

看護学の中の基礎医学

第7回会長 佐々木 光 雄

1 は じ め に

今日における看護の概念はきわめて広く、いわゆる「揺り籠から墓場まで」人間の健康に関するあらゆる面にかゝわりを持っている。また、これを学問領域からみると人文科学・自然科学の甚だ広汎な領域に亘る。ちょうど1年前、私共は本研究学会の主催する研究会（第6回四大学看護学研究会、1980年、弘前）におけるシンポジウムの出題資料として看護学の基礎分野である看護学総論の開講状況（看護系大学・短期大学）を調査し、その関係する学問領域の広さに驚いた。

しかし、看護がもともと病者の治療・看護という極めて実的な要請から生れ、今日でも病院内の看護業務が看護全体の巨大な部分を占めていて、一般に看護といえば病院の看護婦をイメージに浮べるのも事実であり、それはちょうど医師といえどもまず病院の臨床医を思い出すのと同じである。すなわち、看護がいかにも「ひと」そのものを対象とした臨床面に濃く概念づけられているかは、その知識・技術の学的裏付けを表現する語である「看護学」におきかえても現在の時点ではあまり変りがないように思う。

筆者は基礎医学の長い経歴の後、大学での看護学教育分野に転じたが、その専攻領域が病理学という基礎医学であり、しかも研究方向として選択して来たものが組織化学や電子顕微鏡という特殊なものであることを考えると、上に述べた看護学の範囲からは甚だ遠いもののごとく感じられる。

すなわち、今回たまたま学会長の立場で専攻分野の内容そのものを述べることは、果して「看護学的であるか」という感じがするわけである。さきの第6回研究会（弘前）で川上 澄 会長が講演のテーマとされた「看護に必要な心身医学」は学問そのものが即看護学的な内容のものであり、そこに殆ど抵抗が感じられないのとは大きな違いである。しかし、一歩考えを深めれば、現在における医学と看護学の違い、これからの看護学の発展に看過できないと思われる重要な問題がそこに内包されていることに気づく。

従って、こゝでは病理学からはみ出して「看護学の中の基礎医学」について筆者の考えを述べてみたい。云い換えれば基礎医学専攻者からみた看護学である。これは特定の学術研究成果の報告ではない。また、正鵠を得ない点があるかも知れないので御批判いただきたい。

2 看護学の歴史的位置

序論的にまず現在の看護学の歴史的位置を見直しておきたいが、看護ないし看護学の歴史については本研究会（第7回四大学看護学研究会、1981年、熊本）の参加者の大部分が看護専門職の方であることを考えると、医学出身の筆者が今得ている知識などよりはるかに詳しい方も多い筈であるから、今日の話題に必要な、ごく共通の認識を述べることに止める。

図1に示す看護の歴史の時代区分は筆者の作成ではなく、第6回研究会でシンポジウムの司会を担当された千葉大学・土屋尚義教授が提示されたものを、大変分り易くまとめてあるので借用した

* 熊本大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程

看護学の中の基礎医学

Period 1 : <u>to 1860</u>	Sickness was mystery the work of sole evil spirit
Period 2 : <u>1860—1900</u>	Niphtingale period Niphtingale School of Nursing in London
Period 3 : <u>1900—1920</u>	Professional nursing organi- zation First law to registered nurses
Period 4 : <u>1920—1940</u>	Nursing was recognized around the world World War 1 & 2 bring into focus the need
Period 5 : <u>1940 to present</u>	"Scientific age"
	V.M.Culver, H.Tsuchiya

図1 FIVE NURSING PERIODS
OF DEVELOPMENT

ものである。

要するに、現在は Nursing period の第5期
にあり Scientific age として看護に科学的基
盤を固めることを目指す、云うところの看護学の
確立・体系化が私共の時代的な standpoint で
ある。

3 基礎医学の範囲

大学での看護学教育は勿論、現在少くとも看護
婦資格を得ることを主な目標の1つとしている看護
教育機関では、その教育課程の初期の段階にお
いて基礎医学の諸科目が課されることになってい
る。これを規定しているのは云うまでもなく保健
婦助産婦看護婦法であり、その学校養成所指定規
則をみると周知のごとく「専門科目」と題して看護
独自の専門科目と共に、医学領域で独立の学問
として establish されている科目が10科目ある。

