Medicina Nova（患者学）
―新しい医療を目指して―

田中　祐次
（東京大学医科学研究所）

田中です。よろしくお願いします。今日は小嶋さんからの紹介を受けました。このような機会をいただき、どうもありがとうございました。

最近、このような講演会やいろいろな集まりに出させていただいて、僕自身何をやっているのかというのを少し考えました。そして思ったのですが、実は何かの目的を持って僕は多分これを引き受けて始めたし、皆さんも何かの目的を持って参加していただいたと思うのです。それが一体何かというのがお互いに分からないと、今日せっかくの１時間半の話が、時間だけ過ぎていってもったいないなと思います。

実は昨日、同じようにこの患者学（Medicina Nova）に関して製薬企業の人たちの、複数社ですが、80人ぐらいの参加者を集めた講演会がありました。そのときにも話したのですが、何をしたいかというのは、僕自身の今回の目的は実はずっと通じているのですが、仲間探しをしているということに気付いたのです。どういう仲間を探しているのかというのを今日お話ししようと思います。なぜそういうことをしているのかとか、何でこうなのかというのを、単発的に僕の思いをどんどん投げかけますので、その中に皆さんの中で一つでも感じるところがあったら、これから一緒に仲間として活動していきたいと思いますし、なかなか見つけられなかった場合にはまた問いかけてください。

というのも、僕の持っている様々な思いがたくさんあるのですが、理論立てて話すとすごく中身が薄くなってしまうのです。もったいないので、思うがままに話しますので、その中に皆さんとの思いでキャッチボールできるも

のがあったらキャッチボールしたいと思います。

普段はどういう講演の仕方になっているのか分からないのですが、今日はオープン形式に、問いかけでどんどん途中途中で話をしてください。今日の資料は後でお渡ししますが、とても多いので、多分途中で終わると思います。昨日も前半の３分の１ぐらいで終わってしまいました。今日はどのぐらいまでいくか分かりませんが、書いてあることは理解できると思いますので、書いていないことをどんどん話そうと思っています。常に、「何を言っているの」と思ったら質問してください。

まず、なぜ患者学（Medicina Nova）なのか。最初の疑問だと思うので、ここから話したいと思います。この世に患者学はありません。患者学という学問はありません。大学の講義でもないし、何でもない。ただ、どこにこの言葉があるのかというと、本や雑誌にはあるという感じなのです。その人たちと直接話したことはないのですが、そういう本を読むと、どうなのかなと僕は疑問をもちました。実は、患者学という言葉、あまり好きではありません。ではなぜ使っているのかという話になるのですが。自分はこういうふうなことを考えているということをいろいろな人に話して、次回会ったときに返ってくるのは、「先生、それで患者学はどうなったの」というふうに、結局何かこの言葉に戻ってきてしまうので、仕方なく使っています。

Medicina Nova（メディキナ・ノヴァ）とは何かというと、これはラテン語です。なぜラテン語にしたかというと、この辺は少しミーハーなのですが、英語は最近多いので、何か英語ではないポスト・イングリッシュを考えたときに、もう一回ラテンに戻ろうと考えました。

それで、これから笑い話なのですが、最初とある先生に、「新しい医学の創世なのだからラテンで作れ」と言われました。最初は、Medicina Nova（メディキナ・ノヴァ）ではなかったのです。「メディカ・ノボエだ」とその先生は言うのです。「あー、メディカ・ノボエですか」としばらく言っていたのです。この『ロハス・メディカル』という、まだ関西の方に進出してないのですが、関東の方のフリーの雑誌。後で活用します。この『ロハス・メデ

ィカル』の中に書いているのですが、第１回目の印刷所に行く本当にジャスト前日ぐらいに、「メディカ・ノボエはやはり違う」というのが分かったのです。あるラテン語の先生につてがあって、いろいろと聞いていたら連絡が来て、「いやー、先生ね、メディカ・ノボエでいいの？」と。Medicinaというのは「新しい」、「医学」という意味があるのですが。ノボエは実は「医師」で、「新しい」という意味なのですが、どちらかというと女性名詞なのだと言うのです。だから「メディカ・ノボエ」は「新人女医」という意味なのです。だから「新人女医でいいの？」と言ってきまして、「それはまずいですね」と言って、Medicina Nova（メディキナ・ノヴァ）に急きょ変えました。

新しい医学、医療、何でもいいです。医学というと看護師さんたちは怒ってしまうので、医療と言わなくてはいけないのですが。

今日ご出席の方々は、少し研究の方もいらっしゃるので言うと。少しこう考えてもらえると分かりやすいと思います。今何をしたいのかと考えたときに、極論すると、今の世の中、資本主義の中で生きていますので、それぞれの人たちが社会で生きていくための価値観というのは、一つはやはりお金だと思うのです。もう一つは、権力だったり名誉だったり。極端に言うと、一流大学に入って官僚になっていく人というのは、お金ではなくて権力に向かって邁進するわけです。カンパニーに入って、利益を上げなくてはいけないからお金に向かって行くわけです。

ところが、患者会や患者会の方々と一緒にいると、そうではない価値観というのに動かされている感じがあります。それは何かというのがまだ分からなくて、それを見つけてみたいと僕は思っています。

医療界で言えば、まずお金は必要なものです。保険医療で認められているものというのは、お金として得られるのでやっています。保険医療で認められていないけれども有効性のあるもの、これは研究レベルでやっているのです。ないしは、それでやっていこうとしているのです。

しかし、研究でもなく、保険医療でも賄えないものというのをやりたいという思いがあります。僕が感じるのは、開業医の先生は実はやっていると思います。赤ひげ先生などと言われたいというのでしょうが、やっている。そ

こがお金ではないし、研究とか、権力とか、名誉ではないところの価値観があるのではないかと思います。そういうものも入ってくるのではないかと。

Medicina Novaの概念は非常に大きいと思っています。例えば内科学であったら、内科をやるために日本の制度を変えようとしている人も、臨床をやろうという人も、それぞれ個々で見ると方向性が違うのですが、でも大きな流れは一緒です。Medicina Novaの中でやっていきたいことは何かというのは、徐々に出していきたいと思っています。

さて、僕の略歴を少し話します。僕は1970年に生まれまして、1994年に徳島大学の医学部を卒業しました。地元が埼玉なので卒業後すぐに東京のほうに戻ってきまして、東京大学の内科研修プログラムに入りました。そして、駒込病院での研修を行い、血液内科を目指して東大の大学院で博士号を取り、2003年の夏に、僕はこの頃免疫療法、樹状細胞を用いた免疫療法をやっていましたので、その関係でDuke大学の方に留学しました。日本には2006年２月に帰ってきました。

白血病患者さんや、血液の患者さんたちの治療をしていたときの僕がベースになっていますが、2000年に「ももの木」という患者会をここで立ち上げました。NPOにしたのは2003年春なのですが、この頃医者が患者会をするというのはあり得ないことでした。寄付金をもらったときの抜け道なのではないか、などと思われてはいけないと思いまして、公的なものでということでNPOにしたのです。だから、NPO、会社組織にしたから何かそこで事業を始めたのかというと、全くそういうことはしていなくて、公的なものを社会的な信用を得るためにつくったという感じです。

