

●会議代表講演

## CRCの育成とストレスマネジメント

—「素人」のように考え、「玄人」として行動する！—

大分大学医学部創薬育薬医療コミュニケーション/国際医療福祉大学大学院 中野重行

### はじめに

今回は「CRCと臨床試験のあり方を考える会議」の第10回記念大会です。メインタイトルとして「創薬育薬医療チームの育成とプロフェッショナルとしての役割」を掲げました。本会議の準備を進めている間に、私自身の考えも述べないといけなような気分になってきました。そこで、私なりに平素考えていることをお話ししてみようと思っています。気楽にお聞きいただければと思います。

私は今まで、イメージを大事にして生きてきました。いろいろなことを次の世代の方にお伝えする場合にも、イメージを伝えることのほうが言葉を伝えることよりも重要だと思っています。

2～3年前にある雑誌で、「卵は立つ」というエッセイを読んだことがあります。ゆで卵であろうが、生卵であろうが、卵は立つというわけです。私は実は、ゆで卵は立ちやすいが生卵は立ち難い、というイメージを持っていたのですが、家で試してみたら、5分ぐらいで両方とも並んで見事に立ちました。出産のため大分に帰ってきていた娘が、それを見て「私もやってみる」と言って、2分で立てました。つまり、私どもはイメージをしっかり持っている、その後の行動が大きく変わってくるものなのです。

その少し後で、ある大学でこの話をしました。そのとき出席していた医学生の一人在、その日の夜、私にメールを送ってきました。「先生、立ちました！感動して『スタンディングエッグ』というブログを始めました」というメールでした。イメージがしっかりとできると、「そんなばかな」というようなことにもでも一所懸命になって、感動さえ生んでいるという現実を目の当たりにしました。

ミケランジェロのダビデ像をはじめてフィレンツェで観たとき、すごく感動しました。思っていたよりもはるかに大きく、普通の人間の背の高さの倍ぐらいはあります。しかも大理石から彫り出したものです。ミケランジェロが20代の終わりごろに一人で彫ったことになっていますが、彼の出世作です。感動したのは、手背の静脈などもきれいに彫り出しているからです。腹直筋のあたりも解剖学的にみても忠実に彫りだしています。ミケランジェロはなぜ、自分の身長の高さの倍ぐらいの大きなダビデ像を大理石から彫り出すことができたのでしょうか。それは彼の中に理想的な男性美のイメージがしっかりとあったからだだと思います。彼の頭のなかにあった。この点が重要だと思っています。

本日は、私のお伝えしたいメッセージを、イメージとして皆様にお伝えできればと思っています。人生でもイメージを持つことが、決定的に重要だと思っています。本物を見る、優れた先輩の後ろ姿を見ることによって、イメージを自分の中につくって、最初はそれを真似るところから始まり、次いで自分の個性を生かして、自分なりのものをつくっていくことが重要なのです。

イメージが共有されて初めて「協働」が成り立ちます。チーム医療には、協働が成り立つ必要がありますが、その前にイメージが共有されている必要があるのです。

私は40年余り臨床医、研究者あるいは教育者として生きてきました。そうすると、私どもの住んでいる医療が自分にはどんなふうに見えるか、という一つの物語が生まれてきます。長年医療の中にいると、医療は私にはこんなふうに見えます、という物

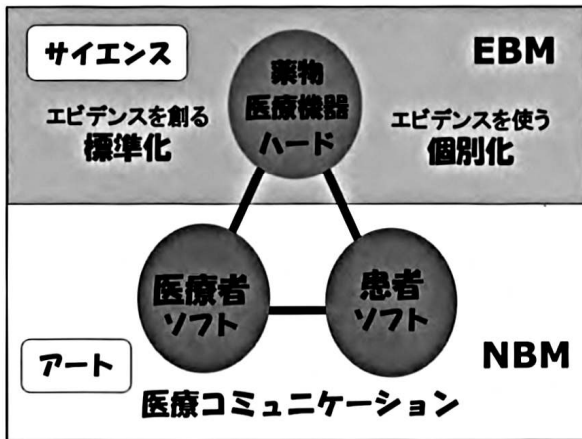


図1 医療の基本構造

語が語れないといけないのだろうと思います。自分の物語が語れるということは、1枚の絵に描くことができるのではないかと、絵にしたのがこの図です(図1)。

私は、いろいろな事象を、三つにまとめて整理するのが好きです。医療はまず病気を患っている患者がいて、その患者の苦悩を何とかして和らげてあげたいという人間の自然な気持ちから生まれたものだろうと思います。基本構造は、ソフトな人間同士の関係性から成り立っています。そこで患者の苦悩を和らげる際に、薬物や医療機器というハードなものをうまく使いこなしていく、それが「医療」の姿だと思っています。

この図1の下のほうは「医療コミュニケーション」、上のほうは「標準化」と「個別化」というキーワードで整理することができます。あるとき中央に線を引いてみると、上のほうは「サイエンス」が得意としている領域になることに気づきました。サイエンスは見えるものを扱うのが得意です。見えないものも、数量化して見えるようにして取り扱います。

