

座 談 会



柴田明子先生



鹿野松先生



福田邦三先生



伊藤秀夫先生



小櫃美智子先生



神谷豊子先生

カリキュラム

福田邦三 東京大学名誉教授
伊藤秀夫 東京教育大学教育学部教授
鹿野松 東京都立保健助産婦学院教務主任

小櫃美智子 東京大学医学部付属助産婦学校教務主任
神谷豊子 東京厚生年金病院付属高等看護学院教務主任
(司会) 柴田明子 国立公衆衛生院衛生看護学部 <順不同>

柴田 ご承知のように保助看法がつくられ、それにもとづいて保・助・看・学校養成所指定規則というものができましたから、かれこれ10年たちます。今、カリキュラムのいろいろな問題、あるいは看護教育制度の問題などについて、各方面から検討されておるようでございますが、このたびは看護婦学校、助産婦学校、保健婦学校の先生方にお集りいただきまして実際教務にたずさわっておられる先生方が、どういう点で問題があるか、

そして今後これをどういうふうにとっていったらいいかというようなことを、お集りの先生方にいろいろアドバイスしていただくという形でこれから話をおすすめしたいと思います。

最低基準を示した教育内容

カリキュラムと申しましても、非常に広い問題でございますのでまず指定規則に出ております教育内容ですが、これは最低基準を示したもので、非常に内容的

には巾のあるものだと思います。こういうことからお話を進めていったらと思うのですが、まず看護婦学校の方で問題になっているような点がありましたら…。

神谷 指定規則にある学科の方は、細かい時間数など、だいたい看護学校の先生方や、当局の方でも検討を進めていらっしゃるらしいのですが、それはさておいてただ、ちょっとお話がそれるかも知れませんが、指定規則にある学科の時間数ということよりも、臨床実習など

の点を、もう少し検討していいのではないかと思います。今までの規定でいきますと、3年間で病室、外来、院外実習合せて、学科時間数が1,150時間。もちろんそれはさっきおっしゃった最低で、もっとそれはたくさんやっていたらいい学校が大部分だと思うのです。要するに学科は時間数、それから実習が週数なんです。極端なことを申し上げるかも知れませんが、例えば内科実習が16週で小児科実習が12週です。これはいいですけど

れど、実際に3年間にそれぞれ外科学なら外科学45時間とか、50時間やればそれでわかっておりましようが、内科にしてもそういう時間数はかぎられているわけです。内科の実習が実際やったそのものの時間割で出すことになっており、結果からいえば内科16週とか小児科12週となっております。

柴田 実質的に問題ですね。

神谷 それから私の学校で実習の時間を3年間でもう少し検討してみたいと思って、そのトータルを今出しているのですが、これは私どものカリキュラムの課程の組み方も下手なのかも知れませんが、1年生の10月から、最も学科が多いときなんで、そのときに内科病室に行った学生は月にしますと48時間内科病室に行っていることになります。それからこの1年生の学科が少なくなったときに同じ病室に行った人は100時間、小さな例ですが2倍になるんです。そういうことを学生のためにどういふふうにかとすることを、真剣に考えてもいいのではないかと思いますね。学科の時間数は、要するに104週から1,150時間を引いて、その残りが実習で、学科の時間数はきめられているのですから、いい加減もう実習も週数じゃなくて、時間で検討して考えてもいいのではないかと思います。私が今一番困っているというよりも、考えているのはそれなんです。

また、指定規則に厚生省は、学生らしい、学生の身分に合致したことをするように書いてあるのです。こういった点でただ時間が余ったからすぐ病室にかり出す。それでもって、学科の時間数はそれ以下になってはいけない等というのでは

なくて、残る時間をもう少し教育といましようか、学科とか、そういう方面へのことも考えられるのではないかと考えています。

伊藤 その場合は実習を時間数できめることは可能ですか。

神谷 非常にむずかしいと思います。その場合はやはり臨床指導者の専任者でなければできないというようなことになってくると思います。そして実習の組み方も相当変わってくると思います。だから病院側に都合のいいようなことはあまり考えられなくなってくるのではないですか。

実習には二つの型がある

伊藤 今おっしゃったようなことなんです、実現はそう簡単ではないでしょうけれども、実習専任の教員をふやすとか、実習のためにそういうものを考えていくということは必要でしょう。けれども、病人ということを考えていきますと、時間数でやれるかどうか、私は教員養成に関係しているものですから、教員養成の場合、教育実習というものは、今は中学校の教員が3対2か2対2です。それで1週間に1単位で計算をしまして、3単位ならば3週間実習に出せばいい、こういう考え方です。ところが1つの学級に1名ずつ勤務していれば、これはいろいろ実習できますが、1つの学級に10数人いると、3週間の間に教壇にいったんも立たないで終わってしまうというような生徒も出る、だからなかなかむずかしいですね。

神谷 たとえば教生実習に10人出すと、その何倍の学童数がなくちゃいけ

ないとか……。

伊藤 それがないんです。

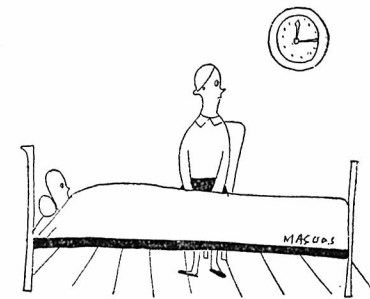
神谷 内科病室でそういうものをこきぎみに10時間ということはむずかしいかも知れませんが、少なくとも先生のおっしゃるような週の組み方で、何かほかの学校の場合も、もう少しはっきりしたものがあればと思いますが……。

