



Title	保健医療・看護学からみた未来共生学への展望
Author(s)	伊藤, 美樹子
Citation	未来共生学. 2014, 1, p. 123-140
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/51761
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

保健医療・看護学からみた 未来共生学への展望

伊藤 美樹子

大阪大学大学院医学系研究科准教授

要旨

本学保健学科では、健康支援や疾病の解明などの研究の他、重要な使命として、医療職の養成に携わっている。看護職養成の立場にある者として、未来共生学がどのように展望できるのかを、看護教育の高度化や資格の専門分化、関連職種の創設、慢性疾患中心となった健康問題を切り口にして考察した。またメタボリックシンドローム対策を事例にリスクのコミュニケーションや、極めて進歩が著しい医療技術や治療と予後の延伸だけでなく、社会環境の変革が、病と共に生きる人々にどのような影響をもたらしてきたのかについても取り上げた。医療の革新によって死は免れても治癒しない病をもつ長い人生をどう支援していくのかについて考察した。

目次

- はじめに
- 1. 看護の高度専門化
- 2. 健康や病いに対する接近方法
 - 2.1 客観的な把握と主観的な評価
 - 2.2 生活習慣病への対応
 - 2.3 Silent disease をめぐって：健康診断と糖尿病
 - 2.4 「無自覚者」とのコミュニケーション
 - 2.5 「問題であるかどうか」と「問題がないかどうか」
 - 2.6 予後の概念をめぐって
- おわりに——「未来共生学」の発展にどのように寄与できるか

キーワード

病い経験
健康リスク
長期予後
看護職の高度化と専門化

はじめに

本プロジェクトで提起された未来共生学とは、「他者と他者とが互いに認め合い、助け合い、高め合い、新たな価値や利益を生み出すことができる、創造的で発展的な共生社会の実現」を目指す、新しい学問体系である。ここに、健康や病いに関わる保健学の視座からの「未来共生」がどのように寄与しうるのが展望するため、人材育成上の課題、健康や病いに対する保健学的研究の接近方法について延べ、展開の可能性について考察したい。

その前に、保健学の中でも、著者のバックグラウンドとなる看護学について触れておきたい。近代看護の礎は、フローレンス・ナイチンゲールが築いた。クリミア戦争に従軍し、傷病兵の生活と衛生を改善することにより現地の英国陸軍病院の死亡率を激減させた事実や、その成果を踏まえて著した「看護覚え書き（1859）」(Notes on Nursing)をもって世界的に知られている。1860年にはナイチンゲールによって近代的な看護教育が始められた(大西 2009: 51)。そのナイチンゲールは、看護について「すべての患者に対して生命力の消耗を最小限度にするよう働きかけること」であると説いている。

「看護師」について、国内の身分法である保健師助産師看護師法（1951）では、「厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦¹に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう」と定められている。もう一つ、一般的にはあまりなじみがないようだが、著者が養成に関わっているため「保健師」についても触れておく。保健師とは「厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者」と定められている(表1)。

国際看護師協会(International Council of Nurses 2012)の倫理綱領においては、健康増進、疾病予防、健康回復、苦痛緩和の4つが看護職の基本的任務とされ、個人、家族、地域社会にヘルスサービスを提供することとされている。また日本看護協会(2003: 2)の倫理綱領においては、「人々は、人間としての尊厳を維持し、健康で幸福である」という「人間の普遍的なニーズに応え、人々の健康な生活の実現に貢献することを使命」とし、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和

表1. 保健師助産師看護師法

第2条	この法律において「保健師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者をいう。
第3条	この法律において「助産師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう。
第5条	この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。
第6条	この法律において「准看護師」とは、都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規定することを行うことを業とする者をいう。

を行い、生涯を通してその最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行うこと」だと説明している。

保健学科では、こうした助産師もあわせて看護職の養成を担っており、事実、本学看護学専攻の8割が学部卒業後にすぐに病院や保健所等へ看護職として就職している。次節では、著者が、看護のおかれている状況について概観する。

1. 看護の高度専門化

保健学科では、看護師、保健師、助産師の他にも、診療放射線技師、臨床検査技師などの国家資格である医療専門職者の養成を行なっている。先に述べたように、専門職には国家資格として、法的に規定された役割や使命がある。身分法・資格法の中では、各職種の独占業務や名称独占業務を定めている。看護師については、診療の補助が業務独占にあたるとされているが、療養上の世話はそれにはあらず、また保健師については、名称独占であると規定されている。診断や治療を行なうことは、医師にしか認められていない。これが業務独占であり、業務として専門的な役割がはっきりしている。これに対して、他と明確に区別できる専門役割がない看護職がどんな専門性をもっているのか、専門職として、どういう役割や機能を果たすべきなのかを教育していくことは、非常に重要であると考え。実際、この20年あまりの間に高度化、専門分化

