

医療福祉学の展望

An Outlook of the Study on Medical Welfare

岡田 喜篤^{*1}

Kitoku OKADA

要 約

従来、医療福祉という言葉は、医療社会事業ないしは医療ソーシャルワークを意味する用語であったが、広く使われることはなかった。川崎医療福祉大学（本学と略す）の創立者・川崎祐宣は、今から少なくとも30年以上も前から、独自の「医療福祉」を実践していた。本学が発足するや、全国各地に同名もしくは類似の名前をもつ大学が誕生し、これとともに「医療福祉」という言葉は、従来の意味とは異なる文脈で理解され、さかんに使用されるようになった。本論では、川崎祐宣の唱えた医療福祉の思想を明らかにし、それが、今日的には、WHOの国際生活機能分類で重要性が指摘されている「医学モデル」と「社会モデル」の双方を重視するという人間への理解の仕方に等しいものであることを指摘した。

本学においては、全学生が必須科目として「医療福祉学概論」を学ぶ。この授業は、人間の多様性を理解し、医療福祉の支援の対象となる一人ひとりを肯定的に理解し、その人の個別的ニーズに応じた支援を提供するためには、知識・技術にのみ頼るのではなく、むしろ人間的な成長こそが重要であることを伝えるようにしている。本論では、その総論部分に相当する内容を紹介した。本学の学生は、多くの専門性の中から特定分野を学ぶことになるが、いずれの領域においても、対象となる病者やクライアントに接する際、「医学モデル」として提供すべきものを悟り、同時に「社会モデル」としてなすべきものを把握するという能力を培うことが重要である。

そのために、医学概論、医療の歴史と人間観、医療の構成要素、医療の属性、看護の思想、医療における看護の意味、リハビリテーションに関する古典的理解、福祉の思想と歴史的変遷、教育の本質などを、知識としてではなく、共感しながら学ぶ必要がある。

1. はじめに

本学が「医療福祉」なる名称を掲げて発足したのは、1991（平成3）年4月のことであった。それまで、わが国には、福祉大学はあったが、医療福祉大学という名称の大学は存在しなかった。そのためか、当時は戸惑いをもって受け取られていたように思われる。

筆者は、本学発足から3年間、学生の必修科目となっている「医療福祉学概論」を担当する教員として教壇に立った（開学から2年間は、医療福祉学概論は1年次生の履修科目となっていたが、3年目からは2年次生を対象とする科目に変更された）。恥じらいと自負を込めて告白するならば、筆者（なら

びに当時の学長の江草安彦）は、わが国の大学で初めて「医療福祉学概論」を講義したことになる。そのためか、いくつかの大学や学会などに招かれ、「医療福祉とは何か」について説明を求められたものであった。それまで「医療福祉」といえば、「医療社会事業」ないし「医療ソーシャルワーク」に代わる用語として使用されていて、福祉関係の用語辞典などにもそのように説明されている。しかし、実態としては、必ずしも広く使われてはいなかった。だからこそ、「福祉大学」ではなく「医療福祉大学」として登場したときには、関係者の注目を集めたのであろう。ところが、その後の新しい大学あるいは新設の学

*1 川崎医療福祉大学

（連絡先）岡田喜篤 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: kitoku@mw.kawasaki-m.ac.jp

部・学科の中には、「医療福祉」ないしそれに類似の名称をもつものが少なからず登場するとともに、一般用語としても当たり前のように使われるようになった。今日では、名称に関する限り、「医療福祉」は社会的に認知されているといつてよいと思う。ところが、それぞれの実態や関係資料にみる「医療福祉」は、必ずしも共通の概念として認識されているとは限らない。確かに「医療福祉」という用語なり概念が登場した背景として、従来からの医療と福祉を無視することはできないが、その双方をどのように受け止めたら「医療福祉」になるのであろうか。

ここでは、わが国で初めて「医療福祉」なる概念を提唱して発足した川崎医療福祉大学における過去15年の営みの中から、「本学の意味する医療福祉とは何か」を主たるテーマとして、その理念的側面を提示してみたい^{†1)}。

2. 川崎医療福祉大学誕生の背景

本学は、創立者である川崎祐宣(かわさき・すけのぶ^{†2)})の思想と遠大な計画によって誕生した。彼は、戦前から岡山市内で外科病院を開設していたが、日々の診療活動を通じて、医療だけでは解決し得ない問題を抱える患者や家族の多いことを痛感していた。年中無休・昼夜診療を貫きながら、他方では生活に苦しむ患者や家族の相談に応じ、また治癒が期待できない重度の障害児(者)をも快く受け入れていた。終戦直前の1945(昭和20)年6月、空襲によって病院を焼失したが、翌年9月には物資の窮乏時代でありながら、見事に再建を果たした。市民にとっては親しみ易く頼りがいのある病院として、社会に貢献した。

1950(昭和25)年、病院の収益を、自らが納得できる形で社会に還元したいとの思いから、自らの病院を財団法人に改組し、さらに1956(昭和31)年には、本格的な社会福祉事業を開始するため、社会福祉法人・旭川荘を創設した。こうした事業を展開する中で、人材養成の必要性、とくに優れた臨床医の養成の必要性を痛感した川崎は、医科大学の設立に情熱を燃やした。1965(昭和40)年頃のことである。しかし、医科大学については、戦後初めて設立される私立医科大学ということもあって、文部省の審査は極めて厳しかったと伝えられる。多くの困難を克服して、ようやく1970(昭和45)年3月、学校法人・川崎学園の設立が認可され、同時に、川崎医科大学

