

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

総合診療医として急性期から退院後まで包括的に関わり、 全人的ケアを提供した事例

合田 建¹ 鄭 真徳² 小松裕和³ 見坂恒明^{1,4}

要旨

【背景】卒後研修は、急性期病院で研修することが多く、回復期、退院後の生活まで関わる機会は多くない。

【事例1】88歳、慢性閉塞性肺疾患がある男性。時速40kmの自動車にはねられAセンターへ搬送された。出血性ショックの状態であり、救命出来たが、車椅子生活、気管切開を余儀なくされた。B病院でリハビリテーションを続け、退院して有料老人ホームへ入所し、訪問診療が継続された。

【事例2】78歳、胃癌術後の男性。肺腺癌の治療が副作用で中止されていた。突然、歩行障害を発症し、Trousseau症候群と診断した。本人の希望、家族背景を考慮し、ヘパリン皮下注射を導入し、退院した。その後、多職種で連携し、終末期ケアを行った。

【考察】総合診療科を中心とした研修により、急性期から慢性期、様々な診療の場を経験することで、多職種連携や全人的医療を学ぶことが出来る。総合診療科が超高齢社会で全人的医療を基盤とした医療者の教育を担う可能性が示唆された。

○事例の概要

【取り組みの背景】研修医は、卒後急性期病院で研修することが多く、回復期、退院後の生活まで関わる機会は多くない。筆頭著者（以降、筆者）の所属していた初期研修プログラムでは450床の基幹型臨床研修病院で3次医療を担うAセンター、約200床の協力型臨床研修病院であるB病院を中心に研修する。AセンターとB病院は車で20分程度の距離であり、電子カルテは両病院間で統一されており、情報を共有している。また初期研修医は、卒後2年目にB病院での8週間の総合診療科研修中の週半日、さらに地域医療の8週間で訪問診療に同行する。

【導入の経緯】事例を通して総合診療科を中心に、急性期医療から慢性期医療、またAセンターやB病

院、在宅診療など、様々な診療の場で、初期研修医として、診療に関わることが出来た。

【事例の詳細1】88歳、男性。慢性閉塞性肺疾患（COPD）の既往があった。日常生活活動度（Activities of daily living；ADL）は自立しており、職業は税理士で、88歳であるが現役で事務所の経営をしていた。自転車乗車中に、時速40kmの軽自動車にはねられてドクターヘリでAセンターへ搬送された。初期研修医で整形外科研修中であった筆者は、救急現場での初期対応に関わった。第5頸椎（C5）圧迫骨折、第1胸椎（Th1）圧迫骨折、多発肋骨骨折、右大腿骨転子下粉碎骨折、左脛骨近位端骨折、安定性骨盤骨折、鼻骨骨折、右鎖骨遠位骨折、顔面多発挫創を認めた。出血性ショックをきたしており、気管内挿管され、輸血、及び緊急創外固定術が行われた。2期的に左脛骨、右大腿骨の根治術を施行されたが、術中の全身状態が悪く右大腿骨の完全な固定は出来なかった。そのため、術後の急性期治療の期間、長期の車椅子移動を強いられた。COPDの影響

1. 兵庫県立柏原病院 内科
2. 佐久総合病院 総合診療科
3. 佐久総合病院 地域ケア科
4. 神戸大学大学院 医学研究科 地域医療支援学部

か喀痰も多く、多発肋骨骨折による疼痛、C5、Th1の圧迫骨折に対する頸椎カラーのために排痰が難しく、誤嚥性肺炎を繰り返した。吸痰のため気管切開を施行し、その後は筆談でのコミュニケーションとなった。

全身状態は改善し、急性期医療の必要性は脱したために、B病院の総合診療科へ転院・転科した。言語聴覚療法、理学・作業療法等で集学的に嚥下リハビリテーションを続けたが、経口による十分な栄養摂取は困難であった。高齢であったが、もともとADLは自立し、税理士として事務所の経営をしていたこともあり、障害を前向きに捉え積極的にリハビリテーションへ取り組んでいた。筆談を通してコミュニケーションをとり、胃瘻を造設した。救急で対応した5ヶ月後に筆者はリハビリテーション科での研修となり、再度患者と対面し、多発外傷後の状態から回復している姿を見て感銘を受けた。

もともと高齢夫婦で居住しており、長男は東京在住、長女も遠方に在住していた。それぞれに家庭があり、家族のサポートは受けられなかった。患者の療養中、妻は東京の息子家族と一緒に生活することとなった。吸痰行為が常時必要であり、介護の面からも患者の自宅退院は困難であった。このため、介護保険を申請し、常時看護師がいる有料老人ホームへ退院した。この老人ホームへは、引き続き訪問診療が行われた。

