

第31回 特別研究会

「医療と人間関係」

中 川 米 造

1995年 3月16日 南山短期大学にて

「医療と人間関係」



中川 米造（なかがわ・よねぞう）

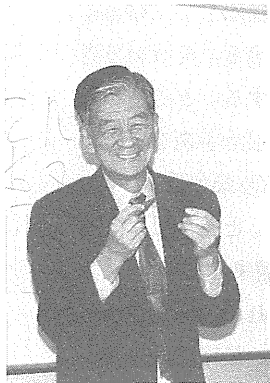
1926 ソウルに生まれる
1949 京都大学医学部医学科卒業
1955 大阪大学講師（医学概論担当）
1980 大阪大学教授（環境医学、集団社会医学概論）
1988 滋賀医科大学教授（医学史・医学概論）
1989 大阪大学退職、名誉教授
1991 滋賀医科大学退職
現在 大阪国際女子大学教授、日本保健医療行動科学会
会長、財団法人ひかり協会理事長、社団法人生命
科学振興会理事長など
専攻 医学概論（医学史、医療人類学、医療倫理など）
著書 『医の倫理』（玉川大学出版会）
『医と身体の文化誌』（法政大学出版会）
『素顔の医者』（講談社）など

中川：グラバア先生から私自身について最初に紹介をということですが、私の親は医者でございません。しかし小さいときから私は医者になりたいと思っていました。どうしてかと考えてみたのですが、親やら兄弟がよく病気になり、その度に医者が出てきて、診療したり、指示をしたり、格好のいい商売だと思ったんでしょう。そのつもりで大学まできました。大学に入ったのは昭和20年、敗戦の年でございました。その年5月でしたか、一年生全部講堂に集まれと言われて、集まりましたら、そこに軍服をきた人が来ました。軍医ですね。大佐か中佐かどちらかでした。誰だったかまだ分かりません。その人が開口一番に言ったことは「医学というものは人の病気を治したり、怪我を治したりそんなものではない」とおっしゃたんです。「えっ？」と思ったら「今は世界を相手にして戦っている。従って医学も兵器である。戦うものである。」と言われるんです。えらいことになったと思いました。しかし私は植民地育ちです。植民地は軍国主義教育がさかんですから、一瞬おかしいなと思っても、そうかもしれない、科学は両刃の剣という言葉もあります。後から伺ったんですけれども、その方は我が母校の出身で731部隊の幹部でした。731というのは生物兵器の開発部隊です。我が母校は学校を挙げて協力をしていました。えらいところに来たとは思ったんですが、段々慣れてきた。ところが8月に敗戦。とたんに教授方の言うことが違ってきました。前日までは授業の初めに「東方遥拝」といって、お若い方はご存じないかもしれない。授業の初めに東の方、東京の方面なんです、向いて最敬礼という。天皇陛下にご挨拶をするのです。それから始まる。大学ですよ。京大というのは自由主義で有名だったんですけれども。私が入ったときはそういうことでした。それが途端に変わって、今度は民主主義だなんて。一体医学ってなんなのか。それだけではなしに、私の家族は引き揚げで財産はなくなってしまった。失恋もしましたし、世界観が完

全にひっくり返ってしまった。これは年輩の先生はご存知だと思うんですけども。それでどうしたらいいものかと。あの頃程日本人が哲学づいた時期はないと思います。哲学と書いてある本にみんな飛びついたと。だから三木教授の「哲学ノート」が出るぞという夜から並んで買ったという時代ですから。野球や宝塚の券とは違うんです。ま、どちらがいいかわかりませんが。それでちょうどその頃に澤瀉久敬先生というフランス哲学の先生が、大阪大学で医学概論という授業をやっているということが分かった。というのはちょうどその年にその題の本が出ました。冒頭に医学概論とは医学の哲学であるとある。これだと飛びついたんです。第一巻は「科学について」。第二巻はそれから2、3年遅れて「生命について」。第三巻は「医学について」と、そういう風に出ていったんですけども。第一巻だけで初版1万部売ったという大変な本でございまして。私もそれに飛びついた。医学概論が分からないと医学はできないと勝手に思って。それであんまり学校の授業には出ないで、哲学関連の勉強ばかりしていました。それから澤瀉先生の所に参りまして、京大でもやって下さいと講義をお願いしたということもございました。それでも卒業できましたが、私は医学概論をやらなければ医療はできないと思っていました。餓死してもやるつもりだったんですけども。先ほど申しました通り、引き揚げでございますし、お金もないことですから、何かやらなければいけないなあと思いました。その頃インターンというのがありまして。インターンで回って、耳鼻科へ行きました。先輩に聞いたら「耳鼻科は助手の席が空いているからすぐ助手になれる」と言うんです。「それからもう一つ耳鼻科というのは簡単だ。綿棒3本で飯が食える。とにかく穴の中に綿棒3本入れたらいい。何を付けるかというのは看護婦が知っている」とこう言うのです。これはいいと思いました。それをやりながら医学概論をやろうと悪い考えを起こしました。もっとも入ってみるとやはり3本だけではダメですね。特に私は眩暈研究グループに入りました。めまいとはなんだということをやりました。それを医学概論的に言うと、空間は人間にとってどんな形で認知されるのかが基本になる。これがなかなか面白くなりました。例えばお月様が何故水平線近くで大きく見えるのかとか。あれを写真で撮ると全然変わらないんですが、上へ行くと小さく見えるのです。空間がゆれるように感じるめまいってなんだろう。ご存知だと思うんですけども、子供はめまいが大好きです。一つの遊びの要素になっているくらいですから。だからぐるぐるぐるぐる回って喜んでるんですね。一方病人がめまいを訴えてくる。何処が違うんだろうか、など色々考えたりしていました。その内に澤瀉先生が阪大医学部での講義をお辞めになるので、そのあとを継がないかといわれました。それは願ってもないことなんです。実は耳鼻科医としても私は失格ではなかったかなと思うんです。色々ございます。耳鼻科は外科の端くれですから、病気を外科学的に認識するんです。悪いところを取ってしまったら問題は解決するという。それであちこち取りまくるのです。例えば蓄膿症なんて

いうのは頭の骨の中に空洞がありますから、その中の空洞を掃除して下の方に穴を空けてやれば膿は無くなってしまいます。で、膿が無ければ治る。そういう考えで根治手術と言うんですけども、毎週三つも四つも手術する。ところがそんなに治らないですね。しかし治らないって、こっちは根治手術をしているので、治らないのは患者が悪い。「手術が済んだ後もやっぱり頭が重いです。」と言う。重いはずない、蓄膿の部分には治したんだから、少なくとも蓄膿に関連した頭痛ではないはずだ。「お鼻が出ますよ」それはねえ、溜まらなければ文句無いわけだから。どうしても鼻汁を止めるんだったらばこれは内科へ行きなさい。それから頭が痛いんだったらこれは神経内科へ行けと。最終的にはそういう逃げ口上を持っていて、それで鼻でも洗うかと、アドレナリンを鼻の粘膜に塗りますと、粘膜の腫れが減る。次にペニシリンを霧に吹きこむ。さらにコカインを塗る。いい気持ちになりますから、頭がすっきりして全治したような感じになります。家へ帰ったら元通りになる。だからまた明日来ようということになって商売がなりたつ。それは3本の綿棒でいい。アドレナリンをやって、コカインをやって、もう一つは忘れました。大抵看護婦がやってくれます。多いときは200人くらいありますから、見ちゃおれません。それはそれで一応筋は通っているんです。蓄膿とはそういうものですから、医学的にそれを取ったんだから治るはず。ところがある日その手術をやりかけたら出血して進めないんです。押さえれば止まるんですけども。やるとまた出ます。それでガーゼを入れて中止しました。翌日になったら止まっていました。しかしまた手術したら、また出血するかもしれない。手術好きな人はやるかもしれないが、私は余り好きではないので止めてしまった。ところがめきめき良くなりました。反対側も良くなった。こっちは全然触ってない。何だったのか判りません。その患者さんからは大変感謝されました。彼はシャツ屋の息子さんなんですけれども、もう10年くらい、私が辞めた後でも夏と冬、シャツを送ってくれました。それが最初のショックですね。

それから2番目は、あの頃にアメリカの文献なんかを見ますと、慢性の扁桃腺を持っているとよく風邪を引く。いろんな病気も合併する。従ってその欠勤率も多い。だから特にカリフォルニアなんかでは、扁桃腺を持っている者を雇わない。そんな人は欠勤率が高くなりますから企業としては損だという。アメリカではそういう風に経済学的に考えるんです。そんな論文を読んだんで、日本でも考えなければいけないのではないか。対米追従主義というのは日本のお得意ですから。最新の論文にそう書いてあるわけですから。よしやろうと、そして若手医師で小学校、中学校を検診して回って、大きな扁桃腺をもつ子を見つけ出した。それを夏休みに集めて集団扁桃腺摘出というのをやりました。おかげで扁桃腺の手術が上手になりました。上手になりまして5分で出来るようになったんです。後統計を取る。いいデータを出そうと思えば出せるわけですから。病欠の日にちが何日減った、学校の成績がなんぼ上がったとかいいとこ



だけ集めて学会に発表して。子供達のためにもいいことしたと思った。それから1年くらい経ったらまたアメリカから論文が出ました。ポリオがその頃流行りまして、どうも扁桃腺を取られた子に多いという。えらいことしちゃったなあと。最近のアメリカの小児科の教科書を見ると、子供の扁桃腺を取るということは犯罪的であると書いてある。それだけいろんな影響があるというんです。考えてみますと扁桃腺というのはリンパ腺です。口から入る異物に対する免疫の最初の警戒信号を出すものなんです。それを取ってしまったら、鈍感になります。まわりにもリンパ腺はありますから多少はいいんですけども、大手を取ってしまうんですから良くない。そんなことで、これはどうもおかしい。その辺が最初の疑問でありました。医学の真理にしたがっていると思っていたんですね、そうならないのは向こうが悪いと。例外は常にある。ただ今の外科医的な発想で言えば、病気というのは一つの部位を持っている。その部位の問題を除去してやれば解決がつくという。つかないのは例外であって患者が悪いと。例外になるのが悪いと思っていたんですが、誤解だったのです。最近になってみると、これは最近ではアメリカなんかは特にそうですけれども、そういう真理基準というか、そういう解剖学的な、ま、近代医学は解剖学から始まっていますから、身体のだどこかに悪いところがある。それが解決すれば問題も片付くという、そういう一つのパラダイムを持っています。ところが、それで解決できる場合は意外に少ない。日常経験では医者達は密かにそれを体験していると思うんですけれども、それをいっちゃおしまいです。

