

まごころの医療

杏林大学 脳神経外科 脳卒中センター 塩川芳昭

やや、気恥ずかしいタイトルである。しかし、このような時代であるがこそ、脳神経外科を遂行していく基本的理念は何かと考えたときに、たどり着くのはまごころの医療を実践していくことではないだろうか。

パラダイムシフトと言われて久しい。筆者も、あらゆることが右肩上がり、今日より明日が良い日となることを信じて疑わなかった時代に育った世代である。CTが導入された頃に脳神経外科の扉を叩き、画像診断一つにしてもその長足の進歩を現場で体感できたのは幸運であった。また卒後数年して脳動脈瘤手術を始めた頃が頭蓋底手術の勃興期にあたり、同じ頃に一般化したビデオ発表を通じて自分の手術手技と世の中の技術水準の進歩が、まさに当事者として渦中で体得できたことも得がたい経験であった。このような科学技術の進歩が脳神経外科そのものを大きく変貌させているわけであるが、コアになる不変の真理たるべき部分が揺るがされていることはないであろうか。画像診断の進歩が、逆に手術目標や結果について画像を中心に論じる傾向も然りである。患者背景への配慮が足らずに不要な拡大手術や手術内容の複雑化があるとすれば、それを技術の進歩というべきか疑わしい場合すらありうる。筆者もかつて、高難度手術の「成功」例を自分としては謙虚に発表したつもりであったが、できることとやるべきこととは違うとの厳しいお叱りを受けたことがあった。重要なのは科学技術の進歩が人間性の喪失、全人的医療からの後退につながっていないかを自問することである。

ご存知のように、わが国の脳神経外科には神経系領域を深く専攻していく外科の一部門である側面と、基本診療科として神経疾患を幅広く、かつ包括的に診療しているという二面性がある。昨今の医療情勢は、結果的に脳神経外科施設のセンター化を推進する方向に働いており、これから手術を学ぼうとする若手医師も手術数の豊富な施設で経験を効率的に積み重ねたいと希望する者が多い。進んだ技術をすぐれた指導体制の下に食欲に吸収し自分の学習曲線を早く立ち上げたいと願うのは、自分の歩んできた道を振り返っても外科医の本能に基づいた行動様式であり、過酷な業務を乗り越える駆動力となっているのは時代を越えて変わらないのかもしれない。しかしながら、特に修練途上の頃には見えにくいのであるが、技術の取得とともに学ばねばならないものがあるのである。マイクロを通して見える術野だけでは、病変は見えても患者の人生は見えてこないし、何の葛藤もなく頭の手術をやってほしいと希望する患者などいるわけもないことが分からない。脳神経疾患の広い範囲にわたって、予防、救急対応、診断、非外科的治療、周術期管理、リハビリ、長期予後管理など、脳神経外科として遂行せねばならないものがあり、これらが実践できて始めて侵襲を伴う外科治療に関わる資格があるとも言える。よく言われる言い回しかもしれないが、術前説明において「自分の身内と思って手術をやります」と虚心坦懐に話せるようになるための必要条件であるかもしれない。

筆者は救急疾患の多い医育機関に在籍しており、必修化後の卒後研修を終えた若者は、確かに手術訓練の開始時期が以前より遅れ、昔の専門医受験生が到達していた水準を、同じく卒後7年目で習得させるのは難しいと感じている。そこで留意しているのは、まずはcommon diseaseを当たり前診療できる能力の獲得であり、その延長に、それぞれの術者にとって難度の高い手術の執刀に至る道筋があると示している。毎朝行うカンファランス

は前日の当直報告から開始されるが、観察目的の外傷や継続治療中の症例に発症した初発てんかん、治療適応外の最重症クモ膜下出血などの救急入院例に対して、非外科的治療でも外科治療と同様の情熱を注いで取り組むことが自分たちの診療姿勢であると繰り返し説いている。多発外傷や原発巣不明の脳転移症例など複数の診療科が関係する状況では、少なくとも患者を「難民」化させない対応を強調している。また手術症例のビデオカンファレンスでは、年間100件以上の慢性硬膜下血腫やシャント手術、debridement症例などいわゆるminor surgeryについても、全例で数分に要約した手術ビデオの提示を義務付けている。一見難度の低く見える手術でも、症例ごとに異なる手術の獲得目標と達成状況を述べさせて、当たり前前を当たり前前に遂行することの難しさを認識させるのである。時に治療が想定どおりに行われても結果が伴わない事態が発生し、当然ながらこのようなadverse eventには最大限の対応で徹底抗戦することを全員で確認する。その際には、医師—患者関係の維持と構築には医学的な説明も重要であるが、外科治療は結果がすべてであり、診療を委託された患者の信頼に応えられていない状況がもしあれば、素直に謝ることも医療者のまごころを示す点から大切であると率先垂範している。

外科医の訓練の観点から先述した日本の脳神経外科が有する二面性を見たときに、本音としては手術だけやっていたいと思う若者がいるかもしれない。その問いに対しては、業務が縦割りとなっている欧米の医療システムが、治療者側には効率的であっても責任の所在が不明確となりがちであるのに対して、日本の包括的な脳神経外科診療は個々の患者に合わせたテーラーメイド医療を行っている実際を知らせることである。そのためには、患者、家族との長期にわたる診療関係の構築やコメディカル、地域との連携が必要であり、もとより急性期治療を中心としたhigh volume centerだけではこれをまかなうことはできない。この業務の多くを支えているのは医療崩壊の直撃を受けている地域の少人数施設であり、自分の経験を振り返っても後期研修の中でこれらの施設を経験することは重要である。一方で医療資源の逼迫した今日では、雪だるま式に増えた脳神経外科業務を周術期関連に限定したいとする切実な要求があるのも事実である。限られた医療資源の中で、継続可能な形でまごころの医療の実践を説くのは綺麗ごと理想論にすぎないとのご批判もある。できることは限られているかもしれないが、筆者はまずは身の回りの問題として大学病院における医師の勤務環境改善を脳神経外科業務に劣らぬ精力を傾けて取り組んでいる。また次世代の勧誘も、このような医療状況下でも「生まれ変わっても脳外科をやる」との信念で続けている。大きくなりすぎて「負担」となった脳神経外科の「やりがい」を、何とか適正なサイズに戻すのが自分たちの世代に課せられた役割とも考えている。

社会構造の変化に伴って、日本の脳神経外科のあり方も変貌が求められていることは確かであろうが、冒頭に記したように現在を脳外科医として生き抜く基本理念は、やはりまごころの医療の実践に他ならないと思う昨今である。