伊藤 先ほど申しましたように、教生実習の場合ですと、ちゃんと時間は組んでありますが、たとえば1週間に国語なら国語が何時間であるということがきまっておるわけですね、従ってこちらからスケジュールをきめていきましたが、合理的にやればやれるわけです。しかし看護実習の場合に患者の病態がどういふふうに変化するかというようなことは、こちらできめてやるわけにはいかない。そこで問題が出てくるのじゃないかと思えますね。

福田 今、伊藤先生のおっしゃるように、実習に2つの型がある。保健所でやる実習とか、病院の看護実習は教生の実習のような集中実習じゃありませんので、年間にばらまいてやる実習ですね。両方とも看護婦、保健婦さんの養成にはなりますが、それぞれまた問題がありますね。そこでまず第1に病院で年間に分散してやる実習の計算が面倒です。私どもが衛生看護学科を作るときにもそれで困りました。従来の規則には時間数や週数で出ております。あれは大学設置のときには大学教育基準の方式に従って「単位」に換算しなければなりませんでしょう。それでそういう委員会ができて、衛生看護学科で用いるべき基準というものを単位数で出してもらったわけです。

その時には厚生省の金子さん、その他の看護界の方が委員会を組織されました。大学基準協会というものがそういうことをやっておりましたので、基準協会に委員を頼んだのです。こういう基準を作ったことによって教育すべしということで、大学設置が認可されたのです。

基準を作るについて、それは一方では時間数、週数なりが出ておりますし、それが純粋な教育活動の時間と限らない、それでどういふふうに変換するかで、ずいぶん時間がかかったのですが、結局できりましたのは、ここにある数字……これは衛生看護学科が今、適用を受けております数字です。それで見ますと、内科看護学の講義が8単位、それから実習が1単位、臨床実習3単位、こういうことです。全体として臨床の実習は、臨床看護の実習を合せると、講義が28単位、実習が6単位、臨床実習が9単位、こういうふうにして28・6・9合せて43単位、これが看護部門の臨床看護の方の実習要求単位になります。内科と外科は同じでございまして、外科も同じように講義が8単位、実習が1単位、臨床実習が3単位 8・1・3



教生実習はスケジュール通りにゆきますが、看護実習は患者の病態が変化するので、問題がそこにあるのではないかと。

合計12, これは内科と外科ですが, その他一切を合せますと28+6+9と, こうなります。こういう数字に落ついていくには, いろいろ議論がございましたが, 結局これだけで, 内容的には高等看護学院でやっている教育活動に該当しているというふうに認められたわけです。

柴田 看護婦学校養成所指定規則の方では, 学科にしても実習にしても, 内容についての規定は何もないわけです。今, 福田先生のおっしゃったようなことは, その内容を規定した上での単位でございませぬ。

福田 そうでございます。たとえば臨床実習9単位, 実習6単位ということがございますね。6単位実習ということは, これは病棟でなく実習室でやる実習でございます。これは臨床指導者がついていて, たとえば内科では大塚さんとか, 臨床の指導者を大ぜいたのんでございまして, その方が内科なら内科, 小児科なら小児科にあてがわれた学生を組み分けてございますから, それを連れて病棟に入っていきます。計画した実習をやることになっております。この患者をどの学生にいつからいつまで世話させようという計画がございませぬ。病棟の婦長さんは, やはり一緒に教えていただくように頼んでありますけれども, ひまがございませぬでしょう。そこで臨床指導者が必要になります。これは日常学生が臨床実習に行くときでも, いかないときでも小児科の病棟にいます。その婦長さんや主任さんと一緒に動いていて, 婦長さんの片腕となれるようにふだんからつとめる。その場合実習の仕方とか, 責任とか, これを教える主人公は, 臨床指導



MA9U0.5

臨床実習に行く時でもいかない時でも, その婦長さんと一緒に動いていて, 片腕となれるようにふだんからつとめる。

者が主体でございませぬ。婦長さんと一緒にディスカッションに出ていきます場合でも, 婦長さんがその責任者ではないんです。臨床指導者をそのために持っておりますから。衛生看護学科の臨床講座は4講座あります。臨床講座と申しますのは内科看護と外科看護とそれから母子関係, これは小児科, 産婦人科と一緒にございまして, 教授, 助教授, 助手というように編成してございませぬ。助手が3名, 助教授または講師が1名, 教授が1名という講座の編成でございませぬ。助手3名のうち2名がナース, 1名は医科関係の人, 助教授, 講師の席, 教授の席は医者がなってもナースがなってもいいのですが, 現在のところ教授は医科の人になってございませぬ。

さしあたりナースは助手席に多く入っております。少なくとも内科のような大きい科には2人以上の臨床指導者がいてございませぬ。

柴田 羨ましいですね。

神谷 ですから大学の真似はできませんが, やはり私たちも考えれば, いきおい次の問題として考えられるのは, そのきめられた中で, いかにして, どんな経験をさせるかということを実際に考えざるを得なくなるのです。現在は, 婦長さんに臨床指導の方をお願いしておりますが, 大へんな負担だと思いますね。少くともこれだけの時間に, 内科病室で実習する場合は, これだけのことを指導すると指導要項に書いてありますが, それを考えていかないと, 3年間ですから, 最初の1年の時には非常にまとまった経験をしても, そのうちに3年生ぐらいになっていくと, 適当に病室の看護婦さんのやることに馴れてしまう。それが学生のためにどれだけ役に立つか。

鹿野 この間, 大阪のある学院と実習場を見させていただいたのですが, その学院では実習指導要領にはどういうふうなことを実習したらいいかということの項目を上げていて一応そこでは手術場勤務について出していたのですけれど, それは手術場に行く一覧表ができていて, そこに学生の名前が記入され, それを見ながら婦長さんが実習のプログラムを組むときに, この学生は皮膚科ばかりしないようにということで, 一覧表を出してチェックしながら平均した経験ができるようにということをしていらっしゃるんです。でも内科, 小児科ということになりますと, 項目通りにいかないと思いますが……………こうしてかなり限られた何週間かのうちに平均した経験を持つことができるのは, ちょっと参考になると思いましたね。

