

大分看護科学研究

Journal of Oita Nursing and Health Sciences

Vol. 2 No. 2

June 2001

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 1345-6644

「大分看護科学研究」編集委員会

- 編集顧問: 小泉明 (日本医師会)
近藤潤子 (天使大学)
樋口康子 (日赤看護大学)
見藤隆子 (長野県看護大学)
- 編集委員: 江崎一子 (別府大学)
太田勝正(長野県看護大学)
柏崎 浩 (国立健康栄養研究所)
- 委員長 草間朋子 (大分県立看護科学大学)
幹事 稲垣 敦 (大分県立看護科学大学)
- 英文校閲: Gerald Thomas Shirley (大分県立看護科学大学)
- 事務局: 山口真由美 (大分県立看護科学大学)

編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文:	2名
	総説:	1名
	資料・報告:	2名
	短報:	1名
	トピックス:	1名

大分看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を發表し、交流を図ることを目的とする。

2. 投稿資格

特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。他の雑誌等に投稿していないことを確認するために、所定の用紙に署名する。

5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

6. 投稿原稿の査読

原則として、短報・トピックスは1ヶ月、その他の投稿原稿は2ヶ月以内に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものとして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。また著作権は、大分看護科学研究編集委員会に所属する。

7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに再投稿すること。返送の日より6ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。なお、返送から6ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWW ページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物におけるbiomedical研究(実験的治療を含む)は、ヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に従い、関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文中に記載すること。
- 2) 調査研究などについては、調査・研究上の倫理的原則に則った発表であることを明示すること。
- 3) 資料の目的外使用については、調査などの責任者の許可を得たことを記載すること。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要領

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 原稿送付先

〒870-1201 大分郡野津原町廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学内

大分看護科学研究編集事務局

TEL 097-586-4472 (ダイヤルイン)

FAX 097-586-4393

E-mail journal@oita-nhs.ac.jp

表1

カテゴリー	内容	制限字数
1 原著 (original article)	独創的な研究論文及び科学的な観察	5,000~10,000
2 総説 (review article)	研究・調査論文の総括及び解説	5,000~10,000
3 短報 (short communication) /short note)	独創的な研究の短報または手法の改良 提起に関する論文	~3,000
4 資料・報告 (technical report)	看護・保健に関する有用な資料・調査報告	5,000~10,000
5 トピックス (topics)	海外事情、関連学術集会の報告など	~5,000
6 読者の声 (letter to editor)	読者からの掲載論文等にたいする意見など	~2,000

大分看護科学研究

Journal of Oita Nursing and Health Sciences

Vol. 2, No. 2 (2001年6月)

目次

総説

- 健康長寿と健康老死に向けての基本的考え方：長寿健康科学の視点 19
星 猛
- Health promotion for the chronic patients 25
Eun-Ok Lee
- Integrated Health Care for Older People in Denmark -Evaluation of The Skaevinge Project "Ten years on" 32
Lis Wagner

トピックス

- 大分県立看護科学大学 平成 12 年度公開講座
- くらしの中の健康リスクとその周辺 予防と対策 40
高橋 久夫
- 医療事故は防げるか？ 41
平野 互
- 中高年のこころの危機 44
齋藤 高雅
- あなたとわたしの更年期 47
宮崎 文子
- 環境とアレルギー 50
市瀬 孝道
- 今どきの子育て 53
森 まさ子

トピックス

高齢者の QOL を高めるための数値目標設定の実際

- スウェーデンのダンデリード老人病院を見学して - 57

藤内 美保、佐藤 和子、岡野 初枝

韓国との国際交流の一例 - ソウル大学校看護大学との学生交流 - 61

桜井 礼子、Gerald Thomas Shirley

健康長寿と健康老死に向けての基本的考え方：長寿健康科学の視点

Basic Thought toward Healthy Aging and Healthy Dying: Viewpoints of Longevity Health Science

星 猛 Takeshi Hoshi, PhD

しずおか健康長寿財団 Shizuoka Foundation for Health and Longevity

2000年11月6日投稿, 2000年12月1日受理

要旨

超長寿社会に向けて進みつつある日本において、目下緊要な問題は国民の健康老化の推進と“病によらざる自然死(健康老死)”に向けた生き方、養生文化の普及である。日本人の食生活、習慣には健康長寿の観点からは極めて利点が多いが、老人栄養学の立場からは検討を要する問題が多々ある。健康長寿には食のほか、身体を動かし、談笑することが重要であるが、更に重要なことは“豊かな生きがい”を持つことである。特により高次の脳の活動が関与した生きがいを持つことと、何らかの社会参加が望まれる。それには個人的努力が基本的に重要であるが、医療、看護、介護、社会福祉、行政の総てが共通の理念のもとで協力して当たる必要がある。今まで誰も経験したことのない超長寿社会に向けては新たな社会文化の創造が必要である。

Abstract

Japan is now proceeding toward a super-longevity society, as shown by the longest average life span at birth and the rapid increase of population of centenarians. Urgent problems in this country is to promote healthy aging and to compress the occurrence of disable and bed-bound elderly and dementia. Although Japanese food and dietary custom have various merits for healthy aging, some aspects should be improved in order for further improvement of health conditions of the late elderly. The body movements, particularly walking and speaking with others are essentially important for healthy aging. Furthermore, spiritual aspects, such as strong will of long-living and having wide interests which give feelings of worth to live are of great importance. It also seems of great importance to create a new culture among general population which is related to philosophy of how to live, how to die and how to play a role in the society even at a high age.

キーワード

健康長寿、健康老死、長寿健康科学、基本的考え、後期高齢者、食と健康、精神的要素、豊かな生きがい

Keywords

healthy aging, healthy dying, longevity health science, late elderly diet and health, mental element, spirituality for longevity

1. 日本の高齢化、長寿化の近年の傾向と健康科学上の課題

今日社会の高齢化と長寿化は世界的に起こっている現象で、かつて人類が経験したことのない事態であるため、多くの国々でそれに対する対応策に腐心している。国連はそのような世界的な長寿化傾向に鑑がみ、その傾向を global longevity とよび、1999年を International year of old persons と宣言して、高齢者の健康、福祉、医療、人権、労働等の諸問題を世界的に連繋して考えるよう提言している(United Nation General Assembly, 1997)。

そのような世界的傾向の中でも日本の高齢化、長寿化は特に顕著であり、世界の注目を集めている。現在日本人の平均寿命は男女とも世界最長で、長寿化率

も間もなく25%に達し、40-50年後には33%を超えると予測されている。それに伴い医療、看護、介護を受ける割り合いの高い後期高齢者の人口が増えてくるため、特に後期高齢者の健康問題がこれからは重要な問題になってくると予測されている。

長寿化の良い指標の一つは100歳老人人口の増加である。これは現在もすざましい勢いで指数関数に近い勢いで増加を続けている。世界的にも増加し始めたのは1960年頃であるが、当時にくらべると、日本では1997年には100倍に達し、2000年には200倍、2010年には1000倍になる見込みである。この増加傾向にはまだ変曲点がみられず、この先何処まで伸びるか想像がつかない現状である。先進諸国では何れも日本と同様の傾向を示しているが、北欧4カ国(デンマーク、

スウェーデン、フィンランド、ノールウェイ)における100歳老人人口の増加は、いずれの国でも1960年頃から同じように急に増えはじめ、同じような経過で現在も増え続けている(Jeune and Kannisto, 1997)。しかし10年間の増加率を見ると、日本と西欧とでは大きな差がみられる。西欧諸国ではその倍率は数十年間大体2倍とほぼ一定している(Jeune and Kannisto, 1997)のに対し、日本ではここ数10年の間、2倍、3倍、4倍とその倍率自体も10年毎に高くなって来ている(図1)。この10年間増加率の上昇にも現在のところ頭打ちの傾向が見られず、将来の予測が困難な状況にある。この傾向からして日本はやがて世界一の長寿大国になることはほぼ間違いないと思われる。

100歳老人がこのように増えることは、その背後にいる90歳、さらに80歳の後期高齢者の人口も増えていることを意味する。後期高齢期では虚弱老人、寝たきり老人など要介護老人の割合が増えて来るため、健康科学及び健康政策の上からは、如何にこの比率を下げ、老害社会にならない様、老人が増えても社会が暗くならず、活力も失われない為の努力をし、高齢者の残存能力が社会に貢献できるようにして行く必要がある。

最近WHOがDALE(Disability Adjusted Life Expectancy、障害なし健康寿命 - 仮訳)を発表したが、それによるとこれも日本が世界一にランクされており、74.5歳で、アメリカより5歳長いことを示している(WHO Report, June 2000)。その点からは日本は世界一の健康長寿国と言えるが、しかしまだ平均寿命よりは5-6歳短く、これを如何により縮めるかが健康政策および健康科学の当面の課題であるといえる。そのためには前期のみならず後期高齢期を如何に健康に過ごすことが出来るか、健康老化(healthy aging)のあり方を追究するとともに、その究極の姿である健康老死(healthy dying)を指向した生き方を明確にし、その基礎となる健康科学(長寿健康科学 health science for longevity)を確立していくことが緊要であると思われる。

2. 日本における健康長寿の要因

健康長寿には多くの因子が関与するホリスティックな性格のものであるが大別して社会経済的条件と、国民の遺伝的体質および伝統的生活様式とが深く関与している。社会経済的条件としては、国民の年間所得、社会のインフラの整備、教育、医療保険や年金の制度、その他社会の諸々の制度などが挙げられるが、日

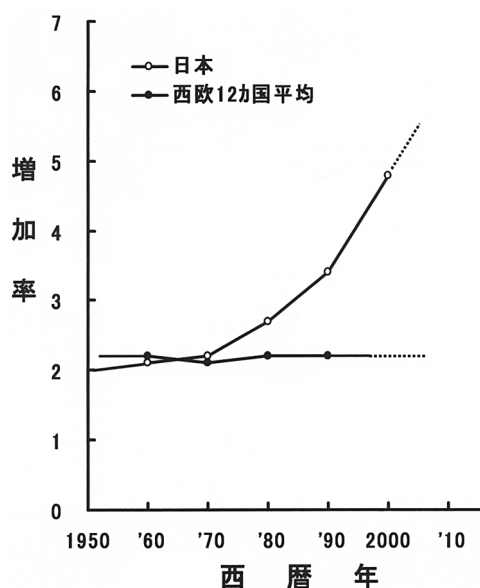


図1 100歳老人人口の10年毎の増加率・日本と西欧12カ国(平均)との比較(Jeune and Kannisto, 1997及び厚生省2000より)

本のこれらの条件は世界的にみて比較的恵まれた状況にあることは疑いない。しかしWHOはDALE世界一の理由として第一に挙げているのは、日本人の伝統的な食習慣、食生活である。

日本人の食生活が基本的に健康長寿に極めて優れていることはいろいろな疾病統計の国際比較で示されている。日本食の特徴は低脂肪、低カロリーで、海藻や根菜など多種多様な食材を用いていることは、健康維持、とくに三大成人病の虚血性心疾患、脳卒中、癌の発生を抑えるのに有効であることは疑いないことである。国民の一人当りの平均一日当たりのカロリー摂取量は、その国民の年間所得ときれいな関係にあることが食料消費統計から明らかになっている。年間所得が上がると、カロリー摂取量も上昇し、先進工業国では3000~3500kcalを、中開発国では2500kcal、低開発国は2000kcalとなっている。ところが日本だけは例外的にその関係曲線から外れており、1977年以来日本では年間所得が急速に上昇しても、依然として中開発国なみのカロリー摂取レベルを維持しており、今や世界トップの高い所得になっていても依然として中開発国レベルのカロリー摂取レベルを維持している。西欧諸国では所得が上昇すると共に動物性脂肪の摂取量が増えていくが、日本ではその傾向が少ないことによる。

心筋梗塞による死亡率は脂肪の摂取と強い関係を示す。日本では欧米の1/7-1/8の低さになっている。オ

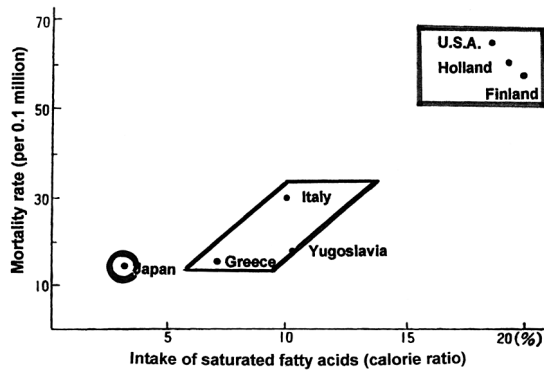


図2 心筋梗塞死亡率の国際比較・死亡率と飽和脂肪酸摂取量との関係(Keys et al., 1967)

リーブ油を多用し、比較的によく野菜や果物をとる地中海食の食習慣をもつ諸国も一般に低い、それでも日本よりは高い死亡率を示している(図2)。癌については大腸癌、乳癌、前立腺癌は従来から西欧型癌と言われており、西欧諸国ではそれらによる死亡率が高いが、これらの癌も脂肪摂取と関連性が高く、我が国では著しく低いことが示されている。癌の予防には低脂肪食の他、日本食に多いイソフラボン、リグナン、その他の食品中の抗酸化作用と細胞保護作用を持つ非栄養素機能性成分や、緑茶に含まれるカテキン類も重要である。日本人は大豆製品を多くとるが、大豆の中にはダイゼイン、ゲニステインなどのイソフラボノイドが多く含まれており、実際に日本人と北欧人の尿中のこれら化合物の排泄量を測定すると、非常に大きな差があることが示されている(Herman, Alderkreutz et al. 1995)。伝統的食習慣は食の国際化の影響で変わりやすく、それに伴い疾病構造も変化する。地中海地方の伝統的な食習慣も最近急速に変化しつつあり、ギリシャにおける虚血性心疾患の死亡率もイギリスのそれに近付き、一方イギリスでは食生活改善キャンペーンによりその死亡率も低下して来ており、今日では殆ど差がなくなって来ていることが報告されているが(Trichopoulou et al., 1998)、日本ではその影響が比較的少ないのも特徴的といえる。脳卒中は近年まで日本では比較的多く、1970年代までは三大成人病のトップであったが、それによる死亡率は近年急速に減少しつつあり、三大成人病の中では最低になってきている。特に脳内出血(いわゆる脳いっ血)は激減して来ているが、高齢者の増加に伴い脳硬塞は依然としてその発症は問題であり、今後さらにその予防対策については研究が必要である。

高齢者の寝たきりの原因として他に重要なのは骨

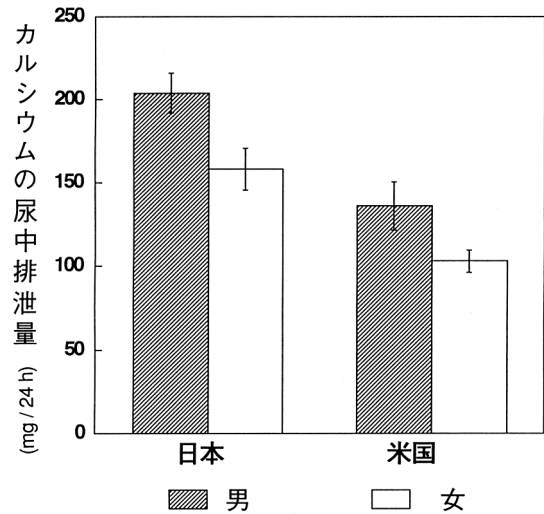


図3 カルシウム尿中排泄の日米比較 (INTERSALT Study, 1989のデータより作図)

粗鬆症とそれに基づく骨折である。これについて重要なことは、高カルシウム摂取民族(西欧諸国)に高齢者の骨折が多く、低カルシウム摂取民族(アジア諸国)ではむしろ少ないことである。ミルクおよび乳製品にはカルシウムが多いが、実際のカルシウムの吸収・排泄量(代謝量)はIntersalt Studyの結果によると日米比較では日本人の方が大であることが示されている(Intersalt Cooperative Group, 1989、図3)。カルシウムの吸収には食事の形態(脂肪の多寡)が強く影響する(脂肪酸は腸内で不溶性のカルシウム塩を作り、吸収を阻害する)。実際にこのことはヒトで試験食を用いた実験で示されている(Kelly et al., 1984)。骨カルシウム密度維持には宇宙医学・生理学研究により重力刺激が極めて重要であることが示されているほか、イソフラボノイドのような植物エストロゲン、納豆に含まれるビタミンK₂、さらにビタミンD輸送体遺伝子発現の民族差など遺伝的な問題も総合的に考える必要があることが知られてきている。

3. 健康長寿のその他の諸条件

前述のように、健康長寿はホリスティックなものであり、食と健康の問題の他に、いろいろな問題が関与する。前述のように、食は中でも極めて重要であるが、健康長寿を支える条件として、食に劣らず重要なことは、体を動かすことと、話す(談笑する)ことである。後期高齢期では一般に食が細くなる傾向にあり、筋肉量も減り、足腰が弱くなる。食事量の低下は胃のコンプライアンスの低下、脳内の食欲機構の衰え

などが関与するが、運動量の低下もそれを助長する。運動能力を保つには特に足、腰を丈夫に保つことが重要であるが、それには大腿の伸展筋、背骨と脚の骨を結ぶ大腰筋を鍛える必要がある。これらの筋肉が衰えると、しばしば腰痛の原因になるほか、摺り足歩きになり、転倒しやすくなる。会話、談笑は脳の神経系の衰えを防ぐ上に基本的に重要で、痴呆の予防には特にこのことが重要である。今日食品や薬で痴呆を防ぐ有効なものがなく、従って脳の不活動性退化、退行性変性を出来るだけ活動によって防ぐ他方法がない。老年期痴呆はAlzheimer病でもその他の脳血管性のもでも特に海馬、amygdalaの辺縁系の萎縮が著明である(松沢、1987)。その部は情緒、感情、本能に深く関係しているので、それらを刺激することが重要である。

4. 豊かな生きがいの重要性

高齢者の医療、看護について重要なことは精神的な問題、心(spirituality)の問題である。要約すると、生きる意欲と生きる喜び、生きがいの問題である。生きがいが有る無しでは、老後の生活の質の予後が決まると言われている。しかも「豊かな生きがい」を持っている人程予後は良いと言える。長寿健康科学の目標とするところは、国民の多くが寿命を全うする直前まで「質の高い、心豊かで、幸せな生涯を送れるための正しい知識の形成」にあるが、それを支えるのは肉体的な健康(長寿)と豊かな生きがいである。この二つの要素は互いに支えあっているものでもある(図4)。

若いうちは、将来に対する希望、仕事、育ち行く子供など、大きな生きがいがある。しかし高齢期になると、それらがだんだん小さくなり、または失われていく。従って高齢者にいかに生きがいを持たせるかは、大きな問題である。よく医師から「もうあなたは悪いところがなくなったので、家に帰って暮らさない」

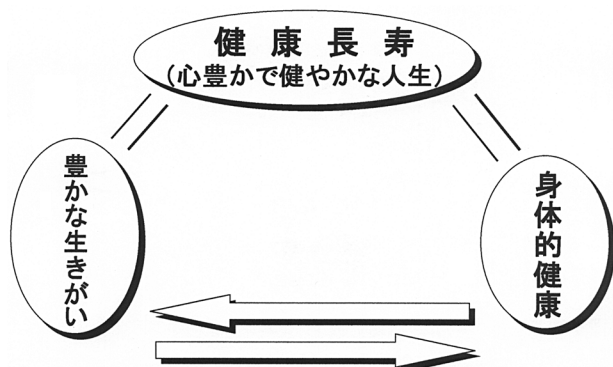


図4 健康長寿、心豊かで健やかな人生を保つ二つの柱

と言うと、「私は家に帰って何したら良いのでしょうか」と言う老人が多いということを知る。老人には希望もなく、鬱状態になり、自殺者も多い。老いても如何に生きがいを持ち続けるかは、個人差の大きな問題ではあるが、健康対策の上では無視することができない問題である。特に後期高齢者の看護の現場では重要な問題であると考えられる。看護と介護の違いは、何処にあるかと言えば、肉体と精神の(心)ケアを通して人間性を蘇らせ、生きる力を与えるのが看護であり、そこに今まであまり強調されなかった新たな使命があると思う。

生きがいという用言は、哲学辞典にはなく、外国語にも相当する言葉がないが、日本では無視できない重要な概念である。日本語の辞書によると、「生きていて良いと思うこと、生きる張り合い」と説明されているが、これを脳生理学の知識も応用して分析してみると、大きく三つに分類することができる。一つは生活基本機能に関係するもので、食べる、飲む、寝る、起きて景色を見るなどの機能から生ずるものである。これらの機能は脳の下部分(脳幹部)が主に関係しているので、脳幹性生きがいとも言われる。第二は情緒、感情に関係するもので、子供、孫、友人、趣味、旅行、スポーツなどが含まれる。これらは脳の中部の辺縁系が深く関与するので、辺縁系性生きがいとも言われる。第三の生きがいは知的要素の入ったもので、より高次の精神活動が関与するもの、すなわち仕事、社会的活動または奉仕、宗教活動、芸術、調査、研究などである(図5)。いずれも脳の前頭葉が関与するので、前頭葉性生きがいということが出来る。豊かな生きがいはこの系列の生きがいを出来るだけ多くを持つことである。より脳の下部の関与するものは誰でも持っているが、上に行くに従い学習や経験が必要にな

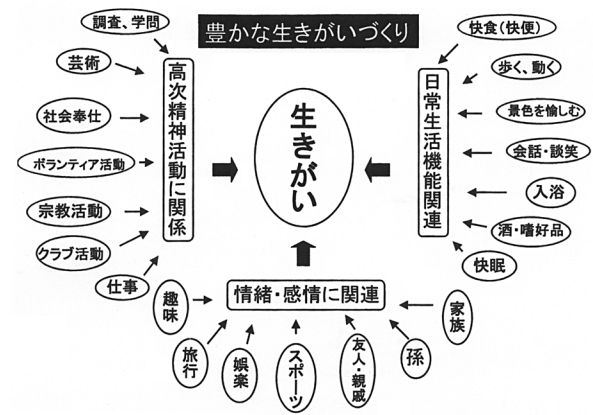


図5 生きがいの構造と分類

る。従って誰でも前頭葉性生きがいで持つことは無理ではあるが、情緒、感情を豊かにすることは誰にでもできることである。アメリカでも看護系の学者が中心になり健康老化に関する著書を刊行しているが、その中でもこれらのこと、あるいは心の問題 (spirituality) が強調されている (Ebersole and Hess, 1998)。

5. 健康老死への指向

老後を如何に健康に、心豊かに過ごしても、人間は寿命が来ればやがて死ぬのは避けられない。問題はその死に方であるが、一般には自然に老衰で死ぬのが自然と考えられている。しかし十分に「豊かな生きがい」をもち、体と頭を使って生きた人の死に方を見ると、死ぬ直前まで元気で、人間としての尊厳を保ち、人の世話になるどころか、社会に貢献して忽然と死んでいる人も多い。そのような人達の死に方は、あたかも夏の盛りに元気よく鳴いていた蝉が、秋口になると、ポロポロと木から落ちて死んで行くような死に方である。蝉はその時病気で死ぬのではなく、命の火が消えて死んでいくのである。そのような死に方を「病によらざる自然死」と言うことができ (Friess, 1980) また死の直前まで健康を維持しつつ老いて死ぬ理想的な死に方と言う意味で「健康老死」ヘルシーダイイングと言うことができる (星, 1999)。

人間の生物学的寿命は100歳と考えられ、これは遺伝子によってプログラムされていると見ることが出来る。人は生まれて次第に生体形成と生理機能の発達が進み、その機能の統合によって、独立体として生きる力を獲得していく。その統合された生命力は時間、年齢とともに変化し、全体として放物線の経過をとる。

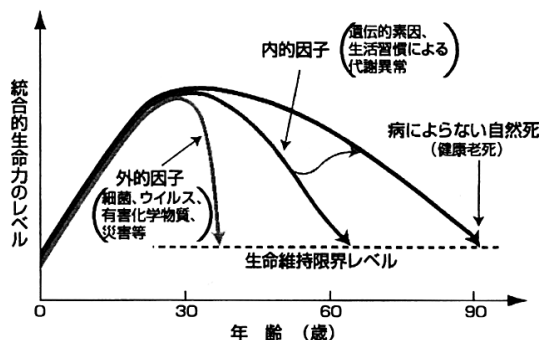


図6 動的統合生命力曲線とそれに影響する因子 (動的統合生命力曲線は Yates(1993)の Homeodynamic vitality curveを参照)

これを動的統合生命力曲線 (homeodynamic vitality curve, Yates, 1993) と呼ぶ (図6)。その時相は大別して発達期、成熟期、老衰期に分けられるが、特筆すべきことはどの時相をとって見ても、生体機能のホメオスタシスが厳然と保たれていることである。しかし生理機能の調節の幅、復元力は老化とともに次第に小さくなり、やがてホメオスタシスを保つ限界に達し、そこで機能統合の破綻が起こる。それが病によらざる自然死である。百歳老人の血液成分を見ても、電解質組成は驚く程正常人のそれに近い (広川, 1999)。このことは内部環境のホメオスタシス調節がかなり高齢になっても維持されていることを示している。

しかし老衰期では生理機能の予備力、復元力も落ちて来るため、僅かな体内の代謝、自律神経のバランスの変化で統合が崩れて死に至る。人間の場合では、それが起こるのは遺伝子でプログラムされている人の生物学的寿命 $100 \text{歳} \pm 15 \text{歳}$ 、つまり85歳から115歳の間であるといえる。しかし生涯を健康で、そのような病に囚らざる自然死で死ぬ人はむしろ稀であり、多くの人は何らかの原因で本来の寿命よりは若くして死んでいる。動的統合生命力曲線に影響する因子としては大別して外的因子と内的因子とに分けられるが、発達期では生体の防衛力、適応力が未発達であるため外的因子 (細菌、ウイルス、毒素、有害化学物質) などで命を失う場合が多い。またこの時期の疾病も急性疾患が多い。成人期を過ぎ、老衰期になると内的因子による疾病、すなわち遺伝的疾患素因によるものや、不適切な生活習慣による成人病が多くなる。それらの多くは慢性的経過をとり、年齢とともにそのリスクも増大していく。今日、癌、心臓疾患、脳卒中も適切な治療、リハビリテーションにより回復し、その後リスク因子を排除した生活をするにより、後は理想的な生命力曲線に戻り、健康に天寿を全うする人が増えてきている。それを跳ね返り健康老死と言うことができるが、いまや癌も60%が治る時代であり、心筋梗塞や軽度の脳卒中もかなりの程度治癒する時代になってきているので、これからの高齢者看護のかなりの部分はこの跳ね返り健康老死に向けた方向に努力が向けられるようになるのではないと思われる。

6. 健康老死と老衰死との差異

健康老死の場合は死の直前まで自立活動をしており、独立の尊厳性を保ち、他力依存性がほとんどなく、静かに眠るように死んでいく行く。一方老衰死の場合は次第に体力、気力が衰え、静かにして他人の助

けを受けながら生き長らえ、自立性の失われた状態で、次第にすべての機能が衰弱して死んで行く。この場合は大部分ねたきり状態、他力依存の生存期間が長い。その状態ではもはや独立の尊厳は保たれているとは言いがたい。この両者の違いは明らかに最後まで生きる元気 Vigor を失っているかいないかであり、それを支える生きがいを持っているかいないかである。高齢期では塩欠乏性脱水になっている人や、食が細くなり元気を無くしている人が多い。最近のアメリカの国民健康栄養調査 (NHANES) データのメタアナリシスでもカロリー、食塩とも多い人の方が長命であるという結果がでてくる (Alderman, Cohen et al., 1998)。塩欠乏性脱水で元気をなくしている人に鬱状態になる人が多いとも言われている。元気も総合的なものであるが、高齢者の看護においては配慮すべき重要な問題であると思われる。

7. 結語

世界の高齢化、長寿化の中でも日本は特に急速にそれらが進行中で、間もなく日本は世界に冠たる長寿国になる見通しである。そのことは喜ばしいことであるが、同時に虚弱老人、寝たきり、痴呆老人を多く抱えることになる。そのような状況の中で高齢者の健康老化とその究極の姿である健康老死を達成するための健康科学の振興の必要性、およびその視点について述べた。とくに後期高齢者の栄養面、精神面、日常の心身の活動性について配慮すべき問題について解説を試みた。今後看護の分野でもこれらの問題について議論が深まり、研究も盛んになることを期待したい。

参考文献

Alderman, M.H., Cohen, H., Madhavan, S. (1998). Dietary sodium and mortality: The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES-1). *Lancet*, 351:781-785.

Ebersole, P. and Hess, P. (1998). *Toward Healthy Aging*, 5th ed. Mosby, Sy. Louis.

Herman, C. Aldercreutz, T. et al. (1995). Soybean phytoestrogen intake and cancer risk. *J. Nutr.* 125: 757S-770S.

広川勝晃(1999). 免疫系の加齢変化. 新老年学 2nd ed. (折茂肇編), 東京:東大出版会, 159-171.

星 猛 (1999). 健康老化および健康老死達成の基本的考え方. *ILSI*, 61:12-17.

INTERSALT Cooperative Research Group(1989). The Intersalt study. *J. Human Hypertens, Special issue*, vol.3, No.5.

Jeune, B., Kannisto, V. (1997). Emergence of centenarians and super-centenarians. In: *Longevity: To the Limits and Beyond*, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 77-89.

Kelly, S. E. et al. (1984). Effect of meal composition on calcium absorption; Enhancing effect of carbohydrate polymer. *Gastroenterol.* 87:596-600.

松沢大樹(1996). 痴呆症状コンピューター断層装置 (PET, MR, CT) による画像解析. 第一回静岡健康長寿学術フォーラム講演集, 静岡県, 53-58.

Trichopoulou, A., Lagiou, P, and Papas, A. M. (1998). Mediterranean diet: Are antioxidants central to its benefits? In: *Antioxidant Status, Diet, Nutrition and Health*, Papas A. N. ed. CRC Press. Boca Raton/London/New York, 107-117.

山本吉蔵, 萩野浩 (1990). 骨粗鬆症と四肢の骨折. *医学のあゆみ*, 152, 321-324.

Yates, F. E. (1993). Self-organizing system. In: *The Logic of Life*. Boyd, C. A. R. and Noble, D. eds., Oxford University Press, Oxford/New York/Tokyo, 189-218.

著者連絡先

〒 420-0856
静岡県静岡市駿府町 1-70
静岡県福祉会館内
しずおか健康長寿財団
星 猛
wbs.19856@mail.wbs.ne.jp

Health promotion for the chronic patients

Eun-Ok Lee, RN, DNS

Seoul National University College of Nursing

Received 24 November 2000; Accepted 10 April 2001

It is a great pleasure for me to present a paper in the Annual International Nursing Forum supported by Oita University of Nursing and Health Sciences.

DEFINITION OF HEALTH PROMOTION, HEALTH BEHAVIOR, AND HEALTH EDUCATION

O'Donnell(1989) defined health promotion as "the science and art of helping people change their lifestyle to move toward a state of optimal health. Lifestyle change can be facilitated by a combination of efforts to enhance awareness, change behavior, and create environment that support good health practice." Ottawa Charter for Health Promotion defines health promotion as "the process of enabling people to increase control over, helping people to cope with their circumstances, and creating environments conducive to health, in which people become more able to take care of themselves." (Epp, 1986). Recently Green and Kreuter (1991) defined the health promotion as "any combination of health education and related organizational, economic, and environmental supports for behavior change of individuals, groups, or communities conducive to health."

Health education covers the continuum from disease prevention and promotion of optimal health to the detection of illness to treatment, rehabilitation, and long-term care.

Health behavior is the central concern of health promotion and one of the most important factors of disease, since over 50% of chronic diseases are potentially preventable. Avoiding tobacco, alcohol, and drugs; stopping smoke; conducting exercise or controlling body weight; self-management of and cope with their illness are all health behaviors aimed at health promotion in a variety of settings including schools, worksites, clinical sites, and communities.

HEALTH BEHAVIORS COMMONLY FOCUSED FOR HEALTH PROMOTION:

1. AVOIDING OR STOPPING TOBACCO, ALCOHOL, AND DRUGS

2. SELF-MANAGEMENT OF ILLNESS

3. CONDUCTING EXERCISE AND CONTROLLING BODY WEIGHT

Among the previous 3 categories of health behavior, self-management of illness and conducting exercise will be explored further for the explanation of the behaviors of the elderly.

Complementary alternative therapies that are most frequently reported by patients with musculoskeletal disorders are acupuncture, homeopathy, osteopathy, and herbal medicine (Chandola et al., 1999). In a study of health behavior with the sample of 63 American people having rheumatoid arthritis, none of the respondents reported using complementary alternative medicine (CAMs) as their only treatment (Diana, et al, in submission). However, few respondents (22%) reported their RA had been treated only with medications. However, the vast majority of respondents (78%) reported their RA had been treated with both medications and CAMs. Since using CAMs has been delaying the diagnosis and optimal treatment of RA (Cho et al., 1998), combination of the CAMs and medication seems to be appropriate approaches.

FIVE FACTORS AFFECTING HEALTH BEHAVIOR:

1. INTRAPERSONAL FACTORS OR INDIVIDUALIZED NURSING
2. INTERPERSONAL FACTORS
3. INSTITUTIONAL OR ORGANIZATIONAL FACTORS
4. COMMUNITY FACTORS OR NURSING SYSTEM
5. PUBLIC POLICY FACTORS

Major causes of death in North East Asia are stroke, heart disease, cancer, and injuries in which behavioral factors are involved, such as tobacco use, diet, activity patterns, alcohol consumption, and avoidable injuries. The resurgence of infectious diseases including food-borne illness and tuber-

culosis and the emergence of new infectious diseases such as antibiotic-resistant infections, HIV and AIDS are also largely affected by human behaviors (Lederberg, Shope, and Oakes, 1992; Glanz and Yang, 1996; Glanz, Lewis, & Rimer, 1997).

Behavior is viewed as being affected by, and affecting, multiple levels of influence. Five levels of influence for health-related behaviors and conditions have been identified: (1) intrapersonal or individual factor; (2) interpersonal factors; (3) institutional or organizational factors; (4) community factors; and (5) public policy factors (McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988). Most of the models of health behaviors are explaining the personal and interpersonal health behaviors

DEVELOPMENT OF THEORIES EXPLAINING HEALTH BEHAVIORS:

1. HEALTH BELIEF MODEL (Hockbaum, 1958; Rosentock, 1966)
2. SOCIAL COGNITIVE THEORY |-----OPERANT CONDITIONING BRANCH
|-----COGNITIVE BRANCH
3. THEORY OF REASONED ACTION & THEORY OF PLANNED BEHAVIOR (Fishbein & Ajzen, 1975)
4. TRANSTHEORETICAL THEORY (Prochaska et al, 1993)
5. HEALTH PROMOTION MODEL (Pender, 1987, 1996)

In the last fifty years, considerable progress has been made in understanding the determinants of individuals' health-related behaviors and ways to stimulate positive behavior changes.

HEALTH BELIEF MODEL(HBM)

During 1950s, researchers began to learn about how individuals make decisions concerning health and what determines health behavior. Rosenstock and Hockbaum began their pioneering work to understand why individuals participated in screening programs for tuberculosis.

Focus: Preventive health behavior of individuals, compliance later

Basic premises: Rational belief model (Leventhal, 1987)

Outcome expectation through logical thought process

Three factors led to development of HBM:

1) Influence of Kurt Lewin (social psychologist, behavioral theorist)

Life sapce composed of regions: positive, negative, neutral values -->person's behavior

Disease --> negative region

Action to avoid disease --> positive region

Value placed by an individual --> particular outcome

Individual's estimate of likelihood that a given action will result in that outcome.

2) Original investigators' phenomenological orientation Hochbaum, Kegeles, Leventhal, Rosenstock

Subjective world of the perceiver determines behavior

3) Philosophical commitment to building theories based on scientific knowledge

Concepts: Susceptibility <-- demographic, sociopsychologic, structural variables,

Severity: Judged by the degree of emotional arousal created by the thought of the disease

Benefit(outcome expectation) <-- particular action

Barrier: cost, inconvenience, pain, embarrassment

Cue to action: internal ---perception of bodily state
external-such as poster

Intensity of cue is related to the perceived susceptibility or seriousness.

Health motivation--value of reduction of perceived threat

Empirical studies:

Comprehensive review of 46 studies (Janz & Becker 1984)

24--preventive behavior (immunization, physical check-up)

19--sick role behavior(diet for diabetes, hypertension, uremia, hospital visit, compliance)

18--prospective study

28--retrospective study

Ratio of significance:

Perceived barrier--89%,

Perceived susceptibility--81%

Perceived benefit--65%

Review of 33 Korean studies (Ku & Lee, 1990)

All-retrospective studies

Ratio of significance:

Perceived benefit--65%

Perceived barrier--50%

Perceived susceptibility--30.3%

Conclusion: Various study results especially in prediction of patient's behavior

Limitation: choosing diet not for health, but for weight loss

Health is not always highly valued

Motivation is combination of susceptibility and severity not address the issues of coping skill

focus on rational, intentional behavior, not focus on spontaneous activity

However, Rosenstock & Strecher (1988) recognized the limitation of this theory and recommended the support of other concept such as self-efficacy.

SOCIAL COGNITIVE THEORIES

Gradual development of models to explain and modify behavior from learning theories derived from two major sources: Stimulus Response theory; cognitive theory. In the Skinner's SR theory or SOR theory, concepts such as reasoning or thinking are not required to explain behavior. Cognitive theorists emphasize the role of subjective expectation. Behavior is a function of the subjective value of an outcome and of the subjective probability (Value expectancy theories).

Social cognitive theory including theory of self-efficacy, social support, health locus of control, addresses both the psychosocial dynamics influencing health behavior and the methods of promoting behavioral changes. Social cognitive theory includes two branches: operant conditioning branch and a cognitive branch. The operant conditioning branch emphasizes the effects of external reinforcements and expectancies on a person's performance and expectations for future performance outcomes. The cognitive branch emphasizes how a person's cognition, including expectations and imparted meaning about an event or situation, affect his or her performance and expectation. The operant conditioning branch views the person as a doer, while the cognitive branch views the person as a thinker and an analyst.

THEORY OF SELF-EFFICACY

It was originated by Bandura (1977) and known as social learning theory or social cognitive theory. It emphasizes the reciprocal determinism such as 1) Personal factor, 2) Environmental event, and 3) Behavior. Its basic premises are that behavior is determined by expectancies and incentives. One's belief in the ability to perform a behavior is the

expectation of personal mastery and success which determines engaging in particular behavior.

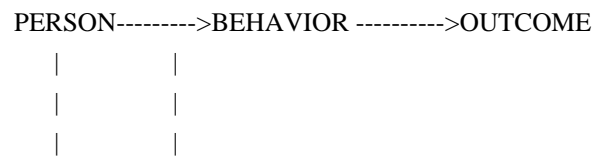
Concepts used for the explanation of the model are as follows:

Outcome expectancy--conviction that certain behaviors will lead to certain outcome

Self-efficacy expectancy--conviction that one can successfully execute the behavior required to produce the outcome.

Expectancy about environmental cues--Beliefs about how events are connected and about what leads to what.

Incentives (or reinforcement)--value of a particular object or outcome (health status, physical appearance, approval of others, economic gain)



EFFICACY EXPECTANCY OUTCOME EXPECTANCY

Hypothesis: If the outcome expectation is desirable, person will more likely be motivated to change their behavior.

Four sources of information to lead self-efficacy are very important because these four factors are the focus of the intervention.

- 1) Performance accomplishment: successful mastery through personal experience
- 2) Vicarious experiences: observing successful performance, with positive reward, without adverse consequences (modeling)
- 3) Verbal persuasion: main intervention
- 4) Emotional/physiological arousal: conditions of low adverse arousal

Dimensions of self-efficacy are as follows:

- 1) Magnitude: From capability to perform simple task to complex task
- 2) Generality: Expectation is generalized to other situation
- 3) Strength: Strong or weak expectation of mastery

Empirical studies: 21 studies (Strecher, et al, 1986):

Types of behavior: smoking, weight control, contraceptive behavior, alcohol abuse, exercise

Conclusion: Self-efficacy was a predictor of both short term and long term success.

Lawrance's review of self-efficacy studies (1986):

Types of behavior: educational achievement, career choices, sales performance, smoking, substance abuse, pain control, adherence to prescribed regimen

Conclusion: Predictor of health behavior and other behavior

Relapsers can be distinguished from abstainers by ratings of perceived self-efficacy

Recommendation: More research is needed to determine the generalizability of the perception of self-efficacy

In addition, appropriate skill and adequate incentive are necessary for behavioral changes

Normative belief: Person's perception of social pressure to perform or not perform the behavior

Motivation to comply: Motivation to comply with the specific referents

Related elements:

Action: Beliefs about smoking cigarettes may be different from beliefs about selling cigarettes.

Target: Beliefs about smoking cigarettes may be different from beliefs about smoking marijuana.

Context: Beliefs about smoking cigarettes in the elevator may be different from beliefs about smoking cigarettes in his office.

Time: Beliefs about smoking cigarettes before breakfast may be different from beliefs about smoking cigarettes in the day.

Empirical studies:

Types of behavior: family planning, occupational choices, voting behavior, weight reduction, marketing research

Conclusion: good predictor of behavior only if behavioral intention is a good predictor of behavior (Montano, 1986)

Table1 Similarity of theory of self-efficacy and health belief model

Social Cognitive Theory	Health Belief Model
Expectancy about environmental severity	Perceived susceptibility and cues of illness or its sequela (threat)
Expectation about outcome (No inclusion of barriers)	Perceived benefits and to action barriers
Expectation about self-efficacy	No inclusion of self-efficacy
Incentive	Health motive: value of reduction of perceived threat

THEORY OF REASONED ACTION

The theory of reasoned action and the theory of planned behavior have been developed by Fishbein and Ajzen (1975) in which behavioral intentions and behavior result from a rational process of decision making. These two theories have been used to intervene many health behaviors, including having mammograms, smoking cessation, controlling weight, family planning, and preventing AIDS.

Basic premises: People are rational beings;

They consider their actions before they decide to perform or not perform a behavior.

Excluding personality traits and traditional measures of attitude because of inconsistent results.

Concepts:

Intention: Immediate determinant of behavior

Attitude toward the behavior: Judgment about whether the behavior is good or bad

Behavioral belief: Strength of belief that performing the behavior will lead to those consequences

Outcome evaluation: Evaluation of each of consequence

Subjective norm:

The Expanded Theory of Reasoned Action (Triandis, 1980)

Triandis(1980)'s expanded theory of TRA

1) Habit: a measure of past behavior; affects actual behavior.

As behavior becomes more habitual, attitude and intention become relatively less important in determining behavior.

2) Facilitating conditions: Characteristics of the individual or environment; affects actual behavior.

3) Affect: a measure of the individual's emotional reactions to the thought of the behavior; affects behavioral intention.

Montano & Taplin's study (1991) supported 2) and 3)(income and education level) in behaviors of mammography, while past behavior not predicted the mammography probably due to types of target behavior (fear inducing behavior).

Facilitating factors are also related to the types of target behavior.

The Theory of Planned Behavior

(Ajzen & Madden, 1986)

- 1) Perceived behavior control directly influences intention.
- 2) Perceived behavioral control influences actual behavior.

Schifter & Ajzen (1985) supported 1) and 2) in weight control study.

Kim, Y. A.'s Feeding behavior study (1995) supported 1), but not 2).

Miller & Grush (1986) supported that persons with high self-conscious and low elf-monitoring (unconcerned about the opinions of others) personality showed high attitude-behavior correspondence, while persons with low in self-conscious and high in self-monitoring and other combination of personality showed high norm-behavior correspondence in a study of school work.

Godin & Shephard's study (1990) supported that efficacy expectation, affect, perceived barrier and habit influenced the behavioral intention and target behavior.

Tedesco, Keffer, & Fleck-Kandath (1991) supported that self-efficacy influenced behavioral intention and target behavior in the study of oral health behavior.

TRANSTHEORETICAL MODEL

The transtheoretical model was developed by Prochaska and DiClemente (1993) and has achieved widespread use and accepted by researchers and practitioners in health behavior over a relatively short period of time. Recently one of our graduate students tested the theory through smoking cessation program.

The transtheoretical model is a dynamic model to understand the individual progress, and the cognitive and behavioral processes they use while changing health behaviors. Moreover, exercise interventions that classify populations by stage of motivational readiness for change can provide targeted cognitive messages appropriate to each individual's stage of readiness to change. The model proposes that individuals engaging in a behavior move through precontemplation, contemplation, preparation, action, and maintenance. In this model, individuals are considered to be in a maintenance stage of a behavior (such as exercise) when the behavior is sustained for 6 months or longer (Prochaska, 1992). In my own recent study, 284 RA patients (72.8%) among 390 reported that they did not exercise at all, in which 137 patients (35.1%) are in the stage of

precontemplation, 119 patients (30.5%) in the stage of contemplation, 28 patients (7.2%) in the stage of preparation. One hundred and six patients (27.2%) reported that they exercise on the regular basis in which 90 patients (23.1%) reported they have been exercised more than 6 months (Table 2).

Table2 Exercerize Stage in patients with Rheumatoid Arthritis

exercise stage	n	%
precontemplation	137	35.1
contemplation	119	30.5
preparation	28	7.2
action	16	4.1
maintenance	90	23.1

HEALTH PROMOTION MODEL

Pender's comprehensive model of health promotion is one of the explanatory nursing models which predicts the health behavior. Revised health promotion model (Pender, 1996, p67) based on social learning theory was modified to identify the factors associated with exercise behavior. According to the revised health promotion model, exercise as a health promoting behavior is influenced by personal and behavior-specific cognitions and affect (Pender, 1996). Behavior-specific cognitions and affect are the categories to be of major motivational significance. These factors are critical for intervention, as they are subject to modification through nursing actions.

ANALYSIS OF PREVIOUS STUDEIS OF SNU FACULTIES AND GRADUATE STUDNETS

Eighty eight research papers of health promotion conducted by our faculty members and the graduate students for previous 10 years were analyzed in terms of types of researches.

Majority of the experimental studies were different kinds of exercise, activity limitation, ADL in normal populations and in patients with various diseases. Here, health behaviors were included either as independent variables or dependent variables in the experimental studies. Effects of humor, biofeedback, and music were tested for utilization

in the patients and normal persons.

Majority of educational programs such as self-help courses, self care education, and self-regulation program tested Bandura's social cognitive theory and Pender's health promotion model. Healthy lifestyle, health-promoting behavior, treatment-seeking behavior, coping behavior, and compliance were mainly included in the survey, correlational studies, and the model development.

However, the long-term effects of the interventions with standard outcome variables and cost-effectiveness of various interventions for health promotion have not been conducted.

Other behavioral factors such as tobacco use, diet, alcohol consumption, avoidable injuries, and other newly found infectious diseases have been the less focus of studies. Moreover, wider search for the theoretical explanation has not been found in the previous studies of health behaviors.

FUTURE DIRECTIONS FOR THE RESEARCH ACTIVITIES IN THE FIELD OF HEALTH PROMOTION

With the dawning of the twenty-first century, there is a crucial need for continuity of research activities in the dimension of health promotion, because the number of the elderly and especially the chronic patients are increasing more and more and they have the limited resources.

1. The outcome criterion for selection of an optimal intervention strategy is its benefit to society at large, measured in terms of intensity, reach, efficacy. Therefore, impact, cost-effectiveness or quality-adjusted life-years saved must be used in future research of health behavior.

2. Actual number of truly distinct concepts needed to explain health-related action is considerably smaller. Cummings and others (1980) and Weinstein (1993) observed the few detailed comparisons between models. Therefore, they recommended an empirical approach to comparing theories of health promotion. Actually, studies to compare models in terms of effective health behaviors can lead us to a better understanding of the strengths and weakness of existing theories. The comparison of theories are related to further testing of the explanatory mechanisms of effect, further refinement of methods to change behavior, and further refinement of the conditions under which the theories either do or do not apply, or need to be modified in order to apply better.

3. The long-term effects of the interventions with standard outcome variables and cost-effectiveness of various interventions for health promotion need to be conducted.

4. Influencing factors for maintenance of health behavior as well as those initiating the health behavior must

5. Finally, various culturally different and similar aspects of nursing should be focused for joint investigation.

REFERENCES

- Ajzen, I. & Maden, T. J. (1986). The prediction of goal-directed behavior, attitudes, intentions and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Chandola, A., Young Y, McAlister, J., Axford, J. (1999). Use of complementary therapies by patients attending musculoskeletal clinics. *J R Soc Med*, 92 (1), 13-16.
- Cho, K, Jang, S., Lee, S., & Doh, W. (1998). Utilization characteristics of health care services for rheumatoid arthritis in Korea. *Yonsei Medical Journal*, 39 (3), 247-251.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA; Addison-Wesley.
- Godin, G., & Shephard, R. J. (1990). Use of attitude-behavior model in exercise promotion. *Sports Medicine*, 10(2), 103-121.
- Hockbaum, G. M. (1958). *Patient participation in medical screening programs: A sociopsychological study*. Washington, DC, US. Government Printing Office, Public Health Service. Publ. No. 572.
- Kim, I. J., Lee, E. O. Kim, J. I. & Kang, H. S. (Submitted). Exercise-specific cognitions and affect, modifying factors in stages of exercise in patients with rheumatoid arthritis.
- Miller, L. E., & Grush, J. E. (1986). Individual differences in attitudinal versus normative determination of behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 190-202.

Montano, D. E. & Talpin, S. H. (1991). A test of an expanded theory of reasoned action to predict mammography participation. *Social Science & Medicine*, 32, 733-742.

Rosenstock IR, Strecher VJ, & Becker MH (1988). Social learning theory and health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.

Schifter, D. E., & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 843-851.

Strecher VJ, DeVellis BM, Becker MH, & Rosenstock IR (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13(1), 73-91.

Tedesco, L. A., Keffer, M. A., & Fleck-Kandath, C. (1991). Self-efficacy, reasoned action, and oral health behavior reports: A social cognitive approach to compliance. *Journal of Behavioral Medicine*, 14(4), 341-355.

Triandis, H. C. (1980). Values, attitudes, and interpersonal behavior. In *Nebraska Symposium on Motivation* (Edited by Howe H. E. Jr), pp 195-295.

Author for correspondence

College of Nursing, Seoul National University
28 Yunkun-Dong, Chongno-ku, Seoul, 110-799,
Korea
Eun-Ok Lee
eunok@snu.ac.kr

Integrated Health Care for Older People in Denmark -Evaluation of The Skaevinge Project "Ten years on"

Lis Wagner, DrPH, RN

The University Hospitals Centre for Nursing and Care Research

Received 5 March 2001; Accepted 17 May 2001

Abstract

In 1984-87, the Skaevinge Municipality applied Integrated Home Care based on self-care theory and using the action research method. After 10 years (1997) the Municipal Committee, requested the Danish Institute of Health Care to undertake an impartial investigation of what effects the Skaevinge Project, had on the older population of the Municipality compared with the rest of the county and nationally.

The goals were: 1) Health care was to be made available to all citizens in institutions and in their own homes. 2) Prevention and support to maintain and strengthen the citizens' own health and quality of life, were to be prioritised. The method used meant that citizens had jointly decision-making and the staff were given autonomy and competence, built on trust from the policymakers. The results derive from the perspectives of the citizen (questionnaires), the staff groups (interviews) and the society at large (interviews and statistical analysis). More older people in 1997 (40.8%) assessed their own health as better in comparison with those of same age in 1985 (28.9%). The interviews seen from the staff perspective, the leadership and the politicians today, were a success due to: A long and thorough preparatory process; involvement in decision-making and the feeling of ownership and responsibility. The number of days citizens spend in hospital (67+ years) fell by >30% and the municipality did not over the past 10 years experience waiting days for returning to the Health Care Centre or to get immediate home care when needed.

Keywords

integrated health care, older people, action research, self-care

1. Introduction and background of the Skaevinge Project from 1984 to 1987

Virtually all health and long-term care services in the Danish national health care system are financed through general taxation. All residents have equal access, free-of-charge, to almost all of these services. According to a 1997 study conducted by the London School of Economics for the Economic Union (EU). The level of the Danish people's satisfaction with their health system is greater than in any other EU country including France or Germany where much larger health care expenditure per capita can be seen. Health care expenditure in Denmark (including long-term care) is currently app. 7% of the Gross Domestic Product (GDP), with public expenditure accounting for 6% and private expenditure for only 1%.

Denmark, with its 5 mill. inhabitants, is considered one of the most decentralised governments in Europe today, giv-

ing substantial autonomy to its 275 municipalities (Lund Pedersen 1998). This may well explain why a little municipality like Skaevinge, with a population of 5,000 inhabitants, was in a position to invest in a three year project which mobilised all its health resources to improve the health of its residents, some 16 years ago. The project drew considerable interest from around Denmark as well as from other countries and attracted visits to the municipality by several Ministers and parliamentarians interested in learning more about the new development (Wagner 1994, 1998). The project was considered revolutionary for its time.

In 1984, the Skaevinge Municipality reorganized its departmentalised care for older persons and 2 1/2 years later in 1987 was fully implementing one of the first integrated care initiatives in the country. This reorganization did not just result in a change of structure but also in the perception of people's needs, and introduced an active, prevention-ori-

ented care policy for older people by using action research as a method to change attitudes (Habermas 1984, 1987, Kalleberg 1992). Later in this article I will highlight 10 years of experience with the Skaevinge Project

(1) Aims

The original aims of the Skaevinge Project were as follows:

- i) Municipal health services were to be made available to all its citizens, regardless of the type of residence in which they live; and
- ii) Preventive measures were to be prioritized with a view to supporting the individual's own possibilities to maintain and strengthen his/her own health status and quality of life.

The action research methods resulted in shift of the following resources:

- * Health personnel from previously independently functioning units were grouped within a multidisciplinary structure; and
- * The nursing home, in its current form, shifted to a Health Care Centre with private residences for rent, and a 24-hour Integrated Health Care Service were put into operation and made accessible to the entire municipality.
- * The multidisciplinary personnel went through training programmes to develop their professional competencies, which within the new structure were used in a different way to that traditionally planned; and not at least
- * self-care was encouraged and health personnel educated to understand the values and effects of developing and supporting citizens in the self-care principle (Orem 1999).

(2) Hypotheses

The basic hypotheses behind the Skaevinge Project included the following: A) If one separates the issue of housing from that of care, and introduces a 24-hour care service, citizens would have equal access to health care services, regardless of whether they reside at home or in an institution. B) Health personnel would achieve a higher level of understanding about holistic care if they use the self-care principle as a basis for their work with citizens and the citizens would experience a better quality of life by having more influence on the care which they receive and on their own

situation in general. C) By taking a preventive approach to care and giving early and individualised care, better health status and fewer hospital admissions would result in the long-term. D) By structuring work through autonomous groups, with increased responsibility and level of competence assigned to each group member, better organized care without delaying hierarchical interference could be achieved and E) by integrating the traditionally segregated health care areas into a common structure, better use of collective resources (in economic and personnel terms) could be achieved.

(3) Results

The project results proved multifarious. The physical structure changed to become a Health Care Centre with independent residences located within the confines of the existing nursing home. Health personnel were now gathered under the same roof, shared a common leadership and a common budget. A 24-hour Home Care Service was launched for use by the entire municipality.

Attitudes towards care delivery changed during the time-frame of the project so that earlier interventions and preventive measures took priority over treatment. There was more joint decision-making and an increased level of responsibility taken by older persons, and a holistic care, which considers physical, psychological and social aspects, was practised. Also the first common training programme ever to be established in a Danish municipality was introduced and allowed, for example, the right for personnel to read professional literature during working hours. It became the norm to participate in regular training sessions during daily working hours and to become involved in educating new personnel/students in the general goals, self-care and care principles used within the municipality.

A multi-disciplinary, citizen-led consultative group was established as an integral part of the project and was later replaced by the Senior Citizens' Council. In hindsight, ten years following the launch of the project a new evaluation took place.

2. Evaluation of the Skaevinge Project - 10 years on in 1997

The evaluation described below was carried out as a shared initiative between the Skaevinge Municipality and the Danish Institute for the Health Care System (DSI) (Knudsen et al. 1999).

As former Project Leader for the Skaevinge Project, I was involved in the planning of the evaluation. I was furthermore responsible for the preparation of the Citizens' investigation. The remaining data was collected and analysed by the researchers: M. Knudsen, S. Friis and J. Christensen from DSI.

(1) Aims

The aims of the investigation were:

- * to evaluate the long-term results of the Skaevinge model; and
- * to share these results with a larger number of municipalities with a view to transferring and implementing the practice model in these municipalities in the future.

Some of the cardinal questions included were: What were the consequences of the Skaevinge project on the health status and satisfaction level of the citizens?; What were the pros and cons of the new organisational structure and working methods for the personnel? ; What were the economic implications for the Municipality, and how did the new system link with county-level functions?

(2) Methods

The evaluation, which was undertaken as a triangulation, focused on the Skaevinge project from different perspectives and used different methods. The individual investigations were first undertaken independently from each other and separate reports were prepared for each. The results were then collectively analysed. The purpose of this synthesis phase, amongst other factors, was to evaluate whether the different parts of the investigation would result in concurrent statements.

