な理念が含まれているということにおいて非常に共通の基盤を持っております。

次に実践性、これも看護は実践の科学と言い古されているかの如き感がございますけれども、教育という

仕事もすぐれて実践的であるということにおいて、学科目の設定や学問研究の状況などを見ますと、非常に看護と似通った経験をたどってきております。

それから、継続教育の重要性ということですが、初等中等教育の教員集団は、看護と同じように、継続教育の重要性を強調しているということにおきましても、共通しております。このことは社会全体が現在生涯教育の方向を向いているということとは異なる専門性とその技術の向上をはかることにおいてであります。

その他の問題といたしましては、日本の教育制度は、確か明治5年に制度が確立されましたが、当時の政府の興味深い言葉を発見することができます。

例えば、子女の教育にあたっては、女性は非常に子供の面倒を見ることにすぐれている、だから、教師は、女性にふさわしい仕事であるというようなことが出てまいります。看護もすぐれて女性の特色を生かすのにふさわしい分野として歴史的に認められてきたと考えることができます。

スライドひとまず、ありがとうございました。

その他にもいろいろありますがこのように教員養成と看護婦養成とは、非常に共通点を持っておりますが、違っている面も沢山ございます。私は先程も申しましたように、教育学部と家政学部に在職したことから、嫌でも他の専門分野の中で看護の短所も長所も、比較・検討しながら考えざるをえない立場に30数年置かれてまいりましたから、狭い意味での医療・看護の世界だけでなく、看護が専門の違いを越えた共通の広い社会の中でどのような位置づけにあり、どのように評価されているかということに絶えず興味を持ってまいりました。先程から申します教員の世界と比べますと、いろいろございますが、看護界のブームとか、流行現象は教育界で問題になった事が、約10年ぐらいの遅れ、つまりタイムラグのような期間をおいて看護界で問題になってくるということが非常に面白い現象であるということに気がつきました。

それはなぜかということですが、これは厳密にアメリカなどの教育の歴史を客観的にここで申し上げることはちょっと資料不足ですけれども、先程申しましたように、教育界もすぐれてアメリカの影響を受けております。おそらくアメリカの教育界で問題になりましたことが、直通で日本の教育界に入ってきます。そうすると、その行動科学系列の影響をアメリカの看護界

が受けて、そして、アメリカの看護界がそのことを問題にし、その後で日本の看護界にもたらされるというその時間差が、数年の時間のずれを持って、日本の看護界のブーム、あるいは流行現象となってきたのではないかということでもあります。

ところで、特に日本国内での問題に限ってその例を挙げてみますと、いくつかございます。

例えば、教員養成が大学制度になったことと、高知の女子大学が初めて看護科をつくりましたが、昭和27年でございますから、ここにも何年かの差がございます。

しかし、現在、看護の大学化には拍車がかかっていますが、第2次大戦後間もなく教員養成が大きな社会的関心をよんだことと、本当に看護が教育制度を含めて大きな社会的関心をよんだということには約40年の差があると言えます。

現在は、当時の教員養成に対する、社会的関心の広がりや強さに匹敵するように思われます。

それから、科学性をということも看護界では40年来強調し続けてまいりました。このことも教育界で問題になってから、しばらくして、看護教育の中で問題として取り上げられるようになりました。昭和22年代に教育界では、思考の形式として考える人をつくるということで、非常に問題になっています。それは、一つの現象について、なぜ、どうして、こういうことが起こるのか、何をどうするのかというような思考の形式が強調されました。そして、更に将来の日本の基盤をつくるための、科学的態度に対する知識・技術・態度が強調されました。これは現在看護界ではB・S・ブルームのものとして強調されております、認知的領域、精神運動領域、あるいは情意領域に関わることであります。ブルームが多くの教育目標を分類し、認知的領域について昭和31年、情意領域について昭和39年に公表し、昭和47年来日したことから考えても、日本の教育界の反応の時期等について納得することが出来ます。現在厚生省レベルの6カ月間の教員養成で、ブルームに忠実であること等をみると、改めて導入の時期や取り入れ方に興味があります。かつて教育界で強調していた知識、技術、態度と基本的には同じことであります。

