

特別寄稿

心臓と私

川崎医科大学 内科 (循環器) 学

沢山俊民*

(平成11年8月20日受理)

HEART & I

Toshitami SAWAYAMA, M.D

*Division of Cardiology, Department of Medicine,
Kawasaki Medical School,
Kurashiki, 701-0192, Japan
(Received on Aug. 20, 1999)*

*現在: さわやまクリニック
SAWAYAMA Clinic

プロローグ

“HEART & I”は、故ユルプリンナ氏主演のミュージカル“KING & I”(王様と私)にちなんだタイトルで、医科大学のフレッシュマンを対象にした医学概論の時間に私の足跡を語る際のテーマでもある。このエッセイでは、心臓と私のかかわり合いを中心に記し、読者にとって何らかのお役に立ちたいと思う。

第1幕 「心臓」との出会い。

医学部受験勉強中のある夏の日、私は強烈な眼痛と羞明に襲われた。即刻、勉強を中断し、治療に専念せざるを得ない状況に陥った。この異状事態が災いしたためとは言い訳に過ぎないが、第一志望校には失格。第二志望校の京都か神戸か迷った挙げ句、前者を選んだ。そのことが幸いし感謝している恩師の一人に遭遇したのがインターン時代。それは米国留学の経験が深いT先生で、大学では教わらなかった「臨床心臓病」との出会いであった。T先生から指摘されたが私には聴こえなかった心音(ギャロップリズム)が次幕で述べる研究テーマの発端となった。

なぜ私が心音に興味を持ったのか。それは案外、少年時代には音楽鑑賞に、大学時代にはヴァイオリン演奏に、熱中した結果の副産物なのか。なにしろ3年目の6年生時には学生オーケストラのコンサートマスターに選ばれた? くらいだから。所詮、心音は音楽ではなく、あくまでも雑音-ノイズ-なのだが。最近の学生いわく「先生は音楽で耳が鍛えられているから、心音がうまく聴こえるのでしょう」<耳ではなく、もっと中枢部の鍛練の賜物だと言って欲しい>。

第2幕 母校・日本に飽き足らず、国内・外遍歴の時代。

心臓病の臨床に興味が尽きなかった頃、当時は主流でなかったこの分野（むかし消化器、いま循環器）のこと、大学内のどこにも師はいなかった。将来に賭けていた私は、川向こうの国立大学にはその道の専門家は多いが、思い切って教授を通じて東京大学医学部第二内科—上田英雄教授—に無理なお願いをしてしまった。それが叶って昭和35年に上京。当時は現在とは異なって、心臓病といえはりウマチ熱の後遺症に悩む弁膜症患者や先天性心奇形症例が主で、それも数と種類が実に豊富であった。上田教授からは、研究の場としては心音図室が、研究のテーマとしてはギャロップリズムが私に与えられた。その結果、現在なら人工透析で延命される筈の慢性腎不全例は、3音ギャロップが聴かれはじめると生命予後は平均3週間であるという成績を得た。このデータはのちに大学院研究課程の学位論文の基盤となった。

内地留学を終えて大学に復帰したある日のこと教授が、「東大で学んできた聴診と心音について学生に講義をしてもらいたい」という。身分が大学院学生であったので、講義は教授臨席のもとで行なわれた。自宅の軽トラックで電蓄とレコードプレーヤーを大学の講義室に運び込んだ思い出がある。当時趣味であった今でいうオーディオを生かして、視聴覚教育システムの講義初登場だ。講義では、東大上田内科心音図室編集の心音聴診用レコード（現在は私自身がそれをカセットテープ、VTRやCDで出版している）を解説しながら聴かせるのが主目的であった。

さらに私の“一匹狼”的遍歴が続く。海外留学への自主行動がそれであった。渡米したい一心で先ず応募したのが各部署の所属長がすべて米国エール大学の教職員で占められていた広島市のABCC(原爆障害調査研究所, 現放射能影響研究所)。都合2年間のお務め中に念願が叶った。そのエール大学医学部心臓内科留学中(昭和42年から45年の3年間)には、帰国後、成書「心臓病診断の技術」を執筆するもとなったデータが豊富に得られた。37歳の若輩が著書を出版したことで「出る釘は打たれる」場面も多かった。当時は(今も変わらないが)心音図に加えて心尖拍動図・頸動脈波・頸静脈波などの脈波を同時記録することによって心臓の機能が評価できる「心機図」に没頭した時期でもあった。そのお陰か、心音計を装備してはいるが波形の判読に弱い米国人ドクターに依頼されたアルバイトで、一回につき\$150(1\$が360円で、当時1ヵ月の食費が\$100)も頂戴したことがあった。

