

8 診療所救急〈マイナーエマージェンシー〉

外科系マイナーエマージェンシー診療修得への道のり

SUMMARY

プライマリ・ケア医は、外科系のマイナーエマージェンシー診療も修得し、実践できることが望ましい。
3つのPhaseを意識し目標設定を行うと、学習時の心理的負担が少ない。

KEYWORD

マイナーエマージェンシー

本稿では、「マイナーエマージェンシー」を「軽症の救急疾患」という意味で用いる。マイナーエマージェンシーとは内科・外科の領域を問わず存在するものと考えられるが、今回は私たちプライマリ・ケア医にとって馴染みの薄い、外科系のマイナーエマージェンシーの修得法について論じる。



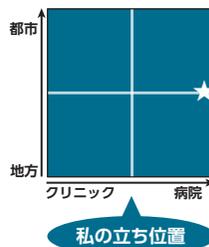
松原知康 (広島大学大学院医系科学研究科脳神経内科学)

PROFILE

2011年広島大学卒業。非専門医が外科救急診療を学ぶプログラム「T&Aマイナーエマージェンシーコース」を主宰。著書として「動しながら考える！内科救急診療のロジック」(南山堂)がある。

POLICY・座右の銘

If you want to go far, go together.



これまでの医師育成過程では、緊急性や重症度の高い、いわゆるメジャーエマージェンシーの学習に重きが置かれ、特に外科系領域のマイナーエマージェンシーに割ける時間は多くはなかった。ところが、外科系マイナーエマージェンシーの頻度は少ないわけではなく、鼻出血や軽度の熱傷など日常生活で誰もが遭遇しうるものも含まれている。「患者さんのすべての訴えに耳を傾ける」というコンセプトを持つプライマリ・ケア医が、外科系マイナーエマージェンシー診療も修得し、実践することで、患者さんの期待に一層応えることができる。

外科系治療の経験の少ないプライマリ・ケア医が少ない心理的負担で外科系マイナーエマージェンシーを修得するためには、以下のPhaseに沿った段階的な学習が有用と考える(図1)。

Phase 1 : 内科系疾患に隠れる外科系疾患を見抜くことができる

日常診療で内科系疾患を疑う主訴の中にも外科系疾患が隠れている。

たとえば、頭痛というと、頭蓋内疾患を想定しがちだ

が、隠れている外科系疾患として、閉塞隅角緑内障がある。頭部CTで異常がない急性発症の頭痛を訴える患者さんに対し、眼球をまぶたの上から触診し、(左右の比較や検者の目との比較で)硬さに差があるかを確認するという診察ができれば、閉塞隅角緑内障の診断に大きく近づくことができる(通常、眼圧は20mmHg以下だが、閉塞隅角緑内障では、平均眼圧は37mmHgであったという報告¹⁾がある)。白内障手術を行った既往の確認を

Phase 1

内科系疾患かと思うような主訴の中に潜む外科系疾患を見抜くことができる

Phase 2

外科系疾患の相談に対し、緊急性の判断を行い、適切な受診のタイミングと自宅ですまず行うべきことを助言できる

Phase 3

外科系疾患に対し、自分で対応可能な処置を行い、その後のフォローアップや、適切なタイミングでの専門医への紹介を行うことができる

図1 筆者の考える外科系マイナーエマージェンシー診療修得への道のり(Phase)

することも閉塞隅角緑内障の診断に役立つ。白内障治療に用いる眼内レンズは、本来の水晶体より薄く小さいため、白内障手術を行った眼では閉塞隅角となりえない。この情報を得ることができれば、他の疾患の可能性を優先的に検索することができる。逆説的であるが、内科の枠を越えた知識の獲得によって、内科診療そのものの質も向上させることができる。

