第64回(公社)全日本鍼灸学会学術大会 ふくしま大会

特別講演

医療人は国民にどんな貢献が出来るか

What is the contribution that medical professionals can be to the people ?

菊地 臣一

KIKUCHI shin-ichi

公立大学法人 福島県立医科大学

Fukushima Medical University

座長：三瀧 忠道

福島県立医科大学会津医療センター漢方医学講座

キーワード：medicine, socialized medicine, professional, EBM, NBM

三瀧：皆さま、おはようございます。大会第2日目、今回の目玉であります特別講演「医療人は国民にどんな貢献が出来るのか」ということで、菊地臣一先生にお話を頂戴したいと思います。

菊地臣一先生は、私よりも鍼灸界の先生方はよく存じ上げておられると思います。以前より東洋医学というよりも鍼灸医学に非常に造詣が深く、また鍼灸関連でのご講演やご執筆があると拝見しております。

現在、福島県立医科大学理事長兼学長でいらっしゃいますが、プロフィールにつきましては昭和46年に福島県立医科大学をご卒業になり、その後整形外科の道を歩まれております。県内の病院等を回られ、平成2年に福島県立医科大学の整形外科教授。そして平成20年からは理事長兼学長にご就任されました。ご承知のように、その3年後に大震災があったわけで、そこでの県内の医療機関の中心として大学の中で陣頭指揮をとられて、現在福島県の復興に向かって日夜ご尽力いただいております。その中でもう一つ鍼灸界といいますが、

私の中で大きな出来事であったのは、会津医療センターを福島県立医科大学の傘下として設立することになった時に、そこに漢方医学を取り込めということで、私にお声をかけていただきました。私はご承知のように湯液のほうが中心で鍼灸は素人でございますが、理事長室に最初に伺った時に、ぜひ鍼灸をやれと言われました。いろいろ大変なことがありますし専門でもないので、一度はお断りしかかったのですが、それでも何食わぬ顔で「鍼灸をぜひやって欲しい」と言われまして、本日この様な席にすることになったわけでございます。

今日は鍼灸界の皆さま方に対して、あるいはこれからの日本の医療に関して我々医療人がいかに貢献していくかという観点でお話いただけるかと思っております。それでは菊地先生、どうぞよろしくお願い致します。

菊地：おはようございます。菊地です。

私の講演はこの3つにわけて進めていきます。

最初は医療に対する現状認識。2番目が医療自体の変化。3番目が、いま鍼灸師に求められている役割は何か。ということです。

1. 医療に対する現状認識

まずは医療に対する現状認識です。医療人であればどうしても押さえておくべきだと私自身が思っていることを提示します。結論は超高齢化社会における社会保障費の増大です。国はこれの削減を最大限の優先事項として取り扱っているようにみえます。

ひとつは社会の変化として超高齢化社会が到来し、経済が以前ほど順調でない。結果、社会保障費が高騰し、国民皆保険制度の危機。モラルハザードも相まって国民皆保険制度が持たないだろうと思われまふ。さらに医療関係の変化です。法律上も近年、保険、医療、介護、福祉の一体的運営が確立され、そのデザインは地域包括ケアに映し出されています。中身を見ると我々に関係あるのは都道府県への権限・責任の移譲です。もう一つは健康に対する自己責任の徹底です。この2点に尽きるのではないかと、私自身は思っています。

社会保障の給付費は毎年二次元方程式のように上がっています。国民所得に対する国民医療費の割合もどんどん大きくなって今や破綻状態です。では、国民医療費の一人あたりの金額はどうかというと、先ほど言ったようにどんどん上がって、しかも高齢者の急増がこの医療費の高騰に関与していることがわかります。入院患者さんを見ると65歳以上の入院患者さんが非常に増えています。病院の病床数と重症度の関係を見ると、入院費の高い病床の割合が年々高くなっています。これが医療費の高騰に直結しているわけです。介護費もこのように年々増え続けています。これに対して政府は何を計画しているかというと、国から地方へ、自己責任へとということで、既に行程表が公表されています。確実にこの方向に進んでいます。介護保険制度は介護給付費が非常に増えているので、これを減らそうと、既に始まっています。その中で大きな目玉は、費用負担の公平化です。それで最終的に介護と医療を一体的運営にしようということがあって、そこで出てきたのが地域包

括ケアシステムです。ただ問題は、本当にこの連携が可能かということで、まだまだモデルとなる地区はごく少数にとどまっており、それが永続できるかどうかはまだよくわかりません。