神谷 それは今看護学校では, 学生自身が個人経験録というものを持っているんです。その使い方は学校によって違うかもしれませんが, 実際にその経験の内容は, 各科別毎に病室で経験させたいというその実習の項目があるわけです。それからもう一つの受持患者に対する記録は, 学生が記録してそれに対してあとで, アフターケアがあります。いきなり病棟の婦長に求めるのはなかなか大へんだと思うのですよ, 私たち学生の数も少いですから, たまたま個人経験録を専任の教員が集計をとって, それを集計したものを一応教務としてとっているのです。個人個人の学習ということに関して, もう少し学院側も, それから臨床の方も責任を持たなくちゃなりませんし, 今の教務の3人や4人じゃそこまでみきれないと思いますね。

福田 結局陣容の問題にそれは密接に絡んでおりますからね。

神谷 そうですね。

福田 今の陣容ではちょっと無理なんですよ。

神谷 そうですね。今私のところは2年生だけですし, やろうと思えば教務の



学科を教える人と, 臨床実習を指導する人との関係がない。

私たち2人か3人でやるかも知れませんが、内科看護に1人、外科看護に1人最低専任教員が必要でしょうね。

柴田 学科を教える人と、臨床実習を指導する人と関連がないのですね。そこに問題があるんじゃないですか。

伊藤 ですから向うの立場からすれば学校側の気持はなかなか受入れられないわけですね。病院としての経営の立場から考えて、そこがむずかしい……。

神谷 私も非常につらいです。臨床の婦長があれだけたくさん仕事を背負っていらっしやるのを見ると、あまり注文を出してもかえって逆効果になってしまっていると思いますし、カリキュラムの方では臨床の実習ということをもう少し検討する必要があると思いますね。

福田 全体が大体調和しているわけですが、婦長さんの病院管理関係の仕事、それから病院で大ぜいの看護婦さんをどういうふうに使うかということと、現状のまま看護教育をよくしようといっても、非常にぶつかる壁が大きいわけですね。ですから、ある一点だけ解決したよ



看護教育をよくしようといっても非常にぶつかる壁が大きい。

うな姿をここに画きますとそのためだけにだけ改善しなくちゃならないか、どれだけ人手をふやさなければならぬかということが割り出されてくるんですよ。何かこうほかのことはこりんざい変えないぞ、教育だけはうまくやるぞというのは無理ですね。(笑声)ですから解決策ということになると機構を今のままにしておいて、カリキュラムを改善してといっても、動きがとれませんですね。

伊藤 1人の実習指導者というものは、何人くらいの実習生を預るわけですか。

神谷 たとえば外科婦長が何人とか、というよりも、その病棟の配置なんかによっても違いますけれども、ベットの多いところはこちらの学生もたくさん出ましようから、一応何人という規定はないのです。

福田 実習のやり方について、ここで毒舌を一つはさみます。(笑声)実習のやり方に、極端なやり方を考えれば2色あると思うんですよ。一つは、徒弟制度的な大工や左官が昔からやっているような実習の仕方、もう一つは実習指導者が企画して、計画的にやる仕方、たとえば教育実習なんかの場合には、集中実習で、多少趣きが違いますけれども、全く計画された実習でございますね。高等看護学院なんかでやっていらっしやるのは、中間の型だと思っんですよ。企画なさる方は相当の企画性を持っていらっしやるけれども、病棟に実習にいきますと、病棟を企画通りに勝手に動かすことができまませんので、徒弟式な色合いを加味せざるを得なくなると思うのです。

柴田 そうですね。

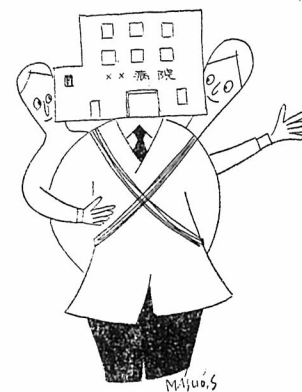
神谷 そこのところがつらいですね。一種の徒弟制度なら徒弟制度でいってしまった方が楽ですね。

福田 そこのところを何とか開するためにとりましたのは、企画した人がついて回るのです。そういう形で企画性をしまいまで持続するということですね。病棟任せでは「こういう計画を立てたから、宜しく願います」といっても、受取ってくれる婦長さんや主任さんが理解してくれるかどうかということが問題ですね。全部向うに委せますと、負担過重で思うようにいかないものですから、なぜやりにならざるを得ないんですよ。臨床指導者の任用は結局人件費の問題です。しかし人件費を惜しんではいい教育はできないですよ。

神谷 それに看護学校じゃほとんど手当を出していないという傾向ですし、ほとんど病院にオンブしておりますから、いろいろつながりを持ってくるということになれば、近い将来には学生が食費も出して、授業料も払って、そうして専任教員をふやすということができることから持っていきたいし、持っていくべきだと思います。

伊藤 さっきの専任教員をふやすということですね。お医者さんからこちらで非常にアカデミックな話を聞いても、現場とつながらないものなら幾ら時間数をふやしても、実習の効果というものはないですね。

小櫃 実習というものを、看護学校でどういうふうの評価をしているかということですね。極端なことを申しますと、これは卒業して経験することだから、やらんでもいいということが出てきますけ



