

# 第8回北海道地方会 一般演題（口演）抄録集

オンライン開催：令和3年6月26日（土）14：00～15：00

一般演題：5題（発表6分、質疑応答3分）

座長：若林 崇雄（JCHO 札幌北辰病院）

## □演1 「劇症型G群溶血性連鎖球菌感染症の1例」

○大井利起<sup>1)</sup>、水戸啓貴<sup>1)</sup>、木佐健悟<sup>1)</sup>

1) JA 北海道厚生連俱知安厚生病院総合診療科

## □演2 「不適切な受療行動に対してプロフェッショナリズムに困難を感じたが、良好な関係を築くことができた一例」

○鈴木啓太郎<sup>1)</sup>、川口篤也<sup>1)</sup>、林誠也<sup>1)</sup>

1) 道南勤医協函館稜北病院

## □演3 「Shared decision making(SDM)を活用し治療方針の決定を行った1例 家族間での治療方針の相違の解消にもSDMは役立つツールである」

○高宮陽介<sup>1)</sup>

1) せたな町立国保病院 GPMEC（北海道勤医協総合診療・家庭医療・医学教育センター）

## □演4 「慢性期病院における外来トリアージシステム導入の取り組み」

○神田直樹<sup>1)</sup>、松浦武志<sup>2)</sup>、臺野巧<sup>1)</sup>

1) 勤医協中央病院 総合診療科 GPMEC（北海道勤医協総合診療・家庭医療・医学教育センター）

2) 勤医協札幌病院 内科 GPMEC（北海道勤医協総合診療・家庭医療・医学教育センター）

## □演5 「ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン接種推進のための活動報告」

○木村 信之<sup>1)</sup>

1) 耳原総合病院/北海道家庭医療学センター 向陽台ファミリークリニック

## 口演 1 劇症型 G 群溶血性連鎖球菌感染症の 1 例

○ 大井利起<sup>1)</sup>、水戸啓貴<sup>1)</sup>、木佐健悟<sup>1)</sup>

1) JA 北海道厚生連俱知安厚生病院総合診療科

【症例】87 歳、男性

【主訴】悪寒戦慄、発熱、血圧低下

【現病歴】要介護 3 で介護老人福祉施設入所中。慢性心不全、連合弁膜症 (severe MR、moderate TR)、ペースメーカー植込み後のため通院中。悪寒戦慄、40.5°C の発熱と血圧低下のため当院へ救急搬送となった。来院時のバイタルサインは BP85/60mmHg、HR85 回/分、BT38.5°C、RR30 回/分、GCS E3V3M5、SpO<sub>2</sub>99% (3L/分 鼻カヌラ) であった。血液検査結果と併せて敗血症 (SOFA スコア 7 点: 呼吸 0 点、凝固 2 点、肝 0 点、循環 1 点、意識 2 点、腎 2 点) と診断した。tazobactam/piperacillin (TAZ/PIPC) による初期治療を開始した。第 4 病日には、入院時に採取した血液培養 2/2 セットから G 群溶血性連鎖球菌 (Group G streptococcus: GGS) が分離され、診断基準 (IA. 通常無菌部位からの分離、II A. 血圧低下、II B. 2 つ: 腎障害、凝固異常) より劇症型溶血性連鎖球菌感染症と確診した。血管収縮薬を使用せずに補液のみでバイタルサインは安定化した。薬剤感受性検査結果判明後は ampicillin (ABPC) と clindamycin (CLDM) の併用に変更した。経過中、経胸壁心エコー及び全身 CT 検査を行うも感染巣を指摘出来なかった。修正 Duke 診断基準 (小基準 3 つ: 素因、発熱、微生物学的所見) より感染性心内膜炎の可能性があるため血液培養陰性化を確認の上、合計 34 日間の抗菌薬治療を行い軽快し第 40 病日に退院となった。

