

— 同志社女子大学 看護学会 第一期生卒業記念講演会 —

看護の未来展望 ～これからの看護師に求められる力～

The future prospects of Nursing
— Required ability of future nurses —

秋山智弥（岩手医科大学看護学部特任教授，日本看護協会副会長）

Tomoya Akiyama

皆さん、こんにちは。岩手医科大学の共通基盤看護学講座で特任教授をしています秋山と申します。共通基盤看護学講座というのは、基礎看護学と成人看護学の急性期、慢性期、そして統合看護分野の4つの領域をひとまとめた大講座で、4領域の壁を取り払い、教員一丸となって臨床に強いナースを育てていこうという講座です。岩手医科大学は創立120周年を迎えた非常に歴史のある大学で、その120周年に看護学部を新設しようと、今までのやり方にとられない新しい教育をつくっていこうという、その心意気にひかれて、私も岩手に行く決心をしました。また、私が看護部長に就任した年がちょうど東日本大震災の年で、被災地支援が最初の看護部長としての仕事だったものですから、東北や被災地からの依頼はとにかく断らないようにしようと、そういうつもりでいろんな講演に行ったり、いろんな仕事をしたりしていましたので、今回の岩手のお話をいただいたときも、少しでも何か、東北の皆さんの力になれるのであればと思って岩手に行きました。私はもともと大阪生まれなんです。普通にしゃべっているときは大体、関東弁というか標準語でしゃべりますけれども、時々、関西弁が出るかもしれません。皆さんには関西弁のほうが耳になじみがいいかもしれませんが…。いまはこれまで全く縁のなかった東北に住んでいるので、全く未知の土地で、とにかく寒くてたまりませんっていう感じでした。去年は一生分の風邪ひいたような、1年間でした。一時、新潟にいたこともあって、新潟は雪がすごいですね。たくさん雪は降るんですけど、でも、そんなに寒くないんです。日本海を暖流が通ってるせいもあって、せいぜい零度ですね。氷点下2桁っていうことはほとんどないです。でも、盛岡は氷点下2桁までいくときもあって、大抵、零度以下なんですよ。道路はツルツルで屋根にはつららができてたりします。玄関開けると、つららがポキッと上から落ちてくるような、そんな寒い中で、去年は本当にインフルエンザのAもBもかかり、大変でした。大体、関西人は寒さに弱い体質ですから、最初の慣れるまでは非常に苦労しました。でも、何とか2年目を迎えられるかなと思ってます。

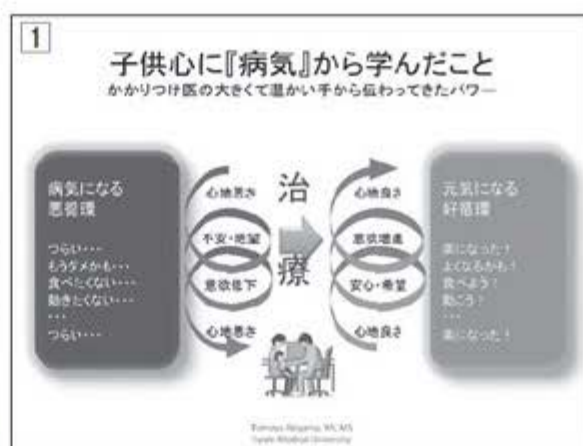
本日はこのような貴重な機会にお招きいただきまして、本当にありがとうございます。最初、同志社女子大学に看護学部ができたときにはまだ、岩手に行く話はなくて、1期生の皆さんが病院で実習してくれて、たくさんの人に京大病院に就職してもらいたいと思って、そういう夢を持ちながら、同志社女子大学からの実習を楽しみにしておりました。けれども、実際には、実習に来ていただいたときには、既に岩手のほうに行っていたもんですから、皆さんにお会いするのはきょうが初めてという状況です。

まずは国家試験お疲れ様でした。ほっとしたという思いと、大丈夫かなっていう思いと、なんか複雑な気持ちかもしれないですね。私も国家試験を受けたときには、やっちゃったなっていう思いでした。昔は発表が5月ぐらいでしたから、1カ月は助手の身分で働くんですけど、せっかく就職したのに、落ちてたらそのまま助手の身分のまま、助手として働き続けなきゃいけない、どうしよう、恥ずかしいなと思いつつ。だけど無事合格してたので、皆さんも多分、大丈夫だと思います。少し早いですが、まずは、卒業おめでとうございます。今日は、私の看護師として進んできた道のりを少し、エピソードを交えてお話して、少しでも、これから看護の道に入ってくる皆さんのお役に立つようなお話ができればいいかなと思っています。

看護師を志したきっかけ～病弱だった子ども時代のかかりつけ医

もともと私は、男性の看護師がいるっていうことを大学に入るまで知りませんでした。というより、そもそも看護の仕事に全く興味がなかったんです。もともとは医者になりたかったんです。お医者さんになるつもりで医学部受験をしていました。どうして医者になりたかったかっていうと、さっきもインフルエンザの話をしましたけれど、風邪をひきやすかったんですよ。メンタルが弱かったんです。今はもう強くなりましたけれど、昔はメンタルが弱くて、熱が出るじゃないですか、風邪をひいてね。そうするとしんどいでしょう。しんどくてだらーんとして、どうにもこの熱が下がるっていう気がしないんですよ。このままどんどん熱が上がって体悪くなって死んじゃうのかなって、すごい不安に襲われるわけです。不安になればなるほど食欲も落ちるし、食欲が落ちて食べられない状況で、熱もあるし、昔はそういう時はお風呂にも入らなかつたりしたもんですから、気持ち悪いですよ、ベタベタして。そういう状況でなかなか寝付けないわけですよ。昼間もずっと横になってるもんですから、昼も夜もなく、夜ぐっすり眠れるっていうことはなくて、起きてるとまた余計なことを考えて不安になってっていう、この繰り返しなんです。

スライドの左側にあるように、病気になるっていうのはこういう悪循環じゃなくなってしまう（スライド1）。心地悪くなって不安になって食欲が下がって、また、それで心地悪くなって、熱がなかなか下がらなくて、親も心配になってお医者さんの所へ連れて行くわけです。近くの開業医でとってもいいお医者さんがいました。その先生に触診されるわけです。直接手を触れる。そうすると、手から温かさというか、熱が移ってくるような、そういうパワーをもらう。そういう感覚