看護学校は、ほとんど手当を出さない傾向ですし、ほとんど病院におんぶしている。

れども。

福田 実は衛生看護学科の基準を作ってもらったときに、実習をどういうふうにするかということが問題になったんです。結局は実際にやりながら覚えるというだけでなく、大筋を理解して、大事なことを実習でやらして、あとで伸びるような実習に期待する。何もかも卒業してからすぐに使いものになるようにということは無理ですよ。実習時間は一般の大学基準の計算で行きますと1095時間です。大学基準の規定通りとすれば実習は1単位45時間、講義は1単位15時間ということですから、これで換算いたしますと、全部の臨床科目の講義と実習を合せたものは1095時間ですよ。

神谷 実際の時間は45時間、たとえば、土曜日半日にしますと44時間、そういうふうに変算をなさるわけですか。

福田 日数や週数でなしに、時間表の通りに時間と回数で考えます。

柴田 正味の時間でございますね。

福田 全く正味の時間です。しかし基

準の趣旨は、その3倍くらいの時間は漠然とした見聞や行動で実習効果を上げるだろう。従来の方式の病棟実習は時間は多いけれども、正味は1/4と見てもよいだろうということでした。また基準通りの時間数で効果が足りなければ、その4倍すなわち1単位=180時間というところまで臨床実習時間を増やしても付帯的な所要時間という解釈で咎めない、ということでした。一般的に時間が足りないようでも卒業直後は、たとえ技能的に未熟でも、1年2年やっているうちに十分伸びていくような素質を与える、そういう方針でこの単位計算ができておるのでございますがね。

助産婦保健婦学校の場合

柴田 助産婦学校はどうですか。

小櫃 今、神谷先生のおっしゃったようなことで、徒弟式といいますか、そういうものがまだ昔の尾を引いておりますので、学科課程だけ終えても、臨床に出ますとそういう色が濃くなってしまいうようなことで、機能的な実習というものがなかなかできない、特に最近私たち専任教員の間に問題にしておりますのは、助産婦学校というものは、特にケースの把握といいますか、妊娠中から退院までをずっと継続観察していくということが非常に大切だということを知りました。きちんきちんとしぼられてしまった実習ですと、ケースを十分把握できず、もう少し自由な立場で勉強できるような方法がとられなければならない、と考えたわけでございます。

神谷 やはりそのときは、学生さんの臨床指導はその病棟の婦長さんがなさ

るのですか？

小櫃 はあ、婦長さんが指導責任者になるわけでございます。

神谷 助産婦学校では分娩介助は何回しなくちゃならないとか、そういうことは……。

小櫃 分娩介助は、たとえば1人が保助看学校養成所指定規則では10回以上ということになっているのです。ですけれども大体15回から20回ぐらいどの学校でもやっておるようでございます。入院から退院まで継続観察をするというようなことで、外来実習に行っている方も1日に少なくとも1回は病室に行ってお観察するようにというような指導をしております。普段妊娠中からの観察ということが今のところなかなかむずかしいのです。外来に行ってお婦長さんをキャッチして、その妊娠さんを分娩まで継続して見るというようなことはまだちょっとできない

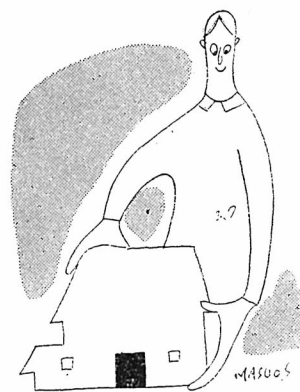
柴田 それは入学してから卒業するまでに実行するということは無理ですか。

小櫃 今年あたりそういうことをしたらいいでしょうということを話合っているのでございますけれども、なかなかできませんね。

柴田 助産婦学校では一番問題になるのは実習指導というところに話がいったようでございますけれども、それでは保健婦学校で問題になるようなところはどんなことでございますか。

鹿野 実習の話ができましたので実習の面から申し上げますと、私どもの方は学生数が日本中の保健婦学校の中でも一番多くて46名いるのです。実習保健所へなるべく負担をかけずに先ほど臨床面からおっしゃってございましたように、負担を

軽くする意味で、そういう実習保健所に2名ずつ派遣しているわけです。そうしますと、その保健所で実習指導してから、指導保健婦を1名に学生1名つけてお願いをするわけです。先ほど臨床指導者がどうしても必要だというようなお話があったのですが保健婦学校の方はそうなりますと、数字が非常に大きいわけです。いきおいある程度の実習は、実習施設に指導をお願いするわけになります。ところがその実習指導がなかなか同じような負担でいかないし、かなりでこぼこがあるわけです。そういう意味で、私どもの方では、週1回学生を帰して学校側がときどき巡回に行つては婦長さんなり指導保健婦なりと話し合いをして、どういふところに問題があるかということで調整の役割を果すわけです。びったり調整ができればいいのですが、なかなかびったりというわけにはいかないので、そこが問題であること、それからもう一つは保健婦学校の場合は実習内容をどういふふうに規定するか、ということで、私どもも家庭訪問の例をとってみますと、結核のケースを何ケース、小児を何ケースというような出し方にしたわけです。私どもの狙っているものとしては、母子なり結核なりを含んだ全体の家庭指導というものを狙っているわけです。老も若きも、いろいろのゼネレーションを含んだ複雑な家族をケースとして学生のために選んでいったらいいだろう、結核とか、小児であるかということをお互いに、家族というものを中心に実習してほしいということをお願いするわけです。そうしますと、一緒にカンファレンスなり何なりして見ていきまさんと、当然こ



訪問した保健婦はその家庭の問題が何かということを探まないと……。

れは見るべきケースをそのまま簡単に片づけてしまい、家族の保健指導というものの狙いを果すことができないという悩みができます。60ケース10週間というふうに出しますと、多い学生で200余り、少い学生で55件、平均をとると100何件そういうことになりまして、もう少し事例研究に力を入れなければいけないのじゃないかということになります。結論は出ませんが、家庭訪問に対する指導をもう少ししていくように、計画しております。要するに1軒の家庭に入って、保健婦の場合は、訪問した保健婦がその家庭の問題は何かということを探まないと、Aの保健婦だったら徹底的に指導ができることを、Bの保健婦はもう何でもないのであって終わってしまうということが多いわけですから、そういうわけで、指導保健婦というものにもう少し手を出していかなければならない、と私たちは考えているわけです。