ただ、いま国民的課題になっている医療費削減効率化に関しては、既に海外から面白いデータがいっぱい出ています。少なくともインセンティブを与えて動いてもらうよりは、医療提供側、支払側をコスト削減の対象にしたほうが効率的である。それから公的な医療保険制度を小さくして民間保険を増大、つまり混合診療ですが、そうするとかなり深刻な問題を招くということが報告されています。ご存知のようにDPC（包括医療支払制度）は医療費の削減にならないことは日本でも自明のことです。それから医療への営利企業の参入、株式会社化です。結果としてコストの増加になることが指摘されています。ただ一方で、入院費が低くても医療の質は必ずしも影響を受けないという論文が出ています。これを見ると、医療費抑制と質向上の同時達成が可能ではないかと思いますが、具体策は書いてありません。このような日本の医療制度は世界で唯一、今まではオランダと日本であり、オランダが脱落して今や日本だけです。このような医療制度が破綻すると何が起ころかという、オランダの例を見ると2006年に制度改革が行われた結果、民間医療機関による患者の選別が横行しています。重症患者を回避するということです。これが必ず日本でも起ころだろうということが想定されます。

一番極端な海外での医療システムは米国と英国です。英国は徹底して日本に近い。アメリカは市場原理主義です。どちらも問題があります。たとえば英国だと人工股関節手術を受けようとする最低5年は待たなくてはなりません。それが本当にいいのかどうかというのは、我々国民が全体で考えなくてはなりません。アメリカは金がないと病院にかかれないうのが現実です。それから国民の意識がどんどん変化してきています。この国民の要求は際限ないもので、安全性に対する不満がその典型です。ただしそれが満たされるかというと、なかなか大変で、これを乗り切るために医療スタッフが疲弊しているのが現状です。より

質の高い医療、心温まる看護、施設の快適な環境というのは今の医療保険制度では無理です。これは既にブレア元首相が指摘している通りです。それから診断評価基準が日本でもようやく全面的に変わりました。その変わり様は、ひとつは医療従事者が評価することから患者さんが評価するという変化です。次に、客観的評価から主観的評価へ、それから患者満足度の重視です。国民の知る権利の主張が増えて情報開示請求が非常に増えていきます。訴訟や補償要求が増加で、これにいま医療機関が非常に苦慮していることがよく知られている事実です。

2. 医療自体の変化

医療自体の変化に移ります。結論は、医療従事者側から見るとEBMとNBMの統合ということになります。

EBMというのはEvidence-based medicineで医療費の支払いが、あるいは患者が納得できる根拠の提示を求められます。突き詰めていくと医療の標準化であり、質の保障です。一方NBM (Narrative-based medicine) というのは、日本語でいうと、私は「手当て」の思想に合致しているのではないかと思います。患者との信頼関係が大事です。共感、励ましによって治療効果・満足度の向上、そしてプラシーボ効果を狙う。先ほど言ったように、治療成績評価基準が大転換しています。現在の医療は要素還元論から複雑系に変わってきています。従来は原因があれば結果、結果の前提には原因があるということです。実際は、現在はIllness、具合が悪い、異常がない場合でも患者さんは症状を訴えます。客観的に病態を説明することが現時点の医学では不可能ですから、分子生物学的な見方から個体へと視点を変えていっていることが現状です。最初の提言を行った有名な論文があります。つまり、個人としての生物・心理・社会モデルの構築です。Bio・Psycho・Social、生物・心理・社会的疼痛症候群ということで、そして文化を踏まえた捉え方です。ではEBMとはなんぞやというと、目的はバイアスあるいは偶然の排除です。そして社会に生きる生物としての人間の重視です。その手法は、我々が従来使っていたミク

ロの手法からは脱皮してマクロの手法でやる。その手段としてはRCTによる論文のメタ分析です。

このようなEBMが出てきた背景には、3つあります。ひとつは医療の普遍性、標準化への国民や第三者の要求です。それから、コンピュータの発達によって評価可能な研究機関が海外を含めて増えたということです。これによって診断の妥当性、治療の有効性・安全性の検討が可能になりました。最後は政府側からみると、これが一番切実ですが、医療費が高騰して、最早抑えない限り、医療制度が持続可能ではなくなってきたということですから。

