

# INTRODUCTION

## はじめに

彼はアートを知っていたが、商売を知らなかった

—ジョナサン・スウィフト

英国の作家ジョン・アーバースノット（1667～1735）は、18世紀初頭にアン女王の侍医をしていた。イギリス人で詩人のアレクサンダー・ポープや、イギリス系アイルランド人の風刺作家で『ガリヴァー旅行記』を著したジョナサン・スウィフトなどの友人たちは彼の素晴らしい機知と思いやりを認めていたが、ジョン・アーバースノットは商売ごとに興味がうすく、作品を発表するときに自分の名前を出さないことすらあった<sup>1)</sup>。スウィフトはアーバースノットが「文学の名声にまったく無頓着で、最高作品すら匿名で出版し、それを友人たちの意のままに編集させ変えさせた」と書いている<sup>1)</sup>。アン女王が死去すると、アーバースノットはほかの者たちと一緒に宮廷から追い出された。スウィフトは医のアートの実践で名高かったアーバースノットが追放されたことを嘆き、「彼はアートを知っていたが、商売を知らなかった」と述べた<sup>1)</sup>。どうやら、名高い宮廷医師もビジネスマンとしては今ひとつで、患者のケアに集中したことがかえって裏目にでてしまった。しかし、彼の人を思いやる仁徳は、患者たちだけでなく当時の社会に広く認められていた。そして、これらの価値は現代でも変わらず評価されている。患者が自分の医師は医のアートを実践しているというとき、それは最高の褒め言葉と考えてよい。

私は25年間医療を行い、そのほとんどを教育に関わって過ごした。それでも、医のアートをまだ完全には会得していないとわかっている。しかし本書を手にしたあなたのことなら少しはわかっていると思う。あなたが医のアートを会得する重要性を知っていて、それが人間らしく患者中心の医療を提供するのに欠かせないと気づいていること。学ぶべきことがまだまだたくさんあるとわかっている、自分は医師または他の医療職種として不完全だと感じているであろうこと。そして、「よい医師」になる理想に燃えて、人を思いやることについて本当に真剣に考えている

ことも。

私たちが携わる分野はそれぞれ異なる。医学、看護学、歯学、薬学、社会福祉、臨床心理学などさまざま。けれども、人を思いやり、診療によってそれを実践する点では同じだ。教育や法律の分野と同様に、私たちは知識を修めた専門職の一員で、それぞれが何年も努力して厳しい教育を受ける。本書の目的のために、それらをまとめて「ヒーラー」とよび、手間を省く。そして本書は、この「ヒーラー」という言葉でくくられる人たちを主な対象としている。このあと出てくる章の主題は医学、看護学、あるいは心理学などさまざまだが、いずれも職種を越えて広く医療職一般に当てはまる内容だ。またそこで目にするアドバイスや教えは、医師から医師に対してのものもあれば、ほかの医療職の優れた人々が同職種に向けたものもある。ヒーラーとしての私たちにはお互いに学べることがあるというのが、この第2版の前提だ。私たちはみな、ヒーラーとして不完全なのだから。

あなたが医師、看護師、ソーシャルワーカー、その他の医療職を選んだのにはたくさんの理由があるだろう。科学や数学が好き、人を助けることに関心があるなどだ。あるいは生まれながらの外科医で、修理や工作や問題解決がずっと好きだったかもしれない。しかし、本書が前提にしていることがある。それは、最高のヒーラー（少なくとも私が思う人たち）とは、人間らしさ、人類、そして「ひと」を愛する人たちだということだ。しかしあなたは科学（数字、検査、数値化された指標など）により重きがおかれた現在の医学教育を受けながら、ヒーラーを目指すために医療の人間的な面についても知りたいと望んでいるのだろう。そして、「医のアート」についてもっと学びたいと思っている。