福田 その指導をされる保健婦さんが、その辺の地区とか、その家庭とかを

前からよく擱んでいるようだといのですが、病気になる初めて保健婦さんの訪問をうけ話し合うという人が多いわけですね、なかなか1人で1万人も2万人も受持たせたのではね……。

鹿野 今、結核患者は自宅で療養している人は少ないし、特に臨床指導というか、その指導の方のお手伝いが非常に必要になってくるわけですが、私ども積極的に出るには人数が足りませんし、徹底するような指導はしていても、たまに与えられた訪問のチャンスを有効に過すということで追われた訪問をするわけですが……。

福田 保健所は何をやるどころかということで、受持地区の民衆の健康を守るようにしなければならぬのだという気持ちがあれば、もっと違ったものになっているんです。保健婦の数もふえていていると思いますよ。たとえば現在、問題になっているビニール糊のベンゾール中毒なんか出ないうちに保健婦さんが気がついて注意し、新聞や何かで問題が起らぬうちに保健所が動かなくては。保健所がその地区の保健所であるという働きをしていれば、そういうところに学生を連れて行って日常のサービスを見せて指導するということができるわけです。

教育的要求と

現実の場のくいちがい

福田 東京都は保健婦さんをふやしたり、保健所をふやしたりしなくちゃいけないと思いますね。

鹿野 保健婦は1人が3万人の人口を持っているわけですね。

福田 私は人口3千人に保健婦1人を



保健婦は一人が3万人の人口を持っている。

目標と考えているのです。医者は千人に1人ということに大体なっておりますね。だから人口3千人に対して医者が3人、保健婦さんは1人、東京都で保健婦さんの養成が何人とおっしゃいましたかね。

鹿野 今50人です。その50人も都で受取できないわけですね。今年入りましたのが8人です。毎年50人の中から10人前後が都に入ります。

福田 思い切って定員を10倍にふやさなければね。都の人口を900万としまして、仮に人口1万人当たりならば900人必要なわけですね。今は400人くらいですか？

鹿野 そうですね、400人ちょっと。

福田 そうすると半分しかないわけですね。1万人受持にするにしても倍にしなくちゃいけないでしょう。もし5千人受持にするなら4倍にしなければいけない。ですから1,200~1,300人の保健婦さんを5ヵ年計画でふやすということになれば、減耗も考えて年間300人養成していいわけですね。東京都でポストを作りますれば……。

柴田 作ればですね。

福田 民衆に対するサービスがわかれば世間で認識しますよ。今保健婦さんをそうしておきませんと、日本の産業は急に伸びておりまから、10年後になりますと産業保健婦が非常に必要になってくるわけです。そのときに10年経験を持った方がリーダーとしてそちらに移っていきますと、大体300人あとから、あとから養成しても大丈夫なんです。300人養成の保健大学を作っても決して余らないわけですね。

伊藤 学生は学校で教わっていたことと、実習に出てみるとみんな違っているわけです。

鹿野 食い違いを感じずる学生と感じない学生があるわけですね。感じる学生はこの辺で自分だったらこういうふうにするのだろうかとか、こういうふうにしたいかということを知って、これはこういうことでもいいのだということになるのですが、中には感じない学生もいるのです。ことに保健婦は個人差がひどいというのですが……。もう一つの問題は指導保健婦になる人は、一応1対1でやりますので、人間関係がよほどうまくいかないと実習期間中かなり差がつくわけです。ときには人間関係が悪くて、途中で帰りたいと思うときがあるわけです。そこのところを学校で教えるのですが、結果的には非常に学生はむずかしい問題を持ったまま卒業するのです。評価がまずくても、みんながそこを通るのですから、学校ではわかるんですが、この評価は妥当であるという、よほどうまく調整をとらないと、今の状態では3人しかおとりませんから、1人が大体16ヵ所から8

ヵ所くらいの実習所を10日間ぐらいのうちに、今まで2回ぐらい回りました。あとは、学生と連絡をしたり記録を読んだり……。

伊藤 要するに学校で教わったことは現場では通用しないのだという、そういう意識を持って出ていってしまう。そういうものは卒業しても結局マイナスになるのですね。今お話を伺っておまして、学校でやっていることと、保健所でやっていることが非常に食い違ってくる、保健所のあり方はどういふところにあるのだろうかという疑問も出てくるし、もう少し横着に言えば楽な方にいこうということになっちゃうのですね。

柴田 限られた期間内に何を教えるかということですね。

神谷 とにかく3年間ということで一応限られておるわけです。こちらとしてはこれはあせりますよ、実習はできるだけのことをしてあげたいと思いますし、そういうことでさっきもちょっと福田先生からお話もありましたけれども、保健婦さんが日常やっていたらしゃらないことを、学生がくるためにやらなくちゃならない。そこに非常に精神的な重みがかかるのですね。臨床の場で教えているのは、学生がきておるときだけ、それも学生だけがぼかっと浮き上がってしまうというわけで学生だけが患者さんにサービスをするということになってしまう。これでは学生がだんだん病室に馴れてきますと、学生自身のプラスになりませんよね。学生がきててもそういう重みを感じないほどに、日常学生がやるようなことを、看護婦さんがやっていたら、学生がきたからといって緊張したりなんかという

