

## 大学制度看護教育課程の構想 ——看護と保健の統合を目指して——

菊井和子<sup>1)</sup> 太湯好子<sup>1)</sup> 深井喜代子<sup>1)</sup> 人見裕江<sup>1)</sup>  
關戸啓子<sup>1)</sup> 渡邊ふみ子<sup>2)</sup> 平野 寛<sup>1)</sup>

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科<sup>1)</sup>  
川崎医療短期大学<sup>2)</sup>

(平成7年10月18日受理)

## An Educational Framework of a Baccalaureate Nursing Program —— Integration of Health Care with Nursing ——

**Kazuko KIKUI<sup>1)</sup>, Yoshiko FUTOUYU<sup>1)</sup>, Kiyoko FUKAI<sup>1)</sup>, Hiroe HITOMI<sup>1)</sup>,  
Keiko SEKIDO<sup>1)</sup>, Fumiko WATANABE<sup>2)</sup> and Yutaka HIRANO<sup>1)</sup>**

*Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare  
Kawasaki University of Medical Welfare<sup>1)</sup>  
Department of Nursing  
Kawasaki College of Allied Health Professions<sup>2)</sup>  
Kurashiki, 701-01, Japan  
(Accepted Oct. 18, 1995)*

**Key words :** nursing education, baccalaureate program, nursing care,  
health care delivery practicum

### Abstract

Japan urgently needs to modernize its health care delivery to respond to the demands of a rapidly increasing population of elderly, chronically-ill and disabled persons. Also, demands on health care have expanded to include not only treating and curing illnesses but also promoting and maintaining health, that is, to improve the quality of life for everybody. Society's consensus is that nursing, by virtue of its role, training and cost-effectiveness, is an obvious profession to meet the multiple challenges.

However, nursing, too, needs professionals prepared with more expertise and autonomy in the expanding health care system. It requires revision of nursing education. This article reports on one such new undergraduate nursing program begun in 1995 at Kawasaki University of Medical Welfare. The program is comprised of three dimensions

: nursing care methodology, health care delivery practicum, and nursing theory. The curriculum and its conceptional framework are described.

## 要 約

急増する高齢者、慢性疾患、障害者のニーズに対応するため、健康ケアシステムを発展させることは、我が国が当面する緊急の課題である。健康ケアは、疾病の治療や治癒のみでなく、健康の保持・増進、さらに全ての人の生活の質を重視したものでなければならない。多様化、複雑化する問題に対処するには、看護職が、その社会的役割、ケア技術また経済効果の面からも最も適しているという社会のコンセンサスができてきている。

そのためには、拡大する健康ケアシステムのなかで十分その専門性と主体性を発展させることのできる看護職の育成が必要である。つまり、看護教育の改革が求められている。本稿では、そのような目的で1995年に新設された川崎医療福祉大学の看護教育課程について報告する。看護ケア論、保健活動論、保健看護論の3領域で構成されているこの教育課程の構成枠組みとその概念について紹介する。

## はじめに

近年、看護をめぐる社会情勢が急速に変化してきた。これまで、数の不足への対応に追われ、教育制度の改善や社会的地位の向上など、抜本的な対策が不十分であった結果、それがさらに量の低下を来すという悪循環を招き、看護は衰退の危機さえさやかれるようになりかけた。世界最高の技術水準を誇る日本の医療において、健康専門職のなかでも中心的役割を担うべき看護職が、国際的レベルから著しく立ち後れているという事実<sup>1)</sup>は、文化国家、福祉国家を標榜するわが国として緊急に解決を要する課題と認識されるようになった。

その背景には、近年のわが国の医療をめぐる社会環境の変化がある。急速な人口の高齢化、慢性疾患や障害の増大に加えて、女性の社会進出、伝統的家族制度の崩壊、さらに国民の健康に対する意識の高まりなどが保健医療サービスのあり方に大きな改革を求めようになった<sup>2,3)</sup>。慢性疾患や高齢者に対しては、これまでの高度技術医療と併せて、患者（地域住民）の生活の質（QOL）を尊重し、人間としての尊厳を重要視した住民中心の医療サービスが求められるようになってきたのである。