を持ちつつ、大丈夫だよって言ってくれと、もうそれだけで安心して、治るかもしれないという希望が生まれるわけです。その安心感と、一人孤独に病氣と闘ってる中で直接触れられて、自分一人じゃないんだという、つながってる感覚が芽生えて、良くなるかもしれないと思える。だんだん希望が湧いてくると、食べよう、動こうっていう、そういう意欲が湧いてきます。少し食べて動くようになると、疲れてよく眠れるわけですよ。また、お風呂に入ってさっぱりすると、ますます心地良くなっていく。左側を病気になる悪循環だとすると、右側は元気になっていく好循環、いい循環に入っていく。こういう悪循環から好循環に切り替えてくれるのがお医者さんのやってる治療だっていうふうに幼心に思いました。そういう尊い仕事をお医者さんっていうのはやってるんだ。そういうお医者さんに、自分もなりたいたいという思いでいました。

大学に入ったときは、まだ看護の存在すら知らなかったんです。自分が医者になろうと思った頃は、3時間待ち3分間診療って言われたり、あるいは医科学が急速に発展したときで、当時は臓器移植を再スタートするかどうかっていう議論があって、脳死の問題があったり、一方で、得体の知れないエイズっていう病気がでてきたりっていう、すごく暗いニュースもたくさんありました。そういう3時間待ち3分間診療って言われる中で、医者として自分は本当に患者さんと向き合う時間ってあるのかなって、すごく不安に思いました。そうやって医科学が進歩してくると、たくさん勉強しなきゃいけないですよ。いい医者になろうと思ったら、例えば内科医であれば、最新の治療法について精通していないといけません。たくさん論文を読まなきゃいけない。いい外科医になろうと思ったら、たくさん手術をしなきゃいけない。そうすると、たくさん勉強をする、たくさん手術をする、そういう時間を使えば使うほど、相対的に患者さんに向き合う時間って減っていきますよね。そうなってくると、自分が本当に目指してる医師像って、このまま医学部に入っていったらなれるんだろうかって、そういう疑問を持つようになりました。

そういう中で東京大学に入り、そこには看護学教室っていうのがあることを知りまして、私は、最初、すごく違和感がありました。自分の中でも看護師はお医者さんの手伝いぐらいにしか思ってなかったん

です。それが、どうして学問なのかが分からなかった。だけど、学問として東京大学にある。だから、それを学んでみたんですね。そうすると、実は自分が目指していたかかりつけ医のやったことの大部分は、看護だったんじゃないかっていうふうに思い至りました。かかりつけ医は、医療も提供するけれど、それと同時に生活療養上の支援的なこともきちっとやられていて、そこには看護師さんがいたり、いなかったりしたわけですが、実は大部分がその看護の部分で。ましてや、こういう世の中で医師が医業に専念していけばいくほど、患者さんに向き合う時間が減っていくわけだから、その部分を看護がしっかり担っていけば、医師と看護師が協力し合っている医療が提供できるんじゃないかっていうふうに思ったのが大学のときでした。看護こそ、治療の根底にあるべき、人間の普遍的な営みじゃないかなと思ったのが最初のきっかけでした。

看護師を志したきっかけ～慢性期実習での肺がん末期の患者さんとの出会い

看護のコースを取って、実習をするようになったんですね。成人看護実習、2週間の短い実習でしたけれども、慢性期の実習でした。70代のFさんという患者さん、肺がんの末期です。ヘビースモーカーでガンブラーでものごくがたいの大きい、ちょっと人相も悪い、こわもてのおじさんでした。で、もう何もやることないんです。ターミナルで、ずっと24時間、IVHで持続栄養をさされていて、食事は拒否してたんです。以前は食事食べてらしたんですけど、いつの頃からか食事を拒否するようになって、それで無理やり点滴で栄養をされるようになり、そういう状況で、ただ毎日、空を眺めてるだけなんです。空を眺めてるっていうよりは、空の反対側を見ているような、そういううつろな目で。話し掛けても一切、返事がない。全く意に介せずっていうような感じでした。聞こえてないわけじゃないんです。聞こえてるんだけど、無視してる。動けないわけじゃないのに、自分では動かない。ただ、されるがままに2時間ごとに体位交換されていて、大きな褥瘡もできてました。そういう患者さん、もう何も治療はやることないんです。検査の結果だけを見て、治療の点滴のメニューを決めて、看護師も黙って患者さんの所へ行って点滴を交換して、体の向きを換えるだけ。よくそんな患者さんを学生に受け持たせたなど、今となっては思いますが、この患者さんを受け持ったんです。

毎日、「おはようございます」って声を掛けるんですけど、全く無視されます。いろいろやることはたくさんありますから、やりながらずっと声を掛け続けるんですけど、全然返事がないんですね。もともと私も関西人じゃないですか、皆さんと同じ。だから、なんか人を笑かしたろっていうふうなところが常にあるんですね。向こうも無視してるわけだから、なんかちょっと無視し切れないような状況でプフッと笑かしてやろうみたいな、そういうつもりでしょうもないことをたくさん言ったわけですね。だけど、全然反応ないんです。

そうやって1日目が過ぎ、2日目が過ぎ、3日目の朝、行ったんです。「おはようございます」って言ったら、そしたら、眉間にピクッとしわが寄ったんですよ。初めて反応したんです。それ、街中でそれやられたら、もうドキッとしますけれど、うれしかったですね。初めてキャッチボールの球が返ってきたっていうんですかね。コミュニケーションじゃないんですけど、でも、ピキッとね。その後、間髪入れずに出てきた言葉が、「なんでおまえ、毎日いるんだ」っていう、この一言だったんですよ。怖いでしょう。

だけど、3日目にして初めて、この人、こんな声してるんだっていうのに気付きました。すごいドスの利いた怖い声です。それで「毎日、なんでおまえはここにいます」って言われて、普通はテンション落としますけれども、その声を聞けたっていうのがすごいうれしくて、思わず笑っちゃったんですよ。それで、「Fさんが毎日ここにいますからでしょう」って言い返したんです。そしたら、ニヤッてFさんも苦笑いです。苦笑されたんですね。もうそれからは普通のおじさんでした。普通にこっちの世界に帰ってきてくれた。半分、あの世に行きたくて片足向こうに突っ込んでたんだと思うんです。ところが、なんかうるさい学生が毎日来るから、しょうがないから、ちょっと相手してやろうと思って帰ってきてくれた、そんな感じでした。話してみると、普通なんです。それを横で見ていた実習指導者の副部長さんが、「秋山君が言ったら、ご飯も食べるんじゃないの」って言いました。私は別に看護計画の中でそんな計画立ててすらいなかったです。何にも考えないでやりましたから、「いや、それは食事