このように血液の患者さんたちと触れてきました。実は、東京大学の内科の研修を始めた１年目のとき、病棟にいたときに驚いたことがありました。最初に研修を行ったのは第３内科なのですが、教授が循環器、助教授が循環器だったので、もちろん循環器の患者さんがたくさんいると思ったのです。実際、僕は学生のときの勉強では、循環器が一番好きでしたので、もちろん第３内科と思って行きました。何と驚いたことに半分糖尿病で、半分が血液

の方です。なぜかというと、要するに研究室での研究が糖尿病と血液がすごく活発で、循環器はとても小さい教室だったからでした。

１年目に色々とやって結局思い出すのは、患者さんたちと一緒にやりとりをしていたということです。入院患者さんたちと、特に血液の患者さんたちは、半年とか１年とかずっと長く入院されているので仲良くなっていくのです。どういうふうにやっていたかというと、そのころレジデンスと呼ばれていた、レジデンスというのは住む人なので、病院に住むような形で朝から晩までいて、一緒に患者さんたちと過ごして。そうすると、自分の担当していない患者さんともどんどん親しくなっていく。そこで色々と話したり、やってきたというのが、僕のベースなのです。

例えば、看護師さんとけんかをしたことがありました。中心静脈栄養をしている50代の男性で、食欲がない人がいたので点滴で栄養を入れていました。看護師さんが言うのです。「そんなに栄養を入れたら、おなかもすかない」と。「ああ、確かに一理あるな」と。しかし、では食事に合わせて、朝昼晩の１～２時間、高カロリーの入った点滴をして、残りの時間をカロリーのないものにして、おなかがすくまで待って、というような形に看護師さんたちができるか。できるわけがない、忙しいから。ということで、若気の至りで看護師さんとやり合いました。

そこで、考えました。では、どうしようかと。長い入院でしょう。個室なのです。想像通り、大学病院の食事はあまりおいしくない。その人がもし病気ではなくても食欲がなくなると思います。一日中部屋にいて、小さい部屋にいて、一人でご飯を食べて、おいしいわけがない。そう思ったので、自分でお弁当を毎日作って、お昼ご飯を一緒にその個室で食べるようにしました。そうしたら少し食欲も出るのではないかと思って。夜はラーメンを取って。研修医たちが食べる部屋に連れて行って、一緒に食べてみたら、少しぐらいは食欲が出るのではないかと。そういうふうにやってみて、実際にどのぐらい食事が増えたかどうか分からないのですが、そういうのが今でも、十何年前の思い出として残っています。

そして、そういうのをどんどん重ねていく。植物状態になって、人工呼吸

器で目だけは開いているという女性を、十何年ぶりにみんなでお風呂に入れようとかやるのです。そういうのが、すごく思い出として残っていて、そういうのをやっていく方が自分として、簡単に言うと楽しかったなというのがある。そういうのをどんどんやっていきたいなと思ったのですが、一応、経歴上は普通にドクターの経歴を歩んできました。

2003年の夏からアメリカに留学したことと、あと、インターネットがあったというのはやはり変化になったと思います。というのも、アメリカにいてもインターネットがあれば、時差はあるのですが、電子メールで交流ができます。アメリカの仕事は、正直言うと楽でした。9時～5時の生活で、夜はすぐ帰れた。しかも、向こうに行っても、個人に任されてやっているので、午前中はほとんどずっとコンピュータでメールをやっていて。向こうは日本語だから何をやっているかよく分からないので、気にせずできるのです。「こいつはよく勉強しているな」とか言って、カチカチやるのです。日本はその時間、ほとんど夜です。夜の10時、11時、12時。逆に患者さんや、向こうの日本人のいろんな方々がメールをやる時間なのです。僕は朝方の人間なので、すごく元気な一番良い時で。ずっとやりとりをしていて、その中で何かいろいろなものを僕が感じるようになりました。

そして2004年のちょうど夏に、血液学会で患者支援という基調講演をしました。それを期に、無料のメール相談を始めました。それから今大体400人ぐらいの方から、メールの数をいうと7,000通ぐらいになりますが、もう2年弱の間、いただいています。それでお返事を交換しています。

当初は、そんなことをやっていたら、「メールの相談は、セカンドオピニオンだらけで、これは大変だから、先生やめとけ」という意見が多かった。確かに、そう思います。しかし、後で言いますが、実際に今7,000通もらっているメールの中でセカンドオピニオンはどのくらいだと思いますか？と、言うと難しいので、3択にします。15%、40%、60%。1番の15%で、2番40%、3番が60%で、指で出していただけますか。では、いきますよ。「せーの」。なるほど。実は、15%もないのです。十数%しかないのです。400人の方が大体1回目ぐらいは医療相談があります。すると7,000分の400ぐらい

なのです。倍だとしても800なのです。そうしたら、10％ちょっとです。驚いたのは、やはりやってみないと分からないということです。

では、他は何が多いのかというと、患者会のことであったり、ただのおしゃべりであったりする。しかし、メールをくれる方にとってはおしゃべりだけれども、おしゃべりではないおしゃべりなのかもしれない。もちろん、「今日は白血球がやっと回復したから外泊します」というのもあります。そのときに相談、あのときに大変だからやめようかと思ってやめていたら何もないけれども、やってみてやっと分かること。やはりそういうのは、やってみないと分からない。

実際７年前の2000年のとき、僕が戻ってきた2006年２月の時でさえ、別に患者会やそういったことが、アカデミックな大学の分野や先生たちの間でさほど盛り上がりはなかったと思います。患者会はやっと追い風かなと。２年前の第１回ガン患者大会も、ある意味すごかったと思いますが、別にそれはものすごく盛り上がりがあったというよりも、本当に強いリーダーシップの方がやったから、やっと付いていくというような感じだと思います。本当に今年になって盛り上がりが出てきたと思います。ましてや７年前の2000年のときにドクターが患者会しますと言ったら、「何じゃ、それは」という感じでした。しかも、僕の患者会は実際何をやったかというと、まさにメール相談と一緒におしゃべりをしていたのです。

最初、2000年に僕ともう一人で患者会を始めました。彼の名前はＯ君というのですが、彼は東京大学の学生で、白血病になって治療をしていました。彼自身は入院していたので、入院生活で何かしたいと。それで一緒にやってくれることになりました。今彼は東京医科歯科大学の医学部に学士入学して６年生になっています。彼がいてくれて、「では、やろうか」ということになった。「何するの」といったときに、「集まって、ご飯でも食べて、少し話したらいいんじゃないか」いう話をして、それでやろうということで患者会が始まりました。集まることが目的でした。

なぜそのようにしたかというと、入院中は同じ部屋でみんなでワイワイとしゃべって楽しそうにしているのに、退院して外来になると、主治医の先生

や外来日が違うと会えないのです。その頃の患者会というのは、何かしらの目的を持った患者会だらけだった。だから「患者会をつくりました」と言うと、いろいろな患者会の人が「何の目的ですか」と聞くのです。特に、「先生がつくったの？」「それはいったい何だ」「何が目的ですか」というのをしつこく聞かれるのです。そして、「特に目的はないんですよね」と言うと、「それは患者会じゃない」と言われました。何かこう、そういう議論になっていた時代だった。しかし、十数人集まってくれましたし、「それでいいんじゃないの」と思ってつくっていたのです。

そして、実際そのままの気持ちでずっときています。だから僕のやっている「ももの木」という患者会は、別に会員制度もなく、会員名簿もなく、会費もない。では、会員の方でやりたいと思っている人がいるのではないかと思ったら、「いいんじゃないと思った人が集まってやっているだけだよ」と。完全に非常にゆるい会になっています。だから今でも交流会で集まっても、20人そこそこが集まって、それでいいんじゃないかなというふうにやっています。