の流れが急速に進んでいる。

看護の資格に関しては、1987年に厚生省（当時）の「看護制度検討会報告書（21世紀に向けての看護制度のあり方）」において、専門看護婦等の育成が提言されたことを契機に、1994年には専門看護師制度が発足している。その一つが、高い専門性と優れた看護実践能力のある看護師とされる専門看護師（Certified Nurse Specialist, CNS）である。看護職の職能団体である日本看護協会が認定する修士の教育課程を履修し、専門試験に合格した場合に、がん看護、精神看護、老人看護など11特定の分野の高度専門職として認定される。専門看護師が病院で専従や専任で配置された場合や、専従のケアチームが設置されることにより診療報酬上の加算がなされるようになっており、社会的な評価が伴う資格として定着している。本学では、がん専門看護師が養成されている。また6ヶ月以上の集中研修の受講と専門試験にて認定される認定看護師（Certified Nurse）²の普及もすすんでいる（表2）。認定看護師も救急看護や、皮膚・排泄ケア、緩和ケアや感染管理のように21の特定の専門分野が設けられている。

また資格のみならず、養成課程の高度化も進んできている。看護師は、平成4年の「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の施行等を契機として看護系大学が急激に増加している（平成3年度11校、平成22年度現在188校）。看護師国家試験合格者に占める学士課程修了者の割合は2割を超えるに至っている（文部科学省 2014）。大学教育や大学院教育、研究の質の保証やそうした教育・

表2. 認定看護師と専門看護師の役割

認定看護師(CN)の役割
認定看護師は特定の看護分野における3つの役割を果たす。 1. 個人、家族及び集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する。(実践) 2. 看護実践を通して看護職に対し指導を行う。(指導) 3. 看護職に対しコンサルテーションを行う。(相談)
専門看護師(CNS)の役割(修士課程の教育レベル)
専門看護師は、専門看護分野における6つの役割を果たす。 4. 個人、家族及び集団に対して卓越した看護を実践する。(実践) 5. 看護者を含むケア提供者に対しコンサルテーションを行う。(相談) 6. 必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々とのコーディネーションを行う。(調整) 7. 個人、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる。(倫理調整) 8. 看護者に対しケアを向上させるため教育的役割を果たす。(教育) 9. 専門知識及び技術の向上並びに開発をはかるために実践の場における研究活動を行う。(研究)

(日本看護協会の資料を一部改変)

研究が担える人材の育成は非常に重要である。そういう点で、本学が看護学教育に対して果たす役割は大きく、期待もされている。

しかしまたその一方で、別の動きもある。急激に進展する人口の高齢化への対応策として、平成23年度には、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律において、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組みを進めることが示された。この中で、従来、たんの吸引や経管栄養のような「医療的行為」、すなわち、医師や診療の補助を行なう看護師に認められてきた行為（看護師にとっての業務独占にあたる行為）が、介護福祉士及び一定の教育を受けた介護職員等にも一定の条件の下ではあるが、たんの吸引等が実施できることになった。人口の高齢化に伴って、医療依存度の高い高齢者も増加することが見込まれるため、対応できる職能の量的拡大がなされた。介護と看護の役割や機能の重複がコンフリクトのように解釈されることもあるが、同じようなことは、人口構造や疾病構造による社会的要請によって、今後も起こるだろう。医療提供体制に柔軟に対応できること、医療、福祉、介護との関連、役割の重複の下で、多職種と連携しつつ、看護職として使命を探究していくようなバイタリティのある人材養成が求められるだろう。具体的には、医療行為の脱医療化や近接する専門的な役割が重複する中で、安全で安楽なケアを検証すること、どこでも同じケアが受けられるように質のよいケアを普及させていくことが求められ、看護職はその中心的な担い手になるのではないかと考える。それを実現させていくことを考えるなら、既存の枠組みをクロスオーバーしていくこと、その実現をささえるコミュニケーション能力やスキルを高めることが必要だと考える³。役割の再定義や時代のニーズを鑑みて、新しい提供基盤や専門性のクロスオーバーによる高齢化社会に対応した協働や連携が求められる。またこれから迎える普遍的な問題に対応していくためには、全体を見渡せる generalist としての看護のセンスを磨いていくこともまた専門分化以上に必要だと考える。

次の節では、こうした人材育成上の課題もありながら、実践していく上で鍵となる健康や病いに対する接近方法について紹介したい。

2. 健康や病いに対する接近方法

2.1 客観的な把握と主観的な評価

健康とは、WHOの定義（1946）で、「単に疾病がないとか、虚弱でないとかいうのではなく、身体的、精神的、社会的に良好な状態であることをいう」とされているように、心理社会的なモデルから捉えられている。