また日本の教育界では、昭和35年代に教材の精選ということが強調されました。これは教育内容を基礎的、

基本的項目として何を押さえておけば、将来科学する心、あるいは創造性といったようなものが育つかということに関する探求の過程、深めていく過程が強調されました。看護教育は過密カリキュラムといわれて久しいですが、情報量が多く、看護業務のあれもこれもという感じで、何が基礎的、基本的項目かという検討が不十分と言わざるを得ません。

先程、早川先生の分類の中に1970年代に、看護過程ということについて研究が深められたということがございました。看護過程を問題解決の過程として日本の看護界にもたらされたと考えれば先にものべましたように、科学的態度を育てる思考の形式として導入した教育界との差は20余年もあります。

話は変わりますが、この看護過程につきましては、おや、と思うようないろいろなエピソードがございました。教育学部の心理学の教授達が看護集団にいろいろ講演にまいります。そういたしますと、看護の人たちから、「看護は今、看護過程を使って看護をしているのです。先生は知らないんですか」といわれ、看護過程でなんですかと聞いたら、「問題解決過程なんです、先生は知らないですか」と言われて大変複雑であったというお話がしょっちゅう私のところにもたらされました。

この問題解決過程と申しますのは、問題解決過程を使って看護をしているということをごさら強調しなくても、もう既にそれを強調する必要のない分野から聞きますと、大変おもしろい、不思議な現象にうつります。

しかし、この問題解決過程ということに関して、私が熊大の教育学部に参りまして24年でございますから、24年前には心理学を含む行動科学系列の人達と、他の分野の人達との面白い相互作用をみる事ができました。教育学部はご存じのように、すべての学問分野が、デパートのように揃っているところがございますから、それぞれの学問研究の発達過程、あるいは、そこで今何を問題にしているのかということが大変よくわかって面白かったとおもいます。伝統的な古い学問分野と申しますと、ご承知のとおり、物理とか化学などがございます。しかし、この物理学、化学におきましても、物理学のルーツは星占いで、化学のルーツは錬金術であったということは知られております。話が飛びますけれども、精神分析の言葉であると思っていたものが、

実は物理学の専門語であったりというようなものもいくつかございます。

例えば、昇華、サブレーションという言葉は元々物理の専門用語であったものが、行動科学の系列に導入されておりまして、そういう面でも非常に古い学問分野ということが出来ます。ストレスとかドナー等も同じであります。

例えば、教育学部で教官の昇任人事をいたしますときに、すべての学問分野の人達が集まってその研究論文の業績を評価するわけですが、古い学問分野の人達から、心理学とか、教育学の研究に対しそれはオピニオンじゃないか、どこで信頼性、あるいは確実性というようなものを説明できるのかと質問ができたりしたことを今なつかしく思い浮かべております。当時の心理学の教授は看護科の学生の講義の時に心理学も自然科学なんだということを大変強調しておられたことも印象的でございます。恐らく、心理学の信頼性・科学性を強調したかったのだと思います。看護流に表現するならば、心理学も問題解決過程を使っているのだと言いたかったのだと思います。看護学の研究とか発展と同じように、心理学等もそういうような経過をたどってきたということがわかります。

また、最近の非常に分かりやすいものとして平成2年のカリキュラムの改正の中に、看護教育では「ゆとり」が現れました。しかし、この「ゆとり」ということが教育界で問題にされ始めたのが昭和52年来でございます。それ以来ゆとりをということが教育界の大きなテーマになっておりました。

しかし、昭和58年には、その「ゆとり」が指導要領の中から消えました。消えた途端に看護教育に「ゆとり」が現れました。このことを見ましても、実に看護が周りの状況に歴史的に動かされてきたかということがわかります。もちろんそういった変化に対応することは大変大事ですが、看護はいつも自分達の周りの状況に動かされてきたことはなかったかということをも十分反省し、真の意味での今後の看護の自立性をさぐり、対応していくべきではないかと考えます。

