

学生アンケート・課題より(抜粋)

• とても貴重な経験でした。他科を頼りにできることが、こんなに頼もしいものだとは想像もしていませんでした。ありがとうございました。(医学科)

• 歯学科のみでやると、どうしても歯科領域のことだけを考えがちになってしまうが、この二日で全部の科と組んでやってみると、注目している点や知識の相違がはっきりと表れていた。より幅の広い情報の中で治療方針を選択できることが良くわかった。(歯学科)

• 今まで、医学部の方と関わる機会は全くなかったので、話し合いが新鮮だった。今回の議論を通して、それぞれの専門分野に進んだ職種の人を尊敬したし、頼りになると感じた。(口腔保健)

• 検査学生のみでは、病態解析にとどまることか多いのに比べ、治療方針まで考えることは新しい領域であった。私たち検査の学生が知らない単語もたまに出てきたが、医学科、歯学科の方々が、わかりやすく解説してくださったおかげでよく理解できた。(検査)

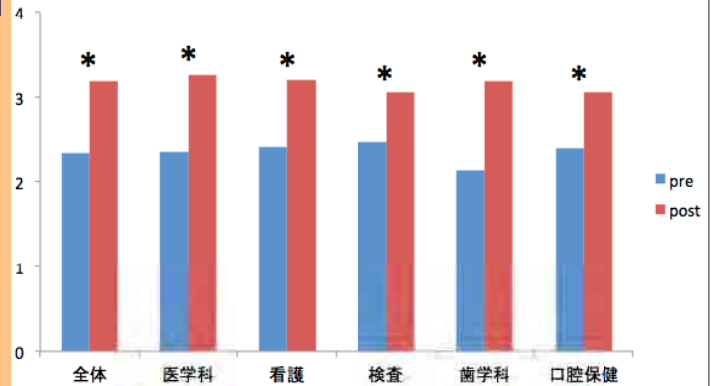
• 今回、多職種で連携し議論を行い、看護の視点だけでは到底カバーしきれないそれぞれの専門知識を生かし、プロダクトを組み立てることができた。その患者を「人」としてとらえることはもちろん、より多角的にとらえ、かつ深く考えられた、根拠のある「全人的医療」を考えることができたのではないかと思います。(看護)

H25年12月5日東京医科歯科大学鶴田

31

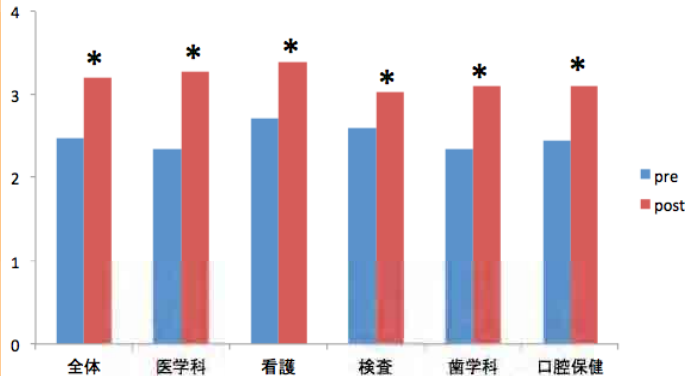
「医療現場で働く、様々な専門職種ならではの視点の違いについて説明できる」

1 (全くできない) ~4 (よくできる)



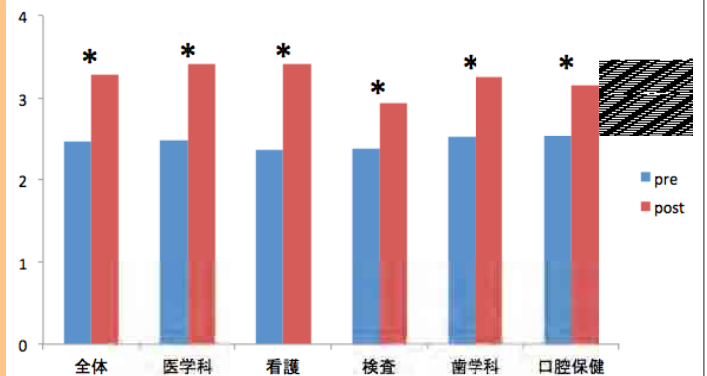
「患者さんへの医療チームの介入における各職種の役割について説明できる」

1 (全くできない) ~4 (よくできる)



「他学科の学生と、自分の専門知識を生かして議論することができる」

1 (全くできない) ~4 (よくできる)



5. これまでの成果および今後の展望

- トライアル・2回の本格実施により、医歯学融合教育支援センターを中心として、各学科教員・病院スタッフ・事務間の良好な協力関係が構築され、授業実施、シナリオ作成、運営面において、良好な成果が得られている。
- 各取り組みにおける各学科学生・教員の意見より、改善点を見いだすことで、毎年度、より充実した取り組み実施が可能となっている。

H25年12月5日東京医科歯科大学鶴田

35

5. これまでの成果および今後の展望

- 東京医科歯科大学における多職種(専門職)連携教育の充実に向け、社会福祉学科、薬学科等を持つ教育機関との連携を含め、実社会で必要とされている連携を念頭においた教育機会の提供を行う予定である。
- 多職種連携教育に関わる取り組みに対する研究活動を深めることで、エビデンスに基づいた教育活動を実施する予定である。

H25年12月5日東京医科歯科大学鶴田

36

ご清聴ありがとうございました。
鶴田 潤 turucie@tmd.ac.jp



37

「総合討論」

－これからの医療人の教育マネジメント－

【座長：北村】 途中、時間を押したのですが、最後時間の帳尻を合わせていただき、今から4時55分まで総合討論ということにしたいと思います。

総合討論「これからの医療人教育マネジメント」ということで、これから医療人を教育する上で、どうやってマネジメントするかということ、今日1日話してきたことに尽きると思いますが、時間が押していたので、各演者への先生のご質問があまり承る時間がありませんでした。

ここで皆さんから、どなたでも結構です。質問あるいは、ご意見を受けたいと思いますが、順番にいきましょう。シンポジウム1では「地域医療と総合診療」、これをキーワードに葛西先生は、総合診療のお話もされているので、シンポジウムを超えて結構ですが、キーワードとしては地域医療ならびに総合診療、あるいは在宅医療、在宅診療、在宅看護など、在宅、地域。それでご質問・ご意見あるいは、コメント等ございますでしょうか。後藤先生、そのところを司会していただきましたが、総括して、先生からコメントを。

【座長：後藤】 他のシンポジウム2や3の内容と非常に重複する部分は確かにありますが、やはりキーワードとして地域医療と総合診療とは今、非常に注目されていますので、このシンポジウム自体、この2つの演題、非常に大切だと思われま。

私が少し思ったのは、お一方は大学教育、もう一方は実践ということですが、これが将来、どういうふうにつながるのかなというようなところが、まだ少し見えないところがあります。1人は医学系で、1人は看護系ということもありますが、今後この、最後の多職種連携のところにも関係してくると思いますが、相互関係ですね、これらの。それらのところが今後は問題になってくるのかなと、少し思いました。

それから、教育の観点からは、目標と方略と評価という3つのドメインがありますが、その辺に分けて考えると、いくつか提示された先生もいらっしゃいますが、その辺がまだ固まっていないところもあるのかなとは思いました。活動状況はよく分かったので、ぜひ続けていただければと思います。

【座長：北村】 地域医療は、医学の方は総合診療医、地域を見るという医者ができるということで、かなり活性化もされ、大学では、福島県立医大の例を見るまでもなく、多くの大学で取り入れようとしている。あるいは研修ではほとんどすべての研修で地域医療が行われています。看護はどうなのでしょう。地域に出て看護をしているというのが、まだまだ少ないかなと思いますが、都築先生いかがでしょう。

【都筑】 神戸市看護大学の都筑です。教育の中で、特に地域看護及び在宅看護では訪問看護実習もごさいますし、地域においては地域の行政の場などいろんな場で、地域の人たちの健康、維持増進をしていくような活動、実習の中でも、もちろん演習の中でも組み込んでいっておりますので、地域に出て行って学ぶということは、看護の通常の教育の中で行われている部分だと思います。ただ、今回報告させていただいた部分は、通常の実習や演習といった、看護大学のカリキュラムで通常行われているものに加え、より地域の住民に関わる時間を増やしているという意味で、取り組んでいるところです。

