

東邦大学学術リポジトリ

Toho University Academic Repository

タイトル	瓜田純久先生ご略歴
別タイトル	Retired Professor Yoshihisa Urita: Curriculum Vitae
作成者（著者）	東邦大学医学会編集委員会
公開者	東邦大学医学会
発行日	2024.03.01
ISSN	00408670
掲載情報	東邦医学会雑誌. 71(1). p.18-23.
資料種別	学術雑誌論文
内容記述	退任記念
著者版フラグ	publisher
JaLCOI	info:doi/10.14994/tohoigaku.2023_049
メタデータのURL	https://mylibrary.toho-u.ac.jp/webopac/TD55231095



瓜田純久先生ご略歴

1958年11月13日生

- 1985年3月 東邦大学医学部卒業
- 1988年6月 東邦大学第1内科 レジデント
- 1991年4月 青森県北津軽郡鶴田町で開業（瓜田医院）
- 2005年7月 東邦大学総合診療・救急医学講座 助教（瓜田医院閉院）
- 2006年2月 東邦大学総合診療・救急医学講座 講師
- 2007年11月 同 准教授（病院）
- 2010年2月 東邦大学総合診療・救急医学講座 教授
- 2015年7月 東邦大学医療センター大森病院 副院長
- 2018年7月 同 病院長

現在に至る

専門分野

総合診療

専門医・指導医

日本内科学会認定専門医、日本消化器病学会 認定医（第20959号）、日本超音波医学会 超音波専門医、日本消化器内視鏡学会 認定専門医、日本救急医学会 ICLS インストラクター、日本消化管学会 胃腸認定医、日本病院総合診療専門医

学会役員

学会役職

日本消化吸収学会副理事長，日本病院総合診療医学会副理事長，日本平滑筋学会理事，日本安定同位体・生体ガス医学応用学会理事，日本大腸検査学会理事，日本高齢消化器病学会幹事，日本消化器内視鏡学会評議員，日本消化器病学会評議員，日本消化管学会評議員，日本プライマリ・ケア連合学会評議員，日本アルコール薬物医学会評議員，日本ヘリコバクター学会評議員，日本臨床栄養学会評議員，日本神経消化器病学会評議員，日本臨床フラクタル学会評議員

公的役職

厚労省医道審議会 幹事委員（2017-2020年まで）

東邦大学で学ぶ機会を頂いて

瓜田 純久

東邦大学総合診療救急医学講座

記念すべき100周年まであと1年余りとなった東邦大学を「卒業」するに当たり、関係者の皆様に心から御礼申し上げます。100年の歴史のうち学生、研修医、研究生、開業OB、助教、講師、准教授、教授、副院長、病院長と様々な立場で30年以上お世話になっていることを考えますと、改めて感謝の気持ちと共に、反省すべき点が次々と浮かんでは消え、多くの方々にご迷惑をおかけしたことをこの場を借りてお詫び申し上げます。また本稿を執筆するに当たり、東邦大学で学んだことをまとめる貴重な機会と考え、退任の挨拶とさせていただきます。

1. 自然科学と近代医学

自然科学の一翼を担う医学ですが、自然科学は人間が自然の外郭にあり、自然を対象として客観的に検討するという科学観でした。これは自然科学が主にキリスト教圏で発達したことによると思われ、その階層的な自然観である「神一人一自然」が大きく影響していると考えられています。本学の理念では、「神」に代わり、「生命」が組み込まれています。この生命は、生物学的な個々の生命としてだけではなく、生命を動的な大自然の一部として捉えており、キリスト教の福音書に起源をもつ考えに近いとすぐに理解できますが、自然と人間の位置が逆転していることに驚きました。人間も自然の一部であり、自然との一体感を持って内から自然を認識する「自然科学」の新たな哲学に一致するものでした。生命は宇宙の進化の過程で創発されたものであり、自然の一部であることは明らかですが、科学にのめり込むとつい忘れがちになってしまいます。

