

# 教職実践演習カリキュラム汎用の可能性を考える

— 教育現場と大学病院を垣間見て —

教育学部社会科教育（法律学）

上田 理恵子

## 1. はじめに

教職実践演習は、平成25年度より本学教育学部にて4年生後期に設置・必修化されている。その目的は、教員として「最小限必要な資質能力」が各学生の身につけているかどうか、確認することにあるという。すなわち、中央教育議会答申「今後の教員養成・免許制度の在り方について」（平成18年7月11日）によれば、「教職課程の他の科目の履修や教職課程外での様々な活動を通じて学生が身に付けた資質能力が、教員として最小限必要な資質能力として有機的に統合され、形成されたかについて、課程認定大学が自らの養成する教員像や到達目標等に照らして最終的に確認」することにある。

資質能力として確認されるべき内容とは、①教師としての使命感や責任感、教育的愛情等に関する事項、②社会性や対人関係能力に関する事項、③幼児児童生徒理解や学級経営等に関する事項、④教科・保育内容等の指導力に関する事項の4つとされている。

本学教育学部の場合、教務委員会内に設置されたワーキンググループのメンバーの方々によって、6年以上の準備期間を経て、具体的なカリキュラム内容や実施方法が練り上げられた。そのなかでも苦心されたのは、全学科・全教員の協力体制を可能にすることである。そのため、テキストも学生用と指導者用の二種類が作成され、事前の説明会も入念に実施されてきた。

本稿は、この教育実践演習における一クラス担当者の立場からの実践報告である。その立場で実践報告を述べるのはおこがましいとお考えの方もいらっしゃるかもしれない。にもかかわらず、本報告を作成させていただく理由は、今年度の経験にもとづき二点ある。一つには、本演習が学校教員養成に特化されたカリキュラムではあっても、なかには汎用スキルとしての広がりを持つ部分もあることに気づかされたこと、もう一つは、それを手がかりとして受講する学生側への注意喚起を強める必要を感じたことである。

ただし、汎用スキルといっても、それを活用する具体的な方策まで提言することはできない。そこで本報告ではまず、今年度実施された演習について、担当教員の役割も含めたカリキュラムの概要を述べ、次にその中からいくつか報告者自身が他分野との関連で注目した内容について敷衍するだけでご容赦願いたい。ここにいう「他分野」の例として言及させていただくのは、報告者が患者の家族として垣間見た、ある大学病院の外科病棟についてである。おことわりしておくが本学の大学病院ではない。熊本から新幹線や飛行機を用いて行かねばならない都市部にある、著名な大学病院の一つである。また、あくまで個人的な経験であって、社会学的調査に基づくわけでもない。ただ、幾つかの文献や聞き取りにより、特異な個別事例を一般的な事例のように扱わないようには心がけたつもりである。

また、二つ目の点について、誤解されては困るが、大半の学生は真面目に受講し、課題もきちんと提出している。ただ残念ながら、卒業後に教員以外の進路を選んでいたり、卒論やアルバイト等で消耗している学生たちのなかには、一部ではあるが、出席回数も最低限、何度注意しても課題のいくつかは不提出のまま放置するというように、極力「省エネ」で間に合わせよう、といった態度がすでにあからさま

に認められる者もいる。教員養成課程の使命は、学校教員を輩出することにある。しかし、たとえ異なる進路に進む学生の皆さんであっても、せっかく教員免許を取得するべく専門的な学びを続けて来られたのである。その総仕上げとしての意義を、この時間の中に積極的に見出そうとしてもらいたい。報告者自身の経験も、そのための参考事例となるなら幸いである。

## 2. カリキュラムの概要と担当教員の役割

毎回のテーマについては、教職実践演習テキストから演習概要の一部を文末に転載させていただいたので、適宜ご参照願いたい。中学校教員養成課程の学生は主専攻ごとに、小学校教員養成課程の学生は副専攻にごとに集められ、これに人数調整のために他学科とも組み合わせ、1クラスあたり20人前後で15のクラスが編成されている。

教職実践演習の実施回数は全15回、6月末から12月上旬までの水曜日開講が基本、これにeラーニングや現地調査が含まれている。構成はガイダンス(1回)、現地調査およびその事前指導(各1回)、共通授業(4回)、eラーニング(3回)、模擬授業(2回)、パネルを用いての最終報告会およびその準備(各1回)となっている。

共通授業とeラーニングでは、前述した4つの事項に沿った講義内容がバランスよく配分されている。eラーニングでは、学生が定められた期限までに受講した後に課題レポートを提出する。なかには学級通信を作成するという課題もある。ここでは、イラストやレイアウトにいたるまで各自の工夫や生徒たちへの思いが表れ、点検作業も楽しくなる。

共通授業では、講義を聞いたあとにクラスごとに分かれてディスカッションをし、その日の講義や演習にもとづいた課題のレポートを次回までに提出する。

模擬授業では学生支援アドバイザーによる講義、グループ別の話し合いの時間に1回分、クラス内での発表に1回分が当てられる。

学生たちは、これまでの講義、演習や教育実習などを、実習開始時から記録している履修カルテを手がかりに振り返り、自分なりの課題を設定する。履修カルテにはクラスやゼミの担当教員もコメントを定期的に記入している。各自の課題が決まれば、例えば教師としての使命感など、大枠で示された上記4項目のうち、各自の課題設定に近い者を中心に数名ずつのグループを作り、最終日に報告会を開く。現地調査は、学科によってすでに交流のある小中学校を見学させていただくこともあれば、その時期に実施される授業研究会に寄せていただくこともある。その情報収集から折衝も、現状ではワーキンググループの方々が中心となって作業されている。現地調査と最終日の報告会は、学生たちにとっては教育現場の最終確認という役割を果たすため、カリキュラムの中でも特に重要であり、当日欠席者は補講しなければ単位も認められない。

クラス担当教員の主な役割には、出欠確認、提出物の回収・確認・返却、移動時には引率や連絡係といった用務がある。これに加え、各クラスにおける活動では、指導書にあるとおり「ファシリテーター教員」として、ディスカッション時には巡回し、議論の促進や注目すべき意見を紹介、まとめやコメントも求められる。そのため、担当教員の配置についても、理科教育、社会科教育といった各教科教育方法を専門とする教員(以下、教科教育教員と称す)と、化学や歴史学といった教科内容担当の教員(以下、教科専門教員と称す)が組み合わせられる、というワーキンググループのご配慮がみられる。

