

プライマリ・ケア カンファレンス 症例共有会

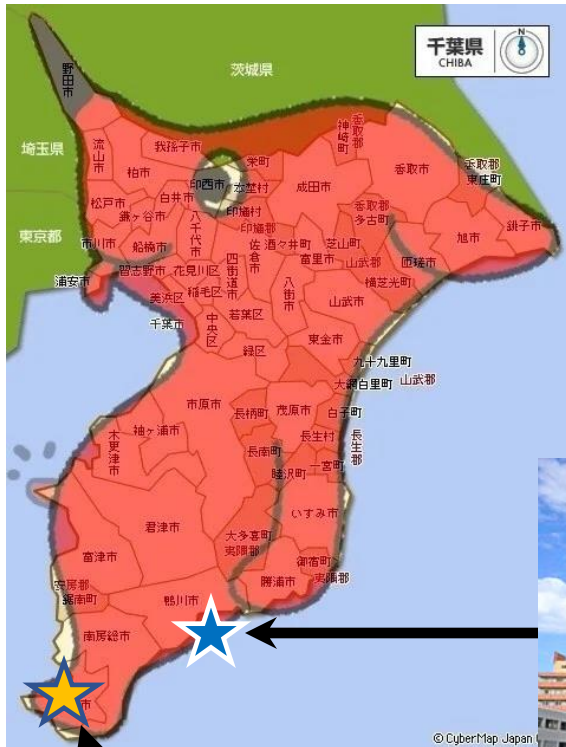
不確実性に耐える

2024/11/6

安房地域医療センター

総合診療科専攻医3年 林 亮佑

舞台 安房地域医療センター



安房地域医療センターは、149床の二次病院。
総合診療科がメインで病棟管理をしている。

亀田ファミリークリニック館山というグループ診療所
を中心とした**亀田家庭医プログラム**の病院コースの研修場所。

亀田総合病院が車で50分の距離にあり、
専門科とも良く連携。

病院家庭医/病院総合診療医を目指すなら、
一度、**安房地域医療センター**に見学へ。

症例 75歳 男性

- ・ 疾患の診断・治療における自分の反省
- ・ 悩みながらも最終的にはうまくいった患者や家族への対応

家庭医療学の枠組みを少し紹介しながら共有します。

※医学的な部分において学習が不十分なところが残っています。

症例 75歳 男性

主訴：発熱、体動困難

現病歴：

x-1日の朝、布団から起き上がれなくなっていた。

奥さんが手助けをしてタクシー運転手の仕事に出かけた。

仕事中に倦怠感、悪寒と嘔吐があり仕事を早退になった。

自宅で体動困難となり救急要請された。

救急外来での精査で熱源が不明のため入院を勧めたが、帰宅希望が強く
尿路感染症疑いとしてセフトリアキソン投与の上、翌日フォローとなった。

x日に再受診し、発熱が持続しているため総合診療科に入院依頼があった。

症例 75歳 男性

既往歴：高血圧、2型糖尿病（HbA1c 6.1%）、脂質異常症、陳旧性脳梗塞、
左V1領域の三叉神経痛疑い（入院5ヶ月前-）

内服薬：シロスタゾール、レバミピド、アナグリプチン/メトホルミン、
アジルサルタン/アムロジピン、テグレトール

喫煙：past smoker、飲酒：日本酒1合/day 毎日

ADL：自立

理学所見：

JCS I -1

体温 38.8°C、血圧 160/75mmHg、心拍数 107bpm、SpO2 95%RA
頤部硬直なし、peripheral signなし、明らかな神経所見なし

CT検査

■頭部CT

軽度萎縮あり、明らかな腫瘍性病変や低吸収域なし

■体幹部造影CT

両側肺野に気腫性変化あり、明らかな肺炎像なし

胆嚢摘出後、総胆管の拡張なし

右サンゴ状結石あり、上流の腎杯の軽度拡張を疑う

その他膿瘍形成などなし

症例 75歳 男性

意識障害もあると考え、髄液検査を施行したところ、髄液検査で**単核球優位の細胞数上昇あり無菌性髄膜炎疑い**として入院加療となった。

| | |
|------------|------------------------|
| | 2023-05-18 16:21:10 |
| 細胞数 / 髄液 | 469 |
| 細胞分画 / 髄液 | |
| 単核様細胞 / 髄液 | 73.8 |
| 多核白血球 / 髄液 | 26.2 |
| 蛋白質 / 髄液 | 320 |
| 糖 / 髄液 | 65 |

血糖 135

症例 75歳 男性

「金がねえんだよ。入院なんかできねえよ。」



本人の金銭面への不安の表出が強くあり、
自費検査（1万2千円程度）となる髄液 VZV PCR検査は提出せず、
髄液 HSV PCRのみを提出した。

75歳 男性 コンテキスト（患者背景）

職業はタクシー運転手

妻と長男と3人暮らし

長男はトラック運転手

妻は耳下腺癌で三次医療機関に通院し、抗がん剤治療中



「おっかあ(妻)はここで癌を見逃されたんだ。」

「おっかあの治療のために仕事せねばおいねえよ。」

入院後経過

Day0

無菌性髄膜炎に対してアシクロビル点滴を開始した。

細菌性髄膜炎のカバー目的にセフトリアキソン、ビクシリン、バンコマイシンの投与も併用した。

Day2

微熱が持続するため髄液検査を再検した。

一方で、細菌性髄膜炎の疑いは低いとしてアシクロビル単剤に変更した。

また入院後から尿閉があり髄膜炎に伴う症状と考えた。

| | 2023-05-18 16:21:10 | 2023-05-20 12:26:12 |
|------------|------------------------|------------------------|
| 細胞数 / 髄液 | 469 | 648 |
| 細胞分画 / 髄液 | | |
| 単核様細胞 / 髄液 | 73.8 | 87.8 |
| 多核白血球 / 髄液 | 26.2 | 12.2 |
| 蛋白質 / 髄液 | 320 | 316 |
| 糖 / 髄液 | 65 | 108 |

