平成27年度　日本プライマリ・ケア連合学会

北海道ブロック支部　第3回地方会

一般演題　抄録集

**一般演題　口演　15時50分～17時20分　発表6分、質疑応答3分**

１　敗血症を繰り返していた85歳男性が悪寒戦慄・両鼠径部痛で来院し、

偽痛風の診断となった1例

○下谷陽子　　江別市立病院総合内科

２　アルコール性肝硬変と統合失調症の合併のために退院困難な1例

○岩波孝穂　　JA北海道厚生連倶知安厚生病院総合診療科

３　困難な家族対応と医療過誤から医師としての在るべき姿勢を学んだ一例

○佐野康太　　北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

勤医協札幌病院　内科

４　家庭医療診療所における高血圧診療の質評価と改善の試み

○塚本高裕　　北海道家庭医療学センター

５　無床診療所の時間外電話対応に対する患者の認識

○今江章宏　　寿都町立寿都診療所

６　あなたがいま大切に考えていることは何ですか？

―Motivation/Identityに関するアンケート―

○葛西孝健　　江別市立病院総合内科

７　診療所スタッフを対象としたリハビリテーション教育研修のあり方

―リハビリテーションに関する講義介入とアンケート調査による比較―

○齋藤正美　　北海道文教大学

８　介護士対象勉強会を継続するコツ

―医師は流れ者。地域を守るのは住民。―

○青木信也　　松前町立松前病院

９　高齢者福祉施設における肺炎治療を考える

○鈴木和仁　　道北勤医協宗谷医院、宗谷在宅医療推進ネットワーク協議会

**一般演題　ポスター　15時35分～15時45分（質疑応答）**

|  |
| --- |
| ポスター発表には決まった発表時間は設けませんが、15時35分から15時45分の間はポスターの前にいて、自由に質疑応答を行ってください。14時までにポスターの掲示を終えるようにしてください。 |

１　函館稜北病院における⊿ｅＧＦＲを利用した

糖尿病性腎症患者の人工透析導入予防活動報告

○吉田清司　　函館稜北病院

２　総合医を大きく伸ばす『大変な経験』の特徴

○樋口智也　　北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

勤医協中央病院　総合診療・血液病センター

３　ライフレビューによりライフサイクル課題(老年的超越)を達成することができた事例

○佐賀加奈子　　北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

道東勤医協釧路協立病院総合内科

４　院内コンサート開催を通じて再認識した、私のミッションステートメント

○勝田琴絵　　北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

勤医協札幌病院

５　悩みながら歩くこと　―医師としてのidentityが揺さぶられた症例―

○五十嵐衣つ華　　北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

オホーツク勤医協北見病院

６　高齢者の不定愁訴に対し社会的背景としての家族に介入し問題解決に至った一例

○向坊賢二　　北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

道東勤医協釧路協立病院総合内科

７　組織変革の小さくて大きな一歩「ACLSチーム」発足

○菅藤賢治　　北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

勤医協中央病院　総合診療・血液病センター

８　ゆったりしっかり後期研修「彩～いろどり～」の開発と

女性医師向けの後期研修プログラムに関するニーズ調査

○大久保彩織　　北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

勤医協札幌病院　内科

９　ACGME Milestoneを利用した新しいコンピテンシー評価

○尾形和泰　　北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

勤医協札幌病院　内科

**口演１　敗血症を繰り返していた85歳男性が悪寒戦慄・両鼠径部痛で来院し、**

**偽痛風の診断となった1例**

○下谷陽子、杉原伸明、近藤統、岩田啓芳、田中洋充、日下勝博

江別市立病院総合内科

【症例】85歳男性。ここ1年の間に２回敗血症で当科入院歴のある男性が、悪寒戦慄、両鼠径部痛を主訴に当科初診外来を受診された。身体所見上は発熱、両肺野にwheezeⅡ度をみとめる他は、左優位に鼠径部に圧痛、可動時痛をみとめ、鼠径部に発赤、腫脹、熱感はみとめなかった。血液検査で炎症反応の上昇をみとめ、胸部〜骨盤腔の造影CTを施行したところ左大腿骨骨頭周囲に液体貯留をみとめた。当院整形外科にて関節穿刺をおこなったところ、黄色膿性の関節液を採取した。グラム染色では白血球と結晶を多数みとめ、菌はみとめなかった。結晶誘発性関節炎の診断となり、ステロイドの投与にて発熱、鼠径部痛、炎症反応高値は速やかに改善した。後日関節液中のピロリン酸が陽性であり、関節液培養は陰性であった。

【考察】短期間に重症感染症を繰り返しており、今回も新たな感染症が原因かと思われたが、精査の結果偽痛風の診断となった一例を経験した。高齢者の発熱の鑑別では痛風・偽痛風は頻度も高く臨床上よく遭遇するが、一見sepsisのような経過をたどる偽痛風もあり注意が必要である。治療はNSAIDsやステロイド投与となるため、感染症とはしっかりと見極めなくてはならない。

**口演２　アルコール性肝硬変と統合失調症の合併のために退院困難な1例**

○岩波孝穂、松田卓也、太田桂一、稲熊良仁、木佐健悟

JA北海道厚生連倶知安厚生病院総合診療科

【現病歴】51歳女性。X−18年（32歳）に統合失調症の診断で入院加療となり、その後も精神病院に複数回の入院歴がある。X−1年にアルコール性肝硬変を呈し地元A総合病院に入院となった。入院中に統合失調症が増悪しB精神病院に転院となった。その後肝硬変、統合失調症の加療のためにA病院・B病院の間を計4回転院となった。X年2月○日内科、精神科病床を有する当院の総合診療科に入院となった。

　入院後も肝性脳症と統合失調症の病状再燃を繰り返し、約10ヶ月で総合診療科・精神科で計6回転棟をされている。X年12月○日に肝性脳症を呈し総合診療科に7回目の転科となった。意識障害は2ヶ月間に渡り遷延したが、特殊アミノ酸製剤の点滴投与にて改善を認めた。X+1年2月から約3ヶ月間、明らかな病状の増悪なく落ち着いている。