Phase2 : 外科系疾患に関する相談に対し、適切な助言を行うことができる

緊急性の判断を行い、適切な受診のタイミングと受診前に自宅で可能な処置をアドバイスできるとも換言できる。たとえば「目にものが入った」という主訴には、直ちに対応が必要な病態が含まれる。どのようなものが眼に入っているかを問診し、緊急性を判断して適切な受診タイミングを伝えることが重要である。特にアルカリや酸などの化学眼症は速やかな眼科受診が必要となる。最大の治療は眼に入った化学物質をすぐに洗い流すことであり、その開始のタイミングが予後に直結する。したがって、患者さんからどうしたらよいかと相談の連絡が入ったときには、自宅のシャワーで目の周囲も含めて15分間洗浄し、その後に眼科受診するように指示ができればより良い助言となりうる。

鼻出血については、意外にも圧迫部位の誤りと圧迫時間の不足によって止血できていない事例が多い。正しい圧迫止血法は、下を向き、鼻翼部を15分間押さえ続けるというものである。誤った例としては、鼻根部を押さええている場合や、血が止まったかの確認のために数分もたたないうちに圧迫を解除してしまう場合などがある。「鼻血が止まらない」という受診の相談があれば、まずは正しい止血方法を指導し、それを実践した後、あるいは行いながら医療機関への受診を指示できることが望ましい。

Phase3 : 外科系疾患の処置を行うことができる

緊急性や重症度を判断し、自分で対応可能な処置を行い、その後のフォローアップや、適切なタイミングでの専門科への紹介を行うのがこのPhaseである。

前述の鼻出血の場合、圧迫止血を指導するだけでは止血できない例ももちろんある。その際には、止血剤ガーゼを作成し、止血処置を行う。プライマリ・ケア現場でまず行うべき基本的な止血処置法を3 Stepで紹介する。

Step1 止血剤ガーゼの作成：1000倍希釈アドレナリン*¹と4%キシロカインを等量混和した液を染みこませたガーゼを作成する（施設によってはキシロカインを使用しない場合もある）。

*1：医療用として販売されている「ボスミン[®]注1 mg」, 「ボスミン[®]外用液0.1%」はいずれも原液のまま1000倍希釈アドレナリン。

Step2 止血剤ガーゼの挿入と圧迫止血：作成した止血剤ガーゼをセッシーで掴み、鼻腔内に数枚挿入する。前述の用手圧迫を併用し、圧迫を15分間続ける。この後、ガーゼを取り出し、止血できているか確認する。止血ができていれば帰宅可能となる。

Step3 軟膏ガーゼパッキング：帰宅時には軟膏を塗布したガーゼを鼻腔内に詰める。パッキングを行うことで、アドレナリンの血管収縮作用が切れた後にも止血を維持できる可能性が増す。

（文献2～4を基に筆者作成）

Step3は必須ではないが、再出血リスクを減らし、再受診を減らすという目的で筆者は実施している。

一方、Step2の止血剤ガーゼを用いて止血できない場合には、速やかに耳鼻咽喉科へ紹介する必要がある*²。

*2：耳鼻咽喉科へ移動中には止血ガーゼ挿入と圧迫止血を継続する。

紹介を受けた耳鼻咽喉科では、おそらく焼灼術を施行し、止血を行うこととなる。その際にも、事前に私たちが行った止血剤ガーゼによる処置は無駄にはならない。出血の量が多い状態や勢いが強いままでは出血点*が特定できず、そのような状況では焼灼術を施行できないからである。先んじて止血ガーゼを挿入しておくことで、その血管収縮作用により出血量を減らすことができ、出血点の特定が容易となる。

このように、自分たちですべてを自己完結できないとしても、適切なタイミングに適切な形で紹介することが、専門科の負担を減らすだけにとどまらず、より良い医療、ひいては専門科とのより良い関係構築につながると信じている。

◀文献▶

- 1) Gazzard G, et al: Br J Ophthalmol. 2003; 87(6): 720-5.
- 2) Womack JP, et al: Am Fam Physician. 2018; 98(4): 240-5.
- 3) Morgan DJ, et al: Prim Care. 2014; 41(1): 63-73.
- 4) Kucik CJ, et al: Am Fam Physician. 2005; 71(2): 305-11.