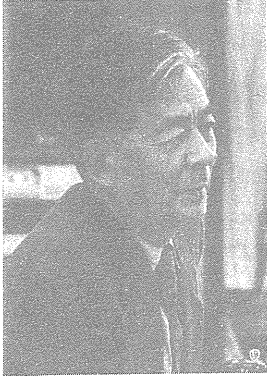
だから建て前で仕事をしているのです。建て前は真理基準でやって、それを広げていく。医療施設を広げていく。医者を増やすというようなことをしていますが、患者さんは減らない、病人は減らないのです。特に最近では世界的に医療費が急上昇している。もっとも日本は少ないんです。日本はGNPの4、5%で世界一少ない。だから医者は不満なんです、それにしても世界で一番健康である。長寿命だし、乳児死亡もすくない。名古屋では日本福祉大学の二木さんという方が最近も日本の医療費問題についての本を出されましたが、5%以下です。アメリカなんかは12、3%ですから。分母はGDPです。国民総生産。世界の多くの国は10%を超えているんです。日本だけ例外的に5%以下で。それにしてもえらい健康なんです。ところが外国、特にアメリカなんかにしてみれば病人や医療費が増えてしょうがない。それで本当にそういうパラダイムといいますか、そういった考え方でどれだけ治せるのか。今までは秘密にといいますか、あまり表にしなかったんですけども。戦後特にそうですけれども、医療や経済学だとか社会学だとか、人類学だとか、自然科学や生物学としてではない世界から医療へ目を向ける人が増えてきました。調べてみると、どうもあんまりeffectiveじゃない。近代社会はとにかく効率主義ですから、effectiveでないものはよくないという意見が強くなってきました。きっかけはご存知だと思いますけれども、イヴン・イリッチという、これはオース

トリアにいた人なんですけれどもメキシコに渡って、『メディカル・ネメシス』という本を書きました。ネメシスというのは復讐の女神ということだそうです。日本では金子さんが翻訳して『脱病院社会』という題で出版されました。その翻訳書の題でもおわかりのように、病院という制度、これが実は社会的に文化的に病気をどんどん作り出している。とても治しているんじゃないということです。その本が出て大騒ぎになりました。世界中の医者たちが懸命に反論しました。確かに医学文献を集めてやっているんですけども。自分の意見にpositiveなものだけ集めてnegativeなものを捨てたという批判が多かった。しかしそれはお互い様で、誰でもそういうことはするものです。そんな反論を続けている内に医療の内部でもそうかなあという人が出てきました。きちんと統計的にやろうと。統計が特に意味があるわけじゃないんですけども、数字を見せると恐れ入りましたという人が多いですから。それでやりだしたら、やっぱり近代医学の力はそれほど大きな力は無い。例えば抗生物質なんか確かに目の前の患者さんに対しては効くんですけども、大きな病気の流れに対しては殆ど影響はない。例えば結核なんか日本の場合、ストマイの普及と死亡率の低下はたしかに因果関係がありそうですけれども、世界の他の国では関係が出てこない。先進国では死亡率が降りてきて、もう殆どプラトーになったところでストマイが使われ始めている。1959年に微生物学者のルネ・デュボスという人がこんなことを言っています。海の水が引潮で引いていく時にバケツで水一杯汲んで、そのために海の水が退いていったんだと。実際目の前の患者さんにペニシリンを打った、近代的な方法をやると一応治るんです。だから手ごたえはあるんですけども、集団全体となるとそうではない。このごろは、こうしたパラダイムで早期発見ということがいわれる。このごろは受胎した途端にもう分かる。卵の分裂をはじめたときDNAの分析をやったら、たくさんの病気が分かってしまう。そこから治療しろということになったら、全員検査して遺伝子治療をしなければいけないという。進んで理論的にそこまできているし、現実にもそちらへ向かって進んでいます。全てを医学の支配下に置いておくという一種の陰謀だという評論家もいます。そういう文化を作り出している。これはそんな風にイリッチが言い出してからかなり大胆に言う人が増えてきました。統計的にきっちり言えないにしても何とか数字を使ってということで。いろんな文献があるんですけども、それを紹介している暇がないんであっさり申しますと、いわゆる近代科学的な手法、つまり生物医学的な手法で認識でき、そして対処できる部分というのはせいぜい20%がいいところだといえます。生物機械モデルでいけるのはそれくらいで、後の80%はそうでないという。それは何か人間としての側面としての病です。人間としてというのはいろいろあるかと思いますが、一つは歴史、あるいは時間性を持っているということ。それから一つは環境と相互作用を営んでいるということ。一つは個別性、個性性を持っている。この三つとも自然科学の中じゃない。自然科学には時間はない。

あるとしても計られる時間であっていつも同じ時間である。ところが生物とか人間の場合は違ってくる、歴史的な時間です。これは機械論的な医学の中にはありません。2番目の環境との間の相互作用。その環境というのは自然環境でもあり社会環境でもあります。3番目は一人一人皆違っているよというこれは自然科学と全然別の世界です。そういう存在に対して今迄の自然科学的な医学は殆どノータッチでした。そこへ戦後は医療が人権とつながってきた。つまり権利の主体は患者さんになった。それまでは医者が判断をし、処置をする。すべて医者に任されていた。ところが日本で言えば新憲法、世界的に言えばWHO世界保健機関の憲章の中で健康であることは人間の基本的権利となった。それによって医療は普及されてきた。2番目には医療は公平にやられなくてはならないようになった。3番目には決定するのは患者である。自己決定権。この頃はinformed consentという形ででてきた。最初の二つは、お金を出せばいい。ところがinformed consentなり、情報を得た上での決定が患者にあるというのは今までの医療が180度変わる事なんです。日本医師会はそれを一つのパンフレットとしてそれが大事だよと言っていますし、いろんな機会に勉強会なんかをやっていますが、今までの医学、医療の歴史を180度転換するのはなかなか難しい。大変なことなんです。そういう場合に人間は防衛線を張ります。そんなこといったって患者さんは医学はわからない。我々は何年もやってここまで来た。最低6年間は社会の人は医学部についてもらわないとinformed consentにならない。2番目はそれに耐えられるだけの備えがあるかということ。ガンなんて言ったらびっくりかえってしまう。informed consentなんてできっこないと。しかしそれは建て前でして、もう一つには医療費体系が出来高払いで、検査してなんぼ、注射してなんぼですから、説明しても金にならない。慢性病指導料というのはあるのですが、それよりも注射5、6本やった方がいい。もうひとつ良くないのは、時間がないということ。3分間診療の内、何分喋ればいいんだという。そんなことで防衛線を張ってできないといっている。どうもこれはおかしい、医学とか医療の物の考え方がおかしいんだと。どうも解剖学的な考え方を金科玉条にしている。解剖学は医者になるのには絶対必要だと思っているし、社会もそう思っているかも知れませんが、あれは医学生になって最初にやる時は、ただおっかなびっくりで、あれで患者さんの人間性を見ないよう客観化するようになることの方が重大なのです。その証拠に解剖台に載せている死体に対しては名前が無いです。経歴もないです。第何番の台に載っている物であって、決して人ではない。だから解剖というのはある意味で人間を客観的にみさせる initiation なのです。医学生は最初はこわごわやっている。その途中でなんか一種 high になる、大騒ぎする時期があります。2、3日ですかね。その時には死体を冒瀆するようなことを言い合っては笑いころげたり。アメリカなんかの話なんかですと、耳を切り取って壁にぺっとくっつけて「壁に耳あり」なんて言ってみたりする。それからフランスの医学生なんか

は臓物を取って投げ合ったりすることもあったようです。それが2、3日続いて真面目になる。そうなりますと、気持ち悪さがなくなります。物としてみることが出来るようになる。話題を変えましょう。一昨年、中国西部で伝統医学のシンポジウムがありました。医療の歴史とか民族学を含めて議論しまくった。中国語は私出来ないので、ひとしきり話した後、通訳が内容を話すのです。ある中国の学者が話しているときに突然「いー！」と大きな声を出したんです。びっくりしました。後に通訳が言うことによりますと、医療の医という字、これは「い」と読む。漢和辞典にはまじないの言葉と書いてありますが、ただの「い」じゃなくて「いー！」とものすごく気合いを入れて叫ぶんですね。医という字はハコガマエに矢です。矢は病の象徴で、それを箱の中に入れて治める。医は、旧文字で昔は醫または醫と書いたんです。爰は大ダンピラ、酉は酒、巫は呪師のことです。医者 of 祖先は呪術師であるということを示しています。医学史を書く場合、そんな迷信は排除すべきだ、科学的な医療こそ正しいと、排除してしまうんですけども、今でも残っている。呪術はねたは隠して心理的な誘導をやる。それで信頼性をうる。信頼性は人間の体験で安心させること、それを予知させることです。そうすると任せられる。医者の場合、医者 of 祖先の場合もそうなんです。人類学には、そういう呪術的な医療の例はしばしばあげられています。レヴィ・ストロースという文化人類学者が引用している、アメリカの文化人類学者のフランツ・ボワスがキワキユルト族のケリサードという呪術師から聞き書きしたのがあります。このケリサードは、よく治すんです。ケリサード自身はかなり冷めた人で、小さいときから呪術なんてインチキだと思っていた。ところが面白いもんだからいつも側にくっついていてうちに、呪術師の方から「君は関心がありそうだから入れ」ということで入門しました。入門してみるといろんな呪術的なことも教えてもらい、いろんな治療用の歌を覚えてもらったり、まじないや占いの仕方なんかも教わり、薬の使い方も覚えてもらった。とくに面白いのは、どっかの村で重病人が発生したことを知ると弟子を派遣して情報を集めさせるんです。テントの外から中の話なんか集めて、お師匠さんに報告する。お師匠さんは呼ばれますと、何も言わない前に「お前さんはこうだ、ああだ」という。そうすると患者さんは言わないことを当てるということで、二つ三つ当たれば、人間というのは殆ど全面的に信頼します。そういうことで準備段階を作っておく。技法は、この人は痛む所に口を当てて吸います。そうしてベッと吐き出しますと、血の塊が出る訳ですね、これが病気だと。それを見て患者さん症状が軽くなる。そういうことであまり成績がいいんで、別の部落の呪術師が教えてくれとって来るんです。そこでも似たようなことをやるんだけど、その人が吸ってパッと吐いたら唾しかでない。ところがこのケリサードがやると血の塊が出る。どうしてなのかわからない。実は簡単なんで、口を当てる前に綿を口の中に含んでおいて、ほっぺたの粘膜を噛むんです。それを綿に浸して、パッと出すんです。ケリサードは





自分がこんなに治せるのは自分の身体を傷つけているからだ。自分を犠牲にしていると言うことが、そういう確信になっている。皆さんはおわかりだと思っただけですが、今だっていくらかありますね。フィリピンの心霊手術診療施設。あれは完全にトリックで、手品師は再現出来ます。実際取りだした物を分析してみると人間の血でない、羊の血であったそうです。ところが手を腹の中に突っ込んで出してみせた。「これがお前のガンである」と見せた。その後元気になるんです。ドイツの連中が10何例フォローして3ヶ月くらいは続くようだといっています。その後また元気なくなるかもしれませんが、その3ヶ月くらいは良くなる。だいたいああいう心霊治療があるのは中進国で、それからカトリックが入ってきた所が多い。ブラジル、フィリピン、韓国、これらは盛んですね。私、韓国のポチョンという所があるんですが、そこへ行ってみました。ちょうどこの部屋の2倍くらいの広いところでやる。そこに信者がたくさん詰めている。しばらくして教祖が出てきて、予め選ばれた何人かの患者さんを台に上げて、それで次々と手術をする。例えば足が糖尿病かなにかで、真っ黒になってこれはエソ状態になっている。担架で運ばれて来たんですけども、悪いといってバリッともいってしまう。麻酔も何もない。それを聴衆に見せるんです。聴衆は12時頃から詰めかけていて、教団の幹部が歌わせたり、ウェービングをやらせたり、ハイにするとするか、ほとんどエクスタシー状態に持っていく。そこに教祖が出てきてまた教祖もそれをやる。その手術をするときは、信者達が全部一斉に「アボジー!」、「父なる神」ですね。「ハレルヤ!」と叫ぶ。本人も「神様!」だとか「父よ!」という言葉は発するけれども、「痛い」とは言わない。バリッともいっても、血もほとんど出ない。その間に臍とか血管なんかでつながっていますから、そいつをはさみでちょっと切って包帯を巻いて、「立ちなさい。」という。彼は担架できたんですよ。「立ちなさい。悪いのは取った。」と言うんです。ついで「歩きなさい」。ちょっとびっこひきながら歩く。今までは足が悪かったために歩けなかった。それが無くなったら歩ける。麻酔なんか全く使わない。また、例えば頸がこんなに腫れあがって、教団の解説だと甲状腺ガンだという。それで教祖が按摩というのをやって、一月ほど入院している間に柔らかくなってきた。今日は手術をするということで、メスじゃなく普通のナイフを突っ込むと真っ黒い液体が。それを拭いて包帯を巻いて「ハイ良くなりました。」という。週に一回、一回に4、5人、多分暗示性の高そうな患者さんをどうも選び出しているようです。いずれにしても大変な人気です。結局病気というのは悪だということが一つの認識の前提になっている。日本でも胃が悪いとか頭が悪いとか、その悪が支配するのが病気。だから自分で自分をコントロールできない。特に不快があったり不能があったり、最終的には恐怖になる。それからもう一つは病人になりますと、人間文化の中では社会的処遇が色々変わります。例えば T. Parsons の sick role といっています。ま、Parsons はアメリカの機能主義社会学の大立物で、彼は sick role

