

## 医療福祉の歴史と医療福祉教育論

### A History and Educational Essays of Medical Welfare

江草安彦<sup>\*1</sup>

Yasuhiko EGUSA

#### 1. 医療と福祉から医療福祉へ

医療と福祉は同根であり、一体であるといわれてきた。したがって医療と福祉は並立するものでなく、むしろ連続性に特長がある。医療も福祉も人類の幸福のために存在するものであるが、それらを統合・融合することによって、望ましい人類への奉仕となる医療と福祉の協力のレベルより、医療と福祉の統合、融合による、更に上位の概念である医療福祉によって人間の尊厳は確かなものになるのである。医療は医科学を中心に患者に対応するものであるが、同時に心理的、社会的、文化的、経済的立場からの対応すなわち福祉的対応が共存することが重要である。

これらに取り組む社会福祉は昭和25(1950)年、福祉三法(生活保護法、児童福祉法、身体障害者福祉法)が整えられ、福祉関連の制度は本格的なものとなった。昭和30年代になると精神薄弱者福祉法、老人福祉法、母子福祉法が加わりいわゆる福祉六法体制となった。福祉制度としては国際的にトップレベルのものとなった。

昭和40年代に入ると経済の高度成長が社会福祉の制度の整備を急速に加速させた。国主導の下に法に基づいた行政組織が整備された点は福祉をマクロでみた場合、わが国の福祉制度に優れたものとなった。しかし、一方では縦割り行政が進行し、細分化されることによって、新しい課題が発生してきた。その矛盾を解決するために、さらに複雑化してきた。都道府県ないし、市町村においても同様な傾向がみられるようになった。こうした中で高齢者、障害者、乳幼児、難病のみなさんと家族にとって住み難い社会になってしまった。

今日の社会生活の中で個々人の福祉を考える時、地域特性、県民意識などへの視点が失われがちであったし、生活環境、家族関係などに目は向けられ

ることが少なかったからである。本来あるべき自らの人生を稔りあるものにするために人々は主体的に成熟しなければならないが、これを助長する方向に向いていなかった。市民という名の集団、群衆と福祉制度との関係は注目されてきたが、個々の市民生活の個別性、独自性にまで目が届かなくなったのである。残念なことであるが、個人の尊厳の確立した暮らしを実現するために医療サービス・福祉サービスがある筈なのに、その方向へは必ずしも進んでいなかった。しっかりした行政責任の上に民間のエネルギーが活躍する余地があれば、成熟した福祉思想に支えられた社会と市民生活ができあがるのだが、制度は整備されたが、目指すべき社会の姿と一人ひとりの市民の生活を見失ったというべきであろう。こうした状況となってしまったことを行政の責任のみに帰すべきではない。われわれ医療・福祉の専門職の責任も大きいといわざるを得ない。

医療・福祉専門職養成、研究に従事する者としてまず、足元を見直さねばならないだろう。頭でっかちで、現実を見ないことから、こうした不幸な結果となったのである。医療においても急速に進歩する科学知見、科学技術に支えられ、専門分化が急激に進んできたが、一方では専門医と専門医の狭間に人々は悩むのが現状である。本来医療は、医療人満足であるものではなく、患者及び家族が満足し信頼してもらえるものでなければならない。福祉の場においても同様である。今日の医療・福祉は制度面でも、それぞれの現場でも多くのひずみを抱えている。個々人の生活習慣、環境、家族情報、病歴を詳しく把握し、家族、地域の中での個人を看とり癒してくれる医師・及び医療・福祉専門職が求められているのだ。良医とは患者と家族を全人的に受け止める医師のことである。アレキシス・カレルは、その著「人

\*1 川崎医療福祉資料館

(連絡先) 江草安彦 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉資料館

間、この未知なるもの」の中で分析的な研究によって学問は進歩したが、総合体としてそれをとらえない場合には不幸な事態が起こると述べているが、現状の医療と福祉の日常はアレキシス・カレルの予言が不幸にも適中しているように思われる。福祉現場でも、医療現場における医療の場合とほぼ同様である。人が幸せに生まれ、暮らし、幸せに死んでいくには、あまりに生き難い社会であると言われている。福祉・医療の現場も利用者本位とは言えない。医療現場、福祉現場で活動する専門職にも大きな責任があると思う。「人が求める医療と福祉サービス」、それを提供する専門職のあり方は医学教育、福祉教育にとって常に大きな課題である。この課題を解決するのが医療福祉教育であると言える。医療福祉サービスはまず現実解決を先行させ、その解決のプロセスで体系化することは後追いでよいと思う。医療・福祉は口頭禅に終るべきではなく、すべての実践科学がそうであるようにまず、利用者の満足を得ることに努めることを先行すべきである。医療福祉論ないし、医療福祉学を論ずる人々に臨場体験が乏しいと言われることは残念である。まず人が求める医療福祉サービスを精一杯の努力で努め、これを客観的な根拠あるものにするために技術的、理論的根拠を求めなかで、医療福祉論が発生し、さらに医療福祉に関連する諸分野の学問の統合、融合により「新しい知の体系としての医療福祉学」が誕生するのではないだろうか。福祉系諸大学のカリキュラムに医療福祉論が登場したのは近々30年前に遡ることができるだけであるが、その後も発展した様子が見えない。

