

医学という科学

患者が医者を訪れた時、医者は患者を診察し、必要と思えば医学的検査を行い、問題を引き起こしている部位を定め、あるいは推測し治療を始める。この時の判断はすべて過去の経験と知識をもとにしたものであるが、最近ではCT、MRI、ERCP（胆膵内視鏡）、PET やPET-CT、超音波検査や超音波内視鏡検査など医学的検査の方法が進歩し、医者の判断の正確度と精度が著しく向上した。それで診断後の治療が外科手術を伴うような場合の治療法の判断は大きな誤りなく行えるようになってきていると思われる。また、外科的治療の方法にも著しい進歩がみられ、顕微鏡手術や内視鏡手術などの低侵襲手術の割合が年々増加していると聞く。

内科的治療の方法の判断が医者の予想通りの結果を示すかどうかは、やってみないと分からないという面はあるが、上に述べたような医学的検査法の進歩によって、治療効果が抗がん剤の効果も含めて明確にわかるようになったので、最初の判断がたとえあまり適切でなかったとしても、その修復は容易に行えるようになってきている。また、ここで述べたような医療分野における新しい展開が、効果が高く副作用の少ない抗がん剤等の開発に大きく貢献していることは間違いない。

医学・医療にかかわるいろいろな分野間の協同・協力も進み、それに伴って、医者も自己の専門を超えた総合的な能力の養成を強く求められる職種となりつつある。同時に、画像診断などの検査で的確に診断し、QOL（Quality of life）を重視した治療を行うのが医者の務めという時代に入ったということも事実である。医者の使命と責務はますます重くなっているともいえよう。

ただ、いくら医学的検査の方法や治療技術が進歩しても、医者に対応する患者はその病名、性別、年齢等はほぼ同じであっても、全ての諸性質が完全に同じということはありません。今、目の前にいる患者についての判断がいかに高度な検査法の結果に支えられていても、その判断に基づく治療方法が100%効果を発揮するとは言い難い。判断が予想通りの結果を示すかどうかは、やってみないと分からないという面がある。医学には関係の深い科学である化学の分野では、Aという物質にBを加えてPという条件で反応させればCになる、という反応は、何時でも何処でも同じ結果を与えるが、医学という科学の分野では、Aという病気の人にBという薬をPという条件で飲ませても全員が病気が治るCという状態にはならず、DやEという状態、すなわち薬が効かなかったり、薬が効かず副作用だけが現れたり、とういうようなことが起こり得る。他の殆ど全ての患者に当てはまる経験と知識が、今この目の前にいる患者にだけは役に立たないということが起こり得る。また、化学では純度がほぼ100%のエタノールを使って同じ条件で複数回の実験を行い、その反応の結果例えば収率の精度（バラツキ）を確かめることができるが、医療の分野ではこれに相当する実験を行うのは殆ど不可能である。同じ対象を使って複数回の実験を同じ条件で行うのが極めて難しいというのが医学という分野の特徴であるとも言える。対象に個性的なばらつきがあるというこの分野の特徴を医学の研究にどのように生かしていくかが医学の未来を決める重要な要因になると筆者は思っている。

医者との相互理解と信頼関係——医学の言葉を普通の日本語に訳すのは医者の大切な仕事

医者は、前節に記したようなことを十分に考慮して、診断結果と治療方法を患者に説明する必要がある。また、医学的知識の乏しい患者に、医者がどのような言葉で病気の内容と状態を説明するのもも大事なことである。医者の言葉を素人にわかる言葉に翻訳する、これは医者の大切な仕事の一つである。この翻訳の仕事は、正確であればそれでよい、というような単純なものではない。例えば、病気ががんのような場合には、説明の仕方を誤ると患者にストレスをかけて死期を早めるというようなことも起こ

り得る。非常に高い技術を要求される仕事である。医者と患者の間で病気についてのコミュニケーションがうまく成り立つのに欠かせないのは医者と患者の信頼関係である。信頼関係なしには正確な相互理解はあり得ない。医者と患者の信頼関係を常に良好に保つのは医者の大事な仕事の一つである。患者は医者の大事な客である。どんなことがあっても、患者を死なせてはならないという心意気が欲しい。

患者も一所懸命勉強しよう——難しいとあきらめては駄目

もちろん、医者と患者の相互理解を伴う良好な信頼関係を保持する責任は医者だけにあるわけではない。患者もその能力の範囲内で、医者の話を理解する努力をしなければならない。ただ、ここで問題になるのは、医者は自分の専門分野の病気を通して患者と関わっているが、患者の方はそれが自分の病気ではあっても自分の専門分野には関わりのないことの方が多いということである。大腸がんの患者を皮膚科の医師が診療することはまずないが、大腸がんの患者が大腸がんの専門医である確率は非常に低い。すなわち、患者の方は、医師から大腸がんという病名を告げられてからがんの本質、自分の大腸がんの現状と対策を大略理解するための勉強を始めねばならないことになる。そういう勉強ができるための予行演習（これについては次節で述べるが）をしていなかったら、この段階は医者、患者の双方にとってかなりの難行苦行になる筈である。この難行苦行を避けるのであれば、患者が勉強をあきらめて、医者の言う通りに従うというやり方を取らざるを得ないことになってしまう。いわゆるセカンドオピニオンも意見を言うのは医者であることが多いので、現実にはこのあきらめて医者に従うというケースが意外に多いのではなかろうか。然る総合病院の医師の話では、「患者さんは二つに分かれます。文献まで調べて持ってくる患者さんもいれば、先生にお任せしますと完全にこちらに丸投げの患者さんもおられます。私の印象では医師にすべてお任せが8割程度です」ということであった。

