# 患者の願いと医師のアタマ

## なぜわかり合えないのか

**木村　聡**　京都大学医学部附属病院麻酔科

中外医学社

# まえがき

私は幼少期よりアトピー性皮膚炎を患っている。特に幼少期は重症に分類される状態であったと思う。文字通り頭から足先まで全身滲出液まみれであったし、下着はベトベト、風が吹くだけで不快であった。生活に支障を生じ、入院したこともある。今でもステロイドは手放せないし、アトピー性皮膚炎の患者が感染性心内膜炎で集中治療室に入室するたびに、私の気分は落ち込む。

学生時代には骨折を経験した。たかが骨折、と思っていたが、固定のためのギプスを外すと骨が徐々にズレ、骨移植を含む手術を要した。固定期間が長くて関節が固まってしまったのでリハビリに励んでいたら、埋め込んだ金具と靭帯が擦れて靭帯が断裂した。今度は靭帯の移植術を要したが、術後に傷が開き、感染を併発した。日々洗浄と抗菌薬の投与が必要となり、皮膚移植まで要する事態となった。1年以上かけ、複数回の手術を受けてようやく治癒したのであるが、現在でも手関節可動域は狭く、示指の動きは制限されている。

医学生の実習中には気胸を患った。胸腔ドレーンを挿入して保存的に治療したが、一年後に再発した。タイミングの悪いことに、それは医師国家試験の1週間前のことであった。再度ドレーンを挿入し、ドレーンを留置したまま国家試験を受験することになった。当時の医師国家試験は3日間であったが、試験会場へは入院していた病院から通った。他の受験生とは別室で、看護師と親に見守られ、たった一人での受験となった。

試験が終わり、気胸も2回目であったことから手術を受けることになった。しかし、術前には止まっていたリーク（空気の漏れ）が術後に止まらない。経過を見ても一向に止まる気配がないため癒着術を試すことになった。自己血、そして抗悪性腫瘍薬を用いた胸膜癒着術は、息が止まるほどの激痛である。それでもリークはとまらなかった。卒業旅行も参加できず、再手術を決めた時、原因はドレーン刺入部からの外気胸であることが判明した。

このように、私は幼少期からの患者としての経験があり、のちに医師として患者と接してきた。本書は、患者と医師との両経験に基づき、双方の考え方を考察したものである。私の患者としての経験など、今も苦しんでいる人からすると取るに足らないものだろう。また、本書で述べている「医師に求められる姿勢」を私自身が実践できているかというと、残念ながら「No」である。事実、私は常に楽な方向を向き、そのような生活を送っている人を羨み、時に実践してきた。一方で、尊敬する医師たちと出会い、患者からみた医師像について考える機会にも恵まれ、自身を反省してきた。

先行きの見えない世の中において、各々が自ら考える必要性はむしろ高まっている。本書でも述べている通り、行動や選択の責任は自身にある。現代を生きる医師が今後の医師人生を形成する上で、本書が自らを考える一契機となれば幸いである。

二〇二六年秋

木村　聡

# 1. 因果関係の推測と検証

## ● 原因を考え納得しようとする患者

人は本能的に、「なぜ?」と問いかけ、理解しようとする。患者もその例外ではなく、何かの結果に対し、その原因を探り特定したがる傾向にある。風邪をひけば、「最近の睡眠不足や偏食により免疫力が低下していた」、「薄着のまま長時間外出したから」、「電車の隣の席で咳をしていた人がいた」などと心当たりを探し、それが原因だと考える。腹痛で受診し胃潰瘍と診断されれば、「ストレスが原因だ」「最近は働き過ぎだった」と反省する。

たとえ正確な因果関係ではないとしても、自分の中で原因を特定すると心理的に安心する。私は医学生時代、気胸を患った。病院実習中に突然胸が痛くなり、階段を登っている最中に目の前が白くなった。レントゲンを撮影してもらったら、医学生の私でもわかるような典型的な気胸所見であった。

気胸の原因の詳細は不明だが、一般的に痩せ型の若い成人男性に多い病気とされる。また、厄介なことに気胸は再発することがあるし、手術が必要となることもある。再発したくない。運動もしたい

JCOPY 498-14896

し、またドレーンを入れられたくない。私は気胸を患う患者の特徴から、「痩せていることが原因で気胸になった」と考えた。原因不明で再発予防ができないのではないかという恐怖から逃れたい一心で、「太れば再発しない」と考えた。しかし、「気胸に痩せ型が多い」のと「太れば気胸を防げる」は似て非なるものである。医学や疫学の世界で「因果推論」と呼ばれる重要な考え方なのだが、患者の私にはそのような理解はなかった。

## ● 科学的に説明しようとする医師

医学という学問に携わる医師からすると、上記のような一つの事象のみでその因果関係を科学的に証明することはほぼ不可能である。もし仮にタイムマシンで過去に戻ってやり直すことができるなら原因を見つけ出すことが可能かもしれないが、過去に戻れない以上、それが原因だったかどうかわからない。

