

日本の患者教育の課題に関する一考察

—— 患者教育の歴史的変遷を中心に ——

勝 山 吉 章*
芥 川 清 香**

I. はじめに

人間の営みのなかの看護は教育とつながるものであり、看護そのものの中に教育が成立するといわれてきた¹⁾。それは、教育 (education) が生を育む営みであり、看護 (nursing) も患者の生を育む活動だからである。看護の中での教育の位置づけは、理念的なものとしてではなく、看護実践の中で具体的に語られることが多い。戦前日本における患者教育は衛生教育として、主に医師によって行われてきており、看護師が関わることは少なかった。それが敗戦後、看護制度の改革によって、看護師は医師と協力の下に患者を健康状態に回復させることが業務の目標とされ、その目標を達成するために看護師は教育者であることが求められた²⁾。当時、厚生省看護課技官であった金子光も「衛生教育は、看護婦業務の1つである」と述べている³⁾。

戦後間もなくの患者教育は、各疾患の病態をもとにした予防や再発防止、食事指導が中心であり、治療の一環として行われていた。それが医療費高騰問題によって、治療重視の医療から指導重視の医療が目指されるようになると、患者教育は、医師、看護師、患者会など、あらゆる団体で積極的に行われるよう

* 福岡大学人文学部教授

** 広島国際大学看護学部専任講師

になった。例えば、医師による患者教育はインフォームドコンセントとして行われるようになり、患者会での患者教育は、医療者と対等に向き合う主体性が求められ、患者どうし学びあう学習がなされた。看護実践においても、在院日数の短縮化や在宅看護、訪問看護の確立などによって、患者の生活やニーズに視点が向けられた患者教育が行われてきた。

このように患者教育は医療者や患者会の中で実践されてきたが、欧米諸国に比べると内容や活動共に未だ発展途上といわれている⁴⁾。欧米での患者教育は病院内にとどまらない。患者が学会組織に参加し、学会が患者会と共に学会のプログラムや発表者を選定したり、患者自身が発表者となって病状報告をしたりしている。そして患者会の役割、政府との連携などを学び合う患者教育が実践されている。

日本では一部の学会組織や民間の患者会などが患者教育の活動に取り組んでいるのみで、内容も欧米に比べて見劣りし、活動自体も少ない。こうした状況は、日本の患者教育が医療費抑制策の解決手段として取り扱われてきたことと、医師、看護師、患者会など、各団体組織によって患者教育の認識や方法が異なることに問題があるからではないだろうか。そのため、患者の人権保証という観点が乏しい。このことが日本の患者教育の課題である。

患者教育に関する論文としては、看護師の視点から捉えているものが多く⁵⁾、そこでは患者教育がどのような必然性のもので発展したのかについては言及されていない。患者教育は、医師、看護師、患者会、行政など、多様な主体によって行われている。各主体における患者教育の捉え方を歴史的に考察し、その課題を展望することは、望ましい患者教育とは何かを探究する一助につながると考える。

日本看護科学学会による患者教育の定義は、自己で疾病管理や生活調整をするための知識・技術・態度の習得を助けることとある⁶⁾。本稿においての患者教育は、主としてその歴史的変遷を考察することから、戦後多く使われている

「患者指導」や「衛生教育」、「健康教育」、「退院指導」の用語も、患者に対する疾病管理や生活調整をするための患者教育として取り扱う。また、教育主体としての看護師に関する表記の留意点として、2001年の保助看法改正によって「婦」（看護婦）から「師」（看護師）へと変更になった。従って、本稿でも引用文献以外は、「師」を原則として用いる。

II. 医療政策からみた患者教育

医療政策において患者教育が重要であることは、国会での看護師不足の議論からもみることができる。1955年の参議院社会労働委員会では、国務大臣である川崎秀二議員が看護力の不十分さを認め、職員の増員を図る利点について「治療方針に合致した看護が行われるため患者教育が徹底し、療養効果が一層上がるようになる」と述べており⁷⁾、患者教育の重要性については国会でも認識されていたことが伺える。

だが日本の診療報酬での患者教育の取り扱いは、諸外国よりも低額であったことから、重要性が認識されてもその推進にまでは至らなかった。患者教育に関する診療報酬には、慢性疾患指導管理料（1958年10月20日）や栄養食事指導加算（1978年1月28日）があったが、医療者に時間がない、場所がない、予算がないなどの理由から患者教育が行える状況ではなかった⁸⁾。患者教育に関わる指導管理料は、開業医（患者を入院させるための施設を有しない診療所）に有利となるようにされてきた。入院部門よりも外来診察部門が優遇されたりしてきた。そのため、入院患者を対象とする病院（20人以上の患者を収容する施設）での患者教育は、積極的に行われない状況が続いたのである。

