

特別寄稿

文化看護学への歩み

2022年3月26日 最終講義から

石川県立看護大学第3代学長 石垣和子^{1§}

教育研究者の皆さまは、調査・実験・分析して明らかになった新発見に関心をお持ちだと思います。または画期的な新説や優れたレビューを求めておられると思います。しかし、ここで述べさせていただくことはそれとは異なり、私という個人が、看護学教育に携わって俯瞰的に看護を考えるとき、「文化看護学」というものに出会い、それを今後も追究してゆきたいと感じていることをお伝えするものです。その点では、これは、私の個人的な経験に基づく独り言に近い報告で、皆さまにとってあまり面白いものではないかもしれません。しかし、皆さまが文化看護学に関心を抱ききっかけになるとありがたいと思っています。

私が文化看護学に向かって歩んできたのは、人が文化を身にまとう仕組みへの興味であるともいえます。出発は脳というものへの興味でした。大学を卒業したばかりの頃には東京大学医学部脳研究施設神経生理学部門に身を置き、脳波や神経電位を取り出す研究にしばらくはワクワクしました。ですが、人間への興味を満たすには基礎医学研究は対象がより単純な動物に向いており、なかなか

自分の思いにつながらず、道を変えました。

それから、離島での保健師活動を経て48歳で看護系大学の教員になり、3つの国立大学、2つの県立看護大学に勤務し、出会ったのが家族看護学や千葉大学看護学部での看護学への向き合い方です。それらを通じて文化看護学に魅かれていきました。少しずつお示ししたいと思います。

1) 看護の国際的な共通言語は存在するか？

看護の歴史を紐解くと、自然発生的に社会に存在した看病人が看護師になるには、教育制度が確立され、一定の知識や技術を身につけた国家資格者として明確に認定されることが必要でした。近代看護の誕生と言われるその流れは、日本では欧米の看護の直輸入によって目を覚まされたといっても過言ではないという状況でした。必然的にそれ以降、日本の看護専門職の関心は欧米の看護に向かったと考えられます。

しかし、隣国である極東アジアの国々の間では相互の関心は薄く、看護交流は多くありません。そこで石川県立看護大学が交流協定を結んだ中国

年代	1880 -	1900 -	1940	1950	1960	1966	1967 -	1970	1980	1990
中国	1887					1966 学校の 減少			1983 大学	1992 修士
韓国	1892		1945	1950代 大学	1960 修士			1978 博士		
日本	1885		1945	1952 大学			1967 修士 1969 博士			
日中韓の社会の動き	西洋型の看護教育開始		日韓： 米軍駐留			中国： 文化大革命				
日中韓の看護教育の動き			米国の影響 3職能、日韓で差が発生	日韓： 大学教育開始	韓国： 大学院修士課程開始	中国： 閉校多数	日本： 大学院修士・博士課程開始	韓国： 大学院博士課程開始	中国： 大学教育開始	中国： 大学院修士課程開始
世界の看護教育	1836年ドイツにて看護教育開始 1860年イギリスでナイチンゲール看護学校発足 1872年ボストンに看護養成学校 1920年代 アメリカに看護大学		1948年アメリカ看護師の高等教育化が進展		アメリカで大学院教育が進展、NP/CNS					

図1 極東アジアにおける近代看護学教育の歴史

¹元石川県立看護大学

[§]責任著者

と韓国の大学に呼び掛けて金沢で開催したのが、2017年の日中韓看護フォーラムです。各国からの発表の結果をまとめた表が図1¹⁾です。中国、韓国、日本はいずれも同じ年代（日本1885年、中国1887年、韓国1892年）に西洋型の看護教育を開始したことが確認できます。その後は各国とも戦争や国内の争いに影響され、紆余曲折を経て現在に至っていますが、注目点は、3か国の近代看護が同じタイミングで始まったことです。それは1854年から2年間、クリミア戦争の野戦病院ではたらき、看護覚書を著したフローレンス・ナイチンゲール氏が起源だということがわかりました。ナイチンゲール看護学校が1860年に創立され、欧米内に留まらず極東にまでその活動が及んだのです。

ナイチンゲール看護学校の活動は看護界にとっては大変画期的な世界規模の出来事でしたが、約120年経た現在、各国ではどのような形になっているのでしょうか？看護の国際的な共通言語は存在するのでしょうか？“英語は苦手、その上欧米の生活感覚とは縁遠い自分にとって、たとえ単語を訳せたとしても意味するところの理解までは難しい”と感じるのは私だけでしょうか？たとえば「看護」、「ケア」、「ケアリング」をそれぞれ自分流に解釈して使っていないのでしょうか？そして、図2のように感じている方はいらっしゃいませんか？

国際的な学会に出かけることも多くなっている今日、日中韓看護フォーラムを開催して感じた想像以上に温かい雰囲気とくつろいだ気分は、欧米の学会でも同様に感じられるのでしょうか？私は「否」です。欧米の方々とは変に緊張したり、妙に近づいたり、距離感が定まらず、まるで自分が