疾病(disease)とは、個人が知覚するかどうかにかかわらず存在する徴候(sign)であり、客観的に評価、測定できる。対象となる人を生物医学モデルから捉えるのに対し、病気 (illness)は、症状を自覚することによって主観的に捉えられるものである (Twaddle & Hessler 1987)。そのため、体調が悪い、具合が悪いという訴えがあるにもかかわらず、検査をしても何も異常がない場合や、反対に、どこも不調だと思っていないのに、健康診断を受診すると多くの項目で異常が認められるような場合がある。診断や治療は、生物医学モデルが適用されるため、私たちが病いを研究する際も、生物医学モデルを踏まえている。看護の立場では身体状況や日常生活動作を拡大、保持すること、苦痛軽減をはかることは常に大事である。生物医学モデルを踏まえつつ、心理社会的モデル、生活モデルの両方で見ると、すなわち、疾病の状態を常にモニタリングして、次におこりうるリスクに対応しながら、同時に「病い」や「生活概念」として捉えていくことが求められる。

2.2 生活習慣病への対応

本邦においては戦後すぐの1947年には、死因別死亡は、1位が結核、2位が肺炎、3位が脳血管疾患であったが、栄養水準の向上とも相まって、その後、結核の死亡率は著しく減少し、1951年には、脳血管疾患が結核に代わって死因の第1位を占めるようになり、1958年以降は、現在と同じ3大死因である悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患が死因の上位を占めるようになった。

感染症が健康問題の中心である場合は、感染症は、病因があり、感染源、感染経路(伝播方法)、感受性宿主の3つの要素によって発生するため、感染源となるウイルスや細菌が特定できるようになれば抗生剤や感染経路対策などにより対策ができる。これに対して、悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患、糖

表3. 社会的要因の分類と主な健康のリスク、特徴

生活水準	受診行動は貧困者の方がより重症化してから受診する
職業	虚血性心疾患は、管理職、専門職に多い
学歴	子宮体がん、乳がん患者に教育歴の長いものが多い 学歴の高い方ががん検診受診率が高い
嗜好	アルコール摂取と肝硬変、たばこ肺がん・喉頭がん・舌がん

((柳川 2009: 14)から一部抜粋)

尿病など現在の主要死因となっている生活習慣病の原因は、遺伝的要因もあるが、食事や運動、睡眠などの生活習慣だけでなく、働き方やストレス対処、タバコなどの嗜好など、生活全般に及ぶ。「健康」が「生活」概念化したともいわれる所以である。がんや心疾患と関連する社会的な要因を表3に示した。原因と結果が対応する感染症対策とは異なって、決定的な原因も決め手もないということである。しかし、こうした生活習慣病のリスクを提言する際の対策を進めるときに注意が必要なことは、望ましくない生活習慣を修正しなかった「個人の責任」に帰しやすいことを自覚しておくことである。知的な水準や、情報が入手できない、社会参加の機会がない、経済的な事情で選択肢がないなど、社会的に脆弱な立場にある人たちを非難することになりかねないからである。

たとえば、がんの罹患については、社会経済的地位が低い人ほどがんに罹患しやすく、がんで死亡する確率も高い。これは、がん発生要因への暴露や喫煙や肥満、野菜や果物の摂取不足等の好ましくない健康習慣を取る割合が社会経済的地位の低い人たちの方が高いことと関連している。また、がん診断後の生存率は社会経済的地位が高い患者ほど高く、反対に、診断後の死亡率は社会経済的地位の低い患者ほど高いという関連性が報告されている(吉井 2010)。これは、社会経済的地位の低い患者において、受診のタイミングが遅いことや、早期発見のためのがん検診の受診がされていないことと関連している⁴。その背景には予防や検診についての正しい知識⁵の得られにくさや、検診を勧めてくれるかかりつけ医を持たないこと、地域条件として検診機関へのアクセスの悪さといった社会的な不利が関連している。

また生活習慣病は、生活全般にリスクが及んでいるため、生き方やライフスタイル、嗜好といった価値観までも、「否定」しかねない。健康は生きていくための資源であるという位置づけと、病気を生活やその人がおかれた環境との関

係でとらえることが必要になる。個人への対策と集団や地域社会への対策を進める必要がある。

2.3 Silent diseaseをめぐる：健康診断と糖尿病

生活習慣病対策の一環として、平成20年4月から40歳以上75歳未満の人を対象に、メタボリックシンドローム⁶の対策として、特定健康診査・特定保健指導、通称「メタボ健診」が開始されている。「メタボ」という言葉も、この健診の実施前後で広く普及した。肥満や健康に対する一般の人々の関心の高さを現れであろう。

