

特集 脳神経内科医のキャリアパスとリーダーシップ

キュアからケアへ
在宅診療医へのキャリアパス

渡辺 良

BRAIN and NERVE

第74巻 第1号 別刷

2022年1月1日 発行

医学書院

キュアからケアへ

在宅診療医へのキャリアパス

渡辺 良*

在宅診療は、通院が困難な患者がその暮らしの場で治療やケアを受けることのできる医療の形である。脳卒中、パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症など神経疾患を生活の場で診ることにより、患者のニーズに沿う医療やケアが可能となる。在宅診療医に期待されるのは疾患の診断治療能力のみならず患者や家族の訴えを共感的に聴く力、そして最期まで在宅で患者を支えることである。そのために多職種と連携しリーダーシップをとる必要がある。

KEY WORDS 在宅診療, 共同意思決定, 人生会議 (ACP), 多職種連携

はじめに

筆者が総合病院で神経内科医として勤務していた頃、地域に往診してくれる医師がいないため自宅に帰れず、施設などに退院せざるを得ない患者が少なくありませんでした。将来可能ならば在宅で患者を支えていける医師になろうと思っていました。そしていま、開業して20年が過ぎます。脳神経内科、内科、心療内科を標榜し、在宅療養支援診療所として外来および在宅診療を続けてきました。外来や在宅で診る患者は神経系以外の臓器にも疾患を重ね持つことが多く、脳神経内科という専門性を持ちながら神経系以外のジェネラルな診療スキルを身に付けていくことが必要でした。

脳神経内科医が在宅診療医になるために必要なキャリアとは何か、超高齢社会のいま、在宅診療医に求められる役割とは何かを考えます。

Ⅰ．在宅診療とは

日々の暮らしの場で生活しながら医療とケアを受けることができるのが在宅診療です。高齢に伴う骨関節疾患、フレイル、心・呼吸器疾患や脳卒中、神経難

病、認知症など慢性の病気のために通院が困難な患者を対象に訪問診療を行います。病院ではもうすることがないと言われた場合でも、最期までその人の生きること (QOL) を支えることが可能です。病院が主として病気の治癒 (キュア) を目標にするのに対し、在宅診療では医療に加えてその人へのケアを主な目標にするからです。

Ⅱ．筆者のキャリアパス

精神科医として精神病院に5年間勤務後、総合病院神経内科にて研修を積み、専門医を取得し10年間勤務を続けました。その後、英国クイーンスクエア神経学研究所への2年間の留学中にdiploma of clinical neurologyを取得し、プリオン病の神経病理を研究しました¹⁾。帰国し再び総合病院神経内科で勤務したのち、2000年に50歳で開業しました。一般内科医としての臨床スキルを学び内科認定医取得後、現在は認知症サポート医、神奈川県ALS協会顧問医、在宅医療地域リーダーを務めています。

最近経験した症例をとおして在宅診療の意味を考えてみます。

渡辺醫院 (〒220-0046 神奈川県横浜市西区西戸部町 2-120)

*[連絡先] rwneuroclinic@mvp.biglobe.ne.jp

〈症 例〉80 代女性，独居。

喋りにくい，首が動かしにくいという主訴で外来受診され，首さがりと構音障害，肩・肩甲周囲の脱力，筋萎縮が目立ちました。筋萎縮性側索硬化症（amyotrophic lateral sclerosis：ALS）が疑われたため，通院してもらいながら生活の様子，家族関係，生活歴など，この人がどのような人なのかを知ることになりました。一方，診断確定のために大学病院脳神経内科を受診してもらいました。そこでは MRI，筋電図などのため入院を勧められましたが，「自分は高齢である，治療のない悪い病気らしいが，残された時間をつらい検査や入院に費やされたくない」と述べ，それを断りました。以後病院受診を拒否するようになりました。病院の医師は入院を勧めるばかりで話を聞いてくれないというのが理由でした。

その後，歩行障害が進み通院困難のため訪問診療を始めました。同時に介護保険を申請しケアマネジャー，訪問看護師，訪問ヘルパーなど多職種と連携しチームで診ていく方針としました。病状は進行し続け，舌や上肢の筋萎縮，線維束性収縮，Babinski 徴候などから ALS の診断は明らかであり，本人に告げ身体障害者手帳を取得してもらいました。嚥下障害も顕著となりましたが，近所の民生委員が毎日食べやすいものをつくって届けてくれました。ケアマネジャーをはじめスタッフにとってこの病気は初めてであり，在宅で最期まで診ていくことに不安を抱えているため，近隣の人たちを含め多職種ケア会議を開きました。進行する病状の節目とケアの仕方を説明し，本人の意向に沿い在宅ケアを最期まで続けていく方針で，連携体制の確認を行いました。

やがてトイレに行くのも困難になったため，ケアマネジャーと相談のうえ「定期巡回・随時対応型サービス」を導入し，24 時間いつでもヘルパーや看護師が訪問できるようにしました。胃瘻についての説明は何度か行いましたが，首を横に振って拒否されました。少しずつ目立ってきた呼吸苦に対して，在宅酸素やモルヒネなど緩和的治療を勧めましたが希望されませんでした。そうして，食事はほとんど口から摂れず，うとうとするようになり，その後静かに亡くなりました。初診から 1 年半の経過でした。