**Bio**身長158cm　体重82kg　　日常生活動作　歩行は問題なく、食事・排泄・更衣全て自立　入院中はベット上で臥床がちに過ごされることが多い。

♯.アルコール性肝硬変　下腿浮腫あり　Child-Pugh分類　C score 15点

♯.統合失調症

　急激な病状の増悪と緩解を繰り返している。人格水準は保たれている。HDS—R 26点 と明らかな認知機能障害も認めない。

**Psycho**本人　現状の理解はされており、退院後の断酒については「飲む気はない。」と話される。強い退院希望はないが、外出や外泊を楽しみにしている様子。

母親　娘の残された時間に対して出来るだけのことはしてあげたいという気持ちはあるが、夫の介護との両立や自宅退院後の再飲酒など自宅退院へは不安が強い。

**Social**両親との3人暮らし。キーパーソンは母親であり、母親以外の面会はない。父親は高齢であり、肺気腫・胃癌術後等の身体疾患を持つために自立歩行が困難であり、母親が介護して生活している。夫は昔から家庭を省みない人で、自宅では母親に対して怒鳴る等の行為が頻回に見られ母親は疲弊している。また、父親は本人の帰宅については快く思っていない様子。予後不良の肝硬変と病状増悪を繰り返す統合失調症のためにグループホームや精神病院、長期療養型医療施設などの入所・転院は困難。

【考察】生物心理社会モデルを用いて患者の評価を行なった。精神科疾患合併の場合、利用出来る医療や介護サービスが限定されることがある。現在は試験外泊を行ないながら、母親の不安軽減となる退院支援を検討している。当日はその後の退院支援の経過および反省点を含めて報告する。

**口演３　困難な家族対応と医療過誤から医師としての在るべき姿勢を学んだ一例**

○佐野康太、佐藤健太

北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

勤医協札幌病院　内科

【緒言】

自らの感知しないトラブルの火消しに追われ、医師・看護師・患者家族との関わりに心底疲弊しやり切れない思いを抱えたが、振り返ればまさに医師として・プライマリケア医としての力量が求めらた経験であったことが分かり、自らの臨床医としての姿勢を改めさせる重大な機会となったため報告する。

【症例】

70代、男性。入退院の度に夜間せん妄を起こす認知症・虚弱高齢者。泌尿器科病態での入院であったが主治医は総合診療科から私が担当となった。家族は何事にも慎重な説明を要し、過去に度々職員との衝突があった。せん妄に対する薬物療法により過鎮静に陥った過去があり家族は過敏であったため、私は不用意に投薬しない説明を反復していた。

第17病日からせん妄が悪化し、病棟看護師の集団的検討により包括的指示（予想指示）に登録されていた薬剤を定時与薬（包括的支持を逸脱した投薬）し始めた。それを目撃した家族が激昂し、家族対応に困難を感じた看護師から報告されて初めて私はその事実を知った。

直ちに関係者から事実経過を聴取し家族に説明を行い、医学的・法的妥当性の集団的検討を加えた上で改めて説明の場を設け、医療者側の非を明確にして謝罪した。家族は最後まで不信の眼を向けたままであった。

【考察】

私はただ貧乏くじを引いただけなのだろうか。

そもそも医師は専門家として社会から認められる前提として10の責務を負っているとされ、その中にはチーム医療の実践を含めた「専門家としての能力に関する責務」、十分な説明など「患者に対して正直である責務」、コメディカルと協力して医療過誤を減らすことを含めた「医療の質を向上させる責務」がある。またプライマリケアを規定する5つの要素（ACCCA）として、主治医として患者を取り巻く環境を調整する「協調性 Coordination」が挙げられている。これらはまさに本症例で私に問われた事柄であり、自らの専門として引き受け高めるべき力量であることが意識化された。

【結語】臓器別専門医や各専門職がその専門性に専念して患者利益を最大限にできるよう、医師のプロフェッショナリズムやプライマリケアのACCCAに対し自覚的になり、主治医として前向きな実践を重ねていきたい。

**口演４　家庭医療診療所における高血圧診療の質評価と改善の試み**

○塚本高裕

北海道家庭医療学センター

【目的】高血圧症は家庭医療診療所において最もcommonな疾患の一つであり、エビデンスに基づいたガイドラインが種々存在している．高血圧症の適切な治療は心血管イベントの発生低減に関係しており、エビデンスに則った質の高い診療を行っているかどうかを評価し、改善していくことは非常に重要である．今回、家庭医が診療を行っている更別村国保診療所(以下当院)にて高血圧診療の質評価を行い、改善方法を検討したため報告する．

【方法】高血圧症で外来通院中の患者で研究に同意された患者を対象とした．2013年4月1日から2014年3月31日の間に新しく高血圧症の病名が電子カルテに登録された患者を初診として15名、2014年8月4日から8月8日までの間に外来を受診した患者を前向きに連続サンプリングを行い、1年以上高血圧症で継続診療中の患者を再診として50名に達するまで抽出した．家庭医療診療所の診療の質評価のための妥当なツールとしてカナダ・マクマスター大学家庭医療科が開発したQuality in family practice Book of Toolsを参考とし，診療の質評価のための基準と達成目標を作成した．完成した基準を用いて評価を実施した．結果のうち、達成率が低かったものについて、要因を追加で詳しく調べた後、院内の医師間で改善方法を検討した．

【結果】直近の外来で記録された血圧値が良好にコントロールされている患者の割合は70％であった．診断時に家庭血圧を用いて診断した割合は66%、白衣高血圧の評価に家庭血圧を用いている割合は100%であった。初診患者への心血管系リスクの評価率、臓器障害の評価率はともに40%であった．各評価項目については、健診で情報取得した場合を除くと、カルテ記載率は家族歴が20%、BMIが27%であった．糖尿病、脂質異常症の評価率は100%、喫煙歴の記載率は93%であった．電解質異常の評価率は53%であった．生活習慣への介入率は6%であった．