とは、まず日常的義務の一部または全面的解除、つぎにそのことに道義的な責任を負わない、三番目が援助をうけること、特に専門的な援助をうけることを挙げました。本当は四番目があります。それは以上三つの正当性を裏づける為に自らも治ろうと努力することというのです。しかし、これはアメリカのアチーブメント社会ではあるか、イギリスやソビエトには当てはまらないといっています。日本でもとにかく社会福祉が前面に出ていますので、当てはまらない。だからそういうシックロールは社会的処遇の変化がありますが、もう一つこれは Parsons より、差別され、警戒され、排除されるという、仕掛けも裏にあります。病気の場合、自分ではどうすることもできない。病気が入ってきたんだと思う。そうなりますと近代医学でも病気はやっぱり悪であって、それを患者自身ではどうも出来ない。そこで、医者という呪術師によって表向きの社会的処遇の福祉的な面については、診断書によって始めてそれが発効するのです。これは長い歴史を持っています。こういう一つのパラダイム、というか認知体験の中に先ほどの解剖学的な疾病概念がありますので、なかなか人間的な医療への展開が出来ないという。それでは困る。しかし医師には呪術的な信頼性によって援助されつつ、最終的には自己コントロールが出来るようになるとも考えられる。病気は必ずしも悪にとどまるものではないということも大事です。

これは随分前にアメリカの医学概論的な医学史家で、H. Sigerist という人が、『Introduction to medicine』の中で、病むということは神経が裸になることだ、つまり感受性が高まるのが一つの特徴だと言っている。それから V. Frankl ですが、彼も病むとか、人間の危機に陥った場合に新しいものの見方が出来る。ネガティブじゃなしにポジティブな見方も出てくる。例えば美しさというものが良く分かったり、創造性などでの新しい展開がある。また O. Sacks、これは映画で「レナードの朝」という、20年も前に嗜眠性脳炎になった人が一種パーキンソン病と言いますか、身体が全部カチカチになってしまって全然他人との関係が持てなくなった患者さんに、L. Dopa を使って動けるようになり他人とも話ができるようになったんです。けれども、20年というタイムラグが浦島太郎になりまして、事事にギャップが起こって、結局ほとんどの患者さんがもう一度病気へ帰りたいということで、必要な場合には薬を飲むけれど、大体は病気の中に閉じ込めると、それが結末になる映画の原作者です。この O. Sacks というのは、専門は神経内科医なんです。神経内科というのは大体10中8、9までは頭のいい人ですね。というのは神経内科をやるには、脳神経内のいろんな神経の走り方とか、何処にどういう細胞があってというような機能などを全部覚えています。だから症状をその解剖・生理の知識と照らし合わせて診断する。だからレントゲン写真を見る前に診断できるのが喜びです。こうしたパズル解きの大好きな人です。ところが診断がつけば、あとはする事がない。神経は再生しないと信じていますから。だから診断がついたら、リハビリでも行ってきなさいということで、自分は全然コミットしようとしな

い。ところがO. Sacksは神経内科医で、病気を確かに診断するわけだけでも、それよりその病気を持っている人間がそれによってどう変わっているのか、何処が残っているのかという、そういう風にみる人なんです。さらに患者さんに自分自身の状態を分からせる。例えば歳をとっておこるパーキンソンという病気がありますけれども、話している内に患者さんの方が喋りだす。「要するに私の病気は、身体中の筋肉のバランスが取れないじゃなく、バランスの知覚がなくなるんですなあ」と。「そうですか?」「うん。そうだ」と。「そんならば、私、治療法がわかりました。」患者さんが言う。「身体の方がわからないんだから、目からわからしてやったらいいんじゃないか。ちょっと行ってきます」と言って眼鏡屋さんに行って、眼鏡の前に重りをぶら下げて、水平を分かるように水準器を付けた。しばらくそれでやっていると最初は邪魔なんだけれども段々慣れてきて、目で平均を取ることが出来るようになった。そんな事を患者さんと喋りながら患者さんに発見させるんです。それは『妻を帽子と間違えた男』というあの本の中に17、8人の患者のいろんな話が書いてあります。

その中の一つですけれども、トゥレット症候群の患者の話があります。トゥレット症候群というのは脳のある部分ですが、これがやられる為に、主にはチックなんです。肩とか首だとかにチックが起こる。ところが脳の回転が早い。この頃はチックに効く薬があるんです。飲ますとチックは止められるんです。取れるけれども、頭の回転は遅くなる。その患者さんはピンポンもうまい。音楽もすばらしい。即興がどんどんできる。ところがチック止めてしまったら全部ダメ。そこで患者さんにどっちを選ぶ?と聞くんです。ぼけててもいいときは飲んでると。庭球やったり音楽なんかを弾くときは飲みませんという。患者さん自身が自分で自分のコントロールができるようになった。もっと面白いのは、最近やっと翻訳が出たんですけれども、『A leg stand on』といったかな?日本では『左足で立つ』だったか、彼が北欧の山に単独登山をし、途中で転んで腱を切った。這って途中まで降りてきて救出され、それでイギリスに連れて帰られて切れた腱を手術して、リハビリする。それで腱はくっついている。電気診断でもちゃんとついているとわかっているんだけど動けない。自分の足と思えない。ベットに載せると他人の足が載っているように見える。またその足が3センチ位になったり、200メートルくらいまで伸びたりする。実はSacksは昔そんな患者さんを体験したらしくて、それが自分がそういう時になったら嘘でないことがわかった。リハビリしても駄目です。整形の医者に訴えたら、「そんな事言っても困る。ちゃんと私はする事はしたんだ!」と、とりつくしまがない。Sacksさんという人は音楽が好きだった。特にメンデルスゾーンが好きだった。山を這って降りるときも、くたびれ果てているときもメンデルスゾーンを大声で歌いながら、何とかそれで元気に降りてきた。それで入院中もメンデルスゾーンのカセットをしょっちゅうかけていた。そしてある時立ってみたら、身体中にそのメンデルスゾーンの、その交響樂が、フォルテシモで





出た。途端に足が動いたという。音楽の持っている全人的な意味を自身が体験したんです。音楽って素晴らしいという。ノバリスは全ての病気は音楽的な問題だというような事も書いているそうです。

そういう風に病む人間は全体の統一性がとれなくて、世界や自分が違って見える、感じるんです。それを自分では、足は同じものであり、同じに見えなければならぬと思っていますから、足が伸びたりちぢんだりするなんていうことは言わない。だまっているんです。ところが Sacks の昔体験した患者さんは、勇敢にそれを言ったのですが、Sacks さんは「え？」と言った。自分が体験してみて、あの患者さんはそういう体験をしていたんだと納得した。で、E. カセルという人も面白い。この人は内科医なんですが、彼も患者の全体性に関心のある人なんですが。この人はちょっと問題がある実験かもしれませんが、こんなことをやった。これはピアジェがやった実験法ですが、5才か6才くらいの子供に太い試験管と細い試験管を出して、太い試験管の水を細い方へ入れると水面が上がりますね。あれが5、6才以下だと上がった方が多いというんです。ところがある大人の患者さんもそんなことを言った。それで何人かの患者にやってみたら、そうだというんです。そんなことを言ったら恥ずかしいから言わないでいた。目でみたら水位が上がっているから、面積かける高さという式から感覚を修正しないで、直感的に水位が上がっているから「多い」と見るのとどちらが正しいか。感覚的には多くなっている。そんなことを彼は見つけているのです。だから病人というのはいろんな知覚をしている。全部が全部そういう風に感じるということはないでしょうけれども、病気は悪であり、社会的にも別格な人間であると思っているので、表に出せない。そして病気に支配されていて自分はなんとも出来ない。だから恥ずかしいことは言わないという形で、実は病気と自分との間に壁を作っている。つながりを切ってしまっただけで支配されているという捉え方をしている。自分に責任は無いという事で社会的処遇の条件にもつなげていける。

それはそれで完結しているんだけど、新しい見方、positive な見方に人生が変わっていくという、そういう考え方にはなかなか移れない。自らに壁を作っている。医療者も壁を作っている。それで医療者と患者関係の問題に移りますけれども、Szasz というのは精神科医です。そして Hollander というのは小児科医で、1956年、随分早いんですが、アメリカの内科学会雑誌に、A Philosophical Contribution to Medicine「医療に対する哲学的寄与」という、この論文は有名になりました。彼らは、医者患者関係には三つのレベルがあるんだと。一つは医療者が積極的であって患者さんは受動的であるというスタイル。2番目は一方は指導するものであり、一方は服従する。3番目は interaction です。面白いのはそれらが臨床の場面において違っているということをはっきりさせた。病気の考え方も違うというのです。もっとも一般的には積極性受動性のレベルでは、病気は自分ではコントロールできないものとい

う捉え方がある。それをどう判断し、どう行為するかは医療者が全て委託されてやる。患者さんの方はただ受け身です。これは深い昏睡だとか、大怪我なんかで自分は動けないというときは、そういう形です。日常社会的なモデルで言うと、乳幼児と親というプロトモデルに対応する。2番目の指導と服従というのは、これは急性の病気。意識はあるんで、どういう治療法を受けるか、どういう治療を選ぶか、どういう薬を飲むか、貰ったものを飲むか飲まないかというのは自分でやらなければならない。その場合医療者のガイダンス、指導がある。これはプロトモデルは、思春期の親との関係です。思春期にはなかなか素直には言うことを聞かないぞという意味もある。三番目には相互作用です。慢性病とかりハピリとか、これはむしろ患者の方が主体的になっていかなければいけないし、医療者の知識・技術を援助に使いながら自分自身が変わっていく。これは大人同士というプロトモデルです。

