

医者が患者になった時

高久 晃

前学長・介護老人保健施設みどり苑施設長

紹介賜りました高久であります。

昨年3月迄、富山医科薬科大学の学長をしていましたが、今は第三の人生に入り晴耕雨読、できるだけ人生をエンジョイする様心がけております。

そのような小生の処に今年の春、成瀬先生が来られ“先生！！先生の痴呆予防行動の一つとして講演して下さい”と無理難題を持ちかけられました。

ものすごく多忙だった毎日から急にのんびりした様に見える現在の私の生活を見てボケが進行してしまうと心配されたのでしよう。

現在老健施設で認知症の御老人を相手にその健康管理をしていますが、一方自分自身の痴呆に関しては自信がなくなりつつあるのも確かな事です。しかし先日の私の脳のMRIではそう云っては何ですが、年齢にしてはコンパクトな脳であり、やや自信回復の最近であります。

さて何を主題に講演するか？に悩む処ですが、一昨年から昨年にかけ私は130日にも及ぶ入院生活を余儀なくされました。

医者も生身の人間であります。患者も診察しますが自分も病気になり、患者とならざるを得ない事も多いのであります。

話はややそれますが、昔から日本では、医者・役者・芸者という三者がひとまとめにされて来ました。この三者と知人になっていると得をするという事らしいのですが最近はこの三者に代わり、医者・弁護士・坊主があげられています。私の考えから云うと知っているという三者ではなく、何か人気商売の三者とも思えるし、手をぬらさず銭をかせぐ集団とも思えるし、昔役者が“河原こじき”と云われていた事を考えると昔

の日本でも医者は余り尊敬されるべきものでなく、侍などに比べるとワンランク下の階層の様にも思えます。

一方、患者は患者であり、医者からみれば現代風には顧客（クライアント）であり、私はこの様な立場の異なる二つの経験をする事が出来ました。そこで、“医者が患者になった時”という事で話をする事に致しました。

ここに私自身の病歴をまとめてみました。40歳以降、特に60歳を過ぎてから“病気”や“けが”がどんどん増えております。

特筆すべき事として、生後200日目の肺炎があります。驚くなかれ私はこの時の事を今でも憶えているのです。芥川龍之介の小説“河童”なみの記憶力で誰もこの事を信用してくれないので自己満足で終っております。富山に赴任して早々、盲腸周囲膿瘍になり、故藤巻雅夫先生に手術してもらいました。術後この写真の如き腸閉塞となり、約1か月入院致しました。

次はお酒を呑みすぎて転倒、右肩関節脱臼、兼、上腕骨骨頸部骨折、外来治療ですが約3か月かかっております。その他お決まりの生活習慣病それに加え、管理職にまつわるストレスからのいろいろの病気を経験しました。

さて今回の肺疾患ですが、発見の端緒は大学での健康診断を受けなかった事に始まります。かの有名な養老孟司さんも健康診断を受けていないようですが、それは全部自分の責任であると言っています。私の場合、大学の再編・統合や、国立大学法人化についての会議や対策で、つつい受診できずにいたものです。大学構成員に受診をすすめるべき学長が受診していないとは！！という厳しいチェックを受けたので、高血圧、糖尿病でお

世話になっていた第一内科小林先生に肺の写真を
含む検査をお願い致しました。“タバコは吸う、
大酒も飲む”私という男をここでガッチリと調べ
ておこう、と思われたのでしょう。

胸部X-P 2 方向、これは健康診断の場合の間
接撮影一方向ではありません。正面像では肺腫瘍
は見逃されるとの事ですが、側面像で、胸椎の側
に淡い陰影、これは怪しいという事で、CTをと
る事になりました。処が、この淡い陰影は false
positive で、腫瘍ではなく全く別の場所に直径 3
cm未滿の今度のははっきりした陰影がみつかりまし
た。

腫瘍マーカーや気管支鏡ではすべて陰性でした
がPETではhotであり、肺がんの疑い濃厚という
事となりました。

できるだけ早く手術しなければならない。

その手術場所については、小林先生、遠藤教授、
それに私の脳神経外科の後輩にあたる東北大吉本
総長と相談の上、私が前より知っていた近藤教授
の主宰する東北大呼吸器外科に託する事として仙
台に出向きました。

