

## 日本の医療体系の病い

——これからの医療と医療人教育——

植村 研一\*

司会（河野友信）——それでは、植村先生に御講演をお願いしたいと思います。先生は医学の領域では非常によく知られた方ですが、医療関係以外の領域からご参加の方々に、簡単に植村先生のプロフィールをご紹介いたします。

昭和34年に千葉大学の医学部をご卒業になって、そのあと横須賀の米国海軍病院でインターンをされ、その後アメリカに留学され、インター、レジデントとして研修されました。大学院で神経生理学の学位を取られ、アメリカ脳神経外科専門医試験にも合格されております。これは非常に価値の高い資格でして、日本でもあまりこの資格を取った方はいらっしゃらないだろうと思います。その後、イギリスに留学されて、オックスフォード大学、ロンドン大学で、脳神経外科の臨床研修をされ、千葉大学にお帰りになってからは、教職につかれました。昭和51年から医学教育の勉強のために、またイリノイ大学医学部教育開発センターの方へいらっしゃり、そして昭和53年から現職においてです。医学界における英語の巧みな使い手としても広く知られている先生ですが、臨床のみならず、医学教育にも非常にご熱心ですし、医療の問題にも深い関心をお持ちで、“全人的医療”という医療のあり方を主張し、展開していらっしゃいます。今日のテーマは『日本の医療体系の病い』ですが、現在の日本の医療のあり方は、いろいろ批判の多いところです。医療従事者自身の姿勢、技量の問題もありますが、システムそのもののひずみがきて、まさに病んでいる状態が見られるかと思います。そういう医療の病の姿をえぐり出していただき、現代の医科学、医療技術が到達した成果を、副作用がこないように、うまく臨床に展開していくにはどうしたら良いか、望ましい医療のあり方を示

\* 浜松医科大学教授・脳神経外科学

していただきます。そういう時代に相応しい、新しい医療の展開を提言していただけるのではないかと、お話を楽しみにしております。それでは先生よろしくお願ひいたします。

**植村** 私は、医学部を卒業し、アメリカで7年研修し、500人ぐらいの医師と付き合い、半年英国で研修したあと千葉大学に帰ってきたわけですが、三つの国はそれぞれ医療システムそのものが違います。でもシステム以上に、医師と人間との関係や、医師の医療に取り組む考え方などが、抜本的に違うのに驚きました。

もう一つ、アメリカで非常に驚きましたのは、向うの先生方は人に教えるのが非常にうまいことです。日本の先生方は、講義は一生懸命やられます、ポイントを突いた教育が非常に下手です。日本の医学教育が相当遅れていることを痛感しまして、医学教育という分野に入っていったというのが実情です。

今日、厚生省がいろいろと医療の対策を抜本的に改善しようとしていますが、特にその背景には医療費の削減による、安い医療があります。でも、私が今日論ずるのは、お金の話ではなく、質の話です。医療の質が良くなるには、どうしたら良いかというお話です。日本保健医療行動科学会の出席者の大半が医師ではないということがまた、日本の医療の一つの断面を象徴しています。こういう会に医者が出て来ないところに患者が救われない問題点があるのではないでしょうか。日本の現代の医療と医学教育の最大の欠点は、一言で言えば DOS であることで、これから改革してゆく方向は POS です。

DOS というのはドクター中心主義のこと、POS というのはペーシェント、すなわち患者中心主義のことです。P と D の意味するところは表の通りです。医療と医学教育における過去と現在、これは日本と欧米と考えてよく、現在の日本は DOS に、欧米は POS に既に変わっています。

DOS の日本の医療は何といってもドクター中心型で、厚生省は必ず医師会に諮詢するし、医師会の意見も非常に強く出てきます。POS のアメリカでは医師より住民パワーで、どんどん医療が変わっています。要するに医療というのは国民のためにあるというのがアメリカの考え方でして、医師のためにあるわ

表 医療と医学教育における過去と現在			
過去 vs 現在			
(D-Oriented System D中心主義)		(P-Oriented System P中心主義)	
Doctor	医師	Patient People	患者 国民
Disease	疾患	Problem Psychology Psychosocial Psychosomatic	問題 心理 心理社会 心身医療
Discipline	専門	Person	全人医療
Diagnosis	診断	Primary Care	
Drug	薬づけ	Prevention	予防医療
Didactics	講義	Practice Program	実習 プログラム学習
Department	講座	Project	共同研究

けではありませんので、医師が儲けるとか、損をするなどは関係なく、誰も気にしていません。患者が助かるかどうかということが焦点となっています。日本はドクター中心主義だから、ドクターに都合が良いか、悪いか、がまず先決問題となっています。そうすると患者に不都合なシステムになります。日本の医療のドクター中心主義に対して、アメリカは患者中心主義のみならず国民中心主義になってきています。