研究の視点では、症例数を「サンプル数」と呼ぶことがあり、「ｎ（エヌ）」と表現する。100人由来のデータを用いた研究は、「ｎ＝100の研究」といった具合だ。サンプル数が多いことは、データを解析する上で非常に重要である。例えば、5人のクラスの生徒のうち2人が登校拒否になったとすると、登校拒否となる生徒の割合は40％である。この結果を基に、「生徒の4割が登校拒否となる」という結論を出すのと、1万人の生徒を集め、その中で４０００人が登校拒否となったときに「生徒の4割が登校拒否となる」と同様の結論を出すのとでは、同じ40％であってもその信頼性が全く異なる。ｎ＝1万のデータの方が、より数字の信頼性が高い（統計学的には「信頼区間」で表される）。目の前で起こった事象が偶然か必然なのかを検証するためには、同様の患者からのデータを集めた解析、すなわ

JCOPY 498-14896

ち研究が必要である。

## ● 因果を考える患者と医師のズレ

原因や法則の追求は決して悪いことではない。患者自ら健康と病気を考え、振り返り、対応するというのは、人であるからこそできる高度な思考を要した行為である。また、それを発見し納得したときの心理的な安心は、決して軽視できない。しかし、医師は物事を医学的に判断しようとする。事象に関して過去の報告や研究、ガイドラインを基に考え、自身で検証することもある。

因果関係の追求に関する患者と医師間での考え方の違いは、特に医療面接等で直接会話した際に顕著であり、時に悪印象を与えかねない。例えば、患者が「○○が悪かったんですね」という発言をしても、医学的、科学的に考える癖がついている医師は安易に同意をしない。決して共感能力が欠けているわけではないし、病気の辛さは共感したいと思っている。しかし、医師は医学的に正しくないものには同意しないし、間違っていることであれば修正しようとする。患者の発言に対し「それはあなたの思い違いです」「医学的には証明されていません」と繰り返すと、患者には「頷いてくれない」「冷たい医師だな」との印象を与えてしまう。

患者は自らの健康と病気を考え、振り返り、対応しようとする。また、それが医学的に間違っていようとも、発見し納得したときの心理的な安心は、過小評価できない。医師はこの違いを理解し、丁寧に対応することを心がけないと、患者からの信頼を失うことになりかねない。

JCOPY 498-14896

# 3. 医師の常識は患者の非常識であることを知る

## ● 医師の常識が患者の誤解を招く

医師の常識は患者の非常識であることを、常に留意する必要がある。当然のように使っている医学用語や感覚は、患者からすると常識はずれであったり、別の意味を持っていたりすることだってある。

医療現場では、「清潔手袋」と呼ばれる手袋が存在する。清潔手袋は、手術や処置などで、感染を防ぐために用いられる。皮膚や粘膜などは細菌が常に存在しているが、皮膚をメスで切った体内には細菌は存在しない。そのため、清潔手袋と呼ばれる無菌の手袋を用い、細菌の混入を防ぐ。一方、滅菌されていない手袋を、清潔手袋の対として「不潔手袋」と呼ぶことがある。皮膚や粘膜などの細菌が常在するような場所に触れる際、わざわざ滅菌された手袋を使う必要はない場合は、この不潔手袋を使用する。この「清潔」「不潔」という言葉は、患者にとっては誤解を生じうる。一般的には、不潔とは汚いことを想起するからだ。医療現場で医師が何気なく発する「不潔手袋どこですか?」「不潔で構わないので持ってきて」と言う言葉を患者が聞くと、「え?　汚い手袋は使わないでほしいな」と感じる。

JCOPY 498-14896

「ショック」という言葉も、医師と患者で違う意味を持つ。医学的にショックとは、血圧が下がり生命の危機に陥っていることを指す。「○○さんがショック状態です」「ショックで搬送します」などといった会話は、出血や感染症など、原因は何であれ一刻を争う状況であることを意味する。しかし、一般的にはショックとは精神的ダメージのことだ。ショックと聞き走っている医師を見ると、患者は「ショックでこんなに慌てるものなのか?」となる。

前記のようなことは、単なる言葉のすれ違いで済むかもしれない。しかし、医療事故につながりかねない常識・非常識も存在する。例えば、手術前には絶飲食の時間が設定される。胃の中に食物残渣があると、麻酔開始時に嘔吐や誤嚥する可能性があるからだ。麻酔開始の6時間前まで食事することができ、2時間前まで水なら飲んで良いと伝えたとする。しかし、この「水」を「水分」と勘違いする患者は少なくない。果肉入りオレンジジュースやミルク入りコーヒーは「水」ではなく「食事」に入ることは、医師にとっては当たり前のことであるが、患者にとっては非常識である。事故を防ぐためにも、誤解のないよう、しっかりと説明する必要がある。

このように、医師が常識の範囲で使っている用語は、患者に誤解を与える可能性がある。医師を含め、医療従事者が現場で使っている言葉は、患者に向けての言葉でなかったとしても、同じ場にいる患者の耳に入る。説明不足による誤解は、時に大きな事故につながることがある。医療現場ではいつ何時、医療者同士の会話が患者に聞かれるかわからない。医師の常識は患者の非常識であることを、忘れてはならない。

JCOPY 498-14896