2. 科学技術と日本

一方、近代医学は医療機器の発展に支えられると同時に、その科学技術の発展に貢献してきた歴史があります。現代のイノベーションにつながる「科学技術」は意外にも日本特有の単語であり、第二次世界大戦前に技術官僚が技術者の地位向上を図って創った行政用語であるとされています。科学においては16-17世紀の科学革命によって、自然哲学から近代科学へと飛躍し、演繹的な思考から実験的、定量的な情報をもとにした分析へと変貌を遂げました。技

術は古代ギリシアにおいて、「奴隷のもの」とされ、社会的に低く評価されていましたが、実験機器の提供を通して科学との接点が広がりました。産業革命を経て、電気技術など科学の進歩がようやく生活の改善に繋がるようになってきました。フランス革命で砲兵などの技術者不足解消のために創設されたパリの理工科学校、ゼミナール方式による実験教育を普及させたドイツのフンボルト大学など、科学技術教育の体制も徐々に整っていきました。「科学技術」が登場しても、「純粋な科学」は量子力学や相対性理論などを生み出し、「職人的技術」は伝統技術、芸術として厳然と受け継がれています。武家社会が続いた日本では物理・数学よりも、実学としての工学技術が求められ、明治維新を経てその傾向が強まりました。専門分化した学問がそのまま移入され、学問領域間での対話が成立しにくい状況がすでに存在していました。オランダで学問を学び、「科学」の訳語をあてはめた西周は、明治時代の学者が一つの分野の専門家となり、他の領域を学修しないことに、すでに警鐘を鳴らしています。19世紀、研究と教育を一体化したゼミナール方式を普及させたフンボルト大学は人格陶冶の理念を掲げ、自然科学などの新たな分野を積極的に取り入れ、全人格教育を行うはずでしたが、視野の狭い専門研究者を短期間で多数誕生させてしまいます。日本の医学教育体制はいまだにゼミナール方式の幻想を追いかけているように見えてしまいます。1991年の大学設置基準の改正により、多くの大学で教養学部が廃止され、医学部でも教養課程の縮減、臨床実習の前倒しが行われました。「読んで考える学問」から「経験して覚える実践知」へ大きくシフトしました。多くの情報を帰納的に分析し、最適な診断・治療がアルゴリズムやガイドラインとして提示され、画一的な医療が推進されています。病態を考える前にアルゴリズム遵守が優先され、思考のコピー＆ペーストに陥りやすい状況が懸念されます。標準的治療が有効でない場合の思考回路を涵養するには、緒方洪庵が適塾則第一条に記した「唯、原書を読むのみ」なのかもしれません。

3. 医学教育と臨床医学

我々医師だけではなく、人間を含む動物、さらに生命体

一般が守ることに力を注ぐ「生命」は「生き死に」を表す身体的な意味を表しますが、LifeあるいはLivingなど英語では、これ以外に生活や人生など「生き方」を含んでいます。医師は一般に「生命」を脅かす身体疾患の有無について判断し、これが明らかではない場合には、「生命」を脅かすことの少ない精神疾患を疑うことになります。精神疾患では「生命」ではなく、「生き方」が大きく脅かされます。「生命」という生物一般に共通な基本的問題が解決され、その上に人間が「生き方」に繋がる自己を確立していくこととなります。

国家資格を目的とした教育はアウトカムが明瞭すぎるため、画一的で歩みを止めることは難しいのかもしれませんが、12世紀に誕生した大学は産業革命を経て衰退し、各種養成機関としてのアカデミーが取って代わり、自然科学系大学で顕著です。「形のないもの」「理念的なもの」を扱うのは形而上学ですが、形態学から発展した医学は形而下学の一つと言えます。しかし定義の曖昧な生命を維持する医学は本来形而上学的側面が大きく、それは全人的医療において圧倒的存在感を示します。

より良き臨床医の育成を基本方針とする本学ですが、「臨床」の概念が明確ではありません。「臨床」の概念は医学よりも哲学で先行して思索の対象とされてきました。臨床とは「苦しみのある場所」「特定の「誰か」として対面し合うような場」「共同の現在という時間的性格をもった関係の場」とされ、医療の場では「ケアするひととケアされるひとが反転するようにして接触する臨界面」とされ、「言葉を使わないで患者と治療者の間で気持ちが通じ合う現象」、ラポール rapport というフロイトに繋がる精神科の概念と重なります。医療者にとっての日常は患者にとっての非日常であり、感情の激しいぶれが日に何度も訪れる場とも言えます。

