

# 令和 5 (2023) 年度入学者選抜小論文試験問題(前期)

## (保健衛生学科看護学専攻)

### 注 意 事 項

1. 監督者の指示があるまで、この冊子を開いてはいけません。
2. 問題冊子は全部で13ページあり、第1～4ページは下書用紙です。下書用紙は切り離してはいけません。
3. 解答用紙は、問題冊子と別に印刷されているので、誤らないように注意しなさい。
4. 解答は、必ず解答用紙の指定された欄内に横書きで記入しなさい。
5. 各解答用紙には、受験番号欄が4か所ずつあります。それぞれ記入を忘れないこと。
6. 解答用紙は、記入の有無にかかわらず、机上に置き、持ち帰ってはいけません。問題冊子は持ち帰りなさい。
7. 落丁または印刷の不鮮明な箇所があれば申し出なさい。

問題 I

下 書 用 紙

設問 1

5

10

15

20

25

A large rectangular grid for writing answers. The grid is 25 columns wide and 10 rows high. The columns are numbered 1 through 25 at the top, and the rows are numbered 1 through 10 on the left side. The grid lines are dashed.

(300 字)

問題 I

下 書 用 紙

設問 2

5

10

15

20

25

(400 字)

問題Ⅱ

下書用紙

設問 1

5

10

15

20

25

(300 字)

問題Ⅱ

下書用紙

設問 2

5

10

15

20

25

A large grid for writing, with a solid border and dashed internal lines. The grid is 25 units wide and 15 units high. The top edge has labels 5, 10, 15, 20, 25. The left edge has labels 5, 10, 15.

(400字)

## 問題 I

AとBの資料を見て、後の設問に答えなさい。

A

### 日本の高齢社会の現状

日本は世界屈指の高齢化先進国である。わが国の総人口に占める六五歳以上人口の割合(高齢化率)は二八・一%(二〇一八年)であり、世界で最も高い水準にある。また、二〇一八年には、七五歳以上の人口(一、七九八万人)が六五〜七四歳の人口(一、七六〇万人)を初めて上回り、高齢者の中の高齢化も進んでいる。二〇六五年には約二・六人に一人が六五歳以上の社会になると推計されている。

高齢者の中では、健康、体力面での若返りが見られる。平均寿命や健康寿命(日常生活に制限のない期間)は、二〇〇一〜二〇一六年の約一五年間で、男女ともそれぞれ約二年延びた(図1)。また、体力テストの合計点を見ると、一九九八〜二〇一七年の約二〇年間で、男女とも五歳以上若返っている(図2)。

一方で、社会保障給付費(年金・医療・福祉その他)は二〇一六年に一一六・九兆円と過去最高となっており、そのうち高齢者関係給付費(年金保険、高齢者医療、老人福祉サービス等)が約二／三を占めている。また、一人当たり医療費は、年齢が上がるほど高くなる傾向にあり、また各年齢階級で一〇年前より増加している。高齢者数の大幅な増加が続く中で、元気な高齢者が増えても社会保障費の目立った減少にはつながっていないという課題もある。

### 「高齢者」の定義

「高齢者」という言葉は日頃よく使われるが、実は、公式の統一的な定義というものはない。法令上の「高齢者」はそれぞれの法令の趣旨に即して、一定の年齢による線引きをしているケースもあるが、その年齢は法令により異なっている。

一方で、六五歳以上を一般的に「高齢者」とする見方がわが国で広がっている背景として、公的年金制度の支給開始年齢が原則六五歳になっていることに加え、企業において六五歳までの継続雇用が義務づけられていることを踏まえ、定年制度等により六五歳を超えると仕事をする機会が大きく減ることが影響していると考えられる。実際に就業率を見ると、男女とも五〇歳代後半までの高い就業率が六五歳を超えるとほぼ半減し、六五歳前後で「支える」側から「支えられる」側に転換する人が多いことがうかがわれる。

また、国際機関の統計では、六〇歳または六五歳以上を「高齢者」として扱っているものが多く、国際比較の観点からも六五歳という区切りは一般的なものであった。

こうした中、二〇一七年に日本老年学会・日本老年医学会から出された「高齢者の定義と区分に関する提言」では、「現在の高齢者は、一〇〜二〇年前と比較して、加齢に伴う身体的機能変化の出現が五〜一〇年遅延している」として、六五〜七四歳を「准高齢者」、七五歳以上を「高齢者」として定義すべきとの提言を行った。高齢者の身体的機能に着目した専門的知見からの提言は、わが国の社会に一定のインパクトをもって受け止められた。