それから医療の目的が、日本では病気を治せばよいという疾患中心主義になっています。しかし患者というのは、病気だけをもっているわけではなく、いろんな病気による不安や、心の悩みをもっているわけなので、これを無視しているのが DOS です。それに取り組もうとして、病気の有無にかかわらず、患者が持っているあらゆる問題を解決しようとするのが POS (Problem Oriented System) です。そうすると当然、心理的、社会的背景に入ることになります。日本では、医療や医学の世界が専門細分科され、人間が無視されて

【註：従来の医療システムは医師・疾患中心主義 (Doctor and Disease Oriented System=DOS), 専門志向型 (Discipline Oriented System=DOS), 医療人教育も講義中心主義 (Didactics Oriented System=DOS), 医師は病気を診て病人を診ず『薬漬医療』 (Drug Oriented System=DOS), 『検査漬医療』 (Data Oriented System=DOS). それに対して新しい医療 (Patient, People, Psychosomatic Problem Oriented System=POS), 実習 Practiceを中心とする体験学習 (Practice Oriented System=POS) 講演抄録より】

Discipline Oriented System になっていますが、欧米では人間（Person）をまず診てゆかなくてはいけないという立場に立っています。

それから人に物を教える時に、日本の先生は好んで講義をします（Didactics Oriented System）。しかし講義というのは聞いている時は分かった気がしますが、その内容は、部屋を出る時には大半は残っていず、一晩寝たらもうほとんど残っていません。最も効果の少ない‘講義’を延々とやれば学生の記憶中枢に入ると信じている非常に哀しい先生方が沢山いるのです。

私はアメリカの医学部に7年いて、向うの臨床の先生が講義で喋ったのを見た事はありません。例えば私のいたニューヨーク州立大学の内科の教授は、学生にハリソンの書いた3,000頁ぐらいの内科の教科書をみせて、これを覚えておけば卒業させてやるというだけです。その中味をいちいち読んで聞かせるような、講義はしません。はじめから体験学習（臨床実習）をさせます。これは日本と全然違います。講義はあるでないというのがアメリカの伝統なのです。講義だから得た知識というのは、実際には役に立たないからです。

わが国の医療の最大の病いは、疾患中心主義と、ドクター中心主義です。それは救急医療や専門医療の中にみられます。また全科的、全人的、断続的、包括的医療がないという4つの欠如が日本の医療の病いであって、厚生省のお金とは全く関係ないところに、実は大きな病いがあるのです。一番分かりやすい具体的な例を示せば、日本のドクター中心主義の救急医療の最大の特徴は、救急車が、まず日中は開業医のところへ、時間外は夜間救急室へ行く点にあります。確かに90%の患者はそこでの応急処置ですんでいます。

しかし、そこで手に負えない瀕死の重症の患者のみが二次医療機関（市中の総合病院など）やさらには三次医療機関（大学病院や医療センターなど）へと転送されています。その結果、高次医療機関では重症患者だけ診る患者専門医療が発揮でき、開業医は多数の軽症患者の診療に専念する。どちらの収入も大きく、これはドクターにとっては非常に素晴らしいシステムなんですね。日本ではこのシステムしかないと思われているせいか、これに対して全く疑問が提起されません。

ところが、アメリカのシステムは全く異なるのです。私のいたニューヨーク州立大学のあるシラキュース市では、救急車は患者を拾ったら、その地区の最高の医療機関に連れて行かなければいけないと決められているのです。したがって私のいた大学病院では、1晩に、夜中だけで35台、脳外科だけでも6台の救急車がきました。当直の研修医は一睡もできません。このシステムで一番得をするのは患者です。風邪をひこうが捻挫しようが、ともかく大学病院へ連れて行かれ、最初からベストのケアを受けられるのです。軽症の患者は、応急処置のあと地元のかかりつけの医者に帰します。

このシステムが、なぜ日本で育たないのかといえば、ひっきりなしに救急車が来るので、大学病院の先生に授業研究をやる暇がなくなるからです。ところが、このシステムは教育上は非常に好ましいのです。学生が常に救急患者に接しているため、将来救急患者が少しも怖くない医師に育つ。