なくなってしまったように感じます。一方で、欧米の研究者であっても個人的にごく親しくなった場合は、“人間皆同じ”という感覚も味わいます。この感覚はどこから来るのだろうと考えてみると、同じ異文化であっても日本人である私にとっては欧米と極東の異文化度の質の違いがあるように感じられます。文化看護に関心を持つようになってからは、心のどこかで文化的距離の遠近、異文化の根源を常に感じたがってしまっているためかもしれません。しかし、まずは医療現場というフォーマルな場面で出会い、それから対人援助関係を結ぶことが基本である看護において、無駄な感覚ではないと思われます。

2) 看護を看護実践経験から理解する

看護学は実践の科学であると言われます。私は教員になって最初の8年間はどちらかと言えば人体生理学的なテーマに関心を持ち、姿勢や血流の測定を行って統計的な処理をして客観的に示したいと考えていました。しかし、9年目に千葉大学看護学部の教員になり、その修士論文、博士論文の分厚さに大変驚かされました。なぜこのような大変に手間のかかる研究をするのかという私の問いには、高い実践力を持つ看護職からその実践内容を聞き取ったものを克明に分析するものが看護の学位論文であるとの説明でした。教員たちも大変な時間をかけて自らの実践経験を基に論文を解釈し審査するのです。優れた看護実践がどのように行われるのかを看護実践経験に基づいて示す研究は、看護実践経験がなくては取り組むことができません。私がやってきたような研究は全くありませんでした。

私にとってはまさにカルチャーショックでし

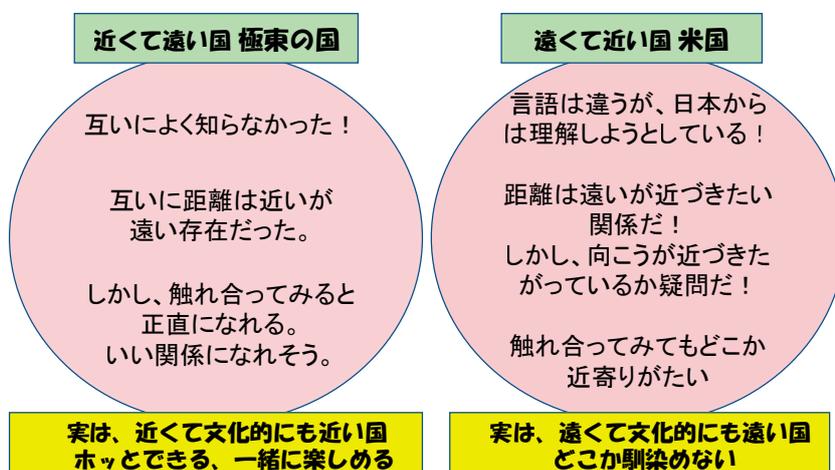


図2 文化的距離感—極東の国（中国、韓国）及び対米国—

た。客観を排し、主観を優位に置くという研究観はそれまでの私の研究観とは真逆で、否定こそすれ評価するものではありませんでした。さらにそれが私の大学の同窓の大先輩たち、約10年前に私と同じ教育を受けた大先輩が編み出したものであったことから驚きは2倍になりました（私が着任した当時の千葉大学看護学部の教授の多くが私の先輩でした）。しかし、千葉大学の研究に触れているうちに、他の学問に比べてまだ日の浅い看護学を急ぎ学問に仕上げるには、「看護の、看護による、看護のための研究」を重視する必要があることを思い知らされました。

現在は看護研究者も大変増え、科研費の獲得テーマも豊富になっています。多様な研究目的、方法、そして多様な経歴の研究者の看護研究への参画が進み、学際的な研究も進んでいます。私が2019年の第39回日本看護科学学会の学術集会長をつとめさせていただいた時に、学会テーマを「ヒトと人間（ひと）の科学を看護へ～時空を超える我々を知り、看護を新たな発展段階へ～」としたのもこのような看護研究の変化の流れを応援する意図がありました。しかし、看護の研究において「看護の、看護による、看護のための研究」は依然として最重要な研究であると考えています。

3) 文化看護学との出会い

転機は私が千葉大学に勤めてから3年目に訪れました。

降ってわいたように（これはあくまでも個人的な感想）大学の構造改革が謳われ、国立大学の法人化が始まりました。それに関連して文部科学省から世界水準の研究拠点形成の補助金の対象となる「21世紀COEプログラム」の募集が2002～3年と行われ、年間1億円規模の研究費を目指す競争が日本の大学間で行われました。その結果、拠点の一つとして千葉大学大学院看護学研究科の計画も採択されたのです。この拠点の名称は、『日本文化型看護学の創出・国際発信拠点（実践知に基づく看護学の確立と展開）』というものでした。この名称からわかるように、日本に焦点を当て、日本の文化に沿い、日本文化を身につけた人々に受け入れられる看護を実践知から見出して日本文化型の看護の学術体系を構築することを目的としています。翻って、それはとりもなおさず日本に限らずそれぞれの国、民族等の持つ文化に適した看護実践が重要だということを世界に発信していくことに繋がると考えたものです。これは千葉大