III．診断と治療

医師にとってまず必要なのは適切な問診と診察により正確な診断をすることです。この人は病院での入院

精査を拒否しましたが，高齢者の場合このようなことは稀ではありません。検査に協力できないなら診療不能とするのではなく，そのような患者も受けとめることが大切です。ここで思い出すのは「神経学はベッドサイド臨床医学の最後の砦の 1 つ」という故 C.D. Marsden の言葉²⁾です。神経学はいたずらに検査に頼ることなくベッドサイドでの診察，つまり適確な病歴聴取と正確な神経学的診察をすることで臨床医学の真髄を保つことができるということです。ちなみに筆者の往診鞆には神経診察用として打腱器，ペンライト，眼底鏡，竹串（痛覚および足底反射用）³⁾が入っています。

IV．脳神経内科医としての在宅診療の意味

歩行や動作が不自由になった患者の自宅に訪問し診療を行うことは，病院やクリニックでの診察とは異なる意味があります。ALS やパーキンソン病など神経難病の患者が実際の生活の場でどのような困難を（あるいは逆に安楽を）経験しているのかを知ることとはとても重要です。先に示した症例もベッド上やトイレの動作を実際に観察することで，介護用ベッドや手すりの設置がなされました。

V．良き指導医を持つこと

筆者の総合病院時代の指導医は多くの ALS 患者の進行度を客観的に評価するスケール⁴⁾を作成し，研究していました。同時に病院から定期的に患者宅に往診し，その生活の中での療養の仕方⁵⁾など細かな相談にも乗っていました。ALS の患者との適切な対話の方法，進行する状態への人間的なケアのあり方を教えられました。

VI．病む人の言葉に耳を傾けること

この症例で気がつくのは患者の言う「話を聞いてくれない」医師の存在です。多くの患者を診なければならぬ外来では話をじっくり聴く時間が乏しく，検査中心の診療になりがちです。しかし地域のクリニックや在宅診療では対話が最も重要です。この点については優れた教科書⁶⁾も出ています。医師はまず診察をして疾患を把握することに努めますが，在宅診療で大切なのはその患者はどういう人なのかを知ること，つまり生活歴，家族関係などを理解することです。さらに必要なのは患者側の視点です。つまり，患者はこの病

気をどう感じているのか、どう考えているのか、日常生活の中で具体的に何に困っているのか、医師に何を期待しているのか、こうした病いの視点を患者と共有することができないと在宅診療はうまくいきません⁷⁾。

VII. 共同意思決定 shared decision making⁸⁾

どのような病気にも症状の進行に伴い分岐点があります。病名を告げるときから始まり、歩けなくなるとき、喋れなくなるとき、食べられなくなるとき、喀痰がからみ呼吸が苦しくなるとき、さらに看取りが近くなったときなどです。その各分岐点で共感をもって丁寧に診察していくつか対処法を示す。そしてどういう選択をするか、医師が決める（パターンリズム）のではなく、また選択肢を提示して患者に決めさせるのでもなく（informed consent）、共感的な対話をとおして決めていく（shared decision making）ことが望まれます。

VIII. 終末期ケアと人生会議⁹⁾

同時にこの各分岐点はいわゆる人生会議（advance care planning：ACP）を行う時機とも言えます。ただし、ACPを行うのは患者と医師や介護者との間に十分な信頼関係ができていることが前提です。この事例では嚥下障害が進み栄養障害が目立ってきたとき、医師は患者とスタッフに病状を説明し可能な選択肢の利点とリスクを提示しました。それに対して患者は自分の死生観を語り、延命処置を断りました。その決定は両方で共有され、そのことでケアに携わるメンバーに不要な罪悪感や抑うつ感情が残るのを防ぐことができたと思われる。

IX. 症例を看取ったチームのその後

この患者を看取ったのち、1カ月して地域ケアプラザのスタッフの呼びかけで「ふりかえりカンファレンス」が行われました。在宅で看取ったものの本来にあれでよかったのだろうかという思いは、患者に真摯に取り組んだスタッフの間に必ず湧き上がるものです。在宅医（筆者）、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問ヘルパー、民生委員、親族、友人などがそれぞれ患者についてふりかえり、思うことや感じることを出し合いました。超高齢社会にあって今後在宅で亡くなる人が多くなると考えられます。1人1人の死に丁寧に向き合いふりかえることはグリーフケアの意味もあり大切に

す。このような会に参加することも在宅診療医としての自らを深めていく経験となります。

X. 精神科的素養

米国や英国の神経学のテキストの最後には精神医学の章があります。神経疾患に苦しむ患者の心の問題を扱うことは脳神経内科医としての仕事の範囲と考えられます。患者の問題をその人生の物語として聴き、共に考え共に歩むという姿勢（ナラティヴアプローチ）が大切です。在宅で精神的問題を抱える患者を診ることができると、患者家族やケアスタッフの医師に対する信頼度は増します。