は拒否されてるし、そんなこと僕が言ったって駄目ですよ。でもまあ試しに言ってみます、ダメもとで」って言って、患者さんの所へ行きました。「なんか食べてみられますか」って言ったら、「うん」ってあっさり食べるって言うんですよ。それで、どうしよう、と、いろいろ指導者さんに教えてもらって、いきなり長いこと使ってない消化管ですから。今はもっといいやり方がありますけれども、まずは流動食からいきましょうみたいな感じになりました。今はいきなりそんな濃いものからはいきませんが、エンシュアキッドというのがあるんですね。皆さん、ご存じですか。今は別のものもあるかもしれませんが、おいしくないんですよ。カロリーメイトをまずくしたような味です。カロリーメイトもまずいですよね。そのまずいのをそのまま飲んでも、多分、久しぶりに食べるのに、こんなまずいものと思うじゃないですか。ちょっとでも飲みやすくしようと思って冷やしたんです。冷やして飲むと、若干飲めるんですよ。自分も試してみて飲めたので、冷やして持っていきました。患者さん、ごくごくごく、一気に飲まれたんですよね。良かったと思って、それで、実習は帰りました。次の日、朝行くと、申し送りがあるじゃないですか。廊下で看護師さんたちとすれ違って、「おはようございます」って言うんですけど、無視するんですよ、スタッフの看護師さんたちが。何があったのかなと思って。申し送りが始まりました。そしたら、深夜の看護師さんが日勤に申し送りするときに、「昨日、バカな学生が冷やしたエンシュアキッドを飲ませたんで、大失禁でした」って。準夜帯で、それが大変だったって言うことが言いたかったんだと思うんですけどね。それをみんなの前で言われたんですよ。

バカな学生って言われて、それも悔しいっちゃあ悔しいですし、なんかもういたたまれなかったんですけど、だけど、そのとき、何がつらいて、失禁させちゃったんだっていう思いと、結局、それによって患者さんがやっぱり食べないって言うかもしれないと思うと、そっちのほうがつらかったので、自分がどう言われようが、あんまりそっちのほうは大したことじゃないのでっていうふうに思いました。それで、患者さんの所に謝りに行ったんです。「ごめんなさい。昨日は、僕がバカなばかりに冷やしたものを飲ませてしまったから。今日は冷やさずに飲みましょう」って。「常温でちょっとおいしくないんだけど、きょうは常温で飲みましょう」って。万が一、失禁しても、自分の実習時間中に何とかできるようにと思って、午前中の早い時間に飲んでもらいました。患者さんも最初、ちょっと嫌がってましたけれども、でも飲んでくれたんです。案の定、失禁しました、午後ね。それで、それを片付けなきゃいけない、看護師さんと一緒に。私はそのとき初めて、看護師ってこんなに大変な仕事なんだって思ったんです。排せつの援助って、教科書をめくったって臭いは出てこないでしょう、どんだけ大変か。まだ20代になったばかりの若い男の子ですよ、私も。人の便を見ることなんて、それまでの経験でないわけです。異常な世界でしょう、病院っていうのは。それが現実だっていうことをそのときに初めて知ったわけですよ、実感としてね。

こういうことを援助するのが看護の仕事だって思うと、やっぱり就職するのはやめようって、そのときに、正直に思いました。それが素人感覚なんですよ。本当の普通感覚だと思っただけです。だから、看護師さんの感覚っていうのは普通じゃないんです。普通じゃないって、後でそこは説明しますが、素人のときの私はそういうふう感じたわけです。だけど、テキパキとそれを何事もないように片付けてる看護師さんってすごいなと。それを一緒にやりながら、ふと患者さんを見ると、また、最初に会ったときと同じ目をしてるんですよ。また外を眺めてるんですよ。目を合わせてくれなくなったんですよ、ほーっとして、もう表情をなくして。そのとき、「これだけ大変なことをさせといて」と、患者さんに対してちょっと嫌悪感を持ったわけですよ。自分は大変な仕事をしてるわけだから、「ありがとう」とか「ごめんなさい」とか言われたら、自分は救われるのになって思いました、学生として。だけど無視してる。なんで、こんなことを人にさせて、無視してられるんだらうっていうのが、自分の中ではなんかちょっと許せない感があったんですね。

それから患者さんと口を利かなくなっちゃいました。実習が終わって帰り道、よくよく振り返って考えたんですよ、どうして患者さんがまた元のような姿になっちゃったのか。自分を患者さんの立場に置き換えてみたんです。自分が手も足も不自由になって、寝たきりになって人の世話にならないといけな。自分でトイレに行けない。トイレも片付けられない。そういう状況で失禁してしまった。それは誰かに片

付けてもらわないといけない。見られるだけだって恥ずかしいですよ。そう思うと、もういたたまれなくなっただけです。自分だったら死にたいって思いました。今はそんなことないですよ。若かったから余計に、こんなに恥ずかしい思いするぐらいだったら、もういっそ死んでしまいたいと思うだろうっていうふうには、自分を患者さんの立場に置いてみたら、そういう気持ちになったんですね。患者さんってこんな気持ちになってるんだ。なんで患者さんが元に戻ってしまったのか。それは自分の存在を消したかったんですよ。親しくなればなるほど、それはつらいですよ、そういうことをやってもらわなきゃいけないっていうのは。だから、自分の存在をなくすために無視していたんだなっていうのが気が付きました。だから、やっぱりこれを患者さんが負担に思わずにきれいにやってのける。そこでトイレがあった、排せつがあったことを跡形もなく、分からないように、もう気配さえ消してしまうようなケアをやるのが看護のプロだって、そのときに発見しました、自分の中に。だから、排せつケアが嫌だなと思ったのは、そのたった一回きりで、むしろ好きになったというか、そういうと語弊がありますが、そう思うようになりました。どうやったら患者さんが負担なく受け入れられるか。どうしたって、そこは乗り越えなきゃいけないとこなんですよ、患者さんにしたら。治療を受けるために乗り越えなきゃいけない。そこをできるだけ精神的な負担がなく乗り越えられるような、そういう工夫をしていくことが看護だっていうふうに思いました。それを次の日、患者さんに言ったんです。昨日はごめんなさいって、実は嫌悪感を持ってた、嫌悪感っていうか、なんで無視するんだって思ってたんですっていう話をして、だけど、よく考えたら、自分が逆の立場だったらこんなつらいことはない。だから、精いっぱい気にならないようにっていうか、つらくないようにお世話させていただくので食べ続けましょうっていう話をして、患者さんも納得してまた食べるようになりました。失禁したのはそのわずか短い間で、普通に食べれるようになっていきました。