医療福祉、保健福祉という名を冠した大学、学部、学科が増加しているが、それらは保健、福祉、医療の分野で働く職業人の育成を目指し、知識、技術の習得ないし資格取得によって目的を達したものとしている。まず、人間について、医療福祉の本質についての深い洞察と思索、その基盤の上に知識、技術を構築すべきだと思う。

医療系大学では昭和45(1970)年開学の川崎医科大学は創設以来、医療福祉論、医療福祉学、医の論理を開講、医学教育のなかで先駆的な動きをみせた。さらに、入学時のオリエンテーションのプログラムに医療福祉の実践の場である旭川荘での実習を課した。今日ではかなりの医科大学が医療と福祉の統合・融合サービスに注目し、川崎医科大学の実習に倣って、重症心身障害児施設、肢体不自由児施設、自閉症児施設での実習を入学時に実施している。これらの3施設は、児童福祉施設であり、病院でもあるという医療福祉の典型的な機能をもっていることは注目すべきである。さらに注目すべきは3施設とも

に児童福祉法によって規定され、3施設は今日200余施設に及んでいるという事実がある。医療福祉という用語・定義はその実体が先行し、のちに整理された証と言ってよい。

川崎医科大学では開学にあたり、「医療福祉」を教授課目に入れ、私は講義を担当するようになった。旭川荘の実習では勤務して医師と子ども医療福祉サービスについて話し合い、内面化に努め、学生は燃えてくるようだった。開講当時、体系的な医療福祉学が先行的に存在せず、川崎医科大学の講義は、医療と福祉のかかわりを求め続けてきた旭川荘の日常の実践活動のつみ重ねを分析し、紹介し、医療福祉論を構築することにした。高齢、障害、難病の方々の生活及び人間理解を自然科学である医科学のほかに、人文科学的側面・社会科学的側面から学生に説明しつつ、複雑な社会の仕組みのなかに生きる人間の未知な部分とその援助法について説明を続けた。社会に生きる患者に目をむけ、「医者と患者の満足する関係」を身につけた医師になってもらいたいと念願してきた。「医療福祉」が医療福祉論から、医療福祉学に成熟するのは何時のことであろうかというはかなる祈りを持ち続けた。

障害者問題でノーマリゼーション思想を提唱したバンク・ミケルセンを昭和55(1980)年、コペンハーゲンの彼のオフィスを訪ね、障害者問題、ことに北欧民主主義との関係などを中心に語り合った。その時、バンク・ミケルセンは障害者問題は直接的には社会福祉の問題であるが、障害の重い人には医療の問題でもある。そして障害者問題は文化、思想の問題だと思う。ことに医療と福祉の間には強い連携が必要であるが北欧の現状は淋しい。北欧ではまだまだ障害者問題を理念的にとらえているが具体的・現実的に複雑な人間生活を支援するには未成熟である。それにつけても日本で川崎医科大学と旭川荘の強い連携のもとでの医療福祉の理念に基づく実践は羨ましい限りだと言った。川崎医療福祉大学設立を目指した思いの一部にはこうした体験も影響した。

## 2. 医療福祉教育論と課題

川崎医療福祉大学は、わが国の医療・保健・福祉分野での最初の総合大学として設立されたのは平成3(1991)年のことである。さらに医療福祉学を研究・教育する大学としてはリーディングユニバーシティとして知られている。したがってカリキュラムも川崎学園によって創造されたものである。国内外に先例はなかった。文部省へ申請のためにたびたび訪問したが、その度に「先例がない」と言われた。そこで先例がないから創立したいのであると答えた。大学

設立のための申請書類に次のように記載している。

「我が国の国民生活は著しく向上し、いよいよ本格的な高齢化社会を迎え、理想的な福祉社会の実現が強く求められてきた。また一方で、目覚ましい進歩を遂げてきた現代の医学・医療も、この社会的趨勢とともに解決を迫られる多くの問題を抱えることになった。

現代の医学・医療をめぐる諸問題の中には、高齢者・在宅療養者・心身に障害をもつ人々等にかかわるものが多く、その解決には、より健康で文化的な国民生活を保障するための施策の在り方、高齢化社会における健康及び生活の調和を図る方策など、医療と福祉の両面から同時に適切な対応が求められており、多様なニーズに応えるためには、医療サービスの供給体制の整備や専門家の養成・確保が急がれる。

具体的には、身体的・精神的な障害や環境上理由により日常に支障のある人々に、専門的知識と技術をもって指導・助言・援助を行う社会福祉士をはじめ、心の問題をもつ人々のためのクリニカルサイコロジスト、視聴覚・言語機能に障害をもつ人々のための視能訓練士・医療言語聴覚士、人間の健康と体力の増進という観点からの運動の指導者、食生活の面から健康を守る臨床栄養士、情報化社会の医療現場で活躍する情報技術者等の養成が緊急の課題となっている。

