



大阪医科大学看護研究雑誌

Osaka Medical College Journal of Nursing Research

第1巻 2011年 3月

創刊のことば

林 優子 01

原 著

- 前期高齢者の運動習慣・健康状態・医療費の関係性について 横山 浩誉 03
物の「意味」を見るときはどのようなことかー現象学的研究 小林 道太郎 13

研究報告

- クリティカルケア領域における看護師の臨床判断に影響を及ぼす要因 原 明子, 林 優子 28
日本の若者の性とセクシュアリティ教育の現状に関する文献検討 西頭 知子, 佐々木 くみ子 38

資 料

- 慢性腰痛の心理・社会的要因に関するドイツの取り組みと我が国の看護師の役割への示唆 荒木 孝治 48
統合失調症患者に対する足浴の実践研究に関する今後の展望 瓜崎 貴雄, 荒木 孝治 56
在宅での看取りにおける現状と課題 森山 文則, 真継 和子 63
日中の学士課程における看護学教育の比較
カルデナス 暁東, 西尾 ゆかり, 楊 輝, 馬 淑麗, 李 燕萍, 太田 名美, 山内 栄子, 田中 克子, 林 優子 73
中国山西省における2型糖尿病をもつ人への看護について
～中国と日本の2型糖尿病患者教育の現状比較から～
西尾 ゆかり, カルデナス 暁東, 楊 輝, 李 燕萍, 張 計藍, 滕 雲, 太田 名美, 山内 栄子, 田中 克子, 林 優子 81
大いなる希望:大阪医科大学看護学部発展に向けて 田中 克子, 林 優子 89

創刊のことば

看護学部長 林 優子

大阪医科大学看護学部は、今春4月に開設された新学部です。この開設の年度に大阪医科大学看護研究雑誌の創刊号が発刊されることは誠に喜ばしいことであり、本年度発刊を決意された新進気鋭の教員たちの熱き研究者魂が伝わってきます。

大学は、「知の拠点」として、すぐれた人材の育成の他に、独創的・先端的な研究成果の創出を通じ、社会に貢献することであると言われていています。まさに研究は、「知の体系に向けての創造と挑戦」への取り組みです。

「既存の知識を独自の観点から組み合わせて、新しい価値体系を構築する。だから、創造的な研究をする人は科学者、技術者であると同時に芸術家でもある必要がある」と、某科学者の言葉です。すなわち、研究としての独創的発想には、「知識」と「芸術的な感性」が重要だということを言っています。私は、独創的な発想は一瞬のひらめきから浮かび上がってくるものだと思っています。ひらめきは感性、そして知識が基盤にあってこそひらめくのであって、無から決して出てきません。こうして、発明・発見によって導き出された知識が創造を生み、創造からさらに新たな知識が生み出されます。この円環は未知なる世界への創造的挑戦によってますます広がっていくのだろーと思ひます。

大阪医科大学看護研究雑誌は、大阪医科大学看護学部における教員等の研究成果を広く看護界に発信し、看護学の向上と発展に寄与することを目的としています。したがって、本研究雑誌が、看護学の知の蓄積となり、独創的な発想へと向かう知の基盤になることを願っています。そして、教員たちの一つひとつの研究成果が、教員間のみならず、学生や他の看護職者の知的好奇心に刺激を与えることができる価値ある研究雑誌として熟していくことを大いに期待しています。

最後に、創刊号発刊に向けて、日々、編集作業の労を取って下さいました看護研究雑誌編集委員長はじめ各委員に心より感謝の意を表したいと思います。

前期高齢者の運動習慣・健康状態・医療費の関係性について

Study of the Relationship between Physical Activity, Condition of Health, and Medical Bills in Young-old People

横山 浩誉 Hiroataka Yokoyama

キーワード: 前期高齢者, 運動習慣, 健康状態, 自立度, 医療費

Key words: young-old people, physical activity, condition of health, independence level, medical bills

抄録

前期高齢者(全対象者422名 男性58名 女性364名 平均年齢 71.8 ± 2.9 歳)を対象に,平成14年4月1日から平成15年12月31日の期間,S県H市において身体状況・生活習慣の基礎情報を把握し,運動習慣,自立度,疾患・傷病,診療報酬明細書(レセプト)から得られた医療費の関係性を包括的に検討した。運動習慣のある者は,ない者に比べて整形外科系疾患,心疾患の有病率が低く,自立度は高いほど整形外科系疾患の有病率は低かった。また,肝疾患と糖尿病,骨粗鬆症と歯科系疾患,骨粗鬆症と骨折や腰痛などの複数の疾患を有する対象者の医療費は,他の疾患の組み合わせに比べて,有意に高かった。またレセプトの比較により,運動習慣,自立度,疾患・傷病,医療費の関係性が示され,さらに運動習慣に関しては,週2回以上,1回30分以上,1年以上,実施することにより自立度が維持され,さらに医療費が抑制される可能性が示唆された。

Abstract

We investigated the relationships between habitual physical activities, levels of independence, incidences of diseases, and medical bills in young-old (male 58, female 364) after examining their basic information of physical condition and lifestyle.

Those who regularly exercised had fewer orthopedic or cardiac disorders compared with the people who did not. Also the greater the independences of lifestyle were, the fewer orthopedic disorders were observed. Additionally, we compared the medical bills of people who had several diseases. The bills of those having diabetes mellitus with liver disease, osteoporosis with dental disease, and osteoporosis with bone fracture were significantly higher than other disease combinations.

Using personal medical-insurance claim date, we clarified the mutual relationships between habitual physical activity, condition of health, and medical bills of outpatient in young-old female. We suggested that improvement of independence level by physical activity (30 minutes or more

than once during a week, in a year or more) would reduce both morbidity and medical bills.

I. はじめに

わが国は、急速に高齢社会へと進行している。15歳未満の年少人口および15歳から64歳の生産年齢人口が低下し、2055年には高齢化率は40.5%に達すると推測されている（(財)厚生統計協会, 2010）。高齢化率の増加や平均寿命の延伸の背景には、医療の向上や社会環境の改善などがある。しかし、国民の主な疾病が慢性疾患に移行し、傷病を有しながらも日常生活を行える現状を反映して、国民医療費も毎年2%前後（約7000億円）で増加し、2010年は、過去最高の約34.8兆円（国民所得の9.9%）に達した（厚生労働省, 2008）。医療費を抑制し、健康で活力ある社会にするためには、早期発見や早期治療といった「二次予防」に加え、健康を保持増進する「一次予防」が一層重要であり、健康寿命を延伸することが大きな課題となっている。そこで、健康づくり対策を見直し、諸政策を総合化して推進する国レベルのヘルスプランが2000年に「健康日本21計画」として示された。これらを拡充して医療ニーズを減少させることにより、医療費を節減できると考えられている。具体的な目標の一つに運動の習慣化が挙げられている。同習慣は、身体面のみならず、心理的側面や社会関係・活動能力などの側面等からも有効と報告されている（菅原, 1992）（竹島他, 1997）。しかし、運動習慣が高齢者における疾患・傷病状況や自立度、医療費にどのような影響を与えるのかを包括的に検討した研究は少ない。従って本研究では、予防的な観点から今後、後期高齢者へと移行する65歳から74歳の前期高齢者を対象とし、運動習慣、自立度、疾患・傷病、対象者の診療報酬明細書（以下レセプトとする）から得られた医療費の関係性を検討することを目的とする。

II. 用語の操作的定義

【運動習慣】：国民健康栄養調査を参考に「週2回以上、1回30分以上、1年以上、運動をしている者」（(財)健康・体力づくり事業財団, 2000）を運

動習慣ありとし、それ以外の者を運動習慣なしとした。今回は、運動の種類の詳細は問わず、前記の基準のみで運動習慣を定義した。

【自立度】：「障害老人の日常生活自立度判定基準」（厚生労働省）を参考に、生活自立を表すJ1を自立度が高いとし、J2以下を自立度が低いとした。

【有病率】：ある一時点において疾病を有している人の単位人口に対する割合。

【前期高齢者】：日本老年学会の定義に基づき、65歳から74歳までを前期高齢者とした。

【医療費】：本研究では、平成15年4月から平成15年6月までの3ヶ月間のレセプトから、入院・外来において請求された（歯科及び調剤を含む）一般診療医療点数を医療費とする。また、対象者の3ヶ月間の平均医療費において中央値以上を医療費が高い、未満を低いとカテゴリー区分した。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、運動習慣、自立度、疾患・傷病、医療費の関係性を包括的に検討することを目的とした量的仮説検証型研究である。

2. 対象

1) Y社とY健康保険組合の老人保健事業であるシニア健康相談の概要

S県H市に本社があるY社は、従業員数約3万人であり、主に楽器事業を展開している。Y健康保険組合が実施主体となり、高齢者の健康寿命の延伸を目的とした調査を行っている。対象者は、65歳から74歳までの要介護認定を受けていない保険家族である。内容は、身体状況、社会資源活用状況、前回指導時との変化などの情報収集である。そして、選択された対象者に訪問指導を行うシニア健康相談を老人保健事業として行っている。

2) 本研究の対象者および年齢区分

同相談における65歳から74歳までのY社関係者

の被扶養者、男性104名、女性593名、合計697名のうち、家庭訪問を行った男性58名、女性364名、合計422名を対象者とした。さらに前期高齢者を65歳から69歳までをGroup A、70歳から74歳までをGroup Bと年齢区分した。

3. 調査方法

1) 調査内容 (家庭訪問による)

- (1) 属性：性別、年齢等
- (2) 運動習慣：運動頻度、運動時間、運動継続年数
- (3) 自立度

2) 調査内容 (レセプトによる)

- (1) 疾患・傷病
社会保険表章用疾病分類、厚生労働省の人口動態統計・死因順位を参考にし、さらに頻出疾病を加え20種類(調剤を除く)に分類
- (2) 医療費
レセプトに基づく前記3ヶ月の医療費の合計

4. 調査期間

家庭訪問は、平成14年4月1日から平成15年12月31日までに行なった。レセプト調査対象期間は、現在の医療保険の支払い期間が90日間であることを参考に平成15年4月1日から平成15年6月30日の3ヶ月間とした。

5. 倫理的配慮

本研究は、浜松医科大学における医の倫理委員会の承諾を得て行った。また、疫学研究の倫理指針に基づきY社との間に医療情報の覚書を取り交わした。

6. 分析方法

- 1) 運動習慣と疾患・傷病、自立度と疾患・傷病との関係について全体、性別、年代別にカイ2乗検定を行った。
- 2) 運動習慣、自立度、疾患・傷病と医療費との関係について、t検定、2元配置分散分析を行った。さらに3ヶ月の平均医療費を中央値で高低の二分したものを従属変数とし、各疾患・傷病および組み

合わせた各疾患・傷病(20種類)を投入し、性別、年齢を調整変数としてステップワイズ法による多重ロジスティック回帰分析を行った。なお、統計的解析にはSPSS Ver.11.5を使用した。

IV. 研究結果

1. 身体状況・生活習慣の基礎情報

1) 属性、運動習慣の有無、自立度

対象者の属性、運動習慣、自立度について性・年齢区分別人数を示す(表1)(表2)。対象者422名のうち、男性58名(13.7%)、女性364名(86.3%)であった。また年齢区分別では、Group Aで117名(27.7%)、Group Bで305名(72.3%)であった。運動習慣については、運動習慣のある者は260名(61.6%)、運動習慣のない者は162名(38.4%)であった。また自立度については、自立度が高い者は376名(89.1%)、自立度が低い者は46名(10.9%)であった。

2) 疾患・傷病

対象者のレセプトから得られた疾患・傷病別人数(%)を示す(表3)。最大の度数は、整形外科系疾患(n=203)で45.3%であった(ただし、その他の疾患は除く)。また、対象者一人あたり平均3.9(±2.6)種類の疾患・傷病を有していた(n=422)。

2. 運動習慣と疾患・傷病、自立度と疾患・傷病との関係について

1) 運動習慣と疾患・傷病との関係

性別・年齢区分別の運動習慣と疾患・傷病の有病状況との関係を示す(表4)。全体および女性では、整形外科系疾患において、運動習慣のある者は、ない者に比べて有病者が少ない傾向であった。年齢別では、心疾患において、Group Aでは運動習慣のある者は、ない者に比べて有病者が少ない傾向であった。また高脂血症において、Group Bでは運動習慣のある者は、ない者に比べて有病者が有意に少なかった(p<0.05)。

2) 自立度と疾患・傷病との関係

性別・年齢区分別の自立度と疾患・傷病との関係について示す(表5)。全体では、整形外科系疾患

表1 性・年齢区分別人数(%)

	男性	女性	合計
Group A	11(19.0/9.4)	106(29.1/90.6)	117(100)
Group B	47(81.0/15.4)	258(70.9/84.6)	305(100)
合計	58(100)	364(100)	422(100)

注1) Group A: 65歳から69歳 GroupB: 70歳から74歳

注2) (%):(左:性別/右:年齢)

表2 運動習慣・自立度における性・年齢区分別人数(%)

(n=422)

	全体	男性	女性	Group A	Group B
運動習慣(注1)	あり	260(61.6)	33(56.9)	227(62.4)	78(66.7)
	なし	162(38.4)	25(43.1)	137(37.6)	39(33.3)
	合計	422(100)	55(100)	364(100)	117(100)
自立度(注2)	高い	376(89.1)	53(91.4)	323(88.7)	108(92.3)
	低い	46(10.9)	5(8.6)	41(11.3)	9(7.7)
	合計	422(100)	58(100)	364(100)	117(100)

注1) Group A: 65歳から69歳 GroupB: 70歳から74歳

注2) 運動習慣あり: 週2回以上、1回30分以上、1年以上運動している者 運動習慣なし: それ以外
(財)健康・体力づくり事業財団

注3) 自立度高い: J1 自立度低い: J2以下(「障害老人の日常生活自立度判定基準」厚生労働省)

($p < 0.01$), 胃腸疾患, 糖尿病, その他の疾患において, 自立度が高い者は, 低い者に比べて有病者が有意に少なかった ($p < 0.05$)。心疾患, 肝疾患, 腎不全において, 自立度が高い者は, 低い者に比べて有病者が少ない傾向であった。性別では, 整形外科系疾患, 糖尿病, その他の疾患 ($p < 0.01$), 心疾患において, 女性では自立度が高い者は, 低い者に比べて有病者が有意に少なかった ($p < 0.05$)。年齢別では, その他の疾患 ($p < 0.01$), 整形外科系疾患, 糖尿病において, Group A では自立度が高い者は, 低い者に比べて有病者が有意に少なかった ($p < 0.05$)。また, 心疾患において, 自立度が高い者は, 低い者に比べて有病者が少ない傾向であった。整形外科系疾患, 胃腸疾患において, Group B では自立度が高い者は, 低い者に比べて有病者が少ない傾向であった。

3. 運動習慣, 自立度, 疾患・傷病と医療費との関係について

1) 性別による運動習慣および自立度と3ヶ月の平均医療費との関係

性別による運動習慣および自立度と3ヶ月の平均医療費との関係について示す(表6)。運動習慣のある男性は, ない男性に比べて医療費が安い傾向であった。運動習慣のある女性は, ない女性に比べて医療費が有意に安かった ($p < 0.05$)。また, 自立度が高い男性は, 低い男性に比べて医療費が高い傾向であった。自立度が高い女性は, 低い女性に比べて医療費が有意に安かった ($p < 0.05$)。

2) 疾患・傷病と医療費との関係

全対象者における疾患・傷病と医療費との関係を示す(表7)。疾患・傷病: オッズ比は, 心疾患: 2.7, 肝疾患: 4.2, 糖尿病: 2.7, 高血圧症: 3.5, 整形外科系疾患: 2.3, 骨粗鬆症: 8.0, 胃腸疾患: 3.1, その他の疾患: 5.7であった。

3) 各疾患同士の組み合わせと医療費との関係

全対象者における疾患・傷病同士の組み合わせと医療費との関係について示す(表8)。疾患・傷病: オッズ比は, 肝疾患及び糖尿病: 45.2, 骨粗鬆症及び歯科系疾患: 13.6, 骨粗鬆症及び整形外科系疾患: 11.2であった。

表3 全対象者における疾患・傷病別人数(%)

(n=422)

疾患・傷病	人数 (%)	疾患・傷病	人数 (%)
整形外科系疾患(注1)	203 (45.3)	糖尿病	68 (16.1)
高血圧症	174 (41.2)	脳血管疾患(注6)	50 (11.8)
胃腸疾患(注2)	127 (30.1)	腎不全	35 (8.3)
心疾患(注3)	122 (28.9)	全悪性新生物(注7)	31 (7.3)
高脂血症	106 (25.1)	動脈硬化症	18 (4.3)
呼吸器系疾患(注4)	115 (27.3)	消化器系の悪性新生物(再掲)	10 (2.4)
歯科系疾患	86 (20.4)	胃の悪性新生物(再掲)	10 (2.5)
骨粗鬆症	74 (17.5)	呼吸器系の悪性新生物(再掲)	4 (0.9)
不眠症	71 (16.8)	その他の悪性新生物(再掲)	13 (3.1)
肝疾患(注5)	68 (16.1)	その他の疾患(注8)	230 (54.5)

注1) 整形外科系疾患: 関節症、脊椎障害、腰痛、骨折、炎症性多発性関節傷害

注2) 胃腸疾患: 胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎

注3) 心疾患: 虚血性心疾患、その他の循環器系の疾患

注4) 呼吸器系疾患: 慢性閉塞性肺疾患、肺炎、喘息、気管支炎、扁桃炎、アレルギー性鼻炎

注5) 肝疾患: アルコール性肝疾患、慢性肝炎、肝硬変、その他の肝疾患

注6) 脳血管疾患: くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞

注7) 全悪性新生物: 胃、消化器系、呼吸器系、その他全ての悪性新生物

注8) その他の疾患: 高尿酸血症、膠原病、エリテマトーデス、痛風、口内炎、進行性全身性硬化症等

注9) 上記人数は累計であり、罹患疾病が複数種類の場合それぞれに加算している。

V. 考察

1. 運動習慣と疾患・傷病、自立度と疾患・傷病との関係

運動不足、喫煙などの生活習慣と心疾患による死亡との関連性は周知されている(星ら, 1995)。また、①睡眠 ②朝食 ③間食 ④肥満 ⑤身体的な運動 ⑥喫煙 ⑦飲酒の7つの生活習慣と健康度や疾患、死亡率の因果関係も報告されて久しい。(Belloc, et al, 1972)。運動習慣の効用として、加齢による生理機能の低下、器官の退行変性の抑制に効果が認められ、体力の維持や健康的な日常生活に有用だけでなく、高血圧、動脈硬化、糖尿病などの生活習慣病の予防、治療や虚血性心疾患、高コレステロール血症、骨粗鬆症などの疾患・傷病において有用性が多数報告されている(菅原他, 1992)(加納他, 1997)(岸田他, 2000)(後藤他, 2002)。本研究でも、運動習慣の有無と疾患・傷病との関係において、運動習慣のある者は、運動習慣のない者に比べて整形外科系疾患、心疾患の有病率が低い傾向であった。これは、先行研究と同様の結果であり、運動を習慣化することに

より疾患・傷病への有病率を低下させることが再検証された。また自立度と疾患・傷病との関係について、自立度が高い者は、低い者に比べて整形外科系疾患を中心に有病率が低い傾向であった。本研究により自立度と脳血管疾患との関連について明らかな関連がみられなかったが、先行研究において自立度の低下に脳卒中が関係すると報告されている(武田他, 1993)(安村他, 2000)。さらに、日常生活自立度に脳血管疾患の罹患が大きく影響しているとも報告されている(岡村他, 1995)。自立度の低下による寝たきりをもたらす原因疾患で圧倒的に多いのが脳梗塞などの脳血管疾患の後遺症である。従って最大の原因である脳血管疾患の予防対策が自立度低下の根幹である。そのため血圧管理(高血圧予防)、大腿骨骨折予防、骨粗鬆症予防などが重要とされる。本研究において自立度と脳血管疾患との直接的な関連性が示されなかったことは、対象者が要介護認定を受けていない前期高齢者であるという前提条件が考えられる。しかし、脳血管疾患の基礎疾患である循環器、整形外科系疾患との関連性が示され、自立度

表4 性・年齢区分別運動習慣と疾患・傷病の有病状況 (n=422)
運動習慣の有無(人数)

	全体		男性		女性		Group A		Group B		
	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
整形外科系	なし	79	152	16	24	63	128	21	54	58	98
	あり	83	108	9	9	74	99	18	24	65	84
心疾患	なし	111	189	18	25	93	164	27	66	84	123
	あり	51	71	7	8	44	63	12	12	39	59
高脂血症	なし	128	188	23	28	105	160	30	66	98	122
	あり	34	72	2	5	32	67	9	12	25	60

注1) Group A: 65歳から69歳 GroupB: 70歳から74歳

X²検定 *p<0.05

表5 性・別年齢区分別自立度と疾患・傷病の有病状況 (n=422)
自立度(人数)

	全体		男性		女性		Group A		Group B					
	低い	高い	低い	高い	低い	高い	低い	高い	低い	高い				
整形外科系	なし	15	216	**	5	35	10	181	**	2	73	*	13	143
	あり	31	160		0	18	31	142		7	35		24	125
胃腸疾患	なし	25	270	*	4	38	21	232		6	87		19	183
	あり	21	106		1	15	20	91		3	21		18	85
心疾患	なし	27	273		4	39	23	234	*	5	88		22	185
	あり	19	103		1	14	18	89		4	20		15	83
肺疾患	なし	31	289		5	43	26	246		6	83		25	206
	あり	15	87		0	10	15	77		3	25		12	62
糖尿病	なし	32	322	*	5	46	27	276	**	5	96	*	27	226
	あり	14	54		0	7	14	47		4	12		10	42
腎不全	なし	39	348		5	50	34	298		7	106		32	242
	あり	7	28		0	3	7	25		2	2		5	26
その他の疾患	なし	13	179	*	4	27	9	152	**	0	59	**	13	120
	あり	33	197		1	26	32	171		9	49		24	148

注1) Group A: 65歳から69歳 GroupB: 70歳から74歳

X²検定 *p<0.05 **p<0.01

低下の要因となるこれらの疾患の予防が、自立度低下を抑制すると考えられ、予防的意義の高さが示唆された。

2. 運動習慣, 自立度, 疾患・傷病, 医療費の関係

健康行動と医療費との関連性について、コンピュータシステムならびにレセプトを用いた分析により、運動あり群の医療費が運動なし群に比べて低いと報告されている(佐藤, 2003)。また、1日あたりの歩行時間が短い者ほど医療費は有意に増加し、わずか2年弱の追跡でも、運動不足が医療費に大きな影響を及ぼしたと報告されている(辻他, 1998)。今回の研究においても運動習慣と医療費との関係では、運動習慣のある者は運動習慣のない者に比べて全体、

性別間、年代間において医療費が安い傾向を示した先行研究と同様の結果を得たことは、運動習慣の確立が医療費を低下させることが再検証できたと考えられた。しかし、本研究における運動習慣については、対象者の大半が女性であることから、散歩を中心とした下肢の持久的運動と推察される。また、自立度と医療費との関係では、全体、性別間、年代間において自立度が高い者は、自立度が低い者に比べて医療費が安い傾向がみられた。ADLや寝たきり度などの生活状況と医療費を比較検討した結果、ADL障害群は非ADL障害群より医療費が高いと報告されている(山路他, 2000)。本研究においても先行研究と同様の結果を得た。ADL障害を防ぐことや寝たきりを防止するなどの自立度の維持が医療費の抑制

表6 性別による運動習慣、自立度と3ヶ月の平均医療費との関係

(n=422)

		人数(%)	Mean(円)	S.D	男女間	交互作用
運動習慣	男性	あり	33(56.9)	36,646	0.16	0.37
		なし	25(43.1)	36,866		
		合計	58(100)			
	女性	あり	227(62.4)	20,753		
		なし	137(37.6)	37,497		
		合計	364(100)			
自立度	男性	高い	53(91.4)	39,429	0.16	*0.01
		低い	5(8.6)	8,241		
		合計	58(100)			
	女性	高い	323(88.7)	21,558		
		低い	41(11.3)	70,362		
		合計	364(100)			

t検定 2元配置分散分析 *p<0.05 **p<0.01

表7 全対象者における疾患・傷病と3ヶ月の医療費との関係

(n=422)

		人数(%)	オッズ比	95%信頼区間		
				下限	上限	
心疾患	あり	122(28.9)	2.69	1.36	5.33	**
	なし	300(71.1)	1			
	合計	422(100)				
肝疾患	あり	68(16.1)	4.22	1.51	11.78	**
	なし	354(83.9)	1			
	合計	422(100)				
糖尿病	あり	68(16.1)	2.69	1.09	6.64	*
	なし	354(83.9)	1			
	合計	422(100)				
高血圧症	あり	174(41.2)	3.46	1.85	6.45	**
	なし	248(58.8)	1			
	合計	422(100)				
整形外科系疾患	あり	191(45.3)	2.25	1.19	4.25	*
	なし	231(54.7)	1			
	合計	422(100)				
骨粗鬆症	あり	74(17.5)	8.02	1.19	20.20	**
	なし	348(82.5)	1			
	合計	422(100)				
胃腸疾患	あり	127(30.1)	3.07	2.91	11.05	**
	なし	295(69.9)	1			
	合計	422(100)				
その他の疾患	あり	230(54.5)	5.67	1.53	6.13	**
	なし	192(45.5)	1			
	合計	422(100)				

ステップワイズ法によるロジスティック回帰分析 *p<0.05 **p<0.01

表8 全対象者における疾患・傷病の組み合わせと3ヶ月の医療費との関係

肝疾患*糖尿病	共にあり	28(6.6)	45.2	5.50	372	**
	それ以外	394(93.4)	1			
	合計	422(100)				
骨粗鬆症*歯科系疾患	共にあり	23(5.5)	13.6	1.37	135.00	*
	それ以外	399(94.5)	1			
	合計	422(100)				
骨粗鬆症*整形外科系疾患	共にあり	61(14.5)	11.2	3.56	34.7	**
	それ以外	361(85.5)	1			
	合計	422(100)				

ステップワイズ法によるロジスティック回帰分析 *p<0.05 **p<0.01

の柱であると再確認された。しかし、対象者が要介護認定を受けていない前期高齢者であったため、運動習慣や自立度が高い対象者が多い傾向であった。また今回は女性に比して男性が圧倒的に少なかったため全体で評価したこと、生活習慣の中で運動習慣を中心に検討したが食事、睡眠、喫煙、飲酒等といった生活習慣も自立度、疾患・傷病、医療費に影響する要因であると考えられるため、その関係性の検討は今後の課題である。医療費と疾患・傷病との関係において、外来と入院のレセプト調査から医療費の上位疾患は、高血圧症、糖尿病、脳血管疾患、腎不全と報告されている(日川他, 2003)。本研究において、高医療費となる疾患の組み合わせについては、肝疾患及び糖尿病で約45倍、骨粗鬆症及び歯科系疾患で約14倍、骨粗鬆症及び整形外科系疾患で約11倍それ以外の各疾患の組み合わせに比べて高くなった。医療費が高くなる要因疾患で先行研究と合致するものは、高血圧症、糖尿病であり、今回はさらに肝疾患、整形外科系疾患、胃腸疾患による影響も考えられた。そして疾患・傷病に比し、疾患同士を組み合わせたものでオッズ比が高値になったことから、今回の対象は男性が圧倒的に少なかったため性別ではなく全体での解析となったが、複数の疾患罹患が87医療費を相乗的に高くする要因である可能性が示唆され、基礎疾患および合併症の予防が一層重要と考えられた。

VI. 結論

運動の習慣化により疾患・傷病の有病率が低下することが示唆された。特に整形外科系

疾患を予防することが、自立度の維持につながると考えられ、予防的意義の可能性が示唆された。さらに複数の疾患・傷病の組み合わせと医療費との関係では、整形外科系疾患の組み合わせは他疾患に比し医療費が高くなったため運動習慣の確立が医療費を低下させる可能性があると考えられた。以上より、主に65歳から74歳の女性において、運動習慣、自立度、疾患・傷病、医療費の包括的な関係性から医療費を低下させるためには、「週2回以上、1回30分以上、1年以上」の運動習慣を確立していく必要

性が示唆された。

付記

本研究は、浜松医科大学大学院医学系研究科看護学専攻修士論文の一部を加筆・修正したものである。また、分析データ等に関しては2002年の調査時のものを使用したが、高齢化率等の一般的な指標となるデータに関しては、数値は違うものの傾向は同じであると判断し、現在のデータを参考にした。

文献

- 岡村智教, 中川裕子, 石川善紀, 他 (1995) : 老人保健事業における機能訓練事業参加者の実態と日常生活自立度に関する研究, 日本公衆衛生学会誌, 42 (10), 878-887.
- 加納克己 (1997) : 骨密度と運動歴との関連についての疫学的調査研究—40歳以上の中老年の女性を対象にして—, 民族衛生, 63 (1), 43-53.
- 岸田敏彦, 井奈波良一, 岩田弘敏, 他 (2000) : 30歳から5年後の血清脂質及び血圧の変動と運動習慣の変化との関係, 日本衛生学会誌, 54, 631-636.
- Gregg EW, Cauley JA, Stone K, et al (2003) : Relationship of change in physical activity and mortality among older women, Journal of the American Medical Association, 289, 2379-2386.
- 後藤力, 東幸仁, 佐々木正太, 他 (2002) : 有酸素運動が血管内皮機能へ及ぼす影響, 理学療法学, 17 (2), 87-91.
- 小林寛道, 近藤孝 (1992) : 現代のスポーツ スポーツ科学高齢者の運動と体力, 1-3, 朝倉書店.
- 佐藤満 (2003) : 糖尿病患者における生活習慣 健康行動と医療費との関連, 厚生学の指標, 50 (1), 7-16.
- 財団法人厚生統計協会 (2010-2011) : 国民衛生の動向・厚生学の指標.
- 須賀万智, 杉森裕樹, 飯田行恭, 他 (2001) : 職域の定期検診データによる中高年男性の高血圧発症にかかわる要因の解析, 日本公衆衛生学会誌, 48 (7), 543-550.
- Singh MA (2002) : Exercise to prevent and treat functional disability, Clin Geriatr Med, 18 (3),

- 431-462.
- 菅原誠 (1992) : 高齢者のスポーツおよびレクリエーション 高齢者スポーツの功罪, PT ジャーナル, 26 (4), 224-229.
- 隅田好美, 黒田研二 (2002) : 高齢者における日常生活自立度低下の予防に関する研究 (第1報), 厚生 の指標, 49 (8), 8-13.
- 竹内清美 (2002) : 老人保健事業による基本健康診査受診と国保医療費との関連, 日本衛生学会誌, 56, 673-681.
- 竹島伸生, 小林章雄, 田中喜代次, 他 (1997) : 高齢者の健康づくり—運動処方の実際と課題—, 19-24, メディカルレビュー社.
- 武田修平, 渡辺紀久子, 工藤次子, 他 (1993) : 都市部における機能訓練事業の評価の試み, 日本公衆衛生学会, 40 (11), 1077-1083.
- 辻一郎, 泉陽子, 久道茂, 他 (1998) : 生活習慣と医療費との関係について—大崎国保コホート研究から—, 社会保険旬報, 1986, 6-10.
- 日川幸江, 川崎裕美, 長原みどり, 他 (2003) : 訪問指導事業の計画立案に際しての具体的方法の検討 国民健康保険における疾病構造の分析から, 保健婦雑誌, 59, 144-149.
- Belloc, N.B., and Breslow, L (1972) : Relationship of physical health status and health practices, 1, 409-421, Preventive Medicine.
- 星旦二, 森本兼囊他 (1995) : ライフスタイルと健康 健康理論と実証研究, 33-52, 医学書院.
- 安永明智 (2002) : 高齢者の主観的幸福感に及ぼす運動習慣の影響, 体育学研究, 47 (2), 173-183.
- 安村誠司, 高橋泰, 浜村明德, 他 (2000) : 老人保健法に基づく機能訓練事業の日常生活自立度に及ぼす効果に関する研究, 日本公衆衛生学会誌, 47 (9), 792-799.
- 山路雄彦, 坂本雅昭, 瀬戸正子, 他 (2000) : ADL障害と老人医療費の関連研究, 理学療法学, 27 (5), 265.

物の「意味」を見るとはどのようなことか —現象学的研究

How Can We See the Meanings of Things?

- A Phenomenological Study -

小林 道太郎 Michitaro Kobayashi

キーワード: 知覚, 意味認識, 現象学

Key words: perception, recognition of meaning, phenomenology

抄録

私たちは日常の中で物を知覚するとき、そこにさまざまな意味を認識している。このような物の意味の認識は、看護を含めた実践においてきわめて重要なものであるが、これまでの哲学では語られることが少なかった。本論ではこうした意味認識について、今後の研究につながる基礎的な分析を与える。

意味は物の諸性質だけによって特定されないため、文脈依存的であるなどといわれる。しかしより詳しく見れば、意味はそれがどのような条件に依存しているかによって、複数の要素または層に区分される。こうした区分により、意味認識の過程と可能性についてより適切に論じることが可能になるだろう。またそのように考えるならば、意味認識にも正しい認識とそうでない認識とが区別されうる。誤った認識の修正について、本論は、E. Husserl の現象学における知覚論を手がかりに、物知覚の場合との類比において検討する。

Abstract

When we perceive things in everyday life, we recognize variety of meanings about them at the same time. In the field of philosophy, problems about the recognition of meanings in perceptual scenes have been rarely discussed, although they are very important in nursing and many other practices. The purpose of this paper is to examine our meaning recognition and to advance a basic understanding, which will serve further researches.

Meanings are not fixed only by the thing and its features. It is said, therefore, that meanings are dependent on the context. But if we look more carefully, we can further classify them into some elements or strata, according to the conditions they depend on. Such a classification makes it possible to consider the process of meaning recognition in more detail. And this kind of consideration enables us to see the possibility of distinction between the right and wrong meaning recognition. Especially, correction of erroneous grasp can be treated by analogy of perception. With regard to perception, E. Husserl's phenomenological analysis is mainly referred.