患者の退院3ヶ月後に再度総合診療科研修となり、訪問診療で筆者が同行することが出来た。訪問診療では気管切開部の気管カニユレの交換や内服調整を行った。施設看護師が毎回訪問時に患者の詳細な経時的な情報を伝えて下さり、家族が訪問診療に同席することもあった。胃瘻造設中であるが、経口摂取の楽しみであるアイス摂取を継続し、車椅子で自走をして回復具合を筆者に見せてくれた。退院後は趣味の麻雀や家族や施設職員と楽しそうに過ごしているように見えた。また徐々に体力は回復しており、リハビリテーションの成果が出ていると筆者は感じていた。

胃瘻造設は行っていたが、退院後も誤嚥性肺炎を繰り返し、何度かAセンター、B病院へ入院した。退院後もすぐに近くの病院へかかることができる安心感は強かった。しかし、Aセンターへ入院した時に、同伴された家族が事故を思い出し、涙したというエピソードもある。医療者からすると、経験する多症例の中の1症例に過ぎないが、患者・家族にとっては重大な事象であったことを改めて実感した。

受傷後1年を経過して、気管切開孔閉鎖術なども検討されたが、嚥下機能の改善に乏しく、実現出来なかった。患者・家族から「旅行したい。」との申し出があった。気管カニユレの管理などを行いつつ、新幹線での旅行も訪問看護師同伴で実現することが出来た。

患者は新幹線移動を含めて、とても楽しかったようで、すでに次の旅行の計画を立て始めていた。家族も久しぶりの旅行ということで喜んでいて、筆者は患者が障害を残しながらも楽しみ、目標を見つけ、前向きに生活していることを感じた。当初は多発交通外傷の患者としてしか見えていなかったが、一緒に旅行を楽しむ家族がいて、生活を営む一人の人間であることを再認識した。

【事例詳細2】78歳、男性。2年前に胃癌に対して胃全摘術を行った。入院半年前に術後のフォローアップCTで鎖骨上・縦隔のリンパ節腫大を認めた。リンパ節生検により肺腺癌(T1N3M0)と診断し、化学療法が行われたが、抗がん剤の副作用と思われる薬剤性肺臓炎を発症し3ヶ月前に治療が中止となっていた。起床時からの左手足の間欠感覚障害、歩行困難を主訴にB病院の救急外来を受診し、筆者が対応した。明らかな四肢の麻痺はなかったが失調症状を認めた。頭部MRIで多発微小脳梗塞と判明した。背景から悪性腫瘍による凝固障害で、多発脳梗塞に至ったTrousseau症候群が疑われ入院した。長男夫婦に、脳梗塞をきたし、悪性腫瘍と関連がある可能性を伝えた。長男からは「本人は落ち込みやすく、脳梗塞は伝えてもいいが、癌との関連は伝えないでほしい。」と要望があった。

翌日右上下肢の麻痺と半側空間無視、運動性失語など症状が悪化したが、ヘパリン投与とリハビリテーションを行い、徐々に麻痺は改善した。歩行は自立し、認知機能も良好であった。呼吸器内科からは緩和治療を勧められた。

本人の退院希望があり、長男夫婦（家族図参照）と相談し、介護保険を申請し、環境調整を行いつつ自宅退院の方針とした。ヘパリン注射を直接作用型経口抗凝固薬へ変更したが、麻痺症状の悪化を認めた。血液腫瘍内科と相談したが、Trousseau症候群で退院した人は今までいないと言われた。本人・家族はそれでも退院希望が強かった。

同時にAセンターの婦人科で統合失調症の既往のある患者の娘が子宮頸がんで治療中であった。化学療法を行なったが、副作用で食事摂取が進まず、幻視症状などがあり、治療は難渋していた。化学療

法もなかなか進まないため、B病院へ転院し、父親の主治医であった筆者がその娘を担当することになった。精神科と相談しながら、薬剤調整を行い、父との面会を行った。徐々に幻視などの症状は落ち着き、食事摂取も良好となった。

症状の悪化後、ヘパリンの持続注射を行い、退院へ向けて1日2回のヘパリン皮下注射へ変更した。長男嫁が介護休暇を取り、病棟看護師がヘパリン皮下注射の指導を行った。退院1週間前から右頸部リンパ節腫大と疼痛を訴えた。造影CTではリンパ節腫大と動脈内血栓を認めた。本人は妻が大腸癌末期で亡くなる時、同部位のリンパ節腫大を見ていたため、「もうだめかい。」と悲観的になっていた。軽度の運動性失語はあるが、認知機能は保たれていたため、本人へ病状、予後告知を考えた。しかし、本人は「自分は落ち込むから、悪い話は聞きたくない。」と拒否された。退院調整会議では病棟看護師、訪問看護師、ケアマネージャー、長男夫婦を交え、根治が困難で、予後が数ヶ月であること、本人の希望で病状は未告知であり、今後病状が悪化してきた時への対応が困難になる可能性、必要があれば再度告知を試みることを共有した。訪問診療も引き続き筆者が担当した。