患者さんたちと話していると、「何で死にたくないんだろう」という話がよく出ます。僕は、死生観とかそういうのを全く学んでいないのですが、これはよく問うのです。今日、患者さんの会員の方も来られると、逆に僕は緊張してしまいます。どうしてかというと、こういうのは、実は医療者に問うと、非常に面白くて。面白いというのは、興味本位という意味ではなく、非常に面白い結果が出ます。患者さんに問うと、当事者なので本当は問うてはいけないのですが。

この、「何で死にたくないんだろう」ということについても、よく話をします。なぜかというと、患者さんは、もちろん慢性疾患の長い方もいらっしゃいますが、僕が触れてきた、診てきた方々は白血病、悪性リンパ腫の血液患者さんで、本当に自分自身の死というものを実感した人たち。ところが今の世の中は、多くの方々が「明日死ぬ」と思っていない。だからもちろん僕も、明日の予定や来週の予定を立てます。

ところが、自分がガンだと知らされて、入院していると、何名かは死に立ち会います。実際に立ち会うわけではないけれども、分かるのです。夜中に先生たちがガタガタガタと来て、看護師さんたちもバタバタと来て、個室に行く。翌朝、家族の方々が泣いていて、ないしは、その人と荷物のすべてが無くなっていたら、どうなったのかというのはおのずと、誰も言わないけれど分かる。実はその人は昨日「おやすみ」と言って、普通に話していた。いろいろと話す中で自分と同じ病気であったり、自分と同じ治療であったりすると、自分自身が本当に死ぬということを実感するのです。では、その人たちがどう思っているのか。僕ら医療者はそういう人たちと一緒に戦っているわけで、でもなぜ死にたくないのかということを知らずに、一緒に戦えるものなのかなというのを、ふと思ったのです。

どうして患者さんは死にたくないと思っているのか。今まで1年半この質問をして、何百人の人にして、唯一患者さんと同じことを言ったのは二人だけです。一人は看護師さんです。もう一人は医学部の学生。1年生でした。そして、プライドの高い先生ほど捏ね繰るのです。これを言ったのは何歳の人だとか、どういう病気の人だとか言うのですが、関係ないのです。「分からないのでしょ」と言いたくなります。若い人なら、分からないなら素直に言いなさいと思います。では、ちなみになぜでしょう。1対1だと問うのですが、今日は複数なので、自分の心の中で少し考えてもらいますね。ピーンと来なかったら絶対いくら考えても分からないです。

僕、こういうこと言われたのです、廊下で。「先生、人間というのは、人の間と書くのだから、人の間でいなくなったら人間じゃなくなるから忘れないでくれ」と言われたのです。20歳の男性で、亡くなられたのですが。「なるほど、そうなんだ」と思いました。忘れられたくないというのがあるのだと。ピーンと来なくていいと思います。なかなか普通はピーンと来ないのですよ。しかし、この話を患者さんにすると、「いや何を言っているの、先生。当たり前でしょう」という返事が返ってくるのです。「当たり前なの？」と聞けば「当たり前じゃん」と言われるのです。やりたいことができなくなるとか、恐怖とか。よくある答えはそうなのです。恐怖というのは少し曖昧す

ぎるのですが。できなくなることと、あと、残された家族の心配だとか、いろいろと言うのですが。「忘れられたくない」。もちろんこれは、全員ではないとは思いますが。

死というもの、忘れられたくないというのはどうなのかなと思ったとき、確かに日本人は、特攻隊で突撃する前に自分の名前を刻んでいくとか、確かにある。切腹はできるが汚名を残したくない。そういう気持ちがあるのかなと思います。

では、西洋はどうだろうと。実はあるのです。この詩を知っている人がいますか？今までこれを出して知っていると言った人は…。昨日、一人いました。フォークシンガーの何とかさんという人がやっている歌があるらしいのですが。これはフランスのマリー・ローランサンという画家の方が書かれた『鎮静剤』という歌です。聞いたことがありますか？

フロアA　ある。

フロアB　ローランサンは読んだのですが、それを読んだかどうかは忘れました。

僕はこれを読んでびっくりしました。最後のところです。「死んだ女より
もっと哀れなのは　忘れられた女です」と。すごいのがあるなという話をしたら、別の人が『ロード・オブ・ザ・リング』の映画のDVDを紹介してくれました。『ロード・オブ・ザ・リング』を僕は見たことがないのですが、そのDVDの最後に『ロード・オブ・ザ・リング』の監督が、自分の私財をはたいて、若い才能を育てるということをやっていることが入っていました。

12歳の男の子がすごくいいコマーシャルを作ったので、その子を呼んで、私財を投じて、何度も何度も、映画のフィルムを撮らせて。そうしたら、この男の子がガンになってしまった。再発再発で最後亡くなるのですが。しかし亡くなる前に、最後に１本作ろうということになりました。題名は『ストライクゾーン』。彼はソフトボールをやっていましたので。しかし実際の内容は、自分のお葬式を撮ったのです。小高い丘に棺が入ってきます。そのと

きのナレーションは、「みんなおれのことを忘れないでくれ」。だから、もちろん全員ではないですが、死を実感した人たちの思いというは、忘れられたくないというのがあるのではないかなと思いました。

先ほど言ったように、全員が、人間、老若男女、人種関係なく、みんなこう思うとは言っていない。しかし、一部に言った人がいるのは本当で、これは全体からすると少ないかもしれない。多いかもしれない。分からない。でもこれを伝えたら、「へー、そういうのがあるんだ」と思っていただいていると思う。今度、患者さんや、そういう方々と接したときに、「いやー、田中という、Medicina Novaということをやっている先生が、そういうこと言うのだけど、どう思います？」というふうに患者さんと話せるときに話してもらいたいのです。そうしたら、「そう思うよ」と言う人もいれば、「いや、いや」と言う人もいれば。そうすると、この話がなかったら多分その話も出なかったけれど、この話があったからその話にいくということがあると思うのです。もう一歩深く患者さんと触れていくことができると思うのです。そういうことをやっていって欲しいと思います。

もう一つは、僕が主治医ではない患者さんから言われたのですが、患者というのは実はいろいろと気を遣って、「先生、看護婦、家族、友人。本音は誰にも言っていない」と言うのです。これは、実際に自分のいとこが医療事務をやっているのですが、医療事務の人に、そう言うようです。看護師さんにこの話をすると、看護師さんは怒ります。「先生、また言っている。確かに、先生には患者さんは本音を言わないけれど、看護師には言うんですよ」と自慢げに言われるのです。しかし、医療事務の僕のいとこに言ったら、「看護師さんには言えないんだよ。みんな会計のときに文句言っていくんだよ」と。「それ、看護師さんに言ったら」と言うのですが、「いやあ、採血痛くされるから嫌だ」というのがあるみたいです。結局言えていないのです。

実はこの言葉はこの方が亡くなる前に教えてもらいました。「ももの木」の交流会を新宿のとある居酒屋でやりました。寒い冬の日だった。そうしたら外泊許可をもらえなかったから外出してきたと。「あれ、いいのか？」と思いながら、来て。だけどマスクをしていなかった。みんなと会えないから

ということで、外出で、話して写真撮ったときに言われた言葉なのです。そして、本当にその少し後に亡くなられたのです。本当にそういう思いというのは言えないのだなと思いました。