それが問題化したのは老人医療費無料化の実施（1973年）の際である。老人の中には、「医者のはしご」をする者が多く、飲みきれないほどの薬をもらって「気休め」をしている状況が国会で問題として取り上げられるようになった。この状態を改善するために患者教育が大切であるものの、それが全く手抜

きになっていることも指摘されるようになった⁹⁾。1982年の参議院社会労働委員会では、山田耕三郎議員が「患者側すなわちお年寄りの側に乱用があったとすれば、それは多くの場合には医学的無知に基づくものである。(中略)医師側の適切な指導さえあれば、そういう無駄は積み重ねられないで済んだのではないか」という質疑に対して、吉原健二政府委員は、「老人保健制度が出来ましたときには、むだな医療あるいは乱診乱療がないような指導を徹底してやっていきたいと思っております。保健事業の一つとして、そういった意味での患者教育も含めて、健康教育というものを幅広くとらえていきたいと思っております」と述べている¹⁰⁾。こうした議論が繰り返され、1982年の老人保健法制定では、退院患者への継続看護・指導料やインスリンの在宅自己注射指導管理料が導入された。これ以降、診療報酬改定のたびに、新しい指導料や管理料が新設されていき、入院患者に対する患者教育が意図的に行われるようになった。

1988年に厚生省は、全国146市町村を高医療費市町村として指定し、あわせて「安定化計画の作成指針」を告示した。その具体的方策として①診療報酬明細書(レセプト)点検の強化、②医療費通知の強化、③長期入院者の家庭復帰事業の推進、④高額医療費の要因分析と保健婦等による個別受診指導、⑤医療機関に対する指導・監査の強化、⑥国保料の収納対策などが強調されている¹¹⁾。特に、レセプト点検の強化は、被保険者に対し医療費削減のための様々な「指導」を行うことを目的としていた。例えば、老人の受診率が高い場合には在宅ケアに転換させる、長期入院患者には家庭復帰を促す、医療分類別に分析した結果に基づき健康教育を実施する、などである。これらの医療政策は、医療が「治療」中心から「指導」中心へと方向転換していったことを意味する。特に、1990年代の患者の健康教育については、どのような手法の介入が生活習慣の変容につながるか、どのような働きかけが健診後の指導で有効かという行動科学的な見地にたち、Evidence based health policyの観点での研究を基として進められた¹²⁾。わが国では足達¹³⁾、中村・大島¹⁴⁾、宗像ら¹⁵⁾が健康教育

の方法として積極的に提唱し、成果をあげてきた。

1994年の第二次医療法改正では、医療費を一層抑制する政策として「平均在院日数」の数値目標が設定され、入院日数の短縮化が図られた。これによって、医療者は患者が退院してから安全に自らのケアを行うのに必要な知識と技術を教えることが必要になった。

2001年の経済財政諮問会議の「今後の経済財政運営及び経済社会構造改革に関する基本方針」いわゆる「骨太の方針」で、さらなる入院日数の短縮化が進められると、患者の不安やセルフケア不足などの問題が解決されないまま退院するケースがみられるようになった¹⁶⁾。保険料の引き下げや保険負担額増額から、経済的理由で治療を中断する患者も増えてきた。こうした治療中断は、糖尿病、高血圧、気管支喘息、うつ病など患者教育がまだまだ必要な患者にとくにみられるようになったのである¹⁷⁾。

患者の受診行動の減少は、国会でも問題として取り上げられている。2005年の参議院厚生労働委員会では、武見敬三議員が糖尿病患者の受診行動が減り、治療が中断していることを指摘すると、松谷有希雄医政局長は「特に自覚症状のない糖尿病患者さんなど（中略）に対して十分な患者教育、相談といったことが重要です。今回の改革でも生活習慣病対策として、保健指導などの充実を図り、患者に十分な情報が提供されるようにするとともに、啓発活動も積極的に取り組んでいきたいと考えています」と述べている¹⁸⁾。これによって2008年には診療報酬が改定され、ニコチン依存症管理料や退院時共同指導料が新設された。これまで患者教育を行うのは、医師や看護師、病院薬剤師のような主として入院医療に携わる医療者に限られていたが、保険薬局薬剤師も患者教育に携わるようになり、医療に携わる多くの関係者によって患者教育を行う体制が図られていった。

患者教育は、医療費高騰という問題が深刻化したことで治療中心から指導中心の医療政策に方向転換し、診療報酬でも評価されるようになった。診療報酬

で評価されたことによって、医療者は科学的な根拠に基づいた看者教育を追究し、患者は治療に対するモチベーションを高められ、退院後の新しい生活様式を確立していくこととなった。

