

20 福田邦三  
新しい医学の傾向について  
日本医事新報 1692号 1956

1956

日本医事新報一六九二號(昭三一・九・二九)別刷

新しい医学の傾向について

福  
田  
邦  
三

# 新しい醫學の傾向について

福田邦三

## 一、分科区分

醫學の分野が近來ますます細分される傾向がある。例をあげると外科から分れて麻酔科が出來つゝあることや、内科の中に結核、胃腸病、循環器病、傳染病等の専門家がで、専門學會ができてきていることなど、周知の通りである。

むかしはこういうことはなかつた。たとえば醫學が本當に學問らしい地盤の上に立つて出發したバドウア學派のウィリアム・ハーヴェーを見ると、この人は一六二八年に血液循環の理を發見した書物を出版して近代生理學の草分けと云われる人であるが、本職はイギリス王室の侍醫であつた。臨床醫學と基礎醫學とはずつと後まで分れていなかつた。この兩者が分れたのは十九世紀から二十世紀にかけてであり、かくして診療をしない基礎醫學という者ができた。

この区分はしかし外國では日本ほどやかましくない様である。昨日まで内科の教授だつた人が今日から解剖學の正教授になつたり、生理學から藥理學へ轉任したりする例がある。生理學者や解剖學者が夕方から自宅で患者を診るといふようなことも不思議とはされない。

要するに分科区分は世界の一般の傾向としてふえて行くが、それは分野を細分して垣を構えるのではなく、隣接分科の間に重なり合いや融通を認めるのが外國のやり方

である。これに反し日本の醫學界ではしばしば分科区分の垣を嚴重にめぐらして、封建時代の大名の領分區劃の様な感じがある。思うに日本には元來封建的な繩張り意識が強いから、學問の分科區分はまだ繩張り意識が浸透して行くことになるのではあるまいか。これでは醫學の進歩を日本へすなおに受け入れるのに障りがあると思う。

## 二、吸収と統合と分業

現代醫學の著しい傾向の一つは舊くからの固有の醫學以外に近年に至つて發達した隣接科學の成果が吸収され統合されて、新しい意味の醫學が形成されつゝあることである。

たとえば放射性同位元素が治療にも診断にも基礎的研究にも盛に使われるようになった。原子醫學などという俗語が外國では使われるようになってゐる。その他クロマトグラフィとか電気泳動法とか超速心法とか分光分析法とか、いろいろの新しい分析法が物理學、化學の進歩によつて醫學へ導入された。

こうなつて來ると設備の面でも、それを操作する専門技術員という點でも、在來の病院の在り方では間に合わなくなる。かくて醫師、看護婦、藥劑師以外に病院の業務要員として各種の検査技師と療法技師を抱有しなければならなくなつたのである。すなわち新しい知識、技術を醫學が吸収し統合するとともに、その方面を分擔する専門

家を必要とするようになる。かくて必然的に分業が行われることになる。

分業という言葉は英語の division of labor の譯であるが、その意味は「醫藥分業」などという言葉から來る感じの、一線を劃するなどというものではない。あくまで共通の目的を達するための分擔の意味である。

醫學のサービスが最も組織的に行われている場所は病院であるが、病院に於ける分業はどんな風になつてゐるかを考えて見よう。たとえば近代病院の特徴の一つとして臨床検査部門が中央検査室として獨立部局をなしている。こゝでは、細菌免疫學的検査、病理組織學的検査、生化學的検査、生理學的検査等にわたり、専門技術者が必要な検査を行つて主治醫に通報する。

このような検査を利用しつゝ精密健康診断をするのがいわゆる「人間ドック」である。検査のための費用が五萬圓というようなくとも聞かぬが、やり様によつてはその十分の一の費用でも出來ないことはないだろう。

臨床検査部門の各部局の長はそれぞれの専門の醫學者をあてるべきであるが、その下で活動する臨床検査技師はアメリカで醫療技師 (medical technologist) という名で總稱される職種に含まれる。

また外國の病院では運動障害、言語障害等の治療のために物理療法、仕事療法、言語療法等による更生補導 (rehabilitation) が専門の療法技師の手で行われるというものが近年の傾向である。ミネソタ大學ではこの療法技師 (therapist) 養成の大學コースを設けており、すでに數回卒業生を出して

いる。卒業生はパッチェラーの學位を得る。心理療法あるいは心理學的カウンセラーのグのために心理學者が病院に任命されているところが外國にはある。心理學的カウンセ

セリングは心理的困難を相談形式で解きほぐすものである。云つて見れば醫學が心の悩みを持つた人々をすげなく見すてゝいた間に、心理學者は心の悩みを訴える人々を相談形式で援助する方式を研究し、發達させたわけである。近代的醫學サービスに於てはこれも統合されている。