4. 臨床哲学と臨床医学

フランスの哲学者メルロー・ポンティは「臨床」を「ひとが特定の誰かとして他の誰かに会う場面」「他者を選ぶのではなく、他者とそこで会う」と定義し、さらに思索を発展させた臨床哲学については、聴くという営みとしての哲学を模索し、特定の他者に向かっているという特異性の感覚を重視。そして一般的原則が単独の事例により揺さぶられる経験としての哲学と述べています。これを臨床医学に応用すると、多くの情報から普遍的な法則を探索する帰納的思考と個別の症例から演繹的に論理を展開する能力の両者を備えた動的な不均衡こそが臨床医学に求められています。専門分化された臨床現場において、「特定の他者」ではなく、「特定の疾患」と会話している錯覚に陥ってしまいます。個別な他者ではなく、普遍的な他者に向けられる言葉で会話が進む場面に遭遇することも少なくありません。他者の言葉を「言表主体」の言葉として聴くのではな

く、「語る主体」として受容するには、いつでも専門性を脱ぎ捨てて、無知の姿勢に戻れる能力「無知の姿勢」が重要です。主張するのではなく聴く、個別の症例を深く考察することにより普遍的な場に出ることを目指す臨床哲学は偶有性を尊重する臨床医学の原点とも考えられます。

5. COVID-19

2020年1月以降、社会を大混乱に陥れたCOVID-19感染は皆平等に影響するはずでしたが、リスクの偏在が明らかとなりました。これまで制圧したとされるペストやコレラは根絶したわけではなく、発展途上国の一部に留められているに過ぎず、リスクの不平等分配が現実であることがわかります。リスクの不平等分配は医療現場においても大きな問題でした。姿の見えないウイルスは平安の都を横行する疫神を彷彿させる恐怖を生み出し、さらにリスク不均衡が医療者間の軋轢を生み、現場は大きく疲弊してしまいました。古代日本の疫因論は蘇我氏と物部氏の崇仏論争のように祭祀の色彩が濃かったことは領けますが、平安京を徘徊した疫神はもはや存在しません。感染症という病因論を獲得した現在においても存在するのは、非常事態が常態化し、リスクの不均衡により摩擦が増幅され、分断された社会なのかもしれません。

病院が西洋において治療の場となったのは18世紀後半からであり、日本に近代医療を持ち込んだオランダ軍医は、当時植民地のコレラ対策に苦慮しており、明治新政府が設立した大学付属病院は、医育機関であるだけでなく、伝染病収容施設として隔離対策も想定されていたことが知られています。植民地では病院に収容できない多くの人口を背景に、恒常的に住民の健康を観察する医療が行われ、近代医療モデルの萌芽とも言える人口を対象とした医療が行われていました。その成功が本国に回帰し、様々な感染症対策、社会保障制度、政治経済への医療の組み込みなどへ繋がっています。医療目標は治療から予防へと拡大され、理想的健康ではなく、集団としての平均的健康という概念も議論されています。2021年のCOVID-19診療最前線は、病人を診る医療と集団を診る医療が同時に求められるカオスの縁であったとも言えます。

6. 働き方改革

適正な労働時間の定義は諸説ありますが、労働時間の歴史を紐解くと産業革命と宗教改革の影響が大きいことがわかります。15世紀までの労働日数はキリスト教圏で250日程度とされ、ほぼ週休2日制に相当します。16世紀の宗教改革では余暇の多さが激しく批判され、イングランドでは49聖人の日が廃止されて年3,400時間まで労働時間が延び、オランダでは休日が日曜日だけとなり、1650年以降平均労働時間が年3,700時間となりました。オランダは多く