「サイエンス」という網ですくい上げたときに、その下にこぼれ落ちるエキスのようなもの、それをここでは「アート」としてまとめておきます。長年サイエンスの世界で仕事をしてきて、いくらサイエンスにしようとしても、こぼれ落ちていくもの、サイエンスにならないもののなかに、とても重要なものがあるように思います。上のほうは頭で考えて理解すればいいのですが、下のほうは考えてもだめなので、感じればよいのだということです。つまり、「考える」と「感じる」で整理できることがわかっ

たのです。その後、「考える」と「感じる」という二つを両立させると、よい医療になると思うようになりました。

図1の上のほうには「EBM: Evidence-based Medicine」というキーワードがありますが、下のほうには「NBM: Narrative-based Medicine」といういい言葉があります。この図のようなイメージで、私は自分の医療観を語っています。この会のテーマは、臨床試験ですので、この図の上のほうにある「標準化」のプロセスなのですが、人間の営みですから、実践するにあたってはサイエンスとアートの両方が当然必要になってきます。

さて、本日は次の4つのポイントについてお話ししたいと思います。

### 1. 心身医学を専攻する者が、なぜ臨床試験(研究)に深く関与するようになったのか

私は内科医として医師の道を歩み始め、心身医学を専攻した人間です。現在も心身症の診療を続けています。心身医学の臨床では、一般にパーソナルなことを扱います。個人の心あるいは秘密までも扱うことがあります。そのことを発表することはありません。それは二人の人間の間でのお話なのです。

そういう人間がなぜ個人ではなく、集団を対象にした臨床試験に興味を持つようになったのか。さらには深く関与するようになったのか。この点については、部分的にしか語れないのですが、少し語らないと本日の最後のところにつながっていかないので、今まであまり語ったことのない心の部分を少しだけ語らせていただきたいと思います。

あまりにも個人的なことになりますが、この世の中での自分の存在意義を知ったうえで、自分の本心に従うことはとても重要だと思います。いろいろあるなかでこれが私の原点かと思えるものが、高校2年のときのある体験です。詳細に語っている時間はありませんが、この世で私が生きる意味はここにあるのだと感じた体験です。

これは後で知ることになるのですが、ヴィクトール・フランクルというロゴセラピーの創始者の医師が書いた『夜と霧』という有名な本があります。ナチスの強制収容所での体験を本にしたものです。彼

のすごいのは、強制収容所でみんながガス室に送られていく、あるいは感染症で死んでいく、それを見つめていて、自分がもしこの強制収容所から解放されることがあったならば、これを後世に語ることが自分の生きる意味だと考え続けていたことです。つまり、生きがいを見いだしている人間は、どんな苦しみにも耐えられるということを、彼は身をもって実証したわけです。

私はフランクのような「生きるか死ぬか」といった体験はしていませんが、高校2年生のときに自分の生きる意味を考えて、ほとんど眠れずに苦しんだ時期がありました。世の中の見え方がカラーではなく、白黒、グレーな感じで、いつも近くで語っていた身近な人がものすごく遠くに感じられるという体験でした。幸いにして一週間でこの状態から抜け出されたのですが、一週間目に、ふっと頭に浮かんだのは、「このような苦しみは私だけではなく、他にもいろいろな人が今後体験するのではないだろうか」ということでした。なぜそういう気持ちが起こったのかはわかりませんが、将来悩むと思われる後輩の人達の役に立つような人間になりたいという、そのとき心に生まれた気持ちが、その後の私の人生の原点になりました。

その後、医学部に入学し18～19歳の頃ですが、シュヴァイツァーに出会いました。シュヴァイツァーの思想(生への畏敬)と生き方に感動して、著作集を読みふけりました。彼は、神学者であり、哲学者であり、オルガン奏者です。その後、医師になった人です。あるとき、アフリカのランバレネで医師にして宣教師を求めているという記事を、仕事の合間にふと目にしました。神学の先生でもあり、オルガン奏者としてもヨーロッパですでに名が出ているのですが、それらの一切を捨ててアフリカに行くことを決心したのです。その決断をしたときの記載は、すごく淡々としています。その淡々さに感動したのです。なぜそんな風に決断ができたのだろうか。たぶん真剣に思い続けていたからこそ、あるとき「これだ!」と自分の生きる道が自然にわかったのだらうと思いました。その後、彼は大学教授という職を捨てて、一医学生になり医学の道に入り、アフリカに出かけていきました。

シュヴァイツァーの生き方の何が私の参考になっ

たかという、人生で重要なことを決断するときの決め方です。彼の自叙伝を読んでみると、ここまで深く考えたうえで決めるものなのかと思いました。彼の言葉によると、

「理想主義は冷静であるべきだと信じている私は、前人未踏の仕事はかならず冒険であり、それが意義と成功の見込みとを勝ち得るのは特殊な事情のある場合に限る、ということを知っていた。自分の場合はどうかといえば、この冒険は正当であると、わたしはみなした。私は長い年月、あらゆる面から熟慮して、健康、平静な神経、精力、現実的感覚、堅忍不拔さ、分別、無欲、そのほかこの理想の遂行のために必要なものをすべて持っているとの自信があった。また、その上、計画が万一、失敗した際にも、それに耐えるのに不可欠な性情をもそなえている、という自信があったからである」(わが生活と思想より)。

