

# 超高齢社会の町医者のススメ

嶋田クリニック院長

**嶋田 一郎** しまだ いちろう

1984年に大阪市立大学医学部卒業、大阪市立大学医学部第2内科、長野県佐久市立国保浅間総合病院内科、(旧)国立泉北病院神経内科などの勤務を経て、1996年に大阪府堺市で嶋田クリニックを開院。神経内科専門医、総合内科専門医。大阪市立大学医学部非常勤講師、大阪府保険医協会副議長・地域対策部部长、泉北医師協議会会長、「三つ葉の会」会長を歴任。著書に『医師は40歳までに「病院」を辞めなさい～超高齢社会に必要な町医者のススメ～』(幻冬舎メディアコンサルティング)。



超高齢社会を迎え、高齢の患者の生活の質をできるだけ高い状態で維持できるように管理し支援することが医師、特に町医者に求められる。町医者は長きにわたりかかりつけの患者と付き合い、患者の健康を守るために日々奮闘する。その中で、高齢の患者や介護する家族を支えるため地域の多くの職種と連携・協力する必要がある。本稿では私の町医者人生や症例を振り返り、地域医療を担うやりがいや要点を考える。

## はじめに

「このままの働き方で医師として充実した人生を送れるだろうか」そんなふうに悩む医師は多いと思います。もちろん医師の生き様は各人各様で、これが正解というものはありませんが、できるだけ早い時期に医師として何を指すかという方向性を明確に持ち、それに向かってキャリアを積んでゆく必要があります。「時代の要請」を意識し、それに応えることができる資質を持つように日々努めることも必要です。

少子高齢化と言われて久しいですが、医学・医療の進歩に伴い平均寿命が大きく伸び、その結果高齢化率の上昇とともに疾病構造が大きく変貌してきました。高齢者が罹患

する多くの疾患は完治が難しいか後遺症が重ねられてゆくものが多く、慢性化しADL(日常生活動作)がどんどん低下していくため、こういった患者さんたちに必要なのは、完治を目指す医療ではなく、状況に合わせて寄り添い、可能な限りQOL(Quality Of Life:生活の質)を高めてくれる医療です。

私は、そういう「時代の要請」を意識し、これまでの「町医者人生」を歩んできました。本稿では、これまでの医療スタイルの片鱗を披露します。医師としてこんな生き様があることを一つの参考にしていただければと思います。

## 町医者になるまで

私は晴れて医師になった当座は、いろんな

疾患を広く診ることができる内科医がいいな……くらいしか考えていませんでした。大学の内科の医局に入局し、大学病院で研修医となり、2年目に当時の教授の取り計らいで出張研修として長野県の病院に赴任しました。その病院での研修はたった1年でしたが、私にとって医師人生の方向性を決定づける機会になりました。

そこで働く医師の高い総合力を目の当たりにして、赴任直後から強い衝撃を受けました。都会と違って医療資源が限られ、各医師がオールラウンドプレーヤーでないと医療が回らない事情もあり、これ幸いと幅広い技術の獲得に日々努めました。内科全般の診療技術はもちろんのこと、外科的な処置や手術の際の麻酔なども教えていただきました。今でこそ、研修医制度が各科にローテーションする形になりましたが、結果として同じような総合的な研修を受けることができました。技術面だけでなく、総合医療の理想ともいえる気概も教わりました。医療資源が限られる地域性ゆえの責任感だと思いますが、患者さんに対して最後までとことん責任を持つのがその病院の医師たちの姿勢でした。

さらに、当時は系統的な在宅医療制度がありませんでしたが、雪深い山中を各職種がチームを組んで分院を訪れたり、非番の際に主治医として普段診ている患者の自宅に嬉々として気軽に訪問したり、そういう姿に日常的に触れました。現在の私の医療スタイルは、この1年間の出張研修で形作られたと言っても過言ではありません。この1年の経験は5年分くらいに相当すると今でも思います。

その後紆余曲折を経て、内科のサブスペシャリティとして神経内科専門医を目指すた

め、大阪府堺市の総合病院の神経内科に勤務しました。神経内科医として日常診療を続ける中で、神経難病や脳卒中の後遺症などの診断を行ったものの「治す」治療法が無く進行し、やがて患者さんが通院できなくなることが多々ありました。当時は介護保険もなく、家で介護できる環境もそろっていません。通院できなくなる人の大半は住み慣れた家を離れ、施設入所や当時「老人病院」と呼ばれた病院へ長期入院を余儀なくされました。そんな状況を見て釈然としない思いが続いていました。