しかし、在院日数の短縮化は、セルフケアが出来ないまま患者を退院させる問題を生じさせていることを忘れてはならない。指導料に関する診療報酬は新設され続けてきたものの、それは「別に厚生労働大臣が定める疾患を主な」病とし、「治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の指導を行った場合に」「月2回（1回）に限り算定する」などと細かく決められている。「退院後1ヵ月以内に行われた指導は算定できない」というものもある¹⁹⁾。保険で算定できる上限や範囲も決められているため、実際の患者教育が患者の状況によってその上限や範囲を超えて行われた場合であっても、保険請求上はそれを超えない範囲でしか算定できない。

このような医療政策の観点から患者教育をみたとき、患者教育は医療費高騰問題の解決策としての効率性に合致しているものの、患者の健康な生活の保証という人権の観点が忘れ去られているのではないかと疑問を感じざるを得ない。患者教育は、単に患者への指示を繰り返したり、パンフレットを渡すことだけではない。それらの行為は、患者に知識を提供するきっかけにしすぎないのである。知識提供した後、患者の学習ニーズを明らかにし、個別性を考えた看者教育と評価、という一連の過程があつてこそ、患者の生活の質（QOL）を保証する患者教育につながる。

次節では、こうした医療政策の下で患者教育はどのように実践されてきたのかを、医師、看護師、患者会の3つの組織団体の視点から検討する。

Ⅲ. 医師による患者教育

日本での患者教育は衛生教育と呼ばれ、主に医師によって行われてきた。それは治療効果を上げる目的で行われていたが、多くの場合は説教するだけ、時

には脅すだけであり、親切に行きとどいた教育ではなかったことが多い²⁰⁾。その上、敗戦直後は病院数、病床数の増加に比べて医師の増加が遅れており、医師不足が目立った。その結果、予防の第一線機関である保健所の医師数が定員充足できず、衛生教育に看護師や保健師が当たることになった。1961年に国民皆保険制度が開始されると、日本医師会は大きな政治的力を発揮して、開業医に有利な診療報酬を決定するよう働きかけた。その1つが患者教育である。具体的な患者教育として、乳幼児育児栄養指導加算と慢性疾患指導料がある。乳幼児育児栄養指導加算は、小児科の医師が、乳幼児の育児や栄養を指導する費用として初診料を高くした。これは小児科の医師を確保するためでもあった。慢性疾患指導料は、慢性疾患の医学的管理のための費用として新設され、病院よりも診療所の指導料を高くした。これはプライマリケアによる慢性疾患の指導を目的にしたものである²¹⁾。

しかし、厚生省が発表した1979年度社会保険診療行為別調査によれば、診療行為の中で最も行われているのは、投薬や検査であり、医師による患者教育は積極的に行われていなかったようだ²²⁾。それは、指導料は開業医に有利なものであったが、前述したように、1ヵ月あたりの算定回数や算定間隔が決められていたり、同時算定を認めないなど、細かく決まりが設けてあるからである。また、親切な相談や説明をしても、診療報酬体系の中で算定が低いことも患者教育が避けられていた理由であろう。

高度経済成長期以後は、人権意識の向上に支えられて、市民運動としての医療告発が増えてきた。患者教育に関する最初の判例は、1980年にネフローゼ症候群で入院した患者が外泊中に様態が悪化し、高血圧性脳出血で死亡した事件に関してである。裁判では、患者の様態悪化は、医師の療養方法の指示・指導の説明が不十分だったためだとして医師の過失が認定された²³⁾。1995年には、新生児が退院後核黄疸に罹患したことでの後遺症は、産婦人科医師の退院時の母親への説明・指導義務違反であることを認めた判例もある²⁴⁾。このような医

療告発の増加によって患者教育は、これから何がおこり、何が期待されるのかを説明するインフォームドコンセントの1つとして行われるようになった²⁵⁾。

一方で、医師による患者教育にはもう1つの役割が加わった。それは、医療告発の増加が、患者と医師の人間関係の疎外からきていることを鑑み、患者と医師がお互いに理解しあい信頼関係をつくるという役割である。そのために1980年代には、医師から「患者学」という題名の著作が出版され患者教育が行われた。この患者学には2つの内容が見受けられる。第一の内容は、医師が患者に対して行うもので、上手な医療の受け方や医療への参加の仕方が示された。患者が、健康と命について基本的な知識をつけることは、医師に症状や不安な点を伝えられ良い人間関係をつくることができるという内容である²⁶⁾。第二の内容は、医療者自身に向けて、患者をどのように理解しケアを提供するかについて述べられたものである。それは『病院』(医学書院刊)に20回(1988~1990年)にわたって連載された。医師が患者の心理を理解するためのアプローチ方法、分かりやすい説明の方法、コミュニケーション能力が20回にわたって掲載されている²⁷⁾。

