

座談会**整形外科プライマリケアを考える***

片 田 重 彦^{*1)} 石 黒 隆^{*2)} 住 田 憲 是^{*3)}
菊 地 臣 一^{*4)}(司会)

**I. 整形外科プライマリケアとは
なにか**

菊地(司会) 今日の座談会は「整形外科プライマリケアを考える」ということで、そもそもそのきっかけは片田先生と石黒先生が出版された『整形外科プライマリケアハンドブック』(南江堂、2000年4月発行)という本です。この本は今までない概念と、世の中に対する問い合わせが含まれていて大きな反響を呼びました。いかにこういう本が整形外科医に待ち望まれていたか、あるいは運動器疾患に携わるコメディカルの人たちにも共感を持って受け入れられたということで、歴史的な本だと思っています。この本の登場で考えさせられたのは、整形外科プライマリケアという言葉がなぜ日本で出てきたのかということでしたが、その議論を整理するためにも整形外科とプライマリケアの組み合わさった「整形外科プライマリケア」という言葉がどんなことを意味するのかを規定する必要があると思うのです。

わが国と欧米の「整形外科」という言葉の指す意味を比較すると、欧米ではスペシャリストとしての整形外科で、極端なことを言えば保存療法は含まれない。保存療法や簡単な筋骨格系の疾患は、「プライマリケア、ファミリー・プラクティス」といわれる領域のスペシャリストが欧米ではやっている。日本の整形外科は筋骨格系の診断から治療まで、画像診断を含めて一

貫して自己完結の体制でやっている。わが国の整形外科の最大の特徴はそこにあると思うんです。今まででは欧米で言うプライマリケアの領域である保存的治療から、診断、手術的治療までを一貫して手がけることによって、いい面ばかりが目立ってきたところが、最近はその問題点も目につくようになってきました。プライマリケアというのは1つの独立したスペシャリストの領域ですから、それだけのものをわが国の整形外科医が持っているのか、また、欧米の整形外科としてのスペシャリストに相当する技術やノウハウを持っているのか、さらに欧米では整形外科のリサーチはM.D.はほとんどやっていないのですが、日本ではM.D.がやっている。3つの役割を1人でやっているというのがわが国の整形外科の現状です。そこに問題点も集約されているのではないかと思うんです。

□プライマリケアの概念

菊地 初めに、この本の執筆者である片田先生と石黒先生にわが国の整形外科の問題点を含めて「整形外科プライマリケア」についてお話しeidaitoて、次に、整形外科プライマリケアを積極的に行っていらっしゃる住田先生にも同じような問い合わせをしてみたいと思います。それでは片田先生から、整形外科のプライマリケアというのは、どういうイメージでこの言葉を使っているのでしょうか。

片田 今の日本の研修システムですと、いわゆる二次治療が主に行われる大学病院でまず研修を受けて、次に、いろいろな公的病院に行ってさらに研修を受け

* 2001年9月2日収録、於：医学書院会議室

*1) かただ整形外科院長

*2) いしぐろ整形外科院長

*3) 望クリニック整形外科院長

*4) 福島県立医科大学医学部整形外科教授

て、その後、開業する人は開業するという形になると思います。現在大学病院がやっていることはほとんど手術治療に偏っています。もちろん研究・教育もあるのですが、私の経験ですと、そこでプライマリケアを教わった経験がいっさいないんですね。実際に整形外科疾患を持っている患者さんにどういうふうに対処したらいいか、どんなふうに話したらいいのか、こういう疾患はどういうふうに治したら一番いいのかということに関する教育は今までなかつたと思うんです。こういう研修システムの下ではどうしても大学で行っていた手術的治療から派生してプライマリケアができるくる。

そうすると、一般的なプライマリケアではある程度の治療はするけれども、それにかなわぬ患者さんは大学病院に行けということになります。大学病院では一応患者さんを診ますが、これは大学病院の対象疾患ではないとなると、患者さんの行き場所がなくなるわけです。そこが今非常に問題になっているんです。行き場のなくなった患者さんは、医療類似行為を探してみたり、どのような治療を受けたらいいかわからなくなる。プライマリケアで治療すべき患者さんが大学で断られ、プライマリケアで診るべき患者さんが医療不信に陥ってしまうという困った問題が起きてきます。

私のところは郊外型の開業(神奈川県小田原市)ですが、患者さんの1/3は上肢の簡単な骨折とか下肢の外傷、1/3は腰痛の患者さんです。残りの1/3がいろいろな場所の痛みで、ほとんど99%ぐらいはプライマリケアで対処できる患者さんになります。それも保存的治療で対処できるものがほとんどです。大学で学んだ知識だけで患者さんに対処していると、例えば腰痛ですと脊椎管狭窄症が非常に多いのですが、「治らなければ手術だよ」ということになってしまいます。患者さんはそう言われると、どうしていいかわからなくなるなってしまうわけです。どこまで「プライマリケアで治す」とするか、つまり、プライマリケアの守備範囲がはつきりしていないと、結局大学病院へ紹介されて行っても門前払いを食ったりする患者さんもいるということです。

それではプライマリケアはどういった患者さんを扱うべきかという問題ですが、これは私どもが医者になった20年、30年前に比べると非常に変わってきたと思います。以前は手術がかなり万能視されていましたが、保存的治療がこれだけ進んでくると、プライマリケアの守備範囲が広がってくるので、その中で患者さんに与えられる治療をどんどん取り入れて、絶

対的に手術が必要な患者さんは大学病院なりに紹介するという、そういう守備範囲を明らかにしていくことが必要だと思います。

菊地 ということは、整形外科プライマリケアとは大学で、あるいはセンター的な病院で行わなければならない手術を除いた保存療法のより専門的な知識や技術を駆使した治療や診断ということになりますね。

片田 はい。

菊地 石黒先生はどうですか。

石黒 私が開業しているのは医療過疎地(神奈川県箱根町)でちょっと特殊性があるのですが、整形だけの患者ではなくいろいろな悩みを持っている患者さんが来るので、私自身は、プライマリケアというのはあくまでも適切なアドバイスを与える相談役みたいなものという感じで診療にあたっています。自分自身でわからないことも当然あるわけですから、そういうときには参考書や解剖の本を見せながら、患者さんと一緒にになって、何が問題かということを探すというか、そういうつもりでいつも診療しているんです。

大事なことは、患者さんとの間の信頼関係が築けるかどうかということなんですね。整形外科的疾患というのは、保存的治療をするにしても、手術的治療をするにしても、治療に長期間を要することが多いですから、プライマリケアを実践するために最初の段階で患者さんとの間に、説明をして納得してもらって協力を得られるような環境を作るということが非常に大事ではないかなと思います。プライマリケアを実践する中で、ある程度のレベルの技術や知識が伴わないと、患者さんも不幸になるし、患者さんとの信頼関係を築くこともできないと思います。

私自身がプライマリケアの場にいていつも気にしていることは、起こしてはならないような障害を残さないというか、重篤な機能障害といつも言っているのですが、そういうことを起こさないような治療を徹底しなければならないということです。

菊地 今先生がおっしゃった信頼関係確立のための技術や、聞く技、こういったことは大学では今まであまり教えてこなかったというのも事実ですね。

石黒 はい、ちょっとしたことなんですね。難しいことではなくて、ほんのちょっとしたことを知っているか知らないかの問題だけで、患者さんにとっての治療期間が全く違ってしまうという……。あくまでもプライマリケアというのは患者さんの立場に立って考えた治療でなければならないと思います。

菊地 それでは住田先生にとっての整形外科プライ

マリケアという概念をお話しいただければと思います。

住田 私は大学医局時代から、臨床をきちんとやりたいと思い、基礎的な研究をパスしてできる限り一線病院へ出してもらいました。その後開業して、最初は19床の有床診療所を始めましたが、痛みの根本治療を極めようと思ってやってきましたらどんどん規模が縮小してしまい、あとは無床の診療所、今は自費診療だけの外来でやっています。このように、いろいろな形態を経験しましたが、その規模によってプライマリケアでできることも違ってくると思います。いずれにしろ開業医のプライマリケアにとって一番大事なことは、悩みを持った患者さんをできるだけ、固定概念にとらわれることなく根本療法といいますか、原因療法ができるようにするということ、その患者さんの身になってどのぐらい気を遣ってアドバイスをしてあげられるかということだと思っております。原因療法にあたるもののが手術、あるいは点滴などの全身管理であれば、その患者を選別してそれができる病院へ紹介するなど、そのへんをきちんとアドバイスしてあげる。自分のところでできるものは自分のところでできるだけ技術を高めて治療していく。そして、施設の規模の範囲内でできる限り対症療法ではなくて原因療法をやっていく。これが、プライマリケアだと思っております。

菊地 お三方のお話から浮かんでくる整形外科プライマリケア医像とは、整形外科の知識、技術を持ってるのは当たり前で、それに整形外科のプライマリケア対象疾患を、患者さんに満足感を与え、患者さんとの信頼関係を保ちながら、キュア、あるいはケアをしていく技を持った医師ということでしょうか。

□プライマリケア医の役割

菊地 もう1つ、整形外科プライマリケアの役割というものについては、病院と第一線の現場との橋渡しということが大きな役割だと思うのですが、お三方の先生にこの役割に関して今までのお話の中で出てはきましたが、再度確認のためにおうかがいします。整形外科プライマリケアの役割とは何ぞやということに関して、手術以外の患者さんの生活面も含めた治療に相談に乗ってあげられるスペシャリストということなのでしょうか。片田先生、いかがですか。

片田 日常に医学的にはそんなものは放つておけばよいというようなありふれた疾患で訪れる患者さんが多いですが、そういう意識でいると患者さんは来てく

片田重彦氏▶



1972年慶應義塾大学医学部卒業、同整形外科助手。1981年藤田保健衛生大学医学部整形外科講師。1981年チューリッヒ大学整形外科留学。1986年国立小児病院整形外科医長。1993年かただ整形外科院長。

れませんし、逆に難しい医学知識を述べすぎても患者さんは何もわかつてくれませんから、今の症状を患者さんにいかにわかりやすく説明してあげるかということがとても大事だと思うんです。そのうえでできる範囲内でプライマリケアで治療を行って、さらに高度な治療が必要かどうかということを見分ける目がプライマリケア医にとっては大事だと思います。