そこで、次の言葉。外泊する機会があった。そのときにやはり彼とセックスをしたいけれど、していいのかと。誰にも聞けない。看護師さんに聞いたが、答えられない。こっそりとナースステーションの前で言われて、「いいじゃん。別に」と言ったのですが。こういうふうに患者さんというのは、すごく思いを溜め込んでしまっている。

それでは、なぜ田中先生に話をしてくれたのだろう。実はずっと今これを考えています。なぜかしてくれたのです。なぜなのかというのを、今いろいろと患者さんに聞いているのだけど明確な答えが出てこない。しかしそれを出さなければいけない。そうでないと、「田中先生またそういうことを言って。自分の勘違いで、うんぬんかんぬん」とかなってしまう。要するに、いわゆる名人芸になってはいけなくて、それを誰でもできるような形にしていきたい。

一つ思っているのはこれです。この中で、『サル学の現在』を読まれたことのある方いますか？いないですか？話しやすいので、いない方がいいのですが。立花隆さんが書かれたのですが、サル学という学問があるのです。実は京都の霊長類センターは世界の最先端をいっているのです。

「ボスザル」といいますよね。皆さん、ボスザルというのがいると思っていますが、ボスザルというのは実はいないのです。誰がいるかというと、リーダーザルがいるのです。リーダーザルとボスザル、何が違うのかというと、言葉が違うだけではありません。

ボスザルをイメージすると、一番強い雄ザルがボスになって雌ザルをたくさん囲って、というイメージですが、実はそうではなくて、女性陣が選んでいた。実は雌ザルがリーダーを選んでいたのです。だから、昨日リーダーであったサルが、今日はリーダーではなくなるのです。

なぜ、このようなことが分かったかというと、ここから重要なのですが。京都の霊長類センターの大学院の院生は、屋久島という野ザルのたくさんい

るところに行って、「今日１日あの雌ザルが何回叫ぶか数えましょう」と、ずっと追っていくのです。いろいろな声が混じり合いながら雌ザルが叫んだのを聞いて、ずっと何日も、今日は千何十回とやっていくと、大体その雌ザルが分かってくる。組織別チェックといって、交友関係が分かってくると、このエリアにはずっと同じ雌ザル同士がいるが、雄ザルは別のところからクルクル回っているなというのが分かったのです。そうすると、雌ザルと雄ザル、実は仲のいい夫婦のようなサルも、子づくりは別のパートナーとしてまた戻ってくるというふうに、人間社会と違うなというのが分かった。そうして見ていったときに、ボスザルがいないとなる。

では、なぜボスザルがいると言われたかというと、サルというのはすごく観察しにくかったので餌付けをしていたのです。餌を与えて集まったサルを観察していた。餌付けをする。つまり餌をポーンと渡したら、当たり前ですが一番力の強いサルが最初に取ります。それは、ボスとは関係なく。それを見て、「あ、ボスザルがいる」となった。つまり研究者は仮説の段階でボスザルがいる環境をつくって、ボスザルがいると言ったのです。今の医学、医療、研究はそういうのが多い。つまり、研究者が仮説を立ててそれを実証するので、仮説が間違っていたら実証したときの仮説とは合っているのだけど、実際と合っているかどうかは分からないのです。

患者さんの思いというのは、研究者の最初の仮説のところでそのアイデアがなければ、もちろん出てきた結果は患者さんの思いと懸け離れるのです。例えば、先ほどの忘れられたくない思いであるとか、気を遣っている思いだとかというのは、患者さんから出てきた言葉であればそうなのですが、それを研究者が例えば、「患者さんというのは、先生に確かに気を遣っているけど、看護婦さんとか、実は薬剤師さんに色々なことを話しているだろう」と思って、アンケートで、「本音は誰に話していますか」。１番、先生。２番、看護婦さん。３番、薬剤師さん。４番、お友達と。患者さんからすると５番、誰でもないのだけど、その選択肢がないと思って、「うーん」というのがあるのです。

実際にある研究者が作ったアンケートを採ってみると、患者さんは答えて

くれるのですが、後から僕のところに来て「先生、答えにくかったね」と言うことがあります。答えがない。選択肢が。ＡかＢかＣか、ではなくて、「ＡとＢの中間とＤとＦなんだよね」というようなことが、起こったりするのです。だから、実はそこから変えていかなくてはいけない。ではどうしたらいいかというときに、観察をするというのではなく、仲間になって感じていくことが重要なのです。

これはどういうことかというと、これなのです（資料１参照）。格好のいい名前でいうと、暗黙知の形式知化。そして集合知にしています。どういうことかというと、暗黙知というのは、その人が持っている思いを、仲間になっていくと言わなくても分かってくる共通の暗黙知なのです。例えば、クラブ活動で、クラブが終わってみんなで汗をふきながら着替えて、「行こうぜ」と言ったら、みんなで一緒に近くのラーメン屋に行く。でも、初めての人に「行こうぜ」、「どこですか」、「ラーメン屋だよ、いつもの」。「来週あれだよね」、「何ですか」、「いつもの試合だよ」というのが、暗黙の了解が共通認識になってくる。これが必要なのです。患者会に初めて行った人は、何かよく分からないのだけど、患者会の人は当たり前のように「じゃあ」と言うとみんなでワーッと集まってお茶をしだして、「じゃあ、もう」と言うと終わり。そういうもの。

「それ」というのは、「みんなで一緒にご飯食べに行くことだよ」というのが形式知です。そして、そういうのが集まってくると集合されて、それが今度新しく入ってきたメンバーの暗黙知に入っていく。それが繰りかえされていくとその中の共通認識がどんどん増えてくるというのが実際です。そして、それが集まってきたことが集合知なのです。

暗黙知の形式知化とよく本で書かれています。集合知というのを、一番うまくやって、よく知られているのは、Googleです。インターネットのものすごくたくさんの情報の中で、なぜGoogleがうまくいっているのかというのが集合知と考える。

実は僕も、ものすごくIQの高い優秀な人が言ったことは正しいと思って

しまうのです。しかし、実はうそだということがある。集合知の方が正しいということがあります。学生さんがいまして、学生さんの中にも非常に頭のいい人と、そうではない、偏差値で分けて、IQで分けてもいいのですが。すごく頭いい人が言ったら、みんな「うん、そうだ」というふうになってしまうのですが、でもこういう実験があります。この中にあめ玉を入れた瓶を見せて、この中に何個あるか当ててください。皆さん、何個、何個と言います。実際、正解者は一人もいなかったけれど、実はみんなの平均値が一番近かった、というのがあります。

もう一つあります。ある牛のお肉の、お肉業者が集まる部で、この牛が何キロあるのかというのをみんなで予想します。そうすると、みんなの平均値が一番近かったのです。

もっと言うと、スペースシャトルが打ち上げられてすぐ爆発しました。あの爆発があったときに、株式がどうなったかというと、あれにメインでかかわった4社の株が暴落しました。ところが、3社は戻って、1社だけ暴落し続けたのです。そのときにスペースシャトルの爆発の原因が何だったかというのはすぐ分からなかった。もちろん調査が入って、最後やっと分かったときに、燃料タンクだった。その会社が実はその4社のうちの暴落し続けた1社だったのです。株式市場の人たちというのは、もちろん何が原因かなど誰も知らないし、誰も報道しなかったけれども、みんながそこだと思っていたのです。このようなもの、それが集合知です。

