

国内の看護基礎教育における患者中心の看護の検討

松尾 ひとみ, 羽毛田 博美, 山田 ノリ子, 松本 幸枝

了徳寺大学・健康科学部看護学科

要約

看護における**患者中心**を明確にし、基礎教育の在り方について検討する目的で、医学中央雑誌・メディカルオンライン・メディカルファインダーを用いて**患者中心**をキーワードに全年度分を文献検索し、分類した。その結果、国内文献で**患者中心**の意味を明確に示すものはなく、当初、単なる看護の志向性を示す表現として**患者中心**が用いられたが、2000年以降、疾病中心の医学モデルからの脱却のため、新たな医学教育モデルに倫理的な側面として**患者中心**の視点が付加され、強化された。

また、同時期に、主として医師と患者の協働を示す**患者中心**のケアが海外から導入され、以後、医療者全般と患者の協働による**患者中心**のケアモデルの開発が進んでいる。

今後、**患者中心**を目指す看護師と患者の協働によるケアが必要となり、看護師が一方的に患者の状態を分析するのではなく、看護師自身の内省も含め相互作用として看護現象を捉えられる教育方法の開発が必要であることが示唆された。

キーワード 患者中心, 看護, 看護教育

Literature Review of "Patient-centered Care" in Nursing Education in Japan

Hitomi Matsuo, Hiromi Haketa, Noriko Yamada, Yukie Matsumoto

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Ryotokuji University

Abstract

Aims: To clarify the meaning of the term "patient-centered" in nursing, and discuss the current state and future of nursing education.

Methods: Using the Web Japan Medical Abstracts Society, Medical Online, and Medical Finder, with the keyword "patient-centered", we searched for target articles regardless of the published year, and classified them.

Results: No domestic literature stated the meaning of the term "patient-centered". Initially, the term was used to simply describe the orientation of nursing; however, since 2000, it has been used to describe the ethical perspective of new medical education models, with the aim of abandoning disease-centered medical models.

In addition, during the same period, "patient-centered" care characterized mainly by cooperation between physicians and patients was introduced from other countries. Since then, the designing of "patient-centered" care models, in which healthcare providers and patients cooperate with each other, has been promoted.

In order to provide basic education targeting care generated by nurses and patients in cooperation, it is necessary to develop education methods whereby nursing phenomena, including the self-reflection of nurses, can be clarified as an interaction between the two parties, instead of the former method of analyzing the latter's condition in a unilateral

way.

Keywords: patient-centered, nursing, nursing education

I. はじめに

看護師養成のための教育機関において、長年、当然のように**患者中心**というキーワードが用いられてきたが、その意味は曖昧なままである。

医療者は**患者中心**というキーワードを日常的に使用するあまり、**患者中心**の意味内容に疑問を抱かなかった可能性がある。

近年、従来の**患者中心**の捉え方が医療者からみた**患者中心**であったのではないかと見直し、医学教育のコア・カリキュラムのキーワードに患者中心を使用する等、改めて**患者中心**とは何かの議論が医療従事者のみならず、多様な分野に拡大している。

看護系大学のコア・カリキュラムに**患者中心**の医療が謳われており、本学でもコア・カリキュラムの検討を行っている現在、そもそも看護における**患者中心**とは何か、看護教育の中でどのように教育してきたかを見直し、看護教育に必要な要素を整理することは重要である。

そこで、公表された知見としての**患者中心**を抽出するため、**患者中心**というキーワードを含む幅広い文献から、国内における**患者中心**の捉え方の変遷と**患者中心**の要素を整理し、教員とは異なる未来を生きる学生への看護教育の在り方を模索した。

II. 目的

公表された知見より看護における**患者中心**に対する説明の実態を記述・整理し、看護の基礎教育の在り方を検討する。

III. 方法

1. データ収集

医学中央雑誌、メディカルオンライン、メディカルファインダーで、**患者中心**のキーワードで全年度分検索し、**患者中心**のタイトルや**患者中心**の説明がある文献を収集した。

2. 分析

主要文献の年次推移について、量・意味の変遷、変遷の影響要素を看護、医学、コメディカルにおける教育と臨床に分類・整理し、関連する用語の検討を行った。

なお、解釈としての**患者中心**にならず、公表された知見としての**患者中心**の実態を抽出できるよう、枠組み等の演繹的手法を用いない様に留意した。

IV. 結果

1. 文献数の推移 (図1)

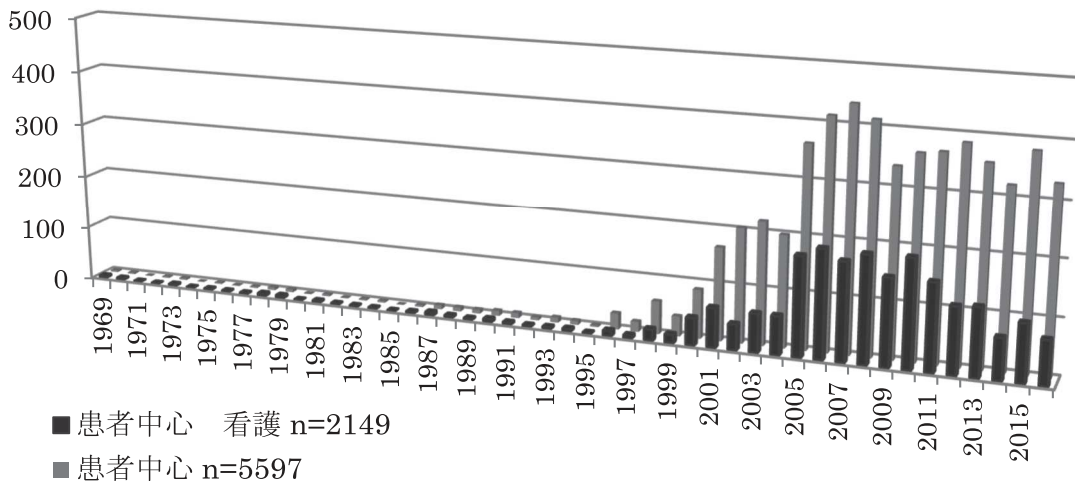
医学中央雑誌による検索では、**患者中心**の文献は1969年からあるものの、極めて少なく、1995年頃から二桁に増え始め、2001年から三桁となり、2007年にピークを迎え、以後年間300件代となっている。