そこまで考えたうえで、彼はアフリカ行きを決断しています。それを実に淡々と記述しています。すごいと思いました。私も、何度か自分の人生の曲がり角でこの本を読み返し、自分の心に聴いてみるということがありました。そういう意味で私の原点に位置する愛読書になっています。

また、医学部の学生時代にさかのぼりますが、全国医学生ゼミナールを私の在籍していた大学で担当することになりました。そこで、医学研究方法論分科会の責任者を努めました。これが務まるのは、お前しかいないと仲間達に圧力をかけられてやむなく始めたのが実情なのですが、医学関係の本をいろいろと読み、「ウィルヒョーの細胞病理学からの脱出」というテーマを掲げることにしました。そのとき「自然治癒力」という言葉を知りました。この言葉はヒポクラテスの頃からあることも知りました。ヒポクラテス学派は「自然治癒力」という言葉を使っています。ウィルヒョーの細胞病理学、つまり、形態学では拾えないものを取り上げてみようというテーマです。たとえば行動科学、心身医学(心身医学という言葉はまだ当時はなかったのですが)、東洋医学、精神分析学、あるいは全人的医療といったキーワードを全国の医学部・医科大学に宿題として発信し、応答してもらえた全国の医学生の方に発表してもらい、ディスカッションするという会でした。

表1 理性と感性

理性	自然を理解しコントロールしようとする！ 革新的，西洋医学，病気と闘う！
感性	個体としての自己を守ろうとする！ 保守的，東洋医学，病気と共に生きる！
<b>理性と感性のバランスが大切</b>	

自然をコントロール **理性** 考える！教える！



図2 座標軸思考法で考える理性と感性

私の大学でも、1年生から5年生まで50人ぐらいの人がこれに興味を持って参加してくれ、学生ゼミみたいなものが1年間以上の期間にわたってできあがっていました。これも私の医療における人生の原点の近くにあって、その延長線上にその後の自分の仕事が進んできました。

人間には理性と感性がありますが、数年前から理性と感性で整理すると、いろいろなことが整理しやすいと思うようになりました(表1)。感性のほうは個体としての自己を守ろうとします。保守的な働きということもできます。病気とともに生きる、東洋医学的な感じですが。一方、理性のほうは、自然を理解しコントロールしようとしてします。人間が他の動物と区別される部分はまさにここにあり、大脳皮質の働きです。私どもの西洋医学や臨床試験も理性から生まれています。病気と闘うという姿勢が強くなります。しかし、理性と感性のバランスが、とても重要なのだと思います。

医療は、先程お話ししたように個人的な動機から生まれたものです。したがってパーソナルなことを重視しています。しかし、自分が行っている医療が本当に役立っているのかどうかということになると、ユニバーサルにもの考える必要が生まれてき

表2 医療は「個人的な動機」から誕生した！

**医療は「個人的な動機」から誕生した！**  
 パーソナル から ユニバーサル へ！  
 パトス から ロゴス へ！  
 これらのバランスのよい 共存・協働 へ！

ます(表2)。これがまさに理性の働きなのだと思います。

患者だけでなく、私ども医療に従事する者にも、同じようにパーソナルなものユニバーサルなものが両方存在しています。たとえば、ナイチンゲールは看護師、近代看護教育の生みの親として名声を得ました。負傷兵に奉仕したクリミア戦争の2年間で、彼女は衛生管理が問題ではないか、環境が問題ではないかということに気づいたのです。その視野の広さはユニバーサルなものです。そこで、データを集め、結果が認められて、ナイチンゲールとしての名声を得たわけですが。感性だけでなく、理性の働きも、ともに重要だということがわかります。

縦軸に理性(考える)を、横軸に感性(感じる、気づく)をおいて、座標軸思考法で考えるとさらにわかりやすくなるように思います(図2)。「教える」ことができるものは、壇上に立って語ることによって、知識を「伝授する」ことができます。しかし、それ以上のことは、盗み取るようにして感じ取って身につけていくものです。これをこの図2では「伝える」という言葉で表しています。

さて、皆さんが支援されている臨床試験についてですが、治療は一人の患者に最良の治療をしようとする場(one of oneのアプローチ)です(図3)。そのためには信頼できるエビデンスが必要になります。信頼できるエビデンスは、臨床試験により得られます。臨床試験は科学ですので、普遍性、論理性、客観性という科学の大事にしている考えと方法によってエビデンスができます(one of themのアプローチ)。治療では、このエビデンスを上手く使って治療を成功させようというわけです。