入院後経過

Day4

神経内科医に相談した。

- ・水痘帯状疱疹ウイルス性髄膜炎かどうかについて入院5ヶ月前にV1領域の三叉神経痛疑いのエピソードがあるが、それが無疱疹性帯状疱疹だったとすると経過が長すぎるので、**VZV由来の髄膜炎/脳炎の可能性は低いだろう**とのことだった。

Day5

歩行時の膝折れが顕著で、酩酊様歩行。入院後ふらつきが強くなってきていた。

Day6

髄液 HSV 陰性。上級医と相談して**アシクロビル**を中止。

診断が不明な中で状態が悪化しており、自分は強い**不安**を感じていた。

不安の原因は

- はっきりした診断がついていない。無菌性/ウイルス性髄膜炎でいいのか？
- 入院後から歩行困難、尿閉も持続していてこの先どうなってしまうのか。
- 症状を説明する病態が不明確。
- アシクロビルをやめてしまってよかったのか。
- 他にやるべきなのにやっていないことがあるのでは。

不確実性に対する不安



医療における不確実性

- ・ 不確実性

結論の予見不可能性、情報の信頼性・信憑性・適切性の欠如による曖昧さ、および複雑性により構成されている。

Soc Sci Med. 2017 May;180

- ・ 不確実性に対する医師の反応

- ① 不安を感じる
- ② 悪いアウトカムを懸念する
- ③ 不確実性を患者に開示することに心理的に抵抗する

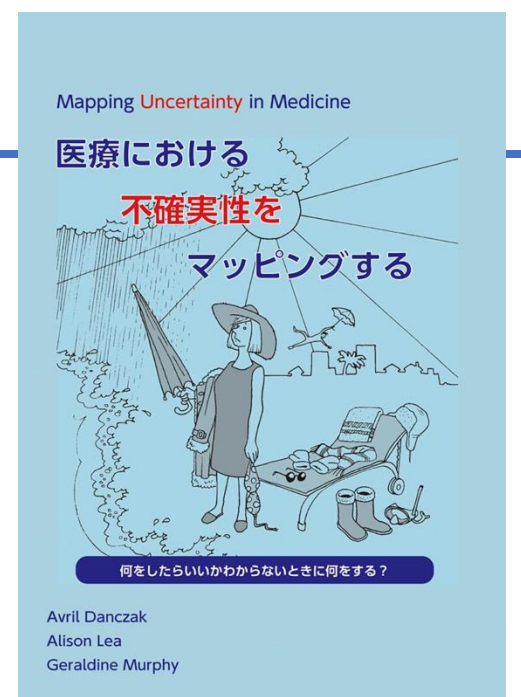
不確実性にどう対処するか

・ 不確実性を紐解いていく作業

ステップ1 まず不確実性を**認識**する

ステップ2 不確実性を**分類**する

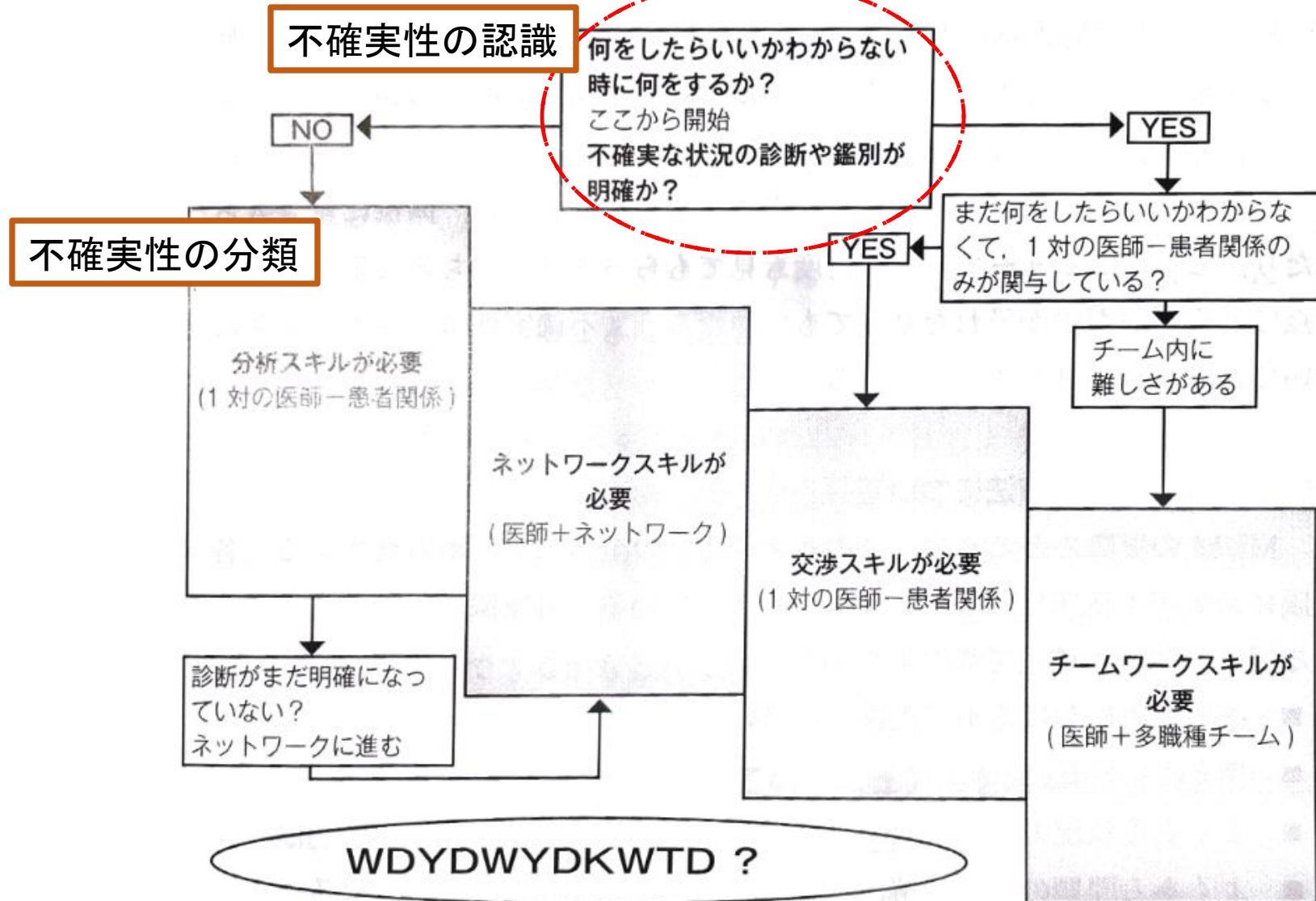
ステップ3 不確実な状況において**必要とされるスキルを理解**する



医療における不確実性をマッピングする
Mapping Uncertainty in Medicine

医療における不確実性のマップ

MUM アルゴリズム：何をしたらいいかわからないときに、何をするか？



医療における不確実性のマップ

| | | 個々の臨床医が患者をみる場合 | グループで患者をみる場合 |
|------------------|--------|--|--|
| | | 診断 | <p>分析象限</p> <p>一対の医師患者関係において。 進め方：適切な思考のスキルや自己認識</p> |
| 不 確 実 性 | マネジメント | <p>交渉象限</p> <p>一対の医師患者関係において。 進め方：倫理観を持って患者との対話を 成立させるスキル</p> | <p>チームワーク象限</p> <p>より良いマネジメントをすることを妨害する 患者や家族などを扱う。 進め方：多職種チームによるベストマネジメ ント</p> |

医療における不確実性のマップ

| | | | |
|------------------|--------|--|--|
| 不 確 実 性 | 診断 | 個々の臨床医が患者をみる場合 分析象限 一対の医師患者関係において。 進め方：適切な思考のスキルや自己認識 | グループで患者をみる場合 ネットワーキング象限 患者と診断的なサービスを含むネットワーク。 進め方：検査、紹介、上司の活用 |