さらに自分が勤めていた病院が他の経営主体へ移譲される事態となり、それを機に開業する決意を固めました。脳裏から離れなかった長野県の病院での医療、さらに自分が診ている患者さんをできるだけ最後まで診たいという思い、それらを体現してゆこうと決心しました。当時は担い手がほとんどいなかった在宅医療も担う覚悟を固めました。ちょうどその頃、介護保険の創設が準備されていました。

実は、私が開業を決意する数年前に、すでに地元の開業医として活躍している先輩医師から、外来を手伝ってほしいと言われ、週1回夜診を手伝い始めていました。また、在宅医療を手がけていた別の知人の医師から、在宅医療を手伝ってほしいと言われ、訪問診療も経験できました。この経験が開業医としての診療に大いに役立ちました。まるで開業することが運命づけられているかのごとく事態が動きました。まさに「天の時、地の利、人の和」がそろったタイミングであったと後から振り返りました。開業すると決心してからは、大阪府保険医協会が主催する医療請求事務講座を受けて、医療制度や医療事務のこと

をできるだけマスターするように努めました。そして、ついに1996年に開業し、町医者としてのスタートを切りました。

## 地元の開業医や病院との連携

総合病院は多くの診療科があり、勤務医は基本的に専門とする疾患の患者だけを診療しますが、かかりつけ医として患者を診ている開業医はそうはいきません。患者は健康状態に不具合を感じた場合、とりあえず「かかりつけのお医者さん」を受診します。経験を積む中で総合的な医療を行う場合も多いのですが、やはり自身の専門から遠い場合は地元の病院の専門科に適切につなぐことが必要です。スムーズに紹介できるよう、日頃から病院の医師たちと顔の見える関係づくりを心掛けてきました。

病院が開催する研究会や交流会に積極的に参加することにより、各担当医の得意分野を知る機会となり、自分の守備範囲をアピールすることで逆紹介を得る機会ともなりました。また、通院している患者の多くは複数の疾患を抱え、地元の複数の各科の開業医に通院しています。協力して治療したり治療方針を相談したり綿密に連携する必要が出てきます。地元の開業医同士も「顔が見える関係」となり、お互い意見交換や紹介し合う関係を築くことも重要です。

しかし、病院の勤務医や開業医と単に親しくなるだけでは「あの開業医に患者さんを紹介しよう」とはなりません。医師としての臨床力（診断力や治療技術、患者へのコミュニケーション力等）が一定の水準以上でないと、地域の他の医師から連携したいと思ってもらえません。そのため開業後も不断に勉強を怠らないことが求められます。勤務医時代は他

の医師たちと顔を合わせる機会も多く、自然と医学情報を得ることができましたが、今やインターネットなどで最新の医学情報が得られるので開業しても医療や医学の進歩にある程度ついていけるようになりました。

以上のような「病診連携」「診診連携」が形作られてきたおかげで、私の場合は患者から病気の相談をされた場合、地元の適切な医療機関に大体はうまくつなぐことができています。地元の「診診連携」が非常にうまく機能した症例を紹介します。

### 【症例1】45歳、男性A。主訴は左半身のしびれと頭痛。

左半身の急なしびれと頭痛を感じたAさんがかかりつけ医のS内科を受診。急性期の時期を過ぎていたが脳梗塞の疑いありとしてS内科ではMRIを保有するU医院（放射線科専門医）へ紹介し、頭部MRIで脳梗塞と診断した。ただし、若年性であることから多発性硬化症等の他の疾患の可能性があるため、S内科はH眼科と神経内科を専門とする私のクリニックをさらに紹介した。H眼科では多発性硬化症を疑わせる所見なしと診断。私は診察の結果やはり脳梗塞と診断。ただ、心臓等からの塞栓の疑いもあり、循環器専門のY医院を紹介し、心エコー等で塞栓は否定された。最終的に脳梗塞と診断し、その後は私のクリニックで再発予防と血圧管理等のフォローを続けている。まるで総合病院のように地元の開業医同士が連携し合えた症例である。

## 患者や家族を支える多業種連携

慢性疾患を抱える患者の多くは、病気が進行する中、適切な医療を提供されるだけでは生活が成り立たなくなります。患者や家族が快適に暮らすためには、介護用ベッドを借り

たり、トイレに手すりを付けたり、ヘルパーにお手伝いを頼んだり、介護・福祉サービスの利用は欠かせません。かかりつけ医に相談されることがたびたびあり、介護保険利用を勧めたり、あるいは地域の高齢者総合相談窓口である地域包括支援センターにつないだりと、アドバイスする役回りも必要です。いったん介護保険が使える状況になれば、担当のケアマネジャーに患者の身体状況などを伝える必要なサービスの相談に乗ることもあります。

