

## ポータルフォリオ事例報告書（専門医更新審査用） 1

氏名	プライマリ 学	会員番号	P9997
事例発生時期	20xx 年 7 月**日	終了時期	継続中
領域	外来症例 －成人長期(5ヶ月以上)観察例－		
事例発生時の勤務先名	●●病院 内科		
表題	夫の束縛と夫の末期癌・認知症に悩まされた女性		

記載上の注意：10.5ptの文字を用いて記載すること。このページを含めて2枚に収めること。

### 1. 実践した具体的内容

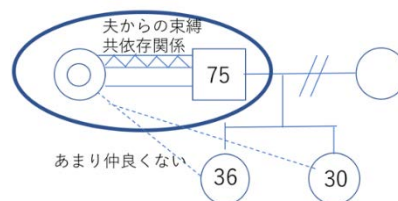
60代女性

既往歴：高血圧、不眠症、筋緊張性頭痛、両変形性膝関節症術後

内服：エナラプリル、アムロジピン、フルイトラン

酒：機会飲酒、タバコ：30歳で禁煙

家族：夫(75)と二人暮らし、36歳と30歳の娘二人（夫と前妻の娘）は車で60分だが会いに来ない  
<経過>



もともと他院へ通院されていたが、3年ほど前から当院へ定期通院されている。主治医が退職することとなり 20xx 年 7 月より引き継いだ。当初は夫婦間のストレスについて聞いていた。36歳で現在の夫と再婚したが、夫は気に入らないことがあるとすぐに痲癩を起こして物を投げってくるため、何度も別れ話をもちかけていた。夫からの束縛や家政婦のように使われていることに苛立っていた。夫がいないと気持ちが楽だとのことで、夫にばれないように仕事をしたいともっており、家庭内での家政婦のような家庭内の役割を変えられるようにアドバイスをしていた。お惣菜屋さんのパートを見つけたが、手術した膝関節が痛くて立ち仕事は難しく、何より夫が仕事はやめとけと否定されて、結局自宅で夫婦2人の生活が続いていた。

20xx 年 10 月に心窩部痛で夫が救急搬送され、上行結腸癌、多発肝転移、リンパ節転移があることが判明した。10 月末に開腹手術で右半結腸切除を試行し、化学療法を開始。そのため入院中は毎日夫の世話のために通院しなければならず、余計にしんどいとのことだった。夫は消化に悪そうな好きな唐揚げなどを買って食べていて腹が立つし、料理をしても「俺を早く死なせようとしているのか」と言われたりしていた。色々な夫の文句を聞いていると腹が立つけれど、夫も体調も悪いようで心配もされていた。退院後、夫は外出もままならなくなってきているようで介護保険の申請を勧めたが、人が入るのは嫌で受け入れられないと思うと拒否された。

翌年 3 月下旬に外来受診時、夫は薬を飲んでも直後に忘れる事、自分の家の住所も忘れていた事を知り、認知症であると確信した。夫の主治医は外科医であり、主治医の前ではきちんと出来ている振りをするので夫の認知症の症状、ADL 低下について相談しにくい医師であると相談を受けた。夫の事を一度ソーシャルワーカーに相談した方が良いと伝え、面談の了解を取り付けた。しかし面談したものの他人に家に入って欲しくない、と結局介護サービスの受け入れは拒否された。

5月になると家から買い物や病院のために本人が出るだけで「どこに行くの？」と束縛が強くなり、近隣に「俺の嫁さんどこ言った？」と無理やり外出し、徘徊して聞いて回るようになっていた。夫に介護保険のサービスを使うよう説明してもらいたいと思い、私から夫の外科主治医に連絡を取ったが、「認知症があるなら神経内科を受診させるしかない」というだけで、生活面の援助の必要性について理解してもらえなかった。夫の外科受診の際も、「夫は実は薬を飲んでいない」と主治医には言えない様子であった。夫の状況が悪くなると、本人も頭痛や心窩部痛で予約外に受診され、ストレスと不安を私に訴えられた。しかし、結局認知症の症状については9月に神経内科を予約してもらったようで、妻としても物忘れの症状が認知症であるとわかり少しホッとしている様子だった。神経内科では妻のストレスも強そうなので介護保険のサービスを利用する事を提案してもらえそうだったが、結局再診の予約には受診されなかった。