では、治療法の有効性の証明はどうするかというと、だいたいその関与している因子は3つあります。ひとつは治療それ自体の影響。もうひとつは、放っておいたらどうなるかという自然経過です。3番目は様々なバイアスです。様々なバイアスの中で、一般的によくいわれ、特に我々にとって関係あるのはプラシーボです。プラシーボは今や欧米では標準的医療のひとつとして用いられています。論文を20以上ここで出さなければなりません、今日は時間がないので省きます。治療効果判定や診療ではプラシーボ効果は無視できないというのは、もうコンセンサスは得ています。それからこのプラシーボ効果は、患者の期待あるいは医師との信頼を通じて、治療効果を增強できることが示されています。

ではこのようなRCTの結果は何をもたらすかというと、意外な結果をもたらします。これは私の専門である整形外科での非常にセンセーショナルな論文ですが、変形性膝関節症に対して患者さんと契約書を交わして、ひとつは皮膚を切開しただけのグループを設定しました。もうひとつは中を洗う。そして3番目はデブリドメントなどの本格的な手術をする。この3群にわけた結果、患者さんは自分の家族や友人に勧める治療は何かというと、全員が切開のみでした。我々がよいと思っていたことが全然役に立っていないということです。これは、バイアスを排除する必要性を示唆した論文です。この論文は、4年後に様々な批判に対してThe New England Journal of Medicineに出して、この結論は最早定着しています。もうひ

とつは私の専門の脊椎脊髄外科で、いま盛んに世界中で行われている椎体形成術に関してです。中に骨セメントあるいは人工骨を入れて骨粗鬆症性の椎体骨折を治す治療です。アメリカは無効、イギリスは有効として、イギリス学派とアメリカ学派が完全に別れている。なぜこのような結果が出るのだろうか、おそらく患者選択だと思います。この優劣に決着が付けられるのは、たぶん日本だけだと私は思っています。

似たような話を出します。最近の子供はケガに弱いとよく新聞に出ますが、本当でしょうか。その根拠は骨折やケガが多くなってきているということです。私自身の疑問は、本当に増えているのかということです。私は否定的です。なぜなら医療機関の受診者数が増えているからではないか、あるいは学校の先生や職場が責任回避のために、あるいは何でもないことの確認のために受診者が増えているのか、という疑問があります。これを立証するには、対象となる全人口に対する医療機関あるいは代替医療機関受診者と非受診者の数を確認する必要があります。未だかつてそのような論文は見えていません。したがってこれは本当かどうかわかりません。それから寒波で温度が1℃下がるごとに100人死亡するという主張です。この根拠はたぶん平均値から襲来寒波の温度の差で死亡数を割って算出したのだと思います。そもそも温度が1℃下がったら必ず一定数死亡するののかという疑問があります。その前提が間違っているのではないかという疑問です。ある温度まで低下したら、その時点で急激に死亡者数が増えるのではないかと。ですから、これもいい加減な根拠です。世の中によくある三段論法で、『使った、治った、効いた』です。私のライフワークにしている腰痛で本まで出た典型例があります。パンツのゴムを緩めたら腰痛が治った。パンツのゴムを緩めると治るという本まで出版されました。呆れた内容です。

では我々が直面せざるを得ないEBMと、臨床家はどうか対峙するべきなのでしょう。少なくとも臨床医学研究で、本当に無作為比較試験ができるのかという問題があります。なぜかという、臨床問題にはお医者さんの技量の巧拙が結果を左

右します。それからEBMの手法はあくまでも平均値です。比較する論文の質によって、中にはリングとミカンを比較している論文があります。あるいは、よいリングと腐ったリングを比較している論文があります。それから出版バイアスといって、ポジティブな結果しか論文に発表されません。したがってポジティブな結果が非常に誇張されます。これはイギリスの例ですが、現代の医学の進歩に対応するのが、困難であるということが出されています。EBMをまとめて提示してくれる雑誌が出ています。現代の臨床家は、自分の経験、知識、技術と外部の確立された根拠を照らし合わせて個々の患者の治療方針を決定するというのが最善だと私自身は考えています。先ほど言ったように、これを実際に実践する時には、所詮EBMはオール・オア・ナッシングです。個々の患者に対しては効くかもしれません。それが切り捨てられている可能性があります。ですから我々は一人ひとりの患者にそのデータが当てはまるのかどうか。当てはまらないとしたらなぜかを考えて、一人ひとりにやっていけばよいと思います。最近ではアメリカでは大スキャンダルの結果、イエール大学から出たヨードという、あらゆる臨床研究はオープンアクセスできるようなクラウド・ソーシングが始まりました。おそらくこのような形で世界の医学は進んでいくのだと思います。

