全人的医療入門

―医療に関わるすべての人のために

中井 吉英
Nakai Yoshihide

全人的医療の実践は、医療に限らず社会のあらゆる領域に共通した課題を克服し、新たに何かを創造していくことに関係します。介護を含む福祉の領域にも及びます。（「まえがき」より）

中山書店

まえがき

…何故われらの芸術がいま起こらねばならないか…
曽つてわれらの師父たちは乏しいながら可成楽しく生きていた
そこには芸術があった
いまわれらにはただ労働が　生存があるばかりである
宗教は疲れて近代科学に置換され然も科学は冷たく暗い
芸術はいまわれらを離れ然もわびしく堕落した
いま宗教家芸術家とは真善若しくは美を独占し販るものである
われらに購うべき力もなく　又さるものを必要とせぬ
いまやわれらは新たに正しき道を行き　われらの美をば創らねばならぬ
芸術をもてあの灰色の労働を燃せ
ここにはわれら不断の潔く楽しい創造がある
都人よ　来ってわれらに交れ　世界よ　他意なきわれらを容れよ

〔宮沢賢治 30 歳（1926 年），「農民芸術概論綱要」
―農民芸術の興隆―．原文のまま〕

私は心療内科医です。医師からも世間からも大いに誤解されている診療科が心療内科です。しかし，ここでその誤解を解くつもりはありません。

わが国の心身医学の特色は全人的医療の医療モデルとその実践方法をもち，医学と医療に貢献してきました。池見酉次郎先生や日野原重明先生らが心身医学をわが国に導入し，わずか 50 有余年経ったに過ぎませんが，心身医学は各科の医師およびコ・メディカルに全人的医療のエッセンスとノウハウを伝えてきました。しかし，心身医学の講座があるのは 80 ある

医学部・医科大学のうち５大学，診療科のみあるのが３大学に過ぎません（ドイツには，ほぼすべての大学に講座か診療科がある）。誤解を解くつもりはありませんと言いながら，少しだけその理由について第 17 章に述べておきます。

全人的医療を行うために医療者は個々人の人間的素養を育てる必要があります。しかも，身体も心も含めた全体を診て行くわけですから時間を要します。病に苦しむ患者や家族に関わるため，疾患ではなく個々人に焦点を当てた温かい人間的アプローチをしなければならないのです。教科書通りのマニュアルに従っていては，全人的医療の実践は不可能です。

全人的医療を実践するということは，現在の社会全体の流れである効率性，合理性，機能性，採算性と相反することになってしまいます。まさに社会の流れと相容れないことをするのが全人的医療なのです。したがって，その実践は医療に限らず社会のあらゆる領域に共通した課題を克服し，新たに何かを創造して行くことに関係します。介護を含む福祉の領域にも及びます。

心療内科の診察では時間と空間を超越している瞬間を体験します。患者にとっても初めての体験でしょう。そこに感動的な変化が訪れます。一般科の診療はどうでしょうか。効率と時間の節約とそして多くの患者を機能的にスムースに診療することを心がけます。医師の診療はもちろん，看護やリハビリテーション，薬剤部，介護の領域などにも機能性と効率化は必須の条件です。

しかし，時間と空間を超えなければ人間的な出会いは生まれません。一般の医療との違いは，①時間と非時間，②オートメーションと手仕事ではないでしょうか。イチローをはじめ超一流の選手は超一流の道具を求めます。その道具は名人の手仕事によってのみ作られています。医療においてこのような手仕事は時代遅れなのでしょうか。今，改めて手仕事，職人の技（匠の技）が求められています。オートメーション化は没個性です。医学部における医療面接はまさに没個性化されたマニュアルに過ぎません。匠の技は個性化なのです。一つ一つに個性が滲んでいます。現在の効率を

求めた医療は食産業と同じく，まったく同じ内容の医療を提供しようとしています。患者と医療者はそのような医療に満足するでしょうか。

医療はますます細分化されてゆきます。医療と工学の連携によって最先端の医療技術が導入され，外科手術も医師に代わってロボットが行うようになるだろうと言われています。医療者と患者との間に機械が介在する時代です。すでにコンピュータが診察室に導入されるようになって，face to face，voice to voice のコミュニケーションが少なくなりました。最先端の医療とその対岸に位置する全人的医療がバランスをとり互いに交わり補うことによって新たな医療が創造できるのではないでしょうか。全人的医療は最先端の医療に血を通わせる役目を担っているのです。

全人的医療という言葉がお題目のように講演や論文と成書の中で付け足されています。本書は全人的医療とは何か，どのように実践するのかについて，医師だけでなく医療現場で働く人たちのために書いたつもりです。医師という言葉が出てきたならば，看護師，心理士，理学療法士などの医療者の名前に置き換えて読んでいただければよいのです。

良き医療者は患者の視点に立ち医療を行います。患者は医療者にとって教師です。全人的医療の実践は患者だけでなく，いやそれ以上に医療者自身の人生と生活を豊かに幸せにすると信じています。おそらく，昔は町医者と呼ばれたプライマリ・ケア医や，彼らとともに地域においてネットワークをつくり医療を実践している多くの医療者，僻地医療で活躍している若い医療者たちの中に全人的医療を実践している人たちが沢山いるものと思います。彼らこそ無名ですが，わが国の医療を支えている人たちです。

目次

● まえがき　iii

第 1 章　全人的医療とは　2
- 1　医師と患者の関係　3
- 2　医学教育における 3 つのイニシエーション　4
- 3　全人的医療の視座　6
- 4　従来の医療との違い　11

第 2 章　全人的医療の研究方法　13
- 1　線形科学と非線形科学　13
- 2　全人的医療に相応しい研究方法とは　14

第 3 章　全人的医療の診かた　17
- 1　症例の経過　17
- 2　診察所見でわかったこと　18
- 3　さらに診察でわかったこと　18
- 4　身体的な病態と心理・社会的要因との関係性は　19
- 5　病態のフィードバック　20
- 6　患者心理の理解　22

第 4 章　全人的医療における身体診察の意味　23

第 5 章　全人的医療に必要な「身」の診かた　27
- 1　「身」とは何か　27

2 「身」という言葉の意味 28
3 全人的医療に必要な「身」の診察 29

第 6 章 コミュニケーションの深め方 31
1 心理療法的態度（精神療法的態度）とは 31
2 受容 acceptance とは 34
3 支持 support とは 35
4 保証 reassurance とは 35
5 傾聴 listen とその方法 36
6 共感とその方法 39
7 一般心理療法における基本的な面接技法 42
8 医療におけるコミュニケーションの機会 44

第 7 章 治療的自己が全人的医療の核である 45
1 ワトキンスの「治療的自己」について 45
2 治療的自己を養うために 48

第 8 章 医学・医療における人間的ファクター 55
1 過敏性腸症候群（下痢型）の患者を通して 55
2 ゆらぎなくして健康はない 59
3 人間的ファクターについて 59
4 医師の態度や言葉が治療に影響する 61

第 9 章 ライフサイクルに対する深い理解 63
1 小児期 64
2 思春期・青年期 66
3 中年期 67
4 老年期 69

第10章　女性のライフサイクル　72
1　基礎知識について　72
2　女性患者に出会ったとき（初診），まず心に留めおくべきこと　75

第11章　軽症うつ病の考え方と臨床　81
1　身体疾患と軽症うつ病に関する知識　81
2　軽症うつ病を見逃さないことから治療がはじまる　83
3　除外診断に対する考え方　84
4　治療には抗うつ薬の治療的診断が大切　85
5　本人と家族，職場に対する説明のしかた　85
6　服薬の期間と減量の時期について　86
7　精神科に紹介すべき患者について　88

第12章　機能異常の診断学　89
1　機能異常について　89
2　機能性胃腸障害　91
3　機能異常の症例に全人的医療が必要な理由　92

第13章　全人的医療に必要な心身相関の理解　97
1　心身相関についての基礎知識　98
2　心身相関の診断　101

第14章　全人的医療における生活習慣と病気　106
1　慢性膵炎の心理社会的要因　106
2　嗜好品の行動医学的側面　109

第15章　疾患の医学から健康医学へ　115
1　糖尿病の増加は何を意味するか　115

2　米国の健康増進プログラム　116
3　健康医学推進のためのモデルづくりを　116
4　文理融合型の研究チームづくり　117

第16章　生老病死の医療　118

第17章　全人的医療の基盤と心身医学のアイデンティティ　120
1　マージナル・マン　120
2　隙間を埋め繋ぐ医学　121
3　建物の土台を担う　122
4　「アイデンティティをもたない」ということ　122

● あとがき　124

● 引用・参考文献　126
● 出典　131

あとがき

人間の不安は科学の発展から来る。
進んで止まることを知らない科学は，
かつて我々に止まることを
許してくれたことがない。
徒歩から俥，俥から馬車，馬車から汽車，
汽車から自動車，それから航空船，
それから飛行機と，
どこまで行っても休ませてくれない。
どこまで伴れていかれるか分からない。
実に恐ろしい。

（夏目漱石「行人」）

漱石は明治時代に未来の世界を見通していたように思えてなりません。彼の不安は現代人の不安でもあります。全人的医療は漱石の不安に応えるため医療の現場であるいは医学教育においてますます必要とされるでしょう。

本書は私が関西医科大学を定年退職してしばらく経った平成21年6月に株式会社中山書店社長の平田　直氏に勧められ，同年9月から構想を練り執筆を開始しました。定年退職3か月後でしたので，暇ができるだろうと二つ返事で引き受けてしまったのが間違いでした。相変わらず多忙

が続き，一向に筆が進まなかったというのが実情でした。しかも，重石のようにこの数年間毎日がプレッシャーでした。ようやく３年を費やし書き上げた次第です。このような機会を与えていただき，粘り強く脱稿までお待ちいただいた平田　直社長に深謝する次第です。

全人的医療入門

―医療に関わるすべての人のために

1章　全人的医療とは

全人的医療という言葉。わが国で，いつ，だれが，この言葉を使いはじめたのでしょうか。英語に訳しますと holistic medicine となりますが，強い違和感があります。comprehensive medicine でもない。integrative medicine でもない。そのまま直訳すれば，holistic medical care（医学医療教育用語辞典），whole person care になるでしょうか。私は一応，bio-psycho-social medicine と呼ぶことにしています。また，諸外国でも，全人的医療を bio-psycho-social medicine と呼ぶようになりつつあるようです。では全人的医療学の英訳は。私は bio-psycho-social medical science と呼ぶことにしています。私たちが行っている全人的医療を紹介し，全人的医療の必要性について述べることにいたします。

全人的医療という言葉はお題目のように語られているだけで，医療においてどのような視座をもち，方法を身につけ，実践していくのか，ほとんど述べられることはありません。まして医療の現場では医師や看護師をはじめとした医療者が中心であり，医師の視点を含む医療者の視点で患者をみているのではないでしょうか。

従来の医療と全人的医療の視座を比較したのが**表 1** です。医療にかかわる者は，医療者の視点で患者をみる教育を受けてきました。とくに医師にはこの傾向が強いと考えています。全人的医療で必要な視点は，患者の中に医師を含む医療者の視点を，医療者の中に患者の視点をもつことがまず必要なのです。そこで，「医師の視点」と「患者の視点」とは何かから述べることにします。「医師の視点」を看護師，薬剤師，理学療法士などの「医療者の視点」に置き換えてもらえばよいと思います。

表1　全人的医療と従来の医療の視座の比較

医学的モデル （従来の医療）	成長モデル （全人的医療）
1）疾病指向医学 (disease-oriented medicine)	1）患者中心医学 (patient-centered medicine)
2）病気＝悪	2）病気≠悪
3）病因の追求	3）成長の場：病の意義
4）Cure	4）Cure と Care
5）EBM (evidence based medicine)	5）EBM + NBM (narrative based medicine)

1　医師と患者の関係

医師と患者の関係には，特殊な側面が存在します。両者の関係は，「健康者と病者」，「治療者と傷ついた者」，「強者と弱者」，「専門家と非専門家」，「権威者と従属者」，「養育者と非養育者」，「情報管理者と非情報管理者」です。

医師の中にも病者（患者）が存在するのです。医師は彼自身のなかの病者（患者）を見つめることに不安と恐怖を抱き，そのような感情を抑圧することで，健康な者，治療する者としてふるまっているのではないでしょうか。

自分のなかの病者を抑圧した医師は，一見たくましく頼りがいがあるように見えますが，決して患者の側に立とうとはしません。患者の側に立とうとすればするほど，彼は抑圧した不安や恐怖に直面せざるをえなくなるからです。ユング分析者で精神科医の A. グッゲンビュール-クレイグの著書『心理療法の光と影』（樋口和彦・安溪真一訳，ユング心理学選書②，創元社，1989）で，これらの点が詳しく述べられています。

2 医学教育における３つのイニシエーション

このような精神力動的な心理の原型は，すでに医学生のときに見られます。６年間の医学生時代に３つのイニシエーションを通過しなければなりません。

1）第一のイニシエーション

最初のイニシエーションはまさに医学部に入学したときです。彼らはなぜ医学の道を選んだのでしょうか。救済者や助力者としての動機の背後に，病者を手段として高みに登ろうとしてはいないでしょうか。そのような動機をもった者が医学部を選んだとすれば，彼らはすでに「医師の視点」に立っています。医学部で，これらのことはまったく問題にされることはなく，「患者の視点」に立てる最初の大切な機会を彼らは逃してしまっているのです。