その中で、医学概論は文字通り医学の概説的な
紹介を含む科目であり、また、公衆衛生学・社会

医学概論	公衆衛生学
解剖学	社会福祉
病理学	衛生法規
生理学	看護学総論
生化学	成人看護学
薬理学	小児看護学
微生物学	母性看護学

(保助看法による)

図2 「看護」専門科目

福祉・衛生法規は社会医学系の科目であり、特に
公衆衛生学は既に看護学の中に公衆衛生看護学と
して濃密な形で同化されて来ているとみられる。
従って、こゝで主な対象としたいのは残る6つの
科目すなわち解剖学・生理学・病理学・薬理学・
生化学・微生物学とその関連分野である。

これらは看護学の中でよぶ時には「基礎看護学」
というのが妥当であるが、屢々問題にされるごと
く、この terminology は過去に慣用されて来た
経緯から「看護技術の基礎」という語感が非常に
強いので、そのまま基礎医学とよぶことにしたい。

4 教育課程における基礎医学の問題

話題の都合上、教育課程のことが先に出てしま
うが、保助看法は昭和23年の制定以来30数年、そ
の大綱は今日まで変わっていないわけであるから、
基礎医学の諸科目も教育の場面ではまず無難に経
過して来たものと思われる。これは、看護独自の
専門科目である看護学総論が、今なお位置づけや
範囲の問題で論議的となっているのとはむしろ
対照的ともいえる。

筆者らは第6回研究会の折、シンポジストの立
場で「看護系大学・短期大学における看護基礎学
の教育状況」について報告を行ったが、その時か
ねて知りたいと思っていた基礎医学部分の教育状
況に関する資料を全国の看護系大学・短期大学に
お願いして、かなり立入った質問も混えて情報を
提供していただいた。その中で基礎医学科目の担
当教官について答えていただいた資料によると、

少くとも解剖学・病理学では殆ど全ての教官が担当科目専攻の教官ということであった。他の4科目については専攻を問わなかったので詳しく分らないが、恐らく類似の状況ではないかと推定される。或る科目をその道の専門家が教えること自体は勿論理想的なことであるが、そのことはまた裏返して云えば基礎医学科目の担当が全面的に医師ないし医学的背景の教官により行われていることの具体的資料であり、恐らく現行の看護教育制度になって以来殆ど変っていない状況ではないかと推定される。

このことについて筆者は、臨床科目の看護学教育において、例えば外科看護に密接した外科学を外科医の教官が行い、内科看護学に先行する内科学の講義を内科医が行うのは全く合理的なこととしても、基礎医学の方まで全部そうになっているのは多少事情が違うのではないかと思うわけである。その理由はまた次項以下で述べることとして、ごく表面的な事情を把えても「看護の専門科目」教育に看護からは教官が供給されていないということがあって、これには現在の看護学の内容なり組織立ての基本的な問題が関わっていると考えられる。

それでも30年間というもの、この分野では一応無難に教育のベルトが廻って来たのは、何といってもまず第1に基礎医学の諸科目はそれぞれが伝統をもつ確立された学問背景をもち、教育内容としては問題がない。第2に医学部・医科大学ないしそれに準ずる医学研究教育機関にはそれらの学の専攻スタッフがいて看護学としての教育担当を依頼できる組織があり、第3に、従ってそのルートを確保できれば専門家が専攻領域を教育するという一応理想の形態の教育が実施できる。但し、非常勤講師が多くなりがちなのが難点である、ということであろう。

本研究会で毎年行ってきたシンポジウムの継続議題は周知のごとく「大学における看護学教育の検討」であり、これまでも例えば全体のカリキュラムをどうするかとか、看護学総論の位置づけを

考えるという問題は本研究会内外において幾回となく討議や発表の主題となって来た。それに反して、基礎医学科目の問題は殆ど討議の焦点に上がることがないが、筆者は基礎医学専攻の立場上、基礎医学領域もまた同じ組上の問題ではないかと思う。