ここで「患者との距離」という視点でいろいろと考えてみたいと思います(図4)。「患者との距離」という考えを持つと、いろいろな場面でディスカッ



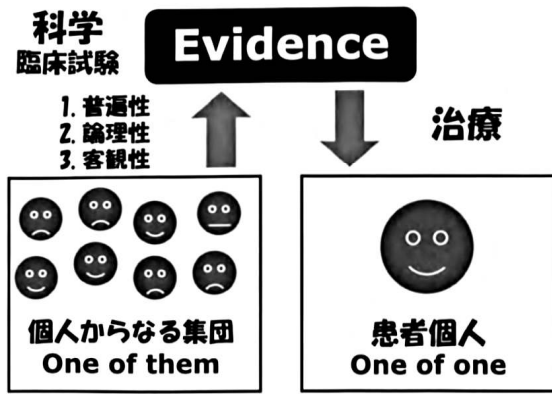


図3 One of oneと one of themのアプローチ

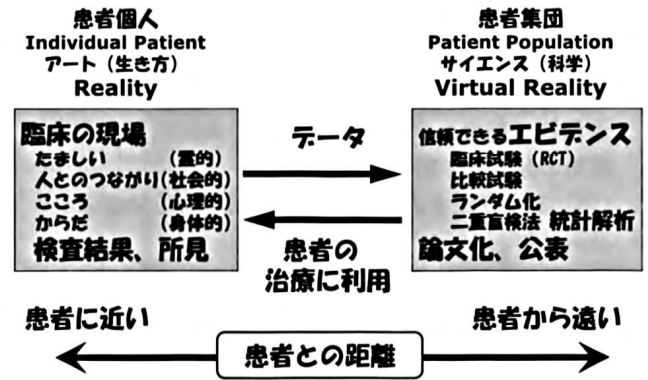


図4 患者との距離という考え方

ションがなされていることの中身が見やすくなってきます。左のほうに患者個人を描きました。患者個人は身体的な存在であると同時に、心も動いている心理的な存在でもあります。心身医学はまさにここを扱っているのですが、人とのつながり、つまり社会的なものもあります。それだけではなくて、霊的なものや宗教的なものまで、とらえどころがない、エビデンスにしにくい、数量化しにくい実態の中で生きています。私も医療者も例外ではなく、人間ですから同じような構造のなかで生きています。

信頼できるエビデンスは、検査結果や所見などの客観的なデータをもとにしてできあがります。エビデンスをつくるプロセスでは、無作為化（ランダム化）があり、二重盲検法を使った比較試験があり、結果を統計解析して、論文化して公表します。このようなプロセスを右のほうに描きましたが、サイエンスはまさに右のほうに寄った理性の働きなのです。この図4で、左に行くほど「患者からの距離が近く」なり、右に行くほど「患者からの距離が遠く」なります。科学的な手続きである「無作為化（ランダム化）」「二重盲検法」「比較対照群に使用するプラセボ」などの用語を、わかりやすく実際の臨床の現場で患者に説明するのが難しいのは当たり前であって、患者は臨床試験を目的に受診しているわけではなく、広告で募集した被験者はさておき、自分の苦悩を楽にしてほしくて病院に来ているのですから、臨床試験ではそれ以上のことを依頼されるというお話になってきます。共感を得るような説明がなかなか難しいのは、臨床試験の方法が理性の作りだした人工的な産物だからです。

ここで「患者との距離」、つまり、患者に近いか

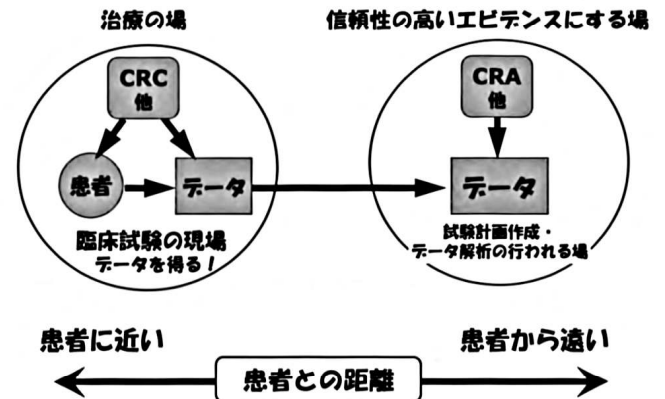


図5 患者との距離という視点から

患者から遠いか、さらには「どちら側から見るか」という問題があります。両方から見えるというのが、この領域で働くときにはとても役立つと思います。医療の現場にいる人間から見ると、左のほうにリアリティがあります。データになってエビデンスとして動いていくのはバーチャルリアリティであって、これは役立つけれども、あくまでもバーチャルリアリティであるという感じがします。ただ右のほうで働いている人にとっては、データそのものがリアリティです。そこに患者と医療者の間、創薬育薬医療チームのメンバー間でギャップが生まれることになります。

次に、治療の場を左のほうに持ってきて、信頼性の高いエビデンスにする場を右のほうに持ってきた図を描いてみます（図5）。CRCを例にとると、患者に接していて、そこからデータを得ています。医師もそうです。CRCの立場は、患者とデータの両方を、つまり患者からデータが出てくるプロセスを見ているわけです。左のほうからデータが動いて

表3 治療効果を評価するための客観的指標と患者側の思いのギャップ

- 相対危険 (Relative risk : RR)  
治療群で起きた病気の発症率を、非治療群で起きた病気の発症率で割った指標  
(例) 高血圧患者の降圧薬治療 : 脳卒中の発症率  
非治療群 10%  
治療群 6% RR : 6% ÷ 10% = 0.6  
**つまり、治療の効果で発症率が0.6倍下がった!**  
相対危険減少 : 1 - 0.6 = 0.4 (40%減少した!)
- 治療必要数 (Number needed to treat : NNT)  
NNT : 25 **25人治療すると脳卒中が一人減る!**