私たち世代の医師は，医学とはまったく無縁の教養部（教養課程）が２年間ありました。

医学部に入学するまで受験勉強をしましたが，現在のように，医学部に入るため小学生より塾通いをするほど過酷ではありませんでした。教養部の２年間に，数学，物理・化学・生物（いずれも実習や実験がありました），英語，ドイツ語，体育は勿論のこと，哲学，歴史学，経済学，倫理学の授業がありました。どの授業も充実していました。そして，思いっきりクラブ活動に没頭したものです。頭の中を受験勉強から解放し，医学以外の学問を自由に学び，クラブ活動を通じてコミュニケーション能力を身につけていったものです。なによりも人工情報の中で育ってきた学生が，教養部の２年間で自然に情報を身につけられたことが素晴らしかったと思います。フリーダムがあったからこそ，２年間で最初のイニシエーションを通過することができたのです。現在は教養部が１年となり，医学に関係した授業に置き換えられました。最初の最も大切な「なぜ医師という職業を選んだのか」をじっくり考える余裕がなくなっているのです。医師

になる前に深い愛情をもった人間となる機会をなくしてしまったと言わざるをえません。

2）第二のイニシエーション

第二のイニシエーションは解剖実習です。彼らは肉体の死に直面し，心と魂をもっていたはずの人間が，死によって単なる物資としての肉体の塊にすぎない厳然たる事実を知り慟哭するのです。生と死の接点に立ち，彼らの内なる体験として熟成する機会が訪れたのですが，実習は，そのような彼らの思いを拒絶してしまいます。屍体を切り刻み，学問の対象とするためには，彼らの抱いた衝撃，混乱，葛藤を速やかに抑圧し合理化せねばなりません。こうして，自己の死とは無縁の病者の死だけを問題にする「医師の視点」が強化されていくことになります。

3）第三のイニシエーション

第三のイニシエーションは臨床医学の講義です。病気についての知識が猛烈な勢いで彼らを襲い，自分自身が病気にかかっているのではないかという不安と恐怖を一層強く抑圧しなければならなくなります。その結果，病者のなかにのみ病気を見出すようになる医師が誕生します。

このようにして「医師の原型」が誕生し，彼らは確たる「医師の視点」をもつことに成功します。彼らが医師になったとき，病気は客体化され，内なる「病気」と「死」は遠ざけられ，病者すなわち傷ついた者とは対極の高みに身を置こうとします。その結果，一方に患者の病気に立ち向かう健康で強くたくましい医師，他方に病んで傷ついた弱々しい患者がいることになるわけです。「患者の視点」をもつことのできない医師として生きていくことは，医師自身にも患者にとっても不幸です。

4）現在の医学教育について

医学部・医科大学では医学教育において，OSCE（オスキー，Objective Structured Clinical Examination）の中の医療面接が重視され

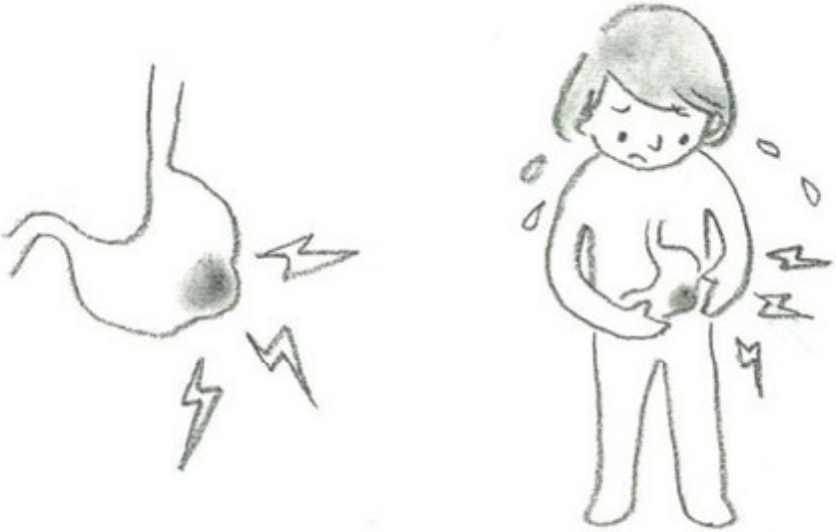
ています。各大学は独自に模擬患者を養成し，面接技法を学ばせています。私も大学における医療面接の責任者だった時期がありました。しかし，面接技法は外食産業やホテルなどの従業員教育で実施するマナー（態度教育）や接客のためのマニュアルに過ぎません。もちろんアルファベットを知らなければ英語のマスターは不可能ですから，やるに越したことはありません。しかし，その内容には限界があります。病める患者やその家族への態度やコミュニケーションには，患者心理の深い理解や共感が必要です。医師や看護師を含めた医療者の人間的成長が必要となるのです。そのような医学教育が，わが国で実践されているでしょうか。