それでも、報告者のように教育現場経験のない教科専門教員にとっては、常に「指導者」として振る舞

わねばならないことに、率直に言って抵抗を感じることもある。例えば、報告者の場合、「望ましい教員の態度」を想定しての「発問」はできない。本当にわからないことを「質問」するだけである。傍観者の域を出ないままに、教育実習や研究授業を何度も見せていただいた経験、また教員や学生たちとの対話から断片的・経験的に知り得たことをてがかりに、学生たちに率直に訊ね、自由にコメントしてきたものの、それらが適切であったかどうかを確認することも難しく、手探りで毎時間を過ぎてきた感がぬぐえない。

ただ、そこは教科教育教員のご教示を適宜仰ぎつつ、時には彼らの「背中」を眺めつつ、自身にとっても学びの場であると考えてきた。手前味噌かもしれないが、報告者のように「学び手」の教員も参加しているからこそ、本学教育学部では教員と学生たちとの「学び合い」がより豊かになっていく面もあるのではないだろうか。

教科専門教員にとっての「学び」方はさまざまである。報告者の場合は社会科教育講座に所属し、日本国憲法を含めて法律学分野の授業を担当している。したがって、どちらかといえば、「教育」が「強制」になってしまわないか疑ってかかる態度をなくすことができない。無論、大学生に対する教員の在り方と、小・中学校までの教員の在り方との違いについては異なるが、ディスカッションなどでは教員養成の枠を離れて学生たちと対してみたい衝動に駆られてしまう。そういうとき、目的に合わせて「話し合いの場」の枠組みや配慮を意識させられるようになったのも「学び」の一つである。

本報告においては、後述する医療現場での経験と比較考察するために、さまざまな「学び」の中から共通授業の三回分について若干敷衍させていただく。

### 3. 共通授業のテーマより

共通授業について印象的だったのは、教科別の指導以外に、教科や校種の枠組みを超えて、学級経営や生徒理解といった、職場環境で配慮すべき内容について、「最後に、これだけは伝えておきたい」という担当講師の熱意や気迫が、教室の後方で待機している我々にまで伝わってきたことである。「社会性や対人関係能力について考える」(第4回)、「特別支援教育について考える」(第5回)、「幼児児童生徒理解について考える」(第7回)はその代表例である<sup>2</sup>。

#### 3.1 「社会性や対人関係能力について考える」(第4回)

テキスト内にあらかじめ資料として、実習生段階で書かれたとおぼしき見解が複数提示されている。以下にその一部を示す。

「・・・(マスコミに出てくる予備校教師のなかには)、社会性などはあまりなくてもいい授業をやっているから、予備校生からも支持されているし、予備校からも評価されているのであろう。教師の仕事とは、それが全てとまでは言わないが、要はいい授業をやればいいのか<sup>3</sup>、社会性や対人関係能力など、特に必要はないといっても良いのではないだろうか」<sup>3</sup>

学生たちは、大教室でまとめて講義をする教員(以下、全体講師と称す)から予定を聞かされたあと、クラス内でグループに分かれ、これらの資料についてあらかじめ文章化してきた見解を発表し合い、ディスカッションをする。このあと再び大教室に戻り、全体講師から結論の話を聞き、小レポートを作成す

る。クラス担当教員の役割は、グループ分け、ディスカッションの活性化、レポートの回収である。

まとめの段階で全体講師が強調するポイントは、塾・予備校と学校の目的の違いである。前者では、点数を挙げることに、入試対策に目的が特化されている。これに対して、特に小・中学校教員が生徒に対して教師としての責任を負うのは、授業時間、授業科目だけではない。生徒たちの知的好奇心をあらゆる方面に対してかきたてられる人でなくてはならない。同時に、子どもたちが一日の大半を過ごす学校という空間で、彼らを社会へ送り出す導き手になってやらねばならないのである。したがって、特定の技術の向上のみならず、自身に社会性や対人関係能力が求められる、というのが全体講師の所見である。

### 3.2 「特別支援教育について考える」(第5回)

LD・ADHD・高機能自閉症などの発達障害の扱いは、従来は「悪い子」、「問題児」として放置されるか隔離されることが常であったという。保護者を呼びつけ、教師は自分たちや他の生徒たち、学級全体が被る「被害」を並べ立てて責める、その前で教師にひたすら謝り続ける、といった光景が珍しくなかったという。

今日、発達障害に対する支援教育への本格的取組が全国で展開されている。本学部でも、担任特別支援教育を副専攻に選択できるようカリキュラム改正を実施したほか、教職実践演習でも、とくに1回分をこのテーマに充てている。

特別支援教育はすべての教員が責任をもって遂行すべき問題であり、担任として児童・生徒を受け持つ限り、避けて通れない課題であること、ただし、個々の児童・生徒の特長を的確に把握し、適切な支援方法を選択することは難しいという実情について、前半は全体講義、後半はディスカッションを行うという手順で認識させている。クラス担当教員に求められるのは、他の回と同じく議論を活性化することである。その際、議論されるべき視点として以下の4点への言及が指示されている。①児童・生徒の特性や支援ニーズに気付くこと、②指導方法に対する工夫をすること、③他の教員や保護者との連携を図ること、④周囲の児童・生徒との関係を調整すること。最終的には、個々の教員自身が責任をもって取り組まなければならないという自覚を持たせるよう、方向づけできることが望ましいとされる。

報告者の担当クラスでは、必ずしも議論が深まったわけではない。学生たち自身、介護等体験や通常学級での教育実習を経験しただけでは、実体験にもとづいた情報交換ができないのは無理からぬことではある。むしろ、将来的に自分のクラスに特別支援が必要な生徒が所属したら、心がけるべきことにこれら4つの視点が出てくるか、具体的にはどうしたらよいかについて、伝聞や推測をもとに若干相談しあうにとどまった。「必要な支援は生徒によって異なる」こと、「保護者への説明には、医師など専門家も立ち合わせ、ショックを与えないように丁寧に説明する」、「独りで抱え込むのではなく、複数で相談しながら対処する」といったように、視点の内容を各自の言葉で言い換える発言がみられたのがささやかな成果ではある。

### 3.3 「幼児児童生徒理解について考える」—「生徒一般」ではなく「この生徒」—(第7回)

本時の実施手順では、まず、附属学校の園の教員が全体講師となり、子どもに対する理解と学級経営についての講話がある。続いて講師から与えられた課題についてクラス単位でディスカッションをし、最後にもう一度大教室に集まり、クラスごとの発表と講評がある。

開口一番、講師の先生が強調されたのは「一般論で『子ども』を語らない」こと、あなたの目の前にいる子は「〇〇君」であり「〇〇さん」だということであった。一人の人間としての子どもに本気で向き合うと

は、子どものすべてを受け入れることである。子どもの話をしっかり聞き、本気で怒り、きちんとほめるという行為が大切である、と繰り返しておられた。「目標をたてるだけではだめ。子どもの姿をしっかりほめ、注意する、だめなことはだめ、とはっきり言おう」という。まず、教員が一人一人を認める行為を繰り返して見せることで、子どもたちがそれぞれの個性を尊重しあう学級経営が可能になるというのである。