かつて、医師による患者教育は、食事、運動、予防など知識提供を主としており、それは治療の有用性を高めるものとして行われていた。しかし、医師不足や診療報酬の算定の低さから積極的に行われていなかった。それが今日ではインフォームドコンセントの考え方や、治療方針は患者が決定するものとして行われる傾向から、「医師-患者」の人間関係をつくるための手段とされている。

確かに、病気や治療の説明を患者教育として行うことは、患者が自分の健康に責任をもつことになり、結果的に患者が医療へ参画することにつながる。実際に、インフォームドコンセントが医療政策の中で取り扱われてきたことで、医師と患者の人間関係は、以前よりも希薄さが改善し、人間的な心の触れ合いを感じる場面もみられるようになった。

しかし、本来の医師の患者教育は、説明だけで終わるものではなく、患者が

十分な情報を得て理解している状態をつくりあげることではないだろうか。例えば、検査データの説明や治療方法を情報提供して終わるのではなく、医師が専門家の立場から情報を整理し、患者に分かりやすく伝えるとともに、専門家としてその情報を評価し、場合によっては助言する。そういう場面こそ医師による患者教育であり、そのような指導性が発揮されてもよい。

IV. 看護師による患者教育

そもそも看護は、病人や弱者を見守るという人間の本能的行動からはじまったものと言ってよく、特別な教育を受けていない誰にでもできる慈善的活動として出発している。明治時代に入り、これが職業として認められるようになり、1915年看護婦規則の制定によってその業務や教育が規定されることになった。だが、実際の看護師の業務は、医師への奉仕が第一に要求された²⁸⁾。そのため看護師による患者教育は表立っては行われていなかった。このことに対する反省を、中道は戦後「日本には50人に1人が結核患者といわれているが、私たちは十分に役割を果たしてきただろうか。結核看護の問題を取り上げると、患者の個別指導をもっと徹底しなければならない。すなわち患者の教育である。患者に結核の知識と個人衛生的な訓練をすることである」と述べている²⁹⁾。

しかし、敗戦直後の日本では用紙不足の理由などから出版事情が悪く、看護師の業務や役割など看護そのものについて学習する文献がほとんどなかった。そこで、誰もががすぐに読めるものとして1946年に、最初の看護の専門誌として『看護学雑誌』が創刊され³⁰⁾、こうした機関誌を通して、患者教育に対する看護師の心構えや教育内容が示されるようになった。また、1951年のサンフランシスコ平和条約締結によって日本は独立し、様々な行政制度とともに看護制度も改革されていった。改革にあたり、最初にはじめられたことは「医療とは何か」「看護業務とは何か」という基本的な問題を解決することであった。そこで1963年の医療制度調査会の答申では、医療とは、治療のみではなく、予

防からリハビリテーションまで広がる統合的な用語としてその概念が示された。医療が人々に健康な生活を送らせ、より積極的な役割を担うことが発表された³¹⁾。

医療概念の明確化によって、看護概念も「看護は個人の人生における健康のあらゆる段階において、健康上の生活に関し働きかけること」³²⁾、という広い枠組みで考えられるようになった。そのためこれまで退院指導が中心だった患者教育は、診療所や外来での患者教育や訪問指導にも関心が向けられた³³⁾。しかし、当時の調査では、看護師の療養上の話し合いや指導は非常に少ないことが報告されているように³⁴⁾、患者教育に対する認識はまだ低く、実践は少なかった。患者教育が看護業務として広く周知されるようになったのは、前述したように、健康教育や患者教育が、医療費の抑制をもたらすことが国会で議論されるようになってからである。健康増進・疾病予防を目指す健康教育は、看護師のベッドサイドケアにおいても重要視され、診療報酬でも退院患者への指導料や管理料が新設されるようになった。患者教育の方法も医師が指示した治療や処置に患者を受身的に従わせるのではなく、患者が自分で健康問題に気づき、自分自身のケアプランに積極的に関与させることに努力が向けられた³⁵⁾。

在宅看護や訪問看護の確立、退院患者への継続看護・指導料の新設によって、患者教育は一層積極的に行われるようになった。患者は行動制限を理解しているか、薬物の用法や目的は理解しているか、食事制限はどのように認識しているかなど、退院した後にセルフケアができるような教育実践がされていった。患者教育の実践方法については、宮坂・川田らが患者教育の目的を、①問題やその解決方法に対して知識をもち理解を深めること、②問題やその解決方法に対して好ましい態度をとること、③問題解決に向かって必要なことを実行し、好ましくないことを止めること、と示した³⁶⁾。このことから患者教育は、「患者－看護師」の間で、学習ニーズの診断、教育内容と教育方法の決定、実践・評価という一連の過程を通して行うことが理想とされ、看護業務の中で大きな