【考察】生活習慣への介入に関しては、初期評価で問題がなかったため介入を行っていない、もしくは記録に残っていない、高齢者には介入しにくい、などの要因が考えられた．より問題と思われた、初診患者に対して評価不十分であった項目については、健診に依存していること、カルテのサマリーシートに記載欄が設けられていないことなどが要因として挙げられた．改善案として、初診患者は身長と体重を計測するなどの院内ルールを作る、サマリーシートに家族歴やBMIの記載欄を設ける、高血圧症診療時の定型文や検査セットを作成することなどが挙げられた．

【結論】家庭医療診療所のための質評価ツールを用いることにより，日常診療では気づきにくい改善点が明らかになる．地域住民と医療の最も身近な接点である家庭医療診療所が診療の質を評価し改善することは重要である．

**口演５　無床診療所の時間外電話対応に対する患者の認識**

○今江章宏1、佐藤弘太郎2、草場鉄周2

1寿都町立寿都診療所、2北海道家庭医療学センター

【目的】室蘭市のAクリニックでは、訪問診療患者には24時間対応で往診を行っているが、外来通院患者には待機医師が電話対応を行っている。一方で、患者が時間外に電話対応を利用せず市内の病院救急外来を受診し、後日外来で事後報告を受けることは度々経験する。本研究では、時間外電話対応に対する患者の認識を調査し、今後のあり方を検討する。

【方法】室蘭市のAクリニックにおいて、選択回答式の調査票を用いて実態調査を行った。対象は2014年12月8日から12月26日の午前外来へ定期受診した65歳以上の患者とし、9・10・11・12時台の最初に受診した患者をエントリーした。

【結果】31名から有効回答を得て、男性14名、平均年齢74.2歳であった。電話対応の存在を「知っていた」のは13名で、「知らなかった」のは18名であった。知っていた患者のうち、「電話したことがある」のは5名で、「電話したことがない」のは8名であった。電話したことがある患者のうち、「役に立っている」としたのは4名で、「役に立っていない」としたのは1名であった。また、知らなかった患者のうち、「電話しようと思う」としたのは17名、「電話しようと思わない」としたのは1名であった。さらに、役に立っている理由は「どうすればいいのか教えてもらえる」「時間帯や曜日に関係なく通じる」「普段よく知っている医師が対応する」という意見が多く「病院の救急外来まで行くのが大変」という理由は少なかった。知っていたら電話しようと思う理由も同様の傾向であった。なお、役に立っていないとした理由は「電話をしても繋がらなかった」、電話したことがないとした理由は全員「時間外に健康問題で困ったことがないから」、知っていても電話しようと思わないとした理由は「検査ができないから」であった。

【考察】電話対応に対する患者の満足度は比較的高く、これまで電話対応を知らなかった患者からのニーズも高かった。またその理由から、患者は電話対応と救急外来を目的や状況に応じて初めから使い分けている可能性があり、「電話対応そのものに対する不満や、救急外来と比べて物足りなさを感じている患者が一定数いるのでは」という当初の想定とは異なるものであった。一方で、電話対応そのものの存在を知らない患者が多く、院内掲示や広報誌などによる普及策の検討が今後必要と考えられた。

**口演６　あなたがいま大切に考えていることは何ですか？**

**―Motivation/Identityに関するアンケート―**

○葛西孝健1，米澤窓可2，岩田啓芳1，二川原真治1，濱口杉大1，阿部昌彦1

1江別市立病院総合内科、2同総務課研修担当

【背景・目的】江別市立病院は内科医の一斉退職と内科病棟の閉鎖を経験したが，総合内科を中心として再建したのちは教育・研修に特色を見出して今日まで発展して来た。そのため，キャリアチェンジ組を含めた多様なスタッフの中に，初期研修医や，院外プログラム所属を含めた後期研修医が集う場所となり，いまや常時15人以上の大所帯となった。しかしながら，それぞれの価値観やニーズが微妙に異なっていることもあり，科として目指す医師像や研修目標について再定義することが必要になってきた。

【方法】この定義の参考にするため，平成26年2月中旬，スタッフ，在院中の初期・後期研修医を対象に，年度のカンファレンスを振り返るアンケートの中の一項目として「江別で勤務あるいは研修していて大切に考えていること」について，「自己研鑚」「キャリアプラン」「患者ケア」「自らの家族」「地域医療への貢献」といった選択肢の中から各人の1位から3位までを順位付けさせた。

【結果】初期研修医8名，後期研修医6名，スタッフ11名より回答を得た。12名が1位を「自己研鑚」としており最も多く，1位から3位のいずれかに「自己研鑚」を選んだ者も19名と最多で，以下「キャリアプラン」11名，「自らの家族」10名と続いた。各人の順位について点数化し集計した結果を「初期研修医」「後期研修医」「スタッフ」と層別に見たところ，注目すべき傾向が得られたため，これを中心に学会報告したい。

【考察・結論】研修医あるいは総合医は，その学年やキャリアによってモチベーションやアイデンティティが異なることが予想される。今回のアンケートの結果は，研修プログラムまたはカンファレンススケジュールの策定や見直し，または福利厚生面を考える上で非常に重要なものとなった。

**口演７　診療所スタッフを対象としたリハビリテーション教育研修のあり方**

**―リハビリテーションに関する講義介入とアンケート調査による比較―**

○齋藤正美1、小野俊也2、山腰直樹2

1北海道文教大学、2栄町ファミリークリニック

【目的】地域に根ざす診療所からのリハビリテーションサービスの提供は、地域包括ケアの時代において、一つの戦略であり、また、プライマリ・ケアの観点からも必要不可欠である。しかし、診療所におけるリハビリテーション専門職の確保や医師やコメディカルなどのリハビリテーションに対する意識や知識、技術の進展については、未開拓なのが現状である。本研究では、診療所におけるリハビリテーション教育研修のあり方を導き出すことを目的に診療所スタッフを対象にリハビリテーションに関する講義介入とその前後にアンケート調査を実施、比較した。