小学校・中学校での医学教養形成授業——自己の考えの主張と討論の能力養成

前節に言う大きな病気になった時にその病気についての勉強をすぐに始められるための予行演習とは、医者、患者、その周辺の関係者を含めて全市民を対象にして医学・健康を中心にこれらに関わる統計学や倫理・道徳などの教養形成の教育のことである。このような授業を行える場合は、小学校上級から中学校2年にかけての健康体育の授業あるいは総合的な学習しかないように思われる。それで、大阪府豊中市の小学校2校、中学校2校に聞いてみたが、このような授業は市内の小・中学校では行われていないようである。ただ、お話を聞いた教頭先生は4人ともこの種の授業の必要性を感じておられた。その中の一人は授業の実施に強い賛意を示された上で、次のように話された。「医者と患者のコミュニケーションに必要なのは debate の能力すなわち自分の考えの主張と議論・討論の能力である。小学校や中学校の授業では、生徒はどうしても問題を解いて正しい答えを出し良い点数をもらうことに力点を置きがちになる。しかし、大事なのは、どのような考えに従って、どんな方法で問題を解いたかである。科学的論理に基づいた討論は理科や算数・数学の授業で行えるし、自分の考えの表現やそれに基づく他との関わりを含めた討論の力の養成は国語、英語、社会の授業で行える。音楽・芸術の授業では医療で非常に重要な心の問題を扱うことができる。医学教養形成の授業の根本原理は通常の授業が理想的に行われておればかなり達成できているはずである」と。筆者も米国の有名な大学の医学部で最近音楽・芸術の授業が必須になったと聞いた。大事なことは、授業を行う先生方がこのようなことを念頭に置いて授業を行い、生徒がそのつもりで授業を受け理解することである。

死ぬまで病気にならないという人はほとんどいない。それでも、医学教養形成授業を小学校・中学校で受けた生徒が実際に深刻な病気に侵されるのはかなり先のことであろう。いくら「病気になってから

勉強しては間に合わないよ。病気になる前にやっておかねば！」といっても生徒にはもうひとつピンとこないかもしれない。授業を親や年上の家族と一緒にやるなどの教育的配慮も必要であろう。

議論の習慣化と科学的論理思考の勉強——医療マネージャーの速やかな育成

重ねて言う。患者と医者の中に分からないことがあれば、分かるまで、納得いくまで質問したり議論したりすることが出来る信頼関係がなければならない。そのためには、医者と患者ならびにその周辺の人々、ものごとをきっちり議論をする習慣と科学的論理についての勉強が出来ている必要がある。これの達成は今後可及的速やかに実現することが期待される医学教養形成授業により強く支援される筈である。勿論、こういう問題について直接の責任を問われるのは医者であるが、患者の老齢化が進む昨今、医者や患者ならびにその周辺の関係者の間に信頼感をもって分け入り、三者をつなぐことを支援する医療マネージャーの育成と雇用関係の整備も急務である。

医療と医学の未来を考える——医者も患者も国民も一所懸命勉強しよう

ここまで述べてきたことは、特定の医者や患者の相互関係についての話であるが、現在の医学界は、この種の問題を、一般論として、医者、患者、一般社会人、医療関係者らが一緒になって、いろいろな観点から広い立場で十分な時間をかけて議論しあうことを求められているように思う。議論すべきことは医学関係者だけで解決できるような簡単な話ではない。議論の場には、医者はあらゆる専門の医者や病院勤めと開業医を含み、患者、一般社会人、医療関係者らは可能な限り多くの分野の人の集まることが望ましい。そして大事なことは、議論に参加する人達は全て自分の能力の限り勉強しようと努力していることである。10日や20日で終わることのできる議論ではない。ただ、今このような機会を作っておかないと医学の将来はないことを医者や医学関係者は肝に銘じてほしい。医者は医療問題解決の使命と責任を負ってはいるが、その解決も医者だけでできるとするのは間違いである。それは、教育の問題は教員だけで解決できると思うのにはほぼ等しい間違いである。教育の問題を生徒・学生とその親・保護者たちを入れずに議論するのは無意味に近いからである。

医者がその社会的使命と責任を全うしようとすると、学校教員と同様に滅茶苦茶に忙しくなる。医者も人間である。体力も含めてその能力には限界がある。人には自然治癒力がある。医者に行かずとも治るような病気で医者を煩わすようなことはなるべく避けねばならない。その判断が正しくできるためにも患者の側に立つ人間も一所懸命に勉強しなければならないのである。元豊中市民病院院長の松山辰男先生の言葉「人は死ぬまで勉強しなければならない」を記しておく。

おわりに

大抵の総合大学では、入学から1年ぐらいの間は、全学部生が共に学ぶ共通教育に重点が置かれている。共通教育課程の教育は全学部・研究科の教員が担当しているので、将来医者を志す学生にとっては、医者の仕事にとって重要な総合的な教養を身に着けるとともに、いろいろな分野の学生とも知り合いになることができる貴重な機会である。医学部の先生方には、この共通教育課程での学習の重要性を医学部学生によく理解させていただくことをお願いして筆を擱く。

最後に、本文を草するに当たり種々ご指導・ご教示をいただいた上戸賢、蒲池幹治、澤木政光、北山辰樹、毛利晴彦の諸先生方に対して心より厚く御礼を申し上げます。有難うございました。