10月ごろからは夫は食事が取れずに点滴を行なったため、浮腫がひどくなり11月上旬に入院となった。夫が入院となって余計に気になって眠れなくなってしまった。1週間以内に夫は亡くなった。前日に「帰れ」と夫が言い帰宅したため死に目には会えなかった。病院でも夫は「無理やり(病院に)入れられた」というのが最後の言葉で、ケアも妻の満足いくものではなかった。生活保護家庭であり葬式もなく福祉葬となった。遺骨の前で夫が好きだったビールを少しついで、好きだったものをたくさん作って霊前に備えてあげたとのことだった。夫が亡くなり、ホッとできるのも束の間で、義理の娘達から電話があった。「私の家の近くに住んだら」という申し出だったが家を用意するわけでもなく“口先だけで私を心配してくれているわけではない”と悲しそうだった。

夫が亡くなった当初は「自分一人で頑張る、仕事をして社会に恩返ししたい」と言っていたが、家からあまり出ず引きこもっていた。誰かと話しても信用できず、人間不信になったようであった。月1回受診する私の外来以外、あまり夫の事を話す相手もなく、自分の暮らしぶりを知られることもなくひっそりと生活していて社会復帰への相談が進まない状況である。1年後、自らスポーツジムに通い出し、軽い運動を始めたが、誰とも会話することなく行き来している。

## 2. プライマリ・ケア機能に関する考察

ストレス源である夫を介護し、悪態をつきながら亡くなっていった夫に寄り添った妻のケースである。介護サービスも拒否し、夫の束縛から逃れられないが、「夫が居なければ拠り所がない」と亡くなってから言っている。対人関係療法として分析すると、「家族なんだから」と配慮をしないことが遠慮をしないことであるかのように夫は思い込んでいると思われる。本来はかなり意識して「ズレを埋めていく努力」が必要な関係性であるにも関わらず、夫婦という見かけ上の親しさ故にもっとも手を抜かれてしまっている(※1)。このケースでは妻に依存的で束縛している夫とそれに答えてしまっている妻の「役割期待」のズレを修正しようと試みた(※2)。初めは妻が働きに出ることで、妻が家事を全て行う家政婦のような役割から脱する事を検討した。しかし、夫が転移を伴う結腸癌である事がわかり、夫の病気を心配する妻という役割へと変わった。夫も死への恐怖を妻にしか打ち明けられず、夫への心配が、夫への不満の軽減につながり、強い共依存関係となっていった。今回、パートナーと会うこともできなかったが、共依存関係の軽減に医療者が入ることで今後も改善のサポートができるのではないかと考える。

文献 ※1 水野広子 対人関係療法で改善する夫婦・パートナー関係 創元社 2011年 p.32-40

※2 水野広子 対人関係療法で改善する夫婦・パートナー関係 創元社 2011年 p.84-106

## 詳細事例報告書（認定医認定更新審査用）

氏名	プライマリ 慶子	会員番号	P9998
事例発生時期	20xx年 4月 **日	終了時期	20xx年 6月 **日
領域	学校医活動事例		
事例発生時の勤務先名	△△診療所		
表題	学校医として児童の生活習慣改善に取り組んだ事例		

記載上の注意：10.5ptの文字を用いて記載すること。このページを含めて2枚に収めること。

### 1. 実践した具体的内容

20xx年、学校にスマホを持参している児童がいることが学校内で問題となり、スマホやタブレット、ゲームが子どもに与える影響に関して、学校医に相談があった。そこで、学校長、養護教諭などと議論を重ね、学校として携帯端末やゲームと子どもの生活習慣の実態を把握するために主に睡眠時間、スマホやタブレット、ゲームの取得割合、使用時間とその時間帯、朝食の摂取状況などとそれらに関係するいくつかの要因に関するアンケート用紙を作成し、保護者に対して実施することとした。