菊地 石黒先生、いかがですか。

石黒 外来に来た患者さんに対して、最初に診察したときに、できるだけその場で治療することがプライマリケアに必要なことだと思っています。患者さん自身が病院を訪れるときには、大げさな治療を期待して来ているわけではないんです。だから、最初に保存的治療を優先して患者さんに説明するようにしているのですが、どうしても手術的治療を必要とするもの、自分の守備範囲を超えるものは病院に紹介するということが起きてくるわけです。だから、治療法の選択に関しては、患者さんと一緒にになって考える、よく相談に乗る、ということがプライマリケアの一番大事な分野ではないかなという気がしています。

菊地 住田先生はいかがですか。

住田 私もそう思います。患者さんのニーズにいかに的確に、二次病院への紹介も含めて応えてあげるかということに尽きると思います。



◆石黒 隆氏

1972年慶應義塾大学医学部卒業、同整形外科助手。1977年東海大学医学部整形外科助手。1979年国立療養所箱根病院整形外科。1986年平塚市民病院整形外科部長。1991年いしぐろ整形外科院長。

□日本の現状と問題点

菊地 それでは、整形外科プライマリケアという概念を持った先生方から見て、日本の第一線の整形外科プライマリケアの現状をどうとらえているのかを率直にお話しください。

片田 例えは私のところでは全体の1/3を占めるほど腰痛の患者さんは多いです。その中で急性腰痛の患者さんを考えると、痛みを取ってほしいということがまず第一の目的で来院するわけです。そのときに整形外科が本当にその患者さんのニーズに応えているかどうか、患者さんにいろいろ聞いてみると、本当に痛いのに薬だけで帰されたとか、あまり説明もしてくれなかつたという不満を持っている患者さんが非常に多いんです。痛みを取ってほしいと言つて来た患者さんにしっかりと対処できているかどうか……。

菊地 現状ではできていないのではないかということですね。

片田 ではないかという……。

菊地 そうすると、整形外科プライマリケアの観点からみると、現状はあまり望ましくないというか、患者さんにとっては不満が残る。

片田 残るのではないでしょうか。今まで、例えば腰痛ですと、薬を飲んで安静、という考えが非常に強

かったと思いますが、早く治して早く仕事をしたいというのが患者さんのニーズです。その場合に、医学的には正しいけれども、医療的にはニーズに応えていないという感じがします。

菊地 石黒先生はいかがですか。

石黒 私のところにいらした舟状骨骨折の患者さんについてお話ししますと、初診時にレントゲンを撮つて「何もないよ」ということで、「捻挫だからそのままにしておきなさい」と放置されたケースが、5カ月後にもう1回その病院に行つたら、今度は偽関節で腸骨の骨移植をしないといけないと……。最初に診たときには「何もないよ」と言っておきながら、5カ月後に行つたら「これは手術だ」と言つて、患者さんはあわててしまって私のところへ来たわけです。私自身は、「少し長くなるけれど3カ月ほどギブスを巻いて治療すれば、手術しないで治りますよ」と説明して、その通り治りました。骨折の所見がなくても、臨床的に症状があれば、2週間後にもう1回写真を撮つてみるとか一言でも説明していれば、患者さんも不信感を持たなかつただろうと思うし、最初に予測というか、「場合によっては骨折があるかもわからないよ」ということを、患者さんに一言言えるかどうかだけでも違うと思います。それを言わないので患者さんは不信感を持つてよそに行くわけです。そうならないためにも最低限のことはぜひ勉強して、経験として残してほしいと思います。あくまでも失敗は失敗でいいのですが、同じことを何回も繰り返すのはまずいと思います。

菊地 住田先生はいかがですか。

住田 外傷に関しては整形外科の現状で私はそれほど悪くないと思っております。特に整形の専門医がやっている場合は大丈夫だと思うんです。ただ、整形外科を開業していると来る患者さんの2/3は運動器の痛みなんですが、この運動器の痛みに関しては現状でいいのかなという疑問があります。社会全体を見ても、痛みに対しては、民間療法ですかいろいろなものがあります。整形外科の先生方はそのへんをあまりよいものに思われない方が多いのですが、そういうところに患者さんがたくさん行つて現状があります。

整形外科を標榜している開業医を見ていると、整形専門でない先生、たとえば内科の先生とかが痛みの分野を、リハビリの器械を入れてやつたりします。柔道整復師の方が内科の医師を院長にして、整形外科・内科と称して開業しているケースもあります。内科の先生は整形の知識は全くないのですが、柔道整復師の方はある程度外傷も診ますから、外傷の治療はそ

ういう人たちに任せて、それで痛みの説明だけして、あとは毎日リハビリに通わせる。そういうところが経済的には一番潤っているわけです。

私も以前に保険診療していたときは、患者さんは痛みがなくなるまで毎日来るわけです。ですが、自分で根本療法などとはほど遠いような感じがしていました。私が開業していた地域は整形外科・内科と称して診療している方も多いですし、そういうことを見ても、整形外科はこれでいいのかな、特に痛みに関してただ温めて少し楽にして、翌日になつたら痛みが出るからまた温めるということをしていていいのかなと……。もう少しレベルをきちんと上げていかないといけないでは、と思うようになりました。根本療法をしないわけですから経済的にはそれが一番潤うと思いますが、患者さんを治すというところからいくと、何かむなしいなと思うのです。