皮肉にもEBMが我々に教えたことは、NBMの重要性です。今後の医療は多面的・集学的アプローチが必須です。患者本位の医療を支えるには医療提供側の協調、患者との協同が必要です。私は一般病院で自分の医師としての人生の半分以上を過ごしたので「先生に診てもらったら治った」「病院に来たら治っていた」という患者の声を聞いた経験があります。何をバカなことを言っているのだと思っていましたが、事実は本当でした。科学はそれを証明したわけですが、ただ、世の中はどんどん進んで、データ中心のEBMから患者中心のEBMへ既に進んでいます。エビデンスを適用する前後のプロセスは、他人に変わってもらうことはできません。一対一の関係です。ですから、EBMとNBMの両立が必要だということです。

NBMは何かというと、Narrative-Based

Medicineの略です。定義は、医療現場における医療従事者と患者との信頼関係に基づく医療、です。対話を重視します。EBMの進歩とともにThe Lancetという一流の雑誌が1994年にPlacebo in medicineという特集をしました。この中で医療が全て科学的に立証された内容から構成されているわけではない。科学的立証が将来全てにおいて可能なのか。現在の我々が持っている科学概念では了解不可能な内容が存在しているのではないか、という疑問を投げかけています。我々は治療における心理的効用をもう一度重視するべきではないか。

ノーベル平和賞をもらったアメリカの循環器のドクターが書いた本で、日本で翻訳されてベストセラーになりました。現代の医療は癒やしが治療に、聞くアートの医療機器による検査に、思いやりが管理になっているのではないかという問い掛けです。もう一度、高齢者医療における患者の全人格に向き合うケアの大切さに立ち戻るべきだと言うのです。そのためには、よく聴く技、孤独に対する洞察力、Disabilityに対する共感が必要ではないかと述べられています。

我々が駆使している医療技術の科学としての認知も非常に波瀾万丈です。いま確立されている治療法も、最初は海の物とも山の物ともわからなかった手技です。医学発展の歴史は常に異端の歴史です。たとえば麻酔、たとえば輸血です。最初にやった方は非常に悲惨な最期を遂げています。ですから、この治療手段が有効性や妥当性を認められるには、医療人の努力と論理的成功例の蓄積が必要です。医療が医学になるのには、臨床という経験則の積み重ねが必要です。こういうことを踏まえると、治療方針の決定は、やはりEBMに沿った各種治療法の提示が必要です。そしてNBMに基づいた個々の患者さんへの考慮です。そして患者のQOL満足度の重視です。痛みを取ることは治療の目的ではありません。それから患者の価値観の尊重です。治療しないことも患者によっては適応されます。

こう考えると新たな視点が我々に求められます。どんな治療をするかではなく、誰を治療するかです。それから、心理的・社会的因子の評価です。

従来の受身の医療から患者にも参加してもらう攻めの医療です。キュアからケアへです。Diseaseの他にIllnessの概念も必要です。多面的・集学的アプローチは必然です。そのためにも大規模な患者登録による治療の有効性の検討が喫緊の課題です。治療成績評価基準も転換しました。患者の視点を入れなくてはなりません。先ほど言ったように、客観性重視から主観性です。患者の視点に立った評価です。信頼の医療から、残念ながら、契約の医療へという変化です。対費用効果の評価も、今や求められます。

先ほど言ったように患者のQOL、満足度が重視されます。ここで問題は、患者の満足度と手術が成功するかどうかは必ずしも一致していないことは頭に置いておく必要があります。それからキュアからケアへの視点の転換がいま必要です。昔は短期決戦でした。でもいまは、長期に渡る治療体系が必要です。骨折や外傷の時代から、骨粗鬆症あるいは膝や腰の退行性疾患への対応が主に変わってきています。患者の状態、希望に応じた治療ゴールの設定が必要です。患者さんが決めるのです。ただ、この時に認知症の存在、あるいは仕事の内容などを考える必要があります。ここで注意しなくてはならないのは、ゲーテの『ファウスト』のように、患者さんは60歳であっても常に20歳の身体に戻ることを期待しています。これに乗せられると医療トラブルの基になります。したがって、我々は十分な説明と患者への納得が必要です。インフォームド・コンセントはもう時代遅れです。インフォームド・ディシジョンあるいはインフォームド・チョイスが必要です。これをまとめると、EBMというサイエンスとNBMというアートの統合が必要です。それによって治療に対する患者の高い満足度、そして支払い側も納得できる医療の提供が実現すると思われます。

