

筑波大学医学専門学群同窓会



桐医会会報

1998. 3. 6 No. 42



第17回桐医会シンポジウム

テーマ：「いい医者の条件」

平成9年5月24日（土）

目次

・第17回桐医会シンポジウム	.....	1	・古今東西、学園祭今昔	.....	33
「いい医者の条件」			・名簿訂正のお知らせ	.....	34
・小田晋教授最終講義	.....	17	・第18回桐医会総会のお知らせ	.....	34
・海外病院実習報告	.....	30	・編集後記	.....	34
6年 桂 行孝					

第17回桐医会シンポジウム

テーマ：「いい医者の条件」

日 時：平成9年5月24日（土） pm3：30～pm5：30

場 所：医学専門学群棟4 A411

シンポジスト：10回生 鈴木謙介先生（脳外科、総合守谷第一病院）

11回生 向井陽美先生（血液内科、筑波大学附属病院）

15回生 高橋実穂先生（小児内科、筑波大学附属病院）

16回生 大越 靖先生（内科、つくばセントラル病院）

17回生 的場公男先生（外科、筑波大学附属病院）

司会 鮎澤 聰先生（7回生、筑波大学大学院DC医学研究科）

鮎澤 それではシンポジストの方々がお集まりになつたようですので、第17回桐医会シンポジウムを始めたいと思います。私は今日の進行を務めさせていただきます鮎澤と申します。7回生で今医学研究科の4年生に所属しております。四年前までは脳外科の臨床に携わっていました。今日どうして僕が司会をおおせつかったのかよく分からないんですが、桐医会の堀君と、意味論やコミュニケーションについて色々話し合ったことがあるためか、あるいはこの前たまたま廊下ですれ違ったときに指名されたのか……。不慣れですがなにぞ宜しくお願ひいたします。

今日のテーマは、「いい医者の条件」という、非常に大々的なテーマなんですね。皆さんすでに考えておられると思いますが、これは本当に難しいテーマなんですね。それは内容的に単に漠然としているという事だけではなく、そもそも良いとか悪いといった問題はいわゆる意味や価値と関係して、一義的にこうだ、というのが非常に決まりにくい側面をもっているからだろうと思います。従って、その評価といつてもそうそう容易なことではないと、おそらくこの宿題のテーマを見て感じられたのではないかと思います。飲み会の席だったらいざ知らず、ディスカッションとして話がまとまるような内容なのか、僕も非常に不安ですが、ただ確かなのは我々臨床医にとっては、この命題は避けて通ることが出来ない、というよりもむしろ常に考えて問い合わせなければならぬ非常に重要な命題だと思います。ですから、オフレ

コ有りの会のようですから、どんどん自由な意見を構えずに述べていただければ非常に有り難いと思います。

それでは最初に自己紹介から始めさせていただきたいと思います。今日は非常に若手のシンポジスト5人にお忙しい中お越しいただいております。皆さん臨床でやられている方々ですよね。ですから臨床医という偏った面もあるかと思いますけれども、臨床医の語るいい医者というのと同時に、個人的な、医者という立場から離れたい医者のイメージなど、視点を変えて話していただくのもまた結構だと思います。では各々のいい医者を語るにあたっての必要な自己のバックグラウンドなどを交えながら皆さんのプロフィールを簡単に述べて頂けたらと思います。それでは17回生の的場先生宜しくお願ひします。

的場 はじめまして。私は平成8年の3月に本大学を卒業いたしまして、外科のレジデントとして一年たとうとしています。宜しくお願ひします。

鮎澤 では16回生の大越先生お願ひします。

大越 私は本学を卒業して3年目になります。福島県安積高等学校出身というところですけれども、私もこのような会が有るということは初めて知ったんですけれども、できれば会報が送られていたのを見ながら、なにぬかすと言いながら読む方が気楽だなあと思っていたんですけども、今日は重責にいいのかなあ、と思っているのですが、頑張りますので宜しくお願ひします。

鮎澤 では、14回生の高橋先生お願ひします。

高橋 14回生で卒後5年目の高橋です。今年の1月に結婚して猪狩から高橋になりました。私は1年目は大学病院の小児科で研修しまして、2年目3年目と水戸の県立こども病院で研修しました。その2年間の間、1年間半は新生児ということで、NICUで勤務しておりまして、また、4年目5年目ということで、大学の方で研修させていただきました。今日は宜しくお願ひします。

鮎澤 それでは11回生の向井先生お願ひします。
向井 11回生の向井です。高校は鮎澤先生の後輩です。大学は筑波大学で、卒業して今年で8年目になります。2年間内科のレジデントとして研修した後、大学院に行きまして、4年間大学院生活を送って卒業しまして、産休が重なってしまったので去年の5月からなんですかけれども、またレジデントに戻りました。いま一応S2扱いになっておりまして、フィックスは血液内科です。いま、ローテーターが非常に少ないので、やっていることはジュニアレジデントと同じで、朝の採血から輸血からケモテラの詰めから、何から何までジュニアレジデントと同じ様なことをしています。自分ではJ8と呼んでいます。今日は宜しくお願ひします。

鮎澤 では10回生の鈴木先生お願ひします。

鈴木 10回生の鈴木です。鮎澤先生の後輩で脳外科をやっておりまして、9年目になります。鮎澤先生にはジュニアの1年の時にお世話になって、点滴の入れ方から写真の探し方から、全部教えていただいたので、こういう所でこういうふうにお話しするのはちょっとやりにくい所があるのですが、自分なりに考えてきたことを今日は発言できればいいなと思っています。今まで大学病院をはじめとして、筑波記念病院、メディカルセンター、西南医療センター、国立水戸病院、大学のチーフを経て、今は総合守谷第一病院で脳外科をしています。宜しくお願ひします。

鮎澤 では5人の先生方の自己紹介が出そろいましたところで、あらかじめお伝えしてありました資料にありました様に、まず最初に今までに出会ったいい医者という事について、語っていただこうかと思います。これは、もし自分がシンポジ

ストだったら非常に困るだろうなあと、考え考えたんですが、とりあえずシンプルに今までいいと感じた医者ということに関して、語って頂ければと思います。そしてその中から、一体全体皆さんのが何をいいと考えているのか、ほんやりとみんなで把握をしながら、ディスカッションの始まりとさせて頂きたいと思います。では最初に鈴木先生からお願ひします。

鈴木 では私から発言させていただきます。自分の出会ったいい医者、先輩方、後輩方も含めてなんですかけれども、いい医者というのは見る観点からしてずいぶん違うと思いますので、一概には言えないんですけれども、個人的に言いますと、私は脳外科医ですから、まず脳外科医として尊敬しているのは、M病院のM先生です。あとはフィジシャンとして尊敬しているのは、T病院のK先生で、彼のようなモチベーションを持ちたいと考えています。もっと近い理想としては小児科にF先生という先生がいらっしゃるのですが、剣道部の2年先輩ですが、自分なりに考えるとその3人の先生を挙げたいと思います。それぞれ尊敬している面があるわけですかとも、そこまで話すと長くなると思うので。

鮎澤 どうぞ十分に話して下さい。

鈴木 M先生の場合は脳外科医として非常に幅広い実力をお持ちになっているという事です。脳外科は専門医指向が非常に強く、特別な事が出来る医者が優れているという価値観の対極に、いかに幅広く出来るかというのも医者の能力だという価値観もあると思います。M先生は脳外科のジャンルでしたら何でもこなす先生でいらっしゃる、というのが尊敬している点です。K先生は内科の先生でいらっしゃいますから、やっていることは具体的に違うのですが、非常に患者さんに対して優しい、という事が一つ、あとは臨床医としてバランス感覚をとろうと努力されているという事です。大学にいらっしゃった時には、直接は剣道部でのつきあいしか分からないのですが、T病院に出られてからは、もちろん風邪っぽいから全部見られているわけですけれども、非常に柔軟性がある先生だと感じていて、まねできる所はしたい

な、と思っています。F先生はもちろん小児科の先生ということもあり非常に優しい、というのが一つですね。それから非常に学術的にも活躍されている。それからチームという、一つの病院の中のチームで非常に役割分担、つまり自分のやるべき事というのを必要なことは必ず、しかもやって欲しいなということも手伝って頂けるという事で、一緒に仕事をさせて頂いたときに、医者の立場からああいう先輩になりたい、ああいう医者になりたいと思いました。この3人を挙げた具体的な理由は以上のようなことです。という事でよろしいでしょうか。

鮎澤 最初の脳外科の先生の方は外科医として幅広い実力、内科の方の先生は、バランス感覚を伴った幅広い実力という事ですね。

鈴木 僕は内科の方は分かりませんので、どのように幅広いのがいいのか分からないのですが、内科としてというよりも、医者としてです。人間性というか、これもまた後でディスカッションになると思うのですけれども、ものの考え方とか。そういう事をいつも参考にさせて頂いています。

鮎澤 はい。有り難うございました。では次に向井先生お願いします。

向井 何人かいらっしゃるんですけれども、身近なところで言うと、うちの血液内科の一人目、N先生を挙げさせて頂きたいなと思います。それから女医さん、特に家庭持ちというか子供もいる女医さんとして、あそこまではなかなか出来ないぞと思っているのが、小児科のS先生。それからレジデントとか何年かやってて後輩なんですけど、非常に優秀というか、偉いなと思うのは、いま、泌尿器外科の2年目のレジデントのO先生っていうらっしゃるんですが、彼が血液内科にローテーションされてたんですけど、その時の様子が後輩ながらなかなか尊敬できるなど、思ってみています。N先生については、直接の上司といいますか、先輩に当たりまして、研究の方も、ご存じの方いらっしゃるかと思いますけれども、N先生のご専門は巨核球の方なんですけれども、他の人が考えつかないような、具体的に言うと、巨核球が足をのばしてそこから血小板ができるというのが

お得意なんですけれども、それをビデオでずっと追って、本当に血小板が放出されるところを撮って、実際にそれを明らかにしたというのが、特に私は画像的にも目に入っているので印象的なんですけれども、若い頃から巨核球に興味を持って、ずっとそれを今になっても巨核球系統の造血に関して一本筋を通して研究なさっているというところが、研究方面で尊敬するに値すると思いますし、N先生の場合は病棟などにもどんどん来られて、臨床の面でも患者さんを細かく診るとか、あと本当にこれでいいのかなとよく言われるのですが、本当にそうか、本当にそうかと、よく聞かれて、自分のやっている事が本当に正しいのか、いつも考えてみろ、というような事を教えられているような気がします。それからS先生は直接一緒にお仕事をさせて頂いたことは無いんですが、はたから見ていて、小児科のレジデントというのは非常に忙しいと思うんですね、朝も早いですし夜も遅いですし、それでお子さん3人いらっしゃるんですけれども、それにも関わらず、ご主人のお弁当をいつも作っていらっしゃいますし、防災のおじさんがS先生っていう寝ているのかな、っておっしゃっていたことがあって、いつも夜中にふっと出てきて、何か仕事されて、また明け方帰って行かれるとか、それでまたたぶんおそらく子供さんの保育園に行く準備とかをしてまた、ふつうの時間に出勤されてこられる、というような事を見たり伺ったりして、そこまでやるのって凄いなって尊敬しています。それからO先生は、去年血液内科を回ったときはまだ1年目だったんですけども、凄く患者さんことをよく診る、観察するというか、身体所見をちょっと何か変化するとよく診ているし、またカルテの記載も、細かく要点を得て書いているという、それが凄く忙しいときでも、いつもこうきちんと書いてあって、アセスメントもよく本で調べてきちんと書いてありますし、そういう基本的な態度がどんなに忙しくても、きちんと貫き通しているというのが凄いと思います。いま、泌尿器科のレジデントが非常に少なくて、どうも下の方のレジデントが2人しかいなくて、2人で40人くらいの患者

さんを診てるって言ってるんですね。400病棟とかで患者さんが同じ病棟になることがあるのですが、確かに大学で20人患者さんを持っていると非常に忙しいと思うんですけれども、それでもやっぱり血液内科を回ったときと同じような感じで、夜中に一生懸命カルテ書いて、それもやっぱりきちんと書いてあるという姿を見ると、この子凄く偉いなと思って、そういう基本的な臨床医としての姿が素晴らしいなと思います。一応その3人を挙げたいと思います。

鮎澤 有り難うございました。では高橋先生お願いします。

高橋 私も3人いるんですけど、1人目は、医者という職業を選ぶときに、この人を目指そうと思った人で、もう一人は小児科という科を選ぶときにこういう考え方の小児科医になろうと思った人と、後もう一人は女医として小児科として尊敬する人で、3人います。一人目はM5の時に学生実習で回ったときの、A先生なんんですけど、別に循環器外科に行こうとは思ったわけでは全然無いのですが、心カテのクルズスの時に、1、2年目で君たちの医者としてのポリシーとか、スピリットが決まると言われて、何科に行ってもそのスピリットは1、2年で感じ取れ、というような事をおっしゃっていたんですね。それが、なるほどと思って、1、2年目はきっと自分でも上の先生に教えられたことをまずは飲み込んでやって、自分で考える時間はあまり無いなと思っていたんですが、なるべくスピリットとかそういうものを盗もうと思ってやってきたつもりです。A先生には循環器外科、小児科で非常にお世話になっているんですけども、やはり子供によっては予後が非常に悪いという事があって、その時にお話しする機会があって、「明るくやる事で次の子次の子という様に、つなげていきたい」というような事をおっしゃった時に、小児科もそういうスピリットが必要だなという考えを持ちました。二人目は、私自身子供が好きだったので、イコール子供が好きで小児科を選ぶとちょっとつらい症例に当たった時に、自分で耐えられるかどうかというのすごく不安で、小児科を迷っていたんですけども、

6年生の実習の時に日立のNICUに行った時なんですが、今はいないのですが、K先生という部長の先生がいらっしゃって、その先生が「私たちに出来るのは、生まれてきた意義を考えることだ、それは小児科しかできない事だ」ということをおっしゃっていて、具体的に言うと、治療方針とかその様なことを文献を調べてこれがいいだろうという様にやること以外に、この子にとって今何がいいだろかとか、極端なことをいえば治療をやめることもこの子にとって良い事の時もある、という様な感じで、一つ一つディスカッションする事が、この人の生きてきた意義とか生きてきた価値を見いだせることだと言われて、ああ、なるほどと思いました。3人目は私も向井先生と同じなんですが、小児科に入って、忙しい中でS先生の姿を見て、やっぱり、良いなと思ったのは、小児科は特に、某教授の下でみんなたくさん修行をしていたんですけど、凄く忙しいので、削る順番としてはまず自分で、次に一番近い身内の人、という事なんですね。そういう意味ではS先生は旦那さんとか、子供さんという自分に近い人を大切にしているというか、医者としてだけでなくそういう面で凄く尊敬しています。以上の3人です。

鮎澤 はい。では大越先生お願いします。

大越 私はまだやっと二年間終わったところで、学生時代を含めてずっと、出会う先生出会う先生それぞれに良いところがあって、特定に絶対にこういうお医者さんになる、という理想の一人というのは、特にまだ見いだせてないというか、いわゆる今日の論題のいい医者という様な一人の絶対的ないい医者というのはまだ見つけていないのですが、やっぱりそれぞれに本当に同期の先生も後輩の先生もいい先生がいて、結構学ぶところがたくさんある、という様に思っています。一応その中でもやっぱり挙げるとすれば、私は一人は去年に僕はメディカルセンターにいたんですけども、その内科のN先生は、僕も心臓カテーテル検査というのはどの辺からどういうところがうまい、というのは分からないのですが、非常にうまい先生だというふうに思っていて、素人目ながらにもうまいというか、術後もコンプリケイション