それから、整形外科の、特に開業医の集まりや学会などを見ると、整形外科領域において、医療類似行為との競合が常に話題になっているわけです。もう少し運動器の痛みに関して整形外科がきちんとやっていかないと、類似行為だけではなくてこれから他の、例えば麻酔科とか、内科、私の知っているところなどは胃腸科の先生が整形外科と称してやっているわけです。そういうのがどんどん増えて、整形外科のアイデンティティーが非常に危うい感じがしております。

□痛みに対処するために

菊地 今までの先生方の共通の意見として、痛みを何とかしてほしいという患者さんの希望に対して、整形外科医は的確に対応していないのではないかという指摘があると思うんです。では、なぜ的確に対応していないのかというと、片田先生が『整形外科』9月号(52巻・1268頁、2001年刊)」で書いていますが、痛みに対する対策の選択肢をあまり持っていないということにもつながると思うのですが、そこはいかがですか。今まで整形外科は痛みに対しては整形外科の保険診療支払いから見ると、ほとんどが安静と薬です。とにかくこの痛みをまず取ってくれという患者さんの希望に対応するには、現状のわれわれの手持ちの知識や

技術、あるいは今の診療体系でいいのかという問題が浮かび上がってくると思うのですが、その点はいかがですか。

片田 私は郊外で開業しているので、患者さんがよく職場で腰痛を起こしたといって救急車で運ばれて来ます。はいざつてくる、あるいは担架で連れて来られるような患者さんに、教科書的に「家へ帰つて安静にしていなさい」ということを申し上げてもどうにもならない。そうした場合に私はまず神経ブロックをやります。住田先生はAKA*をなさるのですが、硬膜外ブロックをやって30分なり1時間ぐらい休んでいただくとその場で歩いて帰られます。非常に感謝されて「ああ、整形外科へ来てよかったです」と言つていただけます。ですから、多少手数はかかりますが、教科書的な治療だけでなく、患者さんの要求に沿つた治療をやっていくべきだと思っています。

菊地 今先生たちがおっしゃったような整形外科プライマリケアを実践するためには、われわれ整形外科医はどうしたらいいのでしょうか。つまり、先生たちのように広く患者さんに信頼され、患者さんのニーズに即応できるような、患者さんに満足感を与えるような整形外科を実践するためには何が必要でしょうか。

片田 今までのような教科書的に学んでいくということの他に、EBMの手法がここで出てくると思います。例えば腰痛に安静が必要かということを1つ取つても、EBMを調べてみると、今では不需要だということが大勢になっていると思います。よくテレビで腰痛体操が必要だと言われますが、これも急性期には不需要なばかりか害があるということが無作為試験ではつきりしております。そういうことをどんどん取り入れて、実際に診療に役立てることはとても大事なことだと思います。

菊地 石黒先生、どうしたらいいですか。

石黒 痛みというのは結構難しくて、私自身もよくわからないところがあるのは、何が原因の痛みかということなんです。痛みの原因の発生している部分がわからないと、治療もわからなくなってしまうんです。私自身は開業医として、來てくれた患者さんが少なく

*AKA：関節を他動的に効率よく動かす体系を関節運動学というが、通常可動性の少ないと考えられている仙腸関節、椎間関節、肋椎関節などを他動運動すると、それに伴う関連痛としての腰痛やさまざまな整形外科的疼痛が消失することから、博田は関節運動学的アプローチ(AKA)として体系化した。整形外科的疼痛の新しい治療手段として注目されている。



◀住田憲是氏

1968年岐阜薬科大学厚生薬学科卒業。
1975年東邦大学医学部卒業、同整形外科
医局へ入局。1983年整形外科医院開業。
1989年望クリニック整形外科院長。

とも窓口でお金を払う段階では少しでも楽になって帰ってもらいたいな、という気持ちはいつも持っています。それでは自分の守備範囲として何ができるかというと、姑息的かもしれないですが安静と、鎮痛剤や注射、そういう形でしか対応できていないので、私自身はこれからAKAも含めて徒手療法などをもう少し勉強したいなという気持ちでおります。反省点です。

菊地 住田先生、どうしたらしいですか。

住田 私も痛みを訴えて来た患者さんにAKAをして、関節原性の痛みでないことがわかり、その痛みが神経原性の場合は硬膜外ブロックもやります。プライマリケアのドクターは痛みを取る手段をできるだけたくさん持つべきだと思います。痛みを取る手段としては、診断にとっても大切なですが、徒手治療というのも1つの大事な分野ではないかという感じを私は持っております。

□整形外科プライマリケア：外国の現状

菊地 今先生方がおっしゃったような手技というの、大学の整形外科の講座では教えようとしても教える人が必ずしもそんなにいるわけではない。そういう境界領域や他科領域は具体的にはどうしたら学べるのでしょうか。

片田 そのあたりについて、菊地先生に外国における

現状といったことをちょっとお聞きしたいと思うんです。私もインターネットで多少調べたことがあるのですが、外国ではmusculoskeletal medicineあるいはorthopaedic medicineという科目が整形外科プライマリケアに相当すると思います。その研修会のプログラムを見てみると、いろいろな物理療法に加えて注射療法、徒手療法といった講座があって非常に範囲が広いんですね。そういったことが外国ではいつ頃からどのような形で行われているか、ぜひおうかがいしたいと思います。