学看護学部教授全員の意見を集めた計画で、千葉大学看護学部の教授としては最も新参者であった私はそれにらせていただいたという形でした。

この拠点の研究対象は主に千葉大学大学院看護学研究科の学位論文でした。前節で述べたように、学位論文は大変詳細な分析にあふれています。当初は学位論文には看護実践において文化がどのように配慮されていたかが描かれていると考えていました。結局は、日本人同士のやり取りにおいてはあまりにも当たり前すぎることであるがゆえにわざわざ言語化していない学位論文も多数あったことから、新たな研究を加える必要もありました。また、以前から量的なデータを扱う研究のメタアナリシスは各学問分野でよく発表されていましたが、言語で描写されているタイプの研究（いわゆる質的研究）のメタアナリシスは当時はほとんど行われていませんでした。従って質的なデータの二次研究（メタ統合）という意味で、方法論的に新しい看護研究法と出会えるという楽しみも私は感じていました。

5年間、年間約8千万円をいただいて研究した結果は、図3の日本文化型看護学への序章としてまとめられています。求めていた学術体系と呼べるものからは程遠いものでしたが、日本文化型看護学の主要概念とそれを明らかにするための4つの視点を示しています。主要概念は（1）察しと思いやり、（2）おせっかいのさじ加減、（3）ふれる／ふれられる、4つの視点とは（1）身体性、（2）関係性、（3）健康・生活の営みに関する価値観、（4）社会・組織です。

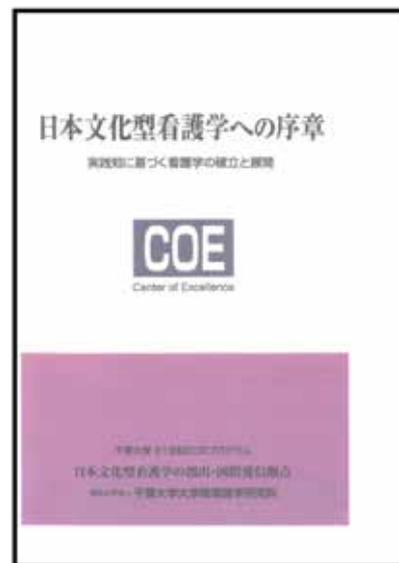


図3 千葉大学大学院看護学研究科
COE 拠点研究の報告書

たとえば、(2)の関係性という視点に焦点を合わせた研究を行った班の研究では、看護師と患者の関係性が構築される過程を分析した研究を複数集めて二次的に分析し、患者側の「察しをあてにする」という特性と、患者に「関心を寄せ、推し量り、応える」という看護師側の特性を導きました。患者は自ら言葉では求めず「察して」もらいたがる、看護師の方も言語で表現されていなくても様子に関心を寄せて「察する」ということを行っているのです。まさに主要概念の「察しと思いやり」が導出されたのです。これは拠点研究の後段に海外看護師との行動比較を行ったアンケート調査研究班が得た結果とも一致します。日本の看護師は患者が寒そうにしていると毛布を持っていきますが、英国の看護師は言葉での表現がなければ意に介さないという結果でした。

3つの主要概念と4つの視点の一部に関する図4を見てください。これはこの拠点でのさまざまな研究結果の一部をみながら包括的に全体像を示したものです。看護師は丁寧に患者との“関係性”を作り、患者に対する理解を深め、患者自身が思いや気持ちを表出しやすい関わりを作るという日本の看護師の文化的特徴を表しました。その際、相手の心にどのくらい近づくか、これは図ではパーソナルスペースと表したのですが、言葉では表せない2者間の“これ以上心に踏み込んでもらいたくない”という心の距離があります。関係性の近さによっても変化するものです。これが“身体性”と表現されます。なお、ここでは割愛

しますが、他にも“身体性”と呼ばれる内容が存在することはお断りしておきます。中国人からは、日本人はお互いに近寄りすぎないように保つという感想をもらいましたが、他国との比較等についてはさらなる研究が必要です。看護師にとってこのスペースが遠く離れたままでは患者の気持ちがよくわからないことからある程度狭める努力が必要になりますが、うっかりと踏み込み過ぎると逆効果になってしまいます。

このような結果は、日本の患者の特性として肯定的に受け入れられることと思われませんが、あらためて示されてみると、さまざまな次の疑問が湧いてきます。若い患者でもそうだろうか？男女差はないのだろうか？職業による差はないのか？……。それを明らかにするには次の研究が必要になります。次の研究方法は必ずしも学位論文にあたる必要はありません。それに焦点を当てた研究方法を取り入れて研究を行えば済むことです。そのような研究が蓄積されることによって学術体系が見えてくると考えられます。