その結果、全国平均と比べて当校では睡眠時間が少ないこと、スマホ・ゲームの時間が多いことが明らかとなり、また、使用時間帯として就寝する間際までスマホ、タブレット型電子端末、ゲームで遊んでいる実態が認められた。朝食非摂取頻度が高く、睡眠時間の少なさも明らかとなった。地域の特性としては、核家族はもちろん、両親共働き、シングル親など子育てに支援が得られにくい状況の家庭が多く、児童も幼稚園出身者よりも保育園出身者が多い学校であるのでこれらの社会生活背景も全国平均と差が出た結果の一因ではないかと考えられた。

これらのアンケート結果を踏まえ、生活習慣に対して学校側からのアプローチで改善することができないかという議論が教員の間で進められ、全ては無理であるので、一つ一つできることから改善するという事で学校医にも相談があった。筆者は学校医としてスマホやタブレット端末が子どもに与える影響を医学文献から検索し、就寝直前の電子媒体の使用は入眠に影響を与えることが懸念されていることを踏まえて、教職員とともに学校をあげて、「就寝1時間前はスマホ、ゲーム、タブレットを使用しない、十分な睡眠時間をとる運動」を児童、保護者向けに行うことにした。

具体的には

1. 学校医が医学文献を基にスマホ、タブレット、ゲームが人間に与える影響のスライドを作成
2. 学校医からそのスライドを教職員が児童に対し、使用できるように勉強会を開催
3. 各学級で担当教員が児童にスライドを説明し、「運動を推進」
4. 授業参観などの機会を利用し、学校医が保護者にも講演を実施し、参加できない保護者にはプリント配布して自宅で児童自ら保護者に説明をすることを促進

以上の啓発運動を何度も何度も繰り返し、子どもたちを飽きさせないようにスライドを変化させながら、子どもたちと保護者に対して活動を実施した。1年後の再アンケートでは有意差検定までは行っていないが、スマホ、タブレット、ゲームの就寝前の使用頻度は減少していた。

アンケート結果では学校医として教職員とともに行ったこれらの活動によって児童の生活習慣は少しずつ改善しているが、

1. アンケート結果に正直に答えていない
  2. 結果上、まだ就寝時間直前に使用している子どもたちが一定存在する
  3. そもそも、そこに保護者は問題意識を持っているのかの当事者のニーズを確認していない
- などの要因があることは否定できない状況から実際に改善しているのかどうかははっきりしない。スマホ、タブレットは子どもたちの生活習慣に少なからず、影響を与えていることは明らかであり、メリット、デメリットを考慮した使用の仕方が求められる。学校医としても特に医学的、社会的観点からこどもの生活習慣に今後も関わっていく必要があると理解している。

## 2. プライマリ・ケア機能に関する考察

今回の報告は、学校医の職務における保健指導、疾病予防に関する業務に関してである。学校を一つのコミュニティと考えると、地域での地域参加型の健康増進活動、疾病予防活動のフレームを取り入れることは可能かもしれない。学校教諭の提案から子どもの生活習慣把握のためのアンケート調査を実施し、教職員とともに生活習慣の改善計画を立案実施し、アンケート上は改善した可能性が示唆され、子どもたちの意識の変容を引き出し、子どもたちの口から保護者に伝えるなどの方法を取ることで、一定の行動変容はできたのではないと思われる。