次に、クラスでディスカッションのために板書で提示されたのは次の課題である。

『「学校で子どもがいじめられている』という保護者からの電話がありました。皆さんならどうしますか?』

クラス内のディスカッションおよび再度の全体会で挙げられた意見では、事実状況についてしっかり調査すること、また、事案の性質によっては学級全体で取り上げるべきであるものとそうでない場合があること、学級担任が独りで抱え込むのではなく、他の教員やスクールカウンセラーも含めて相談・連携しながら慎重に、しかし手遅れにならないよう緊張感を持って対処するということが、児童への対応や、問題への対処法について語られた。

全体会の発言のなかで印象的だったのは、「今、自分が話している相手」ここでは「保護者自身」に配慮した意見も挙げられたことである。心理学科の学生だったが、「電話してきた保護者は、とても不安だろうから、しっかり対処することを約束して安心させなければいけない」というのである。

#### 4. 患者の親族として垣間見た大学病院での経験との比較

教育学部関係者の中には医療や福祉関係者も少なからず含まれている。また、養護教諭を目指す学生のなかにはすでに看護師の資格を有する者もいる。したがって先に紹介した内容が医療や福祉の現場でも通用する内容になっていても不思議はない。

しかし、報告者のように医療関係者でない教員であっても、上述の各回について、今年度ことさら興味を持って聞くことができたのは、前述の通り、熊本から遠く離れた大学病院に通い、高齢の患者の家族として医療スタッフの方々と接することになったからである。

病院名や個人名、病名等の詳細を述べることは控えさせていただくが、本稿で言及するのは、高齢の身で重篤な病を抱えた患者である。長年お世話になっているかかりつけの医師から勧められ、手術のために、その大学病院に入院した。手術から術後のリハビリ、薬物療法、さまざまな合併症にも苦しみ、5か月近くの闘病生活の末、入院先の大学病院で他界した。報告者は、親族としては唯一の身元引受人であるため、遠方にも関わらず、病院へ出向く日が続いた。

その大学病院は、その病気に関しては国内外でも高い評判を得ているという。高度な医療知識や技術の判断など、門外漢には想像もつかないながら、主治医をはじめ病棟の医療スタッフの方々が簡潔、明瞭に病状や治療について説明してくださり、作業時には迅速ながら実に正確に、無駄なく動かれている様子は、素人目にも鮮やかで、素直に感嘆させられたものである。

入院して3ヶ月目位からだろうか、この患者は医療スタッフに対して反抗的な態度を示すようになり、薬の副作用とも入院疲れとも説明されていた。それでも、患者の家族の目から見れば、患者の気持ちとのすれ違いはあっても、医療スタッフの方々はそれぞれのお立場で、誠実に真摯に対応してくださって

いるのだと信頼を寄せていた。だからこそ、一方では患者の不満や訴えを蔑ろにせぬよう、他方では医療スタッフの方々に少しでもご迷惑がかからぬよう、どんなことでも、先方からの要望には可能な限り答えようとしてきたつもりである<sup>4</sup>。退院予定日の知らせを受けて準備していったところが、前日の主治医の所見で、いきなり「転院」に切り替えられても、それこそ患者と病院の「板ばさみ」に耐えながら、転院の日を心待ちにしていたものである。そのときなら、素直な気持ちで御礼が言えただろう。

これらの、最高レベルの医療スタッフの方々の働く病棟の評価について、ひとりの患者の家族として、見直しを迫られる直接のきっかけとなったのが、患者が亡くなる1カ月前の主治医との面談だった。

#### 4.1 「何のための面談？」—ある大学病院での面談より

特別支援教育に関する共通授業(第5回)の冒頭では、昔の教育現場では、発達障害の児童を「悪い子」「困った子」と決めつけ、学級担任が保護者を責め立てるだけに終わることが「さして珍しくなかった」と紹介された。その光景を彷彿とさせる面談を、あの大学病院で経験するとは、報告者にとっても思いがけないことだった。

問題の面談のための電話連絡を報告者が受けたとき、患者については「大声を出すようになった」とのみ聞かされていた。それに先立ち、患者は一時的に集中治療室で気管挿管を経ており、一般病棟に戻った直後には、「回復傾向にある」こと、「声出し」が問題だと聞かされてもいた。電話を受けたのは授業の15分前ということもあり、気持ちを切り替える必要があった。だから、声が出るようになってよかったかもしれない、と無理にも思いこもうとした。

しかし、当日、患者が周囲に抵抗して泣き叫んでいる光景を目の当たりにしたときは動揺もしたし、自分の心も痛んだ。「誰も信じられない」とか、自分は「独りぼっちだ」と嘆いていたからである。報告者などは、患者からはどうに「裏切り者」呼ばわりされていた。

そんな自分の気持ちの整理をする猶予も与えられなかった。看護師は「お聞きになりましたか」、主治医は「いつも、こんなもんですよ」と言い放っただけで、報告者を面談室へと急き立てた。その、窓一つない密室での「面談」では、さながら取調室にいる気分を味わった。

主治医の言葉によれば、この面談の目的は、この患者の精神状態は「最初からずっとこんな調子だった」こと、「可逆性がないこと」について、「ご家族の方にも共通認識をもっていただくため」という。手術後のさまざまな合併症の治療を経て身体面は回復傾向にあり、精神面が問題なのだと言われた。主治医から伝えられた精神科医の診断としては「認知症」(の可能性)とか「せん妄状態」という単語だけだった。これまでの身体面の問題については、用語の説明から始まって、症状から診断や治療方法にいたるまで、画像を見せたり、それはそれは丁寧に説明されていた。今回は用語の説明すらなかった。

そのかわりに、まず聞かされたのは「経験則」と「要求」。自分は医師になってから30年になり「経験値の決して少ない医者」ではないけれど、「こんなになって治った人は見たことはありませんよ」「(この病気ではめったにみられないといっても)認知症にだって、なることもあるのですからね」という。それより大事なことは、患者の家族と医療スタッフとが患者の精神面についての「共通認識」を持つことである。「そうしていただかないと、悪くすれば訴訟にだってなりかねない。そうなれば、双方にとって大変不幸なことになるからです」と、ここでは一層声を張り上げられた。

続いて、医師も看護師も迷惑しているという苦情が延々と並べ立てられた。大声を出されるので他の患者さんの迷惑になること、抵抗されるので採血ひとつするにも大勢で押さえつけねばならぬこと、リハビリも止まっていること、等々である。看護師からの発言についても、医師が言葉不足を引き取って、「彼