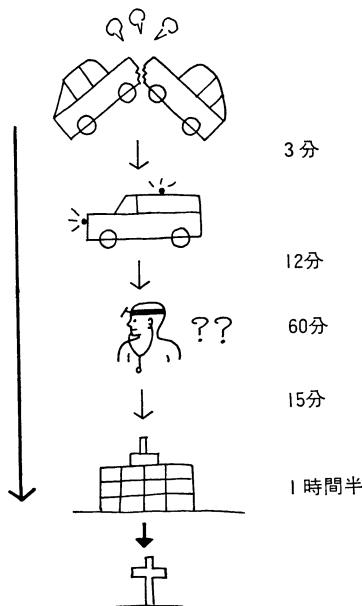


図1 日本の救急医療

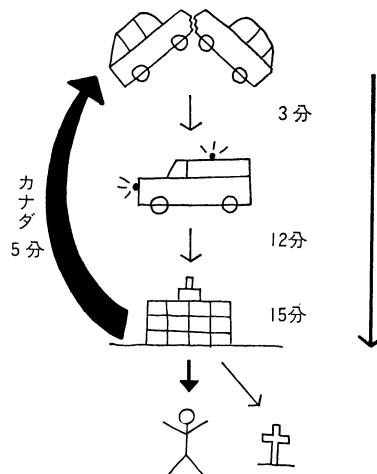


図2 欧米の救急医療

ところが日本のようなシステムですと、救急部が設置されていませんので、浜松医科大学のような国立大学病院には救急車はめったに来ません。ですから、救急医療を学生に全く教える事ができません。ですから将来、救急車がくると、手が震えて何をしていいか分からぬ医師が育ってしまいます(図1)。図2のように欧米の場合は交通事故が発生しますと、誰かが救急車を呼び、3分で救急車が現場に到着し、都会ですと平均12分でメディカルカルセンターに直行し、大体15分で医師の許に着きますが、そこには専門家がいますので、二度と動く必要がないわけです。

カナダのトロント市では交通事故が発生して救急隊員に要請がかかると、トロント大学の関連救済病院であるトロント市立総合病院救急部より、患者を運ぶ通常の救急車の他に患者を助けるいろんな医療機器や装置を満載した車(emergency supply car)が現場に直行しますが、その時に交通事故の現場と救急病院との間の交通信号がすべてコンピューターで赤になるのです。

私はその特殊救急隊員に1時間インタビューしましたが、信号は全部赤ですから、だいたい市内を時速120キロで飛ばして、2分で現場に到着するそうです。

す。現場で、たとえば人間がトラックの間に挟まっている場合には、30秒以内にガスバーナーでトラックを真っぷたつに割って人間を出してしまいます。必要なら気管内挿管や点滴は1分以内に始め、出血してショックを起している人には、代用血液をどんどん点滴します。そのころピーポピーポと救急車がやってくるのだそうですが（救急車はマイクロバスなので市内を高速では走れない）、欧米の最先端の患者中心主義の救急医療システムはここまで発達しているのです。

日本の救急医療では、図1に示したように、まず現場から救急隊に電話が掛かり救急車が3分で到着します。ここまででは欧米と変りませんが、大学病院ではなく、開業医のところに行ってしまいます。専門の違う患者の場合はそれから大学病院へ送ることになりますが、静岡県の平均では、大体1時間半のロスが出ます。これでは助かる患者も手遅れになったり脳死になったりするわけです……。

日本における疾患中心主義の医療の悲劇として、専門医療のタライ廻しとゴミ箱診断の問題があります。

例えば、頭痛と肩こりを訴える50才の女性が医者に行ったらどうなるかということです。アメリカではちゃんと家庭医がいますから、そこへ行けば適切な診療をしてもらいますが、日本にはそういう総ての面倒をみてくれるお医者さんがいません。内科に行くとどうなりますか？ 50になっていますと、たまたま血圧の高い人もいるでしょう。そうすると先生は、「貴方は血圧が高いから頭が痛いのでしょう」と言い、降圧剤をのませます。すると血圧は下がりますが、頭痛はちっとも良くなりません。患者さんは頭痛といったのに、先生はたまたま見つけた高血圧を一生懸命治療します。ドクターは患者を診ているのではなく、患者の中からたまたま拾い上げた病気を一生懸命治しているのです。

血圧が高くなければどうなりますか？ 血液検査や尿検査などをされるのですが、異常がないので、「風邪ですよ」と言うわけです。しかし風邪だけで頭痛と肩こりは出ません。風邪というのは急性ビールス性限局性的「上気道感染症」ですから、必ずノドの痛み、クシャミといった症状が出ます。

整形外科に行ったらどうなりますか？「年を取りますと、老化現象で頸の骨が変形性頸椎症になりやすいのです」と写真を撮られ、「だから肩がこるんですよ」と言われて、頸椎牽引療法をされますから、ちっとも良くなりません。

脳外科や神経内科に行ったら筋収縮性頭痛と診断され、婦人科へ行けば、更年期障害と言われます。メンスが止まつたらどうして頭が痛くならなくてはならないのか、そんな理由はどこにもありません。（笑）

