

随筆

40年後の原点回帰—neurology consultant—として

新渡戸記念中野総合病院脳神経内科 臨床部長

東京医科歯科大学脳神経病態学 特任教授

内原 俊記

2020年1月から神経内科の診療支援として、毎月第4金曜日にOCHにお邪魔している16期の内原です。このたびハワイ大学卒後医学臨床研修事業団 ディレクター 本竹秀光先生のお招きをうけ、11月16日から20日までの一週間、neurology consultantとしてOCHで講演や診療をさせていただきました。医師としての原点に戻る貴重な機会でもあり、いろいろと思うことが多い滞在でした。一緒にふりかえてみたいと思います。

凡人にもできる非創造的職業—普通の医者—をめざして

高校時代には、「創造的な」職業についてみたいと人並みな夢をしたりもしたが、数学と化学が全く身につかず、これでは理系で創造的な研究などを目指しても二流以下にしかねない現実も自覚していた。まして、さらなる創造性が求められる哲学、文学、法学などでは全く歯がたたないことは火を見るより明らかであった。医者は頭をつかう創造的な職業と思われているのかもしれないが、とんでもない誤解と思う。患者さんの個人的な健康問題を、これまで報告された教科書的知識に照らして医学的に分析し、標準的方法にしたがって治療するという作業を丁寧にこなす職業で、むしろ個人的な創造や思いつきを排することで普通の医療はなりたっているのではないか。それなら凡庸な自分でもなんとか「普通の医者」としてやっていけるかもしれない、といういい加減な気持ちで医学部に入学した。

1982年の医学部卒業時、大学で最初から専門研修を始める人が大多数であった。しかし将来はどうあれ、自分のイメージする「普通の医者」に近

づくには救急医療や外科、小児科、産科、麻酔科などの研修を受けるほうが良いのではないかと自分なりに考えた。すぐに怠ける自分を「普通の医者」にしてくれそうな場を探し、当時としては「普通でない選択」をして、OCHの研修医となったのだが、もとより勝算があった訳ではない。いまや卒後教育の日本の頂点として揺るぎない地位を占めるOCHだが、1982年当時、将来神経内科になるのであれば外科、産科、救急、麻酔科の研修をやる意味があるのかを理解する人は皆無で、「かわってますねー」と冷笑されるのみであった。

History & Physical

いざ研修をはじめてみると、逃げ場のない忙しさに流される毎日が果てしなく続くが、その中で随所にHistory & Physicalという鉄則が内科、外科、小児科、産科、救急など病院全体で共有されていた。当時ようやくようやくCTやエコーという画像診断がはじまった時期で、研修医には基本的に手が届かない時代であったが、ふりかえるとそれが自分にとっては幸いた面がある。そうした画像情報を得る前にH&Pまで一旦診断を自分なりに考えようとする古臭い姿勢がこの時期に身についたとすれば、今となっては幸運としかいいようがない。現在に至るまでH&Pが自分なりに纏まる前には、たとえ紹介患者であっても画像情報、検査情報をインプットしないという姿勢を崩さないように努め、未熟な自分を戒めてはいるが、なかなか思うように診断に至れないのは研修医時代と大差ない。それでもH&Pのみで一旦考えてみるという姿勢を当然のものとして指導医が積極的に共有しサポートした最後の時代でもあった

のかもしれない。神経診察から推定される病変の局在は病理解剖まで確認できなかった時代と異なり、現在はMRIで高感度にとらえることができる。とすれば、病変局在を推定する医師の臨床能力はMRI出現後大幅増大すると期待される筈だが、実際は逆に大幅に減退したというのが通説である。心雑音を聴いて病態を推察するartも心エコーで確認できるのでさらに向上しても良いのだが、逆に心雑音を真剣に聴こうとしない循環器医がでてきていると聞く。当時 consultant として毎年 OCH にいらしていた Jule Constant 先生は Bedside Cardiology という教科書を一人で著され、physical のみで心臓の状態を把握して手術適応まで判断できるといっていられた。そうした神業の内容は研修医の理解を越えていたが、その警咳に接する機会は、貴重な経験であったと思う。こうした姿勢を OCH 全体が共有して毎日の回診が当時行われていたように思われる。

History and Physical, then Smear

H & P は全ての科で当然のものとしていたが、その最右翼は喜舎場朝和先生の感染症グループであることに異論は少ないと思われる。発熱患者の History と Physical 全体に矛盾がないかを詰めた上で、画像や検査をみて、smear 所見でみられた細菌に納得がいくか、という作業の繰り返しであったと思う。自分自身で H&P を組み立て、染色した smear 所見までで initial evaluation の全てが、自分の手の中で完結してしまうという診療は、小規模ながら自分の掌中に疾患と患者の全体がはいる。治療をはじめると時間経過をその成否まで実感できるという、急性の外因性疾患の診断、治療のプロトタイプを実感する良いモデルであったと思う。こうした詳細な H & P と Smear は感染症の基本として「喜舎場イズム」と呼ばれることがある。しかし、H&P を遵守するこうした姿勢は正しい、正しくない論評の対象ではなく、医師の姿勢として無条件に遵守すべきものと OCH ではされており、discipline というほうがより近いのではないかと思う。生徒たる我々

