

# 第10回北海道地方会 一般演題

## 抄録集

- ◆ 

□	演
---	---

 : 4題（発表6分、質疑応答3分）

A会場：8階/820号室

- ◆ 

ポスター発表
--------

 : 6題（発表6分、ディスカッション3分）

B会場：10階/1060号室

令和5年6月24日

場所：北海道立道民活動センター「かでの2.7」

日本プライマリ・ケア連合学会 北海道ブロック支部

[≪第10回北海道地方会ページに戻る≫](#)

## A 会場 8 階 820 号室 (14:00~15:00) ◆座長 山本和利(松前町立松前病院)

口演 1 キノコ (ハナイグチ) による食餌性小腸閉塞の 1 例  
○大井利起<sup>1)</sup>、木佐健悟<sup>1)</sup> (JA 北海道厚生連倶知安厚生病院総合診療科)

口演 2 MUS の診療技術を応用した Long COVID 診療の実践—当院の「コロナ後遺症外来」での経験を通じて—  
○神田直樹<sup>1)</sup>、梅本樹<sup>1)</sup>、神英里<sup>1)</sup>、玉手なつみ<sup>1)</sup>、田中祥子<sup>1)</sup>、向坊賢二<sup>1)</sup>、和田耕一<sup>1)</sup>、松浦武志<sup>1)</sup>、尾形和泰<sup>1)</sup> (勤医協札幌病院)

口演 3 診療所と消防署が合同で ACLS 訓練を行った、18 年間の記録  
○猫本秀貴<sup>1,2)</sup>、山田康介<sup>1)</sup> (更別村国民健康保険診療所、<sup>2)</sup>聖母病院総合診療科)

口演 4 薬剤総合評価調整管理料導入による松前病院でのポリファーマシー対策  
○佐藤孔明<sup>1)</sup>、八木田一雄<sup>2)</sup> (松前町立病院 内科医師、<sup>2)</sup>松前町立病院 病院長)

## B 会場 10 階 1060 号室 (14:00~15:00) ◆座長 若林崇雄(JCHO 札幌北辰病院)

ポスター 1 侵入門戸不明だった頬部蜂窩織炎の感染源を歯と特定し歯科医と協力して治療し軽快した一例  
○黒須拓郎<sup>1,2)</sup>、柳谷玲央<sup>1,2)</sup>、高橋琴絵<sup>1,2)</sup>、茂尾公晴<sup>3)</sup>、松浦武志<sup>2,4)</sup> (黒松内町国保くろまつないブナの森診療所、<sup>2)</sup>北海道勤医協総合診療家庭医療医学教育センター、<sup>3)</sup>ぶなの森レインボー歯科、<sup>4)</sup>勤医協札幌病院)

ポスター 2 ぶどう膜炎と不明熱を契機に診断した TINU 症候群の 1 例  
○<sup>1)</sup>徳永篤理、<sup>1)</sup>嶋田英資、<sup>1)</sup>青木惇、<sup>1)</sup>籙本恵介、<sup>1)</sup>森本英雄 (深川市立病院内科・総合診療科)

ポスター 3 ポートフォリオ発表、エントリー：チーム医療・ケアの調整や移行「患者が慣れ親しんだグループホームでの看取りを支援した一例」  
○安田淳<sup>1)</sup>、松本美奈<sup>2)</sup>、加藤利佳<sup>1)</sup>、大塚 亮平<sup>1)</sup>、(医療法人溪仁会 手稲家庭医療クリニック 診療科、<sup>2)</sup>医療法人溪仁会 手稲家庭医療クリニック 看護科)

ポスター 4 「複雑な背景とコントロール困難な疾患をもつ患者に the Expanded Chronic Care Model を用いることで良好な経過を得られた 1 例」  
○横山誓也<sup>1)</sup>、木佐健悟<sup>2)</sup> (<sup>1,2)</sup>所属 JA 北海道厚生連倶知安厚生病院 総合診療科)

ポスター 5 肺炎を契機に発症した可逆性脳梁膨大部病変の 1 例  
○古川直幸<sup>1)</sup>、秋山由樹<sup>1)</sup>、若林崇雄<sup>1)</sup>、南英明<sup>1)</sup>、須藤大智<sup>1)</sup>、渡邊智之<sup>1)</sup> (地域医療機能推進機構札幌北辰病院)

ポスター 6 仕組みづくりから始める ICT 活動実践報告  
○杉原伸明<sup>1)</sup>、山本保代<sup>2)</sup>、森山めぐみ<sup>2)</sup>、菊池真美<sup>2)</sup>、小林拓<sup>3)</sup>、木村崇<sup>4)</sup>、山本貴紀<sup>5)</sup>、朝倉啓文<sup>6)</sup>、伊藤靖<sup>7)</sup> (北海道立江差病院総合診療科、<sup>2)</sup>同看護部、<sup>3)</sup>同薬局、<sup>4)</sup>同検査科、<sup>5)</sup>同事務部、<sup>6)</sup>同小児科、<sup>7)</sup>同院長)