参考までにこの拠点の研究として私が関与して行った国際比較の研究の一部を図5と図6に示します。図5の赤字の聞き取り調査の部分の研究方法を示したものが図6、その調査の結果の概略を示したものが図7²⁾です。それぞれの国で看護師として働いた経験のある日本人あるいはそれぞれの国から日本に来て日本の医療機関で看護師経験をした方に(数名ずつ)、業務範囲とコミュニケーション・関係構築に焦点を当ててインタビューし

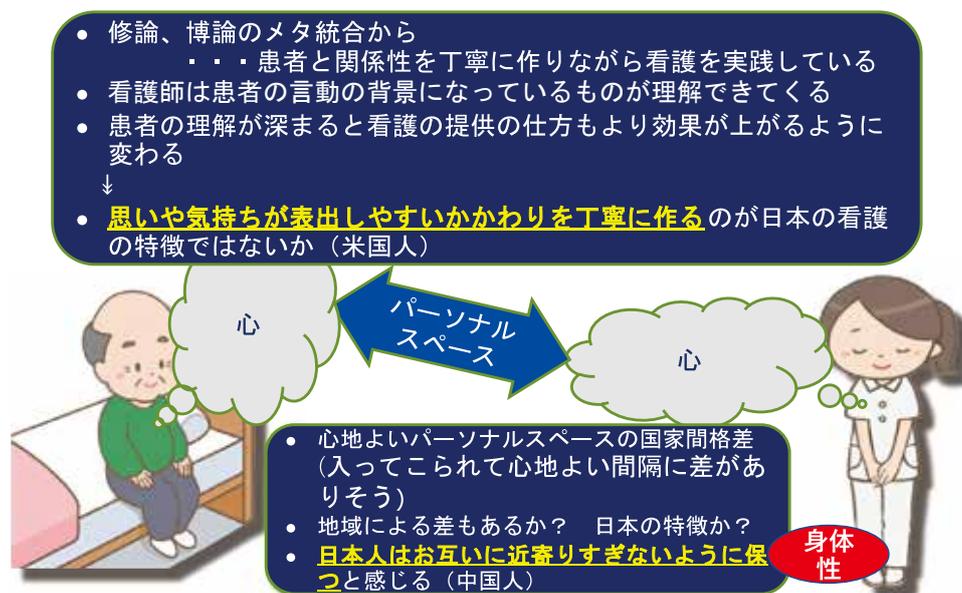


図4 拠点研究から見える一場面

<p>【全体目的】 日本の看護職と海外の看護職の特徴的な行動を比較する。 看護師をめぐる患者や医師、家族等との人間関係に焦点を当てる。</p> <p>【研究の進め方】</p> <p>①相手国に関する文献検討、医療システムに関する情報収集 ②在外日本人看護職または来日看護職への行動差の聞き取り調査 ③聞き取り調査結果をもとに質問項目の作成 ④試作した質問項目のパイロット調査の実施と項目の精選 ⑤質問項目の各国語訳の作成 ⑥各国でデータ収集</p> <p>【研究班】</p> <p>教員 : 山本則子、片倉直子(欧)、緒方泰子(米)、赤沼智子(アジア) 本田彰子、石垣和子</p> <p>大学院生 : 岡本有子(欧)、辻村真由子(アジア)、藤田淳子(アジア) 篠原裕子(米)、白石澄江</p> <p>COEフェロー: 望月由紀(哲学系)(欧)</p> <p>他学部協力者: 小川哲也、新倉涼子</p>
--

図5 国際比較研究の概要

<p>【目的】 看護の場で働く日本の看護職と海外の看護職の特徴的な行動を比較する。 看護師をめぐる患者や医師、家族等との人間関係に焦点を当てる。</p> <p>【研究方法】</p> <p>①相手国に関する文献検討、医療システムに関する情報収集 ②在外日本人看護職または来日看護職への行動差聞き取り調査 ③調査対象国: 米国、英国、スウェーデン、タイ、韓国 ④在外日本人看護師への調査: 半構成的インタビュー(25名) 文化の違いで驚いたこと、困ったこと、当該国の医療・社会システム ⑤在日外国人看護師への調査: 半構成的インタビュー(25名) 自国と異なると思うこと、不自由に感じる事、同じと思うこと ⑥インタビューガイド 専門職としての役割(業務範囲、連携・協働方法、日常生活の援助) コミュニケーション(看護師と家族、医師と本人、本人と看護師) その他(看護師のやり方や使用する物品について違うと感じること)</p>
--

図6 聞き取り調査の方法(国際比較)