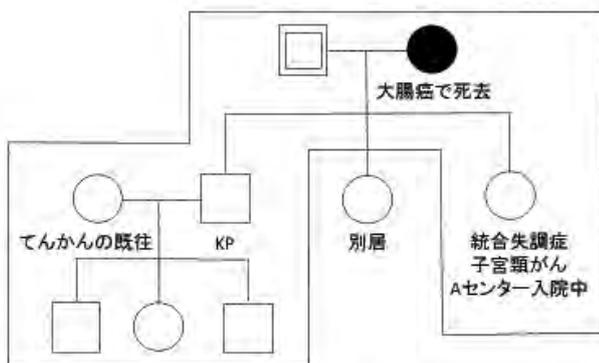
初回訪問では、右頸部リンパ節の軽度の疼痛を訴えていたが、「やっぱり家が良い。」と言っていた。長男嫁は不安がありながらもヘパリン皮下注射を行っていた。退院後2週間ほどで徐々に疼痛が増悪し、オキシコドンを開始した。しかし、その2日後に食事摂取が困難で、また移動も困難な状態になった。原因は、頸部リンパ節腫脹による食道圧迫が考えられた。緩和的な放射線療法についても検討したが、治療によるメリットは見込めなかった。ステロイドの点滴、モルヒネの持続皮下注射を開始した。状態が急激に悪化しているため、緊急で担当者会議を開いた。家族から、本人が先行きを不安に思っており、本人の妻がモルヒネを使用して数日で亡く

なったこともあり、鎮痛剤がモルヒネでないか本人が気にしていることが分かった。また入院中の次女のことにも気にかけていることが分かった。本人の残された時間とQOLを考え、予後告知について提案した。訪問看護師、家族から次回訪問時に筆者から本人へ告知して欲しいとの声があった。また次女の病状も安定しており、外泊を許可した。

自宅で訪問看護師、長男嫁も同席し、告知後のサポートが出来る状態で病状、予後、またモルヒネ使用について説明した。「話してくれてよかった。今まで逃げていた。事業所への連絡、葬式の準備などは進めている。家にいると看護師や先生達、家族と生の話が出来る。幸せだ。」と涙ながらに話してくれた。その後、兄弟が遠方から見舞いに来た際に、「今年は毎年分けている味噌樽を分配出来ないから、自分が死んだ後には持って行ってくれ。」と記念写真を撮っていたそうだ。次女とも手を取り、笑顔で話をされていた。呼吸困難を徐々に認め、在宅酸素療法、肺炎治療、モルヒネ増量で対応した。その後、家族に見守られながら息を引き取った。家族は本人のエンゼルケアを行いながら、「不安が多かったが、たくさんのサポートがあり、本人の意思通りに最後まで家で診ることが出来ました。」と話された。

【成果】事例1は、患者が一瞬で重い障害を負った後の長い時間を、各専門科から総合診療科へ、そして急性期病院から慢性期病院へ引き継ぎながら、多職種が協力することで、患者・家族の希望に沿った対応が出来た事例である。退院後も継続的に総合診療医が関わることにより地域で患者を支えることが出来ている。事例2は、総合診療医が、診断、告知、緩和ケアまで継続的に信頼関係を築きながら在宅医療まで行えた事例である。患者家族の背景も考え、必要があれば各専門科と連携を取りながら診療出来たことについては、総合診療医としての視点が大きいに生かされている。

総合診療科で様々な診療の場を経験することは全人的医療を考えるきっかけとなりうる。急性期医療から慢性期医療へのバトンタッチ、並びに退院後の生活を見据えた診療、多職種と連携し、地域で患者を支える場面において総合診療医の役割は大きいことが示唆された。総合診療医は、急性期疾患の対応も行うが、回復期や退院後の慢性期診療といった、より患者の生活に近いところで、患者・家族に寄り添いながら、支えていくところに意義が大きく、これは臓器別専門診療医とは、明らかに異なる性質ある。