ならびに附属高等学校の設置が認可されたのであった。続いて、彼は、医科大学附属病院、川崎医療短期大学、川崎リハビリテーション学院など、医療を中心とした人材養成への情熱を広げていった¹⁻²⁾。

やがて、旭川荘の創立から約30年、そして医科大学の発足から約15年が経過した1985(昭和60)年当時、わが国の医療や福祉の事情は大きく変わろうとしていた。

すなわち、1973(昭和48)年は福祉元年といわれた年で、政府もマスコミも「これからこそが福祉充実の時代」と意気込んだのであったが、皮肉にも、この年の秋に唐突なかたちで世界中を震撼させた第一次オイルショックは、わが国の福祉元年を吹き飛ばしてしまった。経済の大混乱に続いて、昭和50年には「福祉見直し論」³⁾がさかんに論議されるようになった。それでも、国連の定めた1981(昭和56)年の国際障害者年、そして1983(昭和58)年からの「国連・障害者の十年」によって、わが国にとっては新しい視点となったノーモライゼーションの思想が浸透し始め、福祉に関する認識は大きな転換を迫られるようになった。

一方、医療法が制定された1948(昭和23)年当時に比べて、医療をとりまく事情も大きく変わってきた。医療技術は著しく高度化し、疾病構造は、急性疾患や感染症から悪性腫瘍や難病・慢性疾患へと移行し、患者の多くは高齢者で占められるようになった。こうしたことから、長期入院・社会的入院・医療費の上昇などが大きな問題となり、そのための改善策がさまざまに打ち出されるようになった。1985(昭和60)年には、第一次医療法改正が行なわれ、地域医療計画に基づく病床数の基準が設定され、他方では在宅・地域医療の重要性が唱えられるようになった。その後も、わが国の医療制度は、矢継ぎ早に変革を余儀なくされ今日にいたっている。

もともと、旭川荘は、重度・重複障害のある人たちを対象として福祉活動を展開しており、そこでは当然のことながら、医療を基盤とする福祉サービスが提供されていた。また、川崎病院や川崎医科大学における患者のなかには、同時に生活問題を抱える人たちも少なくなかった。創立者・川崎祐宣は、それまでも当然のごとく医療と福祉を連携させる実践を重ねてきたが、今後の医療や福祉のあり方を考えるとき、相互の連携はますます重要性を帯びると判断せざるを得なかった。

†1) 本論述は、社会福祉研究 86号(2003年4月)に寄稿した拙著「保健福祉・医療福祉系大学における社会福祉教育のあり方」に加筆・修正を加えたものである。

†2) 川崎学園では、その名称を示す場合には「崎」なる文字を使用するのが正しいが、川崎祐宣とその家族においては、「崎」という文字を使用している。

川崎にとっては、人間性豊かな臨床医ならびに医療人を育てるという目標で進めてきた教育事業であったが、その思想は、医師や医療職の養成に留まるものではなかった。医療や福祉に関わるすべての専門職が、新たな時代の要請に叶う理念と知識・技術を備えていなければならなかった。

かくして、医療福祉という概念によって大学を設立するという構想は、1984(昭和59)年から始まった。しかし、川崎医科大学の設立の場合もそうであったが、本学の場合には、設置認可にいたるまでになお相当の時間を要した。川崎学園の理事会・評議員会における内部的検討に4年、文部省その他の関係諸機関との協議に2年を費やし、ようやく設置認可が得られたのは1990(平成2)年12月のことであった。そして、1991(平成3)年4月、2学部6学科の川崎医療福祉大学が誕生したのである^{†3)}。

医療福祉学部

医療福祉学科(200人)

臨床心理学科(50人)

医療技術学部

医療情報学科(100人)

感覚矯正学科

視能矯正専攻(25人)

言語聴覚専攻(25人)

健康体育学科(50人)

臨床栄養学科(50人)

その後、1995(平成7)年度には、医療福祉学部保健看護学科(50人)、医療技術学部リハビリテーション学科(理学療法専攻30人、作業療法専攻30人)の学科増設が認められ2学部8学科体制となった。

2000(平成12)年度には、医療福祉学部医療福祉マネジメント学科(100人)と医療福祉環境デザイン学科(50人)が増設され、2学部10学科体制となった。

2005(平成17)年度からは、上記の医療福祉マネジメント学科(100人)を発展的に「医療福祉経営学科(60人)」と「医療秘書学科(60人)」に分離独立させ、同時に、大学全体を3学部体制に再編成した。その概要は次のごとく3学部11学科体制である。

医療福祉学部(3学科)

医療福祉学科、臨床心理学科、保健看護学科
医療技術学部(4学科)

感覚矯正学科、健康体育学科、臨床栄養学科
リハビリテーション学科

医療福祉マネジメント学部(4学科)

医療福祉経営学科、医療秘書学科、医療福祉デザイン学科、医療情報学科

さらに2007(平成19)年度には、上記の医療技術学部、短期大学からの改組転換という形で、「臨床工学科」が設置された。これにより、本学は平成19年度から3学部12学科体制となる。

なお、大学院については、2007年2月現在、完成年度にいたっていない医療秘書学科に関連する研究専攻は存在しないが、他の10学科に対応する修士課程は10専攻、そして、博士後期課程は7専攻を擁するまでになっている。

