

## 実習の到達度と感想

### ☆ 自身の目標とその達成度について

今回の2週間の実習にあたり立てた目標は以下の2点でした。

- ① 「患者さんの死生観の聴取・診療への生かし方」の理解
- ② 「身体所見（特に聴診所見）やその診断的意義を体感」

まずこの目標について述べたいと思います。

#### ① 「患者さんの死生観の聴取・診療への生かし方」の理解

この目標を立てた理由は、大学での臨床実習での出来事がきっかけでした。この実習中に卵巣がんと診断された方を担当させて頂く機会がありました。卵巣がんは自覚症状が少なく一般的に早期発見が困難なことが多いですが、この方の場合は卵巣がんの中でも進行が非常に早く、発見時には他臓器への転移が起こっているような状態でした。もともと仕事を熱心にされており、年齢も若い方だったので、告知の際には呆然自失といった状態で、ご家族の方に至っては失神されるほどの状況でした。この方はどのような治療を望まれているのか？医師に対し今後どのように関わって欲しいと考えておられるか？このことについて話合うにはまず、この方の死生観を医師が十分に認識するということが重要です。私自身は結局、この実習ではこの方と十分にコミュニケーションを取れないまま終了してしまいましたが、この反省をもとに、「患者さんと死生観について話すということはどういったことなのか？」「実際の診療でどのように死生観の話を伺い、治療に生かして行くのか？」という点を学びたいと考えました。

我々は死から逃れることはできません。しかし、元気に日常生活を送っている間は死について考えることは滅多にないでしょう。我々が死について思いを馳せるのは、高齢となった場合や重篤な疾患を患った場合が多いのではないのでしょうか？

今回の実習の中で学ばせて頂いたのは主に高齢者の方への死生観の聴取の様子でした。診療所には動脈硬化や心房細動な長期的な治療を必要とする方が多く来られています。そしてそれらの方への治療は長期に及ぶ以上、医師は個々の方の人生設計や死生観について聴取し、共有することが治療上重要です。伊賀先生は個々の患者さんの家族構成や家の間取り、近況などを全て把握しておられ、その上で「死ぬときはどんな死に方がいい？」といった話をされていました。死生観にはその方のこれまでの人生が反映されており、また人生の目標も関わってきます。死生観を聴取するということは、患者さんについてその方の病気のことだけでなく、生活のありかたを伺い、信頼関

係を築いた上にあるものではないか？と考えました。

さらに、死生観の問題にはもう一つの問題があります。それは、家族の方とのコミュニケーションという面です。日本では「死」という問題に対して一般に避けがちで、家族が集まっても死についての話題を話す機会は殆どないかと思われまます。患者さん本人は自宅で逝きたいと仰っていることを家族が認識しておらず、本人は意識が無いまま、長期の入退院を繰り返す結果となった場合を考えてみます。この場合、本人にとって望んでいたありかたなのでしょうか？ もちろん、家庭によって様々な事情があるでしょうし、決まった答えがあるというわけでもありません。しかし、だからこそ家族との間で十分に話し合っておくことが非常に重要となってきます。伊賀先生は時には家族の方を呼んで、その家族の方に対して本人の死生観を共有してもらい、といった診療をされていました。日常生活においては出来にくい話であるからこそ、医師という第三者が家族を集めて、死生観について一緒に考えてもらう機会を提供し、また話しにくい部分については医師が **facilitator** をつとめることで、話し合いが円滑に進むよう努力する必要があると考えました。すべての臨床現場での実践は困難であるかと思いますが、自身のできる範囲内で個々の家族における死生観の問題と向き合っていきたいと考えます。