菊地 欧米の整形外科というのはスペシャリストとして育てられていますから、聞いてみると保存療法の技術は持っていないですね。私がカナダで師事したDr. Macnabがどんなことをやっていたのかというと、今振り返ってみると、spinal manipulationはちゃんと頼むパートナーがいるんですね。それが必要だと思うと、患者さんを紹介してあげる。最近のアメリカの動きは、理学療法士やカイロプラクターと整形外科医が共同でオフィスを持ってやっている。だから、背骨に関する限り、腰痛を手術だけで対応していた整形外科医の限界から、他の医療系の人とパートナーシップを組んでそこに対応していくという動きが現状だと思います。日本ではすぐにコメディカルとパートナーという関係が結ぶかというと、法的、歴史的な問題があつてなかなかうまくいかないのではないかと思います。

今、日本が欧米と比べてすばらしいところは、整形外科医が保存療法もやっているし、プライマリケアの患者さんもちゃんとケアをしている。日本の整形外科というのは守備範囲は広いですが、今までちゃんとそれを国民の負託に応えてやっていたので、私自身は今のスタイルを変えないでレベルアップをしていくべき、世界に冠たる整形外科の姿ができると思っています。そのためには、先ほど石黒先生がおっしゃった、聞く技とか、信頼関係を確立するためのノウハウというものは、学生教育の中にそういうものをちゃんと入れる、あるいはわれわれの整形外科の初期研修の中に入れていくことが大事なのかなと思います。

片田 今アメリカは、カイロプラクターが痛みの治療に関して非常に大きな勢力を持っていると聞きますが、ドイツでは逆に医者がChiropracticを習得して徒手医学をどんどんやっています。これはこの10年ぐらいの間のことらしいのですが、医者以外はやってはいけないという法律ができているそうです。しかも研修が非常に厳格で、数年がかりの研修期間を置い

て徒手療法を習得するという講座があると聞いています。ですから日本も今までの現状でいくのであれば、ドイツ型のほうにいくべきかなというふうに思います。

菊地 整形外科の研修のカリキュラムを変える必要がありますよね。

片田 はい。医者が頑張らなければ……。

II. 整形外科プライマリケアに必要な基本技術とは

□診察に必要なポイント

菊地 それでは次に移って、整形外科プライマリケアの診察や治療における基本技術はどんなものが必要でしょうか。まず診察に関しては、整形外科プライマリケアという言葉を頭に浮かべたときに、診察に必要なポイントというのはいかがでしようか。それぞれの先生で違うとは思うのですが、片田先生から……。

片田 私たちが整形外科診察ではじめに教わるのはまず画像診断ですね。レントゲンを撮り、今ではMRIが普及していますから、それで患者さんに説明する。ところが、プライマリケアですとレントゲン自体で説明できる症状というのが限られているし、それではMRIはどうかというと、MRIも最近反省されていると思いますが、それで現在の症状を説明するというのではなく難しい。すると、まずプライマリケアでは臨床症状を重視すべきというふうに考えていました。

菊地 問診ですか。

片田 問診、触診、可動域検査。

菊地 問診と理学所見ですね。要するにさわることですね。聞いて、さわる。

片田 さわるということは非常に大事なことだと思います。さわるということを教わらないと、どうしても画像診断に偏ってしまって、間違った結論になってしまいますことになります。

菊地 日本には手当てという言葉があるぐらいですからね。石黒先生は整形外科プライマリケアの基本技術として診察上大事なことは何だと思いますか。

石黒 先ほどから言っているように、私自身は、信頼関係を確立したうえで診察にあたるわけですが、それは最初挨拶から始まるわけです。例えば、初診医で靭帯損傷があると診断をつけたら、そこで治療を受け



菊地臣一氏▶

るのが患者さんにとって一番ありがたいことなんですね。というのは、2~3週間経つてから痛みが取れないから不安になって他の医療施設に行くと、そこでまたストレスを加えられる。患者さんの治癒過程で一番大事な時期に、またストレス・テストを繰り返される。そうすると、今度は靭帯の再建術というもっと難しい手術に移行してしまって。最初に行ったところで信頼関係を得ることができていれば、そういうことはならないだろうし、患者さんにとって不幸なことはならなかつたと。そういう意味で、診察するときにはあくまでも患者さんに説明をして、治療方針と治療期間と、将来的にどういう結果になるかということまでお話ししてあげれば、患者さんも不安にならずに、プライマリケアの現場で治療を一貫して受けてくれるようになるのではないかといつも思っています。

菊地 十分な説明によって患者さんとの信頼関係を作ることが大事なのではないかと。

石黒 ええ。信頼関係が得られなければ、逆にセカンドオピニオンではないのですが、他の専門的な先生を「いい先生だから」という形で紹介もよくします。

菊地 住田先生、いかがですか。

住田 まず整形外科的に理学所見をきちんと取る。特に神経学的検査とか、関節可動域とか、触診、そういうものが片田先生も言われるように大事だと思います。確かに画像診断も大事だと思います。ただ、画像に痛みが写るわけではないですから……。

菊地 五感を使った診察、手技ということですね。

住田 はい。その辺が整形外科のアイデンティ

ティーとか、いろいろなことに関係してくるのです。ほとんど画像診断でものを言っている若い整形のお医者さんが多いものですから、画像変化と痛みが一致しないことが多いことを理解するためにも、もう一度触診等で、理学所見をきちんと取れるような整形外科の診察技術を磨くことが大事だと思います。

