

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

在宅現場の経験と多職種との討論が総合診療マインドを育成する

沼沢祥行¹

要旨

在宅現場や地域総合病院での経験を生かし、総合診療医となる1つのキャリアパスを例示する。たとえば、①神経内科専門研修と並行する形で、在宅療養支援診療所に非常勤勤務での関り続け、②診療所や地域総合病院で、リハビリテーションスタッフを始めとした多職種と日々討論を重ね、③得られた経験をいくつかの学会・論文報告や、在宅医療に関連した総説の執筆につなげるなどの種々の経験を重ねるなどを経て、④総合診療医として継続性・近接性・包括性を意識した臨床へつなげることである。プライマリ・ケアの5つの理念である“ACCCA”を体得・体現する場として在宅医療の現場があり、総合診療医の育成と総合診療マインドを持った各専門診療科医師が相補的に連動して動くことが有効であり、両者の育成の主軸を担うのが総合診療医であろうと考える。

事例の概要

1. 取り組みの背景：地域医療研修で得た気づき

平成18年に東京医科歯科大学医学部を卒業後、新臨床研修制度下において、東京医科歯科大学のプログラム3を選択した。地域医療、小児科、産婦人科、精神科の各1か月以外は大学で2年間研修を行うプログラムであった。研修医2年目、千葉県松戸市の千葉健愛会あおぞら診療所（<http://aozora-clinic.or.jp/>）で、1か月間の地域医療研修を行った。

地域医療研修前から、東京医科歯科大学の神経内科へ入局することを決めていたが、あおぞら診療所における1か月の研修で、「在宅の現場で学ぶこと」と「在宅医療に専門医が関わる意義があること」の2つがあると理解した（図1）。在宅現場とは、医師にとっては“アウェイ”である患者さんの“ホーム”であり、外来で得られるものとは大きく異なる豊富な情報があることが実感された。

一方で、“神経内科”という専門性を在宅現場で生かせる可能性が想定できた。神経内科医が診る主要な疾患は、例えば一般病院では脳梗塞の患者が多く、また、大学病院のようなところでは神経難病が代表的であるが、いずれも、ADL・IADLが下

り、種々の精神・高次脳機能障害を呈する。必然的に、リハビリテーションスタッフ、MSWなど、多職種との関わりが日常となる。例えば回復期リハビ

現場で在宅医療の重要性を実感した経験事例

研修医2年目の地域医療研修
訪問診療（定期）、往診（臨時）を1か月経験

癌のend stage、認知症、いわゆる神経難病など

—多発性硬化症の慢性期
膀胱留置カテーテル/畳をいざって動く

—筋萎縮性側索硬化症
人工呼吸器の導入直後例
NIPPVを導入し呼吸苦に対するオピオイド使用例

あらゆる疾患の方を在宅医療が支えている現実を知る

図 1a

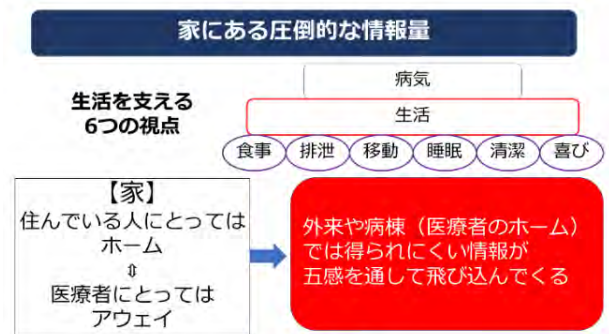


図 1b

1. 東京医科歯科大学医学部附属病院 総合診療科 / 千葉健愛会あおぞら診療所

リテーションや療養型病床の適応、直接自宅へ独歩帰宅できるか、自動車運転は再開できるか、職場復帰は可能なのか、などの判断や対応は、日常的な多職種連携を必要とする。これらの経験は、在宅現場でも生かせると想定できた。

2. 導入の経緯：あおぞら診療所の非常勤勤務を神経内科入局と同時に開始

医師3年目に東京医科歯科大学神経内科へ入局した。在宅医療の「現場」で経験・研鑽を積むことを希望していることを医局に伝え、外勤先としてあおぞら診療所（在宅療養支援診療所）での非常勤勤務を開始した。このように、専門診療科の研修と並行し、在宅医療現場の経験を積むことなど、非常勤勤務を単なる「バイト」という捉え方ではなく、経験を積むフィールドと捉えることが、視野を多方面へ広げる可能性へとつながる。

