

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

神経症状で受診したが職場・家族環境に介入することで解決した症例

中桶了太¹

要旨

けいれん症状と不眠症を主訴に神経内科専門医の受診をされたが、検査所見や診察の結果から疾患が特定できなかった。本人の訴えと診断の結果に隔たりがあることから、継続的な関わりが必要と判断され、総合診療医が継続的に担当することになった。継続的な外来診療の中で、患者中心の医療や家族志向アプローチを活用することで患者家族や職場環境の問題が明らかとなった。家族の問題に対しては多職種による介入で解決可能となった。患者が抱える問題に家庭医・総合診療医のアプローチは役立つ。専門医も理解し協働することが可能である。

1：取り組みの背景

神経内科専門医が非常勤であり、総合診療医が継続的に診療を担当することで解決に至った症例。

2：導入の経緯

神経内科専門医の受診をされたが、検査所見や診察の結果から疾患が特定できなかった。本人の訴えと診断の結果に隔たりがあることから、継続的な関わりが必要と判断され、総合診療医が継続的に担当することになった。

3：事例の詳細

56歳男性 会社員

主訴

痙攣、不眠症

既往歴

神経疾患の家族歴なし、神経疾患の既往歴なし

会社勤務

現病歴

これまでに痙攣発作の診断で抗痙攣薬（ベンゾジアゼピン系）を内服していた。しかし、勤務中に痙攣が出現し、不眠が続くために当院の総合診療科を受診した。

経過

診察中に閉眼し周囲と意思疎通ができなくなる痙攣様の症状を示した。意識障害は1～2分程度であったが、不随意運動は伴っておらず、意識障害の遷延も認めなかった。てんかんを疑い神経内科専門医に紹介した。神経学的診察所見に異常なく血液検査にも異常所見なし。内分泌機能にも問題はなかった。頭部の画像検査、脳波検査でも異常所見は認められなかった。診察の結果、てんかん様症状の原因となる病態は特定できなかった。不定愁訴や薬剤性の影響が考えられ、既に処方されている内服薬（抗痙攣薬）の調整が行われた。その後、総合診療医が外来で診察を担当することになった。

働き盛りの年齢にもかかわらず平日に妻とともに受診していることから、本人が感じている問題の深刻度が予見された。このように診察所見や検査では原因となるような疾患に結びつかないが、患者自身は困り悩んでいる状態で客観的に同定が困難な問題（unidentified complain）を抱えている状態にあると考えた。このような状態では適切な対応がとられず孤立した状態が続く恐れがあるため、総合診療医による診療を継続することにした。当面は2週間に一回程度とした。

まず、本人が抱えている問題にアプローチするために、総合診療のプライマリ・ケア領域の診療技法を活用して行った。抱えている問題について、患者

1. 長崎大学病院へき地病院再生支援・教育機構／平戸市民病院

中心の医療の技法を用いて「疾患」と「病い」の両方のからの探索を行った。自身が持つ健康観や家族や職業になどの近位コンテキストや地域社会などの遠位コンテキストについて共感的な態度を保ちながら診察を進めていった^{1,2)}。その結果、職場と家庭内に問題を抱えていることが明らかとなった。1：職場では配置転換後の業務内容の変化と人間関係に対するストレスと2：家族内に問題を抱えていることが明らかとなった。家庭内の問題では障害を持つ子供の療養環境やこれからの療養についての不安を抱えており、相談する相手や行政の窓口をご存じなかった。

職場での問題については、子供の療育費や教育費の面から退職や転職は希望されず現在の職場の継続を希望された。ストレスコーピングによるストレスマネジメントを行うこととした。高次脳検査や認知機能検査も実施したところ、認知機能の障害はないが若干の事務処理能力に低下があることが判明した。その結果、職務を行う上で配慮が必要な領域が明らかになり、職場の産業医の支援を求めることができた。子供の療育については市役所の障害福祉担当に連絡し介入を依頼し、デイケアの利用や訪問看護を導入し在宅での療養が可能となった。このように職場と家庭内の問題に介入したところ、痙攣発作や不眠の症状は消失し、ベンゾジアゼピン系の内服薬の服用は中止でき、職場も継続が可能となった。ストレスや葛藤など心理的な要因が作用して身体症状を引き起こす身体表現性障害（心気症）と考えられ、職場と家庭のストレスが原因で痙攣や不眠症などの身体症状として顕在化したと考えられた。現在は、職場のストレスコーピングについて定期的な外来を継続している。