1963年にAbdellahの「患者中心の看護」の翻訳本が出版され、それに伴い、**患者中心**のキーワードを用いた文献が登場した。その後、長期間、年間一桁の文献数という注目度であったが、1997年に医療法の改正でインフォームド・コンセントが義務付けられ、患者の意思決定が尊重されるようになる頃から文献

数が増加し始める。2001年に医学モデル・コア・カリキュラムが公表され、教育ガイドラインに**患者中心**の視点がカリキュラムに組み込まれ、2006年薬学教育が6年制となり、医学を参考に**患者中心**のキーワードを含むコア・カリキュラムが導入される。このように、医療系のコア・カリキュラムに**患者中心**のキーワードが入って以後、文献数が増加している。

看護に関する文献数の推移も、同様に1996年頃より増加していたが、2010年以降は減少傾向にある。

図1. 患者中心の文献数の年次推移



2. 患者中心の意味内容の変遷

1) 1969年～1995年（表1）

看護教育においては、1967年の保健師助産師看護師学校養成所指定規則（以下、指定規則と略す）の改正で、全人的な看護を目指すものとして、専門科目として看護学を独立させたが、疾患の看護を軸とした教育であった¹⁾。

その時期の**患者中心**の文献は、Abdellahらの看護理論の紹介がある程度で、**患者中心**の意味に関する説明は極めて少ない。Abdellahらは、Patient-centered Approaches to Nursingを著し、病気や治療本位の看護ではなく、患者のニーズに基づく看護計画、看護技術の重要性を、患者を中心とした看護とし、患者のニーズを21の問題点として表現している²⁾。

この年代における看護以外の分野の文献は無かった。

表1. 分野による患者中心の捉え方の比較（1969～1995）

	教育	臨床
看護	(患者中心とは患者のニーズに基づくことで、そのための) 21の看護の問題点 1. 個人の衛生と身体的安楽の保持 2. 適切な運動, 休息, 睡眠の調整 3. 事故, 障害を防止し, 病気の感染予防を通して行う安全策の促進 4. 良好な身体機能の保持と, 機能障害の防止, 及びその矯正	無し

	5. 身体各部細胞への酸素供給の保持と促進 6. 身体各部細胞への栄養補給の保持と促進 7. 排泄の円滑を計る 8. 体液及び電解質のバランスの保持と促進 9. 身体の病気に対する生理的反応－病理的, 生理的, 代償的－の理解 10. 身体の円滑な機能組織と機能の保持と促進 11. 身体の感覚的機能の保持と促進 12. 有形, 無形の意志の表現, 感情, 反応の認識と理解 13. 臓器疾患と情緒の相互関連性の確認と理解 14. 有効的な, 有言, 無言の意志疎通の理解と努力 15. 建設的人間関係の発展と努力 16. 個人の精神的目標達成を促す努力 17. よき医療環境の創造と維持 18. 肉体的, 情緒的, 発展的ニードの多様性をもった個人としての自己を認めさせる 19. 肉体的, 情緒的の制約内での最大可能な目標を理解させる 20. 疾病からくる諸問題解決の助けとして社会資源の活用を行う 21. 病気の原因を起こす要素としての社会問題を理解する	
医学	無し	無し
コメデイカル	無し	無し

2) 1996年～2000年 (表2)

看護教育においては, 1989年の指定規則改正で, 在宅や患者主体の医療が求められ, 22年間にわたる疾患の理解を軸とした看護教育を改め, 対象者の特性に応じた理解へと転換した³⁾.

この時期は, 看護以外の文献は無く, 看護の臨床にある文献では, 明確に**患者中心**とは何かを説明してはならず, **患者中心**を目標という位置づけで書かれていた⁴⁾.

表2. 分野による患者中心の捉え方の比較 (1996～2000)

	教 育	臨 床
看 護	無し	・クリニカルパスにより患者中心のチーム医療が実現できるように看護がリーダーシップを発揮することが求められている (山崎, 2000) ⁴⁾
医学	無し	無し
コメデイカル	無し	無し

3) 2001年～2010年（表3）

看護教育では、新人看護師の実践力低下が注目され、2008年に指定規則が改正された⁵⁾。看護の臨床における**患者中心**に関する文献には、臨床に管理的視点から患者満足を目安に**患者中心**を捉えようとしたものがあるが、**患者中心**の意味や捉え方を明確に説明してはいない⁶⁾。

この時期は、医学やコメディカル領域の文献が急増し、医学分野では、教育にKleinmanの解釈モデルを用いるようになり⁷⁾、医療者とは異なる生活者としての患者の視点に立つことから**患者中心**を唱える文献が登場する^{8) 9)}。

臨床でも従来のパターンリズムとは異なる医師－患者関係が注目され始め^{10) 11) 12) 13)}、**患者中心**の医療の具現化としてインフォームド・コンセントも取り上げられている^{14) 15)}。

特に、1999年に横浜市立大学医学部附属病院と都立広尾病院の医療事故により医療に対する不信感が高まり、2000年東京都知事が提唱した東京発医療改革に**患者中心**の医療として患者からの医療に対する相談窓口が設置され¹⁶⁾、医療機関への不信感の払拭のための姿勢として**患者中心**が見直された。