位置を占めるようになった。

1990年代になると、心理学や教育学など他領域の分野から患者教育に活用できる理論やモデルが紹介され、糖尿病のような慢性疾患患者に対する患者教育が報告されるようになった。例えば、医療チーム側が、患者教育の目標を決め実践していく「指導型」の学習方法ではなく、患者教育を患者の主体的な学習への援助とする「学習援助型」による教育実践³⁷⁾や、患者の潜在力に注目したエンパワメントに関する教育方法³⁸⁾などがそれである。それと同時に、患者教育の実践モデルの開発³⁹⁾や患者教育の効果⁴⁰⁾、看護師の教育活動に対する実態調査⁴¹⁾についても研究が進められるようになった。2000年以降の患者教育に関する研究は、慢性疾患に限らず、急性期患者や回復期患者など、あらゆる患者に対して行われるようになったのである⁴²⁾。

敗戦直後の看護における患者教育を見たとき、それは、看護師が患者教育に対する役割意識をもつ、という啓蒙活動からはじまっている。しかし、実際には、あらたまって患者教育をするのではなく、日々の看護の中で患者と接触する機会（あるいは話し合う機会）を得ることから始まった⁴³⁾。それが次第に医療と看護概念の明確化によって、看護師の役割拡大を再考するきっかけとなり、諸理論を活用した教育モデルや方法論がまずは糖尿病患者に実践され、他疾患患者にも活用されるようになった。

こうした患者教育の実践や研究によって得られた知識は、看護学の視点からその科学的根拠が明らかにされており、それらが実践的に積み重ねられてきたことは、高く評価されるべきである。しかし、現実の医療現場では、在院日数の短縮化や病院機能分化による看護師不足という状況があり、理想通りの患者教育ができる環境ではない。そのことが患者教育に対する看護師のやりがいの低さ⁴⁴⁾や指導型の患者教育になりがちであること⁴⁵⁾、病院間による患者教育の格差⁴⁶⁾などの問題を生じさせている。

V. 患者会による患者教育

戦前の患者は、病気を一身上の不幸として捉え、患者の処遇は国家政策や職場・地域社会・家庭などの条件に左右されており、病人自らがその処遇について権利を主張することは困難な状況にあった。そして“依らしむるべし知らしむべからず”という医師主導によって予防や治療が行われ、患者が治療の主体となる機会は少なかった⁴⁷⁾。特に、戦前はコレラや結核、ハンセン病のような患者が隔離されていた。そこでは医師が患者集団に対してほとんど指図するだけであった⁴⁸⁾。

敗戦後、結核療養所の患者たちが自衛のために「日本患者同盟」を組織し、療養条件の充実・改善、疾病手当の給付期間など、日本国憲法 25 条に規定する「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利（生存権）」をめぐる、国や個々の療養所・病院に異議申し立てが始まってから様相が変わってきた。患者は自分だけの殻に閉じこもるのではなく、同じ病気同士の患者が団結することによって闘病の成果を上げ、患者としての生きる権利を獲得していった。結核患者による医療告発（朝日訴訟、1957 年）は、他疾患の患者達にも影響を与え、全国ハンセン氏病患者会（1951 年設立）や精神薄弱児育生会（1952 年設立）、日本身体障害者団体連合会（1958 年設立）などに多大な影響を与えた。そして患者の立場に立つ福祉や医療の確立を目指した患者教育が行われるようになった。

高度経済成長の時代になると、公害による被害が続出するようになり、サリドマイド児親の会（1963 年設立）やカネミ油被害者の会（1969 年設立）、水俣病患者同盟（1974 年設立）のように、被害者による患者会が組織され、国や企業に対して損害賠償請求が提訴されるようになった。この動きは、人権意識の向上に支えられて、沈黙していると見捨てられてしまう患者達が団結した市民運動としての性格が強い。そこでの患者教育は、二度と同じ過ちが起きないように、社会正義の実現についてお互いに勉強し合い、行政に働きかけていく生

涯学習といえる。

その後、慢性疾患や癌、依存症や嗜癖・虐待や心の問題など、療養が長期化する患者が増えると共に、病気や障害、同じ状況にある人々が相互に援助しあうような患者会が組織されるようになった。例えば、全国腎臓病協議会（1971年設立）や日本オストミー協会（1969年設立）のように、長い闘病生活を強いられる病気を中心に交流型の患者会が増えてきた。ここの患者教育では、自らの病気を語り合ったり、知識・価値観を共有する学習会が行われており、仲間意識の向上や情報交換の場としての学習効果が報告されている⁴⁹⁾。