【座長：北村】 看護教育では、地域看護学というのは当たり前であって、国家試験でもありますが、それで就職した1年目の、望まれる研修では、地域でなく、病院に皆さん勤めてしまって、そのまま在宅医療をやるという人はいなくて、ほとんど病院の方、勤めて、それで疲れて在宅になるみたいなキャリアパスを私は思ってしまうのですが、看護師のキャリアパスで、在宅とか地域医療を始めから志すというのは、どんなものなのでしょう、多いのでしょうか。

【都筑】 看護大学のカリキュラムの話になるかなと思うのですが、今、看護大学の中では統合カリキュラムが通常行われており、このカリキュラムでは看護師と保健師を一緒に養成する状況になっております。これが保助看法という法律が変わり、また指定規則がはずれとことで、保健師教育を選択制もしくは例えば大学院や専攻科で行えることになったので、今後は看護師教育、保健師教育が分かれて行われていくと思います。今日報告させていただいたのは、旧カリキュラムの統合カリキュラムの中でやっていたものです。実際就職する学生は、看護師として病院に就職する学生と、保健師として地域の現場や包括支援センターに就職する学生がいます。本学だと、地域の現場に就職する学生がだいたい1割くらいいます。

今後カリキュラムが変わりまして、本学では保健師免許取得を選択制にする予定ですが、そうすると、全学生の中で、編入生あわせて105人いますが、今まで全員だったのがその中で20人しか保健師の免許を取得できなくなります。だいたいの学生は病院で就職することになりますが、その後、病院の方で働いていても彼らは地域看護の視点を持っていますので、例えば病院の方で臨床経験を積んでから訪問看護の現場で働きたいという学生が増えていくとか、そういったことにつながっていけばいいなと考えております。

【座長：北村】 歯科では、在宅の教育はされているのでしょうか。曾我先生。

【曾我】 今日発表させていただきました、曾我です。在宅についてですが、今日お示しました通り、おうちに簡易型のポータブルとかを持って行って、歯科医療ができると。そういうことを教育して実際に学生にも体験させると。そういったことはしているわけで

はありますが。あとは、ちょっと私も考えるところで、要介護の状態になったら、イコールあれをすぐに用いるという発想は、少し私はどうかと考えております。おそらく、ああいったもので対応しなくてはいけないのは、要介護 4 とか、かなり上がったような状態であって、本来 2 とか 3 くらいの方の今の問題というのは、ああいったものが、おうちに来るとのことよりは、その各々の歯科診療所とか、それこそ地域医療を担う先生方のところで、一つは診てもらえるかどうかというところのハードルと、もう一つは、そこまでいく足があるかどうかという。そのハードルだと思います。

それで、一つのその先の地域医療を担う先生方が診るかどうかというところは教育というところではいかななくてはならないし、足というところに関して申し上げれば教育というところで次世代を担う行政とか、ひょっとしたら関わるかもしれない人々に対する教育。あるいは私たちが行政に働きかけるなどして改善していかなければいけない。そういった課題ではないかなというふうにも考えております。

【座長：北村】 歯科も、インプラントや特殊技術や保険外診療など、そっちの方に比べて、地域を本当に見ている人が少ないように感じますが、その地域を絶対見てくれるというのは、どんどんすべての歯科大学で広がっているのでしょうか。

【曾我】 少なくとも大学レベルで、そんなおかしなところを教えているところはまずないはずだと思いますが、ただご指摘のとおり、世間一般の歯科医療に対するイメージというものが、今日述べさせていただきました通り、やや少し本筋からはずれていやしいかと、少し懸念するような感覚を受けることもあります。そういうところで、今日お話しさせていただいたような、医療人としての在り方というものを、私どもが、教育。教育なんて、少しおこがましいですが、そういったものを感じるような場を作ってあげられればいいかな、と考えております。

【座長：北村】 ありがとうございます。もう一つのキーワード、少し触れたいのは総合診療医です。医者だけが総合診療医ですが、看護も私から見るとどうも専門家へどんどんいって、総合看護師というのが、あまりいなくなるのではないかなという気がしますし、歯科も大学へ行くと、もう細かく分かれています、総合歯科医というのは作っているのですか。

【座長：俣木】 まさに今、その総合歯科医ということが話題になって、今年も今まで協議会という形でしたが、今年から一応学会が立ち上がりました。しかし、普通に歯科の医療提供状態を見ると、いわゆる普通の歯科診療所でやっていらっしゃる先生方というのは、何でもといたしますか、どこかスペシャリティはお持ちですけれども、一般的なことがだいたいできるというのが歯科の特徴のようなところがありますので、さらにそこが今度

どうなっていくのかということが、すごく大きなところで、また大学でそれをどう教えるかと。大学で総合診療の、要するにオールラウンドなレベルを持った歯科医師はなかなかおりませんので、そういう点は、多分に学外のいろんな臨床教員、臨床教授とか臨床准教授というような方々にお願いをして、やはり教育していただくということになるかと思えます。

【座長：北村】 歯科は動き出したということで、看護師はどちらへ向いているのですか。専門の方へ向いているように見えますが。

【座長：高田】 どちらかという、今の議論は、それぞれの専門性、専門性というのが何なのかという、本当はもう少し本質的な議論をきちんとすべきだと思いますが、どちらかというといわゆる医療の、というか、医学の専門文化のところに、若干追随しているところが現状ではないかなと思います。看護の中で、かなり議論としてあるのは、APNって高度実践看護師の将来像ということに関してはかなり議論があって、その中にプライマリーケアも出てくることはきますが、まだどういうふう将来持っていったらいいのかというのが、はっきりしていないということが一つ。もう一つはそれと同じか、あるいはそれ以上に、もう少しベーシックケアというか、本当にどこに行っても、こういうケアが受けられるというところの、基本的なところをもう少しきちんと充実していったり、あるいはその質保証をしていくということが大切ではないかなと思います。そこに関しては病院ですとか、様々な格差、看護ケアの格差がかなりあるというのが現実だと思います。これに、本当はこの方が、もう少しきちんと、何とかすべきというふうには思いますが、まだその議論が十分に深まっていないのではないかなと思っています。

【座長：北村】 この総合診療、あるいは、細いスペシャリティではなく、オールラウンダーという意味で、どなたかご意見やご発言はございますでしょうか。葛西先生、医師だけではなく、他の職種にもオールラウンダーというのは必要ですか。

【葛西】 私たちは、一緒に地域で働く多職種のパートナーが欲しいです。ただ、ナースの人たちも、薬剤師の人たち、リハビリの人たちも、トレーニングの場も、ものの考え方も大きい病院でのものが主体になっています。「地域を診る」「地域で活動する」ことがどうということなのかということへの理解や価値観を共有することがまだまだ難しいです。少なくとも家庭医が考えていることを分かってもらえるようにと地域で実際に働きながらやっておりますが、多職種の人たちがライセンスを取得するまでの教育の中に、そうしたことを地域で学ぶ部分があると、もっとやりやすくなると思います。

【フロアからの意見】 今、オールラウンダーというか、ジェネラリストの話が出ました

が、私はこの職に就く前に、ずっと在宅領域で25年以上、訪問看護やケアマネージャーをやっておりました、訪問看護師というのは、やはりオールラウンダーだと思っておりまして、在宅というスペシャリティはあるにしても、その中で、すごくジェネラリストのナースとして、ジェネラルなところを求められるというふうに思っています。その時に私たちがずっと感じていたのは、やはり今までのずっと、ベッドサイドナーシングというか、病院中心の看護、やはり猪飼先生のお話にもありましたが、医学モデルを中心とした看護と、それから、在宅に行くと、どうしてもやはり、その場面の中で、私たちは在宅看護というものを学ばない中でずっとやってきたとしても、その中でチームを作りながら追求してやっていると、絶対生活モデルになっていくわけですね。

その時にやはり、医学モデル中心で教育されてきたナースがすぐに在宅に行って、生活モデルはなかなか難しい部分があるような気がしています。なので、もうこの時代になって、もう基礎教育のところから本当にこう、ジェネラルなところに生活モデルの看護観というか。あるいは、本当にスキルとしても、そういうようなものをやはり教育の中に位置づけていかななくてはいけないのではないかなと私は今思っております。

【大西】 東京大学の西大です。総合診療分野から医学教育の方に移っていますが、総合的に診られるジェネラリストとしての看護師さんや歯科医師の方というのが、どんどんやはり育ててほしいというふうに思いますが、その時におそらく患者中心のケアというのが、共通基盤としてあるということが、IPEやIPWの前提として必要なのだろうというふうなことを思います。