この患者さんとはそういうふうに関係になれたので、ずっと長く入院してたので外に出てないし、外に連れ出そうと思って散歩に連れてったんですね。やっぱり外に連れて行くと、全く違う表情でした。直接頬に風が当たって、木漏れ日の下で、木の下でちょっと休んでましたけど。「何かやりたいことないですか」って患者さんに言ったら、「たばこ吸いたい」って言うわけですよ。ヘビースモーカーで肺がんになった人ですよ。たばこ吸いたい。でも、何も治療やることないんで許可もらったんです、ドクターに、たばこ吸っていいですか。僕もそのとき、たばこを吸ってました、学生のとき。今は禁煙してますよ。もう10年以上禁煙してますけど。ポケットの中、入ってたんですね。それで、一緒になってたばこを吸いました。今はそんな実習できない。優雅な時代でしょう、昔は。そんなことを許してくれた、先生も先生ですね。そうやってたばこを吸いに行くというのが日課になりました。結構、看護師さんはスモーカーが多かったんですよ、その当時はね。患者さんにとったら、散歩に行ったらたばこを吸うっていうのが楽しみになり、それから、そのためにしっかり食べてくれるようになりました。しっかり食べていくと、栄養状態も徐々に良くなってくる。大きな褥瘡なんですけど、毎日、私、スケッチするんですよ。毎日、スケッチして、若干、次の日、小さめに描くんです。ほとんど変わらないんですよ。変わらないんだけど、ちょっと小さめに描いて、ほらって患者さんに。ほらね、気持ちは死にたいと思ってるかもしれないけど、体はまだ生きようとしてますよっていうことを言って、そのときが来るのは神のみぞ知るだから、だから、生きてる間はやりたいことやろうよっていう、そんな感じでやっていました。

2週間の実習がもうあつという間に終わって、だけど患者さんはたばこを吸いに行くのがやっぱり楽しみなので、週に1回、毎週金曜日、面会に行ってお散歩に行くようにしました。それは師長さんもOKしてくれて。今はそんなことないですよ、昔の話ですからね。毎週金曜日、面会に行ったら散歩に行ったら、一服して帰ってくるっていうのが日課だったんですね。それを楽しみにしてくれました。家族は後妻さん1人だけでした。後妻さんも昔は足しげく来てたらしいんですけど、食べものを持って来ても、投げつけて返されるからもう嫌になって来なくなってたんです。実習中に1回来られたときに、患者さんは何が好きでしたかっていう話をしたら、焼き鳥が好きだったって言うので、「じゃ、今度、焼き鳥持ってきてください」って焼き鳥を持ってきてもらったんですよ。そしたら、もうパクパクって患者さんが食べられて、喜んで食べる姿を見て、後妻さんもまた足しげく通うようになってくれました。

実習が終わって何回か面会に行ったら、あるとき行くと、鼻にチューブが付いていたんですね。酸素を

してました、カニューレが付いて。患者さんもそういうところを見せたくないんですよね、恥ずかしくて。「今日はこれが付いてるから帰ってくれ」って言うわけです。「来週、これはもう取れてるから、来週来てくれ」っていうふうに言われました。そういうところを見せたくないんだろうなと思って、私もすぐ帰ったんです。次の金曜日、行こうと思ったんですけど、ちょっと別の用事が入っちゃって行けなくなったんです。先週、まだ酸素をしてたから、今週行っても、もしかしたら、まだ酸素してて駄目かもしれないから、もう1週間延ばそうと思って行かなかったんですね。

ちょうど2週間空いて患者さんの所に行きました。そしたら、もう名札はなかったです。もうお亡くなりになってました。師長さんが気を利かせて、分厚い紙のカルテを、昔は紙カルテでしたので、カルテを見せてくださったんです。ちょうど2週間前に自分が最後に会ったときの患者さんの所を見ると、帰ってくれて言われて追い返された、その日の夕方からもう意識はなくなっていました。ちょうどそれが金曜日だったんで、2週間前の。土曜日までもつか、日曜日までもつか。もう意識がなくて、血圧もどんどん落ちていく。ところが土曜日、日曜日、ずっと低空飛行で月、火、水、木ってきて、金曜日に亡くなってたんですよ。それをカルテから知ったときはものすごいショックでした。患者さん、待っていてくれたんだ。だから、私が約束どおり行ったら、お看取りができたんですよ。ところができなかった。多分、患者さんも、私が来なかったから、そのまま息絶えたんだなと思って、ものすごく悔しかったです。患者さんとの約束を守らなかった自分がすごく嫌で嫌で。ひとしきり泣きましたけれど。その上で、もう二度と患者さんと守れない約束はしないって思いました。そして、こういう患者さんが少しでも長く生きられるっていうか、残された人生を少しでも幸せに生きていけるように、自分は看護の道に進もうと。そう思ったのはこの実習がきっかけでした。

私たち、たくさん患者さんに出会います。皆さんもこれからたくさん患者さんに出会う。だから、患者さんは1000人のうちの1人、1万人のうちの1人かもしれないです。だけど、患者さんにとっては、人生でたった1人の大事な看護師になるかもしれないっていうふうに思っとかなきゃいけないと思ったんです。僕の中ではたくさん患者さんの一人だったかもしれないけれど、患者さんにとってはかけがえのない看護師さんの一人だったかも、それくらい重い約束だったんだなっていうのを後になって思いました。

看護の専門性って何だろうって考えたときに、さっきの例で言うと、お医者さんと看護師さんって決定的に関心のターゲットが違うんだっていうことなんです。お医者さんは採血結果を見ながら栄養状態を評価してるだけです。病気のこと、体のことを見てるだけ。だけど看護師はこの人、一体、どんな思いで一日過ごしてるんだろうとか、もし望みがかなうんだら何がしたいかなとか、あるいは亡くなられた後、残された家族はどう思うだろうとか、そういうことに関心を及ぼせながらケアをしてるんですね。そういう関心のターゲットが違うっていうことです。

看護の専門性とは～退院支援を通して感じた看護の力

もう一つは、これは就職して4年目ぐらい、一人前になってたときに受け持った患者さんの事例です。レックリングハウゼン病の多発脊髄腫瘍の患者さんで、脳や脊髄にたくさん腫瘍ができてしまう。できてる場所が悪いんですよ。神経の周りに巻き付いているので、大きくなると神経を圧迫して麻痺が出てしまう。手も足も動かない。小さい頃からそんな手術を繰り返して、消化管のように広範切除をするわけにいかないから、神経切らないようにできるだけ腫瘍を取って、最後、残さざるを得ないんですね。それがまた、時間とともに大きくなって再発する。そういうやっかいな病気です。