考察

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

本症例は総合診療医のスキルを複数活かすことで受診した症状の背景にある問題の解決につながった。問題は広範囲にわたっており多職種介入が必要であった。「疾患」は検査結果や診察所見から一般化した概念として認識可能であるが、「病い」は患者自身や取り巻く環境から発生する問題であり、全人的な理解が必要である。また、病院に通院する患者の約30%^{3,4)}、診療所に通院する患者の約45%が家庭内に問題を抱えているとされる⁵⁾。しかし家族の問題について直接アプローチすることは困難であり、その前段階として患者の持つ家族、社会、文化

的背景を含めて理解することが重要である。そのためには問診などの診察の技術が重要となる。総合診療医は様々なケースにおける初診を担当することが多く、外来での問診方法や患者-医師関係等について多くの手法やモデルについて研究されている。本症例においても総合診療医が日常的に活用している手法を活用している。

問題の背景を明らかにするためには患者との信頼関係の構築が必要である。そこで家庭医・総合診療医が活用している以下に示すコミュニケーションスキルを活用した²⁾。

- 患者の病体験について詳細に問診を行う
- 患者の病体験に理解
- 患者のことを気遣う
- 適切な治療方法を提供する（同意の上での服薬調整、処方中止も同意を得た上で行うこと）
- はっきりときっちりコミュニケーションをとる
- パートナーとしての関係を築く
- 患者に対して誠実で敬意を示す

初回の診察からこれらのポイントを重視した診療を心がけた。その結果、定期的な診療に結びつけることが可能となり、病いについての自身の考えに踏み込むきっかけとなった。診察を進めていくと患者自身の体験や想いと医療者が考える疾患に隔たりがあることが明らかとなった。検査や診察で所見が少なく一般化が困難な問題であるが、自身の苦悩は大きいことがわかった。そこで「患者中心の医療の方法」を用いることで問題解決のために共通の理解基盤の構築に務めた。その際には患者-医師関係や医療の文脈性にも配慮し、医療者からの一方的な介入にならぬように配慮し、医師と患者間での対話を重視して双方の共通認識の構築と問題点を探っていった。

これら、家庭医・総合診療医が日常的に用いるモデルやパターンを活用した面談を繰り返すことで、患者自身が抱える問題に迫ることが可能となった。本症例で明らかになったことは「職場」と「家庭」の2点であった。

職場の問題については希死念慮がないことなど精神科専門医の介入の必要がないことが明らかであり、家庭医・総合診療医が担当可能なメンタルヘルスの領域であると判断し診療を継続した。職場のストレスについてコーピングを行い抗うつ剤の内服を行いながら精神療法が可能であった。

家庭内では障害を持つ息子さんの療養に関することであった。将来の療養についての不安をお持ちで

あったが、サービスの利用などで不明なことが多く、且つ相談役が不在であることが明らかとなった。家庭医・総合診療医は日頃から地域内の問題を解決するために組織や施設を超えた連携を行っている。このネットワークを活用し行政の障害者支援に結びつけることができた。

家庭医・総合診療医が備えているスキルを活用することで介入が成功した。

個人の医師の経験や勘だけでなく、スキルやモデルを導入することで患者自身が抱える問題に網羅的にアプローチが可能となり、解決につなぐことが可能となる。これまで、長年の臨床経験から獲得するスキルと考えられていたが、モデルやアプローチ方法を活用することで一般的に用いることができる。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

専門医による診断は必要である。初期で症状がそろわない症例や、典型的な症状を示さない症例は専門医の診断が必須である。本症例も神経内科医による診断結果を基に介入を行った。軽症や慢性期の症状の観察には総合診療医が対応可能であり、問題が複数に及ぶ場合は総合診療医一人による多角的な評価と一元的な管理が可能となる。また、原因が不明確で特定が困難なケースにおいては原因の同定には家庭医・総合診療医的なアプローチが有効である。改めて疾患が明らかになった場合には専門医との連携が必要となる。