3. 医療福祉とは何か

いくつかの辞書によれば、従来、医療福祉という言葉は、医療社会事業ないし医療ソーシャルワークという意味で使われてきたとされる⁴⁻⁶⁾。そうだとすれば、これは医療分野で使われてきたと思われるが、少なくとも医療機関や保健所などでは、「医療社会事業」や「医療ソーシャルワーク」という言葉の方がはるかに広く使われている。したがって、医療福祉という表現は必ずしも一般的であるとは言いがたい。これを説明している成書でも、「保健福祉などの類義語も多く、医療福祉の統一的な概念化が不可欠である」としている⁷⁾。

また、ある書物によれば、上記のような意味に加えて、より広義の捉え方として、療養に関する社会的保障制度・政策を医療福祉とする場合があるという⁶⁾。

さらに、医療福祉の英語訳を「health and social services」とし、しかし「さまざまに使用され確立された定義はない」という立場の書物もある⁸⁾。ここでは、いくつかの概念を紹介する中で、「医療と福祉が重なり合う領域での連携、統合的活動」を取り上げ、「従来の医療主体か福祉主体かという観点ではなく、医療と福祉が連携して問題に対応していくことが必要な領域が拡大している。その際、従来の医療でもなく、福祉でもない新たな医療福祉という領域を概念化しようという考え方である。この領域の独自性を強調すると、医療福祉はたんなる社会福祉の一分野ではなく、社会福祉から独立した分野とい

†3)川崎祐宣が「医療福祉」という言葉と概念を抱いた時期はかなり前である。江草安彦の記述にもあるように、すでに川崎医科大学が発足した当初から、すなわち1970年4月から、川崎医科大学では、授業科目として「医療福祉」があり、江草が川崎祐宣の要請を受けてこれを担当している(川崎学園創立10年誌, p.261-262, 1980)。この頃、医療福祉については、「医療と福祉の統合」と説明されている(川崎学園創立20年誌, p.265-266, 1990)。

うことになる。」と説明し、さらには、もう一つ別の立場として、「医療と社会福祉の総称」という場合があるとしている。後者の説明では、「人の命や健康、生活に関わる医療と福祉を総称して医療福祉という用語が用いられる。医療施設、福祉施設を含めて医療福祉施設と称されるような場合である」という。

このほか、本学の開学以後、「医療福祉」という言葉が一般化されるにしたがって、その解釈は多様化し、あるいは多義化していることも事実である⁹⁻¹⁴⁾。

以上、文献的に医療福祉という用語とその概念を尋ねてみたが、いずれにおいても、本学の掲げる医療福祉の思想性とは異なる視点に立つものが多いように思われる。

川崎祐宣は、ずいぶん古くから「医療福祉」という言葉を使っていた。しかし、その意味する内容は、終始変わらなかったというより、むしろ時代とともに少しずつ深化していったように思われる。ただし、川崎は思想家ではなかったから、自らの考えを言語化し、あるいは文章にするということは余りしなかった。彼は、実践の人であり、同時に情念の人であった。したがって、彼の示した行動や日常の指導の中から、彼の目指していた「医療福祉とは何であったのか」を理解しなければならない。それとともに、川崎祐宣の最も良き理解者であり、後継者でもある江草安彦の論述など¹⁵⁾から、その本質を尋ねなければならない。

ちなみに、川崎に私淑していた江草であればこそ、その江草がつねづね口にしている言葉は、本質を究めようとする場合の原則として、傾聴に値するものがある¹⁶⁾。すなわち、

- (1) 個人崇拜・神格化を戒めること。
 - (2) 記念誌や伝記には、しばしば「身びいき」や「美化」を伴う場合があること。
 - (3) 個人の思想は、時間とともに深化し、精緻さを増すものであること。
- を忘れてはならないという。

川崎は、当初、医療を基盤とした福祉という程度の素朴な意味で医療福祉を使っていたようである。事実、外科医として川崎病院を開いていた彼は、年中無休・昼夜診療というすさまじいまでの情熱で仕事に当たりながら、患者の抱えるさまざまな問題に胸を痛み、可能な限りの援助を行っていた。やがて、旭川荘という総合福祉施設を設立することになるが、その基本方針は「医療を中心とした福祉施設」ないしは「医療に支えられた福祉機能」というべきものであった。旭川荘の当初の施設構成は、肢体不自由児施設、乳児院、知的障害児施設などであった。

周知のように、肢体不自由児施設は児童福祉施設であり、同時に医療法に基づく病院でなければならず、乳児院は、診療所または病院ではないが、設備・機能において実質的に医療機関とくに小児科診療のできる施設でなければ用をなさない。また、知的障害児施設は、一般には児童福祉施設に過ぎないが、旭川荘の場合には、ここに措置されるケースの大半が、当時どこの施設でも受け入れ困難とされていたような重度知的障害児や重複障害児、あるいはさまざまな合併症を抱える児童たちであったから、当然、医療対応が必要な児童が多かった。