国名	業務範囲	コミュニケーション・関係構築
タイ	医療処置 生活援助 看護助手の管理 私立病院と公立病院の格差	医師との上下関係あり 立場を超えて患者・家族と接する
韓国	身の回りの世話は家族が行う 患者と家族観の意見調整には介入しない	目上に対しては控えめ、同僚間の コミュニケーションは直接的
英国	看護助手との分業及び管理 同僚と分業(残業はしない) 医師に対する患者のアドボケーターとなる 作業のプロトコール化 投薬等の裁量が大	他職種との協働体制が確立 言語的コミュニケーションの重視
スウェーデン	プロトコールに従って薬剤処方 医師の処方の修正 [准看護師]に対する指示・管理を行う 同僚と分業(残業はしない)	日本と類似したコミュニケーションの 取り方を行っている
米国	看護助手に指示監督 看護助手と看護師間の業務区分は明確 患者、家族の意向調整は別職種	言語的コミュニケーションや文書 等による情報共有を重視

図7 看護師の業務や同僚・患者等とのコミュニケーションの国際比較

ました。図7からはまずは看護師の業務範囲が国によって異なること、また家族や医療チームとのコミュニケーションとの違いが明らかになりました。米国や英国では看護助手と業務区分を明確にしていること、看護師が看護助手の仕事を管理していること、スウェーデンでは看護師がプロトコルに沿った薬剤処方をしていること、韓国では身の回りの世話は家族が行うこと、タイでは立場を越えて家族と接することなどが示されています。日本家族看護学会に長く籍を置いてきた私には、米国の看護師が患者・家族の意向調整を行わないことが明確に語られたことで腑に落ちることがありました。それは、家族看護学の研究が米国ではあまり盛んではないことです。

次に図5の青字の部分の調査の結果のごく一部を図8に示しました。相手国に協力者を置き、調査票の翻訳、調査票の配布回収等の大変な手間がかかった研究です。図8では質問項目「患者の検査結果または診断が深刻な場合、患者が精神的に明瞭で認知症のような状態になくても、私は最初に患者の家族に彼らのことを話すように手配します」に対する回答を示したものです。各国2本の棒グラフがありますが、左は在宅、右は病院看護師への調査の結果です。英国の回答では never と rarely が圧倒的に多く、他の国と差がつかしました。患者の個人情報をもっと誰に伝えるかについては、アジアと英国では大差があることが想像されました。

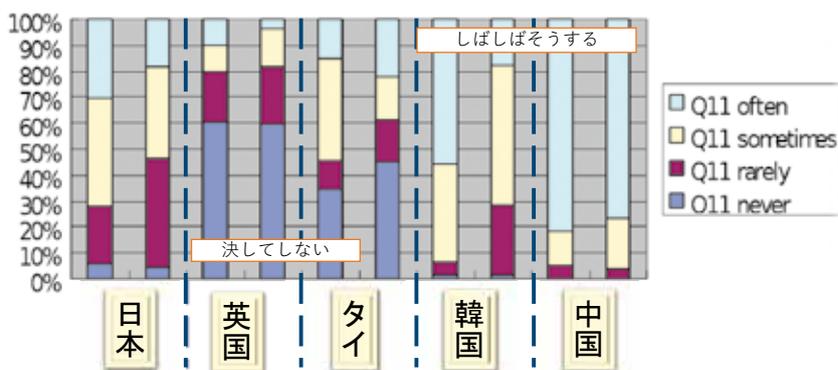
4) 文化看護学会の発足

総括すると、この拠点の5年間の研究は日本文化型看護学の入り口を開けたところではないかと考えられます。ですが、文化に着目することの意義深さを広め、そのための研究への動機を高め、

この拠点だけに限定しない研究仲間を増やす基礎が固まったと感じられます。そのような点から、拠点を閉じる時期が来た時、文化に依拠した看護実践を裏付ける学術体系を追究するにはここで終わりにしたくない、もっと広く多様な仲間を募って広い視野での研究を積み重ねたい、それを保障する組織を作りたいという考えが生まれました。そして、拠点メンバーが発起人となって2007年10月に文化看護学会を創立しました。ここに初めて「文化看護学」という名称が使われました。その設立趣意書には「文化を考慮して看護を実践することは、質の高い看護を提供するうえでの鍵となること、さらにそれは、日本文化における看護の質の充実にとどまらず、世界のそれぞれの地域においても同様に質の高い看護を具現化させる普遍的方法論であることが見出されました。」と総括し、「文化に根ざした看護学—『文化看護学』として、学際的かつ国際的な視点から、看護における実践、教育、研究の各領域を充実・発展させる学術組織として「文化看護学会」の設立を提案いたします。」と述べられています。

5) 文化への興味の継続

私は、千葉大学でのこの経験の間にも若かった頃の「人が文化を身にまとう仕組みへの興味」から、脳の発達に関心を抱き続けました。図9は文化心理学³⁾に記載された事例から私が作成した図です。2歳児ですでに“レストランへ行く”という習慣的な出来事を時間の連鎖でつかんでおり、5歳になると出来事の因果論が備わっています。当たり前と知っていることも驚きにつながり、生後どのくらいから？とさらに知りたくなる場所ですが、その点の追究は私には困難です。しかし、もし私が子ども時代にこの質問を受けたとす



When a patient's test results or diagnosis is serious, I arrange to first tell the patient's family about their condition, even if the patient is mentally alert and not suffering from a condition like dementia.