外来診療ですむものは別として、入院を要する
となると手強い病気が多いのであります。

さてこのスライドは患者になってしまった医者の
問題点のいくつかを挙げてみたものです。

まず医者であるが故に、担当医のインフォーム
ド・コンセントにうろたえない。また“担当医は
一生懸命考えてくれているのだ”という観点から、
担当医の方針は余程の事がなければ甘んじて受け
るべきであろう。しかし、担当医がもし真実をカ
モフラージュして話したりする場合、こちらが医
者なるが故に、すぐそれに気付いてしまうであろ
う。その上、悪性腫瘍等の場合で、担当医や家族
ぐるみで患者である医者の自分に真実を告げない
場合でも、知らないながら彼等の配慮に依ってだ
まされたふりもしなければならない。考え方にも
よりますが、患者としての医者の場合、まず、こ
れだけの網がかかってしまうのです。しかもその
上、私の場合、大学は小さくとも学長であり、一
国一城の主であります。

母校への入院先でも私を学長として手厚くとり
扱ってくれます。従ってどの様な事になろうとも

「余り見苦しくぶざまなところを見せる訳にはい
かない」という誇りと見栄があります。何を告知
されてもうろたえないという心構えが必要であり
ます。もちろん治療方針については余り文句はつ
けず、看護師さんやコ・メディカルスタッフに対
して威張り散らさず、いかにも大人（タイジン）
らしく振る舞う事も必要であります。これだけの
事をあげると医者が患者になるという事は、ある
面では悲劇いや喜劇かも知れません。その要素を
多く含んでいる事になります。

また中途半端な知識を持ち合わせているためと
もすれば、自分に対する診療内容まであれこれ文
句をつけるし、また欠点も見つけてしまう、担当
の医者も色々困るでありましょう。

そんなこんなで医者としての私、患者としての
私は治療にかかる前からいろいろと制約がかかっ
てしまい、はじめから素直になれず、やや“はず”
に構えて手術を受けるという事になりました。こ
の写真は私を手術してくれた外科医の集団です。

手術前夜の外科医の私に対するインフォームド・
コンセントです。

“キャンサー”以外に肺野にいくつかの点状陰
影があります。それはキャンサーの血行転移であ
る可能性もあり、術中、試験的に切除しますが、
この点状陰影もキャンサーだったらすぐに胸を閉
じます。術後それを貴殿に話しましょうか？に対
して“ありのまま話して下さい”と答えました。

この様な内容である。かなりの強がりですが、
医者の患者としての私はまさに堂々たる対応であ
りましょう。

手術は順調に終わりましたが、手術中メインの病
巣にがんの組織所見がみつからず、術者が困った
らしく、摘除組織を引っぱたら糸がたち、その
糸の出た部分を顕微鏡下で更によくみたら分化さ
れた腺がんだったとの事です。腫瘍の周辺に静脈
やリンパ管はなく、また縦隔洞のリンパ腺にも転
移はなく、また例の点状陰影も“珪肺”であり、
がんではないとの知らせを受けました。

しかし手術中、消化器外科医の私の息子と眼科
医の甥は時計をすすめ、もし手のほどこしようが
なく手術が短時間に終わった場合に私が安心する様、
手術時間が長かったようにだまそうとしていたら

しく、周囲は医者のお患者にいろいろ気がねする様であります。今時は癌は告知すべきがはやりですが、今から数十年前、某国立大学の胃がん手術の権威の教授が胃がんになり、その手術時、弟子どもが別の病院にダミーの胃潰瘍手術の患者を用意しておいて同時に手術を行い、胃潰瘍の摘出標本を教授に示して安心させたと云う、笑うに笑えない時代があった様であります。

術後ICUに入ります。私の場合ICUは2泊3日が原則で、2本の胸腔ドレーンを含め7本のチューブが体にまとわりつき、まさにスパゲッティーであります。私の場合はそのでも少ない様で、これらのチューブを一本ずつ抜き、全部取り除いた処で、ICUから脱出できるのであります。しかしこのスパゲッティーの如き閉塞的拘束状態に耐えきれず、チューブ、カテーテルを自分で抜いてしまう等自殺行為をする人が決して少なくないとの事でICUシンドロームとも言われております。実際ICUに入るとこの気持が良くわかりますが私はただ我慢しておりました。但し我慢できなかったのはICUの看護師でありました。にっこりと微笑んでも何の損にもならないのに能面の如く無表情で無駄口は一切きかない。激励もしない。ただデータばかり見ており、彼女が気にしているのは主治医に対してのみの様でした。管理社会のためでしょうか？これでは我々患者を物として扱っているとしか感じられず、人間不在を感じました。もう少し楽しいICUにしてもらいたいと思いました。

しかしとも角、私の術後は最初は順調で肺の写真もきれいになり、一般病室に戻っては、肺がんの進行度はIaで組織所見からも5年遠隔は悪くないらしい事を知ったのでルンルン気分でした。糸が抜ければ2週以内に退院できる事になっていました。ここまでが私の病気のPart Iです。