【方法】栄町ファミリークリニックの医師4名、看護師4名、理学療法士2名、社会福祉士1名、の計11名に研究の同意を得られた。対象者にリハビリテーションに関するアンケート調査を実施、その結果を踏まえ診療所内においてリハビリテーションに関する講義を実施した。
　講義は、30分の講義を対象者が受講し、講義終了後、再度アンケート調査を実施。講義前後のアンケート調査の結果を比較した。

　本研究は、北海道文教大学研究倫理審査委員会に承認され実施した（承認番号26002）。

【結果】講義介入前後の順序尺度の質問項目の検定には、Wilcoxon符号付順位和検定を用いた。
1.講義介入前後では、リハ内容に関する項目の理解度が向上、有意差があった（P<0.05）
2.業務およびカンファレンスへのリハ視点リハ関連施設との連携の項目について有意差があった（P<0.05）。3.訪問リハ業務およびリハ教育研修体制整備の項目について有意差はなかった。4.リハに関する卒前教育は十分とは言えず、臨床では、リハ専門職からの講義、事例検討、カンファレンスが実践的であった。5．職場内における教育研修体制の環境整備が望まれていた。

【考察】リハビリテーションに関する講義介入にて診療所スタッフのリハビリテーションに対する理解度が向上した。また、アンケートでは、リハビリテーションに関する教育研修体制の環境整備が望まれていた。一方、その理解度の向上がスタッフの日常業務において活用され、結果として患者の治療や生活指導などに反映されるか、は定かではない。診療所がプライマリ・ケアの拠点として地域住民の健康や疾病予防など医療や保健、福祉領域に幅広く対応するためにもリハビリテーション機能の拡充、その教育研修体制および体系化が必要である。

【今後の課題】1.診療所におけるリハ研修のプログラム開発。2.診療所におけるリハ研修の効果指標の検討。

**口演８　介護士対象勉強会を継続するコツ**

**―医師は流れ者。地域を守るのは住民。―**

○青木信也、尾方裕美

松前町立松前病院

　当院がカバーする医療圏人口は約1万2千人であり、北海道の中でも高齢化率が急速に上昇する地域の一つである。入院が必要な場合、医療圏内では当院のみの対応となる。 (病床数100床)　3次医療機関での治療が必要な場合は、車で約2時間かけて函館への通院となる。また、個人病院ではなく、公立病院ゆえに継続した医師確保も不透明であり、医師の異動もある。(現在医師数7名)　このような地域において、唯一の有床病院と介護施設の連携に障害があると住民に弊害を来すことになる。例を挙げると、病院職員は軽症な施設入所中の患者の時間外受診が多いと感じ、施設職員からはそういった病院職員の態度に不満を感じるといったすれ違いを生じていた。何故すれ違いを生じていたのか。問題提起をしたところ病院職員、介護職員ともに「お互いのことをよく知らない」という意見が出た。また、介護施設職員から勉強会に参加したいが、開催場所が遠方のため仕事を休んでの研修になかなか参加できないという意見もあった。そこで良好な連携を築く切り口として、2年前から介護士対象勉強会を定期的に開催することとした。年間4回の開催とし、会場は各施設または町民センターを利用した。対象者は医療圏内の病院、診療所、歯科医院、介護施設で勤務する職員、ケアマネージャーとした。会場確保、各施設への連絡、当日準備は行政の健康推進課担当者に協力を得た。勉強テーマは、医療圏内の介護施設で働く介護職員にアンケートを取り、要望の高い内容と院内看護師が介護職員と共有したい内容を選定した。選定したテーマに合わせ、医師、院内看護師、地域の歯科医師に講義を依頼した。講義時間は介護職員が仕事終了後に参加可能となるように18:30〜19:30の1時間とした。講義形式は問わないこととした。講義終了後、講義内容についてアンケートをとり、次回案内を必ず行った。計7回開催し、参加者は平均66名であり、回を重ねるごとに増加傾向にあった。体験型講義では異なる施設職員が協力して積極的に取り組んでいた。この活動の中で院内職員と施設職員との間だけでなく、異なる施設の職員も顔が見える関係を構築する一助となったと考える。また勉強会をすることで共通認識・共通言語を再認識し地域医療の底上げの一助となったと考える。

　一方で講義を担当する看護師が自分の担当時以外に出席出来なかったことなどから、介護職員のニーズ・理解度の把握が難しく、また講義に不慣れなものもいたことから2週間前には医師とともに内容の確認・修正を行った。今後は当院の看護師も積極的に参加者として加わり、講義担当したものが次の指導者になる風潮を作っていきたい。

　医師主導ではなく、看護師、行政担当者とともに運営・計画を行うことで安定した勉強会の開催と今後の地域の自主性につながるのではないかと考える。当院での活動を報告すると共に皆様のご意見も伺いたい。

**口演９　高齢者福祉施設における肺炎治療を考える**

○鈴木和仁

道北勤医協宗谷医院、宗谷在宅医療推進ネットワーク協議会

2025年まであと10年、2014年には医療介護総合推進法が可決され、病床機能報告制度が開始された。今後2017年に向けて、都道府県毎に地域医療ビジョンが作成され、医療介護提供体制の再構築が開始されようとしている。

医療資源や介護資源の少ない北海道の過疎地域においては、地域の医療介護提供体制の維持を考えた際に、地域の基幹病院の救急機能・急性期機能維持は極めて重要な要素となる。しかし、一方では、地域の高齢化の進行とともに、病院外来・入院に占める高齢者の割合は急上昇しており、重篤な救急患者を入院させたくても、認知症高齢者がベッドを占有しているために

