

随想

忘れえぬ症例

石川 治*

Key words

生きがい, 信頼関係, QOL

忘れえぬ症例 その1 ～人生の伴走者として～

最初の出会いは今から36年前、皮膚科医として3年目の初夏の診察室でした。春に高校に入学したばかりのその少女は顔面の皮疹を主訴に受診しました。駆け出しの皮膚科医でしたが、問診すると発熱や関節痛もあり、全身性エリテマトーデス(SLE)を強く疑いました。血液検査をオーダーして1週間後の来院を約束しました。検査結果は抗核抗体、抗DNA抗体ともに陽性で、末梢白血球数と血清補体価も低下していました。母親と彼女にSLEの説明をして大学病院での精査加療を勧めました。彼女こそが私が自分自身で診断したSLEの1例目です。

2～3年間は病勢が落ち着かず、数カ月単位で入退院を繰り返していました。クラブ活動や恋愛などのさまざまな経験をする多感な時期をほとんど病院と自宅で過ごすという状況でした。何回目かの入院中に中枢性ループスを発症しました。無言状態が続いたかと思うと、人格が一変して憑依状態「狐憑き」となり、「あなたの両肩には重い何かがおおいかぶさっている」などの言葉が続きました。あるときは突然行方不明となり、いよいよ警察に捜索願を出そうかというときに、病棟のトイレに閉じこもっているところを発見しました。

クライマックスは私が当直明けの日におこりました。当時、皮膚科の病棟は3階にあったのですが、そこから飛び降りたのです。落下したところがコ

ンクリートではなく、地面であったのが幸運でした。意識は朦朧としていましたがバイタルに問題はありませんでした。X線検査で骨盤骨折がみつかりました。当時はICUも救急部もなく、初期診断と治療はすべて自分を中心となって行いました。たまたま、前日の晩、当直室で読んだ雑誌に骨盤骨折は大量の骨盤内出血をおこすので大量輸血が必要という記載があったのです。まさかその翌日に骨盤骨折に対応するとは思ってもいませんでした。早速自分でクロスマッチ検査をし、輸血をして救命できました。この出来事には「天の配剤」ともいふべき運命的なものを感じざるをえませんでした。

発症から4、5年が過ぎたころから病勢は落ち着きました。月1回の外来通院となり、家業の果樹園を手伝いながら通信制高校を卒業しました。大腿骨頭壊死による人工関節置換手術以外には大きなイベントもなく、現在も私の外来に通院しています。お父上が早世されたため、現在はお姉さまが果樹園の跡を継ぎ、母上と3人で頑張っておられます。余談ですが、私がお世話になっている方々に毎年お贈りしているリングはこの御一家が丹精を込めて栽培された作品です(図1)。現在、彼女は51歳。青春時代を取り返すことはできませんが、熟年時代を十分に楽しむことを願っています。

幸運にも(?)、卒業以来ずっと大学附属病院で診療活動に従事してきました。講師になってから

*Ishikawa, Osamu (教授) 群馬大学医学部皮膚科学教室(〒371-8511 前橋市昭和町3-39-22)

はエリテマトーデス外来は後進に引き継ぎましたが、30年以上にわたって私の外来に通院してくださっている患者さんが今も7～8人いらっしゃいます。全員、私が病棟で主治医だった患者さんです。膠原病診療に携わることで、「患者さんにとって医師は人生の支援者」であることを教えていただき、臨床医としての「生きがい」という宝物を与えられました。

忘れえぬ症例 その2 ～死亡診断書を書いたことがありますか？～

それは、私が留学を終えて病棟医長に復帰した1990年代初めの12月23日昼ごろのことでした。利根川の河原で父親が車に火をつけて子ども2人を道連れにした父子心中があり、生き残った全身熱傷の12歳の女の子を引き受けてほしいという連絡が消防署から病棟にありました。当然、ICUで全身管理を行う必要があるのですが、まずは身元引受の科が決まらなくては入室できませんので、このような問い合わせがあったのです。当然、お引き受けしますと返事をし、搬送されてくるのを待ちました。その間に、病棟医長の私は主治医を決めなければなりません。当時、3人の男性研修医がおりました。近くにいる研修医から順に声をかけたのですが、全員に断られました。理由は、異口同音に「クリスマスには約束があるので…」でした。結局、私が主治医となり24日、25日とICUに泊まり込みましたが、少女は4日目に天に召されました。