このように医療の対象者が、患者、家族、高齢者、障害者、難病患者などに拡大すると、1980年代から「施設ケア」から「地域ケア」へという考え方が普及した。それは、医療費高騰に伴う財政難が深刻化して施設整備を続けることが困難になったという事情がある。患者の問題は、従来であれば、医療従事者によって解決または軽減していたが、患者自身の自立や相互扶助、自己管理そして医療への参加によって解決・軽減することが目標とされるようになった⁵⁰⁾。患者会での患者教育も、患者や家族同士が互いに助け合い、支えていく集団学習だけではなく、患者自身が主体的に医療に参画する患者教育が行われた。具体的には、癌患者が自らの経験を講演したり、病気と闘いながら仕事や日常生活をおくる姿を通して、患者が患者に「生きる意味」を問う患者教育などが行われている。それは、患者や家族が希望をもつことに繋がり、多くの共感を生んでいった⁵¹⁾。

最近では、生涯学習の一環として、病気に対する学習だけではなく、医療費問題や混合診療、高齢者ケアなど医療制度の問題や課題を理解することを目的とした患者教育が行われているところもある⁵²⁾。それは、日本の医療を改善していこうという考え方に立ち、医療について幅広く知識をもつことで、患者が医療行政に参画できる患者教育を目指したものだといえる。

ここで注目すべきなのは、患者会における患者教育の学習内容の変化である。

かつては病気の予防や治療に対する「知識」が学習の中心であった。それが次第に生存権を守るための権利学習へと変化した。そして患者会は、同じ境遇の患者や家族が交流する場となり、相互学習や情報交換の場として機能してきた。つまり、「知識」習得学習から「権利」や「生き方」学習に変化してきたのである。「権利」や「生き方」を学ぶための患者教育は、患者自身が市民社会への啓発や企業との連携、医療現場への参入、医療者への教育の関与など、主体的に医療へ参画することへと発展した。患者自身が、医療者、患者、市民に自らの疾患を語ることで、患者理解と患者の権利の向上へとつながった。何よりも、たとえ重い病気になっても、患者の多くが生きようとする意思を失わず生きる目標や希望を見つけることになった。このような患者教育は、患者や家族らが生涯を通じて自らを救うための生涯学習であると同時に、医療・福祉を拡充し、すべての国民の幸福を増進させる基本的人権のための学習であるといえる。

VI. おわりに

戦後日本では、「国民の健康な生活」が憲法で保障されると、健康が1つの権利として認識されるようになり、医療に関しても国家の保障が求められてきた。経済的能力の差によって「権利」である健康が阻害されないように、1961（昭和36）年に国民皆保健制度が実現した。それは「誰でも気軽に」医療を受けられる可能性を開いたものとして画期的なものであった。しかし、この制度が出来高高い点数制であり、患者に対する指導よりも、診察、処置、手術、投薬、注射、検査などの報酬料が高く、それらの「量を稼ぐ」ことによって乱診乱療を日常化させ、予防医学的な患者教育を軽視する風潮を生んだ。

ところが、高度経済成長を通じて成人病（現：生活習慣病）が増加し、運動不足や精神的ストレス、栄養の過剰摂取やアンバランスな食べ方などが問題視され、成人病予防には、日常生活習慣の改善が不可欠とされるようになった。厚生省（現：厚労省）は、健康や健康づくりの重要性を認識させ、その方法や

知識をあたえる健康教育を施策として実行していった。その場合に専門性、つまり、科学的根拠をもった行動科学的な見地からの教育が実践された。健康教育の成果は、患者教育の質を変化させ、それは入院日数の短縮化や指導料の新設によって積極的に実践されてきた。

こうした医療政策の中で、医師による患者教育は、患者の権利意識の高まりと並行してインフォームドコンセントとして行われてきた。それによって「医師－患者」関係は、「指導－依存」の関係から相互関係へと変化しつつある。これまでの「指導－依存」関係は、医師の指示に対して疑問や不同意を表明することは許されなかった。それが、インフォームドコンセントの普及によって、医師は必要に応じて相談にのり、患者が自ら治療プログラムを実行するような相互関係が求められるようになった。「医師－患者」の関係は、基本的には患者の利益を擁護していく方向で展開されてきたといえる。しかし、昨今のように、患者の要求にも少なからず問題があり（いわゆる「モンスターベイシメント」の存在）、これに対して医師がどこまで強制的な診療や教育的介入ができるかという問題も増加している⁵³⁾。

看護師による患者教育は、医療費抑制策の一環として行われるようになった頃から、看護師の主体的な教育活動として行われてきた。それは、i) 医師の説明を伝える立場から看護師が主体となって指導する立場へ、ii) 一方的な指導から行動科学や成人教育学の理論に基づいた指導へ、iii) 知識習得よりも患者の生活を重視した学習観へ、iv) 看護師が問題を解決することから患者自身が問題を明確化できる方向へ、と看護師の教育的関わりの変化をもたらした。今日では、患者教育は、看護の中心的活動として位置づけられ、教育方法の検討や看護師の指導能力を育成するための教授法など、多方面から患者教育研究がなされている。だが、入院日数の短縮化や患者負担額の増加によって、セルフケアが出来ないまま退院する患者や経済的理由で患者教育が受けられない患者が存在している。これらの問題に関しては、未だ解決できていない。患者が