救急患者の受け入れが出来ないという事態も起こっている。

　我々は20011年より在宅療養支援診療所として、稚内市において外来医療と在宅医療の提供を行い、在宅での看取りに加えて、高齢者施設での看取りも積極的に行ってきた。また、認知症を合併した高齢者の肺炎治療について、出来るだけ基幹病院に負荷をかけないこと、患者さん自身にもメリットが大きいと考えられることから、施設内で完結する肺炎治療を実践してきたので、その現状を報告する。

　道北勤医協宗谷医院は、2013年4月より稚内市特別養護老人ホームＲと嘱託契約を結び、入所者の健康管理・苑内看取りを実施してきた。2013年は4名、2014年は18名の苑内看取りを行った。

　肺炎については、認知症高齢者が急性期病院に肺炎治療で入院した場合、多くは体幹抑制となり、肺炎は軽快しても、嚥下機能・ADLともに大きく低下して戻ってくる入所者が非常に多いため、嘱託契約の時点で以下の様な取り決めを行った。

1. 治療場所の選択(苑内か市立病院か)は家族にしていただく
2. ほとんどは誤嚥性肺炎であるが、大量の誤嚥が認められない限り、絶食にはしない
3. 抗菌剤投与は実施する、経口摂取可能となるまで点滴、その後経口に変更
4. 急変時、治療無効時は苑内での看取りとする

2013年4月から2015年3月まで、苑内で発生した肺炎は29例であった。

発症時より著明な酸素濃度低下を認め呼吸苦の強かった2例は即日転院(ともに翌日死亡)

発症時より抗菌剤治療を行ったが改善せず、家族が転院を希望した1例(7日後に死亡)

苑内で治療終了26例(肺炎で死亡3例、肺炎治癒後に他疾患で死亡4例、治癒19例)

以上より、苑内で発生した肺炎の死亡率は21%であった。

急性期病院において急性肺炎入院患者の全死亡10%・肺炎による死亡2%という報告もあるが、限られた医療処置しか出来ない高齢者施設で、ADL・経口摂取を維持しながら、比較的高い治癒率となったことは、自分自身にとっても驚きの結果であった。

　認知症高齢者の人権に配慮しながら、その人らしい生き方を貫く医療介護が求められている。日常生活を継続しながら、絶食にもせずに行う肺炎治療は、地域基幹病院の入院機能を守る上からも、多くの高齢者施設で検討してみる課題であると考える。

**ポスター１　函館稜北病院における⊿ｅＧＦＲを利用した**

**糖尿病性腎症患者の人工透析導入予防活動報告**

○吉田清司、中尾健、佐々木悟

函館稜北病院

【はじめに】2014年11月の国際糖尿病連合(IDF)の発表によると世界の糖尿病患者は、3億8,000万人以上で世界人口の1/7にあたる。日本でも厚生労働省の「2012年国民健康・栄養調査結果」の推計で950万人と推定され今後も増加が予想される。また合併症である糖尿病腎症患者も増加し、人工透析導入の最大疾患となっている。

【目的】今回、日本慢性疾患重症化予防学会の平井愛山先生の指導を得て、透析予防の活動を開始したので報告する。

【方法】カルテ調査で、2014年11月現在当院通院中の患者の中で、過去6か月に糖尿病治療薬を処方している843人について、過去40か月の⊿ｅＧＦＲを算出した。その結果ｅＧＦＲ値が６になった時点を透析導入とし、今後3年以内に透析導入予測の患者が53人検出された。

【結果】2015年2月現在で、すでに透析導入となった患者は4人で今回の対象から外した。透析導入予測患者は、2015年：21人、2016年：19人、2017年：13人であった。

その患者から、ｅＧＦＲの測定が3回未満の場合は値の信頼性が確かではないため除外し、他に年齢・合併症などで人工透析導入対象から外れた患者を除いた。その結果、介入可能な患者は、2015年：4人、2016年：5人、2017年：2人の11人であった。

【考察】今後3年以内に透析導入予測患者が53人検出され、介入可能な患者が11人であった。年齢が若いケースも多く見受けられた。今後、11人の各患者ごとに介入し、⊿ｅＧＦＲの傾きを緩やかにして透析導入予防につなげていきたい。

【終わりに】透析予防活動は始まったばかりで、今回の発表は患者のピックアップ方法までであったが、次回の学会までに介入後の報告を予定している。

**ポスター２　総合医を大きく伸ばす『大変な経験』の特徴**

○樋口智也

北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

勤医協中央病院　総合診療・血液病センター

【目的】後期研修開始後1年間で院内外を問わず、入院中に担当した患者で15例の死亡症例を経験し、様々な感情や学びを得た。一般的には大変な経験が専門家としての熟達化を促すと言われているが、医師の成長との関連については検討されていない。総合医が患者の死亡をどのように感じ、成長していくかについて考察を行い、成長を支援する方法についても検討した。

【方法】2014年4月1日から2015年3月31日までに経験した死亡症例15名を対象にした。原因疾患、自覚する大変さ、成長の分布を調査し、大変さと成長との関連、大変さの他に成長に関連する要因について評価を行った。

【結果】原因疾患は悪性腫瘍5例、急性疾患８例、慢性疾患2例。すべてが大変なわけではなく、大変33％・少し大変40％・大変でない27％とおおよそ3分の1ずつであった。大変だと感じた症例では先行きが見通せず（把握困難）、自分の手に負えない（処理困難）、意義を感じられない（意義不明）という傾向があった。必ずしもすべての症例で成長を実感できるものではなく、割合は成長13％・少し成長60％・成長しない27％であった。態度面の変化を成長と感じ、知識・技術面の拡大を少し成長と捉えていた。自覚的な大変さと成長には相関があるが、大変な症例でのみ大きな成長が得られた。その他、研修医自身の目標も成長に影響したが、フィードバックなしでは大きな成長は得られなかった。

【考察】学習者がたつ状況はComfort zone、Learning zone=Discomfort zone(大変な領域)、Panic zoneの３つに分けられる。Discomfort zoneにおける経験でのみ学習が生じると言われ、今回の経験と合致している。成長するためには大変な症例の経験を繰り返すことが必要と考えられる。また研修医自身の目標よりも他者からのフィードバックにより学習サイクルが促進され、確実な成長を促すことが分かった。

