

医学診療について

（病者・患者・医師）

自分が健康でないと気づいた時、人は健康の回復を目的とする何かの行為を行うでしょう。その行為の局面において、その人を**病者**といいます。病者が自分のかわりにそれを行うものを社会的に定めたとき、代行者に対して病者を**患者**と呼び、患者に対して代行者を**医師**と呼びます。**診療行為**はこの両者の相互行為として成り立ちます。つまり、患者においては医師に委ねる**選択行為**であり、医師においては引き受け執り行う**責任行為**であります。

（診療科の成立）

さて、健康の回復を目的とする一連の行為は、古くは呪い祈祷などの呪術でした。今日ではそれは自然科学の分析手法によって、生物の諸現象を体系づけようとする**医学**に基づいています。医学が、患者を前にしたときの困難に対して執った手段は、対象を部分に分割して相手にしてゆこうとするものでした。こうして診療科が生まれました。ところで、重要なことは、**本来不可分である対象を単純な部分である要素に分割して認識しても、それは決して元の全体そのものではないということです**。全体はそれ自身において完結しているものです。まして、部分を全体から切り落としては、それは部分ですらなく、単に断片にすぎません。また、一口に分割するといってもその仕方は様々であり、現に診療科を概観するとよくわかります。眼科、耳鼻科、皮膚科、歯科などは外表に露出しているとりつきやすさから、単純に解剖学的構造の臓器に立脚しています。ところが、小児科となると別でしょう。病理科や放射線科においてはその固有の形態学的認識法を原理としていますから、先程の眼科のように、患者全体を眼とその他の部分、に分けていくやり方の診療科と同列に見なすわけにはいきません。こうしてみますと、外科と内科が、体表には現れない内部の中枢機構を取り扱うことによって、全体を最もよく理解する位置に居続けたことがわかります。いずれにせよ、**診療科は医学が作ってきた 1 つの前提であって、ゆるがせにできない真理ではありません**。しかし、同時にちぐはぐながらもそれなりの歴史的必然を持っていて、軽率な変更を許すものでもありません。

さて、部分は全体との関連のうちにとらえて初めて意味があることは先程も述べました。言葉を換えていいますと、部分は他の部分との関連において理解されねばならぬということです。ところで、対象を分割するというやり方を続けると部分を更に

分割して際限がありません。先程述べましたように、部分同士を互いの関係において全体へ再構成しても、もとの全体そのものになりはしませんから、無節操な分割は有効ではなくむしろ有害であります。**部分が全体に還元しうる統一を保っている地点で、診療科は患者たる全体に対して代行者としての責任を果たすことができるのです。**この水準において初めて、医師は医師であって、外科医、内科医などと呼ばれます。これより末端部分は、診療科あるいは医師という水準のカテゴリーに属しません。むしろ技術、技師という水準に位置します。この区別は、患者たる全体に対する権限と責任の体制に相応するので大変重要です。雑然と専門とか専門家など一括してしまってはなりません。外科医や内科医が患者という全体像を掌握しつつ、必要に応じては、技術者を使って医師本来の代行機能を営むのです。ついになんか一言申し添えますが、ここにシステムというものの深刻な重要性が潜んでいるのです。

（患者という全体）

それでは、医師は対象を前にしてどうやってその全体を掌握してゆくのでしょうか。部分を部分として理解し、更にそれを他との関係において今一度そろえ直すというやり方は何なのでしょう。それが総合プロブレム方式（*）といわれるものです。これは思考方法の様式なのです。ここで、簡単に総合プロブレム方式の概略を述べます。未知の対象に相対した時、我々はまず、**対象についての資料の収集**から始めます。資料は観察によってのみ得られ、この場合は、**病歴、社会歴、過去の資料、身体所見、臨床検査所見**として整理されます。これを**基礎資料**といい、この時点で、得られる医学的情報の全てを含んでいなくてはなりません。次いで、資料の中の事実に基付き、次元高い**プロブレム**を抽出します。これがプロブレムの発見です。今度は**発見したプロブレムに従って、資料の事実群を再整理するのです**。つまり対象を一度バラバラの事実群に分解した上で、プロブレムとして再構成しなおすのです。この再構成によって、我々は本来の目的にかなう合理的行動計画を立てえます。