つまり、勘違いしてはいけないのは、一人のものすごく優秀な人が言ったことが正しいということではなく、多くの人の意見が集まったものが、その中に正しい答はないけれども、集まった意見が最も正しいものに近いということが実証されていることが実はあるのです。

ということは、患者さんたちは「私たちの意見なんか」と思って、最初のスタートの暗黙知で終わっているのです。患者会で集まった人も、そこで進んだとしても共通の暗黙知で終わっているのです。なぜなら、お医者さんが言ったことや偉い先生が言ったことは正しいと。しかし、だからこそ、多くの患者会というのは研究会で止まるのです。いけないという意味ではないで

す。何が終わっているかというと、実は名前ではないのです。重要なのは情報の外からのインプットで終わっているのです。しかし、実は重要なのは自分たちの会から、自分たちの仲間から、その言葉を出すことなのです。そのアウトプットがないと、先ほども言ったとおり、サル学のように、研究者の人たちなどが間違った感覚のままで仮説を立てて進めてしまうので、結局患者さんの意見などどこにも出てこないのです。

では、誰が出すのか。例えば患者さんの意見を出している人は誰かというと、一部の人たち。例えば協会や患者会の代表で、どこどこの人と話をしてという、ほんの一握りの人たちだけなのです。しかし、その人の意見よりも、そのバックにいる大勢の患者さんたち。そして、患者会にも出てこられないようなもっと大勢の患者さんたちにこそ、患者さんの重要な意見がある。それはたくさんあり過ぎてしまう。しかし、先ほども言ったとおり、その中から集まった集合知の方が重要なのです。

それでは、実例を出しましょう。暗黙知の形式知化というのは、日本人が言い出してやっているのです。なぜかというと、日本の経済の成長はここにあったのです。ある電機メーカーが、おいしいパン焼き器を作りたいということで、おいしいパン屋さんの秘訣を探ろうとパン屋さんに聞いたけれど分からなかった。名人は、なぜ自分が名人か分からないからです。そこで、どうしたかと。暗黙知を共通化するために、電機メーカーの開発部の人たちがパン屋さんに弟子入りをしたのです。おいしいパンだというパン屋さんに弟子入りをして一緒にパン作ったら、ふと気付いたことがありました。何かというと、パン生地を練るときに、実はそのパン屋のおじさんはねじっていたのです。このねじりがうまさの秘訣だったのです。しかし、パン屋のおじさんは分からなくてねじっていた。そこがやっと形式知化されたのです。そして、今までの色々な技術などを駆使することで、ねじれの技術を実現でき、おいしいパン作り器ができました。これが、暗黙知の形式知化です。このような事が電機メーカーだけではなくて自動車メーカーなど、いろいろなところに出てきます。

では、僕の周りで患者さんの暗黙知を形式知化できた例は。「病気のこと

を忘れる時間がほしい」です。これはまた、僕と患者さんの「ずれ」から始まるのですが。2003年の夏に留学に行く直前にふと思ったのです。『ウルルン滞在記』というのがあって、あれでフランスの病院は、手術の翌日に患者さんにマッサージをするというのをやっていた。「気持ちいい」とやっているのです。これを見て、「これだ」と、「アロマいいな」と思ったのです。ということで、患者さんに聞いたら、確かにお母さんなどにもんでもらったりしている人もいました。アロマテラピー、いいのではないかと。ちょうど自分の知り合いに奥さまエステシャンで、ご主人が整体師の人がいて、話をしたら「やりたい」と言ってくれました。その当時勤めていた駒込病院は都立なので非常に壁が高かったのですが、事務の人に聞きました。そうしたら「うーん、こういうのだったらいいですよ」。どういうのかというと、患者さんが自分で、退院するときにヘルパーさんを１日何千円とかで雇って、荷物を片付けて一緒に車いすを引いてもらって出ていくという形で雇っても別に構いませんよと。そういうのは問題ない。では、エステシャンを１日雇って病院に来てもらって、手をもんでもらってもそれは問題ない。では、そういう形でやりましょうということになりました。ただそこで、エステシャンの方が、他の人もやりますよと宣伝してはいけなくて、その人だけにということならいいですよ。ということで、自分の患者さんに「やりたい？どう？」と聞きました。そして、土曜日に来てもらってやることになりました。

そういう話をしていたら、患者さんで「私たち、アロマをやりたい」と言ってくれた人がいたのです。その人自身がやりたい。なぜかというと、実はアロマをして気持ちがいいというのではない。そのアロマで何か一緒にものづくり。アロマを作りましょう。オイルでもいいし、何でも作ろう。作って一生懸命集中している時間は、病気のことを忘れられているから、だからいいのですよと言われて、「そうなんだ」と思いました。それではやろうとなったのです。

その2003年のときには、はり・きゅう師など色々な人が来ました。私にもやらせてくれ、やらせてくれというので。何か違うなと思って、断っていたのですが。ある患者さんで、アロマの資格を持っている人が、「先生、アロ

マテラピーというよりも、気持ちがいいからやりたいんだよ」ということを言ったのです。なるほどと思った。ではやりましょうということになりました。名前は、アロマで癒やされるのはアロマ効果でなく、忘れる時間だよということで、「ワクワクハーブ」という名前にしました。要するにワクワクしようと。1回目はせっけん作りをしました。30分間で、せっけんを作ろう。ある患者さんは、にこにこ笑顔のせっけんを作りました。でも作った患者さんの方がにこにこ笑顔でいられるわけです。ずっとそのせっけんは使わずに枕元に置いておいて、にこにこしている。「いいじゃん、それ」ということで。こういうことが実際のこと。

「アロマテラピー、いいね、やりましょう」では駄目だったと思います。目的が。このときに思うのは、これをやるときに何百人の人にというふうにまた思ってはいけない。一人でいいからというふうな思いが重要なのです。

3日前に、香川大学の院内患者会が立ち上がりました。その患者会の立ち上げに関わった方に、去年の11月に看護、看護科学学会が神戸であったので、「神戸に今いますよ」とメールをしました。香川県の方なのですが、「明日会いに行きます」と言って、翌日本当に神戸に来られて、一緒にご飯を食べ、話しました。その日から、「患者会立ち上げたい」と活動始めたのです。だから、香川大学がものすごく盛り上がったのです。病院長をバックアップに立てて、看護部長がバックアップでやりますとか、大講堂を借切ってとか言って。その方にはプレッシャーが強くかかっていました。「いや、待て、待て」と。「大講堂なんかでやらなくていいんだ」と言いました。「2人、3人集まればいいし」と僕は言いました。そうしたらその方は急にふーっと力が抜けて、「じゃあ、それでいいや」といってやったら、もう2時間、3時間笑いとおしゃべりで止まらない会ができるようになったといいます。本当に、それでいいのです。何か一つやろうとすると、1回目から大成功というのはあり得ない。少しずつ小さいのから始まって、本当にそれをしたいと思う人がゆっくり集まってくればいい。

実際、駒込病院での第1回のおしゃべり会は、何と僕の地元駒込病院でありながら最初に集まったのは二人でした。しかも僕と世話人の一人。もう一

人の世話人の方は風邪で来られないと言って。集まったときに、スタートの３時に、待ち合わせの場所に僕と二人です。「来ないね」、「来ませんね」。「風邪がはやっているかな」、「しようがないね」、「いつもと変わらないね」、「う、うー」。でも、いいかなと思ったのです。