退院した後も、外来や訪問看護など包括的かつ継続的に患者教育を実践している病院は少ない。

患者会での学習は、「健康で文化的な生活」の実現をめざして、栄養改善や生活改善を中心とした教育活動が行われてきた。朝日訴訟によって生活権・健康権意識が浸透し、国や自治体に対する保健・医療・福祉政策を要求する運動が高まり、国の施策も拡充された。しかし、高齢化や慢性疾患増加に伴い、医療の対象者が拡大すると医療費高騰による財政難が深刻化し、その解決策として患者の自助、相互援助、自己管理が求められてきた。それに伴い患者会では、患者の自立や主体的に医療へ参画することの学習が求められ、現在では医療行政の検討会に患者が委員に選出されるなど、かたちの上では患者の視点を取り入れた医療が目指されるようになった。

このように、医師、看護師、患者会のそれぞれが患者教育の成果をあげてきたが、最も重要なことは患者教育の根底にある生活者としての視点や、人間としての基本的人権が守られた教育実践が行われているかである。確かに、患者教育は、医療費抑制の解決策として政策の合理性や効率性に合致したものだといえる。しかし、本当に患者の幸福、人権が守られた患者教育がなされているかどうか課題が少なくない。例えば、経済的理由によって患者教育そのものを受けられない人は多い。大切なのは、こうした課題解決に向けて、医療者と患者を含めた多くの人々が、共に人権が守られた社会の実現を目指して努力していくことである。そして患者が人間らしい生活を営むための患者教育を、医師・患者会・看護師・学校・行政機関・NPO等の多様な団体が、協働的・持続的に実践することが必要ではないだろうか。多様性から学び合い、共に知を育成する学習観と研究観を培える市民社会を組織化していくことが、今後の患者教育の課題といえる。

Ⅶ. 文献

- 1) 大浦猛『系統看護学講座 26 教育学』医学書院 1974, 29-30.
- 2) 井上すみゑ「看護婦と教育」『看護』3(10), 1951, 34-36.
- 3) 金子光「看護と衛生教育」『看護』2(3), 1950, 32-33.
- 4) 「欧米、患者教育を重視」, 読売新聞, 2010.12.7.
- 5) 例えば、大池真樹, 吉田俊子, 佐藤ゆか他「わが国における患者教育に関する看護研究の動向と課題」『宮城大学看護学部紀要』13(1), 2010, 37-43.
森山美香「わが国におけるベッドサイドの患者教育に関する変遷 近代看護のはじまりから現代まで」『看護教育学研究』20(1), 2011, 30-43.
- 6) 日本看護科学学会『看護行為用語分類』日本看護科学学会出版 2005, 209.
- 7) 第22回参議院社会労働委員会19号, 1955.6.23.
- 8) 後藤由夫「糖尿病患者教育の現状と問題点」堀内光, 宮坂忠夫, 後藤由夫編『糖尿病患者教育の理論と実際』第一出版 1993, 25-26.
- 9) 第75回衆議院社会労働委員会第28号, 1975.4.27.
- 10) 第96回参議院社会労働委員会第12号, 1982.4.27.
- 11) 池永満『患者の権利』九州大学出版会 2001, 232-233.
- 12) 厚生省『国民衛生の動向』厚生統計協会出版 1998, 106.
- 13) 足達淑子「栄養指導に役立つ行動療法のテクニック」『臨床栄養』78(6), 1991, 617-629.
- 14) 中村正和, 大島明「禁煙のための行動科学的アプローチ」『日本プライマリケア学会誌』14, 1991, 29-37.
- 15) 宗像恒次「行動科学に基づく新しい保健指導法」『看護展望』16(3), 1991, 385-392.
- 16) 高島尚美, 五木田和枝「在院日数短縮に伴う消化器外科系病棟における周手術期看護の現状と課題 全国調査による病棟看護管理者の認識」『日本