はじめに

私たちは知覚経験の中で、さまざまなものを単に物理的対象として見ているだけでなく、そこにさまざまな「意味」を見ている。これはどのようにして可能なのか。

この問いは日常一般の経験に関する問いでもあるが、同時に看護にかかわる問いでもある。看護の実践の中では多くのことが直観的に把握されていると言われるが、それらの内容や過程を言語化し説明することは、必ずしも容易なことではないからだ。それらが自分だけの単なる思い込みや、言語化不可能・伝達不可能な神秘的「勘」などではないと主張するためには、そのような直観がいかんして得られているかをあらためて明確にしていかななくてはならない。

哲学において、物や環境を見るという知覚そのものについてはすでに多くのことが論じられており、また他方、言語や言語的意味についても膨大な研究がある。しかし知覚のときに同時に意味的なものを見る、あるいは認識するという経験について、主題的に論じられることは少ない。直観的な意味理解というこの問題を扱うには、現象学的な分析が有効だと考えられる。なぜなら現象学は、必ずしも言語によって表現されていない諸経験を分析することに、大きな重要性を認めているからだ。本論は、主に E. Husserl の議論を（それが参考になる限りで）参照しながら、対象の意味を見るという経験の内実をできる限り明確にすることを目指す。

しかしこの課題は非常に大きなものであるため、本論では全体を扱うことはできず、その一部について見取り図を描いてみることにしかできない。本論が扱うのは、物の知覚とそれに伴う意味把握である。つまり、人や生き物の知覚、出来事の知覚などはすべて本論の議論から除外される。言語による情報伝達も扱わない。また知覚に関しても、視覚的に得られる情報を中心に考えるため、特に対象に行為的に関わったり働きかけたりするような場合についてはほとんど論じることができない。これらの制限は、複雑な事象を比較的単純な仕方で扱うためのものであり、本論で扱えない諸事項については別途研究が

必要である。

そのような限定された論述ではあるが、本論は、物知覚の際に同時に把握されるさまざまな「意味」を複数の層に分節し、それらの把握と検証の可能性について論じることを試みる。意味はさまざまな解釈が可能だといわれるが、本論では特に、把握された意味の修正について確認することで、意味の限定が可能であることを示したい。

議論の進め方は次のとおりである。まず、基本的な実在と考えられている物対象の単純な知覚を検討し、直観的な対象把握における誤謬と検証の可能性を確認する（1章）。ここでの議論は、後の議論、特に3章での議論の前提となる。次に、私たちの日常的な知覚を振り返ることで、その中にすでにさまざまな意味的内容が含まれていることを見る（2章）。さらに、経験の中での意味の把握が、最初に見た物の知覚と本質的な点において類比的な仕方で行われていることを示すことにより、意味把握にも知覚と同様の検証可能性があることを論じる（3章）。

1. 物知覚とその検証

1-1 志向的統握としての知覚

意味認識の基礎となる物の知覚について、Husserl の分析の要点を確認することからはじめたい。Husserl の知覚論は、まずもっとも基本的な論点として、知覚作用における志向対象としての物と、知覚に与えられる「現出 (Erscheinung)」とを区別する (Husserl 1984, pp. 358-361)。現出は、対象の射映 (Abschattung) あるいは見え姿として知覚の内に与えられており、私たちは対象が現れるその現出によって対象を見ている。しかし知覚の際、対象の全体が現出として私たちに与えられているわけではない。たとえば私たちが物を見ているとき、その裏側はこちらからは隠れて見えない。裏側を含めたひとつの全体としての物対象そのものは、現出とは違い、知覚に内在していないのだ。知覚は、単なる感覚内容の受容ではなく、主観の能動的な作用を含んでいる。つまり知覚は、感覚的な内容を対象の現出として統握 (Auffassung) することによって成り

立つ。

このような知覚の性格について、Husserl の論点のうち、次の3点だけをごく簡単に確認しておきたい。

i) 志向意識としての知覚：Husserlによれば、知覚は志向 (Intention) 意識の一種だ。

志向という語は当初、言語表現によって対象を意識し思念しているときの意識の性格を指す語として導入された。Husserlは、Brentanoの言葉を引いて、志向は「ある内容に意識が関わる仕方」(Husserl, 1984, p. 380) だという。その重要な特徴は、それが「充実されている (erfüllt)」ことも、「空虚である (leer)」こともありうるということだ。私たちがある対象を単に言葉で名指しているだけでなく、同時に実際に知覚してもいるとき、つまりその意味と知覚の間に合致統一が認められるとき、その志向は充実されていると言われる (Husserl, 1984, pp. 556-7)。逆に、その対象を見たりすることなく言葉で言っているだけのとき、その志向は空虚だと言われる。

ここから Husserl は、志向とは、「充実関係を基礎づけることができるという特徴によって性格づけられる、志向体験のクラス」(Husserl, 1984, p. 572) だ、という。そしてこのような性格を知覚にも認める。知覚は、表現に充実を与える作用であるが、しかしそれ自体もまた、志向とその充実という語彙によって特徴づけられるのだ (Husserl, 1984, p. 539, pp. 572-4)。上に見たように、物知覚において対象は部分的にしか見えていない。見えている前面に関しては、志向は充実されているが、別の面や部分に関しては、志向は空虚であり、さらに充実されることが可能である。

ただし、物知覚の志向が完全に充実されることはない。たとえば物を裏返して見ることによって、その裏側に対する志向は充実されうるが、その場合でも今度は別の側面が裏に回ることであり、満たされていない部分志向は常に残り続ける。

ii) 身体との相関：Husserl は、知覚における身体運動の重要性を指摘し、それに関する詳細な分析を行っている (Husserl, 1973)。それによれば私た

ちは、単に固定された視点からの視覚だけによって対象を把握しているのではない。継起的な身体運動の中で、身体の運動感覚 (キネステーズ) と現出の変化との連動を把握することによって対象を知覚するのだ。たとえば私は対象に目を向けながら斜め前方向に体を傾ける。このとき私の身体にはその運動感覚が生じている。同時に視覚野には、先の現出と部分的に重なるような新しい現出が連続的に与えられているだろう。これらは、連続的な運動感覚との相関によって、同じ対象を少しずつ違った角度から見た諸「側面」として知覚される。このような連動がなければ、私たちは物を立体として空間内に位置づけて知覚することはできないだろう。

iii) 周囲の知覚：私たちは、一つの物だけを切り離して知覚することはない。自分の身体も含め、その物の周囲の諸対象をも同時に知覚しており (cf. Husserl, 1976, pp. 56-7)、たとえばそれらとの空間的位置関係の中で、物を知覚している。このとき、周囲の物だけでなく、知覚に関わる諸条件もまた同時に把握されている。視覚の場合、対象との距離や掩蔽物などのほか、周囲の明るさはどうか、霧などで見通しが悪くなっていないか、などのことだ。これらの条件が把握されていない場合、物の大きさや色などについて誤った判断がなされるかもしれない。

したがって物の知覚とは、単なる感覚の受容ではないし、また与えられた感覚内容を「組み立てる」ことでもない (cf. Husserl, 1984, p. 395)。たとえば、私が今知覚しているこの対象にさらに近付くとき、現出がどのように変化するかは (詳細さや正確さの程度はさまざまであるが) なんらかの仕方であらかじめ理解され予期されているはずだ。しかしこの変化は今の感覚内容そのものにはまったく含まれていない。単に感覚を寄せ集めたり組み合わせたりすることによって、その物に属している可能的現出の変化の合法則性を捉えることはできないだろう。知覚において私たちは、感覚や現出をそれ自体として見ているのではなく、それらを「通じて」、多様の中の統一としての物を志向し把握している。

1-2 知覚の誤謬の可能性

さてこのように知覚を志向と捉えることによって、知覚の修正の可能性について論じることができるようになる。一方では知覚は、時間の経過に沿って連続的・整合的に、後の知覚が以前の知覚を引き続き確証するような仕方で進行することがありうる。しかし他方、後の知覚によって、以前の知覚が間違いだったと判明することもありうる。このとき、先の志向は破棄され、新しい志向に修正されることになる。

こうした捉え直しは、日常的にもごく当然のこととして頻繁に生じていることだが、この可能性は、知覚を単に感覚の受容とみる考え方からは正しく理解することができないだろう。感覚的な内容そのものには、(少なくとも一般的な考えでは) 修正の可能性はないと考えられるからだ。知覚は単なる受容ではなく、能動的な統握の作用である。Husserl は知覚の統握について、『論理学研究』(初版) ではこれを「解釈 (Deutung)」とも呼んでいる (Husserl, 1984, p. 400, 406)。この用語は、表現などに関する意識的な解釈を連想させるというミスリーディングなどところがあり、第2版のいくつかの箇所では削除・修正されるが (Husserl, 1984, p. 395, 397, 407), 参考にはなるだろう。つまり、ここで問題となっているのは、それ自体としては同等の感覚内容でも、条件によってさまざまな統握の可能性がありうる、ということだと理解される。

ところで、知覚の誤りに関連してここで指摘しておきたいのは、知覚が誤りうるということは、知覚が一般に信頼できないことを示唆するものではない、ということだ。たとえばある種の懐疑的な議論では、遠くから見て丸いと思われていた塔が実は四角だった、などの例を挙げて、感覚による把握は信頼できないと主張する。しかしこの主張はここでの私たちの議論にとって重要ではない。通常、この塔は四角いという正しい判断もまた、感性的把握に基づいて行われているはずだからだ。知覚が一般に信頼できないとすれば、新しい知覚に基づいて先の把握を否定することもできないことになってしまうだろう。知覚に誤謬の可能性があるということが示している

のは、知覚一般のあてにならなさではなく、むしろ、より信頼できる知覚とそうでない知覚とがあるということだ。

知覚の信頼性の違いを述べることは、不可謬の絶対的な知覚があると主張することではない。より信頼できると思われた知覚が、再び誤りだったと判明する可能性は排除されない。ある知覚が正しいかどうかは、外的な基準によってあらかじめ決まっているのではなく、むしろそれが後になって否定されたときはじめて、先ほどの知覚は誤りだった、と結論されることになるのだ。

Husserl は、知覚が通常は信念 (belief) の性格をもつと指摘している。つまり対象はまず、そこにあるものとして知覚される。これは本当にあるのだろうか、という疑いや蓋然性の意識は、そこからの変様によって得られる。そしてある知覚の誤りが判明するのは、より強い力をもった新しい知覚が、先の知覚を否定する場合だ。何の根拠もなく、この知覚は間違っていると述べることにはいみがない。疑いにもなんらかの根拠が必要なのだ。そのため Husserl は、実際の経験に基づく対抗的な動機付けによってのみ、ある経験の確実さは疑われたり否定されたりする、という (Husserl, 2002, p. 264)。

したがって、ある知覚が正しいかどうかという問題は、知覚の修正の可能性と切り離して論じることができない。次節および次々節で、知覚の修正の可能性について検討しよう。

1-3 知覚の修正のパターン

私たちは、どのようなときに知覚の誤りに気づき、これを修正するのだろうか。言い換えると、ある知覚が誤りだったとして知覚を修正する根拠や動機づけは、どのようにして得られるのだろうか。これについては、大まかには、次のようなパターン分けがなされうる。

1) その対象に属する新しい現出が現れる場合

日常的によくあると思われるのは、対象もしくは知覚者の身体の運動、環境の変化等によって、対象について新しい現出が得られる場合だ。

たとえば裏側など隠れていた部分が見えるように

なったとき、その側面の色や形が当初思っていたのとは違っていた、ということがある。先に述べたように、知覚においては物の部分しか見ることができないのだから、見えない部分に関する修正の可能性はつねにあることになる。また、すでに見えている面に関しても、それが最善の現出であるとは限らない。近付いて見たり、正面から見たりすることによって、(同一面に関してであっても) 先の現出とは異なった新しい現出が得られるだろう。

また、他のモダリティの知覚現出が得られることによって、先の志向が否定されることもある。たとえば、対象に実際に触れてみたら、単に見て思っていたより柔らかかった、というような場合だ。その他にもさまざまな働きかけや、身体および他の物との相互作用によって新たな統握がなされることもある。

私が身体を動かさなくても、物が運動することによって新しい現出が現れることもある。またさらには、対象そのものにも知覚者の身体にも運動変化がなくても、環境の変化によって知覚に変化が生じる場合もある。たとえば暗かった室内が明るくなるなどの場合がそうだ。このような変化は、場合によってはその物に関する知覚の修正をもたらすだろう。

これらはいずれも、新しい知覚現出によって新しい統握が動機づけられ、それによって過去の把握が否定される場合、と理解することができる。

2) 対象によりよく注意を向ける場合

しかし、新しい現出が現れることが、知覚の修正のための必要条件というわけではない。現出が変化しなかった場合でも、知覚が修正されることはあり得る。たとえば私たちは、「見えているはず」のものごとについても、見落としや見間違いをすることがある。誤字脱字に気付かず、それを正しい文章として読んでしまうような場合がそうだ。二度目にその箇所を読んで今度は間違いに気付いたとき、先ほどの文字知覚は間違っていた、と言われるだろう。私たちは通常、感覚的に与えられている内容のあらゆる細部を明確に意識した上で、それに基づいた知覚統握を行っている、というわけでは決してない。同じ対象を、同じ現出において知覚しているときでも、

よりよく注意することによって、知覚の誤りが判明することがあり得る。

3) 状況の把握が変化する場合

さらに別の可能性として、対象そのものの現出は変化しなかったとしても、周囲の状況に関する把握が変わることによって、問題の対象が違った仕方で捉えられる、ということがあり得る。たとえばこの紙の赤い色が、紙自体の色ではなく、窓から差し込む夕焼けの光のせいだとふと気付くとき、先ほどまでの「赤っぽい紙」という知覚は誤謬だったということになる。あるいは別の例として、私がある対象までの距離を間違えて把握していたことに気付いたとき、私は同時にその対象の大きさに関する見積もりをも修正しなくてはならないだろう。私たちは上で、知覚の際には身体および周囲の状況が同時に把握されているということを確認した (ii, iii) が、その把握が変われば、それに応じて今の現出も異なって統握され、知覚が修正されることになる。

1-4 知覚志向の間の非両立性

原理的には、こうした知覚の修正の可能性が完全に排除されることはあり得ない。なぜなら、いかなる知覚についても、物の未知の部分のさらなる知覚や、ある部分についてのより詳細な知覚や、その物についてのより広い視野の中での知覚がつねに可能だからだ。このパターンのものであれにしても、すべてを一度に知覚し尽くすことはできない。どこまでいっても、もはやこれ以上この知覚は修正され得ない、と宣言できるようにはならないだろう。

さて、さまざまな理由により新しい志向が得られたとしても、それだけでは知覚が修正されることになるとは限らない。新しい志向によって古い志向が否定されるということが必要だ。Husserl は、実際の知覚等により志向が間違いであったことが判明する経験を、志向の幻滅 (Enttäuschung) と呼ぶ。これは志向の充実と反対の出来事だ。たとえば、私が今赤い球を見ていて、裏側も赤いだろうと考えている。実際に裏側を見てみて、それが「赤ではなく緑だ」ということがわかる。このようなとき、「赤い」という古い志向は幻滅させられ、「緑だ」という新し

い志向がそれにとってかわる (Husserl, 1999, pp. 94-5)。

このときに一般に起こっていることのポイントは、球の例 (Husserl, 1999, pp. 94-8) を用いるならば、次のようにまとめられる。ア) 同じこの球のこの部分に関して、「赤い」という志向と「緑」という志向とは、互いに相容れない。つまり両者が併存することは不可能である。イ) 「赤」が単に予想されていただけであるのに対して、「緑」は実際の知覚としてより強い力をもつため、「赤い」という部分志向は否定される。いわば「赤」の志向が打ち負かされる。ウ) 先の「赤い球」という志向は、全面的に否定されるのではなく、全体の中の部分が否定される。志向の対立が起こるためには、この場合であれば同一の対象 (球) について「赤」と「緑」が志向されるということが必要であり、全体の志向は維持されていることが前提となる。

この例は上のパターン 1) に含まれるものだが、他のパターンでも同様のことが言える。重要なことは、知覚の誤謬をいう際に、問題となるのは志向どうしの対立関係だということ、そしてそのときには、対立を可能とする全体の同一性は前提として保持されたままだということだ。

2. 物の「意味」の認識

2-1 「意味」の文脈依存性

前章では、物そのものに属している、いわゆる客観的な特徴の把握について見てきた。しかし私たちが物を見るとき、私たちは、そうした物そのものの特徴だけを見ているわけではない。私たちはほとんどいつでも、それらと同時に、その物に関わるさまざまな意味内容を知覚的に認識し利用している。それらの要素は必ずしも対象そのものに属している物的な特徴ではないといういみで、これらを「意味」的な要素と呼ぶことができる。

意味という語は多義的だが、一般には、それらはなんらかの程度において認識者や状況に依存すると考えられている。たとえば大きさや質量のような規定性は、物そのものに属していて、(物そのものが変化しない限り) どのような場合でも同一のままだと

考えられている。これに対して、物の意味と呼ばれるさまざまな要素は、状況や場合によって、あるいは誰が見るかによって、違った捉え方がなされうる。これらの意味は、すべて何らかのいみで相対的だ。このことはしばしば、「文脈によって異なる」とか「状況依存的である」、あるいは、見る人によって異なる、と言われる。

知覚における意味の認識とは何か、を問うためには、ここで「文脈」や「状況」と言われているものが何なのかを明らかにしなくてはならない。詳しく見てみるならば、さまざまな意味が関係する「文脈」は決してひとつのものではない。それらを一旦は区別して記述することが必要だ。そのことは、意味を複数の要素あるいは層へと分析することへと私たちを導くだろう。次節では、論述に必要な限りで意味の区分を与えるを試みる。

2-2 複数の意味の区別

2-2-1 身体との関係

先に見たように、知覚は対象と身体との関係をも同時に把握している。そのため、身体との関わりで特定されるいくつかの要素がある。それは次のようなものだ。

a) 対象の位置。物は、周囲の諸対象との位置関係の中で知覚されると同時に、すべて私から見た近さあるいは遠さや方向において捉えられる。これらは狭い意味での物そのものには属していない、知覚者である私の身体との関係で決まる相対的な規定だ。私が身体を動かせば、この位置関係はそれに応じて変化する。

ここで位置関係の規定が相対的であるということは、それが「主観的」なものであるとか、なんらかのあいまいさを含むということをいみしない。他者から見た場合の対象の位置関係についても、私たちは知覚的に知ることができる。

b) アフォーダンス。対象は身体的行為によって働きかけたり利用したりすることができるものとして知覚されている。こうした利用可能性については、J. J. Gibson のアフォーダンス (affordance) の概念が特に重要であるため、これについては Gibson の議

論に沿って確認したい。

Gibson はアフォーダンスに定義を与えていないが、それはたとえば、「環境のアフォーダンスとは、環境が動物に提供するもの、良いものであれ悪いものであれ、用意したり備えたりするものである」(Gibson, 1979, p. 127/邦訳 p. 137)と説明される。物のアフォーダンスの例として Gibson は、次のようなものを挙げている。「つかむのに適当な大きさの遊離対象は、・・・運ぶことをアフォードする。すなわち、持ち運びうるものである。物質が適当な質量と容積の比(密度)をもつ場合には、投げることをアフォードする。それは投げることのできるものである」(Gibson, 1979, p. 39/p. 42)「ポットのような中空の対象は水や酒、穀粒などを容れたり、これらの物質を貯えるのに用いることができる。地面からひざのたかさくらいの高さの水平な面をもつ対象は坐るのに用いられる」(Gibson, 1979, pp. 39-40/p. 42, cf. pp. 133-4/pp. 144-5)。物はこうしたさまざまなアフォーダンスをもつ。

物のアフォーダンスは、知覚の際に客観的なものとして認識される。アフォーダンスの認識は、その対象が「何」であるかという認識とは区別される。「それらの対象がアフォードするものを知覚するためには、それらの対象を分類したり、名称をつけたりする必要はない」(Gibson, 1979, p. 134/p. 145)。対象がどのような類に属しているかの知識がなくても、私たちは、自分の身体およびその運動可能性との関係において、対象がどのように使えるかを見て取ることができる(対象の種類の認識については、すぐ後で確認する)。

アフォーダンスは、人間からみた場合と、身体構造等の異なる他の動物がその対象をみた場合とでは、必ずしも共通ではない。また人間同士でも、より詳しく見れば、ある対象が体の小さな子どもに対してアフォードするものと、大人に対してアフォードするものとは異なることがある。さらに高齢者や障害者などのことをも考えるならば、アフォーダンスは個々の知覚者に相対的だと考えられる。

しかし Gibson は、アフォーダンスが単に心の中にあるといういみで主観的なものではなく、環境や

対象の中にあるといういみで客観的なものであることを強調している。それはたとえば、知覚者が「どう考えるか」などの要因によって左右されるものではなく、環境や対象と身体(およびその諸能力)によって規定されている。したがって、必要な条件が整っていれば、私たちはある他者に対する対象のアフォーダンスをも認識することができるだろう。

2-2-2 これまでの経験・知識との関係

対象は、私の身体との関係において把握されるだけでなく、さらに私の過去の経験や知識とのかかわりにおいても把握される。

c) 類型。対象は通常、なんらかの種や類に属する対象として知覚される。これは犬(という種に属するひとつの個体)だ、ペン(というタイプに属する諸対象のうちのひとつ)だ、等。こうしたことについて、Husserl は類型という概念を用いて説明している(Husserl, 1999, pp. 398-401)。経験の中で、過去のものも含めて、等しいものや似たもの同士の間には合致が受動的に体験される。それらはその類似性に応じて互いに融合し、ひとつの共通性を形作る。このようにして受動的に構成される最も低い段階の普遍性が経験的類型である。

類型的に経験されたものは、実際に知覚されて知られたものだけでなく、まだ経験されていない拡張された徴表の類型をも含んでいる。ある犬を見るとき、私たちはその振舞い方をすぐに予見している。つまりその食べ方、走り方、あるいはその歯がどうなっているか等を、個別的には未規定であっても、これまでの経験に基づいて類型的に知っているのだ(Husserl, 1999, p. 399)。類型には一群の類型的徴表が属しているが、それらはさらに、まだ知られていない類型的徴表の開かれた地平を伴っている(Husserl, 1999, pp. 400-1)。そのため新たな経験によって、類型の徴表は新たに付け加えられたりより詳細に規定されたりすることが可能である。

さて Husserl はここで取りたてて論じていないが、経験的類型は、各個人の経験によって形成されるだけでなく、言語等によってある程度共有可能なものだと考えられる。ただし、対象を分類する諸概念や

その含意が、あらかじめ客観的に完全に特定可能だという見方はさまざまな仕方では批判されている。対象が「何」であると捉えられるかは、時代や文化・社会に相対的でありうる。一部の科学的知識のように、同時代の人類全体に共通すると想定されるものもあるし、国や地域によって当然に異なるものもある。さらに同じ国や地域でも、ある職能集団やある企業、あるいはさらにローカルな諸集団に特有の知識もある。他者が対象を何と見ているか、またそこにどのような知識や文化的意味を見ているかについては、こうした広範な共通理解を前提として理解されることになるだろう。

このような類型的認識には、通常多くの含意や連想が付随する。対象自身のもつ性質や可能性だけではなく、さまざまな文化的、社会的な意味や価値付けも関わってくる。たとえば今見ているこれは、単にマツタケであるというだけでなく、しばしばそれと同時に、高価な食材である、秋の味覚である、等の意味付けとともに捉えられるだろう。

さらに類型としての把握は、この個体がその類型の中でどのように位置づけられるか、ということをも同時に意識させるだろう。これは大きい犬だ、と私が考えるとき、それはこの個体が「犬としては」大きい、ということを読み取っている。他の諸特徴についても同様のことが理解される。

d) 個別者としての同定。諸対象は「さっきも見たこれ」、あるいは既知の個体として再認される。このとき、問題の対象はしばしば、純粹にその特徴だけによって再認されるのではなく、たとえばさっきと同じ位置にあること、いつもの場所にあること、など、周囲の状況との関連の中で同定されている。世界は単に空虚などかではなく、多くの場合は私の既知の（場合によっては未知の）場所と諸対象である。既知の場所、私の日々の知覚対象は私のなじみのものである。諸対象は世界の連続性および「見当識」に基づいて、既知のものとして再認される。

さらに、対象は再認されることにより、その過去に関するさまざまな知識や価値づけと結び付けられる。これは私が大事に使っているカップである、あれは去年誰々にもらった時計である、等。

ある個別の対象についての知識は、通常は類型による認識を前提としつつ、この個別の対象に特有の事実として知られる。これは基本的には伝達・共有が可能なものだと考えられる。ただし、それが事実かどうかの検証は、実際上難しいこともあるだろう。

e) 状況との関係。物のタイプは、上に見たようにさまざまな意味付けや連想と結びついている。そしてそのような一般的な意味付けは、今この状況の中に置かれることで、さらに多様な意味を獲得することになる。たとえば、私たちは、「そこに鉛筆が落ちている」のを見ることが出来る。この認識には、これが鉛筆であるという、類型的知覚のほか、それが今地面の上に静止しているという状況の知覚が関わっている。さらにそこには、鉛筆は普通意図的に地面に置いたままにはされないという知識、そのような状況はたいてい誰かが鉛筆を落としたことによるものだという知識などが（明示的には意識されないかもしれないが）関わっている。

同じような認識は、個別対象の同定を前提として得られることもある。この本は普段本棚に収まっているはずなのに今日は出しっぱなしになっている、など。

さらにさまざまな知識の活用によって、日常的に利用されている多くの推測が成り立つだろう。その過程は意識されているとは限らず、瞬時に判断がなされていることも多い。こうした推測の場合には、問われた場合に後からその理由を言語化することが比較的容易なことがある。

2-2-3 価値

その種類の対象について一般的に共有された価値付けは、上に見たように、その対象が何であるか、という類型的な把握と結びついて認識されていると考えられる。しかしそれだけでなく、各人によって異なって把握されるような価値的要素がある。

f) 情緒的・審美的意味。知覚された諸対象は、それ自体として快かったり不快だったり、という感情的・審美的意味をもつ。これは単なる知識ではなく、知覚の際、対象に「直接」感じられるだろう。また、たとえば物の形などは、単に三次元図形として捉え

られているのではなく、それ自体が、ある拡張的な
いみにおける「相貌」として捉えられている。

g) 重要性。各人はそれぞれ、諸価値の間の優先関係を持っていると考えられる。それには、たとえば人生の目的などから合理的に導かれる諸価値およびそれらの優先関係が含まれる。また個人の偶然的な経験や連想、「単なる」好悪など、それほど合理的な根拠に基づくとは思われないようなものもある。そのような価値観に従って、諸対象は自分にとって重要なものあるいはそうでないものとして、あるいはさまざまな独特の価値や色合いをもったものとして現れる。

これらは実践上きわめて重要な要素だが、本論では指摘するにとどめる。これらは本論で扱う他の諸要素とは性格を異にしていると考えられるため、別途考察が必要である。

2-2-4 実践との関係

h) 道具としての利用可能性。対象の類型的把握に基づいて、さらに、私がそれを使えるかどうかを把握される。ここで問題となるのは、今私の持っている諸能力からみて、それらの対象がどう位置づけられるか、ということだ。たとえば私はロシア語で書かれた本を読むことができない、トランペットは演奏できない、コンピュータのキーボードには多少は慣れている、等。これらの諸能力は、一般的なアフオーダンスに関して問題になっているよりもさらに具体的に、その種の対象との関わりの中で経験的に獲得されたものを含んでいる。それは身体的な能力や技能の習熟でもあるし、またたとえば、複雑な機械の操作方法や諸部分の機能などに関わる「知的」な能力も含まれるだろう。こうして諸対象は、私にとって「扱い慣れたもの」であったり、「私には使えないもの」だったりする。

普通人は、自分がどのような道具を扱えるかを知っている。これに対して他の人がどのような習熟能力を持っているかは、直接には目に見えない。しかし、原理的には、実際にやってみる／みせることで、その利用能力の有無を確かめることができると考えられる。

i) 現在の意味。諸対象の利用可能性や意味は、今このときの私の意図や行為可能性との相関によって明示的に意識されるようになる。たとえば私のペンは今メモをとるのに利用することができるものとして私の前に現れている。そこで点いているストーブは、この部屋と私の身体を温めてくれているものだが、不用意に触れたり近づきすぎたりすると危険なものでもある。机に散らかった書類は、今の私にとっては作業を妨げる邪魔ものである。等々。ここには、ここまで確認してきた意味の諸要素の認識がすべて含まれている。それらを前提した中から、私が今何をしようとしているか、あるいはどのような関心を持っているか等のことに対応して、その対象の、今の行為連関の中での価値づけが特に浮かび上がって意識されてくるのだ。

対象が今、その人の意図とのかかわりでどのような捉えられているかは、その人の意図が私に把握されていれば、ある程度理解することができる。なぜなら私は、どのような行為に対してどのような対象がどのように役立つ／障害になるかを、一般的に知っているからだ。たとえば「この放置自転車は通行の邪魔になる」というようなことは、比較的明らかに見て理解することができるだろう。しかしその人固有の身体能力や専門的知識や習熟能力から見た対象把握を前提にした今現在の対象の意味づけなどは、他の人からうかがい知ることが難しいという場合もある。その難しさの度合いはさまざまだ。

他者の意図を理解する可能性については、別途検討が必要である。

まとめると、対象の意味的把握は、その人の身体能力と状態、その人の知識、その人の価値観や性向、に相対的だ。ただしいずれの面に関しても、多かれ少なかれ、文化的社会的な諸前提による影響がありうる。これらのうち、身体および知識にかかわる部分についてはある程度客観的なものと考えることができる。価値観等にかかわる部分は、当人でさえ十分な説明を与えられるとは限らず、この中でもっとも共有されにくいと考えられる。

2-3 意味の認識とその習熟

こうした諸要素に関する認識は、しばしば、対象の知覚と同時に与えられている。私は振り向いた瞬間に、すでにそれを、机の上に置かれた自分のはさみとして認識する。それは同時に、私が今まさに使おうと思って探していたものである。また私はそれが引き出しの中にあるかと思っていただけで、それは思い違いであったことが、この認識の瞬間に理解されている。ここに含まれているさまざまな認識要素は、まさに知覚の瞬間に意識されているのであって、意識的な推論によって獲得されたものではない。まず認識の根拠が意識されて、そこから問題となる認識が導かれる、ということは、たいていの場合起こっていないのだ。前節で確認した諸要素も、普通は別々に意識されるわけではない。

そしてこうした意味の認識は通常、これはこうだという断定あるいはある種の確信を伴って認識される。知覚の場合に、対象があることが信じられているという信念の性格を先に確認したが、意味認識についても同様のことが言える。私たちに意識されるのは、根拠に従って認識が獲得される過程ではなく、むしろ結果として得られた認識であり、それはすでに「こうである」という信念とともに意識されるのだ。このため、「なぜそう判断したのか」と問われたときに、人を説得できるような形で根拠を言うことが難しい場合がありうる。

この、判断の根拠を示しにくい、ということは、慣れた認識であるほど、よりありそうなことに思われる。私たちはしばしば訓練や習熟によって、より迅速に、より適切な意味把握を行うことができるようになるが、このとき、判断に影響を与えた諸要素は、必ずしもひとつひとつ意識されているわけではない。むしろ習熟によって、途中の過程はほとんど意識されなくなってゆく。これは私たちの日常の道具使用や、職場での行為、スポーツなどさまざまな場面で起こることだ。

認識の過程について考えるため、習熟によって認識の何がどのように変化するかを考えてみたい。この変化は、前節の分析から考えるならば、単純なひとつの過程ではなく、いくつかの局面に分節できる

と考えられる。一般的なこととして大まかな区分を示すと、次のとおりである。

- ・注意。状況に含まれる多様な情報のうちから、必要なものが過たず特定される。関連する特徴や状態、変化を見逃さない。
- ・知識。知覚者の持つさまざまな知識のうちから、関連する情報が迅速に参照され、状況と関連付けられる。
- ・識別。類似したものの同志のカテゴライズや、ある特徴の微細な違い・変化などが正しく識別される。その判断にぶれが生じにくくなる。
- ・総合。諸情報が迅速に統合され、新しい意味や情報として意識される。状況に応じた適切な意味付け、意味の把握がなされる。

これについてはさらに詳細な検討が可能になると思われるが、ここではさしあたり、最初の手がかりを示した。

3. 意味認識の修正

ここまでの分析を踏まえて、意味認識の修正の可能性について考えたい。意味については、さまざまな解釈が可能だとか、文脈によって違うなどといわれる。このとき、ある意味把握が「間違っていた」として修正されることはあるのだろうか。

知覚が志向意識であり、また言語によって対象や事態を言うことも志向意識であるとするならば、意味を認識する作用もまた志向意識であると考えられる。そしてそうだとすると、本論の1章でみた知覚の修正を手がかりとして、ある程度まではそれと類比的な仕方で、意味認識の修正について論じることができるはずだ。私たちは以下でそのような議論を試みる。すなわち、意味認識の修正が動機付けられる仕方はいくつかのパターンがある(3-1)、そして意味認識の修正は、志向の修正として、知覚の場合と共通の過程でなされる(3-2)、ということを確認する。

3-1 意味認識の修正のパターン

本論1-3で私たちは、知覚の修正が動機付けられる仕方を大きく3つに分けて考えた。繰り返すなら

それは、1) 新しい現出によるもの、2) 注意の向け変えによるもの、3) 周囲の統握の変化によるもの、の3つであった。意味の認識についても、これと類比的な区分を考えることができる。

1) 意味認識は、物の知覚に基づいて行われている。そのため、基礎となる物そのものの知覚が修正された場合、意味の認識もそれに伴って変化することがある。

しかし、先に見たように、意味は物だけによって決まるものではなく、さまざまな状況に相対的である。そのため、物そのものについては修正が生じなくても、相関する要素の認識に変化が生じれば、意味の認識が修正されることがある。たとえば、怪我によってなんらかの不自由が生じているとき、現時点での自分の能力について間違った思い込みを持っているということがあるかもしれない。実際に試してみるなどしてその間違いがわかった場合、物のアフォーダンスや実践的意味についての認識は、それに伴って修正されなくてはならないだろう。

つまり意味認識の際の条件となる知覚や認識の変化によって、意味認識が修正されることがある。

2) しかし知覚や前提条件の認識の変化は、意味認識の修正につねに必要な条件というわけではない。前提となる諸条件が正しく把握されていたとしても、意味が間違っただけで把握されることがありうる。持っているはずの知識を今の状況に正しく適用できない場合や、現在の自分の意図に照らして明らかに不合理な意味づけを行っている場合などである。例：冷静に考えれば、紙を切るという今の目的のためには、はさみでもカッターでも利用できるはずなのに、なぜか「はさみで切る」ことばかりが頭にあって目の前にあるカッターを無視している、というような場合、カッターの持ちうる意味が正しく認識されていないといえる。

このような場合、新しい知覚や知識を得なくても、状況をもう一度考え直してみる（状況に注意を向け直してみる）ことによって対象の意味認識が修正されることがある。

3) さらに別の可能性として、当の対象およびその意味に直接関わっている条件以外のことに関する認

識が変わることによって、ある対象についての意味認識が修正されることがある。たとえば、タオルだと思っていた対象のすぐ横に、濁った水の入ったバケツがあることに気付いた場合、これはタオルではなく雑巾だ、と認識が修正されるかもしれない。さらにこのとき、たとえば私が汗を拭きたいと思っていたところだとすると、タオルと雑巾とはその持つ意味もまるで違ってくることになるだろう。バケツの認識は、タオルと思われていた対象の知覚そのもの、およびそれに直接関わる私の知識や能力等を直接変えるものではないが、対象の置かれた状況の認識を変化させることによって、その対象の意味認識を変化させている。

これらの意味認識の変化はすべて、知覚そのものの修正とは区別される。認識・修正される意味は、知覚された物に基づけられて、いわばその上の層をなしている。そのため2) および3) の変化は、知覚の変化を必然的なものとして要求するわけではない。

3-2 意味志向の間の非両立性

このように新しい志向が動機付けられた後、それが古い志向を否定するまでの過程は、知覚の場合と基本的に同等だと考えることができる。すなわち、意味認識の場合でも、次のようなことが起こりうる。ア) 新しい志向と古い志向とが互いに相容れないため、イ) より強い力を持つ新しい志向が古い志向を打ち負かす。ウ) 否定されるのは志向の全体ではなく、新しい志向と競合する部分志向である。

このとき、非両立的な2つの（またはそれ以上の）志向のうち、どちらがより強い力を持つかは、上に見た動機付けのもっともらしさや諸意味の間のさまざまな連関によって決まるものと考えられる。この複雑な連関や影響関係について、ここで一概に論じることにはできない。いずれか一方の志向が決定的であると認められない場合は、迷いや疑いの状態が生じる。

さて、このような意味の修正に関して注意しなくてはならないのは、志向が互いに相容れないといわれるのはどのような場合か、ということだ。先に見た知覚の場合、たとえば赤と緑という2つの規定が

非両立的であるのは、それらが同一の対象についていわれたときであった。より詳しく言えば、同一の表面部分について、それら2つの規定が同時に直観されることは不可能だ、ということだ。そして非両立的であるのは、同じ類に属する2つの規定だ。たとえばある物に関して、それが赤いという規定は、その物の重さに関する任意の規定と両立可能だ。しかし赤と緑とは、同じ色という類に属する2つの異なった規定であるため、両立することはない。

意味の場合はどうだろうか。私たちは2-2で意味の諸層を分類したが、ここで互いに別の層に属する意味どしは原則的に両立可能であると考えられる。たしかに層を超えた諸要素の間でも、さまざまな影響関係はありうるが、それらは赤と緑のような本質的な両立不可能性ではない。

また、同一の対象（あるいはその同一の部分）に関してであっても、その意味が依存するもう一方の項の条件が違えば、異なった意味が認識されることがありうる。このことについては、2-2で示したいくつかの例からも明らかだろう。たとえば、同じ物でも見る人によってアフォーダンスやその重要性の認識は異なりうる。さらに同一人物が同じ物を見る場合でも、病気や怪我をしているときとそうでないときとは、対象の利用可能性は異なりうる。意味は解釈によって異なる、と言われることがあるが、それはしばしばこのような違いを指していると考えられる。

しかしどのような場合でも任意の意味が両立可能なものとして許容されるというわけではない。ある層の意味について、物と相関項の条件が特定された場合は、その中で諸意味の間の非両立性の関係が成り立つことになる。たとえば私が今お茶を飲みたいと思ったときに、この湯のみが「使える」という認識と「使えない」という認識とは非両立的だ。文脈が違えば、ある意味では使える物が別の意味では使えない、ということはあるが、必要な条件を特定すればそのような言い方はできなくなる。

意味にはかなり多様な可能性があるが、その中でも同一の層に属する諸意味は、同一の対象および同一の条件についていわれる場合に、互いに非両立的

であるということができる。したがって、このような非両立的な意味の間で、より適切な意味把握とそうでないものが区別され、場合によって意味認識の修正が起りうるということになる。

ただし実践上は、これとは別に重要な問題がある。ある物についてさまざまな意味が可能だとして、そのうちどれが重視されるべきか、という問題だ。この問題は、本論で扱ってきた認識の正誤の問題とは別の問題として区別されなくてはならない。どの意味が今重要かを判断するためには、さらに広範な条件や前提を総合的に判断しなくてはならないだろう。本論ではそれらについて論じることができない。

まとめ

本論は、物の知覚の際に同時に把握されている意味について論じた。まず物知覚について、その志向としての性格と、修正の可能性について確認した。次に物のもつさまざまな「意味」について、それが何に相対的か、ということを手がかりに、複数の要素に分析した。これにより、意味認識がどのように行われているかをより詳細に考えることができるようになる。またそれぞれ異なった意味の各層を規定する諸要素を特定することにより、他者から見たときの意味について、また正しい意味把握と誤った意味把握との区別について、より適切に論じる可能性が開かれる。ただし意味の諸層は通常、別個に区別されて意識されているわけではないことを踏まえ、意味認識の習熟の可能性について簡単な示唆を行った。

その上で本論は、意味認識の修正の可能性について、知覚の場合との類比を念頭に検討した。類比が成り立つ根拠は、知覚と意味認識はいずれも志向意識として理解されうるという点にある。検討により示されたのは次のことだ。知覚や前提条件に関する認識の変化、注意の変化、その他の状況に関する認識の変化によって、新しい意味認識が動機付けられる。新しい意味認識が古いものと非両立的であるとき、新しい認識がより力を持っていれば、これが古い認識を否定し、意味認識の修正が起きる。

以上のような議論は、看護の文脈では、実践、教

育, および研究の方法論を考える際に有益であり得る。いずれの場面でも, 看護職者や患者や研究者などが諸対象をどのように見ているか, そしてそれはどのような根拠に基づくのかを問うことは, 重要な意味をもつと思われるからだ。

ただし本論の検討は, 「はじめに」で述べたとおり, 限定的なものであった。今後の課題としては, 次のものが挙げられる。(1)本論中で示唆された問題をさらに詳しく論じること。物の価値的把握の問題, 認識の習熟の問題, 意味の各要素のより詳細な検討など。(2)本論で扱うことのできなかつた, 人の認識, 出来事や行為の認識について論じること。これらの研究によって, より実践的な場面に近い分析と示唆が与えられるだろう。いずれにしても, 本論での検討はそうした研究の基礎として役立つと考える。

文献

Gibson, James J. (1979): *The Ecological Approach to Visual Perception*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale. (邦訳 (1985) 『生態学的視覚論: ヒトの知覚世界を探る』, 古崎敬・古崎愛子・辻敬一郎他訳, サイエンス社, 東京)

Husserl, Edmund (1973): *Ding und Raum*. Vorlesungen

1907. *Husserliana Band XVI*. Herausgegeben von Ulrich Claesges, Martinus Nijhoff, Den Haag.