前述のように、健康状態や就業意欲が全体として向上している中では、六五歳以上を一律に高齢者と見ることは人々の生活実感とも必ずしも合致していなかったということもあるだろう。

### 高齢社会対策大綱と今後の高齢社会対策

こうした状況を踏まえて、二〇一八年二月に閣議決定された「高齢社会対策大綱」では、

- ・六五歳以上を一律に「高齢者」と見る一般的な傾向は、現状に照らせばもはや現実的なものではなくなりつつあること
  - ・七〇歳やそれ以降でも、個々人の意欲・能力に応じた力を発揮できる時代が到来しており、「高齢者を支える」発想とともに、意欲ある高齢者の能力発揮を可能にする社会環境を整えることが必要であること
- などを指摘したうえで、

- ・ 年齢による画一化を見直し、全ての年代の人々が希望に応じて意欲・能力をいかして活躍できるエイジレス社会を目指す
- ・ 地域における生活基盤を整備し、人生のどの段階でも高齢期の暮らしを具体的に描ける地域コミュニティをつくる
- ・ 技術革新の成果が可能にする新しい高齢社会対策を志向する

ことを、今後の高齢社会対策の「基本的考え方」として掲げた(表)。これにより、六五歳以上を高齢者とする一般的な考え方を払拭し、真の「エイジレス社会」を目指す決意を示すものとなった。

大綱策定後、「支える側」と「支えられる側」の線引きにつながる社会制度の見直しが始まっている。政府では、年金の繰下げ支給の上限年齢を七〇歳以上に引き上げることや、企業の継続雇用年齢を六五歳以上に引き上げることについて検討を開始した。

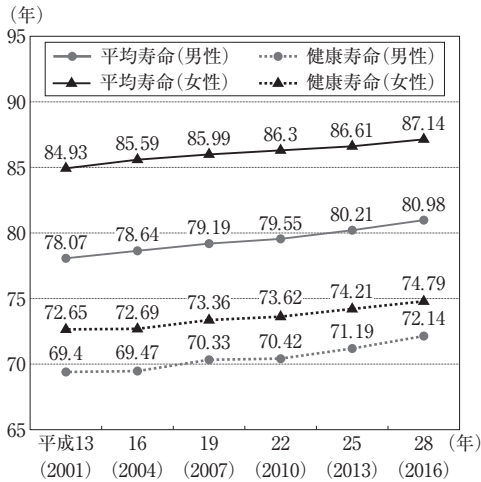
しかし、こうした社会制度の見直しは、一定程度の選択肢の拡大にはつながるであろうが、それを活用して真のエイジレス社会を実現できるかどうかは、企業や国民の意識の持ち方にかかっている。また、雇用就業にこだわらないさまざまな社会参加活動の促進を通じて、多様な「支え合い」の場を創り出し、社会の支え手としての活躍の形態を広げていくことも重要である。

年齢にかかわらず一人ひとりがそれぞれの強みをいかせる社会の構築に向けて、これからが重要である。



B

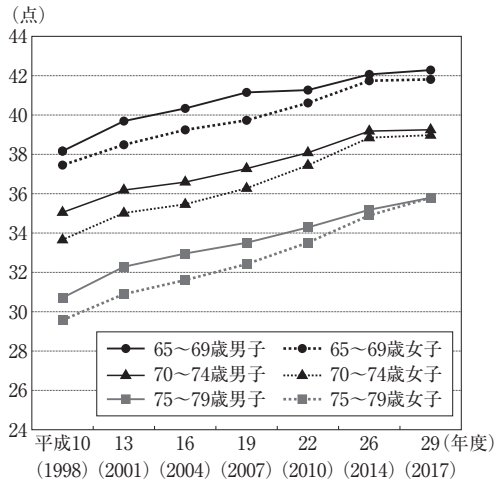
図1 健康寿命と平均寿命の推移



資料：平均寿命：平成13・16・19・25・28年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」  
健康寿命：平成13・16・19・22年は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」、平成25・28年は「第11回健康日本21(第二次)推進専門委員会資料」

出典：令和元年版高齢社会白書より作成

図2 高齢者の新体力テストの合計点



資料：スポーツ庁「体力・運動能力調査」  
(注1)図は、3点移動平均法を用いて平滑化してある。  
(注2)合計点は、新体力テスト実施要項の「項目別特典表」による。特典基準は、男女により異なる。

