

Common Sense

を



生きる

坂本 壮

So Sakamoto

国保旭中央病院救急救命科

映画『生きる』

- ＊「もう遅い……、いや、遅くない。わしにも何かできる。ただ、やる気になれば」
- ＊これは、映画『生きる』（黒澤 明監督、1952年）のなかで、末期胃癌により余命いくばくもないと知り絶望の淵に突き落とされた主人公、渡辺勘治が、そこから這い上がった瞬間に口にした言葉です。
- ＊役所の市民課長だった渡辺は、仕事への情熱も失い、ただ書類に判を押すだけの毎日をやり過ごしていました。ある日、胃の不調を訴えて訪れた病院で、自らが末期胃癌に侵されていることを知ります。絶望した渡辺は、30年近く休んだことのない役所を無断欠勤し、生まれて初めての放蕩もしますが、胸が晴れることはありません。
- ＊そんなとき、路上で偶然、市民課の部下だった小田切とよと出会います。若く奔放な彼女は、退屈な役所を辞めウサギのおもちゃを作る工場で誇りをもって働いています。そんなとよの生命力に触れた渡辺は、自分にもできることがあると気付きます。そして残された数ヶ月間を精力的に働き、市民から再三陳情があった公園を完成させて亡くなります。
- ＊「生きる」という普遍的なテーマをシンプルなストーリーで見事に描いたすばらしい作品で、東宝創立20周年記念として制作されたものだそうです。その向こうを張って、というわけはありませんが、この記念すべき『J-COSMO』第1回目の「Special Topic」で、私も「生きる」ことについて書いてみたいと思います。もっとも本誌のテーマは「臨床医の Common Sense」ですから、お題は「Common Sense を生きる」と致します。

医療を取り巻く環境

- ＊さて、私たちが生きる現在の医療は、どのような状況に置かれているのでしょうか。私の専門はERなので、ここからの具体的な内容はER・救急領域を例にとりて考えてみます。
- ＊一昔前と比べて交通事故は減少し、多発外傷や熱傷は救急搬送先が固定化されるようになってきました。一部の救命センターなどを除き、多くのERは重症例ばかりが来院するわけではなく、内科救急、さらには専門外の領域への対応が求められます。つまり、多くの軽症・中等症の患者、それも多岐にわたる症状・疾患を診つつ、時に搬送されてくる重症患者の対応をしなければならないのです。
- ＊2019年、誰もがスマートフォンをもっています。患者のほとんどがネットを通じて自身の症状や薬について情報を得ていますが、その内容が正しいとは限りません。間違った知識に基づいて無用な薬や検査を要求されたときにうまく対応する必要も生じています。
- ＊病院の多くは電子カルテとなり、診療内容がすべてデジタルな記録で残る時代です。記録された画像には放射線科医の読影が付く施設も多いでしょう。ER医にも、本来の主訴とは異なる疾患（悪性腫瘍が代表的）にまで目配りをするのが要求されています。
- ＊『生きる』のなかで渡辺勘治の主治医は、胃癌と診断したにもかかわらず胃潰瘍と告知します。

末期胃癌は死の宣告にほかならない。患者のために、医師は決して真の病名を告げず、消化の良い好きな物を食べていればそのうち治ると話す。今では考えられないことですがこんな時代もあったのでしょう。

*『白い巨塔』などの昔の医療ドラマでは「医師は謝ってはいけない」、「医師はわからないと言っ
てはいけない」といった台詞が必ず出てきます。次にあげるのは、2017年度医師国家試験の
問題です。

4 患者の信頼を得るために、医師が最も心掛けるべきなのはどれか。

- a 自身の感情を表に出さない。
- b 面接の手順を厳守する。
- c 患者の間違った考えを医学的に否定する。
- d 患者と診療以外の場で個人的に親密になる。
- e 病気について分からないことは分からないと認める。

(第111回医師国家試験H問題第4問)

答えは……簡単ですね、eです。現代では当然のことです。パターンリズムの時代は去りました。

*そして忘れてはならないもう一つの点は、患者の高齢化です。2016年に救急搬送された560万人超の患者のうち57.2%を高齢者が占めています。そして高齢者は、ほかの年齢層に比して死亡者、重傷者の割合が高くなっています(p.72『高齢者救急 ただいま診断中!』参照)。「救急患者=高齢者」と言っても過言ではない時代を迎えているのです。

*これまでにあげた環境の変化は、何もERに限ったことではなく、現代医療全般に通じる常識(= Common Sense)です。では、このような状況のなかで臨床医として生きるためには、どう考え、どう行動すべきなのでしょう。これから、私が特に重要と考える3点について述べます。これらは本誌『J-COSMO』が提供しようとする「臨床医のための Common Sense」の一面を映すものです。

- ① **Hi-Phy-Vi** > Test
- ② **Prevention** is also a Mission
- ③ To **Teach** is To **Learn!**

① Hi-Phy-Vi>Test

検査も大切だが、それ以上に病歴(History)、身体所見(Physical)、
バイタルサイン(Vital)に重きをおくべし!

*病歴、身体所見、バイタルサインが非常に重要であることは誰もが認識していることでしょう。しかし、さまざまな理由から、これらをきちんと評価する前に検査をオーダーしてしまう

* A君はCCHR(Canadian CT Head Rule)を知っていました。勉強熱心ですね。これは、New Orleans Criteria(NOC), CT in Head Injury Patients(CHIP), National Institute for Health and Care Excellence guideline for head injury(NICE)などと並んで、軽症頭部外傷患者に対して頭部CTを撮影するか否かに使用される有名なclinical decision ruleです。具体的には表1の内容になります。

表1 CCHR(文献1を元に作成)

臨床所見 (1つでも満たせば頭部CTを撮影)					
● 受傷2時間後のGCS < 15	<table border="1"> <tr> <td>感度</td> <td>98.4%</td> </tr> <tr> <td>特異度</td> <td>49.6%</td> </tr> </table>	感度	98.4%	特異度	49.6%
感度		98.4%			
特異度		49.6%			
● 頭蓋骨開放骨折または陥没骨折を疑う					
● 頭蓋底骨折を疑う所見あり					
● 2回以上の嘔吐					
● 65歳以上					
● 受傷以前30分以上の健忘					
● 危険な受傷機転					

* 確かにA君が考えたように、「65歳以上」という項目があるのですが、このCCHRには、表2の適応・除外基準があります。これに照らせば、症例の患者さんは、そもそもCCHRの適応対象ではないといえるでしょう。

表2 CCHRの適応・除外基準適応対象(文献1を元に作成)

<p><u>適応対象</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● GCS13～15かつ意識喪失(loss of consciousness, LOC) ● 受傷時の記憶なし ● 錯乱 <p><u>除外対象</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 抗凝固薬使用者
--

* 仮にこの症例でCTを撮影し、問題がなかった場合には何と説明するでしょう? 「現時点では明らかな出血や骨折は認めません。しかし、今後症状が現れる可能性もあるので念のため経過をみて……」と説明することが多いのではないのでしょうか。CTを撮っても撮らなくても、経過観察という結論に変わりはないことになります。臨床医には常に適切な判断力(=Common Sense)が求められます。やみくもに検査をするのではなく、病歴、身体所見、バイタルサインをしっかりととって、リスクを把握したうえで経過をみる。そのような選択の重要性をご理解いただけたことと思います。

② Prevention is also a Mission

予防も臨床医の使命である！

再受診を予防せよ!

- * 少々不謹慎かもしれませんが、ER 医のテンションが最も上がるのは、「ショックバイタル」と聞いた瞬間です。それに対して軽症患者の場合には「なぜこんな症状で救急車を呼んだんだ。明日かかりつけ医を受診すればいいじゃないか」などと思ってしまいがちです。しかし、そこで患者を非難することなく対応できるか否かが、ここでのポイントです。軽症でも、受診するからには何らかの理由があるのです。
- * 58歳の女性が、血圧が180/90mmHgと高く心配とのことでわざわざタクシーに乗って深夜の救急外来を受診しました。自覚症状はなし。このような患者さんに「こんなことで受診してはいけません。問題ないので大丈夫です」と上から目線で対応するのではなく、「血圧が高いことを心配されているのですね。この時間に受診した特別な理由がありますか？」などと尋ねてみたらどうでしょう。「同級生が最近も膜下出血になって、高血圧が原因と聞いたもので……」など受診の背景を把握することができれば、具体的な対応策を説明し、納得して帰宅させることができます。こうしておけば、また同じような状況になっても救急外来は受診しないでしょう。降圧薬ではなく、説明を処方することで、再受診を予防するのです。

不安を解消せよ!

- * 75歳の女性が動悸を主訴に来院。心電図で頻脈性の心房細動を認めました。不整脈の既往はなく、抗不整脈薬や抗凝固薬の服用もありません。そのうち心拍数も落ち着き症状も消失しました。
- * このような症例で、忙しいERにおいて最低限行うべきことは、患者の不安の除去です。動悸を訴える患者は、しばしば「このまま心臓がどうかなってしまうのかと思って不安で……」と、症状出現時の不安を強く訴えます。まずは今回の原因として何が考えられるのか、そして再度その症状が出現した際に具体的にどのように対応すべきなのかを説明しましょう。さらに、慌てる必要はありませんが、心原性脳塞栓症の予防は行うべきでしょう*。かかりつけ医につなげる、かかりつけ医がいなければ循環器医や具体的な受診場所を決めるところまでは行いましょう。その後の患者の適切な行動を促すことで、再発を予防するのです。

発症を予防せよ!

- * 外傷患者に対して、創部の処置を行い、安心してはいませんか。たとえば、破傷風は念頭に置いているでしょうか。決して頻度は高くありませんが、依然として年間100例程度発症しており、死亡率は10%程度といわれます。しかし、これはワクチンでほぼ100%予防可能

* 初発の心房細動をみたときには、甲状腺機能亢進症の可能性も考え対応します。

換するためには、繰り返しアウトプットするのが一番です。忙しい現場でも、場面に応じた必須知識が瞬時に浮かぶようになり、ミスもなくなります。また、偉そうに研修医に話していることを、私自身が実践しなければ立場がありませんから、キッチリとやるようになります。

- ＊人が集まらない、参加しても寝ているなど、いろいろ苦労はあるかもしれませんが、それでもいいのです。自分のためなのですから。もちろん、いくつかのポイントはあります。たとえば、研修医が知りたい内容とその知識レベルを事前に把握し、それを元に内容を組み立てる、話す順番に気を配る、スライドを工夫する、など。私もなお試行錯誤していますが、それについては別の機会に話すことにしましょう。

二度目の誕生日

- ＊院内の研修医を対象に始めた勉強会も、今では全国の研修医や看護師を対象に行うようになりました。勉強会を元に執筆した『救急外来 ただいま診断中!』もありがたいことに多くの方に読んでいただいています。そして迎えたこの新雑誌『J-COSMO』の創刊です。「誰かのために」と構えるのではなく、自分自身のために、自分自身がなすべきことを続けていけば、徐々に理解者も増え、考えもしなかったチャンスがやってくるものです。もう遅い、自分には無理だなどと言わず、思い切ってアクションを起こしてみましよう。Change is Chance! 人生は一度きりです。
- ＊冒頭で紹介した映画『生きる』は、2018年に宮本亜門さんの演出によってミュージカル化されました。ミュージカル大好き、さらにW主演の市村正親さん、鹿賀丈史さんの大ファンである私は、苦労してチケットを手に入れて観に行きました。すばらしく私のやる気スイッチが押され、これからも医療現場を生きていこう、との思いを強くしました。
- ＊最後に、第一幕のラストで主人公、渡辺勘治が歌うナンバー『二度目の誕生日』をご紹介します。筆をおくことにします。

遅くはないのか 間に合うのか まだ 私の命 燃え尽きたわけじゃない
 今のままならば 死ぬ日を待つだけになる それでいいのか 一度だけの人生
 こんな私でも できることが何か 見つかるかも いや 必ず見つかるはず
 ひとに喜ばれる 何かできないか 残りの日々 すべてを捧げて
 もう今までの私ではない 胸に 力がわいてきた
 希望が私に光をくれる 新しい夜明けがきた
 今日から変わる 私は変わるんだ 絶望の暗闇には もう戻るものか
 最後のときまで 生き抜いてみせよう
 今日が二度目の 誕生日だ 私は生まれ変わろう 今!

(ミュージカル 生きる『二度目の誕生日』より)JASRAC 出 1901636-901



【参考文献】

- 1) Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et al. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. Lancet. 2001; 357: 1391-6.