## 口 演 1 キノコ（ハナイグチ）による食餌性小腸閉塞の1例

○大井利起<sup>1)</sup>、木佐健悟<sup>1)</sup>

(<sup>1</sup>JA 北海道厚生連倶知安厚生病院総合診療科)

【症例】66歳男性

【主訴】腹痛

【現病歴】前立腺癌によるホルモン療法のため当院泌尿科通院中。手術歴はない。受診前日の午後5時にキノコ（ハナイグチ）の味噌汁1500mlを喫食した（数日前に近隣の山林へ入り自ら採取したもの）。数時間後から臍周囲の腹痛、嘔気が出現し翌日午前10時に当院を受診した。

来院時BP145/85mmHg、HR100回/分、BT36.5℃、RR24回/分、GCS E4V5M6、SpO2 98%（室内）であった。腹部診察では膨隆・軟、腸蠕動音は亢進、全体に強い圧痛を認めた。反跳痛は認めなかった。腹部造影CT検査は①回腸のみの拡張、②腸管壁の造影不良なし、③少量腹水（肝表面、膀胱直腸窩）、④回腸に気泡を含む塊状物の所見であった。患者からキノコを回収し全て食用のハナイグチと確認した。以上からキノコ（ハナイグチ）による食餌性小腸閉塞と診断した。

即日入院とし絶飲食と補液療法の方針とした。なお、胃の拡張を認めなかったため経鼻胃管やイレウス管の挿入は見送った。入院12時間後に排便排ガスを認めた。第3病日に食事を再開し、その後も経過良好であり第7病日に自宅退院となった。再発予防として咀嚼・消化困難な食物の大量摂取を避け、よく咀嚼しゆっくり喫食するように指導した。現在約3年間外来フォローを行っており再発せずに経過している。

【考察】食餌性腸閉塞は全体の0.8%と比較的稀であるが認識の低さが指摘されており正確ではない可能性がある。開腹歴のない小腸閉塞の8.2%との報告もある。原因としてキノコ、餅、海藻、果実、山菜、種子といった咀嚼・消化困難であったり水分による膨化といった特徴を持つ食物が挙げられる。本症例では早食い、丸呑みをしていたが他には高齢、歯牙欠損・義歯、精神的特性（認知症、アルコール依存症、精神疾患）が危険因子となる。

画像上で先進部は回腸であり文献上もその頻度は61～82%と高い。理由として①空腸より管腔が狭い、②可動性が小さく腸管蠕動が弱い、③パウヒン弁による食餌の停滞が言われている。また、画像上で回腸に気泡を含む塊状物を認めた。これは“bubbly mass and impaction”という繊維質、藻類に特徴的な所見とされる。他に餅では均一高吸収、種子では辺縁が高吸収で内部が低吸収となる。治療は本症例のように保存的治療が第一選択であるが開腹手術の上で壊死した腸管を切除した症例も報告されている。他に、胃石に対してコーラなどの発泡性飲料水、餅に対してベリチーム投与が試みられる。

本症例のように腹部手術歴のない患者が小腸閉塞（特に先進部が回腸）を来した場合は食餌性も疑いより詳細に問診を行う必要がある。CT検査では特徴的な画像所見を認める場合があり閉塞部位の腸管内容物に注意を払う。そして丸呑みや早食いが危険因子となるため再発防止として生活指導を行う事が望ましい。

## 口演 2 MUS の診療技術を応用した Long COVID 診療の実践

### — 当院の「コロナ後遺症外来」での経験を通じて —

○神田直樹<sup>1</sup>、梅本樹<sup>1</sup>、神英里<sup>1</sup>、玉手なつみ<sup>1</sup>、田中祥子<sup>1</sup>、向坊賢二<sup>1</sup>、和田耕一<sup>1</sup>、松浦武志<sup>1</sup>、尾形和泰<sup>1</sup>

(<sup>1</sup> 勤医協札幌病院)

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の後遺症を指す「Long COVID」は、感染後数ヶ月以上にわたり呼吸器症状、循環器症状、嗅覚・味覚症状、精神神経症状、疼痛、皮膚症状など多彩な症状を呈することが知られている。当院では、いち早く「コロナ後遺症外来」を設置し、Long COVID 診療に取り組んできた。当院の外来には札幌圏だけでなく全道各地から紹介されている。この病態で苦しむ患者を 1 人でも減らすために、当院の経験から得た「Long COVID の診療方法」の一案を報告する。

