



Q1 研修医のうちにやっておけば良かったと反省／後悔していることはありますか？（研修6ヵ月）

A 要領の悪い私は、研修医生活というと、準備不足から処置が上手くいかなかったり、病歴聴取の不十分さから何度も患者さんの元を訪ねたり、疲れを持ち越して翌朝のカンファレンスに遅刻したり、と反省ばかりだったと記憶しています。ただ不思議なことに、やり残して後悔したこと、となくと何度考えても思い浮かばないのです。その理由は単に時間が過ぎて忘れただけかもしれませんし、「研修生活に後悔などない」と思いたいだけかもしれません。また、後で克服したり、他にも色々な経験をしたことで、当時の後悔がそれほど重要ではなくなったのかもしれません。あまりご期待に添えるような返答ができないと思索していましたが、一つだけ思い浮かんだことがありましたので、それをお伝えします。

表題の質問には「反省／後悔」という言葉が用いられています。両者にはニュアンスの違いはありますが、共通点に、過去に行った自分の行為を振り返っていることが挙げられます。これは省察 reflection の一部と考えることができます¹⁾。この省察は、近年、専門職である医師にとって重要な行為と認識されています。なぜなら医師のとるべき行動が、師弟関係のなかで師の技術をまねて学ぶものから、個別性が高く複雑な患者の問題に対応するために、自らの行動や考え方を振り返り、その後の行動を柔軟に変えていく「省察的実践」に変化してきているからです^{2,3)}。

その省察的実践を行える医師を育成するために、効果的な学習方略をはじめとした様々な知見が既に蓄積されています^{1,3)}。しかしこれらは、省察の「種」となる皆さん自身の感情、すなわち日々の研修のなかで「本当にこれでよかったのだろうか」もしくは「何だか凄く嬉しかった」などの感情が生じていることが前提である、といっても過言ではありません。表題の質問をして下さった方は、ご自身にも後悔をした経験があるからこそ、この質問を思いついたのではないのでしょうか。もしそうならば、その感情が生じた要因や背景を

探索し、次への課題を見いだして行動を変化させるべきです。研修が過去のものになっている私の経験ではなく、研修医として今を生きる皆さんの感情に目を向けて、是非それを省察に結びつけて頂きたいと思います。

ちなみに私が省察について学んだのは後期研修医になってからですから、初期研修医の頃は知りませんでした。だからこそ過去の失敗から学ぶことが出来なかったのかもしれませんが、私は、省察することでモヤモヤとした感情が昇華され、学びが大きくなる実感もっています。そう考えると「初期研修医の頃から省察をしてこなかった」ことが、後悔といえるかもしれません。

文 献

- 1) Sanders J: The use of reflection in medical education: AMEE Guide No.44. Med Teach (2009) 31, 685-695.
- 2) 山口恒夫: 「師弟関係モデル」から「省察的実践家の育成モデル」へー 医学教育の転換ー. 医学教育 (2007) 38, 161-167.
- 3) 椎橋実智男, 福島 統, 錦織 宏, 西城卓也: 座談会「医学教育を支える学習理論」. 医学教育 (2012) 43, 283-289.

(名古屋大学大学院医学系研究科 総合診療医学
高橋徳幸)

A 個人的には「後悔していることはありません!」。なぜなら、学生時代のクリニカルクラークシップ(クリクラ)の1年半および初期臨床研修の2年間は決して長くなく、非常に限られた時間です。医学的知識のみならず臨床業務の基礎を習得して実践(練習)するうちに、あっという間に終わってしまいます。将来の志望を見据えてその間を全力で頑張ったならば、もし将来「あれもしておけば…」という項目があったとしても「時間的制約で仕方なかった」と納得がいくと思うのです。

私は岡山大学病院での2年間の初期研修を全力でやり遂げ、無駄は無かったとの自負(満足?)があります。必修・選択に関わらず将来外科医として必要とされる分野を中心に研修し、そこでの知識や経験を現在も日々の臨床で生かしています。したがって、初期研修で「やっておけばよかった」と後悔する内容はすぐに思い付きません(一方で「やって良かった」と実

感していることは数多くありますが).もちろん後期研修中に「初期研修中に知っておいても良かったかも」と感じた内容もありますが,それは後期研修で十分にカバーできるはずです.