3. 事例の詳細

3-1-1. 在宅非常勤医師として勤務

あおぞら診療所での非常勤勤務を開始し、週に半日ないし1日の勤務を断続的に5年継続した。医師4～7年目に茨城県取手市のJAとりで総合医療センター（<http://www.toride-medical.or.jp/>）の神経内科医員として勤務した期間は、あおぞら診療所に勤務できなかったが、同院の神経内科は一部の患者に対して訪問診療を行っており、在宅の現場経験を継続することができた。また、医師8～10年目の大学院在学中は1日を通したあおぞら診療所の勤務を継続することができ、休日オンコールの経験も重ねることができた。

あおぞら診療所では、多職種で毎日患者情報共有とディスカッションを行うため、非常勤医師が直接訪問したことの無い患者の状況についても知ることができ、ディスカッションを通じた学びが得られた。

そのほか、ICTを利用することで、非常勤勤務日以外でもコメント・ディスカッションすることで、できるだけ切れ目なく情報を把握できるよう、いわゆる“Continuity（継続性）”を意識した。

3-1-2. 神経難病を通して、慢性疾患の継続的ケアを長期にわたり経験

治療が不十分なパーキンソン病（PD）患者、簡単なリハビリの指導や椅子の調整などを行うだけで姿勢・構音・嚥下の改善を見たPD患者のほか、ほとんど自律神経症状しか認めない時期から、筋強剛が出現し、寝たきりとなるまでの多系統萎縮症患者、人工呼吸器導入時期から約10年をフォロー

することができた筋萎縮性側索硬化症患者（ALS）などを始めとして、いわゆる神経難病の長期経過をフォローし、その変化や都度生じる問題点、意思決定支援などに関わる経験ができた。これは、短期間に関連病院を医局人事でローテートするだけでは得難い経験であり、“Accessibility（近接性）”、や“Comprehensiveness（包括性）”、“Accountability（責任性）”などが意識された。

3-1-3. 多職種との日々の討論から学び着想を得る

JAとりで総合医療センターに勤務する間、特にリハビリテーションスタッフ（リハスタッフ）やMSWの仕事の重要性を実感した。

入院の多くは脳梗塞であったが、麻痺のほか、失語、失行、失認など種々の高次脳機能障害を呈する。神経内科医は必ずしも高次脳機能障害が得意ではなく、詳細な評価には、作業療法士（OT）や言語聴覚士、神経心理士の力が必要となる。特に、ADLのみならず、IADLを評価し、それを「治療」につなげるOTの役割は極めて大きいことが明らかであった。リハスタッフと日々討論し、その経過の中で高次脳機能障害について学びながら、リハスタッフがどのようなアプローチで回復期へつなげるのか、はたまた在宅へ帰すアセスメントをするのか、医師の範疇では対応しきれないことに、多職種の力が必須であることを実感した。また、それをマネジメントすることは、いわゆる“Coordination（協調性）”のトレーニングであり、体現であった。

さらに、多職種との仕事を、学会・論文報告としてまとめていくことを意識した。これは、“Accountability（責任性）”ともつながる。また、自分自身の大学院の研究テーマとして高次脳機能障害を選択し、リハスタッフとの日々のディスカッションから得た着想を元に、臨床研究の計画を立案した。

3-1-4. 他職種・学生向けの勉強会の講師

① 歯科衛生士の勉強会“なずなの会”で、2015年度に3回の講師を務め、神経疾患の自然史、認知症、脳梗塞に関して講演を行った。それぞれ、講演に引き続いて、関連する内容もしない内容も自由に質疑応答する時間を確保した。

② 2017年4月、東京医科歯科大学の学生で構成されるプライマリ・ケア研究会“iPag”（<http://tmduipag.wixsite.com/ipag2013>）で、在宅医療に関する講義を行い、質疑応答を行った。学生の関心の高さを実感することとなった。