【Clinical Pearl】

研修医には大変な事例をぶつけよう！ただしフィードバックを忘れずに！

**ポスター３　ライフレビューによりライフサイクル課題(老年的超越)を**

**達成することができた事例**

○佐賀加奈子

北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

道東勤医協釧路協立病院総合内科

【目的】

加齢や疾患で多くのものを失ってきたはずの患者であったが、施設入所後に患者本人が「幸福感」を強く感じておりなぜそのような転帰になったのか、自分に何ができていたのかを探り今後に生かしたいと考えたため。

【症例】

15年前に夫が死亡しうつ病のある長男と同居していた。2型糖尿病に対してインスリン治療をしており、インスリンは長男が管理していた。1年前に長男が患者のインスリンを使用し自殺してから、忘れ形見の猫1匹と生活し始めた。その際、インスリン投与が必要な状態ではあったが自己管理が困難と判断してインスリンから内服薬に変更になった。2ヶ月前に食生活の悪化に伴い糖尿病コントロールが悪化し入院となったが、在宅調整をして退院となった。頻回嘔吐の後に吐血したため救急搬送され、尿路感染症、ﾏﾛﾘｰﾜｲｽ症候群と糖尿病性ケトアシドーシスの診断にて入院加療を行った。インスリンの持続投与、抗菌薬投与により病状は改善した。リハビリ目的に回復期リハビリ病棟に転科していく中で、過去を振り返ることで本人の「その人らしい生き方」が明らかになり元の生活ではなく施設入所することになった。その後訪問診療に行くたびに「幸せだ、施設に入ってよかった」という発言が認められ、インスリンによる糖尿病治療も実施できるようになったため安定して生活をしている。

【考察】

夫、長男などの喪失体験や食生活の自由、加齢に伴う身体的変化などがあり大変な患者であったが、入院中の何気ない会話で一緒に過去を振り返ることができ患者本人が幸福感を持てた症例であった。ライフレビューを行う事によって長い人生の中で蓄積してきたその人らしい生き方を患者さん本人が再認識できて今後の生活に関してイメージを付けることができるようになった。また主治医としても「未来の見えないおばあちゃん」ととらえていたが、今後の生活に関して一方的に選択肢を提示するのではなく「一緒に未来について話せる人」になった(共通基盤に立った)。死が差し迫ってはいないが身体的、環境的にもいろいろなものを失って未来に対して考えが及ばなくなっている高齢者においてライフレビューをすることで老年的超越を促すことができることが分かった。老年期にかかわらずライフレビューはあらゆるライフサイクルで有用かもしれない。

**ポスター４　院内コンサート開催を通じて再認識した、私のミッションステートメント**

○勝田琴絵

北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

勤医協札幌病院

【はじめに】

なぜベテラン医師は患者一人一人のことを何でも知っているのか。院内コンサートを通じて、患者に関心を持ち深く知ることの重要性がわかり、医師としての在り方を見直す機会となったため、報告する。

【背景】

地方中規模病院研修中の事例

(場所：釧路市　病院概要：内科一般40床、療養40床、外科・整形外科40床)

【事例】

脳梗塞後遺症のある70代男性が、誤嚥性肺炎で入退院を繰り返すうちに、ADL・嚥下機能が著明に低下し自宅退院が困難となった。ICFを用いた情報収集や症例カンファレンスを通じて、患者がこれまで、大好きなクラシック音楽と共に自宅で優雅に暮らしていたことがわかり、病棟スタッフと共に院内コンサートを企画・開催した。コンサートには、休日にも関わらず予想以上の数の職員が会場準備、患者の移動などのために駆け付けた。また演奏中は、当該患者だけでなく、他の患者も生き生きとした表情で参加し、非常に感動的だった。疾患の治療後や退院後のQOLだけでなく、入院中の「今」のQOLを高めることも可能であることを知り、患者のニーズをとらえることの大切さを痛感した。この経験から、患者のことを知るために、外来等で職業や趣味などについてもう一歩踏み込んで質問するようにしたところ、自然に患者個別のケアが提案できるようになった。

【考察】

「一緒に働くスタッフ皆と笑顔で楽しく仕事をすること」。これは自分が目指す働き方であったが、医療現場は時に緊迫しており、現実は甘くなかった。しかし事例では、コンサート開催という患者を大切にする行動には自然と多くの人が集まり、偶然やりたかった働き方が実現できた。この「患者を大切にする行動」のためには、患者について深く知り、ニーズを読み取ることが必要だが、事例ではカンファレンスを行うまで気づくことができなかった。患者のことを「深く知る」ことは、身近にいるベテラン医師が当然のこととして日々実践していた。なぜベテラン医師は患者のことを何でもよく知っているのか。それは、NBPCの要素の1つであるCo-creation、つまり患者が自分のことを語ること、何気ない趣味の話を語ることによっても、疾患や障害を負うという混沌とした経験を整理し、新しい意味づけを行うこととなり、また医療者が聞くことによって、患者自身が過去に新たな意味を見出し人生の新しい1ページを創る支援ができるからではないかと考える。さらに、ベテラン医師は、プロフェッショナリズムの要素の一つである「人間性＝相手を大切に思う力」を持つからこそ、これらを自然に実践できるのだと考える。

【結語】

「人間性」を磨いて、患者も一緒に働くスタッフも皆が笑顔で過ごすことを目指していきたい。

**ポスター５　悩みながら歩くこと　―医師としてのidentityが揺さぶられた症例―**

○五十嵐衣つ華

北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

オホーツク勤医協北見病院

【はじめに】

一人の患者さんと出会い、医師としてのプロフェッショナリズムを再考した。診断が確定しない中、ケア・検査・治療を拒否する患者さん。医師として、何もできないというもどかしさを感じ、自分は何のためにいるのかと気持ちを大きく揺さぶられながらも、最後まで寄り添い、自分も一歩成長できたのではないかと感じた症例であったので報告する。