重要なのは,将来の志望する診療科・専門を見据えて研修プログラムや研修内容を設定することだと思います.闇雲に多分野に手を出しても,それこそ将来「時間を無駄にした」と後悔することになるでしょう.学生時代からクリクラを通して各診療科の特徴(面白さ,困難さ)を感じ取っておき,将来の志望分野候補を早期に挙げておくべきです.特に岡山大学では学生(スチューデント・ドクター)が積極的に診療に参加する臨床実習を行っており,かつての初期研修医と同じように各科の醍醐味を経験できるはずです.また,研修を通じて多くの医師と知り合い,自分のロールモデルとなりうる医師と巡り合うことも大切です.その医師に具体的な研修指針について実際に相談してもよいでしょう.外科志望であれば,岡山大学外科マネジメントセンターでの充実した指導プログラムもあります.

なお本件の問いは,専攻する診療科・分野が違えば回答となりうる内容はおのずと変わるはずですので,具体的な各論の言及は控えます.

もし初期研修期間にもっと時間があつたなら(敢えて反省点を挙げるなら),基礎医学の勉強・復習をもっとしておくべきだったと痛切に思います.解剖学,生理学,病理学などの知識を臨床の視点から捉え直すことで,よりその重要性を痛感しました.

(広島市立広島市民病院 呼吸器外科 岡田真典)

Q2 救急外来で,意識障害のある患者に,迅速に取るべき神経学的診察(評価項目)を教えてください。(どういう順番で神経診察していますか?) (研修6ヵ月)

A 救急外来では,生命を脅かすあるいは脳神経系にダメージを来し得る病態を迅速に判断し対応することが重要です.外傷や心肺停止時の初療のアルゴリズムのように確立されているとは言えませんが,意識障害初期診療の標準化が試みられていますので,それに沿った診療手順を示します(図).観察・処置を,生理学的異常の評価と蘇生を行う primary survey (PS), 系統的全身検索による意識障害を呈する危険な疾患の鑑別を行う secondary survey

(SS), 詳細な神経学的診察による臨床診断へのアプローチである tertiary survey (TS) と系統立てて行います. PSではA(気道), B(呼吸), C(循環), D(disability of CNS), E(exposure and environmental)を評価し,異常があれば直ちに安定化します.呼吸や循環の異常で意識障害を来している傷病者も多く,ABCの評価と安定化をまず行うべきです. Dの評価では,意識レベル,瞳孔径,対光反射,麻痺などを評価し,脳ヘルニア徴候の有無を判断します.脳ヘルニア徴候とは,①GCS 8点以下,②GCSが2点以上急激に低下する,③傾眠異常の意識障害でかつ瞳孔不同,片麻痺,クッシング現象(徐脈を伴う高血圧)を合併している場合です.この場合,ABCの安定化を確認し,直ちに専門医をコールし,SSの最初にCT等の画像検査を行います.低血糖や高血糖,高体温や低体温でも意識障害を呈しますから,血糖測定や体温管理も重要です.脳ヘルニア徴候がない場合は,SSの最初に病歴聴取(AMPLE)を行い,脳卒中が疑われる場合は,詳細な神経学的所見として,NIH Stroke Scale(NIHSS)を評価します.これは,意識,最良の注視,