このときも20代の前半でしたけれども、入院してきて精密検査をすると、私は整形外科の病棟だったんですが、首の所に腫瘍がある、頭にも腫瘍がある。どっちが先か。頭ですよ。頭の腫瘍を切除しました。ところが、その後、しばらくICUから出られなくて、MRSA肺炎を起こして、ようやくリカバーして整形外科の病棟に転科してきたときは、もう手も足も動かなくなっていました。みなさん国家試験の後ですけど、第4頸髄から出てる神経が横隔膜を支配してるでしょう。だから、自発呼吸を保つにはこの首の神経って非常に大事なんですけど、そこを圧迫してるので、その腫瘍を取り除いてあげるだけなんですよ。だから、延命だけの目的。しかも、これが最後の手術になったんですね。つまり、もう余

命宣告されました。手術はうまくいきましたけれども、手も足も動かない。もうこれ以上、何も治療することがない。

本人は家に帰りた。ご家族も家に帰りたいっていうわけですが、だけれども、頭の、脳神経外科で手術した、その取った腫瘍のスペースを埋めるぐらい、また腫瘍が大きくなってました。だから、いつ脳幹を圧迫して呼吸が止まるか分からない。そういう状態で家に帰せないっていうのが医師の判断だったんですね。だけど、私たちは全く逆。看護師は今、息のあるうちに、いつ呼吸が止まるか分からない、いつ心臓が止まるか分からない、だから今、一瞬でもおうちに帰ってあげたいと思うわけです。

それでどうしたか。家でお母さんに、病院でやってる看護を在宅版に修正して、練習してもらいました。病院だったら24時間365日、看護師さんが3交代でやってるでしょう。家に帰ったらそんなわけにいかないですよ。お父さんとお母さんと妹さん、3人しかいない。だから、病院で2時間ごとにやれる体位交換は、家じゃあ、そんなことはできない。やっぱり寝なきゃいけないし、吸引だつてまめにできないわけですよ。だけど、家に帰そうって、家庭用吸引機を病院に持ち込んで、お母さんに泊ってもらってシミュレーションを何回も繰り返して、これだったらいけそうだってところで、それをドクターに見てもらって外泊の許可をもらいました。家に帰ったんですね、無事、試験外泊で。こっちは気が気じゃないんです。病院だとまめに吸引できるから、痰が詰まっても。だけど家だと痰が取り切れなくて、痰が詰まって呼吸不全になるかもしれないし、肺炎を起こして返ってくるだろう、肺炎は免れないだろうと思ってました。だけど、それでも帰す価値があると思って帰したんですね。

毎日、お母さんと電話でやりとりするんですけど、特に変わらない。お母さんも、「変わらないから、もうちょっと外泊延期していいですか」とまでおっしゃったんです。でも、私たちからしたら、病院ほど手厚い看護ができてないから、当然悪くなってると思って、「まずは帰ってきてください。そこで検査しましょう。もう一回、状態が落ち着いたら、次の外泊に出しましょう」って言って、帰っててもらいました。ところが帰ってきてみたら、全くいい意味で私たちの予想を裏切って、とってもいい表情で帰ってきたわけですよ。もう色つや見たっていいんですよ。今まで見たことないぐらい、顔のつやもいいし、唇の色もいいし。検査するまでもなかったですけど、検査したって、栄養状態は良くなってる。胸の写真撮ったって、肺の透過性は良くなってる。なんでそんなことが起きたのか。病院ほど手厚い看護はできてないんですよ、家では。

だけど病院でできてなくて、家でできていたことが一つありました。お酒を飲んでたんですよ。20代過ぎたての男の子。家に帰ったら、もともと飲み会の好きなおうちでしたけれど、毎晩、宴会です。入れ替わり立ち替わり、友達が来て。みんなが食べてるのと同じものをミキサーで砕いて、鼻から管で入れてもらいながら、みんながビール飲んでる、それに合わせて彼も入れてもらうわけですよ、鼻から眞露をね。そうすると、楽しい雰囲気味わいながら、気持ち良く酔っぱらって、ぐっすり眠る。その繰り返しでした。たったそれだけで良くなった。その結果を見て、医師が、「もう退院を止める理由がなくなった」って言いました。そこから家に帰るための退院調整に入りました。訪問看護が必要なので、こういう患者さんを在宅で診れる訪問看護ステーションを探しました。昔は高齢者介護とか、そういう患者さんしか見てもらえなくて、気管切開してる患者さんの吸引ができるような、カニューレの交換ができるような、そういう訪問看護ステーションを見つけるのに少し時間がかかりましたけれど、何とか退院することができました。退院するときに、車で帰っていくところを、私がプライマリーナースで、主治医と2人並んで見送ったんですね。見送った後、ほそっとその主治医が私に、これって看護の成果だねっていうことを言いました。医者成果じゃないのは確かですよ。医学的なことは何もやってない。だから、そういうふうに言ったんだと思うんですけど、だけど、自分もそれまで看護って何だろうって考えて仕事したことはなかったんですけど、だけど、こうやって帰れたことが看護の成果だとすると、そこに何か看護の専門性のヒントがあるんじゃないかなっていうことを感じました。

ちょうどこの患者さんが帰った頃に雑誌や新聞の取材もあって、朝日新聞の生活欄でしたけれど紹介されたんですね。「看護通じ、医療に尽くす」という見出しで、医師と対等で、と。アメリカに研修に行つてプライマリー・ナーシングっていうのを学んできて、それを東大病院で実践してたこともあつ

て、そういうふうなことを紹介してくださいました。日本はアメリカに20年遅れてるって言われてたのが1995年で、今、まさにその20年が過ぎてきたわけですけど。当時のアメリカでプライマリー・ナーシングが行われてた時と今は、それ以上にできている所もあれば、まだ追い付いていない所もありますけれども、今、そういう時代に入ってきたんだっていうふうにつくづく思います。

看護の専門性とは

ここからは京都大学でのお話を少ししたいと思います。京都大学病院、もう就職を決めてくださった人もいらっしゃるかもしれないけれど。京都大学病院には、大学病院ですので、診療、教育、研究、三つのミッションがあるんです。1121床の特定機能病院ですけども。職員が3000人で看護師が1200人、今は超えてると思うんですね。私が最後にいた頃のデータですので、少し古いですけども、男性も10パーセント、120人を超えております。この右下の写真が明治32年に京大病院が開院したときの最初の病院ですね（スライド2）。