川崎のいう医療福祉が、このように「医療を中心とした福祉」から出発したのは、むしろ当然といえよう。しかし、江草の表現を借りれば、やがて川崎の認識は「医療も福祉も根は同じで、それは、基本的に福祉である」というものになっていった。人は、日々の生活を営む中にさまざまな課題に遭遇する。健康を損なえば、やがて必ず生活問題が発生するし、生活問題が発生すれば、自らの健康を維持することにも困難を伴う。特に、疾病構造が変わり、社会の仕組みが変わってきた今日、慢性疾患・難病・老化・障害などをもつ人々にとっては、医療も福祉も、ウェイトの差こそあれ、ともに欠くことのできない拠りどころとなる。一人の患者ないしクライアントに接するとき、優れた医学的対応とともに、その人の生活あるいは人生をより豊かなものにしようとする努力こそが重要となる。平たく言えば、医療と福祉の統合ないしは融合の重要性であるが、川崎のいう「医療福祉」とはそのように理解されるべきものであり、さらにいえば、医療自体が、本来的に福祉（つまり人の生活）として捉えられなければならないものであった。

川崎が「医療に支えられた福祉」ないし「医療と福祉の統合」を医療福祉と表現していたころ、それは、川上武が唱えていた「福祉の医学」に通ずる共通根をもっていたと思われる。川上は、重症心身障害児や先天奇形を伴う人々の状態をみて、その状態が当時の表現として「不治永患」であることに関連して、本来治癒させることが求められ続けている医療の立場から、あえて治らなくても、医療の存在意味を正当に位置づけようとして、「福祉の医学」を提唱したのであった¹⁷⁻¹⁸⁾。実は、川崎も江草も、それ以前から旭川荘において、その重症心身障害児に立ち向かっていたのであった。到底治癒することを期待することはできないし、生きている限り、人びとの理解と支援によって自らの命と生活を支えられざるを得ないのが重症心身障害児である。単なる理念ではなく、「重症心身障害児の命と生活を支える

医療」を確立しようとしていたのである。

やや蛇足の感があるが、先の「不治永患」という概念と表現については、重症心身障害児の父と言われた小林提樹と、知的障害児や重症心身障害児に関する優れた思想家として知られる糸賀一雄との間で激しい口論があったといわれる¹⁹⁻²⁰⁾。小児科医であった小林は、医学的立場から、事実として「不治永患」であることを是認していたが、そのような表現については、必ずしも納得していたわけではなかった。しかし、糸賀は「極微の発達」に基づいた発達保障論を展開していた関係から、不治永患という見方は誤りだとして、小林を厳しく批判したのであった。ちなみに、現在では不治永患という表現はほとんど使われていない。

川崎は、日常的に「医療福祉」という言葉を口にしていたと多くの人が伝えており、事実、いろいろな機会にこれを表明している。しかし、その直接的な説明はほとんどなかったらしい。むしろ、彼に接してきた多くの人々によれば、「敬天愛人」が口癖であり、「人類への奉仕」および「人間をつくる、体をつくる、学問を究める」という言葉をしばしば口にしていたという。

本学を含め、現存するいくつかの医療福祉系大学の学部・学科構成をみると、従来からある福祉分野および看護・医療技術分野をさまざまに網羅している場合が多い。そのこと自体は十分に意味のあることだが、それをもって「医療福祉」とするのは、少なくとも本学の場合、妥当ではない。本学が唱える「医療福祉」とは「人をどうみるか」という視点からの主張であることを理解する必要がある。

4. 「医学モデル」と「社会モデル」

故人となった川崎に尋ねるすべはなく、江草にも正面から教えられたわけではないが、筆者の理解している「医療福祉」とは、WHOの「国際生活機能分類(ICF)」に示される「医学モデル」と「社会モデル」²¹⁾という対極的な視点の統合を意味する概念に等しいと思われる。

WHOは、1981(昭和56)年の国際障害者年の前年、国際障害分類(ICIDH)を発表した。その中で、障害者については、三つの異なる次元による理解のいずれもが重要であると指摘した。有名な「impairments 機能障害」、「disabilities 能力障害」、「handicaps 社会的不利」という三つの次元である。通俗的に説明すれば、機能障害とは医学的・生物学的な理解の仕方である。例えば、出生時の原因による脳性マヒについて、「両下肢に痙直性のマヒがある」と説明する場合などがこれに当たる。能力障害

とは、その人の日常生活にどのような影響を及ぼしているかという視点で理解しようとする次元である。例えば、両下肢のマヒのために「歩行に支障がある」とか、「移動方法に配慮を要する」となどという次元の理解がこれになる。社会的不利とは、その人が社会の一員として活動するとき、人的要因を含めて、「不利をこうむってはいないか」を考える次元である。例えば、歩行が困難で車椅子を使っている場合、「外出するときに道路や建物に段差はないか、街に出かけたとき車椅子で利用できるトイレはあるか」などを重視する次元である。

従来、私たちは、障害者の問題をその人個人の問題として捉え、しかも、その理解の仕方は、医学的・生物学的な立場からの説明のみに終始し、解決のすべては本人の努力にあると考えがちであった。WHOの主張は、そのような私たちに「目からウロコ」の思いをもたらしたのである。

2001(平成13)年5月、WHOは、総会において、国際障害分類の改訂版すなわち国際生活機能分類(ICF)を採択した。ここでも、先の三つの異なる次元の理解については、名称こそ変更した(機能障害を心身機能および身体構造に、能力障害を活動に、そして社会的不利を参加にしている)が、従来にも増して重要視している。そして、これらの次元の理解を容易にするために、「医学モデル」と「社会モデル」という対極的な視点による説明が効果的であるとしている。

「医学モデル」とは、「障害は個人の問題である」と考える立場を意味する。そのため、障害者は、専門家による個別治療や個別訓練という形で提供される医学的ケアが必要だとされる。この場合、障害への対応の目標は、個人のよりよい適応と行動の変化に向けられる。すなわち、自分自身を変えることが求められるのである。この視点から提起される政治的課題とは、保健医療政策である。