第3幕 新大学時代の幕開け。

学園紛争に巻き込まれていた出身大学で人事の凍結があったことも幸いしてか、要請を受けて着任した縁もゆかりもない土地の私立大学で新生活が始まった。昭和45年7月のこと。教育に興味を抱いていた私にとって新大学の居心地は悪くなかった。しかしショックを受けたことが一つ。所属長は外来診療に月・水・金の週3回出る羽目になった。それでも間もなく開き直って、それなら外来で臨床データをうんと集積して教育や研究に役立たせようと。その結果、多施設心臓病研究会などを結成して行うことになった臨床研究の基盤が作られた。この頃から

外来診療の場で心臓突然死，弁膜症，肺塞栓，心房細動，脳塞栓などのデータ集積が始まった。

第4幕 My patient is my teacher, your patient is your textbook!

新大学の発足当時，当地には伝統ある大学や病院が散在していたためか，理事長からは，君がここで新たに循環器内科を育てることは至難だよ，と釘をさされた。そのことがかえって刺激になったのか，郵便番号5桁の土地が幸いして，未治療の患者が数多く紹介されてきた。そのデータをもとに多くの成書も執筆・出版した。が，何といても日進月歩の分野。教科書は過去のもの，それに反して患者は現在のもの。彼らから学べば，必ずや新知見が得られるものと確信するようになった。

本学ではとくに実地医家を目指す医師が多いことから，一人でも患者の問題点が解決可能な循環器医師の育成が大切。つまり，問診・診察・心電図・胸部単純写真，この4種類のコミュニケーションを中心に教育すること。一方，心臓血管系は音響臓器・動的臓器であるため，黒板やスライドでは不十分だ。カセットテープ，ビデオテープ，シンセサイザー，マネキン，CDなどが要る。ベッドサイドでは，多人数同時聴診器を考案・使用することによって学生や研修医を指導することにした。このシステムを用いると，私が聴いているのと同じ心音を，ヘッドホンを通じてリアルタイムに彼らに聴いてもらうことが可能である。

最近のハイテクの進歩は目ざましいが，ハイテクが進歩すればローテク（心電図の読み，身体所見の解釈など）がそれに追従しなければ意味がない。従って，臨床研究のテーマにしても，狭心症を例にとると，従来は不可能に近かった罹患冠動脈が心電図でも推測可能である筈という見地から，私どもは狭心症患者の冠動脈造影所見と心電図を照合することにより，心電図のみで罹患枝が高率に特定できる所見を得た。

第5幕 心臓病の予防に関心を持つ。

数年前のゴールデン・ウィークは神戸市で過ごした。5月4日，とあるホテルで朝刊に目を通すと，どの新聞にも一面に大見出しで，突然死—心臓が50%—家族は気づかず—とあった。3ページに関連記事とある。それに目をやると，なんと私の名前とデータが引用してあった。急性心筋梗塞—本人は気づかず，最新治療にも遅れ—。つまり今回の厚生省発表の突然死例の場合は家族がその予兆に気づかず，一方私の急性心筋梗塞患者の場合には本人がその予兆に気づかずで，両者は共通しているというわけだ。しかも，私の方が厚生省の発表に先立つこと一週間であったため，関連記事として取り上げられたのであった。

近年は心筋梗塞が発症する直前に生じる冠動脈血栓を，患者が早期に来院すれば溶解させて心筋梗塞の発症が抑制できることがわかっている。にもかかわらず，本人に心筋梗塞が発症してもそれとは気づかず，最新医療の恩恵に浴せない患者が多い。そのためにも最近私は一般市民を集めてこのことに関する正確な啓蒙運動を始めている。

私は21世紀は早期診断・早期治療医療のみでなく，予防医学の推進に努力すべきだと思う。

そうすれば、無理意地を張って臓器移植に血まなこになる必要はなくなる。“凡医は病気を癒し、名医は病気を予防する”とはよく言ったものだ。中国人の的確な表現といえる。

第6幕 現代医療の問題点—循環器診療の落とし穴

いま、なぜ「落とし穴」なのか。昨今、安易に先進医療技術—超音波診断・人工ペースメーカーの植え込み・血栓溶解療法・脳ドックなど—に頼れば、そのことで「落とし穴」が待っている例によく遭遇する。「ハイテクはハイリスク」である。言い換えれば、問診や「五感診療」(視診・触診・聴診)を疎かにして、ハイテク機器のみに診断や治療を委ねることで多大の弊害やリスクを生んでいると思われるケースが少なからずある。