disciple は無条件に師を信頼し、指示されたことを忠実に手を抜かずに行うだけで、臨床が完結するという驚くべきシステムといってもよい。昨今、研修医の自発性、自主性を尊重した研修を唱導する向きもある。しかし臨床の現場を知らない研修医の自発性、自主性を尊重した卒後教育のほうが、より良い臨床医をそだてられるかは、今後検証すべき課題であろう。少なくとも最初に厳しい躰をしていただいたことが、小生にとって、その後の糧になったのは何より有り難い。40年を経て、今こうして振り返ることができるのは、旧き佳き時代への nostalgia とは次元が異なる。少なくとも小生にとってはかけがえのない意味をもっていることは間違いない。

History, and Physical, then Jolt accentuation

OCH の2年の研修を終えて、1984年に母校の東京医科歯科大学の神経内科に入局させていただいた。そこから千葉県旭中央病院に神経内科を新設するとのことで赴任したのは1986年、卒後五年目のことであった。神経内科開設とはいえ、当時987床を擁する大病院に、神経内科医は駆け出しの小生一人であった。難しい神経疾患のカバーは不可能だが、髄膜炎などの急性疾患の診断治療の失敗は許されない。そうした環境のなかで生まれたのが jolt accentuation of headache (Headache 1991) である。その後日本の救急現場でうけいられ、医師国家試験にも複数回出題されるようになったのも、中部病院の同窓の先生方のお力添えの賜と御礼を申し上げたい。この論文のメッセージは単純で「最近の発熱頭痛で神経症状のない患者で Jolt accentuation (JA) 陽性なら 97% で髄液細胞増多がある (感度 97%)」という一点につきる。しかし、その後 JA の感度はそれほど高くないという報告もでてきて、その位置づけを疑問視する声もたかまってきた。研究のデザインにより感度や特異度は当然変わるのが、我々の JA の論文は「最近の発熱、頭痛患者」を対象におこなった研究である点を考慮しないまま、比較されている。例えば 髄液検査をした群で後方

視的に JA の有無を検討しても対象群が異なり、陽性者の割合は大幅に変わるので単純な比較は意味がない。これらを見捨て「JA=髄膜炎という短絡した知識化」が誤解をまねいてきたと振り返ることができる。JA の最初の論文を 1991 年に発表して来年は 30 周年となるが、2020 年に Cochrane Review に Diagnostic test accuracy of jolt accentuation for headache in acute meningitis in the emergency setting (Review) 2020 Jun 11;6:CD012824 が出版され、今後その評価が海外でもさだまってくれればと思う。OCH では History and Physical という姿勢が貫かれているが、JA の対象患者は「最近の発熱頭痛」という History が前提となっていることに注意を喚起したい。即ち History を前提としてこそ Physical の意味が際立つのである。したがって History と Physical は並列ではなく、History → Physical という順序が前提となることを明確に意識する必要がある。これを際立たせるには History, and Physical, then…と区切りなおしたほうが良いのではないだろうか？

便利な電子カルテの功罪

電子カルテが導入され、臨床情報の取得や共有は容易になり、回診やカンファレンスはスマートに流れるように見えるが、時として画像や検査が History, and physical に先行する場面がある。神経内科では特に H&P の占める割合が多いが、現在所属する新渡戸記念中野総合病院や大学医局でも、H&P や神経所見に対する議論よりも画像や検査所見だけを中心に判断を進めようという世代が増えているように思われ、危機感を募らせている。H & P, 神経所見が診断や治療を左右する不可欠な情報であることを現場で示して共有するのは難しいが、それを目指す指導者層自体がやせ細っているのが現状かもしれないと自分への反省を含めて思う。「患者さんの話を良く聴き、診察をする(べき)」という言い古された一般論は繰り返すにはおよばない。現場でそれが診断に繋がる様子を示して若い人と共有できなければ、耳ざわり

の良いただの建前にすぎないだろう。知識や理論中心の臨床診断学は大事でそれを体系化しようという教育学者の論理は興味深い。しかし、それでは到達できない、現場の判断を介してしか共有できない何かがあるように感じるのは、昔の OCH の研修を受けた人間の古さゆえだろうが、実は最も新しい考え方なのかもしれない。