それから、手段としては、つい私もやっているAKAの宣伝になってしまふのですが、AKAも触診が基本になります。AKAをやると触診で痛みの治療だけでなく診断もできるのです。痛みの患者さんを診る場合、少なくとも診断に関してはドクターがやらなければいけないと私も思います。ですから、諸外国の事情を説明していただきましたが、片田先生が言われるようにドイツ式といいますか、診断ができるのはドクターだけですから、ドクターには関節原性の関連痛を診断するためにもAKAの技術が必要ではないかと思います。治療に関しては診断ができれば徒手療法でも、例えばPTと協力してやっていくとか、そういうことはできると思います。

菊地 お三方の先生はみんな共通していると思うんです。患者さんとの信頼関係を確立したうえでの十分な説明と、五感を駆使しての診察が非常に大事だとおっしゃる。先生方はそういうことをいつどこで学んだのですか、大学で教えてもらったのですか。

片田 診断方法についてですね。

菊地 今ここで大事だとおっしゃったことをいつ気づかれて始めたのでしょうか。

片田 触診の必要性を感じたのは開業してからが正直なところです。私は小児病院におきましたから、痛みを訴える患者さんはほとんどおりませんで、そのときはレントゲンなどの画像診断を重視していました。開業して気づいたのは、レントゲンで私自身が納得することのできる説明をするのは難しいということ、自分が納得できないものを患者さんに納得させるのもっと難しいということです。そうすると、現状の症状がどこから来るかというのを診察するには、触診、可動域検査、そういったことが重要になってくるし、また、住田先生のやられている徒手医学の方法を使つてもかなりの診断ができますし、触診のほうが画像診断より頼りになるということを感じるようになりました。

菊地 そうすると、先生は開業してからこういうことの重要さに改めて気がついたということですよね。石黒先生はいつ気がついたのですか。

石黒 いつ気がついたかどうかは私自身定かではな

いのですが、グループ診療の経験を通してだと思ひます。上の先生と若い先生と4~5人で1人の患者さんにあたって、ギプス巻きでもいいのですが、そういうことを大きな病院とか、大学病院ではやっているわけです。そういう中から、いわゆるコツというか、ちょっととしたことを教えてもらったことが、私にとってはかなり役に立っているのではないかと思います。今の若い先生方は1人で外来を任されて、上から教わることがないと、逆にコツみたいなものを教わらずに、実際に患者さんを治療するようなことで、まずいことも結構あるのではないかという気がしています。そういう意味で、グループでテーマを決めてでもいいですから、今回はこの患者に関してはグループでみましょうとか、そういうことも必要ではないかなと思います。自分の経験から言えることですが。

菊地 要するに他人と、上の先生や同僚、下の先生と一緒に診療することも意外と教えられることが多いのではないかと。

石黒 百聞は一見にしかずというか、本から学ぶのではなくて、実際に診察するのをみせられて、これはこういうことで必要だよと、耳学問と目と、そういうことが一番手っ取り早いというか、印象にも残るし、いい方法ではないかなという感じがしています。

菊地 住田先生はどこでこういうことの大切さに気がつきましたか。

住田 私が大学に入局した頃、カンファレンスのときにX線像で異常がなく、神経症状が全くなくて腰部の激痛の人が入院していて、その症例を先輩が出しました。いろいろな検査で異常がないのにあまりに痛がるから、実際みんな困つてしまつて、そのときにちょっと上のspine専門の先生が小声で「なんであんな症例をカンファレンスに出したんだ」ということを言っていたものですから、「まだこういうものはわかっていないのかな」と思ったのです。それから市立病院に出て、上の先生は手術が好きな先生で、それこそヘルニアのオペを週に幾つもやって、私はいつもアシストしていたんです。ヘルニアのところを見ても、神経があまり変化していないのも結構あったものですから、そういうことからまた疑問を持って、その後開業したらますます画像診断と痛みの一貫しない患者さんがたくさん来たものですから、何とかしなければいけないと思って、いろいろなところを探してみると、今のAKAがあったんです。AKAと出会ったときに触診とか、人間の五感を働かせる診断というのはすごく大事だなとはじめてわかりました。

□治療のポイント

菊地 次に、整形外科プライマリケアに必要な基本技術として治療に移るのですが、期せずして皆さんおっしゃったのは、痛みに対する治療だと思うんです。皆さんの意見が一致しているのは、安静や解熱鎮痛薬の投与以外に、もう少しいろいろな選択肢をわれわれ整形外科医が勉強して持つべきだということに尽きるのでしょうか。

住田 治療技術といいますか、患者さんに説明できる根拠ですね。そういうのを自分できちんと持つ。

菊地 自分で使う治療手技の機序ならびに根拠を患者さんに説明できるようにするということですね。

住田 はい。

III. 整形外科プライマリケアの今後の展望

□EBMと保存療法

菊地 それでは最後に、整形外科プライマリケアの展望として、これから整形外科プライマリケアではどんなことができるのか、どこまで診るのか、ある意味では整形外科プライマリケアの限界ですが、そういった問い合わせに対して、それぞれの先生のお考えを紹介していただければと思います。片田先生、いかがですか。大きいテーマですが。

片田 一線で開業しているとわからないことがたくさんありますが、考え方の助けになるということです。EBMというのはこれから重要なキーワードになると思うんです。EBMの基本は何かというと、自分自身がこの患者さんに最良の医療を提供できているかどうかということに疑問を持つという姿勢だと思います。その疑問を出発点に、最良の治療を見つけていくのですが、その手法として今世界的に標準になりつつあるEBMがあると思うんですね。