また、先程も分化統合の話が出てまいりましたが、例えば看護学の学科目が分化する場合には、その看護の独自性そのものが求める必然的な分化をしていかなければいけないわけでもあります。

看護の独自の研究が深められ、専門性そのものが求

める分化をしていかなければならないのが古い学問分野、あるいは古い専門職のたどってきた道でありますけれども、看護はどちらかと言いますと、医学が分化したから看護も分化する、あるいは周りの状況が分化したことに影響を受けて分化するというこのほうが強いということも、無視できない問題ではないかと考えております。

ところで、先程から申し上げますように専門分野においてその時代の問題の焦点となるようなことは、教育界よりも看護が少し遅れて、問題を取り上げてきたということが出来ます。

しかし、このように、教育界との関連の中で考えますと、そういう現象があり同じような問題を取り扱いながら進んできましたけれども、どこがどのように違うかということですが、その問題の定着の仕方と深め方に問題の違いがあるように思われます。

例えば、教材の精選ということにつきましても、ご存じのように今情報が非常に多く、新しい知識は10年で2倍になるといわれます。その絶えず新しくなる知識をすべて私たちが知ろうと思えば、きりがありません。まして看護の基礎教育の中で、基礎的・基本的項目として何をどのように精選すべきかということもを抜きにして、今後の看護基礎教育はありえないと思えます。しかし、看護教育の場合には、昨年の本学会のシンポジウムの中でも、病院の看護部長さんなどからのご意見の中に、新卒の看護婦は、知らない、見てない、習ってないという、3ない現象があると言われていました。

病院はすぐれて患者中心のところであり、教育はすぐれて学生を中心であると言う立場から考えますと、病院と基礎教育の場は、利害関係が相反する立場にいるわけでもあります。病院で1週間も休暇をとるともう手術室に新しい機械が入っていると言うぐらいに、早いテンポで変わっていますことを、看護の基礎教育の中ですべて教えようと思うのはこれは不可能であります。

したがって、基礎教育においては基礎的・基本的項目を精選するということが非常に大事でございますが、もし、変化する現場レベルの問題を全部基礎教育の中で教えようと思えば、3年、4年では無理であり、知識は10年で2倍になる計算でいくと10年も20年もかかり、もう腰が曲がるくらいまで、基礎教育をやってい

かなければならないと言う論法になってくるわけであり、また、教育の方向として、教育は現実を踏まえて、理想の方向に向いて教育するという言い方がございます。新しい動向に敏感でなければならぬことは勿論ですが、しかし、看護教育の場合、例えば看護論、看護研究、いろいろなものがブームのごとく、新しい知識が導入されてまいりますと、ある意味で新しさ、理想、今後の問題のように見えながら、それを追いかけることでフラストレーションになり、中途半端で、多くの情報の中の貧困状況になりかねない危険をはらんでいることにも配慮すべきであると考えます。従って看護教育は、理想を教えて、現実に立ち往生するという先に述べた教育の方向とは逆方向に向くということはないかどうか、十分私どもが反省しなければならない問題ではないかと考えます。そのようなところにも看護の基礎教育のあり方の重要性、専門性が求められると思います。

例えば、簡単な例ですが、患者の脈を測定するというにしても、基礎教育の中では1分間計って、脈の変化とか性状をきちんと見るように教えます。しかし実習に行くと、時間がかかるので、15秒計って4倍しなさい、といきなり教えられたといたします。学生は、基礎教育で学んだことと、実践とのつながりの部分で、早くも挫折してしまうというようなことも起こってくるわけであります。

いろいろと教育界の焦点となりましたことの中で、この教育内容の精選つまり基礎的・基本的項目を基礎教育の中でどのように押さえておけば、将来学生が自分の力で患者の個別性を考え工夫し、新しい分野を開拓していけるかということに関しては、看護界ではブームにならなかったということが、私には皮肉に思えます。