こともないと思うのですが。

鹿野 やはり現状で食い違っている場合に、現状においては、これこれの理由で、これだけのことしかしていないのだということを説明してくれば、学生が納得がいくわけですね。ところが現状はこうだから、どこでもそういうことはできませんよと、こういうふうに片づけられてしまうと……。

小櫃 学校では助産婦の教育の目的というようなものを、やはり保健指導、助産婦ばかりではなく、母子保健指導というようなものも相当重点をおいてやってありますけれども、実際に病院では母親学級というものをやっていない。あるいは単一の保健指導というものを積極的にやっていない、病院では公衆衛生活動というものは、満足に実施されていないと思うのですが、そういうようなところから卒業してもつまらないつまらないというような声を聞くのですね。本来学校からは、これからはしなくちゃいけないという抱負を持って卒業してくるわけですから……。保健指導に要する時間というものは計上されておられませんから、自分の時間を使って保健指導をすることということになってしまうのですね、そのようなわけで、なかなか従来そういうことが自分たちでやりたいと思うことができない。

保助看コースを包含しては

神谷 そういう公衆衛生的なことは、看護婦もこれから大いにやっていかなければならない。だから専任教員の講習会の際にも、この辺で保健婦あるいは助産婦のコースを、3年を幾らか長くし

て、看護婦学校の中に一緒に包含してはと、そういう案が出たのです。そういうことについて、保健婦の学校としては、全体の統合したカリキュラムでやるというようなことは、どういうふうに考えていらっしゃるんですか。

鹿野 やはりそれは、包含した方がいいんじゃないかと思うのですが、というのは、私自身は保・助・看の包含された教育をうけましたので、私は包含されたものが一つあってもいいんじゃないかしらと思うのです。もう一つは、在来の看護婦さんの中では保健婦さんというものを研究したい人もおりますから、2本立ていったらいいんじゃないかと思うのですがね。

神谷 私も実際は保助看全体のカリキュラムということ、それから独立した看護婦の要求というものを考えて、この辺でできるところはそういうようなことをまとめたコースでやっていったらいいんじゃないかと思うのですが……。それからまあ細かい話になれば、保健婦学校や、看護婦学校と共通した学科はもちろんありますし、やはりできれば包含してしまった方がいいですね。

柴田 現在は3つの学校がばらばらにあるわけですが、どういふところに利点欠点があるかというようなことをちょっとお話し願いたいのですが……。

鹿野 利点という……。

柴田 利点はありますか。(笑声)

神谷 私はこう思うのですが、もしこのような総合的なコースができれば看護学生は、もっと看護学生であるということに対して誇りと意欲をもつのではないかと思うのです。今の課程では3年



看護学生は、総合的なコースができればもっと誇りと意欲をもつのではないかと思う。

間たってほかの、たとえば保母の試験を受けるにしたって、看護実習をこれだけやっているから、あなたの試験はオミットしましょうということもないのですしね。ですから包含した方が、もっと将来性のある活気のある看護学校というものができるんじゃないかと思うのです。職員の構成とか、そういうことで問題もありましょうし、病院のいろいろの事情もあるでしょうから、そういうものをできるところからやってもいいと思いますね。

鹿野 私の方はケースワークということもありますが、社会福祉というものを土台にして考えているのです。ところがうちの学生に、ある先生のクラスで、社会福祉関係の法律を知っているか、どういふものがあるかということを開きましたら全然わからない学生がいたのです。聞いたことはないというのですね。衛生統計についても衛生統計の内容が違うわけですね。私、社会福祉のことも考えてみたのですが、保健婦の仕事をする場合には、社会福祉関係のことに詳しくない

とできないわけですね。そうすると、看護学校時代に、社会福祉を習っても、それがほんとうに仕事その他の面で活用されていない。頭の中に十分そういうものが浸透されていないということで、ある程度むだというのはおかしいのですが、びったりこないのじゃないかと思うのです。それが今1本にした場合には、いろいろ必要なところに折込んでいくことができますね。慢性疾患の場合でも、慢性疾患の保健指導で、しばしば看護婦学校と重複するということをいわれますが、結局は看護婦学校によってレベルが違ふのです。

一般教養について

鹿野 私共で問題になるのは、神奈川県と、宮城県と、それから兵庫県と鹿児島ですか、かなり教養科目が入るわけです。それがうらやましくて、盛んに教養科目を入れてほしいというわけです。私は教育原理と倫理だけは入れておりますが、それ以外は入れないわけです。そうするとやはり物足りないのですね。私は保健婦学校にきて、また一般教養科目をそんなに要求するということに、基礎が足りないのじゃないかしらと思うのですが……。

柴田 それがかんどうに教養科目が足りないのか、何か欲求不満を出しているのかということですね。

鹿野 私そういうことをいわれると、ちょっと考えさせられちゃったんですが……。それで学生の方にもなぜ入れないかということを説明しますし、一つ一つの講師について、内容について検討しているわけです。たしかに講師の選び方

にもよりますがどっちかと申しますと、やはり大学系統の先生の話は非常に興味を持っておりませんが、そうでない講師ですと、いうことにもかなり問題があると思います。今の保健婦と、看護婦と、あるいは助産婦1本にして教育するという立場において考えますと、教養課程はもう少し基礎学科に入ってもいいと私は思うのですが、ほんとうに果して基礎看護教育に1年間必要かどうかということも疑問なんです。かなりむだがあるのじゃないかということを考えるのです。

福田 養護教諭1級の免許のため一般教養科目のお話が出ましたが、これは36単位でございまして自然科学関係が3科目12単位、人文関係の科学関係が3科目12単位、社会科学関係が3科目12単位、合計36単位、これは大学の一般教育科目と同じです。大学の一般教養というのは、一般教育科目36単位のほかに外国語が一つでもいいですが、2つやれば8単位ずつ16単位。それから体育が2単位必須になっております。保健が2単位、計56単位、大学コースではこれだけに一年半か2年の年月を費やしてやるのです。ですから一般教養36単位を1年間の保健婦コースでそれだけ要求されたらたまらんですよ。