また精神科に行けば、仮面デプレッション（仮面うつ病）と言われます。繰り返される日本の医療の悲劇というのは、医者が専門細分科して、自分の専門外の患者さんを診ないので、どんどん他領域のことを忘れて行く一方、医学はどんどん進歩するので、自分が医学部で習った専門外の知識というものは役に立たず、患者が来ると、自分の専門の中の病名で診断しようとする。ですから誤診し、しかもそれに気づかないということなのです。

それで患者は、風邪だと言われても治らないので、“あの医者はやぶだ！”と言って、よそへ行ってしまうわけです。ところが医者の方は来なくなったのは治ったと思う。そうするとまた次の患者さんが来ますので、また風邪という診断をしてしまう。

次に、60才の男性が仕事中に突然言葉が出なくなって、右の半身不随になってしまったとします。病院に行くと先生はCT（コンピュータ断層撮影）を撮って脳出血と診断し、緊急手術で血腫を取ってくれる。患者は助かり、リハビリをやって3か月後には、軽快して退院してゆきます。ここに日本の医療の隠された一断面があるわけです。こういう患者の幾人かは例えば2年後に、また突然今度は、左の半身不随を起こしてきます。この前は脳出血、今度は左半身不隨で右に脳出血があることがCTを撮って分かり、またその先生は血腫をとってくれますが、今度は両方の脳が障害されましたので患者は二度と再び社会復帰できなくなります。

どこに問題があるのでしょうか？脳卒中は長年の高血圧の結果で起こってくることが多いのに、この患者さんの高血圧は放置されたままでした。だからまた出血して倒れたのです。高血圧に対する健康管理上の予防措置の欠陥によ

る悲劇です。

日本の医療の骨格は、病気を治療するのは医者の仕事、病気を予防するのは保健所の仕事という考え方たによっています。国民は病気になったら医者に行けばいいと思っています。保健所が社会的な公害対策とか、衛生行政を通して病気の予防に努めてきた結果、結核が激減し、天然痘は無くなったのはご存じの通りです。では健康な人は無罪放免でよろしいのか！ という問題が1つ起こってきます。

それから、患者さんが医者に行った場合、医療の専門細分化のため、たらい廻しにされ、病気を治してくれるけれども、病人を癒してくれない、という問題も起こってきています。

今、国民の生命を狙っている「成人病」が新たに問題になってきています。その中で癌は、早期発見して治療してもらうために、定期健康診断を受ければよろしいのです。しかし病気になっていなくて、たまたま肥満があり、それを放っておくとやがて糖尿病とか、動脈硬化とかになり、脳卒中で倒れるのですが、その時医者に行っても間に合いません。これから医療は健康人が中心になる必要があります。

たまたま医者の所に頭を打った人がきます。その人がたまたま肥っている時、「貴方、肥っていてはダメですよ。肥えたままいるとやがて糖尿病になりますよ。中気になりますよ。やがて心筋梗塞になりますよ。ウエイトコントロールしなさいよ」ということまで頼まれもしないのに言ってあげたところで、一銭にもなりません。

そういうことで、現実の世界では医者は分かっていても言わないですし、患者さんも言われないから気がつきません。そして倒れて初めて「あんたこんなに肥っているのを放っとくから、中気になったのよ！」と言われても、患者さんは、やるせないばかりだし、既に手遅れです。

また、高齢化社会になって、ボケが出てきます。ボケには確かにその原因が分からぬアルツハイマー病もありますが、幸いにして日本では2/3が脳動脈硬化性の痴呆です。アルツハイマー病は原因が分からぬし、治療法もないか

らしうがないとしても、動脈硬化性の痴呆というのは、基本的に予防されるべき病気です。

一つは食生活の問題です。皆さんが非常に油っこいものを食べるようになってきて、コレストロールが増え、動脈硬化が増えて来た。脳梗塞になれば、半身不随や植物人間になりますが、チビチビと脳が障害されるとボケがきます。脳卒中の予防をすることは、そのまま動脈硬化の予防に、従ってボケの予防につながるわけですが、この問題に医者も興味を持たないし、国民の人も知らないで済ましているというわけです。

それから日常生活の悪習慣で、例えばお嫁さんが「おばあちゃんそこでゆっくりテレビを見て休んでなさいよ！」といって部屋に閉じ込めてしまいます。するとおばあちゃんは運動不足になり、ゴロ寝が始まり、寝たきりになり、床ずれとか、起立性低血圧とかいろんな現象が起こってきて、ますます起きられなくなります。また部屋に閉じ込められて孤立して、刺激もない抑うつ状態となって最後はボケていくわけです。それから最近気がついたことに、畳生活の弊害があります。日本のおじいちゃんおばあちゃんは背中が曲がっていますけれど、欧米では背中の曲がったおじいちゃんおばあちゃんを見たことがありません。日本独特の現象です。畳に丸くなって猫背姿で座りますので背中が曲がってくるわけです。そして畳の生活だとゴロ寝がすぐできますから、疲れたから休もうよということになり、足腰が弱くなります。歩けと言ってもどっこいしょとか、やれやれとか大変なんです。寒い時はなかなかこたつから出ません。私はよく患者さんの生活指導でこたつをまず捨てろといいます。欧米人は椅子の生活ですから、すっと立ちやすく、すぐに歩き始められるのです。居間と寝室が別になっていますのでゴロ寝もできません。