時間も迫りましたので、次にスライドをお願いいたします。

これは、先程申しましたように、病院の実習に出たらこういうことがあるであろうと思われる技術的な項目が非常にたくさんあります。沢山の技術的項目について、短大レベルで調査したものです。それをカテゴリーをいたしますと、清潔とか感染予防に関する項目が最も多くの時間をとっておりますし、その次に体温とかその処置などですが、いろいろな項目が多く、全体の頻度が631項目ですから、一つの短大あたりに

なおしますと、80、90項目の技術項目を学習させていることとなります。しかしこの多くの技術的項目を基礎・基本として、何をどのように押さえておけば患者の個人差に対応できるのかということを検討して教育をなされているかということも一つの問題と思われま

す。次お願いします。更にこれをいくつかの、技術の項目を分けて、大まかに方法を観察しますと、教師が絶えず関与する、この教師関与といえますのは、先生がこうですよ、ああですよと教えることを意味しています。看護教育の一つの特徴は、あししなければならぬ、こうしなければならぬ、こうあるべきであるという言葉がたいへん多く使われており、手順的で思考過程にとぼしいという教育の方法の中にもいろいろの問題が隠されているように思われます。そして、教師が関与するという部分がたいへん多く、学生の自己学習のパーセンテージは非常に低くなっております。

次お願いいたします。このA、B、C、D、Eというのは指導方法の分類であり、詳細を述べることは時間の関係でできませんが、いろいろな指導の方法があります。たとえば患者体験をすとか、ビデオを使って学生が自己学習をすとか、というようなものをカテゴリー化してあります。A、B、C、D、Eというような5つの方法を駆使して、5つの方法が絶えず使用されているという技術的項目は血圧測定とか、全身清拭、洗髪、寝衣交換、ベッドメイク、体位変換などであり、先生がやってみせる、視聴覚機材を使う、学生も患者体験をするなど、あらゆる方法を駆使されております。

一寸話題を変え、教員養成のことを一寸お話ししたいと思います。私は、これも皆様に客観的に見せできないのが大変残念ですが、教育界では、授業分析ということをしていたしております。また、長い経験を持ったベテラン教師であっても、研究授業があり、その後あでもない、こうでもない、このことはこうすべきではなかったかというような問題も含めて、研究討議をいたしますから、その都度自分を反省し、自分の教育技術を磨いていくことができます。

看護にそれを当てはめると、看護の独自性と専門性について私達は一生懸命に言葉の上では言っております。例えば、人間関係が大事であるということについても、もう言い始めて40年近くになっておりますが

看護の看護らしい人間関係の展開について、本当に専門性そのものの厳しさを克服しているという部分がどれくらいあるのだろうかということについても、先の教師群の研究授業などに比べ、私は大変疑問を持っております。

しかし、看護は、最近マスコミで取り上げられておりますように、大変過酷な仕事であるということになっておりますけれども、本当に専門の技術そのものに鍛えられているのかという疑問を私は持っております。結論から申しますと、看護の講義はああするべきです、こうしなければなりません、こうして下さいという言葉が大変使われます。しかし、他の教育の分野では、一つの事実を示しても、どうすべきであるかということについては、学生に考えさせるという部分が非常に多くなっております。

フランダースの犬じゃなくて、フランダースの分析方法と言う授業分析の方法がありますが、その方法で分析をすると、その指導が非常に指示・命令的であるのか、あるいは生徒の持っている能力を引き出したり、あるいは生徒の思考過程を本当に発展させるような授業形態がとられているかどうかというような傾向がわかります。これもまだ私は定年のため研究室を整理した荷物の段ボールの中から探ることができず皆さんにお示しすることができませんが、非常に看護教育の場合には、命令的、指示的な部分が多くて、生徒に考えさせるという部分が非常に少ない講義であるということも反省させられます。ということは、こうすべきである、ああすべきである、こうして下さいと言われると、先生がして下さいと言われたらそうすればいいということになりますから、自分でどうすべきかと言うことを考える刺激を生徒に与えることが非常に少なくなるということでもあります。

例えば、発問の仕方一つにいたしましても、どうですかと皆さんに聞くと、学生1人1人が考えます。しかし最初から「誰さん」と指名すると、その人しか考えません。例えば皆に考えさせるという刺激を与えるという発問の仕方が非常に少ないのも看護教育の特徴かなと思います。