この健診では、健診の結果に応じて生活習慣病のリスクを階層化し、リスクに応じて保健指導等の介入を行い、症状の悪化や病状を進展させないようにすることが目的である。その中でも特に糖尿病の予防は重視されている。理由の一つは、病気の中でも国民病と言われるほど、規模が大きいためである。平成24年の国民健康・栄養調査によれば、糖尿病が強く疑われる者は経年的に増加しており平成24年には950万人、また糖尿病の可能性を否定できない者は1100万人にのぼり、両者を合わせると2050万人に上る（図1）。糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリンの抵抗性をきたす複数の遺伝因子に過食、運動不足などの生活習慣、及びその結果としての肥満と加齢により、インスリン

作用不足が生じて発症する疾患である。こうした2型糖尿病の治療は「食事療法」と「運動療法」によるインスリン分泌刺激の軽減と「インスリン感受性の改善」によって、血糖値を可能な限り正常に近づけ、細小血管症や動脈硬化症などの慢性合併症を予防することが目指される⁷（細田・藤倉・林 2013）。2000年から2012年まで実施された21世紀における国民健康づくり運動（通称；健康日本21）では糖尿病に関する最終評価において、糖尿病の合併症である腎不全によって新規に人工透析を導入した患者数は、平成9年から平成19年までは増加、糖尿病合併症を発症した人の数については、平成22年における目標を超えて悪化と報告されている。糖尿病性腎症は、腎不全の原因となる疾患の第1位となっている。1ヶ月あたりの透析治療にかかる医療費は、かなり高額であるため、患者数の多い糖尿病において、合併症の予防は非常に重要であり、医療費削減にかかるスケールメリットも大きい。

予防策や予防策が功を奏した場合のメリットが予測できているにもかかわらず、健康日本21の最終評価では目標が達成されなかった重要な要因として、糖尿病患者の大半には自覚症状がないことがあげられる（細田・藤倉・林 2013）。すなわち、病気として、主観的な経験をしにくい状況にある。食事や運動をする必要性は、自分の身体感覚ではなく、客観的に示された検査の数値によって、理性的に理解することが求められる。

2.4 「無自覚者」とのコミュニケーション

自覚症状がないながらも、生活習慣の改善が第一義的に重要な事例を挙げて考えたい。労働者に対しては、労働安全衛生法の下で雇用主には定期健康診断実施の義務があり、従業員には、受診が義務づけられている。さらに40歳以上の人には、高齢者の医療の確保に関する法律の下で、先に紹介した特定健康診査が健康保険組合の責任において実施されている。法的にはかなり整備されている。

このような環境の下で、職場での健康診断で糖代謝の異常が指摘され、医療機関への受診が「指導」される例を考えてみよう。

異常が指摘された受診者は、保健指導にもとづいて、医療機関を受診する。受診先の医療機関では血糖のコントロール状態を検査され、医師から即日結果

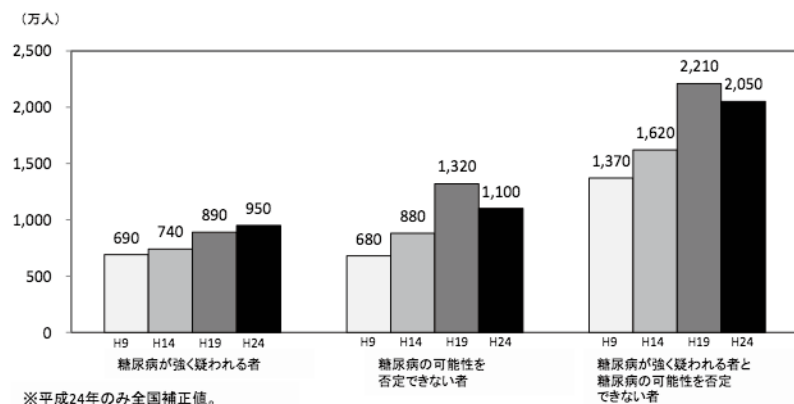


図1. 国民健康・栄養調査(平成24年)厚生労働省
(http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html)

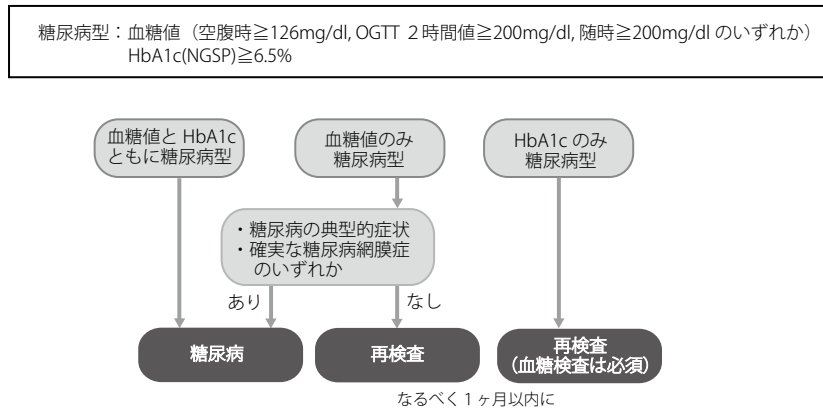


図2. 糖尿病の臨床診断のフローチャート(糖尿病治療ガイドより一部抜粋)