Husserl, Edmund (1976): *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. Erstes Buch. Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie. *Husserliana Band III/1*. Neu hrsg. von Karl Schuhmann, Martinus Nijhoff, Den Haag.

Husserl, Edmund (1984): *Logische Untersuchungen; Bd. 2 Untersuchungen zur Phänomenologie und Theorie der Erkenntnis*. *Husserliana XIX/1, XIX/2*. Hrsg. von Ursula Panzer, Martinus Nijhoff, Den Haag.

Husserl, Edmund (1999): *Erfahrung und Urteil: Untersuchungen zur Genealogie der Logik*. Red. und hrsg. von Ludwig Landgrebe. 7. Auflage. Felix Meiner, Hamburg.

Husserl, Edmund (2002): *Logische Untersuchungen. Ergänzungsband. Erster Teil. Entwürfe zur Umarbeitung der VI. Untersuchung und zur Vorrede für die Neuauflage der Logischen Untersuchungen (Sommer 1913)*. *Husserliana Band XX/1*. Hrsg. von Ullrich Melle, Springer, Dordrecht.

クリティカルケア領域における看護師の臨床判断に影響を及ぼす要因

The Factors Affecting Critical-care Nurses' Clinical Judgment

原 明子, 林 優子 Akiko Hara, Yuko Hayashi

キーワード: クリティカルケア, 看護師, 臨床判断

Key words: critical care, nurse, clinical judgment

抄録

本研究の目的は、クリティカルケア領域の看護師の臨床判断に影響を及ぼす要因を明らかにすることである。クリティカルケア領域に5年以上勤務した経験がある看護師10名に対し、半構成的面接法を実施し内容分析を行った。

その結果、臨床判断に影響を及ぼす要因として、【医学や看護に関する知識】、【経験によって得た学び】、【先を見通すこと】、【上司（先輩看護師）や他の看護師を手本にすること】、【マニュアルを遵守すること】、【自分の行う技術への自信】、【自分の行う看護行為への確信】、【患者を助けなければならないという使命感】、【患者の重症レベルに合わせること】、【患者の個別性に合わせること】、【適切な介入の時を見計らうこと】、【患者に関する情報が十分にあること】、【アラーム音やモニターの異常音】の13要因が抽出された。看護師は判断と看護ケアを同時に行い、短時間の中で繰り返していた。さらに判断をするときにはいくつもの要因が影響していた。

Abstract

The purpose of this research is to elucidate the factors that affect critical-care nurses' clinical judgment. For answering this question the authors conducted semi-structured interviews with 10 nurses who have worked in critical care areas for more than 5 years, and made content analysis of their statements.

13 factors that affect their clinical judgment were extracted: "knowledge on medicine and nursing", "learning obtained by experience", "prognosis", "learning from senior and other nurses", "adherence to manuals", "confidence in their own technical skill they use", "a firm belief in nursing actions they perform", "a sense of responsibility that they must save patients", "flexible response to the seriousness of patients' illness", "flexible response to each patient according to his/her individuality", "the judgment on the right moment to intervene in nursing care", "enough information of patients", and "an alarm and abnormal sound of a monitor". These findings show that nurses make judgments and nursing-cares at the same time in a short period of time. Another finding is that they do not rely on one factor but on several factors of 13 factors drawn by

semi-structured interviews for exercising clinical judgment.

I. 研究の背景

クリティカルケアとは、死の危険性があるような状態の患者やその家族に対し、多くの医療者が専門的知識や技術を提供し、協力し合い患者の状態の改善を目指すケアである。その対象となる患者は、新生児から高齢者まであらゆる年齢層であり内科や外科という診療科を超えている。更に対象者は急激な発症や受傷、病状悪化や手術といった侵襲的治療、環境の変化や家族との分離など、身体のみならず心理的・社会的にも多大なストレス下におかれる(高屋, 1999)。クリティカルケアに携わる看護師の役割の一つとして、患者の異常を早期に発見し的確に対応することが挙げられる。そのために看護師は多くの知識を必要とし、患者の状態を自分の目で見て把握する能力と、突発的な状況に正しく反応する臨床判断能力が必要であると言われている(池松, 2000)。

看護師の臨床判断は、理論的知識と実践的知識とを合わせ、分析的過程と直観的過程とを駆使しながら行っており、合理的な見方と現象学的/解釈学的見方の両方を統合させているところが複雑である(Corcoran, S. A., 1990a)。また、熟練看護師と新人看護師の臨床判断を比較した研究などから、看護師は経験を重ねるごとに直観的過程で判断していると報告されている(Koehne-Kaplan, N. S., et al, 1986; Corcoran, S. A., 1986; English, I., 1993; McCutcheon, H. H. I., et al, 2001)。Bennerら(1999)はクリティカルケアの場面の中で看護師の思考と行動の特徴について現象学的/解釈学的見方で分析しており、場の状況をつかむ、行動しつつ考えること、先を見通すことの重要性を指摘している。現在では学部教育に活用するために臨床判断モデルが提唱され、海外では多く取り入れられている(Tanner, C. A., 2006)。

わが国の臨床判断に関する研究は、Bennerの研究結果をもとに臨床判断の構成要素を検討し、看護師経験年数によってどのような特徴があるのかを探った研究、看護師の臨床判断能力の形成過程に関して経験による差異を明らかにしている研究がある(佐

藤, 1989; 豊田他, 1992; 中野他, 1993)。また、特定の領域や場面を取り上げている研究や特定の年数に焦点を当てている研究で、看護師の臨床判断の幅広さと経験による特徴が挙げられている。クリティカルケア領域においても、熟練者の臨床判断の内容を明らかにしたものや判断や実践の中で倫理的ジレンマに焦点を当てた研究がある(岩田他, 2005; 杉田, 2005)。しかし、看護師の臨床判断に影響を与える要因に焦点を当てた研究は見当たらない。そこで、今回の研究では、臨床判断に影響を与える要因に着目した。その要因が明らかになれば、要因を高めることにより臨床判断能力を高める示唆を得ることができる。それは学部教育・新人教育をはじめ専門分野を発展させる上で意義があると考えられる。

II. 研究の目的

クリティカルケア領域の看護師の臨床判断に影響を及ぼす要因を明らかにする。

III. 用語の定義

1. 臨床判断: 臨床において患者の状態や今後の予測される反応などを多角的に捉え、患者に合ったケアについて決定を下すこととする。これらは、手がかり、推論、推論の検証、問題の判断、ケアの決定というプロセスを経るものである。

IV. 研究の方法

1. 研究参加者

研究参加者は、3施設におけるICU,CCUを含むクリティカルケア領域に5年以上勤務した経験がある看護師で、本研究の目的および方法に同意の得られた者とした。

2. データ収集方法

対話を重視した半構成的面接法を実施した。面接は研究者1名が参加者1名と個別に行った。クリティカルケア領域の場で働いている中でうまくできた、

もっとこうすればよかったと思った出来事に対し、どのような行動をとったか、なぜその行動をとったのか、と発問し自由に語ってもらった。面接はプライバシーが確保される部屋で行い、研究参加者の承諾を得てメモを取り IC レコーダーに録音した。

3. データ収集期間

平成 20 年 8 月 6 日～25 日

4. データ分析方法

面接により得られたデータを逐語録とし整理し、内容分析を行った。分析は以下の分析手順に沿って行った。

- 1) IC レコーダーで録音した面接内容を逐語録にして整理し、熟読する。
- 2) 記述内容から、看護行為を看護行為用語分類(日本看護科学学会, 2005)によって分類し、臨床判断と臨床判断に影響を及ぼしている要因を表していると思われる記述部分を抽出する。
- 3) データ分析は研究者と研究指導者 1 名と共にを行い、抽出した記述部分を類似の内容に分類し、分類したカテゴリーに適切な名称を付ける。

V. 倫理的配慮

本研究の開始にあたり、京都大学大学院医学研究科・医学部医の倫理委員会の審査を受け承認を得た。参加者には研究への参加は自由意思であり、参加を辞退しても不利益を受けないことや同意後も参加を撤回できること、データは個人が特定されないように管理し、研究終了後は速やかに破棄することを口頭及び文書にて説明し、同意書への承諾をもって同意が得られたものとした。また参加者の勤務状況に配慮し、面接場所や面接日時などを調整した。

VI. 結果

1. 参加者の背景

参加者の背景を表 1 に示す。対象者は 30 歳代から 40 歳代までの女性 10 名であり、平均年齢は 38.4±4.9 歳であった。看護師経験平均年数 16±4.8

年、クリティカルケア領域の平均経験年数は 12.2±5 年であった。

表1 研究参加者の背景

性別	年齢	看護師経験年数	クリティカルケア領域の経験年数
女性	40歳代	26年	22年
女性	30歳代	12年	11年
女性	30歳代	16年	16年
女性	40歳代	21年	14年
女性	30歳代	13年	10年
女性	30歳代	17年	17年
女性	30歳代	14年	7年
女性	30歳代	16年	11年
女性	30歳代	9年	8年
女性	40歳代	16年	6年
平均	38.4±4.9歳	16±4.8年	12.2±5年

2. クリティカルケア領域における看護師の臨床判断に影響を及ぼす要因

クリティカルケア領域における看護師の臨床判断に影響を及ぼす要因として、【医学や看護に関する知識】、【経験によって得た学び】、【先を見通すこと】、【上司(先輩看護師)や他の看護師を手本にすること】、【マニュアルを遵守すること】、【自分の行う技術への自信】、【自分の行う看護行為への確信】、【患者を助けなければならないという使命感】、【患者の重症レベルに合わせること】、【患者の個別性に合わせること】、【適切な介入の時を見計らうこと】、【患者に関する情報が十分にあること】、【アラーム音やモニターの異常音】の 13 要因が抽出された。臨床判断の部分を下線で、臨床判断に影響を及ぼす要因を太字で示す。

【医学や看護に関する知識】は、参加者全員から抽出された。知識の内容は、医学的な知識、クリティカルケア領域に特徴的にみられる人工呼吸器に関する知識や急変時の対応に関する知識、看護学や栄養学の知識まで幅広かった。

「体の向きを変えてからサチュレーションが悪くなったのと、あと聴診してゴロゴロいていたのと、あと吸引したけどもそれほど引けてこないけど、痰の音がするってことはチューブの奥に痰が詰まっているんだらうなっていうことで、それで確か換気も

吸気の換気量を見ているも換気量も減っているし、咳を促すことによってもうちょっと上に上がってくるとすれば取りきれかなって思った。(中略) 咳をしたら痰が上がってくるっていうのは・・・知識です。(中略) その知識は、認定の勉強をしたり、資格更新のために勉強したりしたこともありました。」

【経験によって得た学び】も、参加者全員から抽出された。それらの内容は良く出来たケースだけでなく、うまくいかなかったケースからも得た学びが多いという言葉が聞かれた。良く出来たケースからは次もこうなるだろう、という学びがあり、うまくいかなかったケースからは、うまくいくように実践を繰り返し自分のものとして獲得していた。

「結構腹臥位をやる症例っていうのはそれまでにあったんですよね。ICUの中で先生から腹臥位やってほしいっていう。もっともっとドレーンとかが入っていて、とても二人で出来ないような症例の患者さんに挿管中で先生にも手伝ってもらって、頑張って腹臥位をやってやっぱり良くなった、っていう人が何人かいたんですね。(今、対象の患者は) そんなにドレーンとかもないし、自分たちで出来そうな感じで患者さんも体位変換を出来そうだからやってあげたいと思いましたね。」

【先を見通すこと】も参加者全員から抽出された。短時間の中で判断しながらこの状態が続くとどうなるかということを考え、予測される問題を回避するための行動を積極的に行うことであった。

「ずっと患者さんとモニターを見ているから、頭の中に推移が入っているんですね。この人の楽な状態はHRがこのくらい、血圧がこのくらいで、熱がこのくらいだったら、ものすごいバランスのとれた状態で患者さんもすやすやしているなっていう。そして、脈が上がってきた、一緒に熱も上がってるな、って思ったらじゃあこれから熱が上がってくるタイミングで、脈も上がってる。熱の上がりがちよっ

と早く検査データもあまりよくなかったら早めに氷枕してあげよう、そうしたら心臓も早く動かなくて済むし、と判断している。」

「(腹臥位をしたときには)予測される危険があるので、合併症の危険とか、それこそ一番怖いとっていた痰詰まりのことがあるので、それを回避するために誰か付き添いをする必要があると思いきから離れないように、というのは取り決めました。」

【上司(先輩看護師)や他の看護師を手本にすること】は3名の参加者から抽出された。専門的な知識を持つ他の看護師から情報を得て学んだり、新人の時に先輩看護師の技術を手本として学んだりすることであった。

「ベッドサイドでモニタリングをしながらリハビリを進めていたんですけど、カルテから情報を取って胸水がオペ後なので特に問題なく吸収していくのであればそんなには気にはしなかったかもしれんですけど、オペが終わってトロッカーを抜いたけど、良い状況に向いている状況ではなかった。それでそういう判断をしたんだと思うんですけど、やはりそのモニタリングしているの、血圧なりHRの変動はどうか、あんまり負荷がかからない状況までで押さえられるリハビリになっているのかとかですね、後は本人の自覚症状とか観察しながら。時期的にはやっていい時期だと思って始めたので、それが思った以上に負荷になってないかっていうのを考えながらやっていました。情報的には他のスタッフ、先生からの情報も多いですね。CNSだった師長と一緒に仕事をしていた時に、心臓のリハビリのことをよくされていたんですけど、新しい情報ももらったりとかして、そういうのも使っていましたね。」

【マニュアルを遵守すること】は3名の参加者から抽出された。ケアを行うためには、マニュアルが基盤となっており、マニュアルに示された手順や方法を忠実に守り従うことであった。

「その人の顔つきとか病状からしても皮膚の状態がスタンダードなやり方で結果的には良かったという事なんですね。(中略) 経験もそうですけど、**何でもみんなが統一したケアとカ治療を提供できるようにっていう基本がある**んですね。まあ、私いつもマニュアルに沿ってやっているので、いくら経験積んだからといって、自分の感覚でやったらいいかっていうとそうでもなくて、むしろ逆に危ないんですね。新しく医療って改正・改定されていくから、自分がマニュアルじゃない、新しくできたマニュアルに沿っていくっていう。」

【自分の行う技術への自信】は3名の参加者から抽出された。講習を受けたり、経験を繰り返したりすることで習得されたケアの技術に対する自信であった。

「(心臓マッサージを行ったときに)だいたい胸骨のところを押しましたし、折った時ってバキッて感覚が絶対分かるんですけど……。絶対助けないといけない、肋骨を折るわけにはいかないと思っていた自分もあったので、**折らない自信はあった**んです。だから絶対折ってないと分かっていた。(中略) (蘇生に関しては) 何度も体験もしてますけど、ちょうどその半年くらい前に講習があつて行っていたので、そこで救急蘇生のガイドラインが変わったものを習得してきたところだったんですよ。」

【自分の行う看護行為への確信】は3名の参加者から抽出された。緊急時や初めて行うケアについて周りのスタッフと確認し合ったり、成功体験から学んだりしたことによって自分の看護行為に確信を持っていることであった。

「やっぱり、身体と精神って複雑に絡んでいるのでやはり身体状況のアセスメントが大事なって思うのが一つあるんですね。その中で身体状況が悪くなってないのか、悪くなってる場合、せん妄になればさらに身体状況を悪くするというのがありますよね。その連鎖を断ち切るということが必要と思

っているんで、この人の場合だったら身体状況、例えばバイタルサインがどうなのか、おしっこがちゃんと出てるのか、データはどうなのか、痛みはどうなのか、やはりそういったところを、一つ一つクリアできているかというところをみつつ患者さんの精神状態がどうなのかなあ、っているところをみてやっていかなければならないと思ったんです。(中略) 文献であったりとか、自分がやってきた今までの…今までも色々やっているけども、やはりうまくいった事例がそういうところにある、という**確信があつた**ので…。(中略) 実際に自分が(患者さんを)持った時に同じようなことが起こるからそれなら何ができるか、自分が何ができかっていうことを考えた時に色んな、今やっているようなことをしていったのかなっていうのが一つです。それでやって、うまいことできたから確信として取れた、ということですよ。」

「同じような腹臥位の症例、まさに当てはまると思って。朝まで待ってもやらないんじゃないかなっていうのが頭のどっかにあつたんですよ。だから腹臥位をした方が良いと思った。(中略) 腹臥位にしたらガスデータが良くなるっていうのも理屈上明らかだったんですよ。そういうのは経験上わかっていたので、その肺側にアテレクがある人は腹臥位にしたらガス交換出来る場所が違うので、ガスは絶対良くなるはずだしガスが良くなったら挿管しないでいいわけじゃないですか。そこは私の中では明らかだったんです。絶対間違えてない、ただ患者さんがしんどいって言ったり、こんなじゃ寝れないっていうことになったらそれは考えないといけないですけど。」

【患者を助けなければならないという使命感】は3名の参加者から抽出された。患者の重症レベルに合わせて、患者の目標を設定し回復させたいということを考えて行動する看護師として責任感や意気込みであった。

「(前略) とりあえずデイルームだったので、昼ご

はんのためにみんな集まってくるんですよ。とにかく部屋に連れて行こうと思って連れて行って、頸動脈すぐ測ったらほぼ触れなかったので心マをしないといけないと思って。(レートが延びた患者に対して)とにかくすぐに戻さないといけないと思ったんですよね、呼吸を、心拍を。すべて戻さないといけないと思ったんです。とにかく**今から回復してもらう人だったんで、絶対助けないといけないと思いました。**その時それくらいしか考えてなかったです。」

【患者の重症レベルに合わせること】は6名の参加者から抽出された。変化している患者の状態を判断しながら、その状態の重症度に標準を合わせることであった。

「腹臥位をするときには、何が起こるかかわかんないっていうのがあったし、病棟で初めて患者さんの腹臥位を導入したんで、もし**これで何かリスクが起これるとその後が続かなくなる**でしょう。そういうことだけはないようにしようと思っていうことを取り決めて必ず**看護師が付き添っておくことを決めたい**んです。」

【患者の個別性に合わせること】は4名の参加者から抽出された。個々の患者の疾患を考慮して関わることや個人的背景によって患者の個別性を見極めることであった。

「どうしても**食道癌の方は細かい方が多いという感じは受ける**んですけど、患者さんのパーソナリティを認めないといけないと思いました。この患者さんの場合は頭にカチンときてその後何も受け付けない状況が出来てしまうと、せつかく看護していく中にもお互いの患者さんと看護師の関係も悪くなってしまうので、ひたすら傾聴したほうが良いと思いきやそうしました。本人が納得するまで付き添って、それが出来ない場合は、誰か余裕のある看護師に(もう一人の患者さんの)対応をしてもらって、自分はその患者さんの訴えに傾聴するような形はとりました。」

【適切な介入の時を見計らうこと】は3名の参加者から抽出された。突発的な対応から一日の流れの中での適切だと思われる時間帯の介入まで様々であったが、周囲の環境やスタッフ人数などに配慮しながら介入のタイミングの見当をつけることであった。

「(せん妄になると予測した患者に対して)一番気を付けないといけないかなって思ってみていたんですね。で、ちょうど面会時間の前くらいにお家の方が来られて、そうすると、娘さんとお孫さんがいらっしやったら顔をニコニコとさせて娘さんの方を見るんですよ。しばらく面会の様子を見ていて娘さんにちょっと違うところでお話を聞いてみると、術前からすごく不安が強かった、手術をすることに対して大丈夫なんかなあというのをすごく言っていたんです、と。実はかなり緊張されているみたいだったのと、お家の方が来られると全然顔の感じが違うということで側におってもらえる方がご本人さんにとっては少し安心されるのではないかとということでお話をし、ちょっと側について下さる、ということになりました。面会時間はあるんですけど、全側にいてもらう方がご本人さんの気持ち的にも違うのではないかと、と思ったので(家族の方に説明して)ついて頂いたんですね。」

「安定してたらお食事、夕食の時に移動してもらったりはしますけど、最初はやっぱり怖いので日勤で14時か15時くらいの人が多いときにリハビリをしました。(中略) **何かあった時に人が多い方が安心だからです。**基本すぐベッドに戻れるようにはしているし、コード類は絶対絡まないように注意しているのですが移動できるっていうことと、何かあるかもしれないっていう思いでいました。普段先生がなかなかつかないんですけど、その日はいたので**先生がいる時間帯を見計らって一緒にリハビリをした方が良い**と思いました。」

【患者に関する情報が十分にあること】は4名の参加者から抽出された。患者に関する事前に得られた情報を活かしたり、数日間の関わりのなかでさら

なるコミュニケーションを取りながら情報を収集したりすることで十分な情報を持っていることであった。

「再挿管になるかなっていいながら抜管したんですけど、その方とっても理解力があつたし、まだ50代前半の女の方だったので二人で頑張りましたよと、絶対チューブ入れないように、私たちがこんな風に関わってケアするから出来るだけ一緒に頑張って下さいということで再挿管せずに済んで… (中略) **挿管していても筆談とかが出来たんですよ。それで色々コミュニケーションも取れていましたし、体位ドレナージとか挿管中もしましたけど、それも痛いながらに協力的だったので、この人だったら抜管してこういうことしないといけないと言ったときにわかっただけじゃないかという感じが。なのでその挿管中の5日間にコミュニケーションを取ったことでそういう風に思ったんだと思います。**」

【アラーム音やモニターの異常音】は2名の参加者から抽出された。緊急であることを知らせる最初の手掛かりとなる異常なアラームの音やモニターに示される波形であった。

「**詰め所のアラームが鳴って、ふっと見たらオキシメーターが90か80, 88とかなっていて、まあ、座っていたんでずれたんかなと思って、レートがヒューっと延びていったから、へっと思って、あ、ずれたんじゃない、って思ったんです。これは何かが起こったと。**」

VII. 考察

クリティカルケア領域における看護師の臨床判断に影響を及ぼす要因として、13要因が抽出された。

【医学や看護に関する知識】、【経験によって得た学び】、【先を見通すこと】は参加者全員から抽出された。【先を見通すこと】に関して参加者は、この先どのように変化するかという見通しを立てており、その内容は一つだけではなく様々なことを考えて判断していた。Bennerら(1999)は、先を考えることは、何よりも重要な側面であり、臨床で起こりうる

出来事にすばやく反応できるようにしてくれるとともに、患者の反応を評価するための問題解決の流れを作るとも述べている。さらに十分な臨床判断を得るには、患者の状態やニードについて競合する解釈の中から取捨選択することが大切であり、過去に患者のケアで学習したことから今後を予測する、と述べている。

このことから参加者全員が【医学や看護に関する知識】という理論的知識だけに頼ることなく、【経験によって得た学び】という実践的知識を重ね合わせて、それらを統合させながら、先を見通し判断をしているといえる。「ずっと患者さんとモニターを見ているから、頭の中に患者さんの推移っていうのが入っているんですね」という参加者の言葉からも、危機的な状況に置かれている患者のケアを行う看護師は、患者の状態を経過の中で把握し知識や経験を織り込み、起こりうる事態を予測しながらケアをすすめているといえるだろう。

【上司(先輩看護師)や他の看護師を手本にすること】からは、かつて参加者が新人の時に先輩看護師から影響を受けたことや、経験を積んで現在に至っても、他のスタッフが行っていることを手本にしているということも聞かれた。看護師は常に自分の行う看護が患者にとってよりよいものなのか、ということを自問自答しながらケアを行っており、少しでも良い方法があれば見習っていくという姿勢が伺えるだろう。富久山(2006)は、3年目の看護師の臨床判断に影響を与えた因子として知識と先輩との関わりが関連し経験の意味づけをしていたと述べているが、経験年数を経ても意味づけから得た学びは、看護師の判断に影響を与えるものであり、多くのケースを経験することによって変化していくものと考えられる。【自分の行う技術への自信】は、【医学や看護に関する知識】、【経験によって得た学び】、【上司(先輩看護師)や他の看護師を手本にすること】により変化した結果として確立されていくと考えられる。さらに自信が【自分の行う看護行為への確信】へと強化され、確信がケアとして提供され患者の反応が加味され行動した結果を評価することによって、自分の自信や経験知として再獲得していくものと考えられる。

えられる。

【患者を助けなければならないという使命感】は看護師の専門的価値観として備わっているものであり、特にクリティカルケア領域において看護師はクリティカルな状況下にある患者にとって一番身近にいる存在であり、看護師が異常を気付いたり、異常が起こる前に予防したりということも多い。そのため日頃より患者の「生命」を強く感じ、関わっていると考えられる。

【患者の重症レベルに合わせる】は、変化している患者の状態を判断しながら、看護ケアを決定していた。Bennerら(1999)がクリティカルケアでの対処は事態即応的であり、状況の流れにおおいに左右されかつ判断を必要とする、と述べているように、刻々と変化する患者に対応した臨床判断を行うために【適切な介入の時を見計らう】を考慮していたと考える。

また、アラーム音やモニターの異常音から変化を判断しているとともに、患者の状態を把握するために患者の状態とモニター画面からの情報を読み取っていた。中藤(2005)は、熟練看護者たちは患者の身体とモニターから示される両方の反応から意味を読み取ることで、言語的に表出されない患者の問題と体験を同時に読み取ると述べている。今回のケースにおいても、アラーム音などで何かが起こったと判断した時、患者の状態を同時に観察し瞬時に情報を収集していたのだと考えられる。クリティカルケア領域において、対象となる患者は生理学的に非常に不安定な状況下におかれ、ME機器や多くの輸液ライン、モニターに囲まれている。それらの危機から発せられる【アラーム音やモニターの異常音】は患者の状態を把握するためのクリティカルケア領域における看護師の臨床判断に影響を与える特化した要素であり、常に患者の状態と危機から示される情報とを併せて判断していることが本研究でも示された。

Ⅷ. 結論

クリティカルケア領域に携わる看護師はそのケースごとに多くの判断をしていた。それらの臨床判断

に影響を及ぼしている要因をカテゴリーに分類すると、【医学や看護に関する知識】、【経験によって得た学び】、【先を見通すこと】、【上司(先輩看護師)や他の看護師を手本にすること】、【マニュアルを遵守すること】、【自分の行う技術への自信】、【自分の行う看護行為への確信】、【患者を助けなければならないという使命感】、【患者の重症レベルに合わせる】、【患者の個別性に合わせる】、【適切な介入の時を見計らう】、【患者に関する情報が十分にある】、【アラーム音やモニターの異常音】の13要因であった。また、クリティカルケア領域に携わる看護師は判断と看護ケアを同時に行っていることが多く、それを短時間の中で繰り返し行っていた。さらに判断をするときに影響していた要因は一つだけではなく、いくつもの要因が融合されていた。

謝辞

お忙しい中にも関わらず調査に参加して下さいました、看護師の皆様へ感謝申し上げます。また、研究開始にあたりまして、調整して下さいました管理者の皆様へお礼申し上げます。

文献

- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. L., & Stannard, D. (1999) / 井上智子監訳 (2005) : 看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること. 医学書院.
- Corcoran, S. A. (1986) : Task Complexity and Nursing Expertise as Factors In Decision Making. *Nursing Research*, 35(2), 107-112.
- Corcoran, S. A. (1990a) : 看護における Clinical Judgment の基本的概念. *看護研究*, 23(4), 351-360.
- Corcoran, S. A. (1990b) : Clinical Judgment の教育と研究の動向. *看護研究*, 23(4), 361-370.
- English, I. (1993) : Intuition as a function of the expert nurse : a critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 387-393.
- 富久山啓子 (2006) : 3年目看護師の臨床判断に影響を与えた因子 急変時における臨床判断の実態. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 看護

- 教育研究収録, 31, 188-195.
- Hoffman, K., Donoghue, J., & Duffeld, C. (2004) : Decision-making in clinical nursing : investigating contributing factors. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 53-62.
- 池松裕子 (2000) : クリティカルケア看護の特徴と看護者に求められる能力. *看護教育*, 41 (4), 306-311.
- 岩田幸枝, 國清恭子, 千明政好他 (2005) : 異常を判断した ICU 看護師の思考パターンの分析. *群馬保健学紀要*, 26, 11-18.
- 川村未樹 (2007) : クリティカルケア領域における経験のある看護師の瞬時で複雑な臨床判断. *日本クリティカルケア看護学会誌*. 3 (1), 108.
- Koehne-Kaplan, N. S., & Tilden, V. P. (1986) : The Process of Clinical Judgment in Nursing Practice: The Component of Personality. *Nursing Research*, 25(4), 268-272.
- McCutcheon, H. H. I., & Pincombe, J., (2001) : Intuition: an important tool in the practice of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 342-348.
- 中野静子, 豊田ゆかり, 北原悦子他 (1993) : 看護婦の臨床判断能力の形成過程に関する研究—看護場面における状況判断の実態— (その2). *愛媛県立医療技術短期大学紀要*, 6, 55-65.
- 中藤三千代 (2005) : クリティカルケアに携わる熟練看護者の技能の記述. *看護研究*, 38 (2), 121-134.
- 日本看護科学学会 第6期・7期看護学術用語検討委員会 (2005) : 看護行為用語分類. *日本看護科学学会*.
- 佐藤紀子 (1989) : 看護婦の臨床判断の「構成要素と段階」と院内教育への提言. *看護*, 41 (4), 127-143.
- 塩田津紀世 (2001) : 臨床経験5年目以上の看護者における臨床判断の特徴. *神奈川県立看護教育大学校看護教育研究収録*, 26, 265-271.
- 杉本厚子, 堀越政孝, 高橋真紀子他 (2005) : 異常を察知した看護師の臨床判断の分析. *Kitakanto Medical Journal*, 55. 123-131.
- 杉田久子 (2005) : クリティカルケア看護場面における看護師の語り—倫理的ジレンマを中心に—. *日本赤十字看護大学紀要*, 19, 45-56.
- 高屋尚子 (1999) : クリティカル・ケアにおける看護の専門性とは. *インターナショナルナーシングレビュー*, 22 (4), 28-32.
- Tanner, C.A., Benner, P, Chesla, C., & Gordon, D.R. (1993): The Phenomenology of Knowing the Patient. *IMAGE:Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 273-280.
- Tanner, C. A. (2006) : Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.
- 藤内美保, 宮腰由紀子 (2005) : 看護師の臨床判断に関する文献的研究. *日本職業・災害医学会会誌*. 53 (4), 213-219.
- 豊田ゆかり, 中野静子, 北原悦子他 (1992) : 看護婦の臨床判断能力の形成過程に関する研究—看護場面における状況判断の実態— (その1). *愛媛県立医療技術短期大学紀要*, 5, 191-200.
- 山梨伊津子 (1998) : ICU 中堅看護婦の臨床判断構成要素の特性—一般病棟看護婦との比較検討から—. *神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録*, 23, 513-520.
- 吉田沢子, 久世恵美子, 上山和子他 (2002) : 看護師の臨床判断能力の実態. *日本看護学教育学会誌*, 12 (1), 27-35.

日本の若者の性とセクシュアリティ教育の現状に関する文献検討

The Present Situation of Sexuality among Youth and Sexuality Education in Japan : a Literature Review

西頭 知子, 佐々木 くみ子 Tomoko Nishito, Kumiko Sasaki

キーワード: セクシュアリティ教育, 性行動, 性意識, 日本の若者

Key words : sexuality education, sexual behavior, sexual awareness, Japanese youth

抄録

本研究では、若者の性意識・性行動の現状と日本において実施されている主要なセクシュアリティ教育の現状を明らかにするために、「セクシュアリティ」「性行動」「性意識」「意思決定」「自己決定」をキーワードとした文献検討を行った。結果、日本の若者の特徴として、男女とも避妊や性感染症の知識があっても予防行動をとっていないこと、性行動において男子優位の関係性が構築されていることが指摘されていた。特に男子は性行動に伴うリスク対処の意識が低く、一方、女子は性行動において受け身で意思決定をしていなかった。また、セクシュアリティ教育の現状において、欧米諸国で開発された健康行動理論に基づく教育方法には、日本でのエビデンスがなく、長期的な教育効果が確認されていない、ピア・エデュケーションには明確な理論が構築されていない、という課題があった。

Abstract

In this research the authors searched original articles on sexuality information and education by performing keyword research on sexuality, sexual behavior, sexual awareness, decision-making, and self-determination. Then, these articles were reviewed for illuminating the present situations of sexual awareness and sexual behavior among youth and of main sexuality education practiced in Japan. The literature review shows that even those boys and girls who are familiar with sexuality information often fail to practice contraception and protect against sexually transmitted infections, and male-dominated relationship is constructed on sex behavior. These articles also pointed out that boys are not very conscious of the need to deal with the risk of sexual activity while girls were passive in making decisions on sexual behavior. In addition, several articles argued that the educational method based on health behavior theory developed in Western countries have little evidence to prove its applicability to Japan, have failed to confirm its long-term educational effectiveness, and have not constructed a distinctive theory of peer education.