というようなことで、健康管理についても、体質の面でまだまだ日本の医療システムというのは病気中心主義であり、いろんな問題をかかえています。

たとえばある患者が腹が痛いといって医者へ行き、十二指腸潰瘍がみつかり、入院になった例をあげましょう。ドクターのカルテを見ると病歴の最後に職場変更とか、上司との折り合いが悪いと、ちょっと書いてありますけど、要する

に腹が痛いということと、十二脂腸潰瘍があるということで終わりです。ところが皆さんご存じのように、十二脂腸潰瘍というのはストレス潰瘍といふか、心身症です。同じ患者さんの、ナースの記録を読むと、腹が痛いというのと同じですが、それとは別に、実はこの患者さんのお母さんは乳癌で入院しており、生きるか死ぬかの重症であること、従ってこの患者さんは、乳癌の母親を看病しながら会社へ行っていること、そのため会社も欠勤がちとなり、上司とうまくいかない、ということの繰り返しになっているということが書いてあります。記録にはさらに、ドクターが、患者の潰瘍は非常に大きいから、下手すると穴があくかもしないと脅かしていること、それで穴が開いたら手術をして切ってしまうといわれたので、手術は嫌だということと、手術になったら家族の経済はどうなるのかということで、夜も眠れないということを書いています。

患者は、睡眠不足、下手をするとうつ病になっているわけで、飛び下り自殺してもおかしくない状態まで来ています。しかしそれらのことはドクターのカルテには一行も書かれていません。実際この人が飛び下り自殺をしても、日本では別に罪には問われないでしょう。ノイローゼぎみであったという新聞記事で終わりでしょう。

他にも例があります。ある69才の婦人が胃癌になって、医者が胃潰瘍と騙して手術をしました。胃癌だと当然再発します。ところが再発の時にこの患者は別の医者のところに行きました。その医者もまた適当なことを言うものだから、また別の病院に行き、最後的には大学病院に行った。ところがその大学病院の先生は、胃癌が再発したことが分かっていますから、「入院なさい」と言う。ところが患者は「冗談じゃない。私は忙しい、入院なんてできないよ！」ということで、入院を拒否しました。そこで延々と時間がロスされ、最後に患者は別の病院に行ったのですが、その時にはもう助かりっこない状態という悲劇になっているのです。

ほっておけば再発するのは外科医だったらわかっているはずなのですが、どうしてその患者は再発した時に切ってくれた外科医に行かないで、別の医者の

所に行ったかということです。その外科医が本当に人間を愛する医者だったら、胃癌を胃潰瘍とウソつくのは結構ですけれど、再発するのは分かっているのですから再発した時に、自分が面倒を見るつもりならば、「また何年か経って具合が悪くなったら、自分の所へ来なさいよ！ 私が手術してあなたのことはよく分かっているから、もう一度治療してあげますよ！」と言ってやれば、他の医者に行くこと自体は起こらなかったのではないですか。最初の外科医は、胃を切ったのはいいですが、胃癌だからどうせ治らないので、末期に自分のところに来たら足手まといになるから、わざとコミュニケーションをとらなかつた（そしたら患者さんは来ないわけですから），と考えたのではないかと想像するしかないという感じがします。ここでも継続的な医療がなされていません。

それから、本人に胃潰瘍というのは結構ですが、家族には胃癌と言っているはずだとしますと、またおかしくなつたら再発で大変なのだから、自分の所に絶対連れて来ないといけないと家族に教育してないといけないのですが、そういう教育もおそらくしてなかつたのではないですか。

それから近所の別の医者に行ったのは結構ですけど、その医者はなぜその外科医に連絡を取らなかつたのか。ここにも継続性がありません。

患者はなぜ近医から離れたのでしょうか？ そしてなぜ別の大学病院に行ってしまったのでしょうか？ やはりその大学病院の若手の医者は、その癌患者が「自分は忙しいから入院なんてできないよ！」と言った時に、ああそうかといって済む問題じゃないでしょう。この場合にこそ、癌の告知をしなければいけないのでしょうか。「あなたは胃潰瘍だと思っているから、そんなことを言っていられるんです。もっと悪い癌なのかもしれませんので今のうちによく調べましょう」とでも言うチャンスはあったわけです。あくまでも癌を告知すべきでないという信念だけでは、こういう患者さんのような例がどんどん進行して、早期治療のチャンスを逸するようになります。それでも医師は告知すべきではないのでしょうか。