どうしてかというと、実はおしゃべりをやっていると分かるのですが、20人いても、５人いても二人いても、100人いても、結局みんな２～３人としゃべっているのです。そして、４人になると話題が二つになるのです。結局、４人でいくと、一人がしゃべっていると残りの３人がムズムズしてきて、違う話をいきなり見ていない人とパッとやってしまう。すると、大体２～３人で話すことになるのです。どうしてかというと、みんな聞きたいけどしゃべりたいのです。こうなると、もうここに知的財産は存在しないのです。

知的財産というのは、一人が持っているのを、たくさんの人が知りたいから知的な財産なのですが。患者会はみんながしゃべりたいので、どんどん出てくる。それはもう知的財産ではない。でも、先ほど言った、大事な集合知がある。それをどんどん出していきたい。

実はここに次世代の医療の知…、知力の知が、詰まっているのですが、そこがまだ、実はアカデミックに大学にいる人たちにどうしても気付いてもらえないところです。これを見て多くの看護師さんや医者たちは何を思うかというと、「ああ、アロマ効果？」とか言ってしまう。その瞬間、患者さんはどどどどって引くんです。「ああ、分かってない」。そこで、ひとり「ああ、いい時間を過ごしたなあ」と言って、「ああ、よかったねえ」というのがあると、「あっ」というようになる。少しずつ少しずつ分かっていってくれればいいと思います。

そこで考えたのは、「コミュニティ」についてです（資料２参照）。医療者、研究者には、一応コミュニティというのがあります。学会というのが。そこで論文を出して。ここに一つの価値観があるのです。つまり、研究者は『ネイチャー』、『セル』、『サイエンス』に書いた論文はやはりすごいと言われるのです、誰でも。しかし、患者さんや家族にとっては『ネイチャー』、『セル』、

『サイエンス』に書いたのは関係ない。ふとそのときに、10分、30分、1時間、ゆっくり話してくれることの方が大事だけれど、研究者はその時間を使って、1匹、2匹でもネズミを使った実験をした方が『ネイチャー』、『セル』、『サイエンス』に近づくのです。そちらの方が価値観が高いのです。しようがないです、コミュニティが違うから。

しかし、今はその患者さんや家族のコミュニティというのは見えてきていなくて、それは、共通の価値観が見つかっていないのです。もし価値観が見つかり、患者さんの集まりができ、さらに学会とうまく連携できれば、ここから何かくみ出せるのではないか。

やはり患者さんたちは、研究のプロではない。だから無理なのです。研究から、論文から、こういう結果を出すのは。それはいいのです。役割分担です。でも、研究者が一生懸命、患者さんの思っていることを考えても無理なのです。だから、どんどん聞いて、吸い上げて、そこから出したら、患者さんや家族の方々に新しい価値観を創造することがここからできるのではないかと思っています。その場合『ネイチャー』、『セル』、『サイエンス』の価値観があるかどうか。また別のものだと思います。それは何なのかというのは、本当に今僕には分かりません。分からないのですが、実際現存してあるのは事実です。それを探していきたいと思っています。

コミュニティというのは非常に大事です。このコミュニティがなぜ重要かというところ。患者家族の方のコミュニティをつくって、実は患者会というのは、患者会でいくと先ほど言った仰々しくまた「何をするべきなの」、「目的はどんな感じなの」、「会員は」というようになってしまうのですが、そうではなくて、本当にそこらへんでしゃべった、それだけでコミュニティが始まるのです。例えば今日帰りに、患者さんと帰っているときに、「あれどうだった。どう思います？」、「私は違う思いを考えているんだよ」というものも、そのコミュニティが大事だと思うのです。そこで、コミュニティというのは重要だ、と一部で言われているのをご紹介しようと思います。

マーケティングソリューション、ヒエラルキーソリューション、というのがあります。これは何かというと、何か問題が起こったときに、現代はこの

二つの手法で問題を解決しようとしている。しかし、それでも解決しきれないから、次の解決方法、コミュニティソリューションというのがあります(資料３参照)。

言葉だけでは分からないと思いますので具体例を言いますと、ある公園がありました。「皆さん、きれいに使いましょう」と言ったときにどうなるかというと、そうはいいながら、誰かがごみを捨ててしまう。それ見てみんなが捨ててしまう。そして、汚くなってしまう。では、そこで解決方法としてどう考えるかというときに、マーケティングソリューションというのは、「使う人は500円払って使いましょう」と言うのです。そうすると、お金を払ったからきれいにしましょうとなります。ヒエラルキーソリューションは、要するにそこの地区の、市町村でもいいし、府でもいいし、役所の人から監視人を出して監視させましょうという形です。大体この二つなのですが、それでは解決しない。そこで、もう一つ、コミュニティによってやりましょう。どういうことかというと、そこを使う人たちが話し合いながら決めましょうと。何を決めるのかというと、ロール、ツール、ルール。役割とか、そのときの規則とか。そういうのを決めていきます。この方法の問題点というのは、時間がかかるということです。ワイワイやりながらも、その中で一応、解決に導くリーダーシップを出して、誰かが決めていかなくてはいけないのですが。非常に時間がかかりますが、実はすごくいい解決方法であったりする。

実際に、アメリカの、名前を忘れてしまったのですが、有名なオーケストラではこれをやっています。つまり、そこには指揮者がいないし、何とかマスターという人もいない。いろいろなオーケストラに所属している有名な方が集まって、それぞれであーだこーだと言いながらやって、音合わせをしながらやっていく。ところがそれではやはり、一曲を仕上げるのに倍以上の時間かかるらしいのですが、何十年も続いている非常に有名なオーケストラがあるのです。

例えば、患者さんや患者家族の方々のコミュニティが、集まった中で、何かについて解決していきたいというのを、ゆっくりゆっくり話しながら出していくものというところに価値があるのだと思います。今までの、マーケテ

ィングソリューション、ヒエラルキーソリューションではない、つまり価値観がお金ではないし、権力ではないところに属したものだと思うのです。それが実は、先ほどの集合知ではないですけれども、一人の、数名の優秀な方々が指標として出したものは決してそれが答えではない。どこにあるのか、心。本当に皆さんの個々の心の中にあって、ではそれをどうやって出していくか。出せてないのが今なので。出していいのかどうかさえ皆さん不安ですし、そのようなことを言っても聞いてくれないじゃないかと思っているのが現状なのです。しかし、実際はそうではない。その中にいくと、非常に大事なものが詰まっているということを、今こそ大学や研究所の人たちが気付いて注目をするべきです。ただ、注目をされたからといって、急激に急いで結果を出す必要はないのです。先ほども言ったとおり、コミュニティソリューションは、非常に時間がかかるからこそ、だからこそだと思います。患者会の中でも、その中で声の大きい人の意見が通ってしまったら、それはまたいけないのです。そうではなく、本当に帰りの喫茶店でしゃべった内容こそが重要。それをどういうふうに表に上げていったらいいのかというところが非常に重要です。もしかしたら、サル学のように研究者の人が、患者さんの中にワイワイ入って、何も目的を持たずに入って一緒に遊んでいると、「あれ？　先生たちが言っていることと、患者さんたち言っていること違いますね」ということで、「そうなんだよ、理解してもらえないんだよ」というところから始まるのではないかというふうに思います。

