

# 臨床医、研究者、 そして政策立案者として 行政とのかわりも、 より積極的に。

Takeshi Hosaka

保坂 隆 氏

■ 東海大学医学部教授(精神医学)

## 決意 「心も身体も診られる」医師になる

「心と身体の関係性」には、医学生のところから漠然と興味を持っていました。その興味が発展し、専門に精神科を選んだのは、大学6年生のイクスターン(病院実習)での体験があったから。まあ、いわゆる生意気な若造で、「通常の病院では面白くもない」と無医村のような厳しい環境を望み、北海道の町立病院へ実習に行きました。そこで、まさに八面六臂で地域の医療を担っている院長先生の存在に大きなショックを受けたのです。院長先生の医

療は文字どおり「トータルに患者を診る」。今でもよく覚えているのは、「このカルテには家族歴が抜けていますよ」と指摘したら、「何を言ってるんだ！ オレは、あの家の誰の具合が悪いのか、猫が何匹いるかも、全部知っているんだ」と怒られたこと(笑)。すばらしい方でしたし、あの病院での体験によって「自分のめざすべきは心身医学(Psychosomatic Medicine)だ」と決意が固まりました。

心身医学を実践できる診療科の心療内科は、まだ歴史が浅く、1977年当時は、日本で心療内科が研修可能な大学は数えるほどしかありませんでした。医師の私でさえ、心療内科医になろうと決めてから、それには精神分析の勉強が必要だと知ったくらいです。

必要であるならと1年間、精神分析を学んだのですが、どうしても精神科にどっぷりと浸かれなかった(笑)。悩んでいたとき、恩師から、新設された東海大学病院では、今で言う「スーパーローテーション」ができると教えられ、光明が射しました。幸運でした。東海大学で2年間の研修をするうちに、コンサルテーション・リエゾン精神医学と出会えたのです。

コンサルテーション・リエゾン精神医学とは、精神科医がすべての診療科と関係を持って患者のメンタルケアにあたる精神科の領域をさします。それを、がんの特化したものが、サイコオンコロジー(精神腫瘍学)となるわけ



ほさか・たかし

1977年、慶應義塾大学医学部卒業。慶應義塾大学医学部精神科神経科学教室入局。1978年、東海大学医学部附属病院精神科研修医。1982年、東海大学医学部精神科学助手。1988年、医学博士。1990年、カリフォルニア大学ロサンゼルス校(UCLA)精神科留学。1993年、東海大学医学部精神科学講師。2000年、東海大学医学部精神科学助教授。2003年、東海大学医学部精神科学教授。2007年、東海大学

医学部附属東京病院勤務  
(医学部基盤診療学系教授)

です。新分野の医療に光をあてるため1988年には日本総合病院精神医学会と名づけたリエゾン精神医学の専門家集団をつくり、以来約20年、ずっと理事を務めています。

#### 体験

### 政策立案者のポジションに立つ

大学では、臨床でコンサルテーション・リエゾン精神医学を実践しつつ研究活動も並行して行っています。研究者としては、2004年に厚生労働科学研究費補助金事業の主任研究員を任せていただいたのをきっかけに、政策関係の研究分野にもたずさわるようになりました。取り組んだテーマは、2つあります。ひとつは、精神病床の機能分化に関する研究。もうひとつは、自殺に関する研究。どちらも研究期間は3年で、この春(2007年3月)に終了しました。

精神病床の機能分化とは、結果的には精神科の病床数を減らすこととなります。したがって、各方面から強い反対を受けながらの研究となりました。厚生省の調査で、現在7万床多いとされる病床を減らすには、どんな方法があるのか。たとえば、機能を分化し、アメニティをより高めた病棟に対する保険点数を高くすれば、精神科病院も賛成してくれるのでは——などの提言

をまとめました。この研究を通して、医師でありながら政策立案者側のポジションに立つ体験を初めてしました。

自殺に関しては、いかにして自殺を減らすかについて、実際に自殺未遂者を集め、臨場的な立場から取り組みました。かなり重要な提言ができたと自負しています。ひとつ例を挙げれば、自殺で亡くなった方のデータを救命救急センターから約200人分集めて分析してみると、約9割の方が、1回目(計画すること)で亡くなっている実態が浮かび上がりました。昨年(2006年)から始まった厚生省の自殺防止対策戦略研究で立てられた方針は、自殺未遂者を集め再企図しないようケース・マネジメントし、自殺者を減らそうとするもの。その方針に対して私は、「自殺で亡くなる方のごく一部を対象にしたものでしかありません」と提言を出しています。

2006年に自殺対策基本法が成立しましたが、私の中に楽観はありません。むしろ、事態の深刻さに比して、国民の関心の低さに危機感を抱いています。毎年3万人の人が自殺で命を落としている事態が異常であるとの認識が、共有できているとは思えないからです。政策立案者サイドにも、たとえば基本法成立で一息ついているというか、箱をつくって安心してしまっている側面がある。基本法で固めた大枠のもとで、具体的にどんな施策を講じるか、どんなサービスを提供するか、行動がともなっていない。がん対策基