XI. 筋萎縮性側索硬化症の緩和ケア

患者の痛みを身体的、精神的、社会的、スピリチュアルという各側面から捉え QOL の向上を目指すのが緩和ケアです。英国では ALS 患者もホスピスを利用できます。筆者は Cicely Saunders のセントクリストファーホスピスや ALS の緩和ケアを長く実践している David Oliver のウィズダムホスピスを訪ね、ALS 患者の呼吸苦にもモルヒネを少量から使用することで緩和ケアが可能であることを学びました。その後日本でも詳しいテキスト¹⁰⁾が出版されています。

おわりに

脳神経内科医が医師としての力量を試されるのは専門医となった後です。患者が教科書的な症状のみを呈することはむしろ稀であり、1人1人さまざまな家族的、社会的問題を抱えています。在宅診療の舞台は患者の人生が凝縮されたそれぞれの家庭です。脳神経内科医は高次の脳機能や手足の巧緻性という人間だけに備わる機能を専門とします。その疾患だけに焦点を絞るのではなく、病いを抱え苦悩する人間をより大きな視野で診ることが要求されます。

ここで確認すべきは、超高齢社会における医師のプロフェッショナルリズムとは、1人で孤立して働くことではなく、お互いにリスペクトし合う多職種とのフラットな連携の中でリーダーシップをとることです。これからの超高齢社会において在宅医療のニーズはますます高まります。全人的な医師としてのプロフェッショナルリズムを磨く場として、在宅医療は多くの脳神経内科医の参加が期待される領域であると信じています。

文献

- 1) Watanabe R, Duchon LW: Cerebral amyloid in human prion disease. *Neuropathol Appl Neurobiol* **19**: 253-260, 1993
- 2) Marsden CD, Fowler TJ: *Clinical Neurology*. Edward Arnold, London, 1989, p2
- 3) 渡辺 良: パピンスキーと竹串. *日本医事新報* **4038**: 57, 2001
- 4) 本多慶夫: 筋萎縮性側索硬化症の臨床評価スケール. *神経進歩* **40**: 125-131, 1996
- 5) 本多慶夫, 重野幸次: 脳卒中・神経筋疾患のマネージメント ― QOL 向上のために. 医学書院, 東京, 1989, pp20-24
- 6) 北野邦孝: 神経内科の外来診療 ― 医師と患者のクロストーク, 第2版. 医学書院, 東京, 2008
- 7) Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, et al: *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*, 2nd edition. Radcliffe Medical Press, Oxford, 2003
- 8) Barry MJ, Edgman-Levitan S: Shared decision making: pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* **366**: 780-781, 2012
- 9) Macleod H, Oliver D, Redding D: Listening to the patient's voice. Thomas K, Lobo B (eds): *Advance Care Planning in End of Life Care*. Oxford University Press, Oxford, 2011, p28-38
- 10) 萩野美恵子, 小林庸子, 早乙女貴子, 中山優季, 成田有吾, 他 (編): *神経疾患の緩和ケア*. 南山堂, 東京, 2019

BRAIN and NERVE 74 (1): 51-54, 2022 Topics

Title

From Cure to Care: Career Path to a Domiciliary Doctor

Author

Ryo Watanabe

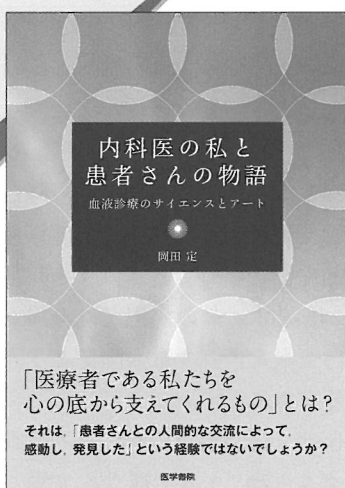
Watanabe Clinic, 2-120 Nishitobecho, Nishi-ku, Yokohama, Kanagawa 220-0046, Japan

Abstract

A neurologist who specializes in home-based medicine attends not only to the patient's diseases, such as ALS and Parkinson's disease, but also to the whole patient and their needs in daily life and family relationship. Neurologists are also required not only to have diagnostic and therapeutic capacity but also to have sustained commitment to see the patient and family with empathy until the end. To achieve this, they must take on the leadership role of the multidisciplinary team.

Key words: home-based medical care; shared decision making; advance care planning; multidisciplinary cooperation

「われわれ医療者を心の底から支えてくれるもの」とは、いったい何だろうか？



内科医の私と患者さんの物語

血液診療のサイエンスとアート

岡田 定

医者とは日々多くの生身の患者さんに出会うが、それは「医者」対「患者」としてだけでなく、「一人の人間」対「一人の人間」としても出会うのである。本書は血液内科医である著者の40年以上にわたる臨床経験を、サイエンスとアート両者の視点からまとめたもの。医療者は、患者さんとの物語に学ぶことで、医療者として、一人の人間として生きていく力が与えられる。あなたにもきっと「あなたを支える患者さんとの物語」がある。

●A5 頁168 2021年 定価2,750円 (本体2,500円+税10%) [ISBN978-4-260-04348-9]



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <https://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売・PR部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp