

第104回 北海道医学大会 プログラム・抄録

Program of the 104th Hokkaido Medical Congress

プライマリ・ケア分科会

(日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部第9回学術集会)
(第11回北海道プライマリ・ケアフォーラム)

日時：令和6年11月16日(土) 12:30~19:10

会場：かでの2・7
札幌市中央区北2条西7丁目
(011) 204-5100

会長：日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部
支部長 木佐 健悟

幹事：日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部
副支部長 佐藤 弘太郎

基調講演

「この場でわたしたちにできること」

講師：岩見沢ささえるクリニック 永森 克志 先生
更別村コミュニティーナース 西上 やや 先生
今村 智之 先生
稲本 夕海 先生

開催期間

総会 令和6年10月5日(土)

分科会 自 令和6年8月31日(土)

至 令和6年11月16日(土)

会頭 畠山 鎮次

主催 北海道大学医学研究院

旭川医科大学

札幌医科大学

北海道医師会

プライマリ・ケア分科会

(日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部第9回学術集会)
(第11回北海道プライマリ・ケアフォーラム)

日時：令和6年11月16日(土) 12:30~19:10

会場：かでの2・7

札幌市中央区北2条西7丁目

(011) 204-5100

会長：日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部

支部長 木佐 健悟

幹事：日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部

副支部長 佐藤 弘太郎

基調講演

「この場でわたしたちにできること」

講師：岩見沢ささえるクリニック 永森 克志 先生

更別村コミュニティーナース 西上 やや 先生

今村 智之 先生

稲本 夕海 先生

一般演題は1題あたり発表6分、討論3分です。

プライマリ・ケアフォーラムでは上記以外の企画もあります。

発表方法や企画の詳細は日本プライマリ・ケア連合学会

北海道ブロック支部のウェブサイトでご確認ください。

お問い合わせ

美唄市西2条北1丁目1-1

市立美唄病院内

TEL 0126-63-4171

E-mail: hpca.jimukyoku@gmail.com

日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部事務局

一般演題 1 (16:10~17:20)

座長 松浦 武志 (市立美唄病院)

1. マダニ咬傷後に発症した小児の新興回帰熱の1例
 - 杉本 貴子^{1,2}, 笹岡 悠太², 佐藤 健太¹, 神野 敦¹, 酒井 好幸², 辻 喜久¹ (札幌医科大学 総合診療医学講座¹, 市立函館病院 小児科²)
2. サナダムシに会ったら?完全駆虫のために必要なことを報告する
 - 加々見岳虎¹, 植村 和平², 加藤 大智³, 泉里 豪俊² (自治医科大学 医学部 医学科¹, 奥尻町国民健康保険病院², 自治医科大学 医学部 感染・免疫学講座 医動物学部門³)
3. SpO₂低下で搬送されて自己免疫性溶血性貧血が判明した1例
 - 埜田 千里^{1,2}, 長谷川 優^{1,2}, 堀 哲也^{1,2} (北海道社会事業協会帯広病院 総合診療科¹, 北海道家庭医療学センター²)
4. 手術を契機にうつ病となっていた高齢者の1例
 - 近藤龍太郎^{1,2}, 岩浪 悟² (更別村国民健康保険診療所¹, 東京都立多摩総合医療センター²)
5. 自宅退院困難と判断したが国際生活機能分類をもとにゴールを再設定し、自宅退院へ繋がった1例
 - 池田安佳莉, 堀 哲也 (北海道家庭医療学センター)
6. 意思疎通困難な患者の最善の意思決定について家族カンファレンスを行い、難渋しながらも方針を決定した1例
 - 野村 太一^{1,2}, 長谷川 優^{1,2}, 杉原 伸明^{1,2}, 堀 哲也^{1,2} (北海道社会事業協会 帯広病院 総合診療科¹, 北海道家庭医療学センター²)

一般演題 2 (16:10~17:20)

座長 加藤聡一郎 (道東勤医協釧路協立病院)

7. セルフケア能力の低さから退院後の生活維持が困難と思われたが、他組織と協働し在宅療養の希望を叶えることが出来た1例
 - 竹田 瑛, 佐藤弘太郎, 安達 記広, 茂又 章徳, 八畷 駿 (北海道家庭医療学センター)
8. 神経難病とその合併症に対して複数科と連携し包括的なマネジメントを行ったことでMultimorbidityによる弊害を事前に予防した事例
 - 霜田 英見¹, 八木田一雄², 川口 篤也¹ (函館稜北病院¹, 松前町立松前病院²)
9. 患者家族に訪問医交代を希望されたが信頼を得たことで、仕事を継続しながら看取ることが出来た症例
 - 石塚 浩暉^{1,2}, 佐藤弘太郎² (帯広協会病院 総合診療科¹, 本輪西ファミリークリニック²)
10. 「看取りのパフレット」を用いることにより、終末期における本人の変化に対する家族の不安感を払拭し、本人の望むような自宅での生活を支援できた1例
 - 石谷 巧, 川口 篤也 (函館稜北病院 総合診療科)
11. 訪問診療の終末期癌患者とその家族が在宅看取りを希望するも、病院での死亡に至った事例の検討
 - 竹内 健貴, 草島 邦夫, 鳥山 敬祐, 塩原 康弘, 中川久理子, 工藤 準也, 中川 貴史 (北海道家庭医療学センター 栄町ファミリークリニック)
12. 札幌市南区の在宅死亡率と出生地、転居年の関係
 - 堀毛 清史 (北海道勤医協 札幌みなみ診療所)

基調講演 (17:30~19:00)

座長 渡邊 由桂 (第11回北海道プライマリ・ケアフォーラム実行委員長 (釧路協立病院))

「この場でわたしたちにできること」

講師: 岩見沢ささえるクリニック 永森 克志 先生
更別村コミュニティーナース 西上 やや 先生
今村 智之 先生
稲本 夕海 先生

1. マダニ咬傷後に発症した小児の新興回帰熱の1例

○杉本貴子^{1,2}, 笹岡悠太², 佐藤健太¹, 神野 敦¹, 酒井好幸², 辻 喜久¹ (札幌医科大学 総合診療医学講座¹, 市立函館病院 小児科²)

【はじめに】新興回帰熱 (*Borrelia miyamotoi* disease 以下BMD) は, *Borrelia miyamotoi*によって引き起こされる特に北海道で報告数の多いダニ媒介感染症の一種である。ダニ媒介感染症の治療には, 一般的にテトラサイクリン系抗生剤が使用されるが, 8歳以下の小児には菌の色素沈着のリスクがある。今回我々は, マダニ咬傷後の小児に発生したBMD症例を経験したため報告する。【症例】2歳, 女児【主訴】発熱, 頭痛【既往歴】特記事項なし, 周産期・発達歴異常なし【現病歴】発症数日前に後頸部をマダニに咬まれた。20XX年5月17日に38℃台の発熱を認め, 5月18日に母親がマダニ咬傷に気づき近医を受診。前医でマダニは除去されたが, ダニ媒介感染症が疑われ, 同日当科に紹介された。【臨床経過】発疹は見られなかったが, 血液検査で血小板減少を認め, 重症熱性血小板減少症候群等を疑い即日入院。臨床経過からダニ媒介感染症である日本紅斑熱やBMD, ライム病をカバーするテトラサイクリン系抗生剤の使用が望ましいと判断し, 歯牙着色のリスクを説明した上で, ミノマイシンによる治療を開始した。虫体と患者血清を保存し, 第3病日に保健所に相談の上, 道立衛生研究所に検体を送付した。第3病日に解熱したが, 血小板減少, 好中球減少, 肝機能異常が遷延した。第4病日にドキシサイクリンに変更し, 第8病日には血算, 肝機能が改善傾向を示し自宅退院とした。第11病日に外来で血液検査の正常化を確認した。第15病日に道立衛生研究所での検査結果により, BMDであることが判明した。【考察】新興回帰熱 (BMD) は特に北海道で報告数の多いダニ媒介感染症である。本症例では発熱, 血小板減少, 好中球減少が主な症状であり, 日本紅斑熱やライム病等も鑑別診断として検討し, テトラサイクリン系抗菌薬の適応を慎重に考慮し治療を行った。*B. miyamotoi*を有するマダニが生息する北海道では, BMDが風土病と考えられるため, 診断と治療に関する知識を持つことは重要であると考えられる。