## ② 「身体所見（特に聴診所見）やその診断的意義を体感」

循環器内科において実習させて頂くのは今回が初めてです。今まで実習させて頂いたのは、大学病院、あるいは地域の大病院のみであり、そういった病院では様々な検査をルーチンに行う環境がそろっていました。実習において、身体所見は患者さんから自主的に取らせて頂くということが多く、どちらかと言えば、色々な検査から疾患を学ぶという状況であったように考えます。身体所見に限れば、その所見について研修医の先生に訪ねても曖昧な答えが返ってくることも多く、ことに聴診所見については私と意見が分かれることもありました。また検査の必要性についても、「この科では測ることになっている」という答えがあったりと、本当に意義のある検査が成されているのかは疑問に思う点もありました。このような背景から今回の実習では上記のような目標を設定し、聴診所見については友人を聴診することで正常所見を理解した上で実習に望みました。

今回の実習でまず学んだのは「客観性」です。つまり、誰が聞いても同じと考えられる事実と、個人の背景に依存する解釈とを明確に分ける必要があるという点でした。この2つを分ける理由は以下の2点；① 解釈の部分は人により異なるため、客観的に所見を述べないと他人に伝わらない。② 解釈を入れることで、特定の疾患に合うような音しか聞こえなくなったり、大き

な雑音があった場合に他の所見を見落とししたりするから。であると考えます。特に②の点は、ある所見を診断ツールの一つとして扱い、他の所見を含めた総合的な解釈を行って、診断を行うという診断プロセスを行う際のバイアスを除くという意味で非常に重要であると考えます。実習では決まった流れで所見のみを述べ、その後に解釈を考えるというやり方を伊賀先生にトレーニングして頂くことで、客観的な所見の述べ方、及び上記の診断プロセスの一端を体感することができました。また、そうした中で今まで正常な所見を「正しく」見ることが出来ていなかったことを知り、「正常所見」を再認識する機会を得たと考えます。

実習ではさらに、この「解釈」における「診断的意義」の重要性についても実感することができました。ある疾患を診断する際に、必要な検査の種類やその所見の意義は異なりますし、さらにその検査から得られる所見はその疾患に用いるのが妥当であるか？ どの程度のことまで分かるのか？ を判断する必要があります。特に後者は「今判断しようとしている疾患の病態機序」に関する知識と、「ある検査がどのような **Gold Standard** に基づいて判定したものか？」という知識の両者をふまえた上での考察が重要であり、始めは難しく感じました。これを行う為には、普段から疾患の病態機序や「その **Gold Standard** とは何か」を考える訓練を行っておくことが必要で、今回の実習ではその一端を味わうことができました。実習で出会った症例に対して伊賀先生と **Discussion** を行うことで、実習終了時には、例えば、「動脈硬化の病変の自然史を調べる際、生検を行うことは出来ないので、画像所見により判断することになる。内腔の狭窄が生じている部分は血管造影にてその存在を判断できるが、動脈硬化初期に起こるとされる **positive remodeling** の病変部は内腔の狭窄が少なく、血管造影により同定できない。」「血管壁に置ける微小な病変の同定の為には超音波等を用いた血管の断層撮影が有用であるが、侵襲性が高く頻回の検査により経時変化を追うことは困難ですね。」といった議論を行えるようになったかと思われます。循環動態についての知識を深め、かつ検査自体の方法、定義を学ぶことでさらに深い議論ができる(そのような余地がある)と思われました。

#### ☆ 実習において学んだこと

上記の2点の目標の他に様々なことを学ぶことができました。以下、その中から最も印象深かった3点について述べます。

- ③ 「治療を実感するという事」
- ④ 「循環動態から疾患を考える」
- ⑤ 「介護保険認定と訪問医療の実際」

### ③「治療を実感するということ」

治療上必要なことでも、例えばタバコを吸っている患者さんにとって、タバコをやめること。あるいは、糖尿病の背景がある方にとって、食生活を変えたり、運動を始めたりすること。は、なかなか達成できないことです。

慢性疾患に対する治療目標は「患者さんの社会的背景や生活習慣等を踏まえた上で持続可能な形で患者さんの生活スタイルを変えてゆく、あるいは補助的に投薬を行う」ということにあると考えます。そして、この為には患者さんに「自分の納得できる範囲で目標を立て、それを達成し、効果を実感してもらおう」ことが重要であることを今回の実習において実感することができました。

