

記念講演

いきる・くらす人に寄り添う看護へのまなざしと期待

波平恵美子¹

【司会：木村】 それでは、記念講演の第2席、お茶の水女子大学名誉教授の波平恵美子先生による講演を始めさせていただきます。まず恒例によりまして波平先生のご紹介をさせていただきますと思います。

波平先生は福岡のご出身でございまして、九州大学教育学部をご卒業になり、アメリカのテキサス大学の大学院人類学研究科でPh.D.をお取りになりました。九州大学、佐賀大学、九州芸術工科大学（現九州大学芸術工学部）、それからお茶の水女子大学の職を歴任なさいまして、お茶の水女子大学を最後に退職なさいまして、今はお茶の水女子大学の名誉教授でいらっしゃいます。ご専門は文化人類学のうちでは教科書を使ってないかもしれませんが、医学書院の基礎看護学講座の中の文化人類学の教科書を編集なさっております。それから、これはうちでも使ったことがあります、『質的研究 Step by Step』の編集もおやりになっておりますので、お世話になった方もいるんじゃないかと思えます。そのほかたくさんのお本をお書きになっておりまして、特に医療人類学に関しての本、『医療人類学入門』とか、最近では『からだの文化人類学』とか、そういう関係の本を書いていらっしゃいます。今日は表題のとおり医療人類学を通して今後の看護のお話をさせていただきます。波平先生は日本民族学会（現日本文化人類学会）の会長をお務めになりまして、その時私も実はご一緒に世界人類学・民族学連合の国際会議を日本で行いましたとき、ご一緒に副会長をさせていただいたことがございまして、前からよく存じ上げております。それでは、先生、よろしく願いいたします。（拍手）

【波平】 木村先生、ご丁寧なご紹介をいただきまして誠にありがとうございます。また看護キャリアセンター設立、創立の記念講演にお招きいた

だきましてありがとうございます。このような大切な折に私のつたない話をさせていただく機会を与えて下さった学長先生はじめ諸先生方に感謝申し上げます。お話申し上げますのは、ひとつには、私自身の1964年からの文化人類学的な日本における調査によって得たデータと、ふたつには、医療人類学関連の文献に基づいています。1980年代に入りまして、当時アメリカで盛んになりつつありました医療人類学という領域、英語で'medical anthropology'といいますが、医療人類学の研究が今後の日本で非常に重要で、かつ必要になるであろうと考えまして、アメリカの雑誌ですとか、論文集や教科書ですとか、そうしたものを手掛かりにして独学で研究を始めました。なお、1968年から1971年までのテキサス大学大学院留学中に講義でも演習でも'medical anthropology'という領域名が言及されたことはありませんでした。

その1980年代初めぐらいからの調査は、それまでの村落生活における医療状況、保健予防活動、病気観や身体観についての調査に加えて、医療関係の方々へのインタビュー、それから各医療系の学会に臨時参加をして学会のフィールドワークを行いました。また許可をいただいた場合だけでも、医療現場の調査を始め、そのほぼ50年間の私自身のデータに基づいています。まず医療人類学についてほんの短い時間ですけれども、ご紹介してみたいと思います。現在、医療人類学という領域は学際領域でございまして、健康科学、ヘルスサイエンス、これはもちろん看護学、医学、保健学、生理学、さまざまな健康科学の領域と文化人類学の学際領域になります。アメリカの場合ですと、この学際領域は非常に発達しておりますけれども、日本の場合は伝統的な専門分化の傾向が強く、どの学部のどの学科を出たかということが研究をその後続けていく時に非常に大きな限界になりまして、学際領域としてはなかなか発達しない。要請はあり必要性は認められているけれども、それで専門家になっていくというのが大変難

¹ お茶の水女子大学名誉教授

本稿は、平成26年11月2日に開催した本学附属看護キャリア支援センター設立記念講演会の講演記録である。司会は石川県立看護大学名誉教授の木村賛先生が担当した。

しいです。必要はわかっているけれども、医療人類学を専門で研究する人があまり育っていないという現状がございます。むしろ、文化人類学、精神医学、看護学、保健学を基礎とし、バイスフィールドとして医療人類学を研究する人々が多いようです。但し、その医療人類学はいずれにしても、文化人類学という方法論を用います。