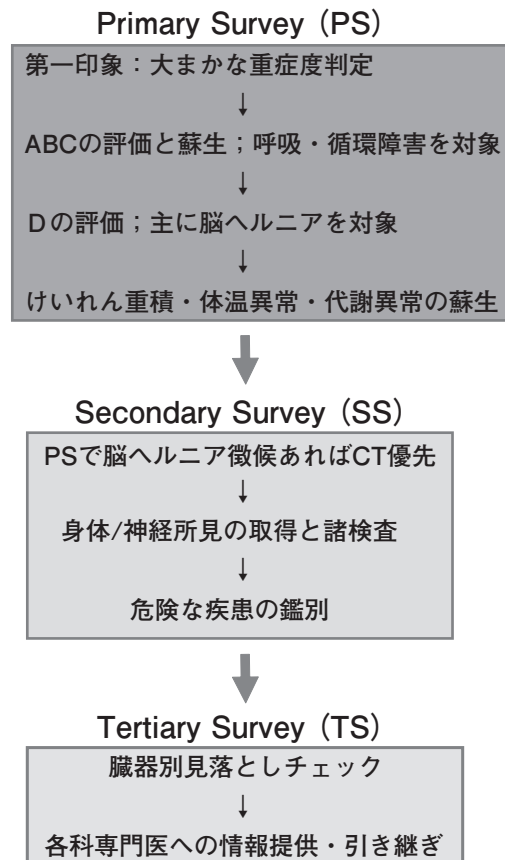


図 ACECアルゴリズム

視野、顔面神経麻痺、上肢の運動、下肢の運動、四肢失調、感覚、最良の言語、構音障害、および消去現象の11項目からなります。NIHSSの詳細は成書を参照ください。虚血性脳卒中では、一般的に発症4.5時間以内で血栓溶解療法を行うためには、必須の検査です。またICUでの簡易な神経学的検査として、経時変化を見るのにも有用とされています。病院前救護等ではCPSS (Cincinnati Prehospital Stroke Scale) が評価に使用されています。これは、顔面神経麻痺、上肢の片麻痺、構音障害を評価し、このうち1項目が陽性であれば、脳卒中の可能性は72%といわれています。有用とされる全ての神経学的評価項目を挙げることは難しいですが、TSでは上記の観察、アルゴリズムや病歴情報等から得た所見を整理し、臨床診断への方向付けを行います。意識障害の原因は非常に幅広く、ワイドトリアージが要求されます。意識レベルや、瞳孔所見、麻痺、CPSS、NIHSSといった評価を行い、救急外来での初療を積み重ねることが重要と思います。

(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 救急医学
佐藤圭路)

Q3

精神科の教科書では「妄想は否定しない」と習いましたが、最終的な目標は患者さんが自身の妄想に気づき、自身で否定できるレベルまで病勢が落ち着くことだと思います。妄想を否定すべき時やタイミングはどのように見極めればよいのですか？(研修6ヵ月)

A 妄想とは、「周りからの否定や訂正が困難で、現実にはありえない誤った思考内容」のことです。妄想はうつ病、認知症、ステロイド精神病、アルコール依存症など幅広い疾患にみられますが、ここでは代表的なものとして統合失調症にみられる妄想をとりあげます。

統合失調症の患者さんによくみられる妄想は、「盗聴器をしかけられている」「周りが自分の悪口を言っている」などの被害妄想と呼ばれるものです。統合失調症の急性期には、このような妄想が活発になることがあります。この時期に「そんなことはないですよ」と妄想を否定しても、ほとんどの場合訂正は困難です。そのような声掛けで患者さんは「この人はわかってくれない」と感じ、心を閉ざしてしまうかも知れません。ではどのような声掛けをするのがよいのでしょうか？

患者さんは妄想にさいなまれることで、様々な感情を抱えています。そこで、不安や抑うつなどの感情面に焦点を当て、「そのように考えておられるとは、ずいぶんつらいですね」「不安になりますよね」といった声掛けをするのも有効です。

妄想の改善には薬物療法と精神療法の両方が重要です。薬物の効果で妄想における確信の度合いが少しずつ和らいでゆき、行動面への影響が減ってきます。そして、患者さんに病気に対しての認識が出てきたタイミングで、妄想の内容に触れてみます。例として、「以前は××のように言われていましたが、今振り返ってどう思いますか？」などと尋ねてみるのがよいでしょう。

最終的な目標が「患者さんが自身の妄想に気づき、自身で否定できるレベルまで病勢が落ち着くこと」とは限りません。医師は「妄想はなくすべきもの」と考えてしまいがちですが、妄想がなかなか消失しないこともありますし、妄想が患者さんにとってある種の“支え”になっていることもあります。まずもって、妄想が日常生活への大きな妨げにならないようにすることを目標にしましょう。

(岡山大学病院 精神科神経科 井上真一郎)