これからの高度化・多様化・複雑化する健康問題に対する社会のニーズに応えるには、ケア

の専門家である看護職による援助が技術的にも経済効果の面からも有効であり、対象を心を持ち社会生活を営む全人的存在として理解し対応できる、豊かな人間性と科学性を備えた人材が要望されるようになってきた。さらに、そういった看護職者の活躍には、その基礎理論となる看護学の新しい体系付けと、その教育研究システムが必要であるとの認識が広まりはじめた<sup>4)</sup>。

21世紀の社会に対応できる看護とは、これまでとは発想を大きく変換し、住民の健康問題を人間の生活問題として捉え、全人的な援助ができるとともに、健康増進、疾病予防、早期発見、早期治療、リハビリテーションさらにターミナル・ケアまで含む健康のあらゆるレベルに対応する包括的ケアを提供する活動でなければならない。

それは「看護」という一語で表現するにはあまりにも拡大された広い活動と深い内容を包括するものである。川崎医療福祉大学に看護教育課程を設置するに当り、新しい発想で看護を見直し、「保健看護学」としてその基礎理論の体系化と教育課程の編成を試みた。

## 看護教育の変遷

### 1. 専門職としての歩み

看護 nursing や看護婦 nurse の語源はラテン語の *nutricus* で“栄養を与える、授乳する、世

話をする、あるいはそうする人”を意味し、元来は人間本能に基づく自然発生的な行為であった。その後、看護は中世の慈善活動としての宗教看護時代を経た後、19世紀後半に英国のF・ナイチンゲール(1820~1910)が専門職としての看護の基盤を築いた<sup>5)</sup>。20世紀になってからはアメリカで飛躍的な発展をみせ、特に第二次大戦後は、看護教育をそれまでの訓練学校から大学教育へと発展させると同時に、専門職看護婦(士)やナース・プラクティショナーなどの高レベルの看護制度を設立し、地域社会の健康に貢献する専門職として活発な実践活動を展開して、今日の地位を確立させた<sup>6)</sup>。わが国では、20世紀末にナイチンゲール式看護教育が導入されたものの、戦前の日本は女性の社会的地位が低く、さらに戦時中の社会の荒廃から看護も衰退したが、戦後、昭和23年保健婦助産婦看護婦法(以下、「保助看護法」)の制定により、高等学校卒業後3年以上の高等教育として一定のレベルが確保されるようになった<sup>7)</sup>。しかし、高学歴化の進む今日、専門学校や各種学校の教育では、近年の医療の高度化、社会住民の健康ニーズの多様化には十分対応できない状況にある。

## 2. 看護学確立に向けての歩み

近代医学が科学の発達とともに飛躍的な進歩を遂げたように、看護の発達にもその基礎理論となる看護の科学の確立が必要である。看護学の確立にいち早く取り組んだアメリカでは、1889年、まず、看護教育のコースを大学の教育学部に発足させた。看護学の先駆者たちは、教育学、心理学、社会学で学んだ理論を看護学の体系付けに応用することから始めた。現在、アメリカの看護論の中心となっているニード理論、システム理論、人間関係理論等はその延長線上にあるもので、現在も、看護学をどう体系付けるかに関しては活発に議論されているところである<sup>8,9)</sup>。

わが国では、保助看護法制定時から保健婦助産婦看護婦養成を一本化して大学教育とするという声があったものの、当時の状況から文部省、厚生省ともにその案には消極的で、結果として大学への道も残した上で、主流は各種学校として位置付けられた(保健婦助産婦看護婦学校養

