

# 東西文化の生活様式からみた運動器の健康と人間科学

金森 昌彦

富山大学大学院医学薬学研究部人間科学1講座

## 1. はじめに

超高齢化社会を迎えたわが日本は世界の中の最長寿の国となった。平成23年に発表された簡易生命表では女性の平均寿命が86.39歳で26年連続世界1位、男性は79.64歳で世界4位である<sup>1)</sup>。また平成22年現在、65歳以上の人口が23%を占めるとされ、朝日新聞によるモニターでは「定年後も就労を希望する人」が70%を超え、生活に対する意欲の向上もうかがえる<sup>2)</sup>。しかし一方で、高齢化に伴う関節障害、脊柱障害、脆弱性骨折などの運動器障害の増加は要介護者の急増を招き、社会問題にも繋がっている。運動器とは筋肉・骨・関節のみならず、それらの運動・感覚を司る脳—運動神経系を含めた総称であり、近年は健康寿命の延伸という観点から特に注目されるようになった。日本政府も健康日本21の中で「骨年齢を若くしよう」というスローガンを組み、運動器疾患に対して有効な手立てを社会的に講ずることを国民の健康対策に関する緊急課題としている<sup>3)</sup>。このような現代社会を疾病学の立場で見れば、「慢性疾患の時代」「疾病を持ったまま生きる時代」ということに換言されよう。すなわち医学教育においても社会に目を向けた健康対策・疾病予防という意識のさらなる向上が必要で、「疾病を抱えながらいかに生きるか」という課題に対する方略が要求されている。

運動器障害は加齢変化をベースにして発症するものが多いことには間違いないが、その加齢変化は時代背景や生活様式によるところも大きい。本稿では運動器の障害を生命個体の加齢変化から考えるのではなく、東洋文化と西洋文化の差異という視点で考察したい。

## 2. 東洋人と西洋人の定義と世界観

Richard E. Nisbett 氏の名著「The Geography of Thought」の訳書「木を見る西洋人、森を見る東洋人」(村本由紀子訳)<sup>4)</sup>の書籍の中で、著者は東洋人を中国および中国文化に多大な影響を受けた国々(主として日本と韓国)の人々として定義している。一方、西洋人をヨーロッパ文化に身をおく人々およびヨーロッパ系アメリカ人(ヒスパニック系を含む)としているが、本稿における東洋人と西洋人の定義も概ね同様に考えたい。これは東洋をアジア全体、あるいは東南アジアという尺度でみると明らかに多種多様な文化が含まれ、誤解を導く恐れがあるからである。文化を論ずる上で人間個人の性格や行動が無視されることはやむをえず、あくまでも長い歴史の中で形づくられた東洋文化と西洋文化に属する人々を一般化した対象として、東洋人と西洋人を定義している。

この書籍の中でNisbett氏は思考の習慣の差による両者の世界観を強調している。すなわち東洋人のものの見方や考え方は「包括的思考」であり、西洋人のそれは「分析的思考」であるとしている。包括的思考とは人や物といった対象を認識し理解することに際して、その対象を取り巻く「場」全体に注意を払い、対象と様々な場の要素との関係を重視する考え方である。他方、分析的思考とは何よりも対象そのものの属性に注意を向け、カテゴリーに分類することによって、対象を理解しようとする考え方である。すなわち書籍の日本語題名からも推測しうるように、我々東洋人は「森全体を見渡す」思考であり、西洋人は「大木を見つめる」という思考過程である。

この思考の差異はそれぞれの文化の独自性にも大きく反映しており、その生活習慣がもたらす運

動器障害においても一定の差異が存在する。しかし、ここでは文化の優劣を比較論で問うのではなく、文化の中の一つの習慣が運動器障害の発症に関与し、日常生活の質（Quality of Life：QOL）に影響するのであれば、人々はその因果関係を認識すべきであることを強調したい。独自の文化を守る一方で、意識改革によって運動器の疾病を防げるのであれば、それは固有の民俗文化を否定するのではなく、文化の変遷向上に一役を担うものであろう。