も無いし、ずっと終わる。けれどもそれを凄く楽しそうにやるし、手は抜かないし、術後も自ら患者さんの所に行くというところで、どんなに疲れていても常に同じようにやる、夜中でも同じようにやる、と言うところが尊敬できると思っています。もう一人はこの前、呼吸器内科を大学最後に回った時なんですけれど、チーフレジデントのT先生の下についていたんですけれど、回る前は非常に厳しくて細かいチェックが入るという話を聞いていたんですが、一緒に回らせていただくと、本当に正論というか、ちょっと内科になれてきて、これはこうだよと言いながら細かい所見を取りました患者さんを見に行ったりというのをおろそかにしがちなところを、まずそこから始めるというか基本を大事にする、正論を言われる、というところで尊敬します。あともう一人は同期の先生でM先生っていうんですが、私は忙しくなると、嫌みを言いながら、やってらんねえよ、と言いながらやらないと、なかなか爆発してストレスがたまってしまうんですが、平然とどんなに忙しくてもマイペースでやる。で、患者さんに対する態度も崩れないし、仕事の内容も同じように淡々とやっている、というのが凄いなと思います。その3人です。

鮎澤 では的場先生お願いします。

的場 私も大越先生と一緒に、具体的にこの人についていこうとか、そういうのはまだはっきり無いんですけども、それはちょっと残念な事なのかもしれないんですが、ただ少なくとも外科医になつたんで、とりあえず外科の中で誰かいないかなと、一生懸命考えたんですけども、みんな例えばオペ室とか、終わっても適当なこと言ってて、あいつはここが上手いとか下手だと、色々言ってらっしゃいますよね。ですが自分で手術したことは殆どまだ無いので、何がどう難しいのか、何がどう上手いのか、どれくらいが標準なのか、どこが超人的なのかとか、分かんないんです。だから少なくとも外科医としての技術も含めた面での評価というかこの人はいい先生だ、というのははっきり言ってまだ分かりません。ただ臨床に携わる者としての基本的な姿勢というのに關

しては、T先生なんですけれども、私は外科医になって最初のローテーションが麻酔科だったんですね。もちろんすごくやる気があつてきっと目がきらきらしていたと思うんですけども、なんだ麻酔科かと思って、それなりに適当にはやっていたんですが、その中でT先生という当時チーフレジデントの先生でしたが、外科医の経験もある方で、右も左も分からぬで適当に何とかやっている僕ともう一人外科医の一年生がいたんですが、お前ら外科なんだから、ちょっと他の科から回ってきてている方とか、あるいは麻酔科にそのままフィックスされている方とはやっぱり違うんだからという事で、もちろんT先生の個人的な思い入れもあったんでしょうが、色々基本的なことを教えてやると言われて、毎日麻酔以外のことを一生懸命教えていただきました。例えば、本当に日常の些細なことなんですが、挨拶をちゃんとするとか、オペ室から出てくる時にスリッパをちゃんとかけたずけるとか、あとは仲間は大事にするとか、人の悪口は言わないとか、色々なものを独り占めしないとか、言い訳しないとか、ハイと言ひなさいとか、その様なことを色々聞いていくうちに、それが凄く大事な事なんだなという事が分かつてき、一番大事だったのはやはり、自分がいそがしい時には、いずれかの形で周りの方や先輩方に頼らなければいけないわけで、同時に同じように自分を必要としている人がどこかにいることが臨床の場ではよくあって、その様なことを全然苦痛と感じずに、当たり前のように、もちろん自分のことは最大限やらなければならないのですが、人の事もグループの責任というか、臨床に携わる者の責任として、協力してやるという姿勢に、僕は凄く感謝しています。一応まだ経験が無いので、今はT先生を挙げさせて頂きます。

鮎澤 皆さんだれ一人として教授の名前を挙げた人がいませんでしたが大丈夫ですか（笑い）。色々忌憚のない意見を述べていただきましたが、伺ってますと、自分の立場として尊敬できる人というのを述べて頂いたようですね。尊敬できる人イコール社会的にいい医者かどうか、そのあたりを簡単に、特に女性の先生方はやはり女医として

尊敬できるというのが多かったんですけども、そういう人はやはり社会という目から見てもいい医者として尊敬できる、という様につながっていくものでしょうか。

向井 S先生はやっぱり素晴らしい先生なのでもちろん患者さんの方から見られても、すごく信頼できる先生だと思いますし、S先生に限って言えば社会から見ても非常に素晴らしい先生だと思います。女医としてやってきて一つ思うのは、わりと女性の患者さんは女医さんというのを意識しないというか、かえって良いと思ってくれるのではないか、という感じを受けることが多いのですが、やはり私たちはまだ年齢的にも若いですし、経験が浅いので、特に中年以降の男性の患者さんの目からすると、やっぱりちょっと頼り無いと思われているのではないか、というのはよく感じます。その様な目から言うと、患者さんから見て若い女医さんというのは、やっぱりなんだか娘みたいで、そのことがちょっと引っかかるという事もあるのではないか、と受け取ることが結構あります。ふつうに白衣を着て歩いていても、ちょっと看護婦さんと言われることはしつこいありますし、入院している患者さんとか長く通院している患者さんでつきあいが長くなってくると、その様な事は無いんですけども、やはり外来にばっくと来られたような患者さんとか、初めてあった人というのは、やはり患者さんが思い描くお医者さんの像の中で、若い女医さんというのはちょっとマイナスの要素になっているのではないか、と思う事はしばしばあります。

鮎澤 高橋先生も尊敬できる人は社会的にも尊敬できますか。

高橋 それは出来ます。

鮎澤 分かりました。僕は今この5人の先生方の話を伺っていて面白いと思ったのは、皆さん非常に現実的な人の名前を挙げていらっしゃったんですね。昔小さい頃にかかったお医者さんとか、赤髪先生とかは出てこない。古典的ないい医者というのは赤髪などにみられるように、己を犠牲にするイメージが有るんですね。ところが、昨今テレビで「ER」といった番組を見ますと、そういう

イメージ像は無いんですね。何というか社会の中で一生懸命生きていて、己を犠牲にしている面も勿論ありますけれども、その中で各々の人間が恋のいざこざとか家庭の問題とかを乗り越えていく、むしろそういったところを映し出していますね。今の意見を聞いていてもいい医者のイメージというのがかなり変わってきたいるのかな、という気もします。もっとも「ER」の方が我々にとって現実味が有ることは確かだと思います。

ところで、いい医者について皆さんの意見の中には「何々として」ということが必ず出るんですね。脳外科医として、内科医として、女医として、あるいは臨床医として、とか。やはりその立場立場で良いというイメージは違ってくると思うんです。その辺が良さという事を考える上で難しいところだと思います。難しいのでとりあえずいいとは何かという事はおいときまして、もう一つの今回のテーマであるその良さの評価ですね、評価という方を先に議論してみたいと思います。それで、いい医師に関する評価というのが一体全体世の中に有るのかどうか、僕も図書館で少し調べてみたんですが、殆ど無いんですね。医学教育としての教育アセスメントという事では有るのですが、社会としての医者の評価というのはあまりないようなんです。そもそも日本では、大学などの教育の外部評価という事自体最近やっと導入されてきたという事情が有りますから、あまりなじんでない事なのかも知れません。いい医者の外部評価が可能かどうかという事で、たとえば治療成績や治癒率、寛解率といったことがあげられていますが、それらがいわゆる外部評価、いい医者の評価となり得ますでしょうか。そのあたりからいきたいと思います。では鈴木先生お願いします。

鈴木 評価方法は非常に難しいと思います。例えば車を評価するときに経済性とか居住性とか色々菱形にしてそれが丸ければ丸い方がバランスが取れているという事です。そういうのが一番簡単に考えられる評価方法だと思います。しかし、例えば寛解率、治癒率、これをコントロールしようと思えばいくらでもコントロールできるわけですね。治療成績や手術成績を挙げなければ手術の件

数を減らせばいいわけですし。セレクションが可能ですからそれが全ての評価にはならないわけです。例えばいい医学生をどうやって手に入れようかと医学部が考えたときに、評価をどうやってするんだという事に通じるのではないかと思うのです。なんとお答えして良いか、この評価方法はやっぱり我々の頭では考えつかない。例えば民間病院ですと常に経済的なことを考えに入れなければいけないわけです。ですから、高度な医療を無理してやるという事が決して民間病院のメリットにはならない、というような事も考えに入れておくような医者でなければ、そこでは使いものにならないのは事実だと思います。経済的な事ばかり考えていて、本当にすべき事をおいておくというのも勿論問題なわけです。そこらへんはバランス感覚という、これは逃げの言葉なんですが、そのバランスをどうやって評価するかは、私自身も非常に興味の有る事ですし、今後検討されていくべき事なのではないかと思います。それから、いい医者の条件というのは一言では難しいと思います。私自身結論が出ないのでアンケートをうちの病院で数人にとて、医者と看護婦さんが対象ですが、実は医者の回収率が非常に悪くて、その中でも医者の方からは、大切なのはフレキシビリティという感じが強く出ていると思います。色々な要求に応えられるだけの実力を持つという事が大切ではないか、という事がメインです。それに対して看護婦さんからは、まず人間性であると。挨拶がちゃんと出来る、威張らない、服装、言葉遣い、髪型がちゃんとしている、人間としての最低限のモラル、という事でちょっとショックを受けました。求めているところが全然違うわけですね。今ちょっと先生方の御発言を聞いていると、そういう言葉を出したのは的場先生ですよね。ちゃんとスリッパをそろえる。これはとても大切なことで、それはたぶん彼にまだ初々しい気持ちが残っているという事なのではないかと思います。僕もそういうことはずっと忘れていましたけれども。アンケートを見ると、本当に医者の意見と看護婦さんの意見は違うんですね。ここに患者さんが入るとまた違うと思うんですけれども。こ

れは人ずてに聞いた話なんすけれども、もっと大きい世論調査で患者さんとして医者に何を求めるか、というとよく説明をしてくれるというのがナンバーワンだったんだそうです。ですから我々にはやはり学術的な面と患者をちゃんと診るという事と、それと本当は同じ所に筋が通っていないなければならないのですが、それが一緒にのっかってないと困る。

鮎澤 その看護婦さんのアンケートで、手術の上手い人とか、その様な意見は無いですか。

鈴木 看護婦さんに、医者には言いたいことがあれば、このようなシンポジウムの存在があってそれに使わせてもらうから、というと、その様な話し合いが医者の中でも行われているというのはとても驚きだといっていました。各病院では看護婦さん自体のディスカッションがあり患者さんにどうやって対応したらよいのか、こういう患者さんにはどうしたらよいのか、と各論から総論まで一応その病院の中でやられているわけですね。しかし医者はそれがないと。カンファレンスはあって、この患者さんにはどう治療したら良いかという会議はあっても、精神的と言ったらよいのでしょうか、人間的にどうやってつきあっていたら良いかという話し合いはない。少なくとも私が経験した病院では無い。そういう認識は医者には足りないのでないか、という言葉がお見せしたいぐらい書いてあります。

鮎澤 テクニカルなことについては一個もないのですか。

鈴木 一人だけいます。口が悪くても態度が悪くてもきちんと治してくれる事も大事である、と書いて有ります。僕はもう少し手術が上手で術後管理が上手でという、外科医にとっては一番、まあ最低限なんでしょうけれども、その様な事を少し出してくれるのかな、と思ったら、ありがとうがちゃんと言えるとか書かれてしまうと……。

(笑い)

鮎澤 そうすると少なくともそのアンケートから見る限りでは、看護婦さん方からの立場から言うと、技術とかよりもそれに先立つ良さという何かを求められている、という事になりますね。

鈴木 もっと人間としてベーシックな事になると
思いますね。

大越 私もいい医者をどう評価するかということ
で考えますと、例えば小学生がいい先生だと言う
のは、同僚の先生から見たら、教え方とか授業の
展開とか色々評価の仕方があるのでしょうが、
やっぱりその結果というか、アウトプットを受け
止めるという意味では、ある意味では小学生と患
者さんと一緒にするのはいけないかも知れないけ
れど、生徒自身の評価の方が正しいと思う。学校
の先生は、生徒が評価するのは生徒は分かってい
ないと言う先生もいるかも知れませんが、実は
知っていて、それは幼稚園生でも小学生でも言
うことは肌で接していて的確に評価していると思
います。結局は患者さんが評価して、患者さんは説
明して優しくしていれば評価してくれるかといえ
ば、そうではないのではないかと、おぼろげなが
ら3年目になって思っているんですけれども。実
は、患者さんは僕が受け持っている以外の他の患
者さんが治っていく様とか、自分がどんな風に別
の先生が持っている他の患者さんと検査されて
治っていくというのを、冷静な目で見ているんだ
な、と思ってます。結局は医者の間同士で評価す
るというのは、さっき鈴木先生が言われた、内科
でいうのでしたらきちんと診断をつけて治療して、
どの科でもそうでしょうけれども、手術を上
手くやって術後管理をきちんとすると、というよう
な外科医の先生の考え方と、同じ様な評価をする
のが一見良いように思えるんですけども、実は
患者さんから見ていい医者かどうか、実はそれ
は、難しいとは思うのですが、それを客観化出来
ないところに一番問題があるんだと思うのですけ
れども、そちらの方からアプローチ出来ないかな
と思います。ちょっと具体的でなくて申し訳ない
んですが。

鮎澤 患者から見た外部評価が非常に重要だろう
という事ですね。それは医者から見た評価とはま
た違った視点で重要だろうと。その辺について、
若い先生、的場先生いかがですか。

的場 やっぱりその客観的な評価を例えれば数値化
するとか、その様なことは僕には全然思いつきま

せんでした。例えばそばにいてくれるとか、説明
をしてくれるお医者さんがよいお医者さんだと、
という事であれば、やはりそばにいるという事だ
と思うんですね。ただそれがそばにいるという
か、同じ場所にいるという感覚だと思うんです。
これは全く自戒の念を込めて言うんですが、我々
は社会的に凄く未熟なのではないかと思うときが
本当に有りまして、例えば僕なんかは政治とか経
済とか哲学とか歴史の話などされるとはっきり
言って全然分からぬわけです。僕らは医療者、
医療側という凄い狭い世界に閉じこもりがちで、
外部社会のことを気にする事があまり無いのでは
ないかと、という事をよく考えるんです。やっぱ
りそういうものにも興味を示して、そういう方々
のことを、色々な患者さんの事を理解できる人が
やっぱりいい人なのではないかと、いいお医者さ
んなんではないかと、ちょっと考えてみたんです
けれども。あとは例えばいわゆる町医者、と言っ
ていいか分かりませんが、単純に評判の良いところ
は、患者さんがやっぱり並びますよね。悪い事
というのは凄く目に付くんですけれども、良い事
を評価するということは凄く難しいので。まあ、
そういうところです。

鮎澤 いろんな立場で、という事ですね。医者と
いう立場のみならず、患者という立場あるいは
患者の家族という立場でも医療を行えなければ
ならない。その様な能力を要求されるというわけ
ですね。患者の評判とか、苦情とかそういうものは
どうでしょうか。大越先生の意見ではやはり重
要な外部評価の一つとして取り上げて良いのでは
ないかという事ですけれども。ある人は「あの先
生はいいぞ」と言うけれども、いやあ、あの医者
はどうのこうのと、いろいろとばらつきが出てく
るのではないかと僕は考えますけれども、いかが
ですか。