【症例】

60歳男性。2週間前から食事摂取しなくなり、体動困難となったところ見かねた兄が救急要請し、原因精査、加療の目的で当院入院となった。5年前まで土木の仕事、兄と二人暮らし、喫煙なし、飲酒なし、ギャンブルなし。兄曰くもともと変わり者で他者とのコミュニケーションは苦手なほう。結婚歴なし、親しい友人なし。入院後、検査、治療、ケアをすべて拒否。本人の希望は「静かで暖かいところで過ごしたい」ということだったが、それ以上の話はほとんどできなかった。急変を繰り返しながら、何度もコミュニケーションを図る中で、入院18日目に造影CTの同意が得られ、進行S状結腸癌、多発肺膿瘍、肺動脈塞栓症、右腸骨静脈血栓症の診断を得た。予後は数日であろうと予測され、検査の5日後に、静かに亡くなった。

【考察】

　検査も治療も拒否する患者に、自分は医師として何もできないと悩み、考えていることも汲み取れず、「幸せそうじゃない」と評価している自分も嫌だった。少しでもQOLがよくなるようにと考えるうえで、その人がどのように物事を意味づけたり、価値づけたりしているかを知ることは非常に重要であるといわれている\*1。聴かせてもらったものを、「ナラティブ」と呼ぶ考え方がある。リチャード・ゼイナー氏は、物語（ナラティブ）は「贈り物」だと述べる。医学が通用しない状況、倫理的な難しい判断に立たされた時にわたしたちができることは語り合うことしかない\*2とも言われている。

　しかし、ナラティブを聴かせてもらえない状況はたくさんあり、今回もそうだった。「またきますね」の言葉には一度も拒否がなかったことや、兄にとっても納得のいく最後であったことから、聴かせてもらえない状況でも寄り添っていくこと、その人にとって何がよいのかを考える過程を周囲の人と共有することが大切だと気づいたので、今後に生かして行きたいと思う。したがって、今回は医師としてなにもできなかったわけではなく、 本人をとりまくものの一人として、過程を大切に本人、周囲の人々（兄、スタッフ）と悩みながら歩くことができた事例と考える。

**ポスター６　高齢者の不定愁訴に対し社会的背景としての**

**家族に介入し問題解決に至った一例**

○向坊賢二

北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）後期研修医

道東勤医協釧路協立病院総合内科

【はじめに】不定愁訴で外来頻回受診となっていた患者に対し、同居の夫の認識や行動を変えたことで患者本人の状態を安定させることに成功した症例を経験した。この事例を通してBPSモデルの有用性を実感できたことから報告する。

【症例】85歳。女性。以前より高血圧などで当院定期通院されていた。5年前までは地域の老人クラブでも中心的な人物で社交的な方であった。5年前に交通事故で腰椎圧迫骨折して以来下肢の痺れが出現するようになり、徐々に老人クラブにも通わなくなってしまった。同時期から全身倦怠感やめまいなどの訴えで受診を繰り返すようになった。救急車による受診頻度も増加傾向であったことから薬剤調整や全身精査目的に当院内科病棟入院となり主治医として担当した。

【経過】生物学的な問題として、全身倦怠感、浮動性めまい、発作性発汗などがあり、血液検査、CT、MRIを行い身体疾患の除外を行った。心理学的な問題として、興味喜びの消失(料理、老人ｸﾗﾌﾞへの不参加)、抑うつ気分がありうつ病の可能性が高いと判断した。また、他人との関わりに不安があることからディサービスを拒み、家のことは他人に任せたくないという性格から自宅への訪問系サービスも拒否的であることがわかった。社会的な問題として、発作的に出現する本人の愁訴に対し、夫も一緒になってパニックになっており、症状の増悪に関与しているということがわかった。以上の問題点から、介入として、抗うつ薬の開始、本人・夫・遠方の長女に対しての病状説明を行った。病状説明では、様々な症状は精神疾患による身体化症状である可能性が高いこと、進行性の病気や急変するような疾患ではないということを説明した。また、急変時には救急車を呼ぶのではなく病院へ電話連絡をするように指導した。それ以後、夫は本人に対して落ち着いて支持的に関わることができるようになった。退院後の通院では仲良く夫婦で受診され、夫の協力を得ながら少しずつ自宅での役割である家事ができるようになっていった。数か月の経過を経て不定愁訴も改善していった。

【考察】Engelは人間の疾患あるいは病いを「生物-心理-社会的」な要因のシステムとしてとらえるモデルを提唱した。本症例では当初、生物学的問題のみで解決を試みようとしたがうまくいかず、病状説明の中から家族である夫の存在と患者の病いとの関係に気づかされ、そこから心理-社会的問題への介入を行うことができた。患者-夫の強い関係性を維持しながらうまく修整することで、自然な形で患者の家庭での役割を復帰させることに成功し、症状の改善に結び付いたと考える。

**ポスター７　組織変革の小さくて大きな一歩「ACLSチーム」発足**

○菅藤賢治

北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

勤医協中央病院総合診療・血液病センター

【カバーレター】

　自身が後期研修後半の2年間所属していた病院で，急変対応改善に取り組み始め，2年間でACLSチーム発足に至った．それだけでなく，病院の風土の変革も起こすことができた．病院総合医としての中核的能力の一つである病院医療の質改善を果たせた事例であり，自身の成長につながったため報告する．

【事例】

　自身が所属していた勤医協札幌病院は，これまではベテランの専門医が中心に医療を展開してきたため，急変対応に関してACLSを知っている人間が限られていた．

　そのため，まずはACLS講習会を提案したが，全く実現に向かわなかった．方向性を変え，急変事例の振り返りや研修医向けのACLS練習会を定期開催していたが，急変対応が改善されていく様子は無かった．