I. はじめに

世界の主要な健康問題において、「行動」が中心的な役割を果たしていることは研究によって明らかになっており、また、「理解する」ということが「行動変容する」ということを必ずしも意味しないことも明らかになった(曾根他訳, 2006)。1950年代から米国において発達してきた行動理論(健康行動理論)はその予防手段として大きな期待を集め、多くの研究が実施されてきており(木原_正他, 2009)、セクシュアリティ教育においてもエイズ予防やコンドームの使用促進のための観察的研究や介入研究が実施されてきた。2001年にWHOが公布したセクシュアリティに関する勧告に示された効果的なプログラムの特徴としても、行動変容の理論的モデルにもとづくことがあげられており、すなわち健康行動理論が活用されることによる効果が期待されていると言える。

日本でも、これらの理論にもとづくセクシュアリティ教育が様々な実施され、効果をあげているとの報告がある。しかし一方で、性行動の若年化に伴うSTIやHIV/AIDS感染者の若年層での増加が著しいこと、特に将来不妊症につながる懸念される性器クラミジア感染症では感染者の1割強が10代であること等(厚生労働省感染症発生動向調査, 2009)、若者の性意識・性行動の現状からはその教育効果を支持する結果は得られていない。

セクシュアリティ教育は、その背景に社会や文化、宗教等あらゆる因子をふくんでいるため、多様な領域において異なる視点からの研究が行われているが今回は特に、保健領域に絞った検討を行った。日本の若者の性の問題は、性と生殖に関わる母性看護学分野においても重要な課題であり、保健領域で行われているセクシュアリティ教育の現状を明らかにすることは、母性看護学分野でのよりよいセクシュアリティ教育を検討するための重要な指針となるものである。

II. 目的

若者の性意識・性行動の現状と日本において実施されている主要なセクシュアリティ教育の現状を保健領域の文献検討によって明らかにし、よりよいセ

クシュアリティ教育の方向性について検討した。

III. 研究方法

文献検討によって、まず対象文献から「若者の性意識・性行動」「日本のセクシュアリティ教育で実施、検証されている主な健康行動理論、手法とその効果」について明らかにした。次に、「若者の性意識・性行動」「日本のセクシュアリティ教育で実施、検証されている主な健康行動理論、手法とその効果」の課題を抽出し、よりよいセクシュアリティ教育の方向性を検討した。

対象文献の抽出は、医学中央雑誌から過去10年のキーワード検索で実施した。キーワードは「セクシュアリティ」「意思決定」「性行動」「性意識」「自己決定」とした。医学中央誌にて文献検索した結果、セクシュアリティ 223件、意思決定 1,289件、性行動 1,742件、性意識 460件、セクシュアリティ×意思決定 3件、セクシュアリティ×自己決定 3件、性行動×自己決定 17件、性意識×自己決定 4件、意思決定×性行動 22件であった。これらの文献のうち、本研究の目的に即した文献10件を抽出した。さらにハンドリサーチで本研究に即した文献6件を抽出し、計16件を分析対象とした。

IV. 結果

1. 若者の性意識・性行動

1) 性行動に対する意識と性行動

中学生の性行動に対する意識と性行動について、劔が2,3年生を対象に行った調査(劔, 2003a)では、対象の79.9%が「異性に対する興味」を持っており、36.8%が「キスに対する願望」をもっていた。また、27.4%が「好きな人に性交を迫られたら受け入れる」と答えた。性行動については、38%が「彼氏・彼女をもったことがある」と答えた。

高校生の性行動に対する意識について、廣原らが2年生の男子を対象に行った調査(廣原他, 2007)では、「(性交は)お互いが納得すればしてもよい」79.7%、「(性交は)避妊・性感染症予防に心がけるのならしてもよい」85.7%、と性交を容認する傾向を示した。また、鈴木による調査(鈴木, 2003)でも、

「きちんと避妊していれば高校生であってもセックスしてかまわない」との意見に対し、性経験の有無に関わらず高校生男女の85%以上が「(わりと) そう思う」と回答した。

高校生の性行動について、鈴木が1年生から3年生を対象に行った調査(鈴木, 2003)では、男子の57.7%, 女子の69.7%に「交際経験」があり、また、男子の32.4%, 女子の37.9%に「性交経験」があった。現在交際中の相手がいる3年生の「性交経験」は、男子で83.3%, 女子で86.6%であった。

2) 初交・性交の意思決定

初交の意思決定について、久保田らが高校1年生から3年生を対象に行った調査(久保田他, 2005)では、男子では半数以上が自ら望んで性交に至っていたのに対し、女子では自ら望んだと答えたのは2割程度(22.5%)で、「望んだわけではないが、自然の成り行きで」との回答が半数以上を占めた。同様の結果が、剣が大学生を対象に行った調査(剣, 2003b)でも報告された。

久保田らの調査では、性交をする理由についての回答は、男女ともに「相手のことが好きだから」が最も高く、愛という情緒的なものが根本的な動機となっていた。特徴として、男子では「気持ちがいい」「楽しい」「すっきりする」等、身体的快樂も動機となっており、それに対し女子では「その場の雰囲気」が高く、状況に流されていることが示された。鈴木(鈴木, 2003)の調査では、高校生や中学生の若者が性行動を求められた際には、それに対する主体的な意思決定ができない状態であったり、自分の意思を持っていてもそれをパートナーに伝えることができなかつたりしたために「なりゆき」で性行動に至ることがしばしば起こっていたことが報告されている。

3) 避妊と性感染症に対する意識

避妊に対する意識について、剣が中学2, 3年生を対象に行った調査(剣, 2003a)では、女子の57.4%が「言葉だけは知っているが、よくは知らない」、男子の41.8%が「まったく知らない」と回答した。鈴木が高校1年生から3年生を対象に行った調査(鈴木, 2003)では、性交経験者の8割以上が妊娠に対

して「気になる/少し気になる」と回答した。避妊行動については、初交以後の性行為においていつも避妊をしているのは33.2%にとどまっていた。岸田らが大学生(平均年齢: 男性20.4歳, 女性20.2歳)を対象に行った調査(岸田他, 2005)では、避妊を「いつも行う」と答えた者は男女とも6割以上(男性62.6%, 女性67.1%)であった。

避妊方法については、久保田らが高校1年生から3年生を対象に行った調査(久保田他, 2005)では、主な避妊方法は全体の8割強(男子86.0%, 女子80.2%)がコンドームであったが、同時に膣外射精も3割以上(男子33.9%, 女子36.0%)が選んでおり、正確な避妊方法が取られていない現状が認められた。大学生においても、使用する避妊方法は全体の9割以上(男性94.1%, 女性97.6%)がコンドームを選んだが、同時に膣外射精も約4割の男女(男性35.7%, 女性40.4%)が選んでおり(岸田他, 2005)、高校生と同様に正確な避妊行動が取られていない現状が示された。また、避妊を行わない理由について久保田らは、高校生の女子では、女性がコンドームをつけるよう求めることに対する否定的な意見として「しらける」「雰囲気が壊れる」という意識があり、コンドームを使用する重要性よりも場や状況を大切にしていると指摘した。岸田らの調査では、大学生が避妊を行わない理由として最も多いのは、男性は「性感が損なわれる」、女性は「準備していない」であった。

避妊の実行について、剣の調査(剣, 2003b)では、大学生の77.6%が「避妊について、パートナーと話し合うことがある」と答え、避妊をするか、しないか、避妊の方法などについて男女両方で決めると答えた者が65.2%であった。また、費用に関しては、大学生男性1183.3±1579.6円/月、大学生女性639.5±614.6円/月で、男女差は有意に男性の方が高かった。また、費用の負担に関して、男性は「自分で払う」が最も多く(68.0%)、女性は「相手が払う」が最も多かつた(60.2%)(新田他, 2007)。剣の調査(剣, 2003b)でも大学生の65.3%が避妊の費用は男性が払うと回答した。

性感染症に対する意識について、剣の調査(剣,

2003a) では、中学2, 3年生の52.1%が「性交の経験があるのならだれにでもかかる可能性のある病気」と答えたが、男子の41.8%は「何かわからない」と答えた。鈴木らの調査では、高校生の4割弱が性感染症に対して「あまり気にならない/気にならない」と回答しており、意識が低いことを指摘していた。また、松田らが15~18歳の若者を対象に実施した調査(松田他, 2005)では、性感染症に対する共通した姿勢として「自分には関係ない」という考えがあり、理由として「周囲で性感染症に感染したという話を聞かないから」「なんとなく自分が感染するとは思えないから」等があげられた。

4) 性に関する知識と性の学習に対する意識

性に関する知識について、劔の調査(劔, 2003a)では中学2, 3年生男子で月経について知っているとは回答したものは37.9%, 女子で射精について知っているとは回答したものは31.9%に留まっていた。

性の学習に対する意識については、廣原らが高校2年生男子を対象に行った調査(廣原他, 2007)では、基礎的知識を持っている生徒は知識の少ない生徒より学習要求が高いことが推測されており、知識の習得がさらに専門的な事象への関心を引き起こす機会となることが示唆された。また、竹原らが高校1年生を対象に行った調査(竹原他, 2006)では、男女ともに性行動の経験(男女交際, セックス等の経験)が上がるほど「初経」や「精通」など異性の身体の仕組みについて興味を持つことが明らかになった。この調査ではさらに、学習のニーズに関して、性行動の経験状況に関わらず、「男性と女性の心理」や「異性との交際」「愛とは何か」といった恋愛の本質的な内容について、男女ともに約30%のニーズがあったことが示された。

2. 日本のセクシュアリティ教育で実施、検証されている主な健康行動理論、手法とその効果

①防護動機理論

脅威アピール研究において発展してきた防護動機理論は、脅威事象に対する健康行動意図を説明するモデルとして重要である(木村, 1996)。予防的保健行動を説明するための理論やモデルは数多く存在す

るが、検証が可能であり、その有用性が確認されている理論は防護動機理論のみであることが指摘されている(高本, 2006)。防護動機理論には7つの認知的要因があり、不適応行動の増減に関わる4つの要因が結合することで『脅威評価』が生じ、適応行動の増減に関わる3つの要因が結合することで『対処評価』が生じるとされている。

木村は、防護動機理論に基づきエイズ予防行動意図を規定する認知的要因を特定することを目的に、大学生を対象として7つの認知的要因とエイズ予防行動意図との関連性を検討した(木村, 1996)。質問紙調査の結果から、脅威評価と対処評価の2つの認知的評価は、エイズ予防行動意図を予測する際に重要な変数であること、対処評価が脅威評価よりもエイズ予防行動意図を一貫して説明する程度が高いことが明らかになった。しかし、特定された認知的要因がどのようなAIDS教育を受けることによって変化するのかについては検討されていないこと(高本, 2006)から、高本は「木村の研究により得られた知

表1

認知的要因

- i. 深刻さ：事態の有害さの程度
- ii. 生起確率：対処行動が遂行されない、あるいは現状の行動傾向が修正されない場合に事態が生起する条件確率
- iii. 反応効果性：有害刺激を減少あるいは除去しうる対処行動の効果性
- iv. 内的報酬：不適応行動により得られる身体的快感や精神的満足感の程度に関する信念
- v. 外的報酬：不適応行動により得られる社会的賞賛の程度に関する信念
- vi. 自己効力：自らが対処行動をうまく実行できる確信度
- vii. 反応コスト：対処行動の実行に伴う負担の程度に関する信念

$$\text{『脅威評価』} = i + ii + iv + v$$

$$\text{『対処評価』} = iii + vi + vii$$

見を現実の教育現場へ活かすためには、どのような AIDS 教育を受けることによって HIV 感染予防の規定因となる要因が影響を受けるのか、AIDS 教育の種類の特定が必要である」として、教育的な介入が HIV 感染予防行動に結びつくまでの影響過程について、防護動機理論の枠組みに基づいた検討を行った (高本, 2006)。この研究では、脅威事象には一個人で対処できる脅威 (単独的対処行動) と一個人では対処できない脅威 (集合的対処行動) の 2 つがあるとの考えから、単独的対処行動を扱った防護的動機理論と対比させつつ、集合的対処行動を予測するために提案された集合的防護動機モデル (戸塚他, 2006) の枠組みも同時に用いて検討された。大学生 (平均年齢 19.6 歳) を対象とした質問紙調査の結果、防護動機理論に基づく影響過程と集合的防護動機モデルに基づく影響過程に共通して、AIDS 教育が認知要因を媒介して HIV 対処行動意思へ影響を及ぼしていたのは、HIV 抗体検査受検行動のみであった。この結果から、対処行動を実行することが報酬を伴う不適応行動の抑制をも強いることになる不特定性関係抑制行動や、コンドーム使用行動の促進は、AIDS 教育によっては容易に達成することができないという実態を反映している可能性があることが示された。

②認知的スキル

佐久間らは、性に関わる問題は 10 代の若者の性の意思決定・行動選択が不適切であることが原因とし、望ましい性の意思決定・行動選択に貢献する認知的スキルを育成する新しい性教育指導法を開発し、有効性を主観的、客観的指標から検討した (佐久間他, 2007)。高校 2 年生を対象とした準実験研究であり、性教育を受ける介入群と受けない対象群を割り付け、授業受講前、授業 1 週間後、授業 3 ヶ月後の 3 時点において質問紙調査を実施した。結果では、介入群は授業後に性の意思決定・行動選択に関する態度が好ましい方向に変わり、3 ヶ月後も定着していたことが示唆された。また、介入群の男子では、授業後に一般性の高い認知的スキルが向上し、3 ヶ月後も定着していたが、女子では有意差がなく、男女間で違いが認められた。

さらに佐久間らは、高校 2 年生を対象に認知的ス

キルを育成する参加型授業を実施し、授業後の生徒に実施した質問紙調査の自由記述文を分析することで、記述文と認知的スキルの関連、および学習の効果を検討した (佐久間他, 2008)。結果、授業後には生徒の認知的スキルが向上し、さまざまな観点から考えて適切な行動を選択できる力が伸びていることから、認知的スキルを育成する保健学習は、生徒が健康的な行動を選択することに貢献できる可能性が示されたとして、その有効性を述べている。

③ピア・エデュケーション、ピア・カウンセリング

若者が自らのセクシュアリティを積極的かつ肯定的に認知し、道徳的な性的態度と責任ある行動をとることのできる力を育てるための性教育方法として、ピア・エデュケーションやピア・カウンセリングは注目されてきた (植田他, 2004)。母子保健の国民運動計画である「健やか親子 21」の主要課題である“思春期の保健対策の強化と健康教育の推進”に対する具体的な取り組みにおいても「同世代から知識を得るピア・エデュケーション (仲間教育) の取組は、性教育、薬物乱用防止のためにも有効であり、今後、青少年の声を思春期保健活動に反映させるための会議の開催や、ピア (仲間)・カウンセラーの養成とピア (仲間)・カウンセリングの実施などの思春期の子ども自身が主体となる取組を地域において推進する」とされている。このような背景において、ピア・エデュケーションやピア・カウンセリングによる性教育が実施され、その有効性が検討されている。

植田らは、中学生を対象に大学生のピアによる性教育を 1 年間実施した後、受講した中学生の性イメージと授業評価についての質問紙調査を実施した。また、中心的役割をとった数名の大学生エドゥケーターには、活動で感じたことに関するインタビューを行った (植田他, 2004)。この調査結果では、ピア・エデュケーションによる性教育は、男子よりも女子でより肯定的に受け入れられ好感を持たれており、また、肯定的評価はポジティブ性イメージと相関があることが示された。実施者である大学生は活動を通してコミュニケーションスキルを向上させており、仲間関係をよりよくするという循環的な関連が想定

された。

前田らは、大学生による思春期ピアカウンセリング講座を受講した高校1年生から3年生を対象に、受講前と受講後3ヶ月目に自記式質問紙調査を行った(前田他, 2007)。結果、受講後は避妊や性感染症に関する知識の正答率が上がり、また、自分の性への自己受容、自分自身の理解、将来の人生の計画などに対する肯定的な回答の割合が増加していた。自由記載の内容からは、ピア・カウンセリングがコミュニケーションスキルの習得の場になっており、受講後は相手を尊重した人間関係作りを意識していることが示された。さらに性を自分に関係あることとしてとらえることができるようになり、その結果として性行動の意思決定能力や効力予期が高まっていると言える結果が示された。また、その効果は受講後3ヶ月以上維持できていることもわかったと報告されている。

ピア・エデュケーション、ピア・カウンセリングは、とりわけ学校教育において広く取り入れられてきたが、基盤となる理論や概念は実施者によって様々であるため、評価については意見が分かれている(前田他, 2007)ことも指摘されている。そのような状況を受け、ピア・カウンセリング、ピア・エデュケーションの手法が一定水準のもとに全国各地で円滑かつ効果的に実施できるためのマニュアル作成と、マニュアルを基盤に効果的普及を図ることを目的とした取り組みも行われ(高村, 2003)、ピアカウンセラーが養成されている。しかし一方では、ピア・エデュケーションは、知識やスキルの提供のようにマニュアル化できる内容の実践よりも、若者同士が性の悩みに向き合ったり、価値観を共有したりしながら、性に対する考え方を協力して習得するような、マニュアル化しにくい内容の教育にこそ効果を発揮するのではないだろうか、との指摘もある(竹原他, 2006)。

V. 考察

1. 若者の性意識・性行動の現状と課題

若者の性意識・性行動の現状を概観し、以下の通り特徴を要約することが可能だと考える。

『若者の性行動の場面において、女子は受け身であり、性交の意思決定においても自然の成り行きで自分の意思決定に基づいておらず、男性が優位であるという男女関係の構造が窺える。一方、男子は性行動への興味や関心は高いが避妊や性感染症等への意識は低く、性行動に伴うリスク対処への意識が低い。また、若者の性行動の場面では避妊や性感染症の知識をある程度もっていても避妊の実行には結び付いていない。』

池上は、性と保健行動について考察する際、「知識と行動は一致しない」ことを忘れてはいけないと述べている。性の保健行動は相手のある行動であり、自分だけの意思で実行できるとはかぎらない。知識から行動の間には、意識・態度・価値観・関係がからんでくる。正しい知識は大切だが、それを提供するだけでは不十分である(池上, 2003)。大学生の性感染症予防行動意思に影響する要因について検討した調査でも(戸田他, 2010)、リスクの知識がありコンドーム使用が予防法として良い方法だと認識していても、それだけでは「STI 予防行動意思」にはつながらなかったとする結果が報告されている。また、子どもを持つ女性を対象に実施した、避妊に関する知識、態度と避妊行動との関連についての調査でも(峰, 2005)、避妊方法と避妊行動との関連があったのは不妊手術の知識のみで、それ以外の知識との関連はないことが明らかにされた。戸田らの調査では、「STI 予防意思」には「行動コントロール感(自己効力感、交渉スキル、技術スキル)」と「主観的規範(両親、パートナー、友人等の重要他者からの性の価値観の伝達、マスメディアの影響)」への介入が有効であることが示唆された。「たとえば父親や母親が“STI 予防行動をとることに賛成するだろうか”を考えると、“STI 予防行動をとるための話し合いなどができると自らが思う”ことがコンドーム使用という「STI 予防行動」をとろうとする意思に影響すると解釈できる」と述べている。

他者との対等平等な関係において主体的な性行動の意思決定ができるための教育には、知識の提供に加えて、男女間における交渉スキルを備えたコミュニケーション能力の獲得を促すこと(戸田他, 2010)、

特に女性においてはパートナーの要求に振り回されることなく自己の考えや選択を尊重して交渉することの大切さを認識できること(新田他, 2007)の重要性が示された。また, 家庭において親から子へ性に関する価値観が伝達されるよう, 親に対する具体的な教育方法や内容を検討していくことも必要であることが示唆された(戸田他, 2010)。

つまり, 若者の性意識・性行動の課題は, 男女とも性行動に伴うリスク対処への意識が低く, 対処行動をとっていないことであり, さらに女子では自己決定がなされていない点であるといえよう。そして, その背景には, 性に関する知識不足よりも, 若者の性に関する主観的規範や性行動に関する行動コントロール感, 性行動の主体的な意思決定が強く影響している可能性が示唆される。

2. 日本におけるセクシュアリティ教育の課題

欧米諸国では, 健康行動理論は主に HIV の予防手段として大きな期待を集め, 多くの研究が実施されてきた(木原_正他, 2009)。日本でもこれらの理論に基づく介入研究が実施され, その効果が検討されてきた。

“防護動機理論”においては, AIDS 教育が HIV 対処行動意思へ及ぼす影響の限界が示された。知識と行動が必ずしも結びつかないことは, 「結果 1」でも示されており, この防護動機理論の結果で示された限界の背景とも関連していた。

“認知的スキル”においては, 授業後に生徒の性の意思決定・行動選択に関する態度が好ましい方向に変わり, 3ヶ月後も定着していたことが示された。

“ピア・エデュケーション, ピア・カウンセリング”では, 受講後, 生徒の性に関する知識の正答率が上がったこと, 性行動の意思決定能力や効力予期が高まり受講後3ヶ月以上維持できていること等の効果が示された。しかしながらこの手法においては, 基盤となる理論や概念が実施者により様々であること等の問題が残されている。

健康行動理論は, 従来の行動理論を理論的枠組みとした行動変容戦略において, 短期的行動変容効果が示されることはあっても, HIV 流行を抑制する長

期的効果が示されたことはなく, 途上国での HIV 増加や先進国で HIV 流行が再燃する中, その限界が指摘されるようになり, 新たなあり方が問われている(木原_正他, 2009)。また, 木原_正らは, 一般に行動理論は行動維持の部分の理論化が特に脆弱であり, 持続性が必要な予防対策においては, 1つの必要条件にはなり得ても, 十分条件にはなり得ないとも指摘している。

日本における健康行動理論は, 科学的根拠が伴わないまま取り入れられてきた現状があり, 木原_雅は, 個人主義を主とする欧米と日本とでは文化的基盤が異なり, 文化現象である行動の効果は, 日本の社会文化環境の中で検証されなければならず, 日本ではそれがエビデンスとして蓄積されてきた形跡がないことを指摘している(木原_雅, 2006)。また, 木原_正も健康行動理論における文化心理学的視点について言及しており, 「わが国の行動科学には, 他者や関係性を組み込んだ自らの文化圏にふさわしい行動理論の開発が求められており, 少なくとも既存の行動理論に当てはめて現実を見るのではなく, わが国の社会文化的現実を十分に踏まえて既存の行動理論を相対化していく努力が必要であろう」(木原_正他, 2009)と述べている。

「結果 1」で示されたように, 日本人の女性は性行動の場面において受け身で, 性交の意思決定も自分の意思決定に基づいていないという特徴がある。これは, 戸田らが実施した“計画的行動理論”を用いた調査(戸田他, 2010)による「(STI 予防行動意思において女性には) 男女間における交渉スキルを備えたコミュニケーション能力が求められる」という結果にも示されている。

日本におけるセクシュアリティ教育の課題としては, 防護動機理論を用いた教育では介入で得られた良い成果が持続するための取組, ピア・エデュケーション, ピア・カウンセリングでは基盤となる理論や概念の明確化, 健康行動理論では文化心理学的視点が必要ということになる。

3. よりよいセクシュアリティ教育の方向性

現在, 大多数の高校生が同年代の性行動を容認し

ており、高校生にとって高校生の性行動は特殊なことではなくなっている。若者の性行動の活発化は否定できない事実である。更に、残念なことに若者の性行動は妊娠や性感染症の予防への対処が十分でない上に、女子においては主体的自己決定がなされないまま性交に至っている。さまざまな課題を持ちながらも、効果が検証され実施されているセクシュアリティ教育には一定の価値があり、意義もあると考えるが、現実の若者の性行動を鑑みると、従来のセクシュアリティ教育には改善の余地が十分にある。

本研究から導かれたよりよいセクシュアリティ教育の方向性は、①若者の性に関する主観的規範の形成、②性行動に関する行動コントロール感の獲得、③性行動の主体的な意思決定能力の獲得、を目指すものである。さらには、文化や社会構造、社会的性規範等を組み込んだ日本の文化圏にふさわしい日本にあった健康行動学理論の活用法を探る(長宗, 2004)と共に、独自の理論が開発される必要がある。

そして、そのようなセクシュアリティ教育は、規範、行動、意思決定といった人間の根幹に関連することであるため、思春期・青年期に実施されるものではなく、乳幼児期から段階的に積み上げて実施される必要があると考える。

まとめ

本研究では、若者の性意識・性行動の現状と、日本で実施されている主要なセクシュアリティ教育の現状から、よりよいセクシュアリティ教育の方向性について検討した。

その結果、日本の若者は性行動の場面において、女子は受け身で意思決定をしておらず、男性が優位であるという関係性が構築されていること、男子は性行動に伴うリスク対処の意識が低いこと、知識をもっているにもかかわらず行動につながっていないこと、の特徴があった。また、セクシュアリティ教育では、欧米諸国で開発されてきた健康行動理論に基づく方法が取り入れられてきたが、今後の実施・評価においてエビデンスを積み日本の文化圏にあった理論を開発することが求められていると言える。これらの現状から、よりよいセクシュアリティ教育には、日本の

若者の特徴と社会構造、社会的性規範等の文化を考慮した視点を取り入れた方法と内容が必要であると考える。

文献

- 廣原紀恵,服部恒明(2007): 高校生男子のSTD(性感染症)に関する知識と性行動の意識について, 茨城大学教育学部紀要, 56, 155-164.
- 池上千寿子(2003): 若者の性と保健行動および予防介入についての考察, 日本エイズ学会誌, 5, 48-54.
- Karen Glanz (2002)/曾根智史他訳(2006): 健康行動と健康教育—理論, 研究, 実践(第1版), 医学書院, 東京.
- 木原雅子(2006): 10代の性行動と日本社会—そしてWYSH教育の視点, ミネルヴァ書房.
- 木原正博,木原雅子(2009): エイズと行動変容戦略—その現状と課題, 保健医療科学, 58(1), 26-32.
- 木村堅一(1996): 防護動機理論に基づくエイズ予防行動意図の規定因の検討, 社会心理学研究, 12(2), 86-96.
- 岸田泰子,北村俊則(2005): 青年期の性意識・性行動に関する研究—第1報 大学生の性意識・性行動に関する基礎集計—, 46(1), 170-178.
- 久保田美雪,渡部典子,小柳恭子(2005): 高校生のライフスタイル、性意識および性に関する対処行動の調査, 新潟青陵大学紀要, 5, 189-200.
- 前田ひとみ,高村寿子,渡邊至他(2007): 高校生を対象とした大学生による思春期ピアカウンセリングの評価(I), 南九州看護研究誌, 5(1), 11-18.
- 松田美穂,金子典代,高山智子他1名(2005): 10代若者の性感染症に対する認識, 性情報の伝達, 相談行動の実態, 思春期学, 23(1), 131-141.
- 峰博子(2005): 子どもをもつ女性の避妊に関する知識、態度と避妊行動との関連, 大阪府立大学看護学研究科修士論文.
- 長宗典代(2004): 変化ステージ理論を用いたエイズ予防行動学研究—コンドーム使用行動に焦点を当てて—, 日本エイズ学会誌, 6(1), 37-41.
- 新田真弓,村上明美,大石時子他1名(2007): 大学生の

- 性交や避妊行動の決定と性役割態度の関係(第1報)―性別による比較を通して―, 思春期学, 25(3), 315-320.
- 佐久間浩美,高橋浩之,山口知子(2007): 認知的スキルを育成する性教育指導法の実践と評価―性教育における自己管理スキルの活用―, 学校保健研究, 48, 508-520.
- 佐久間浩美,高橋浩之(2008): 認知的スキルを育成する保健学習の実践と評価―性に関わる領域における記述文と自己管理スキルの検討―, 学校保健研究, 50, 175-185.
- 鈴木佳代(2003): 高校生の生活における分化の現状―性行動と性意識の分析を通じて―, 北海道大学大学院教育学研究科, 90, 145-165.
- 高本雪子(2006): HIV 対処行動意思に及ぼす AIDS 教育の影響過程―防護動機理論と集合的防護動機モデルに基づく分析―, 広島大学大学院教育学研究科紀要, 第3部55号, 267-276.
- 高村寿子(2003): ピアカウンセリング・ピアエデュケーションのマニュアル作成及び効果的普及に関する研究, 平成15年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)総括研究報告書, 468-472.
- 竹原健二,三砂ちづる,本田靖(2006): 高校生における性行動と性教育に対するニーズ, 民族衛生, 72(6), 215-224.
- 戸田恭子,大平光子(2010): 大学生の性感染症予防行動意思に影響する要因, 日本母性看護学会誌, 10(1), 1-8.
- 戸塚唯氏,深田博巳(2006): 脅威アピール説得における集合的防護動機モデルの検討, 実験社会心理学研究, 44(1), 54-61.
- 劔陽子(2003a): 北九州市内の中学校4校における性意識調査, 思春期学, 21(3), 315-321.
- 劔陽子(2003b): 北九州市近郊における大学生の性行動と性に関するジェンダー意識調査, 思春期学, 21(1), 95-104.
- 植田彩,佐々木くみ子,前田隆子他(2004): 中学生の性イメージと性教育に関する研究―ピアエデュケーションによる性教育を通して―, 米子医学雑誌, 55(4), 193-202.

慢性腰痛の心理・社会的要因に関するドイツの取り組みと我が国の看護師の役割への示唆

Action Taken in Germany Pertaining to Psychological and Social Factors of Chronic Low Back Pain and Suggestions Concerning Roles for Nurses in Japan

荒木 孝治 Takaharu Araki

キーワード:慢性腰痛, 認知行動療法, 患者教育

Key words : chronic low back pain, cognitive behavior therapy, patient education, Fear-Avoidance Model

1. 緒言

腰痛というととくに身体的要因が注目される。これが肝心であることは言をまたず、急性腰椎症、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症など、病気の機序によって痛みのメカニズムが違い、治療方法も異なる。また、虚血性心疾患により呼吸症状が現れ、日常動作への影響から腰痛が生じるといった二次性の腰痛も少なくない。

このように腰痛といっても原因別にみるとその種類は多岐にわたるが、一次性の腰痛についていえば、病気になる前の患者の生活様式との関連が深い。ドイツでは1990年代から、慢性腰痛が身体的のみならず、心理的にも社会的にも原因があることを強調してきた(例えば Keel, P.J., et al. 1990, Basler, H.-D.,1999, Pflingsten, M, u. Hildebrandt, J., 2004)。すなわち、腰痛は、神経の損傷、炎症、骨の構造の変化、筋肉の疲労のほか、心理的な出来事の積み重ね、痛みを処理・加工できるはずのシステムの過敏性(通常なら無視できる痛みも敏感にとらえてしまう)など、これらの原因が一緒になって、もしくは、相互作用によって出現すると考えられているが、同時に、

仕事をはじめとしたストレスの多い社会生活の中に危険因子があり、本人が気づかない間に腰に負担をかけている(図1および表1. Kröner-Herwig, B.,2004)。

医学や医療のあり方に微妙に違いがあり単純に比較はできないが、本邦でも心理社会的要因に着目した慢性腰痛へのアプローチの関心は少しずつ高まっている。

筆者は2007年、ドイツ・ゲッティンゲン大学生物学部の心理学研究所臨床心理学部門(die Abteilung der klinischen Psychologie, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, die Universität Göttingen)にて臨床心理士による慢性疼痛に対する認知行動療法について学ぶことができた(大阪府立大学在外研究員派遣事業による)。同研究所では、慢性腰痛の心理社会的要因についての実証的基礎的研究が進んでおり、そこで得られるエビデンスに基づく知見は、やがて認知行動療法の新しいプログラムに反映されると思われる。

本稿では筆者の在外研究で得られた知見の限りで、慢性腰痛の心理・社会的要因に関連したドイツの取

り組み、とくに Fear-Avoidance Model の慢性腰痛への適用について報告する。また、本邦における慢性腰痛患者への認知行動療法の状況や看護師の活動を概観し、これらをもとに、慢性腰痛患者に対する我が国の看護師の役割への示唆について付言する。

2. 慢性腰痛についてのドイツの背景

ドイツの1998年の統計では、最近の1週間以内に人々が腰痛を経験した割合は、女性で39%、男性で31%と高い数字を示した (Bellach, B., et al., 2000)。

健康保険組合の統計によれば、筋骨格系の病気を抱える患者が働くことができなくなって保険を利用

した日数は1976年が390日であるのに対して1990年は808日で2倍以上の増加となっており、その内の80%は腰痛であるという調査結果が出ている (Kröner-Herwig, B., 2000, s.8-10)。このようにドイツでは、慢性腰痛が当事者のためだけでなく、積み重なる保険請求の負担軽減の観点からも深刻な健康問題となっている (Pfungsten, M. et al., 1995)。

また、80%以上の腰痛は非特異的な痛みであり、さまざまな身体・心理的要因が相互にきわめて複雑なあり方で関係しあい、原因を単一の身体的障害に帰すことはできないとしている (Kröner-Herwig, B., 2004)。

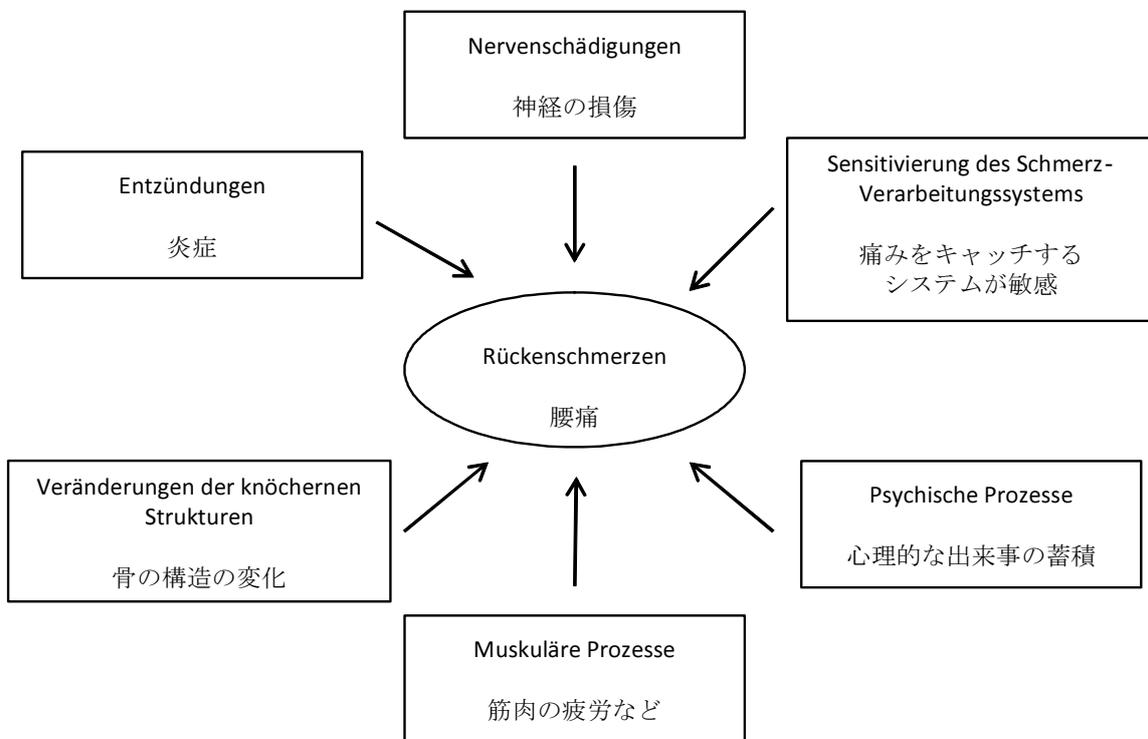


図1 腰痛が出現し持続する要因 (Kröner-Herwig, B.,2004)

表1 腰痛が現れる危険因子

- ・ 職業上の不満がある
- ・ 慢性的なストレスと心理的な負担の強さ
- ・ 仕事のため、しばしば車に乗り、乗車時間が長くなる
- ・ 喫煙
- ・ よくない姿勢でしばしば重いものを運ぶ
- ・ 活動的な身体になっていないこと

(Kröner-Herwig, B., 2004)

さらに、オランダの Peters, M.L.他 (2005) は、100人の腰痛患者を対象とした調査において、(患者に対して行った)「身体的な診断手順」は「痛みの強さ」(present pain) や「痛みについての破局的な思考」(pain catastrophing) とつよい相関はなく、むしろ、「自分は(仕事が)できないという主観的な感覚」(disability)の方が「痛みの強さ」や「痛みについての破局的な思考」とつよい相関を示すという結果を得た。

ドイツでは英国などヨーロッパ諸国における知見を積極的に取り入れつつ、慢性腰痛は身体的なモデルのみでは解明できず、生物学的心理学的社会学的モデル (Biopsychosocialmodel) (Waddell, G., 1987) によって把握されるのがもっとも適切であるという方向をもつに至っている。

3. Fear-Avoidance Model の適用

さて、ドイツやヨーロッパで痛みの生物学的心理学的社会学的モデルとしてよく知られているものに、Fear-Avoidance Model (英), Fear-Avoidance Modell (独)がある。このモデルは英国の Lethem, J.他によって1983年に提唱されたものであり (Lethem, J. et al., 1983), 痛みまつわる個人史とその個人のもつ痛みへの対処戦略のいかんによって、痛みの知覚に変化が生じる (実際よりもきわだって痛みを知覚すること) を説いたものである。この仮説の検証は早くから始められており (例えば Slade, P.D., 1983), とくに英国の Waddell, G 他 (1993) は、身体的活動 (physical activity) や仕事 (作業) (work) が腰痛にどのように影響したかについて患者の信念に焦点をあてて Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) を開発し、このモデルに対する信頼を高めた。

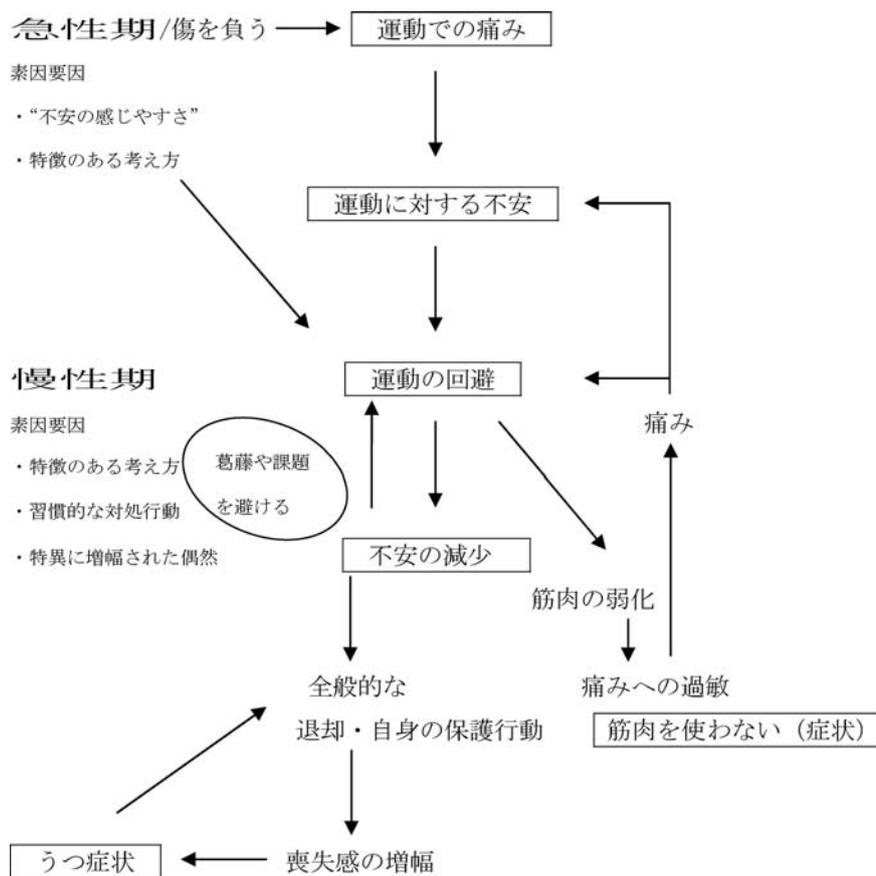


図2 慢性腰痛の Fear-Avoidance Model (Kröner-Herwig, B., 2000. 筆者により構成を一部修正)

それでは Fear-Avoidance Model とはどのようなものか、下記の図2をもとに記していきたい (Kröner-Herwig, B., 2000, s.21-24)。

腰部に傷を負った(急性期の)患者の中の一部に、腰を動かすことや運動すること、あるいは、動くことそのものに対して不安を抱いてしまう人がある(運動に対する不安)。その人々は、それまでのその人の感じ方、ものの考え方にも影響されて、運動することや体を動かすことを避けてしまいがちになる(運動の回避)。体を動かさないようにすれば、腰痛の不安は少なくなる(不安の減少)。

しかし、体を動かし運動をしなければ、身体的には筋力が落ちる(筋肉の弱化)。そのために痛みに対する耐性が落ちてしまう。つまり、通常なら放っておくことができるちょっとした痛みに対しても気を止めてしまう(痛みへの過敏)。ここでもし新たな痛みを感じると、体を動かすのをいっそうためらう。これが続くと、「痛み → 運動に対する不安 → 運動の回避 → 筋肉の弱化 → 痛みへの過敏 → 痛み → 運動に対する不安」という悪循環 (Teufelskreis) にはまってしまう。それは、筋肉を使わないで済ます(例えば、外にも出ない) という事態にもつながる。

一方で、運動を回避することにより、不安を減らすということは心理面にも関連する。そもそも不安を少なくしようと思えば、課題に直面し、葛藤(どうかしたいがどうにもならない状態)が生じるようなことはしないに限る。

つまり、急性腰痛をきっかけにして、腰痛が慢性化する人の中には身体的に運動することも、心理的に「動くこと」も避けがちになる人がある。そのような患者は総じて退却行動(世間からしりぞいてしまう)を取ることで、自分を「保護してしまう」傾向が恒常的となり、しばしば喪失感が強められ、その結果、うつ症状をもつことになる。それは早期の年金生活への移行につながる。

以上が Fear-Avoidance Model を慢性腰痛に適用させた仮説に関する簡単な説明である。

ドイツでは既に1990年代から、上記のモデルを反映させた慢性腰痛患者に対する認知行動療法がおこなわれている (Frettlöh, J. et al., 1995)。