(3) The Triangulation Model

The investigation combined qualitative and quantitative methods. The qualitative part of the investigation used interviews (individuals and focus groups) while the quantitative part used data available from the Health Care Centre's annual reports (Skaevinge 1987-1997), accounts and health registers as well as a questionnaire survey undertaken amongst the older people in the Municipality. The information was collected and treated as separate investigations.

i) The Citizens' perspectives

A repetition of earlier questionnaire surveys undertaken in 1985 and in 1987 - one year before and one year following the intervention was made. The new survey was carried

out in Autumn, 1997 and was compared with the 1985 survey. A trial was limited to all 75+ year olds, born on odd dates. This survey focused on the older people's life conditions, health status and attitudes towards the services provided by the Health Division.

ii) The Personnel's perspective

Three focus group interviews were conducted amongst multidisciplinary personnel groups as well as one further focus group interview comprising both selective policy-makers and managers from the municipality's Health Division. One of the two doctors who, predominantly had patients in the Skaevinge Municipality, was furthermore interviewed. The interviews focused on these actors' attitudes toward and experiences with the Skaevinge project both with respect to its consequences on the target group (i.e. the older people) and to the organisational consequences for the municipality Health Division.

iii) Analysis of annual reports and other relevant source material

Annual reports of the Health Care Centre as well as other textual sources were reviewed with the aim of describing developments over the past ten year period, but will not be described in this article.

iv) The Societal perspective

Analysis of registers on the population's use of hospital and health services as well as health insurance benefits amongst the older people in Skaevinge Municipality were compared with levels of usage in other parts of the country. To this end, social registers (i.e. including the socio-demographic variable) were co-ordinated with service registers (i.e. hospital services and health insurance benefits). By establishing control factors, the co-ordinated registers were able to provide an evaluation of the "Skaevinge effect" on the population by sex, age and socio-economic status.

3. Results

The Citizens' investigation was undertaken by a questionnaire survey to a selection of older citizens in Skaevinge Municipality in November 1997. The trial captured a random group of approx. 50% of the 75 year olds as well as all of the residents in the Health Care Centre (the earlier nursing home) who were able to answer. (Tabel 1)

The aim of the Citizens' investigation was to collect information from the Municipality's older citizens regarding

their life condition, health status, use and experiences with health services and other municipal services. The questionnaire prepared for this investigation comprised questions regarding the older person's: Demographic and social status; health status; use of services; social contacts / activities (e.g. family, friends, pensioner club); need for services / knowledge about available services; and opinion of actual growth in the Municipality.

(1) Demographic and social status

The most dominant impression from the demographic and social status data was the fact that there were no significant displacements during the period 1985-97. The average age and age distribution were almost identical in the two population groups. There was a slight change in the living arrangements of the older people. Fewer of them lived in the Health Care Centres private residents for older people while more lived at own farms, houses and fewer in apartments.

(2) Health status

The older people's perception of their own health compared with that of their peers showed to be more positive in 1997 than in 1985 (see tabel 2).

The older people's perception of own health is not an objective measure of the presence or absence of illness or health-related shortcomings. It is rather a subjective assessment of their own health which, as experience shows, has a strong correlation with the objective health findings.

The main conclusion reached was that the older people's physical health had been slightly affected during the period 1985-97. Circulatory system illnesses were significantly reduced in 1997 as compared with 1985. The general trend showed that perhaps a slight reduction in the frequency of health-related problems occurred, however, this is non significant. In nine health-related problem areas, a reduction occurred while in five other areas slight increase was noted.

Table1 Subjects in the interview investigations in 1985 and 1997

	1985		1997	
	Number	%	Number	%
75-79 years	45	45.5	49	40.8
80-84 years	29	29.2	43	35.8
85-89 years	18	18.2	16	13.3
90+ years	7	7.1	12	10.1
Total	99	100.0	120	100.0
Average age	81.55		81.47	

One possible reason why the self- assessments of health results were higher in 1997 (41%) than in 1985 (29 %) could have been that the older people, through improved treatment, activation or otherwise, experienced a higher quality of life rather than improved health status. Collectively, there was a trend which showed that the older people generally felt better.

(3) Use of services

There was no significant change amongst the older people in the use of health services in general. However, there was a significant reduction in the number of home visits by general practitioners and in the number of related telephone consultations. Moreover, there were no large changes in the proportion of older people who received home nursing or home-help. The older people's social contacts/activities (with family, friends, pension clubs) showed that those who did not have children held a pattern of social contact with another family and friends which was comparable with that of older people who had children. There was no trend shown of the older people experiencing more isolation than before.

(4) Activities of Daily Living

The ability to look after oneself on a daily basis, without assistance from another person, enhances independence and strengthens one's assessment of own health. Contrarily, if one or more functions cannot be done without the assistance of another person, that dependence means reduced ability to make own decisions and an increased risk of diminishing quality of life. Most of the activities of daily living were not significantly different in 1997 from 1985. However a slight positive trend, as seen in tabel 3, could be seen in the older people looking after them selves in 1997, and especially to their improved ability to prepare food and wash clothes. These positive developments could also have had a positive influence on the self-assessment of health results.

(5) The societal analysis

Table2 The older citizens ' perception of their own health 1985 and 1997

Perception of their own health	1985		1997	
	Number	%	Number	%
Better	28	28.9	49	40.8
The same	50	51.5	52	43.3
Worse	19	19.6	19	15.8
A total of Elderly	97		120	

Table3 Activities of Daily Living(ADL), 1985 and 1997

They are able to:	Cook (Men)		Cook (Women)	
	1985	1997	1985	1997
Yes - no trouble	37.0%	49.0%	50.0%	69.0%
Yes - with some trouble	19.9%	8.2%	6.3%	5.6%
Yes - with a lot of troubles	2.2%	2.0%	4.2%	4.2%
No - not at all	50.5%	40.8%	39.6%	21.1%
A total of Elderly	46	49	48	71
They are able to:	Do their laundry (Men)		Do their laundry (Women)	
	1985	1997	1985	1997
Yes - at home	40.0%	61.2%	49.0%	64.8%
Yes - at a laundry	13.3%	2.0%	9.8%	5.6%
Yes - other possibilities	20.0%	6.1%	5.9%	8.5%
No	26.7%	30.6%	35.3%	21.1%
A total of Elderly	45	49	51	71

In this section, the results of the registers investigation are described as well as the survey of the citizens' use of hospital and health insurance benefits during the years following the implementation of the Skaevinge Project. One of the hypotheses of the project was that the preventive model would not only positively impact the health and quality of life of the older people but that some economic savings could be had in the form of released health care system resources. The investigation related to the registers was done in collaboration with the Centre for Population Insurance Registers.

i) Bed occupancy rate

The average bed occupancy rate per citizen was used as a measurement of hospital use and was corrected for differences between population sizes. Tabel 4 presents data of Skaevinge's 60+ year olds with the extended reference area captures 10,000 randomly selected citizens.

Table4 Beddays by area in 1990 and 1994

Area	Skaevinge		The county		Rest of Denmark	
	1990	1994	1990	1994	1990	1994
Numbers of 60+ year olds	803	845	10.000	10.000	10.000	10.000
Beddays (sum)	1,764	1,751	36,325	36,055	37,138	37,337
Average per citizen	2.20	2.07	3.63	3.61	3.71	3.73

The table shows that consumption amongst the 60+ year olds in Skaevinge Municipality is considerably under the level of use in comparison with the County and with the rest of the country. Moreover, the table shows a decline in bed occupancy days per citizen from 2.20 to 2.07 between times (6% decrease).

ii) Health Insurance Use

In parallel with the analysis of the bed occupancy rate per admitted citizen, a regression analysis of health insurance expenditures per citizen was undertaken. The largest effect seen by the analysis was in relation to the urbanisation variable, which basically demonstrated that population groups in larger urban areas had more frequent visits to the doctor than did rural citizens.

iii) The Municipality's health economics

An economic overview prepared by the Municipality (Tabel 5) showed that expenditures were contained in the Health Division at an unaltered level, when taking into account normal salary and cost of living increases in society in general.

In 1986, the Municipality had collective running costs totalling 25.526 million Danish Kroner (DKK), calculated at 1986 prices. This expenditure in 1996 amounted to 20.009 million DKK. When taking the Health Care Centre's income into consideration, it can be stated that the Health Care Centre was less of a burden on the tax payers in 1996 than in 1986.

4. Discussion and conclusions

(1) The Citizen's perspectives

The investigation of the citizens' perspectives showed

Table5 Economic expenses of the health department in skaevinge municipality

Year	1986 (DKK)	1991 (DKK)	1996 (DKK)
Payment	22,065	23,415	23,307
Properties	1,517	1,176	1,178
Payment to other municipalities	142	0	0
Other expenses	4,685	3,355	3,460
User's payment	-2,311	-3,143	-4,091
Payment from other municipalities	-573	-390	-3,845
Working expenses ex income	28,410	27,947	27,946
Net working expenses	25,526	24,415	20,009

that a large range of conditions had not changed. The citizens' investigation highlighted the 75+ year olds' life condition, health and equity, knowledge about and use of the health services as well as their attitudes towards the Municipality's assistance. The response received in 1997 was comparable with an identical investigation carried out in the Skaevinge Municipality in 1985. In 1997 compared with 1985, there was a larger proportion of older people who informed that within the past year, they had not been in contact with the health care system (e.g. general practitioners, specialists, hospitals).

The comparability of the older people, measured by their ability to undertake activities of daily living is generally unchanged, although there is a larger proportion of older people in 1997 who felt that they were able to make food themselves and wash their own clothes without problem. More older people in 1997 assessed their own health as better (40.8%) in comparison with their peers than in 1985 (28.9%). The lack of comparable investigations prevents an eventual generalisation of this claimed development.

From the citizens' own estimation, their health had improved, however, the investigation was not able to prove this fact directly as a measurable health impact. The citizens did benefit from a range of results: 1) Differentiated care and nursing. 2) Smooth and quickly organised measures. 3) Reduced use of hospital services and 4) minimal wait-listing.

Moreover, it should be noted that the perception of the Municipality's Health Division's clients, and especially those who resided in the Health Care Centre (the earlier nursing home), was that they had increased quality of life.

(2) The Personnel perspectives

The newly established system with its autonomous multidisciplinary working groups and absence of formal leadership, continues to be used. The interviews leave little doubt that the Skaevinge project is seen as a success today by the personnel, management and policymakers.

The reason for the success can be attributed to the action research design. There were expectations of a long and in-depth process of attitude changing: 1) To motivate personnel through active involvement in joint decision-making throughout the developmental processes; and 2) To ensure that everyone felt ownership and accountability (Holter and Schwatz-Barcott 1992, Hart and Bond 1995).

One benefit of the re-organisation which relieved the personnel was that the new structure allowed more flexibility for multidisciplinary collaboration and strengthened holistic care. A citizen in need of various types of assistance was provided with a better and faster process of care because those services were functionally integrated with the Health Care Centre. The personnel experienced this both in relation to internal and external collaborators (e.g. general practitioners, hospitals).

Another benefit with the re-organisation was that the new structure allowed strengthening of the multidisciplinary approach amongst the personnel, in part through increased joint decision-making competence in relation to treatment. The absence of formal management was seen as a drawback with the re-organisation. However, the majority of the personnel felt that the basic ideas regarding prevention through the "self-care" approach and activation, continue to thrive, however, not totally without daily problems. Amongst the practical barriers to furthering these ideas contained resources, a lack of co-ordination in relation to the activation function.

The autonomous groups were able to resolve some of the problems which, prior to the shift, were resolved by formal management. In this regard, the organisation of the Skaevinge Project in itself is an interesting experiment with further prospects beyond that of prevention which largely considers job satisfaction through work expansion and joint responsibility. The example of the Skaevinge Municipality shows that it is possible to replace hierarchical organization with a democratic organisation which springs from the citizens' own needs.

(3) The Societal perspective

The societal perspective was investigated through an analysis of the Health Care Centre's annual reports as well as through an investigation of the registers. The total population, and a proportion of the older people in particular, had increased in 1996 from 1986; the Health Division's gross running costs (excluding aids/devices) slightly decreased when measured at fixed prices; increased earnings received from other municipalities from renting income on available residences at the Health Care Centre positively affected the net expenditure, when measured at fixed prices. The personnel resources in 1996 remained at the same level as in 1986, when corrected for a reduction in working hours dur-

ing the period. However, it should be noted that the composition of the personnel did change. The need for residents in the Health Care Centre (earlier nursing home) was reduced at the end of the 1980s and some of the released resources were used to expand acute, interim measures and as mentioned to accommodate out-of-town applicants in residences at the Health Care Centre.

Despite an increased number of older people, the Municipality experienced economic improvement in its running costs compared with at the start of the project. Capacity development, one of the project's original intentions, was used to ensure flexible measures in relation to supporting illness, amongst other factors.

(4) The Investigation of the Registers

The investigation of the registers took a closer look at the frequency of contact with the hospital as well as at the bed occupancy rate and health insurance costs per citizen. Tables provided by the Skaevinge Municipality were compared with those of the rest of the County and the rest of Denmark. From 1984, a marked reduction could be seen in the bed occupancy rate amongst the 75+ year olds in Skaevinge Municipality - a development which was unseen in the County and in the rest of the country. The difference between Skaevinge Municipality and the reference areas is a combined effect of, partially the likelihood of hospital contact and the bed occupancy rate amongst those who came in contact with the hospital sector. By using information related to social services/benefits, it was investigated whether usage during 1990 and 1994 was attributable to the population's basic size and composition. However, we had to conclude that no difference in the population could explain the usage.

Analyses of hospital use in the 65-74 year old group did not show as marked a difference between the Skaevinge Municipality and the reference areas whereas amongst the 75+ year olds alone, the usage patterns were markedly divergent. Data from 1984 shows that citizens aged 75+ living in Skaevinge Municipality before the intervention used the hospitals as often as other citizens living in the county. After the intervention the use of hospitals was drastically reduced. In the late 1980's the Health Department's effort has been focused on preventive initiatives and nursing offers as an alternative to hospitalization. This fact presents a logical explanation on the statistically unexplainable low

use of hospital services.

By using the released resources, the Municipality was able to establish some interim measures, i.e. guest placements which support the County hospital's function. That decision was taken in anticipation of what would be best for the citizens, regardless of possible related Municipality expenditure being incurred. The Municipality is in an ongoing process of new developments - latest opening of a day care facility for training demented old people (Swane 1999).

In light of the fact that an integrated health care model was implemented which was recognised to be time-demanding for the personnel in terms of their daily activities with citizens, it is noteworthy that the Health Division was able to reduce the running costs at a time when the number of older people in the municipality was clearly growing (30 % in the 75+ year old age group). This fact can be most likely attributed to organisational effectiveness.

References

- Habermas, J. (1984). *The theory of communicative action. Vol. 1: reason and the rationalization of society.* London, Heinemann.
- Habermas, J. (1987). *The theory of communicative action. Vol. 2: lifeworld and system: a critique of functionalist reason.* London, Heinemann.
- Hart, E., Bond, M. (1995). *Action research for health and social care: a guide to practice.* Buckingham, Open University Press.
- Holter, I.M., Schwartz-Barcott, D. (1992). Action research: what is it?: how has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18, 298-304.
- Kalleberg, R. (1992). *A constructive turn in sociology.* Oslo, Department of Sociology, University of Oslo.
- Knudsen, M.S., Christensen, J.K., Friis, S., Wagner L. (1999). *Skavinge-projektet 10 år efter: undersøgelse af en integreret sundhedsordning (The Skaevinge Project 10 years later: research on an integrated health care service).* Copenhagen, Danish Institute for Health Services Research.

Lauri, S., Sainio, C. (1998). Developing the nursing care of breast cancer patients: an action research approach. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 424-432.

Lund Pedersen, L. (1998). Health and social care for older people in Denmark: a public solution under threat?. In: Glendinning, C. (Ed.). *Rights and realities: comparing new developments in long-term care for older people*. Bristol, The Policy Press, pp. 83-103.

Orem, D. (1991). *Nursing: concepts of practice*. 4th edn. St. Louis, Mosby Year Book.

Swane, C.E. (1998). *Havestuen: et dagvarested for demenslidende i Skavinge ("The Garden Room": a day center for demented people in Skaevinge)*. 1st. edn. Frederikshavn, Dafolo.

Wagner, L. (1988) *Skavinge-projektet: en model for fremtidens primære sundhedstjeneste*. (The Skaevinge Project: a future primary health care model.) Copenhagen, Kommuneinformation.

Wagner, L. (1994). *Innovation in primary health care for elderly people in Denmark: two action research projects*. Gothenburg, The Nordic School of Public Health.



Author for correspondence

The University hospitals Centre for Nursing and Care
research
Blegdamsvej 9, Dept. 7331
DK-2200 Copenhagen N, Denmark
lw@ucsf.dk

大分県立看護科学大学 平成 12 年度公開講座

くらしの中の健康リスクとその周辺 予防と対策

高橋 久夫 Hisao Takahashi, MA

大分県立看護科学大学 地域交流・公開講座委員長 Oita university of Nursing and Health Sciences

近年、高齢者人口や成人病の増加とともに健康に対する関心がかなり高まってきている。

病気の発生には、食事や環境の変化、ストレス、老化など多くの要因がかかわっており、病気の予防や健康維持のための情報が強く求められている。それにともなってコミュニティ・カレッジとしての大学の役割がきわめて大きくなってきていると言っても過言ではない。

本学では、2年目の公開講座を隔週土曜日の5回シリーズで、地域の一般住民を対象として実施した。5回の講座を通じて延べ458人の受講生が参加したが、その大半が高齢者であった。この講座は本学の特徴を生かし、昨年度に引き続き統一テーマを「くらしの中の健康リスクとその周辺」とし、「予防と対策」を副題として加えた。

開催日時、演題および担当講師は下記に示した通りである。

	開催日時	演題	担当講師
第1回	9月16日(土) 14:00 ~ 16:00	「医療事故は防げるか」	平野
第2回	9月30日(土) 14:00 ~ 16:00	「中高年のこころの危機」	斎藤
第3回	10月14日(土) 14:00 ~ 16:00	「あなたとわたしの更年期」	宮崎
第4回	10月28日(土) 14:00 ~ 16:00	「環境とアレルギー」	市瀬
第5回	11月11日(土) 14:00 ~ 16:00	「今どきの子育て」	森

延べ人数が11年度は200人であった受講生が、12年度は予想に反し11年度の2倍を遙かに越えた。いずれにしてもこの公開講座が、地域社会の人々の健康で意義ある日常生活と結びつくことは、大学の社会的貢献として意義があるだけでなく、大学における学術研究の発展にもつながることと確信する。本講座が、大学と地域社会との交流のさらに新たな発展を生み出すことを期待してやまない。

医療事故は防げるか？

平野 互 Wataru Hirano, PhD

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 保健管理学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2000年11月22日投稿, 2000年12月13日受理

キ - ワ - ド

医療事故、医療過誤、エラー、リスクマネジメント、インフォームド・コンセント

Keywords

medical accident, malpractice, error, risk management, informed consent

1. はじめに - 医療事故とは何か

1999年春の横浜市立大病院「患者取り違え」事件以来、医療事故が話題に上る機会が増えた。医療そのものが健康リスクを内包することは、iatrogenesisとして認識されていたが、労災や航空機事故に比べると、問題分析と対策が遅れており、社会的認知も不十分だった。その結果、用語の混乱も生じており、まず、用語の一般的定義から論を始めるべきだろう。

(1) 医療事故

医療そのものに由来して、患者に不利益が生じた場合に医療事故とよばれる。広義には薬害も含まれるが、通常、薬害は独立して扱われ、一般には(資格をもつサ - ビス提供者により行われる)医療行為に起因する事例をさす。事故の原因は、不可抗力または過失である。