また、看護教育で使います教科書というものがございますが、普通教科書というのは、高校までを教科書と言います。更に教員養成というものも主として高校までに使われる言葉でございますので、他の分野からみ

ると、看護教育は看護の中身は高校生レベルか、あるいは高校生以下と考えていいんでしょうかというような質問を他の分野から受けたりすることもあります。従って、看護が本当に広い社会の中でどのような位置づけにあり、何を志向してしかなければいけないかと思えますことの中にも、例えばこのようなことも大変参考になり、私は大変学ぶことができました。

ところで、スライドが出ておりますので、この説明に移ります。これまでの看護を科学する、あるいは看護研究する、また現実を踏まえて理想の方向に持っていくのが教育であるということなどとも関連をいたしまして、他の分野では、これは小中のレベルが主ですけれども、教材はほとんど教師が自分でつくるということを教員養成の中では考えております。このことの基本を子供達に学習させるための教材とは、教材をどのように工夫したらこの発達段階の子供達が自分で考える過程を開拓していけるであろうかと、教師は教材を一生懸命に考え自分でつくることが多いと思います。

看護も、将来大学が増えてまいりますけれども、教師が自分のデータで看護を語れるようにならなければならないのではないかと私は思っております。自分の持っている研究のデータで看護教育ができるということが一つの重要な問題ではないかと考えます。

次のスライド、昔のデータですけれども、ベッドの温度と湿度であります。看護の技術の最初の方で、ベッドメイキングのモデルを教えます。ベッドの湿度は褥瘡の発生とも大変関連がありますが、スライドの一番上の曲線は、学生に教えておりますベッドメイキングのベッドであります。このベッドに人間が寝て20分、40分もいたしますと、もう湿度がぐっと高くなり、100%に達するということが非常に多いのがこのベッドの特徴です。

それから、一番下の曲線は、最初湿度が上がりますが、すぐ乾いていきますのが、ロビーに展示してありますサンケンマットという褥瘡予防用のマットで、空気が噴出し乾燥するマットでございます。そして、そのマットよりも、多少乾きは悪いですが、私が実際に使っておりますフランスベッドです。このデータから見ますと、一番湿度が高いのが私達が教えている病床でございます。よく病院に行ってみますと、患者さんが、ゴムシーツを敷いたベッドの上で背中が

汗でじくじくすると言いながら、自分のバスタオルを敷いて背中汗を吸収させているというような患者がいたりするのを見ます。その患者の状況とか、季節とか温度湿度によってベッドづくりは異なるので、やっぱりベッドの作り方が一つだけしかないというのは、これは大変おかしいことではないかと思えます。また、体位変換は2時間毎にと教えても、科学的根拠はない上に、このデータで考えると、患者は1時間以上も100%の湿度の中で寝ていることとなります。

次のスライドをお願いします。これはまた、別のデータですが、私達が絶えず学生に信頼される看護婦さんになりなさいと申しますけれども、本当に患者は信頼という目で看護婦をみているのかということです。患者が絶えず使っております言葉を11項目ぐらい選択して、SD法で、ナースと患者に記入してもらいました。これは700近くのデータを分析しております。この研究についても信頼性と言え、例えば心理学などで使っているテストを使えば信頼性があると考えている人が看護界もみられますけれども、私はそうは思いません。素朴でも、古いほかの学問領域がそうしてきたように、試行錯誤を繰り返しながら、看護の現象の中でデータを増やすということで信頼性の範囲を広げるという視点でみたものです。時間がもうありませんので、結論だけ申しますけれども、ナースから患者を見た場合、患者からナースを見た場合という印象形成の関係ですが、相関関係の数字から何を読み取れるかという、看護者が相手にいい印象を与えれば患者もいい印象を持つこと、あるいは看護者がこの患者さんを苦手だなと思ったら、患者もその看護婦に対してネガティブな反応をすると、ということを現す数字です。そして患者・看護婦間の相互関係とか人間関係はそのようなことから発展するということがあります。