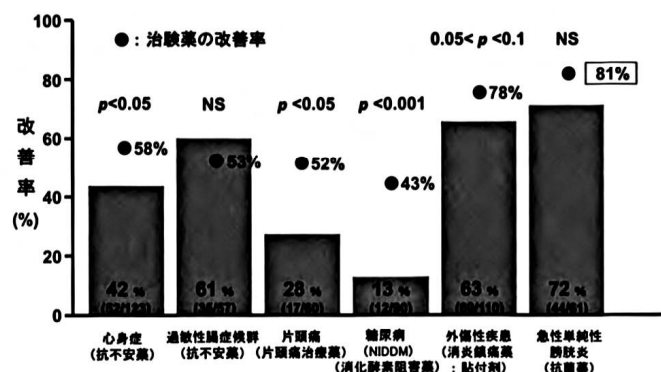


図6 二重盲検比較試験 (治験) におけるプラセボ投与群の改善率

いって、右のほうではデータだけを見るという構造になっています。そこで治療効果を評価するための客観的指標と患者側の思いの間には、大きなギャップが生ずるのだと思います。

たとえば、高血圧の患者を降圧薬で治療すると、非治療群で10%だった脳卒中の発症率が6%になる。相対危険は0.6、つまり治療効果で発症率が0.6倍下がった、相対危険は40%減少したという表現が成り立ちます (表3)。しかし、もともと10%ぐらいしか脳卒中にならないという表現もできるわけです。もう一つは治療必要数です。同じデータで治療必要数 (NNT) を計算すると25となって、25人治療して初めて脳卒中が1人減ります。同じ中身だけでも、説明の仕方によって、個々の患者の受け取り方は変わってくるという感じになります。EBMのごく一部について語っているわけですが、エビデンスとはこのようなものです。

エビデンスは客観性を重んずるが、患者を含む人間は主観的に生きています。患者の価値観には多様性が大きく、薬物に対する反応も個人差が大きいものです。100%患者に効く薬があれば、あるいは100%安全な薬があれば、話は簡単ですが、現実はそのようではありません。私どもは信頼できるエビデンスをつくりながら、それを各患者の人生にとって有効に利用するということを目指しているのです。

私が臨床薬効評価の領域に入るようになったきっかけは、プラセボ反応 (効果) への興味でした。当時、心身医学の大学院生でしたが、心身症の治療は心理療法がメインになりますので、心理療法を何年か学んでいると、自分がしている治療が本当に効い

ているのかどうか、それをどうやって評価したらいいのか、評価できないと進歩がないような気がしました。当時わが国で薬効評価の重要性が徐々に叫ばれるようになり、プラセボの話も出るようになっておりました。プラセボ反応 (効果) は心理療法の効果そのものではないか、と感じました。実際の治療の現場では、少なくとも薬物も併用しているわけですから、せめて薬物の効果を評価できるようになりたいと思って、この臨床薬理学の領域に入りました。

図6は、私がコントローラーとして参加した治験から取り出したプラセボ投与群の改善率ですが、この図のように、いろいろな疾患でプラセボ投与群の改善率がけっこう高いことがわかります。ではなぜなのでしょう。図7は抗不安薬の例ですが、プラセボで42%改善して、実薬は16%上乗せしているだけです。ここで別の解析をしてみると、医師・患者間の信頼関係が良いか悪いかで、こんなに違うということもわかりました (図8)。

プラセボに関してはBecherの有名な仕事は1955年の発表です。その後、プラセボに反応する人と反応しない人がいるのではないかという話になり、プラセボ反応者の性格特性が研究されました。しかし、それだけではないという話になり、今では、医療者側の態度と患者との相互作用によって変わってくる、つまり相互作用が大きいということがわかっています。

治療での改善率というのは、下のほうにP+N (プラセボとノンドラッグ時の自然治癒力など) のベースがあります (図9)。私どもはこの薬は78%効くといったときに、薬で78%効いたような言い方を