その時に地域を診る、というふうな観点が先ほどから強調されましたが、地域を診るといって、そのパブリックヘルスのような観点になると、一人一人の患者さんに対して、いろんな多職種が協同するというのと、少しこうずれてくる面もあるので、その両面が必ず必要なのだろうと思いますが、そういうふうな観点をしっかり持って、そちらの方向へ進むのがいいのかなと思います。

その上での教育についてですが、生活モデルや福祉の内容を医療医学の内容にどれくらい含めるのかというのは、いや、含めるべきだというふうなことの次に、おそらくどのくらいのパーセンテージの教育時間が必要なのかというふうな議論が、そろそろあってもいいのかなと。要するに6年間の単位数の中で、どれくらいの時間数は教えるとかですね、そういう内容が、そろそろ必要なのかなというふうに思っています。

【座長：北村】 はい、どうぞ。

【フロアからの意見】 私は看護学会で、看護学の方の立場で、所感を述べさせていただきますと、私は看護は、言うなれば、ジェネラリストが専門的な領域なのではないかなというふうに思います。例えば、病院で勤めるとナースは3年くらいでローテーション、い

ろんな課に回されますから、そういう意味では、教育の基盤は一番ジェネラルなところを、専門性というところで教育してきたという実績があるのではないかなというふうに思います。その結果ということが、言うなれば、今、地域包括ケアの中でどこにでも看護職はいますよね。福祉分野でも活躍しているナースがいますし、急性期でもいるし、在宅でもいるし、行政の中にも看護職はいます。という意味では、もう教育の、看護の一番の専門性はジェネラリストの教育にすごく貢献してきたのではないかなというふうに思います。

ただ、今、医療制度が、それぞれの施設が、機能分化してしまい、せっかくいろんな部署に福祉の場面にもいるし、介護支援専門員もいるし、行政にもいるにも関わらず、制度が専門分化しているがために、それぞれの組織が、隣のナース、せっかく隣の分野にナースが居るのに、何をしているか分からないという状態が今、起きているのではないかなというふうに思いますので、やはり連携の基本とは顔の見える関係というのが基盤にあるのではないかなというふうに思いますので、その補填をこれからしていかなきゃいけないかなというふうに思っています。

ですから私個人として、在宅ケア看護ネットという任意の学習会みたいなものを立ち上げていますが、地域限定で、そこで、とにかく在宅ケアに興味があるナースであれば、誰でもどこの所属であっても参加してもいいというような任意の顔の見える関係を作ることが地域包括ケアの成功になるのではないかなというふうに思いますので、そういう意味では、教育としては、せっかく看護は、ジェネラリストの専門家を育ててきたにも関わらず、医療制度が今、機能分化してしまっているんで、それを補填するような仕組みをまた作っていかなくてはいけないのかなというふうに思っているところです。

【座長：北村】 IPE や多職種連携を考える委員会で決めたのが看護師の特殊な技能を持っている看護師を決めたので、方向性が、IPE を考えていたら、普通はもっとジェネラルな看護師の資格を認定しましょうみたいな、地域で働く人を認めようという話かなと思ったら、特定の機能を する看護師を作ると。それが IPE につながるみたいな結論にいったので、皆さんがどう考えていらっしゃるのかなと、ちょっと聞いたかったのですが。何かご意見はありますか。どうぞ。

【フロアからの意見】 今回のことの直接のコメントではありませんが、私はコンシューマーとして、医療のコンシューマーとして、プライマリーケアをアメリカで受けてきました。それで、何か症状があると、プライマリーケア・ドクターというのがおり、そこに行かないと、スペシャリティに行けば、保険が払ってくれない。そういうふうに、全体の医療のシステムが、プライマリーケアが門戸で、そこから紹介してもらえる。

それから、プライマリーケアで典型的に 20 くらいの診断名は、プライマリーケアで治療していただける。そういうシステムで、ずっと生活してきましたので、こちらに参りましたら、病院の総合案内所で、クラークが、あ、耳ですね、耳鼻科です、というふうに紹介

されまして、私はすごく不効率な制度だと思います。もちろん制度を変えるのは大変でしょうけれども、医学教育や看護教育、そういうものを強化すると同時に、医療制度、それを改革して、総合診療、家庭医のスペシャル、家庭医をもっと、すすめていきたい、いつてもらいたいと思います。

【座長：北村】 時間も押しているので、超高齢社会を見据えたというポイント、超高齢社会です。千葉埼玉問題といわれたりしますが、高齢者がいっきに今、増えてきます。それに対応した教育というので、ご議論・コメントをいただきたいのですが、座長をされた、佐々木先生。

【座長：佐々木】 超高齢ということも一つのキーでしたが、やはり地域の医療というところも非常に大きなキーだったと思います。それで、この中の内容としては、どうやってその地域の人たちに対してのケアに関して、トレーニングをされた指導者になる方々を準備するかというのは、教育においては、非常に大きな課題なのだなということが、一つ感じられました。

それから、その地域の人たちが、必ずしも専門家ではない方も含めて、すべての方々が、そういう意味では生活モデルの中の教育者になれる、指導者になれる可能性を持っていて、その力をどう生かしていくか、活用していくかというところが、非常に地域、医療の教育の中ではキーになるのかなということを思いました。これはシンポジウム 1 のコラボ教育とも関係するのかもしれませんが、福島県立医科大学の方のホームステイ型もそうですし、高齢者の社会のところの島根の場合も、かなりいろいろな施設の方々の力を使っているということ。それから、岡山の場合の時も、必ずしも病院だけではないということも含めて、地域にどう根ざしていくかというところではやはり大事なところではないかというふうに、少し感じております。

【座長：北村】 何かコメントありますでしょうか。基調講演された猪飼先生からのコメントですが、超高齢社会というのは、彼が考えている四半世紀から、半世紀先を見据えると、それはもう終わっていると。今の学生たちは超高齢社会の後を生きる人たちなので、超高齢社会は今生きている人たちで、けりをつけてくれと、学生たちに言われるのではないですかというコメントでしたが、いつまで続くのか分かりませんが。

【朝比奈】 千葉大学の朝比奈ですが、高齢社会を見据えた地域医療というものに関して、学部とかで教育していくというふうに、ご発表がありました。医学部の場合は、すごく難しいと思います。地元で就職する人がそもそも少ないというところがあって、その地域に即した、そのままそっくりの地域医療が行われるという保証は全然ないですね。むしろ、どこに行っても通用できるような人を育てるという方が、医学部に関しては重要な

ではないかなと思っています。そういうこともあって、医師から見た多職種連携教育というのに関して、少し違う発表を私はしましたが。

他の学部では、もしかしたら地元就職する人が多いので、いいとは思いますが、そのところに関してご意見はいかがでしょうか。

【座長：北村】 実は去年、医学チームのシンポジウムで、同じことを取り上げまして、その総括をしますと、高齢社会になると、死亡者が増えてきて看取りの医者が、地域で働くだけではなく、看取りをやる。あるいは看護をやる医者が足りなくなると。それも都会、都市部で足りなくなると。そういうのを見据えて教育をすればしたら、18歳なり20代前半の若人たちに、病気を治そうと思って医学部に入ってきた人たちに、看取することもあなたの仕事ですよって教えなくてはいけないと。それが今後必要なことではないか、みたいなディスカッションがありました。

だから、何がなんでも治すのでなく、高齢社会になっていくと、何が幸せかわかりませんが、看取るということも、きちんとやれる医療人を育てなくてはいけないのではないかとこのディスカッションです。看護の方ではどうでしょうか。

【座長：高田】 最初の猪飼先生のご講演ではないですが、高齢社会に関係なく、本当は看取るということは重要な、すごく大切な、医療、看護の役割ということなのだと思うのですね。それがいつの間にか、看取りがどこかにいってしまって、最後の最後まで延命治療をして、力尽きてということになってしまったこと自体がやはり大きな問題なのであって。ここで国が方針転換をして、無理な延命をやめましょうというふうに少し皮肉っぽい言い方ですが、なってきたのかなという気がしないでもないですが、これは何も高齢社会うんぬんに関係なくなるのだと思うのですね、やはり、そこをしっかりと育てていくということは、とても大切なのだと思います。