3. いま鍼灸師に求められている役割は何か

鍼灸師に求められている役割です。ここを大きく話せと言われたので、いろいろなデータを引っ張りだして用意してきました。

まず代替療法のいまに就いてです。英語論文から調べてみます。代替療法は非常に人気がありま

す。しかも、お金持ちや教養の高い人たちに人気があります。慢性疼痛がある多くの患者さんは医師の治療を受けようとしません。

代替療法といっても範囲が広いですが、一般的に出ている論文を見ますと、有効性に疑問が提示されています。ひとつは、これは日本でも最近翻訳されましたが、代替療法は本当に効くのか、プラシーボ効果ではないのか、という本があります。それから、JAMA (The Journal of the American Medical Association) これは米国医師会雑誌ですが、いずれの補完代替療法もプラセボよりも有効である証明が現時点では不可能であるという結論を掲載しています。では鍼灸の有効性はどうかというと、結論が相反する状態です。私が専門の非特異的腰痛では、治療しないよりは有効という論文があります。ただ一方で鎮痛効果は低いという論文があります。それから真と模擬で有効性に差はないという報告もあります。鍼治療は慢性疼痛の治療として有効という報告があります。一方で、様々な症状と一緒にした検討は妥当だといえるのかという疑問が提示されています。あるいはいくつものバイアスによって小さな有効性が出てしまうのではないかという指摘もあります。メタ分析とRCTを同列には論じられないというのです。このような情勢は、我々に緻密なスタディ・デザインによって厳密な評価が必要なことを示唆しています。

時代はIT化が進んで医療が変化してきています。我々医療従事者は一層の研鑽が必要です。たとえば自分の病気については、患者さんのほうがはるかに知っている場合も、いまは稀ではありません。ですから、我々は医療のプロとして患者の疑問や要望に答える責務があります。説明責任についてサッチャー政権の医療改革で壊滅的な打撃を受けた英国医師会が再建にあたって出した声明文の一部です。それによれば、限られた医療資源を医療提供側からの適正使用について社会の説明責任があるという提言です。医療の専門家として我々はプロとして求められる自己評価、規制が必要であるとも述べています。さらに、成果そして貢献の社会への説明が求められるとも述べています。最後に医療相談があったらその患者さんに納

得できる説明・教育責任があるというのです。

近年の医療従事者の対応が治療成績や満足度向上に大きく影響しているという論文が多く出されています。ポロシャツとかTシャツとかを着て診療するのは、自分の腕に自信がなければ止めたほうがいい。こういった論文は、医療人は診療態度の重要性にもう一回振り返ってきちんと我が身を正したほうがいいということを示しています。

一方、近年、広い意味のストレスが疾患や医療に対して大きな影響を与えていることが報告されています。数は少ないながら、ストレスが疾患や医療に対してあまり影響しないという論文ももちろん出ています。ただ、数からいくと、圧倒的にストレスは疾患や医療に対して影響を及ぼしていることがわかります。ですから医療にあたっては過剰なストレスがないかどうか、あるいは、あると判断したらどの程度かを考慮する必要があります。

釈迦に説法ですが、病気や病人の特徴は、病気を持っている人は心身ともに問題を抱えているということです。2点目は、患者さんは常に自分が病気になったこの不条理に対して怒りを持っています。結果として、患者さんは免疫機能の低下そして合併症を発生する危険があります。これは科学的に証明されています。怒りの矛先は病気ではなくて我々に向けられています。我々はコミュニケーション、そして聞く能力を練磨する必要があります。外来で私がやっていることは何かというと、どこから来ているかが、どのくらい待っているかが「遠いところ大変でした。お待たせしてすみません」。私の場合は、ほとんど痛みと麻痺への対応ですから、「痛くて大変ですね」と立って挨拶をしながら、述べます。そして患者さんの寝起きが必要ですので、診察台の寝起きに関しては、患者さんができるかできないかに関わらず手を添えて、脱いだスリッパや靴を私自身が揃えます。そして最後に患者さんの安心感の獲得のためにも「何かあったらいつでもご連絡ください」。そして「お大事に」という挨拶で終わります。私は、1日150人午前7時30分から診ていました。患者さんに関心を持って、患者さんの服装、顔色、そういったことを見て、孫の話などをしていました。