まず、Long COVID の疑いがある患者に対しては、他に医学的に説明可能な疾患がないか適切な臨床推論を行うことが重要である。Long COVID は除外診断である。十分に検討した上で他の疾患が考えにくい場合は、Long COVID として扱う。Long COVID は、医学的な原因がはっきりとしないにもかかわらず症状が長期に続くという点で MUS (Medically Unexplained Symptoms) と類似性があるといえる。その点に着目し、我々は自施設で活用している「MUS 診療の技術」を応用することにした。その技術とは具体的に、①説明(「妥当で受け入れやすい」「機械論的」「批判的でない」「覚えていられる」と)と②支援(「正当性を認める」「見通しを伝える」「医療の不確実性を伝える」「安全網の確保」)を行うことである。この技術を用いることにより、当院ではこうした診療が苦手とされる比較的年次の若い専攻医でもある程度質の担保された MUS 診療が行えている。

Long COVID 診療⇔MUS 診療は原因不明で症状が長期に続くため、患者・医師双方にとって「お互いにづらい」診療となりがちであるが、この技術を応用することにより、医師・患者双方にとって満足度の高い Long COVID 診療を提供することが可能となった。当院でコロナ後遺症外来を担う専攻医のアンケートからも「診察時の陰性感情がなくなった」「スムーズに診察が行えるようになった」と高評価を得た。

Long COVID は、原因や治療法が確立されておらず医療者側からも「よくわからない」という理由で敬遠されがちである。MUS 診療の技術を応用し患者に適切な「説明と支援」を提供することで、誰でもある程度質の担保された診療が可能になると思われる。今後も診療方法を改善しながら、他施設においても本方法が応用されることで、Long COVID の診療全体の質向上に貢献できればと思う。

### 口 演 3 診療所と消防署が合同で ACLS 訓練を行った、18 年間の記録

○猫本秀貴<sup>1,2</sup>、山田康介<sup>1</sup>

(<sup>1</sup> 更別村国民健康保険診療所、<sup>2</sup> 聖母病院総合診療科)

【はじめに】十勝地域の救急医療は、帯広市周辺に集中している高次医療機関がその多くを担っているが、高次医療機関の疲弊と、長い搬送時間が課題である。更別村診療所は、帯広市の高次医療機関まで救急車でも 40 分かかる立地にあり、可能な限り地元消防からの救急車を受け容れることが望まれた。一刻も早い自己心拍再開が神経学的予後改善に直結する心肺停止患者についても、同様であった。

【当時の情勢と課題】2000 年代前半は、ACLS や JATEC のガイドライン策定、救急救命士の活動範囲の拡大など、救急医療の均てん化に向かう情勢にあった。地元消防署も、時代の変化に対応すべく訓練の場を求めていた。一方、診療所としては、休日夜間は医師看護師 1 人ずつしかいないという人員の課題を抱えていた。

【活動】2005 年、更別村診療所、および地元の更別消防署と合同での ACLS 訓練を開始した。休日夜間にも対応できるよう、消防隊員が診療所 ACLS に広範に参加する体制を構築した。具体的には、胸骨圧迫のみならず酸素配管の繋ぎ替え、ACLS の記録やタイムキープ、気管挿管の介助なども訓練に組み入れ、心肺停止患者の実際の診療もこの体制とした。また、消防隊員による特定行為の指示要請、模型を用いての気管挿管も訓練に組み込み、消防隊員による病院前救護の質向上を目指した。その後、年 1 回以上の訓練を継続しつつ、時代の変化に応じて訓練内容を修正してきた。

訓練を通じて、24 時間 365 日、心肺停止患者の受け入れが出来るようになった。なお、診療所での ACLS により自己心拍再開した事例は、医師が同乗して三次医療機関に搬送する。また、消防隊の病院前救護で自己心拍再開した事例などは、更別診療所を介さずに高次医療機関に直接搬送される。

【考察】訓練を通じて、診療所が人手不足になる休日夜間でも質を落とさず ACLS を行うことが可能体制を構築した。2022 年の集計では、更別消防署で覚知した心肺停止事案の約 8 割において、更別村診療所で診療が完結している。このことは、高次医療機関の疲弊を防ぐことにも繋がっていると考えられるほか、地域住民との関係性のある医療機関での診療ゆえに、家族に病状を共有し心肺蘇生中止を判断する際においても、比較的円滑なコミュニケーションが出来ていると実感している。

当診療所は家庭医療教育診療所であり、僻地診療所でありながら高次医療機関からのノウハウを取り込みやすいこと、常に新しい教育対象者がいることは、この取り組みを継続出来ている要因と考える。