本法にも共通した問題点でしょう。

日本でも、2005年から9月10日の世界自殺予防デーを取り入れて、2007年からは世界自殺予防デーからの1週間を「自殺予防週間」とした点は評価に値します。しかし、2007年を見る限り、これが国民に認知されていたかは疑問が残るところ。交通安全週間を成功させたようなレベルの全国的なキャンペーンが必要です。私は、自殺が他の月よりも若干多い5月と世界自殺予防デーがある9月に年2回の「このころの安全週間」を設け、新聞やテレビが毎日、「このころの安全」、「うつ」、「自殺」といった言葉を使っている。「国民の『前意識レベル』に刷り込むようなキャンペーンの実施を提唱しています。

最近では、医師として政策立案者のポジションに立った経験を生かし、機会があれば自分の意見を政策立案者に申し上げていますし、メディアを通して国民の耳に届けようとも考えるようになりました。「自殺者の多くは、あるストレスがあった結果、うつ状態になり、その一部が自殺願望を持ち、その一部が実際に企図し、その一部が亡くなっているにすぎない。母集団はものすごく巨大である」。このような重大な研究結果などは、1人でも多くの人に知ってもらわなければならないと思い、機会をとらえて発言しつづけています。

## 挑戦 グループ療法の全国的な普及を

2006年末に出していた申請が通り、2007年4月から新たに3年間、厚生労働科学研究費補助金事業の研究をすることになりました。テーマは、「がん患者や家族のためのグループ療法の確立」で、具体的にはファシリテーター(促進者)を養成するつもりです。このテーマの研究の継続には、3期生として参加したHSPにおいて「がん治療には、グループ療法を普及させるべきだ」との持論が、他の多くの受講生から支持されたことが大きな励みになりました。

私は、臨床医として10年ほど前からがん患者の集団療法を行っています。かつて米国留学中に学んだ手法を頼りに試行錯誤の末に完成させた手法によるもので、約10人の患者と場づくりを手伝うファシリテーターの役割をする医師と看護師の2人が、毎週1回1時間半、数回にわたって話し合います。そこで心を通わせた患者同士の信頼関係はきわめて強く、医療者の想像をはるかに超えます。私は、患者がグループ療法を経て前向きになり、「何か」をつかむことで、患者の不安が軽減され、結果的に不要な検査が減り、医療費の抑制にも効果があると考えています。

グループ療法ではファシリテーターの役割が大きいのですが、何ぶんにも人材が極端に少ない。今回の研究のメインは、ファシリテーター養成プログラムの実施です。今年（2007年）6月から2時間半の講義を3回1セツトにして、東京、名古屋、広島で養成講座を開いています。受講生はこれまでで約100人に達しました。講座を修了してファシリテーターになった方は、その段階ですでに私の共同研究者。そういう方々が全国に散らばり、どの病院でもグループ療法が行えるようになることが最大の目標です。

ただ、グループ療法の普及は、ファシリテーターの養成だけでは実現しません。ポイントは、グループ療法が診療報酬の対象になるか否か。対象になれば、当然ですが、どんな病院でも採り入れてくれるでしょう。人材養成と並行して、診療報酬を戦略的に考える必要がある。実現には、私自身も行政へ働きかけをしていかなければならないと思っています。

今後

## 行政とのかわりをより積極的に

ここ2、3年、50歳をすぎたところで私の中に、明らかな変化が生まれているのを感じます。これまでは、グループ療法を通じて患者さんを治し、研究者としての成果を得て、患者さんとの触れ合いが私自身を癒しました。そ

れで満足していた。でも、その状況は、研究費のついた活動だったからつくり上げられたものにすぎません。グループ療法の普及には、診療報酬化という高いハードルがあり、政治的な取り組みなしにはなしえない現実が目に向くようになりました。

慶應義塾大学時代の同級生には、厚労省の役人になった者が数人います。うち2人は局長クラスになっている。そういう彼らに、これまでは正直興味がなく（笑）、ほとんど会っていない状態でした。が、今は「彼らに話せば、何かが変わったり、何かできるかもしれない」と考えるようになりました。そんなに甘くないとも思っていますが（笑）。

同様に、マスメディアへの関心も変化しています。医師は総じてそうですが、私もこれまでは、報道関係者は事故や事件にまつわる嫌な話を聞きにくる嫌な人々（笑）という程度の認識でした。でも、世の中を動かしたい、世間を知ってもらいたいことがあるなら、彼らとの良好な関係性は必須である。最近、そんな考えを持つようになっていきます。これもHSPでメディアの方たちを知り、彼らも医療を良くしていこうと熱くなっている人たちだと知ったからです。