(2) 医療過誤

医療事故のうち、人為的に回避が可能であったものを医療過誤という。すなわち、行為者の過失により生じた医療事故を医療過誤という。なお法律論では、過失とは注意義務違反をいい、医療過誤に関わる最も重要な注意義務は、結果予見義務および結果回避義務である。

(3) 医療介入以前のエラー -

通常、医療事故は上記の2分類とされるが、福島雅典(京大大学院教授・薬剤疫学)によれば、転記ミスや誤薬、患者取り違えなど医療介入以前に発生する過誤は、医療の特殊性・専門性に由来しない過誤として、医療過誤とは別個に分類、集計・解析を行うべきであるという。

2. 医療事故の発生頻度

わが国では、医療事故の発生頻度を推計するための情報が極めて少なく、そのこと自体が医療事故対策の大きな障壁となっている。事故の疫学がないのである。厚生省は、1999年1月～2000年4月の間に「公表された」事件を要約しているが、医療事故43件のうち死亡事故が30件であったという。重大事故のみが公表されていることが窺われる。

信頼に足る公表数値は、医療過誤民事訴訟の提訴数である。最高裁の集計によれば、1970年代100件台、1980年代200件台と倍増してきて、1998年の提訴件数は629件であった。もっともこのことから、ただちに医療事故件数の増加が示されるわけではない。事故が増えたのか、事故のうち提訴に至る割合が増えたのかを検証できるデータが無いからである。市民団体「医療過誤原告の会」の報告によれば、最近10年間の電話相談を含む事故報告は4000件を超えるが、そのうち提訴に至るのは5%程度であったという。

海外では、アメリカでこの10年間に2度にわたって大規模な調査が実施されている。まず1991年のハ - バ - ド報告によれば、医療事故の発生頻度は、患者1万人に対して370人、うち医療過誤が100人で、そのうち2人が提訴して1人が勝訴するという割合になると推計されている。1999年のナショナル・アカデミ - 「医療の質に関する委員会」報告によれば、年間44,000～98,000人が医療事故で死亡(自宅での服薬事故含む)と推計されている。

3. 医療事故はなぜ起きるのか

(1) 3つの過誤可能性

中川によれば、医療は三重の過誤可能性を内包するという(中川, 1996)。第1に医学の不完全性があり、それは、当面支持される仮説をよりどころにするという科学の本質に由来する。第2の過誤可能性は人間の不完全性にある。医療従事者も人間であり、人間は本質的に誤りをおかす存在である。さらに高度に専門分化した医療において、全能の存在はありえない。第3には、患者の個別性がある。患者はすべて個性を持ち、発症の有無、症状の発現、治療への反応など全てが教科書通りではないために、判断の誤りなどの過誤が生まれる。

(2) システム・エラー - とヒューマン・エラー -

人間のおかす過誤(エラー-)には、組織的なエラー-(システム・エラー-)と個々人の責任に帰せられるエラー-(ヒューマン・エラー-)がある。

システム・エラー-は、機器・設備管理の問題と組織の構造・機能に関わる問題に大別される。前者については、機器のスイッチやコネクタ-の改善など人間工学的な対応が必要とされている。組織の構造・機能に関しては、現場での責任・権限が不明確なこと、情報伝達システムの混乱・不統一などが、エラー-の温床と指摘されている。

ヒューマン・エラー-については、医療事故においても心理学的アプローチ-の重要性がようやく認識され始めたところだが、産業安全などの領域からは、例えば、知覚・認知・確認における誤り、記憶・判断における誤り、操作・行動における誤りのように人間の知的活動のあらゆる場面でエラー-が起こりうること、それらはある程度分類可能なことが示されている。

4. リスク・マネジメント

(1) 多層防護の思想

わが国の医療現場は、事故の発生を前提としたシステムとなっていない。事故は「あってはならないこと」とされ、原因究明が常に後手に回っている。原子力施設など危機管理が重要な場所においては、多層防護の思想に基づく対策が構築されており、医療機関でも同様の発想、対応が求められている。多層防護とは、事故の発生機序に従って3つのレベルでの対策を講じることである。まず第1のレベルは、異常発生の防止であり、事故につながる異常を未然に防止することである。第2のレベルは、異常発生時の事故への発展の防止であり、異常の早期発見と応急処置のための体制が求められる。第3のレベルは、事故に発展し

た場合の影響緩和であり、事故発生への備えが必要とされる。いずれも、発生しうるリスクの認識が重要な課題となる。

(2) 責任追及から原因究明へ

医療事故が発生すると、関係者の責任追求に傾きがちであるが、責任追及では事故防止につながらない。航空機事故の解析から得られた教訓は、誰が悪かったか、では事故原因は解明できないということである。航空機の場合、次元の異なる複数の危険要因が人間の過誤と絡み合い、連鎖を起こして(Chain of Events) 回避できない決定的段階に至ったとき事故が起きる、と解釈されているが(宮城, 1998) 医療事故も全く同様である。さらに今日の医療はチームで提供されるため、特定の個人の責任を追求してもシステムは改善されない。

責任追及はさらに重要な弊害を生むことになる。ハインリッヒの法則として知られているとおり、重大事故の前には必ず軽微な同種事故があり、さらに膨大な数の未遂事故(インシデント)が存在する。産業安全や航空機事故対策では、このインシデントの解析こそが事故防止の鍵を握るとされている。しかしながら、個人の責任追求に力点が置かれるなら、個人のエラー-は厳しく叱責されることになり、軽微な事故やインシデントの発生は隠匿される。もし処罰されるなら、人は必ずといってよいほど過ちを隠すものだからである。実際、事故報告を義務づけている医療機関は増加しているが、報告が非常に少ないことが問題となっている。これでは事故防止上必要な情報は永遠に得られない。もし、責任を問うべき行為があるとするならば、それは過失を隠匿することである。

5. 医療事故から身を守る方法

(1) お任せ医療からの脱却

患者に何ができるだろうか? 疾病や治療により生ずる苦痛を経験するのは患者であり、結果を引き受けるのも患者である。健康づくりと同様に、患者自らがリスクの存在と内容を知り、主体的に取り組む必要がある。医師に「お任せ」では危機管理ができない。そのためにはまず、ゼロ・リスク幻想からの脱却が求められる。医療には本質的に危険が潜在すること、人間は誤るものであること、安全の証明は不可能なことを理解する必要があるだろう。

(2) インフォ-ムド・コンセント

インフォ-ムド・コンセント(以下IC)の本来の

意義は、医療行為に正当性を与えることにあり、患者の拒否権の確立という性格をもつが、今日的な意義はむしろ、医療サービス提供者と患者の情報共有にある。この情報の共有が、危険回避の方策として機能しなければ、意義は大きく損なわれる。ちなみにICが不完全な場合、医療提供者は、事前に予測された事故が発生すればその全責任を負わねばならないが、わが国ではこれまで多くの場合にリスクの開示が不十分であり、様々な紛争を生んでいる。

患者にできることは、医師に質問をすることである。一般に医師は患者への説明が上手くない。理由のひとつは、医学教育の中に患者への説明が含まれていないからである。患者が医師を育てるしかない。また、わが国の患者は医師に気兼ねする傾向が強いといわれている。信頼関係云々の議論は少なくないが、信頼とは、何を聞いても怒らないということであろう。さらに、患者自身が自分の病気についてもっと学ぶ必要があり、そのためにも、納得できるまで質問するという姿勢が非常に重要である。自宅に帰って理解を深めるために、診療記録等のコピーをもらっておく必要があることは言を待たない。

(3) 患者主体の医療システム構築

良質で安全な医療を提供されることは、患者の基本的な権利である。したがって医療事故の回避と防止は、医療機関に課せられた義務となる。そのためには、個々の医療機関における組織をあげての原因究明と事故防止体制の構築が必要であり、事故も含めた診療情報の開示と公開が非常に重要な役割を担っている。医療の安全管理と情報開示・公開を医療機関の義務として位置づけるためには、法整備を含めた制度的な対応が必要であろう。医療システムは、医療提供者のためではなく、患者のために構築されねばならないのである。

さらに、事故には必ず被害者が存在する。わが国では、損害賠償以外に医療事故被害者を救済する道がないうえに、その処理には通常非常に時間がかかっている。被害者の迅速な救済を実現するための制度を構築することが、緊急の課題として求められている。

参考文献

- 医療事故調査会事務局(2000). 医療事故調査会第5回シンポジウム「医療事故を防ぐために」. 大阪.
- 宮城雅子(1998). 大事故の予兆をさぐる: 事故へ至る道筋を断つために. 東京: 講談社ブルー・バックス.
- 中川米造(1996). 医学の不確実性. 東京: 日本評論社.

著者連絡先

〒 870 - 1201
大分県大分郡野津原町廻栖野 2944 - 9
大分県立看護科学大学 保健管理学研究室
平野 互
hirano@oita-nhs.ac.jp

中高年のこころの危機

齋藤 高雅 Takamasa Saito, PhD

大分県立看護科学大学 人間科学講座 人間関係学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2001年2月2日投稿, 2001年2月21日受理

キーワード

高齢社会、精神保健、うつ病、自殺予防活動

Key Words

aging societies, mental health, depression, suicide prevention work for the elderly

1. はじめに

人生80年となった現在、中年期からの人生、人生の折り返し点からをどう生きるかということを考えることが大切になってきている。日本は1995年に高齢社会(65歳以上の人の比率が7%を越えると高齢化社会、14%を越えると高齢社会といわれる)となり、1999年には65歳以上の人口が15歳未満の人口を上回るようになった(厚生統計協会, 2000)。また、近年、リストラ、IT(Information Technology)など、急激な職場環境の変化により、中高年者が追い込まれている状況がみられる。社会のあり方が変わるとともに、いわゆるライフサイクルやライフスタイルが昔と比べて大きく変化しつつある。このような状況の中で、中高年期のこころの危機として生じやすい事柄について考えてみたい。

2. 危機に立つ中高年

中高年のこころの問題として、うつ病やアルコール依存症、また自殺や離婚など、いわゆる精神保健、メンタルヘルスと関連したことが問題になりやすい(齋藤, 1998)が、今回は、その中で、自殺とうつ病を中心にみていきたい。

(1) 自殺の急増

1998年には日本の自殺者総数が前年に比べて急増し、特に働き盛りの中高年の自殺が激増したことに、いわゆる「不況」自殺として多くの社会的関心が向けられた。戦後の日本の自殺率(人口10万対)の推移をみると、昭和22年の15.7から、昭和33年には25.7となり、以後は相対的に低い状態が続いていたが、昭和58年21.0、昭和61年21.2と再び高率を示した後、低

下傾向にあった。ところが、平成10年には25.4と跳ね上がり、自殺者総数は戦後始めて3万人を越えた。性・年齢階級別にみると、男女とも昭和25、35年には、20～24歳代で自殺率のピークがみられたものが、その山は年次を経るごとに低くなるとともに、25～29歳代へ移行している。平成10年では、男では50～59歳代で大きな山を形成し、男女とも75歳以上で高率となっている(厚生統計協会, 2000)。

中高年の自殺増加の背景を考えると、中年期というのは心理的な危機をきたしやすく、今後の可能性と限界を受けとめることが重要な時期といえる。今回の自殺の急増に経済的不況が深刻な影響を及ぼしたことは明らかである。経済構造の変化により、従来の終身雇用制、年功序列制が徐々に崩れ、能力主義、成果主義へと変化しつつあり、リストラの影響を強く受けたのが中高年の世代である。さらに、今の中高年は20歳代の若年期でも高い自殺率を示していたが、中年期においても高い自殺率を示すというコホート現象を示している。1998年は、自殺がマスメディアによりセンセーショナルに報道され、その影響は群発自殺としてさらなる自殺を引き起こしかねなく、注意を要する事象との見方もある。(高橋, 2000)

一般に自殺者の心理過程をみると、自殺は、価値観の喪失、生きる意味を失ったり、それを脅かされたときに生じるともいえる。中高年期になると、男性の場合は仕事上の問題、女性では嫁姑の不和、夫の浮気や離死別、子どもの非行など、家庭内の問題が主な自殺の直接動機になる。高齢になると、このほか健康上の問題、病苦等が大きなウェイトを占める。しかし、自殺にはこうした直接動機だけでなく、自殺の準備状態

も重要な要因になる。つまり、自殺の準備状態が形成されて、そこに引き金となる出来事が加わったときに自殺が行われる。準備状態を形成する要因は大きく3つある。第一に、生物学的要因、うつ病や精神分裂病などの精神疾患の関与である。後述するが、中でも、うつ病は自殺の原因の大きなウェイトを占めている。第二に、人間関係の葛藤や、性格の偏りなどの心理的要因である。第三に、環境の変化、経済変動といった社会環境的要因である。このような要因が絡まって、自殺の準備状態が形成されていると、一見些細にみえる出来事でも自殺の誘因となりうる。逆に、あまりにもショックな出来事に遭遇した場合、健康な人でも一時的な心因反応から自殺が起こることもある。

(2) うつ病

うつ病は、自殺にもっとも結びつきやすい疾患で、治療により治る病気であるが、治療も受けていない人が結構多いのも現実である。うつ病には、さまざまなタイプがある。何らかの原因で脳内の神経伝達物質の活動性が落ちてしまうためにおこる内因性うつ病もあるし、身近の人の死がきっかけとなる反応性うつ病もある。早期発見、早期治療はうつ病においても大切である。しかし、精神科への受診に抵抗感をもつ人が少なくないのは残念なことである。

うつ病の症状としては、精神症状と身体症状がある。精神症状としては、まず抑うつ気分で、気分が重く沈んだ状態になる。この場合、気分の日内変動といい、朝方気分が重く、ゆううつだが、夕方から夜になると軽くなることが多い。そして、意欲が低下し、何かをしようと思っても億劫で、行動に移すことができなくなる。集中力も低下し、注意力も散漫となり、仕事などでミスが増えるようになる。決断力も低下し、些細なことでも自分で決めることができなくなる。症状が進むにつれて、何でもなくやれていた仕事や家事が思うようにできなくなり、楽しく感じられていたことも次第に楽しくなくなり、悲哀感さえ感ずるようになる。こうした自分を駄目だ、情けないと責めるようになり、自責の念が強くなる。自分を価値のない人間だ、生きている価値がないと、自殺を考えたり試みたりするようになる。身体症状としては、まず不眠などの睡眠障害が現れる。殊に早朝覚醒といい、朝早く目が覚め、それから眠れないという形が多くみられる。食欲も減退する。同時に体重も減少し、疲労感、倦怠感が強くなり、横になりがちになる。性欲も低下する。頭痛や痛みも見られることがある。そのため、本

人も家族も内科的な病気と思い、内科を受診し、検査したものの異常なしとして、うつ病が見過ごされてしまうケースが多々ある。内科を受診するケースの中に、仮面うつ病といわれる精神症状よりも身体症状が前面に目立って、精神症状が見過ごされてしまうケースが多くみられる。従って、本人も周囲の人もこれらの症状を見過ごさないように注意する必要がある。

うつ病はさまざまな精神的なストレスが誘因となって生じる。その誘因として、次のような生活上の変化、人生上の出来事(ライフ・イベント life event)がよく知られている。一般に男性の場合は、職務上の出来事、過労、人事異動、昇進、退職、転職、経済的問題などであり、女性では、家庭内不和、離婚、転居、子女の結婚、妊娠、出産などが誘因になりやすいといわれている。また、男女共に、近親者との死別、目標達成、財産などの喪失、経済的困窮、身体の病気なども誘因にあげられる。しかし、同じような環境でもうつ病になる人とそうでない人がいる。それは性格によってストレスに対する感受性が異なるからである。うつ病になりやすい性格としては、循環気質、執着性格、メランコリー親和型性格などが知られている。特に執着性格と呼ばれる人は、生真面目で責任感が強く、仕事熱心である。さらに、几帳面で凝り性なので、何事も最初から最後まで手抜きができず、きちんとやらないと気が済まないタイプである。対人関係では、他人に尽くそうという気持ちがあり、職場では評価も高いが、手抜きができないぶん、疲労しやすい傾向がある。

3. 危機にどう対処するか

(1) 治療対策

うつ病になりやすい人は、責任感が強いいため、仕事を休んで周囲に迷惑をかけたくないと思い、休みを取りたがらないことがある。しかし、うつ病は心身の症状を伴うので、まずは休養を取ることが大切である。そして、うつ病が疑われたら、早めに精神科や神経科、心療内科を受診し、薬物療法を受けることが必要である。医師は、抗うつ剤を中心に症状にあわせて、睡眠薬や抗不安薬を組み合わせながら治療を進めていく。薬を飲み始めて平均して2週間くらいで効果が現れてくる。症状が良くなったからといって、あるいは薬の副作用が心配だからといって、勝手に服用をやめることのないようにすべきである。もし、薬があわないように感じたら、率直にそのことを伝えることが大

切である。話し合いによる治療も精神療法といい、治療方法のひとつである。

うつ病の治療には、周囲の人々の支えや助力が欠かせないが、家族や友人、職場の仲間など周囲の人々の対応で、注意をしなければならないことがある。通常、落ち込んでいたり、元気のない状態の人をみて、慰めようとして、「頑張れ!」と叱咤激励をすることがよくある。しかし、うつ病の人に対しては、要注意である。本人自身、「これではいけない、こんなことではだめだ」と、自分を責め、自信を失っているところに、「頑張れ」と励ますと、ますます本人を追い詰めることになりかねない。励まし方には、注意が必要である。まずは、本人がゆっくりと休める状態をつくってあげることが、周囲の人がしてあげられる大切なことである。

(2) 予防対策

自殺とうつ病についてみてきたが、いわゆる自殺のサインといわれ、自殺をほのめかしたり、突然、普段と異なる態度がみられることがある。また、別れを用意したり、自傷行為に及ぶことなども挙げられる。実際、自殺したいとほのめかされたら、そのまま放っておいてよい訳がない。自殺をほのめかすのは、誰でもいいから伝えているのではなく、この人なら自分の悩みを聞いてくれるだろうという思いが込められている。まずは、本人の訴えを真剣に聞くことが大切である。「バカなことを考えないで」とか、「命を大切に」などと当たり障りのない言葉で押さえ込んだり、相手の気持ちをほぐらすことにならないようにしなければならない。死にたいという気持ちを受け止めるのは、大変重いことである。専門家の助けを借りるのも一つの手だと伝え、精神科への受診を勧め、場合により、一緒に同行してあげることも必要である。

個人の自殺予防とともに、地域ぐるみの自殺予防活動で効果を上げた実例がある。老人自殺多発地域として知られる地域が幾つかあるが、その一つ、新潟県東頸城郡の事例(小泉ら, 1990; 高橋ら, 1998)では、自殺予防活動には、精神科医、地元診療所医師、保健婦、行政機関(精神保健福祉センター)など関係者の協力体制が不可欠であったことを強調している。地域のニーズに合わせた取り組みが必要だが、このような地域ぐるみの活動が本学においても行えることを希望する。

4. おわりに - 充実した中高年期を過ごす

こころの健康を保ち、充実した中高年期を過ごすためには、老いを受け入れ、体力、経済力などの資源が少なくなるため、資源をうまく使うことが大切である。これまでの長い経験を生かし、日頃から自分に適した緊張や不満解消法を見つけておくこと。もう一つは全く異なった生き方、今までやりたくても時間がなくてやれなかったことを思い切ってすることが考えられる。支え、支えられて生きるのが人生だとすれば、ネットワーク作り、サポートシステムを作っておくのが肝要だと考える。

参考文献

- 小泉毅, 他(1990). 老年期の精神保健活動:老人自殺多発地域における老年期うつ病の疫学調査と老人自殺予防活動, 臨床精神医学, 19(1), 53-61.
- 厚生統計協会(2000). 「国民衛生の動向」厚生指針臨時増刊, 47(9), 39, 57-58.
- 齋藤高雅, 栗田廣(1998). 精神保健, 松下正明, 広瀬徹也編: Text 精神医学, 南山堂, 135-145.
- 高橋邦明, 他(1998). 新潟県東頸城郡松山町における老人自殺予防活動:老年期うつ病を中心に, 精神神経学雑誌, 100(7), 469-485.
- 高橋祥友(2000). 中高年の自殺, 日本社会精神医学雑誌, 9, 85-90.

