論 説

耳鼻咽喉科を支えるもの

鈴 木 淳 一

Supportive Factors in Otorhinolaryngology

Jun-Ichi Suzuki

(Teikyo Univ.)

The *raison d'être* of a clinical department is to provide effective care, i. e. medicine is based on social needs. Otorhinolaryngology is in no way an exception. Medical care as well as medical sciences are making continual and rapid progress, particularly during the last several decades. One problem with such rapid progress in medicine is an efficient application of the results. More effective and specific strategies have to be devised, probably in a fashion similar to those used in modern technology. In otorhinolaryngology, at least three important areas have shown outstanding progress — diagnostic electronics, microsurgical techniques, and speech hearing rehabilitation. These three provide typical examples of how advances in medicine can fall short of being optimally applied. Socioeconomic, political as well as educational considerations are indispensable for surmounting these difficulties.

1. は じ め に

臨床科の支えはすぐれた治療である。家族など、身近に病人がでるとすぐわかることは、その方面の第一者を求める気持ちである。求めるのは、まず正しい診断であるが、結局は、有効な治療法を求めていることがわかる。

医学は、社会の *needs* に基礎をおいていることは明らかである。臨床医学は、その求めに応えることが第一で、臨床科を支えるものは治療であることが理解される。

臨床教室の活動状態は、しかし、研究活動によって測定されることが多い。学会活動は、研究の報告が主体をなしており、臨床活動はそこに反影すると信じられているが、これは常に正しくはないというのが筆者の主旨である。

学会活動は、臨床活動の直接の反影でないのは、絵画における「具象と抽象」の関係に対比される。抽象、すなわち学問のレベルで、具象、すなわち患者をはなれて、学問はむしろどんどんと進むのが普通であるからである。患者不在の医学の危険が叫ばれる所似でもある。

耳鼻咽喉科領域でも、学会活動は盛んである。学会活動においては、臨床家としての立場、すなわち患者の存在が、ときに忘れられているようなことはないか。また、実際の臨床においてさえ、こういった患者不在がありはしないか。このような見地から、わが耳鼻咽喉科臨床を支えるべきものについて具体的に考えてみた。

2. 進歩と定着のへだたり “150年” をどうする

耳鼻咽喉科ほど、この30年間に変貌した臨床科目も少ないのではなからうか。変貌の原動力は、抗生物質、電子器械、基礎医学領域の進歩の3者である。

今を去る4年前、第76回日本耳鼻咽喉科学会総会が熊本で開かれ、そのシンポジウムに、「耳鼻咽喉科領域における進歩と定着」があった。学問は、主に大学で進歩するはずであるが、実地臨床は、大学は一部を分担するに過ぎず、大部分は開業医師や、大小の病院でおこなわれている。診療上の進歩ないし変化が実地に定着するには時間がかかる。定着を促すためには、メディアが必要であるが、わが国では、学会と、限られた医師会学術部などの活動があるに過ぎない。雑誌その他の刊行物は、一部の勉強家にしか有効でない。

大学に10年いて35才、臨床活動のピークにあ

る実地医家の平均が50才とすると、少なくともこの間に15年の開きがあることになる。最近の医学の進歩は、とくに速やかで、今の1年は、ひと昔前の10年に相当すると、開きは15年ではなく150年となる勘定である。150年は、やや誇張的であるにしても、この開きが存在するという重大性と、この開きを埋める困難性に、いささかのうらたえを感じないわけにゆかない。昔の方法が、もちろんすべて悪いわけではない。臨床では、しかし、常に、今日、もっとも良いと思われる方法を応用すべきであるとすれば、“150年のおくれ”は大きすぎる。この進歩と定着の隔りを出来るだけ縮少するためには、多くの異ったアプローチが必要であるように思われる。学問上の進歩をただ知識として伝達するのみでは、問題解決の一部にしか役立たないことを知っている必要もある。