要するに基礎医学が看護学の中で根を張るためには、まだ考えるべき幾多の問題があると感ずるわけである。

5 看護学の中に占める基礎医学の位置

初めに述べたように、これからの看護学の目ざす体系は広汎な学問領域に亘り、人文科学・自然科学の多彩な分野を包含することは確実である。それらの多彩な学問分野の中で、看護学の自然科学的側面がどの方向に形成の焦点が絞られるかわからないが、全く新しい看護の自然科学が或る日忽然と生ずることはあり得ないことだから、どうしても既成の学問との密接な関係において発展するということであろう。看護の多面性からみて、それは物理学・化学・生物学、或は工学などの広い学問が関係するものと思われるが、看護学が最も近く且つ濃厚な関係にあるものは、やはり医学という自然科学であることもまず間違いないことであろう。

医学を臨床医学と基礎医学に大きく分けるとして、看護と臨床医学の関係が深いのは云うまでもないが、この両者の間には学問・技術上の関連性において、臨床業務遂行上の不可欠な知識や相互関係という実務上の事情が多く含まれている。それに対して、看護学の確立・体系化という、よりbasicな目標に関係するのはむしろ基礎医学の方が濃厚な相手ではないかと思われる。

近代医学はまず臨床医学が先行して存在し、基礎医学は臨床から次第に分離独立して今日の如き形にまでなったわけであるが、それだけに基礎医学には人体機能の生理的或は病的ルールといった基本的なものが系統立った知識として集積され、且つ発展を続けている。従って、それらは確かに

医学から発したものであるが、今日最早それらの学の内容はより fundamental なところまで下りて来ていて、医学の独占物というよりも広く医学・歯学・看護学などに共通な基礎学の性格を備えるまでになっている。

そのような認識は例えて云えば、大学教育の課程において、基礎領域の教育が共通カリキュラムで行われて、臨床学に移る段階で医学・歯学・看護学に分れることなども可能性としてはあり得ると考える位である。しかし、現状は看護学の中において、基礎医学の本質はまだ「看護の専門学」として導入されているとはいへないのが実状である。

6 基礎医学の成立過程

今日、医学の分野で基礎医学が臨床医学に対して、なぜそれが基礎学的な巨大な学問領域として存在しかつ医学そのものの進歩に有効な機能を果たしているか、その源泉を辿ることはとりもなおさず医学史をひもとくことになる。筆者は医学史の専門家ではないし、広大な医学史について明快に述べることはとてもその任の耐えるところではないが、話題の行きがかり上、必要なことをごくかいつまんで述べる。

この場合、近代医学からは内容的にもほど遠い古代や中世の医学を一応除外すると、今日われわれが直接間接の影響を受けている近代西洋医学の源はどうしてもルネッサンス以後のことになり、その発達の過程は物理学や化学など他の自然科学の発展と密接な関係にある。しかし、基礎医学はそのような昔から独立して存在したのでは決してなく、医学はやはり疾病の治療という目録の目的から「初めに臨床医学ありき」である。

基礎医学の中で最も早く分科したのは解剖学であるが、それでも初期には独立の科学ではなく、近世解剖学史上初めて正確な人体解剖の書を書いたといわれるヴェサリウス Andreas Vesalius (1514-1564) や、軍医としての経歴から解剖学にも長じていたといわれる外科学の推進者パレ

Ambroise Paré (1517-1590) など、外科医であつたり、軍医であつたり皆臨床家である。興味深いことは外科と解剖学という組合せが目立つことで、要するに外科的処置のための解剖学の知識の必要性という実用上の理由によるものである。しかし、その科学的な実証性の故に、曾ては内科医に対して職人仲間として低く見られていた外科学および外科医はその後確実に臨床主科目としての地歩を固めることになる。

しかし、これらはいずれも非常に古い話である。今日われわれが直接に影響を受け継いでいるのは臨床・基礎を含めて19世紀中葉から後半にかけて勃興したドイツ医学にその大きな部分を負っている。これはその同じドイツにおいて少し前すなわち18世紀末から19世紀前半にかけて一世を風びしといわゆるロマン主義思想に反発して興った新しいドイツ医学である。ロマン主義は哲学や文学の思想、或はロマン派音楽にみられるような芸術の形成には一大エポックを画しているが、これが反面医学の進歩には悪影響を及ぼして実証の自然科学であるべき医学を思弁的に解しようとする、科学の進展から云えば一種の退行的な作用があったということが云われている。