24 統合的ケア・総論

連携で生じた問題を解決するための枠組み

SUMMARY

地域包括ケアシステムの理論的基盤の1つが統合的ケアである。統合的ケアには、統合の幅として垂直的統合と水平的統合、統合の方向性として完全な統合・協調・連携があり、これらの概念はプライマリ・ケアの現場で個別の事例に生じた問題点の整理・方向付けや、診療する地域での連携を俯瞰的にみることに役立つ。

KEYWORD

統合的ケア

地域医療においてケアの分析はよく起こるシステム上の問題の1つであることを認識し、そのような分析が原因と考えられる事例と遭遇したときには、どの専門職（非医療職を含む）とどのレベルまで連携が必要かを見きわめ、意識することが、医師に必要なことである。



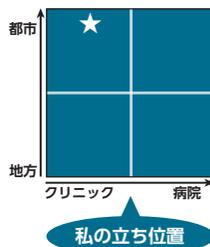
喜瀬守人 (川崎医療生活協同組合久地診療所)

PROFILE

都市部の診療所長として外来・訪問・健診業務に従事。総合診療の専攻医の指導、指導医育成もライフワークとしています。

POLICY・座右の銘

Father, give us courage to change what must be altered, serenity to accept what cannot be helped, and the insight to know the one from the other.



事例

80歳男性、高血圧と慢性閉塞性肺疾患のため最寄りの内科に、変形性膝関節症と腰部脊柱管狭窄症のため整形外科に、白内障のため眼科に通っている。定期で実施している採血で腎機能障害が認められたため原因を検索したところ、NSAIDsが一時的に二重処方されていたことが判明し、処方をもろう薬局が異なるため事後の発見になった。また、最近フレイルの進行と膝関節痛のため歩行が困難になっており、本人と家族は介護保険の申請を希望しているが、複数の医師にかかっているため誰に依頼すべきか迷っている。

1 地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムは、近年の医療・ケア体制再構築の重要な柱の1つと見なされている。背景として、医療需要の質的・量的増加、慢性疾患中心への疾病構造の変化、高齢化、核家族化などが挙げられる。高齢者はさらに増え、その多くが疾患と機能障害を抱えながら生活しなければならないが、かつて高齢者を支えていた家族や地域（隣近所）はその機能を果たせなくなっている。

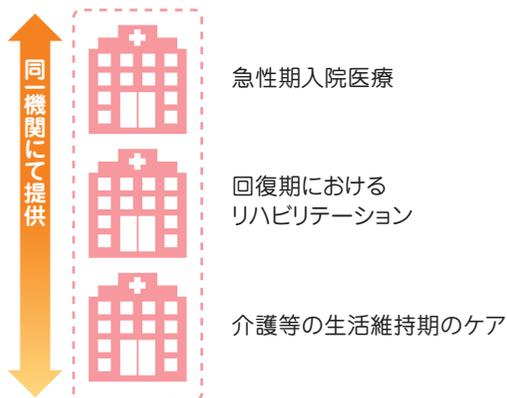
他方、社会保障費の増大は喫緊の国家的課題であり、従来の病院中心の医療体制は、コスト的にも機能的にも、地域の医療体制の主要な柱ではあっても中心ではない。

2 プライマリ・ケアの分断

冒頭に示した事例では、担当医が複数のため起こりうる薬剤の二重処方や本人の意向、生活全般まで担当する主治医の不明確化が問題になっている。これをプライマリ・ケアの分断と呼んでいる。医療・ケアの分断は、病院と診療所、診療所同士、医療と介護など、現場の様々なレイヤーで生じるアクセスや連携の不調であり、医療・ケアの質の低下に繋がる問題である。特に都市部では、診療所ですら専門分化が進む傾向にあり、複数の疾患を持つことが一般的な高齢者では何箇所も病院通いをするのもめずらしくない。新たなシステムが地域に求められており、医療に限らず介護・福祉を含めたより全人的 (holistic) なケアを担うために提唱・企図されているのがわが国の地域包括ケアシステムであり、その理論的基盤の1つが統合的ケア (integrated care) である。