女が言いたいことは・・・皆、大変な思いをしているということなんですよ。」とまとめられる。医療スタッフが二人がかりで一心同体となって自分を責め立てていることはわかったけれど、「共通認識」を持ってと言われても、すぐには気持ちの整理がつかないままでも、納得できない感覚はあった。だから、高飛車に「質問は？」と聞かれても、「どうせわからない」と、我ながら出来の悪い学生のような答えが口をついて出てしまう。それも主治医にはご不満だったらしく『『わからない』じゃなくて！』と怒鳴られた。

何に納得できなかったのか、今なら少しは説明もできる。「認知症」にせよ「せん妄状態」にせよ、患者の精神状態について患者の家族に理解させることが面談の目的だったというなら、自分たちの「苦勞」を強調するだけではなく、医学的にもう少し丁寧な説明が必要だったはずである。外科医である主治医だけではなく、精神科医等の専門の医師が実際に立ち会い、症状や対処法について説明をするべきであったのではないか。報告者自身の都合を聞かれれば、仕事の都合上、週末に来ると答えるが、必要とあれば平日でも日程を調整する用意はあったし、これまでもそうしてきた。

教職実践演習によれば、特別支援の必要な児童の保護者が学校側との面談に呼び出される場合も、子どもの状態を目の当たりにするだけではなく、発達障害等の症状について専門家の説明を受け、特別授業なりカウンセリングといった具体的な支援策について提案される。

そうした手順や方法が教育現場に定着しつつあるのは、元来、医療現場に做った部分も多いと聞いている。それまでは「ご家庭での躰が悪い」とか「親御さんで言い聞かせてください」と決めつけられ、保護者がひたすら「ご迷惑かけて申し訳ありません」と頭を下げるしかなかったという。そうしても、何の解決にもならない、結局出て行ってもらうしか方法はなかったのだ。

まさか、あの優秀な医療スタッフの方々が、詳しい医学的診断結果を説明せずに、また何ら具体的な対処策も示さずに、患者の家族に謝罪を強要したかただけなのだとはいえたくない。しかし、あの場で、一方的な演説口調で要求されていたのは、この人はずっとおかしかつたのだという「共通認識」だけ持て、ということだけであった。患者の家族にしてみれば、納得もできなければ、かといって「同意する」と素直に認められないのも無理ないのではないか。

そんななかでも「患者があんな大声で嫌がるような辛いことは、もう堪忍してやってほしい」と頼んはみた。「そしたら、今できる治療は何一つなくなりますよ」と切り口上で言われた。今にして思えば、いっそのこと、「出ていく」相談する方がよほどましだった。ご自分たちが対応に困るというなら、転院等の具体的な対策を、病院の情報まで含めて具体的に指示していただきたかった。

ここまで聞かれたら、件の外科医は「ご不満があるなら、もっと、はっきりおっしゃればよかったですよ」とおっしゃるかもしれない。しかし、そのように発言されたとしたら、医療従事者の傲慢だと言いつ返したい。患者にせよ、患者の家族にせよ、病院という非日常的な空間にいるのである。理不尽という感覚は持っても、ただちにその理由を質問に移せるには、報告者も含めて冷却時間が必要な人の方が多い。まして、医療スタッフ自身にそのつもりはなくとも、ここにはあらゆる意味で「強者—弱者」関係が成立している。患者の家族にしてみれば、何か余計なことを言って主治医の気分を害すると、患者自身への対応に響くのではないか。この方々の職業倫理そのものに疑いは生じなかったものの、漠然とした不安が先立った。

本来、医師と患者が持たねばならない「共通認識」とは、医者にとっても患者(及びその家族)の共通の敵である病気の克服のことではなかったか。

何より、患者の家族にしてみれば、「認知症」だろうが「せん妄状態」だろうが、どうすれば患者本人が少しでも苦しまずに済むか、介護の方々からはよく聞かされる「笑顔を取り戻す」ことができるか、患者

本人のために具体的にできることこそ、主治医と相談しなかった。それにみあった「話し合いの場」を設定するのは、それこそ専門家である医療スタッフ側の責任ではなかったか。

そのために必要な医学的情報提供も、あの時点では不十分だった。また、怒りをぶつけるくらい迷惑だというならそれを取り除く具体的な手立ても示されなかった。一方的に自分たちの「迷惑」を並べたてられ、責め立てられて、患者の家族から何か相談などできるだろうか。人数は3人だったけれど「第三者」はいなかった。あの医療スタッフの方々にはお判りにならないだろうが、患者の家族としては、本当に誰かにいてほしかった。

何より辛かったのは、ひとたび「おかしくなってしまった」と判断されたら、「患者の気持ち」など一切無視されてしまい、ご自分たちの都合だけを考える人たちだ、という印象を受けたことである。

「訴訟」を筆頭に、医療紛争の数は統計的に見ても確かに倍増している<sup>6</sup>。しかし、本件の場合、潜在的には原告の地位にある患者の家族が何も言わないうちから、いたずらに「訴訟」という言葉を口にするほど過剰反応されるなら、別のことを心配されるべきだった。つまり、医師自身が威圧的な態度をとることで、相当な精神的苦痛を与えていたのだから、訴訟というなら、むしろ目の前の相手からハラスメント訴訟<sup>7</sup>を提起される心配するべきだったのではなかっただろうか。喉元までこみ上がってきたこの言葉を、患者の家族にしてみれば、患者本人のことを思いやって押し殺さざるをえなかった。

医療関係者の方々にかかる毎日の作業量やストレスは、門外漢の我々が想像することも及ばないほどだろう。それでも、高度専門職業人である以上、まずはご自分たちの権限や言動が相手に与える影響について、もう少し考えていただきたかった。

報告者の担当科目には、教職日本国憲法がある。そこで度々引用させていただく憲法学者、田村理氏の文章が思い出される。

権力を持つ者は、それに従う人々に悪気もなくしたこと、よかれと思ってしたことが、知らず知らずに彼らを抑圧してしまうことに敏感でなければならない。[...]悪気もなくしたこと、よかれと思ってやったことが、力関係ゆえにそれを拒否できない相手には大きな迷惑になる可能性があることに、僕たち自身も敏感になろう<sup>8</sup>。

教師と生徒の関係についても、この危険性が指摘されている。さらに報告者は、医療者と患者(およびその家族)の関係も含めるべきではないかと考えている。「患者さんのため」と真摯に思いながらとられる言動が、実はそうならないことだってあるだろう。

教育現場なら、「親御さんから言って聞かせてください」と学校側から要請する場合もあるだろうし、合わない学校なら生徒側から退学ないし転校という手段がとられることもある。しかし、いくらインフォームド・コンセント<sup>9</sup>が前提とはいえ、患者の状態によっては、出て行きたくとも主治医の許可無しには、学校のようにそうやすやすとは出ていけないのである。たしかに、それは「患者のため」と説明される。しかし、それほど患者に嫌がられる医療者側に、全く反省すべき点はないと言い切れるだろうか。