【結語】病院のない僻地においても、診療所と消防が協力することで、心肺停止患者の初療を行い、医療圏の救急医療に貢献することは可能である。

## 口 演 4 薬剤総合評価調整管理料導入による松前病院でのポリファーマシー対策

○佐藤孔明<sup>1</sup>、八木田一雄<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>松前町立病院 内科医師、<sup>2</sup>松前町立病院 病院長)

**【目的】**超高齢社会である日本ではポリファーマシーが大きな問題であり、高齢化率 50%を超える松前町でも同問題を抱えている。当院では外来担当医師のポリファーマシー改善への動機づけとして、薬剤総合評価調整管理料（内服を開始して 4 週間以上経過した内服薬が 6 種類以上処方されている入院中以外の患者に対して、2 種類以上減薬した場合に 250 点算定できる）を 2022 年 11 月 1 日より導入し、当院の外来医師に周知した。

薬剤総合評価調整管理料導入前後 3 か月間で外来通院患者の継続処方薬にどのような影響を与えたか比較検討した。

**【方法】**2022 年 8 月 1 日から 10 月 31 日に松前町立松前病院内科外来を受診し、定期内服薬（28 日以上、以下同様）を処方され、2022 年 7 月 31 日、2023 年 1 月 31 日時点で定期内服薬を処方されていないものと期間内に入院しているものを除いた 1664 人を対象とし、2022 年 7 月 31 日、10 月 31 日、2023 年 1 月 31 日の定期内服薬（種類）の差をみるために差の検定を適応した。使用した統計ソフトは EZR 1.61 とし、すべての検定の有意水準は  $p=0.05$  とした。

**【結果】**各群の処方薬（種類）の平均（±標準偏差）は 7 月 31 日時点で  $5.65 \pm 3.46$ 、10 月 31 日時点で  $5.79 \pm 3.51$ 、1 月 31 日時点で  $5.75 \pm 3.49$  であり、いずれも正規分布に従わないため Friedman 検定を用いて差の検定を行ったところ、薬剤総合評価調整管理料導入前の 7 月 31 日から 10 月 31 日までで処方薬は平均  $0.14 \pm 1.01$ 、導入後の 10 月 31 日から 1 月 31 日までで処方薬は平均  $-0.045 \pm 0.95$  で  $X^2=10.696$ 、自由度=1、 $p=0.0011$  となった。

$p<0.05$  を満たすため導入後の方が優位に減薬していることが分かった。

**【結論】**当院での薬剤総合評価調整管理料の導入はポリファーマシー対策として有効だったと言える。

**【考察】**今回の研究では正規分布とならなかったため、年齢や性別、各種疾患との関連は検討できなかった。それは少なくとも当院外来通院中の患者の処方数は個々の患者によって大きく異なることが原因として考えられる。

また 3 か月間という短期間で、単一施設かつ外来患者のみを対象としているため、今後年単位での比較や複数施設、入院患者も含めた検討が期待される。

## ポスター 1 侵入門戸不明だった頬部蜂窩織炎の感染源を歯と特定し歯科医と協力して治療し軽快した一例

○黒須拓郎<sup>1,2</sup>、柳谷玲央<sup>1,2</sup>、高橋琴絵<sup>1,2</sup>、茂尾公晴<sup>3</sup>、松浦武志<sup>2,4</sup>

(<sup>1</sup>黒松内町国保くろまつないブナの森診療所、<sup>2</sup>北海道勤医協総合診療家庭医療医学教育センター、<sup>3</sup>ぶなの森レインボー歯科、<sup>4</sup>勤医協札幌病院)

【背景】今回われわれは感染経路不明の頬部蜂窩織炎に対して感染源を歯性感染症と特定し、日頃から関係の良好な往診歯科医と協力して治療を行ったことで軽快した1例を経験したので報告する。

【症例】83歳女性。コントロール不良の糖尿病、高血圧症など多くの併存症があった。当日、右頬部の腫脹と疼痛を主訴に当院の救急外来を受診した。受診時の意識は清明、バイタル異常は認めなかった。外傷の既往はなく、ここ数年の歯科治療歴もなかった。右頬部から上唇・白唇部にかけてのびまん性腫脹と熱感を認め、同部の自発痛を認めた。開口障害や頬部感覚障害は認めず、Vincent症状も認めなかったが、右顎下リンパ節に腫脹と圧痛を認めた。口腔内は上顎が無歯顎で総義歯を使用していた。義歯粘膜下の歯肉発赤や腫脹は認めず、義歯性潰瘍を疑うような粘膜異常は認めなかった。また、下顎には複数の残存歯を認めたがいずれももう蝕や歯周炎は認めず、歯性感染症を示唆する所見は認めなかった。血液検査所見では血糖高値、炎症反応の亢進、好中球優位の白血球数の増加を認めた。頭部CTでは右頬部脂肪組織の濃度上昇を認めたがガス貯留は認めなかった。また副鼻腔炎も認めなかった。以上より侵入門戸不明の右頬部蜂窩織炎と考え精査加療目的で入院した。