今日、様々な場面で、グローバル化が叫ばれているが、医療も決して例外ではない。すなわち運動器医療における東西医学の融合を考える上でそれぞれの文化の差異から発生する障害を相互に理解することにより、疾病予防への糧とすべきである。文化には宗教的あるいは精神的な部分のほかにも漠然とした領域も存在するが、ここではむしろ形而下学的な側面を反映する「衣」「食」「住」の領域に分けて考察することにした。

### 3. 「衣」の文化と運動器の障害

従来の衣装には人種、民族の特徴がよく表れていた。生後、最初に「衣」の差異がでるのはオムツである。西洋文化では従来から「股オムツ」であったのに対し、東洋の文化では「三角おむつ」や「巻きオムツ」であった。これは東洋の文化では乳児の体を「包む」という意識が強いからである。そのため股関節は受動的に伸展位になりやすく、大腿骨頭が外側上方へ脱臼しやすい肢位となる。臼蓋形成不全があれば脱臼が助長され、先天性股関節脱臼の要因となる。一方、西洋式の股オムツは股関節が外転位に維持され、治療装具であるリーメンビューゲル免荷装具と類似の効果が得られる。先天性股関節脱臼の原因は生後の股関節肢位だけが問題ではないが、オムツによる肢位が脱臼を助長する方向なのか、制限する方向なのかは自ずと疾病の発生頻度に関与する。1970年代までの日本では、「三角おむつ」や「巻きおむつ」と呼ばれる腰に巻きつけるようなおむつであり、股関節脱臼児が多かったため、1980年代以降、布おむつは「股おむつ」と呼ばれる当て方で使用するように徹底指導が行われた。さらに近年は生活

習慣の欧米化により使い捨ての股オムツが日本でも導入されたため、先天性股関節脱臼の頻度は激減した。この現象は東洋文化が西洋文化を取り入れた恩恵と解釈できる。

成長期以降になれば骨格が出来上がるものの、衣類が和装であるか洋装であるかによって若干の差異がある。女性の和装では内股歩行が基本とされ、股関節内旋位での歩行となる。外旋位での歩行より体軸の安定感が悪いかもしれないが、同時に和装では全体としての活動性も妨げられ、骨格への負担は少ない。むしろ、その差異は和装に伴う作法や履物から生じる。履物に関して、東洋文化では従来、草履または下駄が中心であった。いずれの履物も足底部と完全に密着しないため、膝を高くあげて歩くため、西洋の靴よりも不便であり、遊脚期の少ない歩行となる。しかも東洋文化における公式行事や武道における歩行では「すり足」が形式美とされており、必然的に前傾姿勢の歩行となりやすい。前傾姿勢による歩行を持続することは腰背筋への負担となり、腰痛が発症しやすくなる。また、草履や下駄は鼻緒を母趾と第2趾の間で挟むことにより安定した歩行となることから、この部位への力学的ストレスが集中し、長時間の歩行により足趾の皮膚障害をもたらす。靴では足部の全体を覆っているため力学的ストレスは分散されるものの、履き慣れない靴では踵部後方での接触による皮膚障害が「靴擦れ」という形で生じる。鼻緒の存在は足趾挟力（母趾と第2趾の間で挟む力—いわゆるピンチ力<sup>5)</sup>）を必要とするが、足全体を密着させて包む靴では足趾力はあまり必要がない。そのほかにも靴は足部全体を外傷から保護するという利点がある。一方、湿気が原因で足白癬などの皮膚疾患になりやすく、その効用は一長一短である。

外反母趾に最も影響するのは女性のハイヒールである。ハイヒールの祖型はチョピン(chopine)と呼ばれる木製の軽い靴で、ルネッサンス時代に考案された。これは貴婦人のドレスが裾広がりであり、身長が低く見えることを恐れて考案されたものであることから、爪先も踵部も同じ高さによる補高であった<sup>6)</sup>。しかし16世紀半ばになり、現在のような踵部だけを高くするような形になり、