そして「何かあったらいつでもご連絡ください」と言っていました。一人も、私の勤務中に電話をよこした人はいません。ですから、いかに安心感が大事かということです。

では、この医療人のプロフェッショナリズムとは何かというと、ディック・フランシス (Dick Francis) の定義ですが、欧米というプロフェッショナリズムというのは日本のいい加減なプロという言葉よりは、はるかに厳しいことがわかります。では、医のプロフェッショナリズムは何かというと、先ほどのプロフェッショナリズムに追加されているのは、患者情報の守秘ということが入っています。ですから我々は「視点を病気から病人へ」と、転換が必要です。「どんな治療をするかではなくて誰を治療するか」です。「患者の痛みあるいは病気ではなくて、痛みあるいは病気を持った患者を治療する」という視点の転換が必要です。

4. 次代を担う君たちへの伝言

私が医療人として44年間働いてきた人間として、次代を担う君たちへの伝言を提示して終わります。

私自身の背景は、大学入学時は一期校、二期校のちょうど中間にあった福島県立医科大学を受けて補欠で合格しました。カナダの医師免許を取るために成績証明書を取ったのですがなかなか来なくて、当時はメールもFAXもありませんので電話をしました。学生課のおばさんに「先生はピリで合格していますね」と言われて、私がピリで合格したことを知ったわけです。ピリで合格しても、こうやって働いているのですから、なんとかなるものです。それから、私は開業以外全て経験している現場からの叩き上げです。幸か不幸か、私は日本で医療密度の最も高い東京都の都市部と一番低い地域、福島県の南会津地方の両方で働いた経験があります。そういう立場でこれから提示する内容は生まれたものです。

まず、研究テーマと環境です。よく若いお医者さんたちが「研究テーマが無い」と言います。それは、私は、普段の診療を目的意識を持たないでやっている、ただこなしていることの裏返しではないかと思っています。それから「研究実施のた

めの基礎がない」とよく言います。でも私は研究ができない理由と同じくらい研究ができる理由を挙げることができます。時々、弟子たちに何度かこのセリフを言ったことがあります。「では、君がそうガタガタ言うなら、君のそのガタガタ言っている不満の条件を全部整備したら本当に仕事ができるのか」と言うと、「できます」と言った人はまだ一人もいません。研究テーマの設定と環境というのは、密接に関係があります。自分の環境の不遇を嘆くよりも、そこでしかできないテーマを見つけるとするのが私の結論です。私は僻地病院にいた時には、少ない人口移動、深い信頼関係に注目しました。それを基に疫学調査、自然経過、病態と症状の関係を研究しました。1000床を超える都市病院ではコモン・ディーズやコモン・インジュリーが集まってきます。そうすると、じっと目を凝らしていると、そこにある共通性を見出すことができます。それが普遍性の発見に繋がります。今は大学病院にいますが、大学病院とかメディカルセンターは多くのスタッフそして豊富な設備を抱えています。そこであれば、基礎的研究や集学的研究が可能です。研究での新発見に必要な条件として、私は「患者さんが教科書である」というのは嘘だと思っています。いま振り返っても、この格言を生かすには各分野での相当な病態の理解が必要で、そのために教科書と論文から何がわかって、何がわかっていないのかをわかるための勉強が必要だと思っています。つまり、素人がリンゴの落ちるのを見て万有引力は発見できません。「私の経験」を第三者に受け入れてもらうためには、緻密なスタディ・デザインによる臨床研究の実施が必要です。これには愚直なる継続が必要です。振り返ってみて患者さんが教科書であると言えるのは、自らに医療人として患者さんの訴えを受け止めて評価・分析する力が備わってからです。それまでは、本誌あるいは文献から徹底して学ぶ必要があります。事実を事実として受け止めることができるかということ、これがなかなかできません。たとえば、第5腰神経根ブロックをして第4腰神経根の麻痺が起きたことを、それをそのまま事実として受け止めるのに、私は約20年かかりました。それが臨床上の疑問になって、

新知見に結び付くのです。そして患者さんを相手にしている臨床家でないと気が付かない視点、臨床家でしかできない手段はたくさんあります。私自身はコモン・ディジーズやコモン・インジュリーの中に普遍的な事実が潜んでいると思っています。

(1) メッセージ1

ここから学会の参加者に勇気を与えるメッセージを出せと言われたので、出します。

まず『患者さんは我々医療人に何を求めているかを知ってほしい』ということです。そう考える理由は、患者さんが望むもの全てを施設あるいはスタッフが提供してくれると患者さんが信じているからです。つまり医療人はゴッドプレーヤーであることを求められているのです。そのために我々には思いやり、共感、受け入れるという優しさがが必要です。それは、取りも直さず、NBMの概念に対する認識です。医療には数値ではなく言葉でしか表せないことがあります。