| | マネジメント | 交渉象限 一対の医師患者関係において。 進め方：倫理観を持って患者との対話を 成立させるスキル | チームワーク象限 より良いマネジメントをすることを妨害する 患者や家族などを扱う。 進め方：多職種チームによるベストマネジメ ント |

医療における不確実性のマップ <分析象限>

個々の臨床医が患者をみる場合

分析象限

一対の医師患者関係において。

進め方：適切な思考のスキルや自己認識

求められるスキル：

仮説演繹的推論

確定診断や除外診断

診断的セーフティネット

臨床推論のプロセスの共有

使えない対処法：

認知バイアスとエラー

焦点が定まっていない調査

診断的
不確実性

分析象限

Day6の夜にウイルス性髄膜炎・無菌性髄膜炎について学習し直した。

無菌性髄膜炎患者144人に対する微生物学的検査で、

95人（66%）の病因が特定され、

エンテロウイルス（22%）、HSV-2（17%）、**VZV（8%）**の順番であった。

Neurology. 2006 Jan 10;66(1):75-80.

英国のガイドラインでは、ウイルス性髄膜炎疑いの患者全例で、

HSV-1,2、VZV、エンテロウイルスの髄液PCR検査が推奨されている。

J Infect. 2012;64:347-373.

VZV髄膜炎であれば、

アシクロビル 10-15mg/kg 8時毎 10-14日間

症状が持続している患者では、投与期間の延長を考慮する。

Clin Infect Dis. 2008 Aug 1;47(3)
Up To Date Treatment of herpes zoster

分析象限

- ウイルス性髄膜炎の中でVZV髄膜炎の頻度は自分のイメージよりも高かった。
- 帯状疱疹発症後からの神経症状出現までの期間は様々。
- VZV髄膜炎であればアシクロビルの継続は必須。
- VZV髄膜炎の有無は髄液VZV PCRを提出すればほぼ確実にわかる。

金銭面が患者の不安の中で大きいとはいえ、

髄液VZV PCRは提出した方がよい検査。

また中止したアシクロビルも再開した方が良い。

Day 7 病状説明

息子：

日中自分は仕事、母は抗がん剤治療で一杯一杯。
母の通院も父がやっていた。

こんなじゃこっちも困っちゃうよ。どうすんだよ。



奥さん：

少しは元気が出てきてよかったけど、自分も抗がん剤の治療で大変。

この後は一体どうなるんですか？

本人：

働けなくなったら金がきついよ。入院費も払えねえよ。

俺に金がかかればおっかあが抗がん剤できなくて死んじゃうよ。



残検体で自費のVZV PCR提出する了承を得た。そしてアシクロビルは再開した。

Day 8

Day 8

病棟へ行くと担当Nsより、

本人が「点滴しないと死ぬって言われた。」って言ってるけど
どういふことが説明して欲しい

って家族が怒っているわよ。



Day 8

自宅に電話し、息子に説明・謝罪。

- ・ 点滴やらないと死ぬってどういうことだよ。
- ・ 大体何科の医者だ？ 専門はなんなんだよ。
- ・ 母親の時もずっと問題ないって言われ続けて、後から癌ってわかったんだよ。
- ・ あんたらの病院はいつもいい加減なんだよ。
- ・ 俺たちは困ってんだよ。患者のこと何も考えてねえだろ。