【考察】劇症型溶血性連鎖球菌感染症は  $\beta$  溶血性連鎖球菌により引き起こされ、突然発症し多臓器不全に至る重篤な感染症で致死率は 30~60% と非常に高い。1987 年に米国で最初に報告 (日本は 1992 年) され、「人食いバクテリア」と俗称される事もある。全数報告対象 (5 類感染症) であり、診断した医師は 7 日以内に最寄りの保健所に届け出なければならない。院内でのアウトブレイクも報告されており、感染対策として標準予防策を遵守する。国内では毎年 100~200 例の報告数があるが、近年は増加傾向にあり 2019 年は過去最高の 894 例であった。抗菌薬治療にはペニシリン系: penicillin G (PCG)、ampicillin (ABPC) が用いられるが inoculum effect のため菌量が多い場合には抗菌活性が低下する。そのため単剤よりも clindamycin (CLDM) の併用が推奨されており同薬剤による治療を行った。従来、GGS は咽頭や皮膚の常在菌の 1 つで病原性がないと考えられており、臨床的に重要視されて来なかった。近年、A 群に類似した致死的な感染症の報告が数多くされるようになり、病原菌として社会的注目を集めている。日本国内では 2003 年に 1 例のみの報告であったが、2017 年には 76 例の報告がある。今や全体の約 20~30% を占め A 群に次ぐ割合となっている。この増加現象は菌種よりも宿主側の要因が極めて大きいとされている。感染巣として軟部組織の次に、菌血症が多い。本菌による劇症型感染症は高齢者に多く、若年層にはほとんど認めないという特徴がある。このため超高齢社会の突入に伴い今後より一層重要な問題となりうると思われる。

**口演 2** 不適切な受療行動に対してプロフェッショナルリズムに困難を感じたが、良好な関係を築くことができた一例

○鈴木啓太郎<sup>1)</sup>、川口篤也<sup>1)</sup>、林誠也<sup>1)</sup>

1) 道南勤医協函館稜北病院

【症例】77歳男性

【既往歴】慢性心房細動、高血圧、アルコール性肝障害

【背景】当院に10年前に1年間だけ通院歴あり。他院に通院変更していたが、他院とのトラブルや当院の特定のMSWへの頻回の電話相談歴あり。

【経過】2020年11月某日、前医から通院変更と眠剤処方希望で患者は紹介状なしで受診した。私は予診票と過去の診療録を見た時点で自分の中に陰性感情が生じた。診察室で受診理由を聴くと、前医で新規処方されたロゼレムによって発汗や不眠の悪化が生じて死ぬ思いをしたため当院に通院変更し、元の眠剤を処方してほしいとのことだった。患者の話は整合性が合わないことも多く、以前の薬手帳通りの眠剤処方を患者から求められたが、紹介状がなく前医の処方では体調不良をきたしていたこと、眠剤の変更理由が不明であったため希望通りの処方できない旨を伝えた。患者は「医師同士の信義があるからか」と憤慨し、私は再度陰性感情を覚えた。その後、患者に対し信頼関係の構築と情報収集が必要であることを何度も説明し、最低限必要な降圧薬と抗凝固薬のみを処方する方針に渋々同意され、私の外来を予約して帰宅となった。後日、指導医との振り返りでアドラー心理学の提唱する「課題の分離」ができていないことが陰性感情の由来と認識した。課題の分離を学び、以後は自分の課題に徹することにしたところ、その後も患者は通院継続しているが、陰性感情の出現なく円滑に診療することができている。

【考察】米欧合同医師憲章の10個の責務のうち、「患者との適切な関係を維持する責務」に本症例では困難を感じたため①自己認識と②社会的認識の枠組みを用いて情報を整理した。①については紹介状を持参せずに、眠剤処方を希望する患者への陰性感情と、一方で家庭医を目指す医師として信頼関係を築いていくべきという思いがあった。②については患者を当院管理にすることで今後トラブルを起こしてしまうのではないかとということが考えられた。陰性感情の対処が重要であると判断し、アドラー心理学の「課題の分離」を実施した。「課題の分離」とは、「課題に直面した際にその課題の最終的な末路の責任を負うのが誰かを考え、課題が誰に属するかを仕分けし、自分の課題のみに真摯に向き合うこと」という概念である。課題の分離を行うことで、自分が徹すべき課題がわかり、他者の課題に踏み込まないようにすることで陰性感情の出現を防ぐことができる。初回の診察では「紹介状の持参」、「通院変更」といった患者側の課題に意図せず踏み込んでしまっていたため陰性感情を生じていた。自己の課題である「情報収集」「信頼関係構築」「説明責任」に徹することで、陰性感情を抱くことなく、良好な関係性でその後の外来診療を継続できるようになったと思われる。この経験が自分の陰性感情の出現傾向とその対処法の習得に繋がり、プロフェッショナルリズムを見つめ直す貴重な機会となった。