向井 そうですね。患者さんも百人いたら百人の
いいお医者さんの像があると思うので、一概に全
部の人が同じお医者さんをいいとは言わないと思
うんですね。しかしやはり大多数の人が、色々な
患者さんが例えはあるいくつかのポイントで、い
いお医者さんだと思っている。別の人にはまた違う

ポイントでいいお医者さんかどうかというのを判断して、それがある程度まとまって多くの割合の人が支持するということは、色々なポイントでよいと言っている事だと思います。その様な意味ではやはり評判が良いというのは、例えば腕だけが良ければ本当に評判が良くなるかというと、患者さんによっては人間性を求めている人もいるでしょうから、やはり評判が良いというのは有る程度のレベル以上と言ったら失礼ですけれども、色々な面でいいお医者さんだと言って良いのではないかと思います。

鮎澤 評判というかそういう側面と、技術とかいわゆる医療行為とのバランス感覚というものが重要なになってくるという事ですね。伺っていまして僕が思うのは、医療行為の結果とか、治癒率とか治療成績というのは、結局「医師」の評価ではないんですね。医師がやった事、その結果あるいはものに対する評価で、医師という人間そのものの評価ではないんです。実際医者というのは臨床医療で人間に直接に関わり合っていますが、その関係性そのものが臨床医療だと思います。ですから治療成績とかとは別に、何らかの関わり合い方、関わり合いのプロセスの評価というものがおそらく必要になってくると思います。それで、医師患者間の信頼関係とか、人間関係とかそういったことの評価になると、昔その一つとして剖検率があげられていたと思うんです。いつから剖検率がそのように扱われはじめたのか調べてみたのですが、分かりませんでした。昨今は剖検率は画像診断の発達などで重要視されなくなってきてはいるけれども、剖検率というのは信頼関係の一つの評価になりうると思いますか。

高橋 小児だと経過が長い人をずっと診ていて、その中で信頼関係が有れば、ある程度はお願ひします、となるとは思うのですが、でも一概にイコールとは思っていません。大学だと一生懸命診ている医者とムンテラをする医者が違っていたりすることもあったり経過が短い（新生児死亡）場合はイコールではないと思うのですが、ある程度は有ると思います。

鈴木 私は剖検率は非常に重要だと思っていま

す。少なくとも患者さんとの信頼関係が得られなければ、絶対に取れないですよね。ですから若い先生が一生懸命に頑張って剖検取ったときには、みんなで誉めてあげなければならないと思うのですが、その様な環境にもない。ふつうの病院で、解剖室もないのにお願いして、それをまた大きい病院にお願いして、解剖してもらうものすごく大変んですね。だけども、どうしてもその病気について突き詰めたいという気持ちと、家族のこの先生のいう事だったら信じることができる、信頼できる、といった様な関係がなければ絶対生まれないです。大学病院の剖検率と一般病院の剖検率では全然意味が違うところがあるかもしれません、重要視して良いと思います。ただ、それだけでは信頼関係とはなんぞやという事になります、結構ペテン医師とかいって非常にはやっていて実は免許もないという医院があったりする。でもその先生はいい先生だ、という意見は実際あるわけですよね。それだけで評価するというのは非常に危険だから、やっぱりいくつか評価項目は作らなければいけないと思うのですが、僕は個人的には剖検率というのはとても大切なものではないかと思います。例えばその剖検でも、ジュニアレジデントが一生懸命言ってもだめだったんだけど、上の先生がどんどん出てきて、やりましょう、はい。と言うことだって現実的にはあるわけですよ。ですから、剖検率、はいそれは重要です、とはなかなか言い難いと思います。しかし実際に臨床をやっていて、剖検を取るのは非常に難しくて大変な事ですから、それは一つの重要な評価として入れるべきかな、と個人的には思っています。

鮎澤 大変な医療を医師と家族の中で非常に親密にやっていくと、医者の思いも、もう傷つけるようなことはやりたくない、早く家に返してあげたい、という気持ちになることもあると思うのですが、どうでしょうか。患者を思いやれるいい医者とは言えませんか。

鈴木 まずいい人間であることが前提ですけれども、医者なわけですから、その方に解剖が必要だったら、可哀想でもやってあげなければいけ

いのが、眞実ではないかと考えていますけれども。

高橋 私もそう思います。

鈴木 じゃあ手術がいやな気持ちがわかるから、やらないかというと、いや手術を乗り越えればもっといい結果が生まれるんだから、といってやるわけですよね。ですから意味がないことをやるのは可哀想ですけれども、意味のあることをやるのは可哀想ではないというか、全く無いとは言えないかも知れませんが。しかし解剖についてはその患者さんのためにはならないわけですよね。すでにお亡くなりになっているわけですから。その辺が剖検の意味を微妙なものにしていると思うのですが。

鮎澤 剖検に関してもう少し上の先生方は色々と経験なさっているでしょうから、若い的場先生どうでしょうか。フレッシュな意見としてどんな感覚をお持ちですか。

的場 先ほどの剖検率のお話ですけれども、取れれば良い評価というのはやっぱりそれは、分からぬと思います。ただ逆はやっぱり確かだと思います。少なくともそういう医者と信頼関係などがあればまず取れないと思います。だからやっぱり僕も一生懸命そういうお話ををして、最後は上の先生を後ろに従えて、お願ひします、とやった事が、まだ三回くらいですが、あります。やっぱりそこで、もうお亡くなりになった方を、ここまでしてまた最後にメスを入れるかという話になるのですが、それはやっぱりそういう感覚はあります。だけれどもやっぱりそれは臨床医としてはやるべきだと思います。絶対にやるべきだと思います。

高橋 やはり冷静に見れるところがプラスされているのが医者だと思います。子供で、本当にやっぱり可哀想だから、とおっしゃるお母さんが言つたりする事が多いのですが、でももしそれが、その子が生きてきて、もし次に同じ様な子にその子が教えてあげられるような事だったとすれば、その子は十分そこで生きてきた価値の一つになると思うので、やっぱり私も鈴木先生のように、無理矢理とか、意味が無いことで、ただ剖検率を上げたいためにやるべきことではない。純粹に医者

として剖検が必要なのかどうかというのを、その悲しい局面の中でもやっぱり自分で有る程度持っていないとだめなのではないか、と思います。

鮎澤 個としての立場と、それに加えて全体を見渡せる、超越的視野というものが医者には要求されると。乗り越えていかなければならぬと。何となく今のディスカッションの中では、剖検は一つの指標になるのかな、という流れになりましたが、いずれにしてもそういった医師そのものの評価というのは非常に難しい。その場その場で状況が違うし、関係性も違うし、やっぱりその辺が最初皆さんから出た、何々においてはどうだけれども、何々においてはどうこう、というところにつながっているのではないかと思います。

ところで今回、司会をするに当たって、レジデントの教育の場で良い医師に関してどのような評価がなされているのか、岡村先生に伺ってきました。レジデント概要というのがうちにもちろんとありますて、ここにやはり、優れた臨床医の育成ということを明言、うたっているわけなんですが、まあ、いい医者を育成するとは言っていないのですが。優れた、という言葉ですけれども。それが良い、とイコールなのかどうか分かりませんが。卒業された方は通信簿を覚えていらっしゃるかも知れませんけれども、知識の習得、技能の収得、病歴記載の充実、積極性、それから患者同僚に対する態度、それにプラスアルファで退院要約が2週間遅れた件数、なんていうのもありますけれど。その5項目なんですね。もうひとつ学内ではないんですが、カナダのマクマスター大学の資料では、knowledge, clinical skills, technical skills, attitudes, overall competenceとあります。今、重要になってくるのはattitudesだと思うんですね。attitudesは、physician-patient relationship, team relationship, attention to preventive measures, sense of responsibility, self-assessment ability, motivation and ability to learn, critical appraisalの7項目に分けられています。面白いのはattitudesの特にteam relationshipとphysician-patient relationshipの所に、必ずnursing staffの意見が必要と明言されているんです

ね。これがある意味で面白いなと思いました。ただやはり、知識とか技能は達成目標というのをあげれば、数値になりやすいわけですけれども、積極性だの態度だのは純粋な客観的評価ではないですね。評価する人がいるわけで、その評価する人がもし仮にいい医者、優れた臨床医でなければ、これまた評価が全く妥当性のあるものではなくなってしまうわけですね。だから一見客観的に見えて、実は評価する人間の主観的判断が、かなり入ってしまう。結局、客観的評価が本当に可能なのかどうか、ということは分かりませんでした。

ところででその教育と絡めて、少しだけディスカッションしたいのが、筑波大学の研修医制度です。こういったものが、いい医者、まだ概念的に漠然としていますが、いい医者を育成するのに優れた教育システムであるかどうか、いかがでしょうか。

向井 私も去年から臨床の方に戻りまして、自分よりも年下のレジデントがいることが多くなってきたわけなんですが、自分のことを棚に上げてしまう事になると思いますが、最近J1, J2の先生たちを見て思うのは、社会人としての自覚が無いぞ、と思うことが多いですね、それは先ほど鈴木先生や的場先生がおっしゃられたことと関係があるのですが、挨拶が出来ないとか、例えば連絡が出来ない、というのが非常に多いのではないか、と思いまして。朝何か遅刻してきたり来れない事というのは色々な事情であると思うのですけど、少なくとも普通の会社であつたら、連絡しなかつたらこれは凄いペナルティを科せられるのではないかと思うのですが、連絡もなしになかなか来ないとか。あとは例えば上のレジデントが帰ってしまった後に、何かあった、で、自分の出来る範囲で処置してもらって構わないんですけれども、確認しないとか、自分の力を超えているような範囲でやってしまった後に連絡が来たとか。その様な個々色々な例はあるんですが、普通の社会だったらこんな事では通用しないんじゃないかな、と思うような事が出来てないと思います。それでやはり、6年間の学生生活を終わって、特に最後の2年間は病院の中で実習をして、そのまま

中でレジデントになっちゃうと、何となくつながっているような感じで、学生から社会人になるという区切れが、あまり無いような感じがします。卒業してすぐに外に出られた先生方は、違うのかも知れませんけれども、特に大学卒業してそのまま中に残ったレジデントについては、自分はもう学生じゃなくて社会人なんだという意識が、そういう教育される期間もないと思うんですね。勿論レジデントのオリエンテーションの時もそうゆう社会人として基本的な常識をレクチャーされることも無いですし、そのまま何となくレジデントになってしまって、日々の業務に追われて、過ごしてしまうという所があるのではないかと思って、特に最近は一人の人間としてというか、社会人としてやらなくてはいけない基本的な事がちょっとうちのカリキュラムの中では育たないというか、上手く教育できてないのではないかと思う事がしばしばあります。

鮎澤 その原因はどこにあるのでしょうか。まあ、お父さんお母さんの教育ですよね。(笑い)

向井 まあ基本的には色々なことがあって親の顔が見てみたい、と思う事があるんですけど。
(笑い)

鮎澤 やっぱり卒後研修部の先生が今のシステムに関して心配なさっているのは、6年間終わったらいい方はそのまま大学に残らずによその病院に出る事になりますが。そうすると中堅どころの指導者というのが不在になってしまいます。うんと偉い方々とその下をつなぐところがない。そうすると具体的に、スリッパを並べる指導とまでは言わないまでも、そういう日常の中から教育される点が非常に不足される、という意見をおっしゃっていました。他にどうですか。まあこれは何年か過ごしてきた方でないと分からないと思いますけど。

鈴木 筑波大学のレジデント制の評価、レジデントの評価というのは、医者から見たものですね。

鮎澤 そうですね。

鈴木 医者から見た評価としては僕は凄く良いのではないかと思っています。例えば遅刻しても連絡しないとか、そういう人が実際いるのかも知れ

ませんけれども、他の大学の出身の先生方と会ったときに、筑波の先生は普通だね、という先生が多いんです。僕も40何大学全部聞いたわけではありませんけど、会った中では、普通な人が多い。結構エキセントリックな先生がいらっしゃるんですが、そういう人は筑波には少ない。比較的あとは技術の習得とか、トレーニングという意味でも充実していると。最初の2年間が非常に重要だよ、というのはオリエンテーションをどうつけるかという事で、簡単に言えば自分が医者としてどういうふうになりたいか、それは周りを見て自分を決めていかなければならないわけですけれども、筑波大学は学生教育からして5年生から院外に出るんですか、今は。外を見て色々な、良かろう悪かろうが、外を見なければそれはわからないわけで、そういうのは他の大学ではまだそんなにひろまってない。それは高く評価されている様に思います。医者の技量というのが、対患者関係というのも、含まれているのかもしれないけれども、技術的にジュニアの2年生でクリアしなければならない事、チーフではこれを全部出来て卒業できた方がよい、という事はほとんどのレジデントがクリアしている。いわゆる点数の良い医者は多いので、レジデント制度としては評価出来ると思います。しかしいい医者としてのプラスアルファの人間性はこれはもう自分で培うしかないわけです。ですからそれをどうやって教育するかというのは、非常に難しいことです。ですから医者になりたいというモチベーションを重要視したいということで、各大学で学士入学の導入が検討されています。大学としては要するにできあがったモチベーション、これだから医者になりたいという情熱のある人たちを探りたいという考え方ですよね。それは今の教育ではそういう精神論からはトレーニング出来ない、という事なのかも知れません。

鮎澤 先生のおしゃる普通の医者というのはさっき先生がおっしゃったバランス感覚という事から言うとどうでしょうか。普通という事はバランスが取れているとも言えるでしょう。そうすると普通が良しとなるわけですよね。

鈴木 僕はそれが誉め言葉だなと思っています。自分がたまたま誉められているようでうれしいですけれども。

鮎澤 確かに僕も外に行くと、そういうエキセントリックな感じの人というのは筑波には意外と少ないのかな、と思いましたね。だからといって僕はあまり否定的にはとらえていません。個としての立場と、さきほど高橋先生がおっしゃったような、全体的に見渡せる立場という、そういうものを両方兼ね備えているというのが、ある意味で非常にバランス感覚が取れていることと考えています。他に、筑波の研修医制度についてどうでしょうか。もしよろしかったら会場の方々、先生方今日は僕も含めてみんな若手ですので、上の先生方、御意見がございましたら宜しくお願ひします。

鈴木 後輩の先生をどう評価されますか。是非教えてもらいたいです。

堀 7回生の堀です。実はこのシンポジウムの企画をたてた者ですが、レジデントでもそれ以外の医者でも、ちゃんとできるか、あるいはいい医者かどうかを客観的に評価するのがとても難しく、それにはどうしたらしいのかと考えていて、それがこの企画を思いついた背景にあります。いままでのお話では、いい医者とは、どうやら技術や知識だけでなく、人間性のようなものが重要らしいとみなさんお考えのようです。それは同感です。真面目かどうか、積極的かどうか、ちゃんと自分の考えをもっているか、自分のことだけでなく患者や家族、スタッフ、社会のことまで考えられるかなど。問題はそれを客観的に評価するにはどうしたらしいか、ということです。その前に教育があるわけですが、いい医者というのは、はっきりと言葉にして教えるようなことともちょっと性質が違うように思います。そういうことは先輩の姿をみて、常識的に考えれば学び取れると思うますが、どうも現実は違って、言わなきゃダメみたいですね。