著者連絡先

〒 870-1201
大分県野津原町廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 人間関係学研究室
齋藤 高雅
saito@oita-nhs.ac.jp

あなたとわたしの更年期

宮崎 文子 Fumiko Miyazaki, RN, RM, MS

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 母性看護学・助産学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2000年11月9日投稿, 2000年3月6日受理

キーワード

更年期、男性更年期、不定愁訴、セルフケア

Keywords

menopause, male climacterium, climacteric symptom, self care

1. はじめに

「抑鬱状態や不眠、めまいや肩こりで仕事や家事が手につかない」殆どの女性が体験する更年期の悩みである。また、これまで更年期は女性特有の悩みとされていたが、最近では「男性更年期」にも注目が集まっている。更年期は男女を問わずに訪れることが明らかにされつつあり、男性にも女性同様更年期を乗り越える努力が必要になってきている。

人間のライフサイクルからみて更年期は健康に老いていく準備期間として重要な時期である。それを乗り切るためには先ず男性・女性の生理的变化を知りお互いを理解することが重要となる。それに労働環境、生活環境と合わせて対応していく努力が問われている。

2. 人間のライフサイクルと更年期

(1) 更年期の定義

1976年の第1回国際閉経学会では、更年期とは「女性の加齢の過程において生殖期reproductive stageより非生殖期non-reproductive stageへ移行する期間をいう」と定義された。一般的には更年期の時期は閉経を中心にその前後10年間位をさしている。

閉経は更年期の中にあり、閉経年齢は筆者の大分県内に住む女性を対象にした810名の調査(1999)では、平均49.6歳(40歳未満を除く)であった。諸家の調査でも全てほぼ50歳であり地域、人種間の差はない。

(2) 女性の一生を卵巣機能(女性ホルモン分泌量)から見た区分

女性の一生は女性ホルモンの分泌量に非常に影響

をうける。卵巣から分泌される女性ホルモンには2つあり、女性らしさに関係するエストロゲンと妊娠に関係するプロゲステロンである。特にエストロゲンの作用には生殖器、乳房、体温、骨、循環器・脂質代謝、皮膚、精神面へのすばらしい働きがあり、女性が生き生きとした日常生活が行えるのもエストロゲンの作用が大きく影響している。女性のライフサイクルはエストロゲンの分泌量の推移から小児期、思春期、成熟期、更年期、老年期の5つに分けられる。

小児期を経て、性が目覚める思春期になると、卵巣の働きが活発になり月経が発来する。女性ホルモンの分泌は20～30歳代に最高に安定し性成熟期を迎える。卵巣が老化するに従って、女性ホルモンの分泌は減りはじめ、40歳代半ばから急速に減少し、閉経をむかえる。これが更年期と呼ばれている。更年期を過ぎるといわゆる老年期と呼ばれる時期に入る。卵巣機能は完全に停止し、女性ホルモンは副腎からわずかに分泌され続け低いレベルで安定し更年期の変調もおさまる。

(3) 更年期と更年期障害の違い

更年期と更年期障害は異なる。更年期は誰にも訪れるが、更年期障害は更年期にあらわれる、自律神経失調症を中心とした様々な症状の集まり(症候群)をさしている。これらには日常生活に支障をきたすほど症状が強い場合もある。したがって、誰もが更年期障害(症状)を経験するわけではない。症状が軽い人、全く症状を感じない人もいる。なぜ、人によってこのような差があるのだろうか。それは更年期の症状をもたらす要因が性ホルモンの減少という肉体的変化だけでなく、身体的要因(その人の体質、加齢による変

化) 心理的要因(性格) 環境要因(家庭・職場環境、ストレスの有無)などが大きく関係してくるからである。

3. 更年期の不定愁訴と特徴

(1) 更年期は先ず月経異常からはじまる。

一般的に39～40歳では正常月経であったものがホルモンが減少し始める40歳代後半より月経周期の軽い乱れがおこってくる。それに伴い排卵予定日前の牽糸性粘液の減少、全身掻痒感、口内乾燥、めまい、おりものの異常増加・外陰部掻痒と浮腫感(3年位続く)等次々と症状が発現してくる。閉経1年位前になると月経周期は更に不規則となって、ついに閉経にいたる。

(2) ここで注目すべきは、閉経後にも不定愁訴が出現することである。すなわち、つよいホットフラッシュ(のぼせ、顔面紅潮) 高脂血症、骨量減少、尿失禁、性欲減退、性交痛などが出現することである。骨量減少は閉経後10年以内に約20%の減少がみられる。それに伴い下肢の関節痛や腰痛が発現してくる。

(3) 更年期症状(不定愁訴)の特徴として、i) 通常複数であられる。ii) 突然に発現する。iii) 季節・天候・家族関係等に影響する。iv) 時期によって愁訴の内容・数・程度が変動することがあげられる。

(4) 更年期は様々な症状が多発してくるため、更年期症状なのか否か、他の病気との鑑別が必要になる。定期検診で区別しながら、不安を除去して乗り越えて行くことが重要である。特にガンとの鑑別、高脂血症や骨粗鬆症の早期対応には心がけたいものである。また、閉経後の年齢によって症状の種類が異なるが、性交痛、動脈硬化、骨粗鬆症などは女性にとっては長期間にわたる最も辛い障害となる。これらの進行を如何に最小限に食い止めていくかは、個人の努力、生き方にかかわってくるといえよう。

4. 女性と類似点の多い男性の更年期

男性では、加齢に伴う男性ホルモン(テストステロン)の減少はあるものの、女性に相当するような劇的変動は見られない。しかし、テストステロンのうち血中総テストステロンは60歳位までは殆ど減少しないが、血中遊離テストステロンは20歳代をピークに年齢と共に減少してくるが、個人差は大きい。熊本(1994)による男性更年期の不定愁訴の調査では、40歳代後半～50歳代の男性に抑鬱や不眠などの精神・神経症状を訴える人が多く、症状の強い人ほど性機能の

低下傾向が著しいことが明らかにされている。実際、筆者の1991年の男性(45～64歳)を対象とした更年期症状の調査でも、第1位は「勃起能力の低下」(70.3%)であった。このように男性更年期の1つのサインは、性機能の低下と見ることができよう。これに加えて外的刺激(ストレス)を受けることにより男性も女性と同じように自律神経が刺激され「失調」をおこす。男性のストレスの大きいものといえば、仕事、仕事を通じた人間関係、そして家族関係であろう。

以上、女性の場合はホルモン減少・欠落という内的なものが50歳前後に集中し、期間が短いので症状の大合唱になりやすい。男性の場合はホルモンの減少はゆったりで45歳で現れる人もいるし、60歳でなる人もいる。ただ女性に比べ外的刺激(ストレス)の影響は強いが、症状の大合唱にはなりにくい。

5. 更年期を楽しく乗り越えるために

平成2年に行われた総務庁長官官房老人対策室が行った「長寿社会と男女の役割・意識」調査(男:1030人、女:1278人)で、「老後に大切なこと」に対する回答の男女共に1位は「健康であること」、2位は「良好な夫婦関係の維持」であった。このように健康に老いることの期待への鍵を握るのは更年期の生き方(乗り越え方)にあると考えられる。

(1) 加齢に向けての自己の再形成への取り組み

加齢による更年期症状を、より人間らしく、その人らしく、出来るだけ不幸な状況を少なくして乗り越えて行くには、中年期の自我同一性再体制化プロセス(岡本, 1985)の活用は1つの方法である。この過程は4段階に分割されている。

i) 第1段階: 身体感覚の変化の認識に伴う危機期(ショック期)。ii) 第2段階: 自分の再吟味と再方向づけへの模索期。iii) 第3段階: 軌道修正・軌道転換期。iv) 第4段階: アイデンティティ再確定期である。

まずは加齢現象を受け入れ、そして自分を観察し、自分の変調の傾向がわかってくると、それに軌道修正を加えて適応し、安定感を得ていく取り組み方をモデル化したものである。

このモデルは、上述のように先はどうなるという4段階の過程を知ることにより、荒れ狂うホルモン環境からくる症状をうまく乗り越える示唆を与えてくれると言えよう。

(2) 豊かな性の創出

男性と女性の性の違いについては、お互いに理解

を深めないで更年期以降の性生活はうまくいかない。幸せな性は若い時はホルモンに影響される。しかし、中高年になるとホルモンの減少・欠落への対応は精神(愛)に影響される。かくして、加齢になればお互いの身体的理解と「愛」がなければ男性・女性共に豊かな性は期待出来ないということ自分の体調や自然から学ぶことが大切である。そして、お互いが性について語り合うきっかけを作り、性へのこだわりをすてて、互いにどうすれば快いかを伝え合い、受け入れ合っていけたら老いることが楽しくなるのではないだろうか。

(3) 日常生活の工夫

i) 喜び上手

小説家の五木寛之の更年期対策は「喜び上手」になる工夫であった。

彼は、1日1回喜ぼうと誓い、決心し、そして男性更年期をのりこえた。彼の喜びの例をあげると、「今日、新幹線の窓際の席に座ったので、富士山が真正面に良く見えた。嬉しかった」「デパートで買ったボールペンの書き心地が実に良い。とても嬉しい」等々。そして、「喜ぶ」ことは1つの習慣になり、更年期の季節はいつの間にか通過したという(五木, 1997)。身の回りの一見小さな出来事を肯定的に捉えて感動する生き方である。良いと思ったことは即実行に移す努力をしたいものである。

ii) 感性をフルに利用する生き方

目で美しいものを眺め、すばらしい音楽を聞き、おいしいものを舌で味わうように、残る人生を楽しみたいと狂ったように国内・国外旅行を楽しんでいる2人の友人がいる。この2人はレジャーを楽しむために健康でなければならないし、友人・家族も大切にしないと旅行が出来ないという生き方である。このように自分に合った生きる目標(自己実現)を何か1つ持つことこそ更年期を乗り越えるキーポイントであろう。

参考文献

- 五木寛之(1997). 生きるヒント. 東京: 文化出版局.
岡本裕子(1985). 中年期の自我同一性に関する研究. 教育心理学研究, 33.
熊本悦明(1994). 男性の更年期. 日本健康科学学会誌, 10(3), 155-161.

著者連絡先

〒870 1201
大分県野津原町廻栖野 2944 - 9
大分県立看護科学大学
母性看護学・助産学研究室
宮崎 文子
miyazaki @oita-nhs.ac.jp

環境とアレルギー

市瀬 孝道 Takamichi Ichinose, PhD

大分県立看護科学大学 人間科学講座 生体反応学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2001年2月2日投稿, 2001年3月1日受理

キーワード

アレルギー、大気汚染物質、気管支喘息、アレルギー性鼻炎

Keywords

allergy, environmental air pollutants, bronchial asthma, allergic rhinitis

1. はじめに

アレルギー疾患は文明病ともいわれ、文明の発達した先進国では多く、寄生虫等の感染症が多い発展途上国などでは少ない疾患といわれている。環境中のアレルギーの原因物質や刺激物質の発生は私達の生活に密接に関わっている。文明の発達に伴う便利さの追求はその副産物である環境汚染物質を増加させ、また、室内の快適な生活はアレルギーの高リスク因子であるダニやカビの繁殖をもたらした。近年のアレルギー疾患の増加はその代償によるものと考えられるが、本報ではアレルギー反応を増悪する環境中の刺激物質やその増悪メカニズムについて、我々の最近の研究成果を含めて解説する。

2. 環境中のアレルゲンと刺激物質

アレルギー疾患の発症には遺伝的なアトピー素因が大きな役割を果たしているが、環境要因や食事の問題が大きく関与している。アレルギー疾患の発症と環境との関わりを図1に示した。環境中のアレルゲンとして、屋外環境では花粉類があげられる。特にスギ花粉が代表的な花粉症のアレルゲンであり、他にブタクサ、カモガヤ、ヨモギ等がある。室内ではダニ、カビ、ペット(ネコ、齧歯類)等がアレルギー性鼻炎や小児・成人性気管支喘息、アトピー性皮膚炎を引き起こすアレルゲンである。また、食事性のアレルゲンとしては鶏卵、卵白、ミルク、ダイズ等が幼児・小児期に見られるアトピー性皮膚炎等の原因物質である。

一方、アレルギーの直接的な原因物質ではないが、気道や表皮を刺激する物質が屋外や室内環境に数多く

存在している(図1)。屋外では大気汚染物質の二酸化窒素(NO_2)や二酸化硫黄(SO_2)、オゾン、光化学オキシダント、浮遊粒子状物質(SPM)、多くはディーゼル排気微粒子(DEP)、室内由来のものでは揮発性有機化合物のホルムアルデヒドやキシレン、トルエン、可塑剤のフタル酸エステル、防蟻剤、暖房器具から発生する NO_2 やSPM、喫煙、生物学的物質としては細菌由来の毒素(エンドトキシン)等があげられる。このように私達の回りにはアレルギーの原因物質や刺激物質が多数存在し、たえず曝されているわけであるが、刺激物質は後述するようにアレルギーの感作・発症に大きな影響を与える。

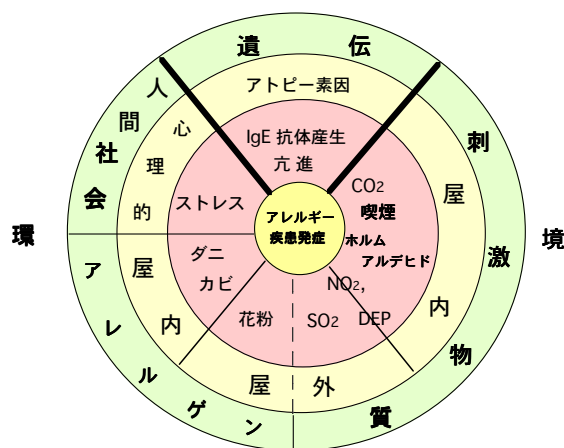


図1. アレルギー疾患と環境

3. アレルギー疾患の増加とその原因

近年、アレルギー疾患の患者数が激増している。ことに気管支喘息患者の増加が著しく、平成11年度の文部省学校保健統計調査では小児や学童の喘息が二年連続して過去最高を更新したという。その原因は、アレルゲンの増加や大気汚染、ストレス等の関与が考えられている。

アレルゲンの増加原因は日本の居住様式の変化、すなわち、アルミサッシやカーペットの使用、コンクリート床に畳敷きと言うような高断熱、高气密化がダニやカビの繁殖をもたらしたことがあげられる。また、高气密化による室内の刺激物質の貯留は気管支喘息やアレルギー性鼻炎ばかりではなく、シックハウス症候群等を誘発し健康被害を増悪させる (Norback et al., 1995)。

一方、屋外では、戦後全国的に植えられたスギが1973年頃から開花期を迎え、毎年2月～3月に多量の花粉を飛散させるようになった。このような屋内外のアレルゲンの増加とともに、近年では運搬流通機構の変化からトラックやバスが増加し、最近ではディーゼルエンジンを搭載したレクリエーション用のRV車までが増加している。ディーゼル車はガソリン車に比べて黒煙微粒子 (DEP) や NOx SOx の排出量が著しく多く、このため現在も大都市部の大気汚染は一向に改善されていない。これら大気汚染物質がアレルギーの感作・増悪に深く関与していることが疫学的な調査 (Ishizaki et al., 1987; 小泉, 1988) や動物を用いた実験的研究 (Ichinose et al., 1998; Miyabara et al., 1998a; Takafuji et al., 1987) によって明らかにされている。特に DEP は都市部大気中の SPM の 40～50% を占めており、花粉症や気管支喘息の病態を悪化させる。

4. 刺激物質のアレルギー増悪メカニズム

花粉症やアレルギー性鼻炎、気管支喘息やアトピー性皮膚炎はいうまでもなくI型のアレルギー疾患である。その発症機構は図2に示すごとく、抗原特異的なIgE抗体の産生と肥満細胞からの伝達物質の脱顆粒、更には好酸球性の炎症を基本とする。

NO₂、O₃のようなガス状の大気汚染物質は表1に示すようにアレルギー反応に重要なIgE抗体産生を増強させる作用があることが報告 (Gershwin et al., 1981; Gilmour, 1996) されている。しかし、粒子状のDEPはこの作用に加えて、IgG抗体産生や好酸球性の気道炎症を増悪する作用があることが我々の研究 (Ichinose et al., 1998; Miyabara et al., 1998b) によって明らかにされた。このような作用はDEPがTh2タイプのリンパ球から分泌される抗体産生や好酸球浸潤に関与するサイトカイン (IL-4、IL-5) を増強させるためである。また、建材や家具から発生するホルムアルデヒド (FA) は抗原特異的なIgE抗体産生を増強させる作用があると報告 (Tarkowski et al., 1995) されている。最近、我々はダニ抗原を用いた実験からFAはそれ自身、気道炎症を起こす作用はないが、ダニ誘発の好酸球性気道炎症をIL-5の分泌増加を介して増強させる作用があることを明らかにした (定金 et al., 2000)。

5. 今後の課題

最近の研究ではアレルギー疾患に影響を及ぼす遺伝子の解析が進んでいる。これらは素因の予知や薬の開発には有効である。しかし、アレルギー疾患は単一の遺伝疾患ではなく複数の遺伝子と環境要因が相互に作用して起こる複雑な疾患である。便利さ、快適さを追求する限り、環境中のアレルゲンや化学・刺激物質は増加するであろうし、我々はそれらと共存しなくてはならない。しかし、現在、ディーゼル微粒子除去フィルターの開発が進められているように、我々は産

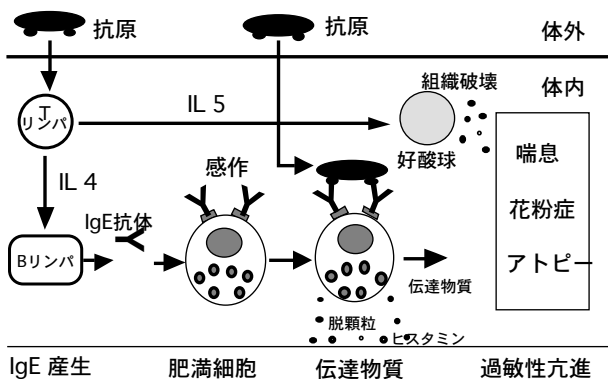


図2. I型アレルギーの発生メカニズム

表1. アレルギー反応を高める刺激物質

刺激物質	作用		
二酸化炭素 (NO ₂)	IgE	↑	
オゾン (O ₃)	IgE	↑	
二酸化硫黄 (SO ₂)	IgG	↑	
ディーゼル排気微粒子 (DEP)	IgE IgG	↑	好酸球 ↑
ホルムアルデヒド (HCHO)	IgE IgG	↑	好酸球 ↑
エンドトキシン (細菌毒素)			好酸球 ↑

生される不要物質を低減するための技術開発やその実行、また個人レベルでの環境への配慮を怠ってはならない。そして、アレルギー素因を持つヒトの安全領域レベルまでの増悪因子の環境濃度設定を急ぐ必要がある。

参考文献

Gershwin, et al (1981). Immunoglobulin E-containing cells in mouse lung following allergen inhalation and ozone exposure. *Int. Arch. Allergy appl Immun*, 65, 266-277.