また、薬学の分野でも教育に、医学教育のコア・カリキュラムを参考に**患者中心**を導入しようという動きが芽生える¹⁷⁾。2001年に「医学教育モデル・コア・カリキュラム」が公表され、医師として求められる基本的な資質としての教育内容ガイドラインに、**患者中心**の視点があり、その内容は「患者およびその家族の秘密を守り、医師の義務や医療倫理を遵守するとともに、患者の安全を最優先し、常に**患者中心**の立場に立つ」と記載されている¹⁸⁾。

つまり、医学が捉える**患者中心**とは、医療モデルや医学教育モデルとしての**患者中心**であり、守秘義務、倫理観、患者の安全等の医療行為に重きが置かれた意味が土台となっている。

表3. 分野による患者中心の捉え方の比較（2001～2010）

	教 育	臨 床
看護		・ 患者中心の参加型医療とは、患者のニーズに基づく患者主導の医療モデルの構築である（和田，2002） ⁶⁾
医 学	・ 1990年半ばから医師主導のパターンリズムから解釈モデル（患者の解釈等）による教育へ移行（早坂，2009） ⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・ Patient-centered Clinical Method 病気を抱えた患者の思いや期待等患者の側の枠組みを明らかにする作業を同時に行い医師と患者が相互理解を図ることが患者中心といっている（藤崎，2001）⁸⁾ ・ 患者中心の医療を行う家庭医の専門性として、「非選択的に対応すること」、「あいまいさに耐えること」があげられる（大滝，2001）⁹⁾ ・ 科学的根拠に基づいた「患者中心の医療」は、安全で信頼される医療の提供（医療の品質管理、迅速な事故対応、患者への情報提供など）である。患者や家族へのインフォームド・コンセントも重要である（藤井，2003）¹⁴⁾ ・ 「患者中心の医療」とは、患者を疾患と病を持つ人間として捉え、医師と患者が力を分かち合う（毛利，2003）¹⁰⁾ ・ 問題の医療を克服する鍵としての患者中心の医療という医療モデルが求められている（山口，2004）¹¹⁾ ・ インフォームド・コンセントの不足により医療事故やトラブルが発生する（桜山，2004）^{15) 16)}

医 学		<ul style="list-style-type: none"> ・患者中心とは、患者が自身の健康管理に対し意見を持ち、主治医や看護師と相談しながら最終的な治療方針を決めること（吉田，2006）¹²⁾ ・患者・家族が求めている。EBMに対して患者と家族はNBMを求めている。患者は会話の場を求めている（田中&田中，2006） ・患者の人権とプライバシーを守る，専門医資格をもった医師によって患者中心の医療ができる（田邊，2008） ・医師と患者を同心円状に置いた「患者中心主義」でなく，両者が2つの中心をなす楕円と捉えてこそ，相互の可視性を高め，共に病気からの回復を企図して事に当たる真のパートナーとなりえるのだ。2つの円をつなぐのは思いやり，信頼，礼儀を尽くすことである（橋本，2009）¹³⁾
コ メ デ イ カ ル	<ul style="list-style-type: none"> ・薬理学教育に，医学モデル・コア・カリキュラムの患者中心の医療が求められる（吉岡，2003）¹⁷⁾ 	

4) 2011年～2017年（表4）

看護教育においては，2011年に看護系大学協議会により「大学における看護系人材養成の在り方」が検討され，その結果，「学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」が出され，「ヒューマンケアの基本的な実践能力」として「看護の対象となる人々の尊厳と権利を擁護する能力」が示された¹⁹⁾。また，チーム体制整備の実践力も重要視され，教科書にチーム医療を即ち**患者中心**とする記述があり，多職種が患者を中心に円形に取り囲み，多職種から患者に向けて矢印が集中する配置で図示され，患者中心が医療者目線という位置づけで捉えられていた²⁰⁾。

また，看護の臨床では，クリティカル・パスや看護計画等，看護記録の検討が**患者中心**のケアというキーワードでヒットするが，看護の志向性を示す表現として**患者中心**というキーワードが使用されている。

医療者目線の一方的な**患者中心**の位置づけに対し，プレインツリー等，海外の医療者とは異なる患者の視点による病院の在り方の概念が紹介され²¹⁾，看護師と患者の協働²²⁾ ²³⁾ という看護師主導の「患者のために」という看護ではなく，看護師が患者の意思を受ける立場の援助者としての立ち位置が論じられている。特に，在宅看護の普及により，患者を地域における生活者として捉える重要性が論じられるようになる²⁴⁾。

また，認知症患者へのケアとして，英国から導入されたパーソン・センタード・ケアが着目され，認知症の患者の視点を重視し，患者を理解するための認知症ケアマッピング（DCM）が開発され，老人保健施設等で徐々に普及するようになる²⁵⁾。

医学分野では，2010年に「臨床研修制度のあり方に関する検討会」の結果，医学モデル・コア・カリキュラムが更に検討され，医師として求められる資質に**患者中心**の視点の重要性が継続された²⁶⁾。この時期，医学教育が急激に変化し，医師の技能や態度の習得を重要視し，知識を問う共用試験（CBT：computer based testing）や技能・態度を問う客観的臨床能力試験（OSCE：objective structured clinical examination）の導入，卒後教育として臨床研修医必修化が行われる²⁷⁾。更に，医師の教育の質を保証するため，2015年，日本医学教育評価機構（JMCME：Japan Accreditation Council for Medical Education）が発足し，医療や社会のニーズに対応できる医療者育成としてアウトカム基盤型教育が開始された²⁸⁾。また，医師の間に，従来の医師－患者関係を疾病中心であったと反省する意見もあり²⁹⁾ ³⁰⁾，従

来の医師－患者関係のパターナリズム的な疾病中心の対極として、**患者中心**が位置づけられている特徴がある。

臨床においては、家庭医を中心に解釈モデルによる医学教育のための**患者中心**の医療モデル³¹⁾やSDM(患者と医師協働の意思決定)³²⁾等が紹介され、**患者中心**の医療、即ち患者と医師の関係性を確立するため、医師－患者間の協働作業を行う上での手順化が進んでいった。