この学問領域にどのような誕生の背景があるかと申しますと、1960年代の後半から70年代に掛けてアメリカでは大きな医療の世界におけるパラダイム変化とも言える変化が起きました。それまでは、やはりアメリカの場合も医療において医療のパターナリズム、医療の専門家の権威主義というものが主流であったのですけれども、アメリカの場合とその後生じた日本における変化と非常に違い、消費者運動の一端として患者も、あるいは潜在的患者である国民もまた消費者であるという運動の結果としての変化でした。消費する対象は何かというと医療である。医療というものを消費する患者、および潜在的患者である一般の人々も医療に対してこの中身がどういう安全性を持っているかとか、どういった妥当性があるか、あるいは医療の専門家が一体どんな研鑽を積んだ結果として、例えば、手術をしたほうがいいのか、あるいはこういう検査が必要であるかといったような生命や身体にかかわる、非常に生存権にかかわるようなことに対して権威を持って指示することができるのかということにまず疑問を抱き、それを検証すべきだという、人々の権利意識が大変強く芽生えました。

1960年代後半から70年代に掛けて、そういう消費者運動の一環としての、医療を再検討するという運動の結果として、医師患者関係というのがそれまでの関係から大きく変わった。つまり、医療の世界に置ける医師患者関係の大きな枠組み、つまりパラダイムですが、大きな枠組みが変わっていった社会的変化に後押しされるようなかたちで医療人類学という学問が誕生いたしました。それには2つ大きな要因がありました。1つはアメリカには今でもそうですけれども、移民、および移民の子孫の方々がおります。その方たちは通常の医療とは違う医療を自分の健康管理や病気の診断や、それから実際の治療といいたしうか、自分たちが移民する前から持ってきた伝統的な医療をかなり使っているんです。

大学の研究員、あるいは教職に就いている高学

歴人でも自分は全くメディカルドクターに診断を受けたことがないというような人たちがいました。1つには非常に医療費が高いために医療費を払いたくない。今では払えない人たちが多いんですが、当時は払えないことはないけれども、しかしながら払いたくない。それよりも自分が親から、あるいは祖父母から聞いた伝統的な、伝統的なというのはアメリカに移住する前の、例えば、イタリアの田舎だったり、スペインの田舎であったり、カリブ海の島国の田舎がであったり、そうしたところから持ち込んだ伝統医療に依存しながら、そうしたものを使いながら健康管理をやっている人たちがかなりいらっしゃいました。

そうした中で、アメリカ的な医療というものを使わなくても、世界にはたくさん的人口がいて生存しているだけではなくて、人口がこれだけ増えているのではないかと考えるようになりました。特にその当時のアメリカは、キューバに対して非常に強い関心を持っていました。アメリカはキューバに対してどんな見方をしていたかという、アメリカとは全く異なるイデオロギーに支配された独裁者の国であり、世界の最貧国にランキングされながら、大変健康に関して強い志向を持っている点についてです。つまり、わずかな国家予算の大部分を医療に使う、あるいは健康保持に使うといったように。

そうすると、アメリカ的な非常に高額で高度な医療を使わなくても生きていくことができるのは一体なぜなんだ。そうしたことに対する疑問をすでに文化人類学が持っている世界中から集めたさまざまなデータの中にその答えを求めようとする。そういうことが1つあります。もう1つ、医療というのは非常に広く、深くその時代の、その社会の制度に影響を受けながらその時代のその社会のさまざまな制度の上に乗っかるかたちで医療制度というものができている。そうすると、その当時のアメリカの医療に対して自分たちが持っている不満というのは、あるいは疑問というのはアメリカの社会や政治全体、あるいは経済に対して疑問が向けられるようになりました。