この**観察、整理、発見、立案**という思考過程の様式が総合プロブレム方式です。ここでは憶測や伝聞は捨て去られ、**厳密に事実だけ**が取り上げられます。曖昧な印象や感想は退けられ、**根拠のある論理的な意見**が用いられます。推測は仮説と、仮説は理論と、理論は法則と区別されます。こうして、場当たりの思いつきではない、合理的で正統な計画を生むことができるのです。こうして初めて医師は患者に対して代行者としての責任を果たすことができます。翻ってみれば、総合プロブレム方式は何も医学診療に限ったことではありません。それは自然科学、社会科学などの科学の領

域に留まらず、広く日常生活のレベルに至るまで、人間があまねく示してきた合理的態度というものでしょう。（＊講義当時は総合プロブレム方式と呼称していなかった）

病歴について

（病歴というもの）

病歴は、身体所見と共に、医学診療の根幹となります。先端的な特殊知識も結局、**病歴と身体所見**に集約されてくるものです。**病歴とは医師の代書による患者と医師の会話が明らかにした患者の今日までの症状と所見についての歴史的記述**のことを言います。病歴は単なる患者の口述筆記文ではありません。病歴は事務職員が書き留めた連絡メモでもなければ医療機関をいくつ利用したかの履歴書でもありません。会話しながらなされた医師の質問によって、それまで重要とも気づかれずに埋もれていた症状と所見が明らかにされ、整理されて、その輪郭が**起承転結がある文章**として記されたものが病歴です。したがって、病歴の内容は次のとおりです。

- 1) 現症が始まるまでの一般的状態
- 2) その基盤の上に今回起こってきた事態、すなわち現症
- 3) 現症のゆえに医師である私の所属しているこの医療機関を受診する
に至ったいきさつ
- 4) そして、現在の症状と一般的な状態

これが順序よく述べられているべきです。

（用語の整理＝症状・所見）

ここで説明を続ける前に一度言葉を整理して、その意味をはっきりさせておく必要があります。

まず、「**症状**」とは何のことでしょうか。症状とは自身で感知した身心に関する通常でない感覚のことです。例えば腹痛、動悸、かゆみ、不眠、関節痛、だるさなどです。症状と対比して申しますが、「**所見**」とは観察者が身心に関して記述した事柄です。観察者はもちろん自分自身でもかまいません。例えば腫瘍、脈の結滞、皮疹、腹水、浮腫などです。症状と所見の区別は並べて比べるとよくわかります。動悸と不整脈、関節痛と関節腫脹、かゆみと皮疹、腹痛と腫瘍、所見は客観的であることに注意して下さい。一方、症状は、その人間にしか知覚されないものです。自分が今、感じているこの痛みを他の誰かがまた感じていることなどありえません。ですから例えば、昏睡者に症状はありません。症状なるものがないことが昏睡というものの一要素

でもあります。また例えば、乳児についてはどうでしょうか。乳児は一言も話しません、乳児にも症状はあるのです。それはまだ、痛さ、暑さ、空腹などと我々が区別して表現している感覚にまで分化はしていません。それらが混然となったまま泣くという表現でしか現れていません。ここまでくれば、よく耳にしますが「他覚症状」というものはないこと、「自覚症状」という言葉は表現の重複であることは明らかでしょう。また、しばしば目にしますが「心不全症状」「脱水症状」、という表現は誤りだと容易に気づきます。そういうものはないのです。あるのは、「労作時心悸亢進」「胸苦しさ」という症状、そして、「浮腫」「心拡大」という所見であって、それらは心不全という状態の「徴候」なのです。

(事態 = 二つの範疇)