**口演 3****Shared decision making (SDM) を活用し治療方針の決定を行った 1 例  
家族間での治療方針の相違の解消にも SDM は役立つツールである**

○高宮陽介<sup>1)</sup>

1) せたな町立国保病院 GPMEC(北海道勤医協総合診療・家庭医療・医学教育センター)

患者本人、キーパーソンの娘と施設スタッフで、入院はせずに施設で最期を迎えるという希望を共有していた症例である。しかし娘が認知症となりキーパーソンが孫へ代わり、その希望が曖昧となり入院加療を受けることになった。そこで、**Shared decision making** のモデルを利用し、改めて、それまでの本人の希望を共有し施設看取りを実践できたので報告する。

【症例】100 歳代 女性 アルツハイマー型認知症があり ADL は全介助

【経過】90 歳頃からグループホームに入所していた。キーパーソンは娘で、施設スタッフと入院治療はせずに施設で看取る方針となっていた。しかし、3 年前に本症例とは面会もほとんどなかった孫がキーパーソンへ変更となった。2018 年 4 月から発表者が訪問診療担当医となった。その約 2 ヶ月後、本症例が肺炎を発症した。本来なら入院での治療が望ましいが、これまでの本人・娘の希望から施設内でできる治療を行う方針とし、孫に電話で病状説明した。しかし、孫は医療体制の整った入院での治療を強く希望された。この経過をきっかけに、これまで患者本人と娘、施設スタッフで共有してきた「入院はしないで最期まで施設で暮らしたい」という希望と、新しいキーパーソンの「疾患があれば医療機関でしっかり治療してほしい」という考えに相違があることが表面化し、改めて話し合いの場が必要と判断した。よって、カンファレンスを開催し **Shared decision making** のモデルを利用し、今後の方針を決めることにした。参加者は孫夫婦、施設長、訪問診療看護師が参加した。**choice talk** では今後起こりうることを説明し、改めて本人・スタッフの希望を共有した。**option talk** では、できる対応を詳しく紙に書いて説明した。そして **decision talk** に移った。孫の言葉は「このような詳しい話はこれまで聞いてこなかった。今後は入院しないで施設でできる範囲の対応をして欲しい。心臓が止まったら蘇生行為は必要ない、私達も望まないし本人も望まないだろう。」と、これまでの本人、娘、施設スタッフの希望を理解され、それに沿う考えへと変わった。新しいキーパーソンとの間の方針の相違を解消することができた。

【結語】SDM は患者の意思決定における実践的なツールである。今回のような家族間での意見の相違の解消においても有効であった。不確実性の中で話し合うので ACP を進めるうえでも役立つと考える。

#### 口演4 慢性期病院における外来トリアージシステム導入の取り組み

○ 神田直樹<sup>1)</sup>、松浦武志<sup>2)</sup>、臺野巧<sup>1)</sup>

- 1) 勤医協中央病院 総合診療科 GPMEC(北海道勤医協総合診療・家庭医療・医学教育センター)
- 2) 勤医協札幌病院 内科 GPMEC(北海道勤医協総合診療・家庭医療・医学教育センター)

【目的】所属する慢性期病院の外来では、受付時間順に診察するため、治療介入が必要な患者対応の初動が遅れるなどの問題があった。治療介入の必要度順の診療にするために、外来トリアージシステムを導入し、外来診療の質を改善することを目的とした。

【方法】医療の質改善のフレームワークの1つである FOCUS-PDCA を活用した。[Find (問題点を探す)]受付時間順の診療では治療介入が必要な患者に不合理な待ち時間が生じていることに着目し、[Organize (組織を形成する)]外来を担う職員に声をかけ、トリアージ導入・改善に関わるチームを組織し、[Clarify (最新の知見を明らかにする)]チーム内で日本の救急外来で用いられている JTAS (Japan Triage and Acuity Scale) の理解を深めた。[Understand (ばらつきの源を理解する)]外来職員全員にアンケートを実施したところ、呼吸数測定実施率が 40%であり、呼吸数の重要性への認識にばらつきがあることが判明したため、[Select (問題点を選択する)]トリアージの中でも呼吸数測定の重要性の啓発を行い、JTAS を参考に当院の実情に即したトリアージシステムを構築した。具体的には「全身状態」「症状」「バイタルサイン」の3項目からフローチャートで重症度を赤・黄・緑の3段階に簡単に分類できるようにした。[Plan]導入に当たっては、職員向けの学習会を開催し、何度かシミュレーションを行ったうえで、[Do]実際の外来診療に導入した。