Ichinose, T et al. (1998). Long-term exposure to diesel exhaust enhances antigen-induced eosinophilic. *Toxicol Sci*, 44, 70-79.

Ishizaki, T et al. (1987). Studies of prevalence of Japanese cedar pollinosis among residents in densely cultivated area. *Ann. Allergy*, 58, 265-270.

Gilmour, MI et al.(1996). Increased immune and inflammatory responses to dust mite antigen in rats exposed to 5 ppm NO₂. *Fundam Appl Toxicol*. 31, 65-70.

小泉一弘(1988). スギ花粉症と大気汚染. *JONHS* 4, 2219-2224.

Miyabara, Y et al. (1998a). Diesel exhaust enhances allergic airway inflammation and hyperresponsiveness in mice. *Am. J. Respir. Crit. Care Med*, 157, 1138-1144.

Miyabara, Y et al. (1998b). effects of diesel exhaust on allergic airway inflammation in mice. *J. Allergy Clin. Immunol*, 102, 805-12.

Norback, D et al. (1995). Asthmatic symptoms and volatile organic compounds, formaldehyde, and carbon dioxide dwellings. *Occup, Environ, Med*, 52, 388-395.

Takafuji, S et al. (1987). Diesel-exhaust particulates inoculated by the intranasal route have an adjuvant activity for IgE production in mice. *J. Allergy Clin. Immunol*, 79, 639-645.

Tarkowski, M et al. (1995). Increased IgE anti-ovalbumin level in mice exposed to formaldehyde. *Int. Arch. Allergy Immun*, 160, 422-424.

定金香里 et al(2000). ダニ抗原誘発性気道炎症に対するホルムアルデヒドの影響. 第41回大気汚染学会講演要旨集、p 521.

著者連絡先

〒 870-1201
大分県野津原町廻野 2944-9
大分県立看護科学大学 生体反応学教室
市瀬 孝道
ichinose@oita-nhs.ac.jp

今どきの子育て

森 まさ子 Masako Mori, RN

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 小児看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2001年2月2日投稿, 2001年3月14日受理

キ - ワ - ド

個性尊重、発達参加、環境との相互作用、親子、人格、試行錯誤

Keywords

individual respect, participation to development, mutual action of environment, parent and child, personality, trial and error

1. はじめに

我が国では、経済の進歩と社会構造の変化に伴い、女性の社会参加が進み、育児環境も多様化し、少子化の進行が憂慮されている。親の単身赴任、離婚率の増加、核家族化の中で子どもの能力開発や塾通い、育児用品、遊具の開発等は進行し、子どもの生活環境も変化している(田中, 2001)。親のライフスタイルの変化とともに、食習慣・運動の不足・友達と自由に遊ぶ空間・時間の不足をもたらし、健康面での問題が憂慮されている。地域によっては、子育てのサポートを得ることも難しく、一方で、女性の生き方も多様化している。母親は子育てが大切な営みであるとわかっているが、それだけでは、満たされない何かが女性の心の中に生まれ、子育てをしながら自分探しをしている人が増えている(子育て環境を考える会事務局, 2000)。手早く効率よく生活することに慣れ親しんだ大人が、子どもへの対応に不安があり、子育て中の親は自分の子どもにどのように接したらよいのか戸惑い、いま子育ての責任が母親に重くのしかかり、育児ストレスや子ども虐待等が憂慮されている(日本子ども家庭総合研究所, 2001)。

2. 子育てによって大人も成長する

高層マンションの一室に母親と子どもが互いに息をひそめ背中合わせで暮らしている、そんな閉塞感と孤立感に満ちた子育ての光景が現代の子育てを象徴しているように、母親の子育てに対する不安やゆとりのなさが、子どもの発達面に歪みをもたらしている。

「親はこうあらねばならない」という固定観念にとらわれ、緊張する人や心身共に疲れている人もいる。調査資料によると、核家族で、子育て中の母親の4割が自分の時間が持てないことをあげ、外出時、預ける先がない人は14%、育児やしつけの方法がわからないという人16%となっている。子育てが楽しいと感じている母親の国際比較では、アメリカ71.5%、韓国53.7%、日本21%である(日本子ども家庭総合研究所, 1998)。この違いは文化の違い、子どもとのコミュニケーションの取り方、しつけの仕方の差等も考えられるが、これは、今後の研究課題でもある。子どもの成長過程で親子が共に関わり生きる人間同士として慈しみ合いながら、戸惑いつつも自分を見つめたり、子どもの純粋な反応に感動したり新たな発見に驚いたり、発達過程を大らかに見守り楽しむことは、生きる基本の姿そのものである。子どもの存在に慰められ、生きる希望をもつ人も多い。子育てを通して自分自身をより豊かに育て直してゆく事業に関われるのは両親の特権であり、子育てには子どもが大人を育てる側面と、子ども自身の力で育つ面と、大人も成長する部分が共存しているところに素晴らしさがある。人間は、生まれつき成長する力が備わっているが、周囲の人との関わりによって、人間らしさや社会に生きていく上で必要な知識・行動や習慣などを繰り返しながら身につけ、より複雑なことを考えたり追求できるようになる。大人も夫婦がうまくつきあうことを学んだり、子育てによって子どもとの付き合い方を学んでいく。子育ては、夫婦の協力が際だって必要となる営みである。新生児も次

第に成長し、個性と発達過程での特色を顕わしつつ長い過程を経て成人し自立していく。発達すると云うことは他人が発達させるのではなく、自分の力で周りの環境に関わりながら、自らを変え、相手を変えるというフィードバックを繰り返して、自分の能力を形成していくことである。

3. 子育ては、子どもの発達に参加することである。

親の考えを子どもに押しつけることではない。しかし、子どもの発達を見るということはきわめて難しい。発達は総体的なもので、目に見える部分、測定できる部分は一部分で、内面的な諸能力と絡み合っているので一見してわかる訳ではない。体重や身長が伸びたとか、
ができるようになるということもさることながら、その子が人間としてどのように育っているか、人格の形成が問われる営みである。人間と人間が交流のなかで感じ、響き合うものが必要になってくる。それは、生活の小さな営みの積み重ねの中で行われるものである。発達に添うということは、子どもを主体にすることである。しかし、単に寄り添っていれば良いという感覚的なものではない。子どもの要求をそのまま刹那的に満たすことでもない。発達に必要なことを見極めることが前提である。子どもの発達の一般的特性を理解すると同時に個人の特性を把握する必要がある。さらに、子どもの生活に映し出された反応の意味を見極めながら対応することが、発達に添うことである。子どもと対話することで相手の思いを感じ取り聞き取ることができる。疑問を投げかけ、納得したり、確かめたり、共感しながら、こころの声を聞くことが大切である。それは、子どもの気持ちを思いはかりながら、相手の気持ちになろうとし、子どもと同化しようとすることである。その中で相手との共感を楽しんだり、共に新たな考えや行為を造り出そうとする対話である。それは、発達に添う者として、自分の在り方を発見することでもある。まだ、ものが言えない乳児に話しかけると言葉にならない表情や音声や仕草を返してくる、乳児を愛する大人は言葉にならない対話ができるのである。子どもと親の間にこうした通じ合う喜びの共有経験から信頼関係が成立する。求め合い支え合う関係が子育ての基本である。ことばを獲得するときの乳児と母親の関係を思い起こしてみるとそれがわかる。口元を見つめ自分も声を出す頻度を高める模倣的発声と自発的発声をしながら乳児は喃語を発していく。それに母親は意味づけをしたり、対応

をすることで言葉を獲得していく。単なる音声のやりとりではなく、言葉を形成していくための働きが相互に作用し合っている。それには勿論感情の共有、事実や場の共有等言葉を獲得する状況や心身の発達を促すあらゆる条件が絡まり合う。この関係は子どもが環境と関わって発達するという場合も同じである。親と子が周りの環境と、どのような相互交流をもつか、外界と関わった経験をもとに、自分の存在を知り生きる力を獲得していくのである。

4. 環境との相互作用が子育ての中心である。

幼児期は個性が現れ友達との遊びも活発になるので、その子独自の歩みを受け入れることが大切である。思いきり遊び、心身を動かすことにより、さまざまな人や物から刺激を受け、繰り返し経験し試行錯誤することによって、喜びや痛みを知り、疲れや危険を知る。他人を気遣い助け合い競争する心、善し悪しを判断する心が生まれる。そのため幼児には、母親や家族だけでなく自由に遊べる三間(時間、空間、仲間)が必要である。友達との遊びを通して実に多くのことを学んでいく。幼児期に体験を豊かにすることでその後の集団生活に抵抗なく適応してゆくことができる。少子化時代に多様な友達と遊び、国際化の時代に様々な国の子供と遊ぶ体験も勤めたい。人間が生きるということは巧く行かないことに直面することである。失敗したとき、どう乗り越えるかが課題となる。そばにいる大人は助けたくなるが、じっと見守り乗り越えたとき褒めることで自信が得られる。親も失敗をしてきたように、失敗をしながら子どもは育っていく。幼児期の子どもの視点に立って気持ちに寄り添うことのできる「親なるもの」の存在が必要である。子どもの世界で身の回りの自立といえば、排泄、衣服の着脱、食事等が自分で出来ることをいう。自分で考え行動を選択し、決定することを自律という。基本的な生活習慣の自立過程では、タイミングを見ながら根気良く働きかけ、子どものやる気を尊重し、自立の状況を見守り時には、後戻りすることもあるが共感を持って受け止める必要がある。機能的には食事や衣服の着脱が出来ていても、親や周囲の人にせきたてられたり、命令されないと出来ない場合は、身近の自立はしていても自律心は培われていないといえる。

5. 真の自律は心の内面が成熟しないと培われない。

子どもは未熟なので保護したり、教えなければならぬことも沢山あるが、いつも指図したり、指示や禁止ばかりが多くなると自主性は育たない。指示に従った結果、巧くいかないときは、他罰的になる。自ら考えて判断し行動した結果が、良ければ自信となり、巧く行かなければその子なりに原因や理由を考え再度挑戦する。その過程での試行錯誤から、問題解決の手がかりをつかんでいく。子どもが興味を持つたり、何かをしようとした場合は、できるだけその気持ちを受け止め、見守ることが自立心を育てることになる。子どもがしようとしているとき、大人が先回りして教えたり充たしてしまうのは過保護であり子どもが発達するチャンスを奪うことになる。過保護・過干渉・溺愛は、子どもの発達を妨げる。子ども達は比較的柔軟に環境に適応する力をもっているが、大人の反応には敏感である。環境に適応するためのストレスが、強すぎたり長く続いたりすると好ましくない心身の状態が現れる。

6. 子どものストレス原因

一般的には、父母や家族の不和、家庭崩壊による別離、養育者の交替、弟妹の誕生、自然災害、引っ越し、転校、厳しいしつけ、無視や拒否、兄姉との差別、身内の人の病気や死亡などがある。乳児期では無理な授乳や、離乳食の強制などがあげられる。幼児期は厳しいしつけ、遊びの制限、友達とのトラブル、習い事の強制などが多く、学童期では勉強の強制、仲間外れやいじめられ、友達関係のトラブル、成績への強いこだわり、教師とのトラブルなどがある。思春期では自立の制限、子ども扱いされること、友人関係、異性の関係、付き合いに関する干渉、プライバシーの侵害などさまざまである。幼い子どものストレス反応は、心身症として現れる。下痢、嘔吐、腹痛、動悸、呼吸困難、チック、頻尿、夜尿、頭痛、吃音、指しゃぶり、爪咬みなどがある。行動面では幼児期の息止め発作や激しい癇癩、乱暴などが見られ、家庭内にストレスがある場合が多い(上出弘之, 2000)。反応が重いと思われるときは子ども病院、小児科等の専門機関で受診し、適切な療法を受けることが必要である。予防法は子どもの、長所を認め、重すぎる負担をかけないことである。日頃から話し合いの雰囲気をつくること。愛情に基づいた優しさと厳しさはストレスや逆境を乗り越えるために必要である。

7. 終わりに

子どもが生まれてから、社会人になるまでの子育てでは、親役割の道程でもある。子育ては子どもを中心に家族・地域社会全体で協力連携して行われる最も重要な課題である。楽しく安心して子育てが出来るよう、少子化対策として母子保健を中心に、父親や広く祖父母を含め親と子が健やかに暮らせる社会づくりをめざして2001年から厚生労働省で「健やか親子21」のビジョンが示された(厚生省児童家庭局母子保健課, 2001)。子育てに疲れたときはリラックスタイムが取れるよう、家族の協力は言うまでもなく社会全体でのサポ-トシステムを多様に準備する必要がある。日頃から育児相談や育児クラブ・ネットワーク等を活用しながら、子育てのグループに参加することでエネルギーを蓄え、協力し合って煮詰まらないようにすることである(青木, 2001)。戸惑う問題には、家族や友人祖父母などの協力を求め、保健所や保育所、教育・児童相談所や子どもの医療機関など、専門家の援助や社会的支援を有効に活用して解決することが望まれる。また、子育てで遭遇する問題を個人の問題に留めることなく、社会背景と関連づけて捉え直し、現在の子育て環境改善に向けての活動も期待されている。

参考文献

- 青木紀久代(2001). なぜ子育ては難しくなっているのか - その心理 - 社会的背景, 児童心理, 2(745),10-15.
- 上出浩之(2000). 子どものメンタルヘルス:現代の子どものストレス, 日本精神衛生学会, 21-23.
- 子育て環境を考える会事務局(2000). 育児期の女性のエンパワメント21世紀まちづくりへアクション「子育てだけ!はイヤ!!」. シンポジウム講演集, 6-19.
- 厚生省児童家庭局母子保健課(2001). 健やか親子21 検討会報告書の概要: 母子保健の2010年までの国民運動計画. 月刊母子保健, 500, 2-3.
- 日本子ども家庭総合研究所編(1998). 日本子ども資料年鑑. 6, 92-93.
- 日本子ども家庭総合研究所編(2001). 日本子ども資料年鑑. 7, 334-338.

田中千穂子((2001). 児童心理: 今、母親の危機とは.
金子書房, 2(745), 1-9.

安田美弥子(2001). こころの健康: 新しい夫婦像を求めて - 男と女のそれぞれの自立 - . 日本精神学会誌,
15(1), 3-14.

著者連絡先

〒 870-1201
大分県野津原町廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学
専門看護学講座 小児看護学
森 まさ子
mori@oita-nhs.ac.jp

高齢者のQOLを高めるための数値目標設定の実際

- スウェーデンのダンデリード老人病院を見学して -

藤内 美保 Miho Tonai, RN

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護アセスメント学 Oita University of Nursing and Health Sciences

佐藤 和子 Kazuko Sato, RN, MA

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護情報学 Oita University of Nursing and Health Sciences

岡野 初枝 Hatsue Okano, RN, PHN, PhD

岡山大学医学部保健学科 看護学専攻 地域看護 Health Sciences Okayama University Medical School

2001年2月19日投稿, 2001年4月4日受理

キーワード

QOL、高齢者、数値目標、スウェーデン、老人病院

Keywords

quality of life, elders, numeral target, sweden, geriatric hospital

はじめに

2000年10月30日～11月3日までの5日間、日本訪問看護財団主催の「スウェーデン・ドイツの在宅看護事情視察団」に参加する機会が得られた。スウェーデンは福祉先進国といわれ、国民だれもが安心して暮らせる社会保障制度が整っており、介護保障の歴史も古く介護のシステムが充実した国である。行政は、国、23の県(ランスタング)、288の市(コミューン)からなっており、県と市は国の指示を受けずに主体的・専門的な地方自治を行っている。

今回、ストックホルムの隣市にあるダンデリード老人病院を視察した。この老人病院は、骨折や脳血管障害の後遺症などの後遺症に対する専門的リハビリテーションや急性期の治療が終了し自宅での生活に移行するための中継的な役割をもつ病院である。福祉が充実し、高齢者ケアの質を誇るスウェーデンにおける老人病院では、どのような理念をもち、どのような目標を設定して高齢者のケアを提供しているのかは興味深かった。ダンデリード老人病院では、「高齢者のQOLを常に考慮し住民主体でしかも明確な数値で表された目標設定」をして運営しており、日本の高齢者ケアを考えるうえで多くの示唆が得られたので報告する。

1. ダンデリード老人病院と県との契約目標

スウェーデンでは、医療は県、福祉は市が担当するシステムになっており、県行政は医療サービスが主であり、医療を担う病院は大部分が県立の病院となっている。今回視察した老人病院も、県から市へのスムーズな移行を行うための医療施設となっている。高齢者医療については、1992年にエーデル改革が行われ、これまで医療と福祉に境界線を引いていたことによる問題を緩衝するため、県が担当していた老人医療の一部を市に委譲し、高齢者ケアの質の向上をはかっている。そのため老人医療は県と市が協力しあうようなシステムになっている。

まず県で予算が組まれ各医療施設に予算が配分される。分配にあたり、県からそれぞれの病院に対して、今年取り組むべき1年間の契約目標が要求される。ダンデリード老人病院が契約した2000年の目標は、次の3つであった。

- (1) 1680名の入院患者を扱うこと
- (2) 外来は4900名以上扱うこと
- (3) 入院患者の60%は家または急性期治療後からの入院にすること

(1)(2)のような患者数を確保するためには、病院の質、ケアの質を向上し、患者の高い満足度を得なけ

れば達成できないことはいうまでもない。スウェーデンでは、県立の病院であったとしても、患者のサービス選択権と病院の独立採算制という競争原理が働いているため、倒産の危機に直面することもあり得る。つまり患者数の変化がそのまま経営状態を左右することになる。ダンデリード老人病院は、1992年に開設し、当初、入院患者は900名であったが、翌年は1382名、2000年の10月時点では2400名と8年間で2.7倍に急増しており、質の向上に向けて努力をしていることがこの数値からもうかがい知れる。この患者数の増加の背景には、ダンデリード市が、ストックホルムの隣に位置していることも要因の一つであろう。ケアの質を向上させれば、患者数の増加は期待できる立地条件である。患者のQOLを高め、ケアの質を向上させるといふ病院の方針は、患者数の増加という結果を導いた。この患者数の増加は、県からの予算配分の外にもうひとつのメリットがある。ストックホルムに居住している人が、ダンデリード地域でケアを受ければ、ストックホルムがダンデリードにお金を支払うというシステムである。より多くの予算がつけば、それはまた患者を満足させるべく投資されることになる。

(3)の目標は、患者をたらい回しにしないことを配慮した目標である。高齢者のQOLのために、高齢者が今、どこでケアを受けることが、最もふさわしいのかという理念が打ち出され、県との契約目標の1つに挙げられていることの意義は大きいと思われた。