が伝えられ、食事や運動についての指導があり、次に「来月またきてください」と指示される(図2)。ここで「来月」、すなわち1ヶ月後の受診が必要といわれるのには訳があり、血糖のコントロール指標となるヘモグロビンA1cの値が改善されたのかどうかを適切に評価するためには1ヶ月程度の間隔をあけることが必要だからである。発症の要因にも関わった生活習慣病対策にとっての「悪しき」生活習慣が改善されれば、1ヶ月後には血糖コントロール状況も改善していると期待される。これが医療者の実践のルーチンである。一方の受診者はどうだろうか。健診の結果で医療機関への受診を勧められるというのは、すでに糖尿病のリスクが高い状況である。受診勧奨をした受診者においてしばしば見受けられるのは、健診の結果がよくないといわれたから医者を受診して、もう一度検査をしたけれど、また1、2ヶ月後に来てくださいというだけだった。薬がだされなかったから、別に状態が悪い訳ではなかった、のような判断でそのまま放置されてしまうような事例である。食事や運動の指導については、そんなことを言われたなという程度で軽く、あるいは「またか、はいはい」という感じで苦々しく軽く流されてしまいがちである。受診の際に薬が処方されるかどうかは、一般の人に対しては、治療的な対応が必要な病状かどうかを分かりやすく伝えるが、生活習慣の改善の必要性や、次に受診する必要性が来月でよいというような月単位の通院間隔というのでは、その人にとってのリスクの

状態が今ひとつ、よく伝わっていないようである。それなりに充実した法的な体制や、40歳以上のすべての人に提供される特定健診の受診機会も、各組織で個別のリスクの多寡に応じた健康管理が行われていても無駄に終わってしまう。「治療＝くすり」という図式や、「病状の悪さ＝頻回な受診が必要」という図式を変えていくことや、人々がみな自身の健康の主体となるように「健康」な状態がどう成り立っているのかという根本のところでの医療者とのコミュニケーションの深まりが必要なのかもしれない。また一方では、相手に自覚症状がなく、また糖尿病自体が直接、「すぐ」に生命を脅かすような疾患でないため、医療者自身も、ほかに生命に危険のある人が前にいれば、検診結果によって受診した人の早期の健康課題を軽視しているのかもしれない。しかしながら自覚症状がない相手に過度でもなく過少でもなく、リスクを伝えるコミュニケーションはまだまだスキルの蓄積が十分ではないという点や、医学的に有意義な変化を認めても、それが自覚されにくいこともあり、医療者と患者の間で目標が共有しにくい点、がんやHIV、放射線暴露などの健康については、遺伝や感染、長期にわたる影響など、さらに複雑な問題を含むことも多い点があり、課題が多い。

2.5 「問題であるかどうか」と「問題がないかどうか」

医療職と非専門職のコミュニケーションにおいては、身体のことや疾患の特徴、治療やその後の見通し、知識や知識体系などの情報量の非対称性が問題になるが、転帰に関する期待の持ち方や期待の大きさにも違いがある。たとえば発達障害の例をあげる。子どもに独特のこだわりや、かかわりにくさがあるって親は育てにくいと感じている場合、あるいは、言葉の発達が遅れているような場合、それが発達障害かどうかを見極めて、早期に療育につなげたほうが予後がよいと考えられている。ただし、発達障害は行動特徴の観察によって診断がつくため、その特徴から診断をつけるためには、子どもの年齢や発達段階を考慮する必要がある。そのため診断する専門家にとっても障害の有無は曖昧で断定しにくい。このような場合には、あらためて別の機会に診断することとし、「様子を見ましょう」という判断がなされる。

このような場合の「様子をみましょう」という意味は、問題が疑われる徴候が

あるので、後日もう一度徴候を確実に把握した上で診断しましょうと言う意味で用いられやすい。つまり「問題がありそうだが、そうだと今ははっきりとは言えない」という判断である。これに対して、養育者や家族にとっての「様子を見る」は、今は問題の徴候があるとは言えないから、もう少し時間をおいてから再度、「問題がないことを確認する」という逆の意味で受け取られることがある。そのため、子どもに障害があることを否定されることを期待していた養育者は、そのような診断がつく可能性が分かっていたら、それまでに子どものために何か出来ることがあったのではないかと専門職や自身を責める場合がある。専門職の側がいくら慎重に伝えていたとしても、養育者や親が理解したかどうかとは別の問題になる。相手に問題意識がない場合も、リスクに関する情報を適切に伝え、問題を共有して首尾よくことを進めて行くことは実はかなり難しい。