- クリティカルケア看護学会誌』5(2), 2009, 60-68.
- 17) 「生活苦で治療中断」, 朝日新聞, 2010.11.12.
 - 18) 第163回参議院厚生労働委員会5号, 2005.10.20.
 - 19) 日野秀逸『市場化の中の医療改革』新日本出版社 2006, 166-167.
 - 20) 橋本寛敏「正しい看護とは 看護業務の再検討」『看護技術』10(3), 1964, 9-12.
 - 21) 高木安雄「わが国の診療報酬政策の展開と今日的課題」池上直己, 遠藤久雄編『医療保険・診療報酬制度』勁草書房 2005, 93-99.
 - 22) 池永, 前掲, 41-42頁.
 - 23) 三木知博「一時外泊中の脳出血死事件」唄孝一, 宇津木伸, 平林勝政編『別冊ジュリスト 医療過誤判例百選』有斐閣 1996, 138-139.
 - 24) 最高裁判所, 1996年5月30日第三小法廷判決, 判例時報1553号, 2007-05-16取得, http://www.medsafe.net/contents/hanketsu/hanketsu_0_82.html#wrapper
 - 25) 秋山秀樹『日本のインフォームドコンセント』講談社 1994, 83-84.
 - 26) 実地医家のための会『患者学 上手な医者のかかり方』グロビュー社 1983, 10-20.
 - 27) 木村登紀子「シリーズ医療従事者のための患者学 患者学とは何か」, 『病院』47(2), 医学書院 1988, 167-170.
 - 28) 水野祥太郎「看護婦の医師介助について」『看護学雑誌』18(6), 1955, 12-15.
 - 29) 中道千鶴子「結核と看護」『看護』3(9), 1951, 2-4.
 - 30) 金子光『看護の灯 高くかかげて』医学書院 1994, 99-100.
 - 31) 厚生労働省医政局「厚生労働省等の看護行政の足跡」保健師助産師看護師法60年史編集委員会編『保健師助産師看護師法60年史』日本看護協会出版 2009, 81-83.

- 32) 金子光『系統看護学講座 11 成人看護学 I』医学書院 1970, 100.
- 33) 山崎栄子「新生児訪問指導の方向」『看護』16(2), 1964, 91-94.
松下和子「通院患者への接し方」『看護学雑誌』33(8), 1969, 38-43.
- 34) 金子光「大学病院における看護業務の特殊性」『看護研究』1(1), 1968, 80-95.
- 35) 日野原重明, 外口玉子, 薄井坦子「患者のニードを考える」『看護学雑誌』36(8), 1972, 968-991.
- 36) 宮坂忠夫, 川田智恵子『健康教育論 最新保健学講座』メジカルフレンド社 1984, 82.
- 37) 吉田亨, 河口てる子, 川田智恵子「患者教育の新しい考え方」『プラクティス』9(1), 1992, 58-59.
- 38) 河口てる子, 西片久美子, 高瀬早苗「糖尿病患者のケアに関する研究の動向と今後の課題」『看護研究』33(3), 2000, 39-46.
- 39) 河口てる子「患者教育のための看護実践モデル開発の試み」『看護研究』36(3), 2003, 177-185.
- 40) 前田ひとみ, 岡本淳子, 寺本淳子他「育児指導の効果に関する研究」『日本看護研究学会雑誌』12(2), 1989, 14-19.
深井喜代子, 長谷川美由紀, 奈良あゆみ他「便秘を訴える精神科入院患者への集団指導の効果」『日本看護研究学会雑誌』17(3), 1994, 15-21.
- 41) 藤田君支, 松岡緑, 山地洋子「臨床看護師が実践している糖尿病患者への教育活動に関する実態調査」『日本看護研究学会雑誌』26(4), 2003, 67-79.
- 42) 芥川清香「看護における患者教育に関する研究」『福岡教育大学大学院修士論文集』2005, 1-8.
- 43) 浅野花子「臨床看護と保健指導」『看護技術』7(上), 1961, 30-33.
- 44) 谷本真理子, 穴戸栄子, 宮本千津子他「看護婦による患者教育の実態につ

- いて」『川崎市立看護短期大学紀要』1(1), 1996, 67-71.
- 45) 山本裕子, 牧野信裕, 土居洋子他「卒業前看護学生の捉えた慢性病患者に対する患者教育」『大阪府立大学看護学部紀要』11(1), 2005, 7-15.
- 46) 森山美知子, 拓殖尚子, 古井祐司他「医療機関における患者教育の実態及び疾病管理サービスの利用意向に関する調査」『病院管理』43(1), 2006, 47-57.
- 47) 川上武『現代日本病人史』勁草書房 1988, 97.
- 48) 新村拓『健康の社会史』法政大学出版局 2006, 234-235.
- 49) 和田ちひろ, 林幹奏, 吉村典也「わが国の患者会及びセルフヘルプグループの現状と患者コミュニティの可能性」2010-08-05 取得,
<http://www.jima.or.jp/JISSEKI/YOUSHI/wada2001.html>
- 50) 坂上裕子「医療福祉の領域の拡大とMSWの役割」園田恭一, 米林喜男(編)『保健医療の社会学』有斐閣 1991, 266-273.
- 51) 関つたえ「半分は希望を伝えたい」大熊由紀子他編『患者の声を医療に生かす』医学書院 2008, 49-51.
- 52) NPO 法人「医療情報教育センター」2009-10-20 取得, <http://www.c-meij.jp/>
- 53) 日本医師会医事法関係検討会「医師・患者関係の法的再検討について」『医事法関係検討会答申』2008, 1-18.