看護は今、先ほど、福祉にもどこにでも看護師はいるといいましたけれども、看取りは本当に病院の中だけではなく、様々なところで看取りということが大切になってきているので、その意味ではとても重要だと思います。しかしながら、教育としては、大変残念ですが、以前のように、現場での教育に、学生がいろいろ携わらせてもらうチャンスというのが、非常に限定的になってきています。このことはおそらく看護だけではないと思いますが、教育の上では、とてもマイナス面が大きいので、そこをもう一度、学生たちにも、携わる機会を与えてもらえるように、どうもっていくかということが、すごく大切かなと思っています。

【座長：北村】 ありがとうございます。病院でも、患者さんが亡くなるというと、学生さんは出ていけとかね。グリーンケア、言葉ばかりであまりやっていないと。歯学は。

【座長：俣木】 ひと頃、高齢者歯科とかそういう言葉があったのですが、今はもう病院はほとんど、患者さんがどんどん高齢化しています。ですから、むしろ、今の呼び方からすると、片岡先生の所属されているようなスペシャルニーズ、あるいは、私どもの大学で言えば、スペシャルケアとか、そういうようなことになって、もう一般的に年齢的にいうと、全体が高齢化していますので、高齢歯科とか、そういう言い方がもう、当たらなくなってきたということになります。ですから、これからしばらくは、全体が高齢化していくということは当然のことだろうというふうに思います。

ですから、その高齢社会を見据えたというのも、これからも歯科は、従前は割と健康な健常者といいますか、割と健康な方の治療が多かったと思いますが、今はもう、医学が進んで、非常によくコントロールされた形で、外見上は健康に見える方が非常に増えてきたのが、すべての科に渡って来るということが今まで以上に、そういう方に対応できるような歯科医師を養成しなければいけないということになっていると思います。

【座長：北村】 ありがとうございます。最後に皆さんからお言葉をいただこうと思いましたが、時間も過ぎたので、この今後の医療の在り方に関しては最後の基調講演で、川嶋先生から、いろんなお話が聞けるものと思います。われわれ、チームの代表として報告書をまとめる上で、今後の医療人教育、どうしたらいいのかというのを、また一度チームで集まって考えたいと思いますので、ぜひ、ここにお集まりの先生方、何かご意見がありましたら、誰でもいいですから、お伝え願えたら、報告書の方に反映させたいと思っております。

申し遅れましたが、今日、実はお集まりいただいた方が 180 人を超えて、非常に望外の数の方に来ていただきました。本当にありがとうございます。そういうことで、総合討論、まだ消化不良ではありますが、これで閉じたいと思います。どうもありがとうございました。

【総括講演】

「医療における て・あーて」

日本赤十字看護大学

名誉教授 川嶋 みどり

【座長：高田】 最後の総括講演の川嶋先生のセッションに入りたいと思います。川嶋先生についてのご紹介はここに載っておりますので、どうぞそれをご覧いただきたいと思います。この医学、歯学、そして、看護という 3 つの分野の合同シンポジウムが開けたということは、大変意義深いことだと思っておりますし、それから、最後に看護の立場から川嶋先生が、「て・あーて」ということで講演のタイトルを頂いておりますことも、今後を考える上では、とても意義深いものがあるのではないかとこのように思っております。川嶋先生は長年看護、あるいは、看護教育に携わってこられた立場から、医療そのものが高度化すること自体が悪いということではないですが、その中で失われてしまったものというものも、大きいものがあるのではないかとこのことで、その手当ての重要性ということを分かりやすくお話しいただけるのではないかと期待しております。では、準備ができましたら、お願いします。

【川嶋】 川嶋でございます。最後の総合討論の時の座長先生のプレッシャーで足が震えそうになりました。今日皆さんの濃密な討論を伺っていて、私のこれからお話しする内容が、この合同シンポジウムにフィットするかどうかということが大変心配です。ただ、最初から与えられていたテーマが、「医療における て・あーて」ということでございますので、それに沿って与えられたお時間だけお話ししようと思っております。

主題への問題意識ですが、1880年にフローレンス・ナイチンゲールが、われわれは果たして病院で患者をケアしているだろうかという、鋭い問い掛けをしておりますが、この果たして病院でケアをしているだろうかという、そのケアの、目に見えないケアの具体的なものが、手を当てることだと、私は思っています。

それで、その問題意識としましては、最近の医療現場は本当に効率性と機械化が進行し、その密度とテンポの速さは予想以上で、患者さんも、医療スタッフも、ともに人間疎外の状況に置かれていると思います。具体例を挙げればきりがありますが、時間がありませんので、頭の中で皆さん、想像していただきたいと思いますが、とにかく医師の目も、ナースの目も、ディスプレイに集中し、手はキーボードの上を走っているというようなことが一般的な状態です。そして、患者さんの訴えよりも、画面上の選択肢でいろんなことを判断し、モニターを監視し、デジタルデータでアセスメントをするといった状況が、ずっとこのところ続いております。

そして、こういったことが非常に続くものですから、巨大化する事故というか、頻発する事故が後を絶たず、1999年の、医療安全元年と言われていますが、以来、リスクマネジメントシステムがどこの病院にも入ってきました。ディスクマネジャーや、あるいは、インシデントレポート、アクシデントレポートが義務化され、一応これが普及したかに見えますが、病院の文化は医療安全であるとか、医療安全文化とかいう言葉が散々言われましたが、それに伴って、今度は患者さんの尊厳の脅かし、その根拠が医療安全になっているというようなこともあります。つまり、集約すると、医師も、看護師も、患者さんに触れない、物理的にとにかく手を触れない風潮が常態化してしまっているというところに、私は大きな問題があると思います。

何かいい例はないかなと思いますが、1つの典型を、ある患者さんの私の所に来た年賀状で見ることができます。それは今の病院というか、大病院の外来の実態だと思いますが、笑うに笑えないのですが、昨年夜中に急に首が痛くなって動かせず、目も痛くなって、市の中央病院に行ったのですが、検査4種、薬5種、病院に滞在時間7時間、その間、首のどこがどのように痛いかの触診は指1本もなし、帰宅後様子を見にきてくださった隣人が、気休めにと貼ってくれた湿布薬で、2日間で治癒、結局病名も分からず、なんでしょうね、変な新年のご挨拶でごめんなさいという年賀状が舞い込んできました。

それで、これから想像すると、サンデロウスキーというアメリカの看護の質的研究の学者ですが、こういった機械化、アメリカの場合は30年前の話ですが、機械化は新しい種類の手を出さない看護をもたらしたと書いてあります。手を出さない看護というのは、非常に比喩的に言っていると思いますが、看護であり得るはずがないわけですが、そういったことが書いてある文献があります。

人類の祖先の時代までさかのぼってみますと、とにかく直立自足歩行を獲得して、前足を手に開放した人間は、その手を用いて、自分以外の仲間のために狩りをし、道具をつくり、道具を使ったわけです。そして、ヒトは人間になったと言われていますが、そのこと自体、これは誰かの何かの役に立つ存在としての人間の意思を、手によって達成してきたということが言えると思います。本能的に自分の飢えを満たすだけではなく、一緒に暮らしている仲間たちのために、狩りをし、魚を捕り、いろんな木の実、草の実を採って集めてくるわけです。そして、この下のように、石の上に石を置いて、石でたたく。つまり、手の代わりになる道具を人間の祖先たちはすでにつくっているわけです。矢尻をつくっています、このことを頭に入れておくと、今の巨大化している病院の機械化医療や、コンピューターを使っているいろんなことがIT化されて行われていますが、人工透析にしても、CTにしても、なんにしても、とにかく大本は人間の身体ツールの延長であったということ、少し頭の片隅に入れておいたほうがいいのかと思います。

つまり、機械と手というのを対比した概念で捉えるのではなく、手の延長としての機械ということを考えたら、機械の操作そのものの中に人間の心を込めていかなければいけないのではないかなという1つの問題が浮上してきます。でも、今日はそのことはあまり詳

しくは述べません。

本当に手というのは、改めて申すまでもなく、生きる営みのツールとして始まります。一番上の左側の赤ちゃん、生まれたばかり、最初に食事をする時の赤ちゃん、これは本能でお母さんの乳首に吸いつくわけですが、右手はお母さんのおっぱいをもみながら、ほっぺをお母さんの温かい乳房にくっつけ、ゴクンゴクンと飲みながら、至福のひとつきを過ごしてるわけですが、もうこの時から手が使われ始め、そして、食べる手、握る手、東洋の子どもたちはお箸を、4~5歳になったら、おうどんでも何でもつまめるようになりますし、パンツを、まだおむつをしている子ですが、上げたり、下ろしたり、外したり、水で手をぬらしたり、ボタンを留めたりといったような、あらゆる人間の営みが手でやられていますから、もう大人になったら、もちろんもっとたくさん使っているわけですが、それを今度医療の場面で見えますと、あえて私は過去形で述べました。医療の場面で使われていた手です。