2

京都大学医学部附属病院

- 1 患者中心の質の高い医療を提供する
- 2 新しい医療の開発と実践を通して、社会に貢献する
- 3 専門家としての責任と使命を自覚し、人間性豊かな医療人を育成する

- 許可病床数 1121床
- 特定機能病院
- 施設基準 7対1
- 病床稼働率 84.5%^{※1}
- 平均在院日数 14.2日^{※1}
- 外来患者数 2888人^{※1}
- 職員数 約3000人
- 看護職 1175人^{※2}



※1 平成27年度実績
※2 平成26年4月1日現在

明治32年 医学部設置 附属病院開設
Kyoto University, KYU, KYU
Kyoto Medical University

実は皆さんにゆかりの深い人が初代の看護部長さんなんです。この不破ユウさん、旧姓、北里ユウさん。北里柴三郎のいとこで、不破唯次郎という、新島襄と親交の厚かった方と結婚して不破ユウさんになって、この不破夫妻と新島夫妻、非常に親交が厚かったようです。その不破ユウさんが初代の看護部長なんですけど、その不破ユウさんはこの京都看護婦学校の第2期生でした。皆さんの前身っていうか、同志社の、新島襄のつくった同志社病院と看護学校、その看護学校の第2回目の卒業生になります。そこに教員として来日していたのがリチャード・リチャーズ。アメリカでも非常に有名なナースで、最初の有資格のナース、ナイチンゲールから直接指導を受けて、脈々と近代看護が受け継がれてきたわけです。その不破ユウさんが書かれた『ペリー先生の人格の力』という手記が残ってまして、こういう文章で始まっています。『わたくしは明治二十年十月、自発的に看護婦学校に入学しました。当時の周囲の情勢は、看護婦という尊い職業そのものに対して全く無理解な時代であったので、親戚知人から、かなり強い反対があったにもかかわらず、「人のなし得ないことを会得したい」という信条に燃えていた私は、敢然と、その反対を斥けて入学しました。その後二カ年の間、ペリー先生やリチャーズ先生の指導のもと、単に技術的に看護法を修得したばかりじゃなく、人として世に処する上での得がたいもの、尊いものを学びました』。

明治の時代ですから、まさに看護っていう仕事、尊い仕事なんですけれど、理解されてなかった時代だと思えます。じゃあ、今、120年経って、どれだけ国民に看護の仕事が理解されてるでしょうか。あんまり変わってないかもしれないですね、実はね。でも、それはなぜかという、看護っていう仕事が目に見えない部分が大部分だからだと思うんです。自分自身も看護っていう仕事を知らなかったもんですから、うちの親だって知らないわけです。うちの父は建築家なんですけれど、後継ぎをさせようと思ってたかもしれないんですけどね。私が看護師になるって言ったら大反対で、男なのに、なんで看護師になるんだと、そういう感じ。東大出て、なんで看護師になるんだって、そういうイメージしか持っていないんですね。私は、看護という仕事が高い仕事だということを、さっきの事例でもそうですけど、知ってるわけですけど、じゃあ、看護って何なのかって改めて人に説明しようとする、どれだけ言葉を尽くしても伝え切れないんですよ。一部分しか言えなくて。看護の全体像を伝えるのってとっても難しいなって思いました。いつもそれがもどかしかったです。そのことを余善愛先生、アメリカのノースカロライナ大学の看護学の教授をされていますけれども、『看護におけるものの見方・考え方』という本の中でこういうふうに言っています。『看護の定義に困る人でも、その存在を疑う人は少ない。看護を説く者が歯がゆく感じるのは、私たちは患者やその家族が看護の結果、見せてくれる笑顔や満足の

表現を通して患者が質の高い看護を経験しているということが確信できるにもかかわらず、それを現存するものの見方・考え方の中での確に確認するすべがないという冷たい現実である。ちょっと小難しく言ってますけど、要するに、いい看護があったか、なかったか、それを証明する手だてが何もないってことなんですね。証明できないだけであって、だけど確かに、いい看護を受けたか、そうでなかったかっていうのは明らか。そこで受けた患者さんや提供した看護師たち自身は分かってるわけです。だから、そういう経験を積んだ人しか分からない要素ってというのが非常に大きいってことなんです。

これは看護協会が専門職としての看護師の責務ってということで、実践の責務を五つ掲げています（スライド3）。最近、改訂されて一部削られましたけれども、実は真ん中の三つが1995年に最初に看護業務基準を策定したときの文言がそのまま残っていて、これを私なりに三つの役割モデルというふうに規定をしています。一つは患者さんを護るという役割で、人の命および尊厳を尊重する立場に立って行動する、患者の擁護者モデル。それから安全

で安心、信頼される看護を提供する、医療の提供者モデル、ケアの提供者モデルですね。そして、三つ目はチーム医療におけるメンバーの専門能力を理解し、協働するという、つなぐという役割、調整者モデルとしての役割。この三つの役割モデルを果たす上で、常に中心には倫理綱領を置き、全ての行動は倫理綱領に基づいて行動し、この三つの役割モデルを発揮するときにはちゃんと後輩たちも育てなさいってことなんです。実は教える、後輩たちを育てる、同僚を育てることも、看護の実践の責務の非常に重要な部分だということはこの第2版の改訂では説明してきました。というのは、ケアするってことと教育するってことは、実は根は一緒なんです。相手の成長を引き出すってことと相手の自然治癒力を引き出すってことは同じことなんです。治ることと育つ、成長していくってことはね。大人になるまでが成長じゃなくて、死ぬまで成長し続けるわけです。

この三つの役割モデルを果たすときに、さて、何をゴールにしようかっていうことを考えて、アメリカの医学研究所がまとめたIOMレポートというのがあって、それを参考にしました。その中で、医療の質を改善する上で重要な六つの視点が提唱されています。「安全であること」「効果的であること」「患者中心であること」「タイムリーであること」「効率的であること」「公平であること」の六つです。京大病院では、この六つを自分たちの看護サービス提供の活動方針にまとめて、何か問題があれば、患者中心にはどうか、安全面ではどうか、ちゃんと効果があるのかっていうことをこの六つの側面から分析をして業務を改善するという、そういうことをやりました。そこで、患者の擁護者モデルとしては常に患者中心であることをゴールに、ケアの提供者としては、安全でエビデンスのあるケアをタイムリーに提供することをゴールに設定しました。この三つ目の部分が実は非常に大事なところで、最後にもお話しますが、看護師がこれからもっと医療提供に従事していくときに、なぜ、それが重要なのか。看護界では、医療提供は医師の仕事であって、看護の仕事じゃないって言う人もいます。けれど、看護師がそれができることによって、患者さんを待たせないで済む。特に医療過疎の地域に行けば、あるいは在宅に行けば、患者さんがそこで脱水だとすぐアセスメントができれば、すぐに点滴を開始しないといけない。だけど、それは指示をもらわないとできないって言って待っていると、結局、脱水の時間を長引かせるだけなんです。介護施設でもそうです。ちょっと状態が悪くなって、大したことないんですけども、ちょっと点滴入れてあげれば改善して帰ってこれるのに、無駄な救急搬送をしてしまう。そういうことがないためには、タイムリーな医療の提供ができるってということも、これからの看護師に求められる重要な部分だと思っています。