3. 進歩の臨床定着に必要な方策を模索

いわゆる生涯教育が唱えられて久しいが、わが国におけるそれが、多くの人々の努力にも拘らず、すべての領域で、すべての人々にたいして有効であったとは考えられない。

わが国の生涯教育は、すべての医師を対象とするものでももちろんないし、方法論的にも、講演会などで、受け身に知識伝達のみを行うものが大部分である。はじめから、十分な効果を期待していない、いわば敗北主義があると疑われても仕方がない。

医学、医療上の進歩を診療上に具体化するためには、そもそも、単に医師に新しい知識を伝達すればよいとする考えに誤りがあるのではなからうか。例をあげれば限りがない。複雑な最近の聴覚検査には、高価な電子機械ばかりでは

なく、それを駆使する専門の検査技師が必要である。また、少なくとも2人以上の術者を必要とする手術が多いのに、ソロ・プラクティスは不都合である。幼児難聴には、診断のみでなく、実際に指導し訓練するヒトと、それを働かせるシステムが必要である。現在の健保制度にもその要望にあわせての変革が必要である。

すなわち、このように、2・3の例をあげてもすぐわかることは、今日の要求や医学の進歩を具体化するためには、その知識の普及に加えて、システムにまつわる人的、物的、すべての支えを配置換えする必要がある。進歩に関する知識伝達だけでは無意味でさえあることが理解されよう。

さて、具体的に、どのような進歩があつて

どのような対処が望まれるか以下考えてみる。

4. 検査上の進歩とその定着のために

聴覚検査における進歩は、あまりにも著しい。その具体例を一つ一つ評価するのは、本文の目的でもないので、省略するが、聴覚検査の根本といわれる純音の気導・骨導閾値検査が、実地臨床上では、必ずしも常に満足におこなわれてはいない。

その理由は沢山ある。これを必要と考えられる患者の数が多く、多忙な医師は、これをすべての患者におこなう時間的余裕がない。心理的検査であるために、しばしば反復再検を要する。骨導閾値測定には、技術的困難を伴うことが多く、経験十分な検査技術者が望まれる。等々。

気導骨導の検査、語音明瞭度の検査など幾つかの検査は、耳科臨床にとって基本的なことで、明らかに何れのクリニックにも1名以上の検査技師の配置が必要なのである。

平衡機能検査の進歩は、まずENGの出現により、いまはコンピューターによって、多くのあいまいさが除かれて、他覚的定量検査が現実のものとなりつつある。平衡機能検査は、大学やその他の大病院でおこなえればよいのではないかと、との議論がある。しかし、ご存知のように、めまいや平衡障害の患者の数は多く、しか

も、診断上必要な所見の多くは、両三日のうちに変化し、あるいは消退することが少なくない。その意味では、大学よりも、むしろ第一線のクリニックに、多少の簡略化はあっても、十分に診断能力のある機器の設備が望まれる。2, 3のクリニック協同での設備でよいかも知れないが、技術者は1名是非必要であろう。

視神経を除いて、脳神経に関する診断は、すべてが耳鼻咽喉科のレパトリーの中にある。したがって、脳幹機能の検査は、当然、耳鼻咽喉科が中心になっておこなうべき領域である。各種の平衡機能検査のほかに、聴性脳幹反応 brain stem responses, あぶみ骨筋反射の検査、顔面筋、咬筋、喉頭筋などの筋電図、嗅覚検査、味覚検査、嚥下機能、呼吸機能検査など数多くの定量的、半定量的検査がある。これらは、他科の人々にはおこないにくい検査が多く、しかも臨床上の価値は大きい。これらはみな、耳鼻咽喉科医によって開発されたのに、実地臨床への応用は十分であるとはいえないのではなかろうか。これらの検査の多くは、一部の大学や一部の人々によって、いわば研究と関連しておこなうといった現状にあると思われる。これらの検査は、医師が自らおこなうべきもの

図1 平衡機能検査(A)と聴力検査(B)

定量的検査が、エレクトロニクスを用いた機器を駆使しておこなわれる。専門の検査技師が必要である。

が多い。もちろん必要な機器や技師も要求される。

音声言語機能の検査は、その重要性にも拘らず、大学においてさえも、これを十分におこなっている所は少いのではないか。聴覚との関連において、言語機能の検査は、とくに幼小児を対象としての重要性が認識されている。ヒトと動物の差は、言語能力の有無にあることから、本検査を一部の専門の研究者ないし、一部の大学などだけでおこなう状態は望ましくない。より多くの医師に加えて、多数の speech

pathologist の参加が必要である。機器のほかにも、検査室がいくつも要求される。

以上、検査の進歩と臨床の定着を概括しただけでも、残念なことに、その大部分は、真に臨床に定着しているとは云いがたいことである。定着が不必要なはずは毛頭ない。定着が必要であれば、その必要性を実現する努力が不足していることとなる。このような定着への努力は、医師自身の能力の拡大だけでなく、設備、技師の配置など、臨床の規模の拡大にあることはもちろんである。

5. 手術：進歩と定着、相対適応の有効な実施、医療事故の回避

耳鼻咽喉科領域における手術の進歩は、抗生物質、手術用顕微鏡、形成外科の諸手技、内視鏡などの進歩に負っている。鼓室形成術、内耳手術、顔面神経の手術など、耳科領域における進歩は著しい。喉頭の機能外科は、外傷や悪性腫瘍に関連して進歩した。頭頸部外科は、悪性腫瘍の放射線、化学療法との統合において、刮目すべき進歩を遂げた。

これら手術上の進歩は、その需要との関係からみて、第一線のクリニックが、すべておこなう必要はないかも知れないが、大学ないし大小の病院には、生命や機能に直結する重要性に鑑みて、正しい技術が定着すべきである。

これらの手術には、少くとも2人以上の医師の協力が必要であるから、技術を心得た医師の複数の配置が要求される。

難しい、多数例の経験を要する手術は、それを専門におこなう小数の医師のみがおこなうべきであるとする考えは正しいかも知れない。しかし、上にあげた手術の中には、かなり多数の症例を対象とするものもあるし、少数の専門家といっても、その協力者、後継者の養成は、常時おこなう必要がある。

手術、手技の進歩は、これをより多くの人々がおこなうことになると、その創案者が考えも及ばない、いろいろな結果や副障害の発生を伴

図2 頭頸部の手術(A)と外来における耳処理(B)

一般外科と異なった繊細な手術が多い。とくに、耳については、診断・処置・手術何れにも手術用顕微鏡を欠くことはできない。

うことになる。すなわち、進歩を、広く臨床に定着させるためには、手術手技の一般化のためのスタンダードを決めると同時に、手技の指導と、細かい注意をつけ加える必要がある。

学会会場での短時間のスライドや、口頭の発表だけをもとに、困難な手術が誤りなく誰にでもおこなえる筈はない。個人的には、手術見学など詳細な指導を受ける努力がなされてはいるが、手術を実地におこなっている人々すべての心得となっているかどうか・これは主として医師自身の問題であり、また、大学人の姿勢の問題でもある。

手術については、別に大きな問題がある。今日のわが国の医療システムにおいては、とくにソロ・プラクティスの医師には、手術を実施しにくい条件が揃っていて、現実、とくに都市地区では、それらの医師による手術件数が激減している。手術適応症例が減少しているのでないのは明らかである。病院や大学へ送られる症例のほかに、手術をした方がよいと考えられる数多くの例が存在する筈である。

ひと昔前と異なっていて、今日、当科の症例の大多数は、慢性疾患患者である。手術は、したがって、今、急いで／というのではなく、適当な時期に、方法もよく考えて／といったものが多い。放っておくこともできる。しかし、それらの症例は、手術によれば、明らかにその不都合から永久に解放されるし、毎日の通院も不必要となる症例かも知れないのである。これら、いわば、**relative indication** による手術症例が、

とくに、わが耳鼻咽喉科領域には数多く、それらを適切に手術することによって、当科の評判の向上も期待されるであろう。

手術的治療には、いま一つの問題がある。耳の手術、副鼻腔手術、扁桃手術などに伴う不慮の事故ないしは副損傷の問題である。困難な手術手技、術者の未熟、不可避的発生が主な原因と考えられる。これら3つの原因のうち、前2者によるものは、人為的に克服できる筈である。手術的治療を抑制する理由がこの手術に伴う副損傷であるとするれば、その克服には全力を挙げるべきで、有用な手術治療を回避すべきではない。