そうした要因がいくつも重なり合いながら、医療人類学は1970年代に入りますと、非常に盛んになっていくなかたちでわき上がるように盛んになってまいります。日本の場合はそれと随分違っておりまして、医療人類学に非常に注目されるようになったのは現在ではとても想像がつかないと思うんですが、脳死臓器移植問題がきっかけ

です。なぜ脳死臓器移植問題がきっかけとなったのかといいますと、それまでの医療の専門の方々は医療というのは非常に科学性が高く、専門集団の中での了承が得られれば、一般の人々、つまり素人に対してそれほど多くの説明をしなくても自分たちの権威でもって、あるいは自分たちの義務感でもって、使命感でもって医療をするということが強い傾向としてありました。脳死臓器移植は国民の了承を得なければ、自分たちがどんなにこれが良い医療だと、これは先進的な医療だといくら主張しても受け入れてもらえないという状況に直面しました。例えば、脳死は人の死か、ということが大問題として議論されるようになりました。脳死状態になって死ぬ人は死亡者の1%にも満たないにもかかわらず、脳死が人の死かどうかということを国民全体のコンセンサスを得なければならないなんていう当時の多くの医療者からするととんでもない事態になったわけです。

それと同時に医療の現場の方々が驚いたのは、こんなにいい医療であるにもかかわらず、臓器提供してくれない。現在もそうなんですけれども、臓器提供は非常に少ないわけです。そうしますと、その時代のその社会が持っているえたいの知れない文化が国民の動向を決めているのではないかということが言われ始めました。医療の方々からすると、文化というのはえたいの知れないものです。ですけれども、国民一人一人の身体ですとか、生きるか死ぬかといったようなことに対する認識と行動、つまり決断や判断に非常に強く働き掛けている何かがあり、それを「文化」というにしろしないにしろ、その事実気付かざるを得なかったということがあるわけです。日本ではアメリカから約10年から15年遅れで医療人類学は少しずつ注目を浴びるようになりましたけれども、その発生、あるいは社会に少しずつその考え方が浸透していくプロセス、きっかけというのは全く違っております。

それでは、現在、どのように医療人類学は日本で受け入れられているのかといいますと、医療が大きく変わろうとする時に、従来の医療のあり方を相対化する必要が出てくる。その相対視するうえでの重要な手掛かりを与えてくれるものとして受け入れられています。脳死臓器移植の議論が起る、その少し前から患者主体の医療を今後の日本の医療は採り入れなければいけないという考え方が国民の、というよりも特に医療の方々の中で少しずつ浸透していったわけです。例えば、それ

は1980年代に入ったころから医学会の参与観察、その場でどういう状況が生じているかということを見させていただくという研究方法を取りました。例えば、今、金沢市内で日本臨床麻酔学会が行われておりますけれども、宮崎で開かれた時に私も参与観察させていただいたことがあります。

1980年代のある全国学会で、ある県立のがんセンターで非常に先進的に患者主体の医療をやりますということを標榜しているあるグループが、QOLということについて発表なさったんですがQOLについて理解している人がほとんどいないという状態でありました。QOLというのを「人生の質」とするのか、「生存の質」とするのか、「生活の質」とするのか、「生命の質」とするのか、これはいまだに定訳はありませんで、もうそのままQOLと使っております。当時、1980年代の半ばから後半に掛けては医療の関係の方々でQOLという言葉は知っているけれども、一体それが何を意味するのかわからなくて発表の場で質問と答えが食い違って全く議論にならないというのを参与観察させていただいたことがあります。

こうした状態から10年ぐらいたちますと、QOLというのは看護学ではもちろんですけれども、医学教育でも必ず授業のどこかに入っているという状態になってきました。その一方では今では使われませんけれども、全人的医療というような言葉も使われるようになりまして、そうした中でオピニオンリーダー、現在も非常に盛んにご活躍くださっていらっしゃる日野原先生は早くからオピニオンリーダーとして全人的な医療、患者主体の医療ということをおっしゃられたんですね。ですけれども、私が医療人類学を始めたころ患者主体のなんてそれは無理でしょうといったような言葉が内輪だけの研究会では堂々といわれるような状態だったんです。