どう感じるか、どう思うかのような主観的な情報と検査の兆候や行動の特性など客観的な情報、判断基準や理解など、今起こっていることや今後起こり得ることを相手が納得できるように「伝える力」、相手の反応を言語情報だけではなく、非言語的情報や多角的にみて、「今起こっていることを感じる力」「受け止める力」が形成されることが必要だと考える。この課題についても医療専門職だけではスキルを蓄積させていくことは難しい。リスクをめぐるコミュニケーションとも合わせて学横断的な取組みが解決に役立つと期待する。

2.6 予後の概念をめぐって

臨床現場における予後 (prognosis) とは、ある患者での当該疾患の臨床経過あるいは結果の予測と定義される。従来から、生存的な予後の改善が医学的には非常に重要な目標であり、生命の量的拡大が目指されてきた。

予後の評価は疾病の成因を探り、疾病の予防法や治療法の有効性を検証し、又は環境や生活習慣と健康とのかかわりを明らかにする集団を対象にした研究として、疫学研究が行なわれる (厚生労働省 2002)。治療的介入の効果としては、治療介入してから5年後に患者が生存しているかどうか5年生存率、10年後であれば10年生存率のように用いられている。この場合、観察されるのは、介入後の死亡転帰である。治療の効果は観察時点での生存か死亡かの二項対立

で評価されてきた。しかし最近は死亡転帰をハードな指標とすると、それだけでなく、疾患の進展、退院や副作用の発生のようなソフトな指標も用いて複合的に評価されるようになってきている。客観的な事象の把握解明に重きが置かれてきた医学研究において、退院の可否や再入院、副作用の発生のような判断や基準があいまいなものが予後研究の中に組み入れられるようになってきたことは、患者のいのちの質、まさにクオリティ・オブ・ライフ (quality of life) を考慮して評価されるようになってきたと言え、そのことは非常に興味深いし、また好ましいことであると考え⁸⁾。しかしながら、やはり医学的な研究における予後は、疾病の経過や推移、見通しの概念の範疇にとどまる。

私はかつて、小児の難治性てんかんである点頭てんかんを患う子どもとその母親の予後に関する研究をおこなった (Ito, Kumagai, Yamazaki et al. 2001: Kumagai, Ito, Yamazaki et al. 2001: 山崎・熊谷・伊藤ほか 2000)。その際の予後は「生活予後」という用語を用いて、「疾病の経過や見通しに加えて、発達や障害の経過、見通しから生活の経過、見通しまで含めて、20年以上の経過」を捉えようとした。またもう一つの視点として、生活予後は人生のある時点における生命と生活の状態を把握するのに対して、「ライフコース」の視点を取り入れた。これは人生の歩み方、発達の仕方といった継続的な過程や継起的な過程に着眼して、ある時点の状態や条件、環境がその後の生命と生活の変化や転帰や選択にどのような影響を及ぼしているかを分析しようとするものである。

1990年代ごろからは、治療の目標としてクオリティ・オブ・ライフ (quality of life) の充実も目指されるようになってきた⁹⁾。英語のライフ (life) は生存的予後も含むが、人生や生活のような意味も含まれ、日本語で「生活の質」というよりもより奥深い意味を言い得ている。難治性で、精神運動発達遅滞も伴う場合が多い点頭てんかん児の長期の予後は、就学前に療育訓練を行ったのか、幼稚園にいったのか、また小学校は養護学校 (当時) にいったのか、普通学校にいったのか選択や軌跡がとらえられた。また、その当時の子どもの社会生活の適応にとって有益だったのは、てんかん発作や病状の安定よりも、周囲の理解やサポートだったということも示した (山崎・熊谷・伊藤ほか 2000)。

このような生活のあらゆる局面を医学的な状況も考慮しつつ評価していくことは私が取り組んできた研究としての接近の特徴であると考え。医学的な研

究が治療の開発や改革であるとするれば、保健学、看護学的な接近は、それらの普及や効率的な適用、治療と社会生活とのバランスや適応など、より社会や生活に組み込まれた形で医療のあり方を改善、評価していく役割が求められると考える。