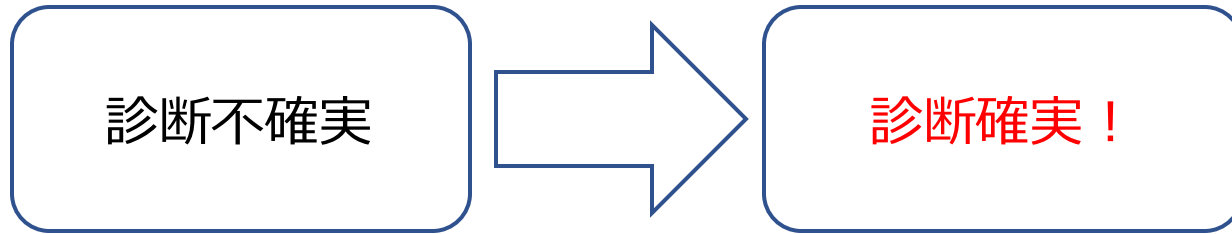


自分の気持ち

- 確かに神経内科の専門でない自分が診ててよい症例なのだろうか。
- 家族の不安は痛いほど伝わる。
- 多職種や病院全体が悪く言われ傷つけられたことが悲しい。
- 丁寧に説明しても「死ぬって言われた」と極端な伝え方をする患者さんへの陰性感情。