それがわずか20年ぐらいの間にあっという間に、私は自分の研究者としての人生と重ねて見ますと、20年というのはあっという間なんです。本当に日本の医療は変わったと考えます。医療の内容と制度が変わっているのはもちろんなんですけれども、今、申しましたように医師（医療者）と患者の関係におけるパラダイム変化が起きました。例えば、患者さんに対して十分な情報を与え、その内容が、情報が十分に理解されたことを確認した上で承諾を受けるという、インフォームド・コンセント。インフォームド・コンセントもQOLと同じで最初は意味が全然わからない。わ

れわれは手術承諾書をちゃんと取っているじゃないか。その上になぜインフォームド・コンセントなんて変な言葉を使うんだ、なんていう発言を研究会で聞いたことがあります。

そうしたことが、今、皆さま方お若い方々が「えっ、それってどこの国のこと？」とか、「60年くらい前のこと？ 戦前の話じゃない？」とお思いになるかもわかりませんが、最大取って30年。短く取っても20年前の話なんですね。このように日本の医療というのは私は医療の外部の人間ですけれども、できるだけいろんなところに顔出しをして医療の世界はどういうふうになっているかということを見させていただいた外部者からしますと、こんなに医療は早く変わっていきんだと思わずにいられません。素早く変わっていきんことの要因の1つはアメリカの医療人類学の発生のプロセスが消費者運動であったというのに対して、日本の場合は医療の内部から変わってきたんですね。QOLにしてもインフォームド・コンセントにしても全人的医療にしても、そういう言葉を使ってそうしたことを盛んにおっしゃるようになっていったのは常に医療側なんです。医療の側から自分たちが変わろうとする力が非常に強い領域なんです。

日本にはたくさんの専門領域がありますけれども、医療はほかの領域と比べた時に大変違って、つまり常に内部にエネルギーがあって、内部で変わろうとするエネルギーがちょうど自家発電のように自分で自分をかき立てるように変えよう、変えよう、変わらなくちゃ、変わらなくちゃというふうにプロモートしているところがほかの領域と大変違うことだと思います。

こうしたことを踏まえてみますと、これまでの20年間に変わったということは今後の20年はさらに早い速度で全面的に非常に深いところまで巻き込みながら変わっていくということを意味します。それに対してお若い皆さま方はそれに備える必要があるわけです。つまり、変わってから対応するというよりは変わるであろうことを視野に入れて今の私はどうすればいいのかということ予測したうえで備えておかなければならないだろうと考えます。

備える場合、既にまさにこのセンターができたことがそうですけれども、いかにしてキャリアアップしていくかということが重要になります。キャリアアップしていくということは単に社会的な地位が上がるということだけではありませんの

で、いうまでもないことですが、自分自身の力をどのように付けていくか。その力を付けていくときに支援して下さるセンターができるというのは、これはとても心強いことだろうと思います。

現在日本でいろんな領域を横断しながら仕事をする人たちがいます。日本の社会というのは非常に堅いつまり、社会的流動性の小さい社会です。先進国の中でもここ20年間で随分変わったとはいえ、けれども非常に「堅い社会」なんです。どこかの会社からどこかの会社に移るということは、これはリストラされて仕方なく仕事を求めるということの場合は別として自分から進んで今のある位置を仕事の内容を大幅にどんどん変えていく。そうしたことはあまりやらない。これから先はともかくとして、過去20年間を考えた場合にあまりそれをしないんですが、実は医療の世界の方々はお気付きかどうかわかりませんが、次から次へと勤める職場や地域そして従事する仕事内容も横断しながら自分の経歴を変えていくことをするのが大変得意な方たちなんです。それに少しも物おじをしないというのも医療関係の方々の特徴であろうかと思えます。