薬理学では、カリキュラム改正にチーム医療としての**患者中心**の視点が導入され³³⁾、医学モデルを参考とした導入が進んでいる。

医学・薬学分野の**患者中心**とは、従来のパターナリズムからの脱却を意味するモデルを示すものであり、「患者中心の～」と修飾語として使用され、看護も含め、国内の医療分野の中で、**患者中心**の本質に関しては十分に検討されてはいない。

一方で、製薬会社等ではWHO Health 2020で、Empowerment Strategies and Areas of Actionをうけ、機器の測定結果や医師の評価以外のPRO:Patient Reported Outcomeという患者による直接評価について着目され、企業の視線から医療者の唱える患者中心を評価・検討しながら、グローバルな視点から新薬開発と取り組んでいた³⁴⁾。

表4. 分野による患者の中心の捉え方の比較 (2011～2017)

	教 育	臨 床
看 護	<ul style="list-style-type: none"> ・ チーム医療 = 患者中心という視点からの記述がある。²⁰⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ プレインツリー (患者の視点で患者が求めるケアを組み込む病院モデル (スーザン・フランプトン, 2011)²¹⁾ ・ 「患者の利益を最大限に守る」ことに価値を置き、医療チームは看護師だけでなく、患者や家族もチームの一員であるという認識を持つ。「顧客との共同生産」(井部, 2012)²²⁾ ・ 対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術としては、①対象者のありのままを受け入れる、②共に創る関係を築く、③生活習慣改善の方法を共に創る。(包國, 2013)²³⁾ ・ 英国で開発された、認知症の患者の視点を重視し援助者との人間関係を重視したパーソン・センタード・ケアの導入が重要である (鈴木, 2014)^{25) 41)} ・ 地域完結型医療へ向かうためには、同じ地域で「まるごとその人を支援する」看護同士がつながり、質の高い看護を提供する (樋口, 2015)²⁴⁾
医 学	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医学教育モデル・コアカリキュラムの教育内容ガイドラインに患者中心の視点として「常に患者中心の立場に立つ」が入れられた (吉村, 2012)²⁶⁾ ・ 疾病中心でない医療が患者中心の医療だといっている (大澤, 2015)²⁹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者中心の医療モデル (Stweet) : 疾患と病体験の両方から迫るモデル (松下, 2010)^{31) 37)} ・ 患者のニーズを把握し「納得」を得る医療が患者中心の医療である (清水, 2011) ・ 患者中心の医療は、誰もがどこでも標準的な医療が受けられる (依田, 2011) ・ 英国の家庭医は、個々の患者の自主性を尊重、多様なシステムで十分な情報をわかりやすく説明し、地域で患者を支える (澤, 2012)

	<ul style="list-style-type: none"> ・男性の医学生や研修医は患者中心の態度や共感が低値である。患者と情報や意思の決定をしようとする態度が患者中心である（石川，2015）³⁰⁾ ・時代と共に医師に求められる資質が変化し、患者中心の視点を取り入れた医学モデル・コア・カリキュラムが再検討された。薬学教育においてもコア・カリキュラムに患者・生活者本位の視点が導入された（守屋，2017）^{27) 28)} 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢社会と高度医療の進展の中で、患者中心の医療でなく、患者主体の疾患と向き合いつつ医療者とともによりよい生活を目指す姿「患者協働への医療」へと患者の意識改革を行う（鈴木，2014） ・2014年 SDM（患者と医師協働の意思決定）による診療ガイドラインが作成された（中山，2016）³²⁾
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">コ メ デ ィ カ ル</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士のカリキュラムに、患者中心医療に資する教育として、客観的臨床能力試験、問題基盤型学習を導入（大橋，2013） ・薬剤師のカリキュラムにおいて、患者中心の最善の医療を学ぶため、チーム医療の科目を設定した（木内，2017）³³⁾ ・薬学教育のコア・カリキュラム改訂で患者・生活者本位の視点が入る（守屋，2017） 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者中心のアプローチ（PCA）における構成要素は、5要素からなる（大浦，2015） ・WHO Health 2020で、Empowerment Strategies and Areas of Actionの中で、Patient-Centeredの概念を進めることを強調している。今後は新薬開発に機器の測定結果や医師の評価以外のPRO:Patient Reported Outcomeという患者による直接評価について理解する必要がある（小林，2015）³⁴⁾

3. 患者中心を含むケアシステムやケアモデル（表5）

患者中心のキーワードを含む文献を年代順に分類した結果（表1～4）、患者中心の明確な定義はなく、概念として扱った文献はなかった。しかし、患者中心のキーワードを含む文献には、患者中心の本質に触れる別の用語が存在した（表5）。

それらは、患者中心の意味内容を直接的に述べてはいないが、患者中心というキーワードに導かれて示されたもので、全て医療者のケアシステムを示す特徴をもっている。

患者自身が唱えたケアはプレインツリー³⁵⁾であり、地域医療を担当する家庭医が疾病中心の医学モデルからの脱却を目指し医療人類学を発展させた診療モデルに解釈モデル^{36) 37)}、Patient-centered Clinical Method^{38) 39)}があり、認知症ケアを行う在宅看護や社会福祉系が開発したPatient-centered care^{40) 41)}がある。

また、Family centered care/Person and Family centered care/Patient and Family centered care^{42) 43)}は、アメリカの小児医療で唱えられる概念であり、医療者と患者（子ども）・家族とのパートナーシップを示している。

現在、これらケアシステムの多くは、医師主導で導入され多様な職種に浸透し始めている。表5より、近年の**患者中心**というキーワードはケアシステムへと取り込まれる傾向にあり、医療者と患者の協働を可能にするための、医療者と患者双方の対峙の仕方や相互作用を示していた。そして、これらのケアシステムに共通するものとして、医療者の傾聴する能力と患者の医療者への要求力や対応力という主体性がある。