4. 心理社会的要因に関する fMRI による実証的基礎研究

一方、心理社会的要因について基礎研究的に必要なことの一つは、慢性腰痛患者は周囲に対し、どのような認知的構えをもっているのかを明らかにすることである。ゲッティンゲン大学では、慢性腰痛患者の運動や動きへの恐れについて、fMRI (functional magnetic resonance imaging) を用いての基礎研究が進行中であった(大学による研究の広報はホームページで見ることができる。Georg-August-Universität Göttingen, Information for the Media-, 2008)。

基本的な研究方法は、患者(同意が得られ、医師のフォローアップも約束されている対象者)に、カテゴリ別に分けられた一群の写真を1~1.5秒/枚の速さで提示し、fMRIで脳断層写真を撮影するというものである。すなわちニュートラルな運動の写真群、潜在的に痛みを覚えるような写真群、恐れを誘発するような状況や物の写真群、ニュートラルな状況や物の写真群、そして、蜘蛛の写真群である。

Barke 他 (2008) は上記の方法により、(1) ニュートラルな動きや潜在的に痛みを覚えるような動きの情報処理を行うやり方が、慢性腰痛患者と対照群の健康人では異なるかどうか、(2) 一般的に恐れを誘発する写真を見ている時と、運動と連関する恐れを誘発する写真を見ている時とでは、活性化している脳の部位は同じなのかどうか、また、運動への恐れは、しばしば運動恐怖症(kinesiophobia)と解されるので、(3) 慢性腰痛患者が蜘蛛を見ている時、蜘蛛恐怖の患者が蜘蛛を見ている時と同じ脳の部位が活性化しているのかどうかについて探求しようとする。

ゲッティンゲンでのこのような心理社会的要因についての基礎研究の成果は、慢性腰痛患者に対する新たな認知行動療法のプログラムの開発へと循環していくことであろう。

5. 本邦における慢性腰痛に対する身体・心理・社会的アプローチと看護師の役割の現状について

以上、ゲッティンゲン大学での在外研究で得られた知見をもとに、慢性腰痛の心理・社会的要因に関するドイツの取り組みについて報告してきた。

本節では、本邦で行われている慢性腰痛に対する身体・心理・社会的アプローチについて記し、また、慢性腰痛患者に対する看護師のこれまでの取り組みについて付言する。

1) 慢性腰痛に対する我が国の認知行動療法

医学中央雑誌 Web 版 version 4 で、期間を (Fear-Avoidance Model が提唱された) 1983 年から 2010 年 12 月までとし、キーワードを「腰痛」「認知行動療法」、文献種類を原著論文 (研究論文に加えて講演または会議録、記事などのうち一定の形式を整えているもの、および症例報告も含む) として文献検索を行ったところ、21 件の文献が抽出された。他に hand research によって書籍に寄稿された論文を数件収集した。

文献を概観すると、本邦では 1990 年前後から、医師、臨床心理士、作業療法士、理学療法士、ソーシャル・ワーカー等の多職種がチーム (multidisciplinary team) を組んで、慢性疼痛に対する集学的な認知行動療法が行なわれており (室津・本田, 1996)、それは、生活技能訓練や注意の分散訓練もプログラムに取り入れたリハビリテーション医療 (本田, 2000) にも活用されていた。この集学的アプローチによる研究報告は 2004 年以降は、慢性腰痛を対象としたものが多くなる (中島, 2004) (本田, 2005. 2007. 2008)。また、一部の慢性腰痛患者には心理社会的背景の検討が必要であるとして、心身医学の立場から慢性腰痛への認知行動療法の有効性を指摘したもの (境他, 2007)、整形外科が精神科や心療内科と連携しつつ、非特異的慢性腰痛患者の心理・社会的問題に対処したリエゾン精神医学的アプローチについてその要点を示したもの (紺野, 2009)、さらに、認知行動療法を含めたさまざまな腰痛症へのリハビリテーションの方法につきそのエビデンスを検討する必要性につ

いて言及したものがあつた (田中他, 2009)。

このように我が国においても、原因が身体因のみに特定できない慢性腰痛患者に対する統合的アプローチの重要性が増してきている。

2) 慢性腰痛患者に対する本邦の看護師の取り組み

次に慢性腰痛患者に対する本邦の看護師の取り組みについて記す。まず、上で述べた多職種チームによる集学的なアプローチ (室津・本田, 1996. など) やリエゾン精神医学的アプローチ (紺野, 2009) において、看護師がこれらの統合的アプローチに関与していることがわかる。しかし、例えば集学的アプローチのプログラムの紹介の中で、医師、臨床心理士、理学療法士、作業療法士については、具体的に何を担当しているかについて明記されていたが、看護師についてはそれが記載されていなかった。これは認知行動療法に基づく治療プログラムの中では、看護師が果たす役割はいまだ明確になっていないことを示している。

医学中央雑誌 Web 版 version 4 で、期間を 1983 年から 2010 年 12 月、キーワードを「腰痛」「認知行動療法」「看護」、文献種類を原著論文 (原著の意味範囲は上記 1 と同様) として文献検索を行ったが文献は抽出されず、hand research によって書籍に寄稿された論文が 1 件みつかったのみであった。看護師が慢性腰痛患者に対して認知行動療法を行った研究はなく、むしろ、看護師は勤務形態等の制約があつて、既定の認知行動療法の枠組みの中では一定の役割をもちにくいのかもしれない (山内他, 1996)。

ちなみに、キーワードを「認知行動療法」に代えて「患者教育」とし、「腰痛」「看護」「患者教育」の用語で文献検索を行うと 5 件が抽出された。その中で百々 (2009) は、コルセットの装着をしない患者に対して、装着しない理由や思いを聴きつつ、コルセットを装着して日常生活が送れるような教育的介入を報告していた。また、真嶋他 (2004) は、腰痛発生要因、体操などの他、対象者の職種に応じたボディメカニクスの方法を加えた内容の腰痛予防教育教材開発の試みを報告していた。以上から、看護師は、対象者の日常生活を中心において教育的介入を

行っていることが分かった。

しかし、慢性腰痛患者に対する看護師による看護実践や研究の報告は少ないといえる。

6. 本邦の看護師による慢性腰痛患者へのアプローチの可能性について

本邦の外来では、看護師が慢性腰痛患者に対して、家や職場でのストレスについて話を聞いている場面がよく見られる。患者は看護師からの話しかけに、家や職場で生じている悩みごとを語るときがある。

「もう少し、患者と関係者との関係が変化すればストレスが少なくなり、気持ちが楽になって、腰痛も少しぐらいならがまんできるのに」などである。そうすると看護師は、それをとっかかりにして「一度、私の方からそれとなく同伴してきてくれる家族の人にきいてみましょうか」等、患者の気持ちを瞬間的に受け止め、直感的に気持ちを察して、患者と関係者の間を取り持つような言葉がけや働きかけをする場合がある(小林他, 2003)。

これはエビデンスには基づくわけではないが、熟練した看護師が、患者の腰痛は身体的に治療するだけでは限りがあり、日常の生活調整が大切なことを経験知において認識していることを示している。すなわち、熟練看護師は、家族内力動がその人にとって、腰の痛みを強くさせてしまうことはないか、患者の家や職場での心理的負担が軽くなれば、もっと平たくいえば、関係がよくなれば、痛みも相対的に和らぐし、活動の仕方も変わってくるのではないか、さらにいえば、社会の変化の激しさは、慢性腰痛の患者に社会からの退却行動をとらせ、いつまでも痛みがとれない遠因になっていないか、といった仮説を抱きうる。河口らによれば、看護活動において患者が行動変容に至ったケースは、いずれも看護師が患者の生活習慣や価値観に配慮し、それに基づいて療養生活をアドバイスした時であったという(下村ら, 2003. p.5)。

慢性の痛みをもつ患者にとって、安心できる医療の選択肢が一つでも増えることは希望につながる。看護において期待を抱かせるのは、患者教育のための看護実践モデルの開発が進められていることであ

る。すなわち、河口らによれば、看護師による「とっかかり」とその直感的解釈から始まって、看護師がもつ「病気・治療に関する知識・技術」「生活者に関する知識・技術」「教育方法に関する知識・技術」を生かし、さらに、その看護師がもつ Professional Learning Climate(専門的な知識と経験に裏づけられ、効果的な患者教育を導く、専門家に身に付いている態度あるいは雰囲気)があつて、患者教育アプローチの効果が上がるとしている(河口ら, 2003)。なおここでいう患者教育とは知識教育に限定されたものではない。

看護師による慢性腰痛患者への取り組みは、まだ未着手に近い状況である。看護師が慢性腰痛患者に対して、どのような教育的関わりができるか、それによってどのような効果が得られるかについては、今後、さらに検討していく必要があるといえる。

7. おわりに

本稿では慢性腰痛に対する生物学的心理学的社会的モデルによる取り組みのさかんなドイツの知見について記すとともに、本邦での慢性腰痛患者への認知行動療法をはじめとした統合的アプローチについて概観し、これらをもとに、我が国の看護師が同患者に貢献していくには、どのような方法を開発していけばよいかについて付言した。

慢性腰痛患者にとって安心できる医療の選択肢が増えることは望ましいことであり、患者の生活習慣や価値観に配慮し、それに基づいて療養生活にアドバイスできる可能性がある看護師は、統合的な認知行動療法に寄与しつつ、また、慢性腰痛の心理・社会的要因に関する実証的基礎研究の新しい知見にも着目しながら、慢性腰痛に対する患者教育を開発していくことが望まれる。

文献

- Barke, A.& Kröner-Herwig, B. (2008) :
The Role of “Fear“ in chronic backpain:
an fMRI Study comparing Spider
Phobie and Backpain Patients.
Abstract Book, 10th International

- Congress of Behavioral Medicine. 149.
- Bellach, B.-M., Ellert, U. u. Radoschewski, M. : Epidemiologie des Schmerzes- Ergebnisse des Bundes- Gesundheitsveys 1998. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschlz, 43, 424-431.
- Basler, H.-D. (1999) : Chronischer Rückenschmerz -Vorbeugung und Behandlung durch psychologische Methoden. In Hoefert, H.-W. u. Kröner-Herwig, B. (hrsg.) : Schmerz-behandlung, 62-75. Ernst Reinhardt Verlag, München Basel.
- 百々裕子 (2009) : コルセットの装着が必要な高齢者に対する指導の取り組みについて, 神戸百年記念病院誌, 22, 27-30.
- Frettlöh, J., Franz, C., Jäkle, C. et al. (1995) : Das Therapieprogramm. In Basler, H.-D. u. Kröner-Herwig, B. (Hrsg.) : Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen. Ein Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppe- und Einzeltherapie. 53-211. Quintessenz, München.
- 本田哲三, 中島恵子, 水品朋子, 他 (2002) : 疼痛患者のリハビリテーション医療における教育・指導 ; 慢性疼痛管理プログラムを中心に, ペインクリニック, 23 (9), 1234-1242.
- 本田哲三 (2005) : 慢性腰痛に対する認知行動療法, 日本腰痛学会雑誌, 11 (1), 20-26.
- 本田哲三 (2007) : リハビリテーション科の立場から ; 慢性腰痛への疼痛管理を中心に, ペインクリニック, 28 (11), 1466-1472.
- 本田哲三 (2008) : 腰痛のリハビリテーション ; 慢性腰痛への認知行動療法, MEDICAL REHABILITATION, 98, 107-112.
- 河口てる子, 患者教育研究会 (2003) : 患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み ; 看護師によるとっかかり／手がかり言動とその直感的解釈, Professional Learning Climate, 看護研究, 36 (3), 177-185.
- Keel, P. J., Bally, F. u. Cueni, S. (1990) : Psychoziale Aspekte in der Beurteilung und Behandlung therapieresistenter Rückenschmerzen. In Wörz, R. (Hrsg.) : Chronischer Schmerz und Psyche, 239-266. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart New York.
- 小林貴子, 小長谷百絵, 小平京子, 他 (2003) : 「看護実践モデル」における「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」, 看護研究, 36 (3), 187-197.
- 紺野慎一 (2009) : 非特異的慢性腰痛治療, ペインクリニック, 30 (7), 947-953.
- Kröner-Herwig, B. (2000) : Rücken-schmerz. 8-10. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle.
- Kröner-Herwig, B. (2004) : Ratgeber Rückenschmerz. 20-25. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle. Georg-August-Universität Göttingen (2008) : Information for the Media. <https://www.uni-goettingen.de/en/3240.html?cid=2879>.
- Lethem, J., Troup, J.D.G., Bentley, G. (1983) : Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception- I, Behaviour Research and Therapy, 21 (4), 401-408.
- 真嶋由貴恵, 堀川淳子, 正野逸子, 他 : ホームヘルパーの腰痛の実態と腰痛予防教育のための教材開発, 産業医科大学雑誌, 26(1), 59-74.
- 中島恵子 (2004) : 若年慢性疼痛患者への認知行動療法 ; 「慢性疼痛管理プログラム」の試み, 九州ルーテル学院大学発達心理臨床センター年報, (3), 23-29.
- 室津恵三, 本田哲三 (1996) : 慢性疼痛に対する認知行動療法, 大野裕, 小谷津孝明 (編), 認知療法ハンドブック-下巻-, 141-177, 星和書店, 東京.
- Pfingsten, M, Franz, C. u. Hildebrandt, J. (1995) : Chronischer Rücken-schmerzen - epidemiologische, ätiologische und diagnostische Aspekte. In Basler, H.-D. u. Kröner-Herwig, B.

- (Hrsg.) : Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen. – Ein Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppe- und Einzeltherapie. 23-32. Quintessenz, München.
- Pfingsten, M. u. Hildebrandt, J. (2004) : Rückenschmerzen. In Basler, H.-D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Reinfisch, H. P. u. Seemann, H. (Hrsg.) : Psychologische Schmerztherapie (5. Aufl.), 395-414. Springer, Berlin.
- 境洋二郎, 小山徹平, 丹羽真一 (2007) : 治療 ; 慢性腰痛に対する認知行動療法, 痛みと臨床, 7 (2), 155-164.
- 下村裕子, 河口てる子, 林優子他 (2003) : 看護が捉える「生活者」の視点 ; 対象者理解と行動変容の「かぎ」, 看護研究, 36 (3), 199-211.
- Slade, P. D., Troup, J. D. G., Lethem, J. & Bentley, G. (1983) : The fear-avoidance model of exaggerated pain perception-
II Preliminary studies of coping strategies for pain, Behaviour Research and Therapy, 21 (4) , 409-416.
- 田中一成, 貴宝院永稔, 橋本玲美 (2009) : 腰痛症に対するリハビリテーションのエビデンス, 慢性疼痛, 28 (1), 61-65.
- Waddell, G. (1987) : A new clinical model for the treatment of low back pain, Spine, 12, 632-644.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., et al. (1993) : A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability, Pain, 52, 157-168.
- 山内慶太, 小口恵子, 大野裕 (1996) : 認知療法の看護領域への導入について. 大野裕, 小谷津孝明(編), 認知療法ハンドブック –下巻–, 165-177, 星和書店, 東京.

統合失調症患者に対する足浴の実践研究に関する今後の展望

Future Outlook for Practice Research of Footbath for Schizophrenia Patients

瓜崎 貴雄, 荒木 孝治 Takao Urizaki, Takaharu Araki

キーワード: 統合失調症, 足浴, 精神看護

Key words : schizophrenia, footbath, psychiatric nursing

I. はじめに

平成21年版障害者白書によると、精神障害者の精神疾患の種類別構成割合では、入院患者のうち、統合失調症患者が約6割を占めている。

Minkowski (1953)によると、統合失調症の本質的障害は現実との生ける接触 (contact vital avec la réalité) の喪失にある。現実との生ける接触は生の非合理的因子と関係すると考えられるが、統合失調症患者は、感覚器官、記憶、知能等にはなんら障害がないにもかかわらず、この接触を失う。そのため、統合失調症患者は、論理や理念でこれを代償しようとする。例えば、夢想したり、不満を絶えず漏らしたり、何事も悔やんでいたり、疑問癖や質問癖を呈したりする。ICD-10においては、分裂病性の障害は、一般的には、思考と知覚の根本的で独特な歪曲、および不適切なあるいは鈍麻した感情によって特徴づけられる、とされている。それゆえに従来、思考障害をもつ統合失調症の患者とはコミュニケーションがとりにくいとされてきた。このことは、看護師にとっても例外ではない。

ところで、基礎看護技術の一つである足浴は、足先から足首あるいは下腿までを温湯に浸して洗う一連の行為である。健康成人を対象とした先行研究によって、足浴は副交感神経の活動を亢進させ、リラ

クセーション効果や保温効果をもたらすこと (Yamamoto,2008, 山本他,2007, 工藤他,2006, 桑田他,2006) が実証されている。

精神看護学領域においても、足浴の援助を行い、その効果を報告した文献が散見されている。しかしながら、上記のような本質的障害をもつ統合失調症患者への足浴援助についての知見を総合した文献は見当たらない。そこで、本稿では、統合失調症患者を対象とした足浴の実践研究に関する概要を整理した上で、足浴の援助を受けることによって統合失調症患者が得る効用や、足浴の援助を行うことによって看護師が得る効用についての知見を明らかにすること、さらに、足浴の実践研究における今後の課題と展望を明らかにすることを目的とする。

II. 文献検索と文献選定の過程

医学中央雑誌 Web 版 version 4 と PubMed を用い、和文献・英文献について、10年間 (2000年から2010年9月まで) で、原著論文 (研究論文に加えて講演または会議録、記事などのうち一定の形式を整えているもの、および症例報告も含む) に限定して、文献検索を行った。医学中央雑誌 Web 版 version 4 では、「統合失調症」、「足浴」をキーワードとしたところ、12件が抽出された。PubMed では、キーワード

を「schizophrenia」, 「footbath」としたが、文献が抽出されなかった。抽出された文献のうち、研究方法と結果の詳細が記述されている6件を選定した。さらに、hand researchから3件を加え、合計9件の文献について分析を行った。なお、これらの文献の中には、フットケアという用語が使用されているものもあったが、本稿では「足浴」として総称した。

Ⅲ. 結果

1. 研究論文の概要

分析した9文献を表1に示した。

1) 研究対象者

統合失調症以外に、双極性感情障害やうつ病の患者を対象に含むものが2件 (No.4, 7) あった。その他、認知症、非定型精神病、神経症患者も対象に含

表1 統合失調症患者に対する足浴の実践研究の概要

No.	研究者 (年)	研究方法 (①研究対象 ②研究デザイン ③データ収集方法 ④分析方法)	足浴の手続き	結果の概要
1	深見 (2009)	①足の皮膚にトラブルがあり処置を受けている自閉・拒否的な長期入院(入院期間:10年以上)統合失調症患者1名 ②事例研究 ③足の皮膚と爪の状態の記録、精神症状や行動についての看護記録 ④足浴前後での記録内容の分析	温度:記述なし 時間:記述なし 頻度:週1回6ヵ月間 その他:保湿剤入りの入浴剤	足底の亀裂や踵部の角化が少なくなり、胼胝の数と面積が減少。「汚いのにすみません」といった発言、外出を希望するなど外向的な言動がみられるようになった。
2	本橋他 (2009)	①薬物治療抵抗群の統合失調症患者4名 ②準実験研究 ③活動状況や精神症状の記録(1時間毎)、バイタルサイン、PANSS(統合失調症の陰性・陽性症状の評価尺度) ④記述統計、足浴前後での記録内容の分析	温度:記述なし 時間:記述なし 頻度:週7回1ヵ月間	全症例において、足浴前後で脈拍、血圧、呼吸数が減少、PANSSIは減少。患者からは快の発言や表情が、不快のそれらに比べて多くみられた。
3	竹田他 (2006)	①統合失調症慢性期にある患者1名、入院期間45年、更衣は1回/2-3ヵ月、入浴は可、易怒的、単語での会話、他者との関わりは少ない ②事例研究 ③意欲や行為に関する評価表、1ヵ月毎に足部の写真撮影 ④足浴前後での記録内容の分析、写真で鶏眼等の程度を評価	温度:42℃程度 時間:10分間 頻度:週2回3ヵ月間 その他:オイルマッサージ30-60分間	足浴前にあった両足底の鶏眼が除去でき、角化も改善した。促すと更衣することがみられた。足浴に関心を示す言動がみられ、会話が文章化し、他者との関わりが増えた。
4	小島他 (2005)	①精神疾患により会話を通しての関係作りが困難な患者9名(うつ4名、慢性期統合失調症+認知症3名、非定型精神病1名、神経症1名) ②準実験研究 ③質問紙:患者;対人関係技能尺度40項目のうち対人技能等の17項目、看護師:POMS ④統計的検定(詳細記述なし)	具体的な手続きの記述なし 頻度:週1-2回1ヵ月間(計5回) その他:場所は自室	患者の対人関係技能得点は、足浴終了後1週間が開始前と比較して有意に得点が高かった。看護師のPOMSでは特に不安-緊張と抑鬱が大幅に改善した。
5	宮地他 (2004)	①足底疾患により日課に支障をきたしている患者5名(統合失調症4名、脳性小児麻痺後遺症1名) ②準実験研究 ③患者の発言をチェック表に記載、カルテから日課参加状況について収集 ④患者の発言はKJ法で分析、足浴前後での記録内容の比較分析	温度:37-40℃ 時間:10分間 頻度:週1-2回2ヵ月間 その他:木酢液入りの温湯、マッサージ	足浴に対して、心地よさを表す発言が多くみられた。足浴後に足底の肥厚が改善し、疼痛が軽減した。4名の患者の日課参加率が上昇した。
6	浅井他 (2003)	①統合失調症の患者1名、不眠のため精神症状が悪化(飲水量増加、幻聴など) ②事例研究 ③睡眠状態評価表と生活過程(KOMIチャート) ④記録内容の分析	具体的な手続きの記述なし	睡眠時間の改善がみられた(睡眠時間8時間以上の日4.7日/月 → 12.5日/月)。「足洗いは今日もあるとやろー、気持ちよかー」といった発言がみられた。
7	山中他 (2003)	①踵の角質化、ひび割れの著明な患者6名(統合失調症5名、双極性感情障害1名)、入院歴:12-35年 ②事例研究 ③患者の状態の観察 ④患者の状態の観察内容の分析	温度:記述なし 時間:10分間 頻度:週5回(入浴日以外)5ヵ月間+毎日3ヵ月間	ケアの時間を心待ちにして、ケアを受けるようになった。足の清潔が保持でき踵のひび割れがなくなり、疼痛が軽減した。表情が柔らかくなり、気持ちを言葉に出せるようになった。
8	天野他 (2002)	①慢性期統合失調症で、活動性の減退があり、何らかの足のトラブルをもつ男性患者のうち、参加を希望した9名 ②事例研究 ③参加状況、足浴中の言動や感想の記録、カルテなど ④足浴前後での記録内容の分析	温度:記述なし 時間:15分間 頻度:週3回4ヵ月間 その他:ラベンダーの入浴剤	足浴は41回続き、6名は毎回参加。足のトラブルは軽減。眠剤の服用回数が増った患者もいた。看護師からは「苦手意識が少なくなった」「会話のきっかけができた」との発言あり。
9	渡部他 (2000)	①精神科長期療養病棟(入院期間20年以上が59%、平均年齢58歳、65歳以上27%)入院患者67名、内5名(統合失調症、脳器質性精神病など)に足浴実施 ②実態調査・事例研究 ③面接:足の清潔に対する意識、足底の観察 ④記述統計、足浴前後での観察	具体的な手続きの記述なし	47名に足底異常あり、部位は68%が踵部。足底異常を自覚している者は64%、内12%は痛いけど放置していた。足浴により、症状緩和と清潔に対する意識の向上がみられた。

まれていた (No.4)。また、入院期間が10年以上に及ぶ患者を対象としたものが7件 (No.1, 3, 5, 6, 7, 8, 9) あった。

2) 研究方法

研究方法は、Polit et al. (2008) を参考にして分類した。準実験研究 (操作は行われているが、対照群の設定と無作為化は行われていない) が3件 (No.2, 4, 5)、事例研究 (個人や集団などの社会単位について掘り下げた研究) が6件 (No.1, 3, 6, 7, 8, 9) (うち1つは実態調査研究も含む) であった。

3) 足浴の目的

睡眠状態の改善を目的としたものが1件 (No.6)、足部の皮膚トラブルの改善を目的としたものが6件 (No.1, 3, 5, 7, 8, 9)、その他、精神症状の改善を目的としたもの (No.2)、対人関係技能の改善を目的としたもの (No.4) があった。

4) 足浴の手続き

湯の温度は37-42°Cの間に設定されていた (No.3, 5)。浸湯時間は10-15分の間に設定されていた (No.3, 5, 7, 8) が、10分間としているものが多かった (No.3, 5, 7)。頻度の設定は、1-2回/週を1ヵ月間 (No.4) から、5-7日/週を8ヵ月間 (No.7) まで様々であった。入浴剤を用いているものが2件 (No.1, 8)、マッサージを併用しているものが2件 (No.3, 5) 見られた。温度、浸湯時間、頻度が全て記述されているものは9件中2件 (No.3, 5) であった。また、いずれの文献においても、患者が足浴に同意した過程の詳細な記述はみられなかった。

5) 足浴の効果の評価指標

対人関係技能尺度やPOMS (Profile of Mood States) (No.4)、PANSS (Positive and Negative Symptom Scale) (No.2) の他は、患者の足浴前後の足部の状態や睡眠の状態、足浴前中後の発言や行動を比較することによって評価がなされていた (No.1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)。

2. 足浴の援助を受けることによって統合失調症患者が得る効用

足病変の改善や症状緩和 (No.1, 3, 5, 7, 8, 9)、睡眠の促進 (No.6, 8)、清潔に対する意識の向上 (No.9) といった変化が現れていた。また、患者が外界に関心を示す (No.1)、患者が気持ちを言葉に出せるようになる (No.7)、患者の他者との関わりが増える (No.3) などの変化もみられていた。

3. 足浴の援助を行うことによって看護師が得る効用

看護師が「苦手意識が少なくなった。」「会話のきっかけができた。」と語った (No.8) ことや、看護師の不安-緊張と抑鬱が軽減した (No.4) ことが示されていた。

IV. 考察

1. 足浴の援助を受けることによって統合失調症患者が得る効用

文献の中では、慢性期統合失調症患者を対象とした研究が9件中8件と多かった (No.1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)。統合失調症の慢性期の主たる症状は、感情の平坦化、意欲の減退、内閉性、社会性の喪失などの陰性症状であり、以前は有った能力が発病により失われていくとされる。

個人衛生についても関心が低下している患者が少なくない。そのため、患者が清潔を保持し、身体の病気を未然に防ぐように援助することは、看護師の重要な役割である。また、保清の援助は基本的に人間の“爽快ないし安寧”を導き出すものである (服部他,1992)。

文献を検討すると、足浴を通して、睡眠の促進 (No.6, 8)、清潔に対する意識の向上 (No.9) などといった変化が現れている。これは足浴自体がもたらす患者への効用である。

それとともに、足病変について自らで訴えない患者が少なくないので (No.9)、看護師による足部の異常の発見が、同時に、関わりのおかげになった文献が多数見られる。つまり、足部の皮膚トラブルの改善を目的として足浴を行ったものが6件 (No.1, 3,

5, 7, 8, 9) あったが、その援助を通して、患者が外界に関心を示す (No.1), 患者が気持ちを言葉に出せるようになる (No.7), 患者の他者との関わりが増える (No.3) など、患者の言動に、それまでよりも能動的な変化がみられている。これは、足浴というきわめて基本的な看護行為が、患者、看護師の双方にとって、相手と関わる媒介となり、患者にとっては、陰性症状の改善といった副次的な効用をもたらすことを示している。

2. 足浴の援助を行うことによって看護師が得る効用

看護師は患者と関わる時に、様々な困難を感じている。例えば、看護経験の浅い看護師は、患者の言動の意味や背景にある思いを十分に汲み取れないことに苦悩を抱えていたり (平沢他,2007), 患者との関係作りにとまどいを感じていたりする (田原他,2007) ことが報告されている。また、比較的年齢を経た看護師でも、疎通性が悪い患者のケア場面では看護介入にむつかしさを覚えており、それが勤務を続けていく上でのストレスサーとなっている (瀧川,2005) ことが明らかにされている。

特に慢性期の患者では、看護師がアプローチを工夫しても、期待するほどの反応がみられないことも多く、看護師は接近の手詰まり感を持っているとも考えられる。そのような時に、足浴という看護技術は、慢性期の統合失調症患者との関わりのかきかけをつくる方法となり得る。検討した文献では、看護師が「苦手意識が少なくなった。」「会話のかきかけができた。」と語った (No.8) ことや、看護師の不安-緊張と抑鬱が軽減した (No.4) ことが示されている。横田 (2005) は、身体看護に独特の「手当て」としての行為は、患者への接近や交流をさせやすくし、患者への人間的な関心や優しい気持ちが率直に表現できるという面がある、と述べている。関係を作ることがむつかしく介入に窮していた患者に対して、看護師は足浴という手段を用いて関わることができ、何らかの手応えを得ることができたのだと考えられる。

3. 統合失調症患者に対する足浴の実践研究の今後の課題と展望

表1に示した文献を総合して検討してきた結果、統合失調症患者に足浴の看護援助を行うことは、看護師、患者、双方にとって効用のあることが明らかになった。足浴は看護師が関心を示しながら、目と手を使って患者に根気よく関わるができる。また、患者にとっても足病変の改善などの効果を自分で確かめやすい。さらに、足浴という媒介があると、看護師からの声かけに患者も返事がしやすく、コミュニケーションが成立しやすい。今後、ますます統合失調症患者に対して、足浴を用いた実践が行われることを期待する。

一方で、統合失調症患者に対する足浴の実践研究の課題と展望として、次の3点を記しておきたい。

一つは、患者が足浴に同意するまでのプロセスを記述しておくことの必要性である。文献を通覧すると、患者が足浴に同意した過程の詳細な記述はみられなかった。特に、慢性期の統合失調症患者の中には、毎日同じ過ごし方をし、他者との交流も少なく常同、無為、自閉といわれる状態にある人もいる。このような患者は、概して援助に拒否的なことが少なくなく、患者の同意を得るまでには相当な努力が必要となる。それは、侵襲性が比較的小さい足浴においても例外ではない。慢性期の統合失調症患者の「硬い」状態は、動かないことによって安全を脅かすものから距離を置くという患者の戦略でもある (横田,2005) ので、看護師は患者の姿勢を尊重しながら関わる必要がある。したがって、看護師は、患者が足を気にかける素振りを見せた時にタイミング良く足浴を促す、足趾の爪切りをしながら足浴を促す、またいったん断られても時間や日を変えて根気よく足浴を促すなど、いろいろと関わりを工夫していると考えられる。また、患者の立場や心情を慮る中で、患者への声かけの仕方が変化しているとも考えられる。それぞれの文献の背景には、こういった努力の積み重ねがあると思われる。患者が足浴に同意するに至ったプロセスを、字数の許す限りで記述しておくことは、統合失調症患者への足浴ケアの実践にとっては、大いに参考になると考えられる。

二つ目は、研究の手続き上の事柄である。文献の中で、温度、浸湯時間、頻度を全て記述しているものは9件中2件 (No.3, 5) であった。足浴の援助が可能になった働きかけのプロセスとともに、温湯の温度、浸湯時間、頻度 (1週に行った回数、期間)、入浴剤の使用やマッサージの有無などについて、客観的に記しておく必要がある。それは、根拠に基づいて、足浴の患者への効用を検討する折の前提となるし、今後、足浴の援助を行おうとする看護師にとっても参考となる。

最後は、足浴の効果を測定する評価指標についてである。今回検討した文献では、対人関係技能尺度や POMS (Profile of Mood States) (No.4), PANSS (Positive and Negative Symptom Scale) (No.2) が用いられていた。評価指標は研究の目的に応じて選択されるものではあるが、統合失調症患者を対象とした研究の場合、次の点には留意が必要である。質問項目数があまりに多く複雑なものであると、患者はそれに答えることが苦痛になって、足浴を受けることが億劫になってしまう可能性がある。前述したように、特に慢性期の統合失調症患者の常同、無為、自閉は、安全を脅かすものから距離をとって自らを守る戦略としても捉えられるので、そこから一歩踏み出して足浴を受けた患者が、足浴後の評価指標への回答の困難さから再度自分の殻の中へ閉じこもってしまうことが危惧される。こういったことから、評価指標には、できるだけ簡便なものをを用いる工夫が必要であると考えられる。

V. おわりに

Minkowski (1953) によれば、通常人間は、自己自身との一致感、つまり、本能的に外界と接触しつつ、調和感をもっている。これは論理的に把握されるというよりは、むしろ非合理的なものとなし、いえるものである。この本能にあたる因子が、統合失調症患者にあっては、深刻な障害を受け、現実との生ける接触 (contact vital avec la réalité) の喪失をきたしている。

統合失調症患者に対する足浴の実践研究に関する文献を検討したところ、足浴は患者にとっては侵襲

性が比較的小さい看護師からの身体的援助であると共に、看護師と会話をしたり看護師の手が患者の足に触れたりすると、言語的・非言語的なコミュニケーションが成立する機会となっていた。つまり、足浴は統合失調症患者が対象の場合、患者と看護師をつなぐ媒介の手段にもなっていることが分かった。看護師にとっても、関わりに困難を抱かせる統合失調症患者に看護を進めていく上での効用があった。足浴という援助を通して患者と関わる中で、患者の置かれている状況や思いの一端が、看護師には理解できるように感じられるのではないかと推察される。また、このような足浴の援助は、患者の足病変の改善に役立つと共に、患者の精神症状にもよい変化を生じさせていると考えられた。

本稿で検討した内容を踏まえ、更なる実践研究の発展に寄与していきたいと考える。

文献

- 天野清子, 向井寛美 (2002) : 集団での足浴が患者と看護者にもたらした変化の検討 ; 快いかかわりを関係作りのきっかけとして, 日本精神科看護学会誌, 45 (1), 60-63.
- 浅井初, 野間口豊, 原圭司, 他 (2003) : 慢性統合失調症患者の睡眠援助を通して ; KOMI チャートを活用して生活過程の変化をみる, 日本精神科看護学会誌, 46 (2), 309-312.
- 深見佐智子 (2009) : 統合失調症患者へのフットケアを介したかかわりの効果 ; フットケアにより自閉的な患者のセルフケアレベル向上がみられた事例, 日本精神科看護学会誌, 52 (2), 519-523.
- 服部朝子, 近田敬子 (1992) : 清潔保持困難な患者の看護 ; 清潔保持の意義と効果, 臨床看護, 18 (12), 1727-1732.
- 平沢めぐみ, 田嶋長子 (2007) : 精神科新人看護師が行き詰まりを乗り越える体験 ; グループインタビューをもとに, 日本看護学会論文集 : 精神看護, 38, 48-50.
- 工藤うみ, 工藤せい子, 富澤登志子 (2006) : 足浴における洗い・簡易マッサージの有効性, 日本看護研究学会雑誌, 29 (4), 89-95.

- 桑田恵子, 坂井泰, 木下弘基, 他 (2006) : ヒノキオイルを併用した足浴時脳波の変動と Sense of Coherence との関連, 日本アロマセラピー学会誌, 5 (1), 41-50.
- Minkowski, E. (1953) : Psychopathologie des schizoids et des schizophrènes, Paris, Desclée du Brouwer. / 村上仁訳 (1954) : 精神分裂病, みすず書房.
- 宮地みち代, 藤田悦子 (2004) : 精神科慢性期病棟におけるフットケアの効果; 日課参加意欲と情緒的变化について, 日本看護学会論文集: 精神看護, 35, 226-228.
- 本橋聖子, 羽生真夕, 鬼頭和子 (2009) : フットケアが統合失調症患者に与える影響, 日本看護学会論文集: 精神看護, 39, 74-76.
- 小嶋公子 (2005) : 精神科における「足浴場面」が患者-看護師関係に与える影響とその意味に関する1 考察; 患者の対人関係技能及び看護師の感情・気分プロフィールの変化について, 聖隷三方原病院雑誌, 9 (1), 51-56.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008) : Nursing research; Generating and Assessing evidence for nursing practice 8th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- 竹田愛美, 瀬野佳代 (2006) : フットケアによるコミュニケーション能力の向上; 統合失調症慢性期にある患者への関わりを通して, 日本看護学会論文集: 精神看護, 37, 196-198.
- 瀧川薫 (2005) : 精神障害者関連施設における看護師と福祉関係者のストレスナー, 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 3 (1), 42-48.
- 田原淳子, 中嶋祐子 (2007) : 精神科に初めて勤務する新卒者・異動者看護師が抱くつらさ; 1年3ヶ月にわたるインタビュー調査の結果から, 日本看護学会論文集: 精神看護, 38, 350-352.
- 渡部弥生, 重藤あゆみ, 白石麻子, 他 (2000) : 長期療養病棟における足底の実態と異常を引き起こす誘因; 清潔行動に焦点をあて, 松山記念病院紀要, 4, 43-47.
- Yamamoto, K., Aso, Y., Nagata, S., et al. (2008) : Autonomic, neuro-immunological and psychological responses to wrapped warm footbaths; a pilot study, Complementary Therapies in Clinical Practice, 14 (3), 195-203.
- 山本敬子, 阿曾洋子, 永田鎮也 (2007) : 密封式足浴が中年期健康者の自律神経系および精神神経免疫活性に及ぼす影響; ウェーブレット解析による自律神経系活性の時系列変化の検討, 自律神経, 44 (6), 400-408.
- 山中五代, 岩永順司, 下野貴志, 他 (2003) : 長期療養病棟におけるフットケアの試み; すべすべの踵をめざして, 日本精神科看護学会誌, 46 (2), 299-302.
- 横田泉 (2005) : 慢性統合失調症からの回復, 精神科治療学, 20 (12), 1281-1289.