図8 国際比較アンケート調査の一例

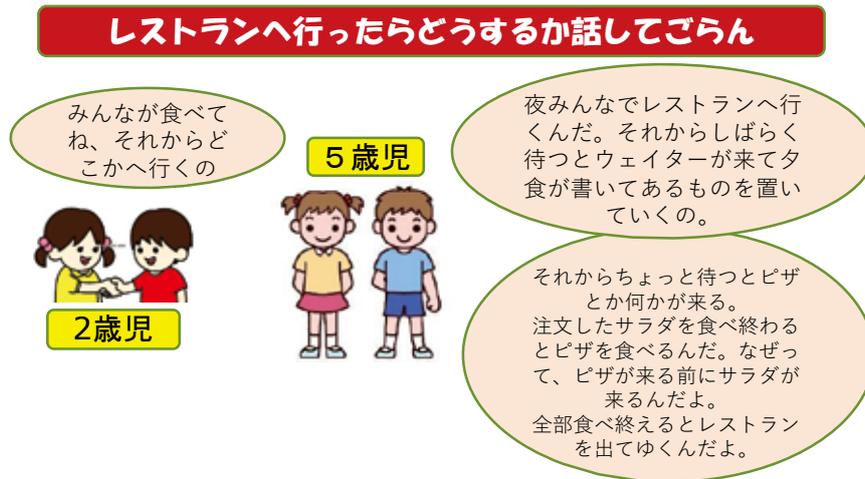


図9 幼児における文化的記憶

ると、「レストランて何?」とキョトンとしてしまう、しかし「家でご飯を食べるときはどうするか話してごらん」と聞かれれば何とか似たような返事をする事が想像でき、経験の有無が重要なことはわかります。

このように子どもは育つ社会のやり方・ルールを身につけ、その内容はそこで果たす役割や使う事物、行為の順序、因果関係などが含まれた記憶として脳に保持され、心理学ではそれをスキーマと呼んでいます。これは成人も同様で、新たな出来事場面に遭遇すればそのやり方・ルールを身につけることによって仲間入りするわけです。

文化に関連するスキーマは図10に示すように心理学では8種類が挙げられています⁴⁾。スキーマは組織化された記憶であるとされ、それによって素早い判断を可能にすること、しかし曖昧でもつじつまを合わせて判断することもあるとされています(先入観)。場合によってはそれが当たる

こともあります。反対もあります。文化看護においては、できるだけ先入観を廃する方向が重要で、自分の思い込みに相手を合わせて解釈しないことに留意することが大切だと考えられます。

6) 数点の文化看護に関連した研究

スキーマと言われるような脳の仕組みによって、人の考えにはビリーフが生まれます。私はカナダのカルガリー大学グループが提唱する、ビリーフに着眼して関わる必要があるという家族看護論に共感しています。

私が2011年から2014年に行ったビリーフに関連する退院支援の場での研究例では、家族側の入院に対する「自宅より良いケアが受けられる」というビリーフと、看護師側の「入院には弊害がある」というビリーフが対立していました。また、家族側には「近年はライフスタイルを変えてまで介護しなくても許される」というビリーフがあるのに対して、看護師側のビリーフは「家族が介護することを当たり前と考える家族がよい家族」となっており、両者は対立していました。このことが家族の面会の足を止め、退院支援を促す病院側との関係に障壁となっていました。ここでは看護師側の病院の都合中心の文化(ビリーフ)と家族側の文化(ビリーフ)という視点で考え、文化看護の立場から解決を考えることが勧められると考えられます。

これは大きな研究グループの一部の研究でしたが、その他の研究班と併せ、家族支援のために注目すべき家族が抱きやすいビリーフとして4つのビリーフを導出しました。それは、「他人や世間の目を気にする」「病気や医療へのこだわりがあ

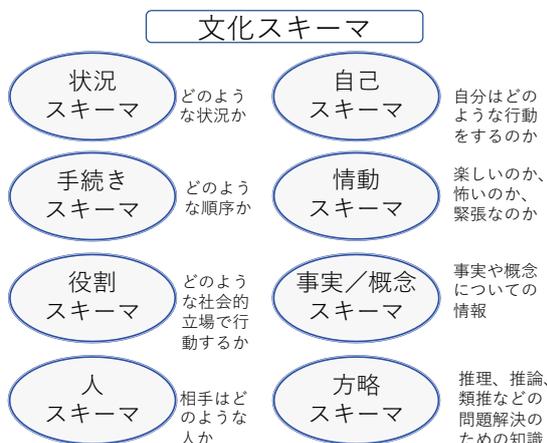


図10 文化スキーマの種類

る」「家族や介護役割にこだわりがある」「自分の性格や能力にこだわりがある」です。日本文化のもとでは病人や障害のある人を抱えた家族は世間体を気にしがちであること、医療への期待が大きいことなどがあぶり出されたと考えています。