「社会モデル」とは、「障害は個人の問題ではない」とする立場を意味する。その視点は、障害をもつ人の社会への統合に向けられる。障害は個人に帰属するのではなく、その多くは社会環境によって創り出されるものとする立場である。したがって、ソーシャルアクションが重要であり、社会生活のあらゆる場面に、障害者が完全に参加できるよう環境を改善することが社会の共同責任となる。それゆえ、課題となるものは、社会変化を求める態度や思想の形成であり、その究極の政治的課題は人権尊重である。

「医学モデル」と「社会モデル」という対極的な捉え方は正反対の理論であるが、一人の人を適正に理解しようとするためには決して矛盾するものではない。

い。例えば、発達期にある児童やごく最近障害を受けたという人にとっては、医学モデルは極めて重要な意味をもつ。発達期の児童にはそれぞれの発達課題があり、したがって、自らを変化させていくべき存在と考えられる。また、一ヶ月前に脳卒中によって半身マヒを来したという人の場合、その症状を軽減し機能回復を図るために、リハビリテーションに励むことは最重要課題になり得る。

ところが、発達期をとうに過ぎ、障害を受けてから相当な時間が経過しているにも関わらず、依然として医学モデルの視点にのみ立ち尽くし、十年一日のごとく、治療や訓練が継続されるならば、それは、まさに人権侵害である。その場合にこそ、社会モデルという視点が大きな意味をもつ。障害者自身が変化しなくても、環境や支援を工夫することによって、その人の日常生活ならびに社会生活は、必ずや改善されるであろうし、人生も豊かになると考えるのが社会モデルである。このことは、特にノーマライゼーションの実践や自立生活運動の成果として、今日、誰もこれを否定することはできないはずである。

以上のように、本学が唱える「医療福祉」というのは、人間の見方・理解の仕方としての思想であって、それはWHOの主張する二つの対極的な立場の双方を重視することを意味していると考えられるのである。

5. 医療福祉大学では何を伝えるのか

川崎医療福祉大学の特徴の一つは、その営みのすべてが実学志向だという点である。その対象は人であり、その尊厳を守り、その自己実現に寄与するための人材を養成することを第一義的な目標としている。

学生一人ひとりには、現実社会の中で認められ、あるいは求められているさまざまな専門分野を目指して、それぞれの学部学科に属して勉学する。それぞれの専門性の教育については、筆者の力の及ぶところではない。ここでは、医療福祉大学として、すべての学生に求められる共通の学習について述べることにする。

本学では、すべての学生に三つのことを求めている。すなわち、①医療福祉思想、②それぞれの専門分野に必要な知識・技術、③対人サービスにふさわしい教養、という三つである。本学では、四年制大学における卒業要件とされている124単位のうち、40単位は基礎教養科目として履修しなければならない。基礎教養科目として開講されている約70科目のうち、全学生が必修科目として履修しなければならないのは、医療福祉学概論、医学概論、生命倫理学の三科目である。なかでも、医療福祉学概論は本学

の基本思想として最も重視されている科目であり、主担当の教員のほか、学長および副学長もこの講義を分担することになっている。

6. 医療福祉学概論について

筆者が担当する医療福祉学の講義内容は、医療福祉学概論のうちでも、さらにその総論とでもいえるべき部分である。以下、その概略をのべる。

6.1. 科学と非科学について

学問には長い歴史があるが、それは大別して科学と非科学とに分けることができる。

『科学とは、自然および社会における事物と過程の構造や性質などを調べ、その客観的法則を探求する人間の理論的認識活動をいう。また、その所産である体系的理論的知識の総体（概念、仮説、法則命題、理論）をいう。（中略）科学には、大きく分けて自然科学と社会科学がある（日本大百科全書 第4巻、p.801、小学館発行1985）』。

一方、科学とは異なる学問体系として非科学がある。「非科学的」といったとき、しばしば非難あるいは軽蔑を表すかのように使われることがあるが、「非科学的」であること自体は決して非難されるべきものではない。非科学の代表は哲学と芸術であるが、これらが、人間の生活の中で重要な役割を果たしてきたことは周知のとおりである。

人間を理解するうえで科学が重要であることは論をまたないが、科学だけで理解しようとすることは不可能であり、適切ではない。特に、医療・福祉・教育の世界では、科学が大きな誤りを侵した時代があったことも忘れてはならない。19世紀から20世紀にかけて、欧米を中心として広がった知的障害者に関する「Degenerationism」²²⁾（人類退化説ないしは人類破滅説とでも訳せようか）は、知的障害者を「積極的に隔離収容して拘束的管理を行う大規模公立施設」を次々と建設させたが、その最大の根拠は、後の時代に厳しく否定されることになった遺伝学的な家系調査に基づく「科学的」な結果であった²³⁾。

一人ひとりの人間を理解しようとするには、科学ならびに非科学の双方が不可欠であることを忘れてはならない。そして、人間とは、複雑で多様な存在であり、微妙で個別的な存在である。決して固定的ではなく、環境や状況に大きく左右されながら生きているのである。

ところで、20世紀は科学技術の著しい進歩をもたらした。それにより私たちが人類は、豊かで快適で効率的な生活を営むことができるようになった。しかし、20世紀も終わりごろになると、その豊かで、快適で、