とにかく、新ドイツ医学はこのような状況の中に抬頭し、基礎医学諸学の下地もこの19世紀後半の時期に敷かれることになる。基礎医学ではそれぞれの学の建設を推進した巨匠がこの当時のドイツに集中している。例えば大生理学者のミュラー Johannes P. Müller (1801-1858)、病理学のウィルヒョウ Rudolf Virchow (1821-1902)、細菌学のコッホ Robert Koch (1843-1910)、生化学のホッペザイラー Ernst Ferix Immanuel Hoppe-Seyler (1825-1895) などである。もっとも全てがドイツではないから、隣国フランスには微生物学のパスツール Louis Pasteur (1822-1895)、生理化学のクロード・ベルナール Claude Bernard (1813-1878) など歴史上の巨匠がいる。いわゆる産褥熱の原因について、それが特定なカテゴリーの疾患ではなくて不潔な

内診によって惹き起された敗血症であるという本質を、細菌学の確立される以前の時期に洞察した有名な産科医ゼンメルウィス Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) はハンガリーの出身であり、やはり同時代の人である。

この時期を看護の歴史に引合わせると、初めの図に示した5つのstageの中のperiod 2, すなわちナイチンゲール時代である。ナイチンゲール女史は1820年生れ、その広汎な社会的活動は28才の頃から始まっているのでちょうど19世紀後半の殆どをカバーしている。

日本が開国したのはドイツ統一の契機となった普仏戦争1870年の少し前であるから、やはりこの時期に当る。日本の医学はその後短期間の中に欧米の医学を吸収し、特に当時興隆期にあった細菌学において高い水準に達し、日本人の一流の細菌学者を生むに至ったことは周知の通りである。その後第2次大戦の大変動期の後は、主にアメリカ医学の影響の下に今日の水準を築いたわけであるから、100年の間に大きく2波長の波を形成して今日の医学がある。

以上の如く、医学の分野にはそれぞれの分化領域で始祖あるいは巨匠といわれる人達が輩出しているが、医学全体としてみると複数であり数が多い。ナイチンゲール女史は近代看護における精神的背骨の礎を築き、実務・教育・行政面に亘る広汎多岐な活動を行って現代の看護にまで通じる基礎作りを成したが、近代医学はまさしく多数者により作られた殿堂である。そこには、サイエンスの面に発達を比重をかけた医学と、実務面に多くのウェイトを置いて来た看護との間の生い立ちや指針の歴史的な違いが感じられる。

7 看護の視点をもつ基礎医学

看護学の中の基礎医学に戻るが、基礎医学は最早、医学・看護学の間にはっきりした隔壁をもたない共通の基礎科学であるという認識の下に、将来独自の看護基礎科学の形成には現在の基礎医学が最も関係が深いだろうという予測で、その実動

の可能性ということをもた予想してみたい。

この場合、その可能性のためにこの基礎医学領域にだけはぜひ必要であろうと思われる条件がある。それは一口に云えば継続研究への organization の必要性である。平たく云えば専門研究グループの存在ということであるが、具体的には研究指導者と看護学の背景をもつスタッフの存在である。しかし、現在看護の中で基礎医学研究の継続指導に適する人材は明らかに不足であるから、最初の指導者が医学出身者になりがちなのは避け難く、また研究テーマも医学時代の継続が多いとすると、それは全く医学部の研究室の再生ではないかという疑問が生ずる。医学の研究室は病理学だけでも全国の大学に百何十も存在するということであるから、その時点だけをみると新しい組織作りの意義はないように思われる。しかし、違うのはその組織に看護学の背景のスタッフが漸次に揃えられる器が生ずる。すなわち2代目の指導者への基盤を生むことであり、それが最も重要な医学から看護学への切換えを意味するものだと思う。それはなぜかという、その2代目の指導者の時に医学から看護学への指導の視点が転換するからである。何びとも長期間培った知識や体験を越えて、急に視点の違った発想をもつことは困難なことであるから、真の看護的研究への転換にその位の時間的経過は必要と考えられる。