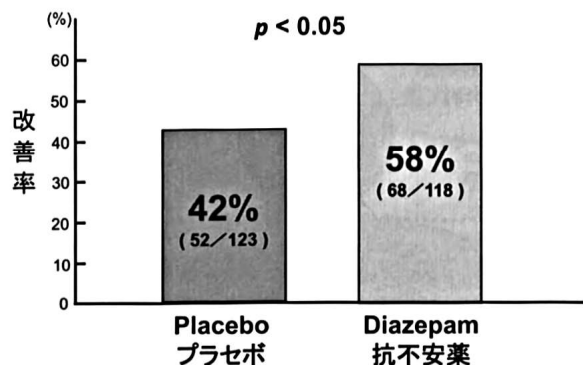


図7 心身症におけるプラセボ投与群の改善率と薬効

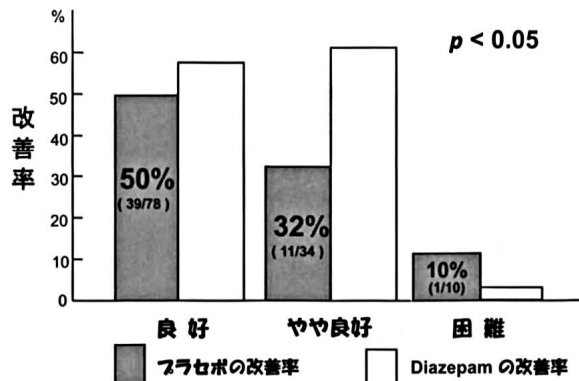


図8 心身症におけるプラセボ投与群の改善率—医師患者信頼関係—

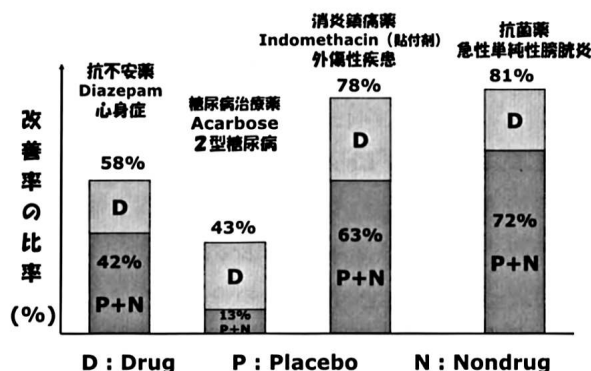


図9 薬物の効果とプラセボ効果（反応）の構造的理解

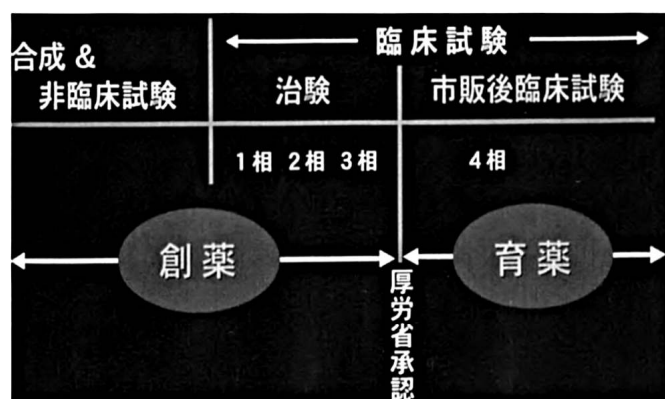


図10 創薬と育薬

します。私どももそう思い込みがちだし、患者もそう思うってしまうのが現実です。しかし、実はこんな構造になっています。NとPは普通分けられませんのでまとめてP+Nと書きました。つまり、治療は「自然治癒力」の上に成り立っているということです。薬物治療も例外ではありません。

## 2. 創薬育薬医療チームとは

次に、創薬育薬医療チームの話に移りたいと思います。創薬と育薬は、新GCPになってから図10のような整理になっています。創薬育薬の領域では多職種のメンバーが働いており、これを「創薬育薬医療チーム」と名づけました（図11）。1997年の新GCPのインパクトは、GCPには書いてありませんが、「治験は、各プレイヤーの役割と責務を明確にして、チームで実施することになりました」。つまり、チームプレーが重要になりました。チームワークができていないとうまくいきません。そこで、CRCが各プレイヤーの間に入って、コーディネーションをすることになりました。このコーディネーション

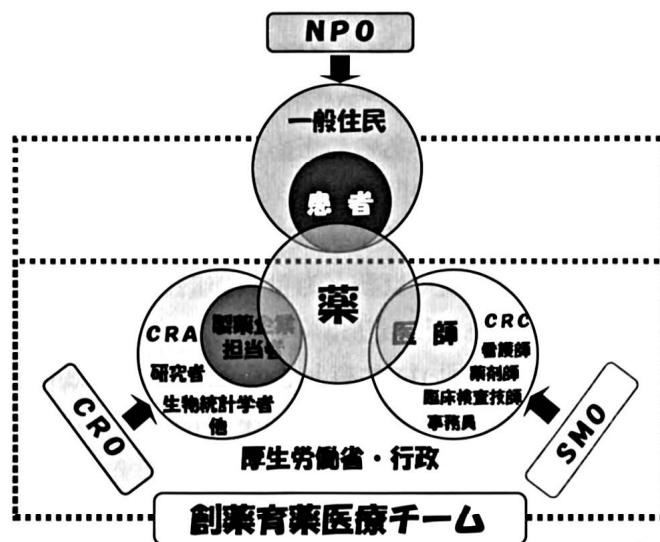


図11 創薬育薬医療チーム

はCRCの皆さんの役割です。

コミュニケーションが重要だということはよくいわれますが、ではコミュニケーションとはいったい何でしょうか。いろいろな定義がありますが、もっとも普遍的に通用するのは「コミュニケーションと