印象的であったのは伊賀先生が課せられる目標の的確さです。目標を立てるからには達成可能でなければならず、患者さんの背景に合わせて提案する目標を変える必要があります。例えば、患者さんによっては「〇〇さんは最近仕事と育児の両立でストレスが溜まっているだろうし、運動については頑張っただけで、タバコについては見逃そうか」と先生が仰ったことがありました。このような例から、目標設定というのは単に何かを改めさせることでは無く、時には患者さんの背景に合わせて、妥協案の提示や Deal を行うことだと体感することができました。

さらに重要なことは、目標を達成したことを患者さんに実感してもらおうということです。提示した目標を達成できたか評価することで、次の目標が生まれ、患者さんの自信にもつながります。時には家族の方も交えて、生活習慣についての話をされる診療スタイルは今回の実習で初めて見せて頂いたものであり、感銘を受けました。

### ④「循環動態から疾患を考える」

大学の授業では循環器についての総論的な内容、あるいは基礎医学的な内容について授業があります。ここでは、ある疾患について主として検査や診断基準の成立の歴史について話をされますが、基本的な循環動態の概念、及びそれと疾患との関連性については話を聞くことはありませんでした。また、循環動態について自学しようと試みましたが、循環血液量、圧格差、流速等が関連する為、これらを包括した動態把握、及びその測定方法の理解は困難な状況でした。それが、今回の実習で大きく変わりました。

循環動態はリアルタイムに変化するものであり、机上の勉強でなく、やはり実際の所見を見せて頂き、その時点でどのような状態かを考察することが学習上最も効果的です。実習において伊賀先生は身体所見や心電図、エコー

所見などを取った際に、「今どのような動態と考えられるか？」尋ねられます。問答の中で、毎回自身の頭で考えた循環動態と実際の所見と合わせるという作業を繰り返すことで、頭の中に概念的なモデルを描くことが出来るようになりました。この際、圧曲線を描いて考えるという作業が特に効果的でした。

実習当初は大変でしたが、概念モデルの理解が進むにつれ、循環動態から疾患を考える面白さを実感できるようになりました。また、じっくり考察を行うと一つの症例から多くのことが学べること、さらに、ある症例から学んだ知識を他の症例にも当てはめたり、他に同様の循環動態に至る疾患を考えたりすることで、一見非典型的な症例でも診断に至ることができるということに気づきました。臨床能力の向上には個々の症例を深く考察し、色々な物を学び取る姿勢が非常に重要であり、今回の実習ではその一端を体感できたことが大きな成果であったと考えます。

#### ⑤「介護保険認定と訪問医療の実際」

実習中、伊賀先生と共に介護認定委員会に同席させて頂く機会がありました。また、さらに近隣の西正孝先生のご好意で在宅医療の現場へご一緒させて頂きました。百聞は一見にしかずと言いますが、短時間ではあるものの介護の現場を目の当たりにすることで非常に多くのことを学ばせて頂きました。

介護認定委員会で最も印象に残った点は、今まで考えていた”医療”とは全く異なる側面を知ったことでした。介護申請をされる方の中には90歳で独居の方や、重度の関節リウマチでベッドの寝起きを全てホームヘルパーに頼っておられる方、認知症の末期の方など、来院することが難しい方が多くおられます。また、深刻な介護疲れを訴えて申請されている方もみられました。このような介護の問題については理解しているつもりでしたが、実際にその認定の場を見せて頂くことで、如何に自分の知っていることが表面的な問題であったか？ということが実感されました。また同時に、医療とは結局何なのか？という疑問も自然と浮かびました。世の中には医療では解決できない問題が数多くあります。大学教育では医学の有効面ばかりを学び、末期はどのような転帰をたどるかについてはあまり学びません。しかし、有効性が限られている医療を行う以上は、その限界を十分に認識すべきであるし、また、患者さんが本当に望んでいることは何なのか、現状の問題点を整理し、その解決に向けて取り組んでゆく姿勢が重要であると感じました。

さて、介護認定委員会の翌日、上記のような印象を持ちつつ、大西先生と共に訪問医療に伺うと、そこでは全く異なる印象を受けました。それは、実際お宅に伺ってみると、介護をしている方が非常に意欲的で明るいことでし