鹿野 私は東京でとれたらとった方がいいと思って組んでみたのですが、よその学校はどういうふうにしてやっていたらいいのか伺いたいくらいで、33週間フルに使っても足りないくらい非常に窮屈な状態です。

福田 それは看護の大学コースの場合は簡単でございまして。大体そのまま入ります。それから衛生学2単位、栄養学、

養護学等2単位、解剖生理2単位、細菌学2単位、精神衛生2単位、看護学8単位、これは普通のコースに入っておりますから、そっくりそのまま間に合います。

鹿野 2級ですと今のままでいいわけです。国家試験に合格すれば、それで2級でも1級でもサラリーに関係がないから、校長先生になることもないからということに納得させているのですが。

福田 保健婦コースと看護婦コースと1本にして、それで4年間でございましょう。今の看護婦学校と保健婦学校でもって合せて4年でございましょう。それで同じ4年であっても、でき上りの品物はずいぶんと違っておりますからね。品物みたいなことを言っただけでは悪いですが、製品が違うわけですね。これは一般教養だけをいっているのですが、一般教養をやっておくことが、専門科目の方の時間が少ないのをずいぶんカバーできると思います。物理とか化学とか、数学とかをやっておけば、論理的な考え方に馴れてきますので、臨床科目の方の話をいろいろ暗記させなくても、大筋だけやっておけば「試験は教えたことを試験するのじゃないですよ、この科目を試験するのだ」ということをいっておけば、何だかんだといいながら勉強しておりますからね。その点が大学教育という、教育施設をといいますが、学校という方式を持てばいいのじゃないでしょうか。看護婦学校、保健婦学校というものは、学校の形式を持ちませんので、専任の先生が3人や4人じゃ無理ですね、1年間では調整や講習はできませんけれども、この学生を卒業までこういうものに仕上げましょうとして

もだめですよ。結局教育機関であるという態勢を固めていく必要がありますね。

柴田 結局教育制度の問題ですね。

福田 同じ4年ですから、教育機関であるという態勢を固めれば、私は相当のところまでいくと思うのです。たとえば、互いに近所にある厚生年金病院、警察病院、通信病院、この3ヶ所が合同なことで、今使っている費用だけでもお出しになれば、相当のスタッフを持った看護婦大学が日仏学院あたりの所へできると思うのですがね。(笑声)

柴田 学校数は少なくなってもその方がねえ……。

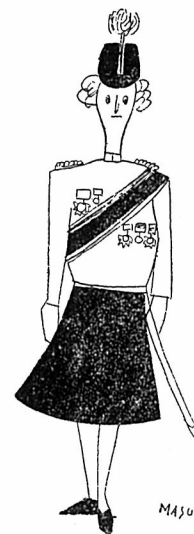
鹿野 かなりのものができると思いますね。

福田 一般教養につきましては、たとえば法政大学に委託してもいいわけです。そうすると設備の費用が助かるわけです。先生のサラリー等については協定が必要ですけども、相手が私立大学ですから規則とか何とかいわないで話がつきますよ。

准看護婦教育を

もっと考えよう

福田 隅田川のボートレースを堤の上から見てかれこれいっているような話ですが一般論としては実現性はあり、無理な話じゃないと思うのです。定員はもうちょっと減っても、優秀なナースを3ヶ所で任用なされれば、その下に准看のような人を配置してもこれが動くと思うのですよ。その点厚生省の今の方針とは違いますが、私はねトップレベルのナースを比較的小人数使うことと、准看をずいぶんたくさん使う、そうして准看の



今の正看護婦では将来うまくいかんと思う。指揮系統の秩序が必要だということです。

人たちでも、優秀な人ならトップレベルまでいけるように、そういう道を同時に考える必要がある。今の正看護婦では、将来うまくいかんと思う。つまり軍隊の組織のように、指揮系統の秩序が必要だということです。その半面、兵から下士、特務曹長というように各自の発達次第で抜てきの道をあけておくのですね。兵から下士というような昇進は普通でしたが、特務曹長の優秀な人は将校にまで行った例も多く、中には師団長にまで行った例もあります。軍隊の例を今出すのは頭が古いのですが。(笑声)

伊藤 保健婦と助産婦の場合はかなり独立すると思うのですが、看護婦の場合は准看、正看というシステムがあって、いかどうかはわかりませんが、看護婦の中にアシスタントとして働らく人と、そうでない人とあると思います。中学を卒

業して2年ですか3年ですか、高等学校を卒業して2年ぐらいやったものと、高等学校卒業して4年やったものと、3段階できちゃうのですね。その必要はないと思いますね。

福田 私はちょっと考えが違うのですが、というのは、今の医者さんは准看を非常に歓迎している。ですから好むと好まざるとを問わず、准看の数はふえるのです。そうすると実際問題として、そのふえて病院に入ってきた准看を誰が把握し、誰が指導して勤務をやらしたらいいかという問題なんです。お医者さんたちの考え方は明治時代から続いた考え方で、今は医者さんが指導するということですが、私は将来は医者に代ってトップレベルのナースがこれを全部把握して指導していかなければならない。そうなりますと、高等学校を出て、今実際行なわれているような教育を受けて、正看になったような方では、その仕事を扱いきれないんじゃないかと思いますね。把握できれば、准看を扱っても、准看で非常に経験を積んだ10年、20年たった人を扱っても、立派にやっているとじゃないかと思います。そういう意味で3年でやる正看というものは、中途半端でまずいんじゃないかと思うのです。やはり将来の姿というものは、准看を自由に指導し、勤務させることができるような、大学出の正看を最小限、必要な数だけ養成すべきだという気がするのです。差し当りは高等学校を出て、3年間の教育をするという今の制度を、できるだけ延びるようにしていくということが当面の課題なんです。将来は4年間で保健婦と一緒にして、そういう大学を作るべきだと思