だから患者さんの呼び方でも違うんだといえます。アメリカの話ですけれども、積極性・受動性のモデルでは患者さんには名前がない。第16号病室の患者さんだとか、あの胃潰瘍の患者さんだとか病名で呼ばれる。人格はない。二番目は思春期・親の関係ですから、いわゆるニックネームで呼ばれるという。ベティとかジョンとか。患者さんの方はドクター誰それというような呼び方をする。三番目ではMrとかDrというような敬称を付けて呼び合うというのがアメリカの状況だそうです。日本ではリハピリになってせいぜい「指導・服従」で、慢性病の場合もまだ積極性・受動性の段階です。だから先ほど述べた医者の行為じゃありませんですけれども、信頼性をどうやって付けるかという事にも関わってどうやって相手を受動的にするかを色々工夫しているわけです。日本の医療者は白衣を着て仕事をする。白衣は、呪術師や神官の着るものです。宗教に関わっているものですよ。建て前としては科学者モデルです。医師が白衣を着出したのは19世紀に医学が自然科学と仲良くなったとき、実験服としてでてきた。象徴的には、白衣は遮断することで、自らを守るといった意味もあると思います。

これは特に日本の場合そうなんですが、診察室のインテリア。医者椅子がやたらと良くて、患者さんの椅子は粗末です。値段も10分の1程です。一本足という不安定な椅子に不安の患者さんを座らせると、不安の2乗という事になりはしないか。これも随分前から言っているのですが、医者たちが必ず反論する理由は医者は忙しいので疲れる、椅子くらいいいのに座ってもいいじゃないかと。患者さんも3時間近く堅い椅子に座っているのには気づかない。それが第一の答ですね。二番目は日本の医者は忙しい。忙しさというのは医者の特権というか、なんかそれを誇りを持ちながら言う傾向があるんですね。それで二番目にも忙しいと。だから診察するにしても前を診て後ろを診るのに背もたれがあったら邪魔だ。丸い椅子だったらくりっと回れると。こう言うんです。だけれども、小児科で子供を抱いている母親の時はどうします？ くりっと回っ

たらお母さんの背中見るんですか？と、これを言うからいかんのでしょうか。外国は椅子の差なんてほとんどないんですが。それでやはり権威の象徴なんですよという。外国でも立派な椅子はありますけれども、日本のように10倍の値段差は無い。それに診ながら話をしている。日本では診察室、アメリカは counseling room、ドイツは Sprech-zimmer といって、お話するのがまず最初の出会いで、診察は二次なんです。その後いろんな検査になるわけですが、医者と患者との出会いというのはまず話をするという事だし complain を聞くという事なんだけれども、日本の医者は忙しくて「何処が悪い？」と初めから聞く医者がおられますけれども、「分かりません。それを見て貰にきました。」と言うと「そのくらい考えてこい！こっちは忙しいんだ」と怒鳴る人がいました。この頃の医者はどうなっているんだと患者さんから苦情をきかされたことがあります。そんな事で椅子一つを考えてみても権威性が日本の場合にはあまりにも強すぎる。歴史的な背景もありますけれども。日本の医療では積極性・受動性のモデルが前面にあって、他のモデルが非常に弱い。医者によって、それから精神科だとか、それからリハビリなんかをやっている人は少し違うんですが、そうすると難しいのがインフォームドコンセントです。患者さんの自立性を尊重する。患者さんの主体性を発揮させるのに情報を伝えるのが、インフォームです。ガン告知もアメリカも昔はしなかったんですけれども、この頃は95、6%言うようになった。これは裁判なんかが多くあって、言わないと訴えられるという事がありますけれども、やっぱり基本的に医療の考え方が変わってきたんだと。つまりアメリカではカウンセリングというものがあるし、シュプレヒェン(sprechen)という話をする事の意味が認識されてきたのでしょう。

つまり医療の基礎としての人間性といったら曖昧ですが、患者が自身を見直すためにどう援助するかが基本になるわけです。医療者は出来ない。白衣を着て科学者モデルでやっていますので、医学的なレクチャーはできますけれども、普通の対話、特に患者さんに素直に話を出させる、先ほどの足が長くなったり短くなったり、水の量が増えたり減ったりするという、そういう事まで患者さんが表に出すのを、受け止めるということではできない。ただの会話は無駄である、時間の損失とっております。ここでプロクルステスのベッドなんて言葉が突然頭の中に浮かんできたんですけれども、これはよくこんな時に使います。ギリシャ神話にプロクルステスという山賊がいて、旅人をつかまえては自分の持っているベッドに寝かして足が短ければ引っ張って延ばし、長ければ切っちゃう。つまり医学的な枠にはめ込もうとしているわけで、はみ出したものは切っちゃおうという、そういうモデルです。患者さんが医学的モデルに入らないところは無駄なのです。だからインフォームドコンセントというのは医学的な情報を相手に与える事である。

昔、阪大にいた頃に、やった事があります。例えばガンという、これで浮か

ぶイメージはどんなものか。例えば色はどうか、形はどうか。一頃イメージに凝った事がありました。市民大学などでよくガンの話なんかをさせられますので、そこへ行って皆さんにガンというのはどんな色でしょうね、どんなイメージでしょうかねという様な事を聞くんですけども、大体色で言いますと9割5分くらいまでは黒とおっしゃいます。後は灰色ですね。ときどきピンクだとか何とかおっしゃいます。この前もそんな方に出会ったんで、「貴方の仕事はなんですか？」と聞きましたら、「薬剤師」といってました。「形は？」というと、「まあガンですから岩です」とこういうのが6割ですね。後は「言うに言えない気持ちの悪い形です」という。「口では言えません」と言う。医者にも聞きたいんですけども、医者はなかなか崩れてくれませんかから、そんな質問をすると「ん？」とこうなります。年寄りの医者のグループじゃなかなかうまくいきません。それで医学部の上級生を捕まえて、「ガンのイメージは？色はどうやらか」と聞くと3分の2が赤です。赤が3分の2あってその次にほとんど残りの6割くらいが紫、それから茶色、それから一人二人変わった色とそんな割合です。二つ三つの学校でやってみたんですが、そうしますと、まず赤ですね。「その次の紫はなんだ？なぜ紫が出てくるのかなあ」と聞いてみたら、ガンと聞いたらすぐピンと紫が出て来るんですって。「なんで？」と聞きますと、病理学というのがありまして、ガンの組織標本を見せられるんですね。ガンであるかどうかは核の大きさか核の形を見ないといけない。核は紫に染めるんです。だから紫ばかり探して紫の形を見るというのが医学生であり、医者なんです。だからガンと言うと、あの細胞と思い出す。赤は何かといいますが、手術なんです。血の赤です。茶色は瓶詰めになったガンの標本ですね。だから赤の人と黒の人が合ったときにどういう対話が進行するかという事になります。しかしながら医者は、一般の人は何色と思っているかを聞くと「分かっています。」という。で、患者さんの方は、医者が赤とは思っていない。そうすると日本人というのは特に相手のことを思いやる人が多いから、人はガンと言うと目の前が真っ暗になってもうダメだと思う。とすれば患者さんのために言わない方がいい、という理屈が出てきます。確かにそれはそれで完結しているんですけども。しかしその場合医者自身、実は医者自身もガンに対して、二重のバリアをつくっています。ガンという言葉は患者さんに運命的な影響力があるんだという。しかし考えてみると、そういう黒いイメージを起こさせるようにしたのは医者であります。医者が医学によって「ガンというものはカクカクのもので、恐いものであります」と一生懸命宣伝する。本当は全てのガンの患者さんが死ぬわけではない。どんな病気でも勝手に治ってしまうか、自然治癒と言うのか、訳の分からないうちに治っている事が必ずある。その逆にどんな軽い病気でも絶対に死なないという病気はない。だから考えてみますと、自然科学は確実性のイメージを持たせますが、実は過去の統計に基づいて言っている。統計というのは100%必ず起こらないというのが生物学や人間的な

現象です。それを言葉の魔術と言いますか、ガンそれは死であるという風に短絡させてしまう。そういう理解の仕方や、現実把握そのものが、言葉の作用でもある。本当のガンの現実はどうかという、100%死ぬんではない。しかもガンという黒いイメージが随分影響を与えていることを患者さん自身が気づき、医者自身が気づかなければならない。そのためにはどんな風に見えるんだ。ガンを持っている自分がどんな風に見えるのかを表出させればいい。それをためらう。医者が逃げ回る。

もっともこの頃は少しずつ「聞いてみよう。話をさせてみよう」と話をさせたり、イメージを出させたり、お絵描きをさせたり。お絵描きなんかは面白いですね。絵を描いているうちに段々自分が思っていたことがどういうものだったのかがわかるのですね。去年キューブラー・ロスさんが日本にこられました、あの人もお絵描きをやらせているらしく、ある患者さんが化学療法がどうしても嫌だという。そこで、「ガンを描いてご覧下さい。」と言ったら、こんなのを描いたんだそうです。矢がこんな風にみんな折れている。これではとても化学療法はできない。何度もお話を続けているうちに、包み込んでいる、そんな絵に変わったんです。それから症状が好転したという事です。そんな話でした。つまり病に対するこだわりを解くためには、どうこだわっているかを自分で気づく必要がある。それにはいろんな方法があるんでしょう。ここで色々おやりになっている事とか色々あると思います。私は独学ですから、勝手なことを色々やって遊んでいます。学校には学生がいます。学生と一緒に遊ぶのになかなか具合がいい。

また、燃え尽き症候群というのはご存知だと思いますけれども、特に看護婦が患者の側について、看護婦の役割モデル、自分自身に関しての役割モデルと、生物科学的な医学のモデルの間の葛藤で、やればやるほど虚しくなって、ついには燃え尽きることがある。人間関係の仕事ではよくあります。看護婦の研修で「何が問題ですか？」と聞くと、みんな言うのは「職場における人間関係」という。「あなた方人間関係の専門家じゃないの？」と言うと、「いつも喧嘩ばかり」とか、いじめみたいなものもあると。いつかグラバア先生にもきて頂いて、身体からほぐすセッションをやって、私も勉強させてもらったんです。一番大事な事は、これも皆さんご存知の非言語的なコミュニケーションです。それがプロクルステスのベッドを使っている山賊医者としては切り放すのと同じで、言語は科学的な真実を語るという信条がありますので、非言語的なコミュニケーションに対する感受性を抑え込んでいる。Rosenthalという人はご存知だと思いますけれども、ハーバードの教育学部の方ですね。非言語的コミュニケーションの研究をずっとやっておりまして、非言語コミュニケーションの感受性の測定 tool を作って、いろんな職種を調べていますが、悪いのは教師。案外看護婦も悪い。医者はどうしても出来なかったといいますが、私は医者をやればもっとひどいと思いますね。彼のモノグラフには医者の事は書いてない

んだけれども、教師が一番悪いといいます。教師というのはやっぱり教壇の後ろにいて、それで防衛しながら、一方的にやる。いざとなったら外を向いたり、逆に質問したら、それは学生に圧力をかけられる。コミュニケーションしないようにやるのが教育のやり方ですから。だから医学部なんて最たるもので。私はシドニーで教師訓練計画というのに行って、そこで懇々と言われたのは、教師は学生に質問をさせる事が一番大事だと。そう言われてみれば、医学部というところは質問をさせないところですね。私はそれは大事な事だなあと思って、質問をしないでという誰もしない。しかたないから最初に質問した人にはロイヤルホテルの昼飯をおごるといいました。600円でライスカレーがありますから、大した事ない。そんなことをやっているとなんとなく質問が出るようになったんですけども。私の次の時間にそれに慣れちゃって、ひょっと手を挙げたら、「無礼者！」と言われたらしい。「講義中質問なんてするんじゃない。質問があったらこっそり私室に來い！妨害するな！もし答えられなかったらどうするか！」と。ま、その辺は付け足しですけども。権威が崩れるという事でしょうね。知っている事だけしゃべればそれですむという。

そんな事で、医療者と患者との関係。患者さんの病気に支配されている自分という者のこだわりというものをどう患者さん自身が自覚するか。やっぱり恐いですし、不安ですから。不安、恐さというものをどう寛解するか。クルト・レビンのモデルで言えば、de-freezing 氷溶かしがあって、変化させて、それで再氷結。この氷溶かしというところが一番大事です。これにはいろんな方法があるようですが、relaxation でもいいし、暖かさでもいいし、touching でもいいし。暖かさとか touching とかには、かなり生理的な基礎もある。それから、遊び、芸術もある。踊ったり歌を歌ったり、匂いをかぐ。宗教は上手ですね、人を変えていくのが。宗教からノウハウを取ってやれと思って、色々宗教のやり方を調べてみました。なによりも教義は理論でやらずに、お話、ストーリーでやるんですね。ストーリーや芝居、神話もそうなんだけれども、人間を警戒させずに入れこむためにはストーリーがいい、芝居がいい、神話がいい。

しかし固まった人が、職業集団をどう変えるか、これはなかなか難しいんですけども、しかしボツボツその辺の訓練も始まってきております。2、3年前から、ここでもそうだと思うんですけども、文部省がカリキュラムは自分の所で作り、評価しろという事になった。そこで、少し動きが出てきた中で、今まで無視していた患者さんとのコミュニケーションだとか、対人関係だとかの訓練プログラムがとり入れられてきました。以前から私はそういう事に関心のある医療従事者と一緒に勉強会をやってきました。特に医学校の先生方と毎年12月になりますと厚生省と文部省から援助を受けまして、富士山裾野の研修所で1週間の研修をしています。1週間経つと、さあ3、4人くらいは「目から鱗が落ちた」とか「はあー、こんな世界があったか」と元気になって帰る。中には涙を流して帰っていく。「しめた」と思ったら、涙を流させるとダメで

すね。一頃私、涙を流させようと思って、最後のお別れの時にパチンコ屋から「蛍の光」のテープを借りてきて、流しながら「皆さん、さようなら」とやったら、あの医学部の教授で涙流す人がいる。しめた！うまくいった、と思ったら、あれはいけませんね。男を泣かすと、後はずかしがって、外で会ってもふつと横を向く。これはいけないと思って、その前で止める事にしました。あんまりドラマティックにはフェアウェルパーティはやらないということに切り替えたんです。

毎年40人ずつですが、もう600人くらいのグループが出来ました。600人が600人全部じゃないですけども、ま、1割としても、これから少しは変えていただけたらと思って、去年をもって医学教育学会の副会長を辞めさせて頂きました。ちょっと時間をオーバーしましたがけれども、この辺で。ありがとうございました。



グラバア：それでは引き続き、先生とのお話しの時間にしたいと思います。ご質問なり、またはこういうお話を先生と話してみたいという事であれ、何でも結構ですが、先生の方は皆さんの事を全然情報無しで話して頂いた訳ですので。中川：私、人間関係というのに大変関心ありますが、ここは本職の方ばかり。素人が喋ってもしょがないなあと思いつつ、厚かましく喋りました。

グラバア：お話をなさる前に一応ご自分のお名前と関心領域等をご説明なさってからお願いしたいと思うんです。先生すぐでよろしいですか？では本当に貴重なチャンスだと思いますので、どうぞ、どなたからでも・・・。

星野：口切りをさせて貰っていいですか？私は体験学習という人間関係のトレーニングを勉強しだして、それにはまり込んでしまった人間なんですけれども。企業人のトレーニングが多かったのですが、最近は看護婦さんをはじめとする病院などの研修がかなり多く、看護協会の仕事なんかもしています。何をやっているかといいますと、人間関係論だとか、あるいはリーダーシップやチームづくりのトレーニングなどをやっています。先生にお会いするのは今日が初めてなんですけれども、もう20年ぐらい前になりますでしょうか、先生が「朝日ジャーナル」に大学の医学部に人間関係論が必要であるとして書いておられたことがありました。その時、私はもうこの人間関係科にいたんですが、こんな事をおっしゃっている先生がおられるんだと少し驚きながら意を強くしたことを覚えています。私も全く同感でしたので、それがまず第一に印象に残っています。それから本を沢山書いておられますので、目に入れば読ましています。もう一つ印象に残っているのは、これもある雑誌（『ライフサイエンス』）に、看護婦さん出身の作家の方と対談をしておられまして、その中で、病院の中にドクターのいない病棟があっていいじゃないかと、是非そういうものを作らなければいけないとおっしゃっておられたことでした。その他、病院は薬を出してかえって病気を悪くしているのではないかなという事、薬な

んか出さなくたって患者の心にかかわっていくことで半数以上の病人は、治るんだという事をおっしゃっていたのを覚えています。私は看護婦さんなど研修に行ったときにこんな事をおっしゃっている先生がおられるということを話すのですが、そして私もそのように思うと言ったりしています。そのようなことは、ここに出されている、関係のモデルの所にも出ているわけですが、きっと先生がおっしゃりたいのは、片方で医療の技術・知識が必要な事は勿論でしょうけれども、欠けているものとして関係性という事、それは医師・患者あるいは看護婦さん同士、スタッフ同士の関係も含めてですが。そういうもの、つまり関係性というものが病んでいると思っている人を治癒していくという。むしろそこに大きな力があるんだと。ここで技術・知識ではなく、むしろ人間そのものが表に出て来るのだと思うのですが、その関係という事は、いろんな角度から解明できる事なんです。先生の立場からつまり医師の問題、看護職員などスタッフの問題、あるいは患者の問題を考えてこられて、「関係」というものがストレートに患者を癒していくとしたら、それはどのような事が核になっていくのかなどといった事、先生の立場から考えるとどんな風な事が出てくるのかなと思ったりしてお聞きしたいんですが。

中川：それにプロクルテスのベットの話が使えるかどうか。患者さんも医学的な真実を、本当は信じてないんですよ。身体の中に自分ではどうしようもできない、事実としての変化があるという、これは自分でも分かる。しかし本当は病気があっても健康であり得る。足がなくても健康である。死だって健康な死に方がある。つまり病気という捉え方と、健康とは違う。哲学的に言うと、私と私の身体はずれがある。身体は一部です。一応は分けて考えても、もう一度つながなければならぬ。分けるという事は、固定化して機械にしてしまう。

呼吸はあまり意識せず吸ったり吐いたりしている。それで一つの意識とは別の世界になっている。しかし、それが全身の原動になっている。それを変えようと思えば、呼吸機能、ないし、肺なり肺につながっている呼吸器系統と私につながりをつけないければならぬ。そのためにはこれがどうなっているか、意識が捉えなければならぬ。意識が身体をもう一度見直す中で身体に新しいプログラムを与える。それで、プログラムを広げ、可能性を広げ、新しいつながりを作る。古いつながり、古い関係性というのはそれによって支配される。人間は関係性というのは非常に便利なものですから、機械にしてしまう。しかしそれによって自分が不幸に陥れられるんだならば、そっちを変えなければいけない。新しい関係性を身体と接点の所で古いのをゆるめるなり溶かすなりして、新しいプログラムを作る。広がった可能性に……。これが健康というものです。それは必ずしも身体に支配されているのではない。

だから例えば首から下の脊損の患者さん。星野富弘さんの事を頭に浮かべながら言っているわけですが、首からは全然動かない。首からは生きている。これでもって絵を描く詩を書く。あの人の字はたいへん味がある。わ

れわれはとても及びもつかない。ましてや絵を描く。それがもう何万部も売れて、美術館までできているという。そしてまたそれがモデルになって、あちこちで脊損の患者さんたちが元気になっている。首から下はもう動かないわけですからね。上で新しい可能性を見つけて、それが五体満足の人よりもっとすごい可能性を見つけている。ですから、そんな捉え方で新しい生きざまとっていいでしょうね。生きざまの基本というのは身体を自分に、ないしは環境の中の自分に適合させ、これを動かしていく事。一つのプログラムですね。星野さんにしてみれば、もうあそこまでくればもうあまり苦労せずに、後はイメージだけで描ける。



星野：そこに関わっていこうとする看護婦だとか医師というのは、専門的にはどのような関わり方が必要になってくるのでしょうか。

中川：支えでしょう。日常と違った状態になった事は確かなんで、それが全てマイナスであり不安であり恐怖であるという事です。バリアを固くする。それが身体なり症状を固定させる。バリアを崩していくためには、暖かさや touching を見直してみるのがよいでしょう。touching や子宮内の原体験がある。ああいう暖かい液体の中で浮かんで、不安・苦痛はない。生まれた後は、母親が暖かく抱擁する。暖かさを感じる言葉を投げる、暖かい attitude であるとか。さらにはもっと物理的なただの暖かさでもいい。お風呂もいい。

オーストラリアのウィークスという精神科医がおられますけれども、あの人は floating over 「浮かんで通れ」という。それから医療とか、人間関係にも暖かさは大事でしょう。そんな話を北里大学の麻酔科の先生と話していたら、「私はやっている」と言いました。その先生は、麻酔の前に患者さんの肩から首まで全部温湿布するそうです。冬は手術台を暖めていると。「そうすると私の麻酔した患者さんは、合併症はまったく起こらない」と。案外手術の後は色々合併症を起こすんです。高熱を起こしたり、吐いたり、肺炎をおこしたり。それもないと威張ってらしたけれども。そんな風に患者さんに暖かさという事での気づきが、そういう物理的な対応だけでなしに、話の間合いでも受け止めようとか、暖かい態度をととか、それは人間ですからシンボルとして働くんです。基本的には胎児と親との関係ですね。touching も同じ事です。touching は生まれてからもずっと親に touching されている。哺乳類なんか特にそうですから。

モンタギューの本を見ていたら、面白い話がいっぱいある。例えば無菌動物の研究というのが1930年くらいに流行ったんです。無菌動物というのは全然無菌状態の動物を作って、それにばい菌をやったら純粹にばい菌の作用が起こるといふ考えをする人がいる。ところがその無菌動物がなかなかできない。世界中で競争があった。原理的には簡単です。帝王切開で無菌的に出して、そして無菌ミルクで無菌環境で育てれば無菌になる。しかし、実際にはみんな死ぬ。何故だろう。それでニューヨークのある大学の研究者が飼育家に聞いたら、

「それは当たり前だ」と言う。「多分その子ネズミ、子兎達は排尿もなかったんだろう。大便も出なかっただろう」と。「そうなんです」「あいう動物は生まれたら親が一生懸命なめまくる。ミルクを飲んだら特にお尻の回りを熱心になめている。それで排尿、排便が可能になる。」「そうですか」と言うわけで、それで研究者がなめる訳にはいきませんので、きれいな綿棒でお尻の回りをなでてやった。それで何とか育つようになったというけれども、しかしお尻だけですから弱いんです。弱いのは無菌環境で育ったから弱いという風に論文に書く。実験するときでも、治療群と非治療群と分けて、で、治療群の時には丁寧に育てるわけです。出来るだけグループで育てるわけです。で非実験群は1匹ずつ置いておくとかね。こいつは寂しがつて、ちょっとした事ですぐ死んでしまう。免疫力がどうも落ちるようです。それから代謝実験でも、例えばコレステロールを兎に何回かやると血管硬化症が起こるんです。ところがこれもアメリカの話なんだけれども、ある研究チームは何回やっても、標準的な方法でやっているんだけれども発症しない。飼育係が多分さぼっているに違いないと、見ていったところがさぼっているどころかもう兎を猫かわいがりにかわいがっている。それをやったら硬化症は起こりにくい。追試しても同じ結果がでた。touching だとか、そういうかわいがるといことが免疫活性に替わる。免疫とは異物を排除する反応。それからまた生体を環境との間に positive な関係を作っていくという事でしょう。私、今保健医療行動科学会というものをやっているんですが、そういう行動と病気や免疫の関係の研究論文は山ほどあります。ただまだ多くの医者は主観が入っているからダメだぞと言う。主観は大いにいれなさいとも言って鬻ぎを買っているんですけども。客観はプロクルテスのベッドです。