しかし、この考えの中には当然、看護出身者の専任的な研究者ないし研究教育者の存在を想定するわけであり、ちょうど現在の基礎医学の研究室にそのようなスタッフがあるのと同じように、必ずしも多数とは云わずとも継続研究の核になる陣容が必要である。それはフルタイムの research staff であって、生涯自然科学的研究の専従者であったり、少くとも一定期間はグループの1人として研究に専念する人を意味するが、看護の領域でそのような考え方について現在どのくらいのコンセンサスが得られるだろうか。もし、看護学が creative な研究基盤の形成を旨として「学の確立と体系化」を目標とするのであれば少なくとも基

礎医学の分野ではそういった機構上の研究体制の整備は必要と思われる。

かくして第2世代以降の指導体制の切換えがうまく行った場合には、その研究および教育内容も、云ってみれば医学の生理学・解剖学でなく、看護的な機能形態学であり、医学の病理学でなく看護的病態生理学が実質的な重みを以て展開されるものと思われる。また、第4項で述べた専門教官供給の源泉も一部ながら看護自身の中に整うことになって、表題と中味の矛盾が少くなることになる。ついでながら、そのような research staff や研究指導者を補給する人材面はどうであろうか。その点は何の躊躇もなく、現在の看護の大学生や卒業生の中にも research の方向に適性のある潜在的な人材が数多くあるものと思われる。

さて、以上のような本質的な organization の改変を伴わない場合は、ほぼ現体制のままでもその組織・その個人的環境に合せた形で、啓蒙と工夫によりそれなりの進歩の道はあるものと思う。

8 「看護研究」論の2・3の問題

「看護研究」という言葉がある。Nursing research という英語を訳したものと思うが、その看護研究について屢々講演や論文や座談会が行われている。看護研究と云ってもそれは種々の場合の研究を一括しているだろうから、臨床看護での事例研究も、地域看護における調査研究なども含まれることになるが、こゝでは最初の約束に従って基礎医学的研究に合せて考えたいことがある。

それらの記事の中に、基礎学的な学問・研究技術は既に医学の分野で充分発達しているから看護研究の必要に応じてそのデータや技術を借用ないし利用すればよいという意見が時々みられる。それは確かにそうであるが、fundamentalな研究の場合或る条件の下ではそれが可能であるが、実際はむしろ困難なことが多い。「借用」というのはこの場合「自己の研究目的のために他の研究領域の手段や成績を使う」ということである。可能場合というのは、例えば或る研究グループがあ

って、その教授ないし研究指導者が仮説の実証のために病理学的な成績のみでなく、生化学的にも微生物学にも免疫学的にも足場を固めたいと思う時、それぞれ一定のレベルに達しているスタッフをその方向に使うて目的を達する場合である。

ところが、これが組織的な研究グループでなく、看護の領域に多い個人的研究の場合には困難の度合いが著しく高くなる。例えば、看護の立場で創設の研究を行うに当り、病理組織学を利用したいという場合に、最低病理標本のための設備・技術面と、炎症や肉芽組織反応を中心とした病理形態学の知識経験を必要とするわけだから右から左に借用というわけには行かない。医学部大学院生の立場で学位論文の研究をまとめる場合でも、1つか2つ、せいぜい3つ位の特殊な研究手段に習熟して成績をまとめるわけで、個人プレーで幾つもの研究手段を駆使するのは、そのことだけで人並み以上の有能な人物ということになるだろう。以上のことから基礎的研究ではどうしても借用というのは条件の barrier に直面することが多く、従って本質ごとの導入といった考えにならざるを得ないわけである。

また、借用とは逆の場合で、看護の研究者自身が医学の研究室で学ぶということがある。この場合は文字通り留学または研修であり、研究室の歯車の1つになって研鑽することはその人自身にとっては大変能率的でよいことであるが、研究のテーマは必らず医学の見方に立つものであり、取得する学位が医学博士であることはよいとしても、論文は医学の教授の校閲を受け、投稿する学術誌も医学雑誌である。その人が医学の研究室を離れて看護に帰った場合、研究室での知識体験が即看護研究に切り換えられて生きれば幸いであるが、現在の看護学の体制下で、ことと違つて個人的な収獲に終る可能性も多いと思われる。