ここで、お二人の例をお話させていただきます。お一人は国内でいくつかの病院のいくつかの診療科で看護職を勤めた後、海外青年協力隊員として、次いで海外医療援助を行うNGOの看護師として合計10年間海外で働きました。その間の経験を理論的に整理することを希望して大学院で学び、修士号を取得した後、国際医療センターで、医療コーディネイターを勤め、現在は訪問看護師として働いています。それぞれの働き場所と仕事の内容を自分のライフサイクルや種々の状況に合わせて選び取り、さらに次のステップを踏む準備をしています。いま一人は、助産師として、10年近く働きましたがその間、日本で最も整備されているとされる施設の1つで働いた後、産科専門の小さなクリニックで、さらに、外国人が多く出産する産科病院で働いた後、大学院で学び、修士号を取得した後、看護教員となり、一方で社会人学生として、博士課程に進学し、学位を取得しました。二人に共通しているのは、可能な限り、様々な職場でより多くの経験を積んでおこうとすること、そのうえで、どんな経験も全て、次のステップに活かしていこうとする意思のあり方です。しかし、こうしたことがお二人にとって可能なのは医療職に就いているからです。この方たちの特徴という

のは自分のいる場所を変えながら、変えることによって自分が見ているものが変わることを重視します。立ち位置を変えれば、当然のことながら対象が変わるわけです。その対象が変わると、自分の経験も変わってきますし、積み上げていくものも違ってくる。対人関係も変わってくる。社会に対する見方も変わってくる。その中で社会の制度というものに対する理解が非常に深くなっていくというように、そういうことが可能なのが医療の世界であろうかと思えます。

ただし、これには個人的な非常な努力が必要になってきますし、おわかりのように経済的にも大変な時期というものを過ごさなければならぬということもあります。基本的に医療の専門家というのは1つの領域から別の領域へ、と専門性は細分化していますけれども、しかしながら、トランスファーできる。領域から別の領域へと新たな知識、技術、あるいは新たな資格を取得しながらトランスファーできるということが基本的に可能なような、日本においては珍しく柔軟性を備えた専門領域であるということをお固く信じております。言葉を変えていうと、最初に乗ったトラックレーン（走り続けるレーン）の中に最後まで留って走るのでなくて、少しずつ隣のレーンに移動しながら走ることでできるのが医療職だということなのです。

今後は、領域そのものの区分けも大きく見直されようとしています。現在も、医師と看護師の領域の区分けも、わずかですが、見直しが計られています。看護と介護の区分けも現在のままでは随分不合理なことも多いです。在宅で終末期を迎えようとする患者さんへの訪問医療・訪問看護師のある人は、訪問看護の時に介護の方が帰られた後に看護が行った場合はいいんだけど、看護である自分が先に行くと、いろんな後片付けをしておかないと、介護の方たちが後で来られた時に看護の人は後片付けもしないで出ていったと批判されたり、あるいは不満を持たれることがある。逆に介護の方が先に訪問し、決められた時間で介護をし、その後、看護師の方が来られた時に患者さんの体を扱いやすいように自分が準備を整えて帰るといったようなことに気を配らなければいけない、などという話を今度は訪問介護の方々ができるわけです。病院施設ならばともかくとして訪問看護、訪問介護では非常に微妙な難しいところがある。訪問看護師としては介護と看護の境目をむしろグレーゾーンにしてもらったほうが現実

は都合がいいんだというようなことをいわれます。

助産の場合は例としてわかりやすいのですが、助産師は会陰切開ができない。こんな不合理なことはないということをベテランの助産師さんたちは口にされます。ここで会陰切開さえすれば、胎児も産婦さんも非常に楽なのにそれができないためにどれほど自分たちは苦勞したかれないというようなことをお話になります。医療は何といっても人の生命と身体に直接係るゆえに行為についての権限と責任とが明確でなければなりません。もしも事故が生じた場合の責任のとり方は重大であるがために領分の枠を越えることは固く禁じられています。だからこそ、中間領域をいかに融通を利かせてやるかというところにそれぞれの領域の人々が持っている権限だけではなくて、技術だとか、知識を膨らませてほかの領域に出張っていくというキャリアを積むような、そのような場が必要になってくるだろうと考えます。そうした場を組織的に提供する、制度的に、持続的に、しかも新しいものへと更新するような場ができるというのは本当に素晴らしいことだろうと思えます。

