

だから医学は

面白い

聖路加国際メディカルセンター理事長／聖路加国際病院名誉院長
日野原重明

幻を追いつづけた私の軌跡
ヒューマン



日本医事新報社

今の臨床医に欠けているもの

「病歴取り」から間違っている医師が多い

臨床医に必要なことで、日本の多くの医師にまだまだ欠けていると思うのは「病歴取り」である。病歴の取り方から間違っている医師が多い。

診察室で患者と対面したら、「今日はどうして来院されましたか」「いつから熱がありませんか」と病歴を取る。そして次に、家族歴、職業などを記録していく。しかし、一番必要なことは、患者さんが大学の教授か、会社の事務員か、あるいは小児かといったことではない。大切なのは「その人が時間をどのように使っているか」という平素の情報である。

患者の問題を明確にしながら記録をするPOS (Problem Oriented System 問題志向型システム) では、これを「ペイシエント・プロフィール」と言う。患者が朝起きてからどのように生活をして夜まで過ごしているか。どういう環境に住んでいるか。アパートかマンションか一軒家か。エレベーターがあるかないか。そこで一日中どうしているか。

こういうことを記録することが何よりも必要なのである。

一つ例を挙げると、私がかつて診た患者で、リウマチ性心臓病(僧帽弁閉鎖不全)を持ち、心不全が悪化した45歳の女性がいた。外来で診て、ジギタリスなどの強心薬を処方していたが、なかなか良くなりならず、ジギタリスの量を増やしたら中毒症状を起こした。ケースワーカーに訪問してもらうと、実はその女性はエレベーターのないアパートの3階に住んでいた。夫はアルコール依存症で、2人の小学生の男児がいる。アパートの部屋にはお風呂がなく、子どもを銭湯に連れて行ったり、スーパーに買い物に行ったりするのに毎日階段の上り下りをするという生活だった。

そういう肉体的な労働を余儀なくされていたということを知らずに、私は外来で処置や投薬をしていた。ケースワーカーを通じて1階の住居を探して転居してもらったら、心不全の進行が止まり、薬をあまり使わなくてもいい状態になった。

ペイシエント・プロフィールがいかに大切かということを私はこのように実際に経験してきた。しかし、まだ多くの医師が「職業は何か」「いつから熱が出たか」という情報ばかりを大切にしている。診察する時間の大半はペイシエント・プロフィールを把握するた

めの会話に充てるということ、「診断をつける」ということはプロブレム・ソルビングであるということをもっと考える必要がある。

プロブレム・ソルビングにはデータベースが欠かせない。基礎となるデータのことを英語で defined data と言うが、問題解決のために有力な手がかりになる defined data を得るには、今述べた日常生活像を大切にしなければならぬ。

診察するとすぐに検査・採血などをして、あまり頭を使って考えようとする医師がいるが、検査結果で考えるのは「考える医療」ではない。まず一通り検査をして、その結果から診断を考えるとというのは「頭を使わないプラクティス」である。そういう医師は、開業して5年、10年、15年、20年と経験を積んでいても、成熟するということがない。医師として本当に成熟するためには、患者や家族に想いが濃く届くような優しさが必要である。

常識は必ずしも科学的ではない

今の医師は忙しくなると時間を省くためにすぐにチェックリストに頼ってしまう。しか

し、チェックリストでは本当のことはわからない。チェックリストを頼りにしてポジティブなものだけを拾っても強い根拠を得ることはできない。

「むかつきがあるか」「熱があるか」など、チェックリストは患者に理解できる言葉で書かれている。患者はそれを見て「はい」「いいえ」にチェックをしていくが、例えば熱について言えば、37℃を発熱の境界とする一般の常識は医学的には誤りであり、熱があるかないかの判断は患者の年齢によって異なる。子どもと老人とでは何度以上を発熱とするかの基準が違うということを医療者はよく考える必要がある。

もう少し詳しく説明すれば、70歳以上の高齢者は一般的に平熱が低い。私などは朝6時の体温は35℃台しかない。だから、朝起きた時に36.5℃もあれば発熱状態ということになる。37℃以上を発熱状態とするのは子どもや若い人の場合の体温計の読み方であり、それを高齢者にも当てはめるのは間違っている。私は以前から、決して万人には通じない37℃の赤い基準線を体温表から消すことを提案している。患者の基準体温、または健康時の日常の平均体温のところに赤い線を引き、それを基準にして有熱か無熱かを判断すべきだと考えている。

安静にすることは必ずしもいいことではないということにも医療者はよく注意する必要がある。患者は療養中は安静にするのがいいと思ひ込んでいることが多いが、寝ているほうが病気が早く快復するというエビデンスはどこにもないと思う。人間は「動きながら疾病が癒される動物」である。無用な安静の状態が続くと、骨や筋肉をはじめ内臓器官の働きが悪くなり、体調がかえって悪くなる。

このように、習慣によって常識と考えられてきたことが必ずしも科学的ではないということがあるので、「頭を使う医療」の実践が必要となるのである。

教科書通りに行かないから面白い

日々の中に新発見がある

最近、身の者がこんな面白い経験をした。1・0と0・8あった視力が低ナトリウム血症で半分以下になり、眼鏡が合わなくなった。そこで、ある優れた眼科医に診てもらった

ら、「眼のレンズの中で低ナトリウム状態が起こったために視力が変わってきたのだから血液のナトリウムが正常になれば、放っておいても視力は戻る。いま視力を調整する必要はない。もう少し待てばいいのではないか」と言ってくれたという。私はその話を聞き、「そういうことが人間の体にはあるんだ」と驚いた。

こういうことがあるから、医学は面白くしょうがない。教科書通りに行かないから医学は面白い。毎日毎日新しい実験を試みて、いろいろなことを発見するのが医学である。

以前、アメリカの科学雑誌「サイエンス」に、脳が思い違いをするメカニズムを解明するためマウスを使って実験を行った利根川進さん（理研MIT神経回路遺伝学センター長）たちのチームの論文が掲載された。高齢者になると思い違いが多くなるのは、記憶力が落ちているのではなく、誤った記憶（過誤記憶）を形成して、それに入れ替わっているからだということを証明しようとしたものだが、これが非常に面白い。

20年、30年の経験がある医師でも、自分が思い違いをしていることに気がつかないで、間違ったことを繰り返し返しているということがあり得る。人間は年を取ると、若い時よりもだんだん思い違いが多くなるということを自覚する必要がある。だから臨床医は博学でな

ければならない。内分泌学だけをやる、糖尿病だけをやる、などと狭い領域に閉じこめるのではなく、常に勉強をして、幅広い学識で患者を診なくてはいけない。そういう努力をすれば、臨床医の仕事は面白くてもうがなくなる。

人間というものは、新発見をすると情熱が高まる。そして、新発見できるようなことは日々の中にある。しかし、人間は色眼鏡をかけているから真実が見えない。作家の曾野綾子さんは40代の時に白内障の手術をしたら世の中が変わったということを言っている。私は白内障がまだほとんどないから手術をする必要はないが、網戸を通して外の景色を見ると鮮やかな色がなくなるので、その網戸を取って真実の赤や黄色が現れた状態を想像する。そういう新発見が人のやる気を起こし、「これは面白くてもうがない」という気持ちにさせるのだと思う。

研究者は毎日が新発見だから仕事面白くてもうがない。寝ないで仕事ばかりしていると、普通は疲れてしまっってしまうけれどもなくなるのだが、研究者の徹夜はプロダクトが出てくるから疲れるということがない。疲労感がない。そういう気持ちを臨床医も持ってほしい。日々の中に臨床医学も発見があるからである。

あり得る現象は無限にある

私が診た患者で、早朝に狭心症を起こす人がいた。朝3〜4時に心電図をとると確かに狭心症が出ている。その患者が「以前、私は朝方になると喘息が起こるので、人に勧められて湯沢温泉に行きました。ここでは早朝に喘息が起こりませんでした。だから、この狭心症は喘息みたいなものですね」と言うので、私は「いや、喘息と狭心症は違う。狭心症はちゃんと心電図に所見が出てくる。では、私は事実を確かめるためにその温泉に行きましよう」と言って一緒に湯沢温泉に行った。そうしたら、その温泉では確かに狭心症が起こらない。だけど、同じ患者を病院の病室に戻したら発作が起こった。これはアメリカのプリンツメタル博士が発見した異型狭心症 (variant angina) であるということで、私は日本で最初の異型狭心症の発見者になった。

また、私の患者に横綱・柏戸の後援会長がいた。その人はテレビで柏戸が相撲を取っているのを見ると血圧が上がる。後援会長なのに苦しくなるから柏戸の勝負が見られない。そのため、勝負が始まると後ろを向き、終わってからテレビを見る。そういう症例を経験していたので、私はなでしこジャパンがサッカーの女子ワールドカップ(2011