

Primaria

[プリマリア]

新時代の医療をともにデザインする

Vol. 8 September 2014

Visionary People
— 新たな価値をつくり出す人々 —

東 光久

天理よろづ相談所病院総合内科・緩和ケアチーム

今、注目の人に聞く — 発行人対談 —

徳田 安春

独立行政法人地域医療機能推進機構
本部総合診療教育チームリーダー

誰も教えてくれなかった診断推論

ゲシュタルトを把握するツール

— 言語でゲシュタルトをつかむ —

臨床研究の道標 実践編

測定結果を歪める

「バイアス」に注意しよう

緩和ケアは
初診時から始まる。
患者の心的、
身体的苦痛に
思っていたってほしい。

天理よろづ相談所病院総合内科・緩和ケアチーム

東光久

Profile

あずま・てるひさ

- 1996年 京都大学医学部卒業
天理よろづ相談所病院ジュニアレジデント
- 1998年 同院シニアレジデント内科系ローテートコース
- 2000年 同院チーフレジデント
- 2002年 同院総合診療教育部／血液内科医員兼任
- 2004年 同院総合診療教育部医員専任
- 2007年 国立がんセンター中央病院
(現・国立がん研究センター中央病院)がん専門修練医
血液内科(現・血液腫瘍科)、幹細胞移植科、乳腺・腫瘍内科
- 2009年 天理よろづ相談所病院総合診療教育部医員／
緩和ケアチーム、救急診療チーム、外来化学療法委員兼任

Visionary People

新たな価値をつくり出す人々 Teruhisa Azuma

兵庫県神戸市出身。経済的には決して裕福ではなかった。国立とはいえ、医学部に進学して勉強に専心できたのは両親のおかげだと話す。京都大学医学部卒業後は医局に所属せず、初期研修は奈良県の天理よろづ相談所病院で受ける。後期研修も独自のローテートシステムを採用していた同院で行い、血液内科を専門にする一方で、他科をローテートしながら総合内科でも診療に従事。現在は総合内科での診療とレジデント教育に加え、緩和ケアチームに加わっている。

【プロローグ】

少年期に思い描いた医師の姿そのままに

「医師をめざしたきっかけは、テレビや漫画で見た医師の姿が格好良かったから」。公言するかどうかは別として、医師人生の端緒にこうした経験を持つ方は意外と多いかもしれない。東光久氏もそのひとりだ。

東氏は、1969年生まれ。現代にまで語り継がれる名作ドラマが量産された1970年代に多感な少年期をすごした東氏の心をとらえた作品は2つ。ひとつは、山口百恵主演の『赤い疑惑』だ。

「主人公の少女が白血病に冒される展開に、『白血病を治す医師になりたい』と、子ども心に固く決心しました」

もうひとつは、これまた名作の『白い巨塔』。医学部での出世だけをひたすらめざす主人公と対照的なライバルで、患者をなんとか救おうと奔走する、山本學の演ずる里見脩二助教授の姿が忘れられなかった。

「小学校低学年のころの話ですが、当時から周囲の友人に『将来は絶対、医者になるんだ』と言いまわっていました。すると、遊んでいて誰かがけがをしたとき、『医者になるんだから、お前が治せ』と迫られるので（笑）。

もちろん絆創膏を貼るくらいしかできなかったのですが、『医師とは、こうして突然に大切な行動を求められるのか』と感じたのを覚えています」

白血病が治せて、ほかにもなんでも診られる医師。少年時代に憧れて思い描いた医師像は、後年、東氏に血液内科医と総合診療医の二足のわらじを実際に履かせることになる。

患者を診つづけられる理想の環境を求める

京都大学医学部を卒業した東氏が研修先に選んだのは、現在までの医師人生の大半を送ることになる天理よろづ相談所病院。母校の研修先病院には、ほかにも著名な病院名が並ぶが、その中で同院を選んだ理由は患者をじっくり診られる環境にあった。