このように整理できると、看護師は各ペリリーフに注目して家族員間あるいは家族と看護師間で膠着状態をもたらすような原因を探すことができます。次には、それを互いに理解しあって解決に向けて歩み寄る段階に進むことが考えられます。これは、3節で示した「健康・生活の営みに関する価値観」という視点からの文化看護につながると考えられます。

先に述べたように私は離島で保健師の仕事をしていました。仕事は10年間にわたりましたが、その間に子育てやPTA活動などを通じて離島の方々との交流も多々ありました。そのようなことから島嶼看護の研究についての誘いを受け、文献検討結果を発表した研究があります。かなり細かい図で恐縮ですが、結果は図11の通りです⁵⁾。私の知っている限りでは、離島に馴染めなくてすぐに離れてしまう保健師もいないわけではなく、残念な気持ちです。しかし、一旦垣根を超えると、通常の地域で仕事しているだけでは味わえない楽しい日々を過ごすこととなります。図12に示したように、島嶼地域に共通するのは「個性性と全体性が密接不可分な社会」であり、海に囲まれている（環海性）ことにより「個人の生活より全体

を重んじる社会」であり、「島の外に対しては結束して自立しようとする社会」であるのです。このような社会では自分の知っている社会にはあって島嶼社会には無いものを嘆くより、あるものを見直すという発想の転換が必要です。また自己を解放し、役割や考え方の垣根をとってもの見方を広げることが必要です。まさに自分のあたりまえを壊し相手の懐に入ることであり、文化看護そのものです。島嶼文化を知らない人から見れば島嶼を否定的に捉えがちになるかもしれませんが、しっかりと相手の文化を受け止めて関わればよい関係を築くことが叶います。

7) 人類の進化から見る文化

近年、サピエンス全史をはじめとしたヒトの進化に関する出版物が増えました。それらによると、まずは二足歩行の開始、次に立位に伴う喉頭の形状の変化がもたらす明瞭な発音、さらにさまざまな理由からの脳の形状や容量の増大・変化、道具の使用等から、文化に依存している種として認識されていると述べられています。

また、文化に依存しているとは、互いに他者から学び、それに改良を加え、成果を蓄積し、次世代に伝えていくことであると説明され、文化習得に秀でた個人が自然選択において有利になり、ヒトの脳や身体に遺伝的な変化をもたらしたと説明されています⁶⁾。そのことは5節で述べた「子どもは育つ社会のやり方・ルールを身につけること」

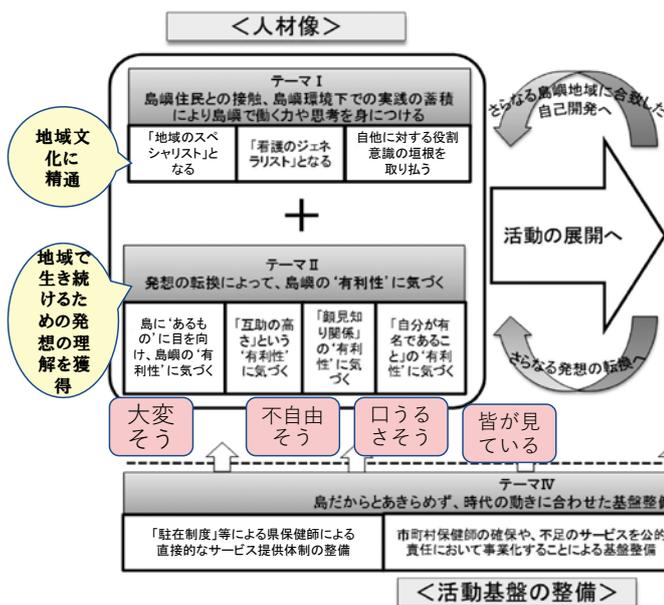


図11 島嶼における看護実践の特徴 (全体像)