学校法人川崎学園は、今日まで医師及び医療関係技術者の養成に努力してきたが、医療と福祉にかかわる総合的かつ体系的な教育研究を行う機関の必要性を痛感し、医療福祉という概念に基づく川崎医療福祉大学を新設するものである。

我が国の憲法第25条が示す「真に健康で文化的な理想の福祉社会」を実現するためには、その分野に携わる人々が人間尊重の理念を十分理解しているとともに、専門的な知識と技術に加え健全で幅広い視野と行動力を備えていることが大切である。

そのため本学では

- (1)「福祉社会」創造の担い手となる人間
- (2)「痛み」と「喜び」を分かち合える人間
- (3)しなやかな科学的センスを持つ人間
- (4)健やかな心と身体を持つ人間
- (5)国際性豊かな人間

以上の点を重視した教育を目指すものである。

したがって、カリキュラム編成にあたっては、各学科の専門性を高めるよう配慮するとともに、一般教育科目等の中に基礎教育科目を追加し、当該科目の生命倫理学と医療福祉学概論を全学必修とし、さらに、医療福祉学部

に情報学概論を選択されることにより、本学の理念を明確にし特徴づけるように構成している。」と述べている。

アンダーラインの部分はことにその要点となる部分である。

平成14(2002)年2月、川崎学園と友好関係にある英国のグリーンカレッジ(オックスフォード大学)からサー・ジョン・ハンソン学長他が来学された。川崎医療福祉大学を視察にあたって、医療福祉大学のカリキュラムの特徴について質問があった。大学のコア・カリキュラムとして、①基礎教育科目を重視していること、②プラクティカル・リベラルアーツとして、③各学科のカリキュラムを構築していること、④専門科目は医療と福祉の融合をめざしたものであると説明したところ、グリーンカレッジの考え方と基本的に一致しているとの見解を述べられた。リベラルアーツエディケーションがアイルランドのカーディナル・ニューマンによって提唱された「精神の自由」を求めるものであることを思う時、2つの大学の間一致する部分があることが当然かもしれない。川崎医療福祉大学は、教育理念として「人類への奉仕」を掲げ、医療福祉の専門職として資質とともに新しい社会創成の先頭に立てることを願ってきたことに誤りはなかったと思った。

今日の大学は単科大学より多学部、多学部によって構成されたものが多い。だからと言って多学部、多学部編成のものを university 総合大学と呼ぶことにはいささか躊躇するものがある。いろいろな理由によるだろうが、さまざまな学部、学科を並列的に設定している大学は連合?大学とでも呼ぶべきであろう。

university 総合大学とは、uni つまり1つの目的に向って知の体系化を目指すものであり、川崎医療福祉大学は複数の学部、学科をもって構成されているが、それらを融合することによって医療福祉という大きな知の体系を目指すものである。まさに university にふさわしいものであると思う。今後、university に向うこと。連合大学に陥らないことに心すべきであろう。大学開設時は医療福祉学部(医療福祉学科、臨床心理学科)及び、医療技術学部(医療情報学科、感覚矯正学科、健康体育学科、臨床栄養学科)で構成されていた。一般教育科目、基礎教育科目において、全学部、全学科は共通なものとして、医療福祉学概論、医学概論、生命科学、生命倫理学、文化人類学(医療人類学)、情報学概論、医学一般、地域学を設置することにした。すべての学部、学科はわが国はもとよりであるが、世界的にもはじめて開設されるものであり、フロントランナー

と呼ばれるにふさわしいものである。

各学科には独自の発想により、長らく研究と臨床経験の上に構築された見識をもった学科長と教員により、新しい学科の専門科目を体系化した。各学科に必ず医学関係、福祉関係の教科目が入っているところが特徴であった。当然、すべての学科の教員には医学分野の担当者が配置されていた。学科開設時の目指した個性を進化させることが、常に変わらぬ課題であらう。

学問はすべて生きものである。したがってとどまるところなく進化するのである。この進化のスピードを落としてはならない。

医療福祉の目標は人間の尊厳の確立である。一人ひとりの国民の独自のであり、実存的な生活・存在を確立することである。医療福祉学は研究・教育のもつ課題は多いが、いたずらに目標を拡散させてはならない。医療福祉の目標の明確化を徹底させることが重要である。医療福祉についての見解は百家争

鳴でよいが、その多様性はやがて一致させるべきである。

少子高齢という人口構造は、わが国のみでなく北東アジア諸国の特徴であり、全世界的な課題でもある。これに伴う医療福祉の諸問題が生じている。各国はそれぞれ、その対応を急がれているが、北東アジア各国は地理的、文化的、歴史的類似点が多い。欧米諸国より、北東アジア各国内に学びあうものが多いという認識が強まっている。医療福祉学に国際化が求められているが、研究的関心にとどめず、医療福祉専門職の育成への協力も含めて、具体的協力は大きな課題であらう。

その前提として北東アジア学の研究・教育についても考えたい。北東アジアの風土・文化・歴史・市民生活をまず知ることから始めねばならないだろう。医療福祉学を希望にみちた新社会創成の学としたいものである。