鮎澤 評価ということに関して一つ僕が提案したいのは、結局いい医者を評価するという事は、何らかの物差しを当てるという事ですよね。ところ

がどうやら、そういった人間性とか信頼関係とかそういうことは物差しが当てにくい。で、僕が日頃考えているのは、医者は本来ですね、物差しをあてがわれる存在ではなくて、物差しを作る、つまり人間性ないしは人間、あるいは生きるということに関する規範を作っていくような立場だったのではないかと思うんです。昔はプロフェッサーの称号は、医者と法律家と神学者、要するに何か司る役目を持つ人にしか与えられなかつたわけです。結局、その世の中の規範というのは本来そういった立場の人間にあったのではないかと思うのです。じゃあその規範を作るための規範はどこにあるのかという問題が出て来るとと思いますがそれには、いわゆる人間としての共通感覚とか、良心とか、そういうものの持ち出さざるを得ないのではないかと思うのです。つまり、それらは本来医師の資質として無くてはいけないものなのではないか、と思います。こうあるべきだ、という規範は、医師と患者が臨床行為を通して作っていく。「私がこう言ったからこうなんだ」という意味ではなくて、そのやること一つ一つが社会的な共通感覚と調和を取れた形で、存在する。つまり臨床医療一つ一つが規範を、物差しを作っていく行為なのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。奢りですか、これは。

大越 昔の偉いお医者さんというのはその様な規範になっているというイメージがあったと思うのですが、そこから規範になっている立派なお医者さんがいたのかどうか知りませんが、周りの人は看護婦さんであれ、周りの患者さんであれ、尊敬してきたのかも知れませんが。僕は小さいときに病院にかかる、今でもそうなんでしょうが、逆にその中から若い僕らみたいな医者が尊大になっちゃっているのは、さっき鈴木先生や的場先生が言った様な、挨拶できないとか、かたづけができないとか、スリッパを揃えられないとか、誰かが揃えてくれるし、外に行けばそれだけ患者さんがいるから、急いで処置をこなさなくちゃいけないから、自分はあとかたづけをしないで、次にやつといて下さい、先生やっときますから次の仕事に行って下さい、と言ってくれるんだけど、いつの

間にかかたづけてくれるのが当たり前になっちゃって、一人じゃやらない、やらないというか、かたづけられない、そういう挨拶もできない、挨拶てきて当たり前、ありがとうございます言わなくて良い、そういうのが出来て来ちゃうと思います。で、自然な感じで規範になれば、それは一番良いことだと思うのですが、医者が規範になるとか、あまり大きく構えてると。それよりは僕はさっき鈴木先生が言われた普通の人というのが凄く良いな、と思います。普通の一般の人間。色々な考えを持っていて、ある程度エキセントリックでも良いと思うのですが、患者と接するときは普通の人間で、もうちょっと広く見た方が良いのではないかと。僕は医者が規範になるべきというよりは、もっとこう、むこうを受容した方が良いのではないかと。この前当直の時に、ニューハーフの人を診てそう思いました。

鈴木 それは凄く面白い話だと思うんだけど、人には自分のキャパシティーがありますよね。人間同士つき合う時に、自分のキャパシティーに入ってきた人とは、上手く対応できますよね。だけどたぶん、彼にとってニューハーフは今まで友達にいなくて、自分のカードにニューハーフは無いと。そこでポンと出てこられたから、冷静な判断を下せなかった。ただその時、この人にも自分は普通に接してあげるべきなんだ、という事を彼が思ったんじゃないかなと思います。ですから、自分のキャパシティを広くするにはどうしたら良いかといったら、どうなんでしょうか。一般的に言うと、学生の時に旅をするとか、本をたくさん読むとか、そういう抽象的な事になってしまうのではないかと思います。それから鮎澤先生がおっしゃった、規範となるべきかという事なんですけれども、規範となるべきだったら、一年生の先生が、60歳の偉い、人生経験豊かな方に対して、規範になれるかと言えば、それはノーですよね。看護婦さんからのアンケートの中で、よく出てくる言葉は、誠意という言葉ですね。若くっても、経験が無くても、誠意は持てる、という事ですね。それを重ねていくことで、経験や技術や知識がついて、それが形的にプロフェッサーと言われるそ

ういうものになっていくと。我々だって人間ですから、最初から規範になれるわけがない、というように考えれば、規範になるべく頑張るという事は前提として必要です。やはり素晴らしい人間性を持った先生に診て欲しいというのが、通常皆さんが思う事だと思うんです。医者馬鹿で他の事は全然知りません、という人よりは、もううすいもからいも知っているような先生に診て頂きたいというのは、あると思うんです。誠意というのはいくら若くても持てるわけですよね。医者は規範となるべきか、という問いには、なるべく誠意を持って、鍛練を積んでいくという事になるかなと思います。

高橋 私もそう思います。小児科だと相手は子供なのですが、お話しするのは両親になるわけで、そうすると、今は結婚できましたが、結婚していない時、子供もいないし、という時に、はたして自分がこれだけ未熟なのに、この両親にお話をし、それで精神的に支えて行けるだろうかとか、そういうことを考えた事もあったんですけど、やっぱり今、お話しにあった様に、今の自分にしか出来なくて、しかも、伝えることがあるはずだ、と考えると、それはたぶん誠意なんじゃないかと思っています。そのうちに、自分で、スキルもつくり、診断能力もついてくれば、さらにプラスアルファとして医者として、あがっていくと思うのです。何年目かによってクリアしなければならない部分とか、達成目標というのは必ずあると思うので、私もそういう意味で、それは誠意なのでないかと思っています。あとは一人一人がいい医者とか目指すべき医者というのを、普段から考えてないと、感じ取ることが出来ないと思います。そのためにはまず自分がどういう気持ちで、どういう精神で、医療をしているかとか、患者さんに接しているかというのを、自分でも問いかけながら診療していくば、それが伝わっていくのではないか。かつ後輩の人も、それを感じ取れる力というのを持ってくれば、どんどんいい人が育つのではないか、と思います。

鮎澤 他にどうですか。誠意という言葉が終盤にきて出てきましたが。

鈴木 何か儒教みたいになってきましたね。

(笑い)

鮎澤 時間があれば誠意とは、なんて突っ込みたいんですが、これを始めるときりがないんですね。誠意という命題に答えるというのは、なかなか難しいものがありますね。ただ、そうは言っても、皆さん分かっていると思うんです。少なくともここにいらっしゃる方々は、臨床の現場で一生懸命やっている方ですから、誠意とは何かというのは、分かっていると思うのですが、言葉にしやすいことだと思うんですね。それはおそらく、物差しを当てられないんです。誠意というのは、本当は何かするという行為そのものですね。誠意に関しても、何か御意見はありませんか。僕も誠意という言葉は非常にいい言葉だと思います。

高橋 定義は難しいと思うのですが。でも少なくとも患者さんが評価するものだとは思うんです。よくムンテラが日曜の何時というのは、時々大学でもあって、看護婦さんなんかだとそうゆう風にする事が、イコール誠意みたいに考えている人もいるんですけど、でも、それは決してそうじゃない、とは思います。だから、本当は患者さんがどう受け取るかということで、かなり、同じ事をしても、それが誠意ではない場合もある。誠意というのはやっぱり医者が考えるよりは、患者の方が受け取った後の気持ちになるのではないかと。

鮎澤 それではだんだん時間も押し迫ってまいりましたので、総括します。いい医者とは何かという事は、この短い時間では分かりませんけれども、少なくとも、技術とか技能とか病歴の記載も含めまして、そういうことは臨床医として最低限必要なものだと。けれども今、社会が求めているいい医者というのは、そういったところにない。誠意などの言葉で語られるような何かを求められていると思うんです。で、評価は非常に難しい。おそらく、この世の中、例えば、物と事とか、質と量とか、個別性と全体性とか、そういう対立というのはずっと昔から言われてて、そういう対立を抱えながら、色々やっていくわけですけれども、それが上手くバランスが取れていることが重要だと思うんですね。じゃあ、そのバラ

ンスとはというと、また難しいですけれども。何らかの調和概念を作りながら、誠意を持ってやつていく。しかも、臨床医は、人間という、まさに人の間ですね、人間に直接関わっていく、いわばヒューマンサイエンスの最先端です。ですから、いい医者とは何か、という命題を常に考えながら臨床研修あるいは今後の臨床活動を進めていただければと思います。最後になりますが、こういうディスカッションを通して色々皆さん考えられたと思うんですけど、いい医者として目指すところを簡単に述べて頂きたいと思います。では、鈴木先生。

鈴木 いい医者に成れるように頑張りたいですね。

向井 いくつかお話がありましたが、やはり我々のような若い医者が、自分よりずっと社会的に経験を積んだ患者さんを診なければならぬ、という時に、確かにその、定義は別として、誠意というのが大事だな、と思うのですが、患者さんによって医者の方に要求してくる条件というのは、もう、100人いたら100人違う。で、こちらはこういう事が患者さんにとって良いのではないかとか、患者さんが思ってるんじゃないかな、と思ってやってても、実は違うという事はよくあると思うんですね。そういう一つ一つの失敗と言ったらおかしいかもしれません、そういう食い違いというのを経験しながら、今度出会う患者さんに、よりよい関係が作れるとか、良い治療が出来るように、というそういう日々の経験を自分に跳ね返して、次にステップアップ出来る、というような、そういう簡単に言えば積み重ねで、自分に常に問い合わせられるか、という事がいい医者になれる条件の一つというか、その人の資質になると思いますけれども、そういう、いつも問い合わせるという姿勢を持てるか、という事が大事じゃないかと思うし、自分でもそうありたいな、と思います。

大越 今誠意という言葉が出てきて、ある意味では非常に便利な言葉だなあ、と思ったんですが、それで僕は、さっきも言ったんですけど、患者さんをとにかくまず受け止めて、あと医者の面を通して、分析できて、一番良い治療が出来たら良い

なあ、というのがいい医者かな、と思うのですが。で、受け止めるのに、さっき的場君が最初の方で言ったやつで、もっと社会のことを勉強して、本を読んで、という事になると思うのですが、自分が社会の事を知らないのか、本を読んでいないのを棚に上げているのかもしれないけれど、結構一つに打ち込んでいる人、というのは共感できるというか、こう、職人気質の板前さんとか、その事しか知らないというか、実は知っているのかもしれない、失礼なのかもしれないけど、一つのことしか知らない歌舞伎役者とか、結構僕は好きで、で、その人は結構意外と、似たような共通したものを受け止める力があるのではないか、というイメージがあって、だから、自分なりに医学という物にのめり込んで、というか、一生懸命やってみたいと思います。そうする事によって、その患者さんの生活のバックグラウンドとともに含めて、よく観察して、良く所見を取って、分析する事が出来るのではないか、と。で、受け止めて一生懸命分析するという事が誠意になるのかな、と思いました。そんな感じでやっていきたいと思います。

高橋 私はやっぱり小児科というと、自分の子供を安心して診れる小児科医に成りたいと思っています。それから、今の自分に子供がいて、じゃあ高橋先生にお願いしたい、と思えるか、というところが、目指すところなんですけど。ひとつは、他科の先生から見てもいい医者だと思えること、あとは、患者から見ていい先生だ、と思われる両方の評価が、ふたつあってそれで初めていい人なんだと思う。そうするとさっきも言われたような、他科の先生から見る、といった場合には、スキルとかそういう専門的な知識も、勿論あるとは思うのですが、チーム医療を含めて、人間性という事も、関わってくると思います。

的場 まだ一年しかたっていないんですけど、毎朝、最近はもう6時前には眠気眼にシャワーを当てて、来ているわけです。で、いわゆる医者、特に臨床の場合は9時5時という職業の一つではない、とやっぱり思うんですね。で、ライフワークとしてやっぱりやっていくんだな、と思っている

んで、それをやっぱり思い続けたいな、と思います。ただ、今日いらして中で、僕だけまだ独身なんんですけど、例えばそういうのって、家庭を持つてしまったらどうなるんだろう、というのは全然想像つきませんし、これからどういうふうにやっていけるか、というのも分からないです。で、僕なんてつい最近まで学ちゃん学ちゃんと呼ばれてて、それがいつからかみんなから先生と呼ばれるようになってしまったんです。で、やっぱりそこで大きな錯覚が生じると思うんですね。そういう意味も含めて謙虚になるというか、その、広い意味で、色々な事にフィードバックをかけることの出来る、そういう余裕はずっと持ち続けたいな、と思います。それは例えば、謙虚になるという事もそうですし、臨床の場で学んだことを自分の知識としてフィードバックしたり、あるいは、コメディカルも含めてみんなで良くしようという向上心というか、その様な、良くしよう良くしよう、というような輪の中に加われれば良いと思います。

鮎澤 ではそろそろ時間ですが、僕も今回司会の役を仰せつかって、ヒポクラテスをふと思い出しました。そこでヒポクラテスの誓いを読んで本日の会を終わりにしたいと思います。

「医業に携わることを許されたからには、全生涯を人道のために捧げる。恩師に対して尊敬と感謝を捧げる。良心と威厳とを以って医業を実践する。患者の健康と生命とが第一の関心事である。患者の打ち明ける全ての秘密を厳守する。医業の名誉と尊い伝統とを保持する。同僚は兄弟と見なす。人種、宗教、国籍、政党、政派、及び社会的地位の如何によって患者を差別待遇はしない。人間の生命を受胎の初めから至上のものとして尊重する。いかなる強圧に遭うとも、人道に反した目的のために、我が知識を応用しない。以上は自由意志により、また名誉にかけて誓うものである。」今日はお忙しいところ、有り難うございました。

(ヒポクラテスの誓いは、「医のこころ」山口興一著、日本評論社、より引用しました。)

1997年2月17日(月)

最終講義

精神病理学は社会にどう展開するか

小田 晋 教授

はじめに

私の精神科医としてのキャリアは、まず東京医科歯科大学の島崎敏樹教授の元で精神病理学の勉強をさせていただきました。その後、島崎教室から吉益教授、中田修教授が主宰されていた犯罪精神医学の研究室に移り、そちらで犯罪精神医学を学びました。日本の社会精神医学学者の中には犯罪医学研究室の中から生み出された人が多いのであります。私も遙かにその未流に繋がるということになるのであります。その後、社会医学系の教官として本学に赴任いたします。先輩、及び同僚の諸教授から社会医学の方法を、特に公衆衛生学の部分について学ぶところが多かったので、これらの諸先学のもとで勉強させて頂いたということを深く幸福に思っている次第でございます。

今日は、「医学のための心理学」という、本学の学生及び科目等履修生諸君のための講義でございますので、そのことも考えに入れながら“精神病理学は社会にどう展開するか”ということで話を進めさせていただきたいと思います。

1. 精神医学の領域

精神医学には、まず生物学的な精神医学、それと精神病理学の両面が存在するのであります。そうして我が大学は、生物学的精神医学についていようと、小泉準三前教授、現白石教授を始め、むしろこの方面的研究の一中心として知られています。それ以外の心理学的な方法で精神医学の問題を接近していこうという精神病理学は、本学はまず、心理学に関していえば日本の最高学府であります。本日お見えの佐々木雄二教授を始め、有力な教授たちがいらっしゃいますが、実は、精神病理学は心理学者の立場から言えば、異常心理学