しかし術後11日目主治医が青くなって私の所にやってきました。“胸部X-Pで気胸がみつかりました。気管支瘻の可能性もあり気管支鏡の下に胸腔ドレーンを再挿入します”である。この2度目の処置は苦しかったのですが気管支瘻ではなく、胸腔ドレーンを再び入れて、又臥床の状態になりました。ここからがPart IIです。しかし、

この頃より咳がとまらず、再挿入7日後、CRPの急上昇と共に、右肺がこの様に真白くなってしまったのであります。私は自分のX-Pを見て、自分の胸とは思えなかった、何か他人事の様にかと思えなかったのは事実であります。スライドはそのX-P、次のスライドはCT像です。誰でも判る如く右肺が壊滅的打撃をこうむっています。

まもなく主治医の呼吸器外科近藤教授が学会からいそいで戻ってきました。私を見るなり“あっ、高久先生、生きていて良かった”が第一声でありました。

何人かの見た事のない医師が私を訪れ、周囲がなんとなくざわめき出すのが手にとる様にわかりましたが、まもなく呼吸器内科の貫和教授、海老名講師を含め内科が5人、外科の主治医が5人、約10人が私の処にやってきて“先生の場合、器質化肺炎BOOPが2次的に発症しました。右のみに出ているのでなんとかなりませんが、左に及べば大変な事になります。すぐにステロイドの大量投与を始めます。“タバコを吸っていた事も大きな誘因です”、多くの医師が私のベッドを取り囲み、説明と同意が求められました。

私は外科医であり、物事をyes or no常にはつきりさせる様育てられたストリクトな性格ですが、これだけ多くの医師に囲まれ、自分の新しい病気に関しては知らない事ばかり、体調も手伝って、この私でさえたじろぐ雰囲気でありました。病気について何も知らない普通一般の患者では説明もよく理解できないうちに同意せざるを得なくなってしまう場合もあるのではないかと心配されます。この方式は医療の趨勢でやむを得ないと思うが一考あるべきと今となって強く感じる次第であります。

ブープという自動車みたいなよみ音の病気はBronchiolitis Obliterans, Organizing Pneumoniaの略、日本語では閉塞性細気管支炎、器質化肺炎といい、やや蛇足ながら最近上方落語の親分で、キリスト教の洗礼を受けた霧の五郎も同じ病気にかかっています。

ステロイド3000mgという大量の点滴、所謂パルス療法を行い、その後1日30mgの経口投与に移りましたが、この時だけは私は本当に病気になっ

たという感じでした。勿論、退院（転院）や一時富山へ帰る事等はドクターストップがかかり、自分の後任の学長選挙にも出席できない羽目となりました。但しステロイドの大量投与をすると気分的には陽状態（オイフォーリック）となります。呼吸器内科の教授に“この病気は何たるものぞ関連文献を見せて下さい”等と申し込み、教授がかかえて持って来た数冊の本を一晩徹夜で一気に読んでしまいました。自分が患者である事を忘れてしまった状態であり、この辺が患者になった医者の宿命でありましょう。

この時期に生命の危険があった様です。外科の教授がやって来て“坂道を転げ落ちる石が少しとまりかける傾向がでてきた様にも思える”と訳の判らない事を私に話され“少しよくなってきているのかな”等と他人事の様にしたのは1～2週経ってからでした。

私は脳神経外科医であり、患者が悪くなればすべて自分が行った手術のせいと考え、薬は余り信用しておりませんでした。

このスライドは出光美術館所蔵の仙厓（せんがい）の手になる水墨画、さじのそば側に“生かそうと殺そうと”と書いてあり（1750～1837年）江戸時代の医者のさじかげんを示したものであります。内科医が処方するその薬と内科医が計画する検査所見、この2つが律する病気に私がかかった訳であり、以後すっかりこの方法に私は身をまかせました。

ステロイドは1日30mgと多量でありましたが検査所見がやや改善の方向でしたので、この機を逃さじと術後50日で帰心矢の如し、古巣の医薬大病院に転院しました。

以後ステロイドを漸減しつつ検査所見とCT所見に一喜一憂し、療養を続けるのですが、呼吸器系のこの種の疾患はステロイド大量投与のための感染を防ぐ事が重要であり、手洗い、マスク、うがいという3点セットを厳守しておりました。

見舞に来られた方、これは故藤巻雅夫教授御夫妻ですが、この方にもマスクをつけていただいております。中には何を勘違いされたのか高久さんの肺の病気が強力な感染症でお見舞に行くと感染するおそれがあるので“マスク”をすすると