在宅での看取りにおける現状と課題

A Review on the End-of-Life Care at Home

森山 文則, 真継 和子 Fuminori Moriyama, Kazuko Matsugi

キーワード: 在宅, 看取り, 文献レビュー

Key words : home, end-of-life care, review

I. はじめに

わが国における高齢化率は2009年度(平成21)には22.7%と前年度より0.6ポイント増加しており、死亡者数は約114万人である(厚生労働省2010)。特に後期高齢者人口の増加は死亡者数の著しい増加を招き、2040年(平成52)には166万人に達すると推計されている(厚生労働白書2007)。このような状況の中で、人々にとって自分らしい死をどこで迎えるかは大きな問いであり、今後は看取りを含めた終末期医療の在り方が重要な課題となってくる。

2005年(平成17)厚生労働省は第17回社会保障審議会医療保険部会において中長期の医療費適正化効果を目指す方策として、「患者の意志を尊重した適正な終末期医療の提供により、自宅死等での死亡割合を4割に引き上げること」を具体的な指針の一つとした。さらに、2006年から「24時間往診体制を確保し地域における在宅療養提供に主たる責任を有するもの」として在宅療養支援診療所の制度が始まった。しかしながら、実際に在宅での看取りを行った在宅療養支援診療所は5割以下であり(読売新聞2009)、在宅死の割合もここ数年12%程度と横ばいである(厚生労働省2009)。

また、多くの人々は住み慣れた自宅で最期を迎えたいと考えている(終末期医療に関する調査等検討会報告書2004)一方で、急変時の不安や家族の負担

などを考えると、それが実現できないのではないかという不安を抱いている(青木他2008)。在宅医療への関心は従来以上に高まっている中で、在宅医療の質の向上と量の拡充を図ることが重要であり、在宅での看取りにおける看護職者の役割は大きい。

そこで、在宅での看取りを希望する療養者と家族が満足した最期を迎えるための支援対策を検討するための基礎的資料として、本研究では在宅での看取りに関する文献について概観し、その現状および課題を明らかにした。

本研究における「在宅での看取り」とは「自宅での看取り」とする。

II. 研究方法

1. 対象文献

医学中央雑誌web ver4.を用いて、2005年から2010年10月現在までに国内で発行された文献を対象に絞り、検索を行った。「在宅」「看取り」「訪問看護」の3つのキーワードを取り上げ、「在宅」×「看取り」では74件、「訪問看護」×「看取り」では54件、計128件がヒットした。これらの文献のうち重複した文献を除く74件の中で、原著論文として掲載されているものは8件であった。そのほか研究報告・実践報告・調査報告などであったが、(1)研究の体裁を整えた文献、(2)自宅での看取りに関する研究

内容であるという2つの条件を満たした文献を対象とした。その結果、選定基準を満たした研究論文は45件であった。

2. 分析方法

対象文献を整理・分析するために Excel を用いて分析項目に沿った一覧表を作成した。分析項目は、論文タイトル、キーワード、著者、掲載誌名、発行年、研究目的、研究方法、結果、課題とした。

2名の研究者それぞれが対象文献を精読し、文献内容の大筋からテーマを導き出し、研究者間で合意が得られるまで検討した。その後、各テーマの文献からテーマに沿った内容を抽出し、看取りの現状及び課題についてまとめた。

Ⅲ. 結果

1. 発行年別の論文数および研究対象

発行年別の論文数は2005年が7件、2006年が10件、2007年が8件、2008年が9件、2009年が7件、2010年が4件であった。

研究対象は、遺族を含む介護者家族が29件と最も多く、次に看護記録・診療録が18件、訪問看護師・介護支援専門員が10件、診療所・訪問看護ステーションなど事業所が2件、療養者・医師がそれぞれ1件であった。

2. 研究方法

研究デザインは、質的研究は29件、量的研究は14件、質的研究と量的研究の両方を用いた研究が2件であった。

データの収集方法は、インタビューによる方法が最も多く16件、次に質問紙調査が13件、事例分析によるものが10件、インタビュー並びに事例分析を用いたものが3件、質問紙並びに事例分析を用いたものが1件、質問紙並びにインタビューを用いたものが1件、多面的集計を用いたものが1件であった。

3. 対象文献の研究内容 (表1)

対象文献の研究内容は、4つのテーマに分類できた。最も多かったものが「看取りケアの実際に関

する研究」で16件であった。次に、「看取りケアに対する家族のニーズに関する研究」15件、「家族の看取り体験に関する研究」10件、「看護師や介護支援専門員の死生観・看護観に関する研究」4件と続いた。

それぞれの内容については、以下の通りである。(文中の文献 No. は、表1を参照とする)

1) 看取りケアの実際に関する研究 No.1-16

看取りケアの実際に関する研究は16件であった。そのうち1件は看取りの実態であり、対象となった33カ所の在宅療養支援診療所の約半数が時間外や緊急往診による対応困難を理由に看取りの実績がなかった No.1。

在宅移行導入期のケアの実際では、療養者と家族の意思尊重と自己決定への支援とともに、家族間の意思の調整が図られていた No.3.4.6.7-12.14-16。また、人的支援を整え家族の役割遂行に向けた支援や家族内の調整など No.3.11、在宅移行導入の準備がなされていた。

安定期のケアの実際は、療養者と家族の思いを傾聴し No.2.7.11.12、不安や苦痛・症状のコントロールに対する支援 No.2.3.6.14.15 を行っていた。地域における24時間体制での対応を可能とするため、病院と診療所、あるいは診療所間の連携や社会資源の活用、チームアプローチの重要性も指摘されていた No.5.9.10.13。中でも医師との連携や調整 No.6.9.13 などチームにおける看護師の存在の重要性について述べられていた。

終末・臨終期のケアの実際では、予測できる病状の説明や看取りについての意思確認や看取りの体制を整えることで、死を迎える準備のためのケアがなされていた No.2.7.16。

死別期ではグリーフケアの必要性や No.7.16 家族が療養者とのかかわりや看取り体験を通して介護することや看取ること、家族の関係性に意味を見いだせるかかわりの重要性 No.5.9.10 が指摘されていた。

2) 看取りケアに対する家族のニーズに関する研究

No.17-31

看取りのニーズに関する研究は15件であり、全件とも家族を対象としたものであった。そのニーズは、

表1. 在宅での看取りに関する対象文献一覧

内容	Nb	著者	タイトル	出典
看取りケアの実際に関する研究	1	兒玉末 他	山梨県内の在宅療養支援診療所におけるがん在宅看取りについての調査	山梨医学 37,2009
	2	日野紀子	在宅での最期を強く希望して 在宅移行後の訪問看護師とのかかわり	臨床今治 22(1),2009
	3	樋口キエ子 他	ターミナル期患者の在宅移行時における訪問看護師の看護活動	医療看護研究 5(1),2009
	4	山田智子 他	在宅で看取りを実現させるために-揺れ動く家族の気持ちに寄り添って-	長崎県看護学会誌 5(1),2008
	5	青木万由美 他	在宅医療 在宅療養のための訪問看護ステーションの役割	ホスピスケアと在宅ケア 16(3),2008
	6	仁科聖子 他	独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の援助	医療看護研究 4(1), 2008
	7	首藤悦子 他	病状の変化に動揺する家族が在宅で看取るための関わり	日本看護学会論文集:地域看護 38, 2008
	8	兒玉末 他	入院か?在宅か? 看取りの場についての検討	山梨医学 35, 2007
	9	今福恵子 他	介護困難事例に対する意思決定促進への援助 -ターミナル期の意思決定を行う嫁介護者への看護介入-	日本看護学会論文集:地域看護 37, 2007
	10	斎藤光枝 他	家で死にたいという願いを叶えるための訪問看護の役割 -地域で初めての看取りから3事例までを振り返って-	日本看護学会論文集:地域看護 37, 2007
	11	近藤謙 他	在宅ターミナル期の家族支援に対する訪問看護師の困難感	緩和ケア 17(2),2007
	12	都丸直美	在宅での看取りを選択した家族の心の揺らぎに対応した看護支援のあり方 -ターミナル期にある患児の訪問看護の振り返りを通して-	日本看護学会論文集:地域看護 36, 2006
	13	末田千恵	在宅高齢者の看取りにおける2つのチームアプローチ	日本看護学会論文集:地域看護 36, 2006
	14	宮部真貴子 他	「在宅での看取り」と診療所の役割	名寄市立病院医誌 13(1), 2005
	15	松森美穂 他	自分らしい死を迎えるために在宅での看取りを試みて -トラベルビーの人間対人間の看護からの考察-	日本看護学会論文集:成人看護 1135, 2005
	16	水島ゆかり 他	在宅高齢者へのターミナルケアのあり方-「死生観とケア」公開研究会を通して-	石川看護雑誌 2, 2005
看取りケアに対する家族のニーズに関する研究	17	首藤悦子 他	弔問による遺族の「思い」から終末期を迎える家族が看護師に求めるケア	日本看護学会論文集:地域看護 40,2010
	18	春日広美 他	在宅ターミナル期の療養にかかる費用の実際と遺族の意識	ヘルスサイエンス研究 12(1),2010
	19	杉琴さやこ 他	終末期医療における在宅療養の課題	社会学研究 27(1),2009
	20	小澤広美 他	家族を支える訪問看護師の役割 -訪問看護開始から看取りまでの4年間を通して-	日本看護学会論文集:地域看護 39,2009
	21	島内節 他	遺族による在宅ターミナルケアのサービス評価	日本在宅ケア学会 12(2),2009
	22	城内景子 他	在宅終末期の看取りに関する家族の満足度について-「看取りの場所」「意志の尊重」「苦痛の緩和」「一緒に過ごした時間」に焦点をあてて-	神戸市看護大学紀要 12, 2008
	23	荒木晴美 他	介護者が自宅での看取りを希望することに関連する要因の検討	富山大学看護学会誌 7(2), 2008
	24	荒木晴美 他	介護者が抱く病院・自宅での看取りのイメージ	日本看護学会論文集:地域看護 37, 2007
	25	桂晶子	女性介護者の要介護高齢者死別後におけるソーシャルサポートと抑うつとの関連	日本看護学会論文集:地域看護 37, 2007
	26	大上涼子 他	介護者が自宅での看取りを志向することに関連する要因 -訪問看護利用者および介護者への調査から-	日本看護学会論文集:地域看護 37, 2007
	27	松村ちづか 他	主介護者の満足度に影響する在宅ターミナルケア要素に関する研究	緩和ケア 37, 2006
	28	中田景子 他	訪問看護を利用して看取りを終えられた介護満足度について -在宅・病院での看取り場所別にて比較検討して-	日本看護学会論文集:地域看護 36, 2006
	29	田中ひろみ 他	在宅で看取りを可能にした支援について-看取りを終えた介護者の「思い」から-	日本看護学会論文集:成人看護 11 36, 2005
	30	森口せつ子 他	在宅死を希望する癌ターミナル患者の家族への支援を検討する	地域医療 44 回特集, 2005
家族の看取り体験に関する研究	31	谷口友理 他	がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程に関する研究	日本看護研究学会雑誌 28(4), 2005
	32	坂口千鶴	終末期にある老年患者を看取るに至った家族の葛藤	日本赤十字看護学会誌 10(2),2010
	33	時田寛子 他	がんターミナル期の夫を在宅で介護し看取った女性配偶者の看取り体験の分析 -医師と訪問看護師による継続的な支援を受けての看取り体験-	家族看護学研究 15(1),2009
	34	山口小百合 他	在宅ターミナルケアにおける家族の「死の看取りのプロセス」の構造化	新潟大学医学部保健学科紀要 9(1), 2008
	35	安藤富美子 他	末期がん患者の在宅看取りにおける意思決定の過程 -看護記録の中の家族の言葉より-	日本看護学会論文集:地域看護 38, 2008
	36	谷下系子 他	在宅末期がん患者を看取った家族主介護者の「思い」その過程からの考察	日本看護学会論文集:地域看護 38, 2008
	37	松本啓子 他	在宅後期高齢者の家族介護者の介護への思い -激しいせん妄を有した事例の看取り体験より-	日本看護学会論文集:精神看護 37, 2006
	38	小林裕美	在宅ターミナル療養者を看取る家族の思いと訪問看護師の支援 -主介護者側から見た視点で-	日本赤十字九州国際看護大学 3, 2006
	39	桂晶子 他	在宅介護終了後の家族介護者の達成感・満足感および空虚感と死別前要因との関連	宮城大学看護学部紀要 9(1), 2006
	40	深澤圭子 他	嫁が高齢者を自宅で看取る意味	市立名寄短期大学紀要 39, 2006
	41	御塚頼真由 他	「その時は家族で・・・」自宅で見守った家族の力 -家族生活力量モデルに基づく分析-	共済医報 54(3), 2005
看護専門員の死生観に関する研究	42	彦聖美 他	看護師の死生観の学びと育み -A県における病院看護師と訪問看護師の比較調査より-	ホスピスケアと在宅ケア 18(1),2010
	43	小野若菜子 他	在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観	日本看護学会誌 27(2), 2007
	44	松村ちづか 他	訪問看護師の在宅での看取りに関する価値観	埼玉県立大学紀要 7, 2006
	45	柳尻清子	介護支援専門員の「死の看取りケアの意識」とそれに関連する要因の分析	新潟大学医学部保健学科紀要 (2), 2006

家族が看護師に望む役割, 在宅での看取りに影響する要因, サービスの満足度という視点からみることができた。

看護師に望む役割では, 心の揺れや変化に伴う気持ち, 不安の表出ができること^{No.17.20.27.30}, 家族間で課題解決に対処できるためのケア方法の提示^{No.20.27.30}, 苦痛・介護負担の軽減^{No.20}などが求められていた。

また, 在宅での看取りを左右する要因として, 在宅療養が療養者や家族の意思や希望であること^{No.19.23.26.28}, 十分に話し合える環境づくり^{No.28}や在宅での看取りに対するイメージができること^{No.23.24.29}があげられていた。介護の継続は, 療養者の症状や痛みなどの重症度にも左右され^{No.19.31}, 介護技術の習得^{No.31}とともに24時間体制での緊急時対応や医療処置の継続ができるような職種間の連携^{No.26.29.31}とサポート体制の充実が指摘されていた^{No.28.29}。さらに, 臨終を迎える準備支援には, 臨終期における訪問が充実していること^{No.28}やさまざまな社会資源の活用や情報提供^{No.31}が必要であった。

サービスの満足度では, 療養者や家族の意思が尊重されることが看取りの満足感につながっていた^{No.22}。また, 在宅における看取りに対する慰労共感が介護者の満足感や達成感を高める^{No.17.21}とされ, 家族の気持ちを引き出す環境を積極的に作り^{No.28}, 十分なグリーフケアの必要性^{No.27.28}が報告されていた。在宅での看取りにともなった費用に関する意識調査^{No.18}では, 対象となった介護者7名のうちの4名が「予想以上に高かった」と回答し, 費用の提示への配慮の必要性も指摘された。

3) 家族の看取り体験に関する研究^{No.32-41}

看取り体験に関する研究は10件であり, 全て家族の体験であった。

家族は在宅での看取りが患者や家族の希望^{No.32.34.38}でありながらも, 施設から在宅移行時には在宅介護および看取りへの覚悟や決意^{No.32.37}をし, さらに介護継続への負担や困難, 急変時への不安^{No.32.34-37}を体験していた。そして, このような中で家族間での役割分担^{No.41}やマンパワーの必要性^{No.34.40}

を体験していた。さらに, 医療者をはじめとする他者からの支え^{No.32-35}を得, 療養者と介護者の関係性^{No.38-40}や介護者自身の健康および生き甲斐の重要性^{No.39}を体験していた。

また, 家族同士の絆の深まりや人間関係の変化^{No.37.40.41}を感じながら, 献身的な思いの深まりや充実感・満足感, 感謝等^{No.32.34.36.38.41}のプラスの体験をしていた。その一方で, 看取ったあとの役割喪失感や心残り^{No.34.39}を体験していた。

4) 看護師や介護支援専門員の死生観・看護観に関する研究^{No.42-45}

死生観・看護観に関する研究は, 訪問看護師および介護支援専門員を対象とした4件であった。そのうち, 2件は質問紙調査による看取りケアや死に対する意識調査^{No.42.45}であり, 他の2件は看取りに関する価値観についてインタビュー^{No.43.44}によって明らかにされたものであった。

介護支援専門員を対象にした研究^{No.38}では, 介護支援専門員の7割強が看取りに遭遇しており, 同時に5~6割のものが, 在宅から突然の入院による徒労感, 家族の看取り受容の困難さ, 医療・介護の連携の困難さなどを体験していた。この背景には, 介護支援専門員の基礎職種や以前の看取り体験が影響していた。また, 基礎職種が社会福祉士や相談職の場合, スピリチュアルな視点や文化的配慮という視点を持つものの割合が高かった^{No.45}。死という言葉の印象では, 訪問看護師は「自然」や「完成」といったイメージを抱いていた^{No.42}。さらに訪問看護師は, 死の受容に必要なものとして, 病院看護師と比較して「宗教」と「相談機関」を挙げる傾向があった^{No.42}。

看取りに関する価値観では, 訪問看護師は療養者とその家族の生活やスピリチュアルな側面を含んだQOLを重視しながら^{No.43.44}, 人として看護者として寄り添い共にあるというあり方^{No.43.44}をとっていた。

IV. 考察

対象文献の研究内容は「看取りケアの実際」, 「看取りニーズ」, 「看取り体験」, 「死生観・看護観」の4つに大別された。ここでは4つのテーマにおけ

る現状について、療養者と家族、ケアスタッフそれぞれの立場から考察し課題を述べる。

1. 看取りにおける療養者および家族の現状

在宅での看取りに関する研究についてレビューを行った結果、療養者やその家族は在宅移行期から臨終期に至るまでさまざまな意思決定を迫られていた。特に、介護者である家族は療養者の痛みや苦痛などの症状の変化を日々目の当たりにし、介護や看取りに対する思いや気持ちの変化を体験しながら葛藤を抱えていた。病院死が8割弱(厚生労働省 2009.)となった現代社会において死は非日常的な経験であり、家族にとっても大きな不安であることは容易に想像できる。在宅での看取りをひとつの危機ととらえるならば、情報提供により状況やその意味などの現実を知覚することで危機が回避できる(Aguilera.D.C 小松他訳 2004)。つまり、このような状況において専門職による情報提供は非常に重要な意味をもつ。そして終末期患者の家族は、一般に感情を表出したいというニーズを持っている(岡堂他 2003)ことから、結果で提示した療養者や家族の思いを傾聴し見守り、支えるという看護者の姿勢は、療養者と家族の安心感と満足感につながるものと考えられる。さらに、家族内の調整をはじめとするマンパワーや社会資源の効率的な活用、医師-看護師等の職種間の連携や病院-診療所、診療所間などの関係諸機関の連携を図り、24時間体制の医療とケアを提供できるシステムを構築することが必要である。

今回の結果では、介護技術の習得や家族自らが課題解決できる糸口や方策を提供することの重要性が指摘されていた。また家族は、慣れない介護や体験したことのない看取りにおいて介護の負担や困難感、不安を抱えており、いずれも療養者および家族の満足度や介護継続を左右する要因でもあった。家族には患者の役に立ちたいというニーズがあり(岡堂 2003)、療養者にかかわるケアを家族に位置付けることによって、家族は療養者に対する直接的役割を認識することができ、介護や看取りに対する満足感や達成感を高めるものと考えられる。さらに、療養者と家族の「ケアし-ケアされる」という関係が双方向に

成り立つことによって、家族は絆の深まりや人間関係の変化、感謝という体験に結び付いたのではないかと考える。その一方で、看取り後の家族は看取りに対する心残りや後悔、役割喪失感を体験しており、グリーフケアの重要性が指摘されていた。身内の死は、残される者にとって深刻かつ重大な心理社会的ストレスをもたらす。看護の場においてはグリーフケアの研究や実践が進んでいるとはいえ(倉林 2005.中野 2010)、グリーフケアにかかわる看護師の資質など、検討すべき課題がある(倉林 2003)。単に死別後のかかわりだけではなく、日々のケアの中で家族に寄り添い、家族の健康や生きがいをサポートする中で、介護することや看取ることの意味が見出せるようにかかわっていくことが重要であると考えられる。

2. 看取りにおけるケアスタッフの現状

看取りケアの実際に関するレビュー結果より、ケアスタッフは住み慣れたわが家で最期を迎えたいという療養者・家族の思いや主体性を大切にしながら、スムーズな在宅移行への準備や在宅継続に向けた支援、安らかな看取りへの準備を行っていた。そして、看護者は見守るという行為を通し、療養者と家族の生活に溶け込んでいた。一方で介護支援専門員の約半数は、看取りケアに困難を抱いていたという報告もあった。その背景には、人生の中での重大事のひとつである看取りにおいて、常に臨床的判断能力と倫理的判断能力が求められ、療養者や家族が望む24時間体制の訪問看護・往診への対応に奔走する在宅ケアスタッフ共通の困難さがあると推察される。療養者と家族の心の揺れを感じつつ、同時に看護者自身も感情コントロールを行っている現状を考えると、看取りケアに携わるケアスタッフ自身へのケアが欠かせないと考える。

終末期にある人の苦痛は、身体的苦痛のみならず、心理的、社会的、霊的(スピリチュアル)な苦痛が複雑に関連しあう「全人的苦痛(トータルペイン total pain)」であり、全人的苦痛のすべての側面に対して統合的にアプローチすることが重要である。そのため、看護者自らの死や生に対する姿勢が問われ

る。一般病院勤務の看護師のターミナルケア態度に関する研究では、看護師のターミナルケア態度の積極性には、看護師自らの死生観や死について逃げずに考えることが重要である(大町他 2009)と述べられ、積極的な死生観教育の重要性が指摘されている。看護師の死生観は、看護師自身を支え、看護の質に大きく関与すると言われる(水野他 2006. 佐藤他 2006)。看取りケアとは、「看取られる者・看取る者が共に死を学び成熟することである」(藤腹 2004)と言われるように、双方にとって死生観が問われている場なのである。したがって、個々の看護者の死生観を構築するための教育とその方法の検討が急務である。

3. 看取りにおける今後の課題

療養者と家族が求める在宅での看取りのニーズを満たしていくためには、安心して看取り看取られることができる環境の提供・調整が必要である。看取りに伴う家族の「不安」や「負担」という思いが軽減されるために、24時間体制の往診や訪問看護だけではなく、ホームヘルパーによる生活支援の充実、レスパイトケアとしての入院やショートステイの活用など幅広いサービスとネットワークの構築を含めた看取りケアの充実が求められる。また、在宅移行の早い段階から在宅療養や看取りに関する情報を適切に提供することが必要である。そのため、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションは、積極的に入院時から病院での病状確認や退院前カンファレンスなどの連携をとることが重要となってくる。在宅療養支援診療所での看取りの実績が診療所によって非常にばらつきがある中で、24時間体制で療養者や家族の看取りを支えるための地域での看取りケアのネットワークを確保しておくことも重要であり、ホスピスを含めた緊急入院用ベッドの確保などの病院-診療所間の連携や主治医不在時の診療所間での連携の充実が求められているといえる。

今回のレビューでは、ケアスタッフの看取りケアに伴う困難感が指摘されるとともに、看取りケアにおいてはケアスタッフの死生観や豊かな人間性が問われていることが明らかとなった。ケアスタッフの

知識や技術に対するサポートおよびメンタルケアと共に、日頃から自らの死生観・人生観・看護観を育んでいける場と機会の提供、教育内容とその方法についての検討が急務であると考えられる。

V. 結論

- 1) 在宅での看取りケアの実際では、「療養者と家族の意思尊重と自己決定への支援」「家族の役割遂行への支援と家族内調整」「不安や苦痛・症状のコントロールに対する支援」「職種間および関係諸機関との連携」「社会資源の活用」「死を迎えるための準備」「グリーフケア」がなされている。その一方で、「24時間体制での医療とケアの提供の限界」があげられている。
- 2) 在宅での看取りケアに対する家族のニーズでは、「家族の心の揺れや変化に伴う気持ちや不安の表出への支援」「課題解決への対処・ケア方法の提示」「苦痛・介護負担の軽減」が求められている。また、介護継続のために、「療養者や家族の意思や希望の尊重」「話し合える環境づくり」「看取りの場のイメージ化」「介護技術の習得」「職種間の連携とサポート体制」「臨終を迎える準備支援」が必要である。一方で、在宅療養に伴う経済面への配慮の必要性も指摘されている。
- 3) 家族の看取り体験では、「在宅介護および看取りへの覚悟や決意」「介護継続への負担や困難、急変時への不安」を体験し、葛藤している。「家族との役割分担」「他者からの支え」の中で「絆の深まりや人間関係の変化」「献身的な思いの深まりや充実感・満足感、感謝」といった体験をする一方で、「看取ったあとの役割喪失感や心残り」を体験している。
- 4) 療養者と家族が求める在宅での看取りのニーズを満たしていくためには、「安心して看取ることができる環境の提供・調整」が必要である。「在宅療養や看取りに関する情報の提供」「地域での看取りケアのネットワークの確保と充実」が重要である。
- 5) 介護支援専門員は「看取りケアの困難性」を体験し、この背景には介護支援専門員の「基礎職種」や以前の「看取り体験」が影響している。また、訪問看護師は療養者とその家族の「QOLを重視」しな

がら、「人として、看護者として寄り添い共にある」というあり方をとっている。

- 6) 看取りケアにおいてはケアスタッフの死生観や豊かな人間性が問われるため、日頃から自らの死生観・人生観・看護観を育んでいける場と機会の提供、教育内容とその方法についての検討が急務である。

文献

- Aguilera. D. C 著(1994): Crisis Intervention 危機介入の理論と実際: 小松源介, 荒川義子訳, 川島書店.
- 安藤富美子, 竹ノ下徳子, 庭山知子(2008): 末期がん患者の在宅看取りにおける意思決定の過程-看護記録の中の家族の言葉より-日本看護学会論文集: 地域看護 38, 133-135.
- 青木万由美, 渡部啓子, 吉崎由希子 他(2008): 在宅医療 在宅療養のための訪問看護ステーションの役割 ホスピスケアと在宅ケア 16(3), 218-224.
- 荒木晴美, 新鞍真理子, 岸谷康子(2008): 介護者が自宅での看取りを希望することに関連する要因の検討, 富山大学看護学会誌 7(2), 51-60.
- 荒木晴美, 新鞍真理子, 岸谷康子(2007): 介護者が抱く病院・自宅での看取りのイメージ, 日本看護学会論文集地域看護 37, 199-201.
- 藤腹明子(2004): 看取りの心得と作法, 青海社.
- 深澤圭子, 根本和加子(2006): 嫁が高齢者を自宅で看取る意味, 市立名寄短期大学紀要 39, 37-41.
- 樋口キエ子, 大木正隆, 上村和子 他(2009): ターミナル期患者の在宅移行時における訪問看護師の看護活動, 医療看護研究 5(1), 69-74.
- 彦聖美, 浅見洋, 田村幸恵 他(2010): 看護師の死生観の学びと育み-A 県における病院看護師と訪問看護師の比較調査より-, ホスピスケアと在宅ケア 18(1), 13-19.
- 日野紀子(2009): 在宅での最期を強く希望して-在宅移行後の訪問看護師としてのかかわり-, 臨床今治 22(1), 79-82.
- 今福恵子, 高井由美子(2007): 介護困難事例に対する意思決定促進への援助-ターミナル期の意思決定を行う嫁介護者への看護介入-, 日本看護学会論文集地域看護 37, 196-198.

- 春日広美, 遠山寛子, 佐藤正子(2010): 在宅ターミナル期の療養にかかる費用の実際と遺族の意識, ヘルスサイエンス研究 12(1), 51-57.
- 桂晶子, 佐々木明子(2006): 在宅介護終了後の家族介護者の達成感・満足感および空虚感と死別前要因との関連, 宮城大学看護学部紀要 9(1), 1-9.
- 桂晶子(2007): 女性介護者の要介護高齢者死別後におけるソーシャルサポートと抑うつとの関連, 日本看護学論文集地域看護 37, 103-104.
- 小林裕美(2006): 在宅ターミナル療養者を看取る家族の思いと訪問看護師の支援-主介護者から見た視点で-, 日本赤十字九州国際看護大学 3, 77-90.
- 兒玉末, 土地邦彦(2007): 入院か?在宅か?看取りの場についての検討, 山梨医学 35, 172-175.
- 兒玉末, 土地邦彦(2009): 山梨県内の在宅療養支援診療所におけるがん在宅看取りについての調査, 山梨医学 37, 198-199.
- 近藤望, 竹山未歩子, 中町仁美 他(2007): 在宅ターミナル期の家族支援に対する訪問看護師の困難感, 緩和ケア 17(2), 170-174.
- 倉林しのぶ(2005): 予防医学としてのグリーンケア-地域看護活動を拠点に-, 高崎健康福祉大学紀要, 4, 37-47.
- 前野宏(2010): 在宅ケアからみた死生観-死と向き合う場としての在宅-緩和ケア 20(5), 459-462.
- 蒔田寛子, 大石和子, 山村江美子他(2009): がんターミナル期の夫を在宅で介護し看取った女性配偶者の看取り体験の分析-医師と訪問看護師による継続的な支援を受けての看取り体験-, 家族看護学研究 15(1), 51-57.
- 松村ちづか, 筑後幸恵(2006): 訪問看護師の在宅での看取りに関する価値観, 埼玉県立大学紀 7, 35-41.
- 松村ちづか, 中山和弘, 川越博美(2006): 主介護者の満足感に影響する在宅ターミナルケア要素に関する研究, 緩和ケア 37, 269-274.
- 松森美穂, 儀俄友子, 三浦浅子(2005): 自分らしい死を迎えるために在宅での看取りを試みて-トラベルビーの人間対人間の看護からの考察-, 日本看護学会論文集: 成人看護, II35, 77-79.
- 松本啓子, 名越恵美, 森戸雅子(2006): 在宅後期高齢者

- の家族介護者の介護への思い—激しいせん妄を有した事例の看取り—, 日本看護学会論文集精神看護 37, 220-222.
- 御家瀬真由(2005): 「その時は家族で…」自宅で看取った家族の力—家族生活力量モデルに基づく分析—, 共済医報 54(3), 49-52.
- 水野賢一・川出英行・青木ひふみ(2006): 緩和ケア病棟に勤務する看護師の死生観とストレス, 死の臨床, 29(2), 248.
- 宮部偉貢子, 大石美江子, 後藤道子 他(2005): 「在宅での看取り」と診療所の役割, 名寄市立病院医誌, 13(1), 75-77.
- 水島ゆかり, 浅見洋, 金川克子, 他(2005): 在宅高齢者へのターミナルケアのあり方—「死生観とケア」公開研究会を通して—, 石川看護雑誌 2, 7-13.
- 森ロセつ子, 永森睦美, 大野知代子(2005): 在宅死を希望する癌ターミナル患者の家族への支援を検討する, 地域医療 44 回特集, 282-285.
- 中野一茂(2010): 介護におけるグリーフケア, 共栄学園短期大学研究紀要, 26, 163-169.
- 中田景子, 若松京子, 細島雅美 他(2006): 訪問看護を利用して看取りを終えた介護満足度について—在宅・病院での看取り場所別にて比較検討して—, 日本看護学会論文集地域看護 36, 55-57.
- 仁科聖子, 湯浅美千代, 小川妙子(2008): 独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の援助, 医療看護研究 4(1), 50-56.
- 岡堂哲男, 鈴木志津枝(2003): 危機的患者の心理と看護, 中央法規出版.
- 小野若菜子, 麻原きよみ(2007): 在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観, 日本看護科学学会誌, 27(2), 34-42.
- 大上涼子, 末松知子, 蔦紗恵子他(2007): 介護者が自宅での看取りを志向することの要因—訪問看護利用者および介護者への調査から—, 日本看護学会論文集地域看護 37, 193-195.
- 大町いづみ・横尾誠一・水浦千沙 他(2009): 一般病院勤務看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析, 保健学研究, 21(2), 43-50.
- 小澤広美, 久保田美奈子(2009): 家族を支える訪問看護師の役割—訪問看護開始から看取りまでの4年間を通して—, 日本看護学会論文集地域看護 39, 158-160.
- 斉藤光枝, 小林岐由子, 武田ゆかり, 他(2007): 家で死にたいという願いを叶えるための訪問看護の役割—地域で初めての看取りから3事例までを振り返って—, 日本看護学会論文集地域看護 37, 94-96.
- 坂口千鶴(2009): 終末期医療における在宅療養の課題, 社会学研究 27(1), 19-26.
- 佐藤紀子・柏谷優子(2006): 終末期家族看護の困惑感とその支援, 死の臨床 26(2), 248, .
- 島内節, 小野恵子(2009): 遺族による在宅ターミナルケアのサービス評価, 日本在宅ケア学会 12(2), 36-43.
- 城内景子, 池田清子, 中澤仁美, 他(2008): 在宅終末期の看取りに関する家族の満足度について—「看取りの場所」「意思の尊重」「苦痛の緩和」「一緒に過ごした時間」に焦点をあてて—, 神戸市看護大学紀要 12, 37-43.
- 末田千恵(2006): 在宅高齢者の看取りにおける2つのチームアプローチ, 日本看護学会論文集地域看護 36, .
- 杉琴さやこ, 古賀友之, 西垣千春(2009): 終末期医療における在宅医療の課題, 社会学研究 27(1), 9-16.
- 首藤悦子, 松岡千恵子, 青戸まり子(2010): 弔問による遺族の「思い」から終末期を迎える家族が看護師に求めるケア, 日本看護学会論文集地域看護 40, 219-221.
- 首藤悦子, 齊藤由美(2008): 病状の変化に動揺する家族が在宅で看取るための関わり, 日本看護学会論文集地域看護 38, 109-111.
- 武井麻子(2010): 看護と死—感情労働の視点から—, 緩和ケア, 20(5), 467-470.
- 田中ひろみ, 阿部弘美, 笹谷孝子 他(2005): 在宅で看取りを可能にした支援について—看取りを終えた介護者の「思い」から—, 日本看護学会論文集成人看護 II 36, 24-26.
- 谷口友里, 松浦和代(2005): がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程に関する研究, 日本看護学会雑誌 28(4), 27-41.

谷下系子,神野千鶴子(2008): 在宅末期がん患者を看
取った家族主介護者の「思い」-その過程からの考
察-, 日本看護学会論文集地域看護 38, 115-117.
都丸直美(2006): 在宅での看取りを選択した家族の
心の揺らぎに対応した看護支援のあり方-ターミ
ナル期にある患児の訪問看護の振り返りを通して
-, 日本看護学会論文集地域看護 36, 58-60.
山口小百合,柳原清子(2008): 在宅ターミナルケアに

おける家族の「死の看取りのプロセス」の構造化,
新潟大学医学部保健学科紀要 9(1), 45-55.
山田智子,黒田敬子(2008): 在宅で看取りを実現させ
るために-揺れ動く家族の気持ちに寄り添って-,
長崎県看護学会誌 5(1), 53-55.
柳原清子(2006): 介護支援専門員の「死の看取りケア
の意識」とそれに関連する要因の分析, 新潟大学
医学部保健学科紀要(2), 3-13.