「まもる・とどける・つなぐ」

この三つを最後、まとめてこういう表にしてみました（スライド4）。ペナーのところは省略しませんが、三つの役割モデルをこういった改善目標に立って私たちはやらなきゃいけない。京大病院では、このプロとしての看護の責任っていうことで三つの役割モデルをこういうふうにまとめました。キーワードを付けて覚えられるように、「まもる・とどける・つなぐ」という三つのキーワードで表現しました。一つは、患者、家族の擁護者であることですね。患者が安心して医療を受けられるよう、看護師はその方の尊厳と人権を最後まで守る存在としてそばにいるということ。それから、「とどける」。直接ケアの提供者であるというのは、医療が安全に提供されるために、看護師はトレーニングされた観察、介入のスキルを使って患者と環境を間断なくモニタリングし、非常事態に、迅速かつ的確に対処する。優しいだけじゃ駄目、注射がうまいだけでも駄目、どれもできなきゃいけない。そして三つ目、「つなぐ」。医療チームの調整者であること。医療が滞りなく提供されるために、看護師は良好なコミュニケーションを使ってチームをつなぎ、チームが最高のパフォーマンスを発揮できるよう調整する。これはいざというとき、急変したときに、いいパフォーマンスをするために日頃からどれだけいいコミュニケーションをとって、いいチームをつくっていくかっていうことが大事で、実は緊急時だけ、急に働けるわけじゃないですよ。いかに平時が大事かっていうことです。「まもる・とどける・つなぐ」という三つの責任をバランスよく、どれ欠かすことなく達成できたときに初めて、看護の成果が表れるんじゃないかなっていうふう結論付けました。

さっきの例で言うと、家に帰りたかっていう患者さん家族の意向を最後まで尊重して、だけど、それだけじゃあ、現実には帰せない。やっぱり帰してあげるためにやるべきケアがあって、教えるべき指導があって、それら一つ一つを丁寧にやってきました。最後、多職種を調整して、家に帰った後、訪問看護できる体制をつくる。そこまでつないでいって、ようやく退院という成果につながったんだと思うんですね。この患者さんは、実は試験外泊を何回か繰り返してる間に、手が動くようになりました、指が。もともと、もう絶対戻らないって言われてました。MRIで見たって、びっしり腫瘍が詰まってるって戻らないって言われてたんですけど、手が動くようになったんです。「外泊中、何があったんですか」って言うと、子犬が原因でした。彼は、動物園の飼育係をやってるんで、動物が大好きなんです。子犬が生まれて、その生まれた子犬が四肢まひの彼の体を上がったり下がったり、運動会をやるわけです。それをただ触りたいと思ったんだそうです。頭から指先に向けて、触りたい、触りたいっていうパルスがずっと出続けた、それだけだったんです。これが例えば、病院でリハビリしましょう、指動かしてみてください。動かない。動かそう、動かない。石川啄木じゃないけど、じっと手を見て、いつか嫌になったかもしれないですよ。諦めたかもしれない。だけれど、在宅に帰れば、やりたいと思うだけで体の機能が、体は生きなきゃいけないっていうふう反応して、そういった奇跡が起きる。

つまり、何が言いたいかっていうと、病院っていうのは自己実現の場じゃないんです。マズローを習ったでしょう。あれは本当は私はいけないと思ってます。一番てっぺんに自己実現なんてね。下から生理的欲求、安全の欲求があって、所属と愛の欲求があって、自尊の欲求があって、下が満たされて初めて、上位欲求が満たされてみたいなことを習うじゃないですか。でも、そうしていくと、自己実現って一番最後になっちゃいますよね。病院ってそういう所なんです。病院は自己実現の場じゃないです。普段、寝ない時間に寝かされ、普段、起きない時間に起こされ、普段、着ない病衣を着させられ、やりたいこともできないですよ。けれど、家は文字通り、患者さんにとってのホームです。病院はアウェー。家ではやりたいことができます。お酒も飲める。院内感染も関係ないから、犬も走り回れるわけ。そういう中であってやりたいことができる無限の可能性がある。その中でようやく、頭は生きるっていう力を発

日本看護協会 【3つの責務】	パトリシア・ペナー 【3つの領域】	米国医学研究界 【6つの改善目標】
I. 患者の擁護者 「まもる」	1. 援助役割	① 患者中心であること
II. 医療の提供者 「とどける」	2. 教育とコーチングの機能 3. 診断とモニタリングの機能 4. 緊急の急変を効果的に管理する 5. 治療計画と手際の実施し、モニタリング	② 安全であること ③ 効果的であること ④ タイムリーであること
III. チームの調整者 「つなぐ」	6. 医療実践の質をモニターし、確保する 7. 組織能力と役割遂行能力	⑤ 効率的であること ⑥ 公平であること

揮するんです。病院の中ではなかなか、そういうことはできない。治療のために自己実現の部分を諦めざるを得ない。だから、早くそこから帰してあげる必要がある。暮らしの場に戻ることが必要なんだということですね。家に帰ってからリハビリを続けました。動くとか分れば、あとはリハビリですよ。やっぱり希望が出てきます。2、3歩、つかまり立ちで歩くところまで足も回復していったんですね。余命1カ月って実は言われてました、入院中には。もう脳幹がいつ圧迫されて呼吸が止まるか分からないって言われて、1カ月持たないんじゃないかって言われてました。確かに、病院にそのまま入院していたら、そうだったかもしれないです。だけど家に帰ったら、全く違う結果になりました。およそ3年半、ご家族に見守られて幸せな最期を過ごされました。