第1病日、菌血症を念頭に血液培養を3セット取得後にアンピシリン・スルバクタムによる点滴治療を開始した。第2病日、放射線科よりCT所見の指摘があった。右上顎骨内に高吸収値を示す結節影と周囲の骨吸収像を認めた。歯科臨床経験のある私も含めて読影した結果、上顎右側犬歯(右上3)の残根と歯根周囲膿瘍と考え、右頬部蜂窩織炎の原因と考えた。第3病日より膿瘍は自壊し口腔内に排膿を認めた。感染源のコントロールが必須と考えたため、普段から往診依頼をしている歯科医院にコンサルトした。翌日歯科往診があり抗菌薬点滴を継続しつつ抜歯する方針となった。第9病日に往診にて右上3抜歯術を施行。第11病日、血液検査にて炎症反応も血糖値も改善を認めた。一方、入院時の血液培養結果が判明し1/3セットで口腔連鎖球菌を検出した。菌血症と考え、血液培養が陰性化するまで抗菌薬治療を継続する方針とした。第18病日に血液培養陰性化を確認し、翌日退院した。

【考察】頬部蜂窩織炎に対してエンピリックに治療を開始したが、感染源を除去(抜歯)しなければ炎症は鎮静化せず、原因不明の菌血症が持続した可能性があった。放射線技師の的確な気づきと歯科臨床経験のある私が診断に参加したことで、入院後早期に感染源を除去することができた。また、普段から当院と歯科医院との関係が良好なことで、コンサルトの翌日には往診が、その4日後には抜歯が施行された。感染リスクの高い患者において迅速な治療が行われ、重症化を未然に防ぐことのできた意義は大きいと考えられた。

## ポスター2 ぶどう膜炎と不明熱を契機に診断した TINU 症候群の 1 例

○徳永篤理<sup>1</sup>、嶋田英資<sup>1</sup>、青木惇<sup>1</sup>、籾本恵介<sup>1</sup>、森本英雄<sup>1</sup>

(<sup>1</sup> 深川市立病院内科・総合診療科)

**【症例】** 43 歳女性

**【症例】** 入院 2 日前に発熱・頻尿を主訴に内科外来を受診した。血尿があり尿路感染症として内服抗生剤と解熱剤で外来治療した。しかし 2 日間経過しても解熱せず、悪心・嘔吐が出現したため再度受診した。血液検査では炎症反応が上昇しており、尿検査では血尿、タンパク尿を認めた。尿路感染および胃腸炎を疑い精査加療目的に入院した。

**【経過】** 入院後、絶食とし、補液して、抗生剤投与した。入院 3 日目、消化器症状は改善し食事摂取できるようになった。眼の痒みを訴え、眼球結膜に充血が出現し、眼科でぶどう膜炎の診断となった。また、タンパク尿の精査をしたところ、尿中タンパク・クレアチニンは 0.39g/gCre と軽度蛋白尿であったが、尿中  $\beta$ 2MG は 5083ug/L と上昇していた。不明熱のスクリーニングを行ったが、アデノウイルスや溶連菌の迅速試験は陰性だった。また、リウマチ因子は陰性で各種自己抗体も陰性であった。炎症反応上昇を伴う尿細管障害とぶどう膜炎から TINU 症候群を疑い、入院 8 日目、腎生検を施行した。入院 9 日目からステロイドの投与を行ったところ、すぐに解熱して炎症反応は低下し、入院 13 日目に退院した。腎生検の病理では、腎間質において限局性にリンパ球が浸潤し、尿細管において尿細管炎の所見があり、TINU 症候群と矛盾しなかった。

**【結語】** TINU (Tubulointerstitial nephritis and uveitis) 症候群は亜急性～急性の経過で急性尿細管間質性腎炎が先行し、のちに眼のぶどう膜炎を発症することが多い。詳細な機序は未だに不明で、10 代～30 代の女性に多く、人種差はないとされる。比較的稀な疾患であるが、疾患概念の普及により、報告数が増加している。標準化された診断基準がないため、鑑別すべき疾患を除外して診断される。副腎皮質ステロイドへの反応は良好であり、1mg/kg/day から開始し、漸減する。急性尿細管間質性腎炎では蛋白尿は 1g/day 以下と大量になることは稀で、尿中の  $\beta$ 2MG や NAG が上昇していることが主たる検査所見になることを念頭におき、検査する必要がある。また、ぶどう膜炎は再発例や重症例もあり、内科医師だけでなく、眼科医師とも緊密な連携をすることが重要である。