本当は使っていただきたい手ですが、現在はほとんど使われていないので、使われていたとしましたけれど、アセスメントツールとしての手の存在、これは皮膚に触れることだけで、温度、湿度、冷感があるかどうか、乾燥しているかどうか、水分が行き過ぎていないだろうか、足りないだろうか、あるいは、脈拍ですね。正常値のアセスメント、もちろん打診、それから、触診ですね。そういったことを、私が述べるまでもなく、腹部に触れた手は、ガスの存在、宿便があるかどうか、炎症があるかどうか、腹水はどうか、腫瘍はどうか、知覚過敏はないだろうかも分かりますし、また、静脈注射や採血をする手は、静脈の走行や、振戦、緊張度などを探る手です。ですから、この中で、いくつかは使われているかもしれませんが、これらのことがほとんど今、診療場面で使われなくなったと思います。

アセスメントツールと書きましたが、実は治療の手段でもあったと思うのです。というのは、私たちも記憶が自分ではありますが、おなか痛い、今日どうしよう、病院に行くほどではないけれど、お通じも出ないから、心配だから、ちょっと行ってみようかしらということで、やっと決心して、病院に診察券を出して、そして、受診をしますが、トントンとノックして、こんにちはと言って、先生とお会いして、先生がずっと話を聞いてくださり、そこに横になってごらんないと言って、おなかを触る段階になってくると、どこが痛かったか、うちに居る時は痛かったのが、もう分かりませんというように、お話を聞いてくださって、ちょっとおなかに触れるだけで、治ってしまったという経験がずいぶんあります。ところが、最近の外来はそうではなく、ほとんど顔を見てくれない、聞いてくれない、触ってくれないということで、返ってひどくなるということがよくあるということを経験しています。

もう1つは、看護の手ですが、看護の手も、これも本当にこのとおりあればいいと思いますが、なかなかそうになっておりませんが、看護の心を表現する手です。そして、苦を受け取り、分かち合う手です。看護師の手は本当に温かく、柔らかく、そして、直接的な、

物理的に触れなくても、全人格的に触れる思いというか、気持ちというか、そういったもので触れますので、いろいろな意味で癒すわけです。

その具体的な行為を表出する手としては、生活諸行動の支援、食べる、それから、トイレに行く、体をきれいにするなど、様々な所で看護師は手を使って支援しますし、環境を整えたり、喀痰排出を誘導したり、便通を促したり、痛みを緩和したり、それから、コミュニケーションの手段としては、慰めたり、励ましたり、指示したりという手があり、大きな手術の前に緊張している患者さんに、ちょっと手を握るだけでも気持ちが休まりますし、ICU の患者さんで、ほとんど意識のない患者さんでも、ナースが手を触れることにより、脈拍数プルス数が少なくなったり、血圧が下がったりという状況がありますから、そういった意味では、触れるということはとても意味があるのですが、本当に触れなくなったことに、私は危機感を覚えています。

医療の概念の変化という、先ほどお話もありましたが、私は今も被災地に行っていますが、2011年の4月に、本当に臨場のすさまじさというか、その場に足を下ろしてみても、まったく何もない所で考えたのが、もうこのままでは駄目だと。つまり、何かしたいと思っただけで行ったのですが、何もできないという自分の無力感と同時に、あの時 DMAT で救急でずいぶんたくさん救護班の方がいらっしゃっていましたが、ほとんど高度医療は役に立たなかった話をたくさん聞きました。一晩中、低体温のお年寄り、水でびしょびしょになって、本当に寒くて寒くて震えているお年寄りを、看護学生たちが、ゴシゴシゴシゴシずっと一晩中さすり続けたり、手でなで続けたりしながら、体温を高めていったという話があちこちにありまして、医療機器はほとんど流されて何もなくてということを知って、これ本当に医療の概念を根本的に変えなくてはいけないなと思ったのです。

私だけではなく、それは多くの方がおっしゃっていますが、治す医療から、自然の回復過程を整える医療に変えていかなくてはいけない。キュアからケアに変えていかなくてはならない。先ほどおっしゃったように、医学モデルから生活モデルへもそうです。

それから、超高齢化に伴って、疾病構造がどんどん変化していきますと、今は高度急性期医療が、本当にどこの大きな病院も大体高度急性期医療ですが、これが高度慢性期医療に転換して、在宅にシフトしていく。それは、在院日数も今非常に短縮されていますが、在院日数の見直しが始まって、慢性期に特化した病院のあり方、医療のあり方が進み、在宅の医療や看護がますます注目され、そこにそういった医療人の働きが求められるようになると思いますが、そういったことを考えた時に、現在の病院のあり方そのものも、患者さんの QOL を視野に入れた、脱機械化医療をしないと駄目だと思うのです。

原発の事故で、脱原発の是非を巡って世論が二分しているように見えますが、脱原発を成功させるためには、病院の中でも脱機械化を考えなくてはならないのではないかと。それは、なぜこんなことを言うかということ、実際に被災地の看護師さんたちの 150 人のインタビューを、この 1 年半の間にしましたが、被災直後、何が一番困ったか？という質問に対し、かなり上位にあったのが、脈が測れなかったということがありました。皆さん、

どうお考えでしょうか。「脈が測れなかった?」、「どうして?」、「手が凍えて冷たかったの?」と思ったのですが、そうではなく、自動血圧計がなかったからという返事でした。そこまで、もう病院の中の医療は変わったのかしらと思いました。

それから、実際に病院は流されなかったけれども、入院されている患者さん、それから、搬送してくる患者さんがたくさんいらっしゃいますが、停電でいろんなことが起こっておりますが、輸液の自動ポンプが止まってしまい、手動に切り替えてといった時に、手動に切り替える意味が分からなかったり、それから、在宅では14時42分に津波で電気が消えてしまうのですが、ほとんどお昼の経管栄養は終わり、ファーラーポジションで、みんなギャッチアップです、今はほとんど電動式ベッドですから、在宅でも電動式ベッドでファーラーポジションをとっていた人たちが、電気が止まってしまったので、このままの状態になってしまい、これを水平にする、そのベッドにはその機能がその時にはなく、そして、結局おむつを取り替えられなくて、褥瘡になってしまったというケースが何例もあります。

そういったいくつかのエピソードを聞くにつれ、本当にあまりにも便利になり過ぎた状況を見直さなくてはいけないのではないかなど。つまり、効率性から人間性への転換という意味は、効率性というのは、なるべく手をかけないで早く済ませようというのが効率ですが、なるべく手をかける方向に変えていかなくてはいけないのではないかと。そういったことに対して具体的な手法が、手を用いたケアになるのではないかなどと思いました。

それから先ほど、在宅の話や高齢者の話、地域看護学や在宅看護学がどうあるべきかということについてお話が出ていましたが、私は暮らしの感覚というのでしょうか、学生に暮らし感覚を教えるということは、もう容易ではないです。だんだん日本人の暮らしも変わってきていますから、容易ではないのですが、でも、ありふれた営み、人間が人間らしく生き、その人らしさを尊重されて生きていく上で欠かせないもろもろの営みを、支障なく継続できる。つまりどういうことかと言うと、息をしたり、食べたり、トイレに行ったり、眠ったり、体をきれいにしたりという、そのことが、もし欠けたり、不自由になったら、命を間接的に影響するような営みと、命には直接関係ないけれども、人々とコミュニケーションを図ったり、身だしなみを整えたり、それから、学習をしたり、趣味を持ったり、レクリエーションをしたりといったような、その人個別の営みがありますが、そういったものがきちんと保障され、病気であろうと、高齢であろうと、手術をしようとして、ということがきちんと整って初めて、尊厳ある生と人権の保障が実現するわけですから、この下に書いてあります生活、暮らしと個別の生活行動を支援するということが、非常に重要な意味を持っているわけですが、このところがなかなか重んじられていません。