次のスライドをお願いします。この数字だけを見ても理解できないと思いますが、アッシュという人の心理学の研究の中に、人間の印象を形成するというのは、冷たいとか、温かいつまり、あの人は冷たい人だな、温かい人だなということが非常にその人の印象を形成するのに重要な働きをするという研究がございます。

本当に、看護婦、患者関係においても、看護婦の温かいとか、冷たいとかいうことが、あるいは信頼ということが患者の受けとめる印象として強いものかということですが、このデータでは患者の看護婦に対する

印象形成の非常に重要なものとして、「安心」ということが重要な働きをすることがわかりました。

患者の側から見ると、信頼できる看護婦というよりも、安心できる看護婦かという見方をするということが、わかりましたけれども、安心ということの中に、恐らく患者の側からは、その中に信頼を含む複雑な心理がたたみ込まれていると思われれます。

また、数字だけでわからないと思いますが、頼もしいという項目だけは、どの項目とも相関がなく、辛うじて安心できて看護婦さんの精神が安定していて、落ち着いていたら、ようやく頼もしいという感じを持つという相関関係の数字を読みとることができます。

他の項目はすべてどの項目とも非常に相関が高い数値を示しております。ということは、看護婦を包括的にみているという言葉は使っておりませんが、無意識のうちに患者は看護婦という人間像をしっかりと捉えていると、私は解釈いたしました。しかし、看護婦から見た患者の場合はどうなっているかを次のスライドで見ますと、この数値からもわかりますように、看護婦が見た患者のいろいろな印象項目間にはほとんど相関がございません。あっても、非常に低い数値です。ところで、私達は、患者を総合的に見る、一人の人間として見る、精神的、心理的、社会的に見るということも言い古してまいりました。しかし、今の看護業務の中で、一人の患者に対して1日に何人の看護婦さんが出入りするのでしょうか。そして、その都度恐らく、眠れましたか、ご飯はおいしいか、食べましたかと、5人の看護婦が訪れれば5人の看護婦とも似たような言葉をかけております。

ということは、看護の継続性、総合性、チームナーシングと申しましても、個々の看護婦の継続性、あるいは一人の患者を総合的に見る、あるいは看護婦自身の継続性というようなものはこの数字からは出てまいりません。患者と看護婦との関係はプライマリーナーシングを取り入れない限り複数の看護婦による断片的で短時間の接触の積み重ねであるという特色があり、同時に人間関係もそれに左右されると思われれます。

更に、患者さんが安定していれば看護婦は安心する、患者さんが落ち着いていれば看護の専門家のほうが安心するという相関はありますが、そのところに相関が非常に高いということは、専門家のというよりも極めて一般的な感じ方ともとれます。患者が落ち着いてい

れば、ああよかったと安心する、まあ気持ちはわかりますけれども、本当に人間を総合的に見ているということはどういうことなのかについて考えさせられます。これらの結果が何を意味するということになりましょうか。これだけで安易な結論を出すのは危険ですけれども、私は長い教員生活の中で看護学が本当に成熟していれば、医学部の医師養成の中にも看護という学科目があるべきであると何年来思い続けてまいりました。しかし、看護について客観的にここまで信頼できるというようなデータをどこまで示すことができるかについても私は反省をしております。

しかし、もう時間もまいりましたので終わらせて頂きますが、先程の早川先生の大変希望に満ちたロマンのある講演の中で、やがてノーベル賞をもらえるよう

な看護研究が出てくれればようやく、本当の意味で社会的位置を確立することができるかなと思います。

例えば、患者が本当に安心できる看護婦さんが、安心できる生活や、療養生活をマネージすることによりそのことが自然治癒力、あるいは免疫力を高めることであるというような生化学的な研究でも、今後ぜひ、これは医学ですなどと狭い枠組みにとらわれずやってもらおうといいのではないかと大変希望をしております。

時間がちょっと超過しましたが、大変ランダムに筋道の通らないお話になったかと思えますけれども、最初に申しましたように、老人看護の対称論としてお聞き頂いたものと思ひまして、これで終わらせて頂きます。ご静聴ありがとうございました。