このように地域におけるさまざまな職種の人たちと連携し、患者やその家族を支えていく視点も町医者 of 不可欠な資質です。他職種とうまく連携するには、綿密な情報交換やきたんのない意見交流が必須です。ケアマネジャー、訪問看護師、ヘルパー、理学療法士など、患者の支援に関わる人たちはそれぞれが専門家ならではの視点で、日々変わる患者の様子を観察しています。それらの情報を共有し意見交換することで、患者や家族のニーズに沿った支援が提供できるのです。そのチームの中でやはり医師は統括役としての役割を期待されることが多く、チームメンバーが動きやすいような配慮も必要となります。ここで、各職種が頑張っって患者を支えた興味深い症例をご提示します。

## **【症例2】72歳、女性B。中等度のアルツハイマー型認知症で独居。被害妄想の悪化。**

離れて住む実兄から、Bさんの「誰かが家にたびたび侵入し、シャワーを浴びたり食事したりする」などの被害妄想でとても困っている、どうすればいいかと私のクリニックに相談された。さらに警備会社と契約したものの「警備会社のパトロール要員が不法に侵入する」と疑うなど、收拾がつかない状況になり、認知症を疑った実兄が当院への受診を勧めた

ものの、物忘れの自覚がないBさんは強く反発するばかりとのことで実兄だけが相談にいられた。Bさんはバセドウ病などでO大学病院に通院中で、担当医はBさんが認知症であることに全く気付いていない。私も対応に苦慮し、実兄の代理受診だけで時間が過ぎる中、だんだん認知症が進み食事の摂取も不十分、身の清潔も保てなくなり、そのままでは生命が危険な事態となることが予想された。

そこでまずは担当ケアマネジャーが、Bさんの近隣の親しい友人の「友人」ということにしてBさんにアプローチした。何とかBさんが気を許し始めたケアマネジャーと作戦会議し、Bさんが信頼しているO大学病院からの委託を受けて私や訪問看護師などが訪問するというポーズをとる作戦をとることになった。BさんのO大学病院に対する信頼は絶対的なものがあり、私も含めて他の医師は信頼できないと言い張った。そこでO大学病院の担当医に連絡し、承諾を得た上でO大学病院からの診療情報提供書を「偽造」して「O大学病院からの指示」を装い、やっと訪問することができた。さらに、「偽造」した「O大学病院」の名札をつけて訪問看護師や理学療法士等が訪問し、ケアに当たることができた。そんな中でBさんの体調や栄養状態、生活環境も改善し、いつしか訪問するメンバーを快く受け入れるようになり、当方からの処方薬も服用し続けてもらえるようになり、被害妄想もほとんどみられなくなった。

この症例は、地域の医療・介護・福祉関係者が連携することで、医師一人では挙げられない成果を実現しました。多職種協働の中で生まれたアイデアを基に一緒に患者やその家族を支えるという活動は、とても楽しいも

のです。いわば「ワンチーム」で一つの目標に向かって協力し合う関係性を症例ごとに積み重ねてゆく中で、さらに地域連携のしくみ（地域包括ケアシステム）が進展していく実感を持てます。

## 多職種で支える在宅医療

地域で長く開業していると、医師にしかつくれない絆ができてきます。現在かかりつけ医として診ている患者の中には、勤務医だった30年ほど前から診療している人もいます。当初は子どもだったのが、結婚して立派に家庭を築いている様子を見ると感無量です。今では夫婦や子どもまで当院をかかりつけに選んでくれており、寄せられている信頼を思うと、医師になって良かったと心から感じます。そんな信頼を裏切ることが無いよう、常にベストの治療を提供しなければという責任もあり、私にとっては常に新しい知識や治療法を模索するモチベーションにもなっています。

片や、長年クリニックに通院してくれている患者の中には、疾患の進行や歩行困難などの身体機能の低下等のため、途中から通院困難な状況に陥ることが多々あります。私の診療のモットーは、「通院できなくなったら在宅医療で支える、できるだけ最後まで支える」ということです。通院困難な患者にもできるだけ対応することに力を注ぎ続けた結果、徐々に在宅医療の対象患者が増えてきました。