症例も忘れがたいのですが、より考えさせられたのは研修医たちの医師としての資質についてです。かの国の大統領は“America first”とアピールしていますが、医師がもっとも大切にすべきことは“Patient's QOL first”であると確信している私とは異なり、彼らは“My QOL first”を選んでいたのでした。

伝聞ですので真偽のほどは定かではありませんが、終業時間(午後5～6時)を過ぎるとオペ中であるにもかかわらず、先輩医師に業務を引き継いで帰宅してしまう若手医師がA科にはいるそうです。A科は主治医ではなくオペ中の全身管理が仕事です



図1 収穫を待つリンゴ園のリンゴたち。

から、このような対応が許されるのかもしれませんが。しかし、重症患者の主治医が「帰宅時間ですので帰ります。あとは当直医師が引き継ぎます」といって帰ってしまったら患者、家族はどう思うのでしょうか。私が患者であったら、その医師は信頼しないでしょう。いつごろからこのような医師が出現しはじめたのかは定かではありませんが、医局制度を崩壊に導いた新研修医制度がその増殖に拍車をかけたように感じます。「人生いろいろ、医師もいろいろ」、「良医にあたるかどうかは宝くじみたいなもの」などと愚痴をこぼしています。

皮膚科は「自分のQOLを優先できる楽な科」と思って皮膚科医を志望する割合が少なくないと推測します。「眼科、精神科、皮膚科」は死亡患者が少ない、当直で起こされない診療科と喧伝されたことがあります。皮膚科に関しては、研修する後期研修施設により大きな差があるとは思いますが、死亡診断書を書いた経験もなく皮膚科専門医になる医師が少なくないのではないのでしょうか。やはり、楽な研修施設を選ぶのが重要なのかもしれません。しかし、「患者さんの命の大切さを知るため



図2 病棟食堂から望む群馬の山々(患者さんからいただいた鉛筆画)。

には、患者さんの命を救えなかった自分の無力さを自覚し、無念さを経験する」ことも医師の成長には不可欠です。

図2は頭部原発の結節型悪性黒色腫で亡くなられた方からいただいた鉛筆画のスケッチです。8階の病棟食堂の窓から望む荒船山、妙義山と浅間山が描かれています。これも私が患者さんからいただいた宝物の1つです。

忘れえぬ症例 その3 ～何気ない一言が～

2009年、盲目の日本人ピアニスト辻井伸行氏がヴァン・クライバーン国際ピアノコンクールで日本人として初めて優勝しました。その後の彼の活躍は皆さんもご存じのとおりです。帰国した際のインタビューで、ある女性インタビュアーが「もし目がみえたら、何をみたいですか」という質問をするのを聞いた瞬間、「なんて残酷な質問なのだろう」と私の心は凍りつきました。彼は、「父母の顔がみたい」と冷静に答えていましたが、本心はどうであったのでしょうか。そして、ご両親はどう思われたのでしょうか。私も女性インタビュアーと同じように、相手の状況への理解が足りずに患者さんやご家族を傷つけてしまったことがあります。

50歳代の男性は交通事故による脊髄損傷のため胸以下の下半身が麻痺していました。左側腹部から下腹部にかけての壊死性筋膜炎で入院し、植皮手術を行いました。手術翌日の回診の際、私はベッドサイドで「痛みはありませんか」と尋ねました。彼は一瞬困惑した表情をみせました。私はとんでもないことをいってしまったことにすぐ気づきま