というものとほとんど同じであります。

2. 精神病理学とは何か

更にこの精神病理学の方法については、いちいち細かく説明する時間が無いのが大変残念であります。まず心の病気とは一体どんなものか、どんな原因、経過、症状でどういう治療が有るのかということを研究し、それにどういう名前をつけるかということを考えます。その際、患者さんの述べることに先入見をもたずに人間として耳を傾ける、その状態を正確に記載するのが現象学です。そしてそのときの人間はどんなことになっているのか、それについて哲学的な人間観を用いて、理解していくこうとするのが人間学であります。疾病学、現象学、人間学はドイツ学派が進めてきた学問であります。私は東京医科歯科大学ではこの三つを、特に現象学、人間学を勉強してきました。今日では、東西の区別はなくなりましたが、西側の精神医学の、特にアメリカの精神医学のひとつの隠し味としてあるのが力動精神医学です。フロイトの方法論によるものが精神分析、アドラーの方法論によるものが個人心理学、ユングの考え方方に立つものを、分析的心理学と呼びわけます。フロイトは精神分析の中心的なキーワードとして性本能（リビドー）と死の本能（モルティドー）とエディプス・コンプレックスを重視し、アドラーの個人心理学は、人間の権力欲、劣等・コンプレックスがセントラルドグマです。そしてユングは人類に共通の元型という違いがあります。そういうもののあとにさらにSociocultural Psychiatry（社会文化的精神医学）が発達してまいります。精神保健学、あるいは精神衛生学、メンタルヘルスという、私が本学で講座をもっており

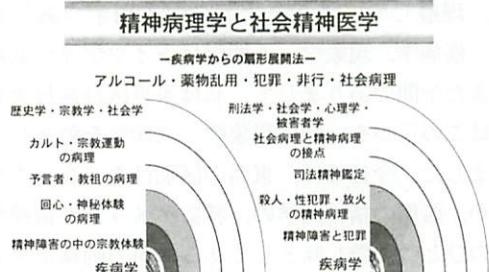
ました領域は、社会文化的精神医学を中心に公衆衛生学との間の境界領域です。

精神保健学の位置



3. 精神病理学と社会精神医学

そういう意味で本日は基本に返りまして方法論といいますか、社会文化的精神医学の応用領域ということになりますと、それはひとつにいろいろな断面と境界領域があり、学際間の協力が必要です。それは精神病理学的疾病学を中心として一種の扇形に展開する構造を持つということになります。

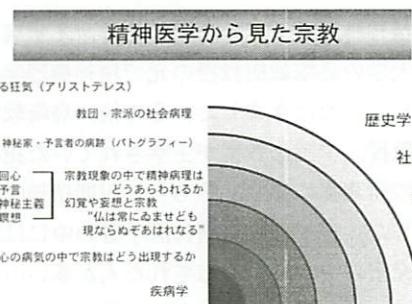


精神病理学から出発してどういう学問が、その社会的応用領域となるのかということになります。精神保健学は精神衛生学と同じものであります。mental hygiene という言葉は、健康の女神の名前のギリシャ語から来ており、最近では、英語圏ではギリシャ語の用語を素直な英語に直すという傾向がありまして、精神衛生学を精神保健学に直して、その基礎的な学問は一方では社会文化精神医学、一方では、公衆衛生学の一部分であるとともに、産業保健の領域では経営学、学校保健の領域では教育学、地域保健の領域では社会学であ

り、更に Gerontology (老人学) である老人保健などとの関係を持つこととなります。

その中で、実は私は大学院の博士論文で宗教精神医学のペーパーを作りました。それは、偶然にそういうテーマが飛び込んできたからであります。宗教精神医学の方法も扇形に展開すると考えています。

4. 宗教は医学とどう関係するか (図 3)



例えば宗教との境界領域を研究する為には、一番根幹にはこの疾病学があります。精神分裂病の場合、あるいは心因性反応や躁鬱病の場合、神経症的なもの、例えば多重人格障害や解離状態などの場合、病態と宗教がどのように関わりを持つかということがあります。従来精神分裂病患者や、てんかんの場合の神秘体験について多く論じられてきました。精神障害者の回心や神秘体験がすべてが病的であるのか、それとも「真」の宗教的体験も含まれていると考えるべきなのかという問題があります。宗教的な体験と、精神病的な体験はお互い重なり合うところであります。しかしその差はわずかに一歩だけであり、またその一歩が百里もあるというような関係があります。更に進むと予言者、教祖の病理という事があり、ぴったりくる人の名前として麻原彰晃こと松本智津夫という例が挙げられます。それから更に、カルト・宗教運動の病理ということになりますと、歴史学・宗教学・社会学との境界を形成します。本学には本日ご出席くださっている大濱教授のように近世の日本における宗教思想・宗教運動の歴史の研究者がおられます。そういう方々に十分教え

を受ける機会が無かったことが極めて遺憾であります。一方、私のもう一つのレパートリーは、犯罪学です。犯罪学の場合は、中核に疾病学があり、そして精神障害と犯罪、殺人・性犯罪・放火の精神病理があり、その応用領域として司法精神鑑定があり、そしてそこに社会病理と精神病理の接点ができます。そして刑法学・社会学・心理学・及び被害者学、この被害者学を日本に紹介され、そして実用的に開発したのは、慶應大学法学部の宮沢浩一教授ですが、精神医学及び心理学の領域においては、今日来てくれている本学出身の精神科医である東京医科歯科大学の小西助教授がいます。

さて宗教と医学はどう関係するのか、という問題に立ち返ると、宗教はまず心の癒しのために行われるもので、医学とはヒーリングという共通点があります。特に最近は医学的ヒーリングではない文脈のヒーリングを医師は尊重すべきだという考えが強く、これは無視できません。逆に前述したように、宗教的体験と精神病理的体験の差は一歩しかないという意味から宗教の精神病理という学問領域が成立します。つまり人間が日常的な対人関係の中に甘んじて生きていられなくなった時に、これを破壊してしまえば犯罪ですし、自分で妄想の城を作つてこれに逃げ込んでしまえばこれは狂気ということになります。そして北岸から離れて彼岸の世界でそれをやることとなつたらそこに神秘主義と信仰への道が開けます。そしてこれらを一時的につくり出す方法として酩酊というものを挙げることができます、それらが一まとまりとなって人類学的な非日常性の構造を作り出すだろうということになります。従つてその癒しのための宗教と医学の関係及び、そして精神病理から見た宗教の二つの面が存在します。前者については、今まで我々はそれほど関心を持ってまいりませんでした。しかし、今日真剣に考えてみる価値はある事柄であると思うのであります。

5. 「癒し」の手段としての宗教と医学

宗教と医学は元々共通のルーツを持っています。我々の共通の祖先は呪術医師、ドクターマジシャンであつて、そうしてそれが分かれて司祭と

世俗医師とに分化して行きます。世俗医師の中で我々精神科医師は、最も最後に分化したものであります。このドクターマジシャンの中で一番器用だったものは支配者となり王となる、いわば王権を掌握します。フレイザーという学者がおり、明示的にではありませんが、皮肉をもって示しており、元々すべての教祖は癒し手であります。共観福音書の始めを見れば、ジーザス・クリストもその宗教的生涯を病氣治しとして始めていることを読みとることができます。今日でも、イスラエル共和国のカペナウムに行けば、イエスが山上の垂訓の説教を行つた場所にきれいな教会が建つておらず山上の垂訓教会といいますが、もちろんそこに尼僧達がいて、山上の垂訓を聖歌にして歌つており、そこに車椅子に乗つたお年寄りがボランティアなどにおされて巡礼に来ています。これは、キリストが足なえを治す事がお上手であったから、ひょっとしたらそれに肖つて立てるかもしれないと思ってくるのですが、時には立つて歩く人が居るということは、松葉杖やギプスが結構たくさん奉納してあるということで示されます。今日私たちは、そこで何が起つたかがわかります。お年寄りが歩けなくなる主な理由は二つあります。一つは脳血管障害によるものであり、もう一つはリュウマチ性関節炎による急性期の炎症の疼痛から、自分は歩けないと思い込み、炎症が消退した後も関節硬直を起こしたりして立てなくなる。立てないという思いこみが立たせないのです。この場合現在のリハビリテーションでもかなり脅したりすかしたりして、あの手この手で立たせようとします。場合によつては冷凍表面麻酔を使つたりします。つまり冷凍冷蔵庫と温水プールを往復させるような方法などを使います。実は私たちも精神的な影響力で、立てないという思いこみから脱却させようとします。この二つの方法があるので。ヒステリー性の失立といつて、心因的に立てなくなつてゐる状態、いわゆる腰を上げた状態で車椅子に乗つてくるような患者さんに対しては、我々は催眠術や暗示で立たせることができます。催眠術をかけてかからないと学生諸君に笑われますので、多くの場合我々は軽

い麻酔剤を使います。麻酔面接に導入して「さあ、立ってごらんなさい」と申しますと患者さんはたいていスッと立ち上がるのです。言つてみれば、私どもはキリストが聖靈と自らのカリスマ的影響力（＝暗示力）を用いて行ったことを静脈麻酔剤によっているのです。

6. 医学モデルの宗教としての仏教

釈迦のアプローチは少し違います。キリストは死者であるところのラザロを蘇らせたというような話がありますけれど、釈迦のところにも、子供の死んだ母親がやって参りました。「お釈迦様、この子どもを生かして（生き返らせて）下さい。」とこう言うのです。「いいよ。生かせて（生き返らせて）あげよう。そのかわり、芥子粒を今まで一度も死人を出したことのない家からもらってくるのですよ。」と釈迦はこう言いました。今のように核家族が多くて、亭主の墓には自分は入りたくないというような者がいる時代でしたらこういうことも可能ですが、当時の家族は多くの子供を生み、病気や飢えをのがれた少数の子が育つ状態でした。釈迦はそのお母さんに「どうであったか。芥子粒はありましたか」と問い合わせ、お母さんは「いえ、そんな家はありませんでした」と答えます。そうやって避けがたい自分の子供の死を受け入れることになりました。こうした逸話は仏教のアプローチの特徴をよく示しています。仏教についていえば、米国のアラン・ワットという心理学者が、仏教やヒンズー教などの東洋の宗教というものは、人々の苦悩からの救済を目指すということに関し、心理療法ではないかといっているのですが、当にそういったところがありまして、仏教は治療モデルの宗教だということができます。他の例として、法華経の如来寿量品第十六というでの狂子良医という逸話があります。個人的なことを申し上げますと、私は幼児期に父親が亡くなりました。そして母親に育てられたわけですけれども、仏事の度に法華経を聞かされました。この如来寿量品第十六というのがどういった構造を持っているかと申しますと、ある富豪でもあり医者でもある者の息子が発狂します。父親は医者でもあるので妙薬を作つて飲ませようとするわけです。

父親は一計を案じて姿を隠し、「おまえの父親は死んだ。遺言でもあるのでその薬を飲め」といつてきかせ、その薬を飲んで狂気から回復した後に、子供たちは父親がこの姿を現したところ、怒るどころか感謝するわけです。それと同じような事を我々宗教家も時には布教の為、うそをつくこともあるかと思うが、悪く思うなというのです。

つまりこの喻えの示す所は、正しい教えの白蓮の成立當時、仏教の布教者たちは自分の役割を医師のそれに比していた。毒物にあてられ気が転倒し、判断力を喪失して、病識を失つて治療を拒絶する者があります。そこで治療の導入は強制によるものもやむをえません。だからすべての精神障害者の治療が本人の同意を得なければならないというふうに考えるのは、いかに人権を尊重するというものの言い方のようであっても狂子良医の譬論が示す、古今を通じて変わらない精神障害の本質を見失っているのです。古代インド医学の中には狂気に陥った者に対する薬物療法の体系が存在しました。それは今日のローウォルフィア・セルベンチナ（印度蛇木）です。私が昭和27年、大学の医学部の教養課程に入りました頃には、まだ精神科の治療には電気ショックやインシュリンショックというかなり眼を覆うような治療しかなかったのですが、その年に印度蛇木の、向精神作用が再発見されるわけです。今日ローウォルフィア・セルベンチナは血圧を下げすぎるので向精神薬としては使われませんが、躁状態や幻覚に対してインドでは使われています。鬱状態にはカンナビスが使われています。これは上手に使い分ければ、かなり効果的であります。

仏教は一種の医学モデルの宗教であると思ひます。宗教的文脈からしても如来は偉大な医師です。五行説はギリシャ時代の体液説（風、粘液、胆汁）に基づく医学と同様に古代インドにおいては医学として発達していたわけです。薬草の作用に相当するのは空の状態、因果の消滅、対象の消滅、涅槃にはいることという般若心經でいっていふことと同様の事であります。「師を医師として考える」・「自分自身は病氣にかかっていると考

える」・「師の教説は医薬であると考える」・「教える実践は医療であると考える」ということから、仏教は医学モデルの宗教なのです。

これはおそらく私の仮説なのですが、仏教を初期に受容したカースト、つまり医師は初期に仏教を受容した集団の中に入っていたのではないかと思います。そして日本にはアユルヴェーダ医学は仏典を通じて伝えられます。アタルヴァ・ヴェーダという呪術の教典からアユルヴェーダという医学の教典へと発展して行くわけでして、その中で今日我々が注目するのは2世紀頃の「ススルタ大医典」というテキストです。この中で出てくる古代インド医学の水準はかなり高いものです。

これはチベット仏教というところの医学書なのです。古代インド医学は、身体的治療と精神的治療の両面を含むのです。

(図4)

近代精神療法		
創始者 宗教的・思想的背景 人間観	ロゴセラピー V. E. Frankl 有神論的実存主義 次元的存在論 (精神的反発力)	森田療法 森田正馬 仏教(浄土真宗・禅宗) 絶対他力 →“あるがまま”
技法	逆説志向 (paradoxe Intention) 反省離去 (Dereflexion))	読書療法 精神的禪法 精神的・身体的
東西の態度差	積極的・主体的	受動的・自然的
創始者 宗教的・思想的背景 人間観 治療目標	精神分析療法 Sigmund Freud ユダヤ・キリスト教 ♂:近代的人間観(非宗教的) 性的・本能的存在としての人間 自我の確立 Eのあるところに自我をしてあらしめる	内観療法 吉本伊信 浄土真宗 “罪人”としての人間 “罪の認識”=“恩の認識” 感謝
技法 東西の態度差	自由想念法、夢の分析 能動的・自己志向	身調べ、内観日記法 受動的・“恩”志向

7. 精神療法における東西の並行進化

仏教とは本来苦悩からの救済を目的とする心理療法ですから、仏教の中には療法があり、例えば呪術療法や座禅療法、懺悔療法といったように今日の心理療法に通ずるところがあるのですが、とりわけ現代精神療法において仏教につながるところがあります。佐々木雄二先生は今日の心身医学の最も重要なメソドロジーである自律訓練法の大家でいらっしゃいますが、220年前に仏教の禅宗の坊さんである白穂は、座禅をやりすぎるから心身症になってしまうのであって、これから脱出するための自己暗示の方法を考えつきました。近代精神療法をみましても我々日本が産みだした、しかも仏教的なコンテクストから産み出された精神療法に森田療法と内観療法があります。森田療法