効率的な生活は、ことによると、人間や地球にとって本質的に大切なものを犠牲にして成り立っているのではないかという懸念が大きくなってきた。21世紀の今、私たちは、「人について、社会について、地球について」真剣に考えなければならないと認識している。

6.2. 行為を前提とする学問

人に一定の行為をなすことを前提として発達した学問には、従来二つのものがあった。それは、広い意味の医学と教育学である。これらの学問に携わる者は、その影響の重大さから、自らに厳しい責任を課す必要があった。少なくとも多くの先人たちはそうであった。そして近年、もう一つの学問が仲間入りした。それが福祉学である。

医学、教育学、福祉学の三つに共通するのは、基本的に对人サービスという点にある。つまり、直接に人に関わり、その人のために何らかの行為をするという共通点がある。医学は人の健康問題を解決しようとする学問であり、教育学は人の可能性を追求する。そして福祉学は人の生活問題を解決しようとする学問である。

医学も、教育学、福祉学も、人間について共通の思想をもっている。それは、人間存在多様性の原則とでも言うべきもので、「誰もが、その人の人生の中では等しくみな主人公であり、その存在は誰からも脅かされてはならない」と思っているという認識である。これら三つの学問における人間観は、まさにその点において共通している。医療福祉学を構成する基礎学問としては、医学・教育学・福祉学などがあり、それらが相互に連携して人の問題を考究する実用的な学問が医療福祉学であるといえよう。

6.3. 医学について(ここでは、わが国で初めて医学概論を開講された大阪大学の澤瀉久敬の論述を中心として学ぶことにしている²⁴⁻²⁵⁾。

6.3.1. 医学の対象

医学の対象は「生命」である。それは、生物学的に認識される生命のみならず、生老病死の根源的苦しみを担う人間の生命のすべてを意味している。すなわち、生物的・心理的・社会的・歴史的・文化的現象として表される生命の営みのすべてが医学の対象となる生命である。しからば、医学は「生命の学」なのであろうか。答えは否である。医学は生命学とイコールではない。

生命の微妙さや不思議さを示す例として、神経症、心身症、ホスピタリズム、児童虐待の発生要因などについて考えてみることは有益である。

6.3.2. 医学の課題

医学は、生命の健康問題を課題としている。しからば、医学は「健康の学」であろうか。答えはやはり否である。医学は健康学とイコールではない。

6.3.3. 「医の学」としての医学

医学の医学たるゆえんは「医の学」にある。「人を医する学」が医学である。すなわち、「人を癒すこと」にその本質がある。それゆえに、知識や技術のほかに人間的な関りの重要性を認識しなければならない。

6.3.4. 医学の体系

医学の体系にはいくつかの整理の仕方がある。

(1) 方法論の違いによって分類するもの

基礎医学、社会医学、臨床医学

(2) 目的の違いによって分類するもの

予防医学、保健医学、治療医学、リハビリテーション医学、臨死医学

6.4. 医療について

医学の成果を人に応用することが「広義の医療」であるが、通常、医療という場合には「狭義の医療」をさす。すなわち、医学の体系に示される分野でいえば、「臨床医学」を人に応用すること、あるいは「治療医学・リハビリテーション医学・臨死医学」を人に応用することが医療である。現実には、診療所ないし病院という医療機関において提供される一連の行為を医療と考えてよい。

一方、狭義の医療には含まれない基礎医学・社会医学の成果を人に応用すること、あるいは、予防医学・保健医学を人に応用することなどは、一般に医療とは呼ばず、これらは行政サービスとして位置付けられることが多い。例えば、保健衛生行政として行われる保健所活動などである。

6.4.1. 医療の構成要素

現代の医療は三つの分野から構成されている。すなわち、医術、看護、マネジメントである。

6.4.2. 医療形態の発展

原始時代における呪術的治療、7～8世紀ごろからとされるスピタルの時代、やがてホスピタルの出現による組織的診療の時代へと発展した。歴史的に見る限り、医療も福祉も渾然一体となって提供されていた時代がある。特に、スピタルはそうであった。それは、人間尊重の思想に基づく社会的な行為で、看護の原点でもあった。

6.4.3. 医療のもつ属性²⁶⁾(飯島宗一の指摘)

飯島は、医療にたずさわる者に、その属性を自覚する必要があると説いた。それは、医療のもつ優越性と不完全性である。いくら患者と医療人は対等で

あるといっても、現実には、医療を提供する者は医療を受ける人に対して優位に立ち易い。また、いま最高の治療が提供されていたとしても、一年後二年後にはさらに優れた治療が開発されているのが医療の現状である。すなわち、医療は常に不完全性から免れてはいない。飯島は、このことについて医療人は決して忘れてはならぬと指摘した。

この場合の不完全性には、さらに二つのものが含まれているという。すなわち、科学技術としての不完全性ととも、個人の不完全性である。

以上のことは、単に医療人へのみ求められる認識ではない。およそ、すべての対人サービスの提供において必要な認識と言わなければならない。

6.5. 看護について

今日、ケアといわれる言葉で表される行為において、重視されるべき理念は、看護の世界で培われてきた思想である。医療・教育・福祉を学ぶ者は、ひとしく看護の思想を忘れてはならない。

6.5.1. 看護の定義

前田アヤ²⁷⁾は、「看護とは、人びとの健康上の問題を解決するための支援活動であって、科学であり、アートであり、専門職業である」としている。この場合、特に注目すべきことは「アートである」という点である。アートとは実に多義的な言葉であるが、ここでいうアートとは「科学」との対比における言葉と考えられるから、芸術性とか創造性、あるいは個性性とか文化性という意味をこめた言葉であると思われるであろう。看護といわれる行為の本質的な意味を考えさせられる言葉である。