診断的不確実性からの解放

Day12 髄液 VZV PCRが陽性



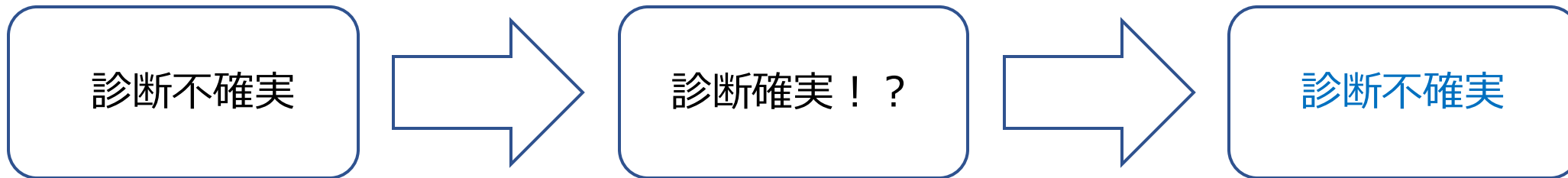
自信を持って治療を継続できるようになった。

もう一度不確実性に向き合う

Day12 髄液 VZV PCR陽性

Day14 造影脳MRIで脳炎所見なし。そもそも頭痛、項部硬直なし。

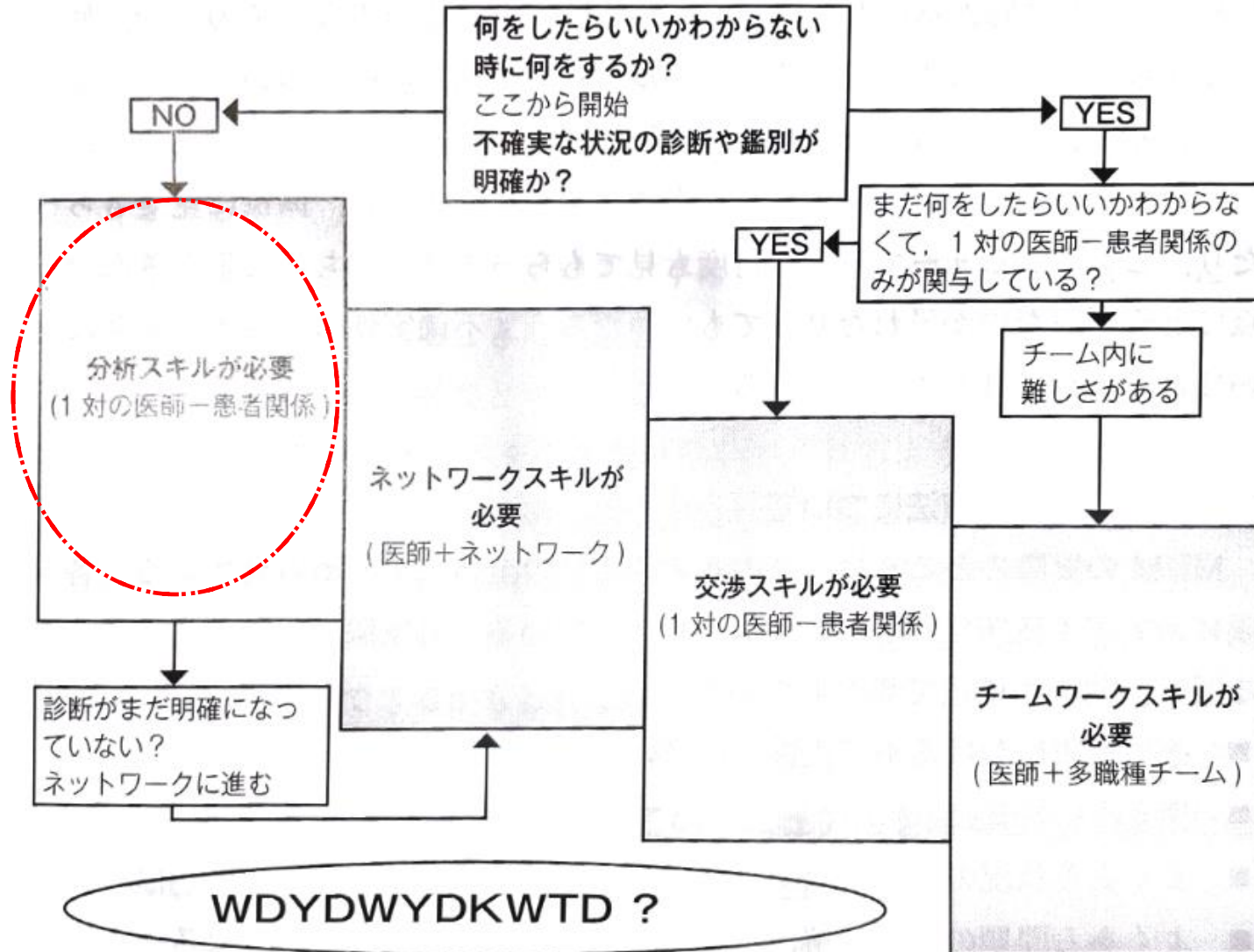
歩行障害も、よく見ると左側の足の動きが悪くて歩けていない様子。



方針の変更には努力が必要で、快適な自分の思考からむき出しで不快な不確実性へと舵を切らなければならないからである。

医療における不確実性のマップ

MUM アルゴリズム：何をしたらいいかわからないときに、何をするか？



医療における不確実性のマップ <ネットワーキング象限>

| | | | |
|----------------------------|--|---|--|
| 不 確 実 性 | | 個々の臨床医が患者をみる場合 | グループで患者をみる場合 |
| | 診 断 | 分析象限 一対の医師患者関係において。 進め方：適切な思考のスキルや自己認識 | ネットワーキング象限 患者と診断的なサービスを含むネットワーク。 進め方：検査、紹介、上司の活用 |
| | マ ネ ジ メ ン ト | 交渉象限 一対の医師患者関係において。 進め方：倫理観を持って患者との対話を 成立させるスキル | チームワーク象限 より良いマネジメントをすることを妨害する 患者や家族などを扱う。 進め方：多職種チームによるベストマネジメ ント |

医療における不確実性のマップ <ネットワーキング象限>

| | グループで患者をみる場合 |
|---------|--|
| 診断的不確実性 | <p>ネットワーキング象限 患者と診断的なサービスを含むネットワーク。 進め方：検査、紹介、上司の活用</p> <p>求められるスキル： ・ホールディングスキル</p> <p>ダメな対処法： 過剰検査/過剰医療化 不安の無視/他人任せ</p> |