前足部への荷重負担が増大した。また美しく見せるために先細りという尖頭形状に変化し、母趾の納まる空間が少なくなり、母趾が外反せざるをえなくなったものと考えられる。ハイヒールは脚長を伸ばして見栄えを良くする効果も大きいですが、外反母趾に伴う足底部の胼胝（べんち）形成は疼痛を伴う皮膚炎になりやすいので、足部の健康面からはハイヒールの使用を控えるのが望ましい。このように機能的な面を軽視して、美的な側面が優先されて他の文化へ移入される時に、新たな身体障害を招来する。

また履物は医療安全における転倒予防の観点からも重要視される。患者は様々な理由で足元が不案内になりやすい。筋骨格系や脳神経系の疾患に限らず、眼科疾患や平衡感覚の障害時、手術後状態、臥床からの離床を進める段階、眠剤服用などで転倒リスクが高まっている場合に多い。このような場合には転倒予防を考慮した適切な靴の使用が必要であることは言うまでもない。看護師自身においても患者の急変時に対応できる（走ることができる）ナースシューズの着用が必須であるし、他の医療者においても同様な対策が必要である。

東洋人にとって、靴の文化を受け入れた結果、様々な場面で安全かつ安定した歩行が得られるようになった。しかし、同じ靴を室内外で着用する西洋文化とは異なり、東洋文化では足の清潔感から「内履き」と「外履き」を区別することが多い。特に日本の病院内ではスリッパを着用する患者が多い。スリッパは自由度が高い反面、足底には密着しにくい履物であり、鼻緒もなく、足の動きがうまく伝達されないため転倒の原因になりやすい。また病院内の廊下では外履きと内履きの人が同時に往来していることがあり、悪天候時や掃除による水濡れ時に、スリッパで移動して転倒するケースも多い。スリッパは簡便な履物ではあるが、西洋文化の利点も東洋文化の利点も持ち合わせていない履物でしかない。すなわち医療安全の面からは患者・医療者ともに転倒予防を念頭においた靴を病院内では着用する必要である。

#### 4. 「食」の文化と運動器の障害

食の文化で重要なのはまず総摂取カロリーであ

る。食習慣の差異による体重増加が運動器に及ぼす影響は明らかに大きい。肥満による変形性膝関節症の進行はカロリーの摂取制限によりある程度は防ぎうるものである。西洋文化における高脂肪、高カロリー食が肥満症を生み出すことを考えれば、素食を中心とする和食は健康的である。しかし近年はファーストフードを中心に東洋人の食事が欧米化しており、肥満に伴う関節症（特に変形性膝関節症）が明らかに増加している。また生活習慣病としての高脂血症や糖尿病も増加している。このような食生活文化の変遷に伴い、例えば糖尿病と変形性関節症が併存することも多い。その結果、荷重関節の痛みにより糖尿病に対する運動療法さえ困難になるというジレンマが日本人にも多く認められるようになった。もちろんこれは食事の欧米化のみならず、経済的に豊かになった現代が「飽食の時代」でもあることにも原因がある。

東洋文化における素食の食材は根茎、青菜、青果、豆、魚、海草、山菜、米の8種類であり、魚以外はすべて植物であった。本稿において食品成分を細かく分析することは目的ではないが、植物と魚にはミネラルが豊富であり、和食の生活ならば十分なミネラル摂取をすることが可能である。しかし、日本人の食事の欧米化により、カルシウム摂取量が少ないことはすでに指摘されている通りであり、1日600mgの摂取が最低限必要とされているものの、その基準値には達していない。一方、人間は生体の恒常性を維持するために、血中カルシウムを極めて狭い範囲（8.4-10.2 mg/dl, o-cresolphthalen 法）で維持している。そのため不足とされるカルシウムは骨成分より動員され、結果として骨粗鬆症につながる。さらに加齢変化や閉経期以後のエストロゲン分泌減少により、骨粗鬆症は進行する。このため骨粗鬆症に伴う脆弱性骨折（大腿骨頸部骨折、腰椎圧迫骨折、橈骨遠位端骨折が3大骨折）を引き起こすようになる。これらの骨折は体の単なるパーツとしての骨折ではなく、生じるべきして生じた骨折であり、加齢に伴い転倒リスクが高まった状態を、「運動器不安定症」と呼ぶようになった。また骨形成はカルシウムだけがすべてではなく、ビタミンD、ビタミンK、マグネシウムなどの微量金属、紫外線な