保健師さんたちにもインタビューすることがあるんですが、今の地域保健の方々のお仕事というのは驚くほど多岐にわたっておられます。一応精神保健とか、老人保健とかいうふうに地域保健の中でも地域によりますけれども、自治体によりますけれども、分類されているところもあれば、そうでないところもあるんですが、地域保健で現場でばりばり働いておられる方たちは自分たちが今から20年前、もっと30年前までさかのぼると、保健師がこんな仕事をしなければならぬとは夢にも思わなかった事例（ケース）に対応しなければならなくなっているというんです。どうしたことなのかといいますが、自分が保健師になりたてのころは今でいうところの生活習慣病の予防ですとか、乳がん検診、胃がん検診の推進活動や検診の場での予防教育といったことで済んでいたのに、今では児童虐待がないか。児童虐待がある、あるいは児童虐待を行いかねない、全く孤立した状態で育児をしなければならぬ出産直後のお母さんを見た場合には、すぐに福祉のほうに連携をしないといけない。場合によっては警察に通報もしないといけない。例えば、ある場合には警官と市の福祉の人と保健師と精神科医と保健師である自分4人で一緒に対象となる方を訪問してみたことがあるというんです。その場合、自分たちの役

割としてはとにかく早期に問題のある人を見つけること。見つけた時に自分があらかじめつくっておいたネットワークですぐに人が来てくれるようにあらかじめの準備をしている。問題が起こって深刻になって、さあ来てください、では体勢が整えられないと話されます。

あるいは老人保健をやっておられる方は老人のご夫婦の間で非常に頻繁なDVがある。DVというと、若い人や中年の人たちの間で起こるだけではなくて老人の夫婦間のDVというのはかなり広がっています。それにはいろんな理由があるんだけど、その場合は若い人々の場合より背景はもっと複雑になっている。こうした時にこういう人、こういう人、こういう人をお願いして問題を解決する。そうした場合、何か所ぐらいいん電話をかけますかと尋ねると、同時に6~7カ所というんです。そして、連携しつつ対応しなければ、場合によっては命にかかわるような場合がある。これは社会が非常に変化していて複雑になっていて、しかも全体状況が見えにくくなっていることによります。看護にしても、最近では入院日数をできるだけ短縮するよう制度上なっていますので、在院日数が少ないわけです。以前に比べると、場合によりますけれども、3分の1ぐらしか病院施設にいないわけです。以前だったら、この3倍の期間で患者さんの様子を見ることができたのに、その3分の1で自宅に患者を帰さないといけない。その次に同じ患者さんが外来で来た時の様子を見てこれはちょっと状態がおかしいんじゃないか。一体在宅でどういう生活をしているのかということを読み取らないといけないということです。

こうして患者さんを見て、患者さんとの短い会話の中でいかに効率よくその患者さんが持っている背景、例えば、家庭の背景、経済的な背景というものを見て取るかということ、1つにはマニュアル化されなければいけませんし、また経験を積んでおかなければならないということがあります。おそらく看護の世界で要求されることというのはますます増えるであろうかと思えます。高度な技術と高度な知識を持った看護職というのも非常に大事になってきますけれども、同時に「高度の」というのを「広域の」というふうにとらえて、できるだけ広い知識というものがようになってくるのではないかと思います。そうしたことは看護大学で授業をしているとよくわかります。1つの大学では1年生を教えています。いま1つ

の大学では4年生、しかも卒業間際の方たちを教えています。そうしますと、この1年生が丸3年たつとこういうふうになるのかというぐらいい日本の看護大学の看護教育というのは充実しているというふうに拝見させていただいています。