【結果】[Check]開始2ヶ月後のアンケートでは、77%の職員が高評価を選択し、重症患者の待ち時間短縮に効果があったと回答した。呼吸数測定も回答した全職員が実施していた。一方で「予診票やカルテの記載に時間がかかる」「必要性が実感できない」という否定的な意見もみられた。

【考察】トリアージシステムは、一般的に急性期病院の救急外来で用いられることが多いが、トリアージ内容を工夫することで慢性期病院においても有用なものになることが示唆された。事前の学習会やシステム導入後の現場での実感を通じて呼吸数測定への意識改革が得られた一方で、システム導入の効果を実感していない職員もいることが明らかになった。[Act]トリアージシステム導入の効果を、「実感」ではなく「有症状者の待ち時間短縮の数値化」や「転帰の改善」で測定することや、予診票・カルテ記載の簡易化・成功事例検討会の開催などでこのばらつきを修正することが課題と思われた。

【結論】慢性期病院におけるトリアージシステムの導入には、各施設の実情に即したシステム構築が重要である。またシステムの維持向上のためには、効果の数値化や成功事例の共有などが課題と思われた。

## 口演5 ヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチン接種推進のための活動報告

○木村 信之<sup>1)</sup>

1) 耳原総合病院/北海道家庭医療学センター 向陽台ファミリークリニック

【セッティング】3000人規模の町にある町立有床診療所

【背景】日本において子宮頸がんは年間約1万人が罹患し、約2800人が死亡しており、患者数・死亡者数とも近年漸増傾向にある。子宮頸がんの95%以上は、HPVというウイルスの感染が原因であり、HPVワクチン接種をプログラムとして早期に取り入れた国々では、HPV感染や前がん病変の発生が有意に低下していることが報告されている。しかし日本では「積極的な勧奨の差し控え」以降、HPVワクチンの接種率は極めて低い状況である。

【事前評価】町立診療所で勤務開始から2ヶ月経過し、町内でもHPVワクチンを打っていない事に気がついた。調査すると町内5年間のHPVワクチンの接種率は0%で、その他のワクチンはほぼ100%であった。HPVワクチンがどの程度認知されているか確認するために、養護教諭や保健師、看護師に話を聞いた。副反応が出たニュースは覚えているが、定期接種扱いになっている事はほぼ全員知らなかった。医療関係者でも正確な情報を把握できておらず、町民はさらに把握できていないのではと想定した。

【計画】HPVワクチンについて個人的に再学習し院内で学習会を開催、HPVワクチン接種推奨のプロジェクトメンバーの募集をおこなった。事前評価から情報そのものを知らない人が多いと想定し、正確な情報を知った上でHPVワクチン接種の選択をして欲しいとの思いから、情報を伝える事を目標にした。具体的には、1. 町内の広報誌にコラムを掲載、2. 診療所に予防接種や健診できた親子にHPVワクチンのリーフレットを渡す、の2点とした。

【実行】町内の広報誌にコラムを掲載、リーフレットを46人に配布した。結果として当院の看護師の娘が1人接種した。問い合わせは当院や保健所を含め増えなかった。

【事後評価】コラムに関しては娘がワクチン接種をした看護師曰く、話題になっており迷う人もいたとの事だったが、実際の行動には繋がらなかった。コラムが実際の行動につながらなかったのは、同級生に保健師の親子がおり、その親子が接種しなかったのが影響したらしい。保健師の町内のワクチンへの影響力は大きかった。リーフレットは配布したがワクチン接種に来ているのは0歳から3歳が多く即効性はないと考えた。

【考察】今回はコラム掲載やリーフレット配布を行った。地道ながら医療機関が取りやすく現実的な方策であった。積極的にワクチン接種を行う層は一定数いるので今後も継続的にアプローチしていく。今回の取り組みの限界としては、現在定期接種の対象者へ直接情報を届けられなかった点が挙げられる。改善方法としては、直接学校へ赴いての情報伝達や、10歳前後の子供がいる家庭を狙って病院からの個別通知、来院時に個別で医師・看護師と対話などを検討中である。