いた人も多くおられました。

エーザイの創始者内藤さんは医者が病気をするのは勲章をもらうみたいなものだと云っております。

また大阪大医学部の藤田尚男先生は“私の稀病体験と私なりのQOLについて”の題名で自分の病気（dural CCF）について客観的な描写をしております。

また、“医者が末期がんになってわかった事”と題するこの本では昭和脳外科の助教授が悪性脳腫瘍になったその闘病記を死ぬ迄書きしるしてあります。

遠藤周作は彼の対談集“心の海を探る”の中で“医学が他の学問と違う事は人間の苦しみを手に入れる点です”と述べています。

今回の講演への参考として、死生観等の関係書を何冊か読みましたが人間の生死はそんな簡単な事ではない。当たり前ですがわからない事だらけであります。したがって日野原先生の云われる“いきいきと生きる。生き方上手”の延長線上で死を把える考え方には共鳴できる点が多いのです。

手術、長期入院という閉塞感の中で、治療の局所局所で医療への不満が出て来たり、また医療のあり方について一家言をもつに至りました。これは富山医薬大、東北大という今は国立大学法人の附属病院に限られたことかも知れませんが、思いつくまま列記してみます。

最初に患者から見た看護師であります。経験が積んだ看護師は人の心も判るし、親切だし、適確に患者の容態を把握しており、頼り甲斐がありました。私にとって問題となったのは若い看護師であり、ともすれば非人間的な感じを抱かせる点もありました。私の場合、ステロイドの大量投与による糖尿病が顕在化し血糖の自己測定が必要でありました。1日7回もの自己測定では指先よりパンチで一滴出血させますが右利きの場合左のⅡ～Ⅴ指の先端へのパンチとなります。自己測定となると耳たぶや右指先からの採血は無理です。このパンチを若い看護師が冷ややかに見ていました。

“何故あなたが耳たぶから採血してくれないのか”ときくと“糖尿病は自己管理が基本で自己測定が

当たり前です。貴方がそれを出来るかどうか確認しているのです”という答です。“1日7回、4本の指先へのパンチで1本の指先が1日2回ものパンチの憂目に遭っているのです。これでは指先が可哀想であると思いませんか？杓子定規で患者をただ観察しているのは最低ですね！心の暖かさが重要です”と話しました。若い看護師はよく判かりましたと云ってくれましたので私としては救われた感じがしましたが心の暖かさについては教育していないとしか思えませんでした。またこの自己血糖測定について金科玉条の如く患者に強いる様に指導しているとしか思えない看護師養成の教官や医師、先輩看護師に責任があると思います。

富山医薬大いや富山大学附属病院には看護部に“ひと言でつづる看護のこころ”という素晴らしい本があります。その中の患者さんから看護婦さんへのひと言に、いくつかの素晴らしい文章があります。もって銘すべしと考えます。

さて大学病院の医師については教授の科長を中心に何人かの専門医主治医団が形成され心強い限りであります。しかし数の多さが患者にとって却ってプレッシャーになりうる事は先程のべた通りです。

若い医師は薄給にも拘らず不眠不休で診療に当たってくれており、これ又自分の若い時を想い出しほほえましいものでした。

ただインフォームド・コンセントこれは先にお話した如き問題があり得ますし、まして生命予後に直接関係する“癌およびその予後に関する特に進行がんに関する告知”には気を付けるべきであります。

がん告知は医者力量が試される瞬間と云っても過言ではありません。特にこの点で、如何に優秀でも免許とり立ての若い医師から私は“がん告知”をしてもらいたくはありません。

何かはやりの様に急速に普及している“がん告知”です。若い医師はがん告知をマニュアル通りに行う傾向があり、告知が酷知になっているという事を指摘する人もいます。現在ロールプレイ等と称して卵の殻が尻についている様ななりたての医師にいろいろ教育するのが流行しているが、この事だけは人生経験豊かな、ものの判った医師か

らゆっくりと説明してほしいと思います。

“がん告知後の患者の心の揺れ”についてキューブラー・ロスというアメリカの女性の精神科医は、次の如き段階を設けております(図1)。

図1. 告知後の患者の心の揺れ

- ① 否認 何かの間違い？
- ② 怒り よりによってなぜ自分が…
- ③ 取り引き病気が治ったら…
- ④ 抑うつ気分の落ち込み
- ⑤ 受容あきらめ
- (⑥希望)

(キューブラー・ロス、アメリカ精神科医)

私の場合、怒りと抑うつは余りありませんでした。たばこはのんでいたし、健康に良い事は何一つやっていたなかった医師の不養生の私を考えると、この様な病気になるのは当然でしょう。但し医師であるが故に自分の病気を客観視できる側面があった事は、結果的にはよかったのかも知れません。