山口：私もアメリカで人間性教育の勉強をしているときにノルウェーの人が持ってきたフィルムで、ノルウェーの医学教育の中で解剖するその方の life-history を紹介して、どういう方なのか、どうして亡くなった方なのかといったことがきちっと分かった上で解剖していく教育をしているフィルムを見たことがあります。例えば先生のお考えで、実際に訓練法と書いてありますけれども、そのような教育をしている大学だとか、或いは先生はどんなところでそういう教育訓練のようなことをしておられるのか、或いは他の方はどんな風な様子なのかという、その教育領域でご存知なことがあったら教えて頂けたらと思います。

中川：はい。私、前からもし解剖を医学教育に入れるのなら、その提供された方の history をまず読み上げなさいと言ってきました。本当は、解剖実習はやらない方がいいと私は思っています。ただの通過儀礼ですから。しかし第何号材料ではなしに、何さんの解剖をしているということになるとあまり手荒なことは出来ないし、そこで客体化出来ない。転換させるためにあるんですから。解剖実習はだから本当は無の方がいい。無くてもできるんです。この頃はりっぱなコンピューターのプログラムだとかプラスチックの模型とかあります。

だから人体解剖実習はなくなっている。ところがやっぱり一つの通過儀礼として位置づけていますから。日本の医学校は全て「解剖は大事ですから、どうぞ社会の方ご協力下さい」と言って、その為の受入の機関組織として白菊会とか白百合会とか、だいたい白が付いてますけれども、そういう患者さんなりお年寄り、主にお年寄りですね、死んだらそういう系統解剖をお願いしますという特志団体を各大学に作っている。そして、大学主催で毎年一回解剖体の慰霊祭というのをやります。そこに解剖した学生がやってきて、お坊さんがいる法要をやる。あれ憲法違反だと思うんですが、それで後、お饅頭を貰って帰る。それから滋賀医大の場合は一年生は当番でご遺体の搬入の時に学部長と解剖の教授と一緒に玄関でお迎えます。学長は、解剖教授はブラックタイで丁重にお迎えを致しました。後は肉屋さんのような冷凍庫に吊るして保存する。最初のお迎えというのは丁寧にする。今のことをかなり気にして阪大の場合は『死は生ける師也』という掛け軸を解剖の教室に掛けて、注意している。そのせいかアモックみたいになるのか、外国よりも少ない。それがいいのか悪いのか。いっぺん出したほうがいいかどうか。私は根本的に解剖実習はいらないという意見です。私は戦後すぐ入学しましたが、私たちのやった解剖の遺体というのは98%迄は栄養失調死です。だから骨に皮がつかえているというか、筋肉が全部細い筋になっていますね。お腹を空けてみると回虫が何百匹と固まっているという風でした。中に二人三人ごっつい身体の人がいた。見ると頸に黒い筋が付いている。死刑囚です。だいたい解剖実習というのは死刑囚か行路病死の人でやってきたんです。それがなくなった。デンマーク、スウェーデンは解剖実習はない。ノルウェーは再開したのかな。しばらく無かったんですよ。というのは福祉国家になって行路病がなくなってしまった。死刑もなくなったからです。すると日本みたいに一般の人をお願いして医学のためにと、篤志団体を組織にしなかった。お年寄りの方はそれを提供すると医学は立派になると思ってらっしゃる。

山口：解剖の話ではないですけれども、中川先生のイメージされる教育方法或いは教育論とかで運営されているようなところがあるのでしょうか。

中川：ちょっとだけですね。大阪弁で言いますとぼちぼちといいますかね。やっぱりそういう意識が少しずつ出てきたといったところ。例えば久留米医大。あそこも私は今はタッチしませんですけれども、新入生が入ってきますとすぐに九重高原に連れて行きまして、それでいろんなグループの体験学習とか、それからちょっとした感受性訓練みたいなものをします。それからKJ法はかなり徹底的にやります。ですからあそこの学生はなんかあるとすぐに寄ってきてはKJ法でパンパンパンとまとめていく。今でもやっているかどうかは、もう10年ほど行っていません。

山口：それは久留米医大の先生がしておられるのですか。

中川：そうですね。医学教育学会のメンバー。そしてまた先ほど言った富士の

研修をやった先生が二人ほどいらして、その先生がカンカンになって。最初のオリエンテーションも全部そこへ行ってやる。ただその後がどうかというと、後が全然変わっていませんから。だからどれだけ効果があるかということ、あるとすれば今のKJ法。グループで考えるという習慣が出来たという事です。それから話す事が好きになったり上手になったりします。これもとことん最初の4日間でみんなです。例えば active listening なんて事をかなりやって、聞くというのは難しいんだなあということが分かったり。それから沈黙の訓練をやってみたり。色々対話のベーシックな訓練をやります。最近はもう一つ進んで、コミュニケーション訓練を入れようとしています。特に患者とのコミュニケーションという事で、シュミレーションやロールプレーです。この頃 simulated patient というんですが、これはアメリカなんかは随分前から始まっているんですが、これはボランティアの方に患者さんになってもらう。で、病歴とかいろいろな所見なんかの事を覚えてもらって、学生の前に行って、インタビューから始まって身体検査までやる。今までの医学校では、アナムネとりというんですけれども、質問をする事だけでして、しかもそれもだいたい内科総論で20分か30分くらい話すだけです。身体所見の取り方も一応講義がありますけれども、併せて1時間。臨床実習もありますが、日本の医学校では患者さんと会わせる機会はありません。卒業までに10人に会うかどうか。それも選ばれた患者さん。プロクルステスじゃないけれども、例えば外来実習というものがありますが、その日は筆頭助手が朝早く予診室に行って、患者さんの話を聞いて、教科書の記述に近い患者さんを選んで、学生に担当させる。易しい患者さんを。現実にはそんな患者さんは1割もない。それで問診したり所見を取ってカルテを作り、指導教員に持って行く。教員がそれを読んで「これ間違っているよ」と欠点ばかり指摘する。学生は萎縮してあまり欠点は出さないようにというようになる。そういう事ですから、患者さんは、患者さんの方にしては大学病院というところに来るわけですから。診て頂くわけですね。名大はどうか知りませんが、一頃大学病院の玄関に『当病院は教育病院でありますからご理解を賜りたい』とあります。本当を言えば教材になっても我慢しろということですね。昔、医学教育は患者を material と言っていたんです。今は「患者さん」と言っているけれども、中身はあまり変わらない。患者さんの方も診て頂くという。学生は偽医者になる。医者のような顔をして、「どうかね」と医者スタイルで問診をする。ロールモデルが入っていますから横柄ですね。シュミレーションを学生同士でやらせると、医者になると必ず「フン！」とこういう感じになる。それで喋る事が無くなると突然説教し出すんです。「タバコだめだよ！」と言ってね。禁止や指示命令を多用する。ロールモデルです。そいつを壊さないといけない。simulated patient の方は、「あなた先生になって下さい」とお願いするんです。アメリカではボランティアですから、先生になってくれといわれるとよろこんじゃってね。お金は出るんですけれども。1時間10\$くらい。

特に婦人科の内診だとか、直腸なんかやらせる場合には30\$くらい出るんです。それで先生ですから、学生に「そんな聞き方ってないでしょう」とすぐフィードバックがくる。日本の患者さんは material であり絶対に文句は言わない。アメリカの simulated patient 達はすぐにフィードバックする。「あんな聞き方ないでしょう」とか「こそばいわよ、痛いわよ」と。日本でも、これは今広がりがつつありますが、日本の場合はボランティアがなかなか無い。アメリカでは老人病院の患者さんだとか、元患者。それから医学図書館の人だとか、看護婦の古手だとか、今まで医者にいじめられたからよいじめかえしてやろうと思っているかどうか知りませんが、やってきて本当に真面目にやってくれています。日本もそれをやろうとしてますが、それが無いので。一応うまくいっているなど今思っているのは、医者にももの申す会がこの頃あちこちに組織されていますね。その人をお願いしたら「やるやる！」と言って。その人達を simulated patient になってもらって、巡業しています。まあ一回体験してみると「ああこういう目にあつたなあ」ということが分かるので。こういうモデルは良くないんだなあということが分かるし、それに active listening だとか、ああいうものをちょっとだけでも少しは変わる。

山口：そうすると、今のところ日本だと久留米医大が10年も前にそういうことをやっていたのですか。

中川：今はどうなっているか知らない。でもこの頃また各学校でそういう教師の訓練というか、教師のワークショップといえますけれども、それが流行ってきましてね。

山口：どういったところがやっていますか？

中川：あちこちですよ。軒並み。

山口：先生が主に？

中川：医学教育学会のシドニー組といって、シドニーへ行ってみんな変わってきた人達です。シドニーに行ったら大抵変わっちゃうんですよ。だから私も教壇の後ろにはもういない。授業ではネクタイしないし。ワークショップでもすぐ「まず取りましょう！」とネクタイを取るところから始まりますけれどもね。これは象徴だから。そういう例えば今年は、春休みの終わりには旭川医大で。これは2日、朝から晩まで2日間。体験学習を中心に、教育というものを考える。その中に先ほど言った simulated patient だとか、教育技法を多少体験してもらいながら、教育を考えていただく。

大森：terminal care と言うんですか。友達の医者に聞きますと、日本ではホスピスとは少し違う terminal care の状態が非常に劣悪と言いますか、無いということを見た。治療がいつまでも長くかかると、医療機関は非常に嫌がる。そういう問題というのは、医療制度の問題ということもあるんでしょうけれども、根本的に我々が生きるとか死ぬという事に対して、日本人がどこかちょっと違うところを見ているような感じで、余りそういうことを一生懸命やろうと



しないというようなことがあるのでしょうか。

中川：日本人は特にそうだと思うんですけども。プロクルステスじゃないけれども、医学は教条主義的で、併せて、医学に dependent するという、社会モデルが優勢ですね。日本では特に権威主義、支配主義が強い。これは医者の中にも、それから client にもあります。歴史的にいうと、医者の最高モデルは御殿医だったんですね。御殿医は名字帯刀を許され、しかも給料は安い。アルバイトをしないといけない。しかし本職は殿様のためで、その技術を施してつかわす。患者さんも殿様を診られる方に診て頂くんですから、例えば診察料というものを取る習慣はないんです。診てやっているんだから無報酬です。もっとも薬は問屋からいれているんだから、そっちの方は払えよという。医療費というのは honor とか honorarium とか言う、名誉とか報酬ですから fee でないんです。