いわゆる医療事故については、もちろん事故対策も必要であるが、根本的に発生を防止することが先決である。ごく稀にしか存在しないはずの副損傷が、意外に多発するとすれば、原因を究明して、対策を講ずるべきである。すなわち、手術の問題は、一つは教育修練の問題に帰すると考えられる。

以上、当科の手術に関連した3つの問題について述べた。臨床科に要求されるのは治療であり、その成功はその科目の振興につながることは明らかで、耳鼻咽喉科診療上重要な手術が、大学や大病院のみにおいてしかおこなわれない現実には、何らかの修正が必要である。ソロ・プラクティスや、健保制度など、システムに制約があるとすれば、これらをまず改める必要がある。

6. ハビリテーション・リハビリテーションの定着について

難聴児に向けての聴能訓練、言語治療は、とくに重要なハビリテーションの領域である。適切な時期と方法とが設定され、確実に正しく実施されなくては、このハビリテーションは無効である。

言語発達は、聴覚に依存しているので、聴覚の全体像を把握するため、多くの検査が反復して実施される。根気のいる、時間のかかる仕事

である。そして、鑑別診断が正しくおこなわれる必要がある。

小児本人にとって必要なのは、しかし、次のステップである。難聴の原因が明らかとなったとき、手術か、補聴器か、訓練か、それらが適切に組み合わせられ、観察、検査、訓練が実施され、フィードバックされ、はじめて、それらの方法の有効性が証明される。

図3 難聴児のハビリテーション

聴力とそれにつながる言語は、人間社会のもっとも重要な要素として、耳科に関連するハビリテーションが注目される。専門のスタッフが欠かされない。

中途失聴者にたいするリハビリテーションも重要である。難聴の程度もいろいろなので、方法論的にも各様である。これらの人々にたいする適切な指導者や訓練機関が、数において、まず全く不足している。

音声・言語障害者の訓練も、多くの場合、ある程度の方針が決まると、説明があって、その後は、多くの場合患者の自主的努力にまかされる。ただ努力がなされれば達成できるような簡単なことではないはずなのに、経過を追って指

導するのに必要な人やシステムが欠如している。

リハビリの臨床定着のためには、人の配置やシステムの確立が必須である。従事する人としては、スピーチ・セラピストのほかに、OTあるいはMSWといった社会復帰関係の多くの人々が要求される。医師には、この方面の問題意識、問題解決に十分な知識と意欲とが必要である。そして、医学と訓練、教育を有機的に関連づける役割りが課せられることとなる。

7. 必要な診療実施のための3方策——教育的アプローチ、医療経済的アプローチ、医政的アプローチ

以上、耳鼻咽喉科の3つの領域、検査診断、手術、リハビリテーションについて、何が求められ、何がおこなわれ、何がおこなわれていないかなど概観してみたが、このような問題は、当然、耳鼻咽喉科に限られたことではない。

学問的華かさに蔽われた現実の医療の質が問題である。わが国の耳鼻咽喉科学は、世界的水準にあると思うが、その水準は臨床に十分に定着していないし、そのための努力も甚だ不十分である。対策が必要である。国民のニーズが、いわば無視されている心配がある。

本問題の対策には、3つ、教育的アプローチ、医療経済的アプローチ、医政的アプローチがあ

って、何れも同程度に重要である。

検査、診断技術の定着のためには、大学における卒前教育カリキュラムへの盛り込みが、もっと要求されてよいであろう。卒後ないし生涯教育については、講演会などはあまり有効でなく、日時をかけた実技講習が必要である。専門の検査技師の養成とともに、医師には、結果の読解力と指導力とが必要とされる。

手術に関する教育的アプローチには、臨床医すべての生涯的努力による教育訓練が必須である。手技的進歩には、一般化のための努力が、同時に、よりつよく必要とされるわけで、容易な新法の実施は、つよくいましめられる。しか