診断は？

もう一度身体所見を取った。

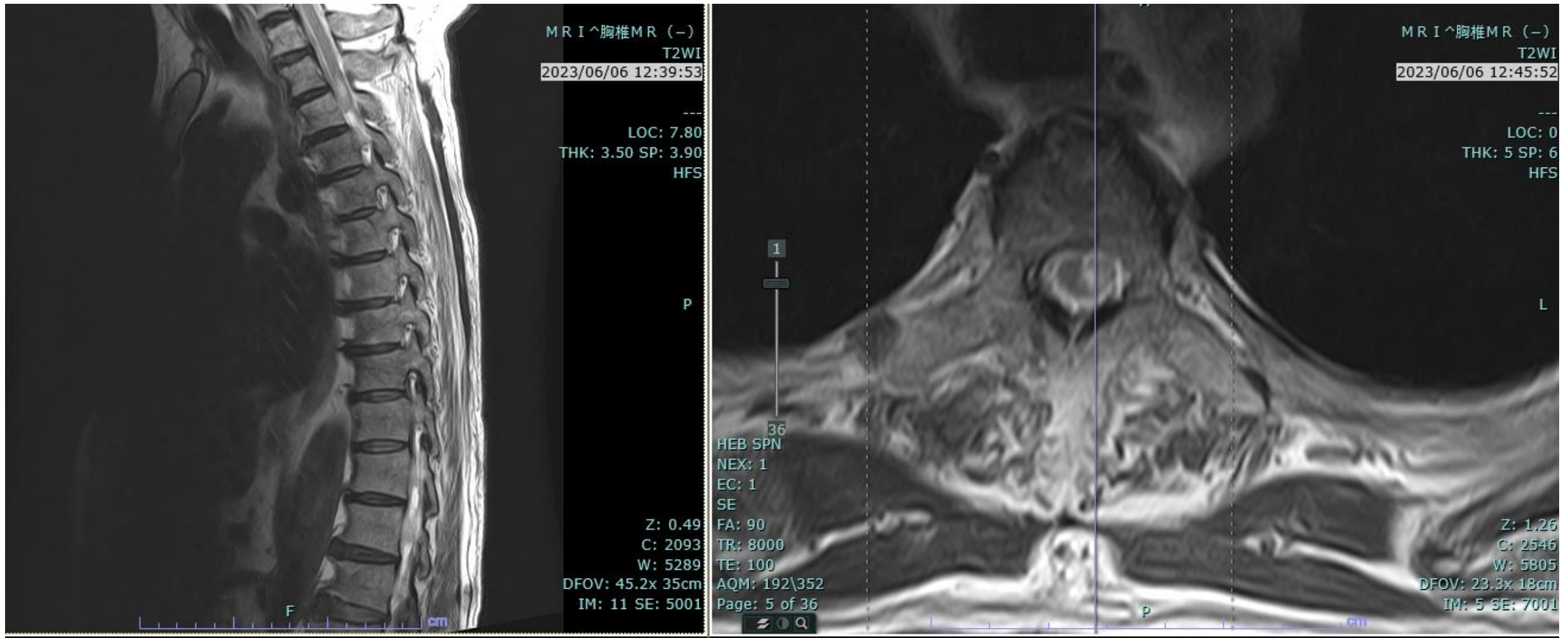
MMT

大腿四頭筋 5/2、前脛骨筋 5/4（右/左）、上肢はFULL
位置覚・振動覚 左右差なし、温痛覚 右下肢で低下あり
尿閉あり

Day 18

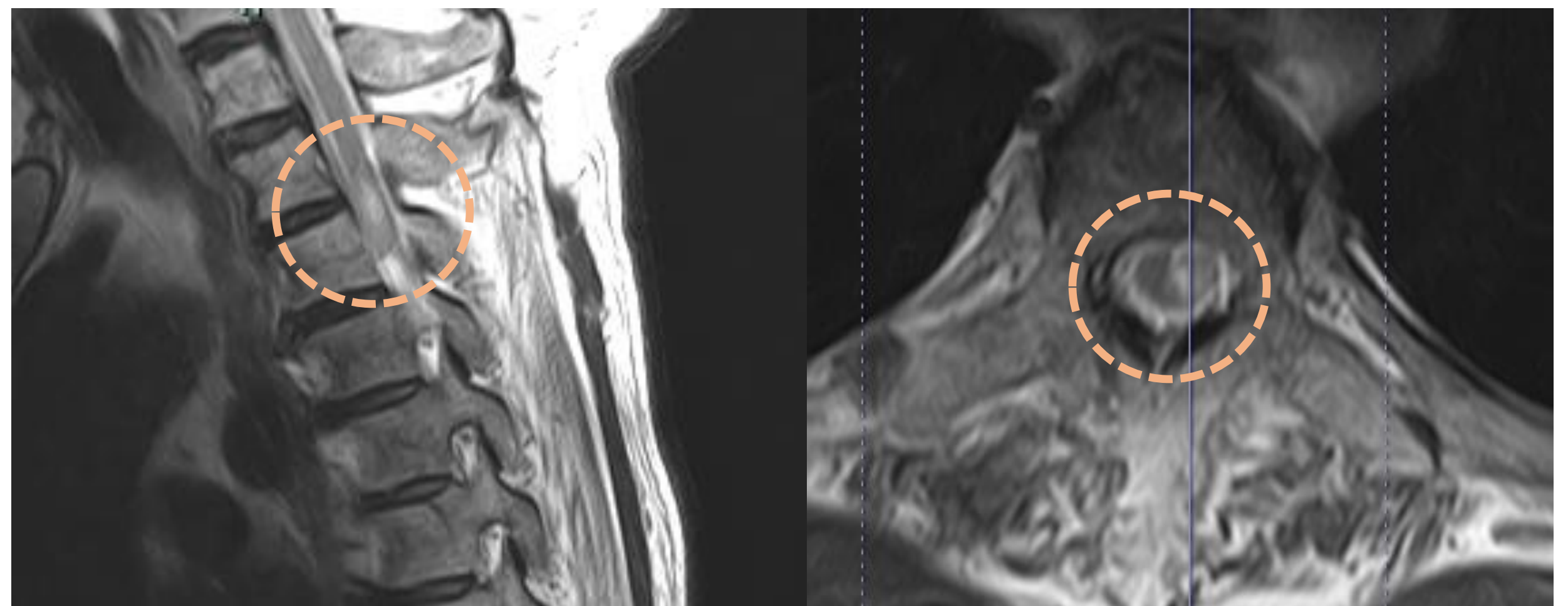
神経内科医にも相談し、脊髄のMRI検査を施行することにした。

単純脊髄MRI



Th2,Th3レベルの脊髄左半側の損傷を疑う所見あり

単純脊髄MRI



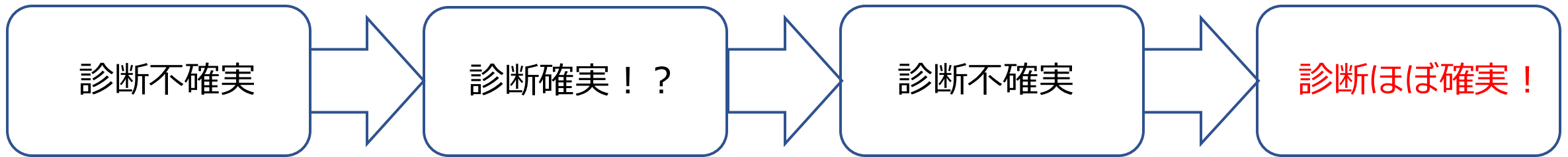
Th2,Th3レベルの脊髄左半側の損傷を疑う所見あり

診断的不確実性からの解放

Day12 髄液 VZV PCR陽性

Day14 造影脳MRIで脳炎所見なし。そもそも頭痛、項部硬直なし。

Day18 脊髄MRIでTh2,Th3レベルの脊髄左半側の炎症所見あり。



VZV脊髄炎 Th2/3

左下肢不全麻痺

右下肢感覚障害

尿閉

VZV脊髄炎

1980-2012年のPubMed報告をもとにしたVZV脊髄炎のまとめ31例

- 17例（54.8%）が免疫不全者（多くはAIDS）であったが、14例（45.2%）は正常免疫応答者であった。
- 皮膚病変は、帯状疱疹22例（胸部n=13,頸部n=4,腰部n=2,三叉神経n=3）、播種性帯状疱疹2例、水痘1例を含む25例に発現。
- 皮疹から神経症状出現までは、多くの患者が帯状疱疹後3ヶ月以内であるが、明らかな帯状疱疹を発症しなかった例や10ヶ月後に発症した例もあった。

VZV脊髄炎

1980-2012年のPubMed報告をもとにしたVZV脊髄炎のまとめ31例

- ・皮膚病変の部位と脊髄障害の部位の関係は、5例では帯状疱疹と離れた部位に障害を発症し、2例では播種性帯状疱疹を伴って発症した。
- ・症状は、局所性脱力（n=30）、感覚障害（n=25）、排尿障害（n=18）などであった。脊髄症は胸椎レベル（n=26）が多かった。

J Neurol Sci. 2012 Jul 15;318(1-2):19-24.

VZV脊髄炎

過去の報告では、アシクロビル、免疫グロブリン大量静注療法、ステロイド内服のいずれか単独または併用療法が行われている。

近年では、アシクロビル（10mg/kg 8時間毎）投与とステロイドパルス治療（メチルプレドニゾン 1000mg/日 3日間）が行われることが多い。

脊髄炎の機能的予後は不良で高度の麻痺が残存する症例もある。

Up To Date

その後の経過

診断がついた一方で、神経症状は入院後悪化傾向で左下肢MMT 2になっていた。
VZV脊髄炎は治療法は確立されていなく予後も様々であり、
依然として**マネジメント、予後の不確実性が高い**状態であった。

患者さんはいつもぶっきらぼうで、話しかけても無視されるか、
ネガティブな言葉をぶつけられる。

「ちっとも良くなんねえよ、この病院で大丈夫なのかよ？」

「治んねえんだろ？」 「死ぬんだろ？」 「やれることねえんだろ？」



その後の経過

- ・リハビリ意欲が保ちにくい。
- ・病院への信頼度も低そう。

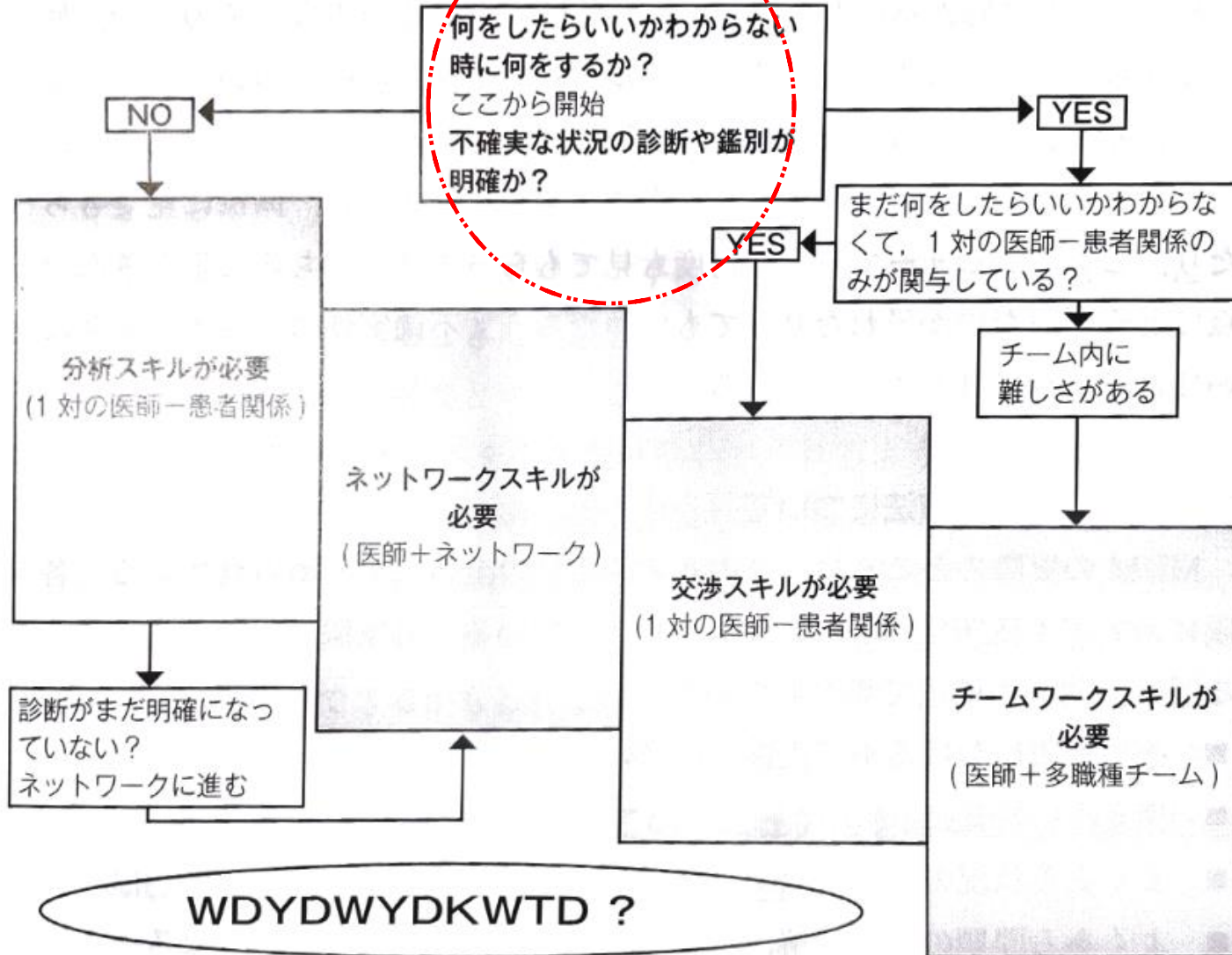


どこで、どこまで、治療する？

- ・自院でそのままみるのか、転院するのか
- ・ステロイドパルスをするのか、何回するのか
- ・アシクロビルは何日間投与するのか
- ・リハビリ病院に転院するのか、サービス調整して自宅退院を目指すのか