出典：令和元年版高齢社会白書より作成

〔牧野利香著「わが国の高齢社会対策と高齢者の定義再検討」二〇二〇年より〕

表 高齢社会対策大綱(2018年2月16日閣議決定)の概要

<p>第1 目的及び基本的考え方</p> <p>1. 大綱策定の目的</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・65歳以上を一律に「高齢者」と見る一般的な傾向はもはや現実的なものではなくなりつつあり、70歳やそれ以降でも、意欲・能力に応じた力を発揮できる時代が到来。</li> <li>・高齢化に伴う社会的課題に対応し、全ての世代が満ち足りた人生を送ることのできる環境をつくる。</li> </ul> <p>2. 基本的考え方</p> <p>(1) 年齢による画一化を見直し、全ての年代の人々が希望に応じて意欲・能力をいかして活躍できる <u>エイジレス社会</u>を目指す。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○年齢区分でライフステージを画一化することの見直し</li> <li>○誰もが安心できる「全世代型の社会保障」も見据える</li> </ul> <p>(2) 地域における生活基盤を整備し、人生のどの段階でも高齢期の暮らしを具体的に描ける <u>地域コミュニティ</u>をつくる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○多世代間の協力拡大や社会的孤立を防止</li> <li>○高齢者が安全・安心かつ豊かに暮らせるコミュニティづくり</li> </ul> <p>(3) 技術革新の成果が可能にする新しい高齢社会対策を志向する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢期の能力発揮に向けて、新技術が新たな視点で、支障となる問題(身体・認知能力等)への解決策をもたらす可能性に留意</li> </ul>
---

## 設問 1

高齢者の定義を見直す提言が行われた背景を本文の内容をふまえて説明しなさい(三〇〇字以内)。

## 設問 2

「真のエイジレス社会」について本文の内容をふまえて説明しなさい。その上で実現にはどのような対策が必要か、あなたの考えを述べなさい(四〇〇字以内)。

## 問題II

次の文章を読み、後の設問に答えなさい。

### 医学教育で重視されるポジティブ・ケイパビリティ

人間の営みに極めて重要な ネガティブ・ケイパビリティ(※注釈)が、教育の分野で、一顧だにされてこなかったのは、実に不思議です。

わが国に存在する、あるいはかつて存在した教科書のどこを探しても、ネガティブ・ケイパビリティという言葉は出てこないでしょう。

これはとりもなおさず、教育とは、問題を早急に解決する能力の開発だと信じられ、実行されてきた証拠でもあります。

小学校から大学、大学院での試験、そして就職試験に至るまで、試験では問題の解決能力を調べます。そのためには、答えのないような問題は、はじめから用意されていません。答えを用意されている問題に、できるだけ敏速に正解を出す能力のみが試されるのです。

いきおい、学校の教育も、問題解決能力の開発に全力が傾けられます。

ことにそれが著しいのが、私が受けた医学教育です。できるだけ早く患者さんの問題を見出し、できるだけ早く、その解決を図ることが至上命令になります。あまり迷いがあつてはいけません。症状から、いくつもの鑑別診断を思い浮かべ、早急に検討して、快刀乱麻、解決法を見つけるのです。

これは言うなれば、ネガティブ・ケイパビリティとは反対の、ポジティブ・ケイパビリティの育成です。

診療録の記載も、SOAPに合わせて実施されます。SはSubject、患者さんの主観的な言動や症状を意味します。OはObjectで、主治医が診察や検査で得た客観的なデータです。AはAssessmentで、SとOからの判断評価です。最後のPはPlanを意味し、解決のための計画、治療方針です。

このSOAPという方法は、いわば切れ味の鋭いナイフで、患者さんの症状からいち早く問題を見つけ、解決をはかるのには実に有効です。医師だけでなく、看護師、薬剤師もこのSOAPで診療録に記載しています。

こうしてみると、実に頼もしい方法のように思えてしまいます。

ところが現実の患者さんの状態は、そう簡単に鋭利なナイフで切れるものではありません。問題が見つからない場合や、複雑過ぎる場合、そもそも解決策がない場合だってあります。

早い話、末期癌の患者さんを前にしたとき、主治医は、はたしてSOAPのナイフで患者さんを切れるでしょうか。死にゆく患者さんですから、もはや治療法は限られています。限られているどころか、皆無かもしれません。患者さんが苦しい苦しい(S)と言いつつ、実際に傍から見ても苦悶顔です(O)。なるほどこれは、末期状態で(A)、手の施しようがありません(P)。

こうなるとポジティブ・ケイパビリティのみを身につけた主治医は、もう患者さんの傍に居ること自体を苦痛に感じます。表立って何もしてあげられないからです。どうせ何もしてあげられないなら、病室を訪れないほうが楽です。受け持ち看護師の様子を見に行かせ、報告を聞くだけで、事はすみます。