ですから医者中心主義なのか、患者中心主義なのかというのは正にこういう

ところに出てきます。ところで、この患者はなぜしばらく経ってから、別の大病院に入院していったのでしょうか。要するに彼は転々と医師と医師の間を渡り歩いているのですが、これを今までのドクター達は、患者のせいにした。「あっちこっち医者をハントする患者が悪いのだ」といいますが、そうではないのです。現場現場の各ステージで出会ったドクターが患者の心を捉えていないから、患者が逃げ廻っているのではないか、と考えざるを得ません。

それからこれもショッキングな例ですが、4才の幼稚園の女の子がたまたま身体検査を受けて左の耳が聞こえないのが分かりました。「ママ、私の耳聞こえないよ！」というわけで、母親はびっくり仰天し、近所の耳鼻科開業医を受診しました。そしたら開業医の先生はこれは高度感音性難聴で治らないと言うのです。そこで母親はとんでもない話だといって、子供を抱えてある総合病院の耳鼻科に行きました。そこの耳鼻科の医長からも検査をして、やっぱり高度感音性難聴で治らないといわれたのです。これは突発性難聴で、確かに治らないのです。それでも母親は今度は医大の耳鼻科に行くわけです。つまりこの母親に何が起こっているかというと、子供の難聴を受容できていないのです。

たとえば脳卒中で倒れた人が半身不随になると、「オレは何で治らないんだ！この馬鹿野郎」といいます。でも、治りません。ですから治らないということを患者さんに納得させないと、患者さんは転々と病院を移って歩きます。リハビリをやっても治らないのはリハの先生が悪いということで、別のリハに行きます。これはやっぱりどこかでドクターが、その半身不随は治らないことはっきりと告知する必要があります。障害を受容させて、そこから自立させなければいけません。

ところが、受容させていないものですから、その母親も医大へ行けば治るのではないかというので、やっていくわけです。ところが医大の先生が何と言ったと思います？「二か所の耳鼻科で既に難聴が確認されているのだから、もう検査してもしょうがない。治りませんよ！」と言ってしまった。これは言ってはならないことです。母親はせめて医大の最新の検査機器にかけても聞こえなければ、納得しようと思ってるわけです。だけど医大の医者に言わせると、開

業医のところのオーディオグラムと、何とか病院のオーディオグラムと自分のところとは同じ機械ですから、どこでやっても結果は同じだというわけです。ところが、母親にしますと、そんなことは関係ない。医大の機械にかかってもやはり聞こえないことを確認したいという心理なのです。それなら無駄でも検査をやってあげればいいじゃないですか。そして「ああ聞こえませんね」と言えば納得したかもしれません。何も言わぬものだから、母親は今度は「この難聴は脳から来ているのではないか」と考え、夫婦そろって脳外科の外来の前をウロチョロし始めた。それをうちの看護婦がこれはどうもおかしいと問診して、ボクの所に「植村教授、これは先生ご自身でごらんください。ほかの若手でなく、先生にご覧頂く患者さんですよ！」といってきた。私がよく話を聞いたところ、母親が子供の難聴を受容していなかったわけです。この患者にすることは検査でもなんでもない、カウンセリングです。45分かけましたら素晴らしい結果が得られました。

私はこの時ほどカウンセリングの素晴らしさを身にしみて感じたことはありませんでした。ただカウンセリングは思いがけず良い方向に行くので、ドクターが事前に勝手に回答を出すのはあまり良くありません。

実は千葉大学にいた時、附属病院の脳外科の外来に来る患者さんの集計を取ったことがあります。患者さんが直接自分の所にやってくる、これを“飛び入り”，開業医のところに寄って紹介状をちゃんと貰って紹介されてくるのを“まとも”，開業医のところでちゃんと治療を受けていて、しかも治ってしまった人がひょっこりやってくる、これを“逃げ出し”と呼びます。（笑）1975年に調べたところでは、何と“逃げ出し”が50%，つまり大学病院の専門医のところに現れた患者さんの半分は、すでに開業医に診て貰っているのです。にもかかわらずやってくる。しかもそれを開業医の先生は知らない。それから“飛び入り”は25%，“まとも”は25%でした。最近、浜松医大で統計を取りましたら、大分様相が違います。“逃げ出し”が10%，“飛び入り”が55%，“まとも”が35%，でした。これは一方では開業医と患者、地方では医師会と大学病院とのコミュニケーションの問題です。