つまり、それは単に医療者のみの意識改革によって可能となるようなシステムではなく、患者も意思決定する立場でリスクを背負うことを前提に**患者中心**というケアシステムが成立するという構造である。

以上、看護における**患者中心**を年代順に公表された知見に沿って検討したが、直接的に**患者中心**を説明したものはなく、文献が示したものは**患者中心**のキーワードが示す医療状況とその変遷であった。しかし、**患者中心**に導かれ、患者と医療者が、時代のニーズに後押しされ、医療者と患者の関係性やその在り方を変化させられていることも明確となった。そして、近年の**患者中心**のキーワードが関係する医療状況には、倫理的な側面、専門職としての教育における職業観や姿勢、専門職と患者の立ち位置や関係性、ケアシステムの要素があった。

表5. 患者中心を含むケアシステムやケアモデル

ケアシステム・ケアモデル	年	内 容
プレインツリー	1978	米国の患者経験のあるチェリオットによる患者の視点で患者が求めるケアを組み込む病院モデル 10の構成要素 <ul style="list-style-type: none"> ・ 人間的な人と人の関わり ・ 健康と癒しのための施設設計 ・ 栄養と気持ちのこもった食事 ・ 情報と教育による患者への勇気づけ ・ 家族、友人、地域社会へのサポート ・ スピリチュアリティ・内面世界の尊重 ・ 人間的な触れ合いとしてのタッチやマッサージ ・ 心の栄養となる癒しのアート ・ 代替療法 ・ 健康的なコミュニティ (スーザン・フランプトン/守弘, 2011)

解釈モデル	2003	<p>カナダの家庭医Stewartによる患者が自分の症状に対し、 どういう解釈をし、 見通しを描いているかを把握し、 患者と協働する方法（早坂, 2009, 松下明, 2010）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患と病体験の両方を探る ・ 全人的に理解する ・ 共通基盤を見出す ・ 予防と健康増進を組み込む ・ 患者・医師関係を強化する ・ 現実的になる
Patient-centered Clinical Method	1997	<p>カナダのMcWhineyが提唱 病気という経験を抱えた患者の思いや期待、 病気の理解のありようなど、 患者の側の枠組みを明らかにするという作業を同時進行で行うこと 診療の枠組みモデル</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病と病の経験を探る ・ 患者の全体像を理解する ・ 診療方針について合意する ・ 予防や健康増進を取り入れる ・ 患者－医師関係を強化する ・ 現実を踏まえて実行する <p>（大滝, 2001, 藤崎, 2001）</p>
Person-centered care	2002	<p>英国の心理学者Kitwoodが提唱した認知症の人々の立場にたった認知症ケアの理念 定義：1人の人として、 周囲に受け入れられ、 尊重されること：1人の人として周囲の人や社会との関わりを持ち、 受け入れられ、 尊重され、 それを実感している、 その人の有様を示すこと（鈴木, 2014, 柳, 中村, 2016） 構成要素は、 ①生物心理社会的視点、 ②患者を一人の権利者として理解すること、 ③提供者と患者間における力と責任の共有、 ④治療関係の構築、 ⑤提供者を単なる熟練技術者としてではなく人として理解することの5要素からなる（大浦, 2015）</p>
Family centered care/ Person and Family centered care/ Patient and Family centered care	2008	<p>家族と医療従事者双方にとって、 有益なパートナーシップに基づくヘルスケアの計画、 実施、 評価へのアプローチである</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 尊重・尊厳：患者と家族の見方や選択に傾聴し、 患者と家族の知識・価値・信念・文化的背景をケアの計画や提供に組み入れる ・ 情報共有：患者と家族に全ての偏りのない情報を、 指示的で有用な方法で伝え、 共有する ・ 参加：患者と家族は彼らが選んだレベルでケアや意思決定に参加することが促進・支援される ・ 協働：ケアの提供と同様に、 政策とプログラムの開発・実施・評価、 ヘルスケアの方法の計画、 専門家の教育において協働を行う（水野, 2009）

IV. 考察

文献検討により、医学が今まで疾病中心の教育だったと認め、即座に**患者中心**のキーワードを用いてケア開発へと切り替えていた。それに対し、未だに看護は**患者中心**との向き合い方が曖昧なままである。看護における**患者中心**の曖昧さの原因、未来の看護師を育成するための基礎教育の在り方について、文献検討の結果をもとに以下に考えを述べる。

1. 看護における患者中心の曖昧さの要因

1) 指定規則の矛盾と混乱

1967年から1989年まで続いた指定規則は、「全人的な看護」を目指しながら教育内容・教育方法は患者を「疾患をもつ人」と位置付けた点に矛盾があり、看護師が**患者中心**を捉える上での混乱を招きやすい教育であったといえる。**患者中心**のキーワードを含む文献を調べた結果、**患者中心**の定義はなかった。しかし、看護師は「全人的な看護」の視点から「患者のために」を第一に実践しているため、**患者中心**の定義がなくとも自らの体験として実感した**患者中心**をもち、そこに確からしさを感じている可能性がある。

従って、既に看護師個々の中で育まれた**患者中心**を抽出し、統一することは困難と考える。

また、看護教員の場合、看護師不足を補う等のシステム上の問題解決のための教育を求められ、頻回なカリキュラム改正の中で、**患者中心**は既にあるものとして、十分に探求しないうまく来た可能性もある。

筆者らは、性急に看護における**患者中心**の意味を統一するよりも、まずは教員個々が**患者中心**について自問し探求し続けることの方が重要ではないかと考える。

2) 人間観

患者中心を理解することは、即ち人間を理解することに他ならない。

人間の捉え方について、看護系大学や大学院では、医学モデル・看護モデルという用語を使い、デカルトの心身二元論を立脚点とした医学モデルに対し、近年の看護学において医学モデルのように人間を部分の総和と捉えるのではなく、部分に分けられない統合体として捉えるよう教育してきた。