の文化が発達し、18世紀にはイギリスと対峙する欧州第2の国家となりました。年960時間超の時間外労働は1500年頃の英国平均労働時間に、連携B・B・C水準は1650年以降のオランダの平均労働時間に匹敵します。仕事場と生活が一体化していた当時の欧州と異なり、現代の医療現場は仕事場と生活が分離されていることが多く、労働時間の管理は機械的になりがちです。資本主義が分業によって発展したように、医療も分業化が進み、効率化が求められ、画一化した手順、画一化した思考回路で対応することが多くなり、複雑な症例への対応は極めて困難となっています。固定化した論理展開は忙しいが空疎な退屈感を生み出してしまふ二面性を持っています。感情労働に分類される医療はアウトカムが達成感・満足感であり、生産性が低く、無理な効率化を断行すると、担当者は道徳的負傷を負うことが少なくありません。暇を生きる術を持っている医師は知的活動を楽しむことができるため、楽しみの自給力が大きく、学術活動を能動的に行うことができます。しかし、暇を生きる術を持たぬ医師は労働と知的活動が一体化していることから、知的活動は強制されていると考え、楽しみの自給力が小さく、レジャーなどに頼らざるを得なくなってしまう。量的時間管理だけが求められる働き方改革で労働の集中を強制される医師にとって、果たして満たされた状態が得られるのかはさらに検討が必要な問題となっています。

7. 東北と医療・医学教育

東北は内裏からまさに陸の奥。平安時代には箱根の山から東には鬼が棲むと恐れられ、白河の関より北には妖怪が棲むとされ、まだ見ぬ陸奥の民は蝦夷と蔑まれつつも、自然の恵みを提供してきました。坂上田村麻呂、源義家、豊臣秀吉など歴史に残る侵攻に対しては、凜として立ち向かう指導者を生み出し、また数年間隔でやってくる飢饉、数百年周期で突然襲いかかる大地震・津波は、否応なく耐える伝統を育んだようです。長い冬には息をこらえて吹雪を駆け抜け、土が顔をみせるまでは書に向き合い春に備える。蝦夷と蔑まれても、決して侮られることがないよう独立心旺盛な気質が育まれ、一方では大義なき侵攻を忌み嫌う潔い風土が熟成されてきました。食の自給能力は独立心の大きな支えとなりましたが、食するために育てる矛盾にも悩み、祖先を手厚く供養し、生き物を慈しむ心が育ち、多くの民間宗教を生み出してきました。東北とは不思議なところ。自己主張は少なく、黙々と過ごし、多くの災害、飢饉においても自力で復興してきました。保守的、排他的とされますが、時の権力から人種差別とも思われる侵略を受けた際には、毅然として独立を求めて戦った歴史があります。歴史を顧みると、東北人は決してアドバンテージを求めてこなかったのです。敢えて、アドバンテージを求め

ない気概は医療現場、とくに医学教育では重要です。日本書紀によると、蝦夷の中で最も遠い「都加留」は独立の気配が濃厚で、戦でも負けることを知らない。太宰治は「津軽」にこう書いています。「弘前の城下の人たちには何が何やらわからぬ稜々たる反骨があるやうだ」。

津軽藩は廃藩置県により幕を閉じましたが、藩校稽古館に代わる教育機関の設立が急がれました。最後の藩主、津軽承昭は明治新政府の影響が懸念される県立を避けて、「私学」を選びました。これが東奥義塾です。藩士、菊池九郎が薩摩私学校、慶應義塾にて私学の教育精神を学び、津軽の教育再建に向けて「私学」を選択すべきだと主張しました。承昭が賛成し、莫大な私財が投じられて東奥義塾は設立されました。津軽藩は敢えて私学を選らんだのです。母校、弘前高校は東奥義塾に遅れること12年、1884年に青森市に創設されました。県立高校ではありますが、陸羯南の書を掲げて教育を行っていました。津軽藩が明治維新で選択した「私学の矜持」を胸に秘めた学校であったのかもしれない。