成所指定規則、昭和24年5月20日文部・厚生省令、以下、「指定規則」)<sup>7)</sup>。しかし当時の教育課程で「看護学」と称したものは、医学を簡略化したものに看護心得を付したもので、看護の科学というにはほど遠いものであった。その後、昭和43年に、看護の体系付けを目的として指定規則を改正し、「成人看護学」「小児看護学」「母性看護学」という人間の成長発達段階にそった看護独自の体系付けを導入したことは画期的なことであった<sup>10)</sup>。大学制度の看護教育は、昭和27年に高知女子大学で、続いて昭和28年には東京大学でスタートしたが、教育課程は指定規則の枠組みを出ることが許されず、大学教育と職業教育のジレンマに苦悩し、その発展は遅々たるものであった。近年、ようやく大学課程の充実が社会からも強く要望され、看護学のあり方についても真剣な討議が行われるようになってきた<sup>11,12,13,14,15)</sup>。

## 今日の看護をめぐる社会背景

今日、看護教育の改革、看護学の確立が叫ばれるようになった背景には、近年の医療に対する社会ニーズの急激な変化がある。医療の進歩に基づく疾病構造の変化は、高齢者や慢性疾患患者への対応を緊急課題として医療や看護にその対策を迫っている。つまり、高度の知識、技術を駆使した延命を第一目標とする医療と併せて、個人の人間性を尊重し、その人の生活の質(QOL)を大切にした人間中心のケアサービスが求められるようになってきた。医療者の視点から人間を身体的存在として捉え、その病む部分の診断・治療のために人間性を軽視した医療を行うというのではなく、患者(地域住民)の生活者としての視点を重視し、たとえ病む部分、衰えた部分を持ちながらも一人の人間として尊厳を保ちつつ心豊かに充実した人生が送れるよう日常生活へのきめ細かな支援が必要とされるようになってきた。そしてその対応には、看護職者が最も適していると認識されるようになってきたのである<sup>4)</sup>。

例えば、高齢者には、近代的な病院で高度な診察を受けるより、できれば住み慣れたわが家で家族や地域の支援を受けながら長年培ったラ

イフスタイルを保ちたいと願う人が多い。また心身の障害や慢性疾患をもつ人も、病院より地域で自分の能力に応じた社会参加をしながら自立した生き方をしたいと望む場合が多い。さらに、もはや有効な治療手立てのないターミナル期の人びとも、残り少ない日々を大病院で医療機器に囲まれて暮らすより、ホスピスやわが家で家族に囲まれて自己の人生を完結したいと望むケースが増えてきている。いずれの場合も、訪問看護等による直接的ケアと本人および家族に対する保健指導の援助を必要とする。つまり、これまでの看護婦と保健婦を統合した機能をもつ専門職者が要求されるようになってきた。

しかし、現在の看護制度では、病院で働く看護婦は「傷病者若しくは褥婦に対する療養上の世話又は診療の補助」に当たり、地域で活躍する保健婦は「保健指導に従事する」と法で規定され、資格も教育課程も異なっている。原則的には、看護婦課程を卒業した者が新たに試験を受けて保健婦課程に入学し、看護婦課程と分離された教育を受けて保健婦資格を取得する<sup>16)</sup>ため、直接的ケアと保健指導の両方を地域住民に提供する体制がうまく機能しない場合が多いのが実状である。例えば、看護教育は、高齢者や慢性疾患に対する保健指導や家族支援を中心とする訪問指導、看護と福祉制度の連携等についての教育が不十分であり、また、保健婦教育ではケア技術の訓練が不足しており、現場での混乱が問題となっている。さらに、疾病対策に比して健康者に対する健康増進・健康保持へのアプローチの比重が不足している点も大きな課題である。

### 新しい看護学の模索

これまでの医療は疾病対策を原点として発達してきた。包括医療の概念も疾病の予防、疾病の診断・治療、疾病からの回復（リハビリテーション）という発想から生まれたものであった。しかし、平均寿命が延長し、疾病構造が変化してきた今日、健康や医療に関しての発想の転換が求められている。WHOのいう「疾病や虚弱がないのみでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態」という理想像を掲げながら

も、現実には、「疾病や虚弱を抱えながらも良好な状態」で生きることが重要と認識されはじめた。たとえ病気や障害があっても、生活が安定し、充実感、幸福感をもって生きることができれば、それを良好な状態 state of well-being とみなすことができる。これからの看護は、人間の病める部分にのみ焦点をあててケアを提供するのではなく、人間の健康な部分に注目し、その人が人間として生き生きと幸せに生きるように支援する、つまり、発想を疾病 illness 中心から健康 wellness 中心へと転換し、健康レベルと生活の質（QOL）の両側面から多面的に把握することが重要と考えられるようになった<sup>17)</sup>。このような人間尊重の精神と、人間の生活を重要視するアプローチは福祉の思想や活動と共通するもので、看護は医療活動であると同時に福祉活動でもあるという認識が高まってきたのである。

上に述べたような考えを基盤に、これからの社会で全人的・包括的医療に対応するには、新しい看護職教育システムの開発が必要である。看護教育は、知識や技術の修得に併せて、新しい健康観にたち柔軟な発想で個人や集団を支援することのできる問題解決能力の開発が重要である。そのためには、狭い意味の職業訓練を目指す専修学校や各種学校ではなく、学校教育法に基づく大学制度のなかで、人間教育の基盤のうえにたった看護学体系を構築していくことが緊急の課題である。

上記の状況を踏まえて、看護学教育研究委員会は、平成6年4月、21世紀の看護学教育に対する意見をまとめ大学基準協会に答申した<sup>18)</sup>。そのなかで、教育課程について特に詳述し、4例のモデルを提示したうえで、各大学が柔軟な発想のもとに独自のものを作成することが重要と提言している。4例のモデルは次のようなものである。

- (1) 「人間の成長と発達」を主軸としたモデル
- (2) 「対象—環境—活動—総合」を連携させるモデル
- (3) 「健康とケア」の枠組みによるモデル
- (4) 「全体論的看護」の枠組みによるモデル

### 保健看護学の構想

川崎医療福祉大学に看護教育課程を開設するにあたり、これまでに述べた視点を熟慮したうえで、21世紀の健康ニーズに応えることのできる独自の看護教育の基本構想の設定を試みた。

#### 1. 保健看護学の基本理念

##### 1) 生命に対する畏敬

保健看護の基本思想は、生命の尊厳にある。たとえ疾病や虚弱があっても、生命は存在すること自体に価値と意味があり、それは尊厳に満ちたものであるという基本的態度をもつ。

##### 2) 全人的なかかわり

ケアの対象となる人を身体的・心理的・社会的側面を統合した全人格として把握し、全人的アプローチを行う。

##### 3) 包括的な健康観に立脚

健康と不健康の連続性を認識し、長期的視点で対象の健康レベルの向上を援助する。

##### 4) 自己決定と自助への援助

医療者の理論に偏ることなく、対象者の自己決定と自助を支えることを前提とする。

#### 2. 医療福祉を基盤とする看護教育

看護は中世においては宗教的活動として慈善活動（福祉的活動）を行ったが、近代医学の発達とともに医療機関が宗教施設から独立して設立されるにつれて、職業としての看護も医療職の立場をとるようになった<sup>9)</sup>。

近年、診断・治療技術の飛躍的な進歩により大多数の人が長寿を全うできる社会が到来したが、その過程で医療が技術に偏り、人間性が軽んじられているという歪みも否めない。高齢者、慢性疾患患者、障害者などは、ハイテク機器を駆使した高度の医療よりも、日常の生活へのきめ細かい援助や自助への支援、さらに社会資源の利用等を求めている。看護は、その出発点が福祉と同一の思想に立つものであったという歴史的経緯を顧みると、福祉に基盤を置き福祉と強い連携を持って総合的な援助を行うのが本来のあり方といえる<sup>19,20)</sup>。