しかし、これでは主治医とは言えないでしょう。

長い医学教育の過程で、医師は何が正常で何が異常かを峻別する訓練を受け、解決策を頭の中に叩き込まれます。医師は病気を見つけ、それを治療する責任があるという意識を植えつけられます。異常があれば発見し、大事に至らないうちに正常に近づけるのを天職と心得るのです。

診断名にも、未知を嫌う命名法があります。例えば、手が震える〈本態性振戦〉です。この場合、〈本態性〉は原因が分からないことを意味しています。原因が未知なので、〈わけの分からない振戦〉では、医学の枯券にかかわります。それでは都合が悪いので、〈本態性〉をつけてすました顔でいるのです。患者さんに説明しても、「その本態性とは何のことですか」と質問する患者さんは非常に稀です。双方とも〈本態性〉とつけることで分かったつもりになるのです。

## 終末期医療で医師には何が必要か

この態度は、身体医学だけでなく、精神医学でも同じです。人間の心理と行動に関して学び、患者さんの病的な心理や行動を正規なものに戻すのが自分たちの役目だと自負しています。

ところがこうした問題解決能力が役に立たない場合に遭遇したとき、私たちは激しい不安を覚え、拠って立つ足場が音をたてて崩れていくのを体験します。

例えば終末期の患者さんを前にしたときです。日本では二〇〇二年に、診療報酬として緩和ケア診療加算が新設されました。これによって終末期の患者さんを診療する緩和病棟や緩和チームができます。

緩和チームは、身体症状を緩和する医師、精神症状の緩和を受け持つ精神科医、腫瘍関連の専門看護師から成り立っています。二〇〇七年にはがん対策推進基本計画が策定され、二〇〇九年になると、がん診療連携拠点病院すべてに緩和ケアチームの設置が義務づけられました。こうして、拠点病院の精神科医は、終末期の患者さんを診ざるをえなくなったのです。

終末期の患者さんが精神的苦痛をいただくのは、自明の理です。癌の巣窟となった身体の痛みはともかく、最も根深くあるのは、つまるところ死に対する不安でしょう。

精神科医は、死にゆく不安以外の不安には慣れていています。例えば、人混みでのパニック発作です。動悸がし冷や汗が出て、手が震え、喉がしまる感覚があり、胸が痛くなり、吐き気がしてきます。さらにひどくなると、過呼吸になり、頭がくらくらして、空気が胸にはいつてこないような気がし、手足がしびれ、死の恐怖にかられ、血の気がひき、最後には失神まで起こします。

あるいは別の不安、恐怖もあります。子供時代から始まる、高所恐怖や嵐恐怖、海恐怖です。かと思えば、飛行機が怖い、犬が怖い、注射が怖い、血を見るのが怖い、エレベーターなどの閉所が怖いといった不安も少なくありません。

さらに、知らない人と話せない、人前で話せない、人と目を合わせるのが怖い、他人との会食が怖いといった対人的不安もあります。

こうした不安には、細かく診断名がつけられ、抗不安薬や抗うつ薬といった向精神薬もあり、認知行動療法や森田療法などの精

神療法も、精神科医は心得ています。

しかし終末期の患者さんの死に直面した不安は、従来の教科書には記載されていません。その理由は、死にゆく不安があたり前の不安だからでしょう。いわば正常な不安です。

精神科医は、異常な精神状態の対処法には慣れていても、正常な精神状態の扱い方など知りません。正常なものは、放置しておけばすむからです。

もうひとつ精神科医が戸惑う理由があります。それは正常な精神状態というのが、非常に多種多様、十人十色だからです。いわば、百人いれば百とおりの正常状態があります。病的なものは、幅が決まっています、百人の患者がいても、十とおりに種類分けができます。もちろんこのとき、各人の細かい個人的な差は捨象されています。枝葉を切りとったうえで、分類するからです。

ところが正常な精神状態は、枝葉を切りとると、何にも残らなくなつてのつべらぼうになつてしまいます。個人差をそのまま尊重して正常な精神状態に対処するのは、とっかかりがなく、手が出しにくいものです。

※注釈…ネガティブ・ケイパビリティとは、答えの出ない事態に耐える力のことである。

(『帚木蓬生著』ネガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える力』二〇一七年より)

## 設問 1

文章を読み、なぜ医療においてネガティブ・ケイパビリティが必要なのかについて説明しなさい(三〇〇字以内)。

## 設問 2

この文章では終末期医療において医師に何が必要かを記述しているが、チーム医療をになう一員である看護師には何が必要か、考えを述べなさい(四〇〇字以内)。