ところで「**事態**」ということについて考えてみましょう。事態を次の2つに大別します。1つは全体的、**機能的生理学的範疇**で、もう一つは局在的、**形態的病因論的範疇**です。患者はこの両者の総和です。前者は例えば鬱血性心不全、ショック症候群、慢性腎不全といった特異的水準から、低酸素血症、アシドーシス、悪液質といった、むしろ非特異的水準に連なる系列で、究極には**健康、疾病、死**という全く非特異的ですが、最も高い状態を孕んでいます。後の範疇は、リウマチ性僧帽弁狭窄症、穿孔性十二指腸潰瘍、伝染性単核球増多症、結核性髄膜炎といった疾患単位から、心室中隔欠損、腎貯留性嚢胞といったほとんど所見に近いものの系列です。1人の患者についてこの両者を知ってゆかねばなりません。心室中隔欠損があっても心不全をおこさず、健康であり続けるならば、心室中隔欠損はこの人間にとって何の障害にもなりません。癌が重大なのは、それが致死性の疾病であるからであって、死ぬのであれば、癌でなくとも同様に重大です。つまり、**生きている人間にとって意味があるのは全体的機能的生理学的範疇**です。それをもたらすものとして、局在的形態的病因論的範疇を取り上げているのです。さて、それでは病歴で述べるべき症状で所見の実際の記述の仕方を説明いたします。

これから話しますように、1つ1つをきちんと記します。

(記述の仕方)

- 1 経時的に述べます。物事は時間を追っておこるのですから当然そうしなければなりません。
- 2 それぞれの症状について、以下の吟味をいたします。

いつから、つまり症状の始まりと継続。どこが、つまり部位です。どういう時に、つまり契機です。どのように、つまり性質です。どのくらい、つまり量と程度。その時、患者はどうしたか、つまり反応です。

3 それらを具体的、即物的に日本語で述べて下さい。

私たちはガンガンとかツキツキとか頭が痛くなるのであって、決して拍動的頭痛とか、pulsatile headache とかは感じません。先程どのように、どのくらいと言ったことをもう少しわかりやすく言いますと、どのようにと言うのは**定性的**、どのくらいというのは**定量的**です。定性表現は例えばシクシク、ガンガン、くっきりした、スツとする、だるい、酸っぱい、締め付けられるような、などです。美しい、きれいな、いやななどは事物に対する意見、判断であって、客観的な事物の記述ではありませんから避けて下さい。定量的に述べることは大変重要です。いつもとか、時々と言うよりも、1日2～3回、1日に5～6回などと言うべきです。単に、大きい、小さいと言うのも意味がありません。ミカン大とか、米粒大とかできることなら何センチメートルと言うべきです。

まして、非常にとか、少しとかを何の基準も示さずに言うことの無意味さに気づかねばなりません。ところで、「夜眠れぬほどの」「立っていられず、うずくまった」とか「それでも普通に歩けた」などは型を変えた定量表現です。また、「胸が張り裂けそう」は定性定量両方を孕んでいます。どういうときと言うのも、実際患者が何をしていたときか、していた動作や状況を具体的に言わねばなりません。「会議が終わってホッとしたときに」とか、「引っ越しの重い荷物を持ち上げたとき」とか「寒い朝、駅前の坂道を上ってゆくと」とか「朝は何ともなかったのに午後になって何時とは知らず」とかです。

4 さて、以上をふまえて申しますが、患者の率直で具体的な言葉を、曖昧な決まり文句に翻訳してしまってはなりません。**生活している患者に実際起こったことをそのままに記す**のです。そうしないと、出来事の区別が付きません。たとえば次のことを比べて下さい。

A「空腹を感じて食べてもすぐに腹が張って苦しくなってそれ以上食べられない。」

B「食欲がなくいつも腹が張って重苦しい」この2つが違う事態だということがよくわかるでしょう。Aは幽門狭窄、Bは肝疾病によく見られます。もう1つ例を挙げます。

状況を思い浮かべながら聞いて下さい。

A「みぞおちから右側がきりきりと刺しこまれるように痛くて、あちこち向いて家人

にさすってもらったりしたが少しも楽にならず、一晩中眠れなかった」

B「みぞおちから右側が言葉には言えないくらい張り裂けそうと言うか、息ができな
いくらいで、動くときお腹を抱えてじっとしていたが、脂汗が出てきてどうに
も我慢ができなかった。」 Aはいわゆる疝痛で、結石発作などに見られます。Bは臓
器穿孔による腹膜炎に見られるような特徴的な膜の痛みです。このように具体的に生
き生きと描写することによって違いがはっきりと区別ができます。繰り返しこうして
学んでいって、症状や所見の意味、疾病像というものが身についてくるのです。