③ 2017年9月、東京医科歯科大学医学部附属病院

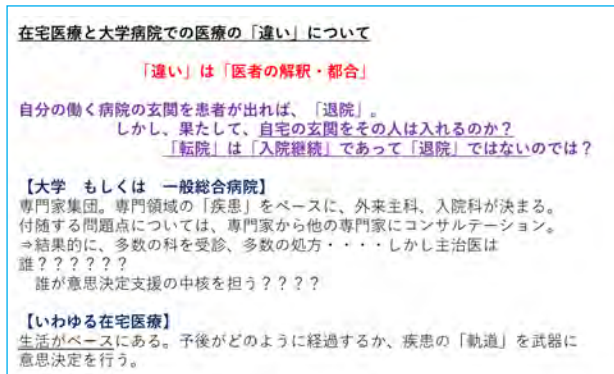


図 2a

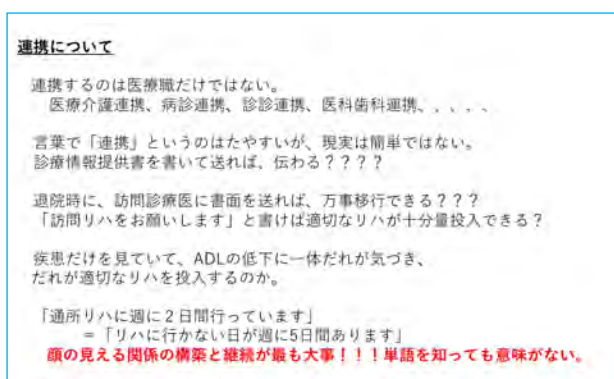


図 2b

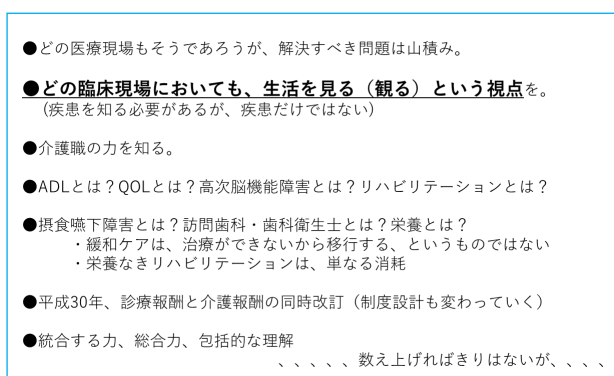


図 2c

の医療福祉支援室が主催する院内勉強会において、在宅に関する講演を、「生活の視点」というタイトルで行った。スライドの一部を図2a, b, cに示す。「生活の視点」や「疾病の軌道」について解説し、在宅医療について興味をもって学んでほしいことを主たるメッセージとした。講演後のアンケートではおおむね好評という結果を得たが、医師の参加は乏しく、今後継続する場合にはアナウンスの仕方も含めて検討を重ねる必要があると考えた。

これらの講演で意識したことは、いずれも「生活の視点」と「疾病の軌道」の重要性を伝えることであるが、いわゆる“ACCCA”と連動する概念と捉えら

れる。

3-1-5. 在宅医学会への関わり

在宅医学会第20回記念大会（2018年4月29日、30日に開催予定）の組織委員会に関わっている。同記念大会では、「最期まで患者に責任性を果たすための二人主治医制～専門・総合、病院・地域の融合を目指して～」というシンポジウムで、「神経内科と二人主治医制」について登壇する予定である。また、神経疾患の長期フォロー経験などを活かし（3-1-2参照）、「動きのぎこちなさや認知機能障害を有する患者をどう支えるか」というシンポジウムで事例検討のシンポジウムに登壇する。また、記念大会の情報提供を目的に、東京医科歯科大学医科同窓会会報（2018年1月：No. 278）、東京医科歯科大学歯科同窓会会報（2018年2月：No. 204）に寄稿した。

3-1-6. 歯学部教育への展開

2017年11月に、東京医科歯科大学の歯学部保健衛生学科と歯学部歯科において、神経疾患に関する講義をそれぞれ担当した。歯科医・歯科衛生士が食支援に関わる必要があることを、“在宅の現場感”をもって伝えることを目指した。しかし、現場を見たことがない場合では想像しにくいことが明らかであり、未来の歯科衛生士に在宅現場に触れる機会を提供する方法を考えたい。こうした歯科・歯科衛生士への教育に総合診療医が関わり、コーディネート・マネジメントすることには意義があると考えられる。

4. 成果

4-1. 在宅非常勤勤務経験をもとに、総合診療的視点を踏まえた神経内科領域の報告

神経内科領域に関連する簡単な症例報告をした^{1,2)}。また、パーキンソン病の総説³⁾、また在宅医療に関するテキストでパーキンソン病^{4,5)}やALS⁴⁾に関する記事を担当した。

4-2. 他職種の発表をサポート

4-2-1. MSWの発表

脳梗塞で入院し感覚性失語が後遺した患者に対し、市長申立てによる成年後見制度を活用し対応にあたった事例を経験した。担当MSWを主とした取り組みとその経過を基にマニュアルを作成し、社会的に孤立した患者に関しての課題が明確化されたため、第60回日本農村医学会学術総会（2011年11月）で報告した⁶⁾。

4-2-2. リハスタッフの発表

脳卒中患者を担当するリハスタッフは、必然的に多くの高次脳機能障害へ対応を行うことになる。こ

れらを形にするため、リハスタッフによる症例報告等に関わった。言語聴覚士による失語症例⁷⁾や失書症例⁸⁾の報告のほか、脳梗塞患者の注意機能を、観察行動評価を用いて評価し、歩行の自立をより正確に評価できるか多数例で検討した報告を理学療法士が行い⁹⁾、論文化を目指している（投稿準備中）。

4-2-3. 歯科衛生士の発表

神経学会学術大会での発表は医師のみであったが、2015年の第56回大会から、「メディカルスタッフポスターセッション」として、メディカルスタッフによる発表の場が設けられた。

第56回大会で訪問歯科衛生士が、“摂食嚥下に関する在宅医療スタッフへの情報提供のあり方について～在宅神経難病患者に対する歯科衛生士の関わりから～”というタイトルで、神経内科医への提言も含め報告を行い（<https://www.neurology-jp.org/sokaitiho/neuro2015/html/medicalstaff/img/medicalposter.pdf>）、第57回大会で病院歯科衛生士が、皮膚筋炎患者への関りを報告したが¹⁰⁾、これらの発表をサポートした。そのほか、前記した“なぜなの会”に関する簡単な活動報告を行った¹¹⁾。

4-3. 神経学会での座長の経験

あおぞら診療所の川越正平院長と共同で、第56回日本神経学会学術大会（2015年5月新潟）の公募シンポジウムに応募し、融合採用という形で「社会の中の神経学6 新しい難病基本法のもと、地域での神経難病医療への現実的な対応を探る」において座長の1人を務めた¹²⁾。

5. 今後の展開

東京医科歯科大学医学部附属病院に総合診療科が新設されることとなり、平成30年度より、同診療科の立ち上げに関わることとした。これは、神経内科専門と在宅非常勤の経験を生かすためのプランであり、当初、地域医療研修の在宅現場で感じたことと直接リンクする。神経内科にアンカリングし、在宅非常勤の経験を生かして総合診療医として新たな挑戦を行いたい。

大学においては病棟・診療科横断的な役割を果たすことが求められ、また大学と地域をつなぐ役割を求められるものと考えているが、具現化するにはいくつものハードルがあると想定される。ここには、“現場”である地域にどっぷりとつかる経験を積むこと、現場における未解決な多くの臨床命題に対して解答を出す臨床研究を組むことの両者が必要であると考えている。

考察

1. 事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

在宅現場で経験を積むこと、神経内科という専門性を持ちつつも、ジェネラルな領域の中でそれを生かそうと努力すること、多職種と日々事例に関して討論を行うことなどが、「総合診療マインド」をつけることにつながった1つの例を示した。また、いずれの活動も、Accessibility（近接性）、Comprehensiveness（包括性）、Continuity（継続性）、Coordination（協調性）、Accountability（責任性）の5つの要素、いわゆる“ACCCA”が生かされていると考える。

総合診療マインドの育成や臨床の質の向上は、あらゆる臨床場面を経験することで得られると考える。例えば、病院勤務の神経内科医は、がんに伴う自己免疫疾患として神経・筋に症状を呈する傍腫瘍症候群の主治医とはなっても、がん治療そのものを行う主治医となることはまずない。したがって、必然的にオピオイドの使用を含め、がん緩和ケアについて学ぶ機会が乏しい。一方で在宅現場に勤める限り、がん緩和ケアや在宅看取りを経験することができる。神経難病はもちろん、心不全などの他の領域も含め、いわゆる非がんの緩和ケアを実践するとしても、がん緩和ケアの経験が有効ないし必須であろうことは自明である。また、非がんの緩和ケアそのものも在宅現場で経験できる。

各専門診療科の若手医師の多くは、医局人事のもと急性期病院を中心としたローテーションを行い、疾患の診断に至るプロセス、初期治療、高度先進医療などを経験する一方で、慢性期を経験する機会は、まったく得られないか、少なくとも乏しいことが多い。慢性に経過する疾患を長期間フォローすることを経験する、多岐に渡る疾患を持ち、複雑な背景をもった患者の診療を経験するとともに、その人の生活の場を目の当たりにして、医療ではどうにもならない問題に直面することで医療介護連携の必要性を実感する、などの点でも在宅現場の経験が有用である。

本事例は、在宅現場の経験が総合診療マインドや総合診療医の育成につながることを示す1例と考える。総合診療専門研修プログラム整備基準¹³⁾に記載のある、1. 包括的統合アプローチ、2. 一般的な健康問題に対する診療能力、3. 患者中心の医療・ケア、4. 連携重視のマネジメント、5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、6. 公益に資する職業規範、7. 多様な診療の場に対応する能力や、いわ

ゆる“ACCCA”で要約されるプライマ・ケアの5つの理念を体得し、また体現する場として在宅が大きなフィールドとなる。また、在宅現場の経験を持った各専門診療科の医師は、その専門医療を提供する場においても、生活を見据え、長期の予測に基づいた医療・介護の提供をマネジメントできるだろう。

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）

ここでいうタスクシフティングは、いわゆる総合診療医が診療科横断的・病棟横断的に関わることで、臓器別専門医の負担は軽減し、多職種連携の推進につながることを想定していると考えますが、概念を一步進めて、総合診療医としての能力を持った臓器別専門医が増えることで、総合診療医と臓器別専門医（各専門診療科）がより相補的に、連動して臨床・教育・研究に貢献することができると考えられる。

3. 医療や社会に与えるインパクト

ACCCAを意識した、総合診療医としての活動の1例を示した。そして、神経内科にアンカリングし、在宅医療現場で研鑽を積むことで総合診療マインドを身に付け、総合診療科にトランスファーするという道を例示した。各診療科の専門医が臨床研鑽を積む中で、どのように総合診療マインドを身に付け、現場に生かし、新たな臨床命題を解決していくかの1つのヒントにもなると考える。専門医療を提供するにあたって、なにを地域へシフトすべきか、専門医はどこに集中すべきかを呈示する一つのモデルになり得るであろう。しかし、これまでの活動のみでは、“1例”でしかなく、今後の活動で“実績”を出して初めての意味のあるインパクトを与えうると考える。

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

各診療科の専門医となりながら、並行して在宅や慢性期などを通して総合診療に関する研修・研鑽ができるシステムが構築できれば、「総合診療医としての能力を持つ各科専門医」が作られるはずである。これは、狭義の総合診療医とは異なるが、地域によっては、いわゆる総合診療専門医よりも必要とされるかもしれない。また、総合診療医としての能力を持つ各専門診療科の医師が相補的に働くことで、総合診療医の専門性がより広く生かされることが想定される。総合診療医は“狭義の”総合診療医の育成だけでなく、各専門診療科の医師に総合診療医としての能力を育成する臨床実践を示し、その教育に

貢献することが大きな仕事の1つとなるだろう。

ここには、外来、病棟のみならず、在宅現場の経験を行うことが有用である。患者さんを退院させようとしたときに、なかなか上手くいかずに苦勞する経験や、救急医療の受け手側として、どこまでどんな医療をすればいいんだと真剣に悩んだり、複雑な事情を知って呆然としたりという経験は誰しもあると予想する。これには、“在宅のノウハウ”，すなわち「疾病の軌道」を把握し、疾病を持つ患者さんの「生活」を意識する視点を身につけることが大きな武器になると考える。