初対面の家族—半世紀を越える共通の discipline を拡大

小生が研修医であった頃の内科部長であった宮里不二彦先生、外科部長であった真栄城優夫先生はもちろん、スタッフの先生方それぞれのやり方はちがっても、「臨床心の規範」を研修医に植え付けることに心血を注いでくださっていたものと、今になってさらに有り難く思う。一旦 OCH の研修医となれば、好むと好まざるに拘わらずこの洗礼を受け、その後どの科に進もうと一生消えることのない臨床医としての DNA や discipline を全員に刷り込むという制度は他の病院や大学と根本的に異なる。他院にみられない OCH の特徴の一つは、こうした discipline が今や 50 年を超え診療科、年代を問わず一貫して堅持されていることではないかと思う。1982 年卒業の小生と現在の研修医との間には 40 年近い時の隔りがある。にもかかわらず今回 consultant として滞在する機会を得て、講演や診療をしながらお話しすると、初対面ながらまるで家族のような親近感を感じるが多かった。おそらく上記のような discipline をある程度共有しているという背景があるからであろう。自分にとって臨床の原点である OCH がその discipline を堅持している様子は大変心強い。このような施設は日本に 2 つとはないだろう。大学の内科で数百人の医局員を擁するところもあるが、主任教授が交代するたびに、研究内容はもちろん、臨床のスタイルが 180 度変わることは珍しくない。小生自身は 1990 年から 1997 年まで東京医科歯科大学神経内科助手として在籍したが、その間教授の交代が 2 度あり、不在の時期を含め、臨床や研究の方向性の異なる 3 人の教授に

接することになった。ある教授は就任時「君、教授が変わるといのは革命がおこることだよ。」と宣言された。研究の方針が変わるのは悪いことばかりでもないだろうが、臨床の姿勢が変わることで、患者さんや教室全体に与える影響は小さくない。卒後研修必修化にともなって、全国の病院がOCHの良いところをとり入れようと努力を重ねている。選任スタッフを置いて研修医教育に力を入れる病院は増え、大変心強いが、多くのスタッフが大学医局から派遣の混成部隊である現状では、病院全体の discipline を一本化して長期にわたり堅持しつづけようにも限界があるかもしれない。

OCH で共有されつづけている discipline は正統的と思うが、そのまま日本の大学や病院に移すと、異質なものと映る場合がないとは言えない。臨床能力を支える discipline が個人的には有益であっても、所属する組織で共有してもらえるかは別の問題である。かくして「中部病院出身者の予後は不良」という自虐的なコメントが共有され、卒業生の足をひっぱっている可能性はないだろうか？中部病院の研修も半世紀を過ぎ、1000人を越える卒業生が、他にない一貫した discipline を共有しているとすれば個人だけでなく医師集団としては極めて有利なポテンシャルを持っていると小生は理解している。さらに近年、総合内科の金城紀代史先生・光代先生ご夫妻、神経内科の城之園学先生、感染症の高山義浩先生、呼吸器長野宏昭先生等錚々たるスタッフがOCHに加わってこの集団ますます強力なものにしてくださるようになっており、大変心強い。いまや、総合診療、在宅医療は言うに及ばず、複数の疾患を併発した老人のケア等そうした総合力を discipline として身につけた人材は現場でますます必要とされている。そうした時代の要請に 대응する人材はOCHの卒業生の中に数多いと思われるが promotion や recruit のシステムがなければ「宝の持ち腐れ」かもしれない。仮に日本の病院や大学でこうしたポストを得ても十分に実力を発揮できないまま、実力を発揮できていない同窓生や若手は意外にいるのかもしれない。

れない。また海外で専門医資格を取得して帰国しようとしても、適正なポストを探すのに苦労している卒業生は少なくないように見受けられる。卒業生だけでなく、こうした discipline を共有する人材を育て、折り紙をつけて外部へ紹介する人材バンクのようなシステムが稼働すれば、他の病院や大学には到底まねのできない新たな展開に繋がるだろう。軌道にのれば人材は飛ぶように売れるのではないかと小生は楽観的に考えている。研修にはいつてくる人たちは、OCHで研修後、どうするかという不安も抱えている。マッチングの時点で他の病院にはないこうしたシステムを紹介できれば、優秀な研修医がさらに押し寄せてくるといふ好循環につながると信じる。

Covid19の流行で、既成の価値観全体に大きな変化がおこり、医療も変わっていかざるを得ない。そこに参入する医師個人も何をめざし、自分はどこで何をするのかをこれまで以上に意識するようになるだろう。「中部病院は昔のような輝きを失った」「卒業生の予後は不良である」という悲観的な意見もあるが、マッチングや研修制度が変わったからといって、何も騒ぐ必要はなく、正統的な医療と教育を粛々と続ければよいのではないだろうか。1922年に生まれ、家族とともに翌年からパリに住んだ安川加寿子は、パリ音楽院でラザール・レヴィに師事し、1937年には一等賞で卒業した。「なぜ教えるのかと問われた時「自分が正しいと思う音楽を正しい形で伝えたいから」と答えた（安川）加寿子は17歳で師事した師の教えを忠実に守り、それを日本の土壌に根付かせようとしたにちがいない（『翼のはえた指』評伝安川加寿子 青柳いずみこ著 1999白水社）」とある。正しい音楽や正しい医療というものがあるかどうか小生にはわからないが、我々には「自分が正しいと思う医療を正しい形で伝える」以外のことはできないと思う。このミッションを堅持すれば、それ以上も以下もないのではないかとの思いを今回深くした。1000人を越える卒業生と、それを支える方々が共通の discipline を意識して力を合わせれば、中部病院は昔以上の輝きを必ずも

つよになると確信している。