開胸したら手のつけられない進行がんかも知れないという一抹の不安はありましたが、私の場合、手術そのものへの恐怖感はありませんでした。

入院しましたら隣の部屋に2年後輩のU君が入院しており、私を歓迎してくれました。脳のPETに関する国際的な権威であり、立派な臨床研究家であり、放射線科医であります。毎日お互いの部屋を行ったり来たりの不思議な入院外交が始まりました。私の方があとの入院にも拘らず、先に手術となり、U君は私を手術室まで送ってくれました。私の術後の器質化肺炎に対してもいろいろ教えてもらい激励されました。彼の場合は胸部大動脈瘤の根治手術待ちであり、“手術は嫌だ嫌だ”の連発で私同様、その閉塞感から看護師とやり合ったりもしていました。如何に医者でも、患者になると単なる一人の人間になってしまうものです。

私が富山へ転院する2～3日前に、彼の手術日となり、その前夜私は彼の部屋を訪れてこう云いました。“我々医学を教える、外科学を教える立場からは、病変をもつ生体に対し外科的手術しかその治療方法がない場合、その手術は甘受すべきであろう”とえらそうな説教じみた話をし、その

翌朝今度は私が彼を手術場まで送って行きました。結局これが彼との最後になり、後日、彼の訃報にがく然としましたが、彼にとっても生存中の最後の会話でした。彼は手術前に耐え難い恐怖感に陥っていたと思います。私は脳神経外科医として、手術を強行したりした場合もあった事を考え、改めて手術を嫌がる患者に手術は絶対に行なうべきでないとは今思っております。

器質化肺炎のため遅れてしまいましたが、なんとか自分の病院に転院することができました。私に戻ってきたので大学内は落ち着きを取り戻し、以後は入院しながらも評議会などの学長職をこなしていました。卒業式へも病室から出席し、告辞をする事になりました。卒業式の告辞は、私の場合6回目で新鮮味が乏しくなってきましたので、その中に以下の文章を加えました。

“私事ではございますが、つい最近私は生まれて初めての大病にかかり、入院生活を余儀なくされました。“医者が患者になる”これはなかなか難しいことで患者になりきるように努力してみましたが、うまくはいかなかった様です。しかしここで患者から見た医療を身をもって体験し、大変勉強になりました。患者は病気や痛み、そして手術に対しても人に言えない様な恐怖感を持ち、又仕事や生活、そして家族に対する不安をも抱える極めて弱い存在でありました。私も含め医療人の誰もがこの事については教育もされ、又観念的には熟知していたつもりでありましたが、自分が患者になってみてこうも違うのかという思いがしまして、主客がまったく転倒します。医師・看護師の一寸した言動に対しても極めて神経質になり、場合によっては脅えに近いものすら感じました。

従って病に悩む人々に対してはまず“こころ”をもって対応して行く事が重要であり、患者さんと同じ目線の高さで対応して行く事が医療の始まりであると私は思います。医療人であるからといって“病気を治してやる”という様な驕りの気持ちであると医療人は失格であると私は思っております。又この様な態度は現在、新聞紙上を賑わせている“医療ミス”にも連なってくるのです”この様な内容でありました。

今回の自分の病気療養を通じて理想の医療人像

は極めて簡単で、以下の3点に集約されます。

“明るく誠実な人・話しをよく聞いてくれる人・実力のある人”以上の3点です。

“自分だけは決して大病にもかからないし、死ぬなんてことはしばらくは絶対はない”健康に関して滅茶苦茶に近い自信過剰であった私も、今回患者になった経過で、すっかり自信をなくしてしまいました。

スライドはつい最近の胸部CTです。第1内科の小林先生、丸山先生のおかげで、今の処、所見がかなり良くなっています。

その後、白内障とか加齢性黄斑変性などと云う眼の病気にもかかりました。その都度、近代医学の進歩に支えられ、人並みに加齢の道を歩んでおります。

無病息災は若い人に与えられた特権ですが、一病息災は中年期の状態、私などは多病息災であり、多くの病気をかかえながらも、生活を楽しんでいる最近です。

以上、新しい看護学の歴史を作りつつある第6回富山医科薬科大学看護学会で講演の機会を与えられ、名誉な事と感謝申し上げます。これに便乗して、私的に近い事をずうずうしくも吐露する事が出来ました。

看護は如何にあるべきかを考えることは勿論大切ですが、おどかさすわけではありませんが医療人も生身の人間です。いつ私の様になるかわかりません。その時の心の準備の参考にでもしていただければ幸いと存じます。

御清聴ありがとうございました。