医療における不確実性のマップ

MUM アルゴリズム：何をしたらいいかわからないときに、何をするか？



医療における不確実性のマップ <チームワーク象限>

| | | 個々の臨床医が患者をみる場合 | グループで患者をみる場合 |
|------------------|--------|---|--|
| | | 診断 | 分析象限 一対の医師患者関係において。 進め方：適切な思考のスキルや自己認識 |
| 不 確 実 性 | マネジメント | 交渉象限 一対の医師患者関係において。 進め方：倫理観を持って患者との対話を 成立させるスキル | チームワーク象限 より良いマネジメントをすることを妨害する 患者や家族などを扱う。 進め方：多職種チームによるベストマネジメ ント |

医療における不確実性のマップ <チームワーク象限>

グループで患者をみる場合

マネジメントの不確実性

チームワーク象限

より良いマネジメントをしたがらない、できない、妨害する患者やグループ（家族、チーム、他の機関）を扱う。

進め方：多職種連携チームによるベストマネジメント

求められるスキル：

- ・ 良いチームをつくる。
- ・ 境界をマネジメントする。
- ・ 「まあ良い状態」を目指す
- ・ 困難な状況をマネジメントする。

使えない対処法：

- ・ 関わりを止める
- ・ 責任転嫁/他のチームを避難する
- ・ 対立

その後の経過

リハビリスタッフや看護師、主治医と患者に関する情報共有、コミュニケーションを増やすことを心がけた。

三次医療機関の神経内科に転院を含めて相談した。

→治療内容や予後に差はないと思うが、**転院は可能**との返事だった

リハビリ医に相談し、予後の見通しを伺った。

→予後が悪そうではあるがはっきりした回答はなし。**伸び代はあると。**

その後の経過

金銭面への懸念は、身体的不安の次に強く、患者の利益を考えた時、当院でステロイドパルスを行い、自分たちが診続けることが全体最適だと考えた。

患者と家族の自己決定を尊重する形で情報提供を行ない、患者、家族は当院での治療継続を選択した。

その後の経過

セラピストとの相性が良かったことや治療により神経障害が改善したことで、**前向きにリハビリに取り組めるようになってきた。**

1回目のステロイドパルスでCAUTIになり、リハビリ意欲が下がったため、ステロイドパルスの2回目を行わず、リハビリを重視することにした。

そしてその後リハビリ病院への転院を果たした。

現在

約3ヶ月間のリハビリ病院でのリハビリを終えて、自宅へ退院。

左下肢の不全麻痺は残存しているが、1本杖付き歩行で自分の外来に通院している。

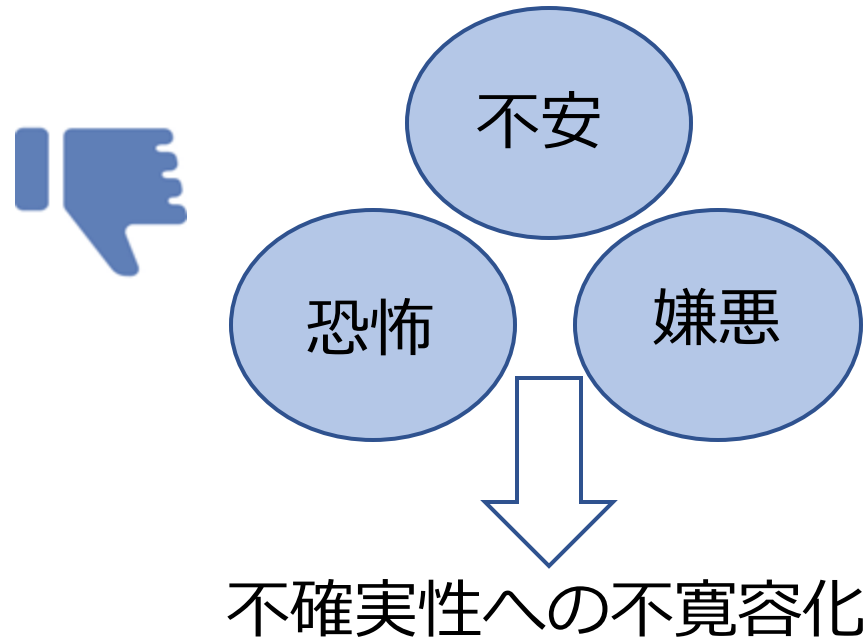
尿閉は改善しなかったが、膀胱留置カテーテルは月1回の頻度で交換し、大きなトラブルなく1年以上を過ごせている。

まとめ

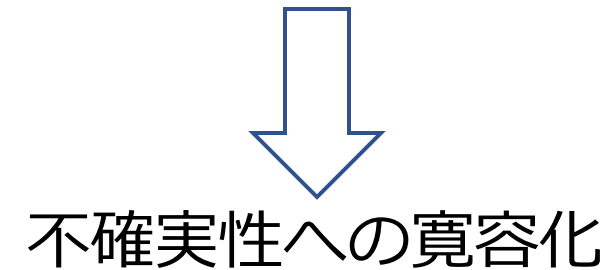
・不確実性の認識

認知・感情・嫌悪の3領域において正と負の反応が同時に現れる。

Soc Sci Med. 2017 May;180:62-75.



- ・成長と変容のチャンス
- ・情報を探索しながら行動し、省察から心の平静さと自信を獲得



不確実性に耐えるとは、

時間が解決してくれるまで「じっと思考・行動を止める」ということではない。

「時間」は1つの道具に過ぎず、

知識の収集・観察・対話・情報共有・意思決定を繰り返すことが大事。

まとめ

特にプライマリ・ケアや地域医療の現場では、

- ・ 頼れる人がすぐ近くにいない
- ・ 紹介にハードルがある
- ・ 限られたリソース（検査も治療も）で勝負しないといけない
- ・ 患者背景が複雑でどう扱っていかかわからない

など様々な要因で不確実性の高い状況に身をおくことが多い。

大事なのは、**不確実性を取り除くことではなく、
不確実性と良好な関係を作る**ことである。