また、たしかに一刻を争う医療現場では、余計な迷いが生命を左右することだってあるだろう。断固とした態度を取らねばならない立場にある医療者が必要以上に怖がられるのは、決して望ましくはない。しかし、自身の行動が他人に与える影響に全く無反省な優秀な医療者も、怖い存在ではないか。



#### 4.2 教師と医師の「社会性や対人能力」

「教師の社会性や対人関係能力」(第4回)も「良い授業をする先生」を「技術的に優秀な外科医」におきかえみるなど、他の分野への応用がきくテーマである。

例えば、山口仲美氏の著書には「外科手術の腕は名人の域に達しているのに、患者とのコミュニケーションをとるのが下手な医者」を主治医に持たれた体験が書かれている<sup>10</sup>。技術的に優れた外科医が貴重な存在であることは言うまでもない。だから「手術などの外科本来の技術を専門的に駆使する業務に没頭」してもらい、術後は内科の先生などにバトンタッチするほうが適切なのではないか、といわれる。

この意見が医療関係者から見て適切なのかどうか、もとより報告者には判断しかねる。また、患者のなかには、主治医と合わない場合も寛恕している人も少なくなさそう。多少言動に問題があったとしても、さっさと悪いところを治してもらって出ていけばよい、と割り切っているからかもしれない。

問題は、このような人との「付き合い」が長くなってしまう場合である。無論、個々人の反省が期待できれば、それに越したことはない。可塑性に乏しくなり、高度な専門技術面では大成している成人を教育することは期待できないだろう。現場のシステム改革なども含め、現場の問題解決方法は一つではないだろう。

それでも、大学で教育を受ける過程にあるうちは、医療スタッフにも「必要最小限」の社会性や対人関係能力について、既存のマニュアルを超えて、もう少し教育方法を見直す余地があるように思える。

ちなみに、報告者が面談した外科医の場合はどうだろうか。医療関係者やカウンセラー等に何人か尋ねてみたところ、共通の質問が一つあった。「その人、若いお医者さんですか？二十代？三十代？」医師として「三十年の経験」があると聞かされたという、皆、絶句されていた。だからといって、この人に可塑性があるとはどうてい思えない。

#### 4.3 「子ども一般」でなく「この子ども」、「患者一般」でなく「この患者」

前述したように、「幼児児童生徒理解」(第7回)では、「子ども一般」を「この子ども」に置き換えることが強調されていた。「患者一般」も「この患者」に置き換えるべきではないだろうか。従来から、教育と医療の現場での比較、類似関係で説明されることもあるようだ。適用場面は少しずれるかもしれないが、医療分野でもサースやホランダの「医者—患者関係論」が「成人—成人」や「親—幼児」になぞらえて図式化している<sup>11</sup>。いずれにせよ、人間対人間の関係というなら、表面的な類似で済まされず、方法論や姿勢のうえでも情報・意見交換がもう少し活発になる可能性はないだろうか。

報告者が本稿で言及してきた医師は、ご自身は常に「特定の患者」に対してきた、とおっしゃるだろう。しかし、その場合は、病状や身体的特徴の違いを意味するだけのよう思える。

さらに気になったのは、この医師のように、「栄養をきちんととり、リハビリに励む高齢者」という一定の理想型を想定し、それに患者をあてはめることに躍起となるあまり、思い通りにいかない場合に個別の事情や共感を忘れ、患者やその家族とのコミュニケーションを修復できないものにしてしまったことである。

言及してきた大学病院は「患者中心の市民に開かれた病院」をモットーにしている。実際、病棟にも「患者さん目線で」という標語がいたるところに貼ってあった。しかし、そこにいう「患者さん」とは医療者の視点から合格点をとった「患者一般」あるいは「患者の理想型」に限定されていたのではないかと。

例えば、言及してきた医師は、「リハビリ」に非協力的な患者をさんざんに非難していた。たしかに、リハビリは高齢者にとって、いわゆる「日常生活動作(ADL)」の必須条件である。声を荒げるのも、患者

のためを思えばこそ、であろう。

しかし、リハビリができなくなっていく過程で、「今までで一番がんばったけど」と言いながらこの患者が涙をこぼして悔しがっているとき、「つらかったね」というひと言をかけてやる医療関係者はその病棟内に見当たらなかった。長い人生の大半を苦勞の連続で愚痴一つ言わず気丈に乗り切ってきた人が、初めて涙をこぼしていたというのに。

報告者は、できうる限り病院に駆けつけるように努力したけれど、熊本から毎日のように訪ねることはできない。だから二言目には「実際に見ていらっしやらないから」と主治医から咎められたものである。そう言われれば弁解の余地はない。

「いつもいらっしやらないから」というほど短い期間のうちに遭遇してしまう光景がいくつかあった。例えば、問題の患者の様子を見に立ち寄った若手の医師が、その直後、病室の廊下で「先週からへそを曲げちゃったの」と談笑していた声である。病室にいる患者とその家族も聞こえる声の大きさだった。ちょうど、患者が医療スタッフに反抗を始めた翌週に訪れたときのことである。主治医ご自身、普段は敬語を使われるが、電話で他の医療者に患者の病状を説明される時には敬語はなくなった。その家族が目の前に居ても。

また、ナースコールで呼ばれた後、まずは言うことを聞かずにふてくされている「駄々っ子」を見るように、患者をじっと「見つめ」ていらした看護の方もいらした。自分で行動を起こすよう、待つという意味があったのだろう。世話をしながらも「前は自分でできてたのにね」とやんわり釘をさされるのである。しかしその当時、感染症や合併症も同時進行中で、患者本人は身動き一つするのもさぞ苦しかったろうに。こうした症状に対症療法が開始されたのは、その日より随分後のこと、本人がいったん昏睡状態に陥ってからだった。

以前に起こっていたこれらの日常的な小さなエピソードの一つ一つも、問題の面談以降、患者の家族にとってさえ、一緒に押し寄せてきて不快感を助長する。

まして、患者にしてみれば、自分が決めつけられていた記憶はさぞかし鮮明だったろう。覚醒した後、自分を「邪険に」扱った同じ人たちを認めたとき、いくらその人たちがやさしい声をかけても、もう何をやるのもいやになったかもしれない。最後に大声で抵抗したくなるほど、周囲を許せなくなってしまうことだってあるのではないか。「せん妄状態」の患者は皆、同じ言葉で同じように大声で叫ぶのなら話は別だが、怒りの矛先が向くような要因が医療スタッフ側には全くない、といつも断言できるだろうか。