しかし、病院に勤める医師全てが在宅現場を経験することは不可能で、「病院と地域をつなぐ」ためには「二人主治医制」を採用することが早道であろうと考える。すなわち、病院の専門医と在宅医（かかりつけ医）がタッグを組んで、複雑な背景を持つ患者さんに伴走し、支え、意思決定支援を行う方法である。詳細は、川越先生による最近の総説^{14,15)}を参照されたい。この二人主治医制の推進にも、総合診療医が大きな役割を果たすだろう。

一方で、総合診療医、各診療科専門医とも、可能な限り在宅現場を経験する、複数の臨床場面を経験することが必要で、常勤として勤めることが難しくとも、非常勤として関わるなど、種々の方法を地域のリソースや実情に応じて模索していくことが求められる。このとき、勤務する診療所においては、実臨床経験のみならず、臨床研究も組めるフィールドであることが望ましいと考える。

今後は、総合診療医（家庭医療専門医）の育成と、総合診療医としての能力を持った各専門診療科医師の育成の両立が必要であり、総合診療医は両者の育成に貢献することが必要だろう。

文献

- 1) 沼沢祥行, 川越正平, 水澤英洋. Duloxetine が多系統萎縮症の嚥下障害に対して一定の効果がある可能性. 神経内科. 2014; 80 (5) : 617.
- 2) 沼沢祥行, 川越正平, 横田隆徳. Parkinson 病患者の自宅にある錯視の原因. 内科. 2016; 118 (6) : 1154.
- 3) 沼沢祥行. プライマリケア・マスターコース マンスリーレクチャー 在宅医療はじめの一步 (第34回) パーキンソン病. 日本医事新報. 2014; (4681) : 47-51.
- 4) 沼沢祥行. TODAY'S THERAPY 2018 今日の治療指針 私はこう治療している Volume 60. 医学書院,

2018.01 神経難病患者のケア

- 5) 沼沢祥行. パーキンソン病. 在宅医療バイブル 第2版 *in press*
- 6) 後藤優貴, 後藤朝子, 大勝まり, 他. 社会的孤立患者に対する市長申し立て成年後見制度の活用. 日本農村医学会雑誌. 2011; 60 (3): 344.
- 7) 熊谷征大, 関理絵, 井上朋子, 他. ウェルニッケ失語例における喚語過程の分析. 茨城県農村医学会雑誌. 2013; 26: 137.
- 8) 苅部友里, 関理絵, 沼沢祥行. 右側頭葉病変により呼称障害と漢字に強い失読失書を呈した1症例. 高次脳機能研究. 2015; 35 (1): 60.
- 9) 井上桂輔, 沼沢祥行, 箱守正樹, 他. 急性期脳梗塞患者の歩行自立度決定における Moss Attention Rating Scale の有用性について. 高次脳機能研究. 2015; 35 (1): 53-54.
- 10) 野島矩子, 古谷友里, 百瀬文雄, 他. 皮膚筋炎治療中に生じた特異的な口腔粘膜炎2症例に対する歯科衛生士の関わり. 臨床神経学. 2016; 56: S264.
- 11) 山口朱見, 沼沢祥行. 「なずなの会」活動報告. デンタルハイジーン. 2015; 35 (9): 1032.
- 12) 沼沢祥行, 成田有吾. 臨床神経学. 2015; 55: S33.
- 13) 日本専門医機構. 「総合診療専門研修プログラム整備基準」の掲載について. 東京: 日本専門医機構; 10 July 2017. [not revised; cited 7 Apr 2018]. Available from: http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/26/12/1354186.htm
- 14) 川越正平. 理想の内科医像 患者の人生に寄り添い, 病院と地域をつなぐ医師 開業医として在宅医療に取り組んでいる立場から. 日本内科学会雑誌. 2017; 106: 2054-2057.
- 15) 川越正平. 進行がん患者を看取りまで支える在宅医療. 日本外科学会雑誌. 2017; 118: 551-555.