【考察】2050年には日本の高齢者人口比率は世界最高になり、全人口の40%が65歳以上になると言われている¹⁾。このように、日本が超高齢社会を突き進んでいく中で、今後の医療は、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続的医療を全人的に提供することが求められる²⁾。しかし高齢者に対する医療提供は医療従事者にとって難しいものになっている。その原因としては、加齢に伴う生理的な変化によって疾患の表れ方も治療に対する反応も若年者とは異なること、複数の慢性疾患を持っていること³⁾等が挙げられる。事例1では基礎疾患にCOPDがある高齢男性が交通外傷を受傷し、急性期治療を終えた後も繰り返す誤嚥性肺炎、廃用、胃瘻造設の判断など多数の問題が併存していた。根治出来なかった多発骨折の整形外科的分野や、COPDを基礎疾患にもつ肺炎コントロールなどの呼吸器内科的分野の問題に対して、総合診療科がうまくタスクシフティングを行った。

「継続性」には「情報の継続性」、「経時的な継続性」、「患者-医師間における人間関係の継続性」の3つが定義されている⁴⁾。ケアの継続性は研究の手法の限界はあるものの、満足度をより高め、コンプライアンスを改善し、入院の減少、救急外来利用率の低減、コスト削減にも寄与することが分かってきている⁵⁾。本事例では電子カルテによる情報の継続性のみならず、総合診療医が地域の医療資源を理解し、各専門医、病棟・施設看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネージャーなどと多職種で連携を取ることで、地域として患者・家族の希望にそった継続的な医療ケアが行われていた。

また本事例は、地理的・経済的・時間的・精神的な「近接性」、リハビリテーションなどを含めた全科的な医療を担う「包括性」、専門医との密接な関係やチーム・メンバーとの協調、社会的医療資源の活用を含んだ「協調性」、病気の際は施設-病棟-施設と継続的に診療できる「継続性」、患者への十分な説明などの「責任性」とプライマリ・ケアの5つの理念⁶⁾を通して総合診療科の専門性が生かされた事例である。

多発骨折を受傷した患者は、機能分化が進んでいる現代では一連の治療計画を一病院で行うよりは、全身状態の改善が行われた時点で、急性期病院から、よりリハビリテーションに特化した病院に転院して継続加療することが望ましいとされている⁷⁾。そのため、機能分化が進んでいる現代では、同じ施

設で研修していると急性期治療を終えた後、継続的に患者と関わることは難しい。また、研修の場により研修効果が規定されることが指摘されている⁸⁾。一方で、同じ診療圏の中で、一般病院と中核となる地域医療支援病院を経験することで、スムーズな病病連携が可能となり、また病院の機能分担を学べる⁹⁾という報告がある。筆者の研修していたAセンターとB病院はもともと一つの地域医療支援病院であったこと、さらに昔から「農民とともに」をスローガンに、「5-3-2方式（病院の持てる力を10とした場合、5は入院医療に、3は外来医療に、そして2は保健予防活動に費やす）」¹⁰⁾による地域での医療を実践し、顔の見える関係があり、自然と連携出来ていたことが示唆される。

世界的に医学、医療の高度専門化に伴い、普段の患者ケアの主たる場所が病院から地域にシフトしてきている。この動きにより、医学生、研修医という医療の初心者がまず学ばなくてはならない、幅広い基本的診療を経験できる環境と、大学病院をはじめとする3次医療機関で提供される医療環境が大きく乖離するようになってきた。そういった中で、ある地域において包括的に医療、福祉、保健分野を実体験しながら学ぶ地域基盤型医学教育（community-based medical education : CBME）¹¹⁾が注目されている。これは次の4つの軸を構成要素としている。

第1の軸は「臨床の軸」と呼ばれ、臨床的観点から3次医療機関で経験するのが難しい、地域で発生している疾患群を発生頻度も含めて診ること、健康増進活動や予防医療を地域において実践することが求められる。

第2の軸は「施設の軸」と呼ばれ、地域における医療機関、介護福祉施設の役割分担の理解も非常に重要であり、地域の患者がどのような動きで長期生活する環境に戻っていくのかを理解しなくてはならない。

第3の軸は「個人の軸」とされ、地域医療は医師の社会的責任のみならず、その医師個人の価値観や人生にも影響を受けるということである。理想の医療と堅実、教科書的な理論と実際の診療のギャップ、仕事と生活、といったことで悩むことがある学習者が感情面でも成長していく必要がある¹²⁾。そのためには指導者がメンターやロールモデルとしての役割を果たすことが期待される¹³⁾。

そして、第4の軸は「社会の軸」である。プライマリ・ヘルスケアを学ぶ、つまり、患者個人のニーズと地域のヘルスケア、予防と治療などの関係を学

ぶことに意義がある¹⁴⁾。健康増進の地域の事業に関わることによって学習者がその地域への帰属意識と地域からの感謝を感じることで、その地域での医師雇用につながるかもしれない¹⁵⁾。