そういえば、患者は採血や点滴の管を刺すために皮下出血で真っ黒になった両手の甲を眺めては「もういやだ」とも泣いていた。傍目に見ても痛々しいその手を見て泣くのは「おかしくなった」人だけだろうか。

このあたりの事情については、医学的知識など皆無である報告者の想像の域を出ない。しかし、このことについて、あの病棟の医療スタッフから納得のいく説明を受けたことはない。

こうした点と関連して、教員養成課程で二つ思い出されることがある。一つは、介護等体験や特別支援学校でのオリエンテーションで何度も学生たちが注意される事柄である。例えば特別支援学校でも、それぞれの学年に合わせた接し方をすること、中等部の生徒には中学生に、高等科の生徒には普通科の高校生に対する口の聞き方をすること、老人ホームへ行っても「おばあちゃん」や「おじいちゃん」ではなく名前で呼ぶこと、敬語を使うこと。

もう一つは、教職実践演習と並行して実施された「ユア・フレンド活動」の活動報告である<sup>12</sup>。これは、不登校等の児童のための本学部と熊本市教育委員会との支援事業である。参加した学生の活動報告には、

「困った子」ではなく「困っている子」として向き合う、という言葉があった。心にしみいるような思いで聞いた。

あの大学病院では、何かにつけて「医療スタッフの方々が困っている」という話はさんざん聞かされたけれど、患者本人の立場に立って、「困っている患者」として見ていただいている、と患者の家族に伝わるような医療スタッフの方は思い出せない。声かけの様子からうかがえたのは、患者が「困っている」としても、それはひとえに患者自身がリハビリを「怠けた」自業自得の結果であるとみなされていること、あるいはいかにも「患者対応マニュアル」に書かれているのだろうか、と想像できるような決まり文句であった。

#### 4.4 「治療の限界」宣言と言葉の配慮

問題の面談から二週間後、報告者の知る患者は再び昏睡状態に陥り、今度は「治療の限界」が患者の家族に宣告された。先の面談で主治医が強調された内容と異なり、結局、身体面も回復していなかったことになる。ただし、この面談にいたるまでに、報告者は、地域の介護の方やカウンセラーの方々と話して心の整理がかなりついていた。

とはいえ、このときの面談でも、個々の言葉の点で不快になることが複数あった。好意的に想像すれば、件の主治医はとても優秀で、治癒できる患者の方が多いため、「看取りの医師」になる経験にはなれていられなかったのかもしれない。例えば、管を全て抜くと「看護の人たちにとって」やる気がなくなるからすべて外さない、輸血も止めるのは「治る人たちに回したいので」等、医療スタッフや他の患者たちを思いやる気持ちは語られた。転院の希望も、あきらめないでほしいとお願いした。報告者が聞いた限りでは、それが患者の最後の願いだったから。即座に否定はされなかったものの、「転院先の病院からしてみたら『この人、何しに来たの』ということになりますよ」と、まだ見ぬ転院先の病院のスタッフの気持ちを思いやることも忘れておられなかった。

最後まで聞かれなかったのは「患者さんご本人にとっては」という言葉である。そのときには本人に意識がないからと言えばそれまでだが。

患者は長い間「場違い」な場所にいたのだ、と報告者は確信している。あの医療スタッフの方々は、あくまで「分析のままざしで医療的侵襲の対象」として患者を見る人たちであって、「看取られる」者を支えてくれる人たちでは決してなかった<sup>13</sup>。

転院の希望はずっと前から繰り返してきた。問題の面談の日以降、いや、おそらくはその前から、医療者スタッフにとって「当意即妙」な態度をとれない報告者もまた、「説明を聞いても理解できない人」「理性的に判断できないご家族」一般に分類されてしまっていたのだろう。患者とその家族の切実な希望だった転院は、案の定適わずじまいだった。

慰めようとして「転院先の病院がいいとはかぎらない。少なくとも、この病院だから身体はここまで持ちこたえさせてくれたとも考えられないか」と言ってくれた方もいらっしゃる。そう言われても、慰めにはならなかった。「ここから一歩でも出て死にたい」が患者の最後の希望だったのだから。

#### 4.5 「周囲との連携」

教職実践演習で強調された「周囲との連携」も、今では保護者、地域ぐるみを意味する。それは、「いじめ」に関する津市の事件<sup>14</sup>などのように、教育委員会と学校現場の関係や、学校内での教職員内部の隠蔽体質に厳しく反省をせまり、皆でよりよい手立てを探るためである。

先述したように、これが直ちに医療現場に当てはまるわけではない。責任者の即決と行動に患者の生命が委ねられる場面が多いことは、素人でも理解できる。

だからといって、医療現場においては、「連携」といえば同じ大学病院内の他診療科あるいは看護師等の医療関係者内部の関係しかありえない、と断言することも適切ではなからう。

というのも、「治療の限界」を宣言する際、主治医の口から出た唐突な発言が忘れられないからだ。患者の家族が何も言わないうちから「外の人たちのことは、いいですね。介護の人たちは当事者ではありません。かかりつけの先生も、主治医ではありませんからね」と念を押されたことである。

この言葉を好意的に解釈すれば、愚かな患者の家族が「悪あがき」でもして、患者が治る手立てを求めて病院外の人たちにせつついてまわっても、無駄であると示唆したかったのかもしれない。実際に患者を見、病状を把握している自分たち医療スタッフのことだけを信用してほしいという趣旨だったのかもしれない。

しかし、問題の面談の日以降、「外の人たち」と話すことで、患者の家族自身がどれほど救われたことだろう。先述したように、患者には(連れ出してくれないから)「裏切り者」呼ばわりされ、悪気はなくとも主治医からは心ない言動に悩まされ、看護の方々からは事務連絡しか聞かされないなか、病棟の中では患者の家族もまた「独りぼっち」だった。他の病院のように、ここにも「地域連携室」とか「地域ネット」と呼ばれる部署がある。転院のことも、主治医から言い出しておきながら、問題の面談以降は一切取り合ってくれなかったので相談もしたかった。しかし、部外者が容易に分かるような場所にはなかった<sup>15</sup>。

「外の人々」と話し、医師の発言の趣旨や理不尽あるいは不可解に思えた言動について解説してもらったり<sup>16</sup>、患者のためにできることを一緒に考えてもらったり、ひと言でも温かい言葉をかけてもらうことがなければ、患者の家族は精神的にも追い詰められて、より悪い事態になっていたことであろう。この点、報告者の場合は、本学の介護相談や保健センターの人々、また患者自身の住む地域の医療や介護支援の方々からどれだけ救われたかしのれない。