今から20年ほど前に看護大学が次々と設立あるいは改編され始めた時に、いずれ看護専門学校はなくなるのではないかというお話もチラッと聞きました。ですけれども、この中に看護専門学校の教員の先生がおられたらおわかりのように、むしろ充実してきているんです。それはなぜなのかといいますと、1つにはできるだけ早く職に就きたい。できるだけ早く専門職になりたいという若い方たちの職場志向といいたいでしょうか、働きたい志向というのが非常に強くなっている。もう1つは家族の方の経済的な状況が以前に比べて厳しくなっています。4年間は学費が出せない。とにかく1年で早く卒業して働いてもらいたいということもあります。

もう1つあります。それは看護専門学校では、これは全国的な調査があると、大変いいんですけれども、ほかの職業から移ってきた人たちが非常に増えているんです。

つまり、看護職というのは働き続けるには大変厳しい仕事ではあるけれど、それほど魅力がある。ひとつの要素は全国どこに行っても働けるというのがあります。そこにポストさえあれば、全国どこに行っても、どんな状況であっても働くことができる。こういう職業というのは現在の日本にはあまりないです。こうしたことが魅力のある職種として映っている。つまり、看護職になる人達の母集団が非常に多面的になっているからこそ、こういうキャリア支援センターというものが必要になって、看護ということに対する基本的な考え方や若い時からの基本的な訓練や子供の時からの自分の生育歴や、そうしたものがばらばらな人たちが看護職に就いたときのその後のアフターケアのいわゆる支援というものが組織的に必要になってくるだろうと私は外部から見た時に考えるわけです。

最後になりますが、私が医療人類学を始めた1980年代はいかに医師から独立した別種の専門性を保つか、医師の権威の及ばないところで専門性をいかに確立していくか。看護師というもの、看護職というものがいかに医師と比べて優劣付けがたい、これは全く同等であるということ若く看護職の人たちが自信を持って言えるようになる

ためにはどうすればよいか。つまり、看護の理論と方法というものをどのようにして確立し、まあ確立はさせていたんですが、どのようにして教育するかということが常に強く打ち出されたし、今でもそうだと思います。同時に、この間の医師の領分と看護師の領分の相互乗り入れといいたし、そういうものが実は医療の現場では非常に必要になってきます。それは1つには先端の医療というものが、実際にその医療現場で現在は使われていなくても先端の医療が医療現場に入ってくる速度が早くなっていますから、あらかじめそういう知識を知っているか、知っていないかで、看護の体制の整え方が全然違ってくることがあります。

それに加えて医療経済の問題があります。

医療現場ではますます医療形態というものが患者さん一人一人に直接大きな影響を与えるようになっていきます。治療のあり方、あるいは在院日数の決定の仕方、手術をするかしないかといったようなことにまで及んでいるのは皆さま方よくご存じのことだと思います。それだけに医療者としての役割は広範になり、一方では専門性というものに常に磨きを掛けなければならない状況が、外の分野から申し上げるのは非常に僭越ですけれども、ますます先鋭化していきたくらうと。そうした時にいろんな疑問に対して答えを、ある程度の選択肢や答えを出してくれるキャリア支援センターのようなものがあると、どれほど現場で働く人たちにとっては心強いだらうかと思ひ、このセンターの立ち上げを心からお喜び申し上げますとともに、先生方はどんなにご苦労が多いかと、本当に感謝申し上げます次第であります。(拍手)

【木村】 先生、どうもありがとうございました。きっかり5分前にやめていただきまして、皆さま方のご質問をぜひ受けたいというお話でございます。今、若い人に対するキャリアアップのご発言とか、このキャリアセンターに対する期待というのは非常に大きく述べていただきました。先生は外部の人間だからと何度もおっしゃいましたけど、実は30年、40年にわたる参与観察を行った上でのご発言ということなので、大変な重みにある発言だと思います。何かご質問はございませんか。若い人はぜひ「じゃあ、私どうしたらいいの」でいいですから。若い人がなければ、期待されたキャリア支援センターのほうの方から、「じゃあ、ぜひこういうふうにやりたい」というような発言でも何でもいいですが、どなたかありませんか。