また、看護系大学協議会は、2017年9月の「大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準・看護学分野」の中で、「人間を生物学的、心理社会的存在の統合として全人的に捉え、連続体としての健康を捉える。健康に生きるために能動的で、健康回復のための潜在的な能力がある存在として人間を捉える。」⁴⁴⁾と述べている。

一方で、医療人類学・文化精神医学者のKleinmanは「人間を統合された自己ではなくむしろ引き裂かれた自己として捉える」「人間というのは完全なものではなくさまざまに断片化されてお互いにちぐはぐな状態にある」⁴⁵⁾と、従来の医学や看護と異なり、不調和や矛盾をはらむのが人間であるという見解を述べている。

つまり、医療者の捉える人間観に対し、Kleinmanの述べた人間観は生活者の視点から捉えたものであり、人間観も援助の提供者と受け手で立場により異なることを示している。しかし、度重なる指定規則の改正において、看護における人間観について公開による十分な検討がされたかは疑問である。このように、**患者中心**の基本要素についての検討不足が、**患者中心**の捉え方の曖昧さに影響している可能性もある。

結果にみられるように、近年の国内の医学教育は、Kleinmanの解釈モデルを参考に疾病中心から患者中心に切り替えていた。これは従来の医学モデルによる人間観の転換でもある。

患者との協働の看護が唱えられる現在、看護師の人間観の見直しも重要である。もし、看護師が一面的

な人間観により専門家であるという立場で患者に対峙した場合、独善的な**患者中心**となってしまう。

Kleinmanの解釈モデルを参考にすると、看護師は専門家としてだけでなく、人間同士として患者と相互作用すると同時に看護師の内省する能力が必要になる。これらを可能にした患者との協働の看護を行う上で、筆者らは看護師の多様な人間観が土台となると考える。

2. 看護基礎教育における患者中心の在り方の検討

1) 教育方法の柔軟性

多くの看護系教育機関で実施している科学的思考法の教育として看護過程の展開がある。この手法は患者を問題点として捉え、問題解決するのが看護という論理であるため、筆者らの検討でも終末期や回復期、高齢者の看護には不向きであることから、**患者中心**とはいえないという意見が多かった。例え、看護過程にポジティブな面を追加したとしても、問題点のネガティブを繕うことにしかならず、所詮、看護師側の観点であり、**患者中心**とはいえない。

伊藤は、哲学の観点から看護診断について「NANDAに規定された分類とラベリングの視点から患者の反応を見ようとするあまり、一方的に観察しようとする、患者の病気は見えても、病気を持った人間が見えなくなってしまう危険がある」⁴⁶⁾と警告している。

看護診断は、看護現象の全体像を明確化し、看護師の対応すべき基準を示すが、初学者の場合、逆にそれが患者を捉える枠や当てはめ思考を導き、学生が自分は知識をもつ者、患者は知識がない者という対峙の仕方を行うと、独善的な看護になる危険性はある。

今回の看護学のコア・カリキュラムには、「看護過程を展開する実習と経験の幅を広げる実習といった展開により、(略)多様に対応できることの学生の自覚を促すことが可能となる。」⁴⁷⁾とあり、筆者らは今後、看護過程の欠点を補いつつ、看護過程以外の多様な教育方法の導入も必要と考えた。

更に、Bevis & Watsonの「ケアリング・カリキュラム」によると、看護教育には行動主義（行動目標への到達を目指す訓練的教育）とケアリング（学習者の学習過程を軸にした学生の学習と教員の教授の相互作用による教育）のタイプがある⁴⁸⁾。

行動主義は看護教育に定着しているが、訓練的な要素のみでは看護師の一方的な行為となりやすく、**患者中心**の看護にはならない。学生が**患者中心**の看護をできるようになるためには、教員が学生の準備性にあわせて行動主義とケアリング双方を使い分けることが必要である。しかし、行動主義の教育については教科書等の教材が豊富だが、ケアリングは教員と学生の相互作用による場の状況判断であるためマニュアル化は困難である。

ケアリング・カリキュラムの場合、教員は学生の学ぼうとするプロセスに寄り添いつつ導く手法であるため、もしも教員が学生時代に教員からケアリングの関わりをうけた経験が無ければ、その習得は困難である。

筆者らは、教員が適切な教育方法を選択するためには、教員同士の適切なフィードバックが得られる健全な職場環境が必須と考える。

2) 教員の立ち位置の再考

今回の筆者らの検討では、今後、患者と学生の協働作業により**患者中心**のケアを目指したいという意見が多かった。

社会学の観点から、松繁は**患者中心**を捉える上で認識の差がある視点として、「専門家—素人という二項区分」を前提に「高度な医学の専門知識と**患者中心**というコンセプトは、どのように折り合いがつけられるのか」と述べている⁴⁹⁾。

つまり、患者と看護師の立ち位置は、**患者中心**の土台となる要素であるが、現実には同じにはならない。しかし、看護の現場では、時代を越えて、いつも看護師はどんな事があっても患者の一番の味方であろうとしてきた。味方とは、同じ立場でなく、異なる立場だからこそ可能になるのではないか。では、どのようにして患者との創造的な協働ができる立ち位置に立つ看護師育成をできるのか。まずは、看護側が患者に最もよい影響を与える存在として、患者にとって適切な距離感を保ち、自問しつつ患者と共に自らを育むことではないかと考える。

そのためには、ケアリング・カリキュラムのように教員が学生に対し、実習等で学生に最も良い影響を与える距離感を保ち、常に自らに患者中心の看護を問い続けながら学生と共に考えることが重要である。教員が学生に協働作業としての学習を体験できる関わりをすれば、学生が同じことを患者に向けて行おうとしてくれるのではないかと考える。

V. 結語

患者中心に関する文献検討から、**患者中心**の明確な定義は困難であったが、**患者中心**を探求することで、患者の意思を反映したケアを模索することが可能となっていた。