　そのような経過の中で，院内複数科を巻き込む急変事例が発生．その振り返りを通して自身たちの活動が認められるようになり，ACLSチームをつくることになった．

その後実際に医師・看護師でチームを作り，第1回目の講習会を開催することができた．その振り返りの経過の中で，チームに関わった看護師の急変対応に対する意識がかなり向上したことや，学びを元に急変対応のシステム改善に独自に着手するなどこれまでには無かった自立した改善への取り組みが見られた．

2015年度は自身が転勤になるため，次年度に向けてどのように引き継いでいくのかが今後の課題となっている．

【考察】

　2年間でACLSチームを作るだけでなく，組織として自立して学ぶ第１歩の手伝いをすることができたと実感している．明確なビジョンとその都度目的をもって取り組んだことで成功することができたと考えられる．

　また，今回の取り組みを振り返ることで組織変革やチームマネジメントに必要な知識を学ぶことができた．

　今後病院総合医として働く中で大きな糧となった２年間の取り組みであった．

参考文献：

学習する組織　現場に変化のタネをまく　高間邦夫著　光文社新書

最強組織の法則　新時代のチームワークとは何か　ピーター・M・ゼンゲ著　徳間書店

**ポスター８　ゆったりしっかり後期研修「彩～いろどり～」の開発と**

**女性医師向けの後期研修プログラムに関するニーズ調査**

○大久保彩織

北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

勤医協札幌病院　内科

【背景】

女性医師の割合は年々増加しており、3割を超えている。29歳以下では38％に及ぶ。女性医師の活動率は35歳が76％と最も低く、離職理由は「出産」が70％と多くを占めている。

プライマリ・ケア連合学会のセミナーでもキャリア支援企画が行われ、全国的には女性医師向けに後期研修や復職支援プログラム(以下PG)が作成されているが、まだ少ない。道内では個別対応はあるが、後期研修PGとしてアピールされているものはない。

自身の経験からも、出産や子育てをしながら後期研修を継続し、専門医取得や将来のキャリアを安心して描くことは難しく、PGとして整備される必要性を感じた。

【目的】

①自身の研修を試験的導入とし、子育て中の女性医師が安心して働き続け、キャリアアップも諦めない後期研修PGの作成

②女性医師の率直なニーズを明らかにし、プログラムを最適化していくこと

【方法】

①医学教育プログラム開発-6段階アプローチ(David E.Kern)を用いて、自身のニーズを中心に仮説を立て、既存のリソースを活用して研修を開始。

・既存の制度（産休・育休1年間、当直・時間外勤務免除、時短勤務の常勤）全て利用する。

・研修内容は外来・訪問診療を軸にコモンディジーズをより深め、地域ケアにも重きを置く。

・定期的な振り返りとプロジェクト活動を勤務時間内に進められる“研修単位”(2単位/週)を設ける。

・家庭医療専門医取得を目指す。

・PG名を決め、ロゴとポスターを作成する。

②協力の同意を得た女性医師に半構造化面接を行い、重要な概念を抽出し、質的研究として論文化予定である。

【結果】

①当直や時間外勤務免除かつ時短勤務の常勤を継続している。外来・往診を深め、個々の特性を活かした活動・研究を勤務時間内の“研修単位”を利用し進めている。定期的な振り返りも勤務時間内に実現できている。PG名を決め、ポスターを作成することで、外部へ情報発信を行うことが可能となった。

②独身、子育て期、巣立ち期6名の女性医師からインタビューを終え、「PG期間は短期間より研修ペースに合わせて5年程度を望む」「独自の強みがあると良い」など重要な概念を随時取り入れ、質改善に努めている。インタビューを行った２名の女性医師が段階的導入として登録し後期研修中である。

【考察】

後期研修PGを整備することで既存の制度を抵抗なく利用できる助けとなった。勤務時間内の振り返りの実現により、PGを利用した３名全員の安心と個々の強みを活かした成長に繋がっている。男性や病中病後の人への適応は今後の検討課題とする。質的研究結果から論文を作成し、広く公開することで批判を得て更に改善に活かし、他地域・施設で同様のPGが広がる一助となることを期待する。

【結論】

多様な女性医師のニーズに合わせた後期研修PGを作ることができた。質的研究からよりコアとなるニーズが明らかになる可能性が示唆された。

**ポスター９　ACGME Milestoneを利用した新しいコンピテンシー評価**

○尾形和泰、佐藤健太

北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター（GPMEC）

勤医協札幌病院　内科

2013年4月厚生労働省「専門医の在り方検討会」で、19番目の基本領域として総合診療専門医が追加され、2017年から新しい専門医制度が開始することが予定されている。現在、日本専門医機構の「総合診療専門医に関する委員会」などで専門研修プログラムの整備指針などが議論されている。

2015年4月20日に公開された、「総合診療専門医に関する委員会の報告書」によれば、到達目標として6つのコンピテンシー等が示され、アウトカム基盤型の教育方法として注目される。

米国のACGME（Accreditation Council for Graduate Medical Education）が、1999年からOutcome Projectを開始し、6つのコアコンピテンシーを共有し、日本国内でも北海道勤医協などで初期研修や専門医研修にアウトカム基盤型教育として応用している。最近検討されている新しいシステム（Next Accreditation System）の1つにマイルストーン（Milestone）がある。

全日本民主医療機関連合会（以下、全日本民医連）医師臨床研修センター（イコリス：aequalis）ではこのACGMEのMilestoneについて、いくつかの分野の翻訳作業を実際に研修指導に従事している全国の指導医を中心に進めており、今回その概要を報告する。

ACGMEでは、27の専門領域について、各領域1から13の分野にわけて、Milestoneが作成され公表されている。各Milestoneは6つのコアコンピテンシーについて、20以上のサブコンピテンシーを分類してそれぞれ4,5レベルの到達目標を具体的な表（Work Sheets）に設定している。専門分野によっては、具体的な評価方法についても言及している。

全日本民医連ですでに翻訳したいくつかの分野のMilestone Work Sheetsを供覧し、その運用方法や、総合診療専門医・初期研修医教育などへの応用、Milestoneに関するFDワークショップ等について提案する。