そこで、改めて生活行動援助について考えてみますと、いろんなものが機械化され、自動化されていく中で、生活行動の援助、排せつの世話にしても、お食事の世話にしても、体をきれいにするにしても、これは唯一機械化、自動化されていない領域のケアであります。車は洗車機でビャーっと洗うかもしれませんが、人間の体はそういうわけにいきません。それから、昔チャップリンが『モダン・タイムス』で、パッパッパッパッと食べさせ

る、あれがありました、ああいったのもまた違って、本当に一人一人ゆっくり丁寧に食事の世話をしなくてはいけないわけですから、そういった意味では、自動化されてない、機械化されてない領域のケアを、改めて見直さなければいけないということと、患者さんの身体に手を当てて行う看護独自のケアがありますが、それは直接的な気持ちよさ、ああ、楽になったわ、気持ちがいいわという、そういった直接的な気持ちよさを通じて、看護では安楽という言葉を使っていますが、コンフォートですが、これは副交感神経を優位にいたしますので、ナチュラルキラー細胞の活性化を図って、免疫力を高めますし、消化器を活発化させまして、食欲を誘導しますから、そういった意味での、直接触れる手というのもとても重要です。

そして、これを誰でもできるというふうに思われがちですが、専門職が集中してこのことをすることにより、実は相手の方のコミュニケーションの身体チャンネルを開放して、その患者さんの人格が応答しますので、患者さんの学習を助成するチャンスです。あらたまってどこかの部屋に招いて、座って、これから糖尿病の指導をしますとか、これから腎炎の指導をしますとかというのではなく、ケアをする中で、こういった状況を生み出して、そして、その中で患者さん自身が応答してくださることを使わなければいけないのですが、これもまた、今、診療報酬絡みで、この面での仕事を看護ではない人たち、つまり、教育を受けていない人たちに委譲するということが、診療報酬の中で認められ、そして、看護系の雑誌も補助者の活用ということでの特集が組まれているような状況がございます。しかし、こういった、本当に看護師が自分の手を、身体ツールの一番出先である、この手を使って行うケアこそ、本当に醍醐味というか、看護のアイデンティティーに通じるわけなので、そこを大切にしたいなと思います。

一方、世界中の多くの人たちが、スキンハンガーであるというふうに言われています。今日私も本を持ってきていますが、詩集があります。これ、ポルトガルの詩なのですが、私に触れてくださいと、赤ちゃんからお年寄りまでが言っているわけです。もし、私があるあなたの赤ちゃんなら、どうぞ私に触れてください。今まで私が知らなかった優しさをあなたからもらいたい。お風呂に入れてください。おむつを替えてください。おっぱいを飲ませてください。ぎゅっと抱きしめてくださいという赤ちゃん。それから、青年も、熟年の人も、いろいろありますが、一足飛びに老人に行きますけれども、どうぞ何も恐れなくて、ただ私に触れてください。私はずいぶんわくちゃんになってしまったけど、あなたの優しさに力づけられる。私の疲れた体に寄り添い、温めてください。あなたが小さかった時と同じように、私の手を握り、私の側に座って、私を力づけてください。プリーズ・タッチ・ミーということ、このデイビスという方が、ポルトガルの詩人ですけれども、書いているわけです。

それから、また古くから、タッチすることの重要性についてはたくさんあり、古い文献ですが、モンタギューという方は、タッチは人間行動の発達基盤である、酸素、食物、休息、睡眠、排せつ、痛みからの解放、危険からの逃避など、基本的ニードに加えて、触覚

刺激のニードを追加すべき、乳児期、幼児期の適切な触覚経験が、人の健全行動発達に不可欠の重要性を持っているというふうに言っていますし、イボイヤーは、生は誕生において始まる。子どものおなかは飢えている。でも、肌も同じくらい飢えている。肌は求めている。背中も、背骨も、触れられることを、感覚を請い求めている。愛撫しながら乳児に授乳すること、すなわち、子どもの皮膚や背中に食物を与えることは、乳児のおなかを満たしてやるのと同じくらい重要だ。一時期、未婚の母というか、アメリカなどで少女たちが多く妊娠したりしましたが、それは何もセックスに対する憧れではなく、肌を求めている、触れてほしいという、そういったニードから起こったのだということを解説している人も居ましたが、とにかく、タッチの重要性については、そういうことです。

そこで、私は、「て・あーて」ということを推奨しようとしております。これは手の有用性を認識して、手を用いたケアの推進を図ろうということです。手当てというのは、辞書を引きますと、仕事の報酬としての金品、基本給以外の報酬ということが、まず書いてあります。そして、用意をすること、準備をすること、もてなすこと、ごちそうすること、計らい、扱い方と書いてありますが、社会保障や福祉での用法のほとんどが、手当てという言葉はお金の意味です。するという助動詞を付けて、けがや病気などの処置を施すこと、また、その処置と書いてあります。

それで、実は私たち、数年前ですが、文部科学省科研費で、看護師の手の有用性の研究ということで、3年間研究をいたしまして、その時に私が題名に、看護師の手の有用性の研究、手当て学の構築を目指すと書いたのですね。そしたら、助手の先生が、先生、手当て学とは、子ども手当とか、残業手当のことですかと、その場で真面目な顔して質問されたのですね。それで、あっと思って辞書を引いたら、こういうふうにお金のことにほとんど使われていて、確かに社会福祉の用語で、手当てという言葉を見ますと、全部これは手を触れることではなく、お金のことということが分かりました。

だから、やはりそれではよくない。もっと国際的にも普及する言葉として、「TE-ART」、つまり手のアートにして、「て・あーて」としてはどうだろうか。これはケニアのマータイさんでしたか、大統領が、もったいないという日本の言葉を、素敵だからということで、世界中に広めたということで、私も世界中の人がスキンハンガーだったら、世界中に、「て・あーて」という言葉は広げられるのではないかと思い、造語で、本当は手のアートですから、て・あーとなのですが、そうではなく、Eを付けて、「て・あーて」と読むことにさせていただきました。

この手というのは、時実利彦先生は、意識も定かではない重篤な病人と、なんとか心を通わせたいと願う時、知らず知らずに行うこと、それは、手を握り締めたり、腕や足をさすったり、肌の触れ合いは、百万言を用いるよりも、どんな視聴覚の方法よりも、より効果的にお互いの心を一体化し、心の連帯をつくってくれるというふうに述べていらっしゃいます。

竹内敏晴さん、この方は亡くなりましたが、演出家でした。この方が、看護される体験

の原点、それが母の手の記憶と題して、少年の頃、急性中耳炎で身じろぎしても痛む耳、すっとふすまが開いて、枕元にひざをついて、私のこめかみにじっと手のひらを当てて、熱を見てくれるお母さん。襟元へ伸びた手は、汗で寝間着がぬれているかどうかを確かめ、ぐっしょりならば、手早く寝巻をはぎ取り、そっと寝返りさせて、汗を拭く。寒くて震えが走るが動けない。乾いた布にくるまれるまで、ただ母の手に任せている。痛くて苦しいままでの安らかさを書いてあるのですね。私はこの母の手の記憶の中に書かれている、痛くて苦しいままでの安らかさというところに、看護の、先ほどコンフォートという言葉を使いましたが、看護の安楽の原点があるような感じがいたします。

つまり、医学的には、医療的には、痛みを取り去る、苦しみを取り去るのは、麻薬であり、麻酔薬だと思うのです。でも、看護の場合には、完璧に取り去ることはできないのです。少し手を差し入れて、持ち上げるだけで、患者さんは、ああ、楽になった。でも、その、ああ、楽になったというのは、一時のことで、そのままの状態を続けていると、またつらくなるわけですから、また元のつらかった状態で下ろすと、また、ああ、楽になったとおっしゃる。これの繰り返したと思いますが、常にまだ少し痛みは残っているが、でも、さっきに比べたらずっと楽になったわという状態を持続していくのが、看護の手だというふうに考えるわけで、その意味では、痛くて苦しいままでの安らかさという言葉は、すごく大きなヒントになります。

手を用いたセラピーはたくさんありますが、古代エジプトのお墓、私が見たわけではありませんが、紀元前 2400 年のお墓に、主人が使用人に手をマッサージさせてくつろいでいる姿であるとか、それから、中国の街角で足裏マッサージをしているところですが、そういったものがあつたこと。