実は、医療スタッフご自身も、こうした「外の人々」に助けられている側面がある。例えば、医療者の言動が「決めつけ」や「不適切」である、という印象を患者やその家族が受けた場合、彼らが外部の方々と話し合うことで、誤解があれば解け、不備な点があればよりよい対処法に向けてアドバイスを得ながら、もう一度医療スタッフと向き合うことによって、あるいはたったひと言でも温かい言葉をかけてもらうことによって、患者やその家族が精神上的安定を取り戻す場合が少なからずあるからだ<sup>17</sup>。

超高齢化社会を迎えようとする現在、大学病院とはいえ、特定機能病院として治療や医療技術の向上だけに専念してられる時代でもなくなっている。高齢者理解一つとっても、いわゆる「上から目線」で決めつけたり、「なだめすか」したり、従来の「患者役割」<sup>18</sup>を相手に求めるだけでなく、福祉や介護とのよりよい連携がさらに求められよう。

#### 4.6 「必要最小限」の資質能力

日本の国内外で最先端の医療を誇る大学病院において、最高レベルと誰もが認める医療スタッフの方々を、5か月余りにわたって間近に拝見することができた。報告者などの想像をはるかに超える忙しさと緊張のなかで、笑顔を絶やさず、迅速かつ的確に、高度な知識と技術を駆使しつつ、毎日を医学の進歩と大勢の患者の治療に捧げておられる様子も見て取れた。今でもあの病棟の医療スタッフの方々に対する尊敬の気持ちは変わらない。また、患者に嫌われてものしられても、患者を治療し、毎日の身体のお世話をしてくださったのもあの方たちだ。交替制とはいえ、容易なことではなかったろう。

それでも、あの方たちを目にしたら、感謝の言葉のかわりに恐怖が先立ちそうだ。恩知らずを承知で言うなら、病気になっても、あの病棟の方たちには、決してお世話になりたくない。そう強く思わせるほど、あの病棟で患者が過した最期のひと月、患者も、その家族も「場違い」な思いで本当に辛かった。あの病棟は、回復して出ていく人のためだけのものだった。その中で「ここから一步でも出て死にたい」という願いをかなえてやれなかったのは、患者の家族としては生涯にわたって残る悔いである<sup>19</sup>。

もし、教職実践演習で確認された「必要最小限」の事柄、教育現場に出る直前の学生たちが、児童や生徒、保護者や同僚を想定して口に出した配慮の言葉が、あの時期に病棟内の誰かからひと言でも聞かれたら、少なくとも患者の家族は、あの医療スタッフの方々を目の前にして「ありがとうございます」と最後に挨拶することができただろう。これまで家族を見送ったとき、他の病院でそうしてきたように。

たしかに、本学図書館の蔵書をざっと見渡しただけでも、対患者関係のためのマニュアルや教科書は何冊も見つかる。本学に限らず、医師や看護師養成のカリキュラムには、このような事項も多分に盛り込まれているのだろう。

それにもかかわらず、今の日本で最先端の医療技術を誇り、「患者中心」も謳い文句にする大学病院の現場にあって、一人の患者が最期の時間を迎えようとしていたひと月の間、教職実践演習に組み込まれていた基本的な事柄、本稿で言及した「対人関係」、「特別支援」、「児童理解」、そして「周囲との連係」等で注意されたような資質能力に基づく配慮は、患者にも患者の家族にも伝わってこなかった。

今年度、教職実践演習を受講した学生たちも、現場に出る前だからこそ教わった通りに復唱できているだけで、現場に出ればこの人たちだって心構えをすっかり忘れてしまうかもしれない。それでも、何かの機会に、一人でも多く確認したことを思い出してくれて、慰められた子どもか保護者の誰かがいたら、本演習の実施は決して無駄ではないだろう。

## 5. おわりに

教職実践演習は、教員になるための「必要最小限の資質能力」を確認する場である。

しかし、大学で学んだことと異なる進路に進むという学生諸君も、ライフイベントとして出産、子育て、自分自身の病気、介護、大切な人との別れ等を経験することだろう。そのとき、専門家を「信頼」することと何も考えず「専門家任せ」にするのとはまるで違う。教職実践演習で学ぶ内容には、専門家を厳しく評価する視点も盛り込まれているのだ。

本稿で言及した大学病院について、もう一つだけ確認しておきたい。当然のことながら、先端的な治療の対象として「治癒」のために医療スタッフとともに頑張っている患者も、「治療の限界」を宣告されて最期の時を待つだけになった患者も、個人の尊厳という意味で価値に差がつけられてはならない。危惧されるのは、「たった一人」不幸な最期を迎える患者が出て「患者さんが多いのだから仕方がない」と片づけられてしまうことである。それは、例えば司法の現場でいうなら「ただ一人の冤罪があってはならない」と同じ重みを持っているのではないか。

また、患者の家族の立場と大学関係者の末席に連なる立場を兼ねる身として、大学病院に入ってくるときより出ていくときに、不幸な人が増えてしまう、といった事態も起こって欲しくない。自分が病気になっても、大学病院へだけは二度と行かない、という声を聞いたのは一度や二度ではない。

だからこそ、ひとりひとりを大事にせよ、と確認する機会は何度あっても多すぎるということはないだろう。それが単なる「お題目」にならないようにどうすべきか、経験のないうちは若い想像力で、少

しでも経験が出てくればそれらを共有しつつ、何度でも若い人たちに語り合ってもらいたい。

本学が総合大学である特性を活かし、社会に出る前にも大学ならではの共通教育あるいはせめて学部間の対話を深めてみる可能性もあるのではないだろうか。

さしずめ、教育学部で始まった教職実践演習という機会がその契機となるよう、今後、一層の充実と活用を願う。

表. 教職実践演習の授業内容一覧

回数	授業項目	授業内容及び達成目標
1	ガイダンス及び学習成果の振り返り	授業の趣旨・方法の説明，教育実習を中心に4年間の学習成果を振り返り履修カルテに基づき各自の演習テーマを設定する。
2	現地調査の事前指導	現地調査の意義，予想される実習内容，現地調査までの手順及び留意点，現地調査時の留意点，報告会等について課題を設定する。
3	共通授業（1）	教師の使命，責任について考える。
4	共通授業（2）	社会性や対人関係能力について考える。
5	共通授業（3）	特別支援教育について考える。
6	eラーニング	学級通信（又は保健室だより）の模擬的な作成を通じて，教師の教育的愛情や学級経営（保健室経営）について考える。
7	共通授業（4）	幼児児童生徒理解について考える。 学級経営について理解する。
8	eラーニング	ストレス・マネジメントについて理解する。
9 10	現地調査	授業観察，研究発表会，インターンシップ，フレンドリー，教育的イベント等へ参加する。
11	模擬授業（1）	模擬授業の講義・演習を通して授業録を向上させる。
12	eラーニング	学習指導案，板書計画等を作成する。
13	模擬授業（2）	模擬授業演習を行う。
14 15	まとめ 報告会	演習テーマを基に現地調査及び授業を振り返り，成果の発表を通して受講生の教員としての資質能力の確認に役立てる。