は森田正馬博士が提案した方法でありまして、思想的、宗教的な背景としては仏教を、とりわけ浄土真宗の影響を受けています。基本的な人間観は絶対他力であるがままを受け入れるということで、つまり色々なことが急にあると神経質になり、自分の鼻が目について勉強ができないなど雑念が入ってきます。あるがままの自分を受け入れ、症状を受け流すという浄土真宗の絶対他力の考えに通ずるところがあります。それでもやっぱり駄目という場合はかつての結核患者のように絶対安静を要請して何にもさせない。そうしますと何もしないものですから雑念の虜になってしまいます。それが通り過ぎると一切の事を忘れ、頭が白くなったりで作業療法となります。これは禅宗の場合の座禅と似ています。ところがこれに似たロゴセラピーという方法を西ヨーロッパの V. E. Frankl というユダヤ教からキリスト教へと改宗した精神科医が提唱しました。彼の立場は有神論的実存主義に属します。実存主義は人間を生物学的な存在でもあるし、心理学的な存在でもあり、宗教的な存在でもあります。そして精神的な次元を持っているのは人間が神の姿をまねて創られたからであり、心理的なコンプレックスや生理的な条件によってどんなに不安が強くとも、その不安に対して反発する精神の力があると考えます。そういう絶対的な自由を考えるところが実存主義なのですけれども、彼の方法は簡単なのです。人前に出たら汗をかいて、手がふるえて話ができないという人に「そうなの、ちょっとやってみてごらん。治してあげるから」といいます。意図的にそれをすることはできませんので、ところが意図的にそういう状態になることは難しく、それを試みているうちに対人恐怖へのこだわりが薄れます。更に「今日はハンカチ一枚分の汗を、明日はタオル一本分、明後日までにはバケツ一杯分の汗をかくと自分に言い聞かせなさい」と言いきかせていくわけです。これを逆説志向といいます。森田療法とちょっとやり方が似ているのです。森田療法の人間観が受動的で自然的であるのに対し、こちらは積極的で主体的な人間観を採用するというのがロゴセラピーの違いで

す。日本にはさらに浄土真宗の教誨師吉本伊信氏の提唱した内観療法があります。もともと少年院の中に入ってくる少年たちを反省させて、その後の適応を良くするために考えついたのですが、要するに「身調べ」という方法を用います。過去において自分と関係のある人たち、父親、母親、学校の先生、役員などの関係を、始めは恨み辛みでもいいから書いていきます。気が散らないように一人部屋に座って日記を書く。始めは恨み辛みが出ます。そのうちに特に母親ですが、ノートの左半分に母親にしてもらった事を、右側に母親にしてやったことを書かせれば、圧倒的に借り方だということが分かります。その後に母親がやってきて、面会したときには涙なみだで、母親に「すまなかった」ということになります。お母さんの方は、日本の母親であればたいてい「私こそすまなかつた」と言います。このやり方での自分の罪を懺悔告白するということは、アトピー性皮膚炎、喘息のような心身症にもかなりの効果があることが分っています。日本内観療法学会というのがでてあります。ただこのように自分の過去の生活史を辿ってそれを思い出していく療法は、何よりもフロイトの精神分析療法に似ているところがあります。ユダヤキリスト教的な思想から産み出された、しかし非宗教的近代的人間観に立ち、内観療法では罪人としての人間観を主張しますが、フロイトは性的・本能的存在としての人間観を主張します。治療目標は自我確立であり、「Esのあるところに自我をしてあらしめる」という方法です。かつては本能に支配されていた人間が、精神分析によって、意識化する事によって自己統制ができるようになると考えるわけです。そのためには自由連想法というものを使います。この場合は能動的・自我志向であるのに対し、内観療法は受動的・恩志向である所に違いがあります。このように違いはありますが、両者は技法においては共通しています。これは例えていうと、オーストラリアの有袋類における並行進化と似ています。オーストラリアではフクロオオカミやフクロギツネ、フクロネズミというようなワンセットの有袋類が、旧大陸の哺乳類のように適分化しているの

です。そういう意味では精神療法というはある意味においては、近代社会における並行進化の傾向があると言うこともできるでしょう。

8. 宗教の精神病理学

逆に精神医学からみた宗教というものがあります。それはどのようなものなのか。中核に疾病学があると申しましたのは、心の病気の中で宗教はどう出現するのかといったことです。ドストエフスキイはてんかん患者でありましたが、彼は自分のてんかんの発作の前後、特にその直前にアウラというパアーッと明るい光の幻視を見、その後に意識が消失する前に自我が崩壊していく、宇宙と自分は合一するという体験をします。この体験を彼は一種の神秘的な体験として感じたようでして、そのことを彼は「白痴」のムイシュキン公爵の体験、あるいは「悪霊」のキリーロフの体験などに書きあらわします。そしてそれは多くの神秘家が体験した体験と大変共通しています。てんかんであるからそういった体験をするではありません。てんかんの場合においても神秘体験と同じような体験をなしえるということであります。次に、宗教現象の中で精神病理はどう現れるのかという事も重要なことであります。例えば幻覚や妄想と宗教の関係があります。13世紀のロックミュージック集とでも言える「梁塵秘抄」には「仏は常にゐませども、現ならぬぞあはれなる、…ほのかに夢見みえたまう」今様があります。つまり神仏などの超自然的他者は、日常的な世界にその姿を現すことはありませんが、場合によつては出眠時幻覚、あるいは入眠時幻覚という寝入りばなやさめぎわの中に姿を現す。場合によつては病的な幻覚の中にも姿を現す。これが病的なものなのかな、真の聖なるものであるのか鑑別すべきであるというのがカトリック教会の立場であります。彼らは鑑別できると考えているのです。今私が言ったような例えばてんかんや薬物の作用によるというような神仏は、超自然的現象ではなくて自然的現象であると教えるやり方です。ちょっと考えてみると躁鬱病やあるいは機能性精神障害は心理的な心身反応というような、例えばヒステリーといわれている解離性障害が最近はありま

すが、そういう病気の場合は病的なものであつたら直ちに宗教的な価値はないのか、ということは議論の余地があるということで、同じような宗教体験も病的なもので価値がない、あるいは病的ではないもので真の宗教体験と見なして良いのか鑑別するという宗教体験の真偽問題というのは、我々宗教精神病理学の立場に立つ者から言えば大事な問題で、その対象になるのは回心と神秘体験です。それまで A の信仰を持っていた者が B の信仰に変わる。あるいは全く信仰のなかった者が信仰の強い状態に変わるという conversion があります。予言、神秘体験、瞑想、そういうものは精神病理学的にその現象を詳しく記述していく、それに対して社会的な評価をする対象になります。例えば聖アウグスチヌスは古代ローマのキリスト教徒ですが、彼の回想録(告白録)が有名ですが、彼はキリスト教に回心する前、マニ教徒の哲学者であり、非常に葛藤と不安に悩まされる鬱状態にあり、悩んでいるときに「取って読め」とよそから聞こえてくる。そこで彼は自分の近くにあった本を取り上げてみるとそれがキリスト教の聖書であり、その瞬間に彼は回心を決めたわけです。「取って読め」という声はどうも反応性幻覚という心因性の幻覚であったと思います。しかし聖アウグスチヌスのとった一生の行動は精神病者のそれではなく、聖者です。このようにして教祖、神秘家、予言者の行動や宗教体験を精神医学の立場から究する学問がパトグラフィーです。ヨーロッパの伝統の中ではアリストテレスは聖なる病気という事をいっており、日常性から離れた狂気の中に創造行動をなし得る原因があるということに結びつけます。更に今度は歴史学、社会学、宗教学との学際領域として教団と宗派の精神病理・社会病理という領域が開けます。中でも重要なのが新宗教とカルトの精神病理ということになります。

9. 宗教ブームと精神医学

現在わが国は第 3 次の宗教ブームのさなかにあると言われています。第 1 次宗教ブームは明治維新の天理教、黒住教、金光教の登場であり、第 2 次宗教ブームにはマッカーサー司令部による「神

道指令」の直後の国家信仰の崩壊の空白を埋めるような創価学会、PL 教団、立正佼成会といった巨大新興宗教が登場しました。創価学会、PL 教団はその前からあったのですが、巨大化を始めます。そして 70 年代終わりから 80 年にかけて第 3 次宗教ブームとなります。真如苑、阿含宗、幸福の科学、オウム真理教などの登場です。その特徴はオカルト・密教宗の新宗教・カルトの登場あります。第 2 次宗教ブームは信の宗教、ビリーフの宗教と言いまして教義を学習し、パンフレットを広め組織人として階段を上っていくという形で信者たちの自己実現していきます。第 3 次宗教ブームは術の宗教といいまして、自分でも超能力を持ちたいという motivation があります。それを提供するために密教がもてはやされます。医療、呪術、手品、商売の境界が喪失します。呪術的な病気の癒しから新義宗教化が起き、場合によっては第 2 次宗教ブームまでは教団が病院を建てるなどして現代医学による癒しをその中に取り込んでいこうとしますが、第 3 次宗教ブームではそれはいたしません。むしろ自ら現代医学の代替物に成り代わろうとしています。そのためには現代医学の中のテキストを取り入れる、現代医学の中でも宗教のテキストを取り入れて、診療所で特別の医療をするための PR 運動をします。例えば「脳内革命」という本があります。両者の境界のつながる部分が問題なのです。

私が宗教精神医学の研究を開始したのはこの第 2 次宗教ブームの時のある新興宗教との出会いが契機であります。その新興宗教は非常に珍しい現象を示しておりました。「憑き物」です。日本人にはヨーロッパの精神医学で見られるような悪魔憑きは見られないのが常識でした。日本人の中では動物憑き、「狐憑き」や「狼憑き」、なかには私どもの研究室の佐藤親次助教授が報告した「蛙憑き」、「猫憑き」といったものがあります。しかし悪魔が憑くというケースはなかったのです。しかし、この宗派の場合は確信的な布教形態と強固な組織が、組織と個人の葛藤をきたして関係妄想を抱く状態になりました。祈祷に熱中したり、本山に参拝したり、その期間にそれが祈祷性精神病と

いう祈祷に熱中した結果一時的に精神分裂病患者のように幻覚妄想を抱きました。このことは、先ほどの森田療法を発見した森田正馬が指摘しています。特にその信仰の内容が、この宗教は仏教系でありますから、キリスト教と同じように、あるいはイスラム文化のように善と惡の二元論を取っています。自分達（信者）は正しい信仰をしてるので、邪宗から迫害されるのだと、自分を迫害するのは邪宗の三障四魔、魔によって自分は振り回されており、憑依体験をするのだと考えます。魔が現れて自分を迫害するという「外的惡魔憑き」という体験で出現します。それにより犯罪が引き起こされることがあります。例えばてんかんの患者で発作や大発作の後にモウロウ状態を起こし、その時に隣の浄土真宗の信者であるところのおばさんが悪魔のように見えて刃物で刺した事件があります。この事件の場合は一方ではてんかんによる性格変化の結果があり、一方では信仰への過度の熱中があり、それが三障四魔の説とその宗教が持っていた闘争主義です。自分以外のものは邪宗だとというようなことがドッキングして犯罪に及んだというケースがあります。つまりこれは悪魔殺しです。日本は悪魔殺しの伝統を持たなかったのですが、ヨーロッパは悪魔殺しの伝統を持っています。日本で悪魔殺しの事件が起きたということはその当時の若い精神病理学者であった私にとっては大変衝撃的な事実がありました。つまり仏教における魔というのは三界という無色界、色界十八天、欲界六天とあるのですが、その第六天の魔王が多くの災いをもたらすと考えたからこそ、この種の病態が生じたのです。その後、この宗派は基本テキストと布教方法を変更し、この宗派の信仰が原因した精神病理はまず見られなくなりました。

10. 殺人のデモノロジー

そういうわけで私は宗教精神医学と宗教精神病理学の研究領域から自分の研究者としてのキャリアを開始しましたが、その後東京医科歯科大学の犯罪心理学の研究室に雇っていただいて、平行して東京鑑別所で犯罪学の研究を始めます。その経過のなかで殺人のデモノロジーというか、妄想に

基づいて悪魔と誤想した人間を殺す事例を何度も精神鑑定することになりました。その中で殺人とデモノロジーとその変遷ということで「魔女狩り」について話します。ヨーロッパにおける魔女狩りは、中世から近世にかけて行われました。「魔女」とされ宗教裁判で処刑された人々は多くの場合精神障害者でした。例えば何處からともなく声が聞こえてくる、あるいは自分が何か分からぬ者に操られている、うつ病になって自分が大変な罪を犯しているといった観念が生じたとき、これを悪魔に持つて行くのが最も安易な説明になりますから、自分が悪魔に憑かれたと思ってしまうわけです。社会もそう思うわけです。ということでヨーロッパの中世から近世始めにかけて精神障害の症状の多くは悪魔関連であり、しかもヨーロッパの思想は、勿論現在のカトリックすべてがそう考えているわけではありませんが、悪魔に憑かれたものは悪魔と契約したこと、悪魔と契約したものは無限の命を持ちます。オウム真理教に敵対するものは地獄に堕ちると、途中で殺してやった方が靈的には相対的に高まるという概念を考えていたのと同じ論法です。勿論今日キリスト教会はそのようなことは考えていません。西ヨーロッパの魔女狩りに対し、「魔女」たちは、悪魔と契約したのではなく、精神病であるから、宗教裁判ではなく、我々精神科医に引き渡してくださいという事を主張するヨハネス・ワイヤーらの努力によって西ヨーロッパの精神医学の黎明を告げられたのです。ところで魔女狩りというのは三重構造を取っており、権力者も普通の人も他者を魔女であると誤想する集団妄想に陥っており、また魔女とされた者自身、精神障害の結果として自分の精神症状や病的体験を自分が悪魔に憑かれていると、例えば悪魔の声を聞き、それに操られていると誤想します。魔女狩りは精神障害に対する差別、排除の構造の一類型として生じます。日本の場合、善惡二元論はなかったのですが、第2次宗教ブームの新宗教の中で「第六天の魔」、「三障四魔に勞動」されるといった形での魔の状態が生じたわけです。我々日本ではこのデモノロジーは民俗学者柳田国男氏の「猩のデモノロジー」に

あるように、狸、狐、化け猫といった神の零落した形態である動物によって憑依される形が一般的です。さて先ほどの仏教的な巨大新興宗教がその病原性を失った現在、この殺人のデモノロジーはどうに変遷してきたのでしょうか。

我が国の場合、仏典に魔の観念は存在しても、イスラム教やユダヤーキリスト教における神に対する惡の権化としての悪魔やその手先としても魔女の概念が存在しなかったため、歴史的にみても悪魔殺しの事例は極めて稀です。勿論狐憑きから狐を追い出そうとして、つい殺してしまったというケースもありますが、キリスト教文化との接触の結果、病態において必ずしもキリスト教徒ではなくてもキリスト教的な神と悪魔、とりわけ悪魔が出現し、あるいは仏教的な新興宗教においても一神教的な教義を有する宗派が出現し、その結果神に対する悪魔の観念が生じ、被害者が悪魔であると誤想して被害が生じていることが観察されました。

ここで私どもの鑑定した「悪魔つき」の事例をいくつか挙げてみましょう。

(事例1) このケースは日本人ではありませんが、本学で私が20年間に行った鑑定の中で最も印象的な鑑定でした。日本に出稼ぎに来たイラン人が、実はイランで一度軽い精神分裂病を経験しており、言葉も分からぬまま長時間労働をし、ラマダン、しかも断食までやったところで再発現をする。そしてなにか眼がギョロッとした同僚がいて、悪魔も眼がギョロッとしているので彼は悪魔だということになります。これは精神分裂病者の論理としてよくあるものでして、これを述語的同一視しています。この事件を鑑定することになり、イラン人だということで、初めは英語が片言はできるのかと思っていたのですが、アラビア語もできず、実際はペルシャ語しかできず、当時筑波大学に日本でも優れたイランの研究者で五十嵐一助教授がおられ、前年にアラビア語でイランの国民性と文化についての本を出版していらっしゃったので、共同鑑定人を引き受けさせていただきました。鑑定はスムーズに進行していたのですが鑑定が終了しない間にこの共同鑑定人は学内で殺害されまし

た。その時たまたま法医学研究室に寄ったとき、ストレッチャーに乗った五十嵐先生のご遺体に対面しました。先生は、後ろから羽交い締めにされて両方の頸動脈を切られていきました。これは日本人が日本人を殺すときには考えにくい方法です。この一年前に五十嵐助教授は「悪魔の詩」というムハンマドをからかったような表現がその中にある小説を翻訳されています。小説の原作者ラシェディーは当時のイスラム教シア派の指導者で、死刑判決を受けています。この事件の犯人は未だ発見されてはいませんが警察も犯人の見当を付けています。日本の治安当局の外国に対する弱さが現れています。(事例1)はその後鑑定を続けて心身喪失となります。この事例に限らず日本に来ている外国人が呈する犯罪と精神障害は非常に重要な日本社会精神医学の課題でありまして、異文化精神医学においても重要なものの一つです。我々の研究室の青島多津子医師は日本に来ている外国人の犯罪者、特に精神障害や心身症的な訴えを持っている者ほぼ全員に面接をし、異文化精神医学と犯罪精神医学の境界領域の論文を仕上げ、今春卒業します。先ほどのイラン人の男の話に立ち戻りますと、こういうケースで精神分裂病の患者の場合は、なんだか分からないけど周りから迫害されているような感じを持っています。これは精神分裂病でよくおきる現象です。分裂病の急性期には一番始めはトレマといいましてなんだか分からないけれども不思議なことが起きる、身震いをします。続いて自分の周りから注視され、監視され、世界の中心にある感じを抱き、その感じが終わったかなと思っているうちに「あっ、そうだったんだ。俺を迫害している奴はあいつだ」とバッと分かるのであります。その後は幻覚妄想で混乱に陥ってしまいます。これは精神病理学の考え方でK. コンラートという学者が最初の段階はトレマ(戰慄)、第二の段階のアポフェニーは病的啓示で、この段階でアナストロフェという体験をするのですが、第三の段階をアポカリプティックといいまして、これを黙示録的な段階といいます。精神病理学はこのような難しい言い方をしますが、要するに「ちびまるこちや

ん」の歌にあるように「煙の中からポワッと」という段階がトレマです。「インチキおじさんが登場」したらこれは病的啓示の段階です。「ピーヒヤラピーヒヤラ」ですとアボカリプティックの段階です。こういうことですから、何がなんだか分からぬうちに教会に侵入して、居合わせた女性を殺人未遂した、これは悪魔が取り憑いたせいで申し立てをするということになります。しかしそく分からぬのはこのケースでは精神分裂病になるまではこの人はキリスト教徒ではないのです。キリスト教は日本に渡来してから120年、信者の数で100万人で非効率な布教をしているのですが、神と言えばキリスト教の神として、悪魔と言えばキリスト教の悪魔であるというようなそういうデモノロジーと悪魔が、日本人の中では何となく文化としては植え付けられてきました。日本人は知られざる神といえばキリスト的なものと受けるようにセッティングされています。

11. 文化人類学と精神医学 ーその学際領域ー

狭い意味での宗教と精神医学の学際領域の外に、文化人類学とも境界領域を精神医学は持っています。昭和40年から43年頃、私たちは本学の環境科学科の大学院の教授であった川喜田二郎先生と文化人類学の教授も加わって、チベットの山奥へと行きました。今の西チベットの西北部山岳地帯で彼らの土俗信仰の宗教家たちと出会うことになります。ヒンドゥ系のネパール人たちはジャンクリズムという呪術的な土俗的な宗教を信仰しており、お坊さんにはアーラーで、ドクターマジシャンにあたるにはジャンクリとダミの二系列有ります。ドクターマジシャンは二系列あるもので日本ではジャンクリにあたるのが沖縄でいうノロで、下北半島ではイタコです。ダミにあたるのが沖縄ではユタで、下北半島ではゴミソです。前者は修行を積んでなるもので、ダミは場合によっては病的な体験をした後、回心してドクターマジシャンになります。場合によってはてんかんの発作がその契機になることもあります。チベット系は仏教または仏教よりも原始的なものに似ているのですが、やはり呪術者であるラマとその弟子であるタウがいます。

ネパールでは、ボキシー：アエゴという魔女病、つまり魔女憑きがあり、非常におもしろかったのはある事例なのですが、学校の先生で、寂しい山奥に単身赴任でやってきて、毎晩夜な夜な女性が自分のベットに入ってくる。毎晩彼女と性交するのでだんだん痩せて衰弱してきたと真顔で言うのです。こういうものは実は昔からヨーロッパにあるもので、サッキュバスというのですが、悪魔が自分のベットに入ってきて精気を奪い去っていくというのはヒンドゥ系にも一般的にあるもので、妄想様の精液喪失神経症というのがあります。これを報告しようと思ったのですが、このことはすでにカーステアーズという人が報告をしておりまして、がっかりしました。

人間というものは多次元的な存在で、生物学的な存在でもあれば、心理的な、社会的な存在でもあります。それがこのケースでは非常にはつきりと表れています。34歳の男性で、呪医であるダミの事例です。5年前ジャガノート神のせいでマラリアにかかり、高熱の際熱性せん妄状態において神が見え、また神の声が聞こえ、神が自分の病気の原因を教えてくれた。それ以降神に祈るとジャガノート神が来る。呪医として病人の側で神を呼ぶと、神が病気の原因を教えてくれる。病気の原因としては魔女(ボキシー)が憑いていることが多いので、それを追放すれば良い。祈祷の他、良い家を手に入れたいといった請願も行う。彼はエクスタシーに達すると跳躍することもあるという。つまり彼の場合マラリアという生物学的な事象が、社会文化的な文脈の中で彼がドクターマジシャンとなる契機となりました。

私たちが調査した最終目的地はチベットの中でも山奥のラマが支配している部落で、オウム真理教で理系の秀才を沢山集めたことについては、チベット密教を主張していたからであります。実は私もチベット密教のルールの中で生活して、同じ患者を診察した経験があります。昭和40-43年にかけて、その頃はチベットの土俗宗教とラマ教の混合宗教である大ラマに会いました。彼は村と谷一つ離れたゴンバの谷に暮らしており、彼は一方では村の宗教の指導者としてヒマラヤの

頂に神を見ることも、村の宵闇の中に城を見ることも、空中飛行もできるということになっておりました。もとの村長が脳出血で倒れ昏睡状態になつた際、私は大ラマと対診する機会がありまして、注射と点滴を私がし最初の危機は脱したのです。ゴンバ（寺院）の谷からやってきた大ラマは日本人医師の技術を妨害しないで興味深く見ていますと、「日本人には日本人の技術があり、私たちには私たちの技術がある。両方が力を合わせてより良いものとなろう」と通訳を通じて伝えてくれました。今度私が大ラマの技術を拝見しますと、大ラマはまず丁寧な脈診と望診から始めます。脈を取り様子を見ます。それから懷中から茶色の粉薬を取り出し、黄色いのと混ぜ合わせ、紙の上にのせてススヤキの水を入れてこれを溶かし、これに筆を浸して昏睡中の患者の喉の嚥下反射を用いて飲ませます。むせることなくその水は無事に摂取されました。大ラマは毎年ゴンバの谷やダウラギーの奥には行って薬草を採取して薬局で散剤にして村民に施しているといいます。「国や技術は違うけれども私たちは兄弟です」と、チベットの山奥の大ラマは年若い異国の医者に向かってこう言ったのです。結局2週間ほどして村長は亡くなりました。つむかけた村民の前で「大ラマは村長は亡くなつたが、日本人の医師も私も全力を尽くして彼を見た。彼の靈魂は生まれ変わるだろう」と演説して、今度は袋から人間の長管骨と骨髄を出してボーッと吹き、隣人の同士に渡します。葬儀は深夜に火葬が行われました。このような素朴で学識があり、人柄の良い治療者のことを思い出すと、オウムの尊師がチベット密教を主張し、教団の診療所で免許を探った医師に何を行わせていたのかを知るとやりきれない思いを抱きます。

12. 社会精神病理学・その他の応用領域

社会精神病理学の応用研究は私たちがやつてきたものだけでも「有機溶剤酩酊の病理とその犯罪心理」、精神鑑定の科学化に関し「供述心理学—供述の嘘とまこと」、「責任能力の判定の数量化」、「アルコール酩酊犯罪の数量化」、あるいは「異常性犯罪(性倒錯犯罪)の研究と Profiling」、

「職場のメンタルヘルスとJMIの開発」などです。私が筑波大学に来て大変嬉しかった事は学部制度を取っていないため、学系同士連携できることです。

13. 精神歴史学と指導者の精神病理

これからやりたいことは、精神政治学と精神歴史学というもう一つの領域です。つまり精神医療政策と Psychopolitics の研究です。これまで行政に対し一言申すとか、陳情するなどして、どういう人によって、どのようなファクターが加わって精神医療政策がきめられ、それがどのような効果を示すのかという政策科学的な研究はまだ乏しい現状です。それと精神障害者の犯罪をどう防止するのか、それを患者の人権とどう調和させながらやっていくのか、両者の妥協点を何処に求めるのかといった刑事政策との関係についての研究を進めていくことです。

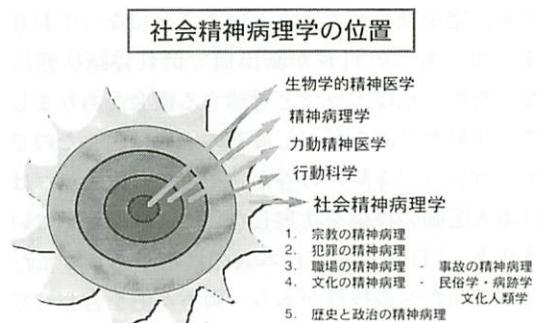
精神歴史学(Psychohistory)という学問があるのですが、精神医学の、あるいは力動精神医学の方法で社会の変動や歴史の動きを観ていきます。Journal of Psychohistory という雑誌がありますと、これは例えばアメリカの大統領選挙が始まるとしたら、クリントンの故郷であるアーカンソーで、あるいはブッシュの故郷であるメインで例えば「あなたは小さい頃にクリントンに(ブッシュに)会ったことはあるか」などといった証言を集め、彼のパーソナリティーはどうであるのか、彼のリーダーシップはどうであるかということについての予想を選挙が終わる前に出すことができるということは米国の尊敬できる点です。

我々はそれを用いて、例えば指導者の病跡学、つまり社会の展開というのが私のもう一つの研究テーマで、歴史の転換期における精神病理学的共通行動ということです。つまり体制が固定化し、社会がだんだん腐ってくる段階で幻覚者という予言者が現れます。その多くは精神病レベルです。例えばヨーロッパの場合でしたら、私有社会でのらん熟した行為です。ニーチェという人は初めは堅実な哲学者でしたが、娼婦と2回関係を持ち、梅毒になります。彼は梅毒性の精神病のおかげで大著を書いたのですね。世界は意味もなく、目的

もなくただ永劫回帰であるという思想とぶつかります。そしてヨーロッパの新社会のいわゆるヒューマニズムは、いわゆる民主主義というのはごちゃごちゃした虫けらの思想である。そうではなくて、超人が世界を支配するという観念にもなっています。そして力や意志を持った超人達がヨーロッパを、世界を支配するという観念も浮いて、沈んだりします。浮いたり沈んだりする概念も、まるで巨大コンピューターが故障してあちこち火花を散らしながら、崩壊していくSF映画の終わりのようあります。これを描き出したのは彼の「ツアラトゥストラはかく語りき」というエッセイです。彼はその他思想書を書いていまして、彼は脳梅毒で崩壊して死ぬのですが、彼の思想はその後も反逆者や組織者、多くは異常な性格レベルと言われる、ナチスの国家社会主義ドイツ労働党やイタリアンファシストであるムッソリーニ等に受け継がれます。ムッソリーニとヒットラーは仲はそんなに良くはないのですが、この二人を結んだのはやはりニーチェ・アルヒーフにおけるところの出会いであります。その時代は宗教的な流行病や精神病的流行病が起ることがありました。つまりユダヤ人が諸悪の根元であり、一人ひとりがそういう事を考え付けば、妄想にすぎないことであっても、集団で精神的な流行病として広まれば体制の思想となります。そういうところに脱落者としての追随者、精神病質又はその傾向者のレベルの者、例えば突撃隊や暴力団として加わって群衆の形成が起り、はじめは異常者と思われていたものが体制の中に取り込まれていきます。一方では逆に狂気が疎外され、ドイツでは多くの精神異常者がドイツ第三帝国にとって絶滅されることになりました。

ドイツの場合は最初社会の辺縁に少数集団があり、次第にそれが多数派となり、中心に座を占め他のものはねとばされてしまいます。日本の場合は初めは脅威的な少数集団だと思われてはいても、そういう集団が円環状に存在しており、しかも真ん中が中空であります。

(図5)

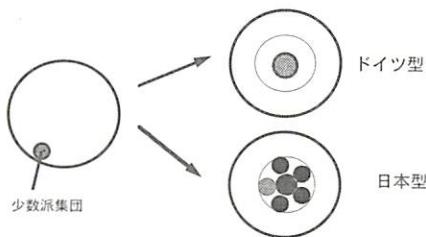


日本の場合、軍閥や官僚、財閥等の体制があります。幻覚者としての予言者は、私の診断では夢幻様人格といって、精神病者ではないが、夢と現実がごっちゃになった人であります。北一輝や井上日召、進行麻痺の大川周明などがいます。反抗者としての組織者は磯部浅一や西田悦ら、脱落者としての追随者は菱川五郎や小沼正らと、当時の社会から疎外されている人たちがいました。一方では体制の危機、昭和恐慌があります。そこで精神的流行病として「死のう団」といった集団自殺を行う奇妙な結社があります。ここで改革型の支配者が登場します。浜口雄幸やそういった人たちが暗殺者の標的となり、暗殺されました。暗殺者は精神病学的な研究対象となります。孤立型の朝日平吾、集団型は2・26事件や5・15事件などのテロリスト、中間型は菱川五郎等がいました。暗殺者は体制の中に取り込まれます。例えば井上日召は日本の意志をかなり動かしています。こうして秘密結社の中でもっと体制的な統制が現れてきます。日本では体制の危機として5・15事件や2・26事件が起りますが、結局体制による狂気の取り込みと疎外による再編成が起きます。そして日本型の軍事国家が成立します。しかしやはり北一輝や井上日召は幻覚体験をしている幻覚者で、予言者の役割を担ってきました。日本はドイツのニーチェのように予言者が世界に大きな影響力を持ったという事はありません。勿論ニーチェを進行麻痺してしまうことについては多くの批判があります。哲学者はニーチェのことを「ニーチェの病んだ頭脳は精神科医のものだが、しかし彼の思想は永遠に哲学者のものだ」と言ったとのこと