それから、もう 1 つ、今ちょうど最後に来て、新島襄が亡くなって、お八重さんが日赤の篤志看護婦人会に入るところで、この間もテレビがちょうど終わったのですが、彼女が明治 37 年に大阪予備病院に看護師たちを連れていくわけです。そこに日露戦争の傷病兵たちが収容されているわけですが、とにかく女性が男性の兵士をケアするということに対しては、世間の注目を集めたわけで、新聞記者たちが取材に入っているわけですが、何がよかったかといって、みんな兵士たちが答えていたのが、傷でやられた所、痛む所を、ナースたちがマッサージしてくれた、そのことが非常に苦痛の緩和に役立ったということをや口々に述べているということが、当時の新聞、縦書きの古い新聞ですが、書かれています。

私は日赤の卒業生で、そして、私が日赤に入ったのは昭和 23 年ですから、1948 年です。戦争は終わっていましたが、戦地からどんどん婦長さんたちが引き揚げてきて、従軍で修羅場を越えていらっしゃった婦長さんたちですから、とても怖かったのですが、その婦長さんたちが、私たちにはすごく厳しく怖いことをおっしゃるのですが、患者さんの前に行くと、ぱっと声も変わって、おみ足さすりましようと言うが早いのか、さっと手は患者さんの足に入って、さーっとさするのですね。そうすると、苦悩に満ち満ちた患者さんの表情が、わーっと和らいでいく。そういうのを周りで見ていて、あんな婦長さんになりたくな

いと思ったが、あの技だけは習いたいなと、何回思ったか分かりません。つまり、ああい
う憧れというか、本当にさっと苦しみをとる手のひらとは、どうなっているのだろうとい
うふうに思ったものでした。

こうした看護師の身体を持つ道具性ですが、患者を起こす時には、私の両腕は、持ち上
げたり、引っ張ったり、挟んだり、押したり、支えたり、私の下肢は、膝を中心に微妙な
振動を受け止めるばねの働きをします。患者さんの安楽を図る手段としての最高のツール
であり、アセスメントと方法を生きさせるツールであります。これを用いない手はないと
思うのですが、そして、手は目的によって自由自在、温度は一定、サーモスタットはいり
ません。触れて、感じて、アセスメントする、脈拍を数えて、触知して、正常をアセスメ
ントする。自動血圧計は、数は分かるそうですが、正常までは分からないと聞きました。
でも、私たちの指先は、微弱であるか、流れるような脈なのか、細い脈なのか、いろい
ろなことが分かりますが、そういったことが分かる。それから、痛みや呼吸苦を少しでも和
らげる手、便や尿が気持ちよく出せるように支援する手。

つまり、患者さんの信頼は、われわれの手を通して得られると思います。そこに信頼を
得られると同時に、もう 1 つ大事なことは、信頼がないと触れさせていただけないとい
うこともあります。よく私が手の有用性の話をしますと、男子の看護学生から質問をよく受
けます。先生、いきなり触られたらセクハラになりませんか。そうよ、いきなり、あな
た、パッと胸なんか触れてはいけませんよということをするのですが、触れ方というの
があるし、最初に触れる場所というのがあります。取りあえず、とにかく治療者というか、
癒す者と患者さんとの関係、そして、患者さんと癒す者との関係、そういったものの相互
作用で、この手の有用性が成り立っているわけで、これは研究で明らかになったのですが、
例えばマッサージをするにしても、確かに時間をかけてマッサージをしますと、患者さん
の側の血流もよくなって、神経も静まって、非常に落ち着いてくるのですが、マッサージ
をしている側の血流もよくなって、マッサージしてる側も気持ちがいいのですね。です
から、本当に相互作用であることは間違いないと思います。

そして、触れるというのは、直接物理的に触れるだけではなく、触れるという言葉、こ
れはまた日本語でいい言葉だと思いますが、心に触れるとか、人格に触れると言葉があ
りますように、あらゆるコミュニケーション、言語的、非言語的な方法を用いながら、患
者さんの苦悩や、不快や、不動に絡む不安を軽減する。言葉や、しぐさや、振る舞いや、ま
なざし、そして、日本の工学というか、非常に工学が発達していますから、工学の技術
をもってすれば、もう早晚、もしかしたら今もうできているかもしれませんが、看護師の
手の温かさとか、湿度とか、いろんなこととまったく同じ、触れられた感じが同じロボ
ットが、たぶん出てくると思うのですが、そのロボットが触れた場合、本当に患者さん
の気持ちがいいのだろうかということで考えた時に、それは??というのがあって、こ
れも研究をしたのですが、心を込めて、あなたの苦痛をなんとか取り除いてあげましょ
うねと、心を込めて触れた手と、ただ機械的に触れた手では、主観的に、その触れら
れた側の主観が

かなり変わっているということも、調査によって明らかになっていますが、とにかく心を込めて触れるということがとても重要ではないかなと思います。

先ほども申し上げましたように、心を伝える手というのは最も意味のあるコミュニケーションで、心を込めて触れるだけで、共感されていると感じ、支えられていると感じ、励まされていると感じ、不安や恐怖の軽減や、苦痛緩和や緊張軽減にも役立つということが、先程のICUの患者さんの行動からも言えるわけです。そして、手術後の患者さんや、検査後の患者さんに伺っても、あの時にあなたが手を握ってくださったことで、すごく気持ちが落ち着いたのよとか、とってもよかったわということをおっしゃいますから、すごく看護師の手は楽だと思います。

被災地では、本当にこうして膝をなでたり、背中をさすったりすることで、とても喜ばれました。生きている実感、相手の息遣いから、この人とともにある手、温かな思いが手を伝わって、体の芯まで安らぎをもたらすというような感じで、本当に皆さんからも喜ばれました。

先ほど、手を用いたセラピーの歴史を話しましたが、実際にはマッサージ、これはもうきちんと資格が取れていて、このマッサージというのは、本当はマッサージ師がやらなくてはいけないそうですが、マッサージ、それから、指圧、セラピューティック・タッチ、デフレクソロジー、エムテスト、医療気功、静的筋弛緩法、リンパドレナージュ、タクティールケアなどなど、このことだけで、すでにもう業を成している方たちがいらっしゃるし、このことに習熟していらっしゃるヒーラーの人たちがたくさん居ますし、それから、このことの技を習得するためには、何十万円のお金を払わないと、なかなか習得できないような講習会があちこちで行われていますし、また、町では、なんとかマッサージとか、なんとかセラピーというのがあるって、実際に治療を受ける側も、たくさんのお金を払わなければならないわけです。

看護というのは、これらの専門家になる必要はないですが、これらの一つ一つを調べてみますと、なるほど長い歴史を積み重ねて到達しているものもたくさんありますので、非常に学ぶべきものは多くございます。ですから、その中から、それこそ上澄みだけをというか、いいところを取って、そして、看護の中に取り入れることによって、一層豊かな看護実践が可能になるのではないかと。業としてこれをやるのではないが、看護の中にこれらの方法と考え方を頂くということはいいいのではないかなというふうに思っています。

これから専門職ならではのケアを提供するために、手の技を究め、高める。それは実践と理念を統合し、目標達成に有効な技の習熟と精練が求められますし、経験値を言語化して、新しい知を技にしていく必要がありますし、先ほど、教育のいろいろな、本当にすごいと思って伺っていたのですが、基礎教育の今のカリキュラムの中で、この手の技まで教えるのはなかなか大変かもしれませんが、基礎教育の課題にもしていきたいし、「て・あーて」学の構築を考えていきたいですね。

ところが、「て・あーて」という言葉を皆さんにお話しすると、皆さん、いいねと言って

くださるのですが、看護の人たちにもどれだけたくさん、私はお話をしたか分かりませんが、やっていますよという声は聞かないのですね。よくよく考えてみたら、今の医療現場があまりにも忙しく、目まぐるしく、機械化が進んでいて、手を当てている暇がない状況が進行していると。どこでこれをやるかとなった時に、私はこれは何もなくなった被災地でやるしかないかなと思ったのです。

もう1つ言いたかったのは、手を使って行う仕事というのは、今の診療報酬では、これもあるのです、広まらないのですね。つまり、診療報酬で評価されないのです。これはたまたま1つの例ですが、肺炎のリスクの高い患者さん、高齢者が入院してきました。大腿骨頸部骨折で入院してきました。75歳以上で、寝たきり状態が続いていて、見当識レベルは低下していて、経口摂取ができなくて、おしゃべりもできないとなったら、この方、99パーセント肺炎を起こす可能性があります。上気道感染を起こす可能性があります。でも、頸部骨折ですから、病院としては骨折のほうのいろんな対策を立てて、どんどん看護計画も進められていきますが、しかし、優れた看護チームがもしそこに居れば、3時間置きの体位変換をし、1日4回のマウスケアをし、スクイーピング、ドレナージをして、喀痰、喀出を促し、つまり、全部これ、手を使ってやらなくてははいけません。