これからの看護師に求められるもの

この「まもり・とどける・つなぐ」っていうことがプロとしての看護の責任だっていうことです。これからは病院完結型の医療から地域完結型の医療へ、看護師も地域に出でいかないといけない時代です。この時代にあって、求められるのは決してスペシャリストではなくって、ジェネラリスト、いろいろな状況が変わっても、対象が変わっても、看護が実践できるナースがこれからは求められていくと考えます。そのためには、一つの領域だけの勉強をしても駄目です。急性期だけ分かってても駄目、回復期だけできてても駄目、在宅だけできてても駄目。恐らく、いろんな領域を経験することで、領域によらない普遍的看護っていうのを見いだして、自分なりの看護観が構築されていこうと思います。そういう意味で、京大病院では、真っすぐ一本に立ってる木じゃなくて、このマングローブっていう少し面白い生態系を持った植物を看護師のキャリアパスのモデルにしています。私は、ずっと循環器をやりたいので異動したくありませんっていうのは京大病院では許されません。循環器で一人前になったらすぐ異動させられて、今度は外科でまた一人前になる。違う師長さんから同じように一人前の判子を押してもらって初めて、ラダー4っていう上の段階に行けるんですね。ラダー4以上にいけば、自分がライフワークとしてやりたいところをやるようになっていきます。これからは急性期になると、もうほとんど急性期のことばかりになっていく。医療機能が急性期、回復期って分けられていきますから。そうすると、他の、回復期とか、あるいは訪問看護とか、そういうところで学ぶ機会がどんどん減っていくんですね。それをこれから先、どうしたらいいだろうっていうことで、このキャリアパス支援センターというのを京都大学の病院の中につくりました。これは京都府の基金をもらってやってる事業で、高度急性期の病院と、リハビリ病院とかホスピスとか、小さいいろいろな病院があって職員を互いに交換し合う、交換留学する、そういうプログラムです。そうすることで自分の病院では学べないことを違う病院に行って学んで帰ってくる、そういう教育のプログラムをつくってきました。詳しいことはまた、ホームページで見ただけでもいいかと思えますけれども。在籍出向、つまり京都大学の職員でありながら、違う病院、この大学の近くにあるあそかビハーラ病院にも行ってますけれども、ホスピスで2年間働いて、また京大に帰ってくる。あそかビハーラ病院のナースも京大病院で1年働いて、また戻ってくる。そういうような相互の交流を始めています。平成27年から始めて4年目に入っております。これから地域包括ケアの担い手として非常に看護師が期待されておりますが、その期待に応えられるナースが、いまやもう、一つの施設だけでは育てられなくなってる。だから、地域で育てよう、医療機能の垣根を超えて、『まもり・とどけ・つなぐ』看護職を育成しようということで始めました。今、これだけの病院が参加しています。北は京丹後市立弥栄病院から、南は、山城圏域はまだ少ないんですけど、あそかビハーラ、がくさい病院、そういった所もあって、舞鶴や、それから福知山、そういった所とも開始当初からスタッフをたくさん交換し合っています(スライド5)。



看護サービスの特徴

それから、看護サービスのもう一つ、大事な特徴を申し上げておきます。看護サービスっていうのは、患者さん、国民が、消費者が選択して買えるようなサービスじゃないんです。治療、診療とか介護っていうのは、これは消費者が選択して買えるサービスです。お腹が痛くなったら、薬局に行って薬を買う。医者に行く。どれも選んで買っていくサービスです。だけど、看護が、もし消費者が選んで買うサービスになったとしたら、何が起きるか。手術が終わった翌日、患者さんの所に清拭しようと思って行きます。「清拭しますね」って言ったら、患者さんが、「いや、お金がないから、清拭は週に1回でいいです」って言って、じゃあ、やめて帰ってこれますか。帰ってこれないですよ。何か治療を受けたら、患者さんが望むと望まないにかかわらず、その治療のために付随してやるべき看護っていうのがあるんです。それは何のためにやってるかっていうと、治療の効果を最大にする、成果を最大にするためのサービスです。神の手って呼ばれるほど手術のうまい先生がいたって、手術はうまくいきました、だけど意識は戻りません、では意味ないですからね。心臓が悪くて、心臓だけを入院させて治してあげられれば、それに越したことはないですけど、そんなことはありえないですよ。心臓が悪いだけなのに、心臓を治すために休まること預けなきゃいけないんです。そのために、心臓は治った、だけど、別に悪くなかったお尻に褥瘡ができた、悪くなかった脳の血流が悪くなった、で、麻痺が残った、そんなことがあっちゃいけないんです。その部分を誰が担ってるか。実は看護サービスなんです。看護師がその術後の管理を担っています。点と点で関わっていく医師の診療のサービスの間を線で埋めていってるのは、看護の、実は仕事なんですよ。だからこそ、目に見えにくい部分でもあります。あえて成果を出すために見せないっていう、そういうことも看護ではよくやります。

これも私が経験した事例ですけど、50代の頸の手術をした後の患者さんで、リハビリしましょうって言っても拒否される患者さんがいらっしゃったんですね。最初からリハビリしましょうって言ったら、嫌って言うに決まってるんです。だから、リハビリしましょうって言わないで、足湯しましょうって、足浴しましょうって言いました。患者さんも毎日、リハビリ、リハビリって言われてるのに、この日は足湯って言われて、きょとんとしてOKしてくれたんですね。それで、痛み止めに動かす前に予防的に使って、痛みなく動かしながら足浴をやりました。そしたらもうその時点で、足も柔らかくなってるけど、顔だっらずと柔らかくなっていったわけですね。その時点でリハビリってもう終わってるんです。

看護師は、医療提供と生活支援とを一度にやることのできる。その中で医療が提供できるっていうのが最大の強みです。医療の成果を最大にするかどうかっていうのは看護が握ってます。昨日よりも今日はちょっと長く歩かせるために、いつもとは違う、ちょっと遠いトイレまで誘導していくとかね。そういうことを最初に言っちゃうと、患者さんは嫌って言うわけですから、だから、そういうことは黙って、でも、ここは今日、ふさがっているからこっちに行きましょうって、長いほうのトイレに連れてったりするわけです。それで筋力が回復していく。そういう成果を上げることができるのも、看護師の非常に大事なところかなというふうに思います。皆さんも、これからたくさん患者さんに出会おうと思いますけれども、実際、患者さんの経験っていうのはなってみないと分からない。だけど、なる必要はない。患者さんが思ってることをそのまま聞いてあげてください。それが自分の中で蓄積されて、同じような状況で苦しんでる患者さんの救いになると思います。

もう最後になりましたけれども、これから皆さん、今までは病院完結型医療というふうにいわれてたところから、地域完結型医療が求められる。これまで病院の中だけでやってたことが、患者さんを暮らしの場に戻してあげて。そのためには看護の力が非常に重要視されています。日本看護協会も、この地域で活躍するナースをもっと増やしていこうっていうことでプロモーションビデオを作りましたので、それを最後、流して終わりにしたいと思います。