(2) メッセージ2

次のメッセージは、私の今の立場から次代を担う者へのメッセージは何かといわれたら、『愚直なる継続』です。それが全てです。これは医師に限ったことではなく、あらゆる職種にとって大切です。ただし、これを貫徹するには鉄のような意志が必要です。今日は宴会がある。明日は体調が悪い、そのようなことを言っていては、永遠にできません。それから、最初は、修行中は徹底した模倣が大切です。それが創造性を生みます。まず形から入ることです。このようなことは何百年も前に世阿弥も言っています。なぜ必要かは、最初はわかりません。私自身もわかりませんでした。ただ模倣することで、なぜそれが完成されたかが、いつか理解できます。気が付いた時に個性の発現・発展に繋がり、個性は出すものではなくて、出るものであることが理解できます。

(3) メッセージ3

次のメッセージは、『地位や年齢とともに求められる役割は変わる』です。修行期間というのは修行し始まった当初認識していた以上に、はるかに短い。そして私に合った職場ではない、私に合った職業ではない、私に合った職種ではないと言っているうちに、もう命が尽きてしまいます。です

から、我々は適応が活躍の条件だと思います。そしてプロの集団は絶えず新陳代謝を続けています。知識、技術、ノウハウの練習には役割変更が必要です。このことに無自覚なプロは組織にとっては阻害因子になります。排除される因子になりますので、やはり自分自身で変わる努力が必要です。もちろん自分のプロとしての練磨は生涯続けることが前提です。私が振り返って思うのは、やはり良き師を持ってということで、先人達の格言がそれを表しています。「千日の勤学より一時の名匠」、「三年勤め学ばんより三年師を選べ」、「親は選べぬが恩師は選べる」。最初は師匠の全て、仕事の仕方や生き方を徹底して模倣することで成長できるのだと、い 생각합니다。

(4) メッセージ4

次のメッセージは、『修行中は様々な環境に身を置く』ことです。そこでしか経験できない症例、やり方が存在するのです。多くの人に会えば会うほど、人間の複雑性、一人の人間に矛盾した考え方が共存していることを学べます。慣れた環境は居心地がよいのです。ただ、同じところにいると多様な経験は不可能です。アメリカのビジネススクールに行くと必ずロビーに貼ってあるのが「コンフォルト・ゾーンを超えよ」です。コンフォルト・ゾーンをなかなかうまく訳せないのですがそのまま書きましたが、慣れ親しんだ場所ということでしょうか。これは私自身もずいぶん転々としたことが、大事です。そして年齢が高くなるとともに、決断する体内時計は少しずつ、1/10秒くらいずつ長くなっていく。ですから若いうちに修羅場を踏んで決断の経験が必要です。もちろん帰る港があることが大事です。私自身は帰る港がなかったことが一番この時に辛かった思いがありますので、帰る港があつて様々な環境に身を置くことが理想だと思います。

修行とは矛盾に耐えることです。世の中は矛盾と不条理に満ちています。世の中に最初から平等なんてありません。それを克服しようと努力することで、運が微笑むかもしれません。生きていく中で我慢することを覚えないと最後まで大成しません。その姿を見て他人が支援してくれます。「人生の扉は他人が開く」のです。いくら自分が

頑張っても他人が認めてくれないと開けません。

それから悔しさそして無念さを自分の成長の糧にすることです。劣等感こそが成長の鍵です。心に傷がある人ほど大成するように思います。私自身、悔しさと無念を努力の原動力にできたのは、公職追放になった父親が骨接ぎをして私を育ててくれたことです。そして嫌々ながら医師の道に入りました。その中では骨接ぎに対する特に整形外科の嘲り、嘲笑がありました。そして大学紛争時代、整形外科自治会から私は無視されて、挙句の果てに除名されました。この除名という言葉聞いた時に私の心の何かに火が点いて、いつかけじめをつけてやろうと思って15年後に福島に戻ってきました。ですから悔しさと無念の経験は、他人の悔しさや無念に思いが至り、他人に優しくなれます。

それから他人を肩書きで判断しないことです。所詮、所属や肩書きは一時のものです。時間の経過とともに変わります。所属あるいは肩書きで評価される人間の悲しみに思い至ることです。何になったかではなく、何をしたかに自分の人生の価値観を見出したほうがよいのではないかと、いま振り返って思います。ですから私自身は海外の講演でも国内の講演でも、今日もそうですが、所属は一切に書いたことはありません。いつも名前だけでやっています。それが自分のこだわりです。