家族や周囲の環境が原因の場合は、解決のアプローチは家庭医・総合診療医が得意とする領域である。症例検討で提示したようにその対応方法やスキルを持ち合わせている。日頃から予防医療や介護、福祉の領域での活動も多く、医療だけでなく組織や職種を超えた連携や行政とも関わっている。医療だけで解決が困難な問題にもこのような連携を活用して対応することが可能である。

これらのように複数の問題を抱えている場合や、医療だけでは対応が困難な場合には家庭医・総合診療医が対応可能である。

③医療や社会に与えるインパクト

症状の不安定さや検査で異常がないことから不定愁訴などに分類され、継続的な対応が困難な症例になった可能性がある。専門医の診察により検査所見や診察所見が陰性で器質的な疾患がないことが明らかになり、病いのモデルを考慮した診察から問題点に到達することができた。患者本人の希望や想いを尊重することで問題の認識が可能となった。海外で

も専門医との連携が効果的でありと報告されており⁶⁾、日本国内でも専門医が総合診療に理解を示すことで同様の連携は可能と考える。臨床の現場でこのようなスキルや考え方については、個人的な経験や体験から習得することがほとんどであり、学ぶチャンスは少なかった。現在では総合診療を題材とした教科書が多数出版されており学ぶチャンスが増加している。

家庭医・総合診療医が初診を担当することで、幅広視点で問題を同定し的確な治療や介入につなげることが可能となることが期待される。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

患者との信頼関係（ラポール）を構築することが重要であると考えられる。そのためには丁寧な診察と、患者への共感的態度が重要である。問診のスキルは経験によって得られる部分もあるが、確立されたモデルを活用することで患者の抱える問題への理解が早まる。個人でできることとして人間は感情を持った生物であることを意識しながら患者中心の医療を念頭に、解釈・思い、期待（かきかえ）、感情、機能への影響のフレームワークを用いて患者の思いを理解する姿勢が重要と考える。病態を理解できないケースでは陰性の感情を持ちがちだが、自らを俯瞰してメタ認知を意識しながら診断を進めていくためにも、振り返りの学びを取り入れることはどうだろうか。Significant Event Analysisなどは個人の振り返りでも役立つ。組織でできることとしては、総合診療医の仲間をつくることである。様々なスキルがありますが多くは通常の診療でも無意識のうちに活用しているものも数多くあるが、自分の診療を振り返ることでスキルについての理解を深めることができる。

へき地では医療や介護にかかわるスタッフが少ないために相互に顔の見える関係が構築できている。多職種連携のためには普段からの問題解決を共に行うことが大事である。広域でなくても近所のコミュニティの中に仲間を創ることが第一歩になると考える。

総合診療医は初診を担当することが多く、医療への入り口の役割を果たしている。外来の問診や医師患者関係について多くの手法やモデルが提示されている。検査・診察で異常がはっきりとしない症例では、今回提示した様な家庭医・総合診療医のアプローチが役立つ。

総合診療医は継続的な関わりも心がけている。複

数の問題をマネジメントすることも可能である。これらのスキルは、経験で得ることも大切だが、学ぶ事も可能なスキルで、多くの総合診療医が備えている。どのような地域での活用は可能である。また、専門医もこれら家庭医・総合診療医が持つスキルを理解し活用することで、よりよい専門医療が実現可能であると考えらる。

文献

- 1) Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al: Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 3rded Radcliffe Publishing Oxfordshire,2014
- 2) 日本プライマリ・ケア連合学会編：基本研修ハンドブック 改訂2版 東京都 南山堂, 2017
- 3) 竹中裕昭, 伴信太郎, 立木茂雄, 他：大学附属病院 総合尾診療部外来における家族問題, 家庭機能, 期待医療,8(2):40-48,2001
- 4) Takenaka H,Sato J,Suzuki T, et al: Family issue and family function of Japanese outpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. Biopsychosoc Med.7(1),2013
- 5) Takenaka H,Ban N, Kido T : Family Issue in Japanese Family Pactice: 2004 WONCA 17th World Conference of Family Doctor 2014.10.14
- 6) Wong TY, Koh GCh, Lee EH,et al: Familymedicine education in Singapore: a long-standing collaboration between specialists and family physicians.: Ann Acad Med Singapore.2008 37(2):132-5.