何も起こりません、つまり、肺炎を起こしません、上気道感染を起こしませんので、患者さんのQOLは向上していますが、病院の収入には一銭にもなりません。放置しておけば、ゼイゼイしてきたからレントゲンを撮った方がいいかもしれない、いや、ひょっとしたら感染を起こしているかもしれないから、痰の培養をしてごらん、抗生剤を出しておこうかということで、全部これはお金になってくるのですが、そうではない限りお金にはならないのです。

これはナイチンゲールがいみじくも、薬を与えることは何かをしたことであり、空気や、暖かさや、清潔さを与えることは、何もしないことであるという確信が、なんと根強く行き渡っていることかということ、1860年に言っているのですが、手を用いて何かをすることは、何もしないことであり、薬や、注射や、手術をすることは、何かをしたことだということと同じ構造なのですね。だから、今の病院の中では、「て・あーて」なんて、いくら私が叫んでみても、広まらないわけです。でも、広めなきゃいけないと思うのです。ですから、今後の課題は、実践すること以外ないと思います。

実は、アフリカから、母子保健看護管理コースの人たちが毎年来日されて、勉強していますが、私は必ずそこで、「て・あーて」の話をします。アフリカの人たちは、実は日本であまりにも進み過ぎた分娩、助産の、機械化された、環境のいい所でのお産に、もう目まぐるしくて、そして、自分の国に帰ってからできないという、少し絶望感を感じているところに、私が、看護師の手はこれだけ有用よと話をすると、彼女たちの目がきらきら輝いてきて、みんな、「て・あーて」と言ってちょうだいと言うと、「て・あーて」と言ってくれるのです。もうこれ10年近く続けていますから、たぶんアフリカで少しは広まっているのかなと思うのですが、それで研究もしましたし、しかし、この理念は共有できても、

現在の医療現場での実践は厳しく困難なので、研修プログラムの展開と実施が必要で、これをするのを、私は被災地でやることにしました。

東松島市に、「て・あーて東松島の家」という 300 平米のお家を賃貸で借りまして、11 月から借りているのですが、いよいよ始動しますが、皆さんに配ったビラです。「て・あーて」、この優しい響きを声に出してみましよう。「て・あーて」とは、古くから、痛む場所をさすったり、なでたりして、病人や負傷した人をいたわり、慰めた、人間の手を用いたケアのことです。手はつくります。手はつなぎます。手は癒します。そして、時に励まし、慰めることもできます。「て・あーて東松島の家」は、ケアし、ケアされる人々が集う場所です。一人でじっとしている方、疲れてどこにも行きたくない方、誰かと話したい方、持病のある方も、元気な方も、どうぞ、ここさけらいんというビラをまいております。

そして、「て・あーて」の実践の場が、向こうの右端の家ですが、て・あーて東松島の家、ハウステ・あーて東松島といいますが、ピンピンキラリと美しくというのがモットーです。ピンピンコロリではないです。ピンピンキラリです。そして、介護先延ばし塾開講です。

先ほど、佐々木先生でしたか、とにかく地域の方たちの力を活用、ボランティアの活用というお話もたくさんありましたが、私たちは、この介護先延ばし塾を受講したお年寄りの中から、キラリサポーターという修了証書を差し上げて、その方たちに今度はセルフケアとか、ライフスタイルのチェンジ、つまり、生活習慣病を予防する。超高齢社会というのは、医療の側から見たら、要介護者が増えて大変だという思いが強いかもしれませんが、私たちが実際に現地に行っている、大体お年寄りというと、82 歳から 92 歳ぐらいまでの方たちがお年寄りなのです、歩いていらっしゃる方が。これから超高齢社会とは、そういう時代で、とにかく元気な人の高齢者が多いです。ですから、元気な高齢者を寝たきりにさせないように、要介護にしないための看護や医療の力が必要なのではないでしょうか。もちろん歯学の場合もそうだと思いますが、歯の口腔ケアをきちんとして、肺炎を予防したり、それから、私たち看護から言えば、生活行動の点から、生活習慣病というのは認知症にもつながっていきますから、生活習慣病を予防するという、治療から予防へとということがとても重要になってくると思います。

私たちは、アウトカムは QOL と健康長寿ということを目指して、看護と介護を連携し、これも今縦割りで、看護と介護が離れてしまっていて、行政も、教育も、資格も、全部離れてしまっていることが大問題なのです。利用者さんたち、大変混乱しています。ですから、できたら看護と介護は一つになって、地域完結型のケア提供の場が核となって、隣人の安否気遣う、災害に強い町づくりを、このケアハウスが核になってつくりたいなど。そして、暮らし続けたいコミュニティーモデル、小さなコミュニティーモデルを被災地から発信しましょうということは今掲げて、活動をしているところでございます。どうもご清聴ありがとうございました。

(質疑応答)

【座長：高田】 川嶋先生、ありがとうございました。皆さまの方からご質問、あるいは、ご意見等ありましたら、1~2 お受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。時間も遅くはなっておりますが、せっかくの機会ですので、どうぞ。どなたかいらっしゃいませんか。

【座長：北村】 どうもありがとうございました。この「て・あーて」というの、本当に感動いたしました。看護で言えば基礎教育、あるいは、医学・歯学で言えば、学部教育でどのような形で教えていくのがよろしいでしょうか。彼ら、若い人たちは、すぐ最先端医療とか、機械の使い方とか、先生がおっしゃるデジタルの CT、MRI の読み方のほうへ走るので、手を当ててごらんと言っても、怖がって手を引っ込める人が多いように思いますが。

【川嶋】 最初は看護学概論とか、一番基礎の基礎で話すのがいいのではないかなと思います。そして、先ほど時間がないので途中になりましたが、どんなに医療が高度化して、機械化医療になっても、その機械が手の延長だとしたら、その機械を怖い怖いと言いながら、誰も居ないところでポンと機械を装着されるのは、人間としてたまらないと思うけれども、そこで側に居て、大丈夫よという、その機械が語るようにしながら、寄り添うというか、それも看護なのよということを教えたいなというふうに思いますが、でも、なかなか、今のカリキュラムの中でどこに割り込むかということは、とても難しく、私は老年看護学をやっていたので、実習に行く前の学生たちに必ずこれを話して、学生たちは触れないのですよ、お年寄りに、怖くて。ですから、手首から下の、脈拍をとる手を持ち替えて、そして、手を静かになでながらコミュニケーションをとる方法を学生に教えてから、みんなを現場に出しました。そういうふうなことを意図的に教員が、長い時間はいらなと思いますが、取り入れないと、なかなか手の価値というのは分かってもらえないのではないかなと思います。

【座長：北村】 ありがとうございました。

【質問者】 川嶋先生にはコンチネンスの時からいろいろお世話になりまして、ありがとうございました。久しぶりに手当てのお話を聞いて、私は成人看護学概論のところでアロママッサージをしております。実際に学生にパッチテストをして、大体1コマぐらいですが、実践をしております。これやって気持ち悪かったという人はほとんど居ないので、実習に行きますと、大体は足浴にアロマオイルをたらしながら、患者さんからとてもいい反応を得られて、触れるということが、私も最近感じておりましたけれども、教室で学生の肩に触れると、びくっとするのですね、最近は。それなので、相当な信頼関係を持ってから触れなくてはいけないというのを、今日思いましたが、これからは私は、今日の先生のお

話も交えて、アロママッサージをまた実践していきたいと思っております。ありがとうございました。

【座長：高田】看護の本の中に、ハイテクノロジー・ハイタッチということがよく言われておりますが、テクノロジーが進めば進むほど、本当に温かな人間的なケアといいますか、触れるということが多用するような、そういうケアというものが大切になるということなのだと思えます。今まさに川嶋先生がお話くださったのは、何もない所での手当での価値と、それから、たぶん高度医療はなくなるということは絶対あり得ない、さらに進んでいくと思えますが、その中で、人間的な、本当にほっとするような心地をもたらすということは、手ということのかなということ、改めて感じました。その意味では、医学にも、それから、歯学も、それから、看護全体に、この意味というのがあるのではないのかなと思、聞かせていただきました。本当にありがとうございました。