です。ニーチェの脳梅毒のことを病跡学の方法で研究したドイツの精神医学学者であるランゲ・アイヒバウムは「そういう事を言うもうろくしたやつの頭脳こそ、精神科医に帰属する」と言ったそうです。そういうわけで精神政治学的な研究は、ものすごく恐ろしいことながら金日成の研究まで含まれています。社会精神病理学は中核に生物学的精神医学があり、その周りに精神病理学が、次に行動精神医学が、次に行動学が、社会精神医学はその周りを取り囲む太陽のフレアの様なものであり、宗教の精神病理、犯罪の精神病理、職場の精神病理、民俗学や文化人類学などの文化の精神病理、歴史と政治の精神病理の問題に展開していきます。私はそれ程能力がなかったので、あまり研究をすすめることはできませんでしたが、幸い研究をすすめてくれる優秀な若者がいてくれたおかげで、こういう領域を少しでも展開することができたと思います。私が来た当時の筑波大学は新設校で、臨床医学系の精神科があるので、社会医学の精神衛生学をどういうようにすすめたら良いのか、どういう環境を整えていくのかということを考えました。

(図6)

日本型とドイツ型の違い



幸い臨床医学系精神医学研究室は生物学的精神医学を最も得意とし、私たちはその周りにおり、お互い影響を与え、助け合いながら研究をすすめることができるわけです。大変幸せに思っています。この後、私の研究室の若い人には、あるいはこのような領域に共感を持つ医学、心理学、社会学、歴史学、人文科学の人にも、筑波大学でできたこの独特の研究部門を今後とも発展させていくべきだと思います。それは決して我々のため

ではなく、こういう研究部門があることが大学に要請されているのです。アメリカの大学ではたいへん司法精神医学担当の教授が精神医学の研究室の中にいますが、日本では医学部教授として司法精神医学を専門的課題に研究しているのは二人しか居らず、東京医科歯科大学の山上皓教授と私であります。それを考えれば犯罪学における社会病理という研究がどんなに必要であるのかわかると思います。皆さんにそういう研究を今後とも進めていただきたいし、そのためには今日おいで頂いた先生方に暖かいご支援をしていただきたいと、そう思います。長いことお世話になりました。

カリフォルニア大学アーバイン校での 実習を終えて

筑波大学医学専門学群6年 桂 行孝

私は、幸運にも1997年4月から7月までの約3か月間、アメリカのUniversity of California, Irvine（以下UCI）で実習させていただく機会をいただいた。大変貴重な体験だったので、その一端だけでも紹介し、感じたところを述べさせていただきたいと思う。

UCI Medical Center (UCIMC)

UCI MCは、Los Angeles Countyの南東、Orange Countyにあった。ベット数は約450で、ICUやCancer Research Centerなどの設備もすばらしく、診療科も多岐にわたっていた。私は、病院のすぐ近くにホームステイしており、毎日自転車で緑豊かなゴルフ場を横目に見ながら通学していた。Orange Countyは気候の大変素晴らしいところで、滞在中雨は一回も経験せず、毎日が快晴であった。また、近くにはDisneylandやAnaheim Stadiumなどもあり、きれいな海岸も近く、休日にはたくさんの人々が集まる観光地でもあった。私はこのUCIMCで、Infectious Disease, Labor and Delivery, Emergency Room, Gynecologic Oncologyの4科の実習をさせていただいた。



Infectious Disease

ここでは毎朝回診があり、患者を診察し、これからの治療方針について討論がされた。回診は、attendingという講師の方と、fellowというresidentを終えてより専門的な勉強をなさっている方2人と、私の計4人で回った。また、回診中にattendingの先生は私たちに対して様々な質問をなさっていた。このことについてattendingが、「私は正確な答えを期待している訳ではありません。あなたがたの好奇心を刺激しているのです。」と仰っていたのが印象的であった。因みにこの先生は、日本におられたことがあります、「吉川英治の○○を読んだ事がありますか。」と聞かれたときには、自分の教養の無さを痛感した。当然のことながら討論の内容はとてもレベルの高いもので、勉強不足の私にとっては、話を理解するのに精一杯といった感じであった。また、討論の内容は医学的なことからコストの事、コンサルテーション科としての正しいあり方など多岐にわたっていた。

ここでは、患者のほとんどがAIDSであった。カポジ肉腫や、トキソプラズマ感染症など、実に様々な疾患を見る事ができた。彼らは、難治の病気を抱えているにもかかわらず、とても明るくみえた。この理由についてある先生は、同性愛者であるとか覚醒剤の回しうちをしていたとか、様々なリスクを冒してきた人が多く、ある程度覚悟ができているため感染が判ってもショックが少ないのでないか、また、アメリカにはHIV感染者が多数いるため、仲間が多く、また支援体制もしっかりしていることも大きいのではないか、

と仰っていた。

午後は、fellowの方について、一緒に患者を診察したり、顕微鏡を見たりした。特に、Dr. Miradi という方からは、とても多くのことを学ぶことができた。その先生は結果がコンピューターの画面に表示されても鶴飲みにはせず、電話で確認し、さらには検査室に赴いて自分の眼で結果を判断しておられた。またとても親切な方で、御自宅に2回も呼んでくださり、食事を御馳走になったり、プールに入れていただいたりと大変良くしていただいた。また、つたない私の英語に付き合ってくださり、アメリカの社会の問題点など、様々なことについて話をすることができた。しかし、先生はプールにさえ医学雑誌を持ち込み、泳いでは勉強なさっていた、その姿は強烈に私の頭に残っている。

Labor & Delivery

ここは、主に出産に関わる科で、現在、大阪大学産婦人科の教授の村田雄二先生が教授をなさっていた部門である。この患者の90%はヒスパニックだそうで、スペイン語を話される為、英語さえ満足にできない私にとっては大変であった。日本から持参したスペイン語－日本語対応表を片手に何とか診察するような状況であった。

ここでは、学生が分娩介助をする事も可能であり、私も何例か経験させていただいた。といっても、すぐそばには resident の方がおり、危なくなるとすぐに手を出してくださった。また、帝王切開や避妊の手術も行われており、筑波大学での実習と同様に、学生にも簡単な手技をさせてくださった。

この科で始めて UCI の学生と接することができた。彼らは極めて積極的で、優秀であった。自分とのあまりの違いに、かなりのショックをうけた。しかしどもフレンドリーで、色々と助けてもらったり休日には自宅に呼んでくれたりと、一緒にとても楽しい時間を過ごすことができた。彼らと一緒に講義にも参加した。だいたい先生1人に対して生徒が10~20人の割合であった。学生は本当によく発言し、質問されても、答えが次から

次へとお経でも読むかの如く口から流れてくる。もちろんとてもよく勉強していることもあるが、彼らは自分の意見を述べることに慣れているのではないか、という印象を受けた。ある日本人の医師にお会いしたときに、「でも良く聞いてみると、あまり意味のないことを長々と話しているだけの事もあるのよ。」とも仰っていた。だがやはり、彼らは優秀であった。とかく「自分はまだ学生だから…」などと思うことの多かった私にとって、彼らのどこまでも前向きで、何でも吸収しようとするパワーには、大いに考えさせられた毎日であった。

また、看護婦の方々もとても優しい人が多く、色々と親切にしていただいた。誰かの誕生日には必ずケーキが出てきて、私もそのおこぼれにあずかることがしばしばであった。とても忙しいけれど、暖かいアットホームな科であった。

Emergency Room

救急では、チームは resident が3人と attending が1人で、交代制で対応していた。また、別に 'trauma team' があり、外傷で救急車で運ばれてきた症例に対しては、こちらが責任を負っていた。ここでは、胸痛や腹痛などの内科的な疾患から、交通事故や火傷などまで、実に多くの疾患を見る事ができた。十代のギャングのメンバーが銃で打ち合ったケースなどもあり、また小児の交通事故が特に多く、アメリカ社会の裏側をみた思いだった。特に印象に残っているのは、心臓にナイフを刺されて心タンポナーデになった症例に対し、開胸心マッサージを行ったケースだった。結局この患者は亡くなられたが、その後実際的心臓を用いて、心マの方法を教えていただいた。また、病院にはヘリポートが併設されており、患者がヘリコプターで輸送されることもあった。

救急で感じたのは、分業がしっかりされているということであった。例えば、医師が静脈ラインを入れることはほとんど無く、ナースが芸術的とも言うべき迅速さで行っていたし、通訳やX線技師、ハウスキーパー（いわゆる掃除のおじさん）など、様々な業種の人がそれぞれの仕事を実に効

率よく行っているように思えた。

週に一回、カンファレンスがあった。ここでは、昼食をとりながら、興味深い症例に対して討論したり、attendingの講義を聞いたり（アメリカンジョークの効いたとても楽しい講義だった）、救急の問題集を解いたり、がなされていた。

ところで、residentのシステムについても、residentとattendingとの間で、活発に意見の交換がなされていた。アメリカでは、各大学のresident育成システムの評価が、第三者機関によって行われており、UCIは改善が必要と指摘された科が多かったことが地元の新聞に取り上げられて、問題になっていた（最も救急や産婦人科は大変良いシステムであり、当然合格とされていた）。この記事に対して、UCIの学生が紙面で反論しているのもみた。いずれにしろ、residentや学生のresident育成システムに対する意識は非常に高く、自分たちで改善していこうという熱意が感じられた。与えられた路線に乗って行くだけで満足している自分を反省させられた。

Gynecologic Oncology

ここは、婦人科腫瘍を扱う部門である。以前UCIMCの病院長をされた方もおられ、その事もあり、とてもバイタリティ溢れる科だという印象を受けた。

午前7時頃から手術が始まることもあり、その前に回診を行うなど、朝は早かった。私たち学生は、その前に患者を診察し、カルテを書かなければならぬため、まだ暗いうちに病院に向かった。

疾患としては、日本とは異なり、卵巣癌がとても多いようだった。また手術では、細い血管は糸で結索するのではなく、クリップを多用していたのが印象的だった。その為か手術にかかる時間は短かったが、以前から耳にしていたように、血液のスプラッシュが顔に飛んでくることもしばしばで、手術は日本と比べてやや手荒いような気がした。

病棟では、一人のresidentについていたが、大変優秀で臨床の知識も豊富な方で、彼が実はresidentを始めた直後だったということが私には信じられなかった。私が1年目の時にはとてもあ

あはいかないであろう、恐らく密度の高い学生実習の結果なのであろう、と思った。また彼は私にとても良く教えてくださった。例えば、移動中のエレベーターの中で、“Let me teach you something. …”などと始めて下さったりといった具合である。またこの先生は、現在の病状や治療などについて、患者やその家族とともに良く話し合っておられたが、同時にジョークをたくさんとばすのには少し驚いた。ある女性の患者は、負けずにジョークを返していたが、この患者について先生は「彼女はすばらしい人格の持ち主だ。そう思わない？」と仰ったのを聞いたとき、文化の違いというものを痛感した。果して、ジョークの一つも言えない私は彼らの眼にどう写っていたのだろうか。

最後に

私は、滞在中、実に多くの親切な人々に出会うことができた。途中、辛い思いをしたこともあったが、その時にいつも私を救ってくれたのは、そういう方々であった。ホームステイさせて頂いたJayさんとCarolさんはもちろんのこと、UCIの多くの医師、看護婦学生の方々、コーディネーターのJeanさん、Llynさん、本当に良くしてくださいなMarthaさんとDeanさん、私のために歓迎会を開いてくださったIrvine Sister Cities Foundationの方々、いろいろとアメリカでの医療事情などについて話してくださいました日本人の医師の方々、本当にありがとうございました。また、この実習のために力を貸してくださいました村田先生をはじめ、学群長の三井先生、国際交流委員会の大川先生をはじめとする諸先生方、事務の方々、応援してくれた友人達に、心から感謝いたします。これらの貴重な体験は、とても忘れられるものではなく、私のこれから的人生にも大きな影響を与える続けるだろうと確信しています。また、今後も多くの方々がこのプログラムに参加されることを強く希望します。

『古今東西、学園祭今昔』

1984年度基臨社祭実行委員長

秦 病院 脳神経外科
安田 貢 (10回生)

ある日、ふとテレビをつけてみると、早稲田祭中止のニュースが、某TBSテレビで報じられていた。途中から番組を見たため、中止になった理由は、定かではないが、どうやら大学と実行委員会の間の中核派だか、革マル派だかもめ事らしかった。

放送研究会なる文科系サークルが発表の場を失い、その学生たちは困惑していた。大学の外に発表の場を求め、奔走するサークル幹事をテレビは映し出していた。

「何となくこんな situation 昔あったな。」*deja vu*にも似た感覚であった。学園祭に関わりのない早稲田の学生たちは、「休みが少なくなる。」と嘆いていた。

「そういえば、13年前もそんな言葉を聞いたことがあったな。」と思いつつ、ワープロをたたき始めた。

1982年、ホテルニュージャパンが炎上したこの年、涸沼でとなりに座った吉田正くん（現、消化器内科）に誘われて、実行委員になったものの、M1では松本滋委員長（現東京慈恵医科大学放射線科）のもと、大道具係。M2では、具志堅用高氏の接待係と意味不明の仕事をしていた小生。翌年、双峰祭（九馬委員長）は、中止となり、基臨社祭だけが学群祭（当時、故阿南功一学群長）という名目で、開催にこぎつけた。今でも、あれは必要だったのか否か判断しかねている。

ただ、卒後10年を迎えるとする今、自分の所

属していた籠球部以外に、学園祭を通じて様々な先輩・後輩との出会いがあり、現在それが、小生の少ない中での大きな財産となっていることは事実である。医学という狭い社会の中で、それぞれが generalist・specialist として働き、学生時代とは違った力を借りることも多くなり、そんなことを感じる機会が多くなった。学生時代はあまりそんなことを感じることもなかつてわけで‥‥（人はこんな風にして老いていくものでしょうか？）

前述した早稲田の放送研究会の幹事さんも、考えてみれば、普通に早稲田祭が開催されていれば出来なかった経験をしたわけで、良し悪しは別にして、将来何らかの財産になることと思う。

学生時代も医師となってからも、何事も前向きに遊び・学ばなければと感ずるこの頃である。世の中、あたりまえ・つまらないと思えることでも、問題意識を持ち、考え方次第ではずいぶん見え方が変わってくるものです。

全国ネットで取り上げられたこのニュースを見て、「さすが早稲田だ。筑波はマスコミの扱いがちいさかったなあ」と思いながら、医学生時代、そして医師となった頃の、初心に帰った様な気がしたのでした。ところで、皆さん元気でがんばっていますか？

— 97年度版桐医会名簿訂正のお知らせ —

56ページ：第9回生

【誤】 【正】

大石優美子→田中優美子
(田中)

田中先生は田中姓をご希望でしたが、誤って大石姓で記載いたしました。
お詫びして訂正申し上げます。

第18回桐医会総会・シンポジウムのお知らせ

日 時：5月23日（土）

15:00～15:30 総 会

15:30～17:30 シンポジウム

場 所：筑波大学医学専門学群4A411

シンポジウム

議題 「教え方・おそれり方」

編集後記

金メダルに泣いた人も多いことでしょう

……NAGANO五輪

ひたむきな人生には華がある

……いい医者の条件（Dr. A）

桐医会会報 第42号

発 行 日 1998年3月6日発行

発 行 者 山口 高史 編集 桐医会

〒305-0006 茨城県つくば市天王台1-1-1

筑波大学医学専門学群内

印刷・製本 株式会社 イセブ