実際、僕自身も医療者の人たちが医局やいろいろなところで話している内容と、患者さんたちが言うことが本当に違うなと思います。よく医者と患者さんに「ずれ」がありますが、患者さんに「誰に話しやすいの」と聞くと、実は薬剤師さんだったりする。「ちょっと足が腫れているけど、先生に言ったらたいしたことはないと言われちゃった。ああ、看護師さんバタバタしている。でも薬剤師さんは薬のことよく分かっているんじゃないかなという思いが出てきたりするんですよ」というのもあったりする。それも聞いてみたいと思っています。

院内患者会の中で、どんどんそういう思いを集めていって、データにもあ

ったように院内患者会・院内教育会のようなところがあれば多少出しておいて、集合知というのをつくっていければと思います。

実際に進んでいるのが、先日アンケート調査をしたのですが、TOTOが面白いことやっています。今、汚いトイレは3カ所あるという話です。学校、病院、刑務所です。順番としてまず学校のトイレに取り組んだそうです。僕は先ほど言ったように1970年生まれなので、ちょうどベビーブームのときでした。僕らのときにたくさん学校ができました。要するに約20年前、30年前にワーッとできて、以後、生徒数は減ったので学校はつくられなかったのですが、そろそろ20年、30年経ったから校舎が老朽化してきて建て直しが始まったようです。学校でウンチができないという話がありました。では、せっかくだからというので、癒やしのトイレを実現するプロジェクトが動き出したそうです。TOTOさんのような便器の会社さんとか、壁とか、床とか、色々な4社が集まっているらしいです。

学校がある程度流れに乗ったので、次は病院だということで、病院と一緒にやったそうです。そこで、身体障害者の方々が使いやすいトイレは、要するに身体障害者の人のみではなく、一般の人たちもきっと使いやすいだろうということで、ユニバーサルデザインという考え方をしたらしいのです。そして、つくった。ところがそれを言ったとき、ある看護師さんが言ったのは、身体障害者の方が、車いすの方々が使いやすいトイレというのは、介護の人が介護をしにくいと言うのです。「あの棒が邪魔だ」など。「へぇ、そんな意見あるんだ」と思いました。次に看護師さんの意見は、転倒が危険だというものです。倒れそうな患者さんにとって使いやすいトイレをつくれば、それは普通の人も使いやすいだろうし、これから在宅医療が進む中で、そのトイレを普通の家庭のトイレにすれば非常にいいのではないかという考えで、転倒しやすい、あるいはしそうな患者さんに対してどういうトイレがいいですかというアンケートを看護師さんたち四十何人かに採りました。ところがそのときに、看護師さんは、「転倒しやすい人はベッドの横にあるポータブルトイレにするんですよ。だから使わないので、よく分からない」。それでは、患者さんたちに聞きたいということで、TOTOさんが話をして、アンケート

を採ってみようということでアンケートを採りました。それで今、集計を採っているところです。トイレは3年ぐらい掛けてつくろうと、癒やしの研究会の方が言ってくれたので。今回のアンケートは、まだこれから集まってきますが、今一応20ぐらい集まっています。今後ゆっくりまたそういうのをつくっていきましょうということ、これも一つのやり方だと思います。

もう一つは、ある患者さんのご遺族の方が話をしてくれたときに面白いことを言われました。東京のあるT病院は、体重計が小さかった。転院した先のT病院。両方Tなのですが。T病院は大きかったと。どちらがいいかというと、小さい方がいいと。なぜならば、個室だったので、ベッドの下に収まるのです。大きいのは収まらないから、小さくしてくれと言いたかったけれど、転院した後のT病院にはなかなか言えなかったらしい。そういう話をしていて、「そういうのが重要なんだ」と言ったときに、「それはそうだよ」と言われてしまいました。

東京にはたくさん病院があって、自分のご主人がどこに入院しようかと思ったとき、どう調べたかというと、病院のホームページから色々と調べたと。要するに、その病院のアクセスとか、クレジットカードが使える、使えないとか。そういうのが重要だと。クレジットカードでマイルがたまるのですね、いっぱい。

実はそういう病院の比較はないという話をしていました。『地球の歩き方』のようなものはない。「病院の歩き方」のような。本当に単純に、感情ではなくて、この病院にトイレは何個とか、クレジットカードが使えるか、電光掲示板だから待ち時間が分かるとか。コンビニエンスストアが幾つ入っているだとか。駅の近くに何があるか。では、それをやりましょうということで、「みんなはどう思いますか？」と、僕の先ほどの無料のメール相談をしてくれた方々にバーっと送ったら、二十数名からワーッと返ってきました。こうです、こうですと、250〜260項目ありました。「あっ、ここが患者さんたちの気になる点なんだなあ」と思いました。それを項目別にして、今度比較アンケートというのをもう一回再提出してやりました。それを今、小嶋さんがまとめてくれています。それを学会などで、こんなふうにやっていますよと

いうのをしっかり発表して、出していこうと思っています。それもやはり一つのやり方だと思います。

それはもともと、僕が患者さんのご遺族の方としゃべっていて、その中で、やらせてくれと言った中で、出てきた考えだと思います。そういうことをどんどん出していくことで注目をしてもらえば、大学にいる人、研究所にいる人たちが、もっと患者さんたちのおしゃべりの中に秘められた思いを感じることで、またアイデアを出していただくことで、どんどん形式知にしてくれるのではないかと思います。

時間がもうあと15分となってしまいました。この資料はお渡ししますので、見ていただくと分かってくると思います。実は今のイントロの部分が一番重要で、「そうだね、先生、じゃあ、私も、おれも、こういうところだったら手伝えるしやってみたいよ」という人を僕は集めたくて話をしています。

コミュニケーションモデルにも色々とあります。それにメディアも重要だから、メディアのことも考えましょうということでやっていく。その実際は、メディアとメディカルで色々と違うということがあります。そういうのも考える。コミュニティを考えるこのモデルでは、患者・家族・医療者というところが集まったコミュニティに、それぞれが抱えるコミュニティ。患者さんの中には職場であったり、友達関係であったり、また医療者にも色々な研究者がいて、色々なコミュニティがかかわっています。あと、メディアというのはものすごく影響している。こういうのを全部考えた上で、医療というのを考えていきましょうと思うわけです。例を出すと分かりやすいのですが、少し飛ばします。

今、育成というのを、小嶋さんなども参加していただきながらやっています。これが重要です。実際僕もやってきた。それは何かというのを色々と分けて、患者さんに対して何をやったか、通院患者さんに何をやったか、ガン患者さんに対して、大学生、小中学生に何をやったかというのをそれぞれこの中で説明していく。先ほどいったトイレに患者さんたちが望む情報というのは、もちろんこの情報サービスの一般情報も大切ですが、その中でもっと

自分に個別な、住む場所が一緒であったり、年齢が一緒であったり、思いが一緒であったり、いろいろな「同じ」を見つけたいというのがあります。30代の白血病の女性で、子どもがいる人は教育のことを話したいけれど、いない人は不妊のことを話したい。当たり前なのです。ある人は二世帯住宅に住んでいて嫁舅問題を話したいとか、働いている男性は仕事の話をしたいとか、色々あるのです。そのような個別な情報が必要。また、究極には5年後の自分と話をしたいとか。でもそれは無理だから、今かかっている先生に治療を受けた患者さんと話したらどうだったかとか、入院中はどうだった、何を用意したらいいのかというような情報が必要。なので、やはり患者会は院内でやってみようと思いました。