垂直的統合 (vertical integration)

・様々なサービス分野をひとつの組織で行うというものである。



水平的統合 (horizontal integration)

・様々なケアの連携を改善していくものとされている。リハビリテーションサービスへのアクセスを調整することや、あるいは在宅でのがん末期のケア等。

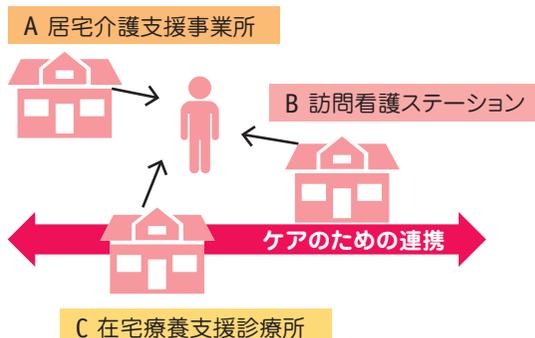


図1 垂直的統合と水平的統合

(文献1より転載)

3 統合的ケアとは

統合的ケアは、人口・疾病構造やヘルスケアニーズの変化に対応するために理論付けされてきたという経緯から、国際的に統一された定義はないが、医療・ケアにおける分断を減らし、様々な職種・事業所によるサービス提供の継続性や調整力を高め、個別のケアをより包括的に行うことを目的としたものにとらえることができる。多職種協働 (interprofessional work : IPW) と混同されがちであるが、統合的ケアはヘルスケアサービスの供給体制、たとえば組織の統合や予算の統一化まで含まれており、IPWは臨床的側面とヘルスケア専門職にフォーカスした概念といえる。

統合の範囲(ベクトル)をとらえる概念として、垂直的 (vertical) 統合と水平的 (horizontal) 統合がある(図1)。垂直的統合とは、急性期から回復期、介護まで至る様々な医療介護サービスを同一の機関の管理下で提供するものである。水平的統合は、ヘルスケアにおける同レベルのサービス、たとえば在宅療養患者のケアについて、複数の事業所に所属する多職種がコミュニケーションと組織的共同を強化するものである。

統合の強度は、連携 (linkage)、協調 (coordination)、完全な統合 (full integration) の3段階で示される。連携はもっとも弱いつながりのレベルであり、個別の専門職や事業所が複数の組織間で適切なサービス利用者の紹介、専門家間のコミュニケーションの簡易化などを行

う。一方で全体的な調整機能は持たず、責任は各組織で負う。次の段階の協調は、システムは独立しているが、構造的な統合は存在しないと定義され、複数の組織がヘルスケアサービスの協調、臨床情報の共有などを行う。退院前に地域の多職種や患者・家族も含めて実施するカンファレンスや、地域で多職種が集まるネットワーキングなども協調の一例といえる。完全な統合は、利用者集団のニーズに包括的に応えるために特別なプログラムや新たな組織を立ち上げるものと定義されている。ただし、統合の強度は、連携から協調、完全な統合へ段階的に発展するという性質の指標ではない。連携より統合のほうが優れているわけでもない。

ほとんどの患者では、連携や協調のレベルで十分なのであり、あくまで個別に適切な統合のレベルを定めて、目標を設定するべきである。統合的ケアの理論の成り立ちは、あくまで政策・医療システムを考える上でのものである。しかし、地域で臨床を実践する上では、患者ケアの統合のレベルを評価する、地域での連携の目標を設定するなど、統合的ケアの視点を持つことが地域医療のレベルを高めることに役立つと思われる。

◀文献▶

- 1) 筒井孝子: 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated careの理論とその応用。中央法規, 2014, p50.