ポスター3 ポートフォリオ発表、エントリー：チーム医療・ケアの調整や移行「患者が慣れ親しんだグループホームでの看取りを支援した一例」

○安田淳<sup>1</sup>、松本美奈<sup>2</sup>、加藤利佳<sup>1</sup>、大塚 亮平<sup>1</sup>  
(<sup>1</sup>医療法人溪仁会 手稲家庭医療クリニック 診療科)  
(<sup>2</sup>医療法人溪仁会 手稲家庭医療クリニック 看護科)

症例は90歳代女性で、アルツハイマー型認知症で点滴などの医療行為は困難な方であった。新型コロナウイルス感染症に罹患し、呼吸状態は軽症で経過したが解熱後も食事が減少し回復しなかった。血液、尿、血液培養検査では軽度の脱水のみで身体所見上も明らかな感染巣を示唆する所見や疼痛は認めず、感染に伴う体力の低下及び隔離の影響も含めた老衰の経過と判断した。一旦、急性期病院に入院となったが医療的介入はかなり困難とのことで3日間の点滴後に元の施設へ退院となった。その経緯も踏まえて今後の療養先について家族・施設と相談し、施設看取りについて検討することとした。

看取りに関しては施設看護師をはじめとして不安があり、施設看護師、生活相談員、介護士、当院訪問診療同行看護師と筆者で話し合い、課題と対応策を検討した。話し合いでは家族説明に盛り込む内容や24時間体制での当院当番医への相談体制の確認を行った。夜勤帯の対応が一番不安な要素として挙げられたが、施設側でできる対策と緊急時の当番医の電話対応で対応することとした。

その後施設で経過を診たが、看取り直前の身体の変化にご家族の動揺があり、救急車を呼んだ方が良かったという問い合わせがあった。自然経過ということで理解を得られたが、看取りのイメージに関しては施設と医療者間で共有しきれていないことを感じた。施設看取りの判断から、2週間後にご家族・職員の見守る中で安らかに息を引き取った。

看取り後に振り返りを行った。良かった点としては24時間の相談体制の周知で夜勤帯の不安が軽減されたことや状態の変化時は救急車を呼ぶ前に当院に相談するルールの設定で患者家族の意に沿わない救急搬送を避けることができたことが挙げられた。反省点としては、ケアの方法について困ったこともあり、終末期として医療保険で訪問看護導入の検討をした方が良かったこと、経過や方針を相談するこまめなカンファの開催が好ましかったこと、医療者側と施設側の看取りのイメージの統一が必要であったことなどが挙げられた。施設側でニーズがあり、上記の反省点を踏まえて施設で看取り介護を行うために必要なことを考える研修を企画し、実施した。

施設管理者が看取りに取り組めないのは「職員の負担増加への不安」と「介護職員の経験・力量不足」とされ、看取りに対する体系的な研修及び実際の看取りの経験は上記の負担・不安を軽減するものであったと考える。

施設看取りは手段であり目的ではないが、最期まで看取り振り返る経験をサポートできたことは看取りの場の選択肢を広げる意義のある一歩であったと考える。今後も継続的な研修や他施設への働きかけを行い、看取りに備えたACPなども、普段から意識して診療していきたい。

[≪第10回北海道地方会ページに戻る≫](#)

ポスター 4 「複雑な背景とコントロール困難な疾患をもつ患者に the Expanded Chronic Care Model を用いることで良好な経過を得られた 1 例」

○横山誓也<sup>1</sup>、木佐健悟<sup>2</sup>

(<sup>1,2</sup>所属 JA 北海道厚生連倶知安厚生病院 総合診療科)

【はじめに】慢性偽性腸閉塞 (chronic intestinal pseudo-obstruction: 以下 CIPO) の 1 例を経験した。保存的経過をみるのが困難されている本疾患に対しフレームワークとして the Expanded Chronic Care Model (以下 ECCM) を用いることで疾患面のみならず患者を取り巻く環境についても介入すべき事項を整理することができ、結果的には保存的に安定した経過を得ることに成功しているためここに報告する。

【セッティング】人口約 15,000 人の町にある病床 200 床規模の地域基幹病院

【現病歴】55 歳男性。金銭的理由から十分に食事を摂っていなかったが、X 年秋頃からいよいよ金銭が尽きほぼ飲食をしていなかった。同年 12 月に腹痛、腹部膨満、嘔気を主訴に当院救急外来に搬送された。〈既往歴〉3 歳時に開腹手術歴あり〈生活歴〉40 歳頃に失業し以降は無職状態。現在独居生活であり住居はごみ屋敷化している。離れて暮らす姉から十分な生活費が振り込まれているが、アルコール類や煙草といった嗜好品に浪費してしまうため食費を切り詰めていた。

【介入】精査の結果、幼少期の開腹手術の影響と低栄養状態が重なり CIPO を来たしたと評価した。CIPO は腸管の機能異常のため外科的加療を行ったとしても結局は残存腸管の機能異常で再び腸閉塞症状を来たしやすいとされる。そして経口摂取での食事が適わずに経静脈栄養や腸管栄養・腸瘻栄養を繰り返すことが多い。ただ本症例では腸管機能低下の原因として長期間の低栄養の影響が大きいと評価されたため、経肛門的にイレウス管を挿入し続け腸管内減圧をかけながら栄養状態をまず改善させることから介入が開始された。栄養状態が改善するにつれイレウス管や経静脈栄養の補助も不要となった。低栄養状態に陥らない環境づくりが用意されれば、CIPO の再増悪は予防できると評価し ECCM を用いて今後の継続的なフォローの方針が立てられた。ECCM は慢性疾患を持つ患者を取り巻くシステム全体を統合的に改善する Chronic Care Model をベースに、地域社会的資源や医療政策面からも慢性疾患をケアすることを目指すモデルである。その結果として現在まで食事の経口摂取をしながら CIPO 再発を来たさず経過をみることができている。

【考察】ECCM を用いることで保存的に経過をみるのが困難とされる疾患のコントロールを得られた症例を経験した。本症例では特に自己管理支援面（浪費を控えて食事を摂ること、その必要性の教育等）とコミュニティ資源の動員（町の健康福祉課を巻き込む等）という面で改善が得られ疾患コントロールと患者の QOL 改善にもつなげることができた。患者の背景を熟知した医療チームが形成されそのチームから患者教育や支援調整が行われた。患者側も主体性をもって慢性疾患コントロールに参加することに

つながったことが成功要因として大きかった。同モデルを用いることで慢性疾患に対する多面的で包括的なケアを試みる際に考察や改善のきっかけを得ることができると分かった。

## ポスター 5 肺炎を契機に発症した可逆性脳梁膨大部病変の 1 例

○古川直幸<sup>1</sup>、秋山由樹<sup>1</sup>、若林崇雄<sup>1</sup>、南英明<sup>1</sup>、須藤大智<sup>1</sup>、渡邊智之<sup>1</sup>

(<sup>1</sup> 地域医療機能推進機構札幌北辰病院)

【背景】可逆性脳梁膨大部病変 (clinically mild encephalitis / encephalopathy with reversible splenial lesion, MERS) は様々な病態に付随して発症し意識障害など様々な症状を呈し、約 1 週間から 1 か月以内で症状が消失する予後良好な病態である。今回、肺炎をきっかけに発症した MERS の症例を経験したため報告する。

【症例】自閉症・知的障害を有するグループホーム在住の 53 歳男性。入院 4 日前に階段で転倒し頭部打撲したため脳神経外科を受診したが、頭部 CT 検査で異常を認めなかった。入院 3 日前に頭痛と嘔気が出現し前医再診し頭部 CT 検査が施行されたが異常を認めなかった。入院 2 日前から飲水・食事・服薬を拒否するようになった。症状改善を認めないため入院前日に脳神経外科を再受診し頭部 MRI 検査を施行されたが異常を認めなかった。入院 3 時間前より発熱・酸素化低下を認めたため、当科に救急搬送された。

【身体所見】JCS I -3、BT:38.9℃、BP:144/87mmHg、HR:105bpm、RR:18 回/min、SpO2:96%(1L カムラ)。咳嗽あり、心音整、心雑音なし、肺雑音なし、項部硬直なし。

【検査所見】血液検査：WBC17650、好中球 16900。血液生化学検査：Na 141mEq/L、K 4.0mEq/L、Ca 9.0mEq/L、血糖 81 mg/dl、CRP 2.06 mg/dl。動脈ガス分析：pH 7.364、pO2 69.5mmHg、pCO2 34.6mmHg、Lac9.2mg/dl。頭部 CT 検査：頭蓋内病変及び外傷性変化なし。胸腹部 CT：両側下肺野に consolidation を伴うすりガラス濃度上昇あり。

【経過】患者は誤嚥性肺炎、意識障害の治療目的に当科入院となった。肺炎については NHCAP と診断し TAZ/PIPC 点滴を開始した。肺炎治療の経過は順調だったが、意識障害が進行し、喀痰貯留による酸素化の低下を認めた。このため頻回にサクションを行い状態の安定化に努めた。意識障害について髄膜炎を含む様々な疾患や状態を鑑別したがいずれも認めなかった。「意識障害」というカテゴリーで鑑別をすすめ、「脳炎」という鑑別のみ残存したため、第 5 病日に再度頭部 MRI 撮影を実施すると、T2 強調像と FLAIR 像にて脳梁膨大部に対称性、卵円形の高信号域を認め MERS と診断した。良好な予後が見込まれたため経過観察したところ、第 11 病日には発語が認められるまで意識状態は改善し、精査と経過観察を兼ね入院 19 日後に近医の脳神経外科に転院した。

【考察】MERS は発熱後 1 週間以内に異常行動・意識障害・けいれんなどで発症し、多くは神経症状発症後 1 か月以内で後遺症なく回復する疾患である。本症例は救急搬送前後に複数回の画像的検査が施行されていたが診断がついていなかった。それでも臨床症状から脳炎が否定しきれず、第 5 病日に頭部 MRI を施行し確定診断が得られた。臨床の現場では、合理的に説明できない症状に遭遇することもしばしばある。そのようなとき、基本的な鑑別方法に立ち返り、患者に生じている現象について丁寧に鑑別していくことが重要である。

[≪ 第 10 回北海道地方会ページに戻る ≫](#)

【結論】肺炎を契機に発症した可逆性脳梁膨大部病変の1例を経験した。

## ポスター6 仕組みづくりから始める ICT 活動実践報告

○杉原伸明<sup>1</sup>、山本保代<sup>2</sup>、森山めぐみ<sup>2</sup>、菊池真美<sup>2</sup>、小林拓<sup>3</sup>、木村崇<sup>4</sup>、山本貴紀<sup>5</sup>、朝倉啓文<sup>6</sup>、伊藤靖<sup>7</sup>

(<sup>1</sup>北海道立江差病院総合診療科、<sup>2</sup>同看護部、<sup>3</sup>同薬局、<sup>4</sup>同検査科、<sup>5</sup>同事務部、<sup>6</sup>同小児科、<sup>7</sup>同院長)

本発表では、資源が限られがちな郡部の病院における ICT 活動を通じて策定した、主に COVID-19 対策に関わる具体的なルールや取り組みのポイントについて共有します。

2022 年度、私たちは COVID-19 パンデミックにより医療崩壊の可能性を目の当たりにするような経験をしました。無症状の時期にエアロゾル発生などを通じて感染が容易に拡大し、一定の重症化によって病床逼迫もきたす特徴のため、院内感染対策については多くの見直しを迫られました。道立江差病院は南檜山地域 5 町（厚沢部・江差・乙部・上ノ国・奥尻）の医療の中核として、唯一の地域センター病院、二次救急医療病院です。離島を含む 5 つの町はもとより、圏域を越えて、北は瀬棚町大成地区・旧熊石町・南は松前町まで渡島半島日本海側一帯の広域な医療圏の中で、急性期一次及び二次医療を担っています。2 つの一般病棟を有していますが、当時約 20 床の感染症病床を確保し 16 名程度まで実際に受け入れていたため、一般病床では 40 床超の病棟 1 つでベッドコントロールも比較的ぎりぎりの中、運用を行っておりました。もとより看護師や検査技師の不足が課題とされるなかで発熱外来の負担が加わったほか、流行期には家族内感染でスタッフが頻繁に離脱するなど、苦しい状況が続いていました。

そのため院内クラスターが発生した場合、病床機能の低下や医療スタッフの減員によって圏域全体の急性期医療が崩壊しかねず、地域医療を守るためには院内感染対策の徹底、そして発生時の早期鎮静が最重要課題と位置づけられる状況がありました。この課題に対し ICT では一般外来、救急外来、透析室、病棟における対策の具体、そして全ての職員の健康管理につき、国や学会などから示される方針を都度参照しながら議論を重ね、様々な仕組みづくりを実施し、都度修正を重ねました。例えば、病棟勤務者から感染者が発覚した場合に備え、予め職員名簿を活用した接触者一覧を作成しました。また、実際に感染が発覚した際には接触度合いの危険性に応じた現実的な検査プランの策定や健康観察の徹底による感染拡大防止に務めました。複数ルートからの院内勤務者多発感染も経験しましたが、対応を重ねるごとに手順が確立し、いずれも早期感染制御を実現することができました。その他、地域特性から人生の最終段階としての緩和的医療が必要となるケース、本人出席による退院前カンファレンスを要するケースなども多く、完全な面会禁止から臨床上の必要性に応じた面会緩和基準の策定も行いました。こうした取り組みのほか、どのような包括的な視点で感染対策を展開したらよいか概略し、実際の対策において経験したピットフォールについても共有します。