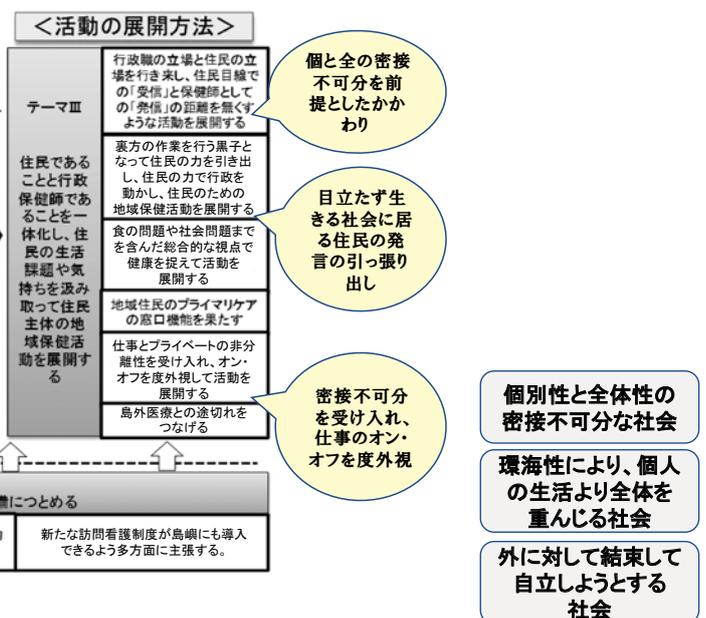


図12 島嶼社会の特徴

に繋がります。子どもは経験を取り入れ蓄積することが脳に組み込まれており、2歳にしてレストランに行くとうなるかを説明できるのです。5節では触れませんでした。子どもは受け取るばかりでなく、受け取ったものを加工して他に影響を与える存在でもあります。子どもに限らず、島嶼に赴任した保健師を考えれば、その存在は島民から影響を受けると同時に島民に影響を与える存在であることから納得がいきます。

文化習得に秀でた種である我々の間では互いに受け取って返すというキャッチボールが行われており、受け取って返す際に、そのまま返すのではなく少し変化させて(改良して)返すことが生じます。看護の場面でも例外ではありません。それが看護師と患者の間で繰り返され、互いの距離が縮まることが文化看護の極意となると考えられます。

8) 終わりに

脳研究から出発した私は、図13のような紆余曲折を経て図の中心にある文化看護学に到達しました。

20代に没頭した脳研究や神経科学研究では、最先端を目指す研究者たちのひたむきな姿に触れ、研究の何たるかを知る機会となりました。方向転換して30代前半から就いた保健師職では、離島社会のことだけでなく、人が暮らすことや生活すること一般について考え、さらに人や自然と親しむことを覚えました。そして48才に飛び込んだ看護教育の世界では、5つの大学、たくさんの看護系学会等で看護を愛するたくさんの人たちに会い、日本文化型看護学を追究する機会に恵まれました。この機会をきっかけとして、何かが私を刺激し、過去の脳研究、保健師経験、看護と

は何かの気づきが融合して文化看護学への思いが膨らみました。ここでは挙げきれませんが、それぞれの場で出会った多くの方々に感謝を捧げます。長いこと生きてきたことは何一つ無駄なことはなかったと感じます。

振り返ると、不思議な気持ちにもなりますが、心の中には生きてきた期間の消すことのできない積み重ねがしまわれており、少しの刺激ですぐ甦るものだと気づきました。文化看護学は大変マイナーな存在ですが、私にとって退職後も、自分一人になっても追いかけていたいと思えるものになっています。

引用文献

- 1) Ishigaki K, Li K, XU G, et al.: The Current Situation, Development and Challenge of Nursing and Midwifery Education in Far east Asian Countries. - China, Korea and Japan -. Ishikawa Journal of Nursing, 15, 1-20, 2018.
- 2) Tsujimura M, Ishigaki K, Yamamoto-Mitani N, et al.: Cultural - Characteristics of Nursing Practice in Japan. International Journal of Nursing Practice, 22(Suppl.1), 56-64, 2016.
- 3) マイケル・コール著, 天野清訳: 文化心理学 発達・認知・活動への文化-歴史的アプローチ. 新曜社, 1-519, 2010.
- 4) 西田ひろ子: 人間の行動原理に基づいた異文化間コミュニケーション. 創元社, 1-205, 2003.
- 5) 石垣和子, 野口美和子, 大湾明美, 他2名: 島嶼における地域看護活動の展開方法に関する研究. 日本ルーラルナーシング学会誌, 11, 27-42, 2016.
- 6) ジョセフ・ヘンリック著, 今西康子訳: 文化が人を進化させた. 白揚社, 1-605, 2019.

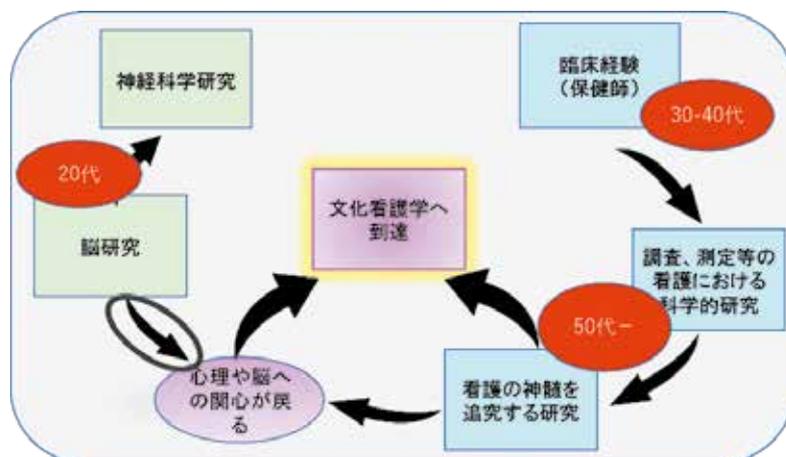


図13 脳研究から文化看護学への道