保健所で行われるような健康相談、訪問看護等の保健衛生活動、福祉事務所で行われるような福祉サービスも、患者、來院者に關係のある限り病院は提供しなければならぬ。後者は醫療生活相談 (醫療社會事業とも云う) である。

この様に醫學サービスに多くの新しい方面が取入れられたのは、舊來の固有の醫學が深く精密に掘り下げられて行つたということだけではなく、それと同時に醫學サービスの性格が變つたのである。すなわち近代的な意味に於ける醫學は、單に病氣を訴えて來る患者を受身の立場で手當するだけでなく、進んで能動的に民衆の健康を保持増進する原理、方策を攻究する學問である」と云う所まで踏み出して來たのである。

病院という英語ホスピタルの意味は英國と米國とでちがうが、米國語の定義をウェブスター辭典でみると

「病院とは患者または負傷者に内科的または外科的の世話をする施設または場所であつて、その費用は全額又は一部分、しばしば公費又は慈善によつて負擔される。」

とある。これは昔の病院の定義である。日本は大多數の病院がこの線に止まつてゐることは遺憾である。

## 三、協力

分業はつねに協力の一つの様式である。そして協力が行われるためには、その缺くべからざる前提條件として相互の理解、尊敬がなければならぬ。

傳統的な日本の秩序の特徴は横の協力でなく縦の統制である。一人の統制者の權威の下にある小集團は、他の同様な小集團との間に垣をつくつておのおの自分らの利益を確保しようとする。このような小集團意識は個人の社會生活を一生涯支配する。學問というものはこれに外ならない。

學問をするのは小集團の權威や利益と無關係に人生の文化、福祉に貢献するためである。醫術は醫學を以て民衆にサービスする方法である。したがって目標は民衆の福祉でなければならぬ。この共通の目標に向つて奉仕する氣持がはつきりしておれば小集團の垣を乗り越えて手を握り、同志的協力ができるのである。日本の現状は封建的な縦の秩序がまだに續いていて、民主的な横の協力の道徳がまだ腹の底まで込み込んでいない。歐米の醫學と日本の醫學とが表面的には一見同じように見えていて、實は根本的にちがつた基盤におかれていて、という感じがあるのはこの處である。歐米といつても封建制の崩れるのが比較的おそかつたドイツでは、十九世紀から二十世紀のはじめにかけては大學教授は封建君主の威嚴を示していたということである。當時のドイツ醫學が日本へ輸入されるとき、この殷賑振りが一緒に輸入されたようである。そしてそれはまた日本人の封建道徳によく調和することであつた。

しがし西歐的近代醫學は今や殆んど全く封建的性格を拭い去つた様である。それはデモクラシーの發達に外ならない。大戦後の日本は敗戦を契機として生れ代る決心をしたのである。民衆の福祉のための、われわれ相互の民主的協力ということにねらいをつけて醫學の基盤をとりかえ、醫學サーピスを再編成しなければならぬ。病院の様な規模をもつた醫學サーピスの機關が能率をあげ、目的を達するために

その中に秩序があり組織をもつていなければならぬ。組織として權限、指揮命令監督の系統というものがなければならぬ。これをまちがえて非民主的だと思つてゐる人がある。このような職務上の從屬關係は有機的組織に不可欠のものであり、そこには隸屬の主從意識はなく、組織を運営するための協力意識がある。

このような近代的な心の持ち方が新しい醫學サーピスの場としての病院の根本要件である。こう考へて來ると病院の醫員と看護員との關係や、看護態勢そのものについても、多くの改善すべきものがあるように思ふ。たとえば一人の患者をめぐつて醫員側と看護員側との協力意識が適正であるかどうか、看護要員と幹部看護婦との間の秩序がゆるんではいないか、これらの點もわれわれは反省して見なければならぬ。

麻酔醫という専門家が出來たけれども、患者の屬している各科の受持醫または受持看護婦と麻酔醫との間に、まだ少し協力の不十分な點がある。これは西洋の有様とちがう點である。看護側が看護の主體性をもつていないような日本の病院では、手術後の看護について、受持看護婦が麻酔醫の指示、要望を受けたときに、一々自分の所屬する醫局の醫師に伺いを立てなければならぬであらう。

この様に舊態依然たる舊日本の秩序の中に新しい醫學サーピスの方法を持ち込んでもうまく行かないのである。どうしても民主的協力意識に徹した近代的醫學サーピスをねらいとして根本的改革をすることが必要である。