次に、これも比較的しばしばみる意見であるが、看護研究は「看護に役立つ研究でなければならない」ということが強調されて、興味に委せて研究を進めると看護を逸脱するというような論旨であ

る。

これは先の「看護の視点に立つ」ということと表現的に似ているので意味を混同しがちであるが、臨床に密接した、明日のベッドサイドケアにも役立つような臨床的研究に当てはめるルールと、どの時点で実際の看護に役立つか直ぐには分らない基礎的研究までを含めた広い意味のルールの差がある。そこで狭義のルールを基礎的研究の方にも適用してしまうと、例えば、人間癌の研究は医学だが動物癌の研究は医学ではないと狭い枠をはめてしまうようなものである。例えマウスの白血病を研究しても、ネズミの腹水癌を研究しても究極のところ「ひと」の癌の診断・治療や予防をねらっていることは事実であり、たゞ、一見患者のベッドからは遠いというだけのことである。

研究が本筋を逸脱するというのは、適切な指導者がいない単独研究で、事前調査不備のまま研究を進めるようなとき起りがちのことであり、指導体制が整った組織では殆どおこらないことである。組織の体制としてはプラス・マイナス両面があるにせよ、医学部講座のピラミッド体制では、大抵の場合頂点の教授が国際的視野でその分野の研究レベルと、自分達の研究の位置づけを把握しているから、スタッフに行わせる研究が脱線してアサッテの方向に行くということはある得ないわけである。

9 病理学について

最後に筆者の専攻科目である病理学について述べたい。

現在、医学部・医科大学で学生のために講義・実習が課されている病理学は、病理学の最も基本的な柱ともいべき人体の病理学、すなわち「ひと」の疾病の理論である。只、この病理学は伝統的に疾病の形態的变化を中心に発展して来たので生化学や薬理学などの非形態学に対して、病理学は解剖学と共に形態学に分類されている。

現在、われわれがその病理学的知識の骨格を形成している人体病理学の源泉を辿ると、どうして

もドイツ学派の巨匠ルドルフ・ウィルヒョウ

Rudolf Virchow (1821-1902) によって19世紀中葉から後半にかけて確立された細胞病理学ということになる。この *Zellular Pathologie* と表現される病理学は、それ以前にモルガーニ *Giovanni Battista Morgagni* (1682-1771) によって提唱された器官病理学、さらにビシャー *Marie Francois Xavier Bichat* (1771-1802) によって唱えられた組織病理学に対して、疾病の座を人体構成の最終単位である細胞においたことで画期的な概念の導入であった。もっとも、この細胞病理学は病変の顕微鏡的变化を基盤として論述するものであるから、当時ようやく性能の向上して来た顕微鏡の活用が、少し後の細菌学と共に学問の成立そのものを可能にしている。

1. 人体病理学：病理解剖学，病理組織学
2. 臨床病理学：生検診断，細胞診
3. 実験病理学：組織化学，細胞化学，中毒，代謝障害，奇形，遺伝，感染，腫瘍，免疫，その他

図3 病理学の範囲

しかし、学問としての今日の病理学は、単に人体病理学の一環として病理解剖をやって疾病を調べたり、生検材料の診断で臨床医学に寄与したりするのみでなく、極めて広い拡大された分野に亘っている。図3（病理学の範囲）に示すごとく、伝統的な人体病理学は病理解剖に基づく人体病変の研究であり、第2段の臨床病理学は病院病理で臨床医学に最も寄与しているもので生検診断と細胞診を主軸とするものである。従って、この2系列が広い意味の人体材料による病理学である。そして、この人体病理の変化を裏付け、または証明する第3段目の実験病理学分野が広く多彩な裾野を作っていて、それらの全てが病理学を構成している。大学で学生に講義される病理学は図の上2段目までの、人体の病理学の既成の知識のみであるから第3段目の分野は殆ど現れないのである。

が、もし看護の領域に病理学の研究的分野を持ち込むことになると、初めて第3段目の多彩な研究項目が導入されることになる。これらはいずれも研究の領域名そのものを記したものであるが、実際はこれに研究手段の学問すなわち電子顕微鏡や組織化学、或は超遠心分画の技術、免疫蛍光法、ラジオアイソトープなどの方法が組合せて行なわれる。