8. 共同体としての病院

自然科学は医療機関が集団としての個性を確立し、発展・進化するための条件を教えてください。構成要素とその相互作用数が適度に多く、反応の方向性を決定するために自己触媒も必要です。質の高いエネルギーを蓄積し、コントロールが難しいエネルギーはエントロピーとして放出しなければなりません。自ら変わることができる系は非平衡散逸開放系であり、常に活発な情報交換が必要です。

共通の尺度を模索するのが議論ですが、情報の多い現代では「不同意」が社会を形成し、不同意に気付いた自身が自己改訂することにより共同社会が形成されると考えられています。大学病院では多数の情報から法則を模索する帰納的思考が一般的であり、公理を組み合わせる真理に辿り着く演繹的な推論を行う習慣が少なくなり、さらに細分化された医学体系では演繹的推論機会の減少が危惧されます。一般的原則が単独の事例により揺さぶられる経験は臨床現場で少なくありません。予測不能な偶有性に囲まれている臨床現場で、「他者とそこで遇う」機会を重要視する臨床医学においては、「特定の他者」は患者さんだけでなく、共同体を形成する医療人の間にも適応すべき概念と言えます。ミシェル・フーコーは名著「臨床医学の誕生」で、フランス革命後の50年で医術は単に患者を治す技術に留まらず、社会と密接な関わりを持ち始めたとして述べています。病院では何らかの病気を無差別に背負っている個人が対象となり、臨床医はそれらの患者に「眼差し」を向け、治療方針を立てていく。社会的・学問的文脈の中で医師の眼差しが変化し、患者や病、死などの対象が多様な関係性をもって構造化されるとしています。

高度先進医療においては、痛み、病気、死も客体化しようとする考えが自然科学的な装いを凝らして現れることがあります。自然科学による解釈の独占と言えるのかもしれませんが、精神の歴史的变化は宗教で考える神学的段階、次に神の権威から独立した理性の直感で考える形而上学的段階、そして科学的に考える実証的段階と進んできました。現在、医療現場で求められているのは、これら3ステップを状況に合わせて使い分けるホスピタリティだと思われま。現代の死の多くは病院内での出来事であり機器で計量される死、すなわち医療空間での無人称の死へと変化しています。医療空間においても一人称、二人称の死として考えるためには自然科学的思考回路では難しく、ホスピタリティという関係が構築される偶有性の意識を持った医師の眼差しによって生成するのかもしれませんが、哲学者イマヌエル・カントがケーニヒスベルグ大学教授に着任すると、十年間論文発表をやめ「沈黙の年」を選択したように、「眼差し」は多くの書籍を通して深く思索することにより涵養されることは間違いありません。

ユダヤ教の口伝律法が初めて文字化されたのは紀元前2世紀ですが、文字化すると教えの最も大切な「生命」が枯渇してしまうと考えられていました。口伝で身体にしみこんだ教えだけが生き残るとされ、文字にならない「眼差し」につながります。聖句の解釈は永遠に開放状態、未決状態

に保持されなければならないとされ、終わりのなき論争が新たな学術を生み出すと信じられています。話し言葉(パロール)から文字書くこと(エクリチュール)と進展し、時を超え地域を超えて知の継承が行われてきました。文字は同時に文字以外の情報への想いを断ってしまう可能性を秘め、逆にパロールは五感に訴えて言葉以上の情報を伝えられますが、時を超えて保持される情報にはなりにくい欠点があります。パロールとエクリチュールの調和、および広い領域での帰納的思考と個別での演繹的思考が混在した動的な不均衡は臨床医学に欠かすことができないものであり、これらを学ぶ機会をいただいた東邦大学に心から感謝申し上げると共に、さらなる発展を願っております。

9. 結び

教員としての結びを迎える小医ですが、「結び」はムスとヒヒの合成語です。ムスはムレス(群れず)の約言であり、「蒸す」「産す」「生す」とも書き、漠然とした何かが現れ出て新しい生命体が生まれるさまを表します。小医が退任した後の新生・東邦大学総合診療・救急医学講座こそ、小医の「結び」conclusionなのかもしれません。結び後も引き続き、ご支援ご指導いただきたくお願い申し上げます。

DOI : 10.14994/tohoigaku.2023-049