実際、患者会をやってみると、多くの人が集まっていても2，3人でしゃべっているのが実情で、それでいいのです。だから多く集まろうが、少なく集まろうが。院内患者会はこういうホームページ（http://www.medicina-nova.com 参照）を作りながらやっています。2～3人でしゃべるのがいいと思います。これでもう2時間でも3時間でもパーッとしゃべる。

「いのちの授業」というのは、まだ都内でぐらいしかできてない（資料4参照）。患者さんと一緒に小学生のところに行って話すのです。やはり、死というのを体験しないと。死を伝えることで生をより感じて欲しい。アンケート調査などもやっています。それぞれがどう意識が変わったかとかいうのを感じながらやっています。井上さんという患者さんが今中心となってやってくれていて、道徳の授業として学校の先生と何回も話をしながら頑張ってやってもらっています。色々とやっています。

今度はドクター側。ドクター側にメールマガジンを作ったり、メディアの方に問いかけてみる。あとは、例えば若手医師向けの勉強会で講演をしたりしています。いろいろな方と、異分野の知識のずれみたいなものを話したりしています。あとは、看護師さんによるものもあります。医学的には全米のネットワークをつくってみたり、というふうにやっています。

医工連携。医学部と工学部の連携をどうやるかというのは、一つアイデア

があります。チャンス発見ということを工学部の大澤先生という人がやっています。

どのようなことをやっているかというと、言葉というのはすごく意味があって、話した内容の単語と単語の近くに出てきたものとか、たくさん出てきたものというのは重要なのです。近くにあるものは関係性が強く、たくさん出てきたものを黒丸とします。そして関係性の強いものを黒線でつなぎます。今出ているデータというのは、たくさん出てきているものを重要視しています。しかし、実は出てくる回数は少ないけれど、重要なものというものを発見しようというのがこちらの研究なのです。

簡単な例で言うと、ある店で売れている商品、売れてない商品を選んで、売れてない商品は、やはり棚に置かずに売れている商品だけ置こうと考えた。これは、普通の考えです。買い物かごの中を調べた。買い物かごを調べると、その店は例えばビールがたくさん売れているし、スナックもたくさん売れている。ビールとスナックの両方が売れていると思った。ところが、商品にタグを付けるとお客さんが何を取ったか分かります。それを見てみると、実はビールを買った人は高級チーズを見ていた。「高いなあ」と下ろして、次何を買うかというと、スナック菓子を買っている。つまりその高級チーズを見たが故にスナックにいくのです。それがないとビールを買って終わりなのです。ということは、買い物かごを見ると高級チーズはたまにしか買われてない。だから、それによって高級チーズは高いし売れないしで、もう棚には置かれない。そこでチャンス発見で見ると、実はチーズ。その高級チーズはこれでいうと赤丸なのです。お酒類のグループと、スナック類のグループをつなげているチャンス。それでチャンス発見なのです。

患者さんと患者さんのご家族との１時間のインタビューでいろいろと話した中で、グループを分けました。骨髄移植した方のご家族ですから、移植前のこと、移植過程のこと、現在。その方は実は看護師なので、現在の医療とのかかわり。それぞれをつないでいる言葉で特に注目したいのが、感情と現在の医療のかかわりは、実は結婚。つまりその方の私生活が重要だということが分かったのです。ということから、これはあくまでも仮説ですが。実は、

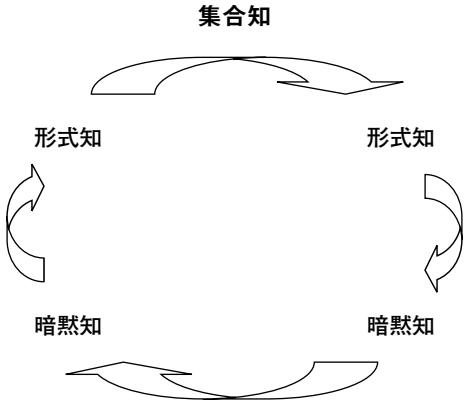
この１時間のインタビューの中で、結婚という言葉は１回しか出てこないのです。

そういう、やり方。これが医工連携の一つです。だから患者さんとの中でべらべらしゃべっているけれど、何となく感じている。その「何となく」には、実は、こういうやり方で、しゃべっている人自身は気付かなかったチャンスというものを発見できるやり方も、今は出てきているというところなのです。

最後に、今後のコラボレーションとしてMedicina Novaは、これまで僕は白血病の患者さんやガン患者さん､長期入院の患者さんが多かったのですが、ここに一人、畑中さんという方が合流してくださって、一緒に糖尿病の患者さんの分野でも広げていこうと話しています｡彼女は糖尿病の患者さんです。やはり闘病生活の長い人たちというのが、非常に問題となっているということで、インターネットを使いながら、今後やっていこうということを考えております。

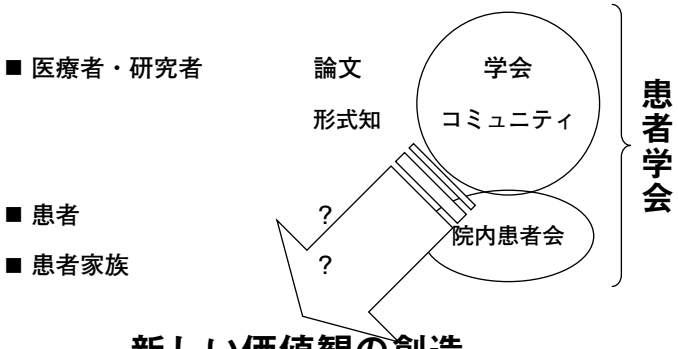
〈資料１〉

暗黙知の形式知化、そして集合知



〈資料２〉

Medicina Nova－暗黙知の形式知－



新しい価値観の創造

〈資料３〉

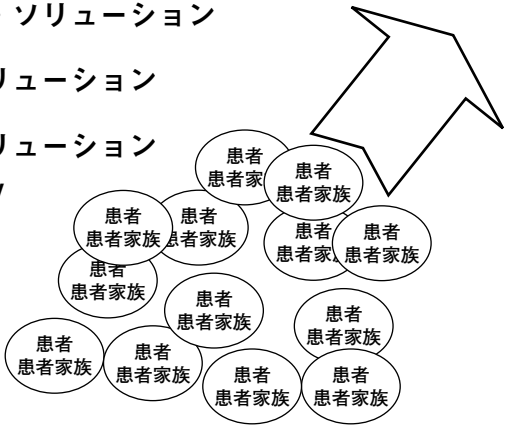
患者、家族のCommunity

ーマーケッティング・ソリューション

ーヒエラルキー・ソリューション

ーコミュニティ・ソリューション

Community
Role
Rule
Tool



〈資料４〉

「いのちの授業」-小・中学校での講演会活動-

2002年	東京都大塚看護専門学校、入間東小学校
2003年	笹井小学校、冨里南中学校、入間川小学校、 廣瀬小学校、盲学校、富士見小学校
2004年	大袋小学校、第六日暮里小学校、吾妻小学校、 第三日暮里小学校、第六瑞光小学校、 瑞光小学校、荒川区立第一中学校、笹井所学校
2005年	第六瑞光小学学校、宮ノ前保険塾、瑞光小学校、 落合第五小学校、林町小学校
2006年	落合第五小学校、根津小学校、落合第五小学校、 第六瑞光小学校、宮ノ前保健塾、 落合第五小学校、緑小学校、久米川東小学校、 瑞光小学校、今市高校

32校で「いのちの授業」を展開

学校コミュニティを構成する

生徒、父兄、教員に対しての啓蒙活動