6.5.2. 看護の意味

橋本寛敏は、看護について次のように述べている²⁷⁾。

『病気を治すには、自然に備わっている「治る力」を発揮させることが重要である。このためには、患者の衣食住、生活の実態を適切にすることが大切である。それは、安静、保温、清潔、栄養、排泄、安心、信頼、希望、努力などが大いに関係する。看護はここに深く関わっている』。この言葉は看護の本質をついた名言といえよう。

6.5.3. 国際看護師協会 (International Council of Nurses, ICN)

「看護師の四つの責任」

健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和する。

この看護師の四つの責任は、看護の範囲と役割を簡潔に表しているものとして高く評価される。

6.6. リハビリテーション医学

ここでは、リハビリテーション医学の成り立ちに関して、古典的な理解を示すことにしている。学生にとっては、その方が基本思想を理解し易いと思われるからである。

6.6.1. 治療医学の治癒像

治療医学の努力によってもたらされる治癒像には3つのものがある。すなわち、完全治癒、機能的治癒、欠損治癒である。完全治癒や機能的治癒にいたった場合、その人の日常生活や社会生活には、重大な支障をきたすことはさして多くない。しかし、欠損治癒にいたった場合には、しばしば重大な支障をきたす。そのために、治療医学とは別の手段によって、残された機能の拡大や欠損した機能の回復を目指す努力が展開されるようになった。こうした一連の努力が、リハビリテーション医学として発達してきた。

6.6.2. リハビリテーションの内容

リハビリテーション医学においては、異なる2つの方向の努力が展開される。すなわち、個人に対する働きかけとして、新たな治療や訓練が行なわれる。通常、これをリハビリテーションと呼ぶ場合も少なくない。もう1つは、個人を取り巻く環境への働きかけとして「ソーシャルワーク」が行なわれる。これをリハビリテーション・ソーシャルワークという。

リハビリテーション医学においては、治療医学におけるような「医師の絶対的優位性」は否定され、さまざまな「専門領域の課題別優位性」が重視される。そこでは、学際的・職際的な協働体制が不可欠となる。そして、わが国ではまだ確立されているとは言い難いが、このような治療チームを包括的に支えていくのは、本来、ソーシャルワーカーと言われる人たちである。

6.7. 福祉について

岡村重夫が指摘したように、かつて「福祉は、社会的弱者に対する補完的サービスである」と言われた時代があった²⁸⁾。しかし、今日、このような考え方は明らかに否定されている。このたびの社会福祉基礎構造改革の論議においても、福祉は、「足らざるところを補う」ものではなく、「すべての人を対象とするものであり、自己実現を目指して展開される個人と社会双方の営み」と考えられている。福祉とは、個人の事情を理解し、その事情に沿って、その人の素朴な願いをも尊重するという性質のものなのである。

福祉を学ぶ者は、今日の福祉的人間観を認めなければならない。人は誰でも、その人生において主人公であり、誰からもその存在を脅かされてはならな

いと考えている。そのような認識は誰もが等しく抱いている。老人であれ若者であれ、障害のある人もない人も、病弱な人も頑健な人も、みな同じである。自分という存在はかけがえのない尊いものなのである。そうであるならば、これを認め合う必要がある。人は誰でも、その存在価値において等しいのである。筆者はこれを「人間存在多様性の原則」と呼んでいる。私たちが福祉に関わろうとするとき、このような人間観を決して忘れてはならないと思う。

ところで、福祉といわれる支援活動において、どのような目標を設定したらよいだろうか。岡村の指摘したシビル・ミニマムはこれに答える指標になり得るものである。シビル・ミニマムとは次の七項目を指す。すなわち、経済的安定、職業的安定、家族的安定、教育の保障、医療の保障、近隣社会関係の充実、休養・娯楽・文化的活動の保障である。

6.8. 教育について

人の可能性を追求するのが教育であるが、その基本は何であろうか。かつて、理論物理学者の坂田昌一は、「研究とは真理の発見であり、教育とは人の発見である」と言った。この言葉は、教育の本質を指摘した名言であると思う。何かを修得させ、あるいは一定のレベルに到達させることは、必ずしも教育そのものではない。それは、教育の結果としてもたらされる状態をさしているといえよう。「人を発見しようと努力することが教育である」とするならば、私たちは、まず「相手をいかに理解するか」が問われることになる。英語では「理解する」ことを understand という。この語源については言語学者の間でも定説はないようだが、ある辞書によれば「stand under」からだという。「下に立って相手を見る」ことが理解の基本というのであろうか。このことは、私たち大学教員にとっても自戒すべきことながらであり、同時に、学生諸君が、将来人に接して教育的アプローチを試みる場合にも忘れてはならないことである。特に、大学教員の場合、必ずしも全員が教育学を修めているわけではないことを謙虚に自覚する必要がある。

7. おわりに

本学は、1991(平成3)年、わが国初の医療福祉大学として、2学部6学科体制をもって発足した。

その後、学部ならびに学科の増設を経て、現在は3学部11学科体制となった。2007(平成19)年度からは、医療技術学部新たに臨床工学科を設置するので、3学部12学科体制となる。