それでまた人体病理学に戻るが、今日の病理学が臨床医学に最も密接しているのは何と云っても病院病理における、あの細胞診および生検診断の面である。臨床医学の診断技術はこの25年位の間に格段の進歩を遂げて、多彩な近代医学的診断の武器を揃えた感があるが、その中の1つに内視鏡技術の発達とそれに組合わされた各種生検技術の進歩がある。この生検材料を検査するのは病理であるが、病理診断の方は臨床と違って技術の根本的な変革を伴わず、伝統的な病理組織診断によっているわけで、最近の科学技術の進歩ということから考えると大変珍しいことのように思われる。取り方によっては古くさいようにも思われるが、われわれはむしろ100年以上も前に確立された顕微鏡標本作成・染色の基礎技術がいかに秀れたものであるかの方に感心している。

周知の通り、生検は腫瘍の診断に大きな威力があるわけであるが、一方、学問内容として考えるとそういう古典的な方法によるものは或る時期に所見が出つくしてしまっていて新知見は手詰まりの状態になるのではないかということが当然考えられる。ところが必ずしもそうではなく、手段は同じでも内容は生検の進歩と共に進むというおもしろい面がある。その最も目立っているものが腎臓の病理学である。筆者が病理学教室に入った昭和30年代、慢性腎不全の病理所見は病理解剖例からの情報が主であったため、既に腎機能の癱絶した硬化性病変というのが殆ど唯一の知識であった。しかし、その後腎生検の著しい進歩と共に、例えば糸球体腎炎やネフローゼ症候群の腎変化も病初期からの病理変化が詳しくとらえられるようになり、

糸球体病変を中心とした腎の病理は全く新しく書き換えられる趨勢である。

病理学専門家の知識と経験に頼る伝統的な病理診断に対して、病理変化の情報をコンピュータにインプットできないかということがある。これは現在、細胞診段階で細胞1コを対象として癌細胞の診断を試みるごく試験的な段階と思われる。実情はむしろ、短大卒レベルの細胞診スクリーナを多数養成して診断力の向上と能率化を計るという方向である。従って、生体病変における千変万化の組織像をコンピュータに読みとらせる試みはまだあまり聞かない。筆者の考えでは、もし病気の診断に病理診断の方法が全く要らなくなれば、それが臨床診断学発達の極致ではないかと思う。

現在、日本病理学会では認定病理医、すなわち病理専門医の認定制度の整備が進行中である。今年(1981年)が漸定措置4年目で、2年後からは試験による認定制度が発足することになっている。現在、わが国の病院病理医の充足率がどの位か詳しく知らないが、ちょうど1年程前、或る産婦人科病院での過剰診療が問題になった後に、外科手術材料についての病理検査の制度化がマスメディアの話題に現われたことがある。手術材料は現在でも臨床からの自由な依頼によって病理が検討しているが、それをさらに制度化して手術が適当であったか否か病的にチェックするというものである。もし、これが本当に行われるということにでもなれば、特に地方の都市の病院では病理医の負担が急激に増し、認定医の数が極端に不足することが予想される。

以上、やゝ看護学から遠くなったが、要するに病理学は疾病の理論・診断の学であり、治療の効果はみるが治療そのものは行わないので、臨床看護面で病理学が表面に現われることは殆どない。しいて云えば、生検材料を固定びんに入れて看護婦さんが病理検査室に届ける位がその接触面であるから、病理学は臨床医学とは最も密接な関係の基礎医学であるにもかかわらず、臨床看護からは逆に非常に遠いと感じられるゆえんであろう。

看護学の中の基礎医学

しかし、それはごく表面的なことであって病理学も含めて今日の基礎医学は本質的に最早、医学・歯学・看護学などの隔壁の殆どない共通の基礎学である。看護学において自然科学的 basic な研究をしようとするれば、現在の基礎医学のどの部分か

に関係が生じてしまうのが実情ではないかと思う。従って、その本質ごと看護学の中に同化して自家菜籠の上にさらにその先の看護学を考えるというのが wise な道のように感じられるのである。