熊本大学教育学部『教職実践演習テキスト』（平成26年4月）3頁より一部抜粋

## 注

- 1 『教職実践演習テキスト』(平成26年4月, 以下、『学生用テキスト』と略す)『教職実践演習指導者用テキスト』(平成26年4月, 以下、『指導者用テキスト』と略す)「はじめに」より。
- 2 第5回, 第7回の演習に該当するテキストの頁はそれぞれ『学生用テキスト』11-13頁, 14-20頁, 22-23頁; 『指導者用テキスト』11, 12-13, 15頁。さらに学生テキストの第6回は第7回の予習となるよう課題が設定されており, 指導者用テキストには学生向け課題の評価ポイントが示されている。
- 3 『学生用テキスト』13頁。
- 4 一例を挙げれば, 携帯の問題がある。専門分野にもよるが, 教員なら学生に携帯を切らせるのが日常である。同僚の中には, あえて携帯を持たない人もいるくらいだ。報告者もその部類に属してきたから, 扱い自体に困った。それでも, 今回は患者本人や病院からの連絡に備えて携帯を常備し, バスの中で鳴れば最寄の停留所で降車し, 演習や会議では断つたうえで可能な限り対応した。電源を切っていたのは大教室の授業中と飛行機の中だけで, 最終便の飛行機に乗って降りた先の空港で受けたこともある。かかってきた電話に対応できなかったのは, 新幹線で関門トンネルを通過していたときくらいだったろうか。それでも, 対応が遅れてしまうこともあり, 主治医から「お仕事中でも連絡のつくようにはしておいていただけるのでしょうか」と, 念を押されたこともある。医療現場の人々のような迅速対応になれた人から見れば信じられないくらい遅い対応だったのだろう。ただ, 自分ひとりしか連絡先が無い中で, 患者と医師と看護師からの連絡をすべて受けるのが大変だった時期もある。
- 5 この点につき, 最近のものでは鮫島輝美(2010)「医師—患者関係の問題点とその克服」集団力学, 33-61頁。
- 6 医療関係訴訟の増加に鑑み, 医療ADR等の方法が模索されている点につき, 例えば植木哲(2014)「医療ADRの現状とこれから」法律のひろば67号, 31-41頁; 日本弁護士連合会(2011)『医療紛争解決とADR』弘文堂等がある。
- 7 ハラスメント訴訟の場合は難しいとはいえ, 啓発が進められつつある点が, 土屋繁裕(2003)『ストップ ザ ドクハラ—医師のハラスメントに患者はどうすべきか』扶桑社にも紹介されている。総合的に患者の権利を擁護するためのNPO法人「患者の権利オンブズマン」(<http://www.patient-rights.or.jp/> 最終閲覧時2015年1月30日)が3年毎に刊行する『患者の権利オンブズマン青書』に掲載される相談件数のデータにも患者対応の項目が認められる。
- 8 田村理(2007)『国家は僕らを守らない』朝日新聞社【新書】, 46頁。
- 9 いささか古いとはいえ, この概念の基本理念, 問題については, Roth, Loren, H(1987), *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*, Oxford University Press[杉山弘行訳(1994)『インフォームド コンセント—臨床の現場での法律と倫理—』文光堂を参照。また中村敏昭(2000)「民事判例における医師の説明義務と患者の同意」城西経済学会誌, 28, 1-18では, 患者の自己決定権と医師の説明義務に対する司法判断の基準を知る手がかりとなる。「転医勧告」について言及されている点でも興味深い。
- 10 山口仲美(2014)『大学教授がガンになってわかったこと』幻冬社【新書】, 128-135頁, 156-179頁。
- 11 この点についてはさしあたってSzász, Thomas= Hollender Marc, *A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor Patient Relationship*. *Archives of Internal Medicine*, 97 (1956), 585-592; 砂原茂一(1983)『医者と患者と病院と』岩波書店【新書】45頁以下にも解説あり。
- 12 平成26年度 教員養成機能充実シンポジウム(第3弾) 平成26年12月6日(土), 教育学部にて実施。
- 13 「看取り」については田口宏明(2001)『病氣と医療の社会学』世界思想社, 特に156-165頁参照。
- 14 本事件については, 共同通信大阪社会部(2013)『大津中2いじめ自殺: 学校はなぜ目を背けたのか』、PHP研究所【新書】などが詳しい。
- 15 患者がまだ意識のあった頃, 主治医からの指示があった一度だけ, 担当者から面談を指定されて会ったことがある。一方的に質問されるだけで, その後は連絡のとりようもなかった。これは報告者だけでなく, いくつもの病院を知る,

ケアマネージャーの方に対しても同様の対応だった。

16 例えば「(治癒や回復につながらない)延命」という言葉を用いるかわりに「管につながれたままの状態になってしまいます」とか「どろどろの状態になります」という表現を用いられた。「外の人」に解説を求めて予習しておかなかつたら、かえって相手の言いたいことがわからなくなってしまったことだろう。「平易な言葉」が直ちに「理解しやすい」説明を意味しない例である。

17 残念なのは、そのことを全くご理解いただけない医療スタッフの方々が少なくない、と聞かされたことである。ご自身の病院のシステムが万全なら問題ないが、いわゆる「病院の社会問題」もまた喫緊の課題である。ただし、それについては他稿に譲るべきであろう。さらに、今回は相談する時間もなかったが、例えばNPO法人「患者の権利オンブズマン」(前掲、註7)がめざすのも、あくまで医療従事者と利用者の誠実な対話であるので、自立支援が中心である。

18 この点について、例えば田口(2001)(前掲、註13)38-41頁。

19 特定機能病院だから、すぐにも転院とは簡単には進まない病院間や地域の事情がありそう。患者の家族から、もう少し面倒を見てほしかったという恨み事を聞かされたこともある。反対に報告者のように、早くから転院を切実に希望しても適えられなかった場合もある。問題の面談の直後も、主治医の先生に、もはや治療より何より、本人の嫌がることをさせたくないで、例えば緩和ケアに移ることはできないか訊ねてみたところ、「そっちで探してもらえらなら、いくらでも紹介状くらいは書きますよ」と切り口上で言い放たれた。そのような要望を伝えて気分を害されないか、事前に患者のかかりつけの医師に相談もしたし、いつも先生方に感謝していることもはっきり述べていたつもりだったが、報告者はもはや「自分の話を冷静に聞きわけられない困った家族」と見限られてしまっていたらしい。この時点で、報告者には転院先について相談する窓口すら教えてもらえなくなった。それどころか「かかりつけの医師を通して」しか、転院について主治医に相談することも禁じられてしまった。