(5) メッセージ5

次のメッセージは、『自分の仕事の最先端は絶えず意識する』です。現代の医療は信頼の医療から契約の医療へ変わってきました。集学的・学際的アプローチの時代です。私自身は、これは医学の歴史上未曾有の転換期にあるのではないかと思います。我々は自分の第一線で働く能力を維持するためには、自分自身が変わらないとだめではないかと思います。それから大学の学生を見ると、時々自分で枠を作っている人がいます。自ら枠を作らないことです。自分の環境や事情で自己規制をする人が多いというのが、見ていて感じます。自分のできる範囲内の努力では、それなりの成果しか得られません。凡庸な努力は凡庸な結果しかできないのは一面の真実です。高い目標を設定して、それを達成するために自分にできる全

ての努力をここに集中することが必要ではないかと思っています。これは学生に教えられたことです。私が現役で教授をやっている時に私と話している時に学生がこんな言葉を吐きました。「自分との戦いですね」という話で、なるほどな、と思いました。他人との比較は止めることです。人生の道々での経験、挫折、知識で自分の人生哲学が確立されていくわけです。したがって自分の価値観で判断、行動するべきです。社会の価値観での判断、行動は間違っています。なぜかという、社会の価値観や風調は気ままで、それを参考にしたところで責任は取ってくれません。「行蔵は我に存す、毀誉は他人の主張」です。

(6) メッセージ6

『仕事は相互にとって、相手に対する信頼と敬意が必要で、それを愚直に継続していくことによって初めて成立する』のだと私自身は思っています。次代を担う君たちに、私からの伝言は、医療人として「私の経験では」という言葉はもう止めたほうがいい。それを知見とするには緻密なスタディ・デザインによった臨床研究の積み重ねが必要です。愚直な臨床の継続と徹底した文献の検索の果てに、患者さんが教科書になるという境地が開けます。臨床で直面する事実あるいは不都合な真実から逃げないことです。

5. まとめ

医療を巡る環境は、医療それ自体がいま激変し続けています。医療人はこれらの変化に対し、国民に信頼される医療の提供が求められています。医療人は国民が納得する医療を提供するために、生涯、研鑽を積まなければならないと思っています。以上です。

ご静聴ありがとうございました。

三瀧：菊地先生、どうもありがとうございました。

大変に中身の詰まったお話で、今すぐに頭の中を整理しようと思っても厳しいかなと思います。しかし皆様方も感じておられると思いますが、医療の現状、社会保障費の上昇、その原因となるような高齢化といった環境の変化から、医療に対する責任を国が取るのか、どこが取るのかというこ

とにも変化が生じているというお話をまず頂戴しました。今から20年余り前でしょうか。EBMという言葉が出始めて、そうでなければ医療が成り立たないようなことが言われ始めました。しかし、それはもしかすると医療者側の都合のよい弁だったかもしれません。そこに10年、あるいは15年ほど前かもしれませんが、NBMという言葉が生じてきました。すなわち、単なる医療者主体のEBMから患者中心のEBMに変わりつつ、NBMとの兼ね合いをみつけることの必要性が生じてきました。最終的には病気ではなく病人を見ることが重要で、単にDiseaseではなくIllnessを診ることが必要であるといったお話しをしていただきました。

先生の抄録の最後のところに、『我々医療人は、国民から求められている姿は何か』ということを書いていただいています。鍼灸というものが医療なのか医療類似行為なのか、鍼灸は医療の主体ではなく代替医療の一部だという考えがあって、鍼灸界はちょっと臆病になり過ぎているところがあるのではないかと感じており、今日の先生のお話は、あくまで医療人としての会員の皆様方への投げかけであったと思います。その時の心構えとして、いくつもの格言あるいは提案をいただきました。いちいちそれをここで繰り返すことはないと思いますが、しかし、やはり医療人としては患者さんから何を求められているかを十分に知ることが、大きな前提であるものと拝聴しました。このご講演は学会誌にも載せていただけることになっていますので、拝読して、噛み締め直していったならば、ここにいる皆様方、我々医療人はこれから、この社会の変化の中で何をしていかなければならないかということに、ずいぶん大きなサジェッションを与えていただけたものと感じています。

菊地先生、今日はお忙しいところをわざわざお出でいただき、貴重なお話をありがとうございました。皆さまもう一度拍手でお礼の気持ちを表してください。