日本の医療は悲劇です。専門細分科しており、患者さんはどこに行っていいか分からなくなっているのです。

さっき言いましたように、肩こり、頭痛を訴えるおばさんはどこの病院へ行っていいのか分かりませんから、とりあえず、どこかの病院へ行く。ところが、全く違う診断を下されるというのが、複雑怪奇な日本の医療システムなのです。アメリカも自由診療という点では日本と同様で、耳鼻科、眼科、脳外科などの開業医が沢山います。ただアメリカには救い神、すなわちファミリー・メディシンという家庭医がいます。ですからファミリー・ドクターのところに行けば何でも診てくれます。私が1960年にアメリカでインターンをやっていたころの初診料ですが、耳が痛い場合、ファミリー・ドクターのところに行けば5ドル、耳鼻咽喉科へ間違って行くと35ドル取られます。ですからアメリカ人はよっぽどお金持ち以外の人は、専門医の所にはまず飛び込みません。イギリスでは、日本と違って大学病院にいきなり行くことは法律で禁止されています。それから開業医が専門細分科すること自体も法律で禁止しており、開業医というのはGP(general practitioner)しかいません。GPというのは一般診療科です。GPの紹介状がなかったら病院には行けません。従ってGPが行なってる医療が、全科的、全人的医療ということになります。

私の考えている患者側から見た医療というのは、やはりGPがいて、ある人が、生まれてから死ぬまで面倒を見てくれ、病気になってもすぐ駆け込めばなんとかしてくれます。難しい病気は総合病院の専門科外来へ紹介入院させ、退院してくるとまた面倒をみてくれ、死ぬ時もちゃんと脈を看取ってくれ、いわゆるターミナル・ケア、ホスピス・ケアもやってくれるというものです。つまり継続的な医療ということです。

そういう意味では、私は欧米のいろいろなケースを見ていて、やはりイギリス型というのが、何となく人間的で魅力があるような感じがします。ですからイギリス型のプライマリ・ケアというのは、結局第一線の医療現場で基本的な医療(病気を治す)をすると同時に、保健(健康管理とか健康増進)も地域住民に職場単位で継続的に提供してくれることなのです。これが日本にないところ

ろに、日本の医療の悲劇があるのではないかと感ずる次第です。

いま全人的と申しましたけれども、病気と病いとはどう違うのでしょうか？人間というのは心と身体からできていて、身体の臓器（部品）が障害されたのを病気と言います。臓器別の専門医というのは、いわゆる、臓器（部品）の修理屋みたいなものです。ところが患者が病気になると、いろんな不安が出てきます。病気になったことが心に作用していろんな不安が出てきます。これを「病い」といいます。

伝統的な古典的医学では、病気を治せば病いも治ると考えます。だから医者というのはあくまでも病気を治せば良い、という疾患中心主義の医療が日本に起こっているのです。ところが疾患は治っても、病いが取れていないのが現実なのです。

たとえば交通事故でムチウチ症になり、整形外科へ行くとムチウチですよと言われ、確かに治療を受けて治ります。しかし10年経ったら頭がボケるのではないか、てんかんになるのではないかとかいう不安はちっとも治っていないのです。そして将来、風邪を引いてもムチウチのせいじゃないか、と常にそこに話がもどります。ですから病気を治しても不安はちっとも取れないので、不安 자체をも専門的に治さなければいけません。ではその心の病いは精神科に行けばいいかというと、そうはいきません。心の病い精神病というわけで、病いから発生したのは、精神科では扱ってくれません。ストレスが心に作用して、身体の調子が狂ったのを心身症といい、その代表的なものが十二脂腸潰瘍です。ですから十二脂腸潰瘍というのは身体疾患として捉えると簡単に治りますが、患者のストレスを治さない限り、十二脂腸潰瘍は繰り返し再発するわけです。日本では再発した場合は切って取ってしまいますが、それでは治っていないのです、ちっとも！

同じ心の悩みでも、心療内科という新しい分野で扱われている心身症といわれるものがあります。ストレスが作用して心がいたむものの中にうつ病があります。うつ病になると精神科医が手を貸してくれますけれど、イギリスでは、うつ病はやはりプライマリ・ケアのレベルになります。これは医療の捉えかた

の問題です。というのは精神だけ治しても「病い」は治りませんから……。

私の外来に来る患者さんはほとんど慢性の頭痛の患者さんです。心身症の人々が90%以上きます。良性の慢性頭痛というのは、疲れ、寝不足とかで起こってくる自律神経失調症みたいなものです。しかしそうしてストレスで総ての人が慢性頭痛になるわけではありません。なりやすい患者のタイプがあるのです。神経質で完璧主義者です。これは常時緊張していて、ストレスが発散できないからなるわけです。また内向的、孤立的、趣味がないという人がストレスにかかると、発散できないものですから頭に来ます。それから仕事一途の人は定年になってやることがないからボケてくるとか、教育ママは子供が育った後することがないから更年期障害になるとか、こういういわゆる生活がらみの健康問題がこれから医療で非常にポイントになってきます。こういう医療を一体どうやって医学教育に取り入れたら良いのかという問題があります。