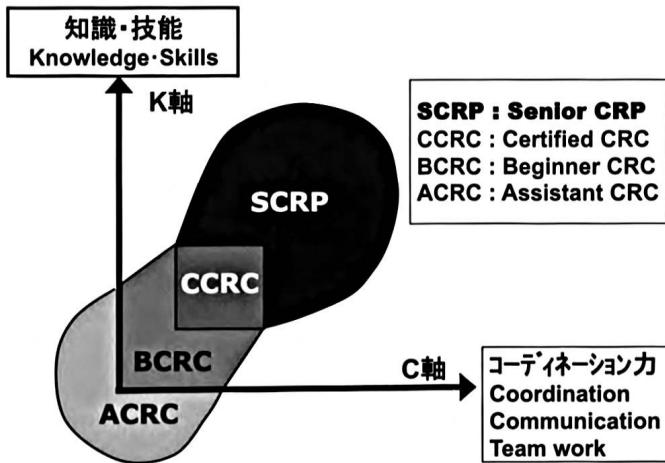


図12 CRCのABC Steps と SCRP

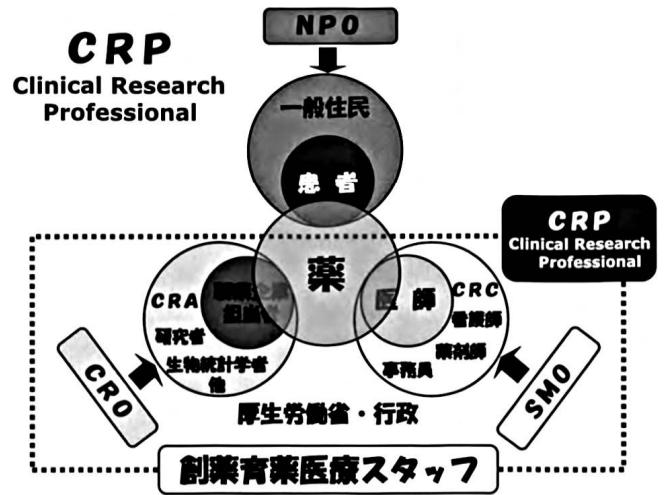


図13 創薬育薬医療スタッフ

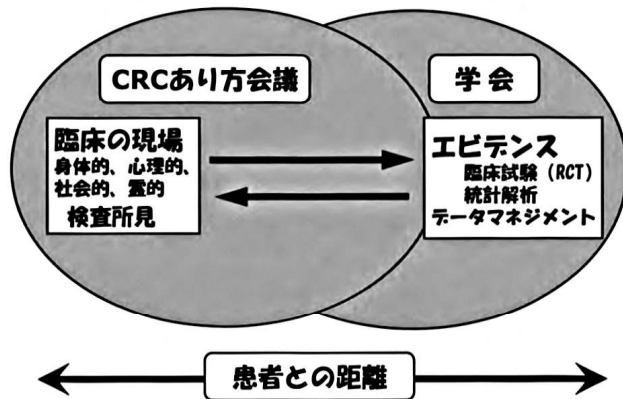


図14 「患者との距離」という視点から

はシンボルを介した当事者間の相互作用のプロセス」です。ここには三つのキーワードがあります。まず「シンボル」があること、次に「当事者間の相互作用」で、複数の関係です。第三に、「プロセス」で、時間経過により変わっていくということです。しかし、この定義では私どもは具体的にどのようにしたらよいかのかわかりにくいと思います。そこで、「双方の情報を互いに共有しようとするプロセスである」と考えると、私どもが何をしたらいいのかが見えやすくなる気がします。

また、1人称と2人称の間を行ったり来たりできる「やわらかな1.5人称」というコンセプトが、私どもの医療コミュニケーションのワークショップの場で生まれました。これもイメージですが、実際は行ったり来たりしている場合もありますが、ほとんど同時並列的に起こっているのだらうと思います。また、同時並列的にうまくできるのが望ましいのだらうと思います。

### 3. CRCの育成とプロフェッショナルとしての役割

「CRCのABC Steps」が図12です。縦軸が知識の軸、横軸がコーディネーションの軸あるいはコミュニケーションの軸です。このように図示すると、CRCのステップアップの図式がわかりやすくなります。

CRPという概念も生まれました(図13)。CRPとはクリニカルリサーチプロフェッショナルのことです。創薬育薬医療スタッフを意味しているコンセプトです。

ここで「患者との距離」という視点を取り入れると、図14のようになります。主として患者と接する臨床の現場(左のほうの集まり)もあれば、主としてデータやエビデンスと向き合っている現場(右のほうの集まり)もあります。「CRCと臨床試験のあり方を考える会議」は、左に寄った患者と接している人たちが中心に議論をする場だと思えます。「日本臨床薬理学会年会」は右のほうに寄った場になります。

さて、CRCとしてのプロフェッショナルとは何でしょうか。臨床研究(臨床試験)の場において、『「素人」(患者)のように考え、「玄人」として行動(問題解決)できる人』だと思えます。

### 4. ストレスマネジメントへのヒント

最後に、ストレスマネジメントへのヒントをいくつかお示しします。ストレスという言葉は、ハンス・セリエというカナダの生理学者が、1930年代半ば



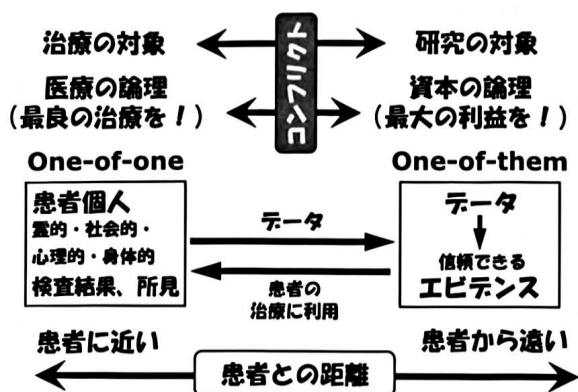


図15 コンフリクトの生じやすい場 (ストレス)