し、より良い方法の採用は常に速におこなわれるべきであり、外科的方法論実施上の基本への留意が、医師すべてに要求される所以である。

ハビリテーション、リハビリテーションの定着のためには、まず卒前卒後の教育カリキュラムに、大幅に本問題をとり入れる必要がある。医師の開眼が第一に必要である。リハビリテーションは、狭義の医療と密接に関連があるのにも拘らず、大学の教育カリキュラムに占める時間数は極めて小さい。この方面に明るい教育者が乏しいことが、その原因の一つであろう。大学の責任者の注意を喚起したい。個々の臨床科目には、また、それぞれリハビリ領域があるはずで、科目ごとのカリキュラム編成に際しての配慮が望まれる。

以上の教育的アプローチは、もちろん根本であるが、同時に、医療経済的配慮がなくては、何れの名案も現実のものとはならない。検査、手術、リハビリの何れをとっても現在のシステムには不都合が多く、とくに人員の配置、システム、報酬制度などに改革すべきことが多い。

大学、病院、クリニックと、それぞれに異なった、しかも大事な機能が、これらの領域に求るめられことが明らかである以上、それを実現するための方策が具体的に求められる。すべての医師の意識刷新が、このためには要求されるのであろう。

図4に示したのは、医療の根本的骨組みであって、この何れかの部分に不都合があると、現実の医療にひずみが生じてくる。Social needs は、社会の変化に伴って、徐々に、あるいは急速に変るものであるから、それに伴って、medical care も変化する必要がある。Medical

図4 医療を支えるシステム

science は、medical care を支える重要な柱の一つであるが、しばしば、science 自身の autonomy のために、現実から浮き上るようである。

Medical care は、医師教育を充実すれば十分と見られ勝ちであるが、今日、医療に従事する manpower は、各種多様の領域にわたり、医師は、リーダーであるにしても、その一部を分担するに過ぎない。

また、medical care を支えるのは、このほかに、system と経済とがあって、誰もこれらを軽くみるわけではないが、その変革が常時必要であるという重大な事実の認識が、とくに医政関係に要望される。一大改革は、むしろ必要でなく、常に小さな手直しや修正が必要である。そのような小さな修正は、現場の needs に立脚した feed-back を基盤にすべきで、ここにも、それを可能にするようなフレキシブルなシステムの導入が望まれる。

8. おわりに——耳鼻咽喉科発展のために、一つの意識変革が必要では？

武田信玄の「ヒトは城」ではないが、耳鼻咽喉科ないし耳鼻咽喉科学が、より発展を遂げるためには、現状を直視し、needs に立脚した変革を志向した多くの人々の存在が必要である。

教育には、大学における卒前教育、大学や病

院における卒後教育、学会や医師会などの主催する生涯教育、個人の自らおこなう自己研修などがあり、それぞれ異った重要性が認められる。

卒前教育については、秀れた人材をわが領域

に導く意味も含めて、別の意義があり、カリキュラム編成とその実施については、ビジョンにもとづいた慎重さが望まれる。

臨床科を支えるのは、臨床上の実績である。診断、治療、リハビリという3つの重要な領域、それぞれについて、わが科目は十分に成果をあげているであろうか。また、それがもし不十分であるとすれば、原因は何であろうか。「なすべきことをなす」という、ごく当然のことが、もしおこなわれていないとすれば、その

原因をとり除く必要がある。

社会的ニーズは、年々変化し、それに対処する医療も、つねに進歩し変化する。この両者を有効に結びあわせるためには、常時、教育的、医療経済的、それに医政的配慮が望まれるわけで、それらのうち何れが欠けても、適切な医療を実施することはむずかしい。

以上、今日の、そしてそれに連続する明日の“耳鼻咽喉科を支えるもの”について考察した。同志諸賢の目に止まれば幸いである。

参 考 文 献

- 1) 鈴木淳一：耳科学臨床とその将来—手術とくに聴力改善手術について—。耳鼻と臨床 23:771~775, 1977.
- 2) 鈴木淳一：医原性状態について。あいみっく 3: 25~37, 1978.

原稿到着：昭和53年8月4日
別刷請求先：鈴木淳一
〒173 東京都板橋区加賀2-11-1
帝京大学医学部耳鼻咽喉科学教室