ど骨代謝に関連する複数の因子がある。日本人は従来、豆類から上質なたんぱく質を摂取してきており、味噌、醤油、豆腐、納豆、油揚げなど多くの大豆製品を食べているが、このうち納豆には骨形成のためのビタミンKが多く含まれていることから、骨量維持に対しての効果が大きいとされる<sup>7)</sup>。

また、食事と同様に経口摂取される水分は重要で、生体に有害な物質が骨への疾病を招来することがあってはならない。昭和30年代を中心に富山県で生じたイタイイタイ病は骨軟化症を招いた<sup>8)</sup>。岐阜県の神岡鉱山から流出したカドミウムに汚染された神通川の水を富山平野に住む人々が飲用水としていたこと、またその水で栽培された米を摂取していたことが原因となった。カドミウムは生体に全く不必要な微量金属ではないものの、過量摂取により、腎臓の遠位尿細管に沈着して、ファンコニー症候群を引き起こす。日本の四大公害の一つでとなったわけであるが、文化という意味合いは、古来固有の習慣によるものというだけでなく、地理的なもの、地域性という側面も含まれ、運動器の障害に関連することもある。

## 5. 「住」の文化と運動器の障害

畳で生活する東洋文化において椅子を利用しにくい状況では、正座の機会が増える。畳の上では「足を畳む」という考えがあり、冠婚葬祭のみならず伝統文化における様々な場面で、東洋人は正座を強いられる。正座あるいはしゃがむという動作は膝関節内の圧力を高くし、変形性膝関節症の進行を助長しやすい。東洋人には内側荷重型の変形性膝関節症の頻度が高いとされるのはこの生活様式によるところが大きい。また正座により、足関節を過度に伸展することにより足背部の疼痛を生じることもある。

東洋文化では玄関、廊下、板の間、畳の間の床の高さを変えたり、敷居をつけることにより部屋の区切りをつける習慣がある。畳は裸足で快適に過ごせる空間でもあるし、直接そこに布団を引いて寝ることもできる優れた床材であるが、清潔感を重視する東洋人は段差や敷居をつけることで対応している。また、時にはその段差が身分を表す

こともある。しかし、高齢者はこれらの段差につまずいて転倒する危険性が高く、夜間のトイレ移動の時などに暗がり転倒して脆弱性骨折を生じやすい。

概して、「住」の文化において運動器への負担が少ないのは西洋式の生活であることに間違いはない。ベッドと布団、洋式トイレと和式トイレ、座布団と椅子、いずれも東洋式の生活行動には股・膝・足という下肢関節の最大屈曲が必要とされる。それらの関節障害がある時にどちらの様式が生活しやすいかを考えればその結果は明白であるし、実際に高齢者の変形性関節症における生活指導では洋式の生活が推奨される。しかし、ベッドでの臥床や椅子の使用は転落の危険性も伴う。またソファに座ることを考えた場合、安楽なように見えても、股関節の過屈曲、腰椎の前傾姿勢に伴う腰痛が生じやすい。殿部が沈み込むような姿勢は脊椎-股関節全体が前屈姿勢となり、腰背筋痛の原因となる。自身の体重を何かにあずけるということが体への負担軽減にはなるが、支持となる家具や道具が安全な状態でなければならない。

## 6. 運動器医療における東西医学の融合と人間科学

運動器医療では疼痛を主訴とする患者を扱うことが多く、医療機関以外の施療院などを受診する可能性が高いことから最も東洋医学的手法の介入の多い分野である反面、その医療の融合が難しい分野でもある。病院・クリニックでは整形外科、リハビリテーション科の他にも疼痛を中心に扱う麻酔科、漢方診療科、膠原病を治療する内科などがあり、医師以外では接骨院（柔道整復師）、鍼灸治療、按摩・マッサージ、カイロプラクティック、リフレクソロジー、タッチ、ホメオパシー、電磁波、霊気など様々な分野の施療者が存在する<sup>8)</sup>。また全人的（ホリスティック）な統合医療<sup>9)</sup>という考え方もある。患者自身が複数の治療（病院での治療と鍼灸治療の組み合わせなど）を受けていることも多いし、東洋医学的なサプリメントを愛用している人も多い。従って、東西医学の恩恵をすでに得ているといえそうなかもしれないが、治療者側としては自分の専門分野に固

