

喫茶ロビー



楽しい臨床を求めて

皆さんは患者さんを「診る」、「治す」ということに悩んだときに、どう向き合いますか？ また、自分の思い描いた通りに治療効果が出ないときに、どのように考えを巡らせますか？

「患者さんをどう診て、どう考え、どう対応したらよいのか」——そのアプローチは皆さんそれぞれだと思います。私自身はそんなとき、「人の動きはどのような動きであっても全身運動である」という臨床の原点に立ち返るようにしています。勇気があることではありますが、これこそが治療の本質を見極める第一歩だと考えています。

実際の臨床の場では、患者さんから症状や愁訴を聞き、それを元に診察を行い、病態診断に辿り着くことでようやく「治療」へと進むことが出来ます。しかしこの病態診断の段階で、症状のある部位だけをミクロの視点で診て、「痛みがあれば痛みを取る」、「動かないのであれば動くようにリハビリテーションの指示箋を出す」という対症療法だけで対応していることが多いのではないのでしょうか。そのような診察室から出された指示箋がリハビリテーションの現場に届いても、記載されている病態診断名だけを見て、診察室同様、全身のつながりを考慮することなく局所への直接的なアプローチに終始してしまいがちです。結果として、学校教育で習った教科書通りの“病態に対応した部位への直接的なアプローチのみ”が行われているケースが多く見受けられます。こうした一連の流れを、私はとても“つまらない”と感じます。

スポーツ選手を診るときも、100歳の人を診るときも、診察の基本は一緒です。「治療」をするためには、もちろん「原因」を知る必要があります。その原因を私は①構造的な損傷、②機能的損傷という二つの側面から考えます。①については、私も皆さんと大きく変わらない捉え

方をしていると思います。②の機能的損傷が独特かもしれませんが。機能的問題点を探るとき、私は右肩が痛いという患者さんが来た場合、腰部、膝関節、足部、手の位置などをまず見ます。「診る」のではなく“見”ます。そして、改めて患者さんの愁訴に耳を傾けます。「肩を上げるのは痛くない。ただ、体を回転させずに斜め後ろの物を取ると痛い」などです。また、身体をどう使い、どんな動作が動かしにくいのか、実際に患者さんに動かしてもらい、そこを触らせてもらいます。

「痛みが出る＝体のどこかがそこに無理をかけている」と私は考えます。そのため、目で見て得た情報、患者さんからの愁訴や生活環境等を耳で得た情報、触診で得た情報を元に、どこが無理をかけているのか？ 動きがおかしければ、なぜその動きになるのか？ を探ります。患者さんの動作から得られる情報を我々医師は素直に受け取ることが大切です。思い込みは最も避けるべき事柄です。この情報を元に、無理がかかっている部分の負荷を少し軽減してあげると効果がみえてきます。こうすることで、診察室で患者さん自身にも症状が少しでも軽くなることを実感してもらえ、「わあ」と一気に顔がほころぶ瞬間を見せてもらえます。このときが、臨床が楽しいと心から思える瞬間です。

このようにして診療をしていると、運動器を扱う整形外科医としては、機能診断、機能評価自体が病態診断よりもずっと重要だと考えるようになりました。74歳まで、48年間も肩を専門とする整形外科医として振り返ると、肩を専門にしてよかったと思っています。ものすごくハッピーです。肩を診ることで、全身の身体機能からの影響を診ることが出来るようになりました。約半世紀、人間の身体の機能診断をしてきても、未だに新しいことが山ほど出てきます。常に新しい学びを与えてくれる人間の身体は本当に面白い！

患者さんにとっても、我々医療を提供する側にとっても、お互いに笑顔が生まれる、そんな楽しい臨床を担う医療人がこれから育っていくことを願っています。

(ウェルケアわきた整形外科名誉院長/

昭和医科大学藤が丘病院整形外科客員教授・
筒井 廣明)

*

*

*