四、醫學の範圍

醫學の中を分類して基礎醫學と臨床醫學とにする古い分け方では、衛生學の進歩により病氣を事前に豫防するようになった豫防醫學というものを無視することになる。

しかし豫防醫學を加えて三つに分類してもこの分類は病氣を中心にして治療とか豫防とか云つてゐるものである。

近代醫學は病氣だけを問題にしてはいないこと、上に述べて來た通りである。助産、育児をはじめとして、病氣を裏返しにした健康ということを中心にするようになつてゐる。そこで近代醫學の希うところは

- 健康の回復——治療、リハビリテーションを含む
- 健康の保持——豫防、助産、育児、養護を含む
- 健康の増進——健康指導を含む

そしてこの健康と云うのは一九四八年に世界保健機構(WHO)の總會で宣言されたように、「單に病氣や衰弱状態がないと云うだけでなく、身體的にも精神的にも社會的にも完全に工合の好い状態」を指すものである。

醫學の恩恵を民衆におくるのが醫術でなければならぬ。したがつて近代的病院では公共の施設の當然のこととして、少くとも次のようなサーピス態勢をそなえていなければならない。

- 1 醫師のサーピス
- 2 看護サーピス
- 3 藥局サーピス
- 4 診療技師(検査技師及び療法技師)のサーピス
- 5 健康相談サーピス(小兒精神衛生相談を含む)
- 6 醫療生活相談サーピス

われわれの關係している東京大學小石川分院では小規模ながらこれらを一通りそなえてゐる。この中で5、6は衛生看護學科の教育に不可欠であるので、昨年新設したものである。診療技師という私の假稱で便宜一括した

ものはX線技師、臨床病理技師、物理療法技師等を含む。これらの幹部の下にテクニシャン(技術員)を所要數だけ持つていなければならぬ。そしてこれらの幹部技師は醫學についても必要なだけの教育を受けていなければならぬ。仕事は醫師の求めに応じて實施するのであるけれども、仕事の上では自主性と洞察能力を持つていなければならぬから、大學コースまたは短期大學コースで養成するのが本筋である。

看護要員についても、この點は同様である。幹部看護婦は今後は大學教育で養成するべきだと考へる。そしてその下には必要數の看護婦及び補助員(準看を含む)を指揮統率することにして、患者を看護する責任と權限の在りかをハッキリするべきだと思ふ。

さて、この様に醫學サーピスの近代化ということから病院のシステムが變つて來ると、いきおい、お醫者様だけが「先生」でお殿様やおさまらしいの様に威張り、切捨御免の鼻息で、「おい看護婦」と呼び捨て御免の態度に出ている舊弊のやり方では事が進まなくなる。病院内の全員が、經理部門も含めて、互に隔意なく協力することによつてはじめて、本當の近代的サーピスが出来る。近代的病院というのは醫師中心ではなく、患者中心でなければならぬのである。

五、幹部要員の養成

上述の様に近代醫學サーピスに於ては醫師、藥劑師以外にも種々な有識技師者(professional)を必要とするのであるから、その様な技能者を養成するには如何にするべきか。將來にそなえて先ず幹部看護婦、保健婦を正規の大學教育で養成する教育實驗を昭和二十八年からして來たのが東大醫學部の衛生看護學科である。

技師、病院の療法技師、検査技師、學校の健康教師になるにはこの科以上に適した教育をしているところがほかに無い現状である。そしてこれらは近代醫學サーピスに於て皆必要な方面である。しかも社會の處遇はいずれも看護婦よりもよいのであるからこの科によつて看護婦、保健婦、養護教師のリーダーを社會に送ろうとした當初の意圖を實現するためには、一面に於て幹部看護婦の職階をはつきりさせるとともに、他面に於て幹部看護婦を含めて上記の各職種を引つくるめた、いわゆるパラメデカル (paramedical) の有識技能者を養成する大學教育を盛んに興す必要があると思ふ。醫科、藥科の他に衛生大學とでも云う様な大

學を設けて、醫師、藥劑師以外に近代醫學サーピスに必要な「衛生師」とでも云うような有識技能者の養成をはじめなければ、日本の醫學サーピスの近代化は世界の進歩から取残されてしまふおそれがある。

要するに世界の醫學の近代化を受け入れるまた内部から日本の醫學の近代化をはかるためには、われわれは封建時代から傳つてくる舊弊の殻を破つて、まず生活態度を近代化するとともに、病院及び大學の改革、擴充、厚生組織の再編成を急がなければならぬ。(一九五六・八・一、看護教育研究會總會に於ける講演に少し補筆した)。

(筆者・東大教授・生理學)

態