日中の学士課程における看護学教育の比較

The Comparison of Nursing Education in College between Japan and China

カルデナス暁東¹⁾, 西尾ゆかり¹⁾, 楊輝²⁾, 馬淑麗³⁾, 李燕萍⁴⁾,
太田名美¹⁾, 山内栄子¹⁾, 田中克子¹⁾, 林優子¹⁾

Xiaodong Cardenas¹⁾, Yukari Nishio¹⁾, Hui Yang²⁾, Shuli Ma³⁾, Yanping Li⁴⁾,
Nami Ota¹⁾, Eiko Yamauchi¹⁾, Katsuko Tanaka¹⁾, Yuko Hayashi¹⁾

キーワード:看護学教育, 比較, 日本, 中国

Key words: nursing education, comparison, Japan, China

はじめに

平成22年8月29日から9月3日まで中国山西省太原市を訪れ,同市内にある山西医科大学看護学部,山西中医学院看護学部を視察する機会を得た。まず山西省について概説する。山西省は,略称は晋であり,中国北部,黄土高原の東部に位置し,面積は15万6,000平方キロで,人口は約3,400万である。『石炭と鉄の里』といわれるほど,豊富な地下資源に恵まれている。鉄鋼,重機,自動車,化学工業が発達し,麦,トウモロコシ,高粱,柿,葡萄などの生産も盛んである。

中国は1978年から経済改革開放政策を施行し,高度経済成長を達成し,2010年の実質国内総生産GDP成長率は10.3%(日本貿易振興機構:JETRO),世界第2の経済大国に浮上した。その結果,戦後の日本と同様に,国民の生活水準が高まったと同時に,疾病構造の変化も生じ,国民の健康へのニーズも変化してきている。このような社会背景の変化の中で,日本と同様に看護系人材育成の看護学教育も急速に高等教育化へと発展してきた。特に中国は,看護の学士課程において,看護技術教育に重点をおいてきた歴史がある。現在日本において,大学における看

護系人材育成の在り方が検討されていることから,本稿では,同じ東アジア文化をもつ中国の学士課程における看護学教育の現状との比較によって,日本の学士課程における期待される卒業生像に関する見解を述べることを目的とした。

I. 用語の定義

本稿では看護実践能力を,日本看護系大学協議会のモデル・コア・カリキュラム検討会が作成した「看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム導入」の内容を参考にし,以下のように定義した。

看護実践能力とは,「個人-家族-集団-地域を対象とする看護実践」「あらゆる年代の人々に対する看護実践」「多様な場で,継続的なケアを提供する看護実践」「健康-疾患の連続性を踏まえての看護実践」「ヘルスプロモーションや予防を促進する看護実践」を展開できる能力である。

II. 中国の看護学教育の変遷

中国の近代看護学教育の歴史は,1888年福建省福州市に最初の病院附属看護学校が設立されたことに始まる。1920年にロックフェラー財団によって設立

1)大阪医科大学看護学部 Osaka Medical College Faculty of Nursing, 2)中国山西医科大学第一附属病院看護部,
3)中国山西中医学院看護学部, 4)中国山西省衛生庁国際交流センター

された北京協和医科大学に5年制の看護学教育課程が開設され、国際的にも早い時期に高等レベルの看護学教育が始まった。1952年に高等看護学教育は中止され、旧ソ連の看護学教育のモデルを参考にし、看護学教育は看護専門学校に一本化された。その後、「文化大革命」のため、看護専門学校における看護学教育も中断された。

1977年より看護専門学校が再開され、1980年に看護短期大学が、さらに1983年には看護系大学である天津大学医学部5年制大学看護学教育課程が復活し、2006年では、看護系大学が195校、そのうち中医学(東洋医学)看護系大学は23校となった。1992年には北京大学医学部3年制修士課程が開設され、2003年には第2軍医大学に博士後期課程が開設された(グレッグ他, 2009; 鈴木, 1991)。

また、中医学(東洋医学)看護系大学は、中国の伝統医学である東洋医学と西洋医学を融合させ、西洋医学系の看護系大学と同じ看護学教育カリキュラムに東洋医学の知識、看護技術を加えた教育内容である。

Ⅲ. 日中の学士課程における看護学教育

1. 学士課程における看護学教育の目的および関連法律

日本の場合、大学における教育課程については、学校教育法第52条で「大学は、学術の中心として、広く知識を授けるとともに、深く専門の学芸を教授研究し、知的、道徳的及び応用的能力を展開させることを目的とする」とある。これらの目的を実現するための具体的な仕組みが、教育課程の編成方針・編成方法、学生の卒業要件等として大学設置基準等により規定されている。

また、大学基準協会により制定された「看護学教育に関する基準」の中で、看護学教育の目的を「確固たる倫理観に基づき、看護学に求められる社会的使命を有効に遂行し、生涯に亘り自己の資質の向上に努めることのできる看護専門職を育成する」とことと明記されている。看護職者としての基本的知識と技術の修得のみではなく、科学的思考力と倫理的判断力及び創造性を育成し、保健、医療の進歩に即応

しつつ、将来高度な知識・技術を有する専門職または教育者・研究者となるための基盤を培うことを重視している。1991年7月に大学設置基準等の大綱化が行われ、大学における看護学教育は、上記の看護学教育の目的に到達できるよう、各大学の教育理念・目的に沿った個性ある多種多様な教育課程が編成できる一定の自由裁量権を持っている。

一方、中国では、教育法(学校教育法)第5条において、「大学教育は科学技術文化を発展させ、社会主義現代化を促進させるための創造性および実践能力を有する最高レベルの人材を育成する」と明記している。さらに、高等教育法(大学教育法)第16条において、「大学教育は系統的に専門領域の基礎理論、基礎知識を習得し、専門領域の基本的技能、方法および関連知識を身につけ、専門領域の実践および研究に必要な基礎能力を有する学生を育成する」と明記している。高等教育法(大学教育法)第33条では「各大学の教育理念・目的に合った教育課程を編成する自由は各大学にある」と規定されている。

以上のことから、日本の学士課程における看護学教育では、専門領域の知識・技術のみならず、倫理的判断力および創造性など広い視点から学生を育成することが求められている。しかし、中国では、専門領域の理論・知識・技術の育成に重点を置き、倫理的判断力や創造性の育成は求められていない。教育課程の編成においては、中国は日本と同様に各大学には自由裁量権をもっている。

2. 資格の取得

日本では、保健師、助産師、看護師の3種類の国家資格があり、「保健師・助産師・看護師法」によって、業務内容は定められている。各大学の卒業要件に満たした学生は保健師・看護師・助産師(選択課程)国家試験(筆記試験のみ)を受験し、合格すれば国家資格を取得することができる。一方、中国では、保健師の資格がなく、卒業試験(国家統一試験)に合格後、1年間の試用期間(研修期間)を経て、国家統一免許試験を受験し、合格すれば正式に看護師・助産師として登録される。看護師の国家統一資格試験は2日間にわたって、筆記試験と実技試験に

分けて行われる。筆記試験は全国一律に行われ、西洋医学看護と中医学(東洋医学)看護のいずれかで受験できる。実技試験は各省衛生庁看護課に委託しているが、評価基準は全国统一されている。なお、中国では日本の保健師の役割は看護師が担っている。

3. 社会背景

日本は、高度な経済成長のため国民のライフスタイルの変化に伴う生活習慣病の増加、医学・医療技術の急速な進歩、国民の少子・高齢化などの保健医療を取り巻く社会環境の変化に伴い、人々の看護に対するニーズは複雑化、かつ多様化している。このような国民の看護に対するニーズに十分対応し得る資質の高い看護職者を養成することが社会的に強く求められている。そのため、大学・短期大学における看護学教育が専門職の基礎教育として行われることがますます重要となっている。したがって、近年、急速に看護系大学の設置が進められ、2010年における看護系大学は193校(入学定員は15,000人)となっている。

中国も同様に、21世紀に入り、国民の生活水準が高まり、ライフスタイルが変化してきている。例えば、食生活の欧米化、マイカーの普及などにより、糖尿病などの生活習慣病の患者が急増している(2010中国衛生統計データベース)。また、喫煙や空気など環境汚染の深刻化に伴い、中国国内で慢性閉塞性肺疾患の患者が増えている。さらに65歳以上の人口は全人口の4.9%(1982年)から6.96%(2000年)と増加し、中国も高齢化社会に突入している(人民網,2010)。このことから、社会のニーズに応じて、医学は「疾病治療医学」から「疾病予防・健康増進医学」へ、「病院を中心とした医学」から「地域・在宅を中心とした医学」へ転換しつつある。したがって、中国は日本と同様に疾病の多様化、医療技術の進歩、国民の健康ニーズの向上に伴い、高度の看護教育を受けた看護職者が必要となった。そのため、より実践能力の高い看護職者を養成する目的で、大学・短期大学における看護学教育の重要性は認識され、中央政府の政令で看護系大学は復活・新設され、入学生数は、6,500名(2001年)から33,000名(2010

年)に大幅に増加している(中国衛生部,2009)。

現在、中国では登録医師は1,791,881名、登録看護職員は1,854,818名であるが、医師、看護職者の国民1000人あたりの人数を日中間で比較すると、中国では医師数は1.75名、看護職者数は1.39名(中国衛生部,2009)、日本では、医師数は2.15名、看護職者数は9.54名であった(前田,2009)。したがって、中国では医師、看護職者数の不足は深刻な社会問題ともなっている。

中国では、このような社会背景から、臨床では日常生活援助の多くが、患者の家族に任せられ、看護職者の役割は診療・治療に伴う看護技術を提供することに重きを置いている現状がある。その結果、各大学では、診療・治療に伴う看護技術を提供できる学生を養成する教育カリキュラムが求められている。

中国では多くの看護系大学は医学部と併設している。前述したように診療・治療に伴う看護技術を提供することに重きを置いていることから、1、2年次の医学基礎科目の講義は医学部と看護学部の学生が同じカリキュラムで学習している。また、実習施設は医学部附属病院が主であり、指導体制は大学教員と臨床看護師が一丸となって学生教育を行っている。

4. 三大学のカリキュラムの特徴

ここでは、山西医科大学看護学部、山西中医学院看護学部、大阪医科大学看護学部のカリキュラムの特徴を比較する。

山西医科大学は1919年に設立され、2001年に新たに看護学部を開設した。現在修士、学部生は合計約1,600名在籍している。山西医科大学看護学部の教育理念の根幹は「愛心・仁術」で、愛と心をもって対象者に接し、看護職者としての倫理観をもって技術を使うことである。カリキュラム(表1)は、『公共課(共通科目)』『医学基礎課(基礎医学科目)』『専業課(専門科目)』によって構成されている。講義と実習が合計4,124時間、卒業必要単位は122単位である。山西医科大学のカリキュラムの特徴は：①医学基礎科目が多く配置され、全科目の3割に占めていること②地域看護学の科目は配置されていない

表1 山西医科大学看護学部・山西中医学院看護学部のカリキュラム(一部抜粋) ※()日本語訳

山西医科大学				山西中医学院				
区分	科目名	必修・選択	総時間数	区分	科目名	必修・選択	総時間数	
共通科目	思想道德修养(道德)	必修	44	一般教養必修科目	思想道德修养与法律基础(道德と法律基)	必修	45	
	毛泽东思想概论(毛沢東思想概論)	〃	30		中国近现代史纲要(中国近代史)	〃	36	
	军事理论(軍事理論)	〃	36		马克思主义基本原理(マルクス主義原理)	〃	54	
	邓小平理论概论(鄧小平理論概論)	〃	58		毛泽东・邓小平理论(毛沢東・鄧小平理論)	〃	108	
	法律基础(法律基礎)	〃	28		大学语文(国語)	〃	54	
	政治经济学原理(政治経済学)	〃	36		高等数学(数学)	〃	72	
	马克思主义哲学原理(マルクス主義哲学)	〃	48		计算机基础(情報学基礎)	〃	99	
	外语(英語)	〃	288		大学英语(英語)	〃	276	
	计算机应用(情報学)	〃	60		体育(体育)	〃	134	
	文献检索(文献検索)	〃	30					
	体育(体育)	〃	120					
医学基礎科目	预防医学(予防医学)	〃	48	専門科目	中医学基础(東洋医学基礎)	〃	72	
	化学(化学)	〃	90		正常人体解剖学(解剖学)	〃	81	
	物理(物理)	〃	50		生理学(生理学)	〃	81	
	生理学(生理学)	〃	60		医学免疫学与微生物学(免疫学と微生物学)	〃	54	
	人体解剖学(解剖学)	〃	90		护理学基础I(基礎看護学I)	〃	54	
	组织胚胎学(組織学)	〃	60		药理学(薬理学)	〃	54	
	生物化学(生化学)	〃	72		病理学(病理学)	〃	54	
	机能实验(生体機能実験)	〃	40		护理心理学(看護心理学)	〃	36	
	病理学(病理学)	〃	62		护理学基础II(基礎看護学II)	〃	56	
	病原生物学及免疫学(微生物及び免疫学)	〃	78		健康评估(公衆衛生学)	〃	63	
	病理生理学(病理学)	〃	28		中医护理学基础(東洋医学基礎看護学)	〃	45	
药理学(薬理学)	〃	50	护理学基础III(基礎看護学III)	〃	88			
护理伦理学(看護倫理学)	〃	40	中医临床护理学I(東洋医学臨床看護学I)	〃	54			
専門科目	护理学基础(基礎看護学)	〃	168	内科护理学(内科看護学)	〃	90		
	健康评估(公衆衛生学)	〃	114	外科护理学(外科看護学)	〃	90		
	护理心理学(看護心理学)	〃	48	护理伦理学(看護倫理学)	〃	27		
	营养与护理(栄養と看護)	〃	30	社区护理学(地域看護学)	〃	81		
	内科护理学(内科看護学)	〃	126	中医临床护理学II(東洋医学臨床看護学II)	〃	99		
	外科护理学(外科看護学)	〃	100	妇产科护理学(産婦人科看護学)	〃	63		
	妇产科护理学(産婦人科看護学)	〃	60	儿科护理学(小児科看護学)	〃	54		
	儿科护理学(小児科看護学)	〃	50	急救护理学(救急看護学)	〃	54		
	五官科护理学(耳鼻咽喉科・眼科看護学)	〃	50	精神病护理学(精神看護学)	〃	36		
	精神卫生护理学(精神看護学)	〃	30	护理技术操作强化训练(OSCE)	〃	40		
	老年护理学(老年看護学)	〃	32	护理学基础集中见习(基礎看護学見学実習)	〃	80		
急重症护理学(急性重症看護学)	〃	30	临床护理集中见习(臨床看護見学実習)	〃	80			
护理管理学(看護管理学)	〃	40	毕业实习(総合実習)	〃	1600			
人际沟通(コミュニケーション)	〃	20						
実習・演習	集中輪回実習(OSCE)	〃	160					
	集中生产実習(臨地実習)	〃	1520					

こと③4年次の集中実習以外に、4週間の学内のOSCE期間が設定されていることである。

山西中医学院は、1986年に設立され、2001年に看護学部を開設した。現在学部生は約660名在籍している。山西中医学院看護学部の教育理念は、「高い教育の質を維持し、中医(東洋医学)と西洋医学を融合させた特色を發展させ、基礎医学と共通科目の教育を基盤

とし、看護の専門科目の教育を強化させ、21世紀の社会のニーズに応えられる高い看護実践能力を有する人材を育成する」ことである。カリキュラム(表1)は、『教育必修課(共通科目)』『專業課(専門科目)』『見学実習及び実習』によって構成されている。講義と実習が合計4,064時間、卒業必要単位は172単位である。山西中医学院のカリキュラムの特徴

は：①地域看護学の科目は配置されていること②OSCEの内容は中医(東洋医学)看護技術および、中医(東洋医学)と西洋医学を融合させた看護技術となることである。

この2つの大学のカリキュラムの共通点としては、①選択科目がなく、すべての科目は必修科目であること②専門科目は人間の成長発達段階ではなく、診療科別に構成されていること③在宅看護学の科目は配置されていないこと④各臨地実習の履修条件は、該当科目の単位を取得することと、該当レベルの客観的臨床能力試験(Objective Structured Clinical Examination:以下OSCEと略す)に合格すること⑤4年次には、集中実習(山西医科大学:38週間、山西中医学院:40週間)が設定されていることが挙げられる。

大阪医科大学は1917年に設立され、2010年4月に看護学部を開設した。現在88名の学生が在籍している。大阪医科大学看護学部の教育理念は「高い知性と豊かな感性を兼ね備え、変化する社会に積極的に対応し得る能力と、生涯を通じて最新の医学医療知識を摂取し最高の医療技術を保持しようとする意欲を有し、最善の医療を目指す、創造性に富む人材を育成する」ことであり、教育目標は「生命の尊厳と人権の尊重を基本に、人々の健康問題の創造的な解決に向けて、柔軟な思考力や幅広い知識と視野をもち、保健・医療・福祉を統合した看護実践能力を有する人材を育成する」ことである。カリキュラム(表2)は、『基礎科目』『専門基礎科目』『専門科目』によって構成され、これらの科目は縦断的、段階的に各年次に配置され、講義と実習が合計3,150時間、卒業時必要単位は128単位以上である。カリキュラムの特徴は：①『基礎科目』『専門基礎科目』『専門科目』には人間理解、社会理解、異文化理解の科目を4年間に亘って段階的に配置している②専門科目は、人の成長・発達を軸にした分野に体系されていること③統合カリキュラムであり、地域看護学、在宅看護学の科目は配置されていること④学生に理論、知識と看護実践を統合させ、学びを深めていく目的で、3年次各領域実習の前後に「看護実践と理論の統合」の科目を設けていること⑤4年次に、基本的臨床技能を修得するために「卒業演習」科目を配置していることである。

IV. 考察

国民のライフスタイルの変化に伴う生活習慣病の増加、医学・医療技術の急速な進歩、国民の少子・高齢化などの保健医療を取り巻く社会環境の変化に伴い、人々の看護に対するニーズは複雑化、かつ多様化している。このような社会状況の中で、学士課程における看護学教育の在り方、学生の卒業時の到達目標についてが議論されている。今回、日中の3大学の看護学教育カリキュラムの比較を通して、同じ東アジア文化をもつ日中の学士課程における看護学教育の現状を明らかにした。ここでは、現在日本の学士課程における看護学教育の中で、特に議論さ

れている学生の卒業時の到達目標、学生の看護実践能力を中心に考察する。

日本は、65歳以上の高齢者人口割合が2009年には22.7%となり(国民衛生の動向, 2010/2011)、超高齢社会を迎えている。その結果、寝たきりや認知症等医療介護を要する高齢者が急増している。また、医療技術の進展、ハイテク検査・治療法の開発に伴い、臨床において、看護職者は高度な看護技術、豊かな人間性が求められている。さらに、改良された薬物の適用やハイテク検査、生物化学関連技術等により、患者の在院日数は短縮され、生活習慣病である糖尿病、感染症、悪性新生物、慢性呼吸器疾患、精神疾患、難病などをもつ人々は病院生活から解放され、自宅で日常生活を続けながら治療を継続することが可能となった。これらの人々が自分の生活拠点である地域社会の中で治療を継続しながら、生活の質を向上できるように、看護職者が一人ひとりに対応していくことが大切である。健康の維持・増進から人生の最期のターミナル期まで、国民の健康へのニーズは多種多様となっている。このような社会背景の中で、1967年に病気のみではなく、患者を全人的に理解する包括的概念が看護教育に導入され、カリキュラムの改正が行われ、看護学教育の体系化が明確に打ち出され、看護師教育のための専門科目は、人の成長・発達を軸にした分野に体系された。その後も、人口の高齢化と疾病構造の変化、医療の高度化と専門化などの社会背景の影響を受け、カリキュラムの改正を行い、現行のカリキュラムでは、時代の要請から看護実践能力の強化および統合能力が求められている。

日本は、「学校教育法(第52条)」および「看護学教育に関する基準」において、学士課程における看護学教育は、専門看護職としての基本的知識と技術の修得のみではなく、科学的思考力と倫理的判断力及び創造性を有する学生の育成にウェイトを置くことを明文化している。また、1991年7月に大学設置基準等の大綱化が行われ、大学における看護学教育においても、大学設置基準等の大綱化を受けて、各大学の教育理念・目的に沿った個性ある多種多様な教育課程編成に取り組んでいる。看護系大学は各自

の特色を持ちつつ、学生の卒業時の看護実践能力を高める教育の在り方を検討している。＜大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会＞により提示されている看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラムは、「看護学士課程のコアとなる看護実践能力」「卒業時の到達目標」「教育の内容」「期待する学習成果」から構成している。具体的な卒業時の

到達レベル・教育内容等は各大学が各自の特色を考慮し、設定していくことが求められている（財団法人大学基準協会，2002）。

したがって、各大学は特色を活かしながら学士課程教育の質を保障するために、学生の卒業時の看護実践能力を高める教育カリキュラムを実行していかなければならない状況である。しかし、学生の看護

表2 大阪医科大学看護学部のカリキュラム

区分	授業科目	必修・選択	単位	区分	授業科目	必修・選択	単位	
基礎科目	人間理解	心理学	必修	2	看護の基礎	看護学概論	必修	2
		生物学	選択	2		日常生活援助技術	〃	3
		化学	〃	2		基礎看護学実習Ⅰ	〃	1
		物理学	〃	1		看護アセスメント	〃	1
		くらしの中の倫理と法律	〃	1		治療過程に伴う援助技術	〃	2
		大阪を学ぶ	〃	1		基礎看護学実習Ⅱ	〃	2
		哲学	〃	1		看護管理	〃	1
		くらしと文学	〃	2		看護教育	〃	1
		教育学	〃	2		老年看護学概論	〃	2
		体育Ⅰ	*	〃	1	老年看護学地域実習	〃	1
		体育Ⅱ	*	〃	1	老年看護学援助論	〃	1
		セクシュアリティと看護	★	〃	1	老年看護学援助方法	〃	1
		医学概論	〃	2	老年看護学実習	〃	2	
	社会理解	キャリアマネジメント	必修	1	母性看護学概論	〃	2	
		健康科学概論	〃	2	母性看護学援助論	〃	1	
		情報リテラシー	〃	1	母性看護学援助方法	〃	1	
		統計学	〃	2	母性看護学実習	〃	2	
		日本国憲法	*	選択	2	成人看護学概論	〃	2
		くらしと社会・環境	選択	2	急性期成人看護学援助論	〃	1	
		くらしと経済	〃	2	急性期成人看護学援助方法	〃	1	
		くらしと安全・危機管理	〃	2	急性期成人看護学実習	〃	2	
	異文化理解	英語Ⅰ（英語を聞く）	必修	1	慢性期成人看護学援助論	〃	1	
		英語Ⅱ（英語で話す）	〃	1	慢性期成人看護学援助方法	〃	1	
		英語Ⅲ（英語で読む・書く）	〃	1	慢性期成人看護学実習	〃	2	
		英語Ⅳ（英語を豊かに）	〃	1	小児看護学概論	〃	2	
	医工薬連携科学遠隔講座	自由	2	小児看護学援助論	〃	1		
	専門基礎科目	人間理解	人間関係論	必修	1	療養支援	小児看護学援助方法	〃
からだの仕組みと働きⅠ（基礎）			〃	2	小児看護学実習		〃	2
感染と免疫			〃	1	精神看護学概論		〃	2
からだと栄養			〃	2	精神看護学援助論		〃	1
からだの仕組みと働きⅡ（発展）			〃	2	精神看護学援助方法		〃	1
こころの仕組みと働き			〃	1	精神看護学実習		〃	2
フィジカルエグザミネーション			〃	1	在宅看護学概論		〃	2
からだとくすりの働き			〃	2	在宅看護学援助論		〃	1
病気の成り立ち			〃	2	在宅看護学援助方法		〃	1
病気の診断			〃	1	在宅看護学実習	〃	2	
病気の治療			〃	1	地域看護学概論	〃	2	
食生活論			選択	1	地域看護学援助論	〃	2	
遺伝とカウンセリング ★			〃	1	地域看護学援助方法	〃	2	
社会理解		保健医療福祉概論	必修	2	地域看護管理論	〃	2	
		公衆衛生学・疫学	〃	2	地域看護学実習Ⅰ	〃	2	
		医療倫理学	〃	1	地域看護学実習Ⅱ	〃	1	
		リスクマネジメント	〃	1	家族看護学	〃	2	
		地域救命救急	選択	1	チーム医療論	〃	1	
		ヘルスプロモーション論	〃	1	看護実践と理論の統合	〃	2	
		医療をとりまく社会環境	〃	1	看護研究法	〃	1	
		医療英語	必修	1	総合実習	〃	5	
異文化理解		原著講読	〃	1	卒業演習	〃	4	
					災害看護論	選択	1	
専門科目		地域支援				異文化看護入門	〃	2
						助産学概論 ★	自由	1
						助産診断・技術学Ⅰ ★	〃	1
						助産診断・技術学Ⅱ ★	〃	2
					助産管理 ★	〃	1	
					助産学実習 ★	〃	7	

実践能力を高める教育カリキュラムを実行するにあたって、いくつかの課題が指摘されている。例えば、患者の安全が重要視される中で、リスクマネジメントの視点から、無資格の学生は、実習中に実施できる看護技術の範囲が限定されている。また、急速な看護系大学の増加に対して、看護教員の人数・質の確保が困難となっている。看護教員の看護実践能力の維持には困難が伴い、臨床現場を離れている看護教員に現場と同等の看護実践能力を一律に求めるには限界がある(今後の看護教員の在り方に関する検討会報告書, 2010)。

中国では看護に求められる能力は診療・治療に伴う看護技術に重点を置き、対象理解の視点が希薄で、中国の看護師国家試験は筆記試験と実技試験からなる。学生の卒業時の共通の評価基準を用いて客観的に評価されている。そのため、各大学は実技試験に合格するために、診療・治療に伴う看護技術能力を育成するカリキュラムを構成している。したがって、中国では看護職者に求められる実践能力には診療・治療に伴う看護技術に重点が置かれているようである。今回中国山西医科大学看護学部、山西中医学院看護学部を訪問し、中国においても看護学教育が学士課程教育へと移行してきている現状や、基礎看護技術に力を入れている教育のあり方を視察できた。両大学は、学内ではOSCEを段階的に実施し、主な実習施設である附属病院の臨床看護師と連携を図り、学生の診療・治療に伴う看護技術能力の育成に力を注いでいる。しかし、看護職者の能力において対象理解の視点が重要であることを認識しつつある。

一方、日本は、国家試験には実技試験は設けられていないため、一定の基準で学生の卒業時の能力が評価されていない状況である。現在、看護実践能力の統一した定義がない状況の中で、今後の日本の医療動向を踏まえて、看護系大学卒業時の学生の看護実践能力の評価について議論されている。したがって、各看護系大学は学生の看護実践能力をどのように捉え、具体的にどのように育成していくのかについて、さらに検討し、それぞれの大学の特色を活かしながら、実行していかざるをえない。特に医学部が併設されている看護系大学の場合は、中国のよう

に段階的にOSCEを実施することや、医学部または附属病院の臨床看護師と連携を図り、実践能力を向上させる教育についてさらに検討する必要があると考える。

おわりに

日本において、具体的な学生の卒業時の到達レベル・教育内容等は独自の特徴を考慮し、設定していくことが各大学の課題であり、看護職者を養成するための看護系大学に課せられた社会的責務ともいえる。学生の看護実践能力を高める看護学教育を目指すためには、基礎科目、専門基礎科目と共に、看護の専門的知識と技術の習得のための看護技術教育が重要とされる。質の高い看護技術教育を構築、展開していく際に、日本のみならず諸外国の看護学教育や看護技術教育の動向を知ることが必要なことである。

今回は、短い視察期間であったため、各大学のカリキュラムの具体的な運用方法について、情報収集は不十分な点もあったが、日本の学士課程における看護学教育、特に学生の看護実践能力の育成には示唆が得られた。今後も日中間において、看護学教育に関する共同研究等を通して、看護学教育の内容や方法を検討し合うことは重要であると考えられる。

文献

- 中華人民共和国衛生部：衛生統計，2010-10-05，
<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwggkzt/ptjty/digest2010/index.html>
- グレッグ美鈴、池西悦子編(2009)：看護教育学 看護を学ぶ自分と向き合う。241-252，南江堂，東京。
- JETRO 日本貿易振興機構：国・地域別情報，2011-01-22，
<http://www.jetro.go.jp/indexj.html>
- 人民網日本語版：社会・生活，2010-01-10，
<http://j.people.com.cn/94475/6794328.html>
- 厚生労働省(2010)：今後の看護教員の在り方に関する検討会報告書。

前田由美子 (2009) : 医療関連データの国際比較—
「OECD Health Data 2009」より—。日医総研リサ
ーチエッセイ, No.55.

南京航空航天大学ホームページ : 中国高等教育法,
2011-01-10,
[http://www.nuaa.edu.cn/xcb_web/law_study/a_jiaoyu
fa.htm](http://www.nuaa.edu.cn/xcb_web/law_study/a_jiaoyu_fa.htm)

日本看護系大学協議会モデルコアカリキュラム検討

会 (2010) : 看護系大学におけるモデル・コア・カ
リキュラム導入.

鈴木美恵子 (1991) : 中国における看護教育に関する
動向. 看護 MOOK, 37.

財団法人大学基準協会 (2002) : 21世紀の看
護学教育.

財団法人厚生統計協会 (2010) : 国民衛生の動向・厚
生の指標 増刊, 57 (9).

中国山西省における2型糖尿病をもつ人への看護について ～中国と日本の2型糖尿病患者教育の現状比較から～

Type 2 Diabetes Nursing in China, Shanxi :
Present Conditions Comparison of the Chinese and Japanese Type 2
Diabetes Education

西尾ゆかり¹⁾, カルデナス暁東¹⁾, 楊輝²⁾, 李燕萍³⁾, 張計藍²⁾, 滕雲²⁾,
太田名美¹⁾, 山内栄子¹⁾, 田中克子¹⁾, 林優子¹⁾

Yukari Nishio¹⁾, Xiaodong Cardenas¹⁾, Hui Yang²⁾, Yan Ping Li³⁾, Ji Lan Zhang²⁾,
Yun Teng²⁾, Nami Ohta¹⁾, Eiko Yamauchi¹⁾, Katsuko Tanaka¹⁾, Yuko Hayashi¹⁾

キーワード: 2型糖尿病, 患者教育, 中国, 日本

Key words: type 2 Diabetes, education, China, Japan

1. はじめに

平成22年8月29日から9月3日まで中国山西省を訪れ、縁あって知遇を得た山西医科大学第一附属医院(以下、山西医大病院)の内分泌外来と病棟を視察した。

東アジア諸国の中でも、特に中国において、日本と同様に、経済の発展とともに急速に2型糖尿病患者数が増加しており(Yang, et al., 2010)、今後も2型糖尿病患者の増加が予測されている(WHO, 2006)。2型糖尿病対策は両国ともに大きな課題であり、中国では予防に対する取り組みが各省の中核病院で行われ、山西医大病院でも同様に取り組んでいる。中国では、西洋医学のみならず、伝統の医学である中医学と西洋医学を融合させた医療もあり、しかも東アジア圏という社会的文化的な共通性が多くあることから、中国の抱える2型糖尿病患者への課題や支援の方法を知ることは、わが国の2型糖尿病看護の対策について有益な示唆が得られると考えた。そこ

で本稿では、山西省の医療の中心的役割を担う山西医大病院で行われている2型糖尿病患者への教育活動の現状について紹介する。また、中国とわが国における2型糖尿病患者への看護の展望について見解を述べる。

2. 中国における2型糖尿病患者の現状と社会環境の変化

2008年現在、中国における成人の2型糖尿病患者の割合は全国10.7%で、2003年の5.6%から約2倍増加している(中国卫生部, 2010)。さらに都市部においては、2型糖尿病患者割合が27.5%と農村部の4.8%より多い。2型糖尿病患者が急増する背景には、急激な経済成長に伴う食生活の欧米化、マイカーの所有等の生活スタイルの変化が関係していると報告されている。また、中国の2型糖尿病患者数は、約4,320万人とインドに次いで世界で2番目に多く、今後さらに多額の医療費の増加が予測されているこ

1) 大阪医科大学看護学部 Osaka Medical College Faculty of Nursing,

2) 中国山西医科大学第一附属医院看護部, 3) 中国山西省衛生庁国際交流センター

とから (WHO, 2006), 糖尿病予防および治療等の対策が急務と報告されている (Yang, et al., 2010)。

3. 中国における山西省の位置づけ

山西省は、中国の中部に位置し、北は万里の長城を挟んで内モンゴル自治区、東は太行山脈を挟んで河北省と接している。面積は156,266km²であり、人口は約3,400万人である。鉱物資源が豊かであり、特に石炭の貯蔵量は中国の1/3を占め、トップである。製造業では、鉄鋼、重機、自動車、化学工業が発達している。農業では、麦、トウモロコシ、葡萄などの生産が盛んである。山西省は、麵のふるさと言われ、「刀削麵」が有名である。刀削麵は、小麦粉の生地を柳の葉のような形に削りながら、煮立った鍋の中へ入れ、炒めたり、たれをかけて食べるものである。交通に関しては、鉄道、高速道路、空路は整備され、北京や香港等の主要都市に直通することができる。省都である太原市は、政治、経済、文化の中心地である。

4. 山西医科大学第一附属病院について

山西省の病院は1,163あり、診療所を含めると約4万の医療施設がある (中国衛生部, 2010年)。山西医大病院は、太原市にあり、市衛生局や中国衛生部直轄の総合病院で、最も先進的な医療設備が導入され、省の中心的な医療提供の役割を担っている。診療科数は28、病床数1,069、外来患者数3,000人/日、入院患者数27,000人/年、看護師数1,064人である。

5. 中国と日本における糖尿病患者教育の現状：中国の山西医大病院と日本の近畿圏内某医科大学附属病院を事例にして

中国の山西医大病院の役割と機能が類似していると考えられる日本の近畿圏内某医科大学附属病院 (以下、某病院) の2型糖尿病患者への教育活動の現状を以下に述べる。

山西医大病院内分泌内科病棟にて、糖尿病専門医師1人・看護師長1人・糖尿病専科看護師1人に2型糖尿病患者教育の現状についての聞き取りを約2

時間行った。日本語と中国語の通訳は、双方の看護に造詣の深い看護師資格を有する教員が行った。山西医大病院の内分泌内科の患者数は、外来通院が36,000人/年、入院が800人/年である。一方、某病院は、特定機能病院であり、高度医療の提供が行われている。糖尿病内分泌内科の患者数は、外来通院が1,500人/年、入院が200人/年である。なお、某病院における2型糖尿病患者教育の現状についての聞き取りを、看護師長1人・糖尿病療養指導士資格を有する看護師1人から約1時間行った。

1) 糖尿病看護を専門とする看護師

山西医大病院には、糖尿病専科看護師が1人所属している。この資格の認定には、5年以上の糖尿病看護経験、所属施設長からの推薦状があり、中華医学会主催の糖尿病教育指導者養成基地 (北京大学内) で6週間にわたる講義、テスト、実習、評価の修了が必要である。2010年現在、中国全国で22人の看護師がこの認定を受けている。この資格は、病院に在職しながら取得することができるが、人件費の問題から、人員養成に人数限界がある。専科看護師の役割として、外来と病棟の2型糖尿病看護の中心として活躍し、また地域の病院等の看護師教育の活動を行っているが、まだ体系化されていないのが現状である。

一方、某病院では、慢性疾患看護専門看護師1人、糖尿病療養指導士資格を有する看護師5人が糖尿病外来および病棟に所属している。慢性疾患看護専門看護師の資格認定には、看護系大学院修士課程修了者で日本看護系大学協議会が定める専門看護師教育課程基準の単位取得、実務研修期間、認定審査の合格が必要である。専門看護師は慢性疾患看護分野において実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究の役割を果たしている。糖尿病療養指導士の資格認定には、外来で糖尿病患者の診療が恒常的に行われている等の条件を満たす医療施設での2年以上の継続勤務、1,000時間以上の糖尿病療養指導業務、10例以上の糖尿病療養指導、日本糖尿病療養指導士認定機構が開催する講習会を受講修了する必要がある。某病院では、両方の資格を有する看護師らが2型糖

表1 中国と日本における糖尿病看護の専門看護師および患者教育の比較

		中国 山西医科大学病院 内分泌代謝内科	日本 某医学部附属病院 糖尿病内分泌内科
看護師		糖尿病専科看護師：1名	糖尿病療養指導士：5名（看護師） 慢性疾患看護専門看護師：1名
外来患者 支援		・足病変重症化の場合、中医学院病院へ転院し、中医学治療を行う ・すべての外来患者の情報管理と電話による支援	・足病変を有する患者を対象とした看護師によるフットケア外来
糖尿病教室	回数	1回/月（8時間）	1回/月（1時間30分間）
	対象者	外来および入院患者、家族	外来患者、家族
	指導者	医師、看護師、栄養士	医師（糖尿病、眼科、循環器内科、腎臓内科、皮膚科、歯科、神経内科）、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士
	内容	「糖尿病について」 「糖尿病食の調理方法（実演あり）」 「運動療法について（体験あり）」 ※講義中、実物の果物による重さ（200g）の体験あり ※講義後、個別指導とグループディスカッションあり	【基礎コース】…「糖尿病について」「食事療法について」「運動療法について」 【応用コース】…※基礎コースの3テーマに加え、「薬物療法について」「間食・アルコールについて」「糖尿病の日常生活の留意点について」「糖尿病の合併症（眼）（神経障害）」「糖尿病の合併症（心臓）（腎臓）とその食事」「ウォーキングについて」「糖尿病と口腔ケア」「フットケアと壊疽」「年末・年始の食事療法の対策」「食事の量についてバイキング」「患者さんとの座談会」
	費用	昼食代	昼食代、集団指導料
個別指導	回数	月～金曜日午前、木曜日午後 時間制限は規定されていない	希望患者の予約に応じ実施 1回30分
	対象者	外来通院患者（個別および集団）	外来通院患者（個別）
	担当者	糖尿病専科看護師	看護師（糖尿病療養指導士）
	費用	個別指導料（10元）	個別指導料（170点）

糖尿病患者への看護の中心的役割を担っている。

2) 外来での2型糖尿病患者教育（表1）

(1) 糖尿病教室

山西医大病院では、2009年より午前9時から午後5時までの8時間にわたる糖尿病教室が外来で月1回実施されている。対象者は、外来および入院患者と家族である。糖尿病教室の実施は、医師・看護師・栄養士によって行われている。内容は、2型糖尿病についての講義、間食（実物の果物の重さを確認す

る）体験、昼食の調理実演と試食、運動療法の体験である。また、医師・看護師・看護大学院生が対応する個別相談、患者同士が互いに学び合うツールであるカンバセーションマップを用いた指導が実施されている。糖尿病教室運営には、企業の協力があり、患者の参加費用は昼食代（材料費）のみである。一方、某病院では、外来糖尿病教室が月1回（1時間30分間）実施される。対象者は、外来通院患者と家族である。講義の指導者は、内分泌および循環器内科医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士

である。内容は、糖尿病について、食事療法と運動療法についての講義のみの基礎コースと糖尿病合併症と食事についての講義など、1年間で糖尿病についての知識を習得する応用コースがある。参加費用は、昼食代と集団指導料(80点)である。

(2) 個別指導

山西医大病院では、2010年8月から糖尿病専科看護師による看護外来が行われている。月曜日から金曜日の午前、木曜日の午後1日3~4人(9月現在)の外来通院患者(医師が健康相談を必要と判断)が利用し、個別指導が行われている。相談内容は、食事に関することが一番多い。健康相談の利用にあたり、患者は1回10元(約150円)の指導料を支払う。時間制限については未規定である。一方、某病院においては、糖尿病療養指導が行われている。外来通院患者(インスリン使用患者もしくは入院中に担当看護師が必要と判断した患者)を対象に糖尿病療養指導士資格を有する看護師が個別指導を行っている。1回の指導は約30分とされている。1回170点の診療報酬が加算され、患者は希望により継続して指導を受けられる。

(3) フットケア

山西医大病院では、フットケア外来は行われていないが、足病変が重症化した場合、同省にある山西中医学院の病院へ転院する。この病院では、西洋医学と中医学を融合した治療を行う。某病院では、看護師による専門外来の一つにフットケア外来が行われている。対象は、糖尿病があり、①足潰瘍、足趾・下肢切断既往、②閉塞性動脈硬化症、③神経障害のいずれかを合併する患者である。慢性疾患看護専門看護師と日本看護協会主催のフットケア研修を修了し、かつ糖尿病療養指導士資格を有する看護師が、患者の足病変のリスクを評価し、必要なケア方法の実施と指導を行っている。1回170点の診療報酬が加算される。