5)「患者の視点」

人が生きていくうえでのあらゆる体験が，病気の体験に集約されています。病気は体の痛みだけでなく心の痛みでもあり，存在そのものの痛みでさえあるわけだからです。悲しみ，怒り，孤独，別離，喪失，そして死…。それゆえ医師をはじめとした医療者は，全人的医療を実践する際に，人間としての痛みを抱えた存在として，痛みを共有できるまなざしをもつ努力をしなくてはなりません。医療者が「患者の視点」をもつことが全人的医療で最も大切なのです。それゆえ，「医師の視点」から「患者の視点」にシフトできる教育や訓練が必要になるのです。２つの視点をもつことは全人的医療において必須です。「治療的自己」がその中心になる考えです。どのようにして「治療的自己」を養成するのかについては後で述べることにしますが，現在，医療面接のトレーニングは患者への対応の技術に終始しています。本来，医療者側の問題に重点を置くべきなのです。

3 全人的医療の視座

全人的医療の視座は，疾患に焦点を当てずに病気をもつ個々の患者に焦点を当てることにあります。疾患に焦点を当てていると絶対に全人的医療を行うことはできません。もちろん，診断や治療に際して確たる疾患の診



断と治療法をよく理解し実践することは重要です。しかし，disease（疾患）だけに終始してはなりません。あくまでも，patient with illness（病気をもった患者）に視座を置くわけです。その第一歩は患者の視点を医療者がもつことにあるのです。

1）ルネ・デカルトとアイザック・ニュートンの功罪

医学は欧米では人文科学に分類されています（自然科学に分類されているのは日本だけなのです）。しかし，医学の研究方法は自然科学の方法論を用いています。その方法論を医療に当てはめているため，医学と医療の間に矛盾が生じているのです。

医学はルネ・デカルトの心身二元論により発展しました。キリスト教会が巨大な力をもっていた時代に，デカルトの精神と身体は相互に独立した存在であるとした考えは，人体解剖が行われても魂は傷つかないというキリスト教会の見解に大きな影響を及ぼしたのです。彼の哲学は解剖学や人体構造を重視したその後の西洋医学の発展にも多大な影響を及ぼしたことは周知の通りです。

著者プロフィール

中井 吉英（なかい よしひで）

1942 年生京都市生れ。1969 年関西医科大学卒業，同大学大学院医学研究科入学（内科学専攻）。1972 年九州大学医学部心療内科入局，助手，講師を経て，1986 年関西医科大学第 1 内科講師，助教授。1993 年関西医科大学第 1 内科学講座教授。2000 年関西医科大学心療内科学講座初代教授。2009 年関西医科大学定年退職。同年より同名誉教授，洛西ニュータウン病院名誉院長・心療内科部長。関西大学客員教授，日本心療内科学会理事長，日本心身医学会前理事長，科学進歩日本委員会（JCSD）会長，公益財団法人ひと・健康・未来研究財団理事ほか。専門分野は心身医学，消化器病学，疼痛学，医療行動科学。主な著書に，「現代心療内科学」（編著，永井書店，2003），「心療内科初診の心得」（三輪書店，2005），「いのちの医療」（東方出版，2007），「医療における心理行動科学的アプローチ」（監修著，新曜社，2009）などあり。

「全人的」医療入門—医療に関わるすべての人のために—

2013 年 4 月 25 日　初版第 1 刷 ©　〔検印省略〕

著　者 ——— 中井　吉英（なかい よしひで）
発行者 ——— 平田　　直
発行所 ——— 株式会社　中山書店
〒 113-8666　東京都文京区白山 1-25-14
TEL 03-3813-1100（代表）　振替 00130-5-196565

イラスト ——— 磯　さやか
印刷・製本 ——— 三松堂株式会社
DTP・グランドデザイン ——— 有限会社 学芸社

Published by Nakayama Shoten Co., Ltd.　Printed in Japan
ISBN 978-4-000-00000-0

乱丁・落丁はお取換えいたします．

本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権は株式会社 中山書店が保有します．
JCOPY〈(社)出版者著作権管理機構　委託出版物〉
本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています．複写される場合は，その都度事前に（社）出版者著作権管理機構（電話 03-3513-6969，FAX 03-3513-6979，e-mail: info@jcopy.or.jp）の許諾を得てください．

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は，著作権法上での限られた例外を除き著作権法違反となります．大学・病院・企業などにおいて，内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは，私的使用には該当せず違法です．