将来、看護師が患者との協働を行うケアを開発する基盤として、まずは、看護の基礎教育の場で、教員が学生と協働による学習を体験させる重要性が示唆された。

引用・参考文献

- 1) 看護教育学会：保健師助産師看護師学校養成所指定規則に定められた教育内容の変遷, <http://www.jane-ns.org/document/changesrule.pdf> (2017.11.11 10:40アクセス)
- 2) Abdellah, F, G, Beland, I, L, Martin, A, & Matheney, R/千野静香 (1961/1980) 患者中心の看護, 医学書院.
- 3) 看護教育学会：保健師助産師看護師学校養成所指定規則に定められた教育内容の変遷, <http://www.jane-ns.org/document/changesrule.pdf> (2017.11.11 10:40アクセス)
- 4) 山崎絆 (2000) 特集 今こそ21世紀の看護を語ろう, 看護学雑誌, 64, (12).
- 5) 看護教育学会：保健師助産師看護師学校養成所指定規則に定められた教育内容の変遷, <http://www.jane-ns.org/document/changesrule.pdf> (2017.11.11 10:40アクセス)
- 6) 和田ちひろ (2002) 患者中心の参加型医療の評価の視点「患者満足」を組織として提供するために, 看護管理, 12 (4), 286-290.
- 7) 早坂恵子 (2009) 病歴聴取のための問診は医師側の主導による医学情報収集が主体である→病歴聴取のための医療面接は, 医学情報収集だけでなく, 良好な患者—医師関係の構築や患者中心の医療に配慮されたものである, 治療, 91 (2), 2770-2771.
- 8) 藤崎和彦 (2001) 患者中心の患者教育法, JIM, 11 (8), 751-756.
- 9) 大滝純司 (2001) 全人的医療・患者中心の医療, JLM11 (7), 653-657.
- 10) 毛利貴子 (2003) 糖尿病エンパワーメント・患者中心の医療の現場を訪ねて, 糖尿病診察マスター,

1 (3), 390.

- 11) 山口真人 (2004) 医療と人間関係トレーニング, 医学のあゆみ, 209 (7), 420-421.
- 12) 吉田雅幸 (2006) 患者中心の医療を実現するために, medichina, 43 (7), 2006-7.
- 13) 橋本政明 (2009) 患者中心主義, No Shinkei Geka, 37 (2), 121.
- 14) 藤井清孝 (2003)「患者中心の医療」のために, 脳神経外科, 31 (10), 1057.
- 15) 桜山豊夫 (2004) 患者の視点から見た医療の問題点—患者の声相談窓口での対応を通して, 病院63 (1), 24-28.
- 16) 桜山豊夫 (2004) 患者の視点から見た医療の問題点—患者の声相談窓口での対応を通して, 病院63 (1), 24-28.
- 17) 吉岡俊正 (2003) 薬理学教育と医学教育モデル・コア・カリキュラム, 日薬理誌 (Folia Pharmacol. Jpn), 122, 402-406.
- 18) 吉岡俊正 (2003) 薬理学教育と医学教育モデル・コア・カリキュラム, 日薬理誌 (Folia Pharmacol. Jpn), 122, 402-406.
- 19) 看護系大学協議会 (2011) 学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標, 23.
- 20) 加納佳代子 (2012) 看護の機能と方法, 日本看護協会出版会, 156-157.
- 21) スーザン・フランプトン/守弘和子 (2011) 患者中心の病院運営を広めるために「プレインツリー」が目指す病院モデルとは, Nursing Business, 5 (9), 62-63.
- 22) 井部俊子 (2012) 患者が医療チームの一員となるための看護師の役割, 治療, 94 (4), 466-467.
- 23) 包國幸代・麻原きよみ (2013) 対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術, 日本看護科学会誌, 1, 71-80.
- 24) 樋口春美 (2015) 患者中心の「地域看護連携」の創造, 看護管理, 25 (8), 663-668.
- 25) 鈴木みずえ (2014) パーソン・センタード・ケアの理論と実践: パーソン・センタード・ケアの理念と認知症ケアマッピング (DCM), 日本早期認知症学会誌, 7 (1), 44-52.
- 26) 吉村明修 (2012) わが国の医学教育改革の流れとモデル・コア・カリキュラムの変遷, 日医大医学会誌, 8 (1), 18-21.
- 27) 守屋利佳 (2017), 薬学教育の未来—医学教育の経験から—, YAKUGAKU ZASSHI, 137 (4), 413-419.
- 28) 守屋利佳 (2017), 薬学教育の未来—医学教育の経験から—, YAKUGAKU ZASSHI, 137 (4), 413-419.
- 29) 大澤稔 (2015) 書評 話せる医療者—シュミレイテッド・ペイシエントに聞く, 日本医事新報, 4745, 75.
- 30) 石川ひろの他 (2015) 初期臨床研修医における患者中心的態度の変化と男女差, 医学教育, (46)・補冊, 100.
- 31) 松下明 (2010) 患者中心の医療モデルと医療面接の関係, 週刊医学界新聞第2878号.
- 32) 中山健夫 (2016) 患者中心の医療にむけた診療ガイドライン, Therapeutic Research, 37 (11), 1011-1013.
- 33) 木内祐二 (2017), 昭和大学の体系的, 段階的なチーム医療教育カリキュラム, YAKUGAKU ZASSHI, 137 (9), 853-857.