53 診断学を取り巻くこの20年の出来事,そして日本では

診断の表側と裏側

SUMMARY

これまではいかに正確に診断をつけるかが着目されてきたが、これからの診断学はベイズの確率論を始め、疫学・統計学、AI、認知心理学、医療の質等の他分野との融合が必ず加速する。「診断」という行為を俯瞰的に観る姿勢が必要である。

KEYWORD

overdiagnosis (過剰診断)と underdiagnosis (過小診断)

世界的な潮流では過剰診断も広義の診断エラーとして考えられており、その有害性も注目されている。医療資源が豊富な場面では過剰診断になりやすく、その逆では過小診断になりやすい。



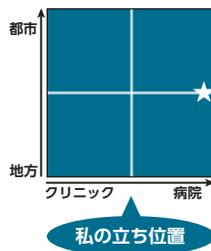
和足孝之 (島根大学医学部附属病院総合診療医センター准教授・副センター長)

PROFILE

湘南鎌倉総合病院総合内科、東京城東病院総合診療科立ち上げ等を経て2021年より現職。2016年マヒドン大学臨床熱帯医学大学院、2021年ハーバード大学医学部大学院(MQHS)修了。総合診療の世界で、しまねブランドを確立すべく24時間365日仲間のために奮闘中。

POLICY・座右の銘

世の中のひとはなにをぞ言わば言え 我が為すること我れのみぞ知る



1 診断学の歴史

我々医師にとってあまりにも日常的であり、空気のように存在している診断学はイギリス人医師のMarshall Hallが1817年に『On diagnosis』¹⁾を発売し、より近代的に知られるようになったとされる。しかし、実際には紀元前2000年以前にもエジプトの医学書に診断と治療学に言及する記載があり、そもそも医学と診断という行為は一心同体のものとして始まっている。そのため、医学を学ぶ我々は診断学を体系的に自然と学んできたつもりではいる。しかし、この学んだつもりでいる状態を自覚することはきわめて難しく、それはあたかも我々が空気を吸ってミトコンドリアでATPを産生していることを自覚するがごとく難しい。

この20年で、わが国の診断学が大きく発展した中で注目すべきポイントは①ベイズ理論の臨床への応用が普及したこと、②dual process modelの臨床への応用であると筆者は考えている²⁾。前者はもともと統計学として広く認知されたものであったが、実際のところ1990年頃までは臨床現場においてベイズの確率論

(Bayesian probability)としては利用されてこなかった。この理論は2020年現在において、感度、特異度、検査前後確率、的中率、尤度比を用いて臨床推論の根幹として用いられている²⁾³⁾。すべての収集した医療情報を検査前確率から診断にrule inないしrule outするための必須の思考方法として我々の診断という不透明な部分を明確化する側面があったと思う。

後者のdual process modelは1990年代後半から心理学、行動科学の研究テーマとして構築され始めたもので、2013年のDaniel Kahnemanの著書での速い直観的思考(system 1)と遅い分析的思考(system 2)⁴⁾としてわが国でも非常に知れわたった。この臨床推論のモデルは、現在において診断エラーの解説時に使用されることが多いが、実際には優れた技術を持った臨床家が両方を駆使し、迅速かつ的確に行うことができるという理論の裏付けにもなる。このように他分野の学問との融合により、これまで医師が行ってきた診断プロセスが言語化できるようになり、わが国においても医師の診断学の実践と教育が飛躍的に発展する原動力となった。