言葉だけだと難しいように思うのですが、実際はEBMというのはその気になれば簡単に誰にでも手に入るようにになっています。例えばコクラン・ライブライマーのCD-ROMを検索すればあらゆる問題に対する答えがEBMとして得られます。もっともそれが必ずしもすべて正しいとは限りませんが、考え方の手助けになってきますから……。先ほど言ったように、腰痛に安静が必要かということが、教科書では「必要」と書かれていますが、実際無作為試験で調べてみると、

そうでもないのではないかというような、これからは従来のものの考え方に対する大きな変革になるのはEBMだと思うんです。開業医がそれを一番使える立場にあるんですね。これは使わなければもったいないというふうに思います。

大学の先生方には、世界的基準になりつつあるEBMをもっと作っていただきたい、それをわれわれがプライマリケアに使うという、そういった形が出てくれればプライマリケアも発展すると思うし、患者さんのためにもなると考えております。

菊地 第一線の医療現場で患者さんに運動器系の整形外科プライマリケアとして信頼されるためには、EBMをどんどん利用することであると、EBMこそは第一線の開業の先生に役立つのではないかということですね。石黒先生はどう考えますか。

石黒 今後の展望ということですか。

菊地 展望でもいいです。

石黒 私自身が長いこと学会活動をしてきて感じるのは、学会に参加すると、手術的治療の報告ばかりで、自分がみてみると、「あつ、これは保存的治療が可能だ」という症例が非常に多いということです。保存的治療が可能な症例でも手術的治療をして学会で報告している。本来は保存的治療の可能な症例はプライマリケアで診るべきものだと私は思っています。従来の保存的治療法でだめだと言われているものでも、ちょっとした工夫を凝らすことによってプライマリケアの範疇に入るのも結構あるわけですから、私自身はそういう治療法というものをもう一度見つめ直してみる必要があるのではないかなど思います。手術しないと学会で報告できないというような風潮は改めてほしいなという気持ちでおります。

菊地 少し手術に偏りすぎているのではないかということですね。

石黒 はい。そういう印象を持っています。

菊地 もう少し保存療法のよさ、あるいは適応を見直すべきであるということですね。

石黒 はい。

菊地 住田先生はいかがですか。

住田 基本的には同じような考えです。保存療法がもっとEBMなどで治療効果が証明されればプライマリケアでできる分野は増えてくると思います。痛みの治療でも今まで入院が必要であったものもプライマリケアで相当なことができるようになる。先ほど菊地先生がおっしゃったような、世界で冠たる整形外科プライマリケアというのが、保存療法の範囲を広めて、し

かも治療効果が上がっていけばできるような感じがしております。

□整形外科プライマリケアに求められるもの

菊地 そうすると、今後、日本の整形外科プライマリケアが発展するために、患者さんのニーズに適合した患者本位の医療を行うために、今後われわれに求められるものは何だと思いますか。片田先生、いかがですか。結局整形外科プライマリケアというのは患者本位の医療ということですね。

片田 そうですね。患者さんに求められたことにはしっかりと応えるということになると思います。

菊地 そのためには今の知識や技術や治療体系では不十分……。

片田 不十分だと思います。

菊地 もう少しいろいろな技術や知識を身につける必要があると、EBMも1つの手段であると。

片田 はい、EBMも1つの手段として必要だと思います。

菊地 境界領域や徒手医学療法に関してはどうですか。

片田 徒手医学は欧米では常識になっています。わが国で整形外科医がなぜ無視してきたかということを考えると、まず教育されていなかったというのが1つだと思います。それから、実際に徒手医学は教育する人がいなければ覚えることはできません。本では覚えられません。実際に効果があるということを研究会なり、学会なりで探究して、そして実証していくことがこれから重要ではないかと思います。

例えば、住田先生のやられているAKAは徒手医学の中でも非常に科学的で、それを学んだ医師はほとんどがとりこになってしまいます。なぜそうなるかというと、診断と治療が表裏一体となっていて、なぜかわからないけれど徒手治療したら治ったというのではなくて、原因部位を確実に治したという感覚が医者にもわかるし、患者にもわかるのです。徒手医学の中でもAKAは整形外科で取り入れるべき治療だと思っております。

菊地 石黒先生は徒手療法について何かご意見ございますか。

石黒 つい先日、頸部から右腕にかけてのすごく重たい痛みとしびれを訴えている患者さんがいらしてましたときに、ちょうど私の診療所をある先生が見学に来ていました。患者さんのレントゲンを撮ると頸椎の神経根に狭いところがあつて、私自身はそれを普通に説

明したわけです。だけど、知覚鈍麻ではない、右手のほうが異常感覚を訴えていて、何が原因か画像からは説明がつかないので、たまたまその先生がAKAをやられる方だったのですから、「試しにやってみてくれますか」と実際に試していただきました。そうしたら患者さんが「あれっ」と言って、突然驚いたような感じで、症状が取れてしまったわけです。手の異常感覚も取れてしまったんです。現実にそういう患者さんを目の当たりにして、肘内障と同じような関節由来のしびれとか、痛みというのがあるのだなというのを体験したものですから……。