また20年余の軌跡やそのバリエーションは、時代が違うとは言え、今も、あるいはこれから難治性てんかんの子どもを育てる養育者の方々にとって、将来の生活の見通しを示すものとして有益であると信じている。時代ごとの病い経験や、病いや障害のある人に寄り添う家族の経験を記述していくことは大事だろう。医学の進歩は著しい。治らない、長くは生きられない致死疾患や早世といわれていたものが、治療できるようになっている。HIV/エイズ(岡 2009)や、小児がん・血友病(原田 2011: 三間屋 2005)、ダウン症(芳賀 2011)しかり。しかし実際どうなるかは不確定である。1980年代半ばにおこった薬害HIV事件では、感染当時、HIV感染は、「HIV感染=死」と直結していた。強烈なステイグマを伴い、治療できない疾患に感染した感染者の経験は壮絶であった。しかし、1990年半ば以降、抗HIV薬が開発され多剤併用療法が普及によって、予後は劇的に改善し、今は「HIV感染症=慢性疾患」と捉えられるようになっている。HIVによる死は免れたようにみえたが、HIV感染血友病患者は、今は、C型肝炎で苦しんでいる(井上・伊藤・山崎 2010: 山崎・瀬戸 2000)。蘭は、長期的な余命を展望しにくいHIV感染血友病患者のサバイバーの人生を「死を随伴する〈生〉」と呼んでいる(蘭 2012)。一世代の間で、疾病観が大きく変わるかもしれないという不確定さを伴って病いと共に生きる人々の人生や生活、その再構築を、数十年という長期的なスパンでとらえていくことは進歩する医学や治療の進歩に並走する看護やケアのあり方を考える上でとても大事である。また、そのような長い人生を支えるケアや看護の知見は、常に次の世代にとって古いものになるが、経験の世代を超えた継承と蓄積が病いをもちながら生きるための未来を志向した共生のあり方の一つかもしれない。

おわりに——「未来共生学」の発展にどのように寄与できるか

2025年になると、団塊の世代は後期高齢者に入っている。近未来は、高齢

社会の問題である。他職種との協働や新しい役割の模索など、柔軟性と専門性を備えた人材の養成が必要だと考える。またリスクをめぐるコミュニケーションは、この領域では非常に重要な課題になると考える。以上のことを踏まえて、本プロジェクトではRESPECTを通じた未来共生のモデルとして下記(a)が提示されている。

$$A+B \rightarrow A'+B' + \alpha \quad (a)$$

私は、 α を生み出すための具体策として、(a)の左辺にはAとBの交互作用項($A*B$)を配置したい(b)。すなわち、AとBの有効なコミュニケーションである。

$$A+B+(A*B) \rightarrow A'+B' + \alpha \quad (b)$$

AやBには、既存の主体、たとえば、医療者と患者、患者と患者、医師と看護師、看護師と社会福祉士が想定される。リスクや職能や経験が深くやりとりされることを通じて、AもBも受け止め方が変わり、 A' 、 B' となり、その効果や恩恵、あるいは変革の総和となる $\Sigma \alpha$ は社会にとって非常に大きな影響となり、健康——すべての人々にとっての生きる上での基盤——をより強固にしていくことが出来ると考える。

注

- 1 産褥期(妊娠や出産に関連した生殖器及び全身の変化が、妊娠前の状態に戻るまでの期間)にある出産後の女性のこと。
- 2 実務経験が5年以上ある者で6ヶ月600時間以上の研修と筆記試験の合格によって判定される。
- 3 厚生労働省の「安心と希望の医療確保ビジョン」(平成20年6月)においても、これからの看護師には、医師や他のコメディカル、他の職員等や患者・家族とのコミュニケーションを円滑にする役割等が求められるほか、在宅や医療機関におけるチーム医療の中で、自ら適切に判断することのできる看護師の養成の必要性が述べられている。(http://www.cpc-j.org/contents/c14/200906vision.pdf)
- 4 経済的にゆとりのある層では、症状が軽症な時点で受診されやすい。また症状が軽症な段階

での治療ができるため治療期間や治療にかかる費用も少なくすむ。これに対し、経済的に困窮している層では、受診抑制がされやすく、より症状が進んだ時点で受診されやすい。結果的に症状が悪化した段階での治療開始になってしまい、前者と比べると不利になりやすい。

- 5 がん検診は、健康増進法に基づいた健康増進事業として市町村が実施している。このような対策型の検診は自覚症状のない人をターゲットにして早期のがんを発見し治療することが目的である。子宮がん検診や大腸がん検診の有効性は実証されている。しかしながら、自覚症状がないからがん検診は受診しないと考える人は意外に少なくない。自覚症状があるなら、検診ではなく、即、医療機関に受診すべきである。
- 6 メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)は、内臓脂肪型肥満を共通の要因として高血糖、脂質異常、高血圧が引き起こされる状態をいう。特定健康診断では、受診者全員が腹囲によってスクリーニングされている。
- 7 ヘモグロビンA1cや空腹時血糖値、食後二時間血糖値などの血糖コントロール値ごとに設けられた基準によって、コントロールの状況が「優」、「良」、「可」、「不可」のように評価される。
- 8 判断や基準があいまいなアウトカム指標を用いることは、しかし一方で、恣意的な研究結果をもたらしかねないというリスクにも負うことに注意が必要である。
- 9 学生への講義や、実践ではあたりまえのように用いられているクオリティ・オブ・ライフであるが、園田(2010)によれば、1970年に初めて「医学の世界にQuality of life (QOL)の概念が登場」したとされている。1968年のローマ会議での「地球環境の破壊から物質主義・産業主義の文明にストップをかける必要がある」として『成長の限界』という論文が発表(園田2010:37)」されたことと、1967年に「シシリー・ソーンダースがターミナルの患者の病状緩和と精神的に支えることを目的としたホスピスを開」いたことが大きな流れであると日野原(日野原:1995:94)の発言を引きながら解説している。QOLがどのように捉えられるかは研究者によって定義が異なるが、合意が得られているのは身体的・精神的・社会的、実存的のような多次元性であるのと、客観的な状態に対する認知や満足感のような主観的のものに関わる点を考慮すべきであるという点である(園田 2010:41-47)。