それから更に明治になって科学的な医学がはいってきましたが、構えとは military roots なんです。軍医スタイル。西洋医学はだいたい軍医スタイルで入ってきています。長崎にきていた14人のオランダ人医者の10人までは military surgeon なんです。軍医さん。明治になって、東京大学の前身がドイツから医者と呼ぶときも、町人階級の医者は困る。武士階級の医者の先生に来てくれという。それでドイツからミュラーという陸軍軍医大尉、ホフマンという海軍軍医中尉がきた。共に軍医学校出身です。最初に赤門にやってきた時は、馬に乗って兵隊が鉄砲担いで後ろから守ってきたんです。やたらと威張り散らしてストライキが起こった。日本医学にはそのスタイルが原体験としてある。東大の医学部の建物の向かいに薬学部がありますが、その角のブッシュの中にはヘルメットでプルシャ軍服を着た胸像が建ってます。ミュラー像です。歩いている人からは見えません。ブッシュからみるとこの像は、医学部を睨んでいる。東大病院の玄関の前にも二人のドイツ人、これは平服です。一人はベルツさんで内科医、一人はスクリバさんという外科医。これは二人は軍人でない教授です。しかし見えないところに軍医がいる。しかもこの軍医像は戦争中に供出したんですね。銅を鉄砲玉にするためにです。昭和35年くらいに複製したんだそうですが、やはり軍服です。どうして背広のミュラーを作らなかったのか。話がまた外れちゃったんですけども。それで権威モデルというのがある。これは、医者も患者も壁を作っている。患者さんも terminalな状況に壁を作っている。日常的には、死を無視している。死というのはないという社会で生活しているのですから。その根底に人間とは必ず死ぬ動物である事は知っていないはずはないので、死を拒否、あるいは隠蔽している。死が近づいてくると見なければならなくなる。

ガンの患者さんが末期に「私、死ぬんでしょうか」と聞かれたときにどう答えるか。かつて医学教育学会が調べた事があります。医学生やら医者やら看護婦、看護学生にその設問をぶつけた。医者、医学生は90%以上は「そんな事

考えますな」と否定をする。「頑張りなさい」。これが95%あるんです。ただ精神科の医者は別の答を選んだ。看護婦、看護学生はこれまた同じ。2/3の看護婦、看護学生は「何であなたそんな事考えるんですか？」と探求的に答えた。残りは「そんなに苦しいんじゃない、そう思うのは無理ないわねえ」と同情的な答をする。医学生の中には「人間死ぬのは当たり前です」と答える者もある。「それを直接患者に言えるか？」と聞くと言えない。言えなければなんて言うんだ？と聞くと「そんなことない」と言います。そんな姿勢で患者さんの所へ行ったら、患者さんも壁を作って、ちらちらと顔を見ながら「私をどう見ているのかなあ」と。ガンというのは日本では言わない事になっているので。しかし案外非言語的なコミュニケーションは下手なもんだから、答が出ているんです。ローゼンサルは人間が嘘を言うとき21通りくらいのキューが出ると言う。目玉がツと上がってみたり。やっぱり嘘をつくときはうわずると言うけれども、声の調子が上がるんだそうですね。それとかいろいろ挙げていますけれども、まあ患者さんにしてみれば、見ていたらどうも違う。それでかえって不安になるんですね。



医者の方も、こういうことってのはならんとブレーキがかかるから嘘をいわないといけない。「医者 of 嘘」という言葉もある。doctor という言葉に嘘付きという意味もあるんですね。ごまかすとかそういう意味があるんです。医者 of 嘘というのは昔から認められていたという事なんでしょうね。それで嘘を付く。するとやっぱり非言語的なコミュニケーションに、感受性がないからばれてしまう。ばれてしまいいながら、あたかもばれてないかのようなお芝居を両方がやる。これはストロースという人たちがアメリカで、60年代に調査していますが、アメリカでもそういう時期があったんですね。これはどっちも否定をするというお芝居をどっちもしている。それがどれだけ苦しいかをどっちも知っているんだけれども、それを突破するための勇気がでないというか、自分を縛っている。自分の縛りをまず取らなければいけない。それで terminal care の体験学習とかをやっています。この頃は一般市民の人たちの方からそういう terminal care の勉強会をやっています。私は宮崎の会とはコンタクトがあるんですが、もう何年行ってますか。一般市民の方が年に一回集まって体験学習をしています。そこでは「私が死ぬ時」という絵を描きましょうと言ったり、私の過去現在未来を描きましょうと言ったり、そんな事をしたりしてみんなで話し合ったり。何故恐いんだろうと話し合ったりします。その人たちが自分自身の殻が取れたら、医者を助けてくれると思うんですけれども、どっちも遠慮している。

大森：互いに壁なんかを取り合うような教育というものが・・・？

中川：患者さんは患者さんで今始まったところですけどもね。それから医者の方も多少ホスピスマがい、それからガン治療の人たちは多少そんな事を考え出して、死の臨床研究会とか、サイコオンコロジーとかそんな学会が出来てい

ます。学会になるとよくない。統計と理屈を報告したらそれでいいと思っている。やっぱり一緒に飯を喰いながら、酒飲みながらでも喋り、お互いを受け止める。自分のイメージの中の死を見直してみる。竹内先生は身体から入ってらっしゃって。大阪ではその弟子筋の方にお世話になっているんですけども、身体から入るというのは大変すごいですね。私も竹内先生のご本を読ませて頂いたり、時々勝手に身体を動かしています。

グラバア：それと関連して、質問というか。身体の事をやってきまして、この頃本当に身体を頼りに生きているという感じがあります。そういう意味では病気という事が起きた場合、やはり病気というのは自分の生き方のバランスが崩れた結果なので、風邪であろうがなんだろうが結局自分の生き方に対する一つのサインであり、どっか変だよという呼びかけだと考えています。ですから病気はチャンスだという事で、熱が出たら自然に自分の生活を振り返るというようになっています。それはある意味では非常に極端なあり方かなあと思うんですが。

中川：極端なんでしょうね。そんな風にして日常的に色々な対応の仕方でもって解決つく場合もあるし、それで解決つかない部分が病気の中に落ち込んでしまふでしょ。その時に病気という一つのエクスキューズでもって全部解決、整理ついて安定してしまうんですよ、ある部分。そういうプロクルステスのベッドの中にはめ込んでしまえば患者さん自身も一応役割がきちんと決まるし。しかしそこから出る事が本当の治療です。そこから出してくれるのは医者なんだけれども、それで取って治るといのは先ほど言ったように2割ですから。8割はその中にはめ込んでしまっている。それで患者さんはそういう非日常のものが日常的になってしまったらもう動けない。それで結局はそうした変わった非日常において自分の意味が変わっているんですね。病気は身体から出てくる信号というのが8割の部分だろうと思うんです。だからその病気に意味を与えなければいけない。意味というのは一人一人の歴史の中で出てくるものだから、意味を分かるためには自分をさらけ出してみないと。それがお絵描きであり、おしゃべりであり、運動であり。また人間は左脳の動物だから、言葉にすると一番はっきりする。言葉というのは他人をコントロールする事でもあるけれども、自分で作った言葉はまず自分がコントロールされる。自分を動かすための装置として言葉が出てくるわけですから。storyにする事ですね。話にする事です。storyになったら因果関係がついて来るんです。因果性というのは自然科学的な用語ではないんです。私も一頃かなり因果性にこだわって見たのですが、むしろこれは心理学的、行動科学的な概念なんですね。コントロールする認識法です。その場所として、外のコントロールを使う人は外側にとし、それからinternal controlになると私が悪かったという事で自分の問題になる。意味付けによって出てくるのです。だからstoryがよい。昔は、患者との最初の出会いの時に、まずhistory speakingという事をやってたんです。

history というのは story なんです。いろんな事に筋道をつけて、話を作る。ある意味では主観的です。しかしまとめると「これでいける」という意味付けができる。この頃の医療人類学だとか、医療行動科学だとかの人たちは、病気は一つの narrative である、言説であると言うんです。自分のあり方を言説として話す。言説の方が現実である。現実が人間を動かすのであって、科学的な真理は格好をつけるために切ったり貼ったりしているのですから、コンピューターや機械を動かす言葉ではあっても、一人一人違っている人間を動かすためには2割くらいしか効かない。一人一人を動かすためには一人一人のストーリーを作らなければいけない。一人一人が語る事を encourage しなければいけない。

竹内：人間の身体をものとしてみることによって成り立って来た自然科学の歴史があるわけですから、医者が患者自身を人間としてみるという事はまだまだ大変な事ですね。まして、一わたしなんかも多少考えてきたつもりのことだけれども一narrative が現実だという考え方は本来私たちは、〈こと〉の世界でなく〈ことば〉の世界に棲んでいるのだという思考ですから、医学がその思考の地盤に移動しつつ変わってゆくということは、これは大変な、いわば生の感覚の落差があるんだなあと思いますね。



中川：もう最終的な問題には答がないわけですからね。だから答は一人一人の言葉、それを出させる事にあると理屈ではそう言っているんですけども、なかなか難しいです。だから家の親父が死にかけたときに「俺ダメなんだろうか」というから、ここはもう共感的に「そう思うの?」と。「そうなんや」と。「それでどうなんや」といったらだまっちゃった。日頃あまりちゃんとコミュニケーションしてないのに突然そんな事いったって出来るはずないんで、失敗でした。医療とは何かするものじゃない。誰かの言葉だと思いますけれども、doing じゃない。基本的には being でしかない。側にいるという事から始まって、最後はそこで終わるし、なにか困ったら being に帰る。doing は時々できるんであって。という事になればフランスの古い諺だそうですけども、「癒すことは時たま、軽くする事は時々。慰める事はいつでも」これが医療の原則ですね。別の言葉で言えばbeingです。もっとも、それは難しい。ものも言わずに黙って座っているだけでいいよと言うんですけども恐いんですね。だから terminal になるとみんな足がそっちに行かなくなる。これはアメリカで調べた人がいました。今は変わってるかもしれませんが。看護婦がベルがなったときに、聞いてからナースステーションを出るまでの時間を測る。普通の患者さんと比べて、terminalだと3倍時間がかかる。というのは「行って何もすることないから、もし何か聞かれたらどうしよう。する事無い」と思う。「変な事聞かれたらどうしよう」という。日本の患者さんは看護婦は医者に聞いて下さいとさっと逃げるようにできてますよね。アメリカはかなり独立が進んでますから。けれど being だと技術者じゃ無い。技術者が技術を捨てたところに初

めてコミュニケーションができる。理屈ではそうです。だから沈黙の訓練なんて大事なんですね。相手に何を言われても……。考えてみたら澤瀉先生の所へ若い頃に研究室に伺って質問したら、返事なさないんです。怖い、怖い。そのうちにタバコに火を付けて中空を見ているんですよ。「もう結構です」と。それでこの間お通夜にみんな集まって話していたら、あれは哲学者のスタイルなんだそうです。すぐ答えたらいけないんですってね。「なんだ」と思って。もっとも歳をとられてからは、もうぼんぼん答えて下さった。西田幾太郎先生も、田辺元先生もそうやったそうです。ぺらぺら喋る先生は哲学者ではない。文殊：そうすると医学部では学生さんたちが患者さんの所に行って、患者さんのコミュニケーションをとるといったことをしていなかったんですか？

中川：はい。伝統的にしていませんでした。

文殊：医学部の学生さんが実習に行かれますよね。その実習というのはいったい何をするのですか？

中川：見学です。はい。病棟実習というのがあります。医者から邪魔だからくるなと言われてまして。それならちょっと見せるだけ、後ろにいてくれというわけです。

文殊：実際直接患者さんと会って話をしたりだとかはしないのですか？

中川：少し進んだカリキュラムを取っているところは、「この患者さんはお前の担当だ。ちゃんとカルテ取ってこい。」と言われるわけです。それで患者さんの所へ行って問診するわけだけれども、そんな事できないからこっそりカンニングして、本物のカルテを写すんです。そしたら後で叱られるでしょ。でもこれが一番能率的だ。あんまり時間かけずにすむ。連中はやっぱり現代っ子です。大体1週間あったら土曜日は総括の日だから、学生用の chart というものがあるんです。だから一番いいのはモデルを使う。