「『白い巨塔』の影響かもしれませんが（笑）、知識や技術だけでなく『心』も学んで患者さんに接する医師になりたいと思っていました」

しかし、当時の医学部で行われていたのは人間を臓器別に分類し、物理的存在としてみ直す教育ばかり。患者をどう診察すればいいのかすら、十分に学べなかった。自分の納得いく研修を受けるには、どこがいいのか――。

「天理よろづ相談所病院では、『総合病棟』という名の研修医専用病棟に内科系と腹部一般外科の患者に入院してもらい、研修医は指導医のもとにすべての領域の担当患者を同時に受け持つシステムを採用していました。2年間の研修期間中13ヵ月を同病棟ですごす間、たとえば、消化器内科で入院した後、循環器疾患が見つかり循環器内科に移った患者さんでも指導医が変わるだけで、自分は主治医として入院から退院まで、ずっと診られました」

さまざまな疾患を持つ患者を診察し、治療し、最終的な結果も見届ける。こうした環境に医師としてのやり甲斐を見出した結果、現在まで同院で診療をつづけてきた。そして、ひとりの患者を初診からずっと診るうちに、「緩和ケア」は終末期のみならず、初期段階にも必要なのではないかと思うようになった。現在は、総合内科の緩和ケアチームの一員に加わり、新たな緩和ケアのあり方を模索しているそうだ。



■緩和ケアの位置づけが変わりつつあるという。

緩和ケアは、主にがん患者の終末期の医療と考えられていました。しかし、実は末期になってからケアを始めるのでは遅いのです。

がんが見つかるきっかけは、なんらかの身体症状が出て、本人が気になり受診してわかる場合もあるでしょうし、検診などで偶然に見つかる場合もあります。どちらにせよ、患者さんにとってはたいへんショックで、心理的に受ける衝撃は想像するにあまりあります。そこで最近では、いろいろな段階での身体的・精神的苦痛を和らげるために、緩和ケアは、診断時から必要なツールになってきているのです。

■しかし、全患者に対し診断時点から対応しようとすれば、緩和ケアの専門医がパンクしてしまうのではないか。

初期段階で求められる緩和ケアは、高度に専門的な薬物療法などではありません。したがって、プライマリ・ケアを施す総合診療医が緩和ケアを担えばいいのです。

考えてみれば、それは当然かもしれない。我々が研修医時代、病棟に初めて配属され、患者さんから「眠れない」、「熱が出て苦しい」、「便秘で困っている」といったさまざまな訴えに応えた行為も緩和ケアの一種でしょう。

無論、訴えの根底にある医学的な問題に目を向けて診察や検査を行い、出た結果に対する治療を行うわけですが、その間もずっと、患者さんは痛みを感じて苦しんでいる。並行して苦痛を和らげてさし上げようとするのは、医師として誰もが持つべき感覚のはずです。

私が申し上げたいのは、「総合診療医は、特殊な緩和ケアの技術を身につけなければならぬ」のではなく、緩和ケアとは臨床医が学ぶべき「お作法」のようなものだということです。どんな専門領域に進んでも感染症の治療は絶対に必要とされます。同様に緩和ケアもあらゆる医師に求められると思うのです。

■他職種との連携については、どのように取り組んでいるのだろうか。

当院の緩和ケアチームは医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士、臨床心理士といった医療職に加え、宗教団体が母体の病院らしく、天理教の宗教家の方も参加して構成されています。

個人的に緩和ケア教育の一環で重視しているのは、初期研修医に対する看取りの教育です。

■2025年には、年間に亡くなる方の数は現在の125万人から170万人に達すると予想されている。看取りの方法の会得は今後、絶対に欠かせない。

看取りの方法を学んだ方は、ほとんどいないはず。自分自身も教わった経験はありません。我流で臨んでいる方が大半でしょう。けれども、今後、看取りの方法の教育は必須になる。そこで、私は看取りの教育を研修医に実施しています。

ノンフィクション作家の柳田邦男氏が、「2・5人称の死」という概念を提唱されています。1人称の死とは自分の死です。それから、この世の誰も未経験のため表現できません。経験できるのは、家族や友人など親しい人物の2人称の死と、医師が仕事として接する患者さんのような3人称の死。しかし患者さんの死を「3人称の死」としてだけとらえると、どうしてもドライになりすぎ患者さんとのコミュニケーションエラーの原因になるおそれがあります。

そこで、中間にあたる2・5人称の死の概念を持つようにするのがいい。患者さんや家族に寄り添う気持ちで診療しながらも、医師としての客観的な情報把握や状況判断は正しく行い、死に向き合う患者さんの苦痛を和らげ、平穏な境地に導きます。

■研修医への具体的な教育方法は。

いざ、患者さんが亡くなる場面だけではなく、その前から刻一刻と死に迫る時間において患者さんとうまく接するのかが、最期をいかに穏やかに迎えていただくかは、残されたご家族のその後にも大きく影響するので、その点を踏まえた診療をしなければ

らない。方法は一通りではないので、日々手探りでず。

1、2年前の話ですが、70代の女性の末期がん患者への対応に初期研修医が苦慮したケースがありました。患者さんは、たいへんな苦痛を感じているのですが、研修医や、看護師の提供する医療を拒絶するのです。看護師から、「何かできないでしょうか」と相談を受けた研修医がベッドサイドに行っても、患者さんに「帰れ」と言われ、てしまう。「いったい、どうすれば良いのか」と途方に暮れていました。

そこでチーム内で、終末期に関して各々が持つ経験を語り合う勉強会を開催しました。多くのケースが披露されるうち、患者さんの考え方が、どれほど十人十色であるかが、あらためて浮き彫りにされました。つまりは、ある一定のサポートの方法を定めることはできるがすべてはケース・バイ・ケース。その都度、一人ひとりの患者さんについて医師を含む多職種の間で話し合い、「これが良いのでは」と出た案を地道に試すしかないとの結論にいたりました。

■患者は最終的に研修医を受け入れてくれたのか。

研修医は、その後も何度も追返されたのですが、そのたびにスタッフ全員で患者さんへの接し方を検討するなどした結果、ついに痛みの緩和に関する研修医の提案を受け入れてくれました。痛みが和らぐと、

そうとう楽になったようです。

研修医が直接、感謝の言葉を言われる機会はなかったのですが、最終にご家族に向けた手紙の中で、研修医や看護師への感謝の思いが伝わっていたと聞きました。

■看取りに関して、あえてアドバイスを述べるとすれば「諦めずに患者と向き合え」。

振り返ると、研修医時代に教えを受けた今中孝信先生の影響が大きかった。血液内科医であり、1976年に当院の総合病棟制度を立ち上げた今中先生は、「君たち、初期研修の2年間は、『Being』より『Being』だ」とおっしゃいました。

患者さんに何かをするのではなく、ただただ、患者さんのそばにいなさい。2年間で何かの技術が身につくはずもない。そんなことはあともいい。用事がなくても必ず1日2回患者さんに会いに行きなさい。君たちに用がなくても、患者さんにはあるかもしれない。ベッドサイドにある椅子は君たちが座るためにあるんだ――。

もし怠ると烈火のごとく叱られました。患者さんがどれほど辛く、おそろしい思いをしながらか治療や検査を受けているのか、目に焼きつkerという意図だったのだと思います。

前述の研修医も、めげずに患者さんのもとへ通って重い扉を開けました。患者さんに向き合い、寄り添いつづけることは、職種を超えて当院の伝統なのでしょう。

■患者の声に耳を傾ける姿勢に加えて、良き臨床医に求められることを一言で表すとしたら。

患者の「主治医」たらんことだと思えます。主治医と聞いて持つイメージは人それぞれですが、私が考える主治医の条件は3つあります。

1つ目は、前述の「2・5人称」の立場に立てること。2つ目は、単にエビデンスにもとづくのではなく、患者さんの置かれた状況や価値観に配慮しつつ行う、真のEBMの実践ができること。そして3つ目が言葉を大切にできることです。

3つ目の条件は、患者さんへの声かけもそうですが、正しく言葉を使うことで本来の意味を見失わずにすみます。昨今、インフォームド・コンセントを「IC」と略して、「ICをする」とか、「ICを取得する」といった用例が見受けられますが「コンセント」するのは患者さんのはずでしょう。使う側にその点に関する意識が抜け落ちてしまっているように感じます。

私自身、いまだに「あの表現はまずかったかな」と反省する機会が多くあります。研修医と話をする際には、言葉遣い、あるいは口調には細心の注意を払っているつもりなのですが、会話は難しいですね。表情や動作などノン・バーバルな要素を含めた意味での「言葉」に重きを置き、コミュニケーションを大切にしたい。こうした点を後進に伝えるのも私の責務です。

【エピローグ】——20年後の日本の医療

専門医の心持ち次第で医療の姿が変わる

来春、活躍の舞台は福島へ！

超高齢・多死社会を目前に控え、逼迫する医療問題の解決策について聞くと、意外にも東氏は総合診療医ではなく、専門医のオーバーラップを挙げた。

「20年後はわかりませんが、少なくとも10年先では総合診療医の数はまだまだ十分ではないでしょう。」

一方、現在は細分化された臓器別専門医全盛の時代にも感じられますが、そうした医師すべてが、いつまでも専門医をつづけられるわけではない。疾病構造も大きく変わりますし、大学でも病院でもポストには限りがありますから、いつかキャリアパスを見直す日があるはずですよ。

また、複数の臓器別専門診療科に受診する患者さんからすれば、誰に相談すれば良いのかわからない問題もあるでしょうし、それぞれの診療科から処方される薬剤の合計が10種類を超えること（polypharmacy）も珍しくなく、結果として薬剤の副作用を招く事態もあるでしょう。

そうした事態を防ぐ意味でも、たとえば、『循環器専門医だから消化器は診ない』ではなく、『専門ではないが、ここまでは診よう』との態度で研鑽するようになれば、各々のカバー範囲が少しずつ広がり、オーバーラップする部分が大きくなって、ひとりの患者さんを過剰な数の専門医が担当することを防ぎ、お互いの負担が軽減するはず。私は、総合診療医の育成とともに、臓器別専門医間のオーバーラップに総合診療医がお手伝いできることもあると思っています」



東氏個人の未来に焦点を当てれば来春、大きな変化が訪れる。福島県白河市にあるJ A福島厚生連白河厚生総合病院が2015年度より新設する後期研修プログラム「福島県立医科大学 白河総合診療アカデミー」の特任准教授として招聘され、総合診療研修プログラムディレクターの職を任されるのだ。

同アカデミーは、J A福島厚生連と福島県立医科大学が同大学臨床研究イノベーションセンター (<http://www.fujifuture.jp/>) に設置した寄附講座であり、白河厚生総合病院を診療と教育の実践の場とする。研修医は、総合診療の指導を受けながら、臨床研究の学習と実践ができる日本で初めての画期的なプログラムだ。

「東北地方はこれまでまったく縁がなく、初めてと言ってもいい場所ですが、阪神・淡路大震災を経験し、多くの方々に支援していただいた者として、東日本大震災の被災者の方に対し、今度は自分が何かせねばとずっと気になっていました。」

阪神・淡路大震災のとき、私は大学生で京都にいましたが、両親と弟の住む神戸の実家が被災し、経済的にも立ち直るのに時間を要しました。自分のルーツやアイデンティティを確認するため、神戸に帰省した際に今はない実家のあった場所に立つと、いまだになんとも言えない複雑な気持ちになります。福島で同じくそうになっている患者さんやご家族の気持ちに寄り添うことも含めた、総合診療の実践・教育・臨床研究ができればと思っています」



- 緩和ケアは、すべての医師が身につけるべき基本的な“お作法”である
- 真の主治医になるための3要素。2.5人称の立場に立つこと、患者の特殊性を考慮した真のEBMを実践すること、言葉を大切にすること
- 総合診療医だけでなく、各々の臓器別専門医が自らの守備範囲を少しずつ広げてオーバーラップさせれば、患者と医師の双方にとってwin-winの関係がとれる

[プリマリア]

Primaria

新時代の医療とともにデザインする