た。最初は介護をしている方が若く、患者さんの状態が比較的安定している方の家を主に訪問させて頂いたからではないかと考えていましたが、後々振り返りを行う中で、訪問させて頂いた家がどこも裕福な家庭で、間取りも広く、ゆったりした環境で介護されているからだという結論に至りました。介護保険があるとはいえ、家で介護を行うというのは大変なご苦労だと思います。また、見学の中で「多くの訪問医療を受けておられる方は、本日回らせて頂いたような方とは異なり、症状が悪くなった際に呼ばれるということが多い」という話も伺いました。介護認定委員会で聞いた大変な状況の方の話と合わせると、介護保険という制度自体の限界を感じざるを得ませんでした。

加えて、訪問医療の見学において最も考えさせられた点は、在宅医療を受けておられる患者さんに対する治療目標でした。今回伺ったのは、主に心不全や神経変性疾患を患う方でした。大西先生は基本的にはベースラインの治療が中心になると仰っており、治療も血圧測定や採血、服薬・食事指導が中心でした。病気が進行し、患者さん本人の自己判断できなくなる状況が予測される場合、予後が長くないと考えられる場合、あるいは病状が急変する可能性がある場合に、病院に入院し高度な治療を受けるのか、住み慣れた家で過ごすのかは本人の死生観とも関わる問題であり、一義的に決められるものではありません。結局のところ、①で前述したような、家族の方を交えた死生観についての話し合いをじっくり行うことが重要であると実感しました。

私は今回の実習で学生としての実習は最後となり、来年から医師として働くこととなります。身体所見をとらせて頂いた患者さんが、「少しでも優れた医者になってもらえればと思っています」と仰っておられましたが、そのような患者さんの思いを無駄にすることなく、今回学ばせて頂いた医療を行う上での重要な考え方、あるいは今回の貴重な体験を土台とし、今後も患者さんの為になる医療を行っていかれたらと思います。また、今回経験した内容について、数年後に伊賀先生あるいは、同じ診療所で学んだ他大学の学生と話す機会を持てれば幸いかと考えます。

最後になりましたが、大変お世話になった伊賀幹二先生・スタッフの皆さん。また、訪問医療という貴重な経験をさせて頂いた大西正孝先生に御礼を申し上げたいと思います。2週間ありがとうございました。

私から：

ある時、患者さんから「彼が診療中に私のとなりで居眠りをしているけ

しからん」とのクレームがあった。とっても秀才である彼にこれをどう伝えるべきかを2日間考えたが、ありのままを伝えた。すると、彼は言い訳をしないできちんと「このようにしようと思う」と修正をしてきた。すばらしい。どうも下を向いてメモをしていたのを居眠りしていたと思われたみたいであった。

彼との臨床の議論は、学生というより循環器を専攻した5年目くらいのDr とのやりとりのようなハイレベルであった。循環器に関しての臨床に基づくアカデミックな話をしても、翌日には私が返事にこまるようなポイントをついた質問も受けた。事実と、事実から考えられた想像をきちんと分けて述べるという能力をすでに有しており、とっても驚いた。

彼が実践するこのような自然科学のアプローチに興味があるので、彼にたずねた。彼は、「大学で基礎的なことを研究していて、その教室で論文を読んだとき特に方法論につき議論していたからだと思っている」とのことであった。もし、これが要因とすると、「論理的な考えからをできるようになるために（時には臨床研修を途中で中断して）大学院に行く」というのは正しいことになる。しかし、私はまったくそう思っていない。なぜなら、研究室で何年か研究してきた後、患者さんの状態をきちんと観察して、疑問をもって考えていけるような人たちをあまりみることはなかったからである。「彼自身が気がついていない何か違う理由があるのでないか」と彼に話した、何年かして、このことについてまた議論してみたい。

彼は、近い将来、どの分野を選択しても、日本をリードする人材の一人になると思う。その時、noblesse oblige を実践してほしいと願っている。

2010-8-14