執するのみで、東西医学の融合という本来の理想とは大きくかけ離れている。その理由としては治療技術に対する国家資格が独立して存在すること（国家資格でないものも含まれる）、そこから派生する医療保険における診療報酬の適応や職種間の経済的競争が生じることが挙げられる。その結果、職種間相互のコミュニケーションに欠け、治療理念の相違からも相容れないものとなり、運動器医療における東西医学の融合を難解なものにしている。今後は各治療者間の連携をどのようにとっていくかが行政を含めた社会的課題であろうが、現時点では解決への糸口は難しい。

近年、治療医学における東西医学の融合とは別に、看護学における東西医学融合の展開が期待されている<sup>10)</sup>。運動器医療の中で、最も重要な要素は「機能の再獲得」と「疼痛改善」である。「運動器医療における看護」は疾患自体が生命に直結しない分野という認識もあり、これまで軽視されてきた感はあるが、冒頭にも述べたように超高齢化社会を迎えた現代では運動器医療に対する社会的要求が急速に高まってきた。「機能の再獲得」には整形外科的手術療法と保存療法、それに関連するリハビリテーションがある。この領域における看護のポイントは①病棟での周術期管理（全身管理のほか、合併症予防と病棟内リハビリテーションが含まれる）、②手術室での介助および看護<sup>11)</sup>、③一連の治療過程における説明（看護におけるインフォームドコンセント）④精神的サポートである。「疼痛改善」には西洋医学的手法に加えて、和漢薬治療や鍼灸治療など東洋医学的介入の機会があると思われるし、疼痛看護にはホリスティックな対応が基本であることから東洋文化における「包括的思考」が生かされよう。それは疼痛の原因究明と解決だけに注目する「分析的思考」ではなく、痛みを持つ患者を取り巻く「場」全体に注意を払い、患者と家族、職場などの社会環境なども考慮しなければならないからである。

一方、西洋文化における看護のサイエンスは数量的、合理主義的探求のみを追求してきたわけではない。看護学は人間を相手にする実学であるが故に、西洋文化の道徳観を無視して進歩することはできなかった。米国ウエスト・バージニア州に

生まれたジーン・ワトソンはこの領域を「人間科学（Human Science）」と称して、質的一現象学的、自然主義的探求を看護アプローチの中心として扱っている<sup>12)</sup>。彼女はコロラド州に移った後にコロラド大学デンバー校で、教育心理学・精神保健看護学を深く探求し、ケアリング理論を構築した。ワトソンの述べるヒューマン・ケアリング理論はあくまでも患者さん個人においてはホリスティック（全体論的）ではあるが、集団としての一般法則を追求しない主観的な研究領域に相当し、トランスパーソナルという医療者－患者間に霊的次元を求めている。宗教的側面については明確にはしていないが、西洋人の多くがキリスト教などの宗教に密接に結び付いた生活を送っていることを前提にしており、看護実践と患者の精神的な背景との結びつきの重要性を強調している。一方、東洋人、特に日本人の中には無宗教で暮らす人も多いが、東洋人の道徳観においてある程度の仏教様式を無視することはできない。東洋文化を遡り、その道徳観を理解するには仏教から派生した生活習慣およびそれに付随する民俗宗教というものを把握することから始まるからである。人間科学とは「包括的思考」を中心とする東洋人の考え方に類似するところがあり、疾病を対象として認識し理解するだけでなく、その患者を取り巻く「場」全体、すなわち「こころ」の変化や患者の環境に注意を払い、対象と様々な場の要素との関係を重視するという点で、「東洋の知」と結びつくのではないかと考えられる。すなわち医学教育において、我々は医療技術的なものだけではなく、東洋文化の歴史的変遷、すなわち文化、社会という人間科学的な側面を患者背景と結びつけながら学ばなければならない。そうしなければ現代の医学を昇華できないのである。この視点が看護学を見る眼の原点である。