患者はもちろん病気も持っていますが、必ず不安とか、いろんな心の病い（心理的問題）、さらに経済的・社会的问题をも持っています。しかし、現にドクターは病気だけしか診ません。そうするとこれらの問題を一体どうしたらよいのでしょうか。確かに社会的問題にはソーシャルケースワーカーがいますし、心理的問題にはカウンセラーや精神科医がいるわけですけれど、ドクターがそういう問題を持っていることに気がつかなければ紹介状も書いてくれないわけで、これは困ります。

ここにナースの第二の役割というのが、最近言われているのです。ナースというのは、ドクターの助手だけではなく、ドクターが気がつかない問題を気づかせる役割を持ち、一種のアドバイザーであるという認識がされつつあるわけです。

医療におけるコミュニケーションの三角形というものがあります。患者にとっては、ドクターは雲の上の人でなんとなく恐くて何も言えないのですが、看護婦さんには、お友達のように何でも言えるのです。その証拠に私達が回診して患者さんに「具合どうですか？」と申しますと、「結構でございます」とおっしゃる。ところがドクターがいなくなってナースに行くと、「腰が痛いんだだけ

ど何とかしてくれない！」とこうくるわけです（笑）。これが分かっていないナースだと「先生が聞いた時は何ともないといっていたのに、……自分で言いなさい！」と言います。これは最低のナースです（笑）。やはり母親的な役割をして、「あなた、ドクターが恐くて言えなかっただの？」私が先生のゴキゲンの良い時に聞いておいてあげるわね」というようなのが本当のナースの姿です。

あるドクターに言わせると、患者というのは、ドクターには三割しか本音を吐かないのに、ナースには七割本音を吐いてしまうそうです。この現象を医者の方が理解していないところに一つの悲劇があります。

一例をあげます。私がアメリカの教育センターから帰った時に、37才の脳腫瘍の女性が入院していました。研修医に「患者さんの問題は何だ？」と聞きますと、「脳腫瘍ができています」と答えました。「どうするのか？」と聞きますと、「手術します」と言います。「ではこの患者さんは他に問題はないか？」と言いますと、受持ち医は「脳腫瘍があるだけです」と言うのです。ところが私が回診しようと思って、部屋に入ろうとすると、看護婦さんが寄って来て、「なかにいらっしゃる方は、ここの第1外科の先生の奥さんですよ！」と言いました。これはすばらしいことです。ドクターの妻ということが分かれば、私の回診の仕方が変わります。脳腫瘍というのを、いくらドイツ語に訳してHirntumorと言っても恐らくわかってしまいます。したがって病気の話はしませんでした。医局会を開いて、研修医に「あの患者は脳腫瘍になっているのを知っているのか？」と聞きましたら、「知っているわけないでしょう。だって私は言ってませんから」との答えでした。それで、そこにいたさっきのナースにも聞いたところ「あなた（研修医）！　1日2回どこを見て回診してるのよ！　この患者さんは1週間前から、自分は脳腫瘍だと知っていますよ！　顔みたらわかるでしょ！」と叱りつけてしまいました。

そこでこの研修医に、「お前はいつも勤務室で看護婦を怒鳴ってばかりいるだろう。でも怒鳴っている相手は、お前よりもすばらしい。お前の知らないことをわかっているし、患者の心の中が読めるのだよ」と悟りました。

『必要は発明の母』という諺がありますが、『ニードは学習の根源』なのです。ニードのない教育をしても、頭の中には入りません。ですからいまの「患者さんの心を把むことは大切である」ということを、研修医を集めて講義をしても役には立ちません。チャンスを待ってタイミングよくないと効果が上がりません。

昔は“おどし”の教育と言わっていました。教育心理学の人は“おどし”ではダメで、“おだて”的教育をといわれるのですが、私は小学生はおどしでいいけれど、大学を出た人間をおだてても始まらないと思っています。私は“気づき”的教育の重要性を強調したいのです。

医療における患者さんの心を把むことの重要性を説得してもしょうがないということではいけません。気づかせなくてはいけません。気づかせるにはそういうチャンスを待つか、シミュレーションを仕込んでおいて、目覚めさせるしかありません。特に、そのような行動科学の教育は、サイエンスの教育とは違って、アートの世界です。その教育技法は、実習の現場で問題にぶつかるまで、教授は一言もものを言わないということです。このようなアメリカ型の体験学習、ニード立脚型の教育でいくしかないと思います。

---