ただ、私の場合は「在宅医療ありき」ではなく、通院患者をフォローする中で自然に対象患者が増えてきた印象です。前述の通り在宅医療の対象患者はADL（日常生活動作）が低下しているために介護保険の諸サービスを利用していることが大半で、さらに、病状が不

安定な場合や家での医療処置（喀痰の吸引や褥瘡の処置など）が必要な場合が多く、訪問看護ステーションの看護師ともしっかりと連携する必要も出てきます。在宅医療の対象者は病態が不安定になりやすく、さらに介護する家族も疲弊しやすい状況にあるため、在宅生活を少しでも長く安定して過ごしてもらえるためにはそれを支えるメンバーとより一層連携、協力し合うことが必要です。その中でも、在宅医療では、特にケアマネジャーと訪問看護師と日々綿密な連携が核心になると私は考えています。

以上のように、長期にわたりかかりつけの患者と付き合うことができるのが、町医者の醍醐味だと実感しています。

ここで一つ、病院の担当医から家での生活はとても無理だと言われていた患者を、多職種の協力の下で在宅生活がうまくできた症例をご提示します。

### 【症例3】79歳、女性C。娘さんと2人暮らし。進行期パーキンソン病。

元々パーキンソン病が主病で当院に通院していたが、誤嚥性肺炎で入院後、寝たきり状態となり、気管切開カニューレからの酸素吸入を施行し、さらに口から物を食べることができなくなり、胃ろうから栄養補給開始。「お母さんを家に連れて帰って過ごさせてあげたい」と同居する娘から強い希望があり、入院先の主治医はとても退院は無理と考えていたが、娘の熱意に動かされ病院の看護師と訪問看護ステーションの看護師が中心となり検討を重ね、入院中に在宅療養の準備がなされた。退院後にスムーズに在宅療養生活に入れるよう、退院前に、関わる予定の医療・介護関係の各担当者が一堂に会し、綿密な打ち合わせを行った。集まった職種は、在宅医療を

## 地域医療を担う医師の資質とは

- ①患者とその家族の生活全般の把握に努める。
- ②患者を支える諸制度を知り、それを担う部署に繋ぐ。
- ③多職種との連携を十分に取るように心がける。
- ④日頃から地域の医療機関や介護関係の事業所などと「顔の見える関係」になるように努める。
- ⑤介護を担う家族を支えるという視点を持つ。
- ⑥患者自身や家族から信頼感を得られるように努め、長きにわたる良好な関係が保てるように絶え間なき努力をする。

図1 町医者として目指すべき心構え

担当する医師(筆者)、訪問看護ステーション看護師、ケアマネジャー、リハビリテーションを担当する理学療法士、訪問介護担当者(ヘルパー)、福祉用具レンタル担当者(ベッドなどの用意)、訪問薬剤師、歯科衛生士(退院後の口腔ケアにあたる)等々。綿密な打ち合わせと準備の結果、無事退院できた。退院後、まず訪問看護ステーションの看護師が連日訪問し、娘に喀痰吸引や経管栄養などのケアをサポート、私は2週間ごとに訪問診療し、訪問看護師と協力し気管切開カニューレの定期交換を行った。さらに元の入院先の病院が緊急時の受け入れを承諾してくれた。退院後は時々呼吸器感染や尿路感染による発熱や褥瘡が発生したものの、私の往診や訪問看護師のケア等で乗り切り、さらには理学療

法士による訪問リハビリが進む中でベッド端坐位を取れるようになった。退院後3年以上も安定した在宅生活ができた。

## おわりに

以上、日々の町医者生活の片鱗を紹介してきましたが、最後に私が考える「町医者として目指すべき心構え」をお示しします(図1)。

なお、今までの私の町医者人生を振り返り、記した本を2019年5月に刊行しました(図2)。今回誌面の制約があってまだまだ伝えきれなかったことが書かれていますので、ぜひともご高覧ください。

地域医療をしっかりと担う町医者が増えることを心から願っております。私の「町医者人生」が少しでもご参考になれば幸甚です。

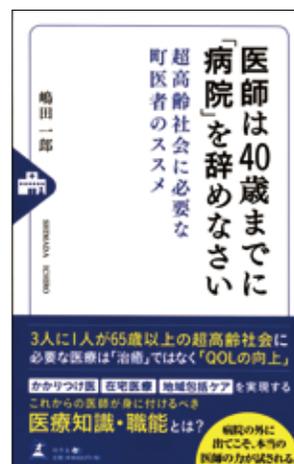


図2 超高齢社会に必要な町医者のススメ