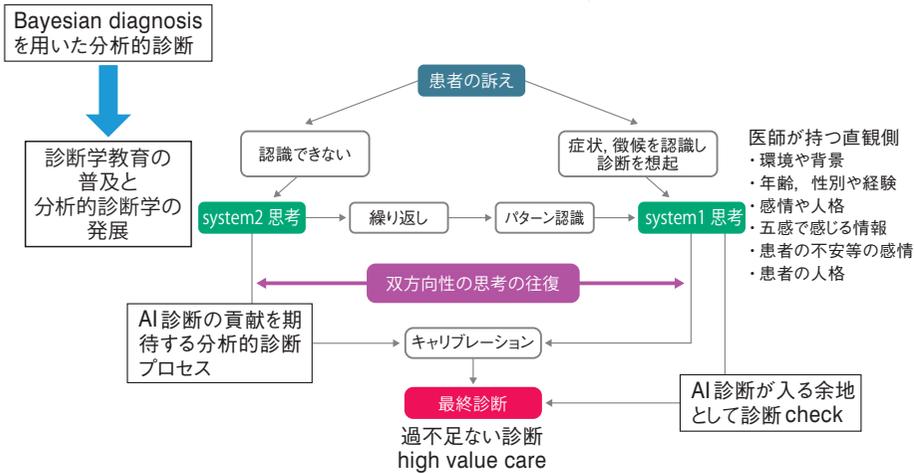


図1 これからの診断学のイメージ

2 これからの診断学

病態の理解や分子レベルでの医療技術の発展に伴い診断は進化したが、一方で1万以上もある診断名から医療現場の複雑性の中の的確に1つに絞り込むことはきわめて困難な知的作業であり、そのプロセスの過程では必ず、狭義の診断エラー（見逃し，異なり，遅れ）だけでなく、overdiagnosis（過剰診断）やunderdiagnosis（過小診断）を含む広義の診断エラーの状況が起こりうる（54参照）。

病歴から得た情報でも、身体診察から得た情報でも、高度に優れた検査からの情報でも診断に関して100%ということはありません、言い換えればいついかなるときも偽陽性と偽陰性を理解した上での推論は不可欠となる。医療機器や検査体制が不十分である状況下ではunderdiagnosisが必然的に増えるが、CTやMRIの保有台数が世界一を誇るわが国のような医療現場では、これからの診断学としてoverdiagnosisが患者に与える心理的・肉体的・経済的有害性についても議論が必要となるだろう。

現在ではすべての医療情報をデータとしてAI診断に落とし込める可能性を秘めるようになった。近年の人工知能を用いた画像診断の精度は短期間で大きく向上しており、人工知能との融合に直結しやすい分野のひとつだ。しかし患者の見た目や匂い等の全身状態の観察、患者の不安感や感情の乱れ、診察時の指先の触感や圧痛の程度、聴診上の音の強弱など、医師が五感を用いて診察で得た情報はbinary dataへの変換が難しく、これらは優れた医師が持つ直観的診断system 1には遠く及ばない。もしそれらのすべての情報を医師とほぼ同レベルまで予測的に落とし込むことができれば、system 2診断の強

力な補助としてAI診断の未来は比較的明るいと考える。

診断学の歴史的な変遷を考えると、我々医師は常にその診断の複雑性と困難性に対峙してきたと同時に、的確に診断を行うということに憧れと羨望を抱いてきた。今後の我が国の診断学は、これまで以上に疫学統計学、コンピューターサイエンス、認知心理学、医療の質と安全分野などの他分野との融合がきわめて重要となり、診断という我々医師が行う思考のプロセスにおいて「過不足なく診断する」ことがより重要視されるだろう⁵⁾。真に価値のある医療を提供するために、そして的確な診断を行うためには、医師というプロフェッショナルな職業に就く我々個人の知識と技術と態度が必要なのである（図1）。言葉でいう以上にこれは難しい生涯をかけた修練であるが、診断学の本質というものはどれだけ科学の進歩が進んだとしてもこの2000年変わっていない、つまり「医師は患者を診察して治療をする」という真実は今後100年程度では大して変わらないのかもしれない。

◀文献▶

- 1) Hall M: On diagnosis. 1817. [https://books.google.co.jp/books/about/On_diagnosis.html?id=QWsUAAAQAAJ&redir_esc=y]
- 2) Kleiter GD: Artificial Intelligence. 1992;54(1-2):1-32.
- 3) Newman-Toker DE: Diagnosis (Berl). 2014;1(1):43-8.
- 4) Kahneman D: Thinking, Fast and Slow. 1st ed. Farrar, Straus and Giroux, 2013.
- 5) Marcotte LM, et al: Acad Med. 2020;95(6):864-7.

72 苦悩と癒し [1]

プライマリ・ケアと苦悩

SUMMARY

医療現場で遭遇する患者の抱える苦悩は「患者を人として理解する」ことを目指すプライマリ・ケア医が向き合うべき大切な健康問題であり、直観や自己の経験だけに頼らず、十分な知識と技能を持って対応するべきである。

KEYWORD

苦悩

苦悩とは病気そのもの、あるいは病気が引き起こす症状のみならず、それによって失われた人としての自立性や完全性の喪失がもたらす苦しみであり、生きがいの喪失、罹患の不条理さ、将来の不確かさなどのタイプがある。



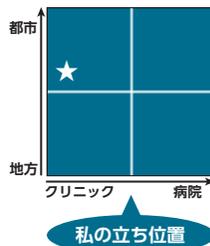
草場鉄周 (日本プライマリ・ケア連合学会理事長/北海道家庭医療学センター理事長)

PROFILE

1999年京都大学医学部卒業。2003年に家庭医療学専門医研修を修了後、2008年に医療法人北海道家庭医療学センターを設立。公職は日本プライマリ・ケア連合学会理事長、北海道医療対策協議会委員など。

POLICY・座右の銘

人の一生は重荷を負うて遠き道を行くがごとし。急ぐべからず。



1 ケース

74歳女性。2年前に夫に先立たれ、現在一人暮らし。あなたの診療所には10年前から通院しており、当初は高血圧と気管支喘息の治療を提供していたが、5年前に心筋梗塞を発症し、回復後も心不全に対する治療を継続している。1年前から下肢のしびれと痛みが出現し、腰部脊柱管狭窄症の診断で様々な鎮痛薬による内服治療をするも疼痛の十分な軽減は得られず、手術については心機能・呼吸機能低下を考慮するとリスクが高いと見送られている。

3カ月前から毎月受診する度に、一人暮らしで炊事洗濯、掃除などを行う際の疼痛のつらさを訴え、「生きていても仕方がない、早く夫の元に旅立ちたい」と涙を浮かべながら語る。周囲に子どもや親戚がおらず、家事支援の外部サービス利用を打診するも、他人の支援を得てまで生きることが望まないとの頑なな姿勢で、医療・介護の面から介入することが難しい状況となっている。

○

あなたは患者の疼痛と生活の負担について共感しな

がら話に耳を傾け、その苦悩を受け止めようと試みてきたが、同じ訴えが3回、4回と続く中、はたして自分は医師としてこの方に何ができるのだろうかかと無力感を覚え始めていた。時には、解決策を提示できない医師への不満の言葉に苛立ちを覚えることさえもあった。患者に寄り添うことがプライマリ・ケア医のあるべき姿という信念にも揺らぎが生まれていた。

2 苦悩をかかえる患者

プライマリ・ケアの診療を続けていく中で、ここに挙げたような経験をすることは珍しいことではない。慢性的な疼痛に代表される難治性で遷延する様々な症状は、患者の日常の中で否応なく不健康であることを意識させる。また、その症状で家事や仕事、趣味の活動などが制限され、本来あるべき自分のイメージが損なわれ、生きることの意味を見失うことさえあるかもしれない。

この事例では、なぜ家事支援を他者に任せるのがよいなのか、患者に掘り下げて聞いてみると、夫の母親、つまり姑との過去の確執が透けて見えてきた。20年前に脳梗塞で右半身麻痺となった同居の姑は家事を担うこと

表1 苦悩のタイプ

▶ **生きがいを失った苦悩**

例：徐々に進行する視力低下で生きるよすがとしてきた読書・映画鑑賞が難しくなり生きがいが見いだせない

▶ **罹患の不条理さへの苦悩**

例：生活習慣に長年気をつけてきたにも関わらず脳梗塞が発症したが、なぜ私がこんな目にあうのか納得できない

▶ **将来の不確実性への苦悩**

例：幼い子どもを育てながら乳癌の治療を受けているが、将来の再発の危険を考えると、今後の育児や生活に日々強い不安を感じずにはいられない

が難しくなり、当時の患者が夫と義理の両親の生活全般を支える状況となった。家事ができず精神的にも落ち込み、老いが急速に進む義母の姿は患者にとって避けたい姿として強く印象づけられた。「今、自分が似た立場になって、そのときの恐怖が蘇り、なんとか痛みとしびれを消さなければと焦りばかりが募っている」と語った。

このように、「苦悩」は、病気そのもの、あるいは病気が引き起こす症状だけでなく、それによって失われた人としての自立性や完全性の喪失がもたらす絶望や不安がその基盤に大きく横たわって生まれるものと考えてよい¹⁾。それゆえ、苦悩は薬や検査では解決できないことが多い。例示した難治性の症状以外にも、がんや心不全などの終末期疾患や、筋萎縮性側索硬化症などの神経難病などが原因となることもあり、「なぜ、私がこんな病気に罹ったのか？」という罹患の不条理さへの苦悩、「先が見えない中で、生きていくこと自体が辛い」という将来の不確実性への苦悩などがしばしばみられる。苦悩の種類について表1にまとめた。

3 プライマリ・ケア医と苦悩

病気の診断や検査・治療を提供すること以外に、こうした患者の苦悩に向き合い対処することははたして医師の職務なのか、疑問が生じるのもまた自然なことである。医学部の講義で「苦悩」を学ぶこともまだ一般的ではなく、ましてやそれにどう対応すべきかを修得する機会もほとんどないのだから。

しかし、日本のプライマリ・ケアの専門性の確立をいち早く唱えた実地医家の永井友二郎は、「病人を人間として全人的、総合的にみること」、そしてその方法論として「医療におけることばを重視すること」「病人をその

表2 苦悩に対応する際に犯しやすい誤り

▶ 苦悩を単なる疼痛や疾患と同等と考える

▶ 苦悩となる原因である疼痛などの症状が存在するかどうかについて懐疑的な姿勢を見せる

▶ 苦悩の原因となる疾患が検査などで診断できない場合に、治療の対象でないと扱う

▶ 疼痛などの症状の治療のみに専念して、苦悩が持つ患者の心理面や社会面の問題に関心を向けることがない

生活の中の人間としてみる、やさしい心を持つこと」の重要性を唱えた¹⁾。また、世界の家庭医療の父、I. R. McWhinneyは「医師の人生において中心となる仕事は、病気を理解することと人間を理解することです。病気になっている人を理解することなく病気を十分に理解することはできないので、この2つの仕事は分けることができません」と語った²⁾。

つまり、「患者を人として理解する」ことがプライマリ・ケアの理念ならば、まさに人として生きるがゆえに生じる苦悩はプライマリ・ケア医こそが正面から向き合わなければならない問題と言える。苦悩に正面から向き合わないことで、患者が絶望の深みに落ち込んでいくことは避けたい。表2に示すような医師の振る舞いは苦悩をむしろ悪化させる。ただ、外科医が大変難しい手術に入念な訓練と準備で臨むように、プライマリ・ケア医は直観や自己の経験だけに頼らず、十分な知識や技能を持って苦悩をかかえる患者に対応すべきである。



2)では、苦悩に対処するためにプライマリ・ケア医が持つべき知識や技能、さらには態度について、「希望」「癒し」といったキーワードを軸にわかりやすく解説していきたい。

◀ **文献** ▶

- 1) 永井友二郎：医学の正道 プライマリ・ケア。第2版。青山ライフ出版，2011，i-v.
- 2) McWhinney IR, et al: マクウィニー家庭医療学。葛西龍樹，他 訳。ばーそん書房，2013，p133-57.