菊地 それを取り入れるべきではないかと。

石黒 現実にそういう患者さんがいるということで、知っていて損はないということです。

菊地 住田先生はいかがですか。先生は長年AKAを実践されているわけですが。

住田 私はAKAを17年ぐらいやっておりますが、整形の痛みに関していうと、AKAがないと診断もできないですし、患者さんに自信を持って痛みの原因とか予後とか、いろいろなことが説明できないのです。施設によつても違うでしょうが、私のように自費診療だけの外来をやつていますと、痛みを訴えてくる患者さんの90%は関節原性の関連痛です。普通の診療所で保険でやつているときも大体80%ぐらいはそのような気がします。ですから、どうしてもAKAは必要ではないかと思います。ただ、痛みは数量化できませんし、関節包内の運動は視覚化しにくいこともあります。AKAをやる先生と全くやらない先生では共通の議論の場というのになかなか持てないんです。ですから、整形の先生には、今の科学ではいまだ説明できないところもあるかもしれません、経験していただいて、何しろ自らやっていただくことが必要だと思っております。

片田 住田先生がおっしゃることは経験した医師にはわかるのですが、徒手療法が効果があるということを未経験の医師にわかるようにEBMで作ることをこれから考えていくほうが多いのではないかと思います。効果があるということだけでは、「なんだ、そうか、それはそうだろう」ということで終わってしまうので、科学的に納得できるデータを作つて整形外科にぜひ取り入れていただけるように頑張っていただければと思います。

住田 ぜひいろいろ先生方にご指導いただいて、そういうものが発表できれば一番いいかなと思っております。

□高齢者の問題

菊地 最後に、社会的に問題になっていますが、高齢者が非常に増えています。骨粗鬆症の患者さんを含めて、精神医学的な問題もいろいろあるし、そういう高齢者に対する治療について、どんなことに気を配っているか、整形外科プライマリケアを実践している先生方に、読者の先生方に参考になる意見を一言ずつ述べていただければと思います。片田先生、いかがですか。高齢者の診療にあたってはどんなことに気を配っていますか。

片田 高齢の方は痛みで来られる方がほとんどです。痛みを取るための治療法というのは昔から整形外科の守備範囲となるべきところでしたが、私が医局に入ったころは、例えばお年寄りが膝が痛い、腰が痛いというと、平気で「それは死ぬまで治らないよ」と先輩の先生はおっしゃっていましたし、そう言つても患者さんが納得するような時代だったと思います。

菊地 今は納得しませんね。

片田 そうですね。今は納得しません。といって、根本的に治す治療法が、例えば手術的治療ですべて解決するかというとそうではないものですから、患者さんがプライマリケアに押し寄せて来るわけです。保存的治療ができるだけのことをしてあげて、患者さんのADLを向上させるのがまず基本的に考えることだと思います。骨粗鬆症も整形外科のキーワードになっていますが、実際マスコミ上で騒がれているほどには骨粗鬆症からきている症状というのはあまりありませんし、薬などでどのくらい治療できるかというのもかなり疑問に思います。患者さんは骨粗鬆症で寝たきりになるということを不安に思って来られるので、よく話してあげて、QOL上よくするにはどうしたらよいかということを説明してあげるということだと思います。

菊地 結局、QOLの向上ということを視点に対応

していく、ということですね。石黒先生、いかがですか。先生はあまり高齢者は診ておられないですか。

石黒 病院に来られる人ぐらいしか診ていないですが、病院に来るのも訓練の1つみたいな感じがあるわけです。他の内科的な疾患とか、いろいろなものを併せ持っている高齢者を結構診ていますが、基本的に整形外科の立場で言えるのは、安静にしている期間はできるだけ少なくしてください、昼間は起きていてください、もし外に出られるなら介助の人付きででも外出するようにしなさいと、とりあえず動くこと、いわゆる歩くことですが、それを指導しています。痛みそのものはあってもそれはもう仕方ないので、どうしても痛くて日常生活に支障を来す人の場合には、装具療法とか、そういうものを作つてあげても、とりあえず動くという形に持つていております。

菊地 要するにQOLを何とか維持するということが……。

石黒 病院に来ればほっとするというか、そういう感じですね。

菊地 住田先生はいかがですか。

住田 高齢者の訴えも大体は痛みだと思うのです。まずは最善を尽くして、痛みを取つてあげて、それでQOLを上げていく。多くの方はX線像で変形などを見せられ、老化だから仕方がないと言われています。このため一生このままではないかという不安が非常に強いと思います。これを和らげてあげることも大切だと思います。AKAで痛みがとれますと、変形が直接痛みと関係ないことが、患者さん自身が理解でき、不安解消に役立ちます。

菊地 結局、お三方で共通しているのは、QOLの維持が大事で、その維持のための手段として疼痛を取つてあげるということですね。

今日はどうもありがとうございました。

(了)

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

医療紛争

メディカル・コンフリクト・マネジメントの提案

和田仁孝・前田正一

●A5 頁200 2001年
定価(本体2,200円+税) 送料実費
[ISBN4-260-13880-4]

「金の問題ではない」「謝罪してほしい」「真実が知りたい」—被害者のこの叫びの「意味」を、医療者は本当にわかっているのだろうか。リスクマネジメントという発想の限界、医療裁判の不毛を指摘し、患者・医療者双方が立ち直つていけるような「ケア型」の医療事故処理システムを提案する。