文殊：医学部の学生さんというのは、直接患者さんと出会ってそこから情報を得て、患者さんの診察に役立てているのかと思っていました。またその情報を得たといったことがどんな風に、つまり聞いた事が患者さんにどんな影響を与えているかということはそこで別に学ばないことになりますね。

中川：病棟実習がそんなもんですから。少し進んだ所はもうちょっと触らせてくれるところがあるけれども、患者さんが学生だと知っていたらあんまりいい顔しない。やっぱりそれより医者の免状を持っている若い人がいますから、この方がしゃしゃり出てきて、「この患者さん肝臓が腫れてるぞ」というと、「ちょっとお願いします」とこうやるわけです。学生なんか全部やっていたら10人、20人でしょ。患者さんは嫌な顔する。日本では先ほど言った学用患者みたいな特定の患者がいます。訳の分からない患者はダメなんです。それが病棟実習。それからポリクリという期間がありまして、これは学生20人一緒に大きな講堂にいれまして、そこへ患者さんを引っ張り出して、真ん中の。だから医学部は真ん中に踊り場みたいな円形になっているのがあるんです。そののベッ



に寝かして。でプラクチカントという役で、5人ほど学生が出てきて。それが順番に質問するなり診察するなりする。それを教授が、ガンガン追求していじめる。学生は怖い。やっぱり先にカンニングしておかなければいけない。明日プラクチカント当番だったらどんな患者さんが出るんだろう。それを聞いて勉強してくる。それで「肝臓腫れてました」という。「どこからどこまでか書いてみる」なんて言われる。そんな事で教育というのは怖い体験しかないですね。文殊：先生と学生との関係というのは怒られる関係になっている訳ですね。

中川：叱られる関係です。

文殊：そういう中で学生はお医者さんになる教育を受けているのですね。

中川：はい。だから患者さんに対しても叱るモデルになるんです。それも壁を作って接する。教師がそういう風に学生に接しているから、学生が医者になったら、教授のようなモデルをまねる。これがいいなんて言われませんよ。しかし日常的に何回も見るとは違う。臨床講義は一人の教授は1年間に5回くらいやる。だから内科だったら3講座ありますから、それでまあ15回やる。2年間やったら臨床講義は全部で5、6回当たりますけれども、自分が当番といったら当たるのはまあ1回でしょう。「ああやられてるなあ」なんて見てればいい。しかし医学教育は恐怖です、不安ですよ。不安なまま患者さんの前に出て来るんだから、しかも不安を悟られてはならない。若い医者はびくびくしながらやっているんです。ところが2、3年してみると、案外簡単にいくと思う。先ほどの8割の中で、勝手に自分で治るのが多いですから、「俺、治した」と、だんだん自信がついてくる。ごまかす自信もついてくる。だからいい意味でも悪い意味でも対人関係です。

文殊：今病院の中で看護婦さんと一緒に仕事していると、お医者さんは一歩引いて、患者さんの話を聞いて相手の出方や様子をこわごわ伺っているように感じられます。患者さんの前に行くときもあんなに恐がらなくてもいいのにとと思うくらい緊張感一杯でいますね。

中川：怖い体験ですから、医者としての原体験は。そしてまた、もし分からなかったらどうしようという。

文殊：お医者さんはわからないとかできませんという言葉は絶対使わないんですよ。

中川：アメリカの調査にありますね。「I don't know」と言わない。そういう時は「ちょっと様子みましょう」といって、調べてきて「あれはね」という。だからある意味では大変に辛いというか、自分自身をごまかさなければいけない商売なんですね。だから忙しいというと、それだけでなんか自分に価値があるような気がして、忙しさを見せるというのはかなり大事な行動形式みたいですね。だから朝、日本の医者は大体出勤が遅いけれど、絶対5時なんかには帰りませんよ。5時なんかには帰ったら、あいついかにも怠けていると思われるから、遊んでたって絶対に5時に帰らない。5時頃からごそごそ仕事し出すんです。

それで大体9時、10時になってから「疲れたなあ」と言って帰るのが医者なんです。アメリカなんかでもそういう所があって、それを改善して今は看護婦みたいにきちんきちんと7時半から5時というそういう風に配慮された。朝の7時半になったら全部がミーティングをやって、ずっと分担を全部決められますから、それをこなして行って、5時になったら看護婦のように交替です。日本の場合一人ですから、絶対に自分自身が診察診断している事というのは自信がないものですから、あまり人に知られたくないんです。だから引継なんていう事は好かん。いざとなったら自分で駆けつける。その方が患者さんにも喜ばれるし、自分も嬉しい。変なところをみつけられて、こいつ誤診だったとか、こいつ変なことしよったというのがばれたら困るということなんですよ。

グラバア：今ちょうど予定の5時になりました。でもあとお一人だけ……。山口：私たちの大学ではフィールドワークというのをやっていますが、その一番最初に、最近ビデオを見せたりしているんです。それが札幌の麻布病院の脳神経外科のビデオで前にNHKで放送されたものなんですけど、そういったものを見てもらっています。それから看護学校の方に人間関係科の先生方が授業に行ったりもしています。そういう意味で看護の人間関係とか看護の人間学という領域は急速に確立して行くだらうと思っているんですけど、中川先生のお話を伺っていると、医療の人間学はそうとう難しそうだなという感じがしますね。人間関係科の将来像として、今は短期大学なんですけれども4年制大学の構想というのを考えていく時に、医療の人間学のような領域が欲しいとすごく思うんです。そういったときに例えば看護婦さんの場合ですと高卒だとか短大卒だとかいろんなレベルの方がいらっしゃるし、婦長クラスになるためには人間学を学ぶ事がこれから必要になってくるでしょうから、専門家を受け入れる人間学科という構想はかなり可能性があるかなあと思ったりするんですけども。私たちがそういった構想を作るときに中川先生のご援助を頂けるものなのかどうか……。構想を作る段階でそういう風な可能性を検討していくのに協力していただけるかなんていうような事も密かに期待しているという事なんですけど……。

中川：私は古希でして、いつまで持つかわかりません。あちこちに病気も持っておりますのでね。やる気はあるんですよ。またそれは非常に大事な仕事だと思うし、やりがいのある仕事だと思うんですけども、動けるかどうか。ただもう一つ言葉じりだけ捕まえて申し訳ないんですけども、学になったらこれはちょっと困ると思う。医学も医学になったときに非人間的になった。看護も、看護学の確立というのをかなりやかましく説いて医者に対抗しようという方がいます。確かにアメリカなんかの状況を見ていると、学がいっぱい出てきて、看護特有の行為を学的にやるというのがある。例えば看護の哲学、これもいろんな論議があって面白い。人間性を中心に備えてやっていますから、いわゆる要素還元式的でなく面白いですね。それから人類学なんていうものも随分看護

学の中にはいっているし、社会学も入っているし、そういう human science としての面がのびています。業績も確かに上がっているんですけども、しかしそれがわかったからといっていい看護婦ができるかどうか。看護学部になると、みんな博士を狙っているわけですから。これは私の偏見ですけども、看護学校の先生というのは看護が嫌いです。それこそ燃え尽きた人が多いです。全部とは言いませんよ。そういう人がここで学生を教えたらどうなるか。これはオフレコの話ですけども、そういう面もあると思うんで、だからなおさら人間関係のいろんなアプローチとを、看護教育に入れるのは大事だと思います。またもう一つは現場、先生も色々研修をお手伝い願っていると思うんですけども、現場の看護婦は、壁を作れば楽になるという事もあるんで、なかなか難しい面もあります。だからポディーワークで入っていくとか、自分自身を常に壊しては作り壊しては作り、決して固定させず、常に自分自身を開く習慣を作らないといけません。勝手な事ばかり言って、専門家を前にして。ごめんなさい。申し訳ございません。

グラバア：どうしてもという事なので。もうお一人よろしいですか？

まどか：質問になると長くなってしまいそうなので、私自身のお願いを。私はそこに書いてあるまどか庸代と申します。そして中川先生とは何回かお目にかかっています。医学哲学会が最初です。一番私自身が、この名古屋地区で中川先生のご活躍をお願いしたいと思っていますことがあります。10何年前に『医学といのち』というテーマで愛知県文化講堂で2000人のシンポジウムがありまして、その時に中川先生はシンポジウムパネリストでいらして、午前中は宮下富美夫さん（ミュージックセラピスト）がhealing（癒し）の音を鳴らすという…。（医学を心身のみでなく「いのち」全般の視点で全身全霊・文化社会トータルな存在として捉えた新しいスタイルの医を問いかけたシンポジウム。現ホリスティック医学協会中部支部長樋田医師主催。）私自身は先ほどの「医」で言いますと「医学」がいつ「医」になり、そして昔宗教人たちがやっていた医療と言いますか、つまり全ての関わりの中で実る医と言うんでしょうか、そういう「宗教と医学の対話」というのが一人の医者の中にかに実っていくのかという事に期待をしています。それなりに私は自然科学概論担当なんですけれども、私自身は近代西欧中心の自然科学という方法論も今少し時期的に洗い直している時期にあるんですね。ですから、「いのちの医」というのをこれからはやはり human network という方法や発想法でつなげていきたいのです。そのためにはやはり各地域のセンターというのが必要になります。先ほど山口学科長からのお願いもあったと思うんですけども、やはり医者や患者や現場にいる方達が network してこの地域に一つ集まってくると言う事がとても大切だと思うんです。或いは医学生からなら理想的です。どうしても医学者は医学部にいて、近代西洋型医学教育を受け職業人になります。ここで先ほどのそういう職業を、今は脱職業化と言いますが、自分が一人の人



間存在として仕事ができるんだという、ただその人として居るという仕事というんですか、そういう事も必要とされている時代だからこそ、社会人ネットワーク型の教育が必要だと思うんですね。そのためにはこういう、ここ南山には地域社会の協力体制で、大学機関と社会人教育のセンターというのがあるわけですから、そして近くにカトリックの病院・看護学校もありますし、名古屋市立大学医学部、薬学部も近くにあります。ところが私たちスタッフは医学教育を受けてはいませんから、医学者に対する働きかけ、呼びかけというところに一つのウィークポイントがあると思うんです。ですから「人間関係と医学」というところをつなげて、この地域のセンター作りという、中川先生に是非そのお役をお願いしたいなという期待が私の中にあります。

中川：やる気はあるんですよ。

まどか：そして民間医療と、東洋医療と、そして西洋医学、近代医学の教育を受けているもの同士の信頼感、信頼関係と言いますか、その辺も・・・。

中川：一つは医学生というか、理系の学生、福祉系の学生も含めて、毎年夏休みになるとこういう体験学習を中心とした小グループの研修会を3泊4日位でやるんです。もうこれで12、3回。それは全国から集まってきます。大体百何十名。多いときは150名。それがまた地域に帰って、地域でミニワークショップというのをやります。そういう事をやっていますので少しずつなんか芽が出るのかなあという期待はしています。

まどか：教育コンセプトに「からだ」という視点はかなり普及してきたと思うんですね、概念としては。でもその今度は「行の時代」というか、その辺の普及を是非お願いしたいところです。

グラバア：ありがとうございました。