3) 内分泌内科病棟での2型糖尿病患者教育

(1) 糖尿病教室

山西医大病院では、1週間に1回(40分1テーマ)の糖尿病教室が病棟で行われている。対象者は、外来および入院患者と家族である。担当者は、医師、栄養士、看護師であり、講義テーマは、「糖尿病について」「食事療法について」「低血糖について」「インスリン自己注射について」「糖尿病薬について」「フットケアについて」「血糖自己測定について」の7つである。実演や体験は行われていない。一方、某病院においても、病棟にて糖尿病教室が実施されている。これは、1週間の教育入院患者と家族、他病棟入院の2型糖尿病患者を対象としている。担当は、医師、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士、看護師、薬剤師である。テーマは、「糖尿病とは」「運動療法について」「食事療法について」「日常生活の注意点について」「薬物療法について」「フットケアについて」の講義と体験が1日1~2回(約1時間)あり、各テーマは月2回ずつ実施されている。

(2) 入院患者への看護

山西医大病院の内分泌内科病棟は44床であり、ほとんどが糖尿病性大血管合併症を発症し、血糖コントロール目的の入院患者である。入院から退院までの日勤帯は、同一の看護師が担当している。患者の重症度別に看護計画が決められており、標準化された看護が実践されている。看護師は、主に医師の指示による点滴等の医療行為や診察介助の業務をしており、入院患者の家族が足浴や清拭等を行うのが慣例となっている。看護記録の様式は、中国の衛生部で規定されている。内容は、患者への医療行為や診察介助等である。看護実践に対する評価指標は、糖尿病に関するデータの改善と患者の糖尿病に関する知識の充実であるが、模索中である。一方、某病院では、1週間の教育入院目的から糖尿病合併症の治療目的まで、糖尿病患者の重症度は様々である。担当看護師が中心に、患者の情報収集から看護計画、ケアを担当する。勤務帯により異なる看護師が看護を提供する。看護記録は、病院独自の様式であり、患者個別の身体・心理・社会的な生活機能情報や治

表2 中国と日本における病棟での糖尿病患者教育の内容と媒体等の比較

		山西医大病院	某病院
糖尿病教室	回数	1回/週 40分	1回/日 1時間 (各テーマ2回/月)
	対象者	外来および入院患者と家族	1週間教育入院患者と家族、その他の糖尿病入院患者
	指導者	医師、看護師、栄養士	医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、理学療法士、薬剤師
	内容	「糖尿病について」「糖尿病食について」「低血糖について」「インスリン注射について」「糖尿病薬について」「フットケアについて」「血糖自己測定について」	「糖尿病とは」「日常生活の注意点について」「フットケアについて (体験あり)」「食事療法について」「運動療法について (体験あり)」「薬物療法について」
入院患者への看護	<ul style="list-style-type: none"> 看護計画は標準化されている 日勤帯の看護は同一看護師が行う 看護記録は医療行為や診療介助を中心に記載 	<ul style="list-style-type: none"> 看護計画は患者個別に担当看護師が立案 勤務帯によって看護師が異なる 看護記録は患者個別の身体・心理・社会的情報や治療に対する反応等を記載 	
教育媒体	<ul style="list-style-type: none"> パンフレット (企業の作成によるもののみ) 	<ul style="list-style-type: none"> 自己管理ノート (血糖値、体重、血圧、運動、食事、服薬、喫煙、生活の状況等) パンフレット (病院や企業の作成によるもの多数) 	
地域での活動	小学校での健康教育	該当なし	

療に対する反応等が記載できるようになっている。看護実践に対する評価指標としては、検査データ、患者の知識、セルフケア実行度などであるが、未だ模索段階である。

4) 教育媒体

山西医大病院において、糖尿病専科看護師資格に関わりなく担当看護師が患者や家族に血糖値の自己測定を指導している。しかし、血糖値や生活状況等を記録するノートはなく、2型糖尿病の指導に用いるパンフレットなどの教育媒体が少ない。実際に使用している媒体は、製薬会社が制作したもののみである。某病院でも同様に、患者がセルフモニタリングできるように、糖尿病療養指導士等の資格に関わりなく、看護師が血糖値の自己測定を指導し、さらに日本糖尿病協会発行の“自己管理ノート”等の媒体を用いて、血糖値の記録を継続的に行うように勧めている。このノートには、患者の体重・血圧・運

動 (内容、歩数等)・食事 (内容、量)・服薬・喫煙・生活の出来事等も記録される。患者は、これらの情報と血糖コントロール状況とを関連づけて解釈し、主体的に継続して自己管理に取り組めるように活用している。また、指導に用いる2型糖尿病に関するパンフレット等の教育媒体は、企業が作成したものや病院独自に作成したものがあ、患者のニーズに応じて活用されている。

5) 2型糖尿病患者への支援における課題と対策

山西医大病院の糖尿病専科看護師から、多くの患者が糖尿病合併症状を自覚して初めて糖尿病治療に前向きな態度が見うけられるため、早期からの指導が課題として挙げられた。つまり、合併症が認められない発症早期の患者への指導が課題である。次に、視覚障害や聴力障害を有する患者への教育、生活自立が困難な患者への看護の困難さがある。さらに、教育媒体が充実していないことが課題である。糖尿

病専門医からは、中国における糖尿病好発年齢は40歳であり、自覚症状が出てから受診する患者が多いことから、幼少期からの糖尿病予防教育が必要であることが課題として挙げられた。対策として、2010年より地域の小学校などで病院看護師による健康教育が開始されている。中国では、保健師の職業がないため、退院後のいわゆる在宅支援を病院看護師が行っている。また、2003年より“糖尿病生命網”という外来通院の2型糖尿病患者の情報を管理し、看護師が患者の自己管理状況の確認や支援を電話で行う病院独自の取り組みが行われている。一方、某病院の糖尿病療養指導士資格を有する看護師から挙げられた課題として、高齢患者の短期間教育入院の困難さ、自覚症状がない患者への関わり、治療中断患者へのフォロー体制、患者教育の評価方法があった。

6. 考察

今回、聞き取りを行った山西医大病院と日本の某病院で行われている2型糖尿病患者教育の現状を比較し、今後の2型糖尿病看護の展望を考察する。

1) 外来および地域での2型糖尿病患者支援について

山西医大病院の外来の糖尿病教室の内容は、講義と体験(調理の実演、実物の果物による重さの確認)を組み合わせで行われている。これは、多くの2型糖尿病患者が糖尿病合併症を発症後に受診する現状から、患者は糖尿病合併症の進行を抑制するための知識と技術を早期に習得し、自己管理する必要があるため、1日で習得可能なプログラムを設定していると考えられる。また、中国では成人の非識字率が6.7%であり(中国衛生部, 2000)、収入格差等により初等教育が不十分な人が多い。そのような患者と家族でも生活習慣を改善できるように、解説付きや実物を用いた体験学習を行い、学習を促進する方法(Whitman et al./安酸訳, 1992/2006)が選択されていると考えられる。また、教室の形態としては、集団指導による知識や技術の伝達だけではなく、個別相談も同日に行われている。個別相談は、患者個々の違ったニーズに合わせた指導を行うことができる

利点に加え、集団指導の評価としても患者の反応を確認する機会になる(清水他, 2006)。従って、今後、どのような集団指導評価を行っているのか把握する必要がある。通常、個別指導は集団指導に比べて人手や時間を要するが、山西医大病院では企業や大学院生の協力を得て、患者に経済的負担をかけず、かつ短時間で2型糖尿病に関する知識と技術を習得できる糖尿病教室のプログラムを実施している。さらに、外来通院患者の情報管理と看護師による電話での継続的支援システム“糖尿病生命網”は、合併症の予防および進行の抑制に有用と考えられた。

また、中国では日本の保健師に相当する職がなく、看護師が地域の看護を行っている。地域活動として、山西医大病院の看護師が省内の小学校で健康教育および地域の病院看護師の教育役割を担っている。このような活動は、2型糖尿病の予防対策として地域の健康に貢献していると言える。わが国においても、2型糖尿病患者の増加対策を考える上で、保健師と看護師との連携の重要性を再認識した。

2) 教育媒体について

山西医大病院では、自己管理ノートや指導に用いる教育媒体が殆どない。理由として低い識字率等の教育レベルから、患者が生活状況を記入することが困難なためやむなく自己管理ノートのような自記式記録物が導入されていない可能性が考えられた。また、中国では、衛生部によって看護援助が規定され、病気を中心とした看護から全人的看護への変化が求められているものの、実際には各省の病院に衛生部の意向が十分に普及していない状況が影響していると考えられた(辻村, 2006)。従って日本の教育媒体の情報を提供し、自己管理ノートやパンフレットの充実を図り、個々のニーズに応じた教育媒体の活用によって、中国における患者教育の向上に寄与できると考えられた。

3) 糖尿病看護を専門とする看護師について

山西医大病院では糖尿病専科看護師によって個別指導が行われており、日本の某病院では慢性疾患看護専門看護師と糖尿病療養指導士資格のある看護師

によって個別指導やフットケア外来が行われている。これら専門家による的確な看護の提供は、両国ともに増加する2型糖尿病患者の多様なニーズを満たすために必要不可欠である。さらに、それらの役割がチーム医療には重要であり、活躍が期待される。従って、中国における各役割を体系化する上でも、日本の専門看護師に関する情報提供が必要と考えられた。

4) 西洋医学と中医学の融合した看護について

中医学院で治療が行われているフットケアに関しては、西洋医学の診断で患部の切断とされた患者でも、中医学の診断で切断を取りやめ、西洋医学と併用した中医学の治療成果が報告されている(藤田, 2006)。従って、西洋医学と中医学の融合により治療効果が高くなる症例もあると推察された。

中医学は“治未病”という未病の治療、つまり発症前の予防と発病後の合併症や悪化の予防として太極拳などの鍛練法が食事療法と合わせて健康増進と回復を図っている(韓, 2009)。また、患者全体のバランスを整え、自然治癒力を高めるために“三分治療七分養護”という考え方があり、七分の養護には、患者自身の養生とその努力を助ける看護によって成るとされる(趙他, 2007)。このような考え方に基づく看護の実践により、2型糖尿病患者の治療力を発揮させ、予防効果が得られる可能性があると考えられた。西洋医学と中医学を融合させた看護は、フットケアをはじめ、様々なニーズを持つ2型糖尿病患者への看護を発展させる可能性があると考えられた。

7. おわりに

今回の聞き取りでは、教育評価等を具体的に把握するまでには至らず、1施設のみの現状把握であり、中国の糖尿病教育の全体像を捉えるには限界があった。しかし、日本における糖尿病患者教育と共通点および差異が確認できた。中国で行われている外来の継続看護や糖尿病教室、地域の健康への貢献、中医学の考えに基づく看護から、わが国特有の糖尿病

患者教育を探求する一助になると考えられた。一方、日本の教育媒体や糖尿病を専門とする看護師の養成等に関する情報提供が中国の糖尿病患者教育に貢献できると思われた。従って、今後も、両国間での糖尿病看護に関する意見交換や共同研究を通し、相互に質の高い患者教育を見出していくことが重要であると思われた。

文献

- 中華人民共和国衛生部ホームページ (2000, 2010) : <http://www.moh.gov.cn/publicfiles//business/htmifiles/wsb/index.htm>
- 藤田康介 (2006) : 中医学による糖尿病治療. 中医臨床, 27 巻 1 号, 2-7.
- 韓麗沙 (2009) : 中医学と西洋医学が調和した看護学への挑戦. 日本看護科学会誌, 29 巻 2 号, 45-49.
- Nancy Whitman et al. (1992) / 安酸訳 (2006) : Teaching in Nursing Practice: A Professional Model ナースのための患者教育と健康教育. 医学書院, 東京.
- 清水安子, 今村美葉, 湯浅美千代 (2006) : 大学病院における成人慢性疾患外来の集団指導の実態. 千葉大学看護学部紀要, 28, 71-77.
- 辻村弘美 (2006) : 中国における整体看護の普及に向けての青年海外協力隊の取り組みー看護過程学習会における質問紙調査からの検討ー. The Kitakanto Medical Journal, 56 巻 2 号, 129-136.
- Wenyang Yang, M.D., Juming Lu, M.D., Jianping Weng, M.D., et al (2010) : Prevalence of Diabetes among Men and Women in China. The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE, 362; 12, 1090-1101, 2010.
- WHO ホームページ (2006) : http://www.wpro.who.int/china/media_centre/press_releases/pr_20060509.htm
- 趙傑剛, 羽山由美子, 陳錦秀 (2007) : 中国文化と中医学理論の紹介. 大阪府立大学看護学部紀要, 13 巻 1 号, 93-98.

大いなる希望:大阪医科大学看護学部発展に向けて

Considerable Hope; Toward Development of The Osaka Medical College Faculty of Nursing

田中 克子, 林 優子 Tanaka Katsuko, Hayashi Yuko

キーワード:看護学教育, 看護学教育カリキュラム, 看護学教育の発展

Key words: nursing education, nursing curriculum, development of nursing education

1. 看護学部開設の経緯

本学に看護基礎教育を大学教育として設立する構想は10年に及ぶ。しかし、夢がかなうまでの道のりは必ずしも順調ではなかった。当初、厳しい財政状況の中で本学、関西大学と大阪薬科大学が共同学部を設置し、そこに看護学科を置く構想をたて、2008年1月9日付で締結した「共同学部設置に関する協定書」に基づいて、3大学共同学部設置協議会を設け、協議を行ってきた。しかし、「大学設置基準等の一部を改正する省令」が公布(平成21年3月1日から施行)され、更に同省令の内容と大阪医科大学が構想していた計画との間に懸隔が生じたため、構想内容を大幅に見直すこととなり、看護学部看護学科の単独設置に変更した。学校法人大阪医科大学 新学部設置準備委員会規程に沿って、設置準備委員会と委員会内教学部会と事務部会を組織し、設置準備に当たり、設置準備室には特別職務担当教員として採用を決め、平成21年4月1日付で2名の教員が着任した。それに伴い、準備室長を配置し、通称を「看護学部設置準備室」とした。

着任して早々の最初の4月7日の医学教育課からの指導で教育内容に関して準備が遅れているとの指摘を受け、設置準備室一同真っ青になった。申請書提出期限は昨年より1カ月早まり6月であったのに、

カリキュラム対比表は未完成であり、実習の展開も白紙の状態であった。申請書提出までの作業スケジュールを設置準備室で計画したが、実習の展開に関して、保健師受験資格取得に関する実習と助産師受験資格に関する実習については、実習先として事業所、助産院の確保がさらに必要であった。保健師受験資格の実習は特に厳しく、大阪府庁からは、保健師養成にかかる実習生473人(平成21年)が1060人(平成25年)と急増するため実習先の確保ができないという理由から、保健師実習に関して選択制導入の意見が出された。文部科学省の指導もあり統合カリキュラムで申請を予定していたので、医学部公衆衛生学教室のバックアップを得、かなり無理を承知で事業所での実習を取り入れるため各事業所に向いて実習を依頼した。

看護学教育における実習場の確保は、教育の質を確保する意味でも非常に重要な課題であることは今さら言うまでもない。附属病院をもつ本学においては実習場の確保の面では、恵まれているが、保健師教育、助産師教育を行うとすれば、看護系大学が急増している現在、実習場の確保はたやすくはない。さらに、看護学部の教育カリキュラムに応じた実習場の確保となると厳しいというのが実情である。

表1 看護学部設置教育にかかわる経緯 抜粋

年月日	19年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
教育内容													
		1-4回看護教育高度化に関する研究会 カリキュラム検討	新学部設置準備委員会 教学部会	新学部設置準備委員会 教学部会	新学部開設調整委員会								
申請書作成													
		1-4回看護教育高度化に関する研究会 カリキュラム検討	新学部設置準備委員会 教学部会	新学部設置準備委員会 教学部会	新学部開設調整委員会								
広報・入試													
		1-4回看護教育高度化に関する研究会 カリキュラム検討	新学部設置準備委員会 教学部会	新学部設置準備委員会 教学部会	新学部開設調整委員会								
その他													
		1-4回看護教育高度化に関する研究会 カリキュラム検討	新学部設置準備委員会 教学部会	新学部設置準備委員会 教学部会	新学部開設調整委員会								
年月日	19年度	20年度	20年度	20年度	20年度	20年度	20年度	20年度	20年度	20年度	20年度	20年度	20年度

文部科学省の折衝では、現存する看護専門学校を閉じ、大学教育である看護学部を開設することに関して、その理由を何度も問い返され、本学が看護学部を開設することの設置趣旨を看護系教員自身が自らの言葉で明確に述べることを求められた。そのことは、看護学部を開設するための準備として、大学の理念、カリキュラム、それに伴う設備・資金面の準備、教員配置とすべて一貫していることを問われていることになる。医学教育課からは、歴史ある医科大学が看護学部を設置するので、その特徴を前面に出すようにという指導を何度も受けた。

看護学部を開設する設置趣旨に関して、準備室として一致した見解を構築するために、膨大な時間を費やして話し合いを重ねた。並行して本学看護学部の特徴を明らかにするため、大阪医科大学の歴史に関する資料をできるだけ収集し、医学部の先生方とも意見交換を重ねた。さらに、看護学部開設経験者から準備に関する知見を得るため、他の大学に出かけて設置のための情報収集を行った。こうした毎日の中で、文部科学省から問われている「本学においてなぜ看護学部開設が必要なのか」は、大阪医科大学としてはどうなのかということの説明を明確に作れということである。それが、文部科学省の問う看護学部開設の準備性である。その説明は、日々の書籍・物品の準備、実習場の確保と交渉、看護学部開設にむけた各種委員会活動を通じて、準備室で推敲し作成できたと考える。それと並行して、看護学部の将来のビジョンを描くために、時間をやりくりして聖路加国際病院と京都大学付属病院を見学し、訪日していたアメリカ合衆国で活躍しているナースプラクティショナー、クリニカルナーススペシャリストの講演を聴講に行った。設置準備室の仕事は山積みであったが、本学の看護学部でどのような人材を育成したいかを考えた時、それは世界を視野に入れた大きな視点でなければ意味はないと考え、当然のことながら高度専門職者育成のための修士・博士課程の開設も視野に入れて準備を進めていた。さらに、看護学部広報・入試委員会を立ち上げ広報・入試の具体的準備を進める中で、本学の特徴を示すコンセプトは何かと考えた時に生まれたのが「医看融合教

育」である。この言葉はチーム医療をさらに進めた教育を本学は目指したいという設置準備室の夢でもあった。開設準備にあたっては、会議が連日目白押しであった。例えば、教育内容に関しての準備を新学部設置準備委員会教学部会、各種委員会及び規定整備新学期準備等を新学部設置準備室委員会、2年間同じ学舎で共同生活を送るための調整機関として看護専門学校・看護学部連絡会、看護学部研究棟新築に向けて建築会社との建築打ち合わせ会、事務体制が円滑に進むように看護学部事務体制打ち合わせ会、ホームページ委員会、新学部の電話・LANの情報システムに関する打ち合わせ会があげられる。このように、看護学部開設準備に忙殺された毎日ではあったが、準備室では、いつも「Think Globally, Act Locally」を合言葉としていた。一方、医学部単科大学であった80有余年にわたる長い歴史の中で、看護学部を開設するという事について真の意味で学内の賛同を得なければならない。そのために、なぜ必要なのかに関して、準備室が、大阪医科大学の関係各位にきちんと説明しなければならない。その課題を達成するための方法の一つとして、平成21年4月に看護専門学校の教員を対象に、平成22年2月に附属病院看護部の看護部及び師長を対象に開設の意義と目的の説明会、12月に教職員対象に看護学設置準備室主催の設置認可記念講演を実行した。

準備室の雰囲気は経験したものでなければ分からないとは聞いていたが、看護学部開設にあたっての準備には熱情ではなく使命感がなければやり遂げることはできないことを実感した。準備室のメンバーのもつ何が何でもやり遂げるぞという強い意思が大きな波となって周囲を巻き込み、看護学部開設に向けて大学としての大きな力を生み出せるものだと考える。文部科学省から、11月に45校の申請認可のうち本学のみ「留意事項なし」と設置認可の申請の答申がでた時の喜びはたとえようがない。これで着任予定の教員や今まで準備されるにあたって尽力された大阪医科大学の関係各位に顔向けできると準備室の看護系教員2人で手を取り合った。合計3回の入学試験では事務局、就任予定教員、担当理事以外に医学部から延べ12人、看護専門学校から延べ6人

表2 授業科目一覧 (2010.10.1 現在)

		第1学年	第2学年	第3学年	第4学年	
基礎科目	人間理解	○心理学2	△セクシュアリティと看護1	△教育学2		
		△生物学2				
		△化学2				
		△物理学1				
		△くらしの中の倫理と法律1				
		△大阪を学ぶ1				
	社会理解	△哲学1				
		△くらしと文学2				
		△*医学概論2				
		○キャリアマネジメント1	△くらしと安全・危機管理2			
		○*健康科学概論2				
		○情報リテラシー1				
異文化理解	○統計学2					
	△くらしと社会・環境2					
	△くらしと経済2					
専門基礎科目	人間理解	○英語Ⅰ1	○英語Ⅲ1			
		○英語Ⅱ1	○英語Ⅳ1			
		△国際言語文化2				
		○人間関係論1	○からだとくすりの働き2	△食生活論1	△遺伝とカウンセリング1	
		○からだの仕組みと働きⅠ2	○病気の成り立ち2			
		○感染と免疫1	○病気の診断2			
	社会理解	○からだと栄養2	○病気の治療2			
		○からだの仕組みと働きⅡ2				
		○こころの仕組みと働き1				
		○フィジカルエグザミネーション1				
		○保健医療福祉概論2	○公衆衛生学・疫学2	○医療倫理学1	○リスクマネジメント1	
				△地域救命救急1	△医療をとりまく社会環境1	
異文化理解			△ヘルスプロモーション論1			
			○医療英語1	○原著講読1		
	○看護学概論2	○看護アセスメント1		○看護管理1		
	○日常生活援助技術3	○治療過程に伴う援助技術2		○看護教育1		
	○基礎看護学実習Ⅰ1	○基礎看護学実習Ⅱ2				
専門科目	看護の基盤					
	生活支援		○老年看護学概論2	○老年看護学援助方法1		
			○老年看護学地域実習1	○老年看護学実習2		
			○老年看護学援助論1	○母性看護学援助方法1		
	療養支援		○母性看護学概論2	○母性看護学実習2		
			○母性看護学援助論1			
			○成人看護学概論2	○急性期成人看護学援助方法1		
			○急性期成人看護学援助論1	○急性期成人看護学実習2		
			○慢性期成人看護学援助論1	○慢性期成人看護学実習2		
			○慢性期成人看護学援助方法1	○小児看護学援助方法1		
地域支援		○小児看護学概論2	○小児看護学実習2			
		○小児看護学援助論1	○精神看護学援助方法1			
		○精神看護学概論2	○精神看護学実習2			
統合		○精神看護学援助論1				
		○在宅看護学概論2	○在宅看護学援助方法1	○地域看護学実習Ⅱ1		
		○在宅看護学援助論1	○在宅看護学実習2			
助産師科目		○地域看護学概論2	○地域看護学援助方法2			
		○地域看護学援助論2	○地域看護管理論2			
			○地域看護学実習Ⅰ2			
		○家族看護学2	○看護研究法1			
		○チーム医療論1	○総合実習5			
		○看護実践と理論の統合2	○卒業演習4			
		△災害看護論1	△異文化看護入門2			
		◎助産学概論1	◎助産診断・技術学Ⅱ2			
		◎助産診断・技術学Ⅰ1	◎助産管理1			
			◎助産学実習7			

(注)○必須科目、△選択科目、◎自由科目、数字は単位数を示す。*は共同開講科目を示す。

という多くの皆様のご協力を頂き、第一期生 88 名を決定することができた。準備室は看護学部の開設にむけて大きな夢と希望をもっていた。

2. 教育課程編成の経緯

本学の教育理念から、優れた看護実践能力を備えた看護職者を育成することを目指す教育カリキュラムとした。したがって、看護師課程と保健師課程の統合カリキュラムとして構成し、さらに助産師（選択制 5 名以内）課程を自由科目として配置した。

教育目的、目標と並行し、教育課程は、20 年度中に教授就任予定者を中心に 4 回の「看護教育高度化に関する研究会」で繰り返し検討を重ねた。「基礎科目」、「専門基礎科目」、「専門科目」に区分し、基礎科目と専門基礎科目を「人間理解」「社会理解」「異文化理解」に分類し、専門科目を「看護の基盤」「生活支援」「療養支援」「地域支援」「統合」に分類して配置した。豊かな人間性や地域貢献能力を育成するために、基礎科目と専門基礎科目では看護の対象となる人間そのものへの理解を深める「人間理解」、その人

間の生活の場である社会への理解を深めるための「社会理解」、地元地域だけでなく国際的に如何なる地域においても活動できる受容性を育むための「異文化理解」に分けて配置した。

「基礎科目」「専門基礎科目」においては医学部、附属病院と連携し、現在臨床の第一線で活躍している専門家を講師として配置し、看護実践育成の観点からできる限り教育の質を担保するように努めた。このように看護学部の教育において医学部の協力を得る過程に

おいて、重要な役割をしたのが学長主導で設置された医学部・看護学部調整委員会であった。この委員会は竹中学長初め、教育機構長の芝山教授、窪田教授、佐浦教授、開設準備担当理事でもある佐野教授、開設準備室の看護系教員2名で構成され、看護学部開設に伴い大阪医科大学の学則、各種規定の改定等、看護学部開設に向けていわゆる心臓部の役割を担っていたといってもよい。したがって、医学部・看護学部調整委員会で看護学部の教育目的、教育目標及びカリキュラムについて何度も話し合いを重ね、最終的には医学部教授会の承認を得ることができ、ようやく科目担当者を決定することができた。

専門科目は、その基礎となる「看護の基盤」を配置し、その基盤を応用するための「生活支援」「療養支援」「地域支援」、さらにそれらの学びをまとめるための「統合」を配置し、病める人の生活面に配慮できる豊かな人間性と学生が生涯を通して自ら学ぶ研究的態度を身に付けることができるように構成した。

さらに、第1年次に開講する基礎科目必修の「健康科学概論」、基礎科目選択科目である「医学概論」は大阪医科大学、関西大学、大阪薬科大学の3大学共同開講科目として配置し、現在 e-learning を実施している。さらに、平成23年度からは共同開講科目である大阪薬科大学及び関西大学開講の「バイオメカニクス」「社会環境適応材料」「福祉工学概論」「生薬学」「応用放射化学」「機能形態学」等を選択科目として配置する予定である。

本学の教育編成では、基礎科目、専門基礎科目における選択科目は決して多くはない。したがって、

他大学との共同開講科目、医学部との共学を行うことによって、幅広い教養と倫理観に基づく対人関係形成能力を備えた人間性豊かな人材を育成することを目指していきたい。

教育目標は以下の通りである。

- 1) 豊かな人間性と倫理観を身につけた人間性を養う。
- 2) 健康の維持増進、高度医療から在宅療養まで幅広く、さまざまな人々を対象にさまざまな健康レベルに創造的に対応するための看護実践能力を養う。
- 3) 地域社会に貢献するために、保健・医療・福祉チームの多職種と連携・協働し、自ら看護の課題を発見し、解決できる能力を養う。

3. 大阪医科大学看護学部の特徴

本学の看護学部は、医学部を設置する大学等における看護系学部の設置としては、全国80大学中72番目で、看護系大学としては180番以降であり、近年の看護系大学開学ラッシュからみると、どちらかという遅くに開学した大学である。しかし、医学部を設置する全国80大学中、看護学部として設置している大学は本学を加えて10校である。

医学部単科大学において、看護学が一つの学問体系として教育・研究に活かされるような形態として、看護学部としての開学を英断したことは、大阪医科大学の看護学への期待の表れといってもよい。

大阪医科大学看護学部の特徴は、80年以上優れた医師と看護師を多く輩出してきた大学として培ってきた教育基盤と、さらに特定機能病院としての高度な専門性と中核市の市民病院的な一般性を兼ね備えている附属病院を主たる実習施設として活用することである。しかも、医学部、附属病院、看護学部が同一キャンパスにあることは、極めて恵まれた教育環境といえよう。また、日常の生活の中で将来のモデルとなる医療職者、多職種の人と身近に接することができる。さらに、総合大学である関西大学、チーム医療の重要なメンバーである薬剤師を養成している大阪薬科大学と授業で共同参画できる機会を

もつことは、学生の交友範囲を広げ、広い知識を得ることが期待される。何よりも、学生時代から治療に責任をもつ医師と机を並べて学び、クラブ活動とともにする経験は、対象者中心の医療を実現するために大きな推進力になるに違いないと考える。医師と看護職者が専門職としてのアイデンティティを保ちながら、お互いを尊重しつつ異なる領域の課題に対する取り組みを学び、理解することによって、いろいろな視野・視点から科学的にとらえることができる力を養うことができる。それが結果として、良質で創造的な医療を対象者に提供できる、これはまさしく本学が目指す医療人育成であると考え、現在も医学部と協働してよりよい教育課程作成のために取り組んでいる。

4. 本学流の看護学教育の構築に向けて

米国の社会学者であったエスター・ブラウンは、『ブラウンレポート=これからの看護』(1948)のなかで、専門職業を目指す看護師教育は大学教育で行うべきであると高度の教育機関の必要性を述べた。その結果、米国では大学及び大学院での看護学教育が着実に進められてきた。我が国は、平成5年に、高度化・多様化する国民の保健医療サービスへの需要に対応するための「看護師等の人材確保の促進に関する法律」が制定されて以降、看護教育の大学化が加速的に進んできた。

諸外国を問わず、我が国においても、看護の役割や看護学教育は、常に社会や医療の変化の中で、社会的要請を受けながら時代につれて変遷してきた。今日、看護を取り巻く環境は、急速な少子高齢化、医療の高度化・複雑化、医療の専門分化により大きな変貌を遂げている。さらに、安全と安心の医療の保証、疾患や障がいて病む人が納得のいく医療、健康増進や予防推進など医療に対する国民のニーズがますます高まっている。そのような環境の変化や国民のニーズを的確に把握し、リーダーシップを発揮して、状況に適切に対応できる看護職の資質向上が求められている。その結果が看護学教育の大学化に向けた動きであった。

ここで、大阪医科大学の歴史を紐解いてみる。本

学は看護教育を4年制の大学教育として考えていた時代があった。昭和23年頃のことである。初代学長であった松本信一教授が書かれた「生物学部構想の大学概略」が本学に残されている。その貴重な資料に、甲種看護師(今で言う正看護師)と保健師の養成機関として4年制大学構想(保健学科看護学講座)の記述がある。当時は、戦後GHQが日本の看護教育改革に力を注いだ時代でもあり、恐らくその影響があったのではないかと推察する。しかし、初代学長が准看護師学校や3年課程の看護師学校が主流であった戦後間もない時期に、看護教育を4年制の大学教育として思案していたことは、日本の医療や大阪医科大学の将来を見据えた発想であり、本学の看護教員にとって、この歴史的事実は誇りともいえよう。

それから、60年が経過し、本学に念願の看護学部が開設された。上述したように看護学教育の4年制大学の増加は顕著であり、看護職の役割も裁量権拡大を求めて動き始めている。本年度改正された保健師助産師看護師法には、「看護師国家試験の受験資格を有する者として文部科学省大臣の指定した大学(短期大学を除く)において、看護師になるのに必要な学科を修めて卒業した者」が追加された(平成22年4月1日)。さらに平成24年度からは学士課程教育の中で行われてきた看護師と保健師の統合教育から、保健師教育が助産師教育と同様、選択制へと改正されることになった。

看護学教育について述べる前に、大学教育について少し整理しておきたい。学校教育法第八十三条に、「大学は、学術の中心として、広く知識を授けるとともに、深く専門の学芸を教授研究し、知的、道徳的及び応用的能力を展開させることを目的とする」とある。文部科学省によれば、学士課程教育では、幅広い教養を身につけ、高い公共性・倫理性を保持しつつ、時代の変化に合わせて積極的に社会を支え、あるいは社会を改善していく資質を有する人材である「自立した21世紀型市民」を幅広く育成することが極めて重要であるとされている(中央教育審議会答申, 2008)。そして、大学教育では、「何を教えるか」ではなく「何ができるようになるか」に力点が

おかれ、学問の基本的な知識を獲得するだけでなく、知識の活用能力や創造性、生涯を通じて学び続ける基礎的な能力を培うことが重視されつつある。すなわち、一方的に知識・技能を教え込むのではなく、豊かな人間性や課題探求能力や問題解決能力等の育成に配慮した教育課程の充実であり、各専攻分野を通じて培うべき能力、すなわち学士力のある人材育成である。文科省が目指す学士力のある人材育成については、前述した本学部の教育目的・目標に明確に打ち出している。さらに重要視されているのは大学の独自性である。本学流の看護学教育とは何かを明確にしなければならない。本学における看護学教育の構想についてはまだまだ不十分であるが、看護学部設置準備室時代に、そして今春4月以降、本学部将来構想検討委員会で検討してきたことと、学部長の私見を交えての大枠を述べてみたいと思う。

本学部が目指す学士課程教育は、「看護のアイデンティティ教育」と「医看融合教育」である。「医看融合教育」については医学部との協力関係なしには実現できないと考えている。その教育の構想については医学部と看護学部が共に検討する段階に来たところである。

一つ目の「看護のアイデンティティ教育」は、学生が実践科学としての看護学の基礎を学び、学問的に裏打ちされた看護実践能力を培うための教育である。看護は、人間の健康づくりから予防、治療、回復、リハビリテーション、死に至るまで、様々な健康レベルの人たちに対する実践活動である。4年間の教育では、幅広い視野で柔軟にものごとを考える力、看護の立場で患者を観る力、看護の立場で倫理的に判断しようとする力、看護の立場で援助する力など、看護のアイデンティティを身につける教育の展開を目指すものである。

二つ目の「医看融合教育」は、医療人マインドやチーム医療の基盤を学び、患者中心の医療の実践を展開していく専門職種間の連携・協働を培うための教育である。大学病院という臨床の場で医学部と看護学部の学生が共に実践を通して、各々の専門的立場で発言できる言語能力、多くの情報を編集する能力、患者を中心に問題解決する能力、コミュニケーションをとりながらチームを調整する能力など、医療人としての複合的な能力を身につける教育の展開を期待するものである。

次に「大学院教育」をとりあげておきたい。

学校教育法第九十九条、「大学院は、学術の理論及び応用を教授研究し、その深奥をきわめ、又は高度の専門性が求められる職業を担うための深い学識及び卓越した能力を培い、文化の進展に寄与することを目的とする」とある。本学の建学の精神は、国内外で活躍できる良き医療人を育成することである。したがって、大学院は、看護実践の場で活躍する高度専門職業人を養成するための専門看護師 (*certified nurse specialist*) のコースと、将来の教育研究者を養成するためのコース (博士前期・後期課程) を持つ大学院設置を考えている。さらに、大学病院との連携・協働、在宅支援や地域の健康づくりなども視野に入れた地域との連携・協働を通して、看護実践活動や研究活動の場が広がるように教育研究基盤を構築していきたいと考えている。

文献

- Brown, E, L 著 (1948) /小林富美栄 (1996) : ブラウンレポート=これからの看護, 日本看護協会出版会, 東京.
- 中央教育審議会: 学士課程の再構築に向けて (答申) (2008), 8, 文部科学省.

編集委員会

委員長 土手友太郎

委員 真継 和子 小林道太郎 西頭 知子

大阪医科大学看護研究雑誌

第1巻

2011年3月31日 発行

編集 大阪医科大学看護学部 看護研究雑誌編集委員会

発行 大阪医科大学看護学部
〒569-0095 大阪府高槻市八丁西町7番6号
TEL(072)684-6782
FAX(072)684-7282
(大阪医科大学看護学部 事務室)

印刷 日新印刷 有限会社
〒530-0054
大阪市北区南森町2丁目4番33号
TEL(06)6361-6437



Osaka Medical College Journal of Nursing Research

Volume1 March 2011

Foreword

Yuko Hayashi 01

Original articles

Study of the Relationship between Physical Activity, Condition of Health,
and Medical Bills in Young-old People Hiroataka Yokoyama 03

How Can We See the Meanings of Things?
- A Phenomenological Study - Michitaro Kobayashi 13

Reports

The Factors Affecting Critical-care Nurses' Clinical Judgment Akiko Hara, Yuko Hayashi 28

The Present Situation of Sexuality among Youth and
Sexuality Education in Japan : a Literature Review Tomoko Nishito, Kumiko Sasaki 38

Materials

Action Taken in Germany Pertaining to Psychological and Social Factors of
Chronic Low Back Pain and Suggestions Concerning Roles for Nurses in Japan Takaharu Araki 48

Future Outlook for Practice Research of Footbath for Schizophrenia Patients
Takao Urizaki, Takaharu Araki 56

A Review on the End-of-Life Care at Home Fuminori Moriyama, Kazuko Matsugi 63

The Comparison of Nursing Education in College between Japan and China
Xiaodong Cardenas, Yukari Nishio, Hui Yang, Shuli Ma, Yanping Li, 73
Nami Ohta, Eiko Yamauchi, Katsuko Tanaka, Yuko Hayashi

Type 2 Diabetes Nursing in China, Shanxi :
Present Conditions Comparison of the Chinese and Japanese
Type 2 Diabetes Education
Yukari Nishio, Xiaodong Cardenas, Hui Yang, Yan Ping Li, Ji Lan Zhang, Yun Teng, 81
Nami Ohta, Eiko Yamauchi, Katsuko Tanaka, Yuko Hayashi

Considerable Hope ; Toward Development of
The Osaka Medical College Faculty of Nursing Katsuko Tanaka, Yuko Hayashi 89