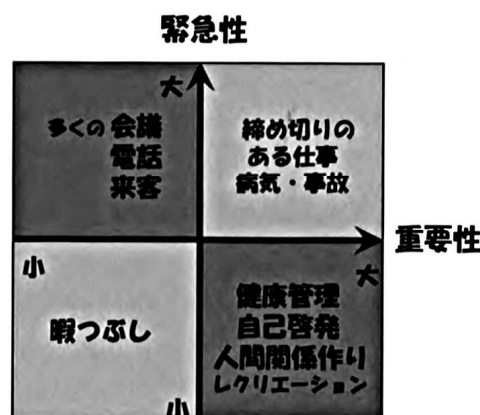


図16 時間の使い方

に「外力が加わったときに物体がひずんだ状態」を指す物理学領域の言葉を、生体に応用したものです。生体がひずんだ状態をイメージして、生体に外部から（あるいは内部から）加わる力をストレスラーといいます。ストレスラーの力が強すぎる場合、あるいは弱くても長時間持続すると、ストレスの影響が心身に出てきます。

ストレスにもいろいろなものがありますが、その一つに、コンフリクトが生じやすい場面があります。臨床試験の場は、そこで働く者にコンフリクトが生じやすい場だと思います（図15）。私どもが治療している患者を、同時に研究の対象にしなければならない。ここで生ずるのがコンフリクトです。また患者に最良の治療を提供するという「医療の論理」の働く場にいるにもかかわらず、同時に最大の利益を追求するという「資本の論理」のプレッシャーが働いています。このような特徴を有する場から、新しい医薬品が誕生してくるわけです。場の特性から、必然的にコンフリクトが生まれますので、生まれるストレスをどのようにマネジメントするかが重要になってきます。このストレスマネジメントについて、どのように考えたらいいいのかという点に関するヒントです。

セリエの理論は古いのですが分かりやすいので、これに基づいて説明します。ストレス状態では、知情意の面でいろいろな症状が出てきます。ストレスの初期には、不安・緊張や、種々の自律神経失調症状が出てきます。この時期は抵抗力は高まっている時期です。しかし、ストレスが長期間にわたって続くと、うつ状態が起こってきます。知情意のいずれ

の面でも、機能低下が認められます。ストレスラーは脳の視床下部を介して、自律神経系、内分泌系、免疫系などに働いて、種々の症状が出てきます。

私はストレス病を専門にした診療を続けていますが、ストレス病ではポイントがいくつかあります。第一は「社会的支援 social support」です。傾聴と共感が重要です。また、チームで仕事をするということがとても重要になってきます。コミュニケーションには癒しがあります。第二は「予測可能性 predictability」です。このストレスはいつまで続くのか、その見通しの説明、予測した期間の明確化が必要になってきます。第三は「コントロール可能性 controllability」です。ストレスは、ストレスの強さをコントロールする手段を自分が持っているかどうかによって心身への影響が大きく違ってきます。この三つがすべて失われたとき、心身に症状が出て病院を訪れなければならない状態になります。

私どもは心身症の治療の現場では、この順番で治療をしています。まず、話をよく聞くというのは「社会的支援 social support」になります。最終的には、自分でコントロールできるようになるのが目標です。自然との付き合いの時間をつくることも重要です。私ども人間も自然の一部ですので、自然の中に身を置くことによって、ストレスが癒されていきます。

ストレスマネジメントを考える際には、「整理」という言葉がキーワードになります。「整理する」という言葉で整理できるように思います。身近なものでいえば、空間の整理、情報の整理、時間の整理、考えの整理、心の整理、です。後になるほど、一般

に整理が難しくなります。空間の整理は片づけで済みますが、心の整理はなかなかできないものです。

このなかで「時間の整理」に絞って話しますと、「時間の整理」つまり「時間の使い方」に関しては図16のように整理するとわかりやすいと思います。緊急性の縦軸と重要性の横軸で、座標軸思考法を使うと四つの象限ができます。左下の第三象限は「暇つぶし」です。左上の第二象限は、家庭でも職場でも、日常的な「会議、電話、来客など」があります。それほど重要ではなくても、出なければならないものが沢山あります。右上の第一象限は、「締め切りのある仕事」「病気・事故」など緊急かつ重要なものです。右下の第四象限は、重要だが緊急性のないものです。ここの時間を自分の中で大切にすることが自分の心身の健康管理や自己啓発にもつながるし、人間関係づくりにもなります。そしてこの領域の時間がごく少なくなったときに、ストレスでダウンします。これはとても重要なポイントだと思っています。

「自分自身と時間の予約をする」というのも一つの方法です。手帳に他人とのアポイントメント

がいっぱい詰まってしまって、自分の時間がなくなってしまうと、私どもは疲れてきます。仕事で行き詰まったときは、原点に戻って考えてみましょう。人生に迷ったときは、自分自身と向き合って、自分の本当の心の声を聴いてみましょう。

## 5. ま と め

CRCのプロフェッショナルとは、前記のように「臨床研究（臨床試験）の場において、「素人」（患者）のように考え、「玄人」として行動（問題解決）できる人」に加えて、「チームの中での「自分の持ち味」を生かし、「自分自身のマネジメント」ができる人」のことだと思っています。自分自身のマネジメントができないと、他の人にいろいろと役立つ役割がしにくいのではないのでしょうか。

本日のお話が、皆さんのこれからの仕事のうえで、さらには充実した人生を歩んでいくうえで、何らかのヒントになればありがたいと思います。時間が参りましたので、これで終わります。どうもありがとうございました。