実際にオーストラリアでは都市部から離れた地域における深刻な医師不足と、都市部の高度化する3次医療機関でのプライマリ・ケア教育には限界があるという2つの問題点から、地域における総合診療科による長期的な医学実習を行った。このプログラムで地域でのプライマリ・ケアを学んだ学生の学業成績は都市部の大学病院で学んだ学生に比較し、勝るとも劣らないという研究も出ている¹⁶⁾。また医療職の都市偏在・海外への頭脳流出が問題となっていたフィリピンでは、国立フィリピン大学健康科学部が創設され、地域から選抜された学生が、地域の中で教育され、助産師、看護師、医師の課程へと進んでいくという斬新な階段状医療職養成教育課程で、卒業生の90%近くがフィリピン全土で地域医療に従事している¹⁷⁾。

本事例のように、一瞬で負った障害を克服するために急性期、回復期、維持期と非常に長い時間がかかることがある。総合診療医はこのすべてのphaseに一貫して関わる事が出来る。さらに継続的な医療の在り方やより患者の生活に近いところで、患者・家族に寄り添いながら、全人的な医療を提供するうえでも、総合診療医の存在は重要である。

今後のさらなる超高齢社会におけるニーズへの対応として、総合診療科を中心とした継続的で全人的な医療提供が期待される。また専門分化された現代医療において幅広く、「疾患」ではなく「病い」¹⁸⁾、さらに社会を見据えた医療者の教育に総合診療科の存在が有用であることが示唆された。今後、筆者も地域のニーズに合わせた全人的な医療を行いつつ、地域で働く医療者を教育したい。

文献

- 1) 日本国際交流センター：『ランセット』日本特集号「国民皆保険達成から50年」、日本国際交流センター、東京、2011。http://www.jcie.or.jp/japan/pub/pubst/1447.htm (accessed Mar 1, 2018).
- 2) 厚生労働省医政局：専門医の在り方に関する検討会報告書。2013。http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju.html (accessed Mar 1, 2018).
- 3) Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al : Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, *Lancet*. May 9 2012.
- 4) Saultz J. W.: Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*, 1 (3) : 134-143, 2003.
- 5) Saultz. J. W.: Lonchner, J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Annals of Family Medicine*. vol.3, 159-166, 2005.
- 6) Donaldson MS, Youdy KD, Lohr KN : Primary care : America's health in a new era., Committee on the future of Primary Care, Division of Health Care Service, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington. D.C. 1996.
- 7) 田中智香, 大串幹. 在宅, 社会復帰に向けて - 回復期リハビリ病院での受け入れと対応 *Journal of clinical rehabilitation* Vol.21 No.3 255-261, 2012.
- 8) 福島統. 長期にわたる地域での外来実習で医学生は何を学んでいるのか? *医学教育*; 40 : 418, 2009.
- 9) 見坂恒明, 橋本正良. 地域で行う高齢者医療の卒後教育. *臨床雑誌「内科」*第108巻 第6号 [2011年12月増大号]
- 10) 夏川周介. 農村医療にかけた佐久病院の60年. *日農医誌* 54巻 6号 838-844 2006.
- 11) Worley P : Relationships : a new way to analyse community-based medical education? (Part one). *Educ Health (Abingdon)*, 15 (2) :117-128, 2002.
- 12) Magill, M. K. ; Berkowitz, E. : Not just teaching, not quite therapy. *Family Medicine*. vol. 25, 653-655, 1993.
- 13) Mcintyre, N. : Popper, K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *British Medical Journal*. vol. 287, 1919-1923, 1983.
- 14) Education Committee of The General Medical Council. *Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education*. London: General Medical Council. 1993.
- 15) Worley p, Esterman A, Prideaux D. Cohort study of examination performance of undergraduate medical students learning in community settings. *BMJ*.; 328 :207-9, 2004.
- 16) Dent, J. A. : Harden, R. M. (著) 鈴木康之, 錦織宏 (監訳). 第11章 地域における教育, 医学教育の理論と実践, 篠原出版新社, 111-121, 2010.
- 17) 千種雄一, 林直子, Salvador Isidro B. Destura, et al. フィリピンにおける地域医療従事者確保の斬新な取り組み, *Dokkyo Journal of Medical Sciences*, 40(3) : 275-280, 2013.
- 18) Stewart M, Brown JB, Weston EE, et al : Patient-centered medicine : transforming the clinical method. 3rd ed, Radcliffe Publishing, Oxfordshire, 2014.