振り返って、阪神大震災の現場を例に取れば、あの状況では心電計やレントゲン機器すら役に立たない。問診と診察というコモンテクニックのみが頼りであった。筆者はこれを「素手の医療」と呼びたい。これからの医療の中心をなす高齢者医療、在宅医療でもこのことが当てはまる。

また、どのような内容の医療を行なっても、現在ではそれを正当化するシステムがない。PTCA(冠動脈バルーン療法)でも冠動脈バイパス術でも人工透析でも大同小異である。このような状況下では心臓移植も例外ではない。国民に臓器移植を推進する意向が強いなら、政府は早急に移植専門の施設を設けて、あらゆる分野でコンセンサスが得られるよう人材を結集し、ガラス張りの状況でなされるべきである。未だに術者の功名心が先行しているように思われても仕方がない。

第7幕 「心臓」から「ハート」へ—筆者の変遷

筆者は従来から、臓器としての心臓に関心を示していたが、還暦を迎えた平成6年3月12日を皮切りに、人間丸ごとの医療それも心臓からハートへと筆者の視点が拡大したのである。それは筆者の全人医療への関心、つまり現代医療の問題点の気づきに加えて自然治癒力との出会いである。

親友医師の難病が「気学」により改善したのも自然治癒力との出会いの切っ掛けである。4半世紀以上も公私ともにお世話になっている親友医師が、平成元年頃から世で言う「予後不良」の血液疾患に罹患した。彼の赤血球と白血球が着実に減少していくさまを見て、早速本学血液内科Y教授に相談し受診してもらった結果、それは「骨髄異形成症」であることが発覚した。Y教授はそのことを本人にも知らせ、しかも今のところは現代医療ではいじらない方がよいとの説明も受けた。それ以来、彼は、では「気学」に頼ってみようと心に決めた。その後、病状は徐々ながら着実に改善し、現在のところ完全に社会復帰し、ハードな診療もこなし、赤血球と白血球もともに着実に正常化してきたのである。

さらに患者の「臨死体験」に接したのもその頃である。重症の心臓病患者では、急に心拍が停止する場合も少なくない。急性心筋梗塞などの患者が、稀には病室に入院中に、心室細動を

生じて意識が消失してしまう。その際に筆者らは間発を入れず電気ショックをかける。そうすると素早く蘇生され、意識も完全に回復する。その際に患者によっては、「折角いい環境の場所で花に囲まれて憩っていたのに、なんでまた汚れた病室に戻ってきたの？」と不平不満をぶちまける人がいることを体験したのである。このような人は一種の「臨死体験」をしているのである。

第8幕 聴診器と「聴心器」一胸には聴診器を，こころには「聴心器」を

近年、聴診器を「聴心器」と記す（思い込んでいる）青年医師や看護婦さん達がいる。筆者に言わせれば、これもあながち誤字としてしまうには恐びないようである。今回はこの当て字を有効に活かして私見を述べてみよう。

最近の「聴診器」にまつわるエピソードには、他にこんなものがある。筆者に紹介で受診して来られた患者が嘆いて曰く、「これまでかかっていたお医者には聴診器も当てて貰えなかったんです」。このような現状では、医師のシンボルとしてのこの器具は、聴診器としての役目よりも、まさに両者のコミュニケーションとしての「こころを聴く器具」（聴心器）の役目も備えていることに気付く。

過日、「聴診器不要論」に関して議論が行われたこともあると聞いている。このことは、心雑音や心音に異常がない冠動脈疾患患者が増えたからか、それとも循環器専門医でも聴診器を携帯せずに回診するケースもあるからか、いずれにしても筆者や患者達にとって嘆かわしい事態である。

むしろ筆者は、聴診器を、血圧を測定する際に用いられるように、広く万人が使えるように仕向けたい。そうなれば、医師たるものは誰しも患者に対して聴診器を当てざるを得なくなるのではないだろうか。

昨年、NHK テレビ番組「クローズアップ現代」で取り上げられた「聴診器の使えない医者が増えている」を見て、さもありませんと感じたのは私だけではなかったであろう。番組の内容は、高学年の医学生を対象に、大動脈弁狭窄を例にとり、彼らの多くは本症の診断基準は熟知していても、いざ患者を前にすると少数しか大動脈弁狭窄とは診断ができないことを指摘したことから始まっていた。

過日の阪神大震災時には、現場で可能であった医療といえば、問診に加えて視診・触診・聴診という「五感医療」のみであった。ハイテク器機の使用はおろか、心電図さえ記録出来なかった状況でしたから。そのような“disaster medicine”はともかく、われわれは基本作法に立ち返ることによって、21世紀には避けて通れない高齢者医療ないしは在宅医療にも備えなければならない。

そこで筆者の考えは、英単語の聞き取り試験が可能のように、医師国家試験の場においても、場内に常備してある筈のスピーカーから心音や心雑音を流して所見や診断を書かせるくらいはなされるべきである。厚生省のお役人に言わせれば、医師を目指す人物が年間8千人以上もい

る現状では、とても実地試験は実施不可能だと言い切っていたが。

さらにこの場面を見て、我が国の医学教育と英語教育との類似性を感じ取った医療人も少なくなかったことであろう。筆者自身も、読み書きにはさほど不自由さを感じなくても外国人とのコミュニケーションには大いに不自由さを感じる式の日本的英語学と、この医学と医療とのギャップには類似性があることを実感した。

この問題を回避する目的で、川崎医科大学内科循環器部門では、従来から、病棟回診の際に学生や研修医を対象に、「多人数同時聴診システム」の使用や、CDやビデオにより「聴診器の使える医師」を育てるキャンペーンを行っている。

医学教育に関して友人教授達と議論していると、「五感診療の重要性は誰しも認めるが自分には出来ない。君に任せるよ」と逃げられてしまう。この意味でも、現存の「研究教授」に加えて「五感診療」の伝授が出来る「臨床教授」の育成と導入が急がれる。

五感を使う診療を行うことによって、患者とのコミュニケーションをよくする意味でも、聴診器は「聴心器」としての役目も兼ね、ともすれば診断をハイテク機器にのみ委ねがちな現代医療を緩和する器具ともなって欲しい。

また、五感診療抜きでは、つまりコモンテクニックを基盤とした医療を施さなければ、次のような「落とし穴」が待っていることになる。例えば(1)カラードップラ法のみで意味のない弁逆流を診断して弁置換術の適応にされてしまった患者、(2)肺うっ血を「肺炎」と誤認して、抗生剤入りの点滴で心不全が悪化してしまった患者、(3)問診を疎かにした結果、心電図所見(ST上昇)のみでクモ膜下出血例を「急性冠動脈疾患」として血栓溶解療法を受けてしまった患者など、後を絶たない。

「聴心」に関連した医療に「全人医療 (holistic medicine)」があります。米国では最近、NIHが全人医療の研究分野に莫大な予算を供出し、米国の多くの有名大学でこの種の教育カリキュラムが採用された。

第9幕 新時代への開幕—「21世紀型医療」を目指して

ここで20世紀の医療と21世紀の医療のあるべき姿について示してみよう。

①現代医療のみで満足しているひとは少ない。

病者はもとより「健康者」でも現代医療のみでは不足であるという意識を持っている。またどの医療者でも「現代医療のみでは何かが不足している」という意識を持っている。しかし医師達は「自分にはその不足を補えるような医療はできない」という。彼らは異口同音に「それを実行に移す人物がいれば自分も受けてみたい」という。

②日本人の体質は「あなた任せ」である。

器械が故障しても、車の調子が悪くなくても、直ぐさまサービスマンに依頼する。新車を購入しても、自分では一度もボンネットを開いてみたことがないという人が多い。と同様に、自分で「かぜ」だと思っても大病院を受診する。

③病気はなにで治ってもよい

患者に「友人が、くこの民間療法がよく効くよ」と勧めてくれたけれど試してもいいですか」と聞かれた場合、未だに真っ向から否定する医師が多いのではないか。一方では、医者の方から薬物よりも、このような友人の勧めを重視する患者が増加している。

④現在の医療体系はどのようなのか

現在では、医師と看護婦など現代医療関係者のみに医師国家試験がある。しかも健康保険診療が可能なのは、国家資格を有する医師が施す医療のみに限られている。

表1 現代医療と伝統医療の長所と短所

項目	現代医療	伝統(自然)医療
1. 急性の異常	○	
2. 慢性の異常		○
3. 局所の異常	○	
4. 全体の異常		○
5. 若年者	○	
6. 高齢者		○
7. 疾病の診断	○	
8. 疾病の予防		○

⑤現代医療と伝統（自然）医療の長所と短所

はいづれにも長所と短所がある（表1）。

⑥現在、我が国の医師数は十分なのか

厚生省は医師減らしをもくろんでいる。しかし「大病院での医師の多忙さをみても医師数が十分とは思われない」との意見もある。問題は、医師数と受診者数の不均等さにある。

⑦米国医療界の現況はどのようなのか

昨今、本邦の厚生省に相当する NIH が伝統医療の研究に莫大な予算を供出した。同様に、著名な医科大学には伝統医療を学ぶ講座が開設された。そのためか、伝統医療に関心を持たない開業医からは患者が離れる傾向が出ている。

⑧本邦医療界の動きはどのようなのか—本年度「内科学会総会」を振り返って

・内科学会総会（会員5万人という規模）が平成10年度は4月に福岡市で開催された。そのメインテーマは「価値ある人生のための医学と医療」であった。

本会の特別講演の演者として、初めて柳田邦男氏が選ばれた。氏のテーマは「いのちの質が問われる時代」で、聴衆に多大な感動を与えた。総会会頭（九州大学内科学教授）は「21世紀の医療は先端医療と全人医療に関わる医師が1対1の割合であるべきだ」と発言した。

⑨21世紀の医療はどう変わるべきか、変えるべきか。

医療を変えるのは、あなた自身である—政治も経済も教育も同様。お任せ主義でなく、国民が医療の現況についてもっと知識を得ようではないか。20世紀の健康保険は、医師が行う現代医療にのみ適応されている。21世紀には、現代医療以外の医療にも健康保険が適応されるようにしたい。

「治さない医療」「教えない教育」が望ましい。「治さない医療」とは、他人任せの医療ではなく、自己の自然治癒力を高める医療。「教えない教育」とは、偏差値を重んじる教育ではなく、自己の関心事を啓発する教育。

⑩DからPへの転換をしよう。

まず、医療者の主人は Doctor 医師から Patient 患者へ。次いで、医療内容は Drug 薬剤から Prevention 予防へ。さらに、教育内容は Dictation 書き取り（講義）から Practice 実習へ

表2 医療体系に関する今世紀と来世紀との差異

項目	今世紀	来世紀
1. 医療施術者	医師のみ	ヒーラーも加わる
2. 健康保険の適応	現代医療にのみ適応	伝統医療も適応になる
3. 診療所の専門スタッフ	医師のみ	医師とヒーラー

①医療体系に関する今世紀と来世紀との差異 (表2)

②現代医療と伝統医療の統合は可能か

- ・上記のように米国での動きや、本邦での動きがその可能性を示唆している。
- ・英国では、Doctors Healers Network と称して両者の統合を開始している。本邦でも、Doctors Healers Network Japan が発足し両者の統合を目指している。
- ・筆者も平成11年5月を期して「21世紀型のクリニック」と称して二種類の医療を統合した医院を開設することになっている。

第10幕 川崎医科大学定年退職と「さわやま・クリニック」の開設

数年前から、「定年後は心臓という臓器のみにこだわらないでいたい。そして従来の縦社会からは脱皮して、先輩や子弟のみでなく横社会つまり異種業の方々とも接したい」という気持ちが進行しはじめたのである。

当初は、定年後に新たにクリニックを開業することに対して、筆者自身も半信半疑で、期待と不安が交錯する日々でもあったが、その後、日本厚生協会、Doctors Healers Network Japan をはじめ「ホリスティック岡山」の中から多くの支持者が現れたお蔭で、計画は順調に進行したのである。

クリニックは平成11年5月6日にオープンし、ここでは予約制で従来の循環器内科診療(ハート・クリニック)を行うかたわら、「さわやかクラブ」を併設し、現代医療と自然医療をドッキングさせることで、将来は英国で実現している「ドクターズ・ヒーラーズ・ネットワーク」を地でゆくような運営が望まれる。

エピローグ

以上、本稿では、筆者が歩んできた過去40年の心臓病との出会いに端を発し、定年後に始まったハート中心の医療に至るまでの足跡を語ってみた。

来るべき21世紀の医療は、医療費の削減に加えて人間味あふれるものでなくてはならないという思いを込めて、本稿を閉じることにする。