看護こそ医療と福祉を統合するものとして、本教育課程を医療福祉学部を設置した。

#### 3. 全人的包括的医療を目指す保健看護学

医療福祉を基盤とする看護教育では、健康問題を人間の生活問題として身体的・情緒的・精神的・社会的側面を総合し多角的に捉え、看護を健康増進・疾病予防・疾病治療・リハビリテーションおよびターミナルケアまで含む一連の健康スペクトルに対する援助活動と位置付けた。援助においては、医療者側の論理に偏らず、地域住民の主体性を尊重し、緊密な人間関係のなかで展開させることを目指すものとした。さらに、社会のなかでこれらの援助を有機的に活用させるための保健・医療システムの研究・開発も重要な課題と捉えた。以上の点を勘案し、本課程に「保健看護学科」の名称を付した。

#### 4. 教育課程の主要枠組み

保健看護学の枠組みとして 1) 看護ケア論、2) 保健活動論の2本の柱をたて、その両者を統合するものとして 3) 保健看護論を配置した(図1)。

##### 1) 看護ケア論

近年“ケア”が新しい医療のキーワードとして注目されている。プライマリ・ケア、ターミナル・ケア、セルフ・ケア等、それぞれの活動領域に基づく解釈がある。また、“キュアからケアへ”という呼び掛けは、QOLやwellnessを健康の概念に取り込んだ新しい健康観より導きだされたこれからの医療の在り方を示唆するものと考えられる。ケアは時に看護と同義語にも解釈され、専門的立場からどのように定義付けるかについて活発な論議が行われている<sup>21,22,23)</sup>。気遣い(気遣う)、世話(世話する)、監督・保護(監督・保護する)というケアの一般的な意味に加えて、テクニカル・チームとしてのケアには、専門的知識と技術をもって対象のニーズを把握し、援助を実践し、評価を行うという看護プロセスとほとんど同じ内容が付加されるが、ケアまたはその行為としてのケアリングには対象の人間性の尊重や情緒的側面の重視、行為者と被行為者の相互関係、さらに倫理的、道徳的要素などがより強調されるものといえる。哲学者M.メイヤロフは、ケアの本質について、相手が成長し自己実現するのを助けることであり、それによって援助者も成長し自己実現する結果