います。衛生看護学科はそのテストケースだと思うのです。

伊藤 そんなことをいうとおられるかも知れませんが、今の看護学校の中で、スタッフの優秀なところはもう1年延ばして、大学にしてしまうと今の看護学校でそういうところまで持っていくことができないところでは、アシスタントクラスにするということになってしまうわけですか。

神谷 できることから切りかわってもらった方がいいと思いますね。

福田 私も伊藤先生のおっしゃったのは賛成です。准看というものがなかったら、高等学校卒業後できるだけ短い期間で一般の病院の看護婦さんを養成する。それから一方では4年間の大学コースでスタッフを養成するというゆき方ですね。2本立で行くべきです。現在のところは准看というものをたくさん作られてしまいましたから、准看を処理するためには何とかしなければなりません。その准看が急速にふえておりますから、これを引き受けるトップレベルのスタッフを養成するのが非常に急務だと思います。今准看をやめて、スタッフナースとそうではないほかのナースにするという案は結構ですが、現在准看をやめるということではできないのです。そうすると准看をどうするかという問題が好むと好まざるとを問わず起ってきます。准看というものには本当の意味のナースの仕事はできないでしょう。先生の手伝いならできるといふ形のもので、准看でお医者さんが期待しているのはナースじゃなしらい

ナースの職責を果すには

柴田 最後に看護婦の職責を果すためにはどうあるべきかというようなことを話し合って終わりたいと思うのですが、福田先生の言われるトップレベルの看護婦ですね。それがほんとうの看護をする人とお考えになられるのですか。

福田 私は婦長とか主任とか、何人かの看護婦の中にそういう人が一人という割合にいないといけないんじゃないかと思いますがね。直接医師が看護婦を指揮するという指揮系統でなしに、ナースを指揮する人を作らなければならいように思うのですが。准看を現在のような養成方法で、中学を卒業して、商業高等学校、工業高等学校のような形でやるとすれば、高等学校の資格も得られますし、病院で費用の負担にたえられないということをいったことがあるのです。ところがそれから1年たちまして、北海道の札幌にそういう学校が現われたのです。それは私立ですが、北海道で初めて認可されたというのです。これは札幌の医師会がうしろ立てになりまして、実習病院を提供しよう、卒業生は引きとるということでスタートしたのです。先生は普通の女子高等学校の先生を持っているのです。本科と厚生科とありまして、厚生科の方もその先生が教えているわけです。職業課程ということで看護を教える下さる先生が余分にあるわけです。今はそれが2年生になっているのです。3年終りましてから初めてそういうやり方に問題が出るわけです。私は今のやり方で、病院付属の職業練習所みたいな形でなしに、普通の学科と並べて職業課程と

しての看護を教え、そして都道府県の試験を受けて准看になる、それから採用してから病院でオリエンテーションをする。そうすれば使えるようになるのじゃないか、1年余裕を見ましてね。そうしますと高等学校を卒業してから猛烈に1年間訓練したのと同じように、職業高等学校を卒業して、1年間サーブをしながら訓練したのと同じようなことになりませんか。それなら病院の方でもそんなに費用を出さないでできるのですよ。

伊藤 ただ大学制度に入るには非常に大きな負担になるわけです。だから今の高等学校のシステムに看護学校が入ることの方が楽なんです。

福田 そこに一つの問題があるのは実習の問題であろうと思います。実習がうまくいかどうかということは、今のお話のような医師会がバックアップしてやってくれないと成り立たないわけですね。

神谷 そういう面で責任の所在というものがあるのでは、職業としての高等学校じゃなくなりますがね。

福田 高等学校は私立でもござらにございますね。その高等学校の中に、たとえば5クラスあるところをもう1クラス、職業クラスとして本科と看護科というふ



実習は、医師会がバックアップしないとうまく成り立たない。

うに分けて作れば、それでできるのです
柴田 そうすると学校系列の中に入ってくるのですね。

福田 費用もそう余分にはかかりませんよ。

鹿野 今ですと准看と正看はあまり能力の上で差がない場合があるのですね。ある程度准看を出て、経験していけば正看と大差がないというところに問題があるわけですね。

福田 だから私は准看は職業高等学校の方式でお作りになって、立派なスタッフナースに渡すということにすればいいわけだと思いますね。

柴田 そうして片や大学出のトップレベルのものを作るということですね。

神谷 次の段階に何か社会的に伸びられるような、何かそういうことがあればですね。

福田 それはどういう利益があるかと

申しますと、皆さんすでに御承知のように世間で知れている利益のほかに、高等学校を出ておりますから大学に入る資格がある。大学の夜間部や通信教育を利用して、将来トップレベルの仲間入りするための教養を積むにも、非常に都合がよいというわけです。

伊藤 看護学校の時間は、大学へも通用できるような形にしておく、一般の大学の基準と同じように、そういう形にきめておけばいいのです。

小櫃 今の人たちを伸ばすことを考えてやらないと気の毒だと思います。

神谷 3年間終っても免状1枚じゃなしに、もっと熱意のある学生には次の段階までいけるというふうだね。

柴田 いろいろとお話がつきませんがこの辺で……。

どうもありがとうございました。

好評発売中!!

解剖と生理

¥ 350

〒 50

東京通信病院外科部長 北原哲夫 著

別冊 解剖と生理図譜

¥ 400

〒 50

東京通信病院外科部長 北原哲夫 著

＝ メヂカルフレンド社版 ＝