- 34) 小林和道 (2015) Patient-Centeredの促進に伴うPatient Reported Outcomeの新薬開発への適応に関する研究, 医薬産業政策研究所リサーチペーパー・シリーズ, 64, 6-10.
- 35) スーザン・フランプトン/守弘和子 (2011) 患者中心の病院運営を広めるために「プレインツリー」が目指す病院モデルとは, Nursing Business, 5 (9), 62-63.
- 36) 早坂恵子 (2009) 病歴聴取のための問診は医師側の主導による医学情報収集が主体である→病歴聴取のための医療面接は, 医学情報収集だけでなく, 良好な患者-医師関係の構築や患者中心の医療に配慮されたものである, 治療, 91 (2), 2770-2771.
- 37) 松下明 (2010) 患者中心の医療モデルと医療面接の関係, 週刊医学界新聞第2878号.
- 38) 大滝純司 (2001) 全人的医療・患者中心の医療, JLM11 (7), 653-657.
- 39) 藤崎和彦 (2001) 患者中心の患者教育法, JIM, 11 (8), 751-756.
- 40) 柳務, 中村裕子 (2016) パーソン・センタード・ケア, 臨床精神医学, 45 (5), 565-571.
- 41) 鈴木みずえ (2014) パーソン・センタード・ケアの理論と実践: パーソン・センタード・ケアの理念と認知症ケアマッピング (DCM), 日本早期認知症学会誌, 7 (1), 44-52.
- 42) 水野克己 (2009) NICUのファミリーセンタードケアをめざして. 助産雑誌. (63) 7, 622-626.
- 43) American Academy of Pediatrics (2003) Family-Centered Care and the Pediatrician's Role, Pediatrics. 112 (3), 691-696.
- 44) 片田範子, 太田喜久子, 内布敦子ほか (2017) 大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準・看護学分野, 日本学術会議健康・生活科学委員会看護分科会報告, iii.
- 45) Kleinman, A/皆藤章 (2016) ケアをすることの意味-病む人とともに在ることの心理学と医療人類学. 誠信書房, 東京. 30.
- 46) 伊藤泰雄 (2007) New哲学入門: 身体・表現・世界, 学習研究社, 東京. 290-297.
- 47) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会(2017. 4. 28)看護学教育モデル・コア・カリキュラム (案), 3.
- 48) Em Olivia Bevis & Jean Watson (1999) ケアリング・カリキュラム, 医学書院,
- 49) 松繁卓哉 (2010)「患者中心の医療」という言説, 立教大学出版会, 東京. 2-3.

参考文献

- Kleinman, A/江口重幸, 五木田紳, 上野豪志 (1998) 病の語り-慢性の病をめぐる臨床人類学. 誠信書房, 東京.
- 川口加代子/安部陽子 (2000) 小児病院の面会 こどもの発達と家族のかかわりを促す, 看護管理, 10 (10), 801-804.
- 西豊子 (2000) 精神科病院における面会 ケアの質や意味を問い, それを支えるもの, 看護管理, 10 (10), 805-810.
- 小田武子 (2000) 緩和ケア病棟における面会 希望に満ちた最期をむかえるために, 看護管理, 10 (10), 811-813.
- 川島太津夫 (2000) 学士課程カリキュラムに関する論考: コア・カリキュラムをめぐる, 大學教育研究, 08, 27-38.
- 藤崎和彦 (2001) 患者中心の患者教育法, JIM, (11) 8, 751-756.
- 鈴木久雄 (2001) 特集 高齢者医療制度改革と病院医療, 医学書院, 病院60 (11), 947-951.

- 鈴木久雄 (2001) 高齢者医療制度改革と病院医療 求められる患者中心の医療・医療費の適正化と情報開示, 60 (11), 947-951.
- 波多野梗子 (2002) これからの看護教育の課題—看護基礎教育の内容と方法を中心に—, 愛知県立看護大学紀要8, 1-6.
- 本田佳子 (2005) 食事療法のエンパワーメント 患者中心の栄養指導, 看護学雑誌, 69 (2), 124-127.
- 田中祐次・田中真由美 (2006) 患者中心の医療を模索して—「患者会をつなぐ」, 看護教育, 2006 JUN. 47 (6), 477-480.
- 田邊一成 (2008) 患者中心医療とイノベーション, 病院, (67) 2, 132-135.
- 中嶋尚子 (2010)「患者中心の看護」再考—末期患者の人工栄養・水分補給と中止に関する看護師の語りから—日本看護倫理学会誌, 2 (1), 35-39.
- 依田尚美 (2011) 患者中心のEBMに沿ったパスの見直し DPC導入と紙ベースから電子化への節目に, 看護管理, 21 (10), 869-873.
- 清水一哉 (2011) 専門性の高さ患者中心の医療で患者の「納得度」を追求する, 月刊/保険診療, 66 (7), 38-45.
- 角館直樹 (2012) Patient Centered Outcome Research (患者中心アウトカム研究), 歯界展, 120 (3), 546-54.
- 澤 憲明 (2012) 英国家庭医から見た患者中心の医療, 医学書院, 病院, 71 (4), 286-289.
- 大橋ゆかり (2013), 教育の標準化にむけて, 理学療法, 40 (4), 318-321.
- 鈴木信行 (2014) 患者協働の医療をつくる「患医ねっと」のペイシェントサロン, 看護管理, 24 (4), 388-391.
- Kleinman, A/江口重幸 (2014) On Caregiving ケアに影響を及ぼす文化的要素. 週刊医学会新聞. (3076).
- 大浦智子 (2015) よりよい作業療法実践に向けて, 49 (2), 90.
- 北村大 (2015) 総合診療の患者中心性, 103 (12), 1647-1649.
- 原田貴子 (2016) 患者中心のチーム医療のために 看護師としての取り組み, 核医学技術, 36 (2), 158-159.
- 本郷道夫 (2016) GERD診療におけるPatient Reported Outcomeの意義, Progress in Medicine, 36 (8), 99-103.
- Kleinman, A (2010) ON CAREGIVING, <https://harvardmagazine.com/2010/07/on-caregiving> (2017.11.11 10:40アクセス)
- 浅井宏美 (2013) 周産期・小児期におけるFamily-Centered Care概念分析, 日本看護科学学会誌, 33 (4), 13-23.