一方、大学院は、1996(平成8)年、2研究科6研究専攻という体制で修士課程を設置し、それ以後、博士後期課程ならびに修士課程の増設を重ね、現在は、2研究科に修士課程10専攻と博士後期課程7専攻を擁している。

2006(平成18年)3月現在、学部卒業生8,511人、修士の学位を取得した者362人、課程博士の学位を取得した者49人、論文審査により博士の学位を取得した者5人を数える。

本学の開学以後、「医療福祉」という名称は確実に一般化し、同じ名称の大学や類似の名称をもつ大学も数多く誕生した。この間、わが国経済は著しく低迷し、企業におけるいわゆる「リストラ」や給料カットなどが当たり前に行われた。国民の関心は、いくつかの理由により、医療ないし福祉に向けられるようになり、少子化が進む中でも、専門資格を取得しようとする学生が医療福祉を標榜する大学に集まってきた。

しかし、そのような状況は、本学発足後10年足らずのうちに翳りを示し始めた。そして、少子化と大学乱立という矛盾した動向は、一般の大学の場合以上のスピードで、「大学全入時代」に突入する結果となった。特に、わが国経済の好転と「団塊の世代」の定年退職は、一般企業における求人活動を加速させ、必然的に医療や福祉の領域への志向性を著しく鈍らせている。

医療福祉の理念やその意義を深く問う間もないままに、医療福祉系大学は自らの存続をかけて、混乱・淘汰・生き残りという課題に直面しつつある。加えて、医療や福祉の分野は、めまぐるしくゆれ続けている医療制度や福祉制度の影響を強く受けることから、大学の前途は予断を許さない。しかし、冷静に考えて、現在から近未来におけるわが国の社会状況は、医療ならびに福祉をますます必要とせざるを得ないはずである。本学は、このような事情の中に置かれている大学として、内外の叢智を集め、医療福祉の思想に基づく確かな努力を真摯に続けていかなければならないと考えている。

文 献

- 1) 川崎祐宣：開設三十周年にあたって，福祉社会をめざして —旭川荘の三十年—，旭川荘，1-3，1987．
- 2) 川崎祐宣：まえがき，川崎学園創立10年誌，学校法人川崎学園，1980．
- 3) 鍋山祥子：福祉見直し論，福祉社会事典，庄司洋子・木下康仁・武川正吾・藤村正之 編，弘文堂，868，1999．
- 4) 児島美都子：医療福祉，現代社会福祉事典 改訂版，仲村優一・岡村重夫・阿部志郎・三浦文夫・柴田善守・嶋田啓一郎 編，全国社会福祉協議会，76，1988．
- 5) 中央法規出版編集部：医療福祉，社会福祉用語辞典 第二版，中央法規，26，2004．
- 6) 大野勇夫：医療福祉，社会福祉辞典，社会福祉辞典編集委員会編，大月書店，25．2002．
- 7) 平塚良子：医療福祉，社会福祉基本用語辞典，日本社会福祉実践理論学会編，川島書店，9-10，1996．
- 8) 秋元美世ほか：医療福祉，現代社会福祉辞典，秋元美世・藤村正之・大島巖・森本佳樹・芝野松次郎・山縣文治 編，20-21，2003．
- 9) 山手茂：医療福祉，現代福祉学レキシコン 第二版，京極高宣 監修，雄山閣出版，436，1998．
- 10) 佐藤俊一，竹内一夫：医療福祉学概論，川島書店，3-14，1999．
- 11) 宮原伸二：老いを支える医療福祉（第2版），三輪書店，11-19，2000．
- 12) 硯川眞司：医療福祉学，みらい，岐阜，11-40，2002．
- 13) 井村圭壯・相澤譲治：総合福祉の基本体系，勁草書房，119-130，2006．
- 14) 小田兼三・竹内孝仁：医療福祉学の理論，中央法規出版，15-25，1997．
- 15) 江草安彦：ゆずり葉のこころ —私にとっての医療福祉—，中央法規出版，2007．
- 16) 江草安彦：私信（2006年6月23日）．
- 17) 川上武：福祉の医学 —不治永患との闘い—，社会福祉と諸科学7 —福祉の医学，一粒社，2-27，1973．
- 18) 岡上和雄：福祉医学，現代福祉学レキシコン 第二版，京極高宣 監修，雄山閣出版，108-109，1998．
- 19) 糸賀一雄：発達保障の考え方，糸賀一雄著作集Ⅲ，日本放送出版協会，105-118，1983．
- 20) 岡田喜篤：島田療育園・びわこ学園，発達障害白書 戦後50年史，日本精神薄弱者福祉連盟 編，318-319，1997．
- 21) 世界保健機関（WHO）・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部：ICF 国際生活機能分類 —国際障害分類改定版—，2002．
- 22) Gelb S：The Beast in Man，Degenerationism and Mental Retardation.，Mental Retardation，54-56，1995．
- 23) Smith JD：The Other Voices，Special Child Publications，105-137，1987．
- 24) 澤瀉久敬：医学の哲学，理想，566，51-67，1980．
- 25) 澤瀉久敬：医学の哲学 —医学概論開講四十年を迎えて—，医学概論とは，誠信書房，29-60，1980．
- 26) 飯島宗一：技術としての医療の倫理，看護技術，17(2)，12-18，1971．
- 27) 前田アヤ：看護とは何か，看護学読本 日野原重明・前田アヤ 編，からだの科学 増刊号，2-6，1977．
- 28) 岡村重夫：市民福祉の概念，都市政策（季刊）第7号，3-14，1977．