ここであなたに、私がどのようにしてこのテーマに関心を持ったかお話ししたい。大学を出てメディカルスクールに入るまでの間、私は科学研究に足を踏み入れ、そのとても技術的で成果が具体的な形で示される分野に身を捧げてもよいと思った。それで、フロリダ大学生化学教室の博士課程に入るための面接を受けると、教授は私に「君はひとが好きタイプに見えるね」と言った。私は満面の笑みで誇らしげに「はいそうです」と答えたが、教授は「うちにはひとが好きタイプはいらない。探しているのは、研究室に入れば数カ月後に答えをもって出てくるような人だ」と言った。結局フロリダ大学に落ち、ジョンスホプキンス大学生化学教室の博士課程プログラムに入れたが、そこも6カ月後には辞めた。私はほんとうにひとが好きタイプで、研究室に閉じこもるのを

息苦しく感じてしまったからだ。本書は、医師であれほかの医療職であれ、自分はひとが好きなタイプだと思う人たち、人間らしい医療を提供することに価値があると思う人たち、ケアのアートを実践するのに必要なスキルを磨きたい人たちのためのものだ。

研修を終えた私は、3人のベテラン医師たちの診療グループに入った。医療経験の豊富な人たちについて学びたかったからだ。私は自分が医師に求められる知性や感性をよく備えていると思っていたので、グループに加入するとき尊敬していた年上のパートナーの一人に「がっかりするな、10年もすれば慣れるさ！」と言われても学ぶことの<sup>ぼう</sup>膨大さに気づいていなかった。しかし10年たって、やっと彼の正しさがわかった。よりよい医師になるためには、広い分野で熱心にトレーニングを積み、生涯学びつづけ、最新のエビデンスを求めつづけ、同僚・学生・患者に教わりながら医療を行わなければならない。12年間開業診療したあとで、大学に戻って長年の夢だった教育の道に進む機会に恵まれた。いま私は、学生や研修医が教わっている姿を直接目にできる立場にある。

大学では、本書で紹介している多くの考えを医学部3年生に実践するために、プライマリケア実習のなかで医師患者関係を築き育てることに焦点をあてたワークショップを始めた。何年もの間こうした考えを本にまとめようと思ってきたが、あるMD/PhDコースの学生が実習がおわる時にやってきて、私の背中を後押ししてくれた。彼もまたこれらの考えは大事なことだと考えており、私に「本を書くべきです、コルガン先生」と言ったのだ。そして、若い研究者なら誰もがサンティアゴ・ラモン・イ・カハルの『若い研究者へのアドバイス』を知っているけれど、医師や医学生のための似たような本はいまだ出ていないと言った。私はそうとは知らず驚いた。そして、本書の内容はすべての医療者に役立つと信じて執筆に乗り出すことにした。

ヘンリー・ハーツホーン教授は1872年にペンシルベニア女子医科大学（訳注：現在のドレクセル大学）で学生たちに「医学はたしかに科学だが、それを実践するのはアートだ」と教えた<sup>2)</sup>。科学ももちろん大事だが、本書の主題ではない。本書では、ケアのアートという、科学の領域の中には収まりきれないコンセプトを掘り下げていく。ここで指しているのは、医療者と患者のやりとりというヒューマニズム領域の問題だ。優しさや偏見のない心で医療を実践していくための方法論と技術のこともある。さらに、このコンセプトを説明するには、より抽象的なちよっとしたアドバイス、役立つ知恵、エピソード、警句、経験豊かで優れた先

人医療者たちによる成功事例から学べる教訓などが欠かせない。しかし、これらが今日の医療者やそれを目指す人たちに表立って伝えられることは稀である。ケアのアートを理解しようとする、頭にいくつもの質問が浮かぶ。患者が医師（または看護師、ソーシャルワーカー、心理士）に会って数分も経たないうちに、この人はいい医療者だと結論できるのはなぜか？ 話し合ううち医療者のアドバイスに従う気になる患者もいれば、扉を開けて逃げ出したくなる患者もいるが、そのとき診察室ではそれぞれ何が起きているのか？ どうやって私たちは患者たちの心とつながり、またどうしてつながりたいのか？ そして、もっとも大事なことだが、これらを上達させるにはどうすればよいのか？