5 患者の曖昧な陳述は意味を明瞭にしてゆきます。例えば、「口が渇く」と言った
時、「口の中がパサパサした」口内乾燥感なのか、「水が飲みたい」口渇のことなの
かを吟味するのです。幾様にも受け取れる用語の曖昧さに日頃気づいていれば容易で
しょう。

6 患者の無意味な陳述を具体的症状あるいは所見にとって変えます。患者はよくこ
う言います。「私は胃が悪い」「心臓が弱い」「肝臓をこわしている」これは無意味
です。どこが、どう悪いかは、これから追求しようとしていることですから実際にあ
る症状を言わねばなりません。

7 所見を記述する時は、観察者が誰であるかに言及します。自分で気づいたのか、
人に指摘されたのかは、その所見の信頼性もさることながら、それが始まった時点を
推測する上でも重要です。

8 随伴症状と所見の有無については一言触れるべきです。

9 他の医師の診断を述べる時は、診断の時点での患者の症状と所見を明らかにしま
す。その訳はこうです。他の医師の診断というのはその医師の意見です。自分の意見
を言葉をつくして患者に告げたかどうかわかりませんし、患者がそれを正しく受け止
めたかどうかわかりません。伝達に誤謬はつきものです。それに、その医師の意見が
正当であるかどうか疑わしき場合が不幸にしてたびたびあります。意見が根拠のある
ものであったかどうかの一応の吟味はしなければなりません。根拠になった事実を断
片的であっても、丹念に探し求めるべきです。その上でその意見を採用するのです。
例えば、次のように知って下さい。「肋膜炎と言われた時、胸のレントゲンで片側が
真っ白であった。針でビール色の水をたくさん抜いた」

10 以上より、**他の病院での入院中の出来事は、患者が自分で見、感じ、考えたこ
りの、その目に映ったままに記すもの**だと言うことがわかるでしょう。

(医師としての条件)

最後に、病歴をとるのに必要な**医師の条件**を考えてみましょう。私たちが表現の手段として、ここで用いるのは言葉です。表現というものは内容と切り離すことができませんから、**違うものは違う言葉で、同じものは同じ言葉で表すというのが原則**です。一見至極当然と思われるこの原則をゆるがせにしないことは、自己の矛盾を統合するのと同じことで力が必要です。**正確な言葉遣い**は矛盾がないことを、**豊富な語彙**は違いを識別する能力を示して、医師たるべき重要な要件です。

ところで、病歴は会話によって発見されます。患者との質疑応答というこの会話を**問診**と言いますが、相手が一緒に物事を考えて初めて、相手の中から病歴が引き出されます。会話をこのように導くには、**誤解を生まない明確な表現、相手が納得する適切な質問、責任は自分にあるというきっぱりとした態度**が必要です。質疑応答は、症状、所見という事物についてなされますが、**どんなことを知れば事物について知ったことになるか**をわかっていなければなりません。これは何も医学的事物に限ったことではありません。事物の形や色や硬さなどの性質、数や重さ大きさなどの量、周りとの関係、つまり位置や運動、そして、その生成と消滅を記述して初めてその事物について知ったと言うのです。このことは先程、実際の記述のしかたの中で一部話しましたが、最後の部分について少し補足します。

疾病は何らかの**原因**があって生ずると考えられていますが、この原因という日本語表現の中に2つの別のものが含まれています。つまり、**etiology** と **pathogenesis** です。共に病因などと訳されていますが実は別のことで、この区分の概念が日本語にはありません。etiology とは疾病形成へと踏み切らせてしまった最初の直接的な力の内容です。一方、pathogenesis はetiology によって疾病が成立してくる過程、疾病の成り立ちのことです。次を考えてみて下さい。「A君が床に落として、皿を粉みじんにした」できあがった疾病事態は粉みじんになった皿です。etiology はA君、pathogenesis は床への落下です。

以上、述べてきましたように医学的事物も詰まるところ、物事を理解し、知ってゆくという、ひとえに、人間的な力によってしか獲得されようもないのです。