2. サナダムシに出会ったら? 完全駆虫のために必要なことを報告する

○加々見岳虎¹, 植村和平², 加藤大智³, 泉里豪俊² (自治医科大学 医学部 医学科¹, 奥尻町国民健康保険病院², 自治医科大学 医学部 感染・免疫学講座 医動物学部門³)

【背景】日本海裂頭条虫症は年間報告数で40件程度である。未報告も含めるとその数倍に及ぶとされている寄生虫感染症である。今回, 日本海裂頭条虫症を一例診断した。現代では珍しい症例であり, 道内のプライマリケアの臨床場面で重要な経験と考え報告する。【臨床経過】20歳男性, 離島在住。既往歴・依存症なし。X日前に, 臀部から約35cmの紐状異物を排出したため, 当院へ受診した。異物排出の数日前より腹部膨満感と下痢を認めていた。腹部造影CTで明らかな腸管の壁肥厚は見られなかった。後日見返すと腹部造影CT冠状断にて回盲部に線状の高吸収域が見られた。腹部異物は患者撮影による写真のみで実物は確認できなかった。写真上での異物は長さ約35cm, 幅約1cmの黄色きし麵状であり, 体節と思われる分節状であった。食事歴に日常的なサクラマスの刺身食と二週間前のサケ(種別詳細不明)の生食がある。以上, 病歴, 異物写真, 食事歴から日本海裂頭条虫症と診断し帰宅, 後日駆虫の方針とした。後日, 外来上下部内視鏡検査を施行した。前処置で虫体の一部が排泄されたが, 頭部を観察できなかったため, 上部内視鏡下でアミドトリゾ酸による駆虫の方針とした。アミドトリゾ酸500ml投与で透視下にて虫体の流れの様子を観察し, 腹部超音波検査にて腸管内に紐状の高エコー像を認めた。その後のレントゲン撮影で完全駆虫と判断した。虫卵は外注検査にて広節裂頭条虫, 虫体をPCR検査したところ日本海裂頭条虫であった。【結論】本症例は, 完全駆虫の方法の選択は正しかったが, 評価の方法で不十分であった。サナダムシには日本海裂頭条虫と広節裂頭条虫の2種に大別されるが, 遠隔転移など緊急性はなく, 帰宅可能な寄生虫感染症である。従って, サナダムシであるという診断と駆虫を適切に行うことが重要である。

3. SpO₂低下で搬送されて自己免疫性溶血性貧血が判明した1例

○埜田千里^{1,2}, 長谷川優^{1,2}, 堀 哲也^{1,2} (北海道社会事業協会帯広病院 総合診療科¹, 北海道家庭医療学センター²)

【症例】86歳女性【主訴】SpO₂低下【現病歴】統合失調症の既往あり意思疎通は困難で身寄りのない施設入所中の患者である。X年Y-2月より貧血が進行した。上部消化管内視鏡検査で特記所見はなく下部消化管内視鏡検査は施行できなかった。X年Y月にSpO₂ 80%台まで低下あり当院に救急搬送された。【既往歴】統合失調症, 認知症, 喫煙なし, 飲酒なし, 【身体所見】JCS 100, 体温36.6℃, 血圧113/72mmHg, 脈拍82/min, 呼吸数24/min, SpO₂ 96% (酸素鼻カスラ1L/分), 眼瞼結膜蒼白【検査所見】白血球8250/μL, 赤血球128万/μL, Hb 5.1g/dL, MCV 125.7 fL, MCH 39.8 pg, 網状赤血球数8.7%, T-Bil 2.1 mg/dL, LDH 651U/L, Na 135mEq/L, K 3.8mEq/L, Cl 101mEq/L, Fe179μg/dL, 直接Coombs試験(+), 間接Coombs試験(+), ハプトグロビン型判定不能, ビタミンB12 120 pg/mL, 葉酸2.6ng/mL, TIBC 205 μg/dL, フェリチン899.9 ng/mL【経過】Hb 5.1g/dLと高度貧血を認め, 2単位輸血を行った。溶血を来しておりハプトグロビン著減, 直接Coombs試験陽性で自己免疫性溶血性貧血(AIHA)が疑われた。また葉酸とビタミンB12も低下しており巨赤芽球性貧血の合併もあった。統急性AIHAの精査目的に骨髓生検も考慮されたが専門医と相談し施行しない方針となり, プレドニン30mgの治療を開始した。また葉酸とビタミンB12の補充も開始した。Hbの改善を認めプレドニンは漸減していく方針となり第49病日に退院した。【考察】本症例はSpO₂低下と高度貧血を認め輸血を行った。明らかな輸血後の溶血症状は来さなかったが輸血赤血球の抗体はAIHAの3分の1で認められ輸血は最小限に留めるべきである。またAIHAと巨赤芽球性貧血を合併していた。ビタミンB12欠乏症でも無効赤血球産生と髄内破壊により溶血像を呈することがあり貧血の原因精査に苦慮した症例であった。ビタミンB12と葉酸補充で経過をみたが貧血は改善せずステロイドで反応があったため貧血の主たる要因はAIHAであったと考えられた。

4. 手術を契機にうつ病となっていた高齢者の1例

○近藤龍太郎^{1,2}, 岩浪 悟² (更別村国民健康保険診療所¹, 東京都立多摩総合医療センター²)

【背景】生活習慣病や気管支喘息などの慢性疾患はうつ病が合併しやすく, 65歳以上の高齢者の10%には何らかのうつ病性障害を認めるという報告がある。また精神障害を有する患者は最初にかかりつけ医を受診することが多い。そのため, かかりつけ医がうつ病をはじめとする精神障害を適切に診療できる技能を身につけることは非常に重要である。老年期の抑うつ傾向や認知機能低下を背景とした体動困難の患者に関して診断に難渋した症例を経験したため報告する。【症例】症例は87歳男性。X-1年に上行結腸癌 pT4aN2b fStage 3cに対して東京都立多摩総合医療センター外科で腹腔鏡補助下回盲部切除術が施行され, 外来で術後フォローが行われていた。X年Y-4月から自宅に引きこもりがちになり, 徐々にADL不良となった。X年Y月に同院救急外来に体動困難を主訴に救急搬送され腎盂腎炎, 脱水・高Na血症の診断で入院となった。それぞれ治療を行い腎盂腎炎, 脱水・高Na血症は改善したが, 体動困難は継続しリハビリが進まなかった。加えて腹痛や胸痛, 呼吸困難などの不定愁訴が頻繁に聞かれるようになった。総合診療科外来では初診時にPHQ-2を聴取することが必須となっていたがこの患者は救急外来から診断がついた状態で担当となっていたためPHQ-2は聴取されていなかった。体動困難が継続したため改めて問診を行ったところPHQ-2は2点陽性であった。体動困難の原因としてうつ病を想起し, 精神科を介してうつ病の診断がついた。本症例では体動困難の原因としてうつ病を鑑別疾患として想起することができておらず, また経験の浅い専攻医にとって希死念慮や明確な抑うつエピソードがない症例でうつ病を想起することは困難であった。【報告】かかりつけ医がうつ病をはじめとする精神障害を適切に診療できる技能を身につけることは重要であるが, 精神障害についての経験が浅い医師にとってそれは容易ではない。どのような場合にうつ病を疑うか, どのような所見が有用で診断や気づきの助けになるのか考察を加えて報告する。

5. 自宅退院困難と判断したが国際生活機能分類をもとにゴールを再設定し、自宅退院へ繋がった1例

○池田安佳莉, 堀 哲也 (北海道家庭医療学センター)

【背景】高齢患者は急性疾患の治療による活動制限のためADLが低下しやすく、自宅退院が困難と評価されリハビリテーション（以下リハビリ）施設への転院となることはめずらしくない。今回、自宅退院への想いが強く、国際生活機能分類（以下ICF）を用いて多職種で評価することにより患者のwell-beingを尊重できた一例を経験したため報告する。【症例】重症大動脈弁狭窄症、慢性心不全、腎移植後で免疫抑制剤3剤使用中の73歳女性で、介護保険サービスは利用せず、自室から広い庭の見える平屋住宅で夫と2人で暮らしていた。入院3か月前に転倒し大腿骨頸部と上腕骨を骨折し手術、その後リハビリを行っていた。前医に入院中に発熱のため当院救急搬送となり、尿路系敗血症の診断で入院となった。その後、感染症を繰り返し、入院期間が長期になり、ADL低下を認めた。患者はコロナ禍の面会制限のため3か月以上、愛する夫と会えず、夫が待つ自宅に帰りたいという想いがあった。主治医は、治療終了後はリハビリ継続を目的に転院の方針のため自宅退院は困難と判断していた。リハビリ職は、入院当初は前医へ戻りリハビリ継続と考えていたが、現在は併存疾患を考慮するとリハビリ強度を上げADLを改善することは困難と考えた。そこでICFに基づくシートを用いてカンファレンスを行い、本人の希望の実現を検討した。心身機能の点では、尿路感染や誤嚥性肺炎の再燃のリスクが懸念された。活動の点では、ADLが骨折前まで回復しなくても、主介護者である夫の介護負担軽減につながる本人の残されたADLを活用することで、本人の希望する自宅退院が実現できる可能性が話された。参加の点では、自宅での妻・祖母役割の回復への高い動機が確認された。また、自宅退院へむけて物理的および人的な環境調整を行う方針となった。【考察】本症例のように患者の希望の実現へむけて多職種の障壁がある場合において、ICFを共通言語として多職種で再評価することが時に有用である。

6. 意思疎通困難な患者の最善の意思決定について家族カンファレンスを行い、難渋しながらも方針を決定した1例

○野村太一^{1,2}, 長谷川優^{1,2}, 杉原伸明^{1,2}, 堀 哲也^{1,2} (北海道社会事業協会 帯広病院 総合診療科¹, 北海道家庭医療学センター²)

【症例】89歳男性【背景】施設入所中、要介護5でADLは全介助【経過】誤嚥性肺炎で当科入院となり、抗菌薬で改善したが、言語聴覚士による嚥下機能評価では食事再開が難しい状況だった。それを受けて今後の栄養を検討したが、本人の意思確認は困難であった。代理意思決定者の長女は経口摂取の再開を望まれたが、前提となる患者の健康状態について医療者側と家族側で大きな認識の差があった。そこで、臨床倫理4分割法を用いて検討を行った。本症例では脳血管性認知症・パーキンソン症候群があり、意思疎通困難、歩行困難、嚥下機能低下等が認められ、疾患としては末期の状態と考えられた。長女は経口摂取再開を望まれていたが、誤嚥による肺炎再発のリスクや本人の予後については考慮が不十分と思われた。経口摂取再開や胃瘻造設により栄養補給を再開した場合、単純な寿命の延長が得られる可能性はあったが、誤嚥リスクや本人の予後を考えるとそれが必ずしも本人のQOL向上につながるとは限らない状況であった。一方で長女は日頃から熱心に患者の面会に訪れ、献身的に患者をサポートしていた。これらを踏まえ、今後の栄養について長女・次女と話し合いを行った。自宅で暮らしている妻の意見も事前に聴取してもらった。長女は経口摂取再開または胃瘻造設を希望されたのに対し、次女・妻は末梢静脈点滴を希望された。一方で3人とも「患者本人を苦しめたくない」という思いは一致していた。私はまず4分割表をもとに患者の身体機能の現状について客観的事実を述べ、次にそれを受けた長女・次女それぞれの思い・気づきを引き出すことで家族内の対話を促した。その結果最終的には関わる全ての人が納得して、末梢静脈点滴で過ごす方針を決定した。一方的に医療者側の客観的事実を押し付けるのではなく、それを受けた気づきを家族内で共有してもらうことで、結果としてより良い意思決定を導くことができた一例だった。

7. セルフケア能力の低さから退院後の生活維持が困難と思われたが、他組織と協働し在宅療養の希望を叶えることが出来た1例

○竹田 瑛, 佐藤弘太郎, 安達記広, 茂又章徳, 八島 駿 (北海道家庭医療学センター)

【背景】社会的に複雑な背景を持つ患者の診療では、組織の枠を超えた統合ケアが重要となる。今回、患者の自宅退院希望を叶えるために介護サービスを導入し、退院後もカンファレンスや定期報告を通して統合ケアを継続できた症例を経験したため報告する。【症例】69歳、女性。独居で生活保護受給中。4年前までアルコール性肝硬変で通院していたが自己中断した。生活支援員が定期訪問した際に、腹部膨満のため体動困難となった患者を発見し救急搬送された。肝硬変による大量の腹水貯留で消化器内科に入院した。加療で腹水は軽減し、独歩可能となった。しかし本人のセルフケア能力が低く、家族の援助も得られないため、退院後の通院自己中断、再入院のリスクが高かった。施設入居も検討されたが、本人は強く自宅退院を希望したため、新たに介護サービスを要した。患者はサービス介入を拒否したが、「家で過ごすために必要なもの」として説得し納得された。訪問看護やデイサービス、介護タクシーを導入し退院した。退院約1ヶ月後に多職種カンファレンスが開催され、主治医、MSW、地域連携室看護師、ケアマネージャー、訪問看護師、介護タクシー事業者、民生委員、市職員（地域福祉課、介護高齢福祉課、生活支援課）が参加した。参加者からは、それぞれが抱える課題点もあるものの、本人の話好きで家族思いの人柄も共有された。主治医の役割としては、医学的な完璧を求めすぎない事をチーム内で表明した。その結果、多少の飲酒や内服忘れを容認し、皆で本人が望む生活を支えていく方針でまとまった。その後も組織間の連絡を密に取りながら診療を続け、度々体調を崩しながらも本人なりに満足した在宅生活を継続できた。【考察】統合ケアを行う際には、意識して他組織や非医療専門関係者から意見を求めることが規範的統合には有用で、水平的統合における医学的管理のケアの比重へ影響を与えることが示唆された。

8. 神経難病とその合併症に対して複数科と連携し包括的なマネジメントを行ったことでMultimorbidityによる弊害を事前予防した事例

○霜田英見¹, 八木田一雄², 川口篤也¹ (函館後北病院¹, 松前町立松前病院²)

プライマリ・ケアに関わっていく中で多疾患併存 (Multimorbidity) 状態により身体的弊害やQOLの低下に陥っている患者に出会うことがある。Multimorbidityにより疾患毎の標準治療を集めた結果ポリファーマシー・ポリドクターとなることでそれぞれの相互作用で全身状態が安定しない場合や、心理社会的問題も関連しやすいため簡単にパターン化できない場合が多数みられる複雑な分野である。エビデンスのある対応方法を確立しづらい分野であり、個人の経験や、運よく上手く対応できたという経験を積み重ねてきた医療者も多いかもしれない。近年Multimorbidityへのアプローチ方法は徐々に検討が重ねられ、既に患者がMultimorbidityによる弊害を受けている場合のアプローチ方法や、対応例の紹介は米国老年医学会が2012年に発表したアプローチ方法や指針、2016年に発表されたNICEガイドラインをはじめとして紹介されている。今後プライマリ・ケアに関わる医療者がMultimorbidityへのアプローチを実行することで、Multimorbidityにより弊害を受けている患者が減ることが期待される。また一方でMultimorbidityとなった場合に早期に今後起こりうる弊害を予測して医療の介入方法や生活環境を変化させ、弊害が生じることを防いでいくことも大切だと考えられる。今回の症例では僻地にて訪問診療を受けていた筋強直性ジストロフィー患者が、合併症が新たに生じ全身状態が変化したタイミングでポリドクター、金銭問題、自宅環境や家族に関わる介護サービスの問題などが生じ、Multimorbidityによる弊害が生じることが予測された。今後の医療介入や生活状況の整理が必要と考え、Multimorbidityのアプローチ方法を利用した。その過程で患者や家族の今後の生活の懸念点や希望を聴取した上で必要・不要な介入を検討し、また複数の専門科医師と連携し適切な治療や、必要な通院頻度、サービスの介入について決定し患者のQOL低下を防ぐことができたため報告する。

9. 患者家族に訪問医交代を希望されたが信頼を得たことで、仕事を継続しながら看取ることが出来た症例

○石塚浩暉^{1,2}、佐藤弘太郎²(帯広協会病院 総合診療科¹、本輪西ファミリークリニック²)

【背景】末期癌の訪問診療では、病状が厳しく予後が短いながらも、医師・患者・家族が初対面であり、ラポール形成に難渋することも少なくない。【症例】70代男性、建築士。健診異常を機に前医で末期右肺下葉癌と診断。2ヶ月前に骨転移認め放射線治療したが嘔気と疼痛出現し通院できず訪問診療を開始した。嘔気にはステロイド点滴を、疼痛には腎機能低下がありフェントステープを開始したが嘔気増悪し、モルヒネ内服に変更し改善した。設計中の仕事が残っており、仕事への思いを支えた。本人は死の受容を認めたが、妻は受容が出来ず不安感が出現し、医師が初めての訪問で自信が無く見えたことで不信任も出現し、訪問医交代を希望された。上級医と振り返り、訪問前に経過を確認し、症状悪化の場合の準備をする、訪問看護とも共有をすることを妻に丁寧に説明した。妻からは「最初は不安でしたが、主人も先生に任せるといっていますし、これからもお願いします。」とあり、不信任を払拭することができた。その後症状の緩和は得ながらも、徐々にADL低下し、3ヶ月後に、家族に看取られた。妻にお悔やみの連絡をし、「主人の言葉を大切に、生きてます。自分に何かあったら先生に診てほしいです」と返事をされた。【考察】「訪問医交代になりかけたが、なぜ逃げずに対応し、妻から信頼を得ることが出来たのか？」について考察した。演者自身への攻撃と捉えずに、妻の不安の表出と捉え、丁寧に今後の対応や多職種との連携を行い、在宅療養をする上での安心できる環境づくりを念頭において説明出来たことと、上級医のサポートを受けられたことで一人で抱え込めない体制を構築し誠実性を持ってプロフェッショナルとしての対応が出来たことが要因と考える。今後は本症例を元に、患者や家族への不安に対して、適切な対応を行えるようにしていきたい。

10. 「看取りのパンフレット」を用いることにより、終末期における本人の変化に対する家族の不安感を払拭し、本人の望むような自宅での生活を支援できた1例

○石谷 巧、川口篤也(函館後北病院 総合診療科)

【症例】81歳男性、左下葉肺扁平上皮癌と診断された後、本人の希望で積極的治療を行わず、近医内科にて経過観察を継続していた。その後縦隔リンパ節転移による食道の圧排で摂食困難となったが、元々の本人の意向と家族の意向により最期まで自宅で過ごすため、当院での訪問診療が開始となった。訪問診療開始後、本人の変化や弱っていく様子に対し家族から不安が表出され、適宜口頭や紙面を用いての説明で対応していたが、その後も訪問看護や訪問診療が入る度に不安の訴えが見られた。訪問看護師や当院訪問診療チームからは死期が近付いた際に家族がパニックとなり、自宅療養を続けられなくなるのではないかと不安の声が上がった。そこで本人の意向を踏まえた上で現状と照らしてケアの方針を相談することとした。本人からは直接聞くことが出来なかったが家族から本人が自宅にいたい理由として「大好きな家族やペット、花に囲まれるのが安心するのではないか」という話を聞くことができた。以上を踏まえ、自宅で家族や好きなものに囲まれて最後を迎えるのが本人の望みであると考え、自宅での療養を継続出来るように、また家族が家族らしく過ごせるように支援することとした。そこで家族の不安を取り除くため「看取りパンフレット」を用いて終末期において想定される変化やその対応についての説明を行った。その後病状は進行し傾眠やせん妄が見られるようになったが家族は以前とは異なり落ち着いた様子で対応することが出来ており、最期まで穏やかに家族に囲まれて過ごすことが出来ていた。【考察】「看取りのパンフレット」を用いて終末期患者を看取る家族への説明を行うことで家族の気持ちの準備や病状理解を支援することが出来るとされており、本症例でもパンフレットを用いた病状の説明や今後想定される変化についての説明により家族の不安が解消され、本人の望むように最期まで自宅で穏やかに過ごすことが出来たと考える。

11. 訪問診療の終末期癌患者とその家族が在宅看取りを希望するも、病院での死亡に至った事例の検討

○竹内健貴、草島邦夫、鳥山敬祐、塩原康弘、中川久理子、工藤準也、中川貴史(北海道家庭医療学センター 栄町ファミリークリニック)

【背景/目的】終末期癌患者の訪問診療では、患者や家族が望む死亡場所と実際の死亡場所が異なる例が存在する。本研究は、当院で訪問診療を行った終末期癌患者で、患者と主介護者が自宅での看取りを希望したが、病院での死亡に至った例を検討した。【方法】2016年4月から2023年4月までに当院で訪問診療を行った終末期癌患者のうち、訪問開始時点で患者・主介護者が自宅での看取りを希望するも、実際の死亡場所が病院であった症例を対象とする後方視的記述研究を行った。患者の年齢・性別、訪問開始時点・患者や家族が入院を決定した時点でのオピオイド使用の有無及びPerformance Status (PS)、主介護者の健康状態、介護経験の有無、訪問診療期間、入院を決定してから実際の入院までに要した日数、入院に移行した要因について、電子カルテから抽出した。【結果】訪問診療を行った終末期癌患者165人のうち対象は9人で、男性が8人、平均年齢は74.9歳だった。訪問開始時点でオピオイドを使用していたのは5人、PSの中央値は2、入院を決定した時点でオピオイドを使用していたのは7人で、PSの中央値は3だった。全員に主介護者がおり、うち2人は訪問開始前からうつ病を有し、1人は過去に介護を経験していた。訪問診療期間は平均69日、入院を決定してから入院までに要した期間は平均3日だった。入院に移行した要因は、4人が癌性疼痛と嘔気増悪、1人が心不全による呼吸状態の悪化、2人が主介護者のうつ病の悪化、2人が主介護者の介護負担の増大によるものだった。【考察】本研究で、終末期医療における意思決定は複雑であり、本研究での結果のみで死亡場所を決定する要因を規定することは困難であることが示された。今後患者や家族の意思決定に関する質的研究が必要と考えられる。【結論】9症例の検討から、患者や主介護者それぞれの要因が死亡場所に影響を与える可能性があることが示唆された。

12. 札幌市南区の在宅死亡率と出生地、転居年の関係

○堀毛清史(北海道勤医協 札幌みなみ診療所)

【目的】札幌市南区は、高齢化率が35.3%と市内で最も高いが、死亡場所別では在宅死亡率が9.8%と市内で最も少なくなっている。その原因として、医療(往診体制)・介護(在宅介護)体制の不十分さや家庭の経済・構成上の問題が考えられる。一方南区では現在地で出生した人が少なく、現居住地での生活歴が短いとも言われ、そもそも在宅で最期を迎えたいとの思いがあるか注目される。そこで、後期高齢者を対象に出生地および転居年と在宅お見取り希望率との関係について調査を行った。【方法】対象は当診外来(往診)通院中の患者で、80歳以上の南区在住の方。直接聞き取り法でのアンケート調査を行った。項目は、出生地、現在地への転居年、在宅お見取りの希望。2024年9月より12月の間に実施した。【結果】対象 260名中175名の回収を得た(回収率67.3%)。在宅お見取り希望は全体で55%と高率を示した。出生地では、札幌市内20、北海道内107、日本国内32、外地(満州、樺太、国後)15、現住所で生まれ育ったのは一例だけであった。出生地別お見取り希望では、「外地」がやや在宅希望が、「道内」がやや入院希望が多い傾向があったが、有意のものではなかった。転居時期別件数は1954年以前21、1969年まで46、1984年まで44、1999年まで33、2000年以降31であった。転居時期別希望では「2000年以降」がやや在宅希望が少ない傾向があったが、全体に有意のものではなかった。【結語】「在宅お見取りに関するアンケート調査」を実施した。在宅お見取り希望は全体で55%と高率を示した。出生地別お見取り希望では、「外地」がやや在宅希望が、「道内」がやや入院希望が多い傾向があったが、有意のものではなかった。転居時期別希望では「2000年以降」がやや在宅希望が少ない傾向があったが、全体に有意のものではなかった。出生地および転居時期は、在宅お見取り希望に決定的な影響はないものと考えられた。この調査で、ACP(Advance Care Planning 人生会議)を考えるきっかけになった方が少なからずあったのは注目された。