アメリカ人の教育者フランシス・ウェルド・ピーバディは「医師に欠かせない資質は、人間性への関心だ」と述べている<sup>3)</sup>。本書で問うことになる最大の質問はおそらく、「患者たちに、彼らに人として関心を持っていると伝えるにはどうすればよいか？」だろう。しかも、医療の中で患者を病気から解放し健康維持を助けながら同時にそれを達成するにはどうすればよいか？ ということでもある。医療にはもちろんサイエンスが欠かせない。多数の臨床研究やランダム化試験をやって得られた知識、電子顕微鏡など高度な技術によって調べられた複雑な検査結果、ヒトゲノムの分子レベルの解析などは医のサイエンスの例で、これらによって確かに医学は発展し人々の健康に貢献した。しかし、私が伝えたいのは、医療はサイエンスだけではないということだ。そしてこの考えは、何千年のあいだの診療と教育の中で生まれてきたものなのだ。純粋なサイエンスを完璧に実践できる人たちがいても、医師としては不完全だ。完全な医師になるためには、医のアートを理解しそれに卓越しなければならない。完全なヒーラーになるためには、ケアのアートを理解しそれに卓越しなければならない。私たちは、効果的なコミュニケーション、敬意、理解などによってこの科学を患者一人ひとり、そして人類全体に最大限に活用するアートを学ばなければならない。患者の健康をよくするには、臓器や疾患についての治療技術も大事だが、それぞれ独自の背景、文化や価値観、教育、人生経験をもった人としての患者を診る技術も同じく大切なのだ。

医学部、卒後研修、診療科、そのなかの専門科のトレーニングを通して、サイエンスが重視され医のアートを軽視されてしまっていることは否めない。実際、医のアートを若い医師や研修医に正式に教えられることはない。この概念は抽象的なので、先輩医師から後輩医師へのちよっ

としたコメントレベルでしか教わらない。たとえば、以下のような会話でだ(訳注: 米国ではよく知られた慣用表現)。

後輩医師: どうやってそんなにより判断ができるようになったんですか?

先輩医師: いい経験をしたからだ。

(しばらく無言)

後輩医師: どうやってそんなにいい経験をしたんですか?

先輩医師: 判断を誤ったからだ。

これは若い医師たち(医学生、研修医、専修医、スタッフになったばかりの医師)が医のアートを学ぶひとつの例だ。ほかにも廊下で付け足されるコメント、何げない会話、さまざまな場面で教えられるクリニカル・パールなど、多くの方法がある。こういう学習スタイルは非常に大事だし、そうやって得られる教訓もまた同様に非常に重要ではあるけれど、普遍的でなく一貫性がない。それが、私が本書を書くことにした主な理由だ。当然ながら医学教育の研究者たちのなかには、これほどに野心的なことに取り組む(しかもアウトカムを改善させたい)なら、ただ本を書くだけでなく、この医学教育手法が「有効」だと示す数値化された指標、事前に検証されたパイロット試験、その他のデータがなければならぬと反論する者もあるだろう。私はそれらのものを持たないが、私なりに誠実に目標に取り組んでゆく。だから、はじめに、本書が正式な教育学の厳格な基準を満たしてはいないかもしれないことをお断りしておく。それは認めるが、むしろこの教育手法に検証されたエビデンスがないことこそが、医学教育のこれらのテーマについてもっとひろく議論していかなければならないという私の主張を裏づけていると考えたい。そのギャップを埋めるために、とにかくどこかから始めなければならないのだ。そのためにまず私は、医師患者関係について私がかつとも重要だと信じている考え(それらは医学の歴史のいたるところにある)のいくつかを紹介する。

アメリカじゅうの医学部が、カリキュラムに医のアートをもっと含めるよう改革している。その結果、『臨床医学入門』、『社会における医師と患者』、『医師と患者』などさまざまな授業が設けられている。これらの取り組みはすばらしく、見事で、大学ごとに独創性がある。見違えるほど成長したゴールド・ヒューマニズム・アナー・ソサイエティ(訳注: