

勤務医部会だより

医療における三猿

「診ざる、聴かざる、言わざる」



幹事 山本 綾子

医師になってから45年、最終講義の時にした大まかな計算だが自ら診察した患者さんは、延べて約10万人余になる。これらの患者さんを診察してきた基本技術は、大学紛争直後でインターン制度も研修医制度もない時代の2年間の研修中や、大学に戻ってからの主に教授のベシユライバーをしながら教えられたもので、アメリカのレジデント制度のようなシステミックなものではなかったが、詳細な病歴聴取、頭から足の先までの丁寧に理学的所見を採り、それに基づいて診断し、治療を考えることであった。

入局した第一内科第4研究室（現神経内科）には当時からメイヨークリニック神経所見チャートの日本語版や頭痛チャートなどがあり、外来患者登録の会は、外来担当の先輩の先生方が記載したチャートを見ながら所見を呈示し、考えられる疾患や病態を述べ、それに対して皆が意見を言うもので、所見の採り方から、診断過程の曖昧さを厳しく批判・指導される脇で見ている緊張する会であった。ちなみに当時の第一内科第4研究室で外来を担当できるのは卒後約8～10年位で、それまでは教授や先輩の先生方の診察の手伝いをしながら自分の診療能力の向上に努め、先輩の先生の赴任などで診察室が空いて、教授やその他の教官から認定されて初めて外来担当となれた。外来一回当たりの患者さんは多くて十数人で、じっくり診察することが可能であったが、私は、診断・治療に不安な場合は、患者さんの電話番号をメモしておいて、夕方、自宅に帰ってから電話で様子を聞くことが度々あった。

さて、昨今はこの様なトレーニングの機会も殆ど無く、卒後数年の医師が外来を担当するのが当たり前になっている。しかも昔と比べ外来患者さんの数は非常に多く、また外来以外の仕事も格段に忙しいので、時間を掛け、興味を持って診察するゆとりない状況となり、診療能力に懸念があると感じていた。

そんな折り、立て続けにセカンドオピニオンを求める患者さんが3人受診してきた。大学病院では時間に追われて診療にゆとりがなかったが、今は新患に1時間かけ、手順通り一般理学所見を採り、神経学的検査（平成20年から保険適応400点）を実施し、私なりの見解を述べたところ、3人が3人ともこんなに病歴を細かく聴取され、こんなに丁寧に診察され、その結果、何を考えたかを微に入り細に入り言われたのは初めてという。

今、多くが「聴かざる」、「診ざる」、そして何を考えたかを「言わざる」の診療になっているのではないか？検査が簡単にでき、軽く病歴を聞いて（聴いてではない）、検査を実施し、検査に異常がなければ異常なしで診療終了となる傾向が強いようだ。患者さんは「ではこの症状はどこから来ているの？」と困惑し、もう一言尋ねることも出来ないまま診察室を後にしている。

プライマリーケア、総合診療が重要と言われて久しく、様々な取り組みが為されているが、なかなか目に見えた成果が上がってこない。熱血指導医がテレビで患者さんの診方を披露しているが、視聴者の好奇心を満たすに留まっているようである。

病歴聴取、現症把握、そして確定診断は出来ないまでも根拠を挙げて考えられる診断名を告げる訓練を早期に一定期間（少なくとも2年間）行うプログラムが意外に画期的な取り組みかもしれない。

（並木病院）