参考文献

蘭由岐子

- 2012 「死を随伴する〈生〉を生きる」患者・家族調査研究委員会(委員長 伊藤美樹子)編『「生きなおす」ということ 患者・家族調査研究委員会報告書』pp.133-149、特定非営利活動法人ネットワーク医療と人権。

芳賀信彦

- 2011 「オーバービュー ダウン症の現在」*Journal of Clinical Rehabilitation* 20(6): 516-520。

原田正平

- 2011 「治療管理の進歩と小児慢性疾患の予後について」『小児内科』43(9): 1434-1437。

日野原重明

- 1995 「医学におけるQOL——医療システムの大変革の中で」『第25回「医学教育者のためのワークショップ」の記録』p.94。

細田公則・藤倉純二・林達也ほか

- 2013 「糖代謝」中尾一和編集主幹『最新内分泌代謝学』pp.488-572、診断と治療社。

International Council of Nurses

- 2012 「ICN 看護師の倫理綱領(Japanese - 2012)」
<http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/> (2014/02/01 アクセス)

Ito, Mikiko, Tamaki Kumagai, Yoshihiko Yamazaki, Kayoko Sekijima, et al.

- 2001 Long-term prognosis of patients with West Syndrome in Japan; medical aspects. *Brain & Development* 23: 692-694.

井上洋士・伊藤美樹子・山崎喜比古編

- 2010 『健康被害を生きる——薬害HIVサバイバーとその家族の20年』頸草書房。

厚生労働省・文部科学省

- 2002 「疫学研究に関する倫理指針」
<http://www.niph.go.jp/wadai/ekigakurinri/rinrishishin.htm>
(2014/2/26 アクセス)

Kumagai, Tamaki, Mikiko Ito, Yoshihiko Yamazaki, Kayoko Sekijima, et al.

- 2001 Long-term prognosis of patients with West Syndrome in Japan; social aspects. *Brain & Development* 23: 695-697.

三間屋純一

- 2005 「【小児難治性疾患のキャリアオーバーと成育医療 日常生活がより豊かになるために】 キャリーオーバーが問題となる主な疾患 血友病 当院での体制と課題」『小児看護』28(9): 1172-1176。

文部科学省

- 2013 「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告」
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/1302921.htm
(2014/02/01 アクセス)

永井利三郎監修

- 2010 「気づきから支援の始まり」『発達障害の子どもの理解と関わり方入門』pp.77-92、大阪大学出版会。

日本看護協会

- 2003 「看護者の倫理綱領」
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/index.html> - p.2.
(2014/02/01 アクセス)

岡慎一

- 2009 「【昨日の常識は今日の非常識】感染・感染症・免疫 昨日の常識 HIV感染症は進行性で予後不良の疾患 今日の常識 HIV感染症は治療でコントロールできる慢性疾患」『治療』91(12): 2820-2821。

大西香代子

- 2009 「看護倫理の理念」高崎絹子・山本則子編『看護ケアの倫理学』p.51、放送大学教育振興会。

園田恭一

- 2010 「生活の質(QOL)と疾病・健康」pp.35-49、『社会的健康論』東信堂。

Twaddle, Andrew C. and Richard M. Hessler

- 1987 *Illness and sickness, A Sociology of Health*, 2nd ed., Macmillan Publishing Company, pp. 88-123.

山崎喜比古・熊谷香代子・伊藤美樹子ほか

- 2000 「点頭てんかん 診断後診断後20年余にわたる子どもと家族の生活予後に関する調査研究」『点頭てんかん治療と生活予後』、pp.14-115、(社)日本てんかん協会東京都支部。

柳川洋

- 2009 『疫学ノート』日本公衆衛生協会。

吉井清子

- 2010 「健康の社会的決定要因7 がんと社会経済的地位」『日本公衆衛生雑誌』57(10): 936-940。

山崎喜比古・瀬戸信一郎編

- 2000 『HIV感染被害者の生存・生活・人生—当事者参加型リサーチから』有信堂高文社。