しかし、最終的には各家庭の判断と対応に委ねられ、アンケート調査の回答の信頼性を考えると、方略、評価の点からこの辺りの介入が十分であったとは言えない。また、その結果を基に次のステップにどう進むか？コミュニティの人たちの思いはどうか？その他の生活習慣改善はどうすればよいか？関係者と学校医の関係性はどうか？学校医（プライマリケア医）はどうあるべきなのか？の考察と展望が不十分であった。学校医に求められる役割は病児が発生した場合の対処や定期健診の担当などはもちろんであるが、学校教員、保護者、そして、子どもたちとともに日々の生活習慣にもしっかりと着目し、それぞれの責任と関係性を考慮して、学校教育の一翼を担うことは学校医の在り方として非常に重要であると考え。これはコミュニティにおけるプライマリケア医の働きと全く同じであり、疾病予防と健康増進に向けた積極的な関わりがコミュニティの改善に必要である。今回は教諭の求めに応じた受け身の対応であり、今後は学校医の在り方を学校と地域というコミュニティにおいてしっかりと考え、より自発的な学校医としての関わりをしていきたいと反省している。

### 文献

1. 学校医マニュアル 大国 真彦（著）、小池 麒一郎（著） 文光堂 2000.
2. 学校保健安全法 - 法令データ - e-Gov
3. Strategies for Academic and Clinician Engagement in Community-Participatory Partnered Research. Loretta Jones, MA; Kenneth Wells, MD. JAMA. 2007;297(4):407-410. doi:10.1001/jama.297.4.407

## 詳細事例報告書（認定医認定更新審査用）

氏名	プライマリ 漣	会員番号	P9999
事例発生時期	20xx 年 4 月 **日	終了時期	20xx+1 年 4 月 **日
領域	定期訪問診療または往診症例、あるいは在宅連携症例		
事例発生時の勤務先名	△△診療所		
表題	数年の経過でようやく診断が付いたパーキンソン病の 52 歳女性		

記載上の注意：10.5pt の文字を用いて記載すること。このページを含めて 2 枚に収めること。

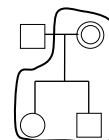
### 1. 実践した具体的内容

20xx-5 年頃までパートで保育士として働いていた現在 50 代前半の女性。徐々に体の動きが悪くなり、長く起きているときの頸の下垂、右手の振戦がみられるようになった。〇〇医大□□医療センター脳神経外科を受診し、血液検査、頭部 CT および MRI、心電図、脳波にて異常を認めず、診断が付かなかった。その後二箇所の大学病院等で抗うつ薬が処方され、症状悪化をみて別の病院で中止するような状況が繰り返された。整形外科でストレートネック、膝関節症を指摘され、膝ヒアルロン酸関節も受けた。更年期障害を疑って近医の婦人科も受診したが、ホルモン異常がなく、漢方治療を試みる程度で特に改善はなかった。リハビリを希望して 2 つの病院を受診したが、いずれも適応なしと言われた。そのように 3 年間で 10 以上の施設を受診したが、いずれも診断されなかった。

20xx-2 年 2 月、日常生活に支障を生じてきたとのことで△△診療所に臨時往診依頼があり、診断、リハビリ、家族レスパイト（長男が大学受験の時期だった）、福祉制度利用の整理を目的に当診療所に入院した。この時点で更衣や入浴、階段昇降に介助が必要となっていた。その際にも某大学病院神経内科にて頭部 MRI、MIBG 心筋シンチを行ったがいずれも有意な所見はなし。精神的な落ち込みはみられたものの、臨床心理士は精神症状を身体的な問題への反応性の問題と判断された。

その後、20xx-2 年 5 月には別の大学病院の神経内科、アレルギー・リウマチ内科に紹介受診したが、前者では身体表現性障害、後者では特に該当する疾患なしとの診断であった。また、20xx-1 年 2 月にはさらに別の大学病院神経内科を受診し、解離性運動障害との診断を受けた。20xx-1 年 11 月には一般病院心療内科を受診したが、未診のままだった。当診療所としてはパーキンソン症候群の病名にて訪問診療は継続していたが、対症療法以上の対応ができないままマネジメントされた。多くの医師、看護師が「この患者は話が長く、大変だ」とレッテルを貼り、手を焼いているとのことだった。