はい、どうぞ。

【細見】 話の初めのほうで医療人類額がアメリカで発達している。それを学んで日本で。アメリカと日本の比較がいくつか行われましたんですけど、1960年代、70年代、医療人類額にしる生命倫理学にしる、あるいは1950年代の医療社会学というようなアメリカのほうでは随分大きなうねりがあったということだと思ひんですが、それでアメリカのほう、医療の変化がむしろ社会の変化を受けて医療が変わってきた。それに対して日本のほうは心有るお医者さんや看護師さんたちが内部から変えていったんだというので、日本の医療の変化がアメリカと正反対の、言葉でいえば、内発的だというふうな言い方もできるかもしれませんが、しかしながら、どうしても自分たちで変えていくというだけでは十分でないという面がありましようから、どうしてアメリカと日本でこのように、アメリカが社会の動きを受けて外発的な影響から変わっていったのに対して、日本では外発的な影響はなかった。だから、変わり方も十分じゃなかったんじゃないかなという、どうしてそういうふうな違いが起こったんでしょうか。資格の上ではアメリカだって日本だって同じように看護師さんは独立してやっていける。お医者さんだって独立してやっていく。それは変わりが無いのにどうしてなのかなというのをお話いただければ。

【波平】 ありがとうございます。皆さまご存じのように金沢大学の細見先生でいらっしゃいます。先生は以前から存じ上げております。先生、鋭いコメントを戴きまして誠にありがとうございます。結果はどうかといひますと、非常に不思議なんですけど、アメリカの場合はそれほどの市民運動があったにもかかわらず、アメリカの医療は後退したままなんです。それが民主党政権であるクリントン政権の1期で日本のような国民皆保険制度を採り入れて国民主体の医療を整備しようとしたんですけども、うまくいかなくて2期目でもうまくいかなくて、今、オバマ政権になってようやく一部実現しました。しかし、保守派の根強い反対があります。

今回2013年10月の政府の債務の条件(上限を超えること)を議会が認めないという時期がありました。その時の共和党の議員の主な反対理由はオバマ政権が打ち出している国支援の医療保険制度に対する反対なんです。市民の側からあれば大きなうねりがあったにもかかわらず、アメリ

カの医療の全体としては、決して国民主体になっていないということがあります。患者と医師関係ということでいえば、非常に平等であるかもしれませんが、しかしながら患者は自分が医療を受けたいという時に受けたい医療を受けたい場所で受けられないならば、どんなに医療者の側が患者主体と思っても、もう成立しないわけです。医師患者関係そのものが出発しないわけですから、何もならないという事態になっていて非常に矛盾した不思議な状況になっています。

日本の場合は先生がおっしゃられるように医療者側におんぶにだっこのようなかたちであってはいけないので、国民の側からもっと医療に対してこうでなければいけない、ああでなければならぬということを要求し続けなければいけない。それが例えば、端的な場合は水俣病であるとか、薬害エイズの裁判などで、これはもう本当に患者の側がどれだけ声を上げてても国が動かないというようなことがあります。日米どちらにもそれぞれに問題があります。日本の場合、私の勝手な考えですが、日本の医療というのはむしろ国民皆保険制

度に守られているために、国民にとって医療が見えにくいという非常に不思議なそして矛盾した現象が起きていると思います。現状どうしてこういうふうになっているのかということが大部分の国民にはわからないです。よほど一生懸命勉強しないとわからないということがあります。

【細見】患者主体の医療、いわゆるペイシャントオリエンテッドメディスンとか、ペイシャントセンタードメディスンというふうにいわれる。それが日本の場合、どういうふうを実現していくのかというのが一番の問題だと思います。ただ、私、当初はそういった言葉がアメリカから入りましたものですから、アメリカのほうのはるかに先進的にそういうことがなされていて、というふうなそういう認識でお伺いしたら、随分事情が違うというふうなことがわかりました。ありがとうございます。

【木村】ありがとうございました。それでは、時間でございますので、波平先生、どうもありがとうございます。ありがとうございました。(拍手)

Memorial Lecture

Expectation for Nursing which Nestles up to People Who Are in Their Own Lives

Emiko NAMIHIRA