また、県と市の連携のシステムとして、医療機関から福祉機関へ高齢者が移行する場合の規定がある。医療的処置の必要がなくなってから5日以内に、高齢者は、医療機関から自宅、ナーシングホーム、グループホームなどの福祉が管轄するところに行き先を決めなければならない。その期限を過ぎた場合は、1日に250ドルを市が県に支払うという義務が生じるものである。しかし、実際には、高齢者には慢性的な疾患が多く、医療的な処置が終了したとしても、リハビリテーションが必要となる。そこで、スムーズに福祉領域へ移行ができるような老人病院のケアは、高齢者にとって高い関心事であり、特に自宅で生活できるかどうか

はスウェーデンの高齢者のQOLに影響するものである。

2. ダンデリード老人病院における独自の目標設定

(1) 自宅生活への移行を促進するための目標

住み慣れた自宅で生活するという事は、QOLを高めるための重要な要件である。ダンデリード老人病院は「入院患者の70%は、直接、自宅に帰れるようにすること」を目標の第1に掲げていた。2000年10月現在の達成度は、71.4%であった(表1参照)。スウェーデンにおける高齢者の自宅居住率は65%と高率であり、これは高齢者自身が自宅での生活を強く望んでいること、また独り暮らしでも安心して暮らせる介護保障システムがあることなどが考えられる。7割の高齢者が自宅に直接帰ることができるという目標設定は、福祉が充実したスウェーデンであるとはいえ、注目すべき目標値である。(日本の場合、65歳以上のひとり暮らし世帯13.0%、65歳以上夫婦のみ世帯33.7%)

この目標を達成するために、より具体的な個々の患者のADLを数値化していた。老人病院の主なケア内容は、リハビリテーションと治療的ケアであるが、患者の70%はリハビリテーションを入院目的にしている。リハビリテーションの効果の判定の1つとして、カツインデックス(表2)を使用してADL状況を把握している。入院患者の平均的なADLは、カツインデックスで表すと3.5である。つまり6項目のうち3項目～4項目は日常生活動作において看護や介護が必要な状態にあるということである。入院時から退院時のADLの変化を調査した結果、退院時には平均1項目はアップしているということである。特にリハビリテーションのみを目的にしている患者については、1.6項目アップしている。カツインデックスを用いることにより、入院患者にどのくらいの期間でADLを向上させることができたかを定量的に把握することができる。入院患者は65歳以上で平均年齢は82歳(そのうち65%は女性)である。また一人の患者がおよそ2～3の疾患を合併し、しかも慢性的な病気

表1 退院後の行き先場所

自宅	71.4%
特養	8.2%
ショートステイの後特養	10.9%
救急病院	5.3%
死亡	4.2%

表2 カツインデックス

1. お風呂にひとりで行けるか
2. 着脱がひとりで行けるか
3. 排泄がひとりで行けるか
4. 自分で移動ができるか
5. 失禁者であるか
6. 食事がひとりで行けるか
以上6項目による判定

をもつ患者が多いということである。しかし、在院日数は平均 18 日間であり、このような状況の入院患者を 2～3 週間で ADL を向上させていくということは、高齢者の意欲もさることながら病院のケアの質の高さに驚嘆するものである。

また、自宅での生活を支援するために、医療的な処置が必要な高齢者に対して、通常では、県の管轄である老人病院や地域診療所から看護婦または医師が派遣される。あるいは介護が必要な場合には市の責任のもとでヘルパーなどが訪問し介護している。このダンデリード老人病院は、看護婦や医師の派遣システムを行わない代わりに、特別の訪問看護機関を設けており、末期癌など濃厚ケアが必要な場合でも自宅での生活を保障した支援の強化を図っているということであった。

(2) 入院中に起こる余病を防ぐための目標

ダンデリード老人病院が掲げている 2 つ目の目標は、副作用、褥創、院内での骨折などの余病を 1% 以下に抑えることである。高齢者にとって、余病を併発するということは、生活する上で身体的にも心理的にも社会的にも多大な苦痛や負担となり、生命を脅かすことになりかねない。とくに老人病院スタッフの注意によって予防できたはずのものであれば、その苦痛は一層増大し、病院に対する満足度にも敏感に影響するものでもある。この余病を 1% 以下に抑えることを明示していることは、スタッフの観察力、判断力、対応など専門職としての自覚を強化し、老人病院としての質を向上させ、高齢者の QOL を確保するうえで重要な意義があると考えられた。また余病の併発率を公開していること自体が、利用者への誠意あるサービスであり、病院の信頼に直結するものである。

現時点での余病の併発率は、2.1%、つまり 2400 人中、50 人程度の患者が入院中に余病を併発しているということである。目標には達していないが、かなり低い水準での発生率である。発生した余病の内訳を表 3 に示す。院内での骨折が最も多くなっているが、スウェーデンでは「寝たきり」という言葉がない。これ

表 3 余病発生頻度

病院内での骨折	0.8%
褥創	0.0%
薬剤の副作用	0.3%
下肢の創形成	0.6%
その他	0.4%
計	2.1%

は積極的なリハビリテーションと高齢者の活動・移動への意欲に係るものではないだろうか。

余病の予防以外に、再入院という側面からも高齢者の満足度を高める目標を設定していた。つまり 10 日以内に再入院してくる場合は、退院を早めすぎたと判断されることになっている。当老人病院は 1.5% が 10 日以内に再入院したが、同一疾患での再入院は 0.7% と非常に低い値となっていた。

このような余病や再入院を低く抑えられているのは、看護および介護プランの効果の表れと評価されており、看護職・介護職全員が、細心の注意を払ってケアを実施している結果であろう。

(3) 患者の高い満足度を得るための目標

病院が積極的に患者の声を聞き入れ、運営に組み込んでいくやり方は、積極的な住民参加型の経営方針である。患者の生の声を反映することは、本来あるべき姿とはいえず、実際の現場では困難なことも多いと予測される。ダンデリード老人病院が挙げた目標は、「入院及び外来患者にアンケートを実施し、90% 以上の人々が満足すること」としていた。アンケート調査を実施し、しかも 90% が満足するという高い設定目標は、裏を返せば、ほぼ全員の患者を満足させることができるほど、質の高いケアを行なえる老人病院であることをアピールしていることにもなる。

患者へのアンケート調査は、このダンデリード老人病院だけでなく、市からの通達でもあり、他の施設でも行っている。また患者は市に対して、不服申し立てができる制度もあるが、登録されるような苦情は、ほとんど挙げられることはないという。このようなシステムを義務づけているスウェーデンにおいて、医療や介護に携わる専門職の自信と誇りを感じることができる。

3. 高齢者が QOL を確保し生活できる背景

今回の視察では現場の見学はできなかったが、大変興味深く思った専門職の関わりかたについて紹介したい。それは、ダンデリード老人病院に限らず、いずれの看護・介護の現場であっても、一人ひとりの患者が今何を望んでいるのかを常に理解し、高齢者を尊重するケアを行うという本質的なことを当然のこととして実践していることである。一人ひとりが望むものは異なり、その望むことは刻々と変化することを前提にケアにあたっている。自宅での介護を例にとると、今日身につける服装から、洗面の仕方、ゆで卵のゆで具

合にいたるまで、全て本人にニーズを聞き出し、本人の望むことを確認していくというものである。高齢者のサービスに対する満足度が高い理由の一つは、看護職や介護職の専門家としての総合的な質の高さによるものと思われた。

さらに、高齢者のサービスに対する姿勢についても驚きを感じた。サービスを受けることに対して、高齢者は「ありがとう」という受け身の姿勢ではなく、サービスに高齢者が参画するという積極的な意識が根付いているということである。どのようなサービスを求めているかについて、高齢者自身がニーズを伝え、自己決定するという本人自身の主体性がケアの中に組み込まれているのである。それはスウェーデン人のパーソナリティ特性でもあるが、日々の生活スタイルを本人自身が決定し、その高齢者のニーズを当然のように受け入れる環境が整えられて、周囲も高齢者がサービスを受ける権利の主体であるという認識を支持しているということが、スウェーデンにおける高齢者の介護保障のクオリティの高さを維持しているものと思われた。スウェーデンが福祉先進国といわれるのは、サービスに参画する高齢者とサービス提供者、そして周囲の環境などが、介護保障の充実にむけて積極的に関与してきた当然の結果なのだと思われた。

著者連絡先

〒 870-1201
大分県野津原町廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座
看護アセスメント学
藤内 美保
tonai@oita-nhs.ac.jp

韓国との国際交流の一例 - ソウル大学校看護大学との学生交流 -

桜井 礼子 Reiko Sakurai, RN, MS

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 保健管理学 Oita University of Nursing and Health Sciences

Gerald Thomas Shirley

大分県立看護科学大学 人間科学講座 言語学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2001年5月23日投稿, 2001年6月12日受理

キーワード

国際交流、学生交流、韓国、看護学生

Keywords

international exchange, student exchange, Korea, student of nursing

1. はじめに

これからの看護職の活躍の場は、地域を越え、国を越えて広がっていく。このような時代に対応するために、本学では「国際看護学」講座を置き、看護教育や看護活動の国際比較について教えると同時に、学生交流プログラム等を展開している。その一環として、ソウル大学校看護大学と1999年9月より姉妹校を締結し、2000年7月に第1回の学生交流プログラムをスタートさせた。

本稿ではその学生交流について報告する。

2. 学生交流の目的と概要

学生交流は、(1)日韓の医療・保健システムを理解すること、(2)日韓の文化および生活習慣を理解すること、(3)国際的な視野を広げること、(4)日韓の看護教育システムを理解すること、(5)看護職の活動の実態を知ることが目的に実施されている。

第1回の学生交流は、夏休みを利用して行われ、本学からソウル大学へは2000年7月21日～30日の10日間、学生5名、教員2名、ソウル大学からは8月6日～13日の8日間、学生5名、教員1名が訪問した。

交流プログラムの主な内容は、学生、

教員を交えた歓迎パーティ、意見交換会、保健・医療施設の見学、さよならパーティである。両国で訪問した保健・医療施設を表1に示す。

学生交流の費用は予算化しており、学生は費用の一部を負担することとした。

3. 学生交流を通して学生が学んだこと

本学の学生は、2年次に「国際看護活動論」についての講義を聞いているが、事前には韓国の保健・医療

表1 学生交流プログラムで訪問した保健・医療・福祉施設

韓国で訪問した施設
・ソウル大学病院およびその付属研究機関
・三星メディカルセンター
・リハビリテーションセンター（延世大学病院）
・ソウル市江北区保健所
・産後ケアセンター
・南楊州市保健所
・保健診療所（保健診療員が開業している）
日本で訪問した施設
・大分県立病院
・大分記念病院
・湯布院厚生年金病院（リハビリテーション中心の病院）
・宇佐高田保健所
・わたなべ助産院
・百華苑（老人保健施設・訪問看護ステーション）
・パルクラブ（障害者の授産施設）

システムについて簡単な情報提供を受けているだけである。今回のプログラムを通して、学生の主な学びおよび印象などについてまとめる。

(1) 保健診療員 (Nurse Practitioner)

本学の学生にとって最も印象的だったのは、ソウル市に隣接する南楊州市の農村地区で活躍している保健診療員であった。保健診療員は、看護師としての経験と一定期間の教育を受けた後に与えられる資格であり、決められた薬ではあるが処方することも可能であり、独立して保健診療所を開いている。ここの保健診療員は、約1000人の住民を担当し、診療所内に住居も構え保健センターを開業し、24時間体制でその地区の住民の健康を守る役割を果たしている。ここでの研修は、ただ話を聞くだけでなく、実際に高齢者の家庭訪問に同行することができ、看護職と対象者との関わりから地域環境と住民のニーズを実感し、看護職の役割について理解することができた。また、ちょうど夏休み期間で学童期の子供たちの健康教室も開かれており、保健診療員の活動が全ての住民に対して行われ、ヘルスプロモーションの考えをベースにその活動が多岐にわたることを実感した。学生は自律し専門性をいかして地域に根ざした活動をしている保健診療員をととても魅力的にとらえられていた。また、韓国での看護職の専門性と予想以上にその地位が高いことを感じたようである。

(2) 日韓の保健・医療施設の違い

韓国では、急性期を中心とした医療施設としてソウル大学病院、三星メディカルセンターを訪問した。ここでは、最先端の医療と研究を行っており、画像転送システムや電子カルテなど学生が初めてみるものであり、驚きをもって見学をしていた。

また、産後ケアセンターは、日本にはない施設である。病院で出産を終え出産数日後に退院した母子が過ごす施設で、母親は産後の体調を整えると共に、子供の世話のしかたなど様々なことを学ぶ施設である。これは韓国の習慣では、分娩後の母親は約1ヶ月は家庭にいて他に世話をする人がいてゆっくり子供の世話をしながら過ごすことが普通であった。しかし、都市部で核家族化が進み、家庭では従来のような環境が準備できなくなった結果できた施設である。日本にないこの施設は、学生には非常に合理的な施設とうつり、日本にも必要な施設ではないかと考え興味深かったようである。

大分では、韓国の学生といくつかの施設と一緒に

見て歩く機会をもったが、本学の学生にとっても初めて訪問する施設が多く、関心が高かった。韓国の学生が「老人保健施設を見学してその設備が整っていることに驚き、日本の高齢者の対策がすすんでいるとの印象を持った」ことや、授産施設を見学して「公的な補助を受けてこれだけの施設があることに日本は豊かである」と感じたことから、日本と韓国の違いに本学の学生が改めて気づいたとのことであった。

(3) 両国の比較から学んだこと

本学の学生は、日本の同じような施設を見学したこともなかったし、日本の現状もよく理解していなかったこともあり、訪韓当初は韓国のシステムはただただ素晴らしいとの印象が強かったようである。しかし、施設を見学するだけでなく、病院や地域で活躍する看護職が働く姿に触れ、直接話を聞くことや、対象を中心として生活や環境の違いに視点をおくことで、両国でどのような看護が提供されているか理解を深めていった。そして、日本と韓国を比較して考えられるようになり、韓国の学生の視点が加わることで日本の現状を再認識し、共通する看護の役割に気づくことで、さらに学びが深まったと考える。

また、学生は、その国の看護を理解するためには、社会、政治、経済、教育など文化的な面で幅広い知識が必要であり、保健医療システム、疾病構造など看護に影響する様々な要因に目をむけることが重要であることにも気づいている。さらに、日本にないシステムや看護職の活躍を、これからの日本での看護職の役割の広がりや可能性としてもとらえていた。

(4) コミュニケーション

今回の韓国でのプログラムでは、休日となる日が3日間あった。学生はソウル市郊外まで足をのばし、寺院や博物館の見学、またソウル市内の市場やショッピングセンターでの買い物など、韓国の歴史や現代の若者文化の一端を経験することができた。本学の学生は「韓国では日本の文化に触れる機会は多いらしいが、それに比べて日本では韓国の文化に直接触れる機会が少ない」との感想を持ったようである。

学生の共通語は英語で、日本の学生は、はじめのうちは英語の聞き取りもままならない状況であったが、身振り手振りも交えながらお互いにコミュニケーションをとっていた。学生は「韓国の人々に触れ、英語や韓国語は十分ではなくても意思疎通はできた。同じ人間同士で話すときには相手に何かを伝えようとする意思や気持ちがあれば、それが何語であろうとあまり問

題ではないということを実感した」と述べており、コミュニケーションをとりたいという気持ちと積極性が一番大事であることを実感したようである。しかし、その一方では「同じ看護を学ぶ学生として、どのような内容の勉強しているのかといった専門に関する話は、語学力の問題もあり十分には意見がかわせなかった」との反省や、「国際社会での共通語としてかかせない英語での会話を身につけることは今後の課題」とも述べており、語学力の必要性も痛感したようである。

(5) 学生の学ぶ姿勢

韓国と日本の学生では、学ぶ姿勢に違いを感じた。韓国の学生のほうが、自律しており学ぼうという姿勢が強いと感じた。何事にも関心をもち、自分の意思をはっきりと表現することができており、日本の学生も「大分の施設訪問に同行し、韓国の学生が質問をしているのを見て、その積極性に驚いた」との感想を述べていた。これは自分たちが学生の代表であるという役割意識とプライドにあるのではないかと感じた。

国際交流は異文化の中に自分の身をおき、人間対人間としての触れ合いからスタートするものであり積極性をもつことが大切である。海外に行くと生活習慣の違いや言葉の壁といった様々なストレスにさらされることになり、その中で力を発揮していくことは難しいことではあるが、日本の学生にもそれをはねのける気力と体力があってほしいと感じた。

4. 学生交流の評価と今後の課題

(1) 学生の人数と構成

学生の参加人数は、訪問施設の受け入れ等を考えると5名程度が妥当であろう。また、学年では、本学は3年次生を選抜した。同じ学年であるため連帯感が強くメンバー同士のコミュニケーションがよくとれ、お互いの知識を共有しあいながら学びを深めていった。一方、韓国からの学生は、1年～4年次までの編成で3年生が2名であった。3～4年生はリーダーシップを発揮し質問も積極的であり、しっかりと専門的な知識を吸収していた。1年生はまだ看護についてほとんど勉強をしていないとのことであったが、このプログラムに参加し「看護のすばらしさを実感し、自分の妹に看護職を進めた」との後日談があり、看護に対する教育レベルが違っても学年に応じた学びがあると感じた。

1年～4年次での構成の方が学生自身が個々に自立した行動がとれ、学びが深まるのではないかと考えられる。

(2) コミュニケーションの問題

言葉の問題として、韓国での施設の見学では、日本語が話せるボランティアの方がいてくれたところもあったが、専門用語となると通訳は難しかった。本学の学生は英語だけでは十分に理解することができず、施設のかたが話す韓国語をソウル大学の教員や学生が英語に訳し、日本の教員が学生に日本語で伝えるというパターンであったため、かなり時間を要するものとなった。日本での施設見学では、韓国の学生に英語力があつたことや、本学の国際看護の教授が日本語から韓国語に看護の視点をいれて通訳をしたことで、十分なディスカッションができた。学生は言葉がわからないことでストレスを感じてしまいがちであり、韓国語から日本語にきちんと翻訳することができれば、もっと学生の積極性を引き出すことができたのではないかと反省している。

(3) 学生交流の継続性

学生は「韓国の学生と今でもメールでのやりとりをしている」「将来どこかでまた看護を通じて会うことができると思うと勉強の励みになる」と今後も交流を続けていきたいと話していた。夏休み期間を利用したため、お互いの講義に参加したり、多くの学生との交流場面は少なかった。今後は参加した学生が中心となり、ネット上での学生の情報交換や交流の場を作るなど、交流を継続できる方法を考えることも必要であろう。また、学生交流の機会は教員同士のコミュニケーションの場となり、相互理解を深めるきっかけにもなった。今後も継続して学生交流を続けていくにあたり、学生にとっていい環境作りと、学生の学びを共有するための方法を考えていきたい。

5. おわりに

今回のプログラムは、日本から韓国への訪問が最初であった。1日目、大分空港から韓国に向かう機内で、「前日は緊張して眠れなかった」という学生の言葉が聞かれた。が、空港ではプラカードを持ったソウル大学の学生の出迎え、ソウル大学のキャンパスには「Welcome Oita University」の横断幕、宿舎の部屋には一輪の花とウェルカムと、暖かい歓迎を受け、学生、教員とも一気に緊張がゆるんだ。その後も訪問する先々で多くの歓迎を受け、充実した日々を過ごす

ことができた。このプログラムに参加、協力いただいた大学の学生と教職員、施設の方々や地域の人々に感謝を申し上げたい。

著者連絡先

〒 870-1201
大分県大分郡野津原町廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 保健管理学研究室
桜井 礼子
sakurai@oita-nhs.ac.jp