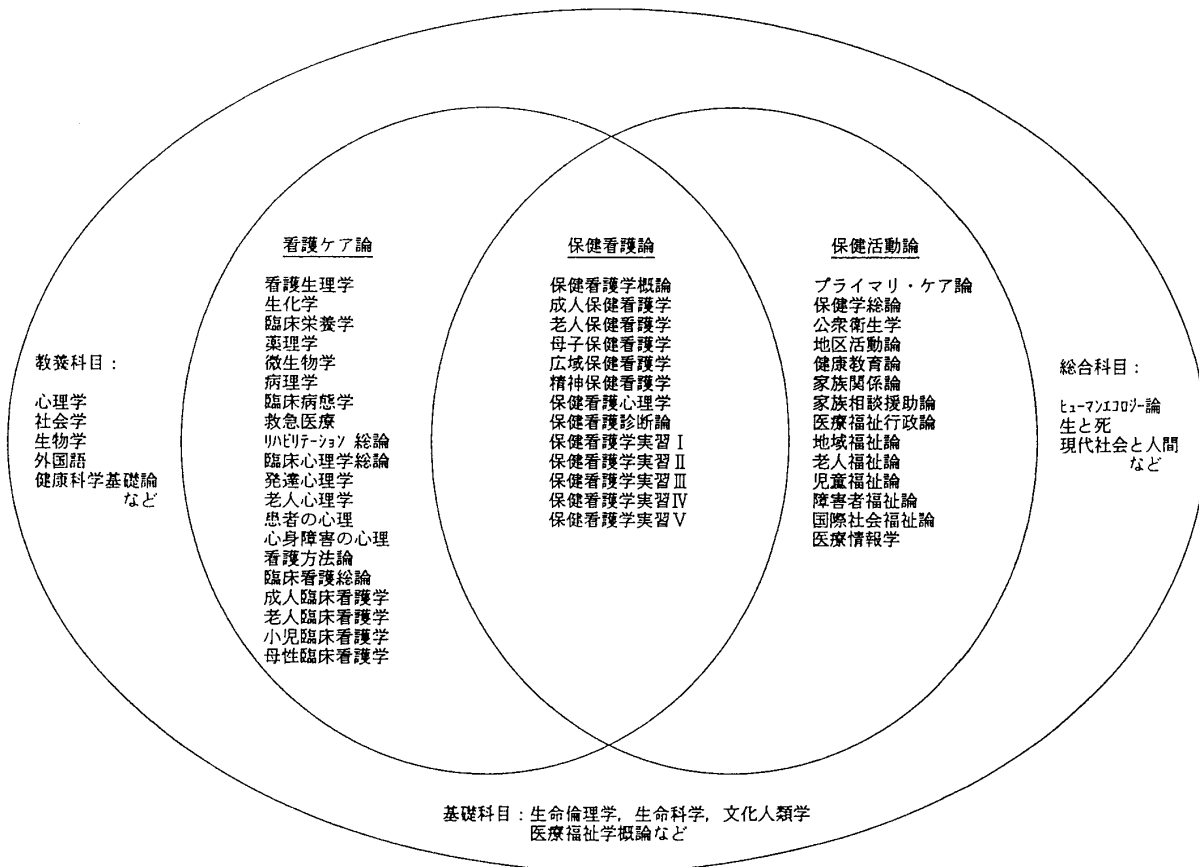


図1 保健看護学科教育課程基本構図

になる,とその深い意味を指摘している<sup>24)</sup>.ケアは科学的看護援助の技術 arts and science であり,人間関係であり,思想である。

看護ケア論は,人間の生理学的側面および心理的側面の理解と援助の方法論を基盤にした臨床看護ケア論を中心に構成する。

### 2) 保健活動論

看護ケア実践がこの複雑な現代社会のなかで効果的に機能するためには,それを実践する場が必要である。これまで看護職の活動の場は主として医療施設や保健施設に限られ,その活動内容にもおのずと限界があった。今後の保健看護活動は,保健・医療・福祉の有機的な連携のもとに,個人や地域の自己資源・社会資源を有効に活用した住民主体のもものとして活発に展開することが期待される。医療制度や医療政策に受動的に対応するのみでなく,悩みを持つ人や健康増進を求める人たちが,自らの潜在能力を活性化して自ら問題解決していくための組織作

り等を支持・支援し,住民主体の医療を発展させていくことは今後の重要な課題である。

健康ケアシステムを主体的に研究開発し,機能させ,発展させていくための理論は,これまでの看護学からは飛躍的に拡大された領域である。プライマリ・ケア論,保健学総論,地区活動論,医療福祉行政論,健康教育論などで構成する。

### 3) 保健看護論

看護援助の基本である「ヒューマンケアリングの技=看護ケア論」を第一の軸に,複雑化,多様化する社会でその技を活用する「保健・医療・福祉システムの理論と開発=保健活動論」を第二の軸にして,その両者を統合するものを保健看護論とした。対象となる人間を生活者の視点から全人的に捉え,それぞれのライフサイクルの中で生じるあらゆる健康問題に対する人間の諸反応を,個人・集団・社会の各面から査定し,援助するための基礎理論と実践の方法論

で、本学科の中核に位置付けるものである。

医療福祉学共通のテーマである生命倫理学、現代社会と人間、ヒューマンエコロジー論などで人間・社会・健康について理解を深めたうえで、健康問題への対応を保健看護学として理論化し、実践活動（実習）と相互にフィードバックを行いながら統合していく。保健看護学概論、各領域の保健看護学および実習、保健看護心理学、保健看護診断論などで構成する。

### おわりに

川崎医療福祉大学に看護教育課程を設置するに当たり、今日の社会の健康ニーズをもとに新しい教育プログラムの構築を試みた。設置の理念と趣旨にてらし、所属を医療福祉学部とし、保