さて今後、東洋人の価値観は西洋化するのだろうか。冒頭の Richard E. Nisbett 氏によれば、多くの価値観調査の結果、東洋人が西洋人以上に「西洋流の」価値観を主張していることを見出したことを述べている<sup>4)</sup>。逆に西洋人の価値観には自己規制、忠誠、伝統や敬愛の念を持つことに価値を見出していることを指摘している。このよう

な結果は独自の文化に欠けているものへの憧れとしての価値観であったかもしれないが、個人の生活の中にはすでに東西融合の考え方を取り入れている傾向がある。

では、東西融合に対立する事象は何か、それは東西の民族の独自性を主張することにある。看護理論構築の歴史的変遷の中で「民族看護学」の必要性を説いたのはマドレーヌ・レーニンガー (Madeleine M. Leininger) であった<sup>13)</sup>。彼女は米国ネブラスカ州に生まれ、オマハのクレイトン大学で学んだ。主として精神看護を学び、患者の文化的背景に配慮する看護実践、すなわち「文化ケア」の必要性を述べている。ネブラスカ州オマハはアメリカ西部開拓の拠点であり、ネイティブ・アメリカンとの争いと共生が歴史的課題であったと思われる。このような文化的土壌が民族看護学の構築に影響を及ぼしたと推測するが、この理論の中では文化によって異なるケアが必要と述べながらも最終的には文化共通のケアを実践できるとも結んでいる。これは矛盾する結論のようにも思えるが、主張される民族性とはその精神性を重んじることが重要という意味合いであり、技術的な文化による差異を論じているものではない。

看護における東西医学の融合とは東洋的な治療技術と西洋的な治療技術、すなわち治療技術同士をマッチさせるという発想よりも、患者に対する「包括的思考—すなわち東洋の知」と「科学的技術—すなわち西洋の技」を看護ケアに組み入れるという考え方の方がより現実的ではないだろうか。この発想は江戸時代末期に佐久間象山 (1811-1864) が述べた「学問に道と芸あり」に由来する<sup>14)</sup>。すなわち道とは人格形成の道徳であり、芸とは食べるための術 (習い事) である。この二つを習得して一人前であると、後にこの言葉は「東洋の道徳、西洋の芸術 (科学)」に転化し、「和魂洋才」という考え方の基本となった。しかし、終戦後の日本の教育は「道」を忘れ、「芸」ばかりを学ぶようになった。これは昭和23年に公布された自由主義教育を中心とする「教育基本法」の影響もある<sup>15)</sup>。この教育制度では「神社神道」などの宗教が国家との関係を打ち切られたからである。キリスト教を基盤にもつ西洋文化では広くその精

神性が広まっているが、教育と宗教が初等教育で切り離されている日本では必然的に無宗教の人口割合が増加した。その結果、日本ではいわゆる民族古来の智慧を継承しにくい文化となっている。そのため日本のグローバル化では和の文化の継承を避け、西洋の文化に置き換えているだけかもしれない。さらに大学の教養教育の中にもほとんど道徳的授業を持たなくなり、医者は医学 (および関連分野) だけ、看護師は看護学 (および関連分野) だけという学問の習得方法になってしまい、現実には道徳的教育は皆無といってもよい。この視点で考えれば、医学、看護学など医療の基礎教育に「東洋の知」なるものを幅広く取り入れることにより、再び東洋の道徳観を取り戻すことができるのではないかと期待される。

運動器による障害は「動くための単なる効果器」としての障害だけには終わらない。例えば、手の障害、歩行障害、腰痛などどれをとっても人間の自立を阻む要因となり、長期にわたりその障害を被ることがあれば、精神的な障害に陥る可能性もある。すなわち運動器という構造を「からだ」のパーツとして考えるのではなく、まず他の臓器との関連、心身相関、そして人間、社会、文化の中で把握しなければならないということであり、筆者はこの考え方を「運動器人間科学」として提言した<sup>11,16)</sup>。すなわち運動器における東西医学の融合とは運動器の障害を持つ患者に対して、単にその障害部位を対象として認識し理解するだけでなく、その対象を取り巻く「場」全体、すなわち「こころ」の変化や患者の環境に注意を払い、対象と様々な場の要素との関係を重視するという点で「運動器人間科学」の考え方と共通性が認められるのである。