したが、「すみません」と謝る以外に言葉がみつかりませんでした。

また、数時間前に造影剤による遅発型アナフィラキシーショックで愛する息子さんを亡くしたばかりの母親がいました。経過説明の席で、「大丈夫ですか」と声をかけました。その瞬間、「息子が死んだばかりなのに、大丈夫なわけないでしょう」と悲しみと怒りの言葉が打ち下ろされました。私は無神経な自分自身を惜げなく思いました。

私たちは、相手を傷つける意図はなくとも、言葉で相手を傷つけてしまうことがあります。相手の状況を十分に理解せず条件反射的に発する言葉、相手への思い込みや誤解に立脚して発する言葉、価値観の違いを斟酌せずに発する言葉、そうした言葉が刃となって相手を傷つけます。相手を傷つけたと気づく感受性をもっている人間には救いがありますが、相手を傷つけたことに気づかない人間も存在します。集団社会で生きていく限り「傷つけ、傷つけられる」ことは不可避です。「傷つける」ことを最小限にするよう努力し、「傷つけられる」ことがあってもへこたれない凶太さをもって生きていくしかありません。しかし、凶太さをもち合わせず、「傷つけられる」ことを怖れて自分の周りに高い壁を築くことで自分を守ろうとする人もいます。このような人が他者と信頼関係を築こうとすると壁が邪魔になります。

他者からの一言に自分の感情を大きく揺さぶられた経験は誰にでもあるはずです。不安を抱えた患者さんならなおさらでしょう。私たち臨床医にとって患者さんとの意思疎通能力は医療上の技術や知識と同等に重要です。表情、目線、ボディコ



図3 「明日の会」の一場面。

ンタクト(良い意味での)などが言葉以上に相手に与える影響は大きいとする意見もありますが、それは言葉の重要性を理解したうえでのことです。

何気ない一言に「天使と悪魔」が潜んでいることを忘れない自分であり続けたいと思います。

注：本稿(その3)は全日本病院出版会「見落とさない！見間違えない！この皮膚病変」61頁に掲載された文章を加筆修正したものです。

忘れえぬ症例 その4 ～いつの日か～

全身性強皮症で亡くなられた患者さんたちを忘れることはできません。医学はなんらかの画期的な発見を契機として格段に進歩しますが、それ以外の時期は漸進状態です。現在も全身性強皮症の原因は不明です。副腎皮質ステロイド薬以外の免疫抑制薬、ARB、プロトンポンプインヒビターなどの新規薬剤の導入により対症療法は進歩しましたが、5年生存率はSLEを下回ります。Raynaud現象および指尖潰瘍に関しては、当教室の茂木精一郎准教授が中心となって進めているボツリヌス毒素B局注療法が効果と安全性に優れたものであることを論文発表し、現在は医師主導型治験を行っています。本治療法が保険適応となれば患者さん

のQOL改善に大きく貢献することでしょう。いつの日か、後輩医師が研究を重ね、発症機序を明らかにして根本治療の開発に成功することを期待します。

図3は本院に昨年設立された強皮症患者と^{あす}そのご家族の会である「明日の会」の一場面です。この会の目的は患者さん同士が闘病生活などの経験談や耳寄りな情報などを交換し合うことで「強皮症と共生する」方向へと意識改革することです。多くの患者さんは、「全身性強皮症」と診断された瞬間に頭が真っ白になったと回想します。膠原病告知も癌告知と同じ心的プロセスをたどります。皮膚科外来の廊下に2畳ほどのブースが設けられており、そこで週2回ほど先輩患者さんが後輩患者さんの話し相手となり不安を和らげます。医師には話せないことも、患者さん同士なら素直に打ち明けられるようです。年2回の集いは会の世話役の方が企画立案し、実行されています。主役は患者さんとそのご家族であり、私たち医師は相談されたら応えるという立場です。

患者さん同士が話し合うこと(もちろん、愚痴をこぼし合うこと)で得られる心の安定は強皮症に対しても良い効果をもたらすに違いありません。