健看護学科の名称を付した。QOLを尊重した拡大された健康観に基づく看護教育として、これまでの枠を越える柔軟な発想で検討したが、大学設置基準に定められた単位の範囲で、しかも現在の指定規則による教育課程の内容を網羅しながら設定しなければならないというジレンマがあり、軸となる枠組みのなかに十分な教科目を盛り込めなかったという反省がある。しかし、ケアを看護の中軸に据えたうえで、健康ケアシステムの研究・開発を専門領域に取り込み、その両者を統合した保健看護学として確立していくとする発想は、21世紀の看護教育のひとつの方向性を示唆するもので、今後発展の可能性が大きいと認識している。

### 文 献

- 1) 国際看護交流協会 (1994) *Nursing in the World*, 第3版, 国際看護交流協会, 東京.
- 2) 緒方正名, 大森豊緑 (1992) 保健・医療と福祉. 川崎医療福祉学会誌, **2**(2), 1-8.
- 3) 平野 寛 (1987) 反省と期待—川崎医大の経験から—. 日本プライマリ・ケア学会誌, **10**(2), 69-75.
- 4) 文部大臣 森山真弓, 厚生大臣 丹波雄哉, 労働大臣 村上正邦 (1993) 看護婦等を確保するための措置に関する基本方針. 文部省厚生省労働省告示第1号, 平成4年12月25日官報.
- 5) ドラン JA, 小野泰博, 内尾貞子訳 (1978) 看護・医療の歴史. 誠信書房, 東京.
- 6) 石原 明, 杉田揮道, 長門谷洋治 (1990) 看護史. 第5版, 医学書院, 東京.
- 7) 木下安子 (1973) 近代日本看護史. メジカルフレンド社, 東京.
- 8) ライト州立大学看護理論検討グループ, 南裕子, 野島佐由美訳 (1988) 看護理論集. 日本看護協会出版会, 東京.
- 9) 小林富美栄 (1983) 現代看護の探究者たち—その人と思想—. 日本看護協会出版会, 東京.
- 10) 杉森みど里 (1988) 看護教育学. 医学書院, 東京.
- 11) 樋口康子 (1988) 看護の専門家を育成する基礎教育. 看護教育, **29**(8), 454-461.
- 12) 山崎智子 (1988) さらに充実した専門職看護者の教育をめざす. 看護教育, **29**(8), 462-468.
- 13) 菱沼典子 (1990) 大学における看護教育カリキュラム. 日本看護科学学会誌, **10**(2), 49-67.
- 14) 見藤隆子 (1993) 増える看護系大学・短大—その現状と問題点. 日本看護協会編, 看護白書 平成5年版, 日本看護協会出版会, 東京, pp126-132.
- 15) 奥井幸子 (1993) なぜ, 大学教育なのか. 日本看護協会編, 看護白書 平成5年版, 日本看護協会出版会, 東京, pp133-148.
- 16) 門脇豊子, 清水嘉与子, 森山弘子編 (1995) 看護法令要覧 平成7年版. 日本看護協会出版会, 東京.
- 17) 菱沼典子 (1993) 看護学における「健康」の概念. 聖路加看護大学紀要, **19**, 56-63.
- 18) 看護学教育委員会 (1994) 21世紀の看護学教育—基準の設定に向け. 看護教育に関する基準, 大学基準協会資料第44号.
- 19) 山根洋右 (1993) 保健と福祉の連携—コミュニティ・ヘルスの立場から. 保健婦雑誌, **49**(2), 91-98.
- 20) 京極高宣 (1993) 保健と福祉の連携—福祉の立場から. 保健婦雑誌, **49**(2), 99-103.

- 21) Benner P, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳 (1992) ベナー看護論. 医学書院, 東京.
- 22) 久保成子 (1995) 職業としての看護. 医学書院, 東京.
- 23) 筒井真優美 (1993) ケア/ケアリングの概念. 看護研究, **26**(1), 2-12.
- 24) メイヤロフ M, 田村真, 向野宣之訳 (1993) ケアの本質. ゆみる出版, 東京.