特に、人間としての「からだ」と「こころ」の自立を考える時、運動器疾患やその障害を介して様々な問題点が浮き彫りにされることが多く、運動器医学を「からだ」「こころ」「文化」の面から学際的に分析すること、そして運動器医療の不確実性を理解し、種々のコミュニケーションを構築すること、運動器障害と共生し、自立および社会復帰するための支援をすることが必要ではないかと考える。そのためにも医療者は「東洋の知」と



いう道徳観を身につける必要があり、東西融合の医学・看護学が目指すものへ繋げることができるのではないかと考えている。

### ま と め

運動器障害は加齢変化により発症するものが多いが、その加齢変化は時代背景や生活様式によるところも大きい。本稿では運動器の障害を生命個体としてではなく、東洋文化と西洋文化の差異という視点で「衣」「食」「住」に分けて考察した。

運動器医療における東西医学融合の展望として、「包括的思考」を生かすことが重要であり、「東洋の知」なるものを幅広く取り入れることにより、再び東洋的道徳観を取り戻すことができるのではないかと考える。このように患者の背景を鑑みながら運動器の障害を捉えると、それは「からだ」の単なるパーツとしての障害ではなく、心身相関、そして人間、社会、文化の中で障害につながるものと理解される。このことは患者自身の心身の自立に影響していることから、これを「運動器人間科学」として捉えることを提言していきたい。

### 謝 辞

本稿は平成23年度富山大学医学部看護学科ファカルティ・ディベロップメント (FD) を著者が担当・統括させていただいた経緯により、運動器の健康について東西文化の生活からみた視点で再考したものである。今回のFDにご協力いただいた富山大学医学部看護学科の諸先生方に深謝する。

### 文 献

- 1) 朝日新聞 2011年7月28日号.
- 2) 朝日新聞 2011年7月23日号.
- 3) 杉岡洋一：生活機能の低下予防から向上へ。杉岡洋一編集, p3-12, 「運動器の10年」日本委員会, 東京, 2004.
- 4) Richard E. Nisbett 著 (村本由紀子訳)：The Geography of Thought (木を見る西洋人, 森を見る東洋人), p10-12, p226-237, p244-254, ダイヤモンド社, 東京, 2004.
- 5) 山下和彦, 井野秀一, 川澄正史ほか：下肢筋力からみた転倒リスクの定量評価に関する機能, 第23回健康科学研究助成論文集 (平成18年度), p133-143, 2008.
- 6) 福原一郎：靴. 万有百科事典 (生活), 遠藤武ら編集, p156-157, 小学館, 東京, 1975.
- 7) 鹿島 勇, 骨の構造改革. 砂書房, 東京, p32-60, 2002.
- 8) 松波淳一：私説カドミウム中毒の過去・現在・未来—イタイイタイ病を中心として—. p1-46, 桂書房, 富山, 2004.
- 9) 五木寛之, 帯津良一：健康問答. p236-271, 平凡社, 東京, 2007.
- 10) 小坂橋喜久代：東西融合型看護とCAMの課題. 7: 7-12, 富山大学看護学会誌, 2007.
- 11) 金森昌彦：整形外科手術看護. 私だけの書き込み式マニュアル. p1-14, 南江堂, 東京, 2007.
- 12) ジーン・ワトソン (稲岡文昭・稲岡光子訳)：ワトソン看護論. 人間科学とヒューマンケア. p20-33, 医学書院, 東京, 1992.
- 13) 草柳浩子：マドレーヌM. レーニンガー. 看護理論, 看護理論20の理解と実践への応用. 筒井真優美編, p157-170, 南江堂, 東京, 2008.
- 14) 佐藤一斎 (岬龍一郎編訳)：言志四録 (現代語抄訳). p84-86, PHP研究所, 東京, 2005.
- 15) 今井庄次：新しい日本. 日本の歴史, p142-144, ポプラ社, 東京, 1970.
- 16) 金森昌彦：運動器人間科学入門—よりよく生きるための「からだ」と「こころ」の調和. p60-77, 新生出版, 東京, 2009.