20xx 年 4 月 18 日、診療所側で筆者に主治医が交代することとなった。訪問診療時、ADL はトイレに行くのがやっとで、夜間トイレに行かなくてよいようにパットを当て、水分摂取を控えているとのことだった。嚥下もままならなかったが、体重減少はなかった。本人の訴えによると、症状が始まってから夫が別の女性のところに住むようになったため、精神的な問題も若干あるかもしれないが、



それだけではないとしきりに訴えた。身体所見では筋力低下により上腕の挙上は90度、下肢の伸展も45度とROMが制限されていた。MMTは上肢、下肢ともに4前後。頸は前傾し、頸、上肢、下肢のいずれにも筋強剛が生じていた。改めて入院精査を試みたが、当診療所からいずれかの病院を紹介しようと考えていたところ、入院生活が窮屈だと理由で自己退院してしまった。再度訪問診療を継続していたが、20xx年10月31日には母親が同様の症状で現在も施設入所中であること、失禁するなどADLの制限がさらに強まっていることもあり、改めて文献的な考察も加えて筆者として診断を考えてみた。症状から最も考えやすいパーキンソン病が、MIBG心筋シンチ陰性ということで除外されていたが、この点について再度詳細に検討したところ、家族性パーキンソン病の一部などに陰性となる症例があること(Quattrone, 2008)が判明し、同様の症例を集積している某大学病院神経内科に紹介受診を勧めたところ、家族のサポートで何とか受診する旨同意が得られた。

20xx年11月21日入院し、DAT(dopamine transporter)スキャンで陽性所見が認められ、パーキンソン病の診断となった。また、遺伝的要因検索のため遺伝子検査に回されることになった(20xx+1年11月遺伝子検査は陰性と判明した)。L-DOPA、ニュープロ投与によって動きはかなりスムーズになった。筋力低下はimmobilizationが原因と考えられ、12月19日某リハビリテーション病院に転院となり、立位や歩行に関してのADLが飛躍的に改善した。退院時の要介護度は3である。

20xx+1年2月より訪問診療再開しているが、息子と共に買い物に行ったり、1人で食事を作ったりといった通常の生活ができるようになったと大変明るい表情で話された。現在は、診断を付けた大学病院神経内科にて投薬調整などを行いつつ、当方では処方せずに生活上の指導などを訪問診療にて行っている。家事は買い物を含めてかなりできるようになっているが、on-offの変化が激しく、精神的に不安定になって診療所に連絡してくるなどの行動は変化していない。就職やボランティアなど、社会参加に向けての促しが現在の課題となっている。

## 2. プライマリ・ケア機能に関する考察

数年の経過でようやく診断が付いたパーキンソン病の一例である。多くの施設で精神科的問題としての対応を受けたが、振り返ってみるとそれらはいずれも「いずれの疾患にも該当しない」というくずかご的診断でしかなかった側面が強い。排泄を失敗したくなくて、水分摂取を控えるなどの行動を起こしていたことも、精神疾患による症状よりは、身体疾患による精神症状が強く疑われた要因であった。MIBGシンチ陰性であっても家族性パーキンソン病の症例があることを知り、神経内科受診を強く勧めたことが正しい診断につながった。

改めて振り返ると、早めにDATスキャンができればパーキンソン病の診断を付けることができたという側面もある<sup>1)</sup>。20xx-3年に承認を受けた新しい検査ではあるが、常に情報をアップデートし、そのような検査がどこで可能なのかを知っておくことで、今後はより迅速で正確な対応ができるようになると思われる。また、DATスキャンも線条体のドパミン不足を生じる他の疾患との鑑別には役立たないとされ、MIBGシンチとの組み合わせが必要であることも今後覚えておきたい。

文献：

- 1) Quattrone A et al. Myocardial 123metaiodobenzylguanidine uptake in genetic Parkinson's disease. *Mov Disord* 23(1):21-7, 2008
- 2) Langston JW, Wiley JC, Tagliati M. Optimizing Parkinson's disease